

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	10
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		4
4. 理念を実践するための体制		3
5. 人材の育成と支援		1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		7
1. その人らしい暮らしの支援		5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		23

事業所番号	149300067
法人名	社会福祉法人 地域サポート虹
事業所名	グループホーム さくらそう
訪問調査日	令和7年8月7日
評価確定日	令和7年9月25日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
外部評価は23項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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	1493100067	事業の開始年月日	平成19年12月1日
		指定年月日	平成19年12月1日
法人名	社会福祉法人 地域サポート虹		
事業所名	グループホーム さくらそう		
所在地	234-0054 神奈川県横浜市港南区港南台1-10-8		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員 計	6 名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	令和7年7月23日	評価結果 市町村受理日	令和7年10月1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	
----------	--

【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)】

グループホームさくらそうはこの地域に開所してから20余年になりました。地域に馴染みながら利用者様もスタッフも生活を育んで参りました。町内会にも入会して行事などにも参加して参りました。避難訓練なども地域の消防署の方々や町内会の役員様、地域ケアプラザ職員様、御家族様などにも参加頂き、アドバイスを頂いております。また、利用者様の体調の変化に応じて、家族や主治医と連携して対応を考慮しています。体調維持のために、食事内容を変え、水分摂取など工夫してより良い生活をして頂けるようにして、笑顔で生活頂けるように支援しています。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和7年8月7日	評価機関 評価決定日	令和7年9月25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)】

●この事業所は社会福祉法人地域サポート虹の運営です。この法人は横浜市区に本社を構えており、栄区と港南区で介護事業と子育て支援事業を展開しています。法人では「・命を大切に・ふれあいの輪を広げる・今という瞬間、その時を大切に」とした理念の下に、介護事業（グループホーム、デイサービス、居宅介護支援事業所）を6施設、子育て支援事業（保育室、子育て支援拠点、おやこのひろば、家庭支援センター、地域活動拠点）を6ヶ所運営し、住み慣れた地域の中で、お互いに手を取り「助け合い、支え合い」の輪を広げていけるよう寄与しています。グループホームさくらそうは港南区でも歴史と実績のある事業所で、JR港南台駅もしくは京急線・横浜市営地下鉄「上大岡駅」からバスで「日野」停留所下車して徒歩3分程の鎌倉街道に面した場所にあります。 ●ケアについては、1つの家庭として、皆が安心して穏やかに生活を送れるよう、日々変化する利用者の状態において、不穏等の様子の変化が見受けられた際には、視点を変えながら利用者に関わるようにして、「不穏」になる要因を探り、連絡ノートや口頭で情報を共有しながら対応方法の統一化を図ることで、皆が安心して穏やかに過ごせる生活環境の提供に努めています。 ●事業所では、開設当初から手作りの食事提供を継続しています。食事はQOLの向上において重要な要素であることから、業者に発注するのではなく、一般家庭と同じように食材や調味料を生協で購入しています。旬の食材を取り入れたり、利用者がテレビやチラシで関心を寄せた物を取り入れながら食事を楽しんでいただけるようにしています。また「楽しく美味しく召し上がっていただく」をモットーとし、その時の体調や、一人ひとりの食べれる量や形態を把握しながら食事を提供することを心がけています。

