

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット2)

Table with 2 columns: Item (事業所番号, 法人名, 事業所名, 所在地, 自己評価作成日) and Value (0191400852, 有限会社ウィズ, そよかぜ日好, 函館市日吉町4丁目12番18号, R3.8.7, 評価結果市町村受理日 令和4年2月10日)

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyouCd=0191400852-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: Item (評価機関名, 所在地, 訪問調査日) and Value (企業組合グループ・ダイナミックス総合研究所 介保調査部, 札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階, 令和3年10月7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)】

2ユニットではあるが事業所としては同じ一軒家の中の1階と2階、ワンホーム体制で臨んでいる。職員は全員、1階2階の利用者(家族)全員を把握しており、また利用者にとっても職員全員が馴染みのある顔ぶれとなっている。そのため何かアクシデントがあっても階上もしくは階下からの応援として職員はすぐに対応できる。ユニットの垣根のない状態で利用者も交流できている。

【外部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)】

函館市の北東方面に位置しており、五稜郭公園から東方向にあり、コンテ日吉地区にある2階建て2ユニットのグループホームである。隣接して同法人の特別養護老人ホームもあり、避難訓練などは合同で開催している。法人は、函館地区で2001年4月から介護事業を展開しており、訪問介護、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、認知症対応型共同生活介護など地域の介護を担っている。当事業所は、2018年3月に開設し3年目を迎える。事業所の外観は白色系で、事業所内もペーじが基調色で明るく清潔な感じで落ち着く。開設3年目だが、管理者始め職員もケアに真摯に向き合い、利用者家族からも信頼されており、感謝の声が多い。認知症高齢者の事業所として、これからも期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

Large table with 4 columns: Item, Takeaway Results (取組の成果), Item, and Takeaway Results (取組の成果). It contains 10 rows of evaluation data for various service items (56-62).

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	企業理念として「心接介護」を揚げ声なき声に耳を傾けるという姿勢を指針としてサービスに取り組んでいる。		
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	コロナ禍の現在は直接的な交流はないが季節の行事や避難訓練などを通じて交流の場を持っている。		
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	運営推進会議や行事の際にも認知症の方に対する理解や具体的な支援の様子を伝えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている	推進会議では利用者状況・入退居・待機状況、事故報告やヒヤリハット・学習会内容など報告。意見交換を行い速やかにサービス向上に結び付けている。		
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	定期的(月1回)市役所担当者に利用者入居状況、待機状況、職員の勤務状況は伝えている。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束廃止委員会の定期的な実施と研修会を通じて現在のケアサービス状況を検討し身体拘束は行っていない。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	事業所内外の学習会や研修会を通じて虐待についての正しい知識を深めると共にアンガーマネジメントや職員間でもコミュニケーションを取り虐待防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○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	学習会を通じて権利擁護について学ぶ機会を持っている。また実際に成年後見人制度を利用している利用者の後見人との関わりを持つことで制度について理解している。		
9		○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	契約の締結、解約時には利用者と家族の理解・納得を得ている。同様に改定があった場合も書面にし同意を得ている。		
10	6	○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並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	利用者・家族共に意見や要望があった場合は速やかに関係者各所への対応をしている。また、ご家族が意見を言い易い状態を目指しコミュニケーションを取っている。		
11	7	○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	定期的な個人面談の他にも、カンファレンスや申し送り等の際にも意見が反映出来るよう取り組んでいる。		
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	職員の自己評価をもとに個人面談をし各自が向上心を持って仕事に取り込めるよう職場環境や条件整備に努めている。		
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	自己評価の結果をもとに客観的な見地からの評価を併せ、また経験が多い職員によるOJTを行っている。		
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組をしている	認知症基礎研修や実践者研修への参加や、法人内でも他事業所の職員との学習会・行事などの交流を通じて情報交換している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前には必ず本人に面談を行い可能な限り多くの情報と要望を聞くように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前には必ず家族と面談し可能な限り本人に関わる情報と要望を聞くように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入所したことによる全ての環境変化に伴うリスク軽減を最小限に抑えられるよう細心の注意をはらって対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護をする人、される人という関係ではなく出来る事はいつまでも一緒に行い一緒に暮らしてゆく疑似家族を目指している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ホームでの本人のエピソードを出来る限り家族に伝え、家族が共有出来なかった時間や体験の橋渡しをするように努めている。		
20	8	○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う、支援に努めている	友人や知人との絆が途切れる事のない様に、訪問しやすい環境作り、楽しい歓談出来るよう努めている。		
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	カンファレンス、申し送り等で日々の利用者の相互関係について注意をし、より良い関係を持てるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	契約が終了しても本人・家族の経過の状況確認やホームで過ごした期間の思い出アルバムを作成し渡している。		
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	9	○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	本人に確認出来る場合は本人に希望や意向を聞いているが困難な場合は利用者本位に検討すると共に家族にも意見を求めることもある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	本人や家族からの情報と共に、それまで利用していたサービス事業所と連携をして本人の馴染みの生活スタイルの把握に努めている。		
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	アセスメントツールを利用し、1人だけではなく複数の職員の客観的な情報を踏まえた上での現状把握に努めている。		
26	10	○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	サービス担当者会議、カンファレンス、モニタリングを通じてより現状に即したケアプランになるよう検討している。		
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	個別記録に記入する他にも申し送りノートや連絡ノートに記入し常に新しい情報の共有とケアプラン見直しに活かしている。		
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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	現状で可能ではないサービスもどのようにすれば可能になるのかという視点を持ち対応するように心掛けている。		
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	現状では地域資源を活用しきれていない。		
30	11	○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	本人や家族が安心して馴染みのかかりつけ医との関係継続と事業所としての関係構築のためにも情報交換や受診の支援をしている。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	職場の看護職員・医療連携している看護師へも日々の小さな変化に伴い相談や助言を受けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
32		○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、また、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、又は、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。	入院時は利用者と同行して主治医から今後の状態予測を聞くと共に病棟や相談員とも情報交換や相談に努めている。		
33	12	○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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	病状の変化に伴い、ご家族とが綿密に状態報告をし重度化や終末期に向けた意向も確認している。主治医からの説明後も再度、本人、家族の意向に添うようチームでの支援に取り組んでいる。		
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	学習会や研修での訓練や、職場の看護師による指導を受けている。		
35	13	○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、避難訓練を実施。また地域住民に参加や協力依頼をしている。		

