



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>○国及び県、近隣市町村の社会福祉の動向について把握するとともに分析を行い、その動向について把握がされています。</p> <p>○富士見町及び周辺市町村の福祉計画の内容等を把握して、経営課題等の変化に適切に対応するように努めています。利用者・利用希望者数、経営コスト等にも注視しています。年間で約20名程度の推移があるとの事でした。</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>○法人本部を中心として、組織体制の整備、職員体制、人材育成、財務状況の分析がされ、各事業所との連携・共有がされています。</p> <p>○法人の役員会（理事・評議員会）において、各事業所の経営課題について報告・協議され、役員間での理解・共有が図られています。また、課題等については職員会議等により、職員に周知されています。</p> <p>○事業所（紅林荘）の経営運営については、赤字部門での決算もなく、順調な経営が図られています。</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)
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。 <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 checked="" 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。	<p>○法人の中・長期ビジョンは令和3年～5年までの3年間については、コロナ禍のために明確にできていません。現在、令和6年～8年までの3年の中・長期計画については、法人として作成中となっています。</p> <p>○昨年の11月法人会議において、各事業所の施設整備計画についての希望調査を行い、中・長期計画へ盛り込んでいくことが確認されています。現在検討されている中・長期計画の策定をできるだけ早く具体化することをお願い致します。</p>
			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。	<p>○年度毎の事業計画は、前年度の計画の見直し(事業反省)がされ、中・長期的展望を反映した内容として計画されています。</p> <p>○事業計画には、事業所の基本方針、目標、重点項目、実施具体策、目標値、取組み状況等が記載されていて、具体的で分かりやすいものになっています。法人の事業報告書には、利用者の施設利用状況数が掲載されています。</p>
	(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。	<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。	<p>○事業計画の策定に当たっては、担当部署、各委員会等の職員の意見や意向を反映した内容になっています。また年度途中及び年度末には、定期的に内容の見直しが行われています。</p> <p>○事業計画は年度当初の職員会や各委員会等の会議において、職員に周知・説明が行われています。新人職員研修においても、周知されています。</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 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 checked="" 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。	<p>○コロナ感染症拡大以前は、事業計画の内容について、年1回家族会において報告されていました。コロナ拡大のためしばらくの間、家族会の開催ができない状況にありましたが、2月10日に開催がされました。</p> <p>○事業計画は、利用者への福祉サービス提供に関わる重要事項です。事業計画の主な内容については、利用者や家族に周知し、理解を深める取り組みを期待します。</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た組織的な取り組みとしては、法人全体及び事業所で行う、事例発表会を通して、内容的なチェック・評価が行われています。</p> <p>○サービスの質の評価は毎年実施する自己評価の他に、福祉サービス第三者評価を定期的に受審を行い、(本年度受審中)福祉サービスの内容の向上に努めて頂きたい。</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 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 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 checked="" 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>○毎月1回行われるカンファレンス及び日々のミニカンファレンスの中で課題を共有するとともに、改善策や改善計画を検討・見直しが行われています。</p> <p>○自己評価、第三者評価の評価結果については、改善の課題を明確にして、計画的に行う事が必要です。そのためには、評価結果の分析及び課題の文章化がされ、職員全体に周知・共有されることを期待致します。</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 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。	○管理者は自らの事業所の経営・運営に関する取り組みを、事業計画書・事業総括表中に明確にしています。  ○管理者は自らの責任と役割について、事業所の組織図や職務分担について、文章化して表示し、職員間での共有化が図られています。
					■ 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) 管理者のリーダーシップが発揮されている	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、法人で行われる管理者研修やその他の勉強会に参加し、遵守すべき法令を正しく理解すると共に、その内容についても施設内や職員に対して周知していました。また、幅広い分野での法令、規則等を十分に理解した取り組みを行っていました。
■ 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、職員会議や各委員会の意見を聴取し、その内容を事業計画の中に反映すると共に、管理者としての思いや考え方を表明して、サービスの向上に努めています。  ○管理者は法人の経営会議や諏訪地域事業本部の運営会議等に参加し、経営に関する理解を深めています。また、サービスの課題等について把握し、改善のために指導力を発揮しています。
