

福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	ジョイフルるうてる	
運営法人名称	社会福祉法人るうてるホーム	
福祉サービスの種別	就労継続支援B型 生活介護	
代表者氏名	理事長 大柴譲治 管理者 杉本匡子	
定員（利用人数）	22名（登録者 42名）	
事業所所在地	〒575-0002 大阪府四條畷市岡山5丁目 19-20	
電話番号	072 - 878 - 2277	
FAX番号	072 - 878 - 5293	
ホームページアドレス	www.ruuteruhome.or.jp/services/joyfull	
電子メールアドレス	jimushitu@ruuteruhome.or.jp	
事業開始年月日	平成25年10月1日	
職員・従業員数※	正規 8名	非正規 6名
専門職員※	社会福祉士2名 社会福祉主事3名 介護福祉士2名 看護師1名 准看護師1名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 食堂・作業空間 1箇所 厨房 1箇所 トイレ 2箇所 浴室 2箇所 静養室 1箇所	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

理念

支えられつつささえて、私たちはキリスト教主義にたって、お客様一人ひとりを大切に、仕える姿勢を堅持致します。また、どのような身体状況にあっても、ご自分の生活を自分らしく続けることができるよう、お支えに努めます。

基本方針

「皆が気持ちよく過ごせる場所」「あなたと私で一緒につくるジョイフル」
お互いに思いやりを持って、自分らしくいられる場所となれるように。自分で出来ることは自分で。出来ることを増やせるように。

【施設・事業所の特徴的な取組】

事業所の特徴

1.どのような身体状況になっても、入浴ができるように2種類の浴槽を完備しています。寝たまま入れるお風呂と、座ったまま入れるお風呂があります。体の状況に合わせて、安心安全な入浴ができます。

2.毎日違うレクリエーションを計画しています。おひとりお一人の思いを大切に、脳トレ、体を動かすなど、楽しく取り組んでいただけるよう企画しています。

3.できることはご自分でしていただけるように取り組んでいます。役割を持ち、存在感の持てる取り組みをおこなっています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和2年7月20日～令和3年3月31日
評価決定年月日	令和3年3月31日
評価調査者（役割）	1102B013（運営管理・専門職委員） 1401B050（運営管理・専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・当施設の前身は、昭和40年（1965年）設立された軽費老人ホーム「るうてるホーム」である。その後昭和52年に特別養護老人ホームを隣地に創設し、介護を提供できる終の棲家となる施設となった。

法人は当初より地域に根ざした施設をめざし「地域入浴サービス」「在宅介護支援センター」「重症心身障がい者デイサービス」など様々な地域福祉事業を近隣各所で展開してきた。しかし建物老朽化と事業所が点在する非効率性が解決すべき課題の解決に、平成25年10月に現在地に鉄筋4階建ての複合福祉施設「るうてるホーム」として新築移転し、同敷地内に8種の事業所と地域包括支援センターを設置した。

ジョイフルるうてるは1階に就労継続支援B型、生活介護の事業所として開設されている。

・キリスト教の教えに基づく一貫した支援方針。

設立以来一貫して「『神の愛』（徹底的な【無償の愛】）が大切である」のマルティン・ルターの精神を基としている。

法人は創立の精神を基に、各施設の総合的な管理運営をしている。各施設が集まり月2回管理者・責任者会議を持ち、一体的に齟齬のない事業運営に取り組んでいる。

・障害者総合支援法による福祉サービスで、日常生活の活力を支える。

2種類のサービスを提供する事業所として基本方針を定め、利用者の一人ひとりの日常を支え、「役割を持ち、存在感の持てる取り組み」と、職員全員の支援方法がぶれない取り組みをしている。

《就労継続支援B型》

一般企業での就労は難しいものの、支援があれば働くことができる人に、働く場と、知識や能力向上のための訓練を提供し、契約を結ばずに働く訓練等給付である。

《生活介護》

常に介護を必要とする人が通所し、日常生活上の支援を受けるほか、創作的活動や生産活動を行っている。

2種類のサービスを提供している。一人ひとりの生活を支え、自分らしく生きがいを持って生活する事を目指して多様な取り組みを進めている。

◆特に評価の高い点

・事業部運営会議で総合的に管理しながら、また法人内各事業所の実態をも把握し、当事業所の少人数のジョイフルるうてるについての確かな運営が話し合われている。事業部運営会議に参加している管理者の視野は広く、障がい事業にとどまっていない。

・事業部運営会議は、法人同敷地内の8種の事業所が一体となって全事業所の事業の運営に取り組んでいる。法人内各事業所の連携は強く、職員の一時補充ではシフトに穴をあけない相互支援が出来ている。

・新築の際、現任主任をはじめ職員は当事業所に関わる設計設備に意見を出し、取り入れられている。特に障がい者にとっての入浴にこだわり、どのような身体状況になっても、入浴ができるをコンセプトに、利用者寄り添った介護ケアに自信をもっている。

・事業部運営会議で検討された問題・提案は事業所の通所会議（部長、主任、副主任参加）で話し合われて、職員は一步一步改善されていく実感を感じている。

・生活介護は障がい者の重度・軽度に関わらず受け入れて、経管栄養や痰吸引など専門的知識技術が提供されて、家族の生活の安定と安心感に繋がっている。就労Bでは「僕は仕事に来てるので」等、高次脳機能障がい後の利用者も居心地の良さを話してくれた。軽作業を楽しみながらリハビリが出来ている。

