

〔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26年3月26日(水)

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 (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)：15名
所在地：〒494-0018 愛知県一宮市富田字砂原2142番地	TEL：0586-62-6117

③総評

◇特に評価の高い点

◆先進事業所への研修旅行(見学会)

職員育成にかける管理者の熱い思いがあり、他県の先進事業所を訪問して研修を実施した。管理者をはじめ主要な職員が参加し、宿泊地では夕食後に座談会・懇親会が開かれた。それぞれが熱い思いや意見を披露し、職員が相互理解を深めるといふ派生効果も生まれた。新装なった最新鋭の事業所で、重い障害を持った利用者へ、高い志を持った心の支援が続けられている。

◆地域との垣根を越えて

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おり、新装なった施設内には地域交流スペースも確保されている。同じ建物内に喫茶店「らちえっと」があり、喫茶店を訪れた客は、ガラス越しに支援の現場を目にすることができる。地域のフラダンスの教室から小学生の可愛いダンサーが訪れ、利用者や職員から喝さいを受けた。「明るい社会づくりの会」や中学生もボランティアとして訪れている。

◆最新鋭の機器・装置

広いフロアにマットレスが敷かれ、天井から赤いロープや滑車が釣り下がっている。「レッドコード」なる身体機能の維持・改善装置である。職員の身体的負担を軽減し、少ない力で利用者を起き上がらせたり、立位を取らせたりできる。「レッドコード」の助けを借りて立位を保持することにより、利用者の筋力だけでなく内臓機能も改善されとのこと。立ち上がったたり、起き上がったたりすることで利用者の表情にも明るさが見られ、心身共に機能が回復していくようである。

◇改善を求められる点

◆マニュアル整備の遅れ

事業所の新設移転を成し遂げ、やっと地に足がついた支援が始まっている。そんな忙しさもあって、前回評価で課題を残したマニュアルの整備が進んでいなかった。現場支援の充実は当然の目標であるが、その支援を確かなものとするためにも、裏付けとなる「標準的な実施方法」の確立が必須である。現行の支援を、一つひとつ文書化していくことにより、新たな改善の「芽」が吹いてくる可能性もある。

◆徹底した事故の再発防止を

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、安全衛生委員会でも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なく、再発が懸念される状況である。事故報告として、誤薬(飲ませ忘れ)や食物(プリン)への異物混入等が報告されている。自力で飲食できる利用者は少なく、前出の2事例は、一つ間違えが大きな事故になる可能性を秘めている。「事故には必ず原因がある」ことを肝に銘じ、その「真の原因」を除去することで再発は防止できる。全職員の総意で「安全・安心な事業所」を創り上げてほしい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果の図表は、事業者自身の自己評価は委縮したものとなっていたが、第三者評価では拡がりが見られた。サービス提供のマニュアル作成や職員個人の研修や育成にもっと力点があることが分かり、参考になりました。

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、パンフレットやホームページの中で紹介している。

所属す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。事業所のサービスの特殊性や方向性を確認するため、管理者をはじめ主要な職員が他県の先進的な事業所を訪問し、宿泊して職員が相互に意見交換を行った。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	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	a	・ ㉠ ・ 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	a	・ ㉠ ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a	・ ㉠ ・ 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「檜の木福祉会中・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の「親の会」からの情報や卒業予定者リストも参考としている。

「平成24年度らちえっと事業実施報告書」を基に、職員意見を取り入れて「平成25年度年間事業計画」が作成されている。保護者へは毎月実施される「保護者会」を通してアナウンスしており、出席率が高いこともあって相応の周知は図れている。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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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、法人全体の経営に参画しており、隣接の入所施設の管理者との兼務である。運営体制を整備するため、数ヶ月前からは当該事業所の職員会議にも出席している。

サービスの質の向上のために第三者評価の継続受審を推進しており、職員の資質向上のために他県の先進事業所の見学会を企画・実施した。複数の事業所を見学するため、見学会は宿泊を伴っており、宿泊地でも管理者や主要な幹部職員たちの議論や意見交換が行われた。

