

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。	b)	<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 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。	○社会福祉事業全体の動向についての把握や、それに基づくデータの把握・分析は、法人運営管理部の中で話し合わせ、総合施設長を中心に共有されました。 ○訪問事業所周辺地域の福祉サービスのニーズ把握及び、希望数値調査について、今後取り組まれることを期待致します。
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<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 checked="" 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。	○法人全体として、数多くの高齢福祉事業の展開が図られていました。それぞれの事業所の経営課題については、各事業所と法人本部で検討し、明確にしています。また、法人役員会へ課題提示がされ、共有されました。 ○訪問事業所の課題や改善に向けた取り組みについては、ヘルパー会議等で職員に共有されました。
	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。	a)	<input checked="" 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。	○法人の第2期中期事業計画(2022～2024年度)において、計画策定の考え方が示されていました。また、法人としての質の向上を目指し、「松本地区でのNo.1の社会福祉法人を目指す」と目標を高く掲げていました。 ○中期目標は、2020～2021年度の2年間の事業の見直しが行われ、策定されていました。

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 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>○法人中期計画の重点目標としては、① 内部管理体制の再構築。② 小規模多機能型居宅介護とコミュニティスペースの運営の安定化。③ 介護報酬改定にともなう事業の見直しの三点があげられていました。</p> <p>○単年度の法人及び、ちとせみどり事業計画がそれぞれ策定されていました。</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>○単年度事業計画・事業報告は、職員のアンケートやキャリアパス・チャレンジカードから意見集約を行い、職員の意見を反映し策定されていました。</p> <p>○事業計画の見直しは管理者が中心となり、職員会議、ヘルパー会議等で手順に基づき見直しが行われていました。</p>
			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>○事業計画の内容については、ホームページにより家族等へ周知を図る方法がとられていました。</p> <p>○事業計画の内容を利用者や家族に対して、直接説明したり、資料として提示されていませんでした。事業計画はサービス提供の基本的内容となりますので、周知・理解へ向けた取り組みをお願い致します。</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)
	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>○家族や利用者への満足度調査により、サービス内容の評価が実施されていました。</p> <p>○事業所サービスの全体の評価を行う仕組み（自己評価等）の整備と実施をお願いします。また、今回の第三者評価結果の分析・検討・共有により、今後定期的な第三者評価の受審を行い、サービスの質の向上に取り組むことを期待致します。</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 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>○サービスの質の向上に向けた取り組みは、事業計画に基づいて実施され、職員会議・ヘルパー会議において職員間で共有されていました。</p> <p>○福祉サービス第三者評価事業の受審は今回が初めてとなります。評価結果から課題を明確にして、職員の参画のもと、計画的な改善への取り組みをお願い致します。また、今後の中で第三者評価の定期的の受審を期待致します。</p>
Ⅱ 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダー	(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。	<p>○管理者は2023年度ちとせみどりAW事業計画書の中で、「運営方針」「事業所の目標及び行動計画」「教育研修予定」「年間行事計画」等、事業所の方針や取り組みについて明示していました。</p> <p>○管理者は、事業計画等の内容について、月1回行われるヘルパー会議で職員に周知を図っていました。</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 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○管理者は、法人事業計画書等、法人が示す基本姿勢・重点目標・行動計画を理解し、コンプライアンス（法令遵守）に基づいた取組を行っている。</p> <p>○管理者は、求められる幅広い知識や技術習得のため、法人が行う管理者研修に参加し、習得した内容をヘルパー会議で伝えていました。</p>
	(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○管理者は毎月行われる職員会議、ヘルパー会議において、提供するサービスについて評価・分析を行い、質の向上に努めていました。</p> <p>○管理者は、職員のサービス提供が継続的・安定的に行われるように「職員連絡ノート」で共有されていました。職員ノートは、職員が自由に記入でき、意見・要望が把握できる仕組みがとっていました。</p>	
		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>	<p>○管理者は業務の実効性を高めるために、「施設訪問総括職務分担表」により職務分担を明確に定め、組織の理念や方針の実現に向けた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)
	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>	○福祉人材の確保や職員体制については、法人の人事管理部門の一括した考え方により、人材の採用や育成が行われていました。
