

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
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	法人理念を踏まえた事業所としての理念を作り、入社時やスタッフミーティングを通じて説明し共有している。管理者とスタッフ間で日常やミーティングを通じて、理念に沿った支援が来ているか確認し合っている。	「本人の思いや願いをうけとめ生きる力を地域で支えます」との理念のもと、管理者、職員ともそれに沿った支援の実現に向け意識の共有を図っています。月に一度のスタッフミーティングでは、利用者の現況について情報交換をし、また、地域の催しに参加して近隣との交流を図っています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	スタッフで地元の消防団に所属したり、お祭りや地域のイベントなどの行事に参加しながら地域活動を行っている。町内会にも入り、地元の情報について掲示や声掛けを行っている。スタッフが地域清掃にも参加している。地域のボランティアグループが特技を活かし、歌やマジックを事業所で披露して下さる機会がある。また、地域の美容室の方がボランティアでご利用者の髪をカットして下さることがある。	施設や職員個人が地域の組織、催しに積極的に参加しています。その結果、地域の様々なボランティアグループが施設を訪ねてきてくれて、利用者と交流しています。例えば、職員が地域の消防団に所属して活動し、施設として町内会に加入し、各種の活動に参加しています。訪ねてくれるボランティアグループは歌やマジックなどを通し、ご利用者との交流を図っています。	
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	外出を通じて、スタッフと認知症の方との関わりを地域の方々が見たり触れ合う機会につなげている。地域の方からご相談があった場合、かかわりやサービス等のアドバイスをを行っている。		
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	運営推進会議では、毎回、現状報告や課題提示をして各委員の方々と意見交換をしている。地域行事の情報を頂いてお年寄りの参加につなげたり防災訓練に参加され助言を頂いている。	運営推進会議は毎年6回、民生委員、社協、利用者ご家族、市役所職員、学者など多彩な方面から十数名の方が参加して開催しています。施設の状態を報告するほか、地元の情報の提供を受け利用者の地域参加につながっています。	
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、協力関係を築くように取り組んでいる	事故、ケガ等、必要に応じて市町村への報告・連絡・相談を行っている。認定調査時に日々の暮らしぶりについて情報を伝えている。	市の担当課とは、利用者の様々な問題について、その都度連絡をとり、指導を受けたり、相談をしたりしています。認定調査の際には、認定のための情報の提供に努めています。	
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「介指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	身体拘束等の排除・禁止の理念をパンフレット等で提示し、身体拘束は行わない事を日常の支援やミーティングを通じて、スタッフ全体で周知している。研修参加の機会を設け、ミーティングを通じてスタッフ間で学んだ事を共有している。	身体拘束の排除、禁止の考えは、パンフレットへの掲記やマニュアルの作成を通して管理者、職員とも徹底した意識の共有を図っています。今年度は、外部講師を招き、外部の施設を利用して全職員(当NPO)を対象に外部研修を実施しました。玄関は施錠していません。	
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逃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	虐待について行わない事についてはスタッフミーティング等で話し合っている。制度の理解については研修参加で学ぶ機会を作っている。また、BPSDについての理解も深めらるよう資料等をスタッフに渡している。		

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
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	成年後見制度を活用されている方が1名おり、実践を通して学ぶ機会がある。権利擁護に関する研修になかなか参加できていないので、参加できるよう調整をはかりたい。		
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	契約の締結時は重要事項説明書と合わせて、本人・家族の理解度に合わせて説明を行い、疑問点等を確認している。改定の際は、事前に内容の周知を図った上で契約の更新を行っている。		
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	日常の関わりを通じて本人の話を聴いたり、面会時や電話等を通じて家族の意見や要望が出た時は内部で検討して運営に反映するようにしている。また、重要事項説明書に意見・要望を受け付ける機関として、市町村、運営適正委員会、国民健康保険団体連合会の連絡先をのせている。	利用者とは日常のケアを通して、家族とは面会時や電話を通して意見、要望をきくようにしています。出てくる要望などは、ケアに関するものが中心ですが、職員の顔と名前が一致しないとの要望があって、顔写真付きのスタッフ紹介文書を家族に配布しました。	
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	スタッフミーティングや必要に応じた面談等を通じて、管理者等がスタッフの意見を聴いて、相談・検討している。	職員には、月に一度のスタッフミーティングや随時行われる面談の際に意見をきき、相談にのっています。例えば、新入のスタッフには介護職の資格取得を勧めたり、また、家庭内のプライベートな事柄について相談を受けることもあります。	
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	時々現場に足を運んで実際の様子を見たり、管理者等からの報告等を受け、スタッフ個々の実績や勤務状況に照らして条件や役割を提供している。		
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践と力量を把握し、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等の法定研修やスタッフ毎に必要な外部研修の機会を設けたり、内部では外部講師を招いたりしてスタッフに向けた研修を行っている。		
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	内部研修に外部講師を招いて勉強会の機会を作ったり、交流を図っている。地元の同業者とは、見学を通じての交流や相談し合う機会がある。また、地域密着型サービス事業者連絡会を通じ意見交換を図っている。		

