

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	運営理念を念頭に日々のケアに取り組んでいる。また、朝のミーティング時に確認している。	法人の理念「その人らしい豊かな暮らし」とグループホームの理念「地域の方々との交流を大切に」があり、申し送りやカンファレンスの時に職員同士確認しあっている。法人の理念は設立以来のものでブレのない姿勢を貫いている。市独自に運営推進会議の報告様式を定めており、理念について記入する欄もあり出席する地域の委員にも毎回知らしめている。職員は自らの言葉として理念を語ることができ日々のケアに活かしている。	
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	近くの中学校と交流を持ち、その中学校の音楽会に招かれたり、生徒がハンドベルの演奏に訪問して下さったり、贈呈品をお持ち頂いている。近くの理容院の方が散髪に来てくださる。秋の運動会では、近隣の方に招待状をお出しし、見えて下さる。	地元区に法人としての協力費を納め、区の役員の方から地区の行事などについての情報もいただいている。近くの中学校から資源回収をしたお金でトロミなどを贈っていただいている。民生委員の見学や広域連合職員の研修なども受け入れている。グループホーム主催の運動会には家族や近隣の住民、民生委員など多くの方のお手伝いをいただき盛大に開催できている。歌や踊りのボランティアも訪れ、利用者と一緒に楽しんでいる。	
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	地域の高齢者の方々の暮らしに役立つことがないか、ホーム内で話し合うことを進めている。		
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	2ヶ月に1回の開催が出来ている。運営推進会議の中ではグループホームの活動状況の報告をしたり、また、防災訓練への協力につながり、グループホームの理解が深まる機会になっている。推進会議メンバーから出される意見や評価についての報告を行い業務への改善への取り組みを行っている。	偶数月の第3月曜日の午後、家族代表、区長、民生児童委員、市職員、地域包括支援センター職員等が出席し開催されている。利用状況や行事報告、研修会報告、行事予定などの報告を行い、委員の意見等を聞き、ホームの運営の改善に繋げている。委員のアドバイスから地域の人々との日常の挨拶についても積極的に取り組んでいる。	
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	相談が応じた時は市へ連絡を取る。包括支援センターから利用者の紹介を頂いている。	市担当部署と地域包括支援センターには随時相談をし情報などをいただくようにしている。市で主催する研修会にも参加している。ホームの防災訓練にも市職員の立会いをお願いし色々アドバイスをいただいている。介護認定更新時にはホームで調査を行うこともあり情報を提供している。家族が立ち会うこともあり、家族からの依頼で区分変更の申請代行もしている。市派遣の介護相談員の受け入れをしている。	
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	身体拘束をしないための研修を行い、身体拘束をしないための取り組みをしている。	ホーム内の勉強会や外部研修などを通じて職員は拘束などにより利用者の不安が増すことを理解している。日中、玄関は開錠しており行動を抑制するような行為は行なわれていない。身体のみでなく言葉による拘束についても職員は理解しており、常に意識しながら拘束のないケアに当たっている。	

グループホームなかの

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
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	虐待防止についての研修を行い、防止に努めている。		
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	外部の研修に参加し、制度の理解を深めている。また、制度の活用ができるか具体的な相談も行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居の契約を結ぶときは、家族に十分に説明し、話し合い、理解、納得を頂くようにしている。		
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	介護相談員を受け入れている。また、職員も積極的に利用者の意見を活動に取り入れている。家族へは家族会において個別に聴く機会を設けたり、介護相談員制度を家族に説明している。出された意見は、検討し、家族へ説明するとともに、サービスに反映させている。面会時にも近況報告するとともに、意見を聴く機会を設けている。	三分の一の利用者は自分の意見や思いを言葉で表わすことができ、時には不平、不満を言うこともあり、職員間で真意を検討し対応している。毎年6月に家族会を開催し、利用者の暮らしぶりをスライドで見えただき行事等の説明をしたり、家族間の交流の場を設け、その後個別で話し合い、意見・要望を聞いている。担当職員が利用者の生活状況を手書きで送付したり、ホームの「なかの通信」も毎月発行されるなど、家族との意思疎通が図られている。	
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	会議などで、聞く機会を設けている。出された意見は、検討され、運営に反映されている。また、個々にも意見や提案を聞いている。	毎朝のミーティングや夕方の申し送りなどで話し合う機会があり、職員間の意思疎通はとれている。管理者と職員とのコミュニケーションも取れており、仕事や私的な話もしやすくなっている。	
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	職員の個々の努力や実績を配慮し、話し合いの上で、リーダー、マネージャー等の役割になれる仕組みを作っている。		
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	職員は段階に応じて、外部の研修を受ける機会を設けている。内部研修も行っている。		

