

(別紙の2)

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	月1回のホーム全体会議、ユニット会議等を通して、スタッフ全員に事業方針・理念を伝え共有している。個々のスタッフ面談を定期的に行い、実践状況の確認・指導をしている。	各ユニット会議、全体会議には必ず社是、経営理念、事業所理念を唱和している。また、朝礼時にも唱和することもある。日々の利用者の生活や介護計画の見直し等では理念を基に話し合っている。理念にそわない言動があれば職員間でも注意している。また管理者は半期毎に職員と面談し、業務やキャリアアップ等について話し、助言や指導をしている。事業所理念は開設当初のものを継続している。	
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	地域のイベントに参加したり、自治会や地域のボランティアとの交流を行っている。また定期的にホーム便りを発行し回覧板にて地域に情報を発信している。	自治会費を納め地区内の回覧板を隣家に廻している。広報誌を地区会長に届けていただいている。楽器演奏、踊り、手品などのボランティアが時々来訪している。開設を記念した祭りには職員が加入している和太鼓のグループが場を盛り上げた。利用者は名演奏に涙を流し、感激したという。近所の小学生が友達と歌や手紙を持って訪れている。新そば祭りに招待されたが出掛けられずにいると人数分のそばが届けられた。野菜もいただくこともあり少しずつではあるが地域との関係が深まっている。	
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	保険者から介護サポーター養成のための訪問受け入れに協力している。イベントを開催して地域の人々にも参加を呼びかけている。		
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	運営推進会議議事録参照。ホームからの報告を毎回行い、出席者からの意見を検討し、サービスに反映させている。	利用者、家族、自治会長、民生委員、協力医、市訪問看護ステーション所長、地域包括支援センター職員が参加し、2ヶ月毎開催している。ホームの活動報告とともに外部評価や目標達成計画なども報告している。出席者との意見交換では防災や医療、介護、生活など様々な話し合いが行われており有意義な会議となっている。会議録は玄関に置いてあり誰もが閲覧できるようにしている。	
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取り組んでいる	2ヶ月毎に保険者派遣調査員の訪問。2ヶ月毎に広域全体の地域密着型サービス事業所の連絡会を実施し情報発信も随時行っている。	介護相談員が2ヶ月毎、2名訪問し、利用者の様子を詳細に記録し、口頭で「楽しいと言っていましたよ」などと伝えている。日常生活自立支援には社協職員が関わっている利用者もいる。地域密着型サービス事業所連絡会では各事業所が抱えている問題などを話し合ったり情報交換もしている。更新申請(区分申請は家族と相談の上)は代行しており、認定調査員が来訪した時は暮らしの様子などを伝えている。社協のコーディネーターを通して来訪するボランティアもいる。	
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	月1回のホーム全体会議の中で研修を行い、スタッフの理解と身体拘束のないケアの実践に努めている。	玄関を含め施錠は行なわれていない。外に出たい様子があれば職員が付き添い散歩に出掛けている。訪問介護他のサービスを含めた事業所独自のケア委員会があり委員が虐待・拘束に関する勉強会に参加し、全体会議で伝達講習している。毎月拘束に関する報告書(身体拘束の有無)を本部に提出している。現在家族が購入したセンサーマットを使用している方がおり、ペット柵やセンサーマットなどを安全のために使用する場合にも必ず会議で検討している。	

