

# 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       | 理念・基本方針は事業所内に掲示されている他、事業所案内パンフレットやホームページに明示されている。基本方針は法人の理念との整合性が確保されている。利用者（保護者）へはサービス利用開始時や個別支援計画面談の際などに説明している。おり、職員の行動規範となる内容となっている。職員への周知は所内掲示されているが浸透度は高くはないため、改善が望まれる。 |

### 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       | 毎月実施される運営会議において稼働率や経営状況の報告が行われ、課題の分析が行われている。                                                         |
| 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       | 運営会議で明確になった経営課題等を施設長、管理者が中心となり周知を行っている。一般職層への課題の共有の点では浸透度に課題が残り、具体的な支援の改善や質の向上に繋げるためのより一層の課題共有が望まれる。 |

### 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。               | a       | 法人全体で中・長期ビジョンを明確にしており、2030年までの長期的なビジョンを作成し、職員へ周知している。                                                      |
| 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       | 法人で統一した書式の単年事業計画を策定し、年度初めに職員間で読み合わせを行うほか、館内にも掲示し、いつでも確認できるようにしている。                                         |
| 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。 | b       | 事業計画書の見直し、評価の実施状況については、事業報告書作成時に振り返りを行っている。計画の進捗管理については3カ月、6カ月等の短いスパンで行うことで見直しにつなげやすいため、評価、見直し体制の再構築が望まれる。 |
| 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       | 利用者に対しては、サービスの開始時や個別支援計画面談時に支援方法と併せて説明にあたっている。利用者本人の理解が難しい場合は家族にも同様の説明を行っている                               |

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       | 同一法人の事業所と運営する合同研修が実施され、法令で定められている研修のほか、「記録の取り方」等の研修会を開催し、質の向上へ向けた取り組みとしている。勤務形態上の課題から、施設独自の会議等は開催できていない。 |
| 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。 | c       | 今回が初めての受審の為、評価結果を施設の運営に生かしていきたいと考えている。                                                                   |

## 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。   | a       | 管理者は、日頃から職員とコミュニケーションをとり、積極的に自分の考えを表明している。情報の発信については日々の申し送りの機会や施設内のホワイトボード等を活用して行っている。 |
| 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       | 個人情報・プライバシー保護についても規程を策定し、コンプライアンス遵守について体制整備が行われている。また、各種法令に基づく研修についても法人内で適切に行われている。    |
| II-1-（2） 管理者のリーダーシップが発揮されている。                 |         |                                                                                        |
| 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       | 管理者は、支援方法や介助方法などの技術的なフォローも含めて、一般職や非常勤職員を対象に指導を行っている。                                   |
| 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。     | b       | 法人内の運営会議等で取り上げられた改善事項を、施設長、管理者が中心となって取り組んでいる。一般職層への課題共有といった点では浸透度は高くないため、改善が望まれる。      |

## 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。        | b       | 法人全体のホームページに事業所の求人情報を掲載し、募集を行っている。求職者が具体的に仕事内容をイメージしやすくしている。また、定着については、年間の研修計画を立て、人材の定着に取り組んでいる。より一層の取り組みが望まれる。 |
| II-2-（1）-② 総合的な人事管理が行われている。                                | b       | 管理者として、職員が各々の能力を発揮できるよう積極的にコミュニケーションをとり、人材の活性化を図っているが、人事考課制度については有効に機能しているとは言えず、さらなる体制の整備が望まれる。                 |
| 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り組んでいる。              | b       | 管理者は、職員の働きやすい職場づくりのために、意向や家族状況等を考慮しながらシフト作成に取り組んでいる。多くの職員が法人内他事業所と兼務となる為、必要に応じ連携して勤務調整なども行っている。                 |
| II-2-（3） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                            |         |                                                                                                                 |
| 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。                          | a       | 人事考課制度に伴う評価シートを用いて職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを行っている。必要に応じて職員との個人面談を実施し、アドバイスなどを行っている。                                    |
| 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       | 行政や関連機関からの研修案内を共有している。法人内別事業所と連携を図り、年間計画を策定しており計画通り実施されている。                                                     |
| 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       | 職員一人ひとりの成長に合わせたOJT・研修への参加といった視点では十分とは言えず、さらなる仕組みの構築と取り組みが望まれる。                                                  |
| 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       | 受け入れ体制の整備、および法人内他事業所では受け入れ実績があるが、日中に利用者が不在となるサービス形態の為、実習依頼がほとん                                                  |

