評価報告概要表

■第三者評価機関

名　称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	平成24年2月22日（水）

■福祉サービス事業者情報

名　称	下関市こども発達センターはたぶ園	種　別	知的障害児通園施設
代表者氏名	園長 高山泰典	開設年月日	平成7年2月23日
設置者	下　関　市	定員（利用人数）	30名(33名)
所在地	〒751－0827 下関市幡生本町26－12		
電話番号	083-233-9850	FAX番号	083-233-9851
ホームページアドレス	http://www1.ocn.ne.jp/~kodomo/		

■総　評

全体を通して（事業所の優れている点、独自に工夫している点など）

◇特に評価の高い点
1. 園としての基本方針に基づき、管理者の良きリーダーシップの下、職員は一体となり通園サービスの提供に前向きに取り組んでいます。管理者のこれまでの経験や人脈を活用され、より一層のサービスの充実を図られることを期待します。
2. 職員の表情や動きが明るく明瞭です。そのため、子どもたちも笑顔で安心して事業所内で生活をしています。
3. 職員は子どもたちの主体性・自主性を尊重し、成長の基礎づくりに携わっているという自覚を持ち、日々工夫・努力しながら支援に取り組んでいます。今後とも保護者との連携を良くし、専門性を発揮されることを期待します。

◇改善を求められる点
1. 当園は事業団組織内の一事業所であり、中・長期計画の策定や人材確保の具体的なプランの検討・確立、また職員の人事管理などにおいて、事業所独自の判断では出来ない立場・状況にあることは理解できますが、貴園を利用する子どもたちへのより良いサービス提供のためには、事業所の地道な努力を期待します。
2. 「利用者家族等アンケート」結果に、「子どもたちの教室が狭い」との声が数件見られました。建物に関することですぐには対応が出来ないとは思いますが、保護者にそういう思いがあることについて理解されることを期待します。
3. また、「通園バスの利用時間が長い」との指摘もアンケート結果にあります。今後の課題の一つです。
4. 職員の教育・研修に関することや利用者サービスの標準的実施方法など、具体的な取組内容の明文化が不十分なため、改善されることを求めます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

＜コメント＞
2回目の受審ということで、今回は全職員をグループ分けして評価を行うこととした。
それにより職員間でコミュニケーションを取りながら認識の違いの発見や支援の見直しをする機会になりました。
今回の評価を踏まえ、良かった点はよりよく、改善すべき点は改善するよう取り組んでいきます。
＜PR＞
地域における中核的専門機関として、子ども一人ひとりに応じた適切な早期療育及び家族支援を継続的かつ総合的に行えるよう、より一層充実した体制を整え、福祉の向上に貢献したいと思います。

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織	a	7	b	3	c	2	Na	—

1. 理念・基本方針が明文化され、管理者のリーダーシップの下に、職員は一体となって支援にあたっている。管理者の今後いっそうの福祉サービスの質の向上への取組と指導力に期待します。
2. 前回受審時(平成20年12月)同様に、中・長期計画の策定が具体的になされていない。福祉サービスの向上のために、事業所としての中・長期計画の策定に向けて、事業団との調整を図られることを期待します。

Ⅱ　組織の運営管理	a	10	b	6	c	6	Na	—

1. 利用者と地域との関わりを大切にしており、地域との交流は積極的かつ適切に確保、実践されています。
2. また、地域の福祉ニーズにも前向きに取り組み、努力しています。
3. 組織の運営管理に関しては下関市及び事業団との調整もあり、独自対応の難さが伺われました。よって例えば経営に関すること、人材プランに関すること、職員に関することへの取組は、事業団組織内の一事業所ではありますが、施設の特性を活かした取組を検討されたい。

