

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	ヴィラージュあまね			
運営法人名称	社会福祉法人　こころの窓			
福祉サービスの種別	共同生活援助事業			
代表者氏名	管理者　金野恵美子			
定員（利用人数）	31　名			
事業所所在地	〒 599-8114 大阪府堺市東区日置荘西町8丁1－7			
電話番号	072　－　286　－　2260			
FAX番号	072　－　286　－　2268			
ホームページアドレス	https://kokoronomado.or.jp/			
電子メールアドレス	jimukyoku@kokoronomado.or.jp			
事業開始年月日	平成26年4月1日			
職員・従業員数※	正規	14　名	非正規	34　名
専門職員※	社会福祉士3名 精神保健福祉士2名 介護福祉士9名			
施設・設備の概要※	〔居室〕グループホーム6か所 居室室31室　個室37室　食堂6			
	〔設備等〕 エレベーター、火災報知器、次亜塩素酸除菌脱臭機、 スプリンクラー、見守りカメラ、浴室、調理室			

※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】

【理念】愛と英智で 人に添い

愛と英智で 事に当たり

愛と英智で 共に生きる

【行動規範】

- ・常に互いの権利を擁護し倫理性の高い関わりを結びます。
- ・常に互いの尊厳を意識し何事においても穏やかに働きかけます。
- ・常に互いのストレングスに着目し自己肯定感を育みます。
- ・常に互いの自己選択を重んじ自己決定を尊重します。
- ・常に互いのエンパワメントを促し自己実現を支えます。
- ・常に互いに合理的配慮を行い誰もがより輝く暮らしを求めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・強度行動障がい者の利用率が高いホーム（もずホーム1、青い鳥ホーム2、ホームおおみの65）に対し、法人本部にて宿直体制を実施し、何かあれば宿直者が駆けつけることができる（夜間支援体制Ⅵを算定）。
- ・世話人配置を実施し、毎食温かい食事を提供している。
- ・9割の利用者が同法人内の生活介護・就労継続支援B型事業所を利用しているため、職員間の情報共有を密に行っている。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ほっと
大阪府認証番号	270051
評価実施期間	令和6年11月1日～令和7年4月5日
評価決定年月日	令和7年4月5日
評価調査者（役割）	1701B016（運営管理・専門職委員） 1701B020（専門職委員） 2101B023（運営管理委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

- ・管理者は、誠意と熱意を持って事業の運営にあたられています。
- ・利用者に対しても、対等・平等の精神を持ち対応されている様に見受けられます。
- ・利用者や家族の高齢化にも対応してグループホームを積極的に展開されようとしています。
- ・職員の労働環境にも配慮され、働きやすい状況にするために努力されている事が伺われます。
- ・また、地域のニーズに合わせてショートステイや放課後等デイサービス、相談事業も展開しています。
- ・他法人とも連携して、生活施設の建設も視野に入れて検討されています。

◆特に評価の高い点

- ・事業を運営する上において、課題を良く分析され問題点を職員に周知する事に努力されている事が見受けられます。
- ・また、課題の改善について取り組む姿勢が見られます。
- ・生活介護や就労継続B型及び相談支援事業と連携を取り利用者の希望や要求に寄り添おうと努力されています。

◆改善を求められる点

- ・諸規定集や会議、研修などの記録が少ない様に見受けられます。今後の改善が求められます。
- ・中長期計画の具体的な事業計画・具体的な予算の立案を望みます。
- ・中長期計画の中に、入居利用者の高齢化を見越した支援準備を望みます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日々、質の高いサービスを提供できるように努めておりますが、客観的な視点から普段の支援や会議、記録などについて評価していただくことで、日々の業務を振り返り、抜けや漏れ、情報共有の不十分さなどの改善点が明確になりました。

課題を良く分析し問題点を職員に周知する事に努力しているとの評価をいただきましたが、各職員の自己評価チェックシートを確認すると周知出来ていないポイントが多々あることがわかりましたので、今後は情報を持っている側と持っていない側の間にある知識や理解のギャップを意識し、よりわかりやすく伝わりやすく説明していくよう心掛けます。

