



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="#">コムスのほほえみ三鷹</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 市民シンクタンクひと・まち社</a>
評価者	<a href="#">修了者No.H0301042</a> <a href="#">修了者No.H0201044</a> <a href="#">修了者No.H0501066</a> <a href="#">修了者No.H0201043</a> <a href="#">修了者No.H0305007</a>
評価実施期間	2006年12月20日～2007年3月26日

### 全体の評価講評

#### \* 特によいと思う点 \*

・委員会活動の活発化で利用者の生活の質が向上

ホームには6つの委員会活動があり、職員が必ずどれか一つに所属して全員参加での提案・改善等を進めている。各委員会に今年度からリーダーを置いたことで毎月開催するようになり、活動が活発になっている。例えば、行事委員会では行事運営がスムーズになり、バス旅行の回数を年1回から年2回に増やして距離も遠くまで延ばすことができ、利用者・家族が楽しく交流する機会が作れた。また、ケア向上委員会と研修委員会は合同開催し、内部研修を6回開催することで職員のレベルアップを図り、利用者の生活の質の向上につなげた。

・利用者の自立を促す取り組み

以前は依存的で立位も困難でズボンの上げ下ろしも出来なかった利用者が、生活の中での職員の声かけや促しによって習慣化することで、立位が取れて、声かけだけでトイレに行けるようになった。また、各利用者に合わせて支援方法を話し合い、計画目標を設定し、「なるべくトイレで」を心がけ、生活リハビリによる立ち上がりや移動の改善もあり、この1年でリハビリパンツから布のパンツに替えることが出来た利用者が3名あり、高い効果をあげている。

・地域に根ざしたホームをつくる

ホームは地域福祉の拠点になることを目指し、地域の集まりでグループホームや認知症介護について話をしたり、地域の人からの相談にのるなどしている。ホーム

内では、大きな「ご近所マップ」を作成し利用者が使いやすい商店、車椅子の使用可否、使えるトイレ情報などを記入し、利用者の行動範囲を広げる取り組みをしている。また、共用型の認知症対応型通所事業指定を受けるなど先駆的な取り組みを行い、地域のニーズに応えようとしている。

### \*さらなる改善が望まれる点\*

#### ・ホームに合ったマニュアルづくり

管理マニュアルや基本的サービスに関するマニュアルは揃っており、職員がいつでも見られるようになっている。マニュアルはどの事業所でも使えるように作られた内容になっているので、職員の経験や蓄積を生かして、ホームに合ったマニュアルに改定していくとよい。ホームのマニュアルにはコミュニケーションについても項目として取り上げ、利用者意向の尊重や職員間の連携がスムーズに行われるよう、必要なことを定めることが望まれる。

#### ・介護計画に沿った支援の実行

介護計画は概ね3カ月ごとに見直され、その都度個別ファイルの介護記録の前に綴じ込み、職員が参照できるようにしている。実際に行われている支援の内容は職員によりまちまちな対応となっており、介護計画との関連付けが徹底されていない。計画の中の目標や支援内容が職員間で共有でき、繰り返し確認して支援できるように、現在使っているチェック表を改善し、計画の実行が日々確認できる内容に替えるとよい。

#### ・ホーム全体の事業計画の策定

ホームにおいては年度単位の事業計画は策定していない。しかし、ケア向上委員会、行事委員会、研修委員会等では、職員参画のもとに今年度のケア目標や行事のスケジュール、研修計画を作っている。ホームの基本方針に沿って、委員会の作った計画を活かしながら年度事業計画としてまとめるとよい。計画の実施状況をホーム全体で把握し、次年度の計画に結果を反映し、継続的な事業運営に生かすためにも年度計画の策定が望まれる。

### \*コメント\*

3ユニットを5人の評価者で実施した。コミュニケーション方式による利用者調査では、各ユニット1名の評価者と全体を見る評価者1人による調査を行った。特に都の認知症ケア専門研修を修了した評価者を確保し、利用者の生活全体の様子を把握することに努めた。経営層の自己評価、職員アンケート、利用者調査や家族アンケートの結果をもとに、予め質問項目をまとめて連絡し、訪問調査でホーム長から説明を受け、具体的なケアに関する内容はユニットリーダーから説明を受けた。評価合議では客観性を担保するため、担当外の評価者を加えて行なった。

[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](#)

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="#">コムスのほほえみ三鷹</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 市民シンクタンクひと・まち社</a>
事業評価実施期間	2007年1月20日～2007年3月26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

