

[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	やわた作業所	施設種別	生活介護、就労継続支援 B 型 (旧体系：)
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」		

令和 2 年 7 月 3 日

総 評	<p>社会福祉法人鳩ヶ峰福祉会やわた作業所は、1980年に開所した八幡共同作業所を前身として誕生しました。卒業後の進路保障や在宅を余儀なくされている人のために「どんなに重い障害の人にも働く場をつくる」「一人ひとりにあった仕事をつくる」「仲間と共に語り合える場をつくる」という3つを宣言し、地域との連携を大切にされた運営されています。その方針は、社会福祉法人となった後も「地域の中で安心して働き、豊かな生活ができること」を法人理念に謳い、障害のある人が地域の一員として役割を持ち、生きがいのある暮らしの実現に向けた支援に活かされています。具体的な活動としては、創設以来続けている古紙回収や地産地消をモットーに栄養とカロリーバランスを考えた手作り弁当などがあります。古紙回収では、障害のある利用者が、直接地域の住宅を300件近く訪問し住民と交わり、また、手作り弁当では、安全な昼食を地域の企業や団体に配達することで、障害のある人たちの働く姿を見せることに繋がり、お互いが地域の中で支え合い暮らす住民であることを自然な形で表すことにつながっていました。また、利用者本位の支援を継続するために、「行政機関との有機的な連携を図ること」や「施設だけではなく他法人と連携して運動すること」を大切にしながら、時にはソーシャルアクションという手段を利用して社会に訴えるなど、常に障害のある利用者の立場に寄り添った支援をされていました。こうした活動は、高く評価されます。そうした反面、法人としての方向性を示すという部分には課題がありました。そのことは、施設長が「社会福祉法人を設立した当時の意義を伝えきれていない」と発言されたことから伺えます。法人の運営では、理念に基づき中長期的なビジョンが必要とされます。3～5年後の目指す方向性を中期計画として職員や利用者等に示し、その具体的な取り組みとして、単年度の事業計画が策定し実行していくことが求められます。そして、実行過程で定期的に評価を行い、課題や問題点を検証・分析し、必要な見直しをしていくというPDCAサイクルの手法をつかうことが、法人の活動を職員や利用者、そして地域住民に可視化することになり、理解につながると考えられます。理念に基づく中期ビジョンの策定と実行方法の仕組みを構築することが望まれます。今後も、やわた作業所の理念のもと、地域との連携による取組が推進されることを期待いたします。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2-(1) 【経営環境の変化等に適切に対応している。】 きょうされんやセルプ（社会就労センター）、日本知的障害者福祉協会からの情報やWAMネットを通じて状況の把握されていきました。八幡市の担当部署との懇談や八幡市自立支援協議会と連携して経営状況を把握されていきました。また、法人内の管理職による法人運営会議を組織して、月2回定期的に開催し、法人運営全体に関しての協議を行い、法人運営委員会を中心に上位概念として理事会・評議員会を、下位概念として各種会議が開催され、組織内の意思決定が図られていきました。</p> <p>II-4-(3) 【地域の福祉向上のための取組を行っている。】 地域の夏まつりに施設として参加するとともに、施設の所有する備品を地域の要望に応じて貸し出しをするなど、施設の資源を地域に提供していきました。地域の災害ボランティア委員に委嘱されるなど、地域のまちづくり事業等へ関りを持っていました。地域の社会福祉協議会や民生児童委員会の会長が評議委員会にも参画しており、地域の福祉ニーズの把握に努め、地域の関係団体と連携したイベントの企画等を通じて適切な関係が構築されていきました。</p> <p>A-1-(1)【自立支援】 法人理念や行動指針に利用者の意思尊重を謳うとともに、日常の作業や活動については、利用者本人の意見に基づき決定がされていきました。また、虐待防止委員会が設置され、年に複数回「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を実施して、職員の意識づけがされていきました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-2-(3) 【職員の質の向上に向けた体制が確立されている】 法人で期待する人材像が明文化され、その人材像に基づき研修企画をする研究部が組織され、内・外部研修が企画実践されていきました。その研修は、種別やテーマ別により実施されていきましたが、階層別の研修は実施されていませんでした。また、職員個人ごとの目標を管理の仕組みはありませんでした。早期の改善が望まれます。</p> <p>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。】 業務手順等を定めたマニュアル類は確認できませんでした。法人が、サービス提供をする場合、法人内で統一した意識のもと、法人が求める水準を保つことが必要とされます。一般的に企業に求められるQC（品質管理）は、障害福祉サービスでも求められる基準とされています。法人が提供する障害福祉サービス全般に関するマニュアルの策定を期待します。</p> <p>III-2-(3) 【福祉サービス実施の記録が適切に行われている。】 日常の記録は、個人日誌に記録されていきました。月1回以上の班での会議を通じて利用者の情報共有がされています。しかしながら、個別支援計画とケース記録の連動は十分ではありませんでした。また、記録に関する規程は確認できませんでした。利用者支援は、個別支援計画をもとに実施されます。そのため、個別支援計画での支援状況は、記録を通じて確認することが求められます。また、その記録は、利用者個人の情報に限らず、法人の情報としても適切に管理することが求められます。早急に改善することを期待します。</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。

