目次

第１部　２０２１年度　法人概要

〔 1〕沿　革　・・・

第５部　２０２１年度　事業報告

０１．　第２サンライフ江南
０２．　フラワーコート江南
０３．　ジョイフル江南
０４．　第２ジョイフル江南
０５．　ジョイフル布袋
０６．　サンライフむつみ
０７．　サンサンリゾート太古の湯
０８．　ジョイフル各務原
０９．　ジョイフル新那加
１０．　ジョイフル羽島
１１．　ジョイフル岐阜
１２．　江南・岐阜エリア事務センター
１３．　グレイスフル春日井（特養棟）
１４．　グレイスフル春日井（老健棟）
１５．　第２グレイスフル春日井
１６．　グレイスフル浅山
１７．　サンサンリゾート　グレイスフル春日井
１８．　ジョイフル多治見
１９．　春日井・多治見エリア事務センター
２０．　グレイスフル下諏訪
２１．　グレイスフル岡谷
２２．　第２グレイスフル岡谷
２３．　グレイスフル辰野
２４．　第２グレイスフル辰野
２５．　グレイスフル箕輪、グレイスフル上伊那
２６．　グレイスフル日義
２７．　グレイスフル木曽
２８．　グレイスフル上松
２９．　グレイスフル塩尻
３０．　サンサンワイナリー
３１．　長野エリア事務部
３２．　ジョイフル千種
３３．　グレイスフル熱田
３４．　グレイスフル上前津
３５．　ジョイフル砂田橋
３６．　ジョイフル守山保育園
３７．　ジョイフルドーム前こども園
３８．　ジョイフル名駅
３９．　サンサン リゾート新栄
４０．　サンサン・スクール東山公園
４１．　サン・ビジョン本部

第1部

2021年度　法人概要

〔1〕沿　革

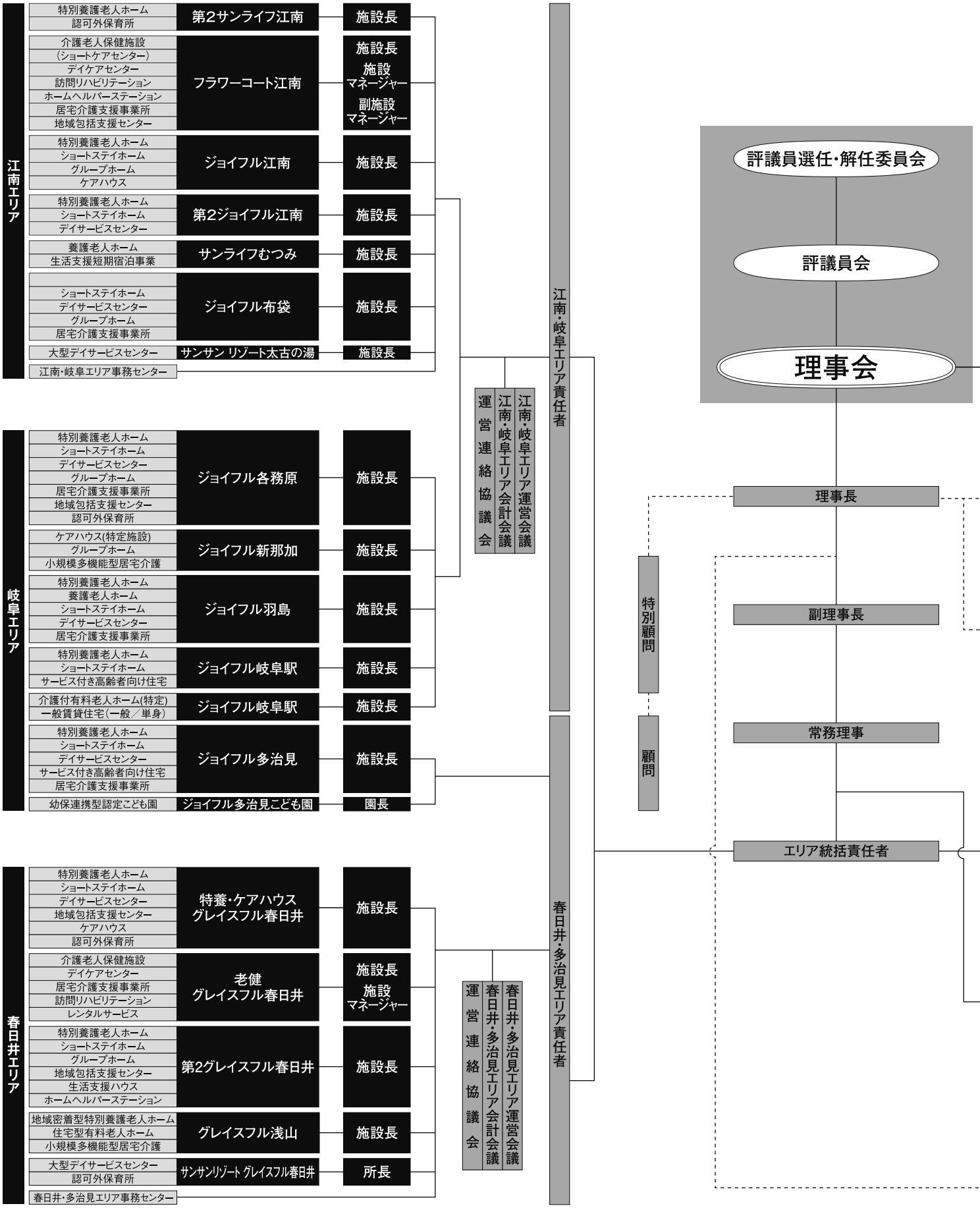
(2022年4月1日現在)

昭和62年（1987）	9月	・社会福祉法人サンライフ 設立
昭和63年（1988）	5月	・サンライフ江南 特養・ショートステイ・デイサービス 開設
平成 2年（1990）	5月	・フラワーコート江南 老健・デイケア 開設
平成 4年（1992）	3月	・フラワーコート江南 増築
平成 5年（1993）	4月	・フラワーコート江南 老健 増築、在宅介護支援センター 開設
平成 6年（1994）	5月	・ジョイフル江南 特養・ケアハウス・ショートステイ・デイサービス 開設
平成 8年（1996）	2月	・社会福祉法人サン・ビジョン 設立
	7月	・フラワーコート江南 リハビリ棟 増築
	12月	・江南職員寮 設置
平成 9年（1997）	4月	・グレイスフル春日井 特養・ケアハウス・ショートステイ・デイサービス・在宅介護支援センター 開設
		・春日井職員寮 設置
平成10年（1998）	4月	・グレイスフル春日井 訪問介護 開設
	6月	・グレイスフル下諏訪 老健・ケアハウス・デイケア・訪問看護・在宅介護支援センター 開設
		・下諏訪職員寮 設置
平成11年（1999）	4月	・グレイスフル下諏訪 グループホーム 開設
		・グレイスフル八田 グループホーム 開設
		・フラワーコート江南 訪問介護 開設
	5月	・グレイスフル下諏訪 特養・ショートステイ・デイサービス 開設
	10月	・ジョイフル江南 グループホーム 開設
平成12年（2000）	4月	・サンライフ利用申し込みセンター 開設
		・フラワーコート江南 居宅介護支援事業所 開設
		・グレイスフル春日井 老健・デイケア・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所 開設
		・グレイスフル下諏訪 居宅介護支援事業所 開設
	10月	・グレイスフル辰野 デイサービス・グループホーム 開設
平成13年（2001）	10月	・グレイスフル箕輪 生活支援ハウス 開設
	11月	・グレイスフル箕輪 デイサービス・グループホーム・居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター 開設
平成14年（2002）	4月	・ジョイフル布袋 デイサービス・グループホーム 開設
	5月	・グレイスフル岡谷 デイサービス・グループホーム 開設
	9月	・第2グレイスフル春日井 特養・デイサービス・グループホーム・生活支援ハウス・ 訪問介護・居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター 開設
	12月	・第2グレイスフル春日井 ショートステイ 開設
平成15年（2003）	4月	・ジョイフル各務原 特養・ショートステイ・デイサービス・グループホーム・ 居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター 開設
		・グレイスフル辰野 居宅介護支援事業所 開設
	5月	・グレイスフル日義 デイサービス・グループホーム 開設
	12月	・フラワーコート江南 訪問リハビリ 開設
		・サンライフ レンタルサービス 開設
		・サン・ビジョン レンタルサービス 開設
平成16年（2004）	1月	・グレイスフル日義 居宅介護支援事業所 開設
	5月	・サン・ビジョン ヘルパースクール 開設
	11月	・第2ジョイフル江南 特養・デイサービス 開設
平成17年（2005）	1月	・グレイスフル箕輪 グループホーム 増築
	6月	・第2ジョイフル江南 ショートステイ 開設
	10月	・グレイスフル春日井 老健 増築
平成18年（2006）	4月	・フラワーコート江南 在宅介護支援センターが江南北部地域包括支援センターに移行
		・ジョイフル各務原 在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行
		・江南第2職員寮 設置

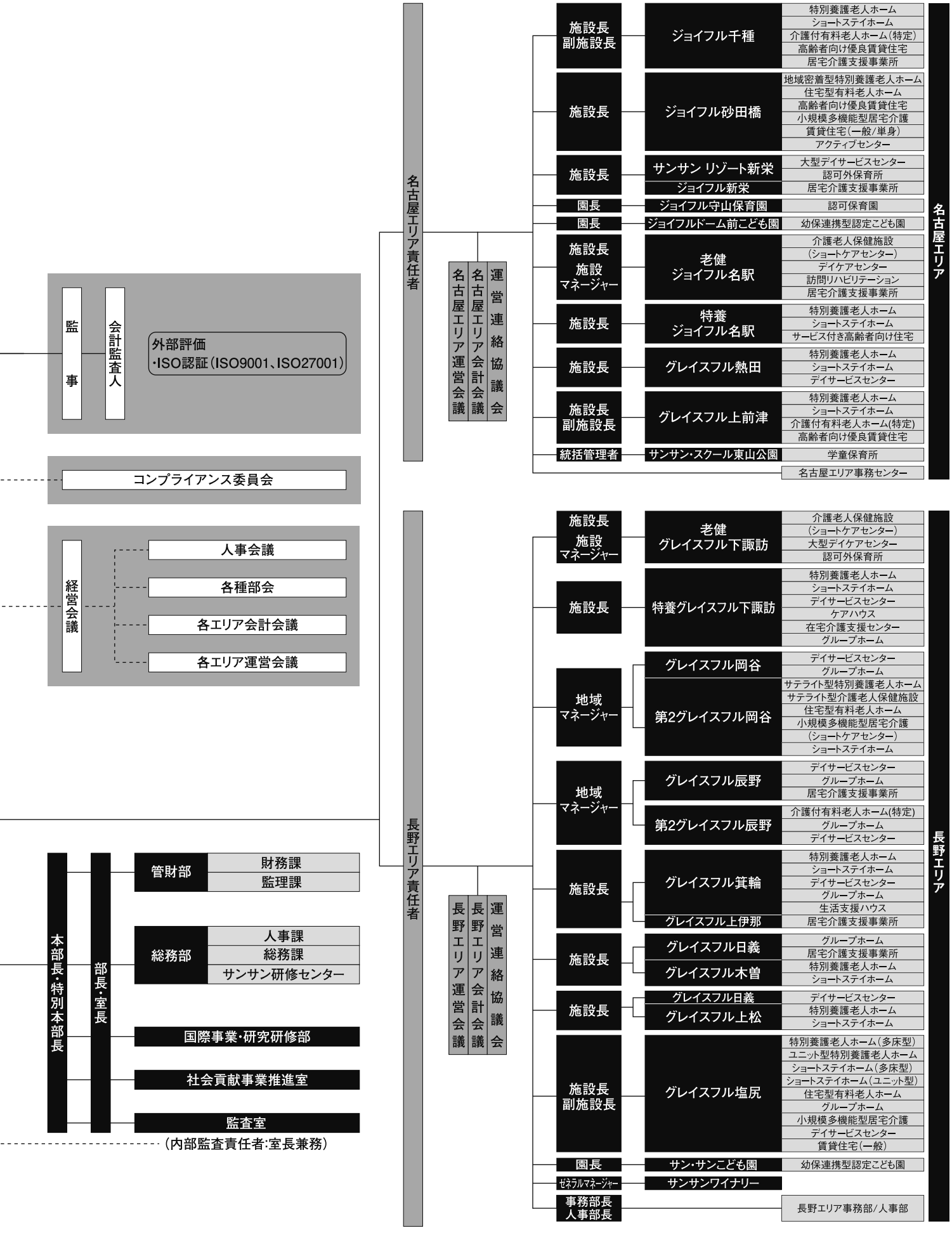
		・ グレイスフル春日井 在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行
		・ 第2グレイスフル春日井 在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行
	8月	・ ジョイフル新那加 ケアハウス(特定施設)・グループホーム・小規模多機能型居宅介護 開設
	10月	・ グレイスフル日義 グループホーム 増築
	12月	・ 第2グレイスフル辰野 介護付き有料老人ホーム(特定施設)・グループホーム 開設
		・ グレイスフル辰野 居宅介護支援事業所を第2グレイスフル辰野へ移行
平成19年（2007）	1月	・ 第2グレイスフル辰野 小規模多機能型居宅介護 開設
	5月	・ ジョイフル千種 特養・介護付有料老人ホーム(特定施設)・高齢者向け優良賃貸住宅・ 訪問介護・居宅介護支援事業所 開設
	6月	・ 下諏訪 認可外保育所 開設
	7月	・ ジョイフル千種 ショートステイ 開設
	8月	・ ジョイフル千種 デイサービス 開設
		・ 春日井第2職員寮 設置
		・ 春日井 認可外保育所 開設
平成20年（2008）	4月	・ ジョイフルむつみ 養護老人ホーム・生活支援短期宿泊事業・生活支援通所事業 江南市から譲渡・開設
	5月	・ 第2グレイスフル岡谷 サテライト型特養・サテライト型老健・高齢者向け優良賃貸住宅・ 小規模多機能居宅介護 開設
	7月	・ グレイスフル熱田 特養・ショートステイ・デイサービス 開設
		・ グレイスフル浅山 地域密着型特養・住宅型有料老人ホーム・小規模多機能居宅介護 開設
平成21年（2009）	7月	・ 第2サンライフ江南 特別養護老人ホーム・認可外保育所 開設
平成22年（2010）	10月	・ グレイスフル木曽 特養・ショートステイ 開設
平成23年（2011）	3月	・ ジョイフル砂田橋 住宅型有料老人ホーム・高齢者向け優良賃貸住宅・一般賃貸住宅 開設
	4月	・ ジョイフル砂田橋 サテライト型特養・小規模多機能型居宅介護・ 診療所(サン砂田橋リハビリクリニック)・デイケア 開設
	5月	・ グレイスフル箕輪 特養・ショートステイ 開設
	7月	・ グレイスフル上前津 特養・ショートステイ・介護付き有料老人ホーム(特定施設)・ 高齢者向け優良賃貸住宅 開設
		・ グレイスフル上松 特養・ショートステイ 開設
	8月	・ サンサン・サロン柏森 デイサービス 開設
		・ サンサン・サロン高山 デイサービス 開設
		・ サンサン・サロン木曽 デイサービス 開設
		・ サンサン・サロン箕輪 デイサービス 開設
	9月	・ グレイスフル箕輪 居宅介護支援事業所 グレイスフル上伊那へ名称変更
平成24年（2012）	2月	・ サンサン・サロン岡谷 デイサービス 開設
	4月	・ ジョイフル守山保育園 認可保育所 開設
		・ グレイスフル塩尻 認可保育所(サン・サン保育園) 開設
		・ 第2グレイスフル岡谷 高齢者向け優良賃貸住宅が住宅型有料老人ホームに移行
	5月	・ グレイスフル塩尻 特養・ショートステイ・住宅型有料老人ホーム・一般賃貸住宅・ グループホーム・小規模多機能型居宅介護・診療所・デイケア 開設
	7月	・ サンサン・サロン箕輪 デイサービスが地域貢献事業に移行
	9月	・ サンサン・スクール東山公園 学童保育所 開設
	11月	・ ジョイフル羽島 特養 開設
		・ もくさんち グレイスフル鳥居松 地域貢献事業 開設
	12月	・ ジョイフル羽島 養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービス 開設
平成25年（2013）	4月	・ ジョイフル羽島 居宅介護支援事業所 開設
		・ サンサン・スクール一社駅前 学童保育所 開設
		・ ジョイフル多治見 認可保育所(ジョイフル多治見保育園) 開設
		・ サンサン ヴィンヤード 開設

	5月	・第2グレイスフル辰野 小規模多機能型居宅介護がデイサービスに移行
		・ジョイフル多治見 特養・ショートステイ・デイサービス・サービス付き高齢者向け住宅 開設
	6月	・ジョイフル名駅 特養・ショートステイ・老健・デイケア・サービス付き高齢者向け住宅・ 認可外保育所 開設
	9月	・ジョイフル砂田橋 訪問リハビリ 開設
		・ジョイフル各務原 認可外保育所 開設
	11月	・ジョイフル千種 認可外保育所 開設
平成26年（2014）	3月	・グレイスフル春日井(老健棟) 訪問リハビリ 開設
	4月	・ジョイフル砂田橋 ジョイフル千種のサテライト特養から単独特養へ変更
	8月	・グレイスフル木曽 居宅介護支援事業所 開設
	9月	・ジョイフル多治見 居宅介護支援事業所 開設
	10月	・ジョイフルドーム前保育園 開設
		・サンサン・サロン箕輪 地域貢献事業が多世代交流による地域活性化の事業に移行
		・もくさんち グレイスフル鳥居松 地域貢献事業が多世代交流による地域活性化の 事業に移行
平成27年（2015）	1月	・サンサン リゾート新栄 大型デイサービス・認可外保育所・居宅介護支援事業所 開設
	3月	・サンサン リゾート太古の湯 大型デイサービス 開設
	4月	・ジョイフル名駅 訪問リハビリ 開設
		・ジョイフル砂田橋 デイケアからデイサービスへ移行 アクティブセンター ジョイフル砂田橋へ名称変更
		・グレイスフル辰野 居宅介護支援事業所 開設
		・グレイスフル塩尻 デイケアからデイサービスへ移行
	5月	・ジョイフル名駅 居宅介護支援事業所 開設
		・グレイスフル岡谷 居宅介護支援事業所 開設
	6月	・グレイスフル下諏訪 大型デイケア 開設
	9月	・介護支援センター グレイスフル鳥居松 居宅介護支援事業所 開設
		・ジョイフル古知野 居宅介護支援事業所 開設
	10月	・サンサンワイナリー 醸造開始
平成28年（2016）	4月	・ジョイフル多治見 認可保育所を幼保連携型認定こども園へ移行
		・グレイスフル塩尻 認可保育所を幼保連携型認定こども園に移行
		・サンサンワイナリー ショップ＆レストラン(Bottega) 開設
	7月	・サンサン リゾートグレイスフル春日井 大型デイサービス 開設
		・第2グレイスフル岡谷 居宅介護支援事業所 開設
	9月	・ジョイフル布袋 特養・ショートステイ・居宅介護支援事業所 開設
	12月	・グレイスフル木曽 居宅介護支援事業所をグレイスフル日義へ移行
平成29年（2017）	4月	・ジョイフルドーム前保育園を幼保連携型認定こども園ジョイフルドーム前こども園へ移行
	12月	・ジョイフルむつみ 養護老人ホームをサンライフむつみへ名称変更
平成31年（2019）	2月	・ジョイフル岐阜駅 一般賃貸住宅 開設
	3月	・ジョイフル岐阜駅 サービス付き高齢者向け住宅 開設
	4月	・社会福祉法人サンライフと社会福祉法人サン・ビジョンが統合
令和 元年（2019）	5月	・ジョイフル岐阜駅 特養、ショートステイ、介護付有料老人ホーム(特定施設) 開設

〔2〕組織図


評議員選任・解任委員会
評議員会
理事会
理事長
副理事長
常務理事
エリア統括責任者
特別顧問
顧問
江南エリア
特別養護老人ホーム
認可外保育所
第2サンライフ江南
施設長
介護老人保健施設
(ショートケアセンター)
デイケアセンター
訪問リハビリテーション
ホームヘルパーステーション
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
フラワーコート江南
施設長
施設マネージャー
副施設マネージャー
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
グループホーム
ケアハウス
ジョイフル江南
施設長
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
デイサービスセンター
第2ジョイフル江南
施設長
養護老人ホーム
生活支援短期宿泊事業
サンライフむつみ
施設長
ショートステイホーム
デイサービスセンター
グループホーム
居宅介護支援事業所
ジョイフル布袋
施設長
大型デイサービスセンター
サンサン リゾート太古の湯
施設長
江南・岐阜エリア事務センター
江南・岐阜エリア責任者
江南・岐阜エリア運営会議
江南・岐阜エリア会計会議
運営連絡協議会
岐阜エリア
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
デイサービスセンター
グループホーム
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
認可外保育所
ジョイフル各務原
施設長
ケアハウス(特定施設)
グループホーム
小規模多機能型居宅介護
ジョイフル新那加
施設長
特別養護老人ホーム
養護老人ホーム
ショートステイホーム
デイサービスセンター
居宅介護支援事業所
ジョイフル羽島
施設長
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
サービス付き高齢者向け住宅
ジョイフル岐阜駅
施設長
介護付有料老人ホーム(特定)
一般賃貸住宅(一般／単身)
ジョイフル岐阜駅
施設長
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
デイサービスセンター
サービス付き高齢者向け住宅
居宅介護支援事業所
ジョイフル多治見
施設長
幼保連携型認定こども園
ジョイフル多治見こども園
園長
春日井・多治見エリア責任者
春日井・多治見エリア運営会議
春日井・多治見エリア会計会議
運営連絡協議会
春日井エリア
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
デイサービスセンター
地域包括支援センター
ケアハウス
認可外保育所
特養・ケアハウス
グレイスフル春日井
施設長
介護老人保健施設
デイケアセンター
居宅介護支援事業所
訪問リハビリテーション
レンタルサービス
老健
グレイスフル春日井
施設長
施設マネージャー
特別養護老人ホーム
ショートステイホーム
グループホーム
地域包括支援センター
生活支援ハウス
ホームヘルパーステーション
第2グレイスフル春日井
施設長
地域密着型特別養護老人ホーム
住宅型有料老人ホーム
小規模多機能型居宅介護
グレイスフル浅山
施設長
大型デイサービスセンター
認可外保育所
サンサンリゾート グレイスフル春日井
所長
春日井・多治見エリア事務センター

2022年4月1日現在



〔3〕現勢及び計画

2022年4月1日現在

施設名	事業／定員　○は定員なし △は休止中 ―は廃止　※略号の説明は下記参照																													
	サ付	高優	住有	介有	養護	特養	地特	老健	サ老	CH	GH	SH	小多	SS	(SC)	D一	D認	DC	訪看	訪リ	HH	支セ	在介	包括	ﾚﾝﾀﾙ	賃貸	保育	こ園	学童	その他
第2サンライフ江南						80								○																
フラワーコート江南								158							○			60		○	○	○		○						
ジョイフル江南						80				50	9			18																
第2ジョイフル江南						80								20		35														
ジョイフル布袋						30					9			10		30	12					○								
サンライフむつみ					50									2																
ｻﾝｻﾝﾘｿｰﾄ太古の湯																205														
ジョイフル各務原						80					9			20		50						○		○						
ジョイフル新那加										【29】	18		29																	
ジョイフル羽島					40	30								10		15						○								
ジョイフル多治見	22					100								18		18						○						69		
ジョイフル岐阜駅	36			【100】		100								18												58				
ジョイフル千種		43		【51】		90								10								○								
ジョイフル砂田橋		52	38				20						29	○		60										63				
ジョイフル名駅	24					100		100						18	○			50		○		○								
グレイスフル熱田						90								10		17														
グレイスフル上前津		51		【36】		100								18																
サンサンリゾート新栄																200						○								
ジョイフル守山保育園																											90			
ジョイフルドーム前こども園																												127		
サンサン・スクール東山公園																													56	
グレイスフル春日井(特養棟)						100				60				18		45	―							○						
グレイスフル春日井(老健棟)								90										60		○		○			○					
第2グレイスフル春日井						100					9	15		12							○			○						
グレイスフル浅山			20				29						29	○																
サンサンリゾート グレイスフル春日井																190														
グレイスフル下諏訪						68		80		50	9			10	○	18		100					○							
グレイスフル岡谷											9					35														
第2グレイスフル岡谷			20				20		20				29	○	○							△								
グレイスフル辰野											9					40						○								
第2グレイスフル辰野				【24】							18					10														
グレイスフル箕輪						30					18	10		10		40														
グレイスフル上伊那																						○								
グレイスフル日義											18					18						○								
グレイスフル木曽						30								10																
グレイスフル上松						30								10																
グレイスフル塩尻			24			140					18		29	10		50										10		60		
サンサン ワイナリー																														○
合　計	82	146	102	【211】	90	1458	69	428	20	189	153	25	145	252		1076	12	270								131	90	256	56	

略号	事　業　名	略号	事　業　名
サ付	サービス付き高齢者向け住宅	D一	デイサービスセンター(一般型)
高優	高齢者向け優良賃貸住宅	D認	デイサービスセンター(認知症対応型)
住有	住宅型有料老人ホーム	DC	デイケアセンター
介有	介護付き有料老人ホーム　※【　】は特定入所者生活介護の指定数	訪看	訪問看護ステーション
養護	養護老人ホーム	訪リ	訪問リハビリテーション
特養	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	HH	ホームヘルパーステーション(訪問介護)
地特	地域密着型特別養護老人ホーム	支セ	介護支援センター(居宅介護支援事業所)
老健	介護老人保健施設	在介	在宅介護支援センター
サ老	サテライト型介護老人保健施設	包括	地域包括支援センター
CH	軽費老人ホームケアハウス　※【　】は特定入所者生活介護の指定数	ﾚﾝﾀﾙ	レンタルサービス(福祉用具貸与・販売)
GH	認知症対応型共同生活介護　グループホーム	賃貸	賃貸住宅
SH	高齢者生活福祉センター　生活支援ハウス	保育	認可保育所
小多	小規模多機能型居宅介護　※登録定員	こ園	幼保連携型認定こども園
SS	ショートステイホーム	学童	学童保育所
SC	ショートケアセンター　※老健定員の内数		

〔4〕職員数

2022年4月1日現在

	正職	契約	パート	計	障
第２サンライフ江南	38	7	13	58	1.0
フラワーコート江南	106	11	53	170	2.0
ジョイフル江南	40	9	20	69	1.5
第２ジョイフル江南	47	6	36	89	2.0
ジョイフル布袋	34	6	19	59	0.5
サンライフむつみ	8	5	4	17	1.0
サンサン リゾート太古の湯	18	7	58	83	1.5
ジョイフル各務原	70	12	34	116	1.5
ジョイフル新那加	27	6	12	45	
ジョイフル羽島	29	4	10	43	1.0
ジョイフル岐阜駅	105	6	17	128	3.0
江南・岐阜　小計	**522**	**79**	**276**	**877**	**15.0**
グレイスフル春日井 特養棟	61	10	20	91	1.5
グレイスフル春日井 老健棟	69	9	28	106	1.5
第２グレイスフル春日井	66	9	27	102	2.0
グレイスフル浅山	27	1	13	41	1.0
サンサンリゾート　グレイスフル春日井	18	5	66	89	1.0
ジョイフル多治見	73	5	23	101	2.5
春日井・多治見　小計	**314**	**39**	**177**	**530**	**9.5**
グレイスフル下諏訪	97	6	49	152	4.0
グレイスフル岡谷	8	2	7	17	
第２グレイスフル岡谷	24		12	36	1.0
グレイスフル辰野	10	4	15	29	
第２グレイスフル辰野	18	4	8	30	
グレイスフル箕輪（上伊那含む）	39	5	16	60	2.0
グレイスフル日義	10	1	12	23	
グレイスフル木曽	22	1	5	28	2.0
グレイスフル上松	22	2	5	29	1.0
グレイスフル塩尻	115	2	47	164	3.0
サンサンワイナリー	7			7	
長野　小計	**372**	**27**	**176**	**575**	**13.0**
ジョイフル千種	88	4	8	100	7.0
ジョイフル砂田橋	32	4	13	49	1.0
ジョイフル守山保育園	17		7	24	
ジョイフル名駅	131	5	15	151	2.5
サンサン リゾート新栄	25	1	51	77	2.0
サンサン・スクール東山公園	3		8	11	
ジョイフルドーム前こども園	17	1	7	25	
グレイスフル熱田	56	5	7	68	1.0
グレイスフル上前津	75	4	7	86	0.5
名古屋　小計	**444**	**24**	**123**	**591**	**14.0**
本　部	25	4	2	31	2.0
合計	**1677**	**173**	**754**	**2604**	**53.5**
合計（2021.4.1）	**1667**	**193**	**745**	**2605**	**53.5**

※ 非常勤職員及び派遣職員は除く

※ 障:障害者雇用者数

※ 障害者雇用率:2.6%

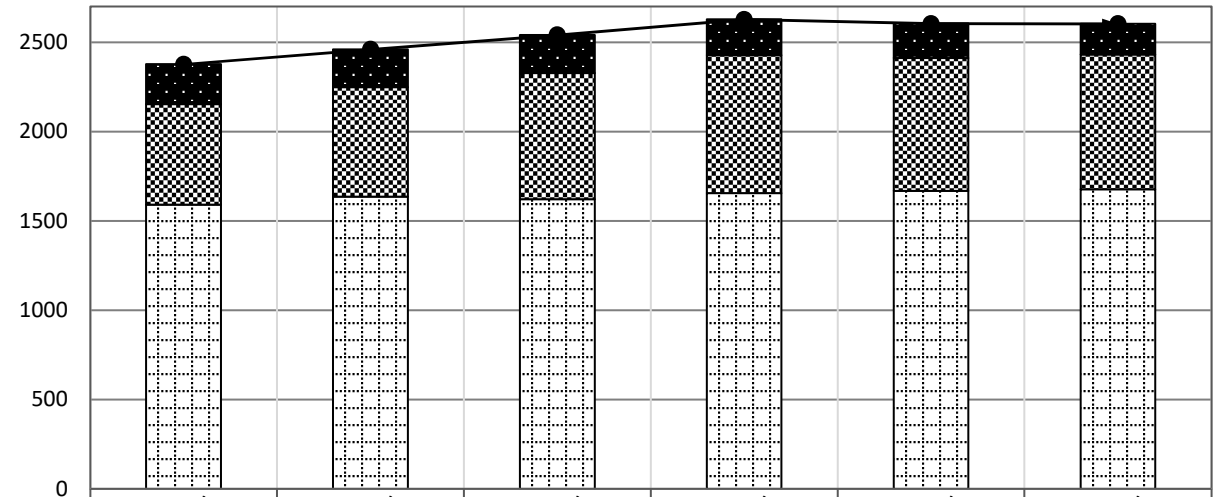
EPA（経済連携協定）に基づく外国人職員在籍者数

（2022年4月1日現在）

施設名	転職者				採用年																				在籍者数			
					2016年			2017年			2018年			2019年				2020年				2021年							
	比	越	尼	計	比	越	計	比	越	計	比	越	計	比	越	尼	計	比	越	尼	計	比	越	尼	計	比	越	尼	計
第2サンライフ江南	1	1		2			0		2	2			0		2		2		2		2		2		2	1	9	0	10
フラワーコート江南	1			1	2		2			0			0				0	1			1		2	1	3	4	2	1	7
ジョイフル江南				0			0		2	2			0		2		2		2		2		2		2	0	8	0	8
第２ジョイフル江南	3			3			0			0	1		1				0	1			1				0	5	0	0	5
ジョイフル各務原	1			1			0	1		1			0	2			2				0	1			1	5	0	0	5
ジョイフル羽島				0						0			0				0				0		2		2	0	2	0	2
ジョイフル岐阜駅				0						0			0				0				0		2		2	0	2	0	2
グレイスフル春日井				0	1		1			0			0	1			1				0				0	2	0	0	2
第２グレイスフル春日井				0			0	2		2	1		1				0				0		2		2	3	2	0	5
ジョイフル多治見	2			2			0			0		2	2		2		2				0		2		2	2	6	0	8
グレイスフル下諏訪				0			0	1		1			0				0	4			4				0	5	0	0	5
グレイスフル木曽				0			0		1	1			0		2		2				0				0	0	3	0	3
グレイスフル塩尻				0		1	1			0		5	5		5		5				0				0	0	11	0	11
ジョイフル千種		1		1		1	1	1	2	3		2	2				0		2		2		2		2	1	10	0	11
ジョイフル名駅		1		1			0			0			0			2	2			1	1	2			2	2	1	3	6
グレイスフル熱田			1	1			0		2	2		2	2				0		2		2		2		2	0	8	1	9
グレイスフル上前津		2		2			0			0			0	2			2	1			1				0	3	2	0	5
	8	5	1	**14**	3	2	**5**	5	9	**14**	2	11	**13**	5	13	2	**20**	7	8	1	**16**	3	18	1	**22**	33	66	5	**104**

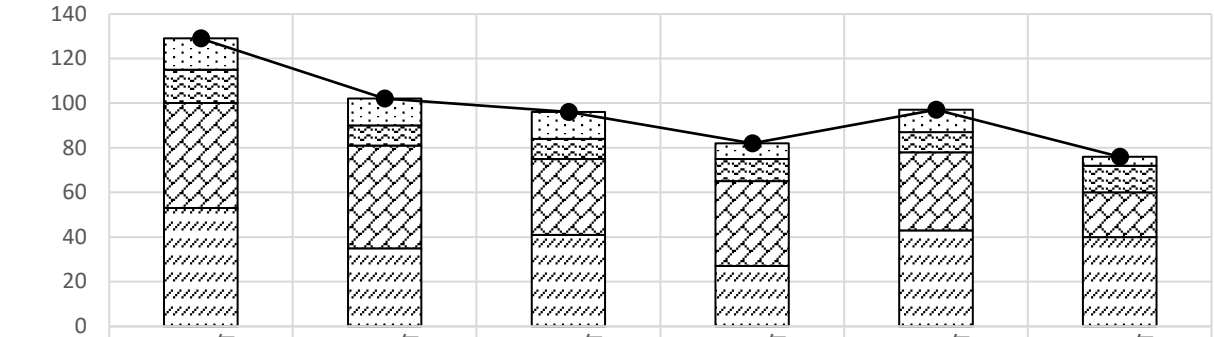
比：フィリピン、越：ベトナム、尼：インドネシア

■　雇用形態別　在籍者数推移　（4月1日時点）



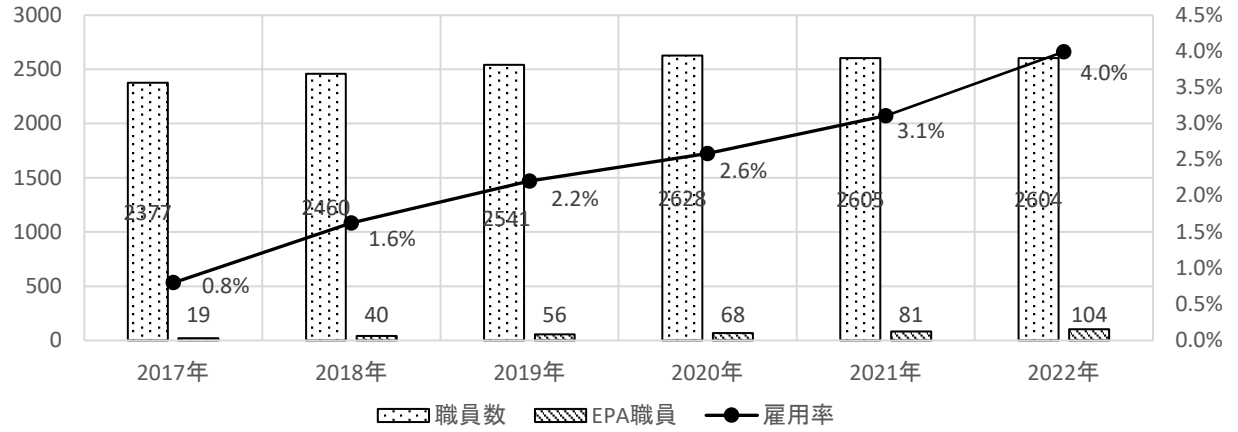
	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
契約	223	211	213	201	193	173
パート	564	614	707	772	745	754
正職	1590	1635	1621	1655	1667	1677
計	2377	2460	2541	2628	2605	2604

■　新卒入職者数 推移（4月1日時点）

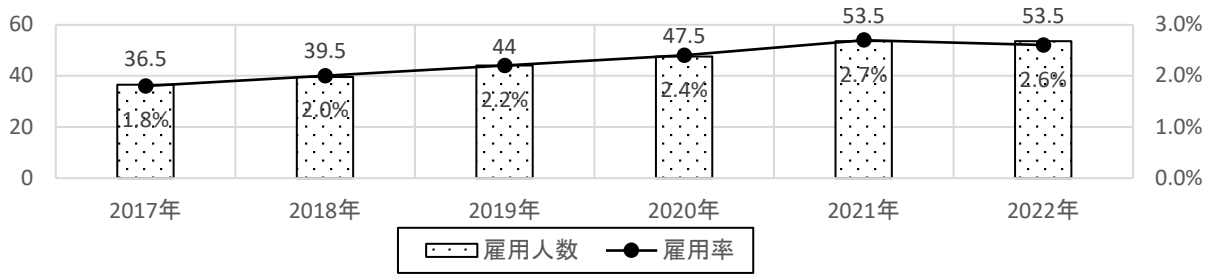


	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
短大卒	14	12	12	7	10	4
専門卒	15	9	9	10	9	12
高校卒	47	46	34	38	35	20
大・院卒	53	35	41	27	43	40
計	129	102	96	82	97	76

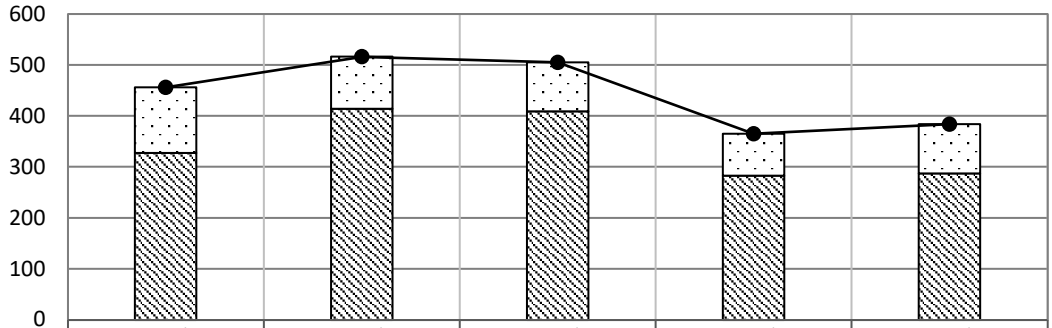
■　EPA職員在籍者数 推移（4月1日時点）



■　障害者雇用者数　推移（4月1日時点）



■　新卒・中途採用者別　入職者数推移（4月1日から翌年3月31日統計）



	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
新卒	129	102	96	82	97
中途	327	414	409	283	287
計	456	516	505	365	384

■　新卒・中途採用者別 退職者数推移（4月1日から翌年3月31日統計）

	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
新卒	135	110	117	92	84
中途	251	275	270	305	270
退職率	16.2%	15.7%	15.2%	15.1%	13.8%

（開設施設等）

2019年　　5月　ジョイフル岐阜駅

〔5〕有資格者数

2022年4月1日現在

医:医師　薬:薬剤師　看:看護師　准看:准看護師　PT:理学療法士　OT:作業療法士　ST:言語聴覚士
健康:健康運動実践指導者　介支:介護支援専門員　管栄:管理栄養士　栄養:栄養士　社福:社会福祉士　社主:社会福祉主事
介福:介護福祉士　精福:精神保健福祉士　介初:介護職員初任者研修（ﾍﾙﾊﾟｰ1級･2級、介護職員基礎研修修了者含）
介実:介護職員実務者研修　福用:福祉用具専門相談員　福住:福祉住環境ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　音楽:音楽療法士　幼教:幼稚園教諭　保育:保育士

	医	薬	看	准看	PT	OT	ST	健康	介支	管栄	栄養	社福	社主	介福	精福	介初	介実	福用	福住	音楽	幼教	保育
第2ｻﾝﾗｲﾌ江南			4	2					4	1	2	3	3	24		13	5	3	2		4	7
ﾌﾗﾜｰｺｰﾄ江南	2	1	15	10	15	5	2	1	35	3	4	7	10	73		62	5	5	7		1	6
ｼﾞｮｲﾌﾙ江南			2	5	1				9	1		1	9	28		27	4		2			
第2ｼﾞｮｲﾌﾙ江南	1		3	4	2				9	1		6	5	40		26	5		3	1		1
ｼﾞｮｲﾌﾙ布袋			7	4					7	2		4	7	27		24	7	1	2			1
ｻﾝﾗｲﾌむつみ				1					1	1	1	1	1	3		5	2	1				2
ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ太古の湯			1	5	3	1			4	1	3	1	5	29		29	13		1			1
ｼﾞｮｲﾌﾙ各務原			7	6	2				21	1	3	7	13	60	2	39	7	3	3	1	3	5
ｼﾞｮｲﾌﾙ新那加			1	3					4				5	21		18	4	2			2	3
ｼﾞｮｲﾌﾙ羽島			2	2					9	1	1	2	4	18		12	5	1	2			
ｼﾞｮｲﾌﾙ岐阜駅			11	5	1				11	3	5	9	14	55	1	35	17	1	3			
江南・岐阜　小計	**3**	**1**	**53**	**47**	**24**	**6**	**2**	**1**	**114**	**15**	**19**	**41**	**76**	**378**	**3**	**290**	**74**	**17**	**25**	**2**	**10**	**26**
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井特養棟			3	2	1				18	2	2	9	11	42		40	13	3	2		6	7
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井老健棟	1		10	9	9	4	2	1	9	2	2	3	6	36	1	28	6	5	6			
第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井			3	4					10	1	3	5	2	43		34	7	5	8		1	1
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ浅山			2	2					3	3	2	1	1	18		13	4					
ﾘｿﾞｰﾄ春日井			1	2					9			3	3	29		18	7	2	2		5	6
ｼﾞｮｲﾌﾙ多治見			6	1				1	6	1	3	6	7	34		25	8	4	3		15	16
春日井・多治見　小計	**1**	**0**	**25**	**20**	**10**	**4**	**2**	**2**	**55**	**9**	**12**	**27**	**30**	**202**	**1**	**158**	**45**	**19**	**21**	**0**	**27**	**30**
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ下諏訪	1	1	5	11	12	1	1	1	14	2	3	5	24	60		52	20	1	1		5	8
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷			1	1	1				2				3	13	1	8	2		1		1	1
第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷			2	3					4			1	4	17		16	6	1	1			
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野			1	3	1				6			2	6	16		12	6		2		1	2
第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野				1					5		2	1	3	21		20	9	2	4			1
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ箕輪(上伊那含む)			2	5	1			1	7	1	1	1	15	30		23	9		3		2	3
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ日義			1	4					5			1	2	16		14	5	1				
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ木曽			1	1					2	1	1	1	3	16		13	3		1			
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上松			1	1	1				4				5	16		9	3		1			1
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ塩尻			8	2	3	2			15	3	4	4	17	76	1	44	29	3	6		18	20
長野　小計	**1**	**1**	**22**	**32**	**19**	**3**	**1**	**2**	**64**	**7**	**11**	**16**	**82**	**281**	**2**	**211**	**92**	**8**	**20**	**0**	**27**	**36**
ｼﾞｮｲﾌﾙ千種	1		4	1					8	5	4	5	15	42		31	13	3	1			
ｼﾞｮｲﾌﾙ砂田橋			2	2	3				5		1	2	2	18		17	3				1	1
ｼﾞｮｲﾌﾙ守山保育園			1										1			1					20	21
ｼﾞｮｲﾌﾙ名駅	1	1	15	4	7	2		1	6	3	2	5	15	44	1	36	11	1	3			2
ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ新栄			3		4	1			8	1		2	3	24		27	7				1	1
ｻﾝｻﾝ･ｽｸｰﾙ東山公園													1			1					1	2
ｼﾞｮｲﾌﾙﾄﾞｰﾑ前こども園												1									23	22
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ熱田			4	1					4	2	2	2	7	31		20	7		1			1
ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上前津	1		4	2					5	1	2	2	13	37		31	4	1	3		1	4
名古屋　小計	**3**	**1**	**33**	**10**	**14**	**3**	**0**	**1**	**36**	**12**	**11**	**19**	**57**	**196**	**1**	**164**	**45**	**5**	**8**	**0**	**47**	**54**
本　　部	1		1						8			3	2	4	1	3			1			
合計	**9**	**3**	**134**	**109**	**67**	**16**	**5**	**6**	**277**	**43**	**53**	**106**	**247**	**1061**	**8**	**826**	**256**	**49**	**75**	**2**	**111**	**146**
合計(2021.4.1)	12	4	142	112	70	13	4	5	271	43	53	105	247	1009	7	833	219	49	77	3	97	156

