

## 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。			
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	法人の使命・運営理念・運営方針・運営ビジョン・行動指針をHPや事業計画に明示している。施設に於いては、年度事業計画書に運営方針等を定め、職員会議や家族会等で周知している。本年度は家族会が中止となった為、各家庭に書面配布で対応した。

#### 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。			
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	中期計画として法人が策定している「第3次発展・強化計画」や「地域福祉活動計画in所沢」に於いて、社会福祉事業全体の動向や市の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。又、コスト分析や利用者の推移・利用率等の分析を定期的に行っている。
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。	a	経営環境や実施する福祉サービスの内容等に付いても中期計画としての「第3次発展・強化計画」や「地域福祉活動計画in所沢」に於いて具体的な課題を明確にしている。中期計画は小冊子にまとめられており、職員に周知されている。

#### 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。			
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	中期計画としての「第3次発展・強化計画」や「地域福祉活動計画in所沢」には、理念や基本方針の実現に向けた目標が明確に掲げられており、PDCAの展開方法に付いても分かり易く解説されている。
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。	a	中長期計画で挙げられた課題の中から、重点テーマとして取り上げた課題を、毎年織り込まれる課題と合せて年度の事業計画は策定されており、今年度よりPDCAの展開がし易く改善された書式に変更され、ている。
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。	a	事業計画の案画は先ず幹部職員で検討され、その内容を職員に提案し最終的に年度の方針としてまとめられる。年2回、振り返りを行ない実施状況の評価・見直しをする仕組となっている。職員には詳細版が作成され、説明の上、周知・徹底されている。
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。	a	例年、年度初めの家族会で職員向けに分かり易く作成した詳細版を用い説明を行い周知を図っている。その際、家族側から出た課題で事業計画に織り込む必要のある内容は、追加で取り上げられる。

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	a	職員会議・グループ会議に於いて、質の向上に関して課題の検討がされ各課題に付きPDCAサイクルで確認がされている。自己評価は年1回行なわれ、第三者評価も定期的に受審されている。
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	質の向上に関する課題の検討に基づき、職員会議・グループ会議に於いて各課題毎に改善策や改善計画が策定され、実施状況の評価を実施すると共に、必要に応じて改善計画の見直しも行っている。

### 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。			
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	組織体系図及び業務分掌を作成し、管理者及び職員の職掌と責任を明示している。施設長は年度始めの広報誌に於いて自らの役割と責任について、組織内の広報誌に掲載し表明している。非常時の権限委任に付いての規程がなく、今後の課題と言える。
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	法令に関する行政からの通知や関係機関からの情報に基づき、朝夕のミーティングや職員会議・文書回覧・掲示等の多様な方法で周知し、遵守する為の具体的な取組を行っている。又、研修等で得た情報に関しても、内部への報告の際に徹底している。

