



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：コムスのほほえみ

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">コムスのほほえみ一之江</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.H0501007</a> <a href="#">修了者No.H0201028</a> <a href="#">修了者No.H0305082</a>
評価実施期間	2006年8月7日～2007年1月24日

### 全体の評価講評

#### \* 特によいと思う点 \*

・ホームとしての方針を定め、当面の優先課題へのホーム長の率先垂範姿勢

ホーム長は<心構え>利用者の最終章を受け持っているという自覚とその人たちを支えて行く使命感を持って、利用者の個性を大切に、その人らしく日々穏やかに暮らして行けるよう支援することを心がける。<働き方>認知症とその介護・支援についての知識を深め、職員同士がチームワーク良く、仕事の都合や後始末型の介護にならないように努める。との方針に基づいて、内部研修の実施、職員との個別面談の実施等による職員の能力とやる気の向上を進めると共に、日々の支援の中で率先垂範して指導に当たっている。職員の定着率も改善し始めている。

・認知症研修の毎月実施

当ホームは経験の浅い職員が多いことを考え、ホーム長はグループホームの原点に戻って、職員の、認知症とその介護・支援の仕方についての知識を高めることを最優先課題として取組んでいる。認知症に関係することも含め、日常の業務の中で気が付いたことはすぐに指導すると共に、自ら率先垂範して動き、その姿を見せている。さらに、本社の研修部署で揃えている認知症に関する研修資料も活用して、毎月のホーム会議で時間を取ってホーム長が講師となって研修会を行っている。

・十分なアセスメントによる介護計画の策定体制の整備

18年夏から、新規および介護計画見直しの時期にある利用者から、新しいアセスメント方式に切りかえている。新アセスメント方式は情報量が多く、すべてを活用すると業務が相当量になると思われるが、初回の利用者宅の訪問時に新たに介護支援専門員を同行させ、計画の見直しに当たる利用者の場合は、暮らしの情報、心身の情報はケアスタッフが記載して、カンファレンスを行うなど、新方式のすべての項目を活用して、十分な情報に基づいた介護計画を策定するための体制を整えている。

### \* さらなる改善が望まれる点 \*

#### ・方針の明示と業務の計画的実施

着任早々のホーム長は、既にホームの現状を把握し、ホームのあり方を纏めた上で課題を挙げ、一部は実行され始めている。しかし、これ等は当面先ず急いで手をつけるべきこととして、トップダウンで行われており、今後は、方針の明示、現状に対する認識の共通理解、課題作成・具体的実施計画策定への職員の参加等を行い、職員の十分な理解・納得を得た上で、組織一丸となって方針の実現、課題解決に取り組んで行く仕組みと体制作りが望まれる。各種委員会の活性化を図ることは、一つの有効な手段であると考えられる。

#### ・利用者の安全確保への取り組み

日々の安全の確保・向上については、喫緊の課題として先ずは入浴・排泄に関するケア技術についてOJTによる取り組みが行われている。また、事故・ヒヤリハット等は様式により上部組織に提出して対応し、結果を回覧等によって職員に周知するなどしているが、それらの情報をまとめて整理・分析し、再発防止策を立てるところまでは手が着けられていない。周知の通り、重要な事柄であるので、この点を優先課題として、職員全員が利用者の安全に配慮した支援が出来るよう体制を整えられることを期待したい。

#### ・心地よい快適な生活空間となるよう居住環境の整備

リビングの壁には、利用者の作品等が掲げられ雰囲気づくりへの心遣いを感じる。食卓用テーブルとは別に、テレビの前にはソファが置かれ、そこで一人新聞を見ている人もある。室温等も26度と温度を決めて快適さに配慮している。しかし、トイレやリビングルーム等の共用スペースの清掃、限られてはいるが強い臭気が漂う居室もあり、フロアの臭気にも繋がると思われる。職員の気づきを促すと共に、環境整備のマニュアル化とそのチェック体制を整えることにより利用者にとって心地よい快適な生活空間とすることが望まれる。

### \* コメント \*

回答者の特性を想定し、利用者（家族用）調査票は文字を大きくしました。職員用自己評価票は評価の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

# 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：コムスのほほえみ

## 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="#">コムスのほほえみ一之江</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1月24日

## \* 組織マネジメント分析の結果 \*

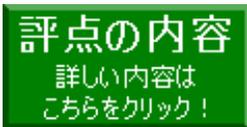
<p><a href="#">・リーダーシップと意思決定</a>   <a href="#">・経営における社会的責任</a>   <a href="#">・利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</a>   <a href="#">・計画の策定と着実な実行</a>   <a href="#">・職員と組織の能力向上</a>   <a href="#">・情報の保護・共有</a>   <a href="#">・カテゴリー1～7に関する活動成果</a></p>	
<b>リーダーシップと意思決定</b>	<b>評点</b>
1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	
1. 事業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	<b>B</b>
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	<b>A</b>

