

### 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	社会福祉法人ジェイエイ兵庫六甲福祉会		
事業所名	オアシス大和		
所在地	川西市大和西4丁目2-8		
自己評価作成日	令和4年8月3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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【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4年9月7日		

#### 【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り、運営・研修等の体制が整備されている。事業所としても、定期的に会議・研修・訓練を実施し、各種記録が整備され、安定した運営が行われている。「地域と共に：地域の安心拠点を目指して」を事業所のキャッチフレーズとし、自治会や保育園との連携、2階ホールの活用等を通して、コロナ禍でも利用者と事業所が地域とのつながりを継続できるよう取り組んでいる。健康体操や口腔体操を日課とし、音楽療法(週1回)、制作活動、散歩、個別レクリエーション、オンラインの音楽・体操レクリエーション等、感染予防に留意しながら楽しく活動できるよう工夫している。PDCAサイクルにもとづくケアマネジメント、具体的な個別介護計画により、現状に即した個別支援・自立支援に取り組んでいる。

### 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、生き活きと働いている (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
<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	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。目に付くところに掲示している。	法人の「福祉事業5訓」の中に地域密着型サービスの意義を明文化し、事務所への掲示、4月の法人の全体介護(動画)での説明、コロナ禍以前は朝礼時の唱和等で、職員間の周知を図っている。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、キャッチフレーズに地域密着型サービスとしての目標を明示している。具体的な内容で作成され、玄関・共用空間に掲示し、事業計画作成時や年度末の定例会議で毎年共有し、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	地域行事やイベントは中止となっており、交流の機会は持てないが、地域の方にとって貰うため、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は実施している。	コロナ禍のため、通常地域への外出や地域交流は休止している。近隣への散歩・保育園児の訪問やプレゼント交換・事業所前の作品掲示での自治会文化祭への参加、2階ホールの地域への開放、「地域の安心拠点・窓口」としての相談対応等、可能な方法で地域交流・地域貢献を継続できるよう取り組んでいる。運営推進会議を通して、自治会長・地区福祉委員・民生児童委員との連携も継続している。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。また、今年度は11月に自治会の文化祭の開催が予定されており、利用者の作品展示や見学による参加を予定している。	
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	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

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)		<p>○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</p>	<p>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。</p>	<p>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3年5・9月、令和4年1・3・5月は書面会議とし、令和3年7・11月、4年7月は会議を開催している。開催時には、利用者の状況、行事等の事業所の取り組み、ヒヤリハット事故事例等の報告を行い、参加者と意見・情報交換を行っている。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ている。返信された意見は次回の会議で共有し、書面開催でも意見・情報交換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。</p>	
5	(4)		<p>○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</p>	<p>市の福祉課担当者や、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。</p>	<p>運営推進会議・利用者の受け入れ相談や困難事例対応・オンライン勉強会等を通して、地域包括支援センターと積極的に連携している。市のホームページやメールで情報提供を受け、事業所からも報告や相談を随時行い、運営やコロナウイルス感染予防対策に反映している。</p>	

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
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、スタッフ定例会議開催時は会議の中で実施し、参加できなかった職員は資料の配布により「内部研修報告書」を提出している。会議が書面開催になる場合は、全職員がEラーニングを受講して、「内部研修報告書」を提出している。法人の取り組みとして、「不適切ケアチェックシート」による振り返りを毎年実施している。スタッフ定例会議で、集計結果から把握した課題を検討し、不適切ケア防止に向け取り組んでいる。玄関は開放し、希望やニーズに応じて、近隣の散歩や事業所前のベンチでの外気浴等を行っている。	
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	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、上記と同様の方法で、内部研修と「不適切ケアチェックシート」の活用により継続的な取り組みを行っている。法人の「虐待防止委員会」に事業所からも参加し、委員会の内容をスタッフ定例会議で共有している。法人ではストレスチェックやメールによる報告・相談システムを整備し、事業所では、管理者・介護支援専門員が窓口となり相談しやすい関係づくりや働きやすいシフト調整に努め、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。現在事例はないが、送迎時やモニタリング訪問時に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。家族から相談があれば、介護負担軽減のためのサービス調整の提案を行う等、予防的な支援も行っている。	

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
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。	権利擁護に関する制度についても、上記と同様の方法で毎年研修を実施している。制度利用の事例はないが、管理者・介護支援専門員は外部研修にも参加して理解を深め、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できるよう取り組んでいる。	
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。	利用希望があれば、電話や見学(玄関から)で対応し、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。契約時には、主に自宅を訪問し、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。利用者・家族のニーズを聴き、事業所で出来る事・出来ない事も含め、ニーズに応じた具体的な説明に努めている。契約内容の改訂時は、新旧対照表を作成し、管理者が自宅を訪問して説明し、書面で同意を得ている。	
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	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・要望は、主に介護支援専門員のモニタリング訪問で把握し、サービス調整や居宅サービス計画に反映している。連絡帳・送迎時・電話連絡で把握した内容は、「申し送りノート」等で共有し、内容に応じてスタッフ定例会議で検討している。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。	

