



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：ほほえみ赤羽

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">グループホームほほえみ赤羽</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー</a>
評価者	<a href="#">修了者No.H0201048</a> <a href="#">修了者No.H0301065</a> <a href="#">修了者No.H0301075</a>
評価実施期間	2006年9月6日～2007年3月15日

### 全体の評価講評

#### \* 特によいと思う点 \*

##### ・利用者の健康維持の充実

内科医・精神科医・歯科医の定期的往診に加え、歯科衛生士による口腔ケアの実施指導がされている。また、口腔ケアと食事をテーマに、研修委員会主催でホーム内研修を開催し、利用者の日々の健康管理として、十分な食事量と水分摂取を目標に、きめ細かい観察をするなど積極的な姿勢で取り組んでいる。ホーム長の負担は大きいと推察されるが緊急時は24時間相談を受け指示を出せる体制にある事や提携医療機関の24時間バックアップ体制も心強い。家族アンケートでも健康管理面では高い信頼が寄せられている。

##### ・カンファレンスへの全員参加を促す「カンファレンスシート」の活用

利用者全員に行っている月1回のカンファレンスの際に、全職員が1ヶ月間の利用者の生活状況や変化をカンファレンスシートに記載し、参加している。カンファレンスに参加する前に、全職員がすでに利用者への支援を振り返る機会になっており、また、参加できない職員の意見も反映させることができカンファレンスの活性化が期待される。今後は、このシートの活用を充実させ職員教育の機会にすることを期待する。

##### ・地域との交流を大切にした取り組み

本事業所は、幹線道路に面し、近所に商店街はなく気軽に買い物などをしにくい環境であるが、広告を見て、大型スーパーまで買い物に行くことを日課とし、店員

とも顔見知りになっている。また、毎日のように散歩に出かけ、近所の米屋・雑貨屋などから声をかけられる関係にもなっている。さらに近隣の保育園と交流があり、年に4～5回保育園の行事に招待されたり、町内会主催の敬老会に参加するなど、地域との交流を大切にした取り組みにより、地域に根ざしてきている。

### \*さらなる改善が望まれる点\*

・人材育成に関する法人としての積極的な改善の必要性

新入職員は法人（上部組織）が採用し、事業所に配属される。法人としての人材育成と評価の連動が見え難いこともあってか、退職者が多く、現場では常に新人に対するOJTに追われている。そのため職員による委員会活動や内部研修の取り組みは中止・不十分な状態にならざるを得ず、サービスの質を向上させる取り組みを困難にしている。また、ユニットリーダーの交代などによる質の低下があったなど、人材育成に多くの課題を持っている。現場での取組みのみでは困難であり、法人としての積極的な改善を期待する。

・利用者の尊厳を尊重するための継続した取り組み

排泄・入浴時の同性介護は希望を踏まえて徹底し、車椅子用トイレは内側にカーテンがあり、ドアの開閉時に直接廊下から見えないよう配慮するなど、利用者のプライバシーを保障している。また、毎日の散歩などにより自由な生活を目指している。一方、人手の少ない職員の交代時や不穏状態を表す利用者がある場合は施錠するというところであるが、このような状況がない時も施錠されている。また、開錠する基準は必ずしも明確ではない。施錠については利用者の尊厳を尊重する視点で、厳しく、そして繰り返し検討することが必要である。

・家族が安心する関わりの検討

家族の面会が土・日曜日に多いため、ホーム長かユニットリーダーが出勤し家族との情報交換に取り組んである。また、大きな行事は家族が参加しやすい日曜日などに計画している。一方、介護計画の説明は面会時を捉えて短時間で実施している。利用者調査では、サービス内容と介護計画の立案・説明では否定的な意見が半数を超え、また、不満や要望の言い難さも同様である。利用者の生活状況の定期的な報告や事務連絡の適切な報告も含め、家族が安心するかかわりについての検討が必要である。

### \*コメント\*

回答者の特性を想定し、利用者(家族)調査票は文字を大きくしました。職員自己評価表は評価カテゴリー別に意見を記述することが出来るように改良しました。訪問による経営層への聞き取り調査は2日間行ない、十分に考えを把握できるようにしました。評価担当者は、認知症を理解し、グループホーム評価の経験者を当てました。一連の評価経過で事業所が気づきを得、改善し、継続性が見込まれるものは、評点や講評に反映しました。

[組織マネジメント分析結果へ](#)

[サービス分析結果へ](#)

[利用者調査結果へ](#)

[事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：ほほえみ赤羽

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

評価の手法については、[こちら](#)をご覧ください。

事業所名称	<a href="#">グループホームほほえみ赤羽</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー</a>
事業評価実施期間	2006年9月6日～2007年3月15日

## \* 組織マネジメント分析の結果 \*

<a href="#">・リーダーシップと意思決定</a> <a href="#">・経営における社会的責任</a> <a href="#">・利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</a> <a href="#">・計画の策定と着実な実行</a> <a href="#">・職員と組織の能力向上</a> <a href="#">・情報の保護・共有</a> <a href="#">・カテゴリー1～7に関する活動成果</a>	
リーダーシップと意思決定	評点
1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	
1. 事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している	A
2. 経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	A

