

# 1 評価報告概要表

全体を通じて(このホームの優れている点、独自に工夫している点など)
<p><b>優れている点</b></p> <p>医療法人を母体とし、同一敷地内でさまざまな専門職者の連携が図りやすく、他部門に所属する職員の応援体制も確立されています。ホームの建物は民家改修型で、外観や内装とも親しみやすく、落ち着けるものとなっています。特に各居室は明るく、家族写真や人形等個々人の要望を取り入れ、画一的ではなく飾られており、家庭的な雰囲気でした。訪問時には入居者と職員との和やかな光景が随所に見受けられました。</p>
<p><b>特徴的な取組等</b></p> <p>日々の暮らしの中では花や野菜づくりに取り組まれ、入居者の潜在能力を引き出す有意義な取り組みがみられます。</p>
<p><b>現状及び改善策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護過程の展開について、継続的な研修に取り組むとともに実行することを具体化されてはいかがでしょうか。アセスメント、介護計画、介護記録の目的とあり方を再認識し、その充実に向けて、日々の記録や話し合いの際に意識的に実行すると、よりよいのではないかと思います。</li> <li>・内服薬の保管や服薬援助、洗剤等の保管方法について、常勤、非常勤職員の差異なく確実にこなえるように取り決め事項を明確にされると良いのではないのでしょうか。</li> <li>・地域住民との協力体制の確立は、見守り協力の要請にとどまらず、商店や理美容院の利用、地域行事への参加等、生活の拡大に結びつくよう検討されてはいかがでしょうか。</li> <li>・トイレの出入り口はカーテンから鍵付き戸等への改修を検討されてはいかがでしょうか。</li> </ul>

グループホーム名	グループホーム ほうみ苑
訪問調査日	平成17年10月13日
評価確定日	平成17年11月30日

分野・領域	項目数	できている項目数
<b>1 事業運営に関する事項</b>		
管理・運営	16	13
職員への教育・研修	2	2
入居者や家族への対応	6	2
入居者の人権の尊重	1	0
<b>2 サービスの提供体制に関する事項</b>		
	7	2
<b>3 サービスの提供内容に関する事項</b>		
入居者の自立に配慮した支援	9	9
入居者の個性に配慮した支援	9	8
入居者の生活の質に配慮した支援	3	3
入居者の人格に配慮した支援	8	7
医学的管理及び健康に配慮した支援	6	5
<b>4 施設環境に関する事項</b>		
	10	8
<b>5 家族との連携に関する事項</b>		
	4	4
<b>6 地域との交流に関する事項</b>		
	4	2

## 2 評価報告書

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
1 事業運営に関する事項							
(1) 管理・運営							
グループホームの意義や役割目標や理念等を明確にしていますか。							
1	1	管理者及び職員はグループホームの意義や役割等について理解している。				ミーティング議事録等からも、折に触れ意義や役割を再確認する等、理解していることが伺えた。	
2	2	管理者は、自らの運営するホームについて、その運営理念を明確に表現し、職員と目標を共有している。				管理者と職員が話し合いながら新たな理念づくりに取り組んでいる等、共有している様子が伺えた。	
3	3	ミーティング等では、グループホームのケアで大切なことや介護の根本的な考え方が常に話題に挙がっており、職員の間で相互に意識啓発している。				理念に立ち返りながらケアカンファレンスする等、職員相互の意識啓発は日常的であることが伺えた。	
4	4	ホームの運営理念や役割が地域に理解されるよう、地域に対する運営理念の啓発・広報に取り組んでいる。(ホームの説明会、ホーム便り等)				ホーム独自の地域での取り組みは検討段階である。	・地域の実状の分析と具体化のための計画
入居者の生活の流れに応じた職員配置をしていますか。							
5	5	日中は、入居者一人ひとりの自由や自主性を尊重しつつ、屋外活動も十分行える職員数を確保している。				パート職員の活用等、職員数は確保している。	
6	6	夜間は、トイレ誘導や不眠など、必要なケアに対応できる体制をとっている。				夜間勤務体制を確立している。	
7	7	職員の勤務の都合ではなく、入居者の生活の流れに応じた職員配置にしている(朝食前や夕食後、土日祝日、病休や急な、休みのときの代替職員の確保)				他部門との兼務者を活用して対応している。	
グループホームにふさわしい職員の質を確保していますか。							
8	9	法人代表者や管理者は、それぞれの権限や責任を踏まえて、サービスの質の向上に向け、職員全員と共に熱意をもって取り組んでいる。				職員の加配や環境整備等に即応する等取り組んでいる。	
