

目標達成計画及び自己評価結果を公表します

介護保険のサービスのうち、認知症対応型共同生活介護については、運営基準により、原則として年1回自己評価及び外部評価（第三者評価）を実施することが義務付けられています。

ここでは、評価結果を踏まえた目標達成計画と自己評価結果について公表します。これらは、事業者の責任で作成されたものです。内容については、各事業者にお問い合わせください。

目標達成計画について

- 各事業者は、自己評価及び外部評価（第三者評価）結果を踏まえて、目標達成計画を作成します。
- サービスの質の改善及び向上に向けて、今後、どのように取り組んでいくのかを具体的に記載します。

公表している自己評価の結果について

- 自己評価は、各事業者が、提供するサービスについて自ら評価・点検し、サービス水準向上に向けた自発的な努力に結びつけるものです。
- 自己評価の項目は、第三者評価の共通評価項目と同じです。外部評価（第三者評価）における訪問調査の前に、自己評価を実施します。
- 公表内容は、自己評価で実施が確認できた標準項目数を記載しています。

※ なお、外部評価（第三者評価）の結果は「とうきょう福祉ナビゲーション」の第三者評価のページで公表しています。事業所情報の詳細ページからも、[評価情報詳細](#)のボタンをクリックすれば、第三者評価の結果ページにいくことができます。

サービス種別	認知症対応型共同生活介護
事業者番号	1391900071
事業所名	グループホーム「私の時間」
自己評価実施日	2024年4月20日
目標達成計画作成日	2024年4月20日

次のページより、目標達成計画及び自己評価結果を掲載しています。

目 標 達 成 計 画

サービス種別	認知症対応型共同生活介護
事業者番号	1391900071
事業所名	グループホーム「私の時間」

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	3-3-2	コロナ 5 類に移行後も地域との関わりが十分に持てていない	地域の一員として日常的な交流や地域とのつながりを通じて認知症への理解を深める	・ケアプランへの反映 ・朝散歩(園児と一緒に) ・町会行事への参加	1 年
2	6-3-4	情報共有が十分に行われていない	正規職員・パート職員すべての職員が同じ情報も共有する	・毎月行われるミーティングでの決定事項を正しく書面にする ・ミーティングに参加していない職員への情報共有	1 年
3	2-2-2	実行計画の共有不足から目標達成への意識が弱い	実行計画への参画意識を高める	・年 2 回共有会を行う ・職員間継続的な対話 ・計画をわかりやすく伝えて繰り返す	1 年
4					
5					

注 1) 項目番号欄には、関連する評価項目の番号(例: 6-4-1)を記入すること。

注 2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること

標準手法用

サービス種別	認知症対応型共同生活介護
事業者番号	1391900071
事業所名	グループホーム「私の時間」

- ※ 自己評価結果は、各評価項目に属する標準項目のうち、実施が確認できた項目数を記載しています。
- ※ 標準項目については、とうきょう福祉ナビゲーションの福祉サービス第三者評価のページに掲載しています。
<http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/hyoka/datafile1.htm>
- ※ 非該当を適用することができる項目は、原則として、3-3-1-2 及び 3-3-2-1 のみです。

カテゴリ1 リーダーシップと意思決定

サブカテゴリ1 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
1-1-1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している	2	2
1-1-2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	2	2
1-1-3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	3	3

カテゴリ2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行

サブカテゴリ1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
2-1-1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している	6	6

サブカテゴリ2 実践的な計画策定に取り組んでいる

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
2-2-1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している	3	3
2-2-2 着実な計画の実行に取り組んでいる	2	2

カテゴリー 3 経営における社会的責任

サブカテゴリー 1 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
3-1-1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる	2	2

サブカテゴリー 2 利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
3-2-1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている	2	2
3-2-2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている	2	2

サブカテゴリー 3 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

評価項目	標準項目の実施状況		
	標準項目数	うち実施項目数	非該当数
3-3-1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる	2	2	0
3-3-2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている	3	3	0

カテゴリー 4 リスクマネジメント

サブカテゴリー 1 リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
4-1-1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる	5	5

サブカテゴリー 2 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
4-2-1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている	4	4

カテゴリ 5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリ 1 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
5-1-1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている	2	2
5-1-2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している	2	2
5-1-3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる	4	4
5-1-4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる	4	4

サブカテゴリ 2 組織力の向上に取り組んでいる

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
5-2-1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる	3	3

カテゴリ 6 サービス提供のプロセス

サブカテゴリ 1 サービス情報の提供

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-1-1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	4	4

サブカテゴリ 2 サービスの開始・終了時の対応

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-2-1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	3	3
6-2-2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている	4	3

サブカテゴリ 3 個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-3-1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	3	3
6-3-2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している	3	3
6-3-3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	2	2

様式 1 認知症対応型共同生活介護・標準の手法

6-3-4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	2	2
---------------------------------	---	---

サブカテゴリー4 サービスの実施

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-4-1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている	3	3
6-4-2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている	4	4
6-4-3 利用者の健康を維持するための支援を行っている	4	4
6-4-4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している	3	3
6-4-5 事業所と家族等との交流・連携を図っている	4	3
6-4-6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている	5	5

サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している	3	3
6-5-2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している	2	2

サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

評価項目	標準項目の実施状況	
	標準項目数	うち実施項目数
6-6-1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	3	3
6-6-2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている	2	2

カテゴリ7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリ1 事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目 1

・事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている（その1）

【課題・目標】

事業所の理念・基本方針の実現を図るための重要課題（事業計画に掲げた事項等）、そしてその課題に対して前年度に設定した目標を記載します。（重要課題の中で、前年度中に達成すべきとしていた短期的な目標を記載する）

「ここにいて良かった・ここに来てよかった・ここに入りたい」と思われるグループホームになり、満床維持と待機者獲得をする

〇上記の課題を抽出した理由・背景

前年度は事業部の使命であるご入居者があるがままの人生を歩んでいくためには、個々に寄り添ったサービスを提供することが重要と考え、ご入居者個々のニーズを把握し、個々の希望に応えられるようチーム力の更なる向上を目指しました。継続的にケアプランを職員の身近なものにしていくこと、ケアプランをチームで検討し策定する仕組みを作り、入居者の笑顔、職員のやりがい成果として実感できる状態で満床維持、待機者獲得に努力しました。退職する職員がいるので、今後入職する新人職員のために継続しました

【取り組み】

上記の目標を達成するために、前年度に行った具体的な取り組み（体制・期間・内容等）を記載します。

one to one を実践する為に必要な人材育成を行う
業務上での係を分担し、企画から実行までを先輩職員と一緒に実行する
安心して暮らせるサービスの提供と住環境の提案を行う
毎月のGHミーティングで自分の言葉で発信していく
地域・家族・施設間でのつながりを持った活動を行う
地域活動への参加や毎月発行するマイタイム作成や(日常生活報告)、ご家族の面会時にご入居者の情報を伝えられるように積極的会話を行う

【取り組みの結果】

前年度末までの取り組みの状況や目標達成の度合いを具体的に記載します。

既存の正規職員は自分の思いを伝えあうことができるようになってきた。
対話を繰り返すことで業務の改善などに活かせる状態が出来つつある。
前々年度からの退職者の補充に時間がかかり、新人正規職員が前年度は2名加わったため、新たに新人教育が始まっている
生活環境にかかわる5Sに対しては課題が(共有スペース特にお風呂場の整理整頓・スタッフルームの活用)残っている
地域・家族とのつながりは感染症の影響もあり向上は厳しい状況だったが、維持は出来ていた
事業所間の繋がり(有料老人ホーム)・事業部間の繋がり(保育)は前年度に比べ密になり、同じ高齢者事業部の職員としての業務遂行や互いに目的を持った交流を実行している

【振り返り(検証)・今後の方向性】

【取り組みの結果】について検証した内容と、どのように今年度の目標設定や取り組みに反映したかを記載します。

新人育成を継続しつつ、ご入居者が満足し「ここに来てよかった」と言っていたくためには、まずは職員が「私の時間」で仕事が出来てよかった、と胸を張って言える状態にすることが目標実現への近道だと考えた
職場環境を整えることが、入居者の居住環境に繋がり、互いに満足のいく「私の時間」にする

様式 1 認知症対応型共同生活介護・標準の手法

評価項目 2

・事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている（その2）

【課題・目標】

事業所の理念・基本方針の実現を図るための重要課題（事業計画に掲げた事項等）、そしてその課題に対して前年度に設定した目標を記載します。（重要課題の中で、前年度中に達成すべきとしていた短期的な目標を記載する。）

対話により職員の意識を統一しone to oneサービスを実践することで利用者満足度が向上し継続利用につながる

○上記の課題を抽出した理由・背景

職員やご家族・ご入居者とのコミュニケーションにより、サービスの質をそろえることができると考えたため

【取り組み】

上記の目標を達成するために、前年度に行った具体的な取り組み（体制・期間・内容等）を記載します。

one to oneサービス実現のために、ご入居者やご家族との対話で潜在ニーズを引きだし個別ケア手順書の更新、マニュアルの見直しにつなげる

ご入居者やご家族との対話 面会時に積極的に話しかける

毎月のGHミーティングで現状との違いを確認・課題認識を全体で共有し、現実にあった手順に改善する

毎月のGHミーティングでの評価

【取り組みの結果】

前年度末までの取り組みの状況や目標達成の度合いを具体的に記載します。

ケアプラン・個別ケア手順書・業務手順書の更新、見直しは行った

しかし、PDCAの仕組みが出来ていないため、作成までで終わってしまい、ケアが正確に行われているのかはGHミーティング内で口頭による確認しかできていない

【振り返り(検証)・今後の方向性】

【取り組みの結果】について検証した内容と、どのように今年度の目標設定や取り組みに反映したかを記載します。

手順を見直すことで何が変わったのか、どんな成果があったのか等を評価できる仕組みが必要である

今年度は仕組み作成に着手することが出来ておらず、現状はGHミーティングの中での対話を継続することで、職員総意のケアの改善を検討している

今後、職員不足が解消された時点で、確認の仕組み(現場での確認)を確立してPDCAを正常に動かす