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（福祉型・医療型）	
代　表　者　氏　名	村井　賢一（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	
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	072　－ 824　－ 1768	
ホームページアドレス	http://www.akatsuki-hibari.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　69　名	非正規　41　名
専　門　職　員　※	●正規職員 保育士１７名、児童指導員２５名、看護師５名 歯科衛生士１名、理学療法士５名 作業療法士２名、言語聴覚士２名、栄養士２名 調理師２名 ●非正規職員 医師７名、歯科医師２７名、歯科衛生士３名 理学療法士１名、作業療法士２名 精神保健福祉士１名	
	［居室］　なし	

施設・設備の概要※	［設備等］ 保育室１１、遊戯室2、機能訓練室１ 作業療法室１、　言語訓練室２、温水プール1 屋外プール1、多目的室１、相談室1、調理室１ 保護者控室1、保健室１、歯科診療所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	1　回
前回の受審時期	平成　28　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】

『園の目標』

■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、障がい児と保護者、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９種類の専門職員６１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、日常的な他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子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。障がい児・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
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年３月５日 ～ 平成30年５月22日
評価決定年月日	平成30年５月22日

評価調査者（役割）	1001C024 （運営管理委員） 1201B024 （専門職委員） 1101B004 （専門職委員）

【総評】

◆評価機関総合コメント

寝屋川市立あかつき園 ・ひばり園・第２ひばり園は、昭和48年5月1日に市内で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ました。市の指定管理者として、社会福祉法人「療育・自立センター」が平成２６年４月より運営を引き継いでいます。園はJR学研都市線の星田駅から徒歩約12分のところに位置し、周辺には公園や支援学校、医療機関があり、田畑が残る静かな地域となっています。

総定員１２０名の福祉型及び医療型の児童発達支援センターの他に、保育所等訪問支援事業、障がい児相談支援事業を実施しています。子どもの発達を豊かに支援するために、保育士、児童指導員、「発達相談員・福祉相談員（この２つは園が独自に設置・任命している職種）」、看護師、精神保健福祉士、歯科衛生士、栄養士、調理師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師等の専門職員を配置し、総合的な療育保障に努めています。

事業所では通園はもとより、子育て教室の開催、幼稚園・保育所への巡回相談、外来相談や在宅への訪問支援等にも積極的に取り組んでいます。また、市の関係各課、幼稚園・保育所や教育関係、支援学校、児童相談所、保健所等で構成する協議会等や各種の障がい者団体等ともネットワークを持ち、寝屋川市の療育システムにおける中心的な役割を担っています。

◆特に評価の高い点

■障がい児歯科への取り組み
　常勤の歯科衛生士が配置されており、日常的に虫歯予防や口腔ケアを実施しています。また、毎週木曜日の午後には医師による診察・治療が行われています。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、園・保護者・医師が協力・共同して取り組んでいます。医師は歯科医師会から順次派遣される仕組みとなっており、ここで障がい児の診療を経験することができます。そして子どもも卒園後、慣れ親しんだ医師を選んで受診できるなど、地域の障がい児・者のための歯科診療の発展・充実に大きく寄与しています。

■退園児へのアフターフォロー
　福祉相談員が、退園後も必要な場合には相談に対応しています。また、作業療法士によるリハビリテーションや、幼稚園・保育所への移行後には巡回支援等も実施しています。

■福祉サービスの質の向上に向けたＰＤＣＡサイクル
　園児一人ひとりに関する計画の策定から実施、中間期・年度末での総括会議での評価と見直し、そして次の計画への反映というプロセスにもとづいて取り組んでいます。また、前回の第三者評価や、その後に改めて実施した自己評価の結果を踏まえた改善活動も計画的・組織的に行っています。

■保護者とのコミュニケーション
　事業所と保護者の代表が園の運営や活動について協議し、ともに取り組むための運営協議会が毎月開催されています。ここでは年２回、保護者会が独自に意見をまとめて提出した要望書の回答・意見交換も行われています。また、会報誌（つばさだより）を園と保護者で共同制作するなど、両者の円滑な関係作りに努めています。

◆改善を求められる点

■排泄介助に関するプライバシー保護
　設備の更新により多目的トイレや一般トイレの一部は、仕切板、カーテン等によりプライバシーに配慮した構造となっていますが、全室までには至っていません。また、トイレ以外での排泄介助のあり方についても再検討が望まれます。

■利用者の記録の保管
　記録管理については、保管場所の施錠や鍵の使用ルール等に不十分なところが一部見られます。改めて検討と徹底が望まれます。

◆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。			
No	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。	a
		（コメント）	■理念や基本方針は、法人設立趣意書や中長期計画等に明示されています。パンフレットには、園の目標が掲げられており、外部に示すと同時に、職員が自らの役割を理解できるものとなっています。 ■職員への理念や基本方針の周知は、年度初めの職員会議で行うとともに、都度機会あるごとに会議等を通じて実施しています。また、新任者には採用時の研修で説明しています。

			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。			
No	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）	■社会福祉事業の動向は、各種研修会への参加や福祉関係の新聞の定期購読等によって把握しています。 ■市の障がい福祉計画をはじめ各種の計画策定に参画し、全体動向や個々の状況を把握しています。市内の関係機関による協議会が定期的に開催され、それぞれの事業所からの情報をもとに障がい児に関するニーズの把握、分析をしています。 ■公認会計士が出席する経営改善会議では、外部・内部環境の変化を掴みながら課題の分析、検討を行っています。
No	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）	■中長期計画は第１期・第２期と時期を区切って策定されており、各々について経営課題を明確化し、人員計画や療育計画など具体的な内容が示されています。 ■理事会、経営改善会議、企画運営会議、職員会議等、各々会議体が持つ組織運営上の位置づけに応じて、状況の確認、課題の共有化、計画の作成・見直し、改善に向けた話し合い、内容の周知等を実施し、具体的な取り組みを進めています。

				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。			
No	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）	■平成２６年度に指定管理者として寝屋川市より運営を受け継ぎ、３０年度までの５年間で市の職員を法人採用職員に入れ替えることになっています。市の派遣職員の引き上げに向けて、中長期計画には今後の経営方針や改善課題が具体的に記載されており、人材計画や療育計画は数値目標も入ったものとなっています。 ■中長期計画の第１期は上記の５年間における円滑な移行を、そして第２期はそれを踏まえた療育水準・ネットワークのさらなる向上を目指しています。それぞれの期について、目的達成に向けた内容の見直しを行っています。 ■５か年の財源（収入）に関する計画は策定していますが、支出については不十分な取り扱いとなっています。その８～９割が人件費と想定していますが、それも含めた収支計画の明確化が望まれます。	
No	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）	■中長期計画には各年度の課題が示されており、それを受けて単年度計画では、事業方針とともに職員確保や療育内容等を具体的に記載しています。目標数値も盛り込まれたものとなっており、年度末の評価が行いやすい内容となっています。	
	Ⅰ-３-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
No	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、理事会で決定しています。その中の各部署の計画は担当者が検討・作成したものを、職員会議で確認、修正を行い、理事会に諮っています。 ■事業計画書は、年度初めの職員会議で予算書とともに全員に配布し、説明を行っています。実施状況の把握・評価・見直しは、中間期と年度末に実施しています。 ■理事会においても、中間期における評価にもとづいて後半に向けた計画の変更を行っています。理事会の結果は、企画運営会議を経て各部署の職員へ周知を図っています。年度末の評価による課題は、次年度計画に反映しています。	
No	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）	■保護者への事業計画や療育計画の説明は、保護者会等で行い周知を図っています。また、それらの場へ参加できない保護者には、「つばさだより」（保護者向けの園の会報誌）で伝えています。 ■資料は保護者向けに作成されているものもありますが、通常の説明では理解しづらい方にも配慮する等さらなる工夫が望まれます。	

				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。			
No	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）	■福祉サービスの質の向上に向けて、計画策定から実施、中間期・年度末での評価と見直し、そして次の計画への反映というプロセスにもとづいて取り組んでいます。サービスの実施状況は各班で評価したのち、職員会議で検討を行うなど、全員で確認・チェックする仕組みとなっています。 ■第三者評価の受審は今回で２回目ですが、前回の評価結果から改善に取り組み、また、その後に自己評価を改めて実施するなど、組織的、継続的な対応が行われています。	
No	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）	■第三者評価や自己評価の結果は、職員会議で報告し、全員で共有しています。 ■前回の第三者評価結果を検討し、改善を図ったことが、今回の受審につながっています。自己評価により明らかになった課題も企画運営会議を中心に検討し、職員も参加して改善計画を立てながら、順次、取り組んでいます。	

