

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 障がい者支援施設
事業所名 アルプス学園

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所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、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。 	<p>○法人(安曇野福祉事業協会)のホームページの「協会について」の中に、理念及び事業の目的が明示されていました。その内容としては、①利用者の意向を尊重した福祉サービスの提供を行う。②利用者の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会の中で営むことができるように支援する。③児童が心身ともに健やかに育成されるよう支援をする。となっています。</p> <p>○事業所のホームページ、パンフレットには、施設の基本情報、施設紹介、学園の目的等が掲載されています。また、事業所の目的が示されていて「知的にハンディを持つ人達が、そのライフステージの一環として利用する施設です」また、利用する人たちの人権を守り「いきいきした生活」を送るための支援をすることが明記されています。</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 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)	<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、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。 	<p>○松本圏域(松本市、安曇野市)の社会福祉事業の現状や動向について、それぞれの担当行政との連携をとり、把握に努めています。</p> <p>○経営に関する把握は、法人本部が中心となり実施していて、事業所の施設長も経営・運営会議に参加して、各種データや経営・運営に関する課題等の把握・分析を行っています。</p>
			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。 	<p>○令和4年度の事業報告において、経営課題を明確にしていました。その内容としては、①予算(事務費・事業費)の削減を目指してきたが、光熱水費、燃料費の高騰や業務委託費の増加等により、事務費・事業費の支出増となってしまった。②経営改善5か年計画において、利用定員の減を目指しているが、地域ニーズや経営安定を図るために、2名の入所者を受け入れている。③利用者の預り金について不備のないように改善を図っていく等、具体的課題や問題点を明らかにしていました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
	定 3 事業計画の策	(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。 	<p>○令和6年以降の法人としての中・長期計画は、現在策定中となっていて、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にする取り組みが行われています。</p> <p>○入所支援施設の5年後の在りたい姿（中期経営計画）が現在検討中であり、現時点での考え方として今後、更なる高齢化・重度化が想定され、個別の介助・介護が必要となる。このことから、居室の個室化を推進することの計画が策定されています。</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>○令和5年度事業計画「主な取り組み」の4点が、具体的なものとして表示されていました。その内容としては、①事業費・事務費の1%の削減 ②利用者預り金の適正管理 ③利用者の重度・高齢化への支援の在り方や業務内容の整備・改善 ④利用者の権利擁護の意識と資質向上及び第三者評価の受審による施設の透明性を図る取り組みを行う事になっています。</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) 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 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 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が）されており、理解を促すための取組を行っている。	<p>○事業計画の策定は年度当初に行っており、年度末に反省（見直し）がされ、次年度へ計画に繋げた計画となっていました。事業計画には、事業の目的と基本方針、当該年度の主な取り組み、年度別稼働率等が記載されています。基本方針には4項目、主な取り組みも4項目があげられ、方向性を明確しています。</p> <p>○事業計画の策定にあたっては、職員のヒヤリングから、担当職員、一部職員の意見により集約・作成されているという意見が多くありました。事業計画の策定は、多くの職員の意見を取り入れて作成されるとともに、定期的な見直しと職員全体への理解と周知を期待致します。</p>
			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 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>○利用者や家族への主な事業計画についての周知は、利用者の家族会に、園長と担当職員が出席して、文章等での説明が行われていました。</p> <p>○利用者会・家族会で事業計画の説明は行われていたが、職員のヒヤリングからは、より理解を深めてもらうためには、分かりやすい資料の作成や実施方法について改善を望む声がありました。今後、更なる取り組みを期待致します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 34 定められた評価基準にもとづいて、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。</p> <p>□ 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>	<p>○福祉サービスの向上に向けた組織的取組としては、P（計画の作成）D（実行）C（評価）A（見直し）サイクルに伴う一連の体制が整備され実施されていました。</p> <p>○第三者評価は今回初めての受審となりますが、評価終了後に評価結果に基づいて、全職員で振り返りを行い、更なるサービスの質の向上を期待致します。また、一定の評価基準に基づく自己評価を毎年行うと共に、3年に1度の第三者評価の受審を行い、計画的な質の向上に向けた取り組みの実施をお願い致します。</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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○令和4年度の事業報告における課題は、令和5年度の事業計画において、具体的な方向として4項目にわたり掲示されていて、取り組みへの姿勢が伺えました。</p> <p>○福祉サービス第三者評価の受審により、サービスの質の向上を図ると共に、評価結果を公表して、施設の透明性を図る取り組みを行っていくことが明記されていました。受審結果について職員の参画のもとに、改善策や改善計画の策定を行っていくことを望みます。</p>
