

2021年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1492800048	事業の開始年月日	平成19年10月1日	
		指定年月日	平成19年10月1日	
法人名	株式会社アブルール			
事業所名	ソレスタ秦野			
所在地	(〒259-1306) 神奈川県秦野市戸川130-1			
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	9名	
		ユニット数	1	ユニット
自己評価作成日	令和4年1月10日	評価結果 市町村受理日	令和4年5月11日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

利用者に対して、利用者個々のケアプラン作成に対し、「いつくしみのプロフィール」を個々に作成し、個々のこだわり、嗜好生活リズムに合わせた「我が家プラン」を基としたケアサービスを心がける。また、「夢プラン」では、個々が実現したいことを日常の接遇の中から読み取り、その実現のために援助を行う。介護スタッフには年間行動目標、週間行動目標、1日の行動目標の設定を課し、目標達成満足度による就労の楽しさを体験できるよう、スタッフ同士の協力体制、お互いが認め合える職場環境の構築を常にめざしている。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和4年3月10日	評価機関 評価決定日	令和4年4月22日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

グループホームソレスタ秦野は、小田急線「渋沢」または「秦野」駅よりバスで「三屋入口」下車、徒歩12分程にある4階建てのビル3～4階にある1ユニットの事業所です。法人のアブルールは藤沢市、鎌倉市、秦野市などで有料老人ホーム、認知症グループホーム、保育施設などを展開しています。

<優れている点>

事業所では、利用者の充実生活と、職員の成長で事業を推進しているすべての人の幸せを追求しています。ケアプラン作成の基になる生活環境調査では「いつくしみのプロフィール」にまとめられます。特に介護のプロフィールでの見守りの手順では、こだわり・嗜好・生活リズムの留意点を整理しています。例えば、湯温の設定、食事の案内の仕方、服薬の注意事項など事細かに記載しています。また旅行や外食、鑑賞、習い事等やりたいことを「夢プラン」として実現し、達成感や喜びを感じるように支援しています。また、職員は同じ目標に向かうよう、全員で意見交換して共有化しています。毎月実施する研修にも力を入れ、4～5項目を題材にした手厚い内容としています。法人の各種Web研修も受講し、それぞれの立場で支援し、利用者が充実した生活を送れるように努めています。

