様式１

福祉サービス第三者評価結果報告書
【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	寝屋川市立あかつき園・ひばり園・第２ひばり園	
運営法人名称	社会福祉法人　療育・自立センター	
福祉サービスの種別	児童発達支援センター	
代表者氏名	白井　舒久（療育センター所長）	
定員（利用人数）	120　名	
事業所所在地	〒 572-0853 大阪府寝屋川市大谷町６番１号	
電話番号	072　－ 823　－ 6287	
ＦＡＸ番号	072　－ 824　－ 1768	
ホームページアドレス	http://www.city.neyagawa.osaka.jp/organization_list/hokenfukushi/shogaifukushi/shisesst/akatsuki.html http://www.subaruhokuto.or.jp/	
電子メールアドレス	ryouiku-ahi-@nifty.com	
事業開始年月日	昭和48年５月１日	
職員・従業員数※	正規　65　名	非正規　44　名
専門職員※	●正規職員 保育士１９名、児童指導員１７名、看護師４名 歯科衛生士１名、理学療法士４名 作業療法士２名、言語聴覚士２名、栄養士２名 臨床発達心理士３名、社会福祉士１名、 精神保健福祉士１名 ●非正規職員 医師７名、歯科医師２８名、歯科衛生士３名 言語聴覚士２名、作業療法士２名 理学療法士１名、精神保健福祉士１名	
	［居室］	

施設・設備の概要※	［設備等］ 保育室１１、歯科診療所１、理学療法室１ 作業療法室２、言語療法室１、聴力検査室１ ホール１、調理室１、医務室１

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受　審　回　数	０　回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	

【理念・基本方針】

■園は、
１．寝屋川市における就学前障害児の教育と福祉をすすめるための通園施設である。
２．障害児保育の実践を創造する中で、地域に根づいた施設とする。

■子どもたちは、
３．あかるく、のびのびとした元気な子どもになろう。
４．集団の一員として、友だちとなかよくあそべる子どもになろう。

■私たちは、
５．一人ひとりの子どもを集団の中でとらえ、その子の発達にあった保育をおこないます。
６．子どもの発達を保障するために、保護者と共同目標・共同努力・共同学習をすすめます。
７．日々の実践を科学的、創造的、集団的にすすめます。子どもの発達要求にこたえたかかわりあいの中で、自らもゆたかな人間に成長します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

１．寝屋川市療育システムとネットワークにおいて療育センター（寝屋川市立あかつき・ひばり園）が中心的役割を果たしています。早期発見、早期療育、保育・教育等の各機関への支援を行っています。早期発見に対応した早期療育への「つなぎ」をスムーズに行い、入園、通園療育、次の就学・進路（幼稚園・保育所等）への「引き継ぎ」やフォロー体制をしき、障害児と保護者、家族に安心してもらえるように努めています。

２．園児、保護者に対する総合的な療育の提供をめざしています。正規職員の９種類、専門職員５６人の日常的なチームアプローチによる療育活動を行なっています。専門的で総合的な療育を行うために、日常的な多職種によるケースカンファレンスに基づき、多職種が指導課題を共有して全員がこどもにかかわることを重視した組織運営に努めています。

３．あかつき・ひばり歯科診療所は毎週木曜日の午後が診療日で、歯科医師２名、歯科衛生士４名で治療を行います。子どもは在園中に「治療を受けられる力」を獲得して卒退園していきます。寝屋川市の多くの歯科医師はあかつき・ひばり歯科診療所の経験医師です。卒退園児童とその家族は、園で慣れ親しんだ歯科医師を選んで、地域で家族ごと診療を受けたりしています。障害児・者地域歯科医療の発展に寄与してきました。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会　総務企画部　第三者評価室
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成27年12月16日 ～ 平成28年4月28日
評価決定年月日	平成28年4月28日
評価調査者（役割）	1201B024（運営管理委員） 0601B025（専門職委員） 1101B004（専門職委員） （　　） （　　）

【総評】

◆評価機関総合コメント

JR学研都市線のJR星田駅から徒歩12分、寝屋川東部公園 、大阪病院、田畑が隣接する地域に寝屋川市立あかつき園 ・ひばり園 ・第 2 ひばり園が同一敷地内に存在します。
寝屋川市の運営を平成26年度から社会福祉法人療育・自立センターが指定管理を受託して運営しています。
あかつき園 ・ひばり園は昭和48年5月1日に寝屋川市唯一の就学前障がい児のための療育専門施設として開設され、寝屋川市の障がい乳幼児のための療育拠点として、通園療育はもとより、幼稚園、保育所への巡回相談、在宅の障がい乳幼児の外来相談、訪問支援等、市の障がい児保育の創造に努めてきました。そして、障がい児歯科診療を寝屋川市歯科医師会と協働で尽力し、寝屋川市の地域歯科医療を発展させてきました。
就学前障がい児の発達支援では総合療育に努め、保護者との協働による子育てを推進しています。施設運営において、月1回、保護者役員と園代表者で構成する「運営協議会」で園の課題等について協議し、毎年、保護者会がクラス単位で要望を集約して要望書を作成し、園から回答、話し合いを行い、保護者と協働して園の発展に努めています。

（注）判断基準「abc」について、（a）は質の向上を目指す際の目安となる状態、（b）は多くの施設・事業所の状態、（c）はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、（b）が一般的な取組水準となり、従前に比べて（b）の対象範囲が広がります。また、改正前に（a）であった評価項目が改正後の再受審で（a）を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

<u>１．経営課題の明確化と具体的な取り組み</u>
市立施設の指定管理者となって２年目、市職員から法人職員へスタッフの漸次的切り替えが最重要課題です。療育の水準維持や進路指導上のノウハウ継承等々、職員にとって、また保護者にとっての大きな不安要素となっていますが、市との協議・調整、専門職養成、クラス担当の編成などに工夫・努力を重ね、来るべき時に備えています。

<u>２．「きょうだいのつどい」の取り組み ≪家族支援の視点≫</u>
平成20年度に保護者会の「きょうだい支援」の講演会開催後、平成 ２１ 年度に保護者

会から園でも「きょうだい支援」 の取り組みへの要望が出されました。その要望に対して園は「子どもにとって家族は育ちの基礎であり 、子どもの発達支援とともに 、家族を含めたトータルな支援を行っていくことが必要である」という基本的な考えの下、家族支援の一環として「きょうだい支援」を平成 21 年度から実施しています。

「いつも一人で留守番になり我慢させられることが多いので、弟と一 緒に楽しい体験ができることは本人にとっても家族にとっても貴重な体験でした 」「家では弟を赤ちゃん扱いしていたのに 、園でしっかりやっている姿を見て見直したと言い 、きょうだいのつどいに参加後は対等の関わりをするようになりました」という感想にみられるように、兄弟の視点が良い方向に変わり、家族関係を良くする効果的なプログラムになっています。

３．障がい児歯科への取り組み

歯科衛生士が常勤しており、日常的に口腔衛生を実施しています。また毎週木曜日午後歯科診療が行われ、単に歯科診療や口腔管理だけでなく発達保障にかかわる療育活動の一環として、保護者と協力共同して虫歯予防口腔衛生に努め、障がい乳幼児に適切な歯科診療の機会を提供しています。

◆改善を求められる点

１．情報公開への取り組み
　これまでのところ、施設独自でのホームページが開設されておらず、市のものに頼っていますが、そこには、理念や基本方針、基本計画などへの言及はありません。同一法人の福祉作業所ではホームページが設けられており、決算報告や苦情解決情報等も公開されています。これに倣って、早急に開設することが求められます。

２．記録の工夫への取り組み
　日々の記録が連絡帳を中心に記録され、それがPDFとして保存されていますが、個別支援計画のモニタリング等で記録を利用するときに、期間の全記録を読み返し、該当部分を別に書き出し集計する必要があり、作業量が非常に多くなっています。作業量を減らすよう、記録様式、記録方法、記録のツール（パソコン等）を工夫することが望まれます。

３．各職員に対応した研修制度への取り組み（施設内・外）
　各人の研修履歴について、ＯＪＴ研修、階層別研修、新人研修等、その目的・内容・時期等により整理を行い、個人個人に対応したものとして制度化していくことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

＜別紙＞

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

	評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針	
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
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。	a
（コメント） ■理念は、パンフレットに「園の目標」として示されています。事業計画（運営方針）は、年度当初の職員会議において説明されています。 ■保護者に対しては、イラストを挿入するなど親しみやすい形で「療育計画」が平易に説明されたリーフレットが配布されています。 ■年３回園の機関誌「つばさだより」が発行されています。各年度の第一号では、各班・クラス・係の年間計画が、個々の子どもへのメッセージ風に記載されるなど、”あたたかさ”が伝わってくる編集となっています。	

	評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握	
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
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） ■福祉関係各種出版物を定期購読するなど、社会福祉事業の現状・動向の把握には、高い意識をもって努めています。経営分析は、主に法人経営会議で行われています。 ■寝屋川市の障害者福祉計画をはじめ、関連するあらゆる計画書類から、また、同市の障害児関係機関協議会（五者協議会）からも、地域のニーズ把握がなされています。 ■毎年、保護者会が各クラスから出された要望を集約し、施設に対して『要望書』が提出されますが、このことも潜在的なニーズ把握を可能にしています。	
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） ■市立施設の指定管理者受託２年目、現在、最大の課題は、市職員の漸減化（法人職員への漸次的切り替え）の問題です。このことは、保護者にとって、また、職員にとっても大きな不安要素となっています。日々の療育レベルの維持や進路指導上のノウハウ等をよりよく引き継いでいくためのソフトランディングについて市との調整に粉骨しています。 ■単に幼児療育の範囲にとどまらず、児童期全般を見据えた支援の重要性を意識し、発達相談員等、実力ある専門職の確保・育成に努めています。	

	評価結果
Ⅰ-３ 事業計画の策定	
Ⅰ-３-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
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。	a
（コメント） ■３年後の運営・管理の完全民営化に向け、数値目標や財政面も含めた具体的な内容の計画が策定されています。	
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。	b
（コメント） ■年度の事業計画の内容は、中・長期計画に呼応したものとなっていますが、記述がやや観念的で具体性に欠ける部分も多くあります。できる限り数値目標を設定するなどして、実施状況についての評価が容易なものにしていくことが望まれます。	
Ⅰ-３-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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。	b
（コメント） ■事業計画に関しての見直しは、特に時期や手順の定めはなく、個別支援計画の見直しと関連づけて行われています。療育面だけではなく、組織・運営面での評価・見直しが必要な場合もあると考えられますので、個別支援計画のそれとは別に、当年度事業計画の評価・見直しの仕組みを設けることが望まれます。	
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。	a
（コメント） ■保護者に対しては、「療育計画」を平易に説明記述されたリーフレットが配布されています。また、機関誌の年度当初発行分には、各班・係・クラスの考え方などが親しみを込めたやさしい言葉で詳しく示されています。 ■保護者会役員と施設幹部職員とによる「運営協議会」や全保護者が参加する保護者会が毎月一回持たれ、事業内容についての説明がなされています。	

	評価結果
Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	
Ⅰ-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	
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。	b
（コメント） ■職員会議では、年度前半に支援計画の項目説明や各グループからの説明がなされます。また、「総括報告」では、単なる報告に終わらず、質疑応答方式のやり取りが行われています。理解を深めることができる良い取り組みです。 ■第三者評価は今回が初めての受審ですが、自己評価の後、いくつか不足を補う作業が行われている状況が見受けられます。受審の意義を正しく理解され、施設運営や療育向上への意欲が感じ取れます。	
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。	―
（コメント） ■第三者評価は今回が初めての受審ということで、「非該当」としますが、自己評価のあと、欠如する簡易な文書の作成や、不足を補う作業が行われている状況が見受けられ、”受審を意義あるものに”という意思の表れと評価できます。ただ、それらの作業が行われたプロセス（「自己評価から見えた課題」と「暫時的対応（措置）」といったもの）が記録に残されていないのが惜しまれます。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

