

**福祉サービス第三者評価結果報告書**  
**【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】**

**【受審施設・事業所情報】**

事業所名称	大阪老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	岩田 敏郎（理事長） 巽 尚子（施設長）	
定員（利用人数）	120 名 ★予約で124名含む	
事業所所在地	〒 580-0043 松原市阿保3-14-22	
電話番号	072 - 331 - 4164	
F A X 番号	072 - 334 - 2362	
ホームページアドレス	<a href="http://www.shoutokukai.net/">http://www.shoutokukai.net/</a>	
電子メールアドレス	<a href="http://www.shoutokukai.net/contact/">http://www.shoutokukai.net/contact/</a>	
事業開始年月日	昭和40年5月20日	
職員・従業員数※	正規 36 名	非正規 22 名
専門職員※	社会福祉士3名、介護福祉士38名、 介護支援専門員1名、理学療法士1名、 看護師9名、准看護師1名、管理栄養士3名、 介護職員初任者研修修了者8名、 訪問介護員養成研修2級課程修了者19名、 訪問介護員養成研修1級課程修了者1名、 社会福祉主事任用資格取得者8名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室30室、三人部屋2室、四人部屋21室	
	[設備等] 食堂6、浴室2、調理室1、更衣室3、医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

**【第三者評価の受審状況】**

受審回数	3 回
前回の受審時期	平成 27 年度

**【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】**

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

## 【理念・基本方針】

### 【理念】

わたくしたちは人権尊重の精神を基盤に、自らの知性を高め、常に反省、親切、相互理解に努め、誠の心を養い、高齢者と子どもたちの自由と権利を守り、明るく健康的な生活ができるように精進します。

### 【基本方針】

- I 人と地域を支えるサービスをつくる（利用者・社会に対する姿勢）
- II 人を育てる職場をつくる（福祉人材に対する基本姿勢）
- III 歴史をつなぐ組織をつくる（マネジメントにおける基本姿勢）

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①明治35年12月に全国で4番目の養老施設として創設した「大阪養老院」が現在の「特別養護老人ホーム大阪老人ホーム」です。「110年」の伝統に培われた福祉観、介護ノウハウを基盤に、快適で安心して暮らせる介護サービス、生活環境を提供しています。

②利用者、家族が馴染みの人間関係の中で、安心して最後まで暮らしてもらえるよう看取りの体制を整備しています。家族と介護職、医療職、相談職等多職種が話し合い、協力して安らかに死を迎えられるよう支援しています。

③大阪で初めて認知症高齢者の専門棟を設置して、入居者の生活を支援したりデイサービス利用者の在宅生活を支援したり先駆的に認知症介護に取り組んできました。現在も認知症介護指導者（法人内に4名うち大阪老人ホーム1名）による法人内研修や精神科医による研修、認知症介護実践者・リーダー研修の積極的な受講により専門性の向上に取り組み、認知症になっても安心して生活できるよう支援しています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成31年1月29日～平成31年3月18日
評価決定年月日	平成31年3月18日
評価調査者（役割）	1101A005（運営管理委員） 0401A128（専門職委員） 0401A172（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

特別養護老人ホーム「大阪老人ホーム」は昭和40年に開設されました。前身の「大阪養老院」は明治35年に開設されており、通算で117年目に入った歴史ある施設となっています。鉄道駅、官公庁に近く高速道路へのアクセスもよく、商業施設やスーパー等、生活の利便性の良いところに立地しています。

創設者が「目の前に困っているひとがいる」「そのことに目をそむけることができない」と理念をかかげ、現在までその理念が受け継がれています。

職員にこの施設の誇れることはと聞くと、「幾多の苦難を乗り越え理念を守りながら施設が長年にわたり、地域とともに歩み運営されている歴史」との答えがありました。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の見込みとなる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

### ◆特に評価の高い点

#### ■ワークライフバランスへの取り組みによる職員の定着

ワークライフバランスについては、職員の意向に配慮した勤務体制(9パターン)を整えるとともに、子育て・介護・看護の時短、子育て世代の夜勤免除、3歳まで育児休暇が可能等の配慮をしており、出産後の離職者が少なく定着に繋がっています。「平成30年度おさか介護かがやき表彰」に応募し大阪府知事から表彰されています。

#### ■公益的な事業・活動

在宅介護支援センターで松原市の地域包括支援センターのランチを受託しており、平成30年4月から、松原市の認知症初期集中支援チーム事業を受け、相談・支援を行っています。また大阪府社協老人施設部会の社会貢献事業「大阪しあわせネットワーク」に参画し、生活困窮者自立支援法に基づく就労訓練事業など多彩な貢献活動を展開しています。さらに大阪府下の各事業所の要請に応え「認知症介護実践研修(実践者研修・リーダー研修)」を開催するとともに、「介護初任者研修、実務者研修のスクーリング部分」の委託を受け実施しています。

#### ■身体拘束「ゼロ」の継続

平成31年現在、10年以上継続しています。個々の利用者の現状を把握、サービス提供の手法を職員全体で考えて対処しています。

#### ■認知症ケアについて

施設長を先頭に、看護課長、介護課長、各部署の責任者をメンバーとして「認知症に関する会議」月1回開催し、認知症の状態に配慮したサービス実施計画を策定しています。利用者が日常生活の中で、得意なことで役割を持てるように支援しています。また外出やレクリエーションを通じて生活を楽しめるように取り組み、職員には、認知症の医療やケア、接遇等について最新の知識と情報が得られるように研修を実施しています。また、事例を通じて支援の方法を学ぶなど実践の中で工夫し配慮することの重要性を確認しています。

## ◆改善を求められる点

### ■各課の単年度活動計画

施設内の各課・フロアごとに単年度事業計画を策定していますが、運営会議で課題ごとに対策について優先順位、担当部署、責任者、達成時期、成果目標、行動計画等を決め、月次の評価と見直しが連続した過程でわかるものになるよう、運営システムの見直しと手順の文書化が望まれます。

### ■利用者満足度調査への取り組み

利用者、家族等への満足度調査は、提供するサービスの質向上に向け具体的に結びつく調査になります。家族面談等を活用し調査を行う仕組みの整備が望まれます。

### ■標準的な実施方法見直しと整理

標準的な実施方法について、各サービス提供ごとに作成され見直しが行われているもの、見直しの時期、手順などを定め、定期的に検証・見直しをすることが望まれます。

### ■研修における出欠の把握と伝達

研修は計画通り行われていますが、パート職員を含め、全体の出欠状況、伝達が出来ているかを確認する仕組みの構築が望まれます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審するにあたり、自己評価項目を職員一同で取り組みました。  
評価結果の内容において、早急に改善が必要な点は真摯に受け止め、翌日より着手しておりサービスの質の向上に繋げております。今後の取り組み内容も明確になり、より一層努力して参ります。

## ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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。	b
(コメント)	<p>■理念、基本方針ともに社会福祉法人としての使命や目指す方向性を示し、職員の行動規範となる具体的内容になっています。</p> <p>■法人理念・基本方針は、中期経営計画書、単年度事業計画書に記載しています。</p> <p>■職員の周知に向けて、各詰所とフロアに法人理念・使命を掲示し、毎週月曜日の申し送り時と毎月のフロア会議で唱和しています。さらに年度初めには理念・基本方針の研修会を開催しており、職員のヒアリングでも確認しました。</p> <p>■利用者・家族への周知に向けて、ホームページに創始者の思いや「聖徳会のこれまでとこれから」といった現在に至る過程を写真と共に掲載し、理解しやすい内容に創られています。広報誌の特集や喫茶ルームのライブラリーコーナー等でDVD放映をするなど、自然な形で伝える工夫が望まれます。</p> <p>■パンフレットや広報誌にも理念・基本方針を記載、配布していますが、広報誌の基本方針が時々抜けています。記載の確認が望まれます。</p>	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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
(コメント)	<p>■厚生労働省や大阪府の各種公表資料、全国社会福祉法人経営者協議会等の社会福祉事業関係団体からの情報を積極的に収集し分析しています。</p> <p>■松原市の高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画や、松原市の地域包括支援センターランチ関係の情報から地域の福祉計画の策定動向や内容を把握し、分析しています。</p> <p>■毎月の法人事業運営責任者会議で、各事業所の月次報告（利用者数・利用者像、職員体制、コスト等）から経営状況を分析するとともに、中間事業報告（4月～9月）と年度報告で利用者の推移・利用率・コスト分析等を行い、経営環境や課題について検討しています。</p>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■毎月の法人事業運営役職者会議で、各事業所の利用者数、利用者像、職員体制、設備の整備、人材育成、財務状況等について月次報告を行い、経営状況を共有しています。</p> <p>■毎月の法人事業代表者会議（各所属長、財務部長、統括部長、業務部長）で月次事業報告から具体的な経営課題を明らかにし、改善すべき課題について取り組みを検討しています。</p> <p>■毎月の法人事業代表者会議の決定事項については、施設の支援課（施設長、介護課長、介護支援専門員、生活相談員、短期の生活相談員）で共有し、運営会議、チーフ会議（施設長、各フロアのチーフ5名、介護課長、看護課長）で具体的な取り組みについて検討しています。</p> <p>■各フロアチーフは、担当フロアのフロア会議で職員に伝えています。</p> <p>■現在、支援課と各チーフの連携強化によって、効率的な空床利用による稼働率改善に取り組み効果を上げています。</p>	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

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。 b

(コメント)

■法人の使命として「目の前に困っている人がいる。そのことに目を背けることはできない」を謳い、「時代と地域の要請を受けて、適切なサービスを提供します」と、法人中期経営計画（2017年3月～2022年）に示しています。  
 ■事業戦略では、大阪老人ホームについて「全面建て替えから17年を経過し、厨房設備、電気系空調、入浴設備に不都合が生じ、居住スペースについてもカーテン仕切りでプライバシーの確保が不十分であることから、大規模修繕計画を策定し、環境整備の検討が必要」と具体的内容になっています。さらに利用者の居室タイプの選択幅の確保から従来型維持の方針を打ち出しています。  
 ■中期経営計画・収支計画の見直しは、法人経営企画会議で中間事業報告や年度事業計画の策定に合わせて行っています。  
 ■中期経営計画の内容は具体的に記載されていますが、数値目標や成果、達成時期の設定について、より具体的な記載が望まれます。

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。 b

(コメント)

■中期経営計画（2022年計画）に基づいた、平成30年度法人事業計画が策定され、その計画に沿って各事業所の単年度事業計画を策定しています。  
 ■大阪老人ホームの平成30年度事業計画では、「1. 利用者・社会に対する基本姿勢 2. 福祉人材に対する基本姿勢 3. マネジメントにおける基本姿勢」の3つの方針について、行動計画を示していますが、全ての項目に達成時期や数値目標、具体的成果を設定し、さらに具体的な行動計画の提示が望まれます。  
 ■単年度事業計画は、半期、年度毎に報告書を作成していますが、具体的な成果や目標が設定されている項目が少なく、全体に根拠の薄い評価になっています。次の計画に活用できる評価が望まれます。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。 b

(コメント)

■単年度事業計画の策定手順は、1月下旬～2月下旬に次年度の法人事業計画案に基づいて作成した、各事業所の単年度事業計画案を、法人本部に提出し理事会の承認を受けます。2月下旬～3月下旬に各事業所の単年度事業計画案に基づいて、各フロアのチーフと課長で各フロアの事業計画案を作成し、施設の運営会議で調整後、4月に大阪老人ホーム事業計画書として各課とフロアに配布しています。  
 ■各課とフロアごとに作成した事業計画に基づいて毎月の目標を設定し各詰所に掲示しています。また月次の成果を施設の運営会議で検討後「事業報告」にまとめ、毎月の法人事業運営役職者会議に提出するとともに、半期、年度毎の成果を事業報告書にまとめています。  
 ■大阪老人ホーム平成30年度事業計画書に経営課題と対策を示していますが、運営会議で各課題の対策ごとに優先順位、担当部署、責任者、達成時期、成果目標、行動計画等を決め、月次の評価と見直しが連続したものになるよう、施設内の事業計画の運営システムの見直しと手順の文章化が望まれます。  
 ■各課・各フロアの事業計画については職員参画がみとめられますが、法人の大阪老人ホーム単年度事業計画については、年度初めに各フロア会議で、施設長が全職員に対して「法人の大阪老人ホームの年度計画」を説明し共有することが望まれます。

