

(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(単独型事業所)
代表者氏名: 本田 利一郎	定員(利用人数): 20 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

社会福祉法人コスモス会の短期入所事業として法人内の様々なサービスと連携した支援を提供している。

「障害があろうが一人の人間としてどう生きるか」、「自由に生きるために知恵と工夫を全力で生み出す」、「地域貢献」を重点テーマとして取り組んでいる。

職員は二つの柱「力強さ」「優しさ」を根底に、利用者が安心・安全な日常生活が営めるよう支援に努め、生活の質の向上を目指し利用者へ実効性の高い支援を展開している。

事業所の周囲は自然豊かな場所に立地し庭に植えたメープルの木は手入れが行き届いている。利用者の居室は整理整頓し清掃が行き届き、快適な生活住環境を提供している。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年1月9日(契約日)～ 令和3年3月31日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	初回

⑤総評

◇特に評価の高い点

1.管理者のリーダーシップ、家族等へのレスパイトケアの取り組み

施設長は職員配置や職員シフト体制など様々なパターンを試行しながら効率の良い職員シフト体制を職員と共に考え、職員の意向を反映しながら体制を構築している。利用者一人

ひとりの支援状況について直接職員にも確認しながら理念に沿った支援に向け取り組んでいる。また、他事業所において受け入れが困難な方や、緊急時の受け入れのほか家族の心身の状況や病状が悪い場合等には家族のレスパイトケアにも取り組んでいる。

2.利用者の特性に応じた自己決定・選択への支援

法人内の様々なサービスと連携し、利用者にあった福祉サービスを選択し提供している。利用者一人ひとりが豊かな人生を送れるよう生活介護事業のほか木工製品の製作、農作業、製茶加工等を行う就労継続支援B型事業所、キャンプ場、動物の世話、羊毛作品製作等、利用者が自由に自ら意思で選択できる事業所がある。体験や見学を随時実施し生活を送れるよう関係機関と連携している。

3.職員一人ひとりの育成に向けた取り組み

行動基準評価表により事業所目標と職員一人ひとりが個人目標を設定し、10段階で達成度・貢献度を図り、行動基準を5段階で定期的に評価し、職員個々の進捗状況の確認や人材育成に活かしている。法人では職員の各種資格取得を奨励し、職員は国家資格者のほか障害者支援や高齢者介助のスキルを持ち利用者の状況に合わせ支援に努めると共に必要に応じてOJTを通じて学びを深めている。

◇改善を求められる点

1.中・長期計画の策定

事業所の特性上中・長期計画の策定が困難との見解である。短期入所施設で緊急性の受け入れや一時的な受け入れの為に利用者数の見通しがつきにくく、単年度の計画策定に留まっている。今後、着実な事業運営に向け、中・長期計画に理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にすると共に重度化や高齢化する利用者を見据えサービスを提供できる体制づくりを具体的に謳うなど取り組むことを期待する。

2.利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備

苦情受付箱を設置し、気軽に利用者が相談できる体制を築いているが、利用者の特性上、要望や相談内容が曖昧なケースが多い。尚、利用者が相談や意見を述べやすい複数の方法や相手を自由に選べることを分かりやすく説明した文書等は作成していない。そのため、文書類の配布や掲示も行っていない。今後、利用者が相談や自由に意見が述べることができるよう環境整備と日常的に相談窓口を明確にしたうえで分かりやすい文書類を作成することが望まれる。

3.不審者侵入時等に対応できるマニュアルの整備

不審者の侵入時のマニュアルは整備されておらず、研修や職員への周知活動、利用者に対する指導や訓練も実施していない。事業所の立地環境上、幾通りもの侵入の恐れがあり、不審者の侵入を想定したマニュアルの作成や不審者が侵入した場合に備えた訓練実施は必須である。尚、事業所では利用者の特性上、刺激・興奮要因になるような行動は十分に配慮した上でマニュアルを策定しないと逆効果になることを踏まえ、不審者の侵入について複数パターンを想定したマニュアル作成を現在検討している。今後の取り組みに期待する。

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、第三者評価を初めて受けました。評価項目については事業の特性上、一事業所単位で評価を行うことが困難な項目が多々ありました。
しかし、一つ一つの評価項目に対して、事業所全体で自己評価を行う中で事業所の現状を客観的な視点で見ることができ、現在に至るまでに管理者・職員一丸となって試行錯誤を重ね、多様化する職員に対して情報の共有や働きやすい環境作りを最優先に考えながら行ってきたが、結果方向性として間違っていなかったと良い評価をいただきました。
今回、改善点として挙げられた項目に対しても、アドバイスをいただきましたので参考にさせていただきますながら検討いたします。今後も法人理念に基づき利用者様の生活の質の向上を目指し、日々取り組んで参りたいと思います。

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
<p><コメント> 理念及び基本方針はパンフレット、ホームページ等に記載し、周知を図っている。理念から事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。職員は朝礼の際に理念を復唱するほか研修や会議等を通じて法人の方針を再確認するなど継続的に取り組んでいる。利用者には契約時に理念・基本方針を丁寧に説明している。行動基準評価表の行動基準に理念に基づいた行動を求める項目を設けるなど理念の意識付けを図っている。</p>		

