

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	047200266	事業の開始年月日	2002年9月13日	
		指定年月日	2002年9月13日	
法人名	社会福祉法人 紀心会			
事業所名	グループホーム メサイア ユニット名：イースト			
所在地	(〒 989-2201) 宮城県亶理郡山元町山寺字堤山8-3			
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護	定員 計	18 名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2025年2月11日	評価結果 市町村受理日		

※ 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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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)】

「全ての行動には意味がある」「プライバシー保護と尊厳の確保に努める」「焦らず、急がず、共に過ごす時間を大切にする」という考えのもと利用者ひとりひとりが生活のなかで役割や生きがいを持ち、自己決定を可能にしたその人らしい生活を送っていただけるようチームケアで実践している

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階
訪問調査日	2025年3月5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)】

【事業所の理念】

- ◎健康で安全に安心して暮らしていただく為に、私たち職員は入居者様の言葉に耳を傾け、その思いを受け入れていく
時には手となり足となり、共に過ごす時間を大切にしていく
◎入居者様が地域との関わりを閉ざされぬよう、私たち職員は努力していく
<法人の指針>
「人は不平等に老いる 人間は最後まで人間として生きたい」

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人「社会福祉法人紀心会」は山元町内でケアハウスやグループホーム、ヘルパーステーションを運営している。関連施設として「医療法人育志会」が運営するクリニック、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所を運営し、介護から医療まで一貫した高齢者のサポート体制を整えている。「グループホームメサイア」は、2002年9月に平屋建ての2ユニットで開所している。ホームは、常磐道「山元インターチェンジ」より車で5分、バス停「山元町役場」より徒歩10分、国道6号線沿いの高台にある。

【事業所の優れている点・工夫点】

- ①利用者の思いや希望・要望ををしっかり聞いて意向に沿えるように、家族の協力をもらい支援している。
- ②行事担当職員を交代制にし毎月交替しており、職員は各々工夫しながら新年会・節分の豆まき・たこ焼きパーティー・夏祭り・クリスマス会・県内外へのドライブなどの行事を企画し、実践している。
- ③家族に請求書と一緒に利用者の活動状況の写真を送付したり、Instagramを活用した情報発信に力を入れ、ホームでの利用者の生活状況を家族等がいつでも見られるよう情報提供に努めている。
- ④管理者は職員と向き合ってしっかりと話を聞いている。休日をしっかりと確保できるなど、ストレスを感じることなく、働きやすい職場環境である。

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

事業所名	グループホームメサイア
ユニット名	イースト

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)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者の
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんど掴んでいない
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)	<input type="checkbox"/>	1. 毎日ある
		<input type="checkbox"/>	2. 数日に1回程度ある
		<input type="checkbox"/>	3. たまにある
		<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんどいない
60	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (参考項目：49)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんどいない
61	利用者は、医療機関との連携や、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんどいない
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)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんどいない

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての家族と
		<input type="checkbox"/>	2. 家族の2/3くらいと
		<input type="checkbox"/>	3. 家族の1/3くらいと
		<input type="checkbox"/>	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：2, 20)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ毎日のように
		<input type="checkbox"/>	2. 数日に1回程度ある
		<input type="checkbox"/>	3. たまに
		<input type="checkbox"/>	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。 (参考項目：4)	<input type="checkbox"/>	1. 大いに増えている
		<input type="checkbox"/>	2. 少しずつ増えている
		<input type="checkbox"/>	3. あまり増えていない
		<input type="checkbox"/>	4. 全くいない
66	職員は、やりがいと責任を持って働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての職員が
		<input type="checkbox"/>	2. 職員の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 職員の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="checkbox"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	1. ほぼ全ての家族等が
		<input type="checkbox"/>	2. 家族等の2/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	3. 家族等の1/3くらいが
		<input type="checkbox"/>	4. ほとんどいない

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～9
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	10
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	23～35	11～15
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	16～22
V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)	56～68	

自己評価および外部評価結果（事業所名：グループホームメサイア）「ユニット名：イースト」

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	理念は事務所に掲示しているが常に共有するには ミーティングで定期的に取り上げるなどし確認していきたい	出勤時に掲示してある理念を確認してから、ケアに入り、行き詰ったり落ち込んだりした場合は理念に立ち返っている。定期的に行われる職員面談時に、理念に基づいたケアができているか確認している。利用者の思いを共有し、ゆっくり話を聞き、ケアを行っている。転倒した利用者が再び転ばないよう事例検討を行い、ケアに活かしたことで転倒しなくなった。理念の「健康で安全に」を意識した支援に心掛けている。	
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	家族が外出の機会を増やしてくれている 又施設でも行事などで出掛ける機会を設けている	町内会には入っていないが、2つの地区の区長が運営推進会議に参加しており、地域の情報交換が図られている。行政区長が避難訓練に参加している。コンビニの移動販売車が週2回来ており、利用者は職員と一緒に買い物を楽しんでいる。理念にある「地域との関り」についてどのように支援できるか検討中である。	
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	入居相談の際 かかわりに悩む家族にはアドバイスをしている		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	現在定期的に関催できており 有意義なものとなっている	年6回、各ユニット利用者の家族2名・行政区長2名・町保健福祉課職員及び管理者が参加し、対面式で運営推進会議を開催している。行政区長や町職員から、『ホームの夏祭りなどに家族の参加を検討してみたい』という意見があり、今秋の芋煮会などに家族参加ができないか検討中である。	

