

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	4790100343		
法人名	医療法人 寿仁会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホーム ファミージュ		
所在地	那覇市寄宮2丁目1-18		
自己評価作成日	令和7年10月12日	評価結果市町村受理日	令和8年 3月2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	utopia.okinawa@utopia-ok.jp
----------	--

【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 10月30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)】

<p>認知症になり要介護状態等となっても、人間としての尊厳をもって最後まで本人らしい生き方を援助することを目的に、ぬくもりのある共同生活を営むためにふさわしい環境を提供します。</p>
--

【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)】

<p>事業所の母体は医療法人で、事業所は8階建ての複合施設の4階にある。職員は理念に沿って利用者のプライバシー保護に重点を置き、「笑顔を引き出すケアの提供」と「心を柔軟に気軽に相談できるような支援」に努めている。職員は、ケアの前に声かけし、利用者の意向を確認してから支援している。起床時と就寝時に着替えをしており、服は利用者を選んでもらっている。毎月、ウクレレや三線のボランティア演奏を受け入れている。自分で金銭管理ができる利用者や居室の鍵を管理している利用者がある。管理者は、認定介護福祉士の資格取得のための研修を受講しており、レポート作成において職員と内容を共有しながら利用者の支援にいかしている。丁寧なアセスメントで介護計画を作成し、担当者会議に利用者や家族、訪問看護師、訪問診療医師などが参加して、チームで介護計画を作成している。</p>