◆改善を求められる点

・法人の中の事業所として法人の長所を受けて質の良いケアが出来ているが、さらに障がい者施設として障害者総合支援法の意図するところを読み解き、障がい者の日常生活及び社会生活の支援を充実することを大いに期待する。

・各種マニュアルは整備されているが、一度整備されたマニュアルは、その後の運用により、定期的なPDCA手法を用いて見直しをされることを望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

丁寧に聴き取りをしていただき、納得できる評価結果でした。受審に際し、職員全員で取り組めたことが大きな成果です。日常の業務の中では触れることのない細部にわたる項目に対し、理解を深めることができました。受審日当日にいただいたご意見であるマニュアルの整備については、すでに取り組みを進めています。また、2021年度の事業計画に、受審結果から、取り組むを進める旨を表明しています。今後も、サービス向上を目的に取り組んで参ります。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
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	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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念はパンフレット・ホームページ・事業計画に記載している。 ・2020年度事業方針には理念を実施するため、冒頭にサービス方針や行動指針を記載し、新任時教育に取り入れている。 ・総括会議にて事業の方向が理念・サービス方針に沿った取り組みであるかの検証をしている。 ・利用者や家族との契約時説明をし周知・理解は求めているが、当事業所独自の障がい特性に応じた分かり易い文章を作成し配布する事を考えている、是非早期の実施を期待する。 	
		評価結果
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部では福祉事業の経営状況を把握している。 ・法人の各事業部長が参加する事業部運営会議では当事業所利用者の推移・利用率を算出し、毎月の事業実績を基に経営・運営状況を把握分析している。 ・市内にある福祉施設の事業所が月1回集まり、地域の福祉ニーズや状況の共有を行っている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回開催される通所事業部（高齢者デイサービスと、当事業所）の管理者・主任・副主任が参加する通所会議では、通所事業の経営・サービス内容・職員体制・人材育成などの検討を行っている。 ・当事業所単独で行う職員会議では、事業部運営会議での分析結果を基に実績・課題について話し合いをし、解決・改善に向けた取り組みを進めている。 	

		評価結果
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
	(コメント) ・法人では2020年度は中期経営最終年となり、2021年度は今後の社会保障制度や人口動向の変化に対応していく視点と共に事業継続のための人材確保・育成を最重要課題として中長期経営計画の立案をしている。	
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
	(コメント) ・法人内の各事業所連携を取りながら、当事業所では利用者獲得への取り組み、利用者満足度の向上、職員満足度の向上、安定した事業活動収入、法人内連携、地域との交流機会の充実・法令遵守を挙げ、事業方針に基づく単年度の計画を立てている。	
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
	(コメント) ・全事業所の管理者が参加する事業部運営会議で事業計画を策定し、各事業部部長全員参加の下、事業計画説明会を研修方式で全職員に周知し理解を促している。 ・事業部運営会議では事業所単位で事業計画に基づく運営の実態が報告され、4半期上半期に進捗状況を振り返り評価・分析をし、各事業所では職員会議で利用者支援のあり方を検討しサービスに活かしている。	
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。	c
	(コメント) ・理念を理解し、利用者本位のサービスをモットーに取り組んでいるが、事業所の運営に理解を求め協力を得るため、利用者・家族を対象に家族会などを利用して、事業計画の説明会や文書の配布を望む。	

		評価結果
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人は各事業所を一本化した福祉事業運営のためのシステム化をしている。 ・月に2回全事業所を対象とした事業部運営会議を開き、事業所別の問題についても話し合っている。 ・サービス向上を目指し管理書類の点検、法人内監査を実施し、年一回、法人危機管理委員会による自主点検をしている。 ・自主点検表は今年度から他市の「指定障がい福祉サービス事業者自主点検票」を用いより詳細に見直しをし問題点を洗い出している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の危機管理委員会が行う内部監査の後、内部監査指摘改善報告を職員会議で検討し、実行実施期限を入れた改善計画策を出している。 ・課題の点検・みなおし・改善とPDCAサイクルを利用した推進方法がある。改善計画策に取り組む姿勢の継続に期待する。 	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は月2回行う事業部運営会議に当事業所の運営状況表を提出し事業の在り方を検討している。 ・検討された議題を通所会議で課題に挙げ、率先して取り組む姿勢を出している。 ・職員業務文書表に不在時の権限委任等を含めた管理者の役割が記載されている。 ・管理者は事業部運営会議で出された課題や、利用者支援方法について事業所内会議を設け、職員との意思疎通の機会としてしている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・全国社会福祉法人経営者協議会等、研修等を通し情報を取り入れている。 ・事業部運営会議では、制度の改正関連や遵守すべき法令について検討をし管理者はその中のメンバーとして法人全体と、事業所の取り組みを考えている。 ・市内障がい通所事業所の連絡会に参加し、新しい情報の共有や制度について遵守すべき法令について把握している。 ・他市が作成した自主点検表を用い法令の点検をしている。 	

