

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  | 生活介護  |
| 代表者氏名      | (管理者) 重村公美子   |
| 定員(利用人数)   | 10名(利用登録者27名)   |
| 事業所所在地     | 〒566-0043<br>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 | <a href="http://swc-seikouen.jp/kokoliss/">http://swc-seikouen.jp/kokoliss/</a> |
| 電子メールアドレス  | <a href="mailto:cocoliss@seikouen.org">cocoliss@seikouen.org</a>                |
| 事業開始年月日    | 平成28年4月1日   |
| 職員・従業員数※   | 正規 8名   非正規 9名  |
| 専門職員※      | 社会福祉士：1名 介護福祉士：4名<br>精神保健福祉士：1名 看護師：1名  |
| 施設・設備の概要※  | [設備等]<br>訓練・作業室 1、相談室 1、多目的室 3、<br>浴室 1、食堂 1、台所 1、事務室 1、<br>更衣室 2、便所 3、         |

※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】

### 【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】

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・個性を大切にし、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】

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3年5月31日～令和4年1月31日                             |
| 評価決定年月日   | 令和4年1月31日                                       |
| 評価調査者（役割） | 1701B029（運営管理委員）<br>1102B013（運営管理・専門職委員）<br>（ ） |

## 【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、開設6年目を迎えた。生活介護のほかに、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サービスを実施している。法人は、摂津市に本部を置き、京都府北部と大阪府北部にそれぞれ6ヶ所の高齢者施設のほか、大阪府で認定こども園・保育園10ヶ所の福祉施設を幅広く運営している。

・事業所は、吹田竜ヶ池ホームの施設長のもと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繋がった造りで、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。

・事業所(生活介護)の定員は10名、利用登録者が27名おり、職員が添乗した車4台で利用者を送迎しており、ほぼ定員に近い利用者が毎日通所している。事業所では、利用者の障がい特性に合わせ、「ひだまり」と「あおぞら」の2グループに分かれ、共同製作、レクレーション、散歩、畑作業(大根、小松菜、サツマイモ、人参など季節ごとの野菜を栽培・収穫し、利用者が持ち帰ったり一部は近隣住民に販売している)、地域清掃、軽作業(パラコードのアクセサリ作り、ネジ差し・袋詰め等の受託や工賃の受け取り)、作業療法士によるリハビリなど多くのプログラムがあり、利用者はそれぞれのできる部分を活かし、楽しく活動に取り組んでいる。

・事業所の特徴の一つに、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努めていることがあげられる。

### ◆特に評価の高い点

・「和顔愛語」(わけんあいご:和やかな優しい笑顔と思いやりの心と言葉をもって人々や地域に貢献すること)に代表される法人の創業時以来の志の高さが、法人唯一の障がい者施設にも伝わっており、利用者一人ひとりの個性を尊重した社会参加や自立へ向けた職員の支援に活かされている。

・創業時以来の志の高さだけでなく、法人としてブラッシュアップされた諸制度や整備された諸規定を活かして、職員が日常のケアに努めている。中でも、品質マネジメントシステム(ISO 9001:2015)が特徴的で、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。

・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。

### ◆改善を求められる点

・事業所では、毎日ほぼ定員に近い利用者が通所していることから、現状の2部屋の空間だけでは、利用者がかなり窮屈ではと思われた。事業所では、中長期計画のなかで15名への定員増を掲げており、事業所を増やすことも視野に入れているとの事であり、その実現を期待する。

・利用者の日常生活の介護、創作的活動や生産活動のを色々提供するため、研修の機会を設け、OJTを活用した支援技術の向上を目指しているが、利用者の障がい特性は多様であり、又利用頻度も様々であるので、留まることなく更なる支援技術の習得を目指すことを望む、利用者を理解する上にも家族との関係作りを工夫されることを期待する。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・広い視点で、ココリスを見て頂きありがとうございました。今回受審をした中で、改めて和顔愛語や品質マネジメントシステム（ISO 9001：2015）に基づき業務に取り組むことが、ココリスでの質の維持・向上へ繋がっているということを感じることができました。様々な障がい特性のあるご利用者にサービスを提供する施設として、個の尊重を大切にし、ご利用者が安心・安全に通うことができる施設作りにチームとして今後も努めていきたいと思えます。

・今回ご指摘いただいた空間づくりにつきましては、今後の課題であると受け止めています。ご利用者にとっての快適な空間とはどのようなものかを考えながら、定員増や事業所の展開も踏まえ、地域のニーズにも応えることができる施設を目指し、改善に努めていきたいと思えます。

