

令和8年度 福祉サービス質の評価結果（そうだんの窓口）

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※上半期・下半期で実施する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

解答者 来間 和彦

I-1 理念・基本方針

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	経営方針書を常に携帯し自らの行動を確認している。

I-2 経営状況の把握

	評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
[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。	a・b・c	月1回は、(株)BETHELIGHT会議の全職員出席で
[3] I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c	経営状況、経営課題の情報共有を行っている

I-3 事業計画の策定

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	令和7年2月に令和7年度の事業計画案を策定し、行動計画に基づいて実行している
[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。	a・b・c	
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・b・c	令和7年度の事業策定に当たっては、2～3月にスタッフ同士で策定をしているので、周知されている。
[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。	a・b・c	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	利用者（児）の方や保護者のことについて、週1回はスタッフ同士で話し合いを行ったり、外部研修に2カ月1回は参加している
[9] I-4-(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、計画的な改善策を実施している。	a・b・c	利用者（児）の課題分析表について改善を行っている

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

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	管理者としての自らの責任としては、常にスタッフにSNSや口頭でスタッフへ役割と責任を表明している。
[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。	a・b・c	
そう		
[12] Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの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。	a・b・c	相談員の個人の主体性を重視している。
[13] 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・b・c	常に新規を断らず、同事業所への紹介を行っている

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	
[15] Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c	
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り組んでいる。	a・b・c	各スタッフは、利用者（児）を担当者しているので、スケジュールは各スタッフで管理している。休みなど、リーダは各スタッフの行動や心理的面についてサポートしながら、把握している。
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・b・c	自殺対策、R6.11.30 医療コーディネーター研修4日間R6.16～19 OJT研修、週1回は、OFFJT
[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。	a・b・c	
[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。	a・b・c	
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。	a・b・c	未経験者に相談支援業務の指導を行っている

II-3 運営の透明性の確保

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	BETHELIGHTのホームページに表明されている
[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・b・c	

II-4 地域との交流、地域貢献

	評価結果	コメント
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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c	利用者への偏見が地域に残っていることがあるので、交流がなかなか進まない
[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。	a・b・c	受け入れ体制はあるが、希望者が少ない
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。	a・b・c	市役所の障害者福祉課、基幹相談、宮古病院のSWなどと顔見知り会える関係性を保ちながら協力し合いながら課題解決をしている
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c	顔見知り会える関係性を保ちながら協力し合いながら課題解決をしている
[27] II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c	

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

	評価結果	コメント
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持つための取組を行っている。	a・b・c	障害者福祉サービスの利用前に、事前に利用者(児)、保護者に事前説明を行ってから利用をしている。
[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。	a・b・c	本人の個人情報については、事前に文章で取り扱いを説明し許可を得てからプライバシーの保護をしている
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。	a・b・c	福祉サービスの選択については、宮古島市の障がい者の手引きなどで全宮古島に利用できる事業所の掲載をしているので、それから選択している
[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。	a・b・c	事業所との契約を交わす時に分かりやすくしている
[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。	a・b・c	相談支援専門員同士で申し送り、事業所同士で申し送りできるように担当者会議を行っている
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。	a・b・c	本人の意向を大切に支援を実施している
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。		
[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。	a・b・c	重要事項説明書で会社の方針などを話し理解してもらっている
[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。	a・b・c	利用者との面談等の時間を作っている。
[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。	a・b・c	意見や要望がある際は、利用者との会議の時間を設けている。
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。	a・b・c	男性利用者への男性の相談員が対応し、女性の利用者へは、女性のスタッフが対応している
[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・b・c	緊急対応マニュアル等の整備を行っている。
[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行っている。	a・b・c	利用者の緊急連絡先と避難先だけを確認している

III-2 福祉サービスの質の確保

	評価結果	コメント
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。	a・b・c	重要事項説明書
[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。	a・b・c	定期的な見直しはなけど、障害者自立支援法改定と見直ししている
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 アセスメントに基づく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c	カルテに記載し、保管している
[43] III-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c	定期的に、モニタリングを実施している
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。	a・b・c	共有フォルダで見られるようになっている
[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。	a・b・c	誰にもすぐ閲覧できないよう管理している