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。			
No	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。	b
		（コメント）	■組織運営規程に管理者の役割を定めています。また、各種会議や「つばさだより」の職員への配布をとおして、管理者としての方針や取り組みを表明し理解を図っています。 ■災害時について、マニュアルに管理者の役割と責任を記載し、不在時の下位の役職者への権限移譲を明確化しています。	
No	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。	a
		（コメント）	■管理者は全国や大阪府内で行われる各種の研修会等に参加し、法令の理解や改正等の動きの把握に努めています。受講した研修等の内容を踏まえて、諸規程やルールの見直しを実施するとともに、現場へのさらなる注意喚起を掲示や職員会議をとおして行っています。	

	Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
No	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。	a
		（コメント）	■週１回、役職者が集まる企画運営会議には管理者が必ず出席しています。現場職員とともにサービスの実施状況や保護者からの要望を確認し検討・改善を行なう等、管理者が中心となった事業所全体での取り組みを進めています。 ■研修は年度初めに計画を立て、職員が参加しています。また、受講した履歴の把握等、教育体制の充実を図っています。 ■管理者は、当園が市内唯一の児童療育専門施設であることを強く意識し、サービスの質の向上に向け指導力の発揮に努めています。	
No	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。	b
		（コメント）	■管理者は職員会議・企画運営会議の他、課題別の会議を設定し体制を整備するとともに、自らも参画することで、経営の改善や業務の実効性の向上を図っています。 ■月１回の経営改善会議には公認会計士も出席して経営状況の把握や改善について検討しています。また、毎週開催の企画運営会議では、日常の課題とともに、業務が進めやすい人事配置等さまざまなテーマについて話し合い、具体的な活動につなげています。そして、経営改善会議・企画運営会議で決まった事柄は、毎月の職員会議で全員に伝え意識形成を図る等、組織の円滑な運営管理に向け指導力の発揮に取り組んでいます。	

				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。			
No	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。	a
		（コメント）	■中長期計画の中に人材確保・育成計画を記載しており、５か年についての考え方や職員体制（職種・人数）を明記しています。 ■法令で定められた人員数を超える看護師や、法人独自の職種である発達相談員・福祉相談員が配置されています。また、福祉事業全般が人材確保難となっている中で、効果的な採用活動により必要な職員が確保されています。 ■ＯＪＴや年間研修計画にもとづいて職員の教育を実施し、人材の育成に努めています。	
No	15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b

			■期待される職員像は、「実践と研修・研究の在り方」やパンフレットの園の目標などに文章化されています。 ■人事基準の基本的な事項は給与規程に定めていますが、不十分との認識を持っており、現在検討中の人事考課制度で取り上げていくことになっています。そのため、職員評価についても、一人ひとりの年間目標の設定と管理職による個別面接等の仕組みはありますが、人事基準にもとづくものにはなっていません。
		（コメント）	■職員処遇は他の同種の事業所との比較・検討を行いながら、改善に向け取り組んでいます。 ■個別面接によって把握した職員の意向や意見については、内容を検討した上で可能なものは実現に努めています。 ■職員の能力開発を進めていますが、加えて、自らの将来像を描くことのできるキャリアパスのような仕組みづくりが望まれます。

	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
No	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組んでいる。	a
		（コメント）	■職員の就業状況等の把握は、複数の管理職が役割分担し責任をもって行う体制が作られています。ノー残業デイの実施など、職員の提案・希望にもとづいた改善を行っています。 ■管理職との個別面接は、本人の希望によっていつでも実施が可能で、また同時に、就業状況に関する職員の意向を把握する場ともなっています。 ■市の互助会への加入、健康診断・ストレスチェックの実施と希望者への医師の指導、誕生日休暇や家族支援休暇など、福利厚生に幅広く取り組んでおり、働きやすい職場づくりを進めています。	
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
No	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。	b
		（コメント）	■個別研修計画において職員一人ひとりの目標を設定し、進捗や達成度を確認する管理職との面接が中間期・年度末に行なわれています。しかし、その際、目標期限はあるものの目標項目や目標水準などが不明確となっているため、状況の把握が不十分となっています。書式等を整備・活用することで、それらを明確化していくことが望まれます。	
No	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。	b
		（コメント）	■期待する職員像は、「実践と研修・研究の在り方」やパンフレットなどに明示しています。また、中長期計画には必要な専門職種を記載しています。 ■年度の研修計画は「日々の実践の振り返りと実践力量向上」「新入職員研修」「職場内相互研修」「講義研修」「派遣研修」等として明記され、実施しています。 ■計画は年度末に評価を行い次年度に反映していますが、カリキュラム等の内容の見直しについては不十分な状況です。	
No	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）	■取得資格や研修履歴を整備し、一人ひとりの状況を把握しています。 ■新任者には市の派遣職員によるOJTを実施し、その後は本人の経験や能力に応じて専門的な教育を行っています。 ■内部研修にて、階層別、職種別、テーマ別に具体的な計画が立てられています。また、外部研修についても、２か月にわたる長期の講座に職場の体制を整備して参加するなど、積極的に職員を派遣しています。	
	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。			
No	20	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）	■保育士については数か所の学校から年間を通して実習生を受け入れています。その特性に配慮したプログラムも用意していますが、より適切な内容に向けてさらなる検討を進めています。学校の教員による巡回指導にも対応し、実習生への連絡も学校を通して行うなど、連携しながら取り組んでいます。 ■市の２年目の教員やリハビリテーションの訓練士、歯科衛生士など幅広く受け入れをしています。

			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。			
No 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。	b
	（コメント）	■地域に向けて広報紙等の配布は行なっていませんが、ホームページにおいて、法人・事業所の理念や基本方針をはじめ、サービスと各種事業の内容、事業計画・報告、予算・決算、苦情や第三者評価受審結果等の情報を公開しています。	
No 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）	■取引のルールや職務権限などは組織運営規程、経理規程等に定められており、常時閲覧可能な状態にあります。 ■日常の事務的な事柄については会計事務所に相談ができる体制にあり、また、月々に開かれる経営改善会議では、公認会計士から助言や指導を受けています。	

			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。			
No 23	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）	■定款に、地域社会への貢献としての福祉サービス提供について明示しています。 ■「つばさだより」で保護者に地域の情報を提供していますが、近隣の行事や活動に関しては餅つき大会に職員が参加する程度で、積極的な取り組みはしていません。 ■一方で、園の行事には多くの地元住民が参加しています。また、園外保育では公園等の地域の社会資源を活用し、給食に近隣で獲れた米を使用するなど、日々の活動においては地域との関わりを意識したものとなっています。	
No 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。	a
	（コメント）	■ボランティア受け入れ要綱が整えられています。 ■毎週絵本の読み聞かせのボランティアが来園しています。また、夏まつり、餅つき、クリスマス会等の行事にも、社会人のボランティアグループや当園で実習を終えた学生など、数々の受け入れを行っています。最近では、塗装業者組合からの技術提供があって、設備の改善に大きな役割を果たしています。 ■私立高校の福祉ボランティア科や中学校からの体験実習も受け入れています。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
No 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。	a

（コメント）	■市の関係各課、幼稚園・保育所や教育関係、支援学校、児童相談所、保健所等で構成する「市障害児関係機関協議会」と「市障害児者福祉施設協議会」は毎月会合を持ち、情報交換が図られています。また、「近畿肢体不自由児療育施設連絡協議会」や「知的障害児者福祉協会」など各種団体とも連絡調整が行われており、これらの動きについては、職員会議で情報を提供し共有しています。

	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
No	26	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）	■療育相談室で相談支援の実施、保育所・幼稚園への巡回訪問、子育て教室の開催、母子外来の受け入れ、在宅の重症心身障がい児への訪問などが行われています。 ■通りを挟んで向かいにある同一法人の自立センターが福祉避難所に指定されています。	
No	27	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）	■定期的な開催には至っていませんが、民生・児童委員の見学・来園時には懇談がもたれ、情報交換や園からの要望も出しています。 ■附設された歯科診療所を拠点に、市歯科医師会の全面的な協力のもと、先進的な障がい児者の歯科診療体制が築かれています。 ■外来や巡回での相談対応、家庭訪問、子育て教室や卒園児へのリハビリテーションなど、地域の福祉ニーズに応えるべく、制度外の事業を独自に実施しています。	