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
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	実際に訪問や事業所の見学を通じて、本人と会う機会を作り、本人の話や会話が難しい方については仕草や表情から気持ちを察して受け入れてもらえるように努めている。		
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	本人同様で、訪問や見学等を通じて、家族と会う機会を作り、家族の話を聴いて家族の心情を察しながら、一緒に本人の支援について考えていけ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	本人や家族の話や仕草等で、その話の背景等から本人の必要な支援について本人や家族に提示し、一緒に考えながら他のサービスも含めて必要な支援につなげられるように努めている。		
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	本人にとっての生活の場であることを大切にし、スタッフはユニフォームや名札はつけずお年寄りと一緒に食事をしている。出来る事はなるべく本人にしてもらい、役割を持ちながら共に支え合う関係を大切にしている。		
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	面会や本人と家族での外出機会等を大切に出るよう努めている。受診においては可能な方は付き添って頂いている。本人の支援について今後家族とより連携を図っていききたい。		
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	本人がよく行っていたお店などの外出や自宅に帰宅する機会を作っている。馴染みの人とのつながりについても途切れたままにならないよう、地元の行事(敬老会等)に参加する機会を作ったりしている。	在宅時に利用者がよく行っていた魚屋へ出向くとか、自宅近くの公民館での敬老会へ出席を支援するなどの例があります。利用者の年齢、介護度が上がって出かけられる方が少なくなってきています。	
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	本人同士で気の合う仲間と一緒に過ごせるように、自然に出来る関係を大切にしたり、必要に応じてスタッフが仲介したりしている。		
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	本人がお亡くなりになられた後も家族と時々連絡を取り合って近況を伺ったり、交流機会がある。		

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
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	利用開始時や利用中もその都度、本人との関わりを通じて本人の暮らしの意向に努めるようにしている。必要に応じて本人本位で家族と検討している。	利用者の意向を汲んだ例として、介護度の高い殆ど寝たきりの方の一時帰宅の支援をしたり、福井県の実家での法事に際し、家族からの支援要請に応じてスタッフが二泊三日の行程を同行したことがあります。	
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	利用開始時や利用中も日頃の会話を通じて、本人や家族からこれまでの暮らしについて確認している。		
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	集団でのプログラムはなく、事前に確認していた馴染みの生活を基に、本人のペースに合わせた支援や本人の出来る生活行為はなるべく本人にやってもらう様に努めている。		
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	月1回のスタッフミーティングや日々の小ミーティングで支援内容についてスタッフ間で話し合っている。必要に応じて家族とも支援内容について相談している。	月1回のミーティングや日々の小ミーティングの中で利用者個々の情報の把握に努め、更に、必要に応じ家族の意見なども聴取して介護計画の作成をしています。	
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	日々の様子や支援内容については、個人記録や日誌等に必要な事柄を記載しスタッフ間で共有している。共有した内容を日々の実践に繋げるようにしている。		
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	個別支援の視点で、地域での暮らしや通院、訪問診療、歯科往診、訪問マッサージなどの必要な支援について、本人や家族と相談しながらその都度すすめている。		

