

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	1790100513		
法人名	社会福祉法人愛里巣福祉会		
事業所名	高齢者グループホーム愛蓮		
所在地	石川県金沢市平和町3丁目14番8号		
自己評価作成日	令和7年1月15日	評価結果市町村受理日	令和7年3月7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.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエイ研究所		
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号		
訪問調査日	令和7年1月30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)】

アリス学園グループの中の認知症グループホームで介護福祉士養成校からの実習生や留学生、障がい者、認定こども園の園児、放課後児童クラブの小学生たちと交流を図っている。特に障がい者や留学生も仕事として活躍する場所でもあり、共生する場所として一緒に過ごしている。ご利用者は支援されるばかりでなく、何か手助けができるかもしれないという人生の先輩である高齢者も活躍する環境をつくっている。介護職員はご利用者の幸せについて考え、やりがいや生きがいにつなげる支援を心掛けている。また、施設近隣は商店街があり、地域に貢献できるように定期的に商店街を利用したり、貢献のため神社の清掃を行い、地域との関係を築いている。

【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)】

法人基本理念のもと職員で話し合い立案したホーム独自の行動指針を掲げている。行動指針はホーム名(AIREN)にちなだ言葉(A:active「明るく元気な活動」/I:idea「職員の意見・提案」/R:relax place「安らぎの空間作り」/E:everyday「一日一日を大切に、毎日を楽しむ」/N:natural「利用者のありのままの個性を活かす」)に表し、職員は明るく笑顔が絶えない雰囲気作りを意識し、利用者の主体性を大切にしたい支援に取り組んでいる。地域とは日頃の散歩・買い物時の挨拶や花・野菜・果物のおすそ分け、町会行事・商店街祭りへの参加、町内回覧板・ポスティングでのホーム行事の案内等、地域に根差して交流している。市・地域包括とは認知症カフェの共同開催を企画する等の協力・連携体制を構築している。同法人では専門学校・保育園・隣接の障害者グループホームを運営しており、学校・保育園行事への招待やホーム行事での交流、学生ボランティアの受け入れ等で相互交流している。また近隣の高校生のふれあい体験(課外授業)や高校生インターンシップも受け入れている。ホーム提携医・歯科医・眼科医の往診や訪問看護による医療支援体制(受診送迎サービス含む)を整備し24時間の相談・連携体制を構築しており、利用者・家族の安心に繋がっている。ホームとして利用者にとって居心地よく安らげる空間作りに取り組んでおり、共用空間・居室・庭園・ウッドデッキ・ホーム菜園等のハード面も充実させている。人材育成の面から職員の主体性を重視しており、職員の提案・アイデア(外国人職員の企画・提案もあり)を活かした支援に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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	
60	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	67	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
61	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:18,42)	○	1. 毎日ある	68	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	1. ほぼ全ての利用者が	69	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
63	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:40,41)	○	1. ほぼ全ての利用者が	70	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
64	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:53)	○	1. ほぼ全ての利用者が	71	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
65	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	72	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
66	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 自己	外部 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