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。			
No	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）	■利用者尊重のサービスの実施については、理念・基本方針はもとより事業計画書や療育計画、また、職員倫理綱領にも明示しています。 ■利用者尊重や基本的人権への配慮に関しては、総括会議やケースカンファレンスで状況の把握、確認、評価が行われています。	
No	29	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）	■プライバシー保護の概念が、個人情報の保護に偏っていた従前の認識から脱して、支援上の権利擁護を重視するものという捉え方に変化し、ハード面での改善・工夫やエアコン設置による快適な環境づくりに努めています。しかし、トイレについては未だ取り組みの途上であり、もう一歩の改善が望まれます。 ■対象が幼児ということから、権利擁護やプライバシーという面での保護者の関心はさほど高くないことが想定されますが、園での取り組みの周知等により、漸次的な意識づけが望まれます。	
	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。			
No	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）	■ホームページや園のパンフレットとともに、市が制度や社会資源の紹介のために作成している冊子（「子育てナビ」）の中でも情報提供がなされています。 ■利用希望者の来園時には市の職員が同伴し、園の福祉相談員が見学等に対応しています。

No	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）	■保護者には外国人もいて説明文をローマ字にしたり、個別支援計画を全文ひらがな表記にする等、わかりやすいように工夫した資料を用意し、個別に説明の場を設けるなどの配慮を行っています。また、制度や他の事業所の利用の際には付き添い等をしています。	
No	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。	a
		（コメント）	■退園時の懇談では今後にかかわる制度等を説明した文書を渡し、他事業所等の利用にあたって必要があれば、保護者の同意を得たうえで子どもの情報を提供しています。 ■福祉相談員が、サービス終了（退園）後も、必要に応じ、相談に応じています。 ■卒園して幼稚園や保育所に移ってから後は、巡回支援等の事業によるフォローも行っています。	
	Ⅲ-１-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
No	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。	a
		（コメント）	■保護者会が独自に意見を聞いたものをまとめて、年に２回事業所へ要望書として提出し、運営協議会で回答・意見交換が行われています。これまでハード面の改善や送迎バスの見直し等さまざまな改善につながっています。 ■一方、園としては、個人懇談・家庭訪問や行事実施後のアンケート等をとおして、満足度の把握に努めています。 ■要望書やアンケート等の結果は、グループ長以上の職責者で構成する企画運営会議で分析・検討しています。	
	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。			
No	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）	■苦情解決の体制が確立され、苦情内容や結果の公表もホームページ上で行われています。 ■第三者委員会を年に３回開催し、苦情のみならず、ヒヤリハット他のサービス全般にわたって検証を実施しています。	
No	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）	■保護者会の部屋があり、その前に意見箱が置かれています。 ■保護者に配布している療育計画や「つばさだより」でも、「ご相談下さい」と呼びかけています。相談への対応にあたっては、クラス担任はもとより、福祉相談員、苦情受付担当者、第三者委員など、複数の相手を広く用意しています。管理者も、日頃から声掛けに努め、話しやすい雰囲気づくりを心がけています。	
No	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。	b

	（コメント）	■保護者会からの要望書は企画運営会議で検討され、保護者役員との協議の場で回答されています。この取り組みからサービスの改善に結びついた事例は多くあります。 ■明らかな苦情や就学・進路相談などに対してのマニュアル等はありますが、連絡票での記載など日常的な意見や要望を受けた際の対応の仕方等を明示したものがありません。手順書の作成等による仕組みの標準化・明確化が望まれます。

	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。			
No	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の担当者を置き、事故やヒヤリハットの分析は企画運営会議で行われています。 ■環境・教材委員による、定期的な危険個所の見回りや遊具のチェックなどがなされています。 ■救急法の講習を受講して認定を受けた者によって、職員や保護者に向けた勉強会を開催しています。また、小グループでの実技を伴ったAEDの講習会も定期的に実施しています。 ■登下園途上のバスでの安全対策として、非常口の利用に関する訓練をしています。	
No	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の責任と役割を明確にし、予防策については、前回の第三者評価で指摘された事項（マニュアルの整備や勉強会の開催等）への対応が適切に行われています。発生時には職員会議等にて速やかに周知し、利用者の安全確保に取り組んでいます。流行する時期に応じてその都度、対象となる感染症に関する研修を実施し、職員への周知を図っています。	
No	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。	b
		（コメント）	■立地条件から懸念される甚大な災害は地震に絞られます。それを想定した訓練が行われ、建物の耐震診断も実施済みです。 ■通りを挟んで向かいの同一法人の自立センターが福祉避難所に指定され、災害用の備蓄品はそこに用意されています。 ■重症心身障がい児も在籍しており、充電式の吸引器やカセット式の発電機も備えています。 ■電子メールによる連絡システムを採用しています。 ■消防署の協力を得る等により、近隣自治会などと合同での訓練の実施が望まれます。	

	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。			
No	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。	a
		（コメント）	■標準的な実施方法は、療育計画、療育の進め方、療育支援マニュアルとして文書化されています。 ■支援マニュアル等に沿ったサービスが提供されているかどうかについての確認・検証は、主として総括会議で行われますが、ケースカンファレンスや職場会議、グループ会議でも、日常的に点検をしています。	
No	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。	a

（コメント）	■年に３回（前期・中間期・年度末）の個別支援計画のモニタリングをはじめ、グループ会議やケースカンファレンス、保護者の要望等のなかで、標準的実施方法の見直しの必要があれば総括会議で集約し、企画運営会議に諮ります。

	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。			
No	42	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）	■相談支援専門員がサービス管理責任者となっています。部門を横断した関係職員による専門的なアセスメントを実施し、また、さまざまな職種による合議、保護者の意見の聴取と同意の手順を踏んで、具体的なニーズを記載した個別支援計画を作成しています。ケースカンファレンス、総括会議等でその計画に沿ってサービスが行われているかどうかを確認しています。支援困難ケースについても積極的にサービスの提供をしています。	
No	43	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か月ごとにモニタリングを行っています。変更したサービスの内容は総括会議で確認し職員に周知を図っています。またその際には、福祉サービスが十分に提供できていない内容や課題についても話し合って、質の向上に取り組んでいます。緊急に変更する場合には、その都度ケースカンファレンス等にて協議し対応しています。	
	Ⅲ-２-(３) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
No	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）	■日々の状況は、保護者との連絡票に記録しＰＤＦ化し保存しています。連絡票に記載している事柄の中から、個別支援計画に関連した内容を選び出し、ケース記録に書き込んで整理しています。 ■関係職員による部門を横断した定期的会議とパソコンネットワークにより情報の共有に取り組んでいます。なお２８年度、２９年度には端末を増設しています。 ■総括会議にてサービス実施状況を把握、検討するとともに、記録作成等に関する職員指導を行っています。	
No	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。	b
		（コメント）	■個人情報保護規程により利用者の記録等の扱いについて定めています。個人情報の漏えい等に関する対応は、情報セキュリティ事故対応手順に規定されています。記録管理の責任者は、園長です。 ■職員に対し教育や研修が行われていますが、記録の保管場所の施錠や鍵の使用ルールなど管理のあり方について一部に不十分なところが見られます。改めて検討と徹底が望まれます。 ■利用者の個人情報の取り扱いについては、家族に説明を行い使用時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			
No 46	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具体的な支援方法を記載し、多職種での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、カード、写真、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）等により支援しています。必要に応じて、外国人等にはローマ字で説明するなどの工夫をしています。	
No 47	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）	■地域の保育園との交流保育では事業所外の児童と交流できるように側面的な支援を行っています。保護者会とあかつき・ひばり園との運営協議会が定期的に開催され、協力・共同して課題解決に努めています。	
No 48	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）	■見守りと支援が円滑に行えるように、１クラスは児童１２～１３名に対して職員４～５名の体制となっています。必要に応じて、クラス会議、職員会議、ケースカンファレンス等で支援内容に対しての検討と確認を行っています。方針を変更する際には、懇談や家庭訪問等で保護者と話し合いをしています。	
No 49	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）	■社会経験のための園外保育を実施しています。子育て教室では、外部の社会資源（一時保育、放課後等デイサービス、学童保育）の紹介や進路支援等についての情報を提供しています。子どものＱＯＬを高めるためのプログラム等学習の機会を設けています。必要に応じてマカトン法により自己表現できるよう支援しています。	
No 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、万一に備えての取組が徹底されている。	a
	（コメント）	■虐待防止に向けて運営規程、就業規則、療育支援マニュアル等が整備され、処分についても明文化しています。日々の関わりにおいて職員間で体罰等が行われていないことをお互いに確認しています。また、ヒヤリハット報告書の分類に「虐待等の恐れ」の項目を設けて、日常的な意識づけに努めています。 ■やむをえず身体拘束を行う場合は、切迫性、非代替性、一時性をもとに企画運営会議で検討し決定しています。その際には、必要となる状況、態様、時間等について保護者に説明し、同意を得たうえで実施し記録に残しています。	

