

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（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 鶴見緑地苑	
運営法人名称	社会福祉法人 清水福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	理事長 水野智志 施設長 西川 隆	
定員（利用人数）	87名（87名）	
事業所所在地	〒570-0032 大阪府守口市菊水通3丁目16番2号	
電話番号	06 - 6995 - 5005	
FAX番号	06 - 6995 - 5225	
ホームページアドレス	<a href="http://www.seisukai.net/fukushi/tsurumiryokuchi/en/">http://www.seisukai.net/fukushi/tsurumiryokuchi/en/</a>	
電子メールアドレス	-	
事業開始年月日	平成23年11月1日	
職員・従業員数※	正規 54名	非正規 10名
専門職員※	社会福祉士 1名 社会福祉主事 3名 介護福祉士 33名 介護支援専門員 1名 看護師 5名 准看護師 4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 83室 二人部屋 2室	
	[設備等] 食堂兼共同生活室 9室 医務室 1室 地域交流室 1室 相談室 1室 個浴6か所 大浴場1か所 機械浴1か所	

※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	1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】

### 法人理念

- (1) 私達は医療、介護、福祉を通じ地域に貢献する。
- (2) 私達は多くの方々に愛される施設をめざす。
- (3) 私達は調和のとれた、豊かな人間性の育成につとめ、誇りと責任をもち、日々研鑽を重ねる。

### 運営方針

老人福祉法・介護保険法に定める介護老人福祉施設として常時介護を必要とする高齢者の方々に利用していただくとともに心身の健康の維持及び生活の場として明るく家庭的な雰囲気の中で地域や家庭との結び付きを重視し、必要なサービス（市町村・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・その他保険医療サービスや福祉サービス事業所等）を提供すると共に多様化したニーズに対応すべく、施設の社会化を図るとともに、地域社会における老人福祉の拠点としての機能を併せもった施設運営を実施します。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- 私たちは理念に基づき、職員目標として
  - 1.生活のリズムを大切にし、普段の生活の継続を重視します。
  - 2.「もう一つの我が家」として、自分ならどのような生活がしたいかという視点を忘れません。
  - 3.笑顔と元気な挨拶を忘れずコミュニケーションの充実を図ります。
  - 4.可能な限り、研修の機会を増やし、自己研修も積極的に行います。を掲げ、日々業務に努めています。
- 利用者のクラブ活動の充実（フラワーアレンジメントや映画シネマ上映など）
- ユニット型特養なので、全室個室（トイレ、洗面所付き）です。
- 職員の教育育成にも力を入れて、施設内外の研修をはじめプリセプター制度の導入を行っています。
- 外国人（介護福祉士取得者）雇用も積極的に受け入れ、また技能実習生の育成にも職員一丸となって取り組んでいます。

**【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	令和元年8月9日～令和2年3月27日
評価決定年月日	令和2年3月27日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 0801A012（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

・鶴見緑地苑（施設）は、医療と介護と福祉を通じて地域に貢献することを目指す医療法人と社会福祉法人両方を運営する清水福祉会（法人）グループの一員として平成23年11月に開設された。大阪と四日市を結ぶ国道に面した6階建ての建物で、1階にはデイサービスが併設されている。2階から6階まで83の個室と夫婦部屋が2室のユニット型の施設である。近くには施設名称ともなっている鶴見緑地公園や大型ショッピングセンターがあり、入居者の散策と憩いの場や買い物の楽しみの場となっている。

・系列病院は、同じ国道沿いの車で5～6分程度の距離にあり、他の系列施設も同一市内や隣接市にあり、医療と介護と福祉が同一地域内で連携し機能しているので利用者、家族にとっては安心な施設である。法人代表の令和2年の年頭の言葉に「医療・介護の技能の質を高めていくことは当然であり、人間力がサービスに直結する。人間力育成に力を入れていく一年にしたい」とあり、法人全体が医療と介護に前向きに取り組んでいる姿勢が伺える。

・法人グループでは開設当初より職員一人ひとりを育てていくための教育システムを充実させてきている。当施設の介護職員の7割近くが介護福祉士の資格を持ち、生き生きと働いている姿から職員育成の成果が確認できる。

