◆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： コムスンのほほえみ	

平成18年度

事業所名称	コムスンのほほえみ瑞江
評価機関名称	特定非営利活動法人　メイアイヘルプユー
評価者	修了者No.H0301071　修了者No.H0201028　修了者No.H0502058
評価実施期間	2006年9月6日～2007年1月30日

全体の評価講評

＊特によいと思う点＊

・会社組織全体での教育やリスクマネジメント体制
組織の理念や方針を職員へ周知するための職員教育は、本社に担当部門を有して採用時の必須教育とし、また、ホーム長、ユニットリーダー、介護支援専門員、介護職員等、職務・職階に応じた研修プログラムを用意するなど、研修体制を整えている。また、リスクマネジメントとしては、事業所と本部とが書面等を通じて密接に報告・連絡・相談をする体制がつくられており、専門的な見地からの判断も踏まえて指示を受けることができる。事業所としても実態を踏まえて独自に安全管理に取り組むようになると、より一層、速やかな対応が可能になろう。

・徐々に整備されつつある組織運営体制
開設後一年あまりが経過するグループホームであるが、この間管理者や職員の異動が相次ぎ、組織基盤が固まらずサービス提供上も課題が少なくなかった。ここに来て、管理者が固定化し、喫緊の課題への取り組みが職員に示され、ホーム会議、ユニット会議、カンファレンス等が定例化し、家族会も再開されるようになった。事業所運営の基盤が整備されつつあり、サービスの改善が期待される。

・健康を維持するための体制
日々の血圧測定や体温測定、排便リズムの把握、毎月の体重測定、内科医による月に２回の診察、歯科医と歯科衛生士による月１回の口腔内健診等、利用者の健康を維持するための体制を整えている。誤薬を防ぐため薬の管理や服薬介助の体制を強化し、朝食前と就寝前の口腔ケアも実施している。緊急時に備えて、常に（夜間・休日）ホーム長、ユニットリーダーと連絡が取れる体制も整備している。機能維持のための体操やレクレーションも取り入れているが、斑のない取り組みや利

用者個別のプログラムが組まれるようになると更によい。

＊さらなる改善が望まれる点＊

・事業計画と役割分担の明確化の必要性
本事業所は、施設運営に当たって本部から示されている系列のグループに共通する「年間運営計画書」を参考にしているが、独自の課題等を基にした年間事業計画は有していない。大きな組織では、今後も、管理者や職員の異動は視野に入れて運営をしてゆかねばならず、こうした条件下にあっても常に安定したサービスを提供することが出来るよう、事業所独自の課題分析に基づいた年間事業計画を確定し、職員が役割を分担してこの実施に取り組む体制づくりが求められていよう。

・個別支援によるその人らしい暮らしづくり
ホーム内の暮らしは、特に、強制されることはないが、運営の方針や職員配置の関係もあり、事業所がつくっている日課に沿って集合的に過ごすことが多い。利用者全員について、新方式によるアセスメントが出来ているので、個々の生活史や考え方を生かして、「その人らしい暮らし」が出来るよう、環境面、関わりの面、生活時間、役割等が検討され、徐々に具体化してゆくことを期待したい。

・地域の人々と交流が出来る暮らしを支援
ホームの暮らしは、徐々に落ち着いた生活状況になってきている。利用者が日常生活を静かにゆっくりと過ごされている様子は窺われる。しかし、これまで地域との関わりは、スーパーでの買物や理容・美容院の利用、地域の名所見学、事業所内では、踊り・手品・唄・ハーモニカボランテア等との交流があるが、外出の頻度も限られ、数多い機会とは言えない。利便性のある地の利を生かした社会資源の活用と共に、地域の人々と交流がもてる暮らしづくりが期待される。

＊コメント＊

①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。②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。③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。④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。⑤一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。本事業所の場合、評価期間中にホーム長の交替もあり、フィードバックに長期間を要しました。

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｜アクセシビリティーについて
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

◆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： コムスンのほほえみ	

平成18年度

※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	コムスンのほほえみ瑞江
評価機関名称	特定非営利活動法人　メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年9月6日～2007年1月30日

＊組織マネジメント分析の結果＊

・リーダーシップと意思決定　・経営における社会的責任　・利用者意向や地域・事業環境の把握と活用　・計画の策定と着実な実行　・職員と組織の能力向上　・情報の保護・共有　・カテゴリー１～７に関する活動成果