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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■事業計画書・事業報告書・決算報告書を玄関に設置し自由に閲覧可能としています。広報誌の春号に施設長の施設運営方針を掲載し、フロアに掲示するとともに、全家族に配布しています。</p> <p>■家族会の発足はありませんが、毎年9月の敬老の日に「サービス報告会」を開催し、施設の取り組みについて報告しています。平成30年度は4月から松原市の歯科医師会との協定で訪問歯科が変わったことを報告し、歯科医師の紹介を兼ねて講演会を開催しています。</p> <p>■「サービス報告会」の内容は、広報誌に掲載しフロアに掲示するとともに、全家族に配布しています。またブログでも紹介しています。</p> <p>■事業計画の周知の工夫として、平成31年度事業計画の要約版を作成し広報誌と共に全家族に郵送の準備を進めています。</p> <p>■玄関の閲覧コーナーには、「ご自由に閲覧できます」といった表示が望まれます。また月次目標のみを掲示していますが、活動計画表をフロアに掲示し、家族来所時に取り組み状況に対する意見を伺う等、事業計画への参加を促す工夫が望まれます。</p>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	
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。	
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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■各課と各フロアごとに、事業計画として活動目標を立案し、毎月のフロア会議で達成状況を評価するとともに、チーフ会議と運営会議で進捗状況を管理しています。さらに運営会議で調整したものを「業務報告」に作成し、毎月の法人事業運営役職者会議に報告しています。</p> <p>■第三者評価の受審は4回目ですが、毎年の自己評価は大阪府の自主点検表を用いて実施しています。今回の受審にあたっては、課長を中心に運営会議で取り組んでいます。</p> <p>■サービス検討委員会の4グループが設置されていますが、ケアに限局した活動内容であり、第三者評価受審に際しては運営会議がプロジェクトチームとして事実上の活動をしています。広い意味での福祉サービスの質の向上に向けた組織づくりが望まれます。</p>	
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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
<p>(コメント)</p> <p>■毎年の自己評価から明らかになった課題を各課、各フロアで事業計画に挙げ、改善に取り組んでいます。</p> <p>■前回の第三者評価の受審結果からは、「①理念を広報誌に掲載 ②階層別教育計画の実施 ③目標管理シートの見直し ④退所時の家族へのメッセージ作成」等の課題について改善に取り組んでいます。</p> <p>■今回は、施設の運営会議のメンバーを中心に職員参加型のプロジェクト活動を行い、第三者評価の自己評価シートに沿って見直しを行い、PDCAサイクルを動かしています。</p> <p>■プロジェクト活動によってPDCAサイクルを動かす場合、活動過程がより具体的に分かる活動計画表の作成を期待します。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
(コメント)	<p>■単年度事業計画に運営方針と取り組みを示すとともに、毎年広報誌の春号に「年度の事業運営に対する思い」を掲載し、自らの役割と責任について表明しています。</p> <p>■施設長の職務分掌として、キャリアパスの階層別職責に役割や責任を規定しています。さらに研修や会議等でも表明し周知が図られています。</p> <p>■有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任は、「緊急対策」と「消防」の編成表に示し、不在時の権限委任については職務分掌に規定しています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■職務分掌に管理者に決裁権限が委任されている事柄が詳細に規定されており、利害関係者との適正な関係を保っています。</p> <p>■管理者は、高齢者施設運営に必要な外部研修に数多く参加し、内部研修でも平成30年度の管理者研修「労働局による働き方改革関連法の概要」に参加しています。</p> <p>■平成30年度事業計画に「マネジメントにおける基本姿勢」として、法令遵守の徹底とガバナンスの確立を示し、法令遵守規程（業務管理体制規程）を整備していますが、コンプライアンス委員会による幅広い取り組みが望まれます。</p> <p>■職員研修は、毎年年度初めに「職業倫理」「人権、プライバシー、身体拘束、高齢者虐待」についての研修を実施しています。</p>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■管理者は、年1回の大阪府の自主点検表による自己評価と、5年ごとの第三者評価受審結果さらに月次報告等から「福祉サービスの質」について評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、把握した課題について施設の運営会議と法人事業運営役職者会議で検討するとともに、単年度事業計画の「1. 利用者・社会に対する姿勢」の項目に取り上げ、具体的な取り組み方針を職員に提示しています。</p> <p>■管理者が提示した単年度事業計画に基づいて、各課とフロアごとに、事業計画として活動目標を立案し、毎月のフロア会議で達成状況を評価するとともに、チーフ会議と運営会議で進捗状況を管理しています。</p> <p>■管理者が提示した課題と対策について、優先順位の絞り込み・担当部署・達成時期・成果目標の設定と活動計画表の作成まで、管理者の積極的な参加が望まれます。</p> <p>■利用者のケアについては、サービス検討委員会の4グループ（排泄・入浴・食事・レクリエーション）がフロアチーフを中心に毎月活動しており、チーフ会議、運営会議に報告されます。予算が関係する案件については管理者に直接報告があり、必要時活動に参加しています。</p> <p>■具体的取り組みとしては、入浴担当では着替え用ベッドの購入やリフト浴の床の張り替え、排泄担当ではパッドの見直しなどがあります。</p> <p>■職員の教育・研修では、認知症介護実践研修、医療的ケア（喀痰吸引研修）、介護初任者研修等への参加を促しています。</p>	



II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■管理者は、人事、労務、財務に関するデータを月次で把握し分析を行っています。</p> <p>■平成30年度事業計画に「人材確保とワークライフバランス、はたらきやすい魅力ある職場環境づくりに取り組む」と示し、具体的に取り組んでいます。「第1回 おおさか介護かがやき表彰」に応募し、「育児支援とシルバー人材センターの利用によるはたらきやすい職場づくり」で大阪府知事から表彰されています。</p> <p>■管理者は、人材確保のプロジェクトチームを立ち上げ、法人事務局を中心に各事業所からチーフ、サブチーフの10名が平成31年3月の就職フェアに向けて積極的に活動しています。</p>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

II-2 福祉人材の確保・育成

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。

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
(コメント)	<p>■平成30年度事業計画書の「2. 福祉人材に対する基本姿勢」で、トータルな人材マネジメントの実現を取り上げ、職員配置体制や育成、処遇向上等を示しています。</p> <p>■法人の人材確保プロジェクトチームは、現状の配置数に働き方改革関連（有給休暇5日）と新規事業を加えた職種と員数を算定し、特に専門職については、現状の介護報酬加算算定数以上を獲得することを基本に求人活動を展開しています。</p> <p>■特養2施設は、新入職員育成の役割を持ち、法人の在宅部門やその他の入所部門の要請に合わせて再配置システムをとっています。</p> <p>■平成30年度は、インターネットの就職情報サイト、就職フェア、養成校の訪問などの求人活動の結果12名が入職し、特養2施設に配置しています。</p>	

II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■「期待する職員像」についてはキャリアパスに階層別コンセプトとして記載し、人事基準は就業規則に示しています。</p> <p>■法人は人事考課制度を導入しており、就業規則とキャリアパスに合わせて新入職員研修で説明し資料配布をしています。</p> <p>■職員の意向・意見は、人事考課の自己評価表の「アピール欄」に記載し、年2回の考課後に目標管理と合わせて面接しています。考課者は一次（チーフ）・二次（課長）・三次（施設長）の三段階で評価し、考課者7名で調整後さらに二段階の調整をしています。処遇改善の必要性等の評価・分析は本部人事課が管理しています。</p> <p>■考課に当たっては、考課者全員で考課結果の調整をしていますが、法人人事制度の習熟を基本とした考課者訓練の定期的な実施が望まれます。</p> <p>■職員が自らの将来の姿を示すものとして「キャリアパスモデル（6階層）」にキャリアモデルを示し、目標管理の目標設定に「年間研修計画」と合わせて活用しています。</p>	

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p>(コメント)</p> <p>■職員の有給休暇、時間外労働のデータは各事業所で集約し、法人人事課が管理しています。</p> <p>■労働安全衛生委員会を毎月1回開催し、産業医・衛生管理者・各事業所の担当者が参加しています。年1回の健康診断（夜勤者は2回）、インフルエンザ予防接種、労働災害状況や残業時間等の評価・分析、職場環境パトロールの結果報告等を行っています。</p> <p>■毎月の職場環境パトロールは、衛生管理者が行い産業医に報告しています。年に1～2度は産業医のパトロールが望まれます。</p> <p>■メンタルヘルスは、年2回の面接の他に、ストレスチェックを外部委託で実施し、期間を設定して希望者本人が産業医（精神科医）に申し出るように通用口に掲示しています。悩みの相談やハラスメントの相談窓口は入職時に担当者の案内をしていますが、公的な相談窓口の掲示が望まれます。</p> <p>■福利厚生は、大阪民間社会福祉事業従事者共済会や福利厚生センター（Sowel CLUB）に加入、クラブ活動（フットサル・バレーボール）、職員忘年会、ボーリング大会、お花見など法人内のレクリエーションに力を入れています。</p> <p>■ワークライフバランスについては、職員の意向に配慮した勤務体制（9パターン）を整えるとともに、子育て・介護・看護の時短、子育て世代の夜勤免除、3歳まで育児休暇が可能等の配慮をしており、出産後の離職者が少なく定着に繋がっています。「平成30年度おおさか介護かがやき表彰」に応募し、大阪府知事から表彰されています。</p>	

