

様式1

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	ココリス	
運営法人名称	社会福祉法人 成光苑	
福祉サービスの種別	児童発達支援 放課後等デイサービス 生活介護 障がい児相談支援	
代表者氏名	(管理者) 重村 公美子	
定員(利用人数)	児童発達支援・放課後等デイサービス 合わせて10名 (利用登録者 児発 17名、放デイ17名) 生活介護 10名(利用登録者 32名) 障がい児相談支援(利用登録者 129名)	
事業所所在地	〒 566-0043 大阪府摂津市一津屋1丁目35-22	
電話番号	06 - 4862 - 5922	
FAX番号	06 - 4862 - 5923	
ホームページアドレス	https://swc-seikouen.jp/kokoliss/	
電子メールアドレス	cocoliss@seikouen.org	
事業開始年月日	平成28年4月1日	
職員・従業員数※	正規 11 名	非正規 19 名
専門職員※	社会福祉士：2名 介護福祉士：4名 精神保健福祉士：1名 看護師：1名 保育士：6名 臨床心理士：1名 相談支援専門員：2名	
施設・設備の概要※	[設備等] 訓練作業室1、多目的室4、相談室1、 指導訓練室1、事務室1、浴室1、食堂1、 台所1、更衣室2、お手洗い4	

※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	1 回
前回の受審時期	令和 3 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】

【法人理念】

1. 個人の尊厳を旨として、その人にふさわしい最善のサービスの提供に努める
2. 地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点等となる施設運営を目指す
3. 専門的知識、技術の研鑽に努め、誇れる施設を目指す

【障がい施設経営方針】（和顔愛語より）

1. その人らしく健やかにともに暮らし、希望をもって社会参加できる環境を提供する
2. 地域の中で個々のニーズに合った専門性の高い総合的なサービスを提供する
3. 地域にあって良かったと誰もが笑顔で過ごせる、信頼される施設運営を目指す

【ココリスの理念】

ご利用者一人ひとりの想い・個性を大切に、社会参加・自立へ向け支援していきます

【施設・事業所の特徴的な取組】

（児童発達支援）

1. ソーシャルスキルトレーニングやアサーション（自己表現）トレーニングの実施
2. 保育園や幼稚園で経験できないような五感を刺激することを課題にしたプログラムの実施
3. 臨床心理士による発達検査（新版K式発達検査2020）の実施

（放課後等デイサービス）

1. ソーシャルスキルトレーニングやアサーション（自己表現）トレーニングの実施
2. 小集団の中で、社会性を身につけることを課題にしたプログラムの実施
3. 臨床心理士による発達検査（新版K式発達検査2020）の実施

（生活介護）

1. 看護師を常勤で1人配置し、医療的ケアにも対応できる
2. リフト付きの入浴設備を整えており、個浴対応にてご利用者に合わせた入浴介助を提供できる
3. 障がい特性に応じたグルーピングを行い、職員の人員配置を手厚くすることで、一人ひとりに合わせた支援を提供できるよう努めている

【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6年7月11日～令和6年12月6日
評価決定年月日	令和6年12月6日
評価調査者（役割）	1102B013（運営管理・専門職委員） 2101B028（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・ココリス（事業所）は、社会福祉法人 成光苑（法人）が大阪府摂津市において運営する障がい福祉サービスの生活介護事業で、生活介護、児童発達支援、放課後等デイサービス、障がい児相談支援事業を実施している。

・社会福祉法人成光苑は、摂津市に本部を置き、大阪府北部北摂地域、京都府北部で、介護・保育・障がい事業を展開し、地域に開かれた施設として活動を目指している。

・同法人が運営する吹田竜ヶ池ホームとココリスとは一体的運営が図られ、近隣地には法人の認定こども園一津屋愛育園もあり、事業所(生活介護)の給食もここから提供されている。

・事業所は、最寄り駅から徒歩10分弱の企業社宅や戸建て住宅地にある二階建とログハウス調平屋がつながった造りで、コミュニティバスの巡回路に面しており、公民館や小学校も近く少し足を伸ばせばコンビニもあるという、近隣住民との出会いの多い地域である。また一級河川の淀川にも近い立地にある。

・長期計画で示されている増築計画は土地購入が今年度予定され、事業申請の段階に来ている。

・法人の方針のもと、品質マネジメントシステム（ISO 9001：2015）をツールとして日常のケアに活かしており、職員一同が法人の理念に沿い利用者一人ひとりの個性を尊重し、社会参加や自立へ向けた支援に実績を積み上げている。

・法人発行の季刊誌には法人全体の情報公開として事業報告・決算報告・研修計画・事業計画、資金収支予算を掲載し、それには事業別に明瞭に数字を出して知らせている。

◆特に評価の高い点

・児童発達支援・放課後等デイサービス・生活介護と多機能型施設を目指し、子どもから大人まで切れ目のない支援を目指している。

・品質マネジメントシステム（ISO 9001：2015）が特徴的で、法人として諸制度を定め、整備された諸規定に沿ったPDCAサイクルを実施し、職員が日常の多くのケアや業務が有効に機能するよう活かされている。前回の福祉サービス第三者評価調査の評価結果が改善に結びついている。

・利用者の意思・自主性を妨げない支援、利用者を主体にする事を前面に出して、利用前のアセスメントから個別支援計画、利用日のサービス提供記録に一貫した方針が貫かれている。

