

[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	若杉	施設種別	生活介護、就労継続支援 A 型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和 2 年 3 月 6 日

総 評	<p>京都市若杉学園再整備事業の法人受託事業者として選定され、平成 28 年 4 月より JR 京都駅から徒歩 5 分の好立地に、多機能型しょうがい福祉サービス事業所「若杉」を開設されました。</p> <p>障害者総合支援法に基づく生活介護事業、就労継続支援 A 型事業の多機能型事業所として、利用者の包括的な支援体制が構築されています。</p> <p>生活介護事業の定員は 55 名で、法人の自主製品であるティッシュクロスの製造、シーツたたみ、絨毯織りなど利用者の個性に合った仕事を提供しています。また、メリハリのある活動を意識し、平日の月～金は仕事に取り組み、土曜日は余暇活動として、おやつ作りや外出などを楽しめるようにしています。</p> <p>就労継続支援 A 型事業の定員は 10 名で、利用者の就労訓練、技術習得を目指し、調理、清掃、クリーニングなどの仕事を実施しています。こちらも利用者の個性を考慮し、最大限に能力を発揮できるように支援しています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>管理者は組織運営について、役席者だけが把握しているのではなく全職員が理解できるよう努めています。環境、防災、行事、調理、車両などの担当者を選任し、権限移譲することで専任者が情報や注意事項等を発信し、全職員が把握できるように徹底して取り組んでいます。</p> <p>○地域との交流</p> <p>京都地域福祉創生事業(わかプロジェクト)の一環で、地域住民との交流機会、施設設備の開放、児童向けプログラム提供として、地域貢献事業「わかすぎ元気キッズプロジェクトこども教室(キッズアート教室やキッズパソコン教室)」を定期開催しています。</p> <p>○生活支援</p> <p>生活する力や可能性を尊重し、本人の能力が最大限に発揮できるように、作業能力に関するアセスメントを徹底的に行い、作業内容を支援しています。また、賃金にも反映しています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○<b>運営の透明性の確保</b></p> <p>今回は初めての第三者評価の受診でした。ホームページからリンクにて、ワムネットに公開している理由からホームページに予算、決算報告など掲載させていない情報が見受けられました。透明性の観点から事業所のホームページより、速やかに見られる様にされてはいかがでしょうか。</p> <p>○<b>ボランティアの受入れ</b></p> <p>ボランティア受入れ規定やマニュアルを整備していますが、利用者の直接支援は有償ボランティアのみとなっており、家族以外のボランティアの事例はありません。専門的知識を要するとは思いますが、ボランティア受入れの仕組みを再検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>○<b>記録の管理体制</b></p> <p>職業倫理規定や個人情報保護規定を定めて管理されていますが、記録の廃棄についての規定がありませんでした。記録の誤廃棄を防止するために規定を設け、廃棄処理を適切に行える規定を定められることが望まれます。</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	若杉
施設種別	生活介護、就労継続支援A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	令和1年12月12日

**I 福祉サービスの基本方針と組織**

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	A	A
[自由記述欄]					
1. 法人理念に基づく基本方針を明文化し、ホームページやパンフレットに記載しています。法人理念や基本方針は、理事長が朝礼や月1回の支援会議にて資料を配布して職員に説明を行い、周知を図っています。利用者、家族等に対しては、利用契約時や年3回の家族会でパンフレットやパワーポイントを使用して説明を行い、理解を得ています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	A	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	A	A
[自由記述欄]					
2. 法人理事長が中心となり、社会福祉事業全体の動向を把握し、情報やデータを具体的に分析を行い、中・長期計画や年度計画に反映しています。 3. 毎月、公認会計士の助言を受け経営状況の分析を行っています。また、毎月、衛生委員会で社会保険労務士同席にて収支シュミレーションを行い、助言を受け、経営改善に取り組んでいます。経営状況や改善すべき課題について、朝礼や社内グループウェアソフトにて、職員に周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	A	A
		5	② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	A	A
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	A	A
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	A	A
[自由記述欄]					
4. 5. 法人理念や基本方針に基づき、中・長期計画を作成しており、単年度の事業計画で目標を明確にしています。各項目の担当職員が、事業計画策定のための課題の把握や目標設定、評価、見直しを行い、管理者が取りまとめを行っています。 6. 職員が事業計画を理解するための工夫として、項目ごとに担当職員が評価や見直しを行い、朝礼や終礼、支援会議で報告しています。 7. 利用者への事業計画の説明において、見やすい様に大きい文字の書類を作成し、漢字にはルビを付け説明しています。家族へは、連絡帳に書類を添付したり、半年に1回の面談で説明を行っています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	A	B
		9	② 評価結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	A	A
[自由記述欄]					
8. 連絡帳や半年に1回の面談を通じて、ニーズや課題を朝礼や終礼、支援会議にて共有し、他職種協働で意見を出し合い改善に向けて取り組んでいます。但し、第三者評価に関しては、事業所開設4年目での初めての受診となります。 9. 毎月、全職員にリスクマネジメントチェックシートで自己評価を行い、改善策を次月に活かしています。また、リスクマネージャーを中心として、支援会議や衛生委員会等で明確になった課題を評価分析し、事業計画の改善に繋げています。					