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
	<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業部運営会議では毎月各事業所毎の経営・運営状況を提出し、サービスの質について評価分析を繰り返している。 ・ 管理者は運営会議で話し合った事を、通所会議で共に実践に活かす取り組み方法を考えている。 ・ サービスの質の向上を目指し、常勤・非常勤を含めた職員の1年間の研修計画をたてている。キャリアアップに対する奨励金制度もあり薦めている。 	
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
	<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人事業部部長の参画する運営会議にメンバーとして出席し、人事・労務・財務などの評価分析を行っている。 ・ 法人内地域交流委員会にて、法人の次世代育成対策推進法に基づく「第三期一般事業主行動計画」の策定に関わり、職員会議で目標を共有している。今期金曜日をノー残業デイとして取り組んでいる。「ノー残業デイ」のポスターを作り、目につく場所に掲示している。 	

II-2 福祉人材の確保・育成

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	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画で「人材育成と職場環境の整備」を挙げている。 ・法人では事業部合同で人材確保に取組み、人材確保・育成委員会で、就職フェスタや市の事業所が連携して実施している人材フェスタへも参加している。 ・当事業所から必要な人材の把握を数値で表している。 ・現状、人材の確保は出来ているが、事業所の特性を考慮した人材（有資格者）の入職を検討する事を望む。 	
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・各等級に求められる資質に期待する職員像が明記されている。 ・「各等級に求められる資質」と「行動評価基準と目標管理」を用いて評価を行っている。 ・ヒアリングなどで把握した職員の意向・意見は事業部運営会議で評価・分析を行い、改善策を検討・実施している。 ・年3回のヒアリングには、自己評価表を用いて目標の管理を行ない・期待するところを伝えている。 ・正規職員と同じように、2021年4月より非常勤を対象に人事評価制度を導入する計画がある。 	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者による勤怠チェックを行い時間外労働の管理をしている。年3回ヒアリングを実施し意向の把握をしている。 ・医師（産業医）による面接・職員検診やストレスチェックを行っている。 ・年間事業計画で「職員満足度の向上」を目標にし、ノー残業デーを定め、職員発案による喚起のためのポスターを掲示し全員で取り組んでいる。 	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体の取り組みとして、職員の技量に合わせた「各等級に求められる資質」が設定されていて、一人ひとりの達成度と目指す方向がしめされている。 ・職員は自分の等級を理解して次のステップに何を習得すべきか明確に分かっている。 ・行事計画等は生活支援員を中心に職員育成計画・行事計画など実行計画が企画されている。 	
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス方針と行動指針が明記され、「明確なキャリアパスの構築」「資格取得のための奨学金制度の整備」が掲げられている。 ・年度初めに研修計画を立て参加を促すと共に、年度末には評価を行っている。 ・年度末に行われる事業報告に研修計画の成果を報告し、来年度の計画に役立っている。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度研修計画が設定され、新任研修は1年間のスケジュールを立て当人と話し合いながら進めている。 ・階層別研修として、管理者・主任リーダー研修を実施し、介護など基礎講座やテーマ別研修として当事者・スピリチュアル・リスクマネジメントなどの職種別研修を行っている。 ・年度単位での研修計画に従い研修を受けているが、研修の足跡を残し次の研修に繋がる個人の研修履歴書を作成されることを期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の事業計画で、人材確保育成委員会により実習の受け入れを行うと策定し、職員が『育ちあう』ことの共通の認識を持つことと記載している。 ・当事業所が単独で実習生を受け入れる事はないが、法人内の受け入れ事業所を通して一体で実習を受けている。学校側との連携・打ち合わせや巡回指導及び報告会にも同席している。 ・法人の計画に沿って他の事業所と共に実習生を受け入れ、障がい者施設ジョイフルるうてるとしての機能を次の世代の育成に役立てている。 ・今後とも障がい支援の為の研修を提供できるようにマニュアルの準備と、受け入れをアピールする事を期待する。 	

		評価結果
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。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・RO委員会 (R:るうてるホームをO:面白くする:広報担当) が設置され常に事業公開を意識し、分かり易く検索し易く変更されている。定款・理念・サービスの内容・事業報告・予算決算情報・事業計画が公開されている。法人全体の組織と事業所別に明記され、当事業所の数字や事業内容が分かり易く報告されている。 ・事業報告は法人の会報でも公開され、透明性の高い運営がされている。 ・ホームページには苦情解決委員会の報告が載せてあるが、最新の報告書に差し替えられると共に、内容についても個別の改善や対応事例を記載する事を望む。 ・苦情解決情報については事業所独自の報告書を作成し、掲示などを通して事業所の利用者にも知らせることを期待する。 	
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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・「経営規定」に基づきルールが明記されている。法人全体で総務部が統括し責任を持つことが組織図で明らかにされている。 ・法人は外部の会計監査を受け、法人内では内部監査を受けている。事業所では外部の会計監査と共に内部監査の指摘事項を職員会議で話し合い、改善策を法人に提出し次年度の事業計画に反映させている。 	