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<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>	○事業所で必要とする人材の確保は、各事業所からの要望にもとづいて、法人本部で採用・配置替えを行い、福祉人材の安定・定着を図っていました。
						○法人が示す「期待される人間像」としては、社会福祉法人卒の郷キャリアパス制度により、7段階での求められる能力・機能が定められていました。
						○求められる職員の人間像については、正規職員用、非正規職員用に区分されていました。また、職員共通に求められるものと訪問介護職員として求められるものが明確に表示されていました。
						○職員の職場配置替えは、アンケートにより希望・要望を聞く体制が確認できました。

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。	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>○令和5年度、法人事業計画書の中で、重点目標の一つとして、内部管理体制の再構築があげられていました。内容としては、働きがいのある職場環境の整備、キャリアアップ制度の再構築、定期異動等人事制度の策定、ICT等のテクノロジー器具導入による業務改善を行うことが計画され、働きやすい職場づくりに取り組んでいました。</p> <p>○管理者と職員の面接が定期的実施され、相談しやすい体制がとられていました。また、法人の10年、20年表彰、歓送迎会が実施され、福利厚生の充実が図られていました。</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)	<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>○法人としてキャリアパス制度が確立していました。キャリアパス制度の中に各職位（段階的）に期待される人間像（求められる能力・機能）が明示されました。</p> <p>○職員はチャレンジカードを用い、自分の目標を設定して、個々の目標達成を行っていくシステムがとられていました。また、その結果は法人の人事考課へ反映される仕組みが確認できました。</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 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>○組織が目指す運営方針は「わたしらしく、いつまでも」であり、職員の支援姿勢として、「環境づくり」「地域づくり」「生きがいがづくり」を示していました。</p> <p>○令和5年度ちとせみどりAW事業計画の中に、感染症対策研修、虐待防止・身体拘束に関する研修、接遇研修、認知症研修、苦情対応研修、口腔ケアマイスター研修等の職員研修の計画が記載されていました。</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>○職員研修は、法人本部が実施する研修計画に基づいて実施され、事業所の職員も必要に応じて参加していました。また、県社協等で行われる外部研修や管理者リーダー研修にも積極的に参加していることが研修記録から確認できました。</p> <p>○新人職員・異動職員教育マニュアルが規程されていました。マニュアルには、① 誰が教えても均質な内容で指導することができる。② 教える側・教えられる側が「現在地」を把握することができる。と目的が明示されていました。</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)	<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>○法人全体としては、実習生の受け入れ規程・マニュアルの規程がされていて、特別養護老人ホームでは介護福祉士、社会福祉士の実習受け入れを行っていました。</p> <p>○訪問介護事業所での実習受け入れについては、現状では行われていませんでした。今後、実習生育成という視点からのマニュアル・プログラムの作成と、実習生受け入れ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)
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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、法人定款、組織図、役員名簿、単年度現状報告書、単年度事業計画・報告書、単年度予算・決算書、第三者評価受審等適正に情報公開がされていました。また、ちとせみどり通信が毎月発行されていました。</p> <p>○サービス付き高齢者向け住宅千歳緑として、信州福祉事業所認証・評価制度（ふくにん）の受審を2022年3月に行っていました。</p> <p>○特養、小規模多機能、グループホームでの第三者評価の受審はされていましたが、訪問介護事業所の受審は初めてであり、今後の定期的な受審を期待致します。</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。	b)	<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 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>○法人全体の組織図が示されていて、それぞれの事業所の役割や職務分掌・権限・責任が明確になっていました。4つの訪問事業所は、施設訪問統括により一体的に管理されていました。</p> <p>○市の監査、法人内監査が実施されていましたが、外部専門家による監査実施についての検討をお願い致します。</p>
