

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	1276600119		
法人名	有限会社 ヤシマ		
事業所名	ハートライフ一宮		
所在地	千葉県長生郡一宮町船頭給230-5		
自己評価作成日	平成24年2月8日	評価結果市町村受理日	平成24年2月17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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do
----------	---

【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社会福祉士ネットワーク・ヒューマンレインボー
所在地	千葉県船橋市本町4丁目31-23
訪問調査日	2012年2月10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)】

<p>日常生活に重点を置いたホームの運営を目指しており、家庭の延長といったホーム作りを目指しています。</p>

【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)】

<p>「認知症高齢者の残存能力を最大限に引き出せるような環境創り、進行を和らげ、できれば快方につなげたい」とホームの目的の下に、家庭的な雰囲気の中で利用者と職員との和やかな笑顔が見られる施設です。職員は質の高い介護を提供するという方針から、全員常勤採用として身分保障されており、夜勤者もユニットごとに1名配置されています。職員とのコミュニケーションを活発に取り、相談・提案は職員全員参加のユニット会議・研修会で話し合いされ運営に反映していく仕組みも構築されています。利用者も職員も一緒に喜び笑い、皆が楽しくなることで、利用者が思いのままを表現でき、その人らしい生活に繋がるように支援しています。排泄の自立支援に力をいれ、全介助で病院から退院された方の成果がみられ、自信を取り戻して身の周りのこともできるようになったという事例もあります。全員の利用者家族アンケートから職員はいきいきと働いているとの評価でした。</p>
--

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、生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、その時々々の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

[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	出来ている。 家族の協力を得ながらご本人が生活しやすい環境づくりを行っています。	職員は全て常勤採用をしており、働きやすい環境作りをすることで質の高い介護の提供を図っている。「地域の高齢者や家族の求める、地域住民が求める、高齢化社会が求める視点で社会から信頼される事業者」の理念を掲げ、ホームの運営方針は、それぞれのユニットの玄関の目に付く所に掲げている。	
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	出来ていない。	地元の保育園児の訪問、同法人内のデイサービスに来てくれているボランティアさんとの交流など利用者と共に参加している。近隣の方に参加していただいている納涼祭は今回は実施できなかった。	自治会に入る、地域の人との交流のイベント情報(運動会、敬老会)など集めて参加する。地域の方を招いて(食事会やフラワーアレンジメント教室開催する)など幅広い交流が持てるような取組みを期待したい。
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	出来ていない。 地域貢献の機会や場を設けられていない。		
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	出来ていない。 運営推進会議を実施していない。	震災等の影響もあって運営推進会議は実施されていません。	民生委員、区相談員などの地域の方が参加して実施してきた運営推進会議を、今後も継続して出来るような取組みを期待する。利用者、家族の交流のほかにホームからの提案や要望なども行いサービスの向上の取組みを期待する。
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	情報の交換・共有を図り協力関係を築ける様に取り組んでいる。	町役場には訪問、電話などで日頃の情報交換をしており、入居情報を報告する等協力関係が出来ている。生活保護受給の利用者が入所しておりケースワークとは密な連携をしている。	
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	外部研修への参加や社内の勉強会等を行い実践している。	玄関は開放されており、居室も外からの施錠を行わない作りになっている。身体拘束や言葉による抑制について朝の申し送り、ユニット会議、研修会を通して職員間での理解を深めている。夕方になると出て行かれる方には、職員間で話し合い利用者の心のサインを見逃すことのないように寄り添うケアに努めている。	
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	社内の勉強会等を通じて防止に努めている。		

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
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	過去に成年後見人制度を利用した入居者もいらっしやり理解している。		
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	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	ご家族来訪時や電話連絡の際に機会を作り、意見や要望を伺うなどして運営に取り入れる様にしている。	家族との面会は比較的多く、その際に情報交換しています。面会に来れない家族等には電話連絡をすることで意見や要望を聞くようにしている。家族からの意見は職員で話し合い、利用者が出来ることはしてもらうという考え方を家族と共通理解をしていくようにしている。	
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	職員と話をする機会を作り、お互いの理解の上に運営するように心がけている。	全職員が月2回のユニット会議、研修会に参加するようになっており、職員の意見を聴く機会をもっている。会議では経営状況など積極的に話され、職員間で當にいかされている。定期的な話し合い以外にも職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	
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	働きやすい環境になるように努力している。		
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	近隣にて開催される外部研修へ積極的に参加するよう促している。		
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	他施設との情報交換会の場に参加している。		