### ◆特に評価の高い点

#### 人材育成

・階層・職責別の研修としてリーダーシップ研修、中堅職員研修、多職種協同研修、介護科長（代理）研修、看護部長研修などを年間計画を立て実施し職員のレベルアップを図っている。

・キャリアパス等級表を基にキャリアラダー研修を実施して、職員のキャリアアップのための能力開発を図っている。

#### 福祉サービスの質の向上

・必須研修（倫理・接遇・安全管理・感染予防・身体拘束など全13項目）を毎年繰り返し開催し、全職員に受講と研修報告書の提出を義務付け、福祉サービスの質の向上を図っている。研修項目内容によって「eラーニング」を取り入れ、研修効果と利便性の向上を図っている。

#### 介護職員人員配置と外国籍の介護職員の活用

・介護職員の人員配置数が入居者人数2人に対し1名以上（2：1以上）でうち介護福祉士の職員が7割以上であり、入居者福祉サービスの充実と職員の就業状況の向上につながっている。

・介護職員不足を見越した有資格者の外国籍の介護職員の採用に早くから取り組み、現在10名以上の外国の方が会話や筆記についてもほとんど違和感なく活躍している。

#### ◆改善を求められる点

##### 事業計画の周知

・法人全体の四季報が発行され1階受付には備えられている。  
法人全体の取り組みなどの周知は図られているが、当施設の事業計画は1階受付にファイルを設置しているだけで、入居者家族等に対して当施設の年度方針や計画を積極的に知らせる体制は整っていない。当施設の年間の取り組みや予定などを入居者家族等に周知する場を設けるか、または個別に通知するなどの仕組みを作ることを期待する。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設後、第2回目の第三者評価受審により、第1回目からの改善できたことなど明確に分かり、当施設の運営管理・利用者処遇における評価ができたと思います。今回の審査の結果を踏まえ改善点を検討し、更なる施設運営管理・利用者処遇の向上に努めて参ります。

#### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内医療・介護グループ共通の理念、基本方針をホームページ・施設案内パンフレット・広報誌に明示し、また各フロアに掲示して周知が図られている。</li> <li>・職員は入職時にグループ合同の新人研修や入職時オリエンテーションで法人理念について説明を受けている。また職員全員には理念を記載した介護手帳が配付され、毎朝礼時に理念を繰り返し唱和してそれぞれの業務に生かしている。</li> <li>・利用者家族等には入居時にパンフレットで説明して周知を図っている。</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>・法人内で、理事長、経営コンサルタント、顧問税理士とグループ内全事業所の施設長が出席して「コンサル会議」が年4回開催され、各事業所の経営状況について協議している。</li> <li>・管理者は、地域広域連合の会議、市内事業所会議、地区自治会会議に出席して地域の福祉状況や動向を把握、分析している。</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>・施設内では、部署運営会議を毎月1回開催し各部署の課題や問題点を協議、分析検討している。</li> <li>・法人内の「コンサル会議」では、各施設の経営の課題や問題点について検討し改善策が図られている。重要課題は、理事会にかけられ協議されている。</li> <li>・検討された改善策は単年度や中長期事業計画に反映されている。</li> <li>・職員に対しては、決定された重要課題は各部署会議で周知されている。</li> </ul>	

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)

・管理者は、四つの視点（①財務の視点 ②顧客の視点 ③業務プロセスの視点 ④学習と成長の視点）を基に5年後の稼働率目標を99%とする中長期事業計画の素案を立て、部署運営会議で検討を図っている。  
 ・管理者は、コンサル会議で中長期事業計画素案を発表し、理事長や経営コンサルタント、顧問税理士の助言を得て中長期事業計画を策定している。

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)

・単年度計画は、部署運営会議で四つの視点で策定された中長期計画をもとに具体的な課題を定めて目標が立てられている。  
 ・各目標に対するアクションプランを3か月毎に更に具体的に設定している。  
 ・アクションプランは、各部署の責任者が3か月毎に振り返り修正をしながら目標達成を図っている。

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)

・施設では、各ユニット会議、フロア会議で話し合われた課題や問題点の分析をもとに策定された単年度事業計画の目標達成のために利用者の申し込み確認などの具体的な内容のアクションプランを三か月ごとに立てている。  
 ・施設では、三か月ごとにアクションプランの各ユニットの実施状況と施設全体の達成状況を確認し、各部署で話し合い見直しをしながら年度末の目標達成を目指している。

