

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	0171200116		
法人名	有限会社 ケアソリューション		
事業所名	グループホーム すずらの家		
所在地	恵庭市黄金北3丁目1番6号		
自己評価作成日	平成23年3月9日	評価結果市町村受理日	平成23年6月9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)】

すずらの家では、利用者・職員共に毎日安心して役割のある生活を送れるよう支援しています。利用者支援では、何でもやってみる・ではなく、生活を送る中で何かできる事、興味のある事を引き出し、毎日の仕事として気軽に取り組めるようお手伝いしています。自分の仕事がある、活動的なホームです。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171200116&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西5丁目3番地北1条ビル3階
訪問調査日	平成23年3月24日

【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)】

作業の大小はありますが、利用者が、出来る範囲の家事に積極的に従事する様子は特筆されます。職員も普段の家庭での暮らしにある日常の仕事を極く自然のままに利用者に求めて、支援している様子が視えます。運営者は職員のスキルアップに意を注ぎ、外部で行われる研修会などへ積極的な参加を講じており、職員もしっかりとしたポリシーと、それに向かう弛まない努力を垣間見ることが出来ます。

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. ほぼ全ての利用者の 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)
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)
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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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)
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
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
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、安心して暮らしている (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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所内の目の届くところに掲示し、理念の共有を行っている。	地域の一員としてのホームのあり方を示す理念は、職員が平素、目にする場所に掲示され、毎月開催の全体会議の中で確認するなど、共有を図っています。		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、盆踊りやお祭りの参加。回覧板や畑作りを通し、日常的に挨拶やお話ができるよう努めている。	従来からの大学との交流は継続されていますが、近隣住民の方々との付き合いは町内会などを通じた交流の域を出ず、ホームからの働きかけが少ないものと思慮します。	利用者が地域の一員としての暮らしを継続するため、ホームとして積極的な基盤作りが求められます。地域の清掃・リサイクル活動など、住民の方々と触れ合う幅を広げる取り組みを期待します。	
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	運営推進会議や地元の学生、ヘルパー研修の受け入れ。ボランティアの受け入れを積極的に行っている。	/		
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	二ヶ月に一回、サービス内容やホームの状況を報告し、意見や要望を受け検討している。	2ヵ月毎に定期開催されていますが、家族及び地域の住民の方々の参加が少なく、会議の意義が十分に発揮されていません。	地域の婦人層や福祉委員など、地域の幅広い方々の参加による取り組みが望まれます。また、より多くの家族の出席を要請する取り組み、会議の内容を毎回家族に周知するなど、運営推進会議を通じた絆を深める取り組みを期待します。	
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	市の担当者や包括支援センターと連絡をとり、入居状況やサービス内容での課題と思われることへの相談・検討の協力を得ている。	市の窓口とは、介護保険やサービスのあり方など連携していますが、今後は評価で得られた改善事項の取り組みを伝えながら、更に連携を深める予定です。		
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	職員全員が拘束をしない介護を理解できており、日ごろのケアの中で話し合い工夫を行っている。	2階と3階を結ぶ階段は昇降機が設置されており、夜間のみ取り外しの出来る遮蔽板が施されています。これらは転落事故への対応のため家族の了解を得ています。職員は身体拘束のないケアについて配慮しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	日々のケアの中より、本人の意思を尊重したケアへつなぐことができるよう努めている。情報の共有を蜜にし、申し送りや記録内容に重点を置いている。	/		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	行政・地域包括支援センターと協力し対応方法について検討した。		
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	家族・利用者と今までの生活の継続を中心とした情報収集を行っている。希望や疑問に対し、対応策の提案や話し合いのもと説明を行っている。		
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並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	面会時などに家族へ近況説明を行う。又会話の内容などから不満を感じていたり、困っていることなどはないか家族を通し、聞き取りや不満を伝える関係作りにも努めている。意見箱の設置。	家族の訪問時に意見や要望を聞きながら、運営に反映するよう努めています。「連絡ノート」には家族からの情報が記載され、職員間の共有が図られています。	
