

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名:	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』 (認証番号21地福第1490-2号)
訪問調査 実施日:	平成23年1月28日(金)

②事業者情報

名称:(法人名) 社会福祉法人愛知県厚生事業団 (施設名) 第二青い鳥学園	種別:(施設種別) (基準の種類) 肢体不自由児施設 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 吉橋 裕治	定員(利用人数): 120名
所在地:〒444-3505 愛知県岡崎市本宿町字柳沢5番地1	TEL (0564)-48-2831

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・社会福祉法人愛知県厚生事業団傘下の障害者施設として運営がなされており、設立当時から愛知県の影響下にあったこともあり、法人本部の統一的管理体制やマニュアル類の整備等によって、良好なサービスが提供できていると判断した。・職員の研修体制や処遇も他の社会福祉法人の実施実績を大きく上回っており、職員のモチベーションも高いレベルにある施設であると判断できる。・建物の老朽化が進み、利用者並びに職員にとって不自由であるものと判断されるが、職員の創意工夫で、限界一杯のケアが為されていて、役職員の熱い業務取り組み姿勢を感じる施設である。・三河地域のみならず、全国的にも高いレベルにある施設であるものと判断した。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・建物の老朽化が進行しており、現在、行政当局ともその解決のため調整をされている様子であるが、可及的速やかな立て替えを祈りたい。・引き続き地域への影響力の発揮を更に期待したい。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回の福祉サービス第三者評価を受審し、公正・中立な第三者機関の評価調査員のヒアリングにより、改めて当園が提供するサービスの強みや弱点が検証できました。また改善すべき点が明らかとなり具体的な目標設定が可能となるとともに、利用者アンケート結果から当園に対する見方も分かり対外的な側面からも有意義でありました。</p>

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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

			第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ Ⓑ ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

★事業団(法人)の理念・経営方針が明文化されており、事業所にあっても毎年度毎の事業概要や行事予定とともにホームページに掲載されている。
 ★冊子として作成しているが、職員の全体会議が年1回しか開催されず、理念や基本方針の周知を目的とした会議や研修は行われていないため、冊子として作成している。利用者が児童であるため、保護者には「みかわ青い鳥ネットWITH YOU」(情報誌)を配布しているが、理念や基本方針については、十分なレベルには至っていない。今後の一工夫が望まれる。

I-2 計画の策定

			第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

★設置者が愛知県であり、しかも指定管理者制度の元であり、独自計画の立案にはおのずから限界がある。とはいえ、施設建物が極端に老朽化しており、その新築については、園長以下全役職員の悲願でもあり、継続して要望を出し続けている。独自での中・長期計画は限界があるが、単年度の収支計画の策定には取組みが確認できた。単年度における事業内容が具体的に示され、実行可能な計画となっている。
 ★各事業の計画の策定にあたっては、職員の参画や意見集約・反映の仕組みを構築中である。運営連絡会議には配布されているが、職員全員には不十分であったが、会議や研修において説明し、各計画の進捗状況を確認し継続的に取り組み始めた。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 10	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	a ・ Ⓑ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(2)-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。	障 13	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★管理者自らの役割と責任を事業団組織規程と管理規程に文書化し、職員に対して周知している。コンプライアンス委員会を設置して、コンプライアンスの推進・評価等は行われている。しかし、職員が遵守するための具体的取り組みは不十分と言わざるを得ない。

★運営連絡会議で改善のための具体的取り組みを明示している。管理者自ら「園の中で一番働いている」と自負されるとおり、福祉サービスの質の向上に向けて活動に取り組んでいる。管理者は、人事・労務・財務等の視点から、常に経営や業務の効率化と改善が求められるが、福祉サービスにおいては、「非効率を排除する」ということはあっても「効率化」という言葉はそぐわないのでⒶとした。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-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。	障 15	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

★施設改善に向けては、利用者アンケートを採るなどサービスニーズ等把握された情報やデータを事業経営に適切に反映させている。毎月の月例報告時に経営状況を分析して、課題発見に努めているなどの取り組みは行われている。

★外部監査を実施していない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-2-(2)-②	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(3)-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。	障 22	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-2-(3)-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。	障 23	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

★事業団による正規職員の人材・人員体制を考慮し、計画・管理されている。また、病院としての法定基準をクリアしないといけな
い面もある。事業団勤務評定実施要領に基づき、法人全体として実施されている。

★職員の意向・意見や就業状況のチェックなどを分析・検討する仕組みはあるが、職員の有給休暇の取得率が20%と低く、休
暇を取りたくても取れない現状がある。福利厚生センターへの加入や事業団独自の職員互助会の組織化により、総合的な福利厚
生事業を実施している。また、産業医との協力の下、メンタルヘルス対策も講じられている。