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.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 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	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. 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
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	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 3. たまに 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	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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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	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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (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 2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 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	毎日の理念唱和は出来ていません。入居者の皆さんの意見を聞きながら、ドライブや日々の活動を行っています。	理念は、数年前に管理者と職員で意見を出し合って作成し、職員間で共有している。利用者のプライバシー保護に重点を置き「笑顔を引き出すケアの提供」と「心を柔軟に気軽に相談できるような支援」を掲げ、日々寄り添う支援に努めている。	
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	外部のボランティアによるウクレレ演奏会を開催(月一回)同施設のサ高住の入居者による三味線の演奏会を開催。(不定期)入居者と一緒に散歩をしながら地域住民との交流や近隣のスーパーやコンビニへの買い物を行っている。	毎月1回、地域ボランティアによるウクレレ演奏会が開催され、複合施設内のサービス付き高齢者向け住宅での三線演奏を楽しんでいる。近隣のスーパーへ買い物に行くことを日課としている利用者は、公園で開催されている囲碁クラブに時々参加し交流している。地域自治会とのつながりに期待したい。	
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	家族様とは認知症の方の支援の方法などは、お話はさせてもらう場合もありますが、積極的に地域に向けての情報発信は行っていません。	/	/
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	行政、他の事業所、利用者様、職員にて意見交換を行っている。ご家族への手紙で呼びかけは行っていますが、参加につながっていない。	運営推進会議は年6回開催し、利用者の状況や活動内容、事故・ヒヤリハット、研修、利用者や家族の苦情等について報告している。議事録は話し合いが分かりやすく記録されている。会議でも地域代表の参加について議論されているが、年間を通して家族の参加がなく、地域代表の参加が1回である。行政担当者が1回欠席している。	家族への参加の働きかけを継続し、地域代表については、自治会役員や民生委員・児童委員から複数人委嘱し、会議に一人でも参加できるような工夫が望まれる。
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	運営推進会議の開催や各種研修の案内、制度改正などによる通達事項がある際には、直接事業所内のパソコンでメールでのやり取りや電話で確認し連携を図っている。	行政からはメールで研修案内や行事などの連絡がある。行政のアドバイスによりウクレレ演奏のボランティアの派遣が実施され、月1回演奏会が行われている。ボランティアポイント制度カードの補充について行政の協力を得ている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	身体拘束は行っていません。普段から日々の業務を振り返りケアの見直しなどを行っており、身体拘束を行わないように取り組んでいます。年二回は身体拘束の研修に職員を派遣しています。	身体拘束等適正化のための指針やマニュアルを整備し、年2回研修会を実施している。身体拘束等適正化のための検討委員会は3か月に1回以上、法人内の全管理者が参加して開催され、議事録も整備して職員に周知されているが、外部の知見者の参加がない。	身体拘束等適正化のための検討委員会の構成員に第三者の参加が望まれる。
7	(6)	○虐待の防止の徹底 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に注意を払い、防止に努めている	年二回は高齢者虐待の研修に職員を派遣しています。虐待事案は発生していません。	高齢者虐待防止のための指針や高齢者虐待防止マニュアルが整備され、内部勉強会やオンライン研修を年2回以上受講している。高齢者虐待防止のための検討委員会は、身体拘束等適正化のための検討委員会と同時に3か月に1回以上開催されている。委員は法人内の全管理者で構成され、議事録を整備し職員に周知している。外部の知見者の参加がない。	高齢者虐待防止のための検討委員会の構成員に第三者の参加が望まれる。
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	一部の職員は権利擁護に関する制度などの研修に行って学んできており、知ってほしい内容に関してはプリントアウトをして、皆と共有するようにしている。		
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	契約時にはしっかりと内容を説明して、疑問点にもお答えするよう努めています。また、加算変更時があった時は、直接連絡をして事業所に来てもらい説明して承認を得るようにしています。ただし、遠方の家族などは来所することが困難な際には書面を郵送して文書と電話で口頭で説明して承認を得ています。		
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	利用者家族からの要望や意見内容は、申し送りに記載して、早期に対応できるように心がけています。利用者家族様とはラインを通して意見のやり取りも行っていきます。要望意見などは運営推進会議を通して外部の方にも伝えるようにしています。	利用者の意見や要望は、日頃の支援の中で聴いている。自室の鍵の管理を希望する利用者や買い物を日課としている利用者の希望を支援している。普段と違う様子が見られた時には、家族へ電話連絡を行い、家族の意見を聞いて対応している。利用者や家族からの苦情は本人や家族と話し合っ解決し、運営推進会議で報告している。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	職員の意見や提案などは、積極的に聞いて検討して、取り入れるようにしています。意見などは直接聞いたり、ラインを使用して提案してもらっています。	管理者は、日々の業務や月1回のミーティングで職員の意見や要望を聞いている。職員の見解で、居室内のトイレや洗面台の清掃、及びシーツ交換などの業務一覧を週単位で確認できるボードを作成し、業務の効率化につなげている。	
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	年2回の人事考課表を作成し、職員それぞれの自己評価、スキルアップ計画を作成し、賞与及び基本給アップに反映させている。希望休の受け入れ、有給休暇消化、特別休暇(夏季休暇/誕生日休暇)消化できるよう行っています。	就業規則を整備している。ハラスメント防止のための指針と手引きを整備し、ハラスメントの定義や種類、懲戒も明記している。ハラスメント研修を実施している。指定された期間や日時の夏季休暇や誕生日休暇の取得が難しいため、週休を増やし、年間休日を120日とし、働きやすい環境を提供している。年2回の健康診断費用は法人負担となっている。	
13		○職員を育てる取り組み 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	グループホーム協会に加入して、研修の機会を設けています。		
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り組みをしている	近隣のグループホーム管理者と連絡を電話やメールで取り合っており、お互いに運営推進会議への参加を呼びかけています。		
