

2025（令和7）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	令和7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 ソレスタ秦野		
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7年1月9日	評価結果 市町村受理日	令和8年5月12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、個々の「いつくしみのプロフィール」を作成し、個々のこだわり、嗜好、生活リズムを把握したうえでこれを反映したケアプランを作成しサービス提供を行う。同時に「我が家プラン」「夢プラン」を可能な限り聞き取り、個々の希望、夢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、習慣行動目標、1日の行動目標の設定を課し、目標達成の満足度から就労の楽しさを体現させる。対応処置として本社主導の元、Web研修、e-ラーニング研修を発信し、スタッフ同氏が共通な話題で心をつなげる取り組みを行っている。目的は利用者、職員同士がお互いを認め合う職場環境作りを目指してのものである。また、本年度より新たなWebサイトを作成し、心のケアを主に多種の情報発信を行う。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和8年3月11日	評価機関 評価決定日	令和8年5月8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）】

事業所は、小田急小田原線秦野駅からバスを利用し、三層入口バス停車後徒歩約10分の場所にあります。鉄筋コンクリート造4階建ての3、4階をワンユニット定員9名のグループホームです。建物は同法人の有料老人ホームを併設し、イベント、避難訓練など連携して行っています。

<優れている点>

穏やかな生活、利用者一人ひとりの生活ペースを大事に考え、職員は関わっています。居室にその人の趣味の作品を多く展示していたり、自分でインスタント食品を作ったり、好きな歌手の歌をタブレットで視聴したり、その人の馴染みの暮らし方の継続支援に努めています。そのために職員が同じ方向性を持って利用者支援ができるよう、折りにふれ管理者の思いを伝えるほか、職員同士の意見交換や情報共有を密に行っています。職員のスキルアップや働く意欲を持つための法人の各種研修、資格取得支援のほか、職員の実績、努力に応えるための各種手当もあり、就業環境が充実しています。また、秦野市や地域包括支援センター、自治会とも緊密に連携し、地域に根ざした事業所として信頼を築いています。

<工夫点>

事業所サービス提供の中心であるケアプランに基づいたケアの実施をしていることが分かるよう、「目標達成成果表」様式を作り、日々記録しています。記録からプランと日々のケアの整合性をとるようにしています。

【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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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、その時々々の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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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)	レ	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。	レ	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。	レ	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。	行政、地域包括支援センター、提携クリニック、後方支援病院等々と連携を密に、利用者が安心して暮らせる環境を整えることを心がけている。	運営理念は管理者の赴任時に職員と一緒に作成しています。運営理念を基に行動目標を作成し、毎朝の申し送り時に唱和しています。管理者は運営理念に沿った心地よいケアサービスの提供に努めることを日ごろから職員と話し合い自覚を促しています。	
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。	AED設置情報の開示、自治会に加入し地域活動への協力、災害時の協定を締結し常に連携を密に行う。また、行政とも連携を保ち高齢者が安心して暮らせる情報提供に務めている。	地元出身の管理者が地域や行政と幅広いネットワークを持ち連携しています利用者が一つでも多く地元の行事に参加できるよう支援しています。災害時に備え自治会からの応援と事業所を緊急避難場所に提供する相互協力の協定を結んでいます。職員が行政主催の認知症サポーター養成講座の講師を務めるなど地域の一員として活動しています。	
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。	行政、地域包括支援センターとの関係構築で認知症高齢者の安全確保のための協力を行っている。		
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。	2か月に一度、運営推進会議を実施し、事業報告、情報交換を行っている。	高齢支援課や地域包括支援センター、自治会長、民生委員2名の出席で隔月に開催しています。利用者の近況やヒヤリハットなどに対する出席者からの意見・提案を職員と共有し、サービスの向上に活かしています。自治会との災害備品の情報交換をきっかけに、事業所に太陽光パネルと発電機を備えています。	
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取り組んでいる。	秦野市高齢支援課、生活介護課、介護保険課、地域包括支援センターとは連絡を密に保ち、可能な限り行政の依頼にこたえるよう努めている。	高齢支援課や地域包括支援センターとは緊急の入居について相談し、生活支援課とは2～3ヶ月ごとの来訪時の交流と生活保護受給者の金銭管理を毎月報告しています。日頃から行政と相互に協力体制を築き連携しています。	

