

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 <input checked="" type="checkbox"/> 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 <input checked="" type="checkbox"/> 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 <input checked="" type="checkbox"/> 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○経営コンサルタントに関わる研修会や指導会議に出席して、福祉事業全体の動向や経営状況の分析が行われています。 ○経営状況を把握、分析するために、管理会計ソフトを導入して、福祉サービスの提供に関わるコストの効率化が図られています。
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 <input type="checkbox"/> 13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。 <input checked="" type="checkbox"/> 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	○法人本部と連携して、事業所が抱える課題を明確にしています。 ○事業所内においては、エリア会議の中で課題の共有が図られています。しかし、周知の面では課題が伺えます。 ○具体的な課題については、コンサルタントによる指導の結果を踏まえて、検討されています。
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c)	<input type="checkbox"/> 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 <input type="checkbox"/> 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 <input type="checkbox"/> 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 <input type="checkbox"/> 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	○令和4年、5年にかけての中・長期計画は作成されていません。令和6年度の報酬改定に合わせて、令和6年度からの中・長期計画を作成する予定です。 ○長期計画として、10年後、2040年時のサービスの在り方が検討されています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	○単年度計画には、地域住民が安心して暮らせる地域づくり、地域共生に向けた取り組みの検討、人材育成、経営基盤の強化が掲げられており、実施の具体策、目標値、取り組み状況の記載を事業計画書から確認しました。
	(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが行われ、職員が理解している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。	○事業計画は四半期毎に総括しており、上期、下期に上がった課題を、企画会議の場で話し合われています。また、各エリアでは、計画の進捗状況を確認して、課題については企画会議に上げて、実施できる環境を見直し、整えています。	
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	<input type="checkbox"/> 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 <input type="checkbox"/> 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 <input type="checkbox"/> 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 <input type="checkbox"/> 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	○家族会は、過去に組織されていましたが、現在はありません。面会に来られた家族には利用者の状況の話はされませんが、事業計画等についての説明はなされていません。また、利用者への説明も難しい現状とは思いますが、わかりやすい説明の方法について工夫されることを期待します。 ○家族会組織化の是非について、アンケートの実施が計画されています。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C:Check）を行う体制が整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 <input type="checkbox"/> 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	○人事考課制度及び目標管理シートを活用して、職員一人ひとりの取り組みに対して、上司からのコメントを得て、サービスの質の向上につなげています。 ○評価の結果は企画会議の場で分析、検討されています。 ○自己評価についての深堀が不十分ですので、組織的な取り組みを期待します。
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	<input type="checkbox"/> 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 <input type="checkbox"/> 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 <input type="checkbox"/> 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	○PDCAに基づいて、計画的に取り組んだ結果として、できなかったことを、いつまでに実施するかについて、職員間の意思統一が難しいことを管理者から伺いました。 ○職員アンケートでは、課題の共有ができていますので、質の高い内部会議を通して、一人ひとりのモチベーションの向上につながる取り組みを期待します。
Ⅱ 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 44 平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	○管理者の役割と責任は、業務分担表の中に明記されています。また、管理者自らが役割を意識して、業務を遂行していることをヒアリングで伺いました。 ○有事の際の対応としてBCPマニュアルが作成されており、管理者をはじめとした職員の役割が明確になっています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 ■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 ■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。 	○事業計画にはコンプライアンスの徹底が目標に掲げられており、コンプライアンスチェック（自己点検シート）の実施、コンプライアンス研修会の開催、コンプライアンス委員会が、管理者のリーダーシップの下で実施されています。 ○コンプライアンスの学習会等、組織として取り組んでいますので、日々の業務の中で、法令遵守を意識した取り組みを更に進めてください。
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 ■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 ■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 ■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。 	○毎月のリーダー会議において課題を抽出して、その上のエリア会議で全体への周知を図っています。 ○管理者は年2回、職員との面談を実施して、サービスの質の向上に向けた意見を聞き、現場に反映しています。 ○新人研修をはじめとして階層別研修、各テーマ、各職務毎の研修が、事業計画書の中で計画されています。
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 	○管理者は毎月の職員の配置人数、人件費、施設運営に要する様々な経費について分析し、把握しています。また、現場の職員には経費の削減と、利用者の入院による損失について話されています。 ○職員が働きやすい環境について、毎月の環境整備チェックを行い、職員の意識付けを図っています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 ■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 ■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 ■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 	○人材確保は、事業計画の中で要員計画に基づく人材確保・定着として、法人としての方針でもあります。将来を見据えた人材確保、外国人採用等、法人本部と連携した取り組みが求められています。 ○人材育成はキャリアパス任用要件に基づいた研修が計画的に実施されています。 ○人材確保に向けた職場説明会の実施、ホームページ媒体の活用に尽力しています。