Ⅲ　適切な福祉サービスの実施	a	13	b	4	c	5	Na	—

1. 個人面談や交流会、また食事に関する嗜好調査を実施するなどして、利用者満足の向上によく取り組んでいます。
2. しかしながら前回の第三者評価結果で示された、課題を職員間で共通認識し、その見直しや改善について検討・実践するなどの、事業所としての体制整備は十分ではありません。
3. 例えば、サービスの質の確保、特に個々のサービスの標準的な実施方法に関しては、その文書化や見直しの仕組みが確立されていない状況です。

Ⅳ　良質な個別サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	—

1. 個別サービスにおいて、視覚支援(各部屋の名称を動物標示する等)や職員による手作りの連絡盤等、子どもたちとのコミュニケーション手段に様々な工夫をしています。
2. 日常生活における食事に関する配慮や工夫、衣服の着替え等への対応、排泄介助やトイレ環境、健康管理は適切に行われています。また温水プールの設置など子どもが楽しく過ごせることへの配慮もされています。
3. 子どもの権利擁護における児童虐待については、個々の場面で職員がそれぞれ対応しているが、事業所全体の課題として、取組体制を整備し、子どもの権利擁護、児童虐待への組織的な対応を実践されることを期待します。

第三者評価結果表

施設名　下関市こども発達センター はたぶ園

評価対象Ⅰ　福祉サービスの基本方針と組織

		【評価項目】	a	b	c	Na	判断の理由
		1 理念・基本方針					
		(1) 理念、基本方針が確立されている。					
1	1	理念が明文化されている。	○				法人の理念はパンフレットや広報誌、またホームページなどで明文化されており、その使命・役割を反映している。
2	2	理念に基づく基本方針が明文化されている。	○				事業所としての基本方針は理念に基づいて明文化されており、理念との整合性もあり、基本的な考え方や姿勢が示されている。
		(2) 理念や基本方針が周知されている。					
3	1	理念や基本方針が職員に周知されている。	○				職員採用時に配布したり、事業計画策定時、また年度当初における会議等で説明するなど、理解を促すための取組が行われており、職員への聞き取りにより、その周知状況も確認できた。
4	2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○				保護者に対して契約時に重要事項説明書にて説明し、またパンフレット等を配布するなどして理解・周知への取組を行っている。
		2 計画の策定					
		(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
5	1	中・長期計画が策定されている。			○		事業団組織であるため、一事業所における中・長期計画の策定は困難の状況にある。そのため中・長期計画としての具体的な取組内容については確認することが出来なかったのでc評価とした。
6	2	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。			○		年度毎の事業計画は策定されているが、中・長期計画の策定がなされていないと判断したので、それに沿った事業計画とは言い難くc評価とした。
		(2) 計画が適切に策定されている。					
7	1	計画の策定が組織的に行われている。		○			各部門ごとに計画案を提出して計画の策定に関与している。しかし、計画策定のための実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われているとするには十分ではないと判断し、b評価とした。
8	2	計画が職員や利用者に周知されている。		○			職員に対しては各会議等でよく周知されている。利用者・保護者に対しては年度当初に、各クラスごとの役員（2～3人）に文書配布とともに説明をし周知を図っているものの、利用者全体に向けての周知は十分ではないと判断しb評価とした。

No.		【 評 価 項 目 】	a	b	c	Na	判断の理由
		3 管理者の責任とリーダーシップ					
		(1) 管理者の責任が明確にされている。					
9	1	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○				管理者は就任1年目であるが、毎朝のミーティングや職員会議等において、管理者としての思い、その役割と責任等について、職員に対して積極的に表明している。このことは職員からの聞き取りにおいても確認できた。
10	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。	○				国をはじめ関係団体等の各種会議に積極的に参加し情報収集に努めている。職員会議等において状況報告・復命等も行い、法令等の周知、理解、遵守への取組は積極的である。
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
11	1	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。		○			福祉サービスの質の向上については職員からの意見を聴取する機会を設けるなど、積極的に取り組んでいる。しかしながら就任1年目であり、その指導力を発揮し、具体的な体制作りなどへの取組は今後の課題であると判断し、b評価とする。
12	2	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○				市や関係機関との関係調整を図るなど、業務の効率化や改善に向けた取組を行い、職員が働き易い職場環境作りを心掛け、実践している。職員からの聞き取りにおいても、会議等がやり易くなってきていることが確認できた。

