

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	毎朝、申し送りの時に、スタッフ全員で理念を唱え確認したうえで、介護をおこなっている。	理念は事業所内に掲示され、日誌にも明示されており、日常的に業務の中で目に触れることで、振り返りができている。また理念を職員間で話し合い、理念を具体化した「私たちのケア」を実践している。	
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	地域の自治会長や地域包括支援センター職員、民生委員の方を交え、運営推進会議を開催し意見交換をしている。又、地域での清掃活動や避難訓練に参加をしている。	定期的に清掃活動や地域のオレンジカフェに出かけている。2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、ホームの運営報告だけでなく、警察からの出前講座(防犯、交通安全、消費者被害の防止等)の実施や防災に関する話し合いをしている。	
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	平成24年度より継続して行っている、三城保育園児対象の認知症サポーター養成講座の内容を一部変更し、紙芝居を見た後、クイズを行い理解度を確認。認知症の理解が深まるような内容を計画し、支持を得ている。		
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	自治会長、民生委員、本人の家族などを交え、事業所の現状、活動内容を報告した後、意見交換を行い、メンバー意見を基にサービス向上に繋がる計画し取り組んでいる。	運営推進会議には自治会長・民生委員や福祉推進委員、家族等が参加している。普段の散歩道で危険な場所があれば、自治会長に伝えたり、出席者からサロンへのお誘いを受けたりする等、情報交換の場になっており、利用者のサービス向上につながっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	地域包括の職員の方から、入居者の方の住んでいた地域の資源等を尋ねたりし、情報収集している。市の担当者の方にも解らないことがあると、直接指導を受けるようにしている。	ホームから自宅復帰する場合に、地域包括支援センターから、利用者の自宅近くのサービス等、活用できる社会資源についての助言を受けたり、日常的に市担当課と連絡を取り合う等、連携関係を密にしている。	
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	外に何度も行きたいと言われた時には、玄関の施錠やスピーチロックをする事無く、その都度寄り添い訴えに耳を傾け対応している。	日中は玄関は施錠しないが、夜間は防犯の目的もあり施錠している。外部研修で学んだことを職員間で伝達し、身体拘束をしないケアの理解を深めている。	
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	BPSDの対応に苦慮している職員に対して、他の職員が声をかけ交代している。又、管理者や職員同士で虐待に対しての話しをする機会をその都度設け、未然に防止できている。		

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を利用していた方が認知症の進行に伴って成年後見制度に移行の必要性を親族に説明し、理解して頂きつなげた実績がある。		
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	契約時は充分時間をかけ、質問を聞きながらすすめている。又加算の変更や料金に関わる事柄はその都度説明する時間を設け、同意を得るようにしている。		
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	運営推進会議を他の事業所と合同で行ない、具体的な困りごと、家族としての思い、本人の代弁者としての意見を外部に発信して頂く機会を設け、意見を運営に反映させるようにしている。	事業所独自で、利用者と面談し、外部評価項目の設問に沿って聞き取りを実施している。言動や表情等から利用者の思いや意向を把握し、ケアに活かしている。また家族会を設置し、運営推進会議でその内容を報告をし、運営に活かしている。	
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	人事考課制度での個人面談を、年2回導入した。半期めはキャリア・コンサルタントの資格の所長と個人面談を行い、年度末には代表者及び管理者を含め複数的人数で面談を行いきめ細やかに職員の意見を反映させるようにした。	毎月ミーティングを全体・各ユニットと2部構成で行っている。今年度から、人事考課において、年2回のフィードバック面談を行い、職員の意見を聞く機会を設けている。意見や提案は運営に反映させている。	
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	職員評価基準をもうけ、月単位、半期ごとに集計、評価することで、賞与、昇給に反映できるようにしている。又、個々の家族状況や急な体調変化に対しても変更、有給消化できるように努めている。		
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	てんじゅ主催でキャリアアップ研修会を4回に分けておこなった。テーマは認知症に関する事で、初級から中級職員を対象に行い、他事業者からも参加してもらい良い刺激となった。		
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	近隣グループホームに声をかけ外部講師を招き合同研修会を開催した。他の事業所の行事への参加を継続して行っている。		

