



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">コムスのほほえみ都立大学</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.H0201048</a> <a href="#">修了者No.H0201020</a> <a href="#">修了者No.H0501008</a>
評価実施期間	2006年9月6日～2007年3月24日

### 全体の評価講評

#### \* 特によいと思う点 \*

##### ・ホーム長の管理者としての情報管理に関する活動

ホーム長は管理者の一つの役割は、法人や行政との連携に努めることであるとしている。その具体的な取り組みとして、行政の関係部署、地域の連携中核病院や福祉事業者を、できる限り毎月訪問し、居室の空き情報提供や法人としての活動状況を報告、情報誌を配布している。またこのような機会を通し、介護保険制度やサービスに関する情報を収集している。管理者の責任として、入居申し込み利用者に対する定期的な情報把握により、空室時はすぐに入居を可能にし、安定した経営状況を確保している。

##### ・入居時の適切な説明と不安を軽減する取り組み

入居に際し、重要事項説明書と契約書は読みあげて説明し、入居後の日常生活については利用者が質問し易いように具体的で丁寧な説明に努めている。また、環境に早く慣れてもらうため、家族と共に荷物を持ち込み、居室のレイアウトをするなどの取り組みをしている。職員体制としては、ホーム長かユニットリーダーが勤務していること、ベテラン職員を夜勤に配置すること、新入居者の好物を食事に準備し歓迎の意を示すことなどにより、利用者の不安の軽減に努めている。

##### ・利用者の希望を尊重したターミナルケアの実施

法人としてのターミナルケアについての方針は、「ご入居のしおり」でターミナルケアの約束ができないこと、しかし個別には対応すると明記している。本事業所

では入居時には、ターミナルケアの希望はなかった場合でも、利用者の希望に応ずる方向で検討している。たとえ医療的な処置が必要な場合でも、利用者が入院を希望しない場合は、十分に家族と話し合い、医療体制を整えて応じている。これまで2例の実施があり、職員教育の側面からも効果的であるとしている。

### \*さらなる改善が望まれる点\*

・人材育成に関する法人としての積極的な改善の必要性  
新入職員は法人（上部組織）が採用し、事業所に配属される。法人としての人材育成と評価の連動が見え難いこともあってか退職者が多く、現場では常に新人に対するOJTに追われている。そのため職員による委員会活動や内部研修は中止・不十分な状態にならざるを得ない。この様な中でもレクリエーション委員会の活動で家族同伴のバス旅行が実施され喜ばれているが、一方職員調査の回収率は低く、意見記述はゼロに等しい。職員のやる気とその継続性について不安を持たざるを得ない。人材育成に対する法人としての積極的な改善を期待する。

・利用者の意向・要望を受け止め、実施することへの積極的な取り組み  
利用者の意向・要望を把握する機会として、家族面会時や介護計画説明時、そして家族会などがある。これらの機会では把握した要望などへの対応は、カンファレンスで検討し、まず要望に沿って実施してみて、現実的な継続の可能性を判断するという方針である。しかし、家族から寄せられた要望に対し、適切な内容であると判断しても実施されていない状況がある。また、利用者調査の自由記述では、「不満を言っても改善されていない」という意見が寄せられている。法人との調整が必要な内容もあろうが、実施に向かう積極的な取り組みを期待する。

・外出の機会や楽しみの機会を増やし利用者の生活を豊かにする  
今年度は家族も参加するバス旅行を計画し、喜ばれている。しかし、本事業所は閑静な住宅街にあり、坂道が多いことなどもあってか、日常的に利用者が外出する機会は殆んどない。家族が病院受診や美容院、外食に誘うなどが外出の機会になっていると言っても過言ではない。また、ボランティアの訪問も極く限られている。利用者調査でも職員以外の人との交流や楽しみの少なさが指摘されている。家族の協力と同時に、年度計画として目標を掲げ具体的な取組みにより、利用者の生活を豊かにする取り組みを期待する。

### \*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

[<< 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="#">コムスのほほえみ都立大学</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9月6日～2007年3月24日

## \* 組織マネジメント分析の結果 \*

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

<p>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</p>	<p>A</p>
<p><b>【講評】</b>                  理念・基本方針は法人全体の「コムスの誓い」「グッドウイルグループ十訓」に明らかにされ、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、導入研修（新人研修）、毎月のホーム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。毎朝「誓い」と「十訓」を唱和することになっているが、忙しさの中で毎日の唱和は実施できていない。利用者には、入居契約時に説明し、また、法人が2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、利用者のケア面に関してはユニットリーダーに任せて、管理運営面について責任を持つとしている。例示として、利用者の生活と職員の活動を見極め、会議の議題を明確化し、事業所としての方針を出すこと、法人や行政との連携を重視し、関係する書類は早急に適切に応ずることとしている。しかし、例えば毎日唱和する方針である「コムスの誓い」など徹底させられない状況がなどあり、リーダーシップ面において課題があるといえよう。                  ホーム長は事業を進めるに当たっての重要な案件は、入居者の状況に関することや家族への連絡などであり、判断をする時は、自分ひとりの意見ではなく、ケアをする職員の意見を聞いたり、法人が経営する系列グループホームのホーム長に相談している。本社からの報告は、上部組織が主催する全国ホーム長会議や本ホームが所属するエリア統括会議に参加したホーム長の判断で必要な内容を職員に報告している。利用者に対しては、費用やサービスに関することなど重要な案件は、本社が文書を作成し、説明、配付するなどしている。</p>	<p><b>評点の内容</b>                  詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
<p><b>経営における社会的責任</b></p>	<p><b>評点</b></p>
<p>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</p>	
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている</p>	<p>—</p>
<p>2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている</p>	
<p>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</p>	<p>—</p>
<p>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</p>	<p>—</p>
<p>3. 地域の関係機関との連携を図っている</p>	<p>B</p>

