

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	和泉北信太特別養護老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 遺徳会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	嶋田 祐史（理事長） 高柳 遊亀（施設長）	
定員（利用人数）	90 名 ★予約で120名含む	
事業所所在地	〒 594-0002 大阪府和泉市上町403-1	
電話番号	0725 - 46 - 1211	
FAX番号	0725 - 46 - 1800	
ホームページアドレス	http://itokukai.com/	
電子メールアドレス	itokukaikitashinoda@poem.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成 15 年 4 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 29 名	非正規 24 名
専門職員※	介護福祉士17名、介護支援専門員1名、 医師3名、看護師3名、准看護師5名、 保健師1名、管理栄養士1名、柔道整復師1名、 あん摩マッサージ指圧師1名、 介護職員初任者研修修了者18名、 社会福祉主事任用資格取得者2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室22室、四人部屋17室	
	[設備等] 食堂5、浴室4、調理室1、更衣室2、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 28 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】

■経営理念

私たちは、介護サービスを通じて、お客様（施設の利用者及びその家族）並びに福祉関係者に安心を提供し、以って老人福祉に寄与すると共に、社会に貢献します。

■運営方針

私たちは、経営理念実現のために、人柄の向上に向けて不断の努力を行い、質の高い老人介護サービスを行います。

■行動指針

- 一．私たちは、明るく笑顔で挨拶をします。
- 一．私たちは、真剣に親孝行を実践します。
- 一．私たちは、他人に役立つ充実感を体得します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①福祉従事者である職員は、常に仕事の中にボランティア精神が宿っていなければならず、全職員への意識付けは理事長及び管理者の責務と考えている。当施設ではたえず研鑽することを必須重要事項とし、365日職員朝礼を行っている。朝礼時には、理事長執筆の読本【人柄の向上に向けて】を基に、日々の実践を発表しあっている。

②利用者にとって施設は家族同然と捉え、居住スペースは温もりを感じる設えを提供している。認知症の方の見当識障害に対しても、手製の暖簾やソファを設置し、安らぎや癒しの空間となるよう努力している。又、新鮮な空気を保つための換気は提示放送し行っている。植物は玄関の寄せ植えに始まり、各階にも生花を絶やさないようにしている。

③認知症予防の非薬物療法として公文学習療法を取り入れている。現在20名の方が取り組まれ、現状維持もしくは緩やかな進行である。その他、クラブ活動や化粧療法（3か月に一度）・レクリエーションの参加を促し、活動の場を作る。又、地域の幼保・高校・住民ボランティアを積極的に受け入れることで日常生活に活気を持っていただくとともに、開かれた社会資源としての役割も果たしている。

④施設内にいると季節を感じる事が少ない為、季節ごとの行事は企画立案し、何度も会議を開き、全部署の職員が参画できるよう力を入れている。家族参加型のももあり、多数の参加を促すため往復はがきで直接お知らせしたうえ、会報誌やポスターなどでも周知している。行事には地域の方の参加も募っている。

⑤利用者の健康、安全を守る為、週一回の回診（医師・看護師・介護士・介護支援専門員・管理栄養士・機能訓練士のチームで）を行い、意見交換を行う場の中、いち早く最良の対応が行える努力をしている。又、特養の役割として「看取りケア」を数多く行っている。良好な関係を構築するため、日頃より細かな報告を行い、信頼関係を築いている。誤嚥性肺炎予防のため口腔ケアにも力を入れ、往診歯科医も2医院に依頼している。

⑥建物は、明るい色で人に優しい雰囲気を持っていただけるデザインとなっており、開放的に設けられた窓からは、陽射しがよく冬場でもポカポカしている。建物に恥じぬよう職員は明るい挨拶を心掛け実践している。一日の修了時には、実践の成果を「誉め日記」に記載し振り返りを行っている。“誉め日記”では5項目で他者を評価し合い、投票する、それぞれの集計を1か月単位で行い、一位の方には表彰し、プレゼントを贈っている。

