

(様式2)

令和 1 年度

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	1572400172		
法人名	医療法人社団 萌気会		
事業所名	萌気園グループホーム「ふきのとう」		
所在地	南魚沼市市野江甲2-3		
自己評価作成日	令和 1年 9月1日	評価結果市町村受理日	

※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.mhlw.go.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	2019年10月11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)】

- ・食事(季節の物や地元の食材を取り入れた利用者さんの口に合う家庭的な料理)
- ・利用者さんと職員が一体となった家庭的な雰囲気。
- ・馴染みの関係による安心・安全で安定したサービスの提供。
- ・隣の施設や地域とのつながり。

【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)】

ホームは幹線道路から、少し山寄りに入った閑静な住宅街に立地している。ホームは林と山からの湧水が小川を流れ、遠くには八海山を望むことができる。また、隣接地にデイサービスセンターが設置されている。

ホームの特徴的な取り組みとしては、運営主体の医療法人の方針でもあるが、住み慣れたホームで充実した医療ケアの下で見取りケアを受けることができることである。協力医療機関の医師の往診を、定期的、必要時は随時、受けることができる。訪問看護ステーションとも連携しており職員の看取りケアをバックアップできる十分な体制が確保されている。また、職員間のチームワークが良く、意見や提案が多く出されおり、可能な限り反映させている。そのため、利用者や家族等だけでなく、職員の安心感も高い。

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	理念を基に実践している。	法人の理念を受けて、ホームの目標「安心のコミュニケーション」を掲げている。法人の理念は毎年、新人職員研修で職員に周知されている。ホームでは、利用者との丁寧で温かいコミュニケーションを目標として取り組んでいる。	
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	地域の行事に参加したり、事業所の行事に参加していただいたりして交流の機会を持っている。	併設のデイサービスの利用者とホームの利用者の交流の機会を持てるように努めている。また、町内会のお祭りや避難訓練に参加したり、地域の方が家でとれた野菜を持ってきてくれたり、地元中学校の職場体験や大学生が研修で来られるなど地域とのつきあいがなされている。	
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	普段の関わりや、運営推進会議を通して認知症への理解を地域の人々に発信している。		
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	議事録も残してサービスの向上につなげている。	会議には市職員、自治会区長、民生委員、消防団長、近所の方が参加して、ホームの現況を報告して助言等ももらっている。参加者から地域の行事など情報の話があったり、利用者との会話を楽しんだりしてもらっており、会議を利用者のサービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	適時連絡を取り、協力関係につなげている。	市の担当課にはホームの運営等で困ったことがあれば随時相談している。また、毎月市の事業者連絡会議に参加して情報の共有化に努めている。	
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	勉強会や日々の話し合い等でも検討して常に配慮して取り組んでいる。	医師や訪問看護と連携して、利用者の身体拘束を行わないケアが実践できるように、ケースに応じて協議、検討している。センサーマットや低床ベッド等の介護機器の工夫も適宜行っている。	

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
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	勉強会や日々の話し合い等でも検討して常に配慮して取り組んでいる。	安心できる生活ができるように職員の言葉がけなど利用者とのコミュニケーションしっかりと行うことが権利擁護につながるなどの方針のもと、管理者を中心に取り組んでいる。不適切なケアがされていると思われたときは職員会議で管理者が注意をするなど、事業所全体で虐待の防止に取り組んでいる。	
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	勉強会や日々の話し合い等でも検討して常に配慮して取り組んでいる。		
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	実践できている。		
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	ご家族宅に訪問したり面会時などを利用して運営に反映させている。苦情相談も受け付けている。	入居時や介護計画の策定時に、利用者及び家族等の意見を聞き取り、個別に対応している。また、普段の関わりの中で利用者からの声に耳を傾け運営に反映させている。	
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	職員会議やミーティングを利用して反映させている。	日常の職員ミーティング等で出された職員の意見は、すぐに改善できることはすぐに対応している。検討や協議が必要なことは、毎月の職員会議にかけたり、連絡ノートに意見を記載したものを検討して、業務等の改善につなげている。	
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	実践できている。		
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	実践できている。		