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	A
<p><b>【講評】</b>          法人の理念は「コムソンの誓い」「グッドウイールグループ十訓」として明示されている。ホームは、法人の「高齢者の尊厳と自立を守る」などの理念をふまえ、「最期までみんなが自分らしく」「ケアには妥協せず工夫しよう」「地域に暮らす実感を味わおう」の3つを基本方針として定めている。毎朝の申し送り時には誓いが唱和され、会議ではホームの基本方針を確認しながら進めるなど理念と方針の徹底が図られている。</p> <p>ホーム長は3つのユニットの状況を十分に理解し総合調整をし、円滑な運営を図っている。ユニットでは各ユニットリーダーが、それぞれの特徴を生かしてユニット会議で運営について相談しながら決定している。また、ホーム全体でケア向上委員会、行事委員会、研修委員会など6つの委員会がつけられ、全職員がどれか一つの委員会に所属して、ホームの運営の向上を目指している。</p> <p>ホームの意思決定は本社との間で調整が図られる。しかし、手続きは煩雑ではなく、目標利益の確保が前提となっているがホームの意思決定権の幅は、かなり広いものとなっており、ホームの経常的な運営はスムーズに行われている。</p>	<div style="background-color: #006400; 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>経営における社会的責任</h2>	<h2>評点</h2>
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	
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	A
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	A
3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている	A
2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	
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	A
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	A
3. 地域の関係機関との連携を図っている	A

<p><b>【講評】</b>          本年度より、運営推進会議を設け、利用者や利用者家族、地域の民生委員や老人会代表、知見を有する者、地域包括センターの職員、市の職員など幅広いメンバーの参加を得て、6月から今までに4回開催した。また、ホームの通信やパンフレットなどをホームの表のボックスに置き、通りがかりの人がいつでも自由に持って行けるようにし、地元の人の立寄りや見学等を歓迎し受け入れるなど、地域に開かれた組織となるよう取り組んでいる。</p> <p>ホーム長は市の介護保険事業者連絡会に加わり、施設サービス部会の幹事を務め、介護職と看護職の情報交換の場を設けたり、介護職の研修を企画し実施している。また、介護者談話会、社会福祉会、在宅介護支援センターなどの集まりで、グループホームや認知症介護について話をしたり、地域からの福祉サービス全般についての相談にのるなど、ホームが地域福祉に関わる拠点となることを目指している。</p> <p>実習生については、1,2級ヘルパー講習の受講生、他のグループホームの職員、大学生、専門学校生などを受入れ、開始時にはオリエンテーションを行い、終了後のレポートにアドバイスをするなど振り返りも実施している。また、ボランティアは十数名の登録があり、ギター演奏会が開かれたり利用者の趣味の活動などをサポートしている。また、自宅で介護を続けている近隣のボランティアが、利用者や家族と会話をすることで元気を貰って帰るなど、ボランティア活動の受け入れの幅を広げている。</p>	<div 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;">利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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）	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">A</div>
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	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">A</div>
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	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">A<sup>+</sup></div>
<p><b>【講評】</b>          苦情解決制度については、重要事項説明書で契約時に説明している他、ホーム内にフローを掲示し、家族会などでも説明している。意見、要望、苦情は、ホームの窓口担当者、意見箱、家族会や本社のフリーダイヤルで寄せられるが、大きなものはなくユニットミーティングやホーム会議で検討し、即対応してきたので、苦情受付簿に記録していない。再発防止に役立てるため苦情報告シートに記録することが望まれる。</p> <p>利用者や家族の意向は第三者評価の利用者調査を参考にしている。また、家族会では家族が自由に発言出来るように職員は途中で退席するが、家族会のリーダーがまとめた報告をもらったりして意向の把握に努めている。また、利用者本人へのアンケートは難しいので、テーマを決めてアンケートを工夫し、これによりバス旅行の企画に役立てたり、運動量を測る「運動チェック表」や食欲不振時に使う「お好みチェック表」などを作り、介護の質を高めている。</p> <p>地域の福祉ニーズについては、本年度設置した運営推進会議や、事業者連絡会、グループホーム連絡会等で収集している。収集した情報を整理・分析して本社の展開する介護予防デイサービスや有料老人ホームの立ち上げなどに参画した。</p>	<div 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;">計画の策定と着実な実行</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">B</div>
2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">B</div>