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。	B	B

[自由記述欄]

1. 理念・基本方針が明文化され、理念の具現化された行動指針「私たちのめざすもの」が定められている。事業所内には、掲示され職員に周知されている。利用者や保護者への周知は不十分であった。

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。	B	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	C	A

[自由記述欄]

2. きょうされんやセルフ（社会就労センター）、日本知的障害者福祉協会からの情報やWAMネットを通じて状況の把握をしている。八幡市の担当部署との懇談や八幡市自立支援協議会と連携して経営状況を把握している。
3. 法人内の管理職による法人運営会議を組織して、月2回定期的に開催し法人運営全体についての協議をしている。法人運営委員会を中心に上位概念として理事会・評議員会を、下位概念として各種会議が開催され、組織内の意思決定が図られている。

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。	C	C
		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。	C	C
	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。	B	B

[自由記述欄]

4. 5. 中長期計画は策定されていない。
6. 単年度の事業計画は、重点項目が記載されるとともに各事業班の具体的な実行計画となっている。その計画による実践は、各部門で総括を行い次年度へ継続させる仕組みがある。
7. 利用者への周知は、利用者自治会で断片的に説明はしているが、全体的に周知する仕組みは確認できなかった。

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。	B	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。	B	B

[自由記述欄]

8. 作業所で企画運営委員会や支援部会、研究部会等を組織し、福祉サービスの質向上に関する評価・改善が行われている。定期的に自己評価や第三者評価はできていない。
9. 委員会で評価された事項について、職員間で共通化する仕組みがある。課題となった事項を計画的に改善する仕組みは確認できなかった。

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。	B	B
		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。	B	B
	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。	B	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。	B	A

[自由記述欄]

10. 組織図が示され、非常時の体制が規定され明文化されている。業務(事務)分掌等を規定し明文化はされていない。
 11. 施設運営に必要な法令を把握するための研修会等に参加している。必要な法令はパソコンの共有フォルダに保管され、職員がいつでも閲覧できる環境となっているが、リアルタイムに必要な情報の提供には至っていない。
 12. 企画運営委員会をはじめ各委員会からの報告等により、施設内の状況を把握し評価・分析を行っている。定期的に事例検討会を行うとともに内部でのスーパーバイズや外部のコンサルテーションを行い、サービスの質向上に取り組んでいる。
 13. 管理者は、施設の経営状況を把握している。また、税理士が定期的に経営状況を把握し、必要な指導を行っている。会議の省力化に対して検討するなど業務の効率化を図っている。

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。	B	B
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	B	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。	C	A

[自由記述欄]

14. 理念に基づき行動指針である「私たちのめざすもの」を作成し施設に必要な人材の基本的な方針は明文化している。社会福祉士等の資格取得者には、資格手当を設置するなど資格取得に対する支援をしている。人材確保に関する計画等は策定されていない。
 15. 期待する職員像は明文化されている。キャリアパスが作成され周知されている。目標を管理をする仕組みは確認できなかった。
 16. 職員の就業状況は、事務部門が中心となり確認し把握する仕組みがある。管理者は、定期的に年2回以上全職員を対象として面談シートを活用し実施している。職員健康診断とストレスチェックにより職員の心身の安全確保に努めている。