<p>3. 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している</p>	<p>A</p>
<p><b>【講評】</b>          理念・基本方針は「コムスの誓い」「グットウィルグループ十訓」に明らかにされ、ホームの玄関と事務所に開示している。職員への周知として、毎日の申し送り時の唱和、導入研修（新人研修）や管理者研修、また、毎月のホーム会議や月2回のカンファレンスでは企業理念と法人の経営方針を伝える機会としている。利用者には、入居契約時の説明、年2回開催する家族会を周知の機会としている。また、法人が2ヶ月に一回発行し、全家族に配布する「コムス通信」の裏表紙への毎回表示と解説記事によって知らせている。ホーム長の役割は、管理者研修で使われる「マニュアル」に明文化されている。ホーム長は、現場の管理者として自らの役割を、入居者から得た収入で事業を運営しているのであり、入居者が満足し元気に過ごしてもらうようなサービスをすることであると、職員に伝え、日常的な指導によりこの方針の実践に努めている。また、経営的には、満室を維持することであると、社内で満室継続事業所として表彰された実績がある。          本社が判断する重要な案件や情報は、上部組織が主催する全国ホーム長会議や本事業所が所属するエリア統括会議で報告される。参加したホーム長は伝達すべき情報を判断し、ホーム会議で職員に報告したり、回覧をしている。サービス内容や自己負担など介護費用に関する徴収方法の変更など、家族に報告するような方針の変更は、上部組織が決定しており、ここから直接に文書が送付される。また、家族会でも報告している。</p>	<p><b>評点の内容</b>          詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
<p><b>経営における社会的責任</b></p>	<p>評点</p>
<p>1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる</p>	
<p>1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している</p>	<p>A</p>
<p>2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている</p>	<p>A</p>
<p>3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている</p>	<p>—</p>
<p>2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている</p>	
<p>1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある</p>	<p>—</p>
<p>2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している</p>	<p>—</p>
<p>3. 地域の関係機関との連携を図っている</p>	<p>B</p>
<p><b>【講評】</b>          福祉サービスに従事する者としての規範・倫理は、コムスの誓いなどに盛り込まれ、また管理者研修や新人研修のマニュアルに明記されている。福祉制度の変更や倫理上の課題については、上部組織から随時にメール配信があり、職員に周知すべき内容をホーム長が判断し、回覧やホーム会議で伝達している。第三者評価の結果は、ファイルし玄関に置き、来訪者はいつでも閲覧できるようにしている。平成18年12月、「地域運営推進会議」を開催し、地域から民生委員が参加している。今後は地域住民を拡大し、事業所の活動を伝える方針である。          地域における関係機関とのネットワークづくりの機会として、行政主催で地域密着型サービス事業者が参加して会議が開催されている。また、地域包括支援センター主催で民生委員連絡協議会に参加し、事業所の活動を紹介している。外部の会議には、ホーム長がコニットリーダーが参加し、会議の内容はホーム会議と上部組織へ報告している。本社の方針として、行政が主催する会議には積極的に参加するようになっているが、ネットワークづくりや地域の共通課題に取り組むための体制は整っていない。</p>	<p><b>評点の内容</b>          詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>

利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	評点
1. 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している	
1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）	A
2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる	B
3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している	B
<p><b>【講評】</b>            苦情解決制度については、重要事項説明書に記載し、契約時に説明する他、事業所の玄関に苦情解決のフロー図を掲示している。また、本社には「コールセンター」があり、24時間体制で苦情・相談窓口として重要事項説明書にも明記されている。利用者一人ひとりの意見・要望などの把握は、全スタッフの役割であり、家族の面会時に話しかけるなどで把握し、管理日誌に記載、検討している。苦情・要望の内容によりホーム長の対応が困難な場合は、本社のコンプライアンス室に相談し、担当者が直接に対応する仕組みがある。事業所のサービス内容や取り組みについて、利用者アンケートの実施など積極的に利用者の意向を把握する取り組みはないが、年2回の家族会は参加者が多く意向を聞く機会として活用している。費用が発生する案件については、上部組織に稟議をあげ、判断を待つ仕組みであり、必ずしも順調な対応がなされているとは、言い難い状況である。家族の要望で、職員の名前と写真を掲示したことにより、利用者が職員の名前を呼んだり、職員は家族とのコミュニケーションに配慮するようになってきている。福祉事業全体の動向の収集は、法人の役割であり、法人からのメール配信や上部組織が主催する全国グループホーム長会議、エリア統括会議で報告されている。また、都内の系列グループホーム長の会議では、各区のサービスに関する情報が得られている。ホーム長は、自治体が発行する公報から地域の福祉ニーズやグループホームの関係者が集まる会議で地域の情報の収集に努め、また地域推進運営会議を開催し民生委員も参加している。この様な取り組みを事業者の活動やサービスの向上に活かすのは今後の課題である。</p>	<div data-bbox="1644 507 1886 635" style="background-color: #006400; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>            詳しい内容は  <a href="#" style="color: white;">こちらをクリック！</a> </div>
計画の策定と着実な実行	評点
1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	C
2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	C
3. 着実な計画の実行に取り組んでいる	C
2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	
1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	A

<p><b>【講評】</b>          会社としての中長期計画は本社で策定していると考えられるが、ホーム長は承知していない。年度初めに法人代表から、経営方針や事業計画について説明があり、また、上部組織が主催する会議でも経営方針などの説明はあるが、各事業所ごとに年度計画を策定するなどの方針は出されていない。年間行事については予定表を作成している。委員会活動については、職員の退職により実行が不可能な状況であったが再度委員の選出をし、防災、レクリエーション委員会などが活動を開始している。          上部組織が主催するエリア統括会議や都内ホーム長会議で、職員の長期定着、給与制度の改善、経営改善へ職員の意見を反映させる、研修の機会の増加などを現場の声としてあげているが、計画として明文化はされていない。          利用者の安全管理の対策として、管轄消防署や提携医療機関との連携を掲示している。感染症については行政が実施する研修会に参加、法人から感染対策に関する直帰の情報がメール配信され、また調理や環境面についての衛生チェック表を活用している。事故対策は、ヒヤリハット、事故、苦情を含めコミュニケーションシート（事故報告書）にできるだけ多く書く方針であり、法人に報告する。骨折などで医療機関を利用した場合はカンファレンスで検討し、管理日誌に記載、周知に努めているが、事例に基づく原因分析・再発予防策などの視点が弱い。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #e67e22;">職員と組織の能力向上</h2>	<h2 style="color: #e67e22;">評点</h2>
1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる	
<p>1. 事業所にとって必要な人材構成にしている</p>	<div style="background-color: #d1ecf1; padding: 10px; border: 1px solid #c6c8ca; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 24px; color: #3498db;">B</span> </div>
<p>2. 職員の質の向上に取り組んでいる</p>	<div style="background-color: #d1ecf1; padding: 10px; border: 1px solid #c6c8ca; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 24px; color: #3498db;">B</span> </div>
2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	
<p>1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる</p>	<div style="background-color: #d1ecf1; padding: 10px; border: 1px solid #c6c8ca; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 24px; color: #3498db;">A</span> </div>
<p>2. 職員のやる気向上に取り組んでいる</p>	<div style="background-color: #d1ecf1; padding: 10px; border: 1px solid #c6c8ca; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 24px; color: #3498db;">B</span> </div>
<p><b>【講評】</b>          人事制度や職員の育成、評価、報酬については、入社時に説明があり、新人研修マニュアルの項目の一つである就業規則でも一部解説されている。職員の採用は上部組織が担当し本事業所に配属される。ホーム内のユニット間の異動は、ホーム長が利用者介護状況と職員の能力、適性などを見て決めている。法人としての育成と評価の連動が見え難いことなどもあってか、退職者が多く適切な人材を選ぶ余裕はなく、現場では常に新人に対するOJTに追われている状況である。ホーム長として活動できるようなU/Lの育成に取り組んでいる。          研修は、導入研修（新人研修）、管理者研修（ホーム長・ユニットリーダー）、一般職員を対象とし時勢の課題を取り上げるCS研修がある。CS研修は3ヶ月に1回開催され、職員1人が参加し、ホーム会議で報告している。また、ホーム会議の時間割として、ホーム内研修を入れ込み研修の充実に努めている。ホーム長は、職員の力量の把握と向上を目指し、年2回の職員面接を計画し、職員の仕事への意向や意欲、職場の人間関係上の問題などの把握を始めている。研修に関する希望については、上部組織へ報告している。          今年度は、法人が主催する「事例発表会」に本事業所からも出題し、表彰されている。また、法人が出版した単行本・現場の事例集にも本ホームで取り組んだ事例が採用され職員の励みになっている。今年度は本社が「賃金アンケート」をはじめ実施しているが、その取扱いはまだ現場には報告されていない。ホーム長は、健康状態に配慮した夜勤回数や時間外労働の原則禁止、休暇の希望の把握などにより職員のストレスの改善に取り組んでいる。また、職員が判断に迷った時や緊急時の対応として、ホーム長とU/Lは携帯電話で24時間の対応をしている。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #e67e22;">情報の保護・共有</h2>	<h2 style="color: #e67e22;">評点</h2>
1. 情報の保護・共有に取り組んでいる	

