

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書  
【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	ワークメイト聖徳園Ⅰ・ワークメイト聖徳園Ⅱ	
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳園	
福祉サービスの種別	①就労継続支援B型 ②生活介護	
代表者氏名	理事長 三上了道	
定員（利用人数）	①60名 ②20名	
事業所所在地	〒586-0094 大阪府河内長野市小山田町379番地13	
電話番号	0721 - 55 - 6568	
FAX番号	0721 - 55 - 0517	
ホームページアドレス	<a href="http://www.shotokuen.or.jp/">http://www.shotokuen.or.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:workmate@crux.ocn.ne.jp">workmate@crux.ocn.ne.jp</a>	
事業開始年月日	昭和59年4月1日	
職員・従業員数※	正規 ①12 ②5 名	非正規 ①11 ②2 名
専門職員※	医師1名（嘱託医師） 看護師1名 介護福祉士5名 保育士3名 社会福祉主事3名	
施設・設備の概要※	[居室] 工場棟、作業室、相談室、事務室、静養室 更衣室、休憩室兼会議室、食堂、厨房、店舗	
	[設備等] 射出成型機	

※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29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）

人々の期待に応え 高い信頼を得るために

- － ヒューマニズムにたって 高度な専門性を持って 人のためにつくします
- － 子どもの輝く成長を願い 高齢者・障がい者の良質な生活を支えます
- － 地域に目を向け 福祉の係わりを見つけ取り組みます

### （運営方針）

事業所における基本姿勢

安全の確保 地域公益活動 サービスの質の向上 情報の開示 環境への配慮

障がい事業の運営目的

作業を通じて社会参加と生活の向上を図る

高い品質により社会の信頼を得る

共に汗して生産性を上げ生活の向上に結びつける

語らい 遊び 自信と勇気あふれたワークメイトを創る

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①事業所の建物内部が平面で入口から明るく開放感がある。知的障がいのみならず身体障がいをお持ちの方にも利用しやすい設備環境も整っている。

②就労継続支援B型事業では、利用者に応じた作業環境（部屋）を整えている。また、作業種目においても主力の「成形・組立部門」を中心に、植物栽培に携わる「栽培部門」やお菓子やケーキ作りを行う「喫茶部門」と、他の事業所にはない多彩な作業メニューが設定されている。

③利用者の平均工賃についてあ、大阪府下においては高い水準にある。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	一般社団法人障がい・介護福祉事業支援協会
大阪府認証番号	270050
評価実施期間	令和3年1月20日～令和4年2月28日
評価決定年月日	令和4年2月28日
評価調査者（役割）	1801B001（専門職委員） 1801B037（運営管理委員） 2001B018（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

河内長野市の自然豊かな環境において広い施設をもち、就労継続支援B型事業所は「成形・組立部門」「栽培部門」「喫茶部門」といった3つの部門に分かれており、訓練・作業内容はバリエーションに富んでいます。  
事務長兼管理者を中心に様々な会議体や委員会が組織され、安全で快適な環境作りとより高度な障がい者支援を行う仕組みが構築されています。  
成形部門では、職員と利用者が共に働く「ワークメイト」として生産活動に取り組んでおり、機械の取扱いに慣れた熟練者が利用者の中にいる、など、工賃向上のため、生産活動の質を上げていく姿勢が感じられました。  
また、「栽培部門」「喫茶部門」は地域交流の場としての機能を果たしたり地域貢献に関わったりしています。  
事業所そのものも河内長野市の福祉避難所の開設に取り組むなど、地域との係わりを大切にしていることが伺えました。

### ◆特に評価の高い点

- ① 利用者と地域との交流を広げるための取組  
中期事業計画でも地域との協働や地域参加が重点目標とされ、事業所として積極的な地域との関わり作りが行われています。
- ② 利用者と職員との協働と個別的配慮  
利用者は、各部門での労働力としての役割を果たしており、作業内容や納期、配送のトラック台数、売上など、利用者と職員が情報を共有し、作業効率や売り上げアップを目指す一方、1人で作業するスペースやソファスペース等を作り、利用者が好む環境で作業ができる配慮が行われていました。
- ③ 利用者尊重の姿勢  
職員全員が持つ手帳に法人の理念や基本方針、あるべき職員像を明記し、朝礼で唱和して福祉に携わる職員としての行動規範を周知徹底し、利用者の人権擁護のため、虐待防止や人権擁護の研修も行っています。それだけではなく、接遇向上委員会を組織して、利用者に対する接遇の向上に組織として取組み、利用者満足や、利用者が心地よく過ごせるための取組が行われています。