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
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に取り組んでいる	何か 問題や困りごとがあった際は関係機関に電話などで相談している	運営推進会議に町保健福祉課職員が参加しており情報交換している。地域包括職員とは入居希望者の状況や研修案内などの情報を得ている。後見人制度を利用したいという利用者と、町職員・ケアマネ・職員で面談を実施した。	
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	ベルトやセンサーは不要となれば外すようにしている。	身体拘束の適正化等のための指針がある。虐待防止及び身体拘束等の適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、勉強会を年2回行っている。利用者が散歩する場合は職員が同行している。家族と一緒に、外泊や買い物・病院・墓参りに出かける利用者もいる。退院したばかりで転倒の危険がある利用者には家族の了解を得て、転倒予防策として車イス用から落ちないように固定する場合がある。玄関の施錠は、防犯の為19時から翌朝7時30分まで行っている。	
7	(6)	○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	虐待には様々なケースがあり会議においても再確認している 又家族様のかかわりで虐待に値するケースがあり防止につとめた	虐待防止及び身体拘束等の適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、勉強会を年2回行っている。スピーチロックのグレーゾーンについて、管理者は3ヶ月に1回職員と面談を行い防止策を伝えている。ミーティング時にヒヤリハット事例として検討し、防止策を情報共有している。また管理者は空いている時間に職員の話を持時間聞くように努めている。法人にハラスメントの相談窓口が設置されている。	
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	後見制度を利用している方もいて 学ぶ機会にもなっている		
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	契約に関しては長時間におよぶこともあり簡素化の要望があった 事前に契約書をお渡しし 実際の契約時に要点はお話しし 質問に答えるようにしている		

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
10	(7)	○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	クレームが数件あり慎重に対応した再発防止と職員の教育をおこなっている	運営推進会議のメンバーとして各ユニットから1人ずつ家族代表が出席し、意見交換している。利用者の日常生活を写真にして、毎月の請求書と一緒に家族に送付し喜ばれている。電話対応についてのクレームにも迅速に対応し、再発防止に努め改善している。面会時に家族から意見・要望を聞いており、「居室で食べるおやつを持って行きたい」と要望があり、対応している。法人に苦情相談の窓口が設置されている。	
11	(8)	○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	職員からの意見は主任が随時聞いており反映に繋げている	毎月、各ユニットごとにミーティングを行いその際、職員の意見・要望を聞いている。理事長・管理者・各ユニット主任が参加するメサイア会議を毎月開催し、職員間で検討された課題や要望などを報告し、話し合っている。職員から、レクリエーション時に使用する備品購入の要望があり対応した。2年前からタブレットを導入し、記録作業の負担が軽減され、業務改善に繋がった。WEBによる内部研修を導入し、いつでも視聴することができる。アレクサ（AI音声認識サービス）を持参している利用者がいるので、ホーム内にフリーWi-Fiを設置して欲しいと本部に要望している。職員の苦情相談の窓口は法人に設置されている。	
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	年間休日アップ ユニフォームの導入、休憩のみなおしを図りモチベーションアップとなっている		
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	ウェブ研修はより良いものとなっている		

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
14	(9)	○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	連携においては主任が同業者とコミュニケーションをとれる機会があるが職員にはあまりない	同法人の他事業所の職員と、利用者の転居や退去先などについて情報交換をしている。地域包括支援センターのケアマネとは入居希望者の情報を交換し、希望者が入居している。山元町内の「指定居宅介護支援事業者連絡協議会」に管理者が参加したり、宮城県認知症グループホーム協議会に加入し、情報を得ている。	
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	入居前訪問でご本人様の思いをくみとれるようにしている。不安なことに関してはわかりやすい表現でお伝えしている		
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、関係づくりに努めている	家族の一番心配なことは本人が帰りたいがるのでは？というのが多い拒否時の対応を説明し本人も家族も安心して入居できるようつなぐようにしている		
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	身体状況や家族の介護力 緊急性を見極め必要な支援サービスの提案もおこなっている		
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	適度な距離を保ちつつ挨拶や雑談をまじえ本人の望む生活を支援している		
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	絆がある場合 またそうでない場合のほうに対応が難しいが 良い関係性を維持できるように調整をしている		

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
20	(10)	○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	外出や面会の希望には可能な限り 対応している	家族や友人の訪問がある。年賀状のやり取りや電話の取り次ぎにも応えている。携帯電話やアレクサを持参している人もいる。職員が送迎支援して日中自宅で過ごす人もいる。家族と一緒に墓参りやカラオケ、自宅に外泊したり松島に1泊旅行に行く人もいる。行きつけの美容院に通う利用者もいるが、訪問理・美容を利用している人もいる。利用者の希望を聞き、家族の協力を得ながら、できるだけ今までの関係が継続できるように取り組んでいる。	
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	食席や食堂のレイアウトは関係性に応じて変えたりしている レクリエーションや行事などでも普段とは違った刺激となり良い関係性を維持している		
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	契約終了後のアフターフォローやご相談があった場合は応じている		
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	(11)	○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	暮らし方に関しては不満があるかたもいる希望に添えるよう対応している。困難な方は家族と相談し対応している	利用者本位を大切にし、希望が叶えられるように努めている。日常生活の中で利用者の暮らしぶりを確認し、声がけて意向を聞くように努めている。「自宅に帰りたい」「家族に会いたい」という時は、家族に伝えて面会時に一時帰宅する人もいる。買い物したいという利用者には職員が同行している。毎週火・木曜日にコンビニの移動販売車が来るので、利用者は楽しみにしている。	
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	入居前の聞き取りにて把握に努めている 入居後は家族との連携や 本人様とのかかわりで見いだせるようにしている		

