

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	地域密着型サービスの基本方針に沿った法人理念をつくり玄関に掲示し職員、家族、利用者に常に目につくように配慮している。	毎月のカンファレンスで地域密着の理念を共有し実践できるよう施設長が説明、指導している。グループホームの倫理項目を職員に配布し理念の共有、人権について理解できるよう施設長が努力されている。		
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	地域自治協会や団体主催の諸行事に出来る限り参加させてもらい、又、ホームにも地域の方々にも来所してもらいながら交流している。地区の安来節保存会によるボランティア交流として、音楽療法も兼ねた計画の段取りの最中である。	地域の中学校のコーラス部の来所、運動会等に参加又、地域の夏祭りに参加等交流がある。施設長は地域の小、中学校、保育園との定期的な交流を行いたいと望んでいる。	今後も地域の保育園、小中学校と交流を深められ継続されたい。地域のつながりを大切に交流されたい。	
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	運営推進会議でホームのあり方や実践報告をしている。また、家族だよりでも利用者の家族に報告させてもらっている。又、地域の社協の主催研修事業等にも協力をしている。			
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	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ない、そこでの意見をサービス向上に活かしている。昨年度の評価後、全家族へ報告書を郵送し、また出席頂く家族代表も2名へと増えた。	2ヶ月に1回開催されている。利用者、家族、市の担当者、地域の代表も参加されている。介護保険の説明、利用状況、ホーム独自アンケート等の報告が行われている。		
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	運営会議外でも連絡を取り合い、情報を常に得るよう努めて足を向けている。	運営推進会議に参加。介護職員の吸引について研修。利用者の受け入れについて・重度、終末期の方について相談など連絡を取り合っている。		
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	一昨年度に改善目標(計画)にあげていた居室の内側の鍵のバーの撤去については、1名の方のみを残して取り外しを行っている。また、入院中留置カテーテルの為介護衣を着ておられた方も、退院後様子を見ながら介護衣無しでの生活を取り戻された。	職員倫理要綱を元に研修を行い身体拘束をしないケアの理解に取り組んでいる。日中は玄関に鍵は掛けていない。家族に介護衣使用の方の身体拘束の説明を行い、記録も確認できた。職員は言葉による拘束の意味も理解されていた。		

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	代表者や全ての職員は常に考えており有ってはならない事の意識を高める事が防止に繋がると考え時々職員研修の際にも念押しを行っている。		
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	当事業所に関しても権利擁護または後見人制度を利用される事があり、手厚くその説明をし実際に活用しておられる。1件1件全て事例が異なり常に新たな学習になる。		
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	契約時や契約解除時は時間をかけ、重要点を説明して、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね十分に説明をしていくことで理解と納得を図っていく。		
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	玄関には意見箱の設置をしているがほとんど活用されないこともあり、ご家族に無記名によるアンケート調査を実施し忌憚のないご意見を聞かせて頂きそれに対し確実に回答し対処している。家族会の開催に関しては、家族の意見を聞きながら模索中である。	玄関に意見箱の設置はあるが利用は殆ど無い。定期的に家族に無記名でアンケート調査を実施し「はまの家だより」や運営推進会議で結果報告を行っている。月1回のカンファレンス、朝礼で施設長が文章で改善を促し実施している。	
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	いつでも職員の意見や提案を自由に出し合いそれを運営に反映させている。特にカンファレンスなどの機会を生かす。	寝たきりの方の入浴介助が利用者、介護者も大変だったが職員の意見、要望で簡易ストレッチャーを購入してもらい支援が楽になり職員の腰痛の軽減となった。職員の研修参加については有給利用と時間外手当で対応されていたが、今後は勤務扱いにされる。また、利用者の介護度が以前より高くなってきた事等から勤務職員(日勤帯)の配置も検討され、現在、2ユニットで8~9名で行われるようになった。	
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	個々の目標や職場環境、個人毎の悩み等について随時面接、聞き取り話し合いの場を作り職場環境の条件整備に努めている。		
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	すべての職員に出来る限り研修に参加していただけるよう計画している。その研修後には必ずカンファレンスなどを利用し発表することで情報の共有に繋げていく。		
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	出雲市グループホーム連絡協議会に入会し、他グループホームとの交流を図り、研究発表会や研修会または他事業所への研修を通じて質の向上を目指している。出雲市内の事業所と協力して、吸引・経管栄養に関する介護職員研修を計画中である。		

