

令和6年度 福祉サービス第三者評価結果

《基本情報》

対象事業所名	カーサプラチナ宮前平
経営主体(法人等)	株式会社ハートフルケア
対象サービス	特定施設入居者生活介護
設立年月日	平成 25 年 12 月 1 日
定員（在園人数）	86 名 （80 名）
事業所住所等	川崎市宮前区平 3 丁目 2 番 25 号 / 電話番号 044-862-8550
職員数	常勤職員 21 名 ・ 非常勤職員 26 名
評価実施年月日	令和 7 年 3 月 5 日・6 日
第三者評価受審回数	初回
実施評価機関	株式会社 R-CORPORATION

《実施方法》

評価項目	標準となる評価基準
自己評価実施	期間：令和 6 年 12 月 23 日～令和 7 年 1 月 23 日 （評価方法） グループ分けをして、リーダーグループで話し合いをし、評価を実施いたしました。
利用者調査	期間：令和 7 年 1 月 1 日～令和 7 年 1 月 31 日 家族アンケート；1 月 1 日～1 月 7 日まで、ご家族様来訪時に説明の上お渡しし、1 月 8 日～随時電話連絡し説明の上、郵送対応。

<理念>

私たちは、関わるすべての人たちが「安心して心豊かに暮らすことのできる社会」を創ることに貢献します。

<基本方針>

1. 私たちはこの仕事を通してお客様に「安心・安全」と「一人ひとりの満足」を提供します
2. 私たちは共に働く仲間を大切にします
3. 私たちは地域・社会の良き一員となります

<目標：組織全体が目指す姿>

1. この施設に入居出来てよかったと思って頂けるような施設をめざす。
2. 住み慣れた地域の方がご入居され安心して生活を送れる施設。
3. 医療的な安心のご提供、レクリエーションの充実されている施設。

＜カーサプラチナ宮前平の特徴的な取組＞

1. 常時医療行為を必要とされる方にも安心してお過ごしいただけるよう、24 時間看護職員体制を整えました。
2. リハビリの専門知識を有する国家資格の機能訓練指導員が常勤し、個別リハビリやグループリハビリなどをご提供いたします。

＜総合評価＞

【カーサプラチナ宮前平の概要】

●カーサプラチナ宮前平（以下、「当施設」という。）は株式会社ハートフルケア（以下、「法人」という。）の経営です。法人の母体は医療・介護・福祉分野の総合メディケア・グループの「ツツイグループ」であり、法人は、東京・神奈川・千葉・埼玉に有料老人ホーム（介護付、住宅型）、認知症対応型生活介護、訪問看護、在宅サービス（看護小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護・訪問介護事業所・居宅介護支援事業所）を運営しエリアを定めて大きく展開しています。グループの理念である「地域に根ざしたメディケアの実現」を基に、法人は「ご利用者とその家族にとっての本当の豊かさ」を追求し、その実現のために「本質的な価値のあるサービス」を提供するよう邁進しています。法人全体で、施設の名称とする「『プラチナ』品質の暮らし」と「敬いと思いやりのメディケアサービス」を謳い、上質空間での温もり・安心の暮らしを提供しています。

●当施設は、JR 南武線武蔵溝ノ口駅、登戸駅、東急田園都市線溝の口駅、小田急線向ヶ丘遊園駅から、バスで 8～16 分程度、バス停「平」または「原ヶ谷」下車徒歩 2 分の場所にあります。バス便も非常に多く、快適なアクセスが整備されています。野川柿生道路沿線は古くから開けた地域ですが、施設は、幹線道路より少し入った長閑で静かな環境に位置しています。近隣には四季折々の豊かな自然の残る生田緑地もあり、高い利便性と豊かな自然が織りなす環境に恵まれています。

●当施設の特長の 1 つとして、看護・介護体制の充実が挙げられます。看護師 7 名を配置し夜間帯も常勤体制にて、深夜の体調不良や容態の急変にも医療機関との速やかな連携・迅速な対応が可能であり、24 時間看護職員・介護職員が万全な体制を敷いています。医療行為が必要とされる方、医療ケアが必要な方も安心して過ごせます。また、機能訓練指導員が常勤し、希望する入居者に対して、身体機能の維持向上を目的とした「グループリハビリ」或いは、マンツーマンで行う「個別リハビリ」を提供し、入居者の暮らしをサポートしています。

●施設建物は鉄筋 4 階建てで、正面玄関は快適な送迎を可能とし高い空間が印象的であり、ホテル仕様を彷彿させます。入ってすぐのラウンジは明るく清潔で、開放感に満ち、落ち着いたインテリアで統一され、寛げるソファがゆったりと置かれ、心地良い空間作りがなされています。その奥にはダイニングルームがあり、テーブル間は十分なスペース間隔で、思い思いに食事ができるよう配慮されています。他 1 階には、受付・事務所、リハビリ室、理美容コーナー等が完備されています。居室は 2 階以上となっており、各階のラウンジでは趣味活動等を行い、浴室は一般浴室、寝台浴室、個浴室を設備し、各居室は床暖房が設備され、採光は良く、壁・床材は落ち着いた色調・デザインが成され、洗面とトイレがセパレートで清潔感ある使いやすい仕様になっています。当施設は定員 86 名とし、居室区分では、個室 78 室、2 人部屋 4 室、計 82 室の介護居室にて、入居者の心身共に健やかな毎日をサポートしています。

《特長や今後期待される点》

1. 【24 時間医療ケア・看護職員体制】

介護付有料老人ホームは、入居者が安心して生活できる環境を提供するための施設であり、特に介護や生活支援が必要な方を対象とし、日常生活のサポートや介護サービス、食事の提供、医療支援等、多様なサービスが受けられ、24 時間体制で介護スタッフが常駐し、安心して暮らすことができます。尚且つ、当施設では 24 時間体制の介護職員に加え、看護職員が日夜常駐し、入居者の健康サポートと共に、胃ろう、痰の吸引等の他、尿道カテーテル、ストマ、ペースメーカー、透析、インシュリン注射等の医療ケアが可能であり、医療機関と 24 時間オンコール体制により、迅速な医師との連携、医療対応の万全を期しています。「より健やかに、より楽しく。心豊かに快適な日々をこれからも」をモットーにし、「医療に強い介護」として体制を整えています。

2. 【健康面のサポート】

当施設では、様々な機器を導入したリハビリ室が設備され、機能訓練指導員が常勤し、入居者の体力や身体機能に合わせた介護予防運動やリハビリテーションを行っています。入居者だれもが日々の体操に参加でき、状態に合わせて、ゲームを交えた「グループリハビリ」や、「個別リハビリ」も提供しています。また、週 1 回、法人から ST(言語聴覚士)が来訪し、嚥下機能の訓練を行っています。さらに、一人ひとりの心身の状況、嚥下能力や栄養バランスを考慮した食事と運動させ、食事のペースと心身の負担に配慮し、健康面からもサポートしています。当施設では、身体の状況を適切に把握した上で、自分でできることは自分で行ってもらようよう支援しています。食事形態では、一人ひとりの機能に応じて普通食、介護食（刻み食、ソフト食、ミキサー食、とろみ食）、治療食等を提供し、食器の重量や形状等にも配慮する等、誤嚥、窒息等食事時の事故発生の対応方法を確認し、介護職と看護職との連携、情報共有を図り、健康面のサポートを重視しています。嚥下機能の訓練により、経口摂取困難だった方が改善された事例があります。

