

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2870200793		
法人名	有限会社トゥルース		
事業所名	ライブラリ神戸摩耶		
所在地	兵庫県神戸市灘区箕岡通3丁目3-16		
自己評価作成日	令和7年1月31日	評価結果市町村受理日	令和7年3月11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	gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_search
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和7年2月17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)】

令和5年1月事業承継され、リビングプラットフォームケアにグループイン。また令和6年7月に六甲地区から摩耶地区へ移転。3ユニット中2ユニット稼働中の状況です。移転前より引き継がれてきた、今ある能力を維持・向上という考えのもと、ご利用者1人1人に合わせた支援を心掛け努めております。特に力を入れているのは、毎日の坂道散歩や階段昇降、体操等です。日常生活の中で楽しみながら下肢筋力の維持・向上等ができるよう取り組んでおります。また、他にも調理レクリエーションやボランティアによる二胡演奏会、変面師による演舞等も楽しんで頂ける機会を設け、活気ある環境作りに努めております。ご家族様とは、コロナが5類になって以降、面会の緩和や運営推進会を開催する等し少しずつ交流の機会が増えております。移転後間もないため、まだ地域行事も中々参加出来ていませんが、地域交流を図りながら参加する機会を増やして行く予定です。

【第三者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)】

リビングプラットホームへの事業継承と六甲地区から摩耶地区への移転という大きな環境の変化の中でも、以前から引き継がれた事業所の特色を失わず、家族と職員との信頼関係の元、利用者への温かい家庭的な支援を行っている。事業所の近くに摩耶ケーブルの乗り場や桜トンネルもあり、静かな環境が保たれている。毎日の「坂道散歩」は、摩耶に移転後も継続している大事な日課であり、利用者の下肢筋力の低下を防ぎ、体力保持、季節を肌で感じ五感を刺激する楽しみの一つになっている。移転後間もないため、地域交流はこれからの取り組みであるが、管理者の六甲での経験を生かし、これから徐々に充実してくると思われる。摩耶に移転後1ユニットから2ユニットになり、職員体制が整った時点で3ユニットになるとのこと。ますます地域のニーズに応えられる開かれた事業所になることを期待します。

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 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
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	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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらい 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己 者 第 三	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	職員が共有、理解できるよう事務所や各ユニットに掲示し、朝礼では経営理念の唱和を行っている。また経営理念の研修動画を観る等し、実践につながるよう努めている。	事業継承によって新たになった経営理念は、玄関横の事務所の壁と各ユニットに掲示されている。「安心を育て挑戦を創る」という内容は、職員の姿勢を示す経営理念であり、職員に浸透するよう朝礼での唱和と動画による研修も行っている。	新たな経営理念と共に、事業所理念として利用者への取り組みを、例えばパンフレットに記載されている「いつまでもご自分らしく生き生きと。私たちがお支えます」という分かりやすい指針を作ってはいかがでしょうか。
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	移転前は自治会、老人会に加入していたが、移転先に自治会はなく、隣の自治会に加入できるか相談予定。ホームが落ち着きたい、地域と交流が持てるよう努めていきたい。	移転後まだ間もないが、地域の一員として交流を図るため、事業所に隣接しているマンションとの良好な関係作りを優先し、グループホームへの理解を推し進める予定である。	
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	概ね2か月に1回発行している「神戸摩耶新聞」は事業所やご家族などに配布し、運営推進会議では行政、ご家族、地域の方にホームでの状況報告を行い認知症の啓発に努めている。		
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	偶数月に運営推進会議を開催し現在5回目が終了。6回目は2月に開催予定。ホームでの取り組み状況報告等を行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議には、以前から地域包括職員と、利用者と家族が数名参加しているが、移転後も新たに入居した利用者家族も参加している。移転先の地域では自治会がないため、今後は地域住民の代表として民生委員や他自治会や地域の人にも声をかけ、開かれた運営推進会議になるよう目指している。	
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	運営推進会議には安心すこやかセンター（地域包括）の方に来ていただき状況を報告。実情や取り組み等を伝えている。また、安心すこやかセンター担当者からも地域の情報などを伺い協力関係が築けている。	移転前から市の担当者との連絡は密に行われている。地域包括職員は、運営推進会議への出席だけでなく、移転後の様子を訊ねてくれたり、研修の案内や地域の情報を提供してくれるなど連携は密に行われている。	
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	当ホームでは身体拘束は行っていない。3か月に1回身体拘束防止委員会を開催し「対象となる具体的な行為」に関しての研修等も会議内で行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	事業所では身体拘束は行っていない。身体拘束廃止と虐待防止の研修は分けて合わせて年2回行っている。身体拘束適正化委員会を3か月毎に開催し、日々の業務の中で気づきになるよう具体的に学んでいる。	

