

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奥戸    |  |

平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

|        |                                                                                              |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称  | <a href="#">コムスンのほほえみ奥戸</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.H0302057</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 \*

・各種委員会の再編による業務の確実な遂行と職員の参画意識の向上

ケア、リスクマネジメント、身体拘束、感染症対策、防災、レク、献立、環境美化、研修の各委員会メンバーを、適性等を考慮して再編成した。職員は全員一つ以上の委員会に所属させ、役割と責任を決めて、関係するテーマ（業務）を委員会が中心となって検討し、遂行することとした。感染症委員会における服薬ミス対策作成などの効果が出ている。

・構想の実現への第一歩、家族会等の実施

１８年１１月に開催した運営推進会議（地域密着型の施設として多方面の声を取り入れた運営や情報開示を目的として各グループホームで開催するよう自治体が推進している）で、参加した家族から出された声を、１２月の家族会開催に結びつけた。１９年１月からは、ユニットリーダーを中心に利用者一人ひとりの生活の様子を知らせる「たより」の発行が予定されており、ホーム長が構想している「家族と職員が一緒に利用者の人生の仕上げに関われるようなホーム」に向けて滑り出した。家族の意向を即、具現化した点も評価したい。

・健康管理体制の強化

健康に関する基本的な支援策に加えて、感染症対策委員会のメンバー２名を医療機関・薬局と利用者・職員との接点として役割と責任をもたせ、ここに医療関連情

file:///C:/Documents and Settings/sinzai071/デスクトップ/HP/14/0kohyo.htm (1/2) [2007/06/12 17:43:47]

報を一元化して漏れを防ぎ、医師の往診日には両名が出勤して対応するようにした。また、服薬の管理についても担当を両名に固定し、個別ケースに一週間分づつの薬を二人で分配する事にするなど健康管理体制を強化した。これにより職員も利用者の様子を医師に伝えたり、医師からの情報が分かり易く職員に伝えられるようになり、また、誤薬が減少するなどの改善を見ている。

### \* さらなる改善が望まれる点 \*

・方針実現のための計画策定と着実な実行

現在ホームの業務は、日々現実に発生する問題に対して、ホーム長、リーダー、職員が一つ一つ考え、相談して献身的に遂行されている。しかし、一部には考え方や進め方について意見が異なる人もいる状況である。今後、全員が一丸となるためには、方針・課題・目標を明示・明確化し、実践的計画を策定し、着実に実行する仕組み作りが望まれる。特に、計画策定への職員の参加・利用者意向の反映、進捗管理が重要であり、この点は改めて制度を作ることなく、本社の諸制度や現在有効に機能しているホーム会議、委員会の活用・工夫によって実現が期待できる。

・会議録、支援記録の整備

ユニット内会議、ケアに関するカンファレンス、リーダー間の話し合いなど、組織運営や利用者支援に欠かせない重要な話し合いが持たれているが、記録化されていないものも多い。話し合いの目的を明確化して職員に明示し、要点を記録化することで、仕事の実績となりまた、振り返りや改善に繋がる。記録を堅苦しく考えずに、いつ、どこで、誰と誰がどのような目的で何を話し合ったのか、結論は何かなど、ホームにとって重要だと思われる項目を記載したシートを作っておくなど、職員の負担の軽減も考えた記録の整備が必要であろう。

・入居者を大切にしていることが伝わる言葉遣い

若い親しい友人間や家族間で使用される言葉遣いで利用者支援がなされている場面が多い。活気があって良いという家族の声もあるが、認知症高齢者への関わりとしては、穏やかさや尊厳の尊重に欠け疑問が残る。ケアの専門職として、言葉にも高齢者一人ひとりのこれまでの暮らしや習慣を大切にしていることを映すことや人生の大先輩への尊敬と家族的関わりを含めて、敬愛の念を現せる言葉遣いが望まれる。穏やかで適切な関わりが出来ている人もいるので、職員の幅広い年齢層の特徴を生かして相互に指摘しあい学び合える風土づくりに期待したい。

### \* 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とは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)  
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)



とうきょう福祉ナビゲーション  
福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

評価結果詳細

|                       |  |
|-----------------------|--|
| あなたが検索した条件・結果は以下の通りです |  |
| 検索事業所名：コムスのほほえみ奥戸     |  |

