

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名:	一般社団法人 社会福祉事業外部監査機構 (認証番号:25地福第2005-1号)
訪問調査 実施日:	平成26年12月1日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人愛知県厚生事業団 (施設名) 愛厚はなのきの里	種別: 施設入所支援・生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名: (施設長) 木村 啓一	定員(利用人数): 100名 (現在94名)
所在地:〒495-0001 愛知県稲沢市祖父江町祖父江藤梓3-2	TEL (0587)-97-2226

③総評

◇特に評価の高い点
<ul style="list-style-type: none"> ・常に利用者を中心とし、思いやりと優しさのあるサービスを提供している。 ・平成24年度からの新5か年計画が法人本部により策定され、それに基づいて施設でも運営会議等でサービスの質の向上、事業計画策定を行っている。組織としての基本姿勢が、利用者主体であり、個々が持っている行動特性に合わせたものを支援計画に反映させている。法人本部が、新規採用した職員のOJT研修を実施し、随時業務指導や定期的な面談を行い、よりの確な人材をそれぞれの現場に配属している。 ・各種委員会、会議を実施するようにし、職員全体の情報の共有、業務に対する意識、理解を高めるように努めた。特に今年度は、将来構想を踏まえた改築整備基本計画を策定している。 ・はなのきの里で稲沢市指定特定相談支援事業を受託実施している。 ・はなのきの里支援ボランティアグループを中心にボランティアを受け入れる援助体制が整っている。 ・地域の高齢者のグラウンドゴルフクラブに施設のグラウンドを開放したり、会議室を地域の防災に関する講演会に開放する等積極的に地域とのコミュニケーションを行っている。
◇改善を求められる点
<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部の中・長期計画はあるが、施設独自の中・長期計画がない。今後のために作成されたい。 ・利用者の重度化・高齢化と職員定数の相対的減少化とを同時解決し、職員の直接処遇時間を(更に)増大させる仕組みづくりが必要時期に到来していると思われる。 ・一般的に近年、施設運営管理面において必要性を増してきた生活支援現場での、職員(人)による利用者(人)への直接処遇時間の重要性(人と人とのコミュニケーションを通じた生活支援)に鑑み、当面の改善目標として、パソコン関係の整備等により職員間の情報共有を図られたい。 ・施設のハード面からトイレの数が少なく、エアコンがない為温度調整が出来ないなどあるが、将来構想を踏まえた改築整備基本計画を策定している。快適な生活状況を期待したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<ul style="list-style-type: none"> ・客観的に的確な評価を頂きありがとうございます。 ・当所は開設40年経過し、設備の老朽化や施設入所者皆様の入所期間も長くなってきており、ご指摘の通り良くも悪くも職員、利用者ともども古い伝統に支えられているところがあります。改築整備も検討されていますが、近々に実現するものではありません。 ・今回3回目の第三者評価の受審結果を活かし、利用者の高齢化、重度化への対応や直接処遇時間の改善のため、平成27年度には、より利用者の状態やニーズに合わせ、安全で安心できるゆったりとしたケアを提供するため、排泄ケアの見直し、入浴介護日を増やすことで機械浴での対応枠を増やす、食事の時間差提供によりゆったりとした安全な食事介助を行うなど、3大介助についてお日課や業務の見直しを行い改善を図ります。 ・また、将来の改築整備を視野に、可能な限りの設備の改修、地域のニーズに合わせた、日中の生活介護や短期入所の受け入れ枠の拡大により利用率の改善を図るなどの中・長期計画を作成する予定です。
--

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	a · b · c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	a · b · c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a · b · c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a · b · c

評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針が「事業概要」「事業計画」に明文化されている。 ・施設が実施する福祉サービスに関する基本方針が倫理綱領、職員行動規範でも詳しく記載されている。 ・全員が一日一回通る廊下の掲示板にも掲示している。 ・年度始に事業計画を職員に配布し全体会議、研修で周知させている。 ・また、短時間勤務職員についても同様に取り組んでいる。 ・利用者については、毎月1回実施の利用者懇談会で小学生でも解る平易な表現で説明し、掲示し周知している。

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	a · b · c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a · b · c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a · b · c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a · b · c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a · b · c

評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部が策定した5か年計画に沿って運営している。 ・施設独自のビジョンはあるが法人全体との兼ね合いで実現は難しい。 ・施設の中・長期計画はないが改築整備に関し、将来構想を踏まえた改築計画を策定している。 ・各部署、各委員会、利用者懇談会からの意見や要望をもとに、運営会議において事業計画を策定している。 ・職員には事業計画の配布と会議での説明及び進捗状況の把握をしている。 ・利用者には毎月開催される利用者懇談会にて噛み砕いて説明している。 ・利用者家族には年1回開催される家族懇談会において事業計画、パンフレット、などで詳しく説明している。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 10	○a · b · c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障 11	○a · b · c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	○a · b · c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	○a · b · c