	評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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。	b
（コメント） ■管理者は、常々、自らの役割や責任について明瞭かつ積極的（できるだけ具体的）に表明することで、施設職員や保護者に安心感を与えていくことが望まれます。	
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。	b
（コメント） ■障がい児福祉に関わる法令については、市や関係諸団体とのつながりなどから、十二分に把握・学習・理解しており、職員や保護者に対しても、折に触れ必要な指導・解説がなされています。 ■施設運営に関連する法令等は、民法、労務、衛生、交通、建築、消防、環境等々、数え切れないほどあります。新たな具体的案件･事象の発生に即して、一つまた一つと学びを重ねていく方法が得策と思われます。一方で、管理者の学びが職員や保護者にも伝えられる仕組みを整えておかれることが望まれます。	

Ⅱ-１-(２) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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。	a
（コメント）	■週に一回、サービスの質的向上を目的とした「企画運営委員会」が持たれています。管理者はじめ幹部職員が参加し、保護者からの要望、バスの乗車時間、家庭訪問ややむを得ない拘束のことなど重要な案件が討議されています。	
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。	b
（コメント）	■管理者は、これまで、企画運営会議の定例開催、開所日数増、医療収入増やノー残業デイの実施等々様々な取り組みを行ない、経営やサービスの向上について、高い関心を以て向き合っています。 ■管理者の”思い”が具体化され業務として実施されたものについて（記録やファイリングの在り方等において）有効な形で整理されていない状況が随所に見られます。そのことは、的確な評価の妨げとなり、結果的に「業務の実効性」を高めていく際の阻害要素となる恐れがあると考えます。そうした側面での工夫・検討が、早急に望まれます。	

	評価結果

Ⅱ-２ 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-２-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

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。	b
（コメント）	■必要な福祉人材についての基本的な考えは、随所に明確に示されています。 ■人材の確保や育成に関しては、市職員の完全撤退まで３年、クラスの「核」となる職員の養成をはじめ、発達相談員、福祉相談支援員や看護師の安定的確保などの課題解決に向けて取り組んでいます。	
Ⅱ-２-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	c
（コメント）	■基本計画や研修に関する基本的な考え方などには、”職員に期待されることがら”が示されてはいますが、職員の客観的な評価ができ、育成の基準となるような「期待される職員像」は、具体的な形では明示されていません。 ■市職員には、目標管理型の評価制度が適用されていますが、法人職員には未実施です。いかなる形においても「育成」を考える際には、できる限り客観的な評価を可能にする「期待される職員像」の具体的明示は必須事項として求められることになります。	

Ⅱ-２-(２) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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組んでいる。	b
（コメント）	■労務管理全般に関する組織上の責任体制を明示したものが見当たりません。所長の業務分掌に一元集約（見なし）といった形ではなく、たとえば、組織運営規定とは別に、取り扱う事項を具体的にした条項が盛り込まれた「経営会議要綱」といったものを整えることなどが望まれます。 ■ワークライフバランスは、いまや全国民的な重要課題です。法人・施設全体の検討テーマに掲げられることが求められます。 ■予定表に沿って、３名の幹部職員による全職員との面接が実施されていますが、定まった様式での記録が残されていません。個人情報保護への十分な配慮のうえ、労務管理上の大切な情報として、幹部間で共有することが望まれます。	

Ⅱ-２-(３) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。	c
（コメント）	■この項目は、「職員一人ひとりの育成に向けた取り組みが行われているかどうか」を問うものです。下位評価項目に『目標管理』云々があるために、「×」が付き、結果的に「ｃ」評価となってしまいます。ただ、評価の趣旨とすれば、職員教育・育成への取り組みが、個々人を意識されたものとなっているかどうかということです。 ■「期待する職員像」が観念的であることや、（資格証明書写しは集約されていますが）職員個々の研修履歴は十分に把握・整理されておらず、研修会等への派遣の基準についても明確になっていません。今後、可能な範囲で、個人履歴を整えていく努力が求められます。	
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。	b
（コメント）	■研修の在り方については、「実践と研修・研究の在り方」としてまとめられています。『日々の実践例の積み重ね』こそが重要で、”日々研究！”がスローガンとなっています。 ■「研修の在り方」に関して専ら検討する仕組みがありません。独立した部署として「研究室」が設けられていますが、今のところ、そのような機能は求められていません。 ■個別の研修履歴や研鑽状況を把握しながら、実情に見合った教育・研修の効果的で具体的なプランの策定が望まれます。	
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。	b
（コメント）	■市職員の漸次的撤退（法人職員への切り替え）という状況の中で、市職員・法人職員ともに、意識してのＯＪＴ環境が形成されています。 ■研修情報の提供方法や、各研修の時期・内容を考慮した個人とのマッチング等について、適切な判断ができる仕組みづくりが望まれます。	

Ⅱ-２-(４) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

Ⅱ-２-(４)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
（コメント）	■理学療法士，作業療法士の実習については、確立したプログラムがあるため、それに即して実施されていますが、保育士に関しては、現場の日課の流れの中、都度の指示・指導によって行われていて、明確で具体性のある実習プログラムが存在しません。一コマでも「設定保育」の時間を設けることが必要です。 ■市の小学校の２年目教員の実習の場として提供されています。園児の何人かはいずれ必ず就学するので、大いに意義のある体験です。	

	評価結果

Ⅱ-３ 運営の透明性の確保

Ⅱ-３-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

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。	c
（コメント）	■施設独自のホームページは開設されておらず、施設紹介は、市のホームページに委ねています。そこには、理念や基本方針、事業計画などへの言及はありません。同一法人の福祉作業所ではホームページを設けていて、そのメニューには、苦情窓口、事業計画や決算報告等があります。容易に整備が可能かと思われます。早急に着手することが求められます。 ■機関誌の抜粋（簡易）版を作成するなど、可能な限り広く配布できるような工夫が望まれます。	
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。	b
（コメント）	■指定管理者受託法人として、定期的に市による監査が実施されています。また経理面では税理士の助言を得ています。 ■収支報告書等を公開し、透明性が高められるような方策を、早急に準備することが望まれます。	

	評価結果
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
Ⅱ-4-(1)-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
（コメント） ■パンフレットの「園の目標」の一つとして、『障がい児保育の実践を創造するなかで、地域に根づいた施設とする』との文言が見えますが、運営規定、事業計画書はじめ、業務分掌や会議一覧などには、「地域との関わり」に関係づけられる言葉は全く見つけることができません。 ■地元自治会に加入しています。　夏まつりには地域の方が多く来られます。 ■園外保育では、園のバスを使って園児たちが地域の資源に触れ、活用する機会を設けています。 ■障がい児保育の理解促進のため、26年度には、市内の公立保育所６か園との「出会い（交流）保育」が実施されています。	
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） ■基本方針や事業計画書などに、ボランティアの受け入れについての姿勢に関する記述が望まれます。 ■毎月、絵本のプレゼントや読み聞かせのボランティア（地域のロータリークラブ会員）が来園されています。また、餅つきには社会人ボランティアが、運動会には、実習を終了した学生が手伝いに来てくれます。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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） ■市障害児関係機関協議会（五者協）、障害児者福祉施設協議会、近畿肢体不自由児連絡会・通園部会、知的障害児者福祉協会・通園分科会・・・等々において、各種団体間との情報交換、連絡調整が活発に行われています。	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
（コメント） ■地域行事の際、求めがあれば、駐車スペースを提供しています。 ■療育相談、保育所への訪問支援、母親教室なども開催しています。 ■特筆すべきは、あかつき・ひばり歯科診療所をベースにした、全国に誇れる「障害児者歯科診療体制構築」モデルの実績です。	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
（コメント） ■療育相談室、歯科診療所などが、地域への貢献度の高い事業です。 ■発達巡回相談事業等、制度化以前から実施している事業も数多くあります。 ■民生・児童委員との定期会議は持たれていませんが、企画運営委員会や福祉・療育相談、また、関係機関・諸団体との情報交換等のなかで、具体的な福祉ニーズの把握は十分に行われています。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

	評価結果
Ⅲ-１ 利用者本位の福祉サービス	
Ⅲ-１-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
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。	b
（コメント） ■事業計画に利用者尊重の方針を記載しています。現在は職員の倫理綱領はなく、作成を計画している段階です。サービス提供場面で基本姿勢は活かされていますが、サービス個々のマニュアルへの明記はしていません。利用者尊重や基本的人権への配慮については、身体拘束に関する研修を行い、期間の支援状況を振り返る総括会議やケース検討会で、定期的に状況の把握・評価をしています。	
Ⅲ-１-(1)-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。	b
（コメント） ■プライバシー保護マニュアルの中身が個人情報保護になっています。虐待防止マニュアル等を整備し、研修を行っています。安全を優先するため、結果としてプライバシーが守られていない状況があります。サービス提供においては、規程・マニュアル等にもとづいたサービスを実施し、虐待等については、虐待防止マニュアルで対応しています。	
Ⅲ-１-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	
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） ■園の紹介を寝屋川市こども室発行の「子育てナビ」に掲載し健康増進課、保健所等の公共施設に置いています。園パンフレットを分かりやすく工夫して作成し、「子育てナビ」「園パンフレット」等の内容は、適宜見直しています。利用希望者には、個別に対応し、ニーズに応じた説明を行い、見学、体験等の希望にも対応しています。	
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） ■重要事項説明書でわかりやすく説明しています。外国の人にはローマ字を使って説明するなど、利用者の状況に配慮した説明を行っています。個別支援計画の開始や変更時には、計画書に家族の同意を得て実施しています。意思決定困難への配慮については、児童施設であり、家族との交流で利用者理解を進めています。	
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。	a
（コメント） ■著しい変更や不利益が生じるようなサービス内容の変更はありません。サービスの継続性に配慮し、福祉相談員を配置し、保育所や施設等の訪問支援を行い、利用終了後も相談を随時受けています。退園時懇談で、地域の福祉サービスや福祉制度の紹介をした文書を渡しています。また、家族等の了解を得て、支援計画等を相談機関へ情報提供を行い、支援が継続するように配慮しています。	

Ⅲ-１-(３) 利用者満足の向上に努めている。

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。	a
（コメント）	■支援に関する利用者満足について、個別支援計画のモニタリング及びそれに関する総括会議を年３回実施しています。また、園全体については、保護者会が保護者間で調査を実施し、それをまとめて園に要望書を提出し、園がそれについて年２回、回答しています。家庭訪問や個人懇談を実施し個別の満足度等を把握し、また、行事後にアンケートを実施し利用者満足度等を把握しています。職員が保護者会、運営協議会に出席し利用者満足度も含め把握しています。改善事例として、踏切が園の近くにあり、要望により、門扉を改善しています。また、家族支援の一環として、学校等の休みの期間に「兄弟交流」をテーマに支援する行事を行っています。	

Ⅲ-１-(４) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

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。	c
（コメント）	■責任者、受付担当者、第三者委員（二人）を設置し、苦情解決体制を整備しています。第三者委員会議を年３回実施し事故、ヒヤリハットをはじめ療育全般にわたって検討し、改善をめざしています。社会福祉協議会の掲示物を保護者の利用する部屋の入口に掲示し、意見箱を設置しています。また、保護者会が独自にアンケートを行い、その意見をまとめて要望書として園に提出しています。保護者会の要望書、回答書を保管しています。要望書には年２回回答し、個別の苦情等には家族にフィードバックしています。苦情内容、解決結果の公表はしていません。苦情等の対応事例としては、床暖房（一部）の導入、作業療法室の増築や門扉の改善等を行っています。苦情について、保護者会との連携が上手く行われています。	
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）	■相談については、療育計画やつばさだよりに「ご相談下さい」と記載して周知し、また、日常的な言葉かけも行なっています。相談相手についてはクラス担任、苦情受付担当者、第三者委員など誰にでも相談できるようにしています。療育計画やつばさだよりを家族に配布し、相談室を用意して相談の対応をしています。	
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。	b
（コメント）	■苦情解決運営要綱に基づき迅速に対応し、要綱は年度ごとに改定しています。「就学指導・進路指導に関しての年間の流れ」にも相談・意見等の対応について記載しています。意見箱を設置し、保護者会が実施しているアンケートに基づく要望書に積極的に対応して、保護者の意見を把握しています。要望書の意見には年２回の回答を行い、個別の意見にはその都度対応しています。意見、要望を取り入れ「兄弟交流」支援等のプログラムを実施しています。	