<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>          本社が定めている「コムスの（４つの）誓い」、本社が所属するグループの「十訓」が、会社の全ての施設に経営理念や働き方の基本として示されている。当ホームでは、これらを玄関、事務所、職員休憩室、リビングルーム等に掲示して職員、利用者に周知している。また、「コムスの誓い」を、申し送り時（朝礼）に必ず出席者で唱和して周知を図っている。          新ホーム長は、当ホームの現状を把握した上で、とくに職員が「認知症の知識を深め」「チームワーク良く介護に当る」事を大切と考え、機会ある毎に職員に伝えてその実現に日々率先垂範している。職員の認知症についての知識を深めるため、ホーム長は毎月ホーム会議の中で時間を取って自ら研修を行うことにしている。また、チームワーク向上のことも考慮して、「職員評価表」の項目を参考にしながら独自に記録シートを作成し、全職員との個別面談（評価のためではなく）を始めている。          ホームにとって重要な案件は、主に稟議書によって本社上部組織の承認を得て決定されることとなっている。決定事項は稟議書の承認印、通達文書、口頭等で示され、職員への伝達は、ホーム会議、管理日誌への記入・文書添付、事務室・休憩室への掲示等によって行われる。また、ホーム長会議等で示される他の施設との共通の決定事項については、会議報告としてホーム会議、ユニットリーダー会議等で伝えられる。利用者には、家族への文書送付、家族会、施設内の掲示等によって伝えられる。</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><b>評点</b></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守るべき法、規範、倫理等は、本社で定められ、契約時（就業規則、個人情報保護方針、グループホーム倫理綱領等）、新人研修、管理職研修時の資料等に示されている。個人情報保護方針、安全運転の心得等は事務所・休憩室に掲示し職員に周知徹底を図っている。          経営の運営状況については、第三者評価結果の公表、地域自治体の勤めによる運営推進会議（区内グループホームによる持ち回り会議）における状況報告等によって開示されている。当ホーム独自の情報誌等による情報提供は行われておらず、問合せ等があった時に説明や見学対応を行っている。          地域との連携は、東京都および区のグループホーム連絡会等に加わって情報交換、研修等を行っている。しかし、関係機関等と連携して課題に取り組む体制を持つまでには至っていない。18年度から運営推進会議が区内グループホームによる持ち回りで開催されるようになり当ホームも第一回を12月に実施し、行政の所管部署担当者や他のグループホーム職員の参加もあり、その交流の中で情報交換が行われるようになった。</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></p> <p>苦情解決制度は窓口（当ホームの管理者、本社コールセンター、地域自治体、東京都国民健康保険団体連合会）を明示して、いつでも利用できることを伝えている。出された苦情の内、緊急を要する場合はホーム内で緊急にミーティング等を行って対応し、内容によっては、本社上部組織と相談・連携し、また、ホーム内の会議（ホーム会議、ユニットリーダー会議等）で検討して解決に取り組んでいる。</p> <p>利用者の意向は、家族会で行事に関するアンケートを行って把握している。これまで投書の実績は殆どないが玄関には「ご意見箱」を置いている。過去に実施され久しく中断していた家族会を12月に開催し10家族が参加。ホームの現状を説明し、サービスに対する要望を聴取したところ職員の態度や個別の支援に対する要望が出された。個別の意向は計画に反映すると共に、ホーム会議を開催して対応を検討した。今後もホーム長・ユニットリーダーが要望を集約してホーム会議で周知し対応策を検討して行くとしている。今後の取り組みが期待される。</p> <p>地域・事業環境に関する情報は地域自治体のグループホーム連絡会に参加して収集している。また、運営推進会議を通じて区内の他のグループホームの情報を把握できるようになった。福祉事業全体の情報は本社の週刊通信、ホーム長会議、エリアホーム長会議、統括部戦略会議等によって主に本社から伝えられている。これ等の情報はそれぞれのファイルやノート等に保管・記録されているが、整理・分析されている状態ではない。</p>	<div data-bbox="1644 512 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	B
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	B
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	B

