

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893000485		
法人名	ジェイエイ兵庫六甲福祉会		
事業所名	オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所		
所在地	兵庫県尼崎市上ノ島町3丁目25-25		
自己評価作成日	令和5年6月19日	評価結果市町村受理日	

【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)】

新規利用者獲得を目的とした、居宅を中心とした外部への営業を続けていく。利用者様を楽しくワクワクさせる為、外出行事を毎月計画している。

※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	http://www.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【第三者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)】

広く高齢者福祉事業を展開するジェイエイ六甲福祉会が運営する事業所である。地域貢献活動として組合員向けの介護食講座を継続し、運営推進会議の集合開催を再開し、民生委員から情報を得て外出行事として地域のイベントに参加する等、事業所と利用者が地域とのつながりが持てるよう取り組んでいる。手作りの献立作り・食事提供を継続している。日々のレクリエーションや体操、音楽療法(月3~4回)、誕生会、季節の行事等、利用者が楽しみながら機能の維持向上できるように取り組んでいる。重度化・終末期対応を事業所の方針とし、利用者・家族に希望があれば、かかりつけ医・訪問看護等関係者と連携しチームで支援に取り組んでいる。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和5年7月30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 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、生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. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	毎朝朝礼にて、福祉事業5訓の唱和、事業所のキャッチフレーズを唱和している。	法人の福祉5訓に、地域社会への貢献を明示している。事業所独自の基本方針と年度毎のキャッチフレーズを作成している。法人の福祉事業5訓・キャッチフレーズ・基本方針を書面にして職員に配布し、朝礼時に唱和して共有を図っている。管理者が、日々のサービス・運営状況や人事考課面談等で把握した職員の意見等を勘案し、次年度のキャッチフレーズの作成を行っている。	法人の福祉5訓、事業所の基本方針・キャッチフレーズの実践状況を職員も参画して振り返る機会を設け、実践につなげる取り組みが望まれる。
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	ベランダにある植木鉢に、職員が植えたアサガオを利用者と一緒に、毎朝水やりをしている。	民生委員から地域行事の情報を得て、外出行事としてアジサイ祭り・盆踊り等の地域のイベントに参加し、利用者が地域交流できる機会を設けている。地域貢献活動として、年4回の組合員向けの介護食講座を継続している。	
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	地域貢献の一環として行っている介護食講座、継続して行い(年4回)地域住民と繋がりを持つようにしている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回ペースで開催し、意見交流を行っている。	家族代表・地域代表(民生委員)・地域包括支援センター職員・知見者(大学教授)・事業所職員を構成 委員とし、2ヶ月に1回開催している。令和4年5月・7月・9月は書面開催とし、11月以降は集合開催を再開している。会議では、活動状況報告書で利用者状況・行事・ヒヤリハット事故等を報告し、参加者からの意見や情報を収集し、地域の情報等を事業所のサービスや運営に活かしている。議事録を1階の掲示板に掲示し、運営推進会議の内容を公開している。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	者	第三	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
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	ケアマネージャーを中心とした連絡を行っている。	運営推進会議を通して、地域包括支援センターと連携している。地域包括支援センターから利用についての相談があれば、介護支援専門員が中心となって連携している。報告・相談事項があれば、市の担当課に報告・相談を行い適切な運営につなげている。	
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「介指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	ベッド柵、センサーマットを使用しないケアの実践がどうしたらできるのか？職員と話し合っている。	利用者の安全確保について検討事項があれば、主に朝のミーティングで検討し、身体拘束をしないケアを実践している。年間研修計画をもとに、年に1回「身体拘束排除の為の取り組みに関する研修」を動画研修で実践している。職員は各自で受講し、受講後に報告書を提出し、管理者が受講状況を確認している。日中は、事業所の玄関の施錠は行っていない。	朝のミーティングでの検討内容・経過・決定事項は主に口頭で周知を図っているが、支援経過等文書で伝達・共有することが望まれる。
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	接遇面での注意・指導を都度行っている。	身体拘束排除と同様の方法で、「高齢者虐待防止関連法を含む虐待防止に関する研修」を年1回実施している。気になる言葉かけや対応があれば、管理者が注意喚起・助言を行い、不適切ケアの未然防止につなげている。管理者は相談しやすい関係作りに努め、法人はストレスチェック・相談窓口の設置・アンケートシステムの導入等を行い、職員のストレスや不安がケアに影響しないよう取り組んでいる。職員は利用者の心身の状況に注意を払い、自宅や事業所内での虐待が見逃されないよう情報共有している。	
8	(7)		○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	内部研修を通じて、学ぶ機会を設けている。	現在までに、権利擁護に関する制度(日常生活自立支援事業・成年後見制度)の利用事例はない。上記と同様の方法で、年1回「成年後見制度の理解に関する研修」を実施している。今後、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が制度についての説明や情報提供を行うこととしている。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	第三者	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
9	(8)	○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	説明を行い、納得してもらっている。	利用希望があれば、見学を兼ねて来所してもらい、パンフレットに沿って、小規模多機能型居宅介護の特徴や利用料金等について説明している。通い・泊まりの体験利用も可能で、サービスについて理解・納得を図っている。契約時は、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書を説明し、文書で同意を得ている。契約内容の改定時は、新旧対照表を作成し文書で同意を得ている。	
10	(9)	○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	連絡帳に家族様のご意見を記載できるよう、メッセージ欄を設けている。	連絡帳のメッセージ欄・電話・メール・送迎時の会話等から把握した利用者・家族の意見・要望は、主に朝のミーティングで共有し、内容に応じて支援経過記録に記録している。毎月のモニタリング・サービス担当者会議では、介護支援専門員が利用者・家族の意見・要望を聴き取り把握している。把握した意見・要望は、主に個別のサービス調整に反映している。連絡帳や毎月発行する「オアシスだより」で、利用者・事業所の様子や活動等を伝え、家族が意見・要望が表しやすいよう取り組んでいる。	
11	(10)	○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	月1回 職員会議開催をし、職員の意見を聞いている。	月1回職員会議を開催し、利用者情報・報告検討事項・今後の予定等を共有し、職員の意見・提案を利用者支援や業務に反映できるよう取り組んでいる。利用者情報については、全利用者の1カ月分の支援経過記録をもとに詳細に情報共有している。議事録を申し送りノートに綴じて回覧し、職員会議に出席できなかった職員にも周知を図っている。日々の検討事項は主に朝のミーティングで検討し、検討内容・経過・決定事項は、口頭と内容に応じて支援経過記録で共有している。管理者が定期的には年1回、随時にも個人面談を行い、個別に意見等を聞く機会も設けている。アンケートシステムにより、職員が法人に意見等を直接伝える仕組みもある。	