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

【講評】
■事業所としての理念は「①一人でも多くの高齢者の尊厳と自立を守り、お客様第一主義に徹します。②明るい笑顔、愛する心、感謝の気持ちを大切にします。③常にサービスマインドを心がけ、真心を込めて介護を行います。④責任を持ってお客様のプライバシーを守ります」。また、毎日行われる朝礼時に唱和することも心がけている。当ホームでは、「１、心豊かにその人らしく、２、家庭的で温かい雰囲気、３、地域の皆様とともに愛される」をホーム長が独自に活動方針として理念を発展させたものを設定し、施設内に掲示して職員への周知を図っている。
■グループホームの組織の経営計画や事業運営に関する経費の決定を含む基本事項は本社が決定する。ホーム長は実務的なサービス提供に関する決定権をもち、また本部で計画された現場についての「事業計画書」を基に実践することが期待されている。この間短期間に頻回にホーム長の交替があり、ビジョン不明なまま組織運営も停滞気味であった。新ホーム長は、ここに来て諸会議の実施等様々な組織基盤を軌道に乗せ、職員に今後の具体的な運営方針を説明する等リーダーシップを発揮しており、この点を評価した。職員全体の役割も今後、明示する方針である。
■組織としての意思決定については、ホームが行う案件は予算の伴うものは稟議書で上申し、本部統括部で決定がなされ、その他の件については実施予定を報告する仕組みである。また本社組織には研修・マネジメント・栄養指導などの専門部門があり、法律的なバックアップも適時なされるようになっている。相談や決定は電話およびメールで行い、即時に意思決定がなされる。利用者等への重要事項の決定経緯の報告や伝達はホーム長業務であり、例えば、預かり金・契約書等仕組みの変更、ホーム長の交替等について文書で連絡をしている。

評点の内容
詳しい内容は
こちらをクリック！

経営における社会的責任

評点

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	B
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	－
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	－
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	－
3. 地域の関係機関との連携を図っている	B

【講評】
■組織の社会的責任として遵守すべき法や、規範・倫理については、職員採用時に常勤は必須として、非常勤職員は任意参加で統括部が２日間の研修を行っている。研修後の理解促進としては、ユニットリーダーが職員個別の場面で、折に触れて話すこともあるが、明確な仕組みとしての機能はない。非常勤職員が多い現場であり、ホーム会議や現場の新任研修を行うなどして、全職員が理解を深めることができるような対応が期待される。ここに来て、しばらく休会していたホーム会議が定例開催されるようになったので、今後の取り組みに期待したい。
■これまでは、地域に向けての情報発信はほとんどなかったが、今回、第三者評価の公表を予定し、１８年度から制度化されている「運営推進会議」を開催（１８年１２月に第一回を実施）するようになり、区・他事業所・民生委員・地域包括支援センタなどの参加もあり、情報の開示が一歩進められた。また、過去に「瑞江だより」を発行して戸別配付をしたが継続に至らなかった。しかしこの「たより」を見た地域住民のホーム内ボランティア活動に繋がる経験もした。ホーム長は地域に根ざすグループホームとして、活動を積極的に地域に開示したいと考えている。
■区内のグループホーム連絡協議会に出席し、区内施設のネットワーク化に参画し始めたところであり、共通課題に協働して取り組める体制づくりには至ってない。「運営推進会議」も開催して、地域の関連事業所との繋がりもできたので、今後の展開に期待したい。

評点の内容
詳しい内容は
こちらをクリック！

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）	B
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
【講評】 ■苦情解決の制度については、重要事項説明書にホーム内の窓口、本社のコールセンター、地元自治体や都の窓口等について明示し、入居時にこれを読み上げて説明を行っている。苦情の窓口は施設管理者のみならず、本社でも、「コールセンター」によって３６５日２４時間対応の仕組みを備えて対応している。また、事業所では敬老会の際に家族の意見を確認するためのアンケート調査を行い、この時の意向を受けて往診医の体制変更を行った。新ホーム長は、アンケート調査を定例化する方針を打ち出している。 ■日々のケアの中で発生する利用者一人ひとりの意見や要望は、経時的に介護の記録をとり、状況を把握する中で、捉えることができる仕組みを持っている。利用者個別には、喫煙の要望があり、条件を話し合って対応したものがある。しかし、多くの事例を挙げるには至っていない。また、全般には、リーダー層による、支援記録内容の分析が追いつかないため、利用者の意向を集約分析して全体のサービス向上に繋げる取り組みは、今後に待たねばならない。 ■福祉事業全体の動向、事業所としての今後のあり方に参考となる情報については、本部が情報収集し、毎日電子メールで各事業所に送信してくるため、ホーム長はこの内容を職員室に掲示して周知させている。また、地域との繋がりを大切にし広げて行きたいと考えており、このため、事業所として地域のニーズを把握するため、地域情報の収集やその分析をして行かなければならないと考えている。運営推進会議の継続、充実も地域情報やニーズの把握に役立つものと思われる。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

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	B
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	B