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
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。	スタッフ定例会議を毎月実施し、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っている。職員ほぼ全員参加で実施し、参加できなかった職員には議事録の供覧により周知を図っている。開催が困難な場合は、書面会議を実施している。法人の各種会議や各種委員会に事業所から職員が参加し、運営などに意見を反映する機会がある。定期的(年1回)・随時に管理者が個別面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会も設けている。	
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	人事考課とキャリアパス制度を導入、実施している。毎年 意向確認調査を常務(代表者)にて提出している。		
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	管理者や正職員は外部研修の機会を設け、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。		
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は、毎月会議を行い、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、病院等の勉強会にも積極的に参加をしている。		
<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	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。		

オアシス大和

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
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。		
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。		
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	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。		
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いように、本人 家族とサービスの調整を行っている。	家族や友人・知人等の来訪があれば、玄関前のベンチで話ができるように支援している。馴染みの人との関係が継続できるように、サービス調整を行ったり、通いで配席の配慮等を行っている。通常は、馴染みの場所への外出は、主に家族が行っている。	
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取るように努めている。		

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
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。		
<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	(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について、利用開始時の聴き取りやその後のモニタリング訪問、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。利用中の会話等から把握した内容は「気づきノート」や「申し送りノート」で共有し、内容に応じて、スタッフ定例会議で検討している。利用者からの把握が困難な場合は、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。	
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の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。		



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>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。</p>	<p>「フェイスシート・アセスメント基本情報」「生活史アセスメントシート(本人・家族記入)」をもとに、介護支援専門員が初回の居宅サービス計画を作成し、それをもとに担当の介護職員が「個別介護計画」を作成している。計画内容は「定例会議」や個人ファイルで周知を図り、サービスの実施状況は「介護記録」「訪問日誌」に記録している。「介護記録」に、「計画に沿って記録する」という一文を印字し、意識付けを行っている。毎月、介護支援専門員がモニタリング訪問して「モニタリング記録表」「介護支援経過」に記録し、検討事項があれば「定例会議」で利用者に関する事項として情報交換している。定期的には長期目標の期間に合わせて「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、モニタリングと「フェイスシート・アセスメント基本情報」による再アセスメントをもとに、サービス担当者会議を実施している。会議は利用者・家族参加で開催し、福祉用具事業者・主治医等関係者の意見も反映している。また、「居宅サービス計画書」をもとに、担当の介護職員が「カンファレンス記録」で職員の意見を集約し、「個別介護計画」の見直しを行っている</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>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。</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>本人の体調や都合に合わせ、臨機応変に利用回数や種類等、サービスの調整を行っている。</p>		

オアシス大和

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	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	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。	利用者個々のかかりつけ医を「フェイスシート」「緊急搬送時の情報提供書」に記載し把握している。通院は基本的には家族が行い、状況に応じて職員が送迎や同行を支援している。通院での受診が困難になった場合は、希望に応じて地域の訪問診療機関を提案し、自宅や事業所で受診できるよう支援している。ニーズに応じて、訪問看護事業所の利用支援も行っている。事業所看護師が、かかりつけ医・訪問医・訪問看護師と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。医療に関する内容は「介護支援経過」に記録し、「申し送りノート」で職員間で情報共有している。	
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」で情報提供している。入院中は、主に介護支援専門員が、電話で家族や地域医療連携室と情報交換し、退院後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。退院前の情報提供も主に電話で行われ、「看護サマリー」の提供を受けている。退院時の状況や家族の意向を把握し、サービス担当者会議を行う等、退院後の環境整備や現状に即した支援に取り組んでいる。経過については、「介護支援経過」に記録し、「申し送りノート」で職員間で情報共有している。	

