

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次に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としての意義を踏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	法人理念と施設理念を事務所に掲示し、目にしやすい環境を作っている。また、事業計画でも、理念を踏まえた内容にし、定期的にそれに基づいた実践目標を立てるようにしている。	スタッフルームの見やすい位置に法人の理念とホーム独自の理念を掲げ、会議の中でも理念を共有し、実践につなげています。	
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	新型コロナが5類に変わったことで、徐々に当施設としては外向きな体勢にしているが、自治会などではまだコロナ感染に対する慎重な声があり、催事の再開がない状況。	地域の盆踊りに参加したり、近隣の小学生がハロウィンに仮装し、訪問されています。子供食堂に職員が参加され、その場で地域の方の相談を聞くなど、地域の一員として日常的に交流されています。	
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	運営推進会議で、高齢者介護の認識があまりない方に対して具体的な説明を行っている。施設見学者に対しては、施設見学後に時間をかけ、入居以外の情報提供も行うように心掛けている。		
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	口頭で説明は行っているが、ご利用者の様子を写真やじかに見てもらうことを心掛けている。運営推進会議ではご利用者にも参加してもらい、参加者と自由な会話をしてもらっている。	2カ月に1回開催され、堺市の地域包括支援センター、自治会長、他のグループホームの職員、利用者が参加されています。活動報告や入居状況を話され、意見や情報はサービスの向上に活かされています。	
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。	地域包括支援センター職員に、運営推進会議への参加依頼。また、管理者が在宅ケアマネ経験があり、顔なじみの関係であり、困難事例相談や、紹介ケースの経過報告など行っている。	運営推進会議に地域包括の職員が参加されたり、普段からホームの状況を話されています。又、地域で困っている事があれば相談を聞くなど、協力関係が築くよう取り組まれています。	
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しないケアに取り組んでいる	玄関は自動ボタン式になっており、誰でも開けられるようになっている。また、身体拘束研修を2回/年行っているが研修開催翌月に、振り返りの時間を設けることで、より理解を深めるようにしている。	身体拘束の研修を年に2回行い、研修月は2回行い全員が研修に参加できるようにしています。研修翌月には振り返りを行い、理解を深め、ホーム全体で身体拘束をしないケアに取り組まれています。	
7		○虐待防止の徹底 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逃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	知識としては虐待をしないために研修開催。スタッフが安定した気持ちで働ける環境を気遣っており、管理者と1回/月、話し合いの場を小時間設けるようにしている。		

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	成年後見人の方は、来館されることがあまりないので管理者以外のスタッフとは接点作りがにくい。保佐人は定期的に来館されている分、スタッフとの交流を持つことが出来ている。		
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	契約書内の文言を読むだけでなく、先方がよりイメージしやすいように具体的なことを踏まえるようにしている。		
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	玄関に意見箱の設置。面会時には、口頭で、近況などを伝え、面会時以外での様子を伝え、施設内でのイメージのずれを減少できるように努めている。	玄関に意見箱を設置したり、面会時に意見や要望を聞かれています。又、利用者の方には日頃から意見や要望を聞き、利用者ノートを使用し、職員間で共有されています。	
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、それらを反映させている	毎月、介護リーダーが、「サービス・収入・経費・時間」についてスタッフから意見収集を行い、そこから課題を見出して、改善に向けて動くようにしている。	月に1回会議を行い、会議前に重点項目シートを使用し、職員から意見を聞かれ、話し合われています。又、管理者と一対一で話せる機会を作られたり、日頃から何でも話せる関係作りがされており、意見があれば運営に反映されています。	
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	年2回、職員の面談実施。加えて、毎月、管理者と、30分程度の1on1ミーティングを実施し、取り組んでいくことを明確にするようにしている。		
13	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際の力量を把握し、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	法人独自の研修を法人全体で年数ごとに分け、受講。受講後も、振り返り用紙を作成してもらい、それを共有することで、個々が学んできたことを把握するようにしている。外部研修としては、ユマニチュード研修、堺市主催の排泄ケア研修へ参加。		
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、相互訪問の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	堺市西区GH連絡会に参加。情報交換を行うことで、内容によってサービスに繋げることが出来ている。		

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	初回面談時、あえて入居の話をご利用者本人はせずに、顔なじみの関係を作ることを意識している。その中で、ご利用者が思うところや日常生活でこまて散ることの聞き取りを行っている。	
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、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス利用前、施設見学の時点で、一時間程度時間をとり、施設説明だけでなく、困りごと、不安点を傾聴の姿勢で聞き取りを行っている。	
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	新入居時、家族様が抱かれている不安の中で、「新しい場所であまくいくのか」ということが多いようですので、ご入居いただいた当日の夜や翌日にそれまでの経過をご連絡差し上げています。	
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご利用者にケアされるだけの立場にならず、できることを探し、役割を持ってもらうように働きかけていることを伝えている。また、ご利用者自身もその意識を持てるように、ホールに写真付きの役割ボードを掲示。	
19	○本人と共に過ごし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	面会時の様子だけでは家族として不安があるようなので、定期的に写真の送付。加えて、了承を頂いた方は、SNSを活用し、そこに写真や動画をアップし、離れていてもどのように過ごしているのか感じ取れるようにしている。	
20	8 ○馴染みの人や場と関係継続の支援 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	入居前には、ご家族と相談し、自宅で使用していたものを積極的に持参していただくようにしている。コロナウイルスによる面会制限も緩和されているので、積極的に友人などの面会も了承している。	地域の行事に参加したり、家族の協力の元、以前行かれていた理美容に行かれたりと、馴染みの人との関係が途切れないように支援されています。
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	上手く関係が作れている方同士であれば見守っています。関係を作ることが難しそうなお方については、スタッフが橋渡しし、介入するようにしている。	
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	状態悪化、入院等で終了しても、家族様には必要であれば連絡をしてもらっている旨は伝えている。多くの家族は、行き場がなくなることや不安に感じているようなのでそこをどのように担保するのかを重視して話している。	

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	○思いやり意向の把握 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	日常で出たこともスタッフ一人で留めず、全体で共有できるようにご利用者ノートを活用。すぐ記入しないと忘れてしまうこともあるので、メモなどを活用するようにスタッフには働きかけている。	入所前に本人や家族の希望や意向を把握されています。又、日常の会話などでも意向や要望が出た時は利用者ノートに記入し、職員間で共有されています。	
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る	ご利用者やご家族からの情報収集を行いつつ、内容にズレがないか適時確認。在宅ケアマネに連絡し、積極的に情報提供依頼をかけている。		
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	余暇時間をどのように過ごすかで心身の状態が大きく変化すると考え、暇を持て余すようなことがないようにしています。また、2回/月、簡易的な体力測定をすることで、ご利用者自身が自身の状況を把握できる機会を設けています。		
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	本人様には日常的に、家族様には、面会時や電話連絡時に、思いを聞き取ること心掛けています。その情報を収集できるように課題整理総括表を活用している。また、法人の横のつながりを活かして、管理栄養士や理学療法士の意見も適時もらうようにしている。	課題整理総括表を使用し、職員からの意見を取り入れ、6ヶ月に1回ケアプランの見直しを行っています。状態に変化があれば、その都度見直し、現状に即した介護計画を作成しています。	
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	記録関係は、データ管理となっており、タブレット・PCで適宜入力、確認できる。事故発生防止の観点からヒヤリハットも収集し、毎週月曜日、ミーティング時に共有するようにしている。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	普段通院送迎などしていただいている家族様が私用等で対応困難な場合、相談をいただければ積極的に応対している。		
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	地域の清掃活動へ参加したり、近隣のスーパーに買い物に行くなどしている。		