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	法人理念の下、「愛蓮5つの想い」を行動指針として掲げている。入社時に説明したり、毎日の申し送りや支援方法の検討の中で、職員会議で話し合い、行動指針に沿ったものか振り返りができるよう周知している。ご利用者の生活が豊かになるよう、話し合って考え方を共有できるよう努めている。	法人基本理念のもと職員が話し合い立案したホーム独自の行動指針「愛蓮の5つの想い」を掲げ玄関に掲示している。法人理念と行動指針は入社時に詳しく説明し、毎日の朝礼・申し送り時での唱和(利用者も一緒に唱和)やミーティング・会議にて振り返ることで理念・行動指針に立ち振り返り職員に周知している。振り返りでは日々の支援が理念・行動指針に沿ったものになっているか、利用者が安穩に生活できているか、良い点・悪い点を検討して実践に取り組んでいる。外国人職員は先輩職員(外国同士は母国語で伝えてもらっている)の姿勢を見て理念への理解が進んでいる。	
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	町会に入会し、行事(神社祭礼、地域の納涼祭等)に利用者と参加している。運営推進会議でも町会の方に参加を依頼し、行事の案内やご意見をもらっている。地域貢献の目的で月1回神社の清掃活動、年1回商店街の歩道清掃の案内があり、利用者も一緒に参加ができた。日常的な買い物で商店街のスーパー、クリーニング、和菓子屋、外食に利用したり、喫茶店に行く。地域のカフェや愛蓮でも認知症カフェの「愛蓮カフェ」を今年度より再開し、町会や商店街に案内している。	町会行事(総会、清掃奉仕作業、防災訓練、納涼会等)に利用者と一緒に参加している。町内回覧板やポスティングにてホーム行事(毎月の愛蓮カフェ等)を案内し地域住民の参加を募っている。同法人が運営する学校・保育園とは行事への招待参加や、ホーム行事での交流、学生ボランティアの受け入れ等、相互交流している。また近隣の高校生のふれあい体験やインターンシップを受け入れている。地域住民とは商店街祭りへの参加や、日常的な商店街利用(喫茶店、和菓子・花の買い物)、散歩時の挨拶、花・果物等のおすそ分け、相談員の毎月の来訪があり、ホームから情報発信することで地域住民との交流機会の増加に取り組んでいる。	
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	運営推進会議での事業報告、地域包括支援センターからの依頼でオレンジカフェの相談員に協力し、利用者と一緒に参加者との交流やグループホームについての紹介などを行った。認知症カフェを愛蓮でも行い、地域の方へ認知症に関する情報発信している。		
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	運営推進会議での活動や運営状況の報告を写真等を活用して行っている。取り組み状況と結果を伝え、ご意見を反映させながらサービスにつなげるよう努めている。報告や意見交換を行い、助言や提案を活かすようにしている。外部評価受審後は結果報告をしている。	運営推進会議は町会長、振興組合役員、民生委員、介護相談員(地域住民)、家族、行政担当者等が参加し年6回開催している。会議ではホームの活動(写真等を活用)や近況を報告し、参加者やオブザーバー(近隣スーパースタッフ、市立病院職員、薬剤師、地域住民等)との質疑応答・意見交換を行っている。また地域行事の案内、ホームの地域交流室の活用(愛蓮カフェ開催等)、市との共同企画、防災勉強会等、各種情報提供・アドバイス・提案等を話し合う機会となっている。	

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	運営推進会議で入居待機状況や介護度などの事業報告、活動状況は写真も添えて伝わりやすいように工夫している。事故報告などは速やかに行い、対応などについても必要に応じて相談するようにしている。その他、運営上の疑問点などは連絡して協力体制を構築できるよう努めている。金沢市社会福祉協議会の方とも介護サービス相談員の方を通じて活動状況を見ていただく機会も持つことができる。	運営推進会議や市の研修会への参加を通じて、市・地域包括担当者との連携を構築している。また日頃より制度・運営上の疑問点がある際に相談し、機会あるごとにコミュニケーションを図っている。また認知症カフェの共同開催など市社協の視察（ホームの取り組み事例「防災頭巾作成」の紹介）や市・地域がホームに求める事項を検討して市・地域包括との協力体制構築に取り組んでいる。	
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	身体拘束廃止委員会を計画し、担当者を決めて3か月ごとに研修を含めて実施している。担当者を中心に身体拘束の有無について状況を確認し、不適切ケアが身体拘束、虐待につながるなどの認識でそれを防ぐために接遇やスピーチロックについて研修を実施した。外出したい気持ちが強い方、帰宅したい方についてもその気持ちを当然のことと受け止め、付き添いや見守りにて外出できる支援を考えている。万一のためにご家族にもご理解いただいた上で商店街にも見かけた際に連絡がいただけるよう写真や特徴を共有している。	3か月毎の身体的拘束廃止検討委員会の中で、職員が主体となって身体拘束に関するホーム内研修(e-ラーニング含む)を実施している。研修実施後は理解度チェック実施(職員アンケート)して職員の意識調査や、外部研修への参加、ミーティング等での具体的事例についての話し合い、ホームと職員との認識のズレを修正して身体拘束しない支援(スピーチロック等含む)を周知している。日常やカンファレンスでも職員間で気づいた事を注意し合い、職員本人の気づきを振り返り、良い事・ダメな事を明確にしている。利用者が外出したい時は、付き添いや見守り対応しており、利用者の安全にも配慮している。	ホームとしてのNG行動・ワードを明確に示すなど職員向けにわかりやすい取り組みにも期待する。
