

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 放課後等デイサービスはるみ八代  
( 放課後等デイサービス )

評価実施期間 2021年4月21日 ~ 2022年1月31日

実地(訪問)調査日 2021年11月17日

評価決定委員会開催日 2021年12月27日

2022年2月21日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



様式第11-1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：放課後等デイサービスはるみ八代	種別：放課後等デイサービス
代表者氏名：寺本麻里子	定員（利用人数）： 5 名
所在地：〒670-0885 兵庫県姫路市八代宮前町15番1	
TEL：079-260-7369	ホームページ： <a href="https://bestcare-h.jp/">https://bestcare-h.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成30年 12月 1日	
経営法人・設置主体（法人名）：株式会社ベスト・ケア	
職員数	常勤職員： 3 名 非常勤職員： 8 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	施設長 1（1）名 音楽療法士 2（2）名
	児童発達支援管理責任者 1 名 理学療法士 2（2）名
	児童指導員 3（2）名 嘱託医 1（1）名
	看護師 3（3）名
施設・設備の 概要	指導訓練室 1室
	相談室 1室
	事務室 1室
	トイレ洗面所 2カ所

③理念・基本方針

株式会社ベスト・ケアー理念 2013年12月1日

1. 障害児、者、高齢者が、住み慣れた地域で、心身共に安心して自分らしく、自立した基本的生活が送ることができるよう、個人のニーズに応じた最善の支援をさせていただきます。
2. 支援者に関わる人材の知識、技術の習得意欲を喚起し、専門職としての質向上に努め、適切な安定した支援が継続できるよう努めさせていただきます。
3. 関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援をさせていただきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

保護者、児童の希望に応じたケア（入浴、夕食、送迎時間）の提供  
機能訓練や音楽療法等、専門職による活動の実施  
重症心身障害児の中でも、医療的ケアの必要な児童を主たる対象としている  
（看護師による医療的ケアや服薬管理の実施）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年4月21日（契約日）～ 令和4年1月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ <b>安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みが行われています。</b> 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（感染委員会）を整備し、予防と発生時などの対応として、「感染症と食中毒発生時の対応マニュアル」を整備され、組織全体で、感染症予防に取り組んでいます。また、災害時における利用者の安全確保のため「防災及び非常災害時対応マニュアル」にもとづき、災害時のフローチャートを作成し、立地条件などから「避難確保計画」を策定がされ、安心・安全な福祉サービスの提供に努めています。</p> <p>○ <b>重症心身障害児者のケアを中心に音楽療法、機能訓練、学習支援の活動をはじめ、入浴や夕食の提供など、利用者や家族のニーズに応じた多様な生活支援が行われています。</b> アセスメントシートから、利用者の心身の状況や望まれる生活様式などの把握に努められ、利用者が自ら行ったり、決めることを大切にされた考えのもと、重症心身障害児者のケアを中心に音楽療法、機能訓練、学習支援など、利用者の心身の状況に応じた多様な活動を日常的に家族と協議しながら提供されています。また、家族の就労など家庭での生活状況に合わせ、入浴や夕食の提供など、利用者や家族のニーズに応じた多様な生活支援が行われています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○ <b>プライバシーをはじめ利用者を尊重する取り組みなど利用者本位のサービスの具体化が必要です。</b> 利用者を尊重したサービス提供について、会社の理念・基本方針に基づいて、「職員倫理規定」において具体的に示され、利用者の権利擁護に配慮した支援は行われていますが、プライバシー、子どもの権利、意思決定支援など、利用者本位の取り組みとしての位置づけが明確ではありません。今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、現在取り組んでおられる支援を利用者本位の視点から整理され、具現化していくことが必要です。</p> <p>○ <b>支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、各取り組みの関連性を整理し連動していくことが重要です。</b> 昨今、サービスの提供については、業務の改善が図られており、多様な取り組みが展開されていることがうかがえます。今後は、苦情や相談、個別支援計画、サービスマニュアル、日々のケア記録など、サービスにかかる情報の関連性を整理され、連動した仕組みを構築することによって、サービスの質の向上を図っていくことが重要です。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