・日々の支援において、ご利用者に寄り添った支援ができるよう、今後も支援者の質を向上を目指し、研修などの機会を継続していきます。ご家族との関係作りにおいても、連絡帳やアンケート、面談等を通し、ご利用者やご家族が今望んでいる生活とは何かを考えながら、その目標達成に向けて共に取り組んでいける施設作りを行っていききたいと思えます。

### ◆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。 |   |      |
| 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"> <li>・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、新入職員の研修や全体会議における唱和を通じて職員に周知している。</li> <li>・法人理念は、法人の広報誌「ききょう」やホームページ（HP）に掲載され、利用者家族や広く社会への共有に努めている。また、職員の名刺裏面にも記載があるほか、職員のファーストステージ研修にも取入れその周知を徹底している。</li> </ul>   |      |
|                             |   | 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"> <li>・障がい福祉サービス全体の動向については、厚労省や大阪府・摂津市（府市）などの計画や通達、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にて把握し分析している。</li> <li>・利用者数、潜在利用者像や福祉サービスのニーズ発掘等の必要データは、法人の経営品質向上プロジェクト（PJ）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。</li> <li>・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。</li> </ul> |      |
| Ⅰ-2-(1)-②                   | 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"> <li>・月次の経営情報を基に、組織や職員体制、設備の修繕や設置など具体的な課題や問題点を抽出し、経営課題の解決・改善に向けた取組を行っている。</li> <li>・経営課題については、隔月実施の施設長会議（各施設長に理事長・副理事長・事務局長・事業部長を加えた10名が出席）で検討され、役員間で共有している。</li> <li>・経営課題等は、その後事業所にフィードバックされ、リーダー会議を通じて職員に周知している。</li> </ul>  |      |

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"> <li>・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おり、今年度はその2年目に当たる。項目別には、①確実、効果的、適正な事業計画、②福祉サービスの向上、③人材の確保と育成・定着、④その他（地域活動への積極参加など）を掲げており、項目ごとに目標と具体的取組を記載し、別途収支表を添付しており、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。</li> <li>・中長期計画の進捗状況の確認と評価は、毎年3回施設長のチャレンジシート(評価表)に基づき、理事長との面談により実施している。</li> <li>・中長期計画は3年毎に大きく見直される。作成時には全国社会福祉法人経営者協議会が掲げるアクションプラン（今回は「アクションプラン2021-2025」）も参考とし計画を立てている。</li> </ul> |
| 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"> <li>・3ヶ年の中長期計画を反映した令和3年度のココリス独自の事業計画書が生活介護部門を含め策定されている。</li> <li>・内容については、経営方針、運営方針(具体的取組)、各事業別目標、前年度と今年度の実績と目標数値の対比、職員体制、各種会議や委員会活動、研修計画など具体的内容や、別紙にて予算案も作成され、その実施状況について客観的な評価が行える内容となっている。</li> </ul>  |

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"> <li>・事業計画は、職員の意見等をリーダー会議で集約し(P)、計画を実行(D)のうえ毎月達成状況を確認し、隔月毎に施設長会議に報告し評価を得て(C)、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。</li> <li>・毎月、リーダー会議で計画の達成状況を確認し、必要に応じ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。</li> <li>・事業計画の進捗や評価は、リーダー会議で報告され職員に周知している。</li> </ul> |
| 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   |
| (コメント)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、家族会等は組織されていないため、利用者家族が事業所で目にする機会は乏しい。</li> <li>・ココリス独自のHPは、調査時点でリニューアル作業中（注：その後、リニューアルが完了し閲覧可能である）で、今後HPを通して事業計画や関連事項が利用者等に周知されることを望む。なお、法人全体の事業報告・事業計画等は、法人のHPや広報誌に掲載され、利用者家族にも配付されている。</li> </ul>     |

|                                    |  | 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    |
| (コメント)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ISO9001:2015に基づく成光苑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おり、福祉サービスの質の向上の取り組みを組織的かつ計画的に実施している。</li> <li>・ココリスでは、今年度よりISO認証機関による審査と共に第三者評価も受審する事で、一層の質の向上を目指している。</li> </ul>  |      |
| 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    |
| (コメント)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の福祉の向上に関わる評価については、法人のISO内部監査やISO認証機関による審査を受け、明確になった課題等については計画的な改善策を作成のうえ、その内容を施設長会議へ報告する他、ISO認証機関による定期的な運用状況の確認を受けている。</li> <li>・日常の苦情、不適合案件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にて職員で共有し、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。</li> </ul> |      |