【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	グループホームさくらそう
ユニット名	

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、活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	事業所の理念「①人を大切に②ふれあいの輪を広げる③今という瞬間を、その時を大切に」を事務所と食堂に掲示しています。月一度のスタッフミーティングでも暗唱しています。スタッフは永年勤務の者が多く、理念はよく知っていますが、その意味は検証しています。	事業所の理念は事務所と食堂に掲示するとともに、月1回のスタッフミーティングでも暗唱することで、再認識を図るようにしています。管理者をはじめ職員は、開設時に作成された理念「①人を大切に②ふれあいの輪を広げる③今という瞬間を、その時を大切に」を踏襲しながら、利用者支援を行っています。	今後の継続	
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	自治会に参加しています。自治会の組長も担った事もあります。地域の訓練にも参加しました。地域の防犯パトロールにも参加しました。イベントなども参加しています。	自治会に加入しており、回覧板を通して地域の行事等の情報収集に努めています。以前は、地域の防災訓練（炊き出し）にも職員が代表して参加したり、防犯パトロールにも参加しており、地域との防災・防犯対策の連携意識を高めています。利用者の重度化に伴い、行事等に参加するのは難しくなっていますが、事業所に来所していただき、獅子舞いを披露してもらう等の交流はあります。	今後の継続	
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	見学や面会を行ってホームへの理解を勧めています。「運営推進会議」には地域の方に参加頂き課題解決のためのアドバイスを頂いています。また認知症への理解をして頂くための資料など参考にして議題にしています。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	上記にも記したように「運営推進会議」において地域の方や御家族様に活動の報告をして、ご理解を頂き、課題も検討しています。スタッフにも頂いたアドバイスなどを検討して活動の参考にしています。	家族、地域包括支援センター職員、自治会役員、地域代表をメンバーとして2ヶ月に1回開催しています。会議では、事業所の現状や活動状況報告をはじめ、様々な課題についても検討を行い、課題解決に向けて取り組んでいます。運営推進会議の内容は議事録に纏めてファイリングして閲覧できるようにしています。	今後の継続	
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	港南区から介護相談員をお受け入れしていました。横浜市主催のフォーラムにも参加したことがあります。	不明点や介護報酬改定等があった際には、港南区の担当者に連絡して助言や相談、情報収集に努めています。また、横浜市や港南区主催の研修や講習会にも積極的に参加して、福祉の動向や情勢の把握に努めています。	今後の継続	

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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	「身体拘束の適正化のための検討をする委員会」を「運営推進会議」にて2カ月に一度開催しています。拘束の三原則をホーム内に掲示しています。なぜ拘束などの不適切なケアが行われるのかをスタッフ自身が考える事が大切であり、外部の視点も大切であると考えます。	運営推進会議の場で「身体拘束の適正化のための検討をする委員会」を開催し、事業所における身体拘束の現状について報告を行い、第三者から意見等も求めています。「身体拘束の適正化のための検討をする委員会」で話し合った内容は職員にも共有するとともに、フロアに拘束の3原則を掲示して、職員への意識づけを行っています。事業所内における身体拘束の研修については、予め月を決めて実施しています。	今後の継続
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注意を払い、防止に努めている	管理者やスタッフを対象に「自己点検シート」を用いて課題の検討を行っています。虐待などが起こる背景や心理を学び、スタッフが自覚をもってケアするように努めています。	身体拘束と同様に、運営推進会議の場で事業所における虐待の現状について報告を行っています。年2回は事業所内研修と虐待防止に係る一斉点検を実施し、職員への意識づけを行っています。定期的に利用者との関わりや対応等について振り返りと課題検討を行いながら、虐待が起こる背景や心理について学ぶことで虐待をしないケアに努めています。	今後の継続
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	成年後見人や保護司の方などとの関係もありました。権利擁護を学ぶと共に、スタッフの倫理観も大切です。		
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	ご契約前には本人や御家族様に見学をして頂きます。ご自宅に出向き聴き取りや説明を行う事もあります。認知症の方に出来るような説明を行い、納得を頂き契約を提携しています。「重要事項説明書」は制度更新時には更新してご説明しています。		
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	面会は随時行っています。利用者様御家族には面会時のみならず連絡や報告をしています。電話やメール、ラインやお手紙など日々の変化もお知らせしています。「運営推進会議」には御家族様にも参加頂いて活動への意見を伺っています。	毎月郵送している「さくらそう通信」には写真を載せて近況報告を行うことで、表情が見れるようにしています。また、日頃の近況報告については、電話・メール・LINE・手紙等、家族の要望に応じた方法で報告しています。面会は予約制としていますが、随時受け入れ、家族等が来訪された際にはリビングや居室で過ごしていただくようにしています。	今後の継続

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	さくらそうでは永年勤務者が多く、忌憚なく意見を交わせる環境にあります。また「申し送りノート」にスタッフの気づきや要望を自由に記載して月1回のスタッフミーティングに反映しています。利用者の体調の変化なども共有できるようにメールなどでの連絡もしています。	永年勤務者が多く在籍しており、管理者と職員間には忌憚なく意見交換できる関係性が構築されています。職員からの意見や提案は、出退勤時、業務、休憩時間、申し送りノート、月1回のスタッフミーティング等、常時意見や提案の聴取に努め、改善につなげています。	今後の継続
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	法人としては就労者の希望に沿って勤務をして頂いています。年1回の健康診断や有給休暇を取得するように促しています。またケアマネジャーの研修や実践者研修の費用など負担して職員に質の向上を促しています。感染症の研修も受けています。	法人では介護事業所を6ヶ所、子育て支援事業所を8ヶ所運営しており、就労者の希望に応じて勤務できる体制となっています。年1回の健康診断の受診、有給休暇の取得も促しながら職員のワークライフバランスにも配慮しています。	
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	スタッフは永年勤務者が多く、実践的スキルや経験は豊富にあります。ミーティングでは内部研修など行っています。必要な際には外部の研修にも参加しています。	職員の採用時には業務マニュアルの配付したうえで、1ヶ月間の採用時研修を行っています。その後は、年間研修計画に基づいて様々なテーマの研修を毎月行いながら研鑽を図るとともに、外部の研修に参加した場合には情報を共有しています。また、グループホーム連絡会、港南区役所、ケアプラザ主催の研修にも、都合が合えば参加するようにしています。	今後の継続
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	グループホーム連絡会に参加しています。区役所やケアプラザ内の研修などにも参加しています。		
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	認知症を患っている方の葛藤や不安を受け取り、本人の置かれている状況や要望をくみ取れるように事前の面談を行っています。また利用していた事業所からも情報を提供して頂いています。		

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
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	御家族にとって大切な方を施設に入所させる事には不安や心配が見受けられます。見学や面談に際しては、時間をかけてご説明をしております。御家族との信頼関係を紡ぐ事は、要望を口にする事が困難な認知症の方々にとっては大切な事と思っています。		
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	本人と家族から聴き取った主訴を見極めて、ホームへの生活にスムーズに入って頂けるように支援しています。生活歴や既往症、服薬、日常の様子などを評価し、主治医や御家族と相談して対応しています。		
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	利用者様には出来る事を担って頂いています。洗濯物たたみや、メモ帳作り、ランチマット拭きなどの作業のお手伝い頂いています。重度の方も多くいてケアの時間を要する事が多いですが、利用者の方々の笑顔にスタッフも支えられています。		
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	御家族様には体調の変化など、その都度お知らせしています。また御面会などに来られない方には、電話やメールで状況をお伝えして御要望も伺っています。		
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	コロナ以前は馴染みの方々が多く来訪されました。ボランティアの方も来訪されています。散歩やイベントで馴染みの方にご挨拶することもありました。今は以前から利用している訪問理美容の方の訪問カットを行っています。入所前に歯科受診していた先生に訪問歯科を受けている方もいます。	本人がこれまで築き上げてきた馴染みの人や場所との関係を継続できるよう、入居後も面会に来てくださいと声掛けしています。家族対応で入居前からの、病院に通院されている方や、行きつけだった美容院で訪問対応に切り替える等、馴染みの関係を継続できるよう支援しています。	今後の継続

