

〔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28日(木)

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)ふれあい共同作業所	種別：(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(所長)石崎 孝	定員(利用人数)：30名
所在地：〒457－0068 愛知県名古屋市南区南野2丁目168番地	
TEL：052－613－2479	

③総評

◇特に評価の高い点

◆職員の働きやすい職場

法人の長い歴史の中で、過去には労使の関係が悪化した時期もあったが、現在では協調して職員の働きやすい職場作りを目指している。この事業所においては、職員が伸び伸びと元気よく動き回り、実に楽しそうに働いている。軍手をそろえる作業室、パンを作る工房、車でパンを販売に出かける人等々、どの現場でも、利用者を傍らに置いた楽しそうな職員がいた。「利用者への充実したサービスは、職員の伸び伸び、生き活きた姿勢から」との管理者の言葉通りの事業所であった。

◆パンによる地域との融合

パン工房の責任者は、かつて地域でパンの店舗を構えていたパン職人である。ここで作られたパンが地域との交流の橋渡し役になっている。地域の病院へ、診療所へ、地区の社会福祉協議会から紹介された高齢者の集会へと、出来立てのパンが運ばれて行く。このパンを待っている固定客も付いている。不定期ではあるが、地域の小学生等を対象とした「パンづくり教室」も開かれている。毎回、定員いっぱいの“実習生”が集まってくる。

◆防災訓練に見るPDCAのサイクル

年間3回と回数こそ多くはないが、開催ごとに「実施要綱」を作成しており、その回の「狙い(目標)」や「訓練内容」等が詳細に記述された計画となっている。さらに実施後には、それぞれの支援現場ごとに「記録表」を作成して、今後への課題や問題点の抽出をしている。当然のことではあるが、その反省が生かされて次回の「実施要綱」が作成されることとなる。P(実施要綱)－D(防災訓練、記録の作成)－C(記録表による課題の抽出)－A(改善、次回の実施要綱)のサイクルが回っている。

◇改善を求められる点

◆マニュアルの必要性の認識

利用者の高齢化、重度化が進み、個別性の高い支援が求められている。したがって、「個別支援計画」に取り入れて支援したり、職員が利用者個有の方法を熟知して支援することが日常となっている。それを遠因として、職員に「標準的な実施方法(マニュアル・手順等)」の必要性の認識が薄いことは否めない。そのマニュアル軽視の風潮が、支援の現場だけにとどまらず、運営・管理面にまで及んでいる。事業所運営上で必要と思われるマニュアル類をリストアップし、早急に整備されることを期待したい。

◆再アセスメントの実施

アセスメントの記録は残っていたが、ほとんどの利用者について、見直し更新された事例は見られなかった。アセスメントは、「個別支援計画」作成の基本となる重要なプロセスであり、アセスメントによって把握された様々な情報から、利用者の持つサービス・ニーズが導き出される。利用者や家族の状態や状況、あるいはその思い・意向は不変ではない。定期的に再アセスメントを実施することで、真に必要な「個別支援計画」が生まれることとなろう。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員会議での職員の感想としては、「自己評価よりも、第三者評価の方が良い結果になっているのには、おどろいた。」というものでした。自分たちの仕事への初めての評価として、しっかり受け止め、質の向上を目指していきたいと思います。

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。

(別添)

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

法人設立40周年の節目に職員の英知を集めて「理念」を再構築し、すでに2年が経過した。この「理念」は、法人のパンフレットの中でも取り上げており、目指す方向を明確に説明している。
「理念」や「方針」を論理的に構築していることから、職員に対しては分かりやすいものとなっている。一方、理解力や判断能力に個人差がある利用者にとっては馴染みが薄く、十分な周知のためにはさらなる工夫が必要と思われる。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

事業所独自の中・長期計画はないが、法人が策定した「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、「2012年度ふれあい共同作業所事業計画」を作成している。
事業計画の作成にあたっては、所長(管理者)と副所長で素案を作成し、毎週開催される職員会議で肉付けをしている。この計画は、年度半ばに行われる「中間総括会議」で検証し、必要な部分には修正が加えられる。
利用者に対しては年間スケジュールや毎月のスケジュールを中心に周知を図っており、事業計画の全貌を伝えるには至っていない。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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	a ・ ㉡ ・ c

評価機関のコメント

「ふれあい共同作業所組織図」には、管理者をはじめ職員それぞれの役割や責任の範囲が記述されている。活動の種類が多岐に亘るため、かつ事業所外の活動（パンの出張販売、製品の納品等）が多いこともあって、管理者は職員に対して「報告・連絡・相談」の徹底を指導している。管理者は、福祉関連の法令だけでなく、事業所運営に欠かせない分野に関しても幅広く研修に参加し、知識の修得に努めている。ただし、外部で得た知識等を、事業所内に広めていく取組みには至っていない。

従来より取り組んでいる重点課題である「重度・高齢のなかまの居場所作り」、「地域との交流・連携」、「相談支援事業の活用」を、第三者評価の受審を通して推進しようとしている。

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	a ・ b ・ ㉢

評価機関のコメント

障害者施設団体である「きょうされん」、「愛知県知的障害者福祉協会」等に参加し、後者の役員をも務めている。法人内にも多くの事業所を持ち、事業経営を取り巻く環境を把握するための情報収集には事欠かない。

