

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 | 2893300224 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 ジェイエイ兵庫六甲福祉会 | | |
| 事業所名 | オアシス伊丹池尻小規模多機能型居宅介護事業所 | | |
| 所在地 | 兵庫県伊丹市池尻6丁目186-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和5年 9月1日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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/ |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|

【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 9月30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)】

近隣には農園・学校・神社などがあり、静かな環境です。開所より12月で8年となり少しずつ地域の皆様との関係性も結ばれてきております。住み慣れた地域での生活を続けたい、その気持ちを大切に利用者様一人一人に合わせて柔軟に対応出来る支援を行います。地域に根差した介護施設を目指し、ご利用者様、スタッフも近隣住民です。利用者様も職員も皆が自分自身の居場所であると認識しています。馴染みの職員とリハビリの実践やレクリエーションを通じて、役割づくりを職員一同が意識して取り組んでいます。音楽療法・季節の行事も随時行われており活気があふれています。施設裏の園庭には季節の野菜や花が手入れされており、地域の皆さまからも好評頂いております。地域の皆さまもふらっと立ち寄って頂ける、そんな身近な事業所となる。

【第三者評価で確認した事業所の優れている点、工夫(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、グループホームを併設する事業所である。地域交流・地域貢献に向けた積極的な取り組みを継続し、今年度から公民館での「子ども食堂」に参加し、職員・利用者が地域の方と交流する新たな取り組みを開始している。施設の園庭を活用した広い菜園での園芸活動やターフとテーブルを設置したスペースでの活動、玄関前の花壇・ベンチでの外気浴、施設近隣の散歩等、気候のよい時期は戸外で過ごす機会作りに努めている。リハビリ体操やレクリエーションを日課とし、季節行事・音楽療法・園芸活動等、楽しみながら心身の機能が維持向上できるように取り組んでいる。職員の献立による食手作りの食事を提供し、菜園の野菜の活用・行事食・手作りおやつ・デリバリーの活用等、食事が楽しめるよう支援している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 | 出前講座、たんぼぼ食堂の参加、園芸講習などに参加し地域との交流を図り、密着型サービスの実践に努めている。 | 法人の福祉事業5訓・事業所の理念(キャッチフレーズ)をスタッフルーム前に掲示し、朝礼時にそれらを記載したシートを見ながら唱和し共有を図っている。福祉事業5訓に地域密着型サービスの意義を明示している。福祉事業5訓・事業所の理念(キャッチフレーズ)をもとに「部門別実行計画」を作成し、シートの裏面に記載して朝礼時に意識付けを行い、実践状況を職員会議で確認しながら実践につなげるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | 今年の6月より月1回たんぼぼ食堂に参加し地域の方との交流を図っている。 | 地域のボランティアと利用者が参加する園芸活動、園芸講習会の開催、職員による事業所周辺の清掃活動、地域からの相談対応、出前講座の活用、法人によるオンラインセミナーの開催等、地域交流・地域貢献を継続している。特別支援学校からの実習生の受け入れや交流の再開に向け、見学の受け入れを行っている。今年度から、公民館でのたんぼぼ食堂(子ども食堂:地域の方とカレーを作り地域の方に提供)に参加し、職員・利用者が地域の方と交流する新たな取り組みを開始している。 | |
| 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 | 事業所玄関等に見学相談の旗を設置、随時見学希望者を受け、相談を受ける、またサービスの提案や紹介を行っている。 | | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 二カ月に1回開催し家族様や地域の方から、問題共有、意見反映を吟味し向上に活かしている。 | 利用者・家族代表・地域代表(氏子会・老人会・民生委員)・市職員・地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員・知見者(大学教授)・事業所職員等を構成委員とし、グループホームと合同で、2ヶ月に1回開催している。令和5年1月から集合開催を再開している。開催時には、利用者状況、行事等事業所の取り組み、ヒヤリハット・事故事例等を報告し、参加者と意見・情報交換を行い、サービスや運営に反映できるよう取り組んでいる。議事録ファイルを玄関に設置し、公開している。 | 「オアシス通信」に運営推進会議の実施報告や予定を掲載し参加を呼び掛けているが、利用者・家族の参加が困難な状況である。今後も、利用者・家族の参加に向けて働きかけの工夫と継続を期待する。 |
