

[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	社会福祉法人南山城学園 障害者支援施設 翼	施設 種別	生活介護・施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

平成 26 年 5 月 10 日

総 評	<p>社会福祉法人南山城学園は、障害者入所施設として昭和 40 年 2 月に法人認可を受け、現在に至るまで施設定員の増員や施設の増改築、移転、新規開設等の事業展開により、障害をお持ちの方や地域にお住まいの高齢者の方にその人らしい豊かな人生を送って頂くことを目指し、発展して来られました。</p> <p>平成 11 年 7 月に開設した『障害者支援施設 翼』は、城陽市の青谷梅林の近くに在り、青年期にある自閉症を有する方や、細やかな心理的・精神的ケアを必要とする方のためのユニット型の事業所です。入所定員は 35 名で、個室 25 室と 2 人部屋 5 室が 7 ユニットで構成されています。事業所の特徴としては、①独立型の生活ユニットを基本に、家庭的な住環境の実現と、個室や生活リズムに沿った実践を心がけている。②事業所の敷地の他に、地域活動エリアを設け、日中活動とナイトケアの分化を推進している。③自閉症の方、行動障害の状態にある方も含めた総合支援を推進している。という 3 点が挙げられます。</p> <p>日中活動としては、主に畑班とクッキー班に別れて活動しており、近所への買い物外出や、隣府県への希望外出行事などにも熱心に取り組まれていました。また、事業所としての広報誌「つばさだより」を毎月発行し、保護者会の開催や面談の実施にも熱心に取り組まれています。</p> <p>その一方で、理念や基本方針・事業計画に関して、障害のある本人への周知や理解するための工夫という点には課題が感じられました。</p> <p>『中・長期計画の策定』や『職員の質の向上に向けた体制の確立』については、次年度よりの運用を目指して取り組みを進められている段階でしたので、早急に策定されることを期待しています。</p> <p>今回の第三者評価での具体的なアドバイスを下記に記します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理念、基本方針、事業計画について、障害のある本人に理解を促す工夫（「ルビ打ち」や「絵カード」の活用等）が出来ていませんでした。重度の障害を抱える方にとっては理解し難い文言ではありますが、少しでも理解できるような工夫をされては如何でしょうか。</li> <li>・ 中期計画や長期計画が策定されていませんでした。単年度の事業計画は、中期計画や長期計画を基にして策定することが基本です。早急に、中期・長期の計画を策定されることをお勧めします。</li> <li>・ 職員一人ひとりの研修計画書の策定や、計画書の見直し等が出来ていませんでした。個々の職員の研修受講履歴や資格取得状況を管理し、必要な研修受講計画を作成することで、各職員の質の向上が図られると考えます。</li> </ul>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b> 週1回、施設長・副施設長・主任で質の向上について話し合う機会を持ち、その内容が課題整理表にまとめられています。また、各種会議の担当者と、会議の進め方や課題の整理についての話し合いを持たれていました。 管理者は月2回の施設長会議に出席し、法人本部の人事・労務・財務の各担当者と経営について話し合っています。施設会議や職員との対話の中で、業務の効率化や職員配置の在り方についてアドバイスしています。</p> <p><b>II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。</b> 法人として「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を受け、職員のキャリアアップについての具体的な計画が策定されていました。</p> <p><b>II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。</b> 関係機関の連絡先についての一覧を作成し、職員間で情報を共有しています。必要に応じて、外部の医療機関や相談機関と連携を図っていました。 毎月の保護者会と年1回の保護者懇親会、保護者交流会を実施しています。毎月「つばさだより」を保護者全員に送付し、定期的に保護者面談を実施していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>I-1-(2)-② 理念や基本方針が障害のある本人に周知されている。</b> 保護者会の中で、家族・後見人等に基本方針等の周知を実施していました。しかし、障害のある本人に対して、理念や基本方針を理解し易いような工夫（「絵カード」や「ルビ打ち」等）が出来ていませんでした。</p> <p><b>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</b> 事業計画は毎年策定していますが、中・長期計画が明文化されていませんでした。</p> <p><b>II-2-(3) 職員の質の向上にむけた体制が確立されている。</b> 施設内研修について事業計画に明記し、年6回実施していました。職員の行動基準となる「7つの誓い」等の中で職員に求める基本姿勢を明確にしていますが、中・長期計画は策定されていませんでした。 職員研修計画を策定し、階層別に職員研修が実施されていましたが、職員一人ひとりについての教育・研修計画は策定されていませんでした。研修を修了した職員は報告レポートを作成していますが、研修後の研修成果に関する評価・分析は行われていませんでした。</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	障害者支援施設 翼