No 51	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、目標、方法、期間を具体的に記載し保護者の同意を得ています。その中には必要に応じて、放課後等デイサービス、「ぴょんぴょん教室（社会福祉法人大阪府肢体不自由者協会が実施）」、移動支援等の地域の社会資源も取り入れています。提供するサービスは保護者の意向等も考慮したものとなっており、結果は日々の生活記録表に記載しています。 ■目標については、前期（９月）、後期（２月）にまとめを行い、次期に向けて保護者と面談し見直しをしています。	
No 52	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 53	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 54	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。	a
	（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、嗜好等を職員会議で確認して全員が共有しています。「自傷他害を問題行動とはとらえず、成長発達過程での要求」との考え方のもと、「クールダウン、１：１対応、集団からはずす」などの対応にて経過観察し、結果を記録しています。 ■療育支援マニュアルに自傷他害へ対応するための指針を明文化しています。	

			評価結果
A-2 日常生活支援			
A-2-(1) 食事			
No 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。	a
	（コメント）	■個別支援計画に食事サービスの提供内容や留意点を明示しています。食事の形態については、保育士等と言語聴覚士が話し合い、利用者の状態に応じて段階の進行を図っています（初期食、中期食、後期食、完成期食）。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。 ■療育支援マニュアルに、写真、絵等を用いた食事に関する支援方法がわかりやすく記載されています。	
No 56	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。	b
	（コメント）	■食事サービスの検討会議には、入園後の初回のみ保護者が参加しています。献立は、地域や季節の食材を使用するなどの配慮をしていますが、盛り付けや彩りについてはさらなる工夫が望まれます。保護者の試食会を実施し、その意見を献立に反映しています。献立表は予め保護者に提供しており、裏面に記載しているレシピは好評です。 ■適温での食事提供のための現状の取り組みについては、安全性への配慮を行うとともに、さらなる徹底に向けて検討が望まれます。	

No	57	A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
	A-2-(2) 入浴			
No	58	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。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No	59	A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No	60	A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
	A-2-(3) 排泄			
No	61	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、個別支援計画に取り入れて実施しています。療育支援マニュアルには、安全面やプライバシー保護に関して具体的に記載しています（便意・尿意・失禁への対応や年齢に応じた支援内容等）。 ■トイレ以外の場所（保育室他）で排泄する場合のプライバシーへの配慮について、再検討が望まれます。	
No	62	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、拡大クラス会議で定期的に行っています。 ■仕切り版・カーテン等により、プライバシーに配慮したトイレの構造となるよう設備更新を順次行っています。しかし未だ対応できていない箇所が残っており、速やかな実施が望まれます。	
	A-2-(4) 衣服			
No	63	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。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No	64	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。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
	A-2-(5) 理容・美容			
No	65	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。	非該当
		（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

No 66	A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

A-2-(6) 睡眠

No 67	A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

A-2-(7) 健康管理

No 68	A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
	（コメント）	■利用者の状態については、一人ひとりの個別ファイルや生活記録表に記載し、看護職員が管理しています。小児内科医による健康診断や必要に応じて相談できる体制があります。また、定期的に小児神経科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科の診察が行われており健康管理に努めています。保護者には、クラス懇談会（月１～３回程度開催）で感染症等について説明を行い資料を配布しています。健康の維持、増進のために戸外での遊びを日常的に取り入れています。 ■口腔ケアについては、歯科検診を年２回実施しています。また、常勤の歯科衛生士による歯磨き、フッ素塗布や言語聴覚士と協力した口腔機能のチェック等も行っています。また、歯科診療所で毎週木曜日の午後に医師による診察・治療を行っています。 ■健康診断、バイタルチェック、健康教育等について、内容を改めて確認・検証し、一体化した健康管理マニュアルとして整備していくことが期待されます。	
No 69	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）	■地域に緊急時や宿泊保育時等に連携している病院が複数あり、適切な医療が受けられる体制となっています。他に嘱託医（小児内科、小児神経科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科）を確保しており、定期的な診察がなされています。 ■医療的ケア、アレルギーの緊急時対応、薬の指示書等の手順は、医療健康マニュアルとして整備しています。	
No 70	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）	■重症心身障がい児については、「お薬手帳」のコピーや、主治医による医療的ケアの指示書・実施依頼書、保護者からの依頼書にもとづいて薬を管理・使用しています。他児については、基本的に預かっていませんが、緊急時（痙攣発作時等）のための頓服等を園として保管しており、必要時には嘱託医師の指示により使用し、保護者にはその旨を連絡しています。 ■利用者一人ひとりの薬に関する事項は、個別支援計画に記載しています。 ■薬の管理・使用に関しての手順等は、「事故対応マニュアル」の中に含めて整備しています。	

A-2-(8) 余暇・レクリエーション

No 71	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

	A-2-(9) 外出、外泊		
No 72	A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 73	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

	A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
No 74	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 75	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 76	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
	A-2-(11) 生活環境の整備		
No 77	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 78	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
	A-2-(12) 日中活動支援		
No 79	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。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	

障がい福祉分野の内容評価基準　－授産施設としての対応－

判　断　基　準　項　目			評価結果
A-3 授産施設としての対応			
	A-3-(1) 授産施設としての対応		
No 80	A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 81	A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非該当
	（コメント）	■児童発達支援センターのため非該当	
No 82	A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	非該当

No	83	（コメント）　■児童発達支援センターのため非該当		
		A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非該当
		（コメント）　■児童発達支援センターのため非該当		

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	１１５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付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、５７名から回答がありました。（回収率５０％）

満足度の高い項目としては、回答した５７名の内で、

（１）●「総合的な満足度」
については９３％の方が「はい」と回答、

（２）●「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）●「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」
●「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」

●「職員との関わりの中で嫌な思いをしたことがない」
●「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」
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。