■ 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>	○管理者は前職で運営や経理を担当していたため、人事、労務、財務管理についても十分な知識と経験があり、業務の改善や、実効性を高めるための取組みについて積極的に行動しています。
	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)	<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>○福祉人材の確保については、各事業所との調整を行いながら、法人全体として効果的に実施されています。</p> <p>○福祉人材の確保・定着についての事業所の取り組みとしては、ハローワーク、介護福祉士養成専門学校・短大等への求人募集を行ったり、職員の紹介制度により確保を行っていますが、人材確保は非常に難しい状況にあります。</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 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○法人としての「期待される職員像」は、キャリアパス制度、人事考課制度の中に明記されています。人事考課制度では、目標・中間、評価後の面談が行われ、考課結果に基づき、評価項目の再度の検証がされています。</p> <p>○法人（事業所）の理念・基本方針を踏まえた、人事理念や人事管理方法の明確化と運用が図られています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○職員の就業状況の把握や労務管理に関する責任者は、事業所として定めています。また、法人全体として管理体制も整っています。</p> <p>○職員の有給休暇及び休日は保障されていました。また時間外労働時間については、残業時間は少なくなっていました。</p> <p>○職員の労働環境の改善としては、「やさしい介護委員会」を中心に、基礎的な体の動かし方、自身にも介護者にも優しい介護実践により、ダメージを起こさないような、介護基礎マニュアルの見直しを図っています。</p> <p>○走行型リフト、移乗補助具（スライディングボード・フレックスボード・スライディングシート使用）、排泄用補助具「ささえ手」の使用方法の研修等により、労働環境の改善に向けた取り組みが行われています。</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)
		(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>○事業所に「紅林荘職員服務心得」があり、7つの服務規定が定められています。その内容としては、①理念等を理解して、法人の発展に貢献すること。②職務を自覚して職務能率の向上を行うこと。③職務上知りえた情報の漏洩防止。④在職のまま他の仕事をしてはならないこと。⑤許可を得ず職場を離れないこと。⑥清潔な身なり服装をすること。⑦他人に不快を与える髪型・化粧はしないこと等の職員像が明記されていました。</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>○「紅林荘職員として」という「期待される職員像」の記載があります。その内容としては、①いつでも、明るい笑顔と気持ちの良いあいさつを。②施設の主人公は利用者。③チームワークを大切に、コミュニケーションをとる。④向上心を持ち、自分自身に生きがい。⑤常識ある人間に。と明記されています。</p> <p>○人事考課制度により、個人目標シートの設定が行われ、年度の中間と年度末に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)	<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>○職員研修としては外部研修、職種別研修、施設内研修としては、褥瘡・感染防止、リスク安全対策、コンプライアンス、身体拘束・虐待、看取り、認知症研修等が実施され、職員一人ひとりの研修機会が確保されています。</p> <p>○新任職員研修は事業所での新人オリエンテーション、法人本部新人研修、プリセクターによる研修等が行われています。</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)
II	3 運営の 透明性の 確保	(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。	a)	<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>○実習生等福祉専門職の研修・育成については、基本的姿勢やマニュアルが法人全体として整備されています。</p> <p>○実習生の受け入れについては、塩尻市にある介護福祉士養成施設の介護福祉士実習、地元富士見公立高校実習、地元の短期大学実習生の受け入れ等を行っています。</p> <p>○実習指導者は、介護福祉士実習指導者講習会の受講を受け、プログラムに沿った実習指導を実施しています。</p>
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人のホームページには、運営する施設・事業所の理念、施設の特徴、実施する福祉サービスの内容等について、紹介されています。また、毎年度の事業計画の報告がされていて、事業の内容と共に、決算についても公表されています。</p> <p>○今年度福祉サービス第三者評価の受審がされていますが、評価結果確定後に、その内容についてホームページ等で公表されることを期待します。また、苦情・相談の体制や改善対応についても公表されることに努めていただきたい。</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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○事業所の事務、経理、取引先に関するルール等の内容は、法人の規程に基づいて適切に処理されています。</p> <p>○事業所の職務分掌及び職務内容については、諏訪地域事業本部・紅林荘の組織図、職務分担表により、明確に規定され、職員全体に周知されています。</p>
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)	<p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○コロナ禍のため、夏祭りや施設敷地内で行われた御柱祭には地域の方々に来ていただけませんでした。盛大に行事を開催し利用者にとっては楽しい行事となっています。</p> <p>○今年度は、8月23日御柱(里曳き)、10月11日御柱(建御柱)を実施したが、利用者と職員のみでの開催となりました。今後は、感染症対策を十分に行いながら、地域の方々と交流ができることを期待致します。</p>
