

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

受診施設名	ケアハウス長生園	施設種別	軽費老人ホーム
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和2年10月7日

総 評	<p>社会福祉法人長生園は、旧船井郡仏教会により昭和28年に設立された養老院「光華園」の高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。法人設立から60年以上が経過した現在では、時代のニーズに合わせて特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス等の施設サービスや、ショートステイ、デイサービス、居宅介護支援事業所等の在宅サービスを整備して、地域高齢者への支援を実施しています。法人設立60周年を迎えてからは、地域の福祉ニーズを聞き取りながら、あんしんサポートハウスの開設や第二デイサービスの開設等にも取り組んでいます。法人の基本理念に「和み」「尊厳」「安心」を掲げ、施設内の各フロアに掲示されています。</p> <p>平成13年4月に複合型施設として開設されたケアハウス（定員50名）の施設内は廊下幅が広く、ゆったりとした設計になっており、整理整頓され清潔が保たれています。利用者の居室にはキッチンやトイレ・洗面所も完備され、快適に居住できる環境が整備されています。</p> <p>利用者の日常生活を支援する取組みとして、娯楽スペースを利用し、書道や絵手紙等のサークル活動や映画鑑賞会等が実施されています。また、施設全体の季節行事としては水無月祭や夏祭り等が実施され、ケアハウスの行事としては外食会やおやつ作り等の行事が実施されています。利用者の身体能力の低下に伴い、基礎体力の向上を図る目的として、朝の体操を実施しています。居室にこもりがちな利用者には外食会やお花見ドライブ等、年3回以上の外出企画への参加を促しています。また、本来は義務ではない一人ひとりの支援計画を立案して丁寧な支援を行うと共に、入居5年以上経過した利用者については本人・家族との面談を実施し、家族の協力も得ながら、自立した生活ができるように支援しています。入居している利用者が「長生園で人生を完結できるように」との考えから、併設の居宅介護支援事業所や訪問介護事業所、通所介護事業所、特別養護老人ホーム等とも連携し、健康管理については、階下にある診療所で内科・整形外科・精神科等の診察を受けられる体制があり、介護や医療体制の充実が利用者の安心に繋がっていました。</p> <p>職員のための環境整備としては、「職場風土改革促進事業実施事業主」指定、京都府「京の子育て応援企業」認証等、仕事と育児が両立しやすい職場環境の整備に取り組んでいます。また、平成27年には高齢者雇用開発における厚生労働大臣表彰を受ける等、雇用年齢の上限を取り除くと共に、地域の高齢者に雇用環境を整備する等して、生涯現役を目指す高齢者にも優しく働きやすい職場環境づくりを進めています。</p> <p>課題としては、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組の実施や職員の質の向上に向けた体制の確立が挙げられます。具体的なアドバイスは、特に改善が望まれる点の中で記していますので、ご参考にして下さい。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>  職員会議で職員に意見を求めた上で、相談員及び管理者が立案して事業計画を策定し、決定した計画を職員会議で職員に周知しています。評価や見直しについても職員会議で検討しています。毎年の事業計画や行事計画等を、4月の利用者対象の懇談会で資料等も配布して周知しています。毎年の事業計画は利用者にわかりやすい文章で掲示し、予定や行事等もポスター掲示しています。</p> <p><b>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>  地域のボランティアを受入れると共に、地域からの申し出があれば施設の研修棟を貸出す等しています。毎月の「喫茶ひまわり」の開催や涼やかスポット等で地域に開放しています。高齢者虐待防止研修を企画し、社会福祉協議会や市役所等を通じて広報し、地域への参加を呼びかけています。あんしんサポートハウスの開設やデイサービスのない地域に事業展開する等、法人として地域の福祉ニーズに基づく事業・活動を行っています。併設事業所や法人全体で収集した情報を共有し、地域の福祉ニーズを把握しています。</p> <p><b>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。</b>  元気な利用者は年に1階、支援が必要な人は年に2回と定めて、利用者の状態を定期的にあセスメントし、利用者の要望・意向に沿ったサービス実施計画を策定しています。サービス実施計画書に基づき評価や見直しを実施しています。利用者への支援内容を変更する場合は、職員会議等で話し合っています。自立している利用者も含め、全利用者に個別援助計画書を作成し、毎年見直しをしている点も評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>  法人全体の組織図と事業所内の組織図、役割図が策定され、事務所内に掲示されています。「運営マニュアル・組織体制」に管理者の役割と責任を明記し、職員会議等で説明しています。労務関係の法令遵守については、毎月開催の労働時間管理委員会で社会保険労務士から助言を受けて、職員全体会議で職員に周知しています。法人の中で虐待防止や身体拘束廃止等の研修は実施していますが、管理者が職員に遵守すべき法令を周知や遵守するための具体的な取組みの実施は確認できませんでした。  管理者が何のためにそれを実施するのか、そのことを遵守するか等を、現場職員に法令に基づいて説明することで、常に関係法令を意識したものになると考えます。</p> <p><b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>  人事考課の基準書で福祉職員として必要な技術や資格を明示しています。職員一人ひとりの目標を定め、年2回の個人面談を実施し、目標達成度の確認や必要な助言を行っています。研修委員会を中心に、マネー研修や感染予防研修等の内容を検討し、全職員を対象に実施しています。年間の研修計画を策定して実施していますが、カリキュラムの評価や研修計画の見直し等は行えていませんでした。研修委員会を中心に施設内研修を計画的に実施し、外部研修もそれぞれのレベルに応じて参加させています。一方で階層別の研修実施等は出来ていませんでした。  職員一人ひとりの研修計画の策定や施設内における階層別研修の策定・実施等を行うことをされてはいかがでしょうか。</p>