9	10	介護従事者の採用、運営方法、入居者の受入や入居継続者の可否については、職員の意見を聞いている。				入居者の入退居について職員の意思表示の機会はある。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
各種記録を適切に整備し、それらを活用していますか。							
10	13	サービスに関わる必要な書類(業務日誌、介護計画、介護記録、苦情や事故の記録、預かり金の金銭管理簿、その他サービスに関わるもの)を整備し、適切に記録している。				種類も内容も適切である。	
11	14	記録した内容を、日々の介護や介護計画に反映させている。				反映されている。	
12	15	重要な事柄は、職員間で確実に共有できるように、記録内容を全員が把握できるような工夫をしている。				確実に伝達完了したか否かについては不明であるが、連絡、引継ぎ簿や日誌はある。	・勤務者や関係者全員のサイン等
想定される危険を認識し、その対策を立てていますか。							
13	16	薬や洗剤、刃物等の取扱いに注意が必要な物品については、保管場所、保管方法を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。				日中は、浴室や脱衣場の誰でもが手の届く棚に薬品や洗剤、剃刀等が置かれていた。	・保管場所や方法、施錠の確認
14	17	けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の発生に備えて、具体的な対応策が手順化され、日頃からその訓練をしている。				緊急時の対応マニュアルは作成され、法人全体での研修も行なわれている。	・日常的な想定訓練
15	18	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり実行している。(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA等)				感染症予防マニュアルは作成され、法人全体で研修、日常的な実行についても意識化されて取り組んでいる。	
16	19	緊急事態が発生した場合や発生の可能性が見られた時には、事故報告書や“ヒヤリはっと報告書”等をまとめるとともに、発生防止のための改善策を講じている。				毎月一回、法人全体での会議で、各部門からの報告がされ、実状と要因、改善策を共有化するように努めている。	
(2)職員への教育・研修 職員の教育・研修やストレスの解消に努めていますか。							
17	21	休暇を利用した自主的な研修ではなく、勤務の一環としての外部研修の機会を提供している。				外部研修等は組織的にも個人的にも互いに出席を働きかけ参加している。	
18	22	働く中での悩み、ストレスなどを解消するための配慮や工夫をしている。(職員相互の親睦、悩みの聴取等)				日常的な悩みや困難点を表明するシステムがあり、活用されている。また、少人数での親睦の機会もある。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
<p>(3) 入居者や家族への対応 入居前の事前説明や入居手続は、適切に行っていますか。</p>							
19	25	入居契約に際しては、重要事項説明書の他に、情報公開項目や自己評価及び第三者評価の結果も合わせて提示し、十分な資料に基づいて説明をしている。				重要事項説明書、情報公開項目等の不整合であるとともに、わかりやすさや具体的な内容が不足している。	・運営理念や権利義務の明記、苦情相談体制の明示
20	26	具体的にわかりやすく記載したパンフレットを用いて、契約内容及び利用料金(家賃、食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)について、懇切丁寧に説明している。				口頭での説明はなされているが、パンフレットには誤記があり、料金表示等もわかりづらい。	・利用料金や食材費等自己負担分の内訳の明記、誤植の訂正
<p>入居時及び退去時には、家族や関係機関と連携をとり、スムーズに「移り住む」ことができるようにしていますか。</p>							
21	27	入居者の決定過程を明確にするとともに、入居者についての事前のアセスメントを適切に行ない、職員間で十分な情報の共有を行った上で、入居者を迎え入れている。				本人や家族との面談、体験入居等の様子を基に決定している。	
22	28	退去は契約に基づいて行うとともに、その決定過程を明確にし、入居者や家族に十分な説明を行った上で、安心して退去先に移れるように支援している。				理由を明らかにした上で、適切なサービスが継続されるよう支援し、同意を得ている。	
<p>苦情や意見をサービスの質の向上に反映させる仕組みがありますか。</p>							