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       | 法人ホームページ・パンフレット等を活用し、理念・基本方針・援助内容・社会貢献活動・苦情解決の体制・基本財産・定款等を公開している。社会福祉法の規定に基づき、財務諸表等がWAMNETで公開されている。            |
| 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。 | a       | 法人作成の経理規程に予算・取引ルール・内部監査等定められ、適切な経営管理に努めている。施設の事務・経理等は管理者および施設長がルールに基づき本部へ報告している。また税理士へ報告・相談を行い透明性の高い運営がなされている。 |

## 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。                   | b       | 地域との交流については、特に制限や交流を阻むものは無いが積極的な取り組みには至っていない。地域行事や自治体の行事等には休日を利用して参加するようにしている。また、同一地域内にある同法人の通所施設との交流は盛んである。 |
| 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。           | b       | 受け入れ体制の整備、および法人内他事業所では受け入れ実績があり、行事等での受け入れを行っている。日中に利用者が不在となるサービス形態の為、ボランティア応募がほとんどない。                        |
| 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       | 関係市町村及び地域の保健・医療機関・利用者の通所先等の福祉サービスや相談支援事業所や各種サービス提供先との綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めている。                              |
| 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。                  | a       | 運営会議等を通じて法人全体で地域の福祉ニーズの把握が行われている。また、行政からの情報・相談、連絡会等の障害福祉サービスの集まりなどから情報収集しニーズの把握に努めている。                       |
| 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。               | a       | 法人全体の取り組みとして、積極的に地域行事への参加を行うほか、地域の福祉ニーズの抽出と必要に応じた社会資源の開発に取り組んでいる。                                            |

## 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

|                                                             | 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       | 書面会議と管理者による個別ミーティングを実施し、情報共有と支援内容の共通理解に向けた取り組みを行っている。また、書面での周知を通じて個別支援計画の内容の共有が図られている。              |
| 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       | 居室は個室であり、入室の際は本人に同意を得る、ノックや声掛けの徹底をしている。また、排泄介助等のプライバシーに関わる支援を行う際には、声掛けの内容に至るまで配慮を行うようにしている。         |
| 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。               |         |                                                                                                     |
| 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       | ホームページ・パンフレットに写真や1日の生活の様子などを掲載し、分かりやすい内容にしている。見学時に生活のイメージを持てるように利用者様の部屋を見学することが出来、ホームへの入居の理解を促している。 |
| 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       | 重要事項説明書・契約書を用いて入居後の生活のおおまかな流れ・ルールについて説明し理解を促している。また、最大限利用者の意思決定をサポートできるよう説明方法を工夫している。               |
| III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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       | 現状では利用者の家庭への移行についての希望や要望はなく、事業所の変更等の希望は出ないが、必要が生じた際には相談支援事業所等と連携して支援を行う予定としている。                     |

|                                                      |   |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。            | a | 主には通所施設への通所がない休日に、各種イベントの企画などを行っている。そば打ち体験や食レク等を実施している。また、利用者の要望に合わせておやつや買い物の機会を提供している。                         |
| 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 | 苦情相談窓口、法人窓口、苦情解決第三者委員が設置されており、苦情相談体制が整備されている。重要事項説明書に明記しサービス開始時に説明を行っている。また法人全体として、苦情解決に関わる規程が整備されている。          |
| 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。         | b | 施設では、管理者が日常の相談や意見交換の窓口となっている。利用者からの日常生活上の相談や、家族からの要望や意見についても管理者が中心となって対応を行っている。                                 |
| 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 | 施設では、管理者が日常の相談や意見交換の窓口となっており、管理者を中心に職員への周知や共有が行われ、適切な対応が行われている。                                                 |
| 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。  | a | ヒヤリハット・事故報告書を作成し多角的な視点で分析し要因を分析し再発予防に努めている。法人内他事業所との連携のもと、リスクマネジメント研修等を実施し、安心と安全につながる取り組みを行っている。                |
| 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。 | a | 感染症BCPを策定し利用者と職員の安全を守り業務継続が行える体制を構築している。行政や協力医療機関等から最新の情報を入手し予防に努めている。コロナ禍においては、換気の徹底・手洗いの励行・手指消毒を基本とし対策を行っている。 |
| 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 | 様々な状況のマニュアルがあり、状況に応じての各訓練を実施している。BCPも策定して取り組んでおり、問題点や課題については検討の中で改善できるよう取り組みを行っている。                             |

