

(別添1)

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別

特別養護老人ホーム

事業所名（施設名）

ローマンうえだ

○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	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
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。	a)	■	1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	○豊かで安心して暮らせる地域福祉の拠点としての機能を発揮する旨の法人の理念を受け地域の中で利用者の思いや生活を大切に安心して暮らせる施設づくりの方向を示した施設理念が作られている。施設内、ホームページ、パンフレット、広報誌に記載され、さらに利用者の生活スペースには理解しやすい文章で掲示されている。  ○職員には法人のキャリア別研修会、ローマンうえだの全体学習会、新人研修会で周知を図り、個々の名札の裏にも理念が書かれており確認できる。利用者、家族へは入所時にパンフレットで説明し、家族会でも説明している。
				■	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。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	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)	■ 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。	○各種研修会や法人の会議に参加し、地域包括ケアシステム、法人の地域貢献等々の国の方針を把握し、上田市の福祉計画の状況を確認し分析している。また入所希望者の世帯構造や、ローマンうえだを支えてくれている「安心の会」会員から地域ニーズの把握に努めている。  ○毎月職場代表者会で利用者の様子を把握し利用率の分析、物品のコスト削減を検討している。
					■ 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。	
			(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)	■ 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。	○各事業所、各部署からの現状報告を受け運営会議で検討し職場代表者会議で説明している。職場代表者会議、棟会議で職員に周知を図っている。具体的には、上田市の介護保険計画の中で「小規模多機能型居宅介護上野の家サテライト」が平成30年4月に開設する。
					■ 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	経営環境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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	<p>○法人の中期3か年計画に則り、JAグループの連携強化を掲げている。具体的に地域貢献、組織強化による地域の社会福祉活動や家庭介護の拠点として安心して暮らせる地域づくりのための介護福祉事業の展開を進める計画がある。</p> <p>○ローマンうえだとしては計画的な施設整備や地域の関係者と協力して農協豊里店で介護予防や総合事業、地域支え合い活動を展開し地域包括ケアシステムを構築していく計画がある。</p>
			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>○法人の事業計画には中・長期計画に基づく事業方針があり事業計画は各施設の地域特性に配慮した事業運営を求めている。施設の事業計画は法人の事業方針に沿って地域のニーズを踏まえた施設の特徴を活かした独自の具体的な計画になっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	a)	■ 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。	○単年度の事業計画は中・長期計画や各職場の職員によって行われる年度末の評価、見直しを参考に立てられる。法人の事業計画は施設長、事務長会議から各施設に周知され、施設では職場代表者会での報告を文書で職員に周知し、また、全体会で説明し周知を図っている。  ○新しく入所される方には契約の時に重要事項の説明と行事などと合わせて丁寧に説明している。家族会の時にも参加者には丁寧に説明している。それ以外の方には郵送する書類などと一緒に送っている。
■ 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が）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。	a)	■ 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。	
■ 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。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
	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。	a)	■ 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。	○ローマンうえだ全体で定期的に第三者評価を受審しその結果を分析・評価し、職場代表者会議を通して各事業所の職員に周知される。各事業所での検討を加えPDCAのサイクルに基づく福祉サービスの質の向上が継続的に実施されている。  ○利用者、家族にアンケートを行い分析した結果を参考にしてサービスの質の向上に努めている。分析した結果を利用者、家族にフィードバックしている。  ○職員教育シートにより年1回自己評価し目標を達成してサービスの質を向上のために努力している。			
				■ 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を受審している。					
				■ 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。					
				(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)	■ 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。	○職場代表者会議で分析した結果、課題を文書化して各事業所の職員と共有している。人材不足からくる課題などは施設長会を通して法人にあげている。福祉機器を使うことで職員の負担軽減に繋がってきた。
							■ 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。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	a)	■ 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。	○法人の「職制規程」に施設長としての職務権限があり施設の経営・管理に関する権限が明示され実行している。広報誌「ローマン通信」には発行責任者として明記している。  ○非常災害時には総指揮者となり、本部を立ち上げた際は本部長となることが明記されている。また、特別養護老人ホームにおける緊急時指示責任者としても明示されている。
					■ 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掌分掌等について、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。	
