

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 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a)	<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。 	<p>○経営課題については毎月の職場代表者会議や法人内の経営会議で、把握・分析が行われ課題の明確化が図られていました。また、課題については文章化され、棟会議、部署会議で説明し、職員に周知されていました。</p> <p>○法人の役員会(理事会・評議員会)において、事業報告書にて、報告され、共有されていました。</p>
	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)	<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。 	<p>○法人として2025、2040年の介護問題《団塊世代・団塊ジュニア世代》を踏まえた、中長期計画の策定に取り組んでいました。</p> <p>○事業所のビジョンとしては、地域共生型社会づくりのための計画を進めていましたが、より具体的な計画の策定について期待いたします。</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)	<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。 	<p>○ローマンうえだ全体の年度毎事業計画書及び事業報告書が作成されていました。事業計画書は年度末に各担当や部署により見直しや振り返りがされ、事業報告書の内容を踏まえ作成されていました。</p> <p>○事業計画書には、基本目標、重点目標、実施具体策、数値目標、スケジュール等詳細に記載されていました。</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)	<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 checked="" 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。	<p>○事業計画の内容は、会議や各種研修の中で説明し、組織的な見直しがされていました。</p> <p>○年度末に、重点目標や数値目標について見直しが行われ、達成状況を明確にして、職員に共有されていました。その結果については法人本部へも報告が行われていました。</p>
				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 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 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 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。	<p>○利用者や家族に対して、ローマン通信の配布、資料等の掲示はされましたが、事業計画の内容説明や周知・理解が十分ではありませんでした。</p> <p>○事業計画は、利用者へのサービス提供の重要事項です。取り組み内容については、利用者及びご家族に対して今まで以上に周知を図り、理解を深めることを期待致します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<p>○ローマンうえだの4つの基本方針には、利用者の思いや希望が日々の生活の中で大切にされ、安心して豊かなサービスを提供していくことが明示されました。</p> <p>○提供される福祉サービス全体の自己評価や第三者評価の結果分析や見直しについて、より組織的な取り組みをお願いします。</p>
			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)	<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 checked="" type="checkbox"/> 37 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	<p>○事業所内に「サービス向上委員会」が設置されていて、サービスの質の改善・向上に取り組んでいました。</p> <p>○サービス向上委員会の取り組みとしては、①利用者・家族からのニーズの把握と改善。②利用者のよりよい生活づくり。等が目標となっていて、実施状況の確認や見直しが行われるとともに、職員への共有化ができていました。</p>
Ⅱ 組織の運営管理	1 シ ツ プ 管理者の責任とリーダー	(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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" 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。	<p>○管理者は、法人経営会議や職場代表者会議において、事業所の基本方針や基本目標を明確に表明するとともに、当該年度の事業計画書に明示していました。</p> <p>○管理者は、各職務や委員会等の職務分掌を明確にし、一覧表を作成して表示していました。また、有事の際の管理責任体制組織図も作成・表示されていました。</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 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)	<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。 	<p>○管理者は法人の研修会や外部の各種研修会に参加し、遵守すべき法令や制度について習得していました。また、その内容については事業所の会議や学習会において、職員に周知する取組を行いました。</p> <p>○利害関係者との関係は、法人の基準に基づき適正に対応していました。</p>
	(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)	<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。 	<p>○管理者は、利用者アンケートを定期的実施し、サービスの質の向上に努めていました。アンケートの意見については、サービス向上委員会や職場代表会議で検討し、改善に向けた取組を行いました。</p> <p>○管理者は、職員一人ひとりと面接を実施し、職員の意見を聴取するとともに、その意見を取り入れ、サービスの質の向上に繋げていました。また、職員の状態に合わせた教育を行いました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>○管理者は、経営改善や業務の実効性を高めるために、運営会議や職場代表者会議で内容を検討し、課題を分析していました。課題への具体的な取組については、棟会議等で職員に伝達し周知を図っていました。</p> <p>○職員の自己評価や聞き取りの中で、管理者は業務改善に取り組んでいる姿が見られるというコメントがありました。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○事業所で必要とする人材確保や定着化、基本的方針については、職員会議や研修会で検討され明確になっていました。</p> <p>○専門職の配置については、適正配置が分かるように管理され、必要とする人材数は、法人本部へ報告されていました。職員の資格取得希望者には、勤務調整が行われたり、法人として初任者研修を行い、人材確保に取り組んでいました。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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る。 	