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
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	入居前に調査をする際に出来る限り本人のお話を聞き思いをしっかりと受け止めていく事に努めている。		
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	入居前に面接調査の際に出来る限り本人、家族の方からの話や要望などを聞き、信頼関係を作るように努めている。		
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	今何が優先していくかを見極めご本人とご家族にとって最善の方向性をきちんと各相談担当員と情報交換をしながら検討している。		
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	利用者同士の関わりを大切にし、お互い助け合いその人の残存能力を上手引き出せるよう努めている。		
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	ご家族様とのコミュニケーションを上手とする事で信頼を得、ホームの職員との連携がきちんと取れ利用者様が安心して生活できるよう支援していく。		
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	ご本人の生活歴をしっかりと把握し最も安心できる心の置き所を大切に受け止め出来る限り継続していくよう支援していく。	「えびす」では寝たきりや全介助などの方が多く馴染みの人に会うことや馴染みの場所に出かけることが殆どできない。2～3人程はホームの周りの散歩の支援ができると職員が話された。家族の面会で馴染みの関係が途切れないようにしている。	
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	利用者様同士のかかわりが出来る限り密接となり、お互いを思いやる気持ちが生まれ毎日の生活の中で心のより所となれば幸いと考える。共に生活していくことが楽しいと感じて頂ける様支援していく。		
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	退去後も御家族との連絡情報は居宅事業所の担当者と連絡を取りながらフォローしている。		

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	常に本人中心のケア計画になるように、時には家族の方にも連絡し相談しながら検討をしている。	施設長、介護計画作成者が入所前の家族の聞き取り、担当ケアマネの情報提供などから思い、意向の把握をしている。	
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	安心でき安定したホームでの生活をしていただく為にはその人の生活歴や職業歴などを知らずして何も始まらない。より多くの情報を得ることに努めより良いケアに繋げていく。		
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	その人の生活リズムを把握していく事はその人のケアの基本となる。そしてあらゆる能力を引き出すことがその人を受けとめる足がかりとなる。		
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	その時々ニーズに応じてご本人とご家族様としっかり話し意見や希望を聞く事でよりよいケアプランを作成している。そして常にモニタリングを行い検証し、より良いケアに繋げるよう努力している。昨年度の評価後、職員間の話し合いの過程がより具体的に共有しやすい記録の整備に努めている。	ケアプランは作成されているが、新規のみ1表、2表ある。その後更新時、プラン変更のときは1表は作成なし。意向、希望が新規のみだった。カンファレンス月1回・モニタリング月1回・見直し6ヶ月1回確認できた。2表に家族の確認印確認できた。	ケアプラン2表の変更、更新時に、家族に説明をする時、家族の意向・希望を聞かれたら、1表も作成するようにされたい。また、サービス内容についても、もう少し分かり易く整備されたらプランに添ったより良い介護記録となるでしょう。
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	記録にはケアプランに基づいてその日の状態はどうなのか、変化や気づきをわかりやすく残せるようにしている。このことをミニカンなどに取り入れケアに反映できるようにしている。		
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	家族等と常に連絡を密にし要望を把握して常に問題から目を離さず直ぐ対応できるように全職員統一した支援で日々取り組んでいる。		

