

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	2570101473		
法人名	株式会社 ランガ・グード社		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 楽日荘 1F陽ユニット		
所在地	滋賀県大津市長等2丁目1-19		
自己評価作成日	令和8年1月20日	評価結果市町村受理日	令和8年3月13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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県草津市笠山7丁目8-138		
訪問調査日	令和8年2月20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)】

基本理念である『楽日荘で楽しい日々を』を職員全員で日々の支援の中で実現できるよう心掛けている。 利用者・家族と共にここで暮らしてよかったと思っていただけるグループホームを目指している。

【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)】

グループホーム楽日荘は、2005年にJR大津駅と京阪浜大津駅の中間に位置する交通至便なアーケード商店街の中に開設された施設である。出入口は町屋風の造りになっていて、玄関先にはお地藏様が設置され、玄関隣には交流スペースのカフェが併設している。食事は利用者に喜んでもらいたいという思いで、毎日食材から献立を決め、各ユニットで違うメニューが提供されており、食事時には食欲を誘うように匂いが漂い、食事が楽しみなものになっている。職員は信頼関係を大切に、アットホームな安らげる場所であってほしいという思いで日々利用者に寄り添っている。ホームページやブログの活用、毎月の写真の送付などで利用者の日々の様子を伝え、家族より好評を得ている。
--

V. 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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと	
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと	
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度	
			3. たまにある				3. たまに	
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている	
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない	
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが	
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが	
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが	
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない	
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					

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 自己	外部 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	理念はユニットの目に付く所に掲示している。実践を報告、再確認している。	理念は各ユニットのリビングに額に入れて掲げ、皆で『楽しい日々』を共有、追求している。各ユニットで生活面やケア面の月間目標をたて、定期的に振り返りを行って実践につなげている。	
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	コロナ禍は外出していなかったが、最近は商店街へ散歩に出掛けたりお祭りを見に行ったりと少しずつ交流を再開している。	自治会に加入し、活動には職員が参加している。地域の方の介護相談を受けたり、近隣店舗とは行事の菓子を依頼したり、食材購入など日常的に交流している。	
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	施設見学を行ったり、ホームページで公開、運営推進会議などで情報を共有している。		
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	日々の様子など報告しており、楽日荘への提案や意見を活用している。	運営推進会議は今年度より時間を昼間に変更し、家族、地域包括、民生委員、施設職員で開催。行事参加、インシデント、外部評価の報告等について意見、提案、その他地域の情報を得てサービス向上に活かしている。	
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	必要に応じて相談や助言を受けており、協力関係を築いている	入居についての相談や困りごと等は都度介護保険課に相談をしている。地域の方からの相談を行政につないだり、市の行政相談に場所を提供したりと協力関係に取り組んでいる。	
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	社内会議やオンライン研修などで、身体拘束をしないケアを周知、話し合いを行っている。	玄関施錠は夜間のみしている。家族に同意を得て、数人に就寝時の見守りセンサーを設置しているが、ミーティングで必要度を話し合っている。オンライン、外部研修を活用し、職員の気づき等についても皆で共有して身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	社内会議、オンライン研修を行い、虐待防止のため研修を行っている		

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
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	オンライン研修を活用し取り組んでいる。 社内会議などで報告している		
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	管理者やリーダーから理解を得られるよう説明している。電話や文書なども活用して説明している。		
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	家族には面会時や電話、文章にて意見や要望を聞いている。利用者には日々の会話の中で聞いており、全職員に周知している。	利用者とは日々の会話の中から、食べたいもの、したいこと等聴き取った事は記録に残し、家族からは電話や面会の際に聴き取った事を職員間で共有し、日々のケアに反映している。	面会時や電話だけでなく、家族の要望や意見を聴く機会を設けて、運営に反映してもらうことを期待する。
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	社内会議やユニット会議で意見交換の場を設けている	職員からの意見や提案等はユニット会議で話し合い、日々のケアに反映している。普段から小さな事でも言いやすい関係が出来ており、年2回管理者と個別面談を行っている。	
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	介護や日々の話し合いから職員の意見を反映し、環境改善に努めている		
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	1人ひとりのケアのレベルを把握し、研修や勉強会に参加する機会を設けている		
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	グループホーム協会などの会合で同業者との交流・情報交換をしている。		

