

〔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：株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日：平成23年1月13日(木)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人相和福祉会 (施設名)くすの樹	種別:(施設種別)生活介護 就労継続支援(B型) (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 管理者 村山誠治	定員(利用人数):40名
所在地:〒470-2105 愛知県知多郡東浦町藤江カガリ119	TEL 0562-82-4980

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>前年度に引き続き2回めの受審となった。継続受審の効果として、取り組みの定期的な検証はもちろんのこと、職員の「やる気とやりがい」確保を目的としている。自分たちの取り組みが第三者に認められるか認められないかを、職員のモチベーションアップにつなげて、次年度のさらなる取り組みにつなげた実績は、今後のますますの支援充実に反映されるに違いない。</p> <p>昨年度「b」「c」評価であった項目について施設内で検討を図り、具体的改善につなげている。特に職員の育成については、昨年度まで併設入所施設と合同であった研修・勉強会を、施設内でも実行することに変更した事で、勉強・課題改善の機会を多く持てるようになった。その効果として、広く一般的であった知識が、施設に特化した知識となり、利用者への手厚い支援実践として実現できている。その他、前年度まで管理者が中心となってきた施設運営を、今年度は職員に分担し、細部に渡って運営の充実が図れたのも評価に値する事項である。</p> <p>また、県の工賃水準改善事業に着手・活用し、新商品開発と販路拡大に熱心に取り組み、「今までやっていなかったことをやる」をスローガンに、利用者の仕事の確保や、施設の自主製品の販路拡大に成果を上げている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>今年度評価のヒアリングで最も話題になったのは、施設全体のサービスの充実であった。利用者人数の増加に伴う職員配置や支援ボランティア養成のプラン、職員の資質向上を目指した研修・勉強会の充実と職員一人ひとりの特性を活かした適材適所の配置等、「手厚い支援」実現のために描くビジョンはかなりの具体性がある。また、同時に、工賃値上げに関しても、通所施設の抱える課題を具体的に分析している。今回評価で「b」評価にとどめた項目と重なる事項も多いことから、さらなる改善努力が期待できる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>当施設では事業計画の一部に「工賃アップ」と「職員のスキルアップに向けた内部研修の充実」をあげて取り組んできましたが、その点につきましてはある程度結果を出すことができ、また、第三者評価においても正しく評価していただけたかと思えます。発展段階ではありますが、職員にとっては今回の評価は大きな励みになったものと思われれます。</p> <p>改善点については、「施設全体のサービスの充実＝利用者満足の追及」を継続的且つ確実にやっていく必要性を感じています。その中でも特に、施設が求められる安全管理体制や人材育成については、引き続き「質の向上」につながるよう、次年度に向けて取り組みを行っていきたいと考えています。</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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人全体で取り組むISOの取り組みを活用し、法人理念・施設基本方針を明文化している。施設内掲示・ホームページ掲載を行い、施設サービスの指針として位置付けている。特に新人研修では、法人理念・施設基本方針についての伝達・読み合わせを実施する他、施設内掲示、朝礼時の唱和で、全職員・全利用者に啓蒙している。職員にはネームプレートの裏面に理念・方針・目標を明示し、携帯を義務付け、有効な周知方法として確立している。利用者に対しては、理念・基本方針を分かりやすく表現した資料をふりがなを付けて掲示し、機会ある毎に自治会で説明を行っている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人全体の中長期計画を策定し、それを踏まえた施設中長期計画を策定している。また、施設中長期計画達成のための単年度事業計画を策定し、項目ごとに具体的に計画の実施・実行を明示している。単年度計画評価を実施し、次年度事業計画策定への反映を行う事から、施設各部署の職員意見の集約・利用者意見の集約は組織的に行われていると言える。定期的な法人理事会では、単年度事業報告を基に中長期計画の見直し・事業計画の見直しを行い、時代と地域ニーズを考えた計画策定となっている。職員周知に関しては、全職員への事業計画配布・会議での周知を行い、利用者に対しては、分かりやすい資料の作成・掲示、自治会での説明で周知を図っている。また、家族に対しても、年一回の事業報告会で次年度の事業計画について、わかりやすく説明している。しかし、収支計画という点で、本年度の取り組みでは具体的な策定には至っていない。

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	㉠ ・ b ・ 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

法人規定に明示し、「運営の手引」を全職員に配布し周知している。管理者の役割であるところの適切な施設運営の中に、法令遵守は大きく位置付けられ、外部研修・内部研修で理解の充実を図り、職員に対しても、会議・報告書回覧等で知識の共有を図っている。法人全体でISO認証取得に取り組み、当該施設においても質の向上に対し、継続的な取り組みを計画化している。利用者・家族満足度調査は有効な事例の一つであり、調査結果のサービスへの反映は、利用者のさらなる満足度へとつながっている。事業にかかわる収支把握・業務の効率化を目指した人員配置等、事業所の経営面に関しても、事業計画に則り、施設全体の継続的な改善に意欲的に取り組んでいる。

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	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

多くは2市2町で組織されている自立支援協議会就労支援部会に出席し、福祉施設や行政、商工会等の代表と年4回の情報交換をしながら、障害者関連の情報を収集している。その他、関連会議に参加し、積極的に情報収集を図り、施設中長期計画・単年度事業計画に反映させ、事業計画の中間評価を行うことで、早期の改善を図っている。また、継続的なISO認証取得の取り組みで、法人全体の業務効率化を図り、改善・検証を継続することで、経営環境の変化にも適切に対応している。法人契約の税理士による経理面のチェックやアドバイスも受け、施設の安定経営が利用者・家族の安心につながる事をよく理解した、職員参加型での改善・取組みへの意識が高い。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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 ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