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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

県内においてもきわめて数の少ない事業であり、事業環境の把握には細心の注意を払っている。そのために、管理者や主要な職員が他県の先進事業所の見学会を実施した。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。

前年度に引き続いての第三者評価受審であるが、財務・会計面を監査する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 ・ b ・ ㉑

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

「平成25年度年間事業計画」には、「職員の増員」、「医療的ケアのための知識・技術の向上」、「研修による職員の資質の向上」等、人事課題が掲げられている。実際に、職員育成の観点から、他県の先進事業所へ出向いての研修(見学会)が実施されている。職員の福利厚生面では、有給休暇の取りづらさはあるものの、医療看護部職員による健康管理や安全衛生委員会の組織化、管理者による個別面談の実施等、新しい動きが出てきた。

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は、「社会福祉士実習指導者講習」の履修者がいない。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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。毎月防災訓練を実施しているが、避難訓練ではほとんどの利用者がマンツーマンによる避難を余儀なくされている。

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、安全衛生委員会でも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なく、再発が懸念される状況である。事故報告として、誤薬(飲ませ忘れ)や食物(プリン)への異物混入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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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おり、新装なった施設内には地域交流スペースも確保されている。同じ建物内に喫茶店「らちえっと」があり、喫茶店を訪れた客は、ガラス越しに支援の現場を目にすることができる。地域のフラダンスの教室から小学生の可愛いダンサーが訪れ、利用者や職員から喝さいを受けた。「明るい社会づくりの会」や中学生もボランティアとして訪れているが、記録の作成・管理に課題が残っている。

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。他法人による競合先が将来構想で浮かび上がっており、今後の展開が注目される。

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	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	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

法人の倫理綱領に基づいて、利用者尊重及び利用者満足に対する意識向上の取り組みは充実している。基本的人権への配慮や虐待防止に向けた勉強会や研修会が定期的に開催されており、職員の意識も高い。利用者のプライバシー保護に関する規程や、マニュアルの整備が遅れていたが、現在文書化を進めている。

発語の無い利用者もあり、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。

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	a ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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

第三者評価を継続して受審しており、サービスに質を向上させようとの意識は高い。評価終了後にはさまざまな課題が抽出されてはいるが、それを計画立てて改善していく仕組みがない。主要な改善項目について、目に見える形の「改善計画書」を作成して取り組むことも一策であろう。

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。医療面の知識・技術の不足している職員もあり、そのための積極的な研修参加が今年度の重点課題に挙げられている。

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	a ・ ㉡ ・ 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。今後は、他法人、他事業所等への移行も想定されることから、サマリー等、適切な引き継ぎ文書の様式を作成し、サービスの継続性を担保する取り組みを望みたい。

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 a ・ ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 a ・ b ・ ㉒
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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

利用者の個別支援計画は適切に策定されていたが、支援計画の見直しや評価が行われていなかった。簡略化したアセスメント表を活用する等、評価・見直しを充実させることが望まれる。
利用者の地域移行については、法人内のケアホームへの移行を行っており、組織的な対応が図られている。

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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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 ㉑ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

意思疎通が困難な利用者へのコミュニケーション手段の開発については、保護者の意見を取り入れたり、独自で研究開発する等の努力をしている。大学の研究室や医療機関において、パソコンへの簡単なタッチで、寝たきりの利用者が意思を自由に表出できるソフト(アプリ)の開発が進んでいることを、食事支援に来所されていた保護者の一人から聞くことができた。

利用者が主体的に活動できる環境を整え、個別のニーズを取り入れた活動を日常的なものにする取り組みがある。食事支援においては、摂食・嚥下方法の指示及び評価がチェックシートにより行われており、保護者からの情報を落とし込むことも考慮されている。「レッドコード」なる身体機能の維持・改善装置が有効に使用されており、機能訓練に新しい風を吹き込んでいた。