

事業所自己評価シート

作成日	令和 3 年 10 月 17 日
事業所名	小規模多機能ホーム花緑すずらん館

評価者の区分

■ 当該事業所ので実務経験年数

①	5年以上	2	人
②	3年以上、5年未満	6	人
③	2年以上、3年未満	0	人
④	1年以上、2年未満	2	人
⑤	1年未満	0	人
合計人数		10	人

【評価項目の達成度について】

- : できている
- × : できていない

【スタッフの平均評価について】

- : ○の評価人数が評価者合計人数の半数以上
- × : ○の評価人数が評価者合計人数の半数未満

設問		管理者評価	スタッフ評価		平均評価	備考 (できていない理由等)	
			回答状況				
			○	×			
前回の目標	1 【管理者】 前回の目標を職員に周知しているか。 【スタッフ】 前回の目標を把握していたか。	○	①	1	1	○	取り組む目標については業務カンファレンスで伝達し、紙媒体で配布している。自分達が直接取り組む内容でないことから忘れてしまっていた職員も居たが「行っていない」と言うことで○とした。
			②	6	0		
			③	0	0		
			④	2	0		
			⑤	-	-		
	2 【管理者】 前回の目標を達成するための取り組み内容を策定し、職員に周知しているか。 【スタッフ】 前回の目標を達成するための取り組みを行ったか。	○	①	2	0	○	上記同様
			②	6	0		
			③	0	0		
			④	2	0		
3 【管理者】 前回の目標を達成できたか。 【スタッフ】 前回の目標を達成できたか。 ※前回の目標が複数ある場合は1つ以上達成できたか。	○	①	2	0	○	今年度になってからは緊急事態宣言が長引き消防担当部署に都度相談していたが見合わせるようにとの指示があり11月によりやく実施出来た。12月以降も実施予定し目標を達成できる見込みがある。	
		②	6	0			
		③	0	0			
		④	2	0			
			⑤	-	-		

