

[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	たなべ緑の風作業所	施設種別	生活介護、就労継続支援B型
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27年 3月12日

総 評	<p>社会福祉法人共生福祉会は、1974年に結成された田辺町障がい児者父母の会が、民家を借りて「父母の会作業所」を1982年に開所したことから始まり、その後、「田辺町共同作業所」となり、1995年に社会福祉法人共生福祉会を設立され「たなべ緑の風作業所」の開所として発展して来ました。京田辺市内の障がい者ニーズに応える形で事業を展開され、2007年から2011年までの5年間に「ホーム緑の風」「サービスセンター緑の風」「京田辺市障がい者生活支援センターふらっと」「グループホーム緑の風」等の新規事業を次々に開設してこられ、現在では、就労継続支援B型、生活介護、相談支援事業、短期入所、日中一時支援、共同生活介護、居宅介護事業、移動支援事業など、幅広い事業に取り組まれています。</p> <p>今回評価を受診された、「たなべ緑の風作業所」は、定員30名の生活介護事業と定員10名の就労継続支援事業B型を実施してサービス提供されています。父母の会が中心となり設立された事業所という歴史的経過から、親の会が毎月実施され、「たなべ緑の風作業所後援会」のサポートを受け、地域住民に支援されて運営されています。</p> <p>利用者の障がい程度や自立度に合わせ、紙すき・さおり織り・ワープロ・ごみ袋製造・蛍光灯内職・陶芸等の作業活動や、アート活動・音楽療法・カラオケ・ウォーキング等のクラブ活動も積極的に実施され、利用者の障がいの特性に応じてグループ作業や個別作業を工夫しながら支援をされていました。障がいのある本人を尊重した日常支援の内容は大変素晴らしく、利用者の意向を汲み取り、個別対応が必要な場合にも適切に対応されていました。また、2泊3日の東京ディズニーランド等への利用者旅行も実施されていました。</p> <p>事業所の拡大によりベテラン職員が分散したことや経験年数の浅い職員が増えたことで、職員への業務伝達や個々の力量アップに課題を感じておられ、法人事務局を中心に今年度から「キャリアパス構成表」を策定して各職員の役割や責任を明文化し、職員のレベルアップを図る取り組みを始めておられました。今後も、職員間のコミュニケーションを深めて、人材育成に力を注いで頂きたいと思えます。</p> <p>全体としては、中・長期計画や各種規程・マニュアル等の整備、職員一人ひとりの育成プログラムの構築等に課題が感じられました。今後は、中・長期計画を明文化し、職員の質やサービス内容の向上に取り組まれることを期待します。</p> <p>具体的なアドバイスを下記に記します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人事務局と管理職を中心に法人理念を再確認し、中・長期計画の策定をされては如何でしょうか。そして、それを基に毎年の事業計画を策定し、各事業所の職員で振り返り・見直し、次年度の計画に繋げる流れを組織的に行うことで、理念や方針と事業計画が職員に浸透していくと考えます。
-----	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員一人ひとりの教育・研修計画書の策定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し、上司と一緒に個々の課題や成長プランを確認することで、質の向上が図られると考えます。 ・ 個人情報保護や文書管理等の各種規程やプライバシー保護や排他介助等の各種マニュアルの整備が不十分でした。法人本部と事業所で連携して規程やマニュアルを少しずつ確認・整備されては如何でしょうか。 ・ 利用者記録の記載では、利用者一人ひとりの個別支援計画に基づくサービス実施記録の記入という点に課題が感じられました。記録の様式等も再度見直しされ、職員間で記載内容を標準化し、個別支援計画に基づいたサービス提供記録の記入が出来るようにして行かれては如何でしょうか。
特に良かった点(※)	<p>I-1-(1)②理念に基づく基本方針が明文化されている。 「生活の質の向上」「働く場の充実」「生活支援の環境づくり」「地域コミュニティーの場に」「開かれた運営を大切に」という項目からなる5つの基本方針が明文化され、パンフレット等にも記載されている。</p> <p>II-2-(1)人事管理の体制が整備されている。 キャリアパス制度を導入し、経営者・管理者・各職員の役割や責任を「キャリアパス構成表」として明文化して職員に周知している。</p> <p>IV-2-(4)日中活動・はたらくことの支援 日中活動のメニューは、5つの作業を利用者の希望や障害の特性に応じて選択出来るように工夫している。</p> <p>IV-2-(6)余暇・レクリエーション クラブ活動やレクリエーションを利用者の希望を聞いて実施している。ディズニーランドや東京スカイツリーへの2泊3日の旅行等の行事を実施している。</p>
特に改善が望まれる点(※)	<p>I-2-(1) 事業計画の策定について 利用者の状況や京田辺市からの要請等により新しい事業を展開しているが、法人としての中・長期計画は作成されていない。</p> <p>III-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。 利用者一人ひとりの記録が整備されていない。ケース記録に関する統一したマニュアル等がなく、職員により書き方等に差異が生じている。また、家族から情報開示を求められた場合の規程や記録の保管・保存・廃棄等を定めた規程が策定されていない。</p> <p>III-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 サービスの内容についての自己評価が実施出来ない。職員間で課題の共有化が図られていない。</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	たなべ緑の風作業所
施設種別	生活介護、就労継続支援B型
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27年2月13日(金)