II 組織の運営管理	シ 1 ツ 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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○管理者は、事業計画書において、施設入所支援、生活介護事業、短期入所事業、グループホーム等統括する事業の目的・基本方針、取り組みの主な内容について分かりやすく表記しています。</p> <p>○管理者は、事業計画書に組織体制図（組織図）及びアルプス学園業務分担表により、職務分掌を作成し、それぞれの担当職務を明確にしています。</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 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"> <li data-bbox="696 209 1536 304">■ 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。 <li data-bbox="696 304 1536 400">■ 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。 <li data-bbox="696 400 1536 496">■ 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。 <li data-bbox="696 496 1536 584">■ 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、法人及び法人以外で行われる研修会や勉強会に積極的に参加して、福祉に関する法令遵守の他、経営・雇用・労働・防災等の内容を習得して、職員に周知する取り組みを行っていました。</p> <p>○管理者は、法人の経営・運営会議等へ参加して、自らも遵守すべき法律や倫理を正しく理解し、取引業者や行政との適切な関係保持に努めていました。</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"> <li data-bbox="696 584 1536 679">■ 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。 <li data-bbox="696 679 1536 775">■ 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。 <li data-bbox="696 775 1536 871">■ 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。 <li data-bbox="696 871 1536 967">■ 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。 <li data-bbox="696 967 1536 1038">■ 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、中期経営計画（5年後のありたい姿）で、今後の施設利用者の状況（高齢化、重度化、多様化等）について評価・分析を行い、個室化の推進や利用定員数の削減について提言を行って、課題の把握と改善のための具体的な取り組み内容を明確にしています。</p> <p>○管理者は、経営状況やコストバランスの分析を行い、経営や業務の効率を高めるとともに、更なる改善に向けた取り組みについて、事業計画や中・長期計画の中に明示し職員に周知を図っています。</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 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>○管理者は、事業所の基本方針の実現に向け具体的な取り組みを、①日常生活支援、②日中活動支援、③健康に関する支援、④地域に関する支援の4つの内容を掲げ、利用者の生活の安定と活動の充実に取り組んでいます。</p> <p>○事業計画、事業報告には、5年間における年度別稼働率、利用実績が表記され、年度別の経営状況が一目で分かるように掲載されていました。</p>
II	成2 福祉人材の確保・育	(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。	b)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>□ 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。</p> <p>□ 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>	<p>○福祉人材の確保・育成、人事管理については、法人本部の規程に基づいた体制での実施が確立しています。</p> <p>○各事業所での福祉人材の確保・補充については、各事業所が必要とする人材（有資格者を含めた）・人員数を法人本部と調整する中で採用がされていました。</p> <p>○現在の事業所の職員数については、現場職員のヒヤリングで、計画に基づいた人員配置を望む声が多くありましたので検討をお願いします。</p>
			② 総合的な人事管理が行われている。	a)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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>	<p>○事業所（アルプス学園）職員に「職員行動指針」が示されていて「期待する職員像」が明確になっていました。その内容としては「職員一人ひとりが組織の一員として、自らの行動に責任と自覚を持つため、アルプス学園職員行動指針（みてみて支援）を定め、施設内外に示します」と表明しています。</p> <p>○みてみて支援は、「聞いてみて、話してみて、ふれあってみて、ゆっくり関わってみて」となっています。また、具体的内容としては、1. みんな一緒（人権の尊重）2. 徹底（社会的ルールの厳守・危機管理の厳守）3. みんな健康（環境保全・安全衛生の推進）4. 適正（個人情報保護と管理）5. 社会的貢献 6. 円滑な関係（利用者・家族・地域との関係、説明責任）と行動指針を示しています。</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。	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>○法人に人事考課制度、キャリアパス制度が導入されています。