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	ご本人・ご家族と話をしてアセスメントを行い、管理者・ケアマネ中心にサービス内容を提供している。		
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	ご本人・ご家族と話をしてアセスメントを行い、管理者・ケアマネ中心にサービス内容を提供している。		
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	入居申し込み時にご本人・ご家族と話をし、何を望まれているのかをよく確認した上で、必要であれば他サービスの紹介も含め行っている。		
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	日常生活の動作の中で出来ることはして頂いている。		
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	ご本人の様子観察の中で、必要に応じホーム側より連絡し来訪の機会作りを促している。		
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	馴染みの方が気軽に来られる環境づくりに努めている。	自分の住んでいた家を見に行く、猟師の方は海を見に行くなど、希望に沿って日々職員と出かけている。ADLの低下で外出できない利用者さんに、脳梗塞の発症で自力で訪問できなかった息子さんを迎えに行き、面会の機会を作った。	
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	職員が間に入る事によって孤立しないように努力している。		

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
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	機会を作り退居後の様子を伺いに行っている。		
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	会話や筆談の中でご本人の思いを汲み取り支援できるよう努めている。	今までの生活歴を大切に考えており、自宅に訪問して利用者や家族に詳しくアセスメントを取っている。本人、家族、職員とで担当者会議を行い、介護計画の作成をしている。思いを伝えられない利用者には、ゆったりと寄り添うことで思いを汲み取るようにしている。	
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	職員間での情報の共有を図り、今までとかわりない生活ができるように環境づくりを心かけている。		
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	申し送りや様子観察で把握するよう努めている。		
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	ご家族を含めた中でのカンファレンスを行うようにしている。また必要に応じミニカンファを行う。	介護計画は変化があるときは常に見直し、可能な限り家族に参加してもらい、利用者の希望の把握に努めている。職員間では支援の必要性について細かく検討して介護計画に反映している。毎日一人ひとりの様子が介護記録、日報、個人の申し送りノートに詳しく記されている。	
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	常に記録を残し、全員が把握できるようにしている。問題等が起これば、その都度カンファレンスやミニカンファを行い対応を検討している。		
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	ご本人・ご家族からの要望に対して、内部で話し合いの場を作り対応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
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	地域資源を利用する機会は少ないが、地域資源の把握はしている。		
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	ご本人に対する医療ニーズを、ご本人・ご家族と話し合い納得の上でかかりつけ医を決めて頂いている。	入居時にはかかりつけ医の希望を聞いている。かかりつけ医のない利用者には連携の取れている協力医療機関へ受診している。家族に安心していただけるよう健康状態、病状を丁寧に電話連絡している。利用者家族アンケートからもよく報告を受けているので安心できるとの意見がある。	
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	現在は利用できていない。		
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。	入院した場合は面会時に先生や看護師から状況の説明をしていただき、状況の把握を職員全員ができるようにしている。		
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	入居者の現在の状況はご家族の電話や来訪時に伝達・報告しており、必要に応じ今後の方向について話し合いの場を設けている。	常時医療行為が必要になると退居になると説明している。終末期の体制が未整備であるが、状況に応じて家族、医師、職員と話し合いながら意向に添うよう体制を整えてたいと管理者は思っている。今後、地域の医療関係機関との連携、協力を得るなどを話し合っている。	
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	マニュアル作成を行い実践している。		
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	防災訓練を年2回行っており災害時の対応に備えている。	消火器、火災通報装置、スプリンクラー、火災通報専用電話が設置し、非常災害時に通報する関係機関一覧表が目立つところに張られており、定期的に防災訓練が実施されている。	安全対策はユニット会議で繰り返し話されているが、3月の震災の経験より日頃から近隣の方、自治会などの、信頼関係を築き、災害時に協力が得られるような取組みを期待する。

