

<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	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	1493100067
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6年6月13日
評価確定日	令和6年7月5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6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	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	令和6年5月29日	評価結果 市町村受理日	令和6年7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	
----------	--

【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で開所して20年近くになります。地域に住むスタッフが長く勤務しています。開所当時から働くスタッフもおります。地域に馴染み、スタッフも地域の方々や利用者様とともに生活を育んでいます。町内会のお祭りや運動会なども参加して参りました。避難訓練などは消防署員の方、町内会の役員様、消防団の方々やご家族様に協力頂き行っています。課題なども提示頂き参考にしています。また、利用者の皆様の重度化に伴い医療などとの連携も頻繁に行っています。体調の変化に合わせ、医師やスタッフが検討してその都度体調維持のために食事や水分摂取など工夫をして、皆様が笑顔で生活頂けるように努めています。

【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6年6月13日	評価機関 評価決定日	令和6年7月5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。介護事業では(グループホーム1ヶ所、デイサービス3ヶ所、居宅介護支援事業所1ヶ所)、子育て支援事業として(地域子育て支援拠点1ヶ所、おやこのひろば2ヶ所、保育室2ヶ所、青少年の地域活動拠点1ヶ所)を運営するなど、地域の高齢者生活支援と子育て支援に寄与しています。グループホームさくらそうは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。

●「①人を大切に②ふれあいの輪を広げる③今という瞬間、その時を大切に」を事業所の理念として踏襲し、行事や家族の面会時、日々の生活の中における何気ない場面を写真に残すなどして、法人理念の1つである「今という瞬間、その時を大切に」を実践しています。

●近年は、持病を抱えている方、入居の段階で身体的重度の方、認知症状が進行している方が多く、事業所では医療機関(主治医)と連携を密に取りながら、医療面と介護の両面から入居者の支援に注力しています。管理者をはじめとして、介護や在籍年数の長い職員が多く、カンファレンスや都度話し合いながら、利用者の体調や身体状況に応じた細かいケアサービス(食事・入浴・排泄等)が行われています。

