

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	1670200763
法人名	医療法人社団市野瀬和田内科医院
事業所名	緑彩館
所在地	高岡市戸出市野瀬 3 9 3 - 3
自己評価作成日	令和8年2月13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）】

緑彩館はのどかな田園地帯にあり静かな風景に囲まれ利用者様も職員ものんびりと過ごしています。利用者様の持つおられる能力を活かし、生きがいのある生活が送れることを基本理念とし、職員一人ひとりが役割を持って支援しています。ただそばにいて関わりを持ってほしい、「ただ寄り添う」という出来そうではなかったことも日々の業務の見直しや業務内容の改善をすることで、利用者様との時間を作ることや、利用者様が重症化になっても最期まで本人らしく生活できるようにリビングにお連れして過ごしていただいたり、マッサージや体位変換、食べ物の工夫として寒天ゼリー、アイス状の栄養剤など自分たちができることを一生懸命やっています。また、医療法人が経営母体なので、持病のある方、ワクチン接種、突発的な病気がケガ、日常の健康管理等、医療面で安心できる生活をしていただいています。

※ 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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

事業所の庭先、玄関は和風に設えられており、落ち着いた佇まいである。隣接する医院は運営母体であり、体調の変化や重度化、看取りまで、いつでも医療が十分に受けられる環境であり、長期に渡って利用者、家族ともに安心して過ごせる事業所である。職員は基本理念を基に掲げた福祉の六か条（思いやりの心・労りの心・理解する心・信じる心・愛する心・感謝する心）を大切な支援のあり方として捉え、日々の業務に動いている。利用者一人ひとりの言語や行動から利用者の思いや望むこと等を引き出し、利用者、職員ともに笑顔になれる支援に努めている。
運営推進会議を通して地域交流が盛んであり、行事の協力があったり、野菜などの差し入れなどが多くある。また、職員間のチームワークはとてもよく、職員同士支え合いながら勤務に臨んでおり、働きやすい職場になっている。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和8年3月3日	評価結果市町村受理日	令和8年3月31日

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	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：2, 20)	○	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
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
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				

1 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	1人ひとりが地域の中で生きがいのある自立した生活が出来るよう日ごろから話し合っています。日常のケアの中で、思いやりの心、労りの心、愛する心など「福祉の6カ条」を掲げ管理者と職員が話し合いながら実践にむけて取り組んでいます。	設立時の理念に合わせて、より分かりやすく具体的な職員理念を作成し玄関フロアに掲示したり、職員が毎日開く介護日誌に貼り付けて、常に理念に沿ったケアが実践できるよう努めている。さらに福祉の六か条(思いやりの心、労りの心、理解する心、信じる心、愛する心、感謝する心)を定め、個別を尊重した支援に努めている。	
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	近所の方に畑で採れたすいかや野菜、庭の花や柿をいただいたり、すいか割りやゆず湯を楽しませてもらっています。	地域のヘルスボランティアが、事業所イベントのクリスマス会に合わせて飾り付け用の作品作りに協力してくれたり、地域班長が届けてくれる広報誌から情報を得ている。また、ご近所さんが育てた野菜やくだもの、花などの届け物がたびたびあり、いただいた河津桜が玄関を華やかにしていた。	
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	運営推進会議のときに地域の方の参加があるので認知症の症状や対応など話すようにし、理解を深めてもらうよう努力しています。		
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	民生委員、地域のボランティア推進員、地域包括支援センター職員の方々に構成員となってもらい、計画的に開催し話し合いの場となっています。	民生委員、保健師を仕事としていた地域住民、地域包括支援センター、ボランティア推進員、家族代表、利用者をメンバーに会議が開催され、それぞれの立場から意見交換が行われている。事業所の現況報告に対して専門的立場からの意見や地域の協力が繋がり、家族用・推進委員用の緊急連絡網の作成やリトミックの体験に繋がり、利用者の活性に繋げている。	会議の議事録は玄関に掲示いつでも目にすることはできるが、遠方の家族などには届きづらい状況にある。会議の意義を理解してもらうためにも家族全員に周知できる方法等の工夫に期待したい。
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取り組んでいる	高岡市の介護相談員派遣事業を受け、事業所の実情を見てもらい、サービスの質の向上や適正化を図るようにしています。地域包括センターの職員には、運営推進会議に出席してもらい地域の情報をいただいたり、相談に乗っていただいています。	介護保険制度の変更時等に気軽に行政窓口へ問い合わせたり、助言をもらうなどの関係性である。また、地域包括支援センター主催の研修会や地域ケア会議に可能な限り参加している。介護相談員は2か月ごとに訪問があり、利用者との面談や生活の様子を踏まえて意見交換を行っている。	
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	「身体拘束適正化委員会」で身体拘束を含め不適切なケアについて勉強会を行い、利用者に合わせたケアができるように工夫しています。玄関の施錠については、事情を話し了解をもらっています。	身体拘束につながるような現況はないが、モデル事例を通して勉強会を開き、身体拘束に繋げない知識や技術を学んでいる。また、センター方式を活用して、利用者の行動や思い等を分析したり、職員のストレートな思いを書き出しケアの振り返りの勉強会を開くなど、不適切なケアにならない取組みを行っている。	