施設種別	生活介護 施設入所支援
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	平成26年3月14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	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。	c	c
		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。	b	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	b
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。	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-(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。	b	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法人の理念が明文化され、パンフレットやホームページに記載されている。 ②法人の基本方針が明文化され、基本方針に沿った事業計画が策定されている。
I-1-(2)	①年度初めの施設内の会議で、基本方針や事業計画を全職員に周知している。法人理念を実現するために職員の行動基準「7つの誓い」を策定し、全職員が携帯している。 ②保護者会の中で、家族・後見人等に基本方針等の周知を実施している。障害のある本人に対して、「絵カード」や「ルビ打ち」等の理解しやすいような工夫ができていない。
I-2-(1)	①事業計画は毎年策定しているが、中・長期計画が明文化されていない。 ②毎年4月に職員の合議で事業計画を策定している。10月に中間評価を実施し、3月に最終評価・報告を行なって、次年度の計画につなげている。 ③施設会議の中で、全職員に事業計画書・中間報告書、事業報告書を配布し、説明している。 ④月1回実施する保護者会や広報誌「つばさだより」の中で、家族・後見人等に事業計画や計画の進捗状況を説明している。障害のある本人に対しては、周知方法への工夫や配慮が十分に出来ていない。
I-3-(1)	①管理者の役割や責任が記載された業務分掌一覧を年度初めの施設会議の中で確認している。広報誌「つばさだより」の中に管理者の役割や責任を記載している。 ②管理者は法令遵守のための研修会に参加し、職員に対しても遵守すべき法令等を周知しているが、法令のリスト化等の取り組みは出来ていない。
I-3-(2)	①週1回、施設長・副施設長・主任で質の向上について話し合い、課題整理表にまとめている。各種会議の担当者と会議の進め方や課題の整理を話し合っている。 ②管理者は月2回の施設長会議に出席し、法人本部の人事・労務・財務の各担当者と経営について話し合っている。施設会議や職員との対話の中で、業務の効率化や職員配置の在り方等についてアドバイスしている。

## 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。	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	a
		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	a
	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。	b	a
		③ 定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	b	b
	II-2-(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 定期的な個別の教育・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。	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	a
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	a
		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。	b	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	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	a
		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	a
	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	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全国社会福祉施設経営者協議会の勉強会に参加している。法人内の相談支援部・通所部門や地域の相談事業所と連携を図り、地域のニーズ把握に努めている。 ②稼働率や実績の分析を毎月行い、施設会議の中で職員に周知している。公認会計士による指導や助言を毎月1回受けている。			
