

(様式第1号)

自己評価及び外部評価結果票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4171200308		
法人名	有限会社 クオーレ		
事業所名	グループホーム クオーレ基山		
所在地	三養基郡基山町大字宮浦885-6		
自己評価作成日	平成23年3月15日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigojohou-saga.jp/kaigosip/Top.do
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会		
所在地	佐賀県佐賀市鬼丸町7番18号		
訪問調査日	平成23年3月28日	外部評価確定日	平成23年5月9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)】

家族会を年に3回行っている。月に1回バスハイクを行っている。誕生日会。

【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)】

田園地帯の一角、住宅地から少し離れた所に位置したグループホーム。開設されて満5年。オーナー兼管理者が福祉での経験も豊富で、理想に燃えて設立された事が十分窺い知れた。スタッフも男性を含めて若い方が多く感じられたが、入居者が介護度の高い方が多いにも関わらず受容度が高く、笑顔が多く、やさしさにあふれた雰囲気を感じられる居住の場であった。

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	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	ミニカンファレンスの時に職員で読み上げている。	開設当初スタッフが話し合っって理念「お一人おひとりを大切に、健康で、楽しく、一歩でも家庭の生活に近づけるようにつとめます」を定め、毎日のミニカンファレンス(申し送り)時に全員で唱和する事から業務を始めている。	
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	ボランティアの方に来て頂き日常的に交流している。老人憩の家に行ったり地域の行事に参加している。	地域の方に理解して頂く事に努め、区費も負担し、回覧板も回して頂いている。ホーム行事の「敬老会」等にもご案内しているうちに野菜等を届けて頂けるまでに日常的に交流出来ている。	
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	二カ月に一回運営推進会議を行い、認知症について理解・支援方法を話している。		
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	二カ月に一回運営推進会議を行い、そこで出た意見をサービスに活かしている。	2ヶ月に1回運営推進会議を実施している。記録もファイルされている。家族の方も出席して頂けるように努めている。地域の方も積極的に発言をしている。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センターや介護保険課に三カ月に一度ホーム便りを配布している。	町役場や地域包括支援センターには「ホーム便り」の配布や事ある毎に訪問し相談できる関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束についての内部研修を行い、全職員が身体拘束について知ってもらうようにしている。行う場合は、必ず家族からの同意をもらうようにしている。	これまで身体拘束の実績はない。スタッフ一同身体拘束の弊害を十分に理解している。止むを得ず必要な場合は事前に主治医の意見も十分に聞くようにしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待についての内部研修を行い、全職員で情報を共有し防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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や成年後見制度についての内部研修を行い必要性について話し合っている。		
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	契約の説明を行う際に料金等の説明を詳しくしている。理解・納得が出来ないときは、話し合いを行い理解・納得をしてもらっている。		
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並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	利用者様やご家族の方から意見や要望を受けその内容について話し合った事を運営に反映させている。	家族の方には自由にお話して頂ける雰囲気をつくっており、玄関には「意見箱」も置いている。また、ホーム行事に合わせて年3回位集まっていたり、管理者・スタッフも参加させて頂き、和やかに話し合っている。希望・意見が出れば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	月に1回職員会議を行い、意見や提案を仕事に反映している。	毎月2回カンファレンス(正職員)とスタッフ会議(全体会)を実施しており、その場で自由に話せる雰囲気づくりに努めている。又、機会ある毎に、意見や提案を聞き、運営に反映させている。	
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	職員会議で仕事での問題点を話し合いを行い、改善出来るように努めている。		
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	グループホームの研修には、必ず参加するように努めている。研修で学んだことをホームで活用している。		
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つくり、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	研修を行い他の事業所の方の意見などを取り入れサービスの質の向上させている。		

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用者様が困っている事や要望などがあれば話を聞いている。その内容をプランの中に取り込んでいる。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族からの要望などを聞き困っている事や不安な事などを聞いて説明し関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	職員・利用者様・ご家族と話し、今必要な支援について話し合いをしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	自分で出来る事はやって頂き出来ない時は職員と一緒にやって行ったり困難な時は介助を行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	年に三回家族会を行い、ご家族・利用者様・職員の交流の場を設けている。また、面会時にも利用者様の日頃の様子を伝えている。		
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	ご家族や知人の面会をしてもらっている。その際は居室に案内し、お茶を飲みながらゆっくりとお話をしてもらっている。	出来るだけ家族に旧知の方の面会をお願いしている。実家が遠方の入居者には時折通信(電話・お手紙)による交流をしている。先祖のお墓参りにも家族が迎えに来られ、地域の行事にも参加されている。	
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	レクリエーションなどを行い、利用者同士の絆を深め支え合えるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	今のところはないが、今後必要があればホームに来てもらったり、行事に参加してもらうようにする。		
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。	月に1回ケアマネジメント会議を行い、少しでも利用者様の意向に近づける様に検討している。	スタッフと入居者は入浴の時間やおやつの時間等にゆっくり話を本人から希望などを聴いている。無理な方は家族にお尋ねして入居者本位に検討している。	
24		○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	インテリジュンス表を見るなどこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	ADLの状態を把握しそれに合わせた支援を行っている。また、生活記録を作成し、日々の状態や様子を確認できるようにしている。		
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	ご家族・利用者様から聞き取りを行いケアプランを作成している。作成時は、ケア会議を行い、いま必要なサービス内容についての話し合いをしている。	ケアプランの作成、見直しについては月1回の全体スタッフ会議で議題として取り上げている。主に居室担当者から発議し、ケース記録等を参考にし、サービス担当者会議に家族も参加して頂き希望を聞いてプラン作成担当者がまとめている。	
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	職員同士で利用者様一人一人の情報を共有し、介護計画の見直しを行っている。		
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	利用者様の状況に合わせて必要なサービスについて考えている。		