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
<p><コメント> 施設長は2025年の福祉サービス事業を取り巻く環境を見据え、少子高齢化に伴う人材不足や働く年齢層の高齢化等、事業の継続性について様々な課題があることを見通しながら、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。毎月の試算を算出し、各事業所及び法人全体の経営状況を把握分析すると共に月に1度各地区部長が集まり、各事業所の現状や地域のニーズ等情報を共有し、経営状況を常に意識し事業経営の維持や改善に努めている。</p>		
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。	b
<p><コメント> 毎月業務報告書を作成し、月に1度各地区部長の会議で課題や問題点等について検討し、必要な情報の共有を図っている。職員には障害区分制度等の理解を促し、日頃よりコスト管理への意識を持つよう指導している。定期的に開催する理事会では経営状況や経営課題について諮り役員間で共有している。</p>		

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。	b
<p><コメント> 事業所は短期入所施設事業である為、固定した利用者数は見込めず、当事業所単独で3～5年を見据えた数値を中長期計画に反映することが難しい。事業計画の中には課題分析のほか3年後の見通しや、今後展開する分野等を明確にしている。今後、着実な事業運営に向け、中・長期計画に理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にすると共に重度化や高齢化する利用者を見据えサービスを提供できる体制づくりを具体的に謳うなど取り組むことを期待する。</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。	b
<p><コメント> 事業環境や利用者ニーズを把握し、レスパイトケアや緊急性が高い方への対応等、他の事業所が引き受けられないような困難事例も受け入れるよう取り組んでいるが、事業所の特性上、見込み利用者数を事業計画に反映することは難しい。事業所単独での中・長期計画は策定していないが、単年度計画を作成し、具体的な数値目標を明確にしている。事業課題には全職員で共有を図り改善に向け取り組むよう努めている。</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> 法人の基本方針と重点項目を明確にして事業計画を策定している。事業を取り巻く環境に沿って重要課題を抽出し、事業計画の中で重要事項は下線を引き強調することで幹部職員ほか全職員に周知を図っている。年度末には業務上の課題を明らかにして事業計画を見直し、会議等を通じて全職員へ周知を図っている。</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> 事業所の特性上、利用者会や家族会等は設けていないが、事業計画は利用者が食堂やリビングに集合した際に説明を行っている。職員は丁寧に説明し理解できるよう努めているが利用者は遺却することが多い。その都度説明して理解を得るよう努めている。今後、家族も含め利用者等への周知方法について配布物や説明方法等が分かりやすいか検証し取り組むことを期待する。</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みが組織的・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。	b
<p><コメント></p> <p>施設長は利用者本人が自ら意思決定に参加し主体的に関与できるような環境を整え、利用者個々に対する支援を深めるよう努めている。入所時に相談支援事業所からの情報提供書をもとにサービス提供責任者が生活全般のニーズを明らかにし、利用者の身体状況や支援内容のアセスメントを作成し、職員が把握して個別の福祉サービスを提供している。利用者の情報や課題は職員間で共有し、利用者個々にあった支援を提供できるよう取り組んでいる。今回が初めての自己評価及び第三者評価の取組みであり、自己評価の活用と共に日常的な福祉サービスの質の向上に向け、PDCAのサイクルを継続し組織的に取り組むことを期待する。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の作成は原則必要ない為、利用者個々の課題を職員間で共有している。改善策や課題は職員会議や業務日誌等で把握し評価見直しを行っている。また、毎月の職員会議を活用し職員間で共有を図っている。今回が初めての自己評価及び第三者評価の取組みであり、継続的に自己評価及び第三者評価を活用し、改善課題については、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、改善のための取組みを計画的に行うことを期待する。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設長は職員に対して自らの役割と責任を明らかにし、事業計画において事業所における管理者の経営管理に関する基本方針・目的を明確にしている。今後、自らの役割と責任を含む職務分掌等について具体的に文書化するとともに、平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確にすることが望まれる。</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></p> <p>施設長は月に1度の職員会議や朝礼時に職員へコンプライアンスについて説明している。内外の研修や勉強会に参加し、経営に関する最新情報や遵守すべき法令等について情報を入手し研鑽に努めている。法人内にはリスクマネジャーを12名配置し、3カ月に1度、他事業所からチェックが入る体制を構築し、職員が法令を遵守するための具体的な取組みを行っている。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は福祉サービスの質の向上に向け、現状における課題分析を行っている。職員配置や職員シフト体制など様々なパターンを試行しながら効率の良い職員シフト体制を職員と共に考え、職員の意向を反映しながら体制を構築している。業務日誌に目を通し、利用者個々の支援状況について直接職員にも確認しながら理念に沿った支援に向け取り組んでいる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>2025年の福祉サービス事業を取り巻く環境を見据え、少子高齢化に伴う人材不足や働く年齢層の高齢化等、事業の継続性について様々な課題があることを見通しながら、南島原市の地域性なども考慮し、外国人、高齢者、障害者などの採用のほかマネージメント能力がある人材の登用など施設長が指導力を発揮し具体的に取り組んでいる。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>現在は、制度上事業所における有資格者配置の義務付けはなく、必要な福祉人材は確保できている。職員は変動出勤制で2パターンの勤務体制を整えている。法人は各種事業所を展開しており、職員の希望やライフワークに合わせた事業所を選択でき、必要に応じて法人内事業所で配置異動を行っている。行動基準評価表により事業所目標、個人目標を設定し、10段階で達成度・貢献度を図り、行動基準を5段階で定期的に評価し、人材育成に繋げている。人事評価制度及び事業所評価制度を導入し、職員の給与昇給、賞与率に反映するよう取り組んでいるが十分とは言えない状況であることが窺える。今後も人事担当者を中心に改善に努める意向であり、今後の取り組みに期待したい。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針に基づき期待する職員像を「利用者様に寄り添い、チームで連携して支援にあたる。」「自分たちが障害福祉を発展させるという使命感」と示している。年2回、行動基準評価表を用いて全職員が目標を立て達成度や貢献度を図り、より良い支援に向けて取り組んでいる。人事評価制度及び事業所評価制度を導入し、職員の給与昇給、賞与率に反映するよう取り組んでいるが十分とは言えない状況であることが窺える。今後も人事担当者を中心に改善に努める意向であり、今後の取り組みに期待したい。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>人事担当者が中心となり職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のほか職員の人事評価等、職員の就業状況を把握している。職員からの意見等、施設長へ何でも相談できる職場づくりに努めており、風通しの良い環境である。人事評価制度及び事業所評価制度を導入し、職員の給与昇給、賞与率に反映するよう取り組んでいるが十分とは言えない状況であることが窺える。今後も人事担当者を中心に改善に努める意向であり、今後の取り組みに期待したい。</p>		