指定基準配置を基に、専門職加算を配慮し、利用人数増加等のシュミレーションを行った具体的人員配置をプラン化している。人事考課に関しては、半期ごとの面談・フィードバックを行い、目標に対する達成度評価、次期に向けての目標設定等、職員の意欲の引き出しを配慮した体制の確立がある。人材の確保・養成に関する各項目で、施設の十分な取組みと体制の確立が認められ、職員満足度によく配慮した運営うかがえる。今回「b」評価となった研修と実習生受け入れの項目に関しても、法人としての取組み枠を超えた、施設として取り組む高い意識の裏付けであり、さらに個別化した質の高い内部研修の充実の実現、実習生受け入れに対する施設の指導力・指導体制強化の実現を期待して今回評価にとどめた。

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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

各種マニュアルを整備し、施設体制の充実を図り、避難訓練・防火対策等、施設として取り組める対策を考え、実践につなげている。特にヒヤリハットを活用した取組みに意識が高く、課題の抽出に工夫を重ねている。しかし、課題抽出は行えても、予防・防止に対する取組みに具体性がない状況が否めない。また、通所施設であるため、送迎時間の安全確保、施設内で被災した場合の帰宅手段の確保と施設留め置き判断、被災時の職員確保等も課題になっており、継続した検討を行っている。

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 利用者と地域との関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	a ・ ② ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

併設の入所施設と合同で開催する夏祭りは地域の楽しみになっており、地域住民と利用者が交流する絶好の機会となっている。パソコン・ダンス・編み物等のボランティア講師の定期的な受け入れ、バザーの企画・参加、シフォンケーキの作り方講座、職員・関係者で組織したボランティアグループで地域の在宅障害者・児にスポーツレクリエーション活動を行う等、施設・利用者・地域の相互交流の実現がある。また、小学校とは福祉体験の場としての交流の他、講師派遣など、特別な交流も行っている。地域の社会資源(プール・図書館など)を活用した利用者の余暇活動の外出支援、コミュニティ祭り参加など、地域の一員としての活動も積極的に行っている。

地域の福祉ニーズとして捉えている、障害児タイムケアの児童デイ開設検討も進捗しており、地域の福祉向上の一助として、意識の高い取り組みがある。

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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

「支援要領」に利用者尊重のための規程や規律が載っており、その読み合わせや虐待防止研修などの実施に結びついている。プライバシー保護に関して同性介助。利用者満足の上昇の仕組みとしてはISOを取得しており、組織的・計画的に品質向上をはかることができている。個別に話をする機会、自治会として意見要望を出せる機会、連絡帳を通じて文書で把握する機会など、いろいろな手段で利用者の意見や意向を確認するようにしている。苦情は今年度、今まではない。苦情解決は、利用時の重要事項説明書による説明と、掲示により案内しているが、それだけでなく定期的に案内を繰り返してもっと言いやすい環境にしようと考えている。利用者のためにも組織のためにもなり一層の改善意欲と受け止めた。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

毎年の第三者評価、ISO品質マネジメントシステムによる品質計画の達成評価、内部監査等を通して、たえず評価と改善が行われている。
 手順書類は整備されており、新たな作業に対応する手引きの追加の必要が今後もあると聞く。利用者の情報はパソコンで記録している。単に出来事の記録だけではなく、サービス計画に対する実施記録及びその結果を記載するようにしている。記録は利用者の退出後にまとめて入力する事が多いので、夕方までは勤めていない非常勤職員が掴んだ情報は、口頭やメモを通して常勤職員が入力するようにしている。
 職員間の情報共有は、日誌の回覧や会議資料の閲覧と、必要な話はミニ職員会という名で説明時間も設けている。一部の役職者はグループウェア「サイボウズ」も使用してタイムロスや情報共有の記録化を図っている。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

施設の案内に関しては、ホームページやパンフレットを用意している。なるべく新しい情報提供となるよう、内容の見直しは随時行っている。
 希望により体験利用も可能である。事業ごとに重要事項説明書は時間をかけて、わかりやすい説明をするようにしている。
 他施設利用のケースについては役場とも情報共有してきた。資料など提供することも可能だが、引き継ぎに関しては口頭のやり取りが多く、引き継ぎ書のような文書整備が必要と考えて、取り組み中である。

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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

既存の資料を参考に、使いやすくしたアセスメント用紙を持っている。アセスメントは利用者、家族と直接面談して聞き取りするようになっている。アセスメントから導き出された課題に関して、支援計画を立てている。6ヶ月後、1年後に評価を行っている。状況の変化のある場合は随時見直しをかけて再作成している。
グループホームへの移行を希望する人もいるのではと考えているが、今すぐに具体的な要望はない。今後法人内のグループホーム体験利用など、提供できるサービスを使えるようにしておき、地域へ溶け込む努力として小学校との交流や、土曜日の外出などを工夫している。

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	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉠ ・ b ・ c
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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ b ・ 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	非該当
	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	㉠ ・ b ・ 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	非該当
	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	非該当
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	非該当
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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	非該当
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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

コミュニケーションは職員個人のスキルに頼るところが大きいということであったので、職員の力量をあげることで結果としてコミュニケーションを確保するようにする。利用者が自分たちで行っていくことを増やして、適切な範囲の介入をするにはどうすればよいか考え続けている。食事は給食、弁当注文、持参の3形態がある。食事前に手を洗い消毒することも担当職員を置いて実施している。薬は頓服で預かることもあり、それについては出入り管理ができています。昼食時の内服薬については利用者の自己管理であるが、持ってくる薬が今必要としている正しい処方に基づくものかをはっきりつかないとのことで、変更時の情報確認方法等の工夫が望まれる。外出の社会資源は多く用意されている。