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
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	心神状態の変化は日内で大きく変動している特に夕方から夜間のケアには慎重に対応している		
26	(12)	○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	できること・できないことの見極めケアに繋げるよう話し合い アイディアを反映し現状に即した介護計画を作成している	利用者や家族の要望を聞き、毎月各ユニットで行う職員ミーティングでアセスメントを確認している。3ヶ月に1回ケアプラン検討会議を開催し、家族・医師（理事長）・職員から意見を聞き作成している。作成した計画は来訪時に家族に説明し、また来訪できない家族や、遠方にある家族には郵送し電話で説明して同意を得ている。	
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	ICT化にしてからは 気づきの表現がわかりやすくなっている また情報の共有化もできており介護計画の見直しに役立っている		
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、その時々にも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	家族の受診対応が困難な場合はスケジュール調整などを柔軟に対応している。自費サービスの導入もおこなっている		
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	地域資源はなかなか活用できていない 本人様の自立度によっては支援していきたい		

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
30	(13)	○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	かかりつけ医は本人家族の希望通りになっている。連携に関しても電話対応や情報提供書の作成をおこなっている	入居時に利用者、家族が希望する病院をかかりつけ医としている。協力医以外の受診は、家族付き添いを基本とし、ホームから利用者の状態について情報提供書を提供し、適切な受診ができるよう取り組んでいる。受診後は家族から結果を聞き取り、介護記録に記入して情報共有している。通院時に介護タクシーを利用している人もいる。協力医がかかりつけ医の場合は、通院時の送迎や休日・夜間の相談、薬の受け取りなどを職員が対応している。職員から看護師の配属について要望があり検討している。個人で訪問看護ステーションと契約している人もいる。	
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	医療連携の準備段階となっている		
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、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	入院後は連携室と治療過程や退院の見通しを定期的に連携しておりスムーズに再入所の運びとなっている		
33	(14)	○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	重度化にも対応できるよう取り組みを開始した。訪問看護の活用 往診なども導入している。	入居申し込み時点で看取りを行わないことを家族に説明し、契約時に改めて同意を得ている。重度化の判断基準は口から食事が取れなくなった段階としている。医療面（経管栄養や胃ろうなどは対応していないので）の介助が常時必要になった時は医師から家族に説明している。訪問看護師の導入と医療連携体制を整えば看取りを行う予定である。	

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
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	急変時の対応は実践にて学ぶことが多いがバイタルサインや緊急対応については定期的訓練をしていきたい		
35	(15)	○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	定期的に避難訓練があり 災害対策委員の役割が大きく貢献できている	火災・地震・風水害・豪雪対応マニュアルがある。年2回、ケアハウスと合同で避難訓練を行い、内1回は夜間想定で実施している。避難訓練には、運営推進会議の委員である区長2名の参加があった。職員だけで行う自主訓練を夕方の6時過ぎから実施している。夜間を想定し、ホームの電気を消灯して、ヘッドライトを装着し、利用者役の職員を誘導する避難訓練を行なっている。火災報知器等の設備点検は年2回業者が実施している。ホームとケアハウスの職員からなる災害対策委員会を毎月開催し、訓練計画や備品の管理などを行っている。ガソリンスタンドから車や発電機のガソリン補充に来てもらえる体制がある。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	人格を尊重できるケア 慣れ慣れしくならない感情的にならないなど 利用者の気持ちに添い気配りを心がけている又外部の方の目に触れるエリア下駄箱などはフルネーム掲示は廃止した	利用者の呼び方は希望を聞きながら名字や名前に「さん」を付けて呼んでいる。接遇やプライバシー保護の研修は、ミーティングの後に行ったり、各自WEB研修を活用して学んでいる。特に排泄時には周囲に気づかれないようにトイレに誘導している。個人情報に配慮する意味から、外部の目に触れる場所のフルネーム表示を廃止した。	
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	気兼ねないよう選択肢の提案もできるようにしている		

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
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	体調や天気をみて生活のパターンの把握をしている散歩などは希望があれば添えるようにしている		
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	特に女性は化粧品やヘアケア用品の持ち込みは自由でご自分なりに活用している		
40	(17)	○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	好き嫌いに関しては代替えを提供 片付けは自分で出来る方は ご自分で下膳をしている	メニューは、夜勤者が利用者の希望を聞いて作成し、食材は業者に依頼したり、職員が調達している。たこ焼きパーティーや新年会、花見などの行事食は利用者の楽しみになっている。後片付けや茶わん拭きを自分から進んで手伝ってくれる利用者もいる。感染症予防対策のため、調理は職員が行っており、利用者と一緒に食事をしていない。	
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	重介護の方は 個別に水分量のチェックをし脱水予防につとめている 体重増加の方に関しても提供量の見直しをしている		
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	食後は口腔ケアの声掛け 介助をしている		