3. 着実な計画の実行に取り組んでいる	A
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>  ホームにおいては年度単位の事業計画を策定していない。しかし、ケア向上委員会、行事委員会、研修委員会等では、職員参画のもとに今年度のケア目標や行事のスケジュール、研修計画を作っている。ホームの基本方針に沿って、委員会の作った計画を活かしながら年度事業計画としてまとめるとよい。その後は年度末に報告書を作成し、次年度の計画に結果を反映し、継続的な事業運営に生かしていくことが望まれる。</p> <p>事故が発生したときは、コミュニケーションシートを使い事故報告を作成し、その内容をユニット会議やホーム会議で分析し事故防止につなげているが、ヒヤリハットについてはまだ取り組んでいない。防災対策は、環境委員会を中心に全ホームで年2回の防災訓練や避難訓練等を行なっている。防災訓練には消防署に来てもらい、館内放送をして全員参加を基本に実施し、日頃から防災・安全を確保するよう努めている。</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>
<b>職員と組織の能力向上</b>	<b>評点</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	
1. 事業所にとって必要な人材構成にしている	A
2. 職員の質の向上に取り組んでいる	B
2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	
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	A
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	A
<p><b>【講評】</b>  全職員と個別面談を年2回行なっている。個別面談には職員評価票が用意され、個人目標とホームの目標がよく理解されることが大事にされている。ホームは個人目標欄を参考に、ユニット間の異動や委員会の所属替えを行い、職員の能力向上ややる気向上を図っている。</p> <p>職員の研修は、研修委員会で年間の計画が作られ、内部研修が年6回実施されている。また、本社のホーム長研修などの職層研修、社外研修で、毎月1回は研修参加の機会があり、勤務シフトの調整も行なわれている。ホームは職員一人ひとりに研修シートを作り、記録をしているが、まだ個別の育成（研修）計画は策定していない。課題として検討するとよい。</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>
<b>情報の保護・共有</b>	<b>評点</b>
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	A
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>パソコンの使用はパスワードで管理され、プログラムやファイルにより、別途アクセス制限が設定されている。収集した情報は各ユニット、事務室にファイリングされ、必要に応じてホーム長がファイルを更新、整理している。</p> <p>個人情報保護については本社が個人情報保護指針を示し、ホームは利用者に契約時に「お客様の個人情報取り扱いについて」で丁寧に説明し、個人情報の取り扱いに関わる覚書を交わしている。また、職員には個人情報取扱事業者として徹底すべきことが研修や書面で周知され、個人情報の取扱に関する確認書を提出させている。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」</li> </ul>	A

【講評】

委員会活動が活発になり、各ユニット間の交流が図られ、利用者の生活の幅が広がった。また、利用者のリハビリのため、椅子から手すりにつかまって立ち上がれるように職員が廊下にテープを貼るなどの工夫をしたり、立ち上がり移動や排泄ケアなど自立度の改善に向けた取り組みが成果をあげはじめている。

ホーム長は地域の社会福祉士会や在宅介護支援センターなどの集まりに出向き、グループホームや認知症の介護について話したり、ホームを訪れる地域の人から入居相談だけでなく、介護についての相談も受けている。ホームは積極的に地域に関わり、福祉の拠点となり地域に位置づくことを実践している。

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：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="#">コムスのほほえみ三鷹</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 市民シンクタンクひと・まち社</a>
事業評価実施期間	2007年1月20日～2007年3月26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

#### 【講評】

ホームではホームページ、機関誌、パンフレット、ホームで作成する「ほほえみ三鷹通信」等を情報として提供している。特に「ほほえみ三鷹通信」は写真を多く取り込み、利用者や家族に生活の様子が分かりやすくなっている。これらの資料を市や地域包括支援センター、居宅支援事業所等の関係機関に配布しているほか、ホームの表に設置したボックスに入れて地域の利用者に情報を入手しやすくしている。

利用者の問い合わせにはホーム長、ユニットリーダーがいつでも対応し、見学希望者には土・日曜日を含めて、希望に合わせて対応している。来訪者名簿は、個人情報保護の観点にたち、一覧表に記入するものから一人一枚を記入するカード式のものに改めた。