自己	第三	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	(6)	○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	年に2回、虐待防止委員会を開催し、当グループの指針を会議内で伝達するなどし虐待防止に努めている。	移転後、委員会を職員の担当制に決めたことで、職員が自ら調べたり、質問するなど、積極性が見られるようになったとの報告を受ける。虐待に関しても、言葉だけでなく実例で説明することで、より理解する職員が増えた。	
8	(7)	○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	成年後見制度を利用されている入居者がいるため、職員も関わることもある。また、安心すこやかセンターと連携して相談できるように体制を整えている。	前回からの目標であった成年後見制度のリーフレットは、地域包括から取り寄せ玄関に設置している。現在制度を利用している利用者がいる。グループホーム職員としての資質向上の為に、制度について基本的な内容を理解できるように、今取り組みつつある。	
9	(8)	○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	契約締結、解約の際十分にご説明し、利用料金等が変更になる場合は同意書をいただき、ご理解いただいている。	契約の際、重要事項説明書や運営規定、指針等多くの資料の説明をするが、家族にとって一番の不安に思う費用については、納得がいくよう丁寧に説明をしている。同意を得る項目についても、事業所でできること、できない事柄の説明は詳しく伝え理解を得ている。	
10	(9)	○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	運営推進会議、ご面会の際にご意見、ご要望を聞き反映させるように努めている。	運営推進会議には、毎回、利用者と家族の参加があり、事業所の取りくみや情報を共有することができている。災害時の緊急連絡についても、家族からの提案があり、グループ全体の課題として取り組み、事業所としての方針を決めるなど、家族と課題や問題を共に話し合える良好な関係が構築されている。	
11	(10)	○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	毎月1回定期的に職員会議を開催。話し合い、検討をしたい事柄があるときは事前に聞きとり議題として取り上げ、意見をまとめケアに反映させている。	職員より、現場での利用者に対応する介護の方法や介護用品の使用法などを統一する提案があり、会議で話し合い、利用者支援の改善に繋がっている。以前から続けていたケアを見直す意見に関しても十分に検討している。	
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	職員の個々の努力や実績に応じて昇給、昇格を行い賞与などにも反映させており、向上心を持って働けるよう努めている。		

自己 第三	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
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	当法人では半年に1度自己評価、他者（上長）評価を行い面談を実施するなどし力量の把握に努めている。また動画配信による研修（指定研修等）を必ず受講してもらったり各種委員会会議でも勉強会を開催。働きながらトレーニングしていくことを進めている。		
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	移転をしたため、灘区のグループホームや介護関係の各事業所に挨拶に回り、また他事業所の運営推進会議に参加するなど市ネットワーク作りに活発に活動しており、質の向上に努めている。		
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	初回面談よりご本人の希望を聞きとるよう努め、聞き取りが困難な時は、ご家族やケアマネジャーより情報を得て、職員に周知し安心確保のための関係作りに努めている。		
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	ご家族の不安や精神状態を傾聴し、ご家族の背景を理解しながら計画をたて、信頼関係が構築できるよう努めている。		
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	ご本人、ご家族の意向、要望を把握し、出来る限りの対応、もしくは情報提供に努めている。		
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	心身の情報を共有し、出来ること出来ない事を見極めながら、ある時は支援しある時は家事等で助けていただくなど、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	ご家族が気になることや意見、希望を職員に気軽に伝えられるように、面会時には声掛けを徹底し、話しやすい関係性を構築している。		

