

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	職員と共に理念を創り、理念に基づいてサービス提供している。	理念は、利用者への気持ちを職員がいつも表せられるよう「安全・安心」「思いやり・真心」「人権・信条・尊厳」を護る内容とし、玄関、事務室、キッチン等に掲げ、特に言葉による拘束や虐待には職員間で注意をはらいながら気をつけ、共有と実践につなげている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議の開催、老人会や地域の祭り等へ参加している。	代表者も地域住民で、町内に顔見知りの方が多く、回覧板にホーム通信誌を載せて頂いたり、町や老人会行事にも参加している。また通所事業や介護相談室もしており、入居相談を受ける機会も多い。保育園や小学生の慰問、中学生の職場体験の受け入れもしている。	
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	地域の人との相談や認定を受けるための支援、他の施設紹介等を行っている。		
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践、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	運営推進会議で話し合った事は記録し、要望等があれば職員と話し合い対応している。	会議は隔月開催で、町会、老人会、民生委員、介護相談員、市または包括職員、利用者・家族の参加で、虐待防止委員会も兼ねている。ホーム通信誌を配って2ヶ月間の運営状況やヒヤリハット報告等を行い、今年度は身体拘束の定義付けに関しても検討している。	
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	認定の代行支援や市の要望に応じている。	市とは運営推進会議の場で運営状況を定期報告し、日頃は入居相談や介護認定更新の申請代行等で連絡を取り合うなど、良好な関係構築に努めている。今年度の身体拘束委員会も市の通達で立ち上げている。	
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「介護保険法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よう職員には周知している。必要となった時は主治医、ご家族に説明をし、書面にて了承頂き、適切に対応する。	主治医承諾のもと家族から同意書を取り、重度利用者へのミトンを使用した点滴や、不穏症状がみられる場合に玄関の日中施錠をする場合があるが、職員への身体拘束に対する正しい理解の周知を図り、個々の人柄や習慣を把握し行動抑止をしないケアに努めている。	
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	職員1人ひとりが注意して、虐待のないよう言葉や行動を話し合っている。		

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	成年後見人制度を利用している方もいるので、少しは知っているが、詳しい事まで全員が知っているとは言えないので、機会があったら学習したい。		
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	契約時にはご家族様によく理解してもらえるよう説明、契約している。		
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6回、運営推進会議を開催し、地区の人、利用者ご家族等と会議を開き、外部に対して知ってもらう機会を持つようにしている。ご家族や外部の方がどの職員にも気軽に意見を言えるようにしている。	運営推進会議にて利用者・家族が直接外部者に意見や要望を表せる機会を設け、毎月のシーツ交換をはじめ、衣替えの衣服や介護用品の買い足しなど、日頃からホームに来てもらう機会を多く持つよう心がけている。請求書送付時にはホーム通信やコメントも書き添え、日頃の暮らしぶりをお伝えしている。	
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	代表者、管理者ともに勤務もしているため、何か思いついたり意見のある時は、すぐに話し合える。	職員が意見や提案をする機会は、毎朝の引き継ぎミーティングや月末の職員会議があるが、代表者も勤務シフトに加わっており、いつでも直接言うことができる。シンクの蛇口をセンサー式にしたり、室内用シューズの採用は職員からの提案であり、代表者と気軽に話し合ったり相談ができる環境となっている。	
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	勤務、夜勤、休暇などの希望は、できるかぎり対応している。		
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	いろいろな研修があるごとに、各自の希望を聞いて参加できるようにしている。		
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	機会のあるごとに職員の希望を聞いて、参加できるようにしている。		

