

[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	障害福祉サービスセンター うじたわら	施設 種別	生活介護・就労継続支援 B 型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和元年 8 月 9 日

総 評	<p>障害福祉サービスセンターうじたわらは、宇治田原町で共同作業所から発足し、「社会福祉法人宇治田原むく福祉会」を設立後、多機能型障害福祉サービス事業所として、事業を開始されました。施設長が、宇治田原町の「地域福祉計画」「障害者福祉計画」「障害者基本計画」の審議会委員に任命され地域ニーズを把握して、法人の事業方針に反映されています。</p> <p>また、事業方針に「どんな重い障害のある人でも働くことを通して、いきいきと豊かに暮らすことをめざす」とし、働くことの大切さを重視されており、障害の重い方にも出来る仕事を見つけられるように、作業が出来るようになるまで、職員が付き添って支援されています。訪問調査当日の利用者の様子からも自分に出来る作業を熱心に取り組んでおられることがうかがえました。また、利用者の余暇やレクリエーション活動の機会を設けるとして「外出」「ダンス」「運動」「作る」「感じる」等の様々なクラブ活動を行っておられます。今後も、より良い施設運営、サービス提供に取り組んでいただきたいと思えます。</p>
特に良かった点(※)	<p>○事業方針について</p> <p>理念に基づいた事業方針を立て、四つの柱を中心に重点目標を定めて、これを基に事業計画書を策定されています。年度始めの家族会で事業方針や事業計画について説明し、職員には、全体職員会議で周知しておられ、年度末には部署ごとに評価を行い、次年度に向けた目標を作成されています。</p> <p>○利用者の意思を尊重した活動の取り組み</p> <p>「働くこと」を柱に、重い障害があっても仕事ができるようにその人の希望や能力に応じて、作業を設定し、全ての利用者が、仕事にやりがいを持って取り組めるようにメニューの設定をされています。また、利用者が自ら考えて行動できるように、一日のプログラムは細かい決まり事を作っていないとの事です。</p> <p>○個別援助計画</p> <p>個別支援計画は、利用者、家族と三者面談を行い、意向を聞き取り、課題を明確にされています。年度初めと年度中旬に三者面談をして、見直しや評価をされています。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○中長期計画の策定</p> <p>中長期計画は策定されていません。ただ、単年度の事業計画には長期的な視点も加味しておられるとのことでしたので、こうしたことを具体化し、中期（3年）長期（5年）を見据えた計画を策定されてはいかがでしょうかでしょう。中長期計画達成に向けて単年度ごとの計画を立てていくことの方が、到達目標や年度ごとに達成すべき目標が、より明確になると思います。</p> <p>○各種規程の策定</p> <p>個人情報保護、記録管理に関する規程は策定されていないとの事でしたが、個人情報の取り扱い、記録の管理方法、プライバシー保護に対する考え方等の規程を整備して、職員の研修にも取り組んでいただきたいと思います。</p> <p>○自己評価の実施</p> <p>事業所の自己評価が実施できていません。定められた評価基準に基づいて、自己評価を実施されてはいかがでしょうかでしょう。サービス内容の定期的な評価を行うことで、事業所としての課題を明確にして、計画的に改善に取り組むことができると考えます。</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	障害福祉サービスセンター「うじたわら」
施設種別	生活介護・就労継続支援B型事業所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2019年6月10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。	c	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。	c	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。	b	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。	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。	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法人の理念は、法人の目指す方向性をわかりやすく示しています。施設パンフレットやホームページに掲載し、施設玄関に掲示しています。

I-1-(1)②基本方針は、事業方針としてホームページに掲載し、事業計画の基本としています。

I-1-(2)①年度初めの全体職員会議で、事業計画を配布し、事業方針について周知しています。また、所属長会議や作業班別会議で、年度の事業方針について話をしています。

I-1-(2)②施設長が家族会に参加して理念や事業方針について話をしています。また、理事会に家族会の代表が加わっており、事業方針の資料を配布しています、しかし、利用者に対しての周知は不十分です。

