

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	2893100012		
法人名	ジェイエイ兵庫六甲福祉会		
事業所名	オアシス大和小規模多機能型居宅介護事業所		
所在地	川西市大和西4-2-8		
自己評価作成日	令和5年7月5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)】

地域と共に～地域の安心拠点を目指して～
 「スタッフの笑顔で、利用者も笑顔に！笑顔の絶えないオアシス大和」をコンセプトに、家庭的な温かい雰囲気と、有資格者のベテランスタッフが、安心感のあるサービスを提供しています。
 小規模多機能の特性を活かし、より個別性を重視したサービス提供に努め、大切な食事も、普通・刻み、ミキサー食と様々な形態にも対応、健康に過ごして頂くためのお手伝いをしています。

※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.kai gokensaku.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)】

2階ホールの開放、地域の相談対応、商店会イベントへの協力、フードドライブ等事業所として地域貢献に取り組み、また、近隣への散歩、季節の外出行事、作品展への出展と見学、保育園児との交流、実習生やボランティアの受け入れ等利用者が地域と交流できる機会づくりを行い、「地域と共に～地域の安心拠点を目指して～」の実践に取り組んでいる。事業所として会議・研修等の体制や書類が整備がされ、職員の定着もよく安定した運営ができています。毎月の定例会議で研修を実施し、チェックシートによる自己評価をもとに検討する等、利用者尊重について意識向上に継続的に取り組んでいる。手作りの食事を提供し、音楽療法・制作活動・個別やグループのレクリエーション・季節のイベント等、家庭的な雰囲気の中で利用者が季節感や楽しみを感じ機能低下予防できるよう支援している。

【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31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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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		

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	事業所の理念・方針を、4月職員会議(法令遵守 コンプライアンス研修)にて確認をしている。	事業所独自のキャッチフレーズ・コンセプト・基本方針を作成している。地域密着型サービスとして、法人の福祉事業5訓に「地域社会への貢献」を、キャッチフレーズに「地域と共に！地域の安心拠点を目指して」を明示している。玄関・事務所・更衣室等に掲示して、職員間の周知を図っている。法人の福祉事業5訓は法人の全体会議の動画研修で、事業所独自のキャッチフレーズ・コンセプト・基本方針は定例会議の研修で理解を深めている。事業計画作成時や年度末の定例会議で実践状況を振り返り、実践に向け取り組んでいる。	
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	地域の方に知って貰うため、掲示板の活用(利用者作品の展示)を継続している。保育園児の訪問、利用者の作品プレゼント交換の実施、文化祭への作品展示や、商店会イベントのサポートを行っている。	近隣への散歩、さくら花見ドライブや紫陽花見物での外出行事、作品展への出展と見学、保育園児の来訪とプレゼント交換、トライやるウィークやボランティア(園芸・ハンドマッサージ等)の受け入れ等、利用者が地域と交流できる機会づくりを行っている。2階ホールの地域への開放、商店会イベント(ハロウィン・街角ギャラリー等)への協力、フードドライブの受け付け、「地域の安心拠点・窓口」の相談対応等、事業所として地域貢献に取り組んでいる。法人としても、WEB介護セミナーを定期的に開催し、地域貢献に努めている。	
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	2階ホールを地域の方に開放、WEB介護セミナーの開催。		

オアシス大和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
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	運営推進会議での意見は素直に受け入れ、スタッフと共有し、サービスに反映できるよう努めている。	利用者・家族代表、地域代表(自治会長・地区福祉委員・民生児童委員)、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・9月は書面会議とし、それ以外は会議を開催している。書面会議では、前回会議の議事録・報告資料・意見用紙を構成委員に郵送し、返信された意見は次回の会議で共有している。開催時には、利用者の状況、行事等の事業所の取り組み、ヒヤリハット事件事例等の報告を行い、参加者と意見・情報交換を行い、地域の情報等をサービスに反映できるよう取り組んでいる。議事録ファイルを1階玄関に設置し、公開している。	
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	行政(市役所 社会福祉協議会)担当者や、近隣地域包括との連携を密にし、相談や情報提供を積極的に行っている。	運営推進会議に地域包括支援センターから参加があり、連携している。また、利用者の受け入れ相談や地域の困難事例対応について日頃から協働し、地域包括支援センター主催の勉強会(オンライン)に参加する等、地域包括支援センターと積極的に連携している。報告や制度・加算等についての質問等があれば、随時、市の担当窓口へ報告や問い合わせを行い適正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	身体拘束に関する研修を実施し、また不適切行為に関するチェックシートの実施により、事業所全体で取り組んでいる。	身体拘束をしないケアを実践している。研修は年間計画に沿って定例会議の中で実施し、参加できなかった職員は資料の配布と「内部研修報告書」の提出により周知を図っている。毎年、全職員が個々に「不適切ケアチェックシート」による振り返りを行い、集計結果から把握した課題を定例会議で検討し不適切ケア防止に取り組んでいる。また、今年度は、「これって不適切ケア？適切ケア？」シートによる振り返りも同様の方法で行い、さらに理解を深めている。玄関は開放しており、利用者の希望に応じて近隣の散歩や事業所前のベンチでの外気浴等を行い、閉塞感を感じないよう取り組んでいる。	