会社全体として、また事業所としての今後の改善点を理解することが出来ました。  
事業所としてはアセスメントやモニタリングを今まで以上に丁寧に実施し、得た情報を元に作成した計画に基づいてサービスを提供し、記録に残していくという、PDCAサイクルの事業所での在り方の見直しを検討しなければならないと感じました。  
会社全体としては、意思決定支援の仕組みの構築、事業運営全般における幅広い法律のコンプライアンスについての理解、学校・地域からの権利侵害の早期発見に向けた取り組み等、職員全体がより質の高い知識と専門性を持って支援に当たる事が出来るような仕組みの構築を目指します。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

## 第三者評価結果

### 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。		
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もつための取組を行っている。	a
<コメント> ○ 会社理念が事務所内に掲示され、倫理規定を入職時のオリエンテーションや研修日に周知し、利用者を尊重した基本姿勢を明確にされています。また、権利擁護セルフチェックを実施し、周知状況を確認されています。		
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。	b
<コメント> ○ 社内マニュアルに「虐待防止マニュアル」「利用者のプライバシー保護マニュアル」を整備され、虐待防止など権利擁護についても職員に研修で周知されています。また、スクリーンやパーティションを使用して、プライバシー空間の確保に努められています。 ○ 今後は、子どものプライバシーについて考え方を明確にし、周知するとともに、不適切な事案が発生した場合の対応方法を明確にすることが望まれます。		
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。		
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
<コメント> ○ 毎月のおたよりやパンフレットを相談支援事業所及び特別支援学校に配布するとともに、学校の夏休みの間にも体験出来る仕組みを設け、丁寧な説明が行われています。現在、施設の案内を作成中であり、見直しが行われています。今後は、説明の手順や方法を明確にすることで、更にわかりやすい情報提供が期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ サービス開始時には重要事項説明に加え、スケジュールやプログラムを利用者や家族にこまやかにパワーポイントを使用した資料で説明し、質問や不安な点に詳しく対応しています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者・家族への配慮についてルール化をすすめ、更にわかりやすい説明の仕組みを構築していくことが望まれます。		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所、サービス内容の変更には、相談支援事業所と連携し、支援計画を引き継ぎ、利用者の不利益にならないよう、継続性に配慮されています。</li> <li>○ 今後は、他の施設、事業所への移行の際の引き継ぎ、申し送りの様式や手順を文書化するなど、仕組みを整備していくことが望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年1度の「利用者満足度アンケート」や希望・要望意見など自由に記載してもらえる「意見書」を送付するとともに、保護者会を年2回(6月、12月)開催し、利用者満足を把握できるようにしています。また、会議において、「利用者満足度アンケート」や「意見書」の内容を分析・検討し、具体的な改善に取り組まれています。</li> <li>○ 今後は、改善策の検討において、利用者や家族の参画が期待されます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「利用者満足度アンケート」や「意見書」を通じて、利用者の意向が把握されています。また、苦情があった場合は、マニュアルにもとづき対策会議を開催し、報告書を作成し、利用者・家族にもフィードバックするとともに、保護者会において、苦情件数、内容を公開されています。</li> <li>○ 今後は、第三者委員を選任するなど、苦情解決体制を充実させるとともに、分かりやすく明示していくことが望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要説明事項に公的な相談を明示し、送迎時など、家族からの相談には積極的に応じています。また、利用者が相談や意見を述べやすいスペースとして、相談室を確保されています。</li> <li>○ 今後は、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手をわかりやすく説明した文書を作成するとともに、わかりやすい場所に掲示することが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談受付からのフローチャートを「苦情・相談・事故対応マニュアル」に記載しています。毎月、希望・要望・ご意見などを自由に記載してもらえる「意見書」の送付や送迎時の相談など気軽に相談できるように努められています。また、相談・意見は内容により24時間以内に対応できるよう、グループメールなどで連携が図られています。