		評価結果
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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画にある施設と地域・関係機関交流の「るうてるフェスタ」は、市内事業所7施設、ボランティア5団体が関わり大規模な催しに発展している。生活介護の利用者は参加して地域との交流を図り、就労Bは出店をして社会参加を促している。 ・市民総合センターで開かれるフェスタでは「おいでゃあ!ちゃんぷるーフェスタ」と題し誰でも参加できる。実行委員会では管理者はフェスタの会計を受け持ち、市内障がい事業所が連携したフェスタを実施している。 	
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動支援として法人全体で活動するボランティアを中心に進め、「ボランティアガイドブック」に受け入れの基本姿勢を定めている。るうてるフェスタでは多くのボランティア団体が参加した。 ・法人内地域交流委員会では、ボランティア担当チームがあり、受け入れ体制を作り、積極的に活動している。 ・毎年、市社会福祉協議会から「夏季ボランティア受け入れ依頼」を受託している。 ・定員22名の利用者の通所事業所であり、ボランティアの受け入れにも限界があるが、法人全体の「ガイドブック」に当事業所として特色のある利用者に沿ったボランティア受け入れ姿勢を追記する事を期待する。 	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・市内事業所・市内支援学校と連絡会「ど～なっつ会議」を毎月行っている。 ・市の障がい者支援センターが開催する障がい事業所説明会「障がい福祉事業所紹介イベント2019」に参画し、積極的に事業所の存在を説明している。 	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・月2回地域のボランティア主体で行われる「はっぴいカフェ」に場所を提供し、歩行が不安定な方や、遠方の方の送迎を行っている。 ・法人主催の認知症サポーター養成講座を実施し、地域や、他事業所と交流を持つことができた。 ・災害時、福祉避難所としての場に指定され、職員派遣をきめている。 ・法人は福祉施設としての機能を地域に還元する姿勢を出し、実行をしている。事業所としてその企画に参加・協力をしている。 	
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は法人全体で定期的に行われる事業部運営会議（毎月一回、二種類）に参加し、地域ニーズの把握をしている。 ・市内事業所連絡会にて、自立支援協議会からの課題についての話し合い、プロジェクトを立ち上げる等、地域の問題に関り一緒に取り組んでいる。 ・刑余者（刑務所・拘置所出所者等）の就職支援や、補導委託制度での受け入れを行っている。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・理念に個人の人生を支えるためと「支えられつつ支えて」「おひとりお一人を大切に支える姿勢を堅持する」「どのような心身の状態であっても自分らしく生活することを支える」を上げている。 ・新規採用職員研修プログラムでは、理事長から初日に理念の研修を受けて支援の根幹を理解している。 ・毎年、法人による当事者研修やスピリチュアル研修を行っている。 ・キリスト教に基づく博愛精神は活かされているが、具体的な倫理綱領の策定を望む。 	
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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に記載し利用者・家族に説明をしている。業務マニュアルにプライバシー保護のための留意点を記載し、職員は意識した支援を心掛けている。 ・事業所が特徴としている「どのような身体状況になっても、入浴ができるよう」に入浴設備を整え、身体清潔をその人の生きる権利と捉えている。 ・一人ひとり能動的に暮らすようなリクレーションを企画し、できることは自分です。自分を肯定できるように言葉かけをし、ここで過ごすことが自分の存在に繋がるような取り組みをおこなっている。 	
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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・利用者がサービスを利用するための参考になるよう、法人パンフレットでは理念・見取り図から当事業所の所在を示している。事業所のパンフレットは、文字も大きく、利用までの流れを図で示し、写真で一日のスケジュールが理解できるように配慮している。 ・事業所のパンフレットは、正面玄関・地域包括支援センター・市役所・支援学校等に置き、ホームページを充実させ写真をふんだんに入れて共感を呼ぶような紹介をしている。 ・見学や体験利用・一日利用も随時受け入れ、利用希望者には利用案内や資料を基に説明をする時間を設けている。 	
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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始にあたり契約書を交わし、重要事項説明書と共に別に利用者にも分かり易く図や写真を入れた利用説明書を使用して説明をしている。希望に合わせた話し合いをし個別支援計画を作成している。 ・成年後見制度を利用している利用者がある。計画相談員と連絡をとり、家族会・実績記録・個別支援計画を渡している。サービス計画の変更時には個別支援の意義について説明をし、同意の上、計画書の変更をしている。 ・利用者の「できる仕事の種類を増やしたい」の希望に合わせ、就労継続支援を当事業所と他の事業所の2か所へ通う要望を受け入れ、利用計画を立てた支援をしている。 	

