

## 評価細目の第三者評価結果

### 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。		
1	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。	a 法人の中長期計画や行動指針を踏まえ、施設独自の理念・基本方針・目標を事業計画(権利擁護～意思決定支援～)に定め、年度初めに職員会議で周知している。家族宛には分かり易く作られた事業計画資料に基づき、年度初めの家族会で資料を配付し説明している。

#### 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	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。	a 法人が策定している発展強化計画及び地域福祉活動計画に基づき事業運営の重点項目や部門別の取り組みとして、管理職会議や現場担当者会議等で把握・分析をしている。コスト分析に関しては前年度と比較し数値化することで分かり易く明示している。
3	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。	a 法人として年2回の監事会で施設内の課題を抽出し理事会や評議員会に提案している。施設内でも職員会議や運営会議で周知し利用者の90%登所を目指す・節電・節約等、経営面の意識付けをしている。

#### 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	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。	a 発展強化計画や地域福祉活動計画で策定しており、重点項目や部門別取り組みとして具体的に表現している。PDCAサイクルの確認は策定委員会の中で定期的に評価・見直ししている。
5	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。	a 中期計画として重点課題等を分析・精査し、支援方針や業務改善の見直しに取り組んでいる。事業計画は年度毎に重点テーマが検討されており、実施後に事業報告書を作成し、前年度との比較に数値化を用いて分かり易くしている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a 事業計画に付いては、年度末の運営会議で見直しを行い職員会議で決定・周知を行っている。運営会議に於いて、年3回、定期的に評価・見直しが行われ、都度、職員会議で職員への周知が図られている。
7	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。	a 事業計画の利用者家族への周知は新年度の1回目家族会で伝えているが、今年度は感染症予防の観点から書面を配布して質問を受け付ける形にした。コロナの影響で計画が変更になるときは事前にお便り等で伝え周知した。

#### 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	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。	a 質の向上に付いては、グループ支援会議や支援共有会議、リーダーミーティングの中で具体的に協議し課題の共有化を行なっている。また運営会議の中でPDCAの確認をしている。2年毎に第三者評価を受審しており結果からも評価・見直しをしている。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもと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 運営会議にて確認された計画(P)に基づき、課題を明確にして短期・中期・長期改善に分類し現場担当者会議や調整会議で検討しており、継続的に評価・見直しが続けられている。

### II 組織の運営管理

#### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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。	a 組織体系図、業務分掌表、「権利擁護～意思決定支援～」シート等により管理職及び職員の職掌と責任を明示している。複数での役割はリーダーを明確にしている。災害時マニュアルを作成して不在時の権限を明示している。
11	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。	a 例年法令に関する研修に参加しているが、コロナの影響で研修が中止になっている。県からのメール配信等により法律の改正等の情報を収集している。法律に関連するポスターやチラシが送られてくると朝礼で周知し掲示もしている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a グループの支援会議や全体の支援共有会議で支援についての協議・周知・共有を行っている。職員の内部研修に付いては、より充実した支援に結びつける為の研修を行なっている(例:看護師や理学療法士による専門的な内容を分かり易く解説)。
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a 法人の分析等も踏まえ、管理職会議や調整会議、施設長会議で、人事・財務・労務等に関する分析を行っている。職員面談で意見を聞き取り、働きやすい環境整備作りに取り組んでいる。経営面では、利用者増に結び付く様、募集のチラシを作成し補充に努めた。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
14	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。	a 法人作成の人材育成基本方針に基本的な考え方が示されている。社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員等の専門資格取得を推奨し費用の一部補助も実施している。研修担当者会議で階層別研修等、各種の研修を計画している。