〔６〕有給休暇、育児休業取得状況

■　有給休暇取得者数

		2019(H31)年度			2020(R2)年度			2021(R3)年度		
		付与日数(繰越日数除く)	取得(消化)日数	消化率(%)	付与日数(繰越日数除く)	取得(消化)日数	消化率(%)	付与日数(繰越日数除く)	取得(消化)日数	消化率(%)
江南・岐阜	第2ｻﾝﾗｲﾌ江南	748	454	60.7%	842	404.5	48.0%	783	530	67.7%
	ﾌﾗﾜｰｺｰﾄ江南	2346	1704.5	72.7%	2379	1592	66.9%	2304	1931	83.8%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ江南	1027	496.5	48.3%	1040	631.5	60.7%	1030	694.5	67.4%
	第2ｼﾞｮｲﾌﾙ江南	1514	839	55.4%	1236	688	55.7%	1196	741	62.0%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ布袋	865	473.5	54.7%	785	446	56.8%	866	518	59.8%
	ｻﾝﾗｲﾌむつみ	264	205.5	77.8%	289	198	68.5%	296	259	87.5%
	ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ太古の湯	952	680	71.4%	993	691	69.6%	1092	853	78.1%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ各務原	1383	763.5	55.2%	1520	975	64.1%	1515	1240	81.8%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ新那加	608	459	75.5%	617	438.5	71.1%	598	480	80.3%
	ジョイフル岐阜駅	1006	702.5	69.8%	1395	1089	78.1%	1481	1206	81.4%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ羽島	536	375.5	70.1%	588	446	75.9%	585	500	85.5%
春日井・多治見	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井[特養棟]	1286	920	71.5%	1272	839	66.0%	1126	820.5	72.9%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井[老健棟]	1417	1075.5	75.9%	1666	1128.5	67.7%	1607	1345	83.7%
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井	1602	1183	73.8%	1369	996	72.8%	1289	1117	86.7%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ浅山	802	638.5	79.6%	555	319	57.5%	567	377	66.5%
	ｻﾝｻﾝﾘｿﾞｰﾄ春日井	1039	831.5	80.0%	1074	765	71.2%	1110	972	87.6%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ多治見	1636	1207.5	73.8%	1272	980.5	77.1%	1328	1072	80.7%
長野	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ下諏訪	2251	1808.5	80.3%	2417	1845	76.3%	2404	1875	78.0%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷	266	233.5	87.8%	279	236	84.6%	274	204.5	74.6%
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷	582	402.5	69.2%	580	572	98.6%	566	468.5	82.8%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野	410	316	77.1%	427	272.5	63.8%	423	295	69.7%
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野	479	340	71.0%	585	402	68.7%	543	345.5	63.6%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ箕輪(上伊那含む)	869	639	73.5%	931	641	68.9%	935	667.5	71.4%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ日義	341	227	66.6%	356	238.5	67.0%	373	247	66.2%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ木曽	439	328.5	74.8%	425	379.5	89.3%	395	303.5	76.8%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上松	396	206	52.0%	431	255	59.2%	409	277	67.7%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ塩尻	2057	1788	86.9%	2290	1679	73.3%	2231	1770.5	79.4%
	ｻﾝｻﾝﾜｲﾅﾘｰ	125	119.5	95.6%	146	139	95.2%	99	90	90.9%
名古屋	ｼﾞｮｲﾌﾙ千種	1268	831.5	65.6%	1251	1067.5	85.3%	1249	1026.5	82.2%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ砂田橋	749	514	68.6%	666	575	86.3%	544	381.5	70.1%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ守山保育園	338	235	69.5%	403	339	84.1%	351	319	90.9%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ名駅[特養]	1173	728	62.1%	1091	774.5	71.0%	1029	697.5	67.8%
	ｼﾞｮｲﾌﾙ名駅[老健]	1161	977	84.2%	1135	827.5	72.9%	1263	1083	85.7%
	ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ新栄	751	643	85.6%	838	865	103.2%	952	904.5	95.0%
	ｻﾝｻﾝ･ｽｸｰﾙ東山公園	83	83	100.0%	68	66	97.1%	90	91	101.1%
	ｼﾞｮｲﾌﾙﾄﾞｰﾑ前こども園	403	400	99.3%	417	353.5	84.8%	425	365	85.9%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ熱田	823	654.5	79.5%	855	616.5	72.1%	828	656.5	79.3%
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上前津	1180	911.5	77.2%	1062	765.5	72.1%	1325	1052	79.4%
	本　部	571	478	83.7%	469	304	64.8%	534	410	76.8%
	計	35746	25873.5	72.4%	36014	25841	71.8%	36015	28186.5	78.3%

※４月１日に有給休暇を付与された職員を対象とし、年度途中に入退職した職員・休職している職員は除く

■　育児休業取得者数

		2019(H31)年度												2020(R2)年度												2021(R3)年度											
		男性						女性						男性						女性						男性						女性					
		配偶者が出産した職員数			育児休業取得者			出産した職員数			育児休業取得者			配偶者が出産した職員数			育児休業取得者			出産した職員数			育児休業取得者				育児休業取得者			出産した職員数			育児休業取得者		
		正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート	正職	契約	パート
江南・岐阜	第2ｻﾝﾗｲﾌ江南							1			1									1			2													
	ﾌﾗﾜｰｺｰﾄ江南	1						1			1			4		1	2			2			1						3			3			3		
	ｼﾞｮｲﾌﾙ江南							1			1											1			1											
	第2ｼﾞｮｲﾌﾙ江南							1		3	1		3									1			1	2					1					1
	ｼﾞｮｲﾌﾙ布袋							1			1																									
	ｻﾝﾗｲﾌむつみ																																			
	ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ太古の湯	1						1			1																						1		
	ｼﾞｮｲﾌﾙ各務原	3								2			2	1			2					1			1					2		2	2		2
	ｼﾞｮｲﾌﾙ新那加							1			1									1			1								1				
	ジョイフル岐阜駅	2												1						1			1			4			1						
	ｼﾞｮｲﾌﾙ羽島																									1										
春日井・多治見	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井[特養棟]	2						1			1									1			1						1		2	1		1
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井[老健棟]							1			1			1						4			2						1		1	2		1	2		1
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井	1						2			2		1				1					1			1					2	1	1	2	1	1
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ浅山							1			1									1			1			1			1			1				
	ｻﾝｻﾝﾘｿﾞｰﾄ春日井	1						1			1									1	1	1	1	1	1						1				1
	ｼﾞｮｲﾌﾙ多治見	1									1			1								1									1				2
長野	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ下諏訪	5			2					2			2	5			4			3	1	2	3	1	2	4			4			3		2	2		2
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷																																			
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ岡谷																					1			1	1			1							
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野	1												1			1					1			1						1				1
	第2ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ辰野	1								2			2	1			1				1	1		1	1	1										
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ箕輪(上伊那含む)	1						1			1			2			1			3			3			1			1							
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ日義																			1			1													
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ木曽							1			1																				1			1		
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上松																																			
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ塩尻							2			2			3			3			4	1	1	3		1	2			2			8		1	8	1	1
	ｻﾝｻﾝﾜｲﾅﾘｰ	1																								1			1							
名古屋	ｼﾞｮｲﾌﾙ千種	3												1												2			1			2			2		
	ｼﾞｮｲﾌﾙ砂田橋	1						1			1						1									2						1			1		
	ｼﾞｮｲﾌﾙ守山保育園							1			1									1												1		1	2		1
	ｼﾞｮｲﾌﾙ名駅[特養]							2			2			2																							
	ｼﾞｮｲﾌﾙ名駅[老健]	2						1			1									1			1			4			4			3		1	3		1
	ｻﾝｻﾝ ﾘｿﾞｰﾄ新栄							1		3	1		2	1						1		3	1		4	1										
	ｻﾝｻﾝ・ｽｸｰﾙ東山公園																																			
	ｼﾞｮｲﾌﾙﾄﾞｰﾑ前こども園																																			
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ熱田	1																		3			3			1						4			4		
	ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ上前津	1						1			1			1		1	1		1							2			1							
	本　部																			1			1													
	計	29	0	0	2	0	0	24	0	12	25	0	12	25	0	2	17	0	1	30	4	15	26	3	15	30	0	0	20	0	0	34	1	16	35	2	15
	合計	29			2			36			37			27			18			49			44			30			20			51			52		
	取得率	6.9%						102.8%						66.7%						89.8%						66.7%						102.0%					

※育児休業取得期間が年度をまたぐ場合、取得を開始した年度に算入
※出産年度と育児休業取得開始年度が違う場合、それぞれの年度で参入
　例：2020.3月に出産、2020.6月より育休取得開始の場合→2020(R2)年度　出産した職員数、2021(R3)年度　育休取得者
※「育児休業取得者数」には、育児休業取得期間に退職した者も含む
※異動者については、復帰後の施設に参入

育児休業取得率（育休取得率）とは

出産した本人または配偶者が育児休業を取得した場合の割合のことを指します。
例えば女性の育児休業取得率（育休取得率）を算出するには、育児休業取得者の数を出産した職員数で割ります。

育児休業取得率（育休取得率）の計算方法

【男性】育児休業取得者数 ÷ 配偶者が出産した職員数 ×100
【女性】育児休業取得者数 ÷ 出産した職員数 ×100

〔7〕役員、評議員、特別顧問、顧問、評議員選任・解任委員　名簿

2022年4月1日現在

役職名	氏　名	就任日	任 期
理事長	唐澤 剛	2021.6.29	2023.6
副理事長	岩﨑 由紀		
常務理事	堀 耕一		
理 事	佐野 利男		
理 事	井口 浩治		
理 事	五十里 明		
理 事	青田 泰博		
理 事	伊藤 大蔵		
理 事	富樫 拓也		
理 事	有働 奈央		
監 事	野田 勇司	2021.6.29	2023.6
監 事	佐合 広利		

特別顧問	堤 修三
特別顧問	竹内 榮二
特別顧問	石川 富造
顧 問	伊藤 彰

役職名	氏　名	就任日	任 期
評議員	上野 千晴	2021.6.29	2025.6
評議員	大須賀 豊博		
評議員	菊池 馨実		
評議員	郡 健二郎		
評議員	酒井 亮介		
評議員	佐々木 亀一郎		
評議員	髙井 隆一		
評議員	中尾 友紀		
評議員	橋本 修三		
評議員	牧野 髙博		
評議員	渡邉 芳博		
評議員	青柳 治郎	2021.9.8	
評議員	日野 有一		

評議員選任・解任委員	羽毛田 信吾	2021.6.29	2025.6
評議員選任・解任委員	堀田 知光		
評議員選任・解任委員	外山 淳治		

（注）現役員の任期は、2022年度終了後3か月以内に開催される定時評議員会の終結の時までとなります。
現評議員及び現評議員選任・解任委員の任期は、2024年度終了後3か月以内に開催される定時評議員会の終結の時までとなります。

〔8〕２０２１年度 理事会／評議員会／評議員選任･解任委員会 開催状況

○理事会

開催年月日 開催場所	議案／報告事項
第1回 2021.6.4 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後3時00分 閉会：午後5時00分	議案 ① ２０２０年度 事業報告について ② ２０２０年度 決算について ③ 理事選任候補者について ④ 監事選任候補者について ⑤ 評議員選任・解任委員の委嘱について ⑥ ２０２１年度 会計監査人報酬について ⑦ 経理規程の改正について ⑧ 定時評議員会の招集について 報告事項 ① 理事長及び業務執行理事の職務の執行状況の報告について ② 評議員選任・解任委員会の議事録の提出について ③ コンプライアンス委員会の審議結果の報告について ④ 重要情報の保護に関するご配慮について（ＩＳＯ２７００１関係）
第2回 2021.6.30 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後1時00分 閉会：午後1時15分	議案 ① 理事長の選定について ② 副理事長の選定について ③ 常務理事の選定について
第3回 2021.6.30 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後1時30分 閉会：午後2時15分	議案 ① 特別顧問の選任について ② ２０２１年度 役員等の報酬支払額の変更について ③ 就業規則の改正について ④ 給与規程の改正について ⑤ 評議員会の招集について
第4回 2021.8.3 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後1時00分 閉会：午後2時50分	議案 ① 定款変更について ② 評議員選任候補者の推薦について ③ 施設長等の選任について ④ 就業規則の改正について ⑤ 給与規程の改正について ⑥ 評議員会の招集について 報告事項 ① 理事長及び業務執行理事の職務の執行状況の報告について

第5回 2021.10.11 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後2時00分 閉会：午後2時30分	議案 ① 春日井市令和3年度地域密着型サービス施設整備事業者の応募について
第6回 2021.12.20 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後1時00分 閉会：午後2時00分	議案 ① フラワーコート江南　大規模改修計画の変更について ② 施設長等の選任について ③ 給与規程の改正について ④ 経理規程の改正について 報告事項 ① 理事長及び業務執行理事の職務の執行状況について ② 定款の変更について
第7回 2022.3.11 ジョイフル千種1F 第1会議室 開会：午後1時00分 閉会：午後3時50分	議案 ① ２０２１年度　補正予算について ② 春日井牛山職員寮（仮称）整備事業について ③ 基本財産の処分について（第2グレイスフル春日井） ④ 定款変更について（基本財産の変更） ⑤ ２０２２年度 事業計画について ⑥ ２０２２年度 予算について ⑦ 顧問及び特別顧問の選任について ⑧ ２０２２年度 役員等の報酬支払額について ⑨ 入札・契約手続き運営委員の選任について ⑩ 世田谷区大蔵三丁目公社用地貸付による特別養護老人ホーム・障害福祉サービス事業所等整備・運営事業者（土地借受者）の公募について ⑪ 就業規則等の改正について ⑫ 給与規程等の改正について ⑬ 評議員会の招集について ⑭ 介護支援センター第２グレイスフル岡谷の休止について 報告事項 ① 理事長及び業務執行理事の職務の執行状況について ② 役員賠償責任保険の加入について

○ 評議員会

開催年月日 開催場所	議案／報告事項
定時 2021.6.29 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会：午後 3 時 30 分 閉会：午後 5 時 05 分	議案 ① ２０２０年度 事業報告について ② ２０２０年度 決算について ③～⑫ 理事の選任について ⑬～⑭ 監事の選任について 報告事項 ① 重要情報の保護に関するご配慮について（ＩＳＯ２７００１関係）
第 1 回 2021.8.12 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会：午後 4 時 45 分 閉会：午後 5 時 15 分	議案 ① 定款変更について ② ２０２１年度 役員等の報酬支払額の変更について
第 2 回 2022.3.30 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会：午後 4 時 00 分 閉会：午後 5 時 05 分	議案 ① ２０２１年度 補正予算について ② 基本財産の処分について（第 2 グレイスフル春日井） ③ 定款変更について（基本財産の変更） ④ ２０２２年度 事業計画について ④ ２０２２年度 予算について ⑤ ２０２２年度 役員等の報酬支払額について

○評議員選任・解任委員会

開催年月日 開催場所	議案／報告事項
第 1 回 2021.4.19 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会：午後 4 時 00 分 閉会：午後 5 時 00 分	議案 ① 評議員の選任について ② 定款細則の改正について 報告事項 ① 現況に関するご報告
第 2 回 2021.9.8 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会：午後 4 時 30 分 閉会：午後 4 時 50 分	議案 ① 評議員の選任について 報告事項 ① 新型コロナウイルスに関する報告 ② 第 21 回法人福祉 QC 発表会に関する報告

〔9〕２０２１年度 経営会議Ⅰ部、経営会議Ⅱ部及び人事会議 開催状況

＜経営会議Ⅰ部＞ ※各部会の検討結果の報告を行い、その内容について決定する会議

○ 開催日、開催場所

開催回数	開催日	開催場所
第１回	2021年 4月23日(金)	JF千種 第1会議室
出席部会	ヘルパーステーション部門、相談員部会、看護部会、事務部会、小規模多機能型居宅介護部会、リハビリ部会	
主な議題	2020年度活動報告について、訪問リハビリにおけるタブレット端末の使用について	
第２回	2021年 5月24日(月)	JF千種 第1会議室
出席部会	居宅介護支援事業所部会、看護部会	
主な議題	重要事項説明書の変更について、緊急時対応マニュアルの変更について	
第３回	2021年 6月25日(金)	JF千種 第1会議室
出席部会	居宅介護支援事業所部会、相談員部会、通所部会	
主な議題	食費の料金改定について、重要事項説明書(短期入所)の改定について等	
第４回	2021年 7月28日(水)	JF千種 第1会議室
出席部会	リハビリ部会、介護部会、ヘルパーステーション部門、居宅介護支援事業所部会	
主な議題	入浴フロー、排泄フロー、抱え込み・重大案件予防フロー(案)について等	
第５回	2021年 8月23日(月)	JF千種 第1会議室
出席部会	なし	
主な議題	なし	
第６回	2021年 9月28日(火)	JF千種 第1会議室
出席部会	看護部会	
主な議題	「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針」の改訂について、「褥瘡対策指針」の改訂について等	
第７回	2021年10月22日(金)	JF千種 第1会議室
出席部会	相談員部会、小規模多機能型居宅介護部会	
主な議題	契約解除の手順書(案)について、重要事項説明書の改定について(短期利用居宅介護費の基本料金表変更)等	
第８回	2021年11月26日(金)	JF千種 第1会議室
出席部会	介護部会、看護部会	
主な議題	法改正に伴う各種指針の見直しについて、2022年度新入職員全体研修について等	
第９回	2021年12月23日(木)	JF千種 第1会議室
出席部会	居宅介護支援事業所部会、養護老人ホーム部門、栄養士部会、介護部会、リハビリ部会、相談員部会	
主な議題	2022年度活動計画について、施設サービス契約終了通知書(様式改定)について等	
第10回	2022年 1月27日(木)	JF千種 第1会議室
出席部会	保育部会、グループホーム部会、住宅部門、通所部会	
主な議題	2022年度活動計画について、運転前後における酒気帯び有無の確認について	
第11回	2022年 2月25日(金)	JF千種 第1会議室
出席部会	施設ケアマネ部会、小規模多機能型居宅介護部会、看護部会、ヘルパーステーション部門、事務部会、保育部会	
主な議題	2022年度活動計画について、2021年度活動報告について、受け入れフローについて等	
第12回	2022年 3月24日(木)	JF千種 第1会議室
出席部会	居宅介護支援事業所部会、養護老人ホーム部門、通所部会、リハビリ部会、介護部会、看護部会	
主な議題	2021年度活動報告について、リーダーコースについて、各種規程類の変更について等	

○出席者 **（２０２２年３月現在）**

区 分		役 職	氏 名
		サン・ビジョン 理事長	唐澤 剛
		サン・ビジョン 副理事長	岩﨑 由紀
		サン・ビジョン 常務理事	堀 耕一
		サン・ビジョン 顧問	伊藤 彰
		エリア統括責任者	伊藤 大蔵
江南・岐阜エリア		江南・岐阜エリア責任者	有働 奈央
		ジョイフル岐阜駅 施設長	太田 宏司
春日井・多治見エリア		春日井・多治見エリア責任者	富樫 拓也
長野エリア		グレイスフル岡谷／第2グレイスフル岡谷 地域マネージャー	宮澤 輝彦
本部		管財部長	安藤 孝
		総務部長	太 和律
オブザーバー		サン・ビジョン 監事	佐合 広利
相談員部会	担当施設長	老健グレイスフル春日井 施設マネージャー	赤塚 孝之
	部会長	第2サンライフ江南 主任相談員	平井 俊充
リハビリ部会	担当施設長	ジョイフル布袋 施設長	池元 静香
	部会長	第2ジョイフル江南 リハビリ主任	足立 崇
栄養士部会	担当施設長	特養グレイスフル下諏訪 施設長	大兼政 亮起
	部会長	サンライフむつみ 管理栄養士	米森 伴枝
通所部会	＜大型デイ＞担当施設長	サンサン リゾート新栄 施設長	引地 徹
	部会長	サンサン リゾート グレイスフル春日井 所長	篠田 明
	＜通常デイ＞担当施設長	グレイスフル熱田 施設長	水谷 祐之介
	部会長	第2ジョイフル江南 デイリーダー	児嶋 顕
介護部会	担当施設長	グレイスフル岡谷／第2グレイスフル岡谷 地域マネージャー	宮澤 輝彦
	部会長	グレイスフル熱田 介護長	脇田 弥勇
小規模多機能型居宅介護部会	担当施設長	ジョイフル新那加 施設長	小山 亨
	部会長	ジョイフル新那加 ケアマネージャー	馬場 春光
保育部会	担当施設長	ジョイフルドーム前こども園 園長	福田 尋子
	部会長	ジョイフルドーム前こども園 主幹保育教諭	佐藤 ゆか
グループホーム部会	担当施設長	グレイスフル木曽／グループホーム グレイスフル日義 施設長	宮坂 崇宏
	部会長	グレイスフル辰野 ハウスマネージャー	塚谷 修
施設ケアマネ部会	担当施設長	特養ジョイフル名駅 施設長	原 浩輔
	部会長	ジョイフル各務原 ケアマネージャー	五島 正寛
看護部会	担当施設長	グレイスフル辰野／第2グレイスフル辰野 地域マネージャー	松原 由紀美
	部会長	老健グレイスフル下諏訪 看護主任	中澤 めぐみ
事務部会	担当施設長	フラワーコート江南 施設マネージャー	南 貴晃
	部会長	管財部 財務課 事務主任	齋藤 晃希
居宅介護支援事業所部会	担当施設長	第2ジョイフル江南 施設長	野口 知靖
	部会長	介護支援センター ジョイフル新栄 主任	岩田 充裕
養護老人ホーム部門	担当者	ジョイフル羽島 主任相談員	岡地 光成
ヘルパーステーション部門	担当者	第2グレイスフル春日井 施設長	本部 まり子
住宅部門	担当者	ジョイフル千種 施設長	杉戸 繁夫
事務局(議事録)		ジョイフル各務原 施設長	林 克幸
		ジョイフル羽島 施設長	坂井田 嘉代
		特養／ケアハウス／在宅／グループホーム グレイスフル下諏訪 施設長	大兼政 亮起
		ジョイフル砂田橋 施設長	鈴木 浩二郎

＜経営会議Ⅱ部＞　※法人の経営に関する事項を決定する会議

○ 開催日、開催場所

開催回数	開催日	開催場所
第 1 回	2021年 4月23日(金)	JF千種　第1会議室
主な議題	経理規程細則の改正について、インスタグラム運用による採用活動について等	
第 2 回	2021年 5月24日(月)	JF千種　第1会議室
主な議題	運営マニュアル・管理様式の改訂について、ケアサービス監査・労務監査のスケジュールについて等	
第 3 回	2021年 6月25日(金)	JF千種　第1会議室
主な議題	ケアカルテの保守体制について、2022年卒採用計画について等	
第 4 回	2021年 7月28日(水)	JF千種　第1会議室
主な議題	非常用発電機の計画について、規程の改正について等	
第 5 回	2021年 8月23日(月)	JF千種　第1会議室
主な議題	EPA職員の処遇について、児童支援員リーダーの職務について等	
第 6 回	2021年 9月28日(火)	JF千種　第1会議室
主な議題	パート時間給の加算の変更案について、運営マニュアル・管理様式の改訂について等	
第 7 回	2021年10月22日(金)	JF千種　第1会議室
主な議題	フラワーコート江南 大規模改修計画について、監査日程の変更について等	
第 8 回	2021年11月26日(金)	JF千種　第1会議室
主な議題	ISOマネジメントシステム監査結果報告、給与規程等の改正について等	
第 9 回	2021年12月23日(木)	JF千種　第1会議室
主な議題	海外から新規入国の特定技能在留資格介護職員の処遇について、2022年度経営方針について等	
第10回	2022年 1月27日(木)	JF千種　第1会議室
主な議題	ハラスメント防止等に関する規程の改正について、災害時の連絡手段について等	
第11回	2022年 2月25日(金)	JF千種　第1会議室
主な議題	労務管理における職員代表選出に関する規程の制定について、就業規則の改正について等	
第12回	2022年 3月24日(木)	JF千種　第1会議室
主な議題	2022年度の監査計画について、法令遵守責任者の選任等について、経理規程細則の改正について等	

○出席者　　(2022年3月現在)

区 分	役　　職	氏 名
サン・ビジョン　理事長		唐澤　剛
サン・ビジョン　副理事長		岩﨑　由紀
サン・ビジョン　常務理事		堀　耕一
サン・ビジョン　顧問		伊藤　彰
エリア統括責任者		伊藤　大蔵
江南・岐阜エリア	江南・岐阜エリア責任者	有働　奈央
	ジョイフル岐阜駅　施設長	太田　宏司
春日井・多治見エリア	春日井・多治見エリア責任者	富樫　拓也
長野エリア	グレイスフル岡谷　第2グレイスフル岡谷　地域マネージャー	宮澤　輝彦
本部	総務部長	太　和律
	管財部長	安藤　孝
オブザーバー	サン・ビジョン　監事	佐合　広利
事務局 (議事録)	ジョイフル各務原　施設長	林　克幸
	ジョイフル羽島　施設長	坂井田　嘉代
	特養/ケアハウス/在宅/グループホーム　グレイスフル下諏訪　施設長	大兼政　亮起
	ジョイフル砂田橋　施設長	鈴木　浩二郎

＜人事会議＞

○ 開催日、開催場所

開催回数	開催日	開催場所
第 1 回	2021年 5月7日(金)	JF千種 第1会議室 (Zoom使用)
議題	定年・再雇用後の昇給について 人事考課の昇給額、配分について 資格手当、職務手当改正について 慶弔規程の再編成について	
第 2 回	2021年 7月6日(金)	JF千種 第2会議室 (Zoom使用)
議題	慶弔規程について 定年後の雇用条件について 優秀事業所賞の評価項目追加について グレイスフル熱田の施設長について	
第 3 回	2021年 9月21日(火)	JF千種 第2会議室 (Zoom使用)
議題	パートの時給について 承認権者一覧表について 総合職の定義 キャリアパスについて 施設ケアマネジャーの給与と手当について	
第 4 回	2021年11月4日(木)	JF千種 第2会議室 (Zoom使用)
議題	承認権者一覧表について 総合職の定義 キャリアパスについて 施設ケアマネジャーの給与と手当について	
第 5 回	2021年12月21日(火)	JF千種14階 地域交流センター (Zoom使用)
議題	承認権者一覧表について 人事異動について	

○出席者 (2022年3月現在)

区 分	役 職	氏 名
サン・ビジョン 副理事長		岩﨑 由紀
サン・ビジョン 常務理事		堀 耕一
エリア統括責任者		伊藤 大蔵
江南・岐阜エリア	江南・岐阜エリア責任者	有働 奈央
春日井・多治見エリア	春日井・多治見エリア責任者	富樫 拓也
本 部	総務部長	太 和律
事務局	長野エリア事務部長	名村 克久

〔10〕2021 年度 コンプライアンス委員会 開催状況

開催年月日 開催場所	議案／報告事項
第1回 2021.4.12 ジョイフル千種 1F 第1会議室 開会: 13 時 30 分 閉会: 16 時 00 分	議案 1_2020 年度9月から 12 月期の法令違反のおそれのある事案の発生状況等について 2_2020 年度事故種別毎の発生件数の推移について 3_2020 年度9月から 12 月期の内部監査等の結果について
第2回 2021.6.11 ジョイフル千種 1F 第 1 会議室 開会: 13 時 30 分 閉会: 17 時 00 分	議案 1_2020 年度1月～3月期の法令違反のおそれのある事案の発生状況等について 2_2020 年度事故種別毎の発生件数の推移について 3_2020 年度1月～3月期の監査結果について
第3回 2021.9.24 ジョイフル名駅地下 1F 交流ホール 開会: 14 時 30 分 閉会: 16 時 10 分	議案 1_2021 年度4月～6月期の法令違反のおそれのある事案の発生状況等について 2_2021 年度事故種別毎の発生件数の推移について 3_2021 年度4月～6月期の監査結果について
第4回 2021.12.10 ジョイフル名駅地下1F 交流ホール 開会:15 時 30 分 閉会:17 時 10 分	議案 1_2021 年度7月～9月期の法令違反のおそれのある事案の発生状況等について 2_2021 年度事故種別毎の発生件数の推移について 3_2021 年度7～9月期の監査結果について

○出席者

外部委員

役職	氏名
名古屋市立大学及び愛知学院大学 非常勤講師	伊藤 彰
愛知県立大学教育福祉学部社会福祉学科 准教授	中尾 友紀
アイ・パートナーズ法律事務所 弁護士	滝 恵美

委員

理事長※1	堤 修三
理事長※2	唐澤 剛
副理事長	岩﨑 由紀
常務理事(法令遵守責任者)	堀 耕一
エリア統括責任者	伊藤 大蔵

職員

区分	役職	氏名
江南・岐阜エリア	エリア責任者	有働 奈央
春日井・多治見エリア	エリア責任者	富樫 拓也
本部	監査室長※3	水谷 祐之介
	総務部長	太 和律
	監査室長心得※4	山本 悦久

※1 第２回まで出席、※2 第３回から出席、※3 第３回まで出席、※4 第４回から出席

○事務局

本部	監査室事務員※1	林　幸子
	社会貢献事業推進室調査役	横井 貴史
	社会貢献事業推進室事務員	瀬木 一志
	管財部長心得(システム担当)※2	山本 悦久

※1 第２回から出席、※2 第３回のみ出席

〔11〕2021年度 管理者勉強会 開催状況

○ 開催日、講演/報告概要等

開催回	開催日	開催場所	講演／報告内容	講師／報告者
第1回	4 月 9 日 （金）	ジョイフル千種 他	時事問題解説「高齢者を介護する家族の心情、介護者とのコミュニケーション」	中日新聞社社会部 記者 出口 有紀 氏
第2回	5 月 7 日 （金）	ジョイフル千種 他	①ストレスチェック集団分析説明会 （2020 年度実施分） ②職場におけるメンタルヘルスマネジメント研修 （ラインケア研修）	①②株式会社アドバンテッジリスクマネジメント メンタリティマネジメント部門 長坂 沢子 氏 シニアコンサルタント 的場 正之 氏
第3回	7 月 9 日 （金）	ジョイフル千種 他	LIFE+CAREKARTE で科学的介護	株式会社ケアコネクトジャパン 常務取締役 山梨 敦也 氏
第4回	8 月 6 日 （金）	ジョイフル千種 他	後見制度と身元保証	堀田法律事務所 弁護士 堀田 千津子 氏
第5回	10 月 1 日 （金）	ジョイフル千種 他	交通事故リスクマネジメント研修	MS&AD インターリスク総研 テクニカルアドバイザー 纐纈 丈 氏 あいおいニッセイ同和損害保険 鈴木 陽子 氏 宮崎損保企画 営業部長 宮崎 洋一 氏
第6回	11 月 12 日 （金）	ジョイフル千種 他	①日本と世界のエネルギー問題と政策 ②施設見学報告「社会福祉法人きらくえん視察報告」	①社会福祉法人サン・ビジョン 理事 佐野 利男 氏 ②社会福祉法人サン・ビジョン職員
第7回	12 月 3 日 （金）	ジョイフル千種 他	コロナ禍で必要とされるスキル、コミュニケーションスタイル	名古屋経済大学 経済学部 教授 兼 キャリアセンター長 大黒 光一 氏
第8回	1 月 7 日 （金）	ジョイフル千種 他	①適切な個人情報の取扱い勉強会～利用者様等の信頼を得るために～ ②事業計画に基づく、各エリアからの取り組み発表会	①有限責任監査法人トーマツ マネージングディレクター 富永 素司 氏 ②社会福祉法人サン・ビジョン職員
第9回	2 月 4 日 （金）	ジョイフル千種 他	①ストレスチェック集団分析説明会 （2021 年度実施分） ②無自覚ハラスメント防止トレーニング研修	①株式会社アドバンテッジリスクマネジメント メンタリティマネジメント部門 長坂 沢子 氏 ②一般社団法人日本アンガーマネジメント協会 渡邊 隆徳 氏

○ グループ討議概要

第 1 回	事業計画を一般職員にまで浸透させるための工夫について
第 2 回	「新卒高卒者への関わり方について」～育成方法について考える～
第 3 回	タイムカード導入に伴う勤怠管理の取り組み
第 4 回	ワクチン接種に伴う変化への対応について
第 5 回	介護イノベーション～ICT を今後の人手不足やサービス向上につなげる～
第 6 回	実施せず
第 7 回	新型コロナウイルス感染症第 6 波に備えて
第 8 回	実施せず
第 9 回	実施せず

○ 管理者勉強会参加者　（2022年3月現在）

区 分	役　　職	氏 名
サン・ビジョン	理事長	唐澤 剛
サン・ビジョン	副理事長	岩﨑 由紀
サン・ビジョン	常務理事	堀 耕一
サン・ビジョン	理事	佐野 利男
サン・ビジョン	監事	佐合 広利
サン・ビジョン	顧問	伊藤 彰
エリア統括責任者		伊藤 大蔵

江南・岐阜エリア	江南・岐阜エリア責任者	有働　奈央
	フラワーコート江南　施設マネージャー	南　貴晃
	ジョイフル江南　施設長	池田　真理子
	第2ジョイフル江南　施設長	野口　知靖
	第２ジョイフル江南　常勤医師	野木森　　剛
	第2サンライフ江南／サンサン　リゾート太古の湯　施設長	村瀬　弘樹
	ジョイフル布袋　施設長	池元　静香
	サンライフむつみ　施設長	宮生　俊郎
	ジョイフル各務原　施設長	林　克幸
	ジョイフル新那加　施設長	小山　亨
	ジョイフル羽島　施設長	坂井田　嘉代
	ジョイフル岐阜駅　施設長	太田　宏司
	フラワーコート江南　副施設長	加藤　潤一
	ジョイフル岐阜駅　主任相談員	鈴木　悠介
春日井・多治見エリア	春日井・多治見エリア責任者	富樫　拓也
	老健　グレイスフル春日井　施設長	青田　泰博
	老健　グレイスフル春日井　施設マネージャー	赤塚　孝之
	特養　グレイスフル春日井　施設長	小林　美貴
	第２グレイスフル春日井　施設長	本部　まり子
	グレイスフル浅山　施設長	山田　明美
	ジョイフル多治見　施設長	鶴巣　操
	ジョイフル多治見こども園　園長	山田　さとみ
	サンサンリゾート　グレイスフル春日井　所長	篠田　明
	ジョイフル多治見　主任相談員	小出　昌明
名古屋エリア	老健　ジョイフル名駅　施設長	竹内　榮二
	特養　ジョイフル名駅　施設長	原　浩輔
	ジョイフル千種　施設長	杉戸　繁夫
	ジョイフル千種　常勤医師	堀澤　勢津子
	グレイスフル上前津　施設長	唐澤　哲郎
	相談役(医療担当)	堀澤　増雅
	ジョイフル砂田橋　施設長	鈴木　浩二郎
	グレイスフル熱田　施設長	水谷　祐之介
	ジョイフル守山保育園　園長	岩田　多鶴子
	ジョイフルドーム前こども園　園長	福田　尋子
	サンサン・スクール東山公園　統括管理者	橋本　雅弘
	ジョイフル上前津　副施設長	平木　謙輔
	老健　ジョイフル名駅　副施設長	松井　和生
	サンサン　リゾート新栄　施設長	引地　徹
	特養　ジョイフル名駅　介護長	加藤　達彦
	グレイスフル上前津　介護長	鷲見　俊樹
長野エリア	特養／ケアハウス／在宅／グループホーム　グレイスフル下諏訪　施設長	大兼政　亮起
	老健　グレイスフル下諏訪　施設長	田村　泰夫
	老健　グレイスフル下諏訪　施設マネージャー	山田　聖子
	グレイスフル岡谷／第２グレイスフル岡谷　地域マネージャー	宮澤　輝彦
	グレイスフル辰野／第２グレイスフル辰野　地域マネージャー	松原　由紀美
	グレイスフル箕輪　施設長	吉川　翼
	グレイスフル上松／デイサービス グレイスフル日義　施設長	桑原　由美子
	グレイスフル木曽／グループホーム　グレイスフル日義　施設長	宮坂　崇宏
	特養・ユニット型／グループホーム　グレイスフル塩尻　施設長	増澤　百合子
	特養・多床室／デイサービス／小規模／有料　グレイスフル塩尻　施設長	北田　治美
	長野エリア事務部　部長	名村　克久
	長野エリア人事部　部長／サンサンワイナリー　アシスタントゼネラルマネージャー	山本　厚一
	サン・サンこども園　グレイスフル塩尻　園長	宮越　淳子
	グレイスフル塩尻　看護長	西澤　美智子

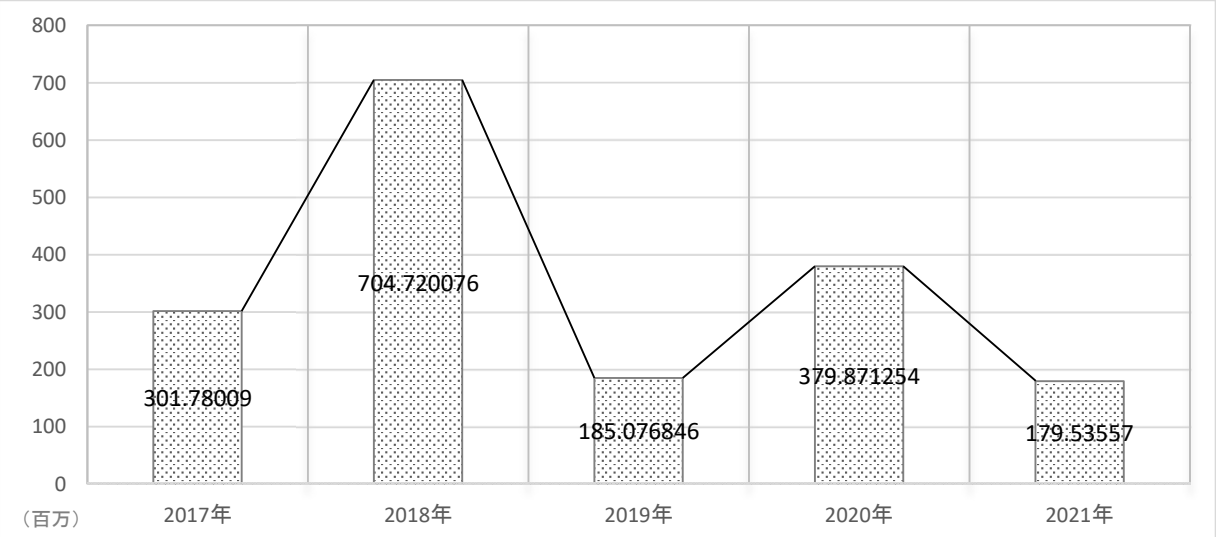
本　部	管財部　部長	安藤　孝
	管財部　審議役	河合　修
	国際事業･研修研究部　部長	山本　さやこ
	監査室　室長心得	山本　悦久
	総務部　部長	太　和律
	総務部　総務課　課長	伊佐次　泰久

〔１２〕２０２１年度 建物管理の集計

	※本部契約・発注分		（単位：円）
区　　分	修理･修繕･改修 ※50万円以上	保守新規契約のみ	合計
第２サンライフ江南	583,000		583,000
フラワーコート江南	13,724,705		13,724,705
ジョイフル江南	13,708,200		13,708,200
第２ジョイフル江南	10,868,000		10,868,000
ジョイフル布袋	0		0
サンライフむつみ	1,188,000		1,188,000
サンサン リゾート太古の湯	2,860,000		2,860,000
ジョイフル各務原	3,104,816		3,104,816
ジョイフル新那加	550,000		550,000
ジョイフル羽島	997,705		997,705
ジョイフル多治見	4,035,900		4,035,900
ジョイフル千種	9,475,400		9,475,400
ジョイフル砂田橋	4,180,000		4,180,000
ジョイフル名駅	2,024,000		2,024,000
グレイスフル熱田	4,972,000		4,972,000
グレイスフル上前津	3,498,000		3,498,000
ジョイフル守山保育園	1,436,000		1,436,000
ジョイフルドーム前こども園	0		0
サンサン リゾート新栄	0		0
サンサン・スクール東山公園	0		0
ジョイフル岐阜駅	0		0
グレイスフル春日井(特養棟)	18,286,000		18,286,000
グレイスフル春日井(老健棟)	655,600		655,600
第２グレイスフル春日井	39,347,990		39,347,990
グレイスフル浅山	2,101,000		2,101,000
ｻﾝｻﾝﾘｿﾞｰﾄ ｸﾞﾚｲｽﾌﾙ春日井	3,093,200		3,093,200
グレイスフル塩尻	1,616,982		1,616,982
グレイスフル下諏訪	17,845,872		17,845,872
グレイスフル岡谷	4,015,000		4,015,000
第２グレイスフル岡谷	1,820,600		1,820,600
グレイスフル辰野	4,015,000		4,015,000
第２グレイスフル辰野	517,000		517,000
グレイスフル箕輪	0		0
グレイスフル日義	6,930,000		6,930,000
グレイスフル木曽	533,500		533,500
グレイスフル上松	0		0
サンサン ワイナリー	0		0
本部（職員寮・法人共通契約等含む）	1,400,300	151,800	1,552,100
合　　計	(注1) 179,383,770	151,800	179,535,570

（注1）法人全体の修繕費額合計は 270,649,820 です。

建物管理の推移（修理・修繕・改修）



（主な要因）

2021年　グレイスフル下諏訪　火災報知器取替工事および高圧ケーブル入替工事
　　ジョイフル江南　電話設備改修工事
　　第2ジョイフル江南　給湯用ボイラー更新工事
　　第2グレイスフル春日井　1階空調機更新工事
　　フラワーコート江南　非常用自家発電機（消防用）取替工事
2020年　グレイスフル下諏訪　多床室のプライバシー保護のための改修
　　江南・春日井第一職員寮修繕工事
　　グレイスフル春日井老健棟　緊急対策工事（建築・設備・電気）
2019年　グレイスフル辰野　大規模改修
　　グレイスフル下諏訪グループホーム大規模改修　および
　　グレイスフル下諏訪職員寮（単身者棟）取り壊し
　　サンサンリゾート太古の湯他　温泉源泉井戸ポンプ入替
　　ジョイフル布袋グループホーム・デイサービス　空調機更新
　　ジョイフル守山保育園　漏水修繕
2018年　グレイスフル春日井[特養棟]　大規模改修
2017年　グレイスフル下諏訪　大規模改修