**II 組織の運営管理**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	A	A
		11	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。	A	A
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	A	A
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	A	A

[自由記述欄]

10. 管理者の役割や責任において、法人組織規程を策定し、法人組織図にて指揮系統を明確にしています。また、ホームページにも法人組織図を掲載しています。管理者不在時の権限委任等において、「役割分担表」を用いて、非常時の体制を明確にしています。  
 11. 関係法令リストをファイリングし、全職員が閲覧できるようにしています。関係法令リストの策定にあたっては、環境、防災、行事、調理、車両などの各係の担当者が、見直しするなど全職員が把握できる様に徹底しています。  
 12. 管理者は、福祉サービスの質の向上に向けて、月1回の支援会議や必要時にクラス会議を行い、職員からの意見を反映する仕組みがあります。会議には、管理者が出席しスーパーバイズを行い、サービスが一定水準できるように取り組んでいます。  
 13. 管理者は、職員が意欲的に業務に取り組めるように、各担当者を定め権限移譲を進めています。また、人事、労務、財務に関する分析する事で、経営改善の取り組みや適切な職員配置を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	A	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	A	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	A	A

[自由記述欄]

14. きょうと福祉人材育成認証制度の認証を取得し、積極的に人材育成に取り組んでいます。管理者は、職位別キャリアステージとして、年1回職員面談シートを用いて個別面談し、振り返りや評価を行い研修計画の達成度を確認しています。  
 15. 法人理念や基本方針に基づき期待される職員像を明確にした「職員就業規則」によって採用、配置、異動、昇進、昇格などを明確にしています。  
 16. ワークライフバランスの充実に向けて、有給休暇取得や公休希望調査、超過勤務低減、定時退社を奨励しています。また、職員が悩みなどが相談できるように、嘱託医による相談窓口を設置しています。離職率の低さが、成果として現れています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	A	A
		18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	A	A
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	A	A
	II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	A	A

[自由記述欄]

17. 毎年度、全職員が研修計画を立て、管理者との個別面談で目標や研修計画を明確にしています。半年に1回、中間面談で目標の達成度などを確認し合っています。資格一覧表にて、管理者が全職員の取得資格を把握しています。新規採用者には、育成計画を作成して進捗状況を確認する仕組みがあります。  
 18. 研修等の案内は、事務所内に掲示したり、社内グループウェアソフトで案内し、職員の希望の研修に参加できる様にしています。また、管理者は、全職員が年1回以上は研修に参加できるように研修計画の調整や見直しを行っています。  
 19. 職員は、自らが作成した研修計画を基に、研修等に参加しています。研修参加した職員は、復命書及び研修参加レポートを管理者に提出し、管理者の承認後に職員間で回覧し、研修内容等を確認しています。  
 20. 「実習担当者マニュアル」を整備し、実習生を受け入れています。実習生のオリエンテーション時には「実習の手引き」を用いて、留意事項を伝えています。Q & A方式にて、疑問点に答えています。実習指導担当者は、研修会や実習協力校の学習会に参加しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	A	B
		22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	A	A

[自由記述欄]

21. ワムネットより予算・決算情報などを公表しています。他に、家族会の広報にも予算・決算情報が掲載しています。本受診が初回であるため、第三者評価の公表は今後行っていく予定です。  
22. 公認会計士・社会保険労務士と契約を交わし、公正かつ透明性の担保に努めています。また、助言があった場合は、検討を重ね改善しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	A	A
		24	② ボランティア等の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。	A	A
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	A	A
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	A	A