		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> 行動基準評価表により事業所目標と職員一人ひとりが個人目標を設定し、10段階で達成度・貢献度を図り、行動基準を5段階で定期的に評価し、職員個々の進捗状況の確認や人材育成に活かしている。法人では職員の各種資格取得を奨励し、職員は国家資格者のほか障害者支援や高齢者介助のスキルを持ち利用者の状況に合わせ支援に努めると共に必要に応じてOJTを通じて学びを深めている。</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> 年間の研修計画を作成し、計画的に職員研修を実施している。事業所での緊急時の受け入れや対応力向上といった専門性の向上に向け職員教育を行うことを事業計画に明記して取り組んでいる。研修内容は、虐待防止・利用者支援のあり方・リスク管理・服薬管理・強度行動障害・感染症予防等を計画し、定期的に研修報告会を開催して職員の振り返りに繋げている。</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> 事業所では職員の資格取得に向けてキャリア段位制度を導入し、キャリアアップの仕組みを構築している。職員のスキルアップ、自己研鑽を行う事でのモチベーションアップに繋がっている。新任職員をはじめ職員の経験や能力水準に応じたOJT研修も導入している。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配慮している。</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。	b
<p><コメント> 実習生受け入れマニュアルを整備している。尚、短期入所事業所では実習生の受け入れ指定施設ではない為、実習（教育・研修）内容全般を計画的に学べるようなプログラムのほか専門職種の特性に配慮したプログラムの策定や実習指導者の配置・研修は実施していない。</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> ホームページ等を活用し、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、予算及び決算情報を公開している。苦情、相談の体制も整備されている。苦情相談内容の公表にあたり個人情報への十分な配慮が必要と認識している。地域や関係団体等には日頃より活動を通して発信している。尚、今回が初回の第三者評価受審であり、受審結果を受け改善・対応の状況について公表する意向である。</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> 税理士が定期的に訪問し、経営内容等について外部監査を行い、必要に応じて経営に対する助言を得ている。法人理事会を通じて内部監査を行うほか、説明責任を果たす観点から会計等に関する専門家を活用し、理事長をはじめ公正かつ透明性の高い運営に取り組んでいる。</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、市民清掃や地域の行事（お祭り）等にも積極的に参加している。尚、現在コロナ禍により地域活動は自粛している。利用者は近くのコンビニエンスストアで買い物したり、公共のバスでショッピングに行くなど地域の社会資源の活用できるよう支援している。</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。	b
<p><コメント> ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティア受け入れ体制を整備しているが外部の方と関わる際に興奮したり忌避する利用者もあり十分に配慮することが必要であることを職員は認識している。今後、利用者の障がいの内容や度合い、年齢やこだわりなどの特性が個々に異なることを踏まえ、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修や学習等への協力が求められる。</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> 社会福祉協議会、医療機関、後見人、行政等、様々な関係機関との連携を図っている。利用者支援に向け社会資源を明確にして関係機関と情報の共有を図り、ネットワークを構築している。関係機関のリストは職員間で共有し、利用者支援の向上に活かしている。</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> 地域の雇用環境の変化や高齢者のみの世帯の増加など踏まえ、法人内の相談支援事業と連携しながら地域のニーズに答えている。地域の自治会に加入し、地域活動を通じて地域住民とのコミュニケーションを図り交流している。事業所のスペースを活用した災害時の避難場所として提供している。</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> 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。法人の理念・基本方針に当該事業を通じて地域に貢献することを明示している。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。	b
<p><コメント> 利用者を尊重する姿勢は法人の理念、基本方針に明示している。特に「障害があろうが一人の人間としてどう生きるか」、「自由に生きるために知恵と工夫を全力で生み出す」、「地域貢献」を重要視し、定期的に状況の把握・評価等を行い、利用者を尊重する姿勢を再確認している。今後、利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定するなど、職員が理解し実践するための取り組みを行うことを期待する。</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> 事業所で取り組んでいる人権擁護やリスクマネジメントを通じて利用者に配慮した支援に努めている。女性利用者の居室清掃を行う場合は女性職員と一緒に清掃を行ったり排泄介助の際には羞恥心に配慮し同性による支援を行っている。車椅子の方はスロープ付きの居室を用意するなど利用者一人ひとりに合わせた支援を行っている。</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> 利用者の状態に合わせた福祉サービスを提供し意思決定を利用者自ら行えるよう支援している。福祉サービス選択に必要な情報やプロセスを積極的に提供し、利用者は日中就労訓練やデイサービスを利用している。職員は利用者の活動状況を確認し適宜見直しを行っている。今後、理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を多くの方が入手できるよう取り組むこと期待する。</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> 事業所で生活する上でのルールや負担金は契約書と重要事項説明書を用いて分かりやすく家族に説明している。自立支援事業による成年後見制度を利用している方にもその都度説明している。