23	31	相談や苦情を受け付ける窓口及び職員を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。				法人全体での体制は明示しているが、ホームの周知書類には第三者委員が明記されていない。	・ホームでの体制整備と入居者や家族への周知。外部の機関や個人の明示
24	34	家族が、気がかりなこと、意見、希望を職員に気軽に伝えたり、相談したりできる雰囲気づくり(面会時の声かけや定期的な連絡、ケアカンファレンスへの参加要請や連絡ノートの作成等)を行っている。				家族の来訪時に声はかけているが、定期的な連絡は行なわれていない。	・要望や意見を得るための計画づくり
<p>(4) 入居者の人権の尊重 事業運営にあたり、入居者の人権に最大限の配慮をしていますか。</p>							
25	37	入居者を「人」として尊重するとともに、人権やプライバシーについて十分に配慮している。				2箇所あるトイレの出入り口は、いずれもカーテンで仕切られている。	・扉の工夫と設置

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
2 サービスの提供体制に関する事項 ケアカンファレンスを有効に活用していますか。							
26	40	ケアカンファレンスを定期的(毎月1回以上)に開催し、入居者に関わる問題をいろいろな観点で共有化し、検討している。				最低月一回は定期的を開催し、情報の共有化と検討に取り組んでいる。	
27	41	職員の気づきや意見を考慮した介護計画を作っており、ケアカンファレンスを通じてすべての職員が計画の内容を知ることができる仕組みを作っている。				日々の気づきや日常の介護に具体的となる介護計画は不十分である。	・職員全員での介護計画の立案
28	42	ケアカンファレンスは、職員一人ひとりが入居者の処遇や業務のあり方についての意見を出せる雰囲気であり、そこで出されたアイデアを活かしている。				意見を出せる雰囲気にはあるが、介護の具体に活かされているとは言えない。	・介護計画の検討
介護計画を適切に作成できる体制にしていますか。							
29	43	個々の認知症の状態とニーズを把握するためのアセスメントに基づいて入居者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。				アセスメント票は入居時のもの以来整備されていない。	・アセスメント票の整備と全職員による随時のアセスメント
30	44	介護計画は、入居者や家族の意見、要望を採り入れて作成している。				事後承諾にとどまっている。	・本人及び家族の願いに基づく介護計画の作成
31	45	介護計画には到達目標を明示し、すべての職員が理解した上で、介護計画に添った介護サービスを提供するとともに、介護計画を必要に応じて見直している。				見直しは3ヶ月毎であり、介護計画に添って介護した記録が十分ではない。	・全職員による目標の共有と介護の統一
すべての職員が、グループホームの理念に沿った態度で、サービスの提供をしていますか。							
32	46	職員側の決まりや都合で業務を進めていく態度ではなく、入居者が自分のペースを保ちながら自由に暮らせるようにしている。				ゆっくりと本人の意向や意思を確認する声かけをしながら接しておられた	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
<p>3 サービスの提供内容に関する事項</p> <p>(1) 入居者の自立に配慮した支援</p> <p>入居者の“できる力”を維持、引き出すような支援をしていますか。</p>							
33	52	諸活動をできるだけ自分一人できるように支援するとともに、できないところはさりげなく手助けするようにしている。				炊事や畑作り等、見守りながら一緒に取り組んでいる。	
34	53	入居者が介護される一方ではなく、活躍できる場面を作っている。(入居者の活動意欲を触発する物品の提供等)				編み物や工作、園芸用品等が整備されている。	
35	55	入居者が自分でお金を持つことの大切さを職員が分かっており、日常の金銭管理を本人が行えるよう、入居者一人ひとりの希望や力量に応じて支援している。				1名の方は実際に個人管理されている。	
<p>心身の機能回復に向けた支援や、介護する際に特別な工夫を必要とする行動への対応を適切に行っていますか。</p>							
36	57	認知症の身体面での特性(筋力低下、平行感覚の悪化、燕下機能の低下等)を考慮し、身体面での機能の維持・回復を目標とした支援を介護計画の中に位置づけ、職員の共通認識の下に、日常生活の中で無理なく取り組んでいる。				オムツはずしの取り組み計画が進行中であった。また、園芸への取り組みも計画の中に位置づいている。	
<p>食事介助は、入居者のペースに合わせて行なっていますか。</p>							