| 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取り組んでいる | 推進会議だけでなく、日頃から行政と密に連絡を取り合っ協力体制とれるようにしている。また定期的に介護相談をうけ、柔軟に対応できるよう取り組んでいる。 | 運営推進会議を通して、市法人監査課・地域包括支援センター・社会福祉協議会との連携がある。市が主催する研修会への参加、伊丹市事業所連絡会への参加による連携もある。市に事務手続きについての確認等を適宜行い、適正な運営につなげている。地域包括支援センターとは、利用相談や地域ケア会議を通して、協力関係を築いている。市から福祉避難所としての認証を受けている。 | |
| 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 | 研修を最低年に1回実施することにより、身の拘束におけるデメリットを周知、共有している。 | 施設共通の「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。令和4年度は、法人共通の「不適切ケアチェックシート」で個別に振り返る機会を持ち、言葉等による行動制限の防止に向け取り組んでいる。令和5年度も「不適切ケアチェックシート」での取り組みを継続し、研修の実施も予定している。玄関は電子錠対応しているが、事業所前の花壇やベンチ、菜園等を活用したり、施設周辺を散歩し、閉塞感を感じないよう努めている。 | 身体拘束排除に関する研修の実施を明確にすることが望まれる。 |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 研修の実施や入浴介助やトイレ介助時に皮膚観察を行い変化がある場合は記録やスタッフに周知してもらい家族様にも報告し確認をとっている。 | 虐待防止についても、令和4年度は「不適切ケアチェックシート」による振り返りを実施し、不適切ケアの防止に取り組んでいる。令和5年度も「不適切ケアチェックシート」での取り組みを継続し、研修の実施も予定している。気になることば遣いや対応があれば、職員間で注意喚起を行っている。相談しやすく、協力し合える環境づくりに努め、職員のストレスや不安等がケアに影響しないように取り組んでいる。法人としても、ストレスチェックの実施、メールでのアンケート、相談窓口の設置等を行っている。送迎時・訪問時に家庭状況や家族の介護力に留意し、助言やサービス調整の提案を行い、家庭内での不適切ケアの未然防止に努めている。 | 虐待防止に関する研修の実施を明確にすることが望まれる。 |
| 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 | 職員会議で研修実施をしている。個々が調べて報告書を提出により知識を深めている。 | 権利擁護に関する制度について、令和4年度・5年度は、出前講座を活用して研修を実施し、職員の理解を深めている。以前に成年後見制度利用していた事例があり、後見人への状況報告や金銭管理書類の提供等、制度利用を支援していた。現在、成年後見制度の利用手続き中の事例がある。今後も、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり地域包括支援センターと連携して支援する体制がある。 | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 9 | (8) | | <p>○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</p> | <p>契約時、説明内容に質問疑問点などがなく確認、説明を心掛け、契約への手順をふんでいる。契約書を見ながら項目ごとに確認、説明し利用者、家族から了承を得ている。</p> | <p>サービス利用の相談や希望があれば、見学や体験利用に対応している。パンフレットや料金表をもとに、小規模多機能事業所の特徴や個々のニーズに合わせたサービス内容や利用料の概算等を具体的に説明している。事業所から通い・泊まりの体験利用を積極的に勧め、複数回の体験利用にも対応し、契約前に理解と納得が得られるようにしている。契約時は、管理者が契約書・重要事項説明書・同意書等をもとに、質問に応じながら説明し、文書で同意を得ている。契約内容の改正時は、事前に「オアシス通信」で伝え、送迎時・モニタリング訪問時等に説明し、変更の内容を明確にした「新旧対照表」と「変更同意書」で同意を得ている。</p> | |
| 10 | (9) | | <p>○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</p> | <p>利用者様、家族様より疑問や意見などを普段から聴くように努め、運営推進会議では外部からの意見等をもらい早急に対応出来るよう努めている。</p> | <p>利用者からの意見・要望は利用中の会話等から聴き取り、献立・行事食・おやつ作り・レクリエーション等に反映している。連絡帳・送迎時に把握した家族の意見・要望は、内容に応じて管理者・介護支援専門員・リーダー職員に伝え、迅速に対応している。モニタリング訪問等で介護支援専門員が把握した利用者・家族の意見・要望は、サービス調整や居宅サービス計画に反映している。職員間での共有は「全体ノート」で行っている。随時の電話での報告や毎月の「オアシス通信」等で事業所の取り組みや生活の様子を伝え、家族が意見・要望を出しやすいよう努めている。