<p>【講評】 福祉サービスに従事する者としての規範・倫理は、コムスの誓いなどに盛り込まれ、また、「導入マニュアル」に明記し、新人研修で説明されている。ホーム長としては、新人職員に対するオリエンテーション時に虐待について意識的に説明している。第三者評価の結果は、ファイルし、ホームの玄関に置き、来訪者は誰でも閲覧できるようにしている。 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、町内会の委員、民生委員、家族、利用者が参加し、ホーム内で開催している。本事業所の活動状況を報告し、また、地域にある資源の活用などについて助言を得られるなど、地域と連携を深める機会となっている。この会議の内容は議事録としてまとめ、行政への報告はもちろんのこと、参加していない家族にも送付するなど透明性を高める取り組みをしている。 地域における関係機関とのネットワークづくりの機会として、地域の医療機関の相談員が主催し、居宅支援事業者などが参加している「目黒区ネットワーク会」が地域の事業者との情報交換の場になっている。また、行政が主催する研修会への参加が、地域の関係機関と知り合う機会になっている。ネットワークづくりへの積極的な参加やその体制はなく、事業所内部の業務に追われている状況であり、計画はない。</p>	<p><b>評点の内容</b> 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</h2>	<h2>評点</h2>
<p>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</p>	
<p>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）</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>C</p>
<p>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</p>	<p>B</p>
<p>【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ほか、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いる。利用者一人ひとりの苦情や意見を把握する機会として、家族の面会時に問題のある利用者を中心に話しかけたり、介護計画の説明時に実施している。要望、苦情の内容により、ホーム長の判断では対応が困難な場合は、本社のコンプライアンス室に相談し、担当者が家族と会うなどの方法を活用する仕組みがある。 利用者（家族）の意向、要望に対する対応は、カンファレンスで検討し、まず実施してみて、現実的な継続の可能性を判断するという方針である。利用者アンケートは実施していないが、家族会では要望を聞いている。家族から、夕食のメニューを貼り出してほしいという要望があり、適切な意見だと判断したが、まだ実施していない。利用者（家族）の意向に応じたいという方針はあっても具体的な取り組みをするための仕組みは不確かであり、実施を困難にしている。 今年から実施されている地域推進会議に、町会の役員や民生委員が参加しており、祭りや行事など町内の動きを以前より知ることができる。福祉事業全体の動向は、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等で報告されている。また、ホーム長は、毎月のように行政の関連窓口を訪問し、ホームの活動の報告と同時に制度や事業所に関する情報の収集に努めている。しかし、これらの情報の整理や事業所の今後の課題を検討する役割は、不明確である。</p>	<p><b>評点の内容</b> 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>計画の策定と着実な実行</h2>	<h2>評点</h2>
<p>1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる</p>	
<p>1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している</p>	<p>C</p>
<p>2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している</p>	<p>C</p>

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
<p><b>【講評】</b>  法人としての中長期計画は策定していると考えられるが、ホーム長は承知していない。年度初めに法人代表から、経営方針や事業拡大についての説明はあるが、各事業所ごとに事業計画を策定するなどの方針は出されていない。行事については予定表を活用し記載している。委員会活動の実施のため、レクレーション、食事、防災などについて担当職員を決め、今後活動をする予定である。  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。事故、ヒヤリハットなどについてはどんなに小さなことでも報告する方針であり、法人に「トラブル報告書」での報告が義務づけられている。現場では、事故があった場合は、すぐに職員間で検討、職員全員が見る管理日誌に記載の上、申し送りを行っている。予防対策などについて検討が必要な場合は、ホーム会議の検討事項としているが、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。  感染症対策については、法人としての研修があり、また、随時にメール配信される資料をを職員に配付、ホーム会議でも対策を検討し、感染予防のチェックリストを毎日活用して周知、徹底に努めている。</p>	<p><b>評点の内容</b>  詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
<b>職員と組織の能力向上</b>	<b>評点</b>
1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる	
1. 事業所にとって必要な人材構成にしている	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