### ◆改善を求められる点

- ①職員1人ひとりの目標設定と管理  
採用した人材を育成、定着させる総合的な人事制度は定められていますが、個別の職員のレベルに合わせた目標の設定や目標管理を行う仕組みがありません。より高度な福祉サービスを実施していくために一人ひとりの職員の能力やモチベーションの向上にスポットをあてた取組が求められます。

## ②福祉サービスの標準的な実施方法の文書化

利用者の個別の状況に対応し、丁寧な支援に取り組んでいることが伺えますが、その一方で、標準的な支援の実施方法を事業所として文書化していません。経験・知識のある職員から初任者までが支援の基準とできるような基本的な援助技術や支援の方法、利用者の権利擁護に関わる姿勢を取り入れ、業務の手順等が明記された、福祉サービスの標準的な実施方法を文書化したものの作成が求められます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設で評価を受けるのは3回目でしたが、まだまだ評価項目に沿った事業運営（支援）が不足している部分があります。

今回の評価結果を受けて、事業所内で課題提議を行い、利用者満足に繋がる、職員の意識向上を踏まえた改善を図っていく所存です。

この度は、多くのご助言も含め、ありがとうございました。

## ◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ、法人全体の広報誌）に記載されています。</li> <li>■理念・基本方針とともに職員が携行している法人手帳に明示され、周知が図られています。</li> <li>■理念や基本方針は、毎年4月の研修会では必ず周知が図られ、普段の研修会などでも職員により唱和されています。</li> <li>■理念や基本方針は、サービス開始に際しての説明書、重要事項説明書により、わかりやすく説明され、利用者や家族への周知が図られています。</li> </ul>	
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■社会福祉事業全体の動向について、法人の理事長や各事業所施設長による経営会議、各事業所の事務長による事務長会議において定期的に把握し分析しています。</li> <li>■集団指導に出席し、地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析しています。</li> <li>■毎月、福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っており、地域特性等を踏まえたうえで事業計画の策定に役立てています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■経営状況や改善すべき課題について、管理者会議において提議されています。</li> <li>■月1回の職員会議や朝礼や終礼において、経営状況や改善すべき課題について、職員に周知しています。</li> <li>■経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められています。</li> </ul>	

		評価結果
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人の理念・基本方針に基づき、3年単位での中期経営計画が策定され、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています</li> <li>■中・長期計画は3年間計画を事業所単位でも立案し、毎年の見直しが行われています。法人本部から進捗状況やその理由の確認があり、そこでも見直しが行われます。</li> <li>■収支計画が単年度分しかないため、事業計画と同じく3年単位での収支計画の立案と検証が望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっており、法人の事業計画に基づき、各事業所の事業計画も策定されています。</li> <li>■単年度の事業計画は、単なる「行事計画」ではなく、経営に関する計画になっています。</li> <li>■中長期の収支計画が不明瞭なため、単年度の収支計画が中長期計画を反映したものとはなっていません。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画は、各事業部門ごとに話し合わせ、職員の意見や提案を反映して策定されています。</li> <li>■計画期間中において、事業計画の実施状況は半期ごとに事業計画進捗確認シートに基づき、各事業部門の職員会議において把握され、評価されています。</li> <li>■評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っています。</li> <li>■事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されています。</li> </ul>	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画の主な内容を年1回の家族説明会等で説明していますが、文書ではなく口頭での説明となっています。</li> <li>■最近では、家族説明会が開催できず、個別の家族懇談会において事業の現状等を伝えています。</li> </ul>	

		評価結果
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ISO9001の取組を行っており、組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上を行う体制が構築されています。</li> <li>■サービスの質の向上を目的として年1回QMS会議を開催し、品質方針目標設定、データ分析、内部監査を行い、定期的に第三者評価も受審しています。</li> <li>■利用者アンケートを毎年実施し、アンケート集計結果は利用者に公表しています。</li> <li>■年1回事業所ごとに内部監査を受け、法人本部で決定している基準に基づき評価を受けています。結果は経営会議で報告され、分析・検討が行われています。</li> </ul>	