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
7		○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	虐待の考え方や職業倫理について勉強会を行い、虐待が起きる可能性に常に目を向け不適切なケアを放置しない職員の関係づくりをしています。介護者は常に安定した精神状態で利用者様に温かい思いやりを持って接しています。		
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	虐待の考え方や職業倫理について勉強会を行い、虐待が起きる可能性に常に目を向け不適切なケアを放置しない職員の関係づくりをしています。介護者は常に安定した精神状態で利用者様に温かい思いやりを持って接しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約をする前に時間を取り、家族本人に説明しています。いつでも疑問や不安に思うことを話してもらえる関係づくりに努力しています。		
10	(6)	○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	家族には、お手紙で日頃の様子を伝え、面会可能な時は要望を聞くようにしています。玄関に意見箱を設置し、自由に意見を書いていただいたり、お電話でいただくようにしています。	家族の面会時や日頃の様子を手紙やメール、メッセージングアプリで伝え意見や要望を聞き取り、介護日誌に記録して職員間の共有に繋げている。法要、ドライブなどの外出、外泊等の要望には全面的な支援を行っている。	
11	(7)	○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	職員間の申し送りは毎朝、昼、夕と口頭と日誌で確認しています。報告事項は、随時管理者に伝えています。気づきシートを作り、職員の意見を聞き、検討し、反映させています。	職員が日頃気づいたことや希望をいつでも書ける「気づきシート」が整備されている。設備のこと、業務のことなど付箋を使い検討内容を色分けして、分かりやすく整理し、カンファレンス等で検討して改善に向けている。個別の勤務等の要望は管理者が相談に乗っている。	
12		○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	職員各々がやりがいを持って働いています。労働時間の配慮や勤務交代など職員の事情に合わせた配慮に努めています。		
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	介護職経験年数に応じた研修に参加したり職場内で研修を行ったりしています。		

