

[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	飛鳥井ワークセンター	施設種別	就労移行、就労継続支援 B 型 (旧体系)
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会		

平成 28 年 5 月 9 日

総 評	<p>飛鳥井ワークセンターは、社会福祉法人修光学園グループの事業所で、1996年に開設しました。事業所がある建物は合築であり、1階にはスーパーマーケットと事業所で作ったパンの販売所、2、3階が事業所のスペースとなっており、60名以上の利用があります。利用者は職員と共にパンの製造・販売の他、青果の袋詰め、椎茸栽培等も行っています。また、厨房での調理、配食等の作業も行っています。調査時に見られた利用者の賑やかで活気がある様子から、この事業所が利用者にとって大切な場所となっていることを伺い知ることができました。</p> <p>本事業所は法人の運営理念や基本方針に沿って、果たすべき役割を明確にし、法人の本部や他事業所、地域との連携を密に図り、開かれた事業所として利用者の支援を行っています。今後も更に連携を深め、地域に欠かせない事業所になっていかれることを期待します。</p> <p>一方、今回の調査ではいくつかの課題があることも分かりました。少しでも課題解決に役に立てばと考え、以下に記載します。</p> <p>○各種会議や部署での検討等で、サービスの質の向上に努められていますが、マニュアルの整備は十分ではありません。検討や見直しの時期・方法等を明確にし、誰もが活用できるマニュアルを作られてはいかがでしょうか。マニュアルの見直し、検討は日頃の活動の振り返りにもなるとも考えます。</p> <p>○意見箱を設ける等、苦情の収集に努め、対応もしていますが、苦情案件と要望が混在しており仕分けが不十分です。また、公表等も十分に行えているとは言えません。今後、マニュアル見直しの他、苦情の整理、公表方法等の検討を行い、苦情がサービスの向上に繋がる仕組みを構築されてはいかがでしょうか。</p> <p>○利用者の安全確保については、日常的に検討していますが漏れている部分があるため、全般的に検討をする機会を設けてはいかがでしょうか。また、定期的に安全確保の状況を確認する仕組みも構築されることも必要と考えます。ヒヤリハット事例の収集、検討は行われていますが、要因や傾向の把握に繋がる、数値も含めた細かな分析を行っていかれることを期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○理念、基本方針 法人の運営理念、基本方針は法人のホームページ、リーフレット、マスタープラン（法人の中長期計画）、事業所の年度毎の事業計画、事業報告（運営理念のみ）への記載や掲示等を通じて職員だけでなく、多くの人の目に止まるようにしています。また、法人の理念や基本方針が事業所の活動の基盤になっていることが事業計画書等から読み取ることができます。</p> <p>○地域とのかかわり 法人リーフレットにある事業所の紹介欄には「地域社会の一員として」と掲げているように、地域社会とのつながりを意識した活動を行っています。建物の1階にあるスーパーマーケットの一角にあるパンの販売所や出張販売では、利用者も店頭に立って接客等を行っています。また、年1回「飛鳥井まつり」の開催、地域団体と共同した講演会の開催、地域行事への参加等を通じて、地域との交流を図っています。</p> <p>○個別支援計画 利用者の個別支援計画の策定にあたってはマニュアルを活用して作成しています。また、複数の職員で定期的にモニタリングを行い、必要に応じて見直しを行っています。利用者や家族との面談やヒアリング等が出てきた要望を検討し、計画に反映できるように努めています。</p> <p>○事業計画の策定 単年度の事業計画は各部署での意見や要望も反映させながら、具体的なものとなっています。また、半期で見直しを行っています。職員には配布をし、周知を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○サービスの質の確保 マニュアルや研修等によりサービスの質の向上に努めていますが、個別的なサービス実施方法が必要な場合の基準が明確になっていません。また、マニュアルについては、見直しの時期や方法が定められていません。</p> <p>○苦情解決の取り組み マニュアルを整備して利用者、家族からの苦情に対応していますが、マニュアルの見直しが出来ていません。また、苦情と要望の仕分けが十分にできているとは言えません。苦情の件数は報告書に記載していますが、解決方法等については公表していません。</p> <p>○利用者の安全確保 消防署と連携した避難訓練等は行っていますが、利用者、職員の安否確認方法は確立していません。また、ヒヤリハット事例の収集、検討はしていますが、十分な分析ができているとは言えません。また、定期的な安全確保の調査も出来ていません。</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	飛鳥井ワークセンター
施設種別	就労移行、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
訪問調査日	平成28年1月22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。	a	a
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	a
		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。	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	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。	a	a
	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	法人の運営理念はホームページ、事業所を紹介するリーフレットをはじめ、事業報告書、事業計画書等にも明示しています。
I-1-(1)②	4項目から成る法人の基本方針は、運営理念と同様にホームページ、リーフレット等で明示しています。
I-1-(2)①	運営理念、基本方針は定期的開催される法人の職員全体会議、職員全体ミーティング等で周知を図っています。
I-1-(2)②	障害のある本人(以下の表記は、「本人」又は「利用者」とする)にはサービスガイド等を用いて周知を図っています。家族に対しては事業報告会の際に事業報告書、事業計画書を配布しています。
I-2-(1)①	2010年度に法人で中期的ビジョンをもった「マスタープラン」を策定しています。その都度の対応になっている部分もありますが、毎年見直し、修正を行っています。
I-2-(1)②	事業計画は委員会、各課等で職員の意見を聴取し、作成しています。また、進捗状況の確認、見直しについても定期的に実施しています。
I-2-(1)③	事業計画については、年度末の法人での全体会議で報告等を行っています。職員には事業計画書を配布するとともに、各種会議等で共有を図っています。
I-2-(1)④	本人には年度末の自治会総会等で新年度の行事等の計画については説明しています。平成26年より少数人数での事業報告会を始めました。事業計画の周知状況を確認する取り組みが行えていません。
I-3-(1)①	法人組織図や規程等で、管理者の役割が明確になっています。広報誌や事業計画等に、管理者の役割や事業への想い等が掲載されています。
I-3-(1)②	管理者は行政機関や事業所が所属する協議会等が行う研修会に参加し、必要な事項を中心に会議等で職員に伝達しています。関連する法令等はパソコン内でリスト化し、職員がいつでも閲覧出来るようにしています。
I-3-(2)①	管理者は法人のサービス向上委員会の委員長を努め、法人全体のサービスの質の向上に取り組んでいます。年1回、本人、職員からサービスについての意見を求め、サービスの改善に努めています。
I-3-(3)②	事業所の経営面については、主に法人全体で検討をしています。パンの製作、袋詰め作業など事業所での日常的な作業については、日々の様子や本人、職員から意見等を改善につなげています。

