

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		
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳園		
福祉サービスの種別	就労継続支援B型、就労移行支援（一般型）		
代表者氏名	林 英樹（管理者）		
定員（利用人数）	80 名		
事業所所在地	〒 586-0094 河内長野市小山田町379-13		
電話番号	0721 - 55 - 6568		
FAX番号	0721 - 55 - 0517		
ホームページアドレス	http://www.shotokuen.or.jp		
電子メールアドレス	workmate@crux.ocn.ne.jp		
事業開始年月日	昭和59年4月1日		
職員・従業員数※	正規	21 名	非正規 12 名
専門職員※	介護福祉士1名		
施設・設備の概要※	[居室] なし		
	[設備等] 食堂1、調理室1、更衣室2、医務室1、作業室4 温室1、喫茶店1、ビニールハウス1、休息室1 多目的スペース1、相談室1、図書コーナー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	2 回
前回の受審時期	平成 26 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】

【法人理念（福祉観）】

～人々の期待に応え 高い信頼を得るために～

- ・ヒューマニズムにだって 高度な専門性を持って人のためにつくします
- ・子供の輝く成長を願い 高齢者・障害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付ける。
- ・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. 開所当時より企業的な運営を心がけている
 - ・高度な機械設備の導入 ・多業種の作業室の設置
 - ・高い工賃支払いの追及
 - ・年間収益計画等の計画的な運営
2. ISO9001 2008年度版認証取得
 - ・法人全体が一人一人の利用者サービスの質の向上をめざす
 - ・事故、苦情、ヒヤリハット、利用者満足等の情報を法人全体で共有
 - ・事業所間でパトロール監査を実施
3. 相談支援事業と生活困窮者レスキュー事業
 - ・利用者の困りごと相談等の悩み事の掘り起し
 - ・総合的に障がいサービス利用の相談支援を行っている

【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29年11月28日～平成30年2月26日
評価決定年月日	平成30年2月26日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 0501B059（運営管理・専門職委員） 1502B030（専門職委員） ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

ワークメイト聖徳園は、社会福祉法人聖徳園が運営する事業所で、昭和59年に開設されました。現在は、就労継続支援B型、就労移行支援、共同生活援助（グループホーム）、相談支援、生活困窮者レスキュー事業の5事業を実施しています。運営目的として「作業を通じて社会参加と生活の向上を図る」を掲げています。

法人としてISO9001の認証を取得し、事業所では基本姿勢として「サービスの質の向上、安全の確保、地域公益活動、情報の開示、環境への配慮」を、また「目的、指導方針、品質方針、職員姿勢」を明記して、福祉サービスの品質の向上に取り組んでいます。

作業グループとして、射出成形部・組立部、製袋部、喫茶部、栽培部があり、実績をあげています。なお「おやまだのクッキー」は昨年のスイーツ甲子園でグランプリに選ばれています。

(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

1. 利用者の作業の確保

大型機器・コンベアー式流れ作業等の企業型生産システムの導入や、地域に開かれた喫茶店の運営、焼菓子・クッキー等の通信販売を含めた販路の拡大、園芸商品の受注契約打ち切りに対して作業現場の条件を生かした新規製品での対応等、利用者の作業確保に向けた取り組みは高く評価できます。

2. 法令遵守への取り組み

法人の基本姿勢に明記し、法令遵守管理規程を定め、ISO品質マニュアルに法令関係の要求事項を記載する等、体制が整備されています。事業所管理者は、経営会議メンバーとして法令に関する知識の習得や動向把握に努めるとともに、入手した記事や資料の回覧や自らが講師となった勉強会の開催、各種の研修等への職員参加により、具体的に取り組んでいます。

3. 防災等の訓練の実施

防火・防犯・防災委員会を設置して、災害時の安全確保に取り組んでいます。火災、地震等を想定した避難訓練を年間計画を立てて月1回実施しています。また、消防署との自衛消防訓練や備蓄食料を使用した炊出し、警察の指導による防犯訓練を行っています。「大阪880万人訓練」では、事前打ち合わせをせずに実施したにもかかわらずスムーズに避難でき、これまでの成果として評価できます。

◆改善を求められる点

1. マニュアルの整備

以下の点が求められます。

(1)事業所の今後の課題として、利用者の高齢化に伴う支援の在り方が問われており、基本的な介助（食事、排泄など）について、プライバシーの保護の姿勢を明示した手順の整備と職員間での共有。

