

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)
I	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○法人全体として、経営状況をとりまく福祉サービスのコスト分析、利用者数の推移や課題について、全体研修会（オンライン会議を含め）等で情報の提供と共有が図られていました。</p> <p>○令和4年度事業報告、総括の中で、事業所として地域のニーズにどのように対応していくのか、記載されていました。</p>
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○事業所の経営課題の検討は、アクションプランの作成時や勉強会（毎月のリーダー会）で実施するとともに、職員への意識づけが行われていました。</p> <p>○経営課題の職員への周知については、職場代表者会議の後、月2回のリーダー会議やユニット会議の場において検討・報告・振り返りを行っていました。</p> <p>○経営課題への取り組みとしては、感染症対策、誤嚥防止等について実施されていました。</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)	
I	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。	b)	<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。	○法人全体の中・長期ビジョンについては、令和6年度に向けて現在検討中となっています。本年度評価時点では具体的内容についての確立はされていませんでした。 ○事業所の課題として、職員の確保、地域の福祉拠点となるような取り組みについての課題・問題点があげられています。中・長期計画として、2~3年、財源的確保を含めた計画作成を期待します。
					<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 18	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。					
			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。	○事業所の単年度計画については、年度当初に事業計画書の作成がされ、年度末に事業報告書により、当該年度の振り返りを行い、課題を明確にする対応が行われていました。 ○事業の内容は、各年度の事業計画書、事業実績総括表により、数値目標値も含めた計画と見直しが行われていました。
				<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。			
	(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・見直しが組織的に行われ、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。	○事業計画の作成は、管理者および作成担当者が、それぞれの職務・委員会等の意見を聞き、集約し策定されていました。また、職員会やユニット会議で説明し、職員に周知されていました。 ○事業計画は、定められた時期（四半期ごと）、手順により評価が行われていました。また、評価結果を考慮して、事業計画書全体の振り返り、見直しが行われていました。	
			<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。			

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 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<input checked="" 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 checked="" 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。	<p>○事業計画の策定は利用者への福祉サービス提供に関わる重要事項であります。事業計画の主な内容や取り組みについては、利用者及び家族に対して、会議や広報等により周知・理解が進むことを期待いたします。</p> <p>○利用者等への説明に当たっては、分かりやすい方法を工夫して、周知・理解が深まるようお願い致します。</p>
I	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 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。	<p>○サービスの質の向上に向けて、PDCAサイクルに基づいた組織的評価の取り組みが行われていることが、訪問調査のヒヤリング等から確認できました。</p> <p>○福祉サービス第三者評価に関しては、今回が初めての受審となりますが、定期的(3年毎)の受審を行い、質のチェックをお願い致します。</p>
			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 checked="" 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 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 checked="" 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。	<p>○福祉サービスの質の向上を組織的に行うには、第三者評価や自己評価を行い、その結果を活用することが有効であるとされています。今回の第三者評価の受審は、組織としての課題を明確にし、改善を図りたいという、事業所及び管理者の思いを感じました。</p> <p>○評価結果から、事業所の良い点、課題点を明確にし、良い所はさらに伸ばし、改善点については、職員の参画のもとに、改善計画の策定・見直しを行うことを望みます。</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)	
Ⅱ 組織の運営管理	ダ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)	■ 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。	○管理者は、事業計画書等において、事業所の職員名簿や業務分担表を作成し、職務分掌について、主な職務を掲載していました。 ○大規模災害等の有事における「大規模災害時対応マニュアル」が整備されていて、災害対策本部構成員表が示されていました。施設長、事務長、看護師リーダー、リーダー、防火管理者等の権限が記載されていました。
					■ 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。	
	■ 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。					
■ 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。						
			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)	■ 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。	○管理者は、事業所の指定管理基準やコンプライアンス規程を十分に理解し、職員に対しても法令遵守の徹底を図るために、定期的な会議（職場代表者会議、経営会議等）において、周知に努めていました。 ○管理者は、法人の経営会議、佐久地域担当者会議等の研修会へ参加して、経営に関する理解を深めていました。
			■ 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。			
		(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)	■ 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。	○管理者は定期的開催される、事業所の職場代表者委員会・総合リスク委員会・入所判定会議等に参加すると共に、各種委員会の意見を聞いて、サービスの質向上のための分析・評価を行い、指導力を発揮していました。 ○管理者は各会議、委員会の意向を聴取し、その意見を反映すると共に、管理者としての思いや考えを表明し、福祉サービスの質の向上に努めていました。
			■ 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。	