今後は、相談に関する対応手順を明確にしていくことを期待します。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ リスクマネジメント体制では、「事故・ヒヤリハット委員会」が整備されています。事故発生時の対応は「苦情・相談・事故対応マニュアル」にて手順を明確にし、職員に周知されています。また、事故対策会議を行い、発生要因の分析や防止策を検討するとともに、リスクマネジメントに関する研修も行われています。今後は、ヒヤリハットなど、安全を脅かす気づきの収集の仕組みを明確にすることが期待されます。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 感染症対策として、「感染委員会」を設置され、予防と発生時の対応を「感染症と食中毒発生時の対応マニュアル」に明記し、職員に周知されています。具体的には、「マスク、フェイスシールド、手袋、エプロンの着用」や2時間に1回の施設や車両の消毒、利用者職員の手指消毒やうがいを徹底されており、年間研修計画にも「感染症予防・対策」を位置づけ、年1回研修の機会を設けています。</p>		
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している。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 「防災及び非常災害時対応マニュアル」にもとづき、災害時のフローチャートを作成し体制を整備しています。また、立地条件などから「避難確保計画」を策定され、ハザードマップにおいて避難場所の確認を行い、具体的な避難方法を定めています。また、備蓄リストを作成して、常備食を備蓄しています。</p> <p>○ 今後は、災害における安全管理の取り組みに地域住民の参加や連携が望まれます。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 食事や排せつなど基本的な支援についての手順や留意点については、重症心身障害児のケアの基本をベースに標準化が図られています。また、その方法は、研修日の会議等で周知されていることがうかがえます。</p> <p>○ 今後は、支援マニュアルに権利擁護の視点やマニュアルの検証の仕組みを強化していくことが望まれます。</p>		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準的な実施方法については、月1回の実務研修で内容を確認し、年に1回、担当者の提案により質問と事例検討する機会を設け、集中的に見直しを行っていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映される仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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 アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の意思に基づいて、児童指導員、機能訓練指導員や音楽療法士など、各担当者によりアセスメントが実施され、個別支援計画書作成前会議において関係職員で話し合い、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を作成され、支援にあたっています。また、計画の進行状態は日々の報告などで行われ、情報を共有しています。</li> <li>○ 今後は、計画の策定に関する手順を整理し文書化することで、計画どおりに福祉サービスが行われていることを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
43	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画の評価見直しについては、5月、11月に個別支援計画検討会議において検討され、モニタリング表を作成し、見直され、利用者や家族との同意を得られています。また、利用者の体調変化など計画の変更の必要性があれば、ミーティングで支援内容を検討し、速やかに対応されています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画の見直しについての手順を明確にしていくとともに、個別支援をマニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋げていくことが望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 支援記録は内容が施設内で共有できるようパソコンシステムや社用携帯電話を活用して、日々のサービス提供記録にサービスの実施の様子を日常的に入力し、職員間で情報の共有が行われています。</li> <li>○ 今後は、標準的な記録方法の確立や利用者情報の流れを明確にしていくことで、更に記録や利用者情報が有効に活用されていくことが望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に関する記録の管理について、社内マニュアルに「個人情報保護マニュアル」を整備されており、また、年間研修計画に「個人情報保護研修」を組み込み、周知するとともに、個人情報の取り扱いについて、契約時に利用者への同意が行われています。</li> <li>○ 今後は、文書管理の方法や個人情報の不適切な利用や漏えいした場合の対応について明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