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
43	(18)	○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	日中帯はトイレ誘導を行い排泄を促している 夜間帯も可能な限りトイレ声掛けをしている	利用者ごとに排泄パターン表を作成し、日中は基本的にトイレに誘導している。日中はリハパンを利用し、夜は睡眠を重視しおむつを利用する人もいる。便秘予防としてヨーグルトなどの乳製品や野菜の摂取など、食事で調整したり、運動を取り入れている。便秘の状態により、医師と相談し薬を処方してもらうこともある。	
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	定期的に乳酸菌や牛乳を摂取できる機会を設けている		
45	(19)	○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	職員不足にて入浴できる時間が制限されることのないよう 業務のみなおしをし定期的に入浴できている 拒否が多い方は気分に応じていつでも対応できるようにしている	入浴は週2回から3回、平日は午後に、土曜日は午前中に支援している。希望すれば毎日でも入浴できる。入浴介助は利用者の残存能力を活かし、できないところを支援するようにしている。入浴したがるらない利用者には、時間や職員を変えたり「脱衣所は暖かいので着替えましょう」など、声掛けを工夫し、入浴ができるように支援している。状態に合わせてシャワー浴と足浴で対応する場合もある。同性介助の希望にも応じている。	
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	照明や音の配慮もし 休息時間が心地よいものとなるようにしている		
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	向精神薬 降圧剤 睡眠薬 便秘薬は定期観察をおこない 調整している 睡眠薬は不要となれば中止している		

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
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	余暇の時間は良い刺激となるよう個々に対応している 居室でのおやつ摂取も基本自由にしている		
49	(20)	○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	散歩などは可能な限りお誘いし戸外にできる機会を設けている 家族も外出支援に協力してくださっている	ユニットごとに毎月交代制で行事担当職員を決め、各々工夫した行事を企画している。今期はホーム単独で初めて夏祭りを開催した。福島県相馬や丸森方面、町内の「イチゴの郷」へドライブし、昼食やアイスクリームを食べて楽しんでいる。車イス対応の車があるので車イスの人も一緒に外出している。日中自宅で過ごす利用者もあり、職員が送迎の支援を行っている。定期的に家族と一緒に自宅に泊まったり、松島に1泊旅行に行く利用者もいる。ホームのウッドデッキの前に桜の木があり、天気の良い日にはデッキで昼食をとりながらお花見を楽しんでいる。	
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	本人の希望があれば財布の所持は自由である		
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	携帯電話は持ち込みは自由 アレクサも活用できるよう対応している		

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
52	(21)	○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	共有スペースはシンプルにしている。季節に応じた飾り物ものは配置している。照明や音には細心の注意をならい過度な刺激とならないようにしている	リビングの天井がアーチ状に高くなっており、日差しが入り明るい。雨よけのあるウッドデッキも設置されている。リビングにはテレビやくつろげるソファがあり、空気清浄機が2台設置されている。利用者の家族から提供された観葉植物や花の絵のほか、利用者が紙で手作りした『ひな人形』なども飾られている。時計やカレンダー、トイレの表示も見やすく、手摺も設置されている。温・湿度の管理は職員が行っている。	
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	転倒予防のため レイアウトがまちまちではあるが 行動制限無く気の合う方の食席までたどりつけるようになった。		
54	(22)	○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	ご自宅に近いレイアウトを心がけてもらっている。調度品やタンスなど大きなものも持ち込み可能	居室にはベッド・ベッドマット・チェスト・洗面台・エアコン・カーテンが設置されている。利用者はテレビ・写真・机・加湿器などの馴染みの物を持ち込んでいる。持参した机で日記を書くことを習慣にしている人もいる。アレクサを持参している利用者もいる。衣替えや整理・整頓は家族や職員が行っている。温・湿度管理は利用者確認しながら職員が行っている。清掃は職員が行っているが、箒と塵取りを使い掃除する利用者もいる。	
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	安心・安全を心がけ食堂内の危険箇所を常に想定し レイアウトを変更している。カレンダーは目につくところに 居室やフロアに掲示している		

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	0472400266	事業の開始年月日	2002年9月13日	
		指定年月日	2002年9月13日	
法人名	社会福祉法人 紀心会			
事業所名	グループホームメサイア ユニット名：ウエスト			
所在地	(〒 989-2201) 宮城県亶理郡山元町山寺字堤山8-3			
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護	定員 計	18 名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2025年2月13日	評価結果 市町村受理日		

※ 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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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)】

「すべての行動には意味がある」「プライバシーの保護と尊厳の確保に努める」「焦らず、急がず、共に過ごす時間を大切に作る」という考えのもと利用者様ひとりひとりが生活の中で役割や生きがいを持ち、自己決定を可能にしたその人らしい生活を送って頂けるようチームケアで実践している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階
訪問調査日	2025年3月5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)】

【事業所の理念】

- ◎健康で安全に安心して暮らしていただく為に、私たち職員は入居者様の言葉に耳を傾け、その思いを受け入れていく
時には手となり足となり、共に過ごす時間を大切にしていく
◎入居者様が地域との関わりを閉ざされぬよう、私たち職員は努力していく
<法人の指針>
「人は不平等に老いる 人間は最後まで人間として生きたい」

