

〔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：24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成24年10月11日(木)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人としなが福祉会 (施設名) ホタルの郷	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) 川口 弘	定員(利用人数)：48名
所在地：〒441-1203 愛知県豊川市足山田町年長1番地6	TEL：0533-93-7686

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念教育による職員の育成 平成20年度に続き、2度目の第三者評価受審である。管理者は全国及び県の同業事業者団体の要職を務めており、事業所内における影響力(指導力、統率力等)はすこぶる大きい。その強い力によって、様々な改革・改善の施策を打ち出しているが、職員の育成を目的とした理念教育もその一つである。この教育は、ある教育機関発行のテキスト(月刊誌)を使って、毎日の朝礼時に実施されており、全職員が気持ちを一つにして支援の方向を定めるうえでの貴重な時間となっている。</p> <p>◆障害特性、障害程度区分に配慮した重度障害者の受け入れ 同一地域に先発の他法人事業所(多機能型)が存在することから、当該事業所では「重度」の障害者にも利用の範囲を広げており、双方が連携して地域の福祉ニーズに応えていこうとしている。本部棟の隣接地に、重度障害者を対象とするケアホームの建設計画が進められており、地域からは大きな期待を持って迎えられている。</p> <p>◆法人情報の積極的な開示 法人の広報誌「ほっほっホタル」が定期的に発行されており(季刊)、利用者・家族や同業の福祉事業所だけでなく、地域の関係各所にも配布している。ホームページ上でも閲覧は可能である。その内容は単なる事業所紹介に終始せず、決算報告、職員採用、ボランティアの来訪状況、サービス提供の具体的な様子等、写真やイラストを用いてわかりやすく、しかもきめ細かなものとなっており、その制作も職員が担っている。これによって大きな効果が出ており、法人主催のイベントへの地域からの参加者は、年々増加の一途をたどっている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆仕組み(PDCAサイクル)の欠落 管理者の存在感の大きさゆえか、中間管理層の役割が不明確になっている部分が散見され、各所で仕組み(PDCAサイクル)の構築が未完となっている。例えば、研修実施後に「復命書」が提出されているが、直属上司の目に触れることなく経営層(理事長、管理者)に渡っており、現場での教育効果の検証段階以降(C~A)が欠落している。実習生やボランティアの受け入れに関しても、計画(P)と実施の記録(D)は確認できるが、マニュアルに示す本来目的への到達度を評価(C)したり、次年度の計画への反映・改善(A)の仕組みはなかった。</p> <p>◆手順(マニュアル)の見直し 標準的なサービスの実施方法は文書化されているが、一部更新・見直しがされていないものがあった。職員教育やサービスの質の向上という観点から、見直しの時期と方法、責任について明確にすることが望まれる。法改正等、外部環境の変化に応じての適宜の見直し、事故や問題発生後の見直し・改定、時期を定めての定期的な見直し等を組み込んだ仕組みづくりを期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今後の進め方を見直すよききっかけとなりました。ご指摘いただいた事項を改善していきたいと思っております。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

ある教育機関の手引書(月刊誌)を利用して、事業所の理念浸透を図っている。手引書の中に「理念」や「職員心得」(基本方針)がとじ込まれており、職員は毎日の朝礼時に読み上げて確認している。
利用者に対する取り組みは、利用者個々の理解力や判断能力の差に配慮した方法での伝達は行われておらず、十分な周知には至っていない現状である。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

管理者から平成24年度までの中・長期のビジョンが示されており、単年度の事業計画中の「運営方針」によって支援の方向性を定めている。それぞれの具体的な計画は、「運営方針」に従って「方向①」、「方向②」・・・と、項目ごとに細分化して作成されている。しかし、「事業計画書」、「事業報告書」を見る限り、前年度の計画を踏襲し、若干の見直しを加えているだけであり、計画—報告—計画の連動性や、具体的な内容(数値目標等)の記述は見られない。
利用者、家族への周知に関しても、関連文書の配布が主たる方法となっており、周知方法の工夫が期待される。

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	Ⓐ ・ 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

管理者は関係事業団体の全国、県での要職に就いており、事業所内に置いても強い指導力、統率力を発揮している。法人内の研修において、事業所が社会的責任を果たすための「コンプライアンス・ルール」を作る取り組みを進めている。平成20年度に続いて2度目の第三者評価受審であり、職員を対象とした事前の説明会には、管理者に加えて理事長も参加される等、この評価システムを使って法人全体の質の向上を図ろうとする意識は強い。

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	Ⓐ ・ 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

法改正（「障害者自立支援法」への完全移行）や、利用者の高齢化、重度障害者比率の高まり等、施設運営の周辺環境の変化を見逃さず、適切な施策を展開している。他法人との差別化・調整（障害特性や障害程度区分による最適施設への振り分け）を行い、制度から漏れる障害者を出さないという強い意識を持っている。本部棟の隣接地に、重度障害者用のケアホーム建設計画が具体化しているのもその一環である。