組織の持続可能性を確保し利用者に質の高いサービスを提供するため中長期計画の策定をすすめ、利用者一人ひとりが望む暮らしを実現できるよう職員一同努力してまいります。

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。	b
(コメント)	理念・基本方針は確立され明文化されておりホームページやパンフレットに記載されています。 職員の入職時には、説明されていますが周知するための継続的な対応が不十分だと思われます。 今後は、利用者、家族、職員への周知の為に継続的な取り組みが望まれます。	
		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。	b
(コメント)	事業経営と取り巻く環境、経営状況については把握・分析する様に努力されている事が伺われます。 もう少し、外部からの情報を把握される事を期待します。	
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)	経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明らかにしています。 経営状況や改善されるべき課題については、職員に周知を図っており改善に向けての取り組みを進められています。	
		評価結果
Ⅰ-3 事業計画の策定		
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	中長期的なビジョンをもっておられますが、経営状況や福祉サービスに関する中長期の事業計画や収支計画がどちらも明文化されていません。 今後独立した形で中長期計画を明文化される事が望まれます。	
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)	毎年単年度の計画作成に当たり、丁寧な取り組みがおこなわれています。 今後は中長期計画のビジョンに基づいた単年度計画にする必要があると思われます。	

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)	事業計画の策定については、職員の意見が反映された内容で策定されています。事業計画の職員への周知も会議等で報告され話し合われており努力されています。	
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)	事業計画の主な内容は、法人のニュース等で明らかにされていますが、利用者や家族などには十分周知されている状況にありません。今後、利用者・家族への十分な周知が求められます。	

		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。	b
(コメント)	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に向けた取組が行われています。今後は年に1回以上、評価基準を策定され、自己評価などを行う事が求められます。	
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
(コメント)	職員等への面談や利用者家族へのアンケートで課題を明確にしていますが、まとめられた形で明文化されていません。今後は、取り組むべき課題と計画的な改善案の文章化が求められます。	

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。	b
(コメント)	管理者は事業所の経営と管理に関して役割と責任を果たしていると思われますが、役割と責任についての職務分掌の文章化が十分ではありません。今後は、権限委任等を含めて文章化が求められます。	
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)	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解し、職員などに対しても会議などで遵守すべき法令等を周知する努力をしています。	
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)	管理者は、福祉サービスの向上に意欲を持ちサービスの質の向上に対しての課題の把握に努め改善のための取り組みを進められています。	

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)	経営の改善や業務の実効性向上に向けて指導力を発揮しています。管理者は会議などや職員との話し合いを通じて職員の働きやすい環境整備などに努力されている姿が伺われます。	

		評価結果
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成		
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	必要な人材や人員体制の確保について単年度の方針・計画は明文化されています。一方、育成・定着については計画化が十分とはいえません。今後は、育成・定着についても具体的な計画と記録の整備が求められます。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	法人の理念、倫理綱領にもとづき行動規範が定められています。職員の人事基準は、明文化されていますが内容の周知が弱いようです。面談などにより職員の意向・意見にもとづき改善策を検討・実施されようとしていますが、それらの記録などが明文化されていません。今後は、明文化される事をのぞみます。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a
(コメント)	職員の就業状況や意向を面談やアンケートにより把握されています。職員の有給休暇や時間外労働についても管理表などで明確になる様に努力されています。また、職員が相談しやすい環境にも配慮されています。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	b
(コメント)	職員としての行動規範が定められており、入職時などにおいては説明されていますが継続性については、十分とは言えない状況があります。職員一人ひとりについての課題は、面談などにおいて明確にされているようですが、目標の設定や目標達成へのプロセスなどが明文化されていません。今後は、それらの明文化が望まれます。	
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)	単年度事業計画の中に研修は位置付けされています。職員に必要とされる専門技術や専門資格取得の研修にも職員を派遣していますが、研修に対しての評価と記録が十分ではありません。今後の改善に期待します。	
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)	個別職員の専門資格の取得は積極的に進められています。階層別研修や職種別研修、テーマ別研修なども行われています。職員は、研修などに参加できるように配慮されています。	

