

第三者評価結果

事業所名：わらべの杜

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。	第三者評価結果
【1】 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。	b
<コメント>	
理念、基本方針は事務室内、施設内に掲示すると共に、パンフレット、ホームページ、法人のハンドブックに記載し、年度初めには理事長が機関誌に寄稿し、周知徹底を図っています。今年度、法人が作成した職員ハンドブックには、理念の解説と併せて法人の基本的な考え方、行動指針等を記載し、職員一人ひとりに配付し、熟読を促しています。この中で、よるべ会のケアである「決めてもらう生活から、自分でやる・自分で決める、誇りを持った人生を目指す」ことも示されています。わらべの杜として目指すべきこともこの考え方に沿って作成されています。関係者には機関誌「KAWARABANよるべ」で周知し、ご家族についてはホームページでの提供に留まっています。	

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。	第三者評価結果
【2】 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。	a
<コメント>	
地域の情報については、橘北地区町づくり委員会、県西地区施設長会に参加し、連携を図り、情報を入手しています。得た情報は、責任者会（月2回法人系列各事業所責任者による会議）や、運営会議（月1回法人系列各事業所の責任者、課長による会議）で、事業の動向・情報を分析し、共有するようにしています。併せて、責任者会では法人や事業所ごとの収支とこれらの分析を比較及び確認し、課題解決に向けた取組を行っています。	
【3】 I-2-(1)-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
<コメント>	
法人の意思決定下部機関は、一般的には責任者会にて各事業所からの現状報告や相談、課題等について報告を行い、併せて法人内各部会等（人材育成部会、ICT部会、権利擁護部会、サービス向上部会、労務委員会）の内容も報告し、課題解決に向けた改善案を策定し、理事会、評議員会を経て決定する体制を構築しています。職員への周知は、基本的に常勤職員に伝達し、非常勤職員については常勤職員経由で必要事項を伝え共有化を図っています。	

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。	第三者評価結果
【4】 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。	b
<コメント>	
ビジョンについては中・長期と切り離すことなく、設立の趣旨、理念の中に「障害がある人もない人も平等に、自立に向かって努力し、暮らし合う社会をめざした活動」と明示し、その理念に沿って施設運営を展開し、利用者のニーズを把握して施設の拡大を図ってきており、理念と表裏一体としてビジョンがあります。3年程度の中期計画は事業計画に組み込まれており、中計・事計的な設定になっており、5～10年の長期計画は設けていません。理事長や理事会のメンバーには長期的な構想はあると思われますので、高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～（厚生労働省）のような概要を描いておくのと良いと思われます。ビジョンの確認は常に行うようにしていません。	

【5】 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
---	---

<コメント>

法人系列各事業所は、法人の理念、法人の事業計画に沿って単年度の事業計画を作成しています。事業計画は大きくは年2回、達成目標との差異を確認及び評価をする他、毎月のサービス向上会議（月1回法人系列各事業所の責任者、課長による会議）でも目標達成に対する進捗状況を確認しています。単年度の事業計画と併せて個人別の支援計画も大きくは年に2回、担当レベルでは毎月評価を行っています。

(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】 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
--	---

<コメント>

事業計画は、理事会、評議員会で承認を得た上で、わらべの杜の全体会議にて職員へ説明し理解を促しています。事業計画の実施状況の把握や評価・見直しは、毎月、サービス向上会議にて報告・確認を行っています。また、評価チェックについては年2回（上半期と年度末）、振り返りを実施しています。サービス向上計画（活動計画）についても年2回（上半期と年度末）、達成度を「O、×、△」でわかりやすく記入しています。年度末には事業報告を作成し、課題は次年度の事業計画に組み込んで作成し、法人全体の職員会議にて説明及び報告を行っています。

【7】 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。	b
--	---

<コメント>

よるべ会は社会福祉法人であり、事業報告、事業計画については開示しています。事業計画の概要は広報誌「KAWARABANよるべ」（年2回発行）に掲載しています。事業計画を展開した年間行事計画を作成し、子どもには「こども会議」で行事の一部について伝え、措置児童の保護者へは基本的に児童相談所を通す必要があるため、行っていません。

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。	第三者評価結果
【8】 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

