

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 共同生活援助
事業所名（施設名）アルプス学園グループホーム

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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○法人の理念は「倫理綱領」の中に定められており、6つの基本方針を掲げた「職員行動指針」と共に法人の礎となっています。</p> <p>○共同生活援助事業における目的と基本方針は明文化され、事業計画に掲載されています。</p> <p>○グループホーム利用者の支援に直接携わる世話人が非常勤であるという性格上、理念や基本方針等の理解、周知について、関心の低さが伺えました。利用者支援の基本となるものですので、周知共有の場が望まれます。</p>

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○事業の経営状況を資金収支及び事業活動より分析し、経営の課題、経営の健全化に向けた取り組みが数値目標として提示されています。</p> <p>○グループホームの経営については、不足が生じた場合は、法人全体の事業運営の中で調整が行われていることを管理者ヒアリングで伺いました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○グループホームにおける事業内容、組織体制、職員一人ひとりの業務分担が明示されています。</p> <p>○数年先の利用者の入居状況より、予想される支援区分に応じた給付費、それに伴う様々な経費について分析が行われています。</p> <p>○日常生活に係る経費について、各ホームの世話人の中で節約を意識した対応が行なわれていることをヒアリングで伺いました。</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○中・長期計画において中期経営計画(案)が策定されています。経営の実施計画には、経営方針と経営方針に対する具体的な取組みが明記されていることを資料で確認しました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>■ 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>	<p>○中・長期計画を踏まえた単年度計画は、法人の経営健全化に向けた取り組みが明文化されていることを事業計画書より確認しました。</p> <p>○経営健全化に向けた取り組みは、具体的な数値目標が掲げられています。</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。	b)	<p>□ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○事業計画は法人の所定の様式により作成されています。ただ、作成の過程で全ての職員の参画や意見の集約は、各ホームの職員体制や勤務体制が障壁になり、反映されていないようです。</p> <p>○共同生活援助事業としての事業計画が作成されていますが、運営している5グループホーム毎に、世話人参加の下で事業計画が作成されることを期待します。</p>
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	<p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○事業計画の内容は世話人会議の場で話されていますが、世話人に配布されていないとのことです。事業計画が周知されるよう組織としての体制作りを進めてください。</p> <p>○利用者及び家族や後見人に対する説明の場も取り入れていかれることを期待します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	的 4 な 福 取 社 組 サ ー ビ ス の 質 の 向 上 へ の 組 織 的 ・ 計 画	(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。 <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>○福祉サービスの質の向上に向けて、まず第三者評価の受審が今回実施されています。</p> <p>○サービスの質の向上の基本を、人権擁護、虐待防止に位置づけ、研修等を実施していることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○今回の第三者評価の内容を、事業所による自己評価に反映させ取り入れていくことをヒアリングで伺いました。</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 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>○第三者評価結果をベースに、明確になった今後の課題について検討する体制を整えています。</p> <p>○世話人については、サービスの質の向上を目標に、共同生活援助事業を運営する他法人の世話人とのオンラインによる研修会の実施を、知的障害福祉協会に働きかけていきたいとの意向を管理者から伺いました。</p> <p>○第三者評価の評価基準を基に、事業所独自の自己評価の実施に取り組んでいます。</p>
II 組 織 の 運 営 管 理	ダ 1 ー 管 理 者 の 責 任 と リ	(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。 <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>○グループホームの業務分担表に管理者の業務が明文化されているのを確認しました。</p> <p>○業務分担表には、管理者の役割と責任はもとより、地域生活支援員の業務内容、世話人が担当するグループホームが明示されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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>○グループホームに於いては、コロナ感染症の影響により、コンプライアンスに関する研修は実施できていません。しかし虐待防止、感染症対策に係る研修を重点的に実施していることを事業報告より確認しました。</p> <p>○事業所として遵守しなければならない基本的な関連法令について、研修会や勉強会を通しての周知が望まれます。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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・研修の充実に図っている。	<p>○管理者はサービスの質の向上の一環として、他法人が運営するグループホームと連携し、世話人の資質についての研修の機会を模索しています。</p> <p>○利用者一人ひとりの支援に当たり、グループホームの職員によるホーム会議の中に、サービス管理責任者が加わり、個別支援計画の作成に向けた、アセスメント、モニタリングが実施されていることをヒアリングで伺いました。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○経営、運営に関する人事、労務、財務等は、数年先を見越した状態が分析されていることを資料より確認しました。</p> <p>○グループホームの目的である入居者の尊厳の遵守、権利の擁護、家庭的な雰囲気づくりに向けて、各ホームの世話人を3名に固定、世話人の悩みや相談をサポートする地域生活支援員の配置等、環境整備に尽力されています。</p>
