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	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	「ありがとう」の気持ちという標語を掲げ、達成できるよう日々努力している。	「愛する、理解する、頑張れる、尊ぶ、嬉しい⇒ありがとう」というグループホームの理念を管理者・職員で定め、玄関ホールに掲示している。職員は利用者を尊び、よく理解しようと日々努めている。	
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	避難訓練や推進会議での地域の方の参加はあるが、日常レベルでは交流がほとんど持っていないのが現状で、ホームとしても課題のひとつと考えている。	自治会に加入し、回ってくる回覧板で地域情報を得ている。地域のボランティアが来訪し、花を生けてくれる。菜園で育てたミニトマトを地域の子どもたちに収穫してもらっている。利用者は自治会の餅つきに参加している。小中学校との交流はない。地域にある同法人内の施設に出かけている。	グループホームのある地域は比較的新しい住宅が多く、住民は子育て中の若い世代であり、交流がむずかしい状況である。しかし、独居高齢者への支援や小中学校との交流等、取り組むことが望まれる。
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	上記と同様、なかなか実践できていないが、先日の推進会議にて、地域の介護予防・認知症介護について話す機会があれば、講師として参加させていただく旨を伝える。		
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	出来ている。	自治会長、組長、民生委員、高齢者クラブ会長、市高齢介護課、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、記録を残している。地域で困っている人があれば介護相談にのりたいと申し出ている。	
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	出来ている。	市の高齢介護課とは報告を怠らず、連携をとっている。介護保険上の相談をしている。隔月に開催される市のグループホーム連絡会に参加し、情報交換している。	
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	ホーム建物の施錠はせず、夜間帯も開錠されているかの確認を行っている。門扉については安全面の為(部外者進入防止)、自動施錠している。	「身体拘束をしないケア」について表明し、マニュアルを作成、法人のリスクマネジメント委員会で検討に参加している。職員研修を毎年実施し、職員はスピーチロックについて認識している。玄関ドア、勝手口、居間や居室から庭へのドア等、すべて施錠していない。門扉は午後の短時間開錠している。	
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	法人研修・事業所内研修にて勉強会をし、取り組んでいる。		

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
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	法人研修・事業所内研修にて勉強会をし、取り組んでいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	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	玄関に意見箱の設置を行っている。	家族は毎週や少ない人でも毎月、面会に来ている。来訪時や季刊発行の広報誌で職員異動等、情報を伝えている。行事案内をし、花見外出等に半数の家族が参加している。利用者が重度化していくことを心配している家族の声にじっくり話し合っている。	
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	職員会議にて意見を集約。	職員は法人の全体会議と研修に毎月参加している。グループホーム会議は毎月業務会議とカンファレンスを実施している。職員は利用者を担当し、環境係、行事係、食事係、介護計画係の4つの役割を分担している。「夜勤と日勤の仕事分担を少し変更しては」等、会議で職員は提案や意見を述べている。	
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	努めている。 昨年12月より業務の見直し実施。		
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	努めている。 昨年12月より役割分担・ポストの設立を実施。		
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	GH浜道裏との職員交流を検討中		

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
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	努めている。 早い段階でのひもときシートの実践		
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	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	努めている。 ターミナルとして主治医の2週に1度の往診のある方もおられる。		
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	ともに作り(料理)、片付け、掃除し、洗濯し、生活している。		
19		○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	努めている。 家族様に受診やオムツの購入、定期的な外出など協力をいただく機会を増やしている。		
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	定期的な外出・外泊をしていただいている。	同法人のケアハウスからグループホームに移ってきた利用者を訪ねて、ケアハウスの友人が遊びにくる。グループホームで長く暮らして自宅に戻った人が来訪し、懐かしそうに話し合っている。利用者の馴染みの散髪屋に同行している。遠い親戚に手紙を書く利用者を支援している。	
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	努めている。 配膳、配茶など自分の分だけでなく、出来ない方の分もしていただいている。		
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	努めて居るが、例は少ない。		