Ⅲ-１-(５) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-１-(５)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
（コメント）	■リスクマネージャーは企画会議で選任し、マネジメントについては企画会議で議論しています。歯科針刺しと誤嚥のマニュアルやけが、嘔吐、プールの注意事項に則ってサービス提供時のリスクに対応しています。リスク事例を収集し危険防止のためフェンスを高くしています。事故防止の研修については、年１回、AED、嘔吐等のハンドリング研修（実習）を行っています。環境担当が安全確認をしています。	
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。	c
（コメント）	■職員会議やミーティングで、その都度、感染情報に基づいて看護師より感染予防に対しての研修が実施されていますが、予防対策が適切に講じられているところまでには至っていません。ガウンテクニック（着衣が汚染される場合などの予防法）等、集団生活での感染拡大を防ぐうえでも確実に実施することが求められます。 ■感染症一覧表は保護者、職員に提示していますが、感染症の対応マニュアルが整理されておりません。マニュアルの充実や感染症物品の整備、点検のためのチエックリストの整理が求められます。	
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。	b
（コメント）	■災害時対応マニュアルを作成しています。平成25年度に耐震診断を実施しています。落下防止処置を実施し、充電式吸引器を配備しています。職員緊急連絡網、保護者の連絡網を作成しています。カセットコンロを配備し、米、ツナ缶、缶詰を昼の給食と夜の一食分確保して管理しています。	

	評価結果
Ⅲ-２ 福祉サービスの質の確保	
Ⅲ-２-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	
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、園パンフレット、療育計画等に標準的な実施方法を文書化し、日課に注意事項等を記載してサービス提供をしています。総括会議、ケース検討会議、職場会議、グループ会議等で、標準的な実施方法に基づいてサービスが実施されたかを確認し、また、職員の指導や研修を実施しています。	
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。	a
（コメント） ■検証、見直しの時期を「Ⅰ期」、「10月前期」、「年度末３月総括」としています。個別ケースカンファレンス等の結果を反映し、また、保護者の意見及び保護者会の意見書での提案や職員の意見を反映しています。	
Ⅲ-２-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	
Ⅲ-２-(2)-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
（コメント） ■サービス管理責任者を配置しています。園のアセスメント様式でアセスメントを実施しています。部門横断で専門的なアセスメントを実施し、その個別の具体的なニーズを個別支援計画に記載しています。部門横断のケース会議、保護者の意見及び同意の確認等の手順を踏んで個別支援計画を作成しています。ケース会議、総会会議等で個別支援計画にそってサービスが行われていることを確認しています。行動障がい等の支援困難ケースに積極的に対応しています。	
Ⅲ-２-(2)-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
（コメント） ■６か月ごとの見直し（モニタリング）を行っています。見直し等を個別支援計画の総括会議で検討し、内容を職員に周知しています。緊急変更については、ケース会議、総括会議等で検討します。総括会議で、福祉サービスを十分に提供できていない未充足なニーズ等の課題検討を行っています。	

Ⅲ-２-(３) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	b
（コメント）	■日々の記録は保護者との連絡表に記録し、PDF化して保存しています。個別支援計画に関連した内容については、連絡表に記載の関連項目を抽出して整理しています。総括会議でサービス実施状況の把握、検討、記録作成等の職員指導を行っています。必要な情報は的確に届くようになっています。部門横断での定期的な会議を行っています。パソコンは導入されていますが、台数が少なく効率的な情報共有には至っていません。	
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）	■個人情報保護規程により記録等の管理に対応しています。個人情報の漏えい等の対応については、寝屋川市の情報セキュリティ事故対応手順等を準用しています。記録管理の責任者は施設長です。個人情報取扱いについての職員研修を実施しています。職員は個人情報保護規程等を遵守しています。利用者の個人情報の取扱いについて家族に説明し、使用の同意書をもらっています。	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
（コメント）	■個別支援計画にコミュニケーション能力を高めるための方策、指導を策定し多職種共通認識のもと実践しています。意思伝達に制限のある利用者に対しては、写真、カード、実物提示、視線の動き、表情、マカトン法（手の動きによるサインと発声を同時に用いるコミュニケーション技法）等、園固有のコミュニケーション手法も活かして支援しています。ケース会議において多職種が連携し共有を図っています。	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
（コメント）	■保護者会（利用者を保護者と読み替えています。）とあかつき・ひばり園との運営協議会が定期的に設けられ、園全体の運営に関して協力共同で解決する機会を持っています。地域の保育園との交流保育など施設外児童と交流ができるよう側面的な支援が行われています。	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
（コメント）	■見守りと支援体制に配慮した児童集団編成（１クラス8～13名保育士３～5名）によるクラス運営を行っています。また必要に応じてクラス会議、職員会議、ケース会議等で支援に対しての確認と検討を行っています。支援方針の変更時は、個人懇談、家庭訪問等で話し合いが行われています。	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
（コメント）	■社会経験を広めるため園外保育を実施しています。また母親教室では、社会資源の情報を提供（一時保育、デイサービス、学童保育、進路支援等）し、こどものQOLを高めるためのプログラム等学習の機会も設けています。必要に応じてマカトン法（手の動きによるサインと発声を同時に用いるコミュニケーション技法）により自己表現できるよう支援しています。 ■あかつき・ひばり園と自主的に運営されている保護者会と協力、共同による運営協議会にてエンパワメントの確認が行われています。	
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万一に備えての取組が徹底されている。	b
（コメント）	■虐待については、運営規程に明文化しています。また体罰等については、日々のミーティングやクラス支援の中で行われていないことを確認しています。研修も行われています。身体拘束については（手のミトン、バスのベルト、食事椅子のベルト等）、やむ負えない一時的拘束にて対応し保護者の確認を取り同意書を交わしています。	

A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。		a
（コメント）	■個別支援計画は、支援の目標、方法、期間が具体的に記載され、利用者の同意を得ています。必要に応じて地域の社会資源（移動支援、ハイジ、ぴょんぴょん教室の利用）を支援計画に取り入れています。支援計画に基づく目標や方法は具体的に説明し、利用者の意向や状況も考慮してサービスの提供がされています。提供されたサービスは、生活記録表（母親との連絡帳）に毎日記載しています。目標に対しては、前期（9月）、後期（2月）の年2回まとめを行い、次期に向けての面談をしています。		
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。		―
（コメント）			
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。		―
（コメント）			
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。		b
（コメント）	■利用者の自傷他害等については、行動の特性、生活のリズム、興味、嗜好等を把握し職員会議で話し合い全職員で共有しています。自傷他害が発生した場合は、個別に対応し経過観察しながら記録しています。必要に応じては、小児神経科医師に相談して支援方法の工夫にも取り組んでいます。 ■自傷他害については職員会議等で個別に話し合われていますが、対応についての指針が定めていませんので早急に作成することが望まれます。		

	評価結果
A-2 日常生活支援	
A-2-(1) 食事	
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	b
（コメント） ■食事は、個別支援計画に留意点や支援内容が明示されています。摂食に関しては、作業療法士と共同で利用者の状態に応じて食事の形態を上げています（初期食、中期食A、中期食B、後期食、完成期食、幼児食）。また利用者の体調や身体状況により特別食、アレルギー食（除去食）にも個別に対応しています。	
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
（コメント） ■食事サービスの検討会議には、初回のみ保護者も参加しています。日々は栄養士がクラスを巡回した時に食育シートに記入してもらっています。試食会も実施しており保護者の意見は献立にも反映されています。献立は季節の食材に配慮し、ふりかけ等は添加物の入っていない手作りを用意しています。献立表は予め保護者に提供しています。献立表の裏面には献立の一部のレシピを記載しており保護者に好評です。食事は楽しく完食できるように支援しています。	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	―
（コメント）	
A-2-(2) 入浴	
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	―
（コメント）	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	―
（コメント）	
A-1-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	―
（コメント）	
A-2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b
（コメント） ■排泄介助については、個別支援計画に記載しています。日々のサービスは、生活記録表に記載し保護者に返しています。入園後は、おむつをはずして自立に向けて支援を行っています。	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c

（コメント）	■トイレ環境の点検、改善のための検討はクラス会議、拡大クラス会議等で定期的に行っています。一部プライバシーに配慮しているところもありますが、全室がプライバシーに配慮している構造にはなっていません。改装予定の計画はあります。

A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	―
（コメント）		
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	―
（コメント）		

A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	―
（コメント）		
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	―
（コメント）		

A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	―
（コメント）		

A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
（コメント）	■利用者の健康管理については、看護職員の個別ファイルや生活記録表に記載しています。小児科医は週4日在勤されており必要に応じて相談することができます。また年3回定期的に診察があり健康面の説明を受けています。さらに健康の維持・増進のために戸外遊び等を日常の保育に取り入れています。口腔ケアについては、歯科衛生士が常勤しており日常的に歯磨き・歯磨き介助・歯肉マッサージ等実施し指導を受けています。	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
（コメント）	■地域内に緊急時対応の協定書を交わしている病院があり、適切な医療が受けられる体制になっています。他に嘱託医（内科・小児神経科・眼科・耳鼻咽喉科・整形外科）を確保し定期的に診察しています。確保している医療機関とは、年度初めや宿泊保育時など適宜連絡を取っています。 ■医療的ケア・アレルギー緊急時対応・薬の指示書等の医療健康マニュアルがあります。	
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行なわれている。	a

（コメント）	■園では基本的には薬を預かっていませんが、重症心身障がい児のみくすり手帳のコピーや医療的ケア指示書、実施依頼書（主治医）、依頼（保護者）に基づいて管理し実施しています。他児については、緊急時（痙攣発作等)に医師の指示により指示書に従って実施し、保護者にも連絡しています。一人ひとりの利用者の薬に関しては、個別支援計画に記載しています。

A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	―
（コメント）		
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	―
（コメント）		
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	―
（コメント）		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	―
（コメント）		
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	―
（コメント）		
A-2-(10)-③	嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	―
（コメント）		
A-2-(11) 生活環境の整備		
A-2-(11)-①	一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	―
（コメント）		
A-2-(11)-②	心地よく生活できる環境への取組がなされている。	―
（コメント）		
A-2-(12) 日中活動支援		
A-2-(12)-①	個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	―
（コメント）		

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	あかつき園、ひばり園、第２ひばり園を利用している園児の保護者
調査対象者数	５９人
調 査 方 法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

あかつき園、ひばり園、第２ひばり園を利用している園児の保護者を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、５９名から回答がありました。

満足度の高い項目としては、

（１）●「子供のことが考えられて生活が送れるようになっている」
●「今年の支援計画は、保護者の同意のもとで作成されている」
●「総合的な満足度」
については９０％以上の方が「はい」「満足している」と回答、

（２）●「他人に知られたくない秘密を守るなど、子どものプライバシーが守られている」

●「子どもにあった給食（給食内容、食べやすい工夫、介助方法）になっている」

●「体調のことで相談したい時、わかりやすく説明してくれる」
●「園の情報を知ることができ、子どもが行事などにも参加することができている」
については８０％以上の方が「はい」と回答