【講評】 ■事業所開設時に本社から組織やサービスの基本的な準備項目やユニット開始のスケジュールが提示されるが年度毎および中長期的展開を見据えた計画は示されていない。施設運営に当たって年間の行事計画の例が示されているのみで、当ホームは系列のグループに共通する「年間運営計画書」を参考にサービス提供を行っており独自の課題を基にした年間計画は有しない。計画的にサービスの向上を目指すことやホーム長をはじめ職員の交替に耐えられる組織とするためにも運営やサービスの実施について計画化して実施することが求められよう。 ■新ホーム長は、本評価の過程でホーム会議やカンファレンス、各種委員会を再起動させるなど様々な組織基盤を軌道に乗せ、前ホーム長と運営上の課題を検討し、今後の具体的な運営計画をホーム会議で職員に提示した。その中で、今後は年間計画を策定して組織を運営し、サービスの提供を実施して行くとしている。この運営計画は、緊急を要するものについての短期の計画と判断し、これを評価に反映した。現状、ホーム会議やカンファレンスは定例開催されている。 ■安全管理については、トラブル報告書をもって本部（統括部）と常に報告と指示の形を保っており、分析や対策の提案指示が逐次行われる仕組みである。発生した一つひとつの事故は「コミュニケーションシート」で詳しく統括部へ報告し、本部が備えている専門家の意見を踏まえた対応指示が受けられる。過去、事業所としての事故発生予防に向けた取り組みは、行ってこなかったが、この度、リスクマネジメント・身体拘束廃止委員会を始動させ、これを中心に「介護と利用者への影響の関係」について検討を始めており、今後、再発防止策に繋げる予定である。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
職員と組織の能力向上	評点
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	B
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	B
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	B
【講評】 ■常勤職員についての採用は統括部が基準を定めて決定する。組織の運営上、常勤職員は他施設とのバランスを考慮した人材配置になるため、必ずしも当ホームだけの必要性を考慮することにならないが、補充職員については年齢層や経験について現場の希望が容れられる。一方、非常勤職員はホームで面接して採用する。ホームでは“高齢者の１日を通してケアにあたれる人材”を第一の人材条件としてホーム長とユニットリーダーで面接を行い決定する。また、配属の常勤職員が現場に合わない場合は関係部署と相談して適切な人材の再配置も可能である。 ■職員の能力向上は、統括部の研修担当部門が受けもつ仕組みである。ホームとして業務上の配慮は厳しいため、必ずしも職員が望む研修参加にはならないが、本部で研修の企画を行い、対象とする職員も多いため、研修メニューは多く、職員配置を見ながらできるだけ希望を叶えるように努力し、ほぼ全職員が何らかの研修に参加している。ホーム長は、今後は、研修成果の共有化や成果の把握を目的とした研修レポートの提出、ホーム会議の場を活用した勉強会を実施する方針を打ち出している。 ■ホーム長は人員不足等による職員のストレス緩和のためには、日々のケアに変化をもたせることやイベントなどの企画の成功や、利用者とともに楽しむような行事の実現などを行い職員の意欲向上を図る必要があるとしている。このため、日中活動の充実を目的とした人材確保が急務となっており、統括部の了解を得て近々補充の見込みである。また、職員のやる気を引き出すことを目的に１８年１１月個別アンケートを実施し、個別の改善点や業務上の希望を聞いており、今後、どのように対応するかを目下、検討中である。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
情報の保護・共有	評点

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
【講評】 ■ホームが保管する情報には、書類とパソコン情報がある。書類については鍵のかかるロッカー保管と決められているが、管理者の引継ぎ等があり十分な新旧内容整理保管が滞っている。情報にアクセスする権限のすみわけは明確になって引き継ぎされているが、統括部より随時発信される膨大な情報をダウンロードし、保管の分類や整理が進んでいない。統括部とアクセスするパソコンの扱いは、職員は各自でパスワードを持ち、ホーム長やユニットリーダー等のリーダー層と一般職員の職階別のアクセス範囲が決められている。 ■本部が定める様式は、文書ごとに特別のマークを示して取り扱いに留意するよう指示している。個人情報については、会社全体で方針を提示しており、「コムスン個人情報保護方針」として取り扱いについて書面化し、ホームの玄関等に掲示するとともに、３ページにわたる文書を玄関先に配備して、自由に持ち帰ることができるようにし、家族や来客等への周知を図っている。職員への周知徹底、理解を深めるための取り組みは、１７年４月の関係法施行時に本部の研修やホーム会議での説明等が行われたが、その後採用の非常勤職員には実施できていない。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
カテゴリー１～７に関する活動成果	評点
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	
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」	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	
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」	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	
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」	B
4. 前年度と比べ、事業所の財政面において向上している	
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	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	

各サービスにおける事業評価分析結果

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」	A
【講評】 ■昨年７月に開設し、今年２月に全ユニット（２ユニット）をオープンし入居者を獲得しており、開設８ヶ月で収支はプラスに転じている。統括部主導による計画性のある運営がおこなわれている。 ■２ユニットが完全に稼働して約６ヶ月になる。１階と２階では生活者の特性も違い、外部への活動も差があるが、情報を発信した結果、町会参加と消防訓練に参加し、活動の結果地域住民のボランティアが２組訪れてくれるようになってきた。また、外出は開設当初月１回程度であったものが２回に増えた。 ■新ホーム長は、前ホーム長と運営上の課題を検討し、今後の具体的な運営計画をホーム会議で職員に提示し、ホーム会議やユニット会議、カンファレンス等の定例開催を実施させるなど組織の基盤整備を行っている。	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｜アクセシビリティーについて
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