1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	B
2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	A
<p>【講評】</p> <p>蓄積している情報は、パソコンのアクセス制限、キャビネットの施錠などによって機密性の管理をしている。また、全社的に「機密書類廃棄処理BOX」を設置し、廃棄書類の機密漏えい防止管理をしている。法人からメール配信される書類や上部組織が開催する会議で配付される書類は、ファイル、フォルダーを作成し、日付順に綴じている。しかし、提供される情報は頻繁であり、本事業所にとっての必要性などの確認に時間を要し、内容を吟味し管理してゆくことが現実的には困難な状況である。</p> <p>個人情報に関しては、法人が作成する「個人情報保護方針」「個人情報保護法Q&amp;A」が、ホーム長会議、全社研修で周知され、ホームではホーム会議や回覧、そして玄関や事業所内掲示などの取り組みをしている。利用者（家族）には、全員と「個人情報の取り扱いに関わる覚書」（サービス提供に関わる情報の内容と諸情報媒体への掲載、及び当事者の状況報告の2種類）を説明し、情報の取り扱い、開示、提供に関する対応を明示し、同意の有無を確認している。</p>	<p><b>評点の内容</b></p> <p>詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<b>カテゴリ 1 ~ 7 に関する活動成果</b>	<b>評点</b>
1. 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリ 1：「リーダーシップと意思決定」</li> <li>・カテゴリ 2：「経営における社会的責任」</li> <li>・カテゴリ 4：「計画の策定と着実な実行」</li> </ul>	B
2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリ 5：「職員と組織の能力向上」</li> </ul>	B
3. 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリ 6：「サービス提供のプロセス」</li> <li>・カテゴリ 7：「情報の保護・共有」</li> </ul>	A
4. 前年度と比べ、事業所の財政面において向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している</p>	A <sup>+</sup>
5. 前年度と比べ、利用者の意向や苦情対応の面で向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分や利用者満足状況調査などにおいて改善傾向を示している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリ 3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」</li> </ul>	B

【講評】

今年度はユニットリーダーの交代や職員の退職などにより、職場が落ち着かず、サービスの改善・向上に取り組むのは困難であった。この様な状況の中でも、ユニットリーダーの育成や地域運営推進会議に新たに取り組む、また、職員による委員会活動も開始されるなど、活動の定着と充実は今後の期待である。実現するためにも法人と上部組織の支援が必要である。

評点の内容

詳しい内容は  
こちらをクリック！

[全体の評価講評へ](#)   [サービス分析結果へ](#)   [利用者調査結果へ](#)   [事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：ほほえみ赤羽

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

評価の手法については、[こちら](#)をご覧ください。

事業所名称	<a href="#">グループホームほほえみ赤羽</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー</a>
事業評価実施期間	2006年9月6日～2007年3月15日

## \* サービス分析の結果（サービス提供のプロセス項目）\*

<p>・サービス情報の提供 ・サービスの開始・終了時の対応 ・個別状況に応じた計画策定・記録 ・プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 ・事業所業務の標準化 ・サービスの実施</p>	
<h3>サービス情報の提供</h3>	<h3>評点</h3>
<p>1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している</p>	<p>A</p>
<p><b>【講評】</b>          本事業所が所属するグループ全体の事業概要や活動内容は、本社の発信するHPや情報誌「コムスン通信」によって把握できる。グループホームの暮らしをイメージできる写真が掲載されており、さらに申し込みから入居までの流れと費用も別紙で折り込まれて分かり易い。これらは行政にも配布している。本社が新聞等へ広告を出しており、この情報が問い合わせにつながることもある。          利用者の問い合わせや見学希望は、地域包括支援センター・介護保険課・居宅介護支援事業所等の紹介によるものが多い。また、本社のコールセンターは、相談や苦情に24時間対応しているため、そこを経由しての問い合わせもある。実際の見学への要望に対しては、利用者への影響を最小限にし、かつ事業所の運営方針と現状を理解してもらえよう、原則としてホーム長が日程調整をして対応することとしている。</p>	<p><b>評点の内容</b>          詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>