37	59	職員も入居者と同じ食事を一緒に食べながら、さりげなく食べこぼし等に対する支援をしている。				同じ食卓で食べている。	
<p>口腔ケアは、適切にしていますか。</p>							
38	62	口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を保つ上で必要な支援を日常的にしている。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)				食後の歯磨きを支援している。	
39	63	歯ブラシや義歯などの清掃、保管について支援している。				義歯の清掃は定期的に行なっている。	
<p>排泄自立のための働きかけを行っていますか。</p>							
40	65	おむつをできるかぎり使用しないで済むように、入居者一人ひとりの排泄のパターンやシグナルの把握に努め、声かけや誘導をし、トイレでの排泄を促している。				個人の排泄状況をチェックし、声かけによる誘導をしている。	
41	67	夜間にトイレ介助が必要な入居者に対し、トイレ誘導やおむつ交換を適切に行っている。				夜間にも排泄状況はチェックされている。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
(2)入居者の個性に配慮した支援 食事内容は、入居者の状況に応じて工夫していますか。							
42	70	入居者一人ひとりの健康状態に合わせて調理の配慮を行うとともに、見た目食欲をそそるような工夫をしている。(使用する食器にも配慮している。)				食器の持ち込みもあり、また粥食や刻み食等入居者の特性に合わせた調理の工夫がなされている。	
43	71	燕下・咀嚼などの状態に配慮した食事が必要な場合には、特別な調理を行うことを伝えた上で、刻んだり、すり鉢で擦ったりしている。				毎回、本人の同意の下で援助されている。	
入浴は、入居者の希望や健康状態に応じて行っていますか。							
44	72	入居者一人ひとりの希望を尊重した上で、入浴方法や入浴時間について決定している。				毎日、入浴の希望を聞いている。	
45	73	入居者のペースに合わせて、ゆっくりくつろぎながら入浴ができるようにしている。				希望状況に応じ、時間帯を前後させる等ペースの尊重を心がけている。	
身だしなみやおしゃれについて、入居者の状況と環境に応じた支援をしていますか。							
46	77	入居者の希望により、地域の理美容院等の利用を支援している。				本人及び家族の希望により、ホーム内で職員が行なっている。	・同じ町内会で数分の場所にある美容院等との近所付き合いを伴う利用支援
安眠や休息について、入居者の状況に応じた支援をしていますか。							
47	78	入居者一人ひとりの睡眠パターンを大切にしながら就寝、起床を見守るなどの支援をしている。				見守っている。	
48	79	睡眠リズムに乱れがある時は、その原因・背景の把握や対応方法の検討を行い、そのリズムが回復するように支援している。				主治医と相談の上で、必要に応じて、日中を外出や畑作り等も行なっている。	
入居者同士の交流を深める適切な働きかけをしていますか。							
49	81	入居者一人ひとりの個性を踏まえ、入居者同士が仲良く気持ちよく、共同で生活を続けられるような雰囲気づくりを常に行っている。				ものづくりやレクリエーション等、談笑や協力し合う状況や雰囲気づくりをしている。	
50	83	入居者同士のぶつかりあいを、その都度上手く解消するようにしている。				原因把握とともに、個別に話をする等気分転換にも取り組んでいる。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
<p>(3) 入居者の生活の質へ配慮した支援 入居者が、豊かな生活を送れるように支援をしていますか。</p>							
51	84	入居者一人ひとりの希望や特性、これまでの生活歴に応じて、楽しみや張り合いになる時間を日常的に持てるように支援している。				編み物や工作、園芸用品等が整備されているとともに、食器洗いや洗濯物たたみ等日常的に支援している。	
52	86	ホーム内で入居者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯物たたみ、小動物の世話、新聞取り等)				台所用務や縫い物等、個々人の得意分野や希望に添って活動を支援している。	
<p>入居者が、外出する機会を確保していますか。</p>							
53	88	入居者がホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるようにしている。(買い物、散歩、近隣訪問等)				買い物や散歩、併設施設の行事等にも参加している。	