3. 【多職種の連携・協働について】

入居者にとって安心できる環境を提供するためには、職員間での連携が欠かせません。利用者（家族）アンケートでは、日々の感謝と共に、「サービスレベルのばらつき」、「スタッフ間の引継ぎ不足」、「人員不足のため要望を口にすることをためらう」、接遇に関する意見等が見られます。これらを解決していくために、職員間の連携がどのように業務効率を高め、利用者満足度を向上させるのか、要因を追求・理解し、対策を検討されることが望まれます。職員同士の連携がスムーズであれば利用者満足度が向上します。適切な情報共有と協力体制が整っていると利用者のニーズに迅速かつ的確に応えることが可能です。連携を強化することは、入居者にとって安心感や信頼感を高め、サービスを向上させる「鍵」となります。また、チームワークの良い職場は業務効率が高まります。適切な役割分担と連携により、業務の無駄を省き、時間を有効活用できます。なお、コミュニケーション不足は現場でのトラブルや業務効率の低下を招き、情報の行き違い・誤解等から対応が遅れたり、ミスにつながるため、利用者の安全を守る上では職員間のコミュニケーションを密に図ることが必須です。また、多職種間の協働については、各職種における期待する役割の理解と連携、さらに情報伝達や業務調整場面、会議等における温度差や、専門性に関する処置の捉え方等、医療ケアを特長とする職場において、全職員への周知及び教育は円滑な協働を図るためのファクターでしょう。職員間の連携を強化し、業務効率と利用者満足度を共に向上していくことができるよう、取組と工夫に期待いたします。

令和 6 年度 福祉サービス第三者評価結果

<標準となる評価基準>

第三者評価受審施設 株式会社ハートフルケア カーサプラチナ宮前平	
評価年度	令和 6 年度
評価機関	株式会社 R-CORPORATION

<共通評価項目（45 項目）>

I	福祉サービスの基本方針と組織 【1】～【9】	「理念・基本方針」「経営状況の把握」「事業計画の策定」「福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組」
II	組織の運営管理 【10】～【27】	「管理者の責任とリーダーシップ」「福祉人材の確保・育成」「運営の透明性の確保」「地域との交流、地域貢献」
III	適切な福祉サービスの実施 【28】～【45】	「利用者本位の福祉サービス」「福祉サービスの質の確保」

<内容評価項目（20 項目）>

A-1	生活支援の基本と権利擁護 【A①】～【A⑤】	「生活支援の基本」「権利擁護」
A-2	環境の整備 【A⑥】	「利用者の快適性への配慮」
A-3	生活支援 【A⑦】～【A⑱】	「利用者の状況に応じた支援」「食生活」「褥瘡発生予防・ケア」「介護職員等による喀痰吸引・経管栄養」「機能訓練、介護予防」「認知症ケア」「急変時の対応」「終末期の対応」
A-4	家族等との連携 【A⑲】	「家族等との連携」
A-5	サービス提供体制 【A⑳】	「安定的・継続的なサービス提供体制」

※「標準となる評価基準」で示す判断基準「A・B・C」はランクやレベル付けではありません。判断基準はより望ましい水準に向けた「到達状況」を示すものであり、評価「B」が標準的とし、特に良い内容、秀でた内容は「A」で示しています。「C」については「伸びしろ」とし、更なる努力を期待するものとします。

I-1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている

【1】	I-1- (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知されている
評価結果 B	

評価の理由

理念については、法人の理念、ミッション、バリューに明確に示されており、職員に対する教育は徹底されています。職員全てが「安心して心豊かに暮らすことのできる社会」を創ることによる社会貢献により、関係する全ての人たちに「貢献」する考え方で、これをミッションにより果たしていく考え方を心得、社員教育によりこの理念は徹底され、社風になっていることが理解できます。利用者（家族）アンケートでは、「理念、基本方針をご存じですか」では、「よく知っている」は9%、「まあ知っている」34%、「あまり知らない」では21%という結果でした。機会がある毎での周知や、広報誌等、周知を図る工夫が望まれます。

I-2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している

【2】	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
評価結果 A	

評価の理由

経営状況に関する把握、分析に関しては、厚生労働省関連の情報、川崎市の指定介護保険事業者集団指定に関するオンラインでの業界連絡会、川崎市の集団指導時等による市の保健計画、地域の福祉ニーズ、有料老人ホーム会議等による情報等の分析による把握と分析を実施しています。

【3】	I-2- (1) -② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている
評価結果 B	

評価の理由

経営課題については、法人本社運営推進部が、人件費を中心とした利益計画を出し、主任クラスを含めたエリア会議で話し合っています。これらの情報は毎週の役員会議でも共有しています。売上や業務体質について、法人系列各施設の品質管理責任者を配置し、法令遵守の理解を中心とした主要品質管理責任者メンバーによる研修開催をしています。月前半にはエリア会議、毎月20日前後に系列施設長会議を行い、情報共有と対策を話し合っています。経営課題の1つである人材確保については、法人本部人事担当及び施設としても採用活動を行っていますが、当施設では要員確保に向けて専門学校からの実習生を受入れ、人材確保へつなげるよう課題に向けて取り組んでいます。

I-3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている

【4】	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
評価結果 B	

評価の理由

法人の理念に沿った施設運営が実施できているかについては、ビジョンについては、当施設のコンセプトに沿って建設的に実施しているものの、数値化及び達成状況の振り返りについては今後に期待されます。コンセプトに沿って創られた「施設」がコンセプト通りに機能しているかについては、法人本部で「お客様アンケート」を実施及び集計しており、顧客満足度を分析し、系列各施設の数値化を図り、目標を設定する取組を行っています。満足度の数値化により、①サービスの資の向上（数値の低い原因分析）→職員教育、マニュアルの改善、②プロセスの簡潔化（申し込み手続きや問い合わせ電話対応等）、③サポート体制の充実、④職員の満足度の向上（従業員満足が高い企業は顧客満足度も高くなる）→職場環境の整備、福利厚生の実、人事評価の適正化、等の検討を図り、さらなる取組に期待いたします。