（３）●「嫌な思いをしたことがない」
●「トイレは清潔で気持ちよく使え、介助が必要な時、すぐに対応してくれている」
については７０％以上の方が「はい」と回答

という結果が出ています。

＊ 別紙報告書

評価対象Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－1　理念・基本方針

Ⅰ—1—（1）　理念、基本方針が確立・周知されている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	1	Ⅰ—1—（1）—①	種類
						理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）必①～②を2個満たした上で、③～⑥を4個全て満たしている。 b）必①～②を2個満たした上で、③～⑥を4個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	必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。	
			○	○	必②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	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、継続的な取り組みを行っている。	
			○	○	⑦	【総合評価】 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・パンフレット ・事業計画書 ・保護者向けリーフレット ・機関誌「つばさだより」 ・職員会議録 ・法人設立趣意書	■理念は、パンフレットに「園の目標」として示されています。事業計画（運営方針）は、年度当初の職員会議において説明されています。 ■保護者に対しては、イラストを挿入するなど親しみやすい形で「療育計画」が平易に説明されたリーフレットが配布されています。 ■年3回園の機関誌「つばさだより」が発行されています。各年度の第一号では、各班・クラス・係の年間計画が、個々の子どもへのメッセージ風に記載されるなど、”あたたかさ”が伝わってくる編集となっています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅰ－2　経営状況の把握

Ⅰ—2—（1）　経営環境の変化等に適切に対応している。

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	2	Ⅰ—2—（1）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】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。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・事業計画書 ・療育相談記録 ・経営会議録 ・五者会議録	■福祉関係各種出版物を定期購読するなど、社会福祉事業の現状・動向の把握には、高い意識をもって努めています。経営分析は、主に法人経営会議で行われています。 ■寝屋川市の障害者福祉計画をはじめ、関連するあらゆる計画書類から、また、同市の障害児関係機関協議会（五者協議会）からも、地域のニーズ把握がなされています。 ■毎年、保護者会が各クラスから出された要望を集約し、施設に対して『要望書』が提出されますが、このことも潜在的なニーズ把握を可能にしています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	3	Ⅰ―2―（1）―②	種類
						経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・療育センター中・長期計画 ・職員会議録	■市立施設の指定管理者受託2年目、現在、最大の課題は、市職員の漸減化（法人職員への漸次的切り替え）の問題です。このことは、保護者にとって、また、職員にとっても大きな不安要素となっています。日々の療育レベルの維持や進路指導上のノウハウ等をよりよく引き継いでいくためのソフトランディングについて市との調整に粉骨しています。 ■単に幼児療育の範囲にとどまらず、児童期全般を見据えた支援の重要性を意識し、発達相談員等、実力ある専門職の確保・育成に努めています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅰ－3　事業計画の策定

Ⅰ―3―（1）　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	4	Ⅰ―3―（1）―①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
			○	○+	⑤	【総合評価】 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・療育センター中・長期計画 ・第4期寝屋川市障害者計画	■3年後の運営・管理の完全民営化に向け、数値目標や財政面も含めた具体的な内容の計画が策定されています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	5	Ⅰ―3―（1）―②	種類
						中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b+	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
			○	○-	④	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。	
			○	○-	⑤	【総合評価】 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・療育センター中長期計画 ・事業計画書（26・27年度） ・事業報告書（26年度） ・保護者向け「療育計画」	■年度の事業計画の内容は、中・長期計画に呼応したものとなっていますが、記述がやや観念的で具体性に欠ける部分も多くあります。できる限り数値目標を設定するなどして、実施状況についての評価が容易なものにしていくことが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅰ―3―（2） 事業計画が適切に策定されている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	6	Ⅰ―3―（2）―①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	○	①	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。	
			○	○-	②	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。	
			○	△	③	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。	
			○	△	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○-	⑥	【総合評価】 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。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・職員会議録 ・運営協議会記録 ・保護者会記録 ・事業報告書（26年度）	■事業計画に関しての見直しは、特に時期や手順の定めはなく、個別支援計画の見直しと関連づけて行われています。療育面だけではなく、組織・運営面での評価・見直しが必要な場合もあると考えられますので、個別支援計画のそれとは別に、当年度事業計画の評価・見直しの仕組みを設けることが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	7	Ⅰ―3―（2）―②	種類
						事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・保護者向けリーフレット「療育計画」 ・機関誌「つばさだより」 ・運営協議会記録 ・保護者会記録	■保護者に対しては、「療育計画」を平易に説明記述されたリーフレットが配布されています。また、機関誌の年度当初発行分には、各班・係・クラスの考え方などが親しみを込めたやさしい言葉で詳しく示されています。 ■保護者会役員と施設幹部職員とによる「運営協議会」や全保護者が参加する保護者会が毎月一回持たれ、事業内容についての説明がなされています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅰ－4　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

Ⅰ—4—（1）　質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	8	Ⅰ—4—（1）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○-	①	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。	
			○	○	②	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。	
				△	③	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に受審している。	
				○-	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 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。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・職員会議録 ・自己評価シート ・各種マニュアル	■職員会議では、年度前半に支援計画の項目説明や各グループからの説明がなされます。また、「総括報告」では、単なる報告に終わらず、質疑応答方式のやり取りが行われています。理解を深めることができる良い取り組みです。 ■第三者評価は今回が初めての受審ですが、自己評価の後、いくつか不足を補う作業が行われている状況が見受けられます。受審の意義を正しく理解され、施設運営や療育向上への意欲が感じ取れます。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	9	Ⅰ―4―（1）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	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。	
					②	職員間で課題の共有化が図られている。	
					③	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。	
					④	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	
					⑤	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。	
					⑥	【総合評価】 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・自己評価シート ・各種マニュアル	■第三者評価は今回が初めての受審ということで、「非該当」としますが、自己評価のあと、欠如する簡易な文書の作成や、不足を補う作業が行われている状況が見受けられ、”受審を意義あるものに”という意思の表れと評価できます。ただ、それらの作業が行われたプロセス（「自己評価から見えた課題」と「暫時的対応（措置）」といったもの）が記録に残されていないのが惜しまれます。
	＜コメント（非公表）＞

評価対象Ⅱ　組織の運営管理

Ⅱ－1　管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ—1—（1）　管理者の責任が明確にされている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	10	Ⅱ—1—（1）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b+	b+	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			△	○-	⑤	【総合評価】 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	

書類・記録の名称	
・組織運営規程 ・機関誌「つばさだより」 ・職員会議録 ・各園運営規定 ・災害時対応マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■管理者は、常々、自らの役割や責任について明瞭かつ積極的（できるだけ具体的）に表明することで、施設職員や保護者に安心感を与えていくことが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■災害時対応マニュアルの「災害種別ごとの対応手順」に、管理者への通報（報告）の文言が見受けられません。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	11	Ⅱ—1—（1）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b+	b+	○	○-	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○-	③	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。	
			○	○-	④	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。	
			△	△	⑤	【総合評価】 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・職員会議録 ・各種研修資料	■障がい児福祉に関わる法令については、市や関係諸団体とのつながりなどから、十二分に把握・学習・理解しており、職員や保護者に対しても、折に触れ必要な指導・解説がなされています。 ■施設運営に関連する法令等は、民法、労務、衛生、交通、建築、消防、環境等々、数え切れないほどあります。新たな具体的案件・事象の発生に即して、一つまた一つと学びを重ねていく方法が得策と思われます。一方で、管理者の学びが職員や保護者にも伝えられる仕組みを整えておかれることが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ―1―（2） 管理者のリーダーシップが発揮されている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	12	Ⅱ―1―（2）―①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	

書類・記録の名称	
・企画運営会議録 ・実践と研修・研究の在り方	＜コメント（公表）＞ ■週に一回、サービスの質的向上を目的とした「企画運営委員会」が持たれています。管理者はじめ幹部職員が参加し、保護者からの要望、バスの乗車時間、家庭訪問ややむを得ない拘束のことなど重要な案件が討議されています。
	＜コメント（非公表）＞ ■この項目は、管理者の意欲・取り組みを問うものなので、その面から「a」と評価しましたが、残念なことに、企画運営委員会の記録がメモ状態で整理されておらず、討議内容の詳細や話し合いの結果についても十分掌握ができません。会議の持ち方にも問題があると思われます。工夫・検討が望まれます。 ■「ホワイトボード・ミーティング」をお奨めします。時間の制限（全体・議題ごとの時間設定）、議題の事前提示、役割（ファシリテータ兼記録）、プロセス（発散⇒集約⇒活用）、ルール（意見は建設的で他者への批判・否定禁止）、記録はデジカメを活用し事後配布等々、会議の持ち方を工夫されてはいかがでしょうか。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	13	Ⅱ―1―（2）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b+	b+	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○−	③	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。	
			○	○−	④	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。	
			△	○−	⑤	【総合評価】 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・各種マニュアル ・各種資料ファイル ・各種会議録	■管理者は、これまで、企画運営会議の定例開催、開所日数増、医療収入増やノー残業デイの実施等々様々な取り組みを行ない、経営やサービスの向上について、高い関心を以て向き合っています。 ■管理者の”思い”が具体化され業務として実施されたものについて（記録やファイリングの在り方等において）有効な形で整理されていない状況が随所に見られます。そのことは、的確な評価の妨げとなり、結果的に「業務の実効性」を高めていく際の阻害要素となる恐れがあると考えます。そうした側面での工夫・検討が、早急に望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ－2　福祉人材の確保・育成

Ⅱ—2—（1）　福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	14	Ⅱ—2—（1）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	△	③	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	
			○	△	④	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。	
			○	○-	⑤	【総合評価】 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・中・長期計画 ・実践と研修・研究の在り方	■必要な福祉人材についての基本的な考えは、随所に明確に示されています。 ■人材の確保や育成に関しては、市職員の完全撤退まで3年、クラスの「核」となる職員の養成をはじめ、発達相談員、福祉相談支援員や看護師の安定的確保などの課題解決に向けて取り組んでいます。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	15	Ⅱ―2―（1）―②	種類
						総合的な人事管理が行われている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	c	c	○	○-	①	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。	
			△	△	②	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。	
			×	×	③	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。	
			△	×	④	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。	
			△	×	⑤	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。	
			×	×	⑥	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。	
			△	△	⑦	【総合評価】 総合的な人事管理を実施している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・基本計画書 ・パンフレット ・実践と研修・研究の在り方	■基本計画や研修に関する基本的な考え方などには、”職員に期待されることがら”が示されてはいますが、職員の客観的な評価ができ、育成の基準となるような「期待される職員像」は、具体的な形では明示されていません。 ■市職員には、目標管理型の評価制度が適用されていますが、法人職員には未実施です。いかなる形においても「育成」を考える際には、できる限り客観的な評価を可能にする「期待される職員像」の具体的明示は必須事項として求められることになります。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ—2—（2） 職員の就業状況に配慮がなされている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	16	Ⅱ—2—（2）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑧を8個全て満たしている。 b）①～⑧を8個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	△	①	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。	
			○	○	②	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。	
			△	○-	③	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。	
			○	○	④	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。	
			△	△	⑤	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。	
			△	△	⑥	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	
			○	○-	⑦	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。	
			△	○-	⑧	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。	
			○	○-	⑨	【総合評価】 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。	

書類・記録の名称	
・組織運営規定 ・会議種別一覧表	＜コメント（公表）＞ ■労務管理全般に関する組織上の責任体制を明示したものが見当たりません。所長の業務分掌に一元集約（見なし）といった形ではなく、たとえば、組織運営規定とは別に、取り扱う事項を具体的にした条項が盛り込まれた「経営会議要綱」といったものを整えることなどが望まれます。 ■ワークライフバランスは、いまや全国民的な重要課題です。法人・施設全体の検討テーマに掲げられることが求められます。 ■予定表に沿って、3名の幹部職員による全職員との面接が実施されていますが、定まった様式での記録が残されていません。個人情報保護への十分な配慮のうえ、労務管理上の大切な情報として、幹部間で共有することが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■所属または個人によって、時間外労働が常態化している状況があるようです。根本的な検討・対策が求められます。 ■市職員と法人職員との間に、福利厚生上の大きな差が存在しているようであれば、早期に対応していくことが求められます。