グループホームなかの

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
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	長野県宅老所、グループホーム連絡会に加入し、現在、北信圏域の交流会に、参加している。		
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	本人との話し合いを重視し、出来るだけ付き添い、本人の不安を最小限に出来るように努め、少しでも早く信頼関係が作られるようにしている。		
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	家族との面会において、心配していること、困っていることなど気軽に相談出来るように配慮し、少しでも早く家族との信頼関係が築けるようにしている。		
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	相談を受けた時には、本人と家族の状況を評価し、本人と家族が真に望んでいる支援を模索し、情報提供に努めている。		
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	一緒に作業している中でも、利用者の方に教えてもらったりし、生活を一緒にし、共に支え合うと言う関係づくりを行っている。		
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	家族との連絡もできるだけ取るようにし、状況を報告し、相談しながら、一緒に住んでいなくても共に本人を支えているという関係が築けるように努めている。		
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	馴染みの人の訪問を受け入れたり、馴染みの場所へ行く支援をしている。	利用前の近所の方や昔の職場の同僚などの訪問を受ける利用者がいる。馴染みの美容院やホームセンターなどへ家族とともに出掛ける利用者もいる。家族とともに墓参りに出掛けたり古くからの友人に手紙を出したりと馴染みの人や家族との繋がりを大切に支援している。	
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	利用者同士が、共に適切な関わり合いができるように、場合によっては、職員が、間に入って関係を取り持ったり、調整したりしている。		

グループホームなかの

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	必要な場合は、退去後も、入所先の新しい施設に訪問し、利用者の状況を把握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	一対一での会話や、本人の言動から意向、希望、気持ちを尋ねたり、察したりすることで、把握に努めている。落ち着かれない時も一対一で静かに話を聞くようにしている。ケアプラン作成時には、必ず、把握することになっている。	はっきりと自分の意思を伝えることができる利用者は三分の一ぐらいで、そのほかの方は職員が声がけし表情や仕草で判断している。利用者からの提案でホームとして「送り盆」に取り組んだり、土地ならではの「やまうま」「おやき」づくりなどにも要望を活かしている。	
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	個人ファイルの生活史、フェースシートなどを使い個人のこれまでの様子、食べ物の好き嫌いなど、把握に努めている。		
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	一人ひとりの1日の様子を個人記録に記入したり、カンファレンス時の話し合いを通して、現状の把握に努めている。		
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	本人、家族から思いや意向を聞いて、定期的カンファレンスを実施し、ケアに携わっているスタッフと各利用者担当スタッフで、まず「本人の望ことは、困っていることは何か」という視点から介護計画を作成している。	職員は1~2名の利用者を担当しており、居室内の整理整頓や家族への連絡、手紙などを出している。カンファレンスで居室担当職員から一人ひとりの利用者の状況の説明があり介護計画の見直しも3ヶ月毎に行っている。利用者・家族の意向や希望も聞き作成している。計画を変更した時には「連絡帳」にその旨を書き職員間で共有している。	
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	個人記録、連絡ノート、服薬ノート、日報を使用し、スタッフ同士の情報を共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	通院の支援、外出の支援などその時々に応じて対応している。		