【5】	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
評価結果 B	

評価の理由

単年度の計画については、施設運営において居室の稼働率が最優先であり、そのための行事計画であり、サービスの提供です。適正な稼働率を前提として要員計画、設備計画等が策定され、一方でサービスの品質維持のために稼働率を度外視しても行わなければならない設備投資、人的投資等があり、これらを考慮して単年度計画が策定されています。快適な設備、満足度の高い良いサービスと稼働率のバランスが重要です。雇用率に関しても、質の良い人材の定着が人件費削減に反映されますので、雇用率の問題もファクターの1つとして取組んで行かれることを期待します。

(2) 事業計画が適切に策定されている

【6】	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
評価結果 A	

評価の理由

法人本部としての事業計画は、法人系列各施設の事業計画をまとめたものとなっています。各施設は前述の利益計画とは別に、事業計画とする施設単体の介護計画、行事計画等があり、入居者に向けて行事計画を策定しています。行事・レクリエーションに関しては「レク委員会」を設け、レク委員会会議で企画を練り、法人企画のイベントと併せ、クリスマス会、お正月・初詣、節分、ひな祭り、花見ドライブ、七夕、夏・秋まつり等の大きな行事の他、施設独自にネイルも実施しています。行事計画の企画として、人手と費用をかけ施設全体で取組み、入居者の大きな楽しみや喜びにつながっています。

【7】	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
評価結果 B	

評価の理由

法人は株式会社であり、事業計画の詳細はホームページ等では開示していませんが、ご家族等へは運営懇談会で主な事業計画の説明を行っています。行事等の計画は公表しており、ご家族を招いての行事ではアフターコロナとなり、開設記念（12/1）でのブリの解体ショーを企画していましたが、施設内でコロナ感染が発生し中止となりました。法人で Instagram、YouTube を開設しており、肖像権に配慮しつつ各施設での活動をご家族が見ることができ、入居者の生活の様子の SNS 投稿も行っています。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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

【8】	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
評価結果 B	

評価の理由

事業計画については、施設内及び、法人本社で PDCA サイクルに基づきサービスの質の向上への取組を計画に沿って評価（C:Check）を行っています。法人本部では事例検討を、各施設では施設長会議にてサイクルを回しています。今年度は第三者評価を受審し、今後、定期的にチェックする体制を予定しています。質の向上に向けて、法人系列施設間で研修を行い、発表検討会も実施して組織的に取組んでいます。

【9】	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。
評価結果 C	

評価の理由

第三者評価受審に向けた自己評価では、まず、一般職員でグループ分けをして自己評価を検討・作成し、その後、リーダーグループで話し合い、一般職員の自己評価を合わせて評価としました。課題を明確にし、解決・改善に向けて今後、計画的に取組み、課題は全体で共有化を図っていかれることが期待されます。課題の中で、人員配置、予算的な課題等、単年度では解決できないものについては、必要に応じて目標や中・長期計画の中で段階的に取組んでいくことが求められます。この機会を通して、各評価項目において、これまでの社内の常識と異なる視点を参考にし、利用者（家族）アンケートからも気付きを、第三者評価結果を踏まえて今後、取組んでいきます。

Ⅱ－１ 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている

【10】	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
評価結果 A	

評価の理由

施設長の役割と責任については、運営規定に記載されており、その職務と責任については組織図及び職務権限規程別表（職務分掌）に明示しています。見学用パンフレットにも施設長としての方針を明文化して周知しています。イベント開催時にはご家族、入居者に挨拶を行い、自らの所信と責任について話をしています。職務分担表で不在時の権限委任者も明確にしています。

【11】	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
評価結果 A	

評価の理由

社会福祉に関する法令等、必要な法令等については、社会保険事務所から発刊されている、通称「赤本」・「青本」を基に法令遵守の理解に努めています。「赤本」・「青本」に改定があれば法人本部で一括購入し、各施設に配布され、最新の内容を把握しています。また、一般取引先とは適正な関係を保ち、反社会的勢力とは取引を行わないことを定めています。直接関係の薄い法令を確認する必要がある時には、法人本部の事務、顧問弁護士等に相談できる体制があります。

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている

【12】	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
評価結果 A	

評価の理由

施設長は各種委員会に出席し、例えば虐待禁止委員会等に参画し、サービスの質についてのコメントをする等、指導力を発揮しています。職員の研修については、必要に応じて、都度 OJT 担当を付けて教育を行い、新入社員については入社時に新卒者研修を実施し、配属後も法人本部でのトレーニングに参加する等、法人本部との連携にて年間的に研修が実施されています。中途採用者には品質管理担当が入社時研修及び教育を行い、福祉サービスの質の向上に向けて体制を整えています。

【13】	Ⅱ-1-（2）-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している
評価結果 A	

評価の理由

経営の改善については、法人系列施設長会で情報交換を図りながら課題や改善に向けて話し合っています。経営課題及び改善において、人材不足体制下での採用に尽力すると共に、効果的な業務を目指し、組織内に意識を形成するよう取組んでいます。例えば、離職防止の施策として、入浴係、排泄係、厨房係、レク係等、委員会・係・プロジェクトの活用によって活性化を図り、共通の目的・主体的な行動を持ち、協力して達成する意識を高め、成功事例や問題点を共有するコミュニケーションの充実等を図る等、組織を自発的に考える集団へと業務の実効性を高めるよう取組んでいます。また、職員が仕事の合間や休憩時間にリラックスできる場所として休憩室を設け、疲労やストレスの軽減を図り、やる気を高められるよう配慮し、離職率を低下させるよう、働きやすい職場として職員の満足度向上に貢献しています。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

（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

【14】	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
評価結果 B	

評価の理由

必要な人材確保への取組として、養成校の実習生受入れや、外国人の採用に力を入れています。4～5年前に外国人採用担当を法人本部に設置しており、当施設では今年度からネパール国籍の職員を配置し、教育をサポートし育成に努めています。法人本部人事部では、職業体験受入れや専門学校を訪問することを検討し、採用活動に努めています。

【15】	Ⅱ-2-（1）-② 総合的な人事管理が行われている
評価結果 B	

評価の理由

「期待する職員像」は、職階、職種別の人事考課表の考課項目に示されています。職員に就業規則が配付されており、人事規定も明確にしています。職員一人ひとりの意向を確認し、専門性を加味した評価が実施されています。人事管理には問題はありませんが、「期待する職員像」については、人材育成の基本方針を基に、各職階に必要な能力を抽出し、その中で評価項目の検討を進め、能力評価基準を設定する段階では「期待する職員像」を前提とした検討が欠かせません。例えば、主任の期待役割項目ができていること、「期待像」が示されるのが「期待する職員像」です。階層別の目標として職員に「見える化」を図ることが望まれます。

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている

【16】	Ⅱ-2- (2) -① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場作りに取り組んでいる
評価結果 A	

評価の理由

働きやすい職場作りでは、労務管理に関しては責任体制を明確にし、有給休暇、超過勤務のデータを管理しています。年1回、正規職員は施設長と個別面談を実施し、非常勤職員は更新時に面談を行っています。職員一人ひとりの心身の健康に留意し、ストレス等、悩み相談窓口、産業医との面談機会を設置する等、心身のケアに配慮しています。福利厚生はベネフィット・ステーションに加入し、ワーク・ライフ・バランスはシフトに配慮し、定着の観点からコミュニケーションを図るよう努めています。勤続年数によるポイント制度も導入しています。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている

【17】	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
評価結果 A	

評価の理由

職員一人ひとりの育成に向け、個々の目標を設定し目標管理を行い、サービスの実施につなげています。目標管理では、個別に一次面接を主任または副主任とを行い、二次面接は施設長が実施し、助言や支援を行っています。中間段階には面接を実施して目標達成と取組状況を確認及び振り返りを行い、最終段階に法人の人事考課シートにより評価をし、育成に取り組んでいます。

【18】	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
評価結果 B	

評価の理由

サービス内容や目標を踏まえ、基本方針や計画の中に、職員に必要とされる専門技術や専門資格を運営規程に明示し、具体的な知識・技術水準、専門資格を取得するよう、各種研修を受講し、定期的に評価を行っています。職員は策定された研修計画に基づいて受講し、受講後は研修受講レポートと、研修項目によっては振り返りでのアンケートを実施しています。法定研修については報告書提出が義務付けられています。また、定期的に研修内容やカリキュラムの見直しを実施しています。なお、基本方針や計画の中に「期待する職員像」を明示していくことを期待いたします。

【19】	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
評価結果 A	

評価の理由

法人及び施設は、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握し、新任職員については経験や習熟度により、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を与え、外部研修への参加を推奨し、教育・研修への参加を促しています。研修の指針、チェックリストを備え、経営理念の理解、接遇マナー・身だしなみ、職業倫理、個人情報保護法、感染予防対策、事故・クレーム対応、非常災害時の対応、高齢者虐待防止法、身体拘束等の研修を実施し、研修の機会を確保しています。

(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

【20】	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
評価結果 A	

評価の理由

実習生等の受入れについては、研修・育成に関する基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備しオリエンテーションを実施しています。専門職種の特性に配慮したプログラムを用意し、依頼校の希望に沿って作成しています。指導者研修については、介護福祉士の資格を持つ職員が対応し、実習指導者としての資格を備えています。また、他職員も OJT にて対応できるような体制にしています。依頼校とは実習期間中も継続的に連携を図っています。

II-3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている

【21】	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
評価結果 B	

評価の理由

情報公開について、法人は株式会社のため、財務等に関する情報は公開していませんが、事業報告等は館内受付に「情報開示ファイル」を配備して、誰もが閲覧できるようにしています。ホームページには、法人概要、施設概要、料金、サービス、ロケーション、基本姿勢、F&Q、お問い合わせ、プライバシーポリシー、利用規約を掲載し、資料請求もでき、豊富な写真を用いて設備等を紹介しています。また、印刷物や広報誌により、理念、基本方針やビジョン等の情報を公開しています。Instagram でも施設での活動等を公開しています。当施設ではこのような取組を通じ、運営の透明性の確保に努めています。

【22】	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
評価結果 A	

評価の理由

事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌、権限・責任は明確にし、毎月、品質管理による内部監査を実施し、法人母体のツツイグループの財務管理部から年 1 回、監査を受け、経営改善に努めています。当施設は、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ます。

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている

【23】	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
評価結果 B	

評価の理由

地域との関わり方については、パンフレット等の理念・方針に盛り込んでいます。施設内に地域交流スペースが設けられ、地域包括支援センターに地域の会合等に利用してもらえるよう案内をしています。自治会とは定期的に交流を行い、夏祭りへの招待をいただいています。地域との連携では、運営懇談会用に備品を借りたり、お正月には獅子舞に来てもらう機会や、ボランティアの方に盆踊り会場として提供したり、傾聴ボランティアに來訪いただく等、交流を持っています。運営懇談会については、参加は主にご家族で行っています。また、入居者の日常的な活動についても、ニーズに応じて、地域の社会資源を利用しており、近隣スーパーやスイーツ専門店を利用する方もいます。

【24】	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
評価結果 B	

評価の理由

ボランティア受入れの基本姿勢を明確にし、マニュアルを整備して体制を整えています。受入れ時は事前説明を行い、情報漏洩防止を心がけています。現在、地域の傾聴ボランティアの方を受入れています。地域の学校教育施設や体験教室の学習（小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップ）等への協力については当施設（有料老人ホーム）の特性を鑑み、受入れは困難ですが、専門学校の学生の実習生受入れは実施しています。

(2) 関係機関との連携が確保されている

【25】	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
評価結果 A	

評価の理由

地域の関係機関・団体、入居者の状況に対応できる社会資源を明示し連携を図っています。玄関にはタクシーのパンフレットも備えています。また、同法人の居宅介護支援施設（訪問介護ステーションプラチナコミュニティ宮前平）が併設されているため、その関係性を通して多くの地域の社会資源との連携があります。当施設の近くにはスーパー「相鉄ローゼン」があり、入居者は散歩がてらに利用しており、協力医療機関（福住医院）とはケアの必要に応じて通院する方もあり、連携をしています。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている

【26】	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
評価結果 B	

評価の理由

年1、2回、福祉施設の連絡会に出席、ケアマネの連絡会にも参加する等、地域の福祉ニーズや生活課題、地域での感染症の情報交換等、把握に努めています。自治会夏祭り等のイベントに参加し、地域住民の方との交流を図り、コミュニケーションを通じて地域の福祉ニーズを把握する機会にもしています。

【27】	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
評価結果 B	

評価の理由

理念、基本方針に「安心して心豊かに暮らすことができる社会」、「私たちは地域・社会の良き一員となります。」に沿い、地域貢献、活動の展開を進めています。施設内に地域交流スペースを設け、貸出を行い地域の方々に提供しています。また、地域の「認知症カフェ」に職員、施設長が見学に行き、その際、利用している方から健康相談を受ける等、コミュニケーションを取りながら、福祉施設への理解促進や情報の提供を行っています。交流後に、当施設へご家族と一緒に見学に来訪される等、支援にもつながっています。また、介護相談も受け、法人系列の居宅介護支援事業所に対応する等、地域へ貢献しています。今後、さらなる活動に期待いたします。

共通評価Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲー1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている

【28】	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持つための取組を行っている
評価結果 A	

評価の理由

法人はミッションに、「私たちはこの仕事を通してお客様に『安心・安全』と「一人ひとりの満足を提供します」と明確な方針を示し、バリューに「尊厳と自立を守るプロフェッショナルである」と価値を提供し、入居者一人ひとりを尊重した福祉サービスの提供に尽力しています。組織で、利用者の尊重、基本的人権への配慮について、研修を実施し、全体で共通認識を図っています。職員へは定期的に面談等で状況の把握、評価を行っています。