評価対象Ⅱ　組織の運営管理

No.		評価項目	a	b	c	Na	判断の理由
		1 経営状況の把握と開示					
		(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
13	1	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○			法人内の施設長連絡協議会等で事業経営をとりまく環境等の把握に努めている。事業団組織であるため、一事業所としての独自性が十分に発揮できない状況にあり、把握された情報の事業計画への反映が十分ではないと判断し、b評価とした。
14	2	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。		○			経営状況の分析や課題の把握はなされている。しかしながら、事業団の内の一事業所であるため、課題への取組に関しては事業団全体との関係もあり、十分になされているとはいい難いと判断し、b評価とした。
15	3	外部監査が実施されている。			○		外部監査は実施されていないのでc評価とした。
16	4	運営内容の開示が適切に行われている。		○			事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書に監事の意見を記載した書面の整備、かつ閲覧可能等、運営内容の開示に関しては十分ではないと判断し、b評価とした。運営内容に関する利用者への情報開示に、より積極的に取り組んでほしい。
		2 人材の確保・養成					
		(1) 人事管理の体制が整備されている。					
17	1	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。			○		事業団組織内の一事業所であるため、単独での具体的な人材プランは確立しがたい状況にあり、人事管理の体制が確立しているとの判断は出来ないので、c評価とした。

		【評価項目】	a	b	c	Na	判断の理由
18	2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。			○		人事考課は実施していない。
	(2)	**職員の就業状況に配慮がなされている。**					
19	1	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		○			毎年1月に職員との個別面接を実施して職員の意向や意見の把握に努めている。有給休暇の消化率等を把握し、必要があれば改善への姿勢がみられる。しかし、改善のための仕組みの構築は十分ではないと判断し、b評価とした。
20	2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				県健康福祉財団福利厚生センターに加入している。職員交流の場づくりにも配慮し、年1回の全員親睦会を開催したり（1週間かけて）、またインフルエンザ予防注射の補助金制度を設け接種の促進に取り組むなど、職員の健康の保持増進にも積極的に対応している。
	(3)	**職員の質の向上に向けた体制が確立されている。**					
21	1	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。			○		職員の教育・研修に対する組織の基本姿勢の確認はできたが、それらの明示については確認することができなかったので、c評価とした。
22	2	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。			○		職員が様々な研修等に積極的に参加していることは聞き取りにより確認できた。しかしながら、個別の職員に対する教育・研修計画の策定については確認できなかったので、c評価とした。
23	3	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。			○		研修した職員はミーティング等において研修の報告をしている。しかし研修は個々の職員の意向に委ねてあり、組織としての個別職員の教育・研修計画は未策定である。従ってその評価・見直しについては実施されていないと判断し、c評価とした。
	(4)	**実習生の受け入れが適切に行われている。**					
24	1	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	○				基本姿勢が明示され、マニュアルを設け、受け入れ体制も整備されている。実習生の受け入れについては積極的である。
25	2	実習生の育成について積極的な取組を行っている。		○			実習生を受け入れ、その育成に取り組んでいるが、種別に配慮したプログラムを用意するなどの、受け入れ事業所としての効果的・計画的な取組については十分ではないと判断し、b評価とした。
	3	**安全管理**					
	(1)	**利用者の安全を確保するための取組が行われている。**					
26	1	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	○				緊急時対応のマニュアルや緊急連絡網を整備している。研修会や会議等では危機感を持って取り組み、訓練等も適切に実施している。組織として利用者の安全確保の体制は整備され十分に機能している。
27	2	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		○			ひやりメモの張り出し（日・時間等）や毎朝の報告・伝言等で確認はしているものの、要因分析や防止対策等への取組については十分ではないと判断し、b評価とした。