・児童発達支援（未就学児）・放課後児童デイサービス（小学生～高校生）は子どもの成長段階に合わせて出来ることを伸ばせるように療育内容を検討、実施されている。専門職（臨床心理士、保育士等）が配置され療育内容プログラムの充実と保育園・幼稚園との交流や社会性を身につける学習、入浴、運動等の幅広い支援が行われている。
・生活介護は障がいの特性に応じて2グループに分け、利用者の好きなこと・得意なことに着目し自ら進んで取り組めるようなプログラム（ネジ差し・パラコードのアクセサリ作り）を検討し実施され少しでも工賃へ繋がり励みになるように支援されている。

・看護師と非常勤医師が配置されているので、医療的ケアの相談にも対応出来ている。

◆改善を求められる点

・長期計画の今年度は増築のための土地購入が予定され、実行は次の段階に進んでいる。施設内の設計時点では職員の意見を取り上げ、特に障がい者目線での動線を重視する様に図られる事を望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・ご利用者と地域との交流を広げるための取り組みが現在弱いので、地域行事に積極的に参加して、交流の輪を広げていきたい。
・地域の相談窓口の設置をアピールして、更なる相談支援体制を強化し、実績を積み上げたい。
・利用者満足調査をホームページに掲載するだけでなく、積極的にご利用者に配布して、サービスの質を向上したい。
・災害時における利用者の安全確保の取り組みを充実したい。
・今後も支援者の質の向上を図り、より良い施設を目指し、ご利用者やご家族、職員にとって風通しの良い施設づくりに取り組んでいきたい。

◆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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人の方針や職員の行動規範等が、職員に配付の冊子「和顔愛語」に記載され年3回発行の法人の広報誌「きぎょう」やホームページ（HP）に掲載されている。 職員のファーストステージⅠ・Ⅱ研修のテキストにいれ周知徹底をしている。 当施設のパンフレットに「ココリスとは」を載せ、当事業所の基本方針を記載し、利用前の来訪時に説明をしている。 	

		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。		
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"> 障がい福祉サービス全体の動向については、摂津市障害福祉計画・障害児福祉計画などを確認し、今年度実施された報酬改定も反映している。 福祉事業全体の動向について大阪府社会福祉協議会セルフ部会、自立支援協議会等の情報を把握し活動の在り方に結び付けている。 法人の経営品質向上プロジェクトにて収集・分析を行い、経営環境や課題を把握に努めている。 事業所の利用者数推移やコスト等の分析は、事業所のデータを基に法人の施設長会議や経営企画会議にて月次で把握し分析を行っている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 次年度に向けた計画作成時には当該年度の進捗状況を踏まえ、組織体制・サービス目標・職員体制・設備の修繕・設置計画などを立案している。 事業計画は法人の理事会にて立案・承認された後、リーダー会議を通じて、職員に周知され、目標の達成に向けて取り組んでいる。 年3回の施設長チャレンジシートを用い計画の進捗状況を確認している。 	

		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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・吹田竜ヶ池ホームとココリスを一体とした3ヶ年中長期計画を策定している。項目別には、①人材の確保と育成と定着の強化、②福祉サービスの向上、③確実、効果的、適正な事業経営を掲げており、項目ごとに目標と具体的取組を記載し、別途収支表と共に、計画の進捗や達成度が客観的に判断できる内容となっている。 ・中長期計画の進捗状況の確認と評価は、毎年3回の施設長のチャレンジシート(評価表)に基づき、理事長との面談を実施している。 ・(仮称)第二ココリス建設に向けて土地の取得など具体的な実施動向がある。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画を反映した各事業目標(生活介護、児童発達支援、放課後デイサービス、障がい児相談支援)が策定され各事業ごとに重点目標を掲げている。 ・重点目標を基に、①契約②サービス③教育目標に具体的な内容と数値を定めスケジュールを定めて、客観的に評価が行える内容となっている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、リーダー会議で品質目標実施計画書の達成状況を記録し、見直しを行っている。また、隔月に施設長会議に報告し、その評価を得ている。 ・事業計画の進捗や評価は、リーダー会議、事業別会議、全体会議で報告され職員に周知している。 ・さらに必要に応じ見直しと改善を行う(A)ことで、PDCAサイクルを適正に廻している。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、前年度事業報告と合わせ玄関横にファイルを設置し閲覧可能としているが、利用者家族への口頭での説明は入所説明時である。 ・HPには事業計画や関連事項が掲載されている。 ・法人発行の季刊誌には事業報告・計画が掲載されているが、当事業所の利用者家族向けに分かりやすく読みやすい独自の事業計画を配付されることを望む。 	

		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。		
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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保と育成・定着、福祉サービスの向上を確実、効果的、適正な事業をと掲げ、項目ごとの進捗状況を客観的に判断出来るようにしている。 ・ISO品質マニュアルに沿って、自主点検、不適合報告やPDCA体制等を構築しており、アンケート実施による顧客満足度調査も行っている。 ・前回の第三者評価受審結果での結果を基にサービスの改善をしている。 		
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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回の法人の内部監査を受け、状況報告書にて課題と対策を出し計画的に改善をしている。 ・日常の苦情や事故等については、報告書を作成のうえ原因と対策を検討し全体会議やリーダー会議、ISO事務局会議で共有し、必要に応じ法人の各事業所に水平展開し、再発防止を図っている。 		