</p> | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 毎月職員会議を行い会議前に各自気づきを書いてもらい職員一人一人の意見を出しやすいように取り組んでいる。 | 月に1回「全体会議」を開催し、利用者状況、事故・ヒヤリハット・気づき、業務等について報告・検討し、議事録の回覧により共有している。会議前に職員が気づきシートを管理者に提出し、意見を出しやすいよう取り組んでいる。週に1回個別カンファレンスを行い、各利用者については概ね3ヶ月に1回の頻度で、個別援助計画をもとに検討している。日々の検討事項については、当日出勤の職員でカンファレンスを行い、「全体ノート」で経過も共有しながら実践につなげている。管理者は、定期的には年1回、随時にも個人面談を行い、個別に意見を聴く機会を設けている。メールでのアンケートにより、法人に意見を伝える仕組みもある。 | |
| 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 | 人事考課では個室にて面談を行い、相談、意見を聞く場を設けている。職員のスキルアップや意欲が持てるようアドバイスが出来るように心掛けている。 | | |
| 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 | 毎月内部研修の実施や管理者会議にて各事業所の問題等に取り組んでいる。三法人連携により初任者研修開催や認知症実践者研修などに参加促している。 | | |
| 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 | 現在コロナ過による、交流は中止している、本来三カ月毎の地域密着型事業所連絡会、不定期開催の伊丹市事業所連絡会に積極的に参加し他事業所との連携を図っている。 | | |

| 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 |
| 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、管理者共にこまめな連絡を行うよう心掛けている。日々日常の会話の中の情報を見落とさない様職員へ伝達しておく。 | | |
| 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 | 契約時に現在困っている事の聞き取りを行い、利用開始に伴い、継続的に相談、解決へのアプローチをおこなっている。信頼関係を築くため配慮をおこなっている。 | | |
| 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 | 利用開始から本人、家族の変化の聞き取りをこまめに行い、環境の変化に伴い、必要な支援を提供できるようにかわりを持っている。 | | |
| 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 | 職員たちが色々な角度でコミュニケーションを行い、個々に信頼関係を築いている。生活の中での問題点を解決できるように関わりを持っている | | |
| 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 | 利用者様に必要な介護を支援しながら、家族様に報告、相談を行いながら、ご利用者様が安心して過ごせる環境作りをともにしている。 | | |
| 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 | 昔話の中で、過去を振りかえってもらい関係継続のためのアプローチをおこなっていく。現状はコロナ禍により外部との直接的な関りは中止、行えていない部分が多い | 馴染みの人や場所について、利用開始時の面談で把握した情報があれば「フェイスシート」に記録し、利用中に新しい情報を把握した場合は「フェイスシート」に追記することとしている。馴染みの人や場所との関係継続は、自宅や家族との外出で行われることが多いのが現状である。事業所としては、家族の来訪・面会時の対応、音楽療法などグループホームとの合同行事での利用者交流、かかりつけ医への受診支援等、可能な方法で関係継続の支援に努めている。 | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 集団レクリエーションの中で関り、団結を持って頂き、普段のコミュニケーション交流に繋げていただいている。 | | |
| 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 | 契約が終了しても、いつ来て頂いても相談に乗れる居心地の良い事業所として、訪問しやすい環境作りを行っている | | |
| 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 | 普段の生活の中で情報を収集し、職員同士が共有することで統一した心地良いケアに繋げている。カンファレンスなどで個人の寄り添ったケアの話し合いも行っている | 利用者個々の思いや暮らし方の希望について、利用開始時に把握した内容は「フェイスシート」の「生活の経過」「希望・主訴」欄に記録している。日々の会話等で把握した内容は「全体ノート」や職員会議等で共有し、介護支援専門員が「フェイスシート」に追記することとしている。把握した思いや意向は、内容に応じて、「居宅サービス計画」や個別レクリエーション等に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情や反応から汲み取ったり、家族からの情報を参考に本人の意向に沿った支援ができるよう努めている。 | |
