

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	それぞれの生活習慣を大切に考え、住み慣れた自分の家に来るだけ近いように、また使い慣れた言葉で日常を過せるように理念を掲げ、長期にわたり支援を続けている。開所当初より管理者は職員との理念共有に向け、常日頃から日常の介護場面において理念的支援ができるよう言葉と行動を持って取り組んでいる。	開設当初より理念を変えておらず、ぶれない共有が図られている。時代にはしっかり適応してゆくため理事長が理念を基本とし、毎月目標を掲げている。目標に対して理事長が職員に根拠を説明すると共に、職員は毎月の自己評価を行っている。理念が実践されるよう工夫を凝らして浸透を図っていた。	
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	開所当初から地元の人々にグループホームが受け入れられるような地域の住民との話し合いがもたれ、運営推進会議などを通して継続的に交流を続けている。	地域との交流は移設当初から深めて来た。地域の方との関係性保つ為にも、地域の祭礼にも参加し、運営推進委員会などに地域区長さんが参加するなどしている。よって徐々に地域の方とホームとの関係性が構築されおり、能輝村たよりを地域に配布するなど、ホームや取り組みの情報発信もしている。	
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	町の各委員の研修やボランティアの見学等を受け入れている。できている「私達のめざすケア」と題した運営理念を目の届くところに掲示し、ことあるごとに、家族や地域の人々に説明している。また、毎月地域の回覧板に、事業所の行事や活動をお便りの形で掲示してもらっている。		
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	運営推進会議において事業所の取り組み内容が報告されていて、運営推進会議の参加メンバーからの質問にもしっかり答えている。今後はそれをいかにサービスの向上に結びつけるかを工夫している。	運営推進委員会は2ヶ月に1回実施されており、参加者は役場職員、民生委員、区長、訪問看護師、職員が参加し、活発な意見交換がなされている。入居者の入退院の状況報告や入居者の活動報告を行ったり、参加者からはサービスの質の向上に向けた意見を受け、質の向上に取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	開所当初より町との交流は良くあり、管理者が町にある7ヶ所のグループホームの交流研修会を立ち上げたことがあるが、現在は活動を休止している。	グループホーム交流研修の際、健康福祉課から地域の介護の状況や介護度などの説明を受けたり、介護職員の雇用に関しては、介護のイメージにプラスとなるよう工夫したものを発信しながら働き方や働く意義を深めてもらう活動を推進している。	
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「介護保険法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	創設以来、もっとも重要なこととして取り組んできたが、更に意識を統一するために明文化し、職員倫理規定に基づく行動指針、身体拘束廃止の為の取り組み、緊急やむを得ない場合の対応を作成し、職員に徹底化している。さらに、今年度からは身体拘束廃止委員会を設置し、取り組みを強化している。	毎月のホームの目標を掲げると共にマニュアルを作成し、2ヶ月に1回身体拘束について職員と周知を図りながら適正化を図っている。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	創設以来、もっとも重要なこととして取り組んできたが、更に意識を統一するために明文化し、職員倫理規定に基づく行動指針、身体拘束廃止の為の取り組み、緊急やむを得ない場合の対応を作成し、職員に徹底化している。同時に毎月の全職員ミーティングを開催し、意識向上に努めている。		
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	外部研修に参加した職員を中心に、内部でも研修を実施し、勉強会を行い、制度に関する理解を深めるよう努めている。		
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	そのようにしている。		
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	家族が意見や不満、苦情の言いやすい関係づくりを意識し、面会時にはじっくりとお話を聴くようにしている。また、ホームページ内にもご意見フォームを設置している。	意見箱は設置しておらず、ご家族の訪問時に直接意見をお伺いしている。日頃から、ご家族とは意見の言いやすい関係性を心掛けており、会議等で検討している。	
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	管理者は、半年に1度職員一人一人と個別面談の機会を設け、意見や提案を聴く機会を設け、運営に反映できるよう心掛けている。	理事長自身が現場に入っており、利用者の意見や職員の意見を聞き取っている。でて来た意見に関しては関わりを持つ事ができおり、職員の意見の提案を直ぐに反映できるようになっている。	ホームの駐車スペースが砂利であったが、意見を反映し現在はアスファルトで整備を行い、地域の方にも来てもらいやすい環境となっている。
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	そのように努めている。		
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	主任の他、各職員も研修に行き、そこで学んだことを日常の会話の中で報告されている。週に1回代表者、ホーム長、主任を含むミーティングを行い、内容も常に職員に報告されている。		
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	町の職員、当管理者が中心になり、同業者との交流会を立ち上げ管理者の交流が始まった。これからは職員の交流勉強会、相互訪問などを計画している。		

