

(別紙の2)

## 自己評価及び外部評価票

[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(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	理念をホールの見える位置に掲げて、意識できるようにしている。	採用時の新人研修で理念に関する研修を実施している。また毎年、理念の共有と実践に向けて、基本理念を基に一般職員が中心となり年間目標を作成している。年度末に振り返り等を行い、実践に繋がれるよう努めている。	
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。	コロナの5類変更に伴い、ボランティア受け入れや中学校文化祭への参加を計画している。	富士見町南原山の自治会に加入している。コロナも落ち着き、傾聴ボランティア、オカリナ等のボランティアが再開。町や中学校で開催される文化祭の出展、見学を計画している。	
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。	事業所全体としては行っていないが、地元社協の認知症啓発活動に、事業所代表として1名参加し、活動をしている。		
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、その意見をサービス向上に活かしている。	運営会議にて事故の中でも欠薬や誤薬について再発防止の意見があり、朝食や夕食後、薬を色別マーカーでひくことや、利用者ごとに薬カップを用意し、口の中に確実に薬が入るように実施している。	コロナ禍においても状況を見て開催していたが、5類移行に伴い、現在は3か月に1回開催されている。現在の参加者は、諏訪広域、役場の福祉課、民生委員、介護相談員。今後、家族にも声を掛けていく予定。	
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。	基本的に運営会議以外で連絡をとることがない。加算関係や体制変更等での確認は積極的にとるようにしている。	3ヶ月に1回開催される運営推進会議にて、顔を合わせて話し合いを行うことで関係を作り、連携が深まるよう取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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。	身体拘束についてマニュアルを作成している。身体拘束をしない取り組みを実践している。やむを得ない理由が出た際は、まず委員会で協議を行う。研修に参加して資料など共有している。	身体拘束廃止委員会があり、毎月現状の確認など話し合いが行われている。身体拘束をしない、虐待や不適切ケアをしない介護への認識は、月1回のスタッフ会議で話し合われている。	
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。	定期的な委員会で、事業所各階の確認を行っている。研修などに参加し、出られない職員とは資料の読み合わせを行っている。少しのあざでもすぐに報告書を書く習慣を継続している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
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。	成年後見制度を、入居と同時に利用したいという家族がいたため、使用したい事由をお聞きし、メリット、デメリットについて説明を行った。		
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。	契約書はもちろんだが、その他緊急時の希望、ケガの際の同意書、看取りについての説明などの書類も一緒に渡し、一つ一つ丁寧に説明している。		
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。	外部評価とは別に法人内アンケートという形で、事業所への意見を聞く機会を設け実施(8月)。	コロナ禍による面会制限等で、家族と顔を合わせる機会が減り、意見を伺う機会が減少していた。法人内アンケートを行い、家族の意見の吸い上げを行った。また利用者からの意見を聞き取り、トイレに関する改善を行った。	体調変化等があった方のご家族と、変化がなかった方のご家族との関わりに差が生じている可能性があるため、全ご家族とのやり取りを今一度ご検討頂ければと思う。
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。	毎月の各主任面談での確認。意見のある職員はすぐに意見できる環境となっている。	年に2回、職員満足度調査を実施し、意見を吸い上げている。また各ユニットの主任は、会議で職員が発言しやすい雰囲気づくりに努めると共に、月に1回全職員と面接を行うことで、職員の意見を吸い上げ、スピーディーに運営へ反映させている。	
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。	各フロア内で目標を掲げ、それを達成できるように意識しながら、業務に取り組めるようにしている。		
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。	法人として外部研修の時間を就業時間内へ変更し、希望の研修があればシフト調整をして、参加しやすいようにしている。		
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。	施設としてではないが法人として、民医連研修で、新人研修や4年目職責研修への参加をして頂いている。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前情報や面談をして、どのような方が入居前に知る機会を作っている。入居後なるべく希望に沿えるよう、個人の生活パターンに施設側が合わせられるように努めている。		
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。	何か変更をする場合や利用者の状況が変わった時など、連絡をこまめにとって信頼関係を作っている。第一印象が悪くならないよう慎重に行っている。		
