

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）
優れている点 人口約35,000人の下関彦島地区に、17年7月オープンしたばかりのホームで、近くにスーパー、銀行、郵便局、コンビニなど商業施設、更に小学校があり、子供たちとの交流も出来るなど、住みなれた地域の中での生活となっています。管理者は、運営理念を職員間で共有し実践につなげるよう勉強会の実施、業務日誌（生活日誌）に明記するなど、熱意を持ってホームの運営、利用者の支援にあたられています。職員の年齢も20代から50代、男性も1名配置され、利用者の様々な状態、要請に対応できる体制がとられていました。
特徴的な取組等 自治会へ加入するなど、地域との連携が十分取られ、介護相談、バザー、見学者の受け入れ、花壇の管理など一緒に実施しておられます。記録はセンター方式を採用し、バイタルチェックを含め、介護記録、介護計画がきちんと作成され、伝達ノート、バインダー方式で職員に徹底しておられます。開設当初から家族会が結成され、会則を作成し、2ヶ月に1回定例会を開催し家族同士の交流を図ると共に、家族を交えたカンファレンスを開催するなど家族との関係づくり、ホーム運営への家族の参加を積極的に行っておられます。
現状及び改善策 ・玄関には法人の品質方針（ISO 9001の認証取得）が掲示されていますが、併せて、ホームの運営理念、方針を簡潔に文章化し掲示されてはいかがでしょうか。 ・苦情相談窓口の紹介が内部の窓口紹介のみでした。重要事項説明書等への外部機関の明示を勧めます。 ・口腔ケアは3食後とも確実に行われるよう勧めます。 ・廊下の手すりがまだ設置されていませんでした。今後予想される入居者の身体機能低下に配慮して廊下、共用空間への手すりの設置、家具の配置など、安全な移動に向けての整備を検討されてはいかがでしょうか。 ・刃物は引き出しに保管されていましたが鍵がありません。洗剤は見

グループホーム名	アイユウの苑 グループホーム
訪問調査日	平成18年 3月13日
評価確定日	平成18年 4月30日

分野・領域	項目数	できている項目数
1 事業運営に関する事項		
管理・運営	16	14
職員への教育・研修	2	2
入居者や家族への対応	6	4
入居者の人権の尊重	1	1
2 サービスの提供体制に関する事項	7	7
3 サービスの提供内容に関する事項		
入居者の自立に配慮した支援	9	8
入居者の個性に配慮した支援	9	9
入居者の生活の質に配慮した支援	3	1
入居者の人格に配慮した支援	8	6
医学的管理及び健康に配慮した支援	6	6
4 施設環境に関する事項	10	9
5 家族との連携に関する事項	4	4
6 地域との交流に関する事項	4	3

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。	○			3ヶ月に1回勉強会を行い、意義、役割を確認している。	
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。	○			生活日誌に記載し、朝の申し送り時に、全員見るようにしている。	・理念の掲示
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。	○			常に職員で話し合っている。	
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)	○			自治会に加入し、花壇の管理を一緒に行い、また見学者の受け入れもしている。玄関前でバザーを2回行い盛況であった。	・理念を記載したホーム便りの発行
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。	○			各ユニット常勤6、非常勤2名で、外出も出来る体制である。	
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。	○			各ユニット1名の夜勤体制で、居間のソファアールで見守っている。	
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)	○			生活の流れに応じた配置にしている。	
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。	○			法人母体が「顧客満足から顧客感動へ」の思いで国際標準規格「ISO 9001」の認証を取得するなど品質管理に前向きであり、管理者職員一同、勉強会を行い質の向上に向け熱心に取り組んでいる。	
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。		○		職員採用は上層部で、入居者については管理者、主任が決定し、職員に伝えている。	・職員の意見の聴取