</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> 福祉サービスの内容の変更にあたっては短期入所施設からグループホームへの移行時に環境の変化や対人関係等周辺の変化による利用者の不穏や体調の変化もあるため、移行時には急がず時間をかけて徐々に慣れていけるよう現事業所とグループホームを交互に利用できる柔軟な体制を築き、いずれはグループホームで安心した落ち着いた生活を実現できるよう支援している。その際には両事業所の担当者と行政の担当者によるカンファレンスを密に行い、円滑な引き継ぎを行っている。移行後も担当職員を決め、利用者の継続支援に努めている。</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> 苦情受付箱を玄関に設置し、利用者の意見を汲み取る姿勢を示している。利用者は食事が一番の楽しみでもあることから法人内で毎月給食会議を開催し、食事量や食事内容について分析・検討し、利用者の食についての満足度の向上に努めている。家族からの意見に迅速には対応するために、その場にいる職員で検討し、相談内容や検討内容を管理者や他の職員との情報共有ができるよう宿直日誌や支援記録に記録している。緊急を要する内容は施設長に直接報告して解決を求める等柔軟な対応し、利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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
<p><コメント> 苦情受付箱を玄関に設置して利用者に説明し周知している。また、重要事項説明書や契約書に相談窓口・苦情解決責任者・第三者委員・行政機関を明記し、苦情解決の仕組み、苦情解決委員会（第三者委員含む）の設置や行政機関その他の苦情受付機関を利用開始時に利用者や家族に説明し同意を得ている。また、苦情解決マニュアルを整備し、苦情申し立てについての流れをわかりやすく文書化している。利用者の特性上、苦情についての情報開示までには至っていないため、今後の取り組みに期待する。</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。	c
<p><コメント> 利用者が相談や意見を述べやすい複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書等は作成していない。そのため、文書類の配布や掲示も行っていない。今後、利用者が相談や自由に意見が述べることができるよう環境整備と日常的に相談窓口を明確にしたうえでわかりやすい文書類を作成することが望まれる。</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> 利用者は職員に対してその場で自分の意見を述べている。相談に関しては職員がその場で解決したり、内容によっては職員間、管理者への報告やケース会議で話し合い、解決に向けて原因の究明や解決法、今後の支援についての検討を行っている。利用者からの意見内容によって支援記録に残し福祉サービスの質の向上に関わる取り組みに繋げ、必要に応じて法人全体でマニュアルの見直しを実施している。</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>施設長は月1回の職員会議や毎日の朝礼時にコンプライアンスについて職員に話をし、職員間で周知している。起こりうるリスクについて各種マニュアルを作成している。職員がリスクマネジメント研修を受けると共に定期的に遵守すべき法令についての研修も開催している。法人内でリスクマネジャーを12名配置し、委員会を設置している。3カ月毎に各事業所からリスクマネジャーの巡回があり、法人内で作成したチェック表をもとに外部からの視点で点検を行うことで当事業所の職員が気づかない潜んだリスクを発見できる仕組みを構築している。当事業所においてもリスクマネジャーが週1回チェックを行い、リスク報告書を作成している。収集したリスクについて職員が参画したケース会議を開催し、分析・改善策・再発防止の検討と定期的な評価や見直しを行っている。過去1年間に安全確保の対策で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>法人内の各部署の看護師で構成した健康管理委員会を設置している。感染時に報告すべき関係機関との協力体制を確立し、各感染症への予防について感染症対策マニュアルに明記している。時季ごとに予測される感染症について嘔吐物処理のシミュレーション等を実施したり、ノロウイルス等の感染症に備えて予防液等、物品等も整備している。また、職員の入職時や各感染症の時季に応じて健康管理委員会による研修会や月1回の健康管理を議題とした会議を開催し、全職員へ周知を徹底している。感染した場合を想定し、熱発時には協力医の指示の下、他者との交流を回避するため専用の居室を使用して経過観察を行うなど対応策を講じている。新型コロナウイルス感染症予防策等各マニュアルの定期的な見直しを実施している。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。	a
<p><コメント></p> <p>総合消防計画書を作成し、災害時の対応体制を決め、自然災害時の安全措置や警戒巡視、避難誘導、教育訓練実施について明記している。また、消火訓練・避難訓練・通報訓練の実施時期を決め、年2回消防署(年1回)や点検業者の立会いと指導による避難訓練を実施している。関係機関と連携して訓練を実施し、有事の際に備えて消火器の使用方法を学び、各職員の行動を確認している。避難誘導については避難場所を明確にし、利用者を避難場所まで誘導し、安否確認の方法を決めている。備蓄に関しては各事業所に整備し、各事業所の防火担当責任者が定期的な点検を行い、食料は法人が経営する飲食店が管理している。避難訓練時には消防訓練実施届出や消防設備点検等の点検結果報告を消防署へ提出する等関係機関との連携・体制を整備している。</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。	c
<p><コメント></p> <p>過去1年間で不審者の侵入はない。しかし、不審者の侵入時についてマニュアル等の整備はなされておらず、研修や職員への周知活動、利用者に対する指導や訓練も実施していない。事業所の立地環境上、幾通りもの侵入の恐れがあり、不審者の侵入を想定したマニュアルの作成や不審者が侵入した場合に備えた訓練実施は必須であることから、今後、不審者侵入を想定した組織的な取り組みに期待する。</p>		
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></p> <p>提供する各福祉サービスの標準化マニュアルを整備し、利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護を踏まえた上で利用者の特性に応じた項目を記載し、項目に基づいて各職員が統一した支援を行っている。支援上の問題については発生後、即時にケース会議を開催し、問題解決や職員間の情報共有に努め、支援の統一や職員間の差異が生じないように指導を行っている。また、生活支援員業務内容を文書化し、利用者の特性や個別性に応じた柔軟な対応等、組織的な福祉サービスの実践に取り組んでいる。</p>		