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人「社会福祉法人紀心会」は山元町内でケアハウスやグループホーム、ヘルパーステーションを運営している。関連施設として「医療法人育志会」が運営するクリニック、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所を運営し、介護から医療まで一貫した高齢者のサポート体制を整えている。「グループホームメサイア」は、2002年9月に平屋建ての2ユニットで開所している。ホームは、常磐道「山元インターチェンジ」より車で5分、バス停「山元町役場」より徒歩10分、国道6号線沿いの高台にある。

【事業所の優れている点・工夫点】

- ①利用者の思いや希望・要望ををしっかり聞いて意向に沿えるように、家族の協力をもらい支援している。
- ②行事担当職員を交代制にし毎月交替しており、職員は各々工夫しながら新年会・節分の豆まき・たこ焼きパーティー・夏祭り・クリスマス会・県内外へのドライブなどの行事を企画し、実践している。
- ③家族に請求書と一緒に利用者の活動状況の写真を送付したり、Instagramを活用した情報発信に力を入れ、ホームでの利用者の生活状況を家族等がいつでも見られるよう情報提供に努めている。
- ④管理者は職員と向き合っってしっかりと話を聞いている。休日をしっかりと確保できるなど、ストレスを感じることなく、働きやすい職場環境である。

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

事業所名	グループホームメサイア
ユニット名	ウエスト

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんど掴んでいない
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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある
		<input type="radio"/>	2. 数日に1回程度ある
		<input type="radio"/>	3. たまにある
		<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない
60	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない
61	利用者は、医療機関との連携や、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
		<input type="radio"/>	2. 家族の2/3くらいと
		<input type="radio"/>	3. 家族の1/3くらいと
		<input type="radio"/>	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：2, 20)	<input type="radio"/>	1. ほぼ毎日のように
		<input type="radio"/>	2. 数日に1回程度ある
		<input type="radio"/>	3. たまに
		<input type="radio"/>	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。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている
		<input type="radio"/>	2. 少しずつ増えている
		<input type="radio"/>	3. あまり増えていない
		<input type="radio"/>	4. 全くいない
66	職員は、やりがいと責任を持って働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての職員が
		<input type="radio"/>	2. 職員の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 職員の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	2. 利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族等が
		<input type="radio"/>	2. 家族等の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	3. 家族等の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～9
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	10
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	23～35	11～15
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	16～22
V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)	56～68	

自己評価および外部評価結果（事業所名:グループホームメサイア）「ユニット名:ウエスト」

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	ケアに迷ったときには道標として理念を見つめ直すことも必要としており、常に入居者様にとって一番良い方向を選ぶようにしている。	出勤時に掲示してある理念を確認してから、ケアに入り、行き詰ったり落ち込んだりした場合は理念に立ち返っている。定期的に行われる職員面談時に、理念に基づいたケアができていないか確認している。利用者の思いを共有し、ゆっくり話を聞き、ケアを行っている。転倒した利用者が再び転ばないよう事例検討を行い、ケアに活かしたことで転倒しなくなった。理念の「健康で安全に」を意識した支援に心掛けている。	
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	定期的に美容室へ通われる方や、週2回の移動販売で買物を楽しまれている方もいる。毎週、山元町の自宅へ行き1日過ごされている方もいる。	町内会には入っていないが、2つの地区の区長が運営推進会議に参加しており、地域の情報交換が図られている。行政区長が避難訓練に参加している。コンビニの移動販売車が週2回来ており、利用者は職員と一緒に買い物を楽しんでいる。理念にある「地域との関り」についてどのように支援できるか検討中である。	
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	入居の相談に来られた際、認知症の対応で困っているとの声が聞かれた場合には、答えられる範囲で助言を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	メンバーである行政区長様、ご家族、福祉課職員よりご意見を頂き、サービス向上に繋げている。	年6回、各ユニット利用者の家族2名・行政区長2名・町保健福祉課職員及び管理者が参加し、対面式で運営推進会議を開催している。行政区長や町職員から、『ホームの夏祭りなどに家族の参加を検討してみたい』という意見があり、今秋の芋煮会などに家族参加ができないか検討中である。	

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
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	福祉課の方は運営推進会議にも参加して下さり、ご意見を頂いている。地域包括支援センターとは入居を進めたい方がいる際にはご相談させて頂いている。	運営推進会議に町保健福祉課職員が参加しており情報交換している。地域包括職員とは入居希望者の状況や研修案内などの情報を得ている。後見人制度を利用したいという利用者と、町職員・ケアマネ・職員で面談を実施した。	
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	今年度から法人としても虐待防止及び身体拘束等の適正化委員会を立ち上げた。職員ミーティングの際に委員主導での勉強会を行い、身体拘束をしないケアに意識して取り組むようになった。	身体拘束の適正化等のための指針がある。虐待防止及び身体拘束等の適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、勉強会を年2回行っている。利用者が散歩する場合は職員が同行している。家族と一緒に、外泊や買い物・病院・墓参りに出かける利用者もいる。退院したばかりで転倒の危険がある利用者には家族の了解を得て、転倒予防策として車イス用から落ちないように固定する場合がある。玄関の施錠は、防犯の為19時から翌朝7時30分まで行っている。	
7	(6)	○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	身体拘束、虐待防止の勉強会で理解を深め虐待防止に努めている。	虐待防止及び身体拘束等の適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、勉強会を年2回行っている。スピーチロックのグレーゾーンについて、管理者は3ヶ月に1回職員と面談を行い防止策を伝えている。ミーティング時にヒヤリハット事例として検討し、防止策を情報共有している。また管理者は空いている時間に職員の話随時聞くように努めている。法人にハラスメントの相談窓口が設置されている。	
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に支援している	ウェブ研修にて勉強を行い学んではいるが深く把握するためには、もっと話し合いが必要である。イーストでは成年後見制度を利用している方がいる。		
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	相談、申し込みを受け契約を結ぶ時までには実態調査、主任との面談を通して説明し利用して頂くことになっている。解約に関しても相談を受けるなど実施している。		