(2)健康管理や服薬管理（服薬忘れ・誤用等の対応を含む）、また、相談・意見への対応について、統一した方法を定めたマニュアルの作成と周知。

(3)マニュアル等は定期的に見直しを行い、変更した場合にはその内容を、見直した結果変更がない場合にはその旨を、日付とともに文書に記載し残しておくこと。

2. 利用者・家族の運営への参画

利用者本位の支援活動を充実させていくうえで、意見や要望の集約が不可欠であり、利用者や家族の会（仮称）等の組織づくりが望まれます。また、理念・基本方針、事業計画、プライバシー保護と権利擁護に関する活動、工賃のルール等の利用者・家族への説明が不十分な状況であり、ルビを振ったり視覚化等により分かりやすい資料を作成して、取り組みを進めていくことが望まれます。

3. 苦情の取り扱いと公表

苦情を汲みあげる方法や、「何を苦情とするか」という視点の再検討を行い、改善へのきっかけとして積極的にとらえていく体制づくりと、内容・解決結果の公表が求められます。

4. 中長期計画の充実

年度はじめに中長期プランが作成されていますが、数値目標等の客観的な成果を含んだ具体的な内容にはなっていません。収支状況を含めて、達成できたかどうか判断できる計画づくりが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、評価を受けた内容の中で、利用者の皆様が日常的に要望を述べることのできる場を設けることの重要性を特に感じました。このご意見をいただいた事を機に、各担当職員が利用者の皆様と対話する機会を設けています。今後もより利用者の皆様のご意見を聞く機会を増やしていきたいと考えております。