		第三者評価結果	コメント
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人作成の人材育成基本方針に「期待する職員像」を明示している。人事基準が明確に定められ、職員に周知されている。目標管理制度の導入により、年3回の評価面談を行ない期待値や注意する点等を職員に伝え、又、職員からも要望や希望を聴きコミュニケーションを図っている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	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り組んでいる。	a	定期的にストレスチェックが行われ、状況に応じてメンタルヘルスの対応が図られている。目標管理に基づく面談の他、状況によっては臨床心理士等の専門家と相談ができる仕組みが整っている。残業は定例の会議が中心で、日中時間に交代で事務を行うなど時間内で業務が終えられるよう意識付け出来ている。福利厚生の一部は外部の「ウィズ」に委託されている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	法人作成の人材育成基本方針に「期待する職員像」を明示している。目標管理制度が定着し、全職員が記入して定期面談に臨んでいる。年3回の定例面談の他に状況に応じて個別面談を実施。職員個々の状況把握を心掛けている。
18	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。	a	法人作成の人材育成基本方針に「期待する職員像」を明示している。人材育成基本方針に組織が職員に必要な技術や資格を明示している。研修は階層別や分野別、課題別を計画しており、事務局で受講履歴簿が管理されており、計画やカリキュラムの評価・見直しも併せて行なわれている。
19	II-2-(3)-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	個々の職員に対し「研修履歴簿」を作成しキャリア形成の一助としており、職員間で公平さを欠かない様、配慮もしている。新任職員にはOJTの仕組み(マニュアル)を活用しており、新任育成職員を配置し新任職員が孤立しないよう取り組んでいる。
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。			
20	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。	a	実習生受入れのガイドラインを整備し基本姿勢を表明している。職員会議で読み合わせをして全体周知している。実習指導者研修の受講や受け入れ担当者の配置等の体制を整えている。実習期間中は学校と連携し教師の訪問にも対応している。

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	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HPに予算・決算報告始め、事業計画・事業報告等を明示している。又、法人の事業紹介や各事業の活動報告等の資料公開もしている。第三者評価の受審結果については市や家族への報告を実施。苦情・相談の仕組みが整備されている。地域に向けては広報誌や地域の祭りに参加し施設紹介を行っている。今年度は地区の自治会広報誌にも掲載された。
22	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。	a	事務や経理に関する規定については経理規約や決済規定が策定されており、業務分掌に各職員の役割と権限が明示されている。法人では年2回の監事による内部監査や税理士、公認会計士、弁護士、労務士を含む外部の専門家にアドバイスをもらい改善に結びつけている。

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	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。	a	地域との関わり方に付いては、基本的な考え方を理念・基本方針・事業計画に明記している。地域へ向けての活動として、フラワーアレンジお届け活動・アルミ缶のリサイクル回収・プロペラ祭りの実施等で地域との関りを深めている。又、地域の催し物(柳瀬文化祭・柳瀬福祉祭り・ほっとふる柳瀬のイベント等)にも積極的に参加し、施設の紹介等を行なっている。
24	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。	a	ボランティア受入れガイドラインを策定し基本姿勢を明文化。受入れ担当職員を配置。学校とは職場体験の受入れ・出前授業等で協力している。今年度はコロナ影響で中断しているが定期的に連絡を取り合い、落ち着いた時点での受入れ態勢を整えている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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	関係機関・団体に付いては非常災害対策計画(小冊子)により周知されている。個々の利用者が活用している社会資源は支援共有会議で周知。各相談支援事業所・市ケースワーカー・障害福祉課等と連携を図り、定期的な会議開催、及び報告連絡等を行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-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	施設の畑で作物の育成/収穫・彩の国ボランティア体験・出前講座・車椅子指導・中学生の職場体験受け入れ・高齢者施設での手話ソング披露等々を行ない多くの場面で地域との交流を図っている。又、地区文化祭や防災訓練への参加/協力・福祉避難所としての整備を通して交流がある。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	法人のソーシャルワーカーや月に1回福祉なんでも相談を開催している相談部門等、地域のニーズに付いて情報を貰い把握に努めている。又、地区防災訓練では車いすの介助方法/貸出や聴覚障害者の避難伝達方法などを地域住民に伝える活動に参加している。

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			
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	III-1-(1)-① 利用者を尊重した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	事業計画や職員ガイドライン等で利用者を尊重したサービスの提供が明示されている。就業規則に懲罰規定を含め規定されており、職員に周知されている。手順書にも人権尊重が謳われている。虐待防止委員会を年2回実施し日常からの意識付けを行っている。