I-4-(1)-②	評価結果にもと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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化され、HPでも公表され、法人のグループウェアのデータ上に保管され、全職員への周知が図られています。</li> <li>■評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、計画的に改善を行っています。</li> <li>■定期的な会議で課題に対する改善策を決定し、その進捗状況確認、改善計画の見直しを行っています。</li> </ul>	

## 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者の役割・責任については、法人の職務分掌における決裁規程に明記されており、職員が閲覧できる場所に置いて周知しています。</li> <li>■職員全員が携帯している職員手帳に「管理者のあるべき姿」が掲載され周知されています。</li> <li>■重要事項説明書に管理者の役割について明記され、利用者にも周知しています。</li> <li>■有事時の役割や不在時の対応については、防災マニュアルに明記しています。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は事務規程に基づき公正な運営・事務を行い、利害関係者と適正な関係を保ち、事業所の環境配慮や労働法等幅広い法令遵守について取組を行っています。</li> <li>■管理者は、公正採用研修、防災研修などの幅広い分野での法令遵守に関する研修を受講しています。</li> <li>■職員に対しては虐待防止や個人情報保護などの法令遵守のための研修受講を促進しています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人全体でサービスの質の向上を目指すQMS活動を行っています。</li> <li>■施設内で、各種委員会（一般職員参画）を設置し、職員会議でもサービスの質向上を議題とし、管理者を中心として職員全員の参画のもと、組織的にサービスの向上に取り組んでいます。</li> <li>■定型的なものではないが、年1回法人の内部監査があり、サービスの現状についての評価を受けています。</li> <li>■QMS活動を通じて課題を明確に把握し、今後の取組に役立てています。具体的には、高齢化、重度化する利用者への支援のため、ケアマネジャーが講師となって高齢者に関する法令研修をした実績があります。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は、事業ごとの収支分析、工賃への反映、利用者の分析を行っています。</li> <li>■管理者会議（6名）において月2回定期的に経営改善や業務の改善について話し合わせ、組織内での同様の意識形成をするための取組が行われています。</li> <li>■職員の働きやすい環境整備への取組の中で、有給休暇の取得状況を確認し、取得を促進しています。</li> <li>■現場作業量を確認しながら職員配置は職員に負担の少ない取組を行っています。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■必要な福祉人材については、「あるべき姿勢」「行動基準書」が職員手帳に明記されています。</li> <li>■法人として効果的な福祉人材の確保の方法として、毎年新規採用をすることではなく、西ノ宮を含めた3施設合同での採用計画を策定し、採用した人材を育成、定着させることに注力しています。</li> <li>■職員の資格取得・研修受講状況の一覧表を作成し、介護福祉士資格取得、強度行動障がい支援者研修受講等を促し、実績もあります。</li> </ul>	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■職員手帳において、理念、基本方針に基づいた、職員の「あるべき姿勢」が明記されています。</li> <li>■職員手帳にキャリアパス表が明確に記載され、職員に周知されています。</li> <li>■人事制度のガイドラインを設け周知し、人事考課表に基づいて人事評価を行っています。</li> </ul>	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■事務長が職員の就業に関する責任者として有給の消化状況や時間外労働の把握を行っています。</li> <li>■人事考課のフィードバック面談において職員の個別相談に対応できる体制がとられています。</li> <li>■職員の定期的なストレスチェック、健康診断を行っています。</li> <li>■年1回自己報告書（意向調査）を提出することにより直接法人の理事長に職員からの要望、希望を申告できる仕組みがあります。</li> <li>■法人の福利厚生として、共済会加入、リフレッシュ支援、クラブ活動支援等が実施されています。</li> <li>■法人の人材開発室において、改善策を人員体制に関する計画や研修計画に反映する取組が行われています。</li> </ul>	

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。	c
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■施設全体、チーム部門、委員会での目標や方針はありますが、職員一人ひとりの目標設定や管理はされていません。一人ひとりの人事考課における個別面談は行っています。</li> </ul>	
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者、就労継続支援B、グループホーム、生活介護、相談支援で設定された研修計画があります。</li> <li>■QMS・利用者行事・安全衛生・広報など8つの委員会で、動画配信を使った研修を実施しています。</li> <li>■年度ごとに研修計画の振り返りと見直しを行っています。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■個別の職員の知識・技能・資格について把握し階層別研修が実施されています。</li> <li>■新任担当主任が設定され、すべての新任職員に対し、経験や習熟度に応じたOJT研修が実施されています。</li> <li>■朝礼や終礼で外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに参加を推奨しています。</li> <li>■WEB研修の機会を増やし、できるだけ受講しやすい配慮を行っています。</li> </ul>	
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■実習生等の福祉サービスの専門職の研修、育成についてのマニュアルが整備されており、実習担当の委員会が設置されています。</li> <li>■保育、看護、社会福祉関連の実習生の受け入れを行い、指導者として介護福祉士資格保持者等、適性のある者を設定しています。</li> <li>■学校側との連携を行い、継続的な受入が行われています。</li> </ul>	

