

〔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6日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人榎の木福祉会 (施設名)かしの木の里	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)石田 和夫	定員(利用人数):40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

◇特に評価の高い点 ◆管理者の自己啓発 事業所(法人)としての課題の一つに「人材育成」があるが、管理者自身も常に学ぶ姿勢を崩していない。自己研鑽にかけける意識が強く、各種のセミナーに参加して事業所(法人組織)運営に必要な法制度や管理手法を学んでいる。さらに、福祉分野の全国レベルでの先進事業所を見学して回っており、この取り組みは過去何年にも遡って実施されている。率先垂範、後に続く職員にとっての発奮材料ともなっている。 ◆地域との交流・連携 地域との交流重視は法人の方針であり、法人が主催する「榎の木フェスティバル」には、2,000名ともいわれる地域住民を含んだ来場者がある。事業所内にボランティア担当者を置き、マニュアルともいえる「かしの木のボランティア活動への取り組み」に沿って組織的な活動を展開している。法人職員を対象とする外部講師を招聘しての講演会には、法人内の事業所から参加者を募るだけでなく、近隣の他法人の職員にも参加を呼び掛け、地域の一般市民を対象とした講演会も開催している。 ◆視覚支援ツールの活用 事業所内の各所に、絵カードや写真による手順書が掲示してある。障害特性によって、文字による意思伝達が叶わない利用者に対してのコミュニケーション手段の一つである。これらを有効に活用することで、利用者への支援が円滑に行われている。と同時に、利用者の側には安心感が見て取れる。 ◇改善を求められる点 ◆計画性を持った改善活動 第三者評価を継続して受審しており、職員の改善意識の高まりを裏付けるかのごとく、実際に数多くの改善事例に触れることができた。しかし、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、記録として残ってはいなかった。事業所内の全職員が共通した意識の下で取り組めるよう、今後の改善活動においては、組織的な計画性を持った取り組みが期待される。 ◆利用者への周知方法の工夫 知的障害の特性から、利用者個々の理解力や判断能力には個人差が大きく、言葉や文字によるコミュニケーションが図れない場合も多い。それを大きな理由として、法人の理念、運営方針、事業計画等の利用者への周知が十分には行われてこなかった。そこで、既に効果を発揮している「視覚支援ツール」を活用する試みを提案したい。原文にこだわることはない。法人や事業所が、利用者に何を言おうとしているかの「精神」や「思い」は伝えることが可能と思われる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

総評でもあるように利用者の周知方法は改善すべき点であると思います。このことについては、各グループ毎に検討し(各利用者担当を中心に)、個々に合わせた伝え方を考えていきたいと思っています。また、第三者評価での結果を生かすためにも、各項目でのコメントに対して検討を、まず管理者、主任、グループ長でしていき、全体に意識付けしていこうと思っています。

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

「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、事業所の運営の中に取り込んで支援している。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。
職員には、新人研修や事業ごとのグループ会議で説明しており、保護者の集まりである「桜の木の家」の場でも話している。しかし、障害特性から、利用者の理解力や判断能力には個人差が大きく、それぞれが十分に理解できるような周知活動は実施されていない。

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

法人の中・長期計画検討委員会が策定した「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。
前年度の重点課題を報告書にまとめ、その反省や課題を参考に事業計画を作成している。事業計画の作成は、各グループの作成したものをまとめる形で作成されている。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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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。自らも自己啓発に臨み、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「桜の木の家」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	㉠ ・ 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

管理者の自己研鑽にける意欲は旺盛であり、各種のセミナーに参加して法人(事業所)運営に必要な法制度や管理手法を学んでいる。さらに、福祉分野の全国レベルでの先進事業所を見学して回っており、この取り組みは過去何年にも遡って実施されている。これらの蓄積された知識や情報から、事業所を取り巻く環境を正しく把握して法人及び事業所の運営にあたっている。

法人が幅広く事業を展開することによって、人材育成が急務となっており、外部講師を招聘しての研修によって職員の育成を図っている。第三者評価を継続受審しているが、財務・会計面での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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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

