

## 岩手県福祉サービス第三者評価の結果

### 1 第三者評価機関

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成23年12月26日 ～平成24年3月9日

### 2 事業者情報

事業者名称（施設名）： 就労継続支援B型事業所 ウィズ	種別：障がい者就労継続支援B型
代表者氏名：理事長 及川 忠人 管 理 者：施設長 佐藤 研司	開設年月日 平成12年4月1日
設置主体：社会福祉法人 カナンの園 経営主体：社会福祉法人 カナンの園	定員（利用人員） ウィズ：20名
法人所在地：二戸郡一戸町中山字大塚4-7 事業所　　：二戸郡一戸町奥中山字西田子535-6	TEL：0195-36-1026 FAX：0195-36-1027 TEL：0195-36-1120 FAX：0195-36-1121

### 3 総評

#### ◇ 特に評価の高い点

#### ○利用者の所得保障と地域のかかわりを基本に捉えた事業活動の推進

生活介護事業所シャーロム、就労継続B型事業所 ウィズは、社会福祉法人 カナンの園の「使命」に記す“一人ひとりの願っている暮らしを実現するために、地域社会に働きかけ連帯しつつ、一人ひとりの必要を満たしていく”との考え方を踏まえ、利用者と地域のかかわりを基本に捉えた支援・事業活動を推進している。

具体的には、就労、社会貢献事業については、切れ目のない作業量の確保と販路の拡大を図り、利用者の所得補償（生活の質の向上）につながる成果をあげている。自宅や地域のケアホーム等から事業所への通勤支援、生活・作業活動を通して地域との関係づくり（特製のせんべい生産・販売活動、ペットボトル等のリサイクル活動、農家との連携による作業貢献）、さらに利用者の個別ニーズに対応し地域で開講している教室（造型、ピアノ、陶芸）への参加支援、施設開放を兼ねた地域住民や児童、協力者、保護者との交流事業（さくら市、クリスマス会、カナン祭り）など、年間を通して多様な活動を展開しており、地域からも高く評価されている。

#### ◇ 改善が求められる点

#### ○中長期計画の策定検討は、期間を定めた取組の検討

社会福祉法人 カナンの園は、知的障がい者分野において、法人設立以来40年にわたって、先駆的・開拓的事業活動を推進して来た。この間、中長期計画に相当する「カナンの園将来構想」を第5次（1997～2001）まで策定し①居住施設・基幹施設整備、②自立生活支援、③在宅・地域生活の推進に取り組んできた。ここ10年間は「脱施設」の道を探りつつも、中長期計画を定めないと反省から、平成23年度において「第6次将来像検討委員会」を立ち上げ、次期中長期計画策定への作業を開始したところである。しかし、検討作業に当たっては、一定の期間を定め、方向付けが必要と思われる。障害者自立支援法等の法制度等の動向を踏まえた中長期計画の立案、策定が求められる。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(ウィズ)

今回の第三者評価受審に向けて、全職員（含社協講師）で内部評価を行ったことにより、法人及び事業所の現状を再認識し共通理解することができたと考えている。法人としては、長・中期計画が作成されていなかったり、職員研修や人事考課制度等が十分整っていない面が見られた。また、事業所においては、設問で求められる内容を行っていたとしても、文章化やマニュアル化がなされていなかったり、記録とし残していないことも大変多かった。今後、事業所内に実務委員会を組織し、法人主体で進める事や事業所主体で進める事、更に優先順位等々を検討しながら、提供するサービスの質の向上を図っていきたい。また、利用者の方々へのインタビューを通して、仕事に対する意欲の高さや、和気あいあいとした雰囲気、支給されている工賃の額などを高く評価していただいた。今後もそのような職場環境を大切にしていきたい。

#### 5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

# 各評価項目にかかる第三者評価結果

施設名:就労支援B型事業所ウィズ

## I 福祉サービスの基本方針と組織

I - 1 理念・基本方針	23年度結果	ウィズ
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。	b	
I - 1 -(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	
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。	a	
I - 1 -(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	

## I - 2 計画の策定

	23年度結果
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。	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。	c
I - 2 - (2) 計画が適切に策定されている。	
I - 2 -(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	c
I - 2 -(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	c

## I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

	23年度結果
I - 3 - (1) 管理者の責任が明確化されている。	
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。	b
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みを行っている。	b
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り組みに指導力を発揮している。	b
I - 3 -(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b

## II 組織の運営管理

### II - 1 経営状況の把握

	23年度結果
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。	b
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り組みを行っている。	a
II - 1 -(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

## II-2 人材の確保・養成

	23年度結果	ウィズ
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。	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。	c	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
I-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。	b	
I-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	
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。	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り組みが行われている。	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。	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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	c	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b	

## II-3 安全管理

	23年度結果	ウィズ
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	
II-3-(1)-② 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。	b	

## II-4 地域との交流と連携

	23年度結果	ウィズ
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。	a	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	
II-4-(1)-③ ボランティアを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。	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。	c	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	
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。	c	

### 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	23年度結果	ウィズ
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り組みを行っている。	b	
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。	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ている。	c	
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	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。	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。	b	
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。	c	
III-2 サービスの質の確保	23年度結果	ウィズ
III-2-(1) 質の向上に向けた取り組み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。	c	
III-2-(1)-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ている。	c	
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c	
III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
III-2-(2)-① 個々の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。	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。	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。	b	
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。	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。	b	
III-3 サービスの開始・継続	23年度結果	ウィズ
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。	a	
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。	b	
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。	b	

## III-4 サービス実施計画の策定

ウイズ

23年度結果

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。

**b**

III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。

**b**

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。

**b**

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。

**b**

付加基準(障害者・児施設版)

A-1 利用者の尊重

ウイズ

23年度結果

1-(1) 利用者の尊重

- A-1-(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。 **c**
- A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 **c**
- A-1-(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。 **c**
- A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 **c**

A-2 日常生活支援

ウイズ

23年度結果

2-(1) 食事

- A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 **b**
- A-2-(1)-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い、楽しく食べられるように工夫されている。 **c**
- A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 **c**

2-(2) 入浴

非該当

- A-2-(2)-① 入浴は、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。 **非該当**
- A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 **非該当**
- A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 **非該当**

2-(3) 排泄

- A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。 **c**
- A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 **c**

2-(4) 衣服

- A-2-(4)-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。 **非該当**
- A-2-(4)-② 衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 **c**

2-(5) 理容・美容

非該当

- A-2-(5)-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。 **非該当**
- A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 **非該当**

2-(6) 睡眠

非該当

- A-1-(6)-① 安眠できるように配慮している。 **非該当**

2-(7) 健康管理

- A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。 **c**
- A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 **b**
- A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 **c**

2 - (8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-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。	<b>b</b>
2 - (9) 外出・外泊	<b>非該当</b>
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	<b>非該当</b>
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	<b>非該当</b>
2 - (10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	<b>非該当</b>
A-2-(10)-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つて利用できる。	<b>非該当</b>
A-2-(10)-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。	<b>c</b>