

〔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5日(金)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人としなが福祉会 (施設名)ホテルの郷	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)川口 弘	定員(利用人数)：46名
所在地：〒441-1203 愛知県豊川市足山田町年長1番地の6	TEL：0533-93-7686

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆PDCAの意識 前回の第三者評価受審との大きな違いは、PDCAの意識が事業所内に流布されていることである。「事業概要」が計画と報告とに区分されて収録されるよう改善され、事業の方向性や職員の活動がより明確に公表されることとなった。マニュアルの総点検も、PDCAサイクルを運用するにあたっての必須事項として実施された。職員がPDCAの意識を持つことによって、容易に改善や改革の「種」を見つけることができるようになった。</p> <p>◆自由と安全を両立した支援 ハンデキャップを持った利用者を支援するうえで、自由と安全を両立させることはたやすいことではない。自由を認めれば事故は起きやすくなる。安全を重視すれば制約や制限が多くなって自由は奪われる。当事業所においては、かなりの自由度を持った支援が行われている。食事は自由席で、誕生日は希望の献立となる。入浴も時間帯を選ぶことができる。一泊旅行や日帰り旅行は選択制が取られており、小遣いを持っている利用者もいる。イベントではノンアルコールのビールが出される、等々である。しかし、事故はすこぶる少ない。誤薬事故も、年間1例あるかないかである。まさに、質の高い支援の実践である。</p> <p>◆マニュアルの整備—業務の標準化 管理業務の適切な執行及び支援の標準化のために、3ヶ月の時間をかけてマニュアルの総点検を行った。分散していたものを一つにまとめ、足りないものを補填し、職員が主体的に係わって「支援マニュアル」が完成した。前回の第三者評価の大きな贈り物である。しかし、現場は「生き物」であることを忘れてはならない。マニュアルに普遍性はない。定期的な見直しや適時の見直しを実施し、常に支援の拠り所となるマニュアルの最新化を担保していくことを期待したい。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆アセスメントの重要性 個別支援計画は、利用者個々のストレングスに着目した内容になっている。その取り組み自体は評価に値するが、さらに充実したものとするために、アセスメントの方法に工夫がほしい。アセスメント表を見ると、定められた様式に毎回同じような内容の記述が並んでいる。これまでの慣例を廃し、幅広いエリアから情報を収集することを推奨したい。母親だけでなく、父親や他の家族からも意見を聴取すれば、新たなストレングスの発見につながる可能性が出てくる。相談支援事業からの情報も、アセスメントの実施時に有効活用されたい。</p> <p>◆個別マニュアルの必要性 マニュアル総点検によって、標準的なサービスの実施方法はほぼ確立した。次は利用者個々に必要となる「個別マニュアル」の作成を望みたい。利用者個々の障害特性によって、配慮や注意を要する支援は数多いはずである。それらをまとめれば、利用者個々の「個別マニュアル」ができあがる。それに沿っての支援が展開されれば、職員間での支援のバラつきが防止でき、高いレベルでの均一な支援が担保されよう。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価をしていただき、ありがとうございました。今後の改善に役立てたいと思います。

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

教育機関が発行する月刊の「職場の教養」を活用し、事業所の理念の浸透を図っている。手引書の中に「理念」や「職員心得」(基本方針)がとじ込まれており、職員は毎日の朝礼時に読み上げ、確認するとともに自らの意見や感想を発表している。

利用者に対する取り組みは継続的な課題として残されたままになっており、新たな取り組みは見られない。利用者個々の理解力や判断能力の差に配慮した方法での伝達・周知の工夫が望まれる。

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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ 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

行政に対する助成金や補助金の申請が認められるか否かによって、施設整備計画が大きく左右され、かつその設備計画を基にした事業運営は大きな影響を受けることとなる。先の読めない事業計画は、机上の空論になる可能性を秘めている。そのような理由から、中・長期計画は一部の幹部職員の関心事となっており、一般の職員にまでは周知が図られていない。

半面、単年度の事業計画は職員の関与が深く、幹部職員による「運営会議」で素案を作成し、一般職員の参画する「支援会議」で肉付けされ、「事業概要」として公開されている。利用者、家族への周知に関しては、関連文書の配布が主たる方法となっており、周知方法の工夫が期待される。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

現在は職を辞しているが、管理者は数年前まで関係事業団体の全国、県での要職に就いており、事業所内に置ける指導力、統率力、影響力はすこぶる大きい。大きな存在だけに後継者の育成が大きな課題ではあるが、中堅、若手職員の成長もあって、堅実な事業運営が継続されている。

行政による監査と第三者評価を交互に受審してサービスの質の向上に努めており、今回は3回目の第三者評価受審である。前回評価の結果を受け、マニュアルの総点検を実施し、様々な手順の欠陥や不備を改善した。事業計画と事業報告を連動させる等、PDCAを意識的に回している。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者だけでなく幹部職員も全国規模の会議や研修会に出席し、事業運営に有効な情報収集を図り、自らの研鑽に努めている。その中で得た情報から、グループホーム建設や相談支援事業の方向性が検討・実施された。