<コメント>

PDCAサイクルによる取組に関しては、昨年度まで運用していたISOの仕組みを現在も業務上において継続し、且つ、PDCAサイクルに沿った取組、サービス内容のチェック評価は実施しています。また、個別支援計画、事業計画とも半年ごとに定期的に確認・評価・課題の抽出を行っています。

【9】 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
---	---

<コメント>

品質計画及び、事業計画、個別支援計画等、全ての計画はPDCAに沿って実践しています。それぞれの計画は定期的に反省及び課題を把握し、次期の計画につなげています。施設内の評価結果から抽出された課題については、次年度の計画に組み込み、改善及び推進を図っています。

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。	第三者評価結果
<p>【10】 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。</p>	a
<コメント>	
<p>広報誌「KAWARABANよるべ」の期初号に状況の報告と共に理事長のメッセージを掲載し、社会福祉法人としての責任と事業の内容を周知しています。施設長は、わらべ会議（職員会議）にて施設長の責任、役割、権限等について伝え、施設長を含む職務分掌については、運営規定や業務分担表にて役割を定め、担当職員業務を明確にしています。自然災害への対応として、その災害が通常の運営ができるか否かの判断を先ず考え、運営が不可能な場合を想定したBCP計画を策定し、災害時且つ、管理者不在時の権限委任について取り決め、防災マニュアル内にも規定しています。</p>	
<p>【11】 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。</p>	b
<コメント>	
<p>法令遵守については、基本的に「法」を遵守することを大前提とし、法人及び施設に関連する法令は熟知し、遵守しています。補足に関しては事務部門、法人本部で確認し、不明点については外部の法律専門家に相談できる体制があります。また、神奈川県の実業所説明会への参加や、責任者会で法令、条例、通達等の情報の確認を行い、適正な運営に努めています。</p>	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
<p>【12】 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。</p>	a
<コメント>	
<p>法人内にサービス向上委員会が設置され、各事業所及び職員個々のサービスの質の向上を図っています。また、ユニット会議（寮職員会議）では非常勤職員も参加し、様々な課題を話し合える体制にあります。サービスの質の向上についても、サービス向上委員会の対応に留まらず、利用者に対する対応の向上について話し合い、接遇における資質向上につなげています。</p>	
<p>【13】 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。</p>	a
<コメント>	
<p>施設長は、社会的養護を必要とされている子どもに対し、「安心・安全な暮らし」を提供することを目指し、サービス向上の改善を図り、コロナ禍で受入を制限していた短期入所の受入れ体制の再整備に取組んでいます。また、運営基盤となる収益について入所児童数の増加による収益性の向上に取組んでいます。さらに、職員にとって働きやすい環境整備に意識を持って取組み、業務の実効性を高められるよう配慮しています。</p>	

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。	第三者評価結果
<p>【14】 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。</p>	b
<コメント>	
<p>人材確保については、法人全体の課題とし人材育成部会を中心に進めています。学生や求職者に向けた施設見学会（法人全体）の実施、ホームページの活用、Webサイトへの求人広告やハローワークへの求人掲載、事業所単独での求人広告の掲載等の取組を行っています。また、業界全体として人材確保は困難な状況が続いています。特に、児童施設では資格要件（保育士等）があり、人材確保に苦慮しています。</p>	

【15】 Ⅱ-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

a

<コメント>

職員としての心得、目指す職員像を明記した職員ハンドブック（よるべ会で働くあなたへ）を職員全員に配付し、周知しています。職員に対しては、階層別にハンドブックの期待値に沿った職員評価基準（人事考課）を活用し、評価につなげています。成果や貢献度の評価は賞与に反映させています。職員の処遇改善については、従来の処遇改善に加え、特定処遇改善の申請を法人として進めています。基本的に責任者会で共通認識を図り、職員配置を進め、法人全体のレベルの平準化を図っています。