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	
・パンフレット ・法人設立趣意書 ・中長期計画 ・職員会議	＜コメント（公表）＞ ■理念や基本方針は、法人設立趣意書や中長期計画等に明示されています。パンフレットには、園の目標が掲げられており、外部に示すと同時に、職員が自らの役割を理解できるものとなっています。 ■職員への理念や基本方針の周知は、年度初めの職員会議で行うとともに、都度機会あるごとに会議等を通じて実施しています。また、新任者には採用時の研修で説明しています。
	＜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	
・事業計画書 ・事業報告書 ・五者協 ・経営改善会議	＜コメント（公表）＞ ■社会福祉事業の動向は、各種研修会への参加や福祉関係の新聞の定期購読等によって把握しています。 ■市の障がい福祉計画をはじめ各種の計画策定に参画し、全体動向や個々の状況を把握しています。市内の関係機関による協議会が定期的に開催され、それぞれの事業所からの情報をもとに障がい児に関するニーズの把握、分析をしています。 ■公認会計士が出席する経営改善会議では、外部・内部環境の変化を掴みながら課題の分析、検討を行っています。
	＜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	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）＞
・中長期計画 ・事業計画書 ・事業報告書 ・会議、委員会一覧リスト	■中長期計画は第1期・第2期と時期を区切って策定されており、各々について経営課題を明確化し、人員計画や療育計画など具体的な内容が示されています。 ■理事会、経営改善会議、企画運営会議、職員会議等、各々会議体が持つ組織運営上の位置づけに応じて、状況の確認、課題の共有化、計画の作成・見直し、改善に向けた話し合い、内容の周知等を実施し、具体的な取り組みを進めています。
	＜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	b+	○	○	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	
・中長期計画	＜コメント（公表）＞ ■平成26年度に指定管理者として寝屋川市より運営を受け継ぎ、30年度までの5年間で市の職員を法人採用職員に入れ替えることになっています。市の派遣職員の引き上げに向けて、中長期計画には今後の経営方針や改善課題が具体的に記載されており、人材計画や療育計画は数値目標も入ったものとなっています。 ■中長期計画の第1期は上記の5年間における円滑な移行を、そして第2期はそれを踏まえた療育水準・ネットワークのさらなる向上を目指しています。それぞれの期について、目的達成に向けた内容の見直しを行っています。 ■5か年の財源（収入）に関する計画は策定していますが、支出については不十分な取り扱いとなっています。その8～9割が人件費と想定していますが、それも含めた収支計画の明確化が望まれます。
	＜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	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	a	○	○	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	
・中長期計画 ・事業計画書 ・事業報告書	＜コメント（公表）＞ ■中長期計画には各年度の課題が示されており、それを受けて単年度計画では、事業方針とともに職員確保や療育内容等を具体的に記載しています。目標数値も盛り込まれたものとなっており、年度末の評価が行いやすい内容となっています。
	＜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。	b	a	△	○	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）＞
・事業計画書 ・療育計画 ・企画運営会議 ・職員会議	■事業計画は、理事会で決定しています。その中の各部署の計画は担当者が検討・作成したものを、職員会議で確認、修正を行い、理事会に諮っています。 ■事業計画書は、年度初めの職員会議で予算書とともに全員に配布し、説明を行っています。実施状況の把握・評価・見直しは、中間期と年度末に実施しています。 ■理事会においても、中間期における評価にもとづいて後半に向けた計画の変更を行っています。理事会の結果は、企画運営会議を経て各部署の職員へ周知を図っています。年度末の評価による課題は、次年度計画に反映しています。
	＜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	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	b+	○	○	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	
・事業計画書 ・療育計画 　・運営協議会 ・つばさだより	＜コメント（公表）＞ ■保護者への事業計画や療育計画の説明は、保護者会等で行い周知を図っています。また、それらの場へ参加できない保護者には、「つばさだより」（保護者向けの園の会報誌）で伝えています。 ■資料は保護者向けに作成されているものもありますが、通常の説明では理解しづらい方にも配慮する等さらなる工夫が望まれます。
	＜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。	a	a	○	○	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	
・総括会議 ・個別支援会議 ・職員会議 ・企画運営会議	＜コメント（公表）＞ ■福祉サービスの質の向上に向けて、計画策定から実施、中間期・年度末での評価と見直し、そして次の計画への反映というプロセスにもとづいて取り組んでいます。サービスの実施状況は各班で評価したのち、職員会議で検討を行うなど、全員で確認・チェックする仕組みとなっています。 ■第三者評価の受審は今回で2回目ですが、前回の評価結果から改善に取り組み、また、その後に自己評価を改めて実施するなど、組織的、継続的な対応が行われています。
	＜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	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。	a	a	○	○	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）＞
・自己評価表 ・企画運営会議 ・職員会議	■第三者評価や自己評価の結果は、職員会議で報告し、全員で共有しています。 ■前回の第三者評価結果を検討し、改善を図ったことが、今回の受審につながっています。自己評価により明らかになった課題も企画運営会議を中心に検討し、職員も参加して改善計画を立てながら、順次、取り組んでいます。
	＜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	
・事業計画書 ・組織運営規定 ・災害時マニュアル ・つばさだより	＜コメント（公表）＞ ■組織運営規程に管理者の役割を定めています。また、各種会議や「つばさだより」の職員への配布をとおして、管理者としての方針や取り組みを表明し理解を図っています。 ■災害時について、マニュアルに管理者の役割と責任を記載し、不在時の下位の役職者への権限移譲を明確化しています。
	＜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	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。	a	a	○	○	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	
・研修計画 ・事業報告書 ・職員会議	＜コメント（公表）＞ ■管理者は全国や大阪府内で行われる各種の研修会等に参加し、法令の理解や改正等の動きの把握に努めています。受講した研修等の内容を踏まえて、諸規程やルールの見直しを実施するとともに、現場へのさらなる注意喚起を掲示や職員会議をとおして行っています。
	＜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	＜コメント（公表）＞
・企画運営会議 ・職員会議 ・実践と研修、研究の在り方 ・研修基本計画 ・事業報告書	■週1回、役職者が集まる企画運営会議には管理者が必ず出席しています。現場職員とともにサービスの実施状況や保護者からの要望を確認し検討・改善を行なう等、管理者が中心となった事業所全体での取り組みを進めています。 ■研修は年度初めに計画を立て、職員が参加しています。また、受講した履歴の把握等、教育体制の充実を図っています。 ■管理者は、当園が市内唯一の児童療育専門施設であることを強く意識し、サービスの質の向上に向け指導力の発揮に努めています。
	＜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	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	
・経営改善会議 ・企画運営会議 ・職務分担表 ・会議、委員会一覧リスト	＜コメント（公表）＞ ■管理者は職員会議・企画運営会議の他、課題別の会議を設定し体制を整備するとともに、自らも参画することで、経営の改善や業務の実効性の向上を図っています。 ■月１回の経営改善会議には公認会計士も出席して経営状況の把握や改善について検討しています。また、毎週開催の企画運営会議では、日常の課題とともに、業務が進めやすい人事配置等さまざまなテーマについて話し合い、具体的な活動につなげています。そして、経営改善会議・企画運営会議で決まった事柄は、毎月の職員会議で全員に伝え意識形成を図る等、組織の円滑な運営管理に向け指導力の発揮に取り組んでいます。
	＜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	a	○	○	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	
・中長期計画 ・事業計画書 ・実践と研修、研究の在り方 ・人事考課導入に関する方針 ・研修基本計画	＜コメント（公表）＞ ■中長期計画の中に人材確保・育成計画を記載しており、5か年についての考え方や職員体制（職種・人数）を明記しています。 ■法令で定められた人員数を超える看護師や、法人独自の職種である発達相談員・福祉相談員が配置されています。また、福祉事業全般が人材確保難となっている中で、効果的な採用活動により必要な職員が確保されています。 ■OJTや年間研修計画にもとづいて職員の教育を実施し、人材の育成に努めています。
	＜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	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。	b	b	○	○	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）＞
・就業規則 ・給与規定 ・実践と研修、研究の在り方 ・人事考課導入に関する方針 ・職員個別研修計画 ・パンフレット	■期待される職員像は、「実践と研修・研究の在り方」やパンフレットの園の目標などに文章化されています。 ■人事基準の基本的な事項は給与規程に定めていますが、不十分との認識を持っており、現在検討中の人事考課制度で取り上げていくことになっています。そのため、職員評価についても、一人ひとりの年間目標の設定と管理職による個別面接等の仕組みはありますが、人事基準にもとづくものにはなっていません。 ■職員処遇は他の同種の事業所との比較・検討を行いながら、改善に向け取り組んでいます。 ■個別面接によって把握した職員の意向や意見については、内容を検討した上で可能なものは実現に努めています。 ■職員の能力開発を進めていますが、加えて、自らの将来像を描くことのできるキャリアパスのような仕組みづくりが望まれます。
	＜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	a	○	○	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 ・就業規則 ・育児、介護休業等に関する規定 ・職員個別面談予定	＜コメント（公表）＞ ■職員の就業状況等の把握は、複数の管理職が役割分担し責任をもって行う体制が作られています。ノー残業デイの実施など、職員の提案・希望にもとづいた改善を行っています。 ■管理職との個別面接は、本人の希望によっていつでも実施が可能で、また同時に、就業状況に関する職員の意向を把握する場ともなっています。 ■市の互助会への加入、健康診断・ストレスチェックの実施と希望者への医師の指導、誕生日休暇や家族支援休暇など、福利厚生に幅広く取り組んでおり、働きやすい職場づくりを進めています。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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。	b	b	○	○	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 ・実践と研修・研究の在り方 ・人事考課導入に関する方針 ・職員個別研修計画	＜コメント（公表）＞ ■個別研修計画において職員一人ひとりの目標を設定し、進捗や達成度を確認する管理職との面接が中間期・年度末に行なわれています。しかし、その際、目標期限はあるものの目標項目や目標水準などが不明確となっているため、状況の把握が不十分となっています。書式等を整備・活用することで、それらを明確化していくことが望まれます。
	＜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	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）＞
・実践と研修、研究の在り方 ・人事考課導入に関する方針 ・中長期計画 ・事業計画書 ・事業報告書 ・研修基本計画	■期待する職員像は、「実践と研修・研究の在り方」やパンフレットなどに明示しています。また、中長期計画には必要な専門職種を記載しています。 ■年度の研修計画は「日々の実践の振り返りと実践力量向上」「新入職員研修」「職場内相互研修」「講義研修」「派遣研修」等として明記され、実施しています。 ■計画は年度末に評価を行い次年度に反映していますが、カリキュラム等の内容の見直しについては不十分な状況です。
	＜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	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	a	○	○	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	
・職員マスター 　・研修履歴 ・研修基本計画 ・事業報告書	＜コメント（公表）＞ ■取得資格や研修履歴を整備し、一人ひとりの状況を把握しています。 ■新任者には市の派遣職員によるOJTを実施し、その後は本人の経験や能力に応じて専門的な教育を行っています。 ■内部研修にて、階層別、職種別、テーマ別に具体的な計画が立てられています。また、外部研修についても、2か月にわたる長期の講座に職場の体制を整備して参加するなど、積極的に職員を派遣しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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	
・実習受け入れ要綱 ・実習プログラムマニュアル ・実習受入れ関係書類	＜コメント（公表）＞ ■保育士については数か所の学校から年間を通して実習生を受け入れています。その特性に配慮したプログラムも用意していますが、より適切な内容に向けてさらなる検討を進めています。学校の教員による巡回指導にも対応し、実習生への連絡も学校を通して行うなど、連携しながら取り組んでいます。 ■市の2年目の教員やリハビリテーションの訓練士、歯科衛生士など幅広く受け入れをしています。
	＜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。	b	b	○	○	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	
・ホームページ ・事業計画書 ・事業報告書 ・予算書 ・決算書	＜コメント（公表）＞ ■地域に向けて広報紙等の配布は行なっていませんが、ホームページにおいて、法人・事業所の理念や基本方針をはじめ、サービスと各種事業の内容、事業計画・報告、予算・決算、苦情や第三者評価受審結果等の情報を公開しています。
	＜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	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	a	○	○	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 ・組織運営規程 ・経理規程 ・経営改善会議	＜コメント（公表）＞ ■取引のルールや職務権限などは組織運営規程、経理規程等に定められており、常時閲覧可能な状態にあります。 ■日常の事務的な事柄については会計事務所に相談ができる体制にあり、また、月々に開かれる経営改善会議では、公認会計士から助言や指導を受けています。						
	＜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	
・法人定款 ・療育計画 ・事業計画書 ・事業報告書 ・つばさだより	＜コメント（公表）＞ ■定款に、地域社会への貢献としての福祉サービス提供について明示しています。 ■「つばさだより」で保護者に地域の情報を提供していますが、近隣の行事や活動に関しては餅つき大会に職員が参加する程度で、積極的な取り組みはしていません。 ■一方で、園の行事には多くの地元住民が参加しています。また、園外保育では公園等の地域の社会資源を活用し、給食に近隣で獲れた米を使用するなど、日々の活動においては地域との関わりを意識したものとなっています。
	＜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	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	a	○	○	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	
・ボランティア受入れ要綱 ・ボランティア受入れプログラム、マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■ボランティア受け入れ要綱が整えられています。 ■毎週絵本の読み聞かせのボランティアが来園しています。また、夏まつり、餅つき、クリスマス会等の行事にも、社会人のボランティアグループや当園で実習を終えた学生など、数々の受け入れを行っています。最近では、塗装業者組合からの技術提供があって、設備の改善に大きな役割を果たしています。 ■私立高校の福祉ボランティア科や中学校からの体験実習も受け入れています。
	＜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	a	○	○	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	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）＞
・五者協 ・福祉施設協議会 ・関係機関、団体リスト	■市の関係各課、幼稚園・保育所や教育関係、支援学校、児童相談所、保健所等で構成する「市障害児関係機関協議会」と「市障害児者福祉施設協議会」は毎月会合を持ち、情報交換が図られています。また、「近畿肢体不自由児療育施設連絡協議会」や「知的障害児者福祉協会」など各種団体とも連絡調整が行われており、これらの動きについては、職員会議で情報を提供し共有しています。
	＜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	
・事業計画書 ・事業報告書 ・パンフレット	＜コメント（公表）＞ ■療育相談室で相談支援の実施、保育所・幼稚園への巡回訪問、子育て教室の開催、母子外来の受け入れ、在宅の重症心身障がい児への訪問などが行われています。 ■通りを挟んで向かいにある同一法人の自立センターが福祉避難所に指定されています。
	＜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	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。	a	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）＞
・療育計画 ・事業計画書 ・事業報告書 ・歯科運営委員会記録	■定期的な開催には至っていませんが、民生・児童委員の見学・来園時には懇談がもたれ、情報交換や園からの要望も出しています。 ■附設された歯科診療所を拠点に、市歯科医師会の全面的な協力のもと、先進的な障がい児者の歯科診療体制が築かれています。 ■外来や巡回での相談対応、家庭訪問、子育て教室や卒園児へのリハビリテーションなど、地域の福祉ニーズに応えるべく、制度外の事業を独自に実施しています。
	＜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。	a	a	○	○	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 ・職員倫理綱領 ・療育の進め方 ・療育支援マニュアル ・総括会議	＜コメント（公表）＞ ■利用者尊重のサービスの実施については、理念・基本方針はもとより事業計画書や療育計画、また、職員倫理綱領にも明示しています。 ■利用者尊重や基本的人権への配慮に関しては、総括会議やケースカンファレンスで状況の把握、確認、評価が行われています。