主な入札結果　（単位：円）

施設名	工事完了予定日	内容	契約金額
フラワーコート江南	2023/3/31	大規模改修工事	511,500,000

〔１３〕２０２１年度 備品管理の集計

※ 備品購入は税込10万円以上のものを記載

（単位：円）

施設名	購入
第２サンライフ江南	7,720,200
フラワーコート江南	217,800
フラワーコート江南　ＤＣ	877,000
ジョイフル江南	814,990
ジョイフル江南・ケアハウス	561,000
ジョイフル江南・ＧＨ	0
第２ジョイフル江南	4,732,200
第２ジョイフル江南　ＤＳ	0
ジョイフル布袋　特養	195,800
ジョイフル布袋　ＤＳ	0
ジョイフル布袋　ＧＨ	0
ジョイフル布袋　居宅	0
サンライフむつみ	0
サンサン　リゾート太古の湯	2,200,000
ジョイフル各務原　特養	1,687,400
ジョイフル各務原　包括	0
ジョイフル新那加　特定	849,200
ジョイフル新那加　ＧＨ	0
ジョイフル羽島	348,700
ジョイフル羽島　ＤＳ	0
ジョイフル岐阜駅	217,800
グレイスフル春日井（特養棟）	9,044,000
グレイスフル春日井（老健棟）	7,549,950
第２グレイスフル春日井	10,689,800
グレイスフル浅山	1,203,216
サンサンリゾート グレイスフル春日井	340,010
ジョイフル多治見	1,717,075
ジョイフル多治見　ＤＳ	0
ジョイフル多治見こども園	874,950
グレイスフル下諏訪	8,703,620
グレイスフル岡谷	382,420
第２グレイスフル岡谷	628,800
グレイスフル辰野	228,800
第２グレイスフル辰野	1,480,600
グレイスフル箕輪	622,600
グレイスフル日義	378,400
グレイスフル木曽	1,410,620
グレイスフル上松	381,700
グレイスフル塩尻	5,183,000
サンサンワイナリー	274,780
ジョイフル千種	13,589,235
ジョイフル砂田橋	2,898,406
ジョイフル守山保育園	1,319,000
サンサン・スクール東山公園	0
ジョイフル名駅	836,880
ジョイフル新栄	217,800
ジョイフルドーム前こども園	897,180
グレイスフル熱田	16,712,740
グレイスフル上前津	15,643,980
サン・ビジョン本部	549,450

合計：　124,181,102

※主な購入備品・金額

特養第2サンライフ江南	ﾌﾟﾗｽﾄﾁﾗｰ・ｼｮｯｸﾌﾘｰｻﾞｰ	¥3,652,000
	電気スチームコンベクションオーブン	¥2,502,500
特養第２ジョイフル江南	浴槽（カトレア）	¥3,535,400
DS太古の湯	洗濯乾燥機	¥2,200,000
老健グレイスフル春日井	介護ベッド（コンフォーネ）10台	¥2,107,600
特養第2グレイスフル春日井	介護ベッド（コンフォーネ）20台	¥4,576,000
	自家発電設備取替	¥4,180,000
特養グレイスフル下諏訪	洗濯乾燥機	¥3,908,520
ﾕﾆｯﾄ型特養グレイスフル塩尻	電動ベッド（コンフォーネ）10台	¥2,288,000
特養ジョイフル千種	シャワー浴槽設置	¥3,949,000
	電動ベッド（コンフォーネ）20台	¥4,576,000
高優賃ジョイフル千種	電気メータ更新	¥2,057,000
特養グレイスフル熱田	温水機	¥2,706,000
	カードーリーダー制御盤	¥2,827,000
	介護ベッド（コンフォーネ）20台	¥4,576,000
特養グレイスフル上前津	ネットワークカメラ設置	¥7,997,000
	電動式ｽﾁｰﾑｺﾝﾍﾞﾝｼｮﾝｵｰﾌﾞﾝ	¥3,363,800

〔14〕2021年度 第21回法人福祉QC発表会　受賞チームリスト

開催日時；2021年8月27日（金）　12時30分～16時10分
主 会 場；ジョイフル千種　第一会議室

（敬称略/五十音順）

審　査　員

伊藤　彰	社会福祉法人サン・ビジョン　顧問
唐澤　剛	社会福祉法人サン・ビジョン　理事長
坂井田　嘉代	ジョイフル羽島　施設長
篠田　明	サンサンリゾート グレイスフル春日井　所長
杉戸　繁夫	ジョイフル千種　施設長
宮坂　崇宏	グレイスフル木曽 兼 グループホーム グレイスフル日義　施設長

テ　ー　マ

【 法人の経営方針に基づくもの ・ 業務の効率化について 】

Ｑ Ｃ 発 表

発表順	賞	エリア	所属事業所	サークル名	テーマ	発表者 PC操作
1		江南・岐阜	介護付有料老人ホーム ジョイフル岐阜駅	VIOLETS	看取りケアの充実 【QOD】を高めるために、我々にできること	大鹿　晃平 西村　純
2	金	長野	グループホーム グレイスフル箕輪	ラッキー大好き	全ての利用者様が役割を担い、いきいき暮らす ～認知症になってもできることはたくさんあります～	山崎 渚 酒井 愛花
3		名古屋	アクティブセンター ジョイフル砂田橋	1年2組5番の応援団	あなたの対応で決まる　～笑顔を引き出せその人らしい人生を～ 問題行動の背景にあるなぜを考え、適切なケアでBPSDの軽減を目指す	井上　有里 安藤　雅人
4	銅	春日井・多治見	特別養護老人ホーム グレイスフル春日井	春夏秋冬	きっかけをチャンス!に! ～職員主体から利用者様主体へ～	高橋　浩司 栗野　美里
5		名古屋	介護老人福祉施設 ジョイフル名駅	続・リーダーズ	働きやすい職場へ ～相互理解を目指して～	河井　健太 奥田　好花
6		長野	特別養護老人ホーム 第2グレイスフル岡谷	かたこま	体内時計の改善 タンパク質摂取と運動による相乗効果	庵　綾乃 中村　晴香
7		江南・岐阜	特別養護老人ホーム ジョイフル各務原	スピリット	看取りケア 看取り期における食事ケアの意識の共有化	五島　正寛 足立　ゆかり
8		春日井・多治見	特別養護老人ホーム ジョイフル多治見	JFTはじめの一歩	事業所の強みを分析し稼働向上につなげよう ～地域で選ばれる事業所を目指して～	片野田　稔 熊谷　沙季
9		江南・岐阜	大型デイサービスセンター サンサンリゾート太古の湯	焼肉大好き組	運動のやる気を引き出すために いつまでも元気にデイサービスに通い続けることを目標に	足立　優介
10	銀	名古屋	特別養護老人ホーム グレイスフル上前津	橘町	利用者様の皮膚を守ろう！ ～介護ケア表を活用して～	髙間　弥生 岩下　将之
11		長野	特別養護老人ホーム グレイスフル箕輪	特養　3階	尿路感染症での入院0件を目指して 陰部洗浄の効果的な実施と用具の見直し	岡田 琢磨 村澤 政亮

〔１５〕２０２１年度　全国大会などでの発表記録

開催日	2021.11.2	大会名	一般社団法人全国ノーリフティング推進協会　第7回全国大会in広島
発表施設		発表テーマ	
ジョイフル各務原	特養	トイレでの前手すりの有効性　～自立支援・介助負担の軽減を目指して～	
第2グレイスフル春日井	特養	福祉用具を活用しやすい環境を目指して ～4Sの取り組みと合わせて、福祉用具を活用しやすい環境へ～	
サンサンリゾートグレイスフル春日井	大型デイサービス	大型デイサービスにおける職員の身体負担について ～アンケートから見る業務上の身体負担状況～	
ジョイフル名駅	老健	排泄において自立支援につながった一症例　～移乗サポートロボットの活用～	
開催日	2021.11.10	大会名	第22回　日本認知症グループホーム全国大会（福岡大会）
発表施設		発表テーマ	
ジョイフル布袋	グループホーム	事故予防～ヒヤリハットを拾う～	
ジョイフル各務原	グループホーム	本人らしさを生かした生活を～活気ある生活を目指して～	
グレイスフル下諏訪	グループホーム	事故防止をしていこう　～有酸素運動で筋力強化～	
グレイスフル岡谷	グループホーム	日中の覚醒を促し利用者同士の交流を増やす　～良い関係性を目指して～	
グレイスフル辰野	グループホーム	歩くを日課に～フロアを歩いて町内1周～	
第2グレイスフル辰野	グループホーム	一品を利用者様が作ろう～調理を通じて「できる事」を見つけよう～	
グレイスフル箕輪	グループホーム	すべての利用者様が役割を担い、いきいき暮らす	
グレイスフル日義	グループホーム	自信を持ち、安心して生活して頂くために	
グレイスフル塩尻	グループホーム	利用者様のつぶやきに耳を傾けよう	

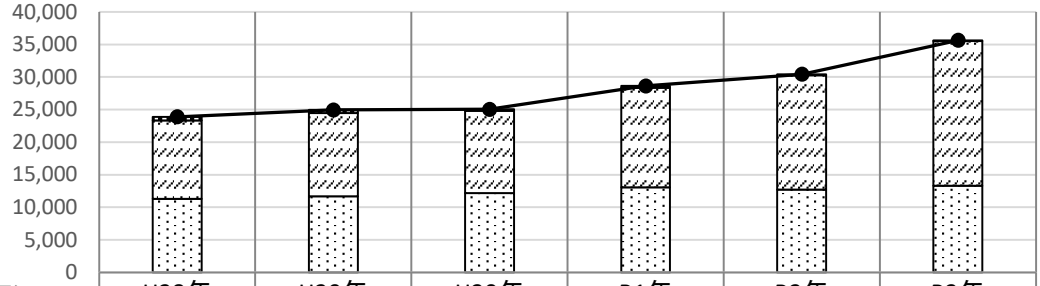
〔１６〕２０２１年度 利用料減免実績 生活困難者に対する減免実績

（単位：円）

事業所	サン・ビジョン減免		社会福祉法人減免		無料低額 老人保健施設利用事業
	実人数	金額	実人数	金額	減免額
第２サンライフ江南	0	0	6	860,059	0
フラワーコート江南	3	31,710	2	12,962	0
ジョイフル江南	0	0	11	1,115,568	0
第２ジョイフル江南	0	0	9	1,163,897	0
ジョイフル布袋	0	0	4	301,086	0
サンサンリゾート　太古の湯	0	0	4	120,440	0
ジョイフル各務原	0	0	1	89,827	0
ジョイフル新那加	0	0	0	0	0
ジョイフル羽島	0	0	4	337,840	0
ジョイフル岐阜駅	8	32,793	12	2,363,353	0
ジョイフル多治見	0	0	5	752,738	0
ジョイフル千種	0	0	15	1,769,790	0
ジョイフル砂田橋	0	0	4	612,077	0
ジョイフル名駅	0	0	14	2,474,540	5,273,999
ジョイフル新栄	0	0	0	0	0
グレイスフル春日井特養棟	0	0	20	1,575,570	0
グレイスフル春日井老健棟	0	0	0	0	4,009,159
第２グレイスフル春日井	0	0	8	1,926,607	0
グレイスフル浅山	0	0	0	0	0
サンサン リゾート グレイスフル春日井	0	0	0	0	0
グレイスフル下諏訪	1	4,340	0	0	4,051,654
グレイスフル岡谷	1	7,100	0	0	0
第２グレイスフル岡谷	0	0	1	129,717	0
グレイスフル辰野	1	500	0	0	0
第２グレイスフル辰野	0	0	0	0	0
グレイスフル箕輪	2	10,300	2	44,940	0
グレイスフル日義	0	0	0	0	0
グレイスフル木曽	0	0	0	0	0
グレイスフル上松	0	0	0	0	0
グレイスフル塩尻	1	6,500	19	2,723,822	0
グレイスフル熱田	0	0	10	1,135,729	0
グレイスフル上前津	0	0	13	2,696,525	0
合計(2021年度)	17	93,243	164	22,207,087	13,334,812

減免額合計：　35,635,142

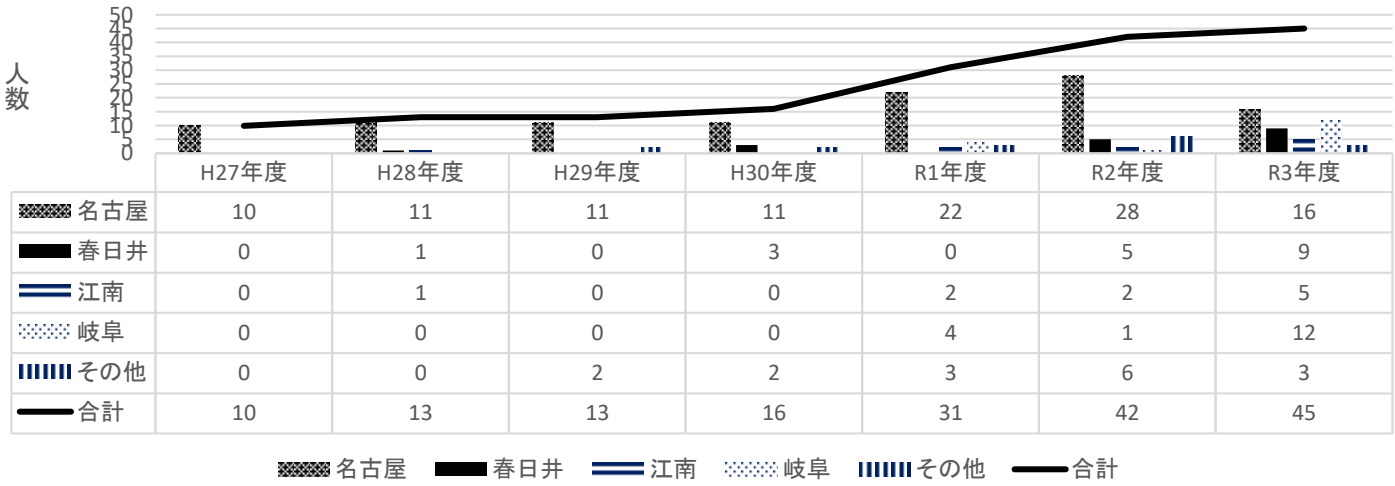
■ 減免実績の推移



（千円）	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
SV減免	532,615	486,600	241,243	290,265	160,511	93,243
社福減免	12,068,493	12,769,982	12,644,193	15,305,940	17,522,347	22,207,087
無料低額	11,289,577	11,698,271	12,164,494	13,045,410	12,735,425	13,334,812
計	23,890,685	24,954,853	25,049,930	28,641,615	30,418,283	35,635,142

〔17〕社会貢献事業推進室の状況

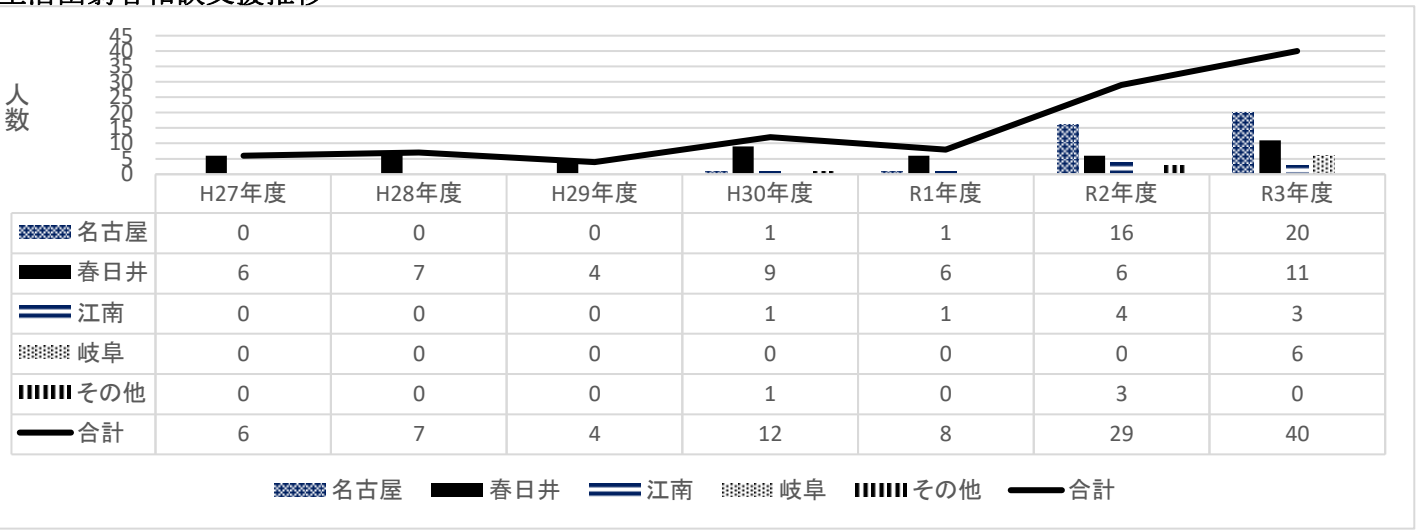
1.就労支援事業支援者推移



	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
名古屋	10	11	11	11	22	28	16
春日井	0	1	0	3	0	5	9
江南	0	1	0	0	2	2	5
岐阜	0	0	0	0	4	1	12
その他	0	0	2	2	3	6	3
合計	10	13	13	16	31	42	45

R3年度、依頼のあった市町村は「名古屋市(16件)」「岐阜市(12件)」の順に多くなっている。障がいや就労に対して何らか不安を抱えている方に対して見学・体験を実施。それを自信にして就労に前向きになり採用に繋がった事例も見られる。

2.生活困窮者相談支援推移



	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
名古屋	0	0	0	1	1	16	20
春日井	6	7	4	9	6	6	11
江南	0	0	0	1	1	4	3
岐阜	0	0	0	0	0	0	6
その他	0	0	0	1	0	3	0
合計	6	7	4	12	8	29	40

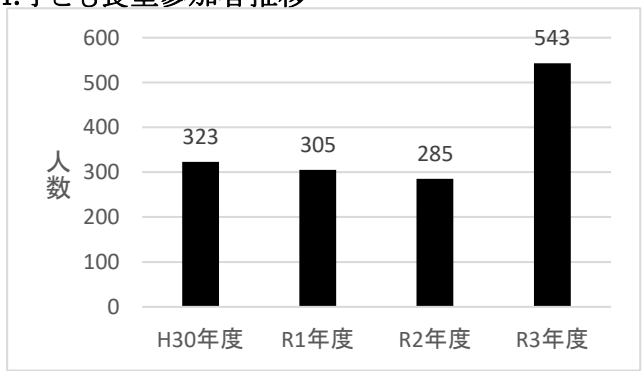
R3年度、相談のあった市町村は、「名古屋市(20件)」「春日井市(11件)」の順に多くなっている。生活困窮者自立支援制度機関からの依頼が中心であった。緊急小口資金や住宅確保給付金等、他制度を利用できない方が多く見られた。

3.生活困窮者相談支援事業経済的支援(現物給付)実績

年度	件数	金額	年度	件数	金額
H27	1	86,410	R1	1	80,048
H28	2	57,209	R2	6	194,270
H29	3	45,150	R3	7	228,768
H30	1	9,167			
			計	21	701,022

制度での解決が難しい相談が本事業につながった。援助内容は光熱水費、電話料金が半数を占める。

4.子ども食堂参加者推移



コロナ禍の為、フードパントリー(食糧配布)を中心に実施。母親と一緒に来る低学年が昨年度に比べて大きく増えた。

第2部

2021年度　部会及び部門活動報告

● ２０２１年度　部会活動報告 ●

１．看護部会　活動報告

（1） 開催状況

全体

開催日 開催場所	出 席 者 (人数)	議　題　／　内　容
4 月 19 日（月） 10 時～11 時 30 分 Zoom にて開催	25 名	①　ケアカルテ勉強会 ②　2021 年度看護部会活動計画について ③　法人共通緊急時対応マニュアル・観察項目チェックリストについて
8 月 13 日（金） 10 時～11 時 Zoom にて開催	11 名	①　感染症および食中毒のまん延防止のための指針の改訂について ②　褥瘡対策指針の改訂について ③　観察項目チェックリストについて
12 月 3 日（金） 10 時～11 時 Zoom にて開催	11 名	①　感染症対策マニュアルの法人統一について ②　内服マニュアルについて ③　看取り期に活用できる機器について

情報伝達は適宜法人部会長・担当施設長よりメールにて発信。

江南・岐阜エリア

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
4 月 20 日(火) 16 時～18 時 第 2JF 江南-１F- 家族室	10 名	①　事故・感染症発生状況の情報共有(3 月分) ②　服薬関連事故・業務ミス報告検討(3 月分) ③　救急搬送時 DNR(蘇生拒否)の意向確認について ④　江南・岐阜エリアの 2021 年度活動計画について ⑤　新型コロナウィルス感染症　関連の情報共有　(ワクチン接種について) ⑥　ケアカルテ操作方法について
5 月 18 日(火) 16 時～18 時 第 2JF 江南-1F- 家族室	8 名	①　事故・感染症発生状況の情報共有(4 月分)-誤嚥事故 ②　服薬関連事故・業務ミス報告検討(4 月分)-誤薬事故/未内服事故 ③　2021 年度　江南・岐阜エリア活動進捗状況確認 ④　2021 年度　法人共通活動計画の進捗状況確認 ⑤　コロナワクチン接種について情報共有 ⑥　就寝前薬の服用時間について　(コンプライアンス委員会より) ⑦　救急時対応マニュアルと観察項目チェックリストについて ⑧　実務者研修医療的ケア研修について ⑨　ケアカルテについて　使用方法の情報共有 ⑩　新人フォローアップ研修について
6 月 15 日(火) 16 時～18 時 第 2JF 江南-3F- プラチナホール	5 名	①　感染症発生状況の情報共有(5 月分) ②　服薬関連事故・業務ミス報告・検討(5 月分)-誤薬事故 ③　新人フォローアップ研修について　(担当者決め・講義内容検討) ④　江南・岐阜エリア活動計画と定例会議の連動について ⑤　ワクチン接種対応時の針刺し事故について　報告・検討・情報共有
7 月 20 日(火) 16 時～18 時 第 2JF 江南-１F- 家族室	9 名	①　事故・感染症発生状況の情報共有(6 月分) ②　服薬関連事故・業務ミス報告・検討(6 月分)-未内服 ③　実務者研修(医療的ケアの科目について、通信課題の添削)各講師等 選出について ④　インフルエンザワクチンについて　情報共有

8月17日(火) 16時～18時 第2JF江南-1F- 家族室	8名	① 事故・感染症発生状況の情報共有(7月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討(7月分) ③ 実務者研修内容確認 (医療的ケア、心肺蘇生法) ④ 第2回 合同看護部会報告
9月24日(火) 16時～18時 第2JF江南-1F- 家族室	8名	① 事故・感染症発生状況の情報共有(8月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討(8月分)-未内服 ③ 実務者研修講師 増員について ④ 感染予防・拡大予防の対応継続実施について ⑤ インフルエンザ予防接種について
10月19日(火) 16時～18時 第2JF江南-1F- 家族室	7名	① 事故・感染症発生状況の情報共有(9月分) ② 服薬関連事故・業務ミス・検討(9月分)-誤薬/未内服(3件) ③ 実務者研修講師について 増員者決定 ④ EPAベトナムオリエンテーションについて ⑤ 感染マニュアルについて ⑥ 観察チェックリストについて
11月16日(火) 16時～18時 第2JF江南-3F- プラチナホール	8名	① 事故・感染症発生状況の情報共有(10月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討(10月分)-誤薬 ③ 新型コロナワクチン接種3回目について情報共有
12月21日(火) 16時～18時 第2JF江南-1F- 家族室	9名	① 事故・感染症発生状況の情報共有 (11月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討 (11月分) -誤薬 (2件) ③ 第3回 合同看護部会報告
1月18日(火) 16時～18時 第2JF江南-1F- 家族室	8名	① 事故・感染症発生状況の情報共有 (12月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討 (12月) -誤薬 ③ 2022年度 法人共通活動計画 (案) について ④ 2022年度 エリア活動計画 (案) について ⑤ 2021年度 活動の成果と問題点 ⑥ 2021年度 江南・岐阜エリアの活動の成果と課題 (問題点) ⑦ 2022年度 看護部会長 エリア長 選出 ⑧ コロナワクチン3回目接種について 情報共有
2月15日(火) 16時～18時30分 第2JF江南-3F- プラチナホール	7名	① 事故・感染症発生状況の情報共有(1月分) ② 服薬関連事故・業務ミス報告・検討(1月)-誤薬 ③ 2022年度 新規採用新人オリエンテーションについて ④ 新型コロナウイルスについて

春日井・多治見エリア

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議 題 ／ 内 容
4月20日 (火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	7名	① ユニチャームより商品説明 ② 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ③ つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ④ 感染症報告・誤薬 (服薬忘れ・落薬等を含む) 事故報告 ⑤ 事業計画・進捗状況の確認 (Moreスマイルプロジェクト・疑似体験・旅のことばカードの取り組みについて) ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 教育計画の確認 (薬の勉強会) ⑧ 新人職員のツベルクリン反応について ⑨ 新型コロナウイルスについて ⑩ 2021年度 看護部会 活動計画について

5月18日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	7名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 業務改善報告（JF多治見より） ⑤ 部会からの情報共有 ⑥ 教育計画の確認（薬の勉強会） ⑦ コロナワクチン接種について ⑧ 中途採用者のステップアップ研修（感染症）について ⑨ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクトの取り組みについて） ⑩ 春日井小牧専門学校の実習受け入れについて
6月23日(火) 14時～17時 第2GF春日井 地域交流センター	5名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 不適切ケアの防止の取り組み（第2春日井・JF多治見より） ⑤ 部会からの情報共有 ⑥ 教育計画の確認（薬の勉強会、転倒予防勉強会） ⑦ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験の取り組みについて） ⑧ 新人教育について ⑨ コロナワクチン接種について ⑩ 春日井小牧専門学校の実習受け入れについて
7月20日(火) 14時～17時 第2GF春日井 地域交流センター	6名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 業務改善報告（春日井特養より） ⑤ 外部・内部監査報告（JF多治見より） ⑥ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験の取り組みについて） ⑦ 部会からの情報共有 ⑧ 教育計画の確認（薬の勉強会、転倒予防勉強会） ⑨ コロナワクチン接種について ⑩ 新人教育について ⑪ 春日井小牧専門学校の実習受け入れについて
8月23日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	6名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告（JF多治見より） ⑤ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験の取り組みについて） ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 教育計画の確認（転倒事故防止・誤嚥防止） ⑧ 緊急時における第一報連絡の注意点について ⑨ 感染症発生時のゾーニングの方法、シミュレーションの実施について ⑩ 春日井小牧専門学校の実習受け入れについて

9月21日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	6名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告 ⑤ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験・旅のことばカードの取り組みについて） ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 教育計画の確認 ⑧ 訴訟事例に基づくケース検討 ⑨ インフルエンザワクチンについて ⑩ 職員のPCR検査について
10月19日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	4名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告（JF多治見より） ⑤ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験・旅のことばカードの取り組みについて） ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 教育計画の確認（ハラスメント研修・離接事故防止） ⑧ オセルタミビルカプセルの分配について ⑨ 眠りSCANについて ⑩ インフルエンザワクチンについて
11月16日(火) 14時～17時 第2GF春日井 地域交流センター	6名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告 ⑤ 事業計画・進捗状況の確認（Moreスマイルプロジェクト・疑似体験の取り組みについて） ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 業務改善報告（第２春日井特養より） ⑧ 教育計画の確認 ⑨ 感染症対策マニュアル統一に向けて ⑩ 内服マニュアルについて ⑪ 眠りSCANについて ⑫ 観察項目チェックリスト・感染症および食中毒のまん延防止のための指針・褥瘡対策指針について
12月21日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	4名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告（春日井特養より） ⑤ 事業計画・進捗状況の確認（疑似体験の取り組みについて） ⑥ 部会からの情報共有 ⑦ 教育計画の確認（入浴・ハラスメント・離接防止） ⑧ オセルタミビルカプセルの分配について ⑨ 春日井市消防本部との意見交換について ⑩ 看護サマリー・内服マニュアルの統一に向けて
1月18日(火) 14時～17時 GF春日井(特養棟) 介護者教育室	4名	① 事故報告・再発防止・業務ミスの共有と検討 ② つぶやき良かった探し・ヒヤリハットの共有と検討 ③ 感染症報告・誤薬（服薬忘れ・落薬等を含む）事故報告 ④ 外部・内部監査報告

		⑤　事業計画・進捗状況の確認（次年度準備） ⑥　部会からの情報共有 ⑦　教育計画の確認 ⑧　感染予防の物品確認、コロナワクチン接種について ⑨　ケアカルテの書式活用について

名古屋エリア

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
4月19日（月） JF名駅施設マネージャー室 13時～15時	4名	①　感染症発症状況・苦情・事故業務ミス発生状況・服薬事故発生状況の情報共有 ②　ケアカルテについて ③　コロナワクチンの進捗状況の確認と情報共有 ④　服薬事故の振り返り：服薬の勉強会を2回/年行っていく（担当施設の服薬事項の振り返り） ⑤　研修会の情報共有
5月28日（月） JF名駅施設マネージャー室 16時～18時	4名	①　感染症発症状況・苦情・事故業務ミス発生状況・服薬事故発生状況の情報共有 ②　コロナワクチンの進捗状況の確認と情報共有 ③　緊急時対応について ④　ケアサービス監査のチェック項目について ⑤　服薬の勉強会（JF名駅老健の服薬事故の振り返り） ⑥　フォローアップ研修の講師担当について
6月25日（月） GF熱田 16時～18時	4名	①　感染症発症状況・苦情・事故業務ミス発生状況・服薬事故発生状況の情報共有 ②　コロナワクチンの進捗状況の確認と情報共有 ③　コロナ陽性となった利用者様の退院後の受け入れ基準について ④　7/19フォローアップ研修担当について ⑤　投薬ミスについて ⑥　喀痰吸引研修の保険について
7月16日（月） GF上前津 16時～18時	5名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　コロナワクチンの進捗状況の確認と情報共有 ③　服薬関連業務の現状報告 ④　感染症発症状況・苦情事故業務ミスの発生状況の情報共有 ⑤　ツベルクリン判定について ⑥　喀痰吸引研修について（指導者側）・退職や転勤で講師が不足しているので受講者を増やしていく必要がある。
8月13日（金） JF名駅 11時～12時	5名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　入所時健康診断の診断書の用紙の見直し（検査内容についての確認） ③　内服マニュアル統一について ④　JF千種より、利用者様の昼食時における看護職員の動きについて各施設の確認あり情報共有 ⑤　インフルエンザワクチンについて情報共有
9月24日（金） JF千種 16時～18時	5名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　内服マニュアル統一について ③　11月から実務者研修が開始予定。講師の強力を依頼。 ④　インフルエンザワクチンについて情報共有 ⑤　EPA2020フィリピンフォローアップ研修について講師選択 ⑥　長谷川式の効果の入力について ⑦　内部ケアサービス監査の情報共有

10月22日（金） GF熱田 16時～18時	4名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　PCR検査（スクリーニング検査）について ③　内服マニュアルの統一について ④　服薬勉強会 ⑤　インフルエンザワクチンについて情報共有：各施設11月から接種開始していく ⑥　医療的ケア研修の講師選出 ⑦　眠りSCANについて ⑧　EPA2021ベトナムオリエンテーションについて：11/24（水）会場 JF名駅 講師依頼について
11月18日（金） GF上前津 16時～18時	4名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　PCR検査（スクリーニング検査）について：GF熱田の検査結果報告 ③　内服マニュアルの統一について ④　インフルエンザワクチンについて情報共有を行う：各施設の進捗状況確認 ⑤　医療的ケア研修：講師最終版 ⑥　GF上前津より、点眼時の対応の仕方を各施設に確認 ⑦　GF上前津より、発熱時の居室対応の基準（各施設の状況確認）
12月24日（金） JF名駅 16時～18時	5名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　PCR検査（スクリーニング検査）について：GF上前津の検査結果報告 ③　内服マニュアル統一について：エリア共有様式として1/1より取り扱っていく ④　インフルエンザワクチンについて情報共有を行う：各施設の進捗状況確認 ⑤　JF名駅特養の誤嚥事故に関して検討
1月21日（金） JF千種 16時～18時	5名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　感染症マニュアルについて ③　コロナワクチン3回目接種について情報共有を行う：各施設の進捗状況確認 ④　褥瘡ケア計画書について：各施設の状況確認と情報共有 ⑤　喀痰吸引研修の実施状況確認
2月25日（金） GF熱田 16時～18時	4名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　2021年度活動報告・2022年度活動計画について ③　感染症マニュアルについて ④　コロナワクチン3回目接種について情報共有を行う：各施設の進捗状況確認 ⑤　褥瘡ケア計画書について：各施設の状況確認と情報共有 ⑥　喀痰吸引研修の実施状況確認 ⑦　EPA研修の講師について ⑧　2022年度新人研修の講師について
3月17日（木） GF上前津 16時～18時	3名	①　感染症発症状況・苦情事故業務ミス・服薬事故の発生状況の情報共有 ②　2022年度入社後研修の講師について ③　GF上前津：3/9からのコロナ感染関連について→情報共有と振り返り ④　コロナワクチン3回目接種について情報共有を行う：各施設の進捗状況確認 ⑤　褥瘡ケア計画書について：各施設の状況確認と情報共有 ⑥　喀痰吸引研修の実施状況確認 ⑦　2022年度のエリア代表について

長野エリア

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
4月19日（月） 13時～16時 GF 塩尻地域交流センター	7名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　2021年度の服薬テストについて ⑥　待機看護職連絡・指示手順書について
5月17日（月） 10時～12時 テレビ会議	8名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　眠前薬服用時間について ⑥　ケアカルテ入力箇所現状把握について ⑦　麻薬施用表について
6月24日（水） 14時～16時 テレビ会議	9名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　リハビリ部会からの依頼 ⑥　薬セット手順について ⑦　眠前薬服用時間について ⑧　内部監査員について ⑨　フォローアップ研修担当者について ⑩　ケアカルテ入力方法について
7月19日（月） 14時～16時 テレビ会議	8名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　薬セット手順書について
8月23日（月） 14時～16時 テレビ会議	11名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　薬セット手順書について ⑥　9月褥瘡予防研修について ⑦　入退院を減らす取り組みについて
9月13日（月） 14時～16時 テレビ会議	8名	①　感染症報告 ②　事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③　看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④　服薬ミスについて ⑤　入院者を減らす取り組みについて ⑥　インフルエンザ予防接種について ⑦　10月感染予防確認テストについて ⑧　マウスウォッシュ・ワセリンについて

10月11日（月） 14時～16時 テレビ会議	8名	① 感染症報告 ② 事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③ 看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④ 服薬ミスについて ⑤ 入院者を減らす取り組みについて ⑥ インフルエンザ予防接種について ⑦ ケアカルテの入力方法について ⑧ 看取り期に活用できそうな機器について
11月15日（月） 14時～16時30分 テレビ会議	8名	① 感染症報告 ② 事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③ 看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④ 服薬ミスについて ⑤ 入院者を減らす取り組みについて ⑥ インフルエンザ予防接種について ⑦ 看取り期に活用できそうな機器について ⑧ 薬剤保管庫の紹介 ⑨ レジオネラ症防止対策マニュアル（全事業所共通）について ⑩ オートクレープについて ⑪ 今年度研修について
12月13日（月） 14時～16時30分 テレビ会議	7名	① 感染症報告 ② 事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③ 看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④ 服薬ミスについて ⑤ 入院者を減らす取り組みについて ⑥ 頭部打撲対応フローについて ⑦ 健康管理（排便対応・誤嚥性肺炎を繰り返す方）の対応について ⑧ 職員インフルエンザ予防接種の振り返り
1月17日（月） 14時～ テレビ会議		① 感染症報告 ② 事故・苦情・ヒヤリハット報告 ③ 看取りや医療依存度の高い利用者様の症例検討 ④ 服薬ミスについて ⑤ 入院を減らす取り組みについて ⑥ 頭部打撲時の対応フローについて ⑦ 下諏訪特養でおきた対応について ⑧ 2021年度看護部会活動計画の成果と問題点について ⑨ 2022年度看護部会活動計画について ⑩ 観察項目チェックリスト、各指針について

（2）活動の成果と問題点

① 看護職員への教育・対応の標準化を図り、働きやすい職場となり、定着するように務める。

成果：緊急時対応マニュアルや観察項目チェックリストを統一できたことにより、介護職からの報告事項や看護職からの指示内容について標準化につなげることができた。また、各エリアにて課題と感じている内容については、交換研修から他施設の良いところを自施設に取り入れたり、手順書やフローをエリア共通で整備することで業務の標準化につなげることができた。

課題：エリアによっては共通のツールが十分でないところもあるため、施設単位ではなくエリア単位・法人単位で統一した手順書やマニュアルの整備を進めていく必要がある。

	成果	課題
江南・岐阜エリア	・新卒・中途採用看護職員に対し、教育を実施した。在籍している看護職員に対しても、離職抑制のためのフォローアップを行った。	・標準化するツールができていないため、体制について話し合う必要がある。
春日井･多治見エリア	・more スマイルプロジェクト（看護職）～三大介護の声掛け適切ですか？～に取り組むことができ､自事業所の取り組みを振り返る機会にすることができた。	・春日井・多治見エリア内だけではなく、他のエリアに出向き、多職種との連携、チームケアの向上について学ぶ機会をもてるようにする。
名古屋エリア	・中途採用看護職員に教育を行った。業務すべてを手順書や対応フローで行えるようにすることができた。	・定年退職が重なり、人員不足は続いている。看護職員の定着化を目指し、働きやすい環境が提供できるようにしていく。 ・他職種との連携や困りごとの相談をしやすい環境を提供していく必要がある。
長野エリア	･薬セット手順書の見直しや頭部打撲時の対応フローの作成など､共通認識できるマニュアル整備を行い､働きやすい職場作りを目指すことができた。	・薬セット手順書を完成させ、すべての事業所で共通認識できるようにする。 ・教育のツールの作成を行い、看護職員すべてが同様の対応ができるようにする。

② 服薬ミスを減らす。

成果：件数自体は2020年度と比較したところほぼ同数であった。
勉強会の開催や、発生した事故についての原因と対策を共有することで職員の意識向上につなげることができた。エリアによってはエリア共通の服薬マニュアルの整備を行ったり、すでに運用しているマニュアルの見直しなどができている。

課題：マニュアルの統一ができていないエリアについても現在統一する方向で進めているため、早急に整備していく。
ISO9001 審査より、セットマニュアルについては、セット者や確認者が押印やサインをすることでチェック体制の強化につながるとご意見をいただいたため、現在使用しているマニュアルの見直しについても随時行っていく必要がある。

	成果	課題
江南・岐阜エリア	・職員に対し、服薬についての勉強会を定期的に行い、マニュアルの見直しを行った。	・依然として服薬関連事故の件数は多い状態。マニュアルの統一化に伴い、服薬方法について各施設で見直しを行う。
春日井･多治見エリア	・利用者様が服用している薬について､勉強会を行うことができた｡各施設での手順見直しや介護職員との協力体制ができている。	・内服マニュアルについて、エリア統一に向けて整備する。
名古屋エリア	･定例会議にて服薬事故の振り返りを行い再周知することで同様な事故の予防をする事が出来た。 ･エリア内で服薬マニュアルの統一をする事が出来た。	・エリア内でマニュアルの統一ができ、1/1～採用を行っている。定例会議にてマニュアルの活用状況や不備な箇所があるかの確認を行っていく。
長野エリア	・毎月の定例会議で服薬ミスの検討を行い、自事業所に持ち帰り周知することで同様のミスをなくしていく働きかけができた。 ･薬セット手順書の見直しを行い現在お試し運用をしており､看護職員によるセットミスの減少に努めることができた。	・服薬ミスを減らすことはできなかった。同様のミスも起こっているため服薬ミスの周知、徹底の手段をどうするか検討が必要と思われる。 ・薬セット手順書を完成させ、看護職員によるセットミスの減少を目指す。

エリアごとの活動の成果と課題

	成果	課題
江南・岐阜エリア	・適宜情報交換を行い、情報の水平展開を行うことができた。 ・感染症に関してはクラスターが起きることなく、適切な感染予防行動がとれた。	・入居施設でのコロナ感染者の療養場面も予想されるため、発生を想定した具体的事例での実技訓練は繰り返し行う必要がある。
春日井・多治見エリア	・エリア看護部門会議を通し、感染対策の状況等、情報共有や相談を行うことができた。 ・more スマイルプロジェクト（看護職）を行うことにより、お互いの施設で工夫している点を確認し合うことができた。	・看護部門が起案部門である作業マニュアルの見直しの必要性の確認と作業マニュアルを活用した教育方法を確立する。 ・感染症対策（特に新型コロナウィルスへの対応）について、継続的に取り組む。
名古屋エリア	・エリア看護会議を通し、感染対策の状況・重大事故・服薬事故等、情報共有や相談を行うことができた。 ・看護職員の教育については、勉強会や対応フロー・手順書等で不安なく同じ対応をする事が出来ている ・名古屋エリア統一で服薬マニュアルを完成できた。	・感染症拡大が続いており、いつ施設内に感染者が発生してもおかしくない状況である。そのため感染予防にさらに力を入れていく。他施設との情報共有を密に行い、感染対策の周知を徹底していく必要がある。 ・看護職員の定着化が難しくエリア内にて不足している。退職の原因を把握し働きやすい職場を提供していく必要がある。手順書等は出来ているため、不安を取り除き働きやすい職場を提供でき相談を行いやすい環境を提供していく。 ・服薬事故の振り返りを行いエリア内で再周知することができた。同事故が重なった為、エリア内で検討しエリア共有の服薬マニュアルを作成した。R4 年 1 月 1 日開始となっている。今後、事故予防に繋がっているかの検証が必要である。
長野エリア	・感染対策に努め感染症発生を防止することができた。 ・服薬ミスが発生した際に看護職員全員でミスの原因、再発防止策を検討することができた。 ・現在進行中だが薬セット手順書の見直しに取りかかることができた。また頭部外傷時の対応についてもフローを作成し判断基準を統一できた。	・感染症拡大防止のために基本的な感染対策を周知、徹底し職員に意識付けできるよう関わっていく。 ・服薬ミスが発生した際に同様のミスが発生しないよう情報共有しミスの減少に努める。各自が服薬業務に対する意識を高めミスの減少に繋げていく必要がある。 ・薬セット手順書を完成させ看護職員によるセットミスをなくす必要がある。

2．介護部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
4 月 30 日（金） テレビ会議にて開催 （JF 名駅、GF 春日井、 第 2SL 江南、 第 2GF 岡谷）	24 名	① 新入職員 FU 研修の日程調整 ② ケアカルテの入力に関しての現状確認 ③ タイムカードの現状確認 ④ 各種排泄、各種入浴のフローの確認 ⑤ 食事環境に関して ⑥ 認知症ケア、手順書の作成 ⑦ 新人教育研修に関して ⑧ 各リーダーコースについて

		⑨ 事故報告書一覧の内容確認 ⑩ 不適切ケアの発生予防に関して ⑪ 有給休暇、超過実績に関して
6月24日（金） テレビ会議にて開催 （JF名駅、GF春日井、 第2SL江南、 第2GF岡谷）	25名	① LIFEに関して ② 各種排泄フローに関して ③ 食事環境、エプロンの使用状況に関して ④ 認知症ケア、手順書の作成 ⑤ 新人教育、各リーダーコースについて ⑥ リーダーコース要領に関しての見直し ⑦ 介護職員スキルアップ研修（中途職員向け）について ⑧ 資格取得支援に関して ⑨ 有給休暇取得および超過勤務と離職率、人員配置の調査 ⑩ 事故報告書一覧の内容確認 ⑪ 内部ケア監査のチェックリストの内容見直し
8月9日（金） テレビ会議にて開催 （JF千種、GF春日井、 第2SL江南、 GF下諏訪）	25名	① チーム編成について ② 経営会議内容報告 ③ 人事部作成の動画に関して ④ 各種排泄フローに関して ⑤ 食事環境、エプロンの使用状況に関して ⑥ 認知症ケア、手順書の確認 ⑦ 有給休暇取得および超過勤務と離職率、人員配置の調査 ⑧ 法人内外の業務改善事例の共有 ⑨ リーダーコース要領の見直し ⑩ リーダーコース進捗状況確認 ⑪ 新入職員FU研修の内容確認 ⑫ 資格取得支援に関して、申し込み期間の再確認 ⑬ 再発防止検討書の記載方法に関して ⑭ 2019年度、2020年度との事故件数の比較、内容分析 ⑮ ヒヤリハット、つぶやきの運用に関して
10月8日（金） テレビ会議にて開催 （JF千種、GF春日井、 第2SL江南、 GF塩尻）	24名	① 各種ケアマニュアル、基本介護チェック表に関して ② 指導監査、内部ケア監査等の水平展開事項 ③ EPA職員の救急搬送時の対応に関しての現状確認 ④ 各種排泄フローに関しての見直しと最終確認 ⑤ 食事環境、エプロンの使用状況に関して ⑥ 認知症ケア、手順書の確認 ⑦ 有給休暇取得および超過勤務と離職率、人員配置の調査 ⑧ 異動職員の見習い期間に関して ⑨ STS研修のフォローアップに関して ⑩ 各種リーダーコースに関して ⑪ 資格取得支援に関しての内容確認 ⑫ 誤嚥予防マニュアル、転落・転倒マニュアルの運用に関して ⑬ 事故の水平展開に関して