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用契約時に交わした個人情報同意書に基づき、他施設への移行に当たり、引継ぎに必要な文書を作成し、計画相談員と連携をして利用者の気持ちと齟齬の無いよう説明を行っている。 ・サービス終了後も相談窓口のある事を伝え、担当者や連絡先を記した用紙を渡すと共に、今後の利用者の計画相談員などを確認し継続した体制を取っている。相談件数は多くないが、相談者には丁寧に答えている。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書について、半年に1度個別面接や聴き取りを行いモニタリングを行い利用者の満足度を把握する機会を定期的に行っている。また、ジョイフルごはんを題し、利用者とその家族と職員で手作りの食事会（家族会）を実施している。 ・小グループに分け話しやすい雰囲気作りで職員が交流会（家族会）に参加し日頃の状況報告や利用者満足度を把握する為の機会を設けている。 ・利用者アンケートや懇談会・個別相談など事業所全体で利用者満足の上昇に向けた取り組みが行われている。 	
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。			
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者を管理者とし、受け付け窓口を設置し利用者に周知している。地域住民から第三者委員を2名選任し苦情解決の体制を整備している。 ・苦情解決の書式と手順書があり職員は周知している。「重要事項説明書」に明記し利用契約時に利用者・家族に丁寧に説明している。 ・苦情解決の仕組みが分かるポスターを各エントランスに掲示し意見箱やアンケート用紙を設置し苦情の申し出がしやすい工夫をしている。 	
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に外部窓口を記載し、目につきやすいカウンターでの閲覧を可能にしている。 ・「皆様の意見を聞かせて下さい」の用紙を作成しエントランスに設置している。 ・相談室が設備されているが重要な相談事例は無く、連絡の電話や送迎時に気軽に意見相談が有り、職員間で共有している。 	
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的な相談や意見があれば、報告書に記載し、職員間で共有している。 ・朝・夕のミーティングでも検討し必要時現場検証を行い利用者家族に電話や訪問し返答している。 ・意見・苦情・相談事は事業所内で月次シートに内容と数字、氏名で報告。月2回の事業部運営会議で報告し検討するシステムが構築されている。 ・生活全般の気づきアンケートを年1回とモニタリングを年2回行い把握に努めている。更に、相談や意見の記録と方法・報告の手順書、対応策検討マニュアル等の整備を期待する。 	

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
(コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・法人内で危機管理委員会が設置され、デイサービスと合同で、定期的にリスクマネジメント会議を月1回開催し、報告書で整理・分析し防止対策を実施している。 ・急変時対応マニュアル・事故・うっかりミス・ヒヤリハット対応マニュアルを整備し防止に関する対策を職員全体に周知している。 ・事故・ヒヤリハットをまとめ分析し月間目標を文書し計画書の巻頭に掲げ職員に周知し再発防止を図っている。 ・朝夕のミーティングで事故・ヒヤリハット報告を行い、欠席不在者は議事録報告書に職員名のサイン欄があり確認出来るシステムになっている。 ・リスクマネジメント体制は構築され、今年度の研修も計画中である。リスクマネジメントに関する勉強会や研修会を今後も継続的に実施される事を期待する。 	
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。	a
(コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防委員会は法人の「安全衛生委員会」の中で責任と役割を明確に管理体制を整備し機能している。感染症の流行時期には看護師と協力し、ポスター掲示や予防対策の検討会・勉強会を行い職員に周知し、利用者等にも注意喚起を呼びかけている。 ・毎年委員会を中心に感染予防対策の研修会や勉強会を行い、日常的には職員へ感染予防対策を徹底している。 ・感染予防対策・まん延防止に関する指針に沿って対応し感染予防・発生時対応マニュアルの見直しが定期的に行われている。 ・新型コロナ対策に対して整備し「コロナ対策ジョイフル版」を作成し、現場で活用されている。 	
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。	a
(コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全確保の為、法人として災害時マニュアルが作成されている。防災対策マニュアルの中で安否確認の方法を職員に周知している。 ・「日中利用者さん対応のマニュアル」の中で非常時自宅に帰る事ができない場合はショートステイを利用するなどが記載されている。 ・緊急時連絡網・地域地図があり、備品や非常持ち出し一覧表を作成し管理している。食料品などは危機管理委員会で3日分を保管し、リストを作成し栄養士を中心に期限切れチェックや備蓄の整備を行っている。 ・防災計画などを整備し地域と連携体制を持ち防災訓練を行う予定。 ・自家発電装置を設置している。 	

評価結果

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。	a
(コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの実施方法はジョイフルるうてるの業務マニュアルに文書化され、利用者の尊厳やプライバシー保護についても明記し新人研修・オリエンテーションと、職員研修時に説明している。 ・マニュアルや手順は定期的に職員会議や業務改善会議で確認し、内容や変更点の周知を行っている。 ・サービス実施については職員会議で個別支援計画書とその実施記録を共有し確認するシステムがある。支援方法の変更などが生じたタイミングで実施方法を変更する。 	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書の作成時にフェイスシートやADL評価表で確認し、ニーズや状況の必要に応じて検証や見直しを随時行っている。 ・検証や見直しは組織としては定めなく定期的には行っていない。 ・現状では職員会議やミーティングの意見や提案をマニュアルに反映する等より良い仕組みが出来ている。 ・利用者が自立した生活が可能となるよう必要な支援策方法や仕組みを定め、サービスの質向上が継続して行われる支援を期待する。 	