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
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	運営推進会議で地域の情報を得てホーム内行事等には徐々に多く参加機会が増えている。又地区自治会主催行事に参加の計画実施も進めつつある。		
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	入居前のかかりつけ医や希望の医療機関へ受診できるよう支援している。またホームの協力医への移行もいつでも対応している。通院は基本的に家族にお願いしてあるが場合に応じてホームの方で支援している。	協力医に往診、急な受診も行ってもらえる。看護師、施設長が家族、かかりつけ医、協力医と連携している。かかりつけ医の受信は家族が行い、必要時は職員も同行する。	
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	看護職が常勤でいるホームなので医療に関することに全く心配がない。常に医療と介護の連携を図り、利用者様に安心して生活して頂いている。		
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。	ご家族様と利用者様と常に連絡を取り合い入院時の担当医との話し合いをきちんとしいつでも退院されても良いように常に様子を見て置くようにしている。また退院に向けての指示をドクターや相談員から受け家族様を交えしっかり話し合っている。		
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	主治医から家族様に話(説明)をしていただく機会を作り、支援方針を共有して支援をしている。又、22年度より医療連携加算も認定を受け看取り体制(指針)も整備して可能な限りホームでの生活への支援に対応している。3名の方に看取りの同意を得て、現在2名の方が看取りの段階に来ており、看護体制の充実に努めている。	見取りの方2名。家族、主治医、施設長と見取りの話し合いをし終末期の介護を行っている。医療連携加算体制で日中、夜間も看護、介護職で連携をし支援を行っている。看護師は夜間も連絡が取れる体制がある。重度化や終末期の研修も実施して方針の共有と支援を行っている。	
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	時間を作り緊急時の対応の学習を看護師がしている。またカンファレンスなどに繰り返し学習している。		
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	災害緊急マニュアルを職員全員で学習し常に利用者様の常態像を把握し常に対応できるようにしている。運営推進会議を通して呼びかけ、災害訓練の際には地域の方や消防団にも参加をして頂いている。	防災グッズは10人分用意している。食料、水は特に用意していない。避難場所は玄関前駐車場。2次避難場所は地区の集会所。職員は緊急連絡網で対応。地区の消防団の協力体制あり。	特に食料、水を用意され災害対策を十分にされたい。

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	利用者の方のプライバシーには常に尊重する様ミーティング、カンファレンス時に職員に徹底を行い、入室の際のノックや声かけ等配慮をして行っている。広報誌配布に際してもご家族様の意見を確認して行っている。	トイレ使用のときはドアをきちんと閉めるよう職員が気をつけている。重度化して声かけなどに対応ができない方にも丁寧なケアが行われていた。		
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	定期的にしたい事や、外出先の希望も聞いたり実施している。又食事等についても希望を聞き合わせながら作ったり個々に好きな飲み物も提供したりしている。			
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	一人ひとりの生活リズムを大切にし強制的な声かけはしないよう努めている。起床や就寝時間また食事の時間が少しずつ異なっても心と体の負担にならないよう配慮している。			
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	ご家族様から準備された衣類を本人の選択で決定して頂き、その時々々の気温や体調に合わせてチェックしている。常に衣類の乱れが無いよう配慮している。			
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	毎食の準備の際、利用者様に声かけをしていき野菜の皮はぎや団子などの丸める作業など可能な限り一緒にする事で役割を持っていただく。また洗いや食器棚に納める作業や皿に盛り付ける事など数多くの作業を出来る事に喜びを感じていただいている。重度化による食事形態の多様化にも出来る限り対応している。	「えびす」はトロミ、ミキサー食対応、全介助、一部介助で食事摂取をされる方が殆どだった。声かけをされながら誤嚥に気をつけ対応されていた。重度の方が多く後片付けなどの支援はできないと職員は話された。		
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	毎食の摂取量を記録に残し特に食べにくいことがあれば調理方法を変えてみたりする。また水分摂取量は体調に大きく影響することがあるため気をつけている。利用者様から牛乳などの希望があるときは直ぐ提供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	毎食後必ず口腔ケアを実施している。特に誤嚥性肺炎の予防に不可欠である。一人ひとりに応じた支援に努めている。			

