

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム しらかばホール	
運営法人名称	社会福祉法人 みすず福社会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	施設長 小山 晃二	
定員（利用人数）	70 名 （66名）	
事業所所在地	〒 573-0003 大阪府枚方市出屋敷西町二丁目1番1号	
電話番号	072 - 849 - 1146	
F A X 番号	072 - 849 - 1268	
ホームページアドレス	http://www.misuzufukushikai.jp/	
電子メールアドレス	info@misuzufukushikai.jp	
事業開始年月日	平成16年1月1日	
職員・従業員数※	正規 34 名	非正規 16 名
専門職員※	社会福祉主事：4名 介護福祉士：20名 介護支援専門員：3名 医師：3名 正看護師：1名 准看護師：6名 柔道整復師：1名 管理栄養士：1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室：70	
	[設備等] 居間・食堂：6 共同トイレ：24 浴室：4（個浴・一般浴・特浴2種） 診療室：1 機能訓練室：1 厨房：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	令和 元 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】

暖かい家庭内の人間関係を基本とした地域福祉力形成の中心となり、高齢者の在宅介護を可能とする為に機能する施設をめざします。

【運営方針】

地域や家庭との結びつきを重要課題とし、施設サービス計画に基づき可能な限り居宅に置ける生活への復帰を念頭において、入浴・排泄・食事等の介護、社会生活上の便宜の提供、その他日常生活上の援助、機能訓練、健康管理や療養上の援助を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、明るく楽しい信頼関係を形成し、常に入居者の立場にたったサービス提供と適切な処遇を目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・同じ法人の診療所が併設しており、医療的ケア（酸素・インシュリン・胃ろう）を必要とする方の入居者も多い。
- ・併設のデイサービス、ショートステイ、認知症グループホームとも連携し、当施設への円滑な入居が行えている。
- ・開かれた施設を目指し、地域との交流に力を入れ、地域の為の施設に認知されるように努力している。
- ・ユニット型の特養という利点を使って、個別対応、個別支援に重点をおいている。
- ・季節ごとの行事を企画し、季節感を味わって頂けるようにしている。
- ・未永く利用して頂くため、介護、看護両面から早期発見、早期対応に努めている。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和6年6月19日～令和6年11月26日
評価決定年月日	令和6年11月26日
評価調査者（役割）	2101A033（運営管理委員） 2201A014（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しらかばホール（以下施設と称す）を運営する社会福祉法人みすず会（以下法人と称す）は、「尊重と愛情に溢れた思いやりの介護」「地域に密着して高齢者を支える」という考え方で、平成15年に大阪府より認可を受けた。

平成16年、枚方市の東西南北の真ん中にあたる場所に当施設を開設した。周囲を田園に囲まれ公園も近く、自然に恵まれた環境に位置する。施設は法人の中核施設であり、併設してグループホーム、デイサービスセンター・居宅介護支援センター・診療所を運営している。また近隣には障がい者施設を開設し、他県の施設も合わせて法人全体として7事業所を運営している。

・施設は3階建ての1～3階を使用し、全室個室の8ユニット型で運用している。各ユニットにリビングを設け、広い通路などゆったりとした空間を確保している。家具や調度品を入居者が自由に配置できる明るい個室、広いスペースのトイレは各ユニットに2室、座位式や臥横式の特殊浴槽などを備え入居者の状況に応じて利用できる4風呂を完備している。館内はきれいで落ち着いた雰囲気であるが、建築後20年を経過し大規模改築の長期計画中である。

・質の高い福祉サービスの提供に一丸となって取り組んでおり、4月の花見、5月のこいのぼり、6月の菖蒲園見学、7月の七夕・スイカ割り、8月の花火など、毎月の様々な行事とその行事に合わせた行事食を用意し、入居者の生活にメリハリと楽しさを提供している。また、感染予防等においては、隣接する診療所と連携した感染対策により集団感染等を防ぐ効果を出している。

・施設長は、これまでの現場経験も活かし、経営の改善や現場サービスの改善等を牽引している。風通しの良い組織風土を目指し、「自分がしないことは利用者にもしない」というシンプルな基本の考え方を伝えている。人材確保・育成の課題に対しては、他国籍人材の活用等も含めて長期的に取り組んでいる。

