

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 救護施設
事業所名 救護施設 八ヶ岳寮

○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)	<input type="checkbox"/> 1 理念、基本方針が法人、施設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。 <input type="checkbox"/> 2 理念は、法人、施設が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、施設の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○法人が他の福祉以外の事業体のため、一般的な福祉施設としての法人理念がありません。また、施設の理念も明確でなく、基本方針と相まって、微妙に異なった文章がパンフレットや事業計画に記載されています。法人及び施設独自の確固たる信念を表明した理念を掲げ、それに則した基本方針が一連の流れとして提示されることが必要と思われます。
	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 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 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 checked="" 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、施設（法人）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。	○関係機関の研修に参加し、事業経営や地域ニーズの把握に努めていますが、多くの職員の理解に繋がっていません。生活保護法を根拠とする施設の特殊性から、これらの把握は容易ではないと思われますが、より一層の調査研究と職員一人ひとりの研鑽が求められます。

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 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	<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 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 <input 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。	○施設の経営状況や財務状況を示した資料は、広く施設の内外に公開されているほか、施設長より会議等で報告されています。しかし、これらを幹部職員をはじめ多くの職員が深く理解し、分析するまでには至っていません。施設長を始め経理を担当する職員が職員全体に分かりやすく説明し、業務の改善につなげる必要があると思われます。
	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 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 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。	○施設が将来どのような支援を目指すかを「はつらつプラン」という事業計画に記載していますが、その内容は、一般的にはマニュアルに近いものや事業予定等が含まれており、施設の目指すべき方向性が示された事業計画とは言えないものでした。また、全体的に一般論的な内容が多く、移り変わる社会状況や経営状況を反映されているとも感じられませんでした。同プラン全体の目的を検討し、内容の整理が必要と思われます。
			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)	<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 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 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 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。	○中長期計画に沿った単年度の目標や予算の概要が「はつらつプラン」に記載されていますが、中長期計画のどの部分が単年度のどの部分に反映されているか分かりづらいものとなっています。また、単年度の計画もマニュアルや行事予定、業務分掌と混同されており、単年度で果たす目標が明確ではありませんでした。計画から実行までのプロセスの整理が必要と思われます。

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) 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。	○事業計画策定に際しては、会議での議論や職員意識アンケートを参考にするなど事業計画策定のプロセスは明確となっていますが、幹部職員以外の参加意識は高いとは言えません。より多くの職員の意見や思いを丁寧に取り入れ、計画策定に反映させることが、計画の実効性を高めることに繋がると思われます。
					■ 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。			
		② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	□ 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。	○事業計画の利用者・家族への説明は、家族への一斉面接や自治会の会議等で行われていますが、広報誌やホームページなどの広報媒体での説明は充分ではありません。また、利用者からも施設の事業方針に触れた言葉は聞かれませんでした。今後、広報誌やホームページなどの広報媒体だけでなく、施設長を始め、職員全員が事業計画とその重要性を深く理解し、様々な機会をとらえて、施設の内外に説明することが求められます。	
				■ 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。						
組 4 福祉 ・サ 計 画 的 な 取 組 の 質 向 上 へ の	(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)	■ 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。	○各種委員会を施設のサービス向上の重要な組織と位置づけ、改善を心がけていますが、その実効性と結果に対し、多くの職員が疑問を持っているようです。今回の第三者評価の受審を機に、サービス向上に向けた組織の見直しと、管理職から一般職員全員の意識の改革が必要と思われれます。	
				■ 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。		
				□ 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。		

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 評価結果にもとづき組織として取り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 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。	○現状の施設サービスに対するチェック機能が不十分なため、改善課題が明確となっていません。一般職員の中には個々に改善課題を感じて取り組んでいる姿も感じられましたが、幹部職員にその思いが伝わっていないような職員アンケートの結果となりました。サービスの向上に向けて、施設全体が心を一つにして改革に臨まれることが期待されま
II 組織の運営管理	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 41 管理者は、自らの施設の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 <input 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 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 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。	○施設長の役割や責任は、管理規定に記載されていますが、一般的な業務分掌の範疇で、施設及び施設長の意思の表明には至っていません。施設長は、刻々と変わる社会的ニーズや経営状況、利用者・職員の一人ひとりの施設長への思いと期待を受けた役割と責任のあり方を示す必要があると思います。また、これらを単に明文化するだけでなく、様々な機会や媒体をとおして、広く施設の内外に表明されることが期待されます。
			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 checked="" 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。	○施設長は、長く公務員として培われた高いコンプライアンス意識を基に様々な機会において法令遵守に努めています。

