

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26年4月10日	評価結果市町村受理日	平成26年7月14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_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=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26年5月12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6年を迎え開設当初から「認知症介護」の理念を守り、尚且つお一方お一方のニーズに合わせたケアの実践を行っています。できる事・出来ない事を見極め、その方の『声なき声』に耳を傾ける方針で「認知症介護」を行っています。又、3安(安心・安全・安楽)を重視し、不安のない生活全般を支援しています。家族会を結成し、家族様と共に三位一体になって、お預かりしている大切な家族の一員である利用者様を大切にさせていただいております。職員が、同じ方向を向き、疑問や不安を感じた時は、全ての職員が一丸となってどのようにするべきかを常に話し合える職場環境にしています。又、空室がない場合以外は、病名に「認知症」とある方なら入居をお断りいたしません。入居後、状態が穏やかになった場合は、できるだけご家庭に帰っていただけるように後方支援についてもきちんと家族様と話し合っています。

【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)】

6年目を迎える当該ホームは小規模多機能事業所と併設され、法人理念の基に作られた理念を大切にしており、職員は毎月、毎週の目標を立て日々意識し、さらに出来ているかの評価、振り返りを行い、理念にそったケアが出来るように取り組んでいます。職員は利用者へ寄り添い日々の関わりの中で利用者の出来る事出来ない事を見極めて一人ひとりに合ったケアを検討し、笑顔を引き出せるように努め、利用者本人だけでなく家族にも安心してもらえるように日々支援しています。今年度は運営推進会議で得られた意見によりホームの建物に「介護の事なら何でもご相談ください」の看板を掲げた事により、地域の方が気軽にホーム立ち寄り、また頼りにされる存在となっています。今後はさらに地域に根ざしたホームとなるようチーム一丸となり取り組まれる予定です。

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している (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、安心して暮らしている (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	会社の理念を元に事業所の理念を開設当初に作成しその理念を月目標や週目標に上げる事で職員に知られせ、実践に繋げている。	地域貢献や尊厳を守る事等を謳った法人理念を基にホームの理念が掲げられています。職員は理念にそって月間と週間の目標を立て、管理日誌に手書きをし日々意識して支援しています。さらに実施状況の評価を行い理念の実践に繋げています。	
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	自治会に参加し(今年度は班長です)自治会長さんを運営推進会議の委員に選出。地域に根ざした事業所となっている。	公民館での自治会行事への参加や散歩時に訪れる公園で地域の方と交流を持っています。ホーム主宰の夏祭りには近所の方や子どもが訪れ、地域ボランティアの方も定期的に来られています。またホーム建物に介護相談の看板を掲げた事により、地域の方が気軽に立ち寄り場所となっています。	
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	建物に「介護の事なら何でもご相談下さい」と看板を掲げている。それを見て来訪される地域の方もいる。		
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	委員から外出の機会やボランティアの事、老人会の事などの情報を得て、利用できるように努力している。	家族、自治会長、地域包括支援センター長等が出席する運営推進会議が年に5回開催されています。会議ではホームの状況や活動報告の他、地域の情報を得たり何でも話し合える場となっています。入りづらいという意見から介護相談の看板を掲げる事により地域交流、貢献につながっています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者とは、密接な人間関係を構築している。又、この事業所の事以外にも相談・連絡を行っている。	市担当者とは馴染みの関係が出来ており、市からの依頼で地域密着型サービスについての講師を担ったり、市主催の事業所部会に参加しています。就労支援の受け入れも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、0』を実践しているが、フロア内での出入り口はオートロック式である為、完全ではない。しかし、日中においては、出来る限り開放を行っている。玄関の施錠は夜間以外、解放している。	身体拘束についての研修は内部で年に1~2回、外部でも受講し、ミーティング時にミニ勉強会として職員に内容を周知しています。日々のケアでの言葉掛けや対応にも注意しながら取り組んでいます。玄関は開放していますが、フロア入口はオートロックになっています。出来るだけ開放の機会を設けており、今後は利用者の状況に合わせてさらに開放していく予定です。	
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	新聞等で報道があった場合や実際、職員アンケートを無記名で抜き打ち的に行って「虐待」に係る事は、グレーゾーンであっても「NO」と言える環境を作っている。		