		第三者評価結果	コメント
<b>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>			
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	質の向上に関して、利用者からの情報の吸い上げに関しては、個別面談や家族会から情報を得ているが、“忌憚のない意見を聞く”と云う意味では、無記名のアンケート調査の様な方法が良い様に感じる。全体の改善テーマについては、職員会議や調整会議で抽出され、PDCAの展開が図られている。
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	人事・労務・財務等に関しては、本部への報告と合せ管理している。職員の働きやすい職場環境整備については、ノー残業デイの設置やシフトの調整等を行ない、環境作りに努めている。昨今のコロナ禍による自主生産品の収入減対策としての効率化の検討も進めている。
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>			
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	法人が定める人材育成基本方針に人材の確保と育成に関する方針が明記されている。有資格職員の確保の為に自主的な研修への参加等に関しては費用補助を行ない勧奨している。指定管理の契約上の人員を計画とし、減については法人を介して採用活動が行なわれている。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	法人が定める人材育成基本方針に「期待する職員像等」を明示している。人事基準については、昇給・昇格に関する規程や自己申告要領、就業規則等に明確化され周知されている。只、評価面談の際に評点の結果を伝えない為、将来に向け何を頑張れば良いのかが職員にとって分かり難い様に感じる。
<b>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>			
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。	a	年3回の施設長面談の他に職員の状況に応じて適宜面談を実施している。職員の就業状況に関しては、月次報告の都度、内容を分析し把握している。ストレスチェックを年1回行ない、メンタルヘルスの仕組として相談窓口の設置を含め機能している。ワークライフバランスについては、法人として対応内容を決め取組みを行ない、働きやすい職場作りを目指している。
<b>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>			
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	人材育成基本方針に「期待する職員像等」を明示している。全職員(派遣職員除く)は「目標設定・管理シート」を作成し、年3回の施設長面談で進捗状況を確認している。職員一人ひとりの目標設定は、項目・水準・期限が明確にされた内容となっている。
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。	a	法人により人材育成基本方針が策定され、「期待する職員像等」を明示している。この基本方針に従い、職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示しており、研修担当者会議で「職員研修計画」が策定され、それに基づき教育・研修が実施される。計画は定期的に評価・見直しを行ない、研修内容やカリキュラムの見直しが行なわれる。
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	職員一人ひとりに対して「研修履歴カード」を作成し、履歴を記録している。新任職員に対するOJTは適切に行なわれている。職員研修体系が策定されており、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等が実施されている。外部研修は情報提供すると共に、参加を勧奨している。
<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。</b>			
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	実習指導マニュアルに基本姿勢を明示している。実習指導担当者の配置、オリエンテーション実施等、受入体制を整備している。実習については、学校と連携してプログラム等を整備すると共に、継続的な連携を維持しながら実施している。
<b>II-3 運営の透明性の確保</b>			
<b>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。</b>			
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に理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容・事業計画・事業報告・予算・決算情報が適切に公開されている。苦情・相談の仕組を整備し体制や内容を公表している。地域に対しては、三ヶ島地区まちづくり協議会に参加し会合等で広報紙やパンフレットを配布しており、施設の活動等を紹介している。
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。	a	事務、経理、取引等に関するルールについては、経理規程・文書管理規程に規定されている。各々に拘わる担当等については、職務分掌に定められている。公認会計士・税理士による外部監査(法人)や監事による内部監査から、必要により助言を得ている。

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。	a	理念・基本方針にも地域との関わりにつき考え方を明示している。地域の活用できる情報やイベントにつき、掲示板やチラシの配布で案内している。草木染め講習会等の開催では施設を開放し、地域と協力して資源回収や近隣清掃等も行なっている。 <買い物・通院は非該当>
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マニュアルに基本姿勢を明らかにしており、それに従い手続きやオリエンテーションが開催される。小学生の施設見学や中学生の職場体験等を受入れ、学校教育への協力も行なっている。
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	地域の関係機関一覧表を作成し職員に周知している。相談事業所や市ケースワーカー・グループホーム・他関係機関等とは適宜電話を活用して連携を図っており、課題に対しては協働して具体的な取組を行なっている。月1回暮らしの相談窓口を開催し、情報収集を図っている。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設のスペースを開放して、地域住民対象に「草木染め講習会」や「車椅子操作方法講習会」を開催したり、地域交流室を書道や小物縫製のグループ等の活動に提供している。又、敷地内の掲示板を通じて「草木染めマスク販売」をPRしている。月1回「暮らしの相談窓口」を開催し、住民の相談を受けたりニーズ等の情報収集を図っている。災害時には福祉避難所として活用される。三ヶ島地区まちづくり協議会に参加し地域の活性化に貢献している。
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	月1回暮らしの相談窓口を開催しており、又、法人の監事が民生委員と云う事から、民生委員からの情報も併せ、地域の福祉ニーズの把握に努めている。三ヶ島地区まちづくり協議会に参加したり、車椅子操作方法講習会を開催したりする事で、地域貢献に関わる事業・活動を実施している。把握したニーズに基づき車椅子の貸出事業が行なわれている。