オアシス大和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
		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	高齢者虐待に関する研修を実施し、自身の行動に対するチェックする機会を設けている。	高齢者虐待防止についても、身体拘束排除と同様の方法で、定例会議で研修を行い、「不適切ケアチェックシート」「これって不適切ケア？適切ケア？」シートによる振り返りと検討を行い、不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。法人の「虐待防止委員会」に事業所から管理者が参加し、委員会の内容を定例会議で報告し共有している。管理者は職員への声かけを心がけ相談しやすい関係づくりに努め、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に取り組んでいる。現在事例はないが、利用者の心身の状況や家庭状況等にも留意し、事業所内外での虐待が見過ごされることがないように取り組んでいる。	
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	権利擁護に関する研修を実施し、管理者・ケアマネは外部研修も受講し、知識の習得に努めている。	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。成年後見制度についても、上記と同様の方法で、定例会議で研修を実施している。管理者・介護支援専門員は外部研修にも参加し理解を深めている。今後、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、地域包括支援センター等関係機関と連携し支援することとしている。	
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	契約を交わす前から丁寧な対応に努め、十分な説明をした後に契約を行うようにしている。契約後も、利用開始までに質問に対する説明対応を都度行っている。	利用希望や利用相談があれば、主に自宅を訪問し、パンフレットをもとに、小規模多機能型居宅介護サービスの特長や利用料金等を説明している。利用者・家族のニーズを聞き、ニーズに沿って具体的に説明することで理解しやすいよう努めている。契約時は、契約書・重要事項説明書・同意書等をもとに説明し、文書で同意を得ている。契約内容に改訂がある時は、新旧対照表を作成して説明し、書面で同意を得ている。	

オアシス大和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
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	ケアマネ訪問の際や、送迎時等に家族や利用者の意見を聞き、それらをスタッフ会議にて検討をする機会を設けている。運営推進会議に、利用者・家族代表として参加をし、意見を言う機会を設けている。	利用者・家族の意見や要望は、送迎時・電話・連絡帳・介護支援専門員のモニタリング訪問等で把握している。把握した意見・要望は、内容に応じて申し送りノートや定例会議で共有し、管理者や介護支援専門員が個別に対応したり、サービス調整や居宅サービス計画に反映している。運営推進会議に利用者・家族の代表者の参加があり、外部者に意見を表す機会を設けている。	
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	事業計画等、事業所の取り組みに関しては、スタッフに意見を求め作成している。	定例会議を毎月、職員ほぼ全員参加で実施し、職員の意見・提案を反映できるよう取り組んでいる。会議では、法人の管理者会議、事故・ヒヤリハット・気づき事例、利用者に関する事項等についての情報共有や検討を行い、研修も会議内で実施している。会議前に、各利用者情報、事故・ヒヤリハット・気づき報告、研修資料を配布し、会議での検討や理解がしやすいよう工夫している。参加できなかった職員には、資料の配布と議事録の確認により周知を図っている。管理者が、定期的には年1回、随時にも個人面談を行い、職員の意見等を個別に聞く機会を設けている。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。	
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	人事考課とキャリアパス制度を導入、実施している。正職員は毎年 意向確認調査を常務(代表者)にて提出している。クエスト(職場改善)導入により、職場改善に努めている。		
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	管理者や正職員は外部研修 法人内交流研修の機会を設け、報告の機会を設けている。また、パート職員にはeラーニングにて、自主学習を促している。法人の研修計画・報告書を作成している。		