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
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。	利用者の状態の変化や家族からの相談に応じて、介護支援専門員が、利用者・家族と重度化・終末期のあり方について話し合いを行っている。終末期対応の事例はなく、入院や施設入所を支援し、経過は「介護支援経過」に記録している。利用者・家族の希望があり、小規模多機能サービスで可能であれば、訪問医・訪問看護師等と連携し、家族の意向に沿った支援を行う方針である。「ターミナルケア及び医療に関する研修」を毎年実施している。	
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	緊急時の対応について、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。AEDが使用できるよう、市民救命士の受講を予定している。		
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回の災害避難訓練を実施している。今年度は、9月と1月に実施予定。	毎年、年2回の昼・夜間想定消防避難訓練(通常は利用者も参加)と、年1回の自然災害時避難訓練を実施している。消防避難訓練には年1回消防署が立ち合いを行い、指導・助言を受けている。「非常災害時の対応に関する研修」も実施している。令和3年度は、消防訓練を8月と3月(消防署立会い)に、自然災害時避難訓練を1月に実施している。訓練実施後は、「スタッフ定例会議」で訓練内容の説明と振り返りを行い、訓練に参加できなかった職員にも周知を図っている。令和4年度は、消防避難訓練と自然災害時避難訓練を、各2回計画している。2階に、飲料水・食料品・カセットコンロ・介護用品等が備蓄され、管理者が管理し、訓練時に期限などを点検している。コロナ禍終息後は、地域の防災訓練に参加したり、事業所の訓練時に見学や参加を呼びかける予定である。	

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
<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	(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。	前記と同様の方法で、プライバシー保護・身体拘束廃止・高齢者虐待防止・認知症ケア等に関する研修を毎年実施し、「不適切ケアチェックシート」による振り返りも毎年行い、人格尊重、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について意識向上に取り組んでいる。個人ファイルは事務所の鍵のかかる書庫に保管し、写真・映像の使用は契約時に文書で意向を確認し、個人情報・プライバシーの保護を実践している。	
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	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。	担当職員が、1カ月単位で献立を作成し、キッチンで手作りした家庭料理を提供している。献立は、季節の食材を取り入れ、栄養バランスに配慮している。「個別介護計画」で利用者個々の食事形態や留意点を共有し、普通食・キザミ・ミキサー食等、個々に応じた食事形態に対応している。コロナ禍のため、調理や後片付けへの利用者の参加や、行事食や食事・おやつレクリエーションの企画を休止している。	コロナ禍終息後は、行事食企画や食事・おやつレクリエーションの再開を予定されています。現状においても、集団での作業や活動は行わない等の感染予防対策と並行しながら、食事やおやつをより楽しむことができる更なる取り組みを期待します。

オアシス大和

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	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。		
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に、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。	ほぼ自立からベッド上での介助まで、自立度に個人差が大きい状況である。「個別介護計画」で利用者個々の排泄方法や留意点を共有し、「排泄チェック表」で排泄状況や排泄パターンを把握し、座位保持困難な利用者以外はトイレでの排泄が継続できるよう自立支援を行っている。介助方法や排泄用品の検討が必要な場合は、職員の意見を介護支援専門員が集約して家族に報告し、現状に即した支援につなげている。声かけ・ドアの開閉・臭い等、プライバシーへの配慮を周知している。	
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、便処置や服薬調整を行っている。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ず、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。	家庭と同様の一般浴槽で、週2回の通いでの入浴支援を基本としている。体調や希望に応じて日や時間帯を変更して柔軟に対応し、「入浴一覧表」で実施状況を把握している。「個別介護計画」で利用者個々の入浴方法や留意点を共有し、シャワー浴や2人介助など、利用者の状況に応じて対応している。	

オアシス大和

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	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はせず、できない時にはサポートをし、散歩等で気分転換を図っている。		
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	季節を感じられるような外出や、外食の機会を設けていたが、新型コロナの関係で実施をしていない。家族との不要不急の外出も控えている。	コロナ禍以前は、季節の花を楽しむ外出や外食等を行っていたが、現在は休止している。近隣への散歩や玄関前での外気浴等は継続し、気分転換が図れるよう支援している。	
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	事業所で現金を使用することが無い。以前は買い物等の外出行事があったが、現在は自粛している。		
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	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

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を設置し、菌や臭いの除去に努めている。	共用空間は、温湿度管理、定期的な換気・消毒を行い、二酸化炭素測定器や次亜塩素酸空間除菌装置を設置し、テーブル席にアクリルパーティションを設置する等、衛生管理と快適な環境づくりに取り組んでいる。一人席・少人数席があり、配席にも配慮し、居心地よく過ごせるよう配慮している。毎月、季節に因んだ作品を利用者が職員と一緒に制作して飾り、季節感が感じられるよう支援している。健康体操や口腔体操を日課とし、音楽療法(週1回)、散歩、個別レクリエーション、オンラインの音楽・体操レクリエーション等、感染予防に留意しながら楽しく活動できるよう工夫している。	
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。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。	泊まりの部屋は5室(内1室はパーティション)で、ベッド・棚・椅子を設置している。共用空間と同様に温湿度・光等を調整し、衣類や日用品等使い慣れた物の持参を勧め、居心地よく過ごせる環境づくりを支援している。	
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、作業等のレクや入浴・排泄動作の支援を行っている。		