

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3年2月1日	評価結果市町村受理日	令和3年4月12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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JikyosyoCd=2795000179-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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3年3月15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)】

チームケアに力を入れています。どの職員も全ご利用者様の状態把握をするため、申し送りから記録を徹底しています。また一人では困難な場合でもチームとして動き、より良いケアの提供ができるように日々努めています。ご利用者様へは「出来ること」を中心に積極的に取り組めるようサポートしています。また、出来ない部分においては、寄り添い「出来ること」に変えられるケアをさせて頂きご利用者様の自信に繋がるよう工夫をしています。職員が身近な存在となり、自然と笑顔になれる空間を目指しています。

【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)】

ホーム独自の理念の基その実践に向けて毎月の目標と毎週の目標を設定し振り返りを行っています。携われる利用者には日々の中で共用部分や居室の掃除や食事の際の盛り付けや片付け等を行ってもらう他、その方が大切にしている事が継続出来るよう取り組みながらユーモアの精神も大切にしながら利用者の笑顔を引き出せるよう支援に努めています。離職率も少なく長年勤める職員も多く馴染みの職員での支援にあたっており、今年度はチームケアに力を入れ、申し送りノートを活用し気付いた事や気になる事を記載し、ユニットが違っても利用者の状況の把握が出来るように情報の共有を図っています。日々の中で利用者に寄り添い傾聴しながら思いや好みを聞きサービスに反映すると共に本人や家族の意向にそって最期までホームで過ごせるよう看取り支援にも取り組んでいます。

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、活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	法人自体の介護理念及び認知症介護理念を作成し毎月の目標・週目標へ組み込み職員へ周知、共有している。目標の達成の確認は管理者がおこない未達成と判断した場合は再目標とし実行。職員同士での申し送り時に目標は声に出し伝え合っている。	法人理念の下開所時より掲げているホーム独自の理念があり玄関やフロアの見やすい場所に掲示しています。理念の実践に向けて毎月の目標やさらにその実践に向けて週の目標を設定し申し送りの際に確認し、常にユーモアの精神も持ちその人らしさを大切に利用者の笑顔が引き出せるよう支援に取り組んでいます。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日常的な交流とはならないが、ホーム前が月極の駐車場にて近隣の方とお会いした際には挨拶や会話をしている。	コロナ禍においては地域との交流が難しい状況ですが、回覧板が届いたり、ホーム前の月極駐車場利用の近隣の方と挨拶をしています。また空き部屋が出た際に近隣にポスティングする事がありその際は認知症についてや介護相談受付案内を記載しています。地域に向けて交流の場となるカフェを昨年夏より予定していました。今後は状況を見ながら開催を検討していく予定です。	
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	見学案内で支援方法を伝えている。 また、新型コロナウイルスがなければ、昨年の夏にオープンカフェを定期的に開催する予定だった。		
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、地域の方、利用者、利用者家族に会議へ参加して頂き、意見を聞きサービス向上に活かしている。	コロナ禍のため会議はホーム職員のみで行っており、参加予定の家族や自治会長、婦人部長、民生委員、地域包括支援センター職員には利用者の状況やレクリエーションの様子の写真、行事予定、事故やヒヤリハット事例、研修についてのまとめた書面を送付し、地域包括支援センター職員には意見を聞いています。また身体拘束適正化委員会を会議時に行っています。	
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、福祉事務所との交流は積極的におこなう努力をしている。また協力ができることはおこなっている。	市の窓口には書類提出時に出向いており、地域密着部会は今年度中止ですがメール等で情報をもたらしています。コロナ禍での感染症対策の訪問指導や注意喚起のメール、マスクや消毒液の配布を受けています。	
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	職員が身体拘束について理解、把握できるよう内部研修で取り上げている。また内部研修だけではなく気になる点があればその都度研修をおこなっている。	身体拘束についての研修を年に2回書面やウェブで受講し、適正化委員会の内容伝達しています。身体拘束をしないケアの実践について努めセンサーの利用は無く、言葉掛けによる行動制止があれば管理者からその都度指導したり、待つてもらう場面があれば語尾に気を付け質問形式にする事を伝えています。玄関の鍵は開いていますがフロア入口は施錠しており、外に行きたい様子があれば一緒に付き添いフロアの移動や玄関前に出て気分転換を図り拘束感のないよう支援しています。	

