

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873600411		
法人名	医療法人社団 西はりまクリニック		
事業所名	西はりまグループホーム昌仙庵		
所在地	たつの市誉田町福田780-40		
自己評価作成日	平成22年9月13日	評価結果市町村受理日	平成22年11月8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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.
----------	---

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階		
訪問調査日	平成22年10月18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)】

常に人の出入りがある風通しの良い施設になりたいと思っている。サービスの質の向上に向けて自分達に何ができるかと考えている

【第三者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)】

事業所は開設後7年が経過したが、管理者はグループホームが地域密着型のサービスを提供する所である事の意義を改めて職員に確認する為にアンケートを実施し、職員の思いから新しい理念の作成を行った。基本理念は「利用者の方が穏やかに安心しておくれるように援助します」「家族との関係を大切にし共に利用者の方を援助します」「地域とのかかわりを大切に、共に安心して生活がおくれるように努めます」「常に笑顔で接することを心がけます」「一人ひとりの生活リズムやペースを大事にします」の5つを掲げ、実践に向けてさらに理解を深める方向である。そして、事業所の雰囲気と職員のチームワークの良さも優れていた。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目№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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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				

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Alt+) + (Enter+)です。〕

自己 者三	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
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	理念についての勉強会を開催した	法人の理念を基に、事業所として目指すことを職員一人ひとりに挙げてもらい、「昌仙庵の基本方針」としてまとめている。5つの項目に分け、地域での役割も認識し、実践に向け勉強会を開いている。	制定して間もない基本方針を、これからどう実践につなげていくかに期待したい。
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	行事等、老人会の方々や地域の方に声掛けし参加していただくよう努めている	お花や野菜のおすそ分けを受けるなど、日常的な交流がある。老人会の方を、クリスマス会やそうめん流しなど、事業所での行事に招待して楽しんでもらっている。自治会長・民生委員に運営推進会議に参加してもらっている。	
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	2ヶ月に1回、運営推進委員会を開催し、検討している		
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	参加家族が限定されている為、家族会総会時に初回は開催	2か月に1度開催している。家族代表・2つの地区の民生委員、自治会長・市の職員などの参加で、防災などを議題にして話し合いをしている。	
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に取り組んでいる	2ヶ月に1回、運営推進委員会に出席 グループホームの連絡会にも出席をお願いしている	運営推進会議に参加してもらっている。2か月に1度開催の、グループホーム連絡会にも出席してもらい、情報収集や交流を図っている。	
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	勉強会・研修を兼ね理解に努めている 玄関の開錠を実施	身体拘束を行わないという方針を実践している。職員は、指定基準における禁止の対象となる具体的な行為を理解している。玄関の施錠も夜間のみ行っている。	
7	(6) ○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	勉強会を開催し、学ぶ機会を設けている	虐待についての研修を実施している。職員それぞれが、30項目の自己点検シートで振り返りを行っている。職員のストレスにも配慮し、あざがあれば職員で確認し注意を払っている。	

自己	第三	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	(7)	○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	研修や勉強会などで必要性の有り方を学ぶ場所を設けているが実際には利用した事がない	現在制度を活用されている方はおられない。権利擁護についての研修に、来月参加する予定である。	外部での研修受講の計画がある。この機会に制度を理解し、活用を必要とされる方との橋渡しができるよう、職員全員に周知を図ってほしい。
9	(8)	○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	入所時に家族へ説明し納得を得ている	契約時は、管理者がポイントを押さえて分かりやすく説明している。疑問にはいつでも応じることを伝えている。グループホームの特徴を理解してもらい、同敷地内の特別養護老人ホームに関する話も行っている。入居後の家族の協力をお願いしている。	
10	(9)	○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	特別な機会は設けていないが、苦情については申し送りなどで話している	年1回、家族会を開いている。運営推進会議に関心を持ってもらえるよう、家族会に組み入れたりして、意見表出を図っている。要望を受けて、名札を見やすくするなど改善につなげた。	
11	(10)	○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	ケース会議や情報交換の場を作り意見を取り上げている 代表者に対しては、週1回の業務改善会議で相談をかける	月1回、職員会議を開いている。管理者と職員は、コミュニケーションがうまく図られており、意見や提案が言い出しやすい関係ができている。	
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	レベルアップの為の研修・資格取得には協力的である 職員採用時には立ち合いもあり		
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	介護専門職への資格取得に対して意欲的である経験年数に応じ研修なども行っている		
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	近隣のグループホームでの勉強会も行っている全国グループホーム協会にも加入		