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。		
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。	—
(コメント)	グループホームという事業のため実習生の受け入れは難しいため非該当	

		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)	ホームページや法人のニュースなどで理念や基本方針、提供する福祉サービス事業計画、決算情報などは公開されています。今後は、第三者委員の名簿、苦情受付の体制や連絡先の内容の公開が求められます。	
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。	b
(コメント)	事業所における内部監査を実施し経営や運営の改善のための取組みが行われています。内部監査の内容や記録、職務分掌と権限・責任が明確になっていません。今後それらの基準と記録を明文化されることが望まれます。	

		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)	近隣とは挨拶程度の交流はあります。利用者の通院は必要に応じて付き添いを行い、余暇の外出の相談に応じています。今後、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者への情報の提供について工夫が望まれます。	
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。	—
(コメント)	プライベートの環境を保持する必要があるため非該当	
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)	堺市の社協の施設部会やグループホーム部会に参加し、共通の課題の共有や現状の交流に努めています。職員は会議等で報告を行っています。社会資源の把握は法人としては行っていますので今後はホーム単位でも情報を整理して活用できるようにすることを望みます。	

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)	法人として 堺市内の事業所との連絡会に参加し、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めています。 利用者を通して相談事業所や移動支援事業所と必要な連携を行っています。今後は近隣の自治会等ホーム単位の地域の関係者との連携が求められます	
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)	法人として 社会貢献事業である、「大阪しあわせネットワーク」に参画し地域の総合相談を担っています。地域のイベントに積極的に参加し、法人で製造している商品を販売する店舗も持ち地域の人たちとの交流を大切にしています。ホーム単位で防災の備蓄をしっかりと行っています。今後は地域で行われる防災訓練に参加し、地域と連携した防災対策の工夫も検討してください。	

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)	理念や基本姿勢は明文化され、掲示を行い、共有しています。個々に応じた基本支援マニュアルを作成し、日々の支援が適切に行われているかチェックしやすい工夫を行っています。職員の育成のために内部研修・外部研修を計画的に受講できるよう取り組んでいます。	
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。	b
(コメント)	清潔な個室が確保され、トイレが複数あり、ホーム内で個々の生活をできるだけ制限しない環境が整備されています。リビングに見守りカメラの設置をすすめ、事故等の未然防止、原因特定・検証に役立て安心できる支援に努めています。築年数が古いホームの脱衣・浴室が寒く、介護がしにくい環境を安心できる環境へ整える検討が望まれます。	
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。		
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)	ホーム利用に際して、希望者家族と面談をしたり、見学、体験を実施し、十分検討できるようにしています。利用希望者本人がわかりやすいよう、パンフレット等の資料をさらに工夫されるよう期待します。	
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)	重要事項説明書をわかりやすいことば等で丁寧に説明し、同意を得ています。意思決定が難しい利用者への説明の仕方や配慮、成年後見人の利用などを含め、検討が望まれます。	
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)	利用の変更や終了に際して希望や思いを十分な聞き取りを行っています。また必要に応じて引継ぎを行っていますが組織としての窓口を明確にし安心して相談できるようにさらに整備されることを望みます。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	利用者満足度に関するアンケートを実施しています。アンケート結果について職員は共有をしています。利用者や家族へは個々の対応は行っていますが、全体への報告会等は今後の課題となっています。	
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。	b
(コメント)	法人として苦情解決の仕組みを整えています。苦情の件数や特徴はホームページで公表しています。第三者委員は選任されていますので、さらに第三者委員の参画をすすめ、外部の視点を生かした取り組みを期待します。	
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)	ホーム担当職員だけでなく、サービス管理責任者や理事長が巡回し、担当者以外にも相談できるようにしています。今後は相談がしやすいことをわかりやすく利用者に伝える工夫が望まれます。	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
(コメント)	アンケートを実施し、具体的な要望の把握に努めています。個別の要望にはできるだけ対応し支援の改善に努めています。日々の気づきや利用者の様子は必要に応じてネット環境を活用し、すみやかに情報共有し対応できる工夫をしています。	
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。		
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)	「安全衛生委員会」を月1回開催し、事故報告を共有し、改善策を検討しています。事故の件数や特徴はホームページで公開し、会議等で職員も共有しています。ヒヤリハットの件数が少ないので、日々の気づきの蓄積にさらに努めてください。	
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)	「感染防止委員会」を月1回開催し、対応マニュアルを作成しています。定期的に学習会を開催し、職員に周知しています。	
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)	防災訓練を実施し、備蓄は各ホームで十分整え、定期的に点検を行なっています。BCP計画も策定しています。さらに安否確認の方法や計画を職員に周知することが求められます。	

