

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 法人名, 事業所名, 所在地, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日. Contains details for グループホームドルチェ.

【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)】

グループホームドルチェの運営理念は「お年寄りをやさしさを支える」です。地域社会で失われつつある「人に対する優しさ」を大切に、利用者様から見て「居心地のいい家」、家族様から見て「安心していただける家」、地域の方から見て「馴染みのある家」、スタッフから見て「みんなが住みたい家」づくりを目指しています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度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 http://www.kajokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou\_detail\_022\_kan=true&JigyosyoCd=0170202733-00&ServiceCd=320&Type=search

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日. Details for 特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット.

【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)】

Empty table box for external evaluation comments.

Table 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. Columns include 項目, 取り組みの成果, 項目, 取り組みの成果.

## 自己評価及び外部評価結果

| 自<br>己<br>評<br>価  | 外<br>部<br>評<br>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 |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |                  |  |   |      |                   |
| 1                 | 1                | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏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   | 運営理念の「お年寄りをやささで支える」を職員一人一人が共有し、実践につながる様に努力している。   |      |                   |
| 2                 | 2                | ○事業所と地域とのつきあい<br>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   | 利用者様は町内会に入会し、敬老会や清掃活動、お祭り等各種行事に参加している。又、施設行事の避難訓練、運営推進会議等に参加して頂いている。                              |      |                   |
| 3                 |                  | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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   | 週に1回地域の方がボランティアとして歌の会を開催してくれている。研修生の受け入れも行っている。   |      |                   |
| 4                 | 3                | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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か月に1回、地域包括、地域の方、家族に参加して頂き近況報告や取り組みを報告し、話し合いを行い、ご意見は職員に周知しサービス向上に活かしている。その際は利用者様やスタッフの様子も見て頂いている。 |      |                   |
| 5                 | 4                | ○市町村との連携<br>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に取り組んでいる  | 運営推進会議に地域包括センター職員に参加して頂いている。管理者会議でも市、区の担当者と情報交換を行い協力関係を図っている。                                     |      |                   |
| 6                 | 5                | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 身体拘束について概ね理解してるがまだ十分とは言えない。内部、外部研修に参加し理解を深める様努力している。防犯上、玄関は夜間のみ施錠している。                            |      |                   |
| 7                 |                  | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 虐待防止についての研修会に参加し、そこで学んだ職員が講師となり学習会を開催し学んでいる。虐待を見落とすことが無い様にお互いが情報交換、注意を払い防止に努めている。                 |      |                   |

| 自<br>己<br>評<br>価 | 外<br>部<br>評<br>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<br>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    | 研修会等の参加の機会は持っていないので、内外の研修の参加を検討していく。必要に応じ家族様には説明し活用できるように支援している。                    |      |                   |
| 9                |                  | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時、退去時に説明を行っている。その他解約時や改定時等の不安や疑問が有る時は、その都度分かりやすい説明をし一つ一つ確認しながら理解、納得を頂いている。        |      |                   |
| 10               | 6                | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                      | 玄関入り口に意見箱を設置し自由に記入して頂いている。又、家族様来訪時に意見や要望を聞き取り、職員間で情報共有し施設運営に反映している。年4回ホーム便りを発行している。 |      |                   |
| 11               | 7                | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 代表者は各種会議に参加して職員と直接話し合う機会が有る。管理者とはフロアミーティングやカンファレンス等で定期的に意見交換し、要望や提案は運営に反映させている。     |      |                   |
| 12               |                  | ○就業環境の整備<br>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      | 職員の置かれている職場環境等を把握し、やりがいを持って働ける様にフロア移動等を行っている。スキルアップの為、研修の機会も設けられている。                |      |                   |
| 13               |                  | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 一人一人の力量に合わせ内部研修を行っている。又、外部研修はどのようなものがあるのか把握し、研修を受ける機会を積極的に設けている。                    |      |                   |
| 14               |                  | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者は月に一度グループホーム連絡協議会に出席しているが、他職員は交流の場がない。研修、情報交換できる場に参加出来る様に勤務調整を行う。                |      |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 本人が困っている事、不安な事、要望等をアセスメントシート等を使用して実現出来る様に、そして信頼関係も得られるように努めている。                        |      |                   |
| 16                         |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 管理者や介護支援専門員が同席し、家族に要望、不安な事等を聞き、関係づくりに努めている。  |      |                   |
| 17                         |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 事前に本人の意向や困ってる事等を伺い、今必要な支援を見極めケアプランに落とし込み、支援できる様に努めている。                                 |      |                   |
| 18                         |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 調理や食器洗い、タオルたたみ等持つる力を発揮できるような支援を行っている。利用者様同士で楽しく食事や会話ができる様に職員が介入し関係性を築いている。             |      |                   |
| 19                         |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>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            | 面会時や電話連絡等で生活の様子、体調等をお伝えし、本人と家族様の関係性を大切にし、情報を共有して共に支えていく関係性を築ける様に努力している。                |      |                   |
| 20                         | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                        | 馴染みのあるお店にお買い物に行く、家族様や職員とお墓参りに行く、家族様や友人が来館しゆっくりと交流できる様に配慮する等、馴染みの場所や関係が途切れない様な支援に努めている。 |      |                   |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                    | 生活面や各種行事等で利用者が孤立せず関わり合えるように、利用者様同士の関係性を考慮し座席を変更する等支援に努めている。                            |      |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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     | 退去時やその後も必要に応じ、相談や支援に努めている。   |      |                   |

