別記様式6（第9項関係）　　令 和　7　年 度

# 1 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 | 4792400048 | | |
| 法人名 | ㈱津梁グループ | | |
| 事業所名 | グループホーム　上勢頭 | | |
| 所在地 | 北谷町上勢頭633-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和7年12月1日 | 評価結果市町村受理日 | 令和8年　3月24日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。（↓このURLをクリック）

| | |
|---|---|
| 基本情報リンク先 | https://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=4792400048&SVC=0001096&BJN=00&OC=01 |

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|---|---|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人　介護と福祉の調査機関おきなわ |
| 所在地 | 沖縄県那覇市西2丁目4番3号　クレスト西205 |
| 訪問調査日 | 令和7年　12月23日 |

【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）】

①施設内行事やイベントを多く取り入れ日々の生活にメリハリをつけるよう意識している。
②ケアの質の向上を目指し、勉強会や研修会の実施。。
③敬老会、母の日、父の日等の行事の際、地域のボランティアに参加して頂き、地域交流を図っている。

【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）】

当事業所は、上勢頭の新興住宅街にあり、利便性の良いところにある。職員と一緒に作成した3つの理念は職員に浸透し、毎日のケアに生かされている。調査当日も職員と利用者の和気あいあいとした雰囲気が感じられた。職場環境もよく、働きやすいと職員が述べるなど職員の定着率もよい。自治会に加入し、区の行事である上勢頭まつり、バザーの参加、月1回開催される「まーみな一会」へ利用者と一緒に参加するなど地域との連携がある。防災クリスマス会では、こどもたちと一緒に絵本を作成したり、避難場所の確認を行っている。敬老会では地域の人が民謡を披露してくれるなど地域との交流を意識的に取り組んでいる。中部地区医師会とは医師会主催の研修等へ職員が参加するなど連携が取られている。代表で研修に参加した場合は、必ず伝達研修を実施する等職員への周知に努めている。看護師が週3日配置され、訪問診療との連携が取られ、この1年は看取りの事例はなかったが、過去には実績もある。

## Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 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る（参考項目：9,10,19） | ○ | 1. ほぼ全ての家族と |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 4. ほとんどできていない |
| 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 | 64 | 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：2,20） | | 1. ほぼ毎日のように |
| | | | 2. 数日に1回程度ある | | | ○ | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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が拡がったり、深まったりし、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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. 全くいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生き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 | 66 | 職員は、活き活きと働けている（参考項目：11,12） | ○ | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時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 | | | | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>地域密着型サービスの意義をふ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 | 全体会議において、職員全体で協議し「理念」を作成した。名刺、パンフレット、ホームページ、に記載し、職員間の共有を図っている。「基本方針」について、平成30年6月全体会議内にて職員全員に案を募集。7月会議にて案を各自提出。その結果、基本方針を「傾聴の心」「自立支援」「地域密着」に決定し、全体周知を行っている。 | 「尊敬と信頼と笑顔」を理念に掲げ、、ケアの基本方針として傾聴の心、自立支援、地域密着の3つを掲げ職員で共有し実践がされている。利用者は「さん」付けで呼ぶように徹底し、利用者も職員も笑顔で毎日が過ごせるよう職場の明るい雰囲気をめざし取り組んでいる。職員ヒヤリングからも理念の浸透が確認できた。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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 | 自治会へ加入し、交流の一環として上勢祭り、町主催運動会等の地域行事や区のバザー等へ参加している。施設のイベント行事には民謡ボランティアとして地域の方に参加して頂いている。 | 自治会に加入し、区の行事である上勢頭まつり、バザーへの参加、月１回開催される「まーみなー会」へ利用者と一緒に参加するなど地域との連携がある。防災クリスマス会では、こどもたちと一緒に絵本を作成したり、避難場所の確認を行っている。敬老会では地域の人が民謡を披露してくれた。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | 現在、地域に向けた活動等は行えていない。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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ヶ月に1回運営推進会議を開催している。取り組み内容や活動状況、事故・ヒヤリハット報告、身体拘束適正化委員会を行い、質問・意見・要望を受け、運営に反映している。 | 運営推進会議の委員は利用者、家族、町職員、包括職員、社協職員、自治会や民生委員の地域代表で構成され、年6回定期的に開催されている。議題は入居状況や活動状況報告、ヒヤリハット・事故等の報告、地域との交流、研修会等の報告となっている。職員には会議録が回覧されサインがある。会議録は玄関前に簿冊を置き、「ご自由にご覧下さい」と表示され公表されている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携<br>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り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 | 町内GH事業所3カ所及び町福祉課・地域包括支援センター職員参加の「北谷町グループホーム連絡会」（年4回開催）にて情報共有及び意見交換を行っている。市町村担当とは常時連絡を取り合い、情報共有を行っている。地域主催の研修会へは積極的に参加し協力関係を築いている | 町役場との連携として、定期的に年４回役場のほうで開催される北谷町グループホーム連絡会に行政職員も参加して意見交換会が行われている。町主催の認知症普及啓発映画上映会の案内や「物忘れ座談会」への協力がされている。利用者の介護認定更新手続きには、計画作成担当者が町役場に出向いている。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | 運営推進会議内にて「高齢者虐待及び身体拘束適正化委員会」を開催し、現在の状況報告を行っている。年2回「高齢者虐待、身体拘束」についての研修会を行っている。 | 身体的拘束の適正化のための指針が作成され、2か月に1回、運営推進会議の後に身体拘束適正化委員会が開催されている。研修も年2回実施され、研修受講後は全職員に伝達研修が実施されている。委員会では拘束の種類等について話し合いが行われ、理解を深めている。委員会の会議録の職員への周知が確認できなかった。 | 身体拘束適正化委員会の会議録は職員へ回覧する等周知が望まれる。 |
| 7 | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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 | 施設内研修にて高齢者虐待についての研修会を2回実施。知識の再確認や理解の浸透を行っている。又、虐待が疑われた場合は速やかに上司に報告するよう周知徹底している。 | 虐待防止の取り組みについては、管理者は職員とのコミュニケーションを大切にし、ミーティングや勉強会で虐待防止について話し合いがされている。虐待防止の指針が作成され、年2回の研修や委員会の開催、担当者の設置もされている。事業所内に虐待防止排除宣言が掲示されている。居室にナースコールの設置が確認できなかった。 | 居室にナースコール、あるいは鈴等の代替品の設置が望まれる。 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 施設内研修にて権利擁護についての研修会を実施。知識の再確認や理解の浸透を行っている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得<br>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 | 契約時には重要事項説明書や契約書にて充分な時間を取って丁寧に説明する事を心掛けている。家族様の心境を読み取り、不安を解消できるような声掛けを行えるよう努めている。 | | |