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。		
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"> ・管理者は事業所の事業計画に明記し、運営等に関する方針と取組を全体会議やリーダー会議等で職員に表明し周知を図っている。 ・管理者の役割と責任は運営規定・ISO品質マニュアル・人事システムガイドなどで明示し職務や権限について職員が理解している。 ・有事における管理者不在時にあっては、その役割と責任の権限委譲を消防計画・防災マニュアル（BCP策定等）で明確にしている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、行政通達や最新資料および内外の各種研修において、事業所が遵守すべき法令等の理解を図り、会議を通し職員への周知に努めている。 ・法律などの改正時には事業者ハンドブックを見直し、大阪府セルフチェック表、自主点検表の実施と改正資料の確認、共有をしている。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に沿って全体会議、リーダー会議や各種委員会（感染症予防、人権・虐待防止・行動抑制廃止、安全衛生等）を立ち上げ、各種会議に役割を委任しながら運用管理を行っている。 ・管理者は、日常の対応やチャレンジシート(目標管理表)を活用した面接等を通して、職員の意向・意見の聞き取りや具体的な取り組みの実施を行っている。 ・外部研修・法人研修・法人内の地域別研修・施設内を行い、復命書や理解度調査シートなどで、研修の効果を確認している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回の事業報告・毎月のリーダー会議での品質目標実施計画書などを活用しながら分析し、指示や意向を示している。 ・管理者は事業計画に基づく各種委員会のプロジェクト計画書のそれぞれの進捗状況についてリーダー会議の報告や議事録で把握し、必要な指示を行うなど直接・間接に積極的に関与している。 ・職員の働きやすい環境整備について安全衛生委員会を設け、勤務地や勤務継続の意向については、全職員それぞれの申告に基づき職員の意向尊重や支援を行っている。 	

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「人材確保プロジェクト」を中心に法人全体で人員確保に向けた計画を立案し、就職フェアや近隣学校訪問、施設アルバイトや施設見学の受け入れなども実施し、採用試験に取り組んでいる。 ・法人内の人事異動も職員の適材適所の観点から効果的に実施されていることも反映し、設立以来職員の増加は多く、中途退職者は少ない状況にある。 ・事業計画の中の役割分担表に年度の研修対象者も明示し、年間研修計画も示している。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・冊子「和顔愛語」に期待する職員像として、「求めるスタッフ像」が明記されている。 ・人事システムガイドに人事基準が定められ、職員は自由に閲覧できる。 ・人事システムガイド・就業規則に基づき、「自己申告書」「チャレンジシート」「目標管理シート」を活用し人事考課・フィードバック面接を行っている。 	
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組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の労務管理は総務課がデータ管理を担い、管理者はデータを確認し職員に休暇等の取得を促し、各部署の役職者と取得状況の情報共有をしている。 ・職員の心身の健康維持のために定期的なストレスチェック、健康診断、予防接種などを行っている。 ・職員は年2回の人事考課の際の上司との面接時に務に係る意向を管理者等に表明することができている。事業所は、日常勤務の適時柔軟な変更に応じ、有給休暇の取得を奨励したりと、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っている。 	

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"> ・期待する職員像を、冊子「和顔愛語」「人事システムガイド」に明記している。 ・職員は年度初めに自分自身の目標や期限を記入したチャレンジシートを作成している。 ・各シートには目標項目、水準や期限が明確にされ、職員は半年ごとの中間評価や年度末の面接（非常勤は年3回）で目標達成状況の確認を行っている。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像は冊子「和顔愛語」や「人事システムガイド」に、必要とされる専門技術や資格については、「人事システムガイド」に記載されている。職員の教育・研修の内容はISO品質マニュアルにて定めている。 ・研修は人材育成プロジェクトを中心に法人研修、地域別・施設別研修、等級・職位別研修に分類され、きめ細かい研修が用意されている。研修の状況は「研修・訓練計画／実績表」で把握している。 ・研修計画の評価と見直しは、研修達成度の報告や職員の意向を反映し定期的実施している。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の知識と技術水準は年2回実施の人事考課で把握し、専門資格は「法的資格一覧表」で把握・運用している。 ・新任職員は「ファーストステージ研修プログラム」を用い、育成担当者を中心に施設内研修を行っている。 ・職員には等級・職位別のほか、必要に応じ外部研修も活用している。施設内研修については、非常勤職員も含め全職員が受講できる。 ・職員一人ひとりが研修に参加できるよう、研修情報を回覧するほか、必要に応じ勤務時間の調整や費用負担等について配慮をしている。

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。

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生受入れマニュアル作成している。 ・実務者研修などの実習生を積極的受け入れている。実習中には学校側と情報共有を行い、プログラムに沿って実施している。 ・実習指導養成研修を受講した指導者を配置している。