| 自<br>己<br>評<br>価                   | 外<br>部<br>評<br>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 |
| <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                                 | 9                | ○思いや意向の把握<br>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   | 日頃からアセスメントを行い、本人や家族様の意向を確認しケアプランに反映し実現する様に努めている。                  |      |                   |
| 24                                 |                  | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | モニタリング、センター方式等を使用して生活環境やこれまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                 |      |                   |
| 25                                 |                  | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 介護記録、申し送り、モニタリング等を利用して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<br>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 | 定期的にケアカンファレンスを開催し、本人、家族様、職員と話し合い、ニーズに沿った介護計画を作成している。              |      |                   |
| 27                                 |                  | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個人記録、介護記録、申し送り等を活用し情報を共有しながら、モニタリングの実施、介護計画の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<br>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               | 毎日の様子を記録に残し、情報交換を行い、新たなニーズに対して検討し柔軟な対応を行っている。                     |      |                   |
| 29                                 |                  | ○地域資源との協働<br>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                         | 職員、訪問看護、ボランティア等様々な支援体制が整っている。                                     |      |                   |
| 30                                 | 11               | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                     | 月2回、提携医療機関の医師の往診が有る。体調不良時の対応について相談に乗ってくれる。他の医療機関への受診も家族と共に支援している。 |      |                   |



| 自<br>己<br>評<br>価                 | 外<br>部<br>評<br>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 |
| 31                               |                  | ○看護職員との協働<br>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                     | 週1回、訪問看護が有る。様子を報告し、適切な指示やアドバイスを受け入れる体制になっている。   |      |                   |
| 32                               |                  | ○入退院時の医療機関との協働<br>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      | 入院時は家族様に様子を伺ったり、医療関係者と面談し情報交換、相談に努めている。退院時はカンファレンスに参加し、安心して退院が出来る様に相談、調整を行っている。                 |      |                   |
| 33                               | 12               | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所です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 | 重度化や見取りについての指針、マニュアルが有り入居時に説明し理解を得ている。又、病状の変化に合わせて家族と話し合い、出来る事、出来ない事を十分に説明し、理解を頂き共有し支援に取り組んでいる。 |      |                   |
| 34                               |                  | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 年1回、救急救命の講習会に参加し急変時の対処法を学んでいる。  |      |                   |
| 35                               | 13               | ○災害対策<br>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、災害訓練を行い災害時に対応できる様に備えている。緊急時の為の地域の協力体制も築いている。   |      |                   |
| <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                               | 14               | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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   | 利用者様の人格、尊厳を大切にし、一人一人に合った声掛けを行っている。幼児語、命令的な言葉等を使わない様に心掛けている。                                     |      |                   |
| 37                               |                  | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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  | コミュニケーションを図り、思いや要望を表しやすい環境作りを心掛け、自己決定出来る様促している。   |      |                   |
| 38                               |                  | ○日々のその人らしい暮らし<br>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                                  | 一人一人のペース、希望、体調に合わせて生活出来る様に支援を行っている。   |      |                   |
| 39                               |                  | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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   | 本人の意向を確認し支援している。意向が示せない利用者様は、これまでの趣向や家族様の意向を伺い支援を行っている。   |      |                   |

| 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<br>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    | 利用者様に合わせ、食事形態や食器等を工夫し提供している。又、利用者には下拵えや食器拭き等を会話しながら行って頂いている。利用者様が育てた野菜の提供、出前等も有り楽しみが持てる様に工夫している。 |      |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 個別の食事量、水分量を把握し、それに基づき提供している。一人一人の状態に合わせた支援を行っている。嗜好品も考慮し提供している。                                  |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 義歯洗浄や歯磨きの声掛けを行っている。介助が必要な利用者様は毎食後に口腔ケアを促し、介助を行っている。  |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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  | 排泄記録、動作等から一人一人の排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を行ってトイレでの排泄を促している。夜間はテープ止めおむつ、日中はリハビリパンツの使用とトイレ誘導をして、軽減に取り組んでいる。 |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 起床時に冷たい牛乳やヨーグルト等を提供したり、毎日体操も行っている。   |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 週2回の定期的な入浴になっているが、希望やタイミングに合わせて変更している。同性介助や、拒否の時は職員を変えたりし対応している。                                 |      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 一人一人の生活習慣に応じ休めるよう支援している。気持ちよく眠れるように、本人の寝具を使用し定期的にリネン交換を行っている。                                    |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | 薬剤情報書を確認しながら、その目的や用法を把握する様に努めている。又、分からないことはそのままにせず、訪問看護等に指導を受けている。                               |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 散歩、買い物、野菜作り、食事の下拵え、食器拭き等、楽しみや生活歴を生かした役割等の支援をしている。ジュースやさつま芋煮等の嗜好品も希望に合わせて提供している。                  |      |                   |

| 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。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                     | 近隣の散歩を日常的に行っている。希望で買い物や自宅へ行く等の支援を行っている。花見や百合が原公園、回転寿司、家族交流会(ホテルで食事)等に外出している。又、家族様の協力で個別に希望の場所へ外出している。 |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 金銭はスタッフルームで保管している。必要に応じ、本人に渡して買い物に行かれる等の支援をしている。  |      |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 本人の希望により施設の電話を提供している。居室に電話を設置する事もできる。はがきの購入や投函などの支援も行っている。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 24時間換気システム、床暖房、湿度、照明、清掃にも気を配り、穏やかに過ごして頂ける環境になっている。季節の装飾や観葉植物、絵画等を配置し、居心地よく過ごせる様に工夫している。               |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 利用者様が自由に和室のソファでテレビを観たり、談話できる空間が有る。  |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 自宅で使用していた馴染みの家具や愛用品、写真等を飾り、居心地よく過ごせる様に工夫している。   |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 手すりやエレベーターの設置、廊下には物を置かない、一日の流れが分かる様な貼り紙等で自立した生活を送れる様に工夫している。本人のペースに合わせ、見守りや付き添いも行っている。                |      |                   |