	＜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	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。	b	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	
・虐待防止マニュアル ・重要事項説明書 ・苦情解決運営要綱 ・療育計画	＜コメント（公表）＞ ■プライバシー保護の概念が、個人情報の保護に偏っていた従前の認識から脱して、支援上の権利擁護を重視するものという捉え方に変化し、ハード面での改善・工夫やエアコン設置による快適な環境づくりに努めています。しかし、トイレについては未だ取り組みの途上であり、もう一歩の改善が望まれます。 ■対象が幼児ということから、権利擁護やプライバシーという面での保護者の関心はさほど高くないことが想定されますが、園での取り組みの周知等により、漸次的な意識づけが望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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	
・パンフレット ・ホームページ	＜コメント（公表）＞ ■ホームページや園のパンフレットとともに、市が制度や社会資源の紹介のために作成している冊子（「子育てナビ」）の中でも情報提供がなされています。 ■利用希望者の来園時には市の職員が同伴し、園の福祉相談員が見学等に対応しています。
	＜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	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	
・重要事項説明書 ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■保護者には外国人もいて説明文をローマ字にしたり、個別支援計画を全文ひらがな表記にする等、わかりやすいように工夫した資料を用意し、個別に説明の場を設けるなどの配慮を行っています。また、制度や他の事業所の利用の際には付き添い等をしています。
	＜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	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 ・事業計画書 ・事業報告書 ・パンフレット	■退園時の懇談では今後にかかわる制度等を説明した文書を渡し、他事業所等の利用にあたって必要があれば、保護者の同意を得たうえで子どもの情報を提供しています。 ■福祉相談員が、サービス終了（退園）後も、必要に応じ、相談に応じています。 ■卒園して幼稚園や保育所に移ってから後は、巡回支援等の事業によるフォローも行っています。
	＜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	
・保護者会要望書回答	＜コメント（公表）＞ ■保護者会が独自に意見を聞いたものをまとめて、年に2回事業所へ要望書として提出し、運営協議会で回答・意見交換が行われています。これまでハード面の改善や送迎バスの見直し等さまざまな改善につながっています。 ■一方、園としては、個人懇談・家庭訪問や行事実施後のアンケート等をとおして、満足度の把握に努めています。 ■要望書やアンケート等の結果は、グループ長以上の職責者で構成する企画運営会議で分析・検討しています。
	＜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。	a	a	○	○	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 ・ホームページ	＜コメント（公表）＞ ■苦情解決の体制が確立され、苦情内容や結果の公表もホームページ上で行われています。 ■第三者委員会を年に3回開催し、苦情のみならず、ヒヤリハット他のサービス全般にわたって検証を実施しています。
	＜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	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	
・苦情解決運営要綱 ・療育計画 ・つばさだより	＜コメント（公表）＞ ■保護者会の部屋があり、その前に意見箱が置かれています。 ■保護者に配布している療育計画や「つばさだより」でも、「ご相談下さい」と呼びかけています。相談への対応にあたっては、クラス担任はもとより、福祉相談員、苦情受付担当者、第三者委員など、複数の相手を広く用意しています。管理者も、日頃から声掛けに努め、話しやすい雰囲気づくりを心がけています。
	＜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。	b	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	
・苦情解決運営要綱 ・就学に関しての年間の流れ ・保護者会要望書回答	＜コメント（公表）＞ ■保護者会からの要望書は企画運営会議で検討され、保護者役員との協議の場で回答されています。この取り組みからサービスの改善に結びついた事例は多くあります。 ■明らかな苦情や就学・進路相談などに対してのマニュアル等はありますが、連絡票での記載など日常的な意見や要望を受けた際の対応の仕方等を明示したものがありません。手順書の作成等による仕組みの標準化・明確化が望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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	a	△	○	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）＞ ■リスクマネジメントの担当者を置き、事故やヒヤリハットの分析は企画運営会議で行われています。 ■環境・教材委員による、定期的な危険個所の見回りや遊具のチェックなどがなされています。 ■救急法の講習を受講して認定を受けた者によって、職員や保護者に向けた勉強会を開催しています。また、小グループでの実技を伴ったAEDの講習会も定期的に実施しています。 ■登下園途上のバスでの安全対策として、非常口の利用に関する訓練をしています。
	＜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	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	a	○	○	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 ・感染症対応マニュアル ・研修履歴	＜コメント（公表）＞ ■感染症対策についての責任と役割を明確にし、予防策については、前回の第三者評価で指摘された事項（マニュアルの整備や勉強会の開催等）への対応が適切に行われています。発生時には職員会議等にて速やかに周知し、利用者の安全確保に取り組んでいます。流行する時期に応じてその都度、対象となる感染症に関する研修を実施し、職員への周知を図っています。
	＜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	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	
・災害時対応マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■立地条件から懸念される甚大な災害は地震に絞られます。それを想定した訓練が行われ、建物の耐震診断も実施済みです。 ■通りを挟んで向かいの同一法人の自立センターが福祉避難所に指定され、災害用の備蓄品はそこに用意されています。 ■重症心身障がい児も在籍しており、充電式の吸引器やカセット式の発電機も備えています。 ■電子メールによる連絡システムを採用しています。 ■消防署の協力を得る等により、近隣自治会などと合同での訓練の実施が望まれます。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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	a	○	○	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	
・療育計画 ・療育の進め方 ・療育支援マニュアル ・総括会議	＜コメント（公表）＞ ■標準的な実施方法は、療育計画、療育の進め方、療育支援マニュアルとして文書化されています。 ■支援マニュアル等に沿ったサービスが提供されているかどうかについての確認・検証は、主として総括会議で行われますが、ケースカンファレンスや職場会議、グループ会議でも、日常的に点検をしています。
	＜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	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	
・療育計画 ・療育の進め方 ・療育支援マニュアル ・総括会議	＜コメント（公表）＞ ■年に3回（前期・中間期・年度末）の個別支援計画のモニタリングをはじめ、グループ会議やケースカンファレンス、保護者の要望等のなかで、標準的実施方法の見直しの必要があれば総括会議で集約し、企画運営会議に諮ります。
	＜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	
・サービス利用計画 ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■相談支援専門員がサービス管理責任者となっています。部門を横断した関係職員による専門的なアセスメントを実施し、また、さまざまな職種による合議、保護者の意見の聴取と同意の手順を踏んで、具体的なニーズを記載した個別支援計画を作成しています。ケースカンファレンス、総括会議等でその計画に沿ってサービスが行われているかどうかを確認しています。支援困難ケースについても積極的にサービスの提供をしています。
	＜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	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	
・サービス利用計画	＜コメント（公表）＞ ■6か月ごとにモニタリングを行っています。変更したサービスの内容は総括会議で確認し職員に周知を図っています。またその際には、福祉サービスが十分に提供できていない内容や課題についても話し合って、質の向上に取り組んでいます。緊急に変更する場合には、その都度ケースカンファレンス等にて協議し対応しています。
	＜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	a	○	○	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）＞ ■日々の状況は、保護者との連絡票に記録しPDF化し保存しています。連絡票に記載している事柄の中から、個別支援計画に関連した内容を選び出し、ケース記録に書き込んで整理しています。 ■関係職員による部門を横断した定期的会議とパソコンネットワークにより情報の共有に取り組んでいます。なお28年度、29年度には端末を増設しています。 ■総括会議にてサービス実施状況を把握、検討するとともに、記録作成等に関する職員指導を行っています。
	＜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	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	b	○	○	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	
・個人情報保護規定 ・情報セキュリティ事故対応手順 ・重要事項説明書	＜コメント（公表）＞ ■個人情報保護規程により利用者の記録等の扱いについて定めています。個人情報の漏えい等に関する対応は、情報セキュリティ事故対応手順に規定されています。記録管理の責任者は、園長です。 ■職員に対し教育や研修が行われていますが、記録の保管場所の施錠や鍵の使用ルールなど管理のあり方について一部に不十分なところが見られます。改めて検討と徹底が望まれます。 ■利用者の個人情報の取り扱いについては、家族に説明を行い使用時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	
・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■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具体的な支援方法を記載し、多職種での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、カード、写真、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）等により支援しています。必要に応じて、外国人等にはローマ字で説明するなどの工夫をしています。
	＜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	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	
・療育計画 ・個別支援計画 ・運営協議会 ・職務分担表	＜コメント（公表）＞ ■地域の保育園との交流保育では事業所外の児童と交流できるように側面的な支援を行っています。保護者会とあかつき・ひばり園との運営協議会が定期的に開催され、協力・共同して課題解決に努めています。
	＜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	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	
・児童集団編成表 ・療育計画 ・個別支援計画	＜コメント（公表）＞ ■見守りと支援が円滑に行えるように、1クラスは児童12～13名に対して職員4～5名の体制となっています。必要に応じて、クラス会議、職員会議、ケースカンファレンス等で支援内容に対しての検討と確認を行っています。方針を変更する際には、懇談や家庭訪問等で保護者と話し合いをしています。
	＜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	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 ・個別支援計画 ・子育て教室	■社会経験のための園外保育を実施しています。子育て教室では、外部の社会資源（一時保育、放課後等デイサービス、学童保育）の紹介や進路支援等についての情報を提供しています。子どものQOLを高めるためのプログラム等学習の機会を設けています。必要に応じてマカトン法により自己表現できるよう支援しています。
	＜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	50	A－1－（1）－⑤	種類
						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。	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。	a	a	○	○	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 ・就業規則 ・人権擁護、虐待防止マニュアル ・療育支援マニュアル ・ヒヤリハット報告書	＜コメント（公表）＞ ■虐待防止に向けて運営規程、就業規則、療育支援マニュアル等が整備され、処分についても明文化しています。日々の関わりにおいて職員間で体罰等が行われていないことをお互いに確認しています。また、ヒヤリハット報告書の分類に「虐待等の恐れ」の項目を設けて、日常的な意識づけに努めています。 ■やむをえず身体拘束を行う場合は、切迫性、非代替性、一時性をもとに企画運営会議で検討し決定しています。その際には、必要となる状況、態様、時間等について保護者に説明し、同意を得たうえで実施し記録に残しています。
	＜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	51	A－1－（1）－⑥	種類
						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。	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	
・個別支援計画 ・サービス利用計画 ・生活記録表	＜コメント（公表）＞ ■個別支援計画は、目標、方法、期間を具体的に記載し保護者の同意を得ています。その中には必要に応じて、放課後等デイサービス、「ぴょんぴょん教室（社会福祉法人大阪府肢体不自由者協会が実施）」、移動支援等の地域の社会資源も取り入れています。提供するサービスは保護者の意向等も考慮したものとなっており、結果は日々の生活記録表に記載しています。 ■目標については、前期（9月）、後期（2月）にまとめを行い、次期に向けて保護者と面談し見直しをしています。
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		⑦	地域生活移行の可能性について検討を行っている。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	非該当		①	家族との定期的な懇談の機会を設けている。	
			非該当		②	担当者や責任者が誰であるかを家族に紹介している。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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。	a	a	○	○	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	
・個別支援計画 ・身体拘束チェック一覧表 ・療育支援マニュアル	＜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、嗜好等を職員会議で確認して全員が共有しています。「自傷他害を問題行動とはとらえず、成長発達過程での要求」との考え方のもと、「クールダウン、1：1対応、集団からはずす」などの対応にて経過観察し、結果を記録しています。 ■療育支援マニュアルに自傷他害へ対応するための指針を明文化しています。
	＜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	種類
						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。	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	a	○	○	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）＞
・療育支援マニュアル ・重要事項説明書 ・あかつき、ひばり園の給食について ・初期食形態一覧 ・個別支援計画	■個別支援計画に食事サービスの提供内容や留意点を明示しています。食事の形態については、保育士等と言語聴覚士が話し合い、利用者の状態に応じて段階の進行を図っています（初期食、中期食、後期食、完成期食）。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。 ■療育支援マニュアルに、写真、絵等を用いた食事に関する支援方法がわかりやすく記載されています。
	＜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	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	b+	○	○	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	
・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	＜コメント（公表）＞ ■食事サービスの検討会議には、入園後の初回のみ保護者が参加しています。献立は、地域や季節の食材を使用するなどの配慮をしていますが、盛り付けや彩りについてはさらなる工夫が望まれます。保護者の試食会を実施し、その意見を献立に反映しています。献立表は予め保護者に提供しており、裏面に記載しているレシピは好評です。 ■適温での食事提供のための現状の取り組みについては、安全性への配慮を行うとともに、さらなる徹底に向けて検討が望まれます。
	＜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	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	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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		⑤	入浴前にKY活動（危険予知活動）等が行われている。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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個全て満たしていた上で総合評価も満たしている。 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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		④	【総合評価】浴室・脱衣場等の環境は適切である。	