Ⅱ―2―（3） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	17	Ⅱ―2―（3）―①	種類
						職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	c	c	×	×	①	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。	
			×	△	②	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。	
			×	×	③	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。	
			×	×	④	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。	
			×	×	⑤	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。	
			×	△	⑥	【総合評価】 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞ ■この項目は、「職員一人ひとりの育成に向けた取り組みが行われているかどうか」を問うものです。下位評価項目に『目標管理』云々があるために、「×」が付き、結果的に「c」評価となってしまいます。ただ、評価の趣旨とすれば、職員教育・育成への取り組みが、個々人を意識されたものとなっているかどうかということです。 ■「期待する職員像」が観念的であることや、（資格証明書写しは集約されていますが）職員個々の研修履歴は十分に把握・整理されておらず、研修会等への派遣の基準についても明確になっていません。今後、可能な範囲で、個人履歴を整えていく努力が求められます。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	18	Ⅱ―2―（3）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○-	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○-	③	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。	
			△	△	④	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	
			△	×	⑤	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。	
			○	○-	⑥	【総合評価】 組織として職員の教育・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。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・基本方針 ・実践と研修・研究の在り方 ・組織運営規定	■研修の在り方については、「実践と研修・研究の在り方」としてまとめられています。『日々の実践例の積み重ね』こそが重要で、”日々研究！”がスローガンとなっています。 ■「研修の在り方」に関して専ら検討する仕組みがありません。独立した部署として「研究室」が設けられていますが、今のところ、そのような機能は求められていません。 ■個別の研修履歴や研鑽状況を把握しながら、実情に見合った教育・研修の効果的で具体的なプランの策定が望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■独立した部署として「研究室」が設けられていますが、「年報」作成に多くのエネルギーが注がれているようです。名に負うかぎりは、より実効的な活用が望まれます。 ■「研修の在り方」を取り扱う機関として、たとえば、実践現場に近い職員で構成する「研修委員会」を設けることなどを含めて検討されてはいかがでしょうか。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	19	Ⅱ―2―（3）―③	種類
						職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	△	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○-	④	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を推奨している。	
			○	○-	⑤	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。	
			○	○-	⑥	【総合評価】 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	

書類・記録の名称 ・事業報告書（26年度）	＜コメント（公表）＞ ■市職員の漸次的撤退（法人職員への切り替え）という状況の中で、市職員・法人職員ともに、意識してのOJT環境が形成されています。 ■研修情報の提供方法や、各研修の時期・内容を考慮した個人とのマッチング等について、適切な判断ができる仕組みづくりが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■OJT環境が、互いの焦りを含んだものになっていると聞き取っています。幹部職員による関係性への注視と配慮が望まれます。

Ⅱ—2—（4） 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	20	Ⅱ—2—（4）—①	種類
						実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	○	①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
			○	○-	②	実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	
			○	△	③	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
			○	○	④	指導者に対する研修を実施している。	
			○	○-	⑤	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。	
			○	△	⑥	【総合評価】 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・実習受け入れ要綱 ・実習プログラム	■理学療法士，作業療法士の実習については、確立したプログラムがあるため、それに即して実施されていますが、保育士に関しては、現場の日課の流れの中、都度の指示・指導によって行われていて、明確で具体性のある実習プログラムが存在しません。一コマでも「設定保育」の時間を設けることが必要です。 ■市の小学校の2年目教員の実習の場として提供されています。園児の何人かはいずれ必ず就学するので、大いに意義のある体験です。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ－3　運営の透明性の確保

Ⅱ—3—（1）　運営の透明性を確保するための取組が行われている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	21	Ⅱ—3—（1）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	c	c	△	×	①	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。	
			△	×	②	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。	
			△	△	③	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。	
			○	△	④	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努めている。	
			△	×	⑤	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。	
			△	×	⑥	【総合評価】 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	

書類・記録の名称	
・寝屋川市ホームページ ・すばる・北斗ホームページ ・機関誌「つばさだより」	＜コメント（公表）＞ ■施設独自のホームページは開設されておらず、施設紹介は、市のホームページに委ねています。そこには、理念や基本方針、事業計画などへの言及はありません。同一法人の福祉作業所ではホームページを設けていて、そのメニューには、苦情窓口、事業計画や決算報告等があります。容易に整備が可能かと思われます。早急に着手することが求められます。 ■機関誌の抜粋（簡易）版を作成するなど、可能な限り広く配布できるような工夫が望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	22	Ⅱ―3―（1）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○-	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			△	○-	⑤	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。	
			△	△	⑥	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。	
			△	○-	⑦	【総合評価】 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。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・組織運営規定 ・経理規程	■指定管理者受託法人として、定期的に市による監査が実施されています。また経理面では税理士の助言を得ています。 ■収支報告書等を公開し、透明性が高められるような方策を、早急に準備することが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ－4　地域との交流、地域貢献

Ⅱ—4—（1）　地域との関係が適切に確保されている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	23	Ⅱ—4—（1）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	△	①	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。	
			○	○-	②	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。	
			○	△	③	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。	
			○	○-	④	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。	
				△	⑤	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。	
			○	△	⑥	【総合評価】 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・組織運営規定－業務分掌表－ ・会議種別一覧表 ・事業計画書 ・事業報告書（26年度）	■パンフレットの「園の目標」の一つとして、『障がい児保育の実践を創造するなかで、地域に根づいた施設とする』との文言が見えますが、運営規定、事業計画書はじめ、業務分掌や会議一覧などには、「地域との関わり」に関係づけられる言葉は全く見つけることができません。 ■地元自治会に加入しています。　夏まつりには地域の方が多く来られます。 ■園外保育では、園のバスを使って園児たちが地域の資源に触れ、活用する機会を設けています。 ■障がい児保育の理解促進のため、26年度には、市内の公立保育所6か園との「出会い（交流）保育」が実施されています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	24	Ⅱ―4―（1）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	△	①	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。	
			○	△	②	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。	
			○	○-	③	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。	
			○	○-	④	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。	
			○	○	⑤	学校教育への協力を行っている。	
			○	○-	⑥	【総合評価】 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ボランティア受け入れについて	■基本方針や事業計画書などに、ボランティアの受け入れについての姿勢に関する記述が望まれます。 ■毎月、絵本のプレゼントや読み聞かせのボランティア（地域のロータリークラブ会員）が来園されています。また、餅つきには社会人ボランティアが、運動会には、実習を終了した学生が手伝いに来てくれます。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ—4—（2） 関係機関との連携が確保されている。

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	25	Ⅱ—4—（2）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b+	○	○	①	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。	
			○	○-	②	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。	
			○	○	③	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
			○	○	④	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。	
			○	非該当	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・福祉施設協議会綴 ・五者協記録	■市障害児関係機関協議会（五者協）、障害児者福祉施設協議会、近畿肢体不自由児連絡会・通園部会、知的障害児者福祉協会・通園分科会・・・等々において、各種団体間との情報交換、連絡調整が活発に行われています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅱ—4—（3） 地域の福祉向上のための取組を行っている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	26	Ⅱ—4—（3）—①	種類
						福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			△	△	④	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。	
			○	○+	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・事業計画書 ・パンフレット ・事業報告書（26年度） ・歯科運営委員会記録	■地域行事の際、求めがあれば、駐車スペースを提供しています。 ■療育相談、保育所への訪問支援、母親教室なども開催しています。 ■特筆すべきは、あかつき・ひばり歯科診療所をベースにした、全国に誇れる「障害児者歯科診療体制構築」モデルの実績です。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	27	Ⅱ―4―（3）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b+	○	○	①	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。	
			×	○-	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○+	⑤	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。	
			○	○	⑥	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。	
			○	○	⑦	【総合評価】 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・事業計画書（26・27年度） ・事業報告書（26年度）	■療育相談室、歯科診療所などが、地域への貢献度の高い事業です。 ■発達巡回相談事業等、制度化以前から実施している事業も数多くあります。 ■民生・児童委員との定期会議は持たれていませんが、企画運営委員会や福祉・療育相談、また、関係機関・諸団体との情報交換等のなかで、具体的な福祉ニーズの把握は十分に行われています。
	＜コメント（非公表）＞

評価対象Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－1　利用者本位の福祉サービス

Ⅲ—1—（1）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	28	Ⅲ—1—（1）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	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。	
			△	△	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	

書類・記録の名称	
・事業計画書 ・療育計画 ・園パンフレット（園の目標） ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■事業計画に利用者尊重の方針を記載しています。現在は職員の倫理綱領はなく、作成を計画している段階です。サービス提供場面で基本姿勢は活かされていますが、サービス個々のマニュアルへの明記はしていません。利用者尊重や基本的人権への配慮については、身体拘束に関する研修を行い、期間の支援状況を振り返る総括会議やケース検討会で、定期的に状況の把握・評価をしています。
	＜コメント（非公表）＞ ■職員の倫理綱領や行動規範の早期作成とサービス個々のマニュアルへの基本姿勢の明記が望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	29	Ⅲ—1—（1）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	△	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○-	③	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。	
			○	○-	④	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。	
			○	△	⑤	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。	
			○	○	⑥	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。	
			○	○	⑦	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。	
			○	○	⑧	【総合評価】 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	

書類・記録の名称	
・重要事項説明書 ・虐待防止マニュアル ・プライバシー保護マニュアル ・苦情解決運営要綱	＜コメント（公表）＞ ■プライバシー保護マニュアルの中身が個人情報保護になっています。虐待防止マニュアル等を整備し、研修を行っています。安全を優先するため、結果としてプライバシーが守られていない状況があります。サービス提供においては、規程・マニュアル等にもとづいたサービスを実施し、虐待等については、虐待防止マニュアルで対応しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■プライバシー保護と個人情報保護を区別したマニュアルの作成が望まれます。「ひよこトイレの安全確保のため仕切りを入れないなどの取り組み」がありますが、仕切り材料を工夫するなど安全とプライバシーを両立するための取り組みが望まれます。家族へのプライバシー保護に関する取り組みの周知が望まれます。

Ⅲ—1—（2） 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	30	Ⅲ—1—（2）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。	
			○	○	④	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・園パンフレット	■園の紹介を寝屋川市こども室発行の「子育てナビ」に掲載し健康増進課、保健所等の公共施設に置いています。園パンフレットを分かりやすく工夫して作成し、「子育てナビ」「園パンフレット」等の内容は、適宜見直しています。利用希望者には、個別に対応し、ニーズに応じた説明を行い、見学、体験等の希望にも対応しています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	31	Ⅲ—1—（2）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・重要事項説明書	■重要事項説明書でわかりやすく説明しています。外国の人にはローマ字を使って説明するなど、利用者の状況に配慮した説明を行っています。個別支援計画の開始や変更時には、計画書に家族の同意を得て実施しています。意思決定困難への配慮については、児童施設であり、家族との交流で利用者理解を進めています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	32	Ⅲ—1—（2）—③	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・引継ぎ資料 ・契約書	■著しい変更や不利益が生じるようなサービス内容の変更はありません。サービスの継続性に配慮し、福祉相談員を配置し、保育所や施設等の訪問支援を行い、利用終了後も相談を随時受けています。退園時懇談で、地域の福祉サービスや福祉制度の紹介をした文書を渡しています。また、家族等の了解を得て、支援計画等を相談機関へ情報提供を行い、支援が継続するように配慮しています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅲ—1—（3） 利用者満足の向上に努めている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	33	Ⅲ—1—（3）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	【総合評価】 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・個別支援計画	■支援に関する利用者満足について、個別支援計画のモニタリング及びそれに関する総括会議を年3回実施しています。また、園全体については、保護者会が保護者間で調査を実施し、それをまとめて園に要望書を提出し、園がそれについて年2回、回答しています。家庭訪問や個人懇談を実施し個別の満足度等を把握し、また、行事後にアンケートを実施し利用者満足度等を把握しています。職員が保護者会、運営協議会に出席し利用者満足度も含め把握しています。改善事例として、踏切が園の近くにあり、要望により、門扉を改善しています。また、家族支援の一環として、学校等の休みの期間に「兄弟交流」をテーマに支援する行事を行っています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅲ—1—（4） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	34	Ⅲ—1—（4）—①	種類
						苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	c	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。	
			○	○	⑤	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。	
			△	△	⑥	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。	
			○	○	⑦	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。	
			○	○	⑧	【総合評価】 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	