<p><b>【講評】</b>  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、新人研修マニュアルの中、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、本事業所に配置される。ホーム内のユニット間の異動は、ホーム長が能力、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がなく、現場での教育に追われている実情である。</p> <p>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3ヶ月に1回開催され、職員1人が参加している。ホーム長は職員の能力の向上に関する希望は、ホーム会議や日常的な会話で聞いているが、法人としては特に計画的な対応は指示されていない。新人職員のOJTは、主にホーム長やユニットリーダーが担当しているが、退職者が多く十分な時間を取り、計画的に実施することは困難である。</p> <p>ホーム長は一方的に判断するのではなく、職員の意見を聞きサービス内容などを決めることを方針としている。職員が利用者の喜ぶことや良いと思うことを提案した時は、無理と思えても支持するなど、職員の意欲の向上に努めている。就業状態については、疲労面への対策でもある、夜勤回数などシフトについて配慮しているが、人員不足などが影響して予定通りには行かない状況である。今回の調査では、職員自己調査の回収率は、33.3%と低く、職員からのコメント、意見は殆んど寄せられていない、職員のやる気向上への取り組みに課題がある。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  詳しい内容は  <a href="#" style="color: white;">こちらをクリック！</a> </div>
<h2 style="color: #FF9900;">情報の保護・共有</h2>	<h2 style="color: #FF9900;">評点</h2>
1. 情報の保護・共有に取り組んでいる	
<p>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</p>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #999; font-size: 24px; font-weight: bold; color: #000080;">B</div>
<p>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</p>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #999; font-size: 24px; font-weight: bold; color: #000080;">A</div>
<p><b>【講評】</b>  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。法人からメールで送付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、本部などからの情報提供が頻繁にあり、本事業にとっての必要性の判断が容易につきにくいこともあり、内容を吟味し管理してゆくことが現実的には困難になっている。情報の更新は1年を目途にしている。</p> <p>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&amp;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、そして玄関や事務所に掲示などの取り組みをしている。利用者（家族）には、「個人情報の取り扱いに関わる覚書」（サービス提供に関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、提供に関する対応を明示し、同意の有無を確認している。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  詳しい内容は  <a href="#" style="color: white;">こちらをクリック！</a> </div>
<h2 style="color: #FF9900;">カテゴリー 1 ～ 7 に関する活動成果</h2>	<h2 style="color: #FF9900;">評点</h2>
1. 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 1：「リーダーシップと意思決定」</li> <li>・カテゴリー 2：「経営における社会的責任」</li> <li>・カテゴリー 4：「計画の策定と着実な実行」</li> </ul>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #999; font-size: 24px; font-weight: bold; color: #000080;">A</div>
2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」</li> </ul>	<div style="background-color: #CCCCFF; padding: 10px; border: 1px solid #999; font-size: 24px; font-weight: bold; color: #000080;">B</div>

3. 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している		
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー6：「サービス提供のプロセス」</li> <li>・カテゴリー7：「情報の保護・共有」</li> </ul>		
4. 前年度と比べ、事業所の財政面において向上している		
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している</p>		
5. 前年度と比べ、利用者の意向や苦情対応の面で向上している		
<p>1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリで評価される部分や利用者満足状況調査などにおいて改善傾向を示している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー3：「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」</li> </ul>		
<p><b>【講評】</b> この1年間は退職者が相次ぎ、現状を維持することに力を注がなければならない状況があり、大きな改善、成果は認め難い。この様な中で立ちあげた委員会の中、レクレーション委員会の活動でバス旅行を計画し、利用者全員の参加、家族の参加が得られ楽しい時が過ごせている。今後は、職員の力量を向上させ、また地域資源を活用し、利用者が快適で、楽しい生活を過ごせるよう計画的な取り組みが望まれる。そのためにも法人と上部組織の支援が必要である。</p>		<div style="background-color: #006400; color: white; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p><b>評点の内容</b> 詳しい内容は こちらをクリック！</p> </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



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

評価の手法については、[こちら](#)をご覧ください。

事業所名称	<a href="#">コムスのほほえみ都立大学</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9月6日～2007年3月24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

