

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	施設の理念に沿ったグループホームの目標を設定し掲示している。実践した結果を毎月、振り返りを行っている。	職員で案を出し、グループホームの目標を設定し、スタッフルームに掲示しています。また、ユニット毎に毎月の目標を設定し、定期的に振り返りを行うことで、理念に基づいたケアを提供できるよう心がけています。	
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	祭り見物、傾聴ボランティアの受け入れ、地域住民に向けたカフェの開催、障がい者アートなどへの参加を通して地域の方々と関わっている。	地域の方に定期的にボランティアに来て頂いたり、事業所主催のカフェを開催し地域の方にも来て頂いたり、障がい者アートにもご利用者の作品を出展するなどし、地域との交流が行われています。	
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	認知症キャラバンメイトとして講座の開催。ラン伴への参加やカフェの開催時に活かしている。		
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	会議には状況報告をしている。構成員からの話の中で、改善案や良い取り組みなどの意見は施設全体で共有しサービスの向上に活かしている。	区長、市の担当者、地域包括職員、民生委員、ご家族代表などに参加していただき2ヶ月に1回定期的に開催され、事業所からの報告に加え、参加者から運営に対する意見があり、出された意見は職員に伝えられ、改善が必要なものは職員間で話し合い対応がとられています。	
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に取り組んでいる	運営推進会議への参加や議事録の提出、介護相談員からの意見について担当職員と密に連携している。	市の担当者及び地域包括支援センター担当者には2ヶ月に1度の運営推進会議に参加して頂きアドバイスを頂いており、介護保険担当課とも不明な点があれば相談できる関係が構築されています。	
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	取り組んでいる。毎月、事業所内での実態確認、3か月に1回「身体拘束廃止委員会」を開催し結果を「運営推進会議」でも報告している。	月に1度身体拘束に関してのチェックを行い、3ヶ月に1度は身体拘束廃止委員会で検討の機会も持ち、身体拘束を行わないケアを実践し、身体拘束のケースは現在もありません。また、職員の理解を深めるための身体拘束に関する研修も実施されています。	調査時点で月に1度の身体拘束に関してのチェックが行われていない月もありましたので、チェックモレが無いように改善されることを期待します。

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
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	務めている。内部研修や毎月実態確認を行っている。	虐待については日々のご利用者の身体や表情の変化に気づくように意識しています。また、職員の言葉遣いについても気を付けるように指導したり、職員の理解を深めるための虐待防止に関する研修も実施されています。	
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	今年度研修は受講していない。現在、成年後見制度を申請している入居者がいるので、家族からの相談事や財産に関することで話がある時は支援している。		
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	説明を行い、同意書を頂いている。		
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	玄関に「意見箱」を設置しているほか、契約時に「第三者」についても説明している。	日ごろの面会時のやりとりのほか、運営推進会議に参加していただいたり、サービス担当者会議にてご家族と話し合いの場を設け、ご家族からの意見を運営に反映できるようにしています。	
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	意見箱の設置はあるが、職員からの意見は入っていない。ユニット会議や日頃のコミュニケーションで意見や提案が聞ける環境である。	毎月の職員会議では職員からの意見・要望を出しやすいように事前に検討したい内容も確認し、就業環境の改善に繋げています。また、法人としても施設長との個人面談を実施したり、衛生委員会で職員の意見・要望を確認し、対応が行われています。	
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	衛生管理者と管理者が勤務状況を把握し、衛生委員会等を活用して職場環境の整備に努めている。		
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	外部、内部研修を計画して実施している。		

