

(別紙の2)

自己評価及び外部評価票

※「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。[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。	施設内の掲示や毎月の全体ミーティングでの読み合わせなどで周知している。特に個別支援に重点を置き始めてからは、入居者様一人ひとりの要望を掘り起こし、実現を模索する過程で、理解が深まっているように思う。	理念が目につくところに掲示され、管理者と職員が理念を共有し、毎月のミーティングで読み合わせています。個別のモニタリング・個別支援計画で、その人らしい要望を模索しながら、ミニカンファレンスで昼休みにも話し合われています。その経緯や結果がノウハウとして蓄積されています。	
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。	散歩などで気軽に声をかけ合うことができている。地区の運動会に参加したり、文化祭に出品させていただいている。育てた花を玄関先に届けてくれる方もいる。	ほっと合歓を年4回発行し、回覧をしています。神社のお祭り、地区の文化祭に参加し、ちぎり絵や生け花、書の出展もしています。ご近所からカラー・菊なども戴き、散歩のときは花壇を回り会話することもあります。セブンイレブンに買い物に行く他、地域のボランティアのマジックショー、演奏などの訪問も受けています。	
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。	地元町内には合歓の様子を機関紙「ほっとねむ」で数カ月おきに回覧配布している。		
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、その意見をサービス向上に活かしている。	「地域交流会」の名のもとに、隔月で近況報告を行い、サービス内容について意見交換している。	運営推進会議には、高齢福祉課(包括)、地区の総代など3役が交代して出席し、民生委員2人、高齢者クラブ、年2回は行事に合わせて家族会も参加します。管理者、職員などが、サービスの報告や意見交換して、サービス向上に反映されています。地区の3役が出席することで、地元の理解が得られてきています。	
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、協係を築くよう取り組んでいる。	地域交流会を通じて活動内容を伝え、市からも情報提供を受けている。機関紙「ほっとねむ」もその一助を担っている。市の介護相談員が年1回、合歓を訪れ、入居者様から聞いた内容や相談員自身の感想を伝えてくれる。	地域交流会には、市の担当者・地域包括支援センターの出席があり、合歓の家の活動を伝えながら、市からの情報提供も受け、連絡を取り合っています。同時にほっとねむの通信も役立てています。市の介護相談員の訪問時は、利用者の声を聴いていただき、感想も聞くことができます。	
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「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。	身体拘束は行わないことを原則としている。日中の施錠もしていない。	「介護指定基準における禁止行為」など、身体拘束は行わない事を原則としています。拘束最小委員会があり、法人で行われる研修に参加して、DVDによる伝達研修も実施。ベッド脇のセンサーマットは、緊急やむを得ず、安全のため転倒防止に、最小限で使用を検討することもあります。玄関は施錠はありません。	
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。	研修に参加した職員がミーティング時に伝達している。お互いに注意を払い虐待が発生しないよう努めている。		

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
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。	研修に参加した職員がミーティング時に伝達している。成年後見人制度を利用している入居者様が存在することで、権利擁護を考える機会になっている。		
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。	契約時や制度も含めた改定が行われた際は、事業所の考え方や取り組み、入居から退居までの事業者の対応の範囲などについて、文書や家族会などの場を利用して説明を行っている。		
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。	年2回、地域交流会と家族会を併催することで意見を発表する場を設けている。	家族にはまめに担当者の手書きのお便りをだし、年2回の行事と合わせた家族会・地域交流会で、意見をお聞きしています。利用者と一緒に外出や散歩、料理などで、心地よい刺激、交流になる様に心がけています。	
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。	毎月の全体ミーティングに合わせ、それぞれで感じている懸案事項があれば改善提案シートを提出してもらい、話し合っている。取り組みに変更があれば、次回ミーティングなどで結果を検証している。	改善シートを活用して、毎月の全体ミーティングで、それぞれが感じている懸案事項を話し合っています。取り組みを蓄積して、チームケアの向上に努めています。管理者は、職員は、『みんな違ってみんないい』、職員が気持ちよく働くことで、利用者さんも気持ちよく過ごせる循環を生み出しています。	
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。	個人の目標管理設定手法、改善提案シートを使用し介護職員処遇改善加算を算定している。更に今年の2月から特定処遇改善加算も算定し給与体系の改善も実施している。		
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。	認知症介護実践者研修を毎年1名が受講することで、介護に関する新しい考え方やツールを全体が学べるよう心掛けている。目標管理、改善提案シートでの提案などを検討することがトレーニングにつながっている。		
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。	必要性は感じているが、どの施設も職員不足から現場を回すことで精一杯のように見受けられる。業界全体の取り組みが必要ではないか。		