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	体調を考慮し、日中はなるべく居間や食堂などの共有スペースで過ごして頂いています。重度化が進み、自室で過ごす事が多い方もおりますが、利用者同志が思いやり気遣う自然な様子もあります。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退所された方の縁で獅子舞が毎年来訪されています。入院して退所された方のお見舞いにも参りました。御家族にメールやお手紙をさしあげて思い出を語る事もあります。		
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。	主に家族などにアセスメントシートなどに記入頂き、面談時などに生活歴や趣味、嗜好、既往症など把握してサービスを考えています。また生活の中での本人の訴えや発見なども大切にしています。	入居に伴う面談時に、家族から過去の生活歴・既往歴・趣味嗜好品・暮らし方の希望等に関する情報等をアセスメントシートに記入していただき、その情報を踏まえて介護計画を作成しています。入居後は、本人との会話や暮らしぶりから今現在の思いや意向の把握に努め、思いや意向に沿った支援につなげています。	今後の継続
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	本人や御家族からの聴き取りなど参考にしています。また以前に利用していた事業所からも情報を提供頂いています。		
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	毎日、個人の介護記録を作成しています。午前と午後のバイタルサイン、食事量、水分量、排泄、排便、本人の言動や活動など記録しています。細かな気づき等は申し送りノートに記入してスタッフに周知。変化があれば御家族にお知らせしています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	初回のアセスメントにより介護計画を作成しています。1カ月を目安に更新します。その後は3カ月ごとに更新しています。本人の状況を踏まえ、御家族、スタッフ、主治医と相談しながら計画の更新を行っています。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に初回の介護計画を作成しています。入居1ヶ月は本人の様子を見ながらアセスメントの情報と齟齬がないか確認し、必要に応じて見直しを行っています。その後は3ヶ月毎の見直しを基本とし、家族と主治医の意見を加味しながら、スタッフミーティングでモニタリングとアセスメントを行っています。	今後の継続
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	個々の介護記録以外にも、1週間の体調の把握のために体温表を作成しています。また申し送りノートに細かな気づきや、体調の変化の家庭など記しています。またメールなどで体調変化を周知しています。		
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	以前は視覚障害の方々の音楽劇などのボランティアの方々との交流もありました。今は利用者の方々の重度化がすすみ余暇時間をとる事が難しくなってきました。訪問カットや訪問歯科、訪問マッサージなどはお受けいれしています。		
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	自治会に参加しています。自治会の開催するイベントや訓練にも参加していました。自治会の方々に避難訓練に参加頂いています。		
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	本人や御家族の希望に沿って主治医の方を選択頂いています。現在は利用者様6名様が連携の主治医の先生にかかっています。訪問歯科も1名様が受けています。	入居時に事業所の協力医療機関について説明していますが、本人と家族の意向を尊重して主治医を決めていただいています。現在は利用者全員が事業所の協力医療機関である湘寿クリニックに切り替えており、月2回の訪問診療を受診しています。歯科は必要な方が契約して、口腔ケア指導と診療を受けており、必要な際には治療も受けています。	今後の継続

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	訪問診療時に必要に応じて訪問看護を受けてます。痰の吸引や褥瘡の手当など行っていました。ケアについても相談致しました。		
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。	主治医には家族の意向をお伝えしています。入院に際してはさくらそうの情報（個人記録、体温表、アセスメント、評価記録等）提供しています。近隣の病院の相談員とも連携に努めています。退院に際しても主治医の先生と連携してスムーズに生活復帰出来るように支援しています。		
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	入所時には終末期について意向を伺っています。御家族が終末期や看取りについて具体的に考える事は、現実を目の前にしないと難しい事が多々あります。心情の変化に沿ってその都度、相談しております。	入居時に終末期の意向を確認し、事業所での看取りを希望された場合には、できないことを説明したうえで同意書を取り交わしています。実際に重篤化がみられた際には、改めて家族の意向を確認する等、心情の変化に沿った対応を心がけています。	今後の継続
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	緊急時対応については施設内に大きく掲示しています。また緊急時持ち出し袋に利用者情報なども収めています。スタッフミーティングでも研修しています。		
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	年2回夜間想定避難訓練を行っています。また実践的手順も掲示。ハザードマップも確認しています。地域の方に訓練にも参加頂きました。備蓄品として水や、食料、栄養食、カセットコンロ、電池、紙皿、オムツ、衛生用品など準備。	年2回行っている夜間想定避難訓練では通報・消火・避難誘導手順を確認し、有事に備えて迅速に対応できるようにしています。BCPも作成し、避難訓練とは別で年2回BCPの訓練も行っています。事務所にハザードマップも張り出し、水害・土砂災害についても確認できるようにしています。直近（6月）の訓練では、消防署職員、家族、地域ケアプラザの職員にも参加いただき、消火器を使用した消火訓練を行いました。備蓄品は水・食糧・衛生用品等を準備しています。	今後の継続