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) 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)	<input 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 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・研修の充実を図っている。	○施設長は、積極的に施設内外の研修や会議に参加し、施設サービスの向上と、現状の把握・改善のための取り組みに努めています。現状把握と改善策の構築のためのシステムが充分とは言えません。今回の第三者評価の受審もその一環と言えますが、より一層のサービス向上に向けた組織的な取り組みが求められます。
			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)	<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 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 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。	○法人の規定に基づき、施設の経営状況は、施設の内外に示されています。しかし、経営上の課題については、幹部職員・一般職員ともに認識が必ずしも一致していないことが、アンケート等、今回の調査で読み取ることが出来ました。職員全体が施設経営に理解を深め、より効率的な施設経営とサービスの向上のために施設長のリーダーシップが必要と思われる。
	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 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 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 施設（法人）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。	○福祉業界全体の人材難の中、様々なメディアを工夫して人材確保に努力しています。しかし、計画的な有資格者の人材確保は難しい状態です。人材を育てるシステムの構築が必要と思われます。

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 総合的な人事管理が行われている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 62 法人、施設の理念・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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○施設において求められる職員像は、「はつらっプラン」の基本方針から読み取ることができます。また、待遇面においては、予算書に俸給表から支給実態まで適正に記載され、公表されています。一人ひとりの職員が納得して働くための人事のあり方が検討されることを期待します。
		(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組んでいる。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○適切な労務管理の下、多くの職員が働きやすい環境と感じているようです。しかし、業界全体の人材難の中、計画的な人材確保には不安を感じているようです。より一層働きやすい職場環境に努め、魅力ある職場となることを期待します。

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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○年度初めに係長により「期首面接」を行い、職員一人ひとりの目標を明確にし、目的意識を持って業務に励めるよう意思の確認を行っています。その後、年度途中で施設長の個人面接を行い、評価・アドバイス等を伝えています。今後、目標の達成度の評価が公平な人事評価や次の目標設定へのステップとなるよう更なる工夫を期待します。
			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。	b)	<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。 	○「期待する職員像」は、「はつらつプラン」に記載されています。これを目指し、職員は、施設外の各部署の研修に積極的に参加し、専門知識の向上に努めていますが、業界全体に人材難が続く中、「期待する職員像」を明確にして、より一層「人を育てる」取り組みの充実が必要と思われます。

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 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	<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、参加を推奨している。 ■ 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。 	○職員の資格状況を把握し、専門資格の取得を推奨しています。また、新任職員には、プレセプター制度を用い、専任の先輩職員による丁寧な指導を基に一日も早い独り立ちを応援しています。しかし、福祉施設を取り巻く状況は、刻一刻変化し、日に日に厳しさを増しています。規定の研修だけでなく、様々な角度の知識や経験を積み重ねられるよう、研修機会を増やし、より専門性の高い知識に裏付けされた支援が求められます。
		(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)	<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。 	○「実習指導マニュアル」に従い、実習生を積極的に受け入れ、救護施設の役割を含めて、計画的に実習指導を行っています。当施設での実習をとおして、救護施設の意義を深く理解し、当施設で働きたいと思う人材が育つことを期待します。

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 96 ホームページ等の活用により、法人、施設の理念や基本方針、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 施設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、施設の理念、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、施設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。 	○広報誌、ホームページ等とおして、施設の運営状況や事業方針を広く地域に発信しています。しかし、広報誌やホームページの内容が楽しい話題に偏っているように感じられました。施設長の事業に対する決意の表明、事故や苦情の内容などもやむすれば負ととられがちな部分についても公表し、より一層施設の透明性と信頼の確保が必要に思います。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 101 施設（法人）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 施設（法人）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 施設（法人）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。 	○法人が広域連合のため、財務状況は、法人の規定に従い、法人の内部監査等を経て適切に処理され、圏域の自治体に報告されています。その内容は、広域連合の決算書に記載され、施設内の周知を図るために施設の事業計画である「はつらつプラン」にも記載され、職員への周知が図られています。

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 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。	○生活保護法に基づく救護施設という地域住民にとっては馴染みの少ない施設でありながら、積極的に地域の活動に参加しています。また、利用者の地域生活をより積極的に推し進めるために、利用者が「花壇整備」や「道路の清掃活動」など地域活動に参加しています。今後、これらの活動を利用者一人ひとりのアセスメントや個別支援計画など根拠を持って行われ、自立に向けた計画的な一歩となり、より一層の活動の充実に繋がるものと思われます。
					■ 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。	
					■ 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	施設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) 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。	○ボランティア受け入れマニュアルに従い、所定の手続きを経てボランティアの受け入れを行っています。地域の学校の児童・生徒の受け入れは、施設の性質上難しいようですが、地域の学校に対して、ベルマークを送るなど、地域の学校との繋がりを大切にしています。今後、これらの機会を通して、当施設の地域での理解がより一層深まることを期待するとともに、これらの基本姿勢が明文化されることが必要と思われます。	
				□ 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。	b)	① 施設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。	□ 115	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者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。	○当施設の特殊性からか、関係機関を明確にすることは、利用者の自立に向けた重要な役割と思われます。しかし、当施設では、これらを担当する部署に偏りがあり、全ての職員に情報共有が出来ているとは言い難い状況にあります。生活保護受給者の自立を図ることは多くの関係機関との連携と、全ての職員の情報と経験を共有することが大切だと思われます。		
			□ 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。			

