

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	0491100160		
法人名	株式会社ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム岩沼		
所在地	宮城県岩沼市下野郷北谷地200		
自己評価作成日	令和 6 年 2 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)】

「断らない介護」を目指し、困難な方の問い合わせも誠意をもって対応し、穏やかな生活が送れるようになった。

※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.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和 6年 3月 1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)】

仙台空港の南方に続く平地の静かな住宅地の中にホームがあり、令和5年7月に開設した。法人のグループホームの取り組みを参考にし、地域の福祉施設と情報交換しながら、新しいホーム作りに努めている。運営推進会議のメンバーに他事業所職員を加え、地域とのつながりと介護施設との連携を深め、サービス向上に繋がるよう務めている。コロナ対策で面会は時間等一部制約があるが、職員は家族や入居者個々の要望に応えるよう支援しており、ドライブに出掛けたり家族との外出を支援している。ホームは入居者を最期まで支援する体制が出来ており、家族の安心に繋がっている。

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拡がりや深まりがあり、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身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (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 利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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、医療機関との連携や、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		

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **けあビジョンホーム岩沼**)「ユニット名 **1ユニット** 」

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	事業所独自の理念は作成していないが、会社の理念を共有し振り返り、実践に繋げている。	ホーム独自の理念を、職員の意見をまとめて作る場所である。今は、入居者個々の要望に応えるようにケアしており、帰宅願望のある入居者に自宅に同行したりする。ケアの振り返る時期を12月にする予定である。	
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	地域包括支援センター、地域の医療機関、地域の役員さんと事業所の取り組み状況の報告は行っているが、日常的には感染症の対応のため交流できていない。	地域の介護従事者の交流会に参加した。町内の夏祭りに参加予定していたが、ホームの諸事情で取りやめた。近所からナスやピーマン等野菜の差し入れがある。ボランティアの受け入れを予定している。	
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	感染症対応の為、現在の所実践できていない。		
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	運営推進会議を通して、地域包括支援センター、町内会役員の方に状況報告を行い、ご意見をいただいた際は運営に活かすようにしている。	メンバーは地域包括職員や岩沼市社協職員、民生委員、デイサービス職員等である。ホームの行事やヒヤリハット等を報告し、他施設と交流について話し合っている。ホーム案内の看板の意見があり、作成中である。	
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	市町村と連携している。	介護認定更新手続きで担当職員と相談し助言をもらっている。地域包括職員と入居希望情報を交換している。ケアマネ研修会や岩沼市の地域密着型サービス集団指導研修会、介護従事者の交流会などに参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	身体拘束委員会を設置し、2か月に一度の委員会を実施し、研修を行い職員に周知させている。	ベッドの4点柵やミトンの手袋着用等禁止事項を確認している。帰宅願望で荷物をまとめる人に、話題を変えて対応する。「ちょっと待って」は「～してから行きます」等、工夫している。ミーティングで事例を紹介し、皆で考え、振り返りを行っている。	
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	虐待防止の研修を行い、虐待の防止に努め、不適切なケアを行わないようにしている。	正しいケアを指導し、不適切なケアにならないように留意している。不適切なケアや言葉遣い等に気が付いた場合はその場で注意し、管理者が具体的に教えている。ミーティングで事例を検討し、注意喚起する。	