12月10日（金） JF多治見にて開催	24名	① 2021年度ISO本審査からの水平展開事項 ② 再発防止・水平展開マニュアルに関して ③ 浴室内の室温の管理方法に関して ④ 新人職員茶話会に関して ⑤ 機械浴槽の点検に関して ⑥ 経営会議からの水平展開事項 ⑦ オムツ集計に関して ⑧ 各種フローの活用方法に関して ⑨ 食事ケアマニュアル、認知症ケアマニュアルに関して ⑩ 有給休暇取得および超過勤務と離職率、人員配置の調査 ⑪ 勤務表の統一に向けて ⑫ STS研修のフォローアップに関して ⑬ 各種リーダーコースに関して ⑭ 資格取得支援に関しての内容確認 ⑮ 再発防止検討書記載方法に関して ⑯ 新商品アラエルのデモに関して
2月7日（月） ZOOMで開催	19名	① 来年度活動計画に関して ② 介護福祉士資格取得支援に関して ③ 2022年度新入職員集合研修に関して ④ ケアカルテの入力ミスに関して ⑤ 高卒職員対象研修 ⑥ 食事ケアマニュアル、認知症ケアマニュアルに関して ⑦ オムツ集計に関して ⑧ 実績管理表より各エリアの状況に関して ⑨ 有給休暇取得および超過勤務と離職率、人員配置の調査 ⑩ 勤務表の統一に向けて ⑪ 重大事故のエリアでの水平展開方法に関して ⑫ 再発防止検討書の作成方法に関して ⑬ リーダーコースの概要に関して ⑭ 2022年度新人職員教育に関して

（2）活動の成果と問題点

1. 介護力・サービスの向上

≪活動成果≫

【入浴】浴種基準表、浴種選定フローの運用を開始することができた。

【排泄】インナーパット選定フロー、アウター選定フロー、排泄ケア選定フローの運用を開始することができた。オムツ調査及び排泄調査を例年通り（9月～11月の3ヶ月間）で実施し、各施設で入力した表に基づき検証を行った。

【認知症】ユマニチュードの「見る・話す・触れる・立つ」を中心に認知症ケアの手順書の作成を進め基本介護チェック表の様式を参考に案を作成した。同時に、認知症ケアマニュアルの見直しを進め、ユマニチュードの基本を入れた案を作成した。

≪今後の課題≫

・介護部会起案の各種マニュアルの見直しを進めていく。

・マニュアルやフローをどの場面で、教育の場で、使用するのか活用方法について検討を進める。

・夜間の利用者様の安眠確保のための排泄ケアと、業務負担軽減の取り組みを進め、利用者様の心身に適した生活環境を整えていく。

・認知症の利用者様に適した接し方・対応ができるよう対応の手引きを完成させる。また、ＤＶＤの活用など視覚情報で教育できる方法も検討する。

・食事環境に関して、根拠のないエプロン着用数を減らしていくためのルールの作成や手順書の作成を進めていく。

2.職員負担軽減・職場環境向上
≪活動成果≫
・有給休暇取得・超過勤務に関しての実績管理表を使用し、各施設の現状把握をすることができた。実績管理表を基に情報共有をするなかで超過時間過多が続いている施設や、有給休暇取得が進んでいない施設に対して、エリア内やエリアを越えたサポート体制をとれるようになった。
・法人内の業務改善事例を調査し、エリア内で情報共有を図った。各施設の実情に合わせ、取り組みの内容を取り入れていくように周知を図った。法人外の業務改善事例の調査までには至らなかった。
≪今後の課題≫
・実績管理表を活用し、各施設の状況の共有をしていく。実績値をもとにエリア内外のサポート体制をとれるようにしていく。
・職員負担や業務負担軽減につながる新しい福祉用具や研修などの情報を収集し、介護部会全体へ発信していく。

3.職員教育・資格取得（新人・現任）
≪活動成果≫
【新入職員教育】
感染対策を十分にとった上で、入社後研修・新人フォローアップ研修を実施した。グループワークについても実施していくことで、研修内容は充実させることができた。ただ、全体研修が開催できなかったこともあり、法人全体での同期の繋がりという面においては弱い部分があり、課題として残っている。
【各リーダーコース共通】
感染対策を十分にとり、リモートを活用した上で、各種リーダーコースが予定通り実施できた。リモートを活用したことで、他の介護長にも参加していただく研修が実施できた。今年度は、外部講師の研修も入り、講義を実施していく面で介護長の負担軽減につながった。また、外部講師の研修は、より受講者に印象と影響を与えるものとなった。研修後、面談を通してのフォローアップと、受講者の言動をみて効果測定を実施ができた。介護技術の習得を強化すべく、事故や認知症の方の事例検討を研修に盛り込んで実施した。
【介護職員スキルアップ研修（中途職員向け）】
中途職員向けの研修を8月と1月に実施できた。受講者からは、入職後に業務をしていく中で悩みや疑問などが出てきたタイミングで講義を受けられたことで、悩みの解決につながったという声が聞かれた。
【資格取得】
今年度は12月に感染対策をとった上で、2日間にわけて集合での介護福祉士模擬試験を実施した。長野エリアも名古屋の会場とリモートで繋いで実施ができた。また、研修センターの協力を得て、11～1月まで2週間に1度のペースで小テストの実施をした。その結果、試験への意識が高まったと考える。
≪今後の課題≫
・新入職員研修の中で、グループワークの時間を以前のように増やし（新型コロナウィルスの感染対策でグループワークを控えていたことがあった為）、エリアを越えた交流会を実施していくことで、同期の繋がりを感じられる内容を実施していく。
・外部講師との連携を図り、より効果の得られるリーダーコースの内容を検討する。
・各リーダーコースの介護技術習得、ケアプランとの関連を定着させる。
・新型コロナウィルスの感染状況に合わせ、リモートを活用した研修を検討する。
・介護福祉士合格者を増やすため、①試験の受験者を増やす方法の検討、②受験までの学習支援、について検討していく。

4.事故分析虐待・身体拘束（不適切ケア）防止
≪活動成果≫
・2019年度と2020年度に起こった事故内容の比較や発生件数が減少している要因をチーム内で検討することで、年度ごとの特徴や今後予測されることなどを話し合うことができた。
・事故報告書の評価の定義を介護部会内で共有し、共通の見解で評価できるようにした。
・法人内で起こった事故の共有方法や傾向として注意しなければいけない点を個人の主観ではなく、チームにて協議した上で発信できるようにZOOM会議を活用し行うシステムを作った。また、法人共通マニュアル（誤嚥予防マニュアル、転落・転倒予防マニュアル）をより活用するために、事故の傾向からマニュアル

の重点ポイントを発信することができた。
・再発防止検討書の活用にあたり、使用方法に違いが出ないように使用方法、記載方法の手順などをまとめた。

≪今後の課題≫
・ヒヤリハットの定義を定めることができていないため、法人として共通の認識で取り組むことができるようにしなければならない。
・法人の事故一覧などから、どのような事故をどのように水平展開していくのかは課題が残っているため、今後も協議を重ね、より効果のある方法を追求していく必要がある。

3．通所部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5月　19日（月） ZOOM会議	12名	【通常規模型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②コロナ禍における収益向上の取り組み ③新型コロナウイルス感染予防対策の徹底 ④月次報告書の作成方法について ⑤ケアカルテ移行後の暫定プランの作成方法について 【共有】 ①2021年度活動計画について ②安全運転教育の実施 ③情報共有と水平展開 ④2021年度利用者満足度調査について 【大型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②コロナ禍における収益向上の取り組み ③新型コロナウイルス感染予防対策の徹底
8月　24日（木） ZOOM会議	12名	【通常規模型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②高稼働率を維持している事業所からの取り組み報告 【共有】 ①2021年度活動計画について ②安全運転教育の実施 ③情報共有と水平展開 ④2021年度利用者満足度調査について ⑤送迎マニュアル変更について ⑥離設事故について ⑦タブレットを活用した営業について ⑧ISO本審査について 【大型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②LIFEについて ③利用者様満足度向上に繋がるリハビリプログラムについて 各事業所より提案

12月　17日（木） ZOOM会議	9名	【通常規模型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②ケアプランのモニタリング様式について確認 【共有】 ①2021年度活動計画について ②安全運転教育の実施 ③情報共有と水平展開 ④2022年度通所部会事業活動計画について ⑤適正な人員配置を定める点について 【大型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②コロナウイルス発生時の対応について
3月　10日（木） ZOOM会議	12名	【通常規模型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み ②施設車両利用状況表の運用について 【共有】 ①2021年度活動計画について ②安全運転教育の実施 ③情報共有と水平展開 ④2022年度事業活動計画・2021年度事業活動報告について ⑤安全運転管理者のアルコール検査の義務化について 【大型】 ①各事業所の稼働向上の取り組み

（2）活動の成果と問題点

① 開催日程、場所、参加者等について

【良かった点】

- ZOOMでの開催となり、移動時間が少ないのは大きなメリットであった。
- ZOOMでの開催となり、業務負担は軽減できたと考える。

【問題点】

- 対面での実施に比べて意見が出にくい印象がある。意見をどのように吸い上げるかを次年度以降、検討する必要がある。
- 他エリアと関係を築く意味では顔を合わせて会議を行うことも必要かと感じた。次年度以降、バランスをとって開催できれば良いかと思われる。
- レジュメや入力ツールの発信が会議直前だったことが多かったため、出来れば1週間以上前には発信して頂けたら良かったと思う。

② コロナ禍における収益向上の取り組み（大型 ／ 通常規模型）

【良かった点】

- 稼働率向上の取組に関しては、各事業所での毎月のイベントや行事の情報共有や費用対効果の確認、営業方法に関しての情報を得ることができ自エリアへ生かすことができた。
- 他事業所の取り組みを参考にしながら進められたことは良かった。
- 適切な人員配置の見直しについては、プロジェクトメンバーを構成し現状把握を行うためのシートを作成した。次年度、現状把握を実施する。
- 営業ツールとしてホームページやブログの活用および見直しを開始した。

【問題点】

- 各事業所で対策を行っているが、効果が十分でない事業所が多かったと思う。
- コロナ禍でも影響を受けにくい、効果的な取り組みを今後も検討する必要があると感じる。
- コロナ対策を強化し、各事業所にて実施しているが、影響を受け稼働が伸び悩んだ事業所が多かった。

③ 新型コロナウイルス感染予防対策の徹底（大型 ／ 通常規模型）

【良かった点】

- 濃厚接触者・陽性者判明時、保健所に相談・確認の上対応できているが、オミクロン株は従来株よりも影響が大きかった印象がある。
- 行政・法人の対応策に準じて適切に対応することができた。
- 発生時のシミュレーションの実施に関しては、各事業所にて実際に陽性者が発生した際の行動の振り返りを行い、有事の際の行動の見直しができている。
- コロナの発生状況、対応方法など情報共有を行ったことで、参考となった点が多々あった。

【問題点】

- 細かい点については、エリアによって保健所の指示、対応方法が異なると思うため、引き続きリアルタイムでの情報交換が必要である。

④ 安全運転教育の実施（共通）

【良かった点】

- ドライブレコーダーの設置が 2 年目となり、職員の意識は上がってきたと思う。
- 各事業所にて、ドライブレコーダーの実際の映像を元に KYT が実施できている。また、他施設での映像を元に運転業務の注意点等を職員全体に周知し、安全運転教育に繋げることができている。
- 職員の意識も上がっており、1 年を通して重大事故は発生しなかった。

【問題点】

- 車輌事故については今年度も発生している為、対策の継続が必要であると思う。
- ドライブレコーダーの活用方法の研修も継続し、さらなる安全運転教育に実施が必要であると感じる。各施設の安全運転管理者が中心となって、教育を進めていくことも必要であると感じる。
- 車輌事故に関するデータ分析を行い、安全運転教育に繋げる。

⑤ サービスの質の向上（共通）

【良かった点】

- 環境整備・接遇マナーについては、チェックリストを用いることで、1 年間継続して取り組むことが出来た。全体を通して接遇マナー等での苦情等は上がっていないので、効果があったと考える。
- セールスポイントの確立に関しては、各事業所の特徴を見直し、外部へのアピール方法やツールを見直す機会となった。
- ご利用時の様子を動画撮影し、ご家族やケアマネに見て頂く取り組みが大変好評であった。他にもコロナ禍だからこそできる取り組みを見つける必要があると感じる。
- 各事業所にてそれぞれの強みや売りを把握することで、より効果的なサービスの構築に繋げることができた。

⑥ サン・ビジョン通所メソッドを創る（共通）

【良かった点】

- 営業マニュアルの作成はできなかったが、エリア内での営業活動については話し合いが実施できている。

⑦ 情報の共有と水平展開（共通）

【良かった点】

- “大型”・“通常規模型”で担当施設長も分かれたことにより、指示が明確化されて、情報の共有も行いやすくなっている。
- 法人全体で発生した介護事故、業務ミス、苦情、重大事故の情報共有を行い、防止策や注意点を各自施設へ落とし込み、見直しを行うことができている。
- 他エリアの取り組み等を知ることが出来る貴重な機会であった。今後も積極的に情報共有ができると良いと感じる。

４．グループホーム部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5月20日（木） グレイスフル塩尻 第2サンライフ江南 （テレビ会議）	12名	①　今年度の活動計画表に沿った進捗状況の確認 ②　フレイル予防の取り組み方法について決定事項 ③　各事業所からの相談・報告事例
8月19日（木） 各事業所Zoom開催	14名	①　今年度の活動計画表に沿った進捗状況の確認 ②　重大ヒヤリハット、重大事故の情報共有 ③　利用者様が「歩く」こと ④　MMSEとHDS-Rの活用
11月22日（月） 各事業所Zoom開催	15名	①　今年度の活動計画表に沿った進捗状況の確認 ②　重大ヒヤリハット、重大事故の情報共有 ③　来年度の活動計画・活動報告（評価）について ④　ヒヤリハットを挙げる事の有効性・必要性について、ハインリッヒの法則を用いての教育 ⑤　運営推進会議にて要望が無い事を課題としてとらえ、要望をおっしゃっていただく方法の検討 ⑥　ケアプランについて
2月3日（木） 各事業所Zoom開催	12名	①　今年度の活動計画表に沿った進捗状況の確認 ②　重大ヒヤリハット、重大事故の情報共有 ③　2022年度 GH 部会年間予定について ④　来年度プロジェクトチーム編成について

(2)活動の成果と問題点

＜成果＞

・年4回の合同会議にて、各エリアがテレビ会議・ZOOM会議で集まりコロナ禍での運営方法、各施設の課題、対応策、事業計画などの意見交換ができた。

・今年度より活動計画ごとに各ハウスマネージャーがエリアをまたいでチームを編成し、計画達成に向けて取り組んだ。エリア毎の縦割り感の解消と、各ハウスマネージャーが部会への役割感や責任感を感じることについて、昨年度と比較して大きく改善することができた。

・共通目標であるヒヤリハット分析については、発生事例の共有ツールを作成し、部会の都度、報告と対策検討・水平展開・評価を実施する機会を作ることが出来た。

＜課題＞

・今年度よりチーム制を導入したが、当初は部会長からの説明不足や手探り状態であったこともあり、計画どおりに進行できずに急ピッチで進めるような行動計画も見られた。

・自身が参加しているチームではないチームの事業計画についての情報収集が難しく、部会時の報告でしか進捗や内容を把握することができなかった。次年度はハウスマネージャー同士が連絡ツールとして使用している申し送りに、各チームの連絡用シートを作成することでチームメンバーではないハウスマネージャーも進捗が確認できるようにする。

・ヒヤリハット分析について、報告のためのデータになりつつあるため、ツールの書式やリアルタイムでの情報提供、確認方法など今後の運用方法についてより良いものになるよう次年度に検討を行う。

５．リハビリ部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
4 月 14 日(水) ZOOM 会議 ＜代表者＞	７名	① 転倒転落予防マニュアル、誤嚥予防マニュアルの展開計画について ② リハビリ部会体制図、職員名簿確認
6 月 16 日（水） ZOOM 会議 ＜代表者＞	７名	① 転倒転落予防マニュアル、誤嚥予防マニュアルの展開計画について ② 内部監査チェックリストについて
8 月１７日（火） ZOOM 会議 ＜代表者＞	７名	① 相談員部会の勉強会資料について ② 予防マニュアル展開計画確認 ③ 予防マニュアル意見集約 ④ 制服について ⑤ ISO リハビリマニュアル更新 ⑥ 排泄フローについて
10 月 20 日（水） ZOOM 会議 ＜代表者＞	１０名	① マニュアル展開計画確認 ② デイケアフロー、特養フローの確認 ③ ISO9001 の管理様式で管理されていたリハビリ部会の帳票
1 月 19 日（水） ZOOM 会議 ＜代表者＞	９名	① 経営会議Ⅰ部 2022 年度リハビリ部会事業計画について ② 転倒転落予防マニュアル、誤嚥予防マニュアルについて ③ EPA ノーリフティング研修について
3 月 16 日（水） ZOOM 会議 ＜代表者＞	10 名	① リハビリ部会　2021 年度活動報告について ② 転倒転落予防マニュアル、誤嚥予防マニュアル、来年度の進め方について

（2）活動の成果と問題点

① 活動テーマの「転倒転落予防マニュアル」及び「誤嚥予防マニュアル」を各事業所に展開することができた。各エリア、リハビリ職員による勉強会等で各マニュアルの展開を行った。また、他部会とマニュアルの使用方法について検討して、より浸透していく様に連携を図っている。今後も事故予防に繋がる様に、各マニュアルを勉強会資料、事故後の対策検討の資料として活用していく。

② 2021 年度介護保険制度の改正に準じ、制度上の新たな加算取得、LIFE の活用に対応した。また改正に合わせて加算に必要な各種書類の変更を行い対応した。

③ 江南岐阜エリア：今年度より JF 江南に機能訓練指導員を 1 名配置。リハビリ職員が配置されていない事業所に対しては、依頼があった場合に主に特養職員が対応している。本年度はノーリフティング基礎研修を PT2 名が受講済み。

春日井エリア：リハビリ職員が配置されていない事業所に対しては、依頼があった場合に主に老健のリハビリ職員が対応している。本年度はノーリフティング基礎研修を PT4 名が受講済み。

名古屋エリア：JF 名駅老健にてノーリフティングの勉強会を継続して定期開催している。リハビリ職員が配置されていない事業所に対しては、依頼があった場合に主に訪問リハビリ職員・老健リハビリ職員が対応している。本年度はノーリフティング基礎研修を PT1 名が受講済み。2022 年 2 月からの基礎研修の受講も予定あり。

長　野エリア：新人研修、必須研修の中でノーリフティング研修を実施している。リハビリ職員の所属していない事業所に関しては、同エリアのリハビリ職員にて対応。ST 依頼に関しても担当 ST にて対応。

④ 実習生の受け入れに必要な臨床実習指導者講習の受講を進めているが、コロナウイルス感染拡大により 1 月の講習は中止となっている。講習が再開となれば各エリアのリハビリ職員で受講し、実習生の受け入れを進めていく。

６．栄養士部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5 月 26 日（水） 第 2 サンライフ江南 ジョイフル名駅 ジョイフル多治見 グレイスフル塩尻 （テレビ会議）	30 名	①　介護報酬改定について ・科学的介護推進体制加算、栄養マネジメント強化加算の算定状況 ・栄養ケア・マネジメント帳票について ②　4、5 月勉強会より ・介護報酬改定について ・感染症対応による食事提供について ・業務の効率化について（意見交換・交換研修）
8 月 23 日（月） 第 2 サンライフ江南 ジョイフル名駅 グレイフル春日井特養 グレイスフル塩尻 第 2 グレイスフル岡谷 （テレビ会議）	29 名	①　「感染症発生時の食事提供について」勉強会 日本ゼネラルフードホールディングス（株） ②　誤嚥予防マニュアルについて ③　栄養マネジメント強化加算について ・各エリア算定状況 ・丁寧な栄養ケアの実施 ④　CAREKARTE 栄養ケア・マネジメント帳票について ⑤　6、7 月の勉強会より ・栄養ソフトの献立ルールについて ・実習生の受け入れについて ・災害時提供マニュアルについて ・栄養ケア・マネジメント　経口維持加算について
11 月 18 日（木） ジョイフル岐阜駅 ジョイフル千種 グレイフル春日井特養 グレイスフル下諏訪 （テレビ会議）	28 名	①　「経管栄養について」勉強会 株式会社クリニコ ②　ISO 本審査報告 ③　内部ケアサービス監査について ④　8～10 月の勉強会より ・栄養ケア・マネジメント　看取りについて ・栄養補助食品について ・4～9 月までの勉強会振り返り
1 月 18 日（火） 第 2 サンライフ江南 ジョイフル名駅 グレイフル春日井特養 グレイスフル塩尻 （テレビ会議）	28 名	①　2022 年度活動計画について ②　2021 年度活動報告について ③　11、12 月の勉強会より ・業務の効率化 ・献立作成（入所・保育園）について
3 月 14 日（月） 第 2 サンライフ江南 ジョイフル千種 グレイフル春日井特養 グレイスフル塩尻 （テレビ会議）	28 名	①　2021 年度活動報告について ②　内部ケアサービス監査について ③　1～3 月の勉強会より ・栄養ケア・マネジメント　療養食加算について ・栄養ケア・マネジメント　経口移行加算について ・栄養マネジメント強化加算について ・10～2 月までの勉強会の振り返り

（2）　活動の成果と問題点

１．介護報酬改定の対応と栄養ケア・マネジメントについて

・介護報酬改定の内容を確認し、共有することで円滑に進めることができた。

・新加算や現行の加算については、定期的に勉強会を実施することで確認する場を継続していきたい。

・栄養ケア・マネジメントの勉強会では、事例を持ち寄って行うことで、他施設と比較し、内容や疑問点の確認ができた。今後も自施設での栄養ケア・マネジメントへ活かすことができるよう実施していきたい。
・栄養ケア・マネジメントの帳票がCAREKARTEに移行し、帳票類の作成業務の効率化に繋がった。帳票類の変更に伴い、手順書を更新したが、統一した見解で使用できるよう、随時、見直しを行う。

2．食事提供について
・給食委託会社と連携を図り、食材の仕入れ状況の確認や見直しを行うことで、適切な食材費内で食事提供を行うことができた。
・誤嚥や窒息リスクに対する危機管理では多職種の意見、利用者様の身体状況を踏まえ、引き続きより良い食事提供に努めて行きたい。
・感染症対策における食事提供については、発生時に迅速に対応出来るよう施設側、厨房側と連携を図ることができた。
・栄養補助食品については「仕入額一覧表」の確認を行ったが、フローチャート完成まで至らなかった。
・「災害時食事提供マニュアル」の完成に向けて検討し、管理栄養士不在でも対応できる内容とするが、フローチャートの完成まで至らなかった。

3．教育体制について
・「教育チェックリスト」の作成から数年経過しており、介護報酬改定に伴い内容が変更している点もあるため、見直しの必要がある。
・新卒・中途職員へ「教育チェックリスト」を用いて教育を行っているが、1人職種であることが多く、十分理解が出来ていないことがあったため、部会担当施設長やエリア担当にて継続的に確認が必要と思われる。
・交換研修の実施が予定より遅くなってしまったが、他施設に研修へ行くことは業務改善やスキルアップにつながる為、今後も継続していきたい。
・外部講師による勉強会は「感染症発生時の食事提供」と「経管栄養」を実施し、専門的な知識を得る事が出来た。今後も外部講師による勉強会を継続し、専門職としての知識向上に努めていく。

4．情報共有について
・指導監査やISO 本審査等の結果を迅速に共有することが出来た。引き続き法人内で水平展開する。
・誤嚥事故報告や異物混入報告など、発生時は速やかに多職種で再発防止策を講じ情報共有する事ができた。常に情報を共有し各施設で予防に努める。

5．その他
・新型コロナウイルス感染拡大防止の為、昨年に引き続きエリア毎にテレビ会議にて実施した。年間計画に基づいて実施し、栄養士間の情報交換や共有を行うことができたが、問題点としてテレビ会議では内容がきちんと伝わっていない部分がみられた。不明の際には、その都度確認をすることで、わからないまま終わることがないようにする。また、部会担当施設長やエリア担当が中心となり継続的に確認を行い、栄養士全体の組織作りに努めて行きたい。

7．相談員部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
6月21日（月） 14：00～17：00 【テレビ会議会場】 ジョイフル岐阜駅 グレイスフル下諏訪	33名	①　法人共通受入フロー（老健・特定）作成について ②　新任相談員フォローアップ研修について ③　請求マニュアル作成について ④　実地指導報告（前回相談員部会後に実地指導をうけた事業所より報告） ⑤　重大事故・苦情の共有（各エリアより報告）

ジョイフル名駅 ジョイフル多治見		⑥　各エリアより稼働状況報告（稼働向上の成功例の共有） ⑦　周知事項の確認／その他 ・　転倒・転落予防マニュアル及び誤嚥予防マニュアルについて ・　重要事項説明書の更新について ・　LIFE 関係加算（科学的介護推進体制加算）の進捗状況について 部会勉強会「介護報酬改定と加算内容（説明ノウハウの共有）の確認」
9 月 27 日（月） 10：00～13：00 【テレビ会議会場】 ジョイフル岐阜駅 グレイスフル下諏訪 ジョイフル名駅 グレイスフル春日井 ジョイフル多治見	31 名	①　法人共通受入フロー（老健・特定）作成について ②　新任相談員フォローアップ研修について ③　請求マニュアル作成について ④　実地指導報告（前回相談員部会後に実地指導をうけた事業所より報告） ⑤　重大事故・苦情の共有（各エリアより報告） ⑥　各エリアより稼働状況報告（稼働向上の成功例の共有） ⑦　周知事項の確認／その他 ・　運営規程及び重要事項説明書の職員配置「〇名以上」の記載について ・　相談員養成コース 14 期講義内容について 部会勉強会「フェースシート作成のポイント／適切なアセスメントの実施」
12 月 20 日（月） 14：00～17：00 【テレビ会議会場】 第 2 サンライフ江南 ジョイフル岐阜駅 グレイスフル下諏訪 グレイスフル春日井	26 名	①　法人共通受入フロー（老健・特定）作成について ②　新任相談員フォローアップ研修について ③　請求マニュアル作成について ④　実地指導報告（前回相談員部会後に実地指導をうけた事業所より報告） ⑤　重大事故・苦情の共有（各エリアより報告） ⑥　各エリアより稼働状況報告（稼働向上の成功例の共有） ⑦　周知事項の確認／その他 ・　契約解除における手順書と様式について ・　部会の活動報告について ・　相談員プロジェクトについて ・　稼働向上の取り組みについて 部会勉強会「苦情等の困難事例の検討」
3 月 17 日（木） 14：00～17：00 【テレビ会議会場】 第 2 サンライフ江南 ジョイフル岐阜駅 グレイスフル下諏訪 ジョイフル名駅 グレイスフル春日井	35 名	①　法人共通受入フロー（老健・特定）作成について ②　新任相談員フォローアップ研修について ③　請求マニュアル作成について ④　実地指導報告（前回相談員部会後に実地指導をうけた事業所より報告） ⑤　重大事故・苦情の共有（各エリアより報告） ⑥　各エリアより稼働状況報告（稼働向上の成功例の共有） ⑦　2022 年度相談員部会活動計画及び部会の体制について ⑧　周知事項の確認／その他 部会勉強会「成年後見制度、生活保護、身元保証団体等、社会資源の活用について」（外部講師）

（2）活動の成果と問題点

1. 定例会議開催

・　活動計画に基づき、各エリアにおいて毎月エリア相談員会議を実施した。相談員部会は新型コロナウイルスの影響により全 4 回をテレビ会議にて開催した。

2. 相談員養成コースの見直し（医療に関する知識の講義を追加）

・　2021 度のカリキュラムで新たに「医療に関する知識」の講義を開催。ジョイフル布袋の看護長が講師となり、高齢者の特徴から、起こりやすい疾患とその原因や確認ポイントを説明。受講者からは説明、資料共に分かりやすかったという意見や、面接の参考になるという意見が上がった。

3. 新任相談員フォローアップ研修の開催

・ 2021 年度は第 1 回目の研修参加者は 8 名であったが、第 2 回目の研修参加者は 5 名となった。
・ 第 1 回を 7 月 26 日、第 2 回を 1 月 12 日に開催。「加算取得や行政への申請」「請求の流れ」「家族やケアマネとの関わり」「受入フロー」「対人援助～苦情対応」を座学で実施。ディスカッション形式の「困りごとの共有」にて悩みや課題の解決を図った。個々の課題に対し、1 回目の研修後、自己課題目標シートを用いて課題設定し解決に向け取り組み、第 2 回目の研修で振り返り実施。
・ 相談員としての悩みを共有し、アドバイスを聞くことで気持ちの整理が出来る部分があると思われる。

4. 相談員部会勉強会の開催

・ 年 4 回各エリアの現任相談員が講師となり開催した。3 月には、「成年後見制度、生活保護、身元保証関係」について、外部講師を依頼し現任相談員が研修を受講した。勉強会では講義形式に加え、ディスカッションも交えることにより、意見交換にて知識を深めることができた。

5. 法人共通となる請求マニュアルの作成

・ 経験の浅い相談員でも、「いつ何をしなければならないのか」マニュアルを見れば請求業務の一連の作業が確認しやすいように作成。請求業務の流れや作業をする時期と内容を記載し、留意事項ではミスをしやすいポイントも確認し、法人共通マニュアルとして ISO 登録を行った。

6. 法人共通受入フロー（老健・特定）の作成

・ 今年度は、新たに“老人保健施設・ショートケア”、“特定施設生活介護”の受入フローを新たに法人共通マニュアルとして ISO 登録を行った。

7. 今後の課題

・ 請求マニュアルの定着
  今年度整備した請求マニュアルを適切に運用し請求誤りの防止に繋げる必要がある。
  マニュアルが実態と乖離していないか定期的に確認していく必要がある。
  ケアカルテの請求業務で操作誤りによって発生した請求誤りは、速やかに共有を図り再発防止に繋げる必要がある。
・ 現任相談員のスキルアップ
  現任相談員が講師となり勉強会を開催することに加え、外部講師から学びを受けることで視野を広げ、スキルアップに繋げる必要がある。介護事業は有事の時でも事業継続が求められる為、相談員としても BCP（事業継続計画）を適切に理解する必要もある。
・ 既存様式の見直し
  効率的に成果を上げるため、申し込み受付情報（待機者リスト）、営業結果などについて、各エリアにて見直しを行い共通様式として活用できる様、検討を進めて行く必要がある。

8．施設ケアマネ部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5 月 14 日（金） テレビ会議	28 名	① 担当施設長からの挨拶 ② 経営会議からの連絡事項 ③ 各委員会報告（ケアマネ養成委員会、ケアマネ受験対策委員会、ケアマネ能力向上委員会） ④ 2021 年度体制図について ⑤ ケアカルテについて
9 月 10 日(金) テレビ会議	31 名	① 部会勉強会「2021 年 4 月 介護保険制度改正　改正内容のポイント」 ジョイフル名駅　原施設長 ② 各委員会報告　（ケアマネ養成委員会、ケアマネ受験対策委員会、ケアマネ能力向上委員会）

3月11日(金) ZOOM会議	30名	① 部会勉強会「「訴訟問題について」 ジョイフル新那加　小山施設長 ② 各委員会報告（ケアマネ養成委員会、ケアマネ受験対策委員会、ケアマネ能力向上委員会） ③ 2022年度新体制について ④ 施設ケアマネ2022年度活動計画について ⑤ 2022年ケアマネ合同部会開催にあたって

（2）活動の成果と問題点

1.定例会議の開催について

＜成果＞

・年3回、集合しての開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、テレビ会議及びZOOM会議に変更して、活動計画に基づいて計画通りに開催できた。

2.各委員会の活動について

①ケアマネ養成委員会

■新任者コース

＜成果＞

・10月12日にジョイフル多治見にて実施。新任者2名が参加した。今年度も昨年度同様、新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、福祉用具の説明・管理栄養士等他職種からの講義・ランチョンミーティングは中止した。

・ケアプランの作成やモニタリング等、受け入れフローに沿って行うことの重要性を学んだ。また、基本的なケアプランの書き方から、褥瘡や胃ろう、看取り等、幅広い視点でケアプランを作成する必要があることを確認した。

＜問題点・2022年度の目標＞

・問題点：コロナ禍で、短時間、少人数で研修を行っているため、実際に福祉用具を見て体験したり、他職種からの講義を受けたりすることができていない。今後も新型コロナウイルス感染拡大予防対策を継続しながら、内容を充実させていく必要がある。

・目標：施設ケアマネとしての基本的な知識やスキルを習得できるようにサポートする。

■現任者コース

＜成果＞

・前年度までアセスメント力の向上を目標に行っていたが、殆どの現任者が研修を終了しており、今年度は対象者がなく開催していない。そのため、現任者コースの内容の見直しを行った。現在ケアカルテ導入から１年近く経過しているが、活用に関して様々な疑問があることや、便利機能が十分に活用されていないことが判明した。来年度はケアカルテ活用についての研修を行うこととし、内容について検討した。

＜問題点・2022年度の目標＞

・問題点：受講済みの人が多く、現任者コースを受ける対象者がおらず研修が開催できなかった。

・目標：ケアカルテの活用において、疑問の解決や便利機能使用方法等を情報共有し、スキルアップに繋げる。

②能力向上委員会

■交換研修

＜成果＞

・カンファレンスの進め方、使用する資料や情報収集方法について情報交換、意見交換したことで、自施設にも取り入れたいことがあったとの意見が挙がった。

＜問題点・2022年度の目標＞

・問題点：新型コロナウイルスの感染対策や業務都合により、お互いの日程が合わず実施できなかった施設もあった。

・目標：新型コロナウイルスの蔓延状況を見ながら、タイミングを合わせて交換研修を継続し、施設ケ

マネージャー全体のレベルアップや業務の標準化につなげる。

■勉強会
＜成果＞
・取り上げてほしいテーマをアンケートした結果、「2021 年 4 月介護保険制度改正　改正内容のポイント」「訴訟問題について」に決定し、講師はテーマに造詣の深い施設長へ依頼し、研修を実施した。
・「介護保険制度改正のポイント」の勉強会では、具体的に説明をしてもらえたので分かりやすかったとの意見が多数あった。
・「訴訟問題について」の研修では、何か問題が起きた時は、それまでのご家族と施設との関係性が大きく影響すると思われるということと、関わりが少ないご家族や要望の少ないご家族には注意する必要があるということを学んだ。また、関わる職員間で共有していくことも必要だと思った等の意見が挙がった。
＜問題点・2022 年度の目標＞
・問題点：テレビ会議での開催であったため、各エリアの理解の進みやグループワークの進捗具合が把握しにくい。
・目標：ケアマネとしての必要な知識、情報を共有し、コンプライアンスに基づいた業務を実現する。

③受験対策委員会
■受験対策について
＜成果＞
勉強方法を委員会で検討し、模擬試験や過去問題の配布、携帯アプリの紹介、共有フォルダ内に分からないことを質問できるシートを作成する等、各エリアの受験者をサポートした。
＜問題点・2022 年度の目標＞
・問題点:過去問の提供や携帯電話のアプリ機能を使用した問題提供をしてきたが、進捗状況の確認や、問題を解いた後のフォローが十分とはいえなかった。また質問シートに関しては個別対応であったため、他の受験者への共有はできていなかった。
・目標：今年度の受験者へのアンケートから、主に苦手とする分野を把握、分析したため、克服するための対策等、具体的支援やその後のフォローまでのサポートを強化する。

■体験コース
＜成果＞
・3 名の職員が実施した。アンケート結果と教育報告書より、ケアマネの業務内容や役割を知ることで、ケアマネという職種の魅力を感じたという意見があった。
・今までは参加者のニーズに合わせ、居宅／施設のどちらかを選んでもらっていたが、今年度も施設に限定し、時間は半日～１日間で設定した。
＜問題点・2022 年度の目標＞
・問題点：当初予定していた人数から、調整がつかず少人数となった。募集をかけたが、応募者のいないエリアもあった。
・目標：他の部会とも連携し、体験者を増やしていく。ケアマネの仕事に興味を持ってもらうことで、介護支援専門員の受験者数の増加につなげていく。

3. 研修報告、外部監査報告など情報共有について
＜成果＞
・研修内容の伝達、実地指導の指摘事項等の共有により、ケアマネ全体で共通認識を持つことができた。
＜問題点・2022 年度の目標＞
・問題点：コロナ禍で思うような研修参加に繋がらなかった。
・目標:オンライン方式の勉強会や研修を活用することへの視野を広げ、ケアマネとしての必要な知識、情報を共有し、共通認識、意識の統一を図る。

９．小規模多機能型居宅介護部会　活動報告

（1） 開催状況

事故件数、重大事故や共有が必要な事故、また稼働状況や取り組みについては、所定の書式へ入力して各自担当者が確認することにより情報を共有する方法にて実施。

（2） 今後の課題

・部会の開催調整が不十分であったことにより、集まる機会をつくることができなかった。今後は開催日を「第〇週の〇曜日」と固定して、関係者が参加し易く、事前調整できるよう調整を図る。
・コロナウイルスの影響により、通常のサービス提供とは異なる対応を行った事業所がある為、その際に対応した内容を部会内で共有し、振り返りを行い今後の対応に活かしていく。
・法人外の小規模多機能事業所の取り組みをなどの情報収集を行い、参考になる活動は部会もしくは各事業所において展開する。また各事業所を客観的な視点でとらえるためにも必要であると考える。
・制度に基づいた施設運営が実施できているか、自己チェックするとともに、他者チェックも行い、思い込みや勘違いによる制度の解釈による運営が行われていないか確認する必要がある。
・「訪問」「通い」「泊り」の各サービスの質を高め、利用者様満足度の向上と新規利用者様の獲得に取り組む必要がある。

１０．保育部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 （人数）	議　題　／　内　容
6月 3日（木） 会場　：ZOOM会議 参加者：園長 主幹教諭 主任保育士	8名	①　体操服の金額改定について ②　4園についての園庭温度測定について ③　保育業務支援システムの活用について ④　園長会より報告事項 ⑤　主任会からの報告
8月 23日（月） 会場　：ZOOM会議 参加者：園長 主幹教諭 主任保育士	8名	①　体操服の金額改定について ②　園庭の温度について ③　キッズビューの活用について ④　マニュアルの見直しについて ⑤　上半期保護者満足度調査について ⑥　主任会より報告事項
11月 10日（水） 会場　：ZOOM会議 参加者：園長 統括管理者 主幹教諭 主任保育士	9名	①　保育支援システムの活用について ②　ISO本審査報告について 本審査対象園）塩尻こども園、ドーム前こども園 ③　第２回交換研修報告 ④　新型コロナウィルスの感染症対策に必要な経費にかかる補助について
12月 7日（火） 会場　：ZOOM会議 参加者：園長 統括管理者 主幹教諭 主任保育士	9名	①　2022年度事業活動計画について ②　2022年度交換研修について

（2）活動の成果と今後に向けた課題点

《成果》

1. キッズビューについて、他社と比較を行った結果、総合的な観点やバージョンアップしていることも鑑みて、利用を継続することとなった。また、令和４年度よりキッズビューの非接触型ＱＲコード登

園システムを導入することとした。

2. 事故報告・ヒヤリハットについて４園で共有し、法人外の事例についても検証を行い、各園での安全管理・再発防止に活かすことが出来た。
3. 法人内で交換研修を年２回行うことにより、４園の交流を深め、保育の質の向上に努めることができた。今後はQC の取り組みを共有し、意見交換する場を設けたい。
4. ホームページを入園希望者に加えて求人者にも目に留まるよう活用すると、ホームページを見て興味を持たれた方からの求人問い合わせに繋がった。

《次年度に向けた課題点》

1. 各園、ＱＣの取り組みを４園で情報共有し、意見交換する場を設ける。
2. 法人統一の作業マニュアル整備を進め、園の安全管理や職員教育に活用できる体制をつくる。
3. キッズビューの有効な活用をするために、現場の保育士（一般職）を中心に年２回（6．10 月）情報交換をする。
4. 処遇改善にあたり、キャリアアップ研修の実施に伴い、研修担当リーダーは自らの役割を意識し、他の職員への研修を行う。

１１．事務部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5 月 24 日（月） zoom 会議	9 名	① 内部監査チェックリストについて ② 労務監査での指摘事項について ③ 社会保険提出書類の押印について
11 月 18 日（木） zoom 会議	7 名	① 福祉医療機構の退職金届俸給の調整額について ② 内部監査・労務監査後の検討事項について ③ 社会保険提出書類の電子化について ④ 障害者雇用の監査に向けての事前準備に関して
12 月 17 日（金） zoom 会議	9 名	① 来年度事業計画について ② ケアカルテ請求書・領収証のフォーマット変更について
1 月 24 日（月） zoom 会議	8 名	① 来年度事業計画について ② 決算に向けての売上の管理方法の確認について ③ 人事奉行の各エリアの入力方法の確認及び入力精度について ④ 障害者雇用の集計方法の改善について

（2）活動の成果と今後の課題

【活動の成果】

・ 各エリアで行われた実地指導や会計・労務監査等の結果について情報共有ができた。
今年度からのタイムカードの導入に伴い内部監査時にも新たなチェック項目として追加し、正しい運用がされているかの確認を行うことができた。
運用が始まったタイムカードに関して施設ごとに認識の違いが多々あった。
打刻忘れにおいては、施設長又は所属長が記入することになっているが一律事務員が記入押印していた施設や、終業時刻とタイムカードの時刻に乖離がある職員もいた為、残業の多い職員やタイムカードの打刻忘れが多い職員に関しては月の途中でタイムカードの内容や超過勤務の集計を確認するなどの工夫も今後必要になると思われる。
また、打刻忘れの理由を第三者が記載しているということが監査の為の書類整備となり、労務管理が形骸化して労務トラブルの元となる為、正しい運用方法に沿って行えるよう今後も注意が必要である。

【今後の課題】

・ 社会保険関係において各エリア、不要な押印を無くす運用は進んでいるが、エリアによって確認方法の

ばらつきがある為、今後統一の運用を行っていくか将来的な社会保険の電子申請義務化までを見据えた取り組みを提案していく必要がある。

- 障害者雇用の監査時に事前に提出した数字と監査時の証拠資料の相違点が多数あった。
  施設担当者の認識の改善だけでなく、監査の際に必要な根拠書類を報告書作成時に全て準備することとすれば、監査の為の書類集めなどの二度手間にもならず、担当者の異動や入退職による影響を受けることもないかと思われる。また根拠資料となるソフトへの入力精度を上げることも今後の課題となる。
- 来年度においても事務に関する多数の改正に伴い、新たな事務の管理や対応が求められる。
  新たな処遇改善加算の実績報告、育児休業制度の改正など情報の収集と共有を早い段階で行い、法令や規定を法人から事務センター、事務センターから事務へ、効率的に管理方法や事務作業の流れを策定し指示を行う必要がある。

１２．居宅介護支援事業所部会　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5 月 25 日（火） テレビ会議	15 名	①介護保険制度改正の情報確認・共有 ・ICT に関する取扱件数の逓減性について・BCP の作成について ②ケアカルテについて：困っていること等の情報共有
8 月 16 日（月） ZOOM	16 名	①事例検討 ②医療連携についての情報共有 ③ケアカルテについて ④ICT の導入について ⑤社会貢献事業推進室の活用について
11 月 17 日（水） ZOOM	16 名	①事例検討 ②居宅介護支援サービスフローの見直しについて ③実地指導結果報告（ジョイフル各務原） ④2022 年度 居宅部会活動計画（案）について
2 月 16 日（水） ZOOM	14 名	①事例検討 ②利用者・地域のニーズ、他サービス事業所の情報共有 ③代表メールについて