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 ■ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 ■ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 ■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 ■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 ■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 	○法人の人材育成マニュアルの中に、求められる人物像として、1.倫理観や人権意識を基盤とした、質の高い福祉サービスの提供ができる2.専門職業人として主体的に自己啓発、自己研鑽ができる3.チームの一員としての役割を自覚し職務を遂行することができる4.地域共生社会の実現に向けた活動を推進できると記載されています。 ○人事基準の配布をはじめ、人事考課制度については評価をする仕組みの中で、いかに公平性を担保させるかが課題であると管理者から伺いました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 ■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 □ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 ■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 	<p>○職員の就業状況は職制規程により明確化されています。</p> <p>○職員の心身の健康に配慮して年に1回のメンタルヘルス研修会が開催されています。</p> <p>○職員に対してストレスチェックを実施して、結果に基づく面接が行われています。ストレスを感じていると思われる職員の様子に配慮して、必要に応じてカウンセラーにつなげています。</p> <p>○ワーク・ライフ・バランスでは、時間外労働削減に向けた業務の見直しを行い、働きやすい職場作りのアピールによる人材確保に取り組んでいます。</p> <p>○職員のメンタル面での取り組みと並行して、更に職員の希望を取り入れた、福利厚生の在り方について、期待を寄せている職員がいましたので検討をお願いします。</p>
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 ■ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 ■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 ■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 ■ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 	<p>○「期待する職員像」は法人の人材育成マニュアルの中に、「求められる人物像」として明記されています。職員は上司との面談を経て、目標管理シートを作成しています。また、キャリアパスの中に明示した、役割等級制度に基づいて設定された目標は、年2回の面談が行われ、キャリアハイに向けた指針が明示されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	<p>○法人の人材育成マニュアルには、ラダー(指導方針)の内容の中に、必要とされる資格と研修内容が明記されています。</p> <p>○法人のラダー(指導方針)に則り、事業所としての職員のキャリアや職務に応じた研修が計画されています。</p> <p>○研修は研修委員会に置いて実施され、評価と見直しが行われています。</p>
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	<p>○事業所では、新規入職者には新任職員研修への参加、経験年数に応じた階層別研修への参加の機会を設けています。現場から喀痰吸引の研修参加の希望があった際は、シフトの調整を行っています。</p> <p>○外部研修は県社会福祉協議会や法人が主催する研修に参加しています。</p> <p>○資格取得にあたっては、法人の規程に沿って、助成制度が活用されています。</p>
		(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ■ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ■ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ■ 94 指導者に対する研修を実施している。 ■ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 	<p>○介護福祉士実習として、地元の高校と大学からの受け入れをしています。中学生は職場体験として受け入れていません。</p> <p>○実習生受け入れマニュアルが明文化されており、生活相談員、チーフリーダーが窓口となって対応しています。</p> <p>○実習プログラムは学校側の計画に基づいて実施されています。</p> <p>○実習期間中は、中学生と実習生を交えたミーティングの場が設けられています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	3 運営の 透明性 の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 ■ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。 ■ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。 ■ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。 ■ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 	<p>○法人のホームページには理念・基本方針他、予算、決算等の運営情報が掲載されています。</p> <p>○第三者評価は平成30年に実施しており、定期的な受審が行われ、公表されています。</p> <p>○苦情・相談体制は「サービス内容に関する苦情等への対応マニュアル」において明確になっています。苦情の報告は、事業所通信「うつくしの里だより」にて報告されています。</p>
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 ■ 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。 ■ 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 	<p>○事務、経理、取引等については法人の内規で規定されており、職務分掌をはじめとして、職務権限、業務内容が明記されています。</p> <p>○内部監査を年に1回、監事監査を年に1回、公認会計士による往査が実施されています。</p> <p>○事業計画に内部統制の確立を盛り込み、マニュアルの見直し、確認が行われています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
献 4	地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 <input checked="" type="checkbox"/> 107 利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 <input type="checkbox"/> 108 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 <input type="checkbox"/> 109 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	○他法人事業所と育成協定を結び、高齢者同士が交流する機会を設けています。 ○市の移動図書館を利用し、共用空間に図書コーナーを設置しています。利用者にとって、くつろぎの場になっています。 ○コロナ禍により自粛していた外出や、地域との交流の場面も、今後は積極的に実施していきたいと管理者から伺いました。
			② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 <input type="checkbox"/> 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 <input type="checkbox"/> 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。	○ボランティアは事業所の規定に則り、受け入れが行われています。退職した職員のグループによる音楽ボランティアや、清拭用の布切りをして下さる日本赤十字のボランティアが入っています。 ○コロナ禍以前に行われていた、保育園、小学校、中学校との交流の再開を期待しています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	<input type="checkbox"/> 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 <input type="checkbox"/> 116 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 118 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 119 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	○事業計画の中に盛り込んでいる、介護保険事業・障がいサービス事業者としての機能発揮として、虐待事例など在宅生活が困難な方の受け入れや成年後見制度等の活用支援を行っています。 ○関係機関である、地域包括センター、福祉事務所、保健所、病院等との連絡会に参加しています。 ○必要な社会資源、関係機関との関りについて、多くの職員の周知が望まれます。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	○他法人の役員を含めた運営委員会の開催と、人事交流の実施、市からの情報を収集して、福祉ニーズや生活課題についての把握に努めています。
			② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 <input type="checkbox"/> 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。 <input checked="" type="checkbox"/> 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	○介護保険事業者として、関係機関による情報を基に、虐待事例から在宅生活が困難な方や、成年後見制度等の活用についての相談窓口が設置されています。 ○災害時における地域の避難場所として、施設を提供する体制が整備されています。 ○介護保険事業所として、地域の活性化、まちづくりの在り方について、職員間での認識が共有されることを望みます。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ■ 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ■ 129 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 130 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○事業所には介護技術マニュアルが整備されており、食事、経管栄養、入浴、排泄、環境整備、移乗について、利用者の目線に立った目標が設定され、支援の手順、想定されるリスクが明記されています。</p> <p>○コンプライアンスに関しては、虐待防止、身体拘束禁止の研修が実施されています。</p> <p>○看取りでは、利用者の状態を継続的に把握して評価を行い、必要な対応がとられています。</p>
			② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 ■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 □ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 □ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。 	<p>○事業所の介護技術マニュアルには、プライバシーに関わる内容が特記されており、職員間での周知が図られています。</p> <p>○多床室ではカーテンを用いて仕切りを作り、プライバシーが配慮されています。</p> <p>○トイレは二つの居室の間に設置されていますが、出入りはそれぞれがカーテンになっています。プライバシーの観点から、事業所としての考え方を検討してみたいでしょうか。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<input type="checkbox"/> 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 <input checked="" type="checkbox"/> 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	○福祉サービスの内容は、行政、地域包括支援センターを通して情報提供されています。 ○入居の申し込み時には、利用者の状況に配慮して、生活相談員やケアマネージャーによる丁寧な説明が行われています。 ○見学や体験入所の受け入れはありませんが、ショートステイのニーズがあれば受け入れています。 ○年に1回の現況調査を実施して、見直した内容はホームページにより情報提供しています。
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等によりわかりやすく説明している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 <input checked="" type="checkbox"/> 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 <input checked="" type="checkbox"/> 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	○介護計画はアセスメントを基に、担当職員やユニットで話された内容から、介護支援専門員によって計画され、一定期間の後にモニタリングを行い、必要に応じて計画の変更が行われます。 ○介護保険では、専門用語が多用されているため、不使用にするとともに、丁寧な説明に配慮されています。
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 <input type="checkbox"/> 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	○他の福祉施設や地域・家庭への移行では、看護師がサマリーとして対応しています。 ○利用者が入院継続により利用が終了した場合は、3か月後に手紙を書いて状況確認が行われています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 利用者満足 の向上に努 めている。	① 利用者満足 の向上を目的 とする仕組みを 整備し、取組 を行っている。	b)	<p>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足 を把握する目的で定期的に行われている。</p> <p>□ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家 族会等に出席している。</p> <p>□ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した 結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討 会議の設置等が行われている。</p> <p>■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行ってい る。</p>	<p>○年に2回、利用者アンケート を実施しています。食事等の 要望では、栄養士が中心に生 活の場面の中から、声を拾う ようにしています。 ○家族会は組織されていな いため、面会時に利用者の満 足度を伺っています。 ○実施したアンケート調査の 結果を統括する部署の設置 や、結果に対する分析や検討 する場を組織的に実施される ことを期待します。</p>
		(4) 利用者が意 見等を述べ やすい体制 が確保され ている。	① 苦情解決の仕組みが確立 しており、周知・機能し ている。	a)	<p>■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当 者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</p> <p>■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示 され、資料を利用者等に配布し説明している。</p> <p>■ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施する など、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っ ている。</p> <p>■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に 保管している。</p> <p>■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者 や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家 族等に配慮したうえで、公表している。</p> <p>■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関 わる取組が行われている。</p>	<p>○苦情の相談窓口として、施 設長と生活相談員が、外部相 談窓口として第三者委員・オ ンブズマンが設置されてお り、氏名と連絡先が重要事項 説明書に明記されています。 ○各リーダーが出席の苦情解 決委員会が組織されており、 その月の苦情の有無、内容を 確認し、苦情に対しては原因 と改善策が話し合われ、管理 者への報告が行われていま す。 ○苦情の内容は「うつくしの 里だより」に記載してフィ ードバックしています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 162 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>○利用者の相談相手として、職員以外の人については10人中5人が複数の相談相手を承知していました。</p> <p>○契約時には、相談窓口、第三者委員の連絡先が話され、所定の場所に掲示しています。</p> <p>○利用者が相談しやすい場所として、会議室が用意されています。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 □ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○事業所内に相談窓口担当者を設置するとともに、利用者がいつでも相談できる環境作りが配慮されています。</p> <p>○利用者アンケートからは、職員は、あなたの話をよく聞いてくれますかの問いに10人中9人が「はい」と答えています。また、付近や要望を遠慮なく伝えられ、職員は対応してくれますかの問いには10人中8人が「はい」と答えています。</p> <p>○介護技術マニュアルについては作りっぱなしをなくし、状況変化によって、見直し、変えていくことの必要性、利用者の意見等の共有と、隠ぺいの撲滅を許さない姿勢に留意していることを、管理者から伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	<p>○リスクマネージャーが、係長以下、3名のリーダーによって組織化され、事故防止委員会が設置されています。事故防止委員会は定期的開催されており、ヒヤリハットの報告に対して、具体的な対応策が話し合われているのを会議報告書から確認しました。</p> <p>○事故防止委員会では、事故の再発防止策の共有と、事故に至った原因の究明と検証が行われて、職員間での共有を図っています。</p>
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 □ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○事業所には感染防止マニュアルとして、インフルエンザ感染予防マニュアル、感染対策（コロナ）の看護師初動マニュアルが整えられており、責任と役割を明確にした管理体制がとられています。</p> <p>○感染対策BCPは作成されています。しかし、初動対応として、感染が拡大しないためのゾーニングが施設の構造上の課題であることを管理者から伺いました。</p> <p>○BCPIに則り、シュミレーション訓練が定期的実施されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 □ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 	<p>○事業所の防災マニュアルには以下について、優先順位として基本方針を定めています。1. 職員も含め、人命の保護を最優先します 2. 施設を保護し、業務の早期復旧を図ります 3. 余力がある場合には近隣住民や施設への協力に当たります。</p> <p>○施設の立地条件に対応し、BCPが策定されていますが、実際に職員がどれだけの利用者を避難させられるかが課題であると、管理者から伺いました。</p> <p>○災害時はSNSを活用した連絡体制がとられています。</p>
	2 福祉サービスの質の確保	(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 188 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 189 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 190 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○食事、入浴、排泄を中心とした介護技術マニュアルが整備されています。</p> <p>○利用者一人ひとりのケアプランには留意事項が記載され、ファイリングされたものを職員間で共有しています。</p> <p>○介護技術をはじめとして、個別の対応については、職員採用時の研修や個別指導により、周知を図っています。</p>
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 191 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 193 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 194 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	<p>○介護計画は利用者の状況により、内容が加えられたり、削除される等、定期的に見直されており、見直された内容は利用者のベッドに備えて、災害時でも携行できるようにしています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 196 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 197 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 198 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 199 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 □ 200 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 201 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○アセスメントは、法人のアセスメント様式が用いられ、職員による毎月のモニタリングを経て、介護支援専門員が作成しています。</p> <p>○福祉サービスが計画通り実施されているかについて、確認や評価する仕組みが一定の手法でできているかは不十分であるとのことを管理者から伺いました。</p> <p>○ショートステイの利用者等、事業所だけでは対応の難しいケースは、地域包括支援センターとの連携を密にして取り組んでいます。</p>
			② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 202 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 203 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 204 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 205 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>○利用者の支援内容に変更が出てきた場合は、各エリア会議を開催して、リーダー会議の場で職員間の周知を図っています。</p> <p>○アセスメントによって見直しされた内容は、新たに立案され、職員間での共有の下で実施されています。また、定期的なモニタリングを行う仕組みと手順が整い、多くの職員の理解が図られています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 206 利用者の身体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把握し記録している。 ■ 207 サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 208 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 209 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 210 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 211 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>○利用者の記録は電子化されており、職員はタブレット上で内容の共有が可能になっています。また、内容について、確認のチェックや、特記事項が記録される仕組みになっています。</p> <p>○利用者の情報を共有するために、エリア会議とリーダー会議が毎月実施されています。</p> <p>○記録の電子化については、経験年数の長い職員も、扱い方に慣れてきていることを管理者から伺いました。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 213 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 214 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 215 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 217 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>○個人情報保護規程に則り、事業所の運営規程の19条に秘密の保護等が明文化されています。</p> <p>○記録の管理責任者は管理者になっていますが、現場の半数の職員は承知していません。記録の管理や個人情報保護に関する研修の場で、再度確認をお願いします。</p> <p>○家族に対する個人情報の取り扱いは、契約時に説明され、同意書がとられています。</p> <p>○事業所通信への写真掲載の是非、施設における医療に関する意向についての同意がとられています。</p>