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	職員は常に入居者の気持ちに寄り添い、ケアを行うように心がけています。特に導入期では、入居者の生活リズムを把握して、信頼関係を構築することを徹底しています。		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	他のサービスが必要な時は、ご本人様、家族様、専門職の方と情報を共有して、検討するようにしています。 家族様からの要望に関してはできる限り応えるようにしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	本人や家族様の要望などを聞いて、訪問診療やマッサージや医療デイサービスなど必要に応じて提案している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	入居者様の個性に合わせて、本人のできることやりたいこと、できる可能性のある事をサポートしながら役割づくりができるよう取り組んでいる。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	月に一回は家族様と電話やラインなどを通して、状況を報告しながら、生活必需品や必要物品の購入をお願いしています。		
20	(10)	○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	馴染みの友人、家族、親戚に連絡を入れて、やり取りができるようにしている。本人の馴染みの地域と一緒にドライブに行ってお話をしながら懐かしむ時間を設けています。友人らが面会に来て一緒に遊びに出かけることができるようにしています。	利用者の生活歴や職歴は、入居時のアセスメントで把握している。大学教員だった利用者は先生と呼びかけている。訪ねて来た教え子や元職場の同僚と一緒にドライブに出かけ、教え子等から絵手紙が届くなど、馴染みの関係が途切れないように支援している。利用者の出身地周辺への外出支援も行い、友人や孫と一緒にデパートで食事をしてくる利用者もいる。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	気の合う入居者様同士など相性を見極めて、席の配置を行い、楽しく過ごせるよう心がけています。また、お互いの部屋に行き来ができるように支援しています。		
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	逝去されて契約終了された方がいましたが、退去時の見送りはほぼ全職員で行い、告別式にも参列しました。特に相談を受けることはありませんでした。		
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 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	出来る限り本人の思いに寄り添い対応しています。困難な場合は、とにかく本人と一緒に悩み行動して、信頼関係を最初に築くことをしています。	利用者の思いは、入居時のアセスメントや日々の会話、食事介助、入浴時等、ケアの中で言動を注視して把握に努めている。発語が困難な利用者の場合は、表情から把握している。人間関係が苦手な利用者は、各地を転々と生活していたことが理由だとわかり、「○○ちゃん」と呼びかけると機嫌が直る利用者は、幼い頃の楽しかった時代を思い出すこと等を把握し支援している。	
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	担当していたケアマネ、家族様、ご本人様より聞き取りを行い生活歴などを確認している。特に大切にしているのが、本人様からの聞き取りを重要視しています。入居後も家族様や知人、友人の方からお話を伺い、情報を集めるように努めています。		
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	日々の入居者の状態を関わりながら確認して、健康状態や排泄状況、食事摂取量など時間系列の大きなチェックシートを使用して、現状の把握に努めています。		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	ご本人様や家族様よりニーズを聞いたら計画作成担当者と管理者に報告して、可能な限りプランに反映するように行っている。モニタリングは計画作成担当者を中心となって行っており、変更点がないかなど聞き取りを行って確認している。	計画作成担当者が専任であるため、利用者の健康状態や日常生活の注意点を把握している。担当者会議には、利用者や家族、訪問看護師、訪問診療医師などが参加し、チームで協議し介護計画を作成している。介護計画の長期目標は1年、短期目標は6か月となっている。利用者の「カラオケ等、友人から誘われたら続けたい」の希望を計画に位置付けて支援している。	
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	日々状態の変化や本人からの要望などがあれば、業務日誌で情報を共有している。ケアマネはそれをもとに必要なに応じてプランの見直しを行っている。		
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	医療機関への受診は家族様での対応ですが、必要に応じて自施設内の病院へケアマネと一緒に受診することもあります。本人の要望などに応じて、外出支援なども行っています。		
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	コロナ禍を機に活用を見合わせ、そのままの状態になっている。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診支援 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	入居前にはお一人お一人、かかりつけ医を把握し、入居後の医療機関をどうするか確認している。	利用者は、入居前から法人クリニックがかかりつけ医で、3名は訪問診療に変更している。他科受診は家族対応で、訪問マッサージや医療デイと契約している利用者もいる。看護師が週1回、利用者の健康状態を確認し、受診前にチャットで医師に状況を伝え、受診結果は看護師が家族に報告している。クリニックは12月に閉鎖予定で、主治医の変更を家族等と話し合っている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	医療連携体制加算を取得しており、日々の変化等があれば、速やかに訪問看護へ連絡し指示を仰いでいる。		
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。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。	利用者が入院した際には、入院時情報提供シートを活用し対応している。また、病院機関と連携を取り情報共有を行っている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化や終末期に向けた方針については、契約時に利用者、ご家族へ説明を行い重度化した場合における対応について同意書を得ている。ご本人様の状態に変化が生じたときには、その都度、ご本人、ご家族様、主治医、訪問看護と一緒に主治医からの説明を受けることができている。	重度化した場合の対応に関する指針と看取りケア対応指針を利用開始時に説明している。利用者の状態変化に応じて看取りケア会議を開催して主治医の説明を受け、再度意向を確認して同意書を得ている。職員は看取りの研修を受講し、1年間で1名の看取りを実施している。全職員で見送り、告別式に管理者が参加している。	
34	(15)	○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	緊急時に備え、緊急連絡先は準備できている。急変及び緊急時には管理者や、訪問看護へ連絡し指示を仰ぐよう指示している。	急変や事故等のマニュアルを作成し、緊急時の連絡体制は事務所に掲示している。職員は応急処置研修を受講し、生活の中でリハビリを取り入れ、転倒予防等に努めている。事故発生時は、管理者や看護師に連絡して報告書を作成し、事故の要因と再発防止策を職員に周知している。再発防止に向けた検討会議の議事録が確認できない。	事故の再発防止に向けた検討会議の議事録の整備が望まれる。再発防止の検討結果を反映させたマニュアルの見直しに期待したい。
35	(16)	○災害や感染対策 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。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実施している。	火災避難訓練マニュアル化し、定期的に訓練を実施。全職員に周知している。	感染防止や災害対策マニュアルを整備し、ノロウイルス予防体感セミナーを受講している。災害と感染症発生時の業務継続計画を作成し、指針を整備して備蓄品リストも作成している。研修と防災訓練を1回実施している。近隣グループホームと災害時における施設利用の協力に関する協定を結んでいる。夜間想定避難訓練は2回実施し、調理場に水や食料品等を備蓄している。	①日中想定避難訓練の実施、②業務継続計画の研修と訓練の年2回の実施とマニュアルの見直し、③感染症の予防及びまん延防止のための検討委員会の年2回の開催と職員への周知が望まれる。

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	各スタッフは、入居者の自尊心を傷つけないような言葉かけをするよう心掛けています。	接遇マニュアルを作成し、認知症ケアの勉強会を実施している。職員は、ケアの前に声かけし、利用者の意向を確認してから支援している。起床時と就寝時の着替えにおいて、服は利用者を選んでもらっている。同性介助を基本とし、異性介助になるときは利用者の承諾を得ている。自分で金銭管理ができる利用者や居室の鍵を管理している利用者がいる。	
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	支援をする際には、声掛けを行い、ご本人の意思を確認し支援している。		
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、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	業務優先にならないよう、入居者に相談しながら、その日の体調や気分に合わせて過ごせる様配慮しています。		
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	毎朝、洋服はご自身を選んでもらい着替えを促している。洗顔、整髪、歯磨き等も、自分でできることは自分で行うよう見守り声掛けを行っている。		
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	食事中は食事に集中できるよう、テレビではなく音楽を流し、食事中も楽しい雰囲気作りを心掛けている。召し上がったあとは、可能な入居者は片付けも手伝ってもらっている。	3食とも法人の厨房からの配食で、刺身や行事食の提供もある。朝食は夜勤明けの職員が利用者と一緒に食べ、月1回はマフィンやゼリー等のおやつ作りをしている。天ぶらが食べたいという要望にはドライブを兼ねて食べに出かけている。パンとジャムだけを食べようとする利用者には、職員が食べる順序を配慮して支援することで、おかげで食べるようになった事例がある。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	食事摂取量、水分摂取量をチェックし、水分摂取量が少ない入居者には、ゼリーを提供している。		
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	ご自身で口腔ケアができる方は、ご自身で行って頂き、介助が必用な方には介助にて対応している。義歯を使用している入居者は入れ歯ブラシで洗浄。夜は入れ歯洗浄剤で付け置き洗浄をし清潔保持に努めている。		
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	仕草や表情から排泄のタイミングを掴み排泄パターンを把握。日々、排泄の記録を行っている。できるだけトイレでの排泄を行えるよう、日中は、なるべくトイレへ案内し対応している。	重度で昼夜オムツの利用者以外は、排泄パターンを把握して日中はトイレでの排泄を支援している。夜間は睡眠を優先し、オムツの利用者もいる。失敗した場合は自尊心に配慮して支援している。腹部マッサージを行い、ココアや黒糖茶等の水分摂取を促し、便秘が改善した事例がある。オムツ選定基準があり、パットやオムツは日中と夜間のサイズを検討して支援している。	
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	便秘症の入居者には、腹部マッサージを行ったり、水分摂取量を確認したり、お薬(刺激性下剤)を使用し対応してる。		
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、個々にそった支援をしている	入浴の案内時に拒否した場合などは、時間帯をずらしたり曜日をずらし対応しており、入浴の曜日や時間帯を個々に応じた対応で行うのはなかなか難しい。ファミージュ内の浴室には浴槽がないため、浴槽を好む入居者にはサ高住の浴室を借りて浴槽に入れている。	入浴は、利用者との相性も把握して入浴担当職員を決め、週2~3回の午前を基本とし、午後も対応している。浴室は冷暖房機で温度調整し、湯温は利用者の好みに合わせている。ストレッチャー浴の利用者も含め、本人に入浴の意思を確認して支援している。入浴の目的(外出等)を本人と確認し、楽しいことのために入浴することを促しながらの支援に努めている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	個々の生活リズムに合わせ、仮眠の促し声掛けを行い対応している。		
47	(21)	○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	お薬袋には、名前、日付が印字されており、飲み忘れや誤薬を防ぐための対策を行っている。また、お薬を飲ませる時には、1人の職員だけでなく、必ず2人の職員で名前等を確認しダブルチェックにて対応している。各自、薬情を確認しお薬の目的や副作用について理解している。	服薬マニュアルに、服薬介助の手順と薬のセット準備や服薬担当者一覧表の記載があり、ダブルチェックで与薬している。利用者の状態を医師に相談して減薬に取り組み、食欲が出てきた利用者がいる。誤薬が1回発生し、事故報告書を作成して原因と再発防止策を職員に周知している。マニュアルを再確認し、再発防止策の周知徹底に期待したい。	
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	希望者は、月に1回程度、ドライブに行くことができる。ドライブや外出が好きではない入居者には無理強いはせず、ご自身の好きなように過ごしていただいている。		
49	(22)	○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	希望者は、月に1回程度、ドライブに行くことができる。ドライブや外出が好きではない入居者には無理強いはせず、ご自身の好きなように過ごしていただいている。外部病院へは、ご家族の協力を得ながら対応している。	初詣や年末のイルミネーション見学等に出かけ、家族から預かっているお金で天ぷらを食べにドライブすることもある。重度の利用者も含めて月に1回程度の外出支援をしている。外出を希望しない一人の利用者は居室で太陽の光や外気に触れている。日常的に近隣を散歩し、財布を管理できる利用者はスーパー等で買い物をしている。受診時に家族と外出を楽しむ利用者もいる。	
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	ご自身で管理できる入居者にはご自身で財布を管理してもらい、ご自身で管理が難しい入居者には、ご家族よりお小遣いを預かり、事業所で管理している。		