		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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人のHPでは、法人理念、経営方針、福祉サービス内容等を掲載し、予算・決算概況については、法人の広報誌「さきょう」に公表している。 ・当該施設の第三者評価の受審や苦情・相談体制について当事業所ホームページに載せ、重要事項説明書を施設内に掲示している。 ・第三者評価結果は職員や第三者委員と共有をし、ワムネットにて公表をしている。 ・地域の住民に配付するスタッフ募集案内のパンフレットにも法人理念・経営方針や福祉サービスの要点を記載し情報公開に努めている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・独立監査法人による会計監査と法人監事による監査を受け、指摘があれば都度改善を行い公正で透明性の高い適正な運営に努めている。 ・事務・経理・取引等に関する業務は、一人で行う事の無いよう常に決裁を取り、上司の承認の下で行うようルール化している。 ・事業所における小口を含む現金の授受については、利用者への工賃支払いを除き全て銀行振込としている。 	

		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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「和顔愛護」「事業計画」に基本的な考えが記載され、社会資源の情報等については、資料の配布などにより利用者家族へ知らせている。 ・地域への野菜販売やパラココ（利用者が作った製品）の販売や利用者に応じた地域行事への参加支援など行っている。 ・障がい者支援事業として、地域交流を広げる取り組みの難しさは有るが、オンリーワン・ナンバーワンを目指す法人の取組を期待する。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア規定を定め受け入れ態勢を整えている。 ・前年度ココリス祭りにボランティアの受け入れを行った。 ・今後共、一步一步ボランティア受け入れに対する施設の課題解消に努め、交流受け入れ準備を進めていくことを期待する。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・摂津市の障害福祉ハンドブックを活用している。摂津発達支援事業所連絡会に参加し、ヘルパー事業所、通所リハビリ、保育所・学校など関係機関との連携を図っている。 ・利用者個々の状況に対応できる社会施設を把握し、相談支援事業所・市・関係諸機関との連携を図り個別支援計画など必要に応じて話し合いを持っている。 	

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	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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回、地域の福祉ニーズ調査を行い、その把握を行っている。 ・地域の相談窓口を設置して、地域からの相談受付に対応するようにしている。 ・事業所連絡会に参加し、ニーズや生活課題について把握や、話し合いを持っている。 ・法人の潜在顧客調査委員会にて地域の集合住宅での相談会を実施しているが、地域ニーズの更なる発掘と、相談業務の実績の積み重ねを期待したい。 	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内に地域の福祉相談窓口やコミュニティソーシャルワーカー（CSW）を配置し、地域の福祉相談に応じるとともに大阪しあわせネットワークの基金にも拠出している。 ・パラココ（利用者が作った製品）を地域イベントへ出店している。 ・臨床心理士など専門職による相談受付を行っているが、引き続き地域の相談窓口として実績を積み重ね、理念の実現が身近に、地域に無くてはならない存在になることを望む。 	