			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)	■ 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。	○施設長は法人の研修で法令遵守マニュアルに則り施設の運営基準、運転に関する法律等、福祉事業所としての行動規範となる法令を研修している。また、福祉従事者として行動規範となる法令、虐待防止法、拘束の禁止、マニュアルの整備等も研修している。  ○職員には4月の全体学習会で周知される。特に福祉従事者としての法令遵守に力を入れて指導している。
					■ 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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	<p>○定期的に第三者評価を受審し組織的に継続的に評価、分析している。また、利用者アンケートを行い分析し家族会、ケアプラン作成時にも報告し、意見や要望を聞き取り常に質の向上に繋げている。</p> <p>○理念、基本方針の実現に向けての職員教育シートにより施設長自ら面談し職員の意向要望を聴取し、職場代表者会議で各事業所の意見、要望を確認している。それらを踏まえて運営会議での教育、研修の方向性に繋げている。</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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○職員との面談、職場代表者会議で得た人事的なこと、労務的な事、財務に関する情報は運営会議で分析を行い、人員配置、職員の働き易さなど、施設で解決できることは取り組んでいる。時間外の研修を少なくした等、改善に努めている。すぐ解決できないことについては法人の会議で報告している。職員には職場代表者から運営会議、職場代表者会の内容が文書で伝えられる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
	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。	a)	■	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。	○法人の事業方針に地域に信頼され必要とされる施設づくりのために「職員の意識改革、教育研修による人材育成」と明示し学校法人佐久学園との総合連携協定に基づき、学生の育成と人材の確保を計画的に進めている。  ○施設長は適正な人員配置を日常的に管理し、法人に報告している。法人ではマイナビに登録し、職場説明会に参加して人材確保に努めている。  ○施設の職員は離職が無いようにお互いに職場を守るために努力し合っている。	
					■	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。		
					■	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。		
					■	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。		
					■	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。		○法人の行動目標に、法人の理念に基づく「期待する職員像」に当たる明記があり、職員教育シートには初級から経営職まで階層別に「求められる人材像」が明記されている。  ○職員教育シートで理念実現のための自身の目標、課題を整理し上司、施設長から個人面接を受け評価してもらう。半年ごとに評価を受け資格取得などの能力開発についても記載されている。  ○キャリアパス任用要件表により人事管理が総合的に行われている。昇進、昇格の知識、技術の水準、その技術、知識を獲得するための研修の基準が明確で職員は自らの将来を描ける仕組みが作られている。
					■	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。					
		(2) 総合的な人事管理が行われている。	a)	■	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。	○法人の行動目標に、法人の理念に基づく「期待する職員像」に当たる明記があり、職員教育シートには初級から経営職まで階層別に「求められる人材像」が明記されている。  ○職員教育シートで理念実現のための自身の目標、課題を整理し上司、施設長から個人面接を受け評価してもらう。半年ごとに評価を受け資格取得などの能力開発についても記載されている。  ○キャリアパス任用要件表により人事管理が総合的に行われている。昇進、昇格の知識、技術の水準、その技術、知識を獲得するための研修の基準が明確で職員は自らの将来を描ける仕組みが作られている。		
				■	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。							



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○毎月、事業所毎に職員の有給休暇、時間外労働等、就業状況を確認し職場代表者会で施設全体を把握している。毎月、保健師が中心になって行われる安全衛生委員会で職員の心身の状況など確かめ、面談や相談がし易いように心がけている。ストレスチェックなどで必要に応じて産業医に繋げる仕組みがある。</p> <p>○施設の互助会「くるみ会」があり旅行や交流会の補助を出し、労働環境のアンケートをして職員間での交流を図っている。</p> <p>○休暇取得を容易にし、短時間労働の導入、時間外労働の削減、希望を入れた勤務表などでワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</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。	a)	<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>○職員は、階層別の「職員教育シート」に記載された理念に基づく「求められる人材像」を目標に上司（主任、管理者）と面談して助言のコメントを貰い施設長の面談を経て、課題を達成できるようにしている。6か月で見直して次の課題を設定して目標に近づく努力をしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<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>○法人は行動目標に「常に人間性を磨き、知識の習得と技術の向上に努めます。」としている。施設は実施する福祉サービスが組織として統一して行えるように「職場研修の理念、方針」を定め、事業計画に沿って必要な研修課題を設定している。特に年度に必要な重点テーマを絞り具体的な研修計画に繋げている。</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。	a)	<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が適切に行われている。</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>○個別の職員の知識、技術の取得状況は、新任職員には介護職員教育表（チェックリスト）によって行い、他の職員は職員教育シートで行う。</p> <p>○新任職員は年度末から採用時研修が始まり、1年間かけて研修する。その間にOJTが行われる。他の職員は階層別研修が行われ、職種別研修では外部研修の参加を勧めている。外部講師による研修や個人の希望をいれた研修にも参加できている。また、一人ひとりの研修参加状況を把握して平等を図り、全体の質の向上に繋がるようにしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■ 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>	<p>○実習生受け入れマニュアル、実習指導要領を整備し実習生受け入れに対する基本姿勢が明文化されている。