

〔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27年3月27日(金)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人 養楽福祉会 (施設名)第二養和荘	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：(荘長)西尾 千里	定員(利用人数)：40名
所在地：〒487-0031 愛知県春日井市廻間町字神屋洞703-1	TEL：0568-88-0322

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆自由度の高い支援 高齢化、重度化が進んできた知的障害者が暮らす施設であり、ともすれば非活動的な身体介護が中心の施設になってしまいがちな状況である。ところが、利用者は生き生きと暮らし、自由度の高い生活を送っている。いつ訪問しても、職員と連れ立って施設周辺を散歩する利用者の多さに驚かされる。職員配置を厚く取り、見守り重視の支援体制を敷いており、利用者の行動を制限するような言葉も聞こえてこない。「〇〇を食べたい」、「〇〇に行きたい」、「〇〇に会いたい」、エレベーターホールの壁には、利用者それぞれが自由な発想で書いた「夢をかなえるプラン」が掲示されている。</p> <p>◆PDCAサイクルの活用 事業計画策定の前段階で、支援の第一線で利用者向き合う職員が詳細な「支援のまとめ」を作成して報告している。その報告書の中で、計画通りに進まなかった事案や新たに発見された課題が抽出される。それを職員相互の共通認識として把握し、次年度の事業計画へと結びつけている。教育・研修の仕組みも同様である。計画された研修(「年間研修・トレーニング計画」)を実施し、受講者は研修終了時に復命書を提出する。それを管理者がチェックし、フィードバックして次年度の計画に反映させている。様々な取り組みや各部署で、「PDCAサイクルが回っていることによって、サービスの質の向上が図られている」と言っても過言ではない。</p> <p>◆支援の現場で生きるマニュアル 標準的なサービスの実施方法については、場面ごとにマニュアルを整備し、見直しの際には、経験の浅い職員が理解しやすいよう写真を取り入れている。マニュアル本来の目的である「標準化」と「教育用」とを、見事に実現している。今後見直しの際には、必要な基準や数値等を明記することで、より検索や管理しやすいマニュアルとなることが期待できる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆ダブルスタンダードの解消を 法人主導の人事考課制度が運用されているが、人事考課で使用される「勤務評価実施要綱」に定める考課表と、「教育訓練規程」に掲載されている力量表とに基準の相違がみられる。双方の内容を精査し、ダブルスタンダードの状態が早期に解消されることを望みたい。</p> <p>◆アンケートの有効活用を 利用者満足把握にあたり、アンケートを実施しているが、その内容は例年通りの同じ内容になっており、利用者満足向上を意図したものとしては十分とはいえない。アンケート内容の精査等を行うと共に、実施したアンケート等の評価・分析を行うことで、利用者満足への取り組みが十分に機能することを期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の受審は、当法人にとっても初めてのことでしたが、事前の勉強会から始まり、職員がグループに分かれて項目ごとの自己評価を行なう際に議論したことも意義があり、事業所の福祉サービスの優れている点、改善の必要な部分に気付き、見直しをする視点を持つ機会になりました。今後も、目先の必要な手助けをすることだけでなく、利用者満足につながるサービスを追求して支援に取り組んでいきたいと思いをします。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ISO9001の認証を受けた施設であり、大きな目標として「選ばれる施設・親しまれる施設」を掲げている。「品質方針」の下に部署ごとの目標管理が徹底されており、職員全員が目指すべき方向性を理解している。
利用者等への周知に関しては、もともと法人設立が家族の強い意志をもって生まれたいきさつがあり、家族は理念や方針に対しても高い関心を示している。特に当該施設は、高齢化、重度化した利用者を既存の入所施設から分離する目的で開設されており、家族もその辺りの状況を十分に理解している。

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 ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人全体の中・長期計画(平成27年度～31年度)を以って事業所の中・長期計画として準用しており、事業所独自の中・長期計画は策定されていない。それぞれの業務を担当する職員によって前年度の報告書(まとめ)が作成され、そこで抽出した課題を次年度の事業計画に反映させている。事業計画の作成には職員意見の反映があり、組織的な作成プロセスと言える。
職員には全員参加のスタッフ会議で周知を図り、家族に対しては保護者説明会で資料を配布して説明している。

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	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

「決裁規定」や職務分掌を定めた規定類によって管理者の責任と権限は明確になっており、職員や利用者・家族からの信頼も得ている。コンプライアンスに関しては、正規職員と非正規職員、年齢や経験の差によって意識の濃淡がある。全職員の意識を高いレベルで均一化する取り組み(研修等)を期待したい。

管理者は、今回の第三者評価受審の中心的役割を持ち、ISOによる形式上の適合性に加え、第三者評価受審によって支援の適切性を検証しようとしている。「業務改善の担当者の設置」、「水道光熱費の見える化」、「支援計画に夢を叶えるプランの盛り込み」等、業務の改善事例は多い。

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

年間3回ほどの開催であるが、上部団体である知的障害者福祉協会の施設長会議や研修に参加し、施設運営に必要な情報の収集を図っている。インターネットからの情報取得や法人幹部で構成する運営会議での情報共有も、施設運営には有益に作用している。課題としては、利用者の高齢化に伴う身体介護の機会の増加、その延長線上にある安全志向による身体拘束の恐れ、看取り・延命の是非、採用難による余裕のある職員配置の困難性、等々を挙げている。