◆特に評価の高い点

・組織運営や福祉サービスの各種体制・委員会などを整備し、関連するマニュアルや議事録の丁寧な作成など、文書化と共有化ができています。

・施設長のリーダーシップが発揮され、経営課題への取り組みや、風通しのよい組織風土づくり、福祉サービスの向上などに取り組んで成果をだしている。

・各々の職種の役割分担が明確であり、多職種間での情報共有と連携を図り、チームでの入居者への支援を確立している。

・医師、看護師を中心に健康管理体制を整備している。看取りについても手順が確立されており、喀痰吸引が可能な介護職員も確実に配置し、入居者の生命を守る体制が整っている。

・毎日、昼食前にパタカラ体操を全館で行い、誤嚥防止への取り組みを施設全体で行っている。

◆改善を求められる点

- 情報公開ツールとしてのホームページへの新規掲載がここ1～2年滞っており、よりタイムリーな情報掲載を望む。
- 外国人の職員の割合が増加していることに鑑みて、外国人に対しての別枠での研修やサポートを行う事により、日本人も外国人もより働きやすい環境の造成を期待する。
- 定期的に家族会等を開催する等、家族の参加する機会を増やし、より風通しよく、意見の言いやすい関係を醸成することを期待する。
- 地域との交流はコロナ禍で縮小してきたが、高齢者福祉スキルの地域への提供や地域イベントへの参加など、今後、徐々に交流を深めていくことを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ホームページの更新は、迅速に行っていきます。
- 外国人も含めて、働きやすい環境整備に努めてまいります。
- コロナ禍で行っていなかった家族との交流会を、来年から法人全体として「しらかばフェスター」を開催し取組んでいきます。（実施計画案は作成済）
- 地域イベントへの参加は引続き行ってまいります。また、地域福祉委員会と連携して高齢者の課題についての講演会も引続き実施してまいります。さらに、来年度は地域福祉委員会と連携し、料理講座等も計画していきたいと考えています。
- 高齢者福祉スキルの地域への提供は、包括支援センターと連携のもと実施していきたいと考えています。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念はホームページへの掲載と、玄関入口にもわかりやすく掲示している。また、重要事項説明書に基本方針を記載している。 ・職員への周知として、新入教育マニュアルの冒頭に「法人理念」「施設理念」「行動指針」を記載し新入職員研修で説明している。また毎月の法人全体集会などで、適時、施設長から理念の説明をしている。 ・利用者や家族へは、入所時に重要事項説明書にて基本方針を丁寧に説明している。玄関、ホームページへの理念の掲載も案内している。 	
		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"> ・施設長は市の施設長会議や事業所連絡会、またホームページを活用した情報収集で、行政や福祉の状況を把握している。 ・法人の理事長は医療関係者であり、適時高齢者医療の動向等を共有している。 ・内部の経営状況把握に関しては、過去に経営状況の苦しい時期の反省を活かし、人員配置や利用率、コスト分析などを細かく管理して理事長と密に共有するなどの改善をしてきた。 	
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"> ・経営改善への取り組みは、施設長と事務長を中心に継続して取り組んでいる。 ・施設長は理事長と毎週1回経営状況等の共有を行い、また毎月の法人管理者会議にて利用率や運営方法の課題を協議している。 ・現在の経営課題は、利用率向上や介護人材の確保育成と考えており、ケアマネジャー等を巻き込んで在宅者の状況の把握等に取り組んでいる。 ・取組状況に関しては、毎月のユニットリーダー会議にて職員にも共有している。 	

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)

- ・法人の中長期計画として、創立時からの経営状況の経緯、コロナ禍での取組、現状の問題点と改善策、令和9年度までの各事業毎の詳細な取組計画をまとめている。
- ・今後の全館改修工事の予定を盛り込み、各年度毎の長期的な数値計画も落とし込んでいます。
- ・職員に対しては、中長期計画の概要と現場に必要な内容と切り分けて、適時に説明をしている。

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)

- ・中長期計画を踏まえた単年度事業計画を作成している。
- ・事業計画には、施設理念や職員目標の再徹底から、事業推進のためのポイント、行事計画、研修計画などを盛り込んでいる。
- ・単年度の事業数値目標として、利用率や算定報酬など18項目の目標数値を定めている。

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)

- ・事業計画は、現場の主任・部長クラスで計画の原案を作成し、原案を基に事務長と施設長とが入り計画案としてまとめ、理事長に報告している。
- ・職員への説明は、年度初めの全体集会で施設長から行い、計画書を全員に回覧するとともに、共有フォルダに保存していつでも見れるようにしている。
- ・毎月の管理者会議で、数値予算計画や取組みの進捗状況を確認しフォローしている。