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
10	(7)	○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	面会時や家族面談を行う時など随時、要望や意見などには対応している。	運営推進会議のメンバーとして各ユニットから1人ずつ家族代表が出席し、意見交換している。利用者の日常生活を写真にして、毎月の請求書と一緒に家族に送付し喜ばれている。電話対応についてのクレームにも迅速に対応し、再発防止に努め改善している。面会時に家族から意見・要望を聞いており、「居室で食べるおやつを持って行きたい」と要望があり、対応している。法人に苦情相談の窓口が設置されている。	
11	(8)	○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	月1回行われているメサイア会議では理事長、施設長、各ユニットの主任が出席し運営に関する報告と意見交換を行っている。	毎月、各ユニットごとにミーティングを行いその際、職員の意見・要望を聞いている。理事長・管理者・各ユニット主任が参加するメサイア会議を毎月開催し、職員間で検討された課題や要望などを報告し、話し合っている。職員から、レクリエーション時に使用する備品購入の要望があり対応した。2年前からタブレットを導入し、記録作業の負担が軽減され、業務改善に繋がった。WEBによる内部研修を導入し、いつでも視聴することができる。アレクサ（AI音声認識サービス）を持参している利用者があるので、ホーム内にフリーWi-Fiを設置して欲しいと本部に要望している。職員の苦情相談の窓口は法人に設置されている。	
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	経営者からは残業がないよう職員間で工夫、連携するよう指示が出ている。ユニットの主任との面談を行い、各職員からの意見や悩み事などの相談を受けアドバイスできるようにしている。		
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	昨年からは毎月ウェブ研修を導入し、職員の経験年数に応じた研修を受けることができている。		

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
14	(9)	○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	同業者との交流は少ない。主任のみが2ヶ月に1回開催されている山元町内指定居宅介護支援事業者連絡協議会に参加して情報は交換している。	同法人の他事業所の職員と、利用者の転居や退去先などについて情報交換をしている。地域包括支援センターのケアマネとは入居希望者の情報を交換し、希望者が入居している。山元町内の「指定居宅介護支援事業者連絡協議会」に管理者が参加したり、宮城県認知症グループホーム協議会に加入し、情報を得ている。	
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	入居相談を受け実態調査、入居の説明、契約の取り交わしなどを通じて話し合いをしている。		
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、関係づくりに努めている	申し込みの時点でまずはご家族の悩みや困っている事などに耳を傾けるようにしている。その上で入居をすすめご家族も安心して入居ができるように支援している。		
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	利用者様の状況を見極めて何が必要か、医療機関、他の専門機関等の意見も参考にし、支援とサービスを取り入れている。		
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	職員は常に入居者様と一緒に過ごしているが、管理的にならないよに必要以外は手をかけず、本人の生活スタイルを見守る体制で職員が存在するように努めている。		
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	家族には面会時に近況を報告したり、状態に変化があった時などは連絡している。あまり面会に来られないご家族へは家族の存在の重要性を伝え面会して頂いている。		

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
20	(10)	○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	入居者様のこれまでの生活歴などを把握し、本人の希望に沿って外出支援や家族、友人、知人等の面会を行い馴染みの人や場所が途切れないように支援に努めている。	家族や友人の訪問がある。年賀状のやり取りや電話の取り次ぎにも応えている。携帯電話やアレクサを持参している人もいる。職員が送迎支援して日中自宅で過ごす人もいる。家族と一緒に墓参りやカラオケ、自宅に外泊したり松島に1泊旅行に行く人もいる。行きつけの美容院に通う利用者もいるが、訪問理・美容を利用している人もいる。利用者の希望を聞き、家族の協力を得ながら、できるだけ今までの関係が継続できるように取り組んでいる。	
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	入居者様同士、出来ない事を支援して下さったり、お互いの相談に耳を傾けたりと入居者様同士の交流が見られる。		
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	サービス利用が終了後でも必要に応じ相談や情報の提供、支援をするように努めている。		
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	(11)	○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	入居者様の希望や思いを傾聴し、意向に添えるように努めている。また、不明な点は家族から聞き対応に活かしている。	利用者本位を大切にし、希望が叶えられるように努めている。日常生活の中で利用者の暮らしぶりを確認し、声がけて意向を聞くように努めている。「自宅に帰りたい」「家族に会いたい」という時は、家族に伝えて面会時に一時帰宅する人もいる。買い物したいという利用者には職員が同行している。毎週火・木曜日にコンビニの移動販売車が来るので、利用者は楽しみにしている。	
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	入居者様一人ひとりの生活歴やこれまでの暮らし方を把握して生活環境を整え安心してその方らしい生活ができるように努めている。		