自己 者第三	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
.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	一人にせず積極的に話をして耳を傾けている。 日々の表情や言動などには気を付けている	
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	何かあれば、すぐに連絡し逆に家族からも連絡や相談を受けている	
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	職員会議やケア会議で十分に話しあっている	
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	共に助けあう関係を築いている	
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	本人・家族共の言い分を聞き入れられるよう努力している これまでの家族関係も考慮している	
20	(11)	○ 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	美容院や本屋など定期的に行くよう努めている。以前の居住地に出かけることもあり	馴染みの方の、クリニックへの通院に合わせて、会う機会を設けたり、近くの他施設利用の方に、面会するため外出支援をしたり、関係が途切れないよう努めている。
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	一人ひとりが協力して、できることをしてもらっている	

自己	者 第 三	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	他施設へ移る場合には、事前の申し送りを詳しく行う		
、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	(12)	○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	月1回ケア会議を設け担当者を中心に意向の把握に努めている 毎日の関わりの中で会話や行動から汲み取るよう努めている	日々の会話などから、思いや意向の把握に努めている。将棋が趣味だった方と将棋の相手をしたり、戦艦に乗っていた方に、写真を用いて話を引き出したり、一人ひとりへのアプローチを丁寧に行っている。	さらに、職員それぞれの気づきを共有できる工夫をし、家族や関係者からの情報も得て、介護計画に反映できるようにしてもらいたい。
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	家で使用していた家具等そのまま利用している。デイケア等、今まで利用していたサービスの継続		
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	月1回ケア会議を設け担当者を中心に意向の把握に努めている		
26	(13)	○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回ケア会議を設け担当者を中心に意向の把握に努めている 必要に応じて電話などでも確認している	介護計画は6カ月に1回見直しをしている。3カ月ごとにモニタリング・評価をして、月1回のケア会議や入居者2人に1人の担当職員の意見も取り入れて、新たな計画を作成している。	
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	業務日誌・個人記録で情報は共有している 職員は必ず目を通すようにしている		
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	家族の入院の際、見舞いに行ったり家人が利用している施設に面会に行ったこともある		

自己	第三	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	地域行事・施設行事・会議などでの交流 緊急時には、お互いの協力の話し合いも出来る		
30	(14)	○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	希望があれば、入所前のかかりつけ医に受診できるよう支援している 併設している診療所で受診できる体制を取っている	母体が医療法人で、クリニックが間近にあるため、本人・家族の同意、納得の上、かかりつけ医を替える流れにある。他診療科などへの受診は、家族の支援を受けているが、場合によって職員も同行している。	
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	利用者の状態変化に気を配り、変わったことがあれば申し送り時やクリニックへ随時連絡を行っている		
32	(15)	○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。	入退院時のみならず薬診・リハビリを通じ医療機関と情報交換をしている 併設している診療所に入院した時は職員が毎日交代で洗濯物を取りに行くなど支援している	入院時は「看護情報提供書」によって情報提供している。入院中は入居者の方と共にお見舞いに行くなど、スムーズに退院ができるよう支援している。	
33	(16)	○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	医療連携加算をとっており、重度化した場合の指針を作成	事業所として独自の看取りの指針を作成している。本人・家族の希望に沿って、できる限りの対応をしていく。ターミナルケアの研修にも参加し、重度化してきた入居者に備えている。	
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	AED講習に参加するなど医師・看護師から指導を受けている 事故発生時の連絡網の確認		
35	(17)	○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	自治会に事前に協力をお願いしており近隣の施設とも連携を図れるようにしている 定期的に避難訓練実施	年2回、夜間も想定して避難訓練を実施している。事業所がクリニック・通所リハビリ・特別養護老人ホームなどの施設で構成された一画にあり、すぐに応援してもらえる安心感がある。運営推進会議でも検討し、災害時には避難拠点となるよう依頼されている。	