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	高齢者虐待防止委員会を開催し、虐待に有無の確認と研修を行っている。身体拘束と関連して虐待につながると考え、意識化を図っている。研修でもスピーチロックや不適切ケアについて振り返りをして		
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	成年後見制度を利用しているご利用者があり、面談の立会いもしている。権利擁護については、日々の関わりや職員研修で意識付けと理解を深める努力をしている。職員からもご高齢になっているご家族の場合、活用についての意見が出るようになった。		
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	ご利用者やご家族等には、入居前にできるだけ施設の見学をして頂いた上で疑問、質問に応じている。契約に関しては十分な説明を行い疑問があったら丁寧に対応している。法改定に伴う各種の手続きについては口頭及び書面にて説明し、同意を頂いている。入居後も家族来訪時に利用者の変化について必要時説明している。		
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	運営推進委員会はご家族に出席依頼し、意見を聴取している。介護サービス相談員の受入れも毎月実施。意見や要望を確認し改善に努めている。またご家族も可能な場合は同席していただいている。家族へ写真入りで毎月、様子がわかるお便りを作成して送付を継続している。今年度もアンケートを実施し、分析して改善策を公表予定。	担当職員が中心となり家族との会話や苦情受付を大切にして信頼関係を構築し、家族が意見や要望を言いやすい関係作りに取り組んでいる。面会・電話時に家族が意見・要望を言いやすいように、メールやSNSでのこまめな近況伝達、担当者が作成した個別便り(一緒に過ごしている中での様子や写真等)を毎月家族に送付している。毎月介護相談員の来訪があり利用者との雑談を通じて第三者の目線で利用者の意見・要望等を取りまとめてホームに提案がある。利用者・家族アンケートを実施して分析結果・改善策をフィードバックしている。	

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	職員会議や日々の申し送り、気づいた時点で職員の意見を聞いて取り入れている。職員会議の議題は輪番制で介護職員が決めている。「お試しも介護のうち」として、介護職員はご利用者の代弁者である自覚を持ってアイデアを出しやすい雰囲気を作っている。年2回、個人面談を行い、職員の話を聞き、目標設定を行っている。	日頃より職員の意見や提案(外国人職員含む)を積極的に反映させたケアに取り組んでいる。活動・行事企画や業務改善提案等を話し合う毎月のユニット会議・リーダー会議において、人材育成の面(成功体験を増やす)からも職員主体で意見交換・合意形成しており、管理者はサポート役として必要に応じてアドバイスしている。目標管理を兼ねた個人面談を年2回実施しており、職員個々の生活環境の変化や悩み、望む働き方等を聞ける機会となっている。	
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	管理者は法人と連携し、職員個々やチーム全体への指導や意見を求める機会を設け、意欲向上に繋げている。勤務希望や公休、休憩時間は取得している。各自が向上心をもって働けるように、働きやすい職場づくりを目指して取り組んでいる。		
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	規定研修以外にも、外部での参加を奨励している。アリス学園と連携し、介護技術の視聴研修を行うことで振り返り、研鑽している。また新人職員を育成するマニュアルを作成し、バックアップする環境を整えている。		
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	社会福祉協議会が運営するケアカフェの案内を掲示して周知したり、グループホーム部会に入会し、意見交換や気づきを共有し、質の向上に努めている。		
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	特に入居時や入退院時など環境の変化によってご利用者の不安、心配は当然のことと考えている。声掛けや気配りを行い、信頼関係を築けるように努めている。職員各々が関わっている際に感じた事、思いを共有しながら、個人記録等を通じて、ご利用者の思いを捉えて安心できる支援に努めている。		
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	家族の思いをお聞きし、職員との信頼関係を築くよう努めている。ご利用者とともにご家族の要望もケアプランに反映し支援に努めている。ご家族の思いを知り対応に活かすように努めている。		
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	サービス提供については、ご本人とご家族の要望も取り入れ、できる限りの支援に繋げるよう務めている。日々の暮らしは、必要に応じて家族と話し合い、状況に合わせた対応を心がけている。記録や職員の情報等からご利用者の状態を共有するよう努め、その時々で優先順位やご本人の思いを汲み取り対応に努めている。		
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	ご利用者個人の能力や意欲、健康状態に応じて、無理強いせず言葉掛けをしながら家事や行事参加や介護予防等の活動を行っている。共同スペースの掃除や食器の片付け、洗濯物たたみ、食事作り、伝統食を教えてもらいながら年間行事で作り方を教わったりと共に行い楽しみながら関係を築いてい		