| 10 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員なら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 | 利用者や家族の意見は常時受け付け、全体会議においてその都度検討を行っている。意見箱の設置や年1回、家族アンケートを実施し、広く意見を聞き、運営に反映させている。外部への申し立てについては契約時において重要事項説明書の沿って説明している。 | 運営に関する利用者の意見は、日頃の会話の中から汲み取りケアに反映させている。出身地域の公民館へ出かけ知人と会話することを楽しみにしている。家族からの意見要望については毎年家族アンケートを実施している。「爪がはがれたとの連絡があったが、その日でメールを頂けたら」との要望があり、職員へ周知し改善がなされている。家族とはメールでの意見交換も実施している。意見箱は玄関に設置されている。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | ①月1回の全体会議への参加②半年に1回の職員面談の実施等、意見や提案を聞く機会を設けている。日々においても常に声掛けを行い広く意見を聞くことを意識している。 | 運営に関する職員意見は毎月の定例会議や6か月に1回の管理者との職員面談で聞いている。夜勤職員からの意見で長時間用パットの購入がされている。昨年、外出支援に利用できるリフト車の購入が実現している。 | |
| 12 | (9) | ○就業環境の整備<br>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 | 就業規則を設置し、労働基準に基づいた勤務環境を整備しているている。年５日の年休取得を促している。ハラスメントに関する指針を整備している。個々の事情による勤務変更は可能な範囲で調整を行っている。研修や資格取得のための勤務調整も同様に行っている。 | 就業規則が整備され、年５日間の年次有給休暇も計画的に取得されている。資格取得のための勤務の配慮、受験日の有給扱い、資格取得の受験料は事業所負担とするなど働きやすい環境整備に努めている。ハラスメント対策の指針及び規程が整備され、担当者は管理者となっているが、女性担当者の設置に期待したい。夜勤職員の健康診断が年１回のみとなっている。 | 夜勤職員の健康診断は年2回の実施が必要であるため早めに実施することが望まれる。 |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | 法人内外の研修を受講できるよう機会を設けており、施設内おいてもリモート研修を行える環境を設け、実施している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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り組みをしている | 沖縄県認知症グループホーム協会に加入しており、研修会を通じて同業者との交流を促している。 | | |
| **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<br>サービスを導入する段階で、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 | 入居前に実地調査を行い、利用者の困っている事、不安な事、要望等の聞き取りを行い、安心できるよう努めている。体験利用や夜間時の一時帰宅、家族の宿泊等落ち着くまでは臨機応変に対応できる等の説明を行っている。 | | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>サービスを導入する段階で、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 | 入居前に実地調査を行い、家族の困っている事、不安な事、要望等の聞き取りを行い、安心できるよう努めている。体験利用や夜間時の一時帰宅、家族の宿泊等落ち着くまでは臨機応変に対応できる等の説明を行う。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、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 | 入居前に本人、家族との面談を通して必要としている事を聞き、対応に努めている。緊急入居が必要な場合は柔軟に対応している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 入居者と一緒に家事を行う等共同生活において生活を支援する理念に基づき、一方的な立場にならないような関係を築いている。入居者の高齢化やADL低下も見られるが、本人の行える事を探し、残存機能の維持を図っている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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 | 本人と家族の関係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。家族との外出、外泊、行事の参加等できるよう努めている。入居者の帰宅要求が強い時は家族と協力し自宅送迎や電話対応を行っている。 | | |
| 20 | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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 | 自宅訪問、かかりつけ医、近隣の外出、地域イベント等馴染みの関係が途切れないよう支援を行っている。旧盆、正月、命日等の一時帰宅希望等にも応えるよう支援している。 | 馴染みの関係継続の支援については、日曜日に教会へ出かけ、友人等と親交を温めている利用者がいる。正月には県外の知人から年賀状が届く利用者もいる。出身地域へドライブを兼ねて出かけ、馴染みのお店や風景を確認できるよう支援に努めている。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | 入居者個々を把握し、入居者間トラブルが発生した際には孤立しないよう支援に努めている。活動、行事には可能な限り全員が参加できるよう職員が調整役となって支援している。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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 | 退居先への訪問、家族への電話確認等にて相談や支援に努めている。 | | |
