

(別紙2-1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 3 月 26 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	4291500033		
法人名	有限会社 UTASI		
事業所名	グループホーム九十九の里		
所在地	長崎県佐世保市鹿町町下歌ヶ浦802番地8		
自己評価作成日	平成27年2月23日	評価結果市町受理日	平成27年3月30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.kaigokensaku.jp/42/index.php
--------------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成27年3月25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）】

毎年介護教室を開催し地域の皆様方に参加して頂き認知症の理解を深めて頂ける様に努めている。

【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）】

当ホームは閑静な住宅地に位置し、建物も日当たり良好で、生活環境に恵まれている。地域の地区会に加入し、地区の行事（祭り、清掃など）に職員は入居者と共に参加、地域住民の入居者への声掛け、ホームの行事への参加、野菜の差入れなど地域住民との触れ合いがあり、災害や非常時に関しては、SOSネットワークを構築するなど、地域に密着した事業所である。ケース会議では管理者の指導のもと理念「安全に暮らすということ」「自分らしく生きるということ」について振り返り、入居者の個々のケアの質向上を図られている。さらに、職員全員が漏れなく介護計画を実践し、計画と連動した記録になるように経過記録用紙を工夫されている。災害対策に関しては、担当者を配置し、備蓄品と非常時持出し入居者情報ファイルの整備と管理、自主点検などを徹底させ、居室が一部2階に位置することから、26年度は7回防火避難訓練を実施し、職員の防火意識を高められている。

1 自己評価及び外部評価結果

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	利用者は本当に自分らしく過ごされているのか疑問に思うことがあるが、職員はなるべく理念を共有し実践につなげている。	職員全員で、作成した理念「安心して暮らすということ」自分らしくいきるということは居間や玄関に掲示されている。ケース会議では理念を共有して、ケアを振り返り、実践へ繋がられている。	
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	地域の行事には、できる限りの参加をしている。又、地区会にも加入しており代表は地区の会計も受け持っている。	地区の班に加入して、地区の行事に入居者と共に参加されている。地域からもホームの行事への参加、野菜の差入れ、散歩時の声掛けや会話など、地域との繋がりがあがる。	
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	地域の方に緊急避難場所として利用してもらったり、佐世保市より委託を受け介護教室で認知症を少し理解してもらった。		
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	以前は事業所だけの事業報告・予定で終わっていたが、最近ではできるだけ課題を出し意見をもらいサービス向上に努めている。	包括支援センター・社協・民生委員・地区長家族・社長・管理者・職員参加で、意見交換を行い、ケアの質向上に努められている。議事録の閲覧は可能だが殆ど家族の面会も少なく、会議内容が、家族へ伝わっていない。	家族に、事業所の運営に関心を持って頂くために、議事録の郵送について検討される事を期待する。
5	4	○市町との連携 市町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	推進会議には市より委託を受けられた事業所が必ず参加されたり議事録を送ったりしている。又、介護教室の依頼も受けている。	包括支援センターと情報交換や相談もできており、協力関係は築けている。市役所主催の研修会へ参加したり、市役所からの委託を受け、介護教室を開催している。	

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	日中は玄関の施錠をしてないが夜間は面会時間が過ぎると施錠している。	職員が交代で研修会に参加して、意識付けを行い、身体拘束をしないケアに取り組まれている。スピーチロックに関しても職員間で注意喚起されている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	利用者に対し不安を与えてしまう職員の行動や言葉がひどいときにはその都度注意したり職員会議の時も課題としている。		
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	研修会に参加した者はある程度理解していると思われるが、全員が理解しているとは思わないので、今後研修の機会があれば行くように声掛けする。		
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	契約時には、ゆっくり時間をかけ説明し同意してから捺印を頂いている。特に料金や退居については家族より尋ねられる事が多い。		
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	意見箱は設置しているが、ほとんど口頭で意見を聞いて家族や本人の希望がある時は家や知人の所へドライブしながら行っている。	入居者からは、日々の関わりや入浴介助時などに意見を聞き、家族からは面会時に、面会のない家族は電話にて意見を聞かれている。把握した意見は、口頭伝達や申し送りノートに記録して共有され、必要時は介護計画へ反映させている。	
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	職員の様子や行動を見て代表者と管理者は個別に面談したり職員会議時意見や提案を聞いている。	担当者会議やケース会議で、意見を聞く機会を設けている。職員の様子や行動から、必要と思われる場合は社長や管理者が不定期に個人面談を行い職員の意見や思いを聞き、メンタル面のケアも実践されている。	