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)

- ・令和3年度までの事業計画書は、年度の資金収支計画書や前年度事業報告書等とともにホームページに上げて公開をしている。
- ・現在のホームページには直近の事業計画書等が掲載されておらず、タイムリーに掲載することを望む。
- ・また、策定した事業計画を基に、介護・環境整備（施設・設備）など、利用者や家族に関わる事項をわかりやすく説明した文書を作成し、掲示・配付などで周知することを期待する。

		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"> ・月2回、施設長と介護部長、介護主任、指導長を交えたトップ4者会議にて現場サービス状況の共有を行っている。 ・職員は、年1回12月に自身の仕事内容を振り返る自己評価を行い、上司の評価と合わせて個別面談にて課題の確認を行っている。 ・定期的に第三者評価を受審し、質の向上に向けた改善に結び付けている。 ・SNSを活用し、家族への連絡や家族からの意見を直接受け取るサービスを提供している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・課題と改善策の検討は、各階ごとのフロア会議にて検討し、議事録に記載して回覧することで、全員への共有を行っている。 ・各フロア毎の年度目標をたてて、都度確認しながら改善を推進している。 ・サービス毎の身体拘束防止・虐待防止などの各種委員会を設置し、職員が参加してサービスの質の向上に取り組んでいる。 ・緊急的な案件に関しては、施設長が臨時で緊急会議を招集し、スピード感を大事に対策を行っている。 	

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"> ・施設長は、年度初めの全体集会にて、全職員に対して年度の方針や取組みについて説明している。 ・組織図及び職務分掌規定に加えて、より具体的な役割基準書を作成して、施設長を含む各担当の役割を明確にし、職員に周知を図っている。 ・非常災害対策計画や事業継続計画の中で、非常時の体制や代行者を明記しており、事務長を代行者として周知している。 	
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"> ・施設長は、法令遵守の研修や毎月の社会保険労務士との打合せの中で情報収集を行っている。また自ら第2種衛生管理者等の資格取得に努めている。 ・「法令遵守規定」「職員倫理綱領」を作成し、職員に周知して法令遵守を徹底している。 ・介護保険法の遵守事項について自主点検し、安全衛生・身体拘束防止・虐待防止などの委員会を運営して遵守に取り組んでいる。 ・毎年、施設長や事務長が講師となり「プライバシーとコンプライアンス」の内部研修を実施している。 	

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"> ・施設長は、日々現場を巡回し現場のサービス状況を確認している。また月2回の介護部長他との4者会議の中でサービスの状況を共有している。 ・自らの20年程の現場経験を元に「自分がしないことは利用者にもしない」「対策等の最終判断を早くする」等の考えを職員に伝えている。 ・リーダー会議や職員会議での課題検討については、早めの指導を行うようにしている。また議事録は必ず確認している。 ・毎年、職員の自己評価結果と上司評価をもとに、全職員と個別面談を実施して指導している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、月1回の経営改善委員会に参加し、経営の改善や業務の実行性を高める取組みを検討し、改善に努めている。また理事長への適切な情報共有を大事にし、丁寧な説明を心掛けている。 ・風通しの良い職場づくりを念頭に、毎月の法人全体集会を企画し、自らの思いを職員全員に伝えるよう取組んでいる。 ・パソコンや共有フォルダーの活用に加えて、現場で作業できるようにタブレットを各フロアに導入し、現場の業務効率を上げてきた。また家族とのコミュニケーションづくりとして、SNSの活用を推進してきた。 ・法人単位での運営会議や事業所内の豊富な会議・委員会体制を構築し、運営することで安定的な事業推進に取組んでいる。 	

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)

- ・フロア単位で最低限必要な人員体制と、職員が余裕を持って十分なサービスを提供できる人員体制を明確にし、その確保に取り組んでいる。
- ・現状の体制で生産性を高めるために介護補助員を配置し、介護職員が介護に集中できる環境を整えている。
- ・求人活動を継続する方針を出して、法人ホームページ、ハローワーク、民間求人サイトへの掲載や福祉関係の就職フェア等への参加を継続している。
- ・他国籍人材の積極的な採用も取り組んでいる。

II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
------------	------------------	---

(コメント)

