

令和 8 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	1690500044
法人名	株式会社メディカルケア
事業所名	ケアホームあお
所在地	富山県氷見市阿尾860-1
自己評価作成日	令和8年5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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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5月21日	評価結果市町村受理日	令和8年7月2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）】

利用者へ心身共にリラックスして過ごして頂けるよう、足浴後のオイルマッサージや水素吸入、アロマ加湿器を使用して疲労軽減やスキンケアといったサポートに努めている。系列にクリニックがあり、ホームではCVや在宅酸素の方、パルーンやストマの方等医療が必要な方も受け入れており、医療的ケアの必要な方でも安心して暮らせる環境を整えている。家庭的な雰囲気を大切にしており食事は手作りの物を提供している。又利用者様の好み、トロミや刻み等嚥下状態に合わせた配慮を行っている。記録、ケアプラン、請求までの運営をサポートする介護記録ソフトを導入。現場での記録をスマホやインカムを使用し記録業務の効率化を図り、利用者への関わりを増やしたりケアに注入する時間を増やすよう取り組んでいる。

【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）】

建物の中に入ると畳が敷かれていたり、アロマが焚いてあったりリラックスできる空間が広がっている。市から支援困難ケースの相談を受け、入居の対応を行なったりしている。利用者の中には有償ボランティアとして調理や片付けなどを行なってくれる方がいて、役割を持ちながら生活できる支援につながっている。得られた対価を買い物や外食に行くなど生きがいや自立支援に取り組まれている。お風呂に鉱石を入れたり、手作りヨーグルトを毎日提供するなど心身どちらのメンテナンスも常に提供し、暮らしやすい居場所となっている。

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	利用者と職員と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 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、活き活きと働けている。 (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	事業所に理念を掲示。 申し送り時、「理念」「万人幸福の葉」「目標」を唱和し、その人らしい暮らしが出来るよう取り組んでいる。	毎朝「法人の理念」と「万人幸福の葉」「グループホームの目標」を唱和し、共有を図っている。特に目標の中の笑顔を大切にしており、笑顔を意識したケアに取り組まれている。		
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	自治会に参加しR7年度班長をし、ゴミ当番や広報の配布など行った。	自治会に加入しており、班長を務めたときには利用者と一緒に広報の配布に行ったり、回覧板も一緒に届けている。地域の文化祭に出展することが恒例となっており、展示も利用者と一緒に行うなど地域と交流している。		
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	毎月通信を発行し、日々の生活を地域の人々に伝えている。			
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	運営推進会議をケアホームあおで開催し、あおでの取り組みとサービスを見ていただきアドバイスを日々のケアに繋げている。	2か月に1回開催されている。民生委員や行政、地域包括支援センターに加え、消防署や交番から参加されることもある。		
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	市からの困難事例を受けている。 介護相談員を受け入れ、協力関係を築いている。	運営推進会議でコミュニケーションをとることが多い。市から対応が難しいケースの相談を受けたり、逆にケースの相談を行ったりするなど、良好な関係性にある。		
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	毎月チェック表にて振り返り身体拘束の事例はない。 年2回社内研修を行っている。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催し、利用者一人ひとりについて話し合いを行っている。また研修も年2回開催している。研修後は職員に報告書を記入してもらい、内容がインプットできたか確認を行なっている。		

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	年2回の研修、日々の申し送りで振り返っている。		
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	年1回の研修を行い必要な利用者様には繋げている。		
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	契約時には、出来る事、出来ないこと等、時間をかけて説明している。		
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	面会時や運営推進会議時、不安な事、意見等と言ってもらえるような雰囲気作りをし日々のケアに活かしている。	家族からの意見を受けやすいよう、家族と連絡を取り合う担当職員を決め、家族それぞれに合わせた対応を行なっている。受診に関して要望があり、それに応じて受診対応を行った。	
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	毎日の申し送りやカンファレンスに意見交換を行いサービス改善の為に具体策を話し合い実践している。	カンファレンスで意見交換を行うことが多い。夜間の入眠時間について、日中活動なども加味しながらどうするかを話しあったり、利用者に合ったレクリエーションを話し合ったりしている。	
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	職員が働きやすい環境を提供する為に勤務時間の調整などを行っている。		
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	職員のケアの質を上げる為に、介護基礎研修の取得や全体研修などに参加する機会も確保している。		

