

## 就労継続支援A型事業所におけるスコア表（実績Ⅰ～Ⅳ）

## (Ⅰ) 労働時間

前年度（令和3年度）

|                             |       |    |                   |       |   |                |   |    |
|-----------------------------|-------|----|-------------------|-------|---|----------------|---|----|
| 雇用契約を締結していた全ての利用者における延べ労働時間 | 8,651 | 時間 | 雇用契約を締結していた延べ利用者数 | 1,672 | 人 | 利用者の1日の平均労働時間数 | 5 | 時間 |
|-----------------------------|-------|----|-------------------|-------|---|----------------|---|----|

## (Ⅱ) 生産活動

会計期間（4月～3月）

前々年度（令和2年度）

|                 |           |   |              |           |   |    |             |   |
|-----------------|-----------|---|--------------|-----------|---|----|-------------|---|
| 生産活動収入から経費を除いた額 | 1,205,376 | 円 | 利用者に支払った賃金総額 | 5,107,696 | 円 | 収支 | ▲ 3,902,320 | 円 |
|-----------------|-----------|---|--------------|-----------|---|----|-------------|---|

前年度（令和3年度）

|                 |           |   |              |           |   |    |             |   |
|-----------------|-----------|---|--------------|-----------|---|----|-------------|---|
| 生産活動収入から経費を除いた額 | 1,425,199 | 円 | 利用者に支払った賃金総額 | 7,118,014 | 円 | 収支 | ▲ 5,692,815 | 円 |
|-----------------|-----------|---|--------------|-----------|---|----|-------------|---|

## (Ⅲ) 多様な働き方

前年度（令和3年度）における実績（全体表「(Ⅲ) 多様な働き方」の各項目において「就業規則等で定めており、前年度の実績がある」と選択した場合に実績を記載）

## ①免許・資格取得、検定の受検動奨に関する制度

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ①免許・資格取得、検定の受検動奨に関する制度を活用した人数 | 名 |
| ※取得を進めた免許等：                   |   |
| 制度の活用内容：                      |   |

## ②利用者を職員として登用する制度

|                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| ②職員として登用した人数          | 1名                                  |
| ◎うち1名は雇用継続期間が6月に達している | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ◎うち1名は前年度末日まで雇用継続している | <input type="checkbox"/>            |
| ※登用した日                | 平成31年 3月 1日                         |
| 勤務形態                  | パート                                 |
| 就業時間                  | 9時00分～16時00分                        |
| 職務内容                  | B型生活支援員                             |

## ③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律

|             |         |
|-------------|---------|
| ③在宅勤務を行った人数 | 名       |
| ※実施した期間     | 月 日～月 日 |
| 就業時間（在宅勤務）  | 時 分～時 分 |
| 職務内容        |         |

## ④フレックスタイム制に係る労働条件

|                   |         |
|-------------------|---------|
| ④フレックスタイム制を活用した人数 | 名       |
| ※実施した期間           | 月 日～月 日 |
| 就業時間（コアタイム）       | 時 分～時 分 |
| 職務内容              |         |

## ⑤短時間勤務に係る労働条件

|               |         |
|---------------|---------|
| ⑤短時間勤務に従事した人数 | 名       |
| ※実施した期間       | 月 日～月 日 |
| 就業時間（短時間）     | 時 分～時 分 |
| 職務内容          |         |

## ⑥時差出勤制度に係る労働条件

|                |              |
|----------------|--------------|
| ⑥時差出勤制度を活用した人数 | 1名           |
| ※実施した期間        | 4月1日～3月31日   |
| 就業時間（早出の場合）    | 時 分～時 分      |
| 就業時間（遅出の場合）    | 9時30分～15時30分 |
| 職務内容           | 陶磁器製造        |

## ⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| ⑦時間単位取得を活用した人数  | 名                                    |
| ⑦計画的付与制度を活用した人数 | 名                                    |
| ※取得した制度         | 有給休暇の時間単位取得 <input type="checkbox"/> |
| 計画的付与制度         | <input type="checkbox"/>             |
| 取得した期間          | 月 日～月 日                              |
| 取得日数・時間         | 日 時間                                 |

## ⑧傷病休暇等の取得に関する事項

|               |                |
|---------------|----------------|
| ⑧傷病休暇等を取得した人数 | 1名             |
| ※取得した内容       | 適応障害（抑うつを伴うもの） |
| 取得した期間        | 8月1日～9月30日     |
| 就業時間          | 時 分～時 分        |
| 職務内容          | 陶磁器製造          |

（※）当該制度等を活用した任意の1名の実績を記載

## (Ⅳ) 支援力向上

前年度（令和3年度）における実績（全体表「(Ⅳ) 支援力向上」の各項目の取組ありとした場合に実績を記載）

## ①研修計画に基づいた外部研修会又は内部研修会

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ①研修計画を策定している | <input type="checkbox"/> |
| ◎研修実施回数      | 外部 回/内部 回                |
| 対象職員数        | 人                        |
| うち研修受講者数     | 人                        |
| ※研修名         |                          |
| 研修講師         |                          |
| 実施日・受講者数     | 月 日 人                    |

## ②研修、学会等又は学会誌等において発表

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| ②研修、学会等又は学会誌等において発表している回数 | 回   |
| ※研修、学会等名                  |     |
| 実施日                       | 月 日 |
| ※学会誌等名                    |     |
| 掲載日                       | 月 日 |
| 発表テーマ                     |     |

## ③視察・実習の実施又は受け入れ

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| ◎先進的事業者の視察・実習の実施している | <input type="checkbox"/> |
| ◎他の事業所の視察・実習を受け入れている | <input type="checkbox"/> |
| ※先進的事業者名             |                          |
| 実施日/参加者数             | 月 日 人                    |
| ※他の事業所名              |                          |
| 実施日/参加者数             | 月 日 人                    |

## ④販路拡大の商談会等への参加

|                  |     |
|------------------|-----|
| ④販路拡大の商談会等への参加回数 | 回   |
| ※商談会等名           |     |
| 主催者名             |     |
| 日時               | 月 日 |
| 内容               |     |

## ⑤職員の人事評価制度

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| ◎職員の人事評価制度を整備している | <input type="checkbox"/> |
| ◎当該人事評価制度を周知している  | <input type="checkbox"/> |
| 人事評価制度の制定日        | 年 月 日                    |
| 人事評価制度の対象職員数      | 名                        |
| うち昇給・昇格を行った者      | 名                        |
| 当該人事評価制度の周知方法     |                          |

## ⑥ピアサポーターの配置

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| ◎ピアサポーターを配置している                  | <input type="checkbox"/> |
| ◎当該ピアサポーターは「障害者ピアサポーター研修」を受講している | <input type="checkbox"/> |
| ※配置期間                            | 月 日～月 日                  |
| 就業時間                             |                          |
| 職務内容                             |                          |

## ⑦第三者評価

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| ◎前年度末日から過去3年以内に福祉サービス第三者評価を受けている | <input type="checkbox"/> |
| ※評価を受けた日                         | 月 日                      |
| 第三者評価機関                          |                          |

## ⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| ◎ISOが制定したマネジメント規格等の認証等を受けている | <input type="checkbox"/> |
| ※認証を受けた日                     | 月 日                      |
| 規格等の内容                       |                          |

（※）実績のうち1事例を記載

各項目について適宜、実績がわかる情報を追加すること。