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="#">コムスのほほえみ奥戸</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10月29日～2007年1月30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                                                                                                                                                                       | B  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 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>【講評】</p> <p>■ 本社が定める「コムスの（４つの）誓い」、所属するグループの「（働き方の）十訓」が全社的に経営理念、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、職員休憩室等に掲示して職員、利用者に周知している。また、職員は、上記の「誓い」を、朝礼時に必ず出席者全員で唱和している。また、これ等をベースに、当ホーム独自の運営方針として 利用者一人ひとりが役割を持って家族的な環境で、 日々の生活を安全かつ安心して送れるよう、 人格を尊重して、支援すると共に、 職員の育成に注力する、等を職員に伝えている。</p> <p>■ ホーム長は１８年８月に新任以来、前ホーム長の方針を引き継いで運営に当たっており、役割や責任についても、改めて職員に伝えると言うより、日常の自分の仕事への取り組み姿勢や言動によってそれを示していると考えている。また、毎月のホーム会議を重視し、前半はホーム長会議等の会議報告、ホーム内アセスメント（委員会の報告、問題討議、勉強会等も含む）、後半はユニット会議に充て、率先して方針の実現を推進している。しかし、先輩職員との意思疎通等まだ不十分な点もあり、リーダーシップについて悩みもあり、不安視されている面もある。</p> <p>■ ホームにとって重要な案件は、金銭に関するもの等を始め、主に稟議書によって本社の承認を得て決定されることとなっている。決定事項は稟議書への承認印、通達文書、口頭等で回示され、職員へは、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伝えられる。また、ホーム長会議等で示される他施設と共通する重要な事項は、会議報告としてホーム会議、管理日誌別冊（１日に１回は必ず目を通すこととなっている）等で伝えられる。利用者には、施設内の掲示、家族への文書送付、家族会等によって伝えられる。</p> | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | —                                                |
| 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                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|
| <p>【講評】</p> <p>■福祉サービスに従事するものとして守るべき法、規範、倫理等は、本社で定められ、就業規則、コムソンの誓い、個人情報保護方針、グループホーム倫理綱領等示される。これらは、就労時の契約時に説明されると共に、本社で行われる新人研修、管理職研修等においても繰り返し徹底が図られている。また、ホームでは会議報告、研修報告の他、個人情報保護方針、交通事故防止などについては事務所・廊下に書面を掲示して徹底を図っている。</p> <p>■経営の運営状況については、第三者評価結果の公表、運営推進会議（ホーム長が担当し、3ヶ月に1回、地域住民や利用者家族などに出席してもらう会議）におけるホームの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いないが、問合せ等があった時には説明や見学対応を行っている。</p> <p>■地域との連携は、区のグループホーム連絡会に加入して情報交換、研修等を行っている。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が、連絡会では持ち回りで施設見学会を行っており、当ホームは12月に、見学と安全、防災についての報告を行う予定である。</p>                                                                                                                 |    | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | C                                                |
| 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>【講評】</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、地域自治体等）を明示して、いつでも利用できることを伝えている。苦情が出された場合は、緊急を要する場合は、ホーム内で責任者、関係者が集まって対応し、内容によっては、本社の上部組織と相談・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、玄関に「ご意見箱」が置かれているが、これまで提出の実績は殆どない。アンケート等による把握も行われていないが、今回の第三者評価の利用者アンケートに、「昨年の第三者評価の際に提出した自分の意見が取り入れられ、改善されて良かった」と言うものがあり、今後、第三者評価のアンケートも良く分析して、現状・問題把握に活用することが望まれる。</p> <p>■地域・事業環境に関する情報は区のグループホーム連絡会に参加して収集している。また、18年度から実施されている運営推進会議を地域住民や利用者家族を招いて第一回を18年11月に開催しており、この機会を通じて地域住民からの情報も期待される。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、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向が整理・分析されるまでには至っていない。</p> |    | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | A                                                |