重点課題として取り組んでいる「重度・高齢のなかま」への支援が、今後の大きな課題であろう。既に60歳を超えた利用者が6名おり、ここでの支援の在り方が、近在の同業事業所への先鞭をつけることとなる。

今回、初めての第三者評価受審であり、これまでに外部専門機関による監査の実績はない。

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	a ・ ㉡ ・ 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 ・ b ・ ㉢

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	a ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ c

評価機関のコメント

保護者会の協力の下、人材育成の一環として「資格取得のための補助金制度」を確立させた。しかし、近未来を見据えての人事プランは作成されていない。法人が「人事考課制度」を持たないことから、人事考課は実施されていない。「2012年度ふれあい共同作業所事業計画」に人材育成の方向性を示しているが、職員個々への落とし込みはない。研修の終了後に「出張・研修報告書」を提出させてはいるが、教育効果を検証する取り組みはない。実習生(社会福祉士等)を積極的に受け入れているが、関連するマニュアルの見直しや、終了後の評価の仕組みづくり等、課題も浮かび上がっている。

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 ・ ㉡ ・ 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

利用者の安全を担保すべきマニュアル類は揃っていたが、汎用性の高いものであって事業所独自の特異性に対応するものではなかった。見直しを実施して、事業所の実務に対応できるものへと改定することが望まれる。年間3回実施する防災訓練(避難訓練)では、毎回「実施要綱」を作成して訓練の狙い(目的)と実施内容を記述している。実施後には、各支援現場ごとに「記録表」を作成して、課題や問題点をあぶり出している。地域の消防団と連携して、地域の合同防災訓練には利用者4名が参加した。今年度、行政に報告を必要とするような事故の発生はない。

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	a ・ ㉡ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ c

評価機関のコメント

地域との交流は盛んであり、学区の盆踊りには実行委員として参加している。職員の指導を受け、利用者の作ったパンが、地域の各所で販売されている。病院や診療所の他、高齢者の集会等、地区の社会福祉協議会から紹介された場所へも出かけて行く。事業所のパン工房では、小学生等を対象とした「パン教室」が開かれている。開催回ごとに満員御礼の盛況ぶりである。ボランティアの積極的な活用は図られていないが、20年余にわたって寄付金を送り続けている匿名の篤志家がいる。

これまでの「地域生活推進事業」が、今年度より「相談支援事業」として独立した。連携して地域ニーズに応えようとの思いはあるが、具体的な事業展開にはつながっていない。。

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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

様々な活動(事業展開)があつて、職員全員が集まる会議のタイムリーな開催ができず、「報告・連絡・相談」を徹底することによって意識や情報の共有を図っている。利用者にとってのプライベートな居場所が少なく、マニュアルも整備途上である。利用者の自治会「なかまの会」が組織されており、利用者の意見や要望、苦情等を引き出す仕組みとしては機能している。しかし、積極的に満足度調査やアンケート調査を実施したことはない。

苦情を受け付けた記録は整理されていたが、苦情や意見の受け付けから解決するまでのルール(マニュアル)が職員間でも周知されておらず、十分に機能しているとは言い難い状況である。

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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

組織全体の取り組みとして第三者評価における自己評価を行い、課題の抽出を行っている。特に「改善に向けたメモ」の欄では非常に細かく改善点や課題を分析しており、取り組むべき姿勢を明確化している。

標準的なサービスの実施方法(マニュアル)の整備が全体的に不足気味であることから、今後の整備が課題と言える。

職員間の情報共有については、定期的な会議と日々の書面での伝達等により行っている。しかし、職員配置や利用者の活動が縦割りに区分されているため、部署をまたぐとその共有レベルが落ちてしまうことが課題となっている。

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	a ・ ㉞ ・ 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

連絡が入れば、施設内の見学は随時可能であり、管理者が説明・案内する等、サービスを選択する上で重要となる「施設内の様子」、「作業風景」その他施設利用に関する判断材料となる情報を提供している。ホームページが開設がされておらず、早期の開通が待たれる。サービス利用時に説明する「重要事項説明書」については全てルビが振っており、利用者本人に対しても配慮した書面となっている。

退所された方へのアフターフォロー等については、同施設内に配置されている「相談支援事業所」がその役目を担うことが多く、引き継ぎ等も適切に行われている。

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントについては、見直しの体制に課題を残している。再アセスメントの手順を定めるとともに、関係職員に周知する取り組みを期待したい。
「個別支援計画書」の作成から見直しまでを組織として取り組み、利用者30人分の支援計画を職員全員参加の下で行っている。
地域生活への移行を前提に、利用者・家族に対して「ガイドヘルパーの活用法」や「短期入所、日中一時の利用方法」等の情報提供を行っている。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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	a ・ ㉡ ・ 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	非該当
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	非該当
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	a ・ ㉡ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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	非該当
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

利用者の自主・自立を念頭に置いた見守りの支援や、主体性を育む支援が随所に見られた。活動の作業手順や当番表、1日のスケジュール等が、図や写真を使って示してある。厨房職員や利用者で組織された「給食をおいしくする会」が活動しており、誕生会メニューは利用者の声を拾っている。ホームから通所してくる利用者が季節にそぐわない衣服を着てきた場合には、本人に説明して納得させ、ホームに連絡して着替えさせることもある。利用者の希望を聞いて、スキンケアやマンキュア研修を実施したこともある。健康管理上のマニュアル整備が遅れているが、「配薬チェック表」が活用されており、今年度誤薬事故の報告はなかった。