書類・記録の名称	
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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。	a	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	＜コメント（公表）＞
・療育支援マニュアル ・個別支援計画	■排泄介助については、個別支援計画に取り入れて実施しています。療育支援マニュアルには、安全面やプライバシー保護に関して具体的に記載しています（便意・尿意・失禁への対応や年齢に応じた支援内容等）。 ■トイレ以外の場所（保育室他）で排泄する場合のプライバシーへの配慮について、再検討が望まれます。
	＜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	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	○	○-	必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	
・クラス会議、クラス拡大会議	＜コメント（公表）＞ ■トイレ環境の点検、改善のための検討は、クラス会議、拡大クラス会議で定期的に行っています。 ■仕切り版・カーテン等により、プライバシーに配慮したトイレの構造となるよう設備更新を順次行っています。しかし未だ対応できていない箇所が残っており、速やかな実施が望まれます。
	＜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	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	非該当		①	衣類は利用者の意思で選択している。	
			非該当		②	衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		③	理容・美容（整容）に関する資料や情報を用意している。	
			非該当		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）＞
・ ・ ・ ・ ・	■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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。	
			非該当		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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	○	○	必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。	
			非該当	×	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	
・運営規程 ・重要事項説明書 ・個別ファイル ・生活記録表	＜コメント（公表）＞ ■利用者の状態については、一人ひとりの個別ファイルや生活記録表に記載し、看護職員が管理しています。小児内科医による健康診断や必要に応じて相談できる体制があります。また、定期的に小児神経科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科の診察が行われており健康管理に努めています。保護者には、クラス懇談会（月１～3回程度開催）で感染症等について説明を行い資料を配布しています。健康の維持、増進のために戸外での遊びを日常的に取り入れています。 ■口腔ケアについては、歯科検診を年2回実施しています。また、常勤の歯科衛生士による歯磨き、フッ素塗布や言語聴覚士と協力した口腔機能のチェック等も行っています。また、歯科診療所で毎週木曜日の午後に医師による診察・治療を行っています。 ■健康診断、バイタルチェック、健康教育等について、内容を改めて確認・検証し、一体化した健康管理マニュアルとして整備していくことが期待されます。
	＜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	69	A－２－（７）－②	種類
						必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	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 ・嘱託医名簿一覧	■地域に緊急時や宿泊保育時等に連携している病院が複数あり、適切な医療が受けられる体制となっています。他に嘱託医（小児内科、小児神経科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科）を確保しており、定期的な診察がなされています。 ■医療的ケア、アレルギーの緊急時対応、薬の指示書等の手順は、医療健康マニュアルとして整備しています。
	＜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	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 ・事故対応マニュアル	＜コメント（公表）＞ ■重症心身障がい児については、「お薬手帳」のコピーや、主治医による医療的ケアの指示書・実施依頼書、保護者からの依頼書にもとづいて薬を管理・使用しています。他児については、基本的に預かっていませんが、緊急時（痙攣発作時等）のための頓服等を園として保管しており、必要時には嘱託医師の指示により使用し、保護者にはその旨を連絡しています。 ■利用者一人ひとりの薬に関する事項は、個別支援計画に記載しています。 ■薬の管理・使用に関しての手順等は、「事故対応マニュアル」の中に含めて整備しています。
	＜コメント（非公表）＞ ■