<p>【講評】        中長期計画、年度計画は策定されていないが、行事は年間のスケジュールを決め、レクリエーション委員会等で担当者を決めて計画的に実施している。着任早々（10月半ば）のホーム長はホームの実状把握の中から、現在の課題を「利用者一人ひとりの最終章を受け持つという自覚を持つ」「スタッフの都合を優先したり後始末になる介護をしない」「認知症介護の知識の習得」等を重点課題と考え、会議や職務遂行時の折々に職員に伝えている。今後、これ等の実現のための具体的施策を示し、計画的に進めていくことが望まれる。</p> <p>課題の推進は、具体的な課題推進計画として文書等に示されたものはないが、現場の介護の中で、ホーム長の強い意思と豊富な経験によって、職員への日常の呼びかけ、率先垂範によって行われている。今後、各種の委員会を再編し、それぞれ課題を持たせ、責任を持って取り組んで行く予定としている。</p> <p>利用者の安全については、医療機関、消防署との連携、避難訓練実施等は行われている。日々の安全の確保・向上については、事故・ヒヤリハット等は必ずコミュニケーションシート（様式）を一定期間内に上部組織の安全専門課に提出して対応している。その結果はシートの回覧等によって職員に周知され、ホーム長が必要と判断したものは個別指導し、ホーム会議に諮ることもある。しかし、それらの情報をまとめて整理・分析し、再発防止策を立てるまでは活用されておらず、介護計画への落とし込み、職場のルールやマニュアル策定に繋がっていない。</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: #FF9900;">職員と組織の能力向上</h2>	<h2 style="color: #FF9900;">評点</h2>
<b>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</b>	
<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: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #000; font-size: 2em; font-weight: bold; color: #000080;">B</div>
<p>2. 職員の質の向上に取り組んでいる</p>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #000; font-size: 2em; font-weight: bold; color: #000080;">B</div>
<b>2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる</b>	
<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: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #000; font-size: 2em; font-weight: bold; color: #000080;">B</div>
<p>2. 職員のやる気向上に取り組んでいる</p>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #000; font-size: 2em; font-weight: bold; color: #000080;">A</div>
<p>【講評】        求める人材像は職員手帳やコムソンの誓い等に示し、職員採用は主に本社が行っている。最終的な採用可否についてはホーム長の意見も反映される。当ホームの場合、開設以来職員の退職が相次ぎ、人数確保が優先となり、職員の配置も希望や能力・適性を十分に考慮することより人員揃え優先とならざるを得ない状況であった。新ホーム長は職員との個人面談に着手し、その意向を把握すると共に職員の個別ファイルを作成して能力向上を図り、利用者に対する担当制を敷き、一人ひとり責任を持って利用者に向けた介護を進めて行く体制にする意向である。</p> <p>職員の研修は運営部で行うケアスタッフ研修、管理者研修等があり、ホームでは勤務時間を調整して順次受講させ、本社で定めた様式に受講記録を付けている。ホーム内では、ホーム会議の中に勉強会の時間を取り、研修報告（認知症の知識、高齢者の食空間等）やホーム長によるテーマ別研修（今後暫くは認知症について）が行われる。また、ホーム長は、現場で都度、指導や注意をする一方、自ら実践しながらOJTによる育成をしている。個人別の研修計画は立てられていない。</p> <p>金銭に関わることは全て本社への稟議書による決定となっており、その他についても職員に任せられている仕事の範囲は狭くなっている。このため、ホーム長は、職員の経験が浅いこともあり、24時間電話対応体制にしている。職員の動機付けとして、全社的に社内資格・称号取得、社外資格取得に対する昇格・手当支給、業績表彰（社長賞等）制度などを設けている。当ホームでは月に1回は必ず夜勤明けに連休を入れ、健康やストレス解消などに配慮している。職員の多くは、報酬水準に対する不満を持っており、退職理由の主な原因の一つとしている。</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: #FF9900;">情報の保護・共有</h2>	<h2 style="color: #FF9900;">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><b>【講評】</b></p> <p>経営に関する情報について、パソコン内の情報はパスワードによるアクセス制限を行い、キャビネット、ロッカー等の中の情報は鍵を掛けて管理している。日々の介護記録のため、記録用紙を厨房の外側のカウンターにおいて使用している点については、取扱い方法の検討が望まれる。書類や資料は、ファイルやフォルダーを作って保管しているので必要な人が必要な時に探しやすくなっている。しかし、整理や更新が遅れているため、生きている資料・情報と廃止、変更となった資料・情報が混在し、使いやすさにやや難がある。</p> <p>個人情報については、本所で「個人情報保護方針」を作成し、利用目的、管理方針・方法を明示し、情報の開示については「個人情報の保護に関する法律に基づく情報開示等請求手続きのご案内」に詳しく説明している。職員に対しては研修、会議、掲示等によって周知しており、施設内の利用者の顔写真を全て撤去したり、外部から利用者への電話は原則として取り次がないなど具体的対応策も決めている。</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>カテゴリー 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 1：「リーダーシップと意思決定」</li> <li>・カテゴリー 2：「経営における社会的責任」</li> <li>・カテゴリー 4：「計画の策定と着実な実行」</li> </ul>	A
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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」</li> </ul>	A
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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 6：「サービス提供のプロセス」</li> <li>・カテゴリー 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
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、以下のカテゴリー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> <p>・カテゴリー3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」</p>	
<p><b>【講評】</b> この第三者評価を実施した時期は、16年11月の開設以来4人目になるホーム長が10月に就任した直後に当たる。この間、職員の交替も少なからずあり、組織が理想とする人材像よりも人揃えを優先させざるを得ない中、管理者の交替と合わせて統一した組織運営が困難で種々の課題を抱えていたことは想像に難くない。新ホーム長は、この現状に対して、利用者の安全性と尊厳の尊重を喫緊の解決課題とし、OJTによる介護技術等の職員指導をし、ホーム会議の一部を認知症理解をテーマとする内部研修会を定例化し、組織の基盤づくりが始まっている。</p> <p>サービス提供のプロセス面では、介護支援専門員の配置や自治体が進めるグループホームの「運営推進会議」の開催も、利用者の意向の把握やアセスメント体制の整備、情報の開示に繋がっている。また、新体制下で、これまで職員がそれぞれの思いと方法で利用者への関わりをしていたことについて、まずは安全性や尊厳が危惧される入浴や排泄ケアの面から、一人ひとりのケアの方法について総点検が始められ、利用者一人ひとりの支援の標準化が図られ出したことは、今後のサービスの向上に繋がるものと期待される。</p> <p>職員アンケートでは、人材不足による職員への加重や、上部組織への不満が見られるが、介護計画に基づく支援が出来ている点を評価し、利用者の視点で見たサービスの課題を指摘している声も出されている。ホーム長によるOJTや職員の個別面談が開始されている事でもあり、職員の更なるやる気向上に期待がかかる。</p>	 <p>詳しい内容は こちらをクリック！</p>

[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：コムスのほほえみ

## 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="#">コムスのほほえみー之江</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1月24日

## \* サービス分析の結果（サービス提供のプロセス項目）\*

・[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](#)

