

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	まぐらゆるり	施設種別	生活介護事業
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和 5 年 1 月 6 日

総 評	<p>「まぐらゆるり」の運営母体である社会福祉法人 まいづる福祉会は舞鶴市に於いて1977年にまいづる共同作業所を開設。1991年には社会福祉法人格を取得し舞鶴市内で複数の就労系の事業やグループホーム、相談事業所など地域のニーズに応じた多岐に渡る事業展開をされています。</p> <p>「まぐらゆるり」は、障害の重い方も高賃金を得て、生活を豊かにするという事を目指し2017年に開所しました。開所にあたり舞鶴市内でも人口が減少傾向にある真倉地区を住民と協力しながら盛り上げていきたいという思いもあり現在の場所でカフェを併設した事業を開始しています。</p> <p>カフェ「マグ・1a・カフェ ゆるり」は国道27号線沿いに立地したログハウスで、一見すると福祉事業所には見えない趣のある建物でした。玄関を入ると高い天井で開放感があり、多く配置された窓から採光が入る明るい居心地の良い空間となっています。平日昼間のカフェの営業だけでなく2階には「ゆるりのへや」という名称の個室が用意され地域住民にも開放されています。また厨房にて給食の事業も実施されています。</p> <p>カフェに隣接する2階建ての建物「アトリエ」では、さおり織りなどの創作活動や近隣への散歩などのプログラムを組み合わせ、障害のある本人の個別の状況に合わせた活動が展開されています。作成された作品は展覧会を開催するなど活動を広く地域に周知する取り組みがなされています。</p> <p>法人の立ち上げ当初から基盤に据えておられる「まいづる作業所開設宣言」を軸に事業計画が策定され、「きょうされん」の活動とも連携しながら「実践」と「運動」を丁寧に積み上げてこられている事業所の中でその人らしく働いている障害のある本人の姿が印象的でした。</p> <p>一方で事業を継続していく中で人材確保は現在大きな課題の一つと伺いました。人材確保の課題を解決するため、事業所の魅力を改めて見直し発信していく事は人口が減少傾向にある事業所の所在地の地域へも良い影響があると考えます。</p> <p>今後、地域との関係性を重視され、事業所のコンセプトにある「地域で当たり前暮らすこと」を支援する機能をより充実していかれる事を期待します。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>Ⅱ－１－（２）② 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。</p> <p>管理者は理念の具現化に向けて意欲を持ち日常的な支援の質の管理だけではなく、定例の職員会議でサービス提供の状況等について把握。法人内外での研修に積極的に職員を派遣し育成の機会を重視されていました。</p> <p>Ⅱ－４－（３）② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。</p> <p>事業所設立の経緯の中に地域課題の解消が掲げられており、運営上でも地域の福祉ニーズは、カフェの運営や地域の高齢者が集う団体「まぐらげんき村」との繋がりの中で把握に努めておられました。毎年、秋に開催されるイベント「感謝祭」は地域の団体が施設に訪問される機会とし、障害のある本人の暮らしを事業所で完結する事なく地域も巻き込んで充実させていく姿勢が窺えました。</p> <p>A－２－（９）② 障害のある本人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。</p> <p>障害のある本人の「したい」を大切にされ、一人ひとりの意向の確認と併せて利用者自治会「あゆみの会」でも協議を重ねながら、様々な活動メニューを用意されていました。</p> <p>多様な状態像に対応するため、選択できるようメニューを増やしながら、賃金向上に向けて積極的に取り組んでいました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>Ⅲ－２－（１）① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。</p> <p>事業所として一定水準以上の支援の質を担保するための「標準的な支援のマニュアル」が確認できませんでした。サービスの質を維持する事だけではなく、これまで醸成されてきた想いを次の世代に引き継ぎ、育成する意味でも着手をされてはいかがでしょうか。</p> <p>Ⅲ－２－（３）② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。</p> <p>利用契約時に重要事項説明書を用いて障害のある本人、家族への説明がなされていましたが、個人情報保護に関する規定が確認できませんでした。</p> <p>障害のある本人の権利擁護の視点からも、仕事をする職員に取り扱いのルールを明示する意味でも早急に作成される事が必要だと考えます。策定にあたり記録や情報の保存だけではなく持ち出し、廃棄、情報提供、また不適切な事案があった場合の対応方法について法人全体で検討されてはいかがでしょうか。</p>