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
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作り、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	県グループホーム連絡協議会に入会し、同業者と交流しています。勉強会に参加し、サービスの質向上のため取り組んでいます。		
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	利用開始前に本人がどのように暮らしたいか希望を聞く時間を設けて、家族とともに不安が少なくなるようにしています。センター方式を活用しています。		
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	これまでの暮らしの中で悩まれた事や苦勞された事を聞き、ねぎらい、介護者としての役割の喪失感についても支援していくようにしています。		
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	相談内容によっては、他に相談する機関(地域包括センター、他のグループホーム、特別養護老人ホーム)などを紹介します。		
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	人生の先輩として尊敬する気持ちを持ちながら、現状を受け入れてあげられる生活を共に作っていく努力をしています。		
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	日々の暮らしの中での利用者の変化に対して家族に相談し協力していただけることはできる範囲でしていただき、職員と共に一緒に本人を支えていく関係性を築いています。		
20	(8)	○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	面会は制限があったため減ってしまいましたが、友人、親戚の方との年賀状のやりとりや電話でのつながりを大切にしています。	墓参り、法要、ドライブ、親戚の集まりなどに、車いすの貸出しや車の昇降など積極的に支援し、馴染みの人たちとの交流が継続できるように努めている。また、面会など外部の人たちの訪問は、制限を緩和して感染症対策を行いながら馴染みの交流を支援している。	

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	面会の希望があった時は、その時の状況により対応しています。県外のご家族はお電話をいただいてからの面会にしています。親戚の方との年賀状のやりとりも支援しています。		
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	退去されても、次の施設への情報提供や相談員の方と話し合う場を作り、少しでも本人や家族が不安なく行けるようにしています。		
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	(9)	○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	認知症のために自分の思いを上手く言葉にできない方もおられます。生活の中で一緒に時間を過ごすようにし、本人の思いを汲み取るようにしています。また、センター方式を活用して家族に聞き取りを行ったり、職員が記入し、その人らしいあり方や望む生活の支援に努めています。	職員が認知症の理解を深めるため、認知症に対する意識調査やパーソンセンタードケアの勉強会を開いて利用者の思いに添えるケアを目指している。また、利用者の行動を理解するため、全職員がセンター方式を使い、分析、検討して利用者の思いを引き出し、統一したケアを導き出すなど業務改善に繋げている。日頃把握した思いや意向は介護記録に記入し個別対応に努めている。	
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	本人、家族から情報を聞いたり、これまで利用していたサービス機関から情報提供してもらったりして生活歴や馴染みの暮らし方を把握でき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	食事量や水分量、排尿、排便チェックをし、本人のその日の状態や生活リズムを掴むようにしています。できることはやってもらい、できないことは支援して、本人らしい自立した生活ができるようにしています。		
26	(10)	○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	本人の様子や変化をとらえ介護日誌に記入し、申し送り時に職員で話し合い、ケアの方法について検討しています。主治医からの意見ももらい、必要なら介護計画の見直しに努めています。	計画の見直しは6か月ごとに行い、朝、昼、夕の申し送り時に、情報把握や職員からの意見を集約したり、家族からの情報、日頃の利用者の思い等が記録されている介護日誌などから計画の見直しの課題整理を行い、適切な介護計画になっている。	計画の見直しの根拠として、サービス担当者会議の記録や記録物の整理整頓に期待したい。

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
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	1人ひとりの介護日誌を作り日々の様子を観察、記録し、職員全員が目を通すようにしています。		
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	お花見、ドライブなどの外出の時はデイサービスのバスの協力をお願いしたり、デイサービス利用者と交流したりしています。		
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	戸出警察署、戸出消防署に万が一の時の協力を依頼しています。町内の運営推進会議のメンバーの方に、散歩をしている方を見かけたら連絡をもらうようにして自由にしてもらっています。		
30	(11)	○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	現在、利用者全員が法人の医師をかかりつけ医として希望されています。24時間連絡がとれる体制になっているので、本人、家族も安心されていると思います。	かかりつけ医の選択は自由であるが、全利用者が事業所に隣接する運営母体の和田内科医院をかかりつけ医にしている。医師とは24時間連絡できる体制になっており、緊急時など迅速な対応ができる。医院から週3回看護師が訪問し、健康管理を行っている。また、訪問歯科診療も利用し、事業所内で歯の治療を行っている。	
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	医療連携している医院から看護師が訪問し、健康チェックをしています。必要な受診や健康相談ができるので職員も利用者も安心しています。		
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、又、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。	入院された際は情報提供し、家族が希望されれば、入院説明にも同行して説明を受けます。退院計画については、医師の指示のもと相談しながらもとの生活に戻れるように支援しています。		
33	(12)	○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	契約の時点で本人、家族の希望を聞くようにし、事業所としての対応をお話するようにしています。重度化した場合は、容態を家族に説明し、看護師、主治医と相談してもらうようにしています。	入居時に重度化について説明し、同意書を得ている。終末期が近づくと医師、看護師、家族と今後の対応について話し合っている。職員には看取りに関する研修等を行い、支援のあり方等を学習しており、希望に応じて看取り介護を行っている。	