		評価結果
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。	a	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ホームページやパンフレットによって法人、事業所の事業や財務状況に関する情報が公表されています。</li> <li>■苦情相談の窓口や相談方法について事業所内に掲示し利用者に周知しています。</li> <li>■第三者評価受審結果の公表、苦情・相談の体制や内容、改善や対応状況について法人ホームページで公表しています。</li> <li>■法人のホームページにおいて地域での存在意義や役割を明示しており、広報誌や聖徳園新聞などを地域の他事業所に配布し、事業所の活動を広報しています。</li> </ul>		
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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■事務・経理・取引等に関するルールは、経理規程や入札や契約に関する規程、公印取り扱い規程や決裁規程で定められ、ルールに基づいた経理・事務業務が行われています。</li> <li>■監事による監査、監査法人による外部監査が定期的に行われ、必要に応じて外部の専門家へ相談し助言も得ています。内部監査はQMSによるものも実施されています。</li> </ul>		

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所の活動や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的・積極的に設けています。具体的には、事業所内で栽培した花の販売機会を通じ、地域住民が事業所に来てもらえる機会を設け、地域での知名度が定着しています。</li> <li>■活用できる社会資源や地域情報を収集し、地域のイベント・講座の情報を玄関先に掲示して、利用者に情報提供を行っています。</li> <li>■利用者が地域の行事や地域活動へ参加できる機会を作っており、喫茶部門が小学校の子ども食堂からクッキーの受注を受けたり、市民まつりへ職員と利用者が出展した実績があります。</li> <li>■利用者の日常的な活動についても、個々のニーズに応じて地域における社会資源を利用するように推奨が行われており、地域の薬局やくろまろの里との連携も行っていきます。</li> </ul>	
II-4-(1)-② ボランティア等の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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティア受け入れマニュアルが策定されていますが、研修等の制度はなく、受入実績はありません。</li> <li>■小学校の体験学習を受け入れ、学校教育への協力をしたことがありますが、継続して行われていません。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の状況に対応できる社会資源としては、同法人内で相談支援やグループホームがあり、課題に対応できる体制を取っています。</li> <li>■事務長が河内長野市社協の評議員を務めており、地域の部会活動にも参加し、災害時には地域の福祉避難所として要援護者の受け入れができる体制づくりに取り組んでいます。</li> <li>■同団体において、高齢者や障がい者の施設についての安心マップ作成にも参加しています。</li> <li>■高齢化していく利用者への対応を考慮した他法人との連携は築きつつあるものの、個々の利用者の状況に対応した社会資源を明示したリストや資料があるとよりよいものと考えます。</li> </ul>	