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。	b)	■ 120 施設（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。	○施設の特異性から、一般的な地域の繋がりから当施設へのニーズを把握することは困難ですが、関係機関と連携し、当施設の地域ニーズの把握に努めています。より一層の地域ニーズの把握のために専門部署に偏ることなく、全ての職員が地域ニーズの把握に努力されることを期待します。
			② 地域の福祉ニーズ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 施設（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。	○生活保護法を根拠とする福祉事業を実行するだけでなく、利用者と職員が一体となって、「地域の清掃活動」や「交通安全活動」「ベルマークの寄贈」など、様々な場面で地域社会に貢献しています。これらの活動が利用者の自立に大きな力となって返ってくることを期待します。
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。	b)	■ 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。	○「はつらつプラン」に基本方針をあげ、年度初めの職員会議において、職員への情報共有を行っています。また、基本方針は玄関の目につきやすいところに掲示されています。さらに、虐待防止研修会への参加や、人権擁護マニュアルにより、利用者の人権について考える機会を設けています。今後は理念や倫理綱領等を明確に整理し、定期的に状況を把握し評価を行うことが期待されます。

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 checked="" 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職員の理解が図られている。 <input checked="" 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るよう設備等の工夫を行っている。 <input 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。	○人権擁護マニュアルの中にプライバシーの保護について規定し、職員に周知しています。居室は1人部屋と2人部屋があり、2人部屋はカーテンで仕切り、プライバシーに配慮した取り組みをおこなっています。すべての居室への対応は難しいととの説明がありましたが、できる限りプライベート空間の確保を行う必要があります。今後は、利用者や家族へのプライバシー保護に関する取り組みについての周知が望まれます。
		(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 利用者希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介した資料を準備している。 <input checked="" 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 施設の利用者（予定者）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 利用者（予定者）に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	○広報誌、パンフレット、ホームページに基本方針を掲載し、広く地域に情報発信を行っています。また、利用者の見学時には、施設の情報提供を行い、丁寧な説明が行われています。これらに加え、今後は写真や、図、絵など利用者の状況に合わせた丁寧な資料作りや対応方法の工夫が必要と思われる。
			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)	<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 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。	○サービスの開始時には、「救護施設ハヶ岳寮利用確認説明書」により説明を行っています。また、利用者の1日の流れを確認し、グループの活動内容説明等を行い、利用者の意思確認を行っています。今後は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ることが課題であると思われる。

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
			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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○退所後の進路については、相談員が窓口となり相談にのっています。口頭での説明は行われていますが、文書化がされていないとのことでした。今後は、福祉サービスの利用終了時にその後の相談方法や担当者についての説明方法がマニュアル化され、より一層丁寧な説明が行われることが望まれます。
		(3) 利用者満足の向上に努めています	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っています	b)	<input checked="" 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 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 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。	○月1回、利用者全体のホームルームを開催し、年度末には新年度の事業について利用者の希望を聞く機会を設けています。また、利用者の全体会や朝のミーティング時に利用者の意見要望を聞く機会があります。さらに、年1回の利用者満足度調査を行っていますが、利用者の参画のもと、検討会議を行うことが必要と思われます。また、分析、検討の結果にもとづいて具体的な事業改善につながることを期待されます。

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
		(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 type="checkbox"/> 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 <input checked="" type="checkbox"/> 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 <input 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、公開している。 <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。	○年1回、第三者委員会による利用者からの意見要望を職員会議の議題として取り上げ、情報の共有を図っています。しかし、積極的な活用は行われていないとの意見がありました。検討内容や、対応策について、職員間での情報共有を図ると共に利用者への説明を行い、内容や改善策を明確にすることが必要と思われる。
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b)	<input type="checkbox"/> 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由を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、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	○相談担当者が設置されており、相談室の確保ができています。今後は、利用者や家族等へ相談や意見を述べる方法についてのわかりやすい説明文書を作成し、施設内に掲示する工夫や、利用者や家族へ文書の配布を行う等が必要と思われる。