◆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： コムスンのほほえみ	

平成18年度

※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	コムスンのほほえみ瑞江
評価機関名称	特定非営利活動法人　メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年9月6日～2007年1月30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	B
【講評】 ■本社は、ホームページや情報通信誌、電車中吊り広告等様々なメディアを活用して、展開している福祉サービスに関する情報を広範に提供している。系列グループホームの紹介パンフレット「ほほえみ」では、同社のグループホームに共通する標準的なサービスの内容を写真を用いて紹介しており、大変に分かりやすい。また、本事業所は１２月に第一回「運営推進会議」を開催し、問い合わせが集中すると思われる行政の窓口や地域包括支援センターへの定期的情報提供が行われるようになった。 ■利用の問い合わせや見学は、原則としてホーム長が対応するが、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等からの連絡や本社のコールセンターを通して入ることが多い。ホーム長不在時は、ユニットリーダーや事務職員が行う。説明や案内に際しては、使用中の居室見学はできないことを取り決めているほかは、対応する職員個々の判断に委ねられており、視点や留意点が異なる可能性がある。見学者等の必要性に応じ、また、入居中の利用者の生活リズムやプライバシーにも配慮した上で、適切な情報提供がなされるようルール化が望まれる。	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	B
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	B
【講評】 ■利用希望者にはサービス内容を十分に了解してもらうために、事前になるべく見学を勧め、実際に生活の様子を見ながら暮らしのルールなどの説明をし、改めて、契約時に家族に対して重要事項説明書を読み上げて、運営の方針、料金、緊急時対応等の紹介をし、利用等の意思確認をしている。本社が発行している「ご入居のしおり」は、入居後のサービスを分かり易く示しており、当ホームではこれを利用希望者へのガイドブックとして使用するようにしている。特に、費用や医療、退居に対する関心が高く、説明時にはこのことに時間をかけているとしている。 ■入居時には、入居申込者状況申告書や健康診断書、その他所定の様式に基づいたアセスメント情報により対象者の状況を把握し、利用開始当初は管理日誌と細かな申し送りによって支援のポイントを共有して介助に当たっている。入居直後には不測の事態やリーダー層から現場を担当する職員への新たな指示も考えられるため、ユニットリーダーの勤務日に入居日を当てている。また、入居直後の不安やストレスの軽減を目的として、『利用者に関われる距離を考えた支援』を周知し、徘徊行動のあった人が、共通した声かけや見守りにより、落ち着いた例がある。 ■ベッド、家具、湯飲み等は使い慣れたものを持参してもらい、従前の生活環境に少しでも近づけるようにしているが、全般に事業所が決めている日課が優先しており、生活史をふまえた支援が出来る環境の設定にまでは至っていない。他施設への移行、入院等によるサービスの終了に際しては、必要に応じて介護サマリーを提供するところまでが定められており、退居に伴う利用者の精神的不安への取り組みは、行えていない。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

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	B
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	B
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

【講評】
■個別計画に必要な身体や生活状況は、家族が記入する入居申込者状況申告書と所定のアセスメントシートに沿って聞き取り記入して把握することになっている。利用者の意向については、担当職員が普段の関わりから得る情報を含めてまとめることに体制を整備したところであり、現状は、まだ家族の要望が中心になった計画である。計画の原案は、介護支援専門員が担当職員等から基礎情報を収集して策定し、カンファレンスで検討して決定するプロセスが軌道に乗り始めた。必要時に部分的にアセスメントの見直しを行っているが総体の見直しは行っていない。
■介護計画の説明は、面会時を利用して「家族」に行っており、当事者や面会の少ない家族への説明が課題である。計画の見直し時期や手順は定めているものの、現状、「見直し」が行えていない。何らかの理由で緊急な見直しを必要とする場合、ホーム長へ情報を集め、ホーム長がカンファレンスを招集して検討・決定することにしている。日常の支援記録は、利用者の行動や家族の面会、活動への参加等の出来事を、日々、記録担当者を定め、記録要領に基づいて細かく記載している。しかし、個別介護計画の実施記録としては、改良の余地が大きい。
■個別状況の変化等は、個別記録、バイタルチェック表、排泄チェック表及び管理日誌に記載し、就業前に必ずこれらに目を通しておくことにし、また、朝・夕はユニット毎の申し送りで重要なポイントの共有化を図っている。日頃、個別介護計画を意識して支援に当たることを徹底するために介護計画に対する職員の意識付けが当面する課題であるとホーム長は認識しており、計画が策定されると必ず申し送り事項とし、折に触れて読んでおくことを話し、周知に努めている段階である。

評点の内容
詳しい内容は
こちらをクリック！

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	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

【講評】
■医療機関受診時など、個別情報を他機関との間でやり取りする必要がある場合に備えて「個人情報に関する覚書」を本部が定めており、これを契約時に説明し、書面で一括同意を得ている。職員が扱う記録物等の帳票は利用者名をイニシャル書きとすることや事業所内の写真掲示や居室の表札についても家族の了解を求める等としている。また、職員の関わりに対して、「居室はプライベート空間」の認識の徹底、利用者が失敗した時・成功した時の関わり等、職員再教育への取りくみが始められている。なお、入浴、排泄時の介護は原則として同性介護としている。
■基本理念「高齢者の尊厳と自立を守りお客様第一主義に徹する」を毎朝唱和して仕事に就き、日課や職員の気持ちを押しつける様な言い方をせず、「どちらにしますか」や「○○はどうですか」といった問いかけ方をするように職員に周知させている。利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待等不適切な行動が見られた場合は、気づいた都度ユニットリーダーやホーム長が直接指導したり朝礼で注意を促すなどしている。今後は、こうした職員の不適切行動の防止策等の検討は、ケア検討委員会を中心に行う方針である。
■虐待被害にあった利用者等に対しての関係機関との連携体制は、まだ、整備されていない。１８年４月関係法が施行され、社会的な取り組みを必要としている課題でもあるので、地域自治体の動向を見ながら体制整備することが望まれる。また、当ホームは、開設後１年を経過しているが、この間にホーム長の交替や職員の変動も多く、常に組織基盤整備が優先せざるを得ない状況にあり、利用者の価値観や生活習慣等の個別性に配慮した支援に取り組めていない。担当を複数にする等、職員の異動にも耐えうる体制とし、サービスの質の向上を目指したいとしている。