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
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	個々の排泄のパターン等は調査把握し可能な限りトイレで排泄してもらえるよう支援を行っている。	排泄のパターンをチェック表で把握してトイレ誘導を行い自立支援を行っている。	
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	一人ひとり違うにしても水分摂取にはきちんと対応している。また排便コントロールが困難な方は下剤も致し方ないが牛乳を勧めたり場合に応じては入浴に合わせ看護師による排便を実施している。そして出来る限りの散歩などをして頂いている。		
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	個人の希望に合わせて入浴を実施している。また失禁の保清や気分転換のための入浴でもある。いずれにしても心地良い時間になるよう支援している。	ユニット「だいこく」は自立度が高いので週2～3回実施。「えびす」は重度や寝たきりの方が多く、入浴介助は2人で行っている。週2回実施。職員の要望が取り入れられ、寝たきりの方の対応は簡易のストレッチャーで寝たまま入浴でき安全、安心に入浴ができるようになった。希望に添って毎日入浴される方もおられる。	
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	生活リズムがくずれないように心掛けて支援をしている。		
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	服薬に関する情報はケースファイルにつけてある。常に変更があれば看護師からの報告と内服に関する注意点の説明がある。状態の把握を常にしている。		
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	農業をされていた方は草取りや畑が大好きで鍬やスコップを持って外へ出て行かれ、裁縫の好きな方は細かい繕い物を丁寧にされます。また台所周りのお手伝いなど自分から率先してされます。毎日することで自分の役割となってきている。		
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	一人ひとりの状態に合わせて、季節ごとに見所への外出を実施している。また精神的安定を図るためにも外出は必須である。買い物ついでに近回りへのドライブは頻繁に行っている。車椅子対応の方が多くなってきたが、ホーム周辺の散歩からでも日常的な外出に努めている。	えびすのユニットの方は重度の方が多いが季節の行事の外出はできる。重度の方の介護で職員が足りないことも時にあり、ホームの周りなどの近い場所の外出支援の希望にも添うことは難しいと話された。	家族、ボランティアなど協力してもらいホームの周りに出て外気に触れる事も良いと思います。元気な方は近所のスーパーに出かけ生活の雰囲気を感じてもらうことも良いと思います。

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	
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	御本人にとって手持ちのお金があることは安心感に繋がりそのお金で買い物に行き、パンやお菓子や衣類などをかうことで満足感を得られている。			
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	御本人の希望で家族様へ電話をかけることが多くそのことで気持ちの安定が保たれ、またご家族との手紙を通して日頃の手作業にして頂いているちぎり絵や写真を同封させて頂く事で大変喜ばれている。			
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	日当たりの良いホールには六角形のテーブルを設置し場合に応じて形を変え利用者様の気分転換にもなっている。また外には利用者様が植えた花や野菜がある。自宅と変わらない匂いや景色が心地よい。ホールの中には畳が設けてあり10月ごろよりコタツがだしてある。	浴室、トイレ、洗濯室などは入り口にひらがなで明記されていて誰でも分かりやすいと感じられた。廊下は手すりを使い安全に移動ができ、職員が付き添っていた。		
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	ホールにソファを設置し誰でもゆったりと座れるようになっている。また風呂場の前に同じようにソファを置き寝そべったりされてもいい様になっている。また利用者様にとって詰所は違った意味にも落ち着く場所となっている。			
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	入所の際にご家族様にお願いしている事はご本人の馴染みの衣類や家具類を持参していただきたいことである。全く違う環境にこられた時馴染みの写真や時計などで心の安定と自分の居場所を感じていただける事と考えるからである。また居室とホールの温度差が無いよう常に室温調整に気を配っている。	使い慣れた筆筒や家族の写真が飾ってある部屋や畳が良い方は畳を敷き住み慣れた環境で生活できるよう工夫されていた。		
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	一人ひとりの身体機能にあわせ残存機能の維持を目指し歩行器やスロープの設置や手すりなどの利用で少しでも動きやすくしている。			