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	ご利用者が幸せに感じてもらえるよう、応援してくだ さるご家族にはこまめに連絡を取るようになっている。 事務連絡だけでなく、面会や行事に 参加していただきやすい雰囲気や関係づくりに努め ている。ご本人の状況を都度報告し、ご家族のお気 持ちも確認しながら支援につなげている。		
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	ご利用者のなじみの関係や場所を知るよう努め、職 員と情報共有するためアセスメントシートに記入して いる。ご家族などの面会や外出などは積極的に依 頼し、繋がりを大切に考えている。その他携帯電話 の持ち込み、年賀状や暑中見舞いを書いて送って いる。地域への外出も積極的に行い、地域の一員 として近隣がなじみの場所になるよう外出支援をし ている。	利用者・家族との日常会話の中から馴染みの人・場所の 把握に取り組んでいる。得られた情報はアセスメントシ ートに集約して職員間で共有している。家族・親族・友人との ホームでの面会やリモート面会、電話、年賀状・暑中見舞 い等の送付支援等、馴染みの人間関係が途切れないよう 支援している。家族との繋がりにについても写真送付(メ ール)・携帯電話の活用や外出・自宅外泊等により関係が希 薄にならないように配慮している。新旧の馴染みの場所 (自宅、地域の商店・飲食店、墓参、美容室、クリーニング 屋等)にも家族・職員の協力を得ながら送迎・外出支援して 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	ご利用者の持つ適応する力を信じ、相性や得意な ことに着目して時に職員が仲介しながら他者と関わ りが持てるよう努めている。家事作業などを一緒に 行うことでご利用者同士が仲間意識を持ち、協働し 合えるよう支援している。また、介護予防の視点を持 ち、活動や社会参加をし、楽しむ時間を作っている。 職員はできるだけ、ご利用者の近くに居て声を かけてもらいたいようにならなければならない		
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	退居となった場合は、必要に応じて電話で対応して いる。亡くなられた場合は、管理者、職員が代表で 葬儀に参列したりSNSで連絡をすることもある。今 後は恒例になっている年間行事へのお誘いを行 い、施設に足を運びやすい雰囲気などをつくってい きたい		
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	生活歴を確認、介護職員は担当制にし、担当者中 心に向き合えるよう、個々の関わりを大切にしてい る。日常の会話からのご本人からの食べたい、見た い、行きたい、会いたい、したいこと等希望をお聞き したら記録と申し送りし共有し叶えることができるよ うに努めている。遠慮されたり、具体的に伝えてくだ さることも少ない方もいるので、状況からご本人の 対場で考えるようにしたり、介護サービス相談員と の面談の結果も参考に検討している。	担当職員が中心となり日常会話や1:1の場面(居室、外 出、入浴介助時等)とタイミング(楽しそうな時、悩んでい そうな時等)を重視して利用者が発した言葉(～したい、生活 歴等)を記録して、職員間で情報共有し利用者個々の思 い・意向又はその変化を検討している。遠慮がちな性格や 表現が困難な利用者については、利用者の立場に立つて 物事を検討し、職員からの声かけや働きかけた時の表情・ 仕草等からその「思い、希望」を推察し検討している。業務 の工夫・チームケアにより、利用者の横に職員が座って できるだけ長い時間を一緒にゆっくり過ごせるようホーム全体 で取り組んでいる。	担当制をとっているため、特に担当職員は担 当している利用者のニーズ、希望等を把握する ために積極的な関わりをされることを期待する。
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	ご利用者の生活歴や大切にしてきたことを生活環 境に取り入れられるようにご家族にも協力いただい ている。ご家族からの情報はとても重要であると思 えている。		

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	ご利用者の状況は、介護記録に詳細に記録するよう努め、特に把握すべき職員で情報を共有している。ご利用者が安心してできるように体調やその日にあった出来事も共有し、生活に影響を与えることもあるため、経過を確認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	担当する職員中心にご利用者のしたいことや望む暮らし等を確認して介護計画を作成している。家族等には面会時や電話で意見や要望を聞いている。随時、介護計画の見直しを行う際は家族等からの情報や職員の意見を取り入れてみたり、気づきを大事にするようにしている。	担当職員が中心となって「本人のしたい事(愛犬に会いたい等)」「出来る事(家事)」「楽しい生活」「日々の健康管理」の視点を重視した介護計画を立案している。家族の意見・意向も確認し、カンファレンスにて課題・問題点・意見をとりまとめ、利用者本位の具体的なサービス内容・支援者を設定して介護計画を作成している。担当職員が日常生活の中から利用者への理解を深め、介護計画の実施状況モニタリングして、3ヶ月毎または随時に介護計画を見直している。	
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	ケアでの気づきや利用者の声をそのまま記録に残し、職員間で共有している。実践している中で記録や情報から新たな変化に気付いたときは見直しを行っている。		