## 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"> <li>・管理者は、事業所の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。</li> <li>・管理者の役割と責任については、成光苑品質マニュアルや人事システムガイド等にて文書化しており、管理者の職務や権限について職員が理解している。</li> <li>・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防災マニュアル等で明確にしている。</li> </ul>                                      |      |
| 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"> <li>・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。</li> <li>・新規業者等との取引開始に当たっては、各種規定に基づく稟議書等による厳格な運用を行っており、利害関係者等との適正な関係保持に努めている。</li> <li>・遵守すべき法令は、福祉関係法令のほか、雇用・労働、防災、環境、食品衛生、消費者保護、公益通報や個人情報保護等幅広い分野に及び事を認識している。</li> </ul> |      |

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"> <li>・管理者は、毎年実施している顧客満足度調査や苦情内容の分析結果を福祉サービスの質の向上に活かす努力を行っている。具体的には、事業計画に沿った運営や事業所内に全体会議、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、安全衛生等）を立ち上げ、それら活動に直接・間接に参画している。</li> <li>・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指示を行っている。</li> <li>・職員に内外の研修の受講を促し、研修報告書や理解度調査シートを活用し研修の効果を確認している。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・経営の改善については、役割分担に沿い施設長の指示や事業計画書等に基づき、管理者として職員に業務の実効性を高めるための具体的取組や指示を行っている。</li> <li>・管理者は、職員の勤務地や勤務継続の意向については、正規・非常勤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。</li> <li>・管理者は、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、安全衛生等）を立ち上げ、それら活動に直接・間接に参画している。</li> </ul>  |   |

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"> <li>・法人で「人財確保プロジェクト」を組織し、福祉人材の確保・育成に対する基本方針が確立されている。</li> <li>・具体的な人材確保策としては、法人のHPや広報誌等による効果的な情報発信、福祉人材養成学校へのリクルートや実習生（吹田竜ヶ池ホーム）・アルバイト（ココリス）の受入れ、施設見学、就職フェア参加などを実施している。法人では外国人介護技能実習生の受入れや留学生の採用も積極的に推進している。</li> </ul>   |   |
| 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"> <li>・「和顔愛語」に期待する職員像として、5項目が明記されている。</li> <li>・人事システムガイドを整備しており、職員の職務遂行能力、職務の成果や組織への貢献度等を総合的に評価し、人事面接も年2回実施している。</li> <li>・チャレンジシート・目標管理シート等に基づく面接や、自己申告書、非常勤職員の契約条件確認書提出の機会があり、職員の目標設定と勤務の意向について把握している。職員は、人事基準に基づき、自らの将来の姿を描くことが出来るキャリアパスの仕組みができています。</li> </ul> |   |

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。   | a |
| (コメント)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の労務管理は、吹田竜ヶ池ホーム総務課が担当し、ココリス管理者が情報を共有し確認している。職員の有給休暇等の勤務状況は、吹田竜ヶ池ホーム総務部でデータ管理を行い、管理者は、データを確認し職員に休暇等の取得を促している。</li> <li>・職員の心身の健康維持には、定期的なストレスチェック、ハラスメントに関する窓口設置、福利厚生制度の充実（2ヶ所の共済会に加入）等が図られている。</li> <li>・職員は年1回の書面確認と希望に応じた面接で勤務に係る意向を管理者等に表明することができ、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。</li> </ul> |   |

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"> <li>・期待する職員像は、冊子「和顔愛語」「人事システムガイド」に明記している。</li> <li>・職員一人ひとりの目標は、一般職員は年度初めに目標水準や期限を記入したチャレンジシートを、幹部職員は目標管理シートを作成のうえ、上司の面接を受ける。</li> <li>・各シートには目標項目、水準や期限が明確にされ、半年ごとの中間評価や年度末の面接で目標達成状況の確認を行っている。</li> </ul>  |
| 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"> <li>・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。</li> <li>・職員の教育・研修は、成光苑品質マニュアルの教育・訓練規程に定め活用している。研修は、法人・地域別・施設別や等級・職位別に分類され、職員への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」で確認できる。</li> <li>・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。</li> </ul> |
| 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"> <li>・職員の知識と技術水準は年2回実施の人事考課で行い、専門資格は「法的資格一覧表」で把握・運用している。</li> <li>・新任職員は「ファーストステージ研修プログラム」を用い、チューター役が付いて施設内研修を行うほか、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、非常勤も含め全職員が受講できる。</li> <li>・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の配慮も行うことがある。</li> </ul>       |