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
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	他事業所と合同で、定期的に研修を行いケア技術や知識の共有を行っている。		
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 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	サービスを導入する際に利用者様の要望を尊重し、安心して利用していただけるよう努めている。		
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	家族が今何を困っているか、ニーズは何なのか等話を聞きケアに繋げている。		
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	家族や本人の要望を聞きながら何が必要かを見極めできる限り対応に努めている。		
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	利用者様の得意分野で力を発揮してもらい、感謝するという関係を築いている。		
19		○本人と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	通信にて本人の日頃の様子を伝え本人と一緒に支える為に家族様と同じ思いで支援している事を伝える。		
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	友人や知人の面会や外泊など感染予防に努めながら、途切れないように支援している。	昔から通っている美容室に通う方、定期的に外泊に行かれる方など馴染みの場所に自由に行けるようにされている。ひみ番屋街に行ったときには氷見の馴染みのものを食べ、海を眺めて過ごすなど、馴染みの人や場所とつながれるよう支援されている。	

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	利用者同士の楽しむ場面や助けあっている場面など見守り孤立しないようその時の状態にあわせ対応している。		
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	サービスが終了した後でもいつでも連絡して下さるようお伝えしている。		
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	(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	日々の暮らしの中で思いや希望を引きだせるようコミュニケーションを図ったり困難な場合は家族様より情報を得るようにしている。	関係性ができてからしっかりコミュニケーションをとることを意識している。話を聞いてほしいと利用者から言われ、思いを確認したり、日常の会話の中で意向を把握するなどしている。	
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	その人独自の生活スタイルや価値観を本人、家族様との関わりで把握できる様努めている。		
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	一日の暮らしやリズムを理解し本人の全体像を把握している。		
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	週1回のカンファレンスを行いアセスメント・モニタリングを繰り返しケアプランを作成している。	週に1回開催しているカンファレンスで介護計画について話し合い、モニタリングも話し合いで行なっている。内容はカンファレンスノートに記録し、カンファレンスに参加できなかった職員も回覧できるようにしている。	カンファレンスを実施及びモニタリングを繰り返し介護計画に取り組まれている一方で、記録は結果のみの記載となっている。今後は、支援方針の検討内容なども記録として残されることで、より継続性と根拠のある支援につながることを期待される。ITツールなどを有効に活用し、いつ誰が見ても把握できるよう、充実した情報共有ができるような取り組みに期待したい。
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	状態の変化があった場合など話し合い最善のケアが出来る様見直している。		

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
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	本人・家族の状況に応じて訪問診療・訪問看護と連携し対応している。		
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	地域の行事に参加したり馴染みの美容院など民政委員、地域のかたとの関りを築いている。		
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	馴染みのかかりつけ医への受診支援を行っている。了承を得られた方には訪問診療に来てもらい夜間土日など対応でき安心して医療が受けられる体制である。	入居前からのかかりつけ医の継続を基本としながら、希望があれば協力医に変更できるような対応をしている。外来は家族の同行が基本としているが、事業所側で付き添うこともある。	
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	看護師を配置しており、いつもと違う状態変化を見逃さないよう早期発見に取り組んでいる。		
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、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・退院する際には医療機関と密に連絡を取り合い必要なケアがスムーズに行なえるよう努めている。		
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	重度化、終末期には同意書を作成、家族様、ドクター、看護師、管理者、ケアにてカンファレンスを行い、方針の統一を行っている。	入居契約時に看とりの指針を説明し、看とり対応を行っていることを説明している。時期が来たら事業所で看とるかどうかを家族と話し合い、基本を確認している。	
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	身体状態の急変や事故発生時には、迅速に対応できるよう研修を行っている。 ホーム内にはAEDの設置。		