<工夫点>

事業所の生活を見える化するため、いつくしみプロフィールサービスと夢プランの事例集を作り、実現したいサービスを選択しやすくしています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23～35	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	ソレスタ秦野
ユニット名	1ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域包括支援センター、秦野市高齢支援課、居宅支援事業所、自治会、民生委員との連絡を密にし、情報提供に努める。	運営理念は令和元年10月、管理者が着任時に、職員と一緒に作成していません。朝の申し送り前に唱和していません。職員・家族・来訪者が把握できるように、面談室のキャビネットに理念を配架し、自由に閲覧できるようにしています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域と利用者のつながりの継続のためにコロナ感染症が拡大する前は認知症カフェを開催していた。また、公園管理、河川草刈り等のボランティア活動を行う。	自治会に加入し、河川敷や公園の草刈り・整備などの行事に参加していません。事業所の専門性を活かした認知症カフェの開催や認知症サポーター養成講座の講師もしています。中学生の見学・体験はコロナ禍により停止しています。事業所の納涼祭は室内だけに限定し実施しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症カフェや個別の相談を受け付けている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	コロナ感染症拡大以前は、2か月ごとに集合会議を開催していたが現在は書面での状況報告をおこない、それについての意見は率直に受け止め業務改善に活かす。	運営推進会議は2ヶ月に1度、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、秦野市介護保険課、家族が参加し、家族会も兼ねて開催しています。コロナ禍の今は書面開催により事業所の状況、事故報告やヒヤリハット、利用者の近況、コロナ対応などの報告をしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	介護保険課、高齢者支援課、生活保護課、地域包括支援センターとは常にコンタクトをとっている。	行政への提出物は郵送せず、必ず訪問し届けています。事故報告は行政からの指示でメールの報告となっています。コロナ禍の今は新型コロナウイルス対応に関するアドバイスが主となっています。イベントも停止しており、外部研修、グループホーム連絡会にはWebで参加しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	会社発行のマニュアル、行政が発行するマニュアルを基に年2回の研修会を開催し、何が身体拘束に抵触するのか認知させる。また、コンプライアンス員会を設け、月に一度集合会議の中で実施状況の報告を行う。	「身体拘束禁止のための指針」を定めています。毎月、法人内のコンプライアンス委員会に管理者も参加しています。必要に応じて定例以外にも開催しています。毎月のミーティング時に身体拘束委員会を開催し、窓口の施錠解除などを定めています。定期的に行う内容に関しての一斉点検や年3回の研修も実施しています。	
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	会社発行マニュアル、行政発行マニュアルを活用し、何が虐待に抵触するか年2回の研修を通じて認知させる。また管理者は利用者との面談で言葉使い含めた接遇に不満が無い確認を行う。	虐待防止やハラスメントのマニュアルをもとに、職員の疲労やストレスによる利用者ケアへの影響を把握しています。職員の言動や行動を観察し、利用者・職員からの聞き取りもしています。虐待行為など発見時の公益通報の対応も周知徹底しています。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	行政発行の資料を基に成年後見人制度についての認知を高め、行政書士等との関係を築き活用の範囲を広げる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	管理規定、重要事項説明書を基に問い合わせ者には時間をかけて説明する。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	利用者の要望、家族の意見を徴収するため常に連絡を取り合い、些細な現象も報告を行う。	家族へは「いつくしみのたより」を毎月発行して、利用者の様子や支援経過を報告しています。本人の画像も送り、安心に繋がっています。運営への意見交換は、運営推進会議の出席や電話報告、面会時に個別面談も行い把握しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎朝のミーティングで職員の意見、要望を訪ねること、管理者会議、経営会議での決定事項は随時開示する。	職員からの意見をミーティング時や個別に随時聞き取りをしています。異動希望や勤務変更は直接確認しています。事例として、日勤と夜勤の業務変更、タブレット入力、難聴者対応をケアプランへ反映するなど改善へと繋げています。	
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	各種制度の情報を開示し、また、面談で本人に沿う制度を推奨する。	子育て支援制度はじめ、休日希望の反映、資格取得応援制度、車通勤可など就業環境を整備しています。ハラスメントに対する対応も、研修、職員との面談、法人専門部署での解決としています。メンタルヘルス研修会も実施しています。	
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	コロナ禍の中、外部研修の自粛を求める代わりに、本社主導のウェブ研修会を定期に開催する。	ホーム内研修は毎月4～5件のテーマで行っています。法人によるWeb研修は、いつくしみの研修、メンタルヘルス研修、ケアマネジャー研修、傾聴研修などがあり、外部研修には薬事研修、傾聴研修と多様です。個々の目標に向けて取り組むステップアップ制度もあります。	
