

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	カンファレンスや利用者のケアに悩む際は理念をもとに考え、ケアの統一に努めている。また、食堂と事務室にいつでも確認できるように掲示している。	全職員からのアンケートをもとにホーム独自の理念を掲げ、理念の実践ができるよう、事務室・共有スペースに理念を掲示し、確認しています。また、職員も個人の年度目標を設定し、理念を実践できるように取り組んでいます。	
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	町内への回覧版の発行。町内の住民が月に2～3回ボランティアとして来所頂いている。また、不定期で近隣小学校生徒との関わりもある。年に1回町内のお祭りへの参加もある。	町内の祭りの際は神輿に寄ってもらったり、キーボード演奏や茶道のボランティアの方に定期的に来て頂いたり、小学生や中学生の体験学習の受け入れも行うなど、積極的に地域とのふれあいが心がけられています。	
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	法人内の診療所、支援センター、隣の小規模多機能サービス、プラット新町、地域交流空間わいが家、老健と共に、地域の方からの福祉相談を受けている。実習生や地域住民の自由な来所(お茶のみ)を行っている。		
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	写真やスライドショーを用いて、事業所のサービス内容を報告している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、ご利用者やご家族代表、市の担当者や地域包括支援センター職員から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で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に取り組んでいる	運営体制など、市の担当者・地域包括支援センター職員と連絡を取り相談・意見を頂き連携をしている。市の介護相談員の来訪もあり入居者の声を反映出来るよう、サービスの向上に努めている。	市の担当者、地域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き、アドバイス頂いているほか、市の介護相談員にも2ヶ月に1度来て頂くなど、連携が図られています。	
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	法人内学習会に全職員が参加しており、事務室内にもいつでも確認できるように掲示している。	身体拘束を行わない方針のもと、玄関の施錠も夜間のみとし、法人でも身体拘束についての研修を行い周知徹底するなど、身体拘束をしないケアを実践しています。	

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
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	法人内学習会に全職員が参加しており、事務室内にもいつでも確認できるように掲示している。	身体拘束研修と同じく、法人にて虐待防止についての研修を行い周知徹底しており、虐待の防止に努めています。	
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	成年後見制度については実際に活用し入居者の要望に応じて支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に家族に十分に説明し了解を頂いている。介護報酬改定時にはご家族だけでなく、全職員に向けた学習会を実施した。		
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	サービス担当者会議を適時開催し、ご意見やご要望を頂いている。また、要望シートを活用し職員への周知と改善につなげている。玄関には虹の箱を設置している。	ご家族には運営推進会議の場だけでなく、サービス担当者会議、面会時や電話連絡の際などに気付いたことや要望は無いか確認しています。また、玄関には意見箱を設置しているほか、ホームの敬老会にもご家族に参加して頂き、意向に合わせたサービスが提供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	毎月開催している部署会議にて意見の反映に努めている。また、必要に応じてアンケートを行い意見の反映に努めている。	職員アンケートや、職員との個人面談を行い、人事異動の要望も確認する等、個人の要望や悩みを聞いています。また、日常の業務の中で職員から改善提案があれば、毎月の職員会議の場で職員同士で検討が行われ、改善されています。	
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	リフレッシュ助成金支給、福祉関係資格手当支給、実績に応じた賞与の支給ほか各種通信教育の費用補助福利厚生の充実など、やりがいのある職場環境と条件に配慮している。		
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	法人内外の研修や学習会に参加する機会を設けている。		