| <p>【講評】</p> <p>■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。ホーム長は12年8月に新任以来、現在の課題を「利用者一人ひとりに対して、感謝の気持ちを忘れずその人本位で行動し、サービスを優先に考えスケジュールや行事など業務優先とならないようにする」「ホームをきれいにする。そのためには気付いたらすぐ行動する」「職員の育成」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具体的計画を立てて進めてることが望まれる。</p> <p>■課題はホーム長が現状を観察しながら考えているが、利用者・現場職員の意向の反映、リスクの想定等を仕組みとして行い、具体的な課題推進計画として明確化し、文書等に示されたものはない。日々使用している管理日誌には、今週、今月のそれぞれの目標を立てることになっているが、開設以来一度も変えられていない。管理日誌の使い方に限らず、業務の計画的推進について、仕組みの設定と進捗管理により、着実に進めて行くことが望まれる。現在、着実に行われているホーム会議の活用が有力な方法として考えられる。</p> <p>■利用者の安全について、医療機関等との連携は行われている。事故・ヒヤリハット等は必ずコミュニケーションシート（本社が定める様式）を本社に提出して対応している。この中で、多発した服薬ミスについては、感染症対策委員が医師、薬剤師と相談して対策を立てた。それらの結果はホーム会議等によって職員に伝えられるが、シートの全職員への回覧は行われておらず、利用者等への伝達も十分とはいえない。今後、諸情報を整理・分析し、予防策、再発防止策を立て、介護計画、職場のルールやマニュアルに繋げて行くことが望まれる。</p> | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>【講評】</p> <p>■求める人材像、職員の育成体制、評価制度等は、全社の制度として定められている。職員の採用も、主に本社が行っている。当ホームの場合、開設後約２年間で職員の退職は殆どなく採用は行われていない。しかし、職員の中には人員の不足感を訴えている者もある。新ホーム長は、全職員を各種委員会の一つ以上に所属させ、参画意識を持たせると共に、職場全体が役割と責任感を持って一人ひとりの利用者に合った介護を進めて行く体制にして行きたい意向である。</p> <p>■職員の研修は、本社で行う導入研修、ケアスタッフ研修、管理者研修等があり、勤務時間を調整して順次受講させ、Ｋシート、Ｋカード（本社で定めた様式）に受講講座名、受講後の感想等を記録している。ホームでは、個人別の研修計画は立てられていないが、ホーム会議の中で、勉強会（薬剤師による薬の基礎知識、ホーム長による拘束、虐待について等）研修報告（認知症の知識、高齢者の食空間等）等を行って職員の知識の向上・共有化を図っている。</p> <p>■職員の動機付けとして、全社的に社内外の資格取得に対する昇格・手当支給、業績表彰（社長賞等）制度などが設けられている。しかし、金銭に関わることは全て本社稟議によるなど、マニュアルを超える仕事については、職員の判断で出来る範囲は狭くなっている。新ホーム長は、職員との個別面談を始めているが、仕組みとして計画的に行われているものではなく、職員全員の意識が掴みきれず、やる気向上に繋がる形になっていない。勤務上、三交代者の休憩時間、連続出勤者の休日などは必ず取らせ、健康やストレス解消などに配慮している。</p> |    |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | A  |
| 2. 個人情報とは、「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>■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。管理日誌、同別冊（本社からの通達文書等）、日々の介護記録は、リビングルームに併設の畳部屋に置いて使用している。籠に入れカバーはしてあるが、機密性にやや懸念がある。また、集められた文書類は資料整理のための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。整理や更新も行われ、掲示物も時期が過ぎたもの等は撤去され見やすく掲出されている。</p> <p>■個人情報については、本社で「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、ホーム長が個人別に説明し、その確認印を取っている。研修、会議、掲示等によっても周知している。職員から、利用者の共用空間での会議について懸念が出ており、一考が望まれる。</p>                                                                                                                                                                                                                                        |    |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A  |
| ・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」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A  |
| ・カテゴリー５：「職員と組織の能力向上」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 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<br><br>・カテゴリ６：「サービス提供のプロセス」<br>・カテゴリ７：「情報の保護・共有」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |
| 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<br><br>・カテゴリ３：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A                                                |
| 【講評】<br>■ホーム長は１８年８月の新任以来、前ホーム長の方針を引き継いで運営に当たっており、職員の平均在職年数約２年と職員の異動も少なく安定していることもあり、ホーム長交替による大きな支障を来すことなく、組織運営がなされていると言える。こうした中で、運営やサービス向上の核をなすと考えられる委員会のメンバーを、適性等を考慮して再編成したり、職員と医療との連携体制の強化を図るために感染症対策委員会のメンバー２名を医療機関・薬局と利用者・職員との接点として役割と責任をもたせるなどの運営の改善も行った。<br>■サービス面では、利用者の尊厳、利用者本位といった支援の根幹に関わるところで運営の方法や一部の職員に課題を残している。穏やかで適切な関わりが出来ている職員もあり、職員相互に指摘しあえる関係づくりが期待される。こうした風土づくりには、職員全体のやる気やケアに対する意識が関係すると思われ、先輩職員との意思疎通等がまだ不十分な点がある若いホーム長にとっては、見通しと計画性ある実行が必要となろう。第三者評価の活用や専門家を活用した研修も一策と思われる。 | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |

[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



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：コムスのほほえみ奥戸     |  |

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="#">コムスのほほえみ奥戸</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10月29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）\*

| <a href="#">・サービス情報の提供</a> <a href="#">・サービスの開始・終了時の対応</a> <a href="#">・個別状況に応じた計画策定・記録</a> <a href="#">・プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</a> <a href="#">・事業所業務の標準化</a> <a href="#">・サービスの実施</a> |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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  |
|                                                                                                                                                                                     |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>【講評】</p> <p>■ 本社では、理念や事業状況等について情報提供するため、ホームページを作成したり、地域住民や事業所向けにA4版150頁からなる「コムスン通信」を発行している。また、事業所としての内容がわかるように、グループホームの共通パンフレットである「ほほえみ」・「入居のしおり」のほか、本事業所を紹介するリーフレット（グループホーム運営に対する本社の考え方、グループホームの概要、所在地とアクセス、居室の配置、料金を掲載）と「料金表」が用意されている。これは平易な表現で文字も大きくわかりやすい。</p> <p>■ 入居を希望する利用者の家族に対して、見学の希望があればホーム長が対応するようにしており、不在の場合はユニットリーダーや一般の職員も対応することになっている。見学の際は、パンフレットを渡し、施設内を案内し設備や全体の雰囲気を見てもらっている。ホーム長以外の職員が見学対応し、分からないことがあった時は曖昧な回答は避け、のちにホーム長より回答するようにしている。急な見学依頼であっても、原則的に断らないようにしている。利用の問い合わせが集中するとと思われる関係機関へは、空き情報以外の情報提供は行っていない。</p>                                                                                                                                       | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| <div>サービスの開始・終了時の対応</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>評点</div>                                    |
| <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>B</div>                                     |
| <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div>B</div>                                     |
| <p>【講評】</p> <p>■ サービス開始時にはホーム長が家族と面接し、「入居のしおり」、「重要事項説明書」等により基本的ルールや重要な事項についての説明をしているが、利用者への説明という視点は意識されていない。今後は、利用者主体の視点から、利用者の認知度等個性に配慮した工夫により、様々な方法による「利用当事者への説明」を期待したい。面接時、家族が望んでいる生活などを尋ね、また、利用者の入居後の生活支援に役立つような情報や希望等があれば、それらを所定のアセスメント用紙に記録している。</p> <p>■ また、病院などからの入居ではサマリーなどを家族から入手して、入居後の支援に役立てている。入居前にはホーム長より新しく入る利用者の状況を職員に伝えと共に、アセスメント用紙等に目を通すように話し、全職員が統一的なサービス提供を心がけ、新規入居者に対しては、その人を一人にさせないように、なるべく声をかけるようにして不安が軽減されるようにしている。また、ゲームを取り入れた自己紹介などをして、スムーズに他の入居者との生活が始められるように工夫している。</p> <p>■ ホームでの生活を始めるについて、今まで使用していた家具等の持ち込みを認め、「生活をしてきたそのまますけ継ぐ方向」で考えられているようであるが、この考え方が職員間に徹底し、利用者一人ひとりに対して具体的な支援に結びつくまでには至っていない。退居に当たってはサマリーを発行しているが、その他、他事業所との連携内容は定められていない。</p> | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| <div>個別状況に応じた計画策定・記録</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>評点</div>                                    |
| <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>B</div>                                     |
| <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>B</div>                                     |
| <div>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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div>B</div>                                     |
| <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</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div>A</div>                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|
| <p>【講評】</p> <p>■入所時にはホーム長が利用者の身体状況や生活状況等を所定のアセスメント用紙に記入し、これに基づいて介護計画が作成される。アセスメントは新方式への移行期にあり、全面的な見直しが行われているが、元来、介護計画変更の都度、部分的な修正が加えられるが総体の見直しは実施して来ていない。介護計画は介護支援専門員が職員の意見を聞き集め、ホーム長及びユニットリーダーと時間をかけて話し合い作成している。複数職員での検討による介護計画の策定という大切な過程を経ているので、今後は継続実施とその記録化が望まれる。</p> <p>■介護計画は、概ね3ヶ月ごとに見直す予定である。介護計画を緊急に変更する場合は、ホーム長やユニットリーダーだけでなく居室担当者より提案があり、職員で話し合いの結果を管理日誌に綴じ込み、全職員への周知を図っている。ホーム長は、計画を郵送して承認を得るだけの「同意」にはしたくないと、場面を設けての説明による同意に重きを置いている。しかし、面会者も多くないことから同意が得られていない計画も多い。家族への説明、利用者への説明に実施方法や内容の工夫が求められる。</p> <p>■利用者の個別記録は、介護記録、健康・睡眠・排泄等のチェック表、受診記録等があり詳細に記録しているので、今後は介護計画に基づいた支援やそれによる利用者の反応や変化についての記録化が望まれる。介護計画は、作成した利用者名をホーム会議で報告して読んでおいてもらうようにし、日々の利用者情報は、日誌・申し送りで共有化を図っている。日誌の記載内容に不十分さがあり、情報の共有化が危ぶまれるが、介護支援専門員への職員からの質問が増えていることが計画への関心の高まりと取れ、職員アンケートからも情報の共有化が読み込める。</p> |  | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| <h2>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</h2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 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                                                |
| <p>【講評】</p> <p>■「個人情報取り扱いに係る覚書」で利用者支援に必要な他機関との情報の取り扱いについて明示し、家族に書面で承諾を得ている。利用者宛の郵便物について重要と思われるものはキーパーソンに転送し、介護保険関係の書類は事業所で開封、それ以外は利用者へ渡すなど取り扱いを定め、また、日常支援上では入浴や排泄支援で、強く同性介助を希望する場合はその様に配慮している。また、トイレ介助に際しては、共用スペースである食堂の傍にあるトイレの使用を避け人目に付かない奥のトイレを利用するようにするなどの配慮をしている。</p> <p>■訪問調査では、一部の職員ではあるが行く先を告げない無言の車いす介助や、活気はあるが若い友人同士のような言葉遣いが見られ、ホームの運営の考え方が理解できずに行動がずれてしまう利用者の行動が理解されず制止されてしまう場面が見られた。事業所の課題認識とも一致するところであるが、丁寧な物腰で適切な関わりが出来ている職員もあり、相互に学びあえる風土が必要に思えた。介護記録の記入場所や会議の場所等にも配慮が必要であろう。認知症高齢者の尊厳や利用者本位の視点から研修の強化等による抜本的改善を求めたい。</p> <p>■虐待被害の問題は法整備もなされる等、重要な高齢者の社会問題でもある。虐待の概念の周知を含めて被害にあった利用者がある場合はどのように対応するのか、地域自治体の動向を踏まえて対応の仕組みを整備しておくことが望まれる。また、利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援は、新アセスメント方式によるケアプランの充実と実践にかかっている。</p>                                                                    |  | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
| <h2>事業所業務の標準化</h2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | A                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>【講評】</p> <p>■本社で作成したマニュアルがあり、職員は必要時に確認の為に参考にし、さまざまな判断の基準となっている。また、修正があれば本社から伝送して来るので常に最新のマニュアルが手元にある事になる。マニュアルは読みやすく、わかりやすく書かれておりサービスの標準化を目指していることが理解できる。ホーム内の取り決めについてはホーム長が管理日誌に記録したり、ホーム会議で周知を図る等随時にタイミングを見て行っている。基準の見直しは本社主導である。事業所からサービスの基本事項や手順について提案するような機会は設けられていない。</p> <p>■業務の一定水準を維持するために、毎日の朝夕の申し送りの時間を活用して情報の周知や職員の意思統一を図るとともに、毎月のホーム会議や、ユニットリーダー会議で利用者個々のケア内容の見直しや運営についての話し合いをしている。また、それらは議事録や管理日誌に記入し、出勤していない職員にも情報が伝わるようにしている。管理日誌は本事業所内で日々の情報の共有化のツールとして大切な位置づけになっているが記載内容が十分とは言えない。管理日誌の位置づけや記載内容の再確認と周知徹底により、一層の情報の共有化が図られよう。</p> <p>■本社では、ケアスタッフや介護支援専門員、管理者のための様々な研修を企画しており、ホーム長は職員の勤務調整を行ない、なるべく参加させている。ホーム内ではホーム会議を活用して時々に必要なテーマについて勉強会を実施している。研修会参加後は、ホーム会議等で他の職員に伝達研修をする。また、リーダー層や先輩職員がOJT等により指導するなど業務水準の一定化に努めている。安全面では、例えば事故に関する徹底した状況分析と職員間の周知徹底等、職員全員が利用者の安全に配慮した支援ができるような取り組みが期待される。</p> | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