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■関係機関、団体との連携にもとづき具体的な福祉ニーズの把握に努めています。安心マップの作成や福祉避難所の開設に関する取組を進めています。</li> <li>■地域の自治会にも参加していますが、具体的な取組は未実施です。</li> <li>■花の販売会やイベントなどを通して地域住民との交流活動に取り組んでいます。</li> </ul>
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■中期計画の中に、地域貢献が位置付けられており、ひきこもりがちな人に体験利用をしていただき社会参加へのつないでいく対応を行っています。</li> <li>■地域活性化活動にも積極的に参加し、地域の困りごとについて対応するように努めています。</li> <li>■今後、地域の防災対策や、被災時における要援護者の安全・安心のための備えや取組を近隣施設と連携して行う予定です。</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。	a	
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人の理念・基本方針・基本姿勢、サービス心得など手帳に明記して職員に周知しています。</li> <li>■支援の手順書は、就労支援Bについてはカラー写真つきで作成されています。</li> <li>■成形部において成形組立会議を開催し、標準的な支援の実施方法についてPDCAサイクルでの検証を行っています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者のプライバシー保護についてのマニュアルは未整備ですが、虐待防止や権利擁護についての規程・マニュアルは現在作成しています。</li> <li>■利用者の虐待防止に関する研修を職員に実施し、社会福祉事業に携わる者としての姿勢や知識、責務を周知しています。</li> <li>■利用者や家族に利用者の権利擁護に関する取組を重要事項説明書において周知しています。</li> <li>■男女別の広い更衣室やロッカー室を整備し、プライバシー保護に関する配慮が見られますが、トイレ入口はカーテンによる区切りしかなく、改善が求められません。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用希望者に対しては体験入所や見学等の対応を行い、個別に丁寧に説明を行っています。</li> <li>■重要事項説明書を作成するだけでなく、ホームページ、パンフレット、事例集を作成し、利用希望者、利用者への説明に使用しています。</li> <li>■パンフレットは5年1回更新し、絵や写真を多用し、わかりやすいものとなっています。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービスの開始・変更時の説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいようにルビ版を作成し、配慮を行っています。</li> <li>■サービスの開始・変更時には契約書・重要事項説明書により、利用者や家族の同意を得ています。</li> <li>■意思決定が難しい利用者について、成年後見制度の利用を市役所職員と相談支援を通じて行った実績があり、今後ルール化を検討しています。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容と著しく変更や不利益が生じないように配慮されています。</li> <li>■他の福祉施設への移籍にあたっては、移籍先同席で担当者会議を行い、相談支援事業所と連携をとって福祉サービスの継続性に配慮した手順を定めています。</li> <li>■サービス終了後も利用者や家族が相談できるように、ケース担当者が窓口となっていますが、利用者が好きな担当者に相談できる体制をとっています。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■年1回、利用者満足に関する調査「利用者アンケート」が行われています。</li> <li>■家族、利用者、支援計画のための面談とは別に年1回の個別面談を行っています。</li> <li>■家族説明会は以前は年1回開催し職員も出席していましたが、現在は行われていません。</li> <li>■利用者満足に関する調査担当者は事務長（兼管理者）、家族懇談担当者は3名の職員とされており、連絡をとりながら把握した結果を分析・評価・検討を行っています。</li> <li>■行事の要望について、改善事例があります。</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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■苦情受付担当者、解決責任者を設置しており、事業所内掲示・明示しています。</li> <li>■苦情解決マニュアルがあり、マニュアルの公表を行っています。</li> <li>■2名の委員による第三者委員会があります。</li> <li>■意見箱にクレームも入れられる体制があり、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っています。</li> <li>■苦情を申し出た利用者や家族には必ずフィードバックし、記録の整備もできています。</li> <li>■苦情検討会議を開催し、第三者委員に出席してもらうことがあり、再発防止や福祉サービスの質の向上について取組が行われています。</li> </ul>
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■相談・意見を申し出る窓口はケース担当者、サビ管が担当していますが、利用者がだれでも好きな職員を選んで相談、意見を申し出ることも可能としています。</li> <li>■家族懇談担当による個別面談において、利用者や家族から相談や意見を聴取する機会を設けています</li> <li>■第三者委員会の電話番号を事業所内に掲示し直接連絡することも可能としています。</li> <li>■相談、意見を述べやすいように相談室が確保されています。</li> </ul>
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■相談や意見を受けた際の手順などを明示したマニュアルが整備されています。</li> <li>■マニュアルは、本部の文書担当が2年に1回見直しを行っています。</li> <li>■意見箱を設置し、利用者アンケートを実施し、個別面談を行うなど、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っています。</li> <li>■組織的かつ迅速な対応を心がけ、苦情や意見は聴取から3日以内には対応できるようにしています。</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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■リスクマネジメント担当者は事務長（兼管理者）で、委員会(福利安全衛生委員会)も設置されています。</li> <li>■事故対応マニュアル、緊急時対応（体調急変、けが）マニュアルがあり、職員に周知されています。</li> <li>■職員に対して、安全確保・事故防止についての研修の実績があります。（救急搬送の研修（喉つめ）・移乗、移動研修の中でも事故防止策についての研修実績あり）</li> <li>■ヒヤリハット事例収集が行われ、月1回定期的に委員会で要因分析や改善策、再発防止策の検討が行われています。</li> </ul>
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■感染症対策についての担当者は事務長（兼管理者）で、福利安全衛生委員会が設置されています。</li> <li>■感染症マニュアルがあり、研修を実施して職員に知識の周知を行っています。</li> <li>■マニュアル見直しは2年に1回実施されています。</li> </ul>