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	全体会議やカンファレンス、日ごろの会話の中より意見や提案を聞き運営に反映させている。	毎月開催される全体会議、また2ヵ月毎のカンファレンスで、意見交換が行われています。昨年から取り入れたキャリアパスによる職場の環境改善にも努めています。	
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	勤務状況の把握、職場環境の整備、交付金や諸手当として反映している。		
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	事業所外で開催される研修への積極的な参加と発表、日々の介護を通し認知症の理解や対応方法の検討を行っている。		
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	恵庭市のグループホームネットワークでの活動を通し、情報交換や研修会など同業者との交流を図っている。また全国グループホーム協会・北海道支部への加入。研修会の参加をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	家族と本人、一緒にホーム見学や日帰り入所のようなサービスを行っており、生活の変化や不安に対応できるような情報収集や話し合いから関係づくりを行っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前後でケアマネや家族へ、直接面談や電話でお話をさせていただく。対応策の検討や提案から関係づくりに発展している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前のケアマネ、家族、本人の要望などを個別に聞き、適切なサービス内容を検討、お話している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者個々の「できる力」「わかる力」を重視し、暮らしの中の活動を常に一緒にできるよう工夫している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	日々の生活の様子や変化などの把握に努め、家族の面会時には状況の報告や理解、利用者本人の思いと一緒に考えてい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	入所前後より地域での生活、関係を大切にしている。病院・美容院・自宅・家族のお見舞いなどなじみの場所や人に会えるよう、個別対応で支援している。	利用者は市内及び近隣の居住者が多く、かかりつけ医の通院の際には、利用者の自宅近辺に立ち寄るなど、馴染みの場への関係継続を支援しています。	
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	日々の暮らしでは、2～3人での少グループでのお手伝いや活動をしている。調理や掃除などの活動によって、利用者同士が支えあい、協力しあえる環境づくりを心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	契約終了後もボランティアで来ていただいたり、継続できている。		
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	日々のケアの中から、利用者の思いや意向をくみ取るよう傾聴を重視。言動や行動を観察。変化を「気づき」として情報交換、検討している。	職員は、利用者との関係を「傾聴」を中心に、思いや意向の把握に努め、得られた情報は全職員で共有を図る努力がされています。	
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	入所前に本人、家族より話しを聞き入所後も関係作りを継続できるよう情報収集に努めている。		
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	生活の関わりの中で、「気づき」について職員間で情報交換し、自由な生活を基本とした状態にあわせたケアに努めている。		
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	月に2回のケア会議を実施し、本人のケアの方向性や課題を具体化させ、ケアプランを作成している。家族への相談や報告も行っている。	ケア会議などで得られた情報をもとに、介護計画が作られ家族にも提示されています。従来の日々の記録が、計画に連動する記載方法が現在検討されています。	
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	ケアプランの実践内容や、細かい「気づき」や関わり、対応方法を記録し共有できるようにしている。		
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	入所前からのかかりつけ医への受診、美容院、お見舞い、買い物など個々の要望に応じ自主的に送迎や付き添いを行っている。		
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	個別で町内会の行事に参加したり、ボランティアの受け入れ、外出などにより楽しめるよう支援している。		
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、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	入所前からのかかりつけ医への受診の継続、症状に応じて専門医への受診も行っている。受診には職員が同行し、状態報告や相談ができている。	かかりつけ医への受診は、ホームが主体となって適切な医療支援として行われています。家族へは、受診結果などが報告されています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	24時間対応の訪問看護を受けている。毎週1回の訪問時や電話で健康管理、急変時の対応の相談、アドバイスを受けることができる。		
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、また、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。又は、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。	入院後より状態把握に努めている。医療機関との情報交換をもとに家族への相談を行っている。		
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	重度化した場合について、入所時に指針の同意を頂いている。重度化の状態では経過を見て、医療連携を行いながら支援している。	重度化へ移行した際の指針は、入居時に文書で説明されています。連携の医師や看護師、また家族との話し合いが持たれ、指針への共有化が図られています。	
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	救急マニュアルや救命講習に参加、会議で対応方法の確認を行っている。		