- ・「求める職員像」として、10項目からなる「行動指針」と詳細な「役割基準書」とを提示し、職員に周知している。
- ・2年前に「新人事制度基本体系」を作成し、役割等級制度を核として、目標管理、考課制度、処遇制度、人材育成とをリンクさせた制度体系を明確にして、取り組んでいる。
- ・職員の評価は、自己評価の実施、フロアリーダーの一次評価、介護主任の二次評価、施設長による三次評価を実施して、本人と施設長が面談して最終評価としている。
- ・今後さらに、新人事制度を職員に浸透させて理解を深め、自ら将来の姿を描くことができる制度として定着させることを期待する。

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
------------	------------------------------------	---

(コメント)

- ・職員の残業はフロアリーダーが管理し、発生都度、施設長まで報告が上がる。有休取得状況は毎月事務長が確認し施設長に報告が上がる仕組みになっている。
- ・シフト表はフロアリーダーが、研修や資格取得の予定、本人の希望などを優先して作成している。
- ・毎年12月頃に、施設長が全職員と個別面談を行い、年間の自己評価や就業の意向などを確認している。
- ・福利厚生としては、同法人に隣接する診療所を活用した健康診断やインフルエンザ予防接種などの提供や、職員間の懇親を目的に全職員の食事会やバーベキューイベントなどを企画している。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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
------------	-------------------------	---

(コメント)

- ・求める職員像として「行動指針」と「役割基準書」とで、具体的に求める技能や行動等について職員に周知している。
- ・フロア単位で年度目標を定め、各職員が共有して取り組んでいる。
- ・新人事制度基本体系で定義した自己評価シートは、目標設定管理として運用している。各自が複数の年間目標を設定し、各上司が5段階の達成度評価・コメントでフォローを行い、最終は本人と施設長との個別面談を実施することにより、各自の育成を図っている。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・求める職員像として「行動指針」と「役割基準書」とで、具体的に求める技能や行動等について職員に周知している。また福祉サービスの専門職としての「倫理綱領」を定め、専門的知識と技能の向上等について求めている。 ・内部研修の年間計画を定め、全職員の出席確認や受講アンケートを実施し、実施報告書と合わせて管理している。 ・研修計画の策定や見直しについては、研修委員会にて随時検討している。 ・近年、他国籍就労者の採用が増加傾向にあるが、今後さらに、他国籍就労者に必要なコミュニケーション等の教育や継続的な業務フォロー体制を強化し、現場での早期即戦力化に取組むことを期待する。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・各職員の資格、技能等の状況は毎年の自己評価シートにて確認している。 ・新入職員研修は介護主任が行い、その後の職場OJTをユニットリーダーに引継いで、一人ひとりの継続した育成に取組んでいる。 ・外部研修に関しては、研修情報を適切な職員に提供し受講を促すとともに、受講後の研修報告書の回覧で共有を行っている。非正規職員に対しても同様の取扱いで行っている。 ・本人希望の外部研修にも前向きに調整し、事業所による割引制度の支援や、資格取得経費の補助も行っている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に、職場体験実習の積極的な受け入れを表明し取り組んでいる。 ・「介護実習マニュアル」を作成し、実習中の注意事項や実習指導プロセス、指導担当等の受け入れ体制を定めている。 ・今後は、福祉人材の育成協力と卒業後の就労連携も念頭に、福祉系大学や専門学校等への実習受け入れの開拓を期待する。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページには、理念と施設概要・事業報告書・事業計画書・資金収支計算書・定款・役員等報酬規程・個人情報保護規定などを公開しているが、直近1～2年の事業報告書・事業計画書が掲載されていない。今後、タイムリーな情報更新を望む。 ・玄関入口には、第三者評価受審証を掲示し、重要事項説明書は訪問者が持ち帰れるように複数部を置いている。 ・ホームページの事業報告書内で、施設の取組み概況、成果と課題とともに、苦情と要望の対応も掲示している。 ・施設のパンフレットは、高齢者が多いと思われる病院や高齢者施設などに配布している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・経理規程などの諸規程を作成し、経営面の権限・責任を明確にしている。 ・物品購入は各部署からの起案書をもとに、少額の購入に関しては施設長承認、それ以上は施設長経由で法人の理事長の承認を得てから購入している。 ・購入した領収書等や現金出納帳は、事務経理担当が処理して、月々事務長及び施設長が確認している。 ・毎月、契約している会計士・社労士の監査を実施している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程に地域住民や地域活動との連携・協力等を、また単年度事業計画に地域イベントへの参加等、基本的な考えを明示している。 ・コロナ後に地域のお祭りイベントへの参加や、健康講座などの開催で地域住民との交流を広げてきている。 ・今後は、地域住民と利用者との交流の場や、利用者の参加できる地域イベントの開拓など、さらに強化していくことを望む。 	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「ボランティア受け入れ規程」を作成し、ボランティア申込書（兼）登録書及び実施報告書にて管理している。 ・最近では、和太鼓や大正琴ボランティアを、また傾聴ボランティアは毎月継続して受け入れ、利用者の楽しみになっている。 ・ボランティアセンターに登録・申請して、新規の団体開拓に取り組んでいる。 ・単年度事業計画に、中学生の職場体験の積極的受け入れを表明し、毎年、数名の職場体験を受け入れている。 	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・行政とは、福祉サービスの報告・連絡・相談などで定期的に連携をしている。施設長会議や事業所連絡会等、関係団体の集まる連絡会などは積極的に参加している。また、地域の施設長会で開催する就職フェアへの協働や、定期的なケアプランセンターとの連絡会を行っている。 ・非常災害対策計画書や感染症対応事業継続計画の中で、関係機関一覧のリストを作成している。 ・今後はさらに、関係先全体を分かり易く一覧表にし、職員のわかりやすい場所に掲載するなどの周知・徹底することを期待する。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の役員が民生委員・児童委員を兼務しており、担当地域の集まりがある時に施設の紹介や意見交換を行っている。 ・地域の夏祭り等のイベントにブースをだし、地域の方と交流をする中で生活課題や福祉ニーズを聞き取っている。 ・校区福祉委員が行う高齢者の見守り隊活動に協力する中で、地域の困りごとや高齢者情報を把握している。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員からの要望に応じて地区住民に対する生活法律相談の講演を行ったり、健康相談も多いことから医師である法人の理事長の講演の実施など、地域福祉ニーズに応える活動を行っている。 ・災害時の福祉避難所として市と協定を締結している。 ・今後さらに、福祉ノウハウの積極的な地域への提供や、地域住民が参加できるイベントの開催など、地域コミュニティの活性化への取組みを強化することを期待する。

