

## 〔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19日(火)

### 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)ひがしうらの家	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)神谷 良治	定員(利用人数):60名
所在地:〒470-2105 愛知県知多郡東浦町大字藤江字カガリ118番	TEL: 0562-84-3400

### ③総評

#### ◇特に評価の高い点

第三者評価の継続受審の活用で、施設事業計画に第三者評価項目を基本とした取り組みを反映させ、年度毎にサービスの質を考え検討する仕組みは、見事に適切な施設運営に繋がっている。個別支援の充実も進捗し、「虹色クラブ」や自治会活動、要望受付書、1対1でのコミュニケーションの時間確保等、利用者満足のみでなく職員の表情にもイキイキとしたやりがいと達成感が見て取れる。職員一人ひとりの向上心は高く、個別支援に関する工夫や、体制の改善についての気付きも生まれており、現状で満足することなくさらに良いサービスにしようという勢いが伝わってくる。

今年度は特に、実習生の受け入れに対する取り組みに力を入れている。福祉大学等の実習生を、カリキュラム通りに受け入れるばかりではなく、実習期間前後の関わりの時間を設け、実習前には、心得・コミュニケーション方・利用者の障害の特性等を詳しく研修し、スムーズに実習に入れるように配慮し、実習後には、実習期間の反省や今後の意気込み等、実習指導者と忌憚なく話し合える機会を作った。結果、実習期間のみを素通りするような感覚であった実習生受け入れが、次世代を育成する意識に変わり、施設の中でも、実習指導者育成に向けて高い優先順位で検討が始まっている。

その他、利用者の地域移行を視野に入れた個別支援の取り組みや、ISOのPDCAサイクルの「CA」に着目したシステム作りのスタート等、職員の気付きや課題抽出、改善意欲からスタートした取り組みの事例は多く、今後に期待が持てる。

#### ◇改善を求められる点

今回b評価となった項目については、すでに検討が始まっていることから、今後の取り組みの進捗や成果に期待するところである。訪問調査のヒアリング、職員ヒアリング全体から考えるに、利用者ニーズが男女で異なる事理解・対応のみでなく、職員側の男女差にも注目し、それぞれの気付きや気配りの良い点を活かす取り組みにも期待したい。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

PDCAサイクルの確立 特にCAに着目した取り組み、システム作りにおいては、まだ十分に整っていない状況ではありますが、その点において評価していただけたことは、職員の自信にもつながり、結果、利用者満足の上昇に寄与していくものと考えます。また、このたび実施していただいた、職員ヒアリングにおいては、結果を確認したところですが、今後、職員満足(ES)を向上させていく上で参考にしていきたいと思っております。改善点においては、各利用者様の担当においては、男性女性それぞれに、同性の職員を当てているため、支援内容において偏りがちな部分もあり、支援会議などにおいて、それぞれの意見が反映されるよう留意していきます。

### 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	Ⓐ ・ 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

法人全体で継続的に取り組むISOとリンクさせ、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がある。法人理念・施設基本方針の施設内掲示、朝礼時の唱和で、全職員に啓蒙している。職員は理念・方針・目標を明示したカードをネームプレートの裏面に携行し、いつでも意識できる環境を作っている。利用者に対しては、理念・基本方針を分かりやすく表現して談話室に掲示したり、機会ある毎に自治会で説明を行っている。しかし、自己評価においても、周知状況の検証方法や周知方法の工夫に更なる改善意見もあることから、今後の検討が期待される。

### 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	Ⓐ ・ 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。ケアホーム充実等、施設事業展開の具体案が示されているが、中長期の収支計画の策定は行われていないので、b評価にとどめた。施設事業計画には第三者評価項目を反映させ、取り組みの具体化を図るとともに、班会(職員会議)で全体意見や提案の吸い上げを行っている。職員周知に関しては、会議での説明・報告の他、事業計画の配布を行って周知を図っている。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。

### 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

法人内部規定の組織職務規程に明示し、全職員に配布して周知している。施設長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、施設長会・各関係部会の研修参加等で知識と理解の充実を図り、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認証取得取り組み、当該施設も継続受審の取り組みの中で、サービスの質の向上を推進している。また、第三者評価の継続受審についても同様に、更なる向上を考える意識の高さが認められる。班長会・班会での職員意見の聴き取り・把握、法人本部・理事会での報告等、施設の要として邁進している。