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。 | b   |
| (コメント)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生受入れマニュアルについては、吹田竜ヶ池ホームのマニュアルを参考にほぼ整備できている。</li> <li>・事業所に実習指導養成研修を受講した職員を配置しているが、指導者に対する研修は未受講である。</li> <li>・実習生受入れ実績は、現在まで無いが、吹田竜ヶ池ホームでは多くの受入れ実績があるので、受け入れ態勢を整備し近いうちに実績をつけるよう期待する。</li> </ul> |

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。  | b |
| (コメント)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ココリスのHPは、調査時点でリニューアル作業中（注：その後、リニューアルが完了し閲覧可能）で、外部からは未だ見れないので、リニューアル作業を完了させ早期公開を期待したい。</li> <li>・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ている。予算・決算概況については、法人の広報誌「ききょう」に公表している。また、事業所玄関に事業計画や重要事項説明書等のファイルを設置し、来訪者が閲覧可能となっている。また、「竜ヶ池だより」（利用者家族等に配付）やパンフレット（近隣住民に配付）にて、事業所の概況が把握できるほか、利用者家族には契約時に手渡す重要事項説明書等で詳細な情報が入手できる。</li> <li>・事業所では、苦情やクレームの記録を「宝物」と認識しており、職員や第三者委員とも共有しているが、外部への公表については不十分と認識しており、その改善を望みたい。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・独立監査法人による法人の監事監査および会計監査を年3回受け、指摘があれば都度改善を行う事で公正で透明性の高い適正な運営に努めている。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>  |   |

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"> <li>・生活介護の事業計画に地域清掃活動が組み込まれ、毎週1回清掃活動を行うことで地域交流の継続や地域連携の機会の開拓を目指している。</li> <li>・地域行事への参加、野菜等の収穫販売や制作備品販売、吹田竜ヶ池ホームの夏祭り・文化展を通じた地域と利用者の交流は、コロナ禍の現在中断している。</li> <li>・利用者の個別状況に配慮した地域活動への参加や利用者個々のニーズに応じた活動に、ボランティアや社会資源を活用する取組が今後の課題と認識しており、事業所としてこの課題の克服を期待したい。</li> </ul> |   |
| 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。  | c |
| (コメント)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアに関するココリスの基本姿勢として受入れを考えているが、現在明文化するには至っていない。また、受入れの実績も無い。今後は、吹田竜ヶ池ホームのマニュアルを参考にボランティア受入れ体制を整備したいと考えていることの推進、実現を期待したい。</li> </ul>   |   |

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。  | b |
| (コメント)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・摂津市の障害福祉ハンドブックを活用し、利用者個々の状況に対応できる社会施設を把握している。社会資源の内、事業所として必要な資源を明確にし、当該機関との連携をどのように適切かつ強化するか明確にすることを期待したい。</li> <li>・事業所連絡会に参加し、相談支援事業所・市・関係諸機関との連携を図っている。(今年度は、コロナ禍のため連絡会の開催は無い。)</li> </ul> |   |

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"> <li>・年1回、地域ニーズ調査を行い、その把握に努めている。</li> <li>・地域の相談窓口を設置して、地域からの相談受付に対応できるようにしている。</li> <li>・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。</li> </ul>                        |   |
| 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"> <li>・地域の福祉相談窓口を設置し、相談の受付を行っている。引き続き地域の相談窓口として実績を積み重ね、地域に無くてはならない存在になることを望む。</li> <li>・事業所独自に、生活困窮者に対する生活支援事業(大阪しあわせネットワーク事業)に参画し、生活課題の資金を拠出している。</li> </ul> |   |