		第三者評価結果
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> 標準的な実施方法の見直しについては、ケース会議で業務日誌の書き方、行政への連絡、早出・遅出業務、業務報告、業務内容報告事項等の検証や見直しを組織的に実施している。また、利用者の食事の時間についての検討や見直し、法人内で月1回食事についての給食会議を設け、食事についての検討・見直しを定期的に行っている。他の日常的な介助方法についても必要に応じて検証・見直しを行っている。</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> 短期入所施設であることから福祉サービス実施計画は作成していない。入所時に相談支援事業所からの情報提供書をもとにサービス提供責任者が生活全般のニーズを明らかにし、利用者の身体状況や支援内容のアセスメントを作成し、職員が把握して個別の福祉サービスを提供している。福祉サービス実施計画策定の責任者の設置・福祉サービス実施計画どおりの福祉サービスの提供はない。</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。	c
<p><コメント> 短期入所施設であることから福祉サービス実施計画は作成しておらず、定期的な計画の評価・見直しは実施していない。</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。	a
<p><コメント> 利用者の身体状況や生活状況を組織が定めた様式であるアセスメント表に記載し、アセスメント表に基づくサービスの提供を実施し、記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、法人内で定めた「職員業務内容の流れ」に沿って職員への指導等を工夫し、情報の分別や必要な情報が適切に届くような仕組みを整備している。情報共有を目的とした定期的かつ緊急時のケース会議開催とその議事録で職員間で情報共有する等、部門横断での仕組みを構築している。</p>		
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> 個人情報保護規程等により責任者を設置し、利用者の記録についての保管期間を定め、鍵付きの専用書庫で管理し、個人情報の不適正な利用、漏洩に関する対策を定めている。職員には入職時に個人情報秘密保持についての誓約書への記入と遵守について指導を行っている。契約時に運営規程や利用契約書に記述した守秘義務について利用者や家族へ説明し同意を得ている。記録の廃棄は確実にシュレッダーで処理を行い個人情報漏洩防止等に努めている。</p>		