書類・記録の名称	
・苦情解決運営要綱 ・重要事項説明書	＜コメント（公表）＞ ■責任者、受付担当者、第三者委員（二人）を設置し、苦情解決体制を整備しています。第三者委員会議を年3回実施し事故、ヒヤリハットをはじめ療育全般にわたって検討し、改善をめざしています。社会福祉協議会の掲示物を保護者の利用する部屋の入口に掲示し、意見箱を設置しています。また、保護者会が独自にアンケートを行い、その意見をまとめて要望書として園に提出しています。保護者会の要望書、回答書を保管しています。要望書には年2回回答し、個別の苦情等には家族にフィードバックしています。苦情内容、解決結果の公表はしていません。苦情等の対応事例としては、床暖房（一部）の導入、作業療法室の増築や門扉の改善等を行っています。苦情について、保護者会との連携が上手く行われています。
	＜コメント（非公表）＞ ■サービスの質の向上を目指し、苦情内容、解決結果の公表が求められます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	35	Ⅲ―1―（4）―②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	【総合評価】 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・苦情解決運営要綱	■相談については、療育計画やつばさだよりに「ご相談下さい」と記載して周知し、また、日常的な言葉かけも行なっています。相談相手についてはクラス担任、苦情受付担当者、第三者委員など誰にでも相談できるようにしています。療育計画やつばさだよりを家族に配布し、相談室を用意して相談の対応をしています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	36	Ⅲ—1—（4）—③	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b+	○	○-	①	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。	
			○	○-	②	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	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。	
			○	○	⑦	【総合評価】 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・苦情解決運営要綱 ・就学に関しての年間の流れ	■苦情解決運営要綱に基づき迅速に対応し、要綱は年度ごとに改定しています。「就学指導・進路指導に関しての年間の流れ」にも相談・意見等の対応について記載しています。意見箱を設置し、保護者会が実施しているアンケートに基づく要望書に積極的に対応して、保護者の意見を把握しています。要望書の意見には年2回の回答を行い、個別の意見にはその都度対応しています。意見、要望を取り入れ「兄弟交流」支援等のプログラムを実施しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■苦情解決とは別に意見、要望、提案への対応マニュアルを整備し、定期的に検討し改定がなくても、検討日を記載し最新のものであることを明記することが望まれます。

Ⅲ—1—（5） 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

評価の目安（判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	37	Ⅲ—1—（5）—①	種類
						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。	必須基準【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	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。	
			○	○-	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	△	⑤	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。	
			△	△	⑥	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。	
			△	△	⑦	【総合評価】 リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	

書類・記録の名称 ・事故報告書 ・ヒヤリハット報告書 ・事故対応マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■リスクマネージャーは企画会議で選任し、マネジメントについては企画会議で議論しています。歯科針刺しと誤嚥のマニュアルやけが、嘔吐、プールの注意事項に則ってサービス提供時のリスクに対応しています。リスク事例を収集し危険防止のためフェンスを高くしています。事故防止の研修については、年1回、AED、嘔吐等のハンドリング研修（実習）を行っています。環境担当が安全確認をしています。
	＜コメント（非公表）＞ ■リスクマネジメントに特化した委員会を設置するなどのリスクへの体制整備が望まれます。より安全を確保するため各サービス提供時の注意事項等をマニュアル化することが望まれます。職員へのリスクに関する研修回数の増加が望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	38	Ⅲ—1—（5）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	c	○	△	①	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。	
			○	△	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	△	④	感染症の予防策が適切に講じられている。	
			○	△	⑤	感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	
			○	△	⑥	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。	
			○	△	⑦	【総合評価】 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	

書類・記録の名称	
・新型インフルエンザ対応の流れについて ・保険・健康」管理ガイド ・職員会議録	＜コメント（公表）＞ ■職員会議やミーティングで、その都度、感染情報に基づいて看護師より感染予防に対しての研修が実施されていますが、予防対策が適切に講じられているところまでには至っていません。ガウンテクニック（着衣が汚染される場合などの予防法）等、集団生活での感染拡大を防ぐうえでも確実に実施することが求められます。 ■感染症一覧表は保護者、職員に提示していますが、感染症の対応マニュアルが整理されておりません。マニュアルの充実や感染症物品の整備、点検のためのチエックリストの整理が求められます。
	＜コメント（非公表）＞ ■感染症が発症した場合に閉園するかどうかの判断基準、また看護職員不在時の対応も含めたマニュアルの整理が求められます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	39	Ⅲ—1—（5）—③	種類
					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。		必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	災害時の対応体制が決められている。	
			○	○	②	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。	
			△	△	③	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。	
			△	△	④	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。	
			×	×	⑤	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。	
			×	×	⑥	【総合評価】 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	

書類・記録の名称	
・避難消防訓練報告 ・災害時対応マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■災害時対応マニュアルを作成しています。平成25年度に耐震診断を実施しています。落下防止処置を実施し、充電式吸引器を配備しています。職員緊急連絡網、保護者の連絡網を作成しています。カセットコンロを配備し、米、ツナ缶、缶詰を昼の給食と夜の一食分確保して管理しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■緊急時連絡網の他に、安否確認の方法を確立し、全職員に周知することが望まれます。食料の備蓄については、最低9食分を備蓄して管理することが望まれます。毎月の避難訓練の実施の他に、消防署、警察、地域の自治会等と連携した防災訓練の実施が望まれます。

Ⅲ－2　福祉サービスの質の確保

Ⅲ—2—（1）　提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	40	Ⅲ—2—（1）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b+	○	○	①	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	
			○	○−	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	

書類・記録の名称	
・園パンフレット ・療育計画 ・重要事項説明 ・総括資料	＜コメント（公表）＞ ■業務マニュアル、園パンフレット、療育計画等に標準的な実施方法を文書化し、日課に注意事項等を記載してサービス提供をしています。総括会議、ケース検討会議、職場会議、グループ会議等で、標準的な実施方法に基づいてサービスが実施されたかを確認し、また、職員の指導や研修を実施しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■職員はプライバシー保護に注意しておられますが、標準的な実施方法に、プライバシー保護の姿勢を明示することが望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	41	Ⅲ—2—（1）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・園パンフレット ・療育計画 ・重要事項説明 ・総括資料	■検証、見直しの時期を「Ⅰ期」、「10月前期」、「年度末3月総括」としています。個別ケースカンファレンス等の結果を反映し、また、保護者の意見及び保護者会の意見書での提案や職員の意見を反映しています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅲ—2—（2） 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	42	Ⅲ—2—（2）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	○	⑥	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。	
			○	○	⑦	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。	
			○	○	⑧	【総合評価】 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞ ■サービス管理責任者を配置しています。園のアセスメント様式でアセスメントを実施しています。部門横断で専門的なアセスメントを実施し、その個別の具体的なニーズを個別支援計画に記載しています。部門横断のケース会議、保護者の意見及び同意の確認等の手順を踏んで個別支援計画を作成しています。ケース会議、総会会議等で個別支援計画にそってサービスが行われていることを確認しています。行動障がい等の支援困難ケースに積極的に対応しています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	43	Ⅲ—2—（2）—②	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	【総合評価】 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・サービス利用計画	■6か月ごとの見直し（モニタリング）を行っています。見直し等を個別支援計画の総括会議で検討し、内容を職員に周知しています。緊急変更については、ケース会議、総括会議等で検討します。総括会議で、福祉サービスを十分に提供できていない未充足なニーズ等の課題検討を行っています。
	＜コメント（非公表）＞

Ⅲ—2—（3） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	44	Ⅲ—2—（3）—①	種類
						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。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	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。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	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。	
			○	△	⑥	パソコンのネットワークシステムを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。	
			○	○	⑦	【総合評価】 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	

書類・記録の名称	
・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■日々の記録は保護者との連絡表に記録し、PDF化して保存しています。個別支援計画に関連した内容については、連絡表に記載の関連項目を抽出して整理しています。総括会議でサービス実施状況の把握、検討、記録作成等の職員指導を行っています。必要な情報は的確に届くようになっています。部門横断での定期的な会議を行っています。パソコンは導入されていますが、台数が少なく効率的な情報共有には至っていません。
	＜コメント（非公表）＞ ■効率的な情報伝達、情報共有が行えるよう、パソコン台数の増加が望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	45	Ⅲ―2―（3）―②	種類
						利用者に関する記録の管理体制が確立している。	必須基準 【共通基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑥を6個全て満たしている。 b）①～⑥を6個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	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。	
			○	○	②	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。	
			○	○	③	記録管理の責任者が設置されている。	
			○	○	④	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。	
			○	○	⑤	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	
			○	○	⑥	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。	
			○	○	⑦	【総合評価】 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・個人情報保護規程 ・情報セキュリティ事故対応手順	■個人情報保護規程により記録等の管理に対応しています。個人情報の漏えい等の対応については、寝屋川市の情報セキュリティ事故対応手順等を準用しています。記録管理の責任者は施設長です。個人情報取扱いについての職員研修を実施しています。職員は個人情報保護規程等を遵守しています。利用者の個人情報の取扱いについて家族に説明し、使用の同意書をもらっています。
	＜コメント（非公表）＞

利用者の尊重

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	46	A－1－（1）－①	種類
						コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	内容評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。	
			○	○	②	意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。	
			○	○	③	意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。（コミュニケーション機器の用意を含む。）	
			○	○	④	意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。	
			○	○	⑤	必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。	
			○	○	⑥	【総合評価】 コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・個別支援計画	■個別支援計画にコミュニケーション能力を高めるための方策、指導を策定し多職種共通認識のもと実践しています。意思伝達に制限のある利用者に対しては、写真、カード、実物提示、視線の動き、表情、マカトン法（手の動きによるサインと発声を同時に用いるコミュニケーション技法）等、園固有のコミュニケーション手法も活かして支援しています。ケース会議において多職種が連携し共有を図っています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	47	A－1－（1）－②	種類
						利用者の主体的な活動を尊重している。	内容評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。	
			○	○	②	利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。	
			○	○	③	利用者が、施設外の障がい者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。	
			○	○	④	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。	
			○	○+	⑤	自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会を持っている。	
			○	○	⑥	【総合評価】利用者の主体的な活動が尊重されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・療育計画 ・個別支援計画 ・運営協議会会議録 ・職務分担表	■保護者会（利用者を保護者と読み替えています。）とあかつき・ひばり園との運営協議会が定期的に設けられ、園全体の運営に関して協力共同で解決する機会を持っています。地域の保育園との交流保育など施設外児童と交流ができるよう側面的な支援が行われています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	48	A－1－（1）－③	種類
						利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りと支援の体制が整備されている。	内容評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）、①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。	
			○	○	②	自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。	
			○	○	③	自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	
			○	○	④	【総合評価】 見守りと支援の体制が整備されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・27年度児童集団構成表 ・療育計画 ・個別支援計画 ・クラス会議録	■見守りと支援体制に配慮した児童集団編成（1クラス8～13名保育士3～5名）によるクラス運営を行っています。また必要に応じてクラス会議、職員会議、ケース会議等で支援に対しての確認と検討を行っています。支援方針の変更時は、個人懇談、家庭訪問等で話し合いが行われています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	49	A－1－（1）－④	種類
						利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	内容評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④を4個全て満たしている。 b）①～④を4個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	社会生活力を高めるために、障がいの理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。	
			○	○	②	施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。	
			○	○	③	必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。	
			○	○	④	利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。	
			○	○	⑤	【総合評価】 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・療育計画（こどものとらえかた） ・個別支援計画 ・母親教室	■社会経験を広めるため園外保育を実施しています。また母親教室では、社会資源の情報を提供（一時保育、デイサービス、学童保育、進路支援等）し、こどものQOLを高めるためのプログラム等学習の機会も設けています。必要に応じてマカトン法（手の動きによるサインと発声を同時に用いるコミュニケーション技法）により自己表現できるよう支援しています。 ■あかつき・ひばり園と自主的に運営されている保護者会と協力、共同による運営協議会にてエンパワメントの確認が行われています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	50	A－1－（1）－⑤ 体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万一に備えての取り組みが徹底されている。	種類 推奨評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	体罰等については、具体的な例を示した上で禁止するとともに、就業規則・職務規定及びマニュアル等にも明文化している。	
			○	○	②	体罰等については、日頃からミーティングや会議等で取り上げ、行われていないことを確認している。	
			○	○	③	利用者と接する場面で体罰等が起きないよう、接し方等の研修を行っている。	
			×	×	④	万一、体罰等が行われた場合に備えて、処分規定が設けられている。	
			×	×	⑤	万一、体罰等が行われた場合、その原因を究明し、今後発生しないよう防止策を講じる仕組みが整えられている。	
			△	△	⑥	【総合評価】 体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万一に備えての取り組みが徹底されている。	