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。	○			生活日誌（業務日誌）をつけ、介護計画、記録類はセンター方式を採用し詳しく記載されている。	
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。	○			介護計画に反映している。	
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。	○			伝達ノート、新しい記録はバインダーに保管し、見やすくしている。	
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。	○			薬は鍵のかかるところに保管されていたが、刃物が引き出しに、洗剤の袋が目付いた。	・保管場所、方法の検討
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。		○		マニュアルは整備されていたが、訓練はしていない。	・日頃の訓練の実施
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）	○			マニュアルに沿って実施している。	
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。	○			ヒヤリはっと用紙に記録するとともに、各ユニットにリスク委員を設置し、カンファレンスで検討している。	
(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。	○			勤務の一環としての研修機会が提供され、所内でも勉強会を開催、記録もきちんとされていた。	
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）	○			管理者は職員の状況を把握するように努め、カンファレンスで話し合い、また外出の機会をつくっている。	

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
(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。							
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。	○			重要事項説明書など用いて説明していた。自己評価は今回が初めてであり、情報公開項目は説明していない。	・自己評価、第3者評価結果の提示と説明
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。	○			わかりやすいパンフレットを作成し説明している。	
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。							
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。		○		入居時は管理者と主任が面接し、決定してから職員へ伝達しているが、職員間で十分な情報の共有が行われていない。	・職員間の情報の共有
22	28	退居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、安心して退居先に移れるように支援している。	○			家族へ連絡し適切に支援している。	
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。							
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。		○		ホーム内の苦情窓口、第3者委員は明示してあるが、外部機関(県、市、国保連)の紹介が無い。	・外部機関の明示
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を作成等)を行っている。	○			家族会が結成されており、意見、要望を聞くようにしている。また家族を交えたカンファレンスを開催している。	
(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。							
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。	○			相手の立場になり接するようしており、プライバシーには配慮している。	

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
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。	○			毎月1回 (約2時間) はユニット会議を開催し共有している。	
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。	○			担当制で計画を作成し、バインダーで周知しているが時間が不足。	
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。	○			意見は出せる雰囲気であるが、時間が足りない。	・開催回数の検討
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。	○			センター方式を採用し計画がたてられている。	
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。	○			家族を交えたカンファレンスが行われ、意見を聴取している。	
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。	○			半年に1度の見直しをしている。	
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。	○			入居者のペースで暮らせるように努力されている。	

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
3 サービスの提供内容に関する事項							
(1) 入居者の自立に配慮した支援							
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。							
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。	○			日常生活では出来るだけ1人で出来るように、出来ない所はさりげなく支援している。	
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)	○			家事を仕切っている人、号令をかける人、など場面づくりに努力されているが出番の無い人もある。	・出来ること探しの工夫。
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。	○			お金を持っている人もあるが、ホームとしては預かっていない。買い物の際はホームのお金を支払ってもらうこともある。	・力量に応じた支援
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。							
36	57	認知症の身体面での特性(筋力低下、平行感覚の悪化、嚥下機能の低下等)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。	○			歩行、嚥下訓練、散歩などしている。	
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。							
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。	○			一緒に食事をし、食べこぼしのある人のそばで支援している。	
口腔ケアは、適切にしていますか。							
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)		○		朝、夕食後は口腔ケアタイムをつくり職員が口腔内をチェックしている。昼食後は特に行われていない。	・3食後とも口腔ケアを実施
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。	○			自室で保管している。義歯は入れたままの人、はずす人がある。適宜洗浄剤で清掃する。	・適宜の歯ブラシ交換
排泄自立のための働きかけを行っていますか。							
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。	○			排泄チェックを行い、トイレで排泄するよう支援している。	
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。	○			トイレ誘導など適切に支援している。	