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
生活の支援	4	【スタッフ】利用者の情報や日々の様子ついて、ミーティング等を通じて共有できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用者一人あたり毎月最低1回はミニカンファレンスを実施してケアプランの評価を行い、状態を共有している。
	5	【スタッフ】利用者や家族等からの要望を把握できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	ケアに対する要望はケアプランに位置付けている。そのほかの細かな要望については訪問、送迎等で都度承り、申し送りノートやグループラインで共有している。
	6	【スタッフ】訪問や通いでの声かけや気遣いができているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	訪問の際には必ず気遣う声掛けを行っている。特に利用開始間もない場合は声掛けを増やし、早く馴染みの関係を作れるように努めている。
	7	【スタッフ】利用者や家族等との円滑な関係作りができているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	通院時や送迎の際のやり取り、通いの連絡ノートを通して円滑な関係が築けている。
	8	【スタッフ】ケアプランで位置づけられた利用者の生活の中での目標等を意識できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	自分が担当する利用者以外のケアプランを容易に確認できるよう日々のアセスメント記録と共にし記録を書くときに確認できるよう工夫している。日々の記録を書くシートにケアプランのサービスを実施したら記入するようになっていて意識しやすい。
	9	【スタッフ】利用者の自宅での生活の様子(趣味や生活スタイル、家族構成等)を把握できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用開始時に自宅での生活歴を聞き取りし周知している。ケアプラン作成時はセンター方式シートを使用して細かな情報を得ている。
	10	【スタッフ】利用者の状況に合わせた食事や入浴、排泄等の介護ができているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	個々のケアについてはケアプランに位置付けカンファレンスで共有し、日々プランに沿ったケアを行っている。
	11	【スタッフ】利用者の薬の内容(目的、用法、用量及び副作用等)について情報を共有できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	薬情を職員全員がいつでも見れるようにしている。新たに処方された薬については看護師がその目的と考えられる副作用について申し送りノートなどで伝達している。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
利用者等への配慮	12	【スタッフ】利用者や家族等と挨拶ができているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	ご家族との挨拶は丁寧を心がけて行っている。利用者との挨拶は顔を合わすたびに行っている。
	13	【スタッフ】利用者や家族等と会話ができているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用者とは日々の会話を大切に、声掛けを多く行っている。今年度はコロナ禍のため職員とご家族が会話する機会はほとんどない。
	14	【スタッフ】状況に合わせた接遇（態度や言葉遣い）ができているか。 <i>(雰囲気や会話のペース等を配慮しているか。)</i>	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用者一人一人の状態に合わせて、話し方や接し方を使い分けている。ケアプランに位置づけされているケースもある。
	15	【スタッフ】利用者や家族等に不快感を与えるような雑談を行っていないか。 <i>(時間、場所、声量等の配慮ができているか。)</i>	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用者と無関係の雑談は禁じている。
	16	【スタッフ】利用者や家族等と接する際には笑顔を意識し、安心して過ごせるよう配慮できているか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	利用者と接するときは常に笑顔を意識している。
	17	【スタッフ】利用者の羞恥心やプライバシーに配慮した声かけができているか。 <i>(人前かつ大きな声で身なりの汚れ、着衣の乱れ、尿意及び便意等の声かけを行っていないか。)</i>	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	常日頃からそのような声掛けは不適切な関わりとして指導している。職員はそれを意識して声掛けを行っている。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
災害時の対策	18	【管理者】 事業所の災害マニュアル等を整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	
	19	【管理者】 職員に事業所の災害マニュアル等を周知しているか。 【スタッフ】 事業所の災害マニュアル等を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	マニュアルを保管する場所が決まっており、その場所を職員に周知している。
	20	【管理者】 災害に関する訓練や研修等を行っているか。 【スタッフ】 災害に関する訓練や研修等に参加しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	コロナ禍にあつて今年度は職場内研修を控えていたため災害に関する研修は行っていないが、避難訓練や防災訓練は毎月実施し、全ての職員が参加できるようにしている。
	21	【管理者】 職員に災害時における近隣の避難場所等を周知しているか。 【スタッフ】 災害時における近隣の避難場所等を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	マニュアルにも記載されており、避難訓練の中でも確認している。
	22	【管理者】 職員に災害時に使用する器具や機械等(消火器や火災通報装置の操作盤等)の取扱い方法を周知しているか。 【スタッフ】 災害時に使用する器具や機械等(消火器や火災通報装置の操作盤等)の取扱い方法を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	×を付した職員は、教わっているが使用しないと忘れてしまう、実際に有事に遭遇した際に慌てずに行けるか自信がないという理由。
	23	【管理者】 職員に災害の通報時に説明するべき事項を周知しているか。 【スタッフ】 災害の通報時に説明するべき事項を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	うる覚えで自信がないと思っている職員が居るので今後模擬通報訓練を積極的に行っていく。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）	
			回答状況				平均評価
			○	×			
緊急時の対策	24	【管理者】事業所の緊急マニュアル等を整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—		
	25	【管理者】職員に事業所の緊急マニュアル等を周知しているか。 【スタッフ】事業所の緊急マニュアル等を把握しているか。 (利用者の容態が急変した場合等の対応方法を把握しているか。)	○	① ② ③ ④ ⑤	○	緊急マニュアルは見やすい場所に掲示してすべての職員が周知している。	
	26	【管理者】緊急時に関する研修等を行っているか。 【スタッフ】緊急時に関する研修等に参加しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	救命講習や火災避難訓練の中で緊急対応の指導をしている。コロナ禍のため緊急時に特化した研修には参加していない。	
	27	【管理者】職員に救急車の手配時等に説明するべき事項を周知しているか。 【スタッフ】救急車の手配時等に説明するべき事項を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○		
	28	【管理者】職員に家族等への連絡方法や説明するべき事項を周知しているか。 【スタッフ】家族等への連絡方法や説明するべき事項を把握しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	緊急時のご家族への連絡は管理者を通しており、職員が行うことはない。	
	29	【スタッフ】応急手当等の方法を把握しているか。	—	① ② ③ ④ ⑤	○	応急手当普及員の資格を持つ職員が消防と同じ内容の救命講習を行っている。（原則緊急事態宣言中は行っていない）職員は2年に1回程度のペースで受講歴が古い者から順々に再受講している。	