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地震・津波・豪雨に対応した災害時対応マニュアルがあり、利用者の連絡先も記載され、マニュアル内容は職員に周知されています。</li> <li>■災害時における利用者も含めたラインの連絡網があります。</li> <li>■自治会の災害マニュアル、ハザードマップを常備して把握しています。</li> <li>■災害時の備蓄リストは管理者が管理しています。</li> <li>■避難訓練は月1回実施し、消防計画を作成し、防火管理者を選任して消防署に提出済みです。</li> </ul>	

<b>評価結果</b>
-------------

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■就労支援Bについて、作業が標準的に行われているかどうかは日報で確認しています。見直しは随時、親会社からの新しい業務の受注時に行っており、定期的な見直しはされていません。</li> <li>■職員が利用者支援するうえで指針となる、基本的な相談・援助技術や実施時の留意点、利用者のプライバシーへの配慮・支援の手順などを記載した「福祉サービスの標準的な実施方法を文書化したもの」の作成が望まれます</li> <li>■作業の日報や作業マニュアルは職員に閲覧・周知されています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■作業マニュアルの見直しは随時、親会社からの新しい業務の受注時に行っています。</li> <li>■工程管理規程があり、作業が計画的に行われているかをチェックしています。</li> <li>■検証や見直しはスタッフからの意見によります。利用者からの意見反映がされるとより良いものと考えます。</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。

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個別支援計画の責任者はサービス管理責任者が選任されています。</li> <li>■定められたアセスメント様式があり、それに基づいたアセスメントが実施されています。</li> <li>■相談支援、保佐人などが入ってサービス担当者会議（意思決定支援会議）が開催され、利用者のニーズの把握に努め、個別支援計画に反映されています。</li> <li>■個別支援作成会議は、職員全員が出席し、ニーズ聞き取りと今後の支援について検討されています。</li> <li>■見直し時期は3か月に1回と定められています。</li> <li>■検討が必要な利用者の場合、サービス管理責任者が個別支援調整会議を開催し、さらに検討しています。</li> </ul>	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■3か月1回、利用者面談によりモニタリングを実施しています。</li> <li>■モニタリングの結果により、個別支援計画の変更が生じた場合は、事業所内での会議により見直しを行っています。</li> <li>■緊急に計画の変更が生じた場合は朝礼や夕礼で会議を行い、見直しの検討が行われています。</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。	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉サービスの実施状況の記録として、業務日報を毎日作成しており、支援員が入力しています。</li> <li>■入力担当者が週単位で決まっているため、統一した記入ができるようにケース記録書き方マニュアルを定めています。</li> <li>■利用者情報について、朝礼、終礼で職員間で情報共有ができており、情報は業務日報に記録しています。</li> <li>■業務日報はサーバーにて閲覧が可能となっており、職員間で共有ができています。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■個人情報保護について手帳、研修にて周知しています。</li> <li>■守秘義務誓約書を職員から取得し、利用者から個人情報使用同意書を取得しています。</li> <li>■情報公開規程を定めて、不適切な使用があった場合の対応方法についても定められています。</li> <li>■個人情報管理責任者は事務長兼管理者が選任され、重要事項説明書において利用者や家族に個人情報の管理体制が周知されています。</li> </ul>	

## 障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の自己決定を尊重するための個別支援を行っています。</li> <li>■SST(ソーシャルスキルトレーニング)の中で、生活全体に関してテーマを決めて利用者どうしが話し合ったり、意思表示できる機会をもうけています。</li> <li>■高齢化する利用者に対応する合理的な配慮として、食事時の嚥下、送迎時の車両の乗降の見守りを行うようにしています。</li> <li>■接遇向上委員会も設定し、利用者の権利について職員が検討し、理解できる機会が設けられています。</li> </ul>	
A-1-(2) ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■虐待防止マニュアル、身体拘束に関する指針を策定し、職員への周知が行われています。</li> <li>■利用者の権利擁護について、虐待防止に関する研修・人権研修を職員全員が受講し理解が図られています。</li> <li>■利用者や家族に対する接遇のレベルを向上させる「オアシス運動」に事業所全体で取組み、利用者、家族への周知を行っています。</li> <li>■利用者の権利擁護に関しては、研修以外にも職員会議の中でヒヤリハット事例・相談事例をもとに全員が気づきの発表を行い、積極的な取組が行われています。</li> <li>■令和4年4月から虐待防止委員会の会議を定期的を開催する予定です。</li> </ul>	

