

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	
			実施状況	実施状況	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	職員会議、施設内研修を通して意識付けをしている。	「①尊厳のある日常生活の保持 ②意向の尊重 ③地域福祉の推進(要約)」を理念として掲げている。理念は各ユニットの掲示、毎年度始めの理念に関する勉強会を通じ、職員への周知を図っている。	
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	地区祭礼、町民文化文化祭への参加 地元名産赤崎いたご狩り、ブルーベリー摘みに出かける。盆踊り大会に地域住民の参加の声掛けし交流を図っている。	地域行事(お祭り・町民文化祭の見学等)への参加や住民ボランティア(傾聴、習字、法話等)の受け入れを通じ、地域との交流を図っている。現在、ホーム側から地域に出向く事を重視し、住民主体の健康教室(月2回)にも参加している。又、社会貢献活動の一環として、利用者手作りの雑巾を地域の中学・高校に寄贈している。	
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	地元のスーパーや衣料店に入居者と一緒に買い物に行っている。地域住民主体のサークルに参加した際に様々な相談に対応している。		
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	年6回開催し、事業報告、利用者さんの様子、現状について話、助言・相談を求めている。運営推進会議での助言をサービスや日常生活に生かしている。	利用者・家族代表、地域住民代表、嘱託医、町担当者等をメンバーとして、年6回開催している。ホームの活動報告後、質疑応答・意見交換を行い、参加者の助言をサービスの向上に活かしている。	
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	三者連携会議を(医療・福祉・保健)を行い相談、助言をいただいている。	運営推進会議やグループホーム事業所連絡会への参加を通じ、町担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点があれば随時、町担当者に相談し助言を得ている。	
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	研修会への参加、伝達研修を行い全職員に周知している。毎日のケアの中で身体拘束を行わないように努めている。	身体拘束廃止(グレーゾーン含む)に関する施設内研修を繰り返し行い、職員への対応周知を図っている。玄関の施錠は夜間のみとし、利用者が自由に戸外に出入り出来るように支援している。車イスの座りっぱなしも身体拘束と捉え、イスやソファへの移手段として用いている。又、施設長を中心にスピーチロック・ドラッグロックの廃止にも取り組んでいる。	
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	研修会への参加、伝達研修を行い全職員に周知している。毎日のケアの中で虐待を行わないように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	対象者がいないので現在は行っていないが、研修に参加している。		
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	契約時には契約書。重要事項の説明を行い、疑問や不安がよう確認を行って、理解・納得していた。		
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	日ごろから利用者の意見には耳を傾け、家族からは面会時に意見や要望を有無をお聞きし、上司に相談または各棟で話し合い反映している。	家族との信頼関係を構築出来るよう、普段からコミュニケーションを密にしている。又、利用者個別のホーム便り(毎月:写真添付)で日頃の暮らしぶりを伝えたり、面会時・ケアプラン作成時にも状況等を詳しく説明し、家族の具体的な意見・要望を聴いている。	言いたくても言えない家族の本音を汲みとれるよう、以前実施していた無記名アンケート調査の再開が期待される。
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	毎月ユニット会議を行い、職員の意見や要望を聞く機会を設けている。年1回行う職員自己申告制度を活用し意見・提案を聞く機会がある。	各ユニット会議や職員会議(3ユニット合同)の中で、職員の意見・提案を吸い上げる機会を設けている。施設長は職員の意見・提案を「一度それでやってみよう」と肯定的に受け止めている。ホーム内の委員会活動(リスク、環境、研修等)に職員全員が参加し、主体的に行動している。	
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	年1回勤務評定・自己申告を行っている。面接で話をする機会もある。		
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	月1回の施設内研修・法人研修・出前講座を行っている。研修を受ける機会を積極的に確保して、資格所得にも力を入れていただいている。		
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	能登町のグループホームセンター長会議が3か月ごと開催し情報交換、意見交換を行っている。また交流の機会や研修の開催・計画を立てている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	事前訪問を行いホームの説明、入居者の希望・要望や生活歴等について聞き、入所後も生活に慣れるまで話を聞き要望に応えられるよう努力し、安心して生活していただけるよう信頼関係築きたい。		
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	事前訪問の際にホームでの説明を行い要望をお聞きしている。面会時にも話を聞くようにしている。		
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	入居者・家族からの要望や日々のかかわりの中で、何が必要かをスタッフと話し合い、入居者の納得できる対応に努めている。		
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	調理・裁縫・畑作業など利用者さんの経験を聞きながら一緒に行っている。また、入居者のやりないことには耳を傾け臨機応変に対応している。		
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	行事に合わせてご家族を招待し会食を行っている。行事への参加は少ないが(遠方の方が多いため)面会の際に意見などを聞くようにしている。		
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	入居者の住んでいた地域のニュースをお知らせしている。また、入居前に通われていた美容院や歯科医院などは継続して通うようにしている。	馴染みの人間関係が継続出来るよう、ホームでの面会を歓迎している。家族との繋がりが途切れないよう、共にホーム行事(ブルーベリー摘み、敬老会等)を楽しむ機会を設けている。同一敷地内の特養施設・デイサービスに家族や友人がいる場合は、繋がりが途切れないようにサポートしている。行きつけの理美容院の継続利用・歯医者への通院を送迎を含めて支援している。又、地域の健康教室に継続的に参加し、新たな馴染みの関係も生じている。	