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ボランティアさんの協力や高齢者作品展の出展も行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診診断 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	利用者様・ご家族が希望するかかりつけ医を利用できるようにし、希望者には訪問診療も行っている。	現在も従来のかかりつけ医に受診されている入居者もおられる。かかりつけ医に受診される時には「連絡帳」を持って行って頂き医院との関係を築いている。又、緊急の時は協力医の応援を得て往診をお願いしている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員に情報を伝え適切な受診や看護が受けられるように話している。		
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、また、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。又は、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、頻繁に面会をし、ご家族・医師・看護師との話し合いをし、少しでも早く退院出来るように努めている。		
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	重度化した場合については、入居時に説明し、同意を受けている。かかりつけ医との連携を取って行うようにしている。	「終末期や重度化に向けた方針について」を文書化し、事前に入居者・家族に説明し、同意を得ている。「介護ステーション」とも連携を取り、スタッフ間でも終末期ケアについての勉強会を行い、チームで支援する体制にある。	
34		○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	マニュアルを作成し、それに沿って定期的に訓練を行い初期対応できるように努めている。		
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	マニュアルを作成し、それに沿って年に二回避難訓練を行い対応できるように努めている。	災害時の広域避難場所はすぐ近くの町役場広場になっている。防火訓練は総合訓練を含めて年2回実施している。又、夜間想定もしている。最近ホーム内にスプリンクラーの設置も計画し行政に申請している。	

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	目線を合わせて話をしたり、利用者様に合わせ対応するように心がけている。	スタッフは研修等を通じて入居者への言葉掛けや対応が大切であることを十分認識している。ゆっくりと丁寧な言葉掛けや対応に努めている。	
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	声掛けの中で利用者様に決定して頂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	利用者様のペースを大切に希望や状態に合わせたケアが出来るように支援している。		
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	身だしなみなどは利用者様の希望などを尊重している。家族会や外出する時はお化粧をしている。		
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	食事の準備や片付けなどは利用者様と一緒にしたり一人一人の好みを聞くなどし食事が楽しみになるように心がけている。	スタッフは食事の時間を入居者と触れ合う良い機会と大切にしている。準備、配膳、下膳等は体力的に無理な方が多いが、献立は入居者の嗜好調査を参考にして全体スタッフ会議で検討している。	
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	食べる量や栄養バランスを管理し、一人一人の状態に合わせて支援している。		
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	食事後は歯磨きを行い、出来ない人は職員が介助している。義歯については洗浄を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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向けた支援を行っている	排尿のチェックを行い、一人一人の排泄パターンを把握している。	入居者の排泄チェック表を用いてパターンを把握し声掛けや誘導しながら、出来る限りの排泄自立に向けた支援をしている。	
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	便秘しないように料理の工夫を行い予防に取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	一人一人ゆっくりと入浴して頂いている。今の所希望者はいないがいつでも出来るように対応している。	入居者の入浴は最低週2～3回を目標にしているが、体調の優れない方は無理をせず足浴、清拭にて対応している。また、希望の時間に入浴できるようにも支援している。	
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	利用者様の生活リズムに合わせて生活をして頂いている。リビングでTVを見たり、居室で休憩をされている。		
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	薬をケースごとに管理し、服薬の時は職員が確認を行っている。症状の変化がある場合は看護師より医師に報告し、指示を受けるようにしている。		
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	利用者様に合わせて食事の準備やテーブル拭きを行って頂いている。気分転換を図る為、バスハイクなどに参加して頂いている。		
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。また、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	希望があれば外出が出来るように支援している。	日常的には午前中散歩の時間とし、午後には体操を組み込むこともある。又、天気の良い日には、外庭の芝生で食事会をする事もある。月に一度は家族との絆を大切にする為にドライブをお願いすることもある。	

自己	外部	項目	自己評価 (事業所記入欄)	外部評価 (評価機関記入欄)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金の管理をされてある方は買い物の時やバスハイク時に使って頂いている。		
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	年賀状や暑中お見舞いを出したり、利用者様は手紙などを書かれている。		
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	玄関やリビングなど、季節が感じられるようにお花やその月ごとの行事の絵などを貼るようにし、工夫している。	ホームの周囲の花壇には季節の花が彩り、木製のベンチもそれとなく用意されており天候により和やかな雰囲気が工夫されている。玄関、ダイルーム、廊下等温・湿度も管理され、日の光もカーテン等で適度である。壁面には行事・ドライブ等で撮られた集合写真の記録が飾られている。	
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	リビングにはソファもあり気の合う人同士で話をされている。		
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	自宅などで使用されていた家具などを持って来られ居心地良く生活して頂けるように工夫している。	それぞれの居室には自宅で使い慣れたテーブル・椅子や衣装ダンス、ロッキングチェアなどが置かれ、又、壁には家族やお孫さんの写真も飾られ、入居者が居心地良く過ごせるような工夫がされている。	
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」や「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	利用者様の状況に合わせ生活が出来るように支援している。安全に生活できるようにトイレなどの必要な所には手摺りを設置している。		

V. サービスの成果に関する項目(目標指標項目)アウトカム項目))(事業所記入)
 ※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○印をつけてください	
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
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
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
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
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
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

項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当するものに○印をつけてください	
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
			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
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ます。 (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
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
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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. 全くない
66	職員は、生き生きと働いている。 (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
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
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. ほとんどいない