

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名：リエンド明石

（ 共同生活援助 ）

評価実施期間 2025 年 8 月 26 日 ～ 2026 年 3 月 3 日

実地（訪問）調査日 2025 年 12 月 19 日

2026 年 3 月 3 日

特定非営利活動法人
はりま総合福祉評価センター

様式第 1 1 - 1 号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：リエンド明石		種別：共同生活援助	
代表者氏名：日浦 純子		定員（利用人数）：	20名
所在地：〒674－0074 兵庫県明石市魚住町清水 2155			
TEL：078-995-8746		ホームページ：https://www.wizecare.net/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日： 2021 年 11 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名）：株式会社 ワイズケア			
職員数	常勤職員：	5名	非常勤職員：21名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	施設長兼サービス管理責任者	1名	生活支援員 23（21）名
	世話人	19（17）名	
施設・設備の概要	リエンド明石 EAST	10室	リエンド明石 WEST 10室

③理念・基本方針

～理 念～ 「それぞれが望む将来に向かって、穏やかに暮らせる家をつくれます。 ともに笑い、ともに喜び、困った時には助け合える居場所にします。」 ～行動指針～ ・まずは挨拶！忘れません ・平常心を保ち、無関心になりません ・丁寧・慎重・やわらかな言葉遣いを心掛けます ・「目配り」「気配り」「心配り」思いやりの心で行動します ・笑顔を忘れず、心と身体のケアを心掛けます ・チームワークを大切に、常に職員同士で協力します ・「ありがとう」「ごめんなさい」謙虚な気持ちで向き合います ・利用者様の力を信じ、失敗することを恐れませんが ・利用者様の「いつも」の様子を知っておくことで変化に気づきます
--

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・夜勤者の常駐および土日は日勤者の配備をしている（安心した見守り体制）
- ・引きこもりにならないよう、日中活動への参加を実現させる
- ・連携医の往診、訪問との連携など医療体制の充実

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025 年 8 月 26 日（契約日）～ 2026 年 3 月 3 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1 回目（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ 経営課題への組織的な取り組みと改善姿勢

- ・ 年2回、会社全体で課題点や改善進捗を話し合う会議を実施し、組織的に改善を進めています。
- ・ 職員から随時「業務改善提案書」を提出できる仕組みがあり、現場の声を経営改善に活かしています。

○ 安心・安全な生活環境と医療連携の充実

- ・ 夜勤者の常駐や土日の日勤者配備により、安心できる見守り体制を構築しています。
- ・ 協力医による往診や訪問看護との連携、年2回の感染症対策研修など、医療・衛生面での安全確保が徹底されています。
- ・ 居室へのWi-Fi設置や共有部の清掃徹底など、利用者の快適性と安全に配慮した環境が整っています。

○ 利用者の意向を尊重した柔軟な生活支援

- ・ 移動支援を活用した趣味活動のサポートや、本人の希望に合わせた買い物・理美容支援など、主体的・自律的な生活を支えています。
- ・ 個人の事情に配慮した多様な勤務形態（時短、週4日勤務等）を導入しており、職員のワーク・ライフ・バランスにも配慮が見られます。

◇改善を求められる点

○ 事業所独自の中・長期計画の具体化と周知

- ・ 法人全体のビジョンはあるものの、事業所としての具体的な数値目標や成果を設定した中・長期計画の策定が求められています。
- ・ また、経営指針書の内容を分かりやすくした資料を作成するなど、利用者や家族への事業計画の周知を強化する必要があります。

○ 運営の透明性を高める情報公開の推進

- ・ ブログでの日常紹介は行われていますが、事業計画、決算情報、第三者評価結果などの経営情報の積極的な公開が必要です。
- ・ 情報開示の仕組みや、個人情報漏洩時の対応手順の明確化も課題とされています。