12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>ほぼ毎日短時間でも顔出しされ職員に声掛けされる。昼食もできる限り一緒にとられる。各自の悩みなど打ち明けやすい環境を持たれている。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>行ける範囲の研修の機会を進められる。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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組みをしている</p>	<p>グループホーム協議会に加入しており必要に応じて職員も勉強会に参加している。</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>本人や家族から生活歴・状態・現況・要望等を聞き出している。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入所前にケアマネが、家族が困っていること、不安なこと、要望等聞いている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>家族や本人の状況を聞きとり他のサービス利用を視野に入れながら対応している。</p>		

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	利用者を家族の一員として接するように努力している。		
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	ケアプラン作成前家族と本人の要望を聞き可能な限り支援している。		
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	家・お墓・実家・友人の所等本人の希望があれば出かけている。	実家や自宅までの外出や買い物時など、知人との会話の機会を設けたり、知人の面会を受け入れたり関係継続の支援を実践されている。	
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	利用者同士がうまく関われるように一人ひとりの性格・行動・会話等職員が見つめて座る配置を考えている。		
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	退居後も家族・施設・病院等から連絡があればできる限りの相談や支援をしている。特に遠距離家族や一人暮らしの方はサービス事業所と連携を図っている。		
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。	日々のコミュニケーションの中で言葉や仕草を観察し希望に応えられるように検討している。	日常生活の中で、会話、表情、動作などから思いを汲み取れるように、関わられている。入浴時間は、思いを把握する機会と捉え、1対1で時間をかけて介助しながら、思いの把握に努められている。	

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	入所前に訪問したり来所してもらったりして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。		
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	その日の機嫌・気分・心身状態を見てその時の有する力をみい出している。		
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	ケアマネは日常のケース記録や職員からの意見、毎朝の申し送り等の意見でケアプランを基本3か月事（必要な人は随時）に見直しし作成している。	介護計画、モニタリング、計画の見直しは、入居者、家族、担当者、他職員の意見を反映させケアマネジャーが記録されている。さらに、全職員が漏なく、介護計画を実践できるように、経過記録用紙を工夫され、介護計画と連動した経過記録となっている。	
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	利用者の行動や言葉等ケース記録に記入し職員と情報を共有しながら介護計画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	希望に応じて家・ドライブ・知人との外出面会・墓参り等対応可能な限りしている。		
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	地区の一員として利用者も職員も地区行事等に参加している。		

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	受診は、本人及び家族等の希望をされたかかりつけ医を受けられるように支援している。	入居者や家族希望のかかりつけ医と連携を取り、適切な医療を受けられるように支援されている。診察には同伴し、受診結果や薬変更時は家族にも報告し、業務日誌や通院記録に記載して職員間で共有されている。	
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に支援している	Dr. に報告してほしいことなどは事前に看護師さんに伝えたり薬の副作用等薬剤師さんに相談している。		
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。	入院先への情報提供し家族と共に病院での状態の確認や様子を観察し、回復状況等の情報交換をしながら退院支援に努めている。		
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	契約時に重度化した場合や終末期のあり方について、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同意を頂いている。	重度化や終末期の対応については、入居者や家族と話し合い、事業所での可能な対応を理解して頂き、かかりつけ医と連携し入居者と家族の同意のもと、医療施設への転院を検討される方針である。	
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	利用者の急変や事故発生時に備えて、応急手当や初期対応の訓練を消防署に依頼して行ったり病院研修で、実践力を身に付けている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	地区での防火訓練に参加したりホームでは年2回の消防署依頼、自主避難訓練を行っている。災害マニュアルを作成し緊急持ち出し用品や簡単な利用者ファイルは玄関に置いている。	26年度は、防火避難訓練7回実施（消防署立会2回、地域住民参加1回）地域とSOSネットワークを構築し、地域との協力体制あり。備蓄品や非常時持ち出し入居者ファイルは整備されている。2階の避難階段は出火場所によっては使用できず、安全な避難経路確保について思案中である。	2階の避難経路や避難方法について引き続き検討され、安全な避難経路と方法を確保されるよう期待する。