⑦高齢者の脱水は施設でも深刻な問題で、スムーズに目標量の水分を摂っていただくのは難しい。当施設では水分補給のための飲み物のバリエーションを増やし、対応している。お茶ゼリー、ソリタ、野菜ジュース、牛乳、コーヒー牛乳などを提供している。又、夏場は毎日“かき氷”を午後から提供している。こちらは大変喜んでいただいております、ある程度の水分が摂取できている。

【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30年12月11日～平成31年2月25日
評価決定年月日	平成31年2月25日
評価調査者（役割）	0901A020（運営管理委員） 0501A141（専門職委員） 1302A044（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

和泉北信太特別養護老人ホームは、高石市と堺市が道路を挟んで隣接する幹線道路のすぐそばに立地しています。JR阪和線「北信太」駅から約800メートル程で、近くにはスーパーや医療機関、公園があり、静かな環境です。

平成15年に開設された5階建ての施設には、デイサービスセンターと高齢者生活支援ハウスが併設されています。施設の強みを生かし、地域包括支援センターや市高齢室と連携して虐待事例や生活困窮者の支援の他、市の緑化運動の一環として施設前の道路の花壇の整備を行う等、地域に貢献しています。

施設長を中心に、利用者満足度アンケートや第三者評価等を活用し、更なるサービスの質の向上に向けて積極的に取り組んでいる施設です。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(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

■事業計画の策定について

中期経営計画は前期計画を検証し、経営課題を明確にし策定しています。策定内容は具体的で実行可能であり、単年度の計画に反映しています。収支計画は施設設備の整備について策定し、計画を確実にしています。

■利用者一人ひとりに応じた生活支援について

クラブ活動を中心としたレクリエーションの種類が多くあり、一人ひとりの趣味にも反映され、生活リハビリテーションにも生かされています。また、プチ遠足、外気浴等集団のレクリエーション等も取り入れ日常生活が充実しています。

■認知症支援の取り組み

ADL、日常生活評価を通し、その人にできる役割を持ってもらい、生き甲斐作りをしています。ユマニチュード（見る・話す・触れる・立つの4つの柱からなる人と人との関係性に着目したケア技法）研修や認知症介護実践リーダー研修修了者による内部研修を行い、認知症に対するケアに反映させています。また、地域住民を招待し認知症に対する理解を深める為に「ケアケア交流会」を継続的に開催しています。

◆改善を求められる点

■職員一人ひとりの育成について

職員一人ひとりの目標設定について、部署のリーダー職員は目標を設定し定期的に評価を受けています。一般職員も個々の目標を設定し、職員一人ひとりの育成に取り組むことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価内容については、結果（案）の配送後すぐに全職員に回覧し、結果をふまえた上、現時点での自施設の介護サービスが、第三者から見て、どう改善すべきなのかを、知ってもらいました。具体的な対応策は、課題分析をした上、各部門で検討しています。

3月は、30年度の事業報告をまとめる時期とも重なっていますので、施設の体制を保持しながら、評価における改善優先項目に順位をつけ、出来る限りの取り組みを掲げ、全職員の周知の上、サービス向上に邁進してまいります。

◆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・運営方針・行動指針を明文化し、パンフレット、ホームページ、事業計画等に記載し、館内にも掲示しています。</p> <p>■職員は毎日の朝礼で唱和し周知を確実にしています。管理者は「運営理念は職員の仕事の指針」と捉え、新人職員には辞令交付までに暗唱できるよう義務づけています。法人の根幹指針の「朝礼集」を職員に配布し、朝礼で読み合わせ行動指針を確認しています。</p> <p>■家族等への周知に向け、入所時に重要事項説明書に記載している理念等をもとに説明しています。利用者への周知に困難さもありますが、解りやすく説明する事や掲示等の文字を大きくする等、周知を意識した取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■社会福祉事業全体の動向について、大阪府社会福祉協議会の施設部会や関係機関の研修等に参加し情報を把握しています。地域の潜在的利用者の状況は、ブロック会議等や市の介護保険福祉計画に掲載されている高齢者像や高齢者ニーズ等で把握しています。</p> <p>■法人全体で所長会議を月1回開催し、利用者推移、利用率等経営状況やコスト等の分析を行っています。</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。	b
(コメント)	<p>■法人・施設の経営課題は所長会議で分析・検討し、課題を明らかにし中期経営計画や平成30年度事業計画に反映しています。</p> <p>■理事会・評議員会で、中期経営計画・平成30年度事業計画・業務執行状況・会計状況等を説明し、改善すべき課題について意見交換をするなどで共有しています。職員への周知として、リーダー職員には法人や施設の経営課題について周知していますが、一般職員へも周知する取り組みが望まれます。</p>	