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。	入居時の情報を職員間で共有し、困りごとや不安に思うこと、要望など、本人の気持ちをしっかりと聞き、安心して過ごすことができるよう心がけている。		
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。	入居前の情報収集時から、家族の話ができるだけ聞くよう努めている。		
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。	入居者と家族のニーズを把握し、事業者として他職種との連携も視野に入れ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。	同じ屋根の下で暮らす者同士、家事や行事、レクリエーションなどを通して、互いに協力しながら穏やかに暮らせるよう関係作りに努めている。		
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。	家族には定期受診の結果をはじめ、衣類や小遣いの補充などこまめに報告、相談するように心掛けている。年2回、家族会を地域交流会に合わせて開催し、家族同士や地域の支援者との交流を図っている。		
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。	本人の希望に合わせて、美容院や歌の会への参加など伊那市内への外出を支援している。なじみの飲食店で好きな食事をしていくこともある。	5月、11月のイベントに合わせて家族会・地域交流会を実施しています。家族の協力を得て、女性は洋服・下着などを買物に行っています。また、以前に行っていた美容院、歌を歌える場所、花見や、ローメンを食べに行くなど、個別の対応をしています。地域交流会で家族の要望も反映されています。	
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。	数人ずつでの外出や散歩、家事などを通して互いに協力し、支え合え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
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。	退居された方をこちらから積極的にフォローすることは難しいが、求められれば相談、支援をするよう心掛けている。		
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。	職員間で気づきを共有しあえるようにミーティングやモニタリングなどの機会に話し合い、把握に努めている。	日々の動きや表情を観察し、思いや意向をモニタリングで記録し、ミーティングやカンファレンスで、気づきを話し合っ、把握しています。実践後のノウハウを蓄積しており、その人らしさを、生活の場の再構築を通して、支援しています。	
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。	入居前の暮らしぶりについては、本人との日々の会話の中から発見することも多い。家族からも入居後、話を聞くよう努めている。		
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。	朝夕の申し送りや昼ミーティング、あるいはモニタリングなどの機会に気づきを出し合い、必要な情報は共有するよう努めている。伝達漏れがないよう、申し送り表などのツールの改善も常に検討している。		
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。	介護計画の見直し時には、疑問に思うことは家族からも情報提供を受け、必要に応じて医師からの助言も参考にカンファレンスに役立てている。	介護計画は月1回のモニタリングは担当はじめ皆で、本人本位の介護計画になる様に会議をしています。本人のニーズの聞き取りと、3か月～6か月で見直しをして、ケアプランに反映させ、満足度調査をしています。また、医師からの助言も受け、カンファレンスシートを活用しています。本人や家族への説明もしています。	
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。	日々の記録や申し送りなどにより、共有を図っている。申し送り時のルールも随時見直している。		
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。	サービスの多機能化についてはまだ検討の域を出していない。		