「檜の木福祉会中・長期計画」には、将来に亘っての必要人材に関する人事プランが示されていない。システム構築は済んでいながら動き出せなかった人事考課制度が、やっと動き出した。自己評価から上司評価、そして評価面接へと、それぞれの現場で進捗度合いは異なるが、制度が動き出したことは評価に値する。

職員の就労面では、有給休暇の取得や超過勤務等、職種や階層によつての格差が大きく、慢性的な職員不足を解消するためにも抜本的な改善が必要と思える。

職員に対する研修、実習生の受け入れ、共に実施後の評価プロセスの構築が無かった。

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

利用者の安全を担保するのに必要なマニュアル類は整備されていたが、作成日や改定日の記載のないものが散見された。「最新版管理」の観点からも、作成日や改定日の記載を望みたい。毎月実施される防災訓練では、他県の高齢者施設の火災を教訓として、夜間を想定した避難訓練にも力を入れている。また、飲料水や食料の備蓄にも取り組んでいる。

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。

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	㉠ ・ 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

地域との交流重視は法人の方針であり、法人が主催する「樫の木フェスティバル」には、2, 000名ともいわれる地域住民を含んだ来場者がある。法人職員を対象に企画される研修会には、近隣の他法人の職員にも参加を呼び掛け、地域の一般市民を対象とした講演会も開催している。事業所内にボランティア担当者を置き、マニュアルともいえる「かしの木のボランティア活動への取り組み」に沿って組織的な活動を展開している。 法人内の相談事業所との連携によって地域の福祉ニーズを掴んでいる。しかし、現状においても定員を超過しての受入であり、短期入所や日中一時を有効に使い、ケアホームを新設して凌ぐのがやっとの状況である。

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) 利用者満足の上向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

職員に利用者を尊重する意識は高く、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は守られている。満足度の上向上を目的として利用者からアンケートをとり、その結果をグループ会議で検討し、職員の共通認識としている。 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、会議に決定を委ねざるを得ない場合等には、利用者が期待するスピード(迅速性)を欠くこともある。即座に対応できない場合には、利用者を納得させるだけの説明(回答が遅れている理由等)が必要であろう。
--

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	㉠ ・ 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

継続した第三者評価の受審により、職員にも問題意識や改善意識が高まっており、実際に多くの改善項目を数えることができる。しかし、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、記録として残っているものはほとんどなかった。今後の改善活動においては、組織的な計画性を持った取り組みが期待される。また、マニュアルに作成された日付の記載がない等、見直しのルールが明確になっているとは思えない事例があった。

必要な記録は作成されており、管理状態も良好であった。パソコンの活用が図られるようになり、職員の情報共有度合いは高まった。

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

パンフレット、ホームページ等で情報を提供し、利用希望者は十分な情報を得ることができる。また、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の契約を基本としている。

施設利用が決定した利用者・家族に対して、ケアホーム等への移行の可能性事例を説明し、同法人が運営するケアホームの見学・説明を行っている。実際に施設間の移行となった場合には、相談事業所の役割に負うところが大きいとため、法人内の相談支援事業所とも常に連携を保っている。

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	㉠ ・ 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

マニュアルである「個別支援計画書作成手順について」に沿ってアセスメントが実施され、それを基に「個別支援計画」が作成されている。計画策定がされている。また、6ヶ月ごとに評価・見直しが行われている。

「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る。利用者、保護者の地域移行ニーズの多くは、ケアホーム、グループホームへの移行であり、一人暮らしや社会進出(復帰)への期待はほとんどない。

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	a ・ ㉡ ・ 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行われている。	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

事業所内の各所に絵カードや写真を使った手順書等が掲示しており、これらの視覚支援ツールが利用者とのコミュニケーションに有効に活用されている。職員も利用者と同じ食事を摂っており、食事介助を必要とする利用者が若干名はいるものの、利用者の多くは自ら自由な空気の中で喫食している。献立については、定期的実施される嗜好調査の結果が反映されている。

看護師の配置が厚くなったことにより、日常の健康管理にも十分な時間が持てるようになり、一時期多発していた誤薬事故も減っている。「入浴の時間帯」については、利用者本人の希望に応えきれていない。