		評価結果
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)	個別の支援マニュアルは作成され、各ホームの職員で共有されています。支援の記録方法が統一化され、チェックがしやすい工夫がされています。	

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)	利用者家族との面談を実施し、モニタリングののち、支援計画の見直しを行っています。急な体調や環境の変化があった際の記録やモニタリングの記録をさらに整備されることを望みます。	
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。		
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)	サービス管理責任者だけでなく、必要に応じて関係職員の合議で支援計画を策定しています。支援困難な利用者への対応は障がい特性の研修などを受講し粘り強く行っています。	
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)	2か月に1回は会議の中で個別の支援について振り返りと検討を行い、定期的な支援計画の見直しに活かしています。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		a
(コメント)	支援の記録はホームごとに様式を定め、データ入力しやすく、職員ごとに書き方の差異が生じにくい工夫をしています。データは職員が共有しやすいシステムを取り入れています。	
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)	個人情報保護の研修を実施し、職員は個人情報の保護について理解し、支援に努めています。今後は文書の保管、廃棄などについて文書管理規程を整備し組織的にさらに取り組まれることを望みます。	

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。		b
(コメント)	話し合える利用者には、場を設けて利用者一人ひとりの希望やニーズ聞き、状況に応じた個別支援がしっかりとできています。さらに意思決定が十分でない利用者に対して潜在的なニーズを十分に聞き出していくことが望まれます。	
A-1-(2) 権利擁護		
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)	事故・虐待防止の観点から、共用スペースに見守りカメラを設置したり、緊急でやむを得ない場合の身体拘束については「身体拘束適正化のための指針」を設けて、出来るだけしないよう日常的な取組をしています。また、虐待防止委員会を設置し、月1回開催しています。	

		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)	自律・自立生活のために、利用者のご自身でやっていただけることは職員がその都度声掛けしています。職員間ではICT化を進めデータなどで情報を共有して取組んでいます。利用者の立場に立って自律・自立ができるよう寄り添われています。	
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
(コメント)	利用者に応じてコミュニケーション方法を工夫していますが、言語的コミュニケーションが難しい方には、さらに写真など視覚的アプローチを工夫することが求められます。	
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
(コメント)	利用者に個別に時間をかけて相談の場を設けています。相談内容については、管理者やサービス管理責任者にも報告をあげて適切な対応をされています。	
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)	利用者の支援は、法人の通所作業所「青い鳥」との情報の共有化で連携した支援をしています。また法人の計画相談支援事業所とも密に相談をして利用者の支援をしています。休みの日は移動支援事業所とも連携を取り、外出先の相談に応じたり適切な外出支援を行っています。	
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)	グループホームでの生活を楽しく過ごせるよう一人ひとりの障がいの状況に応じた工夫をされています。また、利用者の体調や気分の変化を職員全員で共有化してより良い支援に努めています。	