### サービス情報の提供

評点

1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

A

<p><b>【講評】</b>          本社は、展開しているサービス全体をテレビ広告、情報通信誌、ホームページ等で紹介している。本社作成のグループホーム紹介パンフレットは、本社の考えている運営や生活の様子、施設や居室の配置などを写真で詳しく紹介し、多くの利用者の疑問にQ&amp;A方式で説明するなど高齢者や認知症高齢者等、利用対象となる人々に必要な情報を掲載している。本社はグループホーム運営の標準化を図っているため、当ホームの運営の考え方の基本としても有効であるが、当ホームの特徴が伝わるような情報があれば更によい。</p> <p>ホームの情報は、ホーム長により「あき」情報の範囲で医療機関や行政機関等に発信されていたが、18年12月に地域自治体が進める「運営推進会議」が開催されホーム内見学と共に運営やサービスの実情を紹介した。今回は2月の開催が予定されており以降定期的に開催される。利用者代表とその家族の他に、地域自治体のグループホーム所管部署担当職員、地域包括支援センター職員も参加しており、利用希望者から問い合わせが集中すると思われる関係機関への情報提供が定期的に行われるようになった。</p> <p>利用希望者からのホームの問い合わせや見学については、困っている状況や必要性があるかなどを、ホーム長が判断して対応している。施設の見学にはホーム長がユニットリーダーが対応しており、見学時間は現入居者の生活リズムに配慮して、午後2時から4時頃までとしている。設備の見学やサービスの標準の説明の範囲に留め、入居者の理解が得られない限り居室の見学はしない、入居者の個人的な話しはしない事としている。入居者のプライバシー保護の観点から原則として利用希望者以外の個人の見学は受け入れていない。</p>	<div data-bbox="1641 52 1888 188" style="background-color: #006633; 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>
<h2 style="color: #FF8C00;">サービスの開始・終了時の対応</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
<p>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</p>	<div data-bbox="1727 512 1809 600" style="background-color: #ADD8E6; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>
<p>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</p>	<div data-bbox="1727 616 1809 703" style="background-color: #ADD8E6; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">B</span> </div>
<p><b>【講評】</b>          利用契約時にホーム長は必ず利用者を訪問して、契約書や重要事項についての説明書の読み合わせを行い、サービス内容や負担金、家族の関心が高いホームで生活ができる限界等についても十分な時間をかけて説明し、家族の意向を確認して同意を得ることとしている。利用者にホームの暮らしを理解してもらうために、基本的には利用者が入所前に見学することを勧めているが、その是非については家族に判断を委ねている。利用者が少しでもホームの生活の実態が把握できるよう、対応策について、今後も更なる工夫を期待したい。</p> <p>サービス開始に備えて、入居前のホーム長の訪問時に、家族から支援に必要な情報や要望を聞き取り、所定の様式に記録している。現在この様式（アセスメント様式）は、新たなものに切り替えられているところであり、今後、この内容を充実させるために、訪問に介護支援専門員を同行させたいと新ホーム長は考えている。</p> <p>利用開始時は、利用者がこれまでの生活の中で意識してきたこと、やってきていることを妨げないようにし、まずは、起床や就寝の時間等暮らしのペースを見守り、無理強いにしないようにしている。介護支援専門員は環境の変化にどのように馴染むかがその後の生活にとって最も大切であると考えてアセスメントシートに留意事項を書き込み職員間で共通した支援ができるようにしている。退所時支援としては、介護サマリーによって関係機関との連携が取れるようにしているが、利用者や家族に対する関わりは明確化されていない。</p>	<div data-bbox="1641 719 1888 855" style="background-color: #006633; 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>
<h2 style="color: #FF8C00;">個別状況に応じた計画策定・記録</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
<p>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</p>	<div data-bbox="1727 1179 1809 1267" style="background-color: #ADD8E6; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">B</span> </div>
<p>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</p>	<div data-bbox="1727 1284 1809 1372" style="background-color: #ADD8E6; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">B</span> </div>
<p>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</p>	<div data-bbox="1727 1390 1809 1477" style="background-color: #ADD8E6; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">B</span> </div>

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	B
<p><b>【講評】</b>  介護計画は入所後1ヶ月目に本計画を作成し、以降3ヶ月ごとに介護支援専門員と計画作成担当者が中心になって見直ししており、該当者から新たなアセスメント方式に変更している。計画の見直しは、当該利用者に多く関わった職員が記入した「カンファレンスシート」を中心に見直す場合、職員間持ち回りで情報収集して見直す場合、カンファレンスに図る場合があり、利用者のニーズの確定や課題化の過程が定かではない。この間計画作成担当者の入れ替わりが重なり、まずは計画を作成することに注力しており、手順等課題も多い。</p> <p>また、アセスメントは、計画の見直しに伴い関係部分が修正されているものの全般的な見直しの時期は定められていない。計画策定に当たって家族の意向を主体にしてきたが、介護支援専門員を迎えて既に半数の利用者の意向が把握されており、裁縫が得意だった利用者に針仕事ができるよう計画化するなど利用者の意向が反映されつつある。計画の説明は、面会等で来所する家族に対して行われており、利用者に対する分かり易い説明の工夫や、見直しの手順等の体制整備はこれからである。</p> <p>日々の記録としてバイタル・排便・食事・服薬・入浴を記載する個人別健康チェック表、睡眠トイレチェック表、介護記録、などがある。介護計画書を介護記録の上部に綴じ、職員が計画を意識して支援ができるように工夫しているが、計画にそった支援とその結果（観察記録）の記載は十分ではない。また、業務に入る前には、管理日誌と個別介護記録を必読としており、管理日誌や個別介護記録、排泄チェック表、入浴表を活用して医師からの留意事項や薬の変更等を含めて利用者の状態についての引継ぎを行っている。</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>
<h2>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</h2>	<h2>評点</h2>
1. 利用者のプライバシー保護を徹底している	B
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>  本社の「個人情報保護方針」に沿って他機関との連携やホームとして必要な利用者情報の取り扱いについて家族に説明し同意を得ている。また、新ホーム長は「利用者の尊厳を尊重したケア」の実施を急務と受けとめ、本社の導入研修に加えて、内部研修や職員個別のOJTにより改善に取り組んでいる。実践上は職員間にまだバラツキが大きく、特に、認知力の低下が著しい人への関わりに課題があるが、これまでの一方的なケアから意思確認の場面が多くなってきたと職員を評している。介護支援専門員による個別の聞き取りも行われている。</p> <p>また、利用者に対する職員の不適切な言動については、ホーム長の直接指導の他、必要に応じて本社にあるサービスの質の維持を目的とした部署に依頼して、その担当者による直接の職員指導がなされる場合もある。ホーム会議において不適切行為を取り上げてホーム長が指導する取り組みも緒に就いたところであり、定期的・計画的な職員のふり返りや相互の話し合い、組織的対策の検討が軌道に乗るか否かは今後の継続的な取り組みを待たねばならない。</p> <p>感情や意思を比較的是っきりと表出できる利用者の中には、ハーモニカを吹く、たばこを買いに行く等これまでの生活習慣等を継続している人がいるが、どちらかといえば自主的な行為の範囲であり、職員の配慮や工夫によりできているものは極めて少なく、利用者一人ひとりについて価値観や生活習慣が職員に意識され、これに配慮した支援が検討され実現するのは、これからの取り組みと言える。</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>
<h2>事業所業務の標準化</h2>	<h2>評点</h2>
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	A
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	C

