

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（４５項目）について、判断基準（a・b・cの３段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	④・b・c
〈コメント〉ホームページやパンフレットに理念が記載されている。また、職員の会議の際にも理念が掲示され、その都度確認がされている。人事評価の評価基準の中に理念の理解度が含まれており、評価の際に理念の理解度を測れる仕組みもある。理念、基本方針の周知がされていると評価できる。	

Ⅰ-2 経営状況の把握

	第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
Ⅰ-2-(1)-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。	④・b・c
事業を取り巻く環境については、外部団体とも交流がある法人の社長が率先して情報収集及び分析を行っている。経営状況については現場の課題を管理者からマネージャーが聞き取り、経営陣と共有して対応を行っている。適切に環境・経営状況が把握されていると評価できる。	
Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	④・b・c
〈コメント〉「福祉の現場は実際の福祉サービス業務に集中してほしい」という経営方針のもと、現場から上がる相談事は管理者からマネージャーへ随時報告し、エリア会議で課題を共有・検討する仕組みがある。現場の要望には速やかに対応しており、一人用コンテナの導入など法人として迅速に対応した事例も確認できた。経営課題を明確にし、具体的な取組が進められていると評価できる。	

Ⅰ-3 事業計画の策定

	第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
Ⅰ-3-(1)-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・④・c
〈コメント〉法人として中長期計画が策定されており、やりたいことや方向性が明確で、具体的な内容となっている。中長期計画は毎年確認して修正を行っており、マネージャー・管理者・現場職員へと順に周知がされている。ただし、内容は新規事業の開発についてが主で、既存事業の在り方や計画についての言及が少ない。また、数値目標が盛り込まれていない為、今後は数値目標を加えた計画の策定に期待したい。計画の中で事業所の運営についても触れられているものの、事業所単体としての計画は策定されていない。法人の計画をもとに、事業所単体での計画策定も検討されたい。	