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	入居者同士の関係を把握し、食事の座席を工夫したり、作業をする際にも関係性を考慮し、配置や職員の支援の仕方を工夫している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	必要以上の関わりは持っていない。		
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	入居者から希望や意向を聞いた場合、職員間で話あったり、申し送りをするなど職員同士で情報の共有を図っている。また、入居者本人の言葉からも思いをくみ取るようにしている。	日常の何気ない会話や1:1の時(入浴中、夜間帯等)に、利用者個々の「思い」を探るようにしている。利用者が発した言葉は日々の記録に残し、ユニット会議の中で好きな事・したい事等を検討し、余暇活動や個別支援に繋げている。意思疎通が難しい方には家族の情報を基に職員側から働きかけ、その際の表情等から「思い」を汲みとっている。	
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	入居者や家族、ケアマネより情報を収集している。毎日のケアの中で気が付いたことがあれば、入居者・家族に相談している。		
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	個々の過ごし方や様子を毎日記録し、職員間で情報を共有している。		
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	担当省会議を定期的に行い、入居者や家族の方に思いを聞いている。栄養面では、隣接する特養の栄養士に相談し助言を求めている。	「出来る事の継続」「本人のやりたい事(例:家事手伝い、畑作業、余暇活動等)」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。介護担当者が1ヶ月の様子を「生活記録のまとめ」に集約し、次月の支援に活かしている。	より本人本位の介護計画となるよう、目標には利用者本人の言葉(○○したい、○○に行きたい等)をそのまま明示される事を期待する。又、モニタリングしやすいよう、支援内容はより具体的に明示される事を期待する。
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	個々の様子を毎日記録している。状況のみでなく、入居者の思いが伝わる言葉や動作なども記録に残し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	個々に合わせた活動やサービスを提供できるように心掛けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	月2回、地域のボランティアの方が習字を教えに来ていただいている。また、傾聴ボランティアが月1回2名訪問され入居者の話相手をしていただいている。		
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	隣接の特養の嘱託医が往診している。また、希望される医療機関へ職員が付き添い受診している。	かかりつけ医への継続受診、又は嘱託医による訪問診療を自由に選べるようになっている。嘱託医とは常日頃から密な連携を図っている。専門医（整形外科、精神科等）への受診は職員が送迎・付き添いし、各主治医に適切な情報を提供している。	
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	施設長が看護師資格取得者であるため、相談・助言をもらっている。		
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。	入院時には、医師・看護師・家族・職員で話し合いの場を設けている。		
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	入居時に説明し、状態の変化があれば、その都度家族に相談し、施設でできる範囲の対応を行っている。また、要介護3以上の方には、特養への申し込みについて家族へ相談している。	嘱託医のバックアップを得ながら、重度化支援を実践している。又、家族の強い希望があり、条件（医療依存度が低い等）が整えば、看取りの支援＝出来る限りの緩和ケアも行っている。要介護3以上の方・医療依存度が高い方は、同一法人の特養施設への移行体制も整えられている。	
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	救命救急士より心肺蘇生法やAEDの講習を受講し、緊急時に対応できるように努めている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時対応マニュアルを実践している。	緊急時対応マニュアルを整備している。毎年、町の出前講座を活用し、消防職員の指導の下、緊急時の初期対応（誤嚥・窒息時、心肺蘇生法、AEDの使用法等）を繰り返し学ぶ機会を設けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	総合病院や隣接の特養と連携している。	嘱託医や地域の総合病院による医療支援体制を確保している。又、隣接の特養施設をはじめとする法人全体の十分なバックアップ体制も確保されている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	各ユニットに常勤の夜勤者が配置され、緊急時には、緊急連絡網を活用し、職員が集合できる体制になっている。	各ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計3名の複数体制となっている。日頃からユニット間の交流や合同ミーティングを通じ、職員は利用者全体の状況を把握している。又、緊急連絡網による応援体制も整えられている。	
38	(16)	○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	月1回避難訓練を実施している。	消防計画や防災マニュアルを整え、災害発生時に関する講習・訓練を毎月実施し、職員への対応周知を図っている。内1回は消防立ち会いの下、隣接特養施設と合同での訓練(夜間想定)を行い、連携強化を図っている。業者による防災システムの講習会を繰り返し行い、操作方法等を確認している。災害発生時に地域の協力が得られるよう、消防団と防災協定を締結している。ホーム単独で備蓄品(非常食、水、救急セット等)を整備し、定期的に内容点検を行っている。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	隣接の特養と連携し、合同訓練を実施している。また、備蓄品を整備している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	全室個室であり、言葉掛けに十分配慮している。	「尊厳」を理念にも明示し、利用者一人ひとりが“思いのまま”に生活出来るように支援している。方言を活かしつつも、言葉使いや対応に失礼がないように、職員間で互いに注意喚起し合っている。又、トイレ誘導の声かけは耳元で行ったり、利用者を前にしての情報交換は控える等、プライバシーにも注意を払っている。	
