事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者支援施設
事業所名（施設名） すわ湖のほとり

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 ■ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 ■ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 ■ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	○法人のパンフレットには「福祉の追求」として「ご利用者幸福の追求」「地域貢献の追求」「職員幸福、職務環境の追求」「今を、未来を支える福祉の追求」の4つの追求が掲げられています。また、基本方針には1. 利用者の自己選択、自己決定に基づく個別支援計画に則った支援、2. 『仕事は丁寧に、対応は誠実に』、3. 施設の人的、物的財産を地域社会に活用、4. 多様化する福祉ニーズに応えられる施設機能の保持と関係機関との連携を提示しています。 ○令和6年度事業所の「注力事項」にも「利用者支援(処遇)の向上」「地域貢献・地域連携」「職員採用・人材育成」「施設設備整備」が明示され、職員間で周知、共有されています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント		
	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)	■ 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。	○令和6年度、注力事項には地域の福祉ニーズに柔軟に応じられる体制の構築と施設機能、人材を確保していくための安定した運営を目指すうえで目標稼働率を96%を掲げています。 ○自立支援協議会等各種団体との連携を強化し、地域の障害関連のニーズの把握や地域生活拠点事業への参加により、短期入所、緊急ショート、タイムケアの受け入れによる空床確保に努めています。 ○経営状況については関心の薄い職員が多数みられましたので、周知に努めてください。	
					■ 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。		
					■ 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。		
					■ 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。		
				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)	■ 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。	○外部の専門機関により経営分析を受け「収益性分析」「安全性分析」「生産性分析」より課題を明確にしています。 ○事業報告では生活介護事業、施設入所事業、短期入所事業における年間利用率を明示して、利用率の背景の分析がなされています。 ○経営課題は分析が行われて課題が明確化されています。職員アンケートでは周知に課題が見られましたので周知方法の検討をお願いします。
	■ 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。						
	□ 13	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。						
	■ 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。						
	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)	■ 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。	○法人として令和6年度～令和9年度までの経理、人事、給与等の短期・中期計画が明示されています。 ○事業所は「注力事項」の件、記載された事項について内容を具現化し、中長期的な視点に立った計画を立てているのを資料から確認しました。 ○職員アンケートから、周知に課題がみられましたので事業計画の周知共有に努めてください。	
■ 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。							
■ 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。							
■ 18	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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。	b)	■ 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。 ■ 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。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 □ 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。	○事業計画は基本方針に基づいて、利用者処遇、地域への貢献、職員育成について具体的な内容と方法が掲げられています。実施頻度と数値目標をさらに具体化したものの策定を期待します。 ○事業計画には、年間の行事計画をはじめ、施設内外の研修会の内容、実施頻度が計画されています。
		(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。	b)	□ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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、前年度事業の反省と振り返りに立って、役職者会議や職員会議より意見や提言を受けて策定されています。また、サービス向上委員会、苦情解決・事故対策委員会、虐待防止・身体拘束検討委員会、日中活動、リハビリ、感染対策、新人・実習、編集委員会等の委員会において検討されています。 ○職員アンケートには、意見が聞かれていないとの記載がありました。職域を超えたすべての職員が計画に携わり、周知されるようより丁寧な手順で進められることを期待します。
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a)	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	○事業計画は、月に1度開催される利用者との対話会や保護者会において説明されています。また、事業の内容については、ホームページを活用したブログでの配信や広報誌「すわ湖のほとり通信」では写真を取り入れた、分かりやすい内容になっています。 ○職員アンケートから、事業所の取組について、半数以上の職員が周知していませんでしたので、対応策の検討をお願いします。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	取組 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な	(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。	a) ■	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。 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。 34 定められた評価基準にもとづいて、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。 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。	○法人の専門機関による経営分析の結果から、次年度に向けて提供している福祉サービスの課題について各委員会で検討されています。 ○記録ソフトを導入したことにより、処遇内容がデータ化され各種会議等での課題の分析が容易になり、共有化が図られています。