\* 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>【講評】</p> <p>■介護計画は全利用者に対して作成できている。介護支援専門員に介護計画について質問し、理解を深めながら支援に生かそうとする職員も見られるようになり、職員アンケートからも介護計画が支援に取り込まれるようになったことがうかがえる。しかし、介護計画と支援の関係は記録からは確認し難い点を指摘したところ、介護計画とその支援経過についてのみの記載する一人ひとりのノートを作成し、非常勤の介護支援専門員との連携を強化し、適切な計画と支援に繋がるよう取り組みが始められている。今後に期待したい。</p> <p>■コミュニケーションについては、利用者個人との関わり方が見つからない場合や上手く行かない場合は、ユニット会議や引き継ぎ時に話題とし、日誌に記載して職員間で共有化して実践している。言葉の指示が上手く伝わらない利用者に対して「行動で現したらどうか」という結論に達し、その様にすることによって上手くいっている例がある。また、使い慣れた家具等の持ち込みは認められているが、「その人らしい生活」の支援について職員間で話し合い、実践に繋げる様な取り組みは目下のところなされていず、これからの取り組みである。</p> <p>■2つのユニット合同で引き継ぎを行って利用者の状況を全体で把握し、職員が連携して支援に当たる事ができるようにしている。また、介護支援専門員の出勤日には、ケアの職員が利用者の状況を介護支援専門員に伝えたり、介護計画の実施方法に付いて尋ねたりして仕事を進めている。本ホームの介護支援専門員の勤務は、日時とも不定期であるので、今後は、職員が必要事項を個別支援記録や管理日誌に漏れなく書くようにし、介護支援専門員もこれを必読後、勤務に就くようにすると、一層の情報の共有化、効率化等が進むと思われる。</p> |    |
| 2．利用者の意思を生活に反映した支援を行っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p>【講評】</p> <p>■食事面では、献立について利用者の意向を聞くことにしているが、意見がバラバラであったり、お任せするという人もあるので、職員が考えていることが多く、利用者の意見を聞くことは必ずしも実施されていない。ユニットによっては、座席が全員分指定されており、一言に食事をするように利用者を待たせているユニットもあるなど、食事に利用者の意思が反映されていないと思われた。</p> <p>■入浴は、職員配置や午後の散歩等の日課の関係もあり、週2～3回、午前中の入浴にしている。「先に湯船に入りますか。身体を先に洗いますか」など、介助に当たっても利用者の意思を確認しながら介助するようにホーム長は職員に言ってきている。生活のメリハリとしてのレクリエーションについては、職員の手が空いた時間を見て手持ちぶさたな利用者を誘って、トランプ、カルタ、歌等を意向を確認しながら誘導して、行っている。反応を見ながらその日の新聞からトピックスを拾って話題にする職員もある。</p> <p>■ホーム内の生活は自由であるという建前であり、訪問時には玄関の施錠もなかった。しかし、支援上は、安全性が優先されてその都度の説得という形で行動制限を受けている人もあり、全般の雰囲気としては自由さが感じられない。事業所が定めた日課や安全性のみを優先するのではなく、利用者一人ひとりの行動の背景を理解し、「気持ちに沿いながら穏やかな、さり気ない関わり技術」の習得が、一部の職員ではなく、全職員に浸透することが期待される。</p> |                |
| 3．利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | A              |
| <p>【講評】</p> <p>■「できることは自ら行って欲しい」との方針である。調理・配膳・片づけ等の食事関連行為、洗顔・整髪・歯磨き等の身の回りのこと、清掃などは、一部の利用者には介護計画化し、多くの場合は、管理日誌で共有化して支援している。</p> <p>■食材を切る、後かたづけをする、テーブルを拭く、洗濯物を畳むなど、自発的に、また、職員の誘導により利用者の主体的な取り組みが支援されている場面がある。元来の自発性や主体的に関われることがブラン化されている場合もあり、今後は、「できそうなこと」を引き出す支援が広がることが望まれる。食後の歯磨きや入れ歯の手入れ等についても同様の取り組みを期待したい。</p> <p>■シーツの交換や布団干しなど、大きな動作を伴うものは基本的に職員が実施しているが、居室内の清掃については、掃除機を使える人、ぞうきん掛けの人など、道具や支援方法を職員が共有して、主体的な関わりを支援している。また、お茶の時間にお茶を入れる、食後に食器を洗う、洗濯物を畳む等、生活の中で役割が創れている人もあるが、できることを発見して更に生活への参加を支援したいと、考えられている。</p>                                                                                                                                                     |                |
| 4．利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A              |
| <p>【講評】</p> <p>■食事、入浴、排泄、更衣等の日常生活動作や、掃除や買い物等の身の回りのことについては、アセスメントや日々の気づき（日誌に記載）の共有化により必要な介護を行っている。食事面では、口腔内の様子や嚥下力により、刻み食や粥食など、利用者の状態に合わせた調理法で提供している。ほぼ、全面介助を必要とする人もある。</p> <p>■排泄については、排泄チェック表を用いて個別状況を確認して、必要な連絡を嘱託医と取りながら対応しているほか、介助法についてもユニット会議や管理日誌により意見を出し合って方法をほぼ共有化して実施している。入浴の介助方法も同様であるが、入浴に誘う前に血圧等のバイタルを確認して体調を把握してから誘うことになっている。排泄や入浴時の介助は密室になってしまうため、ホーム長が時々、現場を覗いて、利用者にあった介助がなされているかどうか確認をしている。</p> <p>■買い物は、おやつ、洋服、整髪料等が多いが、原則としては職員が付き添いで買い物に出ることにしている。付き添えない場合は、職員が代行する。また、居室内等の清掃については、掃除機を使える人、ぞうきん掛けの人など道具や支援方法を決め、自ラ行えない場合は職員が代わって行っている。職員が全面的に居室の清掃を代行している人6人、職員の関わりにより清掃を行う人7人である。</p>                                                                    |                |