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	法人グループ内で学生のボランティアを募集し、外出支援を行っている。またご利用者毎に介護職員は担当制とし、ご利用者のニーズを汲み取るように努めている。		
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	地域に出かけることや商店街を利用することを継続している。オレンジカフェや介護予防教室に参加することもある。民生委員、町会の方、商店街の方など運営推進会議への出席依頼やご意見をいただくようにしている。		
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	入居時には受診や訪問診療等ご本人やご家族の希望に応じて継続できるように支援している。受診は、基本的には家族が付き添う事となっているが、緊急やむを得ない、ご家族対応が困難な場合はその時の状況や変化に応じて、付き添いを職員が対応している。重度化対応指針を策定し、24時間体制での訪問看護との連携や協力医療機関とも24時間体制で健康管理を行う。協力医療機関では送迎込みで整形外科、脳外科等の診察も可能になった。歯科検診を年1回しており、ご本人ご家族に確認しながら同様に対応している。通院や入院時には、日々の状況を書面にて情報提供している。	利用者・家族の希望に応じてかかりつけ医への継続外来受診またはホーム提携医による月2回の訪問診療を選択できる医療支援体制となっている。また週2回の訪問看護の健康管理体制や歯科医・眼科医の訪問診療手配が整備されており、ホーム提携医・訪問看護による24時間の医療相談・連携体制を構築している。専門医への受診は家族の付き添いや医療機関の送迎サービスの利用(整形外科、脳外科等)、必要に応じての支援(ホーム提携医を介しての情報交換、文書による情報提供、職員同行説明、送迎等)を行っている。希望者には年1回の歯科検診をしている。	
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	訪問診療や訪問看護の利用者については、日々の関わりの中で気が付いた事や、情報を一職員の主観での報告にならないよう留意し、訪問看護師に伝達、適切なケアを受けられるようにしている。		
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	利用者が入院した場合は、協力医療機関の医師及び看護師又はソーシャルワーカー等と連携し、こまめに情報交換を行い、適切な医療を受け早期に退院できるように調整している。		

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	入居時及び状態の変化時、重度化した場合や終末期の対応について、説明している。看取りを行わない方針で入居申込時より説明している。入居後、状況の変化に応じて段階的に、主治医と入居継続できる基準を食事摂取量で表すようにし、ご利用者やご家族の希望を確認しながら今後の対応について意見を確認、また方針を共有できるよう努めている。	利用者・家族の希望に沿った重度化・終末期支援に対応することを基本方針としており、利用開始時に利用者・家族に十分に説明している。重度化・終末期支援への対応としてハード面（リフト浴の設置等）の準備やホーム提携医・訪問看護による医療連携体制を整備している。看取り支援は行わない方針であり、利用者の重度化の段階（入浴、自立歩行、食事量の変化座位の保持、経口摂取の可否等）に応じて家族との話し合いの場を設け、主治医の意見・家族の意向を確認のうえ、ホームとしての関わり方（継続介護支援、病院・特養・老健施設へのスムーズな移行等）を明確にして支援している。職員にもターミナルケア勉強会（死生観、メンタルケア等）や資料を用いた利用者の状態説明に取り組んでいる。	
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	入社時には必ず緊急対応について行動ができるように説明、OJTをしている。特に夜間体制は日中と異なるので、対応と連絡先などをフローチャートにして掲示している。また緊急時に主治医に連絡する際の観察内容を一覧にして確認できるようにしている。		
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	緊急時対応マニュアル、連絡網やLINEグループを作り、職員全員に周知し、緊急時に対応できるように見直しをしている。年間研修計画でも動画を用いた研修を実施している。主治医と管理者に、いつでも連絡がとれ指示や相談が出来る体制になっている。また、利用者の高齢化とともに嚥下能力が低下している方もおられ、グループ内の学園にて窒息・誤嚥時の対応の講義と実技の研修を計画、実施しスキルアップに努めている。	緊急時対応マニュアルと急変時症状別の応急処置方法を作成し各フロアに備え付けている。年間計画の中での勉強会（季節毎・事例毎の処置方法、連絡訓練、誤嚥窒息実技等）やQ&Aマニュアルやヒヤリハット事例を活用した対応訓練を実施し職員の基礎スキルアップを図っている。提携医・訪問看護との連携・相談により利用者の現状を把握しており、緊急時は相談・指示体制が整備されている。また行方不明発生時の対応については利用者情報書面を準備しており、発生時の体制を整備している。	
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	協力医療機関との24時間支援体制が確保されている。急な受診や往診の依頼にも、概ねスムーズに対応が出来る。必要時には、訪問診療・訪問看護体制がある。年1回歯科検診を実施し、必要に応じて治療や口腔ケア指導を受けている。法人内でも非常時の体制をつくっている。	ホーム提携医・訪問看護による24時間の医療支援体制が整備されている。必要に応じて歯科医（希望による年1回の歯科検診）・眼科医の訪問診療の協力体制や医療機関の送迎サービス（整形外科、脳外科等）も確保している。契約による介護老人福祉施設のバックアップ体制を確保しており、法人全体の支援体制も構築している。	