	<p><b>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。</b></p> <p>事故発生時及び利用者状況急変時の対応マニュアルを整備しています。事故報告書・ヒヤリハット報告書が作成され、事故防止委員会等でも対策を話し合っています。リスクマネジメントの責任者(リスクマネージャー)の選任・配置は出来ていませんでした。</p> <p>管理者や相談員をリスクマネジメントの責任者とする事で、より責任意識を高めることにつながると考えます。</p>
--	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

**I 福祉サービスの基本方針と組織**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
[自由記述欄]					
1) 玄関や職員室等に理念を掲示している。パンフレットやホームページ等にも理念を掲載している。毎朝のミーティングでも理念を唱和している。事業計画にも文書化し、利用者にも周知している。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	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	a
		3	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	a
[自由記述欄]					
2) 理事会や運営戦略会議、主管部会議等で社会福祉の動向や地域の福祉ニーズについて話し合っている。毎月の主管部会議等で各部署の資金収支等の経営状況を示され、現状確認や分析をしている。 3) 毎月の経営戦略会議や主管部会議等で、各事業所の課題を共有し、改善の取り組みを検討している。職員募集広告の中に、各施設の紹介やお気軽介護相談室の案内等も明記する等の工夫をしている。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	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	a
		5	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	a
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	a
		7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	a
[自由記述欄]					
4) 中長期計画を策定してビジョンを明確にすると共に、中長期計画を毎年見直しし必要に応じて変更している。満床を目指して居宅介護支援事業所や病院の地域連携室等と連携している。また、終の棲家として、施設で最後まで暮らせるように併設の訪問介護や特別養護老人ホーム等の他の事業所と連携している。 5) 中長期計画をもとに、毎年の事業計画を策定している。事業計画と共に、行事計画も策定し、具体的な取組や行動を明示している。 6) 職員会議で職員に意見を求めた上で、相談員及び管理者が立案して事業計画を策定し、決定した計画を職員会議で職員に周知している。評価や見直しについても職員会議で検討している。 7) 毎年の事業計画や行事計画等を、4月の利用者対象の懇談会で資料等も配布して周知している。毎年の事業計画は利用者にわかりやすい文章で掲示し、予定や行事等もポスター掲示している。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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。	8	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	a
		9	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	a
[自由記述欄]					
8) 事業所として定期的に第三者評価を受診し、自己評価は毎年実施するなど質の向上に取り組んでいる。利用者の状況は、必要に応じて担当者会議等を開催し支援の質の向上に取り組んでいる。 9) 毎年の事業計画に取組む中で、課題や改善点等があれば職員会議で話し合い次年度の計画策定に反映している。第三者評価や自己評価において必要な改善点は次年度の事業計画に反映させて改善を図っている。					

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 管理者の責任と リーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	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	a
		11	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	b
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	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	a
		13	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。	a	a

[自由記述欄]

