

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	4271300362		
法人名	社会福祉法人 森の里福祉会		
事業所名	グループホーム コーヒーの家、紅茶の家		
所在地	長崎県諫早市森山町杉谷2989番地1		
自己評価作成日	平成 27 年 11 月 4 日	評価結果市町村受理日	平成 28 年 2 月 15 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	http://www.kaigokensaku.jp/42/?index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=4271300362-00&PrefCd=42&VersionCd=022
----------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成 27 年 12 月 7 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)】

平成14年11月に開設し、地域密着型として地域に馴染んでいます。施設前は広大な田んぼ、その先には雲仙普賢岳も見渡せる立地環境にあり、利用者と家族からも「自然がいい」と喜ばれています。隣接のデイサービスや協力医療機関も近所にあり、利用者と家族に安心・信頼を得ています。尊厳を大切にし、家庭的な雰囲気作りと安全第一の環境設定を行い、よりよい生活支援が送れるよう取り組んでいます。

【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)】

遠方に雲仙普賢岳を見渡せ眼前に田園風景が広がる当ホームは、入居者が自然を見ながら散歩をし、喫茶店を思わせる玄関では外気浴を楽しんでいる。また、時には外でおやつを楽しむこともある。理学療法士から毎週指導を受け、日々の介護に活かすよう努めている。各居室は白を基調に清潔感があり、壁面収納を兼ねたカウンターは入居者が伝え歩きができるよう設置しており、入居者の状態によりベッド・畳ベッドもしくは床に直に布団を敷き、安全に生活できるよう配慮している。隣接のデイサービスとの交流も盛んで入居者の楽しみにもなっている。看取りについて家族の希望に応えられるよう努めており、これまでの経験も活かしながら、今後も協力医と連携し取組む姿勢である。表に「子供110番の家」の看板を掲示し、地域に根付き貢献に努めているホームである。

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

ユニット名 コーヒーの家

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	利用者・地域住民の方々それぞれが、その人らしく生活できるよう、「理念」を念頭に置き事業所全体で介護実践に取り組んでいる。	理念を共有空間・各居室へ掲示し、職員を頼りにし、家族とってくれる入居者に合わせて、安心して暮らせるよう支援に取り組んでいる。また、毎週理学療法士からの指導を受ける等、職員の介護技術の向上にも取り組んでいる。	
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	地域住民・デイサービス利用者との交流・町内行事・地区老人会などへの参加、小中学校との交流を都度行っている。また、子供110番の家として、登下校時の見守りを行っている。	小・中学校の福祉体験・職場体験の受け入れをしており、子供達が催し物を考えて訪問し、入居者を楽しませている。また、職員の子や孫がホームに手伝いに来て、入居者とふれ合い、喜びと笑顔に繋がっている。体験した子供達から「昔の話を聞けて良かった」等の感想を頂いている。	
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	地区会議に参加し介護の悩み相談を行っている。また、介入が必要なケースにおいては、居宅介護支援事業所の紹介を行っている。		
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	会毎の議題の話し合いを行うとともに、情報の収集・提供で共有を行い、サービスの質の向上に活かせる話し合いの取り組みをしている。	自治会長・行政職員・民生委員・入居者・家族と職員が交代で参加し、状況報告や時期に応じて感染症等について話し合っている。今後は、ホーム便りと共に議事録を家族へ配布し、ホームの取組等を知ってもらう事も検討中である。	
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	市・町の高齢介護課職員(介護保険更新申請時・運営推進会議など)はもちろん、社会福祉協議会職員とも交流を図り、情報の共有も行っている。	推進会議を通じて情報交換を図っている。デイサービス職員が「生き生きサロン」に関わりオレンジ手帳への記載を手伝い、入居の際にホームと繋がられるよう努めている。オレンジミーティングについては更に検討して欲しいと願っている。	
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	身体拘束は実施しておらず、今後も拘束のないホーム運営ができるようケアの充実に取り組んでいる。	言葉での行動抑止とならないよう「待って」ではなく「順番にしましょうね」等の言葉かけに配慮している。入居者の状態により転落防止の為床に布団を敷いているが、家族に宿泊してもらい理由を理解してもらった事もあった。玄関にベルはあるが、事前に家族に説明をし、全体に身体拘束をしないケアに努めている。	
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	県発表資料・新聞・TVなどによる情報を基にしたスタッフ会議での勉強会を行い、虐待のない介護実践に取り組んでいる。		

