

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	〒579-8044 大阪府東大阪市河内町3番5号		
自己評価作成日	平成30年2月1日	評価結果市町村受理日	平成30年5月22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	
----------	--

【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30年3月28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)】

認知症介護についての勉強は勿論の事ですが、人と人の繋がりが目上の方に対しての接遇、コミュニケーションに力を入れています。ご利用者が”介護をされている”といった気持ちにならないよう常日頃、気配りをしています。早期発見の体調変化やいつもとは違う変化が起きた場合、職員全員と情報を共有し誰でもが対応できるようご利用者様の状態把握に努めています。安心して過ごせる場またできる事は自身でできる場をご利用様と一緒に造っているホームです。看取りケアに直面する事もあります。事前の研修、カンファレンスを重ね慌てる事なく自然に対応ができるようにしています。ご家族様、ご利用者様の気持ちを一番に考えより良いケアに取り組める事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一人ひとりに向き合い思いに添った暮らしができるよう支援に努め、これまでの生活習慣を大切にし入浴後に夕食を摂り就寝していただく方にはホームでも毎日入浴してもらい自宅と同じように暮らせるよう支援したり、終末期についても本人や家族の思いに添いホームでできる看取り支援に取り組んでいます。利用者の重度化が進み外出が困難となってきていますがホーム内でも楽しめるカラオケ等のレクリエーションの充実を図っています。また排泄支援では重度の方もトイレで排泄ができるよう二人介助で支援を行い、殆んどの方の排泄状況が改善し意欲的になった方もおり、自立に向けた支援に努めています。運営推進会議で提案を受け、市から講師を招き職員に向けた認知症サポーター講座を行い、認知症への理解が更に深まるよう取り組んでいます。

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、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。「週目標」は出勤時必ず見れる場所に配置している。	法人の企業理念を基にホーム独自の介護理念を作成し、理念に沿った月目標と週目標を決めています。理念は玄関フロアへ掲示し月と週目標は事務所の職員が必ず見るボードに書き、管理日誌にも月と週目標を日々職員が記入し意識できるようにしています。職員間で週目標の振り返りを行い、次の目標を決め理念の実践に繋がるよう取り組んでいます。	
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。	自治会に入会し地域行事の案内が届いており、子ども太鼓の披露がホーム前であり見学したり、近隣神社の節分祭に絵馬の奉納に行っています。行事の際には南京玉すだれなどのボランティアの来訪や地域の方も参加できる夏祭りを開催し参加を得ることもあります。また散歩や商店街に買い物に行くこともあり出会った方とは挨拶を交わしています。	
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	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。	会議は利用者や家族、地域包括支援センター職員の参加を得て隔月に開催しています。ホームの現状報告や行事、研修、事故報告などを行い意見交換をしています。会議ではホームの事例を紹介したり、地域包括支援センター職員の提案を受け、市から講師に来てもらい職員に向けた認知症サポーター講座を行うなど職員のスキルアップや運営に活かせる会議となっています。次回自治会長の出席を得る予定となっています。	
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に取り組んでいる	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、協力ができる事はしている。	困難事例や分からない事等の相談は役所の同じ担当者が継続している為に相談しやすく随時アドバイスをしています。また地域密着型事業所部会が3ヶ月に1度市役所で行われ、役所の担当者の出席を得る事もあり情報交換をしています。	
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。	身体拘束に関する研修を年に1回と新人入職時や職員に行動を止める声掛けなどが見られた場合に随時研修を行い、職員への周知に努めています。フロア出入り口は安全のために施錠していることを家族に伝え理解を得ていますが、利用者の開けて欲しい希望や外に行きたい希望がある時は開放し見守っています。	

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
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。	利用者の希望は日々関わりの中で聞き、好みに合わせた居室の飾りつけ等に反映しています。家族へは毎月利用者の様子を伝える手紙を送付し、来訪時にも様子を伝え意見が無いかを聞いています。また遠方の家族の来訪時は必ず管理者が話をしています。家族の意見を受けて来客用スリッパはその都度消毒している事を玄関に掲示する等、得られた意見は改善等に繋げています。	
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。	職員の意見は月に1度の全体会議や引き続き行われるユニット会議、朝の申し送りなどで聞き、申し送り等には法人担当者が参加することもあります。職員の意見を受けてアセスメント様式の見直しや介護予防用品の購入などに繋げています。また発言が苦手な職員には手紙でやり取りしたり、職員の様子を見て声をかけるなど意見を出しやすい環境作りに努めています。	
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。		
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	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環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、系列の居宅事業所や小規模多機能型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」ではなく「家での生活」といった気持ちになって頂けるよう、何でも職員がしてしまうのではできない事はして頂きできない事は一緒に頑張って職員、利用者との間に壁を作らないよう心がけている。		
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。	利用者の重度化が進み希望も少なくなっていますが、兄妹やひ孫などの親戚や友人、同級生が遠方より会いに来られたこともあり、馴染みの人の来訪時は居室でお茶などを出しゆっくり過ごせるよう配慮をしています。また家族と共に自宅や墓参り、同窓会に参加する方もおり、出かける準備などを支援しています。	