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
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	努めてはいるが、ケアプランの第2表の適切な内容や充実など不十分な部分がある。	アセスメントはひもときシートを使い、職員が話し合い検討している。利用者の性格、くせ、好きなこと、生活習慣、食べ物の好き嫌い等の情報は家族にセンター方式のシートに書いてもらっている。徳島出身、城陽市生まれ、小学校の先生をしていた、定年まで看護師だった等、利用者の簡単な生活歴を聞いている。「自分でできることはしたい」「今のところしたいことは何もない」等、利用者の思いを記録している。	
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	ひもときシートを実践		
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	現状の把握について不十分に感じる。まだまだ具体的に個別対応ができる余地があるが、プランや援助計画に再考の余地がある。		
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	モニタリングは出来ているが、実際に継続して介護現場に反映するまでには、プロセスや仕組みに問題がある。	介護計画はケアマネジャーが立てている。身体介護の項目が多いものの暮らしのなかの楽しみ、散歩、ピンポン、コミュニケーション等が入っている。介護記録は介護計画の項目にそって書かれていない。モニタリングはケアの実施表と「利用者状況」「目標達成度」「今後の方針」の項目で記録されている。	介護計画は利用者の思いと連動し、一人ひとり個別に焦点化したものを、家族のアイデアや職員の意見を入れて作成すること、介護記録は介護計画の項目ごとに介護を実施したときの利用者の発言や表情、また介護拒否のあったときはその要因を記し、モニタリングの根拠となるようにすること、以上の2点が望まれる。
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	記録は出来ているが、実際に振り返って、「気づき」として介護現場に反映するまでには、プロセスや仕組みに問題がある。		
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	既存のサービスというよりも、既存のルーティンワークから抜け出せず、個々のニーズに柔軟に対応できていない。協議する時間も少なく感じる。		
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	地域資源を活用できていない。地域資源を活用する利用者ニーズの発見ができていない。		

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
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	出来ている。	利用者のかかりつけ医を大事にし、家族が受診に同行したり、かかりつけ医が往診にくる際に立ち会ったりしている。かかりつけ医は地域の医師であり、毎月2回往診にくる医師もいる。歯科は訪問歯科を利用している。黄檗病院に認知症の受診をしている。	
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	看護師は居ない。 かかりつけ医へのこまめな相談体制は望むものの実現には至っていない。		
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。	出来ている。		
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	かかりつけ医・家族とは調整来ているが、地域とはつながりが薄い	利用者の重度化や終末期に対するグループホームとしての方針はあるものの文書化されていない。終末期が不安な家族には個別に口頭で説明し、意向を把握している。その際、入院以外にも選択肢として法人のさまざまな施設を紹介している。職員の医療の研修は実施されておらず、不安をもっている職員もいる。	利用者の重度化や終末期に関するグループホームとしての指針を文書化し、利用者や家族に説明し、早い段階から意向を把握しておくことが望まれる。ターミナルケアに取り組む場合は職員と十分話し合い、気持ちを統一すること、医療の研修を実施することが望まれる。
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	基本知識はあるが、対応ケースが少ない為、十分ではない。 定期的な訓練も出来ていない。		
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	訓練を定期的実施している。	消防署と地域の人の協力を得て、年2回の避難訓練を実施している。更に地震や夜間等も含めて毎月避難訓練をしている。夜間の訓練ではホームに近い職員が駆けつけている。備蓄を準備し、ハザードマップはスタッフ室に掲示し、職員は危険箇所を認識している。職員は救命訓練を受講している。	
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	出来ている。	人生のさまざまな経験を積んだきた年長者として、利用者を尊敬し、その気持ちを忘れずに言葉遣いや対応を心掛けるようにしている。トイレ誘導等では他の人に聞こえないようにする等、プライバシーに配慮している。	

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
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	出来ている。		
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	出来ている。		
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	出来ている。		
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	出来ている。	法人の管理栄養士が栄養バランスに配慮して立てた献立を利用し、1品を追加したり、変更したりすることもある。バラエティに富んだ献立である。食材は注文して配達してもらっている。調理、盛り付け、配膳等、利用者とともにしている。認知症による食事に課題がある利用者には注意深い見守りに対応している。嚥下困難の人にも普通食を提供し、ゆっくり介助している。食卓に花を飾り、会話しながら、食事を楽しんでいる。	
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	出来ている。		
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	出来ている。		
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	出来ている。	ほとんどの利用者は排泄の自立ができています。日中、パットが必要な利用者にはチェック表をつけ、声掛け誘導している。夜間も睡眠を大事にしながら、早朝等に声掛けしている。便通は水分、運動で支援している。	
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	薬以外の対応方法が不十分 確立されていない。		