ニチケアセンターおおまち・かもしかユニット

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	研修の機会を設け、虐待防止に努めている。		
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	月に1回は研修の機会を設けているので、今後予定したい。		
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・重要事項説明書参照。 十分な説明を行い、同意を得ている。		
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	直接の来所や電話等、いつでも意見・相談を受け付けている。運営推進会議、家族会を偶数月に開催しており参考意見については即対応している。またご家族宛のほほえみ通信を毎月発行している。	利用者の殆どが思いを伝えることが出来る。二日に1回は家族の方のどなたかが来訪しており、少なくとも1ヶ月に1回は必ず来訪している。運営推進会議の前に家族会議を開催し、参加者から意見や要望を伺い、サービスに活かしている。行事写真を希望する家族もいるので個別にアルバムを作り家族にプレゼントする予定である。敬老会では一人ひとり正装した写真を撮るようにしている。その写真が遺影に使われたこともある。ホームの「ほほえみ通信」は本人の暮らしぶりや健康状態が良くわかると家族に好評である。	
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	月に1回の全体会議、各ユニット会議、役割(委員会)会議を開催している。CM、各ユニットリーダーとはノートにて連絡を密に取り合っている。	ユニット会議が月始め、全体会議は月末に開催されている。職員は議題に沿って自分の意見を伝えている。会議に参加できなかった夜勤者や勤務者は議事録を読み、内容を確認している。他サービスを含めた事業所の委員会には防災・園芸・レクリエーション・ケア委員会などがある。人事考課制度が導入されており職員は考課者に意見や提案を伝えたり相談もしている。	
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	個人面談の実施。また、キャリアアップ制度という会社の昇給制度があり、職員へ推奨している。		
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	法人での研修体系に沿ったスタッフ育成と、外部での研修通知があれば、積極的に参加するようスタッフに促している。		

ニチケアセンターおまち・かもしかユニット

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	法人内では月1回の管理者会議を開催、研修や事例発表会も定期的に開催している。		
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	入居前に詳細なアセスメントを実施し、スタッフ間で共有している。		
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	入居前に詳細なアセスメントを実施している。		
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	入居前のアセスメントにて、担当ケアマネジャーやソーシャルワーカーと連携を図っている。		
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	本人のできる事は自分で行ってもらい、各々が役割を持ち、共に生活するという関係作りを努めている。		
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	何かあれば即座に家族と連絡を取るようになっている。疎遠な家族には関わりを持ってもらうようお願いをしている。		
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	本人の関係者の訪問については積極的に受け入れている。本人からの希望があれば連絡を取るようになっている。	家族以外には友人や近所の方、元同僚などの訪問があり「懐かしいな～」、「去年は名前を言ってもらえなかった」との会話に職員は「顔を見ると笑顔になるのでまた来てください」と伝えている。手紙や電話での交流もある。お盆やお彼岸、お正月に家族と外出したり、泊まる方もおり、家族と馴染みの理美容院、商店、温泉に出かける方もいる。一回でも多く家族と触れ合う機会を持って頂けるように入金に来ていただいたり、通院に付き添うことなどをお願いしている。	
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	スタッフ間で情報共有し、利用者同士の関係がスムーズになるように随時検討している。		

ニチケアセンターおおまち・かもしかユニット

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	退居後の入所先の紹介や、受け入れ先の担当者への引継ぎに努めている。		
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	本人へのアセスメント後にサービス計画を作成し、ユニット会議にてスタッフ間で共有、検討している。	利用者の多くは職員の声かけの工夫(二者択一など)で意志や希望を伝えることが出来ている。本人の意向が汲み取れない場合には家族の方に来ていただくこともある。入浴は本人の希望する時間帯に入れるように支援している。利用者の表情が暗かったり、自室にいる時間が長かったり、いつもと違う場合には申し送りで情報を伝え対応している。ユニットが違うが波長が合う(お気に入りの職員)職員に話しを聞いてもらい解決することもある。	
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	アセスメントの際に本人以外、家族にもヒヤリングを行い、スタッフ間での情報共有に努めている。		
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	介護記録を残し、スタッフ間で共有を図っている。また、ユニット会議にて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	計画作成担当者がモニタリング、アセスメントを実施。担当者(ユニット職員)と連携して介護計画を作成している。	新規利用者に関しては全てケアマネージャーが立案している。職員は居室担当(1~2名)と介護計画の担当を兼ねている。担当者は受持ち利用者の計画素案をユニット職員と話し合いながら作成している。各ユニットのケアマネージャーまたは計画作成担当者は素案を基に介護計画を完成させ利用者・家族に説明し確認を得ている。利用者の中には自らサインをする方もいる。ユニット会議では毎月3名ずつ、モニタリングシートで達成や実施状況を確認し、本人や家族からの意見要望はどうか等、決め細やかに評価見直しをかけている。	
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	介護記録を残し、スタッフ間で共有している。		
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	併設の在宅事業と連携し、柔軟な支援ができていられる(福祉用具の活用等)。		