I-2-(1)①長期的な計画も含んでいる年度ごとの事業計画を作成していますが、中長期の計画は策定していません。

I-2-(1)②事業計画は、町の審議会に施設長が参加し、地域の情勢やニーズを把握して作成しています。また、部署ごとに課題の把握、目標の設定を行い、事業計画に反映しています。全職員で課題の把握、評価を行っていますが、年度途中での評価は行っていません。

I-2-(1)③事業計画は、年度初めの全体職員会議で計画書を配布して、部署ごとの重点課題について説明しています。

I-2-(1)④施設長が、家族会に参加して事業計画の説明をしていますが、資料の配布までは行っていません。また、利用者への周知は不十分です。

I-3-(1)①施設長は、所属長会議や全体職員会議で、自らの役割について説明していますが、広報誌等に掲載しての表明までは行っていません。

I-3-(1)②施設長は、施設長研修会で法令に関する研修に参加しています。職員全体会議で法令遵守について周知を図っていますが、法令等をリスト化する等、法令を把握するための取り組みを行うまでは至っていません。

I-3-(2)①サービスの質の向上に向けて、今年度からキャリアパスを実施しています。また、施設長は、所属長会議や全体職員会議に参加して、各部署の課題を把握し改善に取り組んでいます。

I-3-(2)②月1回、会計士が参加して経営会議を行い、経営状況や事業の業績を確認し、財政状況を把握しています。所属長会議で、経営会議の報告を行っています。

## 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。	b	b
		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	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。	a	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。	c	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。	c	c
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。	b	b
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	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。	a	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。	c	c
	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施設長が町の審議会委員となっており、「地域福祉計画」「障害者福祉計画」「障害者基本計画」の策定に関わっており、地域のニーズや動向の把握を行っています。把握した情報を基に事業計画を策定していますが、中長期計画への反映は出来ていません。

Ⅱ-1-(1)②経営会議で経営状況の把握、分析を行っています。会計士からの指導を受けて改善に取り組んでいます。所属長会議や全体職員会議で報告して、職員に周知を図っていますが、改善の取り組みが中長期計画に反映出来ていません。

Ⅱ-2-(1)①今年度からキャリアパス制度を導入し、人事管理の方針を明確にしています。職員の希望を把握し、役割を明確にしていますが、人員体制についての確保計画の策定には至っていません。

Ⅱ-2-(2)①職員の有給休暇や時間外労働のデータは把握していますが、分析を行うまでには至っていません。また、個別面談を行い、職員が相談する機会を設けていますが、改善に向けての取り組みは不十分です。

Ⅱ-2-(2)②共済会に加入し、福利厚生としています。契約している社労士が、キャリアコンサルタントの資格を有しており、職員の相談に応じる体制を整えています。職員が個別に相談できる外部のカウンセラー等の紹介は行っていません。

Ⅱ-2-(3)①専門資格取得のためにシフトの配慮や費用の一部負担を行っています。方針を四つの柱として明確にして、職員が目指す基本姿勢としていますが、職員に求める基本姿勢や専門技術、専門資格を中長期計画に明示するまでには至っていません。

Ⅱ-2-(3)②キャリアパスに基づく、研修計画を策定していますが、職員一人ひとりの計画とはなっていません。また、事例検討会等、施設内での知識、技術の向上のための研修が不十分です。

Ⅱ-2-(3)③職員別研修や全職員対象の研修を計画しています。外部の研修参加の際は報告書の提出はありますが、研修の報告会や発表は行っていません。また、研修計画の評価、見直しは行っていません。

Ⅱ-2-(4)①実習生を受け入れた実績はなく、受け入れ体制も整えていません。

Ⅱ-3-(1)①利用契約書に、個人情報使用同意書について説明して同意を得ています。個人情報の保護に関する規程については、策定していません。

Ⅱ-4-(1)①緊急時対応マニュアルの作成や防災・安全管理委員会の設置はしていますが、より具体的な対応策(連絡網の整備や対応手順等)についての整備が不十分です。

Ⅱ-4-(1)②防災・避難訓練を年2回、消防署立ち合いの下で実施しています。災害時の安否確認は、一斉メール送信で行えるようにしています。しかし、具体的な防災計画の策定するまでは至っていません。

