

## 〔評価結果の公表様式〕

# 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ① 第三者評価機関情報

評価機関名： 愛知県社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価事業所  
(認証番号:20地福第1389-1号)

訪問調査  
実施日： 平成22年11月4日(木)

### ② 事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人豊橋市福祉事業会 (施設名) 豊橋ゆたか学園	種別:(施設種別)知的障害児施設 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)田中友久	定員(利用人数):45名
所在地:〒440-0845 愛知県豊橋市高師町字北原1-104	TEL 0532-62-0018

### ③ 総評

#### ◇特に評価の高い点

社会福祉法人豊橋市福祉事業会が経営する豊橋ゆたか学園は、1969年に開設された知的障害児施設である。同法人には知的障害者入所更生施設や通所の障害者福祉サービス、ケアホーム等があり、障害者のライフステージの一環として支援している。

近年虐待により家庭での養育が困難なケースが増え、比較的軽度の知的障害児の利用も増えてきているが、人権擁護や「性」の問題があり、性教育に力を入れて子どもの成長に真摯に取り組んでいる。さらに知的障害福祉に長い歴史を持つこの法人のきめ細かな支援が、安心して過ごせる空間を作っている。

園長先生は、長い障害施設の勤務経験を生かし、常に職員や利用者の声に耳を傾けてサービスの質の向上に前向きな姿勢で取り組んでいる。利用者の立場に立ち、地域生活支援として社会資源の活用を積極的に行い、エンパワーメントに力を注ぎ、過剰支援にならないように心がけ支援員に指導、助言を行っており、人材の育成に力を入れている。

また平成19年度より人事評価制度を導入して、人事考課が効果的に実施されている。

相談支援事業を次年度より行う予定で今後ますます地域のニーズに応える福祉施設になることを期待する。

#### ◇改善を求められる点

基本方針として具体的な取組みを記載されると良い。

軽度の障害児の将来を見越した就労支援等の地域社会への自立に向けたケアの充実や中長期的に環境設備の改善に努めて三障害を視野に入れたバリアフリー等の取組みが望まれる。

標準的なサービスの実施方法について文書化することが望まれる。

### ④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価いただいた結果を真摯に受け止め、改善努力を始めたいと考えます。

特に、最も基本的な理念や基本方針の周知という点や、事業運営計画策定に関し、事業所として不十分な点は早急かつ慎重に改善していきたいと思えます。また、利用者サービスに関しての幾つかの結果についても喫緊に改善に向け対処する必要性を感じています。

やはり、組織の外から冷静かつ的確な眼で見ると「慣れ」や不明瞭な点が浮び上がり、その点大きな成果となりました。

結果については、全職員で共有し、努力していきたいと思えます。

### ⑤ 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。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	a ・ ① ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	a ・ ① ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ ① ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ ① ・ c

### 評価機関のコメント

利用者に対する姿勢やサービスの具体的な取り組みを基本方針に挙げられることが望まれる。  
理念や基本方針を利用者にわかりやすい表現のしかたに工夫をするなどの取り組みが求められる。

### I-2 計画の策定

			第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ ① ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ ① ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	② ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	② ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

現在、中長期計画の策定中ということであるので、地域ニーズに基づいたサービスの目標を明確にして収支を含めた具体的な計画を策定することが望まれる。

事業計画策定時には全職員の参画があると、より具体的な計画になると考えられる。  
利用者に解りやすい伝達方法の工夫や、簡潔な文字や絵を用いて紙面で説明する取組が望まれる。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 10	㉑ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	㉑ ・ b ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	㉑ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者の役割と責任が明確にされており、年度当初の会議に方針等の説明を加えて表明している。また、1月に上司評価を実施し、自らの姿勢を検証している。  
 職員行動アンケートにより職員の気づきを集計、公表して、指導会議で指導している。  
 業務の効率化を意識してノー残業デーの設定をしたり省エネの具体例を挙げ取り組んでいる。  
 自己申告を実施し、人事異動の参考にして業務の改善につなげている。

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	a ・ ㉑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

#### 評価機関のコメント

本来の入所要件とは違い、DVでの入所が増加傾向にあることを踏まえ上で、社会福祉事業全体の動向把握を行っている。  
 児童相談所と連絡を密にして利用者の状況を把握している。  
 経営状況の把握や分析をする経営委員会があるが、出された課題が中・長期計画に反映するには至っていない。

#### Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	㉑ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	㉑ ・ b ・ c

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	㉠ ・ b ・ c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	㉠ ・ b ・ c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	㉠ ・ b ・ c
	II-2-(3)-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組が行われている。	障 22	㉠ ・ b ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	㉠ ・ b ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。	障 24	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

10月実施の異動希望を含めた人事考課を基に、必要な人材や人員体制を考え、人事委員会の中で具体的プランが作成されている。19年度より人事評価制度を導入し、自己評価と共に人事委員会へ提出して人事考課が正しく行われている。厳しい状況の中で有給休暇取得が可能になるよう勤務表に配慮がされている。家族休暇の制度を設けたり、夏季休暇の期間延長をするなど配慮されている。

