

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	社会福祉法人世光福祉会 ベテスダの家ケアホームⅠ・Ⅱ	施設 種別	グループホーム（共同生活援助）
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構		

平成28年4月4日

総 評	<p>「ベテスダの家」は「社会福祉法人世光福祉会」の運営により、デイサービス（生活介護事業）、グループホーム（共同生活援助）、ホームヘルプ（居宅介護・行動援護事業）の3つの事業を、利用者のニーズ毎に組み合わせて生活全体の支援を実施されています。事業所のある京都市伏見区向島地区は、かつて京都府最大の淡水湖といわれた巨椋池があった地域で、昭和16年の干拓事業完了により農地化された後、徐々に住宅地としても開発されるようになり、その一角に事業所は位置していません。1973年の法人設立以降、障害児学童保育を1982年に開始。卒業後の進路保障として、1983年に伏見区小栗栖のかやぶき民家を借り受け、共同作業所「ベテスダの家」を開設されました。1999年4月には現在の本館を建設し、成人の重度知的障害及び行動障害を伴う自閉症の方たちを対象としたデイサービス事業を開始し、取組みの中で障害ある本人が充実した日中生活を送るためには家族支援が不可欠との認識から、グループホーム（現ケアホーム）への開設へと発展しました。</p> <p>2003年4月にグループホーム「シード」を、その後も「リーフ」「ブランチ」を次々と開設され、2006年の障害者自立支援法施行により、共同生活介護事業（ケアホーム）へ移行後もケアホームを開設され、事業規模を拡大されています。「ベテスダの家」は、「弱い立場の人と共にある共同体として、変革の礎となる運動体として在りたい」という志のもとに名付けられました。キリスト教精神を基盤に、フロンティア精神と自己深化を通じて、人と人が豊かなつながりをもてる地域社会の実現を目指されています。重度な障害があっても、その人らしく地域で暮らしていけるために、「介護」や「訓練」という社会的な適応性を優先する方向ではなく、障害のある本人が自ら選び取り、体験していく個別のプロセスを特に大切にされています。予定をビジュアル化したスケジュールボードの活用等、日々の生活の場面で、障害のある本人が、自分の生活を自分自身の意向によって組み立て、活動していけるよう配慮と工夫が随所になされています。買い物支援や遠方への外出の援助、余暇の過ごし方の尊重など、徹底した個別支援を通じて、「選択・体験への支援」というテーマに集約し取り組まれています。また自治会に加入され、会議室を地域の自治会に開放し、緊急時のAEDが地域の人々も自由に使えるよう建物玄関前に設置されるなどの工夫がなされており、利用者の生活の場が地域に認識され、受け入れられ、人々との交流が図れるよう配慮がなされています。</p> <p>また、管理者は経営や業務の改善に向けて、人事、労務、財務等の面において現状分析と業務やサービスの改善に取り組まれており、法人事業所間の職員が相互補完できる仕組みが整えられています。職員も利用者も少人数で運営されるケアホームにおいては、事業所運営における職員の意識や勤務環境が固定化しがちであるため、法人内の職員間交流によって、様々な観点や意見が取り入れられる利点を認識されており、今後も法人としてのスケールメリットを取り入れることで、職員の横断的活用を通じて、人材育成がなされることを期待しています。</p>
--------	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>II-1-(1) 事業経営を取り巻く環境の変化を捉え、適切に対応するため、京都市障害者地域自立支援協議会や京都市知的障害者福祉施設協議会などのネットワークに施設長が積極的に参画し、最新の社会福祉ニーズの収集と把握、課題の分析や改善に努められている事が確認できた。</p> <p>III-2-(2) 個別支援計画は、障害のある本人本位の視点を尊重して作成されており、自分で選択・自己する力を高める機会やその人らしい成長と自立の場を提供することを通じて「その人らしく暮らしていける支援を地域の中でつくる」ことを実践されていることが、個別支援計画書やモニタリング表から確認できた。また個別支援計画作成にあたっては、本人や家族の意向を聞き取り、変更の必要があれば会議で検討をするなど、その仕組みが整備されている。</p> <p>IV-2-(6) 障害のある本人の日常生活が楽しく快適に過ごせるようにレクリエーションや余暇の使い方に配慮されている。インターネットの利用や商業施設での買い物、喫茶店やカラオケのための外出、遠方への外出の支援、自室での過ごし方など、余暇の過ごし方を自分自身が選んで行動できるよう、職員が寄り添いつつ支援している。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>II-4-(1) 障害のある本人の安全確保策を組織的に取り組むことについては、事故 (accident) が起こる寸前のインシデント (incident) の把握と分析、課題への改善認識を事業所職員で共有し、事故防止対策の策定と実行に至るための仕組みづくりが必要と思われる。未然防止策は現在、会議での議事録のみでの記載となっており、ヒヤリハット事例と未然防止策の定期的に評価できるよう仕組みを見直し、寸前の兆候を確実に捉え、現場の気付きや事例を書式で報告、検討できるよう、完全確保体制の整備が望まれる。</p> <p>II-5-(1) 現在、ボランティアの受け入れは実施されておらず、受け入れのための仕組み作りやマニュアル類の整備はされていない。ボランティア受け入れは地域社会と事業所を結ぶ接点として位置づけることができるが、受け入れには利用者の障害特性とのマッチングや利用者本人の意向も尊重する必要があるとあり、今後の検討課題として取り組まれることを期待したい。</p> <p>IV-1-(1) 職員が利用者や家族と意思疎通を図ることについては実践されているが、家族会や自治会が組織されていないため、組織としての対応が必要とされる部分が未整備となっている。障害の程度や意思表出能力に関わらず、利用者や家族の主体的な意見表明を支援する仕組みを作ることは、信頼関係を深める機会を増やすことにつながる可能性が高い。今後、家族会や自治会を組織する必要性について協議する場を設け、その必要性について検討されることを期待したい。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	ベテスタの家ケアホームⅠ・Ⅱ
施設種別	グループホーム
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構
訪問調査日	2016年2月5日(金)

