

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	会社の理念、グループホーム共通理念、のぞみの家の理念の3つの理念を毎日の朝礼で斉唱している。のぞみの家の理念は職員全員でよく話し合って決めたものである。	職員全員で検討し事業所の理念を作成し、ユニットの共有スペースに掲示しています。理念については毎日の朝礼で斉唱し、職員全員で確認しています。	
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	回覧板のやり取りで情報の受け取り、発信の利用をしながら交流を行っている。それぞれの行事に参加しあって、馴染みの関係にある。散歩でもよく会話をしている。	町内のお祭りや行事にもご利用者と一緒に参加するなどの交流が行われています。また、ホームのバーベキュー大会に近所の方に参加して頂いたり、小学生の体験学習も受け入れるなどし、地域との交流を深めています。	
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	広報、運営推進会議での発信、相談や見学、面接、面会、日常会話などの場面で役立てるようにしている。		
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	入居者、家族、市役所、町内会、地域包括支援センターに参加して頂き、利用者やサービスの状況等の報告を行い、意見の交換をして、サービスの向上に生かしている。	運営推進会議は市の担当者、町内会長、地域包括支援センター職員、ご利用者、ご家族から出席してもらっています。会議では事業所の活動内容や入退去の情報を報告し、参加者から頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。	
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	運営推進会議に出席をしていただいた時には細かい情報交換を行っている。その他各種の研修や会議の案内を受けて参加したり、情報を受け取ったり、相談をしたりしている。	市の担当者と包括支援センター職員には運営推進会議にも参加していただいているほか、指導も頂いており、協力関係を築いています。	
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	学習により身体拘束をしない根拠を理解した上で身体拘束をしないための介護支援を行っている。	身体拘束は行わない方針のもとに、玄関の施錠も夜間のみとし、職員の言葉遣いについても指導したり、事業所内でも研修や検討会を設け、職員の理解も深めています。	

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
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	学習を重ねることにより、虐待防止の意識を高めて、互いに虐待を防ぐように、見過ごさないように努めている。	身体拘束同様に、事業所にて虐待の防止に関する職員研修や検討会を行い、理解を深めています。	
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	学習をすることによって理解をしている。活用の必要がある時は活用をして支援をしている。		
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	重要事項説明書その他の書面を活用して十分に説明を行い、不安、疑問に答えながら理解と納得を頂いてから契約を行っている。		
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	利用者が意見を言いやすいように配慮した会話を心がけ、家族等が気楽に言える雰囲気を作るようにしている。また意見箱を設置している。実施、改善できる事はすぐに実行をしている。	事業所の敬老会やバーベキュー大会、運営推進会議にもご家族に参加していただき、意見をいただける場としています。	
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	日々の業務での意見や提案は聞き取って改善するようにしている。その他、毎月の会議も活用して討論している。代表者の決断が必要な事項については報告、申告をしている。	毎月全体会議を行い、意見を吸い上げるようにしているほか、管理者も個人面談や、現場で業務を実際に行う中で、職員とも業務の中で意見交換を行ない、対応するようにしています。	
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	管理者や個々の職員の努力、実績、勤務状況は自己評価、相互評価、研修テスト、レポート、面接を通して把握され、その意見は条件整備に反映されている。		
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	毎月の社内研修、その時々での外部研修の実施、技能実習生の育成、その他レポート、評価などを通してトレーニングしている。		