【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)	○	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」を事務所や食堂に掲示しています。月に一度のスタッフミーティングで暗唱しています。スタッフは永年勤続の者が多く、理念は知っていますが、その都度意味を検証しています。	事業所の3項目からなる理念「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」を事務所や食堂に掲示しています。勤続年数の長い職員が多く在籍していますが、ミーティング時に暗唱することで、立ち返るとともに、理念に沿ったケアの実践につなげています。	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	自治会に入会しています。地域の行事、公園でのイベントや防災訓練にも参加しました。自治会の組長も担って防犯パトロールなどにも参加しました。事業所の避難訓練などにも地域の方々に参加して頂いています。	自治会に加入し、回覧板を通して地域の情報を入手しています。コロナウィルスも5類に移行し、地域の行事(子ども祭り・夏祭り等)も徐々に再会されつつありますが、現在は重度の方が多いため、交流方法を模索しています。	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	見学や面会は時間限定ですが、再開しています。運営推進会議には地域の方にも参加して頂き課題解決のためのアドバイスを頂いています。また認知症の理解のための資料など参照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	上記にも記入しましたが、地域の方々にはさくらその活動への理解とともに、認知症などへの理解を深めて頂けるように話し合いをしています。スタッフにも課題検討をフィードバックしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、事業所の現状や活動状況、事故・ヒヤリハット、地域の情報について、様々な意見交換を行っています。また、運営推進会議は事業所の実情に加え、認知症等への理解を深めていただくようにしています。運営推進会議で参加者からいただいた意見は、職員にも共有し、検討課題としてサービス向上に努めています。	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取り組んでいる	港南区から介護相談員様のお受け入れをしていました。横浜市主催のフォーラムにも参加をしたことがあります。	横浜市や港南区の担当者とは、メールでのやり取りが主となり、不明点等が生じた際には都度連絡を取り、助言を求めるようにしています。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。なぜ拘束など不適切なケアがおこるかをスタッフ自身が考える事が大切であるとともに、外部の視点も大切と考えています。	身体拘束に関するマニュアルや指針を整備し、入職時のオリエンテーションや年間研修でも身体拘束に対する理解を深め、身体拘束を行わないケアの実践に努めています。「身体拘束の適正化のための検討する委員会」を2ヶ月に1回の運営推進会議の中で開催し、第三者の視点も取り入れながら、身体拘束の事例や検討を行うことで、不適切ケアの防止に努めています。	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に注意を払い、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。年2回は虐待についての研修を行っています。虐待などが起こる背景や心理を学び、スタッフが自覚を持ってケアをするように努めています。また地域にも働き、施設が閉塞しないことにも努めています。	身体拘束と同様に高齢者虐待防止に関するマニュアルや指針を整備し、入職時のオリエンテーションや年間研修でも高齢者虐待防止について理解を深め、虐待をしないケアの実践に努めています。また、全職員を対象に自己点検シートを用いて日々のケアについて振り返りを行っています。	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との関係もありました。権利擁護を学ぶとともに、介護者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	ご契約以前には本人やご家族には見学をして頂き、自宅へ出向き聴き取りや説明を行う事もあります。認知症の方本人には理解を頂く事が困難な事もありますが、出来るだけ納得を頂き契約を締結しています。「重要事項説明書」などは制度改正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。利用者家族に対しては、面会時のみならず連絡をしております。お電話やメール、ラインなど活用して日々の変化などもお知らせしています。運営推進会議にもご家族様に参加頂き、活動状況など説明しています。	コロナウィルスも5類に移行したことから、家族の面会は従来通り対応しています。家族とは、面会時のみならず、電話・メール・LINEを活用して、近況報告や変化等について報告しています。利用者からの意見や要望は、日々の会話から聴き取りながら、反映させるように努めています。	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	
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す環境にはあります。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月1回開催のスタッフミーティングに反映しています。日々変わる利用者のケアも、改善できるように励んでいます。	勤続年数の長い職員が多く、日頃から忌憚なく意見交換ができる関係性も構築され、業務やケアで気になる点があれば、都度意見交換を行ったり、申し送りノートや、月1回のミーティングでも意見交換しながら、業務やケアの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	法人としてはスタッフの希望に沿って就労できるように支援しています。年1回の健康診断や有給休暇取得するように促しています。またケアマネージャーの研修や実践者研修の費用など負担して職員の向上を支援しています。	職員が意欲や向上心を持って働けるよう、ケアマネージャーの研修や実務者研修等の受講費用を法人で負担する資格取得支援制度を導入しています。シフト作成においては、希望休や有給休暇の取得も促しながら無理なく働けるよう配慮しています。	今後の継続	
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、実践的スキルの経験は多くあります。月1回はミーティング時に内部研修を行っています。事業計画書に年間計画を提示して、それに沿って研修を行っています。必要なさいは臨時に研修課題を提示する事もあります。	入職時のオリエンテーションで、法人の理念・事業所の理念・ケア方針等についても伝え、理念やケア方針に沿った支援を統一して実践できるように努めています。毎年研修計画を作成し、計画に基づいた研修を行っていますが、必要に応じて随時研修課題を追加する等、勤続年数の長い職員がマンネリ化しないよう工夫しています。	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。ケアプラザ内研修に参加することもあります。			
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	認知症の方々の感じている不安や葛藤を受け取り、本人の置かれた状況や要望をくみ取れるように事前の面談や、以前に利用していた事業所など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葛藤がある事が多く、不安や心配が見受けられます。見学や面会に際しては時間を掛けてご説明しております。家族との信頼関係を紡ぐ事は、希望を口にする事が困難な認知症の利用者の方々にとっては大切な事です。		
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、日常の生活の様子など参考に、ホームで評価しながら、主治医とも相談しながら対応しています。		
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	利用者には出来る事を担って頂いています。体調や状況により変化はありますが、日課を持つ事で心理的な安寧も保たれることは多々あります。		
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、体調の変化などについては都度連絡を行っています。また面会など来られない方には電話やメールで状況をお伝えしています。		
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	コロナ禍以前は馴染みの方々と、公園の散歩や地域の行事などでお会いになる事もありました。入所前に入っていたサークルの方の面会や近所の方の面会もありました。利用していた理髪店の理髪師の来訪もありました。今は以前より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。	コロナウイルスも5類に移行したことから、現在は従来通り家族との面会や外出も自由にしていただくようにしています。利用者宛の手紙や電話が来た際には取次ぎ、要望があれば電話や手紙の遣り取り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	体調を考慮しながら、なるべく居間や食堂など共有スペースで過ごして頂くように、支援しています。重度化が進み自室で過ごす事が多い方もおりますが、利用者同志が声を掛け合い気遣う場面もあります。		
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	退所された方の縁で獅子舞が毎年来ています。入院して退所された方のお見舞いなども続けていました。ご家族にメールやお手紙を差し上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。	事前にアセスメントシートなどに記入を頂き、入所面談時などで、その方の生活歴、趣味、嗜好、既往症など把握してサービスを考えております。また日々の生活の中での発見なども大切にしています。	入居前面談で過去の生活歴・既往歴・趣味嗜好品等の本人に関する情報を聴き取りながら基本情報シートを作成し、極力、思いや意向に即した生活を継続できるよう支援しています。日々の関わりの中で汲み取った思いや意向については、可能か否かを検討したうえで、取り入れるようにしています。	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	入所前に利用してた事業所などから情報提供して頂き、参考にしています。また本人や家族からの聴き取りも参考にしています。		
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チェック、食事量、水分量、排泄、本人の心理状況、介護状況等記載しています。細かな気づきなどは申し送りノートに記入してスタッフに周知。変化があればメールなどでスタッフや家族に知らせています。		