評点の内容

詳しい内容は  
こちらをクリック！

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>            ホームでは、入居前の訪問面接時に利用者の生活の状況やそれまでの生活暦等を聞き取っているが、利用者や家族の意向の聞き取りがやや不十分と思われる。ホームで生活する上で根幹をなすところであるので、ホームでどのような生活をしたいかなど、より深く聞き取り記録していくとよい。            入居決定後は何度か来所してもらい、他の利用者と一緒に過ごして、利用者が早くホームに馴染めるように配慮している。利用開始直後は不安を軽減するため職員がなるべくそばにいて声かけを多く行っているが、1日の様子を確認するためのチェック表があれば、なおよい。また、利用者の様子を確認しながら、家族が夕飯をともにしたり、居室に泊まっていことも出来るようになっている。            前年度の退所者数は6名であったが、うち1名は在宅復帰している。この例は家庭の事情が改善し、家族が在宅介護を希望したため、ホーム長と家族が何度か話し合いを持ち、一時帰宅を重ね、入居前の介護支援専門員と連携を図り在宅への支援を行なった。</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>
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	A
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>            介護計画は入所時に策定し、概ね3カ月ごとにユニット会議でカンファレンスを行い、見直しをしている。1年ほど前から「ケアマネジメントセンター方式」の一部も取り入れ、現在6割以上の利用者について活用を行い、より一層状態が把握できるようになった。特に排泄介助については重点的に記録し、改善が図られた。            以前は依存的で立位も困難でズボンの上げ下ろしも出来なかった利用者が、生活の中の職員の声かけや促しによって習慣化することで、立位がとれて、声かけだけでトイレに行けるようになった。こうした事例を記録し、職員間で共有することにより、ホームとして利用者の自立につなげる支援を行なっている。            日々の利用者の様子や変化については、朝礼で管理日誌による申し送りをしている。遅番や夜勤については、ミーティングは行わず、担当者が業務に入る前に個人記録、申し送りノートを読むことで、利用者の情報を共有している。利用者の変化や経過を十分把握するために、夜勤についてもミーティングの中で、引継ぎをすることが望ましい。</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>
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	A
<p><b>【講評】</b>          利用者の情報の取り扱いについては法人がプライバシーマークを取得しており、職員研修をしている。また、契約時に情報の利用目的について、利用者・家族と覚書を交わしている。ホームの広報紙などに写真を掲載することについて希望しない家族には、その意向を尊重し対応している。          職員が居室に入る際は声かけをしたり、トイレはカーテンと扉の二重構造にして通りすぎりに見えないようにし、プライバシーに配慮している。また、更衣の時や入浴介助時はタオルで覆うなど利用者の羞恥心にも気を配っている。          職員の行動や言葉遣いについては、業務の中で気づいたときにその都度指摘するほか、ミーティングや申し送りノートでリーダーが注意を促している。また、半年ごとに職員のユニット間の異動を行っているため、異動してきた職員から気づいたことを指摘してもらい、その内容についてはホーム会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議、ケア向上委員会で話しあい、改善につなげている。</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>
<b>事業所業務の標準化</b>	<b>評点</b>
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	A
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>          管理マニュアルや基本的サービスに関するマニュアルは揃っており、職員がいつでも見られるようになっている。マニュアルはどの事業所でも使えるように作られた内容になっているので、その内容をホームにおける手順として使いこなしていくには、職員の経験や蓄積を生かして、ホームに合ったマニュアルに改定していくとよい。          職員一人ひとりが日々の支援の中で取り組んで工夫・改善できたことは連絡ノートに記録し、共有し、ユニット会議で話し合いを行っている。1日の仕事の流れを業務表にしているが、手書きで見づらいものとなっているので、フォームの統一を図り、ホーム全体で使いやすいものにすることが望ましい。          事故が起きた場合には「事故報告書」に記載し、解決までの対応が図られる。同時に一部は本社に報告され蓄積されている。その後の解決までの対応は「コミュニケーションシート」を利用し、ミーティングや申し送りの場で報告し、話し合うことで職員が共有し、再発防止につとめている。ヒヤリハットの取り組みは行われておらず、今後に期待したい。</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>