		【評価項目】	a	b	c	Na	判断の理由
		4 地域との交流と連携					
		(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
28	1	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	○				広報誌等を地域内に広く配布、地域保育園との交流保育の実施、近隣の高校の施設を利用しボランティアを募ってのイベントの開催、また買物等では極力地域の商店等を活用、など地域との関わりや地域交流への取組には積極的である。
29	2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○				条例上、制約がある中、関係機関に広報誌を配布するなどして、事業所における各種の活動や行事への地域住民の参加を広く呼びかけて、事業所の有する機能の地域還元に取り組んでいる。
30	3	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	○				受け入れに関するマニュアルを整備し、その募集についても関係機関に呼びかけたり、研修会の実施、登録制の導入など、積極的にボランティアの受け入れを行っており、その体制は確立している。
		(2) 関係機関との連携が確保されている。					
31	1	必要な社会資源を明確にしている。	○				社会資源の把握に努め、専用ファイルを整え、いつでも職員・保護者等が閲覧、活用が出来るように対応し、その情報は共有されている。
32	2	関係機関等との連携が適切に行われている。	○				ケア会議を含め市や関係機関等との定期的な連絡会議や打ち合せ会等により連絡調整を実施するなど、それらとの連携は適切に行われている。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
33	1	地域の福祉ニーズを把握している。	○				関係団体等との連絡会議を活用し、また保護者会へのアンケートも実施するなどして、地域の福祉ニーズの把握に努めている。
34	2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	○				夏休み等を利用したレスパイトサービスの実施や関係者への家庭訪問等々、地域ニーズに基づく活動を展開をしている。

評価対象Ⅲ　適切な福祉サービスの実施

			a	b	c	Na	
		1 利用者本位の福祉サービス					
		(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
35	1	利用者を尊重した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。		○			理念や基本方針で利用者尊重の姿勢は明示されている。ケース会議や総合カンファレンスなどを行っているが、利用者尊重や基本的人権への配慮、虐待防止等に関する組織内での共通理解への取組は十分ではないと判断し、b評価とした。
36	2	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		○			法人全体としての守秘義務規程はあるものの、事業所としての利用者のプライバシー保護に関する規程等の整備は十分ではなく、職員への周知に関してもより具体的な取り組みが必要と判断し、b評価とした。

		【 評 価 項 目 】	a	b	c	Na	判断の理由
	(2) 利用者満足の向上に努めている。						
37	1	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○				毎年、調査内容の充実した「利用者満足度調査」を実施ししている。また、保護者との交流会・意見交換会も行い、個人面談等の機会も多く、利用者満足の向上を意図した仕組みは整備されている。
38	2	利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	○				満足度調査内容からして、保護者は思っていることを素直に述べておられ、改善要望等も多く提案されている。それらの具体的な改善に向けて取組がなされている。
	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。						
39	1	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	○				相談や意見を述べやすいスペース（部屋）が用意され、相談相手を選べる環境も整備されている。加えて、日々の連絡体制の中でも、意見等が述べられるようになっている。
40	2	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	○				仕組みは確立されており、委員会も年2回開催されている。利用者への周知もなされ、苦情解決の仕組みは機能している。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。			○		これまで意見や要望はその都度担任が対応し解決しており、苦情受付担当者まで上がることがなかった。そのため対応は迅速になされているが、記録や報告等に関するマニュアルの整備がされていない状況にあり、c評価とした。
	2 サービスの質の確保						
	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。						
42	1	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		○			この第三者評価は2回目の受審であるが、組織としての定期的な自己評価は実施していない。よって組織的な体制整備としては十分ではないと判断し、b評価とした。年1回以上の自己評価の実施などにより、質の高いサービス提供に取り組まれたい。
43	2	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。			○		第三者評価受審結果の分析結果や課題の文書化がされていないこともあり、組織全体として取り組むべき課題については共有化されていないと判断し、c評価とした。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			○		課題が明確化されていないために、それらの改善策や改善計画の策定にまで至っていない状況であり、c評価とした。
	(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。						
45	1	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。			○		個々のサービスに関する標準的な実施方法の文書化はなされていないと判断した。したがって、個々のサービスが標準的な実施方法で提供されているかどうかについての判断はできないので、c評価とした。
46	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。			○		個々のサービスの標準的な実施方法が明確ではないので、その見直しに関する仕組みについても確立されてはいないと判断し、c評価とした。

