

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	0370101107		
法人名	有限会社まごのて		
事業所名	ケアホームまごのて		
所在地	岩手県滝沢市野沢62-1041		
自己評価作成日	平成27年 9月25日	評価結果市町村受理日	平成28年2月23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://www.kai.gokensaku.jp/03/i/index.php?act=on_kouhyou_detail_2014_022_ki_hon=true&Ji_gyosyoCd=0370101107-00&Pr_efCd=03&Ver_si_onCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人いきいき岩手支援財団
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成27年11月12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>利用者個々のペースに合わせ、ゆったりと過ごしています。 また、お茶のみクラブ(共用型デイサービス)利用の方と同じ時間を共有し、会話の中から外部とのつながりを感じとれるようにしています。</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>・当事業所は、「弱者のための受け入れ体制整備」「街かど相談室」等、地域で必要とされる活動や役割を担う努力をされている。また、運営推進会議の委員として隣家の方が参加する等、地域とは日常的に交流が出来ることが窺われる。 ・理念を、今年3月に職員で見直しをしている。「利用者の尊厳を守る」「個別ケアの充実」「季節に合わせた衣食住の提供」と具体的な表現にし、理念を念頭におきながら、適切な介護サービスの実践に努力されている。 ・利用者と職員、管理者と職員の関わりが、穏やかに丁寧に進められており、利用者は、笑顔でゆったり生活出来ている雰囲気が感じられる。</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ます (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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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票

[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	理念に基づき職員間の連携をしっかりとケアを行なっている。	今年の3月に、ホーム独自の理念を見直し、具体的表現にしている。理念は、新人研修、中堅者研修、リーダー研修で再確認している。新人研修期間(3か月)のレポートの指導、気づいた時に速やかに注意する等、理念に基づいたケアの提供に努力している。	
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	地域の支援活動やお祭りなどに参加している。今後も参加する行事などを増やしていきたい。	市から依頼され、街かど相談室を開設しており、これまで、近所の方からの身近な相談があった。学習塾の子ども達がハロウィンでお菓子を貰いに来たり、保育園の子ども達との交流、自治会の行事やサークル活動に参加する等、日常的に地域と交流できている。	
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	認知症まちかど相談室の設置。地域包括新センターと連携を図り対応できている。		
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	警察、消防の方に出席して頂き、意見交換を行ない、助言、指導を受け、安全対策やサービスの向上に活かしている。	会議には、自治会長、民生委員、市(包括支援センター)、駐在所、利用者・家族、消防署(随時)に委員としてお願いしているが、特に、隣家の方も委員として参加している。専門家を呼んでの感染症対策については、利用者も一緒に勉強した。	
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	地区高齢者支援連絡会、運営推進会議、地域ケア会議、相談員により協力を築くよう取り組んでいる。	市の地域ケア会議に出席し、情報交換している。市の介護相談員(2人)が2か月に1回ホームを訪れ、利用者と面談している。他に、県立大学主催の地区高齢者支援連絡会に、協同参加している。	
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	夜間は防犯上施錠しているが日中は行なっていない。自由に行動して頂き、ケアを行なっている。	身体拘束しないケアについては、言葉による拘束も含めて、意識しながら関わっている。玄関に鈴を付けて、夜間は防犯のため施錠している。日中は、居室の窓、ホールのガラス戸、ベランダ等施錠はしておらず、自由に出入りできる。	
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	身体拘束の研修を受講し、理解情報共有する事で職員の意識が高まっている。		

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
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	職員に関しては、機会が少なく今後、学ぶ機会が必要と思われる。現在は、その都度必要性に合わせて関係機関に相談している。		
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	十分な説明を行なっている。後日出た不安や疑問点に関しても丁寧に説明し理解や納得を得ている。		
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	要望しやすいように意見箱を設置し運営に反映させるようにしている。	これまで意見箱の利用はない。運営推進会議に、利用者・家族が出席し意見を言える機会となっている。利用者の生活状況等を担当職員が記入した「まごのてレター」を、家族に送付している。	
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	定期的に職員会議を行ない業務に反映させている。必要時には臨時に行っている。	職員会議(月1回)では、利用者の状態について、行事について等報告をしている。また、普段の掃除の仕方、食事・入浴・排せつ等介助について、記録について等の改善点についての取り組みが、話し合われている。	
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	職場環境や、条件の完備に努めているが向上心の所では個人差がある。		
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	研修、セミナーへの参加を進めている。社内でも新人、中堅、リーダー研修を実施している。		
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	グループホーム協会の会員になっているため定期的な勉強会、情報交換を行っている。		

