

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2795000062		
法人名	株式会社 エルフ		
事業所名	くつろぎの家エルフ・みと(もも)		
所在地	東大阪市近江堂2-6-17		
自己評価作成日	平成25年3月1日	評価結果市町村受理日	平成25年6月17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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&ji_gyosyoCd=2795000062-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成25年4月19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)】

開設し5年経過いたしました。その間、試行錯誤しながら「地域に密着した、利用者本位の認知症介護」を目標に掲げ、職員一丸となって同じ方向を向いて取り組んでまいりました。ようやく、地域の方々にとどのような所なのかを理解を得たように感じます。利用者本位という言葉の深さも感じながら、職員の認知症ケアのスキルアップを事業所全体で取り組み、又職員は個々で努力をする事が、「当たり前」なグループホームです。利用者を軸に家族・地域・職員が円(縁)を書くようなホームになっています。

【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)】

当該ホームは、介護の力で利用者の生活を支えたいという思いを込めた理念を基に、職員の対応が統一できるようにポイントを絞った月目標と週間目標を立てて実践しています。職員間の話し合いの場を多く設け、困難事例について様々な角度から意見を集約して取り組み、一人ひとりに寄り添ったケアにより利用者の穏やかな表情を引き出しています。施設内で喫茶の日を設けたり、外出の頻度を増やす等、今年度は行事に力を入れて取り組んだ結果、利用者の生活範囲が広がり、活動的な毎日を送る事が出来ています。また、各種書類も整備されており、文章の表現方法にまで気を配っています。介護を提供するという事の基本はサービス業である旨を理解し、言葉使い、呼び方、対応方法等に配慮し、尊厳を大切にした質の高いケアの提供に努めているホームです。

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と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			

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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	独自の事業所理念を掲げ、それに応じた「月目標」及び「週間目標」を管理者、CM、スタッフが毎回作成し、事業所理念を周知徹底している。	法人の理念を基に、介護の力で利用者の生活を支えたいという思いを込めたホーム独自の理念を作っています。また、職員が持ち回りで月の目標と週間目標を立て、実践できるように日誌に記載し、日々意識して支援しています。今後は達成度を測る等、評価の機会を作りたいと考えています。	
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	自治会に入会し、回覧板などで地域の様子を把握している。利用者や地域とのつながりを持つよう、買い物ができる利用者は、地域の商店に出向く支援をしている。事業所の行事に地域の方々を招待している。	自治会に参加し、回覧板で地域の情報を得ています。地域の商店へ買い物に行ったり、近所を散歩する際には、声をかけてもらっています。ホームの夏祭り等の行事には地域の方々に参加してもらい行っています。また、定期的にフラダンスのボランティアの来訪があります。職員に地域住民が多く、ホームへの理解について個々に働きかけを行っています。	
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	飛び込みで利用を申し込みがあった場合、「介護保険」から懇切丁寧にお教えしている。「町こみ」と言う地域に密着した機関紙の取材を受け、たびたび紙面を通じて「認知症介護とは」的な発信を行っている。		
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	運営推進会議で現状困惑していることや取り組んでいることを議題に上げ、意見を交換している。	運営推進会議は、利用者や家族、自治会長、地域包括支援センター職員の参加を得ておおむね2カ月に1回開催しています。運営や活動、取り組み等ホームからの報告が主になっています。今後はアドバイス等をもらって運営に反映させたいと考えています。	
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	市の高齢介護課(施設指導課)の担当者と何らかの形で会う機会を持ち、その都度事業所の実情を連絡し、指導を仰ぐようにしている。	行政の窓口には申請手続きや相談の為に担当職員が直接出向いています。行政主催のグループホーム部会が定期的に行われ、講演会や研修会に参加したり行政の情報をもらう機会となっています。	
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	広範囲な「身体拘束」は勿論のこと、些細な事例でも「拘束」になるのかどうかを事業所全体で考え、取り組みしている。ベッドで寝ていただく位置についても利用者希望にそぐわない場合は「拘束」であるとの認識を持ってケアの実践を行っている。	法人の研修を受講し、ホーム内でも困難事例の話し合いの中で、身体拘束や虐待について具体的な例を挙げて学んでいます。また、利用者に対する言葉かけや対応について文書にして配布し理解した上で、職員は身体拘束に繋がるケアとならないよう意識を高く持って支援しています。	
7		○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	外部での研修及び、内部での研修を充実させ、研修へ参加できなかった職員へは、文書で知らせるようにしている。又、虐待報告の義務が介護職員には科せられているとの認識を持たせている。		