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	1名の権利擁護を利用されている利用者があり、担当職員との連携を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所時の契約書・重要事項説明書・退所時の契約解除説明など十分納得して頂ける信頼関係の構築をしている。		
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	利用料支払い時・状態報告時・面会時など、管理者・計画作成担当者は会話の機会を設け、必要時は、それらを運営の反映につなげている。	家族の訪問が週に1回～月1回あり、入居者の近況や状態について話し支援する時のタイミングによっては家族の方に誤解があるのではと、説明不足を感じており、家族からの質問にはきちんと説明するよう努めている。日曜日には次長が対応している。	
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	日々のミーティング・スタッフ会議時に話し合いの機会を設け、改善点・提案など運営への反映をしている。	日々のミーティングやスタッフ会議で話し合いを行い申し送りでも共有するよう取組んでいる。入居者への言葉掛け等について話し合っている。勤務体制は職員の事情を考慮し柔軟な対応が取られている。	入居者を観察している職員の意見交換は重要であると考えます。職員の意見が反映しやすい場の雰囲気を作り、職員間で統一したケアに繋がれるような取組に期待したい。
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	全職員が統一した介護支援ができるよう職員の指導をしている。また、職員からの意見を聴き、働きやすい笑顔のある職場環境作りへ整備をしている。		
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	各種免許の取得、各研修会参加、及び参加報告勉強会を随時している。尚、ミーティング時マニュアルの検討なども行い介護技術の向上を行っている。		
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	計画作成担当者が率先して、施設・病院など関連する事業所との交流・最新の情報交換を行い、質の向上を図っている。		

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	
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	サービス利用前の施設見学・十分な話し合いを持ち、それらの傾聴をし、信頼関係を築くようにしている。		
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	サービス利用前に十分な話し合いを持ち、それらの傾聴をし、家族が安心して生活して頂く、サービスの計画・実践ができるような関係づくりに取り組んでいる。		
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	15・16項目で捉えた要望などを、利用者・家族と話し合いを行い、必要な初期対応サービス支援ができるように取り組んでいる。		
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	理念に示すように一緒に喜怒哀楽しながら一家族として対応(介護)している。また、人生の先輩・先生として風習や語学などを習得させてもらい、より良い関係作りに活かしている。		
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	18項目同様に家族ともよりよいコミュニケーションが取れ、安心していただける関係作りをしている。また、随時に状態・情報の報告を行い、共有の支えができるように取り組んでいる。		
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	家族以外の面会・訪問支援・郵便の取り扱いなどを行い、交流の延長ができるようにしている。その他にも、馴染みの場所などへのドライブなども実施している。	近隣住民・老人会の方や隣接デイサービスの利用者や家族が知人を誘って来る事もある。協力病院の付近や蓮園やコスモス・桜の花見等、入居者と共に馴染みの場所へ出かけるよう取り組んでいる。思い出の写真を家族にも送っている。	
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	各利用者の生活レベルに応じて、全体・個別の処遇を取り入れる事で、一人ひとりが孤立しない支えあいのある生活支援を、職員間で連携・把握をし取り組んでいる。		
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	近隣の病院へ入院した場合など、お見舞いに行ったり、家族様から様子を伺ったりしている。		