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。	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。	a	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	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。	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。	a	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。	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。		a	a	
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。	a	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	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	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。	a	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。	a	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	事業所が所属する団体や協議会等から、障害者全体の動向や地域での状況等の情報を収集し、職員にも回覧をしています。また、法人全体で情報の共有を図っています。
II-1-(1)②	法人が公認会計士事務所と契約をし、月1回、経営状況の分析と検討を行っています。職員には会議の場等で報告をしています。
II-2-(1)①	「マスタープラン」に必要な人材確保に関する記載があり、計画的な人員配置に努めています。常勤職員については、キャリアアップに必要な達成度を示す指標を用いて評価を行っています。
II-2-(2)①	有給休暇の残日数については職員個別の台帳で管理しており、個人で確認する仕組みとなっています。人員体制の改善策等を具体的に検討する仕組みは構築できていないとは言えませんが、現在、時間単位の有給取得の試行に取り組んでいます。
II-2-(2)②	法人としてヘルスケア・トータルサポートシステムを構築しています。インフルエンザの予防摂取については、事業所が費用負担を行っています。共済会に加入し、共済会の冊子に記載されている外部カウンセラーを職員に紹介しています。
II-2-(3)①	「マスタープラン」に基本姿勢を明示し、職員の教育・研修に取り組んでいます。資格取得を目指す職員には研修補助等の支援する仕組みがあり、全職員の有資格者に取り組んでいます。
II-2-(3)②	法人の研修委員会を中心に内部研修を計画し、実施しています。職員個別の研修履歴を作成し、定期的な見直しを行うことで、今後必要な研修が分かる仕組みとなっています。

