

## 〔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2月3日(木)

#### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人アパティア福祉会 (施設名)シンシア豊川	種別:(施設種別)知的障害者入所更生施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)山内 康敏	定員(利用人数):80名
所在地:〒442-0863 愛知県豊川市平尾町諏訪下10番	TEL 0533-88-7500

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

連続5回目の第三者評価受審となった。第三者評価継続受審をはじめ、ISOの認証取得の継続受審や施設QC活動等、施設のサービスの質の向上への取り組みへの意識は高く、機関評価員としても、年度毎の変化の確認が楽しみな頼もしい施設である。今年度もISOの取り組みとリンクさせた質の向上への取り組みは見事な成果を上げている。

今回は、ISO品質目標を『意欲を持ってく知識を高めく品格ある職員として自信を持ってご利用者に質の高い支援が提供できるよう各々が自覚・目標を持ち「なりたい自分になる」正職員80%をめざす』と定め、全正職員がポイント制の研修をクリアすることを達成率とする、施設独自の取り組みに着目した。まずは「なりたい自分」を個人目標とし、それを達成するために種別(介護・栄養・医療・発達・品格・等々)毎の研修を受講して行く。講師陣も職員であり、講師をする事によって得るものを目的として、講師評価も受けなければならない厳しい仕組みがある。つまりは、自分自身の向上に必要な目標設定→研修受講となるが、その研修が自身の向上に役立たなければ、研修内容と講師に対してマイナス評価を下せる事になり、満足できる研修を提供できなかった講師は自身のマイナス点となってしまふ。よって、受ける側も提供する側も、真剣で真摯な取り組みとなるわけである。今年度初のまさに「職員主導」の取り組みであり、すでに目標達成確実の現在の状況を見ても、職員がいかに自覚を持って取り組んだのかが理解できる事例と言える。

情報のIT化もますます充実し、進化し続けている。ソフトに翻弄されず、ソフトを使いこなし、改良を加えて来た職員の努力であろうが、「シンシア式」とも言える、クレヨンやサイボーズの活用には毎年度驚かされる。

他に、重度の利用者の支援方法変更や個別支援の充実など、今年度からの取り組みも多くあるが、それは次年度の第三者時の検証とさせていただきます事として、ますますの充実にかかる期待は大きい。

##### ◇改善を求められる点

今年度初めて自己評価が全て「a」評価となった。評価基準に照らし合わせ、初年度第三者評価から課題の抽出と改善を継続し、5年目にしての納得の「a」評価であると思われる。しかし、施設はこの結果をゴールとはしない事が、ここ数年の関わり合いで断言できる。来年度からの施設長交代で、体制がどのように変化し充実して行くかが楽しみであるが、いずれにしても、「すべての人を尊重し、共感をもって寄り添い、支えます」の法人理念通り、ますますの支援充実を願うばかりである。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

現場での取り組みを細かく見ていただきました。なかでも、個別支援の取り組みにおいて、とても参考になる意見をいただきました。

今年度は、アドバイスいただいたことを参考に、職員研修に努めていきます。

#### 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

法人基本理念を明文化し、併せて施設基本方針の明文化を図っている。また、施設基本方針は、施設が提供・実施するサービスの指針となっている。また、施設が熱心に取り組むISOとリンクさせ、法人理念・基本方針・品質目標をカードに記載し、全職員に配布・携帯を義務付け、周知・啓蒙を推進している。また、法人理念・基本方針をロビー等の共有スペース・利用者居住スペースに掲示し、利用者・家族・来訪者への周知を図っている。さらに、ホームページを充実させ、理念・方針を明文化し、広く周知を図っている。

### 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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

法人全体でISOに取り組み、体制の中で、中長期の全体目標を策定している。施設は全体目標達成を目指し、年度毎に品質マネジメント計画を作成し、実践に取り組んでいる。また、定期的(三か月・六か月)に達成度の確認・検証・評価を行い、それに基づいた計画の見直しも図っている。策定に関しては、品質方針目標管理規定の定めに従い、関係職員の参画・意見反映によって各計画の策定を行い、特に利用者が中心となる年間行事計画については、利用者会で希望・意向の聴取を行った上で計画を策定している。また、全職員は定期的にそれぞれの計画の沿った行動計画内容の確認の義務付けがあり、周知の徹底につなげている。利用者に対しては、施設内・居住スペースに掲示し周知を図っている。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者の役割と責任については、品質に関する責任と権限一覧表に明記し、ISO基本研修時に表明している。また、施設が遵守しなければならない法令については、管理者・職員代表が外部研修等に参加し、随時の会議・研修等において職員への周知を図るとともに、関係部署に対し、細部の指導を行っている。

管理者は施設の質の向上に意欲を持ち、課題抽出・把握、さらには改善に向けた取り組みを、継続的にISO9001の認証取得に取り組むことで体制化し、成果を上げている。業務の効率化・改善についても、実践的なQC活動実施、適材適所の人材配置等、理念・方針・目標達成を目指し、指導・管理に手腕を揮っている。

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

#### 評価機関のコメント

相談支援事業での地域の相談受付、自立支援協議会幹事事業所の責務である情報収集等、事業経営をとりまく環境把握を適切に行い、経営・運営面の中長期計画に反映がある。また、19年度から毎月決算を実施し、経営状況分析を最短で把握する改善を実現している。翌月には改善すべき課題の発見できる仕組みとして、運営面に大きく貢献できる取り組みである。外部監査に関しては、経営改善・効率化を目指すISOの認証取得に継続的に取り組み、成果を上げている。また、会計業務の税理士委託で、経営面の透明性の担保と、第三者的アドバイスを活かす運営の実現もある。