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	入居時や日々の関わりで1人ひとりの地域資源を確認し、実際に協働しながら支援をおこなっている。今後も更に地域資源の把握と協働を図り、必要な支援に活かしていきたい。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、事業所としての協力病院はあるが基本的には本人の元々のかかりつけ医を大切に、必要な通院支援等を行っている。通院が難しい方については訪問診療の相談にも応じている。	原則として入居時のかかりつけ医を受診します。家族が職員がそれぞれ付き添いますが、職員と家族が同行する時もあります。利用者のうち4名が家族と相談の上訪問診療を受けています。訪問医には、診療だけでなく相談や急変時の対応などもして頂いています。	
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	介護職が一人ひとりの日々のバイタルチェックや表情、いつもと違った様子などから健康状態を把握し、気になる方は看護職に実際に診てもらったり相談を行っている。		
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。	病院の地域医療連携室とは日頃から関係性を築くようにし、入院時には面会を通じて病院から必要な情報をもらったり退院に向けて家族と一緒に相談を行っている。退院前に看護サマリーを頂いたり必要に応じて関係者と話し合いの場を設けている。また、必要に応じて地域連携シートも活用している。		
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	入居時に医療面の対応で出来る事と出来ない事について説明を行っている。終末期をむかえた方についてはその都度意向を確認して必要な支援を行っている。実際の支援を通じてスタッフ間で学びあっている。	小規模多機能ホームを含めて4名の看護師がいます。その看護師と連携して、本人の病気や障害がどんなに重くなっても、本人が望む限りその都度家族と相談をして最後まで支援できるようにしています。	90歳以上の方がほとんどなので、終末期の対応で不安な部分はないか、本人、ご家族だけではなく、対応する職員にも話を聞く機会が望まれます。
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	急変時の対応マニュアルを作成、提示している。日々の実践を通じて、急変時の対応や事故を未然に防いだり、起きた時の対処についてその都度、記録を基に話し合い、実践力を付けるように取り組んでいる。		
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	地元の消防団や消防署等に協力をもらいながら、家族・地域住民にもお声掛けし、定期的に防災訓練を行っている。夜間想定訓練を通じてスタッフ間の連絡体制や夜勤帯における連携マニュアルを作成している。防災頭巾、水、毛布は非常用に準備している。非常食については検討中である。	建物の立地条件やこれまでの消防訓練の反省をふまえ、夜間の火災を想定した訓練を行いました。その結果、利用者全員の脱出にどのくらいの時間がかかるかなど知ることができました。それらを通して職員の連絡体制や夜勤帯における連携マニュアルを作成しています。	

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
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	一人ひとりの方との関係性を踏まえた言葉かけを心掛けている。排泄や入浴の関わりでは羞恥心に配慮した言葉かけを行ったり、個別対応で環境にも配慮している。BP SDの症状がある方についても、丁寧なかかわりを心掛けている。	一人ひとりに合った、また環境や関係性に配慮したていねいなことばかけを心がけています。適切なことばかけができていない職員がいた場合は、その都度声をかけていますが指導の難しさを感じています。	適切な言葉かけができていない職員についても、適切な言葉ができるような取り組みが望まれます。
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	その方の馴染みの暮らし等の情報から、今まで使用していたものをお部屋に置いたり、選択肢を提供したりして自己決定出来るようにしている。		
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	コミュニケーションを図りながら、一人ひとりのペースでお過ごしていただけるよう、配慮している。画一的なプログラムは設けていない。		
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	髪型、目やに、衣類の汚れ等、職員一同で見出しなみに気をつけている。馴染みの服などを家族にそろえていただき、ご本人の個性を大切にしている。		
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	入居時に一人ひとりの嗜好や食事の形態・こだわりなどを確認している。人によっては職員と一緒に準備や片づけなどを行い、お年寄りとスタッフが一緒に食事をしている。また、外出時にご本人の好きな食べ物を購入し、食事の楽しみを増やしている。	固形食を食べられない利用者には少しでも食事が楽しめるよう工夫をしています。準備や片付けはそれぞれ可能な利用者を手伝ってもらっています。外食は月1回、主に回転ずしなどに行きます。外食できない方には家族と相談しながら、気持ちに配慮するよう心がけています。	
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	1人ひとりの食事量や水分量については必要に応じて記録をし、嗜好や嚥下状態、身体の機能等に合わせて個別対応している。		
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	必要に応じて歯科往診が受けれるようにしている。1人ひとりの自立度や生活習慣・状態に合わせて必要な道具等も個別対応で支援を行っている。		

