

### 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	1290900156		
法人名	ルミナス株式会社		
事業所名	グループホーム ひかり千葉船橋		
所在地	千葉県船橋市東船橋2-17-17		
自己評価作成日	令和2年1月15日	評価結果市町村受理日	令和2年5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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	令和2年2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)】**

「人にひかりを」の理念の下、ご入居者、ご家族、スタッフがそれぞれ力を合わせてそれぞれにとって最適な「生活の場」づくりを行っています。  
 ご入居されている方々の意向を都度確認して一日の生活設計を各スタッフがを行い、一人ひとりのそのひとらしさの実現に向けてケアを行っています。外出イベントに月に必ず出かけ、赴く場所もご入居者に決めてもらい実現できるようにスタッフが計画を行います。  
 認知症に関する研修会が月に一度あり、それにスタッフが参加し、自分自身のケアの振り返りと改善を常に行っています。より働きやすい環境や自己課題に向き合えるように、原則3か月に1度スタッフと上長にてOJT面談を実施し、自分の課題や目指すべき目標をブラッシュアップしケアに活かします。

**【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)】**

JR東船橋駅北口から徒歩で4分程、閑静な住宅街の中にあり、訪問や生活、散歩に便利なホームです。共有空間や居室は広く光が差し込み明るい印象です。建物では全体的にゆったりと回廊式で廊下には利用者の絵画や観葉植物などが置かれ、フロアではセラピー犬や金魚・亀を飼うなど、利用者の癒しになっています。利用者は、平均年齢88歳にもかかわらず、介護度が2.1と低く、表情も明るく、ストームボールの足浴や1・2階の交流カフェ、毎月の外出や各種行事(納涼祭・新年会)への積極的参加で生活機能維持に努めています。  
 誕生日には、職員がコルクボードに笑顔の写真を貼ってプレゼントするなど、職員が利用者に寄り添い笑顔が溢れるホームです。

**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. 全くない
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、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. 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している (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、その時々々の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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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「人にひかりを」を掲げ、利用者が穏やかに暮らし、ご家族も安心し、職員がより良いケアを目指し共有して実践につなげるため、チームで取り組んでいくための社内研修を行った。	地域密着型のサービスを織り込んだ運営法人の理念3項目と「人に光を！」および各ユニットのスローガンを掲示し、会議などで確認・共有し実践につなげるよう努めています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	外食・散歩・買い物等にでかけ、地域の方と接する機会を持っている。また、町内会に入会したが、自治会との交流があまりない状況である。	町内会に加入していますが、あまり活発ではないので行事等への参加の機会はほとんどありません。ただ、散歩時や買い物などで地域の人との交流を持ち、傾聴、体操、ハンドベルなどのボランティアを受け入れ地域に根差した活動を行っています。	
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	地域の方に向けての認知症サポーター講座や認知症カフェ等の取り組みは現状行っていない。		
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	会議内容を記録に残し、スタッフ間で共有しサービス向上に活かしている。	会議は、地域包括支援センター、民生委員、地域代表、家族、職員が参加し年6回開催しています。地域とのかかわり、感染症、活動報告などが話し合わせサービスの向上に活かしています。また、会議時に防災訓練を実施するなど工夫をしています。	
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取り組んでいる	行政上必要な手続き・報告時には訪問し、確認が必要な時には連絡し相談を受けている。	市の担当窓口とは、常に報告や相談を密に行っています。運営推進会議には地域包括支援センターの出席があり、意見交換し助言を貰うなど良好な協力関係が築かれています。	
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「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にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催し周知徹底を図り、運営推進会議にも報告しています。運営推進会議や家族の了承を得て、日中も玄関は施錠してありますが、職員が見守りをしています。	
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	身体拘束廃止委員会にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。		

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
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	身体拘束廃止委員会にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。		
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	入居見学や契約時を中心に行っている。それら以外にもその都度実施している。		
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	運営推進会議等を活用し、ご家族説明を行っている。	利用者は、日頃の対応の中から思いや意向を汲み取っています。家族については、面会時、運営推進会議、家族会(納涼祭・新年会)などで意見・要望聴いて運営に反映しています。また運営法人独自のお客様満足調査も実施しており、出された家族の意見反映の例は多くあります。	
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	OJT面談にて実施し、それ以外にもカンファレンスや日々の関わりの中で行っている。	ホーム長は、終業時や月1回のカンファレンス会議や個人面談などで意見・要望を聴き運営に反映させています。また運営法人によるスタッフ満足度調査を年2回行うほか、電話で外部に相談できるシステム(CAP)があります。	
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	ルミナス株式会社のキャリア制度に沿って行っている。		
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	介護実践OJTシートやOJT計画書を活用し実践している。		
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	船橋市GH連絡会に加盟し、情報交換を行っている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	計画作成担当者とともに、ご本人からの情報収集、ご家族からの情報収集およびケアマネからも行っている。		
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	利用前にご自宅にてご家族からも直接お話を伺って、関係づくり、課題抽出をおこなっている。		
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	計画作成担当者とともに、ご本人からの情報収集、ご家族からの情報収集およびケアマネからも行っている。		
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		
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	行きつけの床屋さんへの外出支援やご自宅の自治会への参加の支援を行っている。	近隣家族は月2～3回、遠方者でも2～3か月毎に利用者を来訪しています。定期的に訪問する知人もいます。他科受診日(皮膚科等)や新年会、納涼祭などには、5～10家族が来て賑やかです。利用者の要望に沿う支援を心掛けています。	
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		

