

### 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	2795000179		
法人名	株式会社 エルフ		
事業所名	くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)		
所在地	大阪府東大阪市河内町3-5		
自己評価作成日	令和2年1月20日	評価結果市町村受理日	令和2年6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	<a href="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyousoCd=2795000179-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyousoCd=2795000179-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 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	令和2年5月29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)】

一人ひとり違った性格があるように、認知症状も一人ひとり違うということを知っています。その方に合ったケア方法を職員がチームとなり見つけ出せるよう日々の状態把握から情報の共有を行い、ご利用者様が中心となって日常が送れるよう努めています。認知症状とひとまとめにせず、まずは職員がゆったりとした気持ちを持てるよう、利用者様とのコミュニケーションは勿論、職員の間でもしっかりとコミュニケーションを取りホーム全体が笑顔になれるようオープンな気持ちで様々なことに取り組んでいます。当ホームの介護理念でもある【ユーモア精神】を忘れず利用者様もオープンな気持ちになり、笑顔で過ごせる空間を目標としています。

#### 【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)】

当該ホームは利用者の力やそのらしさ、安心できる環境等を大切に考えた理念を掲げ、理念を意識しながら毎月の目標と毎週の目標を立て実践に繋げ、申し送り時に評価を行い振り返っています。利用者が積極的に過ごせるよう希望を聞き馴染みの神社や自宅、周辺への外出や買い物に出かけたり、生活習慣を継続し夜間入浴にも対応する等、個々の利用者に合わせて対応に努めています。日々の職員間のコミュニケーションが良く、申し送り等で活発な意見交換を行いながらケアや業務改善に繋げ、職員からの意見の中で必要に応じて研修や職員会議を行っています。また運営推進会議ではホームの課題を参加者と一緒に検討しており、地域との交流を増やしたいことから参加者から意見をもらいカフェを開催する準備を整えるなど有意義な会議となっています。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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
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	会社自体の介護理念及び事業所の認知症介護理念を作成し「月目標」「週目標」を立て実行。達成具合をスタッフが確認し、未達成の目標は再度目標とし実行している。「月目標・週目標」は必ず申し送り時に声に出して伝え合っている。	法人理念の基利用者の力やその人らしさ、安心できる環境等を大切に考えホーム独自の理念を掲げ、玄関やフロアに掲示しています。管理者は理念を意識しながら毎月の目標と毎週の目標を立て実践に繋げ、申し送り時に評価を行い振り返っています。	
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	10月の枚岡神社秋郷祭ではホーム前で布団太鼓の見物と同時に地域の方から声をかけて頂いたり、逆に利用者様から声をかけ交流ができる。ただ、そこからの交流は広がり日常的な交流はない。	自治会に加入し会長には運営推進会議に参加してもらい地域の情報を得ています。近隣の神社の祭り際には布団太鼓を観に行ったり、ホームの行事にはフラダンスや南京玉すだれなどのボランティアの来訪があり交流しています。散歩などで出会った方と挨拶を交わしていますが、更に交流ができるようカフェを開く予定です。	
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	見学等で支援方法を伝えている。		
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	地域包括センターケアマネ、利用者に参加をして頂きサービス向上に活かしている。	会議は家族や利用者、自治会長、地域包括支援センター職員等の参加を得て感染症の流行の無い場合は隔月に開催しています。利用者や職員の状況や行事、ヒヤリハット事例等の報告を行い意見交換をしています。ホームとして地域との交流を増やしたいことから参加者から意見をもらいカフェを開催する準備を整えるなど、会議を運営に活かしています。	
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	市役所、福祉事務所の担当者との交流は積極的に行う努力をし、協力ができる事は行っている。	市役所の窓口には手続きの際に出向き、わからないこと等の相談は主に電話で聞いています。地域密着型事業所部会に市職員の出席がある事もあり情報を得たり、役所からメールでアンケート調査があり回答する等、協力体制を築くよう努めています。	
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	内部研修にて取り上げ、緊急やむを得ない場合にはケアカンファレンス、家族様へ説明・同意を得て職員と今後のケア方針をしっかりと話し合う。	身体拘束についての研修は入職時や年に1度定期的に行い、会議や申し送り時にも言葉掛けによる制止について等具体的なことを職員に伝えています。運営推進会議の際に身体拘束適正化委員会を行い拘束のない現状の報告等を行っています。ユニットの出入り口は施錠していますが、外に行きたい様子があれば一緒に出る等拘束感の無いよう支援に努めています。	