職位、等級、資格要件、昇給基準等が明記されていて、職員の働く意欲に繋がっています。</p> <p>○職員処遇の内容については、賃金水準、有給休暇取得率、時間外労働時間数等を法人及び事業所において把握して、適切に管理されています。</p> <p>○職員が働きやすい職場として、ワークライフバランス(仕事と自身の生活の両立)がとれた職場環境に配慮した対応がとられています。また、心身の健康と安全確保のための、労働災害防止策がとられ、職員間での周知に努めています。</p> <p>○労務管理の面から、職員の相談しやすい対応として、管理者の面接の他にも相談窓口の設置等を行い「相談のしやすさ」の工夫や、相談内容の解決に向けた組織体制の整備についての検討をお願い致します。また、福祉人材確保という観点から、組織の魅力を高めるような取り組みや働きやすい職場づくりへの更なる取り組みを期待致します。</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。	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>○職員一人ひとりの目標設定と管理は、法人が示すキャリアパス制度に基づいて行われています。法人のキャリアパス規程に基づいて職員の目標項目、目標水準、目標期限等が設けられて、年度初めに目標設定を行い、年度途中に見直しが行われ、年度末に目標達成の確認がされ、昇給等へ繋げていく仕組みとなっています。</p> <p>○職員の目標管理を行っていく上では、年度の間段階や年度末において、目標達成の進捗状況等を確認するために、管理者による個別面接を行い、評価と振り返りを行われ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	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。	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>○事業所の職員行動指針の他に、倫理要領が定められていて、「知的障がいのある人たちが人間としての尊厳が守られ、豊かな人生を自己実現できるように支援することが、私たちのたちの責務です」と職員の姿勢を明示しています。</p> <p>○法人のキャリアパス規程があり、1等級～6等級までのランク別となっていました。それぞれの等級ごとに定義、職責・役割や、必要とされる知識能力が定められていて、目指す職員像が具体的に示されて、職員の意欲に繋がっています。</p> <p>○令和5年度の職員研修参加状況は、外部研修49回、内部研修16回と、多くの研修を実施しています。</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>○コロナ禍のため、県や知的障がい者福祉協会で実施される集団研修は中止となり、外部出張研修は実施できませんでしたが、リモートやウェブによる研修に参加して研修が実施されています。</p> <p>○日常の会議の中で伝達研修を積極的に実施されていました。また、報告書は回覧形され、全職員が目を通す取り組みが行われています。</p> <p>○法人が実施すキャリアパス研修、職種別研修、テーマ別研修、個別研修等への参加が行われ、それぞれの職務向上への取り組みが行われていました。なお新任職員を含むOJT研修(現任研修)については、更なる取り組みを期待いたします。</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
		(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	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>○法人として、実習生に対応する規程及びマニュアル等が整備されると共に、専門職の研修・育成についての基本的姿勢が示されています。</p> <p>○令和5年度の実習生の受け入れについては、県保育士養成施設協議会からの要請で、松本市内の短期大学学生を年2回、合計4名の受け入れを行っていました。また、県外の大学からの実習受け入れを行う計画も示されています。</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。	b)	<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>○法人のホームページの「協会について」の中で、法人の目的や方針が明記されています。その他の公表内容としては、理事長挨拶、定款、法人沿革、実施事業、役員構成、苦情処理体制、事業継続計画（PCB）、各年度の決算状況等が公開されています。</p> <p>○アルプス学園ホームページには、事業所の基本情報（施設紹介、サービス内容の紹介）、グループホームについて、施設利用案内、ブログ等が紹介されています。</p> <p>○福祉サービス第三者評価については本年度実施中であり、評価結果については職員報告会を行って必要事項を改善すると共に、公表をする事を計画しています。</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 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>○事業所の事務・経理・取引等に関するルールは、法人全体の規程により定められています。また、透明性を確保するための内部統制(チェック体制)についても確立されていて、内部監事による会計監査が実施されています。</p> <p>○事業所の組織体制図により、園長、副園長、各部門リーダー、各所属職員が明確に示されています。また、事業所業務分担表により、職名、担当業務等の職務分掌が明確となり、職員間でも周知されています。</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。 □ 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>○利用者と地域との関係については、事業計画書の地域に関する支援の項目において「外出や地域行事への参加等、社会経験や地域との交流ができるように努めます。また利用者の意思を尊重しながら、家族の理解や協力の下、地域生活への移行を支援します。」と基本的な考え方を明確にしています。</p> <p>○ここ数年は、新型コロナウイルス感染防止のため、従来のような地域へ参加しての交流が制限されています。また、職員の人材不足も相まって、定期的な地域社会との交流ができていない状況にあります。しかし、日常的に地域の人達との良好な関係を築くことは、利用者の活動範囲を拡げ、QOLを高めるための大切なプロセスとなります。感染症対策を十分に行いながら、必要な地域交流を行う事が望まれます。</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。	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>○法人としてのボランティアの受け入れ規程及び、ボランティア対応マニュアルの整備がされていて、ボランティアに対する基本的な姿勢が明示されています、また、受け入れの体制についても確立されています。