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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <p>■キャリアパスに「期待する職員像」を職能等級別に示し、「管理能力」「職務姿勢」「業務能力」の3項目とキャリアモデルが提示されています。</p> <p>■年2回の人事考課のフィードバック面接（6月と12月）に合わせて、目標管理シートによる目標設定に取り組み、中間面接では進捗状況の確認と下半期の見直しを行っています。</p>	
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
<p>(コメント)</p> <p>■中期経営計画の方針の中で、「人間味あふれ、専門性の高いプロフェッショナル集団を追及し続けます」と明示し、キャリアパスに「期待する職員像」を職能等級別に示しています。</p> <p>■キャリアパスモデル（6階層）のキャリアモデルに専門技術や専門資格を明示しています。平成31年1月では認知症介護指導者1名、認知症リーダー研修修了者7名、認知症実践者研修修了者9名、医療的ケア（喀痰吸引等研修修了者）24名が在籍しています。</p> <p>■毎月の法人研修会議に各事業所から担当者が参加し、年間研修計画の策定と実施・評価を行っています。</p> <p>■研修計画の評価・見直しは、研修終了時に参加者が記載した「ふりかえりシート」で行っています。また「ふりかえりシート」は担当講師に回覧し、次回の講義内容の参考に提供しています。</p> <p>■年間研修計画は、毎年年度末に研修会議で行い、次年度の計画立案と講師の選択をしています。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>           ■個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は、人事考課の能力データによって把握しています。            ■新人研修のOJT（職務を通じての研修）は、固定した指導者は付けていませんが、フロア職員が毎日指導担当に付きます。またOFF-JT（職務を離れての研修）で法人研修計画の新人研修、ベーシック研修、フォローアップ研修があります。            ■平成29年度から法人年間研修計画を、ベーシック研修と中級研修、管理職研修の階層別に変更し、ベーシック研修は全職員対象、中級研修はチーフ・サブチーフ対象、管理職研修は係長以上の管理・経営職対象に分けています。また平成30年度から専門職のソーシャルワークが加えられています。            ■外部研修の情報提供は職員通用口に掲示し、目標管理に合わせた参加機会を提供しています。            ■内部研修は、参加機会を多くする目的から同一研修を2回実施し、開催時間についても19時15分開始とし、終了後の「ふりかえりシート」提出者には研修手当を付けていますが、参加率が低迷しています。参加率を上げるための工夫が望まれます。            ■新入職員の独り立ちを決めるためのチェックシート等の作成が望まれます。         </p>
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。	
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
(コメント)	<p>           ■実習受け入れの基本姿勢は、平成30年度法人事業計画の「2. 福祉人材に対する基本姿勢」に、「職員の自己研鑽に役立つ大学等での福祉教育・学習支援、養成機関等と連携等を通じ、法人職員の資質の向上及び次代を担う人材育成を進めます」と示しています。            ■実習生受け入れについては、マニュアルを整備し、各専門職ごとに（社会福祉士・介護福祉士）プログラムと実習指導者講習会修了者（社会福祉士1名、介護福祉士10名）による実習体制を整えています。            ■実習プログラムは、法人内の他事業所や生活相談員、看護師、機能訓練指導員など他職種と同行を組み込んだ内容にしています。            ■大阪介護福祉士会開催の平成30年度実習指導者講習会フォローアップ研修に参加を予定しています。            ■学校教員の实習巡回時に実習生を交えて実習カンファレンスを行い、教員との連携を密にしています。         </p>

II-3 運営の透明性の確保

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。

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。	b
------------	----------------------------	---

(コメント)

■平成30年度法人事業計画書、平成29年度法人事業報告書、平成29年度法人決算書のファイルを、玄関に設置し閲覧できるようにしています。予算書についても公開が望まれます。  
 ■法人ホームページに理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、研修関連情報、採用情報、後援会、法人沿革、ロゴマークコンセプト、個人情報保護方針、アクセスマップ、福祉向上のための取り組みの実施状況、苦情件数、決算書、監事報告書等を掲載しています。  
 ■ワムネットで現況報告書・財務諸表等の情報、第三者評価受審結果を公表しています。  
 ■苦情・相談体制は、重要事項説明書に記載し施設内にも掲示しています。苦情の対応状況については、家族の了解を得た上で掲示しており、苦情の件数はホームページでも公表しています。  
 ■パンフレットは入所申込者や介護予防教室参加者に配布し、広報誌は後援会、ボランティア、利用者家族に配布しています。

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。	b
------------	----------------------------------	---

(コメント)

■法人の組織・運営規程（事務・業務分掌）・経理規程等に基づいて、事務全般の職務分掌と権限・責任を明示しています。また職員のルール周知については、事務体制を本部事務局集中型に変更し、経営管理体制強化に取り組んでいます。  
 ■事務・経理・取引等については、必要に応じて外部の専門家（経営コンサルタント）に相談し、助言を得ています。  
 ■毎年の監事監査は監事2名で実施され、前会計年度実施状況は「概ね適正である」の意見で、指摘事項は「特になし」でした。内部監査については、施設相互の監査など実施方法の工夫による実現が望まれます。  
 ■外部の専門家（経営コンサルタント）の活用により、事業、財務に関するチェックを受け、指摘事項に対しては、改善報告書を提出するシステムになっています。  
 ■「会計監査人の設置義務の段階施行」に備えて、平成27年に会計監査法人によるショートレビュー（予備調査）を受け、現在準備を進めています。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 a

(コメント)

■平成30年度事業計画の「1. 利用者・社会に対する基本姿勢」に、地域との関わり方について示しています。  
 ■社会資源の情報提供としては、「松原市くらしの便利帳」を事務所に設置、各フロアに松原市の広報誌設置、さらにマッサージ、理美容、パンの販売、出張デパート等の掲示をしています。  
 ■地域の催しへは、平成30年5月に松原市役所の「バラフェスティバルの腕白相撲」に利用者7名、平成30年11月に松原中央公園の「まつばらマルシェ」で10名が屋台の食べ物を購入するなど、いずれも職員付き添いで参加しています。  
 ■地域住民との交流は、「施設の夏祭り」に地区自治会の招待、施設の地域交流センターで「松原小学校の生徒」や「ひかり幼稚園の園児」との交流など積極的に取り組んでいます。  
 ■利用者は、個別に買い物や外食、美容院に行くなど地域の資源を活用しています。

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。 b

(コメント)

■平成29年度事業計画の社会に対する基本姿勢に、「地域の方との交流や生きがい活動のためのボランティア受け入れを積極的に行う」と謳い、マニュアル等の整備をしています。ボランティアマニュアルに「ボランティア受け入れにあたっての基本姿勢」の明文化が望まれます。  
 ■学校教育等への協力は、松原市の中学校から「職場体験学習」として、平成30年度に2年生を年間21名受け入れています。地域の学校教育への基本姿勢の明文化が望まれます。  
 ■ボランティアの研修・支援は、毎月開催の「ボランティア会議」が中心に活動しており、メンバーは各拠点事業所の生活相談員5名で、法人全体のボランティアが集まる「ボランティア感謝祭」（平成31年2月予定）、ボランティア広報誌「ぼらぼら通信」（年1回発行）を運営しています。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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。 b

(コメント)

■地域の関係機関資料を支援課の担当者が個別にファイルしていますが、支援課の職員間の情報共有はできています。支援課以外のだれもが利用しやすい工夫が望まれます。  
 ■松原市は、地域包括支援センターに事務局を置き、居宅介護支援連絡会、デイ連絡会、ホームヘルパー連絡会、介護付き有料老人ホーム連絡会、サービス付き高齢者向け住宅連絡会、ショートステイ連絡会がありそれぞれに担当者が参加し情報共有しています。  
 ■平成25年に広域連携として、日本福祉大学提携13法人と「災害時の連携・支援に関する覚書」を交わし、広域での災害における連携と毎年研修を行っています。