I-3-(1)-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・b・c
〈コメント〉法人としての単年度の事業計画は策定されていない。中・長期事業計画に基づいた単年度の目標、方針を示し、重点項目を定め、施設運営全般にわたる具体的な実施計画とし、数値目標に裏付けされた事業計画の策定に期待したい。また、事業所単体の単年度計画は作成されているものの、行事予定としての性格が強い。今後、法人の計画と併せて計画を策定してくことを検討されたい。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
〈コメント〉事業所単位の年間計画は作成しているが、行事予定的な要素が強く、組織的な事業計画としての性格は弱い。利用者アンケートを活用して計画の変更を行うなど現場の意見を取り入れる体制はあるが、年度ごとに改めての計画策定は行われていない。今後は、実施状況の把握・評価・見直しを組織的に行う仕組みの整備が望まれる。	
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
〈コメント〉事業所の年間計画については利用者に配布が行われ、説明がされている。一方で法人の中・長期計画の利用者・家族への開示は行われていない。今後は、事業計画を整備した上で、利用者および家族への周知・説明を行う仕組みの構築が求められる。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果
I-4-(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。	
I-4-(1)-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・b・c
〈コメント〉ガイドラインに対する自己評価を実施し公表をしている。自己評価は職員が話し合いながら行い、法人としてのチェックも入っている。ただし、ガイドラインに対する自己評価は共通最低限の義務という性格が強く、これだけではサービスの質の向上への取組としては物足りない。自分たちが目指すサービスのビジョンと、それに対して職員がどう動いているかについての評価指標を導入されることを検討されたい。	
I-4-(1)-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。	a・b・c
〈コメント〉ガイドラインについての自己評価を実施し、必要に応じて改善を行っているが、改善状況等に関する文書の作成・記録は行われていない。評価結果を踏まえた組織としての課題整理と、計画的な改善策の立案・実施・記録化の仕組みづくりが今後の課題である。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅱ-1-(1)-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。	①・b・c
〈コメント〉管理者マニュアルが整備されており、その中に管理者の役割と責任が明記されている。マニュアルは全従業員が閲覧できる環境にある。また、管理者不在時の対応についてもマニュアル化され、権限移譲の内容が定められており、管理者の責任体制が明確になっている。	
Ⅱ-1-(1)-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。	①・b・c
〈コメント〉法令については年に1度、法人主催の管理者研修を行っており、ハラスメント等についても学ぶ機会が設けられている。運営に関するコンプライアンスについては会議での指導が行われており、労務関連については本部からの通達で確認できる環境がある。研修内容は職員へ周知されており、法令遵守に向けた継続的な取組が行われていると評価できる。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
Ⅱ-1-(2)-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。	①・b・c
〈コメント〉毎月従業員との面談を実施しており（稼働の少ない職員を除く）、保護者アンケートを年1回実施するほか、毎日の朝礼・終礼において業務に関する意見が上がりやすい環境づくりに努めている。研修計画を整備し、職員の希望する研修には個別に対応するとともに、保育士資格取得に向けた法人主催の勉強会も実施している。また、利用者の背景や保護者の思いを職員に丁寧に伝え、サービスの意義を強く発信する姿勢が評価できる。	
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	①・b・c
〈コメント〉従業員の得意・不得意を見極めて仕事を割り振り、効率化を図っている。利用者目標に向けた取組については、目標を明示して職員に伝えている。管理者が相談支援事業所へ積極的に営業活動を行うなど、経営改善に向けた指導力を発揮している。職員には会社の方針をそれぞれに合わせた形で伝え、現場が機能するよう働きかけている。	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果
Ⅱ-2-(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。	
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・②・c
〈コメント〉採用については最低基準の確保という目標が定められており、事業所・部門ごとに人材の充足状況が把握され、必要に応じて採用活動を行っている。人材確保には紹介会社の活用のほか、大学等での広報活動、人材紹介制度も取り入れている。ただし、人材確保・定着に関する具体的な計画の文書化が不十分であり、今後は必要な人材像や育成方針を含む計画の策定が望まれる。	