評価細目の第三者評価結果（障がい者（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。	b
<p><コメント></p> <p>施設長はエンパワメントの理念として「自己決定できる力を身につける」ことを掲げ、日中就労で利用者ができることへの選択肢や力が発揮できるよう意向を尊重しながら個別支援に取り組んでいる。嗜好品についての職員の聞き取りや生活全般において施設側からの無理強いをしない、利用者の特性に関する行動・情動の変化にも制止せず、その人の個性として捉えている。生活に関わるルールについては利用者が集まる食堂で職員が交流する機会を持ち、コミュニケーションの場として社会的ルールを逸脱した行動をしないよう職員が指導を行っている。職員は利用者の権利についての研修を受けることや障害者施設従事者向けの情報誌「サポート」に記載してある事例等を題材に職員会議で利用者の権利擁護について事例検討・理解・共有を図っている。利用者の自己決定を尊重した個別支援の取り組みは実施しているが、利用者一人ひとりへの合理的配慮が個別支援や取り組みを通じて具体化するまでには至っていないことから今後の更なる取り組みに期待する。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
2	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。	b
<p><コメント></p> <p>各事業所で虐待防止委員を選任すると共に法人内で虐待防止委員会を設置し、委員長を施設長とし、管理職・サービス管理責任者・看護師・リスクマネジャー・その他のメンバーで組織を構成している。虐待防止・発見時フローチャートを作成し、各事業所ごとに月1回、法人内で年2回以上の虐待防止研修会を開催し、虐待についての知識や虐待に該当する行為について職員に周知・徹底している。緊急やむを得ず拘束する行為3原則について職員間で検討・把握を行っている。行政への虐待の届出・報告についての手順をフローチャートで明確に記載し共有を図っている。権利侵害について発生した場合の再発防止の検討や理解のもとで実践する仕組みを明確化して虐待や身体拘束をしない支援に努めている。但し、権利侵害防止のための具体的な内容・事例を収集して利用者へ周知するまでには至っていない。過去1年間に利用者に対する行動抑制や身体拘束、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></p> <p>日常生活上の各種マニュアルを整備し、利用者の能力に応じた自律・自立の生活支援に配慮し、個別支援計画にかかわるアセスメントをもとに個別の支援を行っている。職員は過介護にならないよう留意して支援に努めている。金銭は基本的に利用者本人が所持し、利用者の能力に応じて自己管理する能力を養うために金銭出納帳に収支を記入する等、金銭管理の自立支援に努めている。利用者の特性や必要に応じて成年後見制度の導入や生活保護を受給する等行政手続や生活関連上必要な制度を利用している。過去1年間で金銭管理の不適切な関わりは発生していない。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>職員は利用者の心身の状況や特性の理解に努めるよう法人内でのコミュニケーション技法の研修を受けている。職員はコミュニケーション手段の確保のために利用者全員が集まる食事の時間に利用者との会話の機会を設け、コミュニケーションが十分でない利用者や意思表示・伝達が困難な利用者には適切な対応を理解するために利用者や職員がともに行う居室の清掃時間を利用して、時間をかけて利用者の意思や希望の聞き取りを行い、個別に配慮した取り組みに努めている。利用者のコミュニケーション能力を高めるにはまずは挨拶からと捉え、敷地内で会った他事業所の職員や初めて会った人との挨拶ができることから取り組んでいる。利用者が好んで飲む飲料水を写真に撮って利用者へ提示し選んでもらう等、必要に応じた支援や工夫を行っているが、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力については実施されておらず、今後のコミュニケーション技法についての取り組みに期待する。</p>		