★事業計画に基づき、組織が求める職員の技術や質について、目標が明記され整合性のとれた体系的な職員教育・研修計画が
なされている。

★事業計画に基づき、積極的な取組が行われている。

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	① ・ b ・ c
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	① ・ b ・ c
II-3-(1)-③	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。	障 27	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

★医療安全管理指針に基づき医療安全管理委員会が設置され、そのもとで各委員会が開催され、責任と役割を明確にした管理体制が確立している。また、マニュアルが整備され、職員や利用者へ周知されている。防災規定に基づき防災訓練計画を策定し、定期的に避難訓練・総合防災訓練を行っている。また、風水害対策計画も策定され、対策が講じられている。利用者の安全を脅かす事例の収集の仕組みが整備され、医療事故防止委員会で職員参画のもと、発生要因の分析・未然防止策が検討されている。

II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	① ・ b ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	① ・ b ・ c
II-4-(1)-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。	障 30	① ・ b ・ c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31	a ・ ① ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	a ・ ① ・ c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ ① ・ c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	a ・ ① ・ c

評価機関のコメント

★「地域との共生」を経営方針に掲げ、障害児(者)の地域療育等支援事業の拠点施設として機能している。また、様々な行事・レクリエーションを通じて地域住民との交流がなされている。施設が(東)三河地域の在宅障害児(者)の地域療育支援事業の専門的拠点として機能している。

★関係機関・団体との連携した活動は顕著であるが、今後は共通の問題・課題についての具体的な取り組みを期待したい。

★地域の高齢化に伴う療養病床への高齢者対応など、地域住民に対する相談事業に期待したい。

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

		第三者評価結果	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した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。	障 35	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(1)-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。	障 36	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
Ⅲ-1-(3)-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。	障 38	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(3)-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。	障 39	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

★基本方針等に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されている。また、医療的に必要な身体拘束はされているが、その他の身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底されている。運営連絡会議は月2回、園長、看護師、訓練課、指導課で行われている。

★年4回家族懇談会、利用児へも懇談会を実施されている。

★意見箱をわかりやすい場所に設置しているが、設置意図が理解されず、ほとんど活用されていない。治療が主であるため、訓練課等専門の職員への相談は多く行われている。入所の際、利用児や保護者に対して苦情解決制度に関する説明を行われており、またそれに関する文書を玄関に掲示されている。苦情解決の体制(苦情解決担当者は指導課長)は整備されている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-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。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供する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。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2)-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。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 46	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(3)-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。	障 47	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

★サービス評価等の自己評価は定期的に行われ、毎月2回運営会議もあり、自己評価に対して分析した結果の運営会議録も残されている。
 ★標準的な実施方法が文書化されたものがあり、またヒヤリハット報告書、事故速報等の記録も残っている。標準的なサービスの実施マニュアルの見直し等は委員会等で実施されている。(医療部分のウエートが大)
 ★個別支援計画は年2回家族同席で評価会議を行い、年度末は各部署(看護部、訓練部、指導課)からのまとめを行っている。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程は法人本部の文書管理規程で定められている。看護部、訓練課、指導課会議にて検討し、情報共有を目的として、引継ぎや書面にて回覧する等、部門横断での取組がなされている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-3-(1)-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。	障 49	⑥ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設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。	障 50	非該当

評価機関のコメント

★利用児の家族にどんな施設であるか紹介するためにパンフレットやホームページを作成しているが、基本的に受診の結果手術が必要と医師が判断された場合に入園が決定になる。医療行為による入園が主であるため、サービス開始にあたり利用児と家族に対し、医師が説明され同意を得ている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	非該当
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	非該当
Ⅲ-4-(2)-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。	障 53	非該当
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	非該当

評価機関のコメント

★医療部門と判定し非該当とする。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(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。	障 55	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	非該当
Ⅲ-5-(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。	障 57	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(2)-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。	障 60	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-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。	障 67	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-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。	障 69	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉠ ・ b ・ c

Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-①	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。	障 75	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	非該当
Ⅲ-5-(11)-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。	障 79	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(11)-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。	障 80	非該当