サービスの開始・終了時の対応	評点
1. サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	A
2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している	A
<p><b>【講評】</b>  入居に際しては利用者（家族）に生活状況報告書、健康診断書を提出してもらう。ホーム長が家庭訪問や来所による面接を行い、その結果をホーム内で検討し本社に報告、本社の判定を経て入居が決定される。ホーム長は、契約に当たっての契約書・重要事項説明書等は、内容のすべてを読み上げ家族の了解を確認しながら実施している。特に利用者負担金とその内容説明は、最も家族の関心が高いため最初に行うようにしている。また、入居後の本人への支援に関する家族の意向は、利用申込書で確認している。  独自のアセスメントシート（調査票～）を使用し、利用者支援に必要な個人情報の把握に努め、入居から1～2ヶ月の間に使う暫定プランを作成している。また、入居後の不安解消のため、写真やなじみの家具等の持込を奨励するなど、落ち着ける居室づくりを進めている。さらに、家族などの面会時間を制限せず、どんなことで不安・不穏反応を引き起こすか家族とともに考え適切な対応を探り、それらを申し送り、職員で共有する体制にしている。入居日の夕食は、本人の好物や菓子を提供する配慮をしている。  昨年度の退居者は2名で、1名は特養入所、もう1名は病院への入院であった。いずれの場合も入居中のサマリーを作成しそれを添えて支援の継続性を配慮している。なお、事業所の方針として経口摂取が困難になったら退所することを明確にして入居契約している。</p>	<p><b>評点の内容</b>  詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
個別状況に応じた計画策定・記録	評点
1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	B
2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している	A
3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	A
4. 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	A
<p><b>【講評】</b>  アセスメントからケアプランの様式は法人独自のものを使用していたが、利用者の生活背景がわかり易いとの判断から他の方式に移行中である。介護計画はユニットリーダー（UL）が原案を作成し、介護支援専門員が参加する月1回のカンファレンスで明確化している。モニタリングは毎月実施し、介護計画は3ヶ月毎の見直しであるが、参加できない職員は利用者個々人の生活上の課題を事前に提出している。検討内容はカンファレンスシートに記載し共有に努めている。定期的な再アセスメントは実施していない。  家族に対する介護計画の説明は、面会時を捉え説明している。この説明時は家族の意向の把握や利用者のこれまでの生活を家族から聞く機会としており、家族の意向により計画を変更することもある。しかし、介護計画説明のための時間を設定するなど目的を明確にした、十分な取組みとは認めにくい。また遠方の家族には郵送している。  介護記録・管理日誌・往診記録・事故報告書に必要な事項が記録され、朝・夕の申し送りで引き継ぎ入居者情報を共有して介護にあたるようにしている。また、ケアプランの見直しに焦点を当てたカンファレンスシートは、カンファレンス開催までに職員それぞれが全入居者について記入し、カンファレンスでの検討素材にしている。さらに入居者の担当制を敷き、担当者はケアプランの原案となるもの“私の想い”を作成してカンファレンスで提示している。</p>	<p><b>評点の内容</b>  詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>

プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	評点
1. 利用者のプライバシー保護を徹底している	A
2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している	B
<p><b>【講評】</b>          法人としてプライバシー保護については、新人研修で、尊厳の保持やマナーという内容で実施している。個人情報を使用する範囲を明らかにして家族の承諾を得て「個人情報覚書」の提出を受けている。介護保険認定調査時には家族の立会いを求めている。また、また入居者への郵便物等の封書は、家族の了解を得て開封、あるいは転送している。他機関からの医療情報は、家族を通して得ることを原則にしている。</p> <p>排泄・入浴時の同性介護は希望を踏まえて徹底している。居室の鍵は利用者自身が施錠できる構造、車椅子用トイレは内側にカーテンがあり、ドアの開閉時に直接廊下から見えないよう配慮されている。紛失の危険はあるが本人の尊厳を保つため家族の了解のもとに、財布に現金を入れ自己管理している入居者もいる。利用者の意思は、言葉・表情・身体の緊張等で把握するというものの、訪問調査の折の対応は職員によるバラツキがあり、さらなる徹底を期待したい。</p> <p>職員の不適切な対応・行動については、お互いにその場で指摘しあうとしているものの実際には困難なため、管理ノートに記載し後にホーム長が面接によって指摘・指導している。入手の少ない3交替時や不穏な状態の利用者がいる場合は、玄関を施錠することであるが、この様な理由がない状況で施錠されていた。散歩を毎日するなどの機会を設け、生活の自由さの工夫は見られるが、施錠の必要性について、繰り返し検討すること、家族に対する確実な説明に取り組むことを期待する。</p>	<p><b>評点の内容</b>          詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
事業所業務の標準化	評点
1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	B
2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている	B
3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している	A
<p><b>【講評】</b>          サービスの基本事項や手続書は本社で作成されたものを使用。内容は詳細で行き届いている。なおマニュアルの見直しは、現場の意向を踏まえてホーム長がエリア別会議に提案したり、改変や見直しは、法人からその都度通達がある。そして実際の指導はホーム長やULがカンファレンスや申し送りの際に行っている。マニュアルは豊富にあるが、活用されないものや、一部目的の明記がないなど現場では活用し難いものもある。日常業務では、ホーム長やULからの直接指導で実施されている。</p> <p>業務の一定水準は法人が実施する各種会議等で報告された内容を、ホーム会議で伝達し、個別ケアを日常的に学びあう場としてカンファレンスがある。新規採用者も最短で採用後3週間程度で夜勤シフトに入るため、防災訓練や安全な移動・移乗方法の研修はホーム長が行っている。また、10月に委員会を発足させ、教育・研修委員会主宰で「口腔ケア」の研修を実施し、防災委員やレクリエーション委員会の活動も開始された。ホーム長、ULは24時間の携帯電話保持により相談、緊急時の対応をしている。</p>	<p><b>評点の内容</b>          詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>

\* サービス分析の結果（サービスの実施項目） \*

サービスの実施	評点
1. 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	A
<p><b>【講評】</b> 立案した介護計画は、月1回のカンファレンスを行い、ケアを振り返り修正を加える形で進めている。また、アセスメントとして、利用者のADLや掃除、買い物などの能力を「本人が出来ること」「支援が必要なこと」の視点で整理し、その上で個別の日課表を作成しており、援助すべきことがわかりやすい。新たに採用したアセスメント様式は、利用者の個性、可能性を理解するためには効果的であるが、未記入のアセスメント項目が目立つ利用者もあり、活用の充実が望まれる。</p> <p>利用者の特性に応じたコミュニケーションをとるため、利用者一人ひとりに通じやすい言葉や動作、表情等を把握しながら対応し、利用者が喜んだ対応などを職員間で介護記録や申し送り共有するようにしている。特に、利用者が苦勞したことや大切にしていることを把握すること、編み物などの趣味や身につけている技術、そして、生き生き出来ることなどを探り出し、職員がそれを共有して支援するよう努めている。</p> <p>申し送りは2つのユニット合同で実施し、利用者に変化があったときは、管理日誌に記載し共有を図っている。また、ユニット間の連携をするためにも職員の異動をしている。</p>	
2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	A
<p><b>【講評】</b> 利用者から毎朝食べたいものをアンケート用紙に書いてもらうことを基本とし、買い物に出かけている。その日に希望に応じられない場合は、後日に取り入れるようにしている。また誕生会では、利用者の希望する献立としている。入浴は、毎日午後から実施しているが、その都度声をかけて、入浴の意向を確認している。毎日入浴を希望する人もあり応じている。</p> <p>レクリエーションや習い事は、年間行事計画として、体操（毎日）、毎週の予定として趣味の会（月）、書道（水）、音楽の会（木）があるが、実施が困難なものもある。実施時は、利用者の希望を優先するが、なるべく楽しい時間を持ってもらいたいので誘うようにしている。ホームでの生活は、喫煙、飲酒、消灯時間についても自由であり、起床は6時から9時頃である。夜眠れない利用者については、職員と話をしたり、お茶を飲んでもらったりして気兼ねなく過ごしてもらうようにしている。</p> <p>利用者の中には、足に浮腫があり傷がつくのが不安であり、家族の希望で外部から訪問入浴サービスを利用していたり、デイサービスに参加して機能訓練や運動をしたいという利用者には、外部のデイサービスの利用を紹介し、現在1人の利用者が利用している。</p>	
3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている	A
<p><b>【講評】</b> 食事に関する一連の行為は、個々人が出来ることを介護計画作成時にまとめ、職員が統一して支援出来る事を目指している。ホーム長は職員は黒子に徹するという方針を持ち、調理、配膳、後片付けなどについて、職員が作業に夢中にならない、「無理強い」をしないなどの職員指導をしているが、職員への周知、実施はまだ不十分である。</p> <p>身の回りのことについては、洗顔や整髪、歯磨きなど職員が同じ動作を行うなどして、利用者自身でするように促している。寝具交換、居室の清掃、床のモップかけ、玄関前の掃き掃除なども、楽しみながら利用者と一緒に実施している。箆笥の中の整理は、居室担当職員と一緒に片付けている。</p> <p>日常生活に必要な作業は、利用者一人ひとりの関心や可能性から、実施可能なことを判断し誘っているが、利用者アンケートのコメントで、「一日中、仕事の手伝いをさせられている」というような内容が寄せられている。介護計画の説明をはじめ家族とのコミュニケーション不足が認められる。</p>	
4. 利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている	A

