

〔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12月16日(火)

② 事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くわの実福社会 (施設名)障害者支援施設 まゆ	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)加藤 和延	定員(利用人数):50名
所在地:〒480-1214 愛知県瀬戸市上品野町1377-1	TEL: 0561-86-7077

③ 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆管理者の改革・改善手法 管理者は着任2年目であり、様々な改革・改善を進めている。着任1年目は前任者の方針を踏襲し、その業務遂行の中から潜在、顕在の課題を的確につかみ取り、2年目の事業計画に取り上げて改善につなげている。大きな改革の一つは「利用者の高齢化・重度化」に対する取り組みであるが、改善策として「日課の変更」を断行し、既に派生効果として職員の精神的、物理的な余裕が生み出されている。同様手法によって、他の課題についても改善が期待できる。</p> <p>◆利用者の個の尊重 利用者の個を尊重した自由度の高い支援が行われている。利用者の行動を制限するような職員の言動はなく、利用者は穏やかにのびのびと暮らしている。特別な場所を除けば施設内にはほとんど施錠された箇所は無く、エレベーターも無施錠の状態、利用者は自由に使用して施設内のフロア移動に利用している。恒例の旅行に関して、「一泊旅行」か「日帰り旅行」かを利用者の選択に任せている。さらに、「旅行不参加」も選択肢の一つである。</p> <p>◆「にこにこ新聞」による事故防止の呼びかけ 自由度の高い支援の「副作用」として、事故の発生が増加してしまうことは否めない。再発を防止するための事故報告書の作成や、ヒヤリハットの取り組みで事故を未然に防止するための対策も講じている。さらなる取り組みとして、利用者への事故撲滅の啓蒙策として「にこにこ新聞」による呼びかけがある。「にこにこ新聞」とは事業所内の通路の壁面に掲示されている「壁新聞」であるが、その記事の中で事業所内の事故発生件数を明示して、利用者への注意喚起を訴えている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆PDCAサイクルの意識 計画された様々な支援が計画通りに実施され、利用者の安定した生活を支えている。その支援現場の充実に比較すると、管理面での遅れが目につく。実践された支援が記録として残されていなかったり、実施後の評価・振り返りが行われていなかったりと、次のステージへのリリースが意識されていなかった。例示すれば、「業務振り返りシート」の処理、研修実施後の効果の検証、実習生やボランティア受け入れ後の評価、事故発生後に講じられた再発防止策の有効度の検証等々である。職員に対して、PDCAサイクルの意識付けを期待したい。</p> <p>◆マニュアルの総点検を 入所施設としては重要なマニュアルの一つである「感染症対応マニュアル」が、看護師のために作成された手順書であった。その部分が不要ということではなく、感染症の発生を防止するためや感染症が発生してしまった時に一般の職員がどのように対処するかを定めてほしい。また、いくつかのマニュアルに関しては制定日や改訂された日付の記載が無いものが散見された。文書には、「最新版管理」の原則として作成された日付の記載は必須である。それらをも含めて、マニュアル総点検を望みたい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

いろいろとアドバイスをいただきありがとうございました。
高く評価していただいた点は、今後も継続していきます。マニュアルや報告書はインデックスなどを使い、必要な時にすぐに活用できる「生きた情報源」となるようにしていきます。より良いサービスを提供するためにも、その他の改善点も順次改善に努めます。

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	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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

基本理念と運営方針を施設内に掲示しており、「事業計画書」や「事業報告書」の冒頭部分にも掲載している。常に職員や利用者・家族が法人・事業所の進むべき方向を見失わないよう、手の届くところ、目につくところに基本理念と運営方針を掲げている。
職員や利用者・家族に対して、理念や方針の周知が薄いと考えており、職員に対する取り組みとして「パート会議」が開催されることとなった。利用者に対しては、本人の理解力や判断能力を考慮したうえで、話して分かる利用者から説明を始めている。

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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

法人としての長期的な方針や計画はあるが、事業所独自の中・長期計画は作成されていない。単年度の事業計画は詳細に作られているが、策定の過程で一般職員の関与はなく、管理者主導で一部の幹部職員が関わっているに過ぎない。
作成された事業計画を、理事会に諮る前に職員間に回付しており、職員への周知は図られている。家族に対しては、家族会で事業計画に関する資料を配布して説明したり、「ふれあい通信」で年間行事計画を伝えたりして周知を図っている。ただし、障害を持ち、理解力や判断能力の劣る利用者に対する特別な配慮は試みられていない。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者として2年目を迎えており、管理者の目指す方向性が職員間に理解されつつある。コンプライアンスに関する研修や会議への参加は積極的であるが、学んだことを職員会議で伝達するに留まっており、必要な事柄について自らが講師になって研修を実施する等の取り組みは見られない。
 利用者の高齢化・重度化に対処するため、前年度の事業報告での課題を受ける形で26年度の事業計画に「日課の変更」を盛り込んだ。利用者への寄与は今後の評価を待つこととなるが、既に職員には精神的、物理的な“余裕”が生じており、派生的な効果としては十分である。

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

所属する上部団体の会議や研修会に積極的な参加があり、制度変更等に際してはマニュアル本を購入して素早い対応がある。活動が本格化してきた法人の相談支援事業からも有効な情報が寄せられている。
 課題として、「利用者の高齢化・重度化による個別対応の増加」、「短期入所事業への利用希望者の増加」、「職員の確保・育成」、「ボランティアの確保」、「利用者の入院時の対応」等が具体化されており、事業計画の重点課題に盛り込んで取り組まれているものもある。
 外部監査は実施されていない。