---

**\* 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>            介護計画は概ね3カ月ごとに見直され、その都度個別ファイルの介護記録の前に綴じ込み、職員が参照できるようにしている。実際に行われている支援の内容は職員によりまちまちな対応となっており、介護計画との関連付けが徹底されていない。計画の中の目標や支援内容が職員間で共有でき、繰り返し確認して支援できるように、現在使っているチェック表を改善し、計画の実行が確認できる内容に替えるとよい。</p> <p>各ユニットにより利用者も違うため職員の支援の方法が異なるが、利用者へのコミュニケーションの少なさや職員間の連携が不足している場面が見受けられた。アセスメントには利用者の生活歴や、好きなこと嫌いなこと等は記載されているが、職員間で共有されていない。利用者に合った支援を均質的に行うためには、全職員が情報を共有し、互いに協力し合い連携して対応することが望まれる。</p> <p>ホームには夫婦や姉妹で入居している利用者もあり、助け合いながら生活する様子もみられた。長年一緒に暮らしてきた姉妹は、一室を寝室としてベッドを並べ、もう一室には使い慣れた家具をおき、居間として利用している。</p>	A
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>            食事については嗜好調査を行い、朝はパン、毎日納豆が食べたい、などの希望に個別に対応している。献立は、お茶の時間を利用して利用者から意見を聞き決めていくユニットと、利用者があまり意見を出せないため、その日の担当職員が決めているユニットがあった。利用者が希望を出せるように工夫し、一部分でも意向を汲み取る努力がほしい。</p> <p>入浴は通常午後3時半から5時半頃に行っている。回数は最低週2回としており、入浴予定表はなく「入浴チェック表」の前回の入浴日を確認しながら、その日に入浴する利用者を決めている。利用者から希望があれば、夕食後毎日でも入浴することができる。また、一番風呂が気持ちいいという希望や、足浴を希望する冷え性などの人にも対応している。入浴の拒否がある利用者については、対応できる職員に限られており、課題となっている。</p> <p>徘徊のある利用者には、後ろから様子を見ながら職員がついて行き、安全を確認している。原則としてお金を個人の手に置かない方針のため、一人で買い物をし、支払いもしたい利用者には、ホームが立て替えて職員が利用者へ渡している。飲酒・喫煙も自由としているが、現在晩酌は1名、家族が訪問するときだけの喫煙が1名ある。</p>	A
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>            調理、配膳、後片付けは、担当職員が主に行い利用者が部分的に関われるよう促しを行なっている。職員は具体的な手順を割り振ったり声かけをする支援によって、入居前は身のまわりのことや家事などを自分でやれなくなっていた利用者も、自分で出来る事が多くなった。共同生活の中で自分の役割も見つけることができ、自然にホームの生活に参加するようになった。</p> <p>食材やおやつは午前・午後の2回、担当の職員が利用者1～2名と一緒に、近くのスーパーや商店に出かけている。買い物はハイペースで利用者が食材を選ぶ場面は見られず、気分を変える散歩や歩く機会として捉えているようだ。買い物を生活の一部と位置づけ、利用者のペースに合わせ、今までの生活経験を活かして、利用者の意向を尊重しつつ、一人ひとりの気持ちを引き出すような問いかけなどへの工夫がなされるとよい。</p> <p>身の回りのことはなるべく自分で行えるように洗顔、更衣等は職員が見守りながら待ち、本人の能力を引き出し、過剰な支援にならないよう注意している。ベッド周りなどの掃除や、髭の伸び・髪の手入れなどに、不十分な点が見受けられたので、支援の工夫が望まれる。</p>	A
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>        食事は各利用者の嚙下や義歯の状況により、たけのこ・れんこん・ごぼうなど硬いものは早くから煮て柔らかくしたり、ハンドミキサーを使用して汁気を少なくするなどして提供している。嚙む力や嚙下の状況に配慮した「ソフト食」について、職員が食事作りの研修に参加し、提供できるようにして食欲を増進させることにつながった。        摂取量が減り、食事への配慮が必要な利用者には「お好みチェック表」を作成し、一日の食事・おやつ摂取状況やどんな形態・内容のものがよく食べられたか等について記入している。その記録をもとに、その利用者に合った食事を提供することで、自分で食べられるような工夫がされ、体調を回復させる取り組みが行なわれている。        排泄チェック一覧表で排泄の状況をチェックしている。夜勤者が一覧表から個別健康チェック表に書き写し、各利用者に合わせて支援方法を話し合い、計画目標を設定している。「なるべくトイレで」を心がけ、生活リハビリによる立ち上がりや移動の改善もあり、この1年でリハビリパンツから布のパンツに変わった利用者が3名あり、高い効果をあげている。</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><b>【講評】</b>        訪問診療の内科医が毎週訪問し、2週間に1回は必ず受診の機会を設けている。昨年7月から訪問看護ステーションとの連携が開始された。それにより、医師とは別の視点でよりきめ細かく利用者の健康状態のチェックや排便コントロールができるようになった。利用者からは身近で話しやすく、少しのことで相談できるとの意見が寄せられている。職員からは、医師への連絡や家族への報告がとりやすくなった、勉強会で知識や技術を習得し、ケアの見直しができる、などの感想があげられている。        バイタルチェックは毎朝全員に行われ、結果は健康チェック表に記録している。また、睡眠、排泄チェック表に記録され、健康管理が行われている。テレビ体操やビーチボールを使ったレクリエーションを行ったり、介護予防運動指導員の資格を持つ職員による立ち上がり体操などを行って、身体機能の低下予防に努めている。        薬は薬局で分包されたものを個人別のピルケースで管理し、服薬は担当職員がチェック表に確認の署名を行っている。その他、差し薬・塗り薬チェック表があり、担当職員が行った後にチェックしている。いろいろなチェック表は冷蔵庫のドアに貼られ職員には記入しやすくなっているが、生活の場であるリビングの目につきやすいやすいところであるため、場所の検討が望まれる。</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>        洗濯ものを干したりたたんだりすることは自然な役割分担ができてきている。また、向かいに座っている利用者が、発声の少ない利用者に話しかける場面が見られたり、「洗濯物を一緒に干そう」と誘う利用者の姿が見られたりした。月1回、ユニット交流の日を設け、利用者が各ユニットの催しを自由に選んで参加することにより、日常的にも利用者はユニット間を往き来するようになってきた。        利用者は個別に、得意な折り紙で置物を作る趣味を楽しんだり、居室でゆっくりくつろいだり、外出したり、ユニットごとのレクリエーションをするなど一人ひとりに合った時間を過ごしている。また来客があると、我が家へのお客として挨拶をしたり、お茶を出してもてなしをするなど、自分らしい生活をしている。        建物内は木調の落ち着いた色合いで、リビングには花や絵画が飾られ、家庭的な雰囲気づくりが心がけられている。コーナーや廊下等にはテーブルや椅子やベンチが置かれ、利用者が一休みできるよう落ち着ける場所が設けられている。しかし、事務所や事務コーナーは生活の場と続いており、整理整頓が必要である。</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>        家族の面会時間は特に設けておらず、利用者との外出・外泊は届け出れば、特に制限は設けていない。近隣から入居した利用者も多く、家族もよく訪れ、一緒に外食をしたり、訪れた家族とホームで食事ができるようにしている。また家族のもとに1~2泊したり、家族の宿泊にも有料で布団を貸し出すなどして利用者と家族との交流を大切にしている。        ホームは年2回のバス旅行や、そうめん流し、クリスマス会などの行事に参加を呼びかけ、家族は喜んで参加している。また、近隣の阿波踊りや地域の行事、ボランティアのギター演奏などの際にも案内を出し、家族と利用者が共に楽しむ時間を作っている。        利用者の日常の様子については、電話で連絡したり、家族の面会時に伝えている。また、「ほほえみ三鷹通信」で行事の様子やホームの生活を伝えたり、紙上で玄関の解錠など、ホームの運営についても意見を求めている。また、年2回家族会を開催し、様子を伝え、ホームへの意見・要望も聞いている。</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>	