<p>(4) 入居者の人格へ配慮した支援 入居者の誇りやプライバシーに配慮したサービスを提供していますか。</p>							
54	97	排泄の確認や誘導介助及び失禁の対応などは、人目につかないように行うなど、プライバシーを守るとともに、羞恥心に配慮してさりげなく支援している。				入居者同士や来訪者の前でもズボンを上げる介助しながら移動される光景があった。	・トイレ出入り口への扉の設置等による着脱衣の空間確保
55	99	着衣や履物の間違い等に対し、入居者の誇りを大切にしながら、さりげなくカバーしている。				さりげない介助が見受けられた。	
<p>言葉づかいや態度に常に気を配っていますか。</p>							
56	100	入居者の心身の機能レベルにかかわらず、自尊心を傷つける言葉づかいをしていない。(入居者一人ひとりの違いの尊重、プライベートな場所での礼儀、入居者一人ひとりの能力に応じた質問方法、入居者が思っている「現実」を否定しない等)				特に他者の前での介護の際の言葉遣いには配慮している。	
57	101	あわただしい場面においても、職員の言葉かけや態度はゆったりしており、やさしい雰囲気です。				接する態度はゆったりとしていた。	
58	102	生活していく上での自信を高めるような言葉かけや働きかけをしている。(活動の場面づくり、一緒に喜びあう、感謝の気持ちを示す等)				ホーム内では互いに「ありがとう」を心がけている。	



外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
抑制や拘束のないケアを実践していますか。							
59	103	身体拘束(フィジカルロック)は行わないということをすべての職員が正しく認識しており、そうした抑制や拘束をしていない。				身体拘束はない。	
60	104	入居者は自由な暮らしを支え、入居者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむような取組をしている。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進)				施錠されておらず、玄関には鈴が掛かっていた。近所のお宅や商店、併設施設等には協力依頼もされている。	
61	105	言葉や薬による拘束(スピーチロックやドラッグロック)についても、すべての職員が正しく認識しており、常に気をつけている。				認識しており、配意している。	
(5) 医学的管理及び健康へ配慮した支援 食事摂取や睡眠・排泄等の把握を通じて、入居者の健康管理を適切に行っていますか。							
62	106	入居者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを一日を通じて把握し、記録している。				管理栄養士による献立であり、食事は記録されている。食事のほとんどは併設施設から運び込んでいる。	
服薬者に対し、医師の指示どおりの与薬管理を行っていますか。							
63	113	服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しではなく、服用ごとに配布するなど、漫然とした継続的与薬をしていない。				薬歴管理はされ、服用ごとに配られているが、服薬チェック体制は整っていない。	・服薬を確認する責任体制の確立と実行
64	114	服薬している薬剤の目的と副作用を職員が知っており、服薬と体調との関係を把握している。				内服薬の情報はファイルされており、効能と副作用は把握されている。	
65	115	入居者一人ひとりに最適の与薬がされるように、必要な情報(形状、与薬方法、症状等)を医師や薬剤師にフィードバックしている。				医師、薬剤師とは日常的に連携している。	
医師や医療機関と十分な連携をとっていますか。							
66	116	定期的な健康診断(年1回以上)を行うとともに、健康状態によっては受診・往診などの適切な対応がとれるような体制を確立している。				健康管理には適切な対応がされている。	
入居者の入院は家族と相談していますか。							
67	123	入院後の状況や変化について、主治医と絶えず連携を取りつつ、ホームへの復帰等に関して、入居者や家族とともに検討している。				入院後の居室確保は一ヶ月を限度としており、主治医や家族とは絶えず連携している。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
4 施設環境に関する事項							
ホーム内は清潔で、気になる臭いはありませんか。							
68	125	ホーム内の清潔や衛生を保持している。(食品、布巾、包丁、まな板、冷蔵庫、洗濯機等)				マニュアルがあり、漂白、消毒等は留意され実行されている。	
69	127	気になる臭いや空気のおよみがないように、適宜、換気をしている。				気になる臭いはなかった。	
