

自己評価および外部評価結果

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	理念(大切に思うこと)をご利用者、職員と共有。玄関に掲示し、立ち止まり声に出して読む。理念を軸に個々のプランに活かしている。	ホーム独自の理念を作成し、事業所の玄関や事務所への掲示のほか、毎日朝食前にご利用者と一緒に理念を復唱するなど、理念をもとにした意思統一が図られています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の自治会長、民生委員と相談。行事開催を決めている。戸外に出て挨拶を心がけている。地域の行事にも参加。	ギターボランティアの方に定期的に来て頂いたり、偶数月にご利用者と一緒に地域の神社の掃除をしたり、お祭りや防災訓練などの地域の行事にも参加するなどし、地域との交流を図っています。	
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	共用型の認知症対応型通所介護を提供し、利用時は写真を撮り、ストレスケアをしている。	/	/
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	身体拘束適正化委員の報告。地域の方にも参加して頂き、理念の一つ、地域の人と顔なじみ、離設時支援をお願いしている。	2ヶ月に1回開催し、自治会長・民生委員・包括支援センター職員・他のグループホーム管理者・ご家族などにも参加してもらい、事業所からの報告に加え、地域との交流に関する協力依頼や参加者からの意見が事業所の運営に反映されています。	
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	広報誌を送付し、取り組み活動報告。会議開催の案内を送付。ご利用者離設時連絡。	地域包括支援センター職員には運営推進会議に出席してもらっているほか、ホーム運営上の相談を通じ、市や区役所・地域包括センターとの関係が構築されています。	

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
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	ご家族の要望、玄関の施錠してほしい、又離設保護され、警察からも施錠をとの事。身体拘束適正化委員を活用。毎月、ケアの中から拘束リスクを一人一人ピックアップし、拘束0に取り組んでいる。	拘束は行わないという方針のもと、身体拘束適正化委員会で定期的に検討の機会を設けたり、身体拘束11項目を食堂に掲示し、職員も意識しながら業務に取り組んでいます。	
7	(5-2)	○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	高齢者虐待防止研修への参加。市域包括支援センターに講師依頼し、研修を開催。	日々の業務を通じて、話し合いの機会を設けご利用者への対応方法を検討したり、ホームでも職員の言葉遣いで気になる点があれば指導するなど、虐待に繋がる事が見過ごされないようにしています。	
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	日常生活自立支援事業は地域包括支援センターより研修を受けた経験あり。成年後見制度はご利用者が活用。司法書士より勉強会を受ける。		
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	記入前説明。疑問点は繰り返し説明。申し込みに至る経緯について、不安を共有、理解に努めている。		
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	面会時に、意見、要望を管理者が直接伺っている。玄関にご意見Boxの設置。	毎月1日にご利用者が意見や思いを出していただく会議を実施し、ご利用者の要望を業務に反映できるようにしています。また、ご利用者に聞き取りアンケートも実施し、食事や職員の支援方法について確認の機会を設け、サービスを向上できるように取り組んでいます。	
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	4~11月、毎月1日に全体会を開催。事前に課題を考え、職員の意見をリーダーとボトムアップに努めている。理念を軸に実践報告、拘束についても学んでいる。	日々の申し送り、毎月の例会にて、職員の意見や提案を吸上げる機会が設けられています。加えて、管理者が職員の勤務状況を見ながら、職員と個別に話をする機会を設ける等の取り組みも行われています。	

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
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	全体会にて業務改善について話し合いの機会を設け、就業環境、生きがい、メンタルケアは夜勤のしんどさ共有シートに記入、一人一人の本音を聴いている。		
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	チームケアの大切さ、声掛け、リスクを把握、気づく力をお互いに身に付けトレーニングしている。リスクマネージングを毎月ローテーションで行っている。		
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	秋葉区グループホームの会を開催。他ホームとの情報交換、コロナ禍での課題、リスク共有。		
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	入所前の生活歴、習慣、信頼関係、何を誰を大切にしていたのか、情報を把握。不安な時期をご家族と共有、要望に応じていくように努めている。		
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	申込時に外部評価の内容に触れ、ホームの理念を伝えている。見学時にご本人がどのような生活作りを望んでいるのか、ご家族の支援についても把握している。		
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	ホームへの入所へのエビデンスを把握、ご本人、ご家族、ケアマネとの話し合いを重視。デイサービスからスタートするケースもある。		
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	気持ち良く起床、一日の始まりに何をしたいか、何を食べたいのか、テレビ、新聞、広告などからご自分で一日の過ごし方を選択できるように支援している。		