今後も良質で適切な福祉サービスを提供できるよう、そして利用者みなさんが安心して利用を続けられるような事業所となるように、法令を順守し職員、スタッフ一同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・基本方針等は事業所内に掲示され、ISO品質マニュアルや法人ホームページ、事業所パンフレットに記載しています。</p> <p>■職員への周知については、全員が所持する「職員手帳（法人手帳）」への記載と会議での唱和により継続的に行っています。なお周知状況については自己評価表での確認を行っていますが、十分な取り組みには至っていません。</p> <p>■利用者・家族等へは、入所時に説明し、掲示にて周知を図っています。今後は、ルビ振りやカラー・写真・絵・イラスト・映像等を活用して、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を行い、継続的な周知を図っていくことが望まれます。</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>■社会福祉事業全体の動向については事務長会議等の法人の会議で、また、地域の福祉計画や動向は市の社会福祉施設連絡会や自立支援協議会に参加し、そこからの情報をもとに把握・分析しています。</p> <p>■利用率や収支状況は毎月把握し、事務長会議で報告がなされ、また、事業所内の会議を通じて役職者へ説明しています。</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>■法人の課題については経営会議等にて検討され、役員間での共有が図られています。</p> <p>■事業所としての課題は利用者の高齢化対応であり、送迎やグループホームの増設について、設立委員会や管理会議をとおして取り組みを進めています。また相談支援機能の拡充や、就労継続支援B型事業での受注先・販路の開拓や工賃の維持・向上のための活動を行っています。</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。	b
(コメント)	<p>■年度はじめに中長期プランが策定されていますが、数値目標等の客観的な成果を含んだ具体的な内容には至っていません。収支状況を含めて、達成できたかどうか判断できる計画づくりが望まれます。</p> <p>■今後は、①例えば前項目で提示された高齢化対応等の視点や今回の第三者評価で確認された課題から、②3～5年後のありたい姿（ビジョン）を明確にして、③それを実現するための途中段階での実施事項や達成目標を明示し、④年度終了時等にその結果を踏まえた内容の見直し、を行っていくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■29年度の計画が、就労継続支援B型、就労移行支援、相談支援、共同生活援助（グループホーム）の各々の事業ごとに記載され、就労継続支援B型については工賃目標をはじめ具体的な行動計画が立てられています。また、「部門目標管理」（ISO9001による）に品質目標・実施項目・判定方法を明示し、「収益目標」として目標金額・達成課題・具体策等を定めています。</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。	a
(コメント)	<p>■事業所としての計画は役職者で協議し策定され、法人として決定しています。</p> <p>■部門の計画（部門目標管理、収益目標）は各部門で検討を行い、管理者の承認を受けています。部門目標管理は、ISO本部会議で最終的に確定しています。見直しは中間期に行っています。</p> <p>■事業所・部門の両計画は、年度初めの職員会議（障がい福祉サービスを提供する3施設合同で開催）で説明をしています。</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>■部門ごとの年度目標（品質目標）を事業所内に掲示していますが、利用者・家族等に対して、事業計画を周知し理解を促す取り組みとしては不十分な状況です。ルビを振ったり視覚化等により分かりやすい資料を作成し、説明を行うことが望まれます。その際は、家族には懇談会の場の活用等、利用者については部門ごとの定期的な話し合いの実施等により、I-1-1-(1)-①の理念・基本方針だけでなく、第三者評価で求められている他の事柄を含めた伝達等もご検討ください。</p> <p>■行事の計画については、開催の前月に家族等へ案内文書を渡し、利用者には給料日に配布する次月のカレンダーに記載することで連絡しています。</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。	a
(コメント)	<p>■日々の支援については、ケース会議等での話し合いを通じてPDCAサイクルが機能するように努めています。</p> <p>■ISOに基づき内部監査を年2回実施する他、近隣事業所間で相互にパトロール監査をしています。月1回法人によるISO本部会議が開催され、理事長や各事業所の運営委員等が参加するマネジメントレビューがなされています。品質マニュアルに沿い、年1回、利用者・家族等に対してアンケートを行っています。</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>■ISOの内部監査結果について不適合がある場合には主任、チーフで改善計画を検討し、パトロール監査での指摘事項に対してはISO担当者と当該部門が対応を協議し取り組みを行っています。家族等へのアンケートの結果は主任と担当者で取りまとめを行い、成年後見制度の家族向け勉強会を行なう等、具体的な活動につなげています。</p> <p>■前回の第三者評価の受審結果は職員で内容の確認は行ないましたが、改善に向けては十分な取り組みになっていません。今回は対応が望まれます。</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>■管理者は年度初めの3施設合同の職員会議はもとより、毎月の会議にて運営・管理に関する方針や取り組みを継続的に伝えています。</p> <p>■組織図・決裁規程・キャリアパス表・事務関係分担表等に自らの権限・役割・分担等を文章化しています。また、防災マニュアルで有事（災害・事故等）の際における管理者の責任や、不在の際の権限移譲について明確化しています。</p> <p>■職員も閲覧する広報誌「しょうとくえん新聞」には理事長の年頭の言葉が記載されています。今後は管理者自らの態度も表明していくことが期待されます。</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。	a
(コメント)	<p>■法人の基本姿勢に法令遵守を明記しています。法令遵守管理規程を定め、理事長が責任者、事業所の管理者が担当者となっています。管理者は、経営会議メンバーとして法令に関する知識の習得や動向の把握に努めています。</p> <p>■ISO品質マニュアルに法令関係の要求事項として、「社会福祉六法、障害者総合支援法、消防法、厚生労働省からの通知」を掲げています。</p> <p>■管理者は法令に関連して入手した記事や資料を職員に回覧しています。また、職員会議で自らが講師となり話をしています。</p> <p>■研修等については、行政の「障がい者総合支援制度における指定事業者・施設集団指導」の他、内部・外部研修（障がい者福祉制度、社会福祉法人、リスクマネジメント、権利擁護、感染症・食中毒予防、財務・会計・決算、食品・品質表示、成年後見、民事法、刑事法等）の受講をとおして、職員への法令の周知・遵守に取り組んでいます。</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。	a