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。	本人や家族の話はよく聞くようにし、必要としている支援を見極めるよう努めている。何を望んでいるのかアセスメントをしながら話している。利用者の状態変化時は、特にこまめに情報共有、方向性について相談している。		
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。	必ず利用者本人の意向を確認している。		
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。	急な対応等、家族での対応が難しい時は、勤務者での対応も積極的に実施している。		
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。	5類変更となったことで、面会や外出制限も緩和し、希望があれば会える機会を設けている。	コロナの5類移行により、面会や外出制限が緩和され、以前に近い形で対応が取れるようになってきている。友人等の電話の取り次ぎ、年賀状を出すなどの繋がりも、コロナ禍以前から継続して支援している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	食事席の検討や、日々の体操の実施等、お声がけさせていただき、利用者全体で行えるようにしている。		
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。	サービス終了後の関わりは、ほとんどない。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>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</b>					
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。	入居し始めや途中でも、環境の変化によるストレスが溜まっている様子があれば、その方に合った対応を行っている。(例、お酒の提供方法の変更等)	担当職員やケアマネージャーが、日常の中でゆっくり関わる時間を大切に、本人との会話やコミュニケーション等を通して、思いや意向を聞くように努めている。アセスメントシートを用いてしっかり課題分析されており、最近では飲酒を希望された方の思いに寄り添って対応された。	
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。	入居前情報の取得を行い、空室の出そうな際は事前に面談や、利用する上での希望を伺うようにしている。		
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。	普段と変わった様子があればすぐに共有できるよう、タブレット端末や申し送りを活用している。		
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。	ケアマネ中心となり、居室担当へ見直しを依頼している。サービス内容の変更時は本人にお話し、家族にも確認を必ず行っている。	ケアマネージャーと居室担当が中心になり、医師、訪問看護、提携している外部の理学療法士等の多職種が連携し、介護計画が作成されている。3か月に1回、介護計画の見直しが行われており、介護計画の現状の確認と修正が行われている。	
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。	タブレット端末や申し送りノート、職員間の引継ぎ時の申し送りにて共有している。		
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。	できるだけ対応できるように心がけている。		
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。	地域行事に参加(文化祭、生活展へ作品の出品)をしている。作品見学も、希望があれば参加している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
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。	入居時に何かあった際のことを考慮し、近隣病院へ主治医変更についてお話しするが、本人や家族の希望があれば、入居後も変わらない主治医で医療を受けられるようにしている。	基本的にかかりつけ医は、本人及び家族の希望で決められるが、入居後の診療体制を考慮し、契約時に地元の協力医による受診体制を勧めている。協力医は往診にも応じている。	
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。	4月より訪問看護ステーションと提携して相談、対応をしている。隔週訪問をして頂き、緊急時は24時間対応、アプリにて変わった様子があれば報告を行っている。		
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。	入院後は、家族や病院から連絡がなければ週に1回は状況の確認を行うようにしている。		
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。	入居時に看取り指針について説明を行っている。利用者の状態の変化に応じて家族とも話し合いの場を設け、考える時間を作れるようにしている。	看取りの指針があり、入所の際に本人及び家族へ対応方針を説明している。体調に変化が見られた際、主治医からの説明があり、施設関係者、家族らと話し合いが行われる。今年度は1名の看取りあり。コロナの流行期間でも家族は感染対策を取りながら、施設で最期の時間を共に過ごす事が出来た。	
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。	法人でも外部研修として急変時対応の研修を企画している。急変時の連絡システムのマニュアルを作成している。		
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。	避難訓練を定期的実施している。現在2Fに常時車椅子利用の方がいないこともあり、避難はなんとかできる状態にある。	年2回の避難訓練が実施されている。本年度は9月に実施し、次は来年3月に予定されている。	