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
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	勉強会や研修、行事などで交流を持ち実践している。		
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	本人に寄り添い意向を聞きながら無理はせず、家族の協力も得ながら関係づくりに努めている。		
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	家族とも連絡や情報を密に取り、関係づくりに努めている。		
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	本人や家族との関わりの中から検討・実践している。		
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	寄り添い、利用者を理解して共に生活できるよう対応し、関係づくりに取り組んでいる。		
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	定期便りや運営推進会議、面会などを通し関係を築いている。	看取りケアを実施する上で家族との連携は欠かせないため、家族への利用者の状態説明は、医療面も含めて丁寧を実施している。日常的には、面会時に状態説明を実施したり、毎月、利用者の様子を手紙にして家族に伝えている。また、外泊・外出の協力をお願いしている。	
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	出来る限りで機会を設けて取り組んでいる。	併設のデイサービスの利用者とホームの利用者が昔からの友人の場合は面会できるように支援している。また、祭りや買い物、桜の観賞の参加など馴染みの人や場所の関係が続けられるよう支援している。	

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
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	共同生活という事も配慮しながら個別にも考え支援している。		
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	電話やお便り、訪問などで関係を大切にしている。		
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	検討し、可能な限り実践している。	介護支援専門員を中心に利用者の意向を日常生活の中で聞き取り、職員ミーティングで検討して対応している。医療的な利用者の訴えや意向に対しては、主治医の往診を適宜受けられるようにするなどして支援している。	
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	本人や家族などから情報を集め、把握に努めてサービスにつなげている。	利用者や家族等から、これまでの生活について入居時に十分に聞き取りを行っている。また、友人や親族等が面会に訪れる際に、昔の本人の仕事や趣味などを詳しく聞き取るように努めている。	
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	関わりやミーティング等の情報からその時の状態に合せた対応をしている。		
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	本人や家族を交えたチームで一体となり介護計画を作成している。	介護支援専門員が利用者や家族等の意向を聞き取り、利用者の心身の状況を踏まえた介護計画を職員間で協議、作成している。介護計画の評価は3ヶ月毎に介護支援専門員が行っている。	ホームは看取り介護を積極的に実施しており、重度の利用者も少なくない。しかし、介護計画等に個別の身体的ケアを明記するまでには至っていない。今後は職員間で重度者への支援方法等をより明確にするため、支援内容の明示が期待される。
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	日々の記録やミーティングで情報を共有してサービスに活かしている。		

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
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	一人ひとりの状況に合わせて柔軟かつ応用力を持って対応している。		
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	地域や他事業所などと協働して支援に役立っている。		
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	往診の医師・看護師と連携を取り定期的かつ必要に応じた受診や相談を受けている。	協力医療機関の医師が往診診療を実施している。必要があれば24時間体制で連絡や対応を受けることができる。また、訪問看護や薬局、歯科医師とも連携して対応しており、医療ケアが充実している。	
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	看護師と連携を取り必要に合わせて対応してもらっている。		
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づくりを行っている。	入院時の対応に備えて関係機関との連携を取っている。		
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	看取りを希望している利用者・家族に対しては面会時やお便り、電話などで状態を報告・説明しながらチームで取り組んでいる。	ホームの方針として、住み慣れた環境で看取りケアを受けることができる。協力医療機関や訪問看護等との連携が強固であり、重度化に対して、利用者及び家族等が安心できる体制を整えている。	
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	勉強会や書物、ミーティングなどを通して緊急時の対応に備えた実践力を身に付けている。	利用者の急変時に備えて、状況に応じて対応できるように主治医からの指示・指導をあらかじめ確認するように努めている。必要があれば随時、主治医や訪問看護等の専門職と連携して対応している。また、救急法等の職員の研修も定期的実施している。	