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	
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	生活歴、入所時の家族・本人要望、日常の介護・会話の中などから、思いや意向の把握をし、本人本位の検討をしている。(6ヶ月に1回・もしくは状態の変化時に随時アセスメントしている。)	言葉を言える入居者からは、思いを引き出す言葉掛けを、発言が難しい方からは返事がしやすいように声掛けを工夫し、介護・生活記録に残し把握できるよう努めている。発言に対する職員の対応を記載し、他職員との共有・統一に繋げられるよう検討をお願いしたい。		
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	利用者・家族・近隣住民(必要時)から生活歴・生活環境を把握している。また、担当の居宅ケアマネより、情報の収集をしている。			
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	24項目情報を参考にし、共同生活の中で、位置・役割を果たして頂けるのか、現況の把握をしている。また、介護記録・申し送りノートの活用で情報の共有が図れるよう取り組んでいる。			
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	介護計画作成・変更時は、利用者・家族の要望・意向が反映されるよう、施設全体でカンファレンスを行い、よりよい計画・よりよいケアへと繋がるように取り組んでいる。	日々の記録・モニタリングから生活歴把握した職業・活かせる能力を計画書に反映し、サービス計画担当者と話し合いながら作成している。近隣の方へは、職員が説明を兼ねて直接手渡しで届けている。		
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	時間ごとの生活介護記録に、必要項目の記録をし、その他にも申し送りノートの活用などで情報の共有を行い、介護計画へ反映させる取り組みをしている。			
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	その状況(ニーズ)をさまざまな角度から、情報の収集・関連施設との交流を図り、地域社会から望まれるサービス支援への多機能化が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
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	諫早市町・雲仙市町の地域資源のなかで、個別・団体での活用・参加を支援し楽しんでいただいている。		
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	入所前のかかりつけ医継続を希望される時は、そのようにしている。当事業所の協力医療機関に希望される時は診断書等の提供により、継続した医療が受けられるようにしている。また、受診時は随時家族報告をしている。	受診時は職員が支援し結果は随時報告し、家族によっては入居者に変化があった場合のみ連絡している。毎週の往診はユニット交代であり、状態により早目に病院へ連絡する事で、別ユニットの往診も可能である。体調の変化は通常の食事を目安に(例えば食事量が少ない)看護師が判断している。	
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	介護職員は、1日の中での状態変化にいち早く気づき、看護師報告を行い、適切に迅速な対応ができるようにしている。(看護師不在時はTEL報告指示、及びマニュアルでの対応ができるようにしている。)		
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。	計画作成担当者(看護師)が入所中の生活状況を報告し、最適な治療を受け早期退院ができるようにしている。また、施設職員の面会も随時行っている。各入所者のかかりつけ医師・看護師との連携も取れている。		
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	入所時に重度化及び看取りに関する指針を説明し同意を得ている。その方針を本人・家族・職員が共有して支援できるようにしている。また、その状態に応じて、協力医療機関・かかりつけ医師・看護師との連携も都度取り組んでいる。	看取りを今まで複数回経験し、病院と連携し家族の希望に応えるよう努めている。バルーン挿入・胃瘻を希望の家族は病院への入院となるが、自然死を希望される家族には、家族・本人の身上になって考える事を第一に終末期の支援に取り組んでいる。家族も共に看取りができるよう、宿泊(ベッド)の用意もある。	
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	各マニュアルがあり、管理者・看護師不在時でも対応できるように定期的に訓練をしている。また、併設のデイサービスからの職員応援も可能である。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	定期的訓練(2回/年)は基より、マニュアルに従った対応や、臨機応変に対応できるように訓練している。	年2回、昼間・夜間想定で避難訓練を行っている。消火班・誘導・通報と役割分担があり、水消火器で訓練している。重度の入居者の訓練は全職員が毛布での訓練を経験している。 有事の際は同敷地内の施設職員との協力体制もある。	備蓄一覧表品目はかなりあるが、消費期限と数量の記載がない為、管理しにくい。一覧表に数量と消費期限を記載し、職員も備蓄品の管理をできるよう期待したい。

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	理念に基づき、利用者個々の人格を尊重し、分かりやすい・納得していただく対応の取り組みをしている。	入居者を人生の先輩として接し、わかりやすく・納得して頂くよう対応に取り組んでいる。言葉遣いにも注意し、入居者の言葉を否定せず、帰りたいと希望する入居者には共に外へ付いて行ったり、手伝いをしてもらいながら気を紛らわしてもらう事もあり入居者の誇りを損ねないように努めている。	
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	利用者との生活支援・会話・表情などから、希望・思いを察知し、自己決定ができるよう支援している。		
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	37項目のようにし、個別・団体に分けたり、その日の状態・希望・予定などに沿う対応ができる取り組みをしている。		
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	家族の持ち込みはもちろん、利用者と一緒に商店での買い物援助もしている。また、各行事やイベント等の参加時は、普段できない身だしなみ・化粧などの支援もしている。		
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	メニューは利用者との話し合いで希望に沿うようにしている。偏食・特別食など、その人にあった提供ができるようにしている。また、準備・後片付けは能力に応じて共同作業に行っている。	普段の食生活から好みを把握し、職員は見守りながら一部介助を行っている。入居者の状態に応じて、キザミやトロミ食を用意されている。年1回、隣接のデイサービスで家族会で食事会があり家族に喜ばれている。個々に応じた準備や後片付けを入居者と一緒にしている。	
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	主治医と連携し、その人に合った食事・水分量指示をもらっている。嗜好調査による食事提供や特別食などの提供もしている。水分摂取は1日1000cc以上（食事以外に）を確保できるようにしている。		
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、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、能力に応じて義歯洗浄・うがいを行い清潔保持に取り組んでいる。義歯は毎日夕食後洗浄剤消毒を実施している。また、必要時は歯科との連携を取っている。		