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	法令遵守委員会で研修を予定している。		
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	契約はご家族様と対面で行い、ご理解頂いている。		
10	(7)	○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	管理者が家族様のご意見を伺い職員皆で対応、改善行っている。	面会は予約制で、10分程度相談室で行っている。気分転換に車に乗ったままのドライブに出掛ける。家族と外出し外食を楽しむ。食べたい食事の要望を聞き、応えている。今後の医療や介護の意向を聞いている。	
11	(8)	○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	ホーム長が定期的に職員と面談を行い、要望・意見を聞き運営に反映させている。	小柄な人に合うように低いテーブルを用意した。ペーパータオルを居室に持ち帰る拘りのある方に、大量に据え置きしている。ホーム長が毎月個別面談し、管理者は「分からないことありますか」と声を掛けている。	
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	社員は目標管理シートにて四半期ごとの目標設定を行い、目標に向かって取り組み、評価に反映している。パートの勤務状況の把握をしっかり行い、無理なく就業できるよう調整行っている。		
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	ホーム長、管理者は毎月社内研修を受講し、職員に還元している。社員、パート職員も研修に参加し学習している。		
14	(9)	○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	訪問営業を積極的に行い、情報交換を行っている。法人内では、Gmailのメーリングリストで複数の事業所の取り組みを見て、知ることができるようになっている。	法人内事業所と情報交換し、市の介護従事者の交流会に参加している。調剤薬局から服薬について、歯科医から口腔ケアについてのアドバイスがある。福祉用具貸与業者からレンタルベッドの助言があった。	

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	本人様のお話をしっかり伺い、家族様にも生活歴等の情報をお聞きすることで、その方の不安や要望の背景を知るようにしている。		
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	ご家族の希望・要望を聞き、不安を払拭できるようなアドバイスができるようにしている。		
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	ADLや現在の心理的・精神的状況の見極めをしっかりと行い、その方に必要な支援を導き出し、様々なケースを考えての対応を考えている。		
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	1人ひとりの生活のペースを大切にし、どのように暮らしたいか、希望に沿って支援している。		
19		○本人と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	本人様のご様子を細目に報告し、家族様の意見を参考にしながら対応している。		
20	(10)	○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	お手紙や季節のご挨拶のハガキのやり取りをしている。	家族との面会が多い。自宅が心配で見に行ったりする。固定電話を持って来ている人がいる。ホームが開設して間もないので、町内の夏祭りやどんと祭に参加する等、地域との交流を通じて関係作りをしていく。	
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	レクリエーション活動や、お皿拭きのお手伝い等は、声掛けし皆で行っている。		

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
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	必要に応じて対応させていただいている。		
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	(11)	○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	本人の意向を確認しながら、個別レク、家事等の役割を持って頂くようにしている。	食べている様子から、ラーメンやカレーライス好きな人が多い。自宅へ行ってみたい思いに応じている。歌うのが好きな人に合わせて皆で「美空ひばりの歌」等を歌う。「自分で出来る」と言う人の思いを尊重している。	
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	ご本人様・家族様・これまでの利用サービス事業所からの聞き取りを行っている。		
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	必要時アセスメントを実施し、その他日常の変化に注意し把握できるよう努めている。		
26	(12)	○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	毎月のユニット会議で検討し、ケアプランの作成に反映している。	モニタリングは、ケアマネが行い皆で意見を出し合い、ケアマネが計画書をまとめる。歌の好きな人が歌を楽しむよう計画し、車イスからシルバーカーにしたい人に、訪問リハビリを盛り込み支援している。	
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	個別記録を毎日作成し、共有に努めている。		
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	必要な支援ができるように、外部事業者とも連携している。		

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	地域との交流は少ないが、ケアマネが更新研修で地域資源について学び報告してくれている。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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	訪問診療にて、体調の安定を確保し安心して生活している。	全員が訪問診療を月2回受診している。精神科等専門医受診の場合は、家族が付き添い、バイタル表や生活状況を家族が持参し医師に提供する。歯科医は必要がある時に来訪する。	
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	健康状態の把握に努め、特変時、異常時には報告・連絡・相談を行っている。		
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、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。	訪問診療医師を通して、情報交換している。		
33	(14)	○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	契約の際にご家族様に対面で重度化や終末期に向けた方針の説明を行い、アンケートと同意書を頂いている。	「重度化した場合の対応にかかる指針」「看取り介護にかかる指針」により、家族に説明している。1月に1名看取った。最期は穏やかに看送りが出来、家族から「皆さんから声を掛けてもらってよかった」と感謝された。職員教育はホーム長と管理者が行っている。	
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	急変時の対応マニュアルの作成をし、研修をおこなっているが、定期的な訓練は行っていない。		
35	(15)	○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	避難訓練を行なったが、実践スキルは身につけていない。	夜間想定地震避難訓練で、避難所に車で移動する体験をした。「歩いて避難の訓練も必要でないか」「ホームの垂直避難ではどうか」等の意見があった。住民参加の体制について運営推進会議に働き掛けていく。	