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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人独自の品質マニュアルに沿いながら、利用者を尊重した福祉サービス実施を明示し、職員が理解しPDCAサイクルを意識した実践体制がある。 ・冊子「和顔愛語」や基本マニュアル「はじめの第一歩」の中に利用者に対する職員がとるべき基本姿勢を明示している。 ・毎年全職員に人権研修を実施、年3回「虐待の芽チェックリスト」を活用し、各該当する委員会で見守り状況把握と評価を実施している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・基本マニュアル「はじめの第一歩」にプライバシー保護の記載がある。 ・利用者の排泄や入浴には原則同性介助を行い、入浴は個室対応とするなど利用者のプライバシーの保護に配慮したサービスに徹している。 ・不適正な事案が発生した場合の対応方法などは不適合サービス管理規定に沿って適正な対応を行っている。 	
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。		
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"> ・随時、相談を受け付けており、パンフレット等を使用した丁寧な説明を心掛け、利用者や家族等の希望があれば見学や体験利用も実施している。 ・法人の広報誌「ききょう」を年3回発行しており、ホームページには施設からのお知らせを掲載し事業所の特性を紹介している。 ・事業所のパンフレット等も配布するなど利用者の募集を積極的に行っている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始・変更にあたっては、口頭で丁寧に説明するほか、開始時には重要事項説明書等の提示や変更の場合にも文書による通知を行い、最終的に文書による同意を取り付けて実施している。 ・意思決定が困難な利用者には、家族に確認したり、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用できるよう相談支援専門員に問い合わせしている。 ・今年度から変更になった利用料金の改定に対応し、利用者には変更通知を渡している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が他事業所や病院に移行する場合には、相談支援事業所と連携を図り、スムーズに移行できるよう書面や会議等で情報提供を行っている。 ・福祉施設への移行に当たり、相談支援専門員が窓口となり、必要に応じて資料提供を行っている。 ・施設利用終了後も施設に連絡・相談が可能であることを説明している。 ・福祉サービスの継続性に配慮した手順書と引継ぎ文書をあらかじめ用意し、相談に対する手順書と文書をあらかじめ用意する事を望む。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 顧客満足度調査計画書に基づき、満足度調査を実施し、調査内容はリーダー会議で検討改善を行っている。 事業所アンケート集計結果を数量集計・グラフ表に纏めホームページに掲載している。 さらにアンケート結果を、ホームページのみでなく、事業所内への掲示か利用者への配付を期待する。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 重要事項説明書に苦情解決の体制及び手順を明記し、事業者の窓口と第三者委員（地域住民）の名前を明記している。 苦情対応を記録して施設長会議又はリーダー会議や事業別会議で内容を検討・対応をし、利用者・家族にフィードバックするとともに第三者委員にも報告をしている。 苦情内容の重大性によりISO事務局会議においても報告・検討を行い、法人内で情報共有を行っている。 苦情内容および解決結果については施設内に一定期間ファイリングして公表している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 契約時の重要事項説明書に、苦情受付窓口担当者・連絡先などを明記するとともに、行政の苦情窓口を紹介している。 利用者からの相談や意見などは、利用日毎の記録「サービス提供記録」に家族の相談や意見・要望の記入欄を設け、必ず返事を返している。 施設内に面接・相談等に使える部屋があり、内容によってはそちらを使うが、全員利用の送迎車は運転手と職員の添乗があり、保護者との接触を日常的にしている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 苦情解決規定に基づき、クレーム・苦情報告書を作成し対応経過を記録共有・水平展開をしている。 利用者からの相談や意見などは、利用日毎の記録「サービス提供記録」に家族の相談や意見・要望の記入欄を設け、送迎時に会う保護者にはその日に話し合いをし、解決を図っている。 相談支援専門員からの連絡に対し早朝対応、直接対応を心がけ、モニタリングへの協力も行っている。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護事故防止対応マニュアル、緊急対応規定、不適合サービス管理規定に対応について明記され事故内容の根本原因の追究、対策検討、是正、対策の効果確認までをPDCAサイクルにのっとり詳細に対応している。 ・法人内の各施設のISO事務局員が集まる会議内において報告・検討を行い、法人内外施設での事例を参考に取り入れて有効に活用出来ている。 ・緊急対応・不適合報告書やクレーム・苦情報告書に対し施設内の全体会議で検討しひやりはっとの事例等は終礼時や各部署会議で話し合い改善策を検討して実行している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師を中心として感染症予防委員会の設置及び年2回の会議を開催し又感染症発生時は必要に応じて臨時開催している。 ・感染症に関する指針やマニュアルの見直しの実施と年2回以上の研修を実施している。 ・利用者の受け入れ時には必ずバイタルチェックを行い、手洗い・消毒・マスク等感染予防に努めている。 	
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している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・防災マニュアル（自然災害発生時における業務継続計画）を作成し、地震発生時の対応や連絡体制・安否確認の方法等を定めている。立地条件からの水害を想定し、必需品の確保等の対策を講じている。 ・利用者及び職員の安否確認の方法は連絡網で決められており全ての職員には周知している。 ・備品類については災害時に3日間程度ストック出来る体制を整備・管理する計画はしている。備蓄の確保は整えつつある。 ・防災計画の整備を行い、関連機関の情報は把握し消防署との火災訓練は年1回実施している。避難先は近くの小学校も考えている。 ・生活介護区分平均5.1、児童発達支援・放課後等デイサービス利用者の3事業所での障がい特性や支援方法は様々であり災害時の対応について全職員が参加する災害（地震・水害等）を想定した訓練の実施を望む。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・基本マニュアル、各種手順書が作成され利用者の尊重、プライバシー保護の姿勢を明示している。それを基にOJT及びOFF-JTを取り入れている。 ・ファーストステージプログラムを使用し、指導状況の把握・チェックを行っている。 ・障がい特性についての研修を職員会議の時間を利用して年3回実施し、参加できない職員には個別に指導し標準的なサービス提供について周知するよう努めている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故報告や会議での検討により必要に応じて手順書を各事業所会議で見直し、更新を実施し、手順書管理方法については文書管理規定に定められている。 ・利用者や家族からの個別的な意見や要望に関しては個別支援計画書へ反映するようにしている。 	

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"> ・アセスメントシート（12項目）・モニタリングシート（分析・今後の対応）は詳細に記録され個別支援計画書を作成している。サービス実施計画書策定と見直しは大阪府サービス管理責任者等研修冊子、大阪府相談支援従事者初任者研修冊子に則り実施している。 ・サービス担当者会議では部門を横断して様々な職種（サービス管理責任者・生活支援員・看護師・臨床心理士・保育士・児童指導員・作業療法士等）が参加し利用者の状態について意見を出し合っている。 ・個別支援計画書作成の責任者はサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者である。 ・個別支援計画書は利用者や家族からのニーズを反映して作成し各事業所会議にてケース会議を行い計画通りにサービスが実施出来ているか確認し必要に応じて計画書変更を検討している。 ・利用者の支援困難なケースについては、事業所会議で検討し積極的かつ適切なサービスの提供が行えるように努めている。 	
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"> ・計画期間に基づきモニタリングを実施しサービス担当者会議で検討を行っている。 ・状態の変化が見られ緊急に個別支援計画を変更する場合、各職種によりサービス管理責任者や児童発達支援管理責任者へ報告される仕組みになっている。 ・変更された個別支援計画書はケースのファイリングやパソコンで確認出来る仕組みになっている。 	

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"> ・利用者家族、職員が共有する統一した書式で作成し記録の書き方についてはファーストステージプログラムとOJTにより指導を行っている。 ・情報共有の場として生活会議や児童会議を月1回開催し、全体会議において部門を横断した情報共有の機会を設けている。 ・パソコンのネットワークを活用し、職員が記録ファイルを回覧することが出来る仕組みが整備されている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の保管、保存（5～6年）、廃棄に関する規定は、記録管理規定に定め個人情報の管理は個人情報保護規定に定めている。 ・記録の管理責任者は生活介護・児童発達支援・放課後等デイサービスの3部署長（3人）と記録一覧表に明示している。 ・個人情報保護の研修は新人に対するファーストステージで実施している。 ・就業規則に個人情報保護を記載し不適正な利用、漏洩について書かれている。取り扱いの誓約を職員と交わしている。 ・利用者、家族等には個人情報の取り扱いについて契約時に説明し、同意書を交わしている。 	

