

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	地域内の「自立支援センター」となることをビジョンとして掲げ、法人が発行している冊子にはその詳細などが記載されている。 事業所内に理念・基本方針の掲示はなく、法人のウェブページでも確認できないが、所沢しいのき会公開資料ファイルが施設の玄関に設置しており、誰でも見られるようになっている。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 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	経営状況については理事会等において報告されており、決算報告書と現況報告書は法人ウェブページに毎年度分が掲載されている。事業環境については同業者の地域への進出状況などを把握し、現状を分析、課題の把握などがされている。
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	経営環境の変化による利用者数の変化があり、経営改善のための施策を立てて活動すると共にサービス改善に努めている。 ただし、設備の稼働や利用者の確保、サービス品質の向上など、現状の課題を解決するための取り組みは多岐に亘り、課題を把握しつつもすべての課題について解決のための計画やアクションには至っていない状況である。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-① 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	事業所では中長期計画は策定されておらず、単年度計画のみを作成している状況である。法人ではビジョンに基づく事業所の運営がされているが、中長期の計画への展開や策定された中長期計画に基づく事業計画の策定を行うことが望まれる。
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c	大まかな方向性を踏まえた単年度の事業計画は作成されているが、中長期計画は策定されていないことから、単年度の計画への反映ができていない。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-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。	b	管理者が事業計画案を作成し、その内容について全員参加の職員会議で検討し、職員の意見を踏まえた事業計画を策定して理事会に提出している。 法人の意思決定プロセス等の職員への周知は十分でなく、また、評価・見直しについても改善の余地がある。
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	現状は、「所沢しいのき会公開資料」を施設玄関に置き、誰でも見られる状態にあるが、積極的に周知して理解を促す取り組みなどはおこなっておらず、そのためか、特に意見なども見られない。利用者家族等は事業計画より日常の活動に関心が高いものと推察され、その点については適宜の周知がされている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果	コメント
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。		
I-4-(1)-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	法人が主催する虐待防止等の研修については職員全員が参加（視聴）している。事業全体の振り返りと課題の抽出など組織的な仕組みの構築、職員・事業所の自己評価や利用者アンケートの実施、支援スキルの習熟や知識の習得などに関する研修への参加等、サービスの質を向上させるための取り組みは不十分な状態である。
I-4-(1)-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	事業全般の課題は把握しているものの、具体的な解決策の実行には至っていない。アンケート等による現状確認やサービス自己評価などは不十分な状態であるが、利用者からの要望を抽出するために、前年度から引き続き土曜に開所して利用者と個別に面談をしている。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-1-(1)-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	職務分掌は周知がされているが、組織的なトップダウンの仕組みが明確ではなく、また、職員の意見を把握するための仕組みや策などがあるわけではないため、職員個々の意向確認までは出来ていない。
II-1-(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。	c	全体職員会議を月1回（15時半～18時）開催しており、経営課題の共有、現状報告を行い、ケース会議、個別支援計画会議もその中で実施している。 法令の理解などについては、法令等に変更があったときに会議において資料を配布している。ただし、勉強会や研修、理解度チェックなどは実施されておらず、正しく理解するための取り組みとしては十分ではない。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b	年3回行われる市内事業所連絡会、月1回～2か月に1回行われる自立支援協議会の各部会（精神、職業支援、生活部会）には管理者が参加しており、内容については必要に応じて職員会議の中で伝えている。 支援方針のすり合わせなどについても必要に応じて職員会議の中で議題に上げて意見を出してもらっている。利用者調査の分析や対策等はその仕組みづくりを期待したい。
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	c	何かが発生した場合、その都度の対応となっていることが多く、管理者業務が内部環境により多忙にならざるを得ないことから、事後処理的になってしまっている現状がある。計画的な取り組みや、指導力を発揮しにくい環境があり、何らかの対策が必要と考えられる。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。		
II-2-(1)-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。	c	人材の確保と定着に関しては法人が対応しており、事業所としては事業展開上の要請を行ったうえで、与えられた人的資源を活用しているが、職員は不足しており、急な休みが生じると業務が止まることもある。組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための人員が不足しており、人材および人員体制に関する具体的な計画が確立しているとは言えない状況である。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	現状では期待する職員像やそこに向かうための能力開発、育成、評価、処遇などの一貫した人事管理の仕組みは確立されていない。
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b	有給休暇を年5日取得することはシフトの調整により消化できているが、残業時間は職員により大きく異なっている。休暇を取りやすい環境についても向上の余地があり、職場環境の改善が必要である。

