

総合評価

受診施設名	京都府立心身障害者福祉センター	施設種別	障害者支援施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成29年2月27日

総 評	<p>京都府立心身障害者福祉センターは、城陽市の自然に恵まれた環境に位置しています。事業所の管理運営は昭和52年に設立された社会福祉法人京都府社会福祉事業団が行っており、利用者の人権尊重、虐待防止、利用者本位のサービス提供について、職員への意識づけを徹底しています。</p> <p>同敷地内には、付属リハビリテーション病院やサン・アビリティーズ城陽(体育館)、TOMO(相談支援事業所)、ホームヘルプサービスゆう(障害者の居宅介護等)を併設し、連携しながら障害のある利用者が自立した生活を送れるよう支援しています。特に、職住分離の推進を図り、施設内での日中活動のメニューや同法人の生活訓練事業所ひまわりの利用だけでなく、外部の生活介護事業所、就労継続支援B型事業所等への通所についても積極的に支援しています。</p> <p>設立当初からの建物であり、個室化や冷暖房設備の完備等、ハード面の改善が望まれますが、利用者の性別で南北の寮に居住スペースを分け、同性介助に努めるなどソフト面での配慮や取り組みは評価できます。</p>
特に良かった点(※)	<p>○理念、職員倫理綱領の周知徹底</p> <p>法人の基本理念は職員の名札の裏に記載し毎朝唱和しています。また、理念実現のために法人の職員倫理綱領を定めています。倫理綱領は毎月の職員会議の資料に添付するとともに唱和し、職員への意識づけを徹底しています。</p> <p>○「業務の振り返りチェックシート」の活用</p> <p>職員は毎月「業務の振り返りチェックシート」を用いて、人権の尊重、利用者主体、勤務態度、リスクマネジメントについて自己チェックを行い、自由記載欄に改善提案や意見等を記載し、管理者に提出しています。管理者は内容をまとめ、フィードバックする仕組みを作っており、職員の意見の内容によっては個別に面談するなど、個々の意見の拾い上げを行っています。</p> <p>○事業計画に基づく分担業務の遂行</p> <p>事業計画に基づき、職員が業務を分担し遂行しています。年度末には各担当者が「業務のまとめ」を作成し、次年度の事業計画に反映させるとともに、次年度に業務担当者が変更した際もスムーズに引き継げるようにしています。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○各種マニュアルの見直し</p> <p>ケアマニュアルや各種対応マニュアルについては整備されており、業務に生かされていましたが、マニュアルの定期的な見直しについて、その時期や方法がわかりにくい状況です。年度末に各業務の担当者が「業務のまとめ」を行う際、マニュアルの変更点がないかを併せてチェックするなど、より実状に合ったマニュアルにするために、見直しの時期と方法を定めてはいかがでしょうか。</p> <p>○個別支援計画に基づくサービスの実施</p> <p>利用者及び家族の希望や意見を聴き取り、個別支援計画書を作成していますが、計画に基づくサービスが実施されているかどうか、その結果利用者の状態がどのように推移したかについての具体的な記録が確認できませんでした。利用者と支援者双方が評価を行いやすい個別具体的な計画を立てるとともに、そのサービスの実施について適切に記録していくことで、利用者のめざす生活の実現に向けて、より良いサービス提供がなされるものと思います。</p> <p>○職員の就業状況への配慮</p> <p>重介護を要する利用者も多く、職員の業務負担軽減のために、介護機器の導入や業務の効率化、短時間勤務等の対応をしています。しかし、少ない人員体制の中で有給休暇が十分に消化できていないなど、職員への業務負担が大きい状況がうかがえます。利用者へのサービス内容を充実させるためにも、職員が仕事に意欲的に臨めるような環境づくり、体制づくりについて具体的な改善策を実行されることを望みます。</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	京都府立心身障害者福祉センター
施設種別	障害者支援施設
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成28年12月26日

