

優良A型事業所認定制度要綱

(1) 優良A型事業所認定制度について

① 目的

就労継続支援A型事業所の使命は、利用している障害者がいきいきと働くことができ、充実した生活の基盤を構築できるサービスを提供することである。さらに、全Aネットでは、A型事業所に携わる事業所がA型事業の趣旨をふまえて事業制度を健全に運用し、障害者に適正な仕事と十分な賃金を支払うことができる経営能力を有していることが重要であると考え。このような観点から、A型事業所としての質を保障できる一定の基準を設定し、その基準を満たした事業所を認定する制度を構築し、A型事業所のボトムアップを図り、A型事業所の自発的な改善を促すことを目的とする。

② 応募・申請方式

i. 応募資格

全Aネットの会員であり、別途示す評価基準（別紙1）をクリアすること。

ii. 申請方法

専用応募フォーマット（別紙2）に記入し、事業所調査票（別紙表3）を添付の上、郵送またはメールにて申請する。

iii. 評価基準の設定

評価基準を審査委員会において精査する。

iv. 選定過程

ア. 書類審査

必須となる数値基準・取り組み基準のクリア状況より認定者にふさわしいか否かを審査する。

イ. 現地調査

必要に応じて、事業所の現地審査を実施する。なお審査員派遣の交通費等を一部徴収することができる。

v. 審査委員会による適格性審査および合否の判定

委員による法人または事業所の運営水準の適格性や各種取り組み内容等を総合的に審査し、合否を決定する。

vi. 審査委員会

ア. 構成員：5～6名

イ. 内訳：有識者・行政機関・就労支援関連団体等から選任

※事務局として全Aネットが数名参加する。

vii. 認定者の特典

ア. 認定証の交付

イ. 全Aネットホームページでの情報発信（事業所・取り組み内容の紹介・講評）

viii. 認定の継続

ア. 認定の有効期間は3年

イ. 認定継続を希望する事業所は更新審査を受ける。

(2) 優良A型事業所の評価基準について

別途定める事業所調査票の値について、下記条件の評価基準をもとに総合的に評価する。

別紙 1

| | 条件 | 選定項目 | 項目についての選定条件 |
|---------------|----|-----------------------|-----------------------------------|
| 応募 条件 | 1 | 就労事業収支 | 原則、事業収益 / (利用者賃金+事業経費) ≥ 1.0 |
| | 2 | 平均月額賃金 | 原則、当該都道府県の都道府県別平均賃金以上 |
| 書類 審査 等 | 3 | 労働時間について | ※書類審査、および適性検査の評価基準の参考とする。 |
| | 4 | 就業規則・給与規定 | |
| | 5 | 能力開発・能力向上への取り組み | |
| | 6 | 雇用保険加入状況 | |
| | 7 | 社会保険加入状況 | |
| | 8 | 減額特例制度の適用状況 | |
| | 9 | 常勤職員の年平均職員給与 | |
| | 10 | 就労移行の実績 | |
| | 11 | 重度障害者または精神障害者の受入れ人数割合 | |
| | 12 | 研修会への参加状況 | |

年 月 日

優良 A 型事業所認定制度 認定審査申請書

下記の事業所について、優良 A 型事業所認定審査の申し込みをいたします。

法人名： _____

法人代表者名： _____

<対象事業所>

◇事業所名： _____

◇事業所代表者名： _____

◇所在地： 〒 _____

◇認定申請前年度の当該事業所に関する障害者総合支援法第 50 条第 1 項第

4 号への該当に伴う経営改善計画書の提出の有無 (該当選択肢をチェック)

提出していない

提出している

【連絡先】

担当者名： _____ 所属部署： _____

所在地： 〒 _____

電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

優良 A 型事業所認証制度 事業所調査票

*連絡先等については、事例集に掲載可能な内容でご回答ください

| | | | | | |
|-----------------------|----------|---------|-------------------------|---------|---------|
| 法人名 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 住 所 | 郵便番号 (〒) | | 市町村以下 | | |
| TEL | | | | FAX | |
| Mail | | | | | |
| 事業所開設年月 (西暦) | | | | | |
| 事業形態 | 1. 単独型 | 2. 多機能型 | 多機能型の併設事業 | 1. B型 | 2. 移行支援 |
| 従たる事業所の有無 | 1. 有り | 2. 無し | | 3. 生活介護 | 4. その他 |
| A 型利用定員 | 名 | | A 型実員 (令和元年 12 月 1 日現在) | 名 | |
| 職員数 (令和元年 12 月 1 日現在) | 常勤職員 | | 名 | 非常勤職員 | 名 |

1. 現在 A 型を利用している障害者の状況について

(1) 利用者実員の各障害別の人数をご記入ください。

(令和元年 12 月 1 日現在)

| 障害種 | 身体 | 知的 | 精神 | 難病 | その他 |
|-----|----|----|----|----|-----|
| 人 数 | | | | | |

*障害が重複されている利用者に関しては該当する障害それぞれにカウントしてください。

(2) 平成 30 年度における平均利用率をご回答ください。

| | |
|-------|---|
| 平均利用率 | % |
|-------|---|

(3) 平成 30 年度中に退所した利用者で一般就労された人数をご回答ください。

| | |
|--------|---|
| 一般就労者数 | 名 |
|--------|---|

(4) 平成 30 年度の利用者 1 人あたりでみた年間賃金総額の月平均の金額をご記入ください。

| | | |
|----------------|---|---------------------------|
| 年間賃金総額の月平均の平均額 | 円 | (平成 30 年 4 月～平成 31 年 3 月) |
|----------------|---|---------------------------|