</p> <p>○新型コロナウイルス感染症拡大以前は、ボランティアの受け入れは積極的に行われていましたが、感染拡大に伴って、ボランティアの受け入れは制限がされ、ここ数年の受け入れはできない状況になっています。</p> <p>○新型コロナウイルス感染症の状況がまだ続いている状況ではありますが、十分な対策をとり、必要に応じたボランティアとの交流・受け入れを期待いたします。</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)	<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 地域に適当な関係機関・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>○地域の関係する団体・機関の、住所・電話番号、FAX番号等を記載した一覧表リストが事務所に掲載されています。また、職員会議等で説明され、職員間での共有化が図られています。</p> <p>○安曇野市や地域社会福祉協議会、松本市等の障がい事業所、障がい団体と共通の課題・問題に対しての解決を図るための連携がとられています。</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) 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>○地元の行政、各種福祉団体、関係する機関等と連携、交流活動により、地域の福祉ニーズの把握のため取り組みを行っています。また、生活課題等の把握について積極的に取り組んでいます。</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。	b)	<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>○地域住民の方との交流は、新型コロナウイルス感染症が5類になったこともあり、十分な対策をとりながら実施されています。施設内部での交流は難しさがありますが、ボランティアで雑巾を縫って持参してくれる方もインターネットました。</p> <p>○事業所は、市の地域福祉避難所に指定されていて、有事の際には地域の方々が避難できる場所となっています。</p>
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>○事業所の倫理要領が整備されていて、利用者を尊重した福祉サービス提供についての規範を示していました。</p> <p>○4つの規範として、①私たちは、利用者一人ひとりをかけがいのない存在として大切にします。②知的障害のある人達の一人の人間としての個性、主体性、可能性を尊びます。③利用者のいかなる差別、虐待、人権侵害も許さず、人としての権利を擁護します。④職員は、専門的役割と使命を自覚して研鑽を重ね、利用者が充実した人生が送れるように支援します。と利用者を尊重する姿勢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	コメント
			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>○事業所の運営規定、利用契約書の中に「秘密保持」の項目があり、事業者(職員含む)は、業務上知り得た、利用者やその家族の秘密を保持する事、また、事業所の職員であった者についても、同様の秘密保持すべき旨を職員の雇用契約書の中で同意を得ています。</p> <p>○個人情報使用同意書の漢字の部分には、ルビが振られ、利用者が分かりやすい方法がとられていました。また、肖像権使用同意書も整備されています。</p> <p>○設備面で考えると、居室においても相部屋が多く、トイレ介助面等を含めて十分なプライバシー保護が確立されていない面がありますので検討をお願いします。</p>
		(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>○利用希望者の情報は、学校関係や相談支援事業所からの相談等により、情報の提供が行われることが多く、それらの関係機関からは提供を頂く事が多くなっています。</p> <p>○希望者に対しては、事業所の理念、基本方針、サービスの内容等について、事業所のパンフレット、運営規定、利用契約書等により説明がされ、周知できるように努めています。また、見学の受け入れは随時行われています。</p> <p>○事業所のホームページ、ワムネット等において情報の公開がされています。</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 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>○利用者のサービス開始・変更時のサービス内容の説明は、事業所のパンフレット、ホームページ、重要事項説明書、契約書等により、担当職員より説明がされていました。</p> <p>○サービス開始・変更時の利用者・家族の同意は、利用契約書により、利用者もしくは代理人が、記名捺印を行い、同意を得るための書面が用意され、法人と契約を取り交わす内容となっています。</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)	<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>○利用者の地域・家庭等への変更については、契約の終了として利用契約書に表記されています。その内容としては、「利用者は障がい者施設の利用の契約を終了する場合は30日以上予告期間をおいて、文章で事業者に通告することによりこの契約を解除することができる」と記載され、サービスの終了について表示しています。</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) 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>○今まで利用者の満足度についての定期的な調査は行われていませんでしたが、令和4年度に利用者満足度調査を実施し、利用者の意見や要望・意向についての確認を行いました。調査方法は、一定項目によるアンケート方式で行い、アンケートでの調査が難しい利用者については、職員が直接利用者から聞き取りによる方式で利用者の満足度調査を行っています。</p> <p>○調査結果については、集計・集約がされ意見等の分析、検討、見直しが行われています。</p>