評価機関のコメント

- ・管理者は自らの役割と責任は事業計画に明記され会議、研修などで表明している。
- ・職員行動計画を配布しコンプライアンス、身体拘束、虐待、事故防止など法令遵守するための取組を行っている。
- ・9つの委員会で職員の意見を取り込み質の向上に取り組んでおり(例、排泄委員会など)機能している。
- ・事業計画の実現に向けて人員配置、職員の働きやすい環境整備(パソコン処理ソフト導入、パソコン増台)に努めている。
- ・経営や業務の効率化と改善に向けて「業務改善委員会」を設け積極的に取り組んでいる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	○a · b · c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	○a · b · c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a · b · ○c

評価機関のコメント

- ・稲沢市五か年計画(福祉計画)や国、県の施策を把握し、福祉サービスのニーズを収集している。
- ・施設は全国的に小規模化、個室化に向かっているが個室化などについては施設老朽化の建て替えを含めて今後の課題である。
- ・地域の相談支援事業所に施設利用などのアンケートを実施し利用者のニーズを積極的に把握している。
- ・利用率の分析など会議で議題にし職員に経営目標の達成などを詳しく説明し周知させている。
- ・外部監査は実施していない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	○a · b · c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	○a · b · c

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-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。	障 19	a · b · c
II-2-(2)-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。	障 20	a · b · c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	a · b · c
II-2-(3)-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組が行われている。	障 22	a · b · c
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a · b · c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
II-2-(4)-①	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、積極的な取組をしている。	障 24	a · b · c

評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> ・本部によつて人材育成、職員交流の充実など基本的な人事管理の方針が確立している。 ・人事考課基準を「標準ケア手順書・ケア技術と知識の習熟度評価表」「能力発揮度評価シート」などで職員に明確に明示している。 ・誕生日休暇1日+5日は最低限取れるような義務づけを行っている。 ・福利厚生は互助会、悩み相談窓口、インフルエンザ予防接種費用負担など取り組んでいる。 ・職員研修は本部の方針により計画的に行われ、資格所得のための研修受講は勤務時間内でも支援している。 ・個別の研修計画はあるが一貫性はない。 ・実習生の受入は積極的に行ない種別のプログラムがあり担当の主任が教えている(今年度は理学療法士、栄養士実習の受入済) 	
--	--

II-3 安全管理

		第三者評価結果	
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a · b · c
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a · b · c
II-3-(1)-③	利用者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。	障 27	a · b · c

評価機関のコメント

<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時のマニュアルや連絡体制が整備され職員、利用者に周知している。 ・事故虐待防止委員会、感染症対策委員会が毎月開催され現状把握と対応の検討をしている。 ・緊急避難簿マニュアル、防災関係等書類、衛星電話、AED、消火器が整備されている。 ・地域の防災委員会を区長を交えて年2回開催している。 ・避難訓練は定期的に実施しており地域住民との合同の訓練も実施している。 ・食料品の備蓄は6日分あり毎年更新し賞味期限前に地域の方に配布している。 ・利用者の安全を脅かす事例の収集は事故報告、インシデント報告は徹底されているが、全職員の要因分析と対応策の検討は十分ではない。 	
---	--

II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	a · b · c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a · b · c
II-4-(1)-③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	a · b · c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31	a · b · c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	a · b · c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a · b · c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	a · b · c

評価機関のコメント

- ・施設のグラウンドや、会議室を地域に開放した中学生の職場体験学習にも協力している。
- ・毎月ボランティア会議をはなのきの里支援ボランティアグループがカラオケ、パソコン等クラブ活動を支援しており、毎月ボランティア会議を開催し意見交換を行っている。
- ・相談支援事業所へのアンケート調査、関係市町村との連絡会議などで福祉ニーズの把握に努めている。
- ・自立支援協議会に委員として所長が参加している。
- ・虐待ケースなどの緊急一時保護としてショートステイの受け入れを積極的に行っている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-(1)-①	利用者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組を行っている。	障 35	a · b · c
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	a · b · c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a · b · c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	a · b · c
Ⅲ-1-(3)-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。	障 39	a · b · c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a · b · c