○ サービス提供の標準化と利用者満足度の把握

- ・ 支援内容の「標準的な実施方法」をより明確にし、誰が担当しても質の高いサービスが提供できる体制の文書化が望まれます。
- ・ また、食事等のアンケートだけでなく、福祉サービス全般に対する利用者満足度を体系的に把握する仕組みの構築が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設から4年がたち、日頃の支援を振り返る良い機会となりました。
評価結果につきましてはa. b. cの三段階評価のようですが、評価基準が明瞭ではなくわかりにくく感じました。
今後は、地域参加や満足度向上などの課題点を改善し、利用者様の笑顔を増やせるよう取り組んでいきたいと思ひます。
評価を活かし、より良い施設運営を継続していくことを心掛けてまいります。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

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

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。	b
〈コメント〉 ○ 企業理念はホームページ、パンフレットに掲載され、「経営指針書」の配布や朝礼で毎日読み合わせることで周知しています。また、施設理念にもとづき、職員へアンケートを実施し、その想いを行動指針として明確にしています。 ○ 今後は、理念の周知状況を確認するとともに利用者や家族にわかりやすく周知していくことが望まれます。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 明石の住まいの会、自立支援協議会に参加し、各福祉計画策定動向を把握するとともに、収支、利用状況については、月１回、管理者がその上席者であるエリア長に報告し、経営状況を確認し、課題に向けて検討が行われています。 ○ 今後は、社会福祉全体の動向を踏まえて、法人、事業所が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析することが望まれます。		
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〉 ○ 年２回、会社全体で、課題点・改善進捗具合などを話し合う会議を実施し、改善に向けた取り組みを進めるとともに、各社員から、随時「業務改善提案書」が管理者に提出され、業務の改善が検討されていることがうかがえました。		

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
〈コメント〉 ○ 「経営指針書」で、中・長期的なビジョンを示していますが、事業所としての中・長期の具体的な取り組みは明確ではありません。 ○ 今後は、事業所としての数値目標や具体的な成果等の中・長期計画に設定することで、具体的な内容にしていくことが重要です。		
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
〈コメント〉 ○ 単年度の計画（年間行事計画）は、具体的な内容で数値化もされており、「経営指針書」に明記されています。 ○ 今後は、中・長期計画の内容を踏まえたより具体的な事業計画にしていくことが望まれます。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
〈コメント〉 ○ 事業計画については、社員対象の「職員ミーティング」、パート職員を含めた「運営ミーティング」で話し合い、作成しています。また、年2回、会社全体で、課題点・改善進捗具合などを話し合う会議を実施し、事業計画の策定と評価・見直しが一定の手順に基づいて組織的に行われています。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
〈コメント〉 ○ 事業所の取り組みは、ホームページのブログ等により広く周知されていますが、事業所の「経営指針書」は周知されていません。今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者等がより理解しやすいように周知していく必要があります。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 本社からの「内部監査」において、行政が作成している「チェックリスト」を用いて、サービスの質についてチェックし、「業務改善提案書」に基づいて、協議の場をつくり、福祉サービスの質の向上を図っています。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する場を設けていくことが望まれます。		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
〈コメント〉 ○ サービス提供にかかる課題は、内部監査報告において明確にされ、改善に向けた検討がなされています。 ○ 今後は、評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みを構築していくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ 「経営指針書」に職務分掌など管理者が担う役割や責任を明文化しており、ミーティング等で周知されています。また、管理者の方針や考えは、法人ホームページにおいてインタビュー形式で掲載しています。 ○ 今後は、管理者の役割と責任として、事業の取り組みの方針等について、広報誌等で広く周知していくことが期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ 管理者は、行政等が行う会議や研修に参加し、遵守すべき法令について把握するとともに、社員には法令遵守の研修を通じて周知しています。 ○ 今後は、コンプライアンスに関する研修に参加することで、介護保険や障害福祉関連規則に限らず、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握していくことが期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ 管理者は、毎月開催する研修会やミーティングに参加し、サービス提供における課題から事例検討まで、職員間での議論の場をつくり、サービスの質の向上に向けて指導力を発揮しています。 ○ 今後は、管理者自ら実施するサービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っていくことが望まれます。		
13	Ⅱ－１－(2)－② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<コメント> ○ 月１回、管理者がその上席者であるエリア長に報告し、経営状況を確認し、人員配置や職場環境整備等を提案し、経営改善や業務改善に向けて取り組んでいます。 ○ 今後は、業務改善検討委員会など経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築していくことが望まれます。		