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	排泄パターンを把握し、利用者に合った都度の援助を実施している。オムツの方でも日中はトイレでの排泄誘導を実施し、自立に向けた取り組みをしている。失禁用具はその人に合ったものを購入・使用している。	オムツ使用の入居者もトイレで排泄できるよう支援している。車イス使用の入居者の希望に応じて居室横の普通トイレを使用できるよう支援に取り組んでいる。繊維質の食材や軽い体操のレクリエーションを行ったり、排便がない方には医師からの処方薬を用意す事もある。	
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	自然排便できるよう飲食物の工夫(牛乳や繊維質の多いものなどの摂取)やレクリエーションでの体操・腹部マッサージなど取り組んでいる。便秘時はその人に合った排便コントロールをしている。		
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	季節に応じて時間・回数の希望を取り決定している。その他にも衛生状態・その日の状態に応じて臨機応変に対応している。	入浴は曜日を決め午前・午後、入居者により声掛けを変えながら支援し、重度の入居者は複数で支援している。入浴剤は肌に合わない人もいるので用意していないが、湯船に浸かることができるよう入居者の希望に応じた支援ができるよう努めている。	
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	1日の日課は、利用者の体力・行動・その日の状態などを考慮し支援している。場所の提供・空調管理・寝具調整などを行い安眠休息の支援をしている。		
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	各利用者投薬情報による用法・用量・効能・副作用を把握し、服薬支援をしている。内服変更時は看護師が説明し副作用などによる症状変化に注意している。		
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	個々の役割を共同生活の中で課せ、張り合いのある生活をし、楽しみごとなどの継続が保てるように支援している。項目20・39などの支援による気分転換が図れるように取り組んでいる。		
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	四季の花見物・外食・買い物などの全体処遇はもちろん、希望があれば随時対応できている。家族との連絡調整による外出支援も行っている。	ホームの周りや田んぼを散歩したり、ドライブ時にはジュースやお菓子を用意し出かけている。月に1度は温泉に行く方もいる。盆・正月には家族の協力を得ながら外出する方もいる。外気浴を好まれホームの入口の表にテーブルや椅子を用意し、おやつを食べる事もある。	

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	お金は金庫管理しているが、買い物ドライブ時はお金を所持していただき職員と一緒に支払っている。		
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	家族や友人に職員が代筆したり・共同作業による郵便物作成をしている。また、電話希望時は仲介の援助もしている。		
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	共用空間は四季折々の飾り付け花飾りを行い、季節感を持てるようにし、天窓からの自然光採り入れによる光調整もしている。また、外気温体感(外気浴)による四季の体感も行っている。	天窓からの自然光をブラインドで調整した共有空間には、四季折々の飾り付けや花が飾られ、入居者は自由に両ユニットを行き来し、職員は臨機応変に支援するよう取組んでいる。	
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	リビング・廊下には、ソファ・テーブル配置をし居室以外にも1人になれる空間・複数での団欒ができる居所作りをしている。		
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	自宅で慣れ親しんだ家具・テレビ・冷蔵庫なども持ち込み、居室作りをしていただき環境の変化による混乱などがないようにしている。それ以外にも家族写真やクロスの工夫をし居心地の良い居室提供をしている。	腰高の壁面収納を兼ねたカウンターは入居者が伝え歩き(手すり兼用)ができるよう設置しており、入居者の状態に応じ、ベッド・たたみベッド・布団(床に直敷き)で安全に生活できるよう配慮している。各居室には折りたたみ椅子が準備しており、家族や友人と共に過ごせるよう配慮している。	
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	全館バリアフリー設計により自由な危険のない移動ができるようにしている。また、入利用者(生活能力)に応じた居室配置をし自立支援につながる様にしている。		