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。

b

(コメント)

・施設では、単年度の事業計画を文書化して1階玄関に備え付けの運営規定等のファイルに入れて周知を図っているが、広く公表するまでには至っていない。  
 ・施設の事業計画の概略は、施設の将来の展望や方向性を示すためにも家族等に年度初めに文書で通知することが望まれる。また、事業所のHPへの掲載についても前向きに検討されることを期待する。

		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"> <li>施設では、接遇・美化委員会が中心となり毎年1回利用者満足度アンケート調査を実施し、調査内容を協議検討、調査結果と対策をフロアに掲示したり、研修で職員に周知を図っている。家族にも請求書と同封して周知を図っている。</li> <li>接遇・美化委員会は、毎月施設内の美化に対するチェックを行い、結果を掲示して職員に注意を喚起している。</li> <li>全職員に対して接遇を含む全11項目の必須研修受講を義務付けている。</li> <li>第三者評価を申込み幹部職員を中心に職員全体で自己評価に取り組みサービスの質の向上を図っている。</li> </ul>	
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"> <li>施設では、過去の第三者評価受審で指摘された課題や毎年度末のSWOT分析(課題分析方法の一つ)による課題抽出をして次年度の事業計画で改善策を立て、実施に移している。</li> <li>各フロア・ユニットでは、接遇・美化委員会のアンケート調査や施設美化チェックの結果内容を踏まえて改善策を話し、実施するというPDCA【Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)】サイクルができている。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>運営規定に施設長の職務内容が明示され、その役割と責任は職員に周知されている。</li> <li>管理者は、法人内の部署運営会議、コンサル会議、地域の広域連合会議や市内施設長会議に出席して、幹部職員に施設内部署会議で重要事項を伝達している。</li> <li>ご家族に向けてのお便りは各フロアで作成し家族に配付されているが、施設長自らの考えを表明できる広報誌ではない。年初め又は年度初めに管理者の考えや思いを表明できる場としての施設広報誌を作成することを期待する。</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>施設長は地域の広域連合会議や市内の施設長会議に出席し法令遵守に対する研修に参加し研修している。</li> <li>法人全体で、法令遵守に取り組むため、毎年全職員対象に倫理、安全管理、事故・身体拘束、接遇の各研修を「eラーニング」を用いて年間計画を立て実施している。</li> <li>施設では全員に受講と研修報告書提出を義務付けている。各研修は月中に4回の受講機会を設けている。研修は6階地域交流室で、プロジェクターを用いて17:30から1時間実施している。</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>・管理者は、毎月第1月曜日開催される部署会議で施設内の状況を把握、課題を分析して改善策や対策を幹部職員と協議し指示している。</li> <li>・管理者は、施設内の苦情委員会、事故・身体虐待委員会などの会議に積極的に参加して施設内の状況を把握し職員に適切に指示し、早期解決に指導力を発揮している。</li> <li>・管理者は、全職員の必須研修報告書を確認、受講状況を把握しながら職員個々の資質が向上するように心配りをしている。</li> </ul>	
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"> <li>・管理者は、法人の部署運営会議やコンサル会議に出席して施設の課題や問題点を協議している。その協議結果は施設運営に反映するため幹部職員に部署会議で伝達し、改善策や対策を指示している。</li> <li>・管理者は、人員配置が2対1まで介護職員数を増やし、時間外勤務を削減したり有休を取得し易くするなどの職場環境を改善して介護職員の離職率を減らしている。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では数か所の福祉専門学校の実習受け入れを実施して連携を深め、定期的に新卒を採用できるように取り組んでいる。今年度も4名の新卒が入職した。今年の実習生の中にも入職希望者が1名ずでにいる。</li> <li>・法人では、外国人の介護職員の採用に早くから取り組んでおり、当施設にもベトナム・インド・フィリピン・韓国出身の介護福祉士十数名が勤務している。</li> </ul>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では、キャリアパス等級表を定め、等級ごとに経験年数や取得すべき資格要件を示して職員に周知を図っている。</li> <li>・管理者は、職員が年度初めに立てた自己目標の進捗状況と職員自己評価表を基に職員面談をして人事考課を行っている。</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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は職員面談を人事考課面談以外にも年2回面談の機会を設けて、職員の意向の把握に努めている。</li> <li>・施設では、人員配置基準3対1を超えた2対1に介護職員数を増やし、職員が時間外勤務が少なく有給休暇やリフレッシュ休暇が取得しやすい職場環境となっている。</li> <li>・法人本部には、職員相談窓口が設置され、職員出入り口に掲示して周知がなされている。</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。

a

(コメント)