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員への研修を実施し、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。	身体拘束指針ならびにマニュアルをもとに、3か月に1度身体拘束委員会で協議を行う。また、事業所研修を3か月に一度行っている。合わせて年に一度アンケート調査を行う。管理者としては月一度の管理者会議で事業所内の報告を行う。	3ヶ月ごとに身体拘束適正化委員会を開催し、内容を職員間で共有し、年2回の研修を実施するなど身体拘束をしないサービスの提供に努めています。毎年、法人が身体拘束に関するチェックを実施し職員の自覚を促しています。法人が集計して各事業所に報告し、管理者が問題があれば面談して対応しています。	
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。	虐待防止の指針を定める。合わせてマニュアルをもとに虐待についての知識を高める。また、年に一度職員向けアンケート調査を行い情報収集、職員の基礎知識の定着を図る。	身体拘束適正化委員会と合わせて高齢者虐待防止委員会を開催し、内容を職員間で共有しています。職員が具体的に課題を決めて勉強会を実施するなど、事業所全体で虐待防止の徹底を図っています。毎年、法人が虐待に関する自己点検シートのチェックを実施し、集計結果を各事業所に還元しています。内容によっては随時管理者と面談する仕組みを整えています。	
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。	知識を保持するための研修の実施、高齢支援課、生活援護課、行政書士等の後見人との連携で情報交換を行う。		
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。	事業所に開示ならびに問い合わせの時は、「運営規定」「重要事項説明書」「契約書」を提示、電話相談も随時受付している。		
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。	事業所に関係機関の連絡先を掲示、重要事項説明書に記載、本社主導で年1回家族、身元引受人向けアンケート調査を実施。随時相談受付。	毎月利用者の1ヶ月の生活の様子と訪問診療の結果を記した職員手書きの「いつくしみのたより」を発送し、お知らせと家族意見を聞き取る機会としています。家族からの要望で毎週木曜日の朝食にパン食を提供しています。毎年法人が運営に活かすために家族アンケートを実施しています。	

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。	朝のミーティングは必ず、他随時聞き取り、提案、意見があった場合は全体ミーティングで業務改善を行い記録に留める。	管理者が毎日の申し送り時に職員から利用者の情報を聞き取り、変化がある場合は対応を検討しています。支援の場面で職員と話しやすい環境を整え、必要に応じて個別面談を行っています。職員の提案による初詣外出や室内で利用者が一緒にできるレクリエーションを毎日の運営に取り入れています。	
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。	稼働報償制度、ステップアップ制度、トレーナー制度、処遇改善等々、職員の実績、努力にこたえるための各種諸手当を設ける。また、シフト作成もなるべく個人に合わせたシフト作りも考慮する。	法人が職員のモチベーションを高めるために、資格取得を支援するステップアップ制度や、新人職員を教育指導するトレーナー制度、それぞれのスキルアップに応じた各種の手当制度を整えています。勤務シフトは職員の希望を考慮して作成しています。	
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。	会社発信のWeb研修の実施、外部研修会への参加、e-ラーニングでの教材の発信を行う。	研修は法人が主体となりオンライン研修を実施し人材育成に努めています。自己啓発など職員のスキルアップにつながる外部研修も受講しやすいように費用を補助しています。資格取得やトレーナー認定後は資格手当を支給しパート職員は時給に反映しています。	
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。	市内グループホーム連絡協議会、ケアマネ協会への加入、イベントへの参加を積極的に行う。		
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。	入居前に「いつくしみのプロフィール」作成のための聞き取り調査に重点を置き、知りえた情報をもとに安心穏やかに暮らせる環境作りに努める。		

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。	家族との面談で聞き取り調査を行い、利用者の状態に即したケースバイケースの対応方法を提示、それを実践した後は随時状態報告を欠かさず行う。		
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。	利用者が早く環境に慣れることを最善とし、不穏状態にさせないことに勤め、また、不穏状態が発生した時の対処方法は事前に家族の説明し同意を得る。それを都度経過報告を行い家族の不安解消にも務める。		
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。	利用者との接遇の中で、可能不可能なことを選別し、個々の利用者が可能なことを継続して行える機能維持に務める。		
19		○本人を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。	家族の利用者への思いを理解し、家族に代わって家族の思いを実現できるサービスの提供に務める。		
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。	家族以外のなじみの方との面会や、居室には思い出のもの馴染みのあるもの、嗜好的なものの持ち込みも可とする。	家族や知人の来訪があり交流出来るように支援しています。家族と自宅に帰る人や旅行に行くなど、これまでの関係が途切れないように支援しています。電話や手紙の取次ぎ支援や、戸川公園の花見外出、地域の祭りの参加など、入居前の趣味や習慣を聞き取り継続できるよう支援しています。	