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	
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	日々のコミュニケーションを図りながら体調確認等を含め、心配事、要望等に耳を傾けている。			
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	利用者様のこれまでの生活の中での要望だったり、困難なことなどないか、ご家族からの話に耳を傾けている。			
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	かかりつけの病院、今後の通院に対する相談等、ご家族から話があれば対応している。			
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	毎日の生活の中、利用者様のできる事はできるだけ自信につながるよう、率先してくださるよう声かけしながら行っている。			
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	ご家族と共に同じ目線からと、介護をする立場からとの両方の立場で、利用者様に対する支えていく気持ちを共有している。			
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	個々の習慣に応じて、ご家族、ご親族への連絡等を行い、外出等の支援をしている。可能なかぎり、時間を共有できる方々には、ゆっくり過ごして頂けるよう努めている。	家族には利用者と自宅で過ごしたり、一緒に出かける機会がもてるようお願いをしている。お盆などでは孫や親戚と一緒に面会に來たり、地元の祭りや墓参りに連れ出す家族もいる。日頃はドライブで自宅がある町や墓地に立ち寄り、話の話題にするなどしている。		
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	定期的に行っているレクリエーションの時間の中、ご利用者様同士で会話や楽しい時間が共有できるようにしている。			

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
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	入居者様やご家族がいつでも相談できるよう窓口を設け、支援するようにしている。		
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	1人ひとりの話を聴き取り、希望、意向の把握に努めている。	1日の業務の流れに午前と午後、利用者との談話やふれあう時間を持ち、職員シフトには業務専任と職務として業務をしながら利用者に関わる職員がいる。一方的なケアでなく、まずは声かけをし、本人の意向を確認して行うよう努め、ホームの娯楽もその日の気分で自由に参加して頂いている。	
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	ご家族様、ケアマネージャー、職員でカンファレンスを行い、把握するようにしている。		
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	1人ひとりの1日の生活の流れが違うので、ご本人の意志を尊重しながら細やかに観察し、把握するようにしている。		
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	ご本人が安心して穏やかに過ごせるようご家族様と話し合い、職員内でカンファレンスを行っている。	毎月の職員会議で、ケアマネ参加のもと全職員で全利用者のアセスメントを行い、1人ひとりの今の状態を確認し、その結果を踏まえケアマネがケアプランを作成。3ヶ月毎の見直しで、家族にはサービス計画書と意見欄付きの同意書を送付し、後日同意書をお返し頂いている。	ケアプランの評価欄に記載しているモニタリング結果が、次のケアプランに反映される内容となるよう期待したい。
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	日々の変化等を申し送り時に話し、職員で共有するよう心がけている。		
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	色々なニーズに対応できるよう柔軟なサービスに取り組み、1人ひとり支援でき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	2ヶ月毎の運営推進会議での情報交換や、町会でアスカ新聞の回覧、ドライブ、散歩、地域住民によるボランティア等に関わりを持っている。毎日のバイタル測定で1人ひとりを把握している。		
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し、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	協力医療機関が主治医となり、月2回の往診と週1回の訪看となっている。また専門医への受診は医師同士の連携やご家族の付き添いもできている。24時間対応である。また、介護情報提供書を作成し、ご本人の状態・経過等が一目でわかるようになった。	入居前からの主治医への継続受診は家族付き添いとなるが、ホーム提携の近隣病院が主治医の場合は、定期往診と看護師訪問があり、普段の身心状況の把握とともに、急変時は病院の24時間対応の直接送迎になっている。ホームでも点滴や吸痰行為が可能。精神科外来受診には普段を知る職員も立ち会っている。	
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	申し送り等で得た情報や発見、変化等があれば看護職に相談し、指示を受けている。昼夜問わず24時間対応にて、緊急時はいつでも相談可能である。		
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。	情報交換や相談に努め、関係づくりを行っている。入院時にはご本人、ご家族が安心して治療ができるよう、医療関係者とも話し合ってもらっている。		
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	入居時に看取り看護確認書を交わし、終末期をいかに安楽に過ごされるかご本人、ご家族、主治医、ナース、ケアマネージャーと連携し、納得の行く終末期を迎えるよう最大限の支援をする。	入居時に人権と生命の尊厳に配慮したケアを目的に、本人または家族から延命処置をするか否かの書面確認をとり、そうなった場合においても変更は可能で、本人・家族の意思を尊重した最善のケアに臨んでいる。これまで、寝たきりの全介助の方の受け入れや、家族の泊まり込みによる看取りを支援した事例もある。	
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	状況に応じて初期対応ができている。止血を伴う怪我や誤嚥、誤飲でも、初期対応ができている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急対応マニュアルを把握し、状況に応じた対策をしている。地域資源を活用し、住民、自警団等の協力を得られる。ヒヤリハット、事故報告書等、職員の意識のレベルアップ向上に努めている。	どんな些細な事であってもヒヤリハット報告書記入を義務化しており、全職員に閲覧周知をして事故回避や再発防止を図っている。年2回の避難訓練時には心配蘇生や喉詰まり対処を消防士や看護師から受けている。代表者が元自警団員でもあり、行方不明があれば町民が通報してくれる関係が作られている。	