オアシス大和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
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	法人内の小多機の管理者会議を毎月行い、情報の共有・悩みの相談等を行っている。また、その際、勉強会も実施している。また、病院や包括等の勉強会にも積極的に参加をしている。		
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	ケアマネが利用開始前に訪問をし、本人のニーズを聞き取り、生活状況を確認し、安心してサービスが利用できるよう、関係作りに努めている。		
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	利用開始前に、家族の困りごと ニーズを聞き取り、安心してサービスが利用できるよう、また、いつでも相談できる関係作りに努めている。LINEでのやり取りも開始している。		
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	ケアマネが毎月モニタリング訪問を行い、サービスの評価を行っている。以外の日も、本人 家族とのコミュニケーションにより、サービス調整を行っている。		
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	自宅での生活の延長であるため、できることは自分で行い、また不十分なことは共に行うように努めている。また、家族にも状況を伝えるようにしている。		
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	本人の在宅生活において、家族が支援すべきことを説明し、共に支えていくことを伝えている。		

オアシス大和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	
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	利用開始になっても、知人等の訪問が可能なように、本人 家族とサービスの調整を行っている。	サービス利用中に家族・親族・友人・知人等の来訪があれば、玄関前のベンチ等で面会できるように支援し、自宅に来訪がある場合は、送迎やサービスの時間を調整する等、馴染みの人との関係継続を支援している。馴染みの場所への外出は主に家族が行っているが、外出行事で馴染みの場所を訪れる場合もあり、関係継続の機会となっている。		
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	利用者同士の関係を考慮した配席を行っている。それぞれのテーブルで作業 レクを提供し、スタッフが関わりをもつように努めている。			
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	長期入院等により利用終了になっても、いつでも電話をしても構わない旨を伝え、フォローに努めている。			
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	利用開始時や、毎月のモニタリング、担当者会議等で、ケアマネにより意向の確認を行っている。	利用者個々の思いや暮らし方の希望、意向について、利用開始時は、面談での聴き取りや利用者・家族記入の「生活史アセスメントシート」等から把握に努め、「居宅サービス計画」や「個別介護計画」等に反映している。利用開始後は、利用中の会話や介護支援専門員のモニタリング等から把握し、内容に応じて「申し送りノート」や定例会議等で共有している。把握が困難な場合は、日々の対応の中で表情や反応から汲み取ったり、家族からの意見や情報を参考に、利用者の意向に沿った支援ができるよう努めている。		

オアシス大和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	利用開始時に、本人・家族、時には病院MSWや前ケアマネ等からの聞き取りを行っている。利用開始時には、生活史アセスメントシートに記載をお願いしている。		
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	利用開始時に、本人・家族から聞き取りをし、自宅内の動線確認等も行い、安全に過ごすことができるよう福祉用具の調整をしている。		
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	担当者会議を開催し、多職種の意見も参考に、ケアプランを作成している。介護職員を中心に、ケアプランに沿った、個別介護計画書を作成している。	本人・家族記入の「生活史アセスメントシート」と「フェイスシート・アセスメント基本情報」をもとに、介護支援専門員が「居宅サービス計画書」を、担当の介護職員が「個別支援計画」を作成している。「個別支援計画」で利用者個々のサービス内容・留意点を共有し、サービス実施状況は「介護記録」「訪問日誌」に記録している。介護支援専門員が毎月モニタリング訪問を行い、「モニタリング記録表」「介護支援経過」に記録している。定期的には、短期目標に合わせて6ヶ月毎に、「モニタリング記録表」での評価と「フェイスシート・アセスメント基本情報」での再アセスメントをもとに、「居宅サービス計画書」の見直しを行っている。見直し時は本人宅で担当者会議を実施し、本人・家族の意向・要望、職員・福祉用具事業者・かかりつけ医等関係者の意見を反映し、現状に即した計画を作成している。「個別支援計画」は、担当の介護職員が職員の意見を集約した「カンファレンス記録」をもとに見直しを行っている。	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の明確化。 ・計画と介護記録の連動の明確化。
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	日々の個別記録とは別に、気づきノートや申し送りノートを活用し、情報を共有している。		