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
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。	共同作業を通して共通意識を高め、お互いが助け合う相互扶助の環境作りに努める。		
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。	サービス終了後の家族、親族からの問い合わせに随時対応する。		
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」をケアプランに反映する。	入居前の丁寧なアセスメントや入居後の状況を「いつくしみのプロフィール」に入力し、個別ケアへの活用と入居前後の状態変化の継続的な把握に役立てています。会話が難しい利用者の場合、介護拒否は本人の意思と捉えています。本人がリラックスしている時の表情の柔らかさ、ちょっとしたしぐさなどから思いや意向を把握するよう努めています。職員が得た新しい情報は申し送りノートに記載し、共有しています。	
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」をケアプランに反映する。		
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。	日々の状態把握、正確な記録と分析、把握した情報をもとに常時職員同士で意見調整を行う。		

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。	職員の介護視点はそれぞれであるため、ケアマネを中心にモニタリング会議を実施、必要に応じてサービスの変更を行い、変更については職員へ周知し統一介護に務める。	入居直後は暫定版のケアプランで様子観察をし、本プランに移行しています。モニタリングは3ヶ月ごとですが、目標達成成果表でプランに沿ったケアが実施できているか日々チェックを行い、様子を見ながら臨時のカンファレンスをしています。変更がある場合は職員に周知し、ケアの統一ができるようにしています。	
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。	ケアカルテの導入に伴い一元管理が容易となった。これをもとに水分や食事摂取状況、排泄管理の情報が容易となった。		
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。	自治会、行政、地域包括支援センター、関係クリニック等々の情報を整理し、都度最大限活用する。		
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、行政、地域包括支援センター、関係クリニック等々の情報を整理し、都度最大限活用する。		
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、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。	月2回の内科の訪問診療、月1回の精神科の訪問診療、土曜日ごとの訪問歯科の訪問診療、必要に応じての鍼灸マッサージの訪問診療を提供する。	全利用者が事業所の協力医をかかりつけ医に変更し、訪問診療を受けています。必要場合は精神科の訪問診療も受けています。希望する場合は歯科や鍼灸マッサージの訪問もあります。「訪問診療記録表」を活用し、病状、医師所見・指示の把握をし、伝達漏れのないように努めています。通院は原則家族対応ですが、状況により職員同行も可能です。	

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。	内科訪問診療クリニックとは24時間、オンコール体制として提携、その都度支持を仰ぐ。		
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。	提携先クリニックの判断で入院が必要になった場合、クリニックの診療情報提供書をもって入院引受先の病院に情報提供を行い、治療に専念していただく。入院期間中は病院関係者、家族等と連絡を密に行う。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	家族の意向を往診クリニックに伝え看取り契約等の手続きを進める。	入居時に看取りについての説明をし、その後は1年ごとに更新するか否か確認しています。利用者の状態変化により再度話し合いを行い希望により看取りの契約を交わしています。「住み慣れたこの事業所で最期を」という意向を受け、職員は看取りマニュアルに則り、一人ひとりの対応をしています。	
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。	救急時のマニュアルを設け、定期的に研修を行う。また、随時提携先クリニックとのオンコール体制を活用し、的確に対処する。		
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。	運営規定に沿って年2回の消防、防災訓練を行う。また、地震災害時を想定して各職員個人個人が初期対応できるように自身での想像を促す。他、消防機器の取り扱い、備蓄品の把握、災害時使用できそうな器具、機械の把握を促す。	有料老人ホームとの合同避難訓練を、夜間想定を含めて実施しています。備蓄品は7日分をリスト化して管理しています。停電に備え、太陽光パネルと発電機も用意しています。地域とは相互協力の協定を結んでいます。職員が地域の訓練に参加していますが、事業所の訓練への地域の協力は今後の検討としています。	地域と相互協力の協定を結んでいます。実際の災害時に生かすため、今後は訓練の様子を地域住民にも知ってもらえるよう取り組むことが望まれます。

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。	入社時に会社方針に基づいた、言葉使い、虐待、身体拘束、ハラスメントについて説明、入社後は研修計画に沿って研修の実施。	入社時研修のほか、年間研修計画に沿い、接遇・介助時の声かけポイント・認知症ケアとコミュニケーションなど学んでいます。利用者一人ひとりの性格を見極め、職員としての適切な距離感を保ちながら、場に応じた適切な言葉かけも取り入れています。事業所が目指す利用者支援の方向性を全職員が共有できるよう、意識の統一に注力しています。	
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。	傾聴研修を行う、この研修を現場で生かし、会話、仕草から察知した情報をもとに介護サービスで実践する。		
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。	傾聴研修を行う、この研修を現場で生かし、会話、仕草から察知した情報をもとに介護サービスで実践する。		
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の状態が優先されるが、その中でもこだわりを生かせるような工夫をする。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事メニューは必要接種カロリーをもとに管理栄養士、業者で協議をして決定、現場では個々の嚥下状態に合わせた食事形態を提供、合わせて食が進む食事環境に務める。	誤嚥を防ぎ安全に食事ができるよう、個々の嚥下状態に合った食事形態に配慮しています。配膳や後片付けに参加する利用者もいます。毎月1日を月の始まりのお祝いと位置づけ、赤飯の日、20日は寿司の日と定め、食事に変化をつけることで食事が楽しめるよう工夫しています。年中行事食やイベント食も提供しています。	

