

(様式2)

平成 23 年度

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	1572400172		
法人名	医療法人社団 萌気会		
事業所名	萌気園グループホーム「ふきのとう」		
所在地	南魚沼市浦佐334番地3		
自己評価作成日	平成23年7月11日	評価結果市町村受理日	

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.n-kouhyou.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成23年8月29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">・食事(季節のものや地元の食材を取り入れた、利用者さんの口に合う家庭的な料理)・職員、利用者さん全員が仲良くいること。・チームワークを大切にしながらその時々に応じた対応ができること。・事故がないように。安全安心。

【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>「萌気園グループホームふきのとう」には地域との繋がりを大切に普段から地域住民と関わりを持ってきた歴史があり、地域住民との双方向の交流が図られている。また、利用者と家族のつながりも大切にしている。開設時から管理者は「家族の顔を見て話をする」ことを重視しており、その後管理者が交代してもその思いは受け継がれ、利用者の日々の様子をまとめた書面や写真を持って管理者が家族のもとを訪れ、直接様子や状況を報告している。このような関わりから、退居された利用者の家族がボランティアとして訪れるなど、関係が継続されている。</p> <p>事業所では利用者の意向や希望を一番に考え、その実現のために予想されるリスクを検討し、安全にサービスが提供できるようにしている。管理者を中心に職員が一丸となって、利用者一人ひとりに合ったサービス提供に向けて、利用者の希望を止めるのではなく叶えられる状況を整えるよう取り組んでいる。また、民家を改築した事業所であり随所に段差や階段があるが、職員は気負うことなく、利用者が安心して生活できる馴染みの雰囲気・環境を大切にしながら自然な形で利用者の生活を支えている。そのために、手すりを設置したり、つかまって移動できるよう家具を配置するなど工夫している。</p>

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
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	理念と年度目標を掲げ実践している。	法人として共通の理念が掲げられており、法人の新人研修で理念について学ぶとともに、毎月の事業所の会議では理念を復唱して理解を深めている。また、理念をもとに全職員で話し合っ年度毎のスローガンを決め、実践している。	
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	散歩や外出、あいさつに茶話会など、地域との関わりを持っている。	日常的な買い物外出や地域の祭りへの参加などこれまでの近所との付き合いから、気軽に声をかけ合う関係が作られている。お年寄りから若い方まで様々な方が気軽に事業所へ立ち寄るなど、日常的に地域住民と交流している。	
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	普段の関わりや、運営推進会議を通して認知症への理解を地域の人々に発信している。		
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	議事録も残し、実践できている。	会議は2ヶ月に1度開催されている。事業所の活動報告や取り組みなどを、写真や動画を利用して分かりやすく運営推進会議のメンバーに報告している。地域行事等の情報収集の場ともなっており、運営推進会議を通して、区長等の地域住民に災害時の協力等を依頼している。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	適時市役所などと連絡を取り、協力関係につなげている。	管理者は質問等があれば電話やFAXを利用して市の介護保険課の職員に相談しており、顔なじみの関係ができています。地域包括支援センターの職員からはセンター方式アセスメントの活用方法についてのアドバイスをもらうなど、日常的にコミュニケーションを取りやすい関係にある。	
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	常に配慮して取り組んでいる。	法人研修等で身体拘束に関する知識を得て、事業所での研修報告会にて職員間で情報を共有している。管理者はその都度、身体拘束のリスクを職員へ伝えるようにしており、言葉による拘束等、不適切なケアがあれば職員間で注意し合える環境を作っている。	

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
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	研修や各自の勉強、ミーティングなどを利用して徹底している。	法人研修や外部研修等へ参加した職員が研修報告会を開き虐待防止に関する情報を共有している。高齢者虐待に関するマニュアルも整備されている。	
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	研修や各自の勉強、ミーティングや話し合いなどを通して考え支援している。		
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	実践できている。		
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	家族会や面会時などを利用して運営に反映させている。苦情箱も設置している。	日頃の関わりのなかでの利用者の言葉や表情から希望等を把握し、職員間で話し合い外出等のサービスへ繋げている。家族には、利用者の毎月の様子を書面にして管理者が自宅まで届けており、直接家族の声を聞く機会としている。	
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	職員会議やミーティングを利用して反映させている。	毎月の会議は全職員の参加を基本とし、職員全員が顔を合わせて話し合う機会を作っている。また、会議のほか、職員は日々の業務の連絡事項や申し送り等を通して管理者等へ意見や提案を行っている。	
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	実践できている。		
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	実践できている。		

