

評価結果詳細

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

平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	コムスンのほほえみ大島居
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
評価者	修了者No.H0305082 修了者No.H0201028 修了者No.H0502058
評価実施期間	2006年8月29日～2006年12月5日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

・グループホームの標準的サービス提供を維持する全社的体制と仕組み

当社は、全国に180近いグループホームを展開し、本社が経営理念の明確化と周知徹底、事業戦略の策定、組織と会議、稟議等による意思決定体制の確立、月刊誌の発行等を通じた企業の情報開示とイメージアップ、全職員の採用、人事・給与制度、研修等を行なっている。また、組織運営上の共通ルールをきめ細かく定め、それらにより、グループホームでは職員の異動、利用者の突発的变化等があっても法を守り、本部が考える標準的なサービスを維持できる体制がつくられている。

・ホーム長のリーダーシップ

16年12月の開設から約2年が経つ。この間にホーム長や職員の交替が相次ぎ、ホーム会議等の諸会議の開催が停滞し、情報の共有化等組織基盤への影響が危惧される状況にあったと言える。18年9月に新ホーム長が就任し、本第三者評価の時期と重なったが、ホーム長は、再開させたホーム会議で自らの運営方針を打ち出し、ホーム会議、ユニット会議の定例化や支援の根底になるアセスメントの充実と支援計画に関する複数職員によるカンファレンスを定着させるなど、組織の再構築にそのリーダーシップを発揮している。

・運営推進委員会への取り組み

file:///C:/Documents and Settings/sinzai071/デスクトップ/HP/12/0kohyo.htm (1/2) [2007/06/12 17:26:15]

18年5月から、地域自治体の呼びかけに応じて地域住民、利用者、家族、自治体職員、関係施設等の関係者が参加する「運営推進会議」を基準に従って2ヶ月に一度開催している。今後、継続して開催されれば、事業の透明性にも繋がると思われるが、現状では、これにより地域住民との繋がりの糸口ができ、地域で催される行事等の情報が得られるようになり、今年は地域の盆踊りに参加することができた。

* さらなる改善が望まれる点 *

・ホーム独自の環境づくり、職員の創造性発揮、利用者の個性への対応ができる運営体制の構築
全社制、制度は整っているが、運営・運用の実態は形式的・画一的・全社施策優先となっており、結果としてホームの独自性、職員の創造性、利用者への馴染みの職員による利用者への個別的対応等を抑制するというマイナス面につながっている。本事業所では、丁度新ホーム長がホーム独自の方針を打ち出されたところであり、新方針実現のためこれを機会に、当事業所に対しては職員参画、法人としてはホーム長への権限委譲の拡大の工夫が望まれる。

・支援計画の充実とそれに基づいた個性のある利用者支援
支援計画は策定されているが生活全般の個別支援計画という観点からは十分とは言えない。これはアセスメントの不十分さにも所以していると思われるが、支援計画そのものの重要性や支援における位置づけの不徹底にも関係していると思われる。再開されたカンファレンス、アセスメントや計画の見直しは、職員の意識改革にも繋がり、今後、改善されると思われるが、十分な個別情報に基づいた支援計画とその職員間の共有化、そして、共通した関わりにより、個性のある生活をめざして利用者一人ひとりが無為な生活を送ることがないような実践を期待したい。

・職員の関わりが把握できる支援記録
日常の支援記録はA D L 介助、利用者の行動や家族の面会、活動への参加等、「できごと」や体調の変化を中心として時間を追って詳細に記録しているが、支援計画の実践やその質の向上にとってどのように記録が役立つか、不透明である。職員の働きかけやその反応、支援上の気づき、支援計画の実践やその情景描写等、支援の内容に関する記録等、計画の実践や支援の振り返りに繋がる内容を期待したい。

* コメント *

利用者調査票は文字を（14ポイント）拡大して高齢の方々の読みやすさに配慮しました。
客観性を維持するために評価者は3名としました。
第三者評価についての十分な理解を得て、適切な情報を得、改善に役立てていただくために、訪問調査は「コミュニケーション」の実施日以外に2日間取り、報告書作成までの間にも訪問による説明を行いました。

[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	

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	コムスのほほえみ大鳥居
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年8月29日～2006年12月5日