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"> 施設の基本方針や職員倫理綱領を定め、入居者の意思及び人格の尊重や、人権の擁護、虐待の防止などを明示している。 施設内研修として、全職員を対象に身体拘束廃止や虐待防止研修を年2回実施している。 接遇、排泄介助、食事口腔ケアなどのマニュアルを整備するとともに、褥瘡予防や虐待防止等の各種委員会にて現場での適切なサービスを確認している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> プライバシー保護マニュアルを作成して運用している。 ユニットケアで全室個室であり、共有するトイレや入浴に関してもプライバシーの守れるように意識して介助している。 家族との相談は、プライバシーを守る応接室にて対応している。 利用者アンケートにおいても、排泄・入浴時のプライバシーに配慮されていることが見て取れた。 	
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"> ホームページに施設外観、内観やイベントの様子、利用料金などの情報を掲載している。SNSでもイベントの写真等を発信している。施設パンフレットは関連する病院等に配布している。 電話での申込時はできるだけ施設見学を勧め、見学時は施設長か生活相談員が対応して、パンフレットや重要説明書、介護保険制度などを説明し施設内の案内も丁寧に行っている。 	
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"> サービス開始時には、重要事項説明書と契約書の説明の他に、施設での様々なリスク、診療関係の説明、個人情報取り扱い等も付け加えて納得してもらうまで説明している。 契約書及び重要事項説明書、個人情報取扱いに関しては、利用者と身元引受人の同意を取っている。 サービス内容に大きな変更がある場合は、説明だけでなく利用者または家族への書面にて同意を取得している。 	
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"> 重要事項説明書に「円滑な退所のための援助」の項目をもうけ、必要な援助を行う旨を表明している。 移行に際して要望があれば、移行先等の施設への情報提供を行っている。 移行後の相談に関しては、窓口を生活相談員と定め、重要事項説明書に担当者名、連絡先を明示している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、各フロアの担当、栄養士、機能訓練担当等で各利用者のモニタリングを行い、その中で利用者満足度を把握している。 ・毎月の傾聴ボランティアのフィードバックの中で、利用者の意見や満足状況を把握している。 ・ケアマネージャー主催のサービス担当者会議に介護部長他が参加し、利用者の状況を共有し、改善等を行っている。 ・状況に応じて個人面談を行っているが、今後、定期的な個人面談や家族会の開催、定期的なアンケートなど、さらに積極的な取組を期待する。 	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
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"> ・苦情対応マニュアルを作成し、苦情解決責任者や担当者、対応体制、第三者委員を定めて運用している。 ・利用者への重要事項説明書に「苦情の受付について」の項目を設け窓口や解決体制、行政機関の情報を提供している。また玄関にも同じ内容を掲示している。 ・苦情に対しては、設置している「苦情対策会議」にて検討し「苦情（相談）対応記録表」で管理するとともに、対応結果は本人へのフィードバックとともに、事業報告書にも掲載し、ホームページで公表している。 	
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"> ・職員には常日頃から利用者とのコミュニケーションを取り、意見の言いやすい雰囲気づくりをするように指導している。 ・エレベーターホールに意見箱と意見書を設置し、誰でも記入・投稿できるようにしている。 ・家族とのコミュニケーション用にSNSを開設し、いつでも簡単に意見を受けられるようにしている。 ・利用者からの意見は各人の居室（個室）内で聞いたり、家族等を交えた時には応接など、意見を述べやすいスペースを確保している。 	
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"> ・職員は利用者との日常のコミュニケーションの中から相談や意見を引き出すようにしている。また施設長や介護部長等の日常のフロア巡回や、毎月の傾聴ボランティアのフィードバックの中で、利用者の相談や意見を聞き取っている。 ・聞き取った相談や意見は「苦情（相談）対応記録表」で管理し、フロア会議で検討して議事録にて報告共有するが、必要に応じてフロア会議に施設長が参加したり、苦情対応会議で検討したりしている。 ・早期の原因究明と対応策検討が大事と指導しており、早めの対応、フィードバックを心がけている。 	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
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"> ・「介護事故防止対応マニュアル」を作成し、リスクマネジャーを施設長、担当者を生活相談員と施設ケアマネとして、マネジメント体制を整備している。 ・リスクマネジメント委員会を設置し、毎月、各フロアで発生したヒヤリハットや事故報告を確認し、対応案など議事録にまとめ回覧し、日常のケアに活かしている。 ・毎年、全職員対象に事故発生・再発防止についての内部研修を実施している。また臨時で緊急対応時の救急シミュレーション研修等も実施している。 	
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"> ・「感染症対策マニュアル」「感染症対応事業継続計画」を作成し、施設長、介護主任をリーダーとした体制を設置している。 ・看護師を中心メンバーに「感染症対策委員会」を年4回を開催し、コロナやインフルエンザなどの感染症状況を把握して対策を話し合っている。 ・30項目の感染症予防チェックリストを運用している。 ・発生した場合を想定し、隣接する診療所との連携や、ユニット制を活用した個室への隔離の手順等を検討している。 ・毎年、医務が担当となり、ノロウイルス対応策を中心に感染症に関する内部研修を実施している。 	
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"> ・「社会福祉施設における非常災害対策計画」を作成し、施設の立地条件、災害発生時の通報や連絡体制、避難経路などを記載して、運用している。 ・毎年2回、避難・救出等の訓練を実施している。重要事項説明書に明記して入所時に入居者や家族にも説明している。 ・備蓄リストを作成し、3日分の備蓄を管理栄養士を中心に管理している。またSNSを活用した職員への連絡の仕組みを構築している。 ・毎年「非常災害時の対応」についての内部研修を職員に対して実施している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法について、マニュアルで文章化し、整備している。 ・職員の採用時には、指導担当者が指導チェック票に基づき、適切に実施できるところまで指導を行っている。 ・マニュアルの存在や内容をより職員に周知し、日常的に活用されることを期待する。 	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルや指針について、毎年度末に各委員会等の会議にて、定期的に見直しを行っている。 ・福祉サービスが適切に実施されているか、ケアマネジャーが、月1回、各職種からのモニタリング情報を集めて確認している。 	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時には、ケアマネージャーが、家族および利用者と面談を行い、アセスメントシートを用いてアセスメントを行い、得た情報を多職種で検討し、ケアプランに反映している。 ・支援困難ケースへの対応については、臨時のサービス担当者会議を行い、多職種で協議し、適切なサービスの提供に繋げている。 ・サービス実施計画の記載について、入居者の課題に対しては、より個別具体的な支援方法を記載することを期待する。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランは、6か月に1回、及び変化があった時には、タイムリーに変更を行っている。 ・サービスの評価・見直しの際は、多職種の職員参加のもと、サービス担当者会議を行い利用者及び家族の希望も反映している。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の支援や利用者の状態については、経過記録に記載し、多職種で情報共有している。 ・申し送りノート、業務日誌、会議記録等、内容を読んだ職員は、サインをして情報を共有し、もれなく周知するシステムになっている。 ・記録に関する取り決めやルールを文章化し「記録要綱」として整備することを望む。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長が記録管理の責任者を担い、個人情報保護規定について、重要事項に記載し、入所時に利用者及び家族に説明を行っている。 ・個人情報保護について、施設内研修で職員に教育を行っている。