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■「いこいの広場」を地域に開放し、老人会などがゲートボール、グランドゴルフ、ペタンクなどに活用しています。</li> <li>■施設の専門職が、地域交流センターで「いきいき講座」を開催しており、地域住民の活動・相談窓口となるよう努めています。</li> <li>■施設の「夏まつり」への地域住民の招待や、松原市の「市民祭り」、「いきいき交流フェスタ」で活動しています。</li> <li>■平成29年、松原市と「災害発生時における福祉避難所の指定及び設置運営に関する協定」の締結をしていますが、詳細についての取り決めは現在確認中です。また、阿保地区の自治会と災害協定を結び、松原市の危機管理室・消防署立会での自治会住民と合同防災訓練を行っていますが、「いこいの広場」の開放や職員参加による協力体制で止まっています。</li> <li>■平成30年の台風や地震を踏まえ、今後発生するであろう大地震を想定したシミュレーションを確実にし、そのシミュレーションに基づいた合同訓練の実施と、福祉避難所の具体化が望まれます。</li> </ul>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■法人全体として、松原市の「介護認定審査会」、「地域包括支援センター運営協議会」、「児童福祉審議会」等に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。</li> <li>■民生委員・児童委員等からの情報として、第三者委員会や入所判定委員会等の場で具体的福祉ニーズの把握に努めています。</li> <li>■在宅介護支援センターが松原市の地域包括支援センターのランチを受託しており、相談事業、要援護高齢者の支援、介護予防教室の開催などに取り組んでいます。また平成30年4月から、松原市の認知症初期集中支援チーム事業に参入し相談・支援を行っています。</li> <li>■大阪府社協老人施設部会の社会貢献事業「大阪しあわせネットワーク」に参画し、CSW（コミュニティソーシャルワーカー）による「制度の狭間の生活困窮者」への支援をしています。生活困窮者自立支援法に基づく就労訓練事業では、一般就労に向けた支援を行っていますが、対象者が少ない中で1名就労に繋がったケースがあり多彩な貢献活動を展開しています。</li> <li>■大阪府下の各事業所の要請に応え「認知症介護実践研修（実践者研修・リーダー研修）」を開催するとともに、「介護初任者研修、実務者研修のスクーリング部分」の委託を受け実施しています。</li> </ul>	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	b
(コメント)	<p>■利用者を尊重したサービス提供について、理念に明示し、標準的な実施方法に反映しています。</p> <p>■身体拘束、虐待防止について、身体拘束廃止委員会が定期的開催され状況の把握、評価を行い必要な対応をとっています。</p> <p>■利用者の尊重、基本的人権について研修が行われています。参加者については確認出来ますが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成など仕組みの構築が望まれます。</p>	
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)	<p>■プライバシー保護についてマニュアルが整備され、新規入職時また定期的に研修が行われています。参加者については把握が出来ますが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が望まれます。</p> <p>■利用者、家族へのプライバシー保護、権利擁護についての説明は入所時に行っています。</p> <p>■不適切な事案へは、各サービス担当者会議、フロア会議で対応していますが、対応手順の文書化が望まれます。</p>	
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。		
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。	b
(コメント)	<p>■福祉サービスの提供に必要な情報について、ホームページ、パンフレット等で公開しています。また内容については、適宜見直ししています。</p> <p>■見学、相談について丁寧な説明内容を確認できます。書式として、説明資料の列記がありチェックをするようになってはいますが活用されていません。活用が望まれます。</p> <p>■体験入所については、ショートステイで対応しています。</p> <p>■近隣の居宅介護支援事業所に施設紹介のパンフレットを持参し、説明が行われていますが、設置までには至っていません。多くの人が入手できる場所の選定など工夫が望まれます。</p>	
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)	<p>■サービス利用開始、変更時に説明し、同意を得る際は利用者の自己決定を尊重しています。</p> <p>■サービス開始、変更時の説明資料について、利用者、家族が理解しやすくするための工夫は、拡大文字の使用など一部行われていますが、想定される利用者、家族等の対応についての資料の作成が望まれます。</p> <p>■入所契約時、介護保険改定に伴う変更時また、ケアプラン等の説明については手順書を作成し、急な場合でも対応できる仕組みが望まれます。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への配慮について、成年後見制度の利用など適宜取り組んでいますが、手順書などのルール作りが望まれます。</p>	

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
(コメント)	<p>■利用者の入院、他施設への移行、家庭への移行について、継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めていますが、詳細が明記されていません。担当職員以外でも対応できる、移行先別の引継ぎ文書名などの記載が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者満足度に関する調査は、食事について毎年実施しています。他のサービスに関する調査は、施設サービス報告会でアンケートを定期的実施していますが、参加者が少ない傾向にあります。家族等の面会、ケアプラン作成に伴うカンファレンス実施時の活用など、サービス向上、改善への取り組みを組織として位置づけて定期的実施することが望まれます。</p>	
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。		
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
(コメント)	<p>■苦情解決の仕組みとして、苦情解決体制要領、苦情解決実施要領が定められています。第三者委員は8名選任しており、毎月1回意見交換会を実施しています。</p> <p>■苦情解決の仕組みについて、利用者、家族への説明は重要事項説明書で行われています。重要事項説明書に担当者を明示していますが、責任者、第三者委員も記載するか、別文書での説明の工夫が望まれます。</p> <p>■苦情申し出に対し、受付から解決に至る経緯を記録として残しています。</p> <p>■苦情申し出者に配慮し、内容を掲示し公表しています。ホームページには件数の掲載に留まっています。より開かれた施設として、内容についても公表（掲載）が望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■利用者が相談、意見を申し出しやすい環境づくりが行われています。複数の相談者、第三者委員も含めた文書の掲示があります。</p> <p>■意見箱を設置していますが、筆記具、用紙の設置が望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■相談・意見の受付から解決までの対応は、苦情処理対応と同等で行う仕組みになっていますが、同等扱いの明示として、苦情要領等の表題に「意見、相談」の項目記載が望まれます。</p> <p>■職員に対し、日々のサービス提供時に個々の利用者から聞き取りを行うように周知し、積極的に把握するようにしています。また第三者委員の懇談会でも利用者からの相談や意見を取り上げ、サービスの向上に努めています。</p> <p>■標準的な実施方法（対応マニュアル）の定期的な見直しについて、定期的な見直しが行われたかの確認が取れない状況です。確認がとれる仕組みが望まれます。</p>	
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。		
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。	b
(コメント)	<p>■緊急対応マニュアルが整備され、事故発生時の対応、安全確保についての責任と手順が明確になっています。</p> <p>■利用者の安心、安全を脅かす事例の収集が積極的に行われ、発生要因の分析、改善策、再発防止に取り組む委員会がありますが、類似的なリスクマネジメント報告があります。再度、改善策、再発防止を含め職員への周知徹底が望まれます。</p>	