			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) ■ □ □ ■ ■	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。 37 職員間で課題の共有化が図られている。 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。 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。 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。	○職員は年度当初に、上司との相談の下で、目標シートに「何を、どの程度まで、どのようにして、期末の結果」を記載して、評価者からの評価を受けています。 ○第三者評価の結果を踏まえて、支援会議や生活向上委員会等で課題の共有化を図り、各委員会で検討された内容を次年度の事業計画に反映しています。 ○職員アンケートより、職員間での課題の共有が不十分との結果がみられました。
II 組織の 運営管理	ダ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) ■ ■ ■ ■	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。 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務分掌等について、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。	○事業計画ならびに令和6年度の「注力事項」に事業所の目指す目標、方向性が明示されています。 ○職務分担には管理者をはじめ運営・幹部職員の業務と責務が明示されています。 ○管理者が不在時には支援課長が代行者となり業務の運用がなされることが明文化されています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
			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。 ■ 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。	○事業所の運営規程には障害福祉サービスの提供に当たり、関係法令遵守が明記されています。 ○事業所では、虐待防止、身体拘束等、人権擁護に関する研修や法令遵守に係る必要な研修が実施されています。	
			(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。	b)	■ 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。	○管理者は利用者の個別支援計画や職員の目標シートに関与して、計画の遂行のために各種検討委員会を置きサービスの質の向上に努めています。 ○事業所内に10の委員会を組織して、職員一人ひとりが参画して意見を言える機会を設けるとともに、職員自らが内部研修を企画、運営することで資質の向上のための取組が行われています。 ○職員アンケートでは、一人ひとりの意見の反映が不十分との指摘がありました。
			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。	b)	■ 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。	○経営については本部と連携して月次経営分析を行い、役職会議や職員会の場で状況の共有に努めています。また法人の経理、人事、総務の事業計画では経営の実効性に向けた取組が明記されています。 ○職員アンケートでは、職員の働きやすい環境整備のさらなる充実を求める声がありましたので、検討をお願いします。	
			2 福祉人材の確保・育成	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)	■ 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。	○必要な人員体制は、法人グループ内の県内施設間で計画的な異動等により活性化が図られています。 ○実習学生を受け入れ、福祉人材の採用につなげています。 ○介護福祉士資格取得に向けた実務者研修のサポートやスペシャリスト養成研修へ参加しレベルアップを図っています。 ○現場の声として、計画的な人材確保ができていないとの意見がありました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■ 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。	○指定障害者支援施設すわ湖のほとりの職員像と経験職への期待水準を運営指針に掲げています。 ○2014年から人事制度「目標支援制度」を導入して、職員個々について等級による求められる役割を明確にしています。また、一人ひとりの課題に対し、それをどのようにして補っていくのかの視点に立って人材育成に取り組んでいます。 ○職員アンケートでは、自らの将来の姿を描くことのできる仕組みづくりが不十分との所見が伺えましたので原因の究明をお願いします。
		(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り組んでいる。	b)	■ 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。	○就業に対する職員の意向は「目標支援制度」に沿って上位職との定期面接や随時面接により把握しており、働きやすい職場作りに取り組んでいます。 ○職員自らが業務の改善に携わり、育児休暇、介護休暇、看護休暇等が必要になった場合の職員配置の見直しや、休暇のやり取りを担っています。 ○法人のパフレットでは有給取得率が70%以上であり、業界の取得率を上回っていることが記載されています。 ○法人としてストレスチェックが実施されており、メンタルの不調を未然に防止するために、外部の医師、保健師、精神保健福祉士等による面接が実施できる仕組みが整っています。 ○職員アンケートでは、できていないとする所見が見られましたので、職員の声を反映するための取組を期待します。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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)	■ 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。	○「すわ湖のほとりの職員像」と共に、どこでも通用する専門職員を目指して、組織として求める「期待する職員像」を明確にしています。 ○目標支援制度に基づいて半期に1度個別面接が実施され、期の中間、年度末においても面接が行われています。また、目標の進捗状況に対して上位職からの適切な助言が得られるよう配慮されています。 ○定期的な面談はもとより、課長・係長、主任、副主任に対して直接相談ができる体制が整っています。
			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)	■ 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。	○事業所の令和6年度「注力事項」には職員採用・人材育成が掲げられての法人主催、施設内外の研修への参加を進め、研修後は報告会開催等、全職員の周知共有を図っています。 ○職員育成に向けたキャリアパス制度に沿って、職員に施設が必要とする資格の取得に参加させたり、それぞれの経験やスキルに応じた各種研修に参加して、専門性の向上に努めています。