グループホームなかの

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	民生委員やボランティアの方々には、行事に参加して頂くなど協力支援して頂いている。		
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	本人及び家族の希望を大切に、入居後も同じかかりつけ医で継続するようにしている。変更する場合は、本人及び家族と相談しながら、決めている。	ホーム利用前からのかかりつけ医の継続を基本としている。利用者や家族の希望によりホームの協力医に変更する方もいる。場合によって協力医の往診もある。定期受診については基本的には家族に付き添いをお願いしているが家族の都合等もあり職員が同行することが多くなってきている。ホームの看護師と週1回来訪する訪問看護師により健康管理や相談、受診の際的確な情報提供などがされている。	
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	かかりつけ医の看護師やホームの看護師や訪問看護の看護師と相談しながら、健康管理を行っている。		
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。	入院した場合は、情報提供を行っている。		
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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	『重度化した場合における対応に係る指針』を作成し本人または家族に説明し同意を得るようにしている。重度化してきた利用者やその家族には、ホームから状況を説明したり、また、かかりつけ医、看護師、スタッフを交えて話し合いを行い、スタッフ間でも方針を共有するようにしている。看取りも行っている。	利用開始時に重度化した場合における対応について説明をし同意書もいただき、実際に直面した場合に家族と再度の話し合いをもち意思確認している。平成25年中に5名の方の看取りが行われ、お見送りをした。協力医またはかかりつけ医と家族、職員との話し合いを持ち、意思統一をしながら重度化に対応している。	
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	応急手当や初期対応の研修を行っている。		
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回実施している。夜間を想定した訓練を計画し、岳南消防署の方々、岩船地区の役員、近隣の方々にも参加していただいている。	昨年度の訓練の反省をふまえ今年度は避難時に災害時用担架、おんぶ、手引きなどで利用者一人ひとりに合った対応をし通報連絡訓練も同時に実施した。スプリンクラーの点検時、消火訓練も行われている。近所の方も訓練に参加しており、「災害時の近隣の方へのお願い」も配布し、実際の場面では見守りのお願いをするようにしている。災害時等の備蓄もあり、定期的に入れ替えがされている。	

グループホームなかの

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	トイレ・入浴などの誘導時の声かけは、他の利用者に聞こえないように、小さな声で、また、利用者が一人になるようにしてから、行っている。丁寧な言葉使いにも心がけている。	認知症の研修の中に接遇についても取り入り、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した支援に徹している。利用者との馴れ合いからくる不適切な言動についても職員同士で注意し合っているので配慮に欠けるようなことは殆どない。呼び名については利用者の希望に沿って、「姓」や「名」に「さん」付けで敬意を払って呼びかけている。	
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	飲み物は利用者の希望を聞いたり、選べるように、予め利用者が好きそうなものをいくつか選んでおいたりするなど、色々な場面で、利用者が自分の希望を表せるように支援している。		
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	安心して食事が摂れるようにその人のペースで食事が摂れるように支援したり、会話も本人のペースで話せるように、ゆったりと聞いている。一日の流れも常に尋ねながら過ごしている。		
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	およそ月1回、ホームへ美容師に来てもらい、利用者の希望に応じて、カットを行っている。外の店にも本人の希望に応じて行っている。		
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	その月の行事に合わせた献立や個人の好みを取り入れた献立を考えている。お茶入れ、配膳、食器の片付け等、それぞれ出来ることを声をかけながら一緒に行っている。	ミキサー食やキザミ、トロミなど利用者の状態に合わせ調理がされている。三分の一の利用者は介助を必要としているが自力で食べることができ方が多い。キッチンも対面式で職員も3卓ほどのテーブルに座る利用者と話しながら準備ができる。ホームで獲れたキュウリ、トマト、家族からいただいた野菜なども調理され食卓に上るといふ。お酒など利用者の好みのもも健康に配慮しながら提供されている。	
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	食べる量や水分がなかなか摂れない時は、本人の好きな物を出したり、食べやすい環境を作っている。食べる量、水分量は、毎日記録し、一人ひとりがどの程度摂取しているか、把握している。		
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	毎食後、一人ひとりの状態に応じて、口腔ケアを行っている。		