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
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むように、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	ある程度の枠はあるが、基本は自由に入っていただけ環境は用意している。時間帯は限られている。	浴室は明るく、足を延ばせる浴槽である。午後の時間帯に週3回以上を支援している。1人でゆっくり湯船に浸かって楽しんでいる利用者もいる。入浴拒否の利用者には職員がさまざまに工夫して対応している。	
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	出来ていない部分がある。起こしきりにしている。		
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	基本はしているが、職員個々の把握力は不十分である。		
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	職員のアプローチの引だしが少ない。		
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	業務や人員の予定によって出来る状況と出来ない状況がある。	気候の良いときは近くを散歩している。車椅子を押して外の風景を楽しんでもらっているものの、日常的にというほどではない。荒見神社への初詣、鴻巣山公園や近くの公園での花見や紅葉狩りはイベントとして実施している。利用者の希望で年賀状の購入に同行している。	杖が必要だったり、歩行が困難になっている利用者や車椅子の利用者であればなおさら、季節に関わらず外に出て外気に触れ、社会的交流が必要であり、日常的な外出の支援が望まれる。
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	出来ているが、使う機会が少ない。		
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	出来ている。		
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	出来ている。	平屋の戸建、玄関ホールには下駄箱、居間兼食堂に入ると大きなガラス戸から庭やウッドデッキが見える。オープンキッチンに食器棚、食卓や大きなソファが落ち着ける配置である。利用者が弾くキーボード、壁際の棚に本やCD、コーヒーカップ、壁に利用者の書初、大きな季節のちぎり絵等、生活感がにじみ出ている。居室に続く3方向に延びる廊下が適度に視線を遮り、居心地が良い。刺激となる強い光や大きな音はない。	

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
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	出来ている。		
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	出来ている。	居室は洋間、クローゼットと洗面台が設置されている。ベッドにピンクの毛布、使い慣れた枕、整理タンス、椅子と机等、馴染みの家具を持ち込み、机には本、筆記用具、鏡と化粧品、家族の写真等を置いている。絨毯を敷き、座卓と座布団を並べている人、仏壇に毎朝仏飯を供える人、花の鉢を並べ、花瓶にも花を生けている花好きの人等々、それぞれのドアにかかっている個性的なのれんとともに利用者らしさのある部屋である。	
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」「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	出来ている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2692800069		
法人名	城陽福祉会		
事業所名	グループホームひだまり 鍛冶塚		
所在地	京都府城陽市平川鍛冶塚64		
自己評価作成日	平成27年2月4日	評価結果市町村受理日	

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が、調理・配膳・食器洗い・掃除・ごみだし・洗濯を「共同生活者」として職員と一緒に出来ている点 ・排泄については、ほぼ自立した状態で、行きたい時に行きたい回数いけている事。 ・利用者同士が、いつも話と笑顔が絶えない雰囲気が出てきている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	平成27年2月20日		

【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)】

<p>城陽市近鉄久津川駅近くの住宅街、藤棚のある庭園とみかん、あんず、いちじく等の木がある果樹園を備えた平屋の住宅がグループホームである。「ありがとう」の理念のもと、利用者を理解し、受け入れ、ゆっくり、きめ細かに対応する職員と重度化している人もいるものの、自分のペースで自分のできることや役割と思うことをしている利用者の、共同生活者としてのゆったりとした暮らしが実現している。利用者の買い物し、受診同行や往診立会い、居室を利用者好みに飾る、花見外出に同行等、家族の協力も大きい。開設5年目に入り、管理者が交代し、職員の役割分担、記録や会議の充実、目標設定による職員の育成等により、グループホームにおける認知症介護を、精神的な思いだけでなく、裏付けのある介護に高めようと取り組んでいる。</p>
--

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 ↓該当するものに○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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (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
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 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	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 3. たまに 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	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広がったり深まり、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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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 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	66	職員は、生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. 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
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	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
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	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、安心して暮らせている (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			