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	接遇のセルフチェックを行い、フロアごと集計した結果について報告している。自分自身で言葉遣いや対応が悪いと認識している職員はいなかったが、他職員は気になるという意見があったので、各自意識した声かけや対応を行うように指導した。	管理者が中心となり、全職員に対して接遇のセルフチェックを年2回実施している。排泄時の声掛けなど、職員自身では気が付かないこともあり、管理者が率先して指導し、プライバシーの確保に努めている。	
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。	意思表示のできる方は本人の意思を確認している。難しい方は家族の意思や、職員間で話し合っている。		
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。	ある程度の決まった時間での声かけは行っているが、基本的にはその方の生活ペースに合わせて支援を行うことを意識している。		
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。	全介助の方が同じ服になりがちのため、職員間で意識する必要があると思われる。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者と一緒に準備は、あまり出来ていないが、片付けのお手伝いは積極的に行ってくださる。畑で野菜が取れる時期になると、漬物の味付けを一緒にしたり、梅ジュース作りをしたりしている。	利用者は食器の後片付け等をされていた。基本的に食事は外注だが、月に1回利用者の希望等を聞きながらフロアで手作りされている。近隣に畑を借りて野菜等を栽培しており、収穫したものを利用者と一緒に調理することもある。	
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。	毎食、10時と15時にお茶を提供している。健康状態に問題がなければ、好きな飲み物も提供している。食事がとれないことが増えれば医師と相談をし、栄養飲料を活用している。		
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。	毎食後口腔ケアの実施をしている。自立で生活されている方も声かけを行う。入れ歯の方は週に1回は入れ歯洗浄を実施。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
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。	排泄パターンを意識した誘導を行っている。本人の体力を考慮し、トイレでの排泄を考えている。	あくまでトイレでの排泄を基本としており、重度の方でも、体調を見てトイレに座ってもらっている。排泄パターンの把握や下剤等の調整をすることで、紙パンツでなく布パンツの着用を継続出来ている方がいる。	
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。	できる方は運動の声掛けや、水分摂取を促している。便秘時は腹部マッサージを行い、自然排便に努めている。		
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。	入浴日を決めているが、本人の拒否が強くみられるようなら別日へ変更をしている。時々入浴剤を使用している。	入浴日は月曜日から土曜日の午前中が基本で、日に3名の入浴を行う。おおよその曜日は決まっているが、体調等により時間帯や曜日を変更する等、柔軟に対応している。	
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。	入居時に、落ち着いて寝られるよう、布団は自宅で利用されていたものを持ち込んで頂いている。		
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。	全ての理解はできていないが、糖尿病で飲んでいる薬など、欠薬・誤薬時にリスクが高いものに関しては、全員周知し理解している。		
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。	洗濯物たたみは人気で、出来る方は行ってくださっている。終えたら必ず、感謝の言葉を伝えている。		
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。	さくらや野菜、ふきのとうの収穫等、時期によって外出している。近くのアルパカ牧場への見学を、少人数ずつ実施。	日常的にゴミ捨てや天候の良い日は近隣への散歩を行っている。歩いて20分くらいのところにあるアルパカの牧場があり、年間パスポートを購入し、定期的に歩いて見学に行っている。	

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
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。	お金に関しては基本的に立て替えでの支払いとしている。家族、本人の強い希望があれば持参し、自販機で購入されている方もいる。		
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。	希望時は、電話対応の援助をしている。		
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。	共有空間は1日1回清掃を行っている。トイレは、ブラシでこするようにしている。	施設内の清掃には特に力を入れて取り組まれている。日中集うフロアは、明るく快適な広さ。気分を変えてくつろげるソファが置かれた空間もある。フロアの大型テレビでは常時ユーチューブを見ることができ、昔の懐かしいテレビ等も簡単に楽しむことができる。	
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。	仕切りを置いておき、希望の方は独りの空間を作れるようにしている。ソファで気の合った利用者同士座れるようにしている。		
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。	タンス、布団類は入居前に使用されていた馴染みの物を持参して頂いている。利用者の中には、希望で、持参されたカーペットを居室に敷かれている方もいる。	タンス等の家具類を含め、基本的に使い慣れたものを持ち込んで居室づくりをされているので、本人にとって居心地の良い空間作りがされている。	
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。	居室内は特に利用者のADLに応じて手すり等を設置し、安全に生活できるようにしている。また、本人とも相談し、長距離の歩行が不安定になれば近くの居室への移動を検討している。		