【講評】

市報やコミュニティーセンターの情報、商店街の行事やお知らせ等を、ホーム内に掲示して利用者に知らせている。また、大きな「ご近所マップ」を作成し、利用者が使いやすい商店、車いすの使用可否、使えるトイレの情報などを記入している。そのマップを、10日間ずつ各ユニットで回覧し、情報を3つ以上は追加していくようにして、利用者の行動範囲を広げる取り組みをしている。

ホームには近所の人や三味線・尺八・歌などのボランティア、学童保育の小学生、職場体験の中学生が来所している。地元の利用者の友人が訪ねてくることもある。また、月1回の「町の清掃日」には利用者2～3名が職員とともに近くの通りのゴミ拾いなどを行い、近隣の人たちと交流している。近所のパン屋、花屋、豆腐屋、すし屋など商店の人たちにも少しずつ知られてきているので、ホームの存在は地域の人々に次第になじんできている。

保育園や幼稚園や民間の障害者作業所等に交流に出かけたり、商店街や駅に近いまちの中心地という立地の良さを活かして実習生やボランティアと一緒に、市の施設やコミュニティーセンター、美術ギャラリー、民間の画廊等の催し物に出かけている。また、地元商店街での買い物、喫茶店や飲食店でお茶や外食をするなど、地域の資源を利用し生活を楽しんでいる。