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		
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"> ・個別支援計画は利用者や家族の意向を尊重しながら利用者の持っている力が上手く引き出せる様な活動を取り入れて作成している。 ・生活介護の利用者は18才～70才の精神的になじめない状態の人等には生活サービス責任者、児童発達支援は3才～5才、放課後等デイサービス利用者はい1～高3と児童発達支援管理責任者がそれぞれ障がい特性にあった支援内容を計画書に明記している。 ・定期的に生活会議・児童会議等で日中活動支援が出来ているかの検討している。 ・利用者の権利については毎年人権・虐待防止研修等で理解・共有する機会を設けている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護についてガイドライン、手引き等に明記し契約時に利用者や家族に対して虐待防止について説明を行っている。 ・職員は虐待の芽のチェックリスト（利用者の関わり方について15項目）を年3回使用して自己チェック・他者チェックを実施し、人権・虐待防止委員会で評価され結果を基に改善に取り組んでいる。 ・年2回人権研修と虐待防止研修を実施し理解度調査シートにて職員の理解度を確認している。 ・不適切な事案が発生した場合には、障がい者差別解消ガイドライン等の規定に基づいて原因調査・対策を立案し再発防止に努めている。 	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントにて利用者の心身の状況や生活習慣等を把握し、個々に合った支援計画書を作成し支援に取り組んでいる。 ・利用者が自ら「やってみたい」と思えるようなプログラム（ネジ差し・袋詰め等）を検討し、自立・自律に繋がる支援を提供している。 ・自分でやれることは自分でして貰う事を基本に見守り、必要に応じて支援している。 ・子どもの成長段階に合わせ、得意な事や課題に応じて出来ること(創作活動・音楽あそび等)を見極め療育内容の検討をし実施している。(児童発達支援・放課後等デイサービス) ・行政手続・生活関連サービス等は必要に応じて相談支援専門員へ連絡し支援している。 	
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に合わせ、筆談や手作り文字カード・絵カード・写真カード・スケジュール表等を用い、意思表示や伝達が困難な利用者には家族から家での様子も聞き理解するように努めている。 ・言葉の出ない利用者は視覚的ツールを用い、自分でカードを選んで意思を伝えるように工夫している。 	
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃の支援の中で利用者が職員に話しやすい機会を持ち相談事があれば個別に対応している。家族から相談があれば個別の相談機会を作ったり電話でも対応している。 ・子どもの相談については、臨床心理士等も対応している。(児童発達支援・放課後等デイサービス) ・利用者が自ら選択し決定出来るようにプログラムの提供方法を視覚的な工夫をして支援している。 ・相談内容については終礼時や生活会議、児童会議、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、支援員等で話し合う機会を設け必要に応じて個別支援計画の見直し、調整を行っている。 	
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画に基づき利用者の個々のニーズ合う日中活動（音楽鑑賞・タブレット使用・体操・散歩等）を検討しプログラムに取り入れている。(生活介護) ・子どもの意欲を引き出せる様に療育内容（トランポリン・縄跳び等の粗大運動や紙ちぎり・ハサミ等の微細運動）を考え実施している。(児童発達支援・放課後等デイサービス) ・施設内でのレクリエーションの提供以外でも他法人からのイベント（お祭り等）へ参加する機会を設けている。 ・定期的にもモニタリングを実施し、個別支援計画の見直しと合わせて日中活動内容・支援内容・療育内容の検討、見直しを行っている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に対しては障がい特性の専門知識を習得するための研修を実施している。 ・アセスメントを基に、障がい特性を把握して職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。 ・行動障がいについては、何故その行動が起きているのかを着目し全体会議で対処方法の検討を行い支援の実施へ繋げている。 ・利用者の関係性について支援が必要な時は、職員が間に入り調整等を行っている。 ・自分の思いや要望を上手く伝えられないもどかしさで暴力・暴言に発展しないように利用者の状態を把握している職員が事前にお互いの気持ちを尊重してトラブルを未然に防いでいる。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事は利用者の嗜好を考慮して同法人の愛育園から栄養管理された手作りの食事を提供している。 ・利用者の状態にあった刻みやミキサー食等に対応している。 ・入浴は事前に看護師よりバイタルチェックを行い、状況に応じて個浴や清拭等に対応している。(放課後等デイサービス・生活介護) ・入浴介助、排泄介助、移動・移乗介助は利用者の状況に合わせて出来る部分は見守りしながら支援している(児童発達支援は入浴を除く) 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態に考慮しながら1階・2階と居室を分けてプログラムに取り組める部屋を提供し安心・安全に過ごせる様な環境整備(作業が集中しやすいように室内温度・採光や周囲に余分な物を置かない・バリアフリー等)をしている(生活介護) ・利用者が落ち着かない場合は休憩できるスペースや他の部屋の活用や散歩・ドライブ等の支援を行っている。 ・生活環境に関しては利用者の意向を考慮して取り組んでいる。 ・排泄・入浴・移動・移乗等の介助方法は同じようにして繰り返すことで利用者の安心感を得ている。 ・放課後等デイサービスのケースは基本的には学校帰りであるが夏休み等は食堂スペースを利用して工夫しながら活動をしている(放課後等デイサービス) 	