毎年、管理者の出身母体である別法人に依頼し、管理層の職員5名の派遣を受けて、会計面とサービス面の監査が実施されている。第三者評価も2～3年おきに実施し、事業運営の透明性を担保している。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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

中・長期計画が不透明であり、それと連動させた将来的な人事プランが明確になっていない。職員に評価内容を知らせたうえで人事考課を実施している。成績効果の取り入れはないが、情意考課と能力考課項目から職員個々の不足力量を把握し、管理者との面談を通して教育ニーズへと発展させている。「平成26年度研修計画」に従って研修が実施されており、研修後には復命書の提出と伝達研修が実施されている。しかし、教育効果を検証する仕組みは構築されていない。実習生に関しての積極的な受け入れがあるが、本来目的に照らして効果を検証する仕組みは構築されていない。整備された「実習生受け入れマニュアル」に、「実習生受け入れの意義・目的」を明文化することが望まれる。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

マニュアル総点検が実施され、利用者の安全・安心な暮らしを支援するためのマニュアル類は完備した。消防との連携によって、毎月条件設定を変えて防災訓練を実施している。実施後に「消防訓練実施報告書」が作成されていたが、実施した状況の記述にとどまっておき、訓練から導き出された課題や改善点への言及がなかった。事故が起きた場合には、内容によって「行動障害記録」と「個別支援計画検討票」とに分けて記録し、事後の対処を迅速・適切に行っている。行政への事故報告は2件のみであり、それぞれに事故の原因究明と再発防止策が講じられている。誤薬事故の発生もほとんどなく、施薬チェックの手順が確立している。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

開設時からの課題であった「地域との融合」が、徐々に成果となって現れてきている。夏の「納涼まつり」や秋の「としなが祭り」には、地域からの参加者が増加傾向にある。AEDを設置し、市と契約を結んで福祉避難所として登録し、備蓄は7日分を確保している。これらは有事の際には地域への貢献にも使用される。さらに、予算的な目途が立てば、用地内に災害時用の井戸を掘る計画もある。ボランティアの有効活用は図られているが、さらに効果を上げるためにマニュアルの整備が望まれる。

近隣の特別支援学校や市から委託を受けた「相談支援事業」から情報を得て、地域のニーズの把握をしている。「相談支援事業」との連携によって新規事業や活動が実施されているが、期待される「相談支援事業」自体に取り組みの遅れがみられる。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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

法人理念に基づいて施設の運営方針が分かりやすくまとめられている。理念は毎日朝礼で唱和され、「職場の教養」を読み合わせて意識を高めている。

全室個室化にはなっていないが、利用者からの申し出や緊急時には談話室を利用するなどの配慮がある。苦情解決制度は確立され、掲示もされている。最近では苦情はないとのことであるが、要望も含め聞き取った情報は記録に残すことが望まれる。毎月開催されている利用者仲間の集いで、利用者からの意見に対して迅速に対応されているが、出された意見について結果を口答のみで伝えるだけでなく、掲示をするなど周知方法の工夫を望みたい。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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

利用者に関する記録管理体制は、「福祉の森」ソフトを活用して全職員が共有できる仕組みが整えられている。各種サービスについて、支援マニュアルは整えられているが、個別対応が必要な利用者に対応すべき個別の支援マニュアルが確認できなかった。
福祉サービスの質の向上のために、PDCAのサイクルを意識した取り組みが継続されているが、個別支援計画とケース記録、モニタリングがリンクするよう記録の仕方について見直しを期待したい。

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	Ⓐ ・ 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

パンフレットやホームページは見やすく工夫がされている。
入所希望者には、希望があれば短期入所や日中一時支援を利用して見学や体験もできる。また、法人内に生活介護事業所や障害者地域生活支援センター（相談支援事業所）、グループホームが設置されており、必要に応じて連携するなどの柔軟な対応できるようになっている。

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	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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントのための情報源が固定化しているきらいはあるが、定められた手順に従って実施されている。サービス実施計画の策定や評価、見直しについても定期的に行われている。
理学療法士による機能訓練を取り入れ、エンパワメントの理念に沿って生活の質の向上を目指す工夫がある。地域生活への移行支援については、運営方針の中に明記して取り組んでいる。今後は、利用者の高齢者、重度化等への対応が課題となっている。

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

理美容室や喫茶コーナーを設置したり、食事の席は自由であったり、入浴も時間帯が選べる等、利用者を尊重した配慮がある。しかし、食事や入浴、排泄など個別に対応が必要な利用者についての個別のマニュアルがなかった。利用者の暮らしの安定につなげるためにも、職員の介助方法を標準化することを期待したい。特に入浴については事故や感染のリスクが高い場所なので、湯温や室内温度、足ふきマットの交換等、一連のマニュアルやチェックシートの整備が求められる。日常の健康管理は看護職員の責任の下で十分な対応が見られ、誤薬事故もほとんど発生していない。一泊旅行や帰省は、家族の協力があって実施が可能となっている。また、少数の利用者ではあるが、自身で金銭管理が可能者には少額の金銭を所持させている。