

〔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24年2月17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)愛厚半田の里	種別：(施設種別)施設入所支援・生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)平野 孝明	定員(利用人数)：140名
所在地：〒475-0932 愛知県半田市鴉根町3丁目40番地	TEL 0569-27-5049

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>管理者は、法人本部での勤務経験を活かし、多角的な視野に立って事業所運営を行っている。大きな課題は、自らの事業所だけの判断に委ねず、法人内の同事業2施設と共に定期、不定期に情報交換や収集を行っている。事業計画(「平成23年度支援計画」)には、様々な計画や予定が月単位で一表にまとめられたシートがあり、支援の現場での使い易さにも配慮がみられる。</p> <p>事業開始から50年近い歳月を経ており、利用者の平均年齢は平成24年2月時点で53歳を超えている。ADLの低下や重度化、転倒・骨折事故の発生等、利用者の高齢化が無縁とは言い難い。そこで、重点課題に「事故防止」を掲げて、事業所挙げての取り組みを展開中である。</p> <p>事故の報告件数は昨年度を上回ってはいるが、これまでは見過ごされてきた軽微な事故も報告されるようになったことが要因とみられ、職員の意識の向上の証しと前向きに評価したい。</p> <p>誤薬事故が多発していることもあり、その都度マニュアルを見直したり、薬袋の文字を大きくしたり、吐き出しを防ぐために錠剤を粉剤に変更したりと、様々な改善努力がみられる。事業所の要所要所に、職員の意識を喚起するため、「誤薬事故撲滅」を訴えるスローガンが貼りだしてあった。</p> <p>食事支援では、栄養ケア計画を立てて個別支援計画と連動させ、嗜好調査や毎月2回の選択メニューも実施している。衣類の購入については、外出買い物によりそれを保障をするだけでなく、施設内での業者による衣料品の販売を実施し、利用者にとって、慣れた環境の中で、ゆっくりと商品を選ぶことができるよう配慮している。</p> <p>保護者会やボランティアとタイアップしたイベント(朝市、半田の里まつり等)を通し、地域とも触れ合っている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>計画や予定は綿密に作成されており、実施・実行された記録も残っている。しかし、終了後に反省・振り返りが口頭で済まされることが多く、評価・検証の仕組みがない事例が散見された。教育・研修後の効果の評価、実習生受け入れ後の目的達成の可否や課題の検証等の記録が作成されていない。研修や実習生受け入れ等は、大きな時間を割いて実施される重要プロセスであり、評価の仕組みづくりが望まれる。</p> <p>エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則った支援を目指しているが、抱えている利用者の多さと、経済の低迷により障害者雇用に積極的でない社会とに、柔軟に対応するだけの多様なプログラムの準備はない。余暇の過ごし方、外出機会の創出、居室(2人部屋)や入浴時のプライバシーの配慮等々、利用者の側からも改善・工夫を求める声が上がっている。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回の受審において、昨年度に比較して評価点が全般的に上がった点は、サービス向上に向けて職員が取り組んできた成果が出てきたことへの評価として受け止めています。余暇の過ごし方をはじめ実施・実行の評価・検証の弱さ等多くの指摘をいただきましたので、今後は評価の仕組みづくり等の改善に心掛け、サービスの向上を図りたく存じます。</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	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

「事業概要」の冒頭に基本理念と経営方針を掲げ、事業目的の項目の中で当該事業所の果たすべき使命を明確にしている。
 各種の会議体を通して職員への周知を図ろうとしているが、職員間での温度差もあって十分な理解には至っていない。利用者等への周知に関しても、保護者会等での説明はあるものの、理解力や判断能力に個人差の大きい利用者本人への周知に関しては、さらなる工夫・改善が必要な状況である。

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	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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人作成の中・長期計画(経営計画)に沿って、事業計画(「平成23年度支援計画」)が策定されていた。様々な計画や予定が月単位で一表にまとめられており、支援の現場での使い易さにも配慮がみられる。
 事業計画の策定は、担当部門での検討を踏まえて経営会議で決定されている。職員へは、資料の配布に加えて職員会議等でも詳細な説明が行われているが、全職員が共通の理解を得ているかは疑問である。保護者会にても説明をしているが、保護者の高齢化に伴って出席率が下降しており(30~40%)、十分な周知には至っていない。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は、法人本部での勤務経験を活かし、多角的な視野に立って事業所運営を行っている。外部での会議、研修会等で得た知識や情報を、必要に応じて職員に伝達している。ただ、職員数が多いために、周知・徹底が図られない場合も出てくる。

150名を超える利用者(定員140名)の適切な支援を問い続け、支援の現場の分割方法やフロアの有効利用等、現場職員を巻き込んだ改善に着手している。また、重点課題として、「事故防止」を掲げて取り組んでいる。まだ、計数的な効果は確認されていないが、今後の展開を見守りたい。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

法人内に知的障害者施設が3ヶ所あり、定期、不定期に情報交換や折々の課題の検討を行っている。事業所開設から50年の歳月を経ており、利用者、家族の高齢化が大きな問題となっている。利用者の平均年齢は53歳を超え(平成24年2月現在)、ADLの低下や重度化が事故多発の要因ともなっている。身元引受人(キーパーソン)も、父母(56名)から兄弟姉妹(60名)へと移行が進んでおり、第三者(成年後見人等)に委ねられるケースも増えている。

