

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（施設名） 救護施設順天寮

○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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	○施設理念を中長期計画等の冒頭に掲げ、理念を意識した事業を行っています。現在、法人全体に定められた理念がなく、法人全体でどのような理念を掲げるか検討を行っています。今後、法人内の全ての施設と職員・利用者が心から親しめる「法人理念」が出来ることを期待します。 ○施設理念とそれに沿った基本方針は、職員会議、自治会会議、保護者会で周知が図られていますが、施設の性質上、自治会活動、保護者会活動に関わる事が出来る人の数が限られており、周知方法を課題としています。今後、様々な機会や媒体によって、「新しい法人理念」や「施設理念」が多くの人々に届くことを期待します。
	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)	<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、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。 	○施設は、施設に求められる社会状況と経営環境について、計画的な経営に心がけていますが、救護施設の性質上、情報の収集が困難な状況にあります。引き続き、行政など関係機関と連携し、幅広い情報の収集が望まれます。

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
					■ 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。	

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)	<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。 	○経営上の課題について、中・長期計画や年度の事業計画に分かりやすく記載し、多くの一般職員にも理解がされています。さらに、経営課題に対して施設全体が一丸となって具体的な取り組みを進めることが望まれます。○施設内に「経営品質改善委員会」が設置され、部門を越えた職員が経営改善に対し、広く意見を求め、集約するシステムがスタートしています。まだ活動期間が短いため、効果について評価するに至っていませんが、多くの職員が施設経営を意識するための組織となることを期待します。
	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。	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。 	○中・長期計画書は、施設理念・基本方針から中長期計画を経た年度計画までが一連のシートに記載されており、それぞれの繋がりが分かりやすく記載されています。また、中・長期計画と年度計画の間に「効果指標」があり、目標数値が分かりやすく記載されており、誰もが経営課題を理解しやすい内容となっています。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○年度計画が理念・基本方針と共に記載された中・長期計画に短い文で分かりやすく記載されています。また、内容も日常的な支援の姿から、経営的な数値目標まで幅広く記載されています。

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) 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)	<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 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。	○各年度の事業計画に対する個々の職員の役割が「目標管理個人シート」に明確に記載され、自らの役割を理解できる仕組みができています。また、事業計画に対する個人の目標の達成度が施設長など管理職との面談で確認され、必要な指導を受ける体制があり、事業計画に一般職員の意見が反映されています。○この制度が始まって間もないですが、今後、効果と満足度を評価する段階まで制度の実施方法について検証を繰り返し、全ての職員に理解しやすいシステムとな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。	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 checked="" 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 checked="" 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。	○事業計画は、施設長より自治会・保護者会の会議の場において説明されています。しかし、いずれも出席率が低く、より一層の内容の理解には、障がいや家族状況などへの合理的配慮が望まれます。

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
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○施設内には部門を越えた職員が参画するサービス向上委員会があり、サービスの向上に向けて自由闊達な意見交換が行われています。また、今回受審の第三者評価に際しても、1年前から自己評価を行い、積極的なサービスの質の向上が図られています。今後、サービスの質の向上に向けたシステムの中に、利用者の意見が反映される仕組みの工夫を期待します。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○サービス向上委員会では、毎月、サービス向上計画の進捗状況が分析され、毎月の職員会議に報告されています。今後、同委員会の成果について職員全体で検証を重ね課題を明確にして、サービス向上に向けた改善策の実施を期待します。