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
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	本人と話したり家族からも情報を得て、不安や要望を聞き安心していただけるよう努めている		
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	サービスについての説明に意見や要望を聞いている		
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	本人や家族の希望を考慮しつつ、職員全員の意見も聞き、プランを作成するようにしている		
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	本人にできることは負担のない範囲でしてもらい、難しいことを支援している		
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	利用者が安心して生活できるよう、家族と一緒に相談しながら支援している		
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	家族の協力も得ながら可能な限り支援している	家族の訪問頻度は、週1回から遠方の方は年に2回といろいろであるが、毎月近況報告のコメントをつけた写真を送付して関係が途切れないように工夫をしている。家族と外出したり、美容院へ行く人もある。携帯電話で家族と話ができる支援をしている。	
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	職員が間に入り利用者同士が関係を良好に保てるよう支援している		

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
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	必要に応じて本人家族の支援及び相談に努めている		
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	(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	希望や意向を本人から話を聞き把握したり、意思を伝えるのが困難な場合は表情や仕草、日々の生活の中からくみ取れるよう努力している	利用者と話をする時間は多く取れており、テレビやチラシを見ながらの会話から希望や意向を確認し実現につなげている。伝えられない人には促しや表情から読み取るように工夫している。	
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	本人や親族から情報を集めて職員全員で把握できるようにしている		
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	日々の様子や変化は申し送りやカンファレンスで職員間で情報共有に努めている		
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	現在の状態に応じた介護計画を立て、見直しもしている	ユニット会議でカンファレンスをして、医師、看護師の意見を聞いて計画を作成し、本人や家族の意向を聞き、プランに反映している。	
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	日々の状態や気づき、ケアの実践を個別記録に記入し、職員間で情報共有をしケア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	柔軟な支援やサービスの充実にできるよう努力している		

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
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	本人が希望するものがあれば地域資源を活用している。		
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	看護師による週1回の訪問や医師による月2回の往診がある。個別に受診が必要な場合は対応している	全員が協力医の受診をしており、医師は月2回往診、看護師は週1回訪問で、医師の往診日は看護師、薬剤師も同席する。専門医受診は家族が同行するが、行けない時は職員が通院介助を行い、情報は共有している。	
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	利用者の体調変化時に連絡をして適切な指示を受けている。また、気になることがあれば看護師が訪問している時に相談している		
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、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。	可能な場合は見舞いに行ったり、退院前のカンファレンスに参加している。その情報は全職員、かかりつけ医師、看護師と共有している		
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	家族や職員、医療関係者と終末期について話し合い共有している。体調や対応に変わりがあれば連絡や報告をしている	家族には入所時に看取りの説明をし、初回の往診日に同席してもらって看取り同意書に記入をしてもらっている。看取りの際には家族が訪問され、泊られることもある。看取り後の振り返りはミーティングで共有している。	
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	急変時の対応についてまとめられており、職員の目に着く場所に置かれている。医師や看護師から指示を受けている、		
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	消防署の指導により全職員が訓練に参加している。避難場所や経路は見える位置に掲示している	年2回昼夜想定で避難訓練を実施している。消防署に届けを出し、立ち合いの時もある。出入りが1か所なので火元から遠い場所へ一時避難をするように指導を受けている。スプリンクラー、蓄電池、貯水タンク設置。水、非常食は備蓄している。	

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	
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	ひとりひとりを尊重し、個人に合わせた声掛けや対応をするよう努力している	入室時は必ずノックし、トイレの声かけはこっそりと、意思疎通が難しい人へは意思確認が出来た時を参考に声かけは同じようにしている。ブログについては入所時に家族に同意をもらい、ホームページ閲覧は家族のみでパスワード入力としている。		
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	普段の会話や仕草、行動から本人の希望に気付けるよう努力している			
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	その日その時間の気分に合わせ本人のペースで生活できるよう支援している			
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	全利用者、季節に合った服装を用意しており自分で選べる利用者には選んでもらっている。訪問美容でヘアセットをしてもらったりと身だしなみを整える支援をしている			
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	準備や片づけができる利用者と配膳や下膳を一緒にしている	食事は毎日調理担当者がメニューを決めて手作りで、食事時間が近づくリビングに食欲をそそる匂いが漂う。時には利用者と一緒に食材冷凍庫を覗いてメニューを相談している。誕生日や行事食も工夫し、食器は各自入所時に持参したものを使用している。		
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	個人に合わせた形態や量で提供している。食事量や水分量を記録している			
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、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	週1回訪問歯科によるケアを受けている。個人の状態に応じた口腔ケアを行っている			

