

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	㈱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24年2月15日	評価結果市町村受理日	平成24年5月23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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2795000062&SCD=320&PCD=27
----------	---

【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 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成24年4月9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)】

利用者への対応のスローガンのものとして「8時間スマイルキープ」を職員へ通達し、実践している。認知症介護の研修及びその他の研修(内部研修)を月3回実施、その都度、レポートを提出し理解度を把握している。「喫茶コーナー」を設け、月～金まで毎日2時間、希望がある方や希望を申し出ることの出来ない方も参加してもらい、懐かしい映画や音楽を流し、「くつろぎの時間」を提供している。家族面会時に「喫茶コーナー」の時間と合えば「喫茶コーナー」で一緒にお茶をお出ししている。1年間の行事予定を計画し、開所以来「クリスマス会」は、小規模多機能と合同で行い、職員の手込んだ衣装や出し物は、好評をいただいている。職員の離職率を下げるように職員の意見に管理者が耳を傾け、「わからない」事を「わからないまま」にはせず、ケアカンファレンス参加、研修会での問題提起に掲げ、職員一丸となって問題解決へと導いている。職員間の馴れ合いは注意を促し、助け合い精神を向上するように管理者は気配りを行っている。職員のスキルアップへの協力は会社全体で考慮・取り組みを行っている。

【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)】

当該ホームの理念の基、言葉で表現できない利用者の思い「声無き声」に心の耳で傾聴し、その人らしい暮らしを支援できるよう努めています。利用者自身とのコミュニケーションや寄り添う支援に加え、家族との関わりや信頼関係作りにも力を入れ、本人と家族、ホームと一緒に考えながら個別ケアに取り組んでいます。また、職員間の連携も良く、申し送り時が職員の意見交換の場となり日々意思統一され、更に業務上で統一したいことがあれば職員アンケートを行い業務内容の見直しを行っています。利用者の重度化がみられ終末期の支援に取り組んでおり、ホームでできること等を記載した重度化した場合の対応指針の下、職員は看取りの勉強会を行い体制を整え、本人や家族の意思を確認し主治医との話し合いを重ねながら支援しています。

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	「くつろぎの家エルフ・みと」における介護理念を職員に周知徹底し、管理者及び職員が同じ方向を向いた介護の実践を行っている。	法人の理念の基ホーム独自の理念を掲げ、事務所や玄関に掲示し、毎日の申し送り時に唱和し職員に周知を図っています。内部研修で理念を振り返ったり、ケアの中で実践できるようにサービス担当者会議の中で意識して話し合っています。	
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	自治会に加入し、自治会主催の祭りの参加を行っている。近所の商店に1人で買い物に行かれたり、近くのスーパーまで職員と一緒に買い物に出かけている。	近隣に住んでいた利用者も多く、散歩や買い物などで挨拶を交わしたり、自治会に加入し回覧板で地域の行事を知り参加しています。また近隣の大学の学生との交流をきっかけに、行事参加が充実し地域との関係が深まっています。今後幼稚園や小学校に働きかけ、子ども達との交流も行いたいと考えています。	
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	福祉事務所や地域包括センターから依頼のあった困難事例の方を積極的に受け入れている。		
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	概ね2ヶ月に1回の割合で運営推進会議を行い、ホームでの出来事や事故報告などを行っている。	運営推進会議は、自治会長や地域包括支援センター職員、家族等をメンバーとし、概ね2か月に1回開催しています。ホームの現状を報告し、事故は事例を挙げて丁寧に説明し、参加者の意見交換の場となっており、運営に反映できるよう取り組んでいます。	
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に取り組んでいる	地域密着型部会に参加し、市側の担当者と話し合いを行っている。市役所へは、管理者・ケアマネが常に出向き、現状報告などを行っている。	直接市役所に出向き、運営推進会議の議事録を届けホームの状況を報告をしたり、相談やわからない事を聞いています。地域密着型部会では、他のホームと共に市の担当者との話し合いの場があり、協力関係を築いています。	
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	研修会において「身体拘束」の対象事例を話し合い、「身体拘束0」を実践している。	法人内外の身体拘束についての研修を受講し、ホーム内では伝達研修や事例検討を行い、職員が理解できるように取り組んでいます。各ユニットの入り口はロックしていますが、自身でロックを解除し外に出られる方がいたり、外に行きたい様子がみられたら職員と一緒に付いて出掛ける等、個々の利用者が拘束感を感じないよう支援しています。	
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	「虐待を見た、聞いた」だけでも報告義務があることを知らせ連絡先が、市の高齢介護課及び、地域包括センターである事を周知徹底している。それ以上に「虐待はしない、駄目」と教えている。		