サービスの質の向上を目的とした第三者評価継続受審の方針を明確にしており、併せて事業の透明性を確保しようとの思いも伝わってくる。

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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ② ・ 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

<p>将来に亘っての必要人材や育成・能力開発等に関するプランはなかった。法人主導の勤務評定制度を利用し、管理者が正職員だけでなく嘱託職員までフィードバック面接を実施している。ただ、職員個々の不足力量の把握や教育・研修の必要性を探る動きにはなっておらず、次年度に導入が予定されている新人事考課制度に期待がかかる。</p> <p>管理者面談で処遇の話が出たり、年休の計画的取得を促すなど、福利厚生面への配慮は厚い。</p> <p>職員の育成方針を事業概要に示し、職員から研修希望のアンケート調査を行っている。実施される研修ごとに、適切な職員を割り振って受講させているが、実施後の効果の測定や個別の研修についての評価がない。</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	a ・ ② ・ 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

<p>利用者の安心・安全な生活を守るために、事故防止対策委員会が中心となり、事業所全体で「事故防止」の目標に取り組んでいる。今年度の事故報告件数は、昨年度(50件)の倍増の90件(1月時点)と増えてはいるが、これまでは見過ごされてきた軽微な事故も報告されるようになったことが原因とみられ、職員の意識の向上の証しと前向きに評価したい。</p> <p>誤薬事故が多発していることもあり、その都度マニュアルを見直したり、薬袋の文字を大きくしたり、吐き出しを防ぐために錠剤を粉剤に変更したりと、様々な改善努力がみられる。事業所の要所要所に、職員の意識を喚起する「誤薬事故撲滅」を訴えるスローガンが貼りだしてある。</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	a ・ ② ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

<p>「地域社会に開かれた施設とするため・・・」で始まる経営方針(地域交流項目)に沿って、地域行事への利用者の積極的参加や事業所イベントへの地域住民の参加呼びかけを行っている。保護者会やボランティアの協力の下に、毎月「朝市」が開催されており、秋の「半田の里まつり」には地域からの来訪者も多い。事業所が高台に立地することもあり、市から災害時の二次福祉避難所に指定されている。</p> <p>自立支援協議会での情報や周辺地域を対象とした福祉ニーズのアンケートから、既存の日中一時や短期入所の充実とともに、新たに相談支援事業への進出の期待の大きさも分かってきた。</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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

<p>行事予定を始めとして、サービス管理責任者、生活支援員、看護師、栄養士などの関係職種による支援会議や研修等においても、年間のスケジュールに組み込まれており、各利用者の支援会議が時期を遅らすことなく実施できる体制が整っている。</p> <p>連絡ノートを活用し、日々のサービス提供においても、共通理解が深まる工夫がされている。</p> <p>また、苦情解決の仕組みも整っており、その記録については、定期的開催される保護者会にも報告されている。</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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

「支援計画」(年間スケジュール)から利用者個人の投薬状況までが明示されている資料が、毎年全職員に配付され、基本理念や経営方針から各利用者の支援留意点などに至るまで周知徹底が図られている。

入浴や排泄などの具体的な支援方法に関する支援マニュアルも作成され、かつ定期的見直しも実施されている。日々の業務日誌においても、個人の具体的な情報、看護師からの指示事項や通院結果も記載されており、その内容が変則勤務の職員でも記入・把握しやすいように、時間によって区分けされていたり、看護日誌として別にファイルされていたり、工夫の跡も見取れる。

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 ・ Ⓑ ・ 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

重要事項説明書に、利用料金を始めとするサービス利用に必要な情報が明示されている。また個人情報に関する同意書、ジェネリック薬の使用に関する同意書もとられている。

家庭への移行例は少なく、法人内の事業所(ケアホーム等)への住み替えが多い。現時点では担当者間の連携で円滑な引継ぎが行われているが、今後ますます増加が予想される身元引受人(キーパーソン)の変更に際しては、サービスの内容を伝えるだけでなく、地域移行、事業所間移動、重度化・終末期の支援等々、双方の意向・方針を共有化する取り組みを期待したい。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

アセスメント表、個別支援計画、モニタリングについては、手順に従って策定されている。また、計画と日々の支援の内容においても、双方が連動し、業務日誌に現わされていた。評価、見直しにおいても、サービス管理責任者、栄養士、看護師、支援員との連携が保たれ、適切な時期に行われている。

地域移行については、法人内他事業所への住み替え・移動が多い。就労等を伴った地域への移行例が少ないことから、相談支援事業の開始が検討されている。

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 ・ ② ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ② ・ 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 ・ ㉔ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

保護者と合同企画して施設内で朝市を定期に開催し、利用者がその売り子を担うというプログラムも用意されている。食事に関しては、栄養ケア計画を立てられ、個別支援計画との連動も考慮されている。また、嗜好調査や毎月2回の選択メニューも実施され、利用者からの意見を反映した献立となっている。

衣類の購入については、外出買い物によりそれを保障をするだけでなく、施設内での業者による衣料品の販売を実施し、利用者にとって、慣れた環境の中で、ゆっくりと商品を選ぶことができるよう配慮されている。

エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則った支援を目指しているが、抱えている利用者の多さと、経済の低迷により障害者雇用に積極的でない社会とに、柔軟に対応するだけの多様なプログラムの準備はない。また、余暇の過ごし方、外出機会の創出、居室(2人部屋)や入浴時のプライバシーの配慮等々、利用者の側からも改善・工夫を求める声が上がっている。