・管理者は、職員一人ひとりに年度初めに自己目標を立てさせて、人事考課時以外に年2回の面談をして目標達成状況を確認し、年度末には達成度により次年度の目標を話し合い、職員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。

a

(コメント)

・法人では、「教育・研修の基本方針」を定め、教育担当部署を配置し法人全体の研修を統括している。  
 ・法人は、介護教育システム「eラーニング」を導入し、各施設で全職員必須研修をこのシステムで実施している。  
 ・法人では、介護職員のスキルアップのためのキャリアラダー研修を年間計画を立て実施している。  
 ・管理者は、職員の研修個人カードや研修報告書で受講状況を把握している。

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)

・法人では、非常勤職員を含む全職員が受講を義務付けられている必須研修の年間計画を立て、毎年繰り返し実施されている。研修項目は、倫理・安全管理・感染管理・事故・身体拘束・褥瘡対策・認知症ケア・接遇・看取り・医療的ケア・ユニットケアである。  
 ・各研修日程は、月間4日、17：30分から1時間が設定されていて、職員はいつでもの日に受講し、研修報告書を提出している。

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)

・施設には、「実習生受け入れ対応マニュアル」が整備され、実習指導者研修（大阪府社協）受講職員4名が中心となって実習生を受け入れる体制が整っている。  
 ・現在施設では、数校の福祉専門学校の学生や医大生の実習を行ったり、海外の技能実習生の受け入れも行っている。  
 ・施設では、近隣の中学校・高校の生徒の職場体験も受け入れている。

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)

・法人のホームページに、情報公開のページがあり毎年の決算情報や役員情報などは公開されているが、事業報告や予算までには至っていない。  
 ・法人の広報誌や施設パンフレットは、1階受付カウンターに常備され、家族など来訪者誰にでも提供されている。  
 ・施設の事業計画は1階の玄関フロアにファイルされ設置されているが、予算や決算情報、事業報告までは公開していないので家族等に周知する工夫を期待する。