| 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 | 契約時に現在までの生活歴を本人、家族から情報を得て、なるべく変化なく新しい環境で過ごして頂けるアプローチを行っている。情報は職員が共有している。 | | |
| 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 | 個別にケアが行えるように多種多様に本人に合わせた生活支援を行い、1日を快適に過ごして頂いている。 | | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 26 | (13) | <p>○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</p> | <p>ケアプランを元に、介護職が通所介護計画書を作成し、カンファレンスなどで振り返り、ケアを行っている。</p> | <p>利用開始時の情報を取りまとめた「フェイスシート」を基に課題を抽出し、初回の「居宅サービス計画表」と「個別援助計画書」を作成している。「個別援助計画書」には具体的な支援内容が記載されており、常に職員が閲覧・周知できるようにスタッフルームに設置している。サービス実施記録はタブレットの「ケース記録」「各種チェック表」「訪問介護記録」に記録している。状況に気が付があれば随時話し合いの場を設け「全体ノート」で共有し、迅速な日々のケア対応に努めている。月1回の職員会議で全利用者の状況やサービス計画の適性を確認・共有している。毎月介護支援専門員が訪問モニタリングを行い、利用者・家族から得た情報を「支援経過記録」に記録し「モニタリング記録表」で評価している。3ヶ月おきの個別カンファレンスでは、各利用者のニーズに沿ったモニタリング評価を実施し、基本的に6ヶ月おきに「居宅サービス計画表」「フェイスシート」「個別援助計画書」を更新している。更新時にはモニタリングと再アセスメントを行い、家族の意向と必要時には医療関係者の助言を反映させ、担当者会議は1年おきに家族や関係者参加で開催している。</p> | <p>下記への取り組みが望まれる。 ・「居宅介護サービス計画表」のニーズ・サービス内容全てを「個別援助計画書」に盛り込み、連動性が明確になる書式の工夫。 ・サービス実施記録が介護計画との整合性が明確になるような記録の工夫。 ・3ヶ月おきに実施している個別カンファレンス評価と「個別援助計画書」の評価との連動。</p> |
| 27 | | <p>○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</p> | <p>半年に1度は各個人振り返りカンファレンスを行っている。必要時には随時カンファレンスを行い、ケアにあたっている。</p> | / | / |
| 28 | | <p>○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</p> | <p>本人及び家族からの要望を聞き取り、ケアマネを中心としてカンファレンスを行い、柔軟なサービスを行っている。</p> | / | / |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 地域行事に参加し、交流を図れるように努めている。たんぽぽ食堂の参加、昆陽高校の施設見学の実施。 | / | |
| 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 | 受診ヘルプが必要な方の支援を複数をおこなっている。服薬管理などを行い、かかりつけ医との受診支援をおこなっている。 | 契約時にかかりつけ医を確認し、利用者個々の「フェイスシート」に記載している。通院は家族同行を基本とし、依頼があればサービス計画に反映させて通院送迎・同行介助を行っている。通院が困難な場合等、必要に応じてかかりつけ医の往診にも対応し、適切な医療を受けられるよう支援している。家族から聞き取った受診結果を「支援経過記録」に記録し、「全体ノート」で職員共有している。 | 利用者個々の受診状況・結果の経過が明確になるよう、「ケース記録」「支援計画書」等個人の記録に記録することが望まれる。 |
| 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 | 入浴時の皮膚観察の報告、バイタルサイン測定時の変化の報告を行いながら、看護との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。 | 緊急搬送時でも近状が報告できるように、サマリーを作成し、記録からすぐに掘り起こせるように準備、対策を行っている。 | 入院時には「介護サマリー」「ケース情報カード」で医療機関に情報提供している。入院中に家族経由で把握した情報を「支援経過記録」に記録を残し、「全体ノート」で職員共有して早期の退院に向け支援している。医療機関からの退院情報連絡と、退院時には「看護サマリー」の提供を受け、家族・多職種関係者と連携して退院後の支援に活かしている。 | |