評点の内容
詳しい内容は
こちらをクリック！

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	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
【講評】 ■本部は排泄介助の方法や体位交換などＡＤＬ介助について、必要性や手技等をまとめた「ケア手順書」を発行し、また事故報告、稟議書、日々の記録、個別支援計画に至るまで、手順や記入要領を図示して分かり易く文書化し、職員研修で周知すると共にファイリングして各事業所に配備して周知徹底を図っている。当事業所では、ホーム長が運営上の取り決めや支援に当たっての留意事項を文書化し、職員室への掲示等により標準化に努めている。日常業務の実施状況についてはリーダー層が点検し、判断に迷う時には本部作成の手引き書等を活用する。 ■ホーム長は、一日最低３回を目途に２つのユニットを巡り本社が求めているサービスの実施状況の確認や必要に応じた指導に努め、利用者や職員の様子を把握して、必要な留意事項等を文書化して職員へ周知し、サービスの標準化に努めている。ホーム会議やカンファレンス等も定例的に開催されるようになり、サービスの標準維持の取り組みが急ピッチで進められている。今後は、家族会、運営推進会議、家族への定期的アンケートの実施等により、多方面からの意向を把握して、サービスの改善を模索できるようにして行くとしている。 ■本部は、ホーム長、ユニットリーダー、介護支援専門員、介護職員等、職務・職階に応じた研修プログラムを用意している。また外部研修の情報も取り入れ、ホーム長が職員の研修履歴や力量、職員配置の状況を勘案して参加を決定している。職員の履修状況を総点検したり、ホーム会議の場を活用しての勉強会も予定しており、職員の質を確保する新たな取り組みが始まっている。安全管理面で、常に本部に報告をし指示を受ける体制であるが、独自には事故防止の取り組みを行って来ていない。事業所の特性に合わせた安全対策について検討されることが望まれる。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

＊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
【講評】 ■１８年末から１９年はじめに掛けての新たな体制づくりにより、個別介護計画策定プロセスへの職員参加、全利用者の介護計画策定、介護計画書の配置位置や本部で用意していた様式の活用等が軌道に乗り始めており、当面の大きな課題、「介護計画に対する職員の意識付け」が少しづつ進んでいる。未だ十分な実施とは言えず、今後の展開に期待したい。 ■一般に個別介護計画は、様々な支援の側面で、個々人の「自立」に方向性をもつことが求められている。利用者の意向がその基盤となるが、その把握のためにどのようにコミュニケーションするのか、また、職員が斑のないコミュニケーション（関わり）をするような体制をどうつくるのか、取り組みが望まれる。また、その人らしさを踏まえた生活支援も計画作成上の柱となるが、当ホームではこのことを「無理をせず自由に過ごしてもらう」こととしている。生活史を踏まえての支援が求められており、当ホームとしては今後の課題と言える。 ■関係する職員が連携して支援に当たることはケアに欠かせない。個別支援計画策定過程への職員の参加、ホーム会議やユニット会議の定例開催、支援に関するカンファレンスの定着化等により、総体としては情報を共有化し職員の意識を纏める体制が整い、連携をする仕組みが整ってきている。また、ホーム長はフロアーに日に３回は入るようにしてリーダー層や職員間を繋ぎ、勤務に入る職員は必ず担当以外のユニットにも挨拶をして顔をつなぎ、連携して仕事ができるようにしている。	
2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	B

【講評】
■食事は、朝食の主食について、当日、「パン」がいいか「ごはん」がいいかを聞いて、希望に添ってその都度用意をしている。また、飲み物についてもなるべく希望するものが飲めるように、牛乳、ジュース、紅茶、コーヒー等多種類のものを用意している。献立は、特に季節感のあるものを取り入れるようにしているが、その日の担当職員が決めて調理しているのが実情である。食事時間や場所に制約はないが、概ねの時間が決められており、今のところ全利用者がこの時間に食事をしている。特に課題はなく、しかし、希望があれば居室配膳もするとのことである。
■入浴は、希望すればいつでも可能である。午前中に入るひとも夕食後のひともある。２０％の利用者は一人で入浴をしており、見守りや介助を必要とする場合は同性介護を行っている。また、丸2日入浴しない場合、3日目には誘導するようにしている。浴室内では、浴槽に入っている時間や湯加減を聞くなど利用者の意向を確認しながら支援をしている。レクレーション等は意見が出ないため利用者の要望が把握しにくく、職員主導になっている。今後は、むかし習っていたことを家族からも聞いて、それに沿ったものにしてゆきたいとホーム長は考えている。
■ユニットの出入り口は、安全性の点から施錠されていたが、この度、音で開閉が判別できるようブザーを取り付け、日中は解錠とした。これまでは、外出をしようとする人を差し止める傾向があったが、新ホーム長の方針で職員の手がある限り、外出の要望にも応じるように職員に周知した。これにより、利便性のある地の利を生かして、地域の社会資源の活用が活発化することが期待される。また、基本的に日常生活は、「なるべく自由に過ごしてもらう」ようにしており、他者への迷惑行為や危険性がない限り制約はない。