#### 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	① ・ 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	① ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>運営に必要な人材・人員は運営規定に定め、適切な人事管理を行い、適材適所の配置を図っている。人事考課については、職員の資質向上を目指し、共通の考課基準を自己評価するとともに、前期・後期の目標設定、評価・課題設定の仕組みを構築している。また、年二回のフィードバック面接では、各期の目標の達成度の検証・評価、次期の目標設定を行い、職員のさらなる育成へつなげている。特に「なりたい自分になる」の研修計画は見事な取り組みで、個人目標達成に向けて、職員自らが自身の研修計画を立て、ポイント制でクリアして行く画期的な取り組みである。研修講師についても内容を評価する「講師評価」を取り入れ、次年度の研修見直しにつなげる仕組みにしている。</p>			
---	--	--	--

## 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>緊急時対応・事故対応・事故予防等、利用者の安全確保に関するマニュアル・手順書を作成し、体制を整備している。防災に関しては、定期的な避難訓練を実施する等、適切な対応がある。また、ヒヤリハットでリスク管理に努め、要因分析→未然防止策検討を行い、利用者の安全に関する研修・周知につなげている。取り組みが年数を重ねるにつれ、ヒヤリハットの提出率も増加し、リスク管理が利用者の安全確保に直結する事をよく理解した取り組みとなっている。</p>			
--	--	--	--

## 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	① ・ ② ・ ③
	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 ・ ② ・ ③
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 ・ ② ・ ③
	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 ・ ② ・ ③

### 評価機関のコメント

<p>地域との関わりについては品質方針で文書化し、利用者が地域イベントに参加する機会作りに努め、管理者自らが率先して地域との関わりを推進している。施設の機能還元については、施設のを活用し、専門的な相談に応じる等、地域ニーズに沿った取り組みがある。また、豊川自立支援協議会等、行政・関係機関担当者との定期的な連絡会・会議を行い、課題の共有を図り、解決に協働している。施設相談事業の相談業務を通じ、地域のニーズの適切な把握を可能とし、市から委託の障害者認定調査委員として職員が活動することで、より具体的なニーズの把握も実践している。現在も、把握した地域ニーズに基づき、施設の事業展開を実現している。</p>
---

## 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 ・ ② ・ ③
	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 ・ ② ・ ③
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 ・ ② ・ ③
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 ・ ② ・ ③
	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 ・ ② ・ ③
	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 ・ ② ・ ③

### 評価機関のコメント

<p>理念や基本方針に利用者本位・尊重したサービスの基本姿勢を明示している。個人情報保護規定・個人情報取扱手順書・各場面での手順書を整備しており、理念や基本方針に基づいたサービス提供が日々行われるように個々の個別支援計画にも留意点等として反映している。その他、自治会(利用者主体)・利用者の生活を良くする会(職員による)を定期的に開催し、利用者満足度の把握・向上に努めている。利用者苦情解決については、苦情解決規定に沿い、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設け体制を整え、意見・苦情等は定められた検討方法に従い、検討内容・対応策を利用者・家族にフィードバックし、迅速に対応している。</p>
--

### 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

ISO・第三者評価の継続的な受審により、組織的な体制を確立している。PDCAサイクル課題改善の取り組みを積極的に行い、サービス質の向上を図っている。PCネットワークが充実しており、職員間の情報共有や利用者のデータ管理も適切に行っている。現場の職員は端末機を携帯して項目内容に従い実施・記録を遂行するため、日常支援業務システムを介し現在の実施状況を確認することができる。

### 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	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

施設の概要パンフレット、組織・行事・体験内容等を紹介したホームページで情報提供を行っている。体験希望者はショートステイの利用が可能であり、柔軟に対応している。施設のサービス開始するにあたっては、利用者・家族に重要事項説明を書面上と口頭で十分に説明を行い、契約の締結をしている。その後本人・家族の意向を反映させた個別支援計画内容の説明を行い、同意を得たうえで押印する行程をとっている。利用者を他施設・地域・家庭へ移行等を行なう場合は、「退所者を支える組織整備手順書」に従い手続きしている。サービス終了した後も定期的な様子確認や相談窓口を設置し、継続的な支援をしている。

### 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	㉠ ・ 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

個別支援計画作成手順書、個別支援計画作成フローチャートに基づきアセスメントを行っている。アセスメント項目は知的障害者援護施設の利用者の特性を捉えた独自のものを利用している。一人ひとりの意向・力量に応じ、日常生活ユニットプログラムを計画書に盛り込み、利用者の地域生活への移行支援にも努めている。月一回サービスの評価・見直しを実行しており、利用者の意向・状態変化により計画内容が合わなくなった場合は、その時点で現状に即した計画作成している。

### 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c
	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

利用者一人ひとりが主体となるような暮らしを支援するために、各サービスの手順書を整備し、利用者の希望に応じる姿勢や場面場面での個々の力量・特性に適した対応(介助・声掛け・見守り)を個別支援計画に反映している。その他エンパワメントに基づくプログラムも盛り込み、個々の強みの部分を活かす活動をしている。また、利用者の健康管理は、連携医療機関(病院・歯科)の定期的な往診や法人専属の常勤医師により、手厚い管理が行われている。固有サービスに関するどの項目に対しても、利用者を尊重する水準以上の取り組みが認められ、何ら問題は感じられない。