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
〈コメント〉 ○ 経営指針書に「会社が求める理想の職員像」が記載され、事業展開（新規グループホーム新築）などを踏まえて、採用計画を立て、採用活動に努められています。 ○ 福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や育成に関する方針は文書化されておらず、具体的な人事計画の策定には至っていません。今後は、法人において人事に関する方針や計画を策定していくことが望まれます。		
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〉 ○ 法人において、人事評価制度を導入し、個々の職員の目標に対する達成度に対する自己評価や上司評価を行っています。また、面談等で把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討しています。 ○ 今後は、人事に関する基準を明確にすることで、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが望まれます。		
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組んでいる。	b
〈コメント〉 ○ 法人において、職員の就業状況を把握され、なんでも相談窓口の設置、メンタルヘルスチェック、女性の活躍推進企業データベースへの登録など、安全安心な職場環境の確保に努めています。また、バースデー休暇や年間５日間連続の休暇、あるいは時短業務（７時間）、週４日勤務など個人の事情に配慮した勤務シフトの作成が行われており、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みがうかがえました。 ○ 今後は、このような取り組みを福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映することで、さらに組織の魅力を高めていくことが期待されます。		
Ⅱ－２－(３) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ－２－(３)－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
〈コメント〉 ○ 経営指針書にて「会社が求める理想の職員像」が記載されており、法人において、人事評価制度を導入し、個々の職員の目標に対する達成度に対する自己評価や上司評価を行っています。また、面談等を通じて職員の意向・意見を把握し、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みにつなげています。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 本部において、個々の職員に教育・研修計画が策定され、事業所において研修が定期的に実施されています。また、研修実施後には社員アンケートを取られ、研修の成果を確認しています。 ○ 今後は、研修計画、カリキュラムについて、事業所内での検討、見直しの仕組みを明確にしていけることが期待されます。		

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
〈コメント〉 ○ 個々の職員に教育・研修計画にもとづき、研修の機会を確保し、積極的に職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。 ○ 今後は、職員のキャリアに応じたOJT（職務を通じた研修）の仕組みづくりが期待されます。		
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。	c
〈コメント〉 ○ 事業所の特性から、現在、実習生の受け入れは行われていません。今後は、専門職の教育・育成の観点から実習生の受け入れに関する基本姿勢や受け入れる際の手順や留意点を明文化していくことが望まれます。		

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。	c
〈コメント〉 ○ 法人のホームページ内のブログには、提供する福祉サービスの内容や日常の取り組みが公開されていますが、事業計画、事業報告、予算、決算情報など事業所の経営に関する情報は提供されていません。今後は、事業計画や第三者評価の受審結果及び自己評価による改善・対応状況など運営の透明性を確保する情報を公開していく必要があります。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
〈コメント〉 ○ 就業規則や経理規程、事務分掌などをルール化し、権限・責任などが職員に周知されています。本部、エリア長による内部監査が年1回定期的に行われるとともに、外部の専門家に委託し、定期的に外部監査（会計チェックと指導など）が行われ、経営改善に努められています。		

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。	b
＜コメント＞ ○ 併設の施設の利用者、地域の方も参加され、「秋祭り」が行われています。また、買い物や通院等日常的な活動において、地域の社会資源の利用を通じて地域との交流が行われています。 ○ 今後は、事業所として地域との関わり方についての基本的な考え方を明確にしていくことで、さらに利用者と地域との交流を広げていくことが望まれます。		
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。	c
＜コメント＞ ○ 事業所としてボランティアや学校教育等への協力に関しての基本姿勢は定まっておらず、具体的な取り組みはうかがえませんでした。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 明石市地域自立支援協議会及びサビ管連絡会に参加することで、関係機関との連携を深めています。 ○ 今後は、地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示するとともに、さらにネットワークを構築していくことが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 明石市地域自立支援協議会及びサビ管連絡会に参加することを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握しており、ミーティング等を通じて、職員に共有されています。		
27	Ⅱ－４－(３)－② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
＜コメント＞ ○ 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みはうかがえますが、公益的な事業・活動は行われていません。今後は、事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元していくことで、地域への貢献を高めていくことが重要です。		

