

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人ローカルネット日本評価支援機構

② 事業者情報

名称:メープルレインボー	種別:短期入所事業(単独型事業所)
代表者氏名: 本田 利一郎	定員(利用人数): 16 名
所在地:長崎県南島原市深江町戊3152-10 Tel 0957-65-1700	

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③ 施設・事業所の特徴的な取組

母体である社会福祉法人コスモス会は、島原半島を拠点に障がい者支援総合事業を展開している。当事業所はその中の短期入所（ショートステイ）事業として平成24年9月に開設した。法人の理念でもある「障害があろうがなかろうが一人の人間としてどう生きるか」をベースに、日中活動分野、日中サービス支援を展開し、利用者が様々な体験学習（木工・園芸・野菜作り・島原茶）等を通して個々の障がいや希望に応じたサポートを大切に自立支援に取り組んでいる。理念に謳われている「福祉事業を通じて地域に貢献する」は当法人の地域貢献として、宅食サービス、ケアタクシー、手作りパンづくりなどの就労支援事業と連携し、当ショートステイのしくみを活かしながら利用者の自立や生活力向上を支援している。事業所の周辺は自然環境豊かで、隣接する国道57号線沿いに季節の花が植えられ花壇の整備など季節（春夏秋冬）を通して樹木が手入れされ、利用者支援のプログラムとしても地域の美化活動に取り組んでいる。地域清掃や、祭りなどにも積極的に参加し、地域交流に努め福祉事業の理解に取り組まれている。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月24日(契約日)～ 令和6年9月24日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(令和3年度)

⑤総評

◇特に評価の高い点

1. 管理者のリーダーシップと働きやすい職場環境の整備

各職員の正規職員行動基準評価表を作成し、自己分析を実施して職員個々が年間目標を設定している。年間目標を設定することで職員のスキルの向上やモチベーション維持に活かされている。管理者は職員面談を定期的実施し、職員の意向や現状把握に努め、設定した年間目標も参考にしながら人材育成に努めている。施設長は毎日の朝礼、終礼、職員会議などに参加され、事業所全体の把握に努めながら、職員個々に沿った勤務体制により働きやすい職場環境の整備に取り組まれている点は評価できる。

2. 計画的な職員研修体制

年間研修計画を作成し、職員は各種職務階層に応じて幅広い分野の研修に参加されている。法人内に虐待防止委員会を設置し、毎月勉強会を開催して身体拘束適正化や虐待防止、権利擁護など職員の意識向上に取り組んでいる。強度行動障害に関する研修も職員全員が受講できるよう取り組み、職員のスキルアップを図っている点は評価できる。

3. 家族に対するレスパイトケア

利用者の安全安心の暮らしはもちろん、在宅で介護をしている家族が休息を取れるようサポートする家族へのレスパイトケアを支援している。他の施設で受け入れが困難な方を支援し、家族へ寄り添う対応に努めている点は評価できる。

◇改善を求められる点

1. 災害への備えと備蓄の確認

災害用の備蓄品について各施設・事業所分を法人本部でまとめて整備されているとのことだが、地震や大雨などの大規模災害が増える昨今、備蓄の整備状況や備蓄の保管場所を明確に職員が把握・周知すると共に、必要な事前対策をあらためて周知し取り組むことが望まれる。

2. 第三者評価結果の公表

前回の第三者評価の受審結果は広く公表するまでには至っていない。第三者評価結果について、幅広く利用者や家族等へ公表することで、当事業所の利用を希望される方や、家族へ必要な福祉サービスを選択するための情報源の一つとして情報を提供するとともに、サービスの質の向上に向けた取り組みを事業所全体に促すことにより、利用者本位の福祉の実現を目指すものとして、今後、法人のホームページにも公開するなどして更なる利用者本位のサービスづくりと提供に役立てることを期待する。

⑥第三者評価結果に対する事業者のコメント(事業所記入欄)