法人で実施している福利厚生センターへの加入・職員互助会組織・職員親睦会組織の複合的な対応がされている。健康診断の実施や成人病・落語メンタルケアなど健康講座の取り組みを実施している。実習生受け入れ方法の手順が業務マニュアル化され、実習内容を計画的に学べるようなプランが用意されている。

## II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	㉠ ・ b ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	㉠ ・ b ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者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。	障 27	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

保健所の指導内容や業者作成の指示内容を参考に「保健衛生マニュアル」が整備されている。災害時の具体的な行動マニュアルが整備されている。消防計画に従い毎月避難訓練(夜間想定訓練)が実施され訓練記録簿が整理されている。備蓄品の確保と点検を行っている。

警備会社と契約。不審者対策講習会に参加したり「さす又」を設置するなど対策が立てられている。アクシデントレポートを活用して情報の共有化を図っている。重大事項は指導会議で改善策を立て周知をしている。

## II-4 地域との交流と連携

			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。			
	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	障 29	㉠ ・ b ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	㉠ ・ b ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	障 31	㉗ ・ b ・ c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	㉗ ・ b ・ c
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 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	a ・ ㉗ ・ c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	㉗ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

<p>業務マニュアルに行事ごとの関わり方が記されている。  回覧板や新聞で「納涼まつり」の施設開放のお知らせや廃品回収に協力するなど交流を深めている。  ボランティア受け入れ方法が具体的に記されているが、受け入れに関する基本姿勢が明示されていない。  音楽・習字・手芸等のボランティアの受け入れを積極的に行っている。  在宅ニーズの状況把握のために市役所とこまめに連絡を取っているが、定期的な会議は開催されていない。</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。			
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者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組を行っている。	障 35	㉗ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	㉗ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	㉗ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	a ・ ㉗ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-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。	障 39	㉗ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a ・ ㉗ ・ c

### 評価機関のコメント

<p>プライバシー保護規程・マニュアルが整備され職員に周知されている。  家族からの具体的ケースなどは役職者から直接指導が行われ、記録を残している。  職員がオブザーバーとなって自治会が進められている中で、利用者の意見や要望を聞いたり、保護向け満足度調査結果を公表している。  個人面談時に意見・要望を聞いている、丁寧に相談に答えているが決められた相談室がない。  意見箱が設置されているが十分活用されていない。  利用者家族には苦情解決制度の仕組みを配布物や掲示物で示し、職員には対応の手順が業務マニュアルで示されている。  出された意見に対して個別対応がされているが利用者家族から出された意見をまとめる「意見・要望等対応レポート」が十分活用されていない。</p>
---

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2)-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。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	① ・ b ・ c
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。	障 46	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

処遇職員が年に一回第三者評価基準を用いて評価を実施しているが、評価結果の集計が出されているが分析や検討に至っていない。サービスに対する業務手順が「業務マニュアル」「保健衛生マニュアル」に記載されているが提供するサービス内容についての文書が整備されていない。

職員の参加を得てマニュアルの見直しが実施されているが、見直しの時期や方法が定められていない。

守秘義務・個人情報保護法について周知、理解されている。個人情報について保管場所・方法・取り扱いの管理が徹底されている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

サービスの内容がホームページで紹介されており、会報や施設機関紙はボランティア活動に取り組んでいる企業や協力店舗に配布されている。入所希望者に見学や体験入所を行い、規程に基づいて、利用者や家族に関係書類に説明を加えながら同意書を交わし、サービス利用の開始を行っている。

施設を変更する場合には引継ぎ文書によって情報提供を行い、退所後の相談に丁寧に応えている。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

<p>利用者アセスメントは、業務マニュアルに手順が明記されている。学校から送られてくる利用者の目標と施設の目標をアセスメントに繋げている。</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画を半年毎に、必要に応じて評価・見直しを実施している。</p> <p>利用者や家族の意向に沿ってグループホーム等の施設見学を実施している。</p> <p>一人暮らし生活体験を実施するための生活訓練棟が用意されており、地域移行支援を積極的に行っている。</p>
--

### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	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。	障 55	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉠ ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

意思伝達に制限がある利用者には、衣類整理がしやすいようにタンスに絵文字表示がされており、日々の献立メニューを写真で紹介している。主体的活動のひとつに自治会があり、会の中で要望を聞き取り、改善策を見つける努力をしている。社会生活力を高めるための利用者一人ひとりのプログラムが用意されている。特に研修を受けて性教育に力を注いでいる。月一回の給食委員会を実施。栄養士と連絡を取り合い利用者の食事内容(栄養量・食事形態)について検討している。毎朝利用者の身体状況を把握して個別の食事を提供している。成長に合わせて椅子が用意されている。以前は年齢毎に食事を摂っていたが、異年齢で摂ることにより好き嫌いが減り、残食が減るなど工夫が見られる。