自己評価および外部評価結果

ユニット名 紅茶の家

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	利用者・地域住民の方々それぞれが、その人らしく生活できるよう、「理念」を念頭に置き事業所全体で介護実践に取り組んでいる。		
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	地域住民・デイサービス利用者との交流・町内行事・地区老人会などへの参加、小中学校との交流を都度行っている。また、子供110番の家として、登下校時の見守りを行っている。		
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	地区会議に参加し介護の悩み相談を行っている。また、介入が必要なケースにおいては、居宅介護支援事業所の紹介を行っている。		
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	会毎の議題の話し合いを行うとともに、情報の収集・提供で共有を行い、サービスの質の向上に活かせる話し合いの取り組みをしている。		
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	市・町の高齢介護課職員（介護保険更新申請時・運営推進会議など）はもちろん、社会福祉協議会職員とも交流を図り、情報の共有も行っている。		
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	身体拘束は実施しておらず、今後も拘束のないホーム運営ができるようケアの充実に取り組んでいる。		
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	県発表資料・新聞・TVなどによる情報を基にしたスタッフ会議での勉強会を行い、虐待のない介護実践に取り組んでいる。		

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	1名の権利擁護を利用されている利用者があり、担当職員との連携を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所時の契約書・重要事項説明書・退所時の契約解除説明など十分納得して頂ける信頼関係の構築をしている。		
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	利用料支払い時・状態報告時・面会時など、管理者・計画作成担当者は会話の機会を設け、必要時は、それらを運営の反映につなげている。		
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	日々のミーティング・スタッフ会議時に話し合いの機会を設け、改善点・提案など運営への反映をしている。		
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	全職員が統一した介護支援ができるよう職員の指導をしている。また、職員からの意見を聴き、働きやすい笑顔のある職場環境作りへ整備をしている。		
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	各種免許の取得、各研修会参加、及び参加報告勉強会を随時している。尚、ミーティング時マニュアルの検討なども行い介護技術の向上を行っている。		
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	計画作成担当者が率先して、施設・病院など関連する事業所との交流・最新の情報交換を行い、質の向上を図っている。		

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	サービス利用前の施設見学・十分な話し合いを持ち、それらの傾聴をし、信頼関係を築くようにしている。	
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	サービス利用前に十分な話し合いを持ち、それらの傾聴をし、家族が安心して生活して頂く、サービスの計画・実践ができるような関係づくりに取り組んでいる。	
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	15・16項目で捉えた要望などを、利用者・家族と話し合いを行い、必要な初期対応サービス支援ができるように取り組んでいる。	
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	理念に示すように一緒に喜怒哀楽しながら一家族として対応(介護)している。また、人生の先輩・先生として風習や語学などを習得させてもらい、より良い関係作りに活かしている。	
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	18項目同様に家族ともよりよいコミュニケーションが取れ、安心していただける関係作りをしている。また、随時に状態・情報の報告を行い、共有の支えができるように取り組んでいる。	
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	家族以外の面会・訪問支援・郵便の取り扱いなどを行い、交流の延長ができるようにしている。その他にも、馴染みの場所などへのドライブなども実施している。	
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	各利用者の生活レベルに応じて、全体・個別の処遇を取り入れる事で、一人ひとりが孤立しない支えあいのある生活支援を、職員間で連携・把握をし取り組んでいる。	
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	近隣の病院へ入院した場合など、お見舞いに行ったり、家族様から様子を伺ったりしている。	

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	生活歴、入所時の家族・本人要望、日常の介護・会話の中などから、思いや意向の把握をし、本人本位の検討をしている。(6ヶ月に1回・もしくは状態の変化時に随時アセスメントしている。)	
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	利用者・家族・近隣住民(必要時)から生活歴・生活環境を把握している。また、担当の居宅ケアマネより、情報の収集をしている。	
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	24項目情報を参考にし、共同生活の中で、位置・役割を果たして頂けるのか、現況の把握をしている。また、介護記録・申し送りノートで情報の共有が図れるよう取り組んでいる。	
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	介護計画作成・変更時は、利用者・家族の要望・意向が反映されるよう、施設全体でカンファレンスを行い、よりよい計画・よりよいケアへと繋がるように取り組んでいる。	
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	時間ごとの生活介護記録に、必要項目の記録をし、その他にも申し送りノートの活用などで情報の共有を行い、介護計画へ反映させる取り組みをしている。	
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	その状況(ニーズ)をさまざまな角度から、情報の収集・関連施設との交流を図り、地域社会から望まれるサービス支援への多機能化ができるようにしている。	