（2）活動の成果と問題点

1.介護保険制度改正に伴う情報共有について
令和 3 年度の介護保険改訂により変更になった箇所の確認や他のエリアでの対応方法などを共有する事が出来た。

2.ケアカルテの活用について
令和 3 年度より、ポイントケアからケアカルテに変更となったことに伴い、活用方法の共有、不安解消を行うことが出来た。

3.法人内での事例検討について
法人内での事例検討を実施し、エリア毎や事業所毎に事例検討会議を工夫し、事例検討の仕方やシートなど情報共有する事ができ、エリア毎や事業所での事例検討がやりやすくなった。

4.他事業所の動向の確認について
他事業所の開設・閉鎖などの情報を共有する事で、地域での動向をみる事が出来た。
地域の情報を収集する役割がある事を再確認し、利用者様の為だけでなく、法人の為の情報収集の観点を持つ必要がある。

5.ジョイフル各務原の実地指導結果について
実地指導の結果を情報共有し、各事業所にて問題が無いかの確認をすることが出来た。

6.代表メールの活用について
ケアマネ全員にメールアドレスを付与して欲しいとの希望が一部のエリアから上がっていることを踏まえて、代表メールで事足りるのか、個人のアドレスが必要なのか各エリアの状況を確認したが、取り組むのが遅く、令和３年度に経営会議への上申が出来なかった。

7.エリア代表の選任について
次年度のエリア代表を検討する際に、エリアの施設長会議への上申を行わずに決めてしまっているケースがあったので、次年度以降の反省点として注意していく。

● ２０２１年度　部門活動報告 ●

１．養護老人ホーム部門　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
5 月 28 日（金） 養護老人ホーム ジョイフル羽島	4 名	①　稼働・営業状況報告 ②　加算算定状況 ③　取り組み意見交換
8 月 24 日（金） 養護老人ホーム サンライフむつみ	4 名	①　稼働・営業状況報告 ②　加算算定状況 ③　取り組み意見交換 ④　国の運営基準に関しての対応確認 ⑤　内部監査結果より
11 月 22 日（月） 養護老人ホーム ジョイフル羽島	4 名	①　稼働・営業状況報告 ②　加算算定状況 ③　取り組み意見交換 ④　2022 年度活動計画について
3 月　8 日（火） 養護老人ホーム サンライフむつみ	4 名	①　稼働・営業状況報告 ②　加算算定状況 ③　取り組み意見交換 ④　2021 年度活動報告について

（2）活動の成果と問題点

＜成果＞

・稼働率向上のため、営業、役所への働きかけ等について、情報・意見交換を行った。
・国からの通知「養護老人ホームに従事する職員の給与改善の実現に向けた措置費の引き上げについて」要請し、羽島市は引き上げる方向に決まった。江南市も実施に向けて市が検討している。

＜問題点＞

・加齢による心身機能低下は防ぎきれないものではあるが、そのための退所ケースを少しでも減らす方法を検討する必要がある。今後リハビリができる介護保険サービス利用等の検討をしていき、自立支援に今まで以上に目を向ける必要がある。
・措置利用者様には関われる身より等がいないケースが少なくない。養護老人ホームでの対応が困難となった場合に適切な入所先等に円滑につなげるため、成年後見制度や身元引受団体その他の利用についての理解を深め、具体的な動きを考えておく必要がある。
・各市町村が措置控えや予算上の理由により、入所者の確保が困難になっている。入所者の確保について定期的に市町村との話し合いを継続していく必要がある。また、事業所として収集した入所確保のための情報を市町村とも共有していく必要がある。
・市町村と協議しながら、収支状況の改善に向けていく必要がある。
状況によっては入所定員の変更等を視野に入れ協議する。

２．ヘルパー部門　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	議　題　／　内　容
8月23日（月） 第2グレイフル春日井	5名	①　訪問介護マニュアルの統一 ②　事業所の体制整備 ③　職員のスキルアップ ④　情報交換の実施
12月6日（月） 第2グレイフル春日井	4名	①　訪問介護マニュアルの統一 ②　事業所の体制整備 ③　職員のスキルアップ ④　情報交換の実施

（2）活動の成果と問題点

<成果>

- 訪問介護マニュアルを改訂することができた。改訂内容はケアカルテ導入による帳票名の修正と派遣時の指示から報告に関する業務の追記。また、利用判定時のインプット情報や初回と継続のアウトプットを明確にし、留意事項の内容を見直した。
- 人材確保が難しい中、訪問介護未経験の有資格者に対し、訪問に同行してもらい訪問介護を紹介することが有効であることがわかった。
- 職員のスキルアップの手段について情報の共有を図り、同行、個別研修が有効であることがわかった。
- 特定事業所加算の要件について情報の共有ができた。

<問題点>

- 人材の確保。退職者の補填や土曜終日勤務可能な職員が確保できていない。
- BCP策定において利用者様の情報の収集に取り掛かっているが具体化されていない。

３．住宅系部門　活動報告

（1）開催状況

開催日 開催場所	出席者 (人数)	内　容
9月27日（月） テレビ会議	8名	●相談員部会の勉強会に参加 （テーマ） ・フェイス・アセス作成のポイント ・適切なアセスメントについて
12月20日（月） テレビ会議	9名	●相談員部会の勉強会に参加 （テーマ） ・苦情等の困難事例の検討（適切な苦情対応について） ●契約時における使用書類の確認（名古屋エリア）
1月18日（月） テレビ会議	8名	●相談員部会の勉強会に参加 （テーマ） ・成年後見制度、生活保護、身元保証団体等、社会資源の活用について

（2）活動の成果と課題

1　勉強会の開催について

・相談員部会の勉強会に参加し、アセスメントの取り方とフェイス・アセス作成のポイント、適切な苦情対応、社会資源の活用を学び、事業所運営を行う中での必要な知識を得ることができた。

・現時点では、住宅担当者間の交流する機会や、他エリアとの情報交換の場を持つ機会が少ないため、今後

担当者の視野を広げるためにも、交換研修の機会も検討する。

2　入居者確保に向けての活動

・各施設において、営業及びPR活動、また建屋内の相談員との連携により、入居者の確保を目指した。

〇昨年度と比較し稼働率の向上が見られた施設

第２グレイスフル岡谷　住宅型有料老人ホーム　（2020年度）94.2%　（2021年度）98.2%

・現状、各施設においての取り組みであるため、成果が見られた施設の取り組みを情報展開し、他の施設でも実践できる仕組みを検討する。

3　新型コロナウィルス感染症への対応

・各施設において、担当者から新型コロナウィルス感染症に対する、啓発を行っている。（注意喚起の掲示物・消毒液等の設置、来館者への注意喚起、入居者への直接的な声掛け等）

・新型コロナウィルスワクチン接種状況の把握と、接種場所等の説明により、ワクチン接種の促進に努めた。

4　契約書類関係の統一・整備

・名古屋エリアの住宅施設において使用している契約書類を確認した。

・契約書に関して、住宅型有料老人ホームは法人統一の様式を使用し、高齢者向け優良賃貸住宅、サービス付き高齢者住宅に関しては、行政より示されている様式を使用している。

・管理規定の運用方法については各施設で異なる状況が見られていた。

・先行して名古屋エリア内の契約書類をできる限り統一・整理を進めていき、今後全体への水平展開を図っていく。

第3部

2021年度　監査報告

【行政指導監査】
・指導監査　　指示事項/改善報告

【外部監査】
・労務監査　　指示事項/改善報告

【内部監査】
・ケアサービス監査、業務監査　指示事項/改善報告
・施設契約事務監査　　指示事項/改善報告

【監事監査】
・監事監査　　監査報告

社会福祉法人サン・ビジョン

２０２１（令和３）年度　指導監査 指示事項／改善報告

監査機関	木曽広域連合	施設名	デイサービスセンター グレイスフル日義
実施日	2021 年 4 月 19 日		
指示事項		改善事項	
【口頭指導】 ・管理者の雇用契約書に「管理者」との記載が無く、記載された役職が基準上の管理者に該当するという記載もない。そのままでは運営基準を満たしていると受け取れないため、雇用契約書に管理者という役職を明記すること。また、「見習い」という記載は「１人で十分職務をこなせる能力がない」と受け取られかねないため、あえて記載するのであれば「新任」等の表現を用い、職務遂行能力には不足がないことを示すこと。		・管理者辞令を交付し忘れていたため、辞令を発行した。 辞令には見習いの記載をしていない。	
・勤務表に記載された機能訓練指導員の勤務時間が勤務実態に即していない。機能訓練指導員が実際に勤務する時間がわかる記載とすること。		・機能訓練指導員が兼務であり、本人の勤務時間の全てを記載していたが、５月より当デイサービスでの勤務時間を記載した勤務表とした。	
・個別機能訓練加算（Ⅱ）において、利用者の生活機能向上に資する個別機能訓練計画が必要であるところ、単に身体機能の維持だけを目的とする計画が作成されている。また３ヶ月に１度の評価は利用者の居宅を訪問して行うのが原則であるが、評価の記録から居宅を訪問して適切に実施したことを読み取ることができない。この２点については、令和３年度介護報酬改定後も引き続き個別機能訓練加算の算定要件とされるため、適切な計画及び記録の作成に努めること。		・個別機能訓練計画書のプログラム内容が「身体機能維持」であったものを、2021 年度４月より新書式を用い、個別機能訓練の目標設定を「肩関節可動域の維持、拡大」「持久能力をつける」等、身体機能維持だけでない計画とすることとした。 ・新書式での「生活機能チェックシート」に訪問して評価をしたことがわかるよう、評価日の他に訪問日も明記した。	

監査機関	木曽広域連合	施設名	グループホーム グレイスフル日義
実施日	2021 年 4 月 19 日		
指示事項		改善事項	
【口頭指導】 ・事業所ごとに設定する「夜間及び深夜の時間帯」は配置すべき従業者の員数に関わるため、何かしらの文書に明示しておくこと（利用者に伝える必要はない）。また勤務表は複数の職務を兼務する職員がどの職務に従事しているの		・夜間帯の時間を22時～翌７時と定めていたが、運営規程や勤務表などへ明記していなかった。 ５月度の勤務表より上記の時間を明記する。 ・管理者、計画作成者の明記は現在もしているが、どのユニットの担当なのか分かりにくい状	

かがわかるように記載し、共同生活住居ごとに人員配置基準を満たしていることが明らかとなるように作成すること。	況にあったため、5月度の勤務表よりユニット名も含めて明記する。
・計画作成者の認知症介護実践者研修修了証を紛失しているため、適切に保管すること。	・施設控えとしている修了証の控えが施設に無かったため、再度、研修参加者に修了証を持参してもらい複写を確保した。
・要介護度の変更があった際に、認知症対応型共同生活介護計画の長期目標が見直されていない。要介護度の変更時に必ず目標を変更しなければならないわけではないが、その変更の理由を踏まえ、期間内に達成できると見込める目標を立てるように努めること。	・基本的にどの利用者様においても長期目標の見直し、修正は行っており、本実地指導において提出した利用者様の長期目標は特に問題が無いことを確認した。 ・また、本口頭指導を受けて介護支援専門員から計画作成担当者へ、ニーズ・目標・援助内容等の作成方法について再教育を行った。
・サービスの提供記録については提供日単位ではなく利用者単位で記録を閲覧できるようにし、計画作成担当者が必要に応じて利用者の状況を速やかに把握できるよう管理すること。	・2021 年 4 月 1 日を境に介護記録ソフトが入れ替わっているが、前ソフトも現在のソフトも利用者単位での記録の出力は可能なソフトである。当該口頭指導の問題は特にない。

監査機関	長野県地域福祉課	施設名	住宅型有料老人ホーム グレイスフル塩尻
実施日	2021 年 7 月 27 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	各務原市介護保険課	施設名	介護支援センター ジョイフル各務原
実施日	2021 年 8 月 5 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	名古屋市介護保険課指導係	施設名	介護老人福祉施設 グレイスフル熱田
実施日	（書面監査） 2021 年 8 月 5 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	名古屋市介護保険課指導係	施設名	介護老人福祉施設 ジョイフル名駅
実施日	（書面監査） 2021 年 8 月 10 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	名古屋市子ども青少年局保育部 保育運営課・健康福祉局監査課	施設名	認可保育園 ジョイフル守山保育園
実施日	（書面監査） 2021 年 8 月 28 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	名古屋市子ども青少年局保育部 保育運営課・健康福祉局監査課	施設名	幼保連携型認定こども園 ジョイフルドーム前こども園
実施日	（書面監査） 2021 年 8 月 30 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム グレイスフル浅山
実施日	（書面監査） 2021 年 9 月 13 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム 第２グレイスフル春日井
実施日	（書面監査） 2021 年 9 月 13 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	長野県諏訪保健福祉事務所 福祉課社会係	施設名	認可外保育所（託児所） きっずるーむ TAN・TAN
実施日	2021 年 10 月 18 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	各務原市介護保険課	施設名	グループホーム ジョイフル各務原
実施日	2021 年 12 月 6 日		
指示事項		改善事項	
・運営規程、重要事項説明書を実情に沿った内容に修正すること。 （各務原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 25 年 3 月 29 日　条例第 9 号）第 122 条）		□運営規程の修正 ・運営推進会議開催頻度 ・別表１の従業者数の職種及び員数 □重要事項説明書の修正 ・運営推進会議開催頻度 ・職員の員数	

	・苦情受付窓口の市役所受付時間 ・外部評価の実施日

監査機関	各務原市　介護保険課	施設名	認可外保育所（託児所） ジョイフル各務原
実施日	2021 年 12 月 9 日		
指示事項		改善事項	
【口頭指摘事項】 ・託児所掲示物について 提携する医療機関の名称、所在地及び提携内容。施設の設置者が、過去に業務停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別を記載すること。 ・契約書について 提携する医療機関の名称、所在地及び提携内容を記載すること。		・託児所掲示物に、提携する医療機関の名称、所在地及び提携内容を記載。 ・施設の設置者が、過去に業務停止命令又は施設閉鎖命令は受けていないことを記載。 ・契約書に、提携する医療機関の名称、所在地及び提携内容を記載。	

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム ジョイフル布袋
実施日	（書面監査） 2021 年 12 月 10 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム グレイスフル春日井
実施日	（書面監査） 2021 年 12 月 13 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	ケアハウス グレイスフル春日井
実施日	（書面監査） 2021 年 12 月 13 日提出		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム ジョイフル江南
実施日	2021 年 12 月 22 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	ケアハウス ジョイフル江南
実施日	2021 年 12 月 22 日		
指示事項		改善事項	
・運営規定に所定の項目を定めること。（虐待の防止のための措置に関する事項）		・速やかに運営規定に定めた。	

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム 第２ジョイフル江南
実施日	2021 年 12 月 22 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	特別養護老人ホーム 第２サンライフ江南
実施日	2021 年 12 月 22 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	愛知県福祉局福祉部 福祉総務課監査指導室	施設名	養護老人ホーム サンライフむつみ
実施日	2021 年 12 月 22 日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

監査機関	岐阜県東濃県事務所福祉課	施設名	幼保連携型認定こども園 ジョイフル多治見こども園
実施日	2021 年 12 月 23 日		
指示事項		改善事項	
・学校医及び学校歯科医が、今年度定期健康診断の業務に 2 回従事したとのことだが、2 回目の定期健康診断の記録が執務記録簿に記入されていなかった。 業務に従事した場合には、その状況の概要を執務記録簿に記入し、園長に提出させること。 （就学前の子供に関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 8 年法律第 77 号）第 27 条） （学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）第 23 条） （就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律施行規則（平成 26 年内閣府・文部科学省・厚生労働省令第		・健診及び検査等の訪問時、確実に学校医に書類を手渡し、記入・捺印した書類を受け取る。 ・受け取った書類はダブルチェックの上、執務記録簿に綴じて保管する。	

2号）第27条） （学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省第18号）第22条、第23条）	

監査機関	塩尻市役所こども部こども課	施設名	幼保連携型認定こども園 サン・サンこども園 グレイスフル塩尻
実施日	2022年1月19日		
指示事項		改善事項	
・特になし			

社会福祉法人サン・ビジョン

２０２１（令和３）年度 労務監査 指示事項／改善報告

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	第２サンライフ江南 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 7 月 28 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	ジョイフル守山保育園 認可保育園
実施日	2021 年 8 月 31 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・36 協定において記載すべき１年の起算日が記載されていなかった。起算日とは、期間計算の第１日目にあたる日のことである。36 協定では時間外労働時間の上限を年360時間以内と定めているが、いつから計算した１年の中でその時間以内におさめる必要があるのかを表す日付が起算日になる。起算日がないといつの間にか、１年間の上限時間が360時間を超えてしまっている可能性がある。必ず記載するようにしなければならない。		【発生原因】 ・確認する際に、起算日の記入漏れに気付く事が出来なかった。 【再発防止策】 ・事務員作成した後、園長が確認する際に、確認した欄（文面）に✓をつける。確認の見落とし（✓なしの欄）がないかを事務員が再度確認を行うことで、記載漏れ防止を行う。	
・従業員代表の選任について、労働基準法の施行規則（第６条の２）では、「目的（就業規則の作成・変更の際に意見を聴取する者、法に規定する協定等をする者、等どのような者を選出するのか）を明らかにして実施される投票、挙手、回覧等の方法により選出された者であること。」とあるが、園内の書式では 36 協定についてのみ記載があった。この場合、「就業規則の作成・変更の意見聴取をする者」として選ばれていないこととなる。		【発生原因】 ・就業規則の変更に際し提出する意見書の職員代表として、職員代表選任届にその目的の記載が必要という認識がなかった。 【再発防止策】 ・法人共通で定める職員代表選任届を用い、選任の目的と提出内容に合致しているのかを確認する。 ９月１日法人共通の職員代表選任届に変更した。 また、職員代表選任毎に、法人フォルダ内の用紙を使用する。	

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	グレイスフル日義 グループホーム他
実施日	2021 年 9 月 29 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・タイムカードの打刻時刻の乖離について、その日の予定終業時刻と業務を終えた後にタイムカードを打刻した時刻について､30 分以上の乖離があるケースが見受けられた。残業申請が出ていないので、残業として業務を行っていないと推測されるが、それを明確にするために、今後はタイムカードの備考欄等に 30 分以上乖離した理由を明記することで、行政から指摘を受け辛くなる。		【発生原因】 ・タイムカードの注意点については、導入時に通知してあるが、一部職員に、業務を終えたら速やかにタイムカードを打刻し退勤すること、また、超過ではなく打刻が遅れた時に理由を記載するという意識がなかった。 ・管理者によるタイムカード確認がされていなかった。 【再発防止策】 ・業務を終えたら速やかに退勤すること、超過勤務以外の理由で業務終了から 15 分以上打刻が遅れた場合はタイムカードに理由を記載することを改めて職員に周知する。 ・管理者の出勤時にタイムカードの打刻時間を確認し、終業時間より 15 分以上遅くに打刻されていた場合は、本人に内容の確認を行い、備考欄に記載するよう指導を行う。	

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	第２グレイスフル春日井 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 9 月 30 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・宿直勤務の取り扱いについて、本来週に一回までとする旨を監督署へ届け出ているが、同じ職員が週に２回行っている週があった。急な休みによる止む得ない対応との事であるが、そのような場面を想定した対策を検討する必要がある。		【発生原因】 ・監督署への届け出の内容を理解しておらず、安易に交代してしまった。また、宿直を交代できる職員が限られていた。 【再発防止策】 ・宿直を行う職員に対し監督署への届け出の内容を再周知し、急な交代が必要な場合は、宿直実施日から６日以上間が空いている職員と交代することを徹底した。また、宿直要員を増やすように募集する。	

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	サンサン・スクール東山公園 学童保育所
実施日	2021 年 10 月 27 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	ジョイフル新那加 ケアハウス（特定施設）他
実施日	2021 年 11 月 26 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・４日以下かつ週所定労働時間が 30 時間未満のパートの有給休暇付与日数については、比例付与（所定労働日数に比例した付与）となる。今回、勤続年数から判断し、今年４月１日において本来９日間の有給休暇を与えるべきところ、８日間の付与となっていた。法で定められた日数より少ない有給休暇の付与は法違反となるので、厳重に確認しなければならない。		【発生原因】 ・30 時間未満で週休４日の職員に付与する有給数をカウントする際、「就業規則別表３、３－１」を参照せず、２年目を５日間付与と認識しカウントした結果、５年目を８日間の付与数と誤ってカウントしてしまった。 【再発防止策】 ・付与する有給数をカウントする際は、①週の所定労働時間と労働日数の把握。②「就業規則別表３、３－１」を参照して、把握した時間と日数より年数をカウントし、有給数を付与する。③付与する有給数を記載した有給簿を管理者へ提出し、付与数を確認する。 （開始日：12 月６日）	

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	ジョイフル千種 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 30 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・36 協定書の周知については、労働基準法第 106 条において「使用者は、36 協定書を、常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること、書面を交付することその他の厚生労働省令で定める方法によって、労働者に周知させなければならない」と定められており事業主の義務となっているが周知されていない。（労働基準法 106 条）		【発生原因】 ・36 協定書について、届出、文章の保管は適切に行っているが、労働基準法第 106 条の記載における、労働者への周知について認識がなかった。 【再発防止策】 ・36 協定書の周知について、新たに届出を行った際は、リーダー会議において報告するとともに、事務所内に掲示することで全体への周知を図る。（12 月より実施した）	

監査種類	労務監査	施設名 事業所名	グレイスフル木曽 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 12 月 6 日		
監査員	社会保険労務士　平野匡彦		

不適合事項・提案事項	改善内容
【不適合事項】 ・12 月の勤務表において 1 名の所定労働時間が 224 時間となっていた。またリハビリ職員の勤務表上の勤務時間と実態の勤務時間が異なっているため修正が必要。 複数施設を兼務する職員については兼務している他の事業所の予定も自施設の勤務表に記載することを提案する。	【発生原因】 ・関数の間違えと管理者の確認不足により発生した。 ・入力ミス及び確認不足により生じた。 【再発防止策】 ・関数の入っている個所は原本を全て確認し修正済み（12 月 9 日実施）。以降は保護機能を活用し関数を他者が変更できないようにした。 ・表記を修正し、当該セルに関しても保護機能を使用し管理者及び事務員以外は変更できないようにした。
・有給休暇の残日数管理について、付与日数が 20 日と使用日数が 20 日であり残日数は 0 日となるところが、1 日となっている職員が発見された。	【発生原因】 ・勤務変更等があり削除されたものの計算がされていなかった。また目視で暗算をしているため計算ミスが発生してしまったことも考えられる。 【再発防止策】 ・事務部で管理している有給休暇管理表に実績数値を入れる前に、休暇届に使用日数（累積）を欄外に記入しながら確認する。

社会福祉法人サン・ビジョン

２０２１（令和３）年度 ケアサービス監査、業務監査 指示事項／改善報告

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル多治見 特別養護老人ホーム
実施日	2021 年 7 月 6 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 17 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
2021 年 3 月 10 日・3 月 14 日・6 月 13 日・6 月 20 日の 4 件の誤嚥事故を受けて実施。 【不適合事項】 ＜介護部門＞ ・職員の能力の差でケアに差が出ないよう、誰もが同じ対応ができる仕組みを構築すること（車いすの角度を 80 度にしていたが、目安となる目印がなく、職員ごとに差が出ていた可能性がある)。		【発生原因】 ・ポジショニング写真は撮っていたが、角度を示す目印などは記載していなかった。 【再発防止策】 ・食事姿勢が不安定な利用者様は、リハビリ職員に相談して安全な姿勢へのアドバイスを頂く。また、適正な姿勢はカメラで映像に納めると同時に、各箇所の角度は、車椅子にビニールテープで目印をつけることにより、統一したケアを行う。	
・再発防止策として、『身体機能の低下がみられた際には医師に相談する』とあるが、身体機能の低下とはどこで誰が何をもって判断するのか、基準が不明確であり、具体的でない。 また、『危険と判断できれば素早い対応を行う』と書かれているが具体性に欠ける。		【発生原因】 ・各職種の経験による判断に委ねており、誰が何をもって判断するかの取り決めが必要だという意識が低かった。 【再発防止策】 ・どこで：現場で 誰が：介護・看護職員・ケアマネ・栄養士が 何をもって：「誤嚥予防マニュアル」18 頁にある「誤嚥を疑う観察ポイント」ムセ・湿性嗄声（かすれ声）・呼吸変化・痰の増加・熱発・食思低下・活気低下・口腔内汚染・姿勢の崩れを判断基準としていく。 また危険と判断した場合は、マニュアルの「対応編」の食形態変更（1 段階さげて、3 日間（9 食）食事評価）をする等、今後再発防止策は具体的な表現で表していく。	
・再発防止策として、リスク者をピックアップすることになっているが、リスク者の基準が具体的でなく、曖昧な表現が使用されている。		【発生原因】 ・曖昧だった要因として、介護・看護の専門職として安全な食事に対する知識が不足していた。	

	また関係職種間で誤嚥予防マニュアルに記載されている「誤嚥を疑う観察ポイント」などの判断基準の理解が浅かった。 【再発防止策】 ・リスク者をピックアップする「食事リスク利用者一覧表」の項目は ①利用者名と要介護度／年齢 ②既往歴 ③食事形態と水分形態 ④食事動作と道具 ⑤食事姿勢と良い悪い ⑥現在の状態（咽込み、咳き込み、痰がらみ、声がれ、喘鳴、ゴロ音等） としていたが「誤嚥予防マニュアル」の 18 頁にある「誤嚥を疑う観察ポイント」ムセ・湿性嗄声（かすれ声）・呼吸変化・痰の増加・熱発・食思低下・活気低下・口腔内汚染・姿勢の崩れを基準に加えていく。
・再発防止策として「多職種協働」が挙げられているが、実際には介護職のみで完結しており、機能していない。	【発生原因】 ・「多職種協働」と謳っていたが、意識づけのレベルであり、実際にどの職種がどのように動くのかまで決めることが出来ていなかった。 【再発防止策】 ・多職種が具体的に動けるよう、介護・看護・ケアマネ・栄養士・相談員・施設長が共有できるようリスク者一覧表を作成した。これを基に観察や事故予防対策を行う、カンファレンスを行うなど PDCA を回していく。 ・伝言板を通じて「重大事故速報」を全部署へ発信する。 事故の状況および多職種で協議した原因と対策を迅速に水平展開することで、全職員の危機意識を高め、同様の事故の発生を防ぐ。
・得られている情報と結果との関連付けが不正確である（誤嚥性肺炎の診断と初めて補食を口にされた事は分けて考える必要がある）ため、原因の追究が甘く不明瞭になり、自ずと対策もぼやけてしまっている。	【発生原因】 ・重大事故に対して、発生原因が、“なぜ？なぜ？”の視点等、深く追求することが出来ていなかった。 【再発防止策】 ・重大事故のみならず、介護事故が発生した場合は“なぜ？なぜ？”の繰り返しによる真の原因追及や、各専門職の立場から分析していく。

・再発防止検討書の効果測定が、効果ありとして１ヶ月で終了となっているが、効果の確認ができたとは言い難い。重大事故で利用者様が死亡となっているとしても、同様の事故が起こらないように具体的な対策を立てて、他の方についても追っていく必要がある。	【発生原因】 ・再発防止検討書の効果確認は当該利用者様が亡くなってしまったため、今いらっしゃるどの利用者様にも当てはまる内容を考えた余り、抽象的な表現になってしまった。 【再発防止策】 ・再発防止策では抽象的ではなく、具体的な対策を立て、それについて同じようなリスクのある利用者様に当てはめ効果確認をおこなう。
＜栄養士部門＞ ・３月 10 日の事故が発生して、４日後に２件目の誤嚥事故が発生している。介護職への情報共有をいかにスピーディーに行うかが課題である。	【発生原因】 ・検討した事故の情報共有や周知を誰がどのように行うか明確になっていなかった。 【再発防止策】 ・事故が発生した場合は、検討後速やかに①介護長（不在であれば順次）②看護職員③施設ケアマネ④相談員の順で伝言板に情報発信を行う。（伝言板は出勤時全職員が確認している）
・入居者の既往歴について、入居前の聞き取りや入居オリエンテーションでの専門職の聞き取りを詳細にして、入所前の利用者様の状態把握を行う必要がある。	【発生原因】 ・入居オリエンテーションでは各担当者の聞き取り内容が浅く、詳細な聞き取りが出来ていなかった。また聞き取った病気の理解が出来ていなかった。 【再発防止策】 ・入居判定会議や入居オリエンテーションでは、利用者の状態を多職種全員が共有・把握し、既往歴についても深く聞き取りを行い理解したうえで対応策を立てる。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル多治見 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 7 月　6 日 8 月 13 日 8 月 18 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 17 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜相談員部門＞ ・契約書の署名について、身元引受人と連帯保証人の欄が同じ筆跡の事例が 1 件確認された。		【発生原因】 ・契約時、署名欄へ直筆で記載頂く旨の説明を失念、又確認が不足していた。 【再発防止策】 ・再度契約担当者で契約時のルールを確認。各自	

	筆での署名を頂く事の重要性を理解した上で、今後契約時の説明及び、確認を実施していく。
＜事務部門＞ ・超過勤務申請書の③勤務結果報告の(1)超過勤務を行った時間のところで、実際に超過した時間を記入する横にある「(内、途中休憩時間　分」の文言が削除されている様式があった。	【発生原因】 ・入力済の様式をコピーして作成した。 【再発防止策】 ・使用すべき様式を確認し、入力済をコピーするのではなく、都度新しく作成するよう周知する。
・タイムカード打刻忘れについて、法人ルールでは、次の出勤日までに事務所(事務員)に提出し、施設長又は所属長に報告する、そして打刻忘れの時刻の記入は、施設長又は所属長が記入することになっているが、事務員が時刻を記入しその横に事務員の押印があり、そこで処理が終了しているように見受けられた。	【発生原因】 ・施設長・所属長が不在の際、事務員に提出してもらい、確認・記入・押印後、施設長、所属長に報告していた。 【再発防止策】 ・直接、施設長又は所属長に報告するように周知。不在時は、事務員が報告を受け、施設長又は所属長に報告・記入してもらう。
＜通所部門＞ ・Ｔ様契約書について、地域密着（要介護）の契約書に本来は地域密着の別表が添付されるべきところ、総合事業（要支援）別紙が添付してあった。	【発生原因】 ・相談員一人が契約関係書類を取り扱っており、ダブルチェック機能がなかったため。 【再発防止策】 ・契約関係書類チェック表を作成し、管理者と相談員により契約前と契約後の書類の不備はないかの確認を実施した。
・今年度の虐待勉強会の計画が事業計画、教育計画ともに２回となっていた。（重要事項説明書には年３回実施と記入されている。）	【発生原因】 ・身体拘束の研修を行うことで虐待研修も網羅されると勘違いしていたため。 【再発防止策】 ・2022 年１月に追加の虐待防止勉強会を実施した。事業計画と教育計画の追加修正を行う。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	サンライフむつみ 養護老人ホーム
実施日	2021 年 7 月 29 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 13 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜看護部門＞ ・封から出した吸引カテーテルが吸引器に接続された状態で置かれていた。開封していない状態での吸引カテーテルを準備すること。		【発生原因】 ・点検のために使用し、そのままとなっていた。点検実施後にカテーテルを外し、使用前に清潔な物を取り付けるという認識が出来ていなか	

	った。 【再発防止策】 ・吸引器の点検表にカテーテルがそのまま接続していないかの項目を作り、チェックを行う。 ・保管の仕方を掲示し、誰が見てもわかるように整備する。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル羽島 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 8 月 26 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 18 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル砂田橋 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 8 月 30 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 18 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜IS027001 部門＞ ・鍵管理に関する「鍵管理台帳」「鍵管理簿」「共有鍵持出・返却リスト」の使い分けがルール通りでないため、ルールに従った運用を行うこと。		【発生原因】 ・運用開始時の使い分けが、間違っていた。 【再発防止策】 ・ルールに従い、共有鍵の見直しを行った。「鍵管理台帳」の更新と共に「鍵管理簿」「共有鍵持出・返却リスト」の使い分けを職員へ周知した。	
＜事務部門＞ ・小規模職員の有給簿において事務員及び管理者の承認印が押されていない方が多数いた為、承認印をもらうこと。また、古い様式を使用していた為、来年度より最新の様式を使用すること。		【発生原因】 ・手順が不定で施設長に回る前に本人に戻っていた。 【再発防止策】 ・次月勤務表が完成次第、月末までに次月の有給を有給簿に記載し、記入後有給簿をリーダーに提出する。リーダーが確認後、押印し、事務所の施設長のボックスへ提出する。施設長押印後、事務員へ渡し、事務員が押印し有給簿のファイルに戻す、手順を定めた。	
・7/1 採用者の通勤手当の計算がされておらず、住居・通勤・振込口座（変更）届の受付印・承認印が押されていなかった為、通勤手当の金額を計算の上、決裁印をもらうこと。不足が発生		【発生原因】 ・採用者から提出後、計算だけして安心し、その後の書類の手続きを失念した。 【再発防止策】	

すれば、遡り支給すること。また、8/1 異動者に関しても、異動後、速やかに住居・通勤・振込口座（変更）届の提出を促すこと。	・採用後 10 日以内に事務員から施設長に提出、給与確認時も手当額の照合のため届け出を添付し、間違い・未提出に気づく手順とした。
・経過勘定科目(事業未払金・仮払金)の残高内訳の把握が出来ていない為、毎月月末に当月分の残高根拠を把握すること。	【発生原因】 ・後でやろうとして、会計集合伝票に入力せず出金していた。出金後所定書類のファイリングをタイムリーに行っていなかった。 【再発防止策】 ・所定書類をそろえる、その後集合伝票に入力後に出金、出金直後にファイリングする手順とした。
＜相談員部門＞ ・ショートステイ利用時の担当者会議の議事録が整備されていない。	【発生原因】 ・ケアマネに請求をしたが、受け取っていなかった。内部ケア監査後、担当者会議の議事録を入手した。 【再発防止策】 ・今後、ケアマネからすぐにもらえない時には、相談員の方で担当者会議議事録を作成する。
＜通所部門＞ ・受け入れフローについて、フェイスシートにて利用の可否を判断することになっているが、可否を判断した記録が確認できなかった。	【発生原因】 ・受け入れフローを、最新を意識した手順を踏んでいなかった。 【再発防止策】 ・決裁欄を付けて施設長が可否を記載できるようにした。
＜小規模多機能部門＞ ・契約時に利用者様と取り交わす書類について、利用者様の署名済みのリスク説明書が見当たらなかった。（Ｔ様の個人ファイルを確認した。）	【発生原因】 ・契約後に保管に漏れがないことを確認するために必要なチェックリスト等がなく、不備が発生してしまった。 【再発防止策】 ・チェックリストを作成し、今後の契約時にチェックリストを元に契約書類の確認を契約担当者、リーダーが行っていく。最終施設長に回覧し、漏れ・間違いがないか確認する仕組みとする。
・ケアプランの達成状況についてモニタリング記録表内の「達成・未達成」「変更・終了」が未	【発生原因】 ・フロア職員がモニタリングの記入方法の理解が

記入であった。（T様のモニタリング記録表を確認した。）	できていなかった。 【再発防止策】 ・フロア職員へ、毎モニタリングごとに「達成・未達成」の記入を行うように周知する。 ・モニタリング内容の確認含め、最終ケアマネージャーが「達成・未達成」に不備が無いか等の確認を行う。 ・最終施設長に回覧し漏れ、間違いがないか確認する仕組みとする。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	サンサンリゾート新栄 大型デイサービスセンター
実施日	2021年9月21日		
監査員	水谷 監査室 室長他13名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	第2グレイスフル辰野 介護付有料（特定施設）他
実施日	2021年9月27日		
監査員	水谷 監査室 室長他8名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜事務部門＞ ・9月のタイムカードを確認した。打刻忘れや修正が本人印のみとなっていたため、管理者の承認印を押すこと。		【発生原因】 ・打刻忘れや修正について本人から口頭で報告を受けていたが、確認印を押していなかった。（報告を受けたからよいだろう、と勝手に判断していた。） 【再発防止策】 ・管理者もしくは所属長が確認と修正を行うことを再度伝え実施していく。	
＜通所部門＞ ・レジオネラ菌に関して、浴槽等の消毒は実施しているとのことであるが、浴槽清掃管理記録を使用していなかった。		【発生原因】 ・2019年に水質検査を実施することになった際、担当者と実施のタイミング、記録への記載を周知したが、浴槽清掃に関しては漏らしていた。 【再発防止策】 ・DS 職員にて、朝お湯をためる時に水質検査を行うことは継続し、浴槽清掃の記録については毎月1日に掃除の際に特定施設職員にて行うこととした。	

＜ISO27001 部門＞ ・厨房委託業者への鍵の貸し出しに関して、法人の様式を使用していない。	【発生原因】 ・厨房委託業者にて管理していればよいと理解していた。 【再発防止策】 ・施設の用紙に基づき、「鍵管理簿」の整理と作成を行う。 厨房職員が入職・退職で変更になった際は、店長から施設側に申し出てもらい、「鍵管理簿」への記載を行う。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル春日井 介護老人保健施設他
実施日	2021 年 9 月 29 日		
監査員	水谷 監査室 室長他 20 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜介護部門＞ ・ケアカルテの入浴実施表で確認すると、複数の利用者様において、週２回の入浴実施が確認できなかった。		【発生原因】 ・入力の確認を遅番が行うことになっていたが、入浴担当者が遅番とは限らない為、入力確認を責任をもってできていなかった。又ダブルチェックが明確でなかった。 【再発防止策】 ・入浴担当者は、入浴一覧（紙媒体）に入浴有無のチェックではなく入浴担当者氏名の記載を行う。又入力完了を確認する為レ点チェックを残す。最終確認は、夜勤者がケアカルテチェックシート（入浴実施表）にて入力漏れがないか確認する。	
＜相談員部門＞ ・受診事故発生時の行政への報告について、第１報を発生当日もしくは翌日に提出できていないことを確認した。 受診事故の第１報の提出は発生当日、遅くても翌日には提出できるよう業務の改善が必要。		【発生原因】 ・事故報告書の第１報は原則当日もしくは翌営業日に提出必要がある事は認識していたが、14 日以内に提出すれば遅延理由書の提出の必要は不要と認識していた。 【再発防止策】 ・相談員間で提出状況を共有できる受診事故報告書状況を作成し、当日もしくは翌営業日までに第１報を送付できるよう改善する。	
＜施設ケアマネ部門＞ ・介護老人保健施設マニュアルの介護老人保健のチェック及び受入フローに、入所後１～２ヶ月		【発生原因】 ・マニュアル及び受入フローについて、内容は認	

でケース会議又はケアカンファレンスを実施することになっているが、入所後１～２ヶ月での実施は行えていないことを確認した。 ・介護老人保健施設マニュアルの介護老人保健のチェック及び受入フローに、入所後３ヶ月毎にモニタリング総括表を活用して介護実施評価を実施することになっているが、３ヶ月毎での実施は行えていないことを確認した。	識していたが、フロアの介護業務に携わることも多く、入所後１～２ヶ月の実施に対応できず、３ヶ月後になってしまった。 【再発防止策】 ・ケアプランスケジュール管理表に実施時期を記載した。10 月以降は、入所後２か月以内にカンファレンスを実施する。進捗状況を毎月末、施設マネージャーに報告する。 【発生原因】 ・マニュアル及び受入フローについて、内容は認識していたが、フロアの介護業務に携わることも多く、３ヶ月毎のモニタリングが間に合わず、行えていなかった。 【再発防止策】 ・ケアプランスケジュール管理表に実施時期を記載した。10 月以降は、３ヶ月に一度、モニタリングを実施する。進捗状況を毎月末、施設マネージャーに報告する。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル上松 特別養護老人ホーム
実施日	2021 年 10 月 18 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他６名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル布袋 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 10 月 21 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 22 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜事務部門＞ ・雇用時の健康診断を含めた定期健康診断の目的は、労働者に対して健康状態を把握し、労働時間の短縮や作業転換等の事後措置を行い脳疾患や心臓疾患、生活習慣病など防止する事である。定期健診だけではなく、雇用時健診の産業医意見をお願いしたい。		【発生原因】 ・診断結果については施設内で確認していた。明らかな異常が無い場合、産業医意見は必要ではないと判断してしまっていた。 【再発防止策】 ・中途採用が確定した段階で施設長または事務員から産業医へ連絡を行い、健診の結果が出次第、直ぐに意見をいただけるよう調整を図る。	

＜通所部門＞ ・新しく運転業務を開始する際に法人書式の運転業務チェック表を用いていなかった。	【発生原因】 ・『運転業務チェック表』の存在を把握しておらず、職員同乗による確認・口頭での確認のみで評価し運転業務を開始していた。 【再発防止策】 ・運転業務チェック表について施設内の会議、伝言板にて全職員に周知を図った。今後、新たに運転業務を開始する際は、安全運転管理者が運転業務チェック表を用いてチェックするよう改善する。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル熱田 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 10 月 25 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 16 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜ISO27001 部門＞ ・厨房出入り口(屋外から屋内に入室する扉)の鍵管理について、カードキーの他に鍵を３本貸し出している状況を聞き取りにて確認した。委託業者は委託業者の書式にて鍵の管理をされていたが、施設職員(ISO27001 担当者)は鍵が３本貸し出しされていることを把握できていなかった。鍵の管理については鍵管理簿にて管理し所有者を明確に把握しておくこと。		【発生原因】 ・厨房へ鍵を貸し出している記録が無く、委託者に鍵を貸し出していることの認識が担当者になかった。また、鍵管理簿で鍵の管理を行わなければならないとの認識が担当者になかった。 【再発防止策】 ・３本の原本鍵について確認を行う。委託業者には原本鍵が２本渡され、委託業者が２本複製鍵を作成していた。（後に複製鍵１本が施設に渡された）残り１本の原本鍵の所在は不明。 複製鍵は施設に無断で作成されており、委託業者から是正報告書の提出を受けた。 今後、鍵管理簿・鍵複製許可書を作成して記録を残し、鍵の管理を行う。委託業者にもルールを周知し、順守をお願いする。 不明の原本鍵１本については、法人のルールに従い、紛失届を作成、提出する。	
＜事務部門＞ ・有休簿の施設長による承認印が１ヶ月に１回、給与処理時にまとめて貰うことになっていた為、今後は申請ごとに承認を貰うこと。		【発生原因】 ・職員が体調不良等で欠勤となった場合の有休処理で、有休簿記載が漏れてしまうことがあったため、事後漏れがないかの確認を、給与処理時にまとめて行い、承認する流れになってしまっていた。	

	【再発防止策】 ・職員に事前申請の徹底を周知する。 勤務表作成時の申請については、前月 28 日を提出期限として出勤簿担当者へ提出、施設長が事前に承認する流れに変更する。 また、月の途中で申請する場合も、事前申請がルールであることを職員に周知し、ルール順守の徹底を図る。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル上前津 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 22 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 12 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜事務部門＞ ・採用条件通知書に関して、「法改正により賃金が愛知県最低賃金を下回る場合は、愛知県最低賃金を適用する。」という一文が記載されていたが、承認が得られていないため、承認の後、使用すること。		【発生原因】 ・令和２年９月 17 日に行われた労務監査の際に、社会保険労務士の先生から「法改正により賃金が愛知県最低賃金を下回る場合は、愛知県最低賃金を適用する。」という一文が記載されれば、最低賃金が上昇した際でも雇用契約をその都度締結し直す必要がないと口頭でアドバイスがあった。その為、そのように対応することが正しいと認識し採用条件通知書に上記文言を追記し使用してしまった。 【再発防止策】 ・今後採用条件通知書を作成する際は、規定集 B に保管されている書式を使用し、「法改正により賃金が愛知県最低賃金を下回る場合は、愛知県最低賃金を適用する。」と言う一文が記載されていないことを確認する。	
・小口現金の支出執行伺いに関して、支出時、出納職員の印鑑及び日付の記入がなかったため、記載すること。		【発生原因】 ・出納職員の印については、ワークフローの承認印の箇所に自分の名前の表記があり、特定できるので不要と認識していた。また同様の理由で日付記入は必要ないと認識していた。 【再発防止策】 ・預金の支出執行伺いと同様に、小口現金を出した日付印と出納職員の印鑑を必ず押す。ミロクへのインポート前に日付と出納職員印が抜けていないか再度確認を行う。 小口現金を出す一連の手順として出納職員印と日付を記入する必要があることを管理者か	