I		(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)	<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>○法人の「福祉サービスの苦情解決に関する要綱」が作成されていました。その内容としては、設置目的、苦情解決の体制、責任者、職務、苦情解決の手順、記録、公表等の規定が示されています。</p> <p>○障害者支援施設アルプス学園の「苦情対応対策委員会」が設置されていて、委員会の構成メンバー、委員会の役割、苦情対応の心得、苦情対応手順等が明記されていました。また、要望・苦情受付書、申出人の相談・苦情等施設検討及び対応事項の書類が整備されています。</p> <p>○事業所の重要事項説明書に「当事業所における苦情の受付について」が記載され、相談窓口、窓口担当者、安曇野福祉協会第三者委員、安曇野市障がい者支援課等の窓口、電話番号が公表されています。</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 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)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 162 利用者や家族等に、その文章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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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>○利用者が相談したり意見を述べやすい体制づくりは、相談できる窓口の複数の設置を行い自由に選べる体制づくりや、分かりやすい文章の作成等を行うことを希望致します。なおこのような仕組みについては、地域の関係機関や、相談支援所等の連携により、実施できることを期待致します。</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	<p>○事業所内で、利用者のグループが5つに分かれていて、それぞれのグループへ所属しています。各グループには、担当職員が配置されていて、要望・意見があれば聞き対応しています。なお、グループ以外の職員に伝えても、担当職員へ伝わる仕組みとなっていて、利用者の要望が聞きやすい体制がとられています。</p> <p>○要望・意見を聞く方法として意見箱を設置したり、利用者アンケートを定期的実施すると共に、相談を受けた場合の手順や方法を実施するための、マニュアルの整備について検討される事を期待致します。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	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。	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に関する体制としては、事故予防対策委員会が設置されています。委員会のメンバーとしては、施設長、副施設長、看護師、栄養士、支援責任者、5グループ代表、グループホーム責任者により構成されています。</p> <p>○委員会では、発生した事故の内容について、一つずつの事故内容について確認、検証が行われ、事故が起らないための対策についても検討されています。また、事故予防対策マニュアルが整備がされています。</p>
		(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。	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>○法人に、新型コロナウイルス対応事業継続計画（BCP）が策定されています。計画の基本方針、対策本部の設置、感染予防対策、感染対策、感染拡大防止のための留意点、入所施設で感染者（利用者・職員）が発生した場合の対応等が規程され、職員に周知されています。</p> <p>○法人から各事業所への通達として、「職員又は同居家族等の感染症罹患等に伴う対応」が各事業所施設長あてに通知されました。協会が指定する感染症の種類、出勤停止期限及び休暇等の取扱いについて規定されています。</p> <p>○令和4年度事業計画に「法人の事業継続計画に則り、コロナウイルス等の感染症防止対策を徹底します」と明記されています。</p> <p>○法人事業所で感染症が出た場合は、事業所に掲示され周知されました。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	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。	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。 ■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。 	<p>○事業所の設置地域は、市のハザードマップでは洪水想定地域となっていて、水害避難確保計画が策定されています。計画の構成としては、目的、適応範囲の他に、防災体制として、洪水の場合、内水の場合に分けた防災体制が整備されています。また、情報収集と伝達、避難誘導、防災教育及び訓練の実施、自衛水防組織の業務に関する事項等が規定されています。</p> <p>○各種防災訓練については、避難訓練が年6回、消火訓練が年1回行われ、災害時に備えた対応が図られています。</p> <p>○防災計画・災害対応マニュアル、避難訓練時マニュアルが整備されていました。火災想定の場合、火元確認者、通報者、地震想定の場合の訓練の対応が定められています。また、日中活動中の避難訓練マニュアルが整備されています。</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 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。 ■ 190 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。 ■ 191 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>○福祉サービスの標準的な実施方法としては、利用者の動き(日中活動、余暇時間等の内容)に沿った基本的な実施方法が各勤務形態ごとに明示されています。</p> <p>○職員の勤務形態ごとに、職員の役割内容が時間ごとに掲載されていて、サービス提供する上の役割が明記されています。職員が標準的福祉サービスを実施する上で分かりやすい仕組みが確立できています。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 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。 ■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的を実施されている。 ■ 194 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。 ■ 195 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>○福祉サービスの標準的な検証・見直しについては、職員会議、グループ会議、各委員会の中で、必要に応じて実施がされています。また、個別支援計画の内容にも反映されています。</p> <p>○標準的な福祉サービスの実施方法の見直しや改定は、職員会議、各委員会会議議事録等から確認することができます。</p>