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	主治医やその他のバックアップ機関との支援体制は整備されている。支援のレベルに合わせた連絡網となっている。	協力医療機関には公立、民間、精神科の3病院と皮膚科医院等があり、福祉施設は協力医療機関の中核をなす病院が運営する特別養護老人ホームがある。日頃のホーム協力支援の他にも、包括が主催する地元の医療・福祉機関との連携協議会の場でも交流がある。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	緊急時の連絡網は張り出されており、夜間及び深夜でも常時対応可能となっている。また、連絡網を使った訓練も行っている。	2ユニット1人ずつ計2名の夜間体制で、緊急対応に不慣れな職員も離職者が少ないため現在はいない。ホームから居宅が近い順の緊急連絡網をキッチンやリビングに貼付し、年数回抜き打ちで通達確認も実施している。	
38	(16)	○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	火災や地震・水害時の災害を想定した避難訓練を行っている。運営推進会議では、地域住民と緊急時の対策等の話し合いを行っている。	避難訓練は消防署立会いとホーム独自の年2回、出火場所を毎回変えて実施。当地では河川氾濫、地震、土砂崩れが想定され、ハザードマップの把握とともに避難場所の指定も受けており、運営推進会議でもホームに即した検討をし、災害情報が発令されれば乾電池の確認やお風呂の水を張るなどして臨んでいる。	棚等の耐震措置と、これまで検討してきた現実的なホーム独自の災害別対応マニュアルの作成に期待したい。
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	緊急時の対応マニュアルを整備している。避難経路を確保し、水や食料品も備蓄している。	緊急時の対応マニュアル及び連絡網を備え、3日分の飲食備蓄品と防災品等も玄関前の物置き部屋に収納しリスト化管理をしている。市から災害を即時放送する戸別受信機も配備されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	利用者様の尊厳を大切にすることを理念とし、プライバシーを損ねないよう常に配慮している。	利用者の人権・信条・尊厳を護る姿勢は理念であり、言葉の抑制を避け、苗字での声かけや日中の居室閉扉の徹底を図るなど、入居しても大人としての暮らしが変わらずできよう努めている。個人情報書類の事務室管理や通信誌の掲載写真も加工する配慮をしている。	
41		○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	日常生活において、利用者様の希望、自己決定に応えられるよう心がけている。		
42		○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	利用者様の希望を尊重し、個々のペースに合った見守りや援助を行っている。		