【29】	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
評価結果 A	

評価の理由

プライバシー保護については、運営規程、就業規則に姿勢・責務等を明記し、契約書にも記載して入居者・ご家族に周知しています。規程等に基づき、プライバシーに配慮した福祉サービスを実施しています。また、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、当施設は洗面スペース、トイレを備えた個室にて入居者のプライバシーを守れるよう設備しています。

(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

【30】	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
評価結果 A	

評価の理由

利用希望者に対する情報提供については、理念・基本方針、実施する福祉サービスの内容や当施設の特性等を紹介した資料・パンフレット等を病院、紹介会社、地域包括支援センター、併設の居宅介護事業所等に配架し、多くの方が入手できるようにしています。資料は、写真・図等が使用され分かりやすい内容となっており、見学にも対応しています。ホームページには、写真をふんだんに用いて生活のイメージやサービス内容等を掲載し、施設内の情報を雰囲気と共に分かりやすく伝えています。また、老人ホーム検索サイト等を活用し、施設長のメッセージ、基本情報、当施設の特徴、外観・内観・居室等の写真、食事、分かりやすい料金プランも詳細に掲載し、看護・医療体制や、アクセスを掲載し、利用者が情報を簡単に入手できるよう取り組んでいます。入居希望者への事前情報開示では、入居契約書、管理規程を交付し、事業収支計画書、財務諸表の要旨・原本を公開しています。

【31】	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
評価結果 A	

評価の理由

サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明については、入居者本人の自己決定を尊重し、ご家族共に理解しやすいよう資料を用いて説明し配慮しています。また、ケアマネジャー、担当職員等関係者を交えた担当者会議を開催し、入居者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残しています。

【32】	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
評価結果 A	

評価の理由

福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たっては、著しい不利益が生じないことをご家族が参加する運営懇談会で説明し情報を提供し承諾を得ています。ケアマネジャーを中心にサービスの継続性を損なわないよう配慮し、引継ぎ、申し送り手順等、文書内容を定め、変更・移行完了後は記録しています。また、サービス利用終了後も相談できるようケアマネジャーを窓口として配備しています。

（３）利用者満足の上昇に努めている

【33】	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
評価結果 A	

評価の理由

利用者満足については、法人本部の品質管理者が中心となって、アンケートを定期的実施し、満足度等を分析しています。結果は運営懇談会で伝え、要望に応じてご家族へ開示しています。運営懇談会の報告時には出席者の意見も併せて伺い、運営に役立てています。また、分析・結果に基づいて具体的な改善を行うと共に職員へ周知を図り、サービスの向上につなげています。

（４）利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている

【34】	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
評価結果 A	

評価の理由

苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に記載し、「苦情・事故等に関する体制」において、苦情相談窓口を施設長とし、品質管理者を苦情受付担当者としています。また、法人のお客さま相談室を設置し、行政等の窓口（川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課、神奈川県国民健康保険団体連合会、公益社団法人全国有料老人ホーム協会）も紹介しています。第三者委員は体制上、法人本部の品質管理室長が任を担っています。苦情解決の仕組み、フローをエントランスの掲示スペースに掲示し、意見箱も設置して、入居者・ご家族が苦情・意見の申し出がしやすいようにする等、サービスの質の向上のための仕組みとして機能させています。

【35】	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
評価結果 A	

評価の理由

入居者・ご家族が相談や意見を述べやすいよう、重要事項説明書に苦情の申し出窓口を複数記載し、周知しています。同趣旨の案内はエントランスの掲示スペースに掲示し意見箱も設置しています。また、アンケートも実施しています。日常的に入居者へ積極的に声かけを行い、相談や意見等がある場合は、居室担当者やケアマネジャーに伝えられますが、相談窓口であるケアマネジャーに直接相談しているケースが多く見受けられます。

【36】	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
評価結果 A	

評価の理由

職員には日頃から、入居者が相談や意見がしやすいよう声かけや傾聴に努め、意見箱の活用の促しと共に相談や意見が述べやすいよう配慮しています。会話や直接受けた意見等はマニュアル（クレーム処理の書き方）に沿って記録しています。苦情を受けた際の手順、対応策の検討等について定め、職員へ周知徹底を図っています。１次対応（謝罪等）は２４時間以内に行い、次に、迅速な解決策の検討を行い、実施及び改善にて対応しています。受けた意見等については、担当者会議を開催し、適宜見直しを図っています。

（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

【37】	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
評価結果 A	

評価の理由

安心・安全のためのリスクマネジメント体制としては、「事故対策委員会」が任に当たり、手順（マニュアル）等に沿い、職員に徹底しています。「事故対策委員会」は毎月、事故報告書及びヒヤリハット報告書により、課題の分析を行っています。事故等が発生した場合はその日の内に対応することを徹底し、効果・検証を図り、改善を図っています。さらに、法人のエリア会議で事例を共有し、内容の水平展開を行い、他施設での事故発生防止に役立てています。また、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性については年１回、評価・見直しを行っています。

【38】	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
評価結果 A	

評価の理由

感染症対策について、「感染症対策委員会」（責任者：施設長）を設置し、看護師を委員長として各部署から１名ずつ委員を選出して取組み、定期的に感染症予防、安全確保に関する勉強会を実施しています。特に、コロナ禍では館内にクラスターが発生しないよう、エレベーターやドアノブの消毒を徹底し、入居者の定期的検温、手指の消毒等、感染予防に努めました。また、職員の健康管理に関しても十分配慮しています。

【39】	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している
評価結果 A	

評価の理由

災害時の対応体制を定め、年２回、避難訓練を実施し、火災、地震、風・水害を想定して実施しています。災害に対するBCPも作成しています。安否確認の方法については、職員に周知しています。災害備蓄については責任者を決め（一部は厨房の会社が管理）、リスト・賞味期限等をPC上で管理し、AED取扱いについては今年度７回研修を実施し、法人本部にて入職時にも研修を実施しています。避難訓練に関しては消防署の立ち入り検査にて合格を得ています。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

(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

【40】	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
評価結果 B	

評価の理由

標準的な実施方法（業務マニュアル）があり、マニュアルに沿って日々の業務を行っています。職員のシフトの日々の変化を考慮し、業務の進め方として、先ず当日のリーダーを決め、概ねの職員ルート表があり、その上で細部に渡りスケジュールの調整を図っています。入居者個々の当日の調整に関しては、ご家族の来訪時には当該入居者の入浴時間を調整したり、理美容の予定の日にはプログラムに沿った対応をする等、配慮しています。標準的な実施方法に基づいて実施されているかは、日々の実務の中で確認し、必要に応じて OJT で指導しています。

【41】	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
評価結果 B	

評価の理由

標準的な実施方法の検証・見直しの時期・方法に関しては、法人本部の品質管理室において定めています。当施設では、基本的に他のマニュアル類の見直しと同様に、業務マニュアルの変更・改訂の有無を定期的に確認し、見直し・変更をしています。具体的には、時期は研修に合わせて、変更の有無を確認し、サービスの質の向上につなげています。