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：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="#">コムスのほほえみ三鷹</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 市民シンクタンクひと・まち社</a>
利用者調査実施期間	2006年12月23日～2007年3月2日

## \*調査概要\*

調査対象： コミュニケーション方式による利用者調査は、ホームの3ユニットの入居者26名全員を対象とした。利用者アンケート調査は、利用者26名の家族を対象に実施した。

調査方法： 調査員4人が8時15分～16時45分まで利用者と共に過ごしながらホームでの生活全体の様子を調査した。アンケートをホームから利用者家族に送付し、回答の回収は直接評価機関に返送してもらう方法で行なった。

利用者総数：26人 調査対象者数：26人 有効回答者数：12人

調査対象者数に対する回答率：46.2%

調査項目：[共通評価項目](#)

## \*調査結果のコメント\*

ホームは3階建てで、駅から数分の商店街に隣接し、買物など大変便利な所にある。利用者は地元の人が多く、家族が庭の花を自転車で気楽に届けたりしている。玄関に桃の花を生けたり、各居室のドアに自分達で作った雑飾りをするユニットもあり、季節感を大切にしていた。利用者は調理や洗濯物の整理など得意なことをしたり、認知症の進んでいる人でも、職員のさりげない声かけで昼食の準備など出来ることをしていた。利用者の多くは日中自室に戻ることなくリビングで過ごしていた。家族アンケートの回収率は46.2%と低いが、そのなかで、「職員は日頃から、本人にからだの調子を聞いてくれますか」は全員が「はい」と答えるなど、多くの項目で肯定的である。しかし「本人の食べたいものの希望を聞いてくれますか」など食事に関する項目や介護計画を作る際の要望の聞き取りや計画の説明に関する項目で「どちらともいえない」や「いいえ」をあわせると4割程度になっていることに気を配る必要がある。「総合的な満足度」には全員が「満足」と答えている。自由記述には、クリニックの対応、夜間の職員体制、スタッフの教育などについて要望が寄せられている。