| 5．利用者の健康を維持するための支援を行っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A <sup>+</sup> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <p>【講評】</p> <p>■健康に関する基本的な支援策は、年一回の健康診断、月２回の往診（内科・精神科）、日常的には血圧等のバイタルの測定等が挙げられる。加えて、今年度は感染症対策委員会のメンバー２名を医療機関・薬局と利用者・職員との接点として役割と責任をもたせ、ここに医療関連情報を集中させて漏れを防ぎ、医師の往診日には両名が出動して対応するなど健康管理体制の強化を図った。これによって、職員も利用者の様子を医師に伝えたり、医師からの情報が分かり易く職員に伝えられるようになった。</p> <p>■身体機能の維持・低下防止には、日々できるだけ散歩の機会を作り、テレビ体操、ボールを足で蹴る円陣サッカー等を午後の時間に取り入れたりもしている。いずれも不定期であるが方針を明確化しており、実践されている。実施状況は曖昧であるが、構音を改善するための訓練等をプラン化して支援している人もある。また、服薬について多くの職員が関わっていたことが誤薬の原因であったことから、医療とのパイプ役の両名を固定して、個別ケースに一週間の薬を二人で分配する事にした。その後、誤薬が減少している。</p> <p>■健康上の変化があった場合、その時間変わった職員から家族に一次連絡により状況を詳細に報告した後、ホーム長が責任者として連絡をすることになっている。往診医に付き添っている看護師、ホーム長とは、職員が２４時間連絡が取れる体制になっており、適時の判断が期待できるが、ホーム長は医療機関がもう少し素早い動きを見せてくれる事を期待している。口腔ケアは一日２回行っている。家族のアンケートでは、「病気やケガなどの時に、十分な対応が得られている」と回答者（１０人）全員が回答している。</p> |   |
| 6．ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B |
| <p>【講評】</p> <p>■生活の楽しみとして、敬老会、花見などの四季の行事やバスハイクが行われている。１８年は水族館へのバスハイクであった。しかし、認知症高齢者が共同生活を通じて、助け合って生活をする楽しさが体現できるような場面づくり、職員の関わりという点では、取り組みが遅れている。利用者同士の混乱に職員が介入して納めることはあるが、積極的な関係形成支援はこれからの課題である。</p> <p>■ホーム長は、職員側の業務優先ではなく、利用者一人ひとりの生活リズムを大切にできるホームの運営を考えているが、今のところ食事、散歩、入浴、レクリエーション等様々な場面で職員配置や業務の流れが優先し、個別の時間ではなく、集会的支援により一日が流れていると言える。今後の改善が期待される。</p> <p>■ホーム内は、比較的清掃が行き届いており、室温の管理も、年間を通して２４度～２５度に設定して、利用者の体感を確認しながら調節するなど、健康に配慮して環境の整備がなされている。さらに、ホーム内に、居室と共用スペース（リビングルーム）以外に利用者が望むときに随時に一人になれるコーナーを設けるなど、利用者の気持ちに配慮した「落ち着ける環境づくり」への取り組みも期待したい。</p>                                                                                                                                                                                                      |   |
| 7．家族等と関係を持ちながら運営している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B |
| <p>【講評】</p> <p>■家族と職員と一緒に利用者の人生の仕上げに関われるようなホームにしたいと考えられ、１８年１１月に開催した運営推進会議で参加した家族から出された声から「家族会の開催」を思い立ち、１２月に実施するクリスマス会時に第一回を予定している。その後の継続開催がを期待したい。その他、水族館へのバスハイク時にも家族に参加を呼びかけたが、参加者が少なかった。利用者（家族用）アンケートでは、バスハイクや敬老会への招待を歓迎する声もあり、今後も利用者等の要望を反映した企画を期待したい。</p> <p>■家族との面会・外出に時間等の制約は設けていないのでオープンな印象を受けるが、利用者（家族用）調査では「誰にでも面会できるが様々な事件があるので不安である」との声も出ている。面会者確認方法の職員間の周知徹底とともに家族への周知が必要であろう。また、家族の来所時や連絡で電話を掛ける機会を活用して、利用者の生活の様子を知らせているが、「家族がホームを訪れないと様子がわからない」との声（利用者調査より）もある。家族のそれぞれの事情・ニーズを把握して支援に生かすことも必要であろう。</p> <p>■行事への参加呼びかけへの反応や面会状況からホーム長は、家族への働きかけの工夫が必要であるとの課題を認識している。今回の利用者調査の回収率は５６％（１０人）であり、最低半数以上の家族は運営やサービスに関心を持っていると言えよう。１８年１２月に始まった家族会の開催、１９年１月からユニットリーダーを中心に生活の様子を知らせる「たより」の発行が予定されており、今後の充実が期待される。</p>                                       |   |
| 8．地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>【講評】</p> <p>■グループホームを住まいとして「地域に暮らす利用者の生活」をどのように具体化するかが問われている項目である。この為の一策として、利用者の個別ニーズに合わせて地域情報を提供することが評価項目として示されているが、本事業所では町会の掲示板や区報を見て、利用者が参加できそうな催し物を見つけて参加の検討をしているが、全て職員の自発性に委ねており、組織的な対応には至っていない。</p> <p>■地域の人々との交流は、訪問理美容の人や児童館に来るこども達との関わりと言える。過去にマジックショーやフラダンスでボランティア2名が訪れたが継続していないことは残念である。18年には、ホームの敬老会で近隣の児童館のこども達20人による花笠音頭の披露があり利用者に喜ばれた。12月のクリスマスにもこの交流が予定されている。ホーム長はお礼状を出すなどして、地域との繋がりを意識し継続性を意図する取り組みを行っており、行事以外でも日常的にこども達を受け入れたいと考えている。</p> <p>■催し物等地域の資源の活用も多くはないが、職員をやりくりして活用に努めている。近隣の敬老館へマッサージを受けに3～4人の利用者が出かける、児童館を利用しているこども達が敬老会に尋ねてくれる、買い物、美容室の利用、レストランでの食事等である。今後は、利用者のニーズに基づいて、計画的・継続的な取り組みを期待したい。利用者調査では、ボランティアや地域の住民との楽しい交流の機会について、3人が「はい」、5人は「どちらとも言えない」、「いいえ」1、「無回答」1である。（回答者総数10人）</p> |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>評点の内容</div> <div>詳しい内容は<br/>こちらをクリック！</div> |