(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

【42】	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
評価結果 A	

評価の理由

アセスメントはケアマネジャーを中心に行い、手法に関しては、入居者一人ひとりを概ね1年程度かけ、日々の状況や支援の状況の評価し、必要に応じて見直しにつなげながら適切なアセスメントの定着につなげています。アセスメントは、サービス担当者会議相当のメンバーで実施しています。モニタリングは、ケアプランに沿って、本人から直接、ニーズに応じたサービスが効果的に実施されているか、適切に提供されているか等、ケアマネジャーが定期的に確認し、状況も見ながら進めています。状況に変化があった場合は、他職種も参加してモニタリングを行う仕組みを構築しています。当施設は体制を確立し、アセスメントからの計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定め、サービスの質の向上に結び付けています。

【43】	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
評価結果 A	

評価の理由

基本的には施設としての計画は事業計画であるため、福祉サービス実施計画は個人別の介護計画となり、介護計画は前記アセスメントにより実施結果と修正が行われ、入居者の ADL 低下に伴う、緊急に変更する場合の仕組みが整備されています。計画通りに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能しています。個人別の介護計画は概ね 6 ヶ月、12 ヶ月での見直しを行っています。また、状態の変化によっては都度、見直しを図るようにしています。

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている

【44】	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
評価結果 B	

評価の理由

福祉サービス実施状況は個人別に PC 管理がされ、職員間で共有しています。しかし、情報漏洩も懸念されています。インターネットや情報システムへの依存は利便性を高めるだけでなくサイバー攻撃のリスクも発生させる要因でもあります。特に不正アクセス等による個人情報漏洩は深刻な問題です。原因としては、ウイルス感染・不正アクセスが 1 番に挙げられ、次に誤表示・誤送信、そして紛失・誤廃棄という結果があります。また、外部だけでなく内部不正や人為的なミス等による漏洩対策として、①PC の持ち出し、スマートフォンの持ち込み制限、②メールの誤送信や添付ファイルミスをなくす、③個人情報が記載されているものを放置しない、④セキュリティ対策ソフトを導入する、⑤ID とパスワードを設定し適切に管理する、⑥ソフトウェアのアップデートの定期的な実施、等が有効であると考えられます。兆候がある前に、適切に対応するための体制を整え、十分な対策を取られることを期待します。

【45】	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
評価結果 B	

評価の理由

記録の管理（書面、電子データ）体制として、前項の漏洩の危険性に加えて保管方法、管理責任者の課題、記録方法の統一、等の問題が挙げられます。職員は個人情報保護規程を理解し、遵守しています。なお、個人情報の漏洩に対する対策と対応方法の規定を含め、十分な対策と共に取扱いについて、入居者、ご家族等に説明し、最小限に止める策を検討していくことが望まれます。

A－1－(1) 生活支援の基本

【A①】	A-1- (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
評価結果 A		

評価の理由

当施設では、「より健やかに、より楽しく。心豊かに快適な日々をこれからも」と謳い、入居者一人ひとりが心身共に健やかな毎日を過ごしてもらえるよう、入居者の意向や生活習慣を尊重すると共に、心身の状況に合わせ自立した生活となるよう支援しています。また、居室担当を設け、一人ひとりに寄り添った支援に努めています。日常生活の中では、食事の際着用するエプロンや新聞を畳む手伝い等、個々に役割が持てるよう工夫をしています。日々、多彩なレクリエーションや、日常活動（体操、民謡教室、カラオケ、書道教室等）への参加、余暇での個人の楽しみ等を見つけ、生き生きと生活ができるよう支援をしています。

【A②】	A-1- (1) -①	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している
評価結果 B		

評価の理由

入居者の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等を把握すると共に、暮らしの意向等を把握し、一人ひとりが自立した生活を送れるよう支援しています。また、当施設では居室担当を設け、身体的自立のみではなく、入居者の意向や気持ちに寄り添い、生活の中で自らが選択して自己決定することを支援しています。また、これまでの生活を尊重しながら居室レイアウト等に配慮し支援しています。さらに、必要に応じて、福祉用具の活用等について検討を行うと共に、入居者の暮らしを向上するために利用を促すよう支援しています。安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境作りについて、入居者・ご家族に情報提供し、必要に応じてケアマネジャーと連携しています。

【A③】	A-1- (1) -①	利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている
評価結果 A		

評価の理由

入居者の心身の状況に合わせて、生きがいをもって安心・安定して生活できるよう支援しています。生活支援では、リハビリサービスや、筋力パワーアップリハ、グループ療法、音楽療法、認知症予防運動プログラム（コグニサイズ）、ぬり絵等、多彩なプログラムを日々の予定に入れ、一人ひとりに応じた活動への参加を援助しています。また、散歩、介護保険の見直し、買い物の代行、医療保険のマッサージ等サポートしています。2人入居の場合は、1人が自立でも入居ができ、その自立の方が介護保険の対象となれば、介護保険加入の手続きが受けられるよう支援しています。

【A④】	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
評価結果 B		

評価の理由

入居者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面等様々な機会や方法によりコミュニケーションを行い、把握した内容は記録し、支援に生かしています。会話では、尊厳に配慮した接遇、言葉遣いを徹底し、意思表示が困難な方には個別に配慮したコミュニケーションに努めています。入居者個々のコミュニケーションの方法や支援方法について、定期的に検討・見直しを行う等、コミュニケーションの重要性を認識して取り組んでいます。

A-1-(2) 権利擁護

【A⑤】	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
評価結果 A		

評価の理由

運営規程に明示し、入居者の権利擁護に関する取組について全職員に周知徹底しています。職員研修を実施して確認し、年1回、権利擁護の自己チェックを徹底して行い、虐待等の権利侵害の防止や権利侵害が発生した場合の迅速かつ適切な対応についても周知し、予防的な支援、早期発見の意識と理解を高めています。入居者の権利擁護のための具体的な取組については、入居契約書にも条文中で示し周知しています。身体拘束については止むを得ない場合以外は行わないことを職員に徹底しています。

内容評価 A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

【A⑥】	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
評価結果 A		

評価の理由

当施設の環境は清潔で、落ち着いたインテリアに統一され、上質な居住空間と素材感は心地良く、適温と明るい雰囲気が保たれています。清掃については年2回、業者による定期清掃を実施する他、清掃担当職員が毎日清掃を行っています。各階に寛げる広い共用ラウンジを備え、入居者が思い思いに過ごせる空間が提供され、1階のダイニングルームでは、食事時間を2部制にして余裕をもたせ、コーヒーを飲みながら新聞を読むゆとりもあります。照明は暖色の照明で、壁紙と床材は落ち着いた色調とされ、カーペットも高級感があり、入居者が快適に過ごせるよう随所に配慮が成されています。居室は、タイプにより18.2㎡～30.52㎡の区分とされ、室内は介護ベッド、緊急通報装置、寝具、カーテン、エアコン、テレビ・電話端回線、照明器具、車椅子対応洗面化粧台、クローゼット、床暖房が設備されています。また、エレベーター2基を備え、ストレッチャー対応が成されています。