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
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	地域の事業所同士が連携し、研修会等開催し参加している。		
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	入所前に事前面談を行うことや入所後も不安がないように言葉かけ多く関わっている。		
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	入所前に事前面談を行うことや入所後の様子を伝えている。家族からの話があった時は、職員間で共有している。		
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	入所後の様子を伝えることで、家族からも事前面談では知り得なかったことを聞く事が出来、その内容を職員間で共有し、本人にあった対応に努めている。		
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	本人が出来ること、やりたいことを見極め、本人に伺いながら作業を行っている。		
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	介護計画書作成時、モニタリング・評価を説明し計画書案を提示して、一緒に考えるようにしている。また、月1回職員から家族宛にお便りを出している。	ホームの状況をご家族にも理解していただくため、事業所広報の送付や毎月のお手紙の送付を行っています。また、医療機関への受診やご利用者の個人的に行きたいところへの外出など、ご利用者とご家族との関係を断ち切らないためにも、ご家族にお願いできる所と、ホームがケアをする所を明確にし、ご家族とホームが協力してご利用者を支える関係が構築されています。	
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	特に、知人や親戚の面会、自宅への外出、行きつけの理美容へ行けるようにしている。	知人や親族が面会に来てくれたり、自宅に外出したり、行きつけの美容室を利用される方もいるなど、馴染みの関係が途切れないように支援しています。	

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
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	馴染みの関係が出来た後のトラブル解消や新しく入所した方への関わりがスムーズになるようにしている。		
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	入院し退院の目途が立たず退所になった方への家族と連絡を取り合うことや、本人への面会も継続した。		
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	本人の意向把握が困難な場合、課題分析総括表を活用し、本人にとっての課題を見つけるようにしている。	6ヶ月に1度のモニタリング時に現在の状況(思いや意向)を把握し、情報の更新をしています。また、日常の買い物・外出などの要望に対しての支援も出来る限り行っています。	
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	一年に1回または介護計画書見直し時期に行っている。	思いや意向の把握同様、アセスメントによる情報収集、日常のケアの中から得られた情報の記録が行われており、6ヶ月に1度のモニタリングの際に定期的に見直しを行っています。	
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	介護計画作成時に、課題分析総括表を活用している。		
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	ユニット会議で話し合うことと6ヶ月毎の介護計画書作成時に反映させている。	職員の日々のケアの中で得た情報やご家族からの情報を基に、担当職員や計画作成担当者を中心にサービス担当者会議を開催し、複数の職員の意見を踏まえて介護計画が作成されています。また、サービス担当者会議に参加されるご家族もおられます。	
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	記録、共有、実践を行い、介護計画書を作成している。		

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	本人や家族の状態を会議や申し送りで共有し、柔軟に取り組んでいる。		
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	外出、外食、イベントに参加することで、地域の中では、「自分が入居者」という枠での捉え方でない自分を発揮できるようにしている。		
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し、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	かかりつけ医や薬局、歯科医との連携を密にして、本人に適した医療を受けられるようにしている。	事業所に往診にも来て頂くなどし、希望のかかりつけ医への受診支援が行われています。医師との情報は、ご家族を介しホーム側から情報を提供し、診断内容はご家族から収集が行われています。また、ご家族が付き添えない場合は、職員による支援も行われています。	
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	看護職員への報告を徹底し、指示を仰ぐ体制を作っている。		
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。	入院時は、担当看護師や医療相談員と連絡を取り合っている。		
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、事業所で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	入居者1名に対して、終末期に向けた取り組みを行っている。	ホームでも重度化対応・終末期ケアの対応指針を作成し、契約時にご家族に説明しています。実際に事業所で看取ったご利用者もあり、ご利用者の状態に応じて話し合いの機会を設け、ホームとしてできる支援を行っています。	
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	消防署の開催している「普通救命講習会」を3年に1回受講している。今年度は4名更新した。	急変時の対応の流れは、事業所の実態に即したマニュアルの整備がされています。また、事業所でも緊急・急変時の対応の研修を行ったり、消防署での普通救命講習も受講しており、適切な初期対応ができるようにしています。	