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	「人を大切に」の理念のもと。個別性を大切にしています。共有スペースでの生活を中心にしてはいますが、個室での生活が落ち着く方には、安全を確認しながら個人の時間を大切にしています。また「自己点検シート」などに従い不適切な言葉かけなどないか心掛けています。	理念にも「人を大切に」と掲げており、共同生活の中でも、一人ひとりの個性や生活歴等を尊重しながら「その人らしく」生活を送っていただけるよう心がけた支援を行っています。年間研修において「接遇や倫理」について学びを深め、利用者の人格やプライバシーに尊重したケアの提供に努めています。また、「自己点検シート」で振り返りを行い、不適切なケアや声かけがないよう留意しています。	今後の継続	
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	意思を表明出来る方には希望に沿って生活ができるように支援しています。衣類や入浴、排泄のタイミングなども考慮しています。			
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	意思を表明出来る方にはご希望に沿って支援しております。認知症が進み意思を表明できない方もおりますが、その方の身体的サインを受け取り支援に努めております。また生活の中からヒントを頂き支援に努めています。			
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	利用者様には以前からお召しになっていた衣類などお持ちになって頂いています。体調の変化に伴い必要になった衣類などは、ご相談して御家族に購入頂く事もあります。			
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	生協で食材は注文しています。注文書を見ながらお好みを伺うこともあります。下ごしらえのお手伝いをして頂く事もあります。ランチマットの消毒なども協力頂いています。またメニューなどの説明も行っています。	生協で食材を購入し、主食から副菜まで職員が手作りして提供しています。時にはテレビ、新聞広告等で目に留まった物で要望が多かったメニューを取り入れたり、旬の食材、行事食等を取り入れながら、食事を楽しんでいただけるように支援しています。メニューや食材の説明もしながら、食べる物を認識できるようにしています。	今後の継続	

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	食事量や水分量などは、入所以前の聴き取りを参考にして、主治医と相談して決めています。主食や副菜の量や形態も個別に対応しています。普通食、お粥、刻み食、ミキサー食。水分もゼリー状の方などの支援も行っています。食事を5回に分けて提供している方もいます。		
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、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	起床時、食後は必ず口腔ケアを行っています。歯磨きやうがいが出来ない方には。口腔ペーパーやスポンジ、歯間ブラシなど使ってケアをしています。就寝前には入歯洗浄剤につけて清潔を保っています。		
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	排泄チェック表に排泄の記録を行い、それぞれの方の排泄の状況を把握して、タイミングを見計らっています。また重度の方についてはトイレでの対応が困難でありより個別的な支援をしています。	排泄状況を把握する為、利用者全員の排泄記録をつけています。排泄チェック表を参考にしながら声かけや誘導を行い、トイレでの排泄につなげるよう支援しています。重度の方でトイレにお連れするのが困難な方には、個別対応で支援を行っています。	今後の継続
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	自然な排便を促せるように、食事や水分に配慮しています。ヨーグルトなども召し上がって頂いています。主治医と相談しながら排便を促す薬も服用して頂いています。		
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	現在は週2回程度を基本に入浴の支援を行っています。重度の利用者も多くスタッフは協力して支援を行っています。主治医とも相談しながら体調を考慮して支援しています。入浴時にはスタッフと歌など唄う事もあります。	週2回、午前中に入浴を基本とし、本人の体調と希望を確認したうえで、健康面に考慮しつつ、清潔の保持に努めています。重度の方が多い為、職員間で協力しながら入浴支援を行っています。一般浴の為、重度化した方は浴槽に浸かっていただくことは難しいですが、ミスト浴で対応しています。入浴後は保湿クリームを塗布する等して、肌の乾燥予防に努めています。	今後の継続