<p>○職場研修計画・評価シートの研修理念において、①尊厳を支え、本人主体のケアを共有する専門職員の育成。②地域包括ケアシステムの中で、専門的役割が発揮できる人材の育成。③リーダー職員の組織人としてのスキル向上支援等、事業所として「期待される職員像」が明示されていました。</p> <p>○総合的な人事管理は、キャリアパスシート、教育シートに基づき行われていました。また教育シートには、職員の将来像を描き記入できる仕組みが取り込まれていました。</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)	<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>○職員の勤務や、有給の取得日数等の就業状況については、毎月の確認が行われ、適切に対応していました。また、体調不良時においても、無理なく休める体制が考慮されていました。</p> <p>○職員の心身の健康や安全管理については、安全衛生委員会で定める内容@、各会議において周知されていました。</p> <p>○事業所として、休暇取得や短時間労働の導入、時間外労働の削減に取り組むと共に、相談窓口があり、随時対応出来る体制がとられていました。</p> <p>○職員会で、働きやすい職場にむけてのアンケート調査をおこない改善にむけての取り組みが行われていました。</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)	<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>○教育シートにより、期待する職員像が明確に表示されていて、職員一人ひとりが目標設定して、評価・チェックできる仕組みが確立していました。</p> <p>○管理者が年度当初に、職員一人ひとり面接を行い、教育シートによる目標設定の内容の確認を行うと共に、上半期と下半期の目標達成度の評価を行い、目標達成度の確認が行われていました。</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)	<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。 	<p>○法人のキャリア研修、施設の全体研修、新人職員研修において、法人の理念、事業所の基本方針が説明・周知がされていました。その中で「期待される人間像」を明確に示していました。</p> <p>○令和5年度研修年間スケジュール表が、各月ごと詳細に記載されていました。研修内容としては、ローマン独自の研修、本部研修、外部研修に分けられ、積極的に参加できる体制ができていました。</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)	<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、参加を勧奨している。 ■ 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。 	<p>○新人職員はチェックシート、それ以外の職員は、目標管理シートを活用して、知識、技術の理解度をチェック・評価する仕組みがとられていました。評価内容により指導が行われていました。また、新人職員にはプリセプターの仕組みも活用されていました。</p> <p>○令和4年度研修の実施では、事業所別、職種別、認知症ケア、北欧式トランスファー等各種研修を実施していました。</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)	<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。 	<p>○実習生受け入れマニュアルが整備されていて、基本姿勢が明文化されていました。また、マニュアルに基づいた対応が行われていました。</p> <p>○実習生及び教育機関(学校)との定期的な面談が行われるとともに、学生の実習期間中の巡回時にも同席し、よりよい実習が行われるように努めていました。</p> <p>○実習指導者は、実習指導者講習会の講習を受け、資格取得指導者として指導している。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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(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。 ■ 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>○法人ホームページに、ローマンうえだの概要・お知らせ、案内図等の情報公開がされていました。また、事業所パンフレット、ローマン通信(たより)が発刊されていて、関係機関や地域の方々へ、事業所の概要や活動内容の情報提供がされていました。</p> <p>○第三者評価受審は、コロナ状況により間隔が少し空いてしまいましたが、定期的な受審が行われ、その内容も公表されました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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、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 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。 ■ 103 福祉施設・事業所の事業、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>○法人全体の共通した規程に基づいて、事務・経理・取引等経営・運営管理が行われていました。</p> <p>○法人の内部監査が行われるとともに、会計士による外部支援体制にて、監査支援が行われていました。</p>
献 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)	<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 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。 ■ 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>○法人の理念に、地域との交流についての基本的考え方が示されていました。その内容は「地域とともに、一人ひとりの幸せ、笑顔を作ります」「地域とのつながりを広げ、地域共生社会の実現を目指します」と明示されていました。</p> <p>○利用者と地域のボランティアクラブ(お花、手芸、歌)との交流が定期的に行われていました。また、コロナ禍であったが、地域のサロン活動への参加も行っていました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>○ボランティア受け入れマニュアルが整備されていました。受け入れの基本姿勢や実際の対応については、マニュアルに従って行われていました。</p> <p>○上田市内の中学校、高校の職場体験の場として解放しており、学校関係への協力が行われていました。コロナ感染防止のためボランティア受け入れはしばらく中止となっていましたが、今年度からの受け入れが始まりました。</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) 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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>○「安心の地域づくりセミナー」等、地域の関係団体と協力し、介護や医療が必要になっても、最後まで地域で暮らすための支援に取り組んでいました。</p> <p>○事業者連絡会や、介護福祉士会、ケア専門士会等地域の関係機関や団体との連携が行われ、地域のネットワーク化及び課題の共有が図られていました。</p>
