

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎日の朝礼で唱和している。また、マンスリー教育ポスターを利用して、自己目標を立てその振り返りも行っている。	職員同士で話し合いグループホームの理念を作成し、玄関にも掲示しています。また、毎朝の朝礼時にも理念を復唱し、理念に基づいたケアを提供できるよう心がけています。	職員の個人目標の設定と定期的な振り返りも行うことで、より理念の実践に繋がれることを期待します。
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	行事やウエルネスの「カフェにここ」の案内をして参加を呼び掛けている。地域の参加者も定着してきている。社協の福祉キャンプや小学校の郊外学習の受け入れ等で交流している。	地元のお祭りへご利用者と一緒に参加したり、2ヶ月に1度は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、社会福祉協議会主催の福祉キャンプでも事業所に中学生・小学生にも来て頂くなどし、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	行事や「カフェにここ」開催時には、認知症予防や対応について参加している地域の方に情報提供している。		
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	構成員から施設の評判や職員の取り組みに対して助言を頂いた事を、施設全体で共有し質の向上に活かしている。	区長、市の担当者、介護相談員、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取り組んでいる	市の担当者の方には運営推進会議への参加をしてもらっている。介護保険係りには運営推進会議の議事録を提出し日頃の様子や会議の内容を報告している。	市の担当者は2ヶ月に1度の運営推進会議に参加しており、介護保険担当課や地域包括支援センター担当者とも気軽に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	身体拘束の事例はないが施設全体として身体拘束廃止の取り組みとしての研修を開催している。	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。	

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	外部研修や内部研修を通して虐待の防止に取り組んでいる。	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	既に成年後見制度を利用している方は1名。制度の学びの研修は今年度は行っていない。		
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	口頭と書面で行っている。		
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	運営推進会議の場で家族代表からの意見は会議録等に記録し市や家族全員に報告。また、面会時での要望は申し送り共有している。玄関には意見箱を設置し自由に投函できるようにしている。	日ごろの面会時のやりとりのほか、ご家族が意見を言える場として、事業所の行事の際にご家族と話し合いの場が設けられています。また、参加できなかったご家族へも話し合いの内容をまとめた議事録を送付し、情報を共有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	職員全員からの意見を提案する機会はないが、意見箱に職員からの投稿がある。また、ユニットリーダーと管理者とは報告、相談が出来ている。	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、ユニットリーダーが日々の業務の中で気になる点については管理者に報告し、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	衛生委員会で職場環境等々について改善に取り組んでいる。メンタルヘルス研修やサクスカード、ハート報告書などの仕組みがある。		
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、内部研修を計画的に受講できるようにしている。自主研修では旅費と受講料の半額を施設から補助している。		

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	他職種連携の研修や地域包括支援センター等の研修に参加している。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所の際に、本人や家族と面談して本人の思いを聞いている。また、担当ケアマネジャーからの情報も参考にしている。		
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	介護計画書作成時に家族の思いを良く聞いている。また、担当ケアマネジャーからの情報も参考にしている。		
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	グループホームで出来る支援を考えて対応している。		
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	施設のコットーにもあるが「自分がされて嫌ことはその人も嫌」ということを意識して本人の立場になって関わっている。		
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	日々の面会時や毎月家族宛てにお便りを送っている。また、ラインやメールでのやり取りも行っている。家族と共に本人の立場になって関わっている。	ホームの状況をご家族にも理解していただくため、年4回の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ところと、ホームがケアをするところを明確にし、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。	

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
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	家族だけでなく親戚や友人の面会もある。行きつけの美容室の方の迎えでのカットや併設のデイやショート利用者で知り合った方の面会があったりこちらから会いに行くこともある。	知人や親族が面会に来てくれたり、自宅に外出したり、行きつけの美容室への外出支援を行うなど、馴染みの関係が途切れないように支援しています。	
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	話が合う方合わない方の関係を把握して席の配置を考えている。また、孤立しそうな方には職員が積極的に言葉かけを行っている。		
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	他施設に入所後半年間程度ではあるが、面会にいたり施設の担当者から様子を聞いている。		
<b>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</b>					
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	6ヶ月毎に介護計画書を見直している。その際に、本人や家族に意向を聞いている。その意向を介護計画書に反映させている。	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	本人に入所前の話を良く聞いたり、家族の面会時に聞いている。センター方式のシートを使って、その人らしさを把握している。	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。	全てのご利用者に対して契約時のみならず、定期的に情報収集を行い、これまでの生活歴等の情報も職員同士で共有されることを期待します。
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	日々の支援記録、6ヶ月毎のモニタリング・評価を行っている。		
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	担当者会議では、介護職員数名、看護職員で支援状況を話し合っている。参加できる家族には一緒に参加してもらっている。	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。	

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
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	日々の支援記録や申し送りで共有し、6ヶ月毎に計画書の見直しをしている。		
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	訪問カット、馴染の美容院でのカット。入院時に地域の有償ボランティアで付き添いを依頼する等を行っている。また、施設の送迎車での外出を行っている。		
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	市の外出支援サービスを利用したの通院や地域の認知症カフェ、施設に慰問してくれる傾聴や生け花教室などのボランティアを多く受け入れしている。		
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、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	受診時は普段の状態を手紙でお知らせする。往診時は口頭で伝える。歯科衛生士、薬剤師の居宅療養管理指導で医師との連携を深めている。	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	介護職員からの情報提供は口頭や申し送りで行い、看護職員はそれらの情報や本人の状況を受診の際に、医師にきちんと伝えている。		
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。	入院時に面会し看護師からの情報や医療相談員と連携し病状確認や退院日時、退院後の対応等々を話し合い等連携している。		
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	重度化している方の家族に事業所で出来る事を説明した。今年度、看取りの入居者はまだいない。	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。	

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
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	胎内消防署主催の普通救命講習会を受講している。緊急時のマニュアルの見直しも行った。	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。	
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	日中・夜間想定避難訓練の実施した際は消防署や地域の方にも参加してもらっている。近隣の工場と防災協定を結んだ。	近隣企業との防災協定を結び、日中・夜間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。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	苦情・虐待・拘束の研修を通してひとり一人の尊厳を確保しなければならないことをしっかり意識している。	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	居間や居室で関わる際や、入浴介助等で本人の希望や普段の思いを聴いている。		
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	食事時間や入浴日等々本人の希望に沿って対応している。また、個別で外食に行き本人の好物を食べに行った。		
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	白髪染めやパーマ、カット等々定期的に行っている。理容や美容院の訪問をお願いしている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	施設では節目に合わせた特別献立の提供、月一でユニット毎の昼食会を計画している。	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、後片付けなども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、外食に出かけたり、おはぎ作りを行うなどして、食事を楽しんで頂けるよう取り組んでいます。	
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	管理栄養士によるバランスの良い食事の提供。水分や制限食、常食が食べられない方の食形態を、看護・介護・管理栄養士と連携して提供している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。自分の歯がある方には歯科医師や歯科衛生士による居宅療養管理指導を受けている。また、義歯使用の方には歯茎のや義歯に不具合がある時は訪問歯科を受けている。		
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	重度化によりオムツ対応の方が増えた。定期的な交換や陰部洗浄で清潔にしている。トイレの場所が分からない方には行動をみてトイレ誘導を行っている。	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	管理栄養士が便秘を配慮した献立を立てている。その他に、体操や主治医と連携して便通を良くする薬の服用。便の状態での調整を行い失敗がないようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	特殊浴槽での入浴の場合はデイサービスの利用時間や曜日を調整して火水土と決めているが、家庭浴で入れる方には希望を取り入れている。入りたがらない方には言葉かけを工夫して2日以上あげないようにしている。	ご利用者のご希望の時間での入浴の支援がされています。また、お風呂が好きなご利用者には毎日入浴して頂くなどして入浴を楽しめるように支援しています。	
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	居室で自由に休養出来るように空調の管理や清潔な寝具を整えている。		

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
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	薬剤師による居宅療養管理指導を利用し主治医の指示通りに服薬できるようにしている。薬剤師と看護職員の連携し病状の変化の確認をしている。		
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	洗濯物や清拭たたみの作業、行事の小道具や季節の装飾品の作成。月1回に昼食会で調理作業。歌や踊り、演奏等々のボランティアの慰問を受け入れしている。		
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	同級生同士の集まりに参加しての昼食。担当職員と外出・外食をしている。家族への参加依頼については、運営推進会議で家族代表から「家族への声掛け不要」とのことで正式な案内はしていない。外食時に偶然面会があった時は同行してもらえた。	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村上大祭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おり、回転寿司やラーメン屋への外食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	全員が事務所管理している。本人希望時は職員が買い物代行している。同級生同士との外出した方にはお金を渡し、外出の際に支払できるようにした。		
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	電話や手紙にやり取りは自由にしている。電話は施設の電話を使用してもらってる。		
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	各居室、台所の整理整頓。居間や廊下には季節の装飾や観葉植物、水槽を置いている。	グループホームは3階にあり非常に見晴らしがよく、2つのユニットは洋と和を意識し、別の雰囲気を感じられます。昔のテーブルやタンスが持ち込まれており、落ち着け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	四つ葉ユニットには、廊下のつきあたりにソファを置き自由に過ごせるようになっている。コスモスユニットには、浴室前に長椅子を置き、定位置ではない長椅子に座って自由に過ごすことができるようになっている。		



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
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	本人が使いたいものや使っていたものを持ち込んでいる。職員と共に整理整頓している。	ご利用者それぞれが、使い慣れたラジオやご利用者が作られた作品など、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。	
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	バリアフリー、手すりを設置している。畳の居間には、内履きのまま入れるようにクッションフロアを敷いた。内履きを脱ぐことを忘れた方が他者から指摘されずに安心して居間に入れるようにした。		

**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			
		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			