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	日中にお休みになりたい方や座位の維持が長時間困難な方は、ベッドでお休みになって頂く事もあります。体調不良時も見守りが出来るように休んで頂いています。夜間は転倒などに配慮して低床ベッドやエアマットを利用している方もいます。		
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	服薬ケースにお薬情報を貼ってあります。ミーティング時に各利用者の疾患や服薬についての研修も行っています。体調の変化で服薬が変わった際はメールでスタッフに周知したり、薬ケースに注意喚起メモを貼っています。		
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	お花が好きで庭の花の水やりなど行っていました。また庭の花を活けたりして愛でています。歌のDVDをながして聞いたり歌ったりしています。故郷のガイドブックに沿って談笑したりしています。相撲中継も楽しみの一つです。自室でご主人の遺品のラジオを聴いている方もいます。		
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	重度化が進む前は公園や周辺を散歩したり、お墓詣りなどに行かれる方もおりました。今は御家族の希望で月に2回程度ご自宅にお帰りなっている方もいます。耳鼻科や眼科への通院も家族の要望に沿って行っています。	重度化に伴い、散歩等の外出にお連れすることは難しくなっていますが、家族の希望で月2回程度自宅に一時帰宅されている方、庭には桜、紫陽花、菖蒲等の花が植えられており、天気や気候の良い日には、四季折々に咲く花を愛でるなどして季節感を感じていただくようにもしています。	今後の継続
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	重度の方が多く支援は困難なことがあります。また認知症によりお財布を持つことで混乱をきたすことがあります支援は模索しています。		

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
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	希望に沿って電話を掛ける事もあります。お手紙やお葉書を頂く事もあります。ラインの動画で様子をお知らせする事もあります。さくらそう通信で生活のトピックをお知らせしています。		
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	居間や食堂には季節の花や壁飾りなど貼ってあります。イベントに応じた掲示もあります。キッチンはいランド型で居間や食堂を見守りができます。居間のベッドはエアマットを使用しています。日当たりも良い食堂や居間は一日中に光がさしています。温度や湿度も管理して換気にも注意しています。	共用空間は皆が集って過ごす場所であることから、常に整理整頓を心がけており、室温・湿度・採光の管理も職員によって行われ、快適に過ごせる空間づくりが行われています。机には庭で摘んだ花や、花屋で購入した生花を活けるなどして季節感を演出しています。リビングの一角にエアマットとベッドを設置し、体調が優れない方などが休憩できるスペースを確保しています。オムツ交換等の対応をする際には、目隠しパーテーションで対応しています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	ホーム内は居間と食堂がすみわけが出来るような作りになっています。それぞれが居心地の良い場所ですごしています。DVDで歌を聞く方、TVでドラマなど観る方、ゆっくりベッドで休む方などがおります。		
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	入所時に馴染みのある家具や寝具をお持ち頂いています。家族の写真やお人形など飾っています。仏壇もある方もいます。必要な品物があれば、家族とご相談しながら揃える事もあります。居室は個々に違っていて個別性を保っています。	居室は全室広さや間取りも異なっていることから、一般家庭と同じような造りになっています。家具類は、備え付けの物以外は、持ち込んで頂くよう伝えられています。人によって様々な物が持ち込まれ、思い思いに過ごせる居室づくりがされています。	今後の継続
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	間取りが個々に違っていて、お部屋も自室が分かりやすくなっています。2階は広い空間でトイレなどわかりやすくなっています。3階は廊下も広くトイレや洗面台もわかり安くなっています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム さくらそう

作成日 令和7年8月7日

〔目標達成計画〕

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	33	重度化並び終末期対応	チームで対応を学ぶ	家族との対話を進め、重度化した方のケアへの理解を頂く。 また、機会を得て終末期への対応の共有をし、暮らしが充実できるようにする。	通年
2	34	緊急時対応	不安なく対応できる	実践的訓練の施行	通年
3	17	初期対応と家族の要望	可能なことの見極め	本人や家族の要望とホームで出来ることの調整	入所から3ヶ月
4	13	職員を育てる	新人もベテランも学ぶ	研修の実施	通年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。