A-2-（2） 日常的な生活支援		
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）	グループホームで利用者が自由でゆったりとした日常生活が過ごせるように個別支援計画に基づいて支援を行っています。利用者の入浴の順番なども障がい特性や希望を考慮して考えられています。	
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）	グループホームは新しい所が多く、清掃も行き届いて清潔できれいに保持されています。古い建物のグループホームでは、設備の更新が遅れている所もありました。課題を改善して利用者の安心・安全が十分に守れるよう努力が求められます。	
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。	b
（コメント）	利用者によっては、毎日機能訓練・生活訓練をしており、その支援をしています。他の利用者も、日常生活で楽しく機能訓練・生活訓練ができるよう工夫が望まれます。	
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）	全グループホームで毎日利用者の血圧・体温・体重を測り、職員間で共有し健康状態を把握し、異常があれば医師にも連絡しています。月1回法人の作業所で医師による医療相談があり、ホームでも共有化し、健康管理に役立っています。	
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）	法人として医師・看護師の助言の元、その支援内容に基づいて適切な手順で支援をされています。服薬管理も適切に行われています。またアレルギー疾患の対応についても職員の中で周知され適切に対応されています。	
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）	利用者と一緒に買い物に出かけ、利用者がお金を使う場面で、自分でセルフレジを使う等、社会経験を積み重ねています。さらに様々な場面で、利用者の社会参加や学習ができるよう支援を望みます。	
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。	b
（コメント）	利用者が少しでも地域生活ができるよう、利用者の意欲を高める工夫を望みます。	
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）	家族アンケートやモニタリングを通して利用者家族の願いを受け止め、支援をおこなっています。法人として家族交流会を開催し、職員や家族の交流する機会を設けています。ホーム単位の交流会の開催が求められます。	

		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）	成人を対象にしているため非該当	

		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。	—
（コメント）	就労支援をおこなっていないため非該当	
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）	就労支援をおこなっていないため非該当	
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）	就労支援をおこなっていないため非該当	

利用者への聞き取り等の結果(あまね)

調査の概要

調査対象者	ヴィラージュあまね 入居者及び入居者家族
調査対象者数	31人
調査方法	ヴィラージュあまね(共同生活援助)を利用している方の保護者31名を対象にアンケート調査実施。調査票は施設から配布しました。回収方法は、保護者が評価機関へ直接郵送する方法を取りました。

利用者への聞き取り等の結果(概要)

アンケート調査対象者31名中15名の回答がありました。(回答率48.4%)
アンケート回答率が48.4%と少し低かったと思われます。
回答者は、本人が意思を訴えずらいこともあり、多くは家族が回答しています。(85.7%)

満足度の高い項目としては、人権への配慮やグループホームでの生活支援です。

(1)「色々な場面で、いやな思いをしたことはありますか。」の質問に対して15名中14名が「ない」と回答。

(2)「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。」が、15名中13名が「はい」と回答。

(2)「汗をかいたり汚れた時にはお風呂、シャワーが利用できたり、清拭等してくれますか。」が、15名中10名が「はい」と回答。

(4)「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。」が、15名中13名が「はい」と回答。

(5)「トイレは清潔で気持ちよく使えますか。介助が必要な時、すぐに対応してくれますか。」が、15名中11名が「はい」と回答。

満足度が低い項目

◎「あなたの今年の支援計画は、あなたの同意のもとで作成されましたか。」が、今回15名中10名が「はい」と回答。この件については、家族への説明が少し不十分です

◎「地域の情報を知る」ことができ、行事などにも参加することができますか。」が、「はい」の回答が「6」いいえが「3」わからないがそれぞれ「4」ありました。もう少し地域の情報や余暇活動の情報や行事などの参加が望まれます。

記述式項目

○改善してほしいところ等

グループホームでの行事、例えば買い物に行くなどを増やしてほしい。又グループホームでの状況を聞きたい等の要望があります。

○優れている点や特徴

利用者のことを理解して寄り添ってくれている。家族への相談も良くのってくれているとの感謝の言葉が多くありました。