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	入居前、協力依頼している往診医のことを伝えると、往診医に定期的に診てもらうことを希望される。適切な医療が受けられるように、往診時にはそのご利用者の状況報告を積極的に行っている。	入居時に施設の主治医に変更されるケースが多いが、希望の主治医を選択することも可能。往診は基本月2回だが、医師は毎日施設を訪問しているため柔軟な対応が可能。歯科往診もあり、受診が必要な場合は職員による送迎や付き添いもできる。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、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支援している	往診や訪問看護時には、スタッフが仲介し、適時相談している。		
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	救急搬送時には、スタッフが同乗するようにし、管理者は入院時連携シートが準備出来次第後追いつる形を取り、少しでも早く情報提供できるようにしている。また、入院から1週間程度で治療経過の確認をTELにて行っている。		
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、施設として看取りの取り組みがあることや、実際に行ったことは説明している。ただ、看護師が常駐していないことや設備面などを理由に、終末期を当施設で過ごす希望をされるケースは少ない。	看取りの対応は可能で、入居時に看取りの指針等を説明し意向を確認している。重度化した場合は、同法人の特養等に移ることも選択できる。看護師の訪問や24時間連絡できる主治医の協力体制等、医療的な管理が必要な場合の対応も可能。	
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	新卒採用者や異動スタッフがいるので、年度初めに急変時の対応の研修を実施。また、消防署主催の外部研修にも参加を促している。		
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	避難訓練を、2回/年ペースで実施。訓練時、特定の職員が中心となっていくだけにならないように勤務状況や参加者の調整を行い、施設全体として取り組むようにしている。	年2回火災を想定した避難訓練を消防署立ち合いのもと実施している。災害時の備蓄も整備している。コロナ禍以前は地域の訓練にも参加していた。	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	<p>○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</p>	<p>認知症ケアであるユマニチュード技法を実践。腰を落とし、目を合わせたり、コミュニケーション時には、触れながら話すことで、ご利用者を尊重していると感じ取ってもらうようにしている。</p>	<p>ユマニチュード技法を実践することに注力しており、法人内でコンテストを開催したり、毎日のミーティングで確認などの取り組みにより、全職員の接遇技術が高い。インカムを使用して職員間での連絡を取り合ったり、眠りスキャンを利用して夜間の不必要な訪室を減らす等、プライバシーに対する意識も高い。</p>	
37		<p>○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</p>	<p>買物を好まれるご利用者に対して、マンツーマンで買い物に出かけている。直に品物を選んでいただくことで、自己決定の機会を設けている。</p>		
38		<p>○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し、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</p>	<p>ペースとなる日課に参加していただけるように働きかけるが、ご利用者自身にしたいことがある場合(読書、TV視聴)などあれば無理強いはしていない。</p>		
39		<p>○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</p>	<p>衣類を選ぶ際は、職員本位で選ぶのではなく、ご利用者と共に衣類の選択を行っている。</p>		
40	15	<p>○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</p>	<p>味付けは難しいとしても、切ったり擦ったりは出来ることが多いので、そういったものは積極的にお願している。それが難しい方には、片付けという形で協力願っている。</p>	<p>食事はすべて施設で手作りしており、調理や片付けの過程で利用者にも参加してもらっている。個人に合わせて味付けや形態を調整することも可能。月に数回食事レクとして、利用者と一緒におやつづくりや外食を楽しんでいる。</p>	
41		<p>○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</p>	<p>法人内管理栄養士が、月毎の献立を立案。毎月、栄養士会議にて各栄養素の摂取状況を把握し、その情報は紙面として当施設も共有している。</p>		
42		<p>○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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</p>	<p>食後、一定時間が経過後に、ご利用者に歯磨きやうがいを勧めている。ご自身で行えない方に対しては、介助に入っている。</p>		