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。	B	B
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B	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	B
		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。	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。	C	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。	C	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。	B	B
		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法人の設立理念はあるが、現時点では理念と呼ぶ文言は明文化されておらず、広報誌やパンフレットにも明記されていない。 ②「生活の質の向上」「働く場の充実」「生活支援の環境づくり」「地域コミュニティの場」「開かれた運営を大切に」という項目からなる5つの基本方針が明文化され、パンフレット等にも記載されている。			
I-1-(2)	①毎年の事業計画説明時の資料にも法人運営の設立理念や基本方針を明記して、理事会や職員会議等で説明・周知を図っている。しかし、理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定した討議は行っていない。 ②利用者家族には基本方針が記載されたパンフレット等を配布している。「親の会」を実施して基本方針の説明を行ったが、周知に関して継続的な取り組みができていない。			
I-2-(1)	①利用者の状況や京田辺市からの要請等により新しい事業を展開しているが、中長期計画は作成されていない。 ②担当職員からの意見を聞きながら、各事業所の管理者が取りまとめ事業計画を策定している。事業計画の評価や見直しが出来ていない。 ③毎年4月の職員会議で事業計画を配布し説明を行っている。事業計画は作業毎に細分化されており、わかりやすいものになっている。 ④年度初めの「親の会」で今年度の事業内容や予定を口頭で説明しているが、事業計画書は配布していない。毎月の予定を利用者・家族に配布し、行事等の実施内容を「親の会」で報告している。			
I-3-(1)	①管理者の役割や責任を「キャリアパス構成表」にて明記し、職員会議にて周知している。しかし、管理者の役割や責任を広報誌等には掲載することは出来ていない。 ②法令や経営・労務管理等に関する研修に参加している。幅広い分野の法令をリスト化する等の取り組みは出来ていない。			
I-3-(2)	①サービスの質の向上のため、事業計画作成時に各担当者から意見や課題を収集する等してリーダーシップを発揮している。実施している支援の評価や分析等の取り組みは行っていない。 ②管理職会議や事業所長会議の中で、経営や業務の効率化や改善について話し合っている。パート職員の労務内容を整備したり、キャリアパス制度を導入して職員の意識向上を図っている。支援に必要な人員配置については、常に意識して対応している。			

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。	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。	C	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。	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
	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	A
		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	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	B
	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
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。	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	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。	B	A
[自由記述欄]				
II-1-1(1)	①行政関係の会議や自立支援協議会に参画して、地域の状況を把握している。把握された情報やデータを中・長期計画や事業計画に反映することは出来ていない。 ②法人本部の事務局長を中心に経営状況を把握して事業計画に反映しているが、公認会計士等の専門家による指導は受けていない。			
II-2-1(1)	①キャリアパス制度を導入し、経営者・管理者・各職員の役割や責任を明文化して職員に周知している。			