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
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	○施設長は、広報紙や各種会合において、自らの経営管理に対する考えを表明し、理解に努めています。 ○就任間もないので、全体への周知・理解を深めるために、今後、広報紙の掲載方法など、より効果的な周知の工夫を期待します。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	○施設長は、施設内に「サービス向上委員会」を設置し、サービスの質の向上に努めています。また、個々の職員に「目標管理個人シート」を作成し、サービスの向上に向けた職員一人ひとりの役割を明確にしています。今後、施設外部の研修などに積極的に参加し、幅広い価値観の下で更なるサービスの向上が図ら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 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 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。	○福祉施設を取り巻く経営環境は大きく変化している状況の中で、施設長は、様々な改革を行いながら、現状の問題点の把握に努めています。また、人員配置や、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいます。 ○現時点では、改革の結果を実感できる状況には至っていませんが、今後も指導力を発揮して改善を実感できるよう、環境変化に対応した改革を進めることを期待します。
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	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 checked="" 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。	○法人として必要な福祉人材の確保等、具体的に取り組まれています。精神障がいなど支援が難しいケースが多い当施設には、出来るだけ新任の職員の配置を避け、他施設での経験豊かな職員を配置するよう努めています。また、赴任した職員には、事業計画と連動した「目標管理個人シート」で各々の役割を明確にし、知識と経験が活かせるよう配慮しています。さらに、施設として、効果的な福祉人材の確保や育成に取り組まれることを期待します。
			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 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。	○「目標管理個人シート」において、理念・基本方針に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。課せられた目標に対する評価の基準と評価方法については、現在検討中です。今後、法人のキャリアパス制度と日々の支援の実態との整合性を図り、職員が自ら将来像を描けるような総合的な人事管理が望まれます。

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) 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)	<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>○施設長は、勤務や休暇の状況を把握し、各部門の責任者は、有給休暇の取得など、職員一人ひとりの心身の健康に配慮しています。また、健康診断や予防接種などの福利厚生にも努めています。</p> <p>○利用者のニーズや仕事量の増加など、職員一人ひとりの課題や問題を解決するには十分な体制が求められます。職員が日々の支障の中での悩みを気軽に相談できる窓口など、多くの職員の意見を反映しやすい仕組みを工夫し、働きやすい職場づくりを目指すことを期待します。</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。	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。 	<p>○「目標管理個人シート」において、一人ひとりの職員の理想の職員像と、個々の役割が明確に示され、職員も管理者もその進捗状況が確認しやすいシステムが出来ています。</p> <p>○システムが出来て間もないため、効果の確認には至っていませんが、今後、システムの実証と検証を行う中で、全ての職員が納得できる制度とな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 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> 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。	○「目標管理個人シート」に期待する職員像や個別の目標を明確にし、それに添った研修計画を立案し、教育・研修が実施されています。しかし、この制度が始まって間もないため、研修計画の評価・見直しには至っていません。今後、定期的に様々な角度からの研修計画の評価・見直しを行うことを期待します。
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	○施設運営・支援に必要な専門分野ごとに委員会が設置され、それぞれの分野や担当毎にチェック機能を果たしているだけでなく、委員相互の研鑽に努めています。また、必要に応じて施設外の研修や会議に参加し、積極的な情報収集を行っています。法人内には、老人施設や訪問系の事業所もあり、幅広い分野でのキャリアアップの機会が用意されています。さらに、一人ひとりの職員が、それぞれの知識や経験を活かしたキャリアアップができるよう、個々の実績や意向の正確な把握が求められます。
		(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。	b)	<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 checked="" type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。	○生活保護法を根拠とする施設のため、実習の依頼は少ないですが、指導者研修を受けた職員が在籍しており、社会福祉士や介護福祉士をめざすの実習生を受け入れています。今後、救護施設の社会的な役割の理解や透明性の高い施設運営など実習生等受け入れの基本姿勢を明文化して積極的な実習生の受け入れを期待します。

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
					■ 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。