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	入居初期には、関係性を築けるような声かけをし、何が希望か、何が不安なのかを本人に確かめたり、表出できない方には、見極めるように努めている。		
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	ご家族が今までの生活の中で、困っている事などを聞き一緒に考え、支援の方向を決めるよう努めている。		
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	通院時は、家族に対応をお願いしているが、色々な事情で困難である場合には、介護タクシーサービスや通院介助ヘルパーサービス等の情報提供を行い、希望に応じて、出来る限りの実現に心がけている。		
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	日々の挨拶や、入居者と職員との日常の出来事、世間話、時には意見の衝突など、人と人との関わりを、自然に日常的に関わっている		
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	外泊や、外出時には、暮らしの様子を家族と伝え合い、職員から積極的に関わりを持つように、来訪時はなしている。		
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	友人、ご親戚、近所の人など来所された時、居室でゆっくりと話を楽しんで頂いている。また、これまで関わり方などの尋ねるようになっている。また、一人暮らしだった方親交が厚い近所の方に、季節の入れ替え持ち物を依頼している。	家族や友人等にはいつでも気軽に来訪していただき、利用者とゆっくり面談していただいている。携帯電話での連絡や友人との手紙のやり取り等についても支援し、また、外出や外泊等を通じて、これまでの関係が途切れないよう支援している。	
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	体力低下の方や、発語が少なくなってきた方へ、他の入居者が傍で、手を握って声かけする事。大声を張り上げて繰り返し訴える方に、他の入居者の方が、慰め話し合い手になって、頂いている事を、自然に行い、共に支えあった関係が築けている。		

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	退去されてからの家族の来訪や手紙のやりとり、時には、自宅を覗いて声をかけたりしてこれまでの関係を継続しているようにしている。		
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	「横になりたい」「外に出たい」と強く何度も訴えのある方に対して、その人の真意をスタッフ同士で話し合い、本人本位の観点からよりよい暮らしを模索している。	利用者の言動や表情から思いを把握するように努めている。外出の意向を示す方には一緒に散歩に寄り添い、思いを受け止めている。職員間で話し合い、常に本人のペースに合わせた支援をするように心がけている。	
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	日記をつける。新聞を読む。字や絵を描く事など昔からの生活習慣や、特技としている事を把握し、なるべく同じように暮らして頂けるように努めている。また、これまでかかっていた主治医から、情報を得て、継続できるように受診時に、報告している。		
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	その日の健康状態、毎日の過ごし方を、申し送り、連絡ノート、メール等で、共有しチーム、ユニットで把握できるように努めている。		
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	本人、家族、関係者などのニーズが反映できるように、話し合いながら、ミーティング担当者会議で介護計画内容が妥当かどうかを検討している。	3ヶ月毎にモニタリングを行い、目標達成状況を確認している。予め家族の意見を聞き、ミーティング担当者会議でケア計画を検討している。質の良い睡眠確保の方法や嚥下状況による食形態の工夫等、提案された意見から課題を抽出し、解決に向けて計画を見直しをしている。	担当者会議を家族同席の上で開催することにより、家族もケアについて関心が深まると思われる。また、家族も会議に参加することでさらに良い支援に繋がると思われるので、家族の役割を活かせる取り組みについて検討されることを期待したい。
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	ユニット日誌に記入し、出勤して来たスタッフに、申し送り事項や何かあった場合など見直している。体調変化や、薬の調整時等、週間体調表などに、共通標記を行うことで、連続してケアが行える工夫を行っている。		
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	孫の結婚式に出席する為に、ご家族と事前に打ち合わせをし、新幹線で同行し、式に出席する事が実現できた。個々の状況を把握し、その時々考えられるサービスを提供するようにしている。		