		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント></p> <p>職員は日常生活の中で利用者に声掛けし、さりげない会話の中から利用者の意向や希望の聞き取りを行い、職員に話したいことを話せる機会を個別に設け本人の意思を尊重する姿勢に努めている。また、利用者の自己の選択や決定の支援として、弁当のメニューを提示し、利用者が好みのものを選択し、自己決定できる場面を作っている。利用者の意思や希望等の知り得た内容を利用者日誌に記録し、アセスメント変更時のケース会議で検討し、支援内容に反映させ全職員で把握している。</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>個別支援計画にかわるアセスメントの支援内容に基づいて日中事業所との連携を図り、利用者の希望やニーズにより日中就労についての自己選択ができる支援を実施している。また、利用者の活動として野外会食会を実施したり、日曜日は施設での生活を支援し、余暇活動としてカラオケを楽しんだり、県内で実施されている「ゆうあいスポーツ大会」に法人で参加している。また、市民清掃に利用者とともに参加したり利用者の希望を募って市内の祭りに参加している。アセスメントの見直し時には日中事業所との情報交換で利用者の情報を把握して日中活動や支援内容の検討・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>新人研修マニュアルを整備すると共に利用者の障害に関する専門知識の習得として特にてんかんに関する知識を習得するために内外部研修を受け研鑽に努めている。法人内で障害別の研修を開催し、実例をもとに誰が見ても分かるよう配慮した台帳を作成するための技法を身に付けている。利用者の障害による行動や生活の状況を把握し、職員間で支援方法の検討や共通理解を図っている。利用者の特性上、日内変動等著しい変化があり、その状況を日誌、申し送りノート、台帳に記録している。また、自傷行為や奇声を上げる等の症状を有する利用者には医師に相談し、「その行為の根拠・本心はどこなのか」を職員間でケース会議開催して検討・分析している。</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>アセスメントに基づいて生活支援を行っており、食事に関してはアンケート調査を実施したり、外食支援、食事についての利用者への聞き取りを行い、月1回の給食会議に挙げ意見や課題を分析し献立作成時に反映している。また、利用者の心身状況に応じた減塩食や肥満傾向にある利用者の食事摂取量の調整、咀嚼力の低下がある利用者には刻み食を提供する等、個別に配慮した食事をおいしく食べる工夫を行っている。また、毎日入浴ができるよう準備し、清潔保持に努めている。排泄の場面では拭き取りが十分にできない利用者には職員が介助し、汚染防止に努め、排泄の自立支援に努めている。移乗・移動の場面では車椅子生活を送っていた利用者が機能訓練を通じて歩行器を使用した歩行ができるまでに回復した事例も窺えた。職員は過介助にならないよう本人ができない部分を介助する等、生活全般の自立に向け支援に努めている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
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></p> <p>居室清掃手順マニュアルを作成し、マニュアルに沿って各居室の清掃日を決め、利用者と職員で清掃を行い、トラブル回避のため、同性同士で1室に2名以上の職員が関わり清掃の支援を行っている。床・洗面所・トイレ・風呂場・玄関・整理整頓の項目別に清掃手順を決め、清潔で明るい環境を作る支援を行っている。利用者の中には物を置かなければ落ち着かない、物が多いと落ち着かない等、利用者の特性にも差異があり、特性に応じた環境作りや利用者の意向を把握した生活環境を提供している。利用者が高熱を出した場合には感染症の可能性があるため、一時的に他の部屋を使用できる準備を整えている。利用者の自立支援を促し、各利用者の能力の違いに応じた清掃支援や環境作りに取り組んでいる。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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。	b
<p><コメント></p> <p>職員は各利用者の障害や心身状況についての特性が理解ができるよう定期的に法人の内部研修を受けている。意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望を適切に理解するために、表情の読み取りや行動の観察を行い、生活や行動の中で意図的な機能訓練・生活訓練の支援を行っている。また、利用者が不穏状態に陥った時には安心できることは何か、なぜこの状態になるのか等の原因を分析し、検討を常に行っている。法人内のセラピストとの連携を密にし、助言・指導の下、利用者の心身状況に応じて機能訓練・生活訓練を実施し、若年で車椅子生活を送っていた利用者が歩行器歩行ができるようになった事例もあり、利用者の特性に応じた機能訓練・生活訓練実施でADLの向上に努めている。意図的な機能訓練・生活訓練についての定期的なモニタリングや支援の検討・見直しまでには至っていないことから、今後の更なる取り組みに期待する。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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。	a
<p><コメント></p> <p>職員は各利用者の日頃からの健康状態を把握し、入浴時の身体観察や排便の観察等を行っている。日常の健康状態の把握については看護師を中心として行い、定期的な健康診断受診、巡回訪問歯科受診で口腔内の健康保持、咀嚼力の改善、月2回の精神科の訪問看護の利用で精神疾患への相談や指導を受けている。状況によっては病院受診支援も行っている。利用者の体調変化における迅速な対応のために緊急対応マニュアルに沿って医師や医療機関との連携や対応が適切に行えるように努めている。引きこもりがちな利用者への外出支援等、利用者の特性上の障壁を排除できるよう支援の実施に努めている。職員は障害者の健康管理について研修を受け、内部研修や研修の一連の資料をもとに職員間の情報共有を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>看護師が中心となって医療的な支援を実施しており、傷病者発生マニュアルや服薬管理マニュアルを作成し、服薬管理や誤投薬防止に努めている。服薬の管理場所を決め、かかりつけ薬剤師がある利用者は薬剤師による薬のセット、他の利用者は薬局、医療機関から受け取った職員がセットし、服薬の際には利用者ごとに氏名・種類・用法・用量を薬の説明書と現物薬を確認し、利用者への服薬時には他の職員と一緒に3重確認を行い、適切かつ確実な服薬の支援を行っている。慢性疾患やアレルギー疾患のある利用者は医師からの指示書の下で看護師が関わりを持ち実施している。医療的ケアの該当者はいないが、体制は構築している。職員は医療に関する研修や個別指導を定期的に受けたり、必要に応じて喀痰吸引の研修を受け、緊急時に備え、医師や看護師の指示の下で実施できる体制を構築している。令和3年2月18日に投薬忘れの問題が生じたため、主治医への報告と対応の指示を求め、会議にて原因究明や今後の対策について検討を行った。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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
<p><コメント></p> <p>利用者の社会参加では買い物学習を取り入れており、利用者が決められた金額を所持して買い物をする事で金銭感覚を養っている。また、利用者が外出や外泊する際には届を書くことで自分の行動への責任や時間を厳守する訓練を行い、社会生活ルールを学ぶ機会を作っている。また、利用者の能力に応じて買い物したレシートを保管し、買い物前に所持していた金額と買い物後の残高を把握できるよう金銭出納帳に記入する等、利用者の特性に応じた社会参加や学習意欲を高める支援を実施している。尚、家族からの意向の聞き取りに実施については課題があること踏まえ、今後の取り組みに期待する。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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
<p><コメント></p> <p>利用者の日中の活動では外出を希望する利用者が多く、利用者の希望と意向を尊重した外出を主とした地域生活への支援に力を入れている。特に買い物学習に力を入れ日常的に近所のコンビニエンスストアへの買い物、社会資源の利用では路線バスに乗って、または、歩行で10km先の商業施設へ行く等の体験の機会を提供している。社会資源の活用により自分が欲しいものを自分で購入できる等の社会生活力を身につけ、地域生活への移行に向けての意欲を高め、地域住民からの情報収集・共有等で、地域の現状を把握し、課題を分析する等、生活環境への配慮した支援を行っている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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> 事業者は家族へのレスパイトケアを重視した支援を目的としており、家族等との連携・交流については、本人が家族へ電話をしたいとの希望に応じたり、職員の説明では理解できない内容については保護者が説得する等の交流がある程度に留まっている。尚、担当職員を決め利用者の生活状況を家族へ報告し、必要に応じて家族との意見交換や家族からの相談や助言等の支援を行っている。また、利用者の体調不良や急変時についての傷病マニュアルを作成している。レスパイトケアの特性上、利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援については、ケースによって行政を通じて行っている。利用者の生活や支援について、家族等との意見交換する機会は設けていないことから今後の取り組みに期待する。		