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	B	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	B
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B	B
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

【自由記述欄】

I-1-(1) 法人の理念・基本方針は事業所パンフレット、ホームページ、2017年新卒学生向け入職案内誌「イマジ」等に記載されていることを確認した。

I-1-(2) 年度初めに理念や事業計画を読み合わせる全体会があり、また活動内容が理念や基本方針に沿って行われていることが議事録等で確認できたため、通番3はA評価とした。利用者への周知については、親の会での説明などを行っているものの、言葉を持たない障害のある本人に対して、理念という抽象概念を周知する工夫が徹底できていないと認識されている。

I-2-(1) 中長期計画については、「3か年計画」が策定されている事が確認できた。事業計画の策定にあたっては、地域のニーズを参考にしながら策定されていることを確認した。事業計画は月1回主任会議で議題とされ、毎年11月には中間分析を提出していることが確認できた。職員全体会議で読み合わせも行われている。そのほか、親の会で資料を基に説明が行われていることが聞き取りにより確認できたため、通番8はB評価とした。

I-3-(1) 管理者の役割・責任については文書化されているが、広報紙は発行されていない。各種必要な法令は用意され、周知のための学習会は行われていることが確認できたが、法令のリスト化の取組みは行われていなかった。

I-3-(2) サービスの質の向上を図るため、管理者のリーダーシップのもとに定期的・継続的に会議や面談などが実施されており、報告・検討の機会を設けて職員の意見を取り入れる仕組みが確立されていることが確認できたため、通番11はA評価とした。経営や業務の効率化や改善のための管理者の積極的な参画も行っていることが聞き取りから確認できたため、通番12はA評価とした。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	B
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	B
		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B
	② ベテスタの家ケアホーム I・II		C	A
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	A
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	B	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	C	C	

II-3	II-3-(1)	個人情報の保護	障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	B	B
II-4	II-4-(1)	安全管理	障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
				② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	B
				③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	C
II-5	II-5-(1)	地域や家族との交流と連携	地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	B
				② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
				③ ボランティア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	C
	II-5-(2)	関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	B	
			② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A	