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	B
<p><b>【講評】</b>          本社が実施する職員の導入研修やホーム長就任時の研修には、それぞれの職務に必要な事項をファイリングした手引き集が用いられ、各ホーム長に、また、各ユニットに一冊ずつ配付されて、これを参考に業務を行うこととしている。新ホーム長は日々の引き継ぎやホーム会議で本社から随時に配信されるマニュアル等の内容を周知すると共に、ホーム独自の課題については逐次文書・口頭で周知を図っている。特に、「尊厳・認知症高齢者へのケア」の底上げが急務であり、18年10月就任以来、OJTによる職員個別指導に力を注いでいる。</p> <p>ホーム内の諸規定等は、ホーム長の判断で随時に見直されているがその基準等は設けていない。また、本社のリーダー、スタッフ、介護支援専門員など職層や職種に応じた研修は、勤務時間を調整して順次受けさせるようにしている。事業所内部ではホーム会議で勉強会の時間をとり、研修会参加報告やテーマ別（認知症についてなど）研修を実施するようになった。また、ホーム長とは24時間連絡可能な体制を取ることによって業務の一定水準を確保している。</p> <p>安全面では、例えば、事故等についても対応や予防策について、OJTによる指導や引き継ぎ時、ホーム会議等で話し合われるようになったが、過去発生した事故の分析や予防策の検討、それらに付いての職員間の周知徹底等の取り組みまでには至らず、今後の課題である。</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	B
<p><b>【講評】</b>          介護支援専門員が配置されてから、アセスメント方式が変わり、約半数の利用者は新アセスメントに基づく介護計画である。介護支援専門員は、職員が介護計画を常に確認できるように、見やすい位置におき、ホーム長は介護計画に落とし込む支援課題についても管理日誌や申し送りで指示し、徹底させている。職員アンケートからも介護計画の意識化がうかがわれるが、職員間にバラツキがあるといい、全ての職員への周知徹底が課題である。</p> <p>支援の基本となる利用者個々とのコミュニケーションは、職員間に統一性がなかったためホーム長は利用者の認知力等の状況によって細かに見直し、介護計画への反映、申し送り等により一貫したコミュニケーションを取るよう指導中である。これによって、入浴拒否をしていた人への言葉のかけ方などが変わり、入浴支援を受け入れるようになった例などサービスの面で改善が見られている。支援の現状は日々の関わり技術を向上させることが優先課題になっており、利用者個々のその人らしい生活づくり支援は一部の利用者に限られている。</p> <p>介護計画の作成に深く関わる介護支援専門員は週3回の勤務である。介護等の職員との連携のため、出勤日には申し送りにも参加して、新体制以降は念願であった現場にも入ることができるようになり、効率よく利用者の情報を把握する事が出来るようになった。朝晩の申し送り等によって、情報を一にして職員が連携して支援に当たることが出来る体制にしているが、11月に実施した職員アンケートでは、「相談し合う場がない」という意見もある。ホーム会議等の充実が図られているので、改善が期待されるところである。</p>	B
2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	B

<p><b>【講評】</b>  訪問調査では職員が利用者に食事の好みを聞いてメモをする場面があった。聞かれて回答できる利用者は限られていたが、買い物先でも利用者と一緒に考えることもあるなど、利用者の意向を献立に反映する努力はなされている。しかし、利用者（家族）調査では、回答者9人中6人が食べたいものを聞かれているかどうかについて「どちらとも言えない」としており（分からない場合は「無回答」で1人あり。）前述の支援が職員に一貫していないことも考えられる。</p> <p>入浴は、回数や時間の制約はしていない。介助を要しない利用者ではあるが毎日入浴をしている人もある。介助面では、これまで意思の確認については特に職員が共通認識しているものではなく、それぞれの考えで行われていたため、ホーム長により一人ひとりの介助時の意思確認や入浴介助法の点検が進められている。また、レクリエーション等は、職員の手が空いた時間に、利用者の反応を見てお手玉をしたり、囲碁や将棋を指す職員もいる。過去に家族のアンケート結果から都外のテーマパークに行っている。日常的な実践を増やすことが課題に挙げられている。</p> <p>「入居者本来の日々の過ごし方を大切に」日常生活は原則として自由な暮らしができるよう運営しているとしている。しかし、2つのユニットの出入り口は施錠しており、安全上の確証が得られている一人の利用者を除いては、自ら外に出ようとする利用者につき添って外出をするといった方法は取られていない。最近になって、新体制の方針が周知されて来、職員によっては手の空き具合で付き添い外出をする場面が見られるようになった事は救いである。また、利用者に対して何かを強制する場面はないものの意欲が低下している人への働きかけに欠けている。</p>	
<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</p>	<p style="text-align: center; background-color: #ffffcc;">B</p>
<p><b>【講評】</b>  食事面では、食材の下ごしらえや盛りつけ、後かたづけ等に主体的に関わることができる人が数人固定しており、職員もその場を邪魔しないようにしている。洗顔、整髪、歯磨き、更衣等身の回りのことについては、細かな関わりについてまでアセスメントがなく、職員の個別的判断による関わりになっており、その日の配置職員により、バラツキが大きい。</p> <p>シーツの交換や布団干し、居室の清掃などは、「できるだけやってもらえるようにする」方針であるが、各自の意向や力量の把握はせず、職員の時々の判断に任せている。訪問時にも、布団の取り込みを手伝おうとする利用者が見られたが、こうした場を逃さず活用して、やる気や生活感を持ってもらえるような職員からの関わりがあるといいと思えた。日常生活における利用者個々の役割（出番等）づくりの工夫は、これからの取り組み課題である。</p> <p>利用者（家族）調査では、回答者9人中4人が「手助けがあれば自身ができることについて、手助けが得られている」とし、3人は「どちらとも言えない」、1人が「いいえ」としている。1人は「無回答」である。</p>	
<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</p>	<p style="text-align: center; background-color: #ffffcc;">B</p>
<p><b>【講評】</b>  食事は咀嚼状況や当日の体調によって、おかゆ、刻み等調理法を変え、現在は補助栄養材によって栄養補給をしている人もいるなどその状態に応じた支援を行っている。現在の利用者は、食事に全面介助を要していないが、補足的な介助を受けている人はある。排泄や入浴については、これまで個別のアセスメントとそれに基づいた介助法に一定したものがなかったため、現在、各人に合わせた介助方法やオムツの選択、パットの当て方などを含めて、「後始末の介護をしない（後手に回らない）」ことや職員の共通した関わりを目標に介助法の点検が始まっている。</p> <p>食堂やトイレ等の共用部分の清掃は、毎朝、早番の職員が行っており、利用者の買い物（あめや日用品が多い）は、職員の食材の買い物に同行して行う以外は職員が代行している。掃除や買い物等についても利用者個々の意向や必要性、力量を判断して、できない部分を把握し、そこを職員が共通して支援する取り組みを期待したいところである。自室の清掃を自分で行える利用者は1名である。共用部分の清掃の不行き届きや居室によっては強い臭気が漂う箇所もあり、個々のアセスメント及び支援方法の見直しが望まれる。</p> <p>また、自ら要望を口にすることが難しいと思える一部の利用者は、髪の毛の伸び具合等身だしなみの点で真の意向に応える支援がなされていないのではないかと恐れ、気になる点ではあった。利用者（家族）調査では、回答者9人中6人が日常生活に必要な介助を十分に受けているとし、3人は「いいえ」と回答している。</p>	
<p>5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている</p>	<p style="text-align: center; background-color: #ffffcc;">B</p>