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）	
			回答状況		平均評価		
			○	×			
衛生管理	30	【管 理 者】 事業所の衛生マニュアル等を整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	職員がいつでも見れるマニュアルのほか、特に食中毒についてはキッチンに掲示もしている。	
	31	【管 理 者】 職員に事業所の衛生マニュアル等を周知しているか。 【スタッフ】 事業所の衛生マニュアル等を把握しているか。	○	①	2	0	○
				②	6	0	
				③	0	0	
④				2	0		
32	【管 理 者】 職員に外出後、食事準備前後、入居者や自身のトイレ利用後等に手洗いやうがいを徹底するよう周知しているか。 【スタッフ】 外出後、食事準備前後、入居者や自身のトイレ利用後等に手洗いやうがいを徹底しているか。	○	①	2	0	○	
			②	6	0		
			③	0	0		
			④	2	0		
33	【管 理 者】 職員に発熱時等に無理な出勤をしないよう周知しているか。 【スタッフ】 発熱時等に無理な出勤をしていないか。	○	①	2	0	○	
			②	6	0		
			③	0	0		
			④	2	0		
				⑤	0	0	

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
個人情報の管理	34	【管理者】個人情報の取扱い方法等について整備しているか。 (法人や事業所としての規約、守秘義務の誓約、個人情報利用の同意、その他取扱いに係るルール等が定められているか。)	○	① ② ③ ④ ⑤	—	
	35	【管理者】個人情報の取扱いについて職員に守秘義務等の誓約を課しているか。 【スタッフ】個人情報の取扱いについて守秘義務等の誓約をしているか。	○	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	労働契約時と退職時に誓約を交わしている。守秘義務については就業規則に明記されており周知している。また、折に触れ守秘義務について職員に伝えている。
	36	【管理者】個人情報の取扱い方法等について職員に周知しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	データ等の社外持ち出しや個人情報が記載されている書類の保管方法や廃棄方法についても取り決めがあり、周知している。
	37	【スタッフ】自宅等で利用者の個人情報を口外していないか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	
	38	【スタッフ】個人情報が記載された書類を机上等に放置していないか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	個人情報の中でも特に日常の記録を記入するものについては保管場所に戻すことを徹底している。
	39	【スタッフ】PCの画面に個人情報を表示させたまま放置していないか。	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	職員がPCを使用して個人情報にかかる作業をする事はない。
	40	【スタッフ】個人情報を事業所外に持ち出していないか。 (持ち出す場合は、事業所の規約等に従い適切に行っているか。)	—	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	上記同様。管理者のPCはキーロックをしている。
	41	【管理者】個人情報の取扱いについて家族からの同意を適切に得ているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	契約時に個人情報に係る項目ひとつひとつについて同意をいただいている。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
安全管理	42	【管理者】薬の管理や服薬介助の方法等について整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	薬の管理場所、管理方法は取り決めをしている。服薬方法はひとりひとりの状態に合わせて決めており統一している。
	43	【管理者】職員に薬の管理や服薬介助の方法等について周知しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	服薬介助の方法は利用開始の事前調査で情報を得て周知している。新たに出る薬の管理方法や服薬介助についてはカンファレンスで伝達するか、申し送りノートやグループラインで周知している。
	44	【スタッフ】薬の管理は適切に行えているか。 (利用者毎、朝昼晩毎等に間違えないよう管理されているか。)	—	① ② ③ ④ ⑤	○	翌日に服用する分を前夜に職員2名でチェックしながら出している。
	45	【スタッフ】服薬介助の際、薬の種類等に誤りがないことの確認を適切に行えているか。 (声出し確認、複数人での確認等の確認行為を行っているか。)	—	① ② ③ ④ ⑤	○	与薬する前にもう一人の職員にも声出し確認してもらってから与薬している。
	46	【管理者】転倒や誤食等の対策(見守り方法等)を整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	利用者一人一人について必要に応じてケアプランに位置づけしている。
	47	【管理者】職員に転倒や誤食等の対策(見守り方法等)を周知しているか。 【スタッフ】転倒や誤食等の可能性がある利用者を把握して適切な見守りが行えているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	そのような利用者について職員全員が把握しておりケアカンファレンスで話し合い、見守り方法を検討したりケアプランのサービス内容に盛り込んだりしている。予期せずして起こった場合でも直ぐに検討し対策を講じている。