自己	者	第三	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
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	職員と話しをする時間を設けている。		
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	外部研修受講を勧めている。		
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	外部の集まりごとには積極的に参加するようにしている。		
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	ケアマネジャーがプランを作成するにあたり、聞き取りを行っている。		
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	困っている事ないですか？と家族様にお聞きし、ご要望をお聞きしている。		
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	必要な福祉用具があれば、導入している。		
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	お客様として迎え、利用者本位のサービスに繋げている。		

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	者	第三	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
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	相談事はいつでも乗りますと発信している。		
20	(11)		○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	自宅で過ごされる日、家族様対応にて、親族の方などと面会している。	馴染みの人との関係継続は主に自宅で、馴染みの場所との関係継続は主に家族同行で行われている。事業所でも家族・親族・友人との面会に対応し、馴染みの人との関係継続を支援している。アジサイ祭り等の地域のイベントへの外出を通して、馴染みの場所との関係継続につながる場合もある。	
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、連帯感を持たせている。		
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	連絡があれば、相談にのらせて頂いている。		
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	(12)		○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	本人様にお聞きして、検討をしている。	利用開始時に聴き取って把握した生活歴や希望等を「フェイスシート」に記録し、利用者個々の思いや暮らし方の希望・意向の把握に努めている。利用開始後は、主に介護支援専門員がモニタリング時に把握し、支援経過記録に記録している。把握した思いや意向は、居宅サービス計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。利用者からの把握が困難な場合は、家族からの情報をもとに意向に沿った支援ができるよう努めている。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己 者 第三	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
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	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	職員から情報を聞き、把握に努めている。		
26	(13) ○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	家族様のご意向を確認しながら、ケアマネジャー、職員とよく話しを行い、計画作成を行っている。	利用開始時の面談等で把握した情報から「フェイスシート」を作成し、「居宅サービス計画書」「個別介護計画書」を作成している。「個別介護計画書」を「支援経過記録」のファイルに綴じ、職員に周知を図っている。サービスの実施記録は「ケース記録」「健康管理表」に、特記事項があれば「支援経過記録」に記録している。月1回介護支援専門員がモニタリングを実施し、「モニタリング表」に記録している。必要時は随時、定期的には短期目標の期間(6か月)毎に、「居宅サービス計画書」の見直しを行っている。見直し時には、モニタリングをもとにサービス担当者会議を実施している。	下記の取り組みが望まれます。 ・「個別介護計画書」の作成日の記載。 ・居宅サービス計画と個別介護計画の連動。 ・居宅サービス計画見直し時の個別介護計画の見直し。 ・居宅サービス計画の見直し時の再アセスメントの実施。 ・(再)アセスメントによる利用者個々のニーズに基づいた居宅サービス計画の作成。 ・サービス担当者会議で、かかりつけ医・訪問看護など関係者の意見を反映した記録。 ・訪問サービスのニーズの把握と、必要時に対応できる体制づくり。
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	必要な情報は支援経過に記録し、情報共有を行っている。		