<p><b>【講評】</b>  健康管理の体制は、月2回内科医師による往診、日々、血圧等のバイタルの測定、水分摂取量の把握、排尿・便の状況の把握等を基本としている。他に必要に応じ歯科医の往診がある。定例的な健康診断等は行っていない。医師に診てもらっていない利用者の健康管理が気になる場所である。身体機能の低下防止については、特に、ケアプラン化もなくユニットによって口腔体操を実施しているに留まっている。楽しみながら行える機能訓練プログラムの検討が指示されており、実施が待たれる。</p> <p>個別には、認知症高齢者を対象とした医療系デイサービスに週3日通う人、定期的に訪問マッサージを受けて機能維持を図っている人もある。利用者が服用する薬の管理は、誤薬があったため利用者個別の配薬箱を整備し、誤薬防止策を強化した。入居者の体調の変化については、職員によっては気づきが遅れることもあり、この点が課題であるとホーム長は認識しているが、24時間医療機関やホーム長と連絡が取れる体制とし、その指示によって職員が動くことにするなど、体調の変化に適切に対応できるよう体制を整えている。</p> <p>重大な疾病に繋がる事を防止する口腔ケアについては、頻度や方法等取り決めがなく職員の判断に任されており、適切に実施されているとは言えない。改善を期待したい。</p> <p>利用者（家族）調査では、回答者9人中7人が病気やケガの時に十分な対応があるとし、1人は「どちらとも言えない」、1人は「いいえ」としている。</p>	
<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</p>	
<p><b>【講評】</b>  共同生活介護として利用者間の関係づくりを支援し、お互いに協力し合え、楽しく生活できるように支援する関わりは、現在のところ職員個々に委ねており、組織的・計画的な取り組みにはなり得ていない。</p> <p>物理的生活環境は、なるべくシンプルにしたい、との方針である。リビングの壁には、利用者の作品等が掲げられ雰囲気づくりへの心遣いを感じる。食事用テーブルとは別に、テレビの前にはソファが置かれ、そこで一人新聞を見ている人もある。室温等も26度と温度を決めて快適さに配慮している。しかし、トイレやリビングルーム等の共用スペースの清掃、限られてはいるが強い臭気が漂う居室等、居住環境全体としては、課題が残る。職員の気づきを促すと共に、環境整備のマニュアル化とそのチェック体制の整備等により改善を望みたい。</p> <p>利用者（家族）調査では、回答者9人中3人が生活空間はいつも清潔で、気持ちよく過ごせているとし、3人は「どちらとも言えない」、3人は「いいえ」としている。自由意見欄には、感染症等への不安から、寝具等の清潔保持や清掃を期待する声も挙がっている。</p>	
<p>7. 家族等と関係を持ちながら運営している</p>	
<p><b>【講評】</b>  家庭への外泊、家族等との外出に制限はない。家族との交流として、お花見、バースデイパーティー等には参加を呼びかけ、家族アンケート上の声を反映して都外のテーマパークへ出かけたこともある。また、毎月ホーム長とユニットリーダーから家族等宛に「おたより」を発行して、ホームの出来事や個別の生活の様子を知らせるほか、面会時には利用者の様子を伝えるようし、家族会も開催するなど、家族との関係を大切にしている。今後も継続して実施されることが期待される。</p> <p>利用者（家族）調査では、回答者9人中6人が生活状況について十分な説明があるとし、2人は「どちらとも言えない」、1人は「いいえ」としている。自由意見欄では、外出やホーム内行事を評価している声が見られている。</p>	
<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</p>	
<p><b>【講評】</b>  毎日、利用者1～2人が食材の買い物に職員と出かけ、4人の利用者は近くの美容室を利用している。過去には、お花見や都外のテーマパークへ出かけたこともある。日常的には、他にボランティア等との交流もなく、組織としては職員の認知症ケアに対する意識やケア技術のレベルアップと、共通認識に立ったケアの実践が優先課題となっているため、「町でのくらし」を支援し、地域の人々と交流する機会をつくる取り組みは、立ち後れている。</p> <p>今後、近くの区民センターの活用、町内会や老人会への参加、居酒屋の活用等を実践して行きたいとしているので実現が期待される。</p> <p>利用者（家族）調査では、回答者9人中2人がボランティアや地域の人々と楽しく交流する機会があるとし、3人は「どちらとも言えない」、4人は「いいえ」としている。</p>	
	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">評点の内容</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">詳しい内容は こちらをクリック！</p> </div>