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	消防の立ち会いのもと避難訓練の実施や火災通報装置への登録にて、地域との協力体制を築いている。	昼夜想定2回の避難訓練及び緊急時の備蓄が実施されているなど、課題への取り組みにおいて、一定の成果が見られますが、地域住民の方々の協力体制は十分とはいえません。	ホームが2階・3階にあるなど緊急時には、地域住民の方々の協力と支援を欠かすことは出来ず、平素から交流を通じた理解と協力を要請することが大切であり、取り組みの強化と実現を期待します。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	利用者一人一人の性格や精神状態をよく把握し、その人にあった対応方法や適切な対応を検討している。	トイレのドア前にカーテンを設えるなど、トイレでの排泄の自立支援と共に、プライバシー確保が視えます。	
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	理解力や精神状態に配慮しながら、自己決定できるようアプローチしている。		
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	基本的に自由な生活を送れるよう、支援している。どうしても希望に添えない時は具体的な説明や、他方法の提案を行うように努めている。		
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	入所前よりなじみの美容室があれば継続して利用できるよう支援したり、お化粧品や身支度の支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日のメニューは利用者の嗜好を取り入れ作成。誕生日には本人の希望を聞き、赤飯等を提供。食事の準備も毎日、利用者と職員で行っている。	食事は運営者の工夫による献立で、彩り豊かな食事が提供されています。職員も一緒に食べながら、さりげない介助が見られます。	
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	食事量や水分量のチェックを行い、状態に応じて食事形態の工夫をしている。水分チェック表で把握をし、確保できるようにしている。		
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	毎食後、一人一人に応じた見守りや介助を行い、ケアをしている。状況変化の情報交換につとめケアの実践につなげている。		
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	個々の排泄についてチェック表を使い、パターンを把握している。状況に応じた介助方法を検討、パットやポータターの使用も考慮し、本人が安心して生活できるよう支援している。	ホームでは、可能な限りトイレでの自立排泄の支援をしています。夜間は状況により、パットの使用やポータターの使用による支援が行われています。	
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、機能低下予防として基本的に歩くよう支援している。また、自家製のヨーグルトを提供している		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日を決めず、その日の気分や体調、本人の希望にあわせ声かけを行っている。週2回の入浴ができるよう支援している。準備や着替え、入浴と一人の職員が個別対応している。	以前は日帰り入浴などが行われていましたが、介護度の高まりにより、現在は、ホームの入浴が主体となり、少なくとも週2回の入浴を勧められています。	
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	個々の生活のペースを大切に、日中の休息時間の声かけなどを行っている。夜間は湯たんぽの使用。活動と休息のバランスを大切にしている。		
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	個別に薬の説明書をファイルしており、いつでも確認できる。医師や薬剤師からの注意事項などは申し送りやノートへの記入でさらに確認している。		
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	生活歴や有する能力に応じて、買い物や食事の支度など生活を基本とした役割分担。音楽を流し、皆でゆったりと生活できるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。また、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	個別に病院受診や週3回の買い物への同行、他自宅を見に行くドライブなど希望に応じてできるだけ支援をしている。家族宅への外出もある。	冬季間の散歩は少ない状況ですが、ホーム内での運動に努めています。また、閉じこもりを防止するため、買い物やドライブを取り入れています。夏季には、公園や近くの会館などへも出かけます。	
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	その人の能力と家族の希望や了承のもと、お金を自己管理で所持、使用している。		
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	本人の希望に応じて対応している。携帯電話の使用も可能である。		
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	ガラス戸やレースカーテンを使用し、プライバシーへの配慮を行う。居間には植木を置く、利用者より頂いた人形や飾り物を置き、より家庭的な雰囲気でご過ごせるよう配慮している。	若干手狭な感じの居間ですが、家庭的な雰囲気が漂う、ゆったりした共有空間となっています。ガラス張りのテラスを通して差し込む陽光は優しく、また、夏季には植物、花などで賑わいます。	
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	様々な場所に椅子やテーブルを設置し好きな場所に座れるようにしている。		
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	入居の際などに家族、本人と一緒にお部屋作りをして頂いている。居心地の良い空間に配慮し、なじみの物を使用するよう心がけている。	改修型のホームのため、居室の広さも多種にわたりますが、収納庫により、広い感じの空間となっており、テレビや整理ダンスなどが並び、安心できる暮らしの場となっています。	
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」や「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	少人数での対応により個々の「わかる力」や関係性に注目。日々の対応を常に検討し安全な環境づくり、見守りのケアを行っている。		