Ⅱ-4-(1)③事故報告書及びヒヤリハット報告書を整備して、主に施設長が最終確認し、事故防止策等指導していますが、分析や検討が不十分です。また、事故防止に関する研修は行っていません。

Ⅱ-5-(1)①自治会には加入していませんが、地域行事(体育大会・福祉まつり・クリーンキャンペーン等)に毎年参加し、地域住民との交流を行っています。古紙回収や空き缶回収、事業所で製作している「柿酢」「食パン」を購入のため、地域の住民が日常的に事業所に訪れています。

Ⅱ-5-(1)②地域の高齢者サロンや障がい児親の会などに、無料で事業所スペースの貸し出しを定期的に行い、制度の話等を行っています。法人内に相談支援事業所を設置しており相談窓口となっていますが、事業所としては地域住民が自由に参加できる支援活動の実施までは至っていません。

Ⅱ-5-(1)③地域の社会福祉協議会のボランティアサークルと定期的に交流をしていますが、ボランティアの受け入れについての具体的な取り組みは行っていません。

Ⅱ-5-(2)①利用者の個人台帳を整備し、相談支援事業所を通じて関係機関と連携を図っていますが、関係機関を明示した資料やリスト等は作成していません。

Ⅱ-5-(2)②年に2回、個別支援計画書の作成時とモニタリング時に家族・本人・担当職員の三者面談を行っています。日常的には、利用者連絡帳にて利用時の様子を家族に伝え、連携を図っています。

### 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) 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	b
	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われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	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	b
	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。	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。	b	b
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。	c	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	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。	b	b
		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。	c	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。	c
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。			c	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。	c	c
		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	c

**〔自由記述欄〕**

- Ⅲ-1-(1)①事業概要を掲載しているホームページや施設パンフレットにて情報提供をしていますが、資料やパンフレットを公共施設等に設置することは行っていません。見学等に対応しているとの事でしたが、記録には残していないとのことです。
- Ⅲ-1-(1)②利用契約書や重要事項説明書について、主に家族等に説明し同意を得ています。内容について、利用者本人にわかりやすくするための工夫は行っていません。
- Ⅲ-1-(2)①利用者が事業所を変更する場合には、相談支援事業所を通じてケースの引継ぎを行っていますが、引継ぎ文書を定めては行っていません。
- Ⅲ-2-(1)①相談支援事業所のアセスメントを基に、事業所においても個別支援計画作成時に本人・家族・職員の三者面談を行い、ニーズの把握を行っています。利用者の目標を策定していますが、定められたアセスメント様式はありません。
- Ⅲ-2-(2)①個別支援計画を策定し、年2回、本人・家族・担当職員にて三者面談を行い、支援内容の見直しや状況の確認を行っています。関係部署の職員に個別支援計画の内容について周知しています。また、緊急に計画を変更する際には家族にも連絡して同意を得ています。
- Ⅲ-2-(3)①毎日のミーティングで、利用者の状況について把握し、年2回モニタリングを定期的に行っていますが、モニタリングに応じた再アセスメントは実施していません。
- Ⅲ-2-(4)①パソコンのソフトを使用し、個別支援計画や利用状況について記録しています。
- Ⅲ-2-(4)②記録管理についての規程は、整備していません。また、個人情報保護に関する研修は実施出来ていません。
- Ⅲ-2-(4)③毎日午後の定時ミーティングにおいて、利用者の状況や申し送り事項を各作業班の職員全員が確認し、その内容について記録を行っていますが、個別支援会議等の記録はありません。
- Ⅲ-3-(1)①個別支援計画作成時の三者面談を通じて本人・家族のニーズ把握しています。利用者の自治会等はなく、利用者との懇談会は行っていません。
- Ⅲ-3-(1)②毎日午後の定時ミーティングにおいて、利用者の状況をは把握し、利用者のニーズに応じて作業内容を変更する等の対応をしていますが、利用者が参画してニーズの充足に取り組むまでには至っていません。
- Ⅲ-3-(2)①掲示板に苦情解決の窓口を掲示しています。相談室を設け、三者面談や家族会で要望を聞いていますが、アンケート等の取り組みは行っていません。
- Ⅲ-3-(2)②苦情解決責任者、苦情受付担当者を設置し、重要事項説明書で、本人及び家族に説明していますが、第三者委員は設置していません。苦情はないとの事で、解決を図った記録や公表はありません。
- Ⅲ-3-(2)③苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の手順、経過記録の書式を整備していますが、マニュアルの定期的な見直しは実施していません。
- Ⅲ-4-(1)①利用者のサービスについて、一定の水準を確保するための実施方法は文書化していないとのことで、職員への周知が出来ていません。また、サービスのマニュアルが整備出来ていない為、個別的なサービスの実施に伴う基準が明確になっていません。
- Ⅲ-4-(1)②サービスの一定の水準を確保するための実施方法が文書化されていない為、見直しは出来ていません。
- Ⅲ-4-(2)①職員一人ひとりの自己評価は実施していますが、事業所としての自己評価は実施していません。
- Ⅲ-4-(2)②事業所の自己評価を実施していない為、課題分析や改善計画の策定は出来ていません。