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	小学生の通学路に下校時に立ち、老人会の方たちと、下校時の見守りを行っている。その時、以外も散歩を兼ねて見守りeyeのジャンパーや帽子を着用し近所のパトロールを行っている。		
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	これまで関わりのある主治医との関係を継続できるように家族の協力の下受診している。又、他科受診や往診などが必要となった時には情報提示した中で選択してもらい納得の上で受診して頂いている。	家族同行の上、かかりつけ医療機関に受診していただいている。受診の際は、心身状態などの情報を書面・FAX・口頭等で伝え、受診後も受診結果を申し送りや日誌で共有している。往診の場合も希望する在宅医療の医師の訪問診療を受けている。看護師・薬剤師の訪問もある。	
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	異常な状態を察知した時や日常判断に困るケースにも、相談し、一緒に考える体制をとっている。受診が必要な場合は、家族と相談し適切な医療を受診できるように支援している。		
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。	入院中の本人の病状や状態が把握できるように小まめに面会を行うようにしている。必要であれば担当看護師や主治医に情報提供を求めたり家族のムテラ時に同席するようにしている。入退院時にはサマリーのやり取りを行っている。		
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	状態変化に伴い、早い段階から家族との話し合いを何度も行っている。その際、ご本人、ご家族の意向と事業所の方針をすり合わせ方針を決定するようにしている。本人の意思が確認できない場合も日常の会話や以前の状態を踏まえ検討するようにしている。	利用者の重度化に伴い、看取りケアの実践も増加している。契約時に終末期ケアの方針を説明し、同意書で意向を確認している。重篤化した場合はその都度、状態に応じて家族の希望に寄り添う支援をしている。看取り時は医師から説明し、多職種で話し合い、看取りを行い、医療依存度が高くなった場合はできることできないことを説明し対応している。カンファレンスで看取りケアの振り返りを行っている。	
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	勉強会、研修会に参加し、初期対応できるようにしている。マニュアルを作成し、緊急時にはいつでも確認できるような場所に設置している。		
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	ホーム専用の備蓄庫の点検、確認は職員が定期的に行なっている。また、町内の防災倉庫が敷地内に設置され、更に防災協力が深まった。総合避難訓練は、地域の方や家族にも参加してもらっている。	消防署の協力を得て、昼夜想定避難訓練を年4回実施している。対策について会議や訓練時に確認している。緊急時の連絡先の再確認や防災対策の工夫等、出された意見をもとに検討し、次に活かしている。	

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	失敗や、間違いがあった場面では、直に否定をするのではなく、ご本人の自尊心を傷つけ無いよう丁寧な言葉を考えた上で、声かけをおこなっている。	本人の価値感を大切に声かけや対応をしている。失敗のある方や排泄の後始末が不十分な方には、個々の身体状況や習慣を把握し、プライドやプライバシーを損ねないように、さりげないフォローに心がけている。	
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	次月の季節料理のメニューを。職員が決定するのではなく、複数のメニューの中から選択していただくように、話をしながら決定できるように導いている。		
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	本人の希望に沿った支援をしていけるよう努力している。介護者中心の時間割ではなく、時間を掛ければ出来る事があれば待ちの姿勢で接するよう心がけている。		
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	その人の好む衣服を把握し、日々の生活に取り入れるようにしている。流涎がある方には、清潔に過ごしていただけるように、家族と相談しながら手作りのエプロンをかけて、過ごして頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	今まで行っていた食事前のテーブル拭き等食事の準備や食後の後片付け(食器拭き)を一緒に行っている。嗜好品がメニューになっている時には、提供する際に、意識付けできる声かけを行っている。	十分な栄養がとれるよう栄養士が作成した献立の食材を業者から届けてもらい、ホームで食材から調理し、利用者の好みに合わせた手作りの食事を楽しんでいただいている。準備・後片づけについては利用者とともにしている。季節折々の行事食も実施する等、利用者の楽しみとなっている。	
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	一人一人の適量、形状を、平常時や体調変化に応じて、考え提供している。特に、体調不良時や看取り期については、いつも以上に小まめに、状態に合わせて配慮している。		
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に、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	毎月1回は歯科往診にて口腔内の状態を確認する他、毎食後、ご本人に合った口腔ケア用品(歯ブラシ、リステリン、口腔ティッシュ)を用いて手入れを行い、口腔内の清潔を保っている。		