くつろぎの家エルフ・みと(もも)

自己	外部	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		○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	改めての研修などは行っていないが、利用者に「後見人」さんや「権利擁護」での金銭管理者がいるので職員はどのような役割なのかを知識として持っている。		
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	入居時に契約書及び重要軸説明書を音読し、家族などが理解できないことについてはしっかり説明を行っている。それ以外でも、契約に関する質問にはしっかり説明し納得を得ている。		
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	運営の協力に感謝する文面や言葉を伝え、「何かあれば言って下さい」と必ず声がけを管理者、CM及び職員が行っている。質問などがあった場合は速やかに対応を行っている。	家族からは来訪時に直接意見や要望を聞き、速やかに対応しています。改善に時間を要する場合は日を改めて返答することを伝えていきます。職員が聞いた事柄は必ず管理者等の上司に報告して指示を受けたり、また、内容により介護リーダーが主体となって改善に取り組んでいます。	
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	管理者を通じて職員の意見を代表に伝える機会は日々ある。又、直接代表に職員が話せる機会を設けている。(月1回程度)職員の意見や提案は、本社会議において検討し、反映できるようにしている。	毎朝のミーティング時に、職員の気付きや意見を出し合い、実践しています。月に1回法人の会議の際に吸い上げた意見を検討してフィードバックしています。社長来訪時には意見交換の機会を設けたり、部長が職員の入職後3カ月には個別に話を聞いたり、他職員にも年に1回は個別面談の機会を設けています。	
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	勤務状態、勤務態度は、本社会議にて報告している。その実績に基づいて給与面など考慮されている。		
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	スキルアップの研修(内部及び外部研修)の充実、個々のスキルアップの研修希望について、協力的に行っている。		
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り組みをしている	部会の参加。		

自己	外部	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	利用前に利用者との交流を深めるよう、自宅訪問を重ねている。又、本人の希望は傾聴し、馴染みの関係作りを努力している。		
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	家族の望む事について十分な話し合いの場を持ち、こちらからも様々な提案を行い、しっかりとした信頼関係の構築に努力している。又、会う機会の時間は、家族に全て合わせている。		
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	施設見学、説明をしっかり行う事で家族のニーズを把握し、他のサービスの提案も含め家族とともに考えている。		
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	利用者一人ひとりの性格を把握し、「声のかけ方」「接し方」など工夫し、信頼を得ることに努力を重ね、同じ空間を共有している。		
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	利用者を中心に家族と職員が同じ方向で利用者にとって最も良い方向をとるに見出すよう心がけたケアの実施を行っている。		
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よう、支援に努めている	近所の方、友人や遠縁の方の訪問については、家族了解の下、しっかりと支援している。	入居時に利用者の今までの付き合いの継続の可否を家族に聞き、了承を得られた利用者の友人や知人にはホームに来てもらい、交流しています。以前行っていた店に買い物に行ったり、家族と一緒に墓参りや美容室へ出かけられる際には車の手配や送迎の協力をしています。	
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	スタッフを介在する事で利用者同士の関わりを深める努力を行っている。		

くつろぎの家エルフ・みと(もも)