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 197 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。 ■ 198 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。 ■ 199 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。 ■ 200 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。 ■ 201 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。 ■ 202 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>○個別支援計画の策定責任者は、サービス提供責任者が行う事になっていました。適切なアセスメントを行い、6ヵ月に1回の個別支援計画の策定が行われています。</p> <p>○利用者一人ひとりの個別支援計画の策定は、定期的に行い、本人、家族、相談支援事業者、市町村担当者、その他の関係機関が参加して、事業所で会議が実施されています。</p> <p>○個別支援の策定については、利用契約書の中に、「事業者は、利用者の置かれている環境及び日常生活全般の状況等を通じて、利用者及びその家族が希望する生活や課題を明らかにし、適切な支援内容の把握に基づき到達目標を設定し、サービス担当者会議を経て個別支援計画を策定する」と想定されています。</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 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 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。 ■ 204 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。 ■ 205 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。 ■ 206 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>○個別支援計画策定後事業者は、個別支援計画の内容について利用者とその家族に対し説明し、文章により同意を求めることが義務付けられています。</p> <p>○事業者は個別支援計画策定後、6ヶ月に1回以上定期的に個別支援計画実施状況の把握を行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。また、変更に際しては、利用者とその家族に説明をし、文章による同意を得る事を明記しています。</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。 ①	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 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。 ■ 208 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。 ■ 209 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。 ■ 210 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。 ■ 211 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。 ■ 212 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>○記録は統一されたソフトを使い、全職員で共有されています。個別支援計画の記録も共有化され、パソコンでの記録書き込みとなっています。</p> <p>○福祉サービスの記録の管理・保管については責任者が設置されています。記録の保管については法令で5年間となっていますが、当事業所においては、実質永久保存となっています。</p> <p>○情報を共有するための会議形式は、5つのグループ会議が行われ、会議内容についてはグループ長会議で共有し、各グループへ周知される仕組みとなっています。</p> <p>○利用契約書に「利用者は、事業者の窓口業務(午前9時00分～午後5時45分)に自分の記録を見ることができ、実費によりコピーすることもできる」と規定されています。</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 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"> <li data-bbox="701 212 1534 308">■ 213 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。 <li data-bbox="701 308 1534 403">■ 214 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。 <li data-bbox="701 403 1534 499">■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 <li data-bbox="701 499 1534 595">□ 216 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。 <li data-bbox="701 595 1534 691">□ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 <li data-bbox="701 691 1534 735">□ 218 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 data-bbox="1556 212 1993 387">○法人に個人情報保護に関する基本方針が整備されています。基本方針の内容としては①個人情報の適切な収集、利用、提供の実施。②安全性の確保の実践。③個人情報保護に関するお問い合わせの窓口等が明示されています。</p> <p data-bbox="1556 387 1993 563">○アルプス学園運営規程に個人情報の保護についての規定があり、職員は知りえた利用者・家族の秘密(記録)を漏らしてはならないこと。職員であった者についても、業務上知りえた秘密についての保持する旨が記載されていました。</p> <p data-bbox="1556 563 1993 735">○職員のヒアリングからは、職員の個人情報保護規定の理解、利用者・保護者への説明の理解については十分でないという意見があり、今後の中で周知徹底されることを希望致します。</p>