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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	○管理者は、介護労働環境改善として、リフト(床、吊り)の奨励や、北欧式トランスファーの導入により、経営の改善や業務の実効性の向上や、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいました。
	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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○事業所で必要とする人材確保・育成・定着については、法人本部計画に基づいて行われていました。各事業所の福祉人材確保は、その必要性について法人本部と管理者が協議を行い、採用が行われる仕組みとなっていました。</p> <p>○人材確保には苦慮していますが、その中でもユニットにとられない職員間の支援体制を整えつつあります。また、業務改善や作業の見直しの中で、介護職でなくても行える業務は介護助手に担ってもらいながら職員が利用者のケアにあたれる時間を作る体制を整え採用者も確保しており今後も継続していくことがヒヤリングから確認できました。</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)
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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る。</p>	<p>○法人としての「求められる職員像」については、キャリアパス制度及び、法人の人材育成方針の中に明示されていました。</p> <p>○法人や事業所パンフレットに示されている、理念・基本方針にも、職員が目指す支援のあり方や、職員の姿勢について明示されていました。</p> <p>○法人として、人事考課制度やキャリアパス制度等の人事制度は、明確になっていましたが、職員全体の理解と周知について、今以上に取組まれることを期待致します。</p>
		(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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○事業所の労務管理については、法人全体の規程に基づいて、統一した方法により行われていました。また、組織図や職務分担表により責任体制も明確にされ、適切に対応されていました。</p> <p>○職員の有給休暇の取得状況や、時間外労働の把握については、事業所ごとに管理されていて、働きやすい職場づくりに取り組んでいました。</p> <p>○職員の福利厚生事業としては、コロナ禍で旅行等はできませんでしたが、ポッチャゲームを各ユニットごとに行い、職員の交流・親睦を図る取組が行われていました。</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)
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人組織が求める職員像「期待する職員像」が人材育成方針に示されていました。その内容として、①法人の方針を理解し、職員自らの役割を發揮できる職員。②一人ひとりの尊厳を保持する職員。③高い専門性と知識を迫及する職員。④仲間を信頼し、チーム力を發揮できる職員。と明示されていました。</p> <p>○職員の目標設定については、「人材育成制度」により管理していました。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■ 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>	<p>○法人の人材育成方針に、基本方針として「職員一人ひとりが法人理念の実現に向け職場（組織）と職員自らが成長し、社会福祉増進に資する職員の育成に取り組む」ことが明示されていました。</p> <p>○法人に職員研修規程があり、各地域事業所本部ごとに研修担当者を置き、研修の推進が図られていました。また、研修の内容は、本部研修、地域事業本部研修、事業所研修に区分されていました。</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)
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○研修内容は、対象等級別に組まれていて、中級職員研修、上級職員研修、チームリーダー研修、監督研修、管理職研修、経営職研修に分類され実施していました。</p> <p>○新人研修は、法人全体で行われ、法人の概要、福祉の理論・基本理念、権利擁護・虐待防止、認知症、接遇・コミュニケーション、コンプライアンス研修等が行われていました。</p>
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・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わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 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>	<p>○実習性の受け入れについては、佐久大学人間福祉学部の社会福祉士ケアワーク実習・見学実習、地元総合病院看護専門学校施設見学実習、地元養護学校現場実習の受け入れがされていました。また実習指導者講習会の研修の受講がされ、有資格者に夜指導体制が取られていました。</p> <p>○各実習生受け入れ日程及び具体的内容については、計画書が作成されていますが、研修の基本的姿勢や、受け入れマニュアル等の整備をお願い致します。</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)
II	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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所でや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>○法人及び事業所ホームページには、事業所の概要と事業所便り「コスモ苑便り」については公開されていました。</p> <p>○事業所の理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算決算情報については、事業所の運営の透明性を示すために、ホームページ等により対外的に公表されることをお願い致します。</p> <p>○福祉サービス第三者評価の受審は今回が初めてとなりますが、今後において定期的な受審と公表を期待します。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○事業所の事務、経理、取引に関する対応は、法人の規程に基づいて処理されていました。</p> <p>○職務分掌及び職務内容については、「うすだコスモ苑業務分担表」により役職、氏名、主な職務について明示され、職員に周知されていました。</p>
	献 4 地域との 交流、 地域貢	(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 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 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 checked="" 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 checked="" 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。	<p>○ここ数年、新型コロナウイルス感染防止のため、地域の皆さんとの積極的な交流の場が持てない状況でした。本年度については、万全な感染症対策をして、地域交流を図ることが、事業報告総括で報告されていました。</p> <p>○地域との関わりに関する基本的な考え方についての明文化及び、活用できる社会・地域資源の利用者への提供について検討をお願い致します。</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 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 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 checked="" 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 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が必要な研修、支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。	<p>○ボランティアの受け入れについては、コロナ禍にあり、一部の受け入れ以外は難しい状況にありました。</p> <p>○事業所の開始がまだ新しいことでもあります、ボランティア受け入れの基本姿勢の明文化、受け入れに対するマニュアル（登録手続、対応窓口、事前説明、対応方法等）の作成と整備を行い、職員に周知をお願い致します。</p>
		(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 checked="" 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 checked="" 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 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。	<p>○地本総合病院との24時間医療連携を行い、利用者の安心安全を保てる取り組みがされていました。</p> <p>○佐久地域事業本部管轄にある3事業所との定期的な連携及び連絡会議が開催され、情報の共有が図られていました。</p> <p>○同法人以外の関係機関と情報共有を図るための、連絡会の開催等の連携を期待致します。</p>
		(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。	<p>○法人の運営会議や佐久地域経営会議等へ参加し各団体や事業所との連携・交流が実施されました。また、地元の総合病院や地域包括支援センター、地元のJA女性部との連携も行われていました。</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)
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○地元の保育園・幼稚園の児童が来園し、利用者との交流が行われていました。交流会を通して、利用者の皆さんは、子供たちから元気や安らぎを感じることができていました。また、子供たちにとっても、お年寄りと関わることにより、優しさや、思いやり等の情操教育の場となっていました。</p> <p>○その他の地域交流としては、地域文化祭への利用者作品の出展、病院祭での介護相談の実施がされていました。</p>
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、定期的な状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○事業所のパンフレットには「利用者一人ひとりの想いや、歩んできた人を敬い」「家庭的雰囲気の中で、個人の尊厳を重視し、きめ細やかなケアを実施」と利用者を尊重したサービスの提供が謳われていました。</p> <p>○利用者の基本的人権へ配慮するための研修として、コンプライアンス研修、認知症研修、リスクマネジメント研修等が開催されていました。</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)
			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。	a)	<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。 	○施設運営規定の中に、秘密の保持等が明記されていました。その内容としては「利用者及び家族等に関する事項を正当な理由なく漏洩してはならない」「施設は職員が業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じる」等、利用者のプライバシー保護への規程が整備されていました。
	(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 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。 	○法人・事業所のパンフレットは、市役所等の公的機関や、関連施設・事業所に配布、設置していて、多くの人達が入手しやすい状態となっていました。 ○事業所への利用希望者や見学、体験希望者等へは、事業所のパンフレットや重要事項説明書により、説明・対応が図られていました。見学、体験利用については、希望がある場合実施していました。	
		② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	○施設運営規定第7条に「内容及び手続きの説明と同意」が規程されていました。 ○施設は、施設サービス提供開始に際しては、予め利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、職員の勤務体制、利用者のサービス選択に資する等の重要事項について説明し、利用者及び家族の同意を得ていました。	