オアシス大和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
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	本人の体調や都合に合わせて、臨機応変に利用回数や時間等、サービスの調整を行っている。		
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	事業所のサービスだけにとらわれず、近隣の知人や、配食サービス、シルバーサービス等も利用しながら在宅生活を継続できるよう支援している。		
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	かかりつけ医への受診が困難になった際には、訪問医への変更の提案、調整をし、適切な医療を受けられるよう支援をしている。必要に応じ、医師への情報提供を行っている。	各利用者のかかりつけ医は「フェイスシート」「救急搬送時の情報提供書」に記録し、職員間で共有している。通院は基本的には本人・家族が行い、かかりつけ医・事業所看護師・訪問看護師との連携で適切な医療が受けられるよう支援している。通院が困難になった場合は、自宅や事業所で受診できる往診医については情報提供している。受診など医療に関する事項は支援経過記録・申し送りノートで職員に周知している。	
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	日々、事業所看護師とは、連携をとっている。訪問看護事業所とも、都度連絡を取り、共に利用者支援を行っている。		
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。	近隣医療機関には、訪問・Fax・郵送等で、関係作りに努めている。利用者が入院した際には、看護サマリーを作成し、退院後の生活についても可能な限り支援する旨も伝えている。	入院時は「看護サマリー」で医療機関に情報提供している。入院中は家族や病院関係者と情報交換を密に連携を図り、退院後の生活についても可能な限り支援する旨を伝え、早期退院に向け支援している。退院時の状況や意向に即した居宅サービス計画の見直しを行い、関係機関と連携し適切な支援に取り組んでいる。入院・退院の経過については支援経過記録・申し送りノートで職員に周知している。	

オアシス大和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
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	状況を見ながら、今後(終末期)に向けたサービスについて説明をしている。本人・家族の不安が無いよう、本人にはさりげなく、家族には先々の考えられる状況を伝えていくようにしている。訪問医への変更をケアマネより提案している。	重度化・終末期対応について、契約時に事業所として「できる事」「できない事」を説明し、同意を得ている。重度化・終末期と判断された段階で、介護支援専門員がモニタリング訪問時や担当者会議で医療関係者からの説明を伝え、利用者・家族の意向を確認している。状況を勘案しながら、サービス内容の見直しや訪問医への変更等を提案し、利用者・家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。毎年「ターミナルケア及び医療」研修を実施し、学ぶ機会を設けている。	
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	緊急時の対応について、年1回 研修を行っている。連絡網やLINEにて、職員間の応援体制は整えている。	/	
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	年2回(9月 1月)災害避難訓練を実施している。消防避難訓練も年2回実施しており、1回は消防立会にて実施している。	年2回利用者参加の消防総合訓練を実施し、1回は消防署立ち合いで指導を得ている。令和4年9月・令和5年3月(消防署立ち合い)に昼間想定で実施した事を議事録で確認した。夜間勤務職員には訓練内容を伝え周知している。令和4年9月・令和5年1月に水害と地震想定で避難訓練を実施し、避難経路や避難場所への経過時間を確認している。訓練実施の際は地域に案内を配布して理解を得て実施し、地域の防災訓練があれば参加して協力体制を構築していきたいと考えている。災害に備えた非常用食料・備品等は2階倉庫に備蓄し、管理者が管理している。	

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	プライバシー保護に関する研修、不適切ケアチェックを実施し、事業所として取り組む内容を検討し、意識したケアに努めている。	毎年、「倫理及び法令遵守」「認知症及び認知ケア」「プライバシー保護」「接遇とマナー」等の研修の実施、「不適切ケアチェックシート」での振り返りを継続し、人格尊重やプライバシーに配慮した言葉かけや対応について意識向上を図っている。利用者の写真・映像使用は契約時に同意書を得ており、玄関に行事等の写真を掲示する際には都度同意を得ている。	
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	都度、本人に意思確認を行いケアを行っている。生活においては、ケアマネが中心となり、意向の確認をしている。		
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	1日の流れはあるが、無理強いせず、本人のペースに合わせて 送迎時間も含め支援を行っている。利用の追加、変更も柔軟に対応している。		
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	季節にそぐわない衣類を着ていたり、失行がある際も、自尊心を損なわないよう配慮した声掛け、にて対応支援を行っている。		
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	以前は共に作業をする機会があったが、新型コロナウイルス感染症予防対策のため、一緒に食事の準備等を行う事は行っていない。訪問サービスとしては実施している。	担当職員が1ヶ月の献立を作成し、週3回地域の店舗で食材を購入して家庭的な手作りの食事とおやつを提供している。個別介護計画で利用者個々に応じた食事形態を共有し、刻み食・ミキサー食・トロミ食に対応している。月1回は季節や行事が感じられる食事を取り入れ、食事を楽しめるよう努めている。通いの利用者に予め1ヶ月献立表を提供し、自宅での献立作りに配慮している。	