[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



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： コムスのほほえみ奥戸

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

|           |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| 事業所名称     | <a href="#">コムスのほほえみ奥戸</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29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6人：女性12人    平均年齢74歳    平均要介護度2.7    常時車いす利用者2人    オムツ使用者4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：10人

調査対象者数に対する回答率：55.6%

調査項目：[共通評価項目](#)

\*調査結果のコメント\*

総武線沿線駅から徒歩２０分。ホームから１００mの所に公園があり、スーパーマーケットまでは２００m程です。また、ほど近くに児童館があり、ここへ通う子ども達とは交流があり、近くの敬老館へは数人の利用者がマッサージに通ったりしています。

下記の結果からは、問１，２，６，１１，１２，１４，２１，２２で「どちらとも言えない」とする回答が多く見られます。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。特に、問１，２，１１は、ホームに滞在してサービス状況を観る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。問２１については、一般に「世話になっているので言いにくい」との感情を持つことが多いので、意識して不満や要望の聞き取り体制をつくる必要があると思える点です。なお、利用者の安全には、随分と気を使って運営されていたので、問８の肯定率が高い（１００％）ことは頷けます。

サービス全体に対する満足度は、大変満足４人、満足１人、どちらかといえば満足３人、ですがどちらとも言えないとの回答も２人あります。

\* 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。

■ はい ■ どちらともいえない ■ いいえ ■ 無回答・非該当

|                                                             |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ご本人の食べたいものの希望を聞いてくれていますか                                  | <div><div>40.0%</div><div>50.0%</div><div>10.0%</div></div> <div>いいえ：0.0%</div>     |
| 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                              | <div><div>20.0%</div><div>60.0%</div><div>10.0%</div><div>10.0%</div></div>         |
| 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                                 | <div><div>80.0%</div><div>20.0%</div></div> <div>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>        |
| 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                  | <div><div>85.7%</div><div>14.3%</div></div> <div>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>        |
| 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） | <div><div>60.0%</div><div>20.0%</div><div>20.0%</div></div> <div>いいえ：0.0%</div>     |
| 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                | <div><div>60.0%</div><div>40.0%</div></div> <div>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>        |
| 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                               | <div><div>90.0%</div><div>10.0%</div></div> <div>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>        |
| 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                                | <div><div>100.0%</div></div> <div>どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>        |
| 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）               | <div><div>80.0%</div><div>10.0%</div><div>10.0%</div></div> <div>無回答・非該当：0.0%</div> |

各サービスにおける利用者調査結果

|                                                                            |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                             | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>70.0%20.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 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）                        | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>30.0%60.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 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                                     | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>60.0%30.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 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                                            | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>80.0%10.0%10.0%</div> <div>無回答・非該当：0.0%</div>                |
| 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                                        | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>30.0%50.0%10.0%10.0%</div> <div></div>            |
| 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                                             | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>90.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div>            |
| 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                           | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>70.0%20.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか                                                | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>70.0%20.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 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  | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>50.0%33.3%16.7%</div> <div>無回答・非該当：0.0%</div>                |
| 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 | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>100.0%</div> <div>どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</div> |
| 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            | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>40.0%20.0%40.0%</div> <div>無回答・非該当：0.0%</div>                |
| 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                                      | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>50.0%40.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |
| 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                                        | <div><div></div><div></div><div></div></div> <div>50.0%40.0%10.0%</div> <div>いいえ：0.0%</div>                    |

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](#)



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](#)

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      | 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      | <div>A</div> |                                                 |
| 標準項目    | <div>○</div> | 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                    |
|         | <div>○</div> | 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               |
|         | <div>○</div> | 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



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](#)

