

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	乙訓ひまわり園 地域生活支援センター	施設 種別	短期入所事業
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成30年5月1日

総 評	<p>乙訓ひまわり園は平成12年に開設され、「共生」を基本理念とし、向日市において様々な事業を展開しております。</p> <p>敷地には乙訓ひまわり園、第2乙訓ひまわり園、地域生活支援センターの3棟があり、短期入所は地域生活支援センター設備を活用して事業が行われています。この地域生活支援センターでは、この他にヘルパー事業を実施するとともに、地域交流室を設け、障害者団体、家族会、サークル活動への貸し出しなども行っています。</p> <p>居室は個室となっており、食事はキッチンで作成し提供するなど家庭的な雰囲気があります。支援センターの設備では対応できない重度の方への対応は、特殊浴槽を整備したひまわり園にある入浴設備を利用し入浴サービスが提供されています。</p> <p>近隣には小学校や保育所もあり、祭りや敷地内に設けられた畑での芋ほりなど地域住民を招いての交流が行われています。</p> <p>法人全体を通して、通所事業を中心に就労支援、生活介護、短期入所、グループホームや訪問看護など多岐にわたる事業を展開し、障害のある人の地域拠点となっています。</p> <p>なお、今回受診にあたっては、法人内の別事業における受診結果等も参考に、短期入所事業でもサービスの内容等についてさまざまな検討・改善を実施されたとのことで、取り組む姿勢に大変感心させられました。</p>
特に良かった点(※)	<p>○ヒヤリハットの取り組みの充実</p> <p>安全対策として、ヒヤリ・ミス・事故報告書を整備しています。ヒヤリハットの報告をサービス向上・苦情解決委員会にて月1回検討しています。これまで、ヒヤリハットの報告件数が少なかったため、研修等による周知徹底が行われ、多くの報告が挙がっており、具体的に改善する取り組みが行われています。</p> <p>○研修計画・研修の充実</p> <p>今年度より個別研修計画表が作成され、計画表に基づき研修が実施されています。見直しや評価の項目等が設けられ、次年度より研修計画に反映される予定となっています。</p> <p>また、職員全体研修や会議にて伝達研修が実施され、社内ネットワークでの研修資料の閲覧が可能となっています。</p> <p>○地域ニーズへの対応</p> <p>地域生活支援センターとして、単体設備でのショートステイ事業を実施。月1、2件の新規利用希望があるため、同一法人が経営するグループホーム内に短期入所1名分を確保するなど、地域ニーズに対応した改善が図られています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○プライバシー保護の取り組み プライバシー保護に関する規定が整備されていません。各種マニュアルにもプライバシーに関する項目が設けられておらず、早急な規程の整備、各種マニュアルへの反映が望まれます。</p> <p>○実施事業の周知 パンフレット等は作成されていますが、施設外での周知する取り組みが行われていません。実際には月1、2件の新規利用希望があるものの、調査日の時点では受け入れを1泊2日に制限中でした（4月から2泊3日の受け入れを再開する予定）。より多くの方に機能を知っていただき、利用していただけるような取り組みが必要です。</p> <p>○個別支援計画の作成 介助シートとして、アセスメント、介助方法などが記載された、個別ファイルは作成されていますが、個別支援計画は作成されていません。法律上、作成の義務はありませんが、支援にあたって本人ニーズの充足、目標設定等の観点から個別支援計画の作成が望まれます。</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	乙訓ひまわり園地域生活支援センター
施設種別	短期入所事業所
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30年1月29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。	b	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	b
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	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	b
		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	c
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	b
		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	b
	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。	b	a