オアシス伊丹池尻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 | 事業所で出来ることは契約時に説明を行っている。病状悪化時には家族との連携をケアマネ中心に行い、介護職も対応を行えるようにしている。現在対象者なし | 契約時に事業所としてできる事・できない事を口頭説明し、利用者・家族から重度化した場合の意向を確認している。日頃から状況変化に応じて介護支援専門員中心に家族と連絡を取り合い、介護度3に認定された時点で改めて利用者・家族と話し合いを重ねながら今後の意向を確認している。状況変化や話し合いの内容は「支援経過記録」に記録を残し、「全体ノート」で職員共有している。必要時には、現状や希望に応じた病院や施設について情報提供する等、意向に沿った支援にチームで取り組んでいる。 | |
| 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 | 避難訓練、研修を通して学びを深めている。出前講座にて救急搬送時の対応やAeDの確認、実践研修を行った。 | | |
| 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 | 災害が夜間、日中に起こったことを想定し避難訓練をおこなっている。グループLINEを使用し近隣の職員に救助連絡を発信出来る様に対策を築いている | 年2回、施設内のグループホームと合同で消防訓練を実施している。前年度は令和4年11月に利用者参加で日中想定で実施し、令和5年3月に夜間想定で利用者は参加せず、訓練内容を伝えた上で実施した事を実施記録で確認した。今年度も日中・夜間想定での訓練を予定している。令和5年1月には市主催の総合防災訓練日に合わせ、事業所内で利用者に備蓄食料を提供し、利用者と共に救助を待つ体験訓練を実施した。訓練に参加できなかった職員には訓練内容を口頭説明して周知を図っている。災害に備えて運営推進会議で情報交換を行い、地域との協力体制を築いている。備蓄はグループホームと合同行っているが、充足に向け非常用食料・備品類を整備中である。 | |

| 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 | 職員会議での研修やアンケートを行い、自分の行動、関りを日々振り返れるようにしている。 | 毎年「倫理及び法令遵守」「認知症及び認知症ケア」「接遇」「プライバシー保護の取り組み」に関する研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応等について学ぶ機会を設けている。毎年「不適切ケアチェック表」で自己の振り返りを行い意識付けを図っている。研修・不適切ケアチェックは、今年度も年度内の実施を予定している。気になる対応や声掛けがあれば、職員同士で注意喚起できる職場環境づくりに努めている。利用者の写真使用については契約時に同意を得ている。 | |
| 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 | 普段の関りの中で希望を聞き取り、現実に出る様に支援をおこなっている。食べたいものの要望が多く見られ、希望に沿いながらヘルプをおこなっている。 | | |
| 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 | 認知症の不穏行動に対しても、傾聴したり、必要時には個々に外気浴に出かけている。 | | |
| 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 | 爪切り、入浴後の整容をおこない、ネイルなどで普段とは違うおしゃれをして頂いている。男性には髭剃りをして清潔感を維持してもらっている。 | | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 家庭的な食事を提供できるようにいろいろな職員が担当し楽しんでいただいている。クックデリを活用し手の込んだ料理の提供もおこなっている。行事食も実施し普段担い外部の食事もかつようしている。 | 地域で購入した食材や利用者と一緒に植栽している菜園の収穫物を用いて、担当スタッフが当日の季節や気候、利用者の希望、行事等を取り入れた献立を考え、毎食手作りの家庭料理を提供している。食事内容を毎回記録に残し、毎日の献立に偏りが無いよう配慮している。利用者個々の状況に応じた刻み食・トロミ付け等の食事形態は、誤りがないよう食札で徹底している。時にはお寿司等のデリバリーやクックデリの活用、利用者参加でおやつ作り等、特別感や変化が楽しめる機会を設けている。利用者は好みや力を活かして、テーブルやおぼん拭き、エプロンたたみ等に参加している。 | |
| 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 | 水分補給を随時行い、集計記録を行い観察している。お茶、コーヒー、朝食のコーンスープなどいろいろな飲み物で飲みやすく、楽しんでいただいている。 | | |
| 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 | 毎食後口腔ケアを行っている。個々に入れ歯ポリドント、歯磨き粉を用意し、口腔ケアを行っている。 | | |