A-1-(2) ① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。

障害のある本人の権利を擁護する事は重要な支援と捉え、管理者を中心に取り組みられていました。権利侵害については利用契約時やあゆみ会の場で確認し、職員に対しても権利擁護に関する研修を開催するなどの取組みをされてきました。

権利侵害の防止について、職員個々の意識の向上だけではなく、身体拘束に関連するマニュアルの点検や定期的に職員セルフチェックを実施するなど組織的な取組みを検討されてはいかがでしょうか。

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	まぐらゆるり
施設種別	生活介護
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会
訪問調査日	令和4年4月20日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念、基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	B	A
[自由記述欄]					
1. まいづる共同作業所開設宣言」を理念としており、法人リーフレットに記載されている。この理念に基づいて法人の1年間の基本方針を定め、職員会議で職員に周知を図っている。理念や基本方針は事業所を利用する前の情報提供時等に障害のある本人、家族に説明している。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	① 法人として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。	B	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	B	A
[自由記述欄]					
2. きょうされん、SELP、知福協に加盟し、社会福祉事業全体の動向を把握し、分析している。法人内の相談支援事業所と連携し、相談支援事業所連絡会、自立支援協議会等から得られた舞鶴市の情報を共有している。毎月、経理状況月次報告を作成し、管理者会議で状況を共有、分析している。把握されたデータに基づいて事業計画を策定している。					
3. 経営環境、社会情勢を踏まえ、具体的な課題を明らかにし、管理者会議等で共有している。利用率の向上に向けて職員と課題を共有している。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	B	B
		5	② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	B	A
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	A
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	C	B
[自由記述欄]					
4. 2017年に10年間の長期ビジョンを策定し、具体的な数値目標等を設定している。長期ビジョン策定後5年を経過した今年度に総括することを予定しているが、見直しは計画的にできていない。					
5. 中長期計画、前年度事業の振り返りをもとに事業方針を策定し、具体的な内容となっている。					
6. 職員会議に施設長が作成した計画原案を提示し、職員からの意見を聴取及び集約した上で事業計画を策定している。事業計画は職員会議で中間振り返りを行っている。					
7. 事業計画・方針の内容について、内容を抜粋しあゆみの会(利用者自治会)・保護者会で説明している。計画内容を示した資料の配布はなされていない。障害のある本人に計画内容を伝えるにあたり焦点化をすると共によりわかりやすく伝える工夫は検討をされてはどうか。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	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	B
		9	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。	B	B
[自由記述欄]					
8. 週一回の職員会議で支援内容の振り返りが行われている。しかし、定められた評価基準にもとづいた自己評価が実施されていない					
9. 週一回の職員会議で課題の共有や改善策の検討が行われている。しかし、課題の文書化、改善の計画的な実施ができていない。					

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	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	B
		11	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。	B	B
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	B	A
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	B	B

[自由記述欄]

10. 任務分掌表、「社会福祉法人まいづる福祉会キャリアパス」に管理者の役割、責任が明記されている。災害時における管理者の役割、責任、不在時の権限委任についても明確化されている。しかし、管理者の役割と責任について広報誌等で表明されていない。
11. 管理者は法令順守の観点で研修会等に参加して職員に周知している。しかし、法令等のリスト化ができていない。
12. 管理者は定例の職員会議に参加し、サービス提供の状況等について把握するとともに、評価、分析を行っている。法人内で新任職員研修や事業所内研修、虐待防止研修等を行うとともに、外部研修にも派遣している。
13. 法人事務局会議で人事、労務、財務等の分析を行い、職員からの声を踏まえて労働時間の削減等、ワークライフバランスの確立にむけて取り組んでいる。管理者が法人内他事業所の会議に参加することで、他事業所の取組みを取り入れることもある。しかし、課題改善に向けた具体的体制が構築されていない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	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。	14	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	B
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	B	B
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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	A
II-2 福祉人材の確保・養成	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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	B	B
		18	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。	B	B
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	B	A
	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	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	C	C

[自由記述欄]

