〔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24日(水)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人 明知会 (施設名)生活介護 Masa夢	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)足立 智成	定員(利用人数)：30名
所在地：〒486-0903 愛知県春日井市前並町字東屋敷9-2	TEL：0568-35-5514

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆独創的な発想による支援 「在宅中心の通所施設であるが、在宅ではできない部分を支援しよう」との発想から、手厚い「入浴支援」を実施している。自宅での入浴がままならない身体に障害を持つ利用者とその家族にとっては嬉しいサービスである。サッカー・ワールドカップが地球の裏側のブラジルで開催された。LIVEのテレビ放送は深夜から未明に放映される。それをDVDに撮りため、事業所のカラオケルームをにわか仕立ての「スポーツバー」に模様替えして放映し、利用者を楽しんでもらった。ノンアルコールのビールを用意し、利用者にはスポーツバーの雰囲気を堪能させた。次の企画は、「バーチャル・トラベル」で海外旅行を楽しむという。</p> <p>◆全員参加・・・1週間で費やす防災訓練 年間2回の防災訓練は、障害者施設としては決して多い回数ではない。しかし、その1回が1週間で費やして実施される。30名の利用定員対して利用契約者は63名。利用者はそれぞれの契約に従って通所し、1週間に1日か2日通所するだけの利用者もいる。1週間、毎日訓練を組むことによって、それらの利用者にも防災訓練を体験してもらい、有事に万全な体制で臨むことができる体制作りをしている。</p> <p>◆地域に開かれた施設づくり 事業所の建築に際して、建物の設計コンセプトに「地域に開かれた施設」を盛り込んで設計図が描かれた。建物の1階、南側の日当たりのいい場所に広々とした喫茶ルームが配置された。本格的なカラオケ機器を導入したカラオケルームも設置された。まだ喫茶ルームやカラオケルームが地域に有効利用されていると言える状況ではないが、利用者と地域住民がその場を使って交流する日が待ち遠しい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆事業拡大のための人材育成 この地域では、在宅で暮らす障害者の日中の生活支援事業が手薄なこともあり、事業所開設1年目にして20名定員を30名に拡大させた。さらに定員40名への増員が計画されている。広々とした1階の多目的ホールや2階の遊休の会議室等、まだまだ面積的には余裕があってハードに関しては問題はない。課題となるのはソフト、サービス提供に携わる職員の知識、技量である。所属する職員のうち、8割以上を非正規職員が占める。そのほとんどが事業所の新設に伴って採用された者である。「定員増員ありき」ではなく、「人材育成」を最優先に検討されることを期待したい。</p> <p>◆マニュアル整備 既存の入所施設「夢の家」のマニュアルをたたき台として、必要と思われるマニュアルを作成している。しかし、通所事業所として独自に作成しなければならないもので未完のものも多かった。マニュアルの持つ大きな目的は「業務の標準化」であるが、一方では「教育用ツール」としての一面も持つ。2年目を迎えるにあたり、職員研修に重点が置かれることを考えても、マニュアルを整備することの意義は大きい。早期の取り組みに期待したい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

開設1年目で第三者評価を受けさせていただき、今後継続させていくもの、変更させていくもの、新たに創らなくてはいけないものがみえた。見えた物を利用者のため、そして働く職員のために取り組み、Masa夢を利用してよかった、Masa夢で働いていて良かったとっていただけるよう努力したいと思います。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

開設1年目であり、パンフレットも施設のオープンを知らせる程度で、理念やサービスの内容を伝えるツールとはなっていない。事業所独自の「運営理念」と「Masa夢スローガン」は策定したが、運営面では本体の入所施設(夢の家)に頼らざるを得ない部分が多く、連携して円滑な施設運営を可能としている。

正規職員の多くは既存施設(夢の家)からの異動であり、法人の理念の周知はできている。開設に伴って大量に採用された非正規職員への浸透が今後の課題である。利用者を対象の「忘年会」にはほとんどの家族の参加があり、協力体制はできている。利用者・家族に対しても、これらの機会を通じて理念や基本方針の周知を図ることが期待される。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

「障害者の日中生活を支援する(生活介護)事業所が不足している」という地域ニーズの高まりを背景に、法人の将来構想から開設に至った事業所であるが、法人及び事業所独自の中・長期計画を作成するには至っていない。

開設初年度であり、事業計画は役職者の検討によって作成された。職員間での支援のばらつきをなくすため、当日勤務の職員によるミーティングを毎日3~4回実施して対処している。職員が参画しての事業計画の作成やその周知は2年目の課題である。利用者や家族に対する周知に関しては、次年度の計画が作成された時点で、詳細な説明機会を持つことが必要であろう。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

新たに開設される事業所の初代管理責任者としての自覚を持ち、職員を一丸にまとめて事業所運営にあたっている。正規職員の多くは既存の入所施設からの異動であり、管理者との意思の疎通は図られている。開設に合わせて採用された多くの非正規職員へのコンプライアンスの意識付けが今後の課題である。
開設1年目にして第三者評価を受審し、確かな事業所運営への足掛かりにしようとの思いがある。受審に関しては職員の全面的な協力体制も整えた。期中で担当制を変更したり、入浴支援の時間帯を変えたりと、試行錯誤の中にも柔軟な対応をとっている。これらの成果が問われるのは次回以降の受審機会となろう。