		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。	a
(コメント)	<p>■法人全体の中期経営計画に「人材の確保と育成」、「入所者の健康と安全確保」、「健全財政の確立」等の課題を明確にし策定しています。策定根拠となる前期計画を検証し経営課題を捉えており、具体的で実施状況の評価が行える内容です。設備の整備等の収支計画も策定しています。</p> <p>■「人材の確保と育成」の計画から、職員の定着と確保の方法として、現状の休暇日を増やす方向で進めています。中期経営計画は必要に応じ見直しを行っています。</p>	
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
(コメント)	<p>■平成30年度事業計画は、法人の中期経営計画・平成30年度法人事業計画の目標と課題を踏まえ策定しています。「入所者の健康と安全」「安定的な収益の確保」「人材確保と育成」「快適な生活環境の提供」「社会貢献」について策定し、数値化できるものは数値化し実行可能な内容です。</p>	
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)	<p>■施設の平成30年度事業計画の策定は、部門ごと、班ごとで計画しリーダー会議で決定しています。財務、人材確保等は所長会議で検討し策定しています。</p> <p>■事業計画の内容は各フロアに配備しています。職員には計画策定時に関わった内容については周知していますが、事業計画全容の周知までには至っていません。職員が中期経営計画、平成30年度事業計画の内容をより理解するための取組みが望まれます。</p> <p>■事業計画の進捗状況確認については、法人の共有部分は所長会議で行い、施設計画分はリーダー会議で行っています。計画の見直しを行う事と記録に残すことが望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■事業計画を施設内の掲示板やホームページで公表すると共に、社会資源コーナーに閲覧資料として備え付けています。家族へは年1回行う家族意見交換会で事業計画の内容を説明し、行事等は館内ポスターや広報誌、ハガキ、電話等でも伝えています。</p> <p>■利用者への周知には困難さもありますが、利用者に関係する内容や施設が知ってほしいと判断した事を、解りやすく伝える方法を検討することが望まれます。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■サービスの質の向上に向け、利用者満足度アンケートや自己評価、第三者評価の受審等を行っています。利用者満足度アンケートや自己評価の集計や分析、改善に向けての検討等はリーダー会議で行っています。日々の取組みの課題についてもリーダー会議で分析、検討しています。</p> <p>■今後は改善に向けた取り組みを、PDCAサイクルを意識し組織的に行う事と、計画、実行、評価、改善計画について記録に残すことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者満足度アンケート・自己評価の分析、評価はリーダー会議で行い、困難事例や苦情への対応等は必要に応じ第三者委員の意見も参考にし、改善に取り組んでいます。分析結果や苦情内容等を広報誌に掲載しています。</p> <p>■サービスの評価や分析・検討の結果から明らかになった課題について、課題から改善までを記録に残すことが望まれます。</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>■運営規程に所長（管理者）の役割について明確にし、「職務分掌及び職務権限区分表」に職位別の役割と、権限について明示しています。管理者は施設の方針や取り組みについて会議等で職員に伝えると共に、毎日の朝礼で福祉職員としての姿勢等を周知するなど、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>■管理者は広報誌の年頭挨拶の中に、自身の役割や責任について述べています。リスク対応フローチャート図にも役割等を示しています。</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>■管理者は研修会や各種会議に参加し、法令等の最新の情報把握に努めています。平成30年度は台風災害で研修会等の回数は少なくなっています。</p> <p>■職員への法令遵守について組織倫理規範を定め、職員と特に関係の深い人権、虐待、認知症、成年後見人制度等について、施設内研修計画を立て実施しています。新人研修では、社会のルールを守ることの重要性について伝えています。</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>■管理者は日常的に現場に足を運び、実施するサービスの質の現状の把握に努めています。また利用者満足度アンケートや、月に3~4回訪問のある第三者委員の情報・意見からも現状を把握し、運営に反映しています。</p> <p>■管理者はサービスの質の向上に向けて職員研修を重要視していますが、台風災害で今年度は外部研修に介護職員が参加できていない状況です。</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>■管理者は施設内の経営改善や人員体制等について分析し、法人所長会議で各施設の資料をもとに検討を行っています。</p> <p>■職員配置基準以上の職員配置や介護職・看護職の正職比率を上げることで職員の定着率を上げています。育児休暇後には、時間短縮や休暇が取りやすいよう配慮しています。職員の心身の不調があった場合は希望を聞き、働きやすい場所への配置転換等を行っています。</p>	