施設の実習指導担当者が窓口になり、受け入れについて学校との連携を取り実習期間中も学校、実習生、施設の調整を行っている。専門職種別にプログラムが用意されている。</p> <p>○指導者は指導者研修に参加して資格を取得した職員が当たっている。</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。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○法人のホームページで法人の予算、決算、事業計画、事業報告を行っている。施設のホームページ、広報誌には理念、施設的环境、設備、提供する福祉サービスを写真などを配し公開し、福祉サービスを利用するものに対して円滑に利用できるように情報を提供している。</p> <p>○定期的受審している第三者評価の結果は福祉サービスの質の向上のためにその都度公表している。苦情、相談の内容も申立者に配慮して公表する仕組みになっている。</p> <p>○地域に対して、安心の地域づくりセミナーやサロン、ローマン通信で発信している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<p>■ 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が明確にされ、職員等に周知している。</p> <p>■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</p> <p>■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。</p> <p>■ 104 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。</p> <p>■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。</p> <p>■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>	<p>○施設の事務、経理、取引に関しては法人の規定に沿って行われ、携わる職員の職務分掌と権限も法人の規定に明記されている。</p> <p>○施設の内部監査は定期的に行われている。外部監査は今年度から実施しJA長野会として契約を行っていく。</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。	a)	<p>■ 107 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。</p> <p>■ 108 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。</p> <p>■ 109 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。</p> <p>■ 110 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。</p> <p>■ 111 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>	<p>○法人、施設の理念共に地域との関係を大切に考え、地域との交流を通じて安心な暮らしを作ることを謳っている。施設の重点実施事項としても地域との連携を掲げ安心の地域づくりの取り組みを計画している。</p> <p>○地域のボランティアクラブ、お花クラブ、手芸クラブ等施設での交流する機会は数多く得られ、お祭りなどの地域の行事にはたくさんのボランティアの支援を得て交流できている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<p>■ 112 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。</p> <p>■ 113 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。</p> <p>■ 114 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。</p> <p>■ 115 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。</p> <p>■ 116 学校教育への協力を行っている。</p>	<p>○ボランティアの受け入れマニュアル、ボランティアの会則、活動申込書を整備している。ボランティアに対する研修は、用意されたプログラムを使って3日間行われ、施設の理念、守秘義務、車いすの操作等を学ぶ。</p> <p>○地域の小学校、中学校、保育園との交流については重点実施事項の「地域との連携」に基本姿勢を明文化し学校教育への協力を行っている。</p>
		(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。	a)	<p>■ 117 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。</p> <p>■ 118 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。</p> <p>■ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>■ 120 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。</p> <p>■ 121 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。</p>	<p>○地域ボランティアの活動も多く、医療、福祉などの必要な関係機関の連絡先はリストとして整理し職員間の共有ができています。</p> <p>○地域の事業者連絡会の出席への参加、法人として運営している地域密着型事業所の運営推進会議を2か月ごとに法人で開催し、ローマンうえだが運営する多岐の事業所も出席し、行政、地域住民が出席し連携している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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)	<p>■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p> <p>■ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>■ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p>■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。</p> <p>■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>	<p>○住民運動からローマンうえだの施設誘致に至り、さらに地域づくりに継続され法人やJAグループとローマンうえだが事務局となり、地域づくりセミナーが毎年開催され、卒業生の地域住民が主体となりボランティア、地域づくり、仲間づくりなどの取り組みが積極的に行われている。</p> <p>○ローマンうえだにある喫茶コーナーを開放し、地域住民が喫茶運営を行い、施設利用者などが喫茶で交流し、夏祭りに多くの地域住民の参加、お茶会、手芸クラブなどのボランティアも積極的に受け入れ地域交流を行っている。</p> <p>○毎月、公民館、社協、地域包括支援センター、JA、安心の会と連携して地域づくりに努めている。</p>