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	本人や家族からの情報をもとに生活歴や性格なども考慮して言葉かけをするよう努めている。		
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	自己決定や意思の表出が困難になってきている場合でも介護者目線ではない小さな表情の変化を見逃す事のないよう心掛けている。		
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、希望に沿って支援している	例にすると週2回の入浴は本人の希望で柔軟に曜日を変えて対応する。利用者の希望に沿った支援を目指している。		
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	着替時に本人の要望を聞く、意思表示の出来ない場合でも家族の情報や利用者本位に支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○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	残存機能を活かし食事の準備や後片付けを家族の一員として関わられるように支援している。		
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	管理栄養士が作成した献立表による食事の提供をし、また食事量・水分量を確保出来るよう1人1人に合わせた形状や形態で調理の工夫をしている。		
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、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	1人ひとりの口腔状態とペースに合わせた口腔ケアを支援している。		
43	16	○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向けた支援を行っている	24時間のアセスメントを取り本人の排泄パターンを把握することでオムツの使用を減らしたりトイレでの排泄への支援を行っている。		
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	筋力維持も兼ねて毎日の体操を欠かさず、また水分量の確認をし排便確認を常時行っている。		
45	17	○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、個々に沿った支援をしている	最低、週2回という頻度は守る中で利用者の希望やタイミングに合わせ、また体調の安全な範囲で入浴時間や湯の温度にも対応している。		
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	1人ずつの居室が自由に生活出来る空間としてとらえ思いのままに居室で休息を取れる環境を整えている。また入所時に好みの寝具や馴染みの家具・調度品を受け入れている。		
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	診療時には医師から薬の変更についての説明を受け処方目的や副作用についても職員全員が把握出来るよう周知し、また服薬による症状の変化も都度報告している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	生活歴や家族からの情報をもとに本人の楽しみや喜びのある事を模索している。日々の生活の中でも興味を示した事は取り入れるように支援している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	ここ1年以上外出は出来ていない。コロナ禍の前は行事の外出や、家族との外出等の支援をしていた。		
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	今現在は利用者の能力に応じた対応としてお金を所持している方はいない。		
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	今現在、本人が自ら電話をかける能力がないため取次ではあるが支援をしている。		
52	19	○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	温度や湿度、空調には十分配慮し四季折々の季節感を感じられるように飾りなどで工夫している。		
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	リビングのソファの他にも椅子を配置して独りになりたい時に自由に利用できるようにしている。		
54	20	○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	入所の際の持ち物に新しい物を購入せず慣れ親しみ思い出や思い出のある物を持って来てもらうようにしている。また活動範囲の動線を考え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」や「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	貼り紙やイラストを掲示し動線が安全であるように手すりを設置している。		