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
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	自立に向けた支援に適した利用者は少なくなっているが、時間帯を決めトイレ誘導を行っている。訴えなどある場合はそれに応じて支援している	排泄チェックシート活用で時間を決めて昼間はなるべくトイレに誘導して、自立に向けた支援をしている。トイレリハビリにより入所時はリハパンだった人が布パンツになったケースがある。	
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	ひとりひとりの状況に応じて、薬での調整やそれぞれの対応をしている		
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、個々にそった支援をしている	職員の都合でもあるが、入浴の声掛けを少しでも気持ちよく入浴してもらえよう支援している	入浴は週2回～3回でシャワー浴のみが数人おり、居室で入浴の体制準備が必要な人もいる。入浴拒否の際は時間、人を変えて声かけする。体質に合わせて入浴剤、しょうぶ湯、ゆず湯など季節には提供している。	利用者の高齢化、重度化が進む中で今後リフト浴等の導入を是非検討して頂きたい。
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	自分で判断が難しい方にはこちらから声をかけ休む時間を調整している		
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	セットする際と服用時は日付、名前、服用するタイミングを確認し、確実に服用してもらうよう支援している		
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	ひとりひとりの得意なこと、趣味を活かし気分転換できるよう支援する		
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。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	少しずつ外出の機会を増やし、散歩や買い物に出かけるよう支援している	近隣散歩は月に1～2回で地域の人と出会うことはある。家族が訪問の際に散歩や外出をしたり、職員と買い物、ドライブスルーや隣のカフェへコーヒーを飲み行くこともある。お花見には何回かに分かれて全員が参加した。	

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
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	利用者のニーズに合った買物はできている		
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	なかなか電話はできていないが、家族から電話があった時等ゆっくり話せるよう支援している		
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	共用の空間は季節感を取り入れ飾っている。テレビ音や室温、電気の明るさは利用者さんに合わせ調整している	日中はほとんどの利用者がリビングで過ごしている。吹き抜けの庭のあるリビングは明るく、お雛様が置いてあり、壁には利用者や家族が作った折り紙が飾られていて居心地よく過ごせる工夫をしている。二階には利用者参加で洗濯物が乾せる物干し場がある。	
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	ゆったりできるソファを設置し、テレビを見たりゆっくりできるようにしている		
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	家族の写真を飾ったり、好きなものを置いて居心地よい居室になるよう工夫している	居室には使い慣れた布団、チェスト、椅子等を入所時に持参し、家族の写真等を飾って居心地よい工夫をしている。テレビ、冷蔵庫、仏壇を置いている部屋もある。掃除、衣類交換は職員がしている。	
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	居室ではベッドの高さやリモコンの位置、手すりなどひとりひとりに合わせて工夫している		

事業所名： 認知症高齢者グループホーム 楽日荘 陽ユニット

2 目標達成計画

作成日 ： 令和 8年 1月 20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	48	以前のように動けなくなった利用者や歩行等に介助が必要な利用者への対応時間が長くなったことでレクリエーションなどの時間が少なくなっている	利用者の得意なこと、できることを活かして楽しい日々を過ごしてもらえるようレクリエーションなどを開催する	担当をしっかりと分けつつ、利用者に誰が聞かれてもよいように把握する。 利用者の出来ること、出来ないことをしっかりと把握し声掛けしながら行っていく	12ヶ月
2	49	個別や集団での外出支援	春や秋など外出がしやすい季節は遠出をしたり、温度差がある夏や冬は近場やドライブなどへ出掛ける。 商店街へ買い物に行く	行きたいところなど事前に計画をし、下見などに行く。 外出など不安になる利用者への声掛けや対応をスタッフ間で共有する	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

3 サービス評価の実施と活用状況

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()