41		○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	入居者の意向を聞き、できる限り本人の意向に沿った支援を実施している。また、難聴の方には、筆談、身振り・手振りで支援している。		
42		○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	入浴・余暇活動など、1人ひとりの希望を聞き、職員側からの提案はするが、入居者が望まない場合は、個々の思いに沿えるように柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
43		○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	地域の洋服店に出掛け、自分の好みの洋服を購入できるように支援している。また、入居前に通っていた美容院へ行き、白髪染めやカットをしている。		
44	(19)	○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	野菜の調理や盛り付け、お茶やコーヒーを入れたり、テーブル拭きなどの準備や片付けができる範囲で職員と一緒にやっている。	利用者の嗜好に配慮し、3ユニット別々のメニューとなっている。ほぼ毎日買い出しに出向き、地元の旬の素材を活かした手料理を提供している。ホームの畑で収穫した季節の野菜も食材として大いに活用している。利用者個々の得意な事で食事の準備・後片付け時に役割を担ってもらっている。又、食事が楽しみとなるよう、麺類の日を設けたり、毎月3ユニット合同でバイキング食(宴会)を実施している。	
45		○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	献立記録や排泄記録を参考に、主治医と相談しながら支援している。隣接する特養の栄養士に献立を相談し助言をもらっている。		
46		○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	毎食後、口腔清拭などを行っている。		
47	(20)	○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	排泄チェック表で個人の排泄パターンを把握し支援している。	利用者の身体状況を見極め、可能な限り「トイレでの排泄」を支援している。誘導が必要な方には個々の排泄間隔を把握し、適切にお誘いの声をかけている。又、安全・安眠・家族の希望等を考慮し、夜間帯のみオムツを使用したり、体調不良時はポータブルトイレも活用する等、利用者の状況に応じた支援を行っている。	
48		○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	起床後、牛乳(水分)を摂取してもらっている。食物繊維を多く取れる献立の工夫を行っている。便秘の方には主治医と相談し、薬の処方をしてもらう。		
49	(21)	○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	毎日、入浴の希望を聞き支援している。	各ユニットで毎日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(回数、湯温等)に沿った入浴を支援している。冬季は保湿効果がある入浴剤を活用している。入浴嫌いの方には無理強いせず、声かけする職員を変えたり、別の日や気分の良い時に改めてお誘いする等、対応を工夫している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○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	個室が確保されているので、休みたいときに休めることができる。入居者が快適に眠れるように、寝具や居室の温度などに配慮している。		
51		○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	処方箋を保管し、いつでも確認ができるようにしている。薬が変更になった場合は、申し送りをして様子観察に努めている。		
52		○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	全体で行う余暇活動のほかに、個々の趣味に沿ったものを提供し支援している。		
53	(22)	○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	散歩やドライブ、買い物などの希望があれば対応している。また、家族から希望があれば、外出・外泊を行っている。	天気が良い日は気分転換を兼ね、散歩、外気浴、畑作業、買い物、ドライブ等、日常的な外出を支援している。又、普段行けない場所への外出(花見、紅葉狩り、能登空港、イチゴ・ブルーベリー摘み等)や地域の催し物(地区祭礼、健康教室等)への参加も支援している。	
54		○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	必要な時に家族へ連絡し預かっている通帳より支出している。		
55		○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	電話の取次ぎや希望の際は電話を掛けるなどの支援を行っている。		
56	(23)	○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	食堂の飾りつけや季節にあった花を飾り、明るく過ごせるように配慮している。	生活のメリハリがつくよう、ユニットケアの考え方を導入した居住空間作りに配慮している。リビングから自然の風景(畑の様子、山の色の变化等)が眺められ、季節感を味わう事が出来る。廊下にもソファやイスを配置し、一人や仲の良い人同士で寛ぐ空間を確保している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
57		○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	食卓用テーブル以外に、テレビ前にソファを設置し、ゆっくりテレビを見たいいただいたり、廊下にもソファを置き自由に座れる場所を作っている。		
58	(24)	○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	入居者や家族の話を聞き、馴染みの物を持ってきていただいている。(テレビや目ざまし時計、ヘアブラシなど)	入居時に使い慣れた身の回りの品(テレビ、寝具類等)や安心出来る物(孫の写真等)・趣味に関する物等を持ち込んでもらえるよう、家族に働きかけている。	
59		○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	廊下、脱衣場、浴槽、トイレなどに手すりがあり、安全に歩けるようにしている。また、車椅子を自走される方が安全に移動できるスペースの確保がされている。		