成2 福祉人材の確保・育	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○福祉人材の確保が困難な状況において、法人として職員紹介制度を導入していますが、計画通りの確保は難しい現状と伺いました。</p> <p>○専門職（有資格の職員）の配置を含めて、高齢化する利用者の心身の変化に対応できる経験豊富な職員を、いかに確保するかが課題であることをヒアリングで伺いました。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着目眼点	コメント
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 ■ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 ■ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 ■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 ■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 ■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 	<p>○法人の「倫理綱領」には5つの項目が明記されており、職員の規範として掲げられています。また、職員が遵守すべき職員行動指針として6つの項目が明示されています。</p> <p>○法人のキャリアパス規程には、等級、職位、資格要件、号俸額、昇給要件、在籍期間、昇格基準が明記されており、職員の働く意欲に繋がっています。</p> <p>○職員の評価については、人事評価の公平性と公正性を担保するために、人事評価審査会が設置されているのを人事評価実施要領より確認しました。</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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 □ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 ■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 □ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 	<p>○世話人の勤務希望を踏まえた上での労務管理が行われていることをヒアリングで伺いました。</p> <p>○世話人の相談窓口は地域生活支援員、サービス管理責任者、管理者による相談体制が整えられています。</p> <p>○人材の確保及び定着に向けて、新任の世話人が利用者への支援にやりがいを持ってやるよう、周囲の職員による言葉がけを大切にしていることをヒアリングで伺いました。</p> <p>○日常の業務や利用者への支援等、3人の世話人同士の信頼関係と連携は重要です。世話人同士の意思疎通が困難になった場合を想定した相談体制の構築をお願いします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b)	<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>○法人の「倫理綱領」及び「職員行動指針」に「期待する職員像」が明示されています。</p> <p>○世話人一人ひとりの目標は設定されていないとのことです。日々の利用者支援のモチベーションに繋がりますので、目標設定を明確にすることが望まれます。</p> <p>○グループホームの利用者の特性を鑑み、福祉関係に精通した職員だけではなく、職業経験の豊富な人材を採用していることを管理者ヒアリングで伺いました。</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。	b)	<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「倫理綱領」には5つの項目が明記されており、職員の規範として掲げられています。また、職員が遵守すべき職員行動指針として6つの項目が明示されています。</p> <p>○法人のキャリアパス規程には、等級、職位、資格要件、号俸額、昇給要件、在籍期間、昇格基準が明記されており、職員の働く意欲に繋がっています。</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。	b)	<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>○職員体制が不足している状況で、全ての職員が自己研鑽の為に研修に参加するのは難しく、世話人の中には公休や夜勤の入り明けを使って、必要とする研修に参加しているの事を世話人ヒアリングで伺いました。</p> <p>○キャリアパスの研修をはじめ、法人が実施する虐待防止等人権擁護に関する研修は、必須の研修として参加していることを世話人ヒアリングで伺いました。</p> <p>○新任の世話人に対しては、ベテランの世話人が2回の夜勤業務に付き添いサポートしていることをサービス管理責任者から伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	c)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。 <input type="checkbox"/> 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>○法人の施設入所支援事業所に於いては実習生を受け入れており、受け入れに対する基本姿勢、マニュアルは整備されています。グループホームでは、利用者が日中活動事業所を利用していることから、受け入れていないことをヒアリングで伺いました。</p> <p>○評価基準として項目が設定されていますので、実習生がグループホームの実態について学べるプログラムの作成について検討願います。</p>
	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 checked="" 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>○ホームページには法人の理念が掲げられています。また、グループホームをはじめとして、運営する複数の事業についての基本的な情報を掲示しています。</p> <p>○第三者評価は初めての受審ですが、苦情・相談について公表されています。</p> <p>○地域に対して、広報誌等の印刷物を配布する取り組みは実施されていないとのことです。グループホームの事業内容には近隣を含めた地域との交流が掲げられていますので、今後の取り組みに期待します。</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>○内部監査については、年に一回の法人の委員により会計処理に係る監査が実施されています。また、税理士による外部監査も実施されていることをヒアリングで伺いました。</p> <p>○法人では、過去の不祥事による教訓から年に3～4回の抜き打ち監査が実施されていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b)	■ 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。	○地域との関わりについての基本的な考え方は、事業内容の中の基本方針に明記されているのを確認しました。 ○コロナ禍以前は、隣組の忘年会や近所の公園清掃等を実施していたが、現在まで自重しているとのことでした。法人本部の方針に基づいて対応していくとの事をヒアリングで伺いました。