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	職員が高齢者虐待について理解、把握できるよう内部研修で取り上げている。また内部研修だけではなく気になる点があればその都度研修をおこなっている。		
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	仕組みなどを理解できるよう勉強をおこなえる機会を設けている。		
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などを確認しながら読み上げ説明。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	利用者や家族の意見は必ず職員へ伝えている。また代表者来所時に意見交換をおこなっている。	利用者には日々の中で寄り添い食事形態や味の好みを聞いて反映したり、受診の希望があり職員が付き添う等個々の要望に対応しています。家族には毎月写真入の通信や写真送付をし、電話でのやり取りや来訪時に意見や要望を聞いています。面会に關しての要望が多く、訪問時に玄関先で距離を取り顔を見てもらっており、ズームやタブレットでの面会については法人に上げ現在検討中となっています。	
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	代表者来所持に質問などの意見交換をおこなっている。	全体会議やフロア会議を行っていましたがコロナ禍のため現在はカンファレンスと申し送りを行い、申し送りノートを活用し気付いた事や気になる事を記載しています。職員からは支援内容や方法についての意見が上がったり、役割分担について引き継ぎ方法について表にまとめる等出された意見を運営に反映しています。また職員の様子を見ながら管理者による個人面談を行っています。	
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	代表者来所持に質問などの意見交換をおこなっている。		
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	外部研修や学びに繋がることへの参加を促している。		

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	市への部会への参加		
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	入居相談時に情報収集し当日に備える。できる限り入居前からの生活を継続できるような環境作りに努めている。		
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	利用の有無に関わらず、見学、相談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	症状、状態によっては他のサービスを提案している。		
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	出来る部分は見守りに徹し、出来ない部分においては本人が【できた】と思って頂けるケアになるよう努めている。また、自身でできたという喜びに繋げている。		
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	行事参加への呼びかけ、少しでも面会の機会を持って頂けるよう工夫をしている。		
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	できる範囲で支援をおこなっている。	以前は友人等の来訪があったり、希望にそって自宅に帰る際は送迎を行う等の支援を行っていました。コロナ禍では面会や外出が難しい状況のため、会話の中で馴染みの場所を聞いて把握に努めたり、電話の取り次ぎや年賀状が届いた際には渡して一緒に読んで話をしたり、返事を書く際には投函等の支援を行っています。	

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
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	無理してのコミュニケーションではなく自然と関わられるよう基本本人同士に任せている。職員が間に入りよりコミュニケーションが取れるよう工夫をしている。		
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。		
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	利用者本位の介護になるよう努めている。	入居前にホームに来てもらった際や病院等に出向いた際に本人や家族から生活歴や習慣、意向、身体状況等を聞きフェイスシートにまとめ、以前のケアマネジャー等関係者からも情報をもらい意向の把握に努めています。入居後1週間は気付きシートを活用し情報収集に努め、その後は介護記録に情報を記載しています。思いの把握が困難な場合は担当職員により評価しカンファレンスで本人本位に話し合っています。	
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	本人、家族または本人と関わりのある人から情報収集をする。		
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	その方に合ったケアプランを作成しそれに基づいたケアをおこなっている。		
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	ケアカンファレンスを開催し本人、家族の希望をしっかりと聞きケアに反映させている。	本人や家族の意向やアセスメントを基に介護計画を作成し、初回は1カ月、その後は変化が無ければ基本6カ月毎に見直しをしています。担当職員は計画にそって評価を行い、見直しの際はモニタリング、再アセスメントを行い、サービス担当者会議で話し合っています。本人と家族の意見を確認すると共に必要に応じて医師や看護師、歯科医、訪問マッサージ師の意見やアドバイスを計画に反映しています。	
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、電子カルテ、申し送りノート、時系列介護記録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	できることは協力をし、できないこと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ことはない。		
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し、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	訪問診療医としっかりと連絡、情報の共有をおこない、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おこなっている。	入居時に希望のかかりつけ医を聞いていますが現在は全員が往診医による月に2回往診を受けています。同じクリニックの看護師による週に1回の訪問があり健康管理を受け、24時間オンコールで看護師に連絡可能で指示を仰いでいます。また耳鼻科等専門医への受診は基本的に職員が付き添い、希望や必要に応じて精神科や歯科の往診、訪問マッサージを受けている方もいます。	
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をしている。		
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、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。できる限り入院中は面会も重ねている。		
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、事業所の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	入居時に看取りの説明、指針の話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おこなっている。地域関係者とはおこなっていない。	入居時にアンケートを取り救急搬送等について希望を聞くと共に看取り指針にそって説明し、ホームでの看取り支援が可能な事や常時医療が難しい事等の支援出来る事や出来ない事を伝えていきます。食事や水分が摂れなくなってきた場合は医師から家族に説明し、三者間で話し合い意向を確認し今後の方針を決定しています。看取り支援の際は食事介助等家族の協力を得たり、往診医や訪問看護師からアドバイスをもらい連携しながら支援しています。また年1回看取り研修を行っています。	
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をおこなっている。		