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・b・c
〈コメント〉人事考課制度が整備されており、理念への共感を重視した採用基準のもと選考が行われている。求める人材像や行動指針が評価制度の中に組み込まれており、評価基準の目線合わせも定期的に行われている。現場管理者からの意見を吸い上げて制度を改定する仕組みもあり、採用時にはキャリアパスの説明も行われるなど、総合的な人事管理が機能していると評価できる。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
Ⅱ-2-(2)-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。	①・b・c
〈コメント〉勤務状況は管理者と本部人事部が連携して管理しており、一元的に把握されている。無記名で相談できる窓口の設置や、年1回の従業員アンケートにより職員の意向把握に努めている。特別休暇（月1日）の導入、資格取得支援制度、施設間の人事異動によるマッチング調整など、働きやすい職場環境づくりへの取組が行われており、今後はリモートワークの導入も検討中とのことである。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	①・b・c
〈コメント〉人事評価制度の中に期待する職員像が明示されており、4ヶ月ごとに目標設定と振り返りを行い、毎月の面談で確認している。個々の職員に合わせた育成支援が行われており、資格取得や外部研修の受講希望にも個別に対応している。職員一人ひとりの成長を支える仕組みが整備されていると評価できる。	
Ⅱ-2-(3)-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・②・c
〈コメント〉研修計画が定められ、実施されている。外部研修は法人全体に周知され、研修内容は動画に録画して参加できなかった職員も視聴できる環境が整っている。ただし、研修に関する特定の基本方針は定められておらず、計画の担当者も明確ではない。年度末にかけて計画を策定しているが、今後は研修の基本方針を明確にし、体系的な計画の策定が望まれる。	
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	①・b・c
〈コメント〉法人から研修が用意されており、職員の希望する研修（保育士の受験対策勉強会など）には個別に対応している。業務マニュアルが整備されており、外部研修は社内全体に周知されている。また、研修内容を動画で共有することで、参加できなかった職員も研修内容を確認できる環境が整っており、職員一人ひとりの教育・研修機会が確保されていると評価できる。	
Ⅱ-2-(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。	
Ⅱ-2-(4)-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・②・c
〈コメント〉実習生受入規定は整備されており、過去には高校生の職場体験を受け入れた実績がある。来年度からは短大・大学からの実習生の受入を予定しており、体制整備が進んでいる。ただし、これまでの実績は限られており、今後の積極的な受入れ拡大に期待したい。	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	
Ⅱ-3-(1)-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・b・c
〈コメント〉法人全体では毎年いずれかの事業所が第三者評価を受審し結果を公表している。また今後も定期的に受審をしていく計画である。一方でホームページで法人が主体となつての積極的な公表は行われていない。また、苦情の公表も行われていない。より積極的な情報公開に向けた取組が望まれる。	
Ⅱ-3-(1)-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・b・c
〈コメント〉税理士・社労士等による外部の専門的視点は取り入れられているものの、法人の自主的なチェック体制（内部監査）がルーチン化されておらず、経理規定等の明文化も待たれる。今後は、チェックの項目や頻度を定めた運営管理マニュアルを整備し、定期的に自己点検を行う仕組みを構築することで、経営の透明性をさらに高めることが期待される。	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
Ⅱ-4-(1)-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・b・c
〈コメント〉地域との関わりに熱心な社長のもと、利用者と職員が地域の催事に参加するほか、地元向けのマルシェを開催して物品を販売するなど地域との交流を積極的に行っている。買い物練習では地域の商店や公共交通機関を積極的に利用しており、地域の畑での収穫体験や、地域の方が事業所の畑の世話を手伝うなど、双方向の交流が行われている。地域との結びつきを大切にしたい取組が評価できる。	
Ⅱ-4-(1)-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。	a・b・c
〈コメント〉ボランティア受入規定は整備されており、地域の方や利用者家族、学生がボランティアとして来訪し、支援の手伝いをしてもらうことがある。近隣の小学校の先生の見学や外国人の視察を受け入れた実績もある。ただし、特に募集はしておらず、希望者が来た際に対応するという受け身の姿勢であり、受け入れの姿勢を明文化したものもない。今後は、積極的なボランティア受入れに向けた体制整備が望まれる。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
〈コメント〉関係機関はリストアップされ、システムに記載されていていつでも閲覧できる環境がある。管理者が積極的に就労体験先を開拓し、就労支援事業所9事業所と連携して利用者が複数事業所を体験できる仕組みを構築している。相談支援事業所との連携も密に行われており、鈴鹿市の自立支援協議会にも参加するなど、地域の社会資源との連携が適切に行われていると評価できる。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-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。	①・b・c
〈コメント〉保護司として活動する社長が直接地域の情報を収集しているほか、保護者会への参加で現場の声を把握している。鈴鹿市の自立支援協議会で地域の困りごとを相談・共有し、介護事業者連盟の集まりにも参加している。役員に市議会議員が含まれており行政からの情報も得やすい環境にあり、自治体の職員からヒアリングを受けるなど気軽に交流できる関係性が構築されている。多様なルートで地域の福祉ニーズの把握に努めていると評価できる。		
Ⅱ-4-(3)-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・②・c
〈コメント〉「エンジョイ祭り」を開催して地域住民に楽しんでもらうほか、子どもたちと一緒に地域のゴミ拾いを行っている。保護司会を通じて発達に困っている家庭への学習会を開催したり、利用者家族向けの家族会（ママカフェ）でリラックスできる場を提供し、福祉の悩みを適切なサービスにつなげる取組も行っている。法人として支援に関する本を監修してノウハウを提供し、児発管・サビ管の研修に講師を派遣するなど、地域の福祉向上に向けた積極的な活動が評価できる。ただし、これらの活動に関する計画は整備されていないため、今後は計画的な実施が望まれる。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-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。	①・b・c
〈コメント〉理念や運営方針を事務所に掲示して、いつでも職員が見られるようにしている。本部実施の権利擁護や意思決定支援に関するオンライン研修を受講したり、毎月の虐待防止や秘密保持に関するチェックシートで日頃の支援を振り返る機会を設けている。チェックシートの結果を基に管理者による個別面談も実施されており、会社および事業所全体で利用者尊重した支援に力を入れて取り組んでいる。		
Ⅲ-1-(1)-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。	①・b・c
〈コメント〉利用者のプライバシーについては本部実施の研修のほか、毎月のチェックシートで職員の理解を促している。SNS発信を積極的に行っており、肖像権については独自の同意書を活用して、掲載は一覧表の作成とWチェックによる確認を徹底している。個人的な相談等については外のコンテナを活用しており、他の人に聞かれないような配慮・留意がなされている。		
Ⅲ-1-(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。		
Ⅲ-1-(2)-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。	①・b・c
〈コメント〉広報誌の代わりに、ホームページやSNSを活用した発信を積極的に行っており、活動内容を発信することで利用希望者に理解しやすいよう工夫している。また、見学の際には、実際に体験してもらうことで具体的なイメージが持てるよう努めている。相談支援事業所にチラシを持参したり、今後の進路について連携する機会も多い。		