<p><b>【講評】</b>        本事業所の活動内容は本社の作成するグループ全体の情報誌「コムスン通信」やホームページの中で把握できる。パンフレット「ほほえみ」はグループホームの基本方針やサービス内容、利用者の暮らしがイメージできる写真掲載があり、申込みから入居までの手続きと準備書類、費用説明等が別紙で織り込まれ分かり易い。本社が出している新聞広告からの問い合わせもあるが当事業所では病院からの問い合わせが多い。        ホーム長は本社の情報担当部署と連携を取りながら、空き情報などの情報提供を定期的に行っている。また、区の介護保険や高齢福祉担当、地域の連携中核病院や福祉施設をできるかぎり毎月訪ね情報交換をし、情報誌やパンフレットを必要に応じ配布している。        入居の問い合わせは電話による事が多く、職員には電話対応できるよう指導している。また、ホーム長不在の場合は、「ホーム長伝達帳」に記載し、確実な把握と報告に努めている。見学受け入れはホーム長、ユニットリーダー（UL）が対応し、行事や食事時間をはずした日中に受け入れている。見学は入居待機者が多く、質問はグループホームでのくらしや費用についてが多く出ている。</p>	<p><b>評点の内容</b>        詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
<h2>サービスの開始・終了時の対応</h2>	<h2>評点</h2>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p><b>【講評】</b>        入居に際し生活状況報告、健康診断、申し込み書等が必要である。ホーム長は家庭訪問による面談で情報を得ることを基本としている。その結果を本社へ報告し、本社の判断を経て入居が決定される。契約時利用者本人が同席する場合はわかり易い言葉でゆっくり説明している。家族には金銭管理のルールや一人での外出は避けてもらうなど最低限の取り決めを伝えている他、契約書に沿って退居条件となるケアの状況、重要事項などの同意を得ている。利用者や家族の意向は説明時口頭で確認し、申し送り簿で職員に伝えケアプランに反映する。        ホームでの生活は入居日に説明する事が多い。ホーム長は面談情報を基に食事時間、起床、入浴、散歩等大まかな日常生活の流れを話し、利用者が質問しやすいように努めている。環境に早く慣れてもらうため、事前見学のない入居者は家族と共に荷物の持込みや居室のレイアウトを助めている。また、ホーム長やULが日勤の時に入居してもらい、ベテランの夜勤者を配置し巡視を多くする他、新しい入居者の好きなものを聞きそれに応じている。時には歓迎の出前を取ることもある。        退居時には、介護サマリーを家族に渡している。また、入院中にも家族の相談に応じ家族の不安に配慮している。ターミナルケアについては医療的な処置が必要な場合でも、家族と利用者の希望を尊重し、入院を希望しない場合は、上部組織に相談し承諾を得て実施している。本事業所では、入居時には意思表示はなかったが、その後ターミナルケアの希望が出され、2例のターミナルケアを実施している。</p>	<p><b>評点の内容</b>        詳しい内容は  <a href="#">こちらをクリック！</a></p>
<h2>個別状況に応じた計画策定・記録</h2>	<h2>評点</h2>
<p>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</p>	<p>B</p>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>A</p>

<p><b>【講評】</b>  介護計画は入居後1ヶ月間に作成している。アセスメント様式として、生活歴や生活習慣、日常生活動作、健康状態など包括的な視点を持った調査票を活用し、介護計画策定をしている。ホーム長とULは入居者状況報告書、調査表と入居後の生活状況から原案を作成し、職員が参加するホーム会議で決定する。その後ホーム会議で1ヵ月毎に利用者全員について生活の変化や状況の検討をして計画を見直し、この内容をカンファレンスシートに記録している。定期的なアセスメントについては計画はないが、退院時など状況の変化時は計画の見直しをしている。</p> <p>家族への説明は面会時をとらえ、介護計画書を渡しホーム長やULが説明し、同意を得ている。この説明時は家族の意向や利用者のこれまでの生活を把握する機会としており、家族の意向などにより計画を修正することもある。来所できない家族には電話で説明しているが、計画的な実施にはなっていない。ホーム長はどの家族にも3ヶ月に1度は伝えたい意向を持っている。</p> <p>職員間の情報共有は朝礼や会議での連絡や申し送り帳、管理日誌、伝達帳等で行っている。利用者個人の1日の生活状況を記録する介護記録の他に健康チェック表、水分摂取量・排泄・バイタルをチェック表を使い観察している。記録から利用者の状況の変化に対応するケアの実施とその推移は把握しにくい。ホーム長は新しい職員に対し利用者状況の把握や観察、記録から利用者の状態を理解するための指導をしている。また、記録に対する確認の手段としてサインの不徹底さがあり指導に努めている。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #e67e22;">プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</h2>	<h2 style="color: #e67e22;">評点</h2>
<p>1. 利用者のプライバシー保護を徹底している</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 10px; border: 1px solid #bdc3c7; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 2em; color: #34495e;">B</span> </div>
<p>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</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 10px; border: 1px solid #bdc3c7; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 2em; color: #34495e;">B</span> </div>
<p><b>【講評】</b>  他機関照会や外部に対する情報提供の同意を契約時に説明し、同意を得ている。入居者への郵便物はホーム長から直接本人又は家族に渡している。プライバシー保護については導入時研修内容に尊厳の保持やマナーが盛り込まれている。ホーム長は入居者のプライバシー保持について職員指導をしているが、トイレ誘導時の声かけや居室のドアノックなどについて徹底されていない。ユニットの入り口が施錠状態になっており、利用者の不穏時は家族の了解を得て実施するという方針の内容が不明確である。</p> <p>利用者の中には訴えが少なく嫌と言えない場合がある。意向に添い入浴、就寝時間をずらしたり、メニューを選ぶ場面で強制をしない等配慮をしている。虐待対応としてマニュアルや研修等で伝えており、ホーム長だけで対応困難な場合、本社コンプライアンス担当へ連絡し、現地訪問などによる協力が得られる仕組みがある。利用者のあざ等を発見した事例では、この仕組みを活用し、対処している。ホーム長は予防の一つとして職員の困りごとや悩みの相談を受けたり、困難なケアが職員のストレスにならない為に事例検討の重要性を認識している。</p> <p>利用者の生活習慣を尊重した支援をするために、入居後も継続して、利用者の趣味を話題にしたり、家族の面接時に聞くなどに努めている。長湯を好む人、食事に2時間かかる人、一人の散歩を好む人などに個別に対応することもある。一方、利用者の生活背景を理解しその人らしい生活や社会とのふれ合いを発見するためには、職員の力量不足があり実現を困難にしている。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>評点の内容</b>  <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #e67e22;">事業所業務の標準化</h2>	<h2 style="color: #e67e22;">評点</h2>
<p>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</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 10px; border: 1px solid #bdc3c7; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 2em; color: #34495e;">B</span> </div>
<p>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</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 10px; border: 1px solid #bdc3c7; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 2em; color: #34495e;">B</span> </div>
<p>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</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 10px; border: 1px solid #bdc3c7; border-radius: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 2em; color: #34495e;">A</span> </div>