<p><b>【講評】</b>        食事摂取、水分摂取は健康保持の基本で最も重要なことであると考え、十分な量を取ってもらえるように食事介助や見守りをしている。利用者の歯・口腔状態、嚥下状態により食事形態を変え、水分摂取のためゼリー食を提供したりしている。食事は全員が同じテーブルであるため、背の低い人や車椅子の人には、テーブルが高すぎるようで、食べ難い様子が見られた。足置きなど使用している利用者もいたが、食事をする座位姿勢としての更なる工夫が望まれる。        自然な排便が望ましいと考え食事や水分摂取に配慮しているが、自然排便が難しい利用者のいるので、3日間、排便がない場合は下剤などで対処している。日中はなるべくトイレで排泄できるよう、こまめに声をかけている。利用者それぞれに相応しい排泄用品を使用するようにし、トイレの棚に、数種類のパットや紙おむつを置き、対処している。        入浴は利用者の意向を尊重しているが、3日間入浴をしていない場合は、勤めている。入浴に使う石鹸は刺激の少ないものを使用している。高齢者の皮膚は乾燥しやすく弱いため、入浴時は皮膚の変化を発見し、医師の診察に繋げている。午後の入浴後に、パジャマに着替えている利用者が見られた。まだ日中であり、通常の生活とはかけ離れているような状況があり、違和感を持った。どの様な方針でサービスを実施するのか、検討を期待する。</p>	
5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	A
<p><b>【講評】</b>        利用者の健康維持に向けて、隔週での内科医・精神科医の往診と週1回の歯科医の往診があり、歯科医往診に併せて歯科衛生士による口腔ケアの指導もそのときに実施されている。医師の診察には可能な範囲で家族の同席を求めている。また診療の内容によって、医師から家族へ直接説明してもらうようにしている。日常的には朝・夕のバイタルチェックと水分・食事摂取量・表情・動作の観察、利用者の不調の訴え等により、往診依頼する。利用者の変化や治療内容の変更、医師のコメント等は、その都度家族に伝えている。        利用者の身体機能低下防止は、玄関前の清掃や毎日の朝の散歩、午後の買い物外出等、屋外で体を動かすこと、レクリエーションの一環としての体操など、自然に身体を動かせる形を大切に考え実施している。そのため、利用者一人ひとりが嫌がらずにやれる内容と範囲にして、決して強制的に行わない。また、利用者本人の希望で外部のデイサービスを利用し、機能訓練を受けている人もいる。        服薬は一化処方されたものを職員が名前と日付を記入して、朝・昼・夕の服薬トレイに準備する。与薬時は、職員が利用者の名前を呼び、利用者に直接手渡し、内服まで側で確認している。利用者の緊急時対応はマニュアル化されている。そして夜勤帯等で職員がその判断に迷う場合はホーム長、U L に連絡し、相談できる体制があり、内科の提携医療機関とは24時間連絡可能になっている。</p>	
6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている	B
<p><b>【講評】</b>        利用者同士のやり取りの中の素敵なエピソードを管理日誌に記録するなど、職員が利用者の " 良い顔 " に気づく、あるいはそれを引き出す橋渡しの役割を担えるよう努めている。訪問時も利用者同士で、食器を下げる、拭く等の姿があったが、利用者アンケートでは、「1日中仕事をさせられており、本人がこぼしている。もう少し自由な時間を作ってもらいたい」というコメントがあり、利用者一人ひとりに応じた日常生活の過ごし方についての検討が必要である。        居室は利用者のなじみの家具が持ち込まれ、写真や便りが飾られたりして、一人ひとりの個性に配慮したものになっている。また共有スペースは、利用者の関係や四季の季節感を出すために、テーブルと椅子の位置を変える、花を飾るなどで工夫している。玄関前のスペースは花壇になっており、季節を感じさせる環境に配慮している。        居室と共用スペースはエアコンで温度を設定し、23～24℃を保っている。湿度計は設置されていないが、特に冬季はエアコンでの温度管理は乾燥しやすいため、湿度を何%に保つかの基準を設定するなどの対策まで含めた対応を期待する。</p>	
7. 家族等と関係を持ちながら運営している	B
<p><b>【講評】</b>        基本的に外出・外泊・面会は自由としており、家族の面会も利用者18人のうち事情のある1人を除く17人の家族は、1ヶ月に1回以上面接に訪れている。そして家族の面会が土・日曜日に多いため、ホーム長かU L は出勤日として家族との関係をより強化することに取り組んでいる。家族が参加する行事として、夏の納涼祭・冬のクリスマス会があり、家族が参加しやすいよう日曜日に開催している。誕生会は利用者の誕生日の夕食時間をあて、家族が参加しやすいようにしている。        利用者の日常の様子は、良い部分を強め、マイナス部分はそれらを改善するために家族への協力依頼という形で1ヶ月1回、変化がある場合はその都度、ホーム長が家族に電話で伝える方針はあるが、実施できないこともある。利用者個人の介護記録はいつでも希望すれば家族は読めるようになっている。</p>	
8. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	A