(コメント)	<p>■管理者等は、管理会議・職員会議・ケース会議・評価会議・個別支援計画作成会議等に参画して、提供している福祉サービスの現状や課題を把握し、職員の意見を反映しつつ具体的な取り組みの明示に努めています。</p> <p>■管理者等は、利用者が作業を行うにあたって安全衛生委員会や5S活動を組織し、健康保持・生活指導や環境整備、危険防止等を行う体制を整備しています。</p> <p>■管理者等は、成年後見制度について司法書士との連携を図る他、送迎の開始に向けたサービス提供体制の整備を手がけています。また、大型機器・コンベアー式流れ作業等の企業型生産システムの導入や、地域に開かれた喫茶店の運営、焼菓子・クッキー等の通信販売を含めた販路の拡大、園芸商品の受注契約打ち切りに対して作業現場の条件を生かした新規製品での対応、新たな作業班として雑貨部の設置、工賃水準の維持・上昇のための生産活動の見直しなど、福祉サービスの質の向上へ指導力を発揮すべく取り組んでいます。</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。	b
(コメント)	<p>■管理者は年2回の人事考課に関連して全職員との面接を行っています。一人ひとりに向き合いその状況や意向を確認しています。今後は、把握した意見に基づいた運営・管理面の改善策や具体的な計画の検討、実施に向け、さらなる取り組みが望まれます。</p> <p>■管理者はチーフやリーダーを新たに任命して組織の再編を行い、また、法人外の販路や受注先の開拓に向けた指導、管理会議における新たな視点や切り口・課題の提示、職員会議での期待・要望・計画等の表明、自らが講師となった勉強会の開催、職員提案制度の推進、グループホームの増設など、さまざまな角度から業務の改善や実行性を高めるべく指導力の発揮に努めています。</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。	a
(コメント)	<p>■職員の育成を含めた人事管理は、法人で行っています。人事考課も実施されており、職務に合わせた評価の仕組みが整備されています。</p> <p>■職員の平均年齢は40代で、離職者は少なく定着しています。</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>■全職員が職員姿勢を記載した手帳を所持し、日々自らの仕事を振り返りながら支援や業務に携わっています。</p> <p>■把握した職員の意見や要望を、人事管理や運営面での改善へとつなげる取り組みについて、さらなる充実が望まれます。</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>■休日数の増加、福利厚生の実、資格取得の支援の拡充等、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。</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。		c
(コメント)	<p>■職員一人ひとりの育成に向け、各自が期初（または期末）に目標を立て、それを達成できるよう、管理職が中間面接等で進捗状況の確認や支援を行うことが求められます。</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>■法人及び事業所で研修計画が立てられ、職務、担当を考慮して参加しています。資格取得のための支援体制があり、スキルアップに大きな役割を果たしています。</p> <p>■研修の記録や報告書等の整理・保管が不十分な状況です。計画や内容の評価・見直しにあたり必要となるものであり、今後の改善が望まれます。</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。		a
(コメント)	<p>■法人と事業所の計画に基づいて研修に参加しています。また、必要な外部研修はその都度受講し、職員会議等を活用した伝達・報告を通じて、全体への周知と能力の向上が図られています。</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。		b
(コメント)	<p>■実習生についての基本姿勢を明確にして、受け入れを行っています。</p> <p>■実習指導者(担当者)に対する研修が実施されていません。また、職種の特性に配慮したプログラムの明文化が望まれます。</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>■ホームページで理念、基本方針、サービス内容、予算、決算情報等の運営状況を開示していますが、事業計画、事業報告は掲載されていません。また、苦情の内容や対応の状況についても公表されておらず、ともに情報公開が望まれます。</p> <p>■広報誌の配布先が支援学校等に限定されています。公的機関や関係事業所、地域住民等に対しても情報を届けるなど、運営の透明性の向上に向けてさらなる取り組みが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■法人として外部監査等を定期的実施しています。また、法人内の障がい福祉サービスを運営している事所間で内部監査を行っています。</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>■地域とつながりを持っていく方針は明確になっています。利用者に近隣行事への参加を呼びかけています。玄関前に花苗の販売コーナーを作り、また、敷地内に喫茶スペースを設置して住民に開放しています。事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々との定期的な交流の機会を設けるなど、より積極的な取り組みが望まれます。</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>■基本方針は明確になっていますが、行事等以外の日常的な場面でのボランティアの受入れはあまりできていません。地域の学校の見学等に協力していません。</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>■自立支援協議会に参加して就労に関する連絡会議等へ出席するなど、連携を図っています。ネットワークづくりに向け、地域に対して問題提起をしていくなど、活動の充実が望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■河内長野市の福祉避難所としての指定を受けています。 ■事業所が運営している相談事業等の活用や、近隣の福祉、医療機関に対して連携や協働した取り組みを呼びかけるなど、地域ニーズの把握と、有する機能の還元に向けてさらなる検討が望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人内で生活困窮者レスキュー事業を実施しており、理念等で明確にしている地域貢献を具体的に推進しています。 ■民生委員等、住民との関わり合いを通じて、多様な福祉ニーズの把握に努めていくことが望まれます。