今回2回目の第三者評価を行いました。

現在までに、管理者・職員と一丸となって取り組んで参りました結果、大変良い評価のお言葉をいただきました。

今回の評価結果を参考にさせていただきながら、今後も全力で利用者の幸福実現へ邁進してまいります。

⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

第三者評価結果（共通）

- *すべての評価細目（46項目）について、判断基準（a・b・cの段階）に基づいた評価結果を表示する。
*評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
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。	a
<コメント> 毎日の朝礼時のほか、職員会議、研修の機会等を通じて理念や方針を繰り返し示すことにより、事業所の目指す姿や方向を周知している。利用者や家族には日々の生活の中の活動内容を通じて、理念の目的でもある「自由に生きる為にあらゆる障壁を取りのぞく知恵と工夫を全力でうみだす」の実践に繋げている。法人の理念・基本方針は事業所の各フロアに掲示し、いつでも確認できるようにしている。また、理念をパンフレット、ホームページ等に掲載し広く周知されている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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> 月に一度、法人事業所内の各地区部長が集まり、それぞれの現状報告や課題等を話し合い、社会福祉事業を取り巻く動向を分析し検討されている。地域の特性や毎月の試算を算出し、事業経営を取り巻く環境の把握・分析に努めている。利用者送迎の円滑化や、コロナ禍におけるクラスターが発生した場合の対応策等、BCP（業務継続計画）の義務化を踏まえ、全職員に周知が図り、有事における事業の継続性についても対策を講じている。		
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> 定期理事会において経営課題等を役員間で共有している。法人としては今後施設の規模拡大や新たなサービス提供の検討など計画している。最近では地元の温泉施設の経営を引き継ぎ、理念「福祉事業を通じて地域に貢献する」を実践に繋げ、地域の活性化に取り組んでいる。各事業所及び法人全体の経営状況を把握分析して経営課題を明確にしながら利用者の就労の場を広げ、雇用の機会の創出促進に努めている。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	C
<p><コメント> 法人全体として中長期ビジョンを作成されているが、事業所として短期入所施設の特性の基、緊急時の入所や、レスパイトケアによる受け入れの為、長期を見据えた計画作成は困難である。事業所としての単年度の事業計画書は作成している。事業計画書は、前年度の利用率や利用者のニーズ等を考慮し立案されている。今後、福祉事業を取り巻く重要な変容や課題に対する取り組みとして、長期間入所者する方も想定し3～5年程度の中長期計画を作成されることが望まれる。</p>		
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
<p><コメント> 中長期計画に代わる単年度の事業計画書は、施設長をはじめ全職員が参画し課題分析を通じて作成している。事業計画は前年度の試算表を参考に、利用者の支援体制や設備修繕費、リスク管理、年間の研修計画、行事計画等、実行可能な具体的な内容となっている。短期入所事業の特性を活かし、2年前から南島原市の委託事業による緊急時の受け入れや、レスパイトケアにも力を入れ対応する体制を築いている点は評価できる。</p>		
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
<p><コメント> 事業計画書は施設長を中心に全職員が参画し作成に取り組んでいる。毎月の職員会議にて、意見や、現状報告、課題を抽出し、その背景に応じたものとなっている。幹部職員、中堅職員の意向や各地区部長の意見を施設長が取りまとめ、年度末に前年度の事業報告書を基に今後の課題、現状を見据えた事業計画を立案し、会議にて全職員に周知が図られている。</p>		
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。	b
<p><コメント> 利用者で構成される自治会があり、月に一度会議が開催し、その際に事業計画書を周知されている。イベントに参加したいなど自治会で出された利用者の意見や意向を踏まえ、事業計画書に反映している。コロナ禍前は、旅行やイベントなど行きたい場所、やってみたいこと、地域の行事等、参加できるよう支援されていた。但し、家族等には入所時と年2回発行される広報誌にて活動内容を報告されているが、より理解促進に繋げる為にも、今後、家族等に対する周知、理解の場を増やすことが望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 入所時の情報提供書を活用し、相談支援事業所と積極的に連携しながら伺書を作成してサービスの質の向上に努めている。法人の理念目的でもある「障害があろうがなかろうが一人の人間としてどう生きるか」を念頭に置き、利用者自らの意思決定を尊重しながら地域に移行した場合にも本人が困らないよう支援に努めている。事業所の自己評価は施設長、役職員、中堅職員を中心に実施し、職員間で共有している。</p>		
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。	a
<p><コメント> 今回で二度目の第三者評価の受審である。施設長はじめ役職員、中堅職員を中心に自己評価を実施されている。前回、改善課題であった不審者侵入時の対応策について、早急にマニュアルを整備し職員へ周知を図っている。職員に向けた研修を随時実施され、スピード感がある改善に向けた取組みに努めている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 施設長・管理者は自らの役割と責任について事業計画書内に組織図と職務分掌を明記し、職員に対して明示している。毎日の朝礼、終礼への参加、職員会議での意見要望の取りまとめなど、会議や研修において自身の想いや意向、方針を表明して職員に対して周知を図っている。年2回発行する広報誌には理念や自身の想いを掲載している。緊急時や有事の際に備え、不在時権限委任等を含め管理者の役割と責任について文章化し、職員に分かりやすくフローチャートとして周知が図られている。</p>		
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
<p><コメント> 職員は内外の研修会への参加や、定期的な勉強会を通じて遵守すべき法令等を正しく理解するよう努めている。事業所内では身体拘束委員会や虐待防止委員会を設置し、マニュアルを整備して研鑽に努めている。新人研修には分かりやすく動画を用いて研修を実施したり、中堅職員には慣れてきた頃の気の緩みに対する研修などを取り入れ、周知が図られている。法人内にはリスクマネージャーを配置し、他の事業所から相互チェックが入る体制を構築している。同性介助を基本としているが、緊急時の対応（病変、災害など）として異性介助になる場合を想定し利用者、家族へ理解を促し入所時に同意書を受領している。</p>		

		第三者評価結果
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
<コメント> 事業所内でI～Vまでの職務階層・職務内容・求められる機能・研修内容一覧表を作成し、管理者として、①施設の経営資源把握と調整戦略の策定、②施設計画進捗管理、③管理職の育成、④事業所における職員及び業務を一元管理、⑤地域貢献などを職務内容を掲げ、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。人材育成、組織改革、法令遵守の徹底などを通じて自組織を改善向上させることに尽力している。職員教育・研修は階層に応じた内容を実施している。		
13	II-2-(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
<コメント> 管理者は、職員がいつでも相談しやすいように面談を行ったりとコミュニケーションを図っている。毎日の朝礼、終礼、職員会議などに参加し、現状把握に努めている。子育て中の職員には勤務時間の調整や長年勤務した高齢の職員も継続して働き続けられるよう環境整備に取り組んでおり、現在78歳の職員も勤務されている。事業計画書において職務分掌を明確にし、人員配置、労務管理を踏まえ業務遂行がスムーズにできるように取り組んでいる。また、職員間の協力体制にて有給休暇の取得がスムーズに取得できるよう配慮している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。	a
<コメント> 短期入所事業の特性として専門職の配置基準はないが、少しでも3Kのイメージを無くせるよう福祉施設の職員として基本や考え方、スキルを身につける勉強会などに参加し育成に取り組んでいる。ハローワーク主催の求人説明会に参加したり、3年前のコロナ禍においては人員確保が困難になり求人チラシを地域に配布するなどし、人材確保に取り組んだ。高校生によるボランティア活動を受け入れ、就職に結びついた例もある。		
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> 法人の基本方針を踏まえた「期待する職員像」を毎日の朝礼、終礼、会議などで繰り返し伝えることによって職員への意識付けを図っている。職員は事業所独自の正規職員行動基準評価表を用いて、年2回（6月・11月）施設長と個人面談を実施している。評価表を基に19の行動基準と5段階（達成度・貢献度）の評価を実施し、人材育成、キャリアパス、職員配置など総合的な人事管理を構築されている。次世代の育成にはハラスメント対策に配慮した教育を心掛けているが、ジェネレーションギャップがあり困難な点が窺える。		
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> 施設長は定期的に職員と個別面談の機会を設け、就業状況や意向の把握に努め、ワークライフ・バランスに配慮した取り組みがなされている。外国人労働者の受け入れや、短時間労働の導入、勤務体制、休暇取得の促進など職場環境に配慮されている。職員が意見や要望を出しやすいよう職員の相談支援として中堅職員2人を相談窓口として配置し、工夫されている。		