【講評】

新聞広告のチラシを見て、大型スーパーへ利用者と買い物に毎日出かけることもあり、店員とも顔見知りになっている。また、毎日のように散歩をしていることもあり、事業所の付近の米屋・雑貨屋などからは、声をかけられる関係になっている。また、時には近所の回転寿司なども利用しているが、最近は少ない。利用者18人すべてが自治会加入している形になっているため、区の公報（北区ニュース・月2回発行）は18部届けられ一人ひとりに配布している。

近隣の保育園との交流があり、年4～5回の保育園行事に招待され5～10名が参加している。また町内会の敬老会行事には町内会館まで出向いて6人が参加している。近所の方が食物などを持参で訪れてくるなど、地域にホームが根付いてきている。なお、パン屋・八百屋等をホームに呼び入れ出張販売してもらえば、利用者に大きな刺激になると考え検討中である。区内のグループホーム連絡会には参加し、地域情報の収集に努めている。地域運営推進会議が開催され、今後利用者の生活を広げるための活用が期待される。

評点の内容  
詳しい内容は  
こちらをクリック！

[全体の評価講評へ](#)   [組織マネジメント分析結果へ](#)   [利用者調査結果へ](#)   [事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

[サービス評価情報](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：ほほえみ赤羽

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">グループホームほほえみ赤羽</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ</a>
利用者調査実施期間	2006年10月25日～2006年12月6日

## \*調査概要\*

調査対象：1、性別：1人、女性17人  
 年齢：83.5歳  
 者：2人  
 2、平均要介護度：2.6  
 3、平均年齢：83.5歳  
 4、車椅子使用者：6人  
 5、夜間のみおむつ使用者：2人

調査方法：利用者の家族などに対する郵送によるアンケート調査。利用者の生活を見るコミュニケーション法1回。

利用者総数：18人 調査対象者数：18人 有効回答者数：10人

調査対象者数に対する回答率：55.6%

調査項目：[共通評価項目](#)

## \*調査結果のコメント\*

本ホームは、交通量の多い幹線道路に面し、商店街は近くにないが、毎日の散歩に出かけることもあり近所の人、職員と食材の買出しに行くスーパーの職員から声をかけられるなどの交流がある。町会に入会し、公報を全員に届けるなどの取組みなど地域に根ざすための努力が見られる。総合的な感想は、大変満足0%、満足20%、どちらかといえば満足が60%である。不満と大変不満は0%であるが、必ずしも満足度が高いとはいえない。肯定的な回答が高かった項目は健康管理分野であり、日常的に健康状態の把握、医師との連携、歯科衛生士による口腔ケアなどの実施に取り組んでいる。否定的な回答が高かった項目から、介護計画時の説明が不十分である事、本人・家族は不満・要望を言い難い状況である事が認められた。家族の自由記述でもこの点に関する指摘があり、積極的で計画的な対応が望まれる。

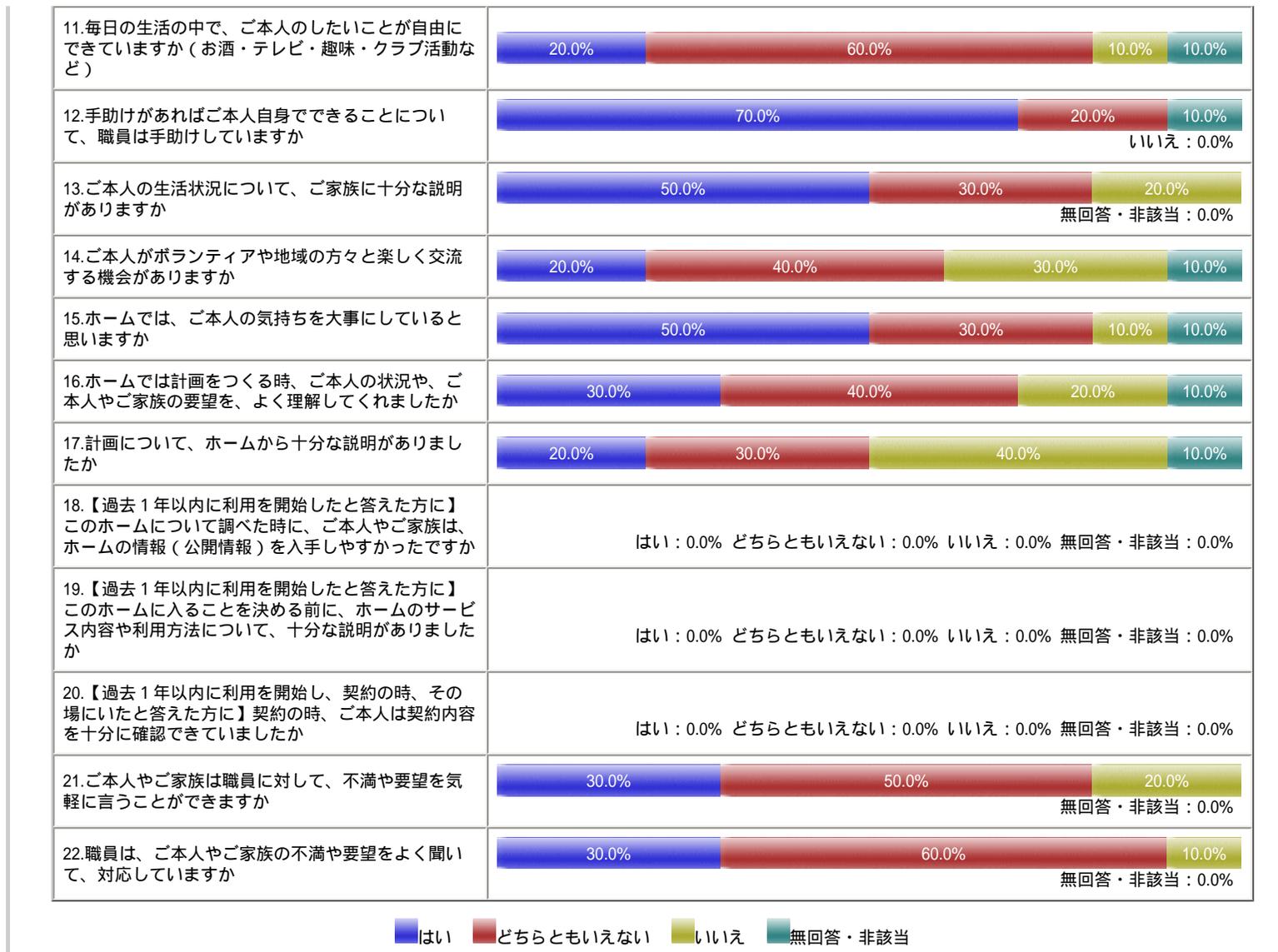
## \*利用者調査の結果\*

読みあげソフトをご利用のかたへ  
パーセンテージの読みあげは「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の順番で読みあげられます。