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 120 福祉施設・事業所（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。 	<p>○地域にある「棚田」の田植え、稲刈りに参加し、地域との交流と地域貢献活動へ参加が行われていました。また、職員が地域サロンに出向き、地域の情報把握に努めていました。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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等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 福祉施設・事業所（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。 	<p>○令和4年度事業報告(総括)において、①地域住民が安心して暮らせる地域づくりを進めます。②地域共生社会に向けた取り組みを研究・検討・実施します。と地域福祉ニーズに基づく事業・活動を実施していくことが謳われていました。</p> <p>○具体的活動として、地区公民館、社会福祉協議会、地域包括センター、長野県長寿社会開発センター等との連携を図り、住みやすい地域づくりの取り組みを行っていました。</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)	<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。 	<p>○事業所(ローマンうえだ)の基本方針に、①利用者一人ひとりの思いや希望が、日々の生活の中で大切にされるように努めます。②利用者と職員が共同し、プライバシーと人権の尊重に努めます。③利用者や家族が安心して利用でき、文化的な生活が創造できるよう努めます。と利用者を尊重したサービスの実施を明示していました。</p> <p>○基本研修、事例研修を実施、利用者を尊重した支援に努めていました。</p>
			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。	a)	<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れ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。 	<p>○利用者のプライバシー保護については、「ローマンうえだ個人情報保護方針について」の規程により実施されていました。個人情報の問い合わせとして、責任者及び担当者が明記されていました。契約時に利用者・家族に対して、プライバシー保護に関する説明を行っていました。</p> <p>○事業所の生活場面においては、個室への配慮やカーテン・パーテーションを使用し、プライバシーに配慮したサービス提供を行っていました。</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)	<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。 ■ 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 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。 ■ 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>○法人及び事業所の内容は、ホームページに掲載し、閲覧できる様になっていました。また、事業所のパンフレットや資料は、地元機関やその他の関係する機関に置き、誰でも入手できるようになっていました。</p> <p>○利用希望者に対しては、丁寧な説明を行うとともに、事業所（入所施設、ショートステイ）のお試し体験利用ができる体制がとられていました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○福祉サービスの開始時には、パンフレットや重要事項説明書、福祉施設入所契約書等を使い分かりやすく説明することに努めていました。</p> <p>○利用者や家族の理解、同意については、利用契約書に利用者及び成年後見人や代理人、連帯保証人に同意して頂き、署名する形式がとられていました。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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。 	<p>○福祉サービスの変更にあたっての資料として、介護・看護サマリーを活用して、サービスの継続性が損なわれないような工夫が行われていました。</p> <p>○福祉サービスの終了後、相談希望がある場合のために、担当者や窓口の設置について、口頭だけでなく書面・文章で伝えるための整備をお願い致します。</p>
	(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。 ■ 151 職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>○サービス向上委員会が設置されていて、年1回利用者満足度のアンケートを実施し、見直し・改善を図っていました。また、介護相談員や相談課職員が定期的に利用者からの聞き取りを行っていました。</p> <p>○毎日行われる利用者のカンファレンスにおいて、利用者の状態や些細な変化に着目した話し合いが行われ、利用者の満足度を高めるために努めていました。</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) 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。	a)	<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、公表している。 ■ 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>○事業所の運営規定26条に「苦情対応等」の規定がされていました。利用者からの苦情に対しては、迅速かつ適切に対応するための受付窓口を設けることが記載されていました。</p> <p>○事業所の重要事項説明書に、施設内苦情相談窓口として、担当者、解決責任者が定められていました。施設外苦情相談窓口として、第三者委員、介護保険苦情処理係、関係市町村相談窓口が明記されていました。</p> <p>○令和4年度事業報告書の中に、当該年度の苦情・要望内容、発生件数と発生部署について記載され、公表されていました。</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。	a)	<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>○施設内の見やすい場所に苦情受付の掲示がされていて、意見・要望を出しやすい体制がとられていました。</p> <p>○各棟に相談室や交流スペースがあり、相談・意見が述べやすい環境が整っていました。また、写真やイラストを使い、理解しやすい方法がとられていました。</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。 ■ 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。 	<p>○各棟のフロアに苦情受付ポスト(ご意見箱)が設置されていて、利用者や家族が苦情・意見が出しやすい環境が整備されていました。</p> <p>○利用者の要望・相談に、職員は傾聴・受容の姿勢で臨み、その内容を記録として残した対応が図られていました。</p> <p>○対応マニュアルの整備はされていましたが、内容の定期的な見直しを期待します。</p>