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	実践できている。		
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	本人や家族との関わりの中から常に検討、実践している。		
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	本人や家族との関わりの中から常に検討、実践している。		
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	本人や家族との関わりの中から常に検討、実践している。		
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	寄り添い、利用者を理解して共に生活できるように対応し、関係づくりに取り組んでいる。		
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	定期便りや運営推進会議、家族会、面会などを通し関係を築いている。	管理者が毎月の利用者の状況報告書を直接家族に届けて利用者の思いを家族へ伝え、面会に来てもらえるように声をかけたり、敬老会を家族が参加しやすい日に設定するなど、家族との関係づくりに努めている。	
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	出来る限りで機会を設けて取り組んでいる。	馴染みの床屋の利用や、以前に利用していたサービス事業所へ遊びに出かけている。また、退居された利用者の家族がボランティアを訪れたり、利用前の馴染みの関係の継続だけでなく、利用中に関係が築かれた人との関わりも継続していけるように支援している。	

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
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	共同生活という事も配慮しながら個別にも考え支援している。		
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	電話やお便り、訪問などで関係を大切にしている。		
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	検討し、可能な限り実施している。	普段の関わりの中で利用者の思いや希望を把握し、必要なサービスは何かを職員間で検討している。様々なサービスを用意し提供していく中で、利用者の意向を把握して新たな支援へと繋げている。	
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	本人や家族から情報を集め、把握に努めてサービスにつなげている。	本人や家族から情報を収集し、それまでの趣味や生活歴を活かした生活ができるように支援している。以前に利用していたサービス事業所からも情報を収集している。	
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	把握に努め実施している。		
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	本人の日常生活や本人や家族の要望を反映したサービス計画を作成している。	介護支援専門員が作成した暫定の計画を基に本人や家族、職員が話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎の見直しの他、毎月の会議においても利用者の状態について話し合い、計画の見直しの必要がないか職員間で検討している。また、必要に応じて医師や看護師からも計画作成時に意見をもらっている。	
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	日々の記録やミーティングで情報の共有を図りサービスに活かしている。		

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
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	一人ひとりの状況に合わせて柔軟かつ応用力を持って対応している。		
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	地域や他事業所などと協働して支援に役立っている。		
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	往診の医師・看護師と連携を取り定期的かつ必要に応じた受診や相談を受けている。	本人や家族の意向に沿ってそれまでのかかりつけ医を継続することも可能であるが、同一法人の診療所の医師による定期的な往診が可能であるため、利便性から事業所の協力医療機関へ主治医を変更する方がほとんどである。協力医療機関とは日頃から密な連携・協力体制がとられている。	
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	看護師と連携を取り必要に合わせて受診や相談を受けている。		
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。	入退院時の対応に備えて関係機関との連携を取っている。		
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	看取りを希望している利用者・家族に対しては面会時やお便りにて状態を報告・説明しながらチームで取り組んでいる。	同一法人の診療所や訪問看護ステーションによる協力体制が整えられ、終末期支援ができる体制にある。利用開始時と状態変化が見られた場合には随時、終末期支援の方針を本人・家族に説明して話し合い、関係機関と連携して支援している。	
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	勉強会や研修、ミーティングなどを通して緊急時の対応に備えた実践力を身に付けている。	全職員がAED使用方法の研修を受けている。緊急時の対応方法についてのマニュアルも整備されている。事故発生時には職員間で対応策を検討している他、法人間で事故の情報を共有し、事故の予防や再発防止に努めている。	骨折や誤嚥等、日常的に起こりやすい事故の初期対応方法や心肺蘇生法等、緊急時の対応について、マニュアルの整備だけでなく、実践的な勉強会を定期的に実施することが望まれる。