■はい ■どちらともいえない ■いいえ ■無回答・非該当

1.ご本人の食べたいものの希望を聞いてくれていますか	20.0%	40.0%	20.0%	20.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでますか	10.0%	30.0%	30.0%	30.0%
3.入浴のとき、ご本人はゆっくりお風呂に入れていますか	40.0%	30.0%	30.0%	いいえ：0.0%
4.【お風呂の介助を受けていると答えた方に】ご本人はお風呂の介助に安心できていますか	71.4%	28.6%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：0.0%
5.日常生活に必要な介助を、ご本人は十分受けていますか（トイレ介助、ナースコール対応、ホーム内移動介助、外出介助など）	50.0%	30.0%	10.0%	10.0%
6.部屋や食堂、トイレなどの生活空間はいつも清潔で、ご本人は気持ちよく過ごせていますか	40.0%	50.0%	10.0%	いいえ：0.0%
7.職員は日頃から、ご本人にからだの調子を聞いてくれますか	90.0%	10.0%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：0.0%
8.ご本人の病気やケガなどの時、十分に対応してくれますか	70.0%	10.0%	10.0%	10.0%
9.職員はご本人に対して丁寧に接していますか（嫌なことを言ったり、したりする職員はいない）	60.0%	40.0%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：0.0%
10.ご本人が他の人に聞かれたくない、見られたくないと思っていることに気遣いがされていますか	60.0%	30.0%	10.0%	無回答・非該当：0.0%

各サービスにおける利用者調査結果



[全体の評価講評へ](#)
[組織マネジメント分析結果へ](#)
[サービス分析結果へ](#)
[事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | 
 [メルマガ登録](#) | 
 [ご意見・ご要望](#) | 
 [特集](#) | 
 [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | 
 [財団ホームページ](#) | 
 [サイトマップ](#) | 
 [利用規約](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## リーダーシップと意思決定

1-1-1. 事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を明示している
	<input type="radio"/>	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input type="radio"/>	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input type="radio"/>	重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みを行っている（会議中に確認できるなど）
A+の取り組み		

1-1-2. 経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている
	<input type="radio"/>	経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している
A+の取り組み		

1-1-3. 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

評点		
標準項目		重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている
		重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している
		利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## 経営における社会的責任

2-1-1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

評点	A	
標準項目	○	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している
	○	全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる
A+の取り組み		

2-1-2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

評点	A	
標準項目	○	第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる
	○	透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法（事業者便り・会報など）で地域社会に事業所に関する情報を開示している
A+の取り組み		

2-1-3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている

評点	—	
標準項目	—	実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている
	—	効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している
A+の取り組み		

2-2-1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

評点	—	
標準項目	—	事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している（施設・備品等の開放、個別相談など）
	—	地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動（研修会の開催、講師派遣など）を行っている
A+の取り組み		

## 2-2-2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

評点	—	
標準項目	—	ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している
	—	ボランティアの受け入れ体制を整備している（担当者の配置、手引き書の作成など）
	—	ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている
A+の取り組み		

## 2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

評点	B	
標準項目	○	地域の関係機関のネットワーク（事業者連絡会など）に参画している
	×	地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | 
 [メルマガ登録](#) | 
 [ご意見・ご要望](#) | 
 [特集](#) | 
 [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | 
 [財団ホームページ](#) | 
 [サイトマップ](#) | 
 [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

3-1-1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）

評点	<b>A</b>	
標準項目	○	苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている
	○	利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる
A+の取り組み		

3-1-2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点	<b>B</b>	
標準項目	○	利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる
	×	事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している
	○	利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる
A+の取り組み		

3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点	B	
標準項目	○	地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる
	○	福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる
	×	事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



## 計画の策定と着実な実行

### 4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点		
標準項目	✕	理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している
	✕	年度単位の計画を策定している
	✕	短期の活動についても、計画的（担当者・スケジュールの設定など）に取り組んでいる
A+の取り組み		

### 4-1-2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

評点		
標準項目	✕	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている
	✕	課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている
	✕	計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）を踏まえて策定している
	✕	計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）を踏まえて策定している
A+の取り組み		

### 4-1-3. 着実な計画の実行に取り組んでいる

評点		
標準項目	✕	計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している
	✕	計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている
	✕	計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している
	✕	計画推進にあたり、進捗状況を確認し（半期・月単位など）、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる
A+の取り組み		

## 4-2-1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点		
標準項目	○	利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している
	○	発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している
	○	再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## 職員と組織の能力向上

### 5-1-1. 事業所にとって必要な人材構成にしている

評点	<b>B</b>	
標準項目	○	事業所の人事制度に関する方針（人材像、職員育成・評価の考え方）を明示している
	×	事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている
	○	適材適所の人員配置に取り組んでいる
A+の取り組み		

### 5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

評点	<b>B</b>	
標準項目	○	職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している
	×	職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成（研修）計画を策定している
	×	個人別の育成（研修）計画を踏まえ、OJTや研修を行っている
	○	職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している
	×	職員の研修成果を確認し（研修時・研修直後・研修数ヶ月後など）、研修が本人の育成に役立ったかを確認している
A+の取り組み		

### 5-2-1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点	<b>A</b>	
標準項目	○	職員の判断で実施可能な範囲と、それを越えた場合の対応方法を明示している
	○	職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる
	○	職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる
A+の取り組み		

## 5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

評点	<b>B</b>	
標準項目	○	事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格、賞賛など）が連動した人材マネジメントを行っている
	○	就業状況（勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる
	×	職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる
	○	福利厚生制度の充実に取り組んでいる
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## 情報の保護・共有

### 7-1-1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる

評点	<b>B</b>	
標準項目		情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している
		収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している
		保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している
A+の取り組み		

### 7-1-2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している

評点	<b>A</b>	
標準項目		事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している
		個人情報の保護に関する規定を明示している
		開示請求に対する対応方法を明示している
		個人情報の保護について職員（実習生やボランティアを含む）が理解し行動できるための取り組みを行っている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## カテゴリー 1 ～ 7 に関する活動成果

8-1-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー 1：「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリー 2：「経営における社会的責任」
- ・カテゴリー 4：「計画の策定と着実な実行」

評点	B
改善の成果	ユニットリーダーの交代などにより、一時的に利用者サービスの低下が見られたなどの問題が発生し、今年度はサービスの改善・向上に取り組むというよりは、以前の状態への回復、現状の維持に力を注がざるを得なかった。このような状況の中で、ホーム長は、将来ホーム長になるだろうユニットリーダーの育成に努め、徐々に成果が現れてきている。行政の指導に応じ、即座に、地域運営推進会議を開催している。今後は利用者、家族そして地域住民を多く集めるため計画的に取り組むことを期待する。