| **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 | (11) | ○思いや意向の把握<br>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 | 個別対応(居室での傾聴、個別ドライブ等)や入居者への声掛け、希望や意見の把握に努めている。又、それらの件についてを毎月の全体会議にて検討している。 | アセスメント時やケアの中で直接利用者から話を聞き思いや意向を把握している。会話が厳しい利用者は、家族からの情報や表情や動きなどの反応で思いや意向を汲み取るようにし、職員間で情報を共有している。把握が困難な利用者は、日頃のケアの中で表情やしぐさから推察している。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | 利用開始前に自宅訪問、関係者等から聞き取り等を行い、生活歴・暮らし方・生活環境・サービス利用の経過等の把握に努めている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | 1日の様子、状況等の把握に努め、全体会議において入居者の情報整理や生活上の問題点の話し合いを行っている。 | | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26 | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月の全体会議にて入居者の課題の整理、対策案を提示し、半年に1回の担当者会議にて入居者・家族に課題とケアの話し合いを行い、プランに反映させている。 | 計画作成担当者が原案を作成し、サービス担当者会議には職員と家族も参加して話し合いながら介護計画が作成されている。モニタリングが定期的に実施されている。認定更新時や状態に変化があった場合に介護計画の見直しがされている。長期目標は概ね1年、短期目標は6か月となっている。日曜日に教会へ出かけることをプランに位置づけた事例が確認できた。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | 個別に記録を行い、職員間で共有し介護計画の見直しに活かしている。入居者に特変等発生した場合には担当職員と検討しプランの変更を行う。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々に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 | その時々に発生する意見やニーズに柔軟に対応している。急な病院受診にも柔軟に対応している。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | ボランティアや子供会との交流、地域行事への参加等を行っている。 | | |
| 30 | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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、家族の希望に合わせたかかりつけ医を受診し適切な医療を受けられるよう支援している。又、希望により訪問診療を受けられるよう支援している。 | 利用者3名が入居前のかかりつけ医を継続している。受診時は、情報提供書を家族に持参させ、口頭で結果報告を受けている。利用者5名は、訪問診療を利用し、看護師と職員対応で受診している。訪問歯科診療も3名が利用している。健康診断は、家族対応で行ったり、訪問診療時に検査を受けている。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | ○看護職との協働<br>介護職は、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 | 看護師による健康管理、医療面での相談、助言等対応を行っている。入居者が適切な看護を受けられるよう支援し、入居者の特変時には随時連絡し指示を受け、場合により受診に同行し医師に状況説明を行う。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。あるいは、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。 | 入院時には情報提供を行い、家族とも連絡を取り合い退院支援に結び付けている。病院関係者との連携、相談も密に行っている。 | | |
| 33 | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 入居時に終末期に向けた方針を示し、家族と話し合いを行っている。家族、かかりつけ医、訪問診療の医師等と連携し支援を行っている。 | 入居契約時に「重度化・看取りに関する指針」と「医療連携体制に係る指針」を利用者や家族に説明し、同意書を取っている。週3回勤務の看護師や訪問診療医と24時間の連絡体制が取られ、家族と協力しながら対応し過去に看取りの実績がある。職員は、看取り支援研修会の外部研修に参加し、事業所内でも勉強会を実施している。 | |
| 34 | (15) | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | 急変時や事故発生時の対応マニュアルを作成している。事故、ヒヤリハットは職員間で共有できるようにしている。緊急時の連絡体制を掲示し緊急時に備えている。 | 急変や事故発生時の対応マニュアルが作成され、事務室に体調不良時や事故発生時のフローチャートや緊急連絡網を掲示し、個別の緊急連絡シートを備えている。事故等発生時は対応職員が報告書を作成し、「今後の取り組み」について再発防止の検討を行い、報告書を作成し職員に周知している。事業所内研修で全職員が「誤嚥予防に向けて見直したい食事の姿勢と注意点」や「夜間事故・救急時対応」を受講している。 | |
| 35 | (16) | ○災害や感染対策<br>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。また、自然災害発生時や感染症発生時の業務継続計画を策定し、研修や訓練を定期的に実施している。感染症の予防及びまん延防止のために委員会の開催や指針の整備を行ない、研修及び訓練を定期的に実施している。 | 年2回の消防訓練を実施している。災害時業務継続計画を作成している。感染発生時の業務継続計画を作成している。感染症の予防及びまん延防止のための委員会の開催や指針を整備している。停電時の自家発電機を備えている。非常時の食料と飲料水を備えている。 | 「緊急時における防災マニュアル」を整備し、年2回、昼夜を想定した避難訓練を地域住民の協力を得て実施し、消防用設備点検を年1回行っている。大型コンテナ倉庫には、水や食料を7日分と感染症対策の防護服や自家発電機などを備蓄し、災害時の献立表や備蓄リストを掲示している。災害や感染症発生時のBCP計画を作成し、職員勉強会や訓練を実施している。感染症の予防及びまん延防止の指針が作成され、検討委員会を開催し、職員へ周知されている。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | 理念に「尊重」を掲げ、入居者の想いを尊重したケアの提供に努めている。外出要求が強い入居者に対しても無理やり引き止めるのではなく、傾聴し一緒に外に出て時間を過ごす等の対応を行っている。プライバシーに関してはトイレ時や入浴時には、忘れずにドアを閉める等の対応を行っている。誇りやプライバシーを損なうことのないよう配慮している。個人情報の保護に関する指針を作成している。 | 理念の一つ「尊重するケア」を意識し、居室に入る時にはノックし「○○をするので入っていいですか？」と許可を得て、安心感を与える声かけを行っている。全職員対象に「権利擁護」の施設内研修を実施している。個人情報保護方針や利用目的を掲示し、契約時に説明して文書で利用の同意を得るとともに、職員には守秘義務を課している。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | 食事時間、入浴時間、休憩に関する事、外出、一時帰宅等できる限り本人の希望通りにできるよう支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 決まった計画書通りのケアではなく、状況に応じ柔軟な対応を行い、活動に取り組んでいる。入浴のタイミング、食事の時間等、個人のペースで楽しめるよう支援している。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | 毎朝の更衣介助や洗顔介助、メイク等個々の身だしなみができるよう支援し、本人が行えない場合は職員でカバーしている。又、2ヶ月に1回訪問理容を行っている。 | | |
| 40 | (18) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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 | 行事（祝日）イベント、誕生会等には特別にメニューを作る等の工夫をしている。食器は本人に使いやすいよう配慮している。 | 食事の主菜や副菜は、調理済み冷凍パックを昨年7月から利用し、ご飯と汁物は職員が調理している。食事が楽しみとなるよう、器に美味しそうに盛り付け、利用者に合わせ、スプーンのサイズや汁椀を把手の付いたカップに変更し支援している。9時半にコーヒータイムを設けている。おやつ作りは職員と一緒に行い、利用者は、たこ焼きやヒラヤーチーの材料をカットしている。職員は利用者と同じ食事を摂っていない。 | グループホームの趣旨である利用者と職員が一緒に同じ食事を楽しめる工夫が望まれる。 |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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・栄養バランスに考慮した食事の提供を行っている。食事・水分摂取量の記録を行い、過剰に摂取しないよう注意を払っている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持<br>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 | 毎食時、個々に応じた口腔ケアを行っており、週1回の訪問歯科による定期健診を実施している。「口腔衛生管理体制加算」の開始に伴い、訪問歯科に依頼し、月に1度口腔ケアに関する指示書や助言を頂いている。 | | |
| 43 | (19) | ○排泄の自立支援<br>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 | 個々の排泄時間帯、タイミングを把握し、その方に適したトイレ誘導、排泄支援を行っている。失禁等失敗してしまった場合は本人の羞恥心に配慮し尊厳を傷つけないよう努めている。自力でトイレに行ける方でも、前回トイレまでの空き時間を見て声掛けする等事前に失禁を防ぐ働きかけも行っている。 | 排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけを行うことで失敗の軽減に努めている。日中は便座に座っての排泄を支援している。夜間は、オムツやポータブルトイレを使用する利用者が1名いる。排尿量に合わせ、適切な尿取りパットの選定や変更等を検討している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>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 | 排泄チェック表にて確認し、便秘が長引かないよう服薬等で対応を行い、服薬の効果を観察し主治医へ相談を行っている。又、服薬だけではなく体操等の運動、腹部マッサージ、水分摂取にて自然排便を促す取り組みも行っている。 | | |
| 45 | (20) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々にそった支援をしている | 決まった日課や時間に囚われず、突然の入浴希望等できる限り個々の状況に応じて入浴を行うよう支援している。希望する方には湯船を利用している。 | 入浴は、同性介助を基本に、週2回のシャワー浴を支援している。利用者の希望や排泄の失敗時等、状況に応じて対応している。入浴拒否の利用者には、無理強いせずに時間や曜日、職員を変更して対応している。脱衣所の温度は、令暖房機で調整している。浴室で音楽を流し、入浴を楽しめるよう支援している。 | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | 個々の状況に合わせた安眠や休息を支援している。ベッドの位置や高さ、枕の位置等は希望に沿って変更している。又、日中の運動、レク活動や主治医との服薬相談等行い、不眠の改善を図っている。 | | |
| 47 | (21) | ○服薬支援<br>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 | 受診時や新しい薬が処方された場合は、看護師と連携し、職員にも全体周知を行っている。服薬ミスがないよう、「服薬10か条」を作成。職員全体で周知し、服薬前の確認は職員2名以上で行っている。 | 服薬管理マニュアル「服薬10か条」を整備し支援している。服薬は、各利用者の処方箋に沿って看護師が1週間分をセットし、遅番の職員により、翌日分（朝、昼、夕）の薬をケースにセットし、夜勤者が確認している。与薬は、当日勤務の職員2名で声出し確認をしている。訪問診療医に利用者の状態を伝え、減薬等に繋げている。 | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | テーブルゲーム、折り紙、カラオケ等のレクも行っている。ドライブを行い気分転換の支援をしている。 | | |
| 49 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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 | 希望に合わせて外出支援を行っている。ドライブ、行事等、屋外に出かけられるよう支援を行っている。令和6年5月にリフト付き車両を購入し車椅子に対応できるよう支援している。 | 歩ける利用者は、天気の良い日には事業所周辺の坂道の上り下りを散歩コースとしている。重度の利用者は、玄関前の広場で日光浴し、気分転換を支援している。昨年購入したリフト付き介護車両を活用し、利用者の行きたい場所を聞き、海へのドライブを支援している。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援<br>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 | 買い物の際には事業所にて立替を行っている。現在、現金を所持している入居者はいません。 | | |