* 組織マネジメント分析の結果 *

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

3. 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	A
【講評】 ■事業所が目指していることは、法人全体の「コムスの誓い」と「グッドウィルグループ十訓」、当ホームの「事業目標」「事業計画」として明示されている。「誓い」と「十訓」は、朝夕の申し送り時の全員唱和、玄関・事務所への掲示、スタッフ・管理者研修等によって職員への浸透を図っている。利用者、家族にも「重要事項説明書」、施設内掲示、法人発行の「コムス通信」裏表紙への毎回表示と解説記事等によって知らせている。今後、ホームにおいては、唱和、掲示等の形式化、マンネリ化を防ぐと共に、独自の周知方法を工夫して行くことが望まれる。 ■経営層の役割、責任は法人として定め、明示されている。当該者には管理者研修等において説明されているが、全職員に積極的に伝えられているとは言えない。前ホーム長は、新年度（１８年７月）に当り、自己の役割として当ホームの「事業目標」「事業計画」を示し、全職員にそれに対する業務目標を提出させ、目標の周知・推進と現場の実情把握を図ったが、９月に交代した。新ホーム長は新たに「ホームの運営方針」「当面３ヶ月間の計画」を１０月に示した所である。早急に全職員と面接し方針・計画の周知と職員・職場の実態把握を行う意向である。 ■重要な案件は、ホーム長の判断、ホーム会議等ホーム独自で決めることもあるが、金銭に関わるものは全て、その他のことについても詳細に亘り、稟議書（実施要領がある）によって、２つの上部組織の決裁を受けることになっている。決定事項は、ホーム会議、ユニット会議等で確実に伝えられている。事故、トラブル等は法人共通のシートによって報告し、上部組織によって検討、決定され、その結果は回覧等によって職員に周知される。利用者には、施設内掲示、毎月送付されるホーム独自の「おたより」、家族会等によって伝えられる。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
経営における社会的責任	評点
1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる	
1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している	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

【講評】 ■福祉サービスに従事するものとして守るべき法、規範、倫理等は就業規則、各層の研修資料で明示し、特に、個人情報保護方針、プライバシー保護については、ホーム長会議、全社研修で周知され、ホームではホーム会議、ユニット会議、回覧、掲示によって周知している。 ■第三者評価を毎年実施し、インターネットによる公表に同意しているほか、評価結果をプリントアウトしてホームの玄関に置き、来訪者は誰でも閲覧することができるようにしている。また、地域の自治体の呼びかけに応じ、１８年５月からホームが主体的に取り組んでいる「運営推進会議」では、地域の行政担当者、町会長、地域の障害施設長、家族等が出席する中で、ホームの現状等の報告をする等、地域社会に対して透明性の高い組織となるよう努めている。 ■地域自治体が主催するグループホーム連絡会に加入し、ホーム長が出席して、地域や介護サービスに関する情報交換を行うと共に、連絡会主催の医師による勉強会への参加等を行っている。しかし、現時点においては、ネットワーク内での共通課題について、協働して取組めるような体制にはなっていないと言ひ、取り組みの実績もない。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		評点
1. 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		
1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）		A
2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる		B
3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している		B
【講評】 ■利用者の苦情や意見については、重要事項説明書にホームの窓口担当者、法人のコールセンター、地元自治体、東京都の窓口が示されている。また、ホームの玄関には意見箱を設置している。しかし、これ等を通じた苦情、意見はこれまで殆ど出ていない。日常生活の中で利用者の要望、意見等はユニット会議、ホーム会議で検討し、対応することもあり、また、法人が定めるコミュニケーションシートによって本部に報告し、検討、決定されて解決されることもある。 ■利用者全体の意向把握については、家族会の後にアンケートを取り、また、第三者評価の利用者アンケートも重要な情報とされているが整理分析されてサービス改善に計画的に活用されているとは言ひ難い。コミュニケーションシートによる本部への報告の取り組みは、職員の業務にかかわる事故、トラブルに関するものもあるが、現場の実情が文書で記録されている貴重な資料であり、利用者から見た問題、課題の把握という切り口からも分析・整理して活用することが期待される。 ■地域のニーズは、新設した「運営推進会議」によって地元自治体関係者や地域の町会長等地元住民の参加により多くの意見、情報を得ることができるようになった。福祉事業全体に関する情報は法人が会議、メール等で各事業所に提供している。ホームにおいて、これ等の資料が十分に整理・分析されているとは言えないが、職員に対しては、ホーム長が必要と考えるものについてホーム会議、回覧等によって伝えている。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
計画の策定と着実な実行		評点
1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		
1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		B
2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		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
【講評】 ■事業所としての中長期計画はなく、グループホームに関する「事業計画」は法人の事業部戦略会議で示される。当ホームは、それに従って、１８年度は７月に前ホーム長が事業目標・計画を示していたが、９月にホーム長交代があり、新ホーム長は改めて「ホームの方針」と「当面３ヶ月の計画」を提示し、全職員と面接を行い、その希望、職場の実情等を把握しつつ、方針・目標の実現・推進に努める意向である。今後、更に利用者・家族の意向も把握、勘案し、計画がより具体的で現場に合ったものになることが期待される。 ■計画の実行については、分野別に多くの委員会を設け、全職員をそのいずれかに所属させて、理解を深めさせると共に、関心と責任感を持って取組むようにしている。また、今月の目標、今週の目標を管理日誌に記入し、毎週、毎月、反省・評価を行って成果を確認した上で次の目標を定めている。毎年全社で行われる事例研究発表会で、全施設の成功事例が発表され、法人の通信誌などで紹介されるので、課題の策定、推進の参考にできる。 ■利用者の安全には、地域の病院等との連携先を定め、事業所内では防災、環境美化、事故対策等の委員会を設置して取組んでいる。法人の職員研修では、全階層にリスクマネジメントとして、リスク情報提供、リスク感度、危険防止、発生後対策等を教育している。事故、トラブルはその軽重によって報告時間を６時間以内、４８時間以内、２週間以内の３段階に分け、報告、検討、対策決定、周知が行われている。しかしいずれも、事例に基づく原因分析・再発防止策、利用者の意向を加味した個人別ケアの視点が弱く、今後、現場の実態に合った取組みが望まれる。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
職員と組織の能力向上	評点
1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる	
1. 事業所にとって必要な人材構成にしている	B
2. 職員の質の向上に取り組んでいる	B
2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	
1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	B
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	B