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"> <li>・施設には就業規則、経理規定等が整備され、管理者・会計担当者の役割や各種取引の決済責任者などが明示されている。</li> <li>・法人全体を担当する顧問税理士と契約を結び、施設は経理内容について毎月の点検・指導を受けている。</li> <li>・毎年の決算は、公認会計士による監査を受け公表している。</li> </ul>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は地区の自治会会議に出席したり、職員が近隣の清掃活動を毎朝行ったりして地域とのつながりを大事にしている。</li> <li>・職員は入居者が地区の神社の秋祭りに参加したり、近くのスーパーやショッピングセンターに外出する支援を行っている。</li> <li>・施設6階の地域交流室で地域住民、入居者、職員が「カラコロ体操」を毎週木曜日午前中の1時間一緒にしたり、毎月1回土曜日の午前中に1階のダイルームでカラオケ喫茶を開いて地域住民や入居者や家族がカラオケを楽しんでいる。</li> </ul>	
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"> <li>・施設にはボランティア対応マニュアルが整備され、受け入れから実施までの手順が明示されている。</li> <li>・毎月、朗読やクラリネット演奏やヨガ体操などのボランティアが訪れて、入居者を楽しませてくれている。施設の秋祭りにも唄や踊りのボランティアが参加して盛り上げてくれている。</li> <li>・近隣の中学校・高校の生徒の職場体験も受け入れてる。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の警察署、消防署、医療機関等や行政機関の連絡先の一覧表は各フロアの詰め所や事務所に配備され、職員全員に周知されている。</li> <li>・管理者は、行政・地域広域連合会や地域の事業所連絡会の会議には必ず出席し情報交換をしている。</li> <li>・高齢者行方不明などの事故発生時には「連絡票」で地域の福祉施設と連携し、早期解決を図っている。</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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では地域の高齢者に参加を呼びかけ6階の地域交流室で高齢者のための「カラコロ体操」教室を毎週木曜日午前中に開き、高齢者の体力維持に貢献している。</li> <li>・毎月1回土曜日の午前中に1階のダイルームでカラオケ喫茶を開き、地域住民、入居者、家族がカラオケや飲み物を楽しんでいる。</li> <li>・管理者は地域の事業者連絡会で福祉避難所となることを表明している。</li> <li>・併設のケアプランセンターでは地域の介護相談を常時受け付けている。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内のケアプランセンターのケアマネージャーは、地区民生委員等から地域の高齢者の福祉ニーズの把握に努め、援助を必要とする高齢者に適切なサービスが受けれるように支援している。</li> <li>法人内の地域包括支援センターにはCSW（地域福祉相談員）を配置して、地域の福祉ニーズの把握に努め支援を行っている。</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>法人は、入職時研修で「介護手帳」「接遇マナールールブック」を配付、法人の理念や基本方針を説明し、法人が目指す福祉サービスの根本を新入職職員全員に周知させている。</li> <li>法人は、毎年全職員に必須研修（全11項目）の受講と研修報告を義務付け、全職員が同じレベルの福祉サービスを提供できる体制が確立することを目指している。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各フロアでは、朝礼時に「接遇マナールールブック」を読み返してプライバシーに配慮したケアを心掛けている。</li> <li>職員は必須研修11項目の中の倫理・身体拘束・接遇などの研修を毎年受講して自己の業務を振り返り、入居者のプライバシーに配慮したサービスができるように努めている。</li> <li>職員は、毎年度初めに自己目標を掲げて自己の福祉サービスのスキルアップを目指している。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人のホームページや施設パンフレットに施設の情報を画像を交えてわかりやすく説明し、画像など内容変更のある時はその都度事務所で更新をしている。</li> <li>入居希望者には相談員などが入居条件、利用料金他必要経費などと併せて入居可能状況を詳しく説明している。</li> <li>見学希望者には対応しているが、体験入所などを受け入れる体制にはないが、今後はこの面でも柔軟な取組ができる仕組みの策定を望む。</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>入居時に利用者・家族等に重要事項説明書で入居施設の概要、利用料金、入居条件などを詳しく説明し、同意を得た上で入居契約書に署名捺印をもらっている。</li> <li>同時に入居時の暫定のサービス計画を施設ケアマネージャーよりわかりやすく説明して同意と署名を家族等に得ている。</li> <li>サービス計画の変更時にはケアマネージャーがサービス担当者会議を開き各担当者の意見とモニタリングを参考にして作成した計画書を家族に説明して同意と署名を得ている。</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>・重要事項説明書に入院又は退所する場合の施設の対応が詳しく示され、相談窓口の生活相談員の氏名が明記されている。</li> <li>・生活相談員は、入居者が他施設に転出する時点で、転出先に介護情報や看護情報を書面（介護サマリー・看護サマリー）で提供している。転出後も転出先の問い合わせには丁寧に回答している。家庭に戻る場合も家族、担当居宅介護支援事業所に対して同様の対応をしている。</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>・施設では、毎年6月に利用者満足度調査をわかりやすいアンケート形式で実施して、入居者・家族の意見等を把握する取組をしている。出てきた意見は接遇委員会で整理分析し調査結果を掲示して入居者・家族に公表している。各部署会議では示された調査結果内容について協議し改善策を講じている。</li> <li>・施設では、入居者の生活が食事や入浴などあらゆる面で向上するよう接遇・美化委員会・苦情委員会・栄養委員会など12の委員会を毎月開催している。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に施設の苦情受付担当者名、解決責任者名と公的機関の相談窓口を明記して、入所時に入居者・家族等に説明し掲示もしている。法人の第三者委員の氏名・連絡先は廊下掲示板に掲示し、家族等には口頭で伝えているが、重要事項説明書にも記載し説明することを望む。</li> <li>・施設では「苦情処理の対応マニュアル」を整備し、苦情対策委員会を設置し、毎月1回会議を開催し協議している。</li> <li>・法人の第三者委員会は、本部で2か月に1回、7施設の施設長・相談員が出席して各施設の苦情や事故の検討会議を行っている。</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>・施設入居時に利用者および家族に重要事項説明書を基に相談窓口・複数名の相談者には丁寧に説明、周知している。</li> <li>・居室は個室対応であり、相談室も用意されているので入居者・家族は自由に相談相手や場所を選べ意見交換ができる環境である。</li> <li>・施設では「要望・意見書マニュアル」を整備し、意見箱も設置している。</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>・利用者からの相談・意見に対しては該当委員会（苦情対策、第三者委員会など）で検討している。</li> <li>・入居者や家族の意見などの重要なことは職員に申し送り共有を図っている。</li> <li>・必要時は「要望・意見書マニュアル」の見直しと共に職員は周知の上、入居者の希望に対しておやつ作りを企画するなど要望には即応できるようにしている。</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>・毎月リスクマネジメント委員会の開催、危機管理関係の職員研修計画及び実施、事例検討と発生要因分析をし再発防止・改善策の検討・実施するなどの取り組みが行われている。</li> <li>・評価考察の結果は記録し、職員に対して周知徹底する体制は整い機能している。</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>・感染症予防に関する指針、マニュアルは適宜見直し整備し、職員は共有・周知している。</li> <li>・時機を見て内部・外部研修を実施し意識づけ、対応できるようにしている。</li> <li>・直近の新型コロナウイルスに関する情報にも真剣に取り組み体制づくりを心掛けている。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種災害に対する災害対応マニュアル、備蓄マニュアル、警報機作動時マニュアルや非常時連絡網を整備している。</li> <li>・施設全体で消防署立ち合いの防災避難訓練を毎年6月、11月に実施、職員は避難手順の体得に努め災害発生に備えているが、地域住民の参加協力までには至っていない。</li> <li>・消火設備・備品・備蓄に関しては防火責任者を決め点検体制を整えている。</li> <li>・施設は福祉避難所として取り組む心構えはできているが、市側の体制ができていないため協定を結ぶまでには至っていない。今後も市との話し合いを進めていくことを望む。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等から記録物の開示要請があればいつでも対応できる姿勢である。</li> <li>・これまでも希望があれば開示を行い、利用者及び家族の信頼を深めている。質問への対応や説明で開示の機会を得たことが安心に繋がっている。</li> </ul>	