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
<コメント> ○ 「それぞれが望む将来に向かって、穏やかに暮らせる家をつくります。」という理念のもと利用者を尊重する姿勢がうかがえます。また、行動指針及び世話人の心がけを整備され、職員に周知されています。 ○ 今後は、障害者権利条約に関する研修を実施するなど、障害者の基本的人権への配慮について、明確にしていくことが望まれます。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<コメント> ○ 虐待防止等権利侵害に関するマニュアルを整備され、定期的に研修が行われています。また、居室をはじめ、プライバシーゾーンを確保され、生活の場にふさわしい環境を提供しています。 ○ 今後は、生活のプライバシー保護に関するマニュアルを整備されるとともに利用者や家族に権利擁護の取り組みを周知していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業所のパンフレットを市役所に設置するとともにホームページのブログで生活の様子を紹介され、利用希望者に対して必要な情報を提供しています。 ○ 今後は、障害のある方に分かりやすい資料の提供が期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ サービスの開始・変更にあたり、重要事項説明書を用いて、詳しく説明され同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用意するなど、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 利用の終了後も相談は可能であることをお伝えされ、継続性に配慮されていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用の終了後の取り組みを文書化するなど、サービスの継続性に配慮した取り組みを明確にしていくことが望まれます。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<コメント> ○ 食事やレクリエーションに関するアンケートを実施されていますが、サービスの利用者満足度を把握する取り組みには至っていません。今後は、利用者の満足度を明確にしていく取り組みが求められます。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<コメント> ○ 苦情解決の体制を整備され、出された苦情に対しては、真摯に対応されサービスの質の向上につながっていることがうかがえます。 ○ 今後は、苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を明確にしていくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 相談時には、居室をはじめ、併設する施設の部屋を確保するなど、プライバシーに配慮されていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者が相談したり意見を述べたりする相談先や方法をわかりやすく説明した文書を作成していくことが望まれます。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<コメント> ○ 日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、対話を重視していることがうかがえます。また、出された意見等は、日報に残されていることが確認できました。 ○ 今後は、利用者からの相談や意見に対応する仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<コメント> ○ 事故防止対策委員会を設置し、苦情、事故対応マニュアルを整備され、定期的に検討を重ねられるとともに、「事故防止対策」をテーマにした研修が行われています。 ○ 今後は、ヒヤリハットレポートの作成など、利用者の安心と安全を脅かす事例を収集していく取り組みが望まれます。		

38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
〈コメント〉 ○ 感染症対策委員会を設置し、業務継続計画(BCP)および感染症対策マニュアルを整備され、看護師等医療職の連携のもと、感染症の予防や対応が適切に行われています。また、感染症予防とまん延防止対策をテーマにした研修が、年2回実施されています。		
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している。	b
〈コメント〉 ○ 災害時の業務継続計画(BCP)を作成され、非常災害時・緊急時の対応をテーマにした研修と定期的な避難訓練が実施されています。 ○ 今後は、地元の地域をはじめ、消防署や警察など関係機関との連携のもと、地域防災体制での訓練の実施が期待されます。		