		第三者評価結果	コメント
29	Ⅲ-1-(1)-②	利用者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。	<b>b</b> 法人のプライバシーポリシーは確認できるが中身は個人情報保護規定になっており、プライバシー保護に付いての規程・マニュアルは策定されていない。虐待防止委員会の中で権利擁護に関しては定期的に検討している。一部パーテーションやカーテンで仕切り、プライバシーが守れる様、配慮している。
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。			
30	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。	<b>a</b> 利用者に分かり易く編纂されたパンフレットや広報誌「プロメール」を配布し、相談支援事業所や市役所・特別支援学校等に情報提供を行っている。HPの更新も随時行っている。入所希望者に対しては、見学、体験入所、一日利用等に対応しており、個別に丁寧な説明を行なっている。
31	Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	<b>a</b> 利用者の理解度や特性に合わせて絵カードや写真・実物を提示し、実際の体験など様々な情報提供を行っている。重要事項説明書の確認は捺印を頂いて利用者の自己決定を尊重している。サービスの開始や変更するにあたっては利用者・家族と話し合いを行い同意を得ている。尚、利用者への説明を色々な方法で行なう事により、理解できない利用者はおらず、依って意思決定が困難な利用者はいないと云う考えを基本に支援を行っている。
32	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。	<b>b</b> 変更や移行に関しては相談事業所を介して実施し、サービス担当者会議で丁寧に引継ぎが行われているが、手順書や引継文書は策定されていない。退所する場合は、相談等がある時は、従前の担当者が受ける旨を渡している。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	<b>b</b> 満足度調査は過去に行った事はあるが、利用者面談やご家族面談(利用者ミーティング)を定期的実施し意見や考えを聞く機会を設け満足度を把握している。継続的に満足度調査は行なわれていない為、ここから具体的な改善には結び付いていない。
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。			
34	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。	<b>b</b> 体制(苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員の設置)は整備している。仕組みは重要事項説明書に明示し所内掲示もしている。ご意見箱の設置や連絡ノートを通じて意見を表出し易い工夫をしているが、満足度同様、アンケート等で利用者の意見を抽出する様な事は行なっていない。苦情解決内容から標準的作業方法にフィードバックされる事もある。
35	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。	<b>a</b> 重要事項説明書の中に苦情申し立てや相談窓口を明記している。相談室も設置しており意見や思いが伝え易い環境を整えている。又、定期的な面談を実施しており相談し易い工夫をしている。グループミーティング等で意見や考えを討議する場を設けている。
36	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。	<b>a</b> 利用者ミーティングや面談等で出された意見は面談記録やケース記録に記載し、緊急度に応じてグループ会議やリーダーミーティング・職員会議等で検討し対応している。月1回、サビ管・施設長が記録を確認し書き方等に付いても指導が行なわれている。ご意見から質の向上に結び付く場合は、手順書の変更も行なわれる。
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。			
37	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。	<b>a</b> 緊急対応マニュアルが整備されている。又、リスクマネジメント委員が配置されており、定期的に委員会が開催される。ヒヤリハット事例の収集が行なわれており、年2回の検討会議を持ち、傾向の分析・対応策等協議し再発の確認を含め、評価・見直しが行われ共通理解に努めている。
		第三者評価結果	コメント
38	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>a</b> 看護師や専門家による年1回の研修を実施している。感染症毎のマニュアルも整備しており、定期的に見直しもされている。発生時には素早く対応できるように各所に衛生バケツ(防備品や吐しゃ物処理用品等)を用意している。
39	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>a</b> 災害時の役割分担が設定されている。又、防災計画に基づく年2回の自営防災訓練の実施、年1回の地区防災訓練への参加、災害備蓄品の管理等を行っている。利用者家族の連絡網の完備、全職員の一斉メール配信等、確実に連絡が取れる方法を複数選択できる様にしている。災害時に落ち着いて過ごせる様、災害時宿泊訓練も実施。BCPの展開も現状調査から始まっている。
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。			
40	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。	<b>a</b> 標準的な実施方法としてプロペラ職員ガイドラインが策定されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関することが明示されている。新人職員に関しては新人係の職員を配置、ガイドラインを元にOJTの仕組が構築出来ている。又、身体介助方法の研修等、振り返りが出来る仕組が設定されている。
41	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。	<b>a</b> 標準的な実施方法としてのプロペラ職員ガイドラインに関しては、年に1回年度末に見直し、必要に応じて修正や変更が行われる。それらは運営会議で確認し、職員会議で承認される仕組になっている。
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。			
42	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。	<b>a</b> アセスメント様式が決められており、利用者・ご家族面談を経てニーズ整理表におこし、必要に応じて外部の関係者を含め、協議するケース会議を実施。個別支援計画を作成し半期の中間評価で修正・見直しの確認をする。それらは支援共有会議で全体周知をしている。