		評価結果
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。	b
(コメント)	<p>■人材確保と育成について中期経営計画に示し、平成30年度事業計画で取り組む等、法人全体で採用活動、職員育成に努めています。「人材育成基本方針」に法人が必要とする職員像を示しています。</p> <p>■人材確保に向け、普通高校卒業者の採用に力を入れ、学校訪問を行い、また就職フェアに参加しています。求人広告紙を活用し、また市のくらしサポートセンターからの施設見学を受け入れる等により、入職に至った例がありますが、現状は厳しい状況です。</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>■施設が必要とする職員像について、法人理念、運営方針、行動指針等に明確にし朝礼集にも記載しています。</p> <p>■職員の採用・異動・昇進・給与等は人事取扱細則に明確にし、担当職員に周知しています。人事考課は年3回行い、考課者会議を開き適正に評価しています。決定は所長、理事長が行っています。評価後に職員へのフィードバック面接を行うことが望まれます。</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
(コメント)	<p>■職員の有給休暇や時間外手当は事務所でデータ管理しています。毎月の人員月報で職員の就業状況を確認しています。職員の心身の健康について定期的に、健康診断、予防接種、ストレスチェック等を行い、ストレスの高い職員には産業医が個別にフォローしています。毎日の朝礼で腰痛体操、ラジオ体操を行い健康に配慮しています。</p> <p>■育児休暇後の勤務体制に配慮しています。</p> <p>■職員の悩み相談は管理者やリーダー職員が個々に聞いていますが、相談窓口を設置する等、職員が相談しやすくするための組織内の工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■職員一人ひとりの目標設定について、部署のリーダー職員は3か月毎に「新たな決意」として目標を立て実践報告書を提出しています。理事長、管理者の評価を受け選出された職員は、管理者研修を受講することができます。</p> <p>■職員一人ひとりが目標を設定し、法人の人材育成方針と職員個々の目標管理を連動させ、育成に向けて取組むことが望めます。</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。	b
(コメント)	<p>■人材育成基本方針に「人材の基本は人柄の向上技能で決まる」と位置付け、特に人柄の向上については毎日の朝礼で朝礼集をもとに周知徹底しています。</p> <p>■必要な研修を平成30年度事業計画に策定し実施していますが、実施した研修内容や回数等について、計画を基に定期的に評価し、必要に応じ見直し、記録に残すことが望めます。</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>■職員の研修への参加状況は一覧表に記録しています。職員の知識・技術水準は年3回行っている人事考課で評価しています。人事考課の中でキャリアレベル評価基準を用い、詳しく評価しています。</p> <p>■新人研修は研修計画に沿って施設内研修を行っています。平成30年度は台風災害等による人手不足で、介護職は外部研修に参加できていない状況です。外部研修参加時には費用負担や勤務等の配慮をしています。</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>■「実習生受け入れ要領」を策定し、目的や受け入れについて明示しています。「実習生オリエンテーション」資料には、評価記録等について記載しています。実習指導者研修修了者を配置し、受け入れから終了まで学校側と継続した連携を行っています。</p> <p>■介護福祉士養成校の減少から、現在は大学の栄養士養成や教員課程の実習生を受け入れ、カリキュラムを用意しています。</p>