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 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。	b
〈コメント〉 ○ 業務マニュアルの中にサービスの標準的な実施方法が明記されており、着任時やミーティングの中で検討、周知されていることがうかがえます。 ○ 今後は、グループホームにおけるサービスを明確にすることで、実施する福祉サービス全般にわたって標準化を図っていくことが望まれます。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
〈コメント〉 ○ 業務マニュアルは定期的ではなく、必要時に随時見直しが行われています。また、見直しにあたってはミーティングにおいて、職員の意見を取り入れていることがうかがえました。 ○ 今後は、標準的な実施方法について見直しをする仕組みを明確にしていくとともに個別的な福祉サービスの提供と相補的な関係を明確にしていけることが望まれます。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	b
〈コメント〉 ○ 管理者兼サービス管理責任者が中心となって、アセスメントを実施され、ケース会議を経て、利用者や家族への説明、同意のもと個別支援計画が作成されています。また、不適応行動など、支援困難な事例についても積極的に検討を重ねられていることがうかがえます。 ○ 今後は、組織以外の関係者も含むさまざまな職種の関係職員による協議の仕組みを明確にすることで、さらにメンタル面での支援等も含めた総合的な視点で作成が望まれます。		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
〈コメント〉 ○ モニタリング面接やミーティングでの検討を通して、定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っていることがうかがえました。 ○ 今後は、見直しにあたって、緊急に変更する場合の仕組みを整備するとともに、標準的な実施方法に反映すべき事項を明確にすることで、サービスの質の向上につなげていくことが望めます。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
〈コメント〉 ○ パソコンのネットワークシステムやソフトを活用し、丁寧な個々のサービス記録が残されています。また、スタッフルームのボードやグループLINE、ミーティングを通して情報を共有されていることがうかがえました。 ○ 今後は、組織における情報の流れを明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みを整備していくことが望めます。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
〈コメント〉 ○ 個人情報の取り扱いについては、ルール化され、職員の研修にも取り上げられていることがうかがえました。 ○ 今後は、情報開示の仕組みや漏洩に対する対応方法を明確にしていくことが望めます。		

評価対象A 内容評価基準

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		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

- 移動支援等を利用し、趣味活動など利用者の主体的な活動をサポートしています。また、衣服、理美容や嗜好品等については、買い物支援や訪問利用をかつ異様し、利用者の意思と希望を取り入れています。
- 虐待防止等の規程の中で、身体拘束に関する手続きや虐待の届出・報告についての手順を明確にし、研修等を利用して職員に周知しています。
- 今後は、利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知していくことが望まれます。また、自己決定を尊重するエンパワメントの理念を明確にし、利用者一人ひとりへの合意的配慮を明確にしていくことが望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
A⑦	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。	b
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。	b
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	c
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b

A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b

特記事項

- 生活の自己管理ができるよう、利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要に応じて、行政手続、生活関連サービス等の利用を支援しています。
- 夜勤帯の職員の配置など、利用者が職員に話したいことを話せる機会を多く持つことで、利用者が相談しやすい環境を作っています。
- 食事やレクリエーションのアンケートを取ることで、利用者の意向に基づいた活動を検討されています。また、日中の通所先については、相談支援専門員と連携し、多様な日中活動を展開しています。利用者の希望によりボランティア活動に参加する事例も確認できました。
- 個別支援計画にもとづいて、心身の状況に応じた食事介助、入浴介助、排泄介助等の支援が行われています。また、アレルギー対応など個別の配慮に関する事例が確認できました。
- 居室等は利用者個々の意向や心身の状況に応じた工夫がされており、Wi-Fiの設置や常夜灯など快適性や安全に配慮した生活環境が提供されています。また、施設内の共有部の清掃や衛生管理が徹底されており、快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されています。
- バイタルチェックなど、日常的な健康管理を行うとともに、協力医による往診、訪問看護の利用などを利用することで、医療体制の充実が図られています。また、健康増進や維持の取り組みとして、ウォーキングや食事管理など個別に応じた支援が行われています。
- 公共交通機関の利用の支援や移動支援の活用により、利用者の希望と意向を尊重した社会参加を促進しています。利用者の意向により、ボランティア活動に参加している事例がうかがえました。
- 今後は、意思決定支援ガイドラインを参考に利用者の自己選択、意思決定のプロセスを確立していくことが望まれます。
- 今後は、8050問題やヤングケアラーの課題など、利用者本人のみならず、家族を含めた支援について仕組みを整備されていくことが望まれます。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	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。	非該当

特記事項

--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	非該当
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	非該当
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	非該当