【自由記述欄】

I-1-(1)①理念は平成29年度から広報誌に掲載し、職員室にも掲示しています。
I-1-(1)②職員の行動指針となる理念・基本方針を、地域生活支援センター独自の広報誌に掲載しています。
I-1-(2)①サービス評価委員会と管理者が理念と基本方針を見直し、職員室や各部署に掲示しています。朝礼時、基本理念と基本方針を唱和しています。
I-1-(2)②本人にはふりがなをうつ等の工夫をしています。家族会を月1回開催していますが、理念・基本方針の周知はできていません。
I-2-(1)①支援センターでは中期計画(平成29年～平成33年)を作成しています。なお、法人においても中長期計画を作成していますが、平成29年度案で止まっています。
I-2-(1)②事業計画は主任に聞き取って作成しています。しかし、具体的数値目標を明記していません。
I-2-(1)③理事会で承認された事業計画を3月末の職員会議で周知しています。また、法人として年3回の全体会議が実施し、そこで周知しています。会議欠席者には、社内ネットワークを活用して、閲覧できるようにしています。
I-2-(1)④事業計画は、家族会では配布していますが、利用者には直接配布していません。
I-3-(1)①支援センターNewsにて、編集後記や年度初めの挨拶に管理者自らの役割と責任について掲載しています。職員への周知は、業務分掌に明記していますが、管理者自らの役割や責任について表明はしていません。
I-3-(1)②経営者セミナーに参加しています。また、個人情報保護に関する研修受講後は職員会議での周知を図っています。管理者の遵守すべき法令等をリスト化していません。
I-3-(2)①法人内に部会を設け、施設長が部会長になって指揮を執っています。
I-3-(2)②法人での管理者会議が月1～2回実施し、業務改善を行っています。

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。	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	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	a
		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。	a	a
	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。	b	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。	b	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経営者セミナーや研修に参加するとともに、地域自立支援協議会や支援センターからの情報を得ています。得られた情報を事業計画に反映し、新たにグループホームでの短期入所を開始するなど、地域特性に沿った事業展開をしています。

Ⅱ-2-(1)②職員会議にて、経営状況や改善すべき課題を検討しています。

Ⅱ-2-(1)①キャリアパスとして職員に求められる役割・責任を示しており、また、人事考課を導入し、定期的な評価を行っています。年4回の職員面談を実施し、職員一人ひとりの能力や希望等を把握していますが、人材確保計画はありません。

Ⅱ-2-(2)①管理者による面談を年4回実施し、把握した意見は環境衛生委員会で分析・検討しています。職員の就業規則に、育児休業や時短勤務を設けています。

Ⅱ-2-(2)②環境衛生委員会にて、福利厚生における検討をしています。委員会発信による腰痛予防体操の導入やコルセットのレンタルなどが行われています。また、スーパーバイザーとして月1回大学教授を招いて、職員が面談できる環境を整えています。

Ⅱ-2-(3)①職員一人ひとりの年間研修計画を作成しています。また、資格取得に関する規程を設け、勤務時間等に配慮しています。しかし、中期計画に研修に関する基本姿勢は明記していません。

Ⅱ-2-(3)②職員一人ひとりの年間研修計画を作成しています。法人内では虐待防止委員会で外部講師を招き、職員全体研修を実施しています。研修内容の資料は社内ネットワークで閲覧できるようにしています。

Ⅱ-2-(3)③研修受講後は報告書を作成し、ネットワークで研修内容が閲覧できるようにしています。会議にて、研修資料の読み合わせや伝達講習を実施しています。平成29年度より個別研修計画表を作成し、見直しや評価の項目を設け、平成30年度からの研修計画に反映させる予定です。

Ⅱ-2-(4)①実習受け入れにあたり、年間受け入れ計画、オリエンテーション資料、個別プログラムを作成しています。プログラムには、概要や実習の狙い、担当者を明記しています。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護について重要事項説明書などに記載しています。研修計画に基づき、施設長が講師となって研修を実施しています。ただし、個人情報保護規程を作成していません。

Ⅱ-4-(1)①リスク別のマニュアルを整備しています。担当者や担当部署を設置し、年1回、救急法に関する研修を実施しています。本人参画による検討会は実施していません。

Ⅱ-4-(1)②災害対策委員会を設置し、避難用品の整備や消防訓練などを実施しています。利用者帰宅時での災害や事故についての連絡方法や支援体制は策定していません。

Ⅱ-4-(1)③安全対策として、ヒヤリ・ミス・事故報告書をパソコンや手書きの様式で整備し、常に閲覧できるようにしています。ヒヤリハットの報告を衛生・環境委員会にて月1回委員会で検討しています。