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 正規職員行動基準評価表の他に自己評価シートを4月に作成し、職員それぞれが個人目標を設定した上で1年間を通して目標達成に向け取り組まれている。目標設定は利用者の支援であったり、自身のスキルアップ、事業所の運営など職員独自在目標を設定している。年度内の中間期に目標の進捗状況を確認し、年度末に目標達成度を確認している。年間を通して自分のスキルアップや反省点を見出し、本人の資格取得や更なるモチベーションの向上に繋げている点は評価できる。</p>		
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
<p><コメント> 事業計画書内に年間研修計画が策定されている。毎月テーマを設け幅広く施設内外研修に参加されている。特に社会問題となっている虐待については委員会を設置し、毎月勉強会を開催し全職員に周知を図っている。職員は職務階層・職務内容・求められる機能・研修内容一覧の中で、職務階層に応じて研修に参加している。月刊誌「さぼーと（公益財団法人日本知的障害者福祉協会発行）」からの案内される研修に参加すると共に、社会福祉を取り巻く状況、法改正、権利擁護、成年後見制度など最新の情報を得ている。</p>		
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。	a
<p><コメント> 事業所の特性として強度行動障害の研修が必須であり利用者支援には基礎知識の習得が求められるため、全職員に強度行動障害の受講を計画し、施設長は随時研修を受講できるよう取り組まれている。緊急時の対応などフローチャートにて分かりやすく示されている点は評価できる。新任職員をはじめ職員の経験や能力水準に応じたOJT研修を導入している。外部研修に関する情報提供を行い研修の場に参加できるよう研修案内を回覧にて周知が図られている。</p>		
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント> 事業所は短期入所型で実習生の受け入れは実施していないが、実習実施要項を整備し法人全体による実習生の受け入れを行っている。同敷地内に隣接した関連事業所で実習生を受け入れた際には当事業所も関わる取り組みがある。実習生受け入れの流れは事前打ち合わせから実習計画の作成、プログラムに沿った活動内容、終了後の実習評価までをフローチャートにしている。養成校との連携を強化し、効果的な実習プログラムの作成に努めている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告書、決算報告書・予算などをホームページに公開している。運営の透明性を図るため法人本部において苦情解決責任者（統括本部長）を配置している。苦情受付担当者はそれぞれのサービス管理責任者や相談支援専門員を配置している。組織化された体制により運営の透明化が図られている。尚、前回の第三者評価の受審結果はホームページ等で公表されていない。今後、事業所のホームページにおいて情報公開することが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 事業所の財務、経理について、定期的に内部監査を実施している。定期的に理事会においても諮り、監事による監査により適正な運営に努めている。外部から税理士による意見や助言の場を設け、公正かつ透明性を図るための取り組みに努めている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 事業所は地域の自治会に加入し、自治会周辺の市民清掃に参加するなど職員及び利用者が地域の行事活動にも参加している。施設の理念でもある利用者の地域移行の支援を日常生活を通して社会資源（コンビニエンスストア等）を活用するなど地域との交流を図っている。近隣にある関連事業所の敷地内でできた芋を地域の小学生と収穫するなど「と芋大作戦」と称して交流しており、この活動を20年以上継続され、参加した小学生の数は数百人にもなる。関連のA型支援事業所で配食サービスを提供し、独居の方の支援に繋げており、このような一連の活動の取り組みは評価できる。</p>		
24	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。	a
<p><コメント> ボランティア受け入れ実施要領、ボランティア受け入れフローチャート、ボランティアに関する覚書を整備され、ボランティア受け入れ時の体制を構築されている。利用者の特性上、外部からの訪問など忌避することがあることの理解の上で受け入れている。尚、現在の利用者は外部の方との交流に積極的であるとのことであった。ボランティアには事業所の運動会や餅つきなどに参加してもらうなど活動の場を設けている。利用者への事前説明や職員への事前説明など基本姿勢を明確にし、体制を確立している。</p>		
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
<p><コメント> 入所の際、相談支援事業所や行政関係機関と連携を図っている。入所後は同書にて情報の共有化を図っている。出身地が東京都の場合は東京都の関係機関と連携を図っている。事務所には関係機関のリストを掲示し、職員間で共有して利用者の支援の向上に取り組んでいる。BCP（業務継続計画）の中にも関係機関のリストを組み込んでいる。フォーマルな部分で法人内の関連事業所（共同生活援助事業）と連携し利用者の支援に向けて取り組んでいる。</p>		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント> 事業所は地域の自治会に入り、地域行事など（祭り）も参加して交流を図っている。地域住民の高齢化が進む中、雇用環境の課題もあり、法人の理念目的の一つでもある「福祉事業を通じて地域に貢献する」を実践し、地域の活性化に努めている。地元の温泉施設や飲食店など事業を引き継ぎ、利用者の就労の場の確保や、地域の雇用創出へ尽力されている点は高く評価できる。</p>		