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	排泄チェック表を用いて排尿時間を知り、ご本人にあった時間での声かけや、能力に応じた介助、見守りを行っている。又、生活リズムや体調に合わせて、時には早めの促しで、失禁防止に努めている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、職員間で話し合い、支援している。早めの声かけやトイレ誘導時の環境の工夫等、職員間で検討し、できることは可能な限り本人に任せるなど、自立を促す支援に心がけている。	
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	便秘傾向になり易い方を日頃より把握し、体操や腹部マッサージを取り入れている。散歩の他に室内での運動や歩行の声かけをし行って頂いている。水分補給は小まめに摂取していただくように心がけている。		
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	個々の好みの湯の温度や湯に浸かる時間等をに一人一人把握し、調節している。ゆっくりと会話ももちながら、入浴して頂いている。	週2~3回の入浴日になっている。身体レベルが低下し、浴槽への入浴が困難になった方には、別浴室の機械浴を行う等、安全で快適な入浴を支援している。拒否がある場合は、入浴順の変更、個別の入浴日の設定、声かけや対応の工夫をしている。	
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	夜間不眠や、昼間眠ってしまう方には、日中、どのように楽しく過ごして頂くか、昼夜逆転にならない様に、スタッフ同士がその都度話し合い、と二には主治医とも相談しながら、一日の生活リズムを整えるようにしている。		
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	薬の確認を必ず複数人で行い、受診後の薬の変更、用量の変更、作用、副作用について、必ず申し送り時に連絡し共通認識が持てるように記録、明示している。その後のご本人の体調観察を小まめに行っている。		
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	箱作りや新聞たたみなど手先を使う事が得意な入居者の方にはやって頂いている。その際、お互いに教えあつたりとコミュニケーションにも繋がっている。又、外出、喫茶店での飲食や、気分転換も折を見て行っている。		
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	天気の良い日の日常的な散歩の他に、外に行きたいといわれる、短期記憶障害のある方にも、その都度繰り返し外にマンツーマンで出かけず事を行っている。買い物なども入居者希望にあわせ、散歩も兼ねて、同行できるよう努めている。	利用者の希望を取り入れ、利用者と職員の少人数で散歩や近隣の店舗へ買い物・外食等に出かけている。家族の協力も得ながら季節行事として「いちご狩り」や「奥の細道むすびの地記念館」等に出かけている。利用者の重度化により大人数での外出行事の頻度は減少傾向であるが、できる限り外出支援に努めている。	

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	ご自身でお金を管理している方は、お買い物に出かけた時には、ご自分で支払いをして頂くようにしている。また、管理できない方にも、家族と相談しながら、小額でも財布にあることで、安心感を持って頂ける支援を行っている。		
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	携帯電話を所持されている方は、居室内にて自由にご家族に電話をする事を大切にしている。又、スタッフは家族等にお礼状や年賀状等を書いて頂く支援を行っている。		
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	環境の変化が体調に影響する為、室温、湿度計にて、確認しながら一人一人の環境を整えるように気配りしている。リビングには、その月に応じた壁画を入居者の方と作成し、掲示する事で、季節感を感じて頂けるようにしている。	共有空間は採光に優れており、明るい雰囲気である。利用者が共に余暇時間を過ごせるようテーブルや畳の上がり間が設置されている。皆で歌を歌ったり創作活動をする等、楽しみが共有できる空間になっている。廊下は広く、椅子が置かれる等休息できる場所がある。季節時折の行事の様子、作品等が壁に掲示してあり、利用者が居心地良く過ごしている様子が伺えた。	
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	共用スペースでは、仲の良い入居者の方と席を隣同士に、いつでも話しをしたり、活動に取り組んで頂けるような空間にしている。又、居室でひとり過ごす事がさびしいと言われる方には、共有ソファや畳コーナーで休んで頂いている。		
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	リビングでの共同生活、居室での個人生活が共に気持ちよく過して頂くように環境を整え気を配っている。	本人の家具や生活用品、飾り等が持ち込まれ、一人ひとりの好みに合わせた空間となっている。転倒の危険がある方は低床ベッドの横に自分のマットを敷き、転倒防止の工夫をしている。携帯電話を持ち込み、家族と会話をしている方もおり、落ち着ける居室となっている。入口の暖簾からプライバシーの配慮や温かさを感じ取れた。	
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	トイレの場所を大きく表示したり、居室が分からない方には、リボン等で目印をつけご本人が迷わないような環境づくりしている。		