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
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	勉強会を開催し急変時対応マニュアルを作成し、応急手当についての知識や職員一人勤務時の対応について日頃から学んでいます。		
35	(13)	○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	災害時の対応について日頃から話し合っています。日次点検表で火の元の安全確認をし、夜間を想定した避難訓練を実施しました。地域の方や家族の連絡網を作成し協力を得られるようにしています。	消防署の参加も含めた年2回の火災訓練が行われている。立地はハザードマップ上、水害、地震は安全地帯になっているが、地域及び家族の緊急連絡網体制が整えられ備えている。また、BCP(業務継続計画)、感染症マニュアルを整備し、感染症対策委員会企画による訓練も行っている。日頃は点検表を使い、火災予防、防犯に努めている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとり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	一人ひとりの尊厳を保持し、認知症のために上手くできないことがあっても、その人に合った声かけや対応ができるように職員同士で情報を共有しながら支援しています。	日頃の支援において、分かりやすい言葉や声のトーンに留意して関わっている。反応の良い声かけとして下の名前で呼ぶ利用者もいるが、本人と家族の理解が得られている。不適切な対応が見られた場合は、即時の指導やその内容をテーマに研修を行い、職員全体の学習に繋げている。	
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	それぞれの方の理解力に合わせたコミュニケーションの方法をとっています。お風呂や今日着る服等日常なことについて本人が自己決定できるように接しています。		
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、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	食事、入浴、レクリエーション等の時間を一応決めていきます。その日の天候や体調に合わせて変更したり、昼寝をしたり自由に過ごしてもらうようにしています。		
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	朝や入浴後に着る服など自由に選んでもらえるように支援しています。自分で決められない方には、職員が選んでもらえるような対応をするように努力しています。髪をとかす声かけなど、気を遣ってもらるようにしています。		

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
40	(15)	○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	利用者の状態に合わせて刻み食、ミキサー食、トロミづけ等形態を工夫し、スプーンの形状を変えたりしています。準備や片付けも座ったままできるようなことを職員と共にやっています。	外部業者に3食の献立と食材を依頼し、調理は職員で行っている。食事はしっかり噛むこと、自分で食べることを重視し、食事形態や食べる道具を工夫している。また、ホットケーキやおはぎなど利用者と一緒に手作りおやつを楽しんでいる。利用者には食材の下ごしらえや片付けを手伝ってもらったり、近隣からいただいた野菜の調理法を共に考えるなど楽しい食卓になっている。	
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	1人ひとりの食事量、水分量を記載し、体調管理の指標にしています。咀嚼力や歯の状態により副食の形態を工夫したり栄養剤に代替えしたりして栄養確保に努めています。		
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	職員は口腔ケアの重要性を理解し、それぞれの方に応じた口腔ケアの方法で支援しています。		
43	(16)	○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むけた支援を行っている	できるだけ自立した方法で排泄できるように、トイレの誘導時間、尿量を計りパットの選択を工夫しています。たとえ失禁があってもできるだけ快適に過ごしていただくようにしています。	状態に合わせてポータブルトイレや紙パンツを使用するが、基本的にトイレでの排泄を支援している。記録をつけ利用者一人ひとりの排泄リズムを把握し、トイレ誘導を行っている。排尿、排便等の状態に合わせ紙パンツやパットを選び、費用の節約や利用者の不快につながらないように配慮している。	
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	便秘がちの方の排便チェックシートを作成し、水分摂取を多くしたり、お腹マッサージをするなど自然排便できるように取り組んでいます。		
45	(17)	○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	お風呂は毎日沸いていて、週に2回ほどずつ入ってもらっています。入浴マニュアルにより、職員のだれが担当しても同じように本人に合った介助や配慮ができるようにし、二人介助で浴槽に入ってもらえるように工夫し、楽しんでもらっています。	入浴は基本的に週2回であるが、入浴日や回数の変更は柔軟に行われている。月～土曜日まで毎日お風呂を沸かし、いつでも入浴ができる。利用者の状態に合わせて個別の入浴マニュアルを作成し、統一した入浴介助が行われている。入浴時に着替える衣類は、担当職員と一緒に衣服選びを行っている。	
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	リビングでテレビを観られる方や居室で観られる方、それぞれの方が自由にできるようにしています。		