入居者が安心して生活できるよう家庭的な生活空間づくりをしていますか。							
70	129	居室には、入居者が安心して過ごせるよう、使い慣れた家具や同じ様式の家具、これまで使っていた生活用品や装飾品等を持ち込むことができている。				家具や写真の持ち込みもあり、個々人の好みに応じて整備されている。	
71	130	共用の生活空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)がいずれも家庭的な雰囲気であり、調度、物品、装飾も入居者に親しみやすいものを採り入れている。				家庭的な調度品であり、似顔絵や歌詞等も掲示されていた。	・トイレの出入り口の工夫
入居者の五感を大切にソフト面での配慮をしていますか。							
72	132	入居者が落ち着いて暮らせるように、時間帯やその場の状況に応じた音の大きさや明るさ等の調整に配慮している。				民家改修型という特性はあるが、明るさを確保するよう努めている様子が伺えた。	
73	133	冷暖房の温度調節は、冷やし過ぎや暖め過ぎがないように適切に行っている。				入居者に確認しながら調整している。	
入居者が混乱を招かないように、生活空間を整えていますか。							
74	135	見やすく、馴染みやすい時計やカレンダーを設置している。				居間兼食堂に見やすく、わかりやすい時計やカレンダーがあった。	
75	136	職員は、入居者一人ひとりがトイレや居室の場所が分かるかを把握しており、家庭的な雰囲気を保ちながら、場所の間違いや場所が分からないことを防ぐための配慮をしている。				それぞれに何も表示はなく、間違い防止策は職員による誘導であった。	・場所を認識し、自発行動を支援する取り組みの工夫
入居者が、安全に、できるだけ自立した生活を送ることができるような工夫をしていますか。							
76	138	浴槽・便座・流し台等は、必要に応じ自助具を取り付ける等、入居者が使いやすいように工夫している。				それぞれに自助具が設置される等工夫されていた。	
77	139	入居者の移動に配慮した施設整備の工夫(要所へのすべり止め、手すりの設置等)がされている。				廊下や必要な箇所には手すりやスロープの工夫があった。	

外部	自己	項目	できている	要改善	評価不能	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
5 家族との連携に関する事項 入居者の状況について、家族に対して情報提供をしていますか。							
78	141	家族に入居者の状況(暮らしぶりや日常の様子、健康状態、預かり金の出納明細等)を個別に定期的、具体的に伝えている。(ホーム便りの発行、手紙、写真の送付等)				来訪時に情報提供されている。金銭出納は毎月報告されている。	・来訪のない方へのホームや個人の様子を伝える手立ての検討
家族が自由に訪問できるようにしていますか。							
79	144	家族がいつでも自由に会いに来ることができ、ホーム内で他の入居者も含めて交流できたり、居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。				居室や居間、庭先のベンチ等、状況に応じて自由に過ごせるよう援助している。	
80	145	家族が会いに来たときは、職員がさりげなく入居者との間を取り持つように対応している。				会話づくりや関係づくりの必要度に応じて援助している。	
81	146	入居者や家族が家族の付き添いを希望したときは、居室への宿泊も含め適切に対応している。				宿泊できることは周知されている。	
6 地域との交流に関する事項 ホームが地域社会に溶け込むような運営をしていますか。							
82	152	地域の一員として、入居者も状況に応じ、町内会の活動などに参加している。				自治会会員としての活動はない。	・自治会加入と協力関係の構築
実習生や研修生及び地域の学生を受け入れていますか。							
83	159	ホームの機能を、入居者のケアに配慮しつつ地域に開放している。(認知症の理解や関わり方についての相談対応・教室の開催、家族・ボランティア等の見学・研修の受入れ等)				ホームとしてボランティア等の受け入れ計画はない。併設病院への実習生が一日程度来訪する。	・地域との関係づくり計画の検討
関係機関や周辺の諸施設と十分連携をとっていますか。							
84	160	市町村との連携(運営や入居者に関する相談等)が円滑にとれている。				入居者についての連携はとっている	
85	162	入居者の生活の安定や広がりのために、周辺の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を深める働きかけをしている。(商店、福祉施設、警察、消防、文化教育施設等)				地域の商店や警察、消防等とは協力関係を作っている。	