【講評】 ■職員の採用、配置は殆ど法人の方針で行われるが、ホーム内の、ユニット間の異動、利用者担当職員等はホーム長が能力、適性等を見て決めている。法人は、ケアスタッフ、リーダー、管理者毎の階層別研修を必修としている。内容は、基本理念、関係法律、リスクマネジメント、各階層の役割、仕事等である。テーマ別研修は、本人の希望、ホーム長の薦め等によって参加している。研修後は個人別本人用カード、個人別ホーム長用シートに修了科目、取得資格等を記録している。今後、職員の希望も取り入れた個人別研修計画に基づく育成が望まれる。 ■研修会等で個々の職員が学んだことはレポート、会議報告、発表会等によって共有化し、組織の能力の底上げを図っている。しかし、当ホームの運営は、「朝夕の『誓い』の唱和」を始め、「金銭に関わること及び行事や地域との関係等新しいことを行う場合は、全て法人の稟議決裁を要する」「日常の細かい事故やトラブルについても決められたシートによって報告、対策決定が行われる」等、法人の定める効率性、合法性等を重視した全社共通のルールに従って行われている。そのため、職員、ホームの創造性、独自性が出し難くなっている面がある。 ■職員のやる気は、方針の明示、管理者のリーダーシップ、階層別研修による役割の自覚と知識・技術のレベルアップ等によって向上し、定着率にも改善が見られる。しかしながら、仕事の範囲、方法が法人によって厳密に決められていること、育成と評価の連動が見えにくいこと、職員と上司の個別面談の機会が評価の時以外に制度化されていないこと等から、職員個々人の創造性の発揮、やりがいの向上等の環境は十分とは言えない。今後、法人も参加して、組織運営のあり方も含めた人事制度、モラルアップ施策の更なる改善を進めていくことが望まれる。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
情報の保護・共有		評点
1. 情報の保護・共有に取り組んでいる		
1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる		B
2. 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している		A
【講評】 ■蓄積している情報は、パソコンのアクセス制限、キャビネットの施錠等によって、機密性の管理を行っている。また、全社的に「機密書類廃棄処理BOX」を設置し、廃棄書類の機密漏えい防止を一元管理している。また、法人は定めている各様式ごとに保存・廃棄基準を明示し、ホームでは、必要な情報は、ファイル、フォルダーを作成し色分け等を行って分類・整理して分かり易く使い易くしている。収集している情報を一層活用しやすくするためには、情報内容を定期的に整理・管理することが必要となろう。 ■個人情報保護については法人が作成する「個人情報保護方針」「個人情報保護法Q&A」が示され、ホーム長会議、全社研修で周知され、ホームではホーム会議、ユニット会議、回覧、掲示によって周知している。利用者にも家族会、「おしらせ」等で説明し、玄関に方針の資料を置いて周知を図っている。利用者の顔写真はホーム内に掲出していたものはすべて撤去し、その後も法人の通信への掲載時等には利用者・家族の同意を得ることとしている。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
カテゴリー 1 ～ 7 に関する活動成果		評点
1. 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している		
1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー 1：「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー 2：「経営における社会的責任」 ・カテゴリー 4：「計画の策定と着実な実行」		A
2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している		
1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」		A⁺

3. 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
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 ・カテゴリ６：「サービス提供のプロセス」 ・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 ・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】 ■組織マネジメント面でのこの１年間の顕著な動きはつぎの２点と言える。その一つは、内部監査的機能、仕組みが少ない中で、第三者評価を法人の仕組みに取り込む形で、前年実施時の“気付き”や“改善が望まれるとした点”を積極的に改善したこと。 ■二点目はこの間、３人のホーム長が任命されたことである。マネジメントの共通ルールを決め、採用、教育、経理等は本社が担当し、施設はサービスに専念する中で、ホーム長の頻繁な交代は、特に認知症高齢者を対象とする事業所であることから見て個別対応、独自環境づくり、職員育成等の面に少なからずマイナスの影響を与えた跡が見える。	
評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！	

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

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



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	

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	コムスのほほえみ大鳥居
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年8月29日～2006年12月5日