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己 者 第三	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	その時々合わせた、柔軟なサービス提供を行っている。		
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	地域資源を把握し、ケアに反映できるよう支援する。		
30	(14) ○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	本人様とご家族様が希望された主治医にしている。	利用者個々のかかりつけ医を把握し、「フェイスシート」に記録している。管理者・介護支援専門員がかかりつけ医と連携し、利用者・家族が希望する受診支援を行っている。通院は家族の同行を基本としているが、困難な場合は、管理者や介護支援専門員が同行支援している。通院が困難になった場合は、訪問診療が受けられるよう情報提供や支援を行っている。通院等の医療に関する記録は、「支援経過記録」に記録している。	
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	介護と医療従事者にて互いに情報共有を行っている。		
32	(15) ○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。	関係が作れるように、主治医と連絡を取る。	入院先の医療機関からの要請があれば、「フェイスシート」で情報提供している。入院中は週に1回程度家族と連絡をとり、利用者の病状や状況を把握している。退院の目的が立てば家族と話し合いの場を設け、サービス調整・福祉用具の導入等の検討を行っている。退院時には、「看護サマリー」の提供を受け、退院後の支援に反映している。入院中や退院時の経過等については、「支援経過記録」に記録している。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	第三	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
33	(16)	○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	事前に家族様にご意向をお聞きし、対応を行っている。	利用者・家族の意向に応じて、重度化・終末期対応を行う事業所の方針を、契約時に説明している。日頃から介護支援専門員がかかりつけ医と連携を密にし、重度化を迎えた段階で、管理者と家族が話し合いの場を設け、利用者の現状を説明している。今後の方針について家族の意向を確認し、家族に重度化・終末期対応の希望があれば、かかりつけ医・訪問看護等関係者と共に、チームで支援に取り組んでいる。経過については「支援経過記録」に記録している。動画研修で、「ターミナルケア及び医療に関する研修」を実施している。	
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	研修を通じて、教育体制をとっている。		
35	(17)	○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	消防訓練を年2回実施している。	年2回、昼間・夜間想定で、火災時対応の総合訓練を、利用者も参加して実施している。令和4年11月に昼間想定で、6月に夜間想定で実施している事を記録で確認した。「火災時の避難誘導訓練」に具体的な訓練手順等を記載し、訓練実施後は消防署に結果報告書を提出している。訓練に参加できなかった職員には、管理者が避難誘導方法(昼間・夜間ともに南側ベランダへの避難誘導)を口頭で伝え、周知している。災害に備えて、水・レトルト食品・缶詰等の非常食料、備品類を事業所内で備蓄し、リストで管理している。	運営推進会議の機会を活用し、非常災害時の地域との協力体制について話し合うことが望まれる。