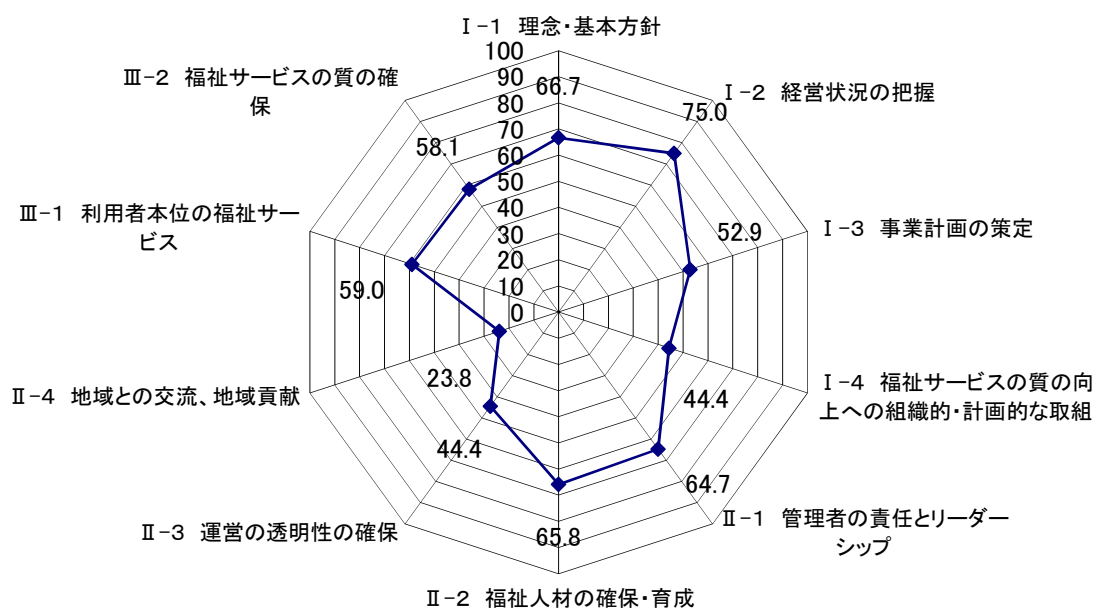
特記事項

--

I ～ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	9	52.9
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	4	44.4
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	11	64.7
II-2 福祉人材の確保・育成	38	25	65.8
II-3 運営の透明性の確保	9	4	44.4
II-4 地域との交流、地域貢献	21	5	23.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	36	59.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	18	58.1
合 計	217	122	56.2