高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(1)-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごしができるよう工夫している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入居前の面談で、家族及び利用者からこれまでの生活をケアマネージャーが情報収集して面談票に記載し、入居前にサービス担当者会議で情報を共有し、支援計画の中に個別の活動計画を盛り込んでいる。 ・洗濯物たたみや、洗い物など入居者にあつた活動を生活の中に適時取り入れて、役割を持って貰っている。 ・季節にあつた行事を取り入れたり、日曜日には、介護補助員が歌のレクリエーションを行うなど、生活に変化をつける取り組みを行っている。 	
A-1-(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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・意思疎通の困難な利用者には、職員の方から声をかけて、その反応を捉えるように職員に指導している。 ・入居前の情報収集により、コミュニケーションの手段として有効な方法を情報収集し、ホワイトボードで筆談するなどのその人にあつた意思疎通方法を工夫している。 	
A-1-(2) 権利擁護		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の「権利擁護規定」を定めて、入所時に重要事項説明の際に、文書をもって利用者及び家族に説明を行っている。 ・「身体拘束マニュアル」も整備し、原則禁止されている行為や、やむを得ず行わなければならない場合の手順を定めるとともに身体拘束廃止委員会を年4回実施している。 ・虐待防止について発生・再発防止について、文書を整備するとともに、虐待防止委員会も年4回実施し、虐待に関する研修も行い、職員に周知をしている。 	
		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-2-(1)-①	福祉施設・事業所の環境について、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"> ・フロアは、適温で明るく快適な空間となっている。 ・居室は、利用者がこれまでの生活や嗜好に応じた、馴染みの家具や装飾品などを持ち込むことを勧めており、利用者にとって快適な環境となっている。 	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A-3-(1)-① 入浴支援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)