自己	第三者	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	(18)	○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	失礼のない対応ができるよう、普段からの言葉遣いに注意をしている。	「プライバシー保護の取り組みに関する研修」「倫理及び法令遵守に関する研修」等で、人格尊重やプライバシー保護について学ぶ機会を設けている。職員の言葉遣いや対応について気になる場面があれば、管理者が都度、個別に注意喚起や助言を行い、利用者の誇りやプライバシーを損ねることがないよう取り組んでいる。利用者の写真・映像の使用については、契約時に文書で意向を確認している。	
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	要望が聞き取れるように会話している。		
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	その時々に合わせて、柔軟なケアを行っている。		
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	だらしない格好になっていないか？支援行っている。		
40	(19)	○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	社会的役割を持つことができるよう、支援する。	当日の調理担当職員が献立を立て、毎食手作りの食事を提供している。季節感や行事食を取り入れた献立作りに努め、JAの米や旬の食材の使用により食事が楽しめるよう取り組んでいる。利用者個々の嚥下状態に応じて、刻み食・ミキサー食・トロミ食・ソフト食への対応が可能である。月1回の誕生日会には、おやつを工夫している。テーブル拭き等、利用者の役割づくりを支援している。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	者	第三	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	記録し、職員間で情報共有している。		
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、本人様の能力に応じた、口腔ケアを実践している。		
43	(20)		○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	適切なオムツ選定、使用となっているか？ 評価をしている。	自立からベッド上でのオムツ交換まで、排泄の自立度に個人差が大きい状況である。「健康管理表」で自立度・排泄形態・排泄用品・排泄状況を把握し、可能な限り日中はトイレでの排泄を支援している。介助方法や排泄用品の適性について検討事項があれば朝の申し送りで検討し、決定事項を「支援経過記録」や職員会議で共有し現状に即した支援につなげている。ドアを閉める、声かけや報告の時は周囲に配慮する等、プライバシーや羞恥心への配慮の周知を図っている。	
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	乳酸菌飲料を使用、運動を取り入れ、便秘予防に努めている。		
45	(21)		○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ず、個々にそった支援をしている	本人様のご意向に沿った、入浴介助を行っている。	利用者個々のニーズをもとに週2～3回の入浴を計画し、入浴予定表を作成し、ホワイトボードにも記載している。入浴状況は「健康管理表」に記載している。個浴の一般浴槽にリフトの設備があるが、現在はリフトの使用はなく、必要に応じて2人介助やシャワー浴で対応している。同性介助の希望があれば同性で対応し、気が進まない場合は時間帯を調整する等、個別の対応を工夫している。利用者個々のペースで、職員との会話を楽しみながらゆっくり入浴できるよう支援している。	

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己 者 第三	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	食後はベッド臥床を勧め、支援している。		
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	看護師が薬を管理し、職員に情報をおろす体制をとっている。		
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	楽しみを増やすことが出来るよう、職員と共に考えていく。		
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。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	外出行事を計画し、実施している。	民生委員から地域行事の情報を得て、アジサイ祭り・盆踊り等の地域のイベントを活用し、毎月、外出行事を行っている。ベランダのベンチで外気浴やお茶を楽しんだり、プランターの花に水やりをする等、屋外で過ごす時間を設けている。	
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	訪問ヤクルト販売にて、毎週水曜日、お財布を持っておられる利用者様は直接支払いをされている。		
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	ご要望があれば、事業所の電話をお貸ししている。		

オアシス尼崎立花 小規模多機能型居宅介護事業所

自己	第三者	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
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	夏はエアコン28度設定、冬はエアコン23度設定にしている。季節感が出る様、カレンダーを大きく張り出している。	共用空間に、テーブル席、大型テレビとソファのコーナー、静養ベッドを設置している。空気清浄機・除菌脱臭機、テーブル上にパーティションを設置し、快適な環境づくり・感染予防を行っている。毎月、季節感を取り入れたカレンダーを利用者と一緒に制作して飾り、ベランダのプランターで季節の花を育て、季節感を大切にしている。キッチンで手作りの調理を行い、利用者がテーブル拭き・洗濯物たたみ等ができる場面づくりを行い、生活感を取り入れている。共用空間で、個別やグループでのレクリエーションや体操、音楽療法(月3~4回)、誕生会、季節の行事等も行っている。	
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	ソファ席を作っている。仲の良いご利用者様同士、席の配置に配慮している。		
54	(24)	○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	馴染みの物を持ち込んで頂いても良いと、家族様にご説明している。	泊まりの部屋に、ベッド・テーブル・筆筒・寝具・ナースコール等を設置している。テレビについては、個人所有のテレビの預かりや、事業所所有のテレビの貸し出しで対応している。その他は、泊まりの期間に応じて衣類・日用品等を自由に持ち込めることを説明し、居心地よく過ごせるよう支援している。利用者の心身の状況に応じて、事務所から近い部屋を調整する等、安心・安全に配慮している。	
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	手すり設置にて、自立支援に努めている。		