

〔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)社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名)らちえっと	種別:(施設種別)生活介護、児童発達支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)石田 和夫	定員(利用人数):10名
所在地:〒494-0018 愛知県一宮市富田字砂原2147番地	TEL: 0586-63-2111

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆地域との交流 心身に重い障害はあっても、地域との交流には積極的に取り組んでいる。移動支援のヘルパーを利用して、地域のイベントにも参加している。ジャンボかぼちゃを仲立ちとして、地域の保育園との交流が始まり、保育園の作品展にも招待を受けた。広報誌にも載った交流場面には、車いすの利用者を取り囲む大勢の園児の笑顔があった。</p> <p>◆利用者との信頼関係 利用者の中には、歩くことはもとより、自身の意思で身体を動かすことすらままならない全介助の利用者もいる。彼らにとって、職員は自らの身体と生命を預けた命綱である。その頼る気持ちと、職員のそれに応える思いとが重なり、硬い信頼関係となっている。利用者ヒアリング時に、評価員の質問に利用者は反応しなかったが、「嫌がります」と、職員の声。物言わぬ利用者は、アイコンタクトで職員に意思を伝えていた。職員が大好きで、兄のように慕っている男性利用者もいた。</p> <p>◆保護者の理解と協力 事業所の運営に関して、保護者の理解は深く協力的である。毎月開かれる保護者会には、ほとんどの家族が参加する。利用者ヒアリングに行き詰って、事業所に「コミュニケーション方式」を提案したところ、職員の連絡を受けた2名の家族がすぐに駆けつけてくれた。忙しいとのことで、10~20分程度のお願いをししてヒアリングを始めたが、保護者の熱い思いは留まるところを知らず、小1時間にも及ぶ“雑談”となった。管理者の、「お母さん方に背中を押されている」との言葉がよく理解できた。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆マニュアルの必要性 利用者個々の医療依存度や障害特性の違いが大きく、支援の方法も個別性が高い。従って、医師の作成した「医療的ケア指示書」をマニュアルとして日々の支援にあたっている。あるいは、職員が利用者個有の方法を熟知して支援することもある。それが主たる要因かどうか、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。失禁時の更衣や入浴、排泄介助等、利用者のプライバシーに配慮が求められる支援について、マニュアルが作成されていなかった。個別性の高い支援は「医療的ケア指示書」に従い、基本的な部分や人権に係わる部分については、標準的な手順を定めることが望ましい。</p> <p>◆P-D-C-Aのサイクルを活かす 職員研修、実習生の受け入れ、ボランティアの受け入れ等々、実際には取り組みが進んでおり実績も出ている。しかし、評価(チェック)の仕組みがなかった。評価とは、本来目的に照らしての有効度の検証(測定)である。ただ単に数の増減を競い、それに一喜一憂するのではなく、質の向上につながる取り組みであったか否かを問う「評価の仕組み」を構築していただきたい。</p>
--

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当事業所として今回初めて第三者評価を受審しました。支援方法も職員間による伝達を基本としており、マニュアルの重要性を学びました。当事業所は重症心身障害を持たれた方々の事業所で、自ら動くことが困難な方が通われています。支援方法が統一されていないと、御利用者様がそれぞれに合わせていただかなければならず、支援方法をマニュアル化しておくことが安全で快適な支援の基本となると学びました。

職員研修やボランティアの受け入れ、その他についても、実施したことの振り返りと反省が十分になされていませんでした。P-D-C-Aのサイクルを活かす仕組みづくりを進めていきます。

今後も継続的に第三者評価を受審し、更なる福祉サービスの充実を図っ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。

# 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

「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」との法人の理念を、事業計画の中に「事業目的」として方針化して取り組んでいる。理念はパンフレットにも記載されており、開設されたホームページの中でも紹介されている。職員数が少ないことから、理念や基本方針に限らず、伝達事項等の周知はしやすい。月に1回開催される保護者会には、ほとんどの保護者が参加しており、法人の考え方への理解は進んでいる。利用者が重症心身障害児(者)であることもあって、利用者への特段の周知活動は行っていない。

### 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	Ⓐ ・ 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

法人の「桜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)を基にして、事業所の事業計画を作成している。地域の特別支援学校から卒業生リストを入手し、計画に盛り込んでいる。前年度の「平成23年度重症心身障害児(者)通園事業実績報告書」を基に、職員意見を取り入れて主任によって事業計画がまとめられている。利用者本人への周知は行事計画やレクリエーション中心に行われており、周知の方法をも含めて、さらなる工夫が求められる。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者は、障害者福祉の充実のための条件として職員の資質の向上を挙げており、人材育成には特に注力している。自らも自己啓発に励み、各地への視察や研修会、講演会に参加している。そこで得た新たな知識や情報は、職員会議や保護者会の場で説明され、関係者の啓蒙や指導に効果を上げている。

第三者評価の受審促進をはじめ、久しく停滞状態であった人事考課制度の検討再開、法人内外を対象とした研修会や講演会の企画・実施、ホームページの再整備等々、サービスの質の向上に向けて、事業所のみならず法人全体での推進役となっている。

### 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

#### 評価機関のコメント

重症の障がい児を対象とする県内においても数少ない事業所(生活介護、児童発達支援)であり、事業環境の把握には細心の注意を払っている。関連する外部研修に参加したり、外部講師を招聘したりして最新情報を収集している。