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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	c	職員育成に関するキャリアプランは無く、職制に合わせたキャリアプランなどが構築できると良い。 事業所では事業分野ごとの売り上げ目標達成を念頭に置きながら利用者の作業プログラムの習熟支援と円滑な事業活動の推進を目指しているが、調査時点では事業所内の環境により個々人の育成に取り組む余地が少ないのが現状である。
Ⅱ－２－（３）－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。	c	職員の教育・研修に関する基本方針は策定されている。職員不足により研修参加も難しい状況にあり、現実問題として計画の策定自体が行い難い状況である。
Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	b	年2回、法人本部で実施される研修は、1～2時間のDVDに録画されており、事業所ではその研修DVDを職員全員が視聴している。内容は虐待防止等であり、多様な研修を受講する機会の確保、また、その機会を確保するための内部環境の整備が必要である。
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。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習生の受け入れは法人で実施しており、事業所としては要請により実習場所の提供をしている。実習は法人の各事業所で実施され、事業所では障害者施設のひとつとしてB型事業所の説明等をおこない、2週間の実習期間のうちの1日を担当する等、部分的に教育・育成に関与している。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
Ⅱ－３－（１）－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	法人のウェブページでは、各年度の決算報告書と現況報告書がPDFで公開されており、誰でも内容を確認することができる。また、法人設立の由来から今日までの歩みと傘下全施設の写真と活動概要などが開示されている。
Ⅱ－３－（１）－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	会計業務に関しては、外部の監査指導を受けて適正な処理を目指している。事業所運営全般に関しては法人本部の支援を受けて取り組んでいる。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	町会だよりのポスティングを受注するなど、利用者の活動の場を広げている。地域の行事では夏祭りへの招待があり参加している。また、夏祭りでは事業所で製造しているパンやクッキーの販売も行なっている。なお、利用者の参加者は5人程度であり興味がなく行かない利用者が多い。
Ⅱ-4-(1)-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	今年度は前年度から継続して2名のボランティアを受け入れている。ボランティア受入れマニュアルなどは用意されていないため、作成し受け入れに対する基本姿勢や注意事項などを明確にすることを期待したい。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-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	事業所として「連絡会」や「自立支援協議会」の会議に参加している。また、協力医療機関（病院や医師）は法人として連携している。事業展開上の必要性に応じて、市役所、地域の医療機関、保健センター、就労支援センターなどと連携している。また、法人グループ内の各施設や地域活動支援センター、地域生活支援センターなどとも連携して利用者の支援にあたっている。
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	事業環境については同業者の地域への進出状況等を把握している。また、「自立支援協議会」等の会議に参加し、行政機関とは空き状況の確認などで連絡を取り合い、それらの機会に情報が収集されている。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	c	事業所の活動としては、現状において特に何も実施されていない。

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	コメント
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	権利擁護規程には自己決定の尊重、利用者の参加権等のほか、施設の配慮や説明義務、施設・職員の姿勢などについて明記されている。また、利用者個別の支援に関しては、月1回の全体職員会議の中でケース会議や個別支援計画会議を開催し、個々の支援について話し合っている。 権利擁護は本部研修（虐待防止、身体拘束/行政通報/成年後見）に職員全員が参加している。利用者尊重に関するテーマについて事業所内部において勉強会を開催するなど、共通理解を持つための一層の取組も期待される。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	個人情報保護については規程を整備している。また、利用者のプライバシー保護については権利擁護規程内に明記されている。作業場では個人のロッカーが整備されている。

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。		
Ⅲ－１－（２）－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	事業所の情報は法人の広報紙やウェブページ等で周知をしている。通所希望者にはまず見学をしてもらい、法人・事業所のパンフレット類を渡して説明をしているほか、提供するサービスが本人に合っているかを確認するための体験利用の期間を設けている。
Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	a	契約時はサービスの詳細や権利擁護に関する事、苦情解決制度等、重要事項を説明しており、利用にあたり必要な説明して同意を得ている。利用開始時には面談を実施してその後個別支援計画書を作成している。
Ⅲ－１－（２）－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	法人では多様な事業を展開しており、法人グループ内での移行の場合は引継ぎも行きやすい環境がある。移行時は個別の状況を踏まえ必要な配慮をする事としている。他事業への移行等のときは、家族および相談支援事業所等にサービスの情報提供を行い、必要に応じ移行先への情報提供をしている。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	月1回の個別面談で仕事の事や将来の事、気になることや不平・不満等を確認し、内容について対応すべきことがあれば対応策を検討している。また、今回実施した福祉サービス第三者評価の利用者調査の結果も参考に利用者意向の把握に努めている。
Ⅲ－１－（４） 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－（４）－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	苦情解決の仕組みについては、受付窓口、解決責任者、第三者委員及び公的な対応窓口である運営適正化委員会の連絡先等について重要事項説明書に記載して利用契約時に説明するとともに、館内掲示等を通して周知している。
Ⅲ－１－（４）－② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	毎月実施している利用者との面談では、利用者が意見を言いやすいよう、普段の仕事を担当する職員とは別の職員が担当し、相談室で面談することで話しやすい環境を提供している。面談内容については職員会議で話し合わせ、検討と対応がされている。
Ⅲ－１－（４）－③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	毎月の面談や日常の中で聞き取った利用者からの相談や意見のうち、迅速性を求められる場合は、必要に応じて本部へ連絡し、即対応するようにしている。

