

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	社会福祉法人あらぐさ福祉会 障害福祉センターあらぐさ	施設 種別	障害者自立支援施設 (旧体系：)
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会		

平成24年3月13日

総 評	<p>障害福祉センターあらぐさは、1984年に「乙訓に共同作業所をつくる会」が発足、その後「共同作業所あらぐさ」を開所し自主運営されていました（無認可施設）。</p> <p>「どんなに障害が重くても、乙訓でこの子を育てたい、暮らさせたい」と強く願う親達が力を合わせて取り組み、その後京都府・長岡京市・向日市の補助金を受け、宿泊訓練・緊急一時保護・緊急短時間延長事業等を行い、2004年に社会福祉法人あらぐさ福祉会が設立され、2005年に知的障害者通所更生施設「デイセンターあらぐさ」、同授産施設「ワークセンターあらぐさ」として開所されています。その後、法の改正等に伴い、「障害福祉センターあらぐさ」として生活介護事業と就労継続支援事業（B型）に移行し現在に至って7年目の事業所です。</p> <p>施設に通所されている利用者の平均年齢は29.68歳で、職員の平均年齢も30歳と、若い人たちでいっぱいです。施設内で対応支援されている空気はゆったりと流れている雰囲気を感じることができる明るく温かな施設です。</p> <p>理念として「一人ひとりの生き生きとした生活と社会参加活動を通して、人間としての豊かさや生きがいを支援します」を掲げ、一人ひとりの心身両面、体力・機能面や感情面をも含めて生かせるように、職員全員が認識を共有して日々の活動支援に協力して取り組み、利用者への働きかけを細やかに配慮されていることから、「利用者が主人公の施設」であることを実感しました。</p> <p>尚、これらのすばらしい実践を継続・さらに発展させるための人材育成と組織強化が課題と伺いました。自己評価・受診・評価結果の活用等のプロセスがそれらの課題への取り組みにつながることを切に期待しています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○中・長期計画の策定への取り組み</p> <p>障害者自立支援法に伴う利用者の「応能負担」や事業者への「日払い制度」また、低い報酬単価等への課題や、前回の第三者評価事業受診時のアドバイス等により、平成21年に「あらぐさ福祉会 中・長期事業計画」を策定しています。家族会には「将来構想策定アンケート」等を実施し、事業所の現状と課題を把握・検討後に策定されたとのことです。</p> <p>その後も常に家族会や理事会等とも透明性を確保しながら事業計画の達成や見直しも行い次年度体制の整備を図っています。</p> <p>○日中活動支援への取り組み</p> <p>生活介護事業や就労支援事業で種々の取り組みがあります。さをり織り事業「さをり工房あらぐさ」では作品展や個展を開き、専門店からの注文も受けています。またクッキー工房では「さくさくアーモンド味」や「いちごボール味」等、種類の違うクッキー13種類以上やパウンドケーキも作り、注文が殺到し生産時間延長をしたこともあります。その他に味噌や筍やごぼうの乾燥食品の販売等もしています。</p>

	<p>生産・創作活動だけでなく販売促進にも力を入れパンフレット・カタログ製作からレジ打ちの仕方や入金の方法、配達・集金の仕方までを職員と協同・協力して取り組まれています。これらの活動には利用者と職員の丁寧な根気強い支援が日々積み上げられてきた賜物と感じました。</p> <p>○口腔ケアへの取り組み</p> <p>利用者は食後すぐに歯磨きを、それぞれに合った方法で時間を掛けて行っています。たとえば、ある人は鏡とタイマーと口腔のどの位置から行うかの順番が分かる数枚の写真を置き、それを見ながら口腔の左右下顎・上顎等の歯磨きをしっかりと行っています。毎月の歯科衛生士の指導の元で、職員は毎日60人全員に対して一人ひとり丁寧に関わっています。そのお陰で利用者の歯の状態の大幅な改善が図られ、健康維持に成果を上げていることを実感されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○マニュアルの整備</p> <p>利用者の特性に応じた支援は必要であり、重要です。自閉症のある人や多動性のある人、また車いすでもリクライニング装置でなければ維持できない人もおられます。そのような重度で且つ重複障害のあるお一人おひとりに、個性に合ったマニュアルを作成することは困難であると思いますが、個別ケアの基盤となるケアの内容や水準を確保すること、それらを教育研修や人材育成につなげるためには、マニュアルの整備は必要と考えます。</p> <p>また、このマニュアルを作成することは自らの実践を振り返り、言語化し、深化させていく過程であり、人材育成にも大きく貢献するものとなると考えます。</p> <p>○個別の研修計画の策定</p> <p>職員に対して、「今年目標」「今年課題」「目標にしていること」「自分の役割」「どんなあらぐさを作っていきたいか」等のアンケートを実施し、質の向上への取り組みを実施しています。「勤続年数別課題」としても職員自身が気づくように働きかけも行っていきます。また、外部研修にも多く参加していますが、研修計画や個人別研修計画は策定されていません。今後は、個人ごとに研修目的を設定し、その実現のための研修内容（OJT/OFF-JT/SDS）を職員と管理者が共に考え、そして実施内容と評価を行い、そのプロセスと結果が次年度の研修計画につながるような個人別研修計画の策定と実施に取り組んでいかれることを期待します。</p> <p>○記録の整備と情報の共有化への取り組み</p> <p>利用者へのサービスの実施状況への記録はありますが、個別支援計画の内容が適切に実施されているかを判断できるような記録とはなっていません。利用者ごとに援助内容が異なるために標準的な記録システムの作成が難しかったとのことですが、個別支援計画に基づいた実践とその評価につながるような記録の仕方や様式について検討してください。</p> <p>また、記録の管理体制については、今後は保存や廃棄に関する規程を策定してください。さらに個別支援内容等の情報の開示に関するルール作りも必要と考えます。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】 評価結果対比シート