- ・入浴は、リフト浴・座浴・寝台浴と、利用者の身体状況に合わせた入浴方法での入浴ができる設備が整っている。個室もあり、シャワーチェアや脱衣室にも着脱ができるベッド等も整備している。
- ・入浴前の健康チェックを行い、入浴の可否や方法についての判断を看護師が行い、利用者の健康状態に合わせた支援となっている。
- ・安全、快適に入浴出来るように、マンツーマンで職員が入浴介助にあたり、利用者を目を離さない体制で介助を行うとともに、羞恥心に配慮して介助にあたっている。

A-3-(1)-② 排せつの支援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)

- ・入居者の排泄状況を把握し、その人にあったタイミングで声掛けを行っている。
- ・排泄の自立に向けて、できるだけトイレに座ってもらうように働きかけている。
- ・必要に応じ、尿や便を観察し、看護師と情報共有して排便コントロールを行っている。

A-3-(1)-③ 移動支援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)

- ・入居者のADLの状態に合わせて車いすや付き添い等の対応を、サービス担当者会議で多職種で検討している。
- ・入居者が、歩行する際にトイレ及び居室までの導線に手すり等を持って安定して歩行できるように、必要な場所には平行棒を設置するなどの環境の整備を望む。

A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-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)

- ・食事を美味しく食べることが出来るように、ムース食の人には、メニューを説明しながら食事介助にあたっている。
- ・委託業者が食事を作成しているが、管理栄養士が毎日検食し、味付け等に問題ないかを点検している。
- ・衛生管理についても食品納品の段階から調理中の衛生チェック票に基づき点検を行っており、衛生管理体制が整っている。

A-3-(2)-② 食事の提供、支援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)

- ・医師の指示に基づき糖尿病食や心臓病食などの療養食を提供している。
- ・普段の食事の状況や嚥下状態を評価検討し、タイムリーに食事形態を見直し変更している。
- ・利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。