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。		
Ⅲ-1-(5)-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。	c	利用者、職員の安全に関するマニュアルは、法人作成の安全対策マニュアル、非常時対応マニュアル、災害時のマニュアル等が配備されているが活用度は高くない。事業所としての独自のマニュアルは作成しておらず、災害時のマニュアルは県のマニュアルに準拠している。今後は避難訓練を年2回、通報訓練を年1回実施予定である。事故防止ではヒヤリハットを記録しているが、意識して積極的に収集して活用することを勧めたい。
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b	感染症対策に関しては、感染症対策マニュアルが整備されており、手洗い、うがい、マスクを励行している。ここ数年はコロナ禍への対応を最優先して取り組み、感染症マニュアルに基づいた予防対策や発生時の通所や勤務のルールなどを徹底している。感染症BCPは現在作成中で、年内に作成し、年明けに本部で完成させ、年度内の完了を目指している。
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b	非常災害時の備蓄などがされている。非常食については食品を扱う事業所であるため、材料を災害時に使用することになっている。事業継続計画（BCP）は今年度中に完成させる事を目指して策定中である。当事業所における重要リスクを感染症と災害対応に定めてBCPの策定に取り組み始めたところであるため、年度内の完成とそれに基づく訓練の実施を期待したい。

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標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	c	法人作成の「障害者福祉サービスガイドライン」には職員全員がわかまえるべき心構えから日常生活援助、個別支援プログラムや運営管理まで基本的な項目についての手順がわかりやすく網羅されている。事業所としては手付かずの状況であり、事業所内でこれを標準化し、職員全員で活用していくことが効果的と思われる。
Ⅲ-2-(1)-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。	c	事業所としての標準的な福祉サービスの実施方法が定められたのちには、定期的に見直し常に活用できる状態を維持することを期待したい。
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。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画（個別支援計画）を適切に策定している。	a	アセスメントは計画相談事業所の書類を参照し、チェック式、自由記述式で記録して個別支援計画作成時に参照されている。利用開始時に行う初回アセスメント後に長期・短期の目標を設定し個別支援計画を作成しており、その後は6か月毎に利用者面談の内容を踏まえて目標と計画の継続、変更の決定をして更新している。
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	毎月の職員会議の中でケース会議や個別支援計画策定会議を実施している。会議には全職員が参加して、最終評価を踏まえて計画案を作成している。モニタリングは計画相談支援事業所のモニタリング結果を参考にしている。事業所では個別支援計画の中間評価、最終評価を実施しており、利用者個々の目標は継続となる事が多い。

Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	個別支援計画策定会議ではアセスメントと個別支援計画を作成しており、利用者個々の状況と計画が共有されている。利用者個々の記録はケース記録に記録されており、内容についてはケース会議で共有されているが、職員個々の理解度や担当者が記録する利用者個々のケース記録の内容については事業所としても課題として認識している。
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。	a	個人情報の扱いについては、所沢しいのき会個人情報保護規程に則り対応している。利用者の個人情報は個別の台帳にまとめられており、記録等は鍵付きの書庫で保管し、鍵の管理は管理者が担当している。