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

【A⑦】	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
評価結果 A		

評価の理由

浴室は、共用浴室が4か所あり、個室(3)、大浴場(1室)とされ、共用の介護浴槽では、ストレッチャー浴、浴槽をまたがすに入浴できる機器を2か所備えてあり、ADLや体調に応じて利用が可能であり、看護師常駐により緊急対応も万全です。入浴前にはバイタル等の健康チェックを行い、必要に応じて清拭等の代替方法により支援しています。入浴の誘導や介助を行う場合は、入居者の尊厳、感情に十分配慮し、同性支援も行う等、安心して入浴できる体制を整えています。自立で入浴できる方もあり、個人で入浴剤を用いる方もいます。また、冬至に「ゆず湯」で季節を感じてもらう等の工夫を行うこともあります。居室、浴室、トイレ等はプライバシーに配慮した設備・環境が成されています。

【A⑧】	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
評価結果 A		

評価の理由

入居者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえ、排せつの支援を行っています。自然な排せつに向けて朝の体操、乳製品の飲食等を日常的に支援しています。トイレは各室に設置され、完全プライバシーに配慮されており、安全で快適に使用できる環境となっています。また、夜間には近くにトイレがあり、失禁しない利点もあります。生活リズムと心身の状況に配慮して排せつを促しますが、便秘が長引く場合は、体の不調を引き起こしかねないので必要に応じて下剤の活用を行う場合もあります。排泄の自立のため福祉用具も活用しています。

【A⑨】	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
評価結果 B		

評価の理由

心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう、自立に向けた働きかけをしながら支援を行っています。心身の状況に応じた福祉機器や福祉用具も活用し、安全な移動・移乗介助を行い、介護計画にも記載して取組んでいます。福祉用具は施設で貸し出しを行っています。

A-3-(2) 食生活

【A⑩】	A-3- (2) -①	食事をおいしく食べられるよう工夫している
評価結果 B		

評価の理由

食事は外部に委託していますが、季節感のあるメニュー、季節のイベント食を提供する等、楽しい食卓を提供しています。食材に旬のものを使用し、変化をもたせるように工夫し、また、適温で食事を提供すると共に、料理にあった食器の使用や盛り付け等の工夫がされています。「厨房委員会」を設置し、毎月、食事・調理について話し合い、工夫につなげています。入居者が噛み難い、嚥下し難いケースには当施設では、ST（言語聴覚士）が入居者の様子を見て、体と食事形態の両面からのアドバイスを行っています。利用者（家族）アンケートの「食事について」の満足は23%であり、全項目の中でも低い評価となっており、意見にも食事への不満の声も聞かれます。さらに、食事の楽しみ、食事をおいしく食べられるようにするための取組・工夫を期待いたします。

【A⑪】	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
評価結果 A		

評価の理由

入居者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事作りと提供方法に工夫し、食事のペースと心身の負担に配慮しています。心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援しています。経口での食事摂取を継続することは看護師の在籍により対応可能な体制にあります。誤嚥、窒息等食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底をしています。食事提供、支援・介助方法等について入居者の心身の状況に合わせた検討は「厨房委員会」で行っています。また、ST(言語聴覚士)による改善に向けた対応や、車椅子での食事姿勢の調整にも配慮しています。

【A⑫】	A-3- (2) -③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている
評価結果 B		

評価の理由

口腔ケアについては、職員は歯科医の指導を受けて、毎食後サポートをしてスポンジ、ブラシで行っています。口腔ケアについては、ST(言語聴覚士)を中心に研修を実施し、対応しています。入居者一人ひとりの心身の状況に応じて口腔ケア等の適切な計画、支援方法の選択について等、取組まれると尚良いでしょう。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【A⑬】	A-3- (3) -①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている
評価結果 A		

評価の理由

褥瘡予防対策については、研修を行い、関係職員が連携して取り組んでいます。寝たきりの状態においては清潔を心がけ、褥瘡の危険因子・対策等を研修等で職員に徹底し、日常業務で実践しています。最新の情報も収集し、介護の質を高めています。少しの変化も見逃さず、報告する体制に努めています。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

【A⑭】	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
評価結果 B	

評価の理由

介護職員等による喀痰吸引・経管栄養は現状、実施していません。介護福祉士及び介護職員等は所定の研修を受講しており、看護師も介護職への指導研修を受けており、連携できる体制にありますが、当施設の特性及び方針として、24 時間体制で看護師が常駐しており、安全な方法として看護師の医療行為の実施体制としています。実施方法、実施状況の報告書、記録は保管しています。また、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を家族の了解を得た場合は介護職員も実施できる体制にあり、仕組みも構築されています。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

【A⑮】	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
評価結果 A	

評価の理由

生活の維持、介護予防の取組については、当施設にはリハビリの機能訓練指導員が常駐し、入居者は誰でも毎日の体操に参加でき、状態に合わせ、ゲームを交えたグループリハビリや、毎週 1 回以上、マンツーマンの個別リハビリを実施しています。毎月の活動予定表には、毎日の体操を取入れ、動作機能低下している方向けの筋力パワーアップリハや、コグニサイズを提供し、入居者が主体的に訓練を行えるようにしています。また、言語聴覚士の助言・指導も得ながら実施しています。

A-3-(6) 認知症ケア

【A⑯】	A-3- (6) -① 認知症の状態に配慮したケアを行っている
評価結果 B	

評価の理由

認知症の状態に配慮したケアについては、一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行い、職員等は入居者に配慮して、支持的、受容的な関わりを重視した支援に努めています。また、行動・心理症状（BPSD）が見られる入居者の方には、一定期間の観察と記録を行い、職員間で共有を図り、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行うよう、職員の教育・研修に努めています。

A-3-(7) 急変時の対応

【A⑰】	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
評価結果 A		

評価の理由

入居者の体調変化時に迅速に対応するため、対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、日々の健康確認と健康状態を記録しています。夜間帯の対応や、看護師の夜間常駐中における緊急時対応については、体制を整備し対応に当たっています。なお、看護職員のみで行うのではなく、最も入居者と接する機会の多い介護職員も看護職員と連携し、健康チェック、健康管理に加わり共有を図ることが必要です。薬の作用については看護師から申し送りを受けています。

A-3-(8) 終末期の対応

【A⑱】	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
評価結果 A		

評価の理由

終末期を迎えた場合の対応について、方針と手順を明らかにしています。医師・医療機関等との連携体制を確立し、本人及びご家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と対応・ケアについて説明し、介護保険契約書にも記載しています。終末期におけるエンゼルケアについては、施設内の案内資料に記載して周知しています。職員に対しては、終末期のケアについての研修と共に、特に、夜勤勤務の介護職員に対しては声かけを心がけ、精神的な負担に配慮し、主任、副主任がフォローに努めています。

