

〔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25年2月25日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人ゆたか福祉会 (施設名)第2ゆたか希望の家	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)荒川 元仁	定員(利用人数):50名
所在地:〒441-2432 愛知県北設楽郡設楽町東納庫字松山6番の3	TEL: 0536-65-0370

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆利用者への「理念」等の周知 2年前、法人設立40周年の節目として、組織を挙げて策定した「理念」や「方針」であったが、理解力や判断能力に個人差が大きい利用者への周知は大きな課題として残されていた。今回、この課題への風穴が開けられた。大きな文字や絵を使った説明用のツールを作成し、漢字にはフリガナをつけ、理解力や判断能力に乏しい利用者にも分かりやすい資料となっている。「事業計画」に関しても、ポイントを整理して同じ手法で説明が行われた。</p> <p>◆「将来構想検討委員会」への期待 同じ地域に立地する3事業所が「将来構想検討委員会」を立ち上げている。山間僻地に事業展開する3事業所にとっては共通する課題も多く、利用者の充実した暮らしを保障しつつ、豊かな地域づくりを目指している。「過疎地での適切な事業運営」、「移行支援に応じる社会資源の希薄」、「利用者の高齢化、重度化」、「医療(看護)との連携」、「地域連携と福祉ニーズへの対応」、「職員の採用・育成」等々、委員会への期待は大きい。</p> <p>◆「食」への配慮 事業所が山村に所在するため、外食の機会さえも制限され、「食」の楽しみを享受しづらい状況下にある。それを払拭せんと、「お楽しみメニュー」の日には、寿司を目の前で握る実演を行ったり、栄養士が各ハウスにて夕食を作る取り組みを行っている。建物の構造上、普段は少し離れた所から食事が運ばれてくるが、調理したものをその場で提供することを目的としており、食に対する細かな配慮が見られる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆「家族会」が抱える課題 法人そのものの由来は、障害を持つ子のために家族(親)が中心となって築き上げてきた経緯がある。これまでも、「家族会」の大きな協力(ボランティア、寄付等)を後押しとして事業運営が成り立ってきた。ここにきて、懸念されるのは「保護者の高齢化」であり、「家族会」への参加率も低下傾向(50%前後)にある。その対策として、利用者には成年後見人制度の利用を勧めている。既に利用者の3割近くが後見人を付けており、今後もこの取り組みの推進を望みたい。</p> <p>◆実習生の受け入れ 今年度、実習生(社会福祉士を目指す学生)の受け入れは行われなかった。事業所が市街地から離れた山間部に立地することから、実習場所として希望する学生の少なさもあるが、受け入れるための責任者の養成が進んでいないことが主要因である。勤務地としての条件が厳しい地域であるだけに、地域出身者の雇用機会を確保するためにも、後輩の養成に力を入れることを期待したい。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を3年連続で受審してきました。受審をするたびに課題が明確となり、改善が進んできた実感しています。今回の受審で見えてきた課題に対しても早急に改善し、より良い施設づくりをしていきます。

#### 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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

法人設立40周年を機に策定された「理念」が定着しつつある。この「理念」を具体的に推し進めるうえでの指針として、「方針」も構築されている。  
 これまで大きな課題であった「利用者への周知」に関し、大きな文字や絵を使った説明用のツールを作成し、漢字にはフリガナをつけ、理解力や判断能力に乏しい利用者にも分かりやすい資料となっている。

### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

「ゆたか福祉会第4期総合計画(平成22年度～26年度)」に基づいて、「第2ゆたか希望の家・現状の報告と5ヵ年計画」が策定されている。同一地域にある3事業所で「将来構想検討委員会」を立ち上げており、今年度中には「事業方針」や「地域づくり」を含んだ5ヵ年計画が発表される予定である。  
 事業計画の周知に関しては、利用者・家族への周知に力点を置き、利用者全体会や家族会の場を借りて説明している。「理念」の説明と同様、原文のままの説明ではなく、分かりやすい説明資料を作成して説明している。

### 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	㉠ ・ 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

管理者が着任して3年が経過し、組織的な立場が確立してきた。本年度施行の「障害者虐待防止法」に関しては、外部から弁護士を講師として招き、制度理解やその根本的な考え方、実際の支援現場での支援のあり方等を学んでいる。第三者評価の受審を通して質の向上を図ろうとの意識が高く、職員の育成の機会(手段)とも考えている。管理者(所長)自らの職務も含め、副所長、主任等幹部職員の管理領域の見直しを図り、業務の効率化に取り組んでいる。

### 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	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

事業経営を取り巻く環境に関しては、「将来構想検討委員会」での意見集約によって、的確な情報を把握している。「過疎地での事業運営」、「移行支援に応じる社会資源の希薄」、「利用者の高齢化、重度化」、「医療(看護)との連携」、「職員の採用難」等々の課題が、「将来構想検討委員会」でも討議されている。明るい材料としては、町の助成金適用の対象となる新人2名が、今年度より新たな職員として加わった。財務・会計面での外部専門家の監査はないが、第三者評価を継続して受審しており、事業運営(サービス面)の透明性を担保する取り組みとなっている。