グループホームなかの

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	排泄記録用紙を使い、一人ひとりの排泄パターンを把握している。リハビリパンツやパットを使い分けたり、場合によってはポータブルトイレを使うなど、その方に合わせて誘導している。	自立している方は若干名で尿意等を表せない方もいるので時間や表情・仕草を見てトイレへ誘導し排泄できるようにしている。夜間オムツ対応の方も日中はリハビリパンツを使用し、リハビリパンツにパットをしている方が多い。居室にポータブルトイレを置き使用している方もいる。一人ひとりの排泄状況については申し送りで情報を共有している。	
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	朝に牛乳、ヨーグルト、ヤクルトなどを摂るようにしたり、散歩に出ることも心がけている。また、トイレで腹部のマッサージを行なうこともしている。		
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	入浴日を決めずにいつでも入れるようにしている。リフトでの入浴も可能で、入浴の状況や本人の希望を聞き、入浴を支援している。	自立している方も見守りを必要としている。立位をとることが難しい利用者には職員二人で介助したり、1階の介助浴槽での対応も可能である。毎日お風呂に入れるような状態にしてあるが、業務日誌に3日以上入浴しなかった方を記載しその方を優先している。利用者によってはその日の気分で拒否する方もいるが、無理強いすることなく順番を変えたり翌日にしたりして週2~3回入浴にできるようにしている。りんごやミカンを浮かべ季節のお風呂を楽しんでいただいたり、家族とともに温泉に行く利用者もいる。	
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	眠れない時は、本人が眠くなるまで、リビングでテレビを見て過ごしたり、スタッフと話をしたり、お茶を飲んだりして、ゆったりと過ごすようにしている。		
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	服薬ノート、個別の薬情報ファイルをつくり、用法や用量の理解に努めている。		
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	ご飯の盛り付け、庭での野菜の収穫など、利用者それぞれの力に合わせて、家事などを行う支援をしている。本人の希望に添い、刺し子、花とりをしている。		
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	散歩や買い物など、利用者の希望に沿っての外出を支援している。また、季節ごとに花見、ばら祭り、初詣などに外出する機会をつくっている。	ホーム内では自力歩行の方が長い距離になったり外へ出る時には車椅子を必要とすることもあるが、天気の良い日には2~3人で散歩をしている。年間の行事として、お花見、バラ祭り、菊花展、中学校の音楽会等への外出も計画されている。ホームの買い物や利用者個人の買い物に出掛けることもある。	

グループホームなかの

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	スタッフと買い物に行き、自分の食べたいもの、必要なものなど自分で選び、自分で買うことを支援している。		
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	利用者の希望により、家族へ電話をすることを支援している。		
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	季節ごとに、庭に咲いている花を利用者の方と一緒に取って飾ったり、食事作りなどの生活に伴う音や匂い、光が静かな空間に広がるようにしている。	食堂にはテーブルが置かれ、利用者はこのスペースで日中の多くの時間を過ごしている。食堂横には6畳ほどの小上がりがあり茶たんすなども置かれ家庭的な雰囲気を感じられる。トイレの廊下も利用者が伝い歩きができるように狭めに造られており、転倒防止用のやわらかい床材も使われ、手すりにも配慮がされている。駐車場も融雪の設備がされており、冬場の凍結や雪への対応がされている。	
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	リビング、食堂、和室、洗面台の横のベンチなど、休めるところを選べる工夫をしている。		
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	居室には、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配慮するようになり、また、本人にとって理解しやすい環境作りを工夫している。	ベット、テレビや椅子、衣装ケースなどが持ち込まれている。クローゼットが居室にあるので全体が広く使えている。エアコンも設置されているので快適な温度に保たれている。	
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	フロア内は、バリアフリーであり、歩行機能が低下しても、できるだけ歩行器を使用して歩けるように支援している。		