* サービス分析の結果（サービス提供のプロセス項目）*

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

サービス情報の提供

評点

1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

A

【講評】 ■ホームページ、通信誌によって、本社が展開しているサービス全体を紹介を見ることができる。グループホームについてはパンフレット「ほほえみ」で、会社が提供する標準的なサービスの内容を写真によって分かりやすく紹介しており、当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）と組み合わせ、情報提供誌になっている。 ■住民からの相談の窓口となる地域包括支援センターには、本グループホームを所管する上部組織が担当して、毎月関係する冊子を届けて法人としての情報提供をしている。 ■利用の問い合わせや見学希望は、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどから、直接ホームに連絡が入ったり、法人が設置しているコールセンターを通して入り、ホーム長またはユニットリーダーが対応する。見学は、なるべく希望者の条件に合わせるようにしている。しかし、利用者の生活リズムもあり、夜間や食事時等は避けており、また、利用者の個人情報保護に留意し、使用中の居室案内はせず、パンフレットで説明をしている。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
サービスの開始・終了時の対応	評点
1．サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	A
2．サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している	B
【講評】 ■サービス利用に当たっては利用者と家族に必ず見学をしてもらっている。利用者の生活の様子・設備を見てもらいながら、具体的な暮らしのルールについて説明をし、契約時に改めて、ホーム長が重要事項説明書を読み上げて、運営の方針、料金、緊急時対応等について紹介し、確認をしている。特に、費用や入居中の受診（医療）に対する関心が高いため、この点については詳しく説明をすることになっているという。 ■利用者の要望や個別の事情は、東京センター方式のアセスメントシートの一部に要望や生活歴、趣味等を家族に記載してもらって提出を受ける形で、把握している。より理解を深めるには、家族等が記載した内容をホーム側が面談により確認するプロセスが欲しい。その他、身体状況票（診療情報提供票）、健康診断書等（所定の様式）の様式を法人が定めており、これによって健康状況の把握をしている。入所前には、数日に亘り利用者情報の重要ポイントを申し送りにより職員が共通理解をして利用者を迎え入れるようにしている。 ■新しい生活での不安を緩和する意味でも、使い慣れた寝具、食器等、馴染んだ調度品の持ち込みが望ましいと考えられているが、安全性が優先され、積極的な受け入れに至っていない。入居直後の不安軽減策として、時間が作れる日勤者や夜勤者が新規利用者となるべく向き合うようにする必要があるとしているが、ホームとしてまとまった見解をもち、職員間で共有して実施するには至らず、また、他施設への移行、入院等によるサービスの終了に際して、介護サマリーを提供する以外に、利用者の精神面の支援も仕組み化されていない。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
個別状況に応じた計画策定・記録	評点
1．定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	B
2．利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している	B
3．利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	B
4．利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	B

【講評】 ■介護支援専門員またはホーム長が入居時面接を担当し、家族から提出される諸文書も参考に暫定プランを作成し、原則として入居後1月目までに本プランを作成する。3ヶ月に一度アセスメント、個別支援計画の見直しをする。現状はアセスメントそのものが十分とは言えず、ホーム長の指導の基、少しずつ全面的に見直している。また11月から各ユニットごとのカンファレンスが定着し、介護支援専門員または計画作成担当者、ホーム長、担当職員等による話し合いによってニーズや支援課題が決められるようになった。今後は毎月2回カンファレンスが開かれる。 ■計画の作成や見直しに当たって、家族の意向は重視されているが、利用者の希望の取り込みについてはこうした視点が実践されつつある段階である。利用者の思いを十分に受け止めて目標や支援課題の検討がなされることが望まれる。計画の説明についても家族に対しては面会時や電話連絡により実施し、同意を得ているが、利用者に対しては未実施である。個別の状況に応じた取り組みが望まれる。体調の変化等により計画の緊急な見直しを必要とする場合は、ユニットリーダーから介護支援専門員またはホーム長に連絡をして変更に関与することになっている。 ■日常の支援記録は利用者の行動や家族の面会、活動への参加等を記載しているが実践上の気づきや計画の実施記録が不足している。個別記録の他、管理日誌、朝・夕の申し送り時、職員室への掲示等で利用者情報の共有化を図っている。支援計画は個別記録簿の初頁に抜き書きを挿入し、常にこれを意識して日常のサービスが提供され、記録に反映されるよう試みているユニットもある。これらの情報が現場で十分に活用されていない点が課題であるとしている。ユニット会議やカンファレンスの定例開催が行われるようになったので課題の改善が期待される。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		評点
1. 利用者のプライバシー保護を徹底している		A
2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		B
【講評】 ■利用者個別の情報を他機関との間でやり取りする場合については法人が示す文書に基づいて契約時に家族に説明し、書面により一括同意を得ている。プライバシーを尊重した支援として、居室へ入るときに了解を求める等、ホーム独自で文書化し周知徹底を図っている。当ホームは、女性利用者の割合に比して男性介助職員が多く、排泄や入浴時には異性介助にならざるを得ない場面が多いが、同性介助を強く望む利用者1名は、入浴、排泄、更衣等の場面で、同性介助を受けている。利用者調査のプライバシーに関する問10の結果も参考に更に徹底に努めて欲しい。 ■利用者は「お客様」として大切にすることを基本理念とし、職員は毎日唱和してから仕事に就いている。職員の定着率が低く、認知症ケアの技術が向上し難い面があるが、「日課や職員の気持ちを押しつけない」「何をしますか？○○をして良いですか？」等、問いかけ方の工夫により選択の余地を残すよう新ホーム長は指導している。利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待等不適切行為についてはリーダー層や職員間で気づいた都度注意をし合っているが、組織として防止対策を検討し、それを実践する取り組みはなされていない。 ■玄関は通常は開鍵されており、センサー音によって出入りが確認できるようにしているが、自ら外出しようとする利用者は、安全を優先して、よく話をして止めていることの方が多い点が利用者主体の支援として気になる。虐待被害者についての自治体等との連携はシステム化に至っていない。社会的なニーズでもあり、体制整備が望まれる。また、利用者のこれまでの生活習慣や価値観を生活上尊重する必要性は認識され、宗教上の習慣については具体例があるが、開設以来、ホーム長を始め職員の異動も多く、支援計画に取り込み具体化するまでに至っていない。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
事業所業務の標準化		評点
1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		A
2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		B

3.さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している	B
【講評】 ■本部は、排泄介助の方法や体位交換などの必要性や手技等をまとめた「ケア手順書」を作成し、また、事故報告、稟議書、日々の記録、個別支援計画に至るまで、手順や記入要領を図示して分かり易く文書化し冊子化して、職員研修で周知すると共に各事業所に配付している。ホーム内では、ホーム長が必要な現場の細かな取り決めにその都度文書化して、職員室に掲示して周知を図っている。本部が作成する手引き書類はリーダー層が確認のために使用し、一般職員は日常業務の不明点については、先輩職員やリーダー層に確認して実施している。 ■ホーム内の決定事項についての見直し・改善に関するルールは定めていないが、例えば、家族への毎月の「たより」の記入内容に家族の要望を反映するなど、家族等の意向も採り入れて改善をしている。本部は、「ケア手引き書」等のマニュアル類について、ユニットリーダー会議やホーム長会議で現場の意見を求め、様式の変更等、具体的な改善につなげている。日常の業務における、マニュアル等の遵守状況の確認は、ユニットリーダーとホーム長が実施し、申し送り時に周知徹底を図る。 ■本部では、ホーム長、ユニットリーダー、介護支援専門員、介護スタッフ等、職務・職階に応じて研修プログラムをもち、個々の研修履歴が現場でも把握できるように個表を作成している。ホームでは、職員相互が話し合いで参加を決定しているが、ホーム長が研修履歴、職員力量や職員配置の状況を勘案して決定することもある。前年度まで実施していた、ホーム内勉強会が滞っていることや、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課題である。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

* サービス分析の結果（サービスの実施項目） *

サービスの実施	評点
1.介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	B
【講評】 ■介護計画は半数程度が作成されており、計画化する支援課題は1課題と決めているユニットもあり、新ホーム長の指導により見直しが始まった。今後の改善は期待できるが、現状は、介護計画の周知も十分ではないこともあり計画に基づいた支援が行われているとは言い難い。また、支援はその都度の要求を満たすに留まり、どのようにその人らしい生活を支援するかという長期的展望に立ったものにはなり得ていないと自己評価もしている。 ■利用者とのより良いコミュニケーションについて、職員個々には、工夫していると思われるが、ホームやユニット全体としての検討や共有化の取り組みがなく、方法としても質的にも職員間のバラツキが大きい。その人らしい生活支援については、新ホーム長の考えも含め、ホームとしての考え方を明確にしたところである。現状は、どちらかと言えば安全性が優先され、例えば、居宅で昼生活をしていた利用者もベッドにしてもらう等、馴染みのものの持ち込みも、多くは箸と湯飲み程度になり、馴染みの生活のスタートとも言えない状態になっている。 ■申し送りを2つのユニット合同で実施する、利用者に変化があったときには、管理日誌に書いて共有化を図る、関わりの不明点については、リーダー層に確認をする等の形はできており、関係職員が連携を取りながら支援している。	B
2.利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	B

【講評】 ■毎回ではないが、食べたいものを聞いて献立に反映したり、例えば、どんぶりものの具をご飯の上に載せるのか、別にするかなど、利用者の好みを聞いて対応している。また、時間や場所も取り決めているわけではないが、食事の支度が整ったことを知らせると、利用者の皆さんが集い、定位置での食事になると言う。食材の買い物には、利用者の外出支援を兼ねて一緒に行き、食材を見ながら何が食べたいのかを利用者が決め、メニューに取り入れることもある。献立を記録し重複しないようにしている。利用者調査は、この点についての不十分さを示している。 ■入浴支援については、職員配置の関係で、原則として午後3時～6時までの夕食前とし、介助できる人数にも制限があるため、週に2回の入浴となっている。ホーム全体としては、レクリエーションの実施や習い事の場面提供が積極的に行っているわけではないが、実施の場合、誘導はしているが参加を強いられるようなことはしない。希望により外部講師を招いて、習字を習っている人がある。 ■玄関は、通常は開錠しており、センサー音によって、出入りする人を確認することができる体制にしている。利用者の外出は、安全性の観点から全て家族または職員が付き添うこととしており、自ら外出しようとする場合は、職員配置が許す限り付き添うようにしているが、玄関口で外出を思いとどまるように説得している場面が多い。ホーム内は、2ユニットが1階・2階に分かれているが、往き来は制限していない。	
3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている	C
【講評】 ■食事、身の回りのこと、寝具や居室等の清潔保持等の日常の様々な家事（作業）を利用者が「主体的に」取り組めるよう支援するという方向性が明確化されていない。この点についての個別アセスメントや支援の計画化がなく、職員個々の気づきを申し送る形で実践しているため、対応にも職員によるバラツキがあり、支援に一貫性がない。自分ですようとする人、できそうな人に「こえかけ」が行われている傾向があり、結果として家事に参加する利用者が偏ってしまっている。ホーム長の指導の下、見直し途上であり、改善ができよう。 ■寝具や居室の清潔保持については、自ら行える人は、自分で実施しているが、多くの場合職員が無条件で代行している。自立性や自発性の高い入居者は自ずとホーム内での役割ができているが、多くの利用者は生活に主体的に関わることができる場面が用意されていない。利用者の気持ちを汲み取り、生活全般に関するアセスメントをもとに、日常生活において利用者の個々の力が自然に発揮できるような役割作り・環境作りなど、利用者がお互いに「必要とされている」という実感が持てるような個別ケアの検討が望まれる。 ■全般に、無理強いや強制がない支援であるが、間違えば目的のない無為な生活場面を提供することに繋がる。今後は、利用者が今もっている力量や潜在している力量を生活の中で引き出し、少しでも主体的に生活に関わり、成功体験が積み上げられるような支援が期待される。	
4. 利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている	B
【講評】 ■食事は、利用者の状況に応じて刻み食にしたり、嫌いなものには代替食を用意している。アレルギーに関しても対応し、見守りが必要な入居者・介護が必要な入居者については職員が必要な声かけや介助をしている。職員間の不徹底さや未熟な点はあるが、概ね、利用者の能力や気持ちを考えた支援がなされている。 ■排泄支援は、トイレでの排泄を目標としているという。排泄表を活用し、3日間排便がない場合は、医師に相談することを取り決めて実施している。また、利用者個別の生活の一連のリズムをとらえ、飲水量も考慮して、声かけが必要な入居者には職員がそのように実施している。職員間に関わりの差異はあるものの一部の例外を除いては、他の利用者の視線にも配慮しながら、排泄環境を整えようと心がけている。 ■入浴については、入浴日や時間が決まっていること、入浴に関する行為のアセスメントが十分ではないこと、等により、入居者の状況に応じた支援がなされているかどうか確認が得られない。同性介護については、希望者にはその様に実施している。基本的に掃除や買い物は職員が実施（代行）している。この点についても十分な個別アセスメントにより、「できない部分」を見極めた支援が望まれる。	
5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	B
【講評】 ■医師が月に2回往診し、変化があった際にはその都度、家族に電話で連絡をするようにしており、利用者や家族から相談があった場合も対応している。日々、血圧や体温測定等のバイタルチェック、月に1回の体重測定により健康状態の変化を把握している。 ■医者から指示があった人については、階段昇降等によって機能維持訓練を実施している。また、2つのユニットでは、一定の時間に一斉に職員の誘導により簡単な体操を採り入れて身体機能の防止に取り組んでいるが、外出頻度も少なく、全般に動きの少ない日常生活を送る利用者が多い。個別の状況に合わせて（アセスメントに基づいて）、身体機能防止について計画的支援が望まれる。口腔ケアは、毎食後実施することになっている。 ■服薬については、ユニットリーダー、ケア・スタッフ、夜勤者などで服薬セットを作り、介助の段階では、利用者の顔を見て名前を呼び服薬確認を行うことを徹底するなど、誤りのないよう確認を強化しているが、一層の管理体制強化が必要とリーダー層は自己評価している。また、往診時には同行の薬剤師により、職員向けに服薬方法や副作用についての勉強会がもたれ、往診医からも必要に応じて十分な説明が得られる関係にある。利用者の体調の変化等には、往診医や協力医療機関によって夜間・緊急時対応が可能である。	

6．ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている	B
【講評】 ■利用者同士の関係づくりを支援する例えば、会話の橋渡しのような関わりは、一部の職員に限られる。熟練職員が少ないことや業務に追われ職員がゆっくりと利用者に関わる時間が持てていないことも関係しているように見受けられる。洗濯物の取り込み、片付け、清掃などは、自ずとできる人が行っており、協働関係づくりへの支援もあまり見られない。共同生活介護の特徴を生かし利用者の個性を十分に把握し、関係づくりにも配慮した支援が望まれる。 ■日常生活は、職員が決めた日課に基づいて、ユニット別に一日のだいたいの流れが決まっている。利用者の様子を見て、トランプ、風船バレー、将棋、折り紙などに利用者を誘う場面もあるが、職員の配置状況（人手）や職員により実施状況が異なる。こうした支援プログラムの意味づけや位置づけについて最低限、考え方の共有化が必要であろう。外部講師によって、一人の利用者が習字を習うことができるようになったことは喜ばしい。利用者の願い希望を捉え、多くの利用者がそれぞれに応じた生活時間を過ごせるようになる試みが期待される。 ■共有スペースには、入居者の不安に繋がるようなものは置かないようにし、例えば秋であれば紅葉を模した装飾を飾るなどして、季節感をもってもらえるようにしていると言う。一階のウッドデッキからは男性利用者の手による花々が見られ、自然を身近に感じられるような環境づくりもしている。その他、リビングの一隅に、テーブルとイスを配置して、別空間を作り、利用者が落ち着ける場所づくりもしている。	
7．家族等と関係を持ちながら運営している	A
【講評】 ■利用者と家族との関わりも重視しており、面会時間は6：00～21：00が原則だが、連絡があればそれ以外の時間も可能である。また、外出や外泊も届出があれば時間や日数の制限はない。月に一回、ホーム長名で「おたより」を発行し、ホームでの出来事や新たな取り決めとともに、利用者の個別状況を記載して家族に送付している。また、必要に応じて、面会時や電話で生活の様子を報告している。 ■家族が参加できる行事としては、納涼祭、クリスマス会、フロアー別の敬老会などがあり、近々、家族と利用者合同の遠足を家族会で相談し、企画中である。家族会は、年に2回開催し、ホーム長およびユニットリーダーが出席し、行事の相談の他にホームの近況を伝え意志疎通の機会としている。毎回、14～15名の家族が参加している。 ■利用者調査では、「ご本人の生活について、ご家族に十分な説明がありますか」について、16人中11名が「はい」としているが、2名が「どちらとも言えない」、1名は「いいえ」との回答を寄せているので、この点に留意して今後の取り組みに生かして欲しい。	
8．地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	B
【講評】 ■18年5月から実施している運営推進会議には地域住民の参加もあり、地域で催される行事等の情報が得られるようになり、今年は、これによって地域の盆踊りに参加するなど、把握した情報が実践に役立てられている。今後は、受け身で情報を得るのだけでなく、入居者にとって必要な地域情報は何かをホームが把握し、積極的に必要な情報を収集し、少しでも「町で暮らし、町とかわる」暮らしが実現するよう、収集した情報が入居者に提供され、活用が支援されることを期待したい。 ■日常的な機会とは言えないが、保育園の園児の歌の発表会や踊り、理容・美容のボランティアなど、職員以外の地域住民との交流の機会はある。買い物等、行きつけの外出先では、店員が理解を示すようになってきているとの手応えを感じているとのことであり、今後、ボランティアの関わり方の機会を増やすことや、日常生活の中で近隣住民との交流の機会をつくる等、利用者のプライバシーに配慮しながら、積極的な交流の機会拡大への取り組みが期待される。 ■一部の利用者は地域の理容・美容院へ行ったり商店街での買物をしている。公園や神社も散歩コースに入れている。しかしながら、「町で暮らし・町とかわる」支援として、また、利用者の希望や持っている力に合わせた多彩な資源の活用には至っていない。今後の取り組みに期待する。	
	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！



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

平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	コムスのほほえみ大鳥居
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
利用者調査実施期間	2006年8月29日～2006年9月28日

調査概要

調査対象：男女比 7：12（人）。平均年齢 8 5 歳。平均要介護度 2.5。常時車いす使用者 3 人。歩行器使用者 1 人。おむつ使用者 0 人。

調査方法：サービスの現場を見せてもらう「コミュニケーション法」と評価機関直接回収の据え置き式アンケート調査（調査用紙の配付は事業所に依頼しました。）を行いました。

利用者総数： 18人 調査対象者数： 18人 有効回答者数： 16人

調査対象者数に対する回答率： 88.9%

調査項目：[共通評価項目](#)

調査結果のコメント

●平成１６年１２月に開設。中小の会社ビルと住宅街の境目に位置し附近に商店街もある。行きつけの店ではトイレを拝借できるような関係ができて来たと職員は喜んでた。ホームの一階ウッドデッキからは男性利用者の手による花々が見られ、職員が見守りつつ出入りする利用者がある。この間ホーム長や職員の入れ替わりも多く、利用者への関わりは職員によるパラツキが大きく、利用者の特徴から見て課題を感じる場面もあった。本調査には、職員への感謝と共に入浴回数増、個別の支援の実施等について自由意見が寄せられ、総合的な感想は「大変満足・満足・どちらかと言えば満足」が１５人、「不満」１人である。【設問へのコメント】問１、２は満足度が低い。職員により方法も異なるようであるが基本的には献立に要望を反映することになっている。職員と食材の買い物に出た人は一度に一人であった。問６の清掃面は満足度が高く、訪問調査時も同感であった。全般に「どちらともいえない」「いいえ」の回答に留意してサービスの点検・改善に取り組んで欲しい。問４、１８、２０の母数は、それぞれ９人、６人、１人である。

利用者調査の結果

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

■ はい ■ どちらともいえない ■ いいえ ■ 無回答・非該当

1.ご本人の食べたいものの希望を聞いてくれますか	25.0%	56.3%	18.8%	いいえ：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでますか	18.8%	37.5%	6.3%	37.5%
3.入浴のとき、ご本人はゆっくりお風呂に入れていますか	56.3%	25.0%	6.3%	12.5%
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	88.9%	11.1%	どちらともいえない：0.0%	無回答・非該当：0.0%
5.日常生活に必要な介助を、ご本人は十分受けていますか（トイレ介助、ナースコール対応、ホーム内移動介助、外出介助など）	56.3%	12.5%	6.3%	25.0%
6.部屋や食堂、トイレなどの生活空間はいつも清潔で、ご本人は気持ちよく過ごさせていますか	87.5%	6.3%	6.3%	いいえ：0.0%
7.職員は日頃から、ご本人にからだの調子を聞いてくれますか	68.8%	12.5%	18.8%	いいえ：0.0%
8.ご本人の病気やケガなどの時、十分に対応してくれますか	75.0%	12.5%	12.5%	いいえ：0.0%
9.職員はご本人に対して丁寧に接していますか（嫌なことを言ったり、したりする職員はいない）	81.3%	6.3%	12.5%	どちらともいえない：0.0%
10.ご本人が他の人に聞かれたくない、見られたくないと思っていることに気遣いがされていますか	43.8%	25.0%	31.3%	いいえ：0.0%

各サービスにおける利用者調査結果

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）	31.3%37.5%6.3%25.0%
12.手助けがあればご本人自身でできることについて、職員は手助けしていますか	56.3%18.8%6.3%18.8%
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	68.8%12.5%6.3%12.5%
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	75.0%12.5%6.3%6.3%
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	75.0%18.8%6.3% いいえ：0.0%
16.ホームでは計画をつくる時、ご本人の状況や、ご本人やご家族の要望を、よく理解してくれましたか	68.8%18.8%12.5% いいえ：0.0%
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	81.3%6.3%12.5% どちらともいえない：0.0%
18.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームについて調べた時に、ご本人やご家族は、ホームの情報（公開情報）を入手しやすかったですか	83.3%16.7% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
19.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームに入ることを決める前に、ホームのサービス内容や利用方法について、十分な説明がありましたか	83.3%16.7% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
20.【過去1年以内に利用を開始し、契約の時、その場にいたと答えた方に】契約の時、ご本人は契約内容を十分に確認できていましたか	はい：0.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
21.ご本人やご家族は職員に対して、不満や要望を気軽に言うことができますか	75.0%25.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
22.職員は、ご本人やご家族の不満や要望をよく聞いて、対応していますか	56.3%25.0%18.8% いいえ：0.0%

はい どちらともいえない いいえ 無回答・非該当

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

[▲このページのトップへ](#)

リーダーシップと意思決定

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

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

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

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

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

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)
[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		
標準項目		福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している
		全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる
A+の取り組み		

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

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

2-1-3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている

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

2-2-1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

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

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

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

2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)



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

3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



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](#)

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

5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

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

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

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

5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)
[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](#)

情報の保護・共有

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

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

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

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)



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	○カテゴリー １『ホーム独自の方針明示』：９月に交代した新ホーム長は、コムスン全社の「誓い」「十訓」の他に、当ホームの方針として「私たちは、明るい笑顔、愛する心、感謝の気持ちを大切にします」を全職員に明示した。また、滞っていたホーム会議や支援計画策定を目的としたカンファレンスを再開させ、定例開催に漕ぎつけた。 ○カテゴリー ２『運営推進会議の設置』：１８年５月に自治体の勤めに応じて設置し、２ヶ月に１回開催し、利用者家族や地域の関係者を招いてホームの現状を開示している。出席者からはホームの運営に対するアドバイスや地域の情報、ボランティアの申し出などを得ている。 ○カテゴリー ４『事業計画・事業目標の提示』：１８年７月ホームの新年度に当り（前）ホーム長が事業計画・事業目標を示し、全職員にそれに基づく各人の業務目標を提出させることとした。

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

- ・カテゴリー ５：「職員と組織の能力向上」

評点	A ⁺
改善の成果	日常の共通業務に関して委員会を設置し、全職員をいずれかの委員会に所属させた。それぞれが役割意識、責任感を持ち、委員同士のチームワークを取って活動している。特に、レクリエーション、防災、在庫（備品、消耗品等）、環境美化等の委員会は活発に活動している。

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

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

評点	A
改善の成果	○ カテゴリー 6 『支援計画に関するアセスメントや計画の策定過程が曖昧になっていたが、 1 1 月から各ユニットごとに、介護支援専門員または計画作成担当者、ホーム長、担当職員等による話し合いによってケアプランが作成されるカンファレンスが定着し、ニーズや支援課題の決定過程が明確になった。』 ○ カテゴリー 7：『ファイリングの推進』前回の第三者評価時から比べて、文書の整理が格段に進んだ。

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	契約者数は年間を通じて 1 8 名であり変化は無い。営業利益について月別にはひと月だけマイナスであったが、年度の後半は一定水準以上で黒字を継続している。

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

・ カテゴリー 3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」

評点	A
改善の成果	『運営推進会議の設置』： 1 8 年 4 月に設置し 2 ヶ月に 1 回開催し、利用者家族や地域の関係者を招いてホームの現状を開示している。出席者からはホームの運営に対するアドバイスや地域の情報、ボランティアの申し出などを得ている。

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション
福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

サービス情報の提供

1-1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

評点	A	
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



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](#)

サービスの開始・終了時の対応

2-1．サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

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

2-2．サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)



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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



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

5-3．さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



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](#)

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	C	
標準項目	✕	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
	✕	身の回りのこと（洗顔、整髪、歯磨き、更衣等）は、自分で行えるよう支援している
	✕	寝具や居室等の清潔保持を自分で行えるよう支援している
	✕	ホーム内で利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている
A+の取り組み		

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

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

5．利用者の健康を維持するための支援を行っている

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

6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

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

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

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

[戻る](#)