		第三者評価結果
27	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。	a
<p><コメント> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題を把握し、現状の問題点を分析し、福祉サービスの提供に限らず地域の福祉ニーズに積極的に対応し実践していく意向である。高齢化が進み独居老人の増加に伴い配食サービスの提供を実施し、島原半島の北は有明町から南は西有家町まで対応している。また、南島原市の要請で緊急時の受け入れやレスパイトケアに対応できる体制を整備している。多様な機関・団体等と連携し、社会福祉分野のみならず環境分野などを含め地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも法人全体で貢献している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント> 職員は意思疎通が困難な利用者にはペクス（絵・カード）を活用してコミュニケーションを図っている。利用者の衣服の選定にあたり、本人の歳格好に合致しないような場合もあるが、必要に応じて利用者本人へ助言し、意思決定を促している。入職の際、福祉サービスの提供に関する「倫理要綱」について研修し、共通の理解を図っている。その他、権利擁護、成年後見制度も研修を実施し、職員は利用者を尊重する姿勢で支援に努めている。</p>		
29	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
<p><コメント> 利用者のプライバシーに関する事項は事業所の運営規定により明示されている。居室は2人部屋であるが、利用者の状態に応じて1人部屋を提供することも可能である。居室にはテレビやオーブントースター、かき氷機などがあり、本人が必要とするものを持ち込まれている。関連事業所にパン販売事業があり、購入して自由にパンを焼くこともある。入浴は夏は毎日、冬は週3回入ることを基本に支援している。同性介助を基本としているが、緊急を要する際（病変・怪我）は異性介助の場合もあり、入所時に家族等へ説明し同意を得ている。</p>		
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。	b
<p><コメント> 相談支援事業所や行政等関係機関と連携を図り、事業所の必要な情報を提供している。特別支援学校に働きかけ、事業所の生活体験の受け入れを実施している。今後、事業所が提供する福祉サービス内容等に関する情報提供をホームページや、公共機関にパンフレットを置くなどして広く提供することを期待する。</p>		
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
<p><コメント> サービス利用の際に、本人、家族に重要事項説明書、運営規定を用いて説明している。居室には「外出規定」、「利用規約」、「居室利用規定」を掲示している。入口フロアー食堂に「重要事項説明書」を掲示している。意見箱を設置し、利用者が分かりやすいよう「ご意見ご要望をお聞きます」とフリガナ付きで掲示している。相談担当職員を配置しており、利用者主体の自治会を開催して利用者との意見交換する場を設けている。</p>		

		第三者評価結果
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
<p><コメント> 職員は事業所の理念でもある「一人の人間としてどう生きるか」をベースに、将来、地域移行を見据えた支援に努めている。利用者が地域で生活できるよう日常生活（掃除・洗濯・買い物など）を支援している。過去に3名の利用者が共同生活援助（グループホーム）へ移行された。</p>		
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
<p><コメント> 利用者職員が参画する利用者会（メープルレインボー意見交換会）を3か月に1回開催し、利用者の意見を伝える場として活用し、利用者の満足度を把握する機会としている。利用者の中には職員へ直接相談することもあり、本人本位に対応するよう努めている。利用者の満足に関する担当者を設置し、把握した結果を分析・検討し、その結果に基づき具体的な改善策を講じている。</p>		
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。	a
<p><コメント> 苦情解決責任者を法人内の総務本部長とし、各事業所に苦情受付担当者を設置、第三者委員2名とその職務、苦情解決の手順として苦情の受付、苦情受付の報告・確認、解決結果の公表を文書化し、明記した苦情解決マニュアルと苦情受付書を作成している。苦情があった場合はマニュアルに沿って適切に苦情解決ができるよう取り組んでいる。食堂入口に意見箱を設置し、「ご意見ご要望をお聞きます」と記載して内容例や目的を説明した文章をルビをふって利用者が理解できる文章を掲示している。</p>		
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
<p><コメント> 利用者が意見を述べやすいよう食堂の入口に意見箱等を設置し、職員は日頃から利用者が自ら意見を述べやすいよう周知している。3か月に1回、利用者職員が参画して「メープルレインボー意見交換会」を開催し、利用者の意見を聞いて会議録に記録し、職員間で情報共有を行っている。職員が個別に相談を受けたり意見を伝える利用者もあり、その場で相談に応じたり、「外がいい」「部屋がいい」との申し出があれば、本人の希望に沿った環境で相談ができるよう配慮している。</p>		
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。	a
<p><コメント> 職員は利用者との日々の関わりの中で相談しやすく意見が述べやすいよう配慮した姿勢で臨み、意見の傾聴に努めている。意見箱の設置や定期的な交流会を実施し、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。利用者より相談を受けた際には相談内容をアセスメントに落とし込み、職員間の情報共有とケース会議を開催するなど、職員間で共有できるように努めている。把握した相談内容等は迅速な対応を行うと共に、できない内容であればなぜできないのかを利用者に理由を伝え、時間がかかる場合はいつ頃になるのか見通しを立てて説明している。利用者の特性上、「言った」、「言わない」等のトラブルを回避するため、複数の職員で対応するようにしている。相談や意見に基づき、福祉サービスの質の向上の取り組みを行い、必要に応じて担当職員がマニュアルの見直しを行っている。</p>		