自己 第三	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	
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(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	人生の先輩として尊敬し、言葉や対応に注意を払っている	職員は入居者を年長者として敬い、対応はさりげなく、プライバシーを損ねない。言葉がけに注意を払い、気になればその場で注意し合う。職員同士で対応に気を配っている。	
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	複数の提案を行い、選択できるよう声かけを行っている		
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し、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	一人ひとり希望に沿って支援している		
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	月に1度、理容師の訪問日を設けている 希望があれば、かかりつけの理容・美容院へも行けるよう努めている		
40	(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	準備・片付け時には声掛けし手伝ってもらっている	献立はクリニックで立てている。食材カット・盛り付け・配膳・下膳・洗い物など、できる事を一緒に行っている。毎月各1回、食事会・おやつ作りの機会があり、メニューを考え、食材を買ってきて、巻きずしやおはぎ作りなどを楽しんでいる。	
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	定時に水分補給を実施。希望者には夜間居室に配茶をおこなっている。状態に合わせ、食事形態を変えている。		
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、口腔ケアを実施		

自己	第三	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	(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	トイレにトイレを示す貼紙をしている 排泄チェック表作成し個人に合った時間帯誘導・使用物品も変更している	排泄をチェックしてそれぞれのパターンを把握し、タイミングを見計らった、トイレ誘導をしている。	
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	下剤の投与・調整、水分量の確保、運動などに取り組んでいる		
45	(21)	○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	個々に応じた、介助・助言・誘導に努めている 曜日も固定せず、状態に合わせ随時変更可能にしている 他施設の特浴も借りることあり	週3回の入浴を基本としているが、希望があれば対応する。午後の入浴で、夜間入浴(19～20時)も支援している。ゆっくり入ってもらえるよう配慮し、入浴時の会話を職員共に楽しんでいる。	
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	各自、個室となっているのでプライベートを守りつつ自由に過ごしてもらっている 和室で休まれる人もいる		
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	投薬についての説明書を個々にファイリングし確認できるようにしている 服薬間違いが無いように注意している		
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	家事への参加(食事作り・片付け、洗濯物など) 余暇への参加(散歩・ゲーム・習字・脳トレ)		
49	(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	団体ではあるが、花見・月見・外食・敬老会などでかけている 理髪店・本屋・スーパーなど希望により外出している	田畑が広がる近隣への散歩や買い物など、日常的に外出している。毎月、花見やコスモス畑へドライブに行く。その際は家族も誘い、一緒に楽しんでもらっている。喫茶店に行ったり、回転ずしに行くなど外食の機会も設けている。	

自己 者	第三	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	トラブルにならない様に注意し家人に了解を得たうえで所持 外出時の買い物、家人への電話時などに使用		
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	電話など希望により、本人ととり繋ぐこともある		
52	(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	季節に合わせた装飾を心掛けている 消臭剤や空気清浄機を使用している	広いリビングは本棚で間仕切りし、少し離れて落ち着けるスペースとなっている。畳やイベント時にステージとなるスペースは、ごろ寝をしたり、洗濯物を畳む作業時に活用している。2階は天窓でさらに明るく、デッキチェアが置かれたテラスで外気に触れることもできる。	
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	玄関にベンチを設置したり、談話コーナーをリビングに設けたりして居場所の工夫を行っている		
54	(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	居室の家具などは馴染みの物を持ってきてもらっている。居室に、家族の写真や装飾品などを飾ったりしている	ベッド・サイドテーブル・照明・カーテン・洗面台・エアコンは備え付けで、造り付けの収納スペースが広い。それぞれタンスの持ち込みや壁の飾り物などで個性を出している。テレビは持ち込めるが、レンタルも可。スプリンクラー設置済み。	
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	手すりの設置など、全館バリアフリーになっている		