自己	第三者	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
20	(11)	○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	ご希望によりご自宅へ外出されたり、遠方の親戚、ご友人などが面会できるよう配慮しており関係が途切れないように支援している。	コロナも5類になり、面会制限もなく、利用者の希望があれば、家族と自由に馴染みの場所に行くこともできる。親しい友人の訪問もあるが、移転ともななって頻度は減ってきてしまう。これからは、散策などで、ご本人にとって新たな馴染みの場所や人との交流を図ることも視野にいれている。	
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	それぞれの相性や性格などを考え、入居者同士が声を掛けやすい席や、活動しやすいメンバー構成を考えながら、支援、共同生活を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退居した入居者のご家族も時折足を運べるような関係性を意識して行っている。ご逝去された際には通夜、葬儀などにも参加（希望職員）し共に悲しみを共有している。		
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	(12)	○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	日常の会話の中で随時ご本人の意向を確認するようにしており、出来る限り希望が叶うように努めている。ご自分で意向を伝えることが困難な方は、日頃の様子から本人が望まれるであろう事を支援するよう努めている。	自宅からの入居と病院からの入居が半々である。入居相談の時点で時間を十分に取リ、本人の意向や家族の思いを汲み取るように努めている。本人の思いは入居後、馴染みの関係を築く過程で知ること多くある。	
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	職員会議で利用者の事について情報共有を行ったり、意見交換を行っている。生活歴など以前の暮らし方等は契約時や入居時に聞き取りを、ご本に、ご家族に行っている。		
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	毎日のケアや記録、アセスメントシートを使用しての心身状態、有する能力など、都度情報共有、現状把握に努めている。		

自己 者 第 三	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
26	(13) ○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	日々の状態把握による職員との情報共有、ご家族の意向、ご本人の意向を確認。ご本人がより良い生活ができるよう、意向に沿ったケアができるように介護計画を作成している。	介護計画更新は6か月ごとに実施している。アセスメント・モニタリング・サービス担当者会議を適切に更新できている。職員会議を通じて全職員が情報共有できる仕組みがある。GMOシステムの導入でデータ管理は万全である。今後は介護計画もデータ管理や電子サインで完了できるよう移行中である。	
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	タブレットにて日々の様子を記録、重要な情報は申し送り事項にあげ、各自確認できるようにしており、朝礼でも情報共有。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	その時のご家族の思いや、ご本人の思いに添えるよう日々取り組んでいる。サービス外であっても、事業所内で検討し可能であれば取り組めるよう努めている。		
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	移転間もないため、地域資源はあまり活用できていないが、移転時に内覧会を開催したり定期的に地域ボランティアの方に来ていただいたりし、現状今できることを行い支援している。		
30	(14) ○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	入居者、ご家族の意向を報告したうえで、かかりつけ医と連携を図り、情報共有をしながら適切な医療が受けられるように支援している。また、必要時はご家族とかかりつけ医が直接話が出来るよう日程調整等も行っている。	利用者は月2回、協力医の訪問診療を受けている。訪問歯科診療による口腔ケアも月に2回、加えて口腔衛生指導も随時実施されている。今般、眼科の訪問診療も可能となった。外部受診はごく少数ではあるが家族が対応している。希望者は訪問マッサージも受けることができる。	
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	かかりつけ医の看護師とは24時間連絡がとれる体制を整えており、必要であれば連絡し報告を行い相談をしている。個々の利用者が適切な受診や看護が受けられるように支援している。		