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
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	環境に慣れるまでの初期は、特にコミュニケーションを多くとるよう心掛け、お互いの信頼関係が築けるよう努めている。		
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	来訪されたご家族には、かならず顔を合わせ、会話を通し不安や要望を伺えるよう、よりよい関係づくりに努めている。		
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	管理者や職員は来訪されたご家族に不安なことや要望を聞き、他のサービスの利用も含めた対応に努めている。		
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	自分では自分ですると自覚できる利用者が少なくなってきたが、できる範囲で生活におけるそれぞれの役割を持っている。		
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	ホーム長や職員は本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていけるよう家族との関係を大切にしている。		
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	馴染みの場所に外出できる方は少なくなってきたが、馴染みの方が自由に訪問できるよう開放している。	入居者の重度化に伴い、馴染みの場所に行きたいとの希望者が少なくなってきたが、地域の祭礼に参加したり地域の床屋さんにホームまで来て頂き散髪を行ったりしている。お墓参りにご家族の方と一緒に掛ける方もおられ、ご家族の協力も頂いている。	
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	他利用者とのコミュニケーションが苦手な利用者には、職員が間に入ることで、関わり合いが持てるような支援に努めている。		
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	管理者は退所先に必ず訪問し、病院や施設もしくはその後担当するケアマネまたは家族とコミニケーションを取り相談や支援を継続するように努めている。		

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
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	日常の会話の中から、あるいは家族との話し合いで利用者の希望をできるだけ聞くように心がけている。	日常の会話の中から入居者の希望を聞いている。ご本人の思いを伝えるのが困難な方に対しては、入居者の表情、体調、普段と違う様子など状況を把握し入居者の思いや意向を把握する様に努めている。	
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	出来るだけそのように気をつけている		
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	出来るだけそのように気をつけている		
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	センター方式アセスメントの導入により、利用者一人一人の立場に考慮した計画の作成に努めている。	センター方式を活用し、3ヶ月に1回必要に応じて計画見直しを行っている。この際、今までの生活歴と暮らしぶりの中から再アセスメントし、職員と検討しながらプランとして作成したうえ実施している。	
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	出来るだけそのように気をつけている		
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	出来るだけそのように気をつけている。		
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	出来るだけそのように気をつけている		
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	利用者、家族の希望する医師、病院への受診のための送迎や情報の提供を管理者自らが行なっている。	基本的に本人ご家族が希望するかかりつけ医療機関に受診している。施設かかりつけ医が2週間に1回往診に来られている。ご家族が希望する医療機関の受診時にはホームが送迎し、ご家族が付き添っている。受診時の情報提供はホーム職員が行っており、医師の指示の下受診同行する事もある。訪問診療の他に訪問看護師が月4回訪問し24時間連絡が取れる体制となっている。	

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
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	医療連携をし、2週間に1回の往診と、毎週1回の看護師の派遣もしてもらっている。ターミナルの経験もあり協力医療機関とは連絡を密にしている。		
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。	医療連携をし、主治医と綿密に連携して定期的な往診と健診、入院に対する相談や退院後のケア等についてもその都度、連絡を細かく取り合っている。		
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、事業所です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	開設当初より看取りをする方針でいつも職員に理解を得るようにしてきた。早い段階から本人、家族、かかりつけ医と話し合いながら本人、家族の意向を確認しながら取り組み、また当ホームの看取りの方針を終末期になった時にもう一度説明し、同意書を家族にもらっている。	早い段階から重度化について伝え、ホームの看取りに関して説明している。ホームかかりつけ医が終末期について、ご家族に説明を行い理解して頂けるよう対応している。看取りの際は、かかりつけ医の訪問看護師が対応し、医師との連携のもと対応を行っている。入居されている本人、ご家族は最後までホームの生活を希望される方が多く、看取りに関しては開設当初から実績は数多くある。職員は看取りに対する流れや対処を理解しており、対応時には連絡を密に職員自身も不安なく最後を看取る心構えを持っている。	
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	職員全体が対応できるよう、日頃から意識向上、実践力向上に努め、かかりつけ医とも連携しながら迅速な対応ができるよう努めている。		
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	マニュアルや緊急時の連絡体制を整備し、職員が緊急時スムーズに対応できるよう努めている。	マニュアルや連絡網が整備されている。緊急時はマニュアルを基本に主任、ホーム長に連絡し対応が行われている。外部研修、内部研修の参加を職員に行なって頂き緊急時に対して職員に周知が行われている。	
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	医療連携をし2週間に1回の往診と毎週1回の看護師の派遣もしてもらっている。ターミナルの経験もあり協力医療機関とは連絡を密にしている。	緊急時に受け入れ可能な医療機関が2カ所、養護老人ホームのバックアップも可能となっており、緊急時はホームへの受け入れもできる事となっている。	