Ⅲ-1-(2)-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。	①・b・c
〈コメント〉利用契約時には利用契約書や重要事項説明書を基に説明している。わかりやすく伝える工夫として、難しい言葉を極力使わずかみ砕いて説明したり、費用面は特に気になるため詳細に説明するよう配慮している。外国籍の保護者には、ひらがなや翻訳アプリを活用して理解を促している。意思決定支援の研修により、利用者の意向を尊重した支援に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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・②・c
〈コメント〉事業所等の変更にあたり、相談窓口として管理者兼児童発達支援管理責任者を設置している。退所後も引き続き手紙が来たり、訪問される利用者も多い。利用中や退所時の面談等で利用終了後の相談方法等について伝えてはいるものの口頭のみとなっており、相談支援専門員が主となっている。事業所として継続性に配慮した手順や引継ぎ文書はこれからであり、より丁寧な対応が求められる。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-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。	①・b・c
〈コメント〉毎年の保護者アンケートや利用者への聴き取り、保護者会の開催等、満足度の把握に努めている。利用者の意思表示を大切にしており、外出先や活動内容を選択できるように工夫している。エンジョイ祭りののど自慢に利用者が参加して職員が応援する姿に大変感動した。保護者からの体幹を鍛えて欲しいという要望に対して、理学療法士と連携してバランスボールを取り入れる等、利用者の体力向上だけでなく保護者の満足度向上にも努めている。	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(4)-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・②・c
〈コメント〉苦情解決体制は重要事項説明書に記載があり、利用開始時に説明するほか、玄関にも掲示している。苦情の解決に向けた記録や対応については確認できた。一方、公表についてはなされていないため、今後改善が求められる。また、苦情に基づいた研修の実施はこれからのため、今後の取組に期待したい。	
Ⅲ-1-(4)-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・②・c
〈コメント〉事業所の外のコンテナを相談室として活用しており、プライバシーに配慮した環境で相談しやすい環境となっている。しかし、いつでも誰にでもどんなことでも相談できることを口頭では伝えているものの、わかりやすく説明した掲示物等は確認できなかった。また、利用者や保護者の意見を把握する仕組みとして、匿名で相談や意見が言えるような仕組みがあると良い。	
Ⅲ-1-(4)-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。	①・b・c
〈コメント〉相談対応マニュアルは確認できた。利用者から相談があれば、上司に報告、その後検討、利用者へのフィードバックと平行して記録に残している。相談時の対応は組織的に行われている。	