| 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 | 排泄サインを見落とさないに観察し定時の排泄の声掛け行う。羞恥心、自尊心に配慮しながら支援行っている。 | 「フェイスシート」「排泄チェック表」で各利用者の自立度や排泄状況・排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄が継続できるよう個々に応じた支援に取り組んでいる。職員会議や個別カンファレンスで支援の状態・課題の把握、共有、検討を行い、必要時には随時カンファレンスを実施して現状に即した支援方法や適切な排泄用品の選択に繋げている。誘導の声掛け、ドアの開閉等、利用者の羞恥心や不安に配慮した支援に努めている。 | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 便秘予防の為、水分補給の促し、体操などをおこなっている。病院側と情報共有し排便コントロール行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | ADLに合わせて入浴支援をおこなっている、個々に合わせて行っている。 | 個浴の一般浴槽を設置している。「入浴チェック表」で入浴状況を把握し、サービス計画内容に沿って週2～3回入浴ができるよう支援している。利用者の意向や身体状況に応じてシャワー浴や足浴にも対応している。実施状況はタブレット内のケース記録に記録を残し、家族とは連絡帳で共有している。入浴拒否があれば、無理強いせず、声掛けのタイミング、担当スタッフの交代、時間の変更等、利用者の状況に合わせて臨機応変に対応し、予定通りの入浴回数で支援ができている。入浴が楽しめるよう、ゆず湯・菖蒲湯・入浴剤を取り入れている。 | |
| 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 | リネン交換、居室掃除にて清潔保持に努めている空調、照明の明るさなどに気を付けている。生活リズムを把握した上で、離床、臥床の誘導行う。 | | |
| 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 | 契約時内服について確認、薬手帳の内容をコピーし管理する。ADLの低下などにより内服の変更が必要時にはかかりつけ医に相談し変更してもらう。 | | |
| 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 | 毎日の体操やレクリエーション、月の行事、音楽療法実施し気分転換の支援行う。洗濯物たたみや園芸の参加も利用者の希望にて参加して頂く。 | | |

オアシス伊丹池尻小規模多機能型居宅介護事業所

| 自己 | 者 第 | 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 | (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 | コロナ過により外出は最小限にとどめている日々の散歩や季節ごとにドライブなどにて花見などによる外出支援行っている。 | 季節や天気が良い日には玄関前のベンチで外気浴、菜園で水やりや収穫活動、近隣への散歩等、日常的に戸外で過ごす時間を設けている。今年度は感染状況を考慮しながら季節の外出支援を再開し、初詣・お花見・バラ園に出かけている。 | |
| 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 | コロナ過により現在中止している。本人、家族同意もと立替えにて購入実施している。 | | |
| 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 | 本人の希望時、家族希望時に電話でのコミュニケーション支援行っている。手紙も希望時、代行にてポスト投稿行っている。 | | |
| 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 | 季節の感じる飾りつけなどを利用者と一緒に作成し配置行っている。空調の調整やフロア、廊下に物をあまり置かないようにし居心地よく過ごしてもらうよう配慮している。 | 共用空間は、空気清浄機やサーキュレーターの設置、午前・午後の換気を行い、動線を確保し、安全・衛生管理を行っている。リビングにはテーブル席・ソファ席を設置し、利用者の状況や意向に合わせて1人席も設けている。壁には利用者と職員が共同制作した季節の作品が飾られて季節感と楽しさを感じられ、キッチン併設で家庭的な雰囲気がある。利用者は思い思いにテレビ前のソファで寛いだり、日課の昼食前体操や午後のレクリエーション、洗濯物たたみ等に参加する等、居心地の良く過ごせる環境作りに努めている。敷地内の花壇やベンチ、菜園や菜園テラスも外気浴・活動の場として活用している。 | |
| 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 | ソファを複数用意し一人で過ごせる空間や、居室が開いていれば休んで頂けるように工夫している。 | | |

オアシス伊丹池尻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 |
| 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 | 家族や本人の希望に沿って、テレビやラジオの持ち込みなどを行い、空間作りを工夫している。 | 泊まりの部屋は個室でベッド・クローゼットが設置されている。利用者は宿泊日数に合わせて、衣服等の日用品、時計・人形等の使い慣れた物や好みの物を持ち込んでいる。希望があればテレビ・ラジオ類の持ち込みにも応じ、家庭同様に落ち着いて過ごせるよう配慮している。各部屋には有名な温泉地名を表示し、利用者の表札と必要時には写真の掲示し、部屋間違いの混乱がないよう工夫している。 | |
| 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 | 各居室のドアが同じなので、ドア横に温泉名所をつけ、使用される利用者の名札をつけたりしわかりやすいように工夫している。 | | |