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	勤務体制は、各ユニット1名であるが、利用者が急変した場合等、夜勤者同士が協力し助け合っている。緊急時は主治医、管理者に連絡し指示を仰いだり、連絡網により近隣在住職員の応援体制を整え、必要時に救急要請等の対応が出来るようにマニュアルに示し連絡体制を確保している。	夜間は各ユニット1名（ホーム内合計2名）の勤務体制となっている。緊急時には同法人の隣接障害者グループホームの宿直者による応援体制を確保している。また緊急連絡網・グループLINEによる近隣在住の職員の応援体制（ホームから近い職員順の連絡網）とホーム提携医による支援体制（相談・指示・緊急往診）が整備されている。毎日の夜勤者への申し送り時に利用者のその日の様子・懸念事項・主治医や訪問看護の指導事項を伝達し夜勤中の緊急対応に備えている。	
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	火災訓練は消防職員の立ち合いによる通報、初期消火、避難誘導訓練の他に、地震などを想定して毎年シェイクアウトいかわにも参加している。非常時に必要なものを準備し、見直しを行っている。地域の避難場所や避難ルートの確認を行い、利用者の散歩時には歩いて行けるかを確認するようにしている。地域との協力体制は、まだまだ充分でないが近隣の方や地域の方々に根強く働きかけていきたい。	年2回避難訓練（昼夜間火災、地震火災発生想定、うち1回は消防立ち合い）を利用者も参加し実施している。訓練では避難場所・経路・利用者別の避難移動方法の確認、通報訓練、消火・煙体験を行っている。また毎月の自主訓練も行っている。地域の防災訓練（震災想定）に参加し地域の避難場所と避難ルートを確認しており、地域住民（町内の防災委員）との被災時の協力関係の構築を図っている。消防より予防対策の指導も受けている。	商店街（馴染みの喫茶店、お菓子屋等）との地域協力関係（屋外避難時の見守り等の役割分担）の構築への取り組みに期待する。

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	消防署への自動通報装置を設置し、消火器、スプリンクラー等の消防設備点検を年2回実施している。災害備蓄品として食料品や水を3日分、介護用品や薬剤情報、簡易トイレを置いているが、能登半島地震により、地震が身近にあることを実感した。定期的に話し合い、何が必要かを話し合っている。 防災対応マニュアルを整備し、BCP作成し、現場に即したものにしているか見直しを行っている。	建物は耐震構造となっており、防災設備(火災報知器、消火器、スプリンクラー等)が完備され業者による定期作動点検も実施されている。非常災害対応マニュアル・BCPを策定し緊急連絡先をとりまとめている。備蓄品として食料品・飲料水(1週間分)、利用者の介護用品、薬剤情報、簡易トイレ、災害用キットを準備している。利用者と一緒に防災頭巾を制作しリビング椅子の下に準備している。備蓄品は今後必要な物品を検討して充実を図っていく予定としている。	
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	ご利用者個人の性格や生活歴を把握し、尊厳、プライバシーも考慮しながら言葉掛けやさりげない対応を心掛けている。個々の行動を尊重し、言葉掛けが過度にならないように、ご利用者の言動や態度を否定はしないように心掛けている。職員研修でも接遇やプライバシー保護について学ぶ機会を持っている。同性介護や呼び方も希望に添えるようご家族にも了承を得ている。	年間計画の中で研修(e-ラーニング、出前講座含む)やユニット会議での話し合いを通じて、接遇や利用者の性格・生活歴等への理解と尊厳・プライバシー保護について学習している。利用者への言葉遣いや、トイレ誘導時の声かけ方法、入浴・更衣・排泄介助時の同性介助の希望の確認、希望する呼称(名字やニックネーム)の選定と家族への了承、申し送り時は他者に聞こえないように場所や声の大きさに配慮している。「利用者が嫌な思いをしないケア・対応」「選択肢をもってもらう」を基本として、気になる点は職員同士で注意し合い利用者の尊厳やプライバシーを損ねない対応に取り組んでいる。	
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	ご利用者の言動や表情などの変化を確認するように努め、自己決定することを大切にし関わりを持って支援している。ご利用者の意思が表出しやすいように個別に関わりを持ったり、場面を提供している。		
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	具体的にお聞きしないと答えにくい場合もあり、ご利用者がしたいことをお好きなことから選択できるようにお聞きしたり、したくないときは無理強いせずにご本人のペースに合わせて支援している。		