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
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	実際に「権利擁護」「成年後見人」制度を利用している利用者様がいるので、必要に応じて研修を行っている。		
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	契約時は、重要事項説明書を一語一句読み上げその都度理解されているか確認しながら、契約を結んでいる。又、介護報酬の改定時には、同意書を貰っている。		
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	直接、外部に意見を反映できる機会は、「苦情受付」をお知らせしているだけで、具体的にはない。管理者等、ホーム側の人間に伝える方法は、設けている。(ケアプランの説明時など)又、意見の反映は、出来る限り努力している。	家族の来訪時やケアプラン更新時、家族会の際に直接意見や要望を聞く機会とし、家族との信頼関係を大切に何でも言ってもらえる環境作りに努めています。得られた意見については速やかに対策や計画の説明をして納得してもらえるよう対応しています。	
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	定期的に職員の意見を確認できるよう、面談日を設け、良いと思われる意見は運営に反映できる努力を行っている。	毎朝のミーティング時に職員の意見や提案を聞いています。業務の流れについての意見は業務改善委員会につなげたり、掃除道具の購入提案など何でも言える環境を大切にしています。また入職時は3ヶ月目に、それ以外は年に1回部長との面談があり提案等の内容については法人に持ち帰って検討されています。	
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	育児中の職員に対しては、申し出があれば就業時間やシフトの工夫を行っている。スキルアップに関しては、出来る限りの協力体制を整えている。		
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	入職時やその後においても社内研修の時間を取っている。外部研修には、就労時間内であっても様々な職員が参加できるように、創意工夫を行っている。		
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り組みをしている	市の地域密着事業所部会に参加し、事業所間の交流を図っている。又、他事業所と交流を持ち、情報のやり取りを積極的に行っている。		

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
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	入居前から、自宅・病院などに職員が出向き、ホームでの生活を説明し、本人の意向を確認する努力は行っている。		
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	見学など初期の段階でご家族様のご意向を確認し、できる・できないを明確に伝え、できない事ではあるが、代替的な方法を提案したりしている。		
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	現段階で必要なサービス、将来的に必要なとなるであろうサービスを長年の経験の中から見極める努力を行い支援している。		
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	利用者様本位のケアを充実させながらも「馴染みの関係」を上手に構築する努力をしている。		
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	本人を中心に家族・職員を立ち位置とし、本人だけでなく、家族様にも信頼を得てケアの充実に備えている。「家族に代わるものはない」との考えの下、少しでも家族と思ってもらえるように日々努力をしている。		
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	開設当初は、持続できていたが入居期間が長期の方は、支援が困難になってきている。入居間もない方は、出来る限り支援をしている。	友人の来訪があったりこちらから出向いて行く事もあります。家族と一緒に馴染みの美容院や墓参り、遠出する際には準備を支援しています。利用者の希望により自宅を職員と見に行ったり、家族に依頼するなど出来る事を支援しています。	
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	精神状態により変動はあるが、利用者様同士の関係性を確認し、職員が介入する事で関わり合いが持てるように支援している。又、その結果、職員の介入がなくても居室訪問を行っている場合もある。		