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

(コメント)

- ・利用者の心身状況を日常生活の中から把握し、訪問リハビリや病院のリハビリの機能訓練・生活訓練・歩行訓練等を取り入れて拘縮予防を行い、動画を撮影し職員間で情報共有をしている。
- ・同じ姿勢が続く場合はマットを引いて横になって貰っている。
- ・子どもの療育内容については身体機能を促すプログラム（粗大運動・指先の巧緻性等）を取り入れている。（児童発達支援・放課後等デイサービス）
- ・児童会議や生活会議にて定期的（6ヶ月毎）にモニタリングを実施し内容の検討や見直しを行っている。

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

(コメント)

- ・入所時には全員バイタルチェックを行い入浴や排泄介助時には全身チェック等を実施し健康状態の把握に努めている。
- ・看護師は常勤で配置され、嘱託医師は月1回来所で健康相談等を行っている。
- ・体調変化時には看護師と連携し、必要に応じて家族への連絡や医療機関の受診等を行っている。
- ・年1回感染症予防研修（夏食中毒、冬ノロウイルス等）を実施するとともに随時必要な情報については更新して伝えている。

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

(コメント)

- ・医療的行為については基本的に看護師が実施し、支援員は必要に応じて看護師を呼ぶ体制としている。
- ・服薬品は手順書に基づき鍵付きの戸棚に保管し、服薬内容を個々の袋に写真を貼付し投薬時には必ず実物と確認二重・三重にチェック徹底した管理をしている。
- ・毎月リーダー会議にて服薬ミス等がないか確認を行い、必要に応じて対策を検討している。
- ・慢性疾患やアレルギー等がある利用者についてアセスメントや主治医の意見書に基づき対応を行っている。
- ・医療的ケアが必要な利用者については看護師が常勤で配置されているので医師の指示に基づく適切な支援を行っている。
- ・安全管理については管理医師や看護師と相談しながら実施している。
- ・看護師を中心に医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を行っている。

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。

a

(コメント)

- ・利用者の希望や意向を把握して大きな公園やカップヌードルやドーナツの製造会社などへの外出支援に取り組んでいる。
- ・近くのスーパーマーケットへ行き商品を選ぶ・購入する等の体験を実施している。
- ・パソコンに取り組みたいという意向の利用者にはパソコンやタブレットを触る機会を作っている。
- ・遊びの内容を子ども達で考え、意見を出す機会を設けている（児童発達支援・放課後等デイサービス）
- ・社会参加として地域住民との交流を目的として地域清掃に取り組んでいる（生活介護）

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所として日々の支援の中で現在取り組んでいる状況を維持して地域生活が継続できるように支援している。 ・自立・自律に向けた支援を個別に検討し取り組んでいる。実際にサービス付き有料ケア住宅で生活されているケースが5件ほどある。 ・環境の変化が苦手な利用者も多いので変化が有る際は不安を少しでも少なく出来るように支援を検討・実施し、その方の特性を理解し他のサービスを紹介するなど情報提供にも努めている。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の連絡帳でのやりとりや送迎時等でこまめに相談を受けたりして家族等と連携をしている。必要に応じて相談支援専門員へ繋げている。 ・利用者の家族等にココリス通信を毎月配布することで施設との交流を図っている。 ・家族の希望や必要に応じて面接を行い助言を行っている。 ・メールや電話でも相談を受け、その都度助言を行っている。 ・利用者の体調不良や急変時は家族等への報告・連絡網は明確化され看護師から連絡・助言等を行っている。

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントや子どもの状況（発達検査・評価等）を踏まえて個々に発達支援を実施している。（児童発達支援・放課後等デイサービス） ・子どもの発達に応じてスケジュール表・絵カードを作成して個別療育・集団療育を実施している。（児童発達支援・放課後等デイサービス） ・子どもの活動プログラムは臨床心理士・保育士等の専門職と連携を図りながら児童発達支援管理責任者が個別支援計画書を作成し見直しも行われている。（児童発達支援・放課後等デイサービス） ・子どもや保護者に対し学校及び保育園、他の事業所等との情報共有、連携、調整を図っている。（児童発達支援・放課後等デイサービス） 	