受診施設名	社会福祉法人あらぐさ福祉会 障害福祉センターあらぐさ
施設種別	障害者支援施設
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成24年1月11日

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	A	A
I-2 計画の策定	I-2-1(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	B	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
	I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A

[自由記述欄]	
I-1-1(1)-①	法人化以前の取組が原点となっている法人の理念・基本方針がパンフレット等に記載されています。
I-1-1(1)-②	基本方針の他に、平成21年に職員行動規範が制定されています。
I-1-1(2)-①	年度当初の職員会議で事業計画等が説明され、その後、毎月開催される職員会議、グループごとの会議報告等で実施状況が点検されています。11月の職員会議では基本方針の実施状況を確認するグループワークが行われています。
I-1-1(2)-②	漢字にはルビを振るなど、分かりやすくする工夫がありました。
I-2-1(2)-①	職員の他、地域やご家族・教員等の有識者を交えた事業検討委員会を設置し、約1年・11回の会議を重ねて5か年の中長期計画を策定されています。その結果、法人の方向性が関係者や職員に明示されたとのことでした。
I-2-1(1)-②	月例の職員会議で計画の進捗状況をチェックし、その結果が法人の事務局会議で検討されています。
I-2-1(1)-③	事業計画は年度当初の職員会議で職員に説明されています。
I-2-1(1)-④	事業計画は保護者会で説明される他、ホームページ等に掲載されています。
I-3-1(1)-①	毎月発行される広報紙「あらぐさ」に管理者のメッセージが掲載されています。
I-3-1(1)-②	図書室に関係資料は整理されているとのことですが、関係法令を分かりやすく理解するためのリスト化等は行われていません。
I-3-1(2)-①	管理者は月例の職員会議、主任者会議等でリーダーシップを発揮していることを会議録で確認しました。
I-3-1(2)-②	管理者は全職員の面談を年度末に行なっているとのことでした。

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 経営状況の把握	Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	B
Ⅱ-2 人材の確保・養成	Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	B
		② 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。	B	B
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	B	B
		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。	B	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	B
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	B
		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り組みが行われている。	A	A
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	B
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための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、積極的な取り組みをしている。	A	A	
Ⅱ-3 個人情報の保護	Ⅱ-3-(1) 障害のある本人等の個人情報保護を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	B	B
Ⅱ-4 安全管理	Ⅱ-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	B
		③ 障害のある本人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。	A	A
Ⅱ-5 地域や家族との交流と連携	Ⅱ-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	A	A
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	B	B
	Ⅱ-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	A	A
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