		【 評 価 項 目 】	a	b	c	Na	判断の理由
		(3) サービス実施の記録が適切に行われている。					
47	1	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○				統一した個別支援計画に基づいてサービスの実施状況は適切に記録されていると判断した。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○			規定は定められている。守秘義務の遵守等についても新任職員研修の際に周知している。しかしながら、全職員に向けての利用者に関する記録の管理体制についての教育や研修は十分ではないと判断し、b評価とした。
49	3	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○				ケース会議をはじめ、総合カンファレンスやミーティング等で情報交換等がなされている。また会議記録等は後日必ず回覧されているなど、利用者状況に関する情報は職員間で適切に共有されている。
		3 サービスの開始・継続					
		(1) サービス提供の開始が適切に行われている。					
50	1	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○				各関係機関等へのサービス内容についてのパンフレット等の配布、ホームページ上での周知等々、利用希望者へのサービス選択に必要な情報をわかり易い内容で提供している。見学や体験利用等の希望にも対応している。
51	2	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○				「重要事項説明書」等の説明時において利用者・保護者に分かりやすく説明し、同意を得ている。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。					
52	1	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○				就学、就園、卒園時には今後についての説明会を開催するなどして、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。卒園後のフォローアップでは、支援学校へ出向き、その後の利用者の様子を確認するなどしている。
		4 サービス実施計画の策定					
		(1) 利用者のアセスメントが行われている。					
53	1	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○				アセスメントは統一した様式、定められた手順により行われており、見直しも必要に応じてケース会議等で年に2回なされている。
54	2	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	○				アセスメントに基づいた個別支援計画において、利用者の課題をサービス場面ごとに具体的に明示している。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。					
55	1	サービス実施計画を適切に策定している。	○				サービス実施計画（個別支援計画）策定にあたっては、クラス担当者を責任者として配置し、アセスメントに基づき、関係の多職種との合議の手順に則り、適切に行われている。策定のための体制は確立されており、十分に機能している。
56	2	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○				医師や児童相談所、保健師などの関係者・関係機関等と定期的なカンファレンス等を行い、実施計画の評価・見直しを行っている。