		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。	b
(コメント)	<p>■ホームページに法人の理念、運営方針、サービス内容、事業計画、予算、決算等情報を公開しています。</p> <p>■第三者評価受審結果はWAMNETのホームページで公開されており、苦情相談にもとづく対応については館内に掲示しています。掲示物については文字を大きくする等、誰でも見ることができるよう工夫することが望まれます。</p> <p>■広報誌を年3回発行し、利用者アンケート結果や施設の取り組み等掲載しています。広報誌は家族全員に配布しています。地域との交流会では施設の役割等を説明し、理解を得ています。広報誌は地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に配布しています。</p>	
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)	<p>■経理、取引等を担当する職員は、経理規程や組織倫理規程、職務分掌及び職務権限区分等を周知した上で職務にあっています。</p> <p>■公認会計士による外部監査を年3回受けると共に、毎月税理士による指導、助言を受けています。</p> <p>■今後は法人内での内部監査を実施することが望まれます。</p>	

		評価結果
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。	b
(コメント)	<p>■平成30年度事業計画のうち「社会貢献」の中に、「法人の有する人財を地域の社会活動に提供する」とし、地域の福祉の向上に寄与することを明示しています。</p> <p>■地域のだんじり祭りや、地域と利用者等との交流の場である「ケアケア交流会」のポスターを掲示し情報を提供しています。地域の情報を収集し、利用者の目に着きやすい場所に掲示する事が望まれます。</p> <p>■「ケアケア交流会」は年2回行い、講演会を開催する等、地域との交流を深めています。</p> <p>■介護タクシーを利用して出かける利用者や、ショッピングモールに買い物や食事に行く利用者を職員は支援しています。</p>	
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)	<p>■ボランティア受入要領を整備し、担当を相談員に定め受け入れています。ボランティアは施設行事や日常的にもたくさんの参加があります。必要に応じ受け入れ時に研修しています。</p> <p>■地域の高校吹奏楽団の演奏訪問をきっかけとして、団員の中から職場体験の希望があり受け入れています。</p> <p>■学生の受け入れは成人ボランティアとは異なった意義があると考えられるため、基本姿勢等を明確にすることが望まれます。</p>	