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	各種研修や会議への参加、他施設への訪問、他施設からの来所の機会に情報交換を行い、職員に発信して向上に役立てるようにしている。		
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	初めての聞き取りの時には、各種アセスメントの他に「今、困っていることは何ですか？」と聞いて安心感を持てるようにしている。		
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	まず、家族の訴えに耳を傾けながら聞き取りをすすめている。質問に答えながら家族のニーズと本人のニーズのずれなどに注意を払いながら受け止めて、信頼関係を築けるように配慮している。		
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	その段階での必要な支援を見極めた後、その後起きる新しいニーズに対応してゆくようにすすめている。		
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	共同生活の一員としての位置付けを念頭においてサポートする内容をよく考えながら支援を心がけている。		
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	入所前の様子を詳しく聞いた後、入所後の様子を家族に伝え、互いにできる事を情報交換しながら、本人のための支援につなげている。	月に1度は担当職員がご利用者毎にコメントを記入した事業所広報を送付し情報を共有しているほか、受診・外出・外食の支援もご家族の協力をいただくなど、一緒に支えあうことができるよう関係づくりに努めています。	
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	馴染みの方との面会や外出、訪問などを自由に楽しんでいただいている。	ご家族や知人に面会に来て頂いたり、行きつけの美容院を利用したり、柏崎の祭りであるえんま市にも出かけるなど、今までの関係継続支援に努めています。	

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	入居者同士のやり取りなどを職員間で情報交換して、適切な関わりが持てるように工夫し、時には席替えや居室変更も行っている。		
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	退所後も必要な支援は行い、相談にのっている。		
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	本人の思いや意向の把握に努め、意思表示が得られない場合でも家族などの聞き取りや日常生活の観察等を心がけている	利用開始時のアセスメントに加え、日々のケアにおけるコミュニケーションや行動から得た情報を確認し、情報の蓄積と職員間で共有が行われています。	
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	相談面接、事前面接、契約時、電話での聞き取り、本人との日々の会話などを通してこれまでの暮らし方を把握するようにつとめている。	センター方式を使用し、これまでのケアマネージャー、ご家族やご本人に聞きながらこれまでの情報の把握し、フェイスシートを作成しています。	
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	入所前に相談や面接を重ねて丁寧に暮らしの現状について聞き取っている。入所後は個々人の様子を観察したり、知らせ合ったりして把握に努めている。		
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、家族、介護員、その他関係者とよく話し合っ意見やアイデアを伺い、現状に合った介護計画となるように活かしている。3か月に1回のモニタリングを担当職員が実施している。	介護計画については3ヶ月に1度モニタリングが行われており、介護計画見直しの際にはサービス担当者会議を行い、意向を反映した介護計画を作成しています。	調査時点でサービス担当者会議録に誤りがあった方や、介護計画見直し時のモニタリングが行われ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	個人別の記録に日々の様子、ケアの実践、結果、気づき等を記入して情報を共有し、実践や介護計画の見直しに役立てている。		

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	その時々発生するニーズを把握して、施設で対応可能な方法を検討、実施し、不十分なことには関係者の協力を依頼している。		
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	市内在住の家族等による受診・外出・外食・外泊・マッサージ通いをして頂いている。図書館利用、バーベキュー行事、町内行事、小学生の訪問なども楽しんで交流して頂いている。		
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	それぞれのかかりつけ医へ受診して頂いている。	ご家族と職員が状況に合わせて受診支援をしています。医療機関にはご利用者の経過をまとめたお手紙を渡したり、職員も同行するなどして情報提供を行なっています。	
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	週に1度、当社看護師が巡回するので、情報を伝え、相談、指導を受けながら適切な支援につなげている。その他、必要に応じて随時、連絡を取り合っている。		
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。	緊急入院時に付き添って、情報提供などの支援を行う事が多い。入院中は連絡を取り合っ、必要に応じてカンファレンスをおこなったりしている。		
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	契約時に重篤化対応方針を説明し、同意して頂いている。終末期については基本的に看取り介護を行わない方針である。	ホームでできること、できないことを明確に示した基本方針を定め、契約段階で管理者はご家族に基本方針を伝えており、ご利用者の状態に応じてその都度話し合いを行っています。	
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	急変時の対応マニュアルを決めて周知している。定期的に応急手当の勉強会を実施している。	事業所内でも普通救命講習の機会を設け、急変時に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	避難計画書を作成し、周知している。緊急連絡網を整備している。防災無線により情報が伝達される。町内会と連携している。年に2回避難訓練を行っている。	日中・夜間の火災を想定した避難訓練を年2回実施しており、地域の方にも協力をお願いしているほか、地域の避難訓練にも参加しています。事業所には、非常用の食品や水の準備も確保されています。	
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	「一人一人の人生観と価値観を尊重する、思いやりの心でせつする」ことを皆で話し合っって理念としてかかけて言葉かけや対応に生かしている。	ご利用者の呼び方や言葉の使い方については職員に指導しています。また、広報誌への写真の掲載についても契約時に個々に確認しています。	調査時点で契約書及び重要事項説明書が以前のものを掲示しておりましたので、更新された際には掲示も貼りかえることをお願いします。
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	入居者が気軽に希望を言ったり、自己決定できるチャンスが増えるように声掛けなどを工夫している。		
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	一人一人のその日の調子を把握しながら、各人のペースで過ごせるように、希望に沿うように配慮している。		
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	できる方にはお任せをし、支援が必要な方には声掛けをしたり、準備をしたり、手伝ったりしている。		
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	入居者が楽しみながら積極的に食事の準備や片付けを手伝っている。月に2回、レクレーションとしてできる方全員参加で夕食作りを手伝っている。	ご利用者のできる範囲で調理や後片付けなどに参加していただく場面もあります。また、ご利用者の要望に添ってお楽しみメニューを提供したり、事業所にてバーベキューを行うなどし、ご利用者に食事を楽しんで頂いています。	
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	一人一人の食べる量、栄養バランス、水分量を観察して記録し、支援に繋げている。		