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。	C	C
		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。	B	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。	B	B
	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。	C	C

[自由記述欄]

17. 目標管理の仕組みはなかった。
 18. 期待する人材像は明文化されている。研修を企画する研究部を組織し、内・外部研修を企画実践している。
 19. 種別やテーマ別研修は実施されているが、階層別研修は実施されていない。外部研修は、研究部が把握し情報提供しながら参加している。
 20. 介護等体験での実習受入を実施しているが、実習受入のマニュアル等は確認できなかった。

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。	B	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。	B	A

[自由記述欄]

21. ホームページに法人に関する情報(理念・基本方針・財務諸表等)が掲載されている。第三者評価受診、苦情・相談体制等の公表はされていない。また、広報誌等の作成は確認できなかった。
 22. 経理規程を整備しルールに則り適切に運営されている。経理、取引等については、定期的に税理士からの指導を受けている。

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。	B	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。	C	B	
	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。	C	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。	B	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。	C	A

[自由記述欄]

23. 法人理念に地域との関わりについて記載し、共同作業所時代から地域との関わりを大切にした運営を実践している。古紙回収や配達の手作り弁当を作業種目として、日常的な活動を通じて地域との交流を行っている。
 24. ボランティア受入れに関する規程を整備している。利用者への関わり方法等を示した手順書は確認できなかった。
 25. 八幡市が作成したガイドブックや福祉マップを社会資源として明示している。定期的に自立支援協議会をはじめ関係機関との連携を図っている。法人の機関である相談事業所を通じてケア会議に参加し、地域でのネットワーク化に努めている。
 26. 地域の夏まつりに施設として参加している。また、施設の所有する備品を地域の要望に応じて貸し出しをするなど、施設の資源を提供している。地域の災害ボランティア委員に委嘱されるなど、地域のまちづくり事業等へ関わりを持っている。
 27. 地域の社会福祉協議会や民生児童委員会の会長が評議委員会に参画しており、地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域の関係団体と連携したイベントを企画（感染症で中止）をするなど、必要な関係を構築している。

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。	B	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。	C	B
	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。	B	B
		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。	B	B
		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。	B	B

[自由記述欄]

28. 法人理念と基本方針に利用者尊重について明示するとともに、職員の行動規範を作成し職員に配布している。また、施設の事業計画や各部門の計画に記載されている。一定の水準を確保するためのスーパーバイズの手順書が策定されている。
 29. 就業規則や重要事項説明書によりプライバシー保護と利用者の権利を擁護する規定はされているが、プライバシー保護を目的にしたマニュアル等は確認できなかった。
 30. 施設の利用を希望する際の見学、体験入所等は随時対応している。ホームページでの施設案内はあるが、障害のある利用者の特性に配慮したパンフレットなどは作成されていない。
 31. サービス開始に当たっては、重要事項説明書により説明し利用契約書で契約を締結している。説明では、サービス提供による費用について、細かく説明がされている。障害のある利用者の特性に配慮した説明書類は確認できなかった。
 32. 施設を退所して他法人へ移設する場合は、利用者の情報を適切に提供している。利用者情報は、その利用者の状況により提供されているが、統一した手順書等は作成されていない。

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。	B	B
	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。	B	B
		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。	B	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。	B	B
		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。	C	C
		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。	C	B

[自由記述欄]

33. 利用者自治会が組織され、利用者の希望を聞いている。施設外就労での面談基準に照らして、施設内でも定期的に利用者面談を実施して、利用者から意見や要望を聞き取っている。利用者満足度調査やアンケートは確認できなかった。
 34. 苦情解決実施要領を整備して、利用者から苦情があった場合に対応する仕組みがある。苦情に限らず意見や要望を含めた記録の状況は確認できなかった。
 35. 5つの班(部門)に複数のケース担当者を配置し、利用者や保護者からの相談等に対応している。利用者からの相談等に対応する手順となるマニュアルは確認できなかった。
 36. 事故発生時の手順を作業所内と作業所外に分けてフォローチャートとしてまとめ、各部門に掲示し緊急時に備えている。ヒヤリハットや事故報告書は作成されているが、評価検討するリスクマネジメント委員会は設置されていない。
 37. 感染症予防に関する手順を定めたマニュアル等は確認できなかった。
 38. 災害時を想定して訓練は実施されているが、災害時に対応してマニュアルは策定されていない。