I 福祉サービスの基本方針と組織

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) 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-(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。	B	A
I-2 計画の策定	I-2-(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。	B	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) 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。	A	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。	A	A
	I-3-(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理念はホームページやパンフレットに明示し、事業所内の各フロアーにも掲示しています。
I-1-(1)②運営方針は事業計画書に明示し、職員に配布するとともに、ホームページでも公開しています。
I-1-(2)①理念を職員の名札の裏に記載し、朝礼で唱和しています。月1回の職員会議で職員倫理綱領を記載した資料を配布し、唱和しており、職員が常に意識できるように取り組んでいます。
I-1-(2)②利用者や家族には理念、運営方針を契約時に説明しています。また、広報誌「あしはら」に掲載し、配布しています。年度初めの「利用者の声を聞く会」で、理念や基本方針を利用者に口頭で説明しています。
I-2-(1)①中長期計画は、現状を見据えた上で、平成28年度からの5か年の計画を策定し、取り組むべき課題を明確にしています。
I-2-(1)②中長期計画に基づき、事業計画を策定しています。全職員が参加する月1回の職員会議で計画の進捗状況を確認し、課題を明確にしています。運営会議で次年度の計画を検討し、職員会議で報告しています。
I-2-(1)③事業計画書を職員に配布し、職員会議で説明しています。月1回の職員会議で進捗状況を確認しています。
I-2-(1)④事業計画は、ホームページや広報誌「あしはら」に掲載しています。利用者には「利用者の声を聞く会」で説明し、内容をわかりやすく、文字を大きくした資で作成しています。
I-3-(1)①管理者の役割について、事務分担表に明示し、職員会議で職責を伝えています。広報誌「あしはら」に管理者の役割について掲載しています。
I-3-(1)②各種協議会に参加し、法令についての情報を得ています。参加した会議録を役職者が参加する運営会議で説明し、会議に参加しない職員には回覧し周知しています。必要な法令については職員会議で説明しており、職員は必要に応じて、事業所内のインターネットを利用して法令に関する情報を得ることができます。
I-3-(2)①管理者は全職員に毎月「業務の振り返りチェックシート」の提出を求めて、サービスの質の現状についての分析や、職員の意見を聞き取る仕組みを構築しています。また、管理者は職員会議等に参加し、課題を明確にして改善に取り組んでいます。
I-3-(2)②管理者は収支計画書及び報告書を策定し、分析を行い、職員会議で累計比や分析結果を配布し説明しています。また、入浴や食事介助の場で、職員配置を工夫するなど効率的に取り組めるように業務を見直しています。

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。	B	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。	A	A
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
	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
	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。	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。	B	A
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。	B	B
		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。	B	B
		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)①法人の管理者会議や同法人の他事業所から社会福祉事業全体の動向や地域の状況を聞き取り、取り組むべき課題を事業計画に反映しています。

Ⅱ-1-1(1)②収支状況の分析を行い、法人全体として公認会計士からの指導を受けて、各事業所の事業計画に反映しています。収支状況をまとめて、職員会議で報告しています。

Ⅱ-2-1(1)①自己点検表を用いて、人事考課を行い、個人面談時に職員の希望を聞いています。来年度は考課制度をさらにわかりやすく見直す予定です。必要な人員体制に関する方針は立てていますが、人員体制について人材確保の具体的な計画は策定していません。

Ⅱ-2-2(2)①管理者は、職員と個別面談を行い、就業状況について聞き取りをしています。有給休暇の取得や時間外労働のデータを定期的に確認していますが、課題の分析や改善策の検討については行われていません。

Ⅱ-2-2(2)②福利厚生として共済会に加入しています。職員からの相談があれば産業医に相談し、休職やリハビリ出勤ができる環境を整えています。外部カウンセラー等に直接相談できる仕組みはありません。

Ⅱ-2-2(3)①職員の希望に応じて、専門資格取得のための研修は勤務扱いとし、勤務時間の調整を行っています。中長期計画、事業計画に人材育成の方針を明示していますが、職員に求める専門技術や専門資格については明示できていません。

Ⅱ-2-2(3)②研修係が、外部研修・法人研修・所内研修の年間計画を策定しています。所内研修は外部講師に依頼したり、主任が講師を務める等、様々な研修を計画していますが、職員一人ひとりに応じた体系的な研修計画には至っていません。

Ⅱ-2-2(3)③研修後に復命書を提出し、職員に回覧しています。所内研修の後に取る職員アンケートを分析し、課題・検討事項をまとめて、次年度の研修計画に反映しています。

Ⅱ-2-2(4)①実習生受け入れのマニュアルが整備されており、受け入れ窓口は主任が担当しています。実習中も専任職員が指導を行っています。

Ⅱ-3-1(1)①個人情報の規程に基づきマニュアルを作成し、重要事項説明書等で個人情報について説明していますが、同意書をとっていないため、今後は同意書をもらう予定にしています。