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
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	避難訓練や勉強会、普段の話し合いの中から、地域との協力も念頭に入れた災害対策を考えている。	利用者の参加も得て、昼間時と夜間時想定の避難訓練を年2回実施している。日頃の近隣住民との付き合いの中から災害時には協力を得られる関係が作られているが、運営推進会議でも繰り返し近隣住民へ災害時の協力を依頼している。また、3日分の備蓄品の準備と災害時の避難場所の確認もなされている。	
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	言葉や態度で気分を損ねないよう職員間で声を掛け合って配慮している。	排泄や入浴等、本人のプライバシーに配慮したさりげない声掛けを行っている。申し送りや記録等は他の利用者の前では行わないなど、個人情報の取り扱いにも配慮している。	
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	関わりや働きかけの中で本人の希望を汲み取り、自己決定できるよう努めている。		
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、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	一人ひとりの暮らしやペースに寄り添い、臨機応変に支援している。		
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	身だしなみ等声掛けしながら支援している。		
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	野菜の皮むきや餃子作りなどを手伝ってもらいながら、どんな調理がいいか話している。	利用者のこれまでの生活歴等から得意な料理と一緒に作ったり、食事の準備や後片付けをしてもらうなど個々の利用者に合わせて支援している。利用者は同じ食卓を囲み、醤油を取り回したりと和気あいあいとした中で食事をしている。	利用者にとって食事が一層楽しい時間となるように、職員は台所仕事や他の仕事を一旦切り上げるなどして利用者と一緒に食卓を囲んで食事を摂る時間を作ることも検討してほしい。
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	栄養や水分量を考慮しながら一人ひとりの状態に合わせた対応をしている。		

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	一人ひとりに応じた口腔ケアにより清潔保持に努めている。		
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	失禁の原因が疾患である場合については都度交換して清潔に努めている。排泄パターンを把握して声掛け誘導、介助も行っている。	トイレでの排泄支援を基本とし、排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導や声かけを行っている。	
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	排便傾向やパターンを把握した中で、無理なく安心して排泄できるように取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の生活パターンや希望にそうように配慮しながら支援している。	入浴時間や回数は本人の希望に合わせている。一人で入浴したいという希望についても対応できるように、安全面とリスクを検討して環境を整え、意向に沿えるように対応している。	
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	個々の生活習慣や状態に応じて支援している。		
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	スタッフ・医師・看護師・薬局と連携を取りながら支援している。		
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	アセスメントを活用、参考にしてイベントや行事、レクリエーションなどを通して支援している。		

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	「無理なく安心にいつでも」をモットーに支援している。	毎日の食事の買い物や近所への散歩など、日常的に出かけている。職員は利用者の様子から臨機応変に外出支援を行っているほか、利用者からの外出の希望にも随時対応している。法人の運動会や地域の祭り等の行事にも出かけて参加している。	
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	理解したうえでできる範囲以内で支援している。		
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	支援できる体制にあるが、機会は少ない。		
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	花や飾りつけ等で季節感や雰囲気を作り、居心地のよい空間づくりの工夫をしている。	廊下と居室の段差や2階へ続く階段など、一般家庭に近い環境にある中で、手すりの設置や利用者がかかりやすいように家具を配置するなど、利用者に合わせ、安全に生活が送れるように環境を整備している。また、温度と湿度は毎日計測し、居心地良く過ごせるように配慮している。	
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	共有スペースのみならず利用者同士が居室を訪問してゆっくり会話できるように配慮している。		
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	使い慣れたものを使用していただいている。環境整備にも気を配っている。	ベッドや布団、使い慣れたタンスなど、それまでの生活に近い環境が整えられるように、使い慣れた物を使用してもらうようにしている。荷物が増えることで利用者が混乱することがないように、家族の協力を求めたり本人の了解を得ながら居室の整理整頓を行っている。	
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」「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	残存機能を維持できるよう移動能力確保に努めている。		

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 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	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)
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	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)
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)
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 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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		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