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	内部研修にて取り上げその都度職員と話し合う機会を得ている。高齢者虐待のポスターを貼り相談連絡先も記載。		
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	後見人、権利擁護がついている方がいる為、個人情報厳守しつつ、仕組みなどの勉強を行っている。		
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	契約書、重要事項説明書の疑問点等を確認しながら読み上げ、丁寧に説明をしその都度質疑応答をしている。		
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	意見箱はあるが直接お話を頂ける事が多い。また手紙として送って下さる事もある。	利用者の意見や要望は日々の関わりの中で聞き、外出や買い物等個別や少人数で行けるように支援したり、食べたい物を買って来るなど希望に応えています。家族へ毎月便りを送ったり変化のあった方へは個別に手紙を書いて利用者やホームの様子を伝え、面会や電話をかけた際に意見や要望を聞いています。理美容などの個別の要望が多く個々に対応しています。	
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	代表者来所時に質問などの意見交換を行っている。	毎日の申し送りをユニット合同で行い意見を出し合ったり、日々管理者へ提案があがってきておりアンケートも行いながら職員の意見を聞き決めています。職員からの意見の中で必要に応じて研修や職員会議を行っています。職員から手紙をもらい意見を受けたり職員の様子を見ながら個人面談も行い意見や思いを聞いています。	
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	代表者来所時に質問などの意見交換を行っている。		
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	分からない事、聞きたい事があればその都度研修資料を作成し各職員が把握できるようにしている。		

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	市の部会へ参加。		
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	ご入居前から情報を収集し当日に備える。なるべく前生活の延長となるよう自然と入ってこられるよ雰囲気的环境作りに努めている。家族とは手紙、電話など様々な方法で信頼関係を構築している。		
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	利用の有無に関わらず、見学の際には現状と今後について聞き、これからの方向性を提案する。		
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	居宅での援助が適切と思われた場合、系列の居宅事業所を提案している。		
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	「介護をされている」と感じられるケアではなく「一緒になって行っている」と感じていただけるよう努めている。また、できないことだけに目を向けるのではなく出来る事を探し自身で行える喜びに繋げている。		
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	面会の機会を多く持って頂けるよう工夫をし、面会時には現状報告をしっかりとしている。また行事参加の呼びかけをしている。		
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	ご希望に添えるよう支援を行っている。	友人や親せき等の来訪があった時には居室に通し椅子を準備したりお茶を出してゆっくりと過ごしてもらえよう配慮しています。希望にそって自宅やよく行っていた神社に行ったり、以前住んでいた近くに行く等の馴染みの場所へ行く支援もしています。また友人からの年賀状を懐かしむ方もいます。	

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	自然と関わられるよう基本本人同士に任せているがコミュニケーションが困難などの場合には必ず職員が間に入り関わりを持てるようにしている。		
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	連絡があれば相談に応じ支援している。		
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	理念の「利用者本位の介護を行う」よう努力をしている。	入居前に本人や家族と面談を行い希望や生活歴、趣味嗜好等を聞き、担当のケアマネジャーや施設からも情報を得て思いの把握に繋げています。入居後は日々の関わりの中で得られた情報を介護記録に残し、ケアカンファレンスでも利用者本位に検討しながら思いを汲み取れるよう取り組んでいます。	
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	本人または家族との会話の中で情報収集をしたりできる限り情報収集を行っている。		
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	その方にあつたケアプランを作成しそれに基づいたケアを行っている。		
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	3ヶ月に1度担当者会議を開催し、家族、本人の希望、状態などの話をしっかりと聞きケアに反映させている。	本人の思いや家族の意向、アセスメントを基に介護計画を作成し、初回は入居後1か月、以降は3か月ごとに見直しています。見直しに当たっては再アセスメントを行い、家族の意向を確認したり必要時には医師や看護師からも意見を得てサービス担当者会議を開いています。	
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、電子カルテ、申し送りノートにて情報の共有をしている。		