自己評価および外部評価結果

確定日:令和8年 2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 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	事業所内での電話を利用し、ご家族や、友人へ電話ができるよう対応している。		
52	(23)	○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	共用スペースでは、手作りカレンダーや入居者と一緒に作った四季折々の作品を飾っている。	玄関にはハロウィーンの飾り付けがあり、廊下の壁には写真や利用者と職員と一緒に作成した琉球舞踊のちぎり絵が飾られている。利用者はソファに腰かけてテレビで懐かしの歌番組等を観ている。近くには手作りの大きな日めくりがあり、毎日、利用者と職員でめくっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	デイルームにあるソファは入居者、スタッフ、ご家族が自由に使用でき、憩いの場になっている。		
54	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	居室内には、ベッド、エアコン、トイレ、洗面台、机と椅子が設置されており、ご家族もゆっくりできるスペースも確保できている。また、ご本人が今まで使用していた使い慣れたテレビや棚、好みのものを持ち込み居心地の良い環境が保てている。	居室にトイレと洗面台があり、ベッドとエアコン、机と椅子が設置されている。利用者はラジオや仕事関係の専門書、ハンガーラック等を持ち込み、友人から送られてきたハガキを飾っている利用者もいる。家族や知人の面会時は居室でゆっくり過ごせるスペースがある。居室の清掃とシーツ交換は週1回、行っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	施設全体がバリアフリーになっておりトイレ、廊下には手すりが設置されていて、安全・安心して自由に自立した生活がおくれるようになっていきます。ご自身の部屋が分かるよう、自室入り口には名前を表示。独歩や、車椅子等で移動される動線上の環境整備。常に気配りを行う事で安全に移動出来る様に配慮している。		