## \*利用者調査の結果\*

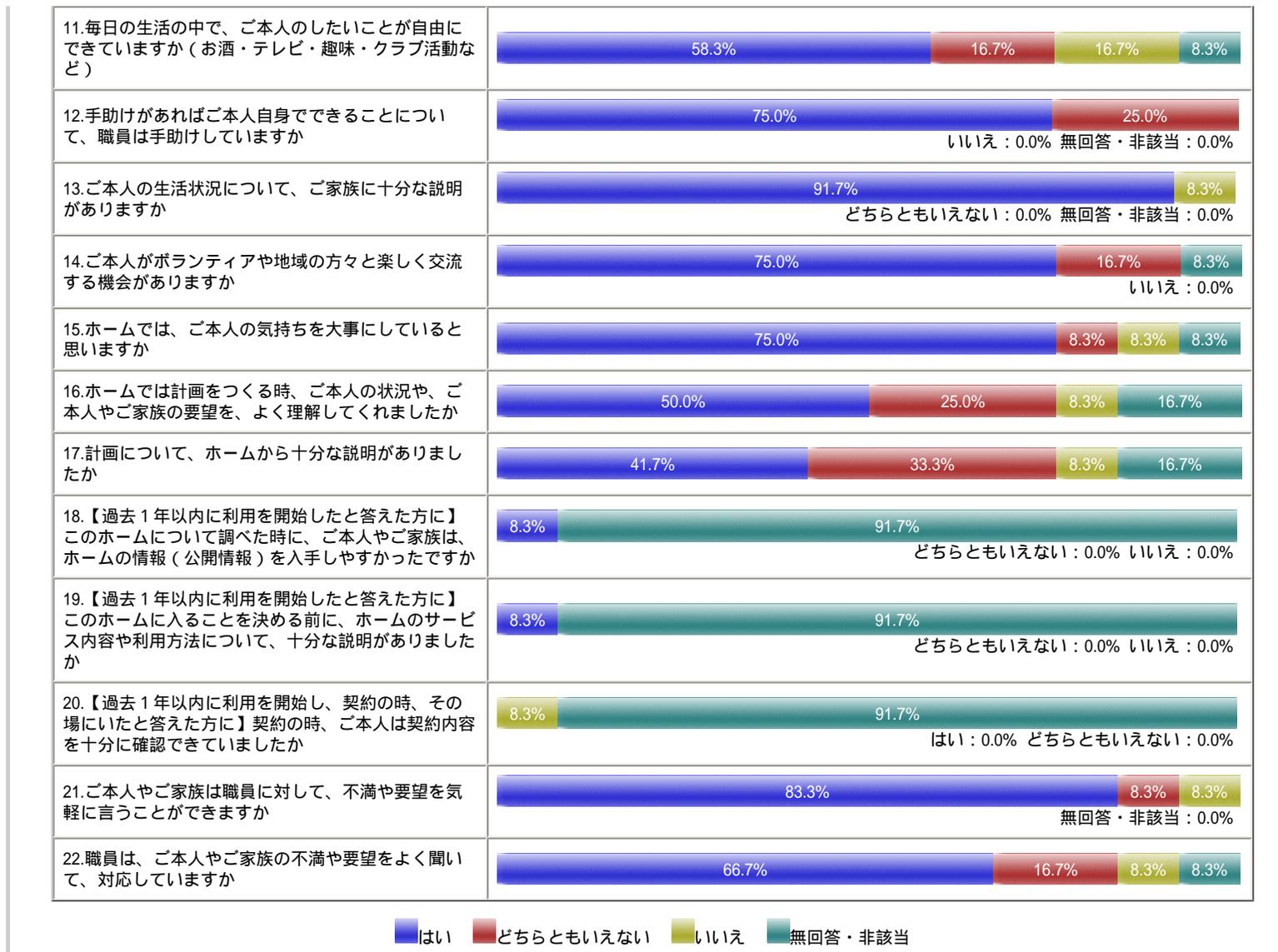
読み上げソフトをご利用のかたへ

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

■ 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ますか	58.3%	41.7%	いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでますか	58.3%	41.7%	いいえ：0.0% 無回答・非該当：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	75.0%	25.0%	いいえ：0.0% 無回答・非該当：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	58.3%	25.0%	16.7% いいえ：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）	91.7%	8.3%	いいえ：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せていますか	83.3%	8.3%	8.3% 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	100.0%		どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 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	75.0%	16.7%	8.3% いいえ：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）	75.0%	16.7%	8.3% いいえ：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	66.7%	25.0%	8.3% いいえ：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

# 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		
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		
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



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		
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		
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		
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

# 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		
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		
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	A <sup>+</sup>	
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	ホームは、地域のケアマネジャー等から福祉ニーズを収集し、平成19年2月に共用型の認知症対応型通所介護事業指定を受けた。今後3人の枠で1階のユニットのリビングに通所の利用者を受け入れ始めることを決め、すでに3月からの利用者が一人決まったところである。	

[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



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>B</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		
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	A	
標準項目	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている
	<input type="radio"/>	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	
標準項目	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	個人別の育成（研修）計画を踏まえ、OJTや研修を行っている
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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		
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		
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		
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 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		
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

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	
改善の成果	本年度 6 月に運営推進会議を設置し、4 回の会議を開催しホームの透明性を一層高めた。

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	6 つの委員会にリーダーを置いたことにより、活動が活発になり、ケア向上委員会では玄関の施錠について検討し、新たな取り組みとして週 2、3 日の解錠を開始した。また、研修委員会では年 6 回の内部研修を実施し、職員のレベルアップが図られた。

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	
改善の成果	委員会活動の活発化により、行事の運営がスムーズになり、バス旅行の回数も増え、遠くまで出かけられるようになった。3 つのユニット間の交流を活発に行い、利用者の生活の幅を広げることができた。認知症高齢者の「ケアマネジメントセンター方式」を取り入れ、利用者の生活状況等をより深く把握できるようになった。医療連携体制加算を取り、訪問看護が来るようになったことで、職員の健康管理に対する意識が高まった。

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	毎月の入居率が安定して改善され、収支計算でも一定以上の収益を確保できた。 年度の途中から医療連携体制を整え、加算を得ることができ、収支の向上がはかられた。

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

・カテゴリー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	地域ニーズを把握し、平成19年2月に認知症対応型通所介護（共用型）の指定を受け、既に3月からの利用者1名が決まっている。

[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



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		
標準項目		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
		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
		事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
		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](#)

[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	A	
標準項目	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	A	
標準項目	<input type="radio"/>	計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている
	<input type="radio"/>	計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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		
標準項目	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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		
標準項目	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	A	
標準項目	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	A	
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	A	
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		
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 type="radio"/>	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		
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 type="radio"/>	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		
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](#)