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。	ケアカルテで摂取量を一元管理、これをもとにクリニックとの情報交換を行い適切な対応を行う。		
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、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。	訪問歯科の受診で口腔内を管理、医師の指示のもとに日々の口腔ケアに務める。		
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。	排泄周期を把握しトイレ誘導を起こなう。	介助が必要な場合は定時誘導や本人のタイミングに合わせた声かけを行い、日中はトイレでの排泄を原則として支援しています。夜間帯は5回の定時巡回を行いながら、安眠を優先するためおむつ対応とする、ベッドそばにポータブルトイレを置く、起きてもらってトイレ誘導をするなど個別対応をしています。	
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。	ケアカルテ情報をもとに排泄の管理を行う。この情報はクリニックとも共有し必要に応じて服薬管理を行う。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	ADLに合わせて浴槽を選定、入浴中の対応は本人のこだわり、精神状態、体調を考慮して実施する。	本人のADL（日常生活動作）に合うよう、併設の有料老人ホームの機械浴も利用しています。浴槽の湯はその都度入れ替え、全員が一番風呂で入浴できるよう配慮しています。自立している利用者のプライバシーに配慮し、職員はドア越しの声かけにとどめ、落ち着いて一人で入浴できるよう支援しています。入浴を拒否する場合も職員間で成功事例を共有しながら入浴できるようにしています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、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。	夜間睡眠状態の把握、足の浮腫がみられる方は日中の休息時間の策定、この情報をクリニックと共有する。		
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。	提携先薬局での一元管理を行う。職員は薬局の指導の下、薬剤の作用、副作用を把握、提供時は職員2名が点検し誤薬、薬漏れ防止に努める。		
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。	シニアの気持ち、やる気を把握して適時発信する。また、日常レクリエーションに加え、オンラインでの「ごぼう先生」、「歌」「旅行」画像の提供を行う。		
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。	外出レクを再開	外気浴、近隣散歩のほか、外出レクリエーションを再開し、戸川公園にドライブを兼ねた花見を計画しています。本人の意向に応じた外食や買い物同行をしています。その他の個別外出は家族の協力を得て、家族との自由な外出を推奨しています。	
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。	利用者の金銭は管理者が一括管理し、毎月、家族、身元引受人に報告、生保受給者で身寄りのない方は年に1回行政に資金動向を報告する。また、本人の希望があれば家族等の許可を得てから購入。		

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。	利用者の希望に即して行う。		
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。	共用部の清掃は毎日、居室は週1回の清掃と週1回理念交換を行う。また、汚染の時はその都度必要に応じて対応する。	清掃・換気・各所の消毒を徹底しています。みんなが集まるリビングでは、利用者の得意を生かしたお手玉作りや会話を楽しめる場を設けています。利用者の意見を取り入れ、オンラインによる体操・歌・旅行画像を日常レクリエーションに加えています。有料老人ホームとの合同レクリエーションも実施しています。	
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。	食堂が集合場所であり、その室内を季節感のある模様替えを随時行っている。また、気の合う方同士が会話できるような配席を行う。		
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、洗面台、トイレ、ナースコールを備え、思い出のもの等の持ち込みも可としている。	各居室に洗面所とトイレを設置しています。入居時から自由に居室を整えてもらえるよう伝えています。仏壇・タンス・テレビなどを持ち込んでほかに、好きな趣味の作品の展示やお茶のセットを置くなど、思い思いの空間づくりを支援しています。居室の整理整頓や衣替え、日用品の不足分の買い物などは職員間で協力して行っています。	
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。	ADL、危険防止を前提に居室選択を行い、必要に応じて家族の許可を取って居室変更を行う。転倒の危険性が高い方等は事務所に近い居室を提供する。		

2025年度

事業所名 ソレスタ秦野
作成日：令和8年 5月12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	35	前回同様、いざ災害時に非常時備蓄品を有効に活用することができるか。	全職員が備蓄品の種類、備蓄量、使用方法を把握すること。合わせて体制の強化、構築。	通常の防災災害訓練では初期消火、誘導が主となっており、これに災害時の備蓄品の活用訓練を追加する。	10ヶ月
2	41	食事摂取、排泄、バイタル等が一元管理できるケアカルテを導入しても活かし切れていない。	ケアマネージャー主導で過去データの活用も含め、介護従事者との担当者会議で有効に活用する。	説明会を行い操作方法を伝授すること、このデータを使用した担当者会議をルーティン化する。	3ヶ月