I ～ III 達成度

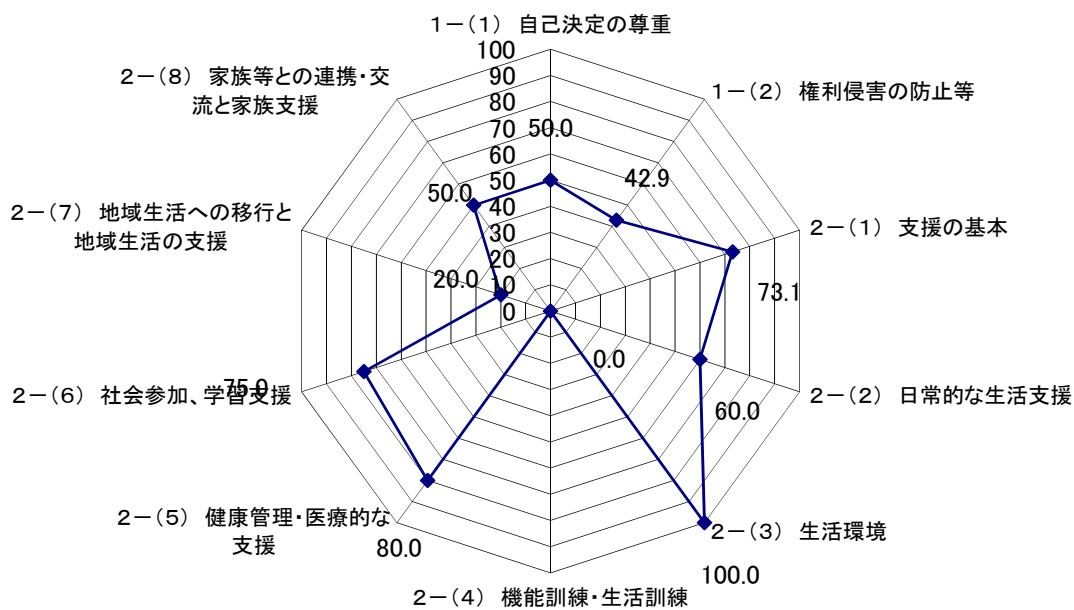


A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	3	50.0
1-(2) 権利侵害の防止等	7	3	42.9
2-(1) 支援の基本	26	19	73.1
2-(2) 日常的な生活支援	5	3	60.0
2-(3) 生活環境	5	5	100.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	0	0.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	4	80.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	3	75.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	1	20.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
合 計	74	44	59.5

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	291	166	57.0
------------	-----	-----	------

A 達成度



福祉サービス利用者調査票（入所施設用）

施設名 リエンド明石 回答者数 14名

☆ 施設での日常 生活の満足度についておたずねします。

問1	施設の食事には、満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違う	その他
		9名	2名	3名	0名

《食事に関する意見及び満足度の理由》

- ・嫌いな食べ物が多いので。
- ・おいしい 嫌いなものはない。
- ・おいしさは普通だが隣の老人ホームのおかずと一緒になのでメニュー・量がお年寄り向け。やたらときのご類が多い。
- ・丼が好き
- ・健康的で満足しています。
- ・好き嫌いがあまりないので味付も良い。
- ・少ない。特に朝食が少ない。朝食のパンがうすい。
- ・中華料理をだしてほしい。
- ・味付けが無理なときがある。

問2	トイレ（排泄）は使いやすいですか。	使いやすい	使いにくい	場所によ って違う	その他
		11名	1名	1名	1名

《トイレに関する意見及び満足度の理由》

- ・トイレを汚しがちな人がいるので。
- ・掃除が行き届いていて満足しています。
- ・世話人さんがきれいにしてくれるから。
- ・一人一人気になるところがちがう。

問3	お風呂の時間や回数には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違う	その他
		10名	3名	0名	1名

《入浴に関する意見及び満足度の理由》

- ・平等に順番どおりに入れるからです。
- ・自分がお風呂に時間がかかる（1時間以上）ので本来は30分のところをおおめにみていただいているのでどちらともいえない。
- ・ゆっくりお風呂に入れる。
- ・いつもゆっくり湯船に浸かれていますとても満足しています。
- ・お風呂がきれいだから。
- ・一貫性がない。

問4	屋間の活動プログラム（や訓練など）には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違う	その他
		9名	2名	1名	2名

《活動に関する意見及び満足度の理由》

- ・参加するもしないも個人の自由なので。
- ・いつも楽しい行事をありがとうございます。
- ・午前で帰らせてほしい。
- ・大阪にいきたい。

問5	施設の設備には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	場所によ って違う	その他
		11名	1名	0名	1名