A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所時及び定期的に歯科衛生士による口腔状態の点検を行い、問題のある入居者に対する指導内容を介護士・看護師で情報共有している。 ・口腔清掃に課題がある入居者に対して、一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成し、実施・評価・見直しを行うことを望む。 ・口腔ケアの意義や具体的な実施方法に関する職員への研修を行うことを期待する。 	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア	
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡予防の指針とマニュアルを整備するとともに多職種の職員で構成する褥瘡予防対策委員会を月1回実施し検討している。 ・褥瘡の予防及び治癒に向けて医師・看護師・介護士・栄養士等、多職種で連携し取り組んでいる。 	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	
A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引及び経管栄養は、医師の指示のもとに実施している。 ・喀痰吸引の資格取得整備を行い、13名の介護士が喀痰吸引を実施することが出来るとともに、夜勤務帯には、必ず喀痰吸引ができる職員を配置して安全な管理体制をとっている。 ・喀痰吸引が必要な入居者には、事前に家族の同意書を取得している。 	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防	
A-3-(5)-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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・柔道整復師が、個人別に機能訓練計画書を立案し、週1回、個別に訓練を行い、サービス担当者会議で評価見直しを行っている。 ・サービス担当者会議等で、情報共有し、多職種で連携し生活リハビリに繋げている。 	
A-3-(6) 認知症ケア	
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所時に一人一人の生活歴や生活能力について利用者及び家族と面談し、情報を取りアセスメントして、サービス担当謝会議で情報共有を行い、支援内容を検討している。 ・認知症ケアマニュアルを整備するとともに、外部研修を受けた職員が、施設内職員に伝達講習することで、認知症に関する最新の知識や情報を共有している。 	
A-3-(7) 急変時の対応	
A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々、介護士、看護師のフロア担当者が、入居者のバイタルサインをチェックし、健康状態を把握し、状態変化のあるときには、迅速に対応にあたっている。 ・夜間は、看護師のオンコール体制により、体調変化時には、報告・相談できる体制を取っている。 ・各入居者に対して、概ね月1回以上の医師による定期診察があり、指示のもと定期採血、レントゲン、心電図等の検診を行い、健康管理を行っている。 	

A-3-（8）終末期の対応	
A-3-（8）-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
（コメント）	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が終末期を迎えた時の対応について、入居時に利用者及び家族等に確認するとともに、実際に終末期になった際には、医師から状態を説明し、家族の意向を確認しながら対応している。 ・看取りに関する指針に、入居者が終末期を迎えた場合の対応について、方針と手順を整備している。 ・体調変化時の対応について、医師から看護師、看護師からケアマネージャーと介護職員に情報提供や指示を申し送り、申し送りノート、業務日誌等により職員間で情報共有し対応している。

評価結果

A-4 家族等との連携	
A-4-（1）家族等との連携	
A-4-（1）-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
（コメント）	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に対し、面会時・ケアプラン更新時に、ケアマネージャーより説明を行い、支援経過記録に記録している。 ・定期的な家族会の開催等により、家族等が直接意見の言える場を積極的に設けることを期待する。

評価結果

A-5 サービス提供体制	
A-5-（1）安定的・継続的なサービス提供体制	
A-5-（1）-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	—
（コメント）	訪問介護事業所の調査ではないので非該当とする。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム しらかばホール 利用者等
調査対象者数	70人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封したうえで、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者70名にアンケート用紙を配付し、35通を回収した。回収率は50%であった。

○回答の内、満足度90%以上は次の3項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いませんか。

○回答の内、満足度80%以上は次の10項目であった。

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
- ・施設に金銭管理を依頼した際、あなたや家族の意向に沿って適切に管理してくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。

○回答の内、「無回答」が30%以上は次の7項目で、「わからない」「知りません」等の回答であった。

- ・あなたが望めば、地域の活動に参加することが可能ですか。
- ・献立づくりについて、アンケート等であなたの希望を聞いてくれますか。
- ・入浴は、落ち着いて、ゆったりと入浴することができますか。
- ・入浴する際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いませんか。
- ・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いませんか。
- ・機能訓練の目的や内容、実施後の評価等について、説明してくれますか。
- ・レクリエーションのメニューは自由に選択でき、あなたの意向に配慮されていると思いませんか。

○自由記述の意見としては、次のようなものがあつた。

- ・人員不足を理由にするのはやめてほしい。
- ・オープンな食事会をしてほしい。
- ・面会時間をもう少し長くしてほしい。
- ・車いすでの散歩を増やしてほしい。
- ・安心してお任せできると思っています。
- ・充実した介護に感謝しています。（など）

以上

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