[自由記述欄]

23. 会議室の貸し出しや近隣施設への買い物などを行い、地域との関係性を大切にしています。地域貢献事業（こども教室・わかプロジェクト・緑地化プロジェクト）を実施しています。  
24. ボランティアの受け入れ体制として、ボランティア受入れ規定とマニュアルを整備しています。事業所の方針により、専門的知識を要する利用者の直接支援にかかわる場合においては、有償ボランティアとしています。  
25. 社会資源を明示したリストを作成しています。南区連絡会に参加し、関係機関とのネットワークを築いています。  
26. 事業所内の倉庫を無料で自治会に貸し出し、地域に還元しています。また、施設の敷地内にベンチがあり、地域の方が休憩する場として提供しています。  
27. 「緑地化プロジェクト」に着手し、2020年春に公園が開園予定です。京都府社会福祉協議会の「わかプロジェクト」に参画し、地域の小学生向けに絵画教室やパソコン教室を開催しています。施設見学の依頼があった場合は、全て受け入れています。

**Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人を尊重した福祉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。	A	A
		29	② 障害のある本人のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	A	A
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。	A	A
		32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	A	A

**[自由記述欄]**

28. 「職員倫理規定」や「職員倫理規定に基づく行動指針」を策定しています。月1回の支援会議にて、生活改善委員会が中心となり、見直しや研修を行っています。

29. 「職員倫理規程に基づく行動指針」において、人権の尊重と対等な立場での支援や介護・援助の内容、プライバシー保障についての記載をしています。朝礼や入職時研修にて注意喚起し、毎月のリスクマネジメント表を用いて自己の振り返りの機会を設けています。

30. システムエンジニアの経験を持つ職員が、ホームページを作成し内容の充実を図っています。また、支援学校の進路部にパンフレットの設置依頼をしています。他に、見学においては、随時対応しています。

31. 利用開始時や変更時には、契約書や重要事項説明書の説明を利用者及び保護者に行っています。意思疎通が困難な利用者に応じて、生活場面ごとの内容を絵表示にして、わかりやすい説明に努めています。

31. 「移行支援マニュアル」を整備しています。マニュアルには、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行時等の引き継ぎ内容をリスト化しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A	A
		Ⅲ-1-(4) 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。	34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	A
	35		② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	A	B
	Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	36	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	A	A
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	A	A
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	A	A

**[自由記述欄]**

33. 各フロアーに、相談室を設置しています。障害の特性により、職員への訴え方がそれぞれ異なるため、個々に「意志表現のリスト」を用意し、職員間で共有しています。

34. 苦情解決の仕組みをマニュアル化し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を明確にしています。苦情があった場合には、対応や改善策を職員間で共有し、第三者委員に報告しています。

35. 利用者からの相談や意見が把握しやすいように、半年に1回の個別面談や連絡帳を用いています。苦情解決対応マニュアルにおいて、見直しや更新の日付がわかる記載がありませんでした。

36. 毎月全職員が自身の行動を事業所独自で作成しているリスクマネジメントチェックシートを用いて確認する仕組みがあります。チェックシートは、リスクマネージャーが結果を分析しています。また、医務ファイルには、一人ひとりの健康管理カードを用意しています。

37. 「衛生管理、感染症対策マニュアル」を策定しています。また、感染症対策にあたり「医務だより」を発行し、本人及び家族に注意喚起を行っています。「医務だより」を活用し、職員に対しても注意喚起しています。

38. 「非常災害対策計画」を策定しています。また、立地条件から洪水に対する対策も策定しています。災害発生を想定し、福祉避難所の指定となり備蓄も多く管理しており、備蓄品リストを整備しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。	39	① 提供する福祉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が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	A	A
		41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	42	① 障害のある本人に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	A	A
		43	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	B

[自由記述欄]