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<b>a</b> 個別支援計画は、利用者面談・ご家族面談を経てグループ会議で検討後、中間評価や年間評価をしている。評価の内容は支援共有会議で全体に周知しており、必要に応じて毎日の朝礼で報告に挙げている。個別支援計画の実施内容から標準的実施方法に織り込まれる事例もある。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a 利用者に関するサービス実施状況は、朝礼や終礼で情報共有される他、支援共有会議やグループ会議・行事会議等で伝達される。書式は統一されており日々の支援内容を確認する事が出来る。記録はサビ管、施設長とチェック体制が出来ている。情報の分別は、回覧の他、共通サーバーを介しても行なわれる。
45	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 個人情報に関しては個人情報保護規定及び文書取り扱い規程を策定している。個人情報取り扱いに関しては面談時に伝え、承認を得ている。職員に関しては、守秘義務の観点から誓約書を入職時に求めている。又、個人情報保護に付き、研修も行なわれている。
A-1 利用者の尊重と権利擁護			
A-1-(1) 自己決定の尊重			
1	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 日中活動に関しては、利用者ミーティング等で話し合う機会を設けている。出された意見は尊重し実現する為の経過を共有している。個別の支援に関しては、利用者の自己決定を尊重し何をすれば実現出来るのかを常に念頭に置き、支援している。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
2	A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b 権利擁護・虐待防止委員を設定し職員に対し定期的に研修を行なっている。身体拘束に関しては安全配慮のためにやむを得ず実施する場合の了解を書面にて得ている。権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討する仕組みが整備されていない。
A-2 生活支援			
A-2-(1) 支援の基本			
3	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。	d 非該当
4	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 個々の利用者の身体能力に寄り、複数のコミュニケーションツールを用いて対応している。絵カードや独自のジェスチャーを表にして、周囲の人に分かり易く提示している。基本的な考え方として、意思表示や伝達が困難な利用者はいないと云う事をポリシーに支援している。
5	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 年数回の定時面談の他に、必要に応じて個別面談を実施して、利用者の思いを聞き取っている。出された意見に関しては書式に記録し、終礼やグループ会議等で共有・検討する仕組みが出来ている。
6	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 毎月1回個別の活動プログラムを作成している。全体では40通りのプログラムを準備しており、なるべく利用者の選択に答えられる様、配慮している。日中活動に付いては、利用者の思いを聞き取り、サークルやグループ活動等で反映している。
7	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 職員に関しては、専門家による研修の機会や支援共有会議での協議等を定期的に行い、支援の向上を図っている。又、状況の変化等により関係機関でのケース会議等も必要に応じて開催の働きかけをしている。
A-2-(2) 日常的な生活支援			
8	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 栄養士による献立作成、個別の食形態、アレルギーの除去食に対応。排泄や入浴もプライバシーに配慮し個別に行っている。プライバシー保護の観点から同性介助が原則だがやむを得ない場合の実施についてはご家族の了承を得ている。
A-2-(3) 生活環境			
9	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 利用者が落ち着いて過ごせるようにパーソナルスペースを設けている。必要に依っては医務室や相談室を開放している。居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
10	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。	d 非該当
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
11	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。	a 毎日のバイタルチェック、健康観察カードの記入、月1回の嘱託医検診と体重測定、年1回の健康診断・歯科検診で健康管理が行われている。週2回、運動の時間も設けている。必要な利用者は理学療法士によるストレッチや歩行訓練等継続したサービスを提供している。利用者の健康管理等に付いて、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。
12	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。	b 医療的ケア検討委員会で承認されたのち安全に実施している。又、年2回医療的ケア査察があり適正に実施できているか評価しあう仕組みになっている。医療的な指導や個別指導は定期的には実施していない。
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
13	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。	d 非該当
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
14	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。	d 非該当

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
15	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。	a ご家族とは毎日の送迎時や連絡ノート等で関りを持っている。必要によっては家庭訪問や関係機関とのケース会議を開催して目指す方向性を一致している。年2回の家族会や面談等で意見交換の機会を設けている。
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
16	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。	d 非該当
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
17	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。	d 非該当
18	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。	d 非該当
19	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。	d 非該当