## 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"> <li>・法人理念、障がい施設経営方針、「成光苑品質マニュアル」に、利用者を尊重した福祉サービス実施を明示し、職員が理解し実践する取り組みを行っている。</li> <li>・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。</li> <li>・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現状把握と評価を実施している。</li> </ul>                     |      |
| 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"> <li>・「はじめの第一歩」にプライバシー保護の記載があり、利用者等に対するプライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。</li> <li>・利用者の排泄や入浴には同性が介助を行い、入浴は個浴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。</li> <li>・不適正な事案が発生した場合、「成光苑品質マニュアル」の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。</li> </ul>                               |      |
| 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。   | b    |
| (コメント)                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・法人の広報誌「ききょう」を年3回発行しており、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。（地域の公共施設は、他事業所との兼ね合いで、特定事業所の資料設置が不可との回答があり未設置。）</li> <li>・事業所HPは、リニューアル中で近々再公開予定で、早期公開が待たれる。</li> </ul> |      |
| 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"> <li>・サービスの開始・変更に当たっては、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。</li> <li>・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ている。</li> </ul>  |      |
| 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"> <li>・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。</li> <li>・福祉施設への移行に当たり、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する事を望む。また、福祉サービスが終了した利用者に対しても、その後の相談方法や担当者につき説明を行い、連絡先等を文書で手渡す手順書と文書をあらかじめ用意する事を望む。</li> </ul>                       |      |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年、法人の各事業所において顧客満足度調査を行い、必要に応じて改善を実施している。</li> <li>・従来、希望があれば個別相談を実施してきたが、この2年間はコロナ禍で実施できず、また、利用者や家族等との利用者満足度調査の検討会議が出来ていないとの認識が事業者側にあるので、コロナ禍が収束すれば是非利用者満足度調査の検討を望む。</li> </ul> |   |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページに苦情解決「困りごとは在りませんか」を設け、社会福祉法第82条の規定にしたがって苦情解決責任者、苦情受付担当者および第三者委員他、対応規定を設置している。</li> <li>・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。</li> <li>・苦情対応を記録し施設長又はグループ会議・生活会議で検討し対応をし、検討後利用者・家族にフィードバックし、第三者委員に報告をしている。</li> <li>・苦情内容および解決結果等は、施設内に一定期間掲示し公表している。</li> <li>・リスク委員会では苦情のPDCAを補完している。</li> </ul>                     |   |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・施設内に面接・相談等に使える部屋が有り、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有り、保護者との接触を日常的にしている。</li> </ul>   |   |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・受付・相談等、日常の意見はサービス提供記録の「利用者ご家族より連絡事項欄」で対応し、送迎時に会う保護者にはその日に話し合いができています。</li> <li>・意見箱を玄関に設置し、意見が出しやすい環境を整えているが、利用は少ない。</li> <li>・通所事業であり、利用日の少ない利用者の希望などは個人支援計画時に聞いています。全登録者を対象に年に一度利用者家族アンケートの実施されているが、利用者の気持ちの把握には家族とのコンタクトは重要になるので、家族からの意見が出る様な働きかけを期待する。</li> </ul> |   |

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。  | b |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"><li>・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ている。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サイクルを基本に詳細に対応している。</li><li>・各施設のISO事務局員（管理者が参加）が集まる会議内において報告・検討を行い、法人内他施設での事例を参考に取り入れ有効に活用できている。事業所内では利用者を対象とした独自のヒアリハットとして終礼時に意見を出し合い、日常業務を含めて職員間で話し合い、蓄積できるように取り組んでいる。</li><li>・蓄積した些細なヒアリハットを基に事業所独自でのPDCAサイクルを利用した取り組みを期待する。</li></ul>  |   |
| 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"><li>・感染症予防委員会の設置および年2回の会議開催。また、感染症発生時、必要に応じて臨時開催している。</li><li>・感染症に関する指針の見直し、マニュアル見直しの実施。年2回以上の研修を実施している。</li><li>・今流行の新型コロナウイルス感染症対策として、職員・利用者から感染者が出た時の一時対応、その後の対応などを利用時の現場の動きに合わせて迅速に取り組んでいる。</li><li>・法人の特別養護老人ホームのBCP（事業継続計画）を参考にココリス版を作成し、消毒・手洗い・接触感染予防に注意をしている。</li></ul>   |   |
| 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 |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"><li>・防災マニュアルを作成し、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想定を重視し必需品の確保など対策を話し合っている。</li><li>・利用者および職員の安否確認の方法は連絡網などで決められている。</li><li>・日中の通所事業であり、天気予報・災害警報などで、開所・閉所の判断がしやすく基準を決めている。備品類については、日頃の使用量を元に、災害時に1日間程度ストックを確保して災害に備えているが、食料についての備蓄は考えていない。</li><li>・法人の方針に沿って防災計画の整備を行い、関連機関の情報は把握し、火災訓練は年2回実施している。生活支援型の事業所で利用者の障がい特性や支援方法等は様々であり、災害時の対応について全職員が参加する地震・豪雨などの場面を想定した訓練の実施を望む。</li></ul> |   |