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：コムスのほほえみ

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">コムスのほほえみー之江</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>
利用者調査実施期間	2006年10月23日～2006年11月28日

## \*調査概要\*

調査対象：対象となる利用者の概要はつぎの通りです。

男性7人：女性11人 平均年齢79.8歳 平均要介護度2.5 常時車いす利用者5人 オムツ使用者1人（夜間のみ）

調査方法：利用者の家族等に対する郵送によるアンケート調査

ほぼ一日滞在し、利用者の生活の様子を見るコミュニケーション方式

利用者総数：18人 調査対象者数：18人 有効回答者数：9人

調査対象者数に対する回答率：50.0%

調査項目：[共通評価項目](#)

## \*調査結果のコメント\*

都営地下鉄沿線の駅から徒歩10分の住宅街にあり、周辺にスーパーが2軒、区立のサポートセンターや飲食店もある。コミュニケーション調査の時点では利用者の平均外出回数は、一日に1人か2人という事でしたが報告書のフィードバック段階では新しいホーム長の考え方が定着し始め、職員の手が空く限り、外出支援をするようになったということでした。

下記の結果からは全般に「どちらとも言えない」とする回答が多い事が目立ちます。すっきりと肯定できない場合にこの選択をしている事が考えられますので、改善のポイントであろうと思われます。利用者の安全には、随分と気を使って運営されていましたので、問8の肯定率が高いことは頷けます。また、ホーム内では無理強いしない支援が心がけられており、それが問15の結果に反映されているのではないかと推量します。問5、6、14では明確に否定している方が各3名あり、コミュニケーションや聞き取り調査上も課題を感じた点です。新体制のもと、リーダー層は課題解決に一丸となっていますので、改善が期待されます。

サービス全体に対する満足度は、満足・どちらかといえば満足が66%、どちらかといえば不満が33%でした。

## \*利用者調査の結果\*

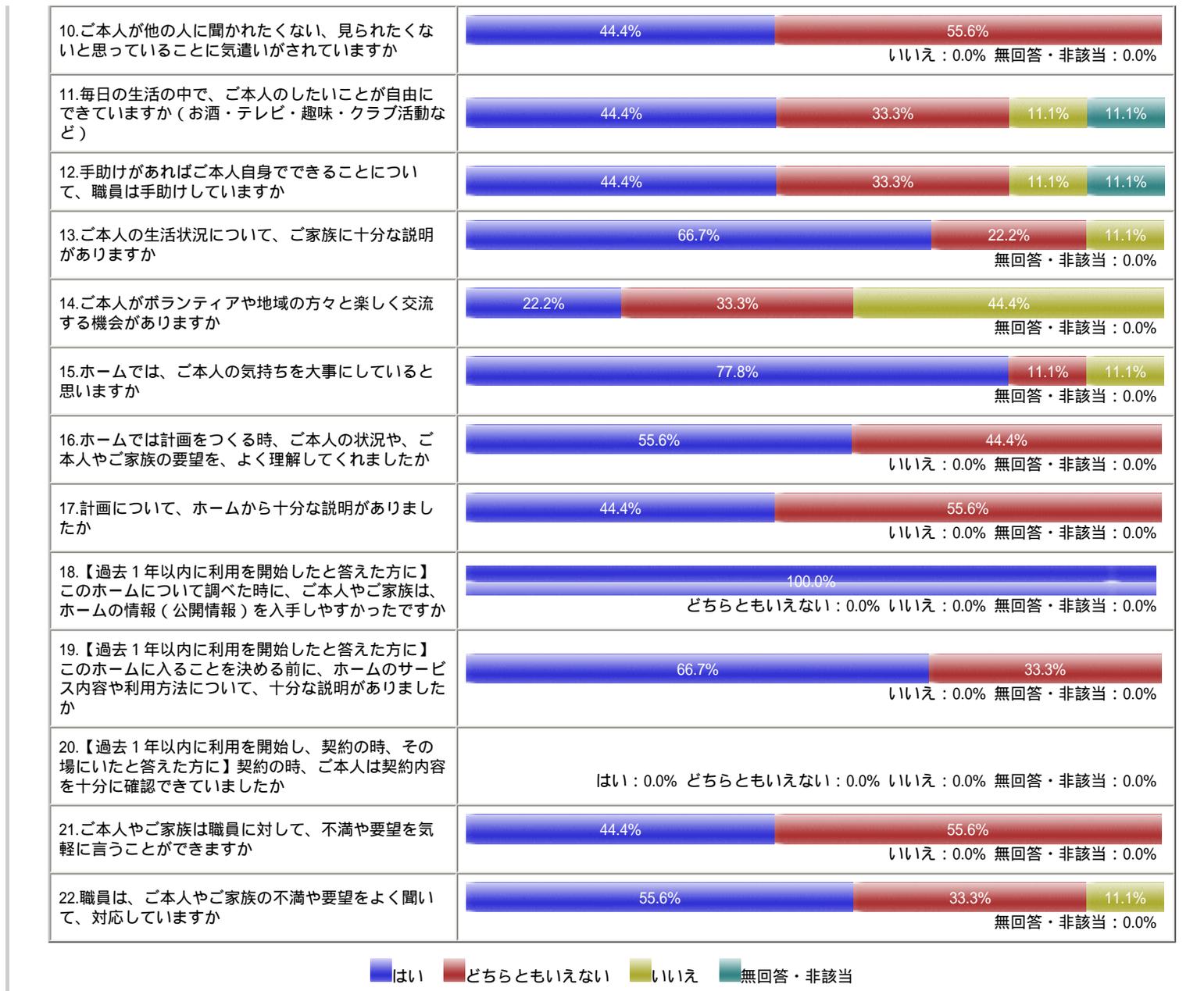
読みあげソフトをご利用のかたへ

パーセンテージの読みあげは「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」「無回答」の順番で読みあげられます。