II-2-(2)	<p>①有給休暇の取得や時間外労働のデータを把握している。毎年、面談実施や異動申告シートの提出により職員の就労の意向を聞き取っているが、人事体制に関する具体的なプランが明確でない。</p> <p>②京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入している。職場内で相談を聴く仕組みはあるが、外部カウンセラーに相談できる仕組みはない。</p>
II-2-(3)	<p>①キャリアパス構成表で職員に求める基本姿勢や専門技術、資質の向上の目安を明示している。専門資格取得のために、勤務時間や休みの希望を配慮している。</p> <p>②職員一人一人の技術水準や専門資格を把握し、階層別の研修計画は策定されているが、職員個々の研修計画は策定されていない。</p> <p>③研修終了後には報告書の提出や職員会議で発表する場を設けている。しかし、研修成果に関する評価・分析やその分析結果を次の研修に反映する等の取組みは出来ていない。</p>
II-2-(4)	<p>①実習指導者は研修を受講して、社会福祉士等の実習生を受入れている。しかし、実習生の受入れに関する基本姿勢は明文化されていない。</p>
II-3-(1)	<p>①個人情報の利用目的を説明し、他機関との情報共有については同意を得ている。しかし、個人情報保護規定や開示請求に対する対応方法等が策定されていない。</p>
II-4-(1)	<p>①事故や感染症に関するマニュアルは整備し、職員に対して必要な救急法等の研修は行っている。しかし、安全管理に関する担当部署がなく、利用者一人一人の健康管理票等の作成は出来ていない。</p> <p>②地域の福祉避難所に指定予定であり、地元の消防署と連携して防災訓練を実施している。しかし、地域の自治会との連携した訓練や災害時の対応体制が有効に機能するかの研究は出来ていない。</p> <p>③「ヒヤリハット体験報告書」が作成されており、職員への周知や管理者の指導も行われているが、発生要因を分析や未然防止策の検討は出来ていない。</p>
II-5-(1)	<p>①作業や行事のボランティアを受入れて、日常的に地域住民とふれあう機会が確保されている。夏祭りの企画段階から利用者も参加し、地域を意識した行事を実施している。</p> <p>②「たなべ緑の風作業所後援会」等のボランティアグループへの勉強会を実施している。民生委員の集まりや地域の勉強会に職員が出向いている。</p> <p>③ボランティアの受入れについて職員が協議し、ボランティアグループへの勉強会を実施しているが、受入れに関する基本姿勢は明文化されていない。</p>
II-5-(2)	<p>①利用者の利用している社会資源・関係機関について把握しているが、職員の情報共有と社会資源のリスト化は出来ていない。</p> <p>②連絡ノートや送迎時の会話等で家族との連携が日常的に行われている。毎月、親の会を実施している。</p>

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	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	B
	Ⅲ-1-1(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(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-2-1(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	B
	Ⅲ-2-1(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。	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-2-1(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。	C	C
		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	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。	B	B
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-1(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	B
	Ⅲ-3-1(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(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	B
		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	B
	Ⅲ-4-1(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)	①ホームページやパンフレットは写真を多く使い、わかりやすいものになっている。相談支援事業所にパンフレットを置いている。見学等にも適切に対応している。 ②重要事項説明書等で説明を行っている。家族にはしっかり説明しているが、障がいのある本人には理解しにくい内容の部分もあり工夫が必要である。			
Ⅲ-1-1(2)	①相談支援機関との連携を行い、生活の場への意向についてはスムーズに行われているが、引き継ぎの手順や文書が定められていない。			