		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体でリスクマネジメント委員会と複数のリスクマネジャーを設置している。点検・巡回は各々別事業所のリスクマネジャーが週1回行い、別の視点で見ることでリスクの見落としの防止に繋げている。事故発生時の責任者は施設長であることを明確にし、緊急時の連絡体制についてフローチャートを作成している。事故発生時に連絡する相手に連絡が取れない場合の手順を決め、連絡が滞らないようにしている。緊急時対応マニュアル・緊急時手順マニュアル・119番通報マニュアル・異物除去法・心肺蘇生法・傷病者発生時対応マニュアル等を整備し、定期的に評価・見直しを行っている。過去1年間に安全対策等の問題は発生していない。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>各地区事業所の看護師6名で健康管理委員会を設置し、感染症対策について責任と役割を明確にした管理体制を整備している。令和3年に新型コロナウイルス感染症によるクラスターが発生した際はオンラインで情報を発信し、迅速な対応を行った。感染症発生時対応マニュアル、新型コロナウイルス発生時（疑いを含む）対応マニュアル、新型コロナウイルス感染症患者発生時対策のマニュアルを整備し、防護服の着衣の仕方や嘔吐物の処理方法等の研修を行う等、職員に周知・徹底し、年1回はマニュアルの見直しを行っている。看護師による医務研修会を月1回テーマを設定し職員向けに研修会を開催している。BCPに関し、令和3年のクラスター発生時に保健所から指導や、利用者のかかりつけ病院医師の協力によりグレーゾーン、レッドゾーンを設定するなど対策を講じ、陽性・陰性の職員、利用者支援の継続等、これまでの経験を元に対策に活かしている。BCPは毎年度初めに見直しを行っている。過去1年間に安全確保の体制で問題は発生していない。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>法人で総合消防計画書を作成している。法人で防火管理者を設置し、各事業所に防火管理責任者と火元責任者を選任している。火元責任者は事業所内設備等を毎日自主点検し、自主点検の結果を防火管理者に報告している。防火管理者の報告内容を防火管理台帳に記録し、不備・欠陥があれば管理権限者である理事長に報告し、改善を図る等、組織的に取り組んでいる。自然災害においては、普賢岳の土石流による被害が想定され、利用者の各居室にヘルメットを設置し、利用者が参加した避難訓練を実施している。また、年2回、不意打ちの消防訓練、その内1回は消防署立ち合いの下で消火訓練と、月1回敷地内の関連事業所と合同で避難訓練を実施している。利用者や職員の第1避難集合場所を決め、点呼・安否確認後第2避難場所へ移動する方法を決め、職員に周知している。備蓄は法人内の別事業所で管理しており、職員が備蓄内容等の把握は行っていないため、備蓄内容や備蓄量を把握しておくことが望ましく、当事業所においても備蓄一覧表の写しを整備して把握することが望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a
<p><コメント></p> <p>不審者の侵入時における対応マニュアルを整備し、職員に周知している。地域住民には日頃から敷地内の見学受け入れ等により周知されている。事業所の立地上、あらゆる場所から不審者が侵入することが予測されるため、侵入口による対処、昼間・夜間のパターン、複数人での対応等について検討し、さすまたの準備や職員同士で護身時のポジションの確認、ナイフを突きつけられた際のかわし方等、シミュレーションを行い、利用者への対応も指導を行っている。マニュアルは担当職員が定期的に点検を行い、必要に応じて見直しを行っている。過去1年間で不審者の侵入はない。</p>		

		第三者評価結果
41	Ⅲ-2-(1)-② 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
<p><コメント> 利用開始時に相談支援事業所より利用者の必要な支援について引継ぎがあり、その内容と利用者や家族等から聞き取ったニーズに応じた項目をアセスメントに落とし込み、利用者の個別日誌に記入して支援している。利用者尊重、プライバシーの保護、権利擁護に配慮した支援となるよう努めている。職員間で統一した支援を実施するため、ケース会議を開き、職員に周知・徹底している。利用者の各記録は定期的に管理者が確認している。アセスメントは毎年度初めに見直しや更新を行い、利用者のADLの低下等があれば随時変更を行っている。</p>		
42	Ⅲ-2-(1)-③ 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
<p><コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは毎年度初めに行い、入職時の研修で職員に周知し、ケース会議で職員から課題や問題点等の意見を把握すると共に実施方法の統一を図っている。利用者からの意向や要望の発言があれば必要に応じて見直しを行い、職員や利用者の意見や提案が反映された個別の福祉サービスの支援の仕組みを構築されている。</p>		
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。		
43	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p><コメント> 短期入所事業であるため原則として福祉サービス計画策定や責任者の設置は行っていない。利用開始時に相談支援事業所から支援の方向性と具体的支援内容、サービス等利用計画、モニタリング報告書等、各情報を元に細分化し、フェースシートやアセスメントシートに必要な内容を記録している。アセスメントに利用者や家族等のニーズを踏まえた内容を明らかにし、身体状況等、特性に応じた個別の福祉サービスを提供している。利用者の身体状況について、法人内の作業療法士や栄養士との連携を図り、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。行政からの困難事例等の相談について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供に努めている。</p>		
44	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p><コメント> 短期入所事業であるため福祉サービス実施計画は策定していない。アセスメントシートと計画相談内容をサービス実施計画に見立て、見直しを行う時期、検討会議に職員の参加、利用者の意向の把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。見直しによる変更後のアセスメント内容をケース会議で関係職員に周知し、意見を求める等の手順を定め実施している。また、アセスメント内容を緊急に変更する場合の仕組みを構築して取り組んでいる。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
45	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、職員間で共有化している。	b
<p><コメント> 短期入所事業であるため福祉サービス実施計画は策定していない。利用者の身体状況や生活状況等を把握し、支援記憶や業務日誌、利用者日誌等、組織が定めた様式によって記録を残している。アセスメントに基づくサービスを実施していることはケース会議記録で確認することができる。記録する職員で差異が生じないように記録について入職時や職員研修で指導を行い、組織における情報の流れを明確にして情報の分別や必要な情報が的確に伝達できる仕組みを構築されている。日中活動する生活介護事業所の看護師や、法人内の作業療法士と連携し、おむつの正しいつけ方や、身体状況に応じた機能訓練、情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門を横断して取り組みを行っている。健康管理委員会の看護師が情報交換や共有のため、オンライン会議を開いたり、介護ソフトを利用して記録を入力し、職員間で共有する仕組みを構築されている。</p>		

		第三者評価結果
46	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
<p><コメント> 個人情報保護規程により、利用者の記録の保存期間を5年間と定め、廃棄時にはシュレッダーで処理している。個人情報は鍵付きの書庫に保管し、担当職員が管理している。記録の管理責任者は施設長である。個人情報の不適正な利用漏洩に関する対策を定め、入職時に個人情報保持について誓約書を取り、指導している。利用者やその家族等には利用開始時に説明し同意を得ている。年2回広報誌を作成し、家族等へ送付しているが、広報誌には利用者本人の写真のみを掲載するなど肖像権に配慮している。</p>		