■はい ■どちらとも言えない ■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	22.2%	66.7%	11.1%	いいえ：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでいらっしゃいますか	22.2%	66.7%	11.1%	いいえ：0.0%
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	44.4%	33.3%	11.1%	11.1%
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	83.3%	16.7%	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）	66.7%	33.3%	どちらとも言えない：0.0%	無回答・非該当：0.0%
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されていますか	33.3%	33.3%	33.3%	無回答・非該当：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	66.7%	22.2%	11.1%	無回答・非該当：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	77.8%	11.1%	11.1%	無回答・非該当：0.0%
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）	55.6%	22.2%	11.1%	11.1%

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

# 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	<b>B</b>	
標準項目	○	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
	○	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
	○	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
	×	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	<b>A</b>	
標準項目	○	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている
	○	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



## 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



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](#)

## 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	<b>B</b>	
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	<b>C</b>	
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	<b>B</b>	
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	<b>B</b>	
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>B</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>A</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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	個人情報の保護に関する規定を明示している
	<input type="radio"/>	開示請求に対する対応方法を明示している
	<input type="radio"/>	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

>> [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	
改善の成果	<p>カテゴリー 1「ホーム独自の方針を策定し、その実現に率先垂範している」：ホーム長の方針や行動に理解を示す職員が増えてきており、退職者も減少傾向にある。</p> <p>カテゴリー 2「運営推進会議を開催し、情報開示が進んだ」：区内のグループホーム持ち回りの運営推進会議を 12 月に開催した。区のグループホーム担当者、地域包括支援センター職員、区内のグループホーム 3 箇所の職員、利用者とその家族が参加し、ホームからはホーム長、ユニットリーダー、介護支援専門員、事務員等が出席してホームの現状を紹介した。</p>

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	
改善の成果	<p>カテゴリー 5「毎月のホーム会議で認知症の集中研修を行う」：ホーム長が職員全体のレベルアップのため、グループホームの基本である認知症についての研修を毎月自ら行うこととした。</p> <p>職員のケアに関する技術の向上も一つの目的として、新ホーム長による職員個別のケアに関する OJT が行われている。特に、入浴や排泄は、安全や尊厳に関わるものとして利用者個別ケアの方法について OJT による総点検が始められた。</p>

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	<p>カテゴリ-6： 18年12月に地域自治体が勤める「運営推進会議」を開催し、ホーム内見学と共に運営やサービスの実情を紹介した。地域自治体のグループホーム所管部署担当職員、地域包括支援センター職員も参加し、定例開催が予定されているので、利用希望者から問い合わせが集中すると思われる関係機関への情報提供が定期的に行えるようになった。</p> <p>虐待被害にあったと思われる利用者があった場合は、情報をホーム長に集約し、様式により自治体の所定の部署に届け出でる事するなど体制を整備した。</p> <p>利用者が服用する薬の管理は、利用者個別の配薬箱を整備し、誤薬防止策を強化した。</p> <p>ホーム会議で認知症ケアに関する勉強会を始めるようになった。</p> <p>利用者一人ひとりの入浴・排泄のケア方法等について、主として安全面からホーム長が職員と共に点検し始めた。これにより一部の利用者は、共通したケアが可能になり、入浴サービスを受けられなかった人も週2回の入浴が可能になった。</p>

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
改善の成果	<p>入居率100%はほぼ維持し、待機者についても、電話による問合せ、ケアマネージャー、病院等の情報をホーム長が一括管理して、退去者があった場合は即時対応をしている。</p>

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	A
改善の成果	<p>カテゴリ-3「運営推進会議の開催」：運営推進会議を12月に開催した。区のグループホーム担当者、地域包括支援センター職員、区内のグループホーム3箇所の職員、利用者とその家族が参加し、ホームからはホーム長、ユニットリーダー、介護支援専門員、事務員等が出席してホームの現状を紹介した。次回は19年2月に開催する予定であり、関係者の出席により新しい情報を得ることが期待できる。</p> <p>「家族会の定例開催」：しばらく途絶えていた家族会を12月再開し、10家族が参加した。主にサービスの現状を説明し、要望を出してもらったところ、職員の態度や、利用者個別のサービスに関する要望が多々出された。次回は3月の開催としており、以降、継続実施を予定している。利用者等の意向を把握する機会が再開され、サービスの改善が期待できる。</p>

[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	<b>A</b>	
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	<b>B</b>	
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 checked="" type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	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>B</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たとうえで、必要に応じて見直ししている
	○	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	<b>B</b>	
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	<b>B</b>	
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



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](#)

## 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>B</b>	
標準項目	○	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
	×	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
	×	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	○	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）
	×	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
	○	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
	×	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](#)



## 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	A	
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	C	
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	<b>B</b>	
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



## 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	<b>B</b>	
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 checked="" 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	<b>B</b>	
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 checked="" 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	<b>B</b>	
標準項目	○	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
	×	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
	×	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
	×	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	<b>B</b>	
標準項目	○	利用者の状態に応じた食事提供や、支援を行っている
	○	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
	○	利用者の状態に応じた入浴の支援をしている
	×	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	<b>B</b>	
標準項目	○	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
	×	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
	○	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
	○	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
	○	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	✕	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
	✕	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
	✕	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
	○	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>A</b>	
標準項目	○	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
	○	家族等が参加できるホームの行事を実施している
	○	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>C</b>	
標準項目	✕	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
	✕	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
	✕	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](#)