#### 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	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

<p>「第2ゆたか希望の家・現状の報告と5ヵ年計画」に、将来に向けての必要人材やその育成方法に関するプランが示されている。「自己申告書」による人事考課の制度があり、フィードバック面接の結果から研修ニーズを導いている。</p> <p>「平成24年度事業計画」に人材育成の方向性を示しており、「研修予定実績表」によって職員個々の履修状況を管理している。教育や研修の終了時には「研修報告書」を提出させ、併せて職員会議等にて報告・発表の機会を設けてはいるが、教育効果を評価・検証する仕組みは構築されていない。実習生受け入れのマニュアルを整備しているが、実習生(社会福祉士)受け入れのための資格を有する職員の配置が無く、法人内の職員実習の受け入れにとどまっている。</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	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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

<p>職員配置を厚く取り(2:1)、リスク管理委員会の活動も機能している。さらに、利用者の安全・安心な暮らし(作業・生活)を支援するために必要と思われるマニュアル類も整備されていたはずである。しかし、不幸にして死亡事故は起きてしまった。その反省に立って、マニュアル類の見直し・改定作業が行われている。</p> <p>年間3回実施する防災訓練(避難訓練)では、毎回条件設定を変えて実施しており、職員だけでなく利用者にも臨機の対応力を養う取り組みをしている。夜間を想定した避難訓練の実施もある。</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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

地域行事には利用者・家族が職員と共に参加し、事業所イベントには地域住民に参加を呼び掛けている。秋の「キラリン祭り」では、他法人の事業所からも参加があり、地元青年団の活動の場ともなっている。ボランティアの来訪も増加の一途をたどっているが、それぞれのイベントごとや年間を通しての評価が無く、取り組みの成果が見えにくく、次年度計画への反映が薄いものとなっている。

地域の福祉ニーズを把握した結果、「相談支援事業」、「居宅介護事業」等の25年度開設が実施段階に入っている。事業所の「5ヵ年計画」では、「重度棟」の必要性にも言及している。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

法人独自のガイドブック(「ゆたかではたらく あなたに」)を整備し、新人職員への配付はもとより、全職員がサービスの質的向上を目指すためのツールとしている。利用者支援に関する研修会も適宜実施されており、全職員へ情報共有するための取り組みも十分感じられる。

「利用者自治会」の組織が確立しており、事業所での「所長交渉」をはじめ、法人全体で取り組む「全体会」が組織され、直接、理事長へ意見や要求を言うことができる等、利用者主体の活動を法人が全面的にバックアップしている。ただし、苦情としての取り扱いが無く、相談室の使用頻度も低い。小さな苦情も漏らさず取り上げ、利用者へは一層の啓蒙活動が望まれる。

### 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	㉠ ・ 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

記録用紙のファイリング方法を見直し、よりサービスの経過が分かるようなものへと変更した。支援を「記録する」、「振り返る」、「活用する」という細かな部分にも目を向け、改善されている。例えば、記録用紙の頭に「個別支援計画に掲げた課題・目標」が記され、記録をするときは必ず目に入るような工夫があった。「個別支援計画を意識した支援」という観点に立った積極的な取り組みである。

課題としては「個人ファイルの機能性」が挙げられる。ファイルに目次を付けたり、タグを付けたりすることで、必要な情報がすぐに引き出せる。「作成して終了する記録」から、「支援に活用する記録」として機能させることが望まれる。

### 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	㉠ ・ 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

「サービスの選択」をしてもらうための取り組みとして、「施設内の見学」と「パンフレット」を活用している。また、ホームページも見やすく、充実しているため、利用希望者が必要な情報を得られる体制は整っている。サービスの開始における支援内容の説明や、サービス終了後におけるアフターフォローについての説明も適切に行われている。サービス開始時の書類の説明についても適切に行われており、利用者本人の状況（理解力や判断能力の個人差）に合わせて説明しているなどの工夫が見られる。

事業所からの移行例は少なく（毎年1名程度）、問題が起きたことはない。

### 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	㉠ ・ 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

アセスメント及び個別支援計画は適切に作成されており、特にアセスメントについては中身が充実している。アセスメントの見直しをするために、「準備メモ」という別の記録用紙を用意し、日常の支援の中で新たに得た情報を書きとっている。日々の記録用紙には「個別支援計画」から導き出された支援項目と援助内容が記載され、常に目に触れる形となっている。個別支援計画を意識した姿勢が、事業所全体に浸透している。

### 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	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	㉠ ・ 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

通常よりも豪華な「お楽しみメニュー」の日に、寿司を目の前で握る実演を行ったり、栄養士が各ハウスにて夕食を作る取り組みを行っている。建物の構造上、普段は少し離れた所から食事が運ばれてくるが、調理したものをその場で提供することを目的としており、食に対する細かな配慮が見られる。

地域的に冬が厳しい場所であり、快適な入浴環境が課題となっていたが、床暖に加えて窓を二重サッシにしたり、エアコンを導入する等、リフォームを行うことでかなりの改善が図られている。健康面での配慮として、利用者向けの健康教室を定期的に開催したり、看護師や歯科衛生士、栄養士が健康にちなんだ話をする活動がある。具体的には「風邪のお話」、「好き嫌いのお話」、「ブラッシングケア」、「嚥下のお話」など様々なテーマを決めて実施している。

外出支援に関しては、外出先を職員が決定する場合もあるが、利用者の意向に沿った積極的な外出も見られる。