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。			
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	利用者の基本的な人権の尊重については、理念・基本方針にも謳われており、朝夕のミーティングやグループ会議・ケース検討会議・職員会議等で情報共有を図っている。又、倫理規程や運営規程にも明記され、自己決定を尊重する等、標準的な実施方法に反映されている。
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。	a	利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関しては、各々個別に規程とマニュアルが準備されており、プライバシー保護に関するガイドラインでも周知されている。設備的にはパーテーションやカーテンの設置によりプライバシーに配慮している。不適切な事案が発生した場合の対応方法につき、就業規則に懲戒規程が規定されている。
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	施設のサービス内容等を説明したパンフレットを、相談事業所や子ども福祉の未来館・障害福祉課・まちづくりセンター等に配置している。資料は写真・図・絵の使用等で分かり易く作成されている。見学・体験入所・一日利用等の希望に対応しており、丁寧に説明している。
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。	a	福祉サービス開始時に、運営規定・契約書・重要事項説明書等を丁寧に説明して同意を得ている。又、福祉サービスの変更及び終了時は、家族と丁寧かつ慎重に聞き取りや協議を行い、同意を得られる様、努めている。年1回、家族面談とは別途、利用者面談を行ない、意思疎通に努めている。
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	事業所変更＝環境が変化する事から、利用者のメンタル面への配慮に努め、家族・関係機関・相談事業所等と連携し、安心して移行できるよう努めている。退所後の相談や連絡先に付いては、相談事業所を介して案内されている。
III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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	利用者の満足度を確保する為の満足度調査は行なわれていないが、嗜好調査を実施し、その結果を献立表に反映している。年3回の家族会には、施設長と主査(又はサービス管理責任者)が出席して家族からの意見を聴取している。満足度調査がされていない為、調査担当者の設置や把握した結果の分析・検討等は行なわれていない。

		第三者評価結果	コメント
<b>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。</b>			
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	苦情解決に付いての体制に付いては、苦情解決責任者の設置・苦情受付担当者の設置・第三者委員の設置がされており、重要事項説明書に記載され入所の際に説明されている。苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)は実施されていないが、記録は保管され情報公開規定に従い、出来る物は公表している。只、実績が少なく質の向上に結び付く様な取組にはなっていない。
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	毎週金曜日に「利用者集会」を行い、利用者が自分の意見を話す場を設けてる。職員が利用者の代弁者となって意見を話す支援もしている。相談や意見の窓口として施設窓口・法人窓口・県窓口・市担当課等を案内している。
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。	b	相談・意見等に関して記録の方法や報告の手順、対応策の検討等に付いて定めたマニュアルは準備されていない。利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。投函は殆どないがご意見箱を準備して利用者が申し出し易い仕組みを準備しているが、その為、質の向上に結び付く様な取組にはなっていない。
<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。</b>			
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	リスクマネジメントに関しての委員会等は設置されていないが、緊急マニュアルを作成しており、災害・応急処置・感染症等、各種リスクの対応についてフローチャートを作成して周知している。ヒヤリハットの事例収集が行なわれ、要因分析・改善策・再発防止策検討・実施等の取組が行われているが、定期的に評価・見直し等は実施されていない。リスクマネジメント研修は階層別に受講が義務付けられている。
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	感染症の一部につきマニュアルは準備されているが、感染症毎にマニュアル化される事が望ましいと思われる。看護師が中心となり定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催しており、予防策が適切に講じられている。マニュアルの完備と見直しは今後の課題。
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。	a	年2回、施設内防災訓練を実施しており、1回は消防立会のもと実施している。地震や火災を想定して避難・消火・通報訓練を行っており、安否確認には名簿を準備の上、確認する仕組みとなっている。BCPの検討が法人内で進められている。地域の福祉避難所としての役割も担っている。
<b>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</b>			
<b>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。</b>			
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。	a	提供するサービスの標準的な実施方法に付き、手順書の策定を進めており、その中には利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示される。又、実施状況の振り返りが年1回行なわれる仕組みとなっており、活動内容等を検証・見直す機会としている。
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。	a	標準的な実施方法の実施状況の振り返りが年1回行なわれる仕組みとなっており、活動内容等を検証・見直す機会としている。職員や利用者等からの意見や提案等の中から、必要があれば標準的な実施方法が見直される。
<b>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。</b>			
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	決まったアセスメント様式があり、適切に実施されている。アセスメント段階や個別支援計画作成段階で利用者に課題がある場合は、サービス調整会議で相談事業所やグループホーム職員の参加の下、協議が実施される。利用者の個別ニーズには、ニーズ整理票が作成され支援計画に織り込まれ、見直しは年6回行なわれる。医療的ケアが必要な方に付いては、個別に対応している。
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。	a	個別支援計画会議が2ヶ月1回行なわれ、職員に周知されると共に、評価。見直しが実施され、必要があれば修正が行なわれる。併せて質の向上に関わる課題が明確になれば、必要に応じて標準的な実施方法が見直される。
<b>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>			
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、職員間で共有化されている。	a	一人ひとりに対して記録用の書式を準備し、個別支援計画に基づいて記録できるよう整備している。各自の記録は個別ファイルやデータで保管しており、情報共有されている。支援計画の承認の際に上長がチェックし、書き方等も間違いがあれば指導される。情報の分別は、直接伝えるか回覧の際に行なわれる。
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	個人情報保護規程や文書管理規程により管理されており、漏洩等不適切事案に関しては、就業規則に懲戒規程が策定されている。職員は入職の際、誓約書提出が義務付けられており、利用者からも同意書の説明時に案内されている。