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
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。		
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	理念の「利用者本位の介護を行う」よう努力をしている。	入居時は病院や施設などで本人や家族と面談し、生活歴や利用までの経過、暮らしへの希望などを聞き、身体状況については家族に書いてもらい職員間で共有しています。入居後3ヶ月に1度行うカンファレンスでは全職員が利用者の夜間の様子、不安や心配事などの気づいた事を書き、それを参考に思いの把握に向けて話し合っています。	
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	その方にあっ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。	介護計画作成時にはアセスメントを行い、本人や家族の意向を基にサービス担当者会議を開き作成しています。入居時は1ヶ月で見直し、その後は3ヶ月毎に計画作成担当者が本人や家族、職員の意見を踏まえてモニタリングを行い見直しています。サービス担当者会議は家族の参加を得ることもあり、必要に応じて往診時に確認した医師の意見なども反映させています。	
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	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	往診医と密に連絡、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伝え、現在は全員が協力医を選択し月2回往診を受け、精神科や歯科の往診は必要な方が受けています。他の専門医はかかりつけ医を継続してもらい、家族との受診が基本ですが行けない時は職員が付き添い受診しています。週に1度看護職員が健康管理を行い、体調不良時は看護職員や往診医のアドバイスを受け対応したり救急搬送しています。	
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	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。	入居時にホームの方針を説明し、重度化した場合は医師から家族へ説明が行われ意向を再確認しています。医療が必要な場合は病院を勧め、看取り支援をする際は家族と話し合いを重ね、家族には泊まりや付き添い等の協力を得る事もありますが医療関係者や職員が主体となり、医師や看護師に随時相談し支援しています。年に1度看取りに関する研修と支援の前後にも研修や振り返りを行っています。	
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（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。	年に2回、消防署に届け出の下昼夜を想定した独自の火災訓練を行い、通報や避難誘導、消火器の使用方法、布団を使用した避難誘導なども行っています。火災や地震、土砂災害のマニュアルを整備し、災害時の避難場所については市に確認しホーム2階での待機を決めています。地域との協力関係作りが課題となっています。	地域との協力関係については課題となっていますが、運営推進会議で議題に上げ相談されてはいかがでしょうか。
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	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。	接遇マナーに関する研修を年に1回行い、職員に不適切な対応が見られた場合は個別に注意すると共に、随時勉強会を開き職員への周知に努めています。丁寧語での言葉掛けを基本に関西弁などの方言も交えながら丁寧で柔らかい言葉掛けに留意しています。また同性介助の希望がある場合はできる限り希望に添うよう努めています。	
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、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。	ご飯と汁物はホームで作り、副食は業者から届く調理済みの物を温め提供しています。季節感に配慮した食事が届いており、利用者の希望も伝えています。利用者は汁物の味見や下膳、食器洗いなどのできることに携わり、冬場は鍋料理をしたり、お好み焼きや流しそうめん等の食事作り、たこ焼きやパフェ等のおやつ作りも楽しんでいます。行事食の際は職員も利用者と一緒に同じ食事を摂っています。	
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。また定期的に歯科往診で診て頂いている。		
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お一人お一人の排泄パターンを把握している。	排泄記録を参考に一人ひとりに合った間隔や訴えない方は排泄のサインなどを見ながら日中は重度の方も二人介助でトイレで排泄ができるよう支援をしています。夜間はポータブルトイレやおむつを使用したり、夜間もトイレに行く方など会議や申し送りですぐ検討しています。殆んどの方の排泄状況が改善しており、布の下着で過ごせるようになり意欲的になった方もいます。	
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ず、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。	入浴は週に2回以上入れるよう午前10時頃から夕方は最長6時頃までの間で本人が気分良く入れる時間帯を選び支援をしています。自宅で風呂に入る方もおり、希望に添えるよう対応しています。一人ずつ湯を入れ替え浴槽を洗い、好みの湯温や入浴剤を使用することもあり、職員とマンツーマンでゆっくり気持ちよく入ってもらっています。	
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	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、月1回のレクを行っている。		

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。	利用者が重度化し坂道が多いホーム周辺は散歩が困難となってきていますが、気候の良い時期は近隣の公園へ散歩に行き、車で迎えに行くなど工夫をしながら散歩の機会を作っています。近隣神社の節分祭に絵馬の奉納に行ったり、桜の花見に行く際は家族にも声をかけています。また個別の希望を聞きながら買い物に行ったり、玄関先でお茶を飲み外気浴しています。	
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している。	共用空間は行事の写真や季節に合わせた切り絵などの飾りつけを行ったり、玄関先で花や野菜を育て季節を感じながら過ごせるよう配慮をしています。テレビの前に寛げるソファを置いたり、食卓の席は決めておらず利用者のその日の気分や様子を見ながら座ってもらっています。暑い季節は日よけの簾をしたり、室温の管理や換気、乾燥にも留意し過ごしやすいよう環境を整えています。	
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。	入居時に今まで使用していた物を持ってきてもらうように伝え、筆筒や椅子、テレビとテレビ台などを持参し過ごしやすいよう配置をしています。愛犬の写真や自分で作った電車などの模型を飾ったり、読書、パソコンをする方もおり、落ち着いて過ごせる居室づくりに配慮をしています。また、じゅうたんを敷き布団で休む方もおり、これまでの生活習慣も大切に支援しています。	
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	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。		