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
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	契約が終了しても、介護保険に関するご相談等を受けられる体制を取っている。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かしている。	思いを把握する場合、言葉で会話が成り立つ利用者が多いホームです。利用者の生活パターンを受け止めて、暮し易いように話を聴いて支援しています。意思疎通が困難な場合(1~2名)は行動や表情から読み解き、利用者の思いを理解し寄り添うようにしています。	
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かしている。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かしている。		
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	サービス担当者会議を3か月に1回開催し、その方の課題や願いを分析および収集し、新たなサービス評価、設計を行いプランに反映している。	利用者、家族や医療関係者、職員の意見を踏まえて、計画作成担当者がプランを立て、サービス担当者会議(3か月毎)を開いて決定しています。その後プランを見直し、半年で定期的に更新しています。毎月カンファレンスを開いています。	
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	日々のケース記録の情報をケアプラン作成に活かしている。		
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	より専門的なりハビリが必要な方に関して訪問リハビリを利用している。		

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	散歩の際に近隣の店舗を利用し、自分の欲しいものの買い物を実施している。		
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	日々の様子を訪問診療医に的確に伝え、近況報告にて状況報告をご家族に行っている。	隣接するクリニックから、全利用者対象の月1回訪問診療があり、他に個別往診や小集団での診察を受けられる体制によって利用者の健康管理をしています。皮膚科(4~5人)や整形外科(3人程)等他科通院時は家族が同行支援しています。	
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	体調に異変があれば訪問看護師にいつでも相談できる環境がある。		
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。	体調に変化がある際は、訪問診療医と連携し、紹介状を含めた情報提供、スタッフからの日々の情報提供を都度行っている。		
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、事業所の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	入居時に看取りの有無について正確に説明を行っている。	看取りは行っていません。脳梗塞や骨折など病院搬送者が、昨年約5名いました。施設では、出来る限りの生活支援をしていますが、終末期になると他施設へ移ってもらう場合がほとんどです。	
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	となりのすこやか医院さんの力を借りて行えている。		
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	定期的実施している防災訓練にて行っている。	火災・避難・消火訓練は、消防署立会い2回(夜間想定)を含めて年3回実施しています。スプリンクラー、通報装置等必要な設備は完備し、緊急連絡網や対応表も掲示されています。災害備蓄倉庫を設置し、5日分の備蓄と簡易トイレや発電機も準備しています。	運営推進会議時に防災訓練を実施していますが、高齢の利用者もいるので、消防署、地域住民(町内会)と連携をとり、合同で災害避難訓練を実施することが望まれます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	カンファレンスなどにて日々のケアの振り返りを行っている。	入居者の尊厳を守り、一人ひとりの性格を理解して対応するようにしています。利用者と職員間の意思疎通がうまく働かない場合には、利用者の意向に寄り添うことで解消しています。	
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	お化粧を行っている方もいて、その人らしい生活を支援している。		
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。	食材は、業者からの配達にしています。味に厳しく味覚の衰えない人には外食の機会に気分を変えて貰ったり、イベント日に利用者に合わせたおやつを作るなどの支援をしています。また、食器と料理品の彩を考えて提供しています。利用者は身体能力が高く、食器拭きや片付けができる利用者も数名います。	
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		

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
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	排泄の際の失禁量を参考にしたりして、その人にとっての排泄方法を実践している。	排泄自立者も約半数いますが、見守り支援をしています。要介助者は2名です。トイレは、海の写真など内装に工夫を凝らして気持ち良い排泄空間を演出しています。職員は2～3時間毎に声掛けして誘導し、便座の掃除なども丁寧に行っています。	
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	便の形状等を訪問看護師等へ相談し、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。	一人週2～3回、20～30分、1日3～4名の利用者が入浴支援を受けています。利用者によっては、入る順番や、午前・午後、お湯の状態を配慮して柔軟に支援しています。希望者には、ストームボール足浴(温ビーズ足湯)を行っています。	
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	毎月必ず外出イベントを企画し、行先はご入所者で決めていただく。	散歩は週3～4回、30分程ニーズにより車椅子を押して出かけています。買い物に行きたい人や入居前からの地域の会議に定期的に出かける利用者等に対し、希望に沿った外出支援も行っています。月1回ランチ(ファミレス等)や喫茶、花見などの外出を必ず行っています。	



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
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	自分で管理できる方に関してはIADLの観点から支援している。		
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	毎月の近況報告やご本人の希望時に行っている。		
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	教養空間は、歩行時などに過度な障害物がないように整頓し、配置を考えています。また、皆様に聞きながら季節感を感じれる掲示やいごちの良い環境になるように努めています。	リビング兼食堂は、明るく厨房が対面式で音や匂いで生活感があります。広い回廊の廊下には、観葉植物やいす、ソファなどが置かれ、利用者は外気浴をしたりとゆったりと過ごせるように配慮されています。壁には季節の貼り絵や行事の写真、習字などが飾られています。ホーム長は臭いや湿度など室内環境に気を配っています。	
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	気の合うもの同士で過ごすことができるテーブルやいすの配置や、あえて死角を作り、1人でくつろげる場所づくりも行っている。		
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	元々生活されていた環境を感じれるように、入居時になじみのものを持参してもらえようご家族に相談を行っている。	清潔な居室に、利用者はテレビ、家具、家族の写真、カレンダーなど馴染みの物を持ち込み、自宅にいるように過ごしています。居室には、職員から誕生日にプレゼントされた、コルクボードに貼られた笑顔の写真が飾られています。	
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」「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	廊下・トイレ・浴室には手すりが設置されている。認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にしている。		