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"> ■ISO品質マニュアルに利用者本位の支援、運営についての基本方針を明確にしています。全職員が職員姿勢を明記した手帳を所持していて、日常の活動に活かすよう努めています。 	
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"> ■法人理念等に基づき、人権尊重の立場を明確にし、規程やマニュアルが整備されています。しかしプライバシー保護については明文化されていませんので、今後、作成が望まれます。 ■利用者や家族に対する、プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みの周知については、重要事項説明書に記載し、また家族懇談会の際にも行っていますが、機会が限定されており、方法の検討が望まれます。 	
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"> ■利用希望者への説明や見学等については積極的に対応しています。また、体験についても要望があれば実施し、理解を深めてもらうようにしています。 	
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"> ■利用にあたり、重要事項説明書及び確認書等については、ルビを振り、わかりやすい説明に努めています。 ■意思疎通が困難な利用者に対しては、代理人を含め可能な限り理解をしてもらえるよう取り組んでいますが、説明方法等を記載した手順書や、イラスト等を用いて視覚化した資料の作成等の検討が望まれます。 	

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)	<p>■事業所の変更や家庭への移行にあたっては、担当職員を中心に利用者の意見や状況を踏まえ、対応しています。また、相談支援事業所へ引き継ぐなど、スムーズに行うための体制ができています。</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>■満足度を確認するためのアンケートの実施や、利用者一人ひとりの家族との個別懇談を開催しています。 ■利用者本位の支援活動を充実させていくうえで、意見や要望の集約が不可欠であり、利用者や家族の会(仮称)等の組織づくりが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■重要事項説明書で苦情解決に関する説明を行い、手順書に基づいた対応がなされて、記録が整備されています。 ■苦情の件数が少なく、汲みあげる方法や、「何を苦情とするか」という視点の再検討が望まれます。全職員で共通の認識とし、改善へのきっかけとして積極的にとらえていく体制づくりと、内容・解決結果の公表が求められます。</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>■重要事項説明書により周知をしています。話を聞く場所としては、相談室や会議室を必要に応じて利用しています。 ■意見箱を設置しています。相談等は固定された職員による対応だけではなく、利用者から指名もできるようになっています。</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>■利用者から意見や要望が出された場合、その内容や対応については朝礼や終礼で報告され、職員間で共有しています。また、日常的な会話を通じて、利用者等の意見を把握するように努めています。 ■対応の仕方についてはルールが明文化されておらず、手順書等の作成が望まれます。</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>■事故やヒヤリハット報告書を作成し、職員会議で報告し再発防止に努めています。半年に1度、法人のISO本部事務局において、各施設の職員が参加し、データ収集、発生要因の分析、改善策・再発防止策の検討を行っています。事業所においても同様の取り組みを行うとともに、安全確保策の実施状況について、定期的な評価・見直しが望まれます。</p> <p>■作業場では、大型の射出成形機やベルトコンベアをはじめ多種の機械類を導入しており、利用者への注意喚起とともに、障がいの状況に応じた工夫を行い安全確保に努めています。</p> <p>■QC・保守保全委員会や5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰け）委員会を設置し、品質管理とともに環境整備に取り組んでいます。</p> <p>■リスクマネジメントについて外部・内部研修を実施しています。また、警察の指導による防犯訓練を行っています。</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>■安全衛生委員会が中心となり、感染症の予防策を講じています。インフルエンザ流行時期には、うがい薬や消毒薬を洗面所に設置し、朝礼で呼びかけています。</p> <p>■マニュアルの見直しは、必要に応じて法人として実施しています。</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>■防火・防犯・防災委員会を設置して、災害時の安全確保に取り組んでいます。火災、地震等を想定した避難訓練を年間計画を立てて、月1回実施しています。消防署の指導による自衛消防訓練や備蓄食料を使用した炊出しを行っています。「大阪880万人訓練」では、事前打ち合わせをせずに実施したにもかかわらずスムーズに避難でき、これまでの成果が出ていることを確認しています。AEDを使用した心肺蘇生法等の救命救急講習を行っています。</p> <p>■全職員に緊急連絡網を配布し、利用者及び職員の安否確認が取れるようにしています。</p> <p>■食料や備品類等2日分を備蓄していますが、3日9食分（利用者+職員）の確保が望まれます。</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>■サービス提供についての手順書やマニュアルを整備し、研修を実施しています。しかし、食事、排泄等の基本的な介助方法については文書化されていません。利用者の高齢化に伴う支援のあり方が課題となっており、プライバシー保護の姿勢を明示したこれらのマニュアルの整備と職員間での共有が望まれます。</p> <p>■サービスが手順書の通りに実施されているかどうかの確認は、ISOの仕組みに基づいて行っています。</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。	c
(コメント)	<p>■手順書は必要に応じ改定が行われています。今後は、前の項目で記述した基本的な介助マニュアルを含めて、年1回の定期的な見直しを実施し、変更した場合にはその内容を、見直した結果変更がない場合にはその旨を、日付とともに文書に記載して残しておくことが求められます。</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。	a
(コメント)	<p>■個別的な福祉サービス実施計画は、担当職員やサービス管理責任者が中心になり、ケース会議等の内容を踏まえて「個別支援計画作成会議」で検討・策定しています。手順書に基づいてアセスメントを行い、利用者や家族のニーズを把握して支援目標や内容を作成し、同意の署名を得ています。モニタリングで計画通りに実施しているかを確認し、見直しにつなげています。</p> <p>■支援困難ケースへの対応については、担当者による会議を開催し、課題解決に向け協議しています。</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。	a
(コメント)	<p>■個別支援計画は、手順書に基づいて、就労移行支援は3か月ごと、就労継続支援B型は6か月ごとに、モニタリングと必要に応じて再アセスメントを実施し、評価・見直しを行っています。</p> <p>■支援計画を緊急に変更する場合は、ケース会議を開催して行き、1か月ごとの評価・見直しにより利用者の状態にあった内容のものにしています。</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。	a
(コメント)	<p>■ケース記録マニュアルを整備し、利用者の身体・生活・作業の状況や、個別支援計画書に基づくサービス実施内容等を所定の書式に記載しています。</p> <p>■職員会議やケース会議、また、朝礼・終礼時やパソコンのネットワークを通じて情報を共有するようにしています。</p> <p>■記録の書き方について、入職時に個別指導する他、外部・内部研修を実施しています。</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>■記録管理手順に保管、保存、廃棄などを明記しています。記録類は事務所の鍵付きの戸棚で保管し、パソコンのパスワード設定を行うとともに、USBでの持ち出し禁止などを徹底し、個人情報の漏えい防止に努めています。</p> <p>■個人情報の取扱いについては、重要事項説明書により、利用者や家族に説明して同意を得ています。</p> <p>■29年度の個人情報保護の研修については、計画・結果等の確認ができませんでした。今後は、確実な実施と記録が望まれます。</p>	