II-2-(1)	①法人として「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を受け、職員のキャリアアップについての具体的な計画を策定している。			
II-2-(2)	①職員に対して業務環境調査を年2回実施し、業務や就業上の課題を把握し、課題検討会議で改善策を話し合っている。職員との個別面談を実施し、職員の意向を確認している。育児・介護休業について就業規則に明記し、育児休業取得の職員事例もある。 ②京都市民間社会福祉施設職員共済会に加入し、外部カウンセラーへの相談の機会を確保している。法人内に診療所があり、体調不良時やメンタル面での不調時等に内科や精神科に相談できる体制がある。			
II-2-(3)	①施設内研修について事業計画に明記し、年6回実施している。職員の行動基準となる「7つの誓い」等の中で職員に求める基本姿勢を明確にしているが、中・長期計画は策定していない。 ②職員研修計画を策定し、階層別に職員研修を実施している。職員一人ひとりについての教育・研修計画は策定されていない。 ③研修を修了した職員は、報告レポートを作成している。研修後に研修成果に関する評価・分析は行われていない。			
II-2-(4)	①法人として、実習生の受け入れに関しての基本姿勢やマニュアルを明文化し、受け入れの体制や実習プログラム等を用意している。			
II-3-(1)	①法人として、個人情報保護規定、文書等管理規程を策定している。個人情報の取り扱いについては利用契約時に説明を行い、同意を得ている。			
II-4-(1)	①危機管理委員会を組織している。緊急時対応や感染症対応等のマニュアルを更新し、職員に周知している。施設内で避難訓練や救命救急講習会を定期的実施している。 ②災害に備え、食糧品や備品等を備蓄している。地域との連携は出来ておらず、災害時における役割の明文化も出来ていない。 ③ヒヤリハットや事故が発生した時は、速やかに対応方法を検討し、原因分析と防止対応を行っている。事故報告書を危機管理委員会で要因分析し、対策を検討している。			
II-5-(1)	①日中活動での外出時に地域住民と触れ合う機会をつくっている。近隣の中学校吹奏楽部の定期演奏会で中学生と交流している。障害者スポーツ大会に参加している。 ②「つばさまつり」を開催し、近隣住民が施設に訪れる機会をつくっている。地域の中学生に事業活動を紹介する機会をつくっている。 ③ボランティア受入れに関する手引きや規定を作成し、受け入れを実施している。ボランティアに対して、「障害者との関わり方」の研修を実施している。			
II-5-(2)	①関係機関の連絡先についての一覧を作成し、職員間で情報共有している。必要に応じて、外部の医療機関や相談機関と連携を図っている。 ②毎月の保護者会と年1回の保護者懇親会、保護者交流会を実施している。毎月「つばさだより」を保護者全員に送付している。定期的に保護者面談を実施している。			

### 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	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。	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	a
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	a
	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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	a	a
	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	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	a
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	a	
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	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	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	a
	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	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 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。	b	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	a
		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ホームページや広報誌で、写真等も掲載し情報提供している。パンフレットを市町村の窓口に配布し、設置している。広報誌等は写真が多く、わかりやすい内容になっている。 ②利用開始時に重要事項説明書等を説明して、契約し同意を得ている。重要事項説明書等の資料は、ルビうちや写真等でわかりやすくしている。			
Ⅲ-1-(2)	①入所時や入・退院時など状況の引継ぎが必要な場合は、所定の様式を用いて情報提供している。法人内の相談支援事業所や法人内の他施設と連携を図り、スムーズに移行できるようにしている。			