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、施設の有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。 	<p>○ホームページや広報誌など、いろいろな媒体を通して、施設の理念や事業方針を明確にしています。しかし、施設に寄せられた苦情や事故報告等の積極的な公表には至っていません。今後、事故・ヒヤリハット報告や苦情・要望等を積極的に公表し、より信頼される施設運営を心がけることが求められます。</p> <p>○第三者評価は、今回の受審が初めてです。今回の第三者評価の受審を受けて、更に施設の改善に努めると共に、その取り組みを広く施設の内外に公表することを期待します。</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)	<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。 	<p>○法人会計全体に会計士が関わり、透明性の高い施設経営ができています。また、経営状況の公表と分析も分かりやすくまとめられ、施設内においても一般職員にも分かりやすく事業計画に明示されています。</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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に提供している。 ■ 107 利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 ■ 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。 	<p>○利用者の社会復帰を目指す施設として、近隣の農家から畑を借用、地域の公民館活動への利用者の参加など、近隣の地域と密接な関わりがあります。今後、より一層救護施設の社会的な役割の理解を地域住民に求め、多くの利用者が社会資源を活用し、社会参加が進むことを期待します。</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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 114 学校教育への協力を行っている。	○所定のボランティアに対する手続きを経て、創作活動や農業などの場面でボランティアの受け入れや、近隣の保育園との農作業を通じた交流、小・中学校の行事への参加などを行っています。 今後、ボランティアに対して、利用者とのよりよい交流を図るために、救護施設の理解を深める話や、それらを踏まえたボランティア受け入れの注意点などの必要な研修や支援が求められます。
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	b)	<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・団体がいない場合には、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。	○施設として必要な社会資源を明確にして、関係機関の情報は職員間で共有できています。さらに、利用者の社会復帰を目指すとき、協力が得られる社会資源のより一層の開拓を期待します。
		(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	○施設の性質上、地域ニーズの把握は容易ではありませんが、行政と連携した生活困窮者の把握を行うと共に、民生委員の会合、自立支援協議会等に参加し、地域ニーズの把握に努めています。
			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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	○施設の中・長期計画に「施設開放」・「道路・公園・駅等の清掃活動」・「生活困窮者への支援」を掲げ、近隣の保育所との交流、福祉避難所としての登録、体育館の貸し出しなど、地域住民と直結した社会貢献を行っています。 ○救護施設の専門性を地域住民に還元することを検討し、様々な公益的な活動をおして、地域住民に親しまれ、より透明性の高い施設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
					■ 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。	

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
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)	<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。 	○「順天寮運営方針」の中に、目的・理念・基本方針・行動方針を定め、それに従った人権配慮マニュアルにより、利用者の人権を尊重した支援を行うとともに、「チェックシート」を使い、職員の意識向上を図っています。また、虐待防止委員会は3か月に1回開催され、虐待ヒヤリハット報告書の作成を行い、虐待防止意識を施設全体で共有していません。今後、定期的に検証を行うことで、更なる人権意識の向上が図られることを期待します。
			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)	<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職員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。 	
		(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)	<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施設の特性等を紹介した資料を準備している。 ■ 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 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。 ■ 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。 	○理念や基本方針及び実施するサービスの内容等については、ホームページに掲載しており、パンフレットや広報誌により情報を提供しています。施設の利用者については分かりやすく内容等を説明しており、利用希望者や見学者の受け入れを積極的に行っています。 ○施設内の掲示板には、利用者が分かりやすいように漢字にルビを振るなど配慮をしています。今後、さらにパンフレットや資料等、誰にでも分かりやすい内容になるように工夫さ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 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 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 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・変更に際しては、重要事項説明書で説明し契約が行われおり、その手順はマニュアル化されています。今後は、利用者の立場に立ったわかりやすい説明について工夫されることを期待します。また、意思決定が困難な利用者への配慮についての対応がルール化され、適切な説明が行われるよう工夫がされることが望まれます。
			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。	○当施設の利用が終了した場合については、担当窓口を定め、相談できる体制を整えて自立に向けての一貫した支援を行っています。更に、福祉サービス終了後の対応について手順をわかりやすく文書化し、その手続きや関係機関等について職員が理解し、情報を共有することが望まれます。。
	(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 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 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。	○利用者満足度調査は年に1回行われています。毎月1回、利用者による自治会の会議が行われ、意見・要望を聴取しています。出された意見や要望は、職員会議にて検討され、業務改善に結びついています。さらに、利用者参画のもとで検討する場を持た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
					■ 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。	