			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)	■ 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。	○施設内研修では、介護支援技術、医療知識習得、防災、障がい者虐待防止、救急法、感染症対策、腰痛予防の研修が企画され職員が参加しています。 ○施設外研修は横浜社会福祉協会が主催する研修や長野県各種団体が主催する研修が企画され、関係職務の職員が参加して、研修内容は会議等の場で周知共有を図っています。 ○法人として新任職員に対して集合研修とフォローアップ研修を、数名の担当者によってきめ細かな指導が行われています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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)	■ 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。	○「注力事項」の地域貢献・地域連携には、実習・体験等の積極的な受け入れが明記されています。 ○施設実習受け入れマニュアルには施設指針、実習生の基本姿勢、実習展開の基礎課程、利用者様に関する注意事項等が整い、また、実習生指導担当マニュアルが整備されています。 ○職務分掌では生活支援係が、実習生受け入れの業務を担っています。 ○職員アンケートでもプログラムが用意されているとの回答が見られました。
	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)	■ 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。	○法人のホームページには法人や施設の概要、事業の内容が公開されています。また、過去に2度第三者評価を受審しており、評価結果も公表されています。 ○法人のホームページには、各事業所のブログが掲載されており、すわ湖のほとりではイベントの様子や口腔ケア研修の様子等が紹介されています。 ○広報誌が年に2回発行され、保護者や関係機関に配布されています。また、地域自治会にも回覧で配布されています。
			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)	■ 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。	○事業所の業務分掌には、事務、経理、取引等の業務内容と担当者が明示されています。 ○経理業務には専属の会計監査人制度の下で、法人運営の透明化が図られています。 ○職員アンケートからも内部監査の実施が記載されていました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント	
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。	a)	■ 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。 ■ 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提供している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	○令和6年度の「注力事項」には地域貢献・地域連携が明記されており、①地域の福祉ニーズに応じられる体制の構築②地域に支えられ、地域の解放された福祉施設となるために、地域行事への参加、防災活動への協力、実習・体験の受け入れ、地域のコミュニティ活動への積極的な参加を掲げています。 ○コロナ禍で自粛していた個人やグループ外出等に取り組んでおり、利用者からも楽しみになっているとの声が聴かれました。 ○地域の企業との連携により、事業所内において生産活動を実施しています。利用者の働く励みになっています。	
			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)	■ 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。 ■ 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。 □ 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 □ 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。 ■ 114 学校教育への協力を行っている。	○ボランティア受入管理マニュアルが整備されており、受け入れ方針、担当者、活動内容、ボランティアの育成、ボランティア講習、利用者 と接する際の留意点が明記されています。 ○事業所では季節の行事をはじめ、多くのイベントが企画運営されています。ボランティアの活動に利用者との話し相手とありますので、行事や各種イベントを通して、交流の場が持たれることを期待します。	
			(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)	□ 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。 ■ 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。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 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。 □ 119 地域に適当な関係機関・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。	○利用者の出身市町村福祉担当、病院、学校、障がい者支援施設、障がい者就労事業所、長野県障がい支援課、地元社会福祉協議会、自立支援センターとの連携を図っています。 ○地域生活拠点事業に参加して、短期入所、緊急ショートステイ、タイムケアなど地域のニーズに柔軟に応えられるよう努めています。 ○事業所は関係機関との連携に尽力されていますが、職員アンケートでは実態が把握されていませんでした。事業所と地域の関係機関との関わりについて周知共有が望まれます。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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) ■	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。	○自立支援協議会等で検討された地域の障害福祉関連のニーズの把握に努めています。 ○地域の防災訓練の拠点であることから、地域住民との交流を通して地域の福祉ニーズや課題が把握されることを期待します。
			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。	a) ■	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。	○「注力事項」に掲げられている地域貢献では、地域の福祉ニーズとして把握しているショートステイ、タイムケア、地域生活拠点整備事業、施設見学に応じられる体制の構築を今年度の具体的方策に上げています。 ○管理者は圏域の自立支援協議会の委員を務め、地域の活性化やまちづくりの協力体制に取り組んでいます。 ○地域の災害対策や、被災時の福祉的な支援を念頭にした防災協定が、地元地区と締結されています。
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。 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。	○法人の理念である「福祉の追求」について、事業所内での研修や、サービス向上検討委員会、苦情解決・事故対策委員会、虐待防止・身体拘束検討委員会等、各種委員会において検討し評価して職員間での共有が図られています。 ○事業所では、2か月毎に虐待防止・身体拘束廃止検討会議を開催し、利用者の尊重や基本的人権についての研修を実施しています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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。 ■ 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。	○新任職員の指導・育成に関するガイドラインの、組織職員としての心構えに、食事の介助、排泄の介助、入浴の介助について、利用者のプライバシーに配慮した対応が明記されています。 ○多床室にはプライバシーカーテンが設置され、必要に応じて開け閉めのできる機能を備えています。