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	できる事は協力をし、できない事であっても何らかの方法を見出すようにしている。		
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	情報を得る努力はしているが実際使用する事はない。		
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	訪問診療医と密に連絡、情報共有を行い本人、家族の希望または最良と思われる方法でしっかりとした援助を行っている。	入居時にかかりつけ医を継続できることを説明していますが、現在は全員が24時間連携体制の協力医による月に2回の往診を受けています。歯科や精神科の往診は必要な方が受け、そのほかの専門医へは家族又は職員が受診支援をしています。週に2回訪問看護師による健康チェックを受け、体調不良等の際には看護師に連絡し必要に応じて協力医に繋いでもらっています。	
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	日々の体調をしっかりと把握し、早期発見にて看護師へ連絡している。		
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。	各病院の地域連絡室担当者と交流を常に持ち、入退院時には情報の共有に努力をしている。入院中においても面会を重ねている。		
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	利用時に看取りの説明をし、家族の意向を確認。重度化になった場合再度家族の意向を確認し意向に沿う方法を行っている。地域関係者とは行っていない。	重度化や終末期についての対応指針にそって入居時に説明し、実際に重度化した際に改めて医師から家族に病状の説明やホームで支援できることを話し方針を決めています。家族に面会を増やしてもらう等の協力を得て、利用者が変化した際には都度思いを確認し看取り支援の経験もあります。また研修や支援後の振り返りもしています。	
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	不定期ではあるが研修会(訓練)を行っている。		

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	マニュアルを作成し周知徹底を行っている。その通りにはならない事もしっかりと伝え臨機応変な対応ができるよう伝えている。地域との協力体制はない。	消防訓練は年に2回昼夜の火災を想定し、通報や初期消火を行い、避難誘導では可能な方は階段で下階に降りたり布団を用いての移動方法などを実施しています。水や缶詰などの食料、コンロや衛生材料等の備蓄を準備しています。地域の方へは運営推進会議の際に協力依頼をしたり、近隣の方の受け入れなどについて話し合うこともあります。	
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	他者が気になって話ができないと思われた場合には必ず居室へ誘導し聞くようにしている。「目上の方に対する言葉」と1番に思い、雰囲気柔らかくするにもその方の出身である方言などを使う時もある。基本丁寧語を心がけている。	接遇マナーや認知症ケア、虐待等の研修時に、利用者の尊厳を大切にした対応について職員に伝えています。関西弁の方言を使用していますが語尾が強くなったり否定しないように配慮したり、丁寧な対応を心がけています。不適切な対応があれば都度注意するようにしています。	
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	何事にも傾聴を1番に日々の行動を把握し、決めつけず本人の気持ちをゆっくり聞き出せるよう努めている。		
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	全てを利用者中心にする事は出来ないが、ペースを考えケアにあたっている。		
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	自己にてその日の服装を決められる方には選んで頂き、一緒になっておしゃれが楽しめるよう調整をしていく。自己決定が困難な方には洋服などを見て頂き声かけから楽しめる雰囲気を作る。		
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	おしぼり作り、食器洗、片付けなどできる事は積極的にして頂く。	業者から調理したものが届き温め、ご飯とみそ汁ををホームで作り、日々利用者はおしぼり作りやテーブル拭き等に携わってもらっています。年に2回程は行事食として鍋料理や流しそうめんなどを楽しみ、その際には職員も一緒に食事をしています。時にはたこ焼きやパフェ、ゼリーなどのおやつを手作りし楽しんでもらっています。	
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	栄養バランスは外部事業に依頼。摂取量、水分量については表に記入し全スタッフが1日を通して把握できるようになっている。		