〔自由記述欄〕

- Ⅱ-1-(1)-① 中・長期計画の策定に向けて、本人や家族対象に「将来構想アンケート」が実施され、その結果が計画内容に反映されています。
- Ⅱ-1-(1)-② 経営状況の分析の必要性は認識しておられますが、具体的な手立てには結びついていないとのことです。
- Ⅱ-2-(1)-① 主任登用の条件は、サービス管理責任者資格と国家資格取得が条件とのことです。常勤職員の退職が比較的多く、そのため中堅職員の育成が課題とのことでした。
- Ⅱ-2-(2)-① 全職員との面談を毎年実施されていますが、就業状況の分析・検討は十分に行っていません。
- Ⅱ-2-(2)-② 社会保険協会から年1回、保健師の訪問指導を受け、数名の職員が利用しています。その他、電話相談等のサービスも利用されているとのことですが、産業医と契約はしていません。
- Ⅱ-2-(3)-① 主任者登用の条件は決まっていますが、それ以外の教育研修の基本姿勢は明示されていません。
- Ⅱ-2-(3)-② 研修委員会で研修希望に関するアンケートを実施していましたが、職員一人ひとりの研修計画は策定されていません。
- Ⅱ-2-(3)-③ 外部研修への参加が多く、その報告レポートはありますが、研修成果の評価分析は行っていません。
- Ⅱ-2-(4)-① 実習生向けのオリエンテーション資料があります。
- Ⅱ-3-(1)-① 個人情報の活用については利用契約書で同意を得ています。また、実習生やボランティアに関する個人情報保護の説明を行っていますが、保護や開示に関するルールが明示されていません。
- Ⅱ-4-(1)-① マニュアルが一部整備されていませんが、安全委員会があり、ヒヤリハットも含めて事故防止・安全確保に関する取り組みを月例会議等で検討しています。また感染症に対する勉強会を看護師主催で2月に行っています。利用者の外出・外泊・帰宅時等での連絡方法等についても1人ひとりの健康管理票や個人カードを作成し、緊急時に対応できるような体制を整備しています。
- Ⅱ-4-(1)-② 年に2回の避難訓練は、1回は消防署も参加して、ADL的に避難することが出来ない人・精神的にパニック状況になり避難することが出来ない状況の人等への対応を専門家にも相談し、滑り台やシーツを使った訓練をも含めて、きめ細かく実施しています。しかし、地域住民が被災した場合に当事業所が速やかに地域住民を支援できる体制とまでは至っていません。
- Ⅱ-4-(1)-③ 利用者の安全確保のため、緊急時の対応は速やかに行うことが重要と認識し、そのために日々の生活の中や旅行等で行方不明になった時の情報発信が迅速に出来るような対策を講じています。また、事例検討や研修も実施しています。
- Ⅱ-5-(1)-① 利用者自身が地域の中での活動を希望して始まったという神社の清掃や地域のゴミ拾いを毎月行っています。長岡京市スポーツ大会や地域内で利用者が作品展を開催し地域住民との交流を図っています。
- Ⅱ-5-(1)-② 当事業所のお祭りやバザーの開催や自立支援協議会等を通じてニーズの把握に努めています。特定相談支援事業の開始を検討していますが、現在は地域住民の相談等に応じられる体制ではありません。
- Ⅱ-5-(1)-③ 日々の園芸作業や外出同行、また行事等について延べ200名以上のボランティアを受け入れています。小・中学生の体験学習の受け入れも行っています。当事業所でボランティア講座の開催や研修は行っていません。
- Ⅱ-5-(2)-① 自立支援協議会に参加し、乙訓地域の相談事業所や訪問介護の事業所、支援学校教員や父兄等、また医療的ケア委員会にも出席し、利用者支援の具体的な取り組みや改善について連携して取り組んでいます。
- Ⅱ-5-(2)-② 毎月1回の家族会が開催され毎月50%以上の参加があります。当事業所からも参加し、法人の状況や個別の支援の状況等を詳細に情報提供し交流を図っています。日々の連絡帳や電話での対応も行っています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-1(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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。	A	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-1(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-1(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
	Ⅲ-2-1(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	B
	Ⅲ-2-1(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-1(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	B
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	B		
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-1(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	B	B
	Ⅲ-3-1(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	A
		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。	A	A
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	A	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-1(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	B
		② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	B	B
	Ⅲ-4-1(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	C	B
		② 評価の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。	C	B