Ⅲ-1-(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。		
Ⅲ-1-(5)-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。		①・b・c
〈コメント〉事故発生時のフローチャートを作成している。ヒヤリハットは毎月10件程度あり、日報に記録、朝礼・昼礼・終礼時に共有・検討が行われている。重大事故は全社で共有しており、ヒヤリハットや事故の改善策については、その後の振り返りまで行われており、再発防止に努めている。送迎車両の安全チェックを毎月行い、マニュアルも整備して安全確保に努めている。		
Ⅲ-1-(5)-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。		①・b・c
〈コメント〉感染症対応マニュアルは本部が見直しを行っている。日頃は手洗いやうがい、検温や消毒、児童対応時にマスクを徹底している。年1回、会社全体で感染症対応や応急処置等についてのオンライン研修が開催され、洗濯機も分けて洗う等実践しており衛生管理の意識が全体的に高いと感じる。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		a・②・c
〈コメント〉年3回、利用者参加の避難訓練を実施している。隣接する小学校への避難訓練は行われているが、実際に小学校の中に入っている訓練や地域の防災訓練への参加はまだである。災害伝言ダイヤルの利用について練習したり、非常食としておやつ等を備蓄している。元消防署員の方からの助言等受けることができる点は安全面においては効果的である。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-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。		①・b・c
〈コメント〉標準的な実施方法として、業務（職種）マニュアル、個別支援計画、アレルギー一覧等を活用している。業務（職種）マニュアルは、一般社員、有期・パート社員、主任等、それぞれの目的、何をするのか、ゴールが設定され、社内ポータルでいつでも見られるようにしている。進捗度合を確認してフォローする仕組みがある。アレルギー一覧や配慮事項などは日報や朝礼・昼礼・終礼時に共有している。		
Ⅲ-2-(1)-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。		①・b・c
〈コメント〉業務マニュアルについては、業務を明確にした方がよいとのことで作成したものであり、事業所ごとに見直しが行われている。支援の標準的な実施方法として活用している個別支援計画は、定期的に見直しを行っている。朝礼・昼礼・終礼が毎日行われており、見直しや改善に繋がる仕組みがある。		
Ⅲ-2-(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。		
Ⅲ-2-(2)-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。		①・b・c
〈コメント〉アセスメントは見学時や契約時に関係機関からの情報も取り入れ行っている。児発管を目指す志の高い職員が多く、社内で年3回、個別支援計画の仕組みや原案の立て方等の児発管になるための研修を受講し、質の高い計画策定に努めている。ケースカンファレンスでは社内アドバイザーである児童発達支援センター長から助言してもらう機会があり、支援の質の向上を図っている。		

	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	①・b・c
〈コメント〉6ヶ月ごとのモニタリング、3ヶ月ごとの月間報告書が組織で定められており、記録からも確認できた。基本的に正社員が見直しを行っているが、パート社員とも日々の支援や利用者とのかかわりについて朝礼・昼礼・終礼で共有し、計画に反映している。見直した計画は口頭で伝え、日報で確認サインをもらう仕組みとなっている。		
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
	Ⅲ-2-(3)-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。	①・b・c
〈コメント〉毎日の支援記録は施設運営システムを活用して記録している。写真付きで記録できるためわかりやすい。記録内容や書き方に差異が生じないように定型文を作成し、ポイントを押さえて記録できるように工夫している。事業所だけでなく会社全体の情報の流れが明確となっており、管理者会議を通じて会社全体の報告をしたり、併用している利用者もいることから他の事業所との交流による情報共有も積極的に行われている。		
	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	①・b・c
〈コメント〉個人情報保護規程により書類の管理がなされている。個人情報の書類は鍵付きのキャビネットで施錠保管されている。入社時の研修のほか、毎月秘密保持チェックリストによる振り返りを行い、個人情報保護の重要性の理解を促している。個人のスマートフォンの使用は禁止しており、会社専用のスマートフォンで写真を撮影、管理が行われている。		