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】 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。

b

<コメント>

働きやすい職場作りについては、法人内に労務管理委員会を設置し、職員の働き方改善を目標に取組が進められています。職員の働きやすい職場作りに関しては、勤務状況の把握に努め、育児や心身の状況等に配慮した環境作りを進めています。勤務希望日はできる限り本人の希望を優先して勤務表を作成しています。また、連続した有給休暇希望に関しては、他の職員と重ならないよう工夫し、希望日に取得できるよう配慮しています。悩み相談については、産業医設置義務の無い職員数の為、施設長もしくは理事長が担当し、理事長名にて意向調査等も実施しています。福利厚生では福祉協会に加入し、勤務では時短の働き方、産休・育児休暇等、柔軟に対応しています。福祉現場でのワーク・ライフ・バランスについては今後も検討を進めるべき事項です。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】 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。

a

<コメント>

職員ハンドブックに沿い、人事考課表に示された階層別の期待する職員像に沿い、人事評価と併せて、目標管理シートを用意し、今後、受講してほしい研修や資格等の内容も盛り込み、職員への意識付けを促すようにしています。個人面談は人事考課規定に沿って定期的実施し、一人ひとりと話し合い、職員の強みや興味に配慮した目標設定を実施しています。目標の達成度については中間間に個別面談を実施し、進捗チェックを行い、必要に応じて助言・指導を行い、修正計画を立てて進めています。

【18】 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

<コメント>

人事考課の目標管理シートを基に、自己研鑽の項目として活用できるようにしています。法人で策定された年間研修計画の他、事業所で求められるスキルに併せて事業所単位で研修を実施するようにしています。研修参加後は報告書提出を義務付けています。新任研修については、集中講義等の座学に加え、法人のチューター制度により、新人に対するチューターを定め、現場でのOJTを中心にスキルアップを図り、職員の定着に取り組んでいます。

【19】 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。

a

<コメント>

個人別の目標管理シートにて専門資格の取得状況を把握する体制は定着しています。法人全体の研修としては、新人研修、階層別研修を実施し、各施設・事業所から該当者が参加し、定期的に参加しています。わらべの杜における必要なスキルについては積極的に研修を推奨しています。今年度から、法人系列施設での研修を開始し、さらに研修の幅を広げていく予定にしています。また、非常勤職員を含めeラーニングの環境を整え、一人ひとりが自由に研修に参加し、スキルアップが図れるよう取組んでいます。

(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】 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

<コメント>

実習生の受け入れについては、受け入れマニュアルを備え、窓口は職員とし、実習校の希望するプログラムに沿って実施しています。実習では、実習生は保育の専門学校生が主であり、実習生の特性や興味、思い、実習校の要望等を考慮して、わらべの杜の日常活動を中心に実習を行い、法人内の他施設・他部署（通所、グループホーム、障害者支援施設、障害者支援センター）の見学等も取り入れて実施しています。

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。	第三者評価結果
【21】 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
<コメント> 社会福祉法人としてホームページに、理念や基本方針、決算情報を公開し、運営の透明性を確保し、法人の存在意義や役割について明確にしています。定期的に広報誌「KAWARABANよるべ」を配布し、地域に向けた情報発信に努めています。理念に、「障害がある人もない人も平等に、自立に向かって努力し、暮らし合う社会をめざし、そのためにも地域社会の福祉に積極的に貢献する」と定めており、地域との関係を大切にしています。今回、第三者評価の受審は初回であり、結果はかながわ福祉サービス第三者評価推進機構、WAMNETのホームページに公表し情報を公開する予定です。	
【22】 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
<コメント> 不正な取引は行わず、一定金額以上の購入については、法人が直接行うと共に、必ず複数の見積もりを取ること、反社会的団体との取引は行わないことを定めています。内部監査も年2回定期的に実施しています。また、理事会・評議員会の構成メンバーを公正に選出すること、委員からの意見に対し丁寧に説明をすることで適正な経営・運営に向けて動いていると考えています。	

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。	第三者評価結果
【23】 II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	a
<コメント> 「障害のある人もない人も、共に暮らし合う社会をめざし、主体的に社会参加し、そのためにも地域社会の福祉に積極的に貢献する」理念に沿い、地域との関係を大切にしています。地域のお知らせは各ユニットで閲覧ができ、通学先の学校からも情報を得、地域のイベントやサッカー大会等に参加し交流を図っています。また、地域のボランティアも受入れ、交流を広げています。	
【24】 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。	b
<コメント> ボランティア受入れについては、受入れマニュアルを整備し、守秘義務、プライバシー保護の項目を定め、ボランティアに周知し、マニュアルに沿って行動してもらう事前に説明しています。また、教員の更新研修にも協力しています。他では、地域の社会福祉協議会へ事業所PR用のチラシを作成して周知を行い、地域の会合等では会議室の貸し出し等を行っています。学校への協力では、入所児童の登下校時の職員同行等を行い、進路指導等も行っていきます。	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
【25】 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。	b
<コメント> 県行政（主に児童相談所）とは密接に連絡を取り合っています。また、各相談支援事業所と連携を図っています。社会資源の情報は必要に応じて引き出せるようにしていますが、地理的に近隣に社会資源が少ない面はあります。地域の自治会連合会による、まちづくり委員会（文化・教育分科会）、地域の介護関係機関会議（地域包括会議）等に定期的に参加し連携を図っています。	