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	諫早市町・雲仙市町の地域資源のなかで、個別・団体での活用・参加を支援し楽しんでいただいている。		
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	入所前のかかりつけ医継続を希望される時は、そのようにしている。当事業所の協力医療機関に希望される時は診断書等の提供により、継続した医療が受けられるようにしている。また、受診時は随時家族報告をしている。		
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	介護職員は、1日の中での状態変化にいち早く気づき、看護師報告を行い、適切に迅速な対応ができるようにしている。(看護師不在時はTEL報告指示、及びマニュアルでの対応ができるようにしている。)		
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。	計画作成担当者(看護師)が入所中の生活状況を報告し、最適な治療を受け早期退院ができるようにしている。また、施設職員の面会も随時行っている。各入所者のかかりつけ医師・看護師との連携も取れている。		
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	入所時に重度化及び看取りに関する指針を説明し同意を得ている。その方針を本人・家族・職員が共有して支援できるようにしている。また、その状態に応じて、協力医療機関・かかりつけ医師・看護師との連携も都度取り組んでいる。		
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	各マニュアルがあり、管理者・看護師不在時でも対応できるように定期的に訓練をしている。また、併設のデイサービスからの職員応援も可能である。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	定期的訓練(2回/年)は基より、マニュアルに従っての対応や、臨機応変に対応できるように訓練している。		

Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
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	理念に基づき、利用者個々の人格を尊重し、分かりやすい・納得していただく対応の取り組みをしている。	
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	利用者との生活支援・会話・表情などから、希望・思いを察知し、自己決定ができるよう支援している。	
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	37項目のようにし、個別・団体に分けたり、その日の状態・希望・予定などに沿う対応ができる取り組みをしている。	
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	家族の持ち込みはもちろん、利用者と一緒に商店での買い物援助もしている。また、各行事やイベント等の参加時は、普段できない身だしなみ・化粧などの支援もしている。	
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	メニューは利用者との話し合いで希望に沿うようにしている。偏食・特別食など、その人にあった提供ができるようにしている。また、準備・後片付けは能力に応じて共同作業に行っている。	
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	主治医と連携し、その人に合った食事・水分量指示をもらっている。嗜好調査による食事提供や特別食などの提供もしている。水分摂取は1日1000cc以上(食事以外に)を確保できるようにしている。	
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、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、能力に応じて義歯洗浄・うがいを行い清潔保持に取り組んでいる。義歯は毎日夕食後洗浄剤消毒を実施している。また、必要時は歯科との連携を取っている。	

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	排泄パターンを把握し、利用者に合った都度の援助を実施している。オムツの方でも日中はトイレでの排泄誘導を実施し、自立に向けた取り組みをしている。失禁用具はその人に合ったものを購入・使用している。		
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	自然排便できるよう飲食物の工夫(牛乳や繊維質の多いものなどの摂取)やレクリエーションでの体操・腹部マッサージなど取り組んでいる。便秘時はその人に合った排便コントロールをしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	季節に応じて時間・回数の希望を取り決定している。その他にも衛生状態・その日の状態に応じて臨機応変に対応している。		
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	1日の日課は、利用者の体力・行動・その日の状態などを考慮し支援している。場所の提供・空調管理・寝具調整などを行い安眠休息の支援をしている。		
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	各利用者投薬情報による用法・用量・効能・副作用を把握し、服薬支援をしている。内服変更時は看護師が説明し副作用などによる症状変化に注意している。		
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	個々の役割を共同生活の中で課せ、張り合いのある生活をし、楽しみごとなどの継続が保てるように支援している。項目20・39などの支援による気分転換が図れるように取り組んでいる。		
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	四季の花見物・外食・買い物などの全体処遇はもちろん、希望があれば随時対応できている。家族との連絡調整による外出支援も行っている。		

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	お金は金庫管理しているが、買い物ドライブ時はお金を所持していただき職員と一緒に支払っている。		
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	家族や友人に職員が代筆したり・共同作業による郵便物作成をしている。また、電話希望時は仲介の援助もしている。		
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	共用空間は四季折々の飾り付け花飾りを行い、季節感を持てるようにし、天窗からの自然光採り入れによる光調整もしている。また、外気温体感(外気浴)による四季の体感も行っている。		
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	リビング・廊下には、ソファ・テーブル配置をし居室以外にも1人になれる空間・複数での団欒ができる居所作りをしている。		
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	自宅で慣れ親しんだ家具・テレビ・冷蔵庫なども持ち込み、居室作りをしていただき環境の変化による混乱などがないようにしている。それ以外にも家族写真やクロスの工夫をし居心地の良い居室提供をしている。		
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	全館バリアフリー設計により自由な危険のない移動ができるようにしている。また、入利用者(生活能力)に応じた居室配置をし自立支援につながる様にしている。		