	48	【管理者】外出や帰宅願望が強い利用者の対策(見守り方法等)を整備しているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	—	そのような利用者について職員全員が把握しており、一定の共通認識を持っている。常に安否確認を行い帰りたい気持ちに寄り添う言葉かけをしたり「外に出たい」時は直ぐに出ている体制を作っていて行動を制止しないケアをして
	49	【管理者】職員に外出や帰宅願望が強い利用者の対策(見守り方法等)を周知しているか。 【スタッフ】外出や帰宅願望が強い利用者を把握して適切な見守りが行えているか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	同上
	50	【管理者】職員に事故事例と再発防止策について周知しているか。 【スタッフ】事故事例と再発防止策について情報共有ができていないか。	○	① ② ③ ④ ⑤	○	ヒヤリハット報告書事故報告書は全ての職員が目を通すこととしており職員の見やすい場所に置いてある。また毎月カンファレンスで検討されている。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
職員の確保・質の向上	51	【管理者】 職員が休暇を取得できるよう勤務体制等に配慮しているか。 【スタッフ】 休暇を取得できているか。	○	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	シフトは月ごとに管理していて月の決められた休暇日数は必ず取れている。取得義務のある有休のほか、急な休み希望にも対応している。
	52	【管理者】 勤務体制や休憩室等を整備し職員が十分な休憩を取得できるよう配慮しているか。 【スタッフ】 十分な休憩を取得できているか。	○	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	業務内容を鑑み全員が同時に休憩をとることはできないが、毎日その日に決められた休憩時間を消化している。
	53	【管理者】 職員が意見や要望を伝えやすいよう職場環境等に配慮しているか。 【スタッフ】 事業所の管理者等に意見や要望を伝えることができるか。	○	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	年に一度管理者との定期面談がある。その中で業務に対する意見を聞いている。また毎月のカンファレンス内の議題にも業務に関する意見を言えるようになってきている。
	54	【管理者】 職員が研修(職場内、職場外)に参加できるよう勤務体制等に配慮しているか。 【スタッフ】 研修(職場内、職場外)に参加できているか。	○	① 2 0 ② 6 0 ③ 0 0 ④ 2 0 ⑤ 0 0	○	キャリアパス制度を導入しており経験や力量に応じて指定の研修を受けてもらっている。それ以外に全員に受けてもらう必須研修と希望者だけが受ける事の出来る研修がある。
	55	【管理者】 職員がキャリアアップに向けた資格取得等ができるよう配慮しているか。 【スタッフ】 キャリアアップに向けた資格取得等ができているか。	○	① 2 0 ② 4 2 ③ 0 0 ④ 1 1 ⑤ - -	○	年齢や家庭環境的に今以上のキャリアアップを目指していない職員がいる。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）
			回答状況		平均評価	
			○	×		
多様性のある支援	56	【管理者】 通い、訪問、宿泊の回数等は利用者や家族等のニーズに応じて適切なものになっているか。 (通い、訪問、宿泊の回数等は利用者の状態に合ったものか。)	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	体制の許す限りご本人やご家族の要望に応じて組み合わせている。
	57	【管理者】 利用者に提供するサービスが画一的になっていないか。 (利用者の状態や要望に合わせたサービスを提供できているか。)	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	利用者やご家族の要望を踏まえ、一人一人をアセスメントしてニーズを明確にし、ケアプランを作成してケアを提供している。
	58	【管理者】 事業所内での支援に限らず、外出や町内会行事等の地域を活用した支援を行っているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	コロナ禍のためこの1年は事業所の外に出ることはほとんどできなかったが、近隣への散歩や町内のスーパーでの買い物をしていた。コロナ前はおこなっていたのと今後状況が落ち着けば積極的に行う用意があるため○とした。
事業所の様子	59	【管理者】 事業所内や周囲の環境は清潔な状態が保たれているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	通常の清掃に加え感染防止の観点から日に2回定期的なトイレ掃除や手すりの消毒を行っている。汚れたときは随時実施している。館外は利用者と共に草取りをしたり、ゴミステーションなども清掃している。
	60	【管理者】 事業所内は居心地のよい空間になるよう工夫されているか。 (明るさ、装飾、生活音等に配慮がされているか。)	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	家庭的な雰囲気を大切にしている。玄関先や定期的に行う昼食バイキング、月の行事なども家庭で行われていることを中心にし季節感を大切にしている。尿便臭にも気を配り廃棄したオムツ等から悪臭が出ないように工夫している。
	61	【管理者】 事業所は訪問しやすい雰囲気になっているか。 (立地や外観的工夫、内部での対応等を評価する。)	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	住宅街の中にあり、道路に面した立地は訪れやすいと感じる。外観も住宅街の中で悪目立ちすることなく馴染んでいる。インターホンの対応も訪れる方に不快な思いをさせないよう指導している。
	62	【管理者】 非常時に使う物品や非常口付近に利用を阻害するような物を置いていないか。 (非常時に行動の妨げにならないよう配慮されているか。)	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	非常口付近には妨げになるようなものは置いていない。