【講評】  
サービスの基本事項や手順書は本社で作成され、導入研修時の職員用マニュアルと管理者(ホーム長、U.L対象)用のマニュアルがある。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、帳票の記載法などであり、介護技術や感染症マニュアルなどは別建てになっている。また、随時、上部組織から、サービス基準の変更などについてはメールで配信され、差し替えることになっている。豊富なマニュアルはあるが、活用されていないものや一部目的の明記がない等現場では活用しにくいものもある。  
個別ケアを日常的に学びあう場としてホーム会議がある。職員が工夫した介助内容やケアの困難な入居者に対する個別の対応などについて共有したり、研修に参加した場合はその内容をホーム会議で伝達している。安全性の支援として、車椅子の定期点検、また、機種変更、購入時や浴槽内の台の取り付け、ふらつきのある利用者へベッド導入などの際には、福祉用具専門相談員・事業者に相談している。ホーム長、U.Lは携帯電話で24時間の連絡体制をとり、緊急時に備えている。

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	B
<p>【講評】 介護計画に基づいた支援の実施状況は、食事、排泄など項目別に一定の観察表に記載されている。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支援をしている。利用者の状態変化については、管理日誌や伝達帳で申し送りを行っているが、その実施内容や利用者の状態変化については一部実施結果の記載がなく徹底されていない。 利用者への言葉づかいや関わり方は、ホーム会議で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検討し、ホーム長は職員が統一した対応ができるよう現場指導をしている。しかし、利用者のコミュニケーションの特徴を把握するアセスメント項目は未記入が目立ち、また介護計画にも課題として記載されている人は少なく、利用者の個別性の周知を図るための取り組みを期待する。利用者のその人らしい生活の支援として、喫茶店への同伴をするなどはあるが、対象者は少なく、実施は不十分である。 申し送りを2つのユニット合同で実施し、またホーム長とユニットリーダーは常に情報交換をしている。利用者に変化があったときは、管理日誌に書いて共有化をはかっている。また、ユニット間の連携を良くするために担当職員の異動をしたり、1つのユニットに対応困難な事例があった場合には、他のユニットから応援に入るなど協力をしている。</p>	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
<p>【講評】 食材は、2日に一度介護職が利用者の意向を聞き購入している。利用者が時折会話の中で言った食べ物は、冷蔵庫に貼ってある指定用紙（買い物メモ）にその都度記載し参考にしている。また利用者希望で行事食や新入居者の歓迎会、敬老会などには「出前」などを取っている。調理は利用者が主体的に行動を起こした場合は一緒に行うようにしている。入浴は、利用者が希望する場合は毎日可能であり、また足浴にも応じている。入浴を拒否する利用者がいたが、浴室に好みの絵を貼り言葉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。 利用者個々の意見を反映させ、「ぬりえ」「習字」「編み物」が実施されている。参加の有無については利用者一人ひとりの様子を観察し、無理な誘導や積極的な声かけはしていない。レクリエーションの種類は少なく、参加者は必ずしも多くはない。ホーム長は利用者の重度化予防や心身の機能維持向上のためにも、今後はレクリエーション内容の工夫と検討が必要であると認識している。 ホーム内での生活は原則として自由であるという方針である。しかし、徘徊する利用者への対応として、安全を確保する目的でユニット間（1階と2階）の出入口および玄関を施錠している。開錠は、利用者の状況を観察し、ホーム長またはユニットリーダーが判断するが、利用者の希望に応じ外出する機会は少ない状況であり、「原則自由」という方針を実施しているとは言い難い。嗜好品については、利用者、家族と話し合い、一定の場所で喫煙や飲酒も可能であり、携帯電話利用者もいる。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。</p>	A
3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている	A