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
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。	踊りやマジックなどのボランティアが訪問してくださり、交流を深めている。地域との暮らしを結びつけるきっかけ作りを進めていきたい。		
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。	入居者と家族に主治医を選んでいただいている。受診前には必ずミーティングを開いて、個人のカルテやノート(外部受診)に記載し、医師に報告している。	利用者と家族に、同法人病院や協力医、かかりつけ医を選んでいただき、定期的、または随時に、職員が家族のどちらかが付き添い受診しています。薬は薬局が届けられます。歯科は毎週1回、同法人のこぶし園への往診を利用しています。受診前の情報は、ミーティングをして提供しています。健康管理は同法人の看護師の訪問で、ナースからドクターへ報告しています。	
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。	隣接する伊那神経科病院の訪問看護師とは情報交換を常に心がけ、必要な医療が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。	入居者が入院した際は情報提供書による伝達のほか、早期に入院先を訪問し、情報交換するよう努めている。		
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。	重度化した場合の対応を文書化し、入居時に事業所としての方針を説明、同意いただいている。入居後は面会や家族会の機会に確認することもあるが、状況に余裕がある間は話題にならないことも多い。	入居時に『重度化した場合の対応に関する指針』を説明、同意を頂いています。入居後はご家族と密に連絡を取り合い、家族会などで確認をしています。重度化への変化が見られたり、入院の必要がある場合は、本人・家族と面談して、同法人から病院を紹介しています。今後は、重度化・終末期に向けての取り組み支援を検討しています。	
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。	隣接する伊那神経科病院の受診時や看護師の健康チェック時に、医療的な疑問は随時質問し、指導を受けている。事故後は、対応について反省し、全員が経験を今後に生かせるよう努めている。		
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。	法人全体の訓練も含めて年2回の避難訓練を実施している。避難マニュアルの見直しを法人の防災委員会を中心に進められていて、関係用品の備えも少しずつ充実している。	防災委員会を中心に、年2回の内、消防署立ち合いで利用者と避難訓練を実施しています。内1回は夜間想定訓練。一斉メールや連絡網、避難経路確認し、隣接するこぶし園の駐車場へ避難しています。消防署が2キロの距離に在り、協力体制は取れています。備蓄は食料品・介護用品・飲料水は隣接の同法人の老健に保持してあります。	消防署の立ち合い訓練、同法人の防災委員会の研修など、災害に備えています。火災だけでなく、水害・地震にも対応し、地元自治会、行政、警察との協力体制を更に築かれて、また、防寒への対応も期待しています。

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
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。	本人の言動をできるだけ受け入れ、その奥にある感情を想像するよう心掛けている。1ユニットだと入居者との距離が近くなりすぎてしまいがちなので、礼節をわきまえた言動ができていくか、振り返ることも多い。	その人はその人らしく認めて、興味のあること、やりたい意欲を尊重しています。わがままに見えることも、その奥の気持ちを汲むようにしています。接遇研修は年1回は皆で受けており、利用者さんと、節度の有る言動や対応を心掛けて、振り返りを生かし活かしています。	
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。	意思表示ができる入居者からは、直接本人の意向を丁寧に聞き取るよう努めている。意思表示が難しい場合は、情報や介護の日々から把握してきた性格、表情などから察するようにしている。		
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。	基本的な流れはあるが、本人の気持ちや体調を大切に、施設側の都合を優先させることがないよう心がけている。		
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。	本人の好みを尊重しながら、天候や季節に合った装いになるよう支援している。生活にメリハリをつけるために、朝晩のパジャマ更衣も声掛けや介助により実施している。		
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。	調理や配下膳、片付けまで個々の能力に応じた関わりを意識している。入居者間の相性や誤解から衝突する場面もあるので、未然に防ぐための準備やポジショニングなどの工夫をしている。	料理の手伝い、配膳、下膳など、生活歴や言動を見極めて、個々の能力や、やりたい気持ちや、やれた達成感を活かしています。その際の、入居者同士の関係を良くするために、ポジションへの配慮・準備など時間配分も工夫をして、生活のスタイルに馴染むようにしています。出された昼食は美味しく、皆さん、完食されていました。	
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。	食事や水分の摂取量の把握に努め、少ない方には食事形態を変えたり、補助食品や好みのおやつなどを用意して随時提供している。体重の変化も担当者が毎月評価し、ミーティングで対応を検討している。		
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。	介助が必要、あるいは重点的に口腔ケアに取り組んでいる方には付き添って実施している。必要に応じて協力歯科医師の診察を受けている。毎月の口腔ケア研修を担当者が受講し、ミーティングで伝達している。		