14. 人材育成計画、キャリアパス制度、OJT制度を整備し福祉人材の育成に取り組んでいる。労働条件の改善や資格手当の制度化を行い、組織の魅力向上に取り組んでいる。しかし、人材確保の計画が策定されていない。
15. 職員の意見を把握し、事務局会議等で検討している。しかし、期待する職員像の明確化、職員が将来の姿を描けるような仕組み作りができていない。
16. 職員の就業状況の把握や労務管理は管理者が行っている。メンタルヘルス電話相談の制度を用意し、職員に周知している。管理者が日常的に職員に声をかけ風通しの良い職場環境づくりを意識している。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入し、総合的な福利厚生を実施している。
17. 期待する職員像を明確にした面談シートに基づいて職員ひとりひとりと面談を実施しているが、目標を設定した目標管理の仕組みは構築されていない。
18. 期待する職員像を明確にしている。人材育成計画は法人で現在検討しているが基本方針や計画に明示されるには至っていない。
19. 個別職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握している。OJT育成計画を策定し、個別的なOJTが行われている。外部研修を活用し、階層別の研修を受講する機会を作っている。
20. 実習生の受け入れを行っておらず、マニュアル等の整備ができていない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	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。	B	B
		22	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。	B	B
[自由記述欄]					
21. ホームページで法人、事業所の理念や基本方針、サービス内容、財務状況等について公開している。法人の広報誌を地域の団体等に配布して、事業所の情報を発信している。また、地域の掲示板に事業所が運営するカフェの営業スケジュールを掲示している。しかし、苦情解決に関する情報の公開がなされていない。					
22. 経理規定を策定しており、会計責任者には辞令を交付している。元銀行員、元行政関係者により内部監査を行っているが、外部監査は実施できていない。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	B	A
		24	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。	C	C
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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。	B	A
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	B	A
[自由記述欄]					
23. 方針に「地域に根差した取組み」と明記されている。利用者に案内しNPO法人まなざしの企画に参加している。必要に応じて職員の支援も提供できている。カフェを運営し日常的に地域との連携が図られて近隣の農家から野菜を持参いただくなどの関係もある。近隣の商店まで買い物に行くなどの取り組みを実施している。					
24. バザーの際や感謝祭等のイベントの開催時にボランティアを受け入れている。受け入れに関する体制の整備、規定の作成はされていない。					
25. 支援学校や医療機関との連携するとともにリスト化し職員で共有している。きょうされん、自立支援協議会への活動に参画。「京都北部6福祉会連携・連携事業」に参加し情報共有を行っている。					
26. カフェを運営しカフェの2階スペースや展示スペースを解放している。災害時の避難所として地域の代表と確認をしている。野菜を通じた地域との関係は継続して実施している。地域住民のための研修会や組織化、参加できる支援活動などの取組みは実施していない。					
27. 地域の福祉ニーズはサービスの実施の中で把握に努めている。自立支援協議会に参画し地域情報の把握に努めている。地域の高齢者が集う団体「まぐらげんき村」と連携し地域の活性化に取り組んでいる。4周年イベント「感謝祭」を取り組み、計画にも明示されている。					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人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	B
		29	② 障害のある本人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
	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	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	B
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人（家族・成年後見人等含む）にわかりやすく説明している。	B	B
		32	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
[自由記述欄]					
28. 本人を尊重した福祉サービスの実施について明示され理解を促す取り組みがなされている。倫理綱領の策定はなされていない。一定の水準以上のサービスは個々の場面で取り組んでいるが総合的なマニュアルはない。					
29. プライバシーに配慮された空間の設定となっている。プライバシー保護、虐待防止に関する規定、マニュアルは策定されておらず、不適切な対応があった場合の対応方法は明示されていない。権利擁護に関する取組みの周知についてはより検討をされたい。					
30. パンフレット（法人紹介の資料）は相談支援事業所には配架している。希望に応じて一日体験等の対応は積極的に行っている。施設紹介は利用希望者にとってより分かりやすい資料が望ましい。					
31. サービスの開始にあたっては本人の自己決定を尊重する姿勢で取り組み同意を得ている。利用契約の説明は視覚的な情報や手話、SNSなど、言語以外の方法も用いて説明している。今後、よりわかりやすい利用案内の検討をされてはどうか。					
32. 相談事業所が介入し他事業所への移行に配慮されている。引継ぎ文書としてはサマリーやサービス等利用計画を策定し共有している。相談支援事業所が介入しているが一定の支援の質を担保するための引継ぎ手順には整理されていない。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		34	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
	Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	35	② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	B	B
		36	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	B
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人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
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	B	B