【自由記述欄】

II-1-(1) 社会福祉ニーズの収集と把握に努め、そのデータが中長期計画や各年度の事業計画に反映されていることが確認できたため、通番13はA評価とした。利用率等は分析され、事業計画等に反映されているものの、公認会計士等の専門家による指導や指摘事項に基づいた経営改善は行われていなかった。

II-2-(1) 法人として必要な人材の確保を目指し、社会福祉士や保育士等の資格取得を奨励しており、資格取得資金の補助を行っていることが聞き取りにより確認できた。また、職員個人の意見と事業所としての職員への希望をすりあわされていることが確認できたが、採用等の人材確保計画が行われていない。

II-2-(2) 管理者により年1、2回の職員面談が行われ、職員の希望や意向を汲み上げ、職務効率や職員配置の検討に反映されている。また法人として共済会に加入し、職員が利用できる体制が整えられていることが聞き取りから確認できたため通番17はA評価とした。また人事体制は主任を通して年に一度見直される仕組みが構築され、シフトについては職員の希望休を反映する等の対応がされていることが確認できた。

II-2-(3) 資格取得については、補助制度があり、資格取得を積極的に奨励していることが確認できたため、通番18はA評価とした。職員の人材育成計画については、職員自らが研修計画を策定し、提出され職員の資質向上に取り組んでいる。また研修に参加した職員の報告レポートの作成や発表の場は設けられているものの、研修成果の分析や、分析をカリキュラムの見直しに用いられていることは確認できなかった。

II-3-(1) 個人情報管理は運営規定に記載されているのみで、重要事項説明書等には記載されていない。障害のある本人の写真については文書で一括して了解を得ていることが確認できた。

II-4-(1) 障害のある本人が外にいる際の連絡方法や支援体制は現在、策定されていない状況であり、備蓄リストの作成も取組中である。ヒヤリハット事例の収集は一部のみで行われており、全体としての収集の仕組みはできていない。また、未然防止策は会議での議事録のみでの記載となっており、ヒヤリハット事例と未然防止策の定期的な評価の仕組みを見直し中であることを確認し、通番25はC評価とした。

II-5-(1) 事業所として自治会に加入し、スーパーでの買い物や喫茶店等日常的に地域住民と障害のある本人とが触れ合う機会がある。また地域住民がケアホームの一室を会議室として利用できる仕組みが整えられ、実際に利用されていることが聞き取りにより確認できた。ケアホームの専門性を生かし、AEDの講習会なども行われている。ケアホームとしてのボランティア受け入れは行っている。

II-5-(2) 障害のある本人が利用する買い物先、理美容室等をはじめとする関係機関を把握し、事業所等と情報交換、協議を行っていることを聞き取りにて確認した。家族とは必要に応じて情報交換を行っていることを聞き取った。

III 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果		
			自己評価	第三者評価	
III-1	III-1-(1)	サービス開始・継続	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B	B
			② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	B	B
	III-1-(2)	① サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	B	B	
III-2	III-2-(1)	個別支援計画の作成とサービス提供手順	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
			① 個別支援計画を適正に作成している。	B	A
	III-2-(2)	① 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	B	A	
	III-2-(3)	① 定期的な個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	A	A	
	III-2-(4)	サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	B	A
② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。			B	B	
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。			B	A	

Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B	B
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	B	B
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B	B
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	B	B
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B	A
		② 一定の水準を確保する為の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	A
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	C
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B	C

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1) 事業所の情報は、パンフレットやホームページで写真入りで紹介されている。障害のある本人の暮らしの様子が写真を用いながら示されされているが、公共施設等多数の人が手にする場所への設置がなされていない。

Ⅲ-1-(2) 事業所として障害のある本人が地域生活への移行したという実績がなく、他事業所等への引継ぎ文書や手順が定められたものは確認できなかった。

Ⅲ-2-(1) 年2~3回アセスメントが行われ、利用者ごとのアセスメントシートを確認した。増泊の希望にも実際に対応していることが確認できた。

Ⅲ-2-(2) 個別支援計画書、モニタリング表を確認した。また個別支援計画作成にあたって、面談によって本人や家族の意向を聞き取っていることなどは確認でき、緊急に計画を変更する場合は会議の中で検討をするなどその仕組みを整備していることが聞き取れたため、通番35はA評価とした。