		(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)	■ 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。	○法人の理念や施設の運営指針はパンフレットや、ホームページ等で情報発信しています。特に法人の各事業所が発信しているブログでは事業所の日常の様子を写真を交えて発信しています。 ○見学は常時受け入れており、ショートステイやタイムケアの受け入れについての情報も提供しています。 ○パンフレットは読みやすくまた、写真を多く取り入れて見やすくなっています。情報提供の対象者によっては、文字にルビをふる等の配慮が必要になるかと思われませんが、事業所での検討をお願いします。
			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。	b)	■ 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。	○重要事項説明書を基に、法人や施設の概要、従業者の配置状況、利用料金等のサービス内容を利用者の理解度に合わせて家族と共に説明し、同意を得ています ○毎月開催しているケア会議(モニタリング)において、サービス内容の変更が生じた利用者には説明を行う中で自己決定を尊重しています。 ○重要事項説明書並びに契約書は分かりやすく記載されています。意思決定の困難な利用者への対応として、文言にルビをふるなどの書類の整備が望まれます。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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)	■ 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。	○利用者の身体状況の変化や、家庭環境等の変化から事業所の変更等の移行が必要になった場合は、サービスの継続性が損なわれないように申し送り、引継ぎがなされています。 ○令和5年度においては、病院へのサービス移行が1件報告されています。 ○サービス終了後も利用者、家族との相談窓口が設置されており、その旨が説明されています。職員アンケートでは、項目の内容を把握していない職員が多数見られましたので周知をお願いします。
		(3) 利用者満足の上向上に努めている。	① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	○事業所の中にサービス向上検討委員会が組織され、各係の業務や利用者を担当する職員が日々の関わりの中で満足度を把握しています。 ○月一回の対話集会において、利用者の思いを直接聴取したり、自身の思いの表出が困難な利用者には、担当職員が推測することで思いを汲み取ることを実践しています。 ○利用者との聞き取りでは、多くの利用者から満足しているとの声を伺いました。
		(4) 利用者が意見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)	■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。	○事業所に苦情解決・事故対策委員会が組織され2か月に1度の会議が開催されています。 ○重要事項説明書には事業所における苦情受付の窓口、解決責任者、第三者委員の名前が明記されています。また、行政の苦情受付期間も明記され、事業所内にも提示しています。 ○事業報告では、歯科治療における積極的なサポートができなかったことや、職員による常識的な接遇態度に対する利用者からの意見を苦情としてとらえています。次年度に向けて具体的な取組が望まれます。 ○苦情解決の体制や仕組み、実際の苦情の内容を職員全体に知らしめるための取組が望まれます。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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)	■ 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、その文章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。	○個別支援計画の作成に当たり、アセスメントシートを活用して意見を聴取したり、対話集会を通して意見の出しやすい環境を整えています。 ○事業所内に相談スペースが設けられ、相談体制が取られています。
			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)	■ 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。	○施設内に意見箱が設置されています。また、様々な職種の職員が参加している対話集会を通して、利用者の声を聴き取り組みが見られます。 ○利用者からの苦情の申し出に際しては、相談受付から解決までの手順を記録簿に記載するようマニュアル化されています。 ○意見箱の設置や苦情解決の仕組みについて把握していない職員がみられましたので周知をお願いします。
		(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)	■ 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。	○苦情解決・事故対策委員会の中に苦情解決・リスク管理責任者が明確に位置付けられており、自己要因の分析や改善策が話し合われています。 ○会議は3か月毎に開催され、「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」に基づいて要因の分析、再発防止についての話し合いが行われています。内容は文書化されて職員間で共有されています。 ○事業所は事故発生防止のための安全管理指針を明文化して、組織の設置、目的、各職域が担う役割を明確にしています。 ○事故・ヒヤリハットの内容は、半期ごとに発行している広報誌に掲載することにより公開しています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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。 ■ 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。	○感染症予防検討委員会が組織され、感染症の予防と発生時の安全確保のための体制を整えています。 ○すわ湖のほとり感染対策指針が作成されており、感染対策委員会の活動内容、構成メンバー、役割分担が明記されています。また、年に1回、感染発生を想定した訓練が計画されています。 ○インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス感染予防対策マニュアルが整備されており、各種症状に対する対処方法が、写真とフローにより分かりやすくマニュアル化しています。
			③ 災害時等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。 ■ 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。 ■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。	○前年度の事業報告によれば、火災想定訓練、近隣河川の氾濫を想定した水害避難訓練、夜間における地震発生想定訓練がBCP(業務継続計画)マニュアルに基づいて実施されています。 ○訓練は年に3回実施され、地区住民や消防団も参加しています。 ○事業所は地元区、消防団と協定書を交わし、災害時における役割分担を決めています。尚、事業所では食料品や水等の備蓄を利用者人数に対して3日分蓄えています。 ○職員アンケートでは、防犯面での検討がなされていないとの回答がありました。利用者の安全確保対策の一環として検討をお願いします。