内容評価 A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

【A⑲】	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
評価結果 B		

評価の理由

ご家族等との連携を心がけ、定期的及び、本人に変化があった際に状況の報告をしています。連絡は主にケアマネジャーが行い、電話の他にメールも活用しています。また、看護師から経過記録に沿った報告も行っています。経過記録はケアマネジャー、介護職員とも共有しています。行事等については、ご家族に日程等を案内する等、家族が参加できるように努めると共に、家族の面会時等には、入居者本人の近況を報告しています。なお、家族との関係を持たない、または連絡を希望しない等の様々な個別の事情を踏まえ、対応や支援、ご家族との連絡方法について、さらなる工夫を期待いたします。

A－5－(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

【A②0】	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
評価結果 A	

評価の理由

施設の運営については、安定的で継続的なサービス提供体制を整え、入居者に安心して利用いただけるよう努めています。職員会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底を図り、日々の個々の状況等に関する情報を共有する体制を心がけ、ケアカンファレンスや研修を開催しています。施設長会議を通して、リスクマネジメント、医療事故、事故対応時、救急時対応等において、情報の共有や助言を得、安心・安全に機能させています。

利用者アンケート調査結果

特別養護老人ホーム カーサプラチナ宮前平

アンケート送付数（対象者数）	63 人
回収率	84%（53 人）

【利用者調査項目】

※上段人数、下段％で示しています

問 1 あなたは、施設の基本理念や基本方針をご存知ですか	よく知っている	まあ知っている	どちらともいえない	あまり知らない	まったく知らない	無回答
	5 人	18 人	18 人	11 人	0 人	1 人
	9%	34%	34%	21%	0%	2%

付問 あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか	共感できる	まあ共感できる	どちらともいえない	あまり共感できない	共感できない	無回答
	14 人	7 人	2 人	0 人	0 人	30 人
	26%	13%	4%	0%	0%	57%

問 2 入所した時の状況についてうかがいます。それぞれの項目について満足度をお答えください。	満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
	20 人	29 人	3 人	0 人	1 人
施設に関する情報の得やすさについては	38%	55%	6%	0%	2%
具体的なサービスの内容や費用に関する説明については	22 人	26 人	5 人	0 人	0 人
	42%	49%	9%	0%	0%

問 3 ご本人へのサービス提供に関する計画（個別ケア計画）についてうかがいます。	満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
	19 人	27 人	7 人	0 人	0 人
個別ケアの説明については	36%	51%	13%	0%	0%
個別ケア計画へのご本人やご家族の意向・要望の反映については	22 人	24 人	7 人	0 人	0 人
	42%	45%	13%	0%	0%

問4 日常のサービス内容についてうかがいます。	満足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 不満	不満	無回答
食事については	12 人	28 人	5 人	3 人	5 人
	23%	53%	9%	6%	9%
入浴については	19 人	24 人	7 人	0 人	3 人
	36%	45%	13%	0%	6%
トイレやおむつの介助の対応には	20 人	21 人	4 人	1 人	7 人
	38%	40%	8%	2%	13%
自由時間の活動については	13 人	30 人	6 人	1 人	3 人
	25%	57%	11%	2%	6%
預かり金の管理方法や出納状況の説明については	18 人	18 人	4 人	1 人	12 人
	34%	34%	8%	2%	23%
リハビリや機能回復のための取組については	16 人	24 人	8 人	2 人	3 人
	30%	45%	15%	4%	6%
じょくそう予防や寝たきり防止のための取組については	20 人	21 人	5 人	0 人	7 人
	38%	40%	9%	0%	13%
ご本人の体調への日常的な配慮については	23 人	22 人	5 人	1 人	2 人
	43%	42%	9%	2%	4%
ご本人が病気や怪我等の時の対応については	28 人	18 人	5 人	0 人	2 人
	53%	34%	9%	0%	4%

問5 施設空間の快適さについてうかがいます。	満足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 不満	不満	無回答
施設の快適さについては (清潔さ、適切な温度や明るさ等)	31 人	14 人	5 人	1 人	2 人
	58%	26%	9%	2%	4%
施設の構造や設備の安全性については	31 人	18 人	1 人	0 人	3 人
	58%	34%	2%	0%	6%

問6 施設と家族との連携・交流についてうかがいます。	満足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 不満	不満	無回答
ご本人の様子に関する説明や情報提供については	24 人	20 人	4 人	3 人	2 人
	45%	38%	8%	6%	4%
施設行事等の開催日や時間帯への配慮については	17 人	28 人	2 人	2 人	4 人
	32%	53%	4%	4%	8%

問7 職員の対応についてうかがいます。	満足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 不満	不満	無回答
ご本人のプライバシーへの配慮については	30 人	21 人	2 人	0 人	0 人
	57%	40%	4%	0%	0%
一人ひとりの利用者の尊重については	26 人	24 人	3 人	0 人	0 人
	49%	45%	6%	0%	0%
職員の対応については (優しく丁寧な対応等)	35 人	16 人	2 人	0 人	0 人
	66%	30%	4%	0%	0%
職員のサービス提供方法の統一性については (どの職員も同じレベルのサービスを提供してくれるかなど)	22 人	17 人	11 人	3 人	0 人
	42%	32%	21%	6%	0%
不満や要望を聞く体制と対応については (気軽に言うことができるか、しっかりと対応してくれるかなど)	31 人	16 人	4 人	1 人	1 人
	58%	30%	8%	2%	2%

問8 施設を総合的に評価すると、どの程度満足していますか。	満足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 不満	不満	無回答
総合満足度は	24 人	24 人	5 人	0 人	0 人
	45%	45%	9%	0%	0%

事業者コメント

施設名 有料老人ホーム カーサプラチナ宮前平
施設長名 大橋 将人

《第三者評価を受審した感想・自己評価での取組の感想》

この度、私自身初めて福祉サービス第三者評価の受審をさせていただきました。

ご入居者様、ご家族様へのアンケートから、皆様がレクリエーションの充実等に期待いただいております、人材不足と多職種連携について不便とお感じになっている等、率直なご意見をいただいたと感じました。

この内容は当施設において貴重なご意見を賜ったと感じており、真摯に受け止め、課題に対し早期の改善を図る必要性について感じました。

職員への聞き取りを受け、法人の経営理念について周知されていることを感じました。次のステップは職員一人ひとりが考え、行動ができる育成と体制作りであると考えております。

今回は初回の受審となりますが、定期的に第三者の方による評価をいただくことで、より良い施設づくりにつながると感じました。

《評価後取組んだこととして》

1. 職員間でのアンケート結果の共有
2. アクティビティー、レクリエーション内容について
→レク委員会にて外出や新たなレクリエーション等の企画
3. 感染対策
→トイレ内の物品整理、館内消毒の強化等