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】 II-4-(3)-①
福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。

a

<コメント>

地域の福祉ニーズの把握については、自治会連合会のまちづくり委員会に定期的に参加し、課題解決に向けた取組や行事に協力し、法人で実施する催し等の案内もしています。また、自立支援協議会、行政の担当者、計画相談事業所等から情報入手し地域の課題解決に努めています。法人全体で行政に協力しつつ、地域を支えている実態を確認できました。

【27】 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

<コメント>

地域の公益的な事業への関与として、わらべの杜は行政と連携の下、開所した経緯があり、隣接する「どーむ（児童発達支援事業所）」は小田原市からの依頼と各自治体へのヒアリングからニーズが抽出された事業として運営しています。また、短期入所を中心に緊急一時保護の受入れを行うことで、地域貢献への一翼を担っています。

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。

第三者評価結果

【28】 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。

a

<コメント>

利用者を尊重した福祉サービス提供については、理念や基本方針、倫理綱領、職員ハンドブックに明記されています。また、権利擁護については支援の最重点課題として取り組んでいます。倫理要領、行動規範は内容の見直しのため、法人内の部会にて改善案を検討中です。日常的に利用者を尊重した福祉サービス提供は大原則であり、常により良いサービスを目指して取り組んでいます。

【29】 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。

a

<コメント>

利用者のプライバシー保護に関して、全居室は個室であり、各居室へは他人が入室しないことをルール付けし、子どもたちが自分の空間を意識することができています。トイレ、浴室のプライバシーは確保し、男女は別棟になっており、プライバシー保護に十分配慮しています。プライバシー保護に関するマニュアルを備え、施設内研修を実施し、プライバシーに配慮したサービスを提供しています。

(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】 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。

a

<コメント>

施設の必要な情報は、基本的に法人のホームページから閲覧してもらい、必要に応じてパンフレットを送付しています。見学希望者にはパンフレットを手渡し、ビデオ等を活用して丁寧に説明しています。施設見学者は児童相談所経由での来訪が多く、情報の提供は事前に児童相談所が行うケースも多くあります。

【31】 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。

a

<コメント>

サービス利用の開始時については、児童相談所からの入所が多い状況ですが、子どもに対して納得して入所できるよう丁寧に説明しています。契約入所の場合は、サービス内容に関してわかりやすく説明を行い、利用者本人や家族が理解できるよう工夫し、自己決定を尊重して同意を得るようにしています。変更等の説明では、パンフレットや日誌を用意し、個別支援計画で変更点を詳細に説明し、納得して自己決定できるよう配慮しています。

【32】 Ⅲ-1-(2)-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

<コメント>

サービス内容を変更する場合には、内容を変更することによって利用者の不利益にならないよう配慮しています。家庭への移行については、入所要因を鑑みて家庭への復帰は少ないのが現状です。利用者の移行先については、他入所施設やグループホーム等が多く、法人系列の成人の入所施設、グループホームを希望しており、サービス利用終了後もできる限り支援を継続しています。成人の入所施設への移行の場合は、施設で文書を作成・保管していますが、利用者の個人情報を厳守し開示していません。

(3) 利用者満足の向上に努めている。

【33】 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。

b

<コメント>

利用者満足の把握については、アンケート等を定期的には実施してはませんが、「こども会議」で満足度の把握に努め、必要に応じて個別に話や意見を聞いています。家族会については児童相談所と相談の上、家庭の諸事情を鑑みて設けていません。

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】 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

<コメント>

苦情解決の仕組みについては「重要事項説明書」の中に、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員等を明示し、苦情解決の仕組みがわかりやすいように掲示しています。「重要事項説明書」については、利用開始時に詳細を説明し、同意を得ています。苦情を受けた場合は、個別（氏名記載の場合）に必ず返答を行い、受けた苦情等は法人のホームページに公表することとしています。但し、保護者は総じて来園は無く、各ユニットには苦情受付ボックス（意見箱）を設置していますが、子どもについては「こども会議」で解決できるような話をする等、現在、苦情はありません。事例があった場合は、事業報告書を通して苦情報告を行う体制としています。また、J S Y ネット（3法人での苦情解決システム）にて報告と意見交換を行っています。