医療依存度の高い利用者が多く、職員の育成面では、特に医療的な分野の知識や技術を習得することを第一の目的としている。

今回が初めての第三者評価受審であり、これまでに外部監査の実施はない。

#### 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

「櫻の木福祉会中・長期計画」には、将来に亘っての必要人材に関するプランが示されていない。人事考課制度が動き出しており、今後の展開に期待したい。職員の福利厚生面は、隣接する入所施設「かしの木の里」と同じ処遇であり、有給休暇の取得や超過勤務等に課題を残している。

職員に対する研修の方向性は事業計画に示されており、実施後には「報告書」が提出されていた。しかし、研修効果を測定・評価する仕組みはなく、実習生の受け入れに関しても、看護学生の受け入れ後の評価が記録に残っていなかった。

## 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

最も重要視されているマニュアルは、医師の作成した「医療的ケア指示書」であり、利用者個々の状態を考慮して作られている。利用者個々に「防災対策用個人登録票」も作成されている。毎月実施される防災訓練では、隣接の入所施設と合同で実施し、実施後には反省や講評が記された「報告書」を残している。

ヒヤリハットの取り組みはあるが、集まる事例の数が少なく、有効な分析を行うに至っていない。さらに、事故発生後に作成される「事故報告書」についても、その真の原因に迫る取り組みが無く、再発が懸念される状況である。事故報告として、薬の飲ませ忘れ、チューブのトラブル等が報告されている。

## 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

心身に重い障害はあっても、地域との交流には積極的に取り組んでいる。移動支援のヘルパーを利用して、地域のイベントに参加したこともある。ジャンボかぼちゃを仲立ちとして、地域の保育園との交流が始まり、保育園の作品展にも招待を受けた。法人のボランティア委員会が、月に1回の担当者会議を開き、ボランティア受け入れについての協議を行っている。しかし、マニュアルの整備が遅れており、受け入れた実績だけを記録するにとどまっている。法人内の相談支援、居宅(移動支援)や介護保険の訪問看護事業所、病院等との連携によって地域の福祉ニーズを掴んでいる。来年度には、隣接地に定員を増やしての新施設がオープンする。

### 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) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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	a ・ Ⓑ ・ 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

個人情報保護に関する文書の整備や権利擁護の研修を実施するなど、利用者のプライバシーを尊重する意識は高い。発語の無い利用者もおり、保護者との連携で利用者の意向や不満等の心情を掴んでいる。利用者からの意見や苦情を受け付ける仕組みは構築されているが、利用者の障害特性もあって、仕組みを機能させるためにはかなりの工夫や努力を要すると思われる。保護者との情報交換の中から課題を見つけ、改善した例はあった。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

毎年度末には、1年間の活動を評価する「実績報告書」が作成されている。今後は定期的な第三者評価の受審を予定しており、より改善が進むものと思われる。しかし、改善活動の過程においては、取り組むべき改善項目について、その方法や期限、実施にあたっての責任者等を明確にした計画は作成されておらず、記録として残されていなかった。障害特性や医療依存度に個人差が大きいため、「医療的ケア指示書」を日々の支援の基本に据えている。個別の支援を強いられることが多いだけに、標準的な実施方法のマニュアル化は整備途上である。支援上で必要な記録は作成されており、管理状態も良好であった。職員には医療面の知識にバラつきがあり、情報共有についてのネックとなっている。

### 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	Ⓐ ・ 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

パンフレット、ホームページ等で情報を提供し、来所する利用希望者(保護者)には十分な説明をし、見学希望にも対応している。利用契約に際しては、一連の契約文書を双方で読み合わせる等、十分な理解を得たうえで契約している。施設間の移行例としては、ケアホームへ移行となったケースがあるが、移行後も職員がヘルパーとしてケアホームを訪れて支援している。その際のケアホームとの情報の伝達や調整は、連絡帳によって行われた。

### 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	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

<p>手順に沿ってアセスメントが実施されており、個別支援計画の作成に合わせて見直している。          個別支援計画に利用者、家族の意向を反映させるため、半年に1度は本人と保護者を呼び、職員との3者面談を実施している。この面談時にも、利用者の地域移行に関する話題が出ており、利用者、保護者の地域移行に関する意向・要望を聞いている。ニーズの多くは、ケアホーム、グループホームへの移行である。</p>
---

### 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 74	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	非該当
	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

## 評価機関のコメント

発語の無い利用者との意思の確認に「アイコンタクト」が用いられていたが、職員によって巧拙の差が見られる。食事に関しては、言語聴覚士の指導もあって、食事の形態や介助方法等に工夫が見られた。胃瘻の利用者に関しては、落ち着いて食事が摂れるようベッド対応で支援していた。入浴支援の利用者の希望が優先されている。

失禁時の更衣や入浴、排泄介助等、利用者のプライバシーに配慮が求められる支援について、マニュアルが作成されていなかった。個別性の高い支援は「医療的ケア指示書」に従い、基本的な部分や人権に係わる部分については、標準的な手順を定めることが望まれる。大事には至っていないが、誤薬やチューブのトラブルにも対策が必要と思われる。