II-2-(3)③	研修に参加した職員は研修報告書を作成するとともに、6ヶ月後には研修の有効性についてセンター長と共に、振り返りを行うこととなっています。研修報告書の回覧はしています。
II-2-(4)①	事業計画にも実習生の受け入れを明示し、福祉人材の育成に努めています。実習担当者は指導者講習会を受講しており、実習生の受け入れマニュアルも整備しています。
II-3-(1)①	個人情報管理規程やマニュアルに基づき個人情報の管理を行っています。実習生の受け入れに当たり誓約書をとっていますが、ボランティアに対しては守秘義務について説明が不十分で、誓約書などの様式はありません。
II-4-(1)①	ヒヤリハット事例を収集し、対策等を検討していますが、収集をした事例の数値での分析、要因や傾向等の検討は十分ではありません。障害の種類別にした管理体制やマニュアルの整備・周知は不十分です。
II-4-(1)②	京都市と福祉避難所の契約を締結しています。避難訓練は行われていますが、利用者や職員の安否確認の具体的な方法は定められていません。
II-4-(1)③	ヒヤリハット、事故報告等について情報は収集をして対応の検討もしていますが、多くの情報を生かした分析、起こった要因や傾向などについての検討は十分ではありません。利用者の安全確保についての研修は行われていますが、新人研修に留まっています。
II-5-(1)①	スーパーマーケットの一角に自前の店舗を開設し、事業所で作ったパンを販売しています。利用者が店舗に出て接客を行い、地域住民と触れ合う機会の一つとなっています。また、「飛鳥井まつり」を開催したり、学区内の小学校の見学も受け入れるなど、利用者と地域住民との交流を行っています。
II-5-(1)②	法人や地域の関係団体などと連携をし、講演会等を開催する等により、事業所が有する機能を地域に還元しています。相談支援については法人内の事業所が担当し、適宜連携を取っています。
II-5-(1)③	ボランティアの受け入れマニュアルを整備し、積極的にボランティアの受け入れしていますが、個人情報保護、守秘義務の遵守に関する取り組みは十分ではありません。また、ボランティア育成の取り組みも出来ていません。
II-5-(2)①	本人の個人票を作成し、関係機関等を記入しています。法人内の事業所や地域の諸機関と連携して、個別支援の実現に取り組んでいます。
II-5-(2)②	毎月の「飛鳥井だより」の発行や家族会との連携等を通じて、家族との交流を図っています。また相談等については電話や連絡帳で対応しています。

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	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。	a	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。	a	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なわれている。	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。	a	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。	a	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。	a	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。	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。	a	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。	a	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。	a	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	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	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。	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。	a	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	b

【自由記述欄】					
Ⅲ-1-(1)①	事業所情報はホームページや文書などで紹介しています。また、紹介する資料は社会福祉協議会などに送付、常備してもらっています。現在、利用希望者にも分かりやすいような資料を作成中です。				
Ⅲ-1-(1)②	サービス提供開始時には重要事項説明書で説明し契約を結んでいます。本人、家族に分かりやすいように施設独自に「サービスガイド」を作成し、活用しています。				
Ⅲ-1-(2)①	生活の継続を前提とした他事業所への引き継ぎ文書は、サービス向上委員会で作ったものを活用して行っています。法人内に「在宅支援事業を行う「ディアコニアセンター」との連携で地域生活ができるように援助しています。				
Ⅲ-2-(1)①	ケース担当者と作業担当者が連携して半年毎にニーズの洗い出しを行っています。				
Ⅲ-2-(2)①	個別支援計画は定期的に行うモニタリングとアセスメント表を基に見直し等を行っています。日常生活の留意点も個別支援計画に盛り込んでいます。				
Ⅲ-2-(3)①	就労継続B型は年2回、就労移行は年4回モニタリングを行っています。その結果により必要な場合には支援計画の見直しを行っています。				
Ⅲ-2-(4)①	利用者のケース記録は毎月提出が義務づけられており、担当が作成したものをセンター長が確認するようにしています。				
Ⅲ-2-(4)②	個人情報保護に関するマニュアルや規程を整備し、記録の管理体制を確立しています。				
Ⅲ-2-(4)③	ケースミーティング(担当者会議)や、朝と夕方に行う業務日誌をもとにした申し送りにより、職員間での利用者の情報共有に努めています。				
Ⅲ-3-(1)①	本人との面談、家族を含めた面談を年2回行っており、「ご利用者満足度聞き取り調査」を年1回実施して、ニーズの把握に努めています。また、職員が行事ごとの自治会の話合いや家族会に参加し、意見や要望の把握に努めています。				
Ⅲ-3-(1)②	サービス向上委員会で「ご利用者満足度聞き取り調査」の結果を分析・検討し、改善に向けて検討しています。今年度は自治会から意見があがっていた、トイレのにおいや汚れの対策を検討して改善を行っています。				
Ⅲ-3-(2)①	自治会に職員が参加して要望を聞き取っています。また、個別の相談に対応できるスペースを確保しています。意見箱を設置し、苦情窓口担当職員の顔写真を貼りだして、意見や要望を述べやすい工夫をしていますが、匿名で意見や苦情を出せる環境は整えていません。				
Ⅲ-3-(2)②	苦情解決の仕組みを整え、重要事項説明書やサービスガイドに記載しています。苦情対応はケース担当職員が状況確認を行い、対応について検討し、管理者に報告しています。事業報告書に苦情の件数をあげていますが、苦情内容や解決方法の公表に至っていません。				
Ⅲ-3-(2)③	マニュアルを整備し、意見・要望記録票に記載し対応していますが、マニュアルの見直しが行えていません。また、苦情と意見要望の記録が1つのファイルに混在しています。				
Ⅲ-4-(1)①	各種マニュアルを整備し、職員に配布してサービスの水準を確保する仕組みはありますが、個別的なサービスが必要となる基準が明確になっていません。				
Ⅲ-4-(1)②	各種マニュアルの見直し時期や方法が定められていません。				
Ⅲ-4-(2)①	第三者評価のチェックシートを基に年1回自己評価を行い、サービス向上委員会で検討して改善方法について話し合っています。第三者評価は3年ごとに受診しています。				
Ⅲ-4-(2)②	評価結果はサービス向上委員会で分析し、全体ミーティングで報告、検討しています。改善に向けて取り組んでいますが、改善策を計画的に取り組む仕組みが整っていません。				