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や他の事業所からの情報を基に介護計画を作成しています。1カ月程度を目安に初回は更新。その後は3カ月おきに更新。本人の状態やご家族、スタッフ、主治医とも相談して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ている情報を基に初回の介護計画を作成し、1ヶ月程度を目安に様子を見ながら、情報収集に努めています。その後は、3ヶ月毎に介護計画の見直し・更新を基本としていますが、変化等が生じた際には都度見直し・更新を行い、現状に即した介護計画の作成につなげています。	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週間の体調を把握するため体温表を作成しています。記録に記載されていなくても申し送りやメモなど活用して、日々変わる体調の変化などに対応して、実践的なケアを行っています。		
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	以前は視覚障がい者の方の音楽劇やレクリエーションなどのボランティアなどお受けいれしていました。今は介護の重度化が進み余暇時間をとる事が困難になっています。訪問カットは再開しています。家族の希望により訪問歯科もお受けしています。		
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。組長なども担ってきました。自治会の開催するお祭りや運動会、長寿を祝う会にも参加していました。自治会の炊き出し訓練にも参加しました。		
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	本人や家族の希望にそって主治医の方を選択頂いています。現在はホームの主治医の先生に6名様がかかっています。また、1名様が家族の希望に沿って訪問により歯科を受診しています。	入居時に事業所の協力医療機関について説明し、医療機関を切り替えることのメリットとデメリットを説明したうえで主治医を選択していただいています。現在は、全員が協力医療機関である「湘寿クリニック」から月2回の訪問診療を受けており、歯科医は希望者のみ契約して、口腔ケアや治療を受けています。	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	昨年度は訪問診療医と連携をして訪問看護を受けた方がおりました。その都度必要に応じて対応しております。		
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。	主治医に家族の意向などお話しして連携に努めています。入院などに際してはさくらその情報（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。退院時にも主治医と担当医の連携に努め、ホームに戻って来た際にスムーズに生活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、事業所の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	入所時には終末期についても意向を伺っています。家族が終末期や看取りについて具体的にイメージする事は、現実が目の前になればできないことが多々あります。重度化や終末期に心情の変化もありその都度意向を伺っています。また運営推進会議での議事として相談しています。	入居の段階で、家族から終末期の意向について話しを伺ったうえで、事業所の重度化や終末期における方針を伝えていきます。重度化や終末期を迎えた際における心情の変化を考慮し、実際に重度や終末期を迎えた際には、再度意向を伺う機会を設けています。	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。コロナ以前に地域の避難訓練にも参加しました。備蓄品として水、食料、栄養食、カセットコンロ、電池、紙皿、オムツ、フェイスシールド、衛生用品など準備。	年2回実施している避難訓練では、通報・消火・避難経路等について確認し、また、災害時におけるフローチャートをフロア内に掲示し、有事の際において迅速に対応できるようにしています。備蓄品については、水・食糧・カセットコンロ・乾電池・使い捨て容器（紙皿、紙コップ、スプーン、フォーク、割りばし）、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」とのさくらそうの理念のもと、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いますが、個室で過ごす事で落ち着く方には過ごす時間を考え、安全に注意して個人の時間を大切にしています。また「自己点検シート」に従い不適切な言葉かけなどないかを研鑽しています。	事業所の理念の1つとしている「人を大切に」に基づき、職員は、利用者一人ひとりの個性・生い立ち等を尊重し、否定することなく受容した対応を心がけています。勤続年数の長い職員が多く在籍していますが、利用者や家族との会話において、馴れ合いにならないように留意しています。また、「自己点検シート」による振り返りも行い、不適切な声かけ等が無いか確認しています。	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	本人の希望に沿って、日中の生活の居場所を決めています。衣類などの希望を訴える事が出来る方と相談しながら決めています。入浴も体調に考慮しながら、希望に殉じていることもあります。	/		/
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、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	本人が意思を表明できる方には、本人の希望に沿って生活のペースを決めて頂いています。意思を表明できない方には、家族や以前の生活を参考にしながらその人らしさを考察して配慮しています。			
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	利用者様には入所以前からお召しになった衣類をお持ちになって頂いています。その方の生活の記憶を大切に、身だしなみに気をつけて頂いています。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材は生協で購入しています。注文書を見ながらお好みを伺う事もあります。コロナ以前は下ごしらえなどのお手伝いもして頂いていました。現在は重度の方が多く、なかなかお手伝いは困難ですが、メニューの説明など行っています。	食事は生協で購入し、職員が手作りした物を提供しています。食事はQOLを高める為にも重要な要素であることから、視覚・味覚・聴覚・嗅覚・触覚の五感で楽しんでいただけるようしながら、利用者の食べたい物や好きなおかずを献立に取り入れています。利用者の嚥下能力に応じた形態で食事を提供していますが、食事の前にはメニューの説明を行うことで、食べる物を認識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
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、入所以前の聞き取りを参考にし、主治医と相談して決めています。主食や副菜の量や形態、水分も量と形態を個別に対応しています。普通食の方、お粥の方、副菜も刻み食やミキサー食、栄養補助食、水分もゼリー飲料の方、トロミをつける方などの支援を行っています。		
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	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、口腔ケアスポンジやペーパーでふき取りなどを行っています。入れ歯も必ず外してケアを行っています。就寝時には入れ歯洗浄剤に漬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	排泄チェック表に記録する。その方の排泄の状況を把握しながら、タイミングを見計らっています。現在は重度の方が多く、トイレでの排泄を行うのが、困難な為、より個別な対応を行っています。センサーをおいて、安全にトイレに誘導も行っていきます。	利用者全員の排泄記録を付け、一人ひとりの排泄状況の把握に努め、タイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行っています。トイレに誘導する際には、声の大きさに注意して、他の人に聞こえないよう注意しています。現在は重度の方が多くトイレで排泄していただくことが難しい面もありますが、プライバシーや羞恥心に配慮しながら対応しています。	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	主治医と相談しながら、より自然な排泄を促すように、水分や食事も考慮しています。ヨーグルトなどを積極的に摂って頂いています。主治医と相談しながら排泄を促す薬も服用頂いています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	現在は週2回を基本に入浴支援を行っています。重度の利用者が多くスタッフ二人で支援しています。声をかけあいながら、安全に配慮して入浴しています。主治医とも相談しながら安全を保ち、利用者が気持ちよく生活出来るように支援しています。	週2回の入浴を基本として支援を行っています。現在は重度化の方が多く、浴槽も一般浴の為、シャワー浴(ミスト浴はあります)での対応が中心となっています。入浴後は保湿クリームを塗布する等して、皮膚疾患や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	日中にお休みにになりたい方には、自室で短時間休んで頂いています。様態によりベッドで横になる必要のある方には、安全に配慮しながら休んで頂いています。体調が悪く見守りが必要な方には、居間のベッドで休んで頂く事もあります。		
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	服薬ケースにはお薬情報が貼ってあります。スタッフミーティング時に、利用者の疾患と服薬について研修もします。体調の変化で主治医の指示で服薬が変わった際は、メールにて周知し、薬ケースにも注意事項として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	お花が好きな方が多く、お庭で花を摘んで活ける方もいます。植物図鑑を眺めたりもしています。歌や動物が好きな方にはDVDを観て頂いたりしています。自室でラジオを楽しんでいる方もいます。		
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	コロナ禍以前は馴染みの方々と、公園の散歩や地域の行事などでお会いになる事もありました。現在は重度の方が多く困難な状況ですが、家族の支援や希望で自宅に短時間戻って家族の行事など参加している方がいます。耳鼻科への通院も家族の意向で行っています。	社会情勢や利用者の体調を考慮しながら、外に出て外気に触れる機会を持てるように支援しています。玄関前に椅子やテーブルを設置し、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、ベンチに座って四季折々に咲く花を愛でるなどしています。正月に一時帰宅して家族と過ごされる方もいます。	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	重度の方が多く困難なことがあります。また認知症状によりお財布を持つことで混乱する方もおり、支援は難しいことがあります。		