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
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	事前調査、入所時などにご本人様、ご家族様などから状況を聞き取っている。又、入所後にも声掛けなどで確認している。		
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	ご家族のニーズなどを聞き出し、極力ご家族様の意向に沿って対応している。		
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	ご本人様、ご家族様のニーズに対応できるよう、ニーズの摺合せをしながら対応している。		
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	利用者様と一緒にできる事は極力一緒に行ったり、傾聴や観察や個々に合った声掛けなど行ない信頼関係に努めている。		
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	同上。運営推進会議などで話し合ったりしている。		
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	当社グループの秋祭りや敬老会などの参加を呼びかけ、面会できるように努めたりしている。又、随時の面会をオープンに引き受けている。	床屋さんが、2ヶ月に1回来て馴染みになっている。手紙を出したいが視力が落ちて書けない方の支援をしている。孫の面会を喜んでいる。敬老会等の行事には、家族や推進会議の委員に声掛けしている。	
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	レクリエーション、行事などを通じてスタッフが間に入りコミュニケーションを取りながら支援している。		

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	本人、家族からの要望は必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	利用者と家族から希望や意向を聞いて、それをスタッフ会議で話し合いケアプランに反映している。	家族から、散歩をさせて欲しいとの意向があり、本人は足や腰の不調で散歩を希望しない等のずれがあり、ホーム内の歩行や体操にし、家族に説明し、理解頂くこともある。	
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	ご本人様、ご家族様、居宅のケアマネジャーより情報を収集しご本人様の状態を見ながらケアに努めている。		
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	毎日の申し送りなどでスタッフ間で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	定期的なモニタリング、サービス担当者会議、又、主治医などからのアドバイスを参考にしケアサービスに反映している。	担当を決めており、担当以外の利用者の理解を深める意味で、6ヶ月毎に交替している。介護計画は、素案を担当者が立て、サービス担当者会議で職員の意見を聞き、ケアマネジャーが作成している。計画は、本人・家族に説明している。	
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	個別記録、職員連絡ノート、申し送りにて情報共有しスタッフ会議の開催などで話し、介護計画の見直しに反映している。		
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、ご家族の状況や要望に、随時対応できるように支援している。		

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
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	地域の行事に参加している。施設周辺を散歩しながら、近隣住民とのコミュニケーションを図っている。		
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	本人、家族の希望している医療機関への通院の実施、又、ご家族様が対応して下さり、特変時などは電話にて指示を仰いでいる。	かかりつけ医の受診については、家族の了解のもと、職員が対応している。車椅子の方は、同社の介護タクシーを利用することもある。医師とは電話で相談したり、信頼関係が出来ている。	
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	現在看護師は不在だがかかりつけ医などに必要時、又は通院時相談している。		
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。	入院時の情報提供、カンファレンスの参加などで協働している。又、ご家族も協力していただいている。		
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	主治医がメインとなりご家族と話し合い、医師の指示に従いながら対応している。	看取りについては、看護師の採用や訪問看護事業所の活用等、会社として検討している。重度化や終末期を迎えた場合の対応については、主治医の指導を得ながら、出来る限り対応したいと考えている。看取りのマニュアルを作成中である。	看取りについては、マニュアルを作成し、職員間で取り組みについて検討を続けて頂きたい。また、研修等で、内容を深めていくことを期待したい。
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	応急手当や初期対応の知識はあると思われるがマニュアルを作成している。救命講習を実施している。		
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	避難訓練を年2回実施。大地震時はスタッフ全員が駆けつける事となっている。	運営推進会議に合わせて、消防署立会の火災訓練や、消防署の指導の下、夜間想定訓練も行っている。消火器の消火訓練では、利用者も一緒に見学している。設備面ではスプリンクラー、緊急通報装置が完備されている。特に、近隣住民の協力があることは特筆される。	今後は、夜に行う緊急招集訓練や車椅子避難訓練の実施を期待したい。