評価機関のコメント

<p>★利用者が子供なので理解力に乏しい点もあるが、意思伝達に制限のある利用児の場合、看護師を中心に日常的な関わりを通じて、絵カードを利用するなど、その利用児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。短期間の入園が多いため、コミュニケーション手段を確保できたところで退園になることが多い。</p> <p>★看護上、常に見守りしなければならない状況である。また自立支援の点では、年齢の低い利用児でも自分で出来ることは自分で行うことが基本的姿勢にあり、利用児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である。</p> <p>★社会生活力を高めるための行事があり、月1回買い物や野外体験等、屋外歩行訓練プログラムが用意されている。</p>
<p>★基本的に医師の指示による園児の個別支援が行われている。現在、個別の食事(手術後のお粥、その他一口大、極刻み、軟飯、アレルギー除去食等)が10人、離乳食2人と個別に対応されている。給食委員会にて毎月会議が行われている。</p> <p>★年1回嗜好調査(入所者嗜好シート)を行い、その結果を献立に反映されている。全員が食堂配膳のため、顔を見てから盛り付けるため、適温の食事を提供されている。献立・食材には四季の行事的なものをいれ、季節感に工夫されている。献立及び食材について、その情報は予め家族に提供され、アレルギーのチェックを行ってもらっている。食事介助の場面では、せかせて食べさせることがないよう、利用児の様子を良く見ながら介助や支援を行っていた。</p> <p>★定期的に給食環境委員会を開き、食堂の設備や雰囲気について話し合わせ、飾り付けや、テーブルクロスなど、必要に応じて改善を図っている。テーブルの配置は、学年・訓練等によって決められている。</p>
<p>★一人ひとりの健康状態や留意事項に基づき、個人の指示はホワイトボードを利用し、統一した対応ができるように努められている。脱衣室は難しいが、浴室では同性介助をされている。体調不良の場合は、清拭で対応されている。</p> <p>★入浴の時間帯や週間回数は施設の設定でおこなわれ、週3回(月・水・金)職員の関係で日中に行われている。しかし、夏は清潔を保つため水治療室にて週2回(火・木)に水遊びが行われている。脱衣場の冷暖房設備は夏に特にききが悪い、下の駐車場への水漏れ、排水管のつまり等ハード面に問題があると認識されている。脱衣場ではカーテンを二重にするなどプライバシーを保護する環境を確保するための工夫が行われている。</p>
<p>★排泄介助のマニュアルはない。手術の前・中・後で生活が変わるので個別の対応が必要な場合は、計画され申し送られている。排泄は定期的にトイレ誘導・おむつ交換をされている。</p> <p>★プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっており、換気や尿瓶のハイター消毒を毎日行うなど防臭対策がなされている。清掃は業務委託し毎日行われている。冷暖房設備がなく、冬は便座も冷たく排便に支障を来しているが、ハード面での改善方法がなく職員も苦悩されている。</p>
<p>★利用児の好みの衣服を家族に用意してもらい、毎日利用児の意思で選択している。措置の利用児も家族に用意してもらうが、不足分は月1回の屋外歩行訓練時に買い物を行っている。</p> <p>★破損が生じた場合は、ボランティアに依頼することが多いため、速やかには対応はできない。</p>
<p>★児童施設のため、爪切り、歯磨きの支援は行っている。</p> <p>★月1回理容ボランティアの協力で措置の利用児が散髪している。基本的には外泊時に実施していただくよう家族にお願いしている。</p>
<p>★利用児に合わせベットか畳を選択されている。寝具は、季節に応じて掛け布団を模様替えされ、家族管理で私物使用も認められている。エアコンの温度設定ができるようになったため、室温は快適に保たれている。不眠時の対応は、詰所に誘導されたり、本人の横で寄り添い寝られるなど配慮されている。</p>

<p>★年2回(入園は手術目的が6割なので、手術前にその利用児に合わせた健診が行われ、その他として学校からの情報も併せ)健康診断が行われている。検温も毎日2回行われ、健康管理をされている。</p> <p>★健康面に変調があった場合、医療機関でもあるため、速やかに医師の診察を受けることができる。皮膚や眼に異常があった場合も、院内の小児科に診察していただき、外部医療機関への紹介状が出された場合は、家族又は看護師が対応されている。</p> <p>★誤薬委員会があり、薬剤に関わる変更事項について話し合われている。また誤薬を防ぐため、看護師も複数のチェックを行い、本人確認も行うことで徹底されている。</p>
<p>★施設からの提供が主であり、希望は反映されていないと自己評価しているが、家族からは行事は盛大と高評価である。大きな行事に関しては、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されている。必要に応じて、外部から協力者(ボランティア)を受け入れられている。</p>
<p>★治療過程でやむを得ない場合を除き、保護者からの希望に応じている。</p>
<p>★図書館では、自由に見ることができる新聞・週刊雑誌が設置されている。テレビは各居室に1台ずつ、また自習室に録画機能付きのものがあり、共同利用の方法についてルールを設けられている。</p>