		評価結果
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■相談支援との連携を行い、利用者の一人暮らしのための手続きの補助、不安に対する相談を行っています。</li> <li>■利用者が生活の自己管理を行えるように規則正しい生活がおこなわれるような自律支援のための声掛けを行っています。</li> <li>■生活介護で、就労支援への移行を目指す利用者に対し、作業体験をプログラムに取り入れ自立を目指す取組が行われています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の心身の状況に合わせたコミュニケーションの方法として絵カードを作成したり、動作による会話を行っています。</li> <li>■個別支援計画において、個々の利用者についての「コミュニケーションをとりやすい方法」を記載して職員で共有し、利用者のコミュニケーション能力向上のための支援に役立てています。</li> <li>■必要に応じて、サービス担当者会議などでは保佐人に出席してもらうなど、利用者の代弁者を立てた聞き取りの機会を設けています。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者が職員に話したいことが話せる、聞き取り機会を多く設けています。</li> <li>■ケース担当を設けて利用者からの意見や相談を受ける体制を構築しています。</li> <li>■作業室配置について利用者の意思を聞いて変更した実績があります。</li> <li>■サービス担当者会議（意思決定支援会議）で利用者または保佐人が出席し、意思決定ができる支援を行っています。</li> <li>■会議の記録は職員で周知されており、ニーズ整理表により本人からのニーズをきいて、個別支援計画への反映を行っています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■作業内容は利用者の希望をきいて選択できるように多くの種類を揃えています。</li> <li>■生活介護については、11種類のプログラムの中から、利用者個々のプログラムの設定を行っており、季節の行事を利用者とともに考え、準備するプログラムがあります。</li> <li>■年間の行事予定を作成して利用者に配布したり、余暇・スポーツに関する情報提供を行っています。</li> <li>■個別支援計画の見直しに応じて日中活動の検討・見直しを行っています。</li> </ul>	
A-2-(1)-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■障がいに関する専門知識の習得と支援の向上を図るため、職員に研修を行い、障がいによる行動や生活様式などについて、学んでいます。</li> <li>■ケース会議において、職員間で支援方法の検討が行われています。</li> <li>■利用者の支援記録をもとに、作業所内にソファスペースやスヌーズレンを用いたリラクスペースを設けるなど、個々の利用者の状況に対応した環境整備を行っています。</li> </ul>	
A-2-(2) 日常的な生活支援		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■食事は施設内で弁当を出しています。土曜日については数種類からメニューが選択できるようにしています。刻み食対応も行っています。</li> <li>■食事を持参することも可能です。</li> <li>■就労支援B型事業所のため、排泄支援や入浴支援の必要はありませんが、高齢の利用者に対しては、食事の嚥下状況や送迎車両の乗降確認を行うようにしています。</li> </ul>	
A-2-(3) 生活環境		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■訓練作業室は安心、安全に配慮され、清掃担当を決め清潔を保っています。</li> <li>■利用者が施設内で思い思いに過ごせるような環境を整備し、食堂や休憩室などで自由に過ごせるほか、1人で過ごせるブースを作ったり、相談室、ロッカー室で休息やクールダウンができるように配慮されています。</li> <li>■施設内の環境整備については、家族からの意見を取り入れています。</li> </ul>	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■できる限り映像を用いた体操などを取り入れた生活訓練を行っています。</li> <li>■訓練作業前にはラジオ体操を毎日行い、作業を通じての生活訓練・機能訓練を行っています。</li> <li>■利用者の障がいの状況に応じてOT・STのアドバイスを受け、機能訓練や支援の見直しを行っています。</li> </ul>	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■毎朝のバイタルチェックは欠かさず行っています。</li> <li>■月1回医師や看護師が訪問し利用者の相談に対応し、年2回の内科検診も行って、利用者の健康状態の把握に努めています。</li> <li>■てんかんの利用者に関しての検討会議を行い、利用者の健康維持のため他事業所、他職種との連携に取り組んでいます。</li> <li>■嚥下不良、てんかん等、利用者への体調変化が起こった場合の救急搬送について、緊急時対応研修を行っています。</li> </ul>	
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。	
<p>(コメント) 非該当</p>	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者への地域情報の提供として、玄関先や各部屋に、地域の行事や講習会などの情報チラシを設置し、いつでも閲覧できるようにしています。</li> <li>■利用者向け朝礼で、公共交通機関を利用するためのマナー向上、交通ルールの遵守などの学習の機会を設けています。</li> <li>■自転車の乗り方学習については時間をとって説明を行っています。</li> <li>■利用者や家族との面談時に、意向をききながら移動支援利用の支援をしたり、学習の機会の確保のためタブレット学習やSSTの機会を設けています。</li> </ul>	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■グループホームの体験をしてみたり、グループホーム入居者から話を聞く機会を設けています。</li> <li>■地域生活への移行や地域生活そのものについて、利用者アンケートに意見を聞く項目を設けています。</li> <li>■相談支援との連携により地域生活における課題を明確にし、グループホーム入居や移動支援の利用推進の支援を行っています。</li> </ul>	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■家族との連絡帳、毎月発行のワークダイアリー（事業所広報誌）などにより、家族との連携、交流に努めています。</li> <li>■利用者アンケート結果報告を事業所の発行する機関紙などで家族に伝えていきます。</li> <li>■家族懇談会を設け家族からの相談や困りごとを聞くようにしています。とくに、利用者の家族の高齢化に対応し、医療・生活保護担当者・ケアマネージャー等を交えた会議を開催し、多職種が連携した家族支援を行っています。</li> <li>■医療情報シートの活用により家族に急変時にすぐに連絡を行うようにしています。</li> </ul>	