			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)	<p>■ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■ 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■ 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</p> <p>■ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、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。</p> <p>■ 132 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。</p>	<p>○高齢化率も進むローマンうえだが存在する地域で、地域住民の声をしっかり受け止め、地域づくりに積極的に取り組んでいる。安心の地域づくりセミナーでの地域の担い手を養成し、地域でサロン活動、認知症サポーター養成講座の開催、地域密着型の施設での運営推進会議のローマンうえだ全体の取り組み等を通し地域のニーズ、福祉ニーズの把握に努め活動している。</p> <p>○地域の高齢化による地域の田作りの衰退を防ぐために棚田のオーナーとなり、地域の子どもたちをも含めた棚田保全活動も行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	a)	<p>■ 133 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。</p> <p>■ 134 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。</p> <p>■ 135 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。</p> <p>■ 136 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。</p> <p>■ 137 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。</p>	<p>○職員が利用者を尊重したサービス実施の共通理解の取り組みのため、利用者主体・利用者の思いを理解するツールとしてセンター方式の導入をアセスメント手法に取り入れている。利用者の尊厳・基本的人権への配慮した支援が行うことができるよう施設全体で勉強会・外部講師を招いた研修会などを積極的に行い、事例検討会の取り組みも定期的に行っている。</p> <p>○利用者の尊重や基本的人権の配慮について、サービス向上委員会、相談員会議で定期的な把握や評価に取り組んでいる。</p>
			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)	<p>■ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</p> <p>■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</p> <p>■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>■ 141 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。</p> <p>■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</p> <p>■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</p>	<p>○利用者のプライバシー保護への取り組みは、プライバシー保護規定に整備され職員の理解が得られている。</p> <p>○プライバシー保護や虐待防止に関する理解は職員には徹底し、施設内でも構造上から配慮に欠けにくいトイレ等はできる限り扉が望ましいとしているが難しい面はカーテンやパーテーションを適宜利用する等、生活の場面にふさわしい環境が提供できるように工夫している。不適切な事案などはサービス向上委員会などで対応方法を検討する等、センター方式アセスメント、事例検討などあらゆる場面での取り組みがある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	a)	<p>■ 145 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。</p> <p>■ 146 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。</p> <p>■ 147 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。</p> <p>■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■ 149 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>	<p>○施設は、地域が必要として設置された経過もあり、地域住民とともに運営し交流しているため常に必要な情報・パンフレットなどは入手しやすい。入所希望者には見学の際に丁寧な説明をその都度対応している。</p> <p>○ローマンうえだ紹介はホームページやパンフレットを利用し写真や理念・基本方針もわかりやすい言葉に言い換えて掲示や掲載などの工夫も行っている。</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)	<p>■ 150 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。</p> <p>■ 151 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。</p> <p>■ 152 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。</p> <p>■ 153 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。</p> <p>■ 154 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>	<p>○ローマンうえだ利用開始にあたっては、重要事項説明書で料金の説明、契約書においては利用者の権利義務などについて法令に基づき、相談員が手順書に基づき内容説明を行っている。</p> <p>また、変更時には介護保険法などの変更内容を書面で説明し署名を頂くなど適切に対応できている。</p>
			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)	<p>■ 155 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。</p> <p>■ 156 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。</p> <p>■ 157 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。</p> <p>■ 158 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>	<p>○ローマンうえだの変更・事業所の変更は、主には病院への入院が多いため、病院へのサマリーの活用をして施設内での生活等含め情報提供をしている。他事業所に変更などがある場合でも、生活状況、医療面での情報提供書により行われる。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<p>■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>■ 160 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。</p> <p>■ 161 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。</p> <p>■ 162 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。</p> <p>■ 163 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>	○利用者満足については、毎年アンケートにて利用者満足度を把握している。結果は集計し意見意向などを含め、家族会で相談員からアンケート結果について説明している。また、サービス向上委員会でも協議し対応や質の向上に努めている。