ニチイケアセンターおおまち・かもしかユニット

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	フォーマルサービス、インフォーマルサービスを把握し、利用者の選択によって地域資源の活用ができています。		
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	提携医療機関との連携を図り、利用者が適切な医療を受けられるよう努めている。月1回往診。	遠方で通院が大変になる等の理由でかかりつけ医を協力病院に変更したケースはある。各ユニット毎に月一回、協力医の往診があり利用者の診察等が行われている。訪問看護師が週一回訪問し健康管理、相談等の対応をしている。協力医以外の通院や受診に関しては家族に依頼している。その場合には医療機関に本人の状況を伝える連絡用紙が準備されている。歯科医師の往診も可能となっている。	
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	訪問看護師が週1回健康チェックを実施。介護スタッフからも報告や相談を行い、利用者が適切な受診や看護を受けられるように努めている。		
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。	病院関係者との情報交換や相談を行い、利用者の入退院がスムーズに行われるように努めている。併設の在宅事業所も併せて情報発信等、病院関係者との関係作りを行っている。		
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	医療処置が必要となった場合は、本人・家族等と話し合いを行い、医療機関や施設との連携に努めている。また重度化した場合においてはお住み替えの提案をしている。	契約時に重度化や終末期についての事業所の方針を本人や家族に説明している。状態に変化が生じた時には医師からの説明を受け、改めて家族、医師、看護師、管理者、職員等で話し合っている。開設以降4名の方が病状悪化で医療機関に移られそのうち3名の方が他界している。そのほか3名の方が特養に移られている。利用者の中には特養に申し込みをしている方もおり、新規利用者の中にはすでに特養に申し込んで利用する方もいる。	
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	月1回の全体会議の中で緊急時の対応について研修を実施している。		
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	年に2回の防災訓練を実施している。地域との協力体制については運営推進会議の中で話し合いを行っており、現在構築中である。	年2回(5月・10月)消防署や住民の協力を得ながら夜間想定のお知らせ、避難誘導、消火訓練を行っている。毎月一回ユニット会議で模擬通報訓練(夜間想定)を行い、全職員がいざという時に実践できるよう取り組んでいる。運営推進会議では避難誘導訓練実施状況を報告し、出席者と利用者の避難について白熱した意見交換が行われた。2階の利用者がどのような身体状況であっても安全に確実に避難できるよう検討中である。市販の防火防災セット(懐中電池、ラジオ、軍手等)も準備されている	

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	プライバシーの確保やサービスマナー等の研修を随時実施している。	利用者の呼び方は苗字に「さん」付けしているが家族や本人の意向で名前に「さん」を付けたり職業から「先生」と呼ばれている方もいる。法人として年一回プライバシーに関する試験があり合格しない場合は再度受ける必要がある。新任職員にはOJT方式が取り入れられ、利用者の人格の尊重やプライバシー確保については厳しく指導されている。法令順守の精神を標語にしたポスターも玄関に掲示されていた。	
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	研修や各ユニットの会議等で日々情報共有と検討を行い、利用者が自己決定できるように努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムの把握に努め、利用者がマイペースで過ごせるように支援している。		
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	利用者の意向を尊重し、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。		
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	利用者一人ひとりの好みや力の把握に努め、利用者とスタッフが一緒に準備や食事、片付けができるように努めている。	外食には出かけることはないが毎月2回(ユニット会議や合同会議日)仕出し弁当を取っている。利用者にはお弁当の蓋を開けるのが楽しいと喜ばれている。誕生日や行事の時はオードブル、寿司、刺身などを取っている。職員がその日の献立を記録している。調理師資格保持者(3名)が献立表を確認し助言している。ホームの菜園で収穫したトマト、キュウリ、ナス、夕顔、ブロッコリー、サツマイモなどと頂き物の野菜も加えて彩り良い料理が食卓を賑わしている。	
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	利用者一人ひとりの状態を把握し、習慣に応じた支援を行っている。		
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	利用者一人ひとりの状態を把握して、口腔ケアを実施している。		