#### 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。	c	a
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	c	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	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	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。	b	b
	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	c
		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。	c	c
	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法人としての倫理綱領を策定し、玄関ロビーに掲示して周知を図っています。同性介護の支援を行っています。利用者の様子を見ながら、必要に応じて個室で落ち着いて過ごしてもらうなどの対応を行っています。プライバシー保護に関する規程などは策定していません。

IV-1-(1) ②障害特性や利用者の希望などをもとに職員間で検討し、利用者が表現できるような絵カードなどを作り、それらを活用してコミュニケーションを図っています。

IV-1-(1) ③家族会の会合には施設長も参加して家族との協議を図っていますが、自治会などの活動は出来ていません。また、他事業所の家族会と交流を図る機会もないとの事です。

IV-2-(1) ① 自宅などで入浴の機会の確保や入浴の実態などについて課題があることを発見した場合には、相談支援事業所に情報を提供し、課題の改善、解決を図っています。

IV-2-(1) ②職場で働くという前提から制服を決め、職場に来た時には制服に着替えてもらいます。衣服について課題があると考えられる場合には、相談支援事業所に情報を提供して家庭訪問を行ってもらうなど、実態の把握や、課題の改善を図るようにしています。

IV-2-(1) ③利用者が希望した場合、月1回理美容事業者が来て、施設内散髪を行っています。

IV-2-(2) ①普段から睡眠については気にかけており、課題がある場合には、施設常勤の看護師と共に課題の原因などを究明、改善を図るようにしています。

IV-2-(2) ②排泄つに関して、障害特性に応じた利用者からの発信を見逃さないよう気をつけており、課題がある場合にはそれを個別支援計画に載せて対応しています。その結果、職員の声掛けでしかできなかった利用者が、自らサインを発することができるようになった例もあります。排泄つに関するマニュアルはありません。

IV-2-(2) ③月1回、開業医の訪問があり、医療面に課題がある利用者の診療と相談を行っています。また、年1回、利用者の定期健診を実施、その診断結果を家族に知らせています。健康上に課題のある利用者への改善に向けた取り組みは行っていません。

IV-2-(3) ①給食委員会を設けて給食について検討を図っています。利用者に応じた刻み、トロミ食も用意し、食事介助を複数で行うこともしています。給食は仕事の関係から決められた時間に一齐に行うこととし、利用者の希望に応じた時間設定とはなっていません。

IV-2-(4) ①就労に関しては、「どんなに重い障害があっても仕事はできる」ということをモットーにしており、数々試行する中で、利用者の希望や能力に応じた仕事に就けるようにしています。工賃規程を設けて、仕事に応じた工賃を支払っています。

IV-2-(5) ①一日のプログラムは敢えてシンプルにしており、決められたことは守るということを利用者に周知しています。金銭面に関して問題、課題がある場合には相談支援事業所に情報を提供して、課題の解決を図っています。金銭の自己管理ができるような学習の取り組みは行っていません。

IV-2-(5) ②事業所外の活動については、気にはしていますが、具体的な取り組みは行っていません。

IV-2-(6) ①隔週土曜日に利用者の希望に応じたクラブ活動(ダンス、作る、運動、感じる、外出等)を行っています。