<p><b>【講評】</b>  入居前の生活習慣として、調理や掃除を自分ですることがなかった利用者が多く、調理や食事の後片付け、掃除は、強制をせず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。食事の買い物は、ホームから商店街までが坂道であり、また利用者の坂道歩行が困難なため食材購入は利用者の意見も時折聞きながら、職員が実施している。理美容については、訪問理美容月1回を利用または外出時家族が同伴して実施している。  更衣や居室清掃は、利用者へ職員が声かけをして実施している。声かけは、利用者個々の生育暦や生活習慣を把握し、利用者が行っていた生活行為や何に興味が あるかを探し、「自分がしたい」と思うような事柄についてその都度「話しかけ」ている。例えば、洗濯物を洗うことには興味はないが、「干す」ことはできる、「たたむ」ことはできる人など、利用者の関心と力量を配慮し、主体的に参加できるように努めている。しかし、ホーム長は、まだ職員全員への周知において不十分であり、統一した支援ができるように指導をする必要性を認識している。</p>	
<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</p>	A
<p><b>【講評】</b>  食事は、利用者の状態に合わせて医師と相談し、危険でないかぎり経口摂取ができるように、食事形態や介助の方法を工夫し提供している。食事、水分摂取状況は観察表で把握している。例えば食事中「遊んでしまう」「自分で食べない」などの利用者へは、スプーンの上に食べ物をのせ、最初の一口を介助するとその後は「自力摂取」できる利用者もいる。  排泄状況は、観察表に記載し、利用者個々の状況を把握している。トイレ誘導や紙パンツやパット使用の有無は、排泄状況を参考にして声かけや排泄用品の選択をしている。排泄介助方法はホーム会議で検討し、排泄自立に向けた支援をしている。  開設当所、入浴の異性介助について拒否があったが、現在は無い。入浴介助にあたる介護職員は、利用者の好みにあわせて入浴剤などをを用い快適な入浴が出来るよう支援している。また利用者の希望により足浴にも随時対応している。</p>	
<p>5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている</p>	B
<p><b>【講評】</b>  利用者の日常の健康状態は観察表に記載している。訪問診療は、協力医師（内科）および入居前の主治医が担当し、家族への健康状態の説明は医師が実施している。診察結果は、毎月医師から本事業所と家族に対し、診療情報提供書で回答がある。また利用者と契約している歯科医師が月1回、歯科衛生士が週1回来所している。服薬管理は、ユニットリーダーが管理し、配薬はダブルチェックする体制である。また薬剤管理は外部の薬剤師と連携し、月1回定期的に指導を受けている。その他、利用者10名は週2回30分の訪問マッサージを利用している。  利用者の体調変化時は家族へ連絡し、協力医師や協力医療機関との連携により対応している。本事業所は、看護職が不在のため今後、利用者の重度化やターミナルケア実施に向けて医療連携強化のために訪問看護ステーションとの連携について検討が望まれる。  身体機能低下防止については、利用者の日常生活動作（座位保持、トイレへの移動移乗動作など）の支援が主である。この活動により歩行状態が改善された人もおり、3人の利用者は介護計画に散歩を取り入れ、一組の夫婦は隔日に散歩をしている。また一つのユニットでは毎朝テレビ体操を実施しているが、健康維持や身体機能低下防止の側面から見ると、方針や計画性は認め難い。</p>	
<p>6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている</p>	B
<p><b>【講評】</b>  利用者は、無口であり、また重度化してきているため「お互いに交流を持つ」ことが少なく一人で行動をしており、具体的に助け合っているとは言いにくい状況である。この状況をホーム長も認識しており、利用者個々にあった楽しい生活を過ごせるよう検討の必要性を感じている。  利用者の落ち着ける場所への配慮は、1階に花壇があり、2階へは季節毎に植物（植木鉢）を配置している。食事場所は、テーブルと椅子の他に和室でも食事をしている。温度湿度管理は、各部屋で調整ができる。施設全体が床暖房であり、そのため室内が乾燥傾向であるため湿度確保のため洗濯物を室内に干したり、夜間各部屋に「濡れタオル」を下げるなどの工夫をしている。また利用者によっては加湿器を入れ湿度の調整をしている人もいる。</p>	
<p>7. 家族等と関係を持ちながら運営している</p>	A
<p><b>【講評】</b>  家族との外出、外泊はとくに制限していない。利用者と家族の主な外出は、病院受診、美容室、外食などの機会である。月に3～4回家族と外出している人もおり、面会に来られない家族に対して、ホーム長は3ヶ月に一度を目安に利用者の生活状況について電話で報告しているが、今後はホームでの利用者の生活を「おたより」として家族に知らせるなどにより、家族と相互理解を深めてゆく必要性を認識している。  今年度は、バス旅行やクリスマスで家族との交流を図った。しかしクリスマス会は、質問のあった家族に知らせており、全家族を誘っていないこともあってか、参加者が少なかった。今後は家族との交流を積極的に企画（レクリエーション委員会）で実施することを考えおり、活発な活動が期待される。</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>B</b>
<p><b>【講評】</b> 今年度から「地域運営推進会議」を開催し、従来に比べ地域情報が入手しやすくなったが、地域の情報を収集し利用者に提供することや地域で開催されているイベントなどに参加するなどの取り組みはなく、今後近隣にある「住区センター」で開催されている趣味の会、小学校との交流を検討している。 家族の訪問以外には、学生ボランティアが音楽療法をかねて訪問する程度である。本事業所は住宅街にあり、近隣者との日常的な交流が乏しい地域であり、また、商店街にゆく道は坂道であるなどの環境である。利用者が外部の人と交流を持ったり、地域の社会資源を活用して、楽しく豊かな生活をするためには、家族の協力と同時に年度計画として目標を掲げ、具体的な取り組みによる実現が期待される。</p>	
	<b>評点の内容</b> 詳しい内容は <a href="#">こちらをクリック！</a>

[全体の評価講評へ](#)[組織マネジメント分析結果へ](#)[利用者調査結果へ](#)[事業者のコメント](#)[このページのトップへ](#)