オアシス大和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
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	自宅では好きな物に偏りがちのため、ご利用時の食事はバランスを考え提供。利用時の水分・食事摂取量をチェックし、毎月の体重測定やBMI数値にて把握をしている。口腔栄養スクリーニング加算算定。		
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、口腔ケアを行い、口腔内の保清に努めている。口腔栄養スクリーニング加算算定。		
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	排泄チェック表を用い、トイレでの排泄支援を行っている。座位保持困難な利用者以外は、おむつの使用はしていない。	個別介護計画・申し送りノートで利用者個々の支援内容を共有し、トイレでの排泄を基本に支援している。排泄チェック表で排泄状況・排泄パターンを把握し、失敗や不快感がないよう利用者個々に応じた支援を行っている。支援の状況や検討事項は、管理者や介護支援専門員が情報収集し、本人・家族の同意を得て現状に即した支援につなげている。誘導の声掛け、ドア開閉等、プライバシーや羞恥心に配慮している。	
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	看護師が中心に、家族、主治医との連携を取りながら、服薬調整や摘便等の対応を行っている。家族、本人への水分摂取の必要性を都度説明している。		
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	他利用者との調整をしつつ、身体への負担を考えながら実施している。その日の体調や状況により、入浴実施の変更や追加実施も行っている。	利用者個々のニーズに沿って「入浴予定一覧表」を作成し、週2回の入浴を基本に支援している。一般浴槽で、座位保持が可能であれば浴槽での入浴を支援し、必要に応じて2人介助で対応している。身体状況・体調・希望に応じて、シャワー浴にも対応している。入浴拒否時には無理強いせず、声掛けのタイミングを工夫したり日時の変更等、柔軟に対応している。実施状況は、「健康管理表」に記録している。	

オアシス大和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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	前夜の様子を家族に確認し、その日の体調により必要に応じて臥床時間を設けている。必要が無い場合は、レクや体操等、他者との交流の機会を設けている。		
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	薬情やお薬手帳を確認し、内服薬の情報把握に努めている。LIFEの加算算定している。		
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	生活歴や趣味等の情報は、契約時に聞き取り、生活史アセスメントシートの作成を依頼している。作業等への無理強いせず、できない時にはサポートをし、できる楽しみを感じてもらえるよう支援している。		
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	気候の良い時期は、散歩に行っている。今年からは桜や紫陽花見物、地域の行事への参加も計画している。	気候の良い時期には、希望に沿って事業所周辺や近隣の公園への散歩に同行している。今年度は、桜の花見ドライブ・地域の寺での紫陽花鑑賞・地域の文化祭見学等を再開している。今後も、感染状況を鑑みながら、家族や地域の人々の協力を得て、外出支援を再開する予定である。	
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	事業所で現金を使用することが無い。基本的に金銭管理は家族が行っている。		
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	必要に応じて、携帯電話操作のサポートをしている。		

オアシス大和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	室温 湿度 二酸化炭素 のチェックを行い、換気に努めている。次亜塩素酸空間除菌装置(ジアイノ)を設置し、菌や臭いの除去に努めている。日差しが強い際は、日よけも適宜使用している。	共有空間は温湿度計・二酸化炭素濃度計測器・次亜塩素酸空間除菌装置を設置し、利用者が快適に過ごせるよう空調管理を徹底している。定期的な換気やテーブル席にアクリルパーテーション設置等、感染予防にも配慮している。台所が併設されているリビングには多人数席、1人席、少人数席を設置し配席を工夫している。壁には利用者と職員が一緒に制作した季節の作品が多数掲示され、手作りの温かみを感じられる。利用者が思い思いに塗り絵や計算を楽しんだり、集団体操や身体を動かすレクリエーション、洗濯物たたみに参加する等、楽しみながら機能低下予防につながるよう支援している。	
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	限られたスペースだが、一人席、少人数席等同席者の配慮をしている。		
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	入所施設ではないため、多くの荷物(日用品)を持参される利用者は居ない。毎回同じ居室ではない。使い慣れたものを持参することを、拒むことはしていない。	泊り部屋5室(1室はパーテーション対応)にはベッド・3段ボックスが設置されており、通いの利用者の静養部屋としても利用されている。希望があれば、衣類や日用品等の使い慣れた物の持ち込みに対応し、居心地よく過ごせるよう支援している。	
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	能力に合わせ、レク等の作業や入浴・排泄・移動動作の支援を行っている。		