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	様々な相談があり、支援・援助に努めている。		
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	個々の対応はしているが、全部の意向に沿ってはいない。が、希望や意向の確認は必ず行い、出来る限り近づく努力はしている。	入居時に本人・家族からこれまでの暮らしや好みを書いてシートにまとめ、入居後は日々の関わりの中で思いや希望の把握に努め、日々の記録や介護支援経過に落とし込み、その人の気持ちを記入したシートを使用して職員間で共有しています。困難な場合は家族に聞いたり職員間で検討し本人本位に努めています。	
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	可能な限り努力はしているが、全ての生活歴を把握はしていない。		
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	利用者様の心身状態・残存能力に関しては全て把握している。一日の過ごし方においてもきちんと把握している。		
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	再アセスメントを行い、担当者会議(カンファレンス)でそれぞれの立場で話し合いを行っている。本人の意見の反映はあまりない。家族の希望はその都度確認を行っている。又、介護計画作成後に家族から希望・要望があればすぐに対応している。	本人の思いや家族の希望を基に医師や看護師の意見、介護支援経過から一人ひとりに合ったケアプランを作成しています。定期的に再アセスメントを行い、3ヶ月毎にケアマネジャーが職員の意見を聞いたり、記録からモニタリングを実施し、サービス担当者会議で話し合いプランを見直しています。	
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	ケア記録は全てPC入力となっているのでいつでも確認する事が出来る。(情報の共有)ただ、特別変化が生じた場合は、申し送りノート及び口頭での報告となる。ケア記録を確認しながらケアの実践を行い介護計画の見直しに繋げている。		
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	既存のサービスに捉われない支援を行う事は良いのか否かは別として、本人様やご家族様が安心して介護保険を利用できるように支援を行っている。		

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
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	単身者であれば、成年後見人制度を市に相談したり、出きる範囲でご家族探しを行った例がある。		
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	入居の時点でホームと連携している医師と契約してもらったり、今までに主治医を希望される場合は、ホームの方からその医師に連絡を取る事で適切かつ迅速に医療が受けられる体制を作っている。	入居時にかかりつけ医の希望を聞いてはしますが、現在は全員がホームの協力医となっており、月2回の往診を受けています。ホームの看護師が医師と連携しています。利用者の希望や必要に応じて、歯科、精神科、眼科、皮膚科の定期的な往診を受ける事ができる体制が整えられています。	
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	看護師が医師との連携役として、職員サイドの意見を看護師が集約している。		
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。	病院の地域連携室との日々の交流やサマリーを通じての情報の交換を行うことで、一貫したケアを利用者様が受けられるようにしている。		
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	早い段階で重度化対応や終末期ケアについての指針をお話し共有し、状態の悪化に伴い看取りケアの説明を行い、意向の確認を行っている。	入居時にホームでの重度化や終末期の対応指針について説明しています。早い段階より本人、家族の希望や思いを確認し、医師と相談しながら話し合いを重ねその方に合った看取りの支援となるよう取り組んでいます。また看取りについての研修も定期的に行われています。	
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	定期的な訓練とはいかないが、日々の中で指導を受け、意識付け、実践につなげている。		
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	消防署の協力も得て、火災時の訓練を行っている。地域との協力体制は不十分と言えるが、職員がほとんど地域住民である。	年に2回避難訓練を行い、1回は消防署の立会いの下、1回はホーム独自で実施しています。消防署立会いの際は夜間を想定したシミュレーションを行い消防署より評価してもらっています。近隣に住んでいる職員が多く応援に駆け付ける体制となっていますが、近所の方への協力への声掛けは今後の課題となっています。	

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
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	高齢者への尊敬の念をわすれないようにと、 いうことを日々の申し送りやカンファレンス の中で繰り返している。	プライバシーに関する研修を受講しており、 理念にも謳われているように高齢者の尊厳を 守る事や人格の尊重を大切に言葉掛けや 対応に配慮しています。不適切な発言があ った場合は管理者やリーダーが少し離れた 場所で説明しています。	
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	自己決定ができる方とできない方がいらっ しゃるが、「声なき声に耳を傾ける」姿勢で、 本人の思いや希望を汲み取る努力をしてい 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	できる限り希望に沿っていきたいが、全てを かなえることは難しい。		
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、好みの洋服や 家具を持って来ていただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準 備や食事、片付けをしている	準備や片付けは出来る範囲で限られてい る。行事食は定期的があり、利用者様の楽 しみになっている。	食事はクックチルを取り入れ盛り付けはホー ムで行なっています。メニューは決められてい ますが希望を伝える事が出来ます。定期的 に行事食があり、寿司をその場で握ってもら ったり、またホットプレートを使用するなど食 事が楽しみなものとなるよう支援しています。 利用者にはお絞りをたたんでももらったり、 洗い物など出来る事をしてもらっています。	
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	一人ひとりの状態に応じて、量や形態など 工夫している。無理なく必要な栄養を確 保していただけるよう、必要に応じて高カ ロリー飲料なども提供している。		
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	能力に応じて、自己や介助、ガーゼやスポ ンジの使用など様々な方法で口腔ケアを 行っている。また必要に応じて訪問歯科に も入っていただいている。		