---

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

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

[サイトマップ](#)

[前に戻る](#)

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

## 評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ

## 平成18年度

[<< 前の評価結果を見る](#)

事業所名称	<a href="#">コムスのほほえみ都立大学</a>
評価機関名称	<a href="#">特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ</a>
利用者調査実施期間	2006年10月25日～2006年11月30日

## \*調査概要\*

調査対象：1、性別：男性5人、女性13人  
 2、平均年齢：83.5歳  
 3、平均要介護度：2.87  
 4、車椅子使用者：3人  
 5、おむつ使用者：夜間のみ2人

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：14人

調査対象者数に対する回答率：77.8%

調査項目：[共通評価項目](#)

## \*調査結果のコメント\*

平成17年2月に開設している。閑静な住宅街に位置し、近隣との交流が持ちにくい環境である。商店街も近くにあるが坂道であり、外出は車が必要になる。総合的な感想は、大変満足21%、満足29%、どちらかといえば満足36%と満足の傾向にあったが、大変不満が1人(7%)であり、適切な個別対応が求められる。肯定的な回答は健康管理の分野であるが、「病気やケガ等の時、十分に対応してくれますか」という質問に対し、1人が「いいえ」と回答し、緊急時の対応に課題を持っている。また、プライバシーへの配慮についての肯定的な回答が多かった。否定的な回答は、「ボランティアや地域の方々と楽しく交流する機会」であり、自由記述欄でも、散歩、買い物、ゲームなど楽しみの機会の少なさや室内外の共有スペースのなさがコメントされている。一日中ぼんやりとホーム内で過ごす生活から、楽しみと快適さが実感できる生活作りへの取組みが必要である。