### 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	㉠ ・ 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

施設長会等の関連会議参加で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ている。経理上のコスト分析、単年度事業計画の中間評価等をデータ化し、的確に課題を抽出することで早期の改善を図っている。また、ISO認証取得継続の取り組みで、施設業務全体の効率化を図り、改善・検証を継続し、経営環境の変化にも適切に対応している。施設の安定した運営が利用者・家族の安心につながる事をよく理解した改善・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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>人員配置基準に則り、適材適所に人員配置を行っている。有資格者加算配置等の人材育成のプランもある。人事考課は、現職の人材に対して適切に実施し、「自己申告書」の提出、半期ごとのフィードバック面接で、職員意見・意向を聴き取り、適切な対応に努めるとともに、年度毎の個人目標設定で職員が職務にやりがいと意欲を持って取り組めるように仕組みづくりを行っている。福利厚生に関しては、制服貸与、中型免許取得補助、資格取得補助、歓送迎会等の懇親会、県共済会加入等、職員の希望・意向に沿った取り組みを継続している。職員の質の向上に向けた取り組みについては、ISO品質方針で、職員教育に関する基本方針・姿勢を明示し、資格取得・スキルアップを視野に入れた研修・教育計画を立案している。しかし、計画に沿った研修受講、受講後の報告書提出、発表の機会確保は行われているが、効果測定の部分ではさらなる改善の余地が認められる。</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	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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>各種マニュアルを整備し、施設体制の充実を図っている。前年度第三者評価で、地域防災計画等、地域との連携を課題とし、行政と協定書を取り交わして福祉避難所に指定された進捗がある。定期的な避難訓練実施や防火対策検討等、施設として取り組める対策を考え、実践につなげている。また、b評価とした取り組みを今年度の課題として、非常食・飲料水等の備蓄品の充実、耐震診断等の検討を進めている。利用者の安全確保に関しては、ヒヤリハット等でリスク管理に努め、起きてしまった事故に対しては、事故報告・是正計画提出の徹底、迅速な是正処置等、改善への取り組みを行っている。救命救急講習参加を始め、内部研修では事故防止の研修や緊急対応勉強会を実施する等、積極的に取り組んでいる。</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	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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

地域資源・社会資源利用のマニュアルや社会資源の一覧表を整備し、利用者が地域と関わり続ける取り組みを継続している。地域ボランティアの受け入れ、地域行事参加、地域大型ショッピングセンターの福祉の店参加等、事例は多い。また、相談支援事業で地域の相談に対応し、地域の福祉ニーズを把握するとともに、ケアホーム増設、ショートステイの適切な運営等、地域ニーズに応えた事業展開を中長期計画に反映させている。法人全体では、来年度に当該施設に隣接した障害児入所施設を開設予定である。

## 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者や家族からの要望を吸い上げる取り組みを積極的に行っている。自治会や要望受付書による利用者の声の吸い上げや、利用者と職員1対1でのコミュニケーションの時間を設ける等、業務の一環として習慣化されている。職員は利用者の声を聴くことの重要性について共通の認識をもっている。要望受付書に挙げた内容の改善についてはシステム化され、充分機能しているが、日々の業務の中で担当職員が気づいた『つぶやき』に関して、対応や改善までのシステムのさらなる向上に課題を見出している。

### 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	Ⓐ ・ 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

第三者評価の実施において、各職員が自己評価に参加している。また、職員から挙げた自己評価をサービス向上委員会で集計し、評価結果を次年度事業計画へ反映している。例として、今年度事業計画にあげられた職員教育における個人目標の設定と、目標達成のための上司のフォロー体制の整備等については、前回の第三者評価を反映したものとなっており、通常業務に落とし込むために検討している。また試用段階とのことだが、職員個人の自己点検表を作成しチェック体制の整備も始動している。

### 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	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

情報提供の方法は整備されており、適宜変更を行っている。日々の様子は「ひがしうらの家ニュース」として都度アップされており、利用者のイキイキとした様子が、重要なサービス選択のための情報となっている。利用開始時にはふりがなをつけた重要事項説明書にて利用者への説明に工夫を行っている。その他、説明の際に必要な場合には、実物や写真を見せる等の工夫をしている。また、利用者特性に応じた、重要事項説明書以外での内容説明のための工夫が日常的に行われている。表現の困難な部分の説明について課題が上がっていることから、今後のさらなる取り組みに期待が持てる。

### 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

各担当者が毎月個別支援計画報告をあげることにより、確実に評価・見直しを行える体制となっている。地域移行に関しては、希望者が減っている現状の中、利用者の障害特性を把握しながら個別支援計画に入れて支援を行っている。地域の集いへの参加を積極的に支援したり、実際に利用者の希望により働き先を探し、雇用先の方と話し合いを重ねながら就業を実施したケースもある。また、自宅への帰省等の際には、必要な薬の手配を行えるように家族と連絡を取り、継続した管理体制が図れるように支援している。今後、個別支援計画の内容について、個別化できる部分を増やしたいとの目標があがっている。

### 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

保護者の満足度調査を受けて、日中活動記録表に活動内容の写真を付けて作成する形へ変更をしている。その結果、活動の内容が分かりやすくなるだけでなく、写真を意識することで入浴を拒否していた利用者がお風呂へ入ってくれるようになり、波及効果も見られる。また、利用者の声を反映させて談話室に雑誌を置くことで、利用者が自然と集まり交流の場となったり、個別での対応が必要な方に「虹色クラブ」を発足させることで、利用者1対1で向き合う機会となっている。利用者意見へのスピーディな対応や保護者からの声を大切にしたりした取り組みを積極的におこなうことが、利用者の心を動かす支援へと繋がる一例となった。