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	B

【講評】
■個々の身体状況や認知度などを考慮に入れて家事や身の回りの事柄の処理等について支援計画化するなど、職員が共通認識の下に支援を行う体制が採られていないため、おのおのが個別に判断して関わりをもっていることが多い。食事メニューは、多くは職員が決めているが、調理・片付け・下膳などは、できる人には手伝ってもらっている。片づけ等食事に関する一連の行為の中で、利用者の得意なことを、職員の声かけで行うようになり、今では役割として定着している人もある。
■シーツ交換、布団干し、居室・共用スペース等の清掃等は、一部チェック表を作成して職員が行っている。清潔を保つ家事の一環として、一人ひとりが自分で行える範囲を把握し、出来ない部分を代行する斑のない支援が望まれる。また、例えば、洗濯物たたみなど自ら進んで行える人は役割が定着化しているが、多くの利用者に対して生活に役割をもってもらうような支援には至っていない。介護支援専門員との連携により、個別の関心事や「何ができるか」を判断し、無理のない役割をつくることにより僅かでも生活への参加意識が持てるような支援が望まれる。

■ホーム長は、利用者の主体的取り組みという観点からアセスメントの総点検を行っており、気づいた都度、管理日誌に書いて、職員に周知を図っている。また、支援を検討するカンファレンスを定例化することにより、介護計画の目標に応じた統一したケア・言葉掛けが出来るようにしてゆきたいとしているので、今後の取り組みが期待される。

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	B

【講評】
■下痢・風邪などのときの特別メニューや刻み食・嫌いなものには代替食もある。食事は利用者の状態に応じて、見守りが必要な方については職員が側に行き、言葉掛けや身体的介助を行っている。ただ、職員によっては利用者のペースに合わない介助もみられた。
■排泄については、トイレチェック表（個人別、１ヵ月状況）により状況を把握している。便秘やその副作用について注意をしてトイレ誘導のタイミングをみて、誘導・介護が必要な方には言葉掛けをしている。対応の仕方についても職員間で話し合い、共通認識をして支援している。入浴に関しては、毎日の血圧や体温等の測定値を見て、入りたいと思うときに入浴できるようにしているが、例えば、入浴をいやがる人への誘導方法等を検討し、スムーズな入浴支援に結びつけるような個別の入浴支援方法についての検討はなされていない。
■掃除や買い物などは、職員の代行や手伝いが支援の標準になっている。利用者自身がやりたいこと、職員にやってもらいたいこと、利用者ができることの掘り起こしをし、主体的に掃除や買い物等の家事に関わることができるような支援を望みたい。

5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	A

【講評】
■血圧測定や体温測定を毎日実施し、管理日誌に記録し、職員間で共有するとともに、毎月の体重測定、日々の排便リズムのチェックをして健康状態を把握し、支援している。内科往診医が月に２回診察に訪れ、全利用者の健康状態を診ている。緊急時はもとより、必要に応じて家族へは利用者の健康状態を連絡し、往診医から説明を受けることも可能である。
■身体機能維持として、ユニットによって毎日１５分程度、ビデオを見ながらの座位による軽体操（梅干し体操）や約３０分のパズルやクイズ（頭の体操）を行っているところ、軽体操と散歩や外出、買物で身体機能の低下防止に取り組んでいるとしているユニットがある。両ユニットとも勤務の職員によって実施状況は異なる。また、今のところ集合的な取り組みであるが、取り組みの定例化と共に個別のニーズに応じたプログラムの実施が望まれる。また、歯磨き等の口腔ケアは朝食前と就寝前に実施し、協力機関の歯科医と歯科衛生士が月に１回口腔内を診ている。
■服薬管理は薬袋を入れたビニール袋に名前を書き、ユニットリーダーが薬剤の個数と日付を確認し、職員が薬包に朝、昼、晩、寝る前と服薬時間を明記し、薬のセットを作る。職員は服薬チェック表を見て服薬確認をし、更に、服薬時に名前と薬を確認し、名前を呼んで本人であることの確認をしてから服薬介助するという仕組みを作った。今後は、誤薬の原因分析を行って対応の改善に繋げると効果的であろう。緊急時に備えて、常に（夜間・休日）ホーム長、ユニットリーダーと連絡が取れる体制であり、往診医にも指示を仰いで対応している。