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"> <li>・法人は品質マネジメントシステム（ISO 9001：2015）を採用し、介護サービス全体の見直しを図っている。基本マニュアル・各種手順書を作成し、OJT及びOff-JTの研修を計画している。</li> <li>・ファーストステッププログラムをはじめ、指導状況の把握・チェックを行う体制ができ来ている。</li> <li>・利用者の障がいの特性、個人の特性等を踏まえた支援方法は、正職員は毎月の生活会議で共有されている。非常勤職員は、議事録を閲覧し現状を把握し現場での対処をしている。グループ会議には全員が出席している。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・基本マニュアル・各種手順書に基づいて日常サービスが行われている。</li> <li>・事故報告や会議での検討し必要に応じて手順書の見直し・更新を実施。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。</li> <li>・法人の方針と共に、ココリス手順書一覧を設置し、利用者や家族からの個別的な意見に対応して個別支援計画書へ反映している。</li> </ul>   |   |

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"> <li>・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。</li> <li>・サービス担当者会議では、サービス管理責任者、生活支援員、看護師、臨床心理士、作業療法士など（法人内の職員）が参加し、利用者の状態に合わせて意見を出し合っている。</li> <li>・個別支援計画書作成の責任者がサービス管理責任者である。個別支援計画書には、日頃の利用者や家族からの意見要望を聞き、利用者の特性を加味した支援計画になっている。</li> <li>・利用者の支援困難な状態においても、「受け入れる」を前提にケース検討を行っている。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・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している。</li> <li>・長期目標と短期目標を上げ、短期目標は日々の支援計画で現状を分析し今後の対応につなげている。状態の変化などで緊急に変更する場合には、各職種よりサービス管理責任者へ報告がなされる仕組みになっている。</li> <li>・変更された個別支援計画書は、ケースファイルへのファイリング及び、パソコンで確認できる仕組みになっている。</li> </ul>   |   |

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。   | b |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者家族・職員が共有する「サービス提供記録」を作成し、記録の書き方については、齟齬の無いよう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。</li><li>・情報共有の場として、生活会議を月1回開催している他、グループ会議や毎日夕方の会議を開いている。</li><li>・パソコンのネットワークを利用し、職員がアセスメント情報等記録を回覧することができるようになってきているが、実施に当たって使い方を学ぶ為の職員研修を進め、より効果的な利用ができるように期待する。</li></ul> |   |
| 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"><li>・記録の保管、保存、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程に定めている。記録の管理責任者は記録一覧表に詳細に明示している。</li><li>・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研修で実施している。</li><li>・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。取扱いの誓約を職員と交わしている。</li><li>・利用者、家族等へ開示請求の方法や他の項目の説明は契約時に行い、同意書を交わしている。</li></ul>    |   |

## 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"> <li>・個別支援計画書は認定有効期間に沿って作成され、生活に対する本人（家族）の希望を聞き取っている。</li> <li>・利用者の力を引きだし取り組める活動を検討し、日中活動の支援ができるよう、定期的に生活会議・グループ会議で検討を行っている。</li> <li>・利用日の朝一日のスケジュールを提示して、プログラム等について利用者の意見を聞いて進めている。</li> <li>・日々利用者の障がい特性に合った支援内容を計画書に明記し、「サービス提供記録」には個別支援計画の実施状況を振り返る欄を作っている。</li> </ul> |      |
| 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"> <li>・職員は虐待の芽チェックリスト（15項目からなる利用者のかかわり方）を年3回使用して、自己チェック・他者チェックをしている。事業所全体として改善に向けた分析をして数値化し、良い結果が出せる様に取り組んでいる。</li> <li>・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。</li> <li>・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、虐待の防止と対応の手引き等規程等に基づいて原因調査・対策を立案し、再発防止に努め職員の意識は高い。</li> </ul>   |      |