8-2-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」

評点	B
改善の成果	法人が主催する「事例発表会」に本事業所からの事例を報告し、表彰されている。また、法人が出版した単行本・事例集に本事業所から提出した事例が採用されるなど職員の励みになっていると考えられるが、退職者が相次ぐなど職員が一定せず、このような取組みが現場にどのような成果をもたらしているのか、改善の成果は確認できない。職員による委員会が再結成され、防災、レクリエーション委員会などの活動が開始されている。

8-3-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー 6：「サービス提供のプロセス」
- ・カテゴリー 7：「情報の保護・共有」

評点	A
改善の成果	家族の要望で職員の名前と写真を掲示したことにより、利用者は職員の名前を呼ぶようになったり、職員は家族とのコミュニケーションに配慮するなどの変化が見られている。

8-4-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している

評点	A <sup>+</sup>
改善の成果	3ヶ月、満室状態が続き、安定経営である。

8-5-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分や利用者満足状況調査などにおいて改善傾向を示している

・カテゴリ 3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」

評点	B
改善の成果	行政の指導に即座に応じ、地域運営推進会議を開催している。開催までの時間がなかったこともあり、家族は1人、行政の担当者、地域包括支援センターの職員、民生委員1人の参加であり、利用者の参加はなかった。本事業所の活動や認知症の特徴やケアについて説明し、民生委員などから理解が得られている。年3回程度の開催を予定しており、今後は計画性を持って準備し、一人でも多くの地域住民に集まってもらうことを通し、地域情報を収集する機会とし、地域資源の活用が進むことを期待する。

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



## サービス情報の提供

### 1-1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している
	<input type="radio"/>	利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	<input type="radio"/>	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	<input type="radio"/>	利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
A+の取り組み		

[戻る](#)
[このページのトップへ](#)



## サービスの開始・終了時の対応

### 2-1. サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している
	<input type="radio"/>	サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている
	<input type="radio"/>	サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している
A+の取り組み		

### 2-2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している
	<input type="radio"/>	利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している
	<input type="radio"/>	サービス利用前の生活をふまえた支援をしている
	<input type="radio"/>	サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている
A+の取り組み		

[戻る](#)
[このページのトップへ](#)



## 個別状況に応じた計画策定・記録

3-1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点	<b>B</b>	
標準項目	○	利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している
	○	利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している
	×	アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている
A+の取り組み		

3-2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している

評点	<b>A</b>	
標準項目	○	計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている
	○	計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている
	○	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている
	○	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している
A+の取り組み		

3-3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点		
標準項目		利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある
		計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している
A+の取り組み		

## 3-4. 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

評点		
標準項目		計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している
		申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

[サービス評価情報](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

### 4-1. 利用者のプライバシー保護を徹底している

評点	<b>A</b>	
標準項目	<input type="radio"/>	利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている
	<input type="radio"/>	個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している
	<input type="radio"/>	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている
A+の取り組み		

### 4-2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点	<b>B</b>	
標準項目	<input type="radio"/>	日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している（利用者が「ノー」と言える機会を設けている）
	<input type="radio"/>	利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している
	<input type="radio"/>	虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている
	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている
A+の取り組み		

[戻る](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## 事業所業務の標準化

5-1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点	B	
標準項目	○	手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている
	○	手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている
	○	提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している
	×	職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している
A+の取り組み		

5-2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点	B	
標準項目	×	提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている
	○	提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている
	○	職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる
A+の取り組み		

5-3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点		
標準項目		打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている
		職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している
		職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている
		職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している
		職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

 サービス評価情報 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

## サービスの実施

### 1. 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している

評点		
標準項目	<input type="radio"/>	介護計画に基づいて支援を行っている
	<input type="radio"/>	利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している
	<input type="radio"/>	利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている
	<input type="radio"/>	利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている
A+の取り組み		

### 2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている

評点		
標準項目	<input type="radio"/>	食事に利用者の意思を反映している
	<input type="radio"/>	入浴は利用者の意思を反映している
	<input type="radio"/>	レクリエーションや習い事等への参加は利用者の意向に沿っている
	<input type="radio"/>	ホームでの生活は、他の利用者への迷惑や健康面などに配慮したうえで、原則として自由である
A+の取り組み		

### 3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている

各サービスにおける事業評価分析結果

評点		
標準項目	<input type="radio"/>	食事に関する一連の行為（買い物・調理・配膳・後片付け等）は、利用者の主体性に配慮して支援している
	<input type="radio"/>	身の回りのこと（洗顔、整髪、歯磨き、更衣等）は、自分で行えるよう支援している
	<input type="radio"/>	寝具や居室等の清潔保持を自分で行えるよう支援している
	<input type="radio"/>	ホーム内で利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている
A+の取り組み		

4. 利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている

評点		
標準項目	<input type="radio"/>	利用者の状態に応じた食事提供や、支援を行っている
	<input type="radio"/>	利用者の排泄状況を把握し、それぞれに応じた支援をしている
	<input type="radio"/>	利用者の状態に応じた入浴の支援をしている
	<input type="radio"/>	掃除や買い物ができない場合は代行している
A+の取り組み		

5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点		
標準項目	<input type="radio"/>	健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている
	<input type="radio"/>	利用者の健康の維持や身体機能の低下防止に取り組んでいる
	<input type="radio"/>	服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている
	<input type="radio"/>	利用者の体調変化（発作等の急変を含む）に速やかに対応できる体制を整えている
	<input type="radio"/>	日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている
A+の取り組み		

## 6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

評点	<b>B</b>	
標準項目	<input type="radio"/>	利用者がお互いに助け合って生活することができるよう支援している
	<input type="radio"/>	利用者一人ひとりに応じた日常生活の時間を過ごせるよう工夫をしている
	<input type="radio"/>	環境整備により利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている
	<input checked="" type="checkbox"/>	居室や食堂などの共用スペースの温度や湿度は利用者に配慮したものとなっている
A+の取り組み		

## 7. 家族等と関係を持ちながら運営している

評点	<b>B</b>	
標準項目	<input type="radio"/>	家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている
	<input type="radio"/>	家族等が参加できるホームの行事を実施している
	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者の日常の様子やホームの現況を定期的に家族に知らせている
A+の取り組み		

## 8. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点	<b>A</b>	
標準項目	<input type="radio"/>	地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している
	<input type="radio"/>	利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している
	<input type="radio"/>	利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている
A+の取り組み		

[戻る](#)