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。	b
(コメント)	<p>■感染症対策について、管理体制が整備され、感染予防、発生時の対応の指針があり、職員への周知が行われています。指針等の見直しについて、定期的に行われているか確認出来ない状況です。確認することができる仕組みが望まれます。</p> <p>■法人全体で感染症委員会にて、感染症予防、安全確保について検討し、各施設での伝達が行われています。</p> <p>■ノロウイルス発症時の対策として、処理を行うセットを設置していますが、保管場所が鍵のかかる倉庫となっており、即応体制として時間がかかることが想定されます。保管場所の選定が望まれます。</p> <p>■インフルエンザの発症が数事例あります。インフルエンザの予防接種は行われていますが職員は希望者となっています。アレルギー体質の関係で接種出来ない職員への対応方法、日頃の職員の体調管理について検討することが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■地震、火災、風水害などの災害時の対応が決められていますが、災害発生時に利用者が避難したかの最終確認を行う仕組みについて、複数回確認しないで済む方法等の検討が望まれます。</p> <p>■食料等の備蓄について管理者を決め、リストを作成しています。備蓄品の数、消費期限などの確認を行ったかのチェックリストを作成して管理し、そのチェックリストを備蓄庫、スタッフルーム等へ設置することが望まれます。また食料の備蓄は利用者の2食3日分となっています。利用者、職員合わせた3食3日分の備蓄が望まれます。</p> <p>■防災訓練は消防署の参画のもと実施しています。火災想定以外の地震等の訓練が望まれます。また近隣の住民への参加要請も積極的に行うことが望まれます。</p> <p>■近隣の自治会が主催する防災訓練について、協定書を締結し、法人の敷地を提供し職員も参加しています。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	b
(コメント)	<p>■サービス提供の開示請求は過去に1件あり、規程、方針に基づく手続きで開示しています。</p> <p>■利用者、家族への説明は入所時に重要事項説明書で行われ、同意書にて同意を得ていますが、同意書は施設内掲示物での申し出方法の案内と内容的に差異があります。掲示だけでなく同様の内容で入所時の説明を行うことが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みされている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組みされている。	b
(コメント)	<p>■施設サービスを受ける必要性が高い利用者が優先的に入所できるよう、入所選考指針を作成し、第三者委員の参加を得て毎月1回入所選考委員会を開催しています。</p> <p>■入所選考指針や説明資料等はわかりやすく記載し、会議資料として入所選考委員等に配布する、施設入所希望者に手渡しする等の取り組みをしていますが、一般に公表はしていない状況です。入所選考に係る指針や説明資料等はインターネットホームページや施設パンフレット等で公表し、誰でもが閲覧できるようにすることが望まれます。</p>	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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。		
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
(コメント)	<p>■標準的な実施方法が文書化されています。また実施方法には利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護についての姿勢を明示しています。</p> <p>■標準的な実施方法の研修、個別指導について、新人研修、新人担当者によるOJTを行い周知徹底を行っています。新人はもとより、現任の職員に対しても再徹底が望めます。</p> <p>■標準的な実施方法に基づいて実施しているかは、フロア会議、各サービス担当者会議による確認を行っていますが、職員本人対象によるアンケートなど、日頃の実施についての把握と思い起こしを図るなどの取り組みが望めます。</p>	
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
(コメント)	<p>■各サービス担当者会議にて改善策を検討しています。仕組みとして、標準的な実施方法の検証・見直しは行われているものの時期、方法について組織として策定し実施することが望めます。現状の仕組みでは定期的であることの確認が取りづらい状況です。</p> <p>■検証・見直しにあたり、施設サービス計画の内容を標準的な実施方法へ反映するべきか、運営会議、フロア会議で検討していますが、反映に至った事例はありません。今後は利用者等も含めた取り組みが望めます。</p>	
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。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもと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。	b
(コメント)	<p>■組織で定められた手順、様式でアセスメントからサービス実施計画が作成されています。</p> <p>■部門間を横断した職種の関係職員によるアセスメント等について協議を行うとともに、サービス実施計画の策定のカンファレンスが、家族等も参加して行われています。</p> <p>■サービス実施計画通り実施出来ているかの確認も所定の記録にて行われ、支援困難な事例への対応も積極的に行われています。</p> <p>■ケアプラン作成の手順書を作成し、作成担当者が変わっても、多様なケースに対応出来る仕組みづくりが望めます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■サービス実施計画の作成から同意、実施、見直しについて、施設介護支援専門員が主となって行っていますが、手順書がありません。ケアプランの評価、見直し、急な変更、周知方法を含めケアプラン作成の手順書の整備が望めます。</p> <p>■職員への周知は会議、引継ぎノート等で行う仕組みになっています。見直しは6か月毎に行い、カンファレンスは利用者、家族の参加を得て実施しています。</p>	

	Ⅲ-2-(2)-③ 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>           ■施設サービス計画書は利用者一人ひとりの意向や家族等の希望を尊重し、自立支援の方針に沿って作成しています。            ■サービス担当者会議には関係する職種が出席し、必要に応じ医師の指示や指導を受けて検討しています。施設サービス実施計画書は利用者・家族等へ説明を行い同意を得ています。            ■施設サービス計画書は、自宅復帰も考慮して生活リハビリを取り入れ、利用者の帰宅願望等を尊重した支援内容にしています。            ■施設サービス計画書は、サービスの提供を行う全ての職員が理解できるように、責任者を定めユニットミーティング等で確認し共有していますが、一部にサービスの提供が行なわれていない等の課題が残っています。サービス提供内容については全職員が理解し、確実に提供できるように職員間で取り組むことが望まれます。         </p>	
	Ⅲ-2-(3) 福祉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
(コメント)	<p>           ■利用者の身体状況、生活状況を組織が定めた統一様式で記録し把握しています。            ■記録の書き方について、ケアプラン研修の中で行われ差異が生じないようにしていますが、より個人差を無くすためにも、OJTなど個別指導による対応が望まれます。また記録漏れ等で重複のサービス提供によるリスクマネジメント報告があります。記録漏れをなくす工夫が望まれます。            ■情報共有を目的とし、部門を横断した職員による協議が行われ、職員への周知に向け会議、朝・夕の申し送り、引継ぎ用紙、連絡ノートを活用、記載する字句の色を変えるなど工夫をしています。            ■パソコンによる施設内ネットワークの活用が一部の業務にとどまっていますので、さらなる活用が望まれます。         </p>	
	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
(コメント)	<p>           ■個人情報保護規程等により、責任者が設置され利用者の記録の保存、情報提供の取扱いは明確になっていますが、保管、廃棄についての文書確認がとれません。明確化が望まれます。            ■記録の管理について、個人情報保護の観点からの研修が行われています。参加者の把握は出来ませんが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が望まれます。            ■個人情報保護についての理解、遵守に曖昧な部分があると、職員ヒアリングで判断しました。理解度の確認状況などを把握する取り組みが望まれます。            ■利用者、家族への説明は入所時に重要事項説明書で行われ、同意書にて同意を得ていますが、施設内掲示物での申し出方法の案内と内容的に差異があります。掲示だけでなく同様の内容で入所時の説明を行うことが望まれます。         </p>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>■身体拘束は10年以上行っていません。やむを得ず身体拘束を実施する場合の手続きを定めています。身体拘束ゼロ宣言は重要事項説明書に記載し利用者、家族へ説明を行うとともに、施設内掲示「利用者の権利宣言」として7つの項目で宣言しています。</p> <p>■身体拘束廃止委員会が定期的開催され、身体拘束「ゼロ」を継続すべく検討しています。</p> <p>■施設内研修を年1回、職業倫理の研修で行っており、参加者の確認はできますが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達状況を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が期待されます。</p> <p>■外部研修参加は「復命報告書」で確認できましたが、伝達が行われたかの確認ができませんでした。伝達研修等の仕組みが期待されます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	b
(コメント)	<p>■入所者所持金等管理取扱要領に基づき、管理、点検、収支状況の報告が行われています。</p> <p>■利用者による自己管理について、保管庫等の設備は施設として設置していません。保管場所は利用者の判断で決めています。今後を見据えて家族等との連携のもと、保管場所の検討が望まれます。</p> <p>■成年後見制度の利用を視野に入れた検討を、カンファレンスで行う仕組みがあります。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	b
(コメント)	<p>■機能訓練指導員に理学療法士を配置し、個別機能訓練計画書を作成して寝たきり予防に取り組んでいます。離床時間や支援内容については看護職員、介護職員と連携して取り組んでいますが、褥瘡の発症予防には至っていない状況です。今後は褥瘡予防と合わせた取り組みが望まれます。</p> <p>■食堂で皆と一緒に食事をする、レクリエーションに参加する、トイレでの排泄を試みる、着替えをするなど、利用者の意欲を引き出すよう取り組んでいます。が、食事時間に車イスで座ったまま眠っている利用者も見かけられます。利用者の気持ちや状況を細やかに把握し、支援内容を工夫することが望まれます。</p>	

## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■サービス検討グループを設け、排せつ・入浴・食事・レクリエーション等について担当者を決め、サービスの質の向上を目指した取り組みをしています。</p> <p>■利用者一人ひとりの状況や希望に沿った一日の過ごし方ができるように工夫しています。年間行事での外出支援、個別希望に沿った外出支援、地域ボランティアの協力を得た楽しみごと支援、ユニット毎の食事づくりやレクリエーション企画、毎週2回の喫茶室開店、安全で快適な入浴支援、排せつの自立支援など、職員は利用者の意欲を高め生活を楽しめるように取り組んでいます。</p>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者の思いや希望は個別に聴き取ったり、日常会話の中で把握しています。意思表示が困難な場合には筆談をしたり、表情で理解するなど、一人ひとりに合わせた対応をしています。</p> <p>■利用者への言葉づかいに対しては接遇研修等を通じて節度ある接し方を学んでいますが、一部ではスピーチロックや幼児語等で話しかけている状況も見られます。接遇研修等については全職員が受講できるように徹底し、職員間で注意喚起できるような取り組みが望まれます。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■入浴サービスの質の向上を図るためにサービス検討グループを作り、各フロアの担当者が月1回集まって入浴支援について検討しています。</p> <p>■安全確保のために、事前に安全チェックを行い室温等を調整して入浴支援をしています。</p> <p>■看護職員や機能訓練指導員等と連携し、感染症発生時の対応、水分摂取、スキンケア、利用者の状態に沿った入浴設備機器の活用等について検討し、利用者が安全に気持ち良く入浴できるように工夫しています。</p> <p>■利用者の意向に沿って、また利用者の健康状態を考慮して入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも入浴やシャワー浴等ができるよう調整しています。同性介助の希望があれば対応し、利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りをしています。</p>	
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■サービスの質の向上を図るために、排泄サービス検討グループ会議を月1回開催して、排せつの自立を目指す取り組みをします。</p> <p>■排せつ誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援をしています。おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等に努め、必要時にはシャワー浴を行うなどとしています。</p> <p>■トイレ内での転倒、転落を防止する等、排せつ介助を安全に実施するための取り組みをしていますが、一部には転倒や打撲等の課題が残っています。チームワークを高め、さらに取り組みを強化することが望まれます。</p> <p>■自然な排せつを促すために、排せつリズムの把握、適度な運動、食事内容、水分摂取等に配慮しています。排便が困難な利用者には下剤や座薬の投与をしていますが、一部に下剤の重複投与等、不適切な対応がみられます。チームワークを高め、適切な対応を行うことが望まれます。</p>	