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
19	(7-2)	○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	手紙や写真、電話などを通し、ご利用者の生活ぶりを報告。居室にご家族との写真、メッセージを掲示。ご家族との外出、誕生日などイベント行事にも参加。	毎月、居室担当者が体調・健康面に関するお便りをお送りするとともに、管理者もご利用者の様子をまとめたメッセージをお送りするようにしています。また、事業所広報も毎月送付しホームでの活動の状況を伝えているほか、何か状況の変化があった時などは、ご家族に電話や手紙で連絡するようにしています。	
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	会いたい人、行きたい場所を一人一人把握し、個別ケアに努めている。誕生日にはご本人希望のご家族、兄弟、友人を招待。	ご家族にも協力して頂き、定期的にご自宅に出かけたり、行きつけの美容院やお墓参りへ出かけるなど、馴染みの関係が途切れないよう支援しています。	
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	気の合うご利用者が気持ち良くお話できるスペースの確保。一人になりたい時もさりげなく声掛け、支援をしている。時々食席を変え気分転換も。夕食後団らんの機会を設け、茶話会を実施。安心して入眠へとつなげている。		
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	入院退所、看取り後もご家族と年賀状、広報紙を送付し関係を継続している。野菜、手作り品の差し入れもあり。		
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	(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	毎月、ついたち会議にてご本人の意向、行事、お楽しみなど想いを成就できるように務めている。	ご利用者の思いや意向については、毎月のご利用者の会議で確認しているほか、ご家族との面会時にも要望を確認し、介護記録に記入し、職員間でも共有できるようにしています。	
24	(9-2)	○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	ご家族からの外出支援、自宅の畑仕事など、入所前に大切にされていた生き甲斐の継続を支援している。	アセスメントについては職員にも分かりやすいように、ホーム独自のシートが作成されています。ご本人・ご家族への利用開始時のアセスメントに加え、日々のケアにおいてのコミュニケーションや行動から得た情報の共有もされています。	

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
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	「私のこと」、「住み心地アンケート」を作成。一人一人のナラティブケアに支援。		
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	家族と作るモニタリングを作成。毎月、健康体調面のシートを作成し、送付。心身共に観察、分析をし、より良く暮らすケアを実践。	毎月のモニタリングを踏まえ、ご利用者・ご家族の意向を踏まえ、計画作成担当者と居室担当職員も参加し、サービス担当者会議を行い、定期的な介護計画の見直しが行われています。	モニタリングシートの記入日が実態と合っていない方もいましたので、今後改善されることを期待します。
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	ケース記録の記入、面会時、家族の想いを把握、介護計画に活かしている。申し送りノートで情報共有。		
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	共用型の認知症対応型通所介護、短期入所生活介護を受け入れている。		
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	生まれ故郷の山々を拝む、桜並木、お隣の白木蓮、季節の変化と共に生活されている。お隣さん宅の花見のお誘いも楽しみの一つ。		
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	訪問診療、通院付き添い支援、かかりつけ医との報告書、情報提供書で状態把握。	ホームに往診に来て頂いているほか、ご利用者・ご家族の希望するかかりつけ医との関係を大切にしつつ、職員も受診に付き添い、ご利用者の状態を伝え、医師と情報を共有しています。	
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	看護師は訪問診療時の医師への状態報告、処方依頼。電話、報告、相談している。職員とも申し送りノート等で情報共有。		

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
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。	入院前、訪問診療医からの紹介、入院カンファ、入院中も連絡し、状態把握。退院カンファに出席。退院後、通院付き添い、病後生活報告。		
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	ご家族との良好な関係を確信後、体調、食事量の変化時、ご家族との話し合いを設け、医師、看護師、ご本人の医師を確認後契約。定期的に再確認。	ご利用者・ご家族の要望に応じて医師と相談しながら看取りまで支援するような体制を整えています。また、ご利用者の状況をまとめ毎日FAXでお送りする等の支援もしており、ホームでの看取りに関する指針も作成し、検討の機会を持ち、終末期生活のための誓約書をいただくようにしています。	
34	(12-2)	○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	職員はローテーションで全員、応急手当の講習に参加している。	継続的に消防署の普通救命講習に参加し、職員が適切な初期対応ができるようにしています。また、ご利用者ごとの急変時の対応についてカンファレンスで指導が行われており、対応方法についてもケース台帳に張られています。	
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	地域の方と一緒に避難訓練、散歩時災害に備え声掛け。災害時グッズを用意。毎月14日避難訓練を実施。	避難訓練では、地震や水害、夜間の火災を想定した訓練も行われており、訓練には地域の方にも参加して頂いているほか、非常用食品の確保もされていました。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	理念に掲げているように、人生の先輩として生きて来られた知恵や経験から、常に学ぶ姿勢で接している。ドアノックや、排泄行為、プライバシーに配慮。	ホームにて言葉の使い方についての指導も行い、プライバシーに配慮した対応が周知徹底されています。また、広報やホームページの写真の掲載についても、ご利用者個々に同意書を頂いています。	