【35】 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

<コメント>

居室は全室、個室になっており、職員が訪室した際等に相談しやすいよう環境を整えています。職員誰に相談しても良いことも伝えています。

【36】 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。

a

<コメント>

利用者からの相談については、迅速な対応に努めています。職員は、「こども会議」以外にも都度、話をしっかり聞くよう努め、内容をマニュアルにまとめています。子どもから個別に受けた相談や意見等については、業務日誌に記録し、職員間で認識するようにしています。受けた意見等はサービスの質の向上に反映させ、マニュアルも随時見直しを心がけています。

(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】 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。	a
<コメント> リスクマネジメント体制についてはサービス向上委員会が担当し、実務的にはわらべ会議（職員会議）で事故報告やヒヤリハットの収集に努め、原因を究明し、対応策を立てています。事例についてはサービス向上委員会（月1回）に報告し、法人系列事業所と情報共有を図り、是正処置の効果についても検証を行っています。また、事故報告やヒヤリハットから個別の事例において、状況、原因、対応策、再発防止策等を検討し、その結果を具体的な研修につなげています。	
【38】 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。	a
<コメント> 感染症対策については、責任者を感染症対策委員・保健委員である子ども生活課長として管理体制を構築し、感染症マニュアルを完備し、施設内研修を行う等、感染症に関する知識を深めています。施設長は、指示系統を整え、職員に周知徹底を図っています。感染症対策については、まん延防止策に重点を置き、感染を最小限に止めるよう心がけています。また、感染症対策委員会で感染症に関するBCP計画等の見直しを行い、わらべ会議（職員会議）で周知しています。最新の感染症対応に関しては、神奈川県からの通達や近隣施設等から感染情報を収集し、注意喚起を行っています。	
【39】 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
<コメント> 災害に関しては、わらべの杜は広い敷地を有し、近隣には密集した住宅、河川等はなく、具体的災害は倒木、地震等に因る土砂崩れ、自施設からの出火等が考えられ、避難訓練は年間計画で実施し、災害時を意識した情報発信を行うようにしています。備蓄品等の点検は防災委員を中心に定期的に実施し、常備するよう整えています。また、自然災害BCP計画を策定し、平常時の準備、BCP発動の基準、発動後の対応等を定め徹底を図っています。	

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。		第三者評価結果
【40】 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。		b
<コメント> 業務マニュアルは20年前から導入したISOに沿って作成されたものが用意されていますが、今年度からISOの監査を止め、各施設の状況に合わせた見直しや改善点を抽出し、実情に合わせた内容の共通認識の確認、OJT、個別指導等、統一した支援ができる標準化を検討しています。		
【41】 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。		b
<コメント> 標準的な実施方法（マニュアル等）の見直しについては、サービス向上会議で確認しています。個別支援計画フォーマットの見直しについて、各ユニットで実施されるユニット会議でモニタリングを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を実施することにしていきます。サービスの実施においては、個々の利用者の場面ごとに、対応や留意点を踏まえた実施方法をまとめ、日誌ソフト等に記載し情報共有を図っています。		

(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】 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。

a

<コメント>

個別支援計画の作成については、児童発達支援管理責任者が、利用者本人のニーズと能力に合わせて作成しています。アセスメントでの状況確認については、サービス管理責任者、保育士、相談支援専門員等が集まり、必要に応じて児童相談所職員が参加して進捗状況や、利用者本人の様子等に配慮しながら個別支援計画を検討し支援に反映させています。個別支援計画は、契約で入所した子どもの場合は保護者の同意を得、措置対応の子どもについては児童相談所職員がサインをして決定しています。尚、決定した個別支援計画も利用者のADL（日常生活動作）の変化により、目標設定と結果の整合性が保持されないケースもあります。

【43】 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。

a

<コメント>

定期的にモニタリングを実施し、見直しを行っています。見直した支援計画は、ユニット会議内で他職員にも周知を図っています。個別支援計画の評価・見直しに当たっては、標準的な実施方法に反映すべき事項と支援が十分に提供できていない事項等、サービスの質の向上に関わる課題等を明確にして実施しています。