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)
			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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○特別養護老人ホームのため、最終的には看取り退所のケースが多いということでした。少数であるが、有料老人ホームへの移行、在宅復帰者には、分かりやすい説明を行う等の配慮が行われていました。</p> <p>○福祉サービスが終了した援助については契約書第20条に記載されていました。また、在宅復帰の支援は関係機関とサービス担当者会議を行い円滑に在宅サービスに移行できるような支援が行われていました。</p>
	(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇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参加している。</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>○利用者満足度調査は、半年ごとの見直しされるケアプランの中で実施されていました。</p> <p>○利用者の満足度調査は、質問項目を設定した調査票を作成して実施されることを望みます。また、利用者だけでなく家族の意向についてもお聞きし、事業所での満足度を向上させる取り組みを期待致します。また、利用者の満足度調査は「利用者本位の福祉サービス」につながることをもう一度再確認し、取り組むことを希望致します。</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)
		(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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。	○利用者等が意見を述べやすい体制として、苦情等申し込み窓口が設けられていました。相談窓口（施設長、相談員）、第三者委員・オンブズマン、施設外苦情相談窓口が設置されていました。 ○苦情解決実施要項が整備されていました。苦情解決に関わる書類（苦情申立書・受付、経過記録・苦情話し合い結果記録・改善結果報告書）の整備がされていました。 ○苦情解決の体制として、相談窓口（相談受付者）の記名がありますが、苦情解決責任者の記名がありませんので、選任及び明記をお願いします。
					<input type="checkbox"/> 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。	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
		(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。	○利用者から相談があった場合、相談室、居室、ユニットの空間等で対応がとれる体制が確立していました。 ○利用者が相談したり意見が言え、対応者が選択できる旨についての分かりやすい文章の作成と、配布をお願いします。
					<input type="checkbox"/> 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。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 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。	