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	日常生活自立支援事業とは・・・成年後見人制度とは・・・を勉強会ならびに文書にて理解をさせ、必要のある方の手続き方法を管理者のみで行わず、CMをはじめとして全職員が協力して行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約書及び重要事項説明書を全文を読み上げていきその都度利用者及び家族の質問等を受けている。納得が得られない場合、時間をかけて理解していただく努力を行っている。		
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	契約時、重要事項説明書に事業所以外の市及び府の連絡先を記載し、管理者及び職員に言いにくい場合は連絡して下さいとお願いをしている。又、玄関に意見箱の設置を行っている。	家族の面会時や電話にてコミュニケーションを図り、意見や要望を言いやすい雰囲気を作っています。来所が困難な家族には自宅に訪問することもあり、直接話をするを大切にしています。個々の外出の希望などを受けて、サービスに活かして実践しています。	
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	施設内に「ホーム長室」を設置し、職員に対していつでも出入り可能であり、意見を真摯に受け止めるとアナウンスしている。	毎日の申し送り時が職員の意見交換の場となっています。また、業務上で統一したいこと等があれば、職員アンケートを行い業務内容の見直しを行っています。管理者は職員の入職後1ヶ月の面接を行う他、常に話を聞く姿勢を持ち適宜面接を行っています。	
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	企業努力は、実感できる。		
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	個々のスタッフの実務経験に応じた研修が受講できる機会を与えている。		
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	地域密着型部会に参加費用、及び参加時間を就業時間とし、手当てが出ている。(管理者以外)		

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	利用前訪問を数回する事で、利用者の立場、状況を把握し、その延長線上にGH利用を重ね、いかに利用者が安心かつ安全な生活ができるか検討をかさね、信頼関係の構築に努めている。		
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	家族に対して、話しやすい環境づくりを設定し、思いに傾聴した上で、GHとして独自で出来ること、家族協力が必要なことをわかりやすく説明を行い、納得していただいた上で信頼関係を築いている。		
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	体験利用を勧め、GH対応か併設する小規模多機能型居宅介護か、又は、在宅支援なのかを目的(必要な援助)の内容で本人・家族との話し合いを繰り返し行っている。		
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	基本的なルールはあるもののそのルールだけに偏らず利用者本位の接し方(ケア)を行うことで同じ目線或いは、同じ状況で見えるもの聞くもの触るものを共有し喜怒哀楽をお互いに感じあっている。		
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	利用者を中心に職員・家族が三位一体になり、お互いに出来ること、出来ないことをフォローしながら、又、社会的資源の利用も考慮しながら全てにおいて利用者を支えている。		
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	「個人情報保護法」の観点を見極め、利用者の精神状態をしっかりと把握した上で利用者の馴染みの環境が途切れないように努力している。	近隣に住んでいた利用者も多く、馴染みの店への買い物や自宅の近くへ散歩に出掛けています。また、家族の了承を得て友人の来訪があったり、家族と墓参りに行く等、入居前の馴染みの人や場所との関係が継続できるように支援しています。	
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	職員を通じて利用者同士の関りを深めていく努力をしているが、決して無理強いせず、自然な形で関り合い方を見出し、それぞれの職域で意見交換をし、最終的判断は利用者が行える環境としている。		