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	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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

<p>「職員の確保・育成」を課題として取り上げているが、欠員の補充に重点が置かれ、育成面での具体性を持ったプランに乏しい。虐待防止を目的とした「業務振り返りチェックシート」を使用して管理層と職員との定期的な意見交換が行われているが、上司による評価(チェック)が無く、人事考課制度としての役割を果たしていない。</p> <p>「日課の変更」に伴って職員に時間的な余裕が出てきた。半休制度も定着し、有給休暇を取りやすい体制が整った。事業計画に職員研修に対する方針が明示してある。しかし、職員個々への落とし込みが無く、研修実施後の評価・見直しの仕組みも未構築であった。保育実習生の受け入れ、教員介護体験の受け入れがあるが、評価・見直しの実施が無い。</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	a ・ ② ・ 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>重要なマニュアルの一つである「感染症対応」のマニュアルが看護師のための手順書となっており、職員が利用できるものとなっていない。他のマニュアルに関しても作成日や改訂日の記述の無いものが散見され、早急なマニュアル総点検が求められる。避難訓練実施後には反省会を実施して課題の抽出が行われていた。しかし、その課題が次回の訓練で改善されたか否かのチェックが無く、PDCAサイクルが機能していなかった。</p> <p>通路の壁面に「にこにこ新聞」が掲示されており、事業所ないでの事故発生件数が詳細に報告されていた。再発防止のチェック体制を確立し、事故の撲滅を期待したい。</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	a ・ ② ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>開設当初は地域との関係構築に苦勞した時期もあったが、現在では双方向の交流が継続している。事業所主催の運動会や祭りには地域住民の参加があり、地域の協力を得ての廃品回収も定番となってきた。市街地から離れた山の中腹に立地することから、通学の学童が水やトイレを求めて立ち寄ることも多い。AEDの設置を広報誌で地域に周知し、市とは福祉避難所としての登録を済ませている。</p> <p>事業所が関与する社会資源のリストこそ作成されていなかったが、関係機関とは十分な連携が図られている。地域の福祉ニーズの把握から今後の事業展開を想定しており、「グループホームの増設」や「日中活動の場の確保」が当面の課題となっている。</p>
--

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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>フロア会議や職員会議等を適切に開催して情報共有を図っている。しかし、参加者は正規職員や準職員が中心であり、パート職員を含めた多数の職員には回覧による伝達である。プライバシーの保護に関しては、その中核をなすマニュアルの整備が遅れており、研修の実施も見られなかった。利用者満足度調査の定期的な実施が無く、自治会を通じた情報収集や保護者からの意見・要望から意向を掴んでいる。</p> <p>苦情に関しては「連絡帳」や「要望書」を使って、積極的に把握する仕組みが整っており、保護者から提出される「要望書」が有効に機能している。</p>
--

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

第三者評価の受審にあたり、今回初めて本格的な自己評価が行われた。足りない部分を補充しつつマニュアル類の整備は進んでいるが、インデックスが無かったり、事務所で保管されていたりと、生きたマニュアルとしての活用はなかった。制定や改訂等の日付の記載のないマニュアル類も散見されることから、見直しのルール化を含めた文書管理の仕組みづくりが望まれる。

業務日誌入力ソフト「あいちゃん」を使ってサービス実施状況の記録を作成しており、全てを印刷することなく必要部分のみ印刷してファイリングしている。その内容は十分であるが、パソコンから情報を得る職員とパソコンに無関心の職員の温度差があり、構築した仕組みが組織全体に周知されることを期待したい。

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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

情報提供はホームページとパンフレットがその主なものである。パンフレットでは、理念や日課、活動内容等の必要情報を写真付きで説明しており、見やすく理解しやすいような配慮がある。ただし、配布場所が事業所のみとなっており、多くの人が手に入れやすいような場所への設置も考慮の余地がある。

施設の変更や家庭への移行に関しては、手順や関連文書(引き継ぎ書等)の必要性は認識されているものの整備が進んでいない。

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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

担当制がとられており、マニュアルに沿って個別支援計画が作成されている。アセスメントについては年に一度(5月)の実施であるが、内容(項目)は詳細であり、記載も丁寧に行われている。
事業所側から利用者に対して地域移行を勧めてはいるが、保護者の多くが施設入所の継続を希望しているのが現状である。地域で安心して暮らしていくためのサービス基盤の整備を進める等、クリアすべきハードルは高い。

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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	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	a ・ Ⓑ ・ 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

利用者とのコミュニケーションを大切にしており、PECS(絵カードコミュニケーションシステム)を導入するに当たっては、職員が積極的に外部研修に参加して技術や知識を習得した。利用者の主体性を尊重するため、自治会を組織して積極的に利用者の声の吸い上げを図り、オプション外出、一泊旅行、日帰り旅行等の行先決定には利用者の意見や希望が最優先されている。

食事については、個別支援計画に基づいて個々に適した食事を提供しており、月に1回の選択メニューの提供も好評である。さらにサービスの質を向上させるためには、「全職員対象の嗜好調査の実施」、「適温での提供の実現」等の課題であろう。適温での提供は限界もあると思われるが、「暖かいものは温かく」、「冷たいものは冷たく」提供することを目指してほしい。