[自由記述欄]

33. 明らかになったニーズは会議(職員会議、まぐら会議)で検討する場が設定されている。個別の相談があった場合にはカフェの2階(ゆるりのへや)を活用している。個別支援策定時に個別面談等でニーズ把握はされているが詳細な調査はされていない。意見の汲み取り方は様々な方法の工夫を検討されてはどうか。

34. 苦情解決の体制が整備され重要事項説明書に明記されている。苦情は従前から班責任者が対応をしているが第三者委員の活用は充分にできていない。記録と対応のフィードバック、公表は事例が無いため行われていない。ご意見、要望については日常的に受け付けと対応を行っているが、第三者委員に関する掲示や周知を図る事や満足度調査などを検討され、サービスの向上に繋げてはどうか。

35. 相談内容に関してはできるだけ迅速に対応と説明を実施している。障害のある本人の意見を踏まえて施設内の行事予定の修正や手すりなどの設備の修繕、嗜好調査に基づくメニューの変更を実施している。しかし、相談意見への対応マニュアルや意見箱やアンケートは実施されていない。

36. 「実践」に関する責任者(施設長・主任)が設定されている。リスクマネジメントに関する責任者は施設長で、ハード面のヒヤリハットは職員会議で共有し改善策を記録している。発生時の対応は整理されているがマニュアルの作成及び安全確保に関する研修は実施できていない。また、看護師が健康状態を把握しているが情報把握のシートは作成されていない。

37. 「感染対策マニュアル」が策定され管理者が責任者となっている。マニュアルに基づく対応がされている。

38. 災害時の対応体制は「災害対策BCP(事業継続計画)マニュアル」「災害対策UPZマニュアル」に基づき対応している。土砂災害対策マニュアルを作成し市に提出している。防災計画に基づき消防署とも連動した訓練を実施している。非常災害時の体制は整備され、備蓄リストは作成している。しかし、非常災害時の連絡体制は整備されているがすべての職員に充分に周知されていない。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
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一定の水準を確保するための実施方法が確立している。	39	① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	B	C	
		40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	A	A	
	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。	41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	B	A	
		Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	42	① 障害のある本人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。	B	A
			43	② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B

[自由記述欄]

39. マニュアルは策定されていない。一定水準の確保のための実施方法のマニュアル策定が望ましい。

40. エンジョイプラン(個別支援計画)はサービス管理責任者を責任者となり、半年に一回(誕生日月と半年)、まぐら会議で見直しと策定をしている。アセスメント案を担当者が作成し他職員の意見徴収を行いアセスメントに反映している。サービス等利用計画の内容を踏まえた個別支援計画を策定している。

41. モニタリングは半年に一度の頻度で、評価と計画を実施。具体的な数値目標も含めて経時的に記載をしたシートを用いている。会議の頻度、開催時期が定められ、職員全員が参加している。緊急に計画変更を行う際の手順は整理され、実際に運用されている。

42. 記録の様式は定められており、手順に沿った記録がされている。全職員に対して記録の書き方に関する学習を実施している。情報は日常的に事業所内で共有をしている。保管する方法としてネットワークシステムの構築がなされている。

43. 重要事項説明書で障害のある本人、家族への説明がされている。個人情報保護に関する規定は策定されていない。策定にあたり、法に則り情報漏洩に対して、告知義務も含めた対応方法を整備されるのが望ましい。研修の機会も設定されていない。

A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-1 (1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	A	A
	A-1-1 (2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	B	B
	A-1-1 (3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしをさせる社会の実現に向けた取組を行っている。	B	A

[自由記述欄]

44. エンパワメントに基づく個別支援が行われており、発展を促す支援が実施されている。理美容、嗜好品等については日々の面談の中で把握している。障害のある本人の会「あゆみ会」を組織し1回/月の頻度で開催。意見交換の機会を持っている。職員会議、まぐら会議で権利擁護については検討を重ねている。
 45. 権利擁護に関する研修を進めている。障害のある本人へ権利侵害について利用契約時やあゆみ会の場で確認している。日々の引継ぎや連絡ノートで状況を把握し定期的には開催される職員会議で確認している。権利侵害にあたる事例に対して、職員のセルフチェックリストの活用などを検討されてはどうか。「実践」責任は所長にあるため、虐待に関する対応も所長が中心に対応している。
 46. アトリエで自主製品を作成、カフェを整備し社会参加の機会としても活用している。個々のペースや体調に合わせてカフェの週計画を策定されている。バザーや募金活動を通じて地域社会への理解の促進している。職員に対して面談の中で触れることや(きょうされんの全国大会)に参加するなどしている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-1 (1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人(子どもを含む)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	A
		48	② 障害のある本人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	A
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	B	A
	A-2-2 (2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	B	A
	A-2-3 (3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	B	A