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
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	日勤、夜勤の申し送りを実施することで一人ひとりの心身の状態を把握し注意しなければならない事やケアポイントを中心に対応している。		
26	(12)	○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	職員のミーティング、メサイア会議、ケアプラン検討会、家族面談を通じてご家族、医師、施設長、職員などの意見を集め状態に応じた介護計画を作成している。	利用者や家族の要望を聞き、毎月各ユニットで行う職員ミーティングでアセスメントを確認している。3ヶ月に1回ケアプラン検討会議を開催し、家族・医師（理事長）・職員から意見を聞き作成している。作成した計画は来訪時に家族に説明し、また来訪できない家族や、遠方にいる家族には郵送し電話で説明して同意を得ている。	
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	個別サービス記録に内容の実践、結果、気づき等を記入し、職員同士で情報を共有して介護計画の見直しに活かしている。		
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	定期的な通院は家族にお願いしている。緊急時の受診などスタッフが付添いをする事もあり、マニュアルにとらわれず柔軟性を持って個々の希望に沿ったサービスの提供に努めている。		
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	関連医療機関とは迅速でスムーズな連携が取れている。		

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
30	(13)	○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	ほとんどの入居者様はひらたクリニックをかかりつけ医としているが、本人が希望する病院に受診できる支援もっており、その際にご家族付添いにて受診して頂き、情報提供書を作成して持参して頂く。また医師とは24時間連絡がとれる状況にある。	入居時に利用者、家族が希望する病院をかかりつけ医としている。協力医以外の受診は、家族付き添いを基本とし、ホームから利用者の状態について情報提供書を提供し、適切な受診ができるよう取り組んでいる。受診後は家族から結果を聞き取り、介護記録に記入して情報共有している。通院時に介護タクシーを利用している人もいる。協力医がかかりつけ医の場合は、通院時の送迎や休日・夜間の相談、薬の受け取りなどを職員が対応している。職員から看護師の配属について要望があり検討している。個人で訪問看護ステーションと契約している人もいる。	
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	看護師は在籍していないが、かかりつけ医であるひらたクリニックの看護師は相談しやすい環境にある。		
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	治療が終了した時点で退院の指示が出るので実態調査を行い入居が可能と判断できれば直ぐに退院の方向へ進める。実態調査のときに不明な点は確認している。		
33	(14)	○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	入居時に看取りを行わないという方針を説明している（今後、取り組む方向になっている）重度化した際に家族に今後の方向性について話し合いする。また、重度化すると医療面でのケアが必要になってくる場合があるのでかかりつけ医とはより協力体制を整えている。	入居申し込み時点で看取りを行わないことを家族に説明し、契約時に改めて同意を得ている。重度化の判断基準は口から食事が取れなくなった段階としている。医療面（経管栄養や胃ろうなどは対応していないので）の介助が常時必要になった時は医師から家族に説明している。訪問看護師の導入と医療連携体制を整えば看取りを行う予定である。	

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
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	隣接するケアハウスにAEDが設置され、救命救急は消防署の指導を受けている。緊急時の手順についてもマニュアルを作成し掲示している。		
35	(15)	○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回ケアハウスと合同での避難訓練を実施している。非常食の食料、水、灯油や乾電池、ガス、入居者様の薬の備蓄管理を行っている。	火災・地震・風水害・豪雪対応マニュアルがある。年2回、ケアハウスと合同で避難訓練を行い、内1回は夜間想定で実施している。避難訓練には、運営推進会議の委員である区長2名の参加があった。職員だけで行う自主訓練を夕方の6時過ぎから実施している。夜間を想定し、ホームの電気を消灯して、ヘッドライトを装着し、利用者役の職員を誘導する避難訓練を行なっている。火災報知器等の設備点検は年2回業者が実施している。ホームとケアハウスの職員からなる災害対策委員会を毎月開催し、訓練計画や備品の管理などを行っている。ガソリンスタンドから車や発電機のガソリン補充に来てもらえる体制がある。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	それぞれの人格や性格、認知症の症状の違いを理解し、認知症があっても周りとの関わり方を考え、その人を尊重し今できる事を見つけていけるように努めている。入居者様に声を掛ける時はできるだけ敬語を使うようにしている。	利用者の呼び方は希望を聞きながら名字や名前に「さん」を付けて呼んでいる。接遇やプライバシー保護の研修は、ミーティングの後に行ったり、各自WEB研修を活用して学んでいる。特に排泄時には周囲に気づかれないようにトイレに誘導している。個人情報に配慮する意味から、外部の目に触れる場所のフルネーム表示を廃止した。	
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	必要以外の声掛けや介助は控えるようにし、ご自分で考え行動する事を可能な限り尊重している。		