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】 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。

a

<コメント>

実施状況の記録は、日誌ソフトにデータ管理を行い、日々記録し、いつでも閲覧できるようにしています。さらに、必要なファイルが見つけやすいよう、データ管理の改善を進めています。また、検索ワードを統一し、情報がスムーズに集計できるよう工夫しています。ネットワークの保全については、現在できる最善の体制を整え、必要に応じてその都度、改善に努めています。日誌ソフトに関しては、資格に応じて範囲を制限しつつ、法人系列事業所のデータも閲覧できる体制となっています。

【45】 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。

a

<コメント>

個人情報保護規程を備え、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供に関して定め、記録等の管理責任者は施設長とし、個人情報の不適正な利用や漏洩禁止等について周知徹底を図っています。また、職員に対して、教育・研修を行い、個人情報保護に関する誓約書を交わしています。利用者の記録については、規定された年数を保管し漏洩や不正利用が無いよう努めています。病院や他の関係機関等との個人情報の共有に関しては、契約書に明記し、保護者（措置の子どもは児童相談所経由）に説明を行い、承諾を得るようにしています。

第三者評価結果

事業所名：わらべの杜

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重	第三者評価結果
<p>【A1】 A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。</p>	a
<p><コメント> 利用者の自己決定・エンパワメントに力を入れて取組み、個別支援計画の中に利用者の強みを組み入れながら利用者本人の力を活かした支援を心がけています。できる限り部活、趣味活動、衣類の選択その他にも本人の意思を尊重しながら支援しています。生活のルール等については各ユニットで「こども会議」等で話し合うようにしています。個人的に相談したい時には居室で支援員と1対1で話すこともできます。利用者の権利尊重については十分配慮し、対応しています。</p>	
A-1-(2) 権利擁護	第三者評価結果
<p>【A2】 A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p>	b
<p><コメント> 権利擁護について、職員ハンドブック、就業規則、マニュアルに詳細を示しています。利用者の権利侵害の防止等について、利用時のルールとの相関における「社会的ルール」を伝えると共に、主張したいことは発言しても良い、嫌なことはイヤと言って良い、と伝えています。権利擁護問題については、「早期発見と予防」等について会議を通じて職員に周知を図り、職員一人ひとりがしっかりと理解する、実践する取組が重要であることを指導しています。身体拘束に関しては事例がありませんが、身体拘束3原則を遵守し、必要及びやむを得ない場合のみ実施することとしています。権利擁護については権利擁護部会を設け、職員研修を実施しています。</p>	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本	第三者評価結果
<p>【A3】 A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。</p>	a
<p><コメント> 基本的には利用者一人ひとりに合わせて自律・自立に向けて支援を行っています。利用者が「自力で行う生活上の行為の見守り」を基本姿勢として支援を行っていますが、一方で自己管理が難しい子どもがいるのも現状であり、個々の能力を見極め、でき得る範囲で自立を支援しています。</p>	
<p>【A4】 A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。</p>	a
<p><コメント> 利用者一人ひとりの心身の状況に応じたコミュニケーションの工夫をしています。教育の場面では、発語が困難な利用者については筆談やSST（ソーシャルスキル・トレーニング）を行い、低年齢の子どもについては基本的な挨拶を教えています。障害が重度の子どもについては、視覚的な情報を活用し、学習内容を理解しやすいよう支援しています。代弁による支援では、措置の子どもについては家族の支援が困難であり、職員が主体的に対応しています。</p>	

【A5】 A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
--	---

<コメント>

利用者の相談については、情報提供や説明を交えながら、意思決定ができるよう適切な支援を行っています。相談内容については、モニタリング、計画策定の会議等で共有を図り、相談内容が反映できる内容であれば個別支援計画に組み入れています。

【A6】 A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
--	---

<コメント>

個別支援計画は、障害が軽度の子どもは職員と一緒に内容を決めています。活動では、地域で開催されるスポーツ大会や神奈川県ゆうあいピック大会（知的障害者対象の団体競技のスポーツ大会）等への参加を通じて社会参加の意欲を培い、参加できるイベント等があれば情報提供し、支援を行っています。日中活動は、通学校での部活が中心であり、施設での大きな行事も計画に沿って実施しています。