*非雇用型を除く。

*賃金は、基本給、諸手当 (賞与、通勤手当、技能・資格手当等)、割増賃金 (時間外割増賃金等) をさします。

(5) 令和元年の通常期における利用者の月平均労働時間をご回答ください。

| | |
|---------|----|
| 月平均労働時間 | 時間 |
|---------|----|

*可能であれば令和元年 11 月の月平均労働時間をご回答ください (11 月が業務上の繁忙期や閑散期に当たる場合には他の月でも可)。

- (6) 雇用契約を締結している利用者を対象とする就業規則・給与規程について次の選択肢の中から、もっともあてはまるものを1つずつ選び番号に○をつけてください

| | 1. 常勤職員と同等のもの | 2. 非常勤職員と同等のもの | 3. 利用者用に独自に作成 | 4. 作成していない |
|------|------------------|-------------------|------------------|---------------|
| 就業規則 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 給与規程 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- (7) 事業所で実施している利用者の能力開発や能力向上などの取り組みについて、次の項目ごとに選択肢の中から、もっともあてはまるものを1つずつ選び番号に○をつけてください。

| | 1. 実施している | 2. 実施を検討・準備している | 3. 実施していない | 4. 必要と考えていない |
|--------------------------|--------------|--------------------|---------------|-----------------|
| 法人で直接職業訓練メニューを実施している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 法人外部に委託して職業訓練メニューを実施している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 資格取得や昇格を制度化している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 資格や能力に応じた昇給を制度化している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 障害に配慮したマニュアルや治具を整備している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| その他() | 1 | 2 | 3 | 4 |

*可能な限り関連資料を添付すること

2. 現在、A型を利用している障害者の状況について

- (1) 平成30年度中に退所した利用者の退所後の行先について、下記項目の実数をご記入ください。また、その他を選択された場合には、具体的な行先をご記入ください。

| 一般就労 | 在宅 | 職業訓練校 | 障害者福祉施設 | | 医療機関 | その他 |
|------|----|-------|---------|------|------|-----|
| | | | A型 | A型以外 | | |
| | | | | | | |

⇒ その他の具体的な行先

- (2) 在籍中の利用者の1週間の実労働時間について、各項目に該当する人数をご記入ください。

| | 10時間未満 | 10時間以上～20時間未満 | 20時間以上～30時間未満 | 30時間以上～40時間未満 | 40時間以上 |
|----|--------|---------------|---------------|---------------|--------|
| 人数 | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 内精神障害者人数 | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|

*可能な限り令和元年12月の第1週でお答えください。実労働時間には、休憩、面談等は含まれません。

- (3) 在籍中の利用者の最低賃金の減額特例制度の利用について、各項目に該当する人数をご記入ください。(令和元年12月1日現在)

| 減額率 | 0% (適用していない) | 20%未満 | 30%未満 | 40%未満 | 50%未満 | 60%未満 | 80%未満 | 80%以上 |
|-----|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 人数 | | | | | | | | |

- (4) 在籍中の利用者について、雇用保険および社会保険の適用対象者の人数をご記入ください。

| 雇用保険 | 社会保険 |
|------|------|
| | |

*令和元年12月1日現在、社会保険は、健康保険と厚生年金保険をさします。

- (5) 在籍中の利用者の障害年金の受給者人数について、種別・等級別にご記入ください。(令和元年12月1日現在)

| 種類 | 障害基礎年金のみ | | 障害基礎年金+その他の年金 | | その他の年金のみ | 年金の受給なし | 不明 |
|----|----------|----|---------------|----|----------|---------|----|
| | 1級 | 2級 | 1級 | 2級 | | | |
| 人数 | | | | | | | |

*その他の年金とは、障害厚生年金、障害共済年金をさします。

3. 職員年収額について

- 平成30年度の職員のおおよその平均年収額について、金額(単位:万円)をご記入ください。

| | 平均年収額(万円) |
|------|-----------|
| 常勤職員 | |

(平成30年4月~平成31年3月)

4. 生産活動について

- (1) 平成30年度における生産活動の年間売上額をご回答ください。

| | |
|-------|----|
| 年間売上額 | 万円 |
|-------|----|

- (2) 売上金額ベースでもっと多い業種を選択肢より1つ選び番号に○をつけてください。

1. 農作業 2. パン製造 3. 菓子製造 4. 弁当・配食・惣菜 5. 繊維製品製造
6. 皮革製品製造 7. 木工製品製造 8. 部品・機械組立 9. 印刷 10. リサイクル事業
11. 屋内清掃 12. 屋外清掃 13. クリーニング 14. リネン 15. 封入・仕分・発送
16. 仕入物販 17. 喫茶店・レストラン 18. 情報処理・IT関連 19. テープ起こし
20. 出版 21. その他()

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

7. 事業所の目標・経営理念・特色や工夫について

(1) 貴事業所の目標について、簡潔にご説明ください。

(2) 貴事業所のA型事業の運営方針としては、どのようなタイプのA型事業をめざしていますか？もっともあてはまる選択肢を1つ選び番号に○をつけてください。

1. 生涯就労型（障害のある人に、一定水準の賃金を保障し、長く働き続けることのできる事業所）
2. 一般就労移行型（一般就労への移行を重視し、促進する事業所）
3. ソーシャルファーム型（A型事業の対象とならない多様な働きづらさを抱えた者を、積極的に受入れる事業所）
4. その他のタイプ

()

(3) 貴事業所において、利用者が従事する生産活動の経営理念について、簡潔にご説明ください。

(4) 貴事業所において、事業所の目的を達成するための取り組みにおいて、もっとも貴事業所の特色が現れている取り組みやもっとも工夫している点について、簡潔にご説明ください。

- (5) 貴事業所において、就労時間や日数の向上、賃金の向上などにより、利用者の生活スタイルには、どのような変化や効果がみられましたか？もっとも貴事業所としてPRしたい点についてご自由にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|