		(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。	a)	<p>■ 164 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。</p> <p>■ 165 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。</p> <p>■ 166 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。</p> <p>■ 167 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。</p> <p>■ 168 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。</p> <p>■ 169 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。</p> <p>■ 170 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>	<p>○利用者が意見を述べやすい体制として苦情解決の体制が整備され、掲示している。更に利用者のわかりやすい言葉で表示した掲示物もあり、苦情受付ポストの設置もある。</p> <p>○苦情第三者委員会の設置もあり、職員代表者会議、サービス向上委員会での取組みもある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 204 1637 300">■ 171 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。</li> <li data-bbox="763 300 1637 395">■ 172 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。</li> <li data-bbox="763 395 1637 480">■ 173 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。</li> </ul>	○利用者や家族が施設外に相談する窓口を重要事項説明書に明示され、文書配布をしている。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 480 1637 576">■ 174 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。</li> <li data-bbox="763 576 1637 671">■ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。</li> <li data-bbox="763 671 1637 767">■ 176 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。</li> <li data-bbox="763 767 1637 863">■ 177 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。</li> <li data-bbox="763 863 1637 959">■ 178 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。</li> <li data-bbox="763 959 1637 983">■ 179 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。</li> </ul>	○利用者の意見・意向については相談員が中心に記録に残し職員とカンファレンスで検討する体制がある。また、苦情の可能性のあるものはヒヤリハットとして検討し迅速な対応に努めている。
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="763 983 1637 1078">■ 180 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。</li> <li data-bbox="763 1078 1637 1174">■ 181 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。</li> <li data-bbox="763 1174 1637 1270">■ 182 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。</li> <li data-bbox="763 1270 1637 1366">■ 183 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。</li> <li data-bbox="763 1366 1637 1461">■ 184 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。</li> <li data-bbox="763 1461 1637 1517">■ 185 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。</li> </ul>	<p>○リスクマネジメント委員会の設置がある。リスクマネジメントマニュアル作成指針が策定され、医療用語の定義、介護事故・医療過誤・ヒヤリハット事例、マニュアル作成の報告、介護事故の防止体制整備、介護事故防止対策規程の策定、リスクマネジメント委員会の設置、リスクマネジャーの設置、介護事故防止のための具体的方針が示されている。</p> <p>○ヒヤリハットの検討や学習会、リスク部会などでの検討を行い、事故防止の実施、実効性の見直し・評価をおこなっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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)	<p>■ 186 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。</p> <p>■ 187 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。</p> <p>■ 188 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。</p> <p>■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。</p> <p>■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。</p> <p>■ 191 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>	<p>○感染症施設内感染症防止マニュアルがあり、感染対策委員、感染防止の基本が記載され予防策や感染発生時の対策が整備されている。毎年学習会を開催し職員への周知を図っている。</p>