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
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	個々に合わせた起床時間や食事の好みなど、できるだけ本人のペース、希望に沿っての支援を行う。職員が業務優先にならないように心がけている。		
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	ご自分で着替えをされる方には、他の方から見ておかしいと思われないよう声掛けをしている。		
40	(17)	○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	献立は入居者様の希望を聞いたり、季節感を心掛けながら作成している。行事食はその行事を感じて、喜んで頂けるよう工夫している。食事の準備は一緒に出来ていなが、後片付けなどは出来る範囲で行っている。	メニューは、夜勤者が利用者の希望を聞いて作成し、食材は業者に依頼したり、職員が調達している。たこ焼きパーティーや新年会、花見などの行事食は利用者の楽しみになっている。後片付けや茶わん拭きを自分から進んで手伝ってくれる利用者もいる。感染症予防対策のため、調理は職員が行っており、利用者と一緒に食事をしていない。	
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	食事量や水分量は毎日記録に残す。食事や水分摂取の低下が見られたり、食事の好みが変わってきた方などには、食事の形態を変えて提供している。		
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	食後や就寝前に介助を要する方には口腔ケアをしており、清潔保持や誤嚥性の肺炎防止にも努めている。		

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
43	(18)	○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	介助を要する方でも尿意、便意を感じトイレに行っておられる。また、排泄のサインを見逃さないようにトイレに案内するところで排泄の失敗を軽減出来ている。	利用者ごとに排泄パターン表を作成し、日中は基本的にトイレに誘導している。日中はリハパンを利用し、夜は睡眠を重視しおむつを利用する人もいる。便秘予防としてヨーグルトなどの乳製品や野菜の摂取など、食事で調整したり、運動を取り入れている。便秘の状態により、医師と相談し薬を処方してもらうこともある。	
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	水分摂取に気を付け週3回、朝食時に牛乳を提供している。しかし半数ほどの方が下剤を服薬している。		
45	(19)	○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	入浴は毎日実施している。本人が入りたい時間を聞き、できる限り希望に沿うようにしている。毎週土曜日は午前中から入浴を行っている。	入浴は週2回から3回、平日は午後、土曜日は午前中に支援している。希望すれば毎日でも入浴できる。入浴介助は利用者の残存能力を活かし、できないところを支援するようにしている。入浴したがる利用するには、時間や職員を変えたり「脱衣所は暖かいので着替えましょう」など、声かけを工夫し、入浴ができるように支援している。状態に合わせてシャワー浴と足浴で対応する場合もある。同性介助の希望にも応じている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	昼食後、臥床を好まれる方には午睡を習慣とし、体調によって臥床が必要な方には都度休んで頂いている。		
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	薬局より処方される薬には薬の効能の説明が付いているので理解はしている。症状の変化により主治医に相談し薬の変更をして頂くこともある。		

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
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	散歩を楽しまれる方、時々ご自宅へ行かれる方、洗濯物たたみを喜んで行われる方など、その都度対応している。		
49	(20)	○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	自宅へ行かれる方はその都度、送迎している。気分転換を兼ねてのドライブや行事でのドライブを行っている。また、ご家族とともに自宅で過ごされる方もいる。	ユニットごとに毎月交代制で行事担当職員を決め、各々工夫した行事を企画している。今期はホーム単独で初めて夏祭りを開催した。福島県相馬や丸森方面、町内の「イチゴの郷」へドライブし、昼食やアイスクリームを食べて楽しんでいる。車イス対応の車があるので車イスの人も一緒に外出している。日中自宅で過ごす利用者もおり、職員が送迎の支援を行っている。定期的に家族と一緒に自宅に泊まったり、松島に1泊旅行に行く利用者もいる。ホームのウッドデッキの前に桜の木があり、天気の良い日にはデッキで昼食をとりながらお花見を楽しんでいる。	
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	現金をご自分の財布で管理している方もおられる。本人の希望に沿って買物が出来るよう支援している。		
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	本人宛の手紙は直接本人に渡して見て頂いている。家族と話しがしたいとの声が聞かれたら、電話を掛け話して頂いている。		

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
52	(21)	○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	テレビを見たい方もいる、静かに過ごしたいかたもいるので、テレビの音などが耳障りにならないように調整している。フロアの室温も温度計だけに頼らず、入居者様にも確認しながら調整している。	リビングの天井がアーチ状に高くなっており、日差しが入り明るい。雨よけのあるウッドデッキも設置されている。リビングにはテレビやくつろげるソファがあり、空気清浄機が2台設置されている。利用者の家族から提供された観葉植物や花の絵のほか、利用者が紙で手作りした『ひな人形』なども飾られている。時計やカレンダー、トイレの表示も見やすく、手摺も設置されている。温・湿度の管理は職員が行っている。	
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	フロアを家具などで仕切り、食事をするところ、テレビを見たりソファでくつろげる場所と分けて使用している。		
54	(22)	○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	自宅で使い慣れたテレビや家具などを持ち込み、居心地よく過ごせる環境設定を工夫している。	居室にはベッド・ベッドマット・チェスト・洗面台・エアコン・カーテンが設置されている。利用者はテレビ・写真・机・加湿器などの馴染みの物を持ち込んでいる。持参した机で日記を書くことを習慣にしている人もいる。アレクサを持参している利用者もいる。衣替えや整理・整頓は家族や職員が行っている。温・湿度管理は利用者確認しながら職員が行っている。清掃は職員が行っているが、箒と塵取りを使い掃除する利用者もいる。	
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	建物内はほとんどがバリアフリーとなっているほか、ほとんどの場所に手すりが設置されている。手すりがない箇所には家具やパイプガードを設置し手すり代わりにしている。		