書類・記録の名称	
・運営規程 ・身体拘束チエック一覧 ・人権擁護・虐待防止マニュアル ・研修記録	＜コメント（公表）＞ ■虐待については、運営規程に明文化しています。また体罰等については、日々のミーテイングやクラス支援の中で行われていないことを確認しています。研修も行われています。身体拘束については（手のミトン、バスのベルト、食事椅子のベルト等）、やむ負えない一時的拘束にて対応し保護者の確認を取り同意書を交わしています。
	＜コメント（非公表）＞ ■身体拘束については、利用者の安全のためと一時的になされる事があります。拘束をしないでも安全であるための工夫への取り組みが望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	51	A－1－（1）－⑥ 利用者個々のサービス実施計画（個別支援計画）が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	種類 推奨評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	所定の様式により、個別支援計画は書面で示され、支援の目標・方法・期間等が具体的に記載されている。	
			○	○	②	利用者（及び必要に応じて家族等）の参加・不参加に拘わらず、個別支援計画の決定は、利用者（及び必要に応じて家族等）の同意のもとに行われている。	
			○	○	③	個別支援計画は、利用者が生活する地域の様々な福祉サービスや社会資源を活用するような内容になっている。	
			○	○	④	利用者（及び必要に応じて家族等）に、支援計画の基づくサービスの目標や方法を具体的に説明している。	
			○	○	⑤	個別支援計画に基づき提供される各種サービスは、利用者の意向や状況を考慮して提供されている。	
			○	○	⑥	提供されたサービスは、その内容、実施日時、回数、結果等が確実に記録されている。	
			○	○	⑦	必要に応じて、利用者等にサービスの記録を公表できる。	
			○	○	⑧	【総合評価】 利用者個々のサービス実施計画（個別支援計画）が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・個別支援計画 ・生活記録表	■個別支援計画は、支援の目標、方法、期間が具体的に記載され、利用者の同意を得ています。必要に応じて地域の社会資源（移動支援、ハイジ、ぴょんぴょん教室の利用）を支援計画に取り入れています。支援計画に基づく目標や方法は具体的に説明し、利用者の意向や状況も考慮してサービスの提供がされています。提供されたサービスは、生活記録表（母親との連絡帳）に毎日記載しています。目標に対しては、前期（9月）、後期（2月）の年2回まとめを行い、次期に向けての面談をしています。
	＜コメント（非公表）＞

A—1　支援の基本

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	52	A－1－（1）－⑦	種類
						利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	推奨評価基準（入所のみ）
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑩を10個全て満たしている。 b）①～⑩を10個中、4個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	地域生活移行の検討の結果が記録として残されている。	
					②	グループホーム等の見学や体験的利用ができるように情報や資料を用意したり、必要に応じて体験宿泊・自立訓練できる場所を確保している。	
					③	地域生活に関しての利用者の相談に応じたり、利用者自身の学習を支援している。	
					④	地域生活への移行支援では、できる限り利用者が主体的に生活設計するよう配慮している。	
					⑤	近隣の住民には、必要に応じて、利用者に対する理解と協力を求める機会を設けている。	
					⑥	地域生活への移行計画の策定・実施に際しては、地域の関係機関からも協力を得ている。	
					⑦	地域生活移行の可能性について検討を行っている。	
					⑧	地域生活に関する利用者の意向を、折りに触れて確かめるように努めている。	
					⑨	利用者が実際に地域生活へ移行する際には、個別移行計画を作成している。	
					⑩	策定された個別移行計画は、利用者の合意に基づいている。	
					⑪	【総合評価】 利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	53	A－1－（1）－⑧	種類
						家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	推奨評価基準（入所のみ）
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	家族との定期的な懇談の機会を設けている。	
					②	担当者や責任者が誰であるかを家族に紹介している。	
					③	利用者の普段の生活状況を定期的（年に数回程度）に家族へ伝え、意見を求め反映させる努力をしている。	
					④	家族が希望する場合は、生活や活動の様子を随時見ることができる。	
					⑤	家族向けの広報誌発行や、家族向けの講演会や学習会等を実施している。	
					⑥	面接・訪問・連絡ノート・施設だより等を介して利用者の普段の生活状況を家族へ伝えている。	
					⑦	利用者や家族からの求めに応じて、サービス提供に関する記録等の開示を行っている。	
					⑧	【総合評価】 家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	54	A－1－（1）－⑨	種類
						自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	推奨評価基準
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	日頃から利用者の行動の特性、生活リズム、興味、嗜好、対人関係などを観察し、その結果を全職員で共有するようにしている。	
			△	△	②	自傷、他害、物損などの危険な行為に対して、利用者の心身を傷つけずに対応するための指針が定められている。	
			○	○	③	自傷他害等が発生したとき、それを正確に記録している。	
			○	○	④	服薬が必要な利用者については医師と緊密に連携している。	
			○	○	⑤	行動障がいのある利用者については、観察・記録した資料を基に、誘引や刺激、人的・物的環境との因果関係を分析し、全職員の認識を統一した上で対応するようにしている。	
			○	○	⑥	個人の特性を受容する姿勢で受け止める方針を全職員で確認している。	
			○	○	⑦	関係するすべての職種の職員が連携し、必要に応じて専門医の協力も得て、新たな支援方法の修得や研究を進めるなどの工夫をしている。	
			○	○-	⑧	【総合評価】 自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	

書類・記録の名称 ・身体拘束チエック一覧 ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■利用者の自傷他害等については、行動の特性、生活のリズム、興味、嗜好等を把握し職員会議で話し合い全職員で共有しています。自傷他害が発生した場合は、個別に対応し経過観察しながら記録しています。必要に応じては、小児神経科医師に相談して支援方法の工夫にも取り組んでいます。 ■自傷他害については職員会議等で個別に話し合われていますが、対応についての指針が定めていませんので早急に作成することが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞

A—2　日常生活支援

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	55	A-2-（1）-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	種類 必須基準【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	b+	○	○	①	サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。	
			○	○-	②	食事の介助等、支援方法に関してマニュアルが用意されている。	
			○	○	③	利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	
			○	○	④	【総合評価】 サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・あかつき・ひばり園の給食について ・初期食形態一覧 ・重要事項説明書 ・個別支援計画	■食事は、個別支援計画に留意点や支援内容が明示されています。摂食に関しては、作業療法士と共同で利用者の状態に応じて食事の形態を上げています（初期食、中期食A、中期食B、後期食、完成期食、幼児食）。また利用者の体調や身体状況により特別食、アレルギー食（除去食）にも個別に対応しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■食事の介助、支援方法については、以前作成したマニュアルがありますが、文章だけでなく写真、絵等を用いた分かり易いものへの見直しが望まれます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	56	A-2-（1）-②	種類
						食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	必須基準【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	a	a	○	○	①	食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。	
			○	○	②	献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。	
			○	○	③	利用者の好みに応じて複数の調味料・香辛料が用意されている。	
			○	○	④	定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。	
			○	○	⑤	適温の食事を提供している。	
			○	○	⑥	献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。	
			○	○	⑦	食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。	
			○	○	⑧	【総合評価】 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・あかつき・ひばり園の給食について ・献立表 ・食育シート ・嗜好調査	■食事サービスの検討会議には、初回のみ保護者も参加しています。日々は栄養士がクラスを巡回した時に食育シートに記入してもらっています。試食会も実施しており保護者の意見は献立にも反映されています。献立は季節の食材に配慮し、ふりかけ等は添加物の入っていない手作りを用意しています。献立表は予め保護者に提供しています。献立表の裏面には献立の一部のレシピを記載しており保護者に好評です。食事は楽しく完食できるように支援しています。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	57	A-2-（1）-③	種類
						喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	必須基準【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～②を2個全て満たしている。 b）①～②を2個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。	
					②	食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。	
					③	【総合評価】 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

2—（2） 入浴

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	58	A－2－（2）－①	種類
						入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤を5個全て満たしている。 b）①～⑤を5個中、2個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。	
					②	安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。	
					③	入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。	
					④	入浴の介助や支援は利用者の意向を確認し、同性介助に配慮している。	
					⑤	入浴前にKY活動（危険予知活動）等が行われている。	
					⑥	【総合評価】 入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	59	A－2－（2）－②	種類
						入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～②を2個全て満たしている。 b）①～②を2個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。	
					②	入浴の時間帯や週間回数について、利用者の希望を可能な限り考慮している。	
					③	【総合評価】入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	

書類・記録の名称 ・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	60	A－2－（2）－③	種類
						浴室・脱衣場等の環境は適切である。	必須基準 【内容評価基準】
a）①～③を3個全て満たしている。 c）aに至らない状態 （この項目ではb+）及びb）評価はつけない。）	非該当	非該当			①	浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。	
					②	脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。	
					③	浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

2—3　排泄

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	61	A－2－（3）－①	種類
						排泄介助は快適に行われている。	必須基準【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦を7個全て満たしている。 b）①～⑦を7個中、3個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	b	b	○	○	①	排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。	
			△	△	②	排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。	
			△	△	③	排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。	
			○	○	④	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	
			○	○-	⑤	排泄介助は利用者の意向を確認し、同性介助に配慮している	
			○	○	⑥	おむつの使用を強要していない。	
			○	○-	⑦	排泄時のプライバシーに配慮している。	
			○	○-	⑧	【総合評価】 排泄介助は快適に行われている。	

書類・記録の名称	
・個別支援計画 ・生活記録表	＜コメント（公表）＞ ■排泄介助については、個別支援計画に記載しています。日々のサービスは、生活記録表に記載し保護者に返しています。入園後は、おむつをはずして自立に向けて支援を行っています。
	＜コメント（非公表）＞ ■プライバシーに配慮した多目的トイレはありますが、すべての部屋には準備できていませんので取り組みの工夫が望まれます。排泄に関してのマニュアルの整備が望まれます。（項目の②，③、同性介助の基準等も入れたもの）

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	62	A－2－（3）－②	種類
						トイレは清潔で快適である。	必須基準【内容評価基準】
a）必①を満たした上で、②～⑥を5つ中　3つ以上満たしている。 c）a）に至らない状態。 （この項目では、b+及びb評価はつけない。）	a	c	○	△	①	プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。	
			○	○	②	身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。	
			○	○	③	換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。	
			○	○	④	清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。	
			○	○	⑤	採光・照明等は適切である。	
			×	×	⑥	冷暖房設備がある。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・クラス会議・拡大クラス会議	■トイレ環境の点検、改善のための検討はクラス会議、拡大クラス会議等で定期的に行っています。一部プライバシーに配慮しているところもありますが、全室がプライバシーに配慮している構造にはなっていません。改装予定の計画はあります。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	63	A－2－（4）－①	種類
						利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	必須基準【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	衣類は利用者の意思で選択している。	
					②	衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	
					③	衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	
					④	【総合評価】 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	

書類・記録の名称 ・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	64	A－2－（4）－②	種類
						衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。	
					②	介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。	
					③	汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。	
					④	【総合評価】 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