保2	福祉サービスの質の確	(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)	■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 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。 ■ 190 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。 ■ 191 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。	○入社時に法人の理念である「福祉の追求」に掲げる利用者の尊厳、プライバシー保護、権利擁護に係る姿勢についての研修が行われています。 ○新任職員の指導・育成に関するガイドラインでは1. 組織職員としての心構え、2. 身辺介護3. 健康管理・緊急時対応に対するチェック項目が141設定され、一定水準のスキルとして文書化されています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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)	☐ 192 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。 ☐ 193 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。 ☒ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 ☒ 195 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。	○新任職員の育成プログラムとして、フォローアップ研修、OJT(職業教育)研修が計画され、実施されています。 ○職員アンケートでは、標準的な実施方法の見直しについては不十分との見解ですので、サービス向上検討委員会を活用して、個別支援計画の観点から検証・見直しができる体制づくりを期待します。
		(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支援計画を適切に策定している。	a)	☒ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ☒ 197 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。 ☒ 198 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。 ☒ 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ☒ 200 個別支援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。 ☒ 201 個別支援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。 ☒ 202 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。	○個別支援計画はサービス管理責任者が担当しており、担当職員による利用者へのアセスメントを基に、ケア会議が開かれ策定されています。半年毎に支援報告書(モニタリング)にて目標達成度、支援結果を評価しており、支援会議の内容は議事録に記載されて、職員全体で共有する仕組みになっています。 ○個別支援計画は利用者及び家族の意向に対して短期目標と長期目標が掲げられ、利用者のニーズ、ニーズからくる支援目標、サービスの内容、本人の役割が記載される様式になっています。
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	☒ 203 個別支援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。 ☒ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ☐ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ☒ 206 個別支援計画の評価・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。	○アセスメントシートや組織を横断したサービス担当者会議を行う中で課題を分析して、半年毎の評価を支援報告書として担当者から提示されています。 ○支援報告書を基に話し合われた内容は議事録にして全体で共有しています。 ○職員アンケートでは多くの職員が個別支援計画策定の仕組みを理解されています。ただ、計画の緊急に変更する場合の仕組みについては把握できていませんので周知をお願いします。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(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。	b)	■ 207 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。 ■ 208 個別支援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。 □ 209 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。 ■ 210 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。 ■ 211 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。 ■ 212 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。	○利用者の記録は記録用ソフトの中に個別に記録され、全体で共有し確認できる仕組みになっています。 ○重要事項説明書には、利用者の記録や情報管理、開示について明文化されており、事業所における記録の項目として①個別支援計画②サービス提供の具体的な内容③市町村への通知事項④身体拘束に関すること⑤利用者からの苦情⑥事故の状況が挙げられています。 ○職員アンケートでは、記録の書き方の統一性が図られていないとの所見がありました。再度確認されることを望みます。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	■ 213 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。 ■ 214 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。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 216 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。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 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。	○事業所の運営規程第21条、利用契約書第7条に個人情報の保護、記録整備保存義務を明記しています。 ○法人として、個人情報の正確性及び安全性の確保、個人情報の秘密保持に関する従業者の責務を明確化した、個人情報取り扱い指針を作成しています。 ○事業所では個人情報保護をテーマとした研修会を開催しています。個人情報とプライバシーにスポットが当てられた研修資料の内容を確認しました。