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		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
(コメント)	<p>■意思伝達に制限のある利用者については、一人ひとりに合わせたコミュニケーション方法を工夫しています。固有の伝達手段やサインの発見・確認を心がけ、筆談や身振りなどを用いています。手話通訳者の協力を受け入れたことがあります。</p>	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
(コメント)	<p>■行事や小グループレクリエーション、クラブ活動（ソフトボール、卓球、園芸、美術、写真、フライングディスク）については、利用者の意思を尊重し、職員は側面的な支援を基本にしています。</p> <p>■アンケートの実施や日常的な要望の聴き取り、また、外出レクリエーションなどを提案して意見を聞くなど、利用者の主体性を大切にした支援に努めています。今後は、自治会や利用者の会等を設置することで、さらなる活動の充実が望まれます。</p>	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
(コメント)	<p>■日常の行為は見守りを基本として、必要な時には迅速に支援するという方針でサービスの提供にあたっています。自立支援の観点からアセスメントを行い、個別支援計画書を作成し実施しています。介助が必要な場合の判断について、利用者や家族と話し合っています。</p> <p>■個々の利用者の支援内容や方法などについて、職員会議やケース会議などで協議し、職員へ周知しています。</p>	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
(コメント)	<p>■外部の社会資源についての情報は掲示板やブックスタンドを通じて提供し、また、個別に話をして参加を促しています。市立図書館の協力を得て本のコーナーを設けています。今後は、利用者自身の人権意識が高められるよう、さらなる取り組みが望まれます。</p>	
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>■権利擁護研修（人権・虐待防止含む）を実施して職員意識の向上を図っています。利用者への支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる窓口を設置して虐待防止に努めています。</p> <p>■職員心得や職務基準に人権侵害の防止について明文化し、体罰等が行われた場合に備えての処分規程を定めています。</p>	