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

【講評】
■日常生活に変化と楽しみを取り込むために、誕生会やクリスマス等の行事を行い利用者と協働して準備に取り組むようにしている。個別の生活づくりの点では、現状、日常介護を潤沢に行うことが優先課題であり、取り組みが遅れていると言わざるを得ない。共同生活の中での関係づくり支援も未着手課題である。訪問調査時には、下膳する人に対して「ありがとう」「どういたしまして」などと利用者間の友好的なやり取りが観られている。利用者同士の人間関係についてもカンファレンスによって話し合い取り組んで行きたいとしているので、実践に期待したい。
■現状の支援は、職員配置に重きを置いた、いわば日課中心の支援になっている。主体的な行動が可能な利用者は、その思いに従って自由に時を過ごしているが、多くの場合、職員の「これから○○をしましょう」などの呼びかけにより集合的に行動する場面が多い。一人ひとりの生活づくり支援が望まれる。
■居室は使い慣れたものの持ち込みを自由にして、入居するひとに合った空間とし、リビング等共用部分はなるべくシンプルな雰囲気にしたいと考えられている。また、居室の湿度や温度は利用者にその都度適温を尋ねて、空調管理や窓の開閉をまめにして、調整をしている。共用スペースは、外気プラス・マイナス５度を目標に季節感を感じてもらえるような温度とし、利用者に聞きながら調整する方針である。また、食後の食べこぼし等の掃除はもとより、常々清掃は頻回にしており、利用者のつまづきへの配慮や清潔を念頭に環境を整えている。

7. 家族等と関係を持ちながら運営している	B

【講評】
■家族との面会時間や外出・外泊は、特に制約をしていない。毎日の面会者もある。家族が参加できる行事としては、敬老会、クリスマス会、お花見、子どもの日のお祝い等があり、３・４ヶ月前に案内状を発送して参加を歓迎している。また、家族会は１７年のクリスマス会後に実施して以降、休会となっていたが、１８年１２月に再開させ、緊急連絡票等新しい取り組みについて情報提供し、サービスに対する意見をもらう機会にもなった。次回は１９年３月の開催を予定しており、運営推進会議の開催時を活用して年に４回程度は定例化したいとしている。
■利用者の生活の様子は面会時にできるだけ伝えるようにしているが、面会に来られない家族に対しては伝えられていないと課題認識されている。また、過去に「瑞江だより」を一度発行したが、継続実施に至っていない。今後、半年に一度程度のホーム便りの再刊を検討したいとしている。

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	B

【講評】
■地域での生活範囲を広げることを目的とした地域情報の収集やその提供は、現状、未着手である。地元に住まいを持っている職員をニュースソースとして、盆踊りや東部区民祭りに参加したことがある。地域住民や地域包括支援センター等身近な人々（機関）の参加がある運営推進会議が定期的に開催されるようになると、これが地域情報源となり得ると思われるが、加えて、ホーム長による定期的な地域自治体訪問や、行事レクレーション委員会により、地域の行事情報を定期的に収集する等して、利用者の生活を広げるため組織的取り組みを行うとしている。
■地域の社会資源の活用としては、これまでは、地元スーパーでの買物や理容・美容院の利用、地域の名所見学などが行われ、ボランテア（踊り・手品・唄・ハーモニカ月に１回）との交流があるが、外出の機会もボランティアとの接点も数多いとは言えない。運営推進会議の参加者からの情報で和太鼓やギター演奏のボランティアの受け入れも決まり、今後は、利用者の町内会への参加や学校・幼稚園などとの交流を取り入れ、より多くの機会をつくることにするとしている。

	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　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｜アクセシビリティーについて
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

◆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： コムスンのほほえみ	

平成18年度

事業所名称	コムスンのほほえみ瑞江
評価機関名称	特定非営利活動法人　メイアイヘルプユー
利用者調査実施期間	2006年9月14日～2006年10月19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。
①男性５人：女性１３人　②平均年齢８０歳　③平均要介護度２．３　④常時車いす利用者３人　⑤オムツ使用者１０人（常時）

調査方法：①利用者の家族等に対する郵送によるアンケート調査
②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： 8人

調査対象者数に対する回答率： 44.4%

調査項目：共通評価項目

調査結果のコメント

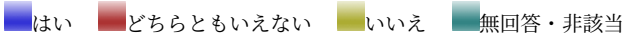
最寄り駅から徒歩１０分。この圏内に、スーパーマーケット、公園、幼稚園等があり、事業所のすぐ前は交通量の多い道路ですが、この便利な地域環境をホームでの生活に生かせるといいと思いました。１７年９月の開設以来、たびたびホーム長の交替や職員の異動があり、これまでのところ十分にこうした地域環境が活かせていません。このところ、抜本的な組織体制の整備が進められているので、今後は、諸地域資源の活用が期待できそうです。

下記の結果について言えば、背景は不明ですが回収率が高くないことや、「どちらともいえない」の回答が多い点が特徴的です。すっきりと肯定できない場合に「どちらともいえない」の選択をしている事が考えられますので、これらは改善のポイントであろうと思われます。特に、問１、２、７、１１、１３、１４は、振り返りの留意点になると思います。一方で、問６、８、１２、１５では多くの肯定的回答を得ています。

サービス全体に対する満足度は、満足４人、どちらかといえば満足２人、どちらかといえば不満１人、無回答１人になっています。

＊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。



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	37.5% 50.0% 12.5% 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ますか	37.5% 37.5% 12.5% 12.5%
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	62.5% 25.0% 12.5% 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	66.7% 33.3% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0%
5.日常生活で必要な介助を、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）	75.0% 25.0% 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せていますか	87.5% 12.5% いいえ：0.0% 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	50.0% 50.0% 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	87.5% 12.5% いいえ：0.0% 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）	75.0% 25.0% 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	62.5% 25.0% 12.5% いいえ：0.0%