２－（５） 理容・美容（整容）

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	65	A－２－（５）－①	種類
						利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援してい	必須基準 【内容評価基準】
a）b+をクリアした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③を3個全て満たしている。 b）①～③を3個中、1個以上満たしている。 c）bに至らない状態。	非該当	非該当			①	髪型や化粧（つめきり、ひげそり等）の仕方等は利用者の意思で決めている。	
					②	職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	
					③	理容・美容（整容）に関する資料や情報を用意している。	
					④	【総合評価】 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	66	A－2－（5）－②	種類
						理髪店や美容院の利用について配慮している。	必須基準【内容評価基準】
a)①～②を2個全て満たしている。 c)a に至らない状態。 （b+、bとの評価はしない。）	非該当	非該当			①	地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。	
					②	利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

２－（６） 睡眠

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	67	A－２－（６）－①	種類
						安眠できるように配慮している。	必須基準 【内容評価基準】
a)①～⑤を5個全て満たしている。 c)a に至らない状態。 （b+、bとの評価はしない。）	非該当	非該当			①	寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。	
					②	夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。	
					③	夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。	
					④	寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。	
					⑤	不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

２－（７） 健康管理

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	68	A－２－（７）－①	種類
						日常の健康管理は適切である。	必須基準【内容評価基準】
a）必①を満たした上で、②～⑦の6個中4個以上満たしている。 c）a に至らない状態。 （この項目ではb+及びb の評価はしない。）	a	a	○	○	①	利用者の健康管理票が整備されている。	
			○	○-	②	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。	
			○	○	③	医師又は看護師による健康相談を受けることができる。	
			○	○	④	医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。	
				非該	⑤	利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。	
			○	○	⑥	健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。	
			○	○+	⑦	歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・運営規程 ・重要事項説明書 ・保険 ・健康管理ガイド	■利用者の健康管理については、看護職員の個別ファイルや生活記録表に記載しています。小児科医は週4日在勤されており必要に応じて相談することができます。また年3回定期的に診察があり健康面の説明を受けています。さらに健康の維持・増進のために戸外遊び等を日常の保育に取り入れています。口腔ケアについては、歯科衛生士が常勤しており日常的に歯磨き・歯磨き介助・歯肉マッサージ等実施し指導を受けています。
	＜コメント（非公表）＞ ■健康診断・バイタルチエック・健康教育等個々には実施していますが,これらはマニュアルとして整理されていません。健康管理マニュアルとして項目毎に整備されることが期待されます。

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	69	A－2－（7）－②	種類
						必要な時、迅速かつ適切な医療が受けれれる。	必須基準【内容評価基準】
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）必①を満たした上で、②～④の3個すべてを満たしている。 b）必①を満たした上で、②～④の3個中1個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	a	a	○	○	①	医師・看護師（看護職員）等、専門職種の配置が適正である（運営基準に基づいた配置）	
			○	○	②	健康面に変調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。	
			○	○	③	地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。	
			○	○	④	確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	
			○	○	⑤	【総合評価】 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・運営規程 ・重要事項説明書 ・医療健康マニュアル	■地域内に緊急時対応の協定書を交わしている病院があり、適切な医療が受けられる体制になっています。他に嘱託医（内科・小児神経科・眼科・耳鼻咽喉科・整形外科）を確保し定期的に診察しています。確保している医療機関とは、年度初めや宿泊保育時など適宜連絡を取っています。 ■医療的ケア・アレルギー緊急時対応・薬の指示書等の医療健康マニュアルがあります。
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	70	A－2－（7）－③	種類
						内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	必須基準【内容評価基準】
a）①～④を4個中、3個以上満たしている。 c）a に至らない状態。 （この項目ではb+及びb の評価はしない。）	a	a	○	○	①	利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。	
			○	○	②	一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）について、マニュアルが用意されている。	
			○	△	③	薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。	
			○	○	④	内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。	

書類・記録の名称	
・重要事項説明書 ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■園では基本的には薬を預かっていませんが、重症心身障がい児のみくすり手帳のコピーや医療的ケア指示書、実施依頼書（主治医）、依頼（保護者）に基づいて管理し実施しています。他児については、緊急時（痙攣発作等）に医師の指示により指示書に従って実施し、保護者にも連絡しています。 一人ひとりの利用者の薬に関しては、個別支援計画に記載しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■看護職員不在時も含めた薬に関してのマニュアルの整備が期待されます。

２－（８） 余暇・レクリエーション

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	71	A－２－（８）－①	種類
						余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤の５個すべてを満たしている。 b）①～⑤の５個中２個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。	
					②	利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。	
					③	利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。	
					④	必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。	
					⑤	地域の社会資源を積極的に活用している。	
					⑥	【総合評価】 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

２－（９） 外出、外泊

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	72	A－２－（９）－①	種類
						外出は利用者の希望に応じて行われている。	必須基準 【内容評価基準】
a)b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+)①～④の４個すべてを満たしている。 b)①～⑤の４個中２個以上満たしている。 c)b に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者の代表や自治会等と話し合って、外出についてのルールを設けている。	
					②	必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。	
					③	地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。	
					④	外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	
					⑤	【総合評価】 外出は利用者の希望に応じて行われている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	73	A－2－（9）－②	種類
						外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～③の3個すべてを満たしている。 b）①～③の3個中1個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者の代表や自治会等と話し合って、利用者主体のルールを設けている。	
					②	施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。	
					③	盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。	
					④	【総合評価】 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

２－（10） 所持金・預り金の管理

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	74	A－２－（10）－①	種類
						預かり金について、適切な管理体制が作られている。	必須基準 【内容評価基準】
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑦の7個すべてを満たしている。 b）①～⑦の7個中3個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。	
					②	金銭等の自己管理ができるように配慮されている。	
					③	自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。	
					④	自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。	
					⑤	金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。	
					⑥	預かり金の収支状況を定期的に利用者（家族等）に連絡している。【独自】	
					⑦	必要な場合、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用を視野に入れている。（半年に1回以上）【独自】	
					⑧	【総合評価】 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	75	A－2－（10）－②	種類
						新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	必須基準 【内容評価基準】
a）①～③の3個中2個以上満たしている。 c）a に至らない状態。	非該当	非該当			①	新聞・雑誌を個人で購買できる。	
					②	テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。	
					③	新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	76	A－2－（10）－③	種類
						嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	必須基準【内容評価基準】
a)①～③の3個中2個以上満たしている。 c)a に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。	
					②	具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。	
					③	酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。	

書類・記録の名称	
	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

２－（11） 生活環境の整備

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	77	A－２－（11）－①	種類
					一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。		推奨評価基準
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④の４個すべてを満たしている。 b）①～④の４個中２個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者が一人になりたいときに自由に利用できる場所・設備が用意されている。	
					②	少人数でくつろげる場所（部屋やスペース等）や屋外設備等が用意されている。	
					③	居室の個室化や二人部屋化を実現している。	
					④	訪問者と面会できる部屋が用意されている。	
					⑤	【総合評価】 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

評価の目安 （判断基準は、評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	78	A－2－（11）－②	種類
					心地よく生活できる環境への取り組みがなされている。		推奨評価基準
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～④の4個すべてを満たしている。 b）①～④の4個中2個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	利用者（及び必要に応じて家族等）との話し合いを持ち、その結果を生活環境の改善に反映させている。	
					②	身の回りの生活環境（施設内の清掃や装飾、室内のベッドその他の家具や飾りつけ採光や冷暖房等）にいろいろな指摘や提案を行う機会を設けている。	
					③	利用者の携行品や身近な私物については、利用者の気持ちを理解し大切に取り扱っている。	
					④	生活環境改善のための会議が定期的に開催されている。（プライバシーの保護も含む）	
					⑤	【総合評価】 生活環境改善のための会議が定期的に開催され、利用者の意見も取り入れながら、快適な生活ができるよう配慮されている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

２－（12） 日中活動支援

評価の目安 （判断基準は、 評価基準を参照）	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	79	A-2-（12）-①	種類
					個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。		推奨評価基準
a）b+を満たした上で、総合評価も満たしている。 b+）①～⑤の5個すべてを満たしている。 b）①～④の5個中2個以上満たしている。 c）b に至らない状態。	非該当	非該当			①	活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている。	
					②	利用者が活動しやすい環境を整えている。	
					③	利用者ひとりひとりのニーズを引き出し、その人らしさが発揮できるように工夫している。	
					④	外部の日中活動が利用できるよう情報提供を行なっている。	
					⑤	本人が希望すれば外部の日中活動ができるよう利用支援を行なっている。	
					⑥	【総合評価】 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	

書類・記録の名称	＜コメント（公表）＞
	＜コメント（非公表）＞

その他、特色ある取り組み（a～ｃの評価はありません）

家族支援 「きょうだいのつどい」
年に一回実施されている「きょうだいのつどい」は子どもの発達支援に大きな影響を持つ家族を支援するプログラムとして非常に有効な取り組みです。平成20年　保護者会が開催した「きょうだい支援」の講演会後、園でも「きょうだい支援」の取り組みをして欲しいと要望がだされました。その要望に対して、「子どもにとって家族は育ちの基礎であり、子どもの発達支援とともに、家族を含めたトータルな支援を行っていくことが必要である。」という園の基本的な考えの基、家族支援の一環として「きょうだい支援」を平成21年度より実施しています。「いつも一人で留守番になり、我慢させられることが多いので、弟と一緒に楽しい体験ができることは、本人にとっても家族にとっても貴重な体験でした。」「家では弟を赤ちゃん扱いしていたのに、園でしっかりやっている姿を見て見直しました。きょうだいのつどいに参加後は対等の関わりをするようになりました。」という感想にみられるように、きょうだいの視点がいい方向にかわり、家族関係を良くする効果的なプログラムになっています。具体的な取り組みとしては、小学生を対象に年1回、冬休みに開催し、午前中はきょうだいが所属するクラスの保育に参加します。園の給食を試食後、午後からきょうだい交流でゲームとプラ板作成をします。午後からのきょうだい交流の時間と並行して保護者同志の交流の場も設定しています。

障がい児歯科診療
昭和56年寝屋川市歯科医師会の全面的協力を得て障がい児歯科診療を開設しています。単に歯科診療や口腔管理だけでなく、発達保障にかかわる療育活動の一環として保護者と協力,共同して虫歯予防に努め、障がい乳幼児に適切な歯科診療の機会を提供しています。毎週木曜日の午後歯科医師2名、歯科衛生士4名、看護師1名、介護者（保育士、児童指導員）、事務員1名の職員で行っています。年間延べ330名一診療日当たり8～10名です。障がい児歯科診療の成果として、①口腔機能の改善、②園児が治療を受ける力を獲得する。③障がい児歯科診療の経験医師の増加、④障がい児地域歯科医療への組織的取り組みと歯科医療ネットワークの形成、⑤治療困難ケースの実践的検討、⑥成人障がい者歯科診療の成立の貢献等があげられます。また寝屋川市における全ライフステージを貫く障がい児・者地域歯科診療の構築へと繋げています。

療育相談事業　ー寝屋川市立あかつき・ひばり療育相談室ー
昭和56年に障がい者の「完全参加と平等」を唱える国際障がい年にその記念行事の一環として寝屋川市内の障がい乳幼児やさまざまな「つまずき」や「弱さ」を持つこども達の「相談、指導の場」として設置されました。基本的な活動として、①外来相談、②公立保育所、公立幼稚園発達巡回相談、③その他退園児保護者の「母親教室」等保護者支援を行っています。成果として、①公立保育所と連携して「寝屋川市の障がい児保育の創造」に尽力した。②保育所の障がい児受け入れが増大した。③保育所職員、保護者も安心して保育所を利用可能にした。④療育センター職員がリーダー的役割を担った。⑤発達巡回相談（平成4年）の実施は、全国に先駆けて「教育と福祉」の制度連携を実現した。以上寝屋川市唯一の障がい児専門施設として障がい児保育発展の原動力となり今日に至っています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員
・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員
・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2 人部屋、3 人部屋、4 人部屋　等
設備等	●保育室（0 才児、1 才児、2 才児、3 才児、4 才児、5 才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂　等