評価機関のコメント

- ・職員倫理綱領を基にサービス提供理念でもある「おもいやりをかたちに」の言葉通り利用者中心のサービスが実施されている。
- ・個人情報保護管理台帳が作成されており会議や研修会においても周知徹底されている。
- ・プライバシー保護に関して6人部屋の為カーテンで仕切る等に対応している。
- ・身体拘束や虐待防止に関する委員会も設営されており、人権擁護を大切に実施されている。
- ・毎月1回利用者懇談会、毎年1回利用者満足度調査を行っており利用者や家族の意見を直接聞くシステムが確立されており、個別支援計画に反映されている。
- ・苦情解決相談窓口はあるが、担当者が話を聞くことがほとんどである。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	○a ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ○b ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	○a ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障 44	○a ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	○a ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 46	○a ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	○a ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・運営委員会のメンバーが中心となって総合職、一般職全員の意見を汲み取りながら、自己評価委員会を年1回以上実施しており、第三者評価も3回目の受審である。
- ・業務課題においても各委員会が整備されており改善策や改善実施計画の体制も行われている。
- ・業務マニュアルのもとサービス提供を行い、年2回個別支援計画の見直しを行っている。
- ・サービス実施記録等の確認作業はチェック方式の方が取組みやすいと思われる。
- ・記録物は規定された管理を適切に行い鍵のかかる場所で保管されている。
- ・職員朝礼やミーティング、朝夕の引き継ぎ時に情報の共有を職員間で行っている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	○a ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	○a ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	○a ・ b ・ c

評価機関のコメント

・掲示物も誰もが見やすい位置に配置されており、インターネットのホームページやブログを作成し施設の情報を発信している。
 ・入所の場合利用者や家族に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書をわかりやすく時間をかけて説明を行っている。
 ・平成26年度は地域移行、施設変更等2件の移行が行われた。関係機関や家族との打ち合わせを行い必要な情報を提供している。
 ・退所後も短期入所の相談に応じたり、利用者の家族への電話での相談もを行っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	○a · b · c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	○a · b · c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	○a · b · c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a · ○b · c

評価機関のコメント

・アセスメント「個別支援計画評価表」46ページありパソコンで確認ができ、全職員が共有化できる状況が整備されている。
 サービス管理責任者が中心となり指導員、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、生活支援員による協議を行い、利用者・家族の意向を踏まえた個別支援計画が作成されている。
 ・年2回検討会議を行い定期的にサービス実施計画の見直しも行っている。
 ・利用者、家族の希望があれば地域生活への移行を家族との連携のもとに支援できる取り組みは十分行われているが、出来れば色々な経験を積んでから地域移行へと繋げたい思いから積極的に施設側から行えているとは言えない状況である。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	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。	障 55	○a · b · c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	○a · b · c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	○a · b · c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	○a · b · c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	○a · b · c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	○a · b · c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	○a · b · c

Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	a · b · c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	a · b · c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a · b · c
Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	a · b · c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a · b · c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	a · b · c
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a · b · c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	a · b · c
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	a · b · c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	a · b · c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72	a · b · c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a · b · c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a · b · c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	a · b · c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a · b · c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	a · b · c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	a · b · c
Ⅲ-5-(11)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	a · b · c
Ⅲ-5-(11)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	a · b · c

評価機関のコメント

- ・個別支援計画を策定し作業療法士による料理クラブ等個々の能力に合わせたコミュニケーション作りや、個人の意思を尊重した外出も行っている。
- ・食堂の出入り口の自動ドアの整備を始め高校生ボランティアからの絵の案内板も、利用者が見てわかりやすい環境である。
- ・食事では嗜好調査の結果を献立に反映させており、誤嚥性肺炎など安全面や衛生面にも気を付けている。
- ・ケア委員会(排泄・入浴・整容・更衣)での検討も行われているが、入浴に関しては週2回以上の対応は他の行事との調整が必要であり難しいと思われる。
- ・排泄に関しては、トイレの数が少なく快適な状況とは言えないが、施設の改築が行われると解決されると思われる。
- ・衣服、整容など利用者の意思を尊重しながら行っている。
- ・6人部屋の為、睡眠においては個々の希望に応じた適切な配慮が十分とは言えない状況である。
- ・急変時、夜間緊急時対応マニュアルがあり医療機関との連携も迅速かつ適切に行われている。
- ・服薬が誤薬にならないよう看護師との連携と確認作業を今後とも続けてもらいたい。
- ・ボランティアによる訪問も多く、利用者の希望に添った余暇活動がなされており、新しくグラウンドゴルフを始める予定である。
- ・預かり金・所持金の管理体制は、施設の規定により、管理者等による厳格な管理が行われている。