11.毎日の生活の中で、ご本人のしたいことが自由にできていますか（お酒・テレビ・趣味・クラブ活動など）	いいえ：0.0%
12.手助けがあればご本人自身でできることについて、職員は手助けしていますか	いいえ：0.0%
13.ご本人の生活状況について、ご家族に十分な説明がありますか	無回答・非該当：0.0%
14.ご本人がボランティアや地域の方々と楽しく交流する機会がありますか	
15.ホームでは、ご本人の気持ちを大事にしていると思いますか	いいえ：0.0%
16.ホームでは計画をつくる時、ご本人の状況や、ご本人やご家族の要望を、よく理解してくれましたか	いいえ：0.0%
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	どちらともいえない：0.0%
18.【過去１年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームについて調べた時に、ご本人やご家族は、ホームの情報（公開情報）を入手しやすかったですか	いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
19.【過去１年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームに入ることを決める前に、ホームのサービス内容や利用方法について、十分な説明がありましたか	いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
20.【過去１年以内に利用を開始し、契約の時、その場にいたと答えた方に】契約の時、ご本人は契約内容を十分に確認できていましたか	はい：0.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
21.ご本人やご家族は職員に対して、不満や要望を気軽に言うことができますか	いいえ：0.0%
22.職員は、ご本人やご家族の不満や要望をよく聞いて、対応していますか	いいえ：0.0%

はい　どちらともいえない　いいえ　無回答・非該当

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｜アクセシビリティーについて

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	○	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	A	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	A	
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｜アクセシビリティーについて
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	B	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

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

Copyright(C)2003 （財）東京都高齢者研究・福祉振興財団

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	
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	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

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｜アクセシビリティーについて
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	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	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	C	
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	
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

Copyright(C)2003 （財）東京都高齢者研究・福祉振興財団

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	
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	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	B	
標準項目	×	職員の判断で実施可能な範囲と、それを超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	
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 | アクセシビリティーについて
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

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	
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	A	
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

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	A
改善の成果	①ホームのユニットが完全に稼働して約６ヶ月になる。２つのユニットをそれぞれ担当するユニットリーダーが決まり組織的基盤は整備された。しかし、職務の明確化と周知、運営やサービスの実施に当たっての計画性の不備等により、判断や活動にも無意味な差異が生じている。現状、一先ず、新ホーム長の判断に基づいて組織体制を整えるという方策が採られ、ひとまずユニット会議やホーム会議、委員会が軌道に乗りだした。この体制が継続すれば、今後は、徐々に職員の意向を反映した組織運営が可能となろう。 ②１８年に制度化された第一回「運営推進会議」を１２月に開催し、自治体関係部署、地域包括支援センター、民生委員等の関係機関や利用者家族を招いて、運営の状況を報告し参加者からも地域情報を得ることができた。地域への情報開示が一歩進められた。 ③１８年度下半期になって、新ホーム長から喫緊の課題についての具体的な運営計画がホーム会議を通じて示された。

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	B
改善の成果	職員の定着や移動の影響で能力向上のための研修や勉強会は進まないが、職員一人ひとりとホーム長が個別面談し意向の確認や評価を行っているところである。業務やケアの取り決めを調節するためのホーム会議は基本的には毎月、状況により２ヶ月の間に開くこととなっており、休会状態であったが、再開を果たした。

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」

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	B
改善の成果	①新方式のアセスメントに切り替わり、また、介護計画を定例的に実施するようになったカンファレンスの場で検討するようになった。 ②家族会を再開することが出来た。 ③運営推進会議に参加した関係機関からの情報提供により、ボランティアの受け入れ件数を増やすことが出来た。

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	昨年７月に開設し、今年２月に全ユニット（２ユニット）をオープンし入居者を獲得しており、開設８ヶ月で収支はプラスに転じている。統括部主導による計画性のあるの運営がおこなわれ収支面では着実な実行がなされている。

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	職員の交代などより利用者の生活が落ち着かない状況があったが、徐々に落ち着いた生活状況になってきている。利用者の日常生活が静かにゆっくりと過ごされている点が挙げられる。町会参加と消防訓練に参加し、グループホームの生活についての情報を発信した結果、地域住民のボランティアが２組訪れてくれ継続されている。また、利用者の希望に対応した食事やイベントのための外出が開設当初月１回程度であったものが２回に増えた。施設としてはグループホームの生活支援という目的の達成においても、今後地域住民の理解を得て実施したいという意向はある。江戸川区におけるグループホーム事業者間の連絡協議会に出席するようになり、協議会の支援を受け、１１月には施設主催の運営推進会議を開催する予定となった。

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｜アクセシビリティーについて
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	B	
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している
	○	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

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	B	
標準項目	○	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
	○	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
	×	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	
標準項目	○	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
	○	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
	×	サービス利用前の生活をふまえた支援をしている
	×	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	
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	
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うえで、必要に応じて見直している
	○	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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	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	
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

Copyright(C)2003 （財）東京都高齢者研究・福祉振興財団

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	
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	
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いる場合には、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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	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｜アクセシビリティーについて
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	
標準項目	×	介護計画に基づいて支援を行っている
	×	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
	×	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
	○	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	
標準項目	○	食事に利用者の意思を反映している
	○	入浴は利用者の意思を反映している
	×	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
	○	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

評点	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	
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	A	
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	
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	
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	
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