《設備に関する意見及び満足度の理由》

- ・受付が遠い。
- ・部屋に押し入れかクローゼットか物入れがほしい。（収納なしの5畳なので）
- ・とても住みやすい施設だと思います。

☆ 施設での生活の自由についておたずねします。

問6	外出や外泊はしたいときにすることができますか。	できる	できない	その時によって違う	その他
		10名	2名	1名	1名
《外出に関する意見》 ・ 神社に行った。 ・ ただし、時間が20時までなので場所によっては外出時間が限定される。 ・ 外泊したいけどできない。 ・ 人によって違う。					
問7	テレビ・雑誌・新聞・ビデオなどを自由に見たり読んだりすることができますか。	できる	できない	読まない	その他
		8名	3名	0名	2名
《テレビや雑誌など情報収集に関する意見》 ・ 自分のタブレットを見る。 ・ 見る事は許されているが障害的に何事も時間がかかり、平日は見たり読んだりできない。 ・ 食事をするテレビ番組を視聴しています。 ・ 新聞がない					
問8	小遣い等必要なお金については、使うことができますか。	使える	使えない	わからない	その他
		11名	2名	1名	0名
《お金（所持金）に関する意見》 ・ 貯金をしっかりできています。 ・ 工賃が少額である。					
問9	あなたの会いたい人（友人・知人）との面会や交流は自由にできますか。	できる	できない	家族のみできる	その他
		7名	5名	1名	1名
《面会や交流に関する意見》 ・ 友人の入室は禁じられている。最近、入室許すのはまずい。入居者さんが入り、同じ施設の人も部屋に入ることができなくなった。 ・ 電話がないので駅前までいかないと無理です。					

☆ 施設での支援や介助についておたずねします。

問10	服装、髪型、化粧やアクセサリなど「おしゃれ」について支援や介助が受けられますか。	支援がある	支援がない	その時によって違う	その他
		13名	0名	0名	1名
《おしゃれなどに関する意見》 ・メイクとか自由にできています。					

問11	体調が悪い時はすぐに対応してくれますか。	診てくれる	診てくれない	その時によって違う	その他
		10名	2名	0名	1名
《健康管理に関する意見》					

問12	サービスや支援についてあなたの意見や希望を聞いてくれますか。	聞いてくれる	聞いてくれない	職員によって違う	その他
		9名	1名	1名	2名
《支援の希望に関する意見》 ・困ることを求める人がたまにいる。 ・モニタリングを受けているので。					

問13	施設でのあなたの計画（支援計画）は、ありますか。	ある	ない	わからない	その他
		8名	0名	4名	1名
《支援計画に関する意見》					

☆ 施設での職員の対応や苦情対応、人権の配慮についておたずねします。

問14	職員の説明や話はわかりやすいですか。	わかりやすい	わかりにくい	職員によって違う	その他
		11名	1名	1名	1名
《職員の対応に関する意見》					

問15	職員は、すぐに対応してくれると感じますか。	すぐ対応してくれる	対応してくれない	職員によって違う	その他
		10名	0名	1名	3名
《職員の対応に関する意見》					

問16	あなたに対する職員の姿勢（対応）は満足ですか。	満 足 している	満足していない	職員によって違う	その他
		8名	1名	3名	1名
《職員の対応に関する意見》 ・差別される。					

問17	施設においてあなたの情報（秘密）が洩れていることはありませんか。	洩れていない	洩れている	わからない	その他
		7名	0名	5名	1名
《守秘義務に関する意見》					

問18	施設がもっている自分の情報や記録は見ることはできますか。（方法を知っていますか）	見る事ができる	見る事ができない	わからない	その他
		3名	1名	8名	0名
《情報公開に関する意見》					

問19	就職や地域生活など退所に向けた支援を受けることができますか。	受ける事ができる	受ける事ができない	わからない	その他
		3名	1名	8名	0名
《地域生活に関する意見》					

問20	過去に職員や利用者にいやなことをされたことはありますか。（例：体罰、暴力、文句、無視など）	ある	ない	わからない	その他
		5名	6名	2名	0名
《苦情に関するこの意見》					
・辞めた人も含めたらある。（文句など） ・差別された。					
問21	今、施設のなかで、困っていること（苦情）はありますか。	ある	ない	わからない	その他
		5名	5名	2名	0名
《苦情に関するこの意見》					
・悪い人ではないがそうしていいかわからない事を求める人がたまにいる。 ・昼でグループホームに帰れない。					
問22	施設のなかで、困っていること（苦情）を相談できますか。	相談できる	相談できない	わからない	その他
		7名	2名	4名	0名
《苦情に関するこの意見》					
問23	困ったこと（苦情）を施設や家族以外の人（第三者委員など）にも相談できますか。	相談できる	相談できない	わからない	その他
		4名	4名	4名	1名
《苦情に関するこの意見》					