【自由記述欄】

- Ⅲ-1-(1)-① 社会福祉法人あらかぎ福祉会のホームページがあります。またあらかぎ通信を年に3~4回発行し、市役所や公民館、市の出先機関等に配布しています。また、毎日のように当事業所のクッキーや製造食品、花や花器等を買いに来てくださる人が事業所の見学もされ対応しています。
- Ⅲ-1-(1)-② 利用者や家族が理解しやすいように字を大きくし、漢字にルビをふり、時間をかけて1人ひとりに丁寧に説明し、同意を得ています。
- Ⅲ-1-(2)-① 支援内容・サービスの継続性については利用者や家族の意向を汲み取り対応しています。今までに当事業所から他事業所に移行されたのは1人しかおられませんはその折には必要な情報提供等を行いサービスの継続性に配慮しています。
- Ⅲ-2-(1)-① 本人の課題には違いがあるので丁寧にアセスメントを行った上で、1人ひとりのニーズや具体的な課題を家族からも聞き取り把握しています。
- Ⅲ-2-(2)-① 1人ひとりのニーズや具体的な課題を把握し、個別支援計画を策定しています。毎年、見直しの時期を決め、グループ会議で検討をし周知を図っています。緊急に変更が必要な利用者にも対応しプランの見直しを行っていますが、緊急に変更する場合の規程は明示されていません。
- Ⅲ-2-(3)-① 1人ひとりの個別支援計画を策定し、環境や状況の変化があった場合には随時モニタリングを行い、適切に対応しています。
- Ⅲ-2-(4)-① 生活支援でのバイタルサインの結果、作業の記録や活動内容、また家族からの連絡帳の内容も記載しています。しかし、具体的な内容や職員間での差異のない状況での記述方法に尚工夫が必要と感じます。
- Ⅲ-2-(4)-②③ サービス実施の記録は、管理規程もあり、鍵を必要とする個人情報にも対応しています。しかし、管理規程の中に保存と廃棄に関するものや、情報開示を求められた場合に関するものがありませんでした。
- Ⅲ-3-(1)-① 毎日変化のある支援内容が必要な利用者の情報を朝礼や引継ぎ時に確認し、共有しています。サービス担当者会議や個別支援会議にも出席しています。施設の近くの府道に信号機が設置された事例があります。
- Ⅲ-3-(1)-② 障害が重度で、直接本人ニーズの聞き取りが困難な場合も多々ある中で、できるだけニーズ把握に努めています。ニーズの充足に向けて具体的にエアコン、加湿器などの改善が行われていますが、利用者が参画する会議はありません。
- Ⅲ-3-(2)-① 利用者が相談しやすいような相談室もあり、場所やスペースを確保し、すぐに対応しています。
- Ⅲ-3-(2)-② 相談、意見、苦情解決のための仕組みがあり、日々適切に対応しています。
- Ⅲ-3-(2)-③ 苦情解決委員会があり、責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置され、苦情には速やかに解決に向かって検討・対応をしていますが、対応マニュアルの定期的な見直しはされていません。
- Ⅲ-4-(1)-① 前回の第三者評価等を参考にしながら、サービスの一定の水準を確保する方策を順次講じている段階です。
- Ⅲ-4-(1)-② 一定の水準を確保するための基準、仕組みの今後の確立、そして見直しが期待されます。
- Ⅲ-4-(2)-① 事業計画の評価・分析を行い事業報告を行っています。しかし、自己評価については、日々の業務で時間的余裕が取れない中であって十分にはできていません。
- Ⅲ-4-(2)-② 評価結果の分析が、主任級の職員間に限られているということが、全体の評価結果として弱点になっています。

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人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り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	A	A
		② 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。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	A	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	—	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	—	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	B
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	B
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	A	A

【自由記述欄】	
IV-1-(1)-①	理念、基本方針、職員行動規範に明示され周知、徹底し、サービス提供しています。
IV-1-(1)-②	本人の障害に応じて、医療関係者との連携も密に図っています。ホワイトボードの絵文字や写真などを活用した週案や日案を作成することで利用者の安定が確保された事例もあります。
IV-1-(1)-③	地域清掃活動「ごみポイ」、府道沿いの花壇にパンジーを植える「あらぐさ はなさか隊」等、地域の一員として活動される利用者の主体的な取り組みが多くあります。
IV-2-(1)-①	入浴事業は行っていませんが、活動後にシャワーを浴びたり、家族員のみでの入浴が困難な人に他事業所の訪問入浴サービスの紹介を行っています。
IV-2-(1)-②	事業所通所時間内での気温の変化時や排泄行動に伴う着衣の更衣や交換時の衣類の準備を行い、対応しています。また、希望があれば本人の衣類の購入時に同伴したりしています。

- IV-2-(1)-③ 散髪ボランティアが隔月に訪問して、髪型の希望を本人や家族からも聞き取り支援されています。また理容室に職員が同行されることもあります。
- IV-2-(2)-① 睡眠障害のある人に対しては、「連絡帳」で報告してもらい、通院時に職員が同行し主治医に詳細な報告をすることで、一層の服薬効果を上げ安定が得られた人もおられます。
- IV-2-(2)-② おむつフッターにアドバイスをもらうなど個別性に合わせた支援を行っていますが、個々人のマニュアルの文書化には至っていません。
- IV-2-(2)-③ 通院時の同行や、居宅事業所との連携確保等により健康維持に配慮しています。また、口腔ケアには非常に力を入れています。
- IV-2-(3)-① 嗜好調査を実施して、クリスマス、節句などの行事を取り入れた献立食の工夫が行われていますが、食事サービス検討会議に利用者の参加はありません。
- IV-2-(4)-① クッキーや食品の製造事業の他、染めのさをり織りなどの創作事業等の多くの活動に積極的に取り組んでいます。工賃への評価法も提案され、ボーナスも出ることが利用者の意欲を大きく向上させています。
- IV-2-(5)-① 出来上がった商品の納入には、利用者だけで交通機関を利用して販売店舗まで出向いておられます。金銭管理についてはこの限りではありません。
- IV-2-(5)-② 利用者個々人の能力に応じて、希望に添って、自主通所されたり、道に迷う懸念のある人は名札携帯で外出したり、ガイドヘルパーを利用したりしています。
- IV-2-(6)-① 受け取った給料でボーリングなどの外出を楽しんだり、家族が多忙の際は、施設職員の段取りの下に外出されたりしています。