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	人格を尊重した声かけや対応を行っている。	管理者は「自分がされたら嫌なことはしない」を職員に伝え、個別のケアを大切に、一人ひとりの人格を尊重する考えを職員に指導している。	
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	コミュニケーションのとり方を工夫し、結果を職員の間で情報共有している。		
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	全員が全ての希望にそってすぐすまではないが、努力している。		
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	自分好みの服を選んで着て頂いたり、女性は化粧等をされ楽しまれている。		
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	生活レクの中で食事の準備や後片付けと一緒にして頂いている。	利用者一人ひとりのできることを把握し、献立と一緒に考えて、食事作り、片付けが無理のない範囲で分担されている。食事作り担当の職員と一緒に買い物に行っている。庭の畑で収穫した野菜は食材に活かされている。職員は同じテーブルで同じ食事を取り団欒の時間となっている。	
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	食事量や水分量をチェックし、状態の把握に努めている。		
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	職員見守りや介助の中、食後に口腔ケアを行っている。		

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、トイレ誘導を行っている。特に日中はおむつの使用をしないように努めている。リハビリパンツから布パンツへの変更が可能になった入居者もいる。	個々の排泄パターンを排泄・水分チェック表で把握しており、個々に合わせたプランを立てて、オムツを使用しない介護が実践されている。介護記録からは適切な誘導、声かけに努めている様子がわかる。排泄が全介助で退院された方が自信を取り戻して身の周りのこともできるようになったという事例もある。	
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	全員が体操や体を動かす運動に参加できるようにしている。また、食物繊維の多い食品を献立に取り入れる等工夫をしている。		
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	現在は曜日を決めて入浴を行っており、一人ひとりの希望に添えていない。	週3回の入浴を原則としており、時間は決めずにゆったりと一人ひとりの希望や体調に沿った入浴を支援している。季節感の感じられるように菖蒲湯、柚子湯などを行い入浴支援をしている。	
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	見守り、様子観察の中で体調をみて配慮している。		
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	入居者の疾病と薬の内容を把握し、間違いがないよう服薬時は準備する時と服薬する時に必ずチェックしている。		
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	趣味や出来る事を把握し、日常生活に取り入れている。		
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	家族との外出機会を作れるよう支援している。また、ドライブや散歩に気軽に行けるように声かけや支援をしている。	日々の利用者の希望に合わせて、海を見に行く、スーパーに車で買い物に行くなど積極的に外出を支援している。近隣の神社、公園へ散歩している様子が訪問中にうかがえました。外出されている利用者の表情が穏やかなのが印象的でした。	利用者家族アンケートからは、本人の行きたいところの外出支援が少ないとの意見があったが、日頃から実施していることが確認できている。定期的に様子を文章で伝えるなどのコミュニケーション方法の工夫を期待する。

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	お金の所持は原則として行っていない。必要時にはホーム立替により購入している。購入時はご本人と一緒に買物に行くようにしている。		
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	相手の協力が得られた所には電話の支援もしている。手紙は書いて頂ければお出ししている。		
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	月々や季節で飾り付けを変更し、季節感を味わって頂けるよう工夫している。	開放的な建物でリビング横外は家庭菜園をもうけてあり、明るく開放的なリビングからは、四季折々の草花や野菜の成長が見られる。台所も家庭的で温かい雰囲気が感じられ、利用者が一緒に食事作りができる広さが確保されている。	
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	一人がけソファや長ソファ等を設置し、談笑したり一人でゆっくり出来るように工夫している。		
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	ご本人の馴染みの物を持ってきて頂くよう支援し、ご家族との写真を飾ったり落ち着いて過ごせるように工夫している。	部屋作り、模様替えは居室担当者が本人、家族に相談しながら行っており、利用者の居室には家族との温かいつながりの感じられる曾孫の写真が程よく掲示されていました。居室の大きな押入れには、布団をきちんと畳んで入れてあるなど、利用者ができる能力に添った支援をしている。	
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	出来ること・わかることはやって頂き、出来ないこと・わからないことは職員がお手伝い出来るように支援している。		