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>○利用者が相談や意見が述べやすい体制としては、事業所の入り口や各フロアに意見箱が設置されていました。また、日常生活の中で、利用者が意見等を述べやすい環境が整備されていました。</p> <p>○職員は、日々利用者の生活の中での会話や表情・様子等から聞き取り、判断を行う体制ができていました。</p> <p>○利用者からの相談や意見・要望を受けた際の記入記録、手順対応の記録、解決の結果等一連のマニュアルの整備をお願い致します。</p>
	(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>○事業所に、事故防止対策委員会が設置されていました。委員長が選任されていて、リスクマネジメントの体制が整備されていました。委員会の活動としては、ヒヤリ・ハットの分析・事例検討、各委員会からの事例の報告検討、報告書記入内容の統一化、リスクマネジメント研修(年2回)等が行われていました。</p> <p>○ヒヤリハット及び事故報告取扱細則、事故発生防止のための指針が作成されていて、安全な福祉サービスを行うための体制が、組織的に整備されていました。</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)
		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。	a)	■ 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。	<p>○感染症予防については、感染対策委員会が設置されていて、毎月定例会が開催されていました。委員会の活動内容は、①感染対策の実施。感染対策キットの点検。②感染予防教育の実施。感染対策研修（年2回）の実施。③感染BCP作成とシミュレーション。④職員への周知徹底等となっていました。</p> <p>○感染症マニュアルが作成されていました。新型コロナウイルス対応フロー、職員の対応、面接について、その他感染症対応マニュアルⅠ・Ⅱ、感染症発生時の業務継続計画等の資料整備が整っていました。</p>
				■ 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。			
		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。	a)	■ 182	災害時の対応体制が決められている。	<p>○事業所内に災害対策委員会が設置され、月1回の定例会議が開催されていました。委員会の活動としては、防災訓練、教育に関わるマニュアルの作成。BCP計画の策定と、全職員向け研修とシミュレーションの企画開催が行われていました。</p> <p>○大規模災害時対応マニュアルが整備されていて、事故発生時の行動基準、ライフラインの停止に講じる措置、備蓄、避難場所及び協力病院、緊急連絡行政機関等が明記されていました。</p>
				■ 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。	

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)	<input checked="" type="checkbox"/> 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○毎年度の事業計画について、リーダー会議でより具体化がされ、各事業所の職員へ配布され周知が図られていました。</p> <p>○標準的な実施方法としては、基本目標が4項目、重点項目が13項目設定され、標準的取り組み状況が確認できる体制となっていました。</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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○事業計画は、その取り組み状況について、四半期ごとの見直しを行い、具体的な実施方法、目標値についても見直しが行われる体制となっていました。</p> <p>○年度末に検証・見直しがされ職員の意見を聞き、新年度への事業につながる仕組みが確認できました。</p>
		(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。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○個別支援計画の作成は、ケアマネージャーが策定責任者となっていました。利用者の居室担当が、日常生活の中でアセスメントを行い、個別支援計画につなげる体制となっていました。計画の見直しは、半年に1回行われていました。</p> <p>○個別支援計画の作成及びアセスメントの方法は、センター方式による手法により行われていました。また、事業所入居時のアセスメントは、ご家族の方に情報を記入していただき、生育歴や在宅時の様子が正しく入手できるように努めていました。</p> <p>○認知症の困難事例検討会が定期的に行われ、適切な福祉サービスの提供が行われていました。</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)
			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。 	○福祉サービスの実施については、事業計画サービス実施計画書に基づいて行われていました。基本目標・重点項目が設定され、実施具体策、目標値、取り組み状況は、四半期ごとに進捗状況が確認できる仕組みができていました。
		(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閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	○記録については、法人全体で統一した形式となっていました。記録の他にも事業計画、事業報告、ケアプランの作成、リハビリ計画についても、一元化された体制の中で実施されていました。 ○記録ソフトを使用した記録が行われていました。また、誰でもが記録、閲覧できる状態となっていました。職員間で共有する方法としては、申し送り時に項目チェックを行い、記録が見やすいように工夫されていました。

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 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>○記録の管理、保管、廃棄については、法人の個人情報保護法規程に基づき、適切に実施されていました。</p> <p>○記録管理は責任者が設置され行うと共に、利用者サービスに関する記録の保存期間は5年間となっていました。記録の種類としては、利用者へのサービス提供記録、実施した処遇の記録、身体拘束を実施した場合の記録、苦情内容に関する記録、事故及び事故対応の記録等の整備がされていました。</p>