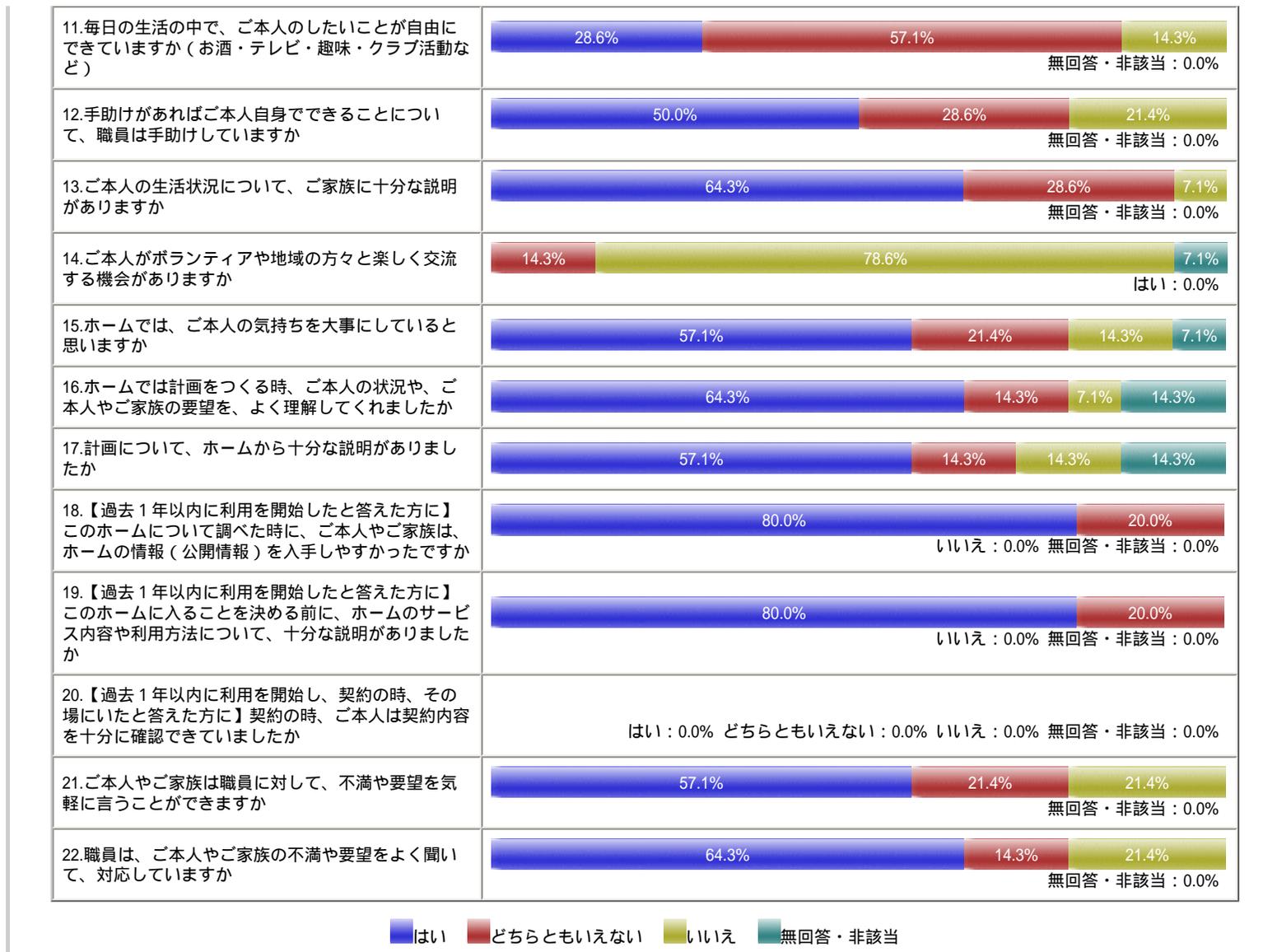
## \*利用者調査の結果\*

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	21.4%	64.3%	14.3%	無回答・非該当：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでますか	14.3%	35.7%	42.9%	7.1%
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	78.6%	7.1%	14.3%	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	76.9%	7.7%	15.4%	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)	42.9%	35.7%	7.1%	14.3%
6.部屋や食堂、トイレなどの生活空間はいつも清潔で、ご本人は気持ちよく過ごせていますか	35.7%	35.7%	14.3%	14.3%
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	78.6%	21.4%	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	57.1%	28.6%	7.1%	7.1%
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)	78.6%	7.1%	14.3%	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	85.7%	14.3%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：0.0%

各サービスにおける利用者調査結果



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

[このページのトップへ](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## リーダーシップと意思決定

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

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

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

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

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

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

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 経営における社会的責任

### 2-1-1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

評点	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](#)

[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](#)

## 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

3-1-1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）

評点		
標準項目		苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている
		利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる
A+の取り組み		

3-1-2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

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

3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点	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



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 計画の策定と着実な実行

### 4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点		
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		
標準項目	✕	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている
	✕	課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている
	✕	計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）を踏まえて策定している
	✕	計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）を踏まえて策定している
A+の取り組み		

### 4-1-3. 着実な計画の実行に取り組んでいる

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

## 4-2-1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点		
標準項目	○	利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している
	○	発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している
	○	再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

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

Copyright(C)2003（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 職員と組織の能力向上

### 5-1-1. 事業所にとって必要な人材構成にしている

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

## 5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

評点	<b>B</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



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## 情報の保護・共有

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

評点	<b>B</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	<b>A</b>	
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](#)



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## カテゴリー 1 ～ 7 に関する活動成果

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

- ・カテゴリー 1：「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリー 2：「経営における社会的責任」
- ・カテゴリー 4：「計画の策定と着実な実行」

評点	A
改善の成果	現ホーム長は、本ホーム開設時からユニットリーダーとして勤務し、一年前から、現職についている。現場の意見を優先、尊重して運営をすることや利用者への直接的なケアはユニットリーダーを中心に進めることなどを目標に取り組んできたが、退職者が相次ぎ成果として確認できることは、まだ見られない。今年度から、義務化された「地域推進会議」を開催し、民生委員など地域の住民との交流がふえ、またその内容を家族に報告するなど、事業の透明性への取り組みが充実している。

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

- ・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」

評点	B
改善の成果	職員の委員会活動として、防災、衛生、レクリエーション委員会を結成した。レクリエーション委員会として、家族が参加するバス旅行を実施したが、他の委員会の活動は、今後の課題となっている。

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	利用者は全員参加、また、家族も参加して、春にお花見も兼ねてバス旅行を実施した。日常的に外出の機会が少ない利用者は大いに楽しみ、家族もまた、遠方までは連れてゆけないので、このような機会を喜んでた。今後も継続する予定であるが、年に1回ではなく、また近郊への外出の機会を増やすことが望まれる。平成18年7月より、食費、水道光熱費、お小遣いが、立替金に変わった。以前は決まった金額を前払いとして、利用者(家族)から集金し年2回定期精算していたため、家族にとっては分かり難い面もあったことが、改善されている。

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	1年間で2人が退居したが、すぐに満室にしている。ホーム長は入居の申し込みをした人には、状況を把握するため電話連絡をしており、スムーズに入居者の確保ができ、安定した経営状況になっている。

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」

評点	A
改善の成果	今年度から、義務化された「地域運営推進会議」を開催し、地域の民生委員などとの交流ができ、地域情報を得る機会となっている。この情報を生かし、ボランティアの活用などを検討している。

[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



## 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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	<input type="radio"/>	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](#)



## サービスの開始・終了時の対応

### 2-1. サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

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

### 2-2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

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

[戻る](#)
[このページのトップへ](#)



## 個別状況に応じた計画策定・記録

3-1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点	<b>B</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>A</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、必要に応じて見直しをしている
	○	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		
標準項目		利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある
		計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している
A+の取り組み		

3-4. 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

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

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

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

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



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



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

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

---

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

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

# 福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

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

## サービスの実施

### 1. 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している

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

### 2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている

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

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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	食事に関する一連の行為（買い物・調理・配膳・後片付け等）は、利用者の主体性に配慮して支援している
	<input type="radio"/>	身の回りのこと（洗顔、整髪、歯磨き、更衣等）は、自分で行えるよう支援している
	<input type="radio"/>	寝具や居室等の清潔保持を自分で行えるよう支援している
	<input type="radio"/>	ホーム内で利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている
A+の取り組み		

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

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

5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

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

## 6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

評点	<b>B</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>A</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>B</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](#)