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	歯ブラシ、舌用ブラシ、ガーゼ、スポンジ棒など個々にあったケア用品の使用。起床後、食後は必ず行っている。また定期的に訪問歯科で診て頂いている。		
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むけた支援を行っている	できるだけトイレへの誘導を目指している。排泄間隔は表記入にて一人ひとりの排泄パターンを把握している。	排泄チェック表を用いて利用者のパターンを把握し、仕草なども観て個々のタイミングに合わせてトイレに行けるように支援しています。重度の方でも座位保持ができれば二人介助でトイレに座ることで腹圧がかかり排泄できたり、繰り返しの誘導やトイレをわかりやすくすることで失敗が無くなる等、申し送りやカンファレンスで話し合い個々に合わせた支援で自立に向かう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	水分を多く摂取し毎日の食前体操では便秘予防の体操を取り入れている。腸の動きをよくする為ホットパックの実施。		
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	日時はある程度こちらで決めているが、本人の希望にて午前浴、午後浴としている。	入浴は通常週に2回10時から18時くらいの時間帯に個々の利用者の希望を聞いたりタイミングを図り支援しています。一人ずつ湯を入れ替え入浴剤を使用したり好みのシャンプー等を持参する方もおり、ゆっくりと楽しみながら入浴してもらっています。職員の体制があれば夜間入浴にも対応したり、拒否される方には職員を変えたり時間や日を変えて無理のない入浴に繋げています。	
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	居室、フロア共にどちらでも対応ができるようにしている。		
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	医師から処方された情報は各フロアに配布し情報の共有をしている。薬の内容用法は勿論の事、状態の確認を報告する対応を行っている。		
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	毎日の体操・レクから月に1回は全員が集合し季節にあったレクを行っている。		

くつろぎの家エルフ・ひらおか(ききょう)

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
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	家族協力はあまり期待できない。地域と方の協力は毎年行われている祭りの時のみ。	感染症の流行前にはほぼ毎日近隣の公園等に散歩に出かけ、日常の中で買い物に行ったり、初詣や花見等の外出行事を行っています。玄関先に椅子を置き外気浴をして外気に触れる機会を作ったり希望にそって自宅や馴染みの神社に行く等の支援をしています。	
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	お小遣いをお預かりし買い物ができる方には支援をしている。金銭管理が困難な方には預かりはしていない。また持っている事で安心感がある方にはお渡しし買い物へ行ける機会を設ける努力をしている。		
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	本人自ら電話ができる体制ではないが携帯電話の持ち込みは可能。		
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	毎日の掃除から環境整理、チェックを行っている。殺風景とならないようその月にあった壁画などを行っている。	共有空間は毎日の換気や掃除、日に3回手すりなどの消毒を行い清潔を保ち、温湿度計をチェックしたり体感から室温調整を行い快適に過ごせるようにしています。季節や行事毎に作成した作品を飾り季節を感じてもらえるように配慮しています。また特に座席は決めずその日の利用者の希望や様子を見て座る場所を決め、テレビ前にソファを置き過ごす場所を選んでもらっています。	
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	席替えやソファの配置をその時々に合わせて変更し落ち着ける空間を考えている。		
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	安全を一番に本人が落ち着ける居室作りを工夫している。	入居時に使い慣れた物を持って来てもらうよう説明し、タンスや椅子、テレビ、ラジカセ等を持参したり、カレンダーや家族やペットの写真、好きな歌手のポスターを飾っています。山登りが趣味だった方が飯盒を傍に置いたり、本やパソコン、電車の模型などを持参している方もおりその人らしい居室となっています。ベッドではなく布団で休んで居る方もいます。	
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	家具などの設置場所、テーブルの位置など自立を促す工夫をしている。		