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	排泄表をもとにパターンの把握や適した排泄用品を検討している。トイレへの移動が難しい方にはポータブルトイレを設置するなどしている。	自立されている方もいますが、全員の排泄記録を取っており、記録を基に誘導を行っています。パターン把握し、トイレでの排泄を習慣付ける事により失敗が減り、実際におむつの方が紙パンツになるなど改善されています。またトイレの便座の高さが2種類あり身長に合わせて選べる事が出来ます。	
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	補水やマッサージ、温めなどで予防はするが、ほとんどの方が下剤を処方されている。医師の指示のもと調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日と時間帯は決めており、日課としてとらえている利用者様もいらっしゃる。体調や状態に応じて臨機応変に対応している。	週に2回以上入浴してもらえるように支援しており、希望があれば毎日や時間帯を選ぶ事も可能です。拒否される方については時間をおいて声掛けをしたり、次の日への変更や足浴から入浴につなげています。浴槽は3方から介助でき、重度の方も安全に入浴してもらっています。	
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	体調や希望に合わせて休息をとっていただくが、昼夜のバランスを考えてあくまでも夜間の睡眠を重視している。		
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	薬剤師や看護師から内服に関する情報は伝達されている。変更などがあれば、それを意識した観察を行い、報告するようにしている。		
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	個々に好きなことをしていただいたりしている。ご家族の協力を得て気分転換に外出していただいたりもしている。		
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支援している	全ての個々の希望に沿うことは難しく、レクリエーションの一環としての外出などを行っている。ご本人の希望をご家族に伝えたりはしている。	日常的に近くの公園や店に散歩や花を見に行っています。秋には紅葉を観に石切神社にも行っています。併設の小規模多機能施設のサロンに参加し、テラスでお茶を飲む等外気浴に触れる機会も持っています。また本人から外出の希望があれば家族に伝え支援しています。	

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	希望や能力に応じて所持していただくのはかまわないが、その場合は必ずご家族の了承を得ている。現在、持っている方はいるが、使われる方はいない。		
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	希望があれば可能だが、希望される方がいない。		
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	不快な刺激を避けつつ、日常的な生活音や天候が分かる自然光などは大切にしている。清潔を心がけ、室温・湿度にも配慮している。	玄関先には季節の花が植えられており、ホーム内の廊下は広くりハビリにも役立てられています。また廊下にエアコンも整備され温度への配慮がなされています。明るいきりびんぐからは隣の保育園が見え木々や装飾から季節を感じる事が出来ます。掃除も徹底されており居心地良い空間となっています。	
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	個別の椅子とは別にソファを置いて自由に座れるようにしてある。廊下の端に椅子を置いて独りの空間で落ち着いていただけるようにすることもある。		
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	使い慣れた好みのもので持参していただいている。ただ、危険を伴うものなどは、お話をしして預かったり、引き上げさせていただくこともある。	入居時に今までの部屋をそのままと伝えてあります。利用者は使い慣れたタンスやベッド、テレビ、食器棚や大切にされている仏壇を配置し、趣味の裁縫道具や大正琴、ハーモニカ、雑誌、辞典などを持ち込まれています。希望により畳やクッションフロアを入れて布団で休まれるなど一人ひとりに合った居室となるよう支援しています。	
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	バリアフリーの施設で、手すりなどを利用することで、自立独歩できている方もいらっしゃいます。居室などは個々に応じて工夫をしている。		