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
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今のところはない。	年に2回昼夜を想定した消防訓練を行い、消防署に通報訓練依頼し消火器の貸出を受ける事もあります。可能な利用者と一緒に非常階段を降りて避難訓練を行うと共に重度の方の避難方法についても話し合っています。運営推進会議の際に訓練の案内や報告を行っており、備蓄については3日分の水や食糧等を準備しています。	
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	状態によっては自身だけで過ごせる居室で個別対応をしている。言葉については基本丁寧語を心がけている。誰が聞いても不快な思いにならない言葉遣い、また目上の方に対する言葉遣いを忘れず接している。	年間を通して接遇や認知症、権利擁護等の研修を行っています。利用者への言葉掛けは基本丁寧語で行い、語尾は強くないように質問形式で話す等工夫し、時と場合によっては利用者に合わせた話し方をする事もありますが馴れ馴れしくないよう配慮することを管理者から話しています。	
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	何事にも傾聴を一番に考え、本人の思いを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	優先は利用者だが、全てが利用者中心にすることはできない。利用者の希望に添えるようできる限り利用者のペースを考えケアにあっている。		
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	身だしなみを整える用品(ヘアブラシ、鏡、化粧品、帽子、スカーフなど)があり使用することができることを伝えている。		
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	おしぼり作り、食器洗い、片付けなどできることは積極的にして頂く。	業者の立てた献立にそって調理済みの食事が届き湯煎し提供し、ご飯と汁物はホームで調理しています。日々の中で可能な利用者に味見や盛り付け、食器洗い、皿を棚に戻す作業等を一緒に行ってもらっています。今年度はコロナ禍のため行事の際に利用者と一緒に食事作り等は行っていませんが、好みのおやつを買ってきたり、業者の食事には暦の上での行事食や旬の物、イベント食して郷土料理等もあります。	
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、水分量は記録し全スタッフが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	個々に合った用品を使用。起床時、毎食後は必ず口腔ケアをおこなっている。また、訪問歯科も利用できる。		
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	できるだけトイレでの排泄を目指している。排泄間隔は記録にて把握。	一人ひとりの排泄記録からパターンを把握しトイレ誘導を行い、日中は座位が保てる方は出来る限りトイレでの排泄が出来るよう支援しています。夜間はトイレへの誘導やパッドの使用、おむつへ変更する等個々の状況にそって支援し、申し送りやカンファレンスで支援方法について話し合っています。布の下着で過ごしている方もおり現状維持に努め、退院後は元の排泄状況に戻るよう取り組んでいます。	
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	目標水分を設定し一人ひとりの水分摂取量を把握。便秘予防の体操、腹部へのホットパックを実施。		
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	ある程度時間は決まっているが、希望に添えるよう努めている。	入浴は週に2~3回、午前中から夕食前までの時間帯で支援し、利用者の希望を聞きながら支援しています。湯は一人ずつ入れ替え、柚子等の入浴剤を使用し、好みのシャンプー等を持参する方もおり、マンツーマンで話をしながらゆっくり入ってもらっています。拒否する方には声を掛ける時間や職員を代えたり、タイミングを図り、また難しい場合は次の日にする等無理無く入ってもらえるよう支援しています。	
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	その日の状態によって寝る場所を変更するなどの対応をしている。		
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薬の情報は必ず各フロアへ配布し情報の共有をしている。薬の内容、用法は勿論のこと、状態の確認、報告をする対応をおこなっている。		
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、季節にあった全体のレクをおこなっている。		

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
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	家族協力はあまり期待できない。地域の方からの協力は祭りの時のみ。	以前は近隣への散歩や買物、季節毎の初詣や桜の花見等に出掛けていました。コロナ禍の現在は外出が難しい状況ですが、花の水やりやポストに回覧板を取りに行ったり、玄関先で外気浴を行っています。現在桜の花見の予定を立てており近場で人出の多さ等考慮しながら検討しています。	
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	お預かりしている方には支援をしている。また、お金を持って安心感がある方にはお渡しし管理をしている。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	本人自らが電話をできる体制ではないが、携帯電話の持ち込みは可。		
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、消毒から環境整理。季節を感じて頂くために、季節にあった壁画などを設置。	共有空間には生花を花瓶に生けたり、利用者と一緒に作成した季節毎の壁画や雛人形等季節毎の飾りつを行い季節を感じてもらっています。掃除や消毒を毎日行い、モップ掛けは可能な利用者に手伝ってもらい、換気をしながら温湿度計の確認や利用者の体感に配慮しています。座席の配置は間隔を取り基本自由に座ってもらい、窓際やテレビの前にもソファを置き思い思いに過ごせる場所を確保しています。	
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	基本席は決まっておらず自由だが、その時々状態に合わ席替え、椅子、机、ソファの配置を変えている。		
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となるよう工夫をしている。	入居時に使い慣れた物を持参してもらうよう伝え、タンスやテレビ、座椅子、パソコン等を持参し本人と家族が配置し、動線を考慮し家族と相談しながら変更することもあります。大切にしている家族の写真や飯盒、LPレコード等傍に置いている方もおりその人らしい居室となるよう努めています。またこれまでの生活習慣を大切に絨毯を敷いて布団で休む方もいます。	
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	家具などの配置や自立を促す工夫をしている。		