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。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・日々のプログラムで取り組んでいるパラコードアクセサリ作品は自主製品化しフリーマーケットやカフェ等に販売し、商品を製作した利用者の工賃支給に反映している(生活介護) ・作業の取り組みが最後まで通せる達成感を感じて貰えるように声かけや支援を心がけている(生活介護) ・プログラムを通じて挨拶や友だちとの関係作り等働く為に必要な学ぶ機会を提供している。 	
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"> ・利用者の状態に応じてネジ差し・袋詰め等の内職やパラコードのアクセサリ作り等グループ分けをして取り組んでいる(生活介護) ・工賃については規定を作成し利用者と家族へ説明し配布している(生活介護) ・工賃は利用者が内職・作業により得た喜びに繋がるので常に内容を検討し取り組んでいる(生活介護) ・利用者の体調等を考慮しながら休憩も取り入れている。 	
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。	-
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援、放課後等デイサービス、生活介護事業所であり非該当である。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	ココリス（児童発達支援 放課後等デイサービス 生活介護）の利用者家族
調査対象者数	利用登録者（児童発達支援15名 放課後等デイサービス16名 生活介護17名）
調査方法	アンケート調査による。 事業所に、アンケート用紙と受取人払いの封筒を添えて、利用登録者に直接又は郵送にて記入依頼をした。回収は評価機関へ直接郵送してもらうか、事業所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（児童発達支援15名うち10名 放課後等デイサービス16名うち7名 生活介護31名うち17名）から回答が来た。
回答率は、児童発達支援67% 放課後等デイサービス44% 生活介護55%であった。

『児童発達支援』アンケートは、選択方式による設問が計24問（内訳は、人権への配慮7、個別支援プログラム7、日常生活支援8）のほか、自由記載による2つの設問がある。

○満足度100%は、3項目

- ・サービスの内容や利用の方法について、詳しく説明してくれますか。
- ・施設に入る前に施設での生活について分かりやすい説明がありましたか。
- ・あなたの今年の支援計画は、あなたの同意のもとで作成されましたか。

○満足度90%以上の項目は、次の3項目であった。

- ・必要な時には、電話や手紙など家族と自由に連絡を取ることができますか。
- ・あなたの意見や思いは、大切にされていると思いますか。
- ・あなたのやりたいことができるように必要な介助や支援をしてくれますか。

○満足度80%以上の項目は、次の1項目であった。

- ・他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか。

○一方、満足度が特に低い項目（満足度30%以下）は、次の1項目であった。

- ・地域の情報を知ることができ、行事などにも参加することができますか。

○して欲しい・して欲しくないこと

- ・スタッフの皆さんが優しく、子どもも楽しそう。
- ・イベントでのプレゼントも手が込んで丁寧に作ってくださっている。
- ・ココリス通信は写真付きで日々の様子を知らせてくれる。
- ・悩み事をきちんと聞いてくれて、スッキリさせてくれる。
- ・園との連携で送迎サービスがある。

『放課後等デイサービス』アンケートは、選択方式による設問が計29問（内訳は、人権への配慮7、個別支援プログラム7、日常生活支援8）のほか、自由記載による2つの設問がある。

○満足度100%は、6項目

- ・職員の言葉使いは、呼びかけの言葉も含めて、いつも心地よいですか。
- ・あなたの意見や思いは、大切にされていると思いますか
- ・他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか
- ・施設に入る前に施設での生活について分かりやすい説明がありましたか。
- ・あなたのやりたいことができるように必要な介助や支援をしてくれますか。
- ・あなたの今年の支援計画は、あなたの同意のもとで作成されましたか。

○満足度80%以上の項目は、次の2項目であった。

- ・サービスの内容や利用の方法について、詳しく説明してくれますか。
- ・地域での自立生活について、あなたの思いを聞いてくれますか。

○一方、満足度が特に低い項目（満足度30%以下）は、次の1項目であった。

- ・嫌な思いをした時、相談できる人が居て、丁寧に対応してくれましたか。

○して欲しい・して欲しくないこと

週2回夕方から小集団で楽しく遊んですごし、本人に合ったプログラムを考えている。

- ・未就学の頃から見て頂いており、息子も楽しく通っています。今後もよろしくお願いします。
- ・一日のスケジュール表を貼り出していて何をするのか分かりやすい。

『生活介護』アンケートは、選択方式による設問が計30問（内訳は、人権への配慮 7、個別支援プログラム 7、日常生活支援14）のほか、自由記載による2つの設問がある。

○満足度100%は、5項目

- ・職員の言葉使いは、呼びかけの言葉も含めて、いつも心地よいですか。
- ・あなたの意見や思いは、大切にされていると思いますか。
- ・必要な時には、電話や手紙などで家族と自由に連絡を取ることができますか。
- ・他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか。
- ・あなたのやりたいことができるように必要な介助や支援をしてくれますか。

○満足度90%は、3項目

- ・サービスの内容や利用の方法について、詳しく説明してくれますか。
- ・食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができますか。
- ・トイレは清潔で気持ちよく使えますか。介助が必要な時、すぐに対応してくれますか。

○満足度80%以上の項目は、次の3項目であった。

- ・施設に入る前に施設での生活について分かりやすい説明がありましたか。
- ・あなたの今年の支援計画は、あなたの同意のもとで作成されましたか。

○一方、満足度が特に低い項目（満足度30%以下）は、次の1項目であった。

- ・地域生活に関する情報（グループホーム・自立生活者の生活状況等）を教えてください。

○して欲しい・して欲しくないこと

- ・保護者とスタッフ、施設側間でコミュニケーションがとりやすい。看護師がいる。
- ・手・足の爪切り、魚の目の処理。お尻を洗浄して後始末や、シャンプー・シャワーもしてもらっている。
- ・車で他の施設や、公園など色々な経験が出来る。
- ・能力に合わせた授産作業がある。
- ・怪我もなく、楽しく、笑顔で返ってくる。
- ・職員の笑顔。親切な対応。
- ・買い物に行かせてほしい。

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