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。	B	C
	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。	B	B
		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。	B	B
		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。	C	C

[自由記述欄]

39. 業務手順等を定めたマニュアル類は確認できなかった。
 40. 個別支援計画は、施設長が策定責任者として個人ごとに策定されている。相談事業所からの計画相談やフェイスシート、利用者や保護者の希望に基づき個別支援計画が策定されているが、本人のニーズ把握のためのアセスメントは不十分であった。
 41. 個別支援計画は、6ヶ月ごとにモニタリングを行い評価と必要な見直しがされている。見直しにあたっての検討会議は、ケース担当者複数の職員により実施されている。見直しがされた事項については、職員間で情報が共通されているが、手順を示したマニュアルは策定されていない。
 42. 日常の記録は、個人日誌に記録されている。月1回以上班での会議、利用者の情報共有がされている。個別支援計画とケース記録の連動は不十分であった。
 43. 記録に関する規程は確認できなかった。

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。	B	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せる社会の実現に向けた取組を行っている。	B	A
[自由記述欄]					
44. 法人理念や行動指針に利用者の意思尊重を謳うとともに、日常の作業や活動については、利用者本人の意見に基づき決定がされている。					
45. 虐待防止委員会が設置されている。年に複数回「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を実施して、職員の意識づけを行っている。					
46. 法人の理念に記載され地域の中の活動を意識するとともに、利用者本位の支援を提供している。					

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) 日常的な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な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。	B	A
[自由記述欄]					
47. 利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーション手段を取り入れた支援を実践している。					
48. 日々の活動は利用者の意思を尊重している。施設イベントの内容は利用者自治会での決定を尊重するなど、利用者の意思が尊重されている。					
49. 外部から講師を招いて事例検討会を実施し、専門的な視点でのコンサルテーションを実施するなど、専門性を重視した支援を実践している。					
50. 日中生活支援は個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりに合わせた支援を実践している。					
51. 利用者の状況に合わせて一人になれる個室を用意するなど、利用者にとって居心地の良い環境を提供している。					

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。	非該当	非該当
	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。	B	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。	B	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。	B	B
[自由記述欄]					
53. 外出活動をする際は、日中の活動や作業で得た給料から買い物をする。利用者自ら地域住民に趣旨等を説明して商品販売を行いボーナスを獲得し、その金銭で外出行事を計画するなど社会生活を営む支援を行っている。					
54. 配置されている看護師を中止として利用者の健康管理に努めている。年2回、地域の医療機関で検診を実施している。車いすのためレントゲン車での撮影ができない場合は、施設負担で別途実施している。					
55. 服薬が必要な利用者に対しては、看護師の指導の下、支援をしている。服薬管理に関するマニュアルは確認できなかった。					

評価結果対比シート(障害)

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。	B	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。	B	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。	B	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。	C	B
[自由記述欄]					
56. 地域生活が継続できるように相談支援事業所と連携し、利用者のみならず保護者への状況を見据えた支援を実施している。 57. 連絡ノートを基本としながら、直接電話でのコンタクトや送迎時を利用して保護者との連絡を密にしている。 58. 作業や活動の決定では、利用者の意思を尊重しながら、その特性に合わせて選定している。地域の関係団体との連携のもと、日常の作業やボーナス獲得の取り組みを実施している。 59. 利用者の意向や状況に応じて作業時間や内容等を工夫している。工賃規程は整備されているが、利用者への説明が十分ではない。					

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。	C	B
[自由記述欄]					
60. 施設外就労先のリサイクルセンターで利用者理解のために「合理的配慮」のための講習を行うなど、一般就労に向けた働きかけをしている。また、一般就労に向けた関係機関との連携の仕組みがある。					