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)	<p>■関係機関、団体、医療機関等の連絡先を記載した社会資源一覧表があり、事務所カウンター横に置いています。職員に社会資源一覧表の配置場所を周知する等、社会資源の情報を共有化する事が望めます。</p> <p>■施設相談員は地域包括支援センターや市高齢室と会議を持ち、虐待事例や生活困窮者の支援に取り組んでおり、併設する生活支援ハウスと協力して受け入れ、改善した例があります。</p>	
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
(コメント)	<p>■近くの高校吹奏楽団の発表会前の予行演習場所として施設のロビーを、またキャラバンメイトの会議場所として施設の会議室を提供する等、施設のスペースを地域に開放しています。</p> <p>■災害時には、福祉避難所として受け入れできること地域に伝えています。</p> <p>■管理者は地域の依頼により、小学校の認知症体験学習のアドバイザーとして協力しています。地域の誰でもが参加できる「ケアケア交流会」では、認知症や高齢者の栄養について職員が講演しています。</p> <p>■市の緑化運動に参加し、施設前の道路の花壇の整備を行っています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■市の特養連絡会や、施設主催の「ケアケア交流会」等の地域住民との交流から福祉ニーズの把握に努めています。併設の生活支援ハウスの利用者は独居高齢者ということもあり、具体的な福祉ニーズを知ることができます。今後は地域と密着性のある民生委員等からも、地域ニーズの把握に努めることが望めます。</p> <p>■管理者は、地域の誰でもが気軽に相談できるような、「相談窓口」の開設を目指しています。</p>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者を尊重する姿勢は、理念、運営方針に明示され、規程要領書に反映されています。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、研修を通じて周知され、人事考課や個人面談で状況の把握、評価等が行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者のプライバシー保護等の権利擁護について、指針に明示されています。虐待防止に関する研修を年1回以上実施し、職員への周知に取り組んでいます。 ■居室及び共用部分は、カーテン等で可能な限りプライバシー保護に努めています。 ■現状の施設環境において、不適切な事案を想定し、対応方法等を明確にしておくことが望まれます。 	
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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設パンフレットは、居宅介護支援事業所に置かれ、施設の紹介がなされています。 ■利用希望者へは、施設パンフレット、広報誌を用いて、丁寧な説明をしています。 ■利用希望者に対する情報提供について、見直しが行われている状況を記録等で確認できることが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所契約は重要事項説明を行い、書面で同意を得ています。 ■意思決定が困難な利用者は、代理人及び成年後見制度を利用した契約の締結がなされています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の入院や他の施設及び家庭への移行等にあたり、看護介護サマリーで情報の引継ぎが行われています。 ■利用契約時に、退所（契約解除）後の相談方法について、重要事項説明書を基に説明をしています。 ■契約解除時に、退所後の相談方法等の内容を記載した文書を手渡すことが望まれます。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上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)	<ul style="list-style-type: none"> ■年に1回「利用者満足度アンケート」が実施され、年2回家族懇談会が開催されています。 ■利用者満足度調査の結果を踏まえ、リーダー会議で改善に努めています。 ■利用者満足度調査結果に関する分析や検討内容、改善策の実施に関する記録が明確に確認できることが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情を受け付けた場合は、苦情処理要領に基づき、適切に対応し、その結果を利用者や家族等にフィードバックしています。 ■苦情内容及び解決結果は、施設内掲示板にて公表されています。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見に関して、重要事項説明書にてわかりやすく説明されています。 ■重要事項説明書やポスターを掲示し、意見を述べやすい環境を整備しています。 ■第三者委員の訪問が月に複数回あります。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見を受けた後の対応策について、1か月後、3か月後の経過を検証しています。 ■苦情処理要領が毎年3月に改訂されているとヒアリングで確認しました。検証及び見直しの状況が記録で確認できることが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、安全対策班会議にて、リスクを把握し再発防止に取り組んでいます。 ■入職時の新人研修、年2回の事故防止に関する職員研修が定期的実施されています。 ■事故発生要因の分析や事故防止策の評価・見直しに関する組織としての取り組みを、記録に残して確認できるようにすることが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■衛生管理委員会が毎月開催されており、インフルエンザの発症はありましたが、この1年以内に感染症等の集団発生はありませんでした。 ■対応マニュアル等を定期的に見直す仕組みが、継続的な取り組みとなることが望まれます。 ■対応マニュアルの検証及び見直しの状況を記録に残して確認できるようにすることが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■防災規程が定められています。 ■消防署等と連携した避難訓練を年2回実施しています。 ■災害時における安全確保の取り組みを組織的に行っていますが、年間を通した防災計画に基づく取り組みが望まれます。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者や家族（代理人）からの求めに応じて、サービス提供に関する記録の開示が行われています。 ■主たる家族（代理人）以外から開示請求があった場合について、規程等に対応方法を明文化しておくことが望まれます。 	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
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まれている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所選考指針は大阪府の指針にのっとり、専門職種と第三者委員を含め検討会議がなされています。 ■入所申し込み時や見学時にも、入所選考に関しての説明を実施しています。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法は、規則規程集に文書化されています。 ■入職時の新人研修で、標準的な実施方法を指導しています。 ■実施状況は、フロア会議・ケアワーカー会議で確認されています。 	