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	なるべく一人でトイレに行けるようにトイレまでの動線を一人ひとりの習慣に合わせて、介助の必要な方については排泄チェック表を設けて、その方に合った排泄の支援を行うようにしている。全介助の方に対してもトイレに座って頂く機会を作っている。	トイレでの座位が保てない一人の方を除いて、できるだけトイレで排泄できるよう取り組んでいます。立位が保てない利用者には2名の職員が付き添って介助しています。嫌がったり抵抗があった場合は、職員を代えるなど工夫をしています。	
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	便秘がちな方には乳製品等の飲食物を工夫している。運動面への働きかけは少なく、下剤に頼っている方も数名いらっしゃる。トイレに座わっていただいた際は、腸を動かすように腹圧マッサージを場合によって行っている。		
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	入居時に1人ひとりの生活習慣や希望を確認している。入る頻度についてはスタッフ主導であるが、お湯の温度、入り方等についてはなるべく個別の対応を行っている。	入浴は曜日に関係なく、体調が良ければ2～3日に1回は入浴できるよう誘っています。嫌がる場合は時間や日にちをずらしたり、信頼している職員が介助するなど、納得して入浴できるよう配慮しています。	
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	スタッフの都合での就寝時間は設けず、本人が眠くなったタイミングで休めるように配慮している。なるべく家と同じ状況になるように心がけている。食事後すぐ横になることは、体調にもよくないため、食事後30分は横になっていただかないようにしている。		
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	介護職と看護職が連携して、本人の健康状態と服薬内容やそれに伴う副作用等について把握に努めている。症状の変化に応じて、その都度かかりつけ医に相談している。		
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	1人ひとりの生活歴や生活習慣を把握して、その方に合わせて、趣味やお出かけ・外食などの楽しみの機会を設けるようにしている。		
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	日常の散歩やドライブは計画的にせず、行きたい時にいけるようにしている。事前に確認等が必要な外出については本人や家族等に相談しながら話を進めている。ご入居されている一人の方の希望、ご家族の希望で福井県で法事があった際、ご家族の協力をえながらスタッフが同行し、支援を行った。	外出は計画に沿って行うのではなく、例えば不安になっている利用者を、外出によって気持ちを和らげることができるよう、その時々々の雰囲気や状況によって行っています。家族の希望で遠方の宿泊を兼ねた法事に、職員が同行したこともあります。	利用者の高齢化とともに外出の機会が減っていますが、外出により、日常生活の楽しみにつながるような支援を望みます。

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	基本的には事業所で管理し、一部のお年寄りに対し自分でお金を持ってもらい、実際に買い物等で支払の機会を作っている。		
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	電話については希望時にスタッフが取り次ぐ事は行っている。自発的に電話をしたり手紙を書いたりする機会はほとんど見られない。		
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	共有スペースにソファやテレビを置き、皆さんが落ち着いて過ごせるような空間づくりを心掛けている。また、近所の花屋が届けて下さった花をテーブルに飾ったり、行事でとった写真を飾り、雰囲気が良くなるよう工夫している。浴室は個室浴でプライバシーに配慮している。	共用空間は利用者が落ち着いて過ごせるよう、どこかの家庭にでも見られるような家庭的な空間を作っています。壁面には季節の装飾ではなく、さりげなく行事の写真を飾っています。花屋から月2回届く花をテーブルに飾ったりしています。	
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	1人ひとりの人間関係を考慮し、気の合った仲間同士で過ごせるように席の配置等に配慮するようにしている。1人でゆっくりと過ごしたい方については居室で休んで頂いている。		
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	入居時になるべく馴染みの物を持参してもらい、レイアウトや寝具などもなるべく自宅での状態に近づけるようにしている。	入居時に本人や家族と相談しながらベッドや家具の配置を決めています。各居室は入居している利用者それぞれが、その人らしい生活を送っている様子が伺われました。	
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	必要なところは段差をなくしたり、手すりを設けている。逆に本人の力の発揮等の視点から玄関の上がり框等を設けたりしている。初めから全て手すりを設けたりせず、一人ひとりの必要に応じて追加設置したりしている。		