## 自己評価および外部評価結果

確定日：令和8年 3月16日

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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<br>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 | 入居者はいつでも自由に事業所の電話を使用する事ができる。 | | |
| 52 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共有空間は清潔を保ち、トイレや浴室は適切な温度設定ができるよう空調設備を整えている。ホールは季節に合わせた飾りつけを行い、季節感を感じて頂くよう努めている。 | 玄関には、職員の顔写真と名前が張り出され、運営推進会議の議事録や外部評価結果が綴られ公表している。共用空間は掃除がゆき届き、換気にも配慮されている。キッチンは対面式で、食堂に集う利用者と職員は会話を楽しみ、見守りのできる造りとなっている。廊下には、季節の飾りが施され、好きな場所でテレビを観たり、利用者同士が交流できるようになっている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | テーブルやソファー等自由に移動、配置し1人でも過ごせるように配慮している。 | | |
| 54 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室は、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 | 居室への馴染みの家具や写真等の持ち込みや模様替え等は、できる限り制限せず、入居者が居心地よく過ごせるよう支援している。 | 居室は、ベッドやエアコン、クローゼット、イス、温湿度計等が設置されている。利用者は、ハンガーラックや収納ボックス、テレビ、ラジオ、目覚まし時計、好みの衣類などを持ちこんでいる。壁に貼られた家族写真は、利用者の心の支えとなっている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | 建物内はバリアフリーで安全な環境を整えている。1台のテーブルは上下調節ができ、通路は手すりを設置し、できる限り自力で歩行できるよう支援している。 | | |