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	(16)	○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	スピーチロックに関する研修を定期的に行って発信している。	苗字や名前に「さん」付けて呼んでいる。居室に入る時は挨拶して入る。不在時は「シーツ交換しますので居室に入ります」と断わって入る。排泄の失敗時は周囲に気付かれないように「汚れたので交換しましょう」と誘う。	
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	本人様の希望を会話の中から見つけ出すようにしている。		
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	家事等をともに行き、役割を持っていただき生活していただいている。		
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	その日に着たい洋服をタンスからえらんでもらったり、整髪、髭剃りの声掛け介助している。		
40	(17)	○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	1人ひとりの好きな物を日替わりで取り入れたりしている。片付けの手伝いもしていただいている。	献立を職員が作り調理する。食材は配達してもらったり、入居者と買いに行く。誕生日には手作りのケーキを添えて祝う。職員は弁当持参で、食事介助に専念する。法人の管理栄養士から栄養バランスの助言をもらう。	
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	食事摂取量や水分量の把握を行い支援している。		
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	毎食後の口腔ケアの声掛け、介助を行っている。		

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	(18)	○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	オムツ対応だった方もトイレでの排泄ができるようになった。排泄の自立に向けた支援をおこなっている。	声掛け誘導でトイレで排泄している。ポータブルトイレを日中も夜間も使用する人がいる。適切な排泄支援により、オムツからリハパンになった人が2人いる。夜だけオムツで安眠重視の人が1人いる。	
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	排便のチェック表を活用し経過の確認、朝食に乳製品の提供や体操などで予防できるように対応している。		
45	(19)	○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、個々に応じた支援をしている	基本的な予定表は作成し入浴支援しているが、その時のご本人様のお気持ちを考慮して変更する等臨機応変に対応している。	週2回入る。熱い風呂やぬるい風呂の要望に応じている。入浴を拒否する人には時間を置いて声を掛けてみる。2人介助が1人、機械浴利用が3人いる。脱衣所はエアコンで温度調節している。	
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	一日のリズムが定着し、夜間は安眠、日中も午睡できるよう支援している。1人ひとりに合わせた支援をしている。		
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	服薬内容の把握はできていないが、服薬の変更や経過は記録に残し確認に努めている。		
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	生活の中で、家事等の役割を持っていただき、自然な形で喜びややりがいを感じられるようにつとめている。		
49	(20)	○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	気分転換ができるように、散歩程度の外出支援を行っている。	天気のいい日は近所を散歩する。気が向いた時にドライブに出掛けたり、食材を買いに出掛ける。家族と外出し外食を楽しんだり、気になる自宅を見に行っている。年間の外出計画を作成中である。花壇があるので、花やナス、キュウリ等野菜作りも計画している。	

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	基本的に金銭は金庫での保管としている。		
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	ご家族様と電話で話せるように支援している。		
52	(21)	○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	季節感を出せるように掲示物に四季感を入れ、行事ごとにかえている。	リビングに、正月や節分等季節の行事に合わせ飾りつけを楽しみ、雛飾りの用意をしている。見やすいところにカレンダーや時計がある。エアコンと加湿器で適温・適湿に保たれている。浴室には機械浴があり重度の人の支援も可能である。	
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	テーブルの配置、席に気をつけている。		
54	(22)	○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	ご本人の希望される家具の持ち込みをしていただいている。	エアコンやベッド、タンスが備え付けである。家族の写真や家族からの手紙等を飾っている。テレビや収納タンス、ソファを持って来ている。固定電話を取り付けている人がいる。掃除は職員が行なっている。	
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」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	危険な物は置かないようにし、通路を確保し安全な移動ができるようにしている。		