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

評価機関のコメント

既存の入所施設「夢の家」のショートステイ事業やグループホーム事業との連携を強く意識した運営が行われている。新規採用の非正規職員がサービス提供の主要な担い手となっており、その育成の成否が事業所運営のカギを握っている。管理者は、全体会議の必要性や研修を通しての非正規職員の育成の必要性を言明している。目標としている早期の定員増(現行30名から目標40名へ)は、職員の育成の状況を睨みながらの展開とすることが望ましい。
毎月法人契約の会計士のチェックを受けており、第三者評価も開設初年度から受審した。財務・会計面、サービス面共に事業運営の透明性は担保されている。

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

明文化した中・長期計画を持たないことから、将来的に必要となる人材プランが明確になっていない。開設1年目であり、体系的な人事考課制度の運用はない。職員の福利厚生面は充実しており、働きやすい職場作りに苦心の跡が見える。事業計画の中に「職員の取り組み・研修」の項を設け、職員育成の方向性を示している。ただし、職員個々への落とし込みはできておらず、研修実施後に作成される「出張・研修報告書」も、評価・検証に利用されていなかった。実習生に関しては、介護福祉士実習生の受け入れ意欲を持っているが、「開設後3年」の要件を満たさないことから受け入れには至っていない。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

既存事業所「夢の家」のマニュアル類を部分的に手直しし、安全管理上のマニュアル類を整えた。欲を言えば、送迎時の災害に対応すべき送迎担当者(運転手)用のマニュアルの整備を願いたい。「事故報告書」は職員による社有車の事故に限られており、利用者を対象とした事故の報告例は皆無であった。防災訓練(避難訓練中心)は年間2回の実施であるが、全ての利用者に体験してもらうことを目的として、1週間ぶっ続けで行っている。身体に障害を持つ利用者がほとんどであるだけに、1週間で連続しての訓練は大きな習熟度となっているはずである。

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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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

事業所の建物建築の設計コンセプトに、「地域に開かれた施設」を盛り込み、喫茶ルームやカラオケルームを配置して地域に開放している。地域への貢献活動は本格化していないが、管理者が地域の河川の浄化活動(クリーン作戦)に参加した。マニュアルは未完であるが、ボランティアは多数訪問しており、早期のマニュアル整備が求められる。事務所には「福祉事業所一覧」や「日中活動事業所マップ」が掲示しており、有事には誰でも関係機関と連絡することができる。事業所開設にあたって地域ニーズの収集、分析は綿密に行っており、「定員増化」や「知的障害者の受け入れ」、「グループホーム増設」、「夢の家と連携した医療体制の整備」等が計画されている。

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	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	Ⓐ ・ 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

利用者の意見や要望を丁寧に記録し、極力取り入れるよう支援している。日課の体操や嚙下体操、リハビリ、理髪、食事の嗜好についてまで、様々な声を拾い集めている。これらの利用者本位の支援は評価に値するが、その支援を適切かつ確実に実施するためのマニュアルの整備が遅れている。利用者等からの苦情処理に関して、苦情と見なすか否かの基準が明確になっておらず、苦情として「苦情受付書」に記載する判断基準を作成することが望まれる。

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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

サービス提供の記録方法は、全職員がIDを持って適宜入力している。多くの情報を専用ソフトで処理しており、見たい時にすぐに閲覧でき、情報共有もできている。電子媒体による情報共有の他にも、職員が対面しての打合せを1日最大4回(朝2回、昼1回、夕1回)実施している。
課題は標準的なサービスに関する文書の未整備である。開設間もない事業所ではあるが、早期のマニュアル整備を期待したい。

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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

利用希望者に対しては、積極的に施設見学を推奨し、可能な限り情報提供に努めている。施設見学時に配布されるパンフレットは写真を多用しており、建物の外観や内部の設備等は分かるが、サービスの内容に関しては触れられていない。利用希望者に対しての説明には、重要事項説明書を用いての説明のほか、適切な資料を用意しての説明が望まれる。
開設1年目であることから施設変更や家庭への移行の実例は少なく、そのための手順書や専用の引継ぎ文書は作成されていない。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントの記載項目は詳細に作成されており、内容的には十分である。利用者個々のニーズに関しても記載する欄が設けられている。
 個別支援計画の作成時に、利用者本人のニーズか、あるいは保護者のニーズかが、一読しただけでは分からないものがあった。双方のニーズが常に同じとは限らない。ニーズの発信者が誰であるかを特定できる記載方法が望まれる。定期的な個別支援計画の見直しは、時期的なずれが生じている。
 開設から日が浅く、現時点での積極的な地域移行への取り組みは薄い。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	非該当
	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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	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

開設1年目の新しい事業所であり、新たなチャレンジを試みたり、試行錯誤を繰り返したりの段階である。しかし、「他にないものを利用者のために」をモットーに、様々な取り組みが実践されている。

言葉が出ない利用者には、積極的にパソコンやチャット、メール等の電子ツールを活用する支援をしている。日中の活動、余暇活動共に豊富なメニュー(プログラム)をそろえて利用者の選択の幅を広げている。日中活動のプログラムの中には、「のんびり過ごす」プログラムもあった。「福祉新聞の提供」や「お金の管理」、「計算ドリル」等は個別の支援として実施されていたが、より確実な効果が得られるようにするためにもプログラム化の検討が期待される。

入浴支援は、当該事業所の「売り」の一つであり、ハード、ソフト両面について充実度の高いものであった。理美容支援についても、専用の部屋を確保する等、利用者の満足度の高い支援を行っている。