Ⅱ-5-(1)①地域交流スペースを開放し、障害者団体の会議や卓球パレー練習などに利用しています。同一敷地内の事業所と一緒に、ひまわり園フェスタを開催したり、餅つき大会や近隣保育園の園児を招いての芋ほり交流が行われています。グループホームは自治会へ加入していますが、短期入所事業所では加入していません。

Ⅱ-5-(1)②地域交流スペースを設け、障害者団体の会議や卓球パレー練習などに利用しています。研修会や講演等は実施していません。

Ⅱ-5-(1)③ホームページにボランティア受け入れに関する基本姿勢を明示しています。受け入れに当たりオリエンテーションのための資料、登録の誓約書を整備していますが、受け入れマニュアルがありません。また、ボランティアに対する研修の実施もしていません。

Ⅱ-5-(2)①相談支援事業所の作成するサービス等利用計画に関係機関を明示し、活用していますが、事業所として必要な関係機関のリストアップはしていません。虐待案件については、定員に関係なく受け入れをしています。

Ⅱ-5-(2)②短期入所申込み時の連絡等にて、情報提供や近況等の確認をしています。サービス終了後は、利用時の記録をコピーして家族に渡しています。

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) 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。	b	a
	Ⅲ-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。	b	b
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(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。	b	b
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	c
	Ⅲ-2-(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。	b	c
	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。	c	c
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 障害のある本人本位の福祉サービス	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。	b	b
		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。	c	c
	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。	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。	b	b
		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	c
Ⅲ-4 サービスの確保	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。	b	c
	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。	a	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事業所のパンフレットを整備し、施設見学時に配布していますが、施設外の公共施設等に資料等の配布は行っていません。

Ⅲ-1-(1)②利用のしおりを作成しています。契約書や重要事項説明書を整備し、サービス開始の同意を得ています。

Ⅲ-1-(2)①決まった形の引き継ぎ文書は作成していません。引き継ぎを行う場合は介助シート、アセスメントシートを活用しています。直接、引き継ぎを行うケースが少なく、相談支援事業を通して行っています。

Ⅲ-2-(1)①アセスメントを行い、介助シートとして落とし込んでいます。また、定期的な更新も行っています。

Ⅲ-2-(2)①介助シートに、一人ひとりのケア内容を記入していますが、個別支援計画は作成していません。

Ⅲ-2-(3)①個別支援計画を作成していませんが、アセスメントを行い、介助シートとして落とし込んでいます。3か月・6か月に1回、環境の変化等があれば随時アセスメントを見直しています。

Ⅲ-2-(4)①個別支援計画には沿っていませんが、支援記録は電子記録としてパソコンに入力しています。

Ⅲ-2-(4)②文書管理等に関する規程を整備していません。

Ⅲ-2-(4)③サービス担当者会議・個別支援会議等を定期的に開催し、情報の共有を図っています。また、パソコンネットワークも活用しています。

Ⅲ-3-(1)①利用者ニーズについては、利用時の会話や様子から汲み取ったり、電話・メール等で家族や後見人から聞き取っていますが、本人による自治会や短期入所事業所としての家族会はありません。

Ⅲ-3-(1)②アンケート実施を検討していますが、現在のところ本人のニーズ充足に関する調査や本人参画の検討会議等は設置していません。

Ⅲ-3-(2)①利用者への声かけは短期入所利用時だけでなく、日中活動の場で出会った際にも積極的に行っています。家族とのやり取りは、送迎時や電話だけでなく、メールも活用しています。また、意見箱も設置しています。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決の体制を整備し、ポスター掲示をしています。「苦情・要望報告書」を作成し、パソコンのネットワークシステムで職員に周知していますが、苦情内容や解決方法、結果等の公表はしていません。

Ⅲ-3-(2)③苦情・要望には迅速に対応し、その内容については法人内のサービス向上・苦情解決委員会で検討していますが、対応マニュアルを整備していません。

Ⅲ-4-(1)①業務マニュアルを整備するほか、介助シートを個別に作成し、介助の留意点等を周知しています。また、口腔ケアや、感染対策、送迎リフトの操作方法等について、一定の水準を確保するために研修を行っています。