10) 法人全体の組織図と事業所内の組織図や役割図が策定され、事務所内に掲示されている。「運営マニュアル・組織体制」に管理者の役割と責任を明記し、職員会議等で説明している。  
 11) 労務関係の法令遵守については、毎月開催される労働時間管理委員会で社会保険労務士から助言を受けて、職員全体会議で職員に周知している。法人の中で虐待防止や身体拘束廃止等の研修は実施しているが、管理者が職員に遵守すべき法令を周知や遵守するための具体的取組の実施は確認できなかった。  
 12) 職員数7人の少人数の組織であることから、職員との対話が図れるため、管理者は必要な助言や指示をその都度行っている。職員の自己評価シートや利用者の個別援助計画書等も確認して必要な指示をしている。  
 13) 顧問税理士が各施設の経営状況を毎月分析し、毎月の経営戦略会議で各施設の経営状況や人事配置等について話っている。管理者は組織の改善や業務遂行のため、必要時には現場で業務を行っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・ 育成	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。	14	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	a
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	a
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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。	a	a

[自由記述欄]

14) 施設管理部の部長（施設長）を中心に会議を開催し、人事配置について検討している。大学や高校等からも実習生を積極的に受入れ、新聞広告等で人材募集を定期的に行う等して人材確保に取り組んでいる。  
 15) 人事考課制度を導入し、職能資格や格付基準を明確にして全職員に周知すると共に、一定の基準に基づき職員を評価している。年2回の個人面談を実施し、職員の意向を聞き取っている。  
 16) 職員が仕事と子育ての両立や生活スタイルに合わせた働き方が選択できるよう、総務部で就業意向を把握して職員配置している。高齢者にも働きやすい職場づくりに取り組んでいる。リフレッシュ休暇（年10日）制度を設けて有休休暇を取得しやすいようにしている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・ 育成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	a
		18	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	b
		19	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	b
	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。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	a

[自由記述欄]

17) 人事考課の基準書で福祉職員として必要な技術や資格を明示している。職員一人ひとりの目標を定め、年2回（中間と期末）の個人面談を実施し、目標達成度の確認や必要な助言を行っている。  
 18) 研修委員会を中心に、マナー研修や感染予防研修等の内容を検討し、全職員を対象に実施している。年間の研修計画を策定して実施しているが、カリキュラムの評価や研修計画の見直し等は行っていない。  
 19) 研修委員会を中心に施設内研修等を計画的に実施している。外部研修の情報を回覧し、それぞれのレベルに応じて参加させている。階層別の研修実施や習熟度別のOJTの実施は出来ていない。  
 20) 実習生の受入れマニュアルを整備し、施設全体で看護師養成校等の実習生を受入れている。実習内容やプログラム等については学校と連携している。実習指導者には実習指導者講習等を受講させている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	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。	21	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	a
		22	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	a

[自由記述欄]

21) ホームページに各施設の情報、事業報告、財務諸表等を公開している。苦情、相談の内容については懇談会で公表している。  
 22) 顧問税理士事務所の職員が毎月来園し、経営分析を実施している。主管部会議で収支状況を毎月確認している。社会福祉法人制度改革に先駆け、今年度より監査法人による外部評価を実施している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	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	a
		24	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	a
	25	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	a	
	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a	
	27	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	a	

[自由記述欄]

23) 南丹市の広報誌やお知らせ等を娯楽室に設置したり、掲示板に掲載するなど利用者に知らせている。利用者からの希望があれば地域で開催される催しや講演等に出かける支援を実施し、地域との交流を図っている。クラブやサークル等の活動に、地域のボランティアを講師として迎えている。  
 24) ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢等を明文化し、事前に研修を実施して受入れている。絵手紙サークルの講師や玄関花壇の植え替え等のボランティアを受入れている。  
 25) 協力医療機関・福祉事務所・保健所等の関係機関との連携は、法人全体で取り組んでいる。利用者の支援事業所等、事業所として連携が必要な関係機関については、職員間で情報共有を図っている。  
 26) 地域のボランティアグループを受入れると共に、地域からの申し出があれば施設の研修棟を貸出す等している。毎月の「喫茶ひまわり」の開催や涼やかスポット等で地域に開放している。高齢者虐待防止研修を企画し、社会福祉協議会や市役所等を通じて広報し、地域への参加を呼びかけている。  
 27) あんしんサポートハウスの開設やデイサービスのない地域に事業展開するなど、法人として地域の福祉ニーズにもとづく事業・活動を行っている。併設事業所や法人全体で収集した情報を共有し、地域の福祉ニーズを把握している。

**Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	28	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	a
		29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	a
	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。	30	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。	a	a
		31	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	a
		32	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	a

[自由記述欄]