Ⅲ-2-(3) 定期的にモニタリングを実施し、支援計画の見直しを行っていることをモニタリング表にて確認した。

Ⅲ-2-(4) ケース記録により個々の状況が適切に記録し共有されていることを確認した。記録にはフォーマットを用い、職員によって差異が生じないよう工夫を行っていることが確認でき、通番37はA評価とした。また記録はパソコン等のネットワークは利用していないものの、ケアホーム内で記録を集約し、毎朝・夕に職員らが顔を合わせて情報共有する仕組みが整っていることが確認できたため、通番39はA評価とした。

Ⅲ-3-(1) 理念やサービス計画に障害のある本人のニーズ充足を目指す姿勢が示されていることが確認できた。障害特性の観点から、障害のある本人参画の下での検討会議の設置が難しく行われていない。

Ⅲ-3-(2) 本人からの相談や意見の受付体制については主任が担当窓口になっており、質問ノートの資料など意見を述べやすい配慮が行われている。しかし、相談スペース等の活用や、相談に応じて支援体制があることをわかりやすく説明した文書およびわかりやすい掲示物は作成されておらず、苦情対応マニュアルの定期的な見直しを行っていない。

Ⅲ-4-(1) 利用者の個別的なサービスの実施については、障害のある本人尊重やプライバシー保護の姿勢が「担当職の手引き」に掲載されていることが確認できたため、通番45はA評価とした。サービスの一定水準を確保するための実施方法の見直しは定期的に年に2回以上開催されるケア会議によって、職員や障害のある本人や保護者の意見が集約されていることが確認できた。

Ⅲ-4-(2) 今回が初回の第三者評価受診であり、第三者の意見を聞き、評価結果を分析・検討する場が組織で定められていないため、連番47はC評価とした。また、評価結果の分析をどのように職員間で共有し、課題の改善策や計画策定の仕組みが整っておらず、実行されていないため、通番48はC評価とした。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	B	B
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	C
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	B	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	B	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	B	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇・レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

【自由記述欄】

IV-1-(1) 障害のある本人を尊重することなどを謳った「倫理規程」が定められており、虐待防止や権利保障、プライバシー保護、個人情報保護にかかわる条項やマニュアルが整備されていることを確認した。コミュニケーションについては、本人の意志や感情を尊重し、言葉で表現することが難しいケースについては、スケジュールボードで写真を用いながら、利用者が自分自身の予定が選べたり把握できること等、様々な障害の程度(状態)に応じて、本人が選択を行い易いように配慮されており、コミュニケーション手段を確保するための様々な工夫がなされていることが確認できた。障害のある本人による自治会ないし障害のある本人の会等は設置されておらず、通番51はC評価とした。

IV-2-(1) 入浴の際、脱衣所に冷暖房を設置する等、障害のある本人が快適に入浴できる場を整えていることが確認できたため通番52はA評価とした。

IV-2-(2) 排泄に課題がある方についてはそれぞれ個別に対応していることを聞き取りにより確認した。服薬については担当職員が薬に関する情報を得て、体調に変調があった場合は緊急マニュアルに基づきに必要な対応を行っていることが聞き取れた。

IV-2-(3) 食事はホーム単位で作り、盛り付け等の工夫は本人の意見を取り入れていることが確認できたため、通番58はA評価とした。

IV-2-(5) 日常生活のルールや外出援助については、必要に応じて交通ルールなど障害のある本人に必要な学習を行ったり、連絡先を明示したカードを準備し、利用している。外出・外泊についても本人の意思を尊重していることが聞き取りにより確認できたため、通番61はA評価とした。

IV-2-(6) 障害のある本人が、インターネットの利用や買い物、喫茶店・カラオケへの外出等、余暇の過ごし方を選べるよう職員が支援しているとともに、ニーズに基づいた企画が行われていることが聞き取りにより確認できたため、通番62はA評価とした。