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"> ■標準的な実施方法の検証及び見直しについては、リーダー会議で職員の意見を求めて3月に行われています。 ■標準的な実施方法の見直しにあたり、サービス実施計画書の内容が必要に応じて反映されている状況が確認できませんでした。 ■検証及び見直しの状況を記録に残して確認できるようにすることが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■新規入所者は、暫定的な計画を作成し、入所後1か月を目処に、見直しが行われています。 ■利用者一人ひとりのニーズ（生活課題）に、職員が取り組むべき課題が見受けられました。また、サービス実施記録に、サービス内容をそのまま転記している記録がありました。計画どおりにサービスが実施されていることが確認できることが求められます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、アセスメントシートのチェックを行い、3か月に1回サービス担当者会議を開催し、サービス実施計画書の見直しや変更が行われています。 ■利用者一人ひとりのニーズ（生活課題）において、職員が取り組むべき課題が見受けられました。利用者本位のサービス実施計画書作成について、継続的な取り組みとなることが望まれます。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 暫定プランについて、2週間から1か月以内に適正なプランであったのかケアカンファレンスを実施し、本プランへと移行しています。 ■ 施設サービス計画書は、処遇ファイルに入れ管理し、ミーティングで周知するようにしています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス実施状況は、組織が定めた統一した様式によって把握、記録されています。 ■ サービス実施計画書の生活課題に対し、サービス実施の結果、利用者の状態の推移等を記録することが望まれます。 ■ サービス担当者会議が3か月毎に開催され、サービス実施計画の変更や見直しが行われています。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報保護規程を定め、記録の管理が適切に行えるよう取り組んでいます。 ■ 職員は、年1回「個人情報と法令遵守」に関する研修を受け、適切に管理が行われています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 過去1年間に入所者への身体拘束は実施していません。 ■ 身体拘束に関する研修を定期的に行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入所者所持金等管理取扱要領が定められ、利用者の金銭管理を行っています。収支状況は毎月報告されています。 ■ 利用者の自己管理が可能な場合を想定し、必要な保管場所等について、整備することが求められます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ クラブ活動を中心としたレクリエーションの種類が多くあり、一人ひとりの趣味にも反映されており、生活リハビリテーションにも生かされています。 ■ プチ遠足、外気浴等集団のレクリエーションを取り入れたリハビリも積極的に実施されています。 ■ 歩行器や車いす等の使用で食堂への移動を実施しています。 ■ 一人ひとりのリハビリ計画があり、日々のリハビリが実施されています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■クラブ活動や学習療法（公文）、化粧療法等多種あり、一人ひとりの趣味にも反映しています。 ■プチ遠足、外気浴等集団のレクリエーション等も取り入れ、日常生活が充実しています。 ■身体機能向上の為に、個別・集団リハビリテーションを実践しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■フロア会議の中で正しい言葉使いや、コミュニケーションの研修を実施しています。 ■食事場面等において、利用者と笑顔で日常的な会話ができています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴前の備品チェック6項目として、①ベルトのロック部分に破損がないか②ネジが緩んでいないか③プレーキ（ロック）はしっかりかかるか④ハンドグリップが本体から外れていないか⑤タイヤのゴムがすり減っていないか⑥シャワーチェアの背持たれ部分のロックはかかっているか・・・等が日々確認され、安全に入浴できる体制を取っています。 ■入浴の拒否がある利用者に対しては対応する介護者を変えたり、時間を空けるなどの工夫をしています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■おむつ使用の利用者に対して、ポータブルトイレから一般トイレ使用への段階的な試みをしています。 ■一人ひとりに合わせたトイレ使用の為に足置き台を使用し、また尿量に合ったパッドの種類が準備されています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■介護福祉士が車椅子等の点検表に従い点検をしています。 ■介護職からの利用者に対するリハビリ実施の提案、要望に関し、その内容についてリハビリが実施されていることをリハビリ日報、個別機能訓練日報で確認できます。 	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎週水曜日に、体位変換の安全性と体圧に関して確認をしています。 ■看護師による褥瘡発生の起こりやすい部分のマッサージや、入浴時の皮膚状態の観察をし、褥瘡予防に努めています。 ■管理栄養士による、褥瘡のある方への栄養スクリーニングをし、栄養管理・健康管理を実践しています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の嗜好調査（年2回）をもとに、出し巻き卵、おでん、お好み焼き等や季節感を感じる食事の提供をしています。 ■委託業者の協力で、選択メニューも実施し、食事に対する満足度を高めています。 ■イベント（秋祭り等）のときは多彩なメニューを楽しむことができます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の嚥下能力や状況に合わせた食事形態が用意されています（普通食・きざみ・超きざみ・ミキサー）。 ■食事摂取が安全にできる配慮をしています。テーブルの選択・座位保持の為の工夫もなされています。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■歯科医・歯科衛生士による定期的診察が実施されてケアプランに反映され、口腔ケアに活かされています。 ■口腔ケアの技術、知識の向上に向けた研修をしています。 ■口腔機能の向上と誤嚥防止に向け口腔体操を実施しています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■看取りに関する研修（看取り介護、看取り期の観察項目、エンゼルケア）等の実施で、介護職員の不安軽減や精神的支援を行っています。 ■医師、看護師のオンコール体制ができています。 ■看取り期は頻回に訪室し利用者、家族の不安の軽減を図っています。また家族の付き添いも受け入れ、家族と共に看取することで利用者の心の安定と家族との絆を大切にしています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ユマニチュード研修や認知症介護実践リーダー研修修了者による内部研修を行い、認知症に対するケアに反映させています。 ■地域住民を招待し、認知症に対する理解を深める為に、「ケアケア交流会」を開催しています。 ■ADL、日常生活評価を通し、その人に出来る役割を持ってもらい生き甲斐作りをしています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■暖簾(職員作成)の使用で、自分の居室である認識ができるようにサポートをしています。 ■多くの絵画や、手作りのタペストリー(職員作成)で潤いのある環境ができています。 ■日々の生活の中で、楽しみが出来るようにスケジュールの掲示をしています。 ■共有スペースにはソファを配置し、気のあった仲間と過ごしたい利用者や、ひとりでいたい利用者への環境が作られています。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ADL評価(3か月に1回)において、①寝返り②起座③座位④起位⑤立位⑥移乗(椅子・車椅子・トイレ・ベッド)⑦移動⑧食事⑨排泄⑩着脱⑪整容(整髪・髭・爪・耳)⑫入浴(洗髪・洗身・特浴)⑬褥瘡部位⑭会話⑮介護度の15項目の自立度を評価し、個別機能訓練計画書の作成と実践につなげています。 ■個別機能訓練日報を作成し、利用者の状況に応じ、臨機応変に対応し、異常があれば看護師・医師に確認要請をしています。 ■食事前に口腔体操、またリハビリ体操(集団)、集団レク等を行っています。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■異常の気づきにおいては、緊急対応マニュアルに従い行動する仕組みがあります。 ■服薬に関しては看護師によるダブルチェック後、配薬トレイに収納し、日中は看護師が服薬介助を行い、夜間は介護職員が実施しています。服薬前には必ず本人の氏名を呼び、確認後に服薬介助をしています。 ■薬情報は、処遇ファイルに入れいつでも確認できるように管理しています。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症に関する内部研修、外部研修の伝達研修を実施しています。 ■職員の日々の健康チェックを実施し、感染症を持ちこまない姿勢を保っています。 ■家族、来訪者に関する手指消毒を徹底しています。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■お風呂等に関しては、使用する前に備品チェックが徹底されています。また車椅子の点検は、日々介護福祉士が使用前にチェックするようにしています。 ■利用者は、自分の好きなクラブ活動に参加することができます。また興味を持ってもらえるように参加を促すことも行っています。 ■共有スペースにはソファを配置し、談話できる環境が作られています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■広報誌の「まごころとふれあい」に季節の行事を載せ、家族へ参加を促しています。 ■家族会、敬老祝賀会、盆踊り等に関しては、往復はがきで参加の案内をしています。 ■面会が遠のいている家族には、直接電話で利用者の近況を知らせています。 ■3か月毎のケアプランの見直しにおいては、家族の意向を介護支援専門員が確認しています。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	和泉北信太特別養護老人ホームの入居者
調査対象者数	70名（うち回答可能な方35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）

和泉北信太特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者70名（うち回答可能な利用者35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、33名の方から回答がありました。（回答率94%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、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支援してくれる」
●「職員に声を掛けやすい」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」
●「健康管理や医療面、安全面について安心である」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
●「生き生きとした生活が送れている」
について、70%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	和泉北信太特別養護老人ホームの入居者の代理人
調査対象者数	70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）

和泉北信太特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者の代理人70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、39名の方から回答がありました。（回答率56%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地良く過ごせる」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「ホームは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、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」
●「職員に声を掛けやすい」
●「職員は、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」
●「ホームの総合的な満足度」
について、70%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	和泉北信太特別養護老人ホーム 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	18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）

和泉北信太特別養護老人ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人18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、7名の方から回答がありました。（回答率39%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっていた」
●「職員は、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た」
について、全員の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、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」
●「職員に声を掛けやすかった」
●「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、
- (3) ●「職員は、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」
●「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た」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めていた」
について、70%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