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支援計画を適切に策定している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書の策定責任者をサービス管理責任者と定めている。役割分担体制を整え、フェイスシートやADL評価表を基にアセスメントを実施し、また利用者の担当職員を決め詳細なアセスメントが出来るよう取り組んでいる。 ・個別支援計画は一人ひとりの利用者及び家族の具体的なニーズが記載されその内容が個別支援計画書に反映され説明・同意を得て利用者に交付している。 ・6ヶ月毎にモニタリングを本人・家族と行いサービス実施を確認し、報告会や書面で確認する仕組みが構築されている。 ・支援困難ケースについては個々に状況に合わせ、落ち着ける場所や環境作りに配慮している。 ・モニタリング方法は「障がい福祉支援記録システム」の書式で統一されて共有が容易である。 	
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の実施と評価は見直し手順書で定め、6ヶ月に1回以上の見直し時期としているが、必要に応じて各職種や利用者・家族の意向意見を把握し見直す時期を早く行う場合もある。モニタリング記録表に満足度や課題を記載している。 ・個別支援計画の見直しを担当職員が計画的に行って「個別支援報告会」で全職員が確認する仕組みが出来ている。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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、職員間で共有化されている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の福祉サービスの実施状況や日々のバイタルサイン・身体・生活状況の記録を施設の記録要綱に沿い「障がい福祉支援記録システム」にパソコン記入している。 ・記録マニュアルがあり、パソコン記入の方法を研修し内容を統一され全職員で周知している。 ・システムの活用で個別支援・医療・活動記録が分類され必要な情報が確認しやすくなっている。 ・パソコンネットワークシステム利用で記録や情報共有が出来る仕組みが整備されているため、ショートステイや相談支援事業所とも情報共有できている。 	
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の個人情報保護規定・文書管理規定に記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適切な利用や漏えいに対する対応管理責任者に関する規定を定めている。 ・重要事項説明書で、記録管理責任者は管理者と定めて契約時に説明している。 ・職員も就業規則で説明し教育を行い、入職時と退職時に誓約書に署名捺印し遵守されている。 	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人の意向を聞き取り話し合いをしてフェイスシートやADL評価表で把握し、自己決定を尊重し柔軟に個別支援方法に対応している。例えば送迎依頼後に天候により自転車での通所する承認などやる気を引き出す為に臨機応変な対応をしている。 ・必要に応じて家族や相談員と連携を行っている。日中活動は興味を持ち自分で選べるようプログラムを工夫し「日々の計画書」を作成し、担当者と利用者の注意事項などを明記し、職員間で共有できるようにしている。 	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害・虐待防止・個人情報秘密の保持は利用者・家族に契約時に重要事項説明書で丁寧に説明し納得を得ている。施設に於いては事例が無いが、身体拘束廃止マニュアル・権利侵害防止についての検討や再発防止などの内容で、リスクマネジメント会議が月1回行われ、身体拘束廃止会議を3か月に1回行っている。朝夕のミーティングでうっかりミス・ヒヤリハットの報告や新聞・テレビニュースの事例を発信し職員に周知する仕組みがある。 	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシート・ADL評価表・本人の望むことなどで利用者の自立度を把握している。利用者それぞれの状況や意向を重視し、自主的に行えるよう見守り姿勢を基本とし「自分で出来ることを大切に」支援を行っている。食事の準備やお絞りの用意、コーヒータイムなどでは傍で見守っている。 ・就労Bの利用者は来所時に健康管理や準備のチェックリスト(手洗い・うがい・検温・マスク着用など10項目)の記入を各自で行っている。(実施がないため一部削除) 散髪サービスの利用も可能になっている。 	
A④	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
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・心身の状況で自発的な発語が困難な利用者には文字盤や選択肢を提示しコミュニケーションがとれる様に個々に応じた方法で意思や希望を理解するよう取り組んでいる。機器や代弁者を必要とする事例はないが、家族の要望や訪問介護の職員のやり方を取り入れ、継続してコミュニケーションを取っている。 ・コミュニケーション能力を高める工夫で、点取りゲーム・サイコロゲーム・ハンドベル・脳トレ・漢字クイズなど楽しみながらできるレクレーションを行っている。 	

A⑤	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・意見・相談・苦情などの流れについての掲示が施設入り口にあり、相談室があり相談しやすい環境に配慮している。 ・個別支援計画書を担当制で受け持ち、利用者と職員が話す機会を意図的に設けている。個別支援計画書を基に作成しコミュニケーションが図れるよう、また個別にモニタリングを行いその人の意思を尊重して支援している。 ・サービス内容の選択と決定のために必要な情報を丁寧に説明し理解を得られるように努めている。電話相談や簡単な問い合わせはその場で返答も行っている。 ・家族や相談員からの情報提供も得て相談内容は日々のミーティングで共有しサービス管理責任者と関係する職員で検討会議を行い、相談内容により個別支援計画書の作成変更も適時行っている。 	
A⑥	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日中活動の支援を「ジョイフル行事カレンダー」に自由に取り組めるメニューや季節の行事やイベントを掲載し、利用者の聴き取り・選択・アイデアの中からレクリエーションを行っている。 ・日々の計画書に個別ケア・注意事項・担当者を記載し情報共有のもとで支援している。 	
A⑦	A-2-(1)-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は専門的知識の習得のため毎年計画的に外部研修に参加し、施設内で伝達研修を行い障がいに対する知識と理解を深めると共に、職員間で支援方法の検討と共有を常に行っている。 ・その日の状況状態を検温・入浴・食事量・気づきコメントを連絡ノートに記入し家族との情報交換を行っている。送迎も車椅子・手引き歩行など状態に応じて実施している。 ・利用者の状況状態をよく観て行動障がい・不応行動があり不穏時や表情の変化で他の利用者が不穏にならない様に配慮、場所を変えたり距離のとれるテーブル席の変更など支援方法をミーティングで検討・見直し調整を行っている。 	
A-2-(2) 日常的生活支援			
A⑧	A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の嗜好や禁止食・食物アレルギーなどを考慮に栄養士が献立を作成し毎月配布されている。 ・主食や副食は希望や心身の状態に合わせ(咀嚼や嚥下状態)おかずの量や形態も考慮して提供している。毎日食事後に感想や意見を聴き取り、調理委託業者と事業所の食事委員会で話し合いアンケート結果を献立に反映している。 ・心身の状態に応じた入浴・食事介助・排泄・移動移乗支援を行い終日ベッド臥床の利用者も看護師が専門的支援(必要時痰吸引や経管栄養など)を行っている。 ・入浴前にバイタルサインと水分補給を必ず行い希望により同性介助や状態により二人介助や機械浴で安全に清潔ケアが行われている。 ・就労Bは弁当持参や、生活訓練として入浴等希望すれば、対応したケースがある。 	