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
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	GHを終の棲家的存在とはせず、状態が安定、又は利用者や家族の希望に応じて、必要な情報提供を行っている。又、家族からの個人的相談に対しても出来る限り応じ、支援を進めている。		
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	(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	言葉で表現できない利用者の思い「声無き声」に心の耳で傾聴し、思いに応える努力ができる職員養成に努めている。勝手な想像で利用者の思いを消さないようケアをしている。	入居前の面談時に家族や本人に生活歴や好み等を聞き、入居後は日々の関わりの中で聞かれた言葉や表情、行動等から思いを汲み取れるよう努めています。管理者や計画作成担当者は、職員の記入する日々の記録や知り得た情報を全職員に伝え、利用者の思いや意向を共有しています。	
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	利用者の今までの生活歴を把握することで良い事、良くない事がある事を理解し、これからの馴染みの関係構築に当たる努力を優先している。「こだわり」については、尊重している。		
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	「出来ること」「出来ないこと」「方法を変えれば出来ること」「話し方を替えば出来ること」「時間を長くすれば出来ること」など、利用者個々に応じたケア方法をその時その時に考え、即実行できるようにしている。		
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	概ね3ヶ月毎、及び利用者・家族の何らかの変更などがあった場合にケアカンファレンス(担当者会議)を行っている。本人や家族の意向もきちんと配慮しているが、本人・家族の参加はあまりなく、介護計画作成後に交付し説明・了承を得ている。	本人の意向を基に、かかりつけ医や家族、訪問歯科医等からの情報を得て、ホームの職員が参加する担当者会議を行い介護計画を立てています。3ヶ月毎にモニタリングを行い、利用者に変化があった時にはその都度に見直しています。	
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	管理日誌・個人介護記録・支援経過など記載し、職員間の情報の共有に努めている。ルーチンな事柄は、パソコン入力(電カル)をし、職員の誰もが閲覧できる体制を図っている。CMも記録を読んで今後の介護計画に反映させている。		
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	介護保険法に遵守することは第一にしているが、利用者や家族の希望に応じたサービス提供をしている。		

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	支援できる利用者に限りがあり、全ての利用者には行っていない。		
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	(希望された利用者)主治医による2週間に1回の診察を実施。24時間対応の体制であり、状態悪化時には素早い対応をしている。	入居時に以前からのかかりつけ医の継続もできることを説明し、其々の状況に合わせかかりつけ医の往診を受けています。看護職員を中心に日々の健康管理やかかりつけ医との情報交換を行っています。24時間協力医の対応が可能であり、歯科や皮膚科、眼科などの往診を受ける事ができる体制が整っています。	
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	各フロアに看護師⇄介護職の連携ファイルを設置。利用者の気になる状態や気付きを記入し、看護師、或いは主治医の指示を受け、処置や受診が行えるようにしている。		
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。	入院時には、状態・日々の生活などの情報提供を看護・介護サマリーとして医療機関に提出し主治医からは、診療情報提供書を提出。入院中の状態把握を行う為病院サイドの地域連絡室担当者とかまめに連絡を行い、退院に備え主治医と今後の方針を相談し、適切なサービス提供を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入所時に重度化した場合の指針を説明し家族に了承を得ている。又、終末期の段階で再度、主治医から状態説明を行い、看取りの同意書を頂いている。但し、医療的処置を希望された場合は速やかに医療への移行を促している。	入居時にホームでできること等を記載した重度化した場合の対応指針について説明しています。状態の変化に合わせ主治医から説明してもらい、本人や家族の意思を確認し、話し合いを持っています。職員は看取りの勉強会を行い体制を整え、家族と共に終末期の支援に取り組んでいます。	
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	新任研修をはじめ、現任研修においても急変や事故発生時の応急手当及び初期訓練や研修を定期的に行い、全職員が適切な対応が出来るようにしている。		
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	地域との協力体制は整っていない状態。職員教育は行い、周知徹底している。	年に2回避難訓練を行い、うち1回は消防署の指導の下に行っています。また、年に1回研修を行ったり、新人には必ず火災報知機等の使い方を説明しています。近隣に住む職員も多く、地域の防災マップをもらい、今後地域との協力体制について話し合っていきたいと考えています。	