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-①	子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	
(コメント)	非該当	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者に毎日出勤していただける声かけを行っています。</li> <li>■地域の企業、親会社（就労の発注先）ハローワークとの協力をして地域での就労への移行に取り組んでいます。</li> <li>■近隣の特別養護老人ホームへの就職実績があります。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎朝朝礼時に職員と利用者が同じホワイトボードを見ながら、日々の作業内容や納品状況を確認し協働して作業効率の向上や目標の達成に取り組んでいます。</li> <li>■利用者が選択できるように多様な仕事内容、工程が提供されており、大型の機械を使いこなし、工程における要となっている利用者もいます。</li> <li>■工賃規程を作成し、工賃工場計画があり、賃金を引き上げるための取組を行っています。</li> <li>■福利安全衛生委員会で安全に作業できる環境を整えています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■受注先に対するアプローチは欠かさず行っており既存の取引先との関係性により、その繋がりを生かした新規開拓を行っています。</li> <li>■就労・生活支援センターのワーキング会議に参加し、就労希望の利用者がいる場合はハローワークと連携をとるようにしています。</li> <li>■職場定着については見守りを行い、就職先の職員に電話で様子を聞くようにしています。</li> <li>■職場定着に関する担当者窓口も決定し、フォロー体制を構築しています。</li> </ul>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	就労継続支援Bの利用者
調査対象者数	2 人
調査方法	相談室において個別でのヒアリング

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

#### 良い点:

- ・スタッフは日々のサービス内容や利用の方法について詳しく説明してくれる。
- ・自分のやりたいことや要望を聞いてくれて、自立生活のための支援をしてくれる。
- ・相談できるスタッフがいて丁寧に対応してくれる。
- ・施設は清潔で、食事をおいしく楽しくゆったりと食べることができ、一人になれる場所がある。
- ・地域の情報を知ることができ、地域の行事に参加することができる。

#### 改善が望まれる点:

- ・命令をされることがある。

#### 講評

2人の利用者にお話を伺いました。

2人とも、職員の対応については、丁寧な説明や自立生活のための支援について高く評価しており、困りごとがあったときに相談する信頼できるスタッフがいる、とのことでした。

その一方で、作業の指示などを命令口調でされることがある、とのことでした。これは、支援の方法として利用者間で作業の教え合いをすることがある、とのことですので、職員ではない可能性もありますが、事業所が接遇向上に取り組んでいる中で、利用者間の関係性構築も含め、より一層の改善が望まれます。

事業所の方針として、利用者との繋がりを作るため、積極的な地域参加を行うことが挙げられていましたが、利用者にも地域の情報やグループホームの情報が伝えられていました。

いずれの利用者からも、労働に対する真剣さと意欲が感じられました。

## 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