|               |  | 評価結果 |
|---------------|--|------|
| 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    |
| (コメント)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント（食事・清潔・排泄・人間関係・日常生活・健康管理他12項目）にて利用者の心身の状況や生活習慣、その他を把握し、理解している。</li> <li>・利用者の特性をよく理解し、ネジ差し・袋詰め・畑で作物の世話、散歩・ボウリング・トランプなどご利用者が自ら「やってみたい」と思えるプログラムを検討し提供している。今行っている行為を理解し自ら参加している姿が見られた。</li> <li>・支援全体を通して、「自身で出来ることは自分でする」を基本にして、見守りを怠らず支援している。当日支援に当たる職員の数も多い。</li> </ul> |      |
| 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"> <li>・ご利用者の心身の状況に合わせ、筆談や手作りの文字カード・絵カード・写真カードを用い、意思表示や伝達が困難なご利用者には、家族から家でのコミュニケーション方法を尋ねている。</li> <li>・言葉のでないご利用者でも視覚的ツールを用い、自分でカードを選んで意思を伝えらる方法を考えている。</li> </ul>  |      |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| 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。  |   |
| (コメント)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃の支援の中で「利用者本位」を前提に、行動を妨げないようにしている。話をする機会を逃さず、相談ごとがある時は個別に対応している。</li> <li>・利用の送迎には運転手と職員の二人体制で、利用者家族との対話の機会を作っている。そのほか電話はサービス管理責任者（個別支援計画担当者）と話ができるように取り決め家族からの相談が確実に届くように配慮している。コロナ禍もあり、最近は電話での相談が多い。</li> <li>・相談内容については、終礼時や生活会議等でサービス管理責任者や支援員と話し合う機会を設けている。</li> </ul>  |   |
| 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"> <li>・サービス提供記録は、利用日の時間を追って詳細に行為の記入がされている。</li> <li>・個別支援計画にもとづき、（音楽鑑賞、タブレット利用、体操、散歩など）個々の利用者のニーズに合う日中活動を検討し、プログラムとして取り入れている。「休まず通い、楽しく過ごす。日中見通しを持って作業に取り組み、やりがいを感じることができる」との声があった。</li> <li>・ここ2年はコロナ禍でイベントが中止になっているが、施設内でのレクリエーションの提供以外にも、他法人からのイベントへ参加する機会を設けている</li> <li>・定期的にモニタリングを実施し、個別支援計画の見直し等と合わせて、日中活動内容や支援内容の検討見直しを実施している。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・教育目標を立て、年2回障がい特性に応じた勉強会（内部・外部）をしている。</li> <li>・アセスメントを基に、障がい特性に応じた支援を検討し、提供している。</li> <li>・行動障がいについては、何故その行動が起きているのかという部分に着目し、生活会議において、対応方法（食事の場所を日常サービス場所から移動する。気分転換に畑へ行くなど）の検討を行い、支援の実施へ繋げている。</li> <li>・少なくない利用者間の関係性については、支援が必要な部分については職員が間に入りながら調整を行っている。</li> </ul>   |   |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 |   |   |
| A⑧ 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 |
| (コメント)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事については、味や健康面にも配慮し、同法人の一津屋愛育園より栄養管理された手作りの食事を提供している。ご利用者の特性に合わせ、刻みやミキサー食等にも対応している。食事に対する評判はいい。</li> <li>・事業所の良い点として入浴サービスを挙げている。個浴を実施し利用者に気持ちよく入れる様に心身状況に応じて対応している。入浴ができるかどうかは看護師が対応して決めている。</li> <li>・サービス提供記録で、利用者の様子（体温・食欲・水分・排便）を把握し入浴介助、排泄介助、移動・移乗介助については、利用者の特性を加味し、できる部分を見極め見守りを行いながら支援している。</li> </ul>                              |   |

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。   | b |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障がいの生活支援事業を始めることを前提に建築され、施設設備管理規定に沿って、詳細に点検をしている。</li> <li>・プログラムに取り組む部屋・利用者が休憩できるスペースなど用途に応じて設置している。</li> <li>・利用者が落ち着かない場合などは、落ち着くまで職員が付き添い、みんなが安心して過ごせるよう、見守りを徹底している。</li> <li>・利用者が増えて活気がある事は良い事だが、二階へ上がる階段・通路が狭くなり、チェック箇所として職員は注意をしているが、さらに一息工夫を望む。</li> </ul> |   |

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)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントにより、利用者の心身状況を把握し、日常動作の中に機能訓練や生活訓練を取り入れている。(創作活動時に、麻痺側を動かす機会を作る。移動時に足を動かす機会を作るなど)。</li> <li>・作業療法士と連携を図り、プログラムの中にマッサージや体操を取り入れている。</li> <li>・生活会議にて定期的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。訪問中はリラックスした又活動的な生活が見られた。</li> </ul> |   |

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)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴や排せつ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。</li> <li>・常勤の看護師がいる。月1回管理医師が来所し、健康相談などを行っている。</li> <li>・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など対応を行っている。</li> <li>・年2回感染症予防研修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(コロナ関係等)。</li> </ul>  |   |
| 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)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分担が有り、医療的行為については、基本的に看護師のみが実施し、支援員は必要に応じて看護師(常勤)を呼び体制となっている。</li> <li>・服薬には「薬情報・病院受診内容報告」を提出してもらっている。管理は手順書に基づき実施し、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。</li> <li>・慢性疾患やアレルギー等がある利用者について、アセスメントと主治医の意見書に基づき、対応を行っている。</li> <li>・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。</li> </ul> |   |