公認会計士等による外部監査は実施されていないが、毎年、管理者の出身母体である別法人に管理層の職員5名の派遣を依頼し、会計面とサービス面の監査が実施されている。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ 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	a ・ 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	a ・ 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 ・ 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 ・ 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	a ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>「方向⑥」に、職員の育成に関する具体的な方向性が示されており、職員に評価内容を知らせたうえで人事考課を実施している。成績効果の取り入れはないが、情意考課と能力考課項目から職員個々の不足力量を把握し、管理者との面談を通して教育ニーズへと発展させている。年度末の支援会議で、次年度の各職員への研修計画を落とし込んでいないが、実施後の直属上司(所属長)の係わりが明確となっておらず、教育効果を検証する仕組みは構築されていない。同じく、実習生の受け入れに関しても、本来目的に照らした効果検証等の仕組みは構築されていない。職員からは、「働きやすい職場」との声が多いが、メンタル面をカバーする仕組みの構築を事業所の課題ととらえている。</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	a ・ 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 ・ 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	a ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>利用者の安全を確保するための各種マニュアルが整備されており、それを支援するための委員会も組織されている。事故が起きた場合には、内容によって「行動障害記録」と「個別支援計画検討票」とに分けて記録し、事後の対応を迅速・適切に行っている。 毎月1回の防災訓練についても毎回条件設定を変えて実施し、有事の場合の職員、利用者の対応能力を高める工夫がある。</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 ・ 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	a ・ 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 ・ 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 ・ 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

夏の「納涼まつり」や秋に実施される「としなが祭り」には、地域からの参加者が増加傾向にある。事業所(法人)の活動を紹介する広報誌「ほっほっホテル」を季刊として発行しており、利用者・家族や同業の福祉事業所だけでなく、地域の関係各所にも配布している。受け入れの仕組みは未完ながらも、ボランティアの受け入れは多く、年度末には「感謝の集い」が催されている。

必要な社会資源の主たるものは事務所内に掲示されているが、個人で管理されているものも散見されることから、リスト化等による職員相互の情報共有が望まれる。

「相談支援事業」との連携によって地域ニーズの把握に努めており、重度障害者用ケアホームの建設も軌道に乗ってきた。

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	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

「運営方針」や「プライバシー保護に関する規程」、「苦情解決規程」等が整備され、利用者尊重に関し明文化されていた。法人内研修も計画・実施され、朝礼においてもその方針や理念についての周知を行い、各職員に理解の浸透が図られていた。

管理者が、愛知県知的障害者福祉協会の会長を務められていることから、各職員においても、その任に恥じない福祉サービスの提供について高い意識があることを、設問に対する応答から推察できた。

利用者からの意見、苦情に関する対応に関し、ともに迅速である様が記録や事業所内掲示物からも確認できた。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

運営会議、支援会議、ケース会議、保健・給食委員会等が整備され、協議内容や構成者、開催時期についても明確化されていた。標準的なサービスの実施について、文書化されてはいるが、一部更新・見直しがされていないものがあった。職員教育やサービスの質の向上という観点から、その定期見直しについて、時期と方法、責任について明確にされることが望まれる。

マニュアル中の、水道の止水弁の位置を全職員に周知する図面においては、故障発生時に迅速に対応できるよう配慮されたものであり、毎日の入浴を保証する上で、非常に大切な部分と言えよう。見過ごされそうな部分に関しての言及は秀逸と言える。

サービス実施状況については、多職種の職員参加による定期的な支援会議が開催され、モニタリングや見直しが行われていた。

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

ホームページの公開、わかりやすいパンフレットの作成や一日体験が行われており、サービスの開始にあたって、極力わかりやすいものにしようとの配慮がある。法人機関誌「ほっほっホテル」も定期的に発行されており、その内容は単なる事業所紹介で終わることなく、決算報告、職員採用、ボランティアの来訪状況、サービス提供の具体的な様子等、写真やイラストを用いてわかりやすく、しかもきめ細かなものとなっている。その制作も職員が担っており、「地域に深く根ざしたより高い福祉を積極的に推進する」という理念の実現に向けた行動力の大きさを端的に示している。

サービス継続については、移行先への申し送りや相談支援事業所との連携も確保されていた。

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

「アセスメント」、「サービス実施計画策定」、「モニタリング」等、書類の整備と実施が適切に行われ、本人の希望も個別支援計画に明記されている。サービスの実施においても、一人ひとりについてより具体的なものになるよう工夫されていた。ただし、その計画の評価にあたっては、サービス実施記録に記載されていない部分もあり、評価判断基準や次の計画の課題の明確化に向けて、記録のあり方についての再考が望まれる。

地域生活への移行に関し、重度・高齢化対応のケアホームの建設については、法人の中・長期計画にも挙げられており、用地においては既に具体化しており、地域移行を積極的に行っているとの判断から評価をⒶとした。

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

自治会では、利用者による手書きの議事録が執られており、食堂においても自治会で決められた内容が掲示されていた。形式的な自治ではなく、より利用者のエンパワメントに着目した実践が行われていた。ハード部分についての計画的な改修が実施されており、より快適な生活を実現するための努力もされている。投薬に関し、実際の支援現場を確認することができたが、マニュアルに沿って実施されており、誤薬を防ぐためのチェックリストも完備されていた。利用者の高齢化、重度化により、外出は減少傾向にあるが、その分地域住民の事業所への来所を意識した事業所運営を行っている。具体的には、ボランティアの事業所訪問、「納涼まつり」や「としなが祭り」等、地域を意識した行事が計画され、地域社会との接点が増えるように配慮している。