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
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	夜間の勤務は1人だが、併設する小規模多機能の夜勤者とも連携できる体制である。また、職員に地元の人が多く、5分程度で駆けつけることができ、協力医療機関との連携も密にされていていつでも緊急時に対応してもらえるようになっている。	緊急マニュアルを整備している。地域の方を雇用しており、5分以内でホームに到着する職員が2/3おり、連携が取れる体制となっている。夜間対応もできている。	
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	年2回の防災訓練を実施し、その都度地域の方にも情報を提供している。	毎年、火災や地震を想定した避難訓練を年2回実施しており、利用者にも参加して頂いている。避難訓練実施に関しては地域にも配布し、地域との情報共有も行っている。	
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	災害時にも常に3日分の食料は確保している。	3日分の食材は常に備蓄されている。入居者の個々の情報、薬情報など整備され、いつでも持ち出しできる体制となっている。	
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	利用者が傷ついたり、あからさまに不快と感じるようなケアは避け、理念に基づき尊厳を大切にコミュニケーションを心がけている。	理念に基づいた対応を行っており、コミュニケーションの際には言葉使いや生活動作の支援を含め自立を損ねる対応をしない様に心がけている。また、個々が協力して周知に努めている。	
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	利用者本人、家族に十分説明の上、利用者自身が選択の機会を持てるよう努めている。また、思いを表現しにくい利用者には、その思いに添えるよう努め、職員にも行動指針を示して意識を統一している。		
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	一日の過ごし方に対する要望はほとんどないが、どんな小さいことにも耳を傾けるよう努めている。また、食事、入浴などの生活面ではもちろんのこと、体操やレクリエーションを提案する際にも、希望に沿った支援ができるよう努めている。		
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	3ヶ月に1度理容師が訪問し、希望があれば散髪している。		

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
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	重度の入居者が多いため準備や片付けはほとんど職員がしている。箸を並べたり食事の後食器を重ねたり、自分の前のテーブルを拭いたりしている。一人で食べられない利用者には個別に食事介助をする等、一人ひとりに応じた対応をしている。	入居者の重度化に伴ない食事内容を変更して対応している。箸を並べたり、テーブル拭きを行ったり、味噌汁を準備したりと入居者のできる事を職員と一緒にやっている。年4回～5回のイベント食も設けている。食事介助の必要な方の対応には、一人一人に応じた対応を行っている。	
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	体調や状態により摂取が難しい時は、医療機関との連携により訪問看護の利用で点滴を行っている。		
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	入れ歯の付け置きやはみがきの介助を行っている。また、うがいが困難な利用者には、専用のウェットティッシュなどを用い、口腔ケアを行っている。		
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	ひとりひとりのパターンに合わせ、トイレ誘導や声かけを行い、ご自身でできることはできるだけしてもらえよう支援している。	排泄チェック表を基に排泄パターンを把握し、オムツ併用の方に関しても排泄誘導、声掛けなどの対応を行っている。	
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	排泄票を排泄のたびに記入し、便秘が見られる場合は水分摂取量の調整や運動への働きかけをし、必要であれば薬を処方してもらっている。		
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	入浴時間帯の希望はほとんどないが、体調に注意し、安全に入浴できるよう配慮している。入浴希望の有無によっては強制はせず、個々にそった支援をしている。	入浴時間は午前～午後にかけており、希望によっては時間を変更したり個々の入居者に応じることができる対応に努めている。温度管理や入浴剤などの使用も行い状態に合わせて対応されている事が確認できた。	
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	出来るだけそのように気をつけている。		
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	一人ひとりの服薬内容を個人毎にファイリングし、目的や副作用、用法や用量をいつでも職員が確認できるようにしている。		

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
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	それぞれに何かするというよりはテレビでの相撲観戦や時代劇を見るなどが多い。できる利用者は少なくなっているが、個々の意欲に応じ、ぬり絵や折り紙等を楽しんでいた。その他、若い頃の生活についての話題を聞き出し、会話を楽しめるよう心掛けている。		
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	体力的に外出は難しくなっているが、玄関先や敷地内などで、要望により外出する機会を設けている。また、希望により家族の力を借りて外出する機会を計画したり、祭りや行楽行事等には車いすを使用して、地域住民の協力も得ながら、無理なく参加できるよう配慮している。	屋外に出掛けたいとの入居者の希望が少なく、ホームの行事としてお花見に車で出かけたり、地域の祭りに参加したり車椅子の方も参加できるよう対応している。年々外出できる方の人数も限られて来ているが、入居者の体調に応じ無理のない範囲で外出の機会を設ける様に努めている。	
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	現金を使う機会はほとんどなく、所持されていない。		
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	要望がある場合には支援しているが、現在はほとんどない。		
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	混乱や刺激を考慮し、過剰な飾り付け等はしないようにしているが、居室やホールの窓から見える景色で季節感を感じてもらえる。	空調管理を行い過ごしやすい環境に努めている。畳の場所では、お昼寝をされる方もおられ、入居者が自由に過ごしておられる。	
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	居室と居間を自由に行き来でき、ホールでもだれでも座れるソファや、畳敷きの場所があり、いつでも自由に好きなところにいられるように配慮している。		
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	生活用品には本人の使い慣れたものをできるだけ使用してもらったり、居室にも家族の写真や思い出の品などを飾っていただいている。	ホームではベッドが備え付けているが、各自が使用したいものを自由に持ち込めるようになっている。窓からは、海や山の景色を見ることができ、明るい居室となっている。	職員が暮らしの環境の整備と保全に努めており、しっかりとしたくつろぎの空間が確保されている。
59		○身体機能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	入居者の高齢化、介護の重度化に合わせ、完全にバリアフリーの建物で、歩行ができるうちはなるべく車いす等を使用せずに、安全に介助をし歩行者、シルバーカー、手引き歩行で対応している。		