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
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	火災時の訓練は年2回実施。消防署、地域の消防団員、区長、水澤化学様の職員にも参加して貰っている。水澤化学様とは防災協定を結んでいる。地震、水害の訓練は実施していない。	近隣企業との防災協定を結び、日中・夜間の火災を想定した避難訓練や緊急時を想定した一斉メールの送信も行われており、避難訓練には地域住民にも参加してもらっています。	
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	対応している。身体拘束廃止や虐待防止の研修時にも、言葉かけについても行った。	契約時に個人情報の取り扱いに関する同意を取り、ケアにおける羞恥心への配慮も接遇研修を行い徹底されており、広報へのご利用者の写真の掲載についても同意が得られています。	
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	日常の関わりの中で本人の思いを聴けるようにしている。		
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、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	その日の希望について毎日確認はしていないが、日々、本人が自由に行動し他者と会話をしている。その状況を見守っている。		
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	好みの服を選ぶことや理美容が利用できるようにしている。		
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	月1回、昼食づくりを全員で行っているが、普段は、職員が行っている。食器拭き等は希望者の方にはしてもらっている。	併設のデイサービスの厨房での調理が基本となっていますが、月に1度はグループホームで調理し、配膳、後片付けなどご利用者のできる範囲で、職員と共に行っています。ご利用者の要望に合わせたメニューを提供したり、外食に出かけるなどして、食事を楽しんで頂けるよう取り組んでいます。	

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
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	栄養バランスは管理栄養士が立てる献立で提供している。食事形態や水分量については、個々の状態に合わせて対応している。		
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	一日3回、口腔清掃や仕上げ磨きを行っている。口腔ケアに関しては、歯科医師からの助言を基に行っている。		
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	本人の行動や排尿排便状況を把握し、失敗する前にトイレ誘導や便通の薬を飲むタイミングを管理してトイレで排泄が出来るようにしている。	必要な方には排泄チェックを行い、一人ひとりの排泄パターンを把握し、適切なトイレ誘導を行うことで、失敗やオムツの使用を減らすよう努められています。	
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	管理栄養士が便秘にならないように献立を工夫している。また、便秘気味な方には、体操時にお腹のマッサージを取り入れてい入る。		
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	身体状況に合わせて毎日入浴する方や一日置きの方等、体力やその日の体調に合わせて実施している。	ご利用者の要望に合わせて同性介助での支援や、入浴を嫌がる方にも声かけの方法やタイミングを配慮し入浴を支援しています。	
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	日中の休息は自由にしているが、定期的に休息が必要な方には休息をとってもらっている。また、自宅に居る時から習慣になっている眠剤を希望する方には、主治医に伝え処方してもらっている。		
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	看護職員、主治医、薬剤師と連携をし対応している。		

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	日々の作業を行っている方にはきちんとお礼を述べ、塗り絵や計算問題、布を裁断したり等が得意な方にはしてもらっている。		
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	自宅に行って衣類の入れ替えや墓参りを希望する方が1名いるので、希望に沿って対応している。地域への外出時に家族や地域の方へも案内をするが希望者はいなかった。そのため、協力依頼はしていない。	散歩や買い物などの日常的な外出に加え、季節に合わせてお花見やお祭りへの外出支援も行われています。また、ご利用者の要望に合わせて担当職員が同行した個別外出支援も行っています。	
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	理美容代金の支払いを自分でしたい方にはしてもらっていたが、現在入居している方は「家族が払うから。任せているから」とのことです所持や使う機会はない。		
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	手紙やハガキが届く方には渡している。電話も自由にかけたり出たり出来るようにしている。		
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	清潔を保つように清掃している。また、明るさや室内温度、装飾等に配慮している。	グループホームは3階にあり非常に見晴らしがよく、季節に合わせた飾りつけや、ご利用者と一緒に作成した作品や日頃の様子が分かる写真を掲示し、ご利用者が気持ちよく過ごせる雰囲気が感じられます。	
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	今の一角に長椅子を置いてある。		
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	本人の状態に合わせて家具や電化製品を持ち込んでいる方、寝具のみの方がいる。本人と家族の意向に合わせている。	ご利用者それぞれが、使い慣れた物やご家族の写真を飾るなど、思い思いの品物を居室に持込み、1人ひとり個性的な部屋になっています。	

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
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	室内はバリアフリーであり、玄関、居室とトイレや浴室の扉は見た目でも分かるようにしている。		

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない