

評価結果詳細

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

平成18年度

事業所名称	コムスンのほほえみ石神井公園
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.H0201048 修了者No.H0501008 修了者No.H0201020
評価実施期間	2006年9月6日～2007年2月16日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

- ・ホーム長の確かな方針と実践に向かうリーダーシップ
ホーム長は、訪問介護など介護経験が豊富であり、また認知症ケアに関する意欲を持ち、開設当初から法人の方針である「利用者の心に寄り添った介護」を実践してきている。職員の退職が相次ぐ状況においてもくじけることなく、ユニットリーダーと協力し、率先して職員指導をしてきている。開設1年が過ぎ職員は徐々に認知症ケアを習得し、利用者の落ち着きと同時に、今後の課題として「楽しい生活」を取り上げたいとしている。利用者アンケートでも満足度が高く今後の活動が期待される。
- ・健康維持・向上に対する適切な取り組みと医療機関との連携の充実
利用者の健康状態の維持・向上への取り組みとして、訪問リハビリテーションの活用、毎日の散歩、階段の昇降などを計画している。その結果座位保持や歩行の安定、利用者のリハビリへの自主的な取り組みも見られている。また、利用者の体調変化時など、医療機関から積極的に助言を得ること、通院に同行した時には、近隣の医療機関の情報収集に努めることなどにより、医療機関との連携が充実してきている。そして、利用者の健康状態に応じ適切な医療機関の相談、紹介もできるようになっている。
- ・日当たりの良い環境を活かした暮らし
本事業所は、住宅街の一角にあるが、近隣には畑があるなど長閑さを感じ、毎日の散歩に適した環境である。また、日当たりがよく、利用者は花壇を造っている。二階のユニットの利用者が花壇の手入れなどに来た時には、一階に立ち寄り一緒にお茶を楽しんでいる。また、近隣の子ども達が、グループホームの外で遊んでいる。

たボールが花壇の中に入り、そのボールを取りにホームの居間に入ってきたついでに利用者と話をするなど、自然な交流もあり、環境を活かした生活が得られている。

* さらなる改善が望まれる点 *

・年度計画を策定しサービスの向上をめざす

法人の指示として事業計画の策定は明確になっていないが、事業所として独自の事業計画を策定し、確実にサービスの向上を目指すことが重要である。ホーム長は、開設一年が過ぎ、利用者がホームでの生活に慣れ落ち着き、行動面での改善も得られているので今後は「楽しい外出の機会」を提供してゆきたいとしている。また、職員によるレクリエーション委員会の活動も開始されていることから、全職員参加による討議で年間計画を策定し、確実な実行に向かうことであろう。この様な取り組みは人材育成面からも必要である。

・利用者の尊厳を尊重するための継続した検討

法人の基本方針は、「利用者の心に寄り添った介護」であり、ホーム長はじめ職員は方針の具現化に努めている。しかし、浴室・脱衣所は共有スペースの目の前にあり、カーテンなどの目隠しがなく、ドアを開けるとすぐに見える状況であり、プライバシー保護の視点から検討が必要である。また、食事時にエプロンを着けている利用者の中には摂食状況から見てその必要性に疑問をもった。尊厳の尊重という視点と生活習慣に配慮した支援という両面から再検討し、利用者の生活の隅々に渡り、心に寄り添った介護が実践されることを期待する。

・利用者と家族の意向の把握と改善への積極的な取り組み

開設一年であり、また職員の退職が相次ぐ中、利用者の性別に配慮した介護と家族の面会時にはホーム長かユニットリーダーが必ず話し合いをするなどし家族の意向の把握に努めている。また、家族会も一回開催しており、このような取組みが、利用者アンケートの満足度の高さに繋がっていると思われる。今後は、サービスの改善を目標とし、利用者意向をどのように取り込むか、また、家族会や家族が参加する行事などの充実により、家族の意向などを聞く機会を増やし、職員が一丸となって取り組むことを期待する。

* コメント *

回答者の特性を想定し、利用者(家族)調査票は文字を大きくしました。 職員自己評価表は評価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日間行ない、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	

平成18年度

評価の手法については、[こちら](#) をご覧ください。

事業所名称	コムスのほほえみ石神井公園
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年9月27日～2007年2月16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】 ■理念・基本方針は「コムスの誓い」「グットウィルグループ十訓」に明らかにされ、本ホームの玄関と事務所に掲示している。職員への周知として、毎朝の申し送り時の唱和、導入研修（新人研修）や管理者研修時、また、毎月のユニット会議で実施するケース検討会などの折に、この基本方針に立ち返り検討している。利用者には入居契約時に説明し、また、本社が二ヶ月に一回発行し、全家族に配布する「コムスン通信」の裏表紙への毎回表示と解説記事によって知らせている。 ■ホーム長の役割は、管理者研修で使われる「マニュアル」に明文化されている。ホーム長は自らの役割を、法人との橋渡しであるとし、法人の考えていることを職員に十分に伝え帰属意識を持たせること、また制度面の変化など職員全員が知っておくべきことを判断し伝えること、家族の相談窓口、関係機関との連携、ユニットリーダーの支援などであるとしている。開設一年目で職員が安定しない状況の中で、利用者の安全な生活の保障、意向把握に取り組み現場をリードしてきている。職員調査でリーダー層に対する信頼のコメントが多く寄せられている。 ■法人が判断する重要な案件は、上部組織が主催する全国ホーム長会議や本事業所が所属するエリア統括会議で報告され、ホーム長を通して現場に伝達される。職員への周知は、職員が必ず見る申し送り簿への記載や、ユニットリーダーが責任を持って口頭で個別に職員説明するなどの方法である。サービスに関することはホーム長とユニットリーダーで検討し、判断が困難な案件については、法人の担当者に相談している。利用者に対しては、費用に関することなど法人としての方針の変更などについては、法人から利用者に直接文書を送付している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
経営における社会的責任	評点
1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる	
1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している	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者としての規範・倫理は、コムスの誓い、グットウイール十訓に盛り込まれ、また、管理者研修や導入研修のマニュアルに明記されている。福祉制度の変更や倫理上の課題については、法人から随時メール配信され、職員に周知すべき内容をホーム長が判断し、回覧やホーム会議で伝達している。開所式に近隣者を招待し多数の参加があったこと、近所の子供たちが遊びに来ることや今年度から、「地域運営推進会議」の設置が義務づけられ、地域包括支援センター、民生委員など地域の関係者が参加し、活動状況を報告している。 ■地域の関係機関との連絡会への参加は、地区のグループホーム連絡協議会にホーム長が一度は参加したが、現場では職員配置などがまだ充実していないなどがあり、継続した参加はできていない。行政が主催する地域密着型サービス事業者を対象にした会議には参加している。利用者のニーズの充足のため医療機関への訪問など、働きかけにより連携が容易になっているが、ネットワークづくりや地域の共通課題に取り組むための体制は整っていない。	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】 ■苦情解決制度については、重要事項説明書の中に記載があり、契約時にそれを示しながら説明する他、事業所の玄関に掲示している。また、法人には「コールセンター」があり、24時間体制で苦情、相談窓口として対応しており、本事業所に対する苦情は、法人から報告があり、現場では事実を確認し、検討内容を法人に報告する仕組みである。利用者個々の意見・要望・苦情については、ホーム長とユニットリーダーは家族の面会時には必ず意向を聞くようにし、職員と話し合って、利用者にとって良い方法を検討することを方針としている。 ■事業所のサービス内容や取り組みについて、利用者アンケートは法人として実施しているが、個別の事業所に対し結果報告はない。家族会を一回開催したが、参加者が少なく、充実を目指し検討の必要性を認識している。開設一年が過ぎ、利用者はホームの生活に慣れ落ち着いてきたが、職員の退職により人員体制が不安定である。安定的な人員配置ができれば、家族も参加する一泊旅行を実施するなどによりサービスの向上を目指したいとしている。 ■福祉事業全体の動向の収集は、法人の役割であり、事業の実施にあたり必要と判断された情報は、法人からのメール配信や全国の系列グループホームのホーム長が集まる会議で報告されている。また、都内グループホーム・ホーム長会議では、各区のサービスに関する情報が得られる。また、今年度から、地域推進会議を開催し、民生委員などからの情報を得る機会となっている。しかし、これらの情報の整理や事業所の課題の検討に向けた分析についての役割は不明確であり、実施には至っていない。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
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	C
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	C
2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	
1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	A

【講評】 ■法人としての中長期計画は本社で策定していると考えられるが、本事業所のホーム長は承知していない。またホーム長は、年度計画や短期の活動について計画を作成し、実施するという方針があるとは認識していない。ホーム長は、開設一年が過ぎ、利用者がホームでの生活になれ、また行動面での改善が得られ、落ち着いてきたので、今後は利用者に楽しい外出の機会を提供すること、職員の定着と増員に関すること、職員の質の向上のため先駆的な取り組みをしている事業者の視察や研修について、計画的な取り組みが必要だと考えている。 ■ホーム長は、開設初年度は、職員が認知症のケアに不慣れであったこと、また、介護面と医療面において重度な利用者が入居することに対する職員間の見解の相違などにより退職者が相次いだことなどにより、生活を豊かにするための積極的な取組みができなかったと評価している。しかし、一年が過ぎ落ち着いてきたので、レクリエーション班（委員会活動）を作り、家族が参加する行事など楽しい活動の実施に着手している。充実と継続性に向け、計画的な取り組みが期待される。 ■利用者の安全管理に関しては、管轄消防署や提携医療機関との連携を掲示している。どんなに小さな事故、ヒヤリハットでも「トラブル報告書」に記載し、上部組織に報告する方針がある。また、大きな事故や苦情になりそうな問題については、法人のコンプライアンス相談室と共同で対応するしくみがある。現場では、ホーム長やユニットリーダーが参加するユニット会議で検討し対策を立てているが、十分な時間がとれずカンファレンスは不十分だと認識している。服薬ミスについて予防対策を検討し、再発防止ができた事例がある。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！	
職員と組織の能力向上		評点	
1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる			
1. 事業所にとって必要な人材構成にしている		C	
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】 ■人事制度や職員の育成、評価、報酬については、入社時に説明があり、導入研修マニュアルの項目の一つである就業規則でも一部解説されている。職員の採用は、上部組織が担当し、本事業所に配属される。ホーム内のユニット間の異動は、ホーム長が利用者の介護状況と職員の能力、適性などを見て決めている。法人としての育成と評価の連動が見え難いことなどもあってか、退職者が多く、適切な人材を選ぶ余裕は無く、現場では、常に新人に対するOJTに追われている状況である。 ■研修は導入研修（新人研修）、管理者研修（ホーム長、ユニットリーダー）、一般職員を対象とし時勢の課題を取り上げるCS研修がある。CS研修は三ヶ月に一回事業所から一名の職員が参加している。新人職員のOJTとして、ホーム長やユニットリーダー、経験豊富な職員と一緒にケアをし、独り立ちできる状況を見極めている。職員の態度や技術などを把握する職員評価表が管理者研修マニュアルの一つとして項目化されているが、現状では使用されていない。研修参加後のレポート発表については、今後取り組みたい課題であると認識している。 ■ホーム長は利用者にとって良いことは積極的に取り入れることを方針とし、毎日の申し送り時や毎月のユニット会議を職員が互いに学ぶ機会として意識している。職員の介護資格や将来の希望について把握し、また職員のかかわりにより利用者の生活が向上した時には、その状況を言語化し、効果を積極的に認めるなどにより、職員の意欲の向上に取り組んでいる。職員が判断に迷った時や緊急時の対応として、ホーム長と二人のユニットリーダーは携帯電話で24時間の対応をしている。		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	A
2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	A
【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などによって機密性の管理をしている。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管理をしている。法人から、メール配信される書類や上部組織が開催する会議で配付される書類は、ファイル、フォルダーを作成し、綴じている。しかし、提供される情報は頻繁であり、本事業所にとっての必要性などの確認に時間を要し、内容を吟味し管理してゆくことが現実的には困難な状況である。情報の更新は、ホーム長の責任であるが、特別な基準は決めていない。 ■個人情報に関し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、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や回覧、そして玄関や事業所内掲示などの取り組みをしている。利用者（家族）には、全員に「個人情報の取り扱いに關わる覚書」（サービス提供に關わる情報の内容と諸情報媒体への掲載、及び当事者の状況報告の2種類）を説明し、情報の取り扱い、開示、提供に關する対応を明示し、同意の有無を確認している。	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	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 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」	
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」	
【講評】 ■開設 1 ヶ月で 17 人を受け入れ、2 ヶ月で満床に、その後退所者はあったが常に満床を維持し、経営的な安定を維持している。一方、職員の相次ぐ退職と職員の認知症ケアの未経験などが影響し、不適切なかかわりがあり、家族からの苦情もあった。このような状況に対し、ホーム長はじめリーダー層は、法人の基本理念である「利用者の心に寄り添った介護」を実践すべく、現場指導に努めてきた。1 年が過ぎた現在、かかわりの成果が表れ、利用者が安心して生活し、落ち着いたグループホームになってきている。今後は生活の楽しみが課題である。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

[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

福ナビ

トップへ

とうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報

>> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

評価結果詳細

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

平成18年度

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	コムスのほほえみ石神井公園
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2006年9月27日～2007年2月16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】 ■本事業所が所属するグループ全体の事業概要や活動内容は法人の発信するHPや、情報誌「コムスン通信」によって把握できる。グループホームについての情報は、パンフレット「ほほえみ」に、基本方針やサービス内容、認知症の説明、グループホームの暮らしをイメージできる写真が掲載され、また、申し込みから入居までのプロセスと費用が別紙で折り込まれており分かり易い。行政が発行する区内の福祉施設やサービスの情報誌「ハートページ」にも掲載されている。法人が新聞等へ広告を出しており、この情報により問い合わせにつながることもある。 ■地域包括支援センター、福祉事務所や介護保険課など行政と関連施設には「コムスン通信」や「ほほえみ」各5冊程度を配布している。入居の問い合わせは直接電話による事が多く、ホーム長が対応し、必要に応じて料金や空室状況の説明をしている。独自の情報誌やたよりの作成はしていない。見学の受け入れはホーム長が対応し、日中であれば原則いつでも受け入れている。	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】 ■入居に際しては、（生活）状況報告書、健康診断書等が必要である。ホーム長が家庭訪問や来所による面談をし、その結果をホーム内で検討し、上部組織へ報告、判定をへて入居が決定される。この時に医療依存度が高い利用者などの場合は、ホーム長は、ユニットリーダーやスタッフに相談し、職員の経験と力量を判断し、受け入れの可否を報告している。酸素吸入を必要としている人や拘縮の強い利用者を受け入れている。入居時には、手順書「入居のしおり」に沿って重要事項やサービスの内容を説明し、サービスに対する希望を把握し、同意を得ている。 ■排泄、食事、入浴など入居前の生活状況などを細かく把握しているが、一度に家族から情報提供が得られ難いこともあり、入居後の生活を通し、信頼関係が深まる中で把握できることも多い。入居時の私物の持ち込みは貴重品以外は自由であり、携帯電話やテレビ等の利用者もいる。家族の訪問時間は基本的に自由である。利用者に不安や、ストレスをもたらす状況は、生活環境の違いから生ずる入居直後の排泄行為に関する失敗などであり、自信を失わせるため、排泄、入浴など本人が失敗しないよう配慮誘導し、申し送りをしている。 ■退居後の支援では家族の相談を受け、関係医療機関と協力し、転院先を探すという支援をしたことがある。また、転居に際し、医師から健康状況や医療情報の提供はしているが、サービス終了時に事業所として標準的に実施すべきこと、例えばホームでの利用者の生活や介護状況をサマリーとして提供すること、家族支援についての具体的な内容と実施体制については未検討である。	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	A
3．利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	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	A

【講評】 ■介護計画は入居後1ヶ月以内に作成している。アセスメントは、入居時に使用する調査表を活用している。策定のプロセスは、ユニットリーダー（UL）が職員と共に入居者状況報告書、調査表と入居後の生活状況からを原案を策定し、ホーム長が見直し、ユニット会議で決定する。退院後など状況の変化や緊急時は、ホーム長とULが参加して検討し、その都度見直しをしている。また、毎月のユニット会議で利用者状況やケアについては、ケース検討の時間をとり、介護計画の見直しをしているが、再アセスメントの定期化は計画していない。 ■家族への説明は、面会時に呼び止め、ホーム長かULが実施している。利用者や家族が参加するカンファレンスは、意思を伝えられる利用者や要望の明確な家族などを対象とし、ホーム長の判断で対象者を決め、実施している。ホーム長は、家族との意見交換や交流をサービス実施時の方針とし、ULも含めリーダー層は家族に積極的に声をかけ、面談し意向把握をしている。 ■職員間の情報共有のため、申し送り簿、管理日誌、事故報告書を必ず読んで勤務に就いている。介護記録は2時間毎に記録しているが、利用者の個別の行動や反応なども含めた生活の記録としては不十分である。。排泄、水分摂取量はバイタルサインと共に様式に記入し、申し送りをしている。訪問リハビリなど外部からのサービスを利用した場合の記録、介護計画への記載、実施状況の記載についての方針がなく、課題である。ホーム長は記録不足を認識しており、新たなアセスメントシートの使用を検討している。	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】 ■他機関からの利用者の医療情報は家族を通して得ている。入居者に届く郵便物はホーム長から本人又は家族に渡している。金銭の預かりはなく本人管理である。居室の鍵掛けやドアの開閉は利用者の意向に沿っており、鍵をかけている利用者もいる。プライバシーの保護については、導入研修の内容としてマナーや尊厳の保持が盛り込まれている。現場では新人も多いため、ホーム長はなれなれしい話し方や呼称の使い方、排泄誘導、失禁ケア時の言葉掛けなどの指導をしている。同性介護を希望する利用者には応じている。 ■利用者の気持ちを傷つけるような言動や無視などが職員に見られた場合は、ホーム長は個人的に指導をしたり、ユニット会議で課題にしている。しかし、ホーム長の対応のみでは困難だと判断した場合は、本社のコンプライアンス担当者へ報告、相談する仕組みがある。虐待被害対応はマニュアルに加え虐待防止法による事故報告の義務化など行政への連絡体制を整えている。 ■利用者の生活習慣に配慮した支援に心がけている。例えば、パンを好む利用者に対し、近くのコンビニエンスストアへ好物のパンを買い行ったり、買い物兼ねた散歩活動をプラン化するなどの取組みがある。一方、食事場面でエプロンを着けている利用者があり、摂取状況から見て必要性に疑問をもった。尊厳の視点と生活習慣に配慮した支援という両面から、利用者の生活行為、活動の再検討と支援の充実を期待する。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
事業所業務の標準化	評点
1．手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	B
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	A

【講評】 ■サービスの基本事項や手順書は本社で作成したものがあり、導入研修時の職員用マニュアルと管理者（ホーム長、ＵＬ対象）マニュアルがあり、その内容は、基本理念やマナー、尊厳の保持、職務分担や業務に関すること、帳票の記載などであり、現場実践に活用している。また介護技術や感染症マニュアルが別冊として準備されている。マニュアル等に関する見直しについては改変の時期などは不明確である。 ■職員が知識や技術を学ぶ機会として、毎月のユニット会議時にケース検討会も実施している。現場のケアについては職員個々の力量に合わせて、ホーム長とＵＬがその場で指導することが多く、手順書を活用することは少ない。ホーム長、ＵＬは携帯電話で24時間連絡が可能な体制をとり緊急時にも備えている。新任者が一人で夜勤担当を可能だと判断する目安は、その職員の力量として、冷静な判断、利用者とのやりとり、対処の仕方などを総合的に評価し、ホーム長とＵＬで判断している。 ■利用者の安全性への配慮として、ホーム長は共有スペースと居室に危ないものは置かないように点検し、職員指導をしている。車椅子や歩行器などの福祉用具の点検は、福祉用具レンタル事業者が、３ヶ月ごとに点検している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
--	--

* サービス分析の結果（サービスの実施項目） *

サービスの実施	評点
1．介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	A
【講評】 ■立案した介護計画は、月１回のカンファレンスを行ない、利用者の状況を確認している。支援実施状況は、食事などの基本的な項目を記載する帳票を活用している。また、アセスメントとして、利用者のＡＤＬや掃除、買い物などの能力を「本人が出来る事」「支援が必要な事」の視点で整理し、その上で個別の日課表を作成しており、支援すべきことが分かり易い。しかし、その実施内容や利用者の様子、状態変化についての記録が少ない。アセスメントと支援内容が生かされるようなケアとその記録内容についての検討が必要である。 ■コミュニケーションの取り方として、利用者への言葉づかいや関わり方（手をつなぐ、スキンシップ）など利用者個々の表現の特徴を把握して工夫をしている場面が見られた。しかし、アセスメントや介護計画には、コミュニケーションに関する記載はとぼしい。認知症介護の経験者が少なく、利用者個々の特徴を把握し、利用者の自尊心や主体性を引き出すような適切な言葉かけやコミュニケーションのとり方について、リーダー層は統一した対応ができるよう現場指導をしている。 ■２つのユニット間の連携は、ユニット間の定期的な職員異動、及び朝の申し送りを２つのユニット合同ですること、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ことなどである。日常的には、ボランティアの訪問がレクリエーションを実施する時には、合同で実施したり、１階に花壇があるのでその手入れを２階の利用者が実施した折に、１階と一緒にお茶をのむなどの交流があり、職員が他のユニットの利用者と交流する機会となっている。	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】 ■近くに商店がなく、食材は配達を利用し、献立は冷蔵庫にある食材で介護職員が考えている。食材の配達を申し込む時には利用者の意向を聞くこともあるが、献立への希望も含め、必ず利用者の意思を反映させるという方針は持っていない。入浴は、利用者が希望する場合は毎日でも可能である。また、入居当初入浴を拒否する利用者がいたが、声かけなどの工夫により、現在は入浴が好きになり実施できている。 ■利用者の意見を反映させ、「花壇」づくり「ぬいえ」「習字」が実施され、希望者が参加している。また、利用者の希望と体調や天候を考慮して周辺の散歩は毎日実施している。開設１年目であり、職員の力量不足があり、個別対応の外出や「遠足」などの行事はまだ実施されていないが、ホーム長は利用者の心身の機能維持向上のためにもレクリエーション内容の工夫が必要であると考えている。レクリエーションに関する委員会が開催されだしており、今後の充実が期待される。 ■ホーム内での生活は原則自由である。本人、家族と話し合い、一定の場所で喫煙や飲酒も可能であり、携帯電話利用者もある。テレビの音量などの他の利用者へ迷惑になるような場合はその都度対応をしている。	B
3．利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている	B

【講評】 ■食事の買い物は、近隣にマーケットがなく食材配達を活用している。食材の発注は介護職員が主導で行っているが、利用者の意見も時折聞きながら発注をしている。調理や食事の後片付けは、利用者本人が出来ることは声かけをしながら一緒に実施している。また、入居当時、自室に引きこもっていた利用者が、時間をかけ徐々に働きかけをした結果、現在は、散歩や家事に参加するなどの変化が見られている。 ■更衣や居室清掃は、利用者が主体的にできるよう介護職員が声かけをしている。利用者によっては、共有スペースの掃除も職員と一緒にしている。例えば洗濯の一連の行為についても利用者個々によって「干す」ことはできるが、「たたむ」ことができないなど更衣については「着る」ことはできるが「ボタンをかける」ことができない場合「洗濯物たたみ」「ボタンかけ」の一部分を職員が支援するなど利用者の力量を配慮した支援をしている。	
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	
【講評】 ■食事は、利用者個別に食事、水分摂取状況をチェック表で把握している。例えば嚥下障害のある利用者へは、ホームの方針として食事形態の工夫や介助方法の工夫をし、危険でないかぎり「経口摂取ができる」ようにしている。また、食欲不振者については、利用者の気分転換の目的で散歩をし、その後食事を摂るなどの工夫をしている。むせや飲み込みなど嚥下状態が不良になってきた利用者については、チェック表や申し送りの観察結果をもとに医師と相談し、食事形態、介助の方法を変えている。 ■排泄状態は、排泄チェック表を使い、利用者個々の排泄状況の把握をしている。オムツ使用者1名は、紙オムツによる皮膚トラブルがありフラットタイプにカバーを使用している。排泄チェック表から利用者個々のトイレ誘導および介助方法を検討し、排泄自立に向けた支援に努めている。 ■開設当初、入浴の異性介助について拒否があったが現在はない。また利用者の体型によっては2人介助を実施している。浴室・脱衣所は、共有スペースと隣合わせにあり、カーテンなどの目隠しがなく、ドアを開けるとすぐに見える状況である。入浴介助にあたる介護職員は、浴室の内鍵を「施錠」するよう統一しているが、利用者が一人で入浴する時に施錠がされておらず、ときおり脱衣室のドアを開けると入浴後の姿が見えてしまうことがあり、プライバシーの視点からも検討を期待する。	
5．利用者の健康を維持するための支援を行っている	
【講評】 ■利用者の日常の健康状態は、バイタルチェック表に記載している。家族からリハビリの希望があり、定期的に理学療法士の訪問リハビリを導入した。その結果装具の見直しと訓練が実施され座位保持や歩行が安定するという効果などが見られている。この経験からリハビリの効果を実感したので、他の利用者へも訪問リハビリを紹介し、効果をあげている。その他入所者全員に対しては身体機能維持の目的で体操と散歩を毎日実施し、また、階段昇降などの個別プログラムを取り入れ健康維持、向上に努めている。 ■服薬管理については、開設当初、配薬ミスがあった。検討の結果、服薬担当（配薬、服薬確認）をユニットリーダー業務に入れ業務改善をした。その後現在まで配薬ミスは起こっていない。また薬剤管理は月1回薬剤師の定期的な訪問があり、指導を受けている。 ■医師の往診は、入居前の主治医が、それぞれの利用者を担当している。利用者の体調変化時は、協力医療機関との連携により対応している。ホーム長は通院に同席したり、積極的に医療機関に連絡を取るなどに努めた結果、受診相談に応じてくれるなど連携が容易に取れるようになっている。また近隣の医療機関の情報も入手でき、利用者の健康状態に応じた紹介が可能になってきている。本事業所に看護職の配置がなく近隣の訪問看護ステーションに医療連携の依頼をしたが断られた経緯がある。ホーム長は今後も継続して働きかける考えである。	
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	
【講評】 ■利用者がお互いに助け合って生活ができるよう、例えば共有スペース兼食堂の椅子やテーブル配置は、介護職員が利用者同士の関係をみながら配慮している。また、利用者は、夕方に散歩する人、自分で日課を作りリハビリ訓練をする人など、一人ひとりのペースで時間を過ごせるように支援している。 ■利用者の落ち着ける場所への配慮は、玄関には腰掛けて靴がはけるような椅子の設置、また花や絵などが飾られている。各ユニットの通路やコーナーには、椅子が置かれ、家族の面会も他者に気兼ねなくゆっくりとくつろげるよう工夫がされている。自室のカーテンの色は、本人の好みで選ぶことができる。 ■温度湿度管理は、玄関のスペースに温湿度計を設置し、外気温との差をみながら共有スペース（床暖房）の温度管理をしている。事業所全体が床暖房であり、冬は常時加湿器を作動させている。また、室内が乾燥傾向であるため、洗濯物を室内に干すなどの工夫をしている。	
7．家族等と関係を持ちながら運営している	

【講評】 ■家族との外出、外泊にはとくに制限はしていない。利用者は家族と外出し、食事をするなどの機会を持っている。面会に来られない家族へは、電話で利用者の状態報告や必要な連絡を最低月1回は取っている。ホーム長は、電話や口頭の報告だけではなく、ホームの「おたより」など利用者の様子を知らせ家族との相互理解をもっと深めてゆく必要性を認識している。 ■家族会は1回開催したが、開催時期が不適切であったためか、参加者は頻会に面会にくる家族に限定されてしまい今後の検討事項にしている。リレーション委員会を立ち上げ、敬老会の持ち方などを検討し、家族へ招待状をだし参加をよびかけ多くの家族の参加を得ることができている。	
8．地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	
【講評】 ■地域情報は、ホーム長が区内在住のため区の情報は容易に入手できて、利用者へ情報提供している。地域行事への参加は、近所の広場で開催された祭りに参加している。また、ボランティアを活用してのお花見の実施、利用者の知人が月一回本ホームに来所し、入居者と「お茶」と楽しい会話の機会を提供している。また、本事業所は新興住宅街にあり、近隣の子供も達が遊ぶボールがホーム内に入ってきたことをきっかけに、交流が開始されたこともある。ホーム長は、利用者の生活に楽しみを増やすためには、ボランティアなどの応援が必要だと認識している。	
評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！	

[全体の評価講評へ](#) [組織マネジメント分析結果へ](#) [利用者調査結果へ](#) [事業者のコメント](#)

[▲このページのトップへ](#)

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

評價結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスンのほほえみ

平成18年度

事業所名称	コムスのほほえみ石神井公園
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
利用者調査実施期間	2006年9月27日～2006年10月23日

調査概要

調査対象：対象となる利用者の概要は次の通りです。 男性3、女性9人。 平均年齢：81.4歳。
平均要介護度：2.9。 常時車いす利用者6人。 おむつ使用者4人(常時)

調査方法： 利用者の家族などに対する郵送によるアンケート調査。 利用者の生活を見るコミュニケーション法1回。

利用者総数：18人 調査対象者数：18人 有効回答者数：12人

調査対象者数に対する回答率： 66.7%

調査項目：共通評価項目

調査結果のコメント

本事業所は、住宅街の一角にあり、商店街から離れた地域であるが、近所にはまだ畑が残っているなど穏やかな環境に恵まれており、また公園も近く毎日の散歩を計画している。平成17年8月開設であり、2ヶ月目で満室となり、開設時のあわただしさを乗り越え、現在は落ち着いた生活ができています。総合的な感想は、「大変満足が25%」「満足が50%」「どちらかといえば満足25%」で、回答者全員の満足度が高く、利用者のコメントにおいては、利用者本人の生活状況が落ちついてきている、いつも丁寧で、笑顔で対応してくれるなど好意的な内容のみであった。否定的な回答が多かった設問は、食事に関する内容であり、本事業所は商店街が近所にないこともあり、食材の宅配を利用していることが要因と考えられる。また、ボランティアや地域の方々との交流の機会が少ないこと、本人が職員に対して要望等を気軽に言えるかという設問についても、「どちらともいえない」と「いいえ」と回答した利用者があり、今後の取り組みとして、本事業所が課題としている「楽しい外出の機会」などの提供を通し、利用者サービスの向上に努めることを期待する。

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	50.0%33.3%8.3%8.3%
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	25.0%33.3%16.7%25.0%
3.入浴のとき、ご本人はゆっくりお風呂に入れていますか	91.7%8.3% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
4.【お風呂の介助を受けていると答えた方に】ご本人はお風呂の介助に安心できていますか	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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）	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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していますか	91.7%8.3% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
7.職員は日頃から、ご本人にからだの調子を聞いてくれますか	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
8.ご本人の病気やケガなどの時、十分に対応してくれますか	83.3%16.7% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
9.職員はご本人に対して丁寧に接していますか（嫌なことを言ったり、したりする職員はいない）	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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	91.7%8.3% どちらともいえない：0.0% 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）	50.0%16.7%8.3%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	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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	8.3%8.3%50.0%33.3%
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	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
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	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	66.7%25.0%8.3% いいえ：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	25.0%50.0%25.0% 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	75.0%25.0% 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	58.3%33.3%8.3% 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	75.0%25.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：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	A	
標準項目	○	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している
	○	全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる
A+の取り組み		

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

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

2-1-3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている

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

2-2-1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

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

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

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

2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

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

[戻る](#)

[▲このページのトップへ](#)



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	C	
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	C	
標準項目	✕	計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している
	✕	計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている
	✕	計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している
	✕	計画推進にあたり、進捗状況を確認し（半期・月単位など）、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる
A+の取り組み		

4-2-1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点	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	C	
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	A	
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](#)

福ナビ

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

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	ホーム長は訪問介護員など介護に関する経験が豊富であり、また、認知症ケアに関する意欲を持ち、開設当時から、法人の基本方針でもある「利用者の心に寄り添った介護」を方針とし、ユニットリーダーと協力し、率先して現場で指導をしてきている。また、職員の退職が相次ぐ状況においても、くじけることなく、方針を貫き、開設一年が過ぎ、職員は徐々に認知症ケアを習得し、落ち着いたグループホームになってきている。制度改正により、今年度から「地域運営推進会議」を実施し、地域包括支援センター、民生委員が参加し本事業所の活動報告をすることにより、事業の透明性の確保が進んだ。

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	毎月のユニット会議とその時のケース検討の話し合いやホーム長、ユニットリーダーなどによる、随時の現場指導により、職員は認知症ケアの習得が得られ、自信が持てるようになってきている。入居当時、入浴拒否や引きこもりなどの状況にあった利用者が、入浴や外出、利用者と楽しい時間を過ごすなどの変化が見られ、職員は介護の成果を実感できている。レクリエーション委員会が立ち上がり、家族を招待して敬老会を実施し、多くの家族が参加している。

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	入居当初と比較し、花壇づくり、書道、ぬりえ、利用者の知人の定期的な訪問、お花見、地域の祭りへの参加など楽しみの機会がふえている。訪問リハビリを開始し、福祉用具の見直しや機能訓練などにより座位保持や歩行が安定するなどの成果が得られている。通院介助や連絡、情報の提供など医療機関との連携をきめ細かく実施した結果、近隣の医療機関に関する情報が豊富になり、利用者の健康状態や問題に応じた、適切な医療機関の選択や紹介ができるようになった。

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

評点	A
改善の成果	開設１ヶ月で１７人の入居者があり、２ヶ月で満床にしている。１ヶ月で満床にするという法人の方針があり、健康面や介護面から見てかなり重度な利用者の入居を受け入れたこともあり、１年間で療養型入所施設へ転居、病院へ入院、また在宅復帰した人など８人が退所している。しかし、２週間以内に満床にし、経営的な安定が得られている。

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

・カテゴリー３：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」

評点	A
改善の成果	開設当初、職員が認知症ケアを習得していない状況があり、家族から職員の言動などについての苦情があったが、職員の技術が上がったことやホーム長などが、面会時、意識的に家族の意向を聞くなどの取組みにより、苦情は減っている。地域運営推進会議の開催により、地域包括支援センター、民生委員と情報交換する機会を得たが、その後、本事業者としての働きかけはなく、また民生委員などから地域情報の提供などはない。

[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

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](#)



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	A	
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

福ナビ

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

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	B	
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	A	
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	A	
標準項目	☐	介護計画に基づいて支援を行っている
	☐	利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している
	☐	利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている
	☐	利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている
A+の取り組み		

2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている

評点	B	
標準項目	☒	食事に利用者の意思を反映している
	☐	入浴は利用者の意思を反映している
	☐	レクリエーションや習い事等への参加は利用者の意向に沿っている
	☐	ホームでの生活は、他の利用者への迷惑や健康面などに配慮したうえで、原則として自由である
A+の取り組み		

3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている

評点	B	
標準項目	✕	食事に關する一連の行為（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	A	
標準項目	○	利用者の状態に応じた食事提供や、支援を行っている
	○	利用者の排泄状況を把握し、それぞれに応じた支援をしている
	○	利用者の状態に応じた入浴の支援をしている
	○	掃除や買い物ができない場合は代行している
A+の取り組み		

5．利用者の健康を維持するための支援を行っている

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

6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

評点	A	
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	A	
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](#)