A-2-(3) 生活環境			
A⑨	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の玄関から室内まで全てがフローリングで段差なく安全に移動できる。現在コロナ禍で特に感染予防対策のため入室前に検温測定と消毒薬の設置で手指消毒とマスク着用確認している。 ・事業所のガラス窓は南向きにあり採光が良く、室内は消毒・換気を定期的に行っている。空気清浄機の設置と温湿度計で適温を保ち、利用者の希望も取り入れて快適に過ごせるようにしている。 	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A⑩	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況状態に応じて歩行器での移乗や手引きによる歩行訓練などやプログラムの中やコーヒータム・声掛けなどで自然に自ら身体や手指を動かすことが出来る様に生活訓練を行っている。 ・入所時の担当者会議で理学療法士の指導やアドバイスを受け、事業所内で継続して機能訓練や生活リハビリを行っている。 ・就労Bで片麻痺の利用者は健側の機能維持と麻痺測でも物が支えられる自助具など使用を促し機能低下を予防している。 	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A⑪	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・来所時と午後の2回と入浴前にバイタル測定し記録し、生活援助全般を通じて健康状態を把握する仕組みが出来て実施されている。 ・通院や健康相談はかかりつけ医で行い、日常生活ケアの中でニーズによりアドバイスや皮膚トラブルや体調変化に対応している。 ・急変時・体調不良時・事故発生時等の対応マニュアルがあり、看護師と介護職員が医師や医療機関との連携をとり、迅速な対応を適切に行っている。AEDが設置して急変時対応の訓練されている。 ・各マニュアルの検討会や研修は行っているが、今後事例発生時には個別指導の実施を期待する。 ・健康管理や記録等の体制が整備されている。 ・利用者とその家族や相談者にも情報提供が出来て更に安全管理体制が構築されるよう個別指導を含む職員研修を定期的実施する事を期待する。 	
A⑫	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤看護師を配置し医療的な支援、服薬管理安全管理体制のもとに行っている。薬は利用者が持参したものを保管し服薬管理チェック表で確認し与薬記録をしている。 ・慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者は医師の指示書のもと診断書・情報提供書で把握し専用紙にまとめ介護職員と共有し理解のもと支援を行っている。 ・介護職員が医療的なケアは行わないが緊急時処置(気道確保の器具挿入時のはずれた場合の応急処置)は介護職員も指導を受けている。安全衛生委員会や備品の衛生管理は協働している。 ・医療的な支援に関する年間計画は出来ていない。介護リーダーは身近な疾患や症状について今後は勉強会を行う予定を考慮していると発言されていた。 ・利用者の健康管理や疾患を知ることで異常の早期発見や対処が可能になり、利用者の安心に繋がります。知識的な内部研修を行うなど、更なる介護の質向上を期待する。 	