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
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	毎食後、一人一人に合わせた口腔ケアの促しや支援をおこなっている。		
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	一人一人の能力に合わせてトイレで安全に排泄できるように支援している。排泄チェック表を活用している。	排泄チェックを行ない、一人ひとりに合わせた適切な排泄誘導、支援をしています。	
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	排便チェックを毎日実施、水分摂取の機会を設ける、個々人の状況に合わせた食物繊維や薬剤の使用、体操の実施、看護師による処置などを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週に2回の入浴を目標としているが、その日の体調、本人の気分、都合などに合わせて支援している。	ご利用者の好みの時間帯に入浴していただけるように支援しており、入浴を嫌がる方には声かけのタイミングを変えるなどして入浴をしていただけるように努めています。	調査時点で入浴チェック表の記載方法が職員間で異なる部分がありましたので、今後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	夜間の安眠を第一に支援しているが、日中の休息も自由にして頂いている。不眠の方に合わせたより良い支援ができるように心がけている。		
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	服薬情報の共有、周知を心がけて症状の変化に気を付けて看護師と協働している。		
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	日々の日課での役割・農作業・散歩・生け花・ドライブ・買い物・雑巾やカーテン縫いなどを楽しんでいただいている。バーベキュー大会、敬老会などの行事も喜んでいただいている。		

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
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	天候を見極めて散歩やドライブにお誘いしている。本人の希望を伝えて、家族などの方々から支援していただいたりもする。	ご利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、季節に合わせてお花見やお祭り、紅葉見学に出かけるなどの外出も実施しています。	
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	お金の所持や買い物の支援については積極的に進めていない。本人の能力を見極めて、可能であれば希望のある場合には支援したい。		
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	希望を受けて、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	共用の空間で不快な刺激を与えずに、快適に過ごせるように配慮している。壁絵や飾り物、花などで季節感が感じられるようにしている。	共有スペースには畳の小上がりがあり、季節の花を飾ったり、飾られている写真やご利用者の作品も季節に合わせて変えています。	
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	長い廊下にソファを置いて、気ままに利用していただいている。		
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	家族の協力を得て馴染みの物を置いて頂いている。本人と一緒に整理整頓を手伝ったり、清掃を行ったりしている。	居室には、テレビ、タンスなど慣れ親しんだものを自宅から持ち込んでもらっています。また、ホームでの写真やご家族の写真、カレンダーを飾るなどして、その人らしい部屋作りの工夫をしています。	
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	一人一人の力を把握して安全にその能力が使えるように配慮した環境づくりを心がけている。		

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	66	職員は、活き活きと働いている (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