28) 法人理念は施設玄関や職員室内に掲示すると共に、朝礼等で唱和している。基本的人権の配慮等については、虐待防止や疑似体験等の研修等を実施して理解を深めている。個別援助計画書をもとに、共通したサービス提供を実施出来るように取組んでいる。  
 29) プライバシー保護マニュアルを整備している。運営規定に虐待防止について定めると共に、全職員を対象にして研修を実施している。個別面談等には相談室を利用して、記録を取り保管管理している。  
 30) 関係機関に年2回訪問し、パンフレットの配布や新事業の紹介等を行っている。施設見学や入居の問い合わせ等は随時受付けている。希望者には体験入居等も実施している。  
 31) ケアマネジャーを中心に本人・家族・ケアハウス職員、訪問介護事業所、福祉用具事業所等と定期的に担当者会議を開催し、サービスや支援内容を確認し合っている。本人・家族との面談を実施し、今後予測される状況への対応等を確認している。  
 32) 状態変化によるサービス移行については、特養やグループホーム、医療機関等の各事業所と連携を図りながら本人と面談を実施し、引継ぎ書を作成し、継続したサービスが受けられる様に支援している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。	33	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。	a	a
		34	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	a
	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。	35	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	a
		36	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	a

[自由記述欄]

33) 年2回利用者満足度調査を実施している。利用者懇談会を毎月実施し、サービスの向上に役立てている。厨房職員と利用者との懇談会を2ヶ月に1回実施し、食事についての意見を聞き取っている。  
 34) ご意見箱の設置や満足度調査の実施等で意見や要望を受付けている。苦情解決の仕組みについては、運営規定に明記し、入居時に説明している。利用者懇談会で苦情や意見等の内容を公表している。  
 35) 利用者からの相談はいつでも対応できるようにマニュアルを整備し、相談職員を選択できるように職員の名前を明記して掲示板で知らせている。意見については職員会議や懇談会で話し合い、内容や話し合いの結果を記録している。  
 36) 利用者からの意見や要望については、その都度速やかに対応し記録している。内容に応じて職員会議や利用者懇談会で話し合い解決を図っている。意見箱や年2回の満足度調査、毎月の利用者懇談会、個別面談等、利用者の意見を把握する様々な体制を整備している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	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。	37	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	b
		38	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	a
		39	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やっている。	a	a

[自由記述欄]

37) 事故発生時及び利用者状況急変時の対応マニュアルを整備している。事故報告書・ヒヤリハット報告書が作成され、事故防止委員会等でも対策を話し合っている。リスクマネジメントの責任者(リスクマネジャー)の選任・配置は出来ていない。  
 38) 「感染症対策マニュアル」を整備し、感染症発生時には対策委員会を設置して対応している。毎月の定例会議や朝のミーティングの中で、最新の情報を発信する等、職員に周知を図っている。感染症対策研修を実施して予防や対応方法を職員に周知している。  
 39) 火災・地震・土砂災害等の災害時対応に関するマニュアルや自衛消防組織を整備している。地域の消防署や消防団と連携し、年2回の避難訓練も実施している。備蓄室で災害時の食料を完備している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(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。	40	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	a
		41	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。	a	a
	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。	42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	a
		43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	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、職員間で共有化している。	a	a
		45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a

[自由記述欄]

40) 「ケアハウス職員業務表」「相談員業務一覧」「施設長業務一覧」に日々の支援内容やそれぞれの業務内容を明記している。利用者個々の個別支援計画書に支援内容を明記して、日々の支援を実施している。  
 41) 毎月の職員会議前に、全職員に聞き取りアンケートを実施して、業務内容や支援内容等を話し合っている。ケアハウス職員とケアマネジャー、ヘルパーとの合同会議を定期的に開催して、支援や介護が必要な利用者へのサービス内容を話し合っている。  
 42) 元気な利用者は年に1回、支援が必要な人は年に2回と定め、利用者の状態を定期的にアセスメントし、利用者の要望・意向に沿ったサービス実施計画を策定している。  
 43) サービス実施計画書に基づき評価や見直しを実施している。利用者への支援内容を変更する場合は、職員会議で話し合っている。  
 44) 業務日誌、申し送り記録、連絡ノート、毎日のミーティング、職員会議、カンファレンス等で日々のサービス内容や利用者の状況を共有している。日々のサービス提供内容を適切に記録している。  
 45) 文書規程を策定し、記録の保管・保存・廃棄等の方法を明記すると共に、記録の管理責任者を定めている。個人情報の取り扱いについても契約時に利用者・家族に説明している。