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3年3月31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	https://sfhcosmos.wixsite.com/cosmos
FAX	0957-65-1600	E-MAIL	rest-cosmos@outlook.jp
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	社会福祉法人コスモス 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	3名	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	20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	・
保護者活動	・

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行きましょう

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	メープルレインボー
-------	-----------

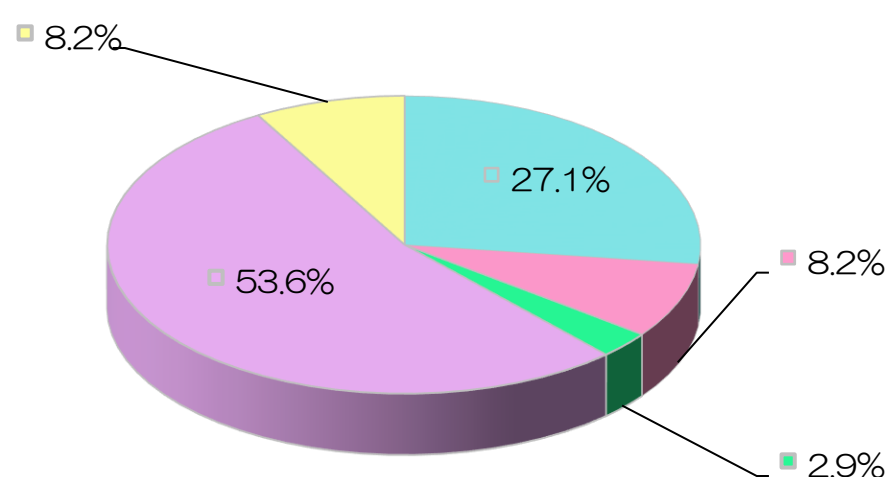
調査の対象・方法	<p>対象：メープルレインボー 利用者及び利用者家族</p> <p>方法：事業所より利用者及び利用者家族へ調査表を配布していただき、返信用封筒にて、直接当機関へ返送する方法により実施した。</p>
----------	--

調査実施期間	2021年1月15日～2021年3月10日
--------	-----------------------

利用者総数（人）	29
調査対象者数（人）	29
有効回答数（人）	25
回収率（%）	86.2%

アンケート結果平均

はい	56 件	27.1%
どちらともいえない	17 件	8.2%
いいえ	6 件	2.9%
わからない	111 件	53.6%
無回答	17 件	8.2%



総 評	<p>本アンケート調査は29人の利用者へ実施し、25人より回答を得た。回収率は86.2%であった。アンケート結果の平均値は肯定的回答が27.1%、否定的回答が2.9%であった。また、「わからない」との回答は53.6%を占めた。質問中、「職員は親切、丁寧に対応してくれますか。」、「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。」との問いに対し4割以上の肯定的回答があった。一方、アンケートの問いに対して否定的回答は少なかったが、わからないとの回答が顕著であった項目が、「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。」、「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。」が7割以上となっていることを踏まえ、今後、具体的に対策を講じることが望まれる。</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	9 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	1 件	11.1%
			どちらともいえない	1 件	11.1%
			いいえ	1 件	11.1%
			わからない	6 件	66.7%
			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	11.1%
			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	4 件	44.4%
			無回答	4 件	44.4%
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	44.4%
			どちらともいえない	1 件	11.1%
			いいえ	0 件	0.0%
			わからない	4 件	44.4%
			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	33.3%
			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	5 件	55.6%
			無回答	1 件	11.1%
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	22.2%
			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	7 件	77.8%
			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	4 件	44.4%
			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	5 件	55.6%
			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	3 件	33.3%
			どちらともいえない	1 件	11.1%
			いいえ	0 件	0.0%
			わからない	5 件	55.6%
			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	2 件	22.2%
			どちらともいえない	3 件	33.3%
			いいえ	0 件	0.0%
			わからない	4 件	44.4%
			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	3 件	33.3%
			どちらともいえない	1 件	11.1%
			いいえ	0 件	0.0%
			わからない	5 件	55.6%
			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	1 件	11.1%
			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	8 件	88.9%
			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		3件	33.3%
			どちらともいえない		2件	22.2%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		4件	44.4%
			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		2件	22.2%
			どちらともいえない		3件	33.3%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		4件	44.4%
			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	22.2%
			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		7件	77.8%
			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	22.2%
			どちらともいえない		1件	11.1%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		6件	66.7%
			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		1件	11.1%
			どちらともいえない		0件	0.0%
			いいえ		4件	44.4%
			わからない		4件	44.4%
			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		0件	0.0%
			どちらともいえない		2件	22.2%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		2件	22.2%
			無回答		5件	55.6%
た「入場所・1年以内」にた「利用開始説明	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		2件	22.2%
			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		4件	44.4%
			無回答		3件	33.3%
	18	実際に入所・利用してみ、説明どおりでしたか。	はい		2件	22.2%
			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		4件	44.4%
			無回答		3件	33.3%
個別サービス項目						
活進 移行や 地域の 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	22.2%
			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		7件	77.8%
			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		4件	44.4%
			どちらともいえない		1件	11.1%
			いいえ		0件	0.0%
			わからない		4件	44.4%
			無回答		0件	0.0%

衣入 類、 理排 容泄 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	33.3%
			どちらともいえない		0 件	0.0%
			いいえ		1 件	11.1%
			わからない		5 件	55.6%
			無回答		0 件	0.0%
服薬 の医 療、 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		6 件	66.7%
			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		3 件	33.3%
			無回答		0 件	0.0%
所 持 金 の 管 理 か	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		3 件	33.3%
			どちらともいえない		1 件	11.1%
			いいえ		0 件	0.0%
			わからない		4 件	44.4%
			無回答		1 件	11.1%

その他自由意見