Ⅱ-4-1(1)①緊急時における対応は各種マニュアルを整備しています。事故防止委員会を定期的に開催していますが、責任や役割について、利用者本人への周知が不十分でした。

Ⅱ-4-1(2)①利用者の外出時等での災害や事故対応について、メールなどの連絡体制は整備していますが、支援体制は策定していません。

Ⅱ-4-1(3)①ヒヤリハットや事故報告書は、コピーを各部署に配布して全職員に周知しています。また、安全確保や事故防止に関する研修は職員会議で行っています。

Ⅱ-5-1(1)①利用者の旅行や外出にはボランティアの調整を行っています。年1回、「あしはらフェスタ」に参加して地域との交流を行っていますが、日常的に地域住民が事業所を訪問したり、地域住民とふれあう機会はありません。

Ⅱ-5-1(1)②「あしはらフェスタ」や城陽市のふれあいまつりに参加して、地域との交流や事業所のPRを行っていますが、地域住民が自由に参加できる多様な支援活動には至っていません。

Ⅱ-5-1(1)③ボランティアの受け入れは主任が担当し、マニュアルを作成していますが、ボランティアの育成やボランティアに対する必要な研修は行っていません。

Ⅱ-5-2(2)①職員間で、必要な社会資源や関係機関などの把握はできていますが、リスト化は行っていません。

Ⅱ-5-2(2)②家族との面会時には近況報告をしています。また、広報紙発送の際に利用者の近況報告を同封しています。

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。	B	B
		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-1-2(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。	B	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-2-2(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。	B	B
	Ⅲ-2-3(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-(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。	B	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。	A	A
Ⅲ-3	Ⅲ-3-(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。	A	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-(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。	A	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。	B	B
Ⅲ-4	Ⅲ-4-(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。	A	A
		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。	A	A
	Ⅲ-4-(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。	B	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。	A	A

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①施設のパンフレットやホームページを作成し、見学には積極的に応じていますが、パンフレットを公共施設等の多数の人が手にできる場所には置いていません。

Ⅲ-1-(1)②サービス開始時に重要事項説明書及び契約書の説明を行い、適切に同意を得ています。

Ⅲ-1-(2)①支援内容や暮らしの場の変更にあたっては、「生活支援実施書」を活用して他事業所への引継ぎを行っています。

Ⅲ-2-(1)①サービス開始時に担当職員がパソコン内にあるアセスメントシートを使用して、アセスメントを実施しています。看護師や栄養士等、他職種からの意見も聞き取っています。

Ⅲ-2-(2)①個別支援計画作成については手順通りに作成していますが、緊急に変更する場合の仕組みを整備していません。

Ⅲ-2-(3)①PDCAのサイクルに基づき、3か月に1度モニタリングを実施して、評価・見直しを行っています。

Ⅲ-2-(4)①個別支援計画に沿ってどのようなサービスが実施されたのかについて、具体的な記録が確認できませんでした。

Ⅲ-2-(4)②記録の管理については規程を定め、責任者を設置していますが、職員に対する教育、研修は十分に行えていない状況です。

Ⅲ-2-(4)③朝の引継ぎやパソコンの共有フォルダを活用して、職員間で利用者の情報を共有できるようにしています。

Ⅲ-3-(1)①利用者自治会の活動には常に職員がサポートに入り、本人のニーズ把握に努めています。また、家族等関係者からもニーズの聞き取りを行っています。

Ⅲ-3-(1)②利用者や家族からの聞き取りによりニーズ把握に努めています。把握した結果を分析・検討するための会議に利用者が参画する仕組みがありません。

Ⅲ-3-(2)①「利用者の声を聞く会」を毎月開催し、利用者の意見を拾い上げています。また、利用満足度調査を毎年行い、法人法部で総括しています。

Ⅲ-3-(2)②第三者委員を含めた苦情相談の窓口を掲示板に貼り出しています。苦情を受け付けた際は、連絡事項処理用紙、苦情受付書を用いて記録し、その対応についても記録しています。

Ⅲ-3-(2)③利用者から意見や提案を受けた際には迅速な対応を心がけていますが、対応マニュアルは整備していません。

Ⅲ-4-(1)①食事、入浴、排泄、移乗、更衣・洗面、コミュニケーション支援に分けてケアマニュアルを整備しています。それぞれ1枚の用紙にわかりやすくまとめ、ラミネート加工したものを各現場に備えています。