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	衣服等の選択もできる限り選択できるように声掛けや着替えの際は準備している。今年度の敬老会にご家族にも昔好きでよく着ていた服を準備いただいて記念写真を撮って飾っている。整髪も気にされない方もおいでるが、さりげなく整えると喜んでいただけるので、自尊心を傷つけない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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食のみ買い物は近隣のスーパーに行き、献立と一緒に考えている。食事準備から食事が楽しみなように一緒に調理を行い、食後は、ご利用者が食器洗いや食器拭き等の家事仕事を行う時間を作るようにしている。立ち仕事で困難な人は、座って出来る作業をお願いしている。畑で野菜を作り、収穫できる時期はそれを使ったり、毎年、押しずし、梅シロップ(毎年梅干を作るが今年は梅が少なくシロップのみ)、かぶらずし、味噌をつくってご利用者に教えてもらっている。鍋やホットプレートのご飯、おやつ作り、行事食を提供している。商店街のテイクアウト、外食を毎月行ったり、コーヒーを飲みに出掛けるなど楽しむようになるよう努めている。	朝食と夕食は管理栄養士の献立をもとに食材は隣接施設から提供されたものを調理して提供している。昼食は食事担当者が買い物してきた食材や家族・地域住民からのおすそ分け食材(野菜・フルーツ)・畑で採れた野菜を使って、好き嫌いを利用者と相談して献立を決めている。食事の準備や後片付けは利用者のやりたい事・得意な事を活かし主体的に職員と一緒にやっている。利用者の知恵や経験を活かした梅干し・梅シロップ・かぶら寿司・味噌作り、月1回のおやつ作り(白玉ぜんざい、桜もち等)やビュッフェスタイルでの選択食、近所の商店街のテイクアウト・出前での食事、毎月の外食、喫茶店でのコーヒープレイク、家族との外食は利用者にとって楽しみとなる機会作りに取り組んでいる。	

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	食事提供料は全員が同じ量ではなく、ご本人の食べられる量も意識して提供している。体重の増減や血液検査の結果も確認しながら食事摂取量が低下している方は嗜好品や補食、形態の見直しを行い、経口摂取が継続できるように働きかけている。		
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	起床後、就寝時、食後の口腔ケアを実践している。嫌がる利用者には無理強いせず、状況を見ながら適宜行っている。年に1回は歯科検診を実施し、口腔内の状態を確認、必要時に早めに治療を開始したり、口腔ケアについても指導を受けられるように協力歯科医と連携している		
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	基本はトイレで排泄できることを心掛け、利用者の排泄パターンをチェック表に記載して職員間で共有している。不快感を最小限にするために早めの声掛けなどを行っている。トイレの場所、トイレの使用方法がわからないご利用者にはその都度、対応と支援をしている。ご利用者毎に使用するパッドなどを使い分ける。夜間は希望に合わせて睡眠や移動時の安全を考慮し、ポータブルトイレ等も導入している	ホームとして「トイレでの快適な自立排泄」を支援している。利用者の持っている力を活かすために「ケア記録」への排泄記録をもとに排泄パターン(時間帯、間隔、サイン、体調等)の把握に取り組んでいる。利用者毎の必要に応じて声かけ誘導やオムツ・パッド等の使用(本人と相談のうえ)、体調に合わせた食事・水分補給等を支援している。夜間は本人の希望や睡眠状況・歩行の安全性に合わせて見守り・声かけ誘導・ポータブルトイレの利用を支援している。	
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	便秘対策では、生活リハビリ、体操など運動や多めの水分補給や食事に繊維質等や乳製品を取り入れている。それでも排便が無い場合は、医師や看護師の指導のもとで、下剤の服用支援を行っている。		
49	(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	利用者の体調を把握し、入浴の声掛けを行っている。入浴は、午前中に2～3人程度だが時間をできるだけ希望に沿って対応(最後が良いなど)している。。入浴を嫌がられるときは職員の交代をしたり、それでも難しい場合は無理強いしない。入浴剤を毎回使用しているが、温度や好みのシャンプーの持ち込みも可能で気持ちよく入浴できるように対応している。5月にはしょうぶ湯、冬至にはゆず湯などもしている。体調や状況に合わせて入浴方法を変えたり、理美容での洗髪を利用している方もある。	毎日お風呂を沸かしており、利用者の希望(毎日や週2回程度等)に合わせて入浴支援している。入浴においては湯温・時間帯・順番等の利用者の希望に沿った支援に取り組んでいる。季節湯(菖蒲、ゆず等)や数種類からの入浴剤の選択、好みの用品の使用(シャンプー、ボディソープ、湯上り後のスキンケア等)など入浴が心地よく楽しみとなるよう工夫して支援している。また利用者の希望・体調・気分に合わせてシャワー浴・足浴や清拭・陰部洗浄への清潔保持サービス変更、別ユニットでの入浴(1F:リフト浴、2F:一般個浴)等も支援している。理美容での洗髪を利用している事例もある。	
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	ご利用者の状況に応じて、日中でも休息したい方は居室で休んで頂き、ゆったりした自分だけの時間を過ごせるように対応している。ご希望に応じて食事やおやつも居室で食べる事もあり、眠たくなったら休んでいただくようにしている。夜間に心配で眠れない、お腹がすいたなどの訴えがあるときは個別に対応し、安眠につなげられ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	医師から処方された薬は、正しく服用できるように支援している。嚥下しにくい錠剤や散剤については医師、薬剤師と相談し、服用しやすい形状に変更したり、ゼリーで服用できるようにしている。ご利用者の症状変化に留意し、薬の使用目的や作用・副作用についても把握できるように薬剤情報の確認及び適宜、薬剤師とも相談できる体制を整えている。		