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 114 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○コロナウイルス感染症対策のために、ボランティアの受け入れは十分にできない状態が続いています。地域美容師の皆さんによるネイルボランティアの方に来ていただき、利用者の方に爪の装飾をしていただきました。また東京の大学生ボランティアの受け入れも行っていました。</p> <p>○併設するデイサービスには地元の富士見小学校の生徒に来ていただき、ゲームや歌などを通じた交流が行われています。</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)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○地元富士見町社会福祉協議会、各高齢者の福祉団体、施設を退所した家族会との定期的な連絡会を行って、地域のネットワーク化に取り組んでいます。</p> <p>○地域の関係機関・団体等の名称、住所、電話番号、担当者等のリスト一覧表が作成され資料として掲示されています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○地元女性部、富士見町境地区社会福祉協議会の皆さんに看取り研修会を年2回開催し、多くの皆さんに参加してもらおうと共に、交流の場を設けていました。</p>
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○町指定の福祉避難場所にはなっていませんが、もし災害時に避難場所として地域の要望がある場合は、積極的に受け入れていくという考え方を持っています。</p> <p>○福祉事業所が地域社会の福祉向上の役割を果たすためには、事業所が把握している地域の具体的なニーズや課題に基づいて、公益的活動により積極的に取り組んでいくことを期待致します。</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)
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)	■ 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。	○事業所のホームページに、施設の特徴が掲載されています。その中に、「施設を利用されている方一人ひとりが何を必要としているかを見極め、施設での生活が楽しく生きがいがあふれたものになるよう支援を致します」と、利用者を尊重した福祉サービスを行う事を明示しています。
					■ 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。						
			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)	■ 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。	○事業所の運営管理規程に秘密保持等の項目があり、「施設、サービス事業者又は従業者は、福祉サービスを提供する上で、知り得た利用者又は家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩してはならない」と定めています。また、入所時に説明しています。  ○同様に、事業所の職員だった者が、退職後利用者や家族の情報を漏洩してはならないことも規定しています。
				■ 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。		
		(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)	■ 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方が入手できる場所に置いている。	○施設のパンフレットや広報誌については、地域の公共機関や、JAの事業所、隣接する病院等においてあり、多くの人達が見れる体制となっています。また、広報誌「もみじ」が発刊されていて、事業所の活動や行事等について情報発信を行っています。  ○事業所への見学、体験等については希望があれば随時受け入れが行われています。
				■ 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、個別にでない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。		

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業所を希望している利用者に対しては、施設の生活指導員が、施設の理念、基本方針等について説明を行い、同意を得ています。</p> <p>○サービスの開始時、変更時には、事業所の運営規定、重要事項説明書、利用契約書等により分かりやすく説明がされ、同意を得ています。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○施設の利用契約書の中に、利用所の変更(契約の終了・利用者からの解約・事業者からの解約)についての内容が詳細に示されています。</p> <p>○福祉サービスの継続性に配慮した相談担当者や相談窓口が設置されていて、対応・説明できる体制が確立しています。</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)
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者・家族に対する施設の満足度調査が年1回、決められた方式、手法により実施されています。アンケート調査の実施では、事業所の内容について説明が行われ、その感想を書いてもらう他、意見・感想を聞く項目、今後関心のある事項・テーマ等について聞く項目が設定されていました。また家族会への職員の出席が行われています。</p> <p>○アンケートの内容については集計され、職員間で共有されていません。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の 向上に関する取組が行われている。</li> </ul>	<p>○施設の玄関及び重要事項説明書に苦情解決の体制が明示されています。苦情受付者、苦情解決者の氏名、第三者委員の氏名、施設外苦情相談窓口の設置がされていました。また苦情対策委員会が設置され基本的な対応が図られています。</p> <p>○苦情の受け入れとしては、口頭（直接か電話等）、行政での受付・第三者委員（定期的に行行政で決められた介護相談員）が施設を訪問し、利用者に直接困りごとなどについて尋ねる対応がとられています。</p> <p>○事業所に対する意見・苦情等については、その対応内容についてフィードバックするか、利用者や家族に配慮し、公表することを望みます。</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)