自己	外部	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	サービス利用終了＝死亡の形が多いが、その後家族から相談や、利用の申し込みがある。		
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	介護者サイドのケアを行うことなく、利用者の日常生活でルーチン化しているものは、最優先で行っている。困難事例については、カンファレンスなどで話し合いを行っている。	入居時に本人や家族、以前の担当のケアマネジャーから生活歴や習慣、好きな事・苦手な事等の情報を得て、アセスメントシートにまとめ思いの把握に繋げています。日常の中では会話や表情、行動からも汲み取れるように努めています。	
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	入居前にアセスメントを行い、出来る限りの情報収集に努力している。		
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	毎日行われる、GH・小規模合同の申し送りを行い、情報の共有をしている。		
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	本人の意向、家族の意向を取り入れた介護計画を作成している。又、変更などが生じた場合、モニタリングを行い、早急に介護計画の変更が出来るように努力を行っている。	本人の思いを基に、家族の希望や医師や看護師の意見も加味した上で、ホームでの安心した生活を第一にした介護計画を立てています。3か月毎にモニタリングを行い、カンファレンスで計画にそった日常のケアとなっているかを話し合い、見直しに繋げています。また、計画作成担当者は介護支援経過に日々の様子を記録に残し、利用者の状況を把握して、計画の見直しに反映させています。	
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	朝の申し送りで日々の様子を確認し、ケア方法の変更・実践・結果をモチーフにしてスタッフ間で話し合う場を作り、ケアの見直しに努力している。記録方法はPC入力(その元となる紙ベース)で共有している。		
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	GHを最期の場所との考えを払拭し、小規模への移行、或いは在宅への移行も視野に入れ、より良いサービス提供の方法を常に模索している。		

くつろぎの家エルフ・みと(もも)

自己	外部	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	地域資源を有効活用は、余り行っていないが安全かつ豊かな生活をしていただくよう努力をしている。		
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(家族)希望の受診の支援を行っている。	利用者全員の内科のかかりつけ医がホームの提携医となっており、月に2回の往診があります。医師とホームの看護師が連携し、日々の健康管理や必要時の医療処置を行い、提携医とは24時間の対応が可能になっています。専門医には家族対応で今までのかかりつけ医に通院していますが、困難な場合は職員が同行しています。	
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	職域を越えて情報がスムーズに送られる体制を構築している。		
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、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。	病院の地域連絡室との交流を行う事で、入院時の様子や治療について確認し、退院時には、主治医の意見を確認することで、早期に退院しスムーズに受け入れられる体制を作っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化支援方法を入居時に説明し、同意を得ている。その後、重篤な状態になった場合、看取りか医療への移行かを再確認し、看取りになった場合には、改めて看取りの同意書を頂いている。	入居時に重度化と看取りついて、ホームの指針を基に医療連携の状況も含めて説明をしています。重度化に伴い医師と家族と共に話し合いを重ねながら、介護計画を立て、職員間でも連携を図りながら穏やかな最期を迎えられるように支援しています。看取り支援の度にカンファレンス等の際に、看護師から今後の状態変化時の様子や注意事項の説明を受けています。	
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	入職時に研修を行う。又、その都度必要に応じた研修及び、定期的研修を行っている。		
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	避難訓練(年2回)以外、机上ではあるが避難方法のかくにんを常に行っている。地域住民との協力は得ていない。職員が、ホーム近隣に住んでいる。	年に2回の消防訓練のうち1回は消防署の立会いの下、避難誘導や初期消火等の訓練を実施しています。ホーム独自では、夜間想定でシミュレーションを行っています。地域の広報新聞でホームで行った訓練の災害時の避難方法等の対応が記事になり、地域住民にもホームを知ってもらえるようになってきています。また、近隣に住む職員が多く、非常時には直ぐに駆けつけられるような体制を整えています。	