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。	a	a
		③ 障害のある本人の主體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。	a	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	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	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	b
	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	倫理綱領を定め、基本方針や法人行動基準に人権尊重を掲げています。また、新人職員に「虐待について」研修を行っています。また、プライバシー保護に関する規程やマニュアルを利用者に周知する取り組みは行っていません。また、体調を崩した人が横になることができる場所は確保していますが、作業場所によっては休憩出来るスペースの確保が不十分です。
IV-1-(1)②	写真や絵を用いて説明する等、理解しやすい伝え方の工夫をしています。また、コミュニケーションがとりにくい利用者は「自己評価表」を用いてどのように過ごせたか職員と確認しています。精神科の嘱託医が来所時に利用者の話を聞く機会を持っています。
IV-1-(2)③	利用者の自治会では自治会新聞を発行し、行事ごとに活動をしています。自治会に職員が参加し話し合いをしています。責任者が自治会に参加し、協議する機会はありません。
IV-2-(1)①	入浴状況に課題のある利用者には、家族と連絡を取り合い、銭湯の回数券を預かり、必要に応じて手渡すなど、個別に対応してします。
IV-2-(1)②	季節に適さない衣類を着ていたり、同じ服を着続ける場合等、課題のある利用者には、家族と連携して個別に対応しています。
IV-2-(1)③	ひげが伸びている場合や理美容に関して課題のある利用者には必要に応じて声をかけています。
IV-2-(2)①	眠れない事が続く利用者には付き添い、精神科受診を行う等、睡眠に課題がある利用者に対応しています。
IV-2-(2)②	排泄時に付き添いが必要な利用者には職員が見守りを行う等、利用者の状況に応じて対応しています。
IV-2-(2)③	利用者の相談に応じ、必要があれば、通院に付き添うなど、健康維持に気を配っています。
IV-2-(3)①	献立を利用者に配布して、好みに応じて食事を頼むかどうかの選択することが出来ます。また、食事がゆっくりとれるように時間を配慮しています。新しいメニューを取り入れたために検討を行っていますが、職員が中心となっており、利用者も参加して検討する仕組みにはなっていません。
IV-2-(4)①	「従業員給与支給規程」「給与支給評価基準」を設け、作業能力に関する評価を行い、個別面談時に「職能給評価同意書」について説明しています。パンづくり、野菜の出荷作業、配食づくり、箱の組み立て等の作業に取り組み、利用者の状況や希望に合わせて作業を決めています。
IV-2-(5)①	お金の使い方に課題のある利用者には小遣い帳をつけ、アドバイスをする等、個々に対応しています。また、作業に必要な材料の買い物に行くなどの取り組みをしていますが、学習プログラムとしての取り組みは出来ていません。
IV-2-(5)②	事業所外の活動に支援が必要な場合は、同法人の支援事業所と連携してガイドヘルパーの派遣を行い、安全確保をしています。利用者に交通安全の講習を行い、戸外での安全について学習をしていますが、連絡先を明示した物を準備する等の対策は行っていません。
IV-2-(6)①	日帰り旅行等年数回の行事を計画して利用者が参加しています。個別には趣味活動の相談に応じて支援しています。