[自由記述欄]

47. 視覚障害のある方に鈴を用いる、視覚障害のある方に手話などを活用している。個々人の状況に合わせて参加の方法や職員が介入するなど機会と場面の保障をしている。
 48. 話を伺う機会を日常的に設定している。意思決定の支援として個々に合った選択・決定に向けた支援を実施している。「まぐら会議」で情報共有し支援全体の調整を行っている。
 49. 研修のファシリテーターを担う事で専門知識の向上を図っている。支援内容は会議の中で共有され、状況に応じた個別的な配慮がなされている。必要に応じて職員が介入し関係調整を行っている。
 50. 嗜好調査で意向の把握を行い食事形態にも配慮している。心身の状態は気にかけており助言等の対応を行っている。排泄状況に応じてADLの回復もふまえた個別の対応を行っている。移動・移乗の支援は本人の意向に合わせて実施している。日中活動はカフェ、アトリエにとどまらず買い物や散歩、配達にも参加できるようにしている。地域の情報は意識して得ており必要に応じて支援をしている。
 51. 施設内は明るい環境で快適な空間となっている。併設するカフェや事務室の空間を使って休憩が可能となっている。個々の意向は日々のコミュニケーションや連絡ノートで把握し、全体では「まぐらゆるり職員会」で確認している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-4 (4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	非該当	非該当
	A-2-5 (5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	B	A
		54	① 障害のある本人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。	B	A
	A-2-6 (6) 健康管理・医療的な支援	55	② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。	B	A

[自由記述欄]

52. 非該当
 53. カフェでの接客に向けた学習会の実施、買い物に行った折にセルフレジを活用するなどの取組を実施している。障害のある本人の希望に合わせて活動を設定している。配達や買い物、カフェでの接客への参加意欲が高い活動を設定している。
 54. 看護師が出動日には健康管理やバイタルチェックを行う。本人の希望や身体状況に応じた対応を行っている。障害のある本人の状態に応じた運動や体操等の機会を設定している。急な体調不良時には看護師に連絡がとれる体制となっている。健康診断は1回/年の頻度で実施している。職員の個別指導は適宜実施している。
 55. 管理者が責任者となり、看護師が内服薬のセットを行うなど手順に沿って実施している。アレルギー除去食等の対応は医師の指示に基づき対応している。看護師や調理師と連携して医療的な支援に取り組んでおり、喀痰吸引等の医療的ケアが必要な場合等には職員の個別指導を行っている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人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	A
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	B	A
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	B	A
		59	② 障害のある本人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。	B	A

[自由記述欄]

56. 本人の意志や希望に応じて社会資源の情報提供や学習の機会を提供している。地域生活を見ずえ居宅介護のサービスを活用する等の事例もある。グループホームの利用に関して関係期間との連携や引継ぎを実施している。
57. 本人の意向も踏まえ、感謝祭などのイベントや草刈りなどへの参加を依頼している。バザーなどの活動は家族同志の情報共有の機会としている。連絡ノートを用いて家族との情報共有を行っており必要に応じて家族も含めた支援を実施している。緊急時の連絡網を備え活用している。
58. 日々職員で検討し、活動や生活する力を引き出せるようにしている。買い物など意欲が高まる活動メニューを設定している。日常的に障害のある本人の以降確認をしており、ご家族等との連携を密に取っている。
59. 障害のある本人の「したい」を大切に日々意向の確認をしながら、様々な活動メニューを用意している。選択できるようメニューを増やし、作業工賃は明細を同封して説明をしている。賃金向上のために収入につながる活動は積極的に取り組んでいる。労働安全衛生に関しては作業場所の整理整頓や危険が伴う作業に対する配慮は個々に応じて実施している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

60. 非該当