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"> <li>・入所選考指針の作成で必要性の高い希望者が優先的に入所できるよう、毎月選考委員会が開催され協議結果・名簿作成・入所順位を記録に残している。</li> <li>・また、毎週判定委員会を開催し入所判断を行うよう公明正大に取り組んでいる。</li> </ul>	

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"> <li>・個々のマニュアル、携帯用介護手帳・接遇マナーブックには、標準的福祉サービス実施計画・方法が明示されている。</li> <li>・一貫して利用者の人権尊重、プライバシー保護が必修研修やOJTで職員に周知徹底し介護実践に繋げている。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス実施方法に関する各種マニュアルの作成と見直しは定期的に行われている。</li> <li>・サービス担当者会議、ケアカンファレンスで検証、見直しに関する利用者や職員の意見や提案が反映される仕組みが確立している。その結果は職員に浸透している。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス計画策定の責任者はケアマネジャーとしている。関係職者会議で適切なアセスメント・実施計画の協議をしている。</li> <li>・カンファレンス、サービス担当者会議で利用者個々のニーズにあったものの確認に努めている。利用者及び家族に説明同意を得ている。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス実施計画は見直しに関する手順に沿って6か月に1回、ケアカンファレンスやサービス担当者会議で検討している。</li> <li>・緊急時は関係者が協議し即状況に応じた介護計画書に修正するとともに職員に申し送り共有・周知している。</li> </ul>	
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"> <li>・入居前の生活習慣、入居後の様態を参考に利用者の人権尊重、自立支援を基本方針としている。</li> <li>・全入居者の個別性を尊重の上、栄養ケア計画書、機能訓練計画書等サービス計画が作成され、入居者や家族等に説明・同意・押印を得ている。</li> <li>・施設ケアマネジャーが利用者の中・長期目標達成状況を評価している。</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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として統一された書式採用、記録内容に差異が出ないようにマニュアルの制定と共に介護記録ソフトを活用して職員間の情報共有を図っている。</li> <li>・ICTパソコンネットワークシステムで事業所内でスピーディな情報伝達により共有化されている。</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>・個人情報保護法については職員必修研修で繰り返され、入居者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定は運営規定・契約書・重要事項説明書別紙に記載されている。入居者および家族等にも説明・同意を得ている。</li> <li>・職員の研修レポートに規定の遵守につき周知している記載がある。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書等に身体拘束に関する施設の姿勢を明示し、入居者・家族等に説明している。</li> <li>・エントランスにも「身体拘束ゼロ」啓発宣言を掲示している。</li> <li>・身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催、必修研修として毎年全職員に受講を義務付け、外部研修にも取り組み、現在は該当事例は発生していない。</li> </ul>	
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。	—
<p>(コメント)</p> <p>金銭は一切、預からない方針を入居時に利用者および家族に説明し了解されている。非該当である。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・離床対策が計画的に実施されている。</li> <li>・食堂での食事、トイレに排泄誘導で寝たきり予防とともに意欲に結び付くよう働きかけている。</li> <li>・必要に応じサービス担当者会議で関係職員が検討し個別対応の機能訓練を行い、実施状況は個人記録に記載している。</li> </ul>	