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。	ご利用者の排泄状況に合わせて排泄ケアに介入。また、それが施設として共有できるように事務所に掲示している。	24時間シートを使用し、個別の排泄介助を行っており、失禁状況の改善やオムツの使用枚数を減らせた事例もある。外部研修にも積極的に参加し、その内容をもとに施設内で勉強会を開催するなどし、全職員が適切な排泄ケアができる体制が整えられている。	
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	一定期間以上の未排便状態が続いた場合、頓服下剤を使用。それまでの期間に水分摂取量を増やしたり、歩行などの運動量を増やすようにしている。また、往診医が処方した下剤量も排便状態に応じて、相談し、減らしてもらうようにしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴への誘いの際は、頭から入浴について話す職員本位でご案内するのではなく、世間話から始めることで、業務優先間をご利用者が少しでも感じないようにしている。また、断られた場合は、しつこく食い下がるのではなく、一旦受け入れ、別のものをお誘いするか、別日に調整している。	入浴は基本週2回となっているが、希望や状況により柔軟に対応することが可能。利用者になじみのある音楽をかけたり、入浴剤を使用するなどし、気持ちよく入浴できるよう工夫している。足浴の実施や、希望があれば同性介助にも対応できる。	
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	施設として、消灯時間を定めてはいるが、その時間を過ぎても自宅で過ごしていた背景があるのであるならば、自由に過ごしていただいている。ただ、昼夜逆転になるようなことがないように配慮はさせてもらっている。		
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、用法や容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	個人ケースファイル以外に、最新の薬物療法用のファイルを作り、保管。また、処方薬担当者を作ること、正しい管理に努めている。		
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	月2回、体力測定を実施。その結果をお伝えすることで、日々のどのような過ごし方をしてほしい旨を伝え、ご利用者自身の意識付けに繋げている。		

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支援している	気候の良い時は、毎日玄関先の踊り場で過ごし時間を設けている。 ご利用者がテレビを観ている、食べたい、行きたいなどご希望されたことは情報共有し、外出行事に反映させている。	日常的に遠足や買い物に出かけたり、近所を散歩するなど、コロナ禍以前の状態に戻りつつある。希望があれば家族による外出や外泊ができるよう支援している。	
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	紛失するリスク(ご自身でどこに置いたか忘れてしまう)があることは入居前にご案内させていただいています。自身が所持しているお金での買い物は様々な面で刺激になる様子で、頻繁にはないが、一緒に買い物に出掛けている。		
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している	電話をしたいという希望自体はほとんどない。 年末に、レクリエーションの一環で、ご利用者からご家族に年賀状を用意させていただいたが、受け取ったご家族からは後日、喜びの言葉を頂いたり、年賀状を送り返していただいた。		
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)は、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	日中は行き来が少ない廊下は、白色灯を使用し、ホールは暖色等にすることで、温かい光にしている。また、季節に合わせて定期的に掲示物をご利用者と共に用意している。	リビングには気の合う人同士少人数で座れるソファがあったり、暖色の照明を使用する等の工夫により、家庭的な雰囲気が感じられ、過ごしやすい空間となっている。利用者と職員で手作りした季節の飾りや掲示物も多い。	
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	ソファを使用し、テレビ前に小スペースを作り、周囲を過度に気にしなくても良いようにしている。		
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	自宅で使用した物をご持参いただいている。家財の配置では、最初、ご家族手動でセッティングしてもらっているが、生活状況を見ながら、適宜、こちらから提案し、より過ごしやすくなるように工夫している。	自宅で使用していた家具の持ち込みを推奨しており、希望があれば自宅からの配送も手伝っている。床は畳か絨毯で、持ち込みの家具と相まって自宅の部屋のような雰囲気である。トイレも居室内に設置されている。	
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	ご利用者が出来る家事を職員だけで留めず、ご利用者、ご家族も分かるようにフロアに掲示している。これがあることで、ご利用者自身には役割を感じていただき、ご家族にもどんなことをして過ごしているのか少しでもわかっていただくことが出来ている。		

V アウトカム項目			
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	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	①毎日ある ②数日に1回ある 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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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聞いており信頼関係ができています	○	①ほぼ全ての利用者と ②利用者の3分の2くらいと ③利用者の3分の1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きている	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 ③たまに ④ほとんどいない

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	○	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けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
68	職員からみ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ほぼ全ての家族が ②家族の3分の2くらいが ③家族の3分の1くらいが ④ほとんどできていない