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
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	避難訓練や勉強会、普段の話し合いの中から地域との協力も念頭に入れた災害対策を考えている。	ホームには防災機器やスプリンクラー等の設備が整備されている。また、有事には隣接するデイサービスセンターや消防団と協力して対応することができる。	避難訓練は年2回実施されているが、ホームの立地条件に合わせた避難方法等の計画を定めるまでには至っていない。市のハザードマップを参考とした避難計画の策定が期待される。
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	言葉や態度で気分を損ねないよう職員間で声を掛け合って配慮している。	管理者は職員の利用者に対する言葉かけが、利用者にとって心地よく丁寧に感じられるように、機会を見つけて職員に指導している。また、利用者の居室はプライベートスペースと考え、希望すれば施錠できる。また、職員はノックをしたり声をかけてから入室するよう徹底している。	
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	関わりや働きかけの中で本人の希望を汲み取り、自己決定できるよう努めている。		
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、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	一人ひとりの暮らしやペースに寄り添い、臨機応変に支援している。		
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	身だしなみ等声掛けしながら支援している。		
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	野菜の皮むきや餃子作りなどを手伝ってもらいながら、どんな調理がいいか話している。	食事の準備や後片付けに参加できる利用者には、職員と会話を楽しみながら作業してもらっている。利用者の食器はなじみの食器を持ち込んでもらい、職員は彩りやバランスの良い食事提供ができるように努めている。	

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
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	栄養や水分量を考慮しながら一人ひとりの状態に合せた対応をしている。		
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	一人ひとりに応じた口腔ケアにより清潔保持に努めている。		
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	失禁の原因が疾患である場合については都度交換して清潔に努めている。排泄パターンを把握して声掛け誘導、介助も行っている。	トイレでの排泄支援を基本としているが、利用者の状況に応じて紙パンツや尿取りパット、オムツを使用しており、必要があれば主治医や訪問看護からの指示、助言を受けて、水分摂取量と排泄量のバランスを確認するなどしながら、専門的な排泄支援に努めている。	
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	排便傾向やパターンを把握した中で、無理なく安心して排泄できるように取り組んでいる。		
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	本人の生活パターンや希望にそうように配慮しながら支援している。	入浴は週に2回を基本として実施しており、入浴嫌いの利用者にも、声掛けや入浴曜日を調節するなどして入浴できるように努めている。利用者の状態によって職員2人による介助、シャワー浴など、安全に入浴ができるよう支援している。	
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	個々の生活習慣や状態に応じて支援している。		
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	スタッフ・医師・看護師・薬局と連携を取りながら支援している。		

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
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	アセスメントを活用、参考にしてイベントや行事、レクリエーションなどを通して支援している。		
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	「無理なく安心していつでも」をモットーに支援している。	ホーム利用者の身体レベルに応じて、近所への散歩やドライブや行事などで外出できるように努めているが、外出の機会が少ない。	外出は利用者の気分転換等の良い効果が期待できる。ホームの近所でも自然や四季が感じられる素晴らしい環境も活かし、散歩等の外出の機会を増やす検討が期待される。
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	理解したうえでできる範囲内で支援している。		
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	ニーズに応じて支援している。		
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	花や飾り付け等で季節感や雰囲気を作り、居心地の良い空間づくりの工夫をしている。	ホームの建物は2階建てで、1階にリビング兼食堂が設置されている。共有空間は、飾り付けの担当職員を中心として、季節を感じられる飾り付けがなされている。また、廊下等も広く車椅子の利用者でも移動しやすい。	
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	共有スペースのみならず利用者同士が居室を訪問してゆっくり会話できるように配慮している。		
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	使い慣れたものを使用させていただいている。環境整備にも気を配っている。	居室は畳を基本としているが、カーペット等の設えは本人や家族等の意向を尊重している。家具や持ち物の持ち込みも自由であり、入居後は担当職員が利用者と配置等を相談しながら支援している。	

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
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	残存機能を維持できるよう移動能力確保に努めている。		

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				