【A7】 A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
---	---

<コメント>

職員は、障害に関する知識を深めるよう施設内・外の研修に参加し、自主的な研修にも積極的に取り組んでいます。職員は、ユニット会議（月2回）やモニタリング（年2回）を通して適切な支援に努め、利用者個々の特性に応じた支援方法を常に話し合い、理解及び共有を図っています。行動障害については、個別に本人の視点での対応に努め、利用者目線で尊重した関わり・支援を行っています。

A-2-(2) 日常的生活支援	第三者評価結果
-----------------	---------

【A8】 A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a
---	---

<コメント>

生活支援では、食事は業務委託ですがメニューは1ヶ月ずつ給食委託会社から提示を受けています。利用者面接では食事の評価は美味しいと好評でした。入浴は個室であり、トイレも清潔に保たれています。身体介助が必要な子どもは職員が個々に対応し、適切な支援が日常的に実施されています。

A-2-(3) 生活環境	第三者評価結果
--------------	---------

【A9】 A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
---	---

<コメント>

わらべの杜は丘陵を背に南向きの建物で明るく、自然を身近に感じられる環境であり、周囲に民家は無く、声や音に対する苦情も無く、伸び伸びと生活できる環境に恵まれた立地にあります。生活環境は空気の循環や除湿に配慮した対策を講じ、快適さを確保しています。居室は全室個室でプライバシーが守られ、子どもたちの安心・安全が考慮されています。「こども会議」等での意見も取り入れながら、快適さの改善に努めています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	第三者評価結果
【A10】 A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b
<コメント>	
<p>わらべの社は、重度の障害を持つ子どもは常時入所していますが、機能訓練については必要に応じて支援学校の作業療法士や理学療法士に相談・連携が図れる体制にあります。生活訓練を中心に機能的な部分の向上にねらいを持って取り組んでいます。しかし、通学校、主治医から機能訓練の必要性の見解が示された際は個別対応にて支援を行います。</p>	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	第三者評価結果
【A11】 A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
<コメント>	
<p>利用者の健康状態について、現在、医療ケアを要する子どもは入所しておらず、日常の健康管理を徹底し、体調変化には迅速に対応しています。健康診断は年2回実施し、内1回は通学校で健診を受けています。また、定期健診時の主治医の判断を受け、精神科クリニックに相談する体制があります。</p>	
【A12】 A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
<コメント>	
<p>服薬（特に精神科の薬）に関して、主治医から薬の詳細を把握し、服薬支援を行っています。対応に苦慮した場合は、囑託医に連絡し相談の上、適切な支援ができる体制を整えています。</p>	
A-2-(6) 社会参加、学習支援	第三者評価結果
【A13】 A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
<コメント>	
<p>利用者本人の希望や意向については、できる限り尊重し希望に沿うような支援を心がけています。但し、友だちとの交流については、学校での範疇でもあり十分な指導に苦慮する面もあります。外泊については、児童相談所の許可や家庭の受入れ態勢を課題とし、相談の上実施するようにしています。</p>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	第三者評価結果
【A14】 A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
<コメント>	
<p>地域生活への移行、実習先については、基本的に通学校（養護学校）で学び、入所先は児童相談所、就労先は通学校を中心として支援を受け、丁寧に連携を心がけています。施設としては、グループホームの見学や卒園生の話を聞く機会を設ける等、卒園後のイメージが持てるよう支援を行っています。</p>	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	第三者評価結果
【A15】 A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
<コメント> 措置児童については、児童相談所で保護者とのやり取りを行い、施設職員も一緒に相談支援を行うようにしています。契約児童については、利用者本人、ご家族の意向を尊重し、日常の様子を伝え、意見交換を図りながら進路を決めています。また、医療的な状況がある場合は現状を伝え、対応ができるようにしています。	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援	第三者評価結果
【A16】 A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
<コメント> 発達支援（個別支援）について、学習では通学校と連携し内容について話し合い、基本的日常動作や自立生活をプログラムに沿って進めています。措置児童については学校での様子等を児童相談所経由で保護者に報告してもらっています。	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援	第三者評価結果
【A17】 A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	c
<コメント> 障害児入所施設であり非該当です。	
【A18】 A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	c
<コメント> 障害児入所施設であり非該当です。	
【A19】 A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	c
<コメント> 障害児入所施設であり非該当です。	