会計事務所による会計監査、ISO9001の審査、今回の第三者評価受審と、積極的に外部の目を入れている。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

3年先までの採用計画(施設別職員数)が作成されており、プランは具体的である。人事考課制度が運用されているが、「勤務評価実施要綱」に定める考課表と、「教育訓練規程」に掲載されている力量表とに基準の相違がみられる。内容を精査し、ダブルスタンダードの状態を早期に解消されたい。職員配置を厚くして加算体制を取っている分、勤務シフトに余裕がなく、職種によっては有給休暇を取りづらい状況がある。教育・研修は規定に沿って円滑に運用されており、個別の研修についての有効性の評価も実施されている。実習生の受け入れ態勢は構築されているが、今年度、社会福祉士、介護福祉士、保育士等の実習生の受け入れはなかった。

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	a ・ ㉑ ・ 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

平成24年に作成された「業務マニュアル」があり、緊急時への備えとしている。ただ、「感染症対策マニュアル」には作成日の記載がなく、最新版管理上での課題を残す。利用者の高齢化が進んでいることもあり、万々に備えてほぼ毎月防災訓練を実施している。
利用者にとって自由度の高い支援をしている分、安全面には細心の注意を払っているが、事故報告書には「誤薬事故」の類が多く含まれていた。幸いにして人命に係わるような事故ではないが、「誤薬事故」を疎かにはできない。徹底的に原因究明し、適切な是正処置をもって再発が防止されることを望みたい。

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	㉑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

利用者の身体的な衰えは如何ともしがたく、地域との交流機会は年を追うごとに減少している。その分、地域住民が施設を訪問する頻度を高めて、積極的に利用者との交流の場を提供している。施設の盆踊りや法人のふれあい祭りには、地域から150名ほどの住民が参加する。これらのイベントの情報は、回覧板を使って地域に発信されている。ボランティアの受け入れも積極的であり、生活支援ボラの15グループから年間に延642名の受け入れがある。
 必要な社会資源のリスト(綴り)が職員室に備えてあり、関係機関との連携も図られている。法人の相談支援事業所からの情報を得て地域の福祉ニーズを把握してはいるが、直接利用に結びつく例は少ない。

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	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	Ⓐ ・ 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

利用者のプライバシー保護については職員行動規範を用意し、個人の尊厳を大切にしよう努めている。利用者満足の上昇についてはアンケートを実施しているが、その内容については、例年通りの内容となっており、利用者満足向上を意図した取組みとしては十分でない。アンケート内容の精査等を行うと共に実施したアンケート等の評価・分析を行うことで、利用者満足向上に向けて十分に機能することを期待したい。
 保護者等と施設との関係は良好ではあるが、利用者等からの要望や意見について、苦情解決と同様に周知を図り、記録・報告・改善までをスムーズに行える仕組みづくりが望まれる。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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

ISOの認証取得をし、マネジメントレビュー、内部監査等の仕組みをもっている。法人全体でその仕組みに沿って定期的にサービス内容の評価改善を実施している。ISOの認証を維持するために審査機関の審査も定期的に受審している。内部監査の評価結果については、改善・実現に努めている。

標準的なサービスの実施方法については、場面ごとのマニュアルが存在している。マニュアルの見直しにおいては、経験の浅い職員が理解しやすいよう写真を取り入れている。今後見直しの際には、必要な基準や数値の明記等を行うことで、より有効性の高いマニュアルにな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 ・ Ⓑ ・ 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

ホームページについては、利用できるサービスや活動について画像も多く、見やすいように工夫されている。パンフレットについては、日課や活動について十分に掲載されておらず、施設で受けられるサービスや活動の様子が伝わるような工夫を期待したい。重要事項説明書や契約書についてはルビが丁寧にふられており、利用する側に読みやすいよう配慮されている。

高齢の利用者が多い施設であり、介護保険等の施設へ移行する利用者も今後予想されるため、退所後も相談が受けられる窓口を設置することが望まれる。

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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメント票は定期的に見直されており、見直しの際には支援員や看護師等、他職種の意見が反映され横の連携もできている。
 支援計画については、家族等に計画の内容を説明し、同意を得ている。定期的なアセスメント及び支援計画の作成、評価、変更等が適切に実施され、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮されている。変更点についてはスタッフ会議や朝礼等にて周知している。高齢化が進んだ利用者の施設であり、地域への移行支援は非現実的である。

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 ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

トイレ設備等について、利用者の状態に応じて個室を増やす、カーテンを用意する等の整備を行っている。入浴について、週3回程度、利用者の状態に応じた入浴ができるよう設備を整えている。食事については配膳カートを用いて運搬を行う等、温度への配慮もなされている。これらについて利用者の状態により様々な制約があり、改善困難なケースも予想されるが、利用者や保護者の意見や要望等を定期的に収集する機会を設け、サービス向上を追求していただきたい。薬の取扱いについて、誤薬等事故の記録を確認した。事故の再発防止の観点も含めた管理体制の整備や、マニュアルの見直しも検討してほしい。