Ⅲ-4-(1)②「業務の振り返りチェックシート」を用いて毎月、人権の尊重、利用者主体、勤務態度、リスクマネジメントについて各職員が自己チェックを行っています。また、各業務分担に基づき、担当者は年度末に「業務のまとめ」を作成しています。

Ⅲ-4-(2)①毎月の「業務の振り返りチェックシート」を取りまとめ、全体の傾向について職員に配布しています。組織としての自己評価も実施していますが、第三者の意見を聞く体制が整備できていません。

Ⅲ-4-(2)②行動計画に対する実施状況を四半期ごとに評価し、目標と達成度については運営会議や職員会議の場で職員と共有しています。評価結果に基づき課題をまとめ、次年度の行動計画に反映しています。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

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)	B	B
		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。	B	B
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。	B	B
		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。	B	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	B
		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。	B	B
	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。	B	A

【自由記述欄】

IV-1-(1)①倫理綱領やケアマニュアルの中に、人権の尊重やプライバシー保護を明示し、同性介護を行うなど配慮していますが、プライバシー保護に関する規定やマニュアルは確認できませんでした。

IV-1-(1)②文字盤やホワイトボード、トーキングエイド、コミュニケーションカードの作成など、個別のコミュニケーション手段の確保と支援を行っています。

IV-1-(1)③「利用者の声を聞く会」を毎月開催し、利用者の主体性を引き出す工夫をしています。利用者自治会があり、職員が運営をサポートしていますが、家族会はありません。

IV-2-(1)①入浴マニュアルを整備し、プライバシーへの配慮についても記載しています。環境面では、脱衣場の冷暖房設備が十分ではありません。

IV-2-(1)②衣類の選択や更衣に支援を要する利用者については利用者の希望を聞き、意思を尊重しています。買い物支援(送迎)の機会が、利用者自身で衣類を購入する機会になっています。

IV-2-(1)③月2回の理容、月1回の美容の機会を作り、施設内で利用できるようにしています。また施設外の理美容店を利用する場合には、ヘルパーや介護タクシーの手配をするなどの支援をしています。

IV-2-(2)①利用者一人ひとりの睡眠の状況を確認していますが、利用者の好みや状態に合わせた寝具の対応には至っていません。

IV-2-(2)②ケアマニュアルの中に排泄に関する項目を整備しています。また、平成26年にトイレを改修し、昇降便座やウォシュレットを備え付けていますが、プライバシーに配慮したトイレの構造・設備にはなっていません。

IV-2-(2)③利用者の状態に変化があれば看護師に相談し、必要に応じて併設の医療機関もしくは外部の医療機関への受診を調整しています。口腔ケア講座やカルタを使用した啓発活動など、歯科衛生士による取り組みを開始しています。

IV-2-(3)①月1回の食事会のメニューについては、利用者から希望を聞いています。栄養士による嗜好調査を年1回実施していますが、その結果を献立に反映している状況が確認できませんでした。

IV-2-(4)①体操や集団リハビリ、音楽療法など、毎日午前と午後何らかの活動時間を設けていますが、複数のメニューから選択できるような個別性に対応したメニューとはなっていません。

IV-2-(5)①「利用者の声を聞く会」の開催や利用者自治会の運営支援により、利用者の意見を聞き取るようにしています。預かり金はおこづかい帳を使用し管理していますが、金銭管理能力を高めることを目的とした学習プログラムは用意されていません。また、酒やたばこの害については当事者への声かけに止まり、全員には情報提供できていません。

IV-2-(5)②外出は積極的に推奨しており、利用者の希望を聞き計画を立てています。また、日中活動の場を提供する他の事業所を利用者が見学するには職員が同行し、事業所の外での活動を支援しています。現在は週1回の買い物支援(送迎)を行っていますが、来年度より送迎は中止し、ヘルパーや介護タクシーの手配等による支援へと移行する計画です。

IV-2-(6)①外出や編み物、パソコン、パズル、将棋、音楽など、余暇・レクリエーションの取り組みを行っています。利用者の意見を聞きながら職員が計画を立てるなど、利用者が主体性を持って関わられるよう側面的な支援をしています。