自己	外部	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	(14)	○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	職員に対して利用者も尊厳を重視した対応こそが、介護であると言うことの認識を持たせている。研修や日々の中で管理者等が意識付けをしている。	職員は基本はサービス業である事を理解し、高齢者の尊厳を大切に言葉使いや呼び方、対応方法等のマナーを心がけています。不適切な対応が見られた時には、職員は互いに注意が合えるような関係ができています。排泄介助の誘導時の声の大きさや扉の開閉等、特にプライバシーや羞恥心に注意を払っています。	
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	利用者の言葉や行動から希望を見極めることができるようにしている。表情、しぐさなどで「声なき声を傾聴する」ケアを行っている。		
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	出来る限りの希望を聞き入れてはいるが、全てではない。		
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	好みの髪型にセットしたり、お気に入りの洋服を着用していただいたり出来る方はしているが、体温調節が出来ない方に対しては、職員から声をかける。		
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	毎日に行っていないが、行事食やイベントなどの時に工夫をしている。	食事は業者よりチルド状態で運ばれてきており、ホームで盛り付けをしています。片付けやおしぼりをたたむ等できる方に一緒に行ってもらっています。職員は一緒には食べていませんが、時にはホームで焼きそばパーティや喫茶の日を設けて一緒に楽しむ時間を作っています。	
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	栄養バランスについては外部業者に一任。水分量や食事形態においては、個々に応じた支援を行っている。		
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	自己で歯磨き・介助で歯磨きを行い、常に口腔内を清潔にしている。		

くつろぎの家エルフ・みと(もも)

自己	外部	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
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むけた支援を行っている	排泄チェック表を記入し、排泄パターンを把握している。	トイレでの排泄を基本とし、排泄チェック表から個々のパターンを把握して定期的に誘導したり、様子や表情から排泄のサインをキャッチし誘導しています。その結果、失敗が減ってきた方がおり、不快感が無くなった事で表情が穏やかになっています。また、便器の高さが2種類あり身長に応じて使い分けでき、立ち上がりが容易になっています。	
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	入浴時に腹部マッサージを行ったり、食前体操を組み込んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日、時間帯を決めている。個々の希望に沿って支援はしていない。	時間は午後から夕方までの間で、週に2回以上を目処に入ってもらっています。拒否される方には時間を変えたり、言葉かけを工夫する等で気持ち良く入浴してもらっています。浴槽の周りが三方開放されており、取り外し可能な手すりやキャリー付きシャワーチェアを利用して、重度の方でも二人介助で安全に入れるような整備がなされています。	
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	体調に合わせて、安静時間保持を行い、ゆっくり休める居室空間作りを行っている。		
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	職員一人ひとりが、内服に対して知識が得られるよ看護師から指示伝達を行っている。		
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	家族の協力を得て、気分転換を行ったり、習慣に応じたケアをしている。		
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	外出(買い物・散歩)など行っているが、毎日ではない。	散歩や買い物へ出かけたり、テラスで季節の花を見ながらお茶の時間を楽しむ等、外気に触れる機会を作っています。近所の神社参拝や花見に出かける等、今年度は外出の頻度を増やす取り組みを行っています。	

くつろぎの家エルフ・みと(もも)

自己	外部	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
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	希望によっては、自己にて金銭管理もされているが、ほとんどの方はお金を持っていない。		
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	本人自ら電話をかける事はない。電話の取次ぎは行っている。		
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	不快な刺激は、避けているが、日常的な生活音や天候がわかる光などは自然体になっている。清潔であるように徹底している。室温・湿度も徹底している。	玄関先やテラスに季節の花を植えています。ホーム内は廊下が広く、リビングの大きな窓からは隣にある保育園の季節の木々や装飾が見え季節の移り変わりを感じることができます。掃除を徹底して清潔を保ち、加湿器を設置し温度や湿度にも気を配り、快適に過ごせるよう支援しています。また、利用者同士の様子を考慮しテーブルの配置を工夫しています。	
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	フロアにソファを設置して、仲よし同士世間話ができる空間や、廊下の端に椅子を置くことで、事務所の職員と話ができるように工夫を行っている。		
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	出来る限り使い慣れたものを持参していただいているが、危険なものは控えていただいたり、事務所預かりでその都度渡している。	居室には洗面台とクローゼットが設置されています。タンス等の家具の他、自転車、人形、位牌等側にあると落ち着ける物を持ち込まれています。カーペットの上にマットレスを敷き布団で休まれている方もいます。独居の方が入居する際には職員が自宅で一緒に持ち物を用意しています。身体状況に応じてトイレに近い居室に変わる事もあります。	
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	ハード面においては、不可ではあるがその中で工夫をしている。		