Ⅳ 良質な個別サービスの実施（障害児施設：通園サービス）

		【 評 価 項 目 】	a	b	c	Na	判断の理由
		A-1 子どもの尊重					
		(1) 子どもの尊重					
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。	○				山口県発達障害者支援センターからの専門的な助言・指導を受けて、子どもたちの個々の状況に応じた個別のコミュニケーション手段を確保するための支援や工夫に取り組んでいる。
2	2	子どもの主体的な活動を尊重している。	○				子どもの担当職員を決めて、個々の状況を把握し、子どもの主体性を尊重しつつ支援している。また、保護者会が設置されており、交流・連携を図りながら、子どもの発達を図るための必要な支援を行っている。
3	3	子どもの自力で行う日常生活上の行為に対する声かけや見守りと支援の体制が整備されている。	○				個別支援計画等により、個々の特性に合わせた支援がなされ、子どもの自主性・主体性を尊重した「待つことの大切さ」などが共通理解されていることが確認できた。声かけ・見守りと支援の体制は整備されている。
4	4	子どものエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。		○			個々の支援目標はあるものの、そのための具体的な支援プログラムは明確に示されていない。事業所外の社会資源の活用も十分なされているとは云い難いのでb評価とした。これを機に、子どもの発達に必要な学習や体験について再確認されたい。
		(2) 子どもの権利擁護					
5	1	子どもの権利を擁護する具体的な取組が行われている。		○			虐待に関する取り組みマニュアルは現在策定中である。子どもの権利擁護のための具体的な取り組みは個々の場面では行われてはいるものの、組織としての体制の整備は不十分と判断し、b評価とする。
		(3) 保護者との連携・交流					
6	1	保護者との連携・交流が積極的に行われている。	○				職員からの聞き取りや「利用者家族等アンケート」の結果からも、保護者との連携・交流は様々な場面において適切に行われており、信頼関係も構築されていると判断した。。
		(4) 生活環境づくり					
7	1	子どもが過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。	○				各部屋には床暖房設備が整備され、温度・湿度にも配慮している。また温水プールも設置されている。ペーパータオルを使用するなどして衛生面での配慮もあり、子どもが過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。
		A-2 日常生活支援					
		(1) 食事					
8	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。	○				個別支援計画に基づき、個々の子どもの発達状況や身体状況に応じた食事を提供している。そのことは、『子どもの特性に応じて食事が提供されているので安心』などの「利用者家族等アンケート」における記述からも確認できた。
9	2	子どもの発育状況に応じ、献立や調理に工夫している。	○				嗜好調査を実施するなどして、子ども一人ひとりの発育状況に応じた献立や調理を工夫している。「カレーライスとして出すと食べない子どもが、カレーとご飯を分けて出すと食べた」など、子ども一人ひとりをしっかり把握して食事の提供をしている。
10	3	食事を楽しむことができる工夫をしている	○				温かみのある食器を使用したり、盛り付けや彩りに工夫した献立や、各種の行事食も積極的に取り入れており、子どもが楽しみを持って食べることができるよう創意工夫し対応している。

		【評 価 項 目】	a	b	c	Na	判断の理由
	(2) 排泄						
11	1	排泄介助は子どもの障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	○				子ども個々の特性による排便方法に配慮したり、必要に応じた器具機材も整備されている。排泄介助の結果も適切に記録されており、また衛生面への配慮も徹底されている。
12	2	トイレ環境に配慮している。	○				個々の子どもの状況に対応できるトイレ機材・器具等を整備し、清掃も担当者を決めて毎日、清潔・衛生の保持に取り組んでいる。トイレ環境は子どもたちにとって十分に配慮されたものとなっている。
	(3) 衣服						
13	1	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。	○				衣類の着替え等も保護者との連携により常時用意されており、緊急時の対応も考慮され、洗濯も即座に対応できるように配慮している。
	(4) 健康管理						
14	1	日常の健康管理は適切である。	○				看護師による各種の体調チェック、また保護者連絡票による毎日の健康管理に取り組んでいる。定期の健康診断も実施しており、日常の健康管理は適切である。
15	2	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	○				マニュアル整備を行い、緊急時の診療体制も地域内の医療機関との連携体制も整備されており、必要時の迅速で適切な医療体制は確保・整備されている。
16	3	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	○				職員は年2回の総合カンファレンスにおいて、医師から薬に関する適切な情報を得ている。保護者からの書面(薬連絡票)による連絡・確認体制も確立されており、薬の保管、使用確認等の管理も徹底されている。
	A-3 自立支援						
	(1) 療育の実施						
17	1	子どもの発達段階に応じた適切な療育を実施している。	○				個別支援計画に基づき、担当者が必要な場合は看護師等と連携しつつ、個々の子どもの発達段階や心身の状況に応じた療育を実施している。
	(2) 就学の支援						
18	1	子どもの就学について支援を行っている。	○				子どもの就学については保護者の意向を尊重している。市内の総合支援校2校への見学会(保護者対象)を実施しており、好評を得ている。就学に向けて十分に配慮した支援を行っている。