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	ケアマネをケアマネ協会の会員にし、情報交換の会議に出席させる。職員はオレンジメイトの研修会に出席させる。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	ケアマネ主導のモニタリング会議を随時開催し、ADLの変化に即時対応できる体制作り、および実践に努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居調査時に本人のこだわり趣味趣向等の生活環境を聴き取り調査し、不穏なく暮らしていくための材料とする。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ADLの把握、環境適応能力の見極め、利用者の望む援助等々を分析し、利用者、家族共に安心できる提案をサービスに活かす。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者と職員の距離感を近づけ、常に一緒に事象を行うよう努める。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者の要望を家族と分かち合えるように連絡を密にしている。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	制約を設けるが面会の受け入れ、身近なもので代用しての思いで回帰等に努める。	具体的な入居前からの生活環境や取り組み支援は、「いつくしみのプロフィール」、「我が家プラン」等のアセスメントを重視して把握しています。面会時の歓待や電話や手紙の交信支援も継続し取り組んでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の相性を前提とするが、皆と一緒に満足できるようにレクリエーション、イベントを構築提供する。誕生日会、季節の料理、お菓子作り、納涼祭、クリスマス会、パターゴルフ、カラオケ、卓球等々。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	全ての家族とはいかないが、会社のピアールや個別相談を本社主導で行っている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	「いつくしみのプロフィール」を作成し「我が家プラン」を実践する。	利用者の思いや意向、日常行動や言動を把握し記録しています。アセスメントのまとめとモニタリングは職員全員で検討しています。職員間の共有方法は連絡ノートとミーティング、必要時の意見交換で開示しています。やりたいことは夢プランとして実現できるよう支援しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	「いつくしみのプロフィール」を作成し「我が家プラン」を実践する。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	日々変化するADL、精神状態を理解、把握し、最善な対応に努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	職員の意見を集約し、意見調整を行い常に統一介護に努める。	ケアマネジャーが主体となって本人や家族と面談を行い意向を聞いています。内科医などの意見も確認し、担当者会議・アセスメント会議を経てケアプランを作成しています。モニタリングは月に1回を基本に、ADL（日常動作）の変化を把握した場合は状況に応じてその都度変更しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別日誌、申し送り書を活用しケアプランに反映。ケアプランは毎月見直す。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	日々変化するADL, 精神状態を理解、把握し、最善な対応に努める。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	自治会、社会福祉協議会、行政主催の行事への参加、展示館、近隣の観光スポットへの小旅行等を行う。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	往診ごとに起こった事象を正確にかかりつけ医に報告し最適な医療サービスが受けれるように努める。また、急な変化にはその都度かかりつけ医の協力を仰ぐ体制である。	本人と家族の希望を尊重して、提携往診医とかかりつけ医の選択を契約時に確認しています。入居者全員を月2回、内科医と精神科医が往診しています。訪問歯科は週1回、訪問皮膚科は必要時に診ています。耳鼻科の通院は家族対応とし、他の通院は職員が対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	事業所に看護師が居ないためかかりつけ医の看護師と常に連絡が取れる環境を備えている。訪問診療ネットワークコールセンター等。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院先の病院の地域連携室との関係構築に努めている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	利用者の状態を基に、家族の意向を確認し、かかりつけ医の協力の基、「看取り契約」を締結し終末期に備える。	看取りの実績があります。家族の意向を確認し重度化に備えた「看取り対応マニュアル」を整備し、口頭と書面で説明し、希望により往診クリニックと看取り契約を締結し、同意書に署名を貰います。家族と職員が連携して支援する体制を整えています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時の対応マニュアルを備え、初期対応から救急対応までを認知させる。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	机上訓練、実地訓練、各種設備の取り扱い方法を把握させている。	平成25年から自治会に加入しています。災害時の地域防災協定を締結しています。年に2回消防署指導の下、一部利用者と当日出勤者で参加し、併設事業所と合同避難訓練を実施しています。食糧備蓄は3日分、飲料水は貯水タンクに7日分、小型発電機等の備品も備えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	入社時および定期研修会で「いつくしみの思草」の実践に努める。	「いつくしみの思想マニュアル」の読み返し、様々な場面で入居者にあった傾聴を心がけています。また入社時にプライバシー・人権擁護に関する研修を行い、それ以外にも「ハラスメント研修会」を定期的に行い理解を深めています。個人情報には鍵付き書庫で保管しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	意見要望を即座に察知し対応を行う。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	会話や表情を通じて利用者の求めている事を理解し実践する。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	ADLに合わせて衣類の選定が優先されるがその中でもこだわりを活かせるように工夫する。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	出来る事は行っていただき、出来ない事へは職員が目立たぬような拝領をしてお手伝いを行う。	月毎に管理栄養士が季節感を考慮したメニューを作成し提供しています。アレルギー・嫌食・キザミ食・ムース食・トロミ食などの利用者ひとり一人に合わせた対応をし提供しています。自分専用の箸や食器を持ち込みし、家庭らしい雰囲気を工夫しています。食事の時間帯もその日の体調に合わせて変更し、柔軟な対応で支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事量、水分量、排泄量を記録し、次のサービスに活かす。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	訪問歯科との連携で要点を把握し、毎食後の口腔ケアに活かし実践する。		