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	県グループホーム協会の研修や市主催の地域密着型サービス管理者研修を通じて他事業所と交流を持ち各種研修、事例検討会等によりサービスの質の向上に努めている。法人内での交換研修も行っている。		
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	見学時には、本人、家族の思いを傾聴し、情報を基に十分なアセスメントを行いサービスを提供している。		
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	見学時や事前訪問時、契約時ともに本人の思いを含め、ご家族の意向の確認に努め信頼関係の構築に努めている。		
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	本人と家族が今必要とされるサービスを見極め本人の背景や緊急性に考慮し他事業所との連携を密にし、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	ゆったりとした時間の中で、家事や様々な事を教わる事で、生活を共にする同士の関係を作っている。		
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	定期的な行事の際に、ご家族に案内を出し、参加を呼び掛けている。ご家族来所時には現状をお話しし、情報共有を行っている。	月に1度送付するホーム便りにも居室担当者がご利用者の生活の様子をまとめ、ご家族に近況の報告をしています。日頃からよくご家族とコミュニケーションが取れており、受診・外出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	近所の友人や昔からの友人がホームに来訪して下さり一緒にお茶のみをしたり、ご本人の馴染みの場所、人との交流を大事にするよう努めている。	親族や知人の方に面会に来て頂いたり、ご家族とのお手紙のやりとりを続けたり、お盆にお墓参りへ出かけたりと、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	良好な関係が維持できるように職員が橋渡しとなり利用者同士のコミュニケーションを行っている。また適時食席の検討を行い利用者間の良好な関係の維持に努めている。		
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	他施設や医療機関へ移られた方への面会、サービス終了後も気軽にホームに来て頂けるように信頼関係を大切にしている。サービス終了後も必要があれば、連絡相談を受ける体制がある。		
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	定期的なカンファレンスや、ケアプランの検討会を開催し本人の意向に沿えるケアが行えるように努めている。	日々のケアの中での表情や会話の中から思いの把握が行われており、その情報は職員会議の場で連絡され、ケアプランの検討に活かされています。サービス担当者会議にはご家族にも参加していただき、要望を確認しています。	
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	利用者や家族から今までの生活歴、馴染みの暮らし方、生活環境等の情報を頂き、また以前に利用していたサービス事業所からも情報を得て把握に努めている。	ご本人やご家族からの聞き取りにてこれまでの暮らしの把握が行われ、ご本人の生活歴や嗜好を確認しています。	ご利用者の状態の変化や要介護度の変更に合わせアセスメントを行い、ご利用者の情報を更新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	利用者の日々の生活記録や、本人の少しの変化に気付けるように日々観察し、定期的なカンファレンスの場を設け職員間で共有し、現状の把握に努めている。		
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	定期的なカンファレンスや、ケアプランの検討会、モニタリング評価を行い、ケアプランを作成している。また、ご家族には十分に説明し本人、家族の意向に沿えるケアが行えるように努めている。	介護計画の日々の実践状況を評価し、6ヶ月に1度のサービス担当者会議にはご家族にも参加していただき介護計画の検討を行っています。	ご利用者の状態の変化や要介護度の変更に合わせ、介護計画も見直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	日常生活の様子、日々の状態変化等、個々の生活記録やケア統一表、看護師連携ノート、職員の連絡ノートを使い全職員が情報共有できるよう努めている。それをもとにケアの向上や介護計画の見直しを行っている。		

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
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	本人や家族の状況に応じて法人機関、母体診療所と連携を密にし常に柔軟な支援、サービスを提供している。		
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	近所のスーパーと一緒に買い物に行くことや、隣接している地域交流区間わいが家でのイベントへの参加を通して楽しみの提供を行っている。		
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	月に2回診療所医師から往診に来てもらっており、診療所との連携体制が構築されている。また、本人、家族が他医療機関を希望する場合は必要に応じて情報提供を行っている。	かかりつけ医はご本人の希望するかかりつけ医となっており、往診も来て頂いています。受診時は原則ご家族が付き添いますが、必要に応じ職員が同行し、医師との状況の確認が行われているほか、ご利用者の情報をまとめた情報提供表を医師に渡すなどの情報提供も行っています。	
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	診療所看護師との連携体制は整っており、月に2回の往診の他、週に1回看護師が訪問し報告、連絡、相談を行っている。		
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。	各医療機関に入院する場合は細かな情報提供を行い、連携を図っている。また、退院前には事前に訪問を行い医療関係者と早期退院に向け話し合いを行っている。		
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	契約時に重度化した場合や終末期の説明を行っている。また、入居後もサービス担当者会議の場でリスクの説明や重度化の説明を行っている。	契約段階で管理者はホームの方針を伝えています。また、ご利用者の状態に応じて話し合いの場を持ち、ご利用者・ご家族の意向を確認し、ホームでできることを伝え、主治医や看護師とも連携し支援しています。	
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	年に1回法人内学習会にて全職員が緊急時の対応を学習している。	毎年1回は法人でもAEDの使用や心肺蘇生に関する研修を行っており、急変時に適切な初期対応ができるようにしています。	調査時点で職員の緊急連絡網が実態と異なったものになっておりましたので、定期的に確認し、見直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
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	年に2回様々な想定避難訓練を実施し、隣接している事業所と連携体制を図っている。	隣接する老人保健施設、小規模多機能型居宅支援事業所と合同で、夜間の火災や水害を想定した避難訓練を行なっています。	
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	言葉使いや話す内容、場所に配慮しプライバシーの保護に努めている。また、法人内学習会にてプライバシー保護の学習を全職員が行っている。	言葉かけ等が馴れ合いにならないよう、ご本人の人格を重視したケアが行えるように法人内研修等で徹底されています。また、広報やホームページへのご利用者の写真の掲載についても口頭で確認されています。	
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	普段の会話の中で、自然に本人が自己決定できるように働きかけている。		
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	時間や順番に左右されず、一人一人のペースに沿ってサービスを提供している。		
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	着替え用の衣類は本人と一緒に用意しており、必要時は本人と衣類を購入しに行く事もある。また、整容のフォローを職員が行うことで、その人らしい身だしなみにつなげている。		
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	食事の内容や、盛り付ける量、形態等個別性を図っている。また、食事の準備や洗剤等活躍の場を提供している。	ご利用者にも調理の準備や後片付けを行ってもらったり、餃子づくりやおやつ作りも一緒に行っています。ご利用者の意向を確認しメニューを決めたり、流しそばを行ったり、プランタで育てたメロンやオクラもご利用者と一緒に収穫するなどし、食事が楽しみになるように支援しています。	
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	隣接している管理栄養士に、1か月間の献立の評価をもらいアドバイスももらっている。また、各利用者の咀嚼能力に合わせた食事形態にしている。		