	ら指導する。
・経過勘定科目(事業未払金・仮払金・未収金)の残高内訳の把握が出来ていない為、毎月月末に当月分の残高根拠を把握すること。	【発生原因】 ・毎月月末に確認して把握する必要があることの重要性の認識が甘く、まとめて処理をすれば良いものと思い、毎月の処理を怠っていた。 【再発防止策】 ・財務課から経過勘定科目の一覧が 20 日頃に届く為、届いたタイミングで確認を実施する。毎月確認した記録を CSV データで保存し管理者に報告する。
〈相談員部門(特養)〉 ・精神科医師定期的療養指導加算の算定要件を満たしているが点検表が令和 1 年以降作成されておらず、加算を算定している根拠を証明できる書類の整備がされていない。	【発生原因】 ・毎月の加算チェックをダブルチェックする仕組みがなく、チェック漏れに気づく仕組みがなかった。 ・看護職と認知症利用者様の現状を把握する仕組みがなかった。 【再発防止策】 ・毎月請求業務時に、相談員間で加算のチェック表を確認する機会を設け、資料の作成漏れがない仕組みをつくる。 ・毎月初めに、看護職と担当相談員とで、認知症利用者様の現状をデータで確認する仕組みを設ける。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	ジョイフル各務原 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 24 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 23 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜看護部門＞ ・ショートステイ退所時の記録について、バイタルの数値だけしか入力されていなかったため、医療面含めた状態や退所時の様子についても記録に残されたほうが良い。		【発生原因】 ・「利用状況表」という書類を活用し、褥瘡、内出血、創傷、湿疹の有無や部位、薬の変更、睡眠状態、排便確認等の記録を行っていたため、ポイントケアやケアカルテの記録にはバイタル値のみを記録していた。 【再発防止策】 ・ケアカルテに入退所時の様子や対応内容等について記録していくよう、関係職員に周知徹底し実行していく。	

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル下諏訪 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 25 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 16 名		

不適合事項・提案事項	改善内容
【不適合事項】 ＜相談員部門＞ ・看護職員の中に別事業所と兼務している職員がいるが、勤務表では確認できなかった。兼務者においては兼務であること、兼務の時間数（正確には所属事業所の勤務時間数）等が把握できるような表記にする必要がある。	【発生原因】 ・勤務表へ記載しなければことを把握していなかった。 【再発防止策】 ・勤務表へ「兼務」の旨を記載する。また所属事業所の勤務時間を明示した。
・10 月に発生した受診事故報告書について、10 月 17 日発生の事故、10 月 27 日発生の事故の原本が回覧されておらず、作成者の押印のみで止まっていた。	【発生原因】 ・事故報告書を作成し介護長へ提出してからの明確なルールが構築できていなかった。また、介護長にて修正後の回覧のうち管理できていないものがあった。 【再発防止策】 ・事故報告書は当日中に作成し、リーダーへ提出する。その後、決裁欄に沿って他の職種に回覧し、修正が必要であれば、その職種から作成者のボックスへ返却、修正する仕組みとした。各職種のボックスを各フロアに置き、毎日確認する習慣とする。介護長は確認日、返却日、期限等を記入したものをエクセルにて管理し、報告書の作成者と所在を把握する。
＜リハビリ部門＞ ・個別機能訓練計画書・生活機能チェックシートにおいて、作成期日までに作成されていない。	【発生原因】 ・計画書を期限までに作成することは理解していたが、後回しにしていた。 【再発予防策】 ・エクセルで更新時期を管理する表を作成し、進捗を管理者が確認することとした。
・個別機能訓練計画書において、ケアカルテ内の計画書ではない書式を使用しているケースがあった。	【発生原因】 ・新書式への移行もあり、計画書が途中までしか移行していない状況であった。更新期限が来るものは、旧計画書を更新する形で対応してしまった。 【再発防止策】 ・ケアカルテ内の書式にすべて移行する。直近に期限がくるものから随時移行する。

＜グループホーム部門＞ ・ISO 登録されている「業務ミス報告書」「施設利用時リスク説明書」「利用者様・ご家族等の個人情報取扱に関する同意書」が古い様式である事を確認した。	【発生原因】 ・過去のデータをコピーして使用していた。 【再発防止策】 ・原本であるファイルから直接作成し、コピーを保存しないこととした。
・重要情報持出管理表が作成されていない事を確認した。	【発生原因】 ・重要情報を持ち出す機会が少なく、管理表の作成が引き継がれていなかった。 【再発防止策】 ・重要情報持出管理表を作成した。持ち出す機会（救急搬送時や病院受診時）を特定し、必ず記載することを職員間に伝達、回覧した。
・利用者様と身元引受人が一緒に写っている写真をカルテに保管することになっているが、誰も撮影されていない事を確認した。	【発生原因】 ・入居時の写真撮影について、ルールとしてあることを把握していなかった。 【再発防止策】 ・個人カルテ内に利用者様の顔写真を撮影したものを保存した。身元引受人は面会時等に撮影することとし、個人カルテに保存する仕組みとした。
・新規入居時のバイタル測定が実施されていない事を確認した。	【発生原因】 ・他の利用者様の入居時の記録では測定していた。この入居者様の入力を忘れていた。 【再発防止策】 ・新規入居時のチェックリスト（写真撮影やバイタル測定入力等）を作成した。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル下諏訪 介護老人保健施設他
実施日	2021 年 11 月 25 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 16 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜相談員部門＞ ・リスク説明書は入所前及びプラン更新時に取得することとなっているが、M様のカルテを確認したところ初回の利用前リスク説明書が保管されていなかった。（それ以降のリスク説明書は確認できた。）		【発生原因】 ・契約時にリスク説明書を記載したが、紛失してしまった可能性もあり、保管に不備があった。 【再発防止策】 ・業務ミス報告書を作成し管理者に提出した。契約書類一式があることを契約した相談員以外	

	の相談員にて確認したうえで、管理者に提出をすることとした。
・兼務している職員の勤務状況が勤務表には明示されていない。	【発生原因】 ・勤務表に勤務状態を表記することを失念していた。 【再発防止策】 ・各職種にて兼務の辞令が出ている職員を勤務表に反映する。
＜栄養士部門＞ ・栄養スクリーニングにてリスク判定を行い、栄養アセスメントによって、利用者様毎に解決すべき課題を把握することになっているが、栄養スクリーニングを実施している記録がなく、ほとんどの方のリスク判定に変化が確認できなかった。	【発生原因】 ・モニタリングをしながら３ヶ月に１度スクリーンニングも行っていたが、スクリーニングとしての記載を残していなかった。 【再発防止策】 ・12 月よりモニタリング時に合わせてスクリーニングとしての記載を残し判定を行うこととした。
＜介護部門（DC）＞ ・勤務表に管理者を表記しているが、施設マネージャーが記載されていた。（デイケアの管理者は医師であることが求められているため現在の勤務表の管理者は適切ではない。）	【発生原因】 ・作成時に失念していたため、医師の名前となっていなかった。 【再発防止策】 ・勤務表の管理者名を施設長名に変更した。
・マニュアルでは初回の利用から１ヶ月以内に本プランにすることとなっているが、10 月に利用開始された方の本プラン作成が１月となっており適切なプラン作成、説明と同意ができていない。	【発生原因】 ・新たに作成を担当する職員に、初回利用から１か月以内の作成のルールがきちんと伝達できていなかった。 【再発防止策】 ・ケアプラン作成日、作成月において１ヶ月以内に本プランを作成することを職員へ周知した。現在、１ヶ月以内の作成ができている。

監査種類	ケアサービス監査	施設名 事業所名	グレイスフル春日井 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 26 日		
監査員	山本 監査室 室長心得他 17 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ＜相談員部門＞ ・リスク説明書の活用状況について確認した。受入フローでは、新たなリスクが発生した場合		【発生原因】 ・受入フロー（法人共通）の理解が不十分であっ	

は、リスク説明書を再度取得することになっているが、活用が行えていないケースがあった。リスク説明書の活用方法について、再確認することが必要である。	た。 【再発防止策】 ・12 月の特養ミーティングにて、受入フローを再確認する。 ・特養入所者については、ケアカンファレンス毎に、施設ケアマネが中心となり、リスクの確認と説明書の同意を得る。施設サービス計画書・リスク説明書はセットにして管理する。 ・ショート利用者様については、新たなリスクが発生した際に、相談員が中心となり、リスクの確認と説明書の同意を得る。

監査種類	本部業務監査	施設名 事業所名	本部 国際事業・研究研修部、 社会貢献事業推進室
実施日	2021 年 11 月 30 日		
監査員	水谷 施設長他 1 名		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

社会福祉法人サン・ビジョン

２０２１（令和３）年度 施設契約事務監査 指示事項／改善報告

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	第２サンライフ江南 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 7 月 28 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	ジョイフル守山保育園 認可保育園
実施日	2021 年 8 月 31 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・契約書の契約者名について、（株）ヤマユウとの「屋外遊具保守点検契約書」において〔甲〕の契約者名が理事長名ではなく園長名となっていた。 契約者は、理事長名と法人印の押印が正しいため、次回更新時に改めること。		【発生原因】 ・2019 年４月に契約書を結びなおした時は、契約金額などで契約者が変わると理解不足が生じていた。 【再発防止策】 ・今後、契約書を交わす際は全て理事長名、法人印とすることを事務員と共通理解することで、確認できる仕組みを作る。 今後、新規契約・契約更新の際には最新版にて契約を行う。	

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	グレイスフル日義 グループホーム他
実施日	2021 年 9 月 29 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・「執行伺い」に係る見積徴収結果報告書おいて、承認・許可日の記載漏れおよび会計責任者の押印漏れあり、必ず明記または押印すること。		【発生原因】 ・会計責任者が全書類を確認した後、表面にある書類のみを押印・署名し予算管理者へ提出した。 ・戻ってきた書類を全て確認しなかった。 【再発防止策】 ・書類の確認、押印の手順として①書類を全て確認 ②問題ない場合の押印・署名は書類を上から下まで全ての書類を確認する、とする。 ・戻ってきた書類に不手際が無いか事務員と管理者で確認を行う。	

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	第２グレイスフル春日井 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 9 月 30 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・6/11 に起案されたコスモス機械浴槽修理の「執行伺い」について、決裁額と請求額に差異（減額されていた）があった。「執行伺い」の特記事項等に金額変更の理由と修正額を明記すること。		【発生原因】 ・請求書到達時に、受取日の確認のみで執行伺いとの金額確認を怠った事により見落とし、減額理由を明記できていなかった。 【再発防止策】 ・請求書・納品書の確認と合わせて、執行伺いの金額部分にレ点チェックを入れ確認を実施する。又確認時、金額に相違がある場合は、担当者へ確認し指示に基づく事務処理を行う。	

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	サンサン・スクール東山公園 学童保育所
実施日	2021 年 10 月 27 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	ジョイフル新那加 ケアハウス（特定施設）他
実施日	2021 年 11 月 26 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・特になし			

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	ジョイフル千種 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 11 月 30 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・支出執行伺いの綴りを確認した。その中で、「経費伺い」または「執行伺い」が作成されずに支出されているものがあった。経理規程細則に基づく経費処理を行う必要がある。		【発生原因】 ・発注書との照合は行っていたが、支出執行の際、承認の根拠となる「経費伺い」、「執行伺い」との照合が必要であることの認識がなかった。 【再発防止策】 ・請求書到着時に、「経費伺い」、「執行伺い」と照らし合わせ、作成されている金額と内容に差異がないことを確認した上で、請求書に検収印を押す。 （12 月請求書到着分から実施した）	

監査種類	施設契約事務監査	施設名 事業所名	グレイスフル木曽 特別養護老人ホーム他
実施日	2021 年 12 月 6 日		
監査員	山副 管財部監理課課長		
不適合事項・提案事項		改善内容	
【不適合事項】 ・「執行伺い」に係る発注書・請書がなく、発注がなされていたものがあった。 経理規程に基づき、適切に契約行為を行った後、発注すること。		【発生原因】 ・発注書の原本を郵送していた。 ・発注書　請書を業者に送る際に請書を返送いただくようアナウンスをしていないことがあった。また、返送の確認をしていないことがあった。 【再発防止策】 ・発注書はコピーをとり保管する ・請書については　業者に発送する際に返送案内を同封する。また、請求書到達までに請書の返信がない場合は電話にて返信を催促する。	

監事監査報告

令和４年５月２４日

２０２１年度の施設監査について、理事会に報告義務のある事案はありません。

今回の監事監査は、２０２１年度法人の経営方針に基づきサービスに関する目標として、特別重点目標として虐待・拘束など不適切なケアの撲滅、重大事故の防止、創意工夫目標としてよりよいケアの追求、認知症利用者の尊厳を考えたケアの追求及び自信と誇りが持てるサービスの創出並びに管理運営に関する目標として職員の安定的な確保、コンプライアンスの確立、適切な収支差益の確保及び様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制の構築、その他職員が働きやすい職場環境の確保が、施設長の指導の下、適切に取り組まれているかを監査いたしましたので、報告いたします。

監事　佐合　広利
監事　野田　勇司

１　ジョイフル江南

（１）　監査実施日　令和３年８月４日（水）　午前１０時００分～

（２）　監査方法　　施設長等から業務内容を聴取するとともに、施設内巡視、関係書類の閲覧などを行った。

（３）　監査講評

○ケアハウスの共同風呂の事故については、風呂場で起き上がれないというケースがあったが、非常用呼び出しブザーの活用により大事に至らず発見できた。利用者の状態により、昼間の入浴、ホームヘルパーの入浴介助などの職員の見守りや床を滑りにくい材質にするなどハード、ソフト両面からの対策を検討実施すること。

○中途採用職員について、排泄介助や食事介助の基本動作に関する研修・教育の必要性は感じているとのことだが、法人内の研修センターでの研修に加え、エリアとしての研修や横のつながりを作る機会を積極的に検討すること。

○職員の有給消化率が過去３年間で５０％を切る年が２回あった。また、連続休暇取得に関して、仕事が回らずカバーする職員が大変である、勤務表が出るのが遅いなどの反対意見が多く実現できなかったとのことである。リフレッシュ、健康増進のため勤務表を早期に出すなど計画的な有給取得に努めること。

○事業継続計画については、地震災害対応と新型コロナウイルス等感染症対応などが混在しており実施の段階では分かり辛いものとなっている。感染症と自然災害は事業継続の内容が異なるので別に定めることを検討すること。

２　サンサンリゾートグレイスフル春日井

（１）　監査実施日　令和３年９月１日（水）　　午前９時４０分～

（２）　監査方法　　施設長等から業務内容を聴取するとともに、施設内巡視、関係書類の閲覧などを行った。

（３）　監査講評

○ パート職員の賃金について、最低賃金の改定により新人パートと在職期間が長いパートとの時給差が少なくなっている。勤続年数に応じた昇給幅の検討をし、パート職員の処遇改善を検討すること。

○災害時の事業継続計画については、自治体が発表する最新の情報をもとに検討し、通所サービス施設固有の検討課題を踏まえ、策定することについて確認した。

○新型コロナウイルスへの対応等については、デルタ株の特性、対策を踏まえた新型コロナウイルス感染症事業継続計画の作成、運用ポイント等について確認した。

３　ジョイフル名駅特養

（１）　監査実施日　令和３年９月３０日（木）　　午前１０時００分～

（２）　監査方法　　施設長等から業務内容を聴取するとともに、施設内巡視、関係書類の閲覧などを行った。

（３）　監査講評

○虐待など不適切ケアに関して、事の重大性の認識はあるが感情のコントロールができず、不適切な言動や行動に至ってしまうケースがあるとのことである。職員の知識やスキル不足もあるが、感情コントロールについて対応困難事例から学ぶとともに、管理職がラウンド中に注意をしたり、職員が介護の仕事の基本にある福祉の心構えや利用者の気持ちをより理解できるような取り組みを検討することについて確認した。

○事業継続計画については、南海トラフ地震の災害想定を基本に、行政の策定した災害マップ、広域避難場所マップ、気象庁公表資料など新しい情報を参考にして、内容を再確認しながら作成することについて確認した。

○電気・ガスなどライフラインの中断、搬送先病院の受け入れなどの対応について個別具体的に検討すること。災害対策拠点を地下 1 階（地域交流センター）にすることは、浸水の危険性や携帯電話が通じない、EV が使用できず移動困難、施設全体状況が見通せない等の問題があり、１階デイケアセンターで設置を検討すること。

４　グレイスフル箕輪

（１）　監査実施日　令和３年１０月１９日（火）　午前９時５０分～

（２）　監査方法　　施設長等から業務内容を聴取するとともに、施設内巡視、関係書類の閲覧などを行った。

（３）　監査講評

○特養短期入所の「花桃屋（高級旅館）」、デイサービスの「学校形式」の取り組みは、利用者の目線の独創的なもので家族やケアマネにも定着しているとのことだが、開始後数年経っており利用者の満足度や要望を踏まえ検証し、より良いものとなるよう総合的に検討することを確認した。

○特養３０床のうち 10 床が行政枠であり、上伊那地区では待機者リストを行政が管理しており効率的な待機者管理ができていないとのことだが、当面は、蓑輪町と同様に待機者リストの提供を受け事前の面接や契約を進めることができるよう行政と調整することについて確認した。

○新型コロナウイルスへの対応等については、第６波への備えに加え、「デルタ株の特性・対策」を確認するとともに、厚生労働省作成の「新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」をコロナ対策に活用すること。

○事業継続計画については、糸魚川―静岡構造線断層、伊那谷断層が関係する直下型地震であり長野県の調査報告書を参考にして検討すること。直近で発生した大雨被害を想定して事業継続計画の精度を高めることについて確認した。

５　本部管財部

（１）　監査実施日　令和３年１１月１９日（金）　午前１０時３０分～

（２）　監査方法　　管財部長から業務内容を聴取するとともに、関係書類の閲覧などを行った。

（３）　監査講評

○大規模改修・修繕費を自己資金で賄うことが今後の課題であり 1 年毎に計画・管理しているとのことだが、建物の老朽化と改修・修繕のバランスや将来の人口動態を考慮しながら計画し、経費の平準化につとめることについて確認した。

○事務職員のスキルアップや育成の観点からキャリアアップの仕組みや処遇について検討すること。今後はさらにシステム化が進む中、長期的な事業継続の観点から必要な人材の確保・育成を図ることの必要性について確認した。

○名古屋エリアは事務センターがないが、会計、労務を事務センターに集約することが

必要であり検討すること。

〇事業継続計画に関して、本部と JF 千種が一体で対策することになっているが、大規模災害に備えて段階を追って本部機能の復旧についても検討すること。ケアカルテ、人事・給与、会計事務関係データ、理事会議事録、土地契約書等権利関係書類の保管について確認した。

第4部

2021年度　決算報告

法人単位資金収支計算書

第一号第一様式

（自）令和 3 年 4 月 1 日　（至）令和 4 年 3 月 31 日

社会福祉法人サン・ビジョン

（単位：円）

勘定科目			予算（A）	決算（B）	差異(A)-(B)	備考
事業活動による収支	収入	介護保険事業収入	16,720,536,000	16,643,335,326	77,200,674	
		老人福祉事業収入	557,229,000	558,292,532	△ 1,063,532	
		児童福祉事業収入	20,144,000	21,063,426	△ 919,426	
		保育事業収入	506,507,000	508,519,399	△ 2,012,399	
		その他の事業収入	373,827,000	382,416,288	△ 8,589,288	
		賃貸収入	183,389,000	184,588,835	△ 1,199,835	
		借入金利息補助金収入	1,117,000	1,085,262	31,738	
		経常経費寄附金収入	2,073,000	2,232,650	△ 159,650	
		受取利息配当金収入	325,000	373,262	△ 48,262	
		その他の収入	145,001,000	157,173,226	△ 12,172,226	
		事業活動収入計（1）	18,510,148,000	18,459,080,206	51,067,794	
	支出	人件費支出	10,240,613,000	10,142,001,208	98,611,792	
		事業費支出	2,803,478,000	2,747,727,343	55,750,657	
		事務費支出	2,336,595,000	2,176,144,201	160,450,799	
		利用者負担軽減額	23,987,000	23,205,333	781,667	
		支払利息支出	159,721,000	158,521,229	1,199,771	
		その他の支出	82,000	73,002	8,998	
		流動資産評価損等による資金減少額	100,000	36,498	63,502	
		事業活動支出計（2）	15,564,576,000	15,247,708,814	316,867,186	
	事業活動資金収支差額（3）=（1）-（2）		2,945,572,000	3,211,371,392	△ 265,799,392	
施設整備等による収支	収入	施設整備等補助金収入	9,826,000	9,824,360	1,640	
		固定資産売却収入	3,414,000	3,774,858	△ 360,858	
		施設整備等収入計（4）	13,240,000	13,599,218	△ 359,218	
	支出	設備資金借入金元金償還支出	1,936,608,000	1,936,585,000	23,000	
		固定資産取得支出	182,651,000	160,012,196	22,638,804	
		施設整備等支出計（5）	2,119,259,000	2,096,597,196	22,661,804	
	施設整備等資金収支差額（6）=（4）-（5）		△ 2,106,019,000	△ 2,082,997,978	△ 23,021,022	
その他の活動による収支	収入	積立資産取崩収入	20,000,000	13,331,395	6,668,605	
		その他の活動による収入	47,470,000	53,091,951	△ 5,621,951	
		その他の活動収入計（7）	67,470,000	66,423,346	1,046,654	
	支出	積立資産支出	20,000,000	11,798,822	8,201,178	
		その他の活動による支出	49,810,000	53,050,821	△ 3,240,821	
		その他の活動支出計（8）	69,810,000	64,849,643	4,960,357	
	その他の活動資金収支差額（9）=（7）-（8）		△ 2,340,000	1,573,703	△ 3,913,703	
予備費支出（10）			0		0	
当期資金収支差額合計（11）=（3）+（6）+（9）-（10）			837,213,000	1,129,947,117	△ 292,734,117	

前期末支払資金残高（12）	7,428,440,208	7,428,440,208	0	
当期末支払資金残高（11）+（12）	8,265,653,208	8,558,387,325	△ 292,734,117	

第二号第一様式

法人単位事業活動計算書

（自）令和 3 年 4 月 1 日　（至）令和 4 年 3 月 31 日

社会福祉法人サン・ビジョン　　（単位：円）

勘定科目			当年度決算（A）	前年度決算（B）	増減（A）-（B）
サービス活動増減の部	収益	介護保険事業収益	16,643,335,326	16,467,731,724	175,603,602
		老人福祉事業収益	558,292,532	548,867,645	9,424,887
		児童福祉事業収益	21,063,426	19,535,296	1,528,130
		保育事業収益	508,519,399	523,037,150	△ 14,517,751
		その他の事業収益	382,416,288	545,671,161	△ 163,254,873
		賃貸収益	184,588,835	183,052,875	1,535,960
		経常経費寄附金収益	2,232,650	2,045,000	187,650
		サービス活動収益計（1）	18,300,448,456	18,289,940,851	10,507,605
	費用	人件費	10,109,436,410	10,038,214,327	71,222,083
		事業費	2,747,727,343	2,684,680,893	63,046,450
		事務費	2,176,144,201	2,271,474,410	△ 95,330,209
		利用者負担軽減額	23,205,333	26,460,355	△ 3,255,022
		減価償却費	1,773,898,691	1,802,713,456	△ 28,814,765
		国庫補助金等特別積立金取崩額	△ 310,247,723	△ 306,368,991	△ 3,878,732
		徴収不能額	36,498	0	36,498
		その他の費用	△ 20,710,629	△ 36,207,178	15,496,549
		サービス活動費用計（2）	16,499,490,124	16,480,967,272	18,522,852
	サービス活動増減差額（3）=（1）-（2）		1,800,958,332	1,808,973,579	△ 8,015,247
サービス活動外増減の部	収益	借入金利息補助金収益	1,085,262	1,175,642	△ 90,380
		受取利息配当金収益	373,262	378,610	△ 5,348
		その他のサービス活動外収益	157,173,226	161,354,997	△ 4,181,771
		サービス活動外収益計（4）	158,631,750	162,909,249	△ 4,277,499
	費用	支払利息	158,521,229	195,790,404	△ 37,269,175
		その他のサービス活動外費用	73,002	21,125	51,877
		サービス活動外費用計（5）	158,594,231	195,811,529	△ 37,217,298
	サービス活動外増減差額（6）=（4）-（5）		37,519	△ 32,902,280	32,939,799
経常増減差額（7）=（3）+（6）			1,800,995,851	1,776,071,299	24,924,552
特別増減の部	収益	施設整備等補助金収益	9,824,360	80,904,360	△ 71,080,000
		固定資産受贈額	0	150,000	△ 150,000
		固定資産売却益	409,925	728,436	△ 318,511
		その他の特別収益	30,363	170,267	△ 139,904
		特別収益計（8）	10,264,648	159,715,795	△ 149,451,147
	費用	固定資産売却損・処分損	6,161,762	866,098	5,295,664
		国庫補助金等特別積立金取崩額（除却等）	△ 1	0	△ 1
		国庫補助金等特別積立金積立額	9,824,360	80,904,360	△ 71,080,000
		特別費用計（9）	15,986,121	159,533,190	△ 143,547,069
	特別増減差額（10）=（8）-（9）		△ 5,721,473	182,605	△ 5,904,078
当期活動増減差額（11）=（7）+（10）			1,795,274,378	1,776,253,904	19,020,474
繰越活動増減差額の部	前期繰越活動増減差額（12）		22,245,363,702	20,469,109,798	1,776,253,904
	当期末繰越活動増減差額（13）=（11）+（12）		24,040,638,080	22,245,363,702	1,795,274,378
	基本金取崩額（14）		0	0	0
	その他の積立金取崩額（15）		0	0	0
	その他の積立金積立額（16）		0	0	0
	次期繰越活動増減差額（17）=（13）+（14）+（15）-（16）		24,040,638,080	22,245,363,702	1,795,274,378

法 人 単 位 貸 借 対 照 表

第三号第一様式

令和 4 年 3 月 31 日 現在

社会福祉法人サン・ビジョン　　（単位：円）

資産の部				負債の部			
	当年度末	前年度末	増減		当年度末	前年度末	増減
流動資産	10,157,652,803	9,220,366,402	937,286,401	流動負債	3,398,657,310	3,870,465,172	△471,807,862
現金預金	6,985,984,352	5,880,467,022	1,105,517,330	事業未払金	1,190,884,604	1,406,156,240	△215,271,636
事業未収金	2,800,313,175	2,793,864,804	6,448,371	1年以内返済予定設備資金借入金	1,677,752,000	1,936,585,000	△258,833,000
未収金	16,872,638	22,341,387	△ 5,468,749	預り金	70,402,916	68,742,078	1,660,838
未収補助金	11,004,000	199,053,500	△188,049,500	前受金	483,305	2,357,279	△ 1,873,974
貯蔵品	4,554,816	4,496,355	58,461	仮受金	2,157,871	74,807	2,083,064
医薬品	1,174,787	507,046	667,741	賞与引当金	456,976,614	456,549,768	426,846
商品・製品	154,913,636	114,631,610	40,282,026	固定負債	14,915,367,034	16,625,091,048	△1,709,724,014
仕掛品	180,436,427	200,007,824	△ 19,571,397	設備資金借入金	14,457,914,000	16,135,666,000	△1,677,752,000
立替金	262,910	524,024	△ 261,114	退職給付引当金	248,651,634	281,643,278	△ 32,991,644
前払金	136,775	156,440	△ 19,665	長期預り金	208,566,400	207,361,770	1,204,630
仮払金	2,012,568	4,360,034	△ 2,347,466	長期前受収益	235,000	420,000	△ 185,000
徴収不能引当金	△ 13,281	△ 43,644	30,363	負債の部合計	18,314,024,344	20,495,556,220	△2,181,531,876
固定資産	39,473,876,548	41,097,843,811	△1,623,967,263	純資産の部			
基本財産	24,895,997,532	25,875,819,018	△979,821,486	基本金	591,000,000	591,000,000	0
土地	5,794,093,384	5,807,241,994	△ 13,148,610	国庫補助金等特別積立金	6,615,866,927	6,916,290,291	△300,423,364
建物	19,099,904,148	20,066,577,024	△966,672,876	その他の積立金	70,000,000	70,000,000	0
基本財産特定預金	2,000,000	2,000,000	0	施設整備等積立金	70,000,000	70,000,000	0
その他の固定資産	14,577,879,016	15,222,024,793	△644,145,777	次期繰越活動増減差額	24,040,638,080	22,245,363,702	1,795,274,378
土地	3,016,228,151	3,000,231,781	15,996,370	（うち当期活動増減差額）	1,795,274,378	1,776,253,904	19,020,474
建物	9,720,601,835	10,181,168,471	△460,566,636				
構築物	461,735,226	524,428,131	△ 62,692,905				
機械及び装置	26	26	0				
車輌運搬具	89,345,542	121,793,236	△ 32,447,694				
器具及び備品	634,545,894	693,896,820	△ 59,350,926				
建設仮勘定	14,173,500	12,925,000	1,248,500				
権利	8,508,407	15,277,836	△ 6,769,429				
ソフトウェア	141,564,835	174,287,899	△ 32,723,064				
退職給付引当資産	206,795,650	208,328,223	△ 1,532,573				
差入保証金	90,955,507	89,977,007	978,500				
その他の固定資産	33,256,300	39,542,220	△ 6,285,920				
措置施設特定預金	90,168,143	90,168,143	0				
施設整備等積立資産	70,000,000	70,000,000	0	純資産の部合計	31,317,505,007	29,822,653,993	1,494,851,014
資産の部合計	49,631,529,351	50,318,210,213	△686,680,862	負債及び純資産の部合計	49,631,529,351	50,318,210,213	△686,680,862

第5部

2021年度　事業報告

～２０２１年度　法人の経営方針～

Ⅰ．サービスに関する目標

１．　特別重点目標

① 虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケア（介護・保育）をなくす

② 重大事故の防止を徹底する

２．　創意工夫目標

① 常に利用者（子ども）の気持ち・立場に立って、よりよいケア（介護・保育）とは何かを考え、追求する

② 認知症利用者の尊厳を考えたケアとは何かを追求する

③ エリアや施設・事業所でそれぞれ自信と誇りが持てるサービスの強みは何かを考え、皆で創り上げる

Ⅱ．管理運営に関する目標

① 職員を安定的に確保する

② コンプライアンス（法人への信頼）を確立する

③ 適切な収支差益を確保する

④ 様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する

社会福祉法人 サン・ビジョン

江南エリア

●第2サンライフ江南
〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間73
TEL(0587)57-9811 FAX(0587)57-9710
□特別養護老人ホーム □認可外保育所

●フラワーコート江南
〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間4
TEL(0587)58-7701 FAX(0587)58-7707
□介護老人保健施設 □ショートケア
□デイケアセンター □訪問介護 □訪問リハビリ
□居宅介護支援事業所 □地域包括支援センター

●ジョイフル江南
〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間59
TEL(0587)57-3301 FAX(0587)57-2251
□特別養護老人ホーム □ケアハウス
□ショートステイ □グループホーム

●第2ジョイフル江南
〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間51
TEL(0587)57-8411 FAX(0587)57-1071
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□デイサービスセンター

●ジョイフル布袋
〒483-8153 愛知県江南市北山町東196
TEL(0587)51-1811 FAX(0587)51-1812
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□デイサービスセンター □グループホーム
□居宅介護支援事業所

●サンサン リゾート太古の湯
〒483-8363 愛知県江南市河野町五十間21-1
TEL(0587)52-3511 FAX(0587)52-3911
□大型デイサービスセンター

●サンライフむつみ
〒483-8364 愛知県江南市河野町川西72
TEL(0587)58-7851 FAX(0587)58-7852
□養護老人ホーム □生活支援短期宿泊事業

春日井エリア

●グレイスフル春日井(特養棟)
〒486-0802 愛知県春日井市桃山町字北山5079-1
TEL(0568)89-2301 FAX(0568)89-2305
□特別養護老人ホーム □ケアハウス
□ショートステイ □デイサービスセンター
□地域包括支援センター □認可外保育所

●グレイスフル春日井(老健棟)
〒486-0802 愛知県春日井市桃山町字北山5079-16
TEL(0568)89-2571 FAX(0568)89-2574
□介護老人保健施設 □デイケアセンター
□居宅介護支援事業所
□福祉用具レンタル・販売
□訪問リハビリ

●第2グレイスフル春日井
〒486-0901 愛知県春日井市牛山町3195-1
TEL(0568)32-1231 FAX(0568)31-7605
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□グループホーム □生活支援ハウス
□地域包括支援センター □訪問介護

●グレイスフル浅山
〒486-0857 愛知県春日井市浅山町1-1-8
TEL(0568)85-3611 FAX(0568)85-3626
□地域密着型特別養護老人ホーム
□住宅型有料老人ホーム
□小規模多機能型居宅介護

●サンサンリゾート グレイスフル春日井
〒486-0901 愛知県春日井市牛山町3082-1
TEL(0568)31-3611 FAX(0568)31-8812
□大型デイサービスセンター □認可外保育所

名古屋エリア

●ジョイフル千種
〒461-0004 名古屋市東区葵3-25-23
TEL(052)856-8811 FAX(052)856-3111
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□介護付有料老人ホーム(特定施設)
□高齢者向け優良賃貸住宅 □居宅介護支援事業所

●サンサン・スクール東山公園
〒464-0807 名古屋市千種区東山通4-15-1
サンサン・スクール東山公園ビル
TEL(052)782-9811 FAX(052)782-9812
□学童保育所

●グレイスフル上前津
〒460-0012 名古屋市中区千代田2-24-30
TEL(052)251-8311 FAX(052)251-8411
□特別養護老人ホーム
□介護付有料老人ホーム(特定施設)
□高齢者向け優良賃貸住宅 □ショートステイ

●ジョイフル砂田橋
〒461-0045 名古屋市東区砂田橋1-1-1
TEL(052)723-3111 FAX(052)723-2720
□地域密着型特別養護老人ホーム
□住宅型有料老人ホーム
□高齢者向け優良賃貸住宅
□小規模多機能型居宅介護
□一般賃貸住宅(一般向け・単身者向け)
□アクティブセンター

●グレイスフル熱田
〒456-0033 名古屋市熱田区花表町1-26
TEL(052)855-2211 FAX(052)855-2215
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□デイサービスセンター

●ジョイフル名駅
〒450-0002 名古屋市中村区名駅5-25-12
TEL(052)533-9321 FAX(052)533-3772
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□介護老人保健施設 □ショートケア
□デイケアセンター
□サービス付き高齢者向け住宅
□訪問リハビリ □居宅介護支援事業所

●ジョイフル守山保育園
〒463-0809 名古屋市守山区平池東301
TEL(052)739-3611 FAX(052)739-3615
□認可保育園

●ジョイフルドーム前こども園
〒461-0043 名古屋市東区大幸1-1-11
TEL(052)719-0711 FAX(052)719-0715
□幼保連携型認定こども園

●サンサン リゾート新栄
〒460-0007 名古屋市中区新栄2-4-3
TEL(052)269-3611 FAX(052)269-3613
□大型デイサービスセンター □認可外保育所
□サンサン研修センター
□居宅介護支援事業所(ジョイフル新栄)

岐阜エリア

●ジョイフル各務原
〒509-0143 岐阜県各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
TEL(058)379-5411 FAX(058)370-9211
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□デイサービスセンター □グループホーム
□居宅介護支援事業所 □認可外保育所
□地域包括支援センター

●ジョイフル新那加
〒504-0961 岐阜県各務原市那加新那加町28-2
TEL(058)380-5311 FAX(058)383-3581
□ケアハウス(特定施設) □グループホーム
□小規模多機能型居宅介護

●ジョイフル羽島
〒501-6314 岐阜県羽島市下中町城屋敷318-5
TEL(058)397-1911 FAX(058)397-1913
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□養護老人ホーム □デイサービスセンター
□居宅介護支援事業所

●ジョイフル岐阜駅
〒500-8407 岐阜県岐阜市高砂町1-17
TEL(058)264-2811 FAX(058)264-2812
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□介護付有料老人ホーム(特定施設)
□サービス付き高齢者向け住宅
□一般賃貸住宅(一般向け・単身者向け)

●ジョイフル多治見
〒507-0037 岐阜県多治見市音羽町1-235
TEL(0572)21-1711 FAX(0572)21-5080
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□サービス付き高齢者向け住宅
□デイサービスセンター
□幼保連携型認定こども園
□居宅介護支援事業所

長野エリア

●グレイスフル下諏訪
〒393-0033 長野県諏訪郡下諏訪町高木9375-1
TEL(0266)26-7001 FAX(0266)26-7005
□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設
□ケアハウス □ショートステイ
□デイサービスセンター □ショートケア
□大型デイケアセンター □グループホーム
□在宅介護支援センター □認可外保育所

●グレイスフル岡谷
〒394-0034 長野県岡谷市湖畔2-6-2
TEL(0266)21-7321 FAX(0266)24-0711
□デイサービスセンター □グループホーム

●第2グレイスフル岡谷
〒394-0003 長野県岡谷市加茂町3-8-7
TEL(0266)89-1211 FAX(0266)89-1214
□サテライト型特別養護老人ホーム
□サテライト型介護老人保健施設
□住宅型有料老人ホーム □小規模多機能型居宅介護
□居宅介護支援事業所 □ショートケア □ショートステイ

●グレイスフル辰野
〒399-0428 長野県上伊那郡辰野町宮所807
TEL(0266)41-5651 FAX(0266)41-5671
□デイサービスセンター □グループホーム
□居宅介護支援事業所

●第2グレイスフル辰野
〒399-0425 長野県上伊那郡辰野町樋口454-1
TEL(0266)44-1321 FAX(0266)44-1388
□介護付有料老人ホーム(特定施設)
□グループホーム □デイサービスセンター

●グレイスフル箕輪
〒399-4601 長野県上伊那郡箕輪町中箕輪6065
TEL(0265)71-3721 FAX(0265)70-9551
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□デイサービスセンター □グループホーム
□生活支援ハウス
□居宅介護支援事業所(グレイスフル上伊那)

●グレイスフル日義
〒399-6101 長野県木曽郡木曽町日義2752-1
TEL(0264)26-1211 FAX(0264)26-2680
□デイサービスセンター □グループホーム
□居宅介護支援事業所

●グレイスフル木曽
〒397-0001 長野県木曽郡木曽町福島2781
TEL(0264)21-1351 FAX(0264)23-2077
□特別養護老人ホーム □ショートステイ

●グレイスフル上松
〒399-5601 長野県木曽郡上松町上松188-1
TEL(0264)52-1211 FAX(0264)52-5610
□特別養護老人ホーム □ショートステイ

●グレイスフル塩尻
〒399-0737 長野県塩尻市大門八番町9-10
TEL(0263)51-6211 FAX(0263)53-7168
□特別養護老人ホーム □ショートステイ
□住宅型有料老人ホーム □グループホーム
□小規模多機能型居宅介護
□デイサービスセンター □一般賃貸住宅
□幼保連携型認定こども園

●サンサンワイナリー
〒399-0722 長野県塩尻市柿沢日向畠709-3
TEL(0263)51-8011 FAX(0263)56-2088
□サンサンワイナリー(ワイン醸造所)
□サンサンヴィンヤード(ワイン醸造ブドウ圃場)

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケア（介護・保育）をなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価・修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目・3回目）				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	◎	◎	－	－	◎	－	○	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価・修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△										
	エリア	★3	（修正）模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 構成、資材確認			撮影、チェック 動画視聴	評価・修正		人選、同意 構成、資材確認		撮影、チェック 動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	4	ユニット・フロア会議にてケアの見直しと利用者様の対応で困っている事例を共有し、対応を検討する場を設ける。委員会会議にて報告する。施設全体で共有し、統一したケアを図る。難しい事案に関しては、エリア会議にて議論提供し、フィードバックを図る。	介護長/介護職員	ユニット・フロア会議、ケア検討の実施、委員会にて報告（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価・修正	ユニット・フロア会議、ケア検討の実施、委員会にて報告（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	ヒヤリハット気づきシートを参考に不適切ケアの視点に基づき、利用者様の行動内容を把握する。要因解析と対応策・再発防止策の実施前後の利用者様の変化を経過観察、記録する。施設内会議にて情報共有を図る。	介護長/施設職員	分析シート作成	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価・修正	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）困難事例の継続的な情報共有が不十分である。 ・2020年度より）振り返りするタイミングがずれており、効果的ではない。 ・俯瞰的にケアを振り返る機会が少ない。 ・フィードバックが不十分である。 ・2020年度より）不適切ケアの視点の気づきが少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.毎月実施できた。 2.勉強会は７月に実施予定。 3.協議に時間がかかっており、計画遅れあり修正をかけている。 4.計画的に実施できた。 5.計画的に実施できた。	1.毎月実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.協議に時間がかかっている。 4.計画的に実施できた。 5.計画的に実施できた。	1.毎月実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.協議に時間がかかっている。 4.計画的に実施できた。 5.計画的に実施できた。

事業報告	1.施設内やエリア会議内で個別ケアについて検討し、周知を図ることができた。 2.虐待防止について勉強会の実施やチェック表を使用し自己点検することで、自身の振り返りにも繋がった。 3.模範職員の撮影に関して、協議に時間がかかってしまった。 4.フロア会議や委員会にて困難事例を共有し、対応を検討することができた。 5.ヒヤリハット気づきシートを活用し、不適切ケアの視点にも気づき対応を検討することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価･修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	振り返り	次年度準備		施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること												
							◎		○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	ヒヤリハット気づきシートを参考にリスクマネジメントの視点に基づき、利用者様の行動内容を把握する。要因と対応策・再発防止策の実施前後の利用者様の変化を経過観察、記録する。施設内会議にて情報共有を図る。	介護長/施設職員	分析シート作成	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価･修正	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	誤薬の怖さ・重大性の認識を常に意識できるよう、誤薬ゼロを目指し勉強会を開催する。また、配薬が手順通り実施できているか、不定期で見回り、確認していく。	看護長 介護長/施設職員				勉強会準備	勉強会実施	フィードバック				振り返り	次年度準備		施設長
					ユニット巡回（不定期）　0JT教育の実施												
					△	△	△	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	事業所	★5	リスク説明については、書面だけでなくカンファレンスの電話連絡時にも行う。カンファレンスが開催できた場合は食事時の様子や移乗時等リスクが考えられる場面を面会時画像を通じて説明する。	ケアマネージャー/施設長	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	電話連絡/動画で確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）確認が不十分で認識のズレが生じやすい。 ・2020年度より）認識にズレがないか確認する機会が限られる。 ・2020年度より）経過観察し、記録することが不十分である。 ・2020年度より）セット時や就寝前などの事故が目立った。 ・2020年度より）電話連絡だけでは伝わり方が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.計画的に実施できた。 4.巡回の実施方法の検討中。やや遅れている。 5.計画的に実施できた。	1.毎月実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.計画的に実施できた。 4.計画的に実施できた。 5.計画的に実施できた。	1.毎月実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.計画的に実施できた。 4.計画的に実施できた。 5.計画的に実施できた。	