	(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"> ■ 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。 	<p>○リスクマネジメントへの対応として、安全衛生委員会、事故防止対策委員会が設置され事故防止に取り組んでいました。</p> <p>○ヒヤリハット報告書内容を職員間で周知したり、事故事例についてカンファレンスを行い、事故再発防止に取り組んでいました。</p> <p>○安心・安全の福祉サービスを提供するための学習会やリスク(事故発生防止)・身体拘束について等の研修会を実施していました。</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)	<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。 	<p>○感染対策委員会が設置され、感染防止についての研修を実施して、日常の感染対策の周知徹底を図り、予防的ケアに努めていました。</p> <p>○令和5年度委員会の取り組みとして、①利用者の感染防止に努めます。②レジオネラ菌検査を実施します。③職員の感染防止と衛生管理に努めます。④医療廃棄物の適切な処置、保管を実施します。と感染症防止の取り組みが明示されていました。</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)	<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 防災計画等を整備し、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>○ローマンうえだ消防・防災計画書による規定が定められていました。その内容としては、消防対策及び非常災害対策について必要な事項を定める(予防、初期対応、避難訓練等を行い、被害防止及び被害を最小限にとどめる)ことを目的としていました。</p> <p>○自衛消防隊組織、非常災害時業務分担表が整備され、災害時の対応体制が表記されており、緊急時の関係機関連絡先が明示されていました。</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)
確2 保福 祉サ ービ スの 質の	(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)	■ 187	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○標準的なサービスの実施方法として、ローマンうえだ事業計画表により、基本目標・重点目標、実施具体策、目標値、四期間の実施状況が示されていて、標準的な実施方法が明示されていました。
				■ 188	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。	
	■ 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。					
		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)	■ 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。	○標準的な実施方法の見直しについては、年度末の事業報告の総括表において検証されていました。総括表には、実施実績の総括(評価)が行われ、課題が明確化されており、次年度への対応についても表示されていました。
			■ 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。		
			■ 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。		
	(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。	a)	■ 195	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○アセスメントの手法は、センター方式を使用して実施していました。アセスメントの実施にあたっては、各部屋担当の考えや意見を介護支援専門員が汲み取り、個別支援計画の作成を行っていました。 ○個別支援計画の作成にあたっては、介護関係職員の他に、看護師、栄養士等関係する職員の意見を聞き、幅広い職種が参加し、計画作成にあたっていました。 ○支援困難事例については、具体的事例に基づく、事例検討会が定期的開催されていました。特別養護老人ホーム以外のローマン事業所職員も参加し、多角的な視点からの研修会が実施されていました。
			■ 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	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。		
			■ 199	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。		
			■ 200	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。		
				■ 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。	

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 202 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。 ■ 203 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。 ■ 204 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。 ■ 205 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>○個別支援計画の見直しは、短期目標は6か月、長期目標は1年で見直しを行い、関係職員が参加して行われていました。</p> <p>○福祉サービスを計画通りに実施するための実行表があり、センター方式を活用して行って、関係職員の周知に努めていました。また、モニタリングを行い、ケアプランに沿った評価がされていました。</p>
		(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 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。 □ 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。 	<p>○利用者の個別記録はセンター方式と施設内の統一した様式により、記録内容や書き方の差異が生じないような記録方法がとられていました。</p> <p>○クラウドシステムや記録ファイルの回覧、カンファレンスを行うなど、情報の内容を的確に分別し、必要な情報が的確に届き、共有する仕組みがとられていました。</p> <p>○利用者に関する記録は、利用者のサービスに関する記録、具体的処遇内容の記録、身体拘束等やむを得ない理由の記録、苦情・事故等の記録が整備されていました。</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 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<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。 	<p>○利用者の記録の保管・保存、破棄、情報の提供等、法人の個人情報保護規程により実施されていました。また、記録類の保管年数は5年となっていました。</p> <p>○ローマンうえだ個人情報の保護方針が規定されていました。個人情報の最低限の使用と家族の同意、管理、保護、監査体制、法令遵守、保護プログラムの維持および継続的改善に努めることが明示されていました。また、問い合わせ窓口と担当者、責任者が設置されていました。</p>