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
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	毎食後の声かけ、必要時は介助にて口腔ケアを行っている。また夜間は義歯をお預かりし洗浄剤を使用している。協力医療機関のさんとう歯科診療所とも連携している。		
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	失敗する前に声かけを行いトイレ誘導をするようなケア内容になるように努めている。	ご利用者全員に排泄チェックを行ない、必要な方には下剤を使用し調整するなど、一人ひとりに合わせた適切な誘導、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	排泄チェック表を使用し、個々の排便状態を常に把握している。水分摂取を促し、食事の内容(食物繊維・乳製品)も常に考えながら、食事を提供している。		
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	希望時には入浴して頂けるように努めている。入浴拒否があった場合は日や時間を、ずらし対応している。また、希望によっては同性介助の対応を行っている。	ご利用者の希望に合わせて同性介助での入浴支援を行ったり、入浴拒否があるご利用者にもうまくタイミングを図り声掛けし、入浴してもらっています。	
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	個々の体力に応じて午睡を勧めたり、夜間は夜である事を理解して頂けるような声かけを行っている。		
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	入居者個々の服薬処方箋ファイルがあり、常に服薬管理や服薬支援と症状の変化の確認に努めている。また、薬変更時には用法、用量を確実に把握するように努めている。		
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	散歩や間食、新聞、足湯等馴染みの生活や気分転換が確実にできるように、家族からの情報提供を含め支援している。		

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
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	天候や、季節に合わせて散歩やドライブ等に行く機会を設けている。また、家族にも協力頂き家族と外出する時間も作っている。	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、季節に合わせたお花見や初詣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	家族と協力しながら管理ができる利用者にはご自分で管理して頂いている。また、外出時には使用している。		
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	手紙や、はがきのやり取りを実際に行っている。また、希望時には電話を使用して頂いている。		
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	季節に合わせた装飾を壁や施設内に飾り季節感を出している。また、フロア、各居室には温度計、湿度計を設置し適正な温度、湿度になるように努めている。	共有スペースにはソファが置かれ、ご利用者がくつろぎながらテレビを見れる環境です。また、季節のお花を飾ったり、季節に合わせた作品も掲示されています。	調査時点でホームに埃が気になる箇所もありましたので、定期的に確認し、ご利用者が居心地の良い空間を提供されることを期待します。
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	共用のソファや廊下には腰かけられる場所があり、思い思いに過ごせるように支援している。		
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	入居の際に使い慣れた家具をお持ち頂けるようにお話しており、その方が心地良く慣れ親しんだ物に囲まれて生活できるように支援している。	居室には、使い慣れた時計やタンスなど持ち込んでもらったり、ホームでの写真やご家族の写真を飾るなどして、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	手すりを増やしたり、危険性のあるものに関しては職員間で話し合い変更、撤去をしている。また、場所の名前を分かりやすく表示する事で自立支援につなげている。		

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			
		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			