39. 「サービス提供マニュアル」を作成し、特性に応じたマニュアルも整備しています。マニュアルについては、毎年見直しを行い更新しています。  
 40. サービス管理責任者が中心となり、アセスメントを行い個別支援計画を作成しています。随時及び適時アセスメント内容を追記し、個別支援計画に反映させています。  
 41. 6ヶ月に1回定期的にサービス等利用計画の見直しを行い、必要に応じて再アセスメント表を作成しています。  
 42. 毎日の記録はソフトウェアにて記載し、内容は全ての職員が各自のパソコンから確認できる仕組みがあります。優先度の高い情報については、朝・夕のミーティングで報告を行い、情報共有を図っています。  
 43. 職業倫理規定や個人情報保護規定を定めて管理しています。ただし、記録の廃棄についての規定がありません。

**A 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	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	A	A
	A-1-(2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	A	A
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしをさせる社会の実現に向けた取組を行っている。	A	A

[自由記述欄]

44. 利用者の個性や嗜好に合わせてグループ分けを行い、ご本人の力が発揮できる様に防音やブラインド、パーテーションなどで環境を整え、エンパワメントを促す支援に取り組んでいます。  
 45. 定例の虐待防止委員会で検討した内容等を朝・夕のミーティングで報告し、虐待防止の啓発や職員の虐待に関する意識を高めています。  
 46. 利用者の個性や特性に合わせてグループ分けを行い、個々の状況に合わせた環境への配慮や取り組みを行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人(子どもを含む)の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	A	A
		48	② 障害のある本人の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	A	A
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	A	A
	A-2-(2) 日常的生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的生活支援及び日中活動の支援を行っている。	A	A
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	A	A

[自由記述欄]

47. 48. 利用者の方それぞれに合った方法(絵カードや手話、マカトンサイン等)でコミュニケーションを図っています。各フロアに相談室を設け、職員は昼食を利用者の方と一緒に食べることにより、利用者の方が相談しやすい環境を作っています。また、連絡帳を活用し、家族の方に本人の家庭での様子や相談事について確認を行っています。  
 49. 強度行動障害のある利用者の方に対し、細かなアセスメントを行い、支援手順書を作成し、環境面を整え、活動プログラムもより工夫を行った支援を行っています。  
 50. 食事、排泄、送迎、作業、意思決定などの支援方法を記載した個別支援計画書を作成し、利用者や家族同意を得ながら支援を行っています。  
 51. 作業室は、1人当たりの設置基準より広くゆとりのあるスペースを確保しています。環境面では防音設備、ブラインド、パーテーション等を設置するとともに、スヌーズレンルーム、医務室等にも配慮を行い、落ち着ける空間づくりがなされています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	A	A
	A-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	A	A
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	A	A
		55	② 医療的な支援について適切に提供（連携）する仕組みがある。	A	A

[自由記述欄]

52. 自立に向けた日常生活機能訓練や、重症心身障害の方には、生活機能の低下防止のためのマッサージや歩行訓練等を実施しています。  
 53. 余暇活動（買い物・地域行事やコンサートに参加・日帰り旅行等）を通じて、社会性を身に着ける取り組みを行っています。  
 54. 毎日の検温や毎月の体重測定、年1回の健康診断の結果や家庭での様子や通院状況を確認することにより、利用者の健康状態を把握し、急な体調変化の場合は、家族等への連絡や救急対応を行っています。  
 55. 服薬管理について、複数職員にて確認し投薬しています。また、常勤看護師や月1回の嘱託医の診療により、全利用者の健康管理を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	A	A
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	A	A
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	A	A
		59	② 障害のある本人に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	A	A

[自由記述欄]

56. 本人と家族の希望や意向を聴取した上で、法人内の別事業所や他の法人と連携し、入所施設見学や短期入所の利用等を行っています。  
 57. 毎日の連絡帳のやり取りや直接の対応により、家族との連携や交流を図っています。また、親の会や事業所主催行事への参加を通じて、家族との定期的な交流の機会を持っています。  
 58. 本人の作業能力に関するアセスメントを行い、本人の個性を活かせる作業内容を提供し、工賃にも反映しています。  
 59. 利用者ごとに作業内容や時間を設定し、取り組みやすい工程を工夫しています。工賃基準表を策定することにより、利用者の現状・課題・目標を明確化し、利用者ごとに公平に評価できる仕組みを取り入れています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	A	A

[自由記述欄]

60. 一般就労先で必要とされる社会的な能力の訓練として対人関係の築き方、コミュニケーション支援、マナー学習トレーニングを日常的に行っています。ハローワークや企業との連携も行っています。