ニチケアセンターおおまち・かもしかユニット

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	利用者一人ひとりの状態を把握して、排泄支援を行っている。	センター方式を活用し利用者一人ひとりの排泄リズムを把握し、時間的なパターンを決めそれに沿って声がけしている。夜間オムツを使用する方も日中はリハビリパンツを使っている。トイレ誘導時自宅のトイレと勘違いし「覗きに来た」と怒る利用者もいるので、プライバシーには充分配慮している。夜間のみポータブルトイレを使う方もいる。	
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	家族や医療関係者から情報収集し、個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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	利用者の意向を尊重し、一人ひとりのペースに合わせて入浴支援を行っている。	お風呂は毎日準備し一人ひとり、湯を入れ替え、気持ち良く入浴できるよう配慮している。一日に3名が入浴している。殆どの方が見守りで、一部介助であるが二人介助の方もいる。利用者は週2~3回入浴している。菖蒲湯、バラ湯、柚子湯、リンゴ湯など季節のお風呂も提供し、懐かしんだり話題に上げたりしていただき喜ばれている。入浴を拒む方には着替え時に清拭を行うが家族の協力(入浴を促す声かけ)を得ることもある。	
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	一人ひとりの生活リズムや就寝時間を把握して、安眠や休息の支援を行っている。		
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	スタッフが利用者一人ひとりの服薬状況を把握し、服薬支援と症状の変化の確認に努めている。		
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	レクリエーションや行事等、利用者の状態に合わせて工夫している。		
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	施設周辺の散歩であったり、季節の行事等での外出支援を行っている。	神社のお祭りや花街道花祭り、農具川のアヤメなど、四季折々に出かけている。家族と温泉や商店などに出かける方もいる。天気の好い日にはホーム周辺や駐車場を散策し、また、テラスでお茶やレクリエーションをしながら気分転換をしている。訪問調査の帰り際、利用者が職員に手を引かれて帰ってくるのに出会い、「お帰りなさい」と声をかけると笑顔が返ってきた。外出時には車椅子対応が多くなるため全利用者での外出が大変になってきているという。	

ニチケアセンターおまち・かもしかユニット

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	原則金銭は事務所預かりとしている。		
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	本人の意向を尊重し、希望があれば電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
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	利用者の居心地良く過ごせるように、ホーム内は清潔に保ち、共用空間作りに配慮している。	2階建てなのでエレベーターと傾斜が緩やかな階段がある。花紙や毛糸で作ったマスコットキャラクターが踊り場で出迎えてくれる。居間兼食堂の一角には和室もあるが襖風の戸で分離することができる。壁には利用者の塗り絵や外出時の写真が飾られている。広いテラスがあり利用者がお茶やおしゃべりを楽しめる。ホーム内は床暖で空調設備が整い快適な生活が出来る。	
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	リビングや和室で利用者が思い思いに過ごせるように配慮している。		
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	本人や家族と相談し、利用者が居心地良く過ごせるように工夫している。	居室には大きな押入れがある。利用者は自宅からベッドや家具、椅子を持ち込んでいる。壁に沢山の冬用の外出着を吊るし、飾り戸棚には手作りの手毬、ビーズの飾り物、棚の上にも手作りの動物の縫いぐるみが所狭しと並んでいる居室が見られた。週刊誌なども何冊か重ねられていた。座椅子に腰掛け小テーブルに向かい自分の趣味を楽しんでいる利用者もいる。男性利用者が新聞紙や葉書などでゴミ入れを折っており、丁寧に折って紙袋にしまっているものを取り出して見せた。利用者は自分の部屋であることを肌で感じ、好きなことをしながら過している。	
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	利用者一人ひとりの状態の把握に努め、安全かつ出来る限り自立した生活が送れるように配慮している。		