					■ 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へ提供している。	
					□ 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。	
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	c)	□ 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。	○グループホームは利用者にとって「自分の家」であるとの考えの下で、ボランティアの受け入れはしていないとのこと。一方で、評価基準の項目になっていることを踏まえ、利用者との人間関係の広がりや、利用者によって余暇活動のさらなる充実を図るためにも受け入れの是非について、検討されることを望みます。
					□ 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。	
(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。	○地域の社会資源は、グループホームで生活している利用者自身が把握している為、リストや資料は作成していないとのこと。また、利用者によってはスマートフォンで検索して地域の資源を活用しています。 ○計画相談事業所を通して、利用者が通う日中支援事業所との日常的な連絡が持たれていることをヒアリングで伺いました。 ○家族を交えた利用者の支援会議が行なわれていますが、課題等について世話人をはじめとした現場の職員の多くが把握できていない結果がみられましたので周知が求められます。		
			□ 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。			

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。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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れるよう設備等の工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○プライバシーに係る事業所としての基本姿勢や規程・マニュアルは整備されていないとのことですので、文書化し職員間で共有されることが望まれます。</p> <p>○明文化された規程等は整備されていませんが、職員の多くは利用者のプライバシーの保護は当たり前との姿勢で、支援に当たっていることをアンケートより確認しました。</p> <p>○利用者の中には、ご自身で部屋の鍵の管理をされている方がいることをヒアリングで伺いました。</p>
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<input type="checkbox"/> 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 <input type="checkbox"/> 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	<p>○グループホームの情報は、事業所の特性上、内容を紹介した資料等は公共の場には置かず、法人のホームページでの公表に留めています。グループホームに関連した内容は、プライバシーに係ることが含まれるため、どこまで公表するかは今後の課題であることを管理者から伺いました。</p> <p>○見学や体験入所については、利用者調査による聞き取りから実施されていることを確認しました。</p>
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 <input checked="" type="checkbox"/> 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 <input checked="" type="checkbox"/> 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	<p>○サービスの内容に関する説明は、サービス管理責任者により実施されています。説明時には事業所のパンフレット、資料、重要事項説明書に基づいた説明が行われ、同意を得た上での契約がなされています。</p> <p>○グループホームを利用される方で、意思決定の困難な方には、絵カードを用いた分かりやすい説明に配慮していることをサービス管理責任者から伺いました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	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>○サービス内容の変更時には相談支援事業所、日中活動事業所等、利用者に関わる全ての事業者による支援会議を開催し支援の継続性に取り組んでいます。</p> <p>○退所した利用者からの連絡については、窓口となった担当者がいつでも対応できる体制がとられていることを管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○サービス終了後の相談方法等を記載した文書の作成が望まれます。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○法人としては令和3年度まで利用者満足度調査は実施してこなかったが、令和4年度にはグループホーム利用者と通所利用者の中から抽出した利用者を対象に調査を行っていることを管理者から伺いました。</p> <p>○昨年度の調査結果を分析・評価を行い、利用者の満足度を把握すると共に、全ての利用者への満足度調査が実施できることを期待します。</p>
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○法人には苦情解決に関する要綱が明記されており、苦情解決責任者並びに苦情受付担当者の職種が明記されています。また、苦情に対して適切に対応すべく「苦情対応委員会」が設置されているのを資料から確認しました。</p> <p>○法人が把握している苦情件数はホームページに掲載されており、グループホームについては、職員の運転マナーに対する地域からの苦情が1件確認されています。</p> <p>○苦情案件は1件のみ公表されていますが、利用者が事業所に対して申し出しやすい苦情表出の方法と体制を、各ホーム毎に検討されることを期待します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	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 type="checkbox"/> 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。 <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。	<p>○グループホームの殆どの利用者は、その時に必要とする職員(世話人、生活支援員、日中事業所の職員、後見人等)に相談できていることを利用者への聞き取りで確認しました。</p> <p>○利用者に対して、相談や意見を述べる際の複数の方法を、文書にして掲示すると共に、改めて説明の場を設けて頂くようお願いいたします。</p>