A-1-(1)-⑥	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)	<p>■統一した様式の個別支援計画書を作成しています。作成にあたっては事前に利用者や家族から希望を聞いています。支援計画には具体的なニーズ、支援目標、内容、期間等を記載し、説明して同意を得ています。</p> <p>■定期的なモニタリングと必要に応じた再アセスメントを実施して、支援計画の評価・見直しを行っています。支援計画に基づくサービスは、利用者の意向や状況を考慮して提供し、ケース記録に記載しています。</p> <p>■情報開示について重要事項説明書、契約書に明記し、利用者等の申し出に対してサービス記録を提供しています。</p>	
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	b
(コメント)	<p>■自傷他害等に対応するための指針は明文化していません。障がい特性の理解のための研修を実施し、ISO品質マニュアルの基本姿勢・指導方針に沿って支援をしています。自傷他害等が発生した場合は、ヒヤリハットや事故報告書を記入し、職員会議や終礼で確認しています。また、関係する職員でケース会議を開催し、現状や支援方法を話し合っています。</p> <p>■服薬は利用者が自己管理していますが、必要な場合にはアセスメントシートに記載し、見守りや声かけ等の支援をしています。薬の情報についても家族から聞き取り対応しています。支援にあたって、職員間では連携に努めていますが、専門医については情報提供等を行っているものの、十分な協力関係を得るには至っていません。</p>	

		評価結果
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	非該当
(コメント)	■通所事業所で、施設内で調理した食事の提供がないため非該当。	
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	非該当
(コメント)	■通所事業所で、施設内で調理した食事の提供がないため非該当。	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所で、施設内で調理した食事の提供がないため非該当。	

A-2-(2) 入浴

A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所で入浴サービスは提供していないため非該当。	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
(コメント)	■通所事業所で入浴サービスは提供していないため非該当。	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
(コメント)	■通所事業所で入浴サービスは提供していないため非該当。	

A-2-(3) 排泄

A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	b
(コメント)	<p>■現在、数名の利用者に対して排泄介助をしています。プライバシーに配慮し、また同性介助を行っています。結果をケース記録などに記載することが望まれます。</p> <p>■プライバシーへの配慮を明記した排泄介助の標準的な実施手順や、用具の使用方法についてのマニュアルを整備することが望まれます。</p>	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	<p>■トイレは、プライバシーに配慮した構造・設備で、換気や採光などが整った環境になっています。</p> <p>■5S委員会を設置し、環境整備に取り組んでいます。清掃は毎日行い、汚れた場合は直ちに対応し、いつでも清潔で快適に利用できるように努めています。</p>	

A-2-(4) 衣服

A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	

A-2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	

A-2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
---------------------------	-----

(コメント) ■通所事業所のため非該当。

A-2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c
--------------------------	---

(コメント) ■定期健診として、内科検診（年2回）、X線検査（年1回）、体重測定（3か月に1回）を実施しています。現在、歯科の専門家による指導等は行っており、必要があれば「南河内圏域障がい児（者）歯科診療」の受診を勧めています。
 ■インフルエンザ等の予防接種は行なっていませんが、ポスター掲示や声かけ等により、意識啓発に努めています。
 ■毎朝、ラジオ体操を実施して健康の維持・増進を図っています。
 ■今後は、健康管理マニュアルの整備が求められます。

A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
---------------------------------	---

(コメント) ■健康面に不調があった場合の緊急時対応手順を整備しています。
 ■精神科医など利用者個々のかかりつけ医にも必要に応じて情報提供をしています。

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなされている。	c
-----------------------------------	---

(コメント) ■利用者や家族から薬の情報を得て一覧表にしており、急変時には医療機関へ情報提供をしています。服薬等について、現在は利用者が自己管理していますが、家族等からの希望があれば服薬管理表に基づき職員が支援します。
 ■職員の薬の使用に誤りがあった場合や、利用者自身の服用忘れ等への対応について、マニュアルの整備が求められます。

A-2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	b
---	---

(コメント) ■年間行事は、アンケートや聴き取りから利用者の意見・要望を収集して企画しています。内容は案内文書や写真入りのチラシ等で伝達し、参加の有無や行先が選択できます。レクリエーションやクラブ活動は、第1、3土曜日の午後に行っています。これらの活動の企画・立案に、利用者がより主体的に参加できるような仕組みづくり（利用者の会、自治会など）が望まれます。
 ■運動会に近くの体育館を利用したり、サバーファーム（農業公園）へ花見に行くなど、地域の社会資源を活用しています。必要なボランティアは、法人内の他の事業所に依頼しています。