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
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	一人ひとりの薬の用法をファイルし理解するようになっています。服薬介助をしたり、ゼリーに混ぜるなど工夫し、症状を看護師に伝えています。		
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	本人ができる事を支援し、できない事を少し介助するような生活をしています。掃除道具の持ち込みや食事の下ごしらえなど、本人の力を生かせる場面を提供しています。		
49	(18)	○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。又、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	近くの保育園まで利用者の体調に合わせて散歩や花見にでかける機会を作ったり、家族様と墓参り、法事や葬儀などの時は、車へ乗車する際のお手伝いをしたり、車椅子の貸出をしています。	家族から申し出る外出には積極的に協力し、馴染みの場所や人との交流、外食など楽しんでもらえるよう支援している。天気の良い日には広い庭先で日向ぼっこをしたり、交通量の少ない道を選んで散歩に出かけたりしている。	
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	家族と話し合い、本人がお金を使える機会があるときに所持してもらうようになっています。		
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	希望される方には電話をかける支援をしています。		
52	(19)	○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	季節のお花を飾ったり、窓から朝顔が見れるようにしたり、季節を感じられるようなおやつ作りをしています。ダイニングキッチンでは食事の音や匂いを感じることができ、部屋の表札やトイレに「便所」など看板をつけて混乱が少なくなるようにしています。	リビング、ダイニングに続き、襖で仕切られた広い和室があり、和風住宅の落ち着いた雰囲気であった。天井が高く圧迫感のないリビングには、適所にソファやテーブルが置かれ、ゆったりした居場所である。季節柄お雛様や桜の貼り絵が飾られて、大きな窓からは四季折々の田園風景を臨むことができる開放的な雰囲気であった。	
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	廊下に椅子を置いて、ちょっと休めたり、ひとりで過ごせない方は事務所で職員と居たりと、思い思いの場所で過ごしていただくようになっています。		

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
54	(20)	○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	自宅のテレビを設置してもらったり、愛用の化粧品を継続して使ってもらい、家族の写真やプレゼントを飾るなど、本人の自由に使っていただいています。	居室入口に表札や色違いのカーテンがかけられて、個別の部屋が分かりやすくなっている。居室内にはベッド、机、椅子、洗面台、冷蔵庫、エアコン、クローゼットが整備され、利用者の思い思いの使い方で生活を楽しんでいる。テレビを持ち込んだり、家族写真、家族からのプレゼントなどを飾り、その人らしいレイアウトの居室になっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「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	ホーム内は段差のない作りになっていて、歩行機能が衰えてきた方は手すりが使えるようになっています。安全に移動されるように見守りをしたり、手をつないでいます。		

2 目標達成計画

事業所名 緑彩館

作成日: 令和8年3月30日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	10	会議の記録物や個人の記録の整理整頓ができていない。	個人ファイルの整理整頓	個人ファイルの棚の整理、会議記録等のファイリングを見直す	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()