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
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	馴染みの関係・信頼関係の構築に最大の努力した上で、個々に応じた対応(言葉遣いや話す内容)を考慮している。職員によっても職域の違いで多少の対応方法の違いはあるが、全職員基本的方向性を共にしたケアを行っている。	職員は認知症ケアの研修を受ける中で、利用者の尊厳を守った対応について学んでいます。方言の使い方や言葉のかけ方などにも配慮しています。不適切な対応がみられた時には、その時々々に注意をしたり会議の場で振り返ることもあります。	
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	利用者の性格や現病歴などをしっかりと把握し、行動パターンを探求し、本人の思いがどのようなものかを推察する介護力を培い、自己決定が行える環境づくりを行っている。		
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し、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	何事にも臨機応変な対応がすぐさま出来るようにしている。基本的な流れは、一応あるがその事に固執するのではなく、利用者一人ひとりの対応を行うように指導している。		
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	個性を重視している。		
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	片付けは出来ているが、準備は配膳のみ。	食事はチルド状態になっている状態で業者から届いています。利用者のできる事が少なくなっており、配膳や片付けは一緒に行っています。業者に食事に対して意見や要望を伝えたり、食事をアレンジする等の工夫をしています。また、時には出前を取り利用者の楽しみとなっています。	
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	栄養バランスは、外注の業者に任せている。が、摂取量はホームで調整している。水分量は、ある程度の幅はあるものの個々に応じた対応を行っている。		
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	出来る方に関しては、その後チェックを行い、全介助の方においては、毎食後、口腔ケアを必ず行い記録をしている。義歯の場合でも、口腔内の清潔保持に努めている。		

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	排泄パターンを熟知し、声かけ、無理のない自然な誘導で出来る限り排泄自立を目指している。	排泄チェック表を利用してパターンを把握し、個々に合わせてトイレで排泄できるように支援しています。利用者の表情や仕草等から声をかけたり、できない事を支援できるように介護計画に載せて少しでも自立できるように取り組んでいます。	
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	日々の生活リハビリを行い、入浴時にマッサージをするなどして自然排便が出来るようにしている。主治医と相談し、個々に応じた内服薬を服用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回以上の入浴を設定しているが、希望時に入浴はしていない。時間帯を設定している。が、決められた時間以外でも対応できるようには、努力している。	個々の状況や希望等に合わせ、週2回以上の入浴日を決めています。希望があれば毎日の入浴や夕食後の入浴も可能であり、汗や汚れた時等、臨機応変に対応しています。拒否の方には足浴から始め、徐々に入浴できるよう支援しています。入浴剤を入れたり、好みのシャンプーを使用する等、入浴を楽しんでもらっています。	
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	ある程度個別対応を行っているが、集団生活上、基本的な就寝時間を設定している。休息については、状態や希望に応じて対応している。		
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	全職員が、内服薬の情報書が閲覧できるようにしている。又、看護職からの説明も常に行うことで症状の変化が確認できるように努めている。又、内服介助、確認はダブルチェックを行っている。		
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	18人全て個別対応は出来ていない。似たような方をグループ(2名～3名)にわけ、支援を行っている。		
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	1人で買い物に行ける方は、自由に出入りしてもらっている。介助が必要な方においては、家族へ協力依頼を行ったり、職員が連れて行ったりしているが、全ての利用者には、対応できていない。	天気の良い日や利用者の希望に合わせて、散歩に行ったり、花見等に出掛けています。重度化に伴い外出の機会は少なくなっていますが、外気浴をしたり、家族の協力を得て外出の支援をしています。今後、個別支援も行っていきたいと考えています。	

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	金銭管理が自己にて行える利用者については、所持し使っているが、金銭管理が困難で欲するものがある場合は家族の了承を得て職員が買いにいき提供している。		
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	携帯電話の持ち込みを許可している。電話希望に対してはあらかじめ家族の了承を得てから行っている。手紙については、受け取りはしているが、利用者から出すことがない。		
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	廊下を使って歩行訓練が行える(廊下の長さが横断歩道の長さと同じ)。朝・昼・夕・夜が実感できる工夫を行っている。	玄関先にプランターを置き花を育てたり、リビングに季節の飾りを行い、季節を感じられるようにしています。温湿度計や加湿器を置いたり、カーテンの開け閉め、風通しの良い家具の配置等に配慮し、居心地良く過ごせるように工夫しています。また、長い廊下の先に椅子を置き、休憩場所や一人でも過ごせる居場所として活用しています。	
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	廊下の端に椅子を設置。		
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	タンスやベッドの持ち込み、写真などを置く事で居心地良くなるようにしている。	入居時に使い慣れた物や大切にしていた物を持って来てもらうように話し、自宅と同じように配置しています。自宅からベッドやテレビ、たんす、椅子、位牌等を置き、好きな犬の絵やぬいぐるみ、写真等を飾り、その人らしい居室となっています。自転車を居室に置き、安心されている方もいます。	
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	トイレの表示をしている。事務所の場所を知らせ、自由に出入りできる体制を整えている。		