A-2-(9) 外出、外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
--------------------------------	-----

(コメント) ■通所事業所のため非該当。

A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	非該当
-----------------------------------	-----

(コメント) ■通所事業所のため非該当。

A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	非該当
(コメント) ■通所事業所で預り金はないため非該当。	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
(コメント) ■新聞・雑誌を個人で購買して持参することに制限はありません。図書コーナーに応接セットを設置しており、市立図書館の本が自由に読めます。 ■設置されたテレビや、持参したラジオ、DVDプレーヤーは休憩時間に視聴できます。	
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	c
(コメント) ■喫煙は、休憩時間に所定の場所で行っています。旅行や宴会、花見、焼肉パーティー等の際には飲酒が可能です。 ■ジュースなどの自動販売機が設置され、各自で利用しています。 ■今後は、利用者との話し合いをとおしたルール作りや、酒やたばこの害についての情報提供を行うことが求められます。	
A-2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	a
(コメント) ■相談室、休憩室、図書コーナーを用意しています。必要に応じて医務室も使えます。 ■訪問者と一緒に併設している喫茶店を利用しています。	
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	b
(コメント) ■生活環境改善のため、安全衛生委員会を設置しています。訓練作業室や食堂、多目的スペースなどの巡視を行っています。利用者や家族からの意見や要望は、面談や日常場面をとおして聴き取り、改善に反映させています。 ■利用者の私物を収納するために、一人ひとりの専用ロッカーがあります。鍵は、本人の希望がある場合には自己管理しています。	
A-2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-① 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	a
(コメント) ■生産活動は利用者の希望により選択でき、本人の特性に応じた作業環境となるよう配慮しています。また、クラブやレクリエーションなどの余暇活動も、参加の有無や内容を選ぶことができます。 ■他法人の事業所の日中活動について、情報提供を行い、要望があれば体験もできるようになっています。	

障がい福祉分野の内容評価基準 –授産施設としての対応–

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-3 授産施設としての対応		
A-3-(1) 授産施設としての対応		
A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	b
(コメント)	<p>■就労移行支援事業を実施しており、チームを編成して支援に取り組んでいます。現在、数名の利用者がいます。</p> <p>■過去に利用者が一般就労した実績もあり、職場実習も行える体制となっています。支援のプログラムや手順等を整備することが望まれます。</p>	
A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	b
(コメント)	<p>■障がいのある人たちが「働く」という基本方針を明確にし、高い工賃を支払うために作業内容を検討したり、新しい取引先を開拓する等、積極的に取り組んでいます。</p> <p>■作業を行うにあたり、利用者の障がい特性や日々の状態等を踏まえた配慮がなされています。</p>	
A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	b
(コメント)	<p>■作業室に大型機器を設置していることもあり、5S委員会やQC・保守保全委員会を組織して、安全性の確保を基本とした利用者支援に継続的に取り組んでいます。また、必要に応じて職員から、マスクの着用等、安全指導をしています。</p>	
A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	b
(コメント)	<p>■利用者賃金支給規程に基づき、年間作業収益や利用者に対する人事考課の結果等を考慮して工賃が支払われています。作業収益を上げ工賃へ反映させるため、新しく雑貨関係の仕事を開始しています。</p> <p>■利用者から、賃金が少ないという声があります。賃金支給規程や支払い基準に関して利用者等に説明する機会を設定し理解を促すとともに、意見を反映した見直しや合意に向けた検討が望まれます。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	ワークメイト聖徳園の利用者
調査対象者数	75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）

ワークメイト聖徳園を、現在利用されている75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、41名の方から回答がありました。（回答率55%）

満足度の高い項目としては、回答のあった41名の内で

- （1）「施設でやること(仕事・作業)は、楽しく、嫌だと思わずにできている」
について、81%の方が「はい」と回答、
- （2）「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができる」
について、76%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	ワークメイト聖徳園の利用者の家族等
調査対象者数	75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）

ワークメイト聖徳園を、現在利用されている方の代理人75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、41名の方から回答がありました。（回答率55%）

満足度の高い項目としては、回答のあった41名の内で

- (1) ●「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」
 ●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」
 ●「施設での仕事や活動に意欲を持って取り組んでいる」
 について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「施設の設定は安全に使えている」
 について、71%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