4 地域との 交流、 地域		(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 type="checkbox"/> 107 利用者の個別的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"/> 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>○地域（豊田地区）で行われるお祭りへの参加や、スーパーの訪問販売が週2回行われ、地域との交流が図られていました。</p> <p>法人全体としての基本姿勢は明文化されていましたが、訪問介護事業所としての文章化はされていませんでした。ちとせみどり独自の地域とのつながりについての基本的姿勢と取り組みの具体化を望みます。</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 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 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。	<p>○法人として、ボランティアの受け入れや、学校関係との協力が構築され、基本的な姿勢について文章化がされていました。</p> <p>○訪問介護事業として、ボランティアの受け入れ経験がなく、受け入れの基本姿勢の文章化及び関係書類の整備を行うとともに、積極的な受け入れを期待致します。</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。	a)	<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 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 checked="" 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>○地域の事業所とのコロナネットワークにより、他の事業所への応援、連絡調整や協力支援を行っていました。</p> <p>○訪問介護事業所として、利用希望者に対してパンフレットの配布、訪問日の希望及び調整、介護支援専門員との連携が行われていました。また、介護タクシー事業所との連携により、希望者への紹介ができる仕組みとなっていました。</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>○令和5年度法人事業計画の中に、「現状での社会福祉法人をとりまく状況」を把握し、法人の取り組みを明確にしました。</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>○このエリアでは、訪問介護事業の他に、サービス付き高齢者向け住宅（定員20名）、デイサービス（定員38名）の事業を実施していて、地域の福祉ニーズに対応した取り組みが行われていました。</p> <p>○法人の地域交流事業として、コミュニティスペースを運営しており、地域の方々との交流・連携を図る取り組みを行っていました。</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、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 	<p>○法人の基本理念、基本方針の中に、「わたしらしく、いつまでも」が掲げられ、利用者を尊重した福祉サービスの実施が明確に示されていました。</p> <p>○法人の研修において、利用者の尊重、基本的人権尊重についての研修会が年32回実施され、訪問介護事業所職員も参加していました。</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。	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。 	<p>○法人全体としての個人情報保護方針（プライバシーポリシー）が明示されていました。その内容としては、基本方針、利用者への個人情報の適切な収集と提供、安全確認の実践、個人情報に関する問い合わせ窓口、個人情報相談担当者・責任者について記載されていました。</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) 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。 	<p>○利用者のサービス利用希望者に対しては、訪問介護事業所運営規程、利用契約書、重要事項説明書が用意され、配布されていました。利用希望者には各書類により、丁寧に説明を行っていました。</p> <p>○訪問介護サービスの体験利用の希望者には、説明書により情報提供がされ、必要に応じ実施できる体制がとられていました。</p>
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等が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。 	<p>○サービスの開始・変更が行われる利用者には、利用契約書、重要事項説明書などの資料により、自己決定できるような説明と同意が行われていました。</p> <p>○利用契約書にはサービス提供開始にあたって内容を説明した事業所説明者氏名と利用者が説明を受け、同意した旨の書類が整備されていました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 □ 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>○4つの訪問介護事業所には「契約マニュアル」「入居調整マニュアル」「退去対応マニュアル」が整備されていました。利用者の入居及び退居がスムーズに行われるように、手順や手法・想定されるリスク等が定められていて、対応が図られていました。</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) 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)	<input type="checkbox"/> 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者への定期的な満足度調査は実施されていませんでした。個別支援計画作成時のモニタリング調査で、利用者の要望や希望を聞き満足度の調査が行われていました。</p> <p>○利用者への聞き取り調査では「満足」との回答が多くありましたが、食事内容の要望についての意見を複数伺いました。</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)	<input checked="" 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。 <input checked="" 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 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 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。	<p>○法人として、苦情解決の仕組み方針が規程されていました。苦情解決の体制は、事業所内に掲示されると共に、重要事項説明書にも明示されていました。</p> <p>○訪問介護事業所としての苦情対応マニュアルが整備されました。対応手順として、「苦情内容の把握」「苦情受付の姿勢と申し出人の把握」「管理者・上位者への連絡」「苦情処理」「第三者委員への連絡・記録」「周知徹底と再発防止」が記載されていました。</p> <p>○利用契約書の苦情対応欄に「苦情解決責任者名」「第三者委員名」の記載をお願い致します。</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 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。 <input checked="" 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 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。	○複数の職員による聞きとりの実施や、自由に相談相手を選べる体制づくりは十分に行われていませんでした。今後、相談しやすい体制(場所、職員体制)の整備を望みます。