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
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	一日のスタート、カーテンを開け、天気、新聞、広告、テレビ等で視覚、聴覚を刺激、ご本人の思い、希望を確認、選択肢を提供する。		
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	一人一人大切にしているもの、大切にしていることをキャッチし、その人らしい生き方を応援している。		
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	入所前から行きつけの理容室への付き添い。鏡を見、整髪、服選びが楽しく出来るよう支援している。		
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	お楽しみ支援、バースデイ食、プラスご家族のメッセージ、外食支援、一人一人の好みを聴きメニュー作成。	ご利用者にもできる範囲で食事の準備や後片付けを職員とともに行われています。また、ご利用者と一緒におはぎ作りやケーキ作りも行ったりなど、食事が楽しみになるように取り組んでいます。	
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	管理栄養士よりメニューチェック、アドバイス、食事量低下(ターミナル)時、医師の指示、栄養補助食、検食表にて食事量、水分量チェック。		
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	訪問歯科の指導のもと、口腔ケアを実施。口腔ケアマネジメント計画を作成。歯ブラシ、歯間ブラシなど定期的にチェック。		
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	排泄チェック表にて排泄パターンを把握。看護師、訪問医に相談。一人一人の排便時間を考慮し下剤服用。	ご利用者全員を対象に、排泄チェック表による排泄パターンの把握を行い、職員間で共有し、トイレ誘導が行われています。	

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
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	麦ご飯、食物繊維を多く摂取、お茶からスタート。一人一人水分摂取量を記録している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ミント風呂、玉ねぎの皮風呂、よもぎ風呂、ゆず風呂など楽しみを持って入浴の工夫。拒否のある時は理由を入浴チェック表に記入。	入浴日と入浴時間に関して、体調や希望に応じて柔軟な対応がとられています。また、たまねぎ風呂やミント風呂などを実施し、ご利用者に入浴を楽しんで頂けるような工夫もされています。	ケース記録に記載してある日付に誤りがありましたので、今後ミスのないように改善されることを期待します。
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	質の良い眠りは日中の質の良い活動、散歩、体操、歌、家事など気持ち良く過ごし、安眠につなげている。入浴後、昼食後、休憩時間を設けている。		
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	職員全員が薬の説明を理解している。処方後、体調を確認。Faxにて訪問医に相談している。		
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	ご利用者の得意な分野を活かして活動。晩酌など入所前からの楽しみの継続支援をしている。		
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	ご家族からの支援で、外出支援、あり。オカリナ歌の会を外のベランダで行っている。	日常的な神社・公園などの散歩のほか、季節に合わせた初詣やお花見、紅葉見学など、戸外に出かけられるよう支援が行われています。	
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	広告、雑誌、新聞を見てショッピングや外食を状況に応じ実現している。支払いも自分で出来るように支援している。		

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
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	ご利用者にプレゼントや手紙が到着後、ご利用者がお礼の電話をしたり、お礼状を書いている。		
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	季節の行事、ご利用者の好みや趣味を考慮し、居心地の良い場所、人を見つける。朝日、夕日を拝む、お気に入りのソファの場所など。	共有スペースはテレビを囲んでソファにくつろぎながらゆったりと過ごせるようになっています。食堂も対面式のキッチンでご利用者も食事作りに参加しやすいつくりとなっています。建物も採光が良く入るつくりとなっています。	
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	ご利用者同士の会話を楽しむとき、一人になりたい時、自由に移動できる。		
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	入所時、アルバムなど、馴染みの物を持参。	カーテンをご利用者自身が選ぶことや、ご利用者の作品を飾るなど取組みや、使い慣れた物を持ち込んでもらうよう働きかけ、居心地よく過ごせる工夫が行われています。全ての居室が2階にあり、眺めのいい環境が整っています。	
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	トイレ、浴室が分かるようにイラスト表示。玄関の段差、テーブルの角にクッション。地震時、テレビの保護。階段の昇りリハ時、手摺りを使って、下りはエレベーター使用など、一人一人のcan、can'tを観察、分析している。		

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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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、生き活きと働けている (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、安心して暮らせている (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				