## 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"> <li>・利用者の心身の状況、暮らしの意向、生活習慣などを把握し個人ファイルにアセスメントし保管している。</li> <li>・また利用者個々の24時間シート・日課表を作成し趣味、行事（秋祭り）、日中活動（ボランティア参加のヨガ、カラコロ体操）の支援を行っている。</li> <li>・着替え・整容支援と日常生活のメリハリを配慮した支援を行っている。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人職員研修、それ以降も接遇マナーに関しては一人ひとりに対応する技術を研修会で繰り返し周知している。</li> <li>・職員には携帯用接遇マナールールブック、介護手帳が配付され適宜参照し一人ひとりの身体状況に合わせたコミュニケーションに取り組んでいる。</li> <li>・また接遇委員会が開催され結果は全職員に知らされている。意思表示困難者には個別の方法（文字盤活用・ゼスチャー）で行っている。</li> </ul>	

		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"> <li>・入浴前には心身の様態観察をし個人にあった入浴介護機器（個浴、リフト浴、機械浴など）を選択使用している。健康状態を考慮し入浴日以外でも入浴日変更やシャワー浴を行い保清に努めている。</li> <li>・入浴後は水分補給、スキンケアを行っている。</li> </ul>	
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"> <li>・利用者の心身の状況・意向に合わせ排泄介助法を工夫し自立に向けた支援を行っている。</li> <li>・睡眠時の排泄介助は睡眠を妨げない配慮をしている。常に人格尊重とプライバシー保護に心がけ、排泄モニタリング表記載のデータを参考に職員は共有し、個別の排泄パターンに応じた介助している。</li> </ul>	
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"> <li>・利用者の心身の様態観察、個人の意向を尊重し自力移乗・移動に向けた働き掛けをしている。利用者個人に合わせ福祉機器、福祉用具（例スライディングボード、車椅子など）を選択準備対応している。</li> <li>・補助機器用具不備の有無についても常時点検を行っている。移乗・移動時には他の利用者への安全も配慮している。</li> </ul>	
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"> <li>・褥瘡対策委員会開催と結果報告、研修を通して褥瘡予防を職員は理解している。</li> <li>・必要時には体位変換、傷や皮下組織のずれが起きないように介助している。</li> <li>・エアマットの利用、食事摂取状況の確認、体重測定、検査データのチェックを基に発生予防に努めている。</li> </ul>	

		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"> <li>・利用者にとって楽しみである食事に関しては希望や好みを聞き献立の改善に反映するようにしている。</li> <li>・利用者の様態に応じて食事形態、盛り付けの工夫、テーブル席の考慮等でおいしく飲食できるよう支援している。</li> <li>・利用者の要望に応え行事食（たこ焼き・菓子作り）の企画を楽しむこともある。</li> </ul>	
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"> <li>・利用者の嚥下能力、栄養面を考え食事の形状や調理方法で提供している。</li> <li>・誤飲防止、嚥下しやすいよう食事の姿勢（座位）も工夫し、食事・水分摂取量のチェック・記録をしている。</li> <li>・発熱、歯痛などの突発事項が発生した時には個別に状況に応じた食事が用意され提供している。</li> </ul>	
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"> <li>・歯科医師による定期的な往診は週1回、歯科衛生士による口腔ケアは週2回受けている。</li> <li>・研修などで培った介護職員による利用者個々に合った日々のケアを実施、評価・見直しを行っている。</li> <li>・義歯の清潔、保管について援助している。</li> </ul>	