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	希望に応じて家族に電話をする事もあります。手紙やはがきを家族から頂くこともあります。ラインで様子をお知らせすることもあります。さくらそう通信で皆様の生活の様子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	居間や食堂などの共有スペースで過ごす時間が多く、季節の花や壁飾りを貼って潤いを保って頂いています。キッチンはアイランド型で居間や食堂の様子を見守る事もできます。居間のベッドはエアマットを使用して体調のすぐれない方にも対応しています。日当たりも良く、気温や湿度も計測できるようにして居心地を管理しています。	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を置き、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が、重度化の方も増えてきた為、2つ目のエアマット購入を検討しています。	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	ホーム内は居間と食堂のすみわけが出来るような空間作りになっています。食堂でドラマやニュースを観て過ごす方や、DVDを観る方、ソファー椅子でうとうとする方などいます。		
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	入所時には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も飾っています。仏壇もある方もいて、日課にお祈りをされています。必要な品があれば家族と相談しながら調達しています。居室の間取りは個々違っ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	間取りが個々に変わっていて一人一人違うお部屋の状態になっています。2階は広くトイレなどわかりやすい作りになっています。3階も廊下も広く、トイレや洗面台もわかりやすくなっています。		

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6年6月24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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化や終末期対応	重度化におけるチームケアと終末期対応を学ぶ	家族や医療と連携をして学びと実践の機会を作る	通年
2	34	緊急時対応	全てのスタッフが不安なく対応できる	実践的訓練の繰り返し	通年
3	17	初期対応の見極めと支援	入所時の聞き取りと入所後の生活における適切な支援	本人や家族の意向とホームでできる事の調整	通年
4	13	職員を育てる取組	新人もベテランも学びの姿勢を保つ	研修などの充実	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。