評価細目の第三者評価結果（障害者（児）施設）

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
1	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
<p><コメント> エンパワメントの理念「自己決定できる力を身につける」の下、利用者一人ひとりの能力や特性に応じた個別線計画に準じた計画を作成し、日々支援に努めている。他者との関わりが苦手な利用者には朝夕の食事時、食堂で他の利用者との交流を持つことで孤立しないような機会を設けたり、言葉で意思を表せない利用者には絵やカード、写真等を使用して表現できるように支援している。趣味活動、衣服の選択、理美容等に関して、本人の意思や希望のほか、職員は個性の尊重と必要な支援の提供を確認しながら、個別支援と合理的配慮の実践に努めている。利用者と職員が参画した交流会等で生活に関わるルール等を話し合う機会を設けている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
2	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。	b
<p><コメント> 法人内の各事業所から虐待防止委員を選出し、法人で虐待防止委員会を設置している。委員長に施設長を選任し、法人全体で年2回、事業所毎に月1回テーマを設定し職員研修を実施して身体拘束や虐待に該当する行為の理解と習得に努め職員に周知徹底している。やむを得ず身体拘束する場合の3原則や虐待に該当する行為について確認したり、業務の中で不意に職員に尋ねる等、身体拘束や虐待に関する内容を日常的に理解できるよう取り組んでいる。虐待や身体拘束について事実確認した場合は行政へ届出・報告する手順を明確にし、権利侵害が発生した場合においては再発防止等を委員会で検討し、理解の下で実践する仕組みを整備している。しかし、権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知するまでには至っていない。今後の取り組みが待たれる。過去1年間に行動抑制、身体拘束、暴力、脅かし等の不適切な関わりはない。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
3	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
<p><コメント> 利用者のニーズを利用者日誌に記録し、内容に基づき支援を行っている。自立を目的とした個別支援内容であり、利用者に「どうなりたいか」、「そうなるにはどうしたらよいか」といった聞き取りを行い、目標を立て、まずは「他者と話をする事」、「洗濯機のスイッチを入れること」等、職員は過介護にならないよう利用者の能力や特性に応じて自立支援に取り組み、できたことに対して目標の達成感を感じてもらえる支援に努めている。通帳等金銭管理は同法人の関連NPO法人や社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用し、利用者本人は小遣い程度の現金を所持し使い方や収入・支出のバランス等について職員が説明し、金銭管理に関し自立に向けた支援を行っている。過去1年間に預り金の問題は発生していない。</p>		

		第三者評価結果
4	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
<p><コメント></p> <p>利用開始時に作成するフェイスシートやアセスメントで利用者の心身状況を把握し、本人の意思表示が困難な場合は以前自宅での生活の様子がどうだったかを家族等に聞き取り、ケース会議を通じて職員間の統一した支援について話し合い、本人の能力・特性に応じたツールを使用して支援に繋げている。コミュニケーションが十分できない利用者には、朝食・夕食時に職員や他の利用者が集まる食堂で交流を図ることから始めたり、職員と共に行う居室の清掃時間に会話をする等、少しずつ意思疎通を図ると共に自ら意思表示ができるよう支援している。必要に応じてコミュニケーション機器ペックスを使用することもある。機器の使用で逆にコミュニケーション能力が低下することもあったため注視しながら使用している。</p>		
5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>職員は、利用者が日常的に相談等ができる関係性に努め、何気ない会話の中から意思を汲み取ったり、相談内容によっては個別に話を聞く環境と時間を確保している。食堂入り口に「ご意見ご要望をお聞きます」と書いた文書を掲示し、内容を分かりやすく箇条書きし、気軽に相談ができるよう配慮している。意見箱と用紙を設置し、利用者がその場で記載できるよう工夫している。自ら意見や相談ができない利用者には日頃の行動や言動を観察し、職員から関わりを持ち本人本位に検討されている。短期入所施設であるためサービス管理責任者の設置と個別支援計画の作成は行っていない。</p>		
6	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
<p><コメント></p> <p>利用者の日中は生活介護事業所を利用して過ごしており、日中活動について相談支援事業所が作成したサービス等利用計画を基に本人のニーズを記入したアセスメントシートを作成し、生活介護事業所と連携を図りながら利用者の希望や、選択する就労支援を行っている。野外活動として利用者の意向を踏まえ、外食や県内で行われている「ゆうあいスポーツ大会」に法人で参加したり、市民清掃に利用者と職員が参加し、草刈りを行う等、利用者が希望、選択した日中活動を支援している。定期的に日中活動と支援内容の検討・見直しを行っている。</p>		
7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の多様な障害状況に関して職員の職種や勤務年数等に応じた研修を実施しており、医務研修会・新人職員研修・中堅職員研修等に区分けしている。また、強度行動障害に対応できるよう基礎研修・実践研修を受講し専門知識の習得や障害による行動等の理解を深め、他の職員間で支援方法の検討・理解・共有を行うとともに統一した支援に努めている。強度行動障害については個別的な配慮と環境が必要であるため、必要時に支援方法の検討・見直し・環境整備を行い、利用者の心身状況の変化に応じて利用者間の関係調整を行っている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
8	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
<p><コメント></p> <p>利用者の日常生活の支援について食事介助、入浴介助、排泄介助のマニュアルを整備している。食事は、法人内の配食サービス事業所を利用している。事業所の栄養士が年1回、嗜好調査を行っている。外食を楽しんだり利用者の嗜好に考慮した献立で、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。食堂に設置している意見箱に入る意見は食事についての希望が多く、食べたいものを献立に取り入れている。利用者の食事制限について、栄養士が医師から指示を受け、禁忌食や炭水化物、塩分制限等、本人の身体状況に応じた食事を提供している。入浴は日中活動の生活介護事業所で実施し、身体状況に応じて連携を図りながら複数の職員で介助している。排泄の自立に向け支援し、夜尿については定期的に声かけする等、利用者個別の排泄支援を行っている。職員が車椅子を使用する利用者の支援を的確に行えるよう車椅子介助に関する研修に参加している。</p>		