## 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      | <div></div> |                                                           |
| 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      | <div></div> |                                        |
| 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      | <div>B</div> |                                          |
| 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](#)



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](#)

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

3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団

計画の策定と着実な実行

4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

|         |   |                                         |
|---------|---|-----------------------------------------|
| 評点      | 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      | C |                                                     |
| 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 |                                                           |
| 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      | A |                                                |
| 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



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](#)

## 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    |  | 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

|         |   |                                       |
|---------|---|---------------------------------------|
| 評点      | A |                                       |
| 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      | A                     |                                      |
| 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      | A                     |                                                    |
| 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](#)



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](#)

## 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 | <p>カテゴリー １「ホーム会議を、伝達、研修、個別ケースのカンファレンスの場と位置づけ確実に実施している」：ホーム会議を、前半は本社会議等の報告、研修、勉強会、後半はユニット毎のカンファレンスとして毎月確実に実施し、議事録を策定して非参加者にも周知している。</p> <p>カテゴリー ２「運営推進会議の発足」：家族代表、町内会長、民生委員、施設のオーナー、提携事業所などのメンバーが参加する運営推進会議を発足させホーム長が担当して、３ヶ月に１度程度開催することとした。これによって、ホームの方針、実情を紹介する一方、地域の情報や要望等を収集する機会が出来た。１８年１１月には第１回を開催し、次回は１９年２月開催を目処に準備をしている。</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    | A                                                                                                                                                                                                           |
| 改善の成果 | <p>カテゴリー ５「各種委員会の再編による業務の確実な遂行と参画意識の向上」：ケア、リスクマネジメント、身体拘束、感染症対策、防災、レク、献立、環境美化、研修の各委員会メンバーを、適性等を配慮して再編成した。職員は全員一つ以上の委員会に所属させ、役割と責任を決めて、関係するテーマ（業務）を委員会が中心となって検討し、遂行することとした。感染症委員会における服薬ミス対策作成などの効果が出ている。</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 | カテゴリー６「健康管理体制の強化」：感染症対策委員会のメンバー２名を医療機関・薬局と利用者・職員との接点として役割と責任をもたせ、ここに医療関連情報を一元化して漏れを防ぎ、医師の往診日には両名が出勤して対応するようにした。また、服薬の管理についても担当を両名に固定し、個別ケースに一週間分づつの薬を二人で配備する事にするなど健康管理体制を強化した。これにより職員も利用者の様子を医師に伝えたり、医師からの情報が分かり易く職員に伝えられるようになり、また、誤薬が減少するなどの改善を見た。<br>１８年１２月家族会の開催を予定した。<br>カテゴリー７「ファイリングの整備」：新しくファイル、フォルダーを作成し、それに資料、文書が整理・保管されることとなったので、使い易くなり、書類探しの時間が減少した。今後、これを維持・継続して行くために、ファイリング基準を作成し、追加・更新・廃棄等が円滑に進められることが望まれる。 |

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

|       |                                                                                                                              |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評点    | A                                                                                                                            |
| 改善の成果 | 当ホームは１６年１１月にスタートし、その後徐々に利用者が増加し常に満室状態となっている。この１年間では、月ごとに見ると売上額が一定の水準まで上がって安定している。退所者もあったが、常に２～３名の入居待機者があり、空白期間が少なかったものと思われる。 |

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 | カテゴリー３「運営推進会議の発足」：上記カテゴリー２の説明の通り。 |

[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



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      | 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      | 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](#)



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](#)

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

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション  
福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

4-1．利用者のプライバシー保護を徹底している

|         |   |                                                                  |
|---------|---|------------------------------------------------------------------|
| 評点      | B |                                                                  |
| 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](#)



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](#)

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      | <div>A</div> |                                                 |
| 標準項目    | <div>○</div> | 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 |
|         | <div>○</div> | 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                  |
|         | <div>○</div> | 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                 |
|         | <div>○</div> | 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             |
|         | <div>○</div> | 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 |                                 |
| 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      | <div>A</div> |                                                  |
| 標準項目    | <div></div>  | 食事に關する一連の行為（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 |
|         | <div></div>  | 身の回りのこと（洗顔、整髪、齒磨き、更衣等）は、自分で行えるよう支援している           |
|         | <div></div>  | 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                       |
|         | <div></div>  | 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      | <div>A</div> |                              |
| 標準項目    | <div></div>  | 利用者の状態に応じた食事提供や、支援を行っている     |
|         | <div></div>  | 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 |
|         | <div></div>  | 利用者の状態に応じた入浴の支援をしている         |
|         | <div></div>  | 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   | <div>A<sup>+</sup></div> |                                         |
| 標準項目 | <div></div>              | 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 |
|      | <div></div>              | 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             |
|      | <div></div>              | 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        |
|      | <div></div>              | 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   |
|      | <div></div>              | 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 | ・健康に関する基本的な支援策に加えて、感染症対策委員会のメンバー２名を医療機関・薬局と利用者・職員との接点として役割と責任をもたせ、ここに医療関連情報を一元化して漏れを防ぎ、医師の往診日には両名が出勤して対応するようにした。また、服薬の管理についても担当を両名に固定し、個別ケースに一週間分づつの薬を二人で分配する事にするなど健康管理体制を強化した。これにより職員も利用者の様子を医師に伝えたり、医師からの情報が分かり易く職員に伝えられるようになり、また、誤薬が減少するなどの改善を見ている。 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|         |   |                                       |
|---------|---|---------------------------------------|
| 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 |   |                             |