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	プライバシーを傷つけないよう言葉掛けに注意しているが、時には利用者が聞き取れなく早口や大声になっている時がある為他の職員がフォローしている。 呼称に関しては、入居者の希望を取り入れ、家族の了解も得ている。ケアは、利用者の意志を尊重して、実践されている。声掛け時は職員間で注意喚起し誇りを損ねないように配慮されている、記録物はプライバシーが確保できるよう工夫して保管されている。
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	できる限り利用者と会話し、話しやすい環境の中たわいない日常会話や表情から本人の思いや希望を聞き出すように努めている。
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	体調に配慮しながら本人の希望される役割をみい出し支援している。
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	自分で選んで着替えをしたり家族が美容室に連れて行ったりされる。
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	各自の誕生日の時は本人が希望される食事メニューにしている。配膳や茶碗拭き等できることのお手伝いをしてもらっている。 管理者が食事形態、季節食や行事食を反映させた献立を作成、職員が交代で調理されている。昼食は職員と入居者が一緒に準備（野菜の下ごしらえ、配膳）や食事、片付け（食器拭き）をされている。
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	その人に合った食べる量や食事形態の調節をしている。夏期には水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりのペットボトルで水分補給してもらっている。

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	自力でできる人には声掛け見守りし、できない人は介助している。		
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向けた支援を行っている	排泄時間を見て声掛け誘導する。	下着は、布パンツ又は紙パンツを使用。排泄チェック表に基づきトイレ誘導し、自立に向けた支援を实践され、紙パンツから布パンツへ改善したケースもある。夜間は事故防止の為ポータブルトイレを使用する場合もある。	
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	体操に腹部のマッサージを入れたり氷水を飲んでもらったり主治医に相談し便秘薬を投与してもらっている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の温泉水やジェットバスで楽しんで入浴してもらっている。車いすの方はシャワー椅子を利用している。	入浴日は4月～11月は週3回、12月～3月は週2回。入居者のペースに合わせて1対1で介助されている。ジェットバス、週2回の温泉水浴冬至のゆず湯は楽しみで、車椅子の方も、可能な限り浴槽への入浴を实践されている。	
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	夜間不眠の方は休まれるまで付き添ったり空腹を訴えられる時は温かい飲み物を飲んでもらっている。		
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	通院状況のファイルに薬の用法や用量をファイリングし、全職員がいつでも見られるよう、又、変更があった時はその都度記載し申し送りして情報を共有している。		

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	1日数回の家事手伝いを楽しみにされている。		
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	その人の希望にそって、神社に出かけられたり家、知人の所に、普段は行けないような場所でも、出かけられるように支援している。	年間計画の外出以外に、散歩、買い物、自宅や実家への外出、墓参りなど入居者の希望を取り入れ、個別の外出支援を実践されている。	
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	地区のお祭りの御参銭や文化祭での買い物は手持ちしてもらい自由に使ってもらっている。		
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	子供や甥御さん等から贈り物が来た時はお礼の電話をできる限り会話してもらおう。		
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	共有の居間にはプラズマクラスター・空気清浄器・加湿器を設置している。	居間は日当たり良好で明るい。ソファ、加湿器、空気清浄器の設置や季節感を取り入れた調度品など寛げる生活空間となっている。	
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	気の合った利用者同士が関わられるように座席の配置を工夫をしている。		

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	居室には、本人の使い慣れたものや好みのもを持参してもらい、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ベット、ロッカーは事業所で準備されているが、その他の家具や調度品は使い慣れた、馴染みのもので、居心地よく過ごせるように配置されている。	
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	ほうきやちりとりモップは1階2階にいつでも使用できるようにおいている。各自の居室はその方がわかる目印をしている。		

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。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1. ほぼ全ての利用者の
			2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			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
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
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：9, 10, 19)	○	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広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
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