### 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。                         |   |                                                                                                             |
| 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 | 勤務する職員がいつでも確認することが出来るよう、業務マニュアルが整備されており、施設内に設置されている。各利用者の支援における重点ポイントなどが写真やイラストを使用して明記されており、理解しやすいものとなっている。 |
| 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 | マニュアルは事業計画の評価等と併せて定期的に見直しが行われるほか、利用者状況の変化に併せて適宜行われている。マニュアルの変更には法人内医療スタッフも参加している。                           |
| 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。                     |   |                                                                                                             |
| 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 | サービス利用開始時に独自のアセスメントシート及び介護記録ソフトを使用して、サービス管理責任者を中心に作成している。                                                   |
| 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 | アセスメント・計画策定・修正・モニタリングのサイクルが確立し、計画策定後半年でモニタリングを実施し、年間の振り返りを行っている。その他にケース会議で上がったアセスメントに関しても、都度計画に反映している。      |
| Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。                              |   |                                                                                                             |
| 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。 | a | 利用者の様子・健康状態、個別支援計画に基づいた支援については、介護記録ソフトを使用して日々記録を行い、PC内に保存されているため、関係職員はデータの閲覧および情報の共有が可能となっている。              |
| 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 | 利用者に関する記録物は書庫等で適切な管理をしている。また、法人で文書管理規定が策定されており、規定に則り管理されている。                                                |

### 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。 | b       | 利用者から意向や要望があった際には、十分にコミュニケーションを取りながら利用者の意向を尊重して支援を行っている。                                                                                 |
| 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。     | a       | 権利擁護について厚生労働省の手引きやチェックシートを用い、施設内研修等を行っている。ケース会議では、生活場面を想定し職員間で意見交換や検討を行い、共通理解を高めている。管理者自ら成年後見制度に関する研修の受講を行うなどして施設内の権利擁護意識を高める取り組みを行っている。 |

## 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 | 利用者一人ひとりが自立した生活が出来るよう職員は危険が及ばないよう見守り支援を行っていても、ご自身で出来ることは行えるよう支援している。基本的な支援の姿勢として、職員都合のスケジュールではなく利用者主体の支援の展開を目指している。 |
| 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。 | b | 障害特性や心身の状態に配慮してコミュニケーション方法の工夫を行っている。言語コミュニケーションや写真や現物を見せるなど、利用者に伝わりやすいよう工夫して行っている。                                  |
| 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。           | b | 言語コミュニケーション等で意思をくみ取るとは難しい利用者も多く在籍しているため、管理者より職員に対して、意思決定支援の重要性について指導等を行っている。具体的な支援の展開という点では課題が残っている。                |
| 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 | 日中は利用者全員が通所施設に通所しているため、日中の支援は休日のみに限られている。余暇活動として近隣の散策や買い物などを実施している。                                                 |
| 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 | 日常生活上の支援においては、利用者の状態に応じて必要な支援を個別に行っている。利用者の状況に応じて、入浴設備の変更や幅広い食形態等にも対応している。                                          |
| 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。               | b | 日常生活における支援に関する支援内容や支援する範囲等を個別支援計画に位置づけ、必要な支援を行っているが、職員間での課題の共有といった点では課題が残り、利用者個別マニュアルとの連動が望まれる。                     |
| 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 | 利用者が心地よい空間で生活できる様、専門スタッフにより清掃と消毒を行っている。施設内を定期的に見回り、安心・安全な環境を確認している。居室・食堂・浴室・トイレは明るく清潔な状態が保たれている。                    |
| 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。            | a | 数年後も現在の生活が維持できる様、個人の生活状況に合わせ身体を動かす機会を作っている。また、通所事業所と連携して訪問リハビリを受ける機会を設けている。                                         |

| 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 | 利用者の体調不良との変化を見逃すことがないよう適宜のバイタルチェックを行い、職員間で共有している。また、必要に応じて施設職員と利用者家族が連携して医療機関を受診するようにしている。    |
| 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。          | b | 医療的な支援が必要な利用者は在籍していないが、内服薬は施設内で管理し、配薬管理を徹底して行っている。配薬は看護職員が携わり、ダブルチェックの体制を取っている。               |
| 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。       | b | 通所施設が休日となる週末や、お盆や年末年始は、家族に連絡し帰省の意向やスケジュール調整を行っている。休日の余暇活動では近隣の散歩や買い物などを実施している。                |
| 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 | 共同生活援助という地域生活の場であり、ほとんどの利用者が同市内出身という事もあり貴重な地域生活の場となっている。                                      |
| 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 | ご家族に対しては、必要に応じて連絡を行い、状況等について伝えている。また、家族から帰省時の対応の仕方や心配事の相談に応じている。家族会や保護者会等は感染症の影響もあり未実施となっている。 |

#### 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。    | c | 非該当 |
| 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。       | c | 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。 | c | 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。   | c | 非該当 |