Ⅲ-4-(1)②委員会や会議等で随時検証し、サービスの見直しを行っていますが、定期的には行えていません。

Ⅲ-4-(2)①年に1回、複数の職員で自主点検を行っていますが、サービス内容の質向上に関するPDCAサイクルは明確になっていません。

Ⅲ-4-(2)②法人内の別事業所が受診した第三者評価結果をもとに、サービス評価委員会で課題を共有し、改善に向けて取り組んでいます。

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。	a	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	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。	b	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	a
		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。	b	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講師を招き、虐待防止や地域生活を考える研修会を開催し、本人を尊重した支援について理解を深める取り組みをしています。短期入所の居室はすべて個室で、リビングを挟んで男女の部屋を区分するほか、サービス提供は同性介助を基本としていますが、プライバシー保護に関する規定やマニュアル等は整備していません。

IV-1-(1)②意志伝達に制限のある利用者については、写真や絵カードを活用したり、日常的に関わっている家族や通所職員等から情報収集したりする等で理解するよう努めています。また、固有のコミュニケーション手段等については、個別の介助シートに記載し、職員間で共有しています。

IV-1-(1)③利用者による自治会、別事業所の通所事業所が実施する家族会に、必要時な時に参加するに止まっています。

IV-2-(1)①清潔保持の取り組みとして、本人の拒否等がある以外は、必ず入浴してもらうようにしています。状態に合わせて、シャワー椅子や浴室リフトの活用、通所事業所内の機械浴を使用しています。自宅では見守りなく入浴している軽度の利用者についても、適切に洗身できているかを確認しています。

IV-2-(1)②衣服の汚れ等に目を配り、清潔保持や身だしなみに留意しています。2泊する利用者については、衣服の選択を一緒に行っています。衣服が足りない場合は、事業所内で洗濯しています。

IV-2-(1)③起床時には整髪し、男性利用者については持参してもらった電気カミソリで身だしなみを整えています。歯磨きが自身で可能な利用者については、不十分な点がないか口腔内を確認して仕上げ磨きを行い、虫歯や歯茎の腫れ等については家族へ引き継いでいます。

IV-2-(2)①利用開始時には睡眠についての聴き取りを行っています。本人の希望による洋室・和室の選択や、毎回同じ部屋でないと眠れない利用者の部屋調整等の配慮をしています。安眠できない場合には、環境調整や服薬の相談等を行っています。

IV-2-(2)②自宅や他事業所での排泄状況等について情報収集し、適切な時間で声かけや支援ができるようにしています。また、急激な温度変化を防ぐため、エアコンやベットを設置しています。清掃は業者委託し、環境の清潔を保持していますが、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的には行いません。

IV-2-(2)③利用開始時には家族から健康についての聴き取りを行ったり、サービス担当者会議に出席して情報収集しています。てんかん発作時の坐薬使用や、その他医療ケアの必要な利用者については、医師からの指示書を提出してもらい対応しています。

IV-2-(3)①利用者の食事の好みや季節感のある献立等に配慮しています。食事時間や座る場所については、本人のペースや希望に合わせて工夫していますが、環境や食事サービスの改善に向けた定期的な検討会議は行っていません。

IV-2-(4)①映画やアニメのDVD、CD、絵本や漫画本、色鉛筆や玩具等を準備し、個々の利用者が過ごし方を選べるようにしています。また、他利用者や職員との交流を楽しみにしている利用者、自室でゆっくり過ごしたい利用者等についても、個別の配慮をしています。

IV-2-(5)①金銭を持参し、通所事業所に併設しているパン屋に、パンやジェラトを買いに行く利用者については、職員が付き添う等の対応をしていますが、金銭管理等の経済的な対応能力を高めるための学習プログラムは用意していません。

IV-2-(5)②短期入所事業所としては基本的に外出を認めていませんが、利用者の希望や必要に応じて、短期入所利用の前後にガイドヘルパーを利用する場合には情報の引継ぎに留意する等、外での活動や行動を支援しています。

IV-2-(6)①利用時に他者との会話を楽しめるよう、家族から要望がある場合には、職員が関わるよう配慮しています。また、事業所主催の地域交流会や法人主催のフェスタがそれぞれ年に1回あり、短期入所利用者へ参加の案内をしています。