A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
9	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> 居室は相性を考慮した上で同性2名が入所している。居室、食堂、浴室、トイレ等の清掃は本人の能力に 応じて利用者自身で行ったり、職員が共に清掃を行い、身体状況に応じた動線の確保や清潔保持に努めて いる。利用者の思いを汲み取りながら、テレビやトースター、冷蔵庫を設置したり、2名で使用する居室 はパーテーションで仕切り、プライバシーの配慮に努めている。利用者の特性による不穏時や緊急受け入 れ時に使用する部屋を確保している。喫煙する利用者にはライターを事務所で預かり、敷地内1か所に喫 煙所を設けている。携帯電話を所持している利用者もいる。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
10	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
<p><コメント> 利用者のアセスメント内容をもとに支援項目を設定し、利用者日誌に記載している。生活動作や行動の中 で個別の自立に向けた機能訓練・生活訓練や支援を行っている。利用者の障害に応じて看護師や作業療法 士等から指導や助言を受け、関係職種が連携した機能訓練・生活訓練を支援している。生活介護事業所と 合同で年2回モニタリングを実施し、日中活動以外の情報を生活介護事業所のモニタリングに落とし込 み、支援の検討・見直しを行っている。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
11	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
<p><コメント> 利用者が日中活動する生活介護事業所の看護師に利用者の健康状態について相談したり、看護師を中心 に入浴や排泄等の支援の場面を通じて利用者の健康状態の把握や、障害の状況に応じた健康維持・増進に努 めている。利用者の体調変化等により迅速な対応ができるよう毎月テーマを設定した医務研修会を実施し たり、感染症やけが等、緊急事態が発生した場合のマニュアル、緊急時手順マニュアル、119番通報マ ニュアル、異物除去法、心肺蘇生法、傷病者発生時対応マニュアル等を整備し、看護師を中心に職員研修 や知識の習得を図っている。また、年4回医師の訪問による受診や通院同行支援を行っている。医師や看 護師による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けていないため、今後の取り組みが待たれる。</p>		
12	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
<p><コメント> 看護師を中心に医療的な支援を行っている。医療的な支援について責任者は施設長であることを明確にし ている。医療に関する各種マニュアルや服薬管理マニュアルを整備し、看護師が服薬管理を行っている。 与薬時は適切かつ確実にできるよう職員シフトによる2名で準備と引継ぎ、利用者本人にも確認してもら い、氏名・日付・時間帯を読み上げて確認する等、手順を定めている。医療への理解や知識の習得のた め、入職時の研修や月1回の看護師による医務研修会を実施し、看護師の助言を受けながら安全管理体制 を構築している。慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については看護師や栄養士が医師の指示に基 づいて適切な支援や対応を行っている。介護職員等が実施する医療的ケアについて、これまで該当事例は ないが、該当者が発生した際は対応できるよう研修を受けている。過去1年間に薬物使用の誤り等の問 題は発生していない。</p>		

A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
13	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> 職員が普賢岳噴火時に起きた出来事を利用者へ話したり、災害記念館に出向いて土石流などの災害について学んでもらうことで自然災害を想定した避難訓練の大切さを確認するなど、身近な社会資源を活用しながら学習支援を行っている。福岡旅行を計画し、各利用者が福岡で何したいか目標を立て、かわせみ・やませみ（電車）に乗車する機会を設けたり、バイキングの食事を体験し自分が食べれる量をつぎ分けることを学んでもらうこと等、社会参加や学習の意欲を高める支援に努めている。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
14	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> 職員は利用者に希望や意向を聞き取り、身近な社会資源を活用した外出支援による学習や体験の機会を提供している。職員は利用者がステップアップしたいと相談や申し出があれば本人と話し合いながら、洗濯ができるようになる、部屋の掃除が自分でできるようになる等の目標を設定し、能力を発揮できるよう本人の能力に見合った選択肢を提示しながら利用者の意思や希望を尊重した対応に努めている。アセスメントを元に地域生活への移行や、地域生活に関する課題を把握し、地域の関係機関と連携を図り、地域生活への移行のシステムを図っている。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
15	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> 利用者の生活状況に関し職員が家族等へ定期的に報告を行っているが、連絡が取れない家族も少なくない。家族から相談があれば必要に応じて意向の聞き取りや助言を行っている。利用者の体調不良や急変時はマニュアルや手順に沿って家族等への報告・連絡体制を図っている。家族へのレスパイトケアを目的としたケースが多く、家族との意見交換の機会を設けていないため、今後の取り組みが待たれる。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	
<コメント> 対象外		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
17	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。	
<コメント> 対象外		
18	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。	
<コメント> 対象外		
		第三者評価結果
19	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> 対象外		

事業所情報（障がい者・児施設版）

（令和 6年 7月 5日現在）

施設名 メープルレインボー

1・基本情報

郵便番号	859-1505		
所在地	長崎県南島原市深江町戊 3152-10		
TEL	0957-65-1700	ホームページ	
FAX	0957-65-1600	E-MAIL	
施設までの 利用交通手段	バス		
開設年月	平成24年9月1日	開所時間	
敷地面積		建物面積	
経営主体	コスモス会	施設長名	本田利一郎

2・職員体制

専門職	常勤	非常勤
施設長	名	1名
事務員	名	名
生活支援員	1名	3名
看護師	名	名
栄養士	名	名
調理員	名	名
嘱託医	名	名
理学療法士	名	名

3・施設の理念・方針

障害があろうがなかろうが一人の人間としてどう生きるか

4. サービス内容

対象地域	指定なし
対象年齢	//
定員	16名

サービス名	備考
健康管理	・利用者一人一人の特性に応じて敷地内看護職員を中心に体調管理等の把握に努めている。
食事	・嗜好調査を行い利用者の意見を反映している。
休日	・それぞれにおいて休日を過ごされている。
地域との交流	・地域行事への参加や、地域のお店等を積極的に利用している。
保護者活動	・保護者交流は行っていないが、面会や定期連絡などを定期的に行っている。

5. 事業所から利用者(希望者)の皆様へ

将来、社会へ出るために生活面のスキルアップ、生活の質の向上を行っていきましょう

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
随時受け入れ可能	随時受け入れ、相談可能	随時受け入れ、相談可能