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	利用者居室入室する際はノックし入室する。入浴の際はついたてを利用し、プライバシーに配慮している。人生の先輩という意識を持ち接している。	利用者の居室に入る場合は、ノックして入っている。また、排泄誘導は、目立たないよう配慮している。人生の先輩として、尊厳を守るという意識と態度を持って対応している。	
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	遠慮しているような利用者に対しては積極的に声掛けをして対応している。その人その人に合わせた声掛けを行なっている。		
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	本人のペースに合わせて対応し細やかなプログラムは組まず、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	1人ひとりの希望に沿った支援をし外部からの散髪屋さんを利用している。		
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	極力利用者と一緒にスタッフが食事をし、おしぼりたたみ、食器洗いなど能力に応じ一緒にやっている。	献立は、当日の食事担当職員が在庫の食材等を踏まえて決めている。ホームの畑で栽培したピーマン・なす等を利用している。職員も会話や介助しながら、利用者と一緒に食べている。利用者は、盛り付け・おしぼり置み・下膳等出来ることを手伝っている。	
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	食事や水分の摂取に気を配り、特に水分摂取に重点をおき、定期的に摂って頂くようにしている。		
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	1人ひとりの力に応じた支援をし、2日おきにポリデントを使用し義歯洗浄にあたっている。		

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	生活歴も踏まえ記録を基に自力可能な部分が増えるよう支援している。	排泄については、自立の方が2名、ほかの方々は、リハビリパンツ、尿取りパット併用で、トイレでの排泄を支援している。トイレは2ヶ所で、トイレドアに「トイレ」と表示し、迷わないよう配慮している。	
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	飲食物での予防と個々に応じた下剤調整に取り組んでいる。		
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	目安として時間、曜日を決めているが、希望時間に入れるよう支援している。	通所介護の利用者もおり、入浴の準備は毎日(日曜日除き)出来ている。入居者は、週2回は入浴しており、希望時間に入れるよう支援している。車椅子の方には、職員2名で介助している。	
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	その方の生活習慣を尊重しその日、その時の状況で安心して休息や、眠れるよう支援している。		
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	常に様子観察、記録を行ない主治医と相談的的確な服薬支援ができるよう努めている。		
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	趣味や役割などをケアプランに取り入れたり、レクリエーションでカラオケ、運動等も行ない気分転換できるよう支援している。		
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	希望があった時は希望に添えるよう努めたり、ケアプランに組み入れ支援している。	散歩や買物の希望に対応している。県立大学の文化祭や森の風(鶯宿温泉)、お花見、紅葉等ドライブ兼ねて季節を楽しんでいる。墓参りは、家族と一緒にしている。	

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
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	個々の能力に現金を所持したり、使えるよう支援している。		
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	自力で電話出来る利用者には必要に応じ、出来ない利用者には取り次を行っている。		
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	毎日掃除を行い、不快感を与えないように取り組み、季節の花、ポスターや絵を飾り工夫している。	ホールは、畳のスペースを囲むように長い座卓とソファが配置され、通所介護の利用者(3名)と、夫々お決まりの場所で寛いでいる。壁面には、写真や絵、折り紙細工が掲示されている。居心地の良い雰囲気が感じられる。	
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	通路にベンチを置いたり、談話したり一緒にテレビを見る共有のスペースを作り工夫している。		
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	使い慣れた家具を使用したり、個々の好みで花、写真、小物など飾っている。	居室には、収納棚が備えつけてある。ベッド、筆筒、寝具等使い慣れた者を持ち込んでいる。また、本人・家族と相談し、退去された方の家具等を活用される方もいる。ベッドから落ちる危険のある方には、床に厚いマットを敷き怪我を防いでいる。	
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	一人ひとりのアセスメントを行い、出来ることは行って頂き、自立した生活を送れるよう工夫している。		