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 |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の希望や意向を尊重した社会参加の機会を毎年実施していたが(外出活動など)、ここ2年はコロナ禍の影響により自粛している。</li> <li>・パソコン等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。</li> <li>・社会参加の一つとして、近隣住民との関わりを作ることを目的とし、地域清掃に取り組んでいる。</li> <li>・地域福祉の拠点となる施設経営の実現を目指している法人の方針を組み入れ、コロナ後の積極的な社会参加活動を期待する。</li> </ul> |   |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 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。  | a |
| (コメント)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所生活支援事業所であり、基本的に利用者は相談事業所の担当員と連絡ができています。</li> <li>・事業所として地域生活が継続できるよう、利用者の相談事業所担当員の把握をしている。</li> <li>・環境の変化が苦手な利用者も多いので、変化がある際は不安を少しでも少なくできるよう支援を検討・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努めている。</li> </ul>   |   |
| 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 |
| (コメント)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍により、面談等は希望者のみに行う形となっているが、利用日の送迎時や電話での相談を大切にし助言・相談等を行っている。</li> <li>・利用者の体調不良時等は、家族へ報告を行うことを契約時に伝えている。</li> <li>・送迎時に家族と話をする機会を設けるなど工夫をしているが、利用者の中には送迎時に家族が不在の場合もあり、連携・交流の方法を模索している。</li> <li>・利用頻度がまちまちで、毎日・週一などあり、利用者は相談支援員との関係も持っているがココリスとして何ができるか、職員間で話し合いの継続を期待する。</li> </ul> |   |

|              |                                 | 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。 | —    |
| (コメント)       | 生活介護事業所であり評価外。                  |      |

|              |   | 評価結果 |
|--------------|---|------|
| 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"> <li>・生活支援事業所として、就労支援とまでは計画されていないが、日々のプログラムで作った作品を販売し、工賃支給へ繋げる取り組みを実施している。利用者には内職としてわずかな収入もあり、楽しみにし生きがいになっている。</li> <li>・作業に取り組み、最後までやり通すことで達成感を感じてもらえる声掛けや支援を心掛けている。</li> </ul>      |      |
| 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"> <li>・利用者の好きなこと、得意なことに着目し、自らすすんで取り組めるようなプログラム（ネジ差し・ネジ袋詰め・パラコードのアクセサリ作り）を検討し実施している。</li> <li>・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。</li> <li>・工賃へ少しでも繋がるよう、内職はプログラムを随時検討し取り組んでいる。</li> </ul> |      |
| 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)       | 生活介護事業所であり非該当。  |      |

## 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（生活介護）の利用登録者  |
| 調査対象者数 | 利用登録者 21名   |
| 調査方法   | アンケート調査による。<br>事業所に、アンケート用紙と受取人払いの封筒を添えて直接利用登録者に手渡しを依頼した。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（生活介護）21名の内、16名から回答があり、回答率は76%であった。

アンケートは、選択方式による設問が、人権への配慮7項目、施設支援プログラム6項目、日常生活支援12項目の計25問のほか、自由記載による設問が3項目ある。

○満足度90%以上の項目は、次の1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。

○満足度80%以上の項目は、次の7項目であった。

- ・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。
- ・いやな思いをしたことはありますか。
- ・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。
- ・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良く使えますか。介助が必要な時、すぐに対応してくれますか。

○一日、一週間の過ごし方（自由記載）

・午前：ラジオ体操、散歩、ドライブ等、午後：軽作業（ネジ差し・袋詰め）、畑で作物の世話等、雨天の場合：体操、ダンス、音楽鑑賞 ・ボウリング、ビデオ、坊主めぐり、トランプ、YouTubeなどの娯楽 ・週1～2回：ココリス利用（入浴、散歩、音楽鑑賞、手作業など）

○して欲しい・して欲しくないこと（自由記載）

・宿泊活動、遠足、夏のプール ・外出の機会や人との関りを通して理解力を付けて欲しい（家で一人テレビを見ているので、施設での鑑賞は不要）。

○施設のサービスの特に良いこと（自由記載）

・ゆったりと丁寧に関わって頂いている ・土曜日や祝日に開所していること ・スタッフがいつも明るく優しく対応してくれる。何かあるとすぐに対応してくれる。 ・無理やりさせると言う事も無く、本人のペースに合わせた作業で進めてくれている。 ・楽しく笑顔で通っています。  
・上の人が優しい。 以上

## 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 |