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
			③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 ■ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	○苦情対応マニュアルに従って、年1回、第三者委員による相談会を開催し、利用者の意見を聞く機会が設けられています。全体ホームルームや毎朝の利用者ミーティングにおいて意見・要望を受け付けています。また、把握した意見については、職員会議で周知し、各委員会で検討し、業務改善の取り組みにつなげる仕組みが整っています。更なる福祉サービスの質の向上を期待します。
		(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。 	○安全対策検討委員会が設置され、事故報告書、ヒヤリハット報告書、気づき報告書の3種類の報告書による分析が行われています。また、報告書については、朝礼時に報告し、棟ミーティングで取り上げ、職員に周知する仕組みが整っています。報告書の提出数も多く、組織内での情報共有が図られています。さらに委員会で定期的に評価、検討が行われることで、業務改善が迅速に行われ、組織全体で努力されていることが伺えます。より一層リスクマネジメントに関する意識の向上を図ることを期待します。

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
			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。 	○看護師を中心として、感染症対策委員会を設置し、感染症マニュアルに沿った対応を行っています。感染症の季節の前には職員を対象に「感染症発生防止・まん延防止研修」を行っています。また、所属団体主催の研修会への参加、職員会議での手洗い講習会などに参加しています。今後は緊急時の協力体制についても確認を行い、職員の周知を行っていくことを希望します。
			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	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。 	○大規模災害等により地域的に孤立することがないように、近隣地域と災害時の応援協定を結んでおり、応援体制の強化を図っています。今後は更なる体制の確立に期待します。
	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 187 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 188 標準的な実施方法には、利用者の尊重や権利擁護とともに、プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。 □ 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。 □ 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。 	○サービスの手順書は文書化されていましたが、事業所として利用者の尊厳を意識したサービスの水準が明確になっているとは言い難い状況にあります。職員の差異による福祉サービスの水準を一定に保つためにも、標準的なサービスの実施方法についてのマニュアルを作成することが必要と思われます。更にもうその上で利用者への個別性への対応をすることが望ましいと思われます。今後は、標準的サービスマニュアルの整備を行い、職員研修等を行うことでより一層の福祉サービスの向上を期待します。

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
			② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b)	<input type="checkbox"/> 191 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 <input type="checkbox"/> 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 <input type="checkbox"/> 193 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 194 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	○サービス提供の手順書は文書化されていますが、事業所としての標準的なサービスマニュアルがないため、基準となるものがなく、実施方法についての見直しが行われているか否かの確認が難しい状況にあります。今後は標準的な実施方法についてのマニュアルの作成を行い、定期的な見直しが行われることを期待します。

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
		(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)	<input type="checkbox"/> 195 個別支援計画策定の責任者を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 196 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 <input type="checkbox"/> 197 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 198 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。 <input type="checkbox"/> 199 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関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 200 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 201 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	○個別支援計画は、全国救護施設協議会発行「救護施設個別支援計画書」を使用し、利用者の状況に基づいてアセスメントを行い、個別支援計画を作成しています。個別支援推進委員会を中心として、個別支援計画の検討がされています。しかし、アセスメントの過程で確認できた多くの問題点やニーズが、個別支援計画に反映されておらず、看護師、理学療法士、栄養士など部門を超えた職員の意見の確認ができませんでした。今後は、アセスメントで得られた情報を基に、問題の把握や利用者ニーズの検討を行い、これらをふまえて個別支援計画が作成される必要があると思われます。更に個別支援計画策定方法について検討し、その過程をマニュアル化することが望まれます。
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 202 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 203 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 204 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 205 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。	○個別支援計画のモニタリング時期による見直しは行われていたが、検討会議の記録が確認できませんでした。また、個別支援計画にアセスメントが反映されていないため、モニタリング時の十分な評価、見直しができているとはいえない状況にあります。今後は、個別支援計画策定方法に関するマニュアルの整備等を行い、PDCAサイクルに則って継続、実施する体制作りが求められます。

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)	<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 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。 ■ 208 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 209 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 210 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 211 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	○施設内には生活支援記録システムが導入されており、サービス提供記録が個別支援計画の実施の記録に反映される仕組みができています。また、ケース記録マニュアルに沿って対応しており、職員会議等で職員に周知していますが、記録内容については差異があるとの意見がありました。今後は、個別支援計画に沿ってどのようなサービスが提供され、その結果利用者がどのように推移したかについて具体的に記録されていることが求められます。また、記録に関する職員間の差異をなくす工夫が必要であると思われる。更に部門を超えて情報共有が図られることを期待します。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<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。 	○利用者の個人情報について「救護施設八ヶ岳寮施設利用確約書」に則って管理されており、契約時には、個人情報の取り扱いについて、丁寧に利用者及び保護者に説明しています。また、情報開示については利用確認書に定められ、必要に応じ情報公開する体制が整っています。今後は記録管理の責任者の設置が望まれます。