Ⅲ-2-(1)	①アセスメント様式を定め、記入方法の説明書を作成し、半年に1回アセスメントを実施している。「課題・ニーズの整理表」に解決すべき課題をまとめ、明確にしている。			
Ⅲ-2-(2)	①「個別支援計画の書き方・考え方について」を作成して職員間で記載方法を統一し、個別援助計画を作成している。サービス管理責任者を中心としたサービス担当者会議を組織している。			
Ⅲ-2-(3)	①3か月に1回、ケース担当者が進捗状況のまとめを行っている。定期的にモニタリングを実施している。			
Ⅲ-2-(4)	①障害のある本人一人ひとりの記録がケース記録記載項目の「支援計画」の欄に適宜整備されている。 ②文書管理責任者を選定し、文書管理規程に沿って管理している。情報管理規程を定め、情報開示について記載している。新人研修や個人情報に関する研修の中で、職員教育を実施している。 ③朝礼や毎週のグループ会議で情報共有している。			
Ⅲ-3-(1)	①ユニットごとで意見を聞く仕組みがある。行事の行き先等の希望を聞き取るための、図や写真を用いた聞き取りシートがある。月に2回写真を見て食事の選択メニューが選べる。 ②管理栄養士が中心となり、写真も交えた聞き取りや嗜好調査を実施している。複数名の利用者が代表しておやつ会議を実施している。			
Ⅲ-3-(2)	①保護者会日など来訪される方が多い日にユニット単位で職員を配置し、意見を伺いやすい体制を整備している。来訪が難しい家族には、意見聞き取りシートを送付物に同封し意向の把握に努めている。 ②苦情解決の仕組みは整備できており、施設内に掲示するとともにご家族等に書面で通知している。法人として、苦情内容及び解決方法、結果を公表する仕組みがある。 ③意見や提案に対して対応マニュアルは整備されているが、まだ、課題が多いと考えている。			
Ⅲ-4-(1)	①一定の水準を確保するためのマニュアル、手順書の作成を適宜行っている。 ②計画の変更が生じた場合には、ご家族、後見人等に説明をするとともに、施設会議等で職員へ周知している。			
Ⅲ-4-(2)	①自己評価については第三者評価のシートを活用して実施し、職員に周知を図っている。業務内容については、アンケート形式で年2回実施。施設会議等で議論を行い、改善を図る仕組みがある。 ②アンケート形式で聞き取り収集した情報を施設会議等で報告・周知し、改善に努めている。「課題検討会議」を開催し、改善に向けた提案を行っている。			

#### 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	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	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。	b	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	a
		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	a
	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。	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プライバシーに配慮し原則として個室となっているが、開設当初より5室の二人部屋が残っており喫緊の課題としている。 ②視覚的なコミュニケーション方法(PECSなど)を取り入れ、個々に応じたコミュニケーションの手段を確保するための取り組みを行い、成果を挙げている。 ③ユニット単位で日常生活に関する内容を協議する場がある。おやつ委員会を開催し、自己決定に配慮している。
IV-2-(1)	①安全かつ快適に入浴できるようマニュアルを策定し、毎日入浴を実施している。危機管理については委員会を構成し、適宜見直しや検討の場を設けている。 ②衣類の記名について、人権、プライバシーに配慮したマニュアルがある。本人の好みの把握に努め、衣服に興味のある利用者は地域に出かけて購入の機会がある。 ③月に1回、美容師による訪問カットを実施している。約8名の利用者は、外出し地域の理髪店を利用している。
IV-2-(2)	①睡眠に課題のある利用者は、毎週金曜日に精神科のドクターと相談できる体制がある。不眠傾向にある利用者には、睡眠チェック表を用いて睡眠の状況把握と改善に向けた取り組みを行っている。 ②身体状況や生活層に応じ、トイレの形状を工夫し排泄しやすい環境を整えている。排泄用具の使用方法について、手順を周知している。 ③3ヶ月ごとに、内科定期検診、精神科定期検診が行われ、健康の把握に努めている。看護師、支援員が毎日の健康状態を把握し、法人内診療所や協力医療機関を受診できる体制がある。
IV-2-(3)	①嚥下困難等、配慮や介助が必要な本人への対応マニュアルが整備されている。給食委員会が組織され、行事食や季節のメニューなど楽しく食事ができる配慮がなされている。
IV-2-(4)	①個別プログラム、職住分離、地域との連携を推進しているが、障害特性や身体状況により、施設外での活動が難しい利用者が多数いるのを課題としている。
IV-2-(5)	①金銭管理規定を策定し、金銭管理を行っている。外出支援の中で本人の意思を尊重した嗜好品の購入に努めているが、つり銭、レシート管理、小遣い帳の記入など学習プログラムに配慮した支援ができていない。 ②施設外の活動については、ユニット単位でできるだけ本人の意向を聞き取り実施している。緊急時に備え、外出時支援マニュアルを公用車に常備している。
IV-2-(6)	①ユニット単位で食事の場や交換ノートを使用して個別の意向を聞き取る仕組みがある。月に一回音楽療法士を施設に招き、希望者は音楽療法に参加できるようにしている。