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
(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、見た目で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。)	○			健康状態に配慮した調理を行い、豚肉を食べない人には代替の食品にするなど適切に支援している。	
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。	○			殆どが普通食であるが、適当な大きさに切ったり個人にあわせた食事を提供している。	
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。	○			16時～21時までの入浴とし、希望に添って順次入浴している。毎日の入浴も可。	
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。	○			入居者のペースでゆっくり入浴している。	
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。	○			家族の支援で、地域の美容院を利用している。	
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。	○			眠剤使用は1名であり、他は見守り支援をしている。	
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。	○			状況を把握し介護計画に反映して、入眠支援している。	
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、共同で生活が続けられるような雰囲気づくりを常に行っている。	○			利用者が気持ちよく生活できるよう、雰囲気づくりに努力されている。	
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。	○			職員が利用者の間に入り、上手く解消している。	

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
(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。							
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。		○		個別の対応が不十分である。	・生活歴に応じた日常生活の支援の検討
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)		○		利用者全員の出番が見出せない。	・時間をかけて把握し支援
入居者が、外出する機会を確保していますか。							
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)	○			買い物は毎日交代で出かけ、近所の小学校の行事にも参加している。	
(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。							
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。	○			自室や、トイレで行い人目につかないようにしている。	
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。	○			適切に支援している。	
言葉づかいや態度に常に気を配っていますか。							
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)		○		友達同士のような言葉づかいが見受けられた。	・言葉づかいや、態度の見直し
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、やさしい雰囲気と接している。	○			慌しい場面での対応は出来ている。	
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)	○			自信を高めるような働きかけをしている。	

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
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。	○			拘束は無い。	
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）	○			鍵はかけていない。時々外へでる人もあるが、察知して一緒に出かけるようにしている。	
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。		○		外へでたがる人へ「寒いよ」「暗いよ」と言って、暗に拘束しているのではと反省している。	・職員間での検討
(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。	○			水分、食事摂取量は記録してある。昼食は法人からの配食であり、カロリー計算はされている。	・定期的な栄養士の助言、指導
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。	○			薬は鍵のかかる棚に保管され、服用ごとに配布されている。	
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。	○			薬剤説明書は個人ファイルに保管され、目的、副作用を把握し手いる。	
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。	○			管理者（看護師）が情報提供している。	
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。	○			定期健診も実施され、3名が従来のかかりつけ医であり、他はホームの協力病院で対応されている。	
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。	○			入居者、家族、医師と連携をとり適切に対応している。	

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)	○			調理器具はアルコール製剤、食器は食洗機で、冷蔵庫は毎週1回掃除をしている。	
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。	○			1日4, 5回換気をしている。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。	○			各人好みのものを持ち込んでいた。	
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。	○			余り飾り物は無く、落ち着いた雰囲気であった。	
入居者の五感を大切にした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。	○			気になる音は無く部屋は明るかった。	
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。	○			適切であった。	
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。	○			適切に設置してある	
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。	○			トイレ、浴室の標示は無い。居室の入口に目印のリボンが付けてある部屋もあった。	・見守り、誘導の徹底
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。	○			トイレ、浴槽の洗い場には手すりなどが設置してある。2階のユニットは浴槽の手すり、滑り止めマットの購入を依頼中であった。	・早めの対応を検討
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。		○		現在必要ないとのことで、共用空間、廊下などに手すりの設置はない。	・手すりの設置、家具等の配置の工夫

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)	○			ホーム便りを発行し家族に喜ばれている。又家族会が結成され2ヶ月に1回、集まりがあり、情報交換している。	
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。	○			自由に面会でき、一緒にお茶を楽しんでいる。	
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。	○			適切に対応している。	
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。	○			家族の宿泊もある。	
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。	○			自治会に加入し、花壇の管理も一緒に行っているが、行事への参加が不十分である。	・参加についての検討
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)	○			ボランティアの受け入れはしているが、その他については今後の課題である。	・地域との連携に向けての検討
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。		○		介護保険の更新手続きなど家族が実施しており、入居状況の問合せ程度である。	・市役所、保健所等との連携を深める検討
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に、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)	○			隣接するスーパー、小学校とは連携あり。消防署からの定期的な訪問もある。	・警察などとの更なる連携