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	毎月の使用料を把握し、排泄の積極的な声掛けを実施、また、介護用品の種別を適応なものを選定したりして自立支援に努める。	排泄の自立を促す支援として、一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、仕草や記録・経験・統計による排泄誘導を適切に誘導しています。職員が声掛けをすることで自立排泄のほかに、おむつなどの介護用品の使用数の削減にも繋がっています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	排泄回数、排泄量、排泄状態を記録にとどめ、食事形態の工夫、水分補給、かかりつけ医とへの報告に活かす。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ADLに合わせて安心して入浴ができる浴槽の選定を主に、精神状態、体調の把握の上での臨機応変な支援に努める。	入浴頻度は週2回とし、同性介助を行うように努めています。冬季はヒートショック対策により着替え時に暖房を使用しています。湯船は希望の温度で設定し、湯の交換や機械浴の使用など利用者に合わせ臨機応変に入浴介助を行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	睡眠時間を把握すること、足の浮腫等に気配りすることを前提に安眠、休息できるように努める。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬局との提携により薬剤師と一緒に服用薬の管理を行い、職員は服用状態を観察し、状態に応じた服用薬の形態への変更依頼を薬剤師に伝え、服用後の状態をかかりつけ医、薬剤師に報告する。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	出来る範囲で環境整備等の仕事のお手伝いをお願いする。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	コロナ禍の中、感染予防第一になるが、気分転換を目的とした館外の散歩、通院同行、特殊な買い物同行等々を行う。	コロナ禍前は季節ごとの小旅行・花見・地域の納涼祭などで外出しています。現在は感染症予防対策で自粛中です。唯一本人の希望する買物には付き添い対応をしています。夢プラン対応の利用者には、墓参りなど個別対応の希望を、有料で叶える支援もしています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	利用者の所持金については管理者が一元的に管理し、要望、必要に応じて購入を行う。これは月ごとに家族および身元引受人、行政に報告を行う。また、本社経理部にて確認作業を行い不正防止に努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	利用者の希望に随時対応を行っている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室は週2回、共用部の清掃は毎日行う。それ以外にも必要に応じて清掃を行っている。遮光や光線は利用者の要望に随時対応、壁等には利用者で作成した季節感のある工作物を展示して居る。手すり等の消毒は次亜塩素酸水を使用し1日2回行う。	毎日共有部分の清掃を行っています。食後などの必要時に適宜行い清潔を保っています。エアコンの風向・温度調整・採光などにも配慮しています。住宅型の施設犬も一緒に暮らしています。清掃担当職員がクリンリネス（清潔な状態を維持）チェックしています。管理者も定期的に訪室し、居心地よく安全に過ごせているか確認をしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	居室完全個室で利用者の趣味趣向での模様替えを行うことができる。また、食堂もしくは応接室での団らん、テレビ鑑賞が可能である。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室は完全個室で利用者の趣味趣向での模様替えを可能としており、「我が家プラン」を実践している。	居室は全室東向きとなっています。可動式介護ベッド・カーテン・エアコン・トイレ・洗面台・タンス・ナースコールが備えられています。カーペットは転倒リスクがある為使用していません。使い慣れた家具などを持ち込み家庭らしくなるよう配慮しています。自己飼育での鉢物・金魚などの持ち込みも可能となっています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	事業所はコンパクトに設計されており、職員の視野範囲内で安全かつ快活に活動できるように工夫している。		

2021年度

事業所名

作成日：令和4年5月11日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	入居より3年から5年の方が主で、ADLの変化が顕著に表れ始めた。	ADL、精神状況の変化に合わせた介護サービスの提供、統一介護に努める事。	介護職員一人一人ですべてが異なるため、担当者会議におけるモニタリングの回数を増やし適時対応を図る。	6ヶ月
2	10	向上心の欠如	個々の就労目標を把握し向上心を植え付ける。	介護職員は50歳から60歳代が主で、それぞれに就労の中での目標を設定させ、合わせた研修を用意することで向上心を植え付ける。	6ヶ月
3	7	虐待防止	利用者への尊厳を持ち続ける。	ADL低下による身体状況、精神状況の変化がある中でも、尊厳を表現し、言葉使いに注意しての対応を心がける。	1ヶ月
4	16	コロナ感染症への対応	感染症を発症させない、仮に発症しても一時感染で抑える。	職員への周知、利用者の毎日の健康状態の詳細把握、感染症に対する研修での知識の向上、感染に対応する物品の備蓄	1ヶ月
5					ヶ月