A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A⑬	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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自身の希望や思いを持ち、社会参加するための情報、学習や体験の機会を提供して支援している。 ・プログラムを基に生活介護や就労Bでも近隣商業施設で行われる「ふれあいキャンペーン」や、地域で実施される「ちゃんぶるフェスタ」など利用可能なことを紹介し参加利用の支援を行っている。 ・四條畷市事業所間の情報交換会に月1回参加し現在はリモートやメールで情報を得て提供している。 ・就労Bでは社会参加や生活支援を利用者の希望や意向に沿って行っている。「生活体験」おやつ作り・買い物で好きな物選び・食生活調理(ギョウザの皮でミニピザ作りなど)学習や体験の機会を月2回は設定し美味しく楽しみながら学習意欲を高める工夫を様々考え取り組んでいる。 	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A⑭	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。	—
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は通所事業につき該当しない。 	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A⑮	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常の生活状況の報告は連絡帳に記載している。電話や送迎時の会話でも日常的に報告し家族との意見・情報交換ができています。 ・家族会は任意での参加で「ジョイフルごはん」のご案内として、秋頃の季節に年1回家族と交流会を行っている。家族と利用者が調理する機会を設け担当職員も一緒に調理をしながら交流の場としている。 ・急変時や体調不良時の家族ご報告はマニュアルに沿い報告・連絡・手順がフローチャート方式で明確に文書化され、活用されている。 	
			評価結果
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
A⑯	A-3-(1)-①	子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	—
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の利用者は子どもを対象外としているので該当しない。 	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個々にあった作業が選べるように複数の軽作業を用意している。四肢に麻痺があり片麻痺でも器具でボルトの固定など出来る様に工夫して働く意欲を引き出す取り組みや、希望や意向に応じて調理することや買い物など生活体験を実施している。 ・新しい利用者がある時歓迎会で食事やカラオケなど(コロナ禍前)行く事で楽しみながら意欲の維持・向上の支援を行っている。 ・3ヶ月毎にヒヤリングで話し合いや個人目標の設定を行っている。 ・企業・他事業所見学や職場復帰支援を障がい者職業センター・家族との連携を持ち支援している。職場復帰を目的で高次機能障がいの方がジョイフルるうてるで生活訓練を行いリハビリ後に会社勤めに復帰された事例がある。 	
A⑱	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所での作業の内容と時間配分など、その日の体調に合わせて意見を聴きながら柔軟に対応し担当職員と毎日2回の個別ミーティングを持ち一緒に考え記録し次のステップにしている。 ・工賃支払いについては時間・内容・評価表記入を十分に説明し同意を得て行い領収書に捺印がされている。工賃が加算される作業も配慮し取り組み中である。 ・労働安全衛生の配慮は、コロナ禍以前より手洗い・うがい・手指消毒・検温・マスク着用と作業前に軽運動を皆で行い、季節の流行疾患など衛生管理を徹底している。 	
A⑲	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事の機会拡大のため、市内2ヶ所の就労支援事業所と協力し大口作業の共同受注を実施して物品の組み立てや点検など就労Bで行いながら職場開拓や就職活動の支援を行っている。 ・就職支援は利用者の障がいの状況など把握し、希望があれば企業と一緒に見学に行くなど、適切に行っている。 ・就労後の利用者と職場との関係づくりで合理的配慮の理解を企業に働きかけ、職場訪問や電話で相談など受け継続的支援を行った事例はある。 ・障がい状況に合わせ地域企業や関係機関・家族連携で就労支援が行われる。 ・就労Bの面談では以前から利用の他事業所とジョイフルるうてるの就労を契約し両立して意欲的に「僕は仕事に来てるので」と意欲的に説明している。また、片麻痺の利用者も「この事業所を選んでやっと落ち着いた」と表情が明るく、支援の安定が伺えた。 ・生産活動・軽作業を増やすためと、就労場所開拓の取り組みとして、同事業所施設の掃除やシーツ交換が(新型コロナが終息後)可能に成るよう施設と打ち合わせしている。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	ジョイフルるうてる
調査対象者数	利用登録者 42人
調査方法	アンケート調査による。 アンケート用紙を、施設に依頼し保護者に受取人払いの封筒を添えて直接手渡しを依頼した。回収は郵便で評価機関へ直接返送してもらうか、又は施設で受け取り未開封のまま転送してもらった

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用登録者42名の内30名から回答があり、回答率71%であった。
就労継続支援B型と生活介護を併設した事業所である。

一日の利用者数は22名で、内訳は就労継続支援B 10名、生活介護 12名である。

アンケートでは、人権への配慮7項目、個別支援プログラム7項目、日常生活支援14項目、その他自由意見2項目に分けて尋ねている。
全体的にアンケートには、まる付けでの回答が多く、意見は少なかったが率直な意見が出ていた。

人権への配慮として

- ・痛みが出た時の対処の仕方がいい。やってほしいのは体験実習。
- ・言葉が苦手なのだが、職員さんは分かってくれる
- ・嫌な思いをしたことがない。
- ・備品を一部破損させてしまった時、対応の仕方が人によって違い困惑した。

個別支援プログラムとして

- ・施設に入る前、施設について分かり易い説明があった。
- ・支援計画は同意のもとで作成された。
- ・地域の自立生活について、相談したことがない。

日常生活支援について

- ・食事は注入でもみんなと楽しくしている。
- ・お弁当を持ってきている。
- ・机の角90度の人の息がかかるから衝立が欲しい。
- ・薬の事は病院で聞いている。
- ・地域の情報を貰って、さくらフェスタとか地域の行事に参加している。

その他

「施設やサービスに対して特によいと思われることは」について自由意見。

- ・コロナ禍においてもできる範囲内で楽しいレクリエーションなどをしていただき感謝しています。
- ・今はコロナで出られませんが、施設付近のお店やショッピングにも連れて行ってくださいます。すごく良いと思います。
- ・職員の人が優しい。親切。みんな声をかけてくださいます。いつも親身になってくれます。
- ・買い物、紐通し、バリ取り、テレビゲーム、ねじ、クッキー袋詰め、ふとうきてのハサミ、詮索ばさみ、陶芸作業がいい。
- ・さつき園に見学に行きたいです。
- ・字を書かせるこだわりは、軽減を考えてほしい。
- ・ご飯を多めにして。
- ・もっと話を聞いて欲しい。
- ・サービスをして欲しくない。

などが出されていた。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	
調査対象者数	人
調査方法	

利用者への聞き取り等の結果（概要）

--

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等