設問		管理者評価	スタッフ評価			備考（できていない理由等）	
			回答状況				平均評価
			○	×			
連携・協働	64	【管理者】運営推進会議を年6回以上開催して地域の意見を聞く機会を確保しているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	コロナ禍のため今年度は書面開催も多く対面で意見を聞く機会は減っていたが、緊急事態宣言が明けてからは館内で開催しており、ご意見を直接聞くことができています。	
	65	【管理者】運営推進会議では地域住民(町内会役員や民生委員等)の参加を得ているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	都度、ご案内差し上げている。ご都合をつけてご参加いただいている。	
	66	【管理者】運営推進会議では事業所の取り組みに関する説明、事例検討、地域との連携等についてわかりやすく行っているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	会議の資料に沿って事業報告、利用動向、利用者の様子など報告している。	
	67	【管理者】地域の各団体(自治会、町内会、婦人会、消防団等)の活動やイベントを把握しているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	コロナ禍において地域の活動やイベントは殆ど中止になっている。	
	68	【管理者】地域の各団体(自治会、町内会、婦人会、消防団等)の活動やイベントに参加しているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	コロナ禍において地域の活動やイベントは殆ど中止になっている。	
	69	【管理者】その他のサービス機関(医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所)と必要に応じて協力しているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	必要に応じて連携している。	
	63	【管理者】利用者や家族、地域住民等から意見や要望等を受け付け改善する体制を整備しているか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	今年度はコロナ禍で行えなかったが家族会がありその中で事業所への意見を吸い上げる仕組みがある。玄関には意見箱も設置しており、運営推進会議の中でも都度ご家族や地域の方に意見を伺っている。	
人格の尊重	70	【管理者】身体拘束が行われていないか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	身体拘束は行わないことを玄関に掲示している。日々のケアの中でも行動を制止しないケアを実践している。毎月身体拘束廃止委員会を行っており自分たちのケアが拘束に当たらないか検討している。	
	71	【管理者】虐待やそれに準ずる行為が行われていないか。	○	① - ② - ③ - ④ - ⑤ -	—	虐待以前に、自分たちのケアが不適切なケアになっていないか、常に振り返りカンファレンスの中でも検討している。	