## 評価対象A 内容評価基準

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	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
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

#### 特記事項

○	入浴や食事のタイミング、音楽療法では楽器や曲の選択など、利用者の希望を確認しながら自己決定を大切に利用者一人ひとりに対する個別の支援が行われています。特に、家族の希望などに対して、合理的な配慮が行われていることがうかがえます。
○	事業所として身体拘束排除宣言を行い、権利擁護セルフチェックリストや職員研修を通じて、利用者の意思を大切にされた考え方について共通理解が図られています。
○	今後は、権利侵害の防止に向けた具体的な事例や内容を利用者に周知する取り組みが期待されます。

### A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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。	b
A④	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
A⑤	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。	b
A⑥	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。	b
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	a
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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

A⑫	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。	b
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	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。	a
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	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
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	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。	a

特記事項

- 自分で食事が摂れる、荷物を片づける、衣類の着脱などの具体的な事例から、見守り支援を含む自立のための支援が行われています。
- 言語によるコミュニケーションが困難な利用者に対して、「うなずき」「手を挙げる」などの表示や体の動き、顔の表情など非言語による情報収集をもとにコミュニケーション支援が行われています。
- 障害に関する専門的な知識をマニュアルや「重症心身障害児者のケア」に基づいて年間を通じた研修計画に定め、専門知識の習得と向上を図ることを目的に職員が講師になってパワーポイントなど使用し、わかりやすい工夫がうかがえます。
- 音楽療法、機能訓練、学習支援の活動をはじめ、入浴や夕食の提供など、利用者や家族のニーズに応じた多様な生活支援が行われています。
- 利用者の心身の状況に応じて常食・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食の4種類の食事形態を用意するとともに、心身の状況に応じたトイレ誘導を行うなど、個別支援計画にもとづく日常生活支援を展開されています。
- 機能訓練指導員が作成するリハビリ計画書にもとづいて、ふれあい体操やフットケアなど、生活動作や活動のなかで、主体的に機能訓練が出来るよう職員が補助しつつ支援が行われています。
- 医療的ケアの必要な児童を主たる対象として、利用者の健康状態の把握や医療ケアについて日々家族や医師、看護師、相談支援専門員など、連携した支援が行われています。
- 家族の依頼と本人の希望を尊重したうえで、宿題や学習課題を支援するとともに、相談支援事業所や法人関係事業所と連携し、地域生活への移行のための支援が積極的に行われています。
- 家族の意向を尊重する事例は多くうかがえましたが、重症心身障害児の意思決定支援のプロセスについて、具体的なルール化を進められ、明確にしていくことが重要です。
- 重症心身障害のある利用者が中心である特性を踏まえて、利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できる生活環境の充実が期待されます。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a

特記事項

○	児童指導員、機能訓練指導員や音楽療法士など、各担当者によりアセスメントが実施され、子どもの障害の状況や発達過程に応じて、集団で行う音楽療法と個別活動の機能訓練、学習支援を組み合わせ支援が行われています。特に重症心身障害の特性を踏まえて、子どもの活動プログラムについては、事前に相談をしながら、個別活動や集団活動を選んでプログラムが組み立てられています。
---	--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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。	非
A⑱	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。	非
A⑲	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。	非

特記事項

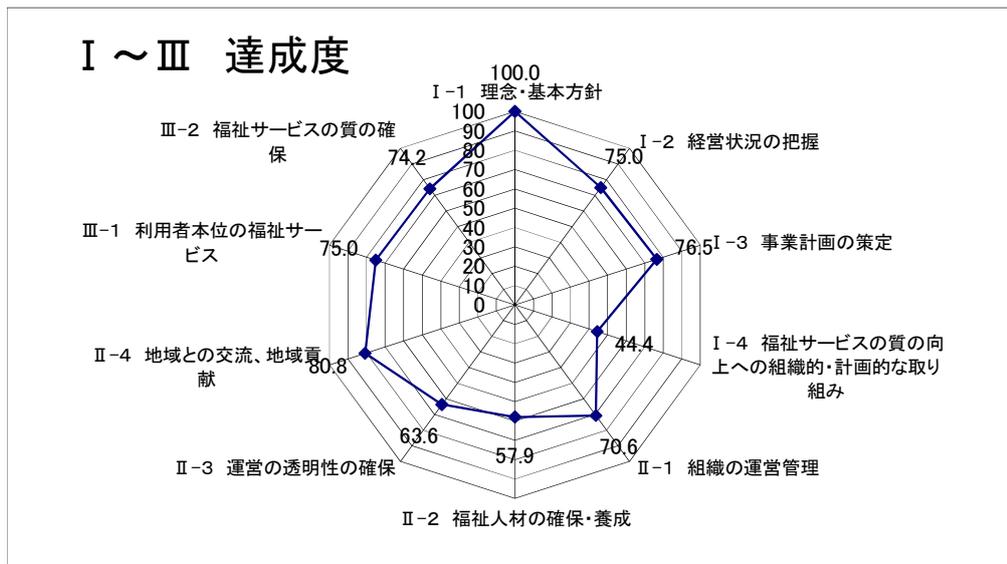
/	
---	--

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	22	57.9
II-3 運営の透明性の確保	11	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	48	75.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2
	227	162	71.4



## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	5	83.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	5	83.3
2-(1) 支援の基本	26	19	73.1
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	5	4	80.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	5	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	10	90.9
2-(6) 社会参加、学習支援	4	3	75.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	3	60.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	6	100.0
3-(1) 発達支援	4	4	100.0
	83	69	83.1
	310	231	74.5