			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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	○事業所の玄関に苦情申し立ての窓口の用紙が掲示されています。また「意見箱」が設置されていて、書面でも意見が出せる体制となっています。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> </ul>	<p>○事業所の生活の中で、職員は日々利用者からの相談や意見を聴取し、その対応を適切に実施しています。</p> <p>○事業所に苦情対応をするためのマニュアル規程が整備されていて、利用者の意見・要望等について積極的に把握して、福祉サービスの質の向上に関する取り組みが行われています。</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)
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業所にリスクマネジメント委員会があり、委員長の選任、配置がされています。リスクマネジャーは、一階・二階の各階に1名ずつの配置がされています。</p> <p>○リスクマネジメント委員会は年2回定期的に開催されていて、事例についての検討がされています。また、ヒヤリハット等の検討結果については法人本部への報告も行われています。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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している。</li> </ul>	<p>○法人の「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための方針」に基づき、事業所に感染対策委員会の設置がされていました。</p> <p>○委員会の内容としては、①感染対策の方針・計画を定め実施する。②具体的な対策を施設全体に周知するための窓口を設置する。③問題を把握し、職員の意識を共有して、解決を図る等が定められています。</p> <p>○感染症対策についての研修会・勉強会も定期的に行われています。また、コロナ感染症対応シミュレーションのマニュアルの整備がされています。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 182 災害時の対応体制が決められている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 186 防災計画等を整備し、地域の行政をはじめ、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。</li> </ul>	<p>○糸魚川静岡構造線の地層の近くに事業所があるため、特に地震に対応する災害対策が行われています。また、火災訓練についても春・秋2回の訓練が実施されています。</p> <p>○備蓄関係については、食品、飲料水、食器、毛布等の備品類が整備されており、備蓄リストの作成もされています。</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"> <li>■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○利用者個々のケアプランを3カ月ごとに検証して、見直しを行っています。また、事業計画書、事業実績報告書等により、標準的な実施方法についての文章化がされ、職員間での共有と統一が図られています。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業計画書、事業総括表には、福祉サービスの標準的な実施方法の項目が示されています。その内容としては、基本目標、重点目標、実施具体策、目標値、具体的実施内容・方法が明示されていて、検証・見直しが行われています。</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)
		(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)	<p>■ 195 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○福祉サービス実施計画責任者は、施設ケアマネが行っていません。利用者毎に介護担当が1人ずつ決まっており、2～4人程の利用者を担当しています。介護担当者は利用者ひとりにつき、年1回アセスメントと3ヵ月毎のモニタリングを行っています。</p> <p>○利用者一人ひとりの個別支援計画の策定は、利用者を全体的に捉え、その人が人間として望む意向に沿って、計画の立案が行われています。</p> <p>○施設サービス計画は、利用者の解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、目標及びサービスの内容、留意点を盛り込んだサービス計画書の作成が行われています。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○福祉サービスの計画変更は定期的又は、必要に応じて変更し利用者・家族に説明が行われています。</p> <p>○福祉サービス実施計画の緊急の見直しが必要になる場合の仕組みについての整備をお願い致します。また、見直しに当たっては、福祉サービスの質の向上に関する課題を明確にされることを期待致します。</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)
		(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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○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。</p> <p>○記録ソフトを使用して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りました。職員間で共有する方法としては、引継ぎ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す。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 214 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 216 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<p>○事業者、サービス従事者は、知り得た利用者及び家族等に関する事項について、正当な理由なく第三者に漏洩してはならないことが明記され、個人情報の保護についての規定を明記していました。</p> <p>○記録管理は責任者が設置されています。また、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>