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	利用者の自主性を尊重しながら、支援を行っている。年3回実施している個別面談では、活動内容等に付き、希望を確認している。日中活動に於いても、利用者が選択できる機会を設けている(例 カラオケ、ティータイム時の飲み物等)。虐待防止や権利擁護に関する研修会が実施されている。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
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	虐待防止や権利擁護に関する研修会が実施され、職員に周知されている。やむを得ない場合の身体拘束に関しては、契約時に承認を得て行なわれる。権利侵害事案が発生した場合は、決められた手順に従い相談支援事業所を介して報告され、ケース検討会議に於いて防止策等が協議される。権利侵害の事例収集等は行なわれていない。

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。	d	非該当
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。	d	非該当
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。	d	非該当
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	日中活動メニューを多種準備しており、利用者の希望により参加(不参加も)支援している。又、地域の利用者が参加できるイベント情報を提供し、利用支援も行っている。日中活動の内容の見直しを定期的に行っている。
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	職員は外部研修や内部研修(例：看護師やPTによる)により、障害に関する専門知識の習得と支援の向上に努めている。利用者の不適応行動などの行動障害等に対し適切な対応をする為に、職員間で情報共有され、支援が行われている。
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	日常的な支援は、個別の配慮事項表に基づいて対応しているが、利用者の状況に変化が生じた場合、適宜対応している。食事に関しては、利用者一人ひとりの状態を踏まえた個別の形態(刻み食やペースト食等)やアレルギー食で安全に適切に対応している。入浴に関しては、機械浴槽等で希望に応じて最大週3回実施している。その他、排せつ支援・移動・移乗支援等も適切に支援を行っている。
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。	d	非該当
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。	d	非該当
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。	a	登所日は必ず検温・血圧測定を実施し、排泄も含めて記録している。又、月1回健康相談日を設け、嘱託医が来所し対応をしている。希望があれば家族の同席も可能。利用者の障害の状況に合せた健康の維持・増進の為に、ストレッチやラジオ体操を導入している。適宜、嘱託医と連携して医療的ケアも行なっている。
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。	a	医療的ケアについては、「医療的ケア実施要領」に基づき、常勤看護師2名が実施している。又、半期に一度「医療的ケア査察」を実施し、医療的ケアが適切に手順で安全に提供できる様に対応している。服薬等の管理は服薬管理規程に従い、適切かつ確実にしている。看護師により医療的ケア研修後、内部報告により職員に周知される。
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。	d	非該当

		第三者評価結果	コメント
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。	d	非該当
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。	d	非該当

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。	d	非該当

A-4 就労支援

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。	d	非該当
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
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