A 個別評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a	アセスメントと個別支援計画作成時に実施する面談の際に利用者の要望を聞き取っており、それを基本として支援を実施している。通所については目標に設定することも多いが、実際の通所ではその時の本人の意志を尊重し自由に行っている。また、作業の進め方について利用者から提案があることがあり、対応が出来ることについては意向や提案を尊重している。なお、利用者からの要望について外部のサービス等が利用できる場合は紹介をしている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	法人が年に2回主催する研修は、令和5年度は虐待、身体拘束、行政通報、成年後見をテーマとして開催されており、事業所ではオンラインもしくは録画で全職員が受講して研修報告書を提出している。事業所内では職員会議の中で権利擁護や虐待防止についての事例などをトピックとして情報提供することはあるが、事業所内部で話し合う機会等は持っておらず、現場の特性上管理者の目が届きにくい部分があるなどリスクがあるため注意が必要である。自己チェックや教育、啓蒙など重点的に実施していく必要がある。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	例えば、QOLを高めたいという利用者であれば、その人に適した仕事の提供などで事業所に通所しやすい環境を整えて支援を実施している。休日の生活面についての支援などは生活支援センターとの連携により実施している。また、法人内の相談支援事業所や市との連携、訪問看護やヘルパーの利用等、関係機関の協力を得て個々の利用者の支援を実施している。
A-2-(1)-② 利用者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	利用者とのコミュニケーションについては、精神障害者の特性上、会話は特に問題なくおこなわれている。職員は個々の利用者の病状や病気の特性を理解して支援にあたっている。
A-2-(1)-③ 利用者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	利用者との個別面談を通して利用者の希望や意向を把握し、尊重して支援をしている。例えば、週3日の通所を計画していた時に、利用者から週2日の通所希望があった場合などはその希望に応じている。また、作業手法について提案があったときは、可能であれば応じている。利用者の希望や目標設定が少し現状よりも高い内容であっても可能性があれば応援し支援をしている。
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a	事業所では、所沢どんぐりの家を基本的に労働の耐性をつくる場として位置づけて支援を実施している。必然的に通うことが重要であり、決められた時間に通所する事、働く事自体が目標となる。そのため、利用者個々の個別支援計画における目標も「しっかり通所する。」「通所時間を延ばす」などに設定され、そのための支援やフォローが実施されている。
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a	機能障害や半身麻痺など、その人の特性に合わせた環境づくりや支援をしている。自閉の傾向があれば、ホワイトボードで作業工程を示すこと等を行い、見通しを立てたり、どこで何をするかなど、本人が混乱しないようわかりやすく示している。

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	日常生活は基本的に自立しており、排泄や食事の介助などは必要がない。昼食は事業所内で弁当を購入することができる。利用者は弁当の購入のほか、持参する人もおり、本人の意志により自由にしてもらっている。
A-2-(3) 生活環境		
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a	作業場内は整理整頓されており、作業、休憩がしやすい環境が整っている。また、厨房は清潔に保たれており、衛生的である。厨房では火や刃物を扱うため、安全管理と衛生管理は徹底している。火を使う時は時、前もってその都度声をかけて見守り、刃物は使用するとき以外は保管庫で管理している。事業所内に静養室があり、体調が悪い時は静養室で休息をとることができる。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	c	機能訓練は特に実施していない。
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-① 利用者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	利用者個々の通院状況と服薬の状態を把握している。また、利用者が訪問看護を利用している場合は、訪問看護からも情報を得ている。日々の体調管理では、毎日検温を実施し、一定の体温以上の場合は帰宅してもらっている。また、服薬してこなかったことが分かった場合も帰宅してもらっており、この点は厳しく実施している。通院同行はせず、必要があれば生活支援センターに依頼している。
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b	事業所では町会から「町会だより」のポスティングの仕事を開設当初から請け負っている。また、弁当の配達や市役所内の喫茶店での接客など、事業所での仕事を通じて地域との接点を持ち、社会参加ができる環境がある。ただしその仕事を選ぶ利用者は多くはない。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者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	地域の夏祭りの行事に呼んでもらっており利用者は数人が参加している。また、どんぐりグループで開催している納涼祭や法人内の他事業所と共催する音楽交流会、運動会行など、事業所外の人との接点がある。さまざま人と触れ合うことは、社会生活をしていく上で有意義な経験となっているものと推察される。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b	家族との交流については交流会をする等の特別なことは実施していない。家族等から相談があったときは相談に応じている。内容により家族への支援が必要な時は相談支援事業所に依頼したり、家族会を紹介するなどに対応している。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価外
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a	例えば就職を目指す利用者には、最低限通所する時間を決めたり、作業日数を伸ばしていくなど、就労に向けたフォローをしている。
A-4-(1)-② 利用者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	弁当の製造と配達、市役所内の喫茶店での接客やレジ打ち、軽作業があり従事できる仕事の種類は多岐にわたる。また、軽作業はAMのみ、PMのみなど、通所時間も本人に合わせている。残業もあり、決められた納期に納品する仕事等を利用者の希望や特性に応じて分担して作業が進められている。
A-4-(1)-③ 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	就労移行支援ではなく就労継続支援B型事業所であるため就職活動の支援まではしていないが、必要とする人には情報提供を行なっている。事業所からの移行先としては、就労継続支援A型、就労移行支援、他のB型事業所などがあり、A型、就労移行支援には毎年一定数の移行実績がある。事業所への通所によって労働耐性を身に付け、通える自信が付き移行する例も少なくはない。