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果

評価機関名 特定非営利活動法人
ローカルネット日本評価支援機構

事業所名称	社会福祉法人 コスモス会 メープルレインボー
-------	------------------------

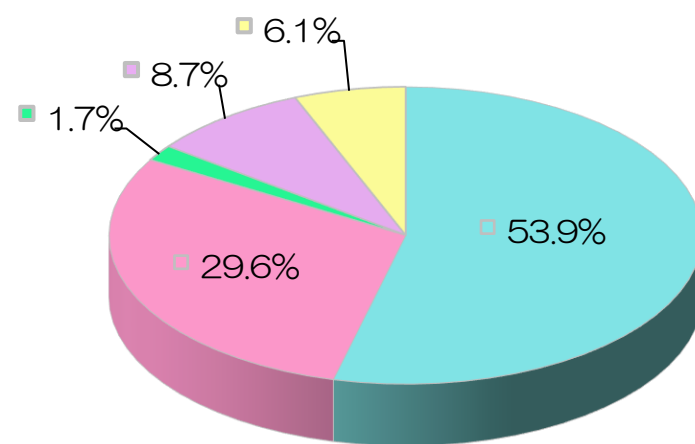
調査の対象・方法	<p>対象：メープルレインボー 利用者及び利用者家族</p> <p>方法：事業所より利用者及び利用者家族へ調査表を配布していただき、返信用封筒にて、直接当機関へ返送する方法により実施した。</p>
----------	--

調査実施期間	2024年6月17日～2024年7月5日
--------	----------------------

利用者総数（人）	11
調査対象者数（人）	11
有効回答数（人）	5
回収率（%）	45.5%

アンケート結果平均

はい	62 件	53.9%
どちらともいえない	34 件	29.6%
いいえ	2 件	1.7%
わからない	10 件	8.7%
無回答	7 件	6.1%



総 評	<p>本アンケート調査による回収率は45.5%であった為、今後の第三者評価調査時には、利用者へのアンケートに対し更なる協力を求めることを期待したい。調査アンケート結果の平均値は「はい」が53.9%、「どちらともいえない」、「いいえ」、「わからない」との回答があわせて40%であった。</p> <p>質問中、最も高評価であった項目が「困ったことを相談できる職員がいますか。」、「病気やケガのときには、薬を飲ませてくれたり、病院に連れて行ってくれますか。」、続いて8割以上が「この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。」、「職員は親切、丁寧に対応してくれますか。」、「職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。」の項目で肯定的な回答を得た。</p> <p>一方、「施設のなかでは「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。」、「あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。」、「不満や要望を気軽に話すことができますか。」の問いに6割以上が否定的な回答となっている。これらの結果を踏まえ、更なる改善策を講じることを期待する。</p>
-----	---

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（障害者・児施設用）

事業所名称	メープルレインボー	有効回答数	5 人
-------	-----------	-------	-----

評価対象	No	質問項目	回 答	回答数	(%)
全サービス共通項目					
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい	2件	40.0%
			どちらともいえない	2件	40.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	0件	0.0%
	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切 だと思えますか。	はい	1件	20.0%
			どちらともいえない	1件	20.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	2件	40.0%
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい	4件	80.0%
			どちらともいえない	1件	20.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答	0件	0.0%
	4	職員は何かにつけ気軽に をかけてくれますか。	はい	3件	60.0%
			どちらともいえない	1件	20.0%
			いいえ	0件	0.0%
わからない			0件	0.0%	
プライバシーへの配慮	5	「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい	2件	40.0%
			どちらともいえない	2件	40.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	0件	0.0%
	6	職員が居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	はい	2件	40.0%
			どちらともいえない	2件	40.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	0件	0.0%
利用者の意向の尊重	7	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい	2件	40.0%
			どちらともいえない	2件	40.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	0件	0.0%
	8	施設のなかでは「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい	1件	20.0%
			どちらともいえない	3件	60.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	1件	20.0%
			無回答	0件	0.0%
9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい	5件	100.0%	
		どちらともいえない	0件	0.0%	
		いいえ	0件	0.0%	
		わからない	0件	0.0%	
		無回答	0件	0.0%	
苦情の方受け付け	10	苦情がある場合の受付や解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい	3件	60.0%
			どちらともいえない	2件	40.0%
			いいえ	0件	0.0%
			わからない	0件	0.0%
			無回答	0件	0.0%

不満や要望への対応	11	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい		2件	40.0%
			どちらともいえない		3件	60.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%
	12	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい		4件	80.0%
			どちらともいえない		1件	20.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%
職員間の連携・サービスの標準化	13	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい		2件	40.0%
			どちらともいえない		3件	60.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%
	14	職員はみな同じように接触してくれますか（職員によって言うことやすすることに違いがありませんか）。	はい		2件	40.0%
			どちらともいえない		2件	40.0%
			いいえ		1件	20.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%
事故の発生	15	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい		3件	60.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		2件	40.0%
			無回答		0件	0.0%
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		3件	60.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		2件	40.0%
入所・利用開始の説明	17	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい		4件	80.0%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		1件	20.0%
	18	実際に入所・利用してみ、説明どおりでしたか。	はい		3件	60.0%
			どちらともいえない		1件	20.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		1件	20.0%

個別サービス項目

進路や地域への支援	19	職員は、進路や家庭での生活等、あなたの今後について、支援や相談に応じてくれますか。	はい		2件	40.0%
			どちらともいえない		2件	40.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		1件	20.0%
			無回答		0件	0.0%
食事	20	食事はおいしく、楽しくたべられますか。	はい		2件	40.0%
			どちらともいえない		3件	60.0%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%
入浴、排泄、整容等	21	入浴や排泄、身だしなみ等について、あなたの希望に応じてくれますか。	はい		3件	60.0%
			どちらともいえない		1件	20.0%
			いいえ		1件	20.0%
			わからない		0件	0.0%
			無回答		0件	0.0%

服薬の管理、 医療の管理等	22	病気やケガのときには、薬を飲ませてくれたり、病院に連れて行ってくれますか。	はい					5 件	100.0%
			どちらともいえない					0 件	0.0%
			いいえ					0 件	0.0%
			わからない					0 件	0.0%
			無回答					0 件	0.0%
所持金・預かり金の管理	23	小遣い等必要な金銭については、自分の考えでつかうことができますか。	はい					2 件	40.0%
			どちらともいえない					2 件	40.0%
			いいえ					0 件	0.0%
			わからない					1 件	20.0%
			無回答					0 件	0.0%

その他自由意見