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	○事業所内には意見箱が各所に設置されていて、利用者からの意見・要望を聞き取れる仕組みができていました。 ○意見箱等で出された要望・意見については、ヘルパー会議等で検討され、管理者を中心に、決められた手順や対応マニュアルにより、処理されていました。
	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○法人組織として、リスクマネジメント・虐待防止委員会が設置されていました。訪問介護事業所の管理者も管理責任者として、会議へ参加していました。 ○法人で事故対策委員会が設けられていて、対応マニュアルが整備されていました。委員会へは訪問介護事業所職員も参加していました。	

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 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"> ■ 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>○「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針」が整備されていました。指針の中には、総則、体制、委員会の業務等が規定されていました。また、委員会の構成として、管理責任者、担当者、構成メンバーが決められていて、委員会の役割や日常的な感染症対策が策定されていました。</p> <p>○感染症対応のマニュアルとしては、「コロナ感染予防マニュアル」「インフルエンザ対応マニュアル」「ノロウイルス対応マニュアル」が整備されていました。</p>
			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"> ■ 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>○法人組織の中に、安全衛生・防災・環境美化委員会が設置されていて、担当者が委員会に参加していました。</p> <p>災害時の対応マニュアルとしては「火災時対応マニュアル」「地震時対応マニュアル」「水害時対応マニュアル」が整備されていました。</p> <p>○令和4年度委員会報告書には、避難訓練の実施状況の記載がありました。千歳緑通信6月号に、令和5年度実施として「地震」を想定した避難訓練の実施報告が掲載されていました。</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 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)	<p>■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○標準的なサービス実施のために、「サービス提供表及びチェックリスト票」に基づいたサービス提供が行われていました。サービス提供の手順としては、① サービス提供票チェックリスト票の用意。② チェックリストにより実施されているかの確認及び記載。③ 記載用紙の片付け・保管となっていました。</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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○個別支援計画のモニタリング(介護過程)の中で、実施方法の検証、見直しが行われ、福祉サービスの標準的な実施ができる仕組みがとられていました。</p> <p>○毎日の引継会議や定期的な職員会議により、個別のサービス実施計画の検証・見直しがされ、職員間で周知する体制がとられていました。</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) 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)	<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>○訪問介護計画の実施については、介護支援専門員から示された居宅介護支援計画により、個別支援計画の作成を行い、サービスの実施が行われていました。また、サービス実施計画の責任者は管理者となっていました。</p> <p>○サービス実施計画の策定に当たっては、利用者・家族の意向把握を行い、サービス担当者会議等、関係機関との連携を図る中で適切な計画を作成し、サービス提供がされていました。</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>○サービス実施計画目標の定期的な見直しは、3～6か月毎に行われていました。訪問介護事業所会議でのケース検討で職員間の周知と共有が図られていました。</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) 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>○法人共通の、介護記録の書き方マニュアルが整備されていました。「誰が何のために読む記録なのか、意識して記入する」「1ケア1記録ができるようにする」と介護記録の目標が設定されていました。</p> <p>○記録の手順としては、①「5W1Hを意識する」②推測でなく真実のみ記載する。③常態で記入する。④ケア・対処を明記する。⑤読み手を意識した記入。が記載されていました。</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>○法人の個人情報保護規程には「個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために、自主的なルート及び体制を確立し、関係法令、ガイドラインを尊重し、利用者の個人情報保護を図ることを宣言する」と表示されていました。</p> <p>○記録における管理責任者は事業所管理者となっていて、保管場所は訪問介護事業所事務所に保管管理されていました。</p>