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		○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	その人らしい服装を季節や気候に合わせて選べるように支援している。		
44	(19)	○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	利用者様と一緒に食事の準備、食事の前後はテーブル拭きなどを手伝って頂いている。誕生日や行事の時は特別メニューを用意したり外食することもあり、楽しい食事ができるよう支援している。	献立・調理は栄養士職員が主体となり、食材は毎日翌日昼食までの分をスーパーで、時には利用者も同伴している。自家菜園や、近隣の畑や家族からのお裾分けも食卓に並ぶこともある。調理は代表者が担当する日もあり、毎月、誕生会の特別メニューや、近所の方もお誘いするバーベキューデーも設けている。	
45		○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人ひとりの状態に合わせて食事を工夫している。食べやすいように細かく刻んだり食べる量や栄養バランスを考えている。水分補給が充分できるよう支援している。		
46		○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1人ひとりに応じた歯磨きとうがいをしている。義歯も汚れや臭いが生じないように磨いている。		
47	(20)	○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	1人ひとりの排泄のパターンを知り、タイミングを見計らって声かけ誘導をするようにしている。リハビリががゆい時はパンツにしている。トイレでの排泄ができるように支援している。	トイレ誘導は個々の排泄パターンに沿って行い、軟便等の排泄チェックとともに生活習慣がくずれぬよう、体調変化に応じて医療機関に相談したり、診察や薬剤調整の対応を図っている。また毎月全利用者の状態のアセスメントも実施している。失敗があっても自尊心や羞恥心に配慮したケアに努めている。	
48		○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	リハビリ体操を行い腸の動きを良くする。便秘が続く時には医師の指示に従い薬を使用し、排泄コントロールをしている。1人ひとりに応じて予防している。		
49	(21)	○入浴を楽しむことのできる支援 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	1人ひとりのタイミングに合わせて声かけし、入浴を楽しめるようにしている。入浴を拒む利用者様にはタイミングをみて声かけている。	入浴日は月、木曜の午前中を基本とし、湯船の湯を出しっぱなしにし、浴室内と脱衣場に職員を1人ずつを配置し、重度の方も浴室用ストレッチャーで対応している。柚子、菖蒲湯の季節湯や入浴剤も活用して、気持ちよく過ごして頂けるよう努めている。	

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
50		○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	居室の温度調整、ベッドメイキング、室内の整理・整頓等をし、気持ちよく過ごせるよう支援している。		
51		○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	薬剤情報や主治医、ナースとの連絡を密にし、個々の日常の変化に気配りをする。		
52		○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楽しみごとを確認し、無理なく楽しめるように支援している。		
53	(22)	○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支援している	体調を考慮しながら希望に応じてドライブ、散歩など、気分転換ができるように支援している。	週2回を目安に、ドライブや散歩で外気に触れる機会を設けており、テレビや新聞をきっかけに繰り出すことも多い。また精神不安定な時に気分転換で出かけることもある。回転座席がある法人車両を活用し、重度の方や車椅子使用の方の外出も支援している。	
54		○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	お金の所持の禁止はないが、職員が見守り、能力に応じて使用できるよう支援している。		
55		○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	本人が電話できない場合は職員が代わりにかけるよう支援している。手紙もその都度支援している。		
56	(23)	○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	共有空間は清潔を保つよう心がけている。また、生活感や季節感が感じられるよう工夫している。	施設は稚拙な装飾を避け、大人が住む家としての雰囲気的大事にしている。リビングの掃出し窓は施錠せず、気ままに庭に出入りが可能。窓開け換気や除湿器を使い衛生管理にも注意をはらっており、天井に物干し竿を収納できる場所もある。風土に即した造りで、生活感や季節の移りが感じられる家となっている。	

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
57		○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	居室は1人ひとり個室になっており、個別の空間がある。共用の居間ではテレビを観たり、利用者様同士で談話をされたりしている。		
58	(24)	○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	ご家族と相談しながら、ご本人の使い慣れた自立歩行器や車椅子など、また普段使用していた布団など持参して頂き、ご本人が居心地良く過ごせるようにしている。	居室は、西棟が3和室3洋室、東棟は7和室2洋室となっており、全室に介護用ベッドと押入れ、手摺りが備え付けで、持ち込みも自由になっている。職員が個々の症状に合わせて適切な室温調節やベッドメイキング、窓開け換気などをして、快適な生活空間の維持管理がなされている。	
59		○身体機能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	各居室や廊下、トイレ等は手摺りを設置し、安全に歩行できるようにしている。		