Ⅲ-2-(1)	①アセスメント様式が定められている。職員全体の会議の中で、支援についての意見を聞きアセスメントに反映している。
Ⅲ-2-(2)	①個別支援計画は担当者が作成し、検討会議で話し合っている。しかし、計画書には日常生活を支援する上での留意点が具体的に記載されておらず、計画内容を関係職員に周知する手順が定められていない。
Ⅲ-2-(3)	①複数の職員の意見を反映させたモニタリングを行い、定期的な見直しを行っている。しかし、ケース記録にしっかりと記載されていない。
Ⅲ-2-(4)	①利用者一人ひとりの記録が整備されていない。ケース記録に関しての統一したマニュアル等がなく、職員により書き方等に差異が生じている。 ②記録管理の責任者は定められているが、家族から情報開示を求められた場合の規程や記録の保管・保存・廃棄等を定めた規程が策定されていない。 ③毎日の朝礼・終礼や毎月の職員会議や作業班別会議等で情報を共有している。しかし、パソコンネットワーク等もなく情報が組織全体に的確に届く仕組み整備が出来ていない。
Ⅲ-3-(1)	①基本方針に利用者のニーズを充足する姿勢を明示し、利用者本人への聞き取りや毎月開催の親の会等でニーズの把握を行っている。 ②担当者がニーズ把握に努め対応しているが、組織的にニーズの内容や具体的な改善策を検討する会議等がない。
Ⅲ-3-(2)	①家族からは連絡帳や送迎時の会話の中で、利用者からは通常の支援の中で日常的に意見を聞き取るように努めている。アンケートの実施や相談・意見・苦情記入カード等の配布は出来ていない。 ②苦情解決の体制が整備されているが、事業所内での掲示は出来ていない。苦情の受け付けやその対応を記録しているが、内容や対応方法・結果等の公表は出来ていない。 ③利用者からの意見・要望等には、その都度迅速に対応してサービス改善に反映しているが、対応マニュアルが整備されていない。
Ⅲ-4-(1)	①昼食時の支援について、利用者個別に支援方法や留意点が文書化されている。しかし、業務手順書等はなく、作業班ごとのマニュアル整備も不十分である。 ②利用者・家族の意見等も聞きながら、昼食時や作業時の支援については職員会議にて話し合い、支援方法の見直しを行っている。しかし、業務マニュアル等の定期的な見直し出来ていない。
Ⅲ-4-(2)	①サービスの内容についての自己評価が実施出来ていない。 ②自己評価を実施出来ていないため、評価結果の分析や改善実施計画の策定も行っていない。

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。	B	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	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。	A	A
	[自由記述欄]			
IV-1-1	①食事や排泄等の同性介助を実施している。一人になりたい時や自由に過ごせるスペースが確保されている。倫理綱領やプライバシー保護についての規程等が整備されていない。 ②コミュニケーション手段の確保として、自閉症の利用者には絵カードを積極的に活用している。発声の出来ない利用者には、トーキングエイドを改良してワープロにし、コミュニケーションを図れるようにしている。 ③親の会との協議は随時行っている。利用者に作業体験してもらい、本人の希望に沿って作業を選択出来るようにしている。親の会が組織され常に協議を行う機会を設けているが、利用者本人の自治会等は活動出来ない。			
IV-2-1	①基本としては入浴事業は実施していないが、利用者が入浴出来ているかを気にかけ、家族が入浴介助出来ない利用者には入浴支援を実施している。 ②衣服に関しては常に気にかけており、在宅の利用者にはヘルパーと一緒に買い物に行くアドバイスをしている。グループホーム利用者については、世話人と連携して対応している。 ③理髪店に行ける利用者は希望に応じて同行支援している。理髪店に行けない利用者には、作業所に出張美容に来て貰い対応している。			
IV-2-2	①在宅の利用者は連絡帳で睡眠の様子を家族とやり取りしている。グループホームの利用者は、職員に睡眠時間を教えて貰う等して連携している。 ②排泄について支援が必要な場合は、相談に応じたり適宜アドバイスする等している。しかし、衛生や防臭を考慮した排泄に関するマニュアルが整備されていない。 ③吸痰研修を受講した職員を配置したり、事業所の看護師が定期的にバイタル測定や足浴を実施する等して健康維持のための支援を行っている。			

IV-2-(3)	①利用者個々のペースを大切に、利用者の状態に合わせ形態等の工夫をした食事を提供している。食事についての検討会議や嗜好調査は実施で出来ていない。
IV-2-(4)	①日中活動のメニューは、5つの作業を利用者の希望や障害の特性に応じて選択出来るようにしている。
IV-2-(5)	①買物外出や旅行等の行事の時に、金銭のやりとり等意識した支援を行っているが、自己管理が出来るような支援としては十分ではない。 ②事業所外の活動については利用者に確認する等して気かけ、場合によっては助言をしている。外出行事の時は、カバンに作業所の連絡先を明記したものを取り付ける等している。
IV-2-(6)	①クラブ活動、レクリエーションを利用者の希望を聞き実施している。今年度はディズニーランドや東京スカイツリーへの2泊3日の旅行行事を実施している。