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
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。	ポータブルトイレを使用する方が3名いて、介護用品や支援の方法を随時検討している。導尿カテーテルの装着者も2名いるため、尿や管の状況を定期的にチェックしている。	バランスよく食べ、散歩やラジオ体操など、排泄がスムーズにいく支援をしています。布パンツで過ごす方が6人、たまに失敗しても、自分で洗って、後で職員が洗い直して、ADLや女性の羞恥心に対する支援が来ています。夜間限定でポータブルトイレを使用し、導尿カテーテルはリーダーが尿・管をチェックし、看護師の訪問時に状況を見てもらいます。排泄表を見ながら、自然排便が無い場合は、薬で排便することもあります。	
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。	適度な運動や水分摂取、野菜を中心とした献立などでスムーズな排便が継続できるよう努めている。不快を訴えられない入居者の言動も、排泄という視点を持ちながらよく観察するようにしている。		
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。	一定のパターンはあるが、受診や散髪、体調など本人の都合を考慮に入れて組み立てている。	入浴の好みを把握して、本人の体調など、本人本位に対応しています。1日に3人の入浴があり、マンツーマンなので、いろいろな会話を聴けるチャンスにしています。リフト浴も可能です。拒否がある場合は、時間をずらし、上手に誘い、楽しい時間を心掛けています。皮膚の薬、保湿のため馬油など、スキンケアをしています。	
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。	前夜の睡眠や体調に応じて午睡ができるよう支援するほか、夜間はそれぞれのペースで安心して就寝できるような支援に努めている。		
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。	伊那神経科病院に主治医を置いている入居者は、処方薬局の薬剤師から情報提供を受け、職員間で共有している。他のケースでも、不明な点は随時確認している。特に処方変更時の状態の変化には注意している。		
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。	可能な限り「その人らしさ」を引き出せるよう、職員体制や環境、用具など支援方法を試行錯誤している。		
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。	全員での外出は最小限に止め、個別の要望に応じた外出が随時できるよう支援している。元の職場(デパート)や美容院、外食、花見など多岐な要望に応えていくノウハウが少しずつ蓄積できている。	個別支援に力を入れてきた経緯から、全員での外出を最小に留めて、随時の外出を支える支援が、勤務体制の中で回るようになってきました。毛糸、本、抹茶などを買いに行く。外に出てみたい気持ちを支えています。以前の職場、美容院、外食、墓参り、花見など、要望に応えています。	

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。	金銭管理は職員が行っている。入居者によっては近くのコンビニまで職員と歩き、買い物時には自分で支払いをするようにしている。		
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。	電話の希望があれば、時間帯などを考慮してできるだけ対応している。暑中見舞いや年賀状を本人の写真入りのはがきで用意し、書ける人には一言添えてもらい投函している。		
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。	テレビ、CDの音量や日差しが不快を招かないよう配慮している。ひな人形や七夕の竹飾り、お盆の飾り物など季節や行事に合わせて演出したり、入居者が手掛けた生け花や作品を飾っている。	窓が多く陽当たりが良いので、逆に夏場は日除けなどを工夫しています。季節毎に、お雛様、七夕は短冊を書き、お盆は迎え火・送り火もしています。入居者が活けた生け花、ちぎり絵などが飾られていて、ホールにはピアノもあり、テレビなども不快な音量にならない様に配慮しています。	
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。	共有スペースの広さを活かして、それぞれが気に入った居場所を見つけられるよう支援している。		
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。	入居時には、できるだけ本人が落ち着ける居住空間となるよう、慣れ親しんだ家具や生活用品の持ち込みを家族と相談している。入居後も随時提案したり、要望を聞いている。	入居した部屋の間取り、広さは余裕があり、窓から外が眺められます。居室のドアはステンドグラスが彩を添えて、馴染んできた家具や生活用品があり、個々の好みや家族と相談して、レイアウトされています。お気に入りの洋服や帽子が、ハンガーに架かって、落ち着きのある居室を感じました。	
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。	室内に自分で洗濯物が干せるよう、用具を揃えたり、転倒予防や希望に応じて家具のレイアウトを変えるなど、安全な生活の場になるよう努めている。		