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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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）①～⑤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			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）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜コメント（非公表）＞ ■

３－（１） 授産施設としての対応

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	80	A-3-（1）-①	種類
						就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	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+）①～⑧の８個すべてを満たしている。 b）必①～必②を満たした上で、③～⑧の６個中２個以上満たしている。 c）b に至らない状態。		非該当			必①	就労に向けた個別支援計画が作成されている。	
					必②	就労に向けて、利用者本人の意欲を引き出す努力、情報提供をしている。	
					③	就労に向けて、職業安定所や就労・生活支援センター等と連携が定期的に行われている。	
					④	就労に向けての職場実習を適時、計画・実施している。	
					⑤	職場実習に向けての体制や諸規定が整備されている。	
					⑥	就労のためのジョブコーチ等の制度利用を利用者に提案している。	
					⑦	一般就労した後のフォローアップ体制ができている。	
					⑧	離職した利用者が再入所できるよう受け入れ体制を整えている。	
					⑨	【総合評価】 就労に向けて、利用者の意欲を引き出すための情報提供から、適時職場実習の実施、就労した後のフォローアップなど、支援体制が整備されている。	

書類・記録の名称	
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	81	A-3-（1）-②	種類
						働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	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+）①～⑧の8個すべてを満たしている。 b）必①を満たした上で、②～⑧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			必①	サービス提供にあたって、多様な作業内容・工程を用意できるよう努めている。	
					②	利用者の作業内容・工程について選択ができるように努めている。	
					③	作業工程の標準化に努めている。	
					④	作業の月別・年別作業計画を利用者とともに作成している。（一部の利用者でも可）	
					⑤	作業に対する事業者（施設）と利用者の個別・全体の話し合いの場を定期的に持っている。	
					⑥	利用者の作業能力評価のマニュアルがある。	
					⑦	作業の月別・年別業務実績を障がい程度、特性に配慮し、利用者に報告している。	
					⑧	計画に沿った適切な仕事量を確保している。	
					⑨	【総合評価】 働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	

書類・記録の名称	
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	82	A-3-（1）-③	種類
						働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	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+)①～⑯16個すべてを満たしている。 b)①～⑯の16個中、 10個以上満たしている。 c)b に至らない状態。		非該当			①	作業空間に活動しやすいスペースを確保している（障がい特性に応じた作業しやすい環境を整備している）。	
					②	作業を行う上での室内の採光（照明器具を含む）を適切に整備している。	
					③	室内の色彩・音響は、作業活動を快適に進められるよう配慮している。	
					④	室内の騒音対策等（遮音）は、作業を円滑に進められるよう配慮している。	
					⑤	室内の換気及び温度・湿度等は快適に作業できるよう配慮している。	
					⑥	休憩・交流スペースは疲れを癒せるような快適な空間であるよう配慮している。	
					⑦	喫煙場所が別に設けられている。	
					⑧	作業台・机・椅子は障がい部分を考慮した条件になっている。	
					⑨	作業内容より利用者に適した治具・工具を活用している。	
					⑩	作業機械等の整備を行い安全性は確保している。	
					⑪	作業内容に適した服装をするよう配慮している。	
					⑫	作業服は施設として貸与・支給している。	
					⑬	利用者の障がい程度、特性に応じた作業内容や時間の設定になっている。	
					⑭	利用者に対する労働安全衛生の視点に立った配慮をしている。	
					⑮	利用者に対する安全教育・指導に努めている。	
					⑯	労働安全衛生に関するマニュアルを整備している。	
					⑰	【総合評価】働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	

書類・記録の名称	
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜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	83	A-3-（1）-④	種類
						工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	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+）①～⑯16個すべてを満たしている。 b）①～⑯の16個中、 10個以上満たしている。 c）b に至らない状態。		非該当			①	工賃規程は事業者（施設）と利用者の合意によって規定している。	
					②	工賃支給は工賃規程により適正に行われている。	
					③	工賃規程の見直し等の協議は定期的に行われている。	
					④	施設独自に最低工賃を設けている。	
					⑤	工賃の目標額を設定している。	
					⑥	利用者に対し個別に工賃に関する説明をしている。	
					⑦	作業技術の向上のための創意工夫をしている。	
					⑧	職種・商品開発研究を積極的に行っている。	
					⑨	作業開拓・営業の専任（担当）がいる。	
					⑩	積極的に作業開拓・営業活動をしている。	
					⑪	あらたな作業の開拓に向けて、企業等とのネットワークが構築できている。	
					⑫	製品の管理（在庫、生産、販売、品質）は厳正に行われている。	
					⑬	原価計算を行い、収益を正確に把握している。	
					⑭	価格は、市場の動向を踏まえ、適正に設定している。	
					⑮	自主製品について、固有の販売ルートや販売店（委託販売を含む）がある。	
					⑯	受託作業について、適正に業者との契約、取り決めを文書で交わしている。	
					⑰	【総合評価】 工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	

書類・記録の名称	
・ ・ ・ ・ ・	＜コメント（公表）＞ ■児童発達支援センターのため非該当
	＜コメント（非公表）＞ ■

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