			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)	<p>■ 192 災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■ 193 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。</p> <p>■ 194 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。</p> <p>■ 195 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。</p> <p>■ 196 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。</p>	<p>○災害時の対応体制（職員連絡、災害分担等）は整っている。福祉避難所となっているため食料備蓄も栄養士を中心に管理できている。</p> <p>○地域住民が集う機会も多く、地域の人との災害について話し合うこともあり、日々の交流の中で地域の災害時の課題を把握する機会を作っている。</p> <p>○ローマンうえだでの防火管理者会議が毎月開催し、毎年2回日中・夜間想定避難訓練を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	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。	a)	<p>■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。</p> <p>■ 198 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。</p> <p>■ 199 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。</p> <p>■ 200 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>	○福祉サービスの提供について標準的実施方法は、介護マニュアルとして作成されている。毎年年度初めに見直しをしている。
			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)	<p>■ 201 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。</p> <p>■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。</p> <p>■ 203 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。</p> <p>■ 204 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>	○介護マニュアルは、法人全体で見直しの時期が決められており、災害分担などは毎年 改正され見直しが行われている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b)	<p>■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 206 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。</p> <p>■ 207 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。</p> <p>■ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</p> <p>■ 209 福祉サービス実施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。</p> <p>■ 210 福祉サービス実施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。</p> <p>■ 211 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>	<p>○福祉サービス実施計画は決められた手順により、アセスメント手法を用い（MDS・センター方式の利用）行っている。利用者意向を見失わないようにするためセンター方式などの利用により利用者の思いを適切に理解する手法を用いているが、福祉サービス実施計画には利用者の意向欄に明記されていないケースがみられた。今後、利用者の意向把握を記載する事で本人主体のサービス実施計画、利用者主体の支援をご家族にも理解していただくためにも必要と思われる。</p> <p>○困難事例については、法人で行っている事例検討会で他職種、指導者を交えた検討を行いサービス提供に努めている。</p>
			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)	<p>■ 212 福祉サービス実施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。</p> <p>■ 213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>■ 214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p> <p>■ 215 福祉サービス実施計画の評価・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>	<p>○福祉サービス実施計画の見直しは、決められた手順により、毎月モニタリングを行い決められた時期にカンファレンス、家族意向を聞く機会などを設け、他職種でのサービス担当者会議で検討実施している。しかし、モニタリング、アセスメントで得た利用者の意向の記録がなく本人主体の福祉サービス実施計画となるように期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(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。	a)	<p>■ 216 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。</p> <p>■ 217 サービス実施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。</p> <p>■ 218 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。</p> <p>■ 219 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。</p> <p>■ 220 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。</p> <p>■ 221 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>	<p>○福祉サービス実施状況は実行表によりチェックしモニタリングにより実施確認ができる。</p> <p>また、記録要綱は、マニュアル化され職員への指導も行われ記載されている。</p> <p>○情報共有はカンファレンスで確認し、パソコンでの確認も常に行うことができ、随時共有する仕組みがある。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>■ 222 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。</p> <p>■ 223 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。</p> <p>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 225 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。</p> <p>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 227 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>	<p>○記録の管理体制は法人の個人情報保護規定に基づき適切な管理がされている。書類の保管期間も明確にされ廃棄業者からの溶解証明書も確認できた。</p> <p>○個人情報取り扱いの利用者・家族への説明も契約時に適切に行われている。</p>