事業報告	1.重大事故に対して、施設内やエリア会議にて検討し、議論することができた。施設内で水平展開し対策をとることができた。 2.リスクマネジメントの勉強会を実施し、自身のケアの振り返りができた。 3.ヒヤリハット気づきシートを活用し、リスクマネジメントの視点から考えることができた。 4.薬の勉強会の実施、配薬手順の確認をすることで、誤薬事故を減少することが出来た。 5.リスク説明について、ご家族に電話連絡の際に伝えることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の気持ちに寄り添う機会を設け、気づく力を身に付ける。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					△	△	△	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と面会する。一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/全職員	イベントの立案・計画		ご家族への発信	イベントの実施						振り返り	次年度準備		施設長
					－	－											
	エリア	★2	（修正） 創意工夫しご家族と面会する。一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/全職員			イベントの立案・計画		ご家族への発信	イベントの実施				振り返り	次年度準備		施設長
							△	△	×	×	×	×	×	○	○	○	
	事業所	★3	【食事の適温適時提供の維持と盛り付けの工夫】 食事・水分について、温かいものは温かいうちに提供する。食欲をそそるような見栄えに考慮して、通常メニュー、スペシャルメニューを提供する。	介護長/栄養士/看護職/施設職員	現状把握	課題の洗い出し（1つ以上）	対策実施		活動評価・現状把握	課題の洗い出し（1つ以上）	対策実施		活動評価	振り返り	次年度準備		施設長
					給食会議・リーダー会議にて食事提供とそのフィードバック/月												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験については、エリアで協議し、概要を作成した。3年計画で進めている。 ・面会の機会が制限されている。 ・利用者様の気持ちを第1に考えたケアかどうか振り返る機会がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.内容の確認はできたが計画に遅れが出てしまっている。 2.コロナ禍のため、２か月遅れで修正。 3.計画的に実施できた。	1.順次計画的に体験を実施できている。 2.コロナ禍のため、面会のみの実施。 3.計画的に実施できた。	1.順次計画的に体験を実施できている。 2.コロナ禍のため、面会のみの実施。 3.計画的に実施できた。	

事業報告	1.利用者様体験を実施し、自身のケアの振り返りができた。効果の確認を実施することで、意識を高めることができた。 2.コロナ禍のためご家族と一緒に食事をする機会をつくることは出来なかった。継続的にシート越しでの面会の実施はできた。 3.食事の提供方法について、現在の盛付時間などを見直し、温かい状態で提供できるように実施できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の言動理由や原因を追求する習慣を身に付ける。	エリア	★1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価･修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					資料収集	資料作成、準備			勉強会開催		評価･修正						
					○	○	○	○	○	◎	◎			○	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/施設職員	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	3	ヒヤリハット気づきシートを参考に認知症ケアの視点に基づき、利用者様の行動内容を把握する。要因と対応策・再発防止策の実施前後の利用者様の変化を経過観察、記録する。施設内会議にて情報共有を図る。	介護長/施設職員	分析シート作成	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価･修正	施設内会議にてシートの活用と成功体験の共有			評価･修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	施設で企画できる催し物をリーダー会議で確認し、計画的に実施する。イベントや行事を通じて、つぶやきを拾い、次のケア、新たな企画につなげる。 つぶやきを拾う…1企画に対して1ユニット1件以上	介護長/施設職員	年間計画作成（準備期間含む）	春イベント/月行事の実施と評価		夏イベント/月行事の実施と評価		秋イベント/月行事の実施と評価		冬イベント/月行事の実施と評価		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事例検討をもとにしたワークが乏しい。 ・2020年度より）外部研修の参加が十分ではなかった。 ・2020年度より）認知症ケアの視点の気づきが少ない。 ・認知症ケアの知識・ノウハウ、追求が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画的に実施できた。 2.申込みの確認が遅れてしまった。 3.計画的に実施できた。 4.計画的に実施できた。	1.計画的に実施できた。 2.確認しているが申し込みは出来ていない。 3.計画的に実施できた。 4.計画的に実施できた。	1.計画的に実施できた。 2.確認しているが申し込みは出来ていない。 3.計画的に実施できた。 4.計画的に実施できた。	

事業報告	1.認知症の勉強会を実施し、ケアへ反映することができた。 2.外部研修への参加に対し、計画を立てていたが申込みをするも参加にまで至らなかった。 3.ヒヤリハット気づきシートを活用し、認知症ケアの視点に基づきながらケアを考えることができた。 4.施設内でできる企画を検討し実施することができた。そのなかでつぶやきを十分にひろうことはできていないが、つぶやきをもとに企画に反映することができた。 また、フロア間でレクの実施にバラつきがみられた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
事業所の弱みを知り、強みに変える。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表確認	計画表確認	計画表確認	計画表確認	計画表確認	計画表確認	計画表確認	計画表確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み			CM試験		介福模擬				
						◎	◎	◎	◎		◎		◎	◎	○	○	
	事業所	★3	【事業所の強みの共有化】 事業所の弱みを洗い出し、ケアの見直し・業務改善を行う。	介護長/全職員				弱みの洗い出し（3つ以上）	情報の共有	対策立案ルール決め	対策実施	評価修正	継続評価	振り返り	次年度準備		施設長
								△	△	△	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	業務、ルールを一覧表にまとめ見える化する。各職種の業務、施設内ルールを明確化し、無理、無駄をなくす。	介護長/栄養士/看護職/施設職員	各職種ごとに業務ルールの一覧表を作成する		見える化したものから業務・ルールを見直す		業務、ルールの周知と実施		評価･修正	修正した業務、ルールの周知と実施		振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験については、エリアで協議し、概要を作成した。3年計画で進めている。 ・面会の機会が制限されている。 ・利用者様の気持ちを第1に考えたケアかどうか振り返る機会がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画的に実施できた。 2.計画的に実施できた。 4.一覧表の作成は出来ていないものの、業務の見直しは順次行っている。	1.計画的に実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.弱みの洗い出しに時間がかかってしまった。 4.一覧表の作成は出来ていないものの、業務の見直しは順次行っている。	1.計画的に実施できた。 2.計画的に実施できた。 3.弱みの洗い出しに時間がかかってしまった。 4.一覧表の作成は出来ていないものの、業務の見直しは順次行っている。	

事業報告	1.外部発信は計画的に実施できた。 2.法人内の研修に参加できた。また、希望者を確認し、介福の模試に参加できた。 3.事業所の弱みを分析し、弱みから強みに変えられるようケアや業務の見直しを行うことができた。 4.ルールや業務の見直し・周知を図ることは出来たが、一覧表の作成までには至らなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定的に確保する。	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入れ品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し、中途採用者の定着の工夫や新たな取組を実践する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価・修正	採用担当者会議を毎月開催し、中途採用者の定着の工夫や新たな取組を実践する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価・修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
														○	○	○	
	事業所	★3	自施設の課題・要因を精査し、業務改善を継続的に実施していく。	介護長/全職員		要因分析/業務改善シートの作成	要因分析の実施	業務改善シートの運用	評価・修正	要因分析の実施	業務改善シートの運用	評価・修正	継続実施	振り返り	次年度準備		施設長
						△	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・離職によりケアの質が安定しない。 ・提案により業務改善する明確な仕掛けがない。 ・平等に意見し合える場の設定がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画的に実施できた。 2. 定例議題にのせ、実施できた。 3. シート作成の協議が十分にできなかった。	1. 計画的に実施できた。 2. 定例議題にのせ、実施できた。ハラスメント勉強会はまだ出来ていない。 3. 課題に対し、対策をとっている。	1. 計画的に実施できた。 2. 定例議題にのせ、実施できた。ハラスメント勉強会はまだ出来ていない。 3. 課題に対し、対策をとっている。	

事業報告	1. 採用に関して、採用担当者と連携を図りながら計画的に実施することができた。 2. 1月にハラスメントの勉強会を予定している。 3. 課題に対し、業務改善を図ることはできたが、職員と上長との面談等の機会が少なく、現状の把握が不十分であった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンス（法人への信頼）を確保する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者/全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	情報提供、周知の迅速化 ・法人内の注意喚起情報の周知を徹底する。 ・各委員会、会議の議事録を周知する。	ISO9001管理者/全職員	事故など再発防止マニュアルに関わる情報の周知									振り返り	次年度準備		施設長
					議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知	議事録作成後周知				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ルールが守られているかどうか、確認する場が限られる。 ・法人内における情報伝達が十分でない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施。 2. 計画通り実施。	1. 定期教育は8～9月末までの期間で実施。 2. 計画通り実施。	1. 計画通り実施。 2. 計画通り実施。	

事業報告	1. ISO27001の運用が適切にされるよう、変更点も随時更新し情報共有と周知に努めた。 2. 速やかな議事録作成と周知に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員/相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価･修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	連携の多い外部老健へ月2回以上訪問若しくは電話にて営業を実施し、関係性を維持する。	施設長/相談員	毎月施設長に営業日報で報告				評価･修正	毎月施設長に営業日報で報告				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	医療機関に待機者状況を定期的に発信し、待機者が少なく退院期限までに入りやすい旨とショートは空床利用だが併設ショートを持つ他施設と連携する旨を案内する。	施設長/相談員	資料作成	医療機関への営業実施			評価･修正	医療機関への営業実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・収支差益の確保が不安定である。 ・2020年度より）冬場以降に入院が重なり、待機者も少ない状況であった為空室を埋めることが出来ず、収入を下げてしまう結果となった。 ・待機者が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施。 2. 計画通り実施。 3. 計画通り実施。	1. 計画通り実施。 2. 計画通り実施。 3. 計画通り実施。	1. 計画通り実施。 2. 計画通り実施。 3. 計画通り実施。	

事業報告	1. エリアの入所相談員会議にて進捗状況を確認しながら実施することが出来た。 2. 尾洲病院と老健はじまりには継続して話をする機会を多く持つことが出来た。来年度以降も継続していくことが安定した稼働に繋がると思われる。 3. 医療機関からの紹介については、受け入れするまでの期間が短いケースが多い。エリア内の施設での連携する機会を増やし対応に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2サンライフ江南
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	R3年度の制度改正に沿った感染症発生時のシミュレーションを実施する。	看護長/全職員		勉強会準備	勉強会の実施	効果確認			勉強会準備	勉強会の実施	効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○	◎	◎			○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	災害時の業務継続に向けた計画の見直し及び訓練を実施する。	相談員/全職員		浸水被害対策訓練の実施				緊急連絡体制確認訓練の実施		合同避難訓練の実施。（地域住民参加）	事業継続計画等の見直し	振り返り	次年度準備		施設長
						◎				◎		◎	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症の蔓延により安全確保が十分だったか問われる機会が増えた。 ・利用者様が必要とするサービスの提供が阻害されるおそれがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画的に実施できた。 2. 計画的に実施できた。	1. 計画的に実施できた。 2. 計画的に実施できた。	1. 計画的に実施できた。 2. 計画的に実施できた。	

事業報告	1. 感染症発生時のシミュレーションは、動きの共有と認識のズレを防止することを頭に入れて来年度以降も取り組む必要性がある。 2. 業務継続計画は内容が膨大で防災マニュアル等と混同して分かりにくい部分があった。職員には伝える内容を精査し、災害等が発生し業務継続する為に、何を残し何を切り捨てるのかを判断する為の考え方を分かりやすく周知するよう努める。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	法人	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育にいかしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	施設長/保育士	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		施設長
					セルフチェックを確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックの再確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックを確認				
					○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	○				
	事業所	★2	発達障害の保育について情報収集し学ぶ機会を設け保育士全員が対応できるようにしていく。	施設長/保育士	発達障害の理解を深めるために情報収集し勉強会を計画・実施する				保育内容の検討・見直し					振り返り	次年度準備		施設長
					情報収集		勉強会	報告書　提出	毎月職員会議で確認する								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○				
	事業所	3	子どもたちの発達段階を理解するために勉強会を実施する。発達段階に応じた保育が出来ているか確認する場を設定する。	施設長/保育士		0～3歳児の理解/勉強会の準備・実施・教育報告書作成			評価	発達段階に応じた保育が出来ているか話し合いをする				振り返り	次年度準備		施設長
						準備	勉強会	報告書　提出		毎月職員会議で確認する							
					○	○	○	○	○	◎	○	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）計画通りに実施することはできたが、様々なケースがあるため必要である。 ・困った事案を基に議論する機会が少ない。 ・柔軟に考える術が乏しい。 ・多様な視点からの振り返りができていない。 ・専門性を活かした真のケアの追及ができていない。 ・尊厳のあるケアが提供できているか、個々に振り返る場が限られている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.セルフチェックリストを配布し個々の課題に気付き取り組んだ。 2.言葉の発達障害の勉強会で情報を共有し共通対応を心掛けた。 3.発達段階について勉強会をした。	1.受容的な受け止めをするという課題に再度向き合った。 2.本児の言語発達の成長に応じて対応を検討していった。 3.毎月会議で発達段階を確認した。	1.互いの受容的な受け止めを見習い保育へ生かす努力をした。 2.検討した対応方法共有し本児の成長を認めていった。 3.個々の自信へ繋げる保育をした。	

事業報告	1.セルフチェックを実施し、個々に課題に気付き向き合いながら改善につなげていった。 2.言語発達遅延の子に対して勉強会や対応方法の共有をして、本児の成長を見届ける事ができた。 3.個人差が大きい為、こまめに個々の成長を話し合う機会を設けていった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	エリア内で発生した事故の周知を図り、自施設でも起こり得る事例について、議論する場を設ける。	施設長／保育士	エリア内の託児所で発生した事故の周知を図ると共に、自施設にて該当、若しくは想定される事例があるか振り返る									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎	◎	◎	○	○	○				
	事業所	2	リスクの洗い出しを行う。それを基に対策、実施を行う。評価会議を実施し、記録に残す。	施設長／保育士		洗い出し（散歩）	対策・実施（散歩）	洗い出し（水遊び）	対策・実施（水遊び）	洗い出し（環境）	対策・実施（環境）	洗い出し（感染）	対策・実施（感染）	振り返り	次年度準備		施設長
						会議、記録	会議、記録	会議、記録	会議、記録	会議、記録	会議、記録	会議、記録	会議、記録				
					○	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）情報共有し自施設を見直すため。 2020年度より）職員によって危機意識が違うためリスクの洗い出しが必要がある。 ・議論する場が限られている。 ・情報共有ができておらず同様の事故が繰り返されることがある。 ・再発防止策の検討が不十分である。 ・リスクの追求ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.保育時の子どもの行動を把握し、事故防止について議論した。 2.乳母車の転落事故がないようリスクを洗い出し情報を共有した。	1.ヒヤリハットの事例を取り上げ議論する機会を設ける事が出来た。 2.水遊び中の危険がないようリスクを洗い出し実施した。	1.具体的なヒヤリハットの事例を挙げられなかった。 2.感染対応を徹底する為の明確なマニュアルを掲示した。	

事業報告	1.ヒヤリハットの事例報告を議論し防止へつなげていった。 2.起こり得るであろう事例について2ヶ月ごとに具体的なリスクを洗い出し、防止へつなげていった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
子どもの心と向き合った保育をする	事業所	1	毎月月案を作成する。職員会議の中で評価・反省をする。	施設長/保育士	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	月案作成	振り返り	次年度準備		施設長
					評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省	評価・反省				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	2	保育に関する研修の情報収集する。研修の参加、伝達講習の実施。	施設長/保育士	情報収集・実施時期検討		外部研修の参加							振り返り	次年度準備		施設長
							講習の実施										
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）コロナ感染症により月案も単純になっていたため。 2020年度より）参加できた研修もあるが、1名のみで思うようにできなかったため。 ・研修の機会が少ない。 ・情報が少ない。 ・内外の研修に参加し視野を広げスキルアップを図る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.月案は予定通り作成する事が出来た。 2.市役所保育課からの研修情報を把握し9月までに2名が参加予定である。	1.月案は予定通り作成し計画に沿って実行する事が出来た。 2.予定通り2名が参加し各々より伝達講習を実施する事が出来た。	1.月案は予定通り作成し計画に沿って実行する事が出来た。 2.予定通り残りの3名がリモート研修に参加。来月伝達講習を予定。	

事業報告	1.毎月の職員会議の中で全員で話し合い月案作成、評価反省を行えた。 2.コロナ禍において、リモートも含め職員全員が研修に参加できスキルアップにつなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
保護者との連携を強化し、子どもの心の安定を図る。	事業所	★1	子どもの成長記録として託児所での様子を写真にし家族に提供する。	施設長/保育士	日々の生活の写真を撮影し3ヶ月に一度ご家族に提供する。			日々の生活の写真を撮影し3ヶ月に一度ご家族に提供する。			日々の生活の写真を撮影し3ヶ月に一度ご家族に提供する。			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	△	△	△	◎	◎	◎				
	事業所	2	気づいたことは記録に残し職員・保護者と情報を共有する。	施設長/保育士	記録	記録	記録	記録	記録	記録	記録	記録	記録	振り返り	次年度準備		施設長
					共有	共有	共有	共有	共有	共有	共有	共有	共有				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）保護者が安心して働ける要因になっているため継続する。 ・保護者や地域のニーズを把握し安定した運営を創りあげるため。 ・保護者が仕事に集中できるようにする。 ・日頃の活動の成果を見てもらう場面が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.父の日のプレゼントとして子どもの写真付きうちわを製作し保護者に提供。喜んでもらう事ができた。 2.連絡帳やアンケートを通して保護者との情報共有が出来た。	1.写真撮影を秋に変更し持ち帰り製作に取り入れる事にした。 2.連絡帳や送迎時に保護者と情報共有が出来た。	1.クリスマス会で集合写真を撮りカードとしてご家族へ提供する。 2.連絡帳や日々の会話を大切にし保護者との関係を密にした。	

事業報告	1.昨年の満足度調査による保護者のニーズに答えて、写真提供をし喜んでもらう事ができた。 2.保護者の声に耳を傾け、情報共有することで、安心して働いてもらう事ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	事業所	★1	労働環境についてアンケートを用いて意見を集約する。対策の実施。効果確認のため、職員面談を実施する。	施設長/保育士	**アンケート内容の検討・作成**		アンケート実施	対応策の検討（職員会議）		対応策の実施		職員面談の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	◎	◎	○	○	○	○				
	事業所	2	育休復帰予定者を把握する。託児所空き状況を毎月発信する。	施設長/保育士	把握	把握	把握	把握	把握	把握	把握	把握	把握	振り返り	次年度準備		施設長
					発信	発信	発信	発信	発信	発信	発信	発信	発信				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★3	職員の採用条件に応じスムーズな受け入れができるようにする。	施設長/保育士	運営会議にて採用条件を確認し職員体制を調整する									振り返り	次年度準備		施設長
					確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）中途採用をスムーズに行うための情報が必要である。 ・離職によりケアの質が安定しない。 ・従来の募集方法では職員確保が難しくなっている。 ・意見が言いにくい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.アンケート実施、対策を検討した。 2.復帰予定者と空き状況の正確な人数を把握し発信していった。 3.利用希望情報を得て速やかにオリエンテーション行い受け入れた。	1.対応策を検討、案を議論した。 2.復帰予定者と空き状況の正確な人数を把握し発信していった。 3.利用希望情報を得て速やかにオリエンテーション行い受け入れた。	1.面談の機会はなかったがその都度不安材料を話し合う。 2.復帰者情報を元にオリの時期を知らせスムーズな対応をした。 3.職員体制が整う様、人員を採用。	

事業報告	2.復帰予定者を事前に把握し、安心して復帰をしてもらった。 3.中途採用者に対してできるだけ条件に応じていった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価	
			1.担当者にて、運用確認チェックリストを用いて確認している。 引き続き情報管理システムについて取り組み事故発生防止に努める。	1.担当者にて、運用確認チェックリストを用いて確認している。 引き続き情報管理システムについて取り組み事故発生防止に努める。	1.担当者にて、運用確認チェックリストを用いて確認している。 引き続き情報管理システムについて取り組み事故発生防止に努める。	

事業報告	1.定期的な情報提供での確認や学習の実施ができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２サンライフ江南
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	託児所内で行っている感染症対策の実施状況の確認とチェック表の見直しを行う。	施設長／保育士	チェック表見直し						チェック表見直し			振り返り	次年度準備		施設長
					感染症対策の実施												
					確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★2	災害や長時間停電に備え計画の見直し、備品の確認・準備を行う。	施設長／保育士		停電時のシュミレーション実施	課題の特定	防災計画の見直し		必要物品の購入		訓練実施	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	△	△	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・検討があまりできていない。 ・備えができていない。 ・どう動いたらよいかわからない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.昨年に引き続きコロナ感染対策を毎日実施している。ワクチン接種を計画的に行い感染予防につなげる。 2.災害に関する法人周知事項を再確認していった。	1.コロナ感染対策を毎日実施している。感染症に対する託児利用ルールを見直した。 2.必要物品の検討を行った。	1.コロナ感染対策と共に3回目のワクチン接種に向けて調整を行っている。見直した対応策を見やすい場所に掲示した。 2.防災計画に基づいて実施した。	

事業報告	1.万全なコロナ感染症対策を心がけ、それ以外のさまざまな感染症にも対応できるようマニュアルを作成した。 2.事業継続計画からの内容確認をおこなった。訓練も定期的に実施できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	評価、修正 ○/●	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○●/○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設マネジャー
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） ― チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ○	― ○	― ○	○/● ○	評価 ○/●	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） ― チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ○	○/● ○	― ○	― ○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設マネジャー
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○	評価、修正 ○/●	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設マネジャー
	事業所	★4	虐待予防チェック表を活用し、禁止用語やグレーゾーンに当たる行為をピックアップし、自部署や委員会時に検討・効果測定を行う。	身体拘束防止委員会/虐待防止委員会	毎月の委員会で事例検討・効果測定を行う。 ○	○	○	◎	評価 ○/●	○	○	○	○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設マネジャー

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について個々へのスキルアップにつなげるため。⇒継続 2）2020年度より）自己点検を行ったことで意識向上に効果があったため。⇒継続 3）映像化することで誰が見ても理解でき共有できるケアと共有できると考えるため。 4）2020年度より）毎月の委員会での議論はできたが具体的な事例を基に個別の浸透を図るため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.会議時に困難事例等を共有し、対応案や振り返りを実施。	1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.動画を視聴し禁止用語を自然に使っていないか等の振り返りを実施。	1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.動画を視聴し禁止用語を自然に使っていないか等の振り返りを実施。	

事業報告	◎不適切ケアの事案は0件。 1.月次の虐待防止委員会にて対応困難事例を議論し、他部署、他フロアからの意見交換・アドバイスを受けることができた。 2.新型コロナウイルス感染対策により業務量が増加する中、焦燥感からのイラつきを抑えるためにも、不適切ケアを引き起こさない自己点検の継続と各会議時に周知を行った。 3.不適切ケアの行為・事例を文章だけでなく映像で見ることにより、より理解を深めることができた。 4.虐待につながる禁止用語を見やすくすることで、自分自身のケアを見直すよう努めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ 自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設マネジャー
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					—	—	○/●	—	○●/—	—	—	○/●	○●/○●	○/○●	○●/○	○●/○●	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	相談員／介助員	毎月リーダー会議にて車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					○	◎/◎●	○/○●	○	◎/◎●	○/○●	○	◎/◎●	○●/○●	○●	○	○●	
	事業所	4	毎月の委員会で受診事故の事例を多職種で検討する。危険予測トレーニングの勉強会を開催し、次回の委員会までに取り組みの効果について検討を行う。	事故対策委員長/事故対策委員	毎月の委員会で重大事故について多職種で検討し、再発防止を図る。 危険予測トレーニングの勉強会では映像を用いて開催する。				評価修正 評価修正	毎月の委員会で重大事故について多職種で検討し、再発防止を図る。 危険予測トレーニングの勉強会では映像を用いて開催する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）新たな重大事故の共有、対策について継続して共有が必要であるため 2）2020年度より）服薬ミスが発生しており、再発防止策の徹底が必要であるため 3）2020年ドライブレコーダー設置後の検証と、車輌事故防止のため。 4）2020年度より）新たな受診事故の検証、再発防止が継続して必要であるため	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.事故対策委員会で周知し、振り返りを実施。 2.基本介護チェック表により点検実施。 3.他エリアの事故報告を検証し、各自運転チェックを実施した。 4.送迎時に起こりうる事故を回避するよう動画にて周知した。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.基本介護チェック表により点検実施。 3.ドライブレコーダーの確認を通じて安全運転の再確認を行った。 4.入浴時の事故を回避するよう動画にて周知した。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.基本介護チェック表により点検実施。 3.ドライブレコーダーの確認を通じて安全運転の再確認を行った。 4.入浴時の事故を回避するよう動画にて周知した。

事業報告	◎事故発生件数は189件発生。内、受診事故5件、誤薬事故1件 1．事故対策委員会にて重大事故の検討、水平展開を行った。 2・基本介護チェック表を基に技術・知識の振り返りを行うことができた。 3・ドライブレコーダーの映像を基に教育を行い、実際の場面から効果的な意識付けを行うことができた。 4・映像を用いて視覚的に学習することにより、危険予測トレーニングを実施した。リスクマネジメントに対し一定の効果があったと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	―	○	―	○●/○	―	―	―	―	○●	○	○●	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/相談員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施（各事業所の規模により開催月、頻度は任意）						振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	○●	○	○●	
	事業所	★3	併設施設と協働し、相談員の援助技術向上を図る。	主任相談員/デイ副所長	研修計画の把握と共有	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）疑似体験後「利用者様の理解ができた」との意見があり、継続が必要と考えたため 2）面会制限で情報不足がある中、利用者様と一緒に食事をすることによりご家族との情報共有を図るため 3）異動にて新任相談員が配属される。援助技術の向上と不安解消のフォローアップが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.入浴時の体験を実施。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.デイケアと協働し、援助技術向上の為の会合を実施。	1.入浴時の体験を実施。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.デイケアと協働し、援助技術向上の為の会合を実施。	1.コロナ禍により見合わせる。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.デイケアと協働し、援助技術向上の為の会合を実施。

事業報告	◎新規ボランティア0件 1.利用者様体験は計画通り実施することができた。体験により利用者様の気持ちや不自由さを学び、配慮したケアの実践に努めた。 2.新型コロナウイルスの感染状況をみながら検討していたが実施困難であった。 3.毎月開会したことで各相談員の力量の把握、援助技術向上の手助けとなった。次年度も同様に開催していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○/●	○	○	○	○●				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	—	—	—	—	○/●			○●	○	○●	
	エリア	2	【ケアの追求②】 外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						—	○	○	○/●	—	—	—	—	○●	○	○●	
	事業所	★3	コロナ過でも有効なボランティア及び新規アクティビティの導入により利用者様の余暇活動の充実を図る。	介護長/各部署責任者	ボランティア・アクティビティ選定		新規アクティビティの実施			評価	新規アクティビティの実施			振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○●	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）認知症フロアにおける対応について継続して考える必要があるため 2）2020年度より）認知症実践者研修受講者を増やし、知識の浸透をはかるため 3）コロナ過で面会・外出の制限があり利用者様には不自由をかけている。ソーシャルディスタンスを保ちながらも利用者様の楽しみとなる活動を創造し、日常生活の充実を図りたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月誕生日会を新たに企画実行した。ボランティア導入はなし。	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月誕生日会を新たに企画実行した。ボランティア導入はなし。	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月誕生日会を新たに企画実行した。ボランティア導入はなし。	

事業報告	◎外部研修への参加は1件 1.エリアの事例を定期的に考察することで、別の視点で考える良い機会となった。 2.デイから実践者研修に参加、修了している。今後も各現場から研修の参加者を増やしていき、知識の浸透を図っていく。 3.誕生日会を企画実行し定着させることができた。認知症ケア委員会からは映像用の機材を購入し、毎月各フロアで上映会を行い余暇活動の充実につながっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○/○	○/○	○/○	○●/○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	
	エリア	2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設マネジャー
						○	○	○	○	○	○	○	○●				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	○	○	○	—	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	★3	転倒予防、認知症予防を目的とした運動を行い、身体状況・生活状況に関する相談の場をつくるなど、地域住民のフレイル予防に繋げる。（楽しく健康づくり教室の中で実施）	リハビリ職員	第2サンライフ江南にて月２回実施									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					◎	×	×	◎	◎	×	◎	◎	◎●	○●	○	○●	
	事業所	★4	利用者様への食事提供時のサービス向上を図る。 ナイロンエプロンからナプキンに変更できるよう取り組みを行う。	相談員/全職種	エプロン対象者に対し個別に現状把握を行う。 食事時のポジショニングを検討し実践する。				評価、修正	エプロン対象者に対し個別に現状把握を行う。 食事時のポジショニングを検討し実践する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	5	大規模修繕を計画的かつ効果的に実行する。 建築士と相談のもと、利用者様にとって快適な生活空間を創造し、改修に反映させる。	改修担当チーム	設計・建築士・業者打ち合わせ	改修工事中は利用者様の安全を第一に確保する。								振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					定例打ち合わせにより計画の進捗確認、修正を行う。（月2回）												
					○/○	○/○	○●/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）コロナ禍により地域交流は限定されたがブログ・フェイスブックの発信は効果的であるため。 2）2020年度、各研修、受験とも1名参加、キャリアアップに繋がるため。 3）江南市からの委託でもあり、地域貢献につながる活動であるため。 4）利用者様により食事を楽しんで頂くため。 5）2020年度より）コロナ過で延期となったが、老朽化の改善及び利用者様の生活向上となるように計画する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.blog、Facebookの発信実施。 2.リーダーコース3名参加 3.緊急事態宣言時期以外は実施 4.現状把握を実施 5.先行工事を実施	７月-９月評価 1.blog、Facebookの発信実施。 2.リーダーコース3名参加 3.緊急事態宣言時期以外は実施 4.エプロンを外せる方を検証 5.先行工事を実施	１０月-１２月評価 1.blog、Facebookの発信実施。 2.リーダーコース3名参加 3.緊急事態宣言時期以外は実施 4.エプロンを外せる方を検証 5.先行工事を実施	

事業報告	◎地域貢献活動は中止 1.地域貢献活動はコロナにより中止となったが、フェイスブック、ブログの定期更新により事業所のPRに努めた。 2.介護福祉士国家試験し4名受験し2名合格。養成コース1名、リーダーコース3名参加。 3.緊急事態宣言により、中止となる期間もあったが、開催できた際には、運動を行うだけでなく、日常生活で困っている事などの相談も受けながら、地域住民のフレイル予防に努めた。 4.リハビリ職員にて、食事評価を行い、自助具の評価、机の高さ調整、座位姿勢のポジショニングを再度行い、34名の利用者様のエプロンを外す事が出来た。 5.延期となった大規模修繕を予定、利用者様、ご家族にとって快適な空間になるよう改修計画を進めていく。

Ver. 1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設マネジャー/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設マネジャー/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					―	―	―	―	―	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	★3	働きやすい職場・労働環境の構築し、離職防止に努める。	主任相談員/事業所職員	衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				評価、修正	前期の評価・修正を元に、衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 2）2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 3）2020年度退職者は9名の予定。離職者を減少させる取り組みが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正した。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.環境チェックにより改善可能な部分は修正した。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.環境チェックにより改善可能な部分は修正した。	

事業報告	◎中途採用者7名 1.エリア全体で計画的に実行できた。中途採用者向けのホームページを更新・工夫を凝らすことにより直接応募者を確保した。 2.法人からの事案や勉強会を通してハラスメント防止の意識を高めることができた。 3.中途採用の職員に対し、オリエンテーションを実施し不安軽減に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			毎月の運用確認にて手順を再確認。	毎月の運用確認にて手順を再確認。	毎月の運用確認にて手順を再確認。	

事業報告	◎セイキュリティ事故0件、業務ミス0件 ・毎年の定期教育および運用確認にて、セキュリティリスクの理解について定着を図ることができた。 中途採用者については不定期に入職するため、他部署とも連携し毎月の管理をよりしっかり行っていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	○●	○	○●	
	事業所	★2	介護報酬改定に伴い、取得可能な加算を検証する。	施設マネジャー／相談員	報酬改定内容について各部署に周知し加算算定要件の確認を行う。		新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。		評価	新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					施設内経営会議で確認する。					施設内経営会議で確認する。							
					○/○	○/○	○/○	○/○	○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）エリアの収益・稼働率の向上発展を目指す。 2）収益向上のために営業戦略の見直し、課題の分析をして他老健との差別化を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアにてＷＥＢデザイナーを配置。アドバイスを受ける。 2.4月リハビリテーションマネジメント加算算定、5月科学的介護推進加算Ⅱ算定。	1.エリアにてＷＥＢデザイナーを配置した。ＦＣは10月以降にパンフレットの更新を協議予定。 2.新規加算はなし。	1.11月からＷＥＢデザイナーと協議しパンフレット作成中。 2.新規加算はなし。	

事業報告	◎今年度の平均稼働率は99.6%となった。 1.営業ツールを見直しことで、効果的な営業を実践することができた。 2.介護報酬改定以降、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の継続的な取得や新規に加算取得し安定した収入を確保することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業継続に影響を及ぼす緊急事態に備える。	事業所	☆1	コロナウィルス感染拡大防止の為、感染症対策会議にて、対策チェック・発生時のシュミレーションを実施する。	介護長・看護長／全職員	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					感染症対策会議を開催する												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	○●	○	○●	
	事業所	☆2	非常時の対応訓練を実施する	相談員／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡訓練の実施		防犯研修の実施		風水害訓練の実施		合同避難訓練実施（地域参加）		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					避難訓練の実施、研修をする												
					○/○	○/○	—	○/○	—	○/○	—	◎●/◎●	—	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため日々対策を継続する。 感染者が発生した場合の対応が出来る様、シュミレーションを実施する。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. リーダー会議にて対策を協議、シュミレーションを実施。 2. 事業継続計画の周知、確認を実施。	1. リーダー会議にて対策を協議、シュミレーションを実施。 2. 非常食の取り扱いについて検証実施。	1. リーダー会議にて対策を協議、シュミレーションを実施。 2. 合同避難訓練に参加し水平避難誘導や消火器の取扱いについて学んだ

事業報告	◎緊急事態発生件数0件 1．感染症対策が効果的に実施できたことにより、利用者様の発生件数は0名。利用者様に安心して施設生活を過ごしていただくことができた。 2．事業継続計画の内容確認とシミュレーションを繰り返ししていくことで内容の周知することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/●	●	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/●	振り返り ●	次年度準備 ◎	●	施設マネジャー
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） ◎ チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ◎	◎ ◎	◎ ◎	◎ ◎	評価 ●	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） ◎ チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ◎	◎ ◎	◎ ◎	◎ ◎	振り返り ●	次年度準備 ◎	●	施設マネジャー
	エリア	3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○	評価、修正 ●	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○	振り返り ●	次年度準備 ○	●	施設マネジャー

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について取り組んだが個々のスキルアップを進める為。⇒継続 2）2020年度より）自己点検を行ったことで意識向上に効果があったため。⇒継続 3）見本となるケアが誰が見ても理解でき共有できると考えるため。 4）2020年度より）毎月の委員会での議論はできたが個別への浸透を再度はかるため⇒継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。	７月-９月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.勉強会の実施。各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有によりケアの統一を図った。	１０月-１２月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.虐待予防チェック表を活用し、各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有によりケアの統一を図った。	

事業報告	1.虐待防止委員会にて他部署、フロアからの意見やアドバイスを聞くことで困難事例への対応を検討することができた。 2.虐待防止チェック表を活用することで自身の不適切なケアの見直すことができ、サービスの向上を図ることができた。 3.不適切ケアの映像化により、自身のケアとの比較や見直しができ利用者様の立場になって業務を行うことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/●	○	○/○	○/○	○/○	○/●	●	○	●	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ 自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設マネジャー
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年）※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	○	○	○	○/●	○	○	○	○	●	○	●	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	相談員／介助員	毎月リーダー会議にて車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					○	◎/●	○/○●	○	◎/●	○/○●	○	◎/●	○/○●	●	○	●	
	事業所	4	毎月の委員会で受診事故の事例を多職種で検討する。危険予測トレーニングの勉強会を開催し、次回の委員会までに取り組みの効果について検討を行う。	事故対策委員長/事故対策委員	毎月の委員会で重大事故について多職種で検討し、再発防止を図る。				評価修正	毎月の委員会で重大事故について多職種で検討し、再発防止を図る。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					危険予測トレーニングの勉強会では映像を用いて開催する。				評価修正	危険予測トレーニングの勉強会では映像を用いて開催する。							
					○/○	○/○	○/○	○/●	○	○/○	○/○	○/○	○/●	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）新たな重大事故の共有、対策について継続して共有が必要であるため⇒継続 2）2020年度より）転倒事故が発生しており、再発防止策の徹底が必要であるため。⇒継続 3）2020年ドライブレコーダー設置後の検証と、車輌事故防止のため。 4）2020年度より）新たな受診事故の検証、再発防止が継続して必要であるため⇒継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.事故対策委員会で周知し、振り返りを実施。 2.基本介護✔表により点検を実施。 3.他エリアの事故報告を検証し、各自運転✔を実施した。 4.送迎時に起こりうる事故を回避するよう動画にて周知した。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.基本介護✔表により点検実施。 3.Dレコーダーの確認を通じて安全運転の再確認を行った。 4.入浴時の事故を回避するよう動画に手周知した。	1.事故対策委員会で周知し、振り返りを実施。 2.基本介護✔表により点検を実施。 3.他事業所の事故報告、事故動画を検証し、各自運転✔を実施した。 4.送迎時に起こりうる事故を回避するよう動画にて周知した。

事業報告	1．事故対策委員会にて重大事故の検討、水平展開を行った。 2．基本介護チェック表を基に技術・知識の振り返りを行うことができた。 3．ドライブレコーダーの映像を基に教育を行い、実際の場面から効果的な意識付けを行うことができた。 4．映像を用いて視覚的に学習することにより、危険予測トレーニングを実施した。リスクマネジメントに対し一定の効果があったと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標 2.創意工夫目標	Ⅰ　－　2　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	●	○	●	
	事業所	★2	他事業所のケアを知る為に、エリア内通所事業所にて実習を行い、自施設のケアに反映させる。	相談員／施設職員	研修計画の把握と共有	エリア内通所事業所にて実習を行う。（１ヶ月１名ずつ）				評価	エリア内通所事業所にて実習を行う。（１ヶ月１名ずつ）			振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	
	事業所	★3	併設施設と協働し、相談員の援助技術向上を図る。	副所長/相談員	研修計画の把握と共有	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	評価	相談員座談会	相談員座談会	相談員座談会	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）疑似体験後「利用者様の理解ができた」との意見があり、継続が必要と考えたため⇒継続 2）他事業所を見学・経験することによりスキルアップが必要であるため 3）異動にて新任相談員が配属される。援助技術の向上と不安解消のフォローアップが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.入浴時の体験を実施。 2.他事業所への見学説明を実施。 3.老健と協働し、援助技術向上の為の会合を実施。	1.特車に車椅子で乗車体験を実施。 2.他事業所への見学説明を実施。 3.老健と協働し、援助技術向上の為の会合を実施	1.入浴時の体験、特車に車椅子で乗車体験を実施。 2.他事業所への見学説明を実施。 3.老健と協働し、援助技術向上の為の会合を実施。

事業報告	1.利用者様体験は計画通り実施することができた。体験により利用者様の気持ちや不自由さを学び、配慮したケアの実践に努めた。 2.他事業所の見学を予定通り実施することができた。自施設での業務改善の参考になった。 3.毎月開会したことで各相談員の力量の把握、援助技術向上の手助けとなった。次年度も同様に開催していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						②研修（6日+4週間）						①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	
	事業所	★3	コロナ禍でも有効なボランティア及び新規アクティビティの導入により利用者様の余暇活動の充実を図る。	介護長/各部署責任者	ボランティア・アクティビティ選定		新規アクティビティの実施			評価	新規アクティビティの実施			振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）認知症利用者様の対応について継続して考える必要があるため⇒継続 2）2020年度より）認知症実践者研修受講者を増やし、知識の浸透をはかるため⇒継続 3）コロナ禍で様々な制限があり利用者様には不自由をかけている。ソーシャルディスタンスを保ちながらも利用者様の楽しみとなる活動が必要であるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月テーマを定め、作品作りを行った。コロナ禍によりボランティア導入はなし。	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月テーマを定め、作品作りを行った。コロナ禍によりボランティア導入はなし。	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.1名デイより参加。 3.毎月テーマを定め、作品作りを行った。コロナ禍によりボランティア導入はなし。

事業報告	1.エリアの事例を定期的に考察することで、別の視点で考える良い機会となった。 2.デイから実践者研修に参加、修了している。今後も各現場から研修の参加者を増やしていき、知識の浸透を図っていく。 3.誕生日会を企画実行し定着させることができた。認知症ケア委員会からは映像用の機材を購入し、毎月各フロアで上映会を行い余暇活動の充実につながっている。

Ⅰ.サービスに関する目標 2.創意工夫目標	Ⅰ　－　2　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。 （サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	●	○	●	
	エリア	2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設マネジャー
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	○	○	○	○				●	○	●	
	事業所	3	大規模修繕を計画的かつ効果的に実行する。 建築士と相談のもと、利用者様にとって快適な生活空間を創造し、改修に反映させる。	施設マネジャー/改修担当チーム	設計・建築士・業者打ち合わせ	改修工事中は利用者様の安全を第一に確保する。								振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					定例打ち合わせにより計画の進捗確認、修正を行う。（月2回）												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	●	○	●	
	事業所	★4	デイを利用中の状況をご家族、ケアマネジャーに知ってもらう為に、個別に映像化して情報提供を行う。	副所長/リハビリ職員	新規利用者様　１ヶ月後に画像・映像にてご家族、ケアマネジャーに情報提供を行う。 継続利用者様：状態変化時、認定更新月に画像・映像にてご家族・ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰに情報提供を行う。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）コロナ禍により地域交流は限定されたがブログ・フェイスブックの発信は効果的であるため。⇒継続 2）2020年度、各研修、受験とも1名参加、キャリアアップに繋がるため。⇒継続 3）2020年度より）コロナ禍で延期となったが、老朽化の改善及び利用者様の生活向上となるように計画する。 4）デイでの過ごされ方、リハビリの様子を映像で情報提供し、理解を進める⇒継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.相談員コース1名受講。 3.設計士との打ち合わせを随時実施 4.各ケースの状況、デイ新聞など居宅訪問時に情報提供を実施。	1.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.相談員コース1名受講。 3.設計士との打ち合わせを随時実施 5.各ケースの状況、デイ新聞など居宅訪問時に情報提供を実施。	1.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.相談員コース1名受講。 3.設計士との打ち合わせを随時実施 5.各ケースの状況、デイ新聞など居宅訪問時に情報提供を実施。	

事業報告	1.地域貢献活動はコロナにより中止となったが、フェイスブック、ブログの定期更新により事業所のPRに努めた。 2.相談員養成コース1名、上級リーダーコース1名参加。 3.延期となった大規模修繕を予定、利用者様、ご家族にとって快適な空間になるよう改修計画を進めていく。 4.タブレットの活用することで、動画にて利用者様のデイケアでの様子をご家族、ケアマネジャーに知ってもらうよう努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設マネジャー/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	●	○	○	○	○●	●	○	●	
	エリア	2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設マネジャー/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	●	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					○	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	●	
	事業所	★3	働きやすい職場・労働環境の構築し、離職防止に努める。	副所長/事業所職員	衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				評価、修正	前期の評価・修正を元に、衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 2）2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 3）2020年度退職者は3名の予定。離職者を減少させる取り組みが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正を行った。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 4.環境✔により改善可能な部分は修正を行った。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 4.環境✔により改善可能な部分は修正を行った。	

事業報告	1.エリア全体で計画的に実行できた。中途採用者向けのホームページを更新・工夫を凝らすことにより直接応募者を確保した。 2.法人からの事案や勉強会を通してハラスメント防止の意識を高めることができた。 3.中途採用の職員に対し、オリエンテーションを実施し不安軽減に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り		次年度準備	ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの更新情報資料の確認施。	2.運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの更新情報資料の確認施。	2.運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの更新情報資料の確認施。	