自己 第三	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
32	(15)	○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。	近隣の区の総合病院には挨拶に出向き関係作りを行った。また、入院した際には、病院のSWと都度連絡を取り合い情報交換を行って、早期に退院できるよう努めている。	入退院事例はごく少数である。現在、入院中の利用者がいるが近日中に退院予定である。入院中は、地域連携室との連携を取りつつ、リハビリの様子を見学にいったり、退院前カンファレンスにも参加している。家族からの情報も共有し、早期退院に努めた。
33	(16)	○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	重度化した場合、当グループの指針を説明しホームで出来ることを伝えた上で今後のケアについて話し合う場を設けている。また、その際の利用者、ご家族の意向、ケア方針等も含め介護スタッフ、かかりつけ医、看護師と情報共有を行い支援に努めている。	「重度化した場合の対応に係る指針」「看取りに関する指針」「看取りに関しての事前確認書」が整備されている。家族は契約時に説明を受け、納得したうえで確認書へ署名捺印をしている。医師・看護師との情報共有もできており家族の安心を確保する支援ができている。
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	緊急時の連絡フローの見直しを行い、職員会議や個人面談で周知。また「緊急時の対応」の研修会を開催するなどし実践力が身につくよう努めている。	
35	(17)	○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	地域との連携性はまだ薄いのが年2回の消防避難訓練を実施(2回目は3月予定)。安全に避難できる方法を職員が身に付けられるよう努めている。	BCPが策定されている。自主消防訓練は年に2回実施している。消防署指導での訓練・地域住民参加は今後の課題である。災害備蓄品は各フロアで管理しており、消費期限管理は施設長が行っている。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(18)	○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	入居者一人一人の尊厳に配慮したコミュニケーションを心掛けている。家族のような関係性は気づけているが、節度をわきまえて接するように努めている。	個人情報や排泄のお誘いなど、極力他者に聞こえないよう工夫している。トイレドアの開閉音や、開放したままでの介助には特に注意を払っている。職員同士の不用意な会話で情報が筒抜けになったりすることの無い様努めている。
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	利用者と密に関わっていくことで、その入居者が何を望んでいるのかを考え、理解していくように努め、ケアの前には確認し自己決定できるよう努めている。	

自己 者	第三	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
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	一人一人の生活ペースに合わせて、これまでの生活習慣に沿った暮らしに近づけるように支援している。		
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	理容・美容は入居者、ご家族の意向に沿って支援している。髪型や洋服は入居者の希望を尊重している。		
40	(19)	○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	認知症の進行等により中々毎日の調理は難しいが、食器洗いなど出来る方は行ってもらっている。また、月に2、3回程度、調理レクを実施。食材を購入し職員と利用者が一緒に調理を行っている。	利用者それぞれのできることの見極めをして、食器洗い・食器拭き・調理や配膳などに参加できるよう支援している。食材、おやつの買い物は、施設長がまとめて購入している。月に2～3回は調理レクを実施している。	定期的に手作りおやつの日を定め利用者の楽しみの日と位置付けてはどうかでしょうか。
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	一人一人の身体状況を考慮して栄養摂取や水分補給の支援を行っている。嚥下状態に応じた食事形態をとっている。		
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	毎食後、入居者自身で義歯の洗浄、歯磨きをしていただく。困難な方は職員が義歯管理、口腔ケアを行っている。		
43	(20)	○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	トイレの声掛けが必要な方、尿意、便意をあまり感じられない方などのトイレの声掛け、一人では難しい方へのトイレ案内など入居者の状態に合わせた支援を実施している。	ねむりセンサーを全室導入している。夜間は3時間ごとの巡視を行っており、センサー確認とともに熟睡・良眠が確保されている。ポータブルトイレを利用していたが現在はトイレ誘導を行うことで汚染なく過ごしている事例がある。タブレットでの排泄記録管理を行うことで、パッド使用量・衣類汚染の回数の減少が顕著である。	
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	毎日の散歩や天候不良時の廊下歩行、階段昇降によって、筋力維持に努めており、便秘気味の方には水分摂取管理やお腹を温める、トイレ（座位保持）での排泄を実施するなど予防に取り組んでいる。		