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	役割や得意なことができる場面を提供し、声掛けも楽しみにつながるように心がけている。行事やイベントだけでなく、日々の支援の中でおやつを作ったり、「晩酌がしたい」とご要望があればお酒の持ち込みも可能で晩酌を楽しんでいただいたりもしている。柔軟に対応できるように職員も余裕をもって支援できるように努めている。		
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に支援している	天気の良い日は中庭や施設周囲の散歩、買い物や外食、定期的に神社の掃除に出かけている。選挙がある時は期日前投票、ドライブや法人内の施設交流など希望に応じて支援している。ウッドデッキのテラスがあるので、そこで外浴や畑で野菜などの収穫に出る方もいる。ご家族とも通院以外に外食や外泊にも出かけられている。法事、お通夜・お葬式への参列も希望に応じていただいている。	日常的に職員から声かけして散歩、畑作業、ウッドテラスや玄関先での外気浴、ドライブ、法人内の施設交流、神社での左義長・落ち葉掃除・ぎんなん拾い等の外出を支援している。また利用者の希望に応じて買い物、お寺参り、選挙等の外出を支援している。行事企画や利用者の日頃の要望から普段は行けない場所（白山比咩神社、暮らしの博物館、町内行事への参加等）への外出も支援している。家族との外出（外食、買い物外出、外泊、墓参り、結婚式やお葬式への出席等）も協力を得て支援している。	
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	ご利用者は、金銭の自己管理が難しい方もおいでるが、少額の小遣いはご家族了承にて自己管理していただいている。入居時に説明の上、大きな金額が必要な場合は施設でお預かりしている。ご家族の面会時や受診時に必要ものを購入していただくこともできる。		
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	電話はいつでも使用できるようにしている。家族や友人からの電話を取次ぎ、ゆっくり話ができるように配慮している。携帯電話も持ち込可。手紙やはがきが届けばすぐに手渡しをしている。必要書類や毎年賀状の記載時は、傍で見守り、支援をしている。		
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	職員と利用者の協同作業のなかで、居心地よさを工夫し、職員のアイデアで季節感を取り入れた居室戸に飾りを制作し飾ったりしている。畑や中庭があり、居間や居室の窓から草花などを眺めることもでき、切って施設内に生けるなどして季節感を感じている。利用者や職員と共に過ごす居間は、時にテーブルの配置を工夫したりしながら居心地良い空間作りに努めている。居室のカーテンはレースのカーテンとシェードで明暗を調整できるようにしている。地域交流室に本棚を置き、利用者や家族も過ごせる空間にしている。	ホームの庭園はイングリッシュガーデンをイメージしており、四季に応じた多様な植物（ハーブ類等）や実のなる木々（金柑等）を育てている。またホームの畑で季節の野菜を栽培し、利用者と共に収穫を楽しんでいる。1階にウッドデッキが設けられており、外気浴やプランターで季節の花を栽培する等を楽しんでいる。冬季は床暖房・加湿器により利用者が快適に過ごせるよう温度・湿度を管理している。各ユニットのリビング横にセカンドリビング（地域交流室、レクルームとしても活用）があり、ソファやマッサージチェア、本棚、パーティーションの設置等、利用者が一人や家族、気の合った利用者と一緒に寛げる空間となっている。	

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	ご利用者は、自由に場所と時間を使ってお茶を飲みながら話したり、新聞を読んだり、塗り絵や作業をしたりしている。好きな歌と一緒に歌ったり入居者同士の会話も大切に、居心地良い環境作りに努めている。お好きな時に居室で過ごしたり、フロア以外の廊下など少し離れた場所でも談話できるスペースを作っている。		
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	ご利用者が、使い慣れた家具や親しみのある物、趣味のものを自室に持ち込みをお願いしている。家での暮らしに近い環境で過ごせることや動線にも配慮して配置をご家族とも相談している。ご利用者の好きな写真や大切な人の写真をアルバムだけではなく、壁などに飾って見られるようにするようにしている。施錠もご本人に任せており、巡回時は開錠する旨ご了承いただいている。	居室にはベッド・洗面台・エアコン・内外鍵が備え付けられている。本人が居心地よく過ごせるよう、利用者の希望をもとに家族・職員で相談しながら使い慣れた物(テレビ、冷蔵庫、鏡台、置き時計、タンス、ハンガーラック等)や安心できる物(位牌、遺影、家族写真等)、趣味の物(自作の絵、DVD、小説等)を自由に持ち込んでもらっている。本人にとって安全で動きやすい動線確保のために家具(テーブルやイス等)・物品の配置に配慮している。居室には利用者が自分でもプライバシーを保てるよう外鍵も付けられており、また自分の部屋と認識しやすいようにドアマーカ―や壁紙の色を分けている。	
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	ご利用者が得意なこと、好きなことに注目し、できることを続けられるように声掛けや支援を行っている。居室やトイレの場所など、家具に入っている物がわかるような表示などもご本人と相談しながら対応している。ご利用者の行動を妨げないように動線を考え、安全に移動ができるように環境を考えている。		