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
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	BCPは作成したが、今年度1年をかけてホーム独自のBCPを作成する。	グループホーム独自のBCP(事業継続計画)にバージョンアップする予定であり、備蓄品も準備されている。年2回、消防立会いのもと避難訓練を行い、それと別で年に5回程度自主訓練も行われている。	
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	利用者様の誇りやプライバシーが確保されるよう権利擁護や認知症ケアの研修を行っている。	トイレなどの声かけ時に、周りに聞こえないように配慮して声かけをしたり、言葉遣いに普段から注意されている。また法人で研修も行い、人格の尊重に努めている。	
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	お楽しみランチ、おやつなど、利用者様の好きなもの懐かしいものなどを聞き提供している。		
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	一人ひとりの体調に配慮しながらその人に合わせた対応を心がけている。		
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	本人の馴染みの美容院でカット・カラー・パーマなど希望に合わせてもらうよう連携をとっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様と買い物に行ったり、食器を拭いてもらったりと利用者個々の力を活かしながら職員と一緒に食事をしている。	イベントなどでキッチンカーを依頼し、クレープやカレーを食べたり、毎日手作りのヨーグルトを提供したりしている。ちらし寿司やお雑煮など季節を感じられるものの提供も行なっている。	
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	利用者様の食べ物、飲み物の好みや苦手なものをとらえ一人ひとりにあった柔軟な支援を行っている。食事・水分摂取量は毎日記録に残している。		

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
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	利用者のADLに合わせて、食後は口腔ケアを行い清潔保持に努めている。トラブルがあれば受診に繋げている。		
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	排泄チェック表を利用して個々のパターンを把握してトイレ誘導を行っている。	日中はなるべくトイレに行くことにしており、オムツ類の選定も一人ひとりに合わせて行なっている。下剤はなるべく使わないで、アロマを使用したりマッサージしたりして自然に排泄できるよう工夫されている。	
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	水分摂取量の確認、ヨーグルト、マッサージなどで自然排便を促す工夫をしたり、腸の動きを良くする為にラジオ体操を行っている。		
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	入浴拒否がある場合には、無理強いすることなくその理由を聞き対応している。入浴されない日は足浴を行っている。	午後から入浴いただくことが多く、希望があれば毎日入れるように体制を整えている。浴槽には血行促進となる鉱石を入れる取り組みも行われている。	
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	就寝に向けてリズムが安定するようディフューザーを焚きその方にあったアロマを提供している。		
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	薬剤師と連携をとり管理している。薬や量に変更があった場合には状態の変化を見逃さず、かかりつけ医、家族に伝えている。		
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	得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえよう手伝いをお願いし感謝の言葉を伝えている。		

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
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	晴れた日はドライブを企画し氷見のモニュメントを見て回ったりお花見など季節に応じた外出に行ったりしている。	回覧板を届けるついでに散歩に出たり、ひみ番屋街にドライブに行くなど日頃から外出の機会を作っている。美容室からの送迎で、昔からの美容室に出かける方もいる。	
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	基本的にはお金を預かっていないが、外出時などのお金は自分で支払ったりすることを支援している。		
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	利用者が家族や友人とのコミュニケーションできるよう電話の取次ぎを行っている。		
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	共有スペースではアロマを焚きリラックスできる雰囲気作りをしている。	外光を取り入れる作りとなっており、自然光で明るい雰囲気になっている。玄関から外を見られるようにしたり、アロマを焚いたり、五感でリラックスできるような工夫をされている。	
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	玄関には座る場所があり観葉植物も置いてあるので一人で過ごしたい方には見守りのもと自分の時間を過ごせるよう努めている。		
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	個人が使用していたテーブルを配置し塗り絵や折り紙など自宅と同じような雰囲気作りをしている。	自宅からテーブルなどを持ち込まれ、自由にカスタマイズできるよう配慮されている。自分の塗り絵や折り紙などの作品も自室に飾るなど居心地よく過ごせるよう工夫されている。	

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
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	筋力の低下を防ぐ為、ホール内にはトイレを3カ所設置し夜間でもトイレに行けるよう足元灯があり安全に過ごせるよう配慮している。 居室に日時が分かるよう時計の設置やカレンダーを配置して自立した生活が出来るよう環境づくりをしている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホームあお

作成日： 令和 8年 6月 25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	26	介護計画に基づいてカンファレンスの実施を行っているが記録が結果のみである。 カンファレンス内容をノートに残しているが、チーム間での情報の共有や記録の書き方が不十分である。	カンファレンスなどの支援方針の検討内容を記録に残す。 ケアの振り返りが出来るよう記録の見直しと情報共有の徹底。	カンファレンス開催の意見を記録に残す。 ノートの使用中止、当社で使用しているITツールを有効に活用する。	12
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、行を挿入してください。

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	☐ ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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、職員全員で話合った
		☐ 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合った
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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合った
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()