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b)	<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 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 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 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。	<p>○利用者の相談については、生活に係る世話人と日中活動に係る支援員が内容を共有し、連携して対応しています。</p> <p>○事業所内には、意見箱のような利用者の意見を収集する取り組みが実施されていませんので、意見を把握するための選択肢の一つとして、実施されることが望まれません。</p> <p>○意見や相談を把握された場合の記録の書き方等、対応に至る経緯を定めたマニュアル等の整備について検討をお願いします。</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。	b)	<input 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。	<p>○事業所内にリスクマネジメントに関する委員会などの組織は置かれていないとのことです。5グループホーム職員の職務分掌が明示された組織体制が整備されていますので、リスクマネジメントを司る部署の設置について検討願います。</p> <p>○ヒヤリハットの様式は備えてあり、世話人が記載し、職域の中で決裁が行われ周知共有がなされていることをヒアリングで伺いました。</p> <p>○大きな事故等については、グループホーム独自の案件に留めずに、法人全体の課題として対応していることをヒアリングで伺いました。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 □ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○感染症対策として、法人では新型コロナウイルス対応としてのBCP(事業継続計画)が策定されています。計画書には職員の責任と役割が明記されており、感染症の予防、発生時等のマニュアルが整備されているのを書面より確認しました。</p> <p>○感染症に係る各種研修は、法人本部において看護師が講師として勉強会が開催されています。</p> <p>○感染症に対する対応は全ての職員の周知が必須です。世話人の中で温度差が見られますので、改めて周知共有にむけた取り組みが望まれます。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 □ 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。 	<p>○5グループホームは市のハザードマップにおいて水害の危険区域に指定されています。法人の防災計画には、地震、風水害に対する計画が策定されています。</p> <p>○法人には防災対策会議が組織されており職員の責任と役割が明記されています。</p> <p>○災害時の対応マニュアルも防災計画の中で整備されているのを確認しました。</p> <p>○災害時の地域での役割として、地域の安心の拠点としての対応が明記されています。</p> <p>○防犯対策については、ホーム内の環境整備に注視しているとのことですが、不審者の侵入等の具体的な対策についての検討が望まれます。</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○各ホームにおける会議の場で、利用者支援に関する共通理解として、サービス管理責任者より、一人ひとりの利用者への支援方法についての確認の場が持たれていません。</p> <p>○サービスの標準化の最も基本的な柱として人権擁護に対する共通理解が得られるよう、県の知的障害福祉協会が主催する研修に参加されています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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・見直しが定期的に実施されている。 ■ 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。 	<p>○利用者一人ひとりの個別支援計画におけるサービス提供の実施方法について、知らない・わからないとの回答が多くを占めていました。安定した職員体制の維持が困難である状況の中で、世話人に対して利用者支援に係る沢山の内容を理解し、取り組むことの限界が伺えます。サービスの標準的な実施方法には、職員間の意思疎通、連携が欠かせませんので、共通理解の機会を作られることを期待します。</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支援計画を適切に策定している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○個別支援計画は、サービス管理責任者が、世話人からの情報や自らの聴き取りを基にアセスメントを行い策定しています。意思表示の難しい利用者に対しては職員の情報と計画相談によるアセスメントを確認しながら、個別支援計画に反映していることをサービス管理者ヒアリングで伺いました。</p> <p>○利用者の多くは、日中支援事業所に通っていることから、日中支援事業所における個別支援計画の共有が図られています。</p> <p>○個別支援計画の検証や見直しについて、世話人を含めて全ての職員の間で取り組める仕組み作りを期待します。</p> <p>○支援困難なケースでは、支援計画の場に園長、管理者が加わり支援の方向性を慎重に検討していることをヒアリングで伺いました。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>○個別支援計画は半年に1度の見直しが必要であることから、利用者に対するモニタリング及び職員からの情報を基に見直しが行われ、新たな個別支援計画がサービス管理責任者により策定されています。</p> <p>○モニタリングに沿って個別支援計画が変更あるいは継続として策定されています。一方で、現場の多くの職員は手順を把握していないとのアンケート結果が伺えました。特に世話人に対して、個別支援計画の策定に至るまでの過程についての周知をお願いします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○グループホームには、利用者の朝夕の健康状態や心身の状況、課題を記録する日誌が備えられています。</p> <p>○記録は手書きによる手法であり、世話人の中には手書きであることで内容が把握できないケースもあるとのことです。スムーズな引き継ぎができる工夫が望まれます。</p> <p>○記録の書き方について、職員により差異がみられるとのことです。記録要領のマニュアル化や研修の実施が望まれます。</p> <p>○来年度よりパソコンソフトを導入したネットワーク化が計画されているとのことです。情報共有のための仕組み作りの整備をお願いします。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 215 記録管理の責任者が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<p>○法人の個人情報保護に関する基本方針には3つの文言が明記されており、個人情報の取り扱いについても、理事長名により5つの文言が明記されています。</p> <p>○利用者の記録の管理はサービス管理責任者が担っています。</p> <p>○個人情報の取扱いは、利用契約を締結する際に、重要事項説明書を提示して利用者や家族に説明が行われています。</p>