A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■機能訓練指導員を中心に利用者の状況に合わせて車イスや歩行器等を家族と相談しながら提供しています。車イスや歩行器、杖などを利用する場合には、利用者が移動しやすいように、廊下等には物を置かないように努めています。</p> <p>■福祉用具については不具合が生じた時に随時点検を行い、福祉用具点検表として記録に残し職員間で共有していますが、定期的に点検や整備を行う取り決めはしていない状況です。随時点検以外にも、期間を決めて定期的に点検を行うことが望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡予防委員会を月1回開催し、機能訓練指導員を中心に、体位交換や座位の保持、関節可動域訓練やマッサージ、拘縮の予防等を行い褥瘡の発生予防に努めていますが、一部に傷や皮下組織のずれ等が起きている状況が見られます。</p> <p>■褥瘡が発生した場合には各職種が協力して栄養状態の改善、体位交換、エアマットやエアクッション等を用いて改善に取り組んでいますが、改善には時間を要している状況です。今後は原因が明確でない傷や皮下組織のずれ等が起きないように、褥瘡として悪化しないよう職員間で課題を共有し対応策を講じることが望まれます。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■ユニット毎に職員が利用者の声を聞き取り、嗜好調査結果と合わせて献立に反映しています。</p> <p>■主菜と朝食は利用者の希望に沿って選べるようにしています。</p> <p>■フロアごとに炊飯したり、保温食器やスープジャーを使用するなど、適温の食事を提供できるように工夫しています。</p> <p>■利用者の意向や状況に応じて定期的に食事席を換えるなどの調整を行い、利用者間の交流や音響等を楽しめるようにしています。</p> <p>■旬の食材として新鮮な果物を増やすよう取り組んでいますが、提供する回数と種類をさらに増やすことが期待されます。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■特別食、療養食等、利用者一人ひとりの状況や体調の変化に合わせた形態での食事提供をしています。医師や機能訓練指導員、言語聴覚士とも連携して、嚥下に適した姿勢を保持できるようにしています。</p> <p>■利用者一人ひとりの栄養状態を血清アルブミン値等の数値も合わせて確認し、栄養ケア計画書を作成しています。リスク改善した事例もあり、栄養ケアマネジメントは適切に行われていることを確認しました。</p> <p>■食事中の事故予防に努めていますが、アレルギー食の提供等については課題も残っています。今後はさらにチームワークを高め、利用者の状況に合わせた対応と工夫が望まれます。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■職員が利用者の口腔清掃の自立状況を把握して、利用者の自立度に合わせて、義歯の着脱、清掃、保管等について援助しています。</p> <p>■毎月歯科医師から口腔機能維持管理についての助言を受けています。必要な場合には治療や義歯の調整等を行っています。咀嚼や嚥下機能の低下している利用者には言語聴覚士が状況を確認し、口腔機能を維持し改善するための取り組みをしています。</p> <p>■口腔ケアに関する研修については、家族に歯科医師の紹介を兼ねた講演会を開催し職員も受講しています。</p> <p>■利用者の状況に応じた口腔ケアに取り組んでいますが、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画作成には至っていません。利用者一人ひとりの状況に合わせた口腔ケア計画を作成することが望まれます。</p>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a
(コメント)	<p>■ターミナルケアマニュアルを作成し、終末期支援を行う方針を明確にしています。利用者が終末期を迎えた場合には医師から家族に病状説明を行い、終末期ケアの希望を確認して同意を得ています。</p> <p>■終末期支援については各職種が連携して取り組んでいます。夜間に対応困難な状況が発生した場合には、オンコールシステムを活用して医師、看護職員等に相談し指導を受けています。</p> <p>■法人内の診療所と協定を結び、夜間や休日でも対応できるよう体制を整備して、利用者の状況に応じた看取り介護を行っています。</p>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<p>■施設長を先頭に、看護課長、介護課長、各部署の責任者をメンバーとして「認知症に関する会議」を月1回開催し、アセスメントに基づき、認知症の状態に配慮したサービス実施計画を策定しています。</p> <p>■利用者が日常生活の中で、得意なことで役割を持てるように支援しています。また外出やレクリエーションを通じて生活を楽しめるように取り組んでいます。身体拘束は行っていません。</p> <p>■職員には、認知症の医療やケア、接遇等について最新の知識と情報が得られるように研修を実施しています。また、事例を通じて支援方法を学ぶなど、実践の中で工夫し配慮することの重要性を確認しています。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<p>■職員は法人内研修を受講し理解を深めながら、認知症高齢者の状況に合わせた日常生活支援に取り組んでいます。ユニット出入り口は施錠せず利用者の行動範囲を制限しないようにしています。</p> <p>■落ち着ける場の確保として共有スペースにイスや座布団を置き、利用者が自由に過ごせるようにしています。施設内に喫茶室を開き、利用者や家族が利用できるようにしています。</p> <p>■利用者が馴染みの家具や仏壇、写真等を持ち込めるように支援しています。居室の名前やトイレの表札等は分かりやすく工夫し、利用者が落ち着いて生活できるように配慮しています。</p> <p>■危険物の管理は厳重に行い、共有空間の安全対策を重視しています。</p>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<p>■機能訓練指導員として理学療法士を配置し、各セクションのスタッフと連携して個別機能訓練計画書を作成し実施していますが、褥瘡予防については課題が残っています。利用者の心身の状況に合わせた体位変換や姿勢変換の工夫、傷や表皮めくれを起こさない工夫など、褥瘡予防対策の強化が望まれます。</p> <p>■利用者の状態に合わせて調整した車イス、歩行器、押し車、杖等を提供し、利用者が主体的に動き回れるような環境作りをしています。また、車イスから固定イスに移乗して食事をするなど、日常生活動作の中で利用者が生活力を高められるような取り組みもしています。</p>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<p>■利用者の体調変化や異変に気づくための観察を行い、異常があれば看護職員へのオンコール、必要があれば医師へのオンコール体制を整えています。</p> <p>■利用者の服薬支援については看護職員と介護職員が連携して取り組んでいますが、各ユニットで誤薬が多く見られます。一部には記録が適切に行われていないための重複投与等も見られます。適切な服薬管理と記録の徹底が望まれます。</p>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■月1回開催される法人主催の感染症予防委員会に責任者が出席し、その内容を運営会議等で報告し課題があれば対応しています。施設内では看護職員を責任者とし、感染症対応マニュアルに沿って感染症・食中毒予防対策を行っています。2019年1月にインフルエンザの発症があり、職員と複数名の利用者が治療を受けています。その後は感染拡大防止策として職員と利用者にはタミフルの予防投薬等を行い、集団発生には至らず終結しています。今後は感染症の発症予防対策を強化し、感染症を持ち込まない取り組みが望まれます。</p> <p>■感染症対応マニュアルでは、職員の健康状態をチェックし、インフルエンザ等体調の変化がある場合には自宅待機や自宅療養を行うなどの取り決めをしています。また、職員家族に異常があれば原因を特定するまで「自宅待機」等の取り決めをしていますが、マニュアルの記載内容が大まかで、一部判断に困るような状況も見られます。感染症対応マニュアルを具体的でわかりやすい内容に改定することが望まれます。</p> <p>■ノロウイルス感染症対策として「ノロ対応セット」を準備しています。「ノロ対応セット」は利用者の嘔吐物等の処理用品をひとまとめにして各フロアに配置しており、職員間で共有し速やかに活用できるように使用訓練をしています。</p>	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
(コメント)	<p>■法人内に専門職を配置して建物・設備の随時点検を行い、問題点があれば対応しています。厨房等、給食設備については職場巡視チェックリストで問題点を明確にしていますが、改善にはつながっていない状況です。さらに、洗浄した食器類を床から60センチ以下の扉の無い棚に配置していますが、衛生管理としては不適切な状況です。即刻、置き場所を変更するか、扉を付けて清潔が保てるようにすることが望まれます。</p> <p>■冷暖房の空調設備については、法人内の営繕担当職員がシーズン前に年2回点検調整をして記録を残していますが、記録責任者等を明記することが望まれます。</p> <p>■空気清浄機を活用していますが、定期的な清掃や衛生管理についての取り決めは行っていない状況です。定期的な清掃等、衛生管理についての取り決めを行い、記録に残して職員間で共有することが望まれます。</p> <p>■車イス、リクライニング、エアマット、介助バー、ベッドリモコン、押し車等の備品については不具合を感じた時に調整をしています。併せて周辺の車イスも点検するなどの対応を行い、福祉用具点検表に記載しています。今後は定期的な点検を行うことが望まれます。</p> <p>■談話スペースを廊下の一部に確保しています。施設内に喫茶室を開いて利用者が家族等と気分転換できるようにしています。</p> <p>■施設内は全館禁煙としていますが、利用者が喫煙を希望する場合には施設建物外敷地内で喫煙できるように配慮しています。</p>	



		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	<p>■家族面会時には利用者の状況を説明し、意見や要望を聞いています。季刊誌を年4回発行し、行事を行った際の写真等を掲載して利用者の生活状況を共有しています。月別予定表、行事予定表等を掲示し家族等に手渡しするなどして、行事への参加を呼びかけています。</p> <p>■家族報告会を開催し、年間行事や施設サービスについて説明し、家族の意見や要望を聞いて運営に反映しています。また、家族等に歯科医師の紹介を兼ねて口腔ケアに関する講演会を開催し課題を共有しています。</p> <p>■ホームページに行事やレクリエーションの予定と報告を掲載し、家族等がタイムリーに閲覧できるようにしています。</p> <p>■ケアプラン作成時にはカンファレンスへの参加を呼びかけ、日程調整をして家族等の参加を得ています。家族の意向はサービス計画書に記載し、支援内容として具体化した上で家族に説明し了承を得ています。</p>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	大阪老人ホームの入居者
調査対象者数	93名（うち回答可能な方45名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

大阪老人ホームを、現在利用されている入居者93名（うち回答可能な利用者45名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、43名の方から回答がありました。（回答率96%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「職員に声を掛けやすい」  
について、65%の方が「満足」と回答、
- （2）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
●「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」  
について、55%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	大阪老人ホームの入居者の代理人
調査対象者数	93名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

大阪老人ホームを、現在利用されている入居者の代理人93名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、56名の方から回答がありました。（回答率60%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは、ご本人にとって安心して生活できる場所になっている」  
●「職員は、ご本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」  
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、ご本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
●「職員は、ご本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」  
●「支援の方法については、ご本人やご家族と相談しながら決めている」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、80%以上の方が「はい」「満足」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	大阪老人ホーム 過去1年間に利用終了した入居者の代理人
調査対象者数	34名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

大阪老人ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人34名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、14名の方から回答がありました。（回答率41％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームの総合的な満足度」  
について、全員の方が「満足」と回答、
- (2) ●「ホームは、ご本人にとって安心して生活できる場所になっていた」  
●「職員は、ご本人に対して常にやさしく、一人ひとりの人間としての人格を尊重した接し方をしていた」  
●「職員は、ご本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援していた」  
●「職員は、ご本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援していた」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できた」  
●「面会時などに、ホーム内でご家族と心地よく過ごせた」  
●「支援の方法については、ご本人とご家族と相談しながら決めていた」  
●「ご本人は、生き生きとした生活を送っていた」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすかった」  
●「ご本人は、職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送っていた」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等