自己	第三	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	(21)	○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、個々にそった支援をしている	入浴は基本午後からではあるが、その方の意向を確認し入浴して頂いている。入浴を好まれない方は一度断られたら、時間を置く等し再度声掛けを行い、ご本人に合わせた支援を行っている	午前中は「坂道散歩」をメインとしているので入浴は週に2回、午後14:00～からの入浴開始としている。心待ちにしている利用者が多くいる。気が進まないときには時間や曜日調整を行い柔軟に対応している。	
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	入居者一人一人の生活習慣を尊重し、体調等にも合わせながら、気持ちよく眠れるよう支援している。夜間起きられる事が多い方は、日中傾眠傾向にあればソファや居室で安楽な姿勢をとっていただき休んでいただいている。		
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	一人一人が使用している薬の目的、副作用等について把握、理解できるよう努めている。薬が変わった際は、申し送りにて伝達。いつも以上に様子観察するようにしている。		
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	職員と共に、身体能力に応じた役割を担っていただくことで、必要とされたり、感謝された充実感を得て頂けるよう支援している。また、趣味活動や気分転換の散歩、季節ごとの行事など楽しんでいただけるよう支援している。		
49	(22)	○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	天気の良い日は、毎日散歩に出かけ気分転換を図って頂いている。また、ご家族様にもご協力をいただき、散歩や自宅へ一時もどられるなどの外出支援を行っている。	外出支援として「坂道散歩」を季節に関係なく実施している。10:30には出発し、下肢筋力の維持に努めている。夏季は早めに出発している。近隣は急な坂道であるが利用者は日課としての楽しめとらえている。雨天の際は、事業所内での階段昇降を行っている。	
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	数千円程度のお金を管理されている方はおられませんが、可能な方であればご本人の希望に合わせて支援できるようにしたい。		
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	携帯電話をお持ちの方もあり毎日連絡をとられている。また、お持ちでない方は必要時に事業所の電話を使用していただいている。手紙も書かれる方がおられ、書いて頂いた際はポストに投稿するなどの支援をしている。		

自己	第三	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
52	(23)	○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	和モダン風の落ち着いた雰囲気のある事業所になっている。また、クリスマスやお正月は飾りつけを行い季節感を感じて頂けるようにし居心地よく過ごせる工夫を行っている。	共有空間は、ゆとりがあり採光よく設計されている。全体の飾りつけは控えめで、とても落ち着いた印象を受ける。フラワーアレンジメントがそこ、ここに配置され目を楽しませている。書初めが張り出されて利用者の個性がみてとれた。複数のソファが配置され思い思いの場所で過ごす事ができている。	
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	席の配置は、入居者同士の愛称を考慮している。ソファや腰掛を置くことで、入居者同士のコミュニケーションの場を作っている。また、新聞を頼んでいる事で、一人の時間も楽しめるように務めている。		
54	(24)	○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	家具や布団など本人の馴染みのあるものを持参いただき、住み慣れた環境に少しでも近づけるよう配慮し居心地よく生活できるよう工夫している。	ベット・クローゼットは事業所備品である。防災カーテンや布団などは、利用者の好みで揃えられて個性ある居室となっている。家族の写真が飾られたり、観葉植物を置いている利用者は自身での水やりをしている。居室内も過剰な装飾はなく落ち着いた雰囲気である。室内で過ごしたりリビングで過ごすなど自由に行き来している様子がみられた。	
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	建物内バリアフリーとなっているが、ご本人の出来ること、出来ない事を把握し可能であれば、その環境を活かした自立生活を送って頂いている。		

(様式2)

事業所名:ライブラリ神戸摩耶

目標達成計画

作成日: 令和7年3月11 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先 順位	項目 番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	(1)	経営理念の共有しているが、職員向けの理念であり、利用者への取り組みの指針等が含まれた事業所理念が作成されていない。	事業所独自の利用者へ向けた事業所に念を作成する	ご助言頂いた「いつまでもご自分らしく生き生きと。」という事業所理念に決定。今後は朝礼や職員会議等で周知していく。	1月
2	(17)	BCP策定、自主消防訓練は実施できているが地域住民の参加が出来ていない	近隣住民や家族の参加を含めた訓練を実施する。	移転し間もないため、まだ地域住民との関係性は薄い。この1年をかけて地域の行事に参加する等し関係性を構築し訓練等の参加を促していく。またご家族には、運営推進会議等で伝え訓練を行うときは参加を促す。	12月
3	(19)	調理レク(おやつ作り)は行っているが不定期	予定表を作成し定期的な開催を目指す。	担当者で協議し25年度の年間スケジュールを作成。定期的な開催を目指す。	3月
4					月
5					月

(様式3)

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		
実施段階		取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	☐ ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		☐ ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		☐ ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		☐ ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		☐ ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		☐ ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		☐ ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		☐ ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
		☐ ⑤その他()