		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"> <li>・急変時対応のフローチャート、看取りマニュアルの作成、看護師のオンコール体制、関連病院との連携、職員研修、コメディカルの検討会報告、申し送りなど、職員は適宜情報を共有し対応している。</li> <li>・看取りは年に数回体験している。終末期ケア時担当の職員に対しては精神的なケアを実施している。</li> </ul>	

		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"> <li>・利用者の日常生活能力、残存機能を評価し、洗濯物たたみ等の役割を持ち、やりがいを見いだせるよう努めている。</li> <li>・職員は常に支持的、受容的接し方に努め、毎年繰り返し認知症に関する必修研修を受講し、認知症対応マニュアルを確認しながらケアに努めている。</li> </ul>	

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"> <li>・居室環境は認知症高齢者が安心して過ごせるように馴染みの家具や置物、写真を飾るなどの配慮がされている。</li> <li>・危険物の保管、片付け、清掃するなど施設内の環境整備をして安心・安全に過ごせるよう支援している。</li> </ul>	

		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"> <li>・利用者一人ひとりに応じた機能訓練個別のプログラムが作成され実施・評価・見直しとPDCAサイクルで機能訓練や介護予防活動を展開している。</li> <li>・入居者の状況により専門職の柔道整復師の助言・指導を受け入居者の機能維持・向上に努めている。</li> </ul>	

		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"> <li>・バイタルサインチェック、体調観察を通して異常を感じた時は直ぐに看護師に報告、医師の診察への手順を職員は理解している。</li> <li>・緊急時対応、吸引、胃ろうマニュアルなどが作成され職員の必修研修で変化時に迅速対応ができるよう手順が確立している。</li> </ul>	
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"> <li>・高齢者の感染症対策は発生予防が一番大事と考え、全職員必須研修として定期的に6月・11月の年2回取り組んでいる。事業所内必修研修でeラーニングシステムを取り入れ活用している。職員の勤務シフトを配慮し参加しやすいよう数回実施し、参加者はレポートを提出するように周知徹底している。</li> <li>・従来のウイルス感染とキットの使用や家族や訪問者の手洗い・手指消毒を奨励している。直近では新型コロナウイルス感染につき慎重に予防対応に努めている。</li> </ul>	

		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"> <li>・利用者の生活空間の快適性や安全を維持する取り組みをしている。</li> <li>・毎日曜日を定期的介護機器備品の点検日と決め、故障や不具合、汚れがないよう取り組んでいる。</li> <li>・共用空間・廊下の壁紙にさわやかなシール貼付、絵画・造花が飾られている。椅子やソファ、テーブル、TVが置かれ快適に過ごせる創意工夫をしている。</li> </ul>	

		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"> <li>・家族の面会時には利用者の近況報告を行ったり、意見・要望を聞く機会としている。</li> <li>・美容・理容、出張販売、行事計画などは掲示にてお知らせをしている。</li> <li>・外出支援計画書に沿い家族同伴・車でスーパーに出向く等利用者の家族との連携に努めている。</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	特別養護老人ホーム 鶴見緑地苑
調査対象者数	87 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・家族等へはアンケートの記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封の上で、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）

アンケート回収は、87人中50人で、アンケート回収率は 57%であった。

回答結果は

利用者満足度90%以上の質問項目は

- ・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。
- ・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。

利用者満足度80%以上の質問項目は

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉を含め、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をされず、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。
- ・サービスの開始にあたり、サービス内容に関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・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。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・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。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で安心して生活できるようになりましたか。

自由意見として

- ・家族もできないところまで丁寧に対応していただいて、穏やかで気配り、目配りが良く、対応が早く、こまめでありがたい。
- ・入所してからは、入退院を繰り返すことなく父の状態が安定してきて、家族はほっとしています。
- ・介護スタッフによって対応が違うので、プロとして感情的にならず対応して欲しい。
- ・入所してひざや下肢の筋力低下がみられるようになったので機能訓練などできるようにして欲しい。

## 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