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)	<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、公開している。 ■ 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>○苦情相談窓口等の掲示があり、施設長を責任者として苦情の聞き取りを行っています。加えて、第三者委員への相談会が年に2回行われています。</p> <p>○自治会が意見箱を設置しており、投稿された意見は自治会が開封して職員に伝え、運営会議を経て業務改善委員会で検討する流れが構築されています。今後、自治会とは別に、プライバシーに配慮した意見箱を施設として設置することが求められます。また、苦情を申し出た利用者や家族に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表することが望まれます。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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>○利用者自治会や、四者懇談会（利用者・家族・施設職員・福祉事務所）、担当職員との話し合い、第3者委員の設置などがあり、意見・要望を聴取する仕組みはできています。さらに、より相談しやすいスペースの確保、複数の方法や相手を自由に選べることを説明した文書をよりわかりやすい内容で作成されることを期待します。</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)	<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。 	<p>○利用者自治会から意見や要望を聴取し、利用者アンケートの実施等により、利用者からの相談や意見を把握する取り組みを行っています。また、3か月に1回のケース会議では、意見・要望を含め、利用者の支援方法の検討を行っています。今後は、出された意見・要望に対して、より迅速な対応を行うための工夫を期待します。</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
					■ 169 対応マニュアル等の定期的な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
		(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。 	○事故検討委員会において定期的(月1回)に事故ヒヤリハットの検証を行う仕組みがあり、積極的に事例収集がされ、業務改善が行われています。その件数も多く、リスク管理委員会で検討された内容は、運営会議、職員会議を経て職員に周知されています。今後、建物の老朽化や構造上の課題等を踏まえながら、より一層事故ヒヤリハットの検証を業務改善に反映させ、リスクマネジメント体制の強化を期待します。
			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。 	○感染症マニュアルがあり、年1回更新を行っています。また、毎年感染症発生時期の前には職員研修を行い、看護師が中心となり職員に必要な事項を周知しています。感染症についての職員全体の意識が高く、利用者の安全について施設全体で取り組んでいます。引き続き感染症予防策の取り組みを強め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 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。 	○当施設は、福祉避難所に指定されており、自衛消防組織及び水防組織を編成し、有事の体制が確立されています。また、近隣3施設合同の避難訓練を年1回行い、地域との協力体制のもと、安全対策を講じています。今後は、災害時の職員や利用者の安否確認方法等の周知について工夫等を行い、更なる体制が確立されることを期待します。
	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。 	○標準的サービスは事業所マニュアルとして、年度初めに全職員に配布され、職員会議で確認を行っていますが、手順書的な内容に留まっています。プライバシーの保護については、文書化されています。今後、福祉サービスの標準的な支援方法について適切に文章化することと合わせて、実施方法についての研修等を実施して職員への周知徹底を図られることが望まれます。また、実施方法に基づいた支援が実施されているかを確認する仕組みを作られることを期待します。
			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"> ■ 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。 ■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 □ 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。 ■ 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。 	○事業所マニュアルの見直しは年度ごとにサービス向上委員会を中心となって行われています。今後、検証、見直しにあたり、個別支援計画の内容を必要に応じて標準的な実施方法に反映されることが望まれます。

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) 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"> ■ 195 個別支援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 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。 □ 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 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。 ■ 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>○個別支援計画策定の責任者は支援主任で、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、スーパーバイザーの指導を受け担当職員が作成しています。アセスメントは、生活基盤に関する領域・身体健康に関する領域・日常生活に関する領域・社会参加に関する領域・就労に関する領域など10領域にわたって実施されています。</p> <p>○アセスメントや個別支援計画策定の際には、担当職員が利用者とは話し合い、必要に応じて看護師等関係職員も含めて協議しています。</p> <p>○個別支援計画は、アセスメントに基づき利用者の趣味や就労、社会参加など具体的なニーズを明示して策定されています。今後、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についても個別支援計画に反映させることが望まれます。また、個別支援計画策定方法について検討し、利用者の生活全体を見据えた個別支援計画を策定されることを期待します。</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"> □ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	<p>○個別支援計画は、3ヶ月ごとに開かれる支援会議にて1年毎に見直しを行い、変更した内容については関係職員に周知しています。また、状況等の変化があり緊急に変更が必要な場合はスーパーバイザーに相談しながら担当職員が変更しています。今後、アセスメント内容を十分に反映した個別支援計画を策定して支援を行い、評価・見直しにあたっては、福祉サービスの質の向上に向けた課題等を明確に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
		(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。 	○利用者の日々の状況や個別支援計画に基づいたサービスの実施を統一した様式に記録しています。また、支援会議や職員会議等定期的に会議を開催して、情報共有を図っています。さらに、職員間で記録内容に差が出ないように、個別援助計画に沿った記録が適切に行われるように、記録要領の作成や日々の記録の書き方等の職員研修を実施されることが望まれます。
			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は、法人の管理規定に則って管理されています。契約時には個人情報の取り扱いについて、丁寧に利用者・保護者に説明をしています。また、情報開示については、重要事項説明書に定められ、必要に応じ情報公開を行う体制が整っています。今後、記録の管理に関する職員研修の機会を設け、個人情報保護の強化を期待します。