事業報告	・毎年の定期教育および運用確認にて、セキュリティリスクの理解について定着を図ることができた。 中途採用者については不定期に入職するため、他部署とも連携し毎月の管理をよりしっかり行っていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッツを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					●/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/●	●	○	●	
	事業所	★2	介護報酬改定に伴い、取得可能な加算を検証する。	施設マネジャー／相談員	報酬改定内容について各部署に周知し加算算定要件の確認を行う。		新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。		評価	新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					施設内経営会議で確認する。					施設内経営会議で確認する。							
					○/○	●/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/●	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）エリアの収益・稼働率の向上発展を目指す。 2）収益向上のために営業戦略の見直し、課題の分析をして他法人との差別化を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.WEBデザイナーの採用により、順次パンフレットを更新。 2.算定可能な介護報酬の確認を行った。現状は新規取得はない。	1.WEBデザイナーの採用により、順次パンフレットを更新。 2.算定可能な介護報酬の確認を行った。現状は新規取得はない。	1.WEBデザイナーの採用により、順次パンフレットを更新。 2.算定可能な介護報酬の確認を行った。現状は新規取得はない。

事業報告	1.営業ツールを見直しことで、効果的な営業を実践することができた。 2.介護報酬改定以降、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の継続的な取得や新規に加算取得し安定した収入を確保することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業継続に影響を及ぼす緊急事態に備える。	事業所	☆1	コロナウィルス感染拡大防止の為、感染症対策会議にて、対策チェック・発生時のシミュレーションを実施する。	介護長・看護長／全職員	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					感染症対策会議を開催する												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	●	○	●	
	事業所	☆2	非常時の対応訓練を実施する	相談員／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡訓練の実施		防犯研修の実施		風水害訓練の実施		合同避難訓練実施（地域参加）		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					避難訓練の実施、研修をする												
					●/○	●/○	○	●/○	○	●/○	○	●/○	●	●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため日々対策を継続する。 感染者が発生した場合の対応が出来る様、シミュレーションを実施する。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症発生時のシミュレーションを行った。 2.緊急時の訓練を行った。	1.感染症発生時のシミュレーションを行った。 2.非常食の取り扱い訓練を実施。	1.感染症発生時のシミュレーションを行った。 2.非常食の取り扱い訓練を実施。	

事業報告	1. 感染症対策が効果的に実施できたことにより、利用者様の発生件数は0名。利用者様に安心して施設生活を過ごしていただくことができた。 2. 事業継続計画の内容確認とシミュレーションを繰り返ししていくことで内容の周知することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ○	○	○	○	評価 ○	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ○	○	○	○	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
	事業所	3	虐待が疑われるケースがあれば、地域包括支援センターに通報をする。	施設マネジャー/サービス提供責任者	ケースの共有	ケースの共有	ケースの共有	虐待の勉強会	ケースの共有 ヘルパーが一人で抱え込むことのないよう、会議以外の場でも随時確認していく。 ○	ケースの共有 ○	ケースの共有 ○	虐待の勉強会 ○	ケースの共有 ○	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
	事業所	4	困難事例に関しては、ヘルパー事業所だけでなく複数の事業所で課題を共有し対策を検討する。	施設マネジャー/サービス提供責任者	ケースの共有	ケースの共有	地域包括ケアの勉強会	ケースの共有	ケースの共有 悩むケースがあれば、随時開催する。 ○	ケースの共有 ○	ケースの共有 ○	ケースの共有 ○	ケースの共有 ○	振り返り	次年度準備		施設マネジャー

なぜ、取り組むのか？（原因）	1～3）2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について個々へのスキルアップにつなげるため。⇒継続 4)2020年より）高齢者虐待防止法で通報義務・通報努力義務がある⇒継続 5）2020年より）迷うケースを複数で関わることで、よりよい援助が見いだせるため⇒継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.施設内会議の共有を図った。 2.ミーティング時に不適切ケアがないか確認を行った。 3.地域包括ケアの勉強会実施。困難事例の利用者様の包括会議にて協議。	７月-９月評価 1.施設内会議の共有を図った。 2.ミーティング時に不適切ケアがないか確認を行った。 4.地域包括ケアの勉強会実施。困難事例の利用者様の包括会議にて協議。	１０月-１２月評価 3.ミーティング時に虐待の勉強会を行った。 4.困難事例の利用者様情報を逐一ケアマネに報告・相談をし援助内容を検討した。	

事業報告	3.自宅に訪問しているヘルパーの業務は虐待を発見しやすい立場にある。虐待につながるケースがないか、ミーティング時に確認を行い、年３回の勉強会を実施し気づきや対策を話し合った。 4.困難事例に対して、ケアマネや包括に相談し助言を受け、自事業所のみでの対応が困難な事例はケアマネと同行訪問し対応する事でトラブルの回避につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	利用者に関する注意事項や留意事項を、全職員で共有した対応を行う。	施設マネジャー/サービス提供責任者	情報共有ソフトを使用し、随時利用者の情報を共有する。留意すべき点等あれば、具体的な対応方法をサービス提供責任者から指示を行う。				活動・評価	情報共有ソフトを使用し、随時利用者の情報を共有する。留意すべき点等あれば、具体的な対応方法をサービス提供責任者から指示を行う。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	施設マネジャー/サービス提供責任者	毎月会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						◎/●	◎/●		◎/●	◎/●		◎/●	◎/●	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1～3）2020年より）法人内の事故報告を受け、トラブルを回避するための説明・対応の学習が必要。 2020年ドライブレコーダー設置後の検証と、車輌事故防止のため。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.委員会議事録にて振り返り・周知を図った。 2.ケアカルテを活用し、随時派遣内容の報告指示を行い、注意事項の共有を図った。 3.事故報告を検証し、各自運転✔を実施した。	1.委員会議事録にて振り返り・周知を図った。 2.ヘルパーミーティングにてリスクの確認と対応方法を協議した。 3.事故報告を検証し、各自運転✔を実施した。	2.ケアカルテにて留意事項の指示を行い、ミーティングにて対応方法を協議した。

事業報告	2.ケアカルテにて日々の援助内容の確認と指示を行う事で、利用者様の状況の変化に対する対応と支援方法の統一が出来ている。現状、体調不良や家族関係で援助内容の変更が必要なケースが増加している為、ケアマネと連携し迅速な対応が必要になっている。 3.ドライブレコーダーの設置により、安全運転の意識づけができた。

Ⅰ.サービスに関する目標 2.創意工夫目標	Ⅰ　－　2　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
気づきの力を身に付ける。	事業所	1	適切な接遇対応ができる力を身につける。	施設マネジャー/サービス提供責任者	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	接遇の勉強会	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	接遇環境チェックリストの実施	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					毎週、朝礼時に接遇用語の唱和をする。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	利用者様の意思・生活暦を重視し、訪問介護計画書に反映させる。	施設マネジャー/サービス提供責任者	企画	勉強会				契約説明の勉強会				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					毎月ヘルパーミーティングで利用者様の状態を検討する。												
					◎/●	◎/●	○	○	○	◎/●	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）選ばれる職員になるため、適切な接遇ができるよう継続育成が必要。 2）2020年度より）利用者様の身近な存在としての立場を活かした援助ができるようにする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし 2.サ責ミーティング時に計画書の振返り・見直しを実施した。	1.問題なし 2.サ責ミーティング時に計画書の振返り・見直しを実施した。	1.問題なし 2.サ責ミーティング時に計画書の振返り・見直しを実施した。	

事業報告	1.接遇チェックリストを活用し、個々で自己の接遇を定期的に評価し、出来ていない部分があるヘルパーには随時指導を行った。ミーティング時の勉強会では利用者様の信頼を得る接遇を議論した。 2.日々の報告の確認とサービス提供責任者の訪問で状況を把握し介護計画書に反映できるように、ケアマネへの報告・相談を行っている。

Ⅰ.サービスに関する目標 2.創意工夫目標	Ⅰ　－　2　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	ヘルパー主任/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎/●	○	○	○	◎/●	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	認知症に関する知識を取得する。また、それを活かした支援を実施する。	ヘルパー主任/サービス提供責任者	企画	この期間で１回は認知症に関する外部研修に参加				この期間で１回は認知症に関する外部研修に参加				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					研修内容については、ヘルパーミーティングで職員へ伝達をする												
					◎/●	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）疑似体験後「利用者様の理解ができた」との意見があり、継続が必要と考えたため 2）2020年度より）認知症実践者研修受講者を増やし、知識の浸透をはかるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. ミーティング時に各種介護のシュミレーションを実施 2. 施設内の認知症会議の議事録を周知。	1. ミーティング時に各種介護のシュミレーションを実施 3. 施設内の認知症会議の議事録を周知。	1. ミーティング時に各種介護のシュミレーションを実施 3. 施設内の認知症会議の議事録を周知。	

事業報告	1. 利用者体験はミーティング時にシュミレーションを実施した。 2. 認知症の外部研修には参加できていない。ヘルパーミーティングにて認知症の研修を行い、認知症の理解を深めた。

Ver.1.01

Ⅰ.サービスに関する目標 2.創意工夫目標	Ⅰ　－　2　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加）	施設マネジャー/サービス提供責任者	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★2	身体介護の経験の少ないヘルパーに対して介護技術を学ぶ機会を持つ。	施設マネジャー/サービス提供責任者					動画での身体介護の勉強会				リハ職による身体介護の勉強会	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					身体介護を行う場面があれば同行訪問の実施。												
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）コロナ禍により地域交流は限定されたがブログ・フェイスブックの発信は効果的であるため。 2）2020年度より）重度化に対応できる教育が必要なため。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.身体介護の利用者様宅へ経験の少ないヘルパーを同行し技術の向上を図った。	2.身体介護の利用者様宅へ経験の少ないヘルパーを同行を継続し技術の底上げを図った。	2.身体介護の利用者様宅へ経験の少ないヘルパーを同行を継続し技術の底上げを図った。	

事業報告	2.個々の身体状況により援助内容の差異がある為、介護度の高い身体介護の新規の利用者様に同行訪問を行い、身体介助の習得を図った。ミーティング時に動画視聴し、ヘルパーの身体に負担のかからない介助を学んで実践に役立てた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設マネジャー/サービス提供責任者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設マネジャー/サービス提供責任者	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	働きやすい職場・労働環境の構築し、離職防止に努める。	施設マネジャー/サービス提供責任者	衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				評価、修正	前期の評価・修正を元に、衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）新規採用の職員を安定確保するため。 2）2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 3）2020年度は、退職者1名の予定。離職者を減少させる取り組みが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正した。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 4.環境✔により改善可能な部分は修正した。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正した。	

事業報告	1.現状、登録ヘルパー希望者がいない状況。高齢化により人員減少も見込まれる。今後、職員の確保と離職防止は大きな課題。 2.人員減少により話し合う時間も少なくなり、職員同士の意思疎通が減少した。今後は職員間のコミュニケーションがとれるように工夫が必要。 3.登録ヘルパーの怪我・入院・家庭の事情による人員の予期せぬ減少により派遣の調整に苦心した。登録ヘルパー2名、怪我と定年で退職。今後は急な変化に対応出来るような派遣調整が課題。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎	◎/-/-/◎	◎/-/-/-	◎/-/-/-	○	○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			毎月の運用確認にて手順を再確認。	毎月の運用確認にて手順を再確認。	毎月の運用確認にて手順を再確認。	

事業報告	・運用確認チェックリストにて毎月確認し、情報の保護等に努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	エリア	1	新規依頼の適正な管理を行う。（毎月の依頼者数、書類作成者数、契約者数を見える化する）	施設マネジャー/サービス提供責任者	サ責会議で報告及び検討をする。 毎月サ責会議で確認する。				評価	サ責会議で報告及び検討をする。 毎月サ責会議で確認する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	ヘルパー派遣スケジュールの適正化を図る。	施設マネジャー/サービス提供責任者	ヘルパー派遣スケジュールの適正な管理を行う。（不効率・偏り・無理な派遣がないかチェックする。）				評価・修正	ヘルパー派遣スケジュールの適正な管理を行う。（不効率・偏り・無理な派遣がないかチェックする。）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	介護報酬改定に伴い、取得可能な加算を検証する。	施設マネジャー/サービス提供責任者	報酬改定内容について各部署に周知し加算算定要件の確認を行う。 施設内経営会議で確認する。		新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。		評価	新規加算取得が可能な場合、必要な取り組みを実施し取得する。 施設内経営会議で確認する。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）エリア・事業所の経営基盤の安定と更なる発展のため。 2）不効率をなくすためスケジュールの適正化を図る。 3）介護報酬改定により、減収とならないようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.サ責会議で、派遣の現状を確認し新規受け入れを検討をした。 2.効率の良い派遣時間を考察し新規受け入れを行った。	1.サ責会議で、入所・入院・中止数を確認し新規受け入れを検討をした。 2.日々変化のある派遣スケジュールを確認し、不効率や偏りを是正した。	1.サ責会議で、派遣の空きを確認し新規受け入れを検討をした。 2.日々変化のある派遣スケジュールを毎日確認し、不効率や偏りを是正した。

事業報告	1.新規依頼はスケジュール管理表にて管理を行い、サ責ミーティングにて受入れ状況等確認、協議している。1年間の訪問件数7,353件。 2.怪我で登録ヘルパー1名退職し、さらに登録ヘルパーの入院や家庭の事情による出勤日数の減少、また長期入院の利用者様の再開が多数あった。その為、1人が１日に訪問する件数が増加し、派遣スケジュールの調整が難しい状態が続いた。今後、利用者様が入院した場合の派遣の空きをどうしていくか、又職員の長期欠勤時等の緊急時の対策を考えていく必要がある。 3.取得可能な加算なし。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	ホームヘルパーステーション

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業継続に影響を及ぼす緊急事態に備える。	事業所	★1	コロナウィルス感染拡大防止の為、感染症対策会議にて、対策チェック・発生時のシュミレーションを実施する。	主任/ヘルパー	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					感染症対策会議を開催する												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	非常時の対応訓練を実施する	主任/ヘルパー	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡訓練の実施		防犯研修の実施		風水害訓練の実施		合同避難訓練実施（地域参加）		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					避難訓練の実施、研修をする												
					○/●	○/●		○/●		○/●		○/●		○	○	○	
	事業所	★3	在宅利用者様に対し災害時に備えたシュミレーションを行う。 ①災害時の避難場所・連絡先を聞き取り記録する。 ②リスクが高い利用者様について事業所内で共有する。	主任/ヘルパー	①災害時に備えたシュミレーションの実施					①災害時に備えたシュミレーションの実施				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					②事業所内での共有（会議内）					②事業所内での共有（会議内）							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため日々対策を継続する。 感染者が発生した場合の対応が出来る様、シュミレーションを実施する。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため。 3）在宅利用者様に対して災害時に対応できるようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			3.ヘルパーミーティングにて災害の研修を行った。	3.全体会議の研修内容をサ責で共有し、市内の災害マップを確認した。	3.災害時、リスクの高い利用者様の避難場所を災害マップにて確認した。	

事業報告	1.ヘルパーの感染対策の徹底は元より、利用者様とご家族にも感染対策をお願いした。ヘルパー・利用者様・ご家族に感染者の発生なし。 2.3.ミーティングにて災害の研修を行い、リスクの高い利用者様の連絡先の把握と避難場所を確認し、緊急時の対応を協議した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	★1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	振り返り ○	次年度準備 ○	○/●	施設マネジャー
	事業所	2	虐待が疑われるケースがあれば、地域包括支援センターに通報をする。	主任/事業所職員	虐待が疑われるケースがないかどうかミーティングで確認する。 事業所内ミーティングでケースの有無を確認する。 ○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	振り返り ○	次年度準備 ○	○/●	施設マネジャー
	事業所	3	一人の利用者様に対して基本複数担当制とし、多様な視点でのケアの振り返りを図る。 一人担当のケースでもサブ担当者を作り、意見交換・情報共有しながら適切なケアの提供を行う。	主任/事業所職員	一人持ちの利用者様に対してもサブ担当者を立て、多様な視点から随時ケアを振り返り修正を行う。 適切なサービス提供が実施出来ているかミーティングで確認する。 ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎/●	施設マネジャー

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について個々へのスキルアップにつなげるため。 2）2020年より）高齢者虐待防止法で通報義務・通報努力義務がある 3）2020年より）迷うケースを複数で関わることで、よりよい援助が見いだせるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.3.全員で利用者様の情報提供、リハビリの振り返りを実施。 2.虐待ケースは0件 3.ミーティングにてケース共有を随時実施した。	1.3.全員で利用者様の情報提供、リハビリの振り返りを実施。 2.虐待ケースは0件 3.ミーティングにてケース共有を随時実施した。	1.3.全員で利用者様の情報提供、リハビリの振り返りを実施。 2.虐待ケースは0件 3.ミーティングにてケース共有を随時実施した。	

事業報告	1）虐待や身体拘束の定義、対策について議論の場を設けたことで、個々へのスキルアップを図ることができた。 2）高齢者虐待防止法で通報義務・通報努力義務があり、次年度以降も虐待が疑われるケースに関しては事業所内ミーティングで確認し地域包括支援センターへ通報する。 3）サブ担当制を導入していることで多様な視点から評価でき、一人担当制のころに比べ適切なケアの提供がし易くなった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	振り返り ○	次年度準備 ○/○	○/●	施設マネジャー
	事業所	2	事故・ヒヤリハットが発生した際、事業所内で周知、議論する場を設ける。	主任/事業所職員	毎月事業所職員全員でインシデント事例を共有し振り返りを実施する。具体的に議論する場を設け、原因・対策など検討経過を記録する。 毎週の事業所内ミーティングで実施。 ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	振り返り ○	次年度準備 ○/○	○/●	施設マネジャー
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	相談員／介助員	毎月リーダー会議にて車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。 ○/○	安全運転教育 ○/○	評価／修正 ○/○	○/○	安全運転教育 ○/○	評価／修正 ○/○	○/○	安全運転教育 ○/○	評価／修正 ○/○	振り返り ○	次年度準備 ○/○	○/●	施設マネジャー

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2）2020年より）法人内の事故報告を受け、トラブルを回避するための説明・対応の学習が必要。 3）2020年ドライブレコーダー設置後の検証と、車輌事故防止のため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.事故対策委員会で周知し、振り返りを実施。 2.ヒヤリハット事例等協議・周知を実施 3.他エリアの事故報告を検証し、各自運転✔を実施した。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.ヒヤリハット事例等協議・周知を実施 3.Dレコーダの確認を通じて安全運転の再確認を行った。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.ヒヤリハット事例等協議・周知を実施 3.Dレコーダの確認を通じて安全運転の再確認を行った。

事業報告	1）2）事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故についてミーティング内で検証し、今年度も事故発生件数０件を達成することができた。 3）Dレコーダの確認を通じて安全運転の再確認を行い、車両事故・運転マナーへの苦情０件を達成することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を身につける。	事業所	1	適切な接遇対応ができる力を身につける。	主任/事業所職員	接遇・環境チェックリストを活用し、評価する。また朝礼時に接遇用語を唱和し、意識を高める。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					事業所内ミーティングで定期的に確認。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○/○	○/●	
	事業所	2	年2回利用者様に寄り添ったサービスが提供できているか満足度調査にて確認し、結果から分析・対策・実施まで行う。	主任/事業所職員	アンケート内容の検討		アンケート配布・回収	結果分析、対策実施	利用者様に報告	対策実施	アンケート配布・回収	結果分析、対策実施	利用者様に報告	対策実施	次年度準備		施設マネジャー
					調査後1カ月以内に結果を集計し、検討した内容をレポート化し職員全員で確認。												
					○/○	○/●	○/●	○/●	○/●	○/●	○/●	○/●	○/●	○	○/○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1)　2020年度より）選ばれる職員になるため、適切な接遇ができるよう継続育成が必要。 2)　2020年度より）事業所を客観的な視点から評価を受けよりサービス向上に努めるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者様の視点で接遇チェックを行い、意思統一を行った。 2.アンケートの配布・実施は予定通り完了。	1.接遇チェックにより意識統一を図った。 2.満足道調査を実施、全職員で確認を行った。	1.接遇チェックにより意識統一を図った。 2.満足道調査を実施、全職員で確認を行った。	

事業報告	1）定期でミーティング内で接遇・環境チェックリストを活用し、評価することで意識を高め意思統一を図ることができた。次年度以降も利用者様の気持ちに寄り添えるような接遇とマナーの習得を図る。 2）年２回の満足度調査の結果から高い満足度が得られた。次年度以降も高い評価が得られるよう対策実施の部分をより深め、全利用者様・全ご家族からの満足度向上に繋げていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る。	事業所	1	年2回他事業所のセラピストと認知症の困難事例について意見交換会を開催する。	主任/事業所職員	年2回他事業所のセラピストと認知症に対する理解度を深めるための意見交換会を設ける。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					具体事例以外にも議論し、意見交換会内容をミーティングノートに記録する。												
					×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	○/○	○/○	○/●	
	事業所	2	年3回事業所内で認知症についての勉強会を開催する。	主任/事業所職員	年3回事業所職員全員で認知症に関する勉強会を開催し、理解度を深める。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					勉強会の内容をレジュメに記録し、年度ごとでファイリングする。												
					○/○	×/×	×/×	×/×	○/○	×/×	×/×	×/×	○/○	○/○	○/○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）認知症対応について継続して考える必要があるため 2）2020年度より）認知症実践者研修受講者を増やし、知識の浸透をはかるため 3）2020年度より）コロナ禍で会としては開催できなかったが、電話での情報共有は実施 4）2020年度より）認知症のケース対応について継続して考える必要があるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナ禍により意見交換会ではできないが、居宅への実績配布時に認知症利用者様への共有を行った。 2.事業所内での認知症についての勉強会で理解を深めた。	1.コロナ禍により意見交換会ではできないが、居宅への実績配布時に認知症利用者様への共有を行った。 2.事業所内での認知症についての勉強会で理解を深めた。	1.コロナ禍により意見交換会ではできないが、居宅への実績配布時に認知症利用者様への共有を行った。 2.事業所内での認知症についての勉強会で理解を深めた。	

事業報告	1）ICT活用しての会は開催できなかったが、電話での情報共有や実績配布時に認知症利用者様への共有を行うことはできた。次年度も感染状況に応じてICT活用しての開催を再検討していく。 2）年３回事業所内での認知症に関する勉強会を開催し、個々のスキルアップを図ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個人の強み・サービスの強みを創る。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
						○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/●	
	事業所	2	営業範囲内の居宅ケアマネ・地域包括職員を対象にリハビリの専門知識の勉強と体験参加型の研修会を実施し、ＰＲを図る。	主任/事業所職員		内容検討	研修会	評価				内容検討	研修会	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						○	×	△				○	×	○/○	○/○	○/●	
	事業所	★3	介護予防・日常生活支援総合事業における新規事業活動を行う。（訪問型サービスC、地域リハビリテーション活動支援事業等）	主任/事業所職員	市役所・包括支援センターから依頼を受けた際には居宅に訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実したり、通いの場へ出向き介護予防に関する技術的助言を行う。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					参加したケースに関してはチェックリスト、アセスメントシート、実施報告書を事業活動ごとにファイリングする。												
					×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	×/×	○/○	○/○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）コロナ禍により地域交流は限定されたがブログ・フェイスブックの発信は効果的であるため。 2）2020年度より）キャリアアップに繋がるため、参加可能な研修は受講する。 3）2020年度より）コロナ禍で延期となったが、事業所のＰＲとなるよう計画する。 4）江南市からの委託でもあり、地域貢献につながる活動であるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.研修会は中止したが、研修会用資料を配布した。 3.包括・居宅からの相談ケースは、随時情報提供を行った。	11.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.研修会準備を実施 3.総合事業活動は中止。居宅・包括からのケース相談にはアドバイスを実施。	1.地域貢献活動は中止。ブログ、Facebookの更新は随時行った。 2.研修会は中止したが、研修会用資料を配布した。 3.包括・居宅からの相談ケースは、随時情報提供を行った。

事業報告	1）コロナ禍ではあったが、サンサン介護講座で講師を務め、地域に貢献できる事業所ということもアピールできた。 2）営業範囲内の居宅ケアマネ・地域包括職員を対象とした体験参加型の研修会に関してはコロナ禍で開催することができなかった。ただし研修会資料を作成し配布することでPRを実施した。 3）総合事業活動はコロナ禍で中止であったが、居宅・包括からのケース相談には適宜アドバイスを実施できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設マネジャー/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○/○	○/○	○/●	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設マネジャー/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
											○			○/○	○/○	○/●	
	事業所	★3	働きやすい職場・労働環境の構築し、離職防止に努める。	主任/事業所職員	衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				評価、修正	前期の評価・修正を元に、衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○/○	○/○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 2）2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 3）2020年度退職者は0名の予定。今後も離職者を減少させる取り組みが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正を行った。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.環境✔により改善可能な部分は修正を行った。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。また10月に施設内でハラスメント研修を行った。 3.働きやすい職場環境について協議し、改善可能な部分は修正を行った。

事業報告	1）訪問リハ自体の採用は無かったが、施設全体にて中途採用の職員に対し、オリエンテーションを実施し不安軽減に努めた結果、以後の就業継続となっている。 2）法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。またハラスメントに関する勉強会を開催し、個々の意識知識を高めることができた。 3）離職者０人で目標は達成できた。次年度以降も働きやすい職場構築のため、ミーティング内で話し合い離職防止を図る。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの資料の確認も実施。	1. 運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの資料の確認も実施。	1. 運用確認チェックリストを毎月実施。事務局からの資料の確認も実施。	

事業報告	1）マニュアルに基づいて運用できているかの確認を「運用確認チェックリスト」を使用して毎月確認できた。また年３回事務局からの資料の確認も遅延なく実施できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業継続に影響を及ぼす緊急事態に備える。	事業所	★1	コロナウィルス感染拡大防止の為、感染症対策会議にて、対策チェック・発生時のシュミレーションを実施する。	介護長・看護長／全職員	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					感染症対策会議を開催する												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/●	
	事業所	★2	非常時の対応訓練を実施する	相談員／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡訓練の実施		防犯研修の実施		風水害訓練の実施		合同避難訓練実施（地域参加）		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					避難訓練の実施、研修をする												
					○/○	○/○		○/○		○/○		○/○		○/○	○/○	○/●	
	事業所	★3	在宅利用者様に対し災害時に備えたシュミレーションを行う。 ①災害時の避難場所・連絡先を聞き取り記録する。 ②リスクが高い利用者様について事業所内で共有する。	主任/ヘルパー	①災害時に備えたシュミレーションの実施					①災害時に備えたシュミレーションの実施				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○/○	○/○	○/○	○/○		○/○	○/○	○/○	○/○				
					②事業所内での共有（会議内）					②事業所内での共有（会議内）							
					○/○	○/○	○/○	○/○		○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため日々対策を継続する。 感染者が発生した場合の対応が出来る様、シュミレーションを実施する。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため 3）在宅利用者様に対して災害時に対応できるようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.対策・シュミレーションを実施。 2.緊急連絡訓練実施 3.シュミレーション及び事業所内のハイリスク利用者様の共有も行った。	1.対策・シュミレーションを実施。 2.防犯訓練・風水害訓練実施 3.シュミレーション及び事業所内のハイリスク利用者様の共有も行った。	1.対策・シュミレーションを実施。 2.防犯訓練・風水害訓練実施 3.シュミレーション及び事業所内のハイリスク利用者様の共有も行った。	

事業報告	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため、感染者が発生した場合の対応が出来る様、毎月対策検討後にシュミレーションを事業所内で実施できた。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため、防犯訓練・風水害訓練を実施できた。次年度以降も災害等の非常事態の発生に備えるため、非常時の対応訓練を実施する。 3）ハイリスクの利用者様について事業所内で共有すると共に、利用者様毎の連絡先・避難場所を一覧表にまとめ全職員で共有確認した。次年度以降も一覧表を更新しながら全職員で共有確認を行う。

Ver.1.01

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアに気づき対応ができる。	事業所	1	虐待が疑われるケースがあれば、地域包括支援センターに通報をする。	主任/事業所職員	企画		虐待の勉強会				虐待事例の評価			振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					ケアマネが一人で抱え込むことのないよう、会議以外の場でも随時確認していく。疑いがあれば通報する。												
					○/○	○	○/●	○	○	○	○/●	○	○	○	○	●	
	事業所	2	支援対応に迷うケースに関しては、事例検討会を実施する。そこで得た気づきをもとに、事業所職員へフィードバックを行う。	主任/事業所職員	主任ケアマネジャーを中心にスーパービジョンを行う。				評価・修正	主任ケアマネジャーを中心にスーパービジョンを行う。				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					ケアマネ会議にて実施（月１回）												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1)高齢者虐待防止法で通報義務・通報努力義務がある 2) 2020年より）迷うケースを多様な視点でスーパーバイズ受けることで、よりよい援助が見いだせるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			①必要時包括に報告出来ている。4.6月に同ケースで虐待通報。経過観察となり居宅ケアマネ２人での訪問をしフォローしている。 ②毎月の事例検討にて気づきを促す事できている	①９月に１件虐待疑いで包括へ通報。虐待ではないとの判断で経過観察。 ②事例検討毎月実施、対応等を共有する事で他職員の気づきにもなっている	①10月に１件虐待通報。経過観察となり居宅ケアマネ２人での訪問をしフォローしている。 ②毎月の事例検討にて気づきを促す事できている	

事業報告	1) 虐待か迷うケースもまずは事業所内で情報共有した上で、すべて包括へ報告、包括、市へ判断を委ねる流れができている。 2) 支援対応に迷うケースは年々増加傾向にある。事業所内で情報共有は随時行い、特に状況把握、対応に検討が必要なケースは他ケアマネが同行し状況把握に努めた。

Ver.1.01

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　1　－　②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	事業所	1	利用者様・ご家族の様々な要望に対してリスクマネジメントの視点にたった説明・対応ができるように勉強会を開催する。	主任/事業所職員	企画			契約説明の勉強会				リスクマネジメント勉強会		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					随時、利用者様情報を共有し、対応を検討していく。												
					◎/○	○	○	◎	○	○	○	◎	○	○	○	●	
	事業所	★2	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	主任／事業所職員	毎月リーダー会議にて車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					○	○/◎	◎		◎	◎		◎	◎	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年より）利用者様の権利意識が強くなっている傾向あり、トラブルを回避するための説明・対応の学習が必要。 2）2020年ドライブレコーダー設置後の検証と、車輌事故防止のため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			①利用者様への対応で困るケースは対応方法や説明の仕方を情報共有できている。 ②5月、安全運転教育実施	①7月に契約説明の勉強会実施。個々が意識して説明している点を出し合い、説明の重要性を再確認できた。　②8月安全教育テスト実施	①11月に法令順守について勉強会実施。事業所のリスクについて確認できた。	

事業報告	1）コロナ禍もあり災害時等のリスクマネジメントについても考える１年となった。独居高齢者、高齢者世帯、障害のある世帯への支援については事業所としてどう対応すべきか検討すべき重要な課題と感じる 2）ドライブレコーダーの映像を確認できることで、より安全運転を全職員が意識するようになった

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を身に付ける。	事業所	★1	適切な接遇対応ができる力を身につける。	主任/事業所職員	計画作成					接遇の勉強会				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					毎週、朝礼時に接遇用語の唱和をする。毎月、全体会議で接遇・環境チェックリストを実施。												
					○/●	○	○	○	○	○/●	○	○	○	○	○	●	
	事業所	★2	利用者様、ご家族と効果的な援助が出来る力を身につける	主任/事業所職員	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	事例検討	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					他者の成功事例・失敗したケースを共有することで効果的な対人援助を実践する												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	
	事業所	★3	医師との情報連携を行うことでより効果的なケアマネジメントを行う。	主任/事業所職員	計画作成	必要時受診同行し医師と情報共有を行う			評価	必要時受診同行し医師と情報共有を行う				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					受診で得た情報等をご家族、関係機関と情報共有する												
					○/●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1)選ばれるケアマネジャーになる為に適切な接遇ができるよう育成が必要。 2）法改正や様々な事例に対応できるよう検討会議を通じて育成を行う 3）法改正により医師との連携がより強化されるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			①朝礼時に接遇用語唱和。毎月会議でチェックリストを基に対応力の向上に努めている。 ②毎月の事例検討にて意見交換を重ね気づきや効果的な援助につながっている ③コロナもある受診同行はなし。書面での情報連携はできている	①7月に接遇勉強会実施。 ②利用者様、そのご家族の気持ちになって考えて行動し言葉使いだけではない、心配りが接遇になることを学んだ。 ③コロナにて受診同行は7月1件。必要時書面にて情報連携は継続。	①朝礼時に接遇用語唱和。毎月会議でチェックリストを基に対応力の向上に努めている。 ②毎月の事例検討にて意見交換を重ね気づきや効果的な援助につながっている ③受診同行を10月2名行っている。他必要時書面にて情報提供は行っている。

事業報告	1）2）3）法改正もあり、制度への理解を強めれるように、情報収集等行い、事例検討会等を開催することでスキルアップにつながり、また事業所内での事例の共有にもつながった。 朝礼時の接遇の唱和や会議でのチェックリストの実施、接遇の勉強会などを行うことで、事業所内のスキルアップにもつながっている。コロナ禍で受診同行での医師との情報連携は難しさを感じた。大病院は特に医師と直接話をする事は困難な為、厚生病院の医療ソーシャルワーカーとの連携、関係作りは今後も継続していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
スキルアップする機会を設ける。	事業所	★1	個々に研修計画を立案・参加し、スキルアップを図る。	主任/事業所職員	研修計画を立案・作成	研修計画表に基づいて研修に参加する								振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						勉強会・研修で得た知識・内容を事業所内で共有する											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	
	事業所	★2	介護予防支援について地域包括支援センターと情報連携を行う	主任/事業所職員	企画	情報連携加算の取得			評価	情報連携加算の取得				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					地域包括と連携することで抱え込むことなく自立を意識した支援ができる												
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）内部研修だけでは限界があり、外部のスーパーバイズが必要である。 2）以前に比べ介護予防支援の重要さが増しているため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			①リモートで参加できる研修に6月に参加。(4名)小さい画面を数人で共有する事に慣れない状況はあったがスキルアップを図るためにも参加できる研修には参加していきたい ②包括とは必要な情報共有をしながら連携を図れている	①7月6名、8月5名でリモート研修に参加。リモートだと質問ができなかったりすぐに問題解決ができないと感じた事があった。 ②事業所内でも情報共有、検討を行った上で包括や関係機関との連携を図り支援できている	①11月9名、12月11名でリモート研修に参加。 ②事業所内でも情報共有、検討を行った上で包括や関係機関との連携を図り支援できている	

事業報告	1）リモートでの研修に少しずつ参加ができた。その場で質問ができない事で疑問が残る状況はあった。災害の研修に参加をし、地域の力が重要になってくるこ事を学び、ケアマネジャーとして地域とつながっていける取り組みを検討していく必要がある。 2）日頃から地域包括支援センターからの委託、連携を柔軟に行う事で支援困難ケースの相談等もスムースに行えると感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加）	主任/事業所職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	
	事業所	2	大規模事業所及び市内唯一土日営業している居宅事務所として外部へPRする。	主任/事業所職員	厚生病院との連携会議			厚生病院との連携会議			厚生病院との連携会議			振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					包括や病院へ実績を配布する際は、事業所の現状を伝える。												
					○/○	○	○	○/○	○	○	○/○	○	○	○	○	●	
	事業所	★3	外部事業所の情報・取組を法人内事業所へ情報共有を行いサービス向上に協働して取り組む。	主任/事業所職員	企画	法人事業所と情報共有会議の実施			評価	法人事業所と情報共有会議の実施				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					他事業所や他法人の情報を随時法人事業所へ伝える。												
					○/●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	
	事業所	★4	対面が難しい状況下での相談援助・連携を検討する（ＩＣＴ活用の検討）	主任/事業所職員	ＩＣＴ勉強会	ＩＣＴ活用の情報共有								振り返り	次年度準備		
					他事業所のＩＣＴ活用事例を情報共有し、導入可能かどうか検討する。												
					○/●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）2020年度より）コロナ禍により地域交流は限定されたがブログ・フェイスブックの発信は効果的であるため。 2）2020年度より）困った時の事業所としての認知を継続させるため。 3）法人内事業所のサービス向上に繋がるよう外部事業所の取り組みを情報提供することが必要。 4）訪問自粛からコロナ禍での新たな相談援助を見出す必要があるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			①Facebookblog更新実施 ②随時医療機関、包括へ新規受け入れ状況の伝達。 ③外部事業所の情報・取組を法人内事業所と共有。 ④6/25市内ケアマネクラブに参加。外部事業所の情報や取組を共有した。	①Facebookblog更新実施 ②7/13厚生連携会議に参加、毎月包括に新規受入状況伝達実施 ③法人内事業所との会議に参加	①Facebookblog更新実施 ②10/27厚生連携会議に参加、毎月包括に新規受入状況伝達実施 ③法人内事業所との会議に参加 ④10/22市内ケアマネクラブ参加。外部事業所の情報や取り組みを共有した。

事業報告	2)土日対応希望の方の受け入れは継続、特養併設事業所だからとの依頼も多い為事業所の強みとしてアピールしながら事業所の質の向上に努めていく。 3)包括との連携や江南厚生での連携会議への参加、ケアマネクラブ等への参加を通して、外部事業所の取り組みを情報共有できるように努めていく。 4)コロナ禍で担当者会議で大人数集まったり、遠方の家族が来ることが難しい状況にあった。他の居宅事業所よりzoomを用いて本人宅へケアマネのみ伺い、事業所とはzoomで担当者会議を実施したとの情報を得た。移動時間の短縮、日程調整のしやすさがあると感じた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、　４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設マネジャー/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設マネジャー/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	
	事業所	★3	働きやすい職場・労働環境の構築し、離職防止に努める。	主任/全職員	衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				評価、修正	前期の評価・修正を元に、衛生委員会・リーダー会議にて労働環境のチェックを行い、働きやすい環境づくりに取り組んでいく。（月１回）				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）中途採用の職員を安定確保するため。 2）2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 3）2020年度は退職者が0名の予定。引き続き離職者を減少させる取り組みが必要であるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.毎月会議で接遇、環境整備のチェックリストにて確認。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 3.毎月会議で接遇、環境整備のチェックリストにて確認。	1.エリアにて実施。求人情報については定期的な更新を行った。 2.法人からの事案を共有、11/22にハラスメントの勉強会を行う。 3.毎月会議で接遇、環境整備のチェックリストにて確認。	

事業報告	1)2)3)より良い職場環境にて安定して働ける環境をつくるためにも、法人にてハラスメントの情報を共有し、勉強会等行っていく。また話しやすい環境をつくり、離職防止に努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/-	◎/◎/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			①毎月運用確認チェックリストを用いて確認実施できている	①毎月運用確認チェックリストを用いて確認実施できている	①毎月運用確認チェックリストを用いて確認実施できている	

事業報告	・今後も運用確認チェックリストにて毎月確認し、情報の保護等に努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	フラワーコート江南
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業継続に影響を及ぼす緊急事態に備える。	事業所	★1	コロナウィルス感染拡大防止の為、感染症対策会議にて、対策チェック・発生時のシュミレーションを実施する。	介護長・看護長／全職員	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	対策チェック	振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					感染症対策会議を開催する												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	●	
	事業所	★2	非常時の対応訓練を実施する	主任／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡訓練の実施		防犯研修の実施		風水害訓練の実施		合同避難訓練実施（地域参加）		振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					避難訓練の実施、研修をする												
					○/○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	●	
	事業所	★3	在宅利用者様に対し災害時に備えたシュミレーションを行う。 ①災害時の避難場所・連絡先を聞き取り記録する。 ②リスクが高い利用者様について事業所内で共有する。	主任/ケアマネ	①災害時に備えたシュミレーションの実施					①災害時に備えたシュミレーションの実施				振り返り	次年度準備		施設マネジャー
					○	○	○	○		○	○	○	○				
					②事業所内での共有（会議内）					②事業所内での共有（会議内）							
					○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1）コロナウィルスの感染拡大防止のため日々対策を継続する。 感染者が発生した場合の対応が出来る様、シュミレーションを実施する。 2）災害等の非常事態の発生に備えるため。 3）在宅利用者様に対して災害時に対応できるようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			①感染対策チェック表を実施、 ③災害時に困難が予測される利用者リストを作成した。	①感染対策チェック表を実施、 ③災害時に困難が予測される利用者リストを再検証した。	①感染対策チェック表を実施、 ③災害時に困難が予測される利用者リストを再検証した。	

事業報告	1)今後も感染対策については継続していく必要ある。 2)3)災害の研修に参加をし、地域の力が重要になってくるこ事を学び、ケアマネジャーとして地域とつながっていける取り組みを検討していく必要がある。また困難な方のリスト作成し、災害時に対応できるようにしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目） →			高齢者虐待防止研修（3回目）	振り返り	次年度準備		施設長
					－	－	◎	◎	○	△	◎	－	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					●									◎	－	－	
	事業所	★4	【認知症への理解を深める】 ・認知症についての勉強会を実施する。 ・利用者様を1人ピックアップし、原因や対応方法を多角的に検証し、実施する。 ・認知症ケア委員会にて進捗状況を確認する。	認知症ケア委員会/全職員	勉強会の実施 利用者様のピックアップ	対応方法の検討・実施	実施 進捗状況の確認	実施 進捗状況の確認	評価 利用者様のピックアップ	対応方法の検討・実施	実施 進捗状況の確認	実施 進捗状況の確認	評価 利用者様のピックアップ	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	【利用者様への対応の向上】 ・マナー向上委員会にて利用者様への声かけ・対応集を作成する。 ・適切な声かけと対応を実施し、マナー向上委員会にて進捗状況を確認する。 ・利用者様・ご家族満足度調査にて効果を確認する。	マナー向上委員会/全職員	声かけ・対応集の作成	声かけ・対応集の作成・周知				適切な声かけと対応の実施 マナー向上委員会で進捗状況の確認				振り返り	次年度準備		介護長
					△	満足度調査の実施 △／◎	△	△	◎●	◎/○	◎/○	満足度調査の実施 △/○/○	△/○/○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）多様な視点からケアの追求ができていない。定例議題として検討する必要があると考えられる為、継続する。 ・2020年度より）虐待防止に繋がる行為や誤った認識がないか振り返る機会がない。定期的に認識を確認する必要がある為、継続する。 ・利用者様への適切なケアを学ぶ機会が少ない。また利用者様へのケアの様子を振り返る機会がない。 ・BPSDには多様な要因があるという理解が乏しく、原因の追究や対応方法の検討ができていない。 ・適切な声かけ・対応ができていないことがある。場面・状況に応じて何が適切か理解できていない職員がいる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			3.動画については、職員同士での撮影は控え、既成の動画を視聴していくこととしたため計画変更とした。 4.認知症に関しての基礎知識の周知を図り、困難事例について検討出来ている。 5.委員会で声かけ集の作成を進めているが作業が遅れているため、7月中に完成させる。	1.委員会にてグレーゾーンなどの確認を実施。 2.虐待勉強会開催について10月に変更する。 4.認知症ケア委員会にて、利用者様の選定を行いNPI評価をしながら取り組みを行った。 5.現状の介護や声かけ集についてのアンケートを実施し、理解の少ない職員へは個別でアプローチしていく。	2.不適切ケアの事例より、更なる職員への意識向上に向けた周知を図ることができた。 4.認知症ケア委員会にて、対象利用者様への対応方法検討や、対策実施後の進捗状況や評価を行い成果に繋がった。 5.声かけ集を作成したが職員のマナー向上には繋がらなかったため、声かけ集の見直し必要。	

事業報告	◎不適切ケア1件 1. 虐待防止委員会、身体拘束委員会にて、ケアの検討、周知を図ることができた。エリア会議にてフィードバックし、情報の共有が図ることができた。 2.高齢者虐待防止研修後の自己点検実施時、予防できているという結果であったが、その後に不適切ケアが1件発生してしまった事は自己点検の実施頻度を再検討する必要がある。また職員自身のメンタル的要因についても検討が必要である。 3.模範職員の動画については、事業所での撮影が困難であるため、動画配信のものを各フロアにて確認することで職員が視覚により学ぶことで理解を深めた。 4. 認知症に関する勉強会を開催したが、内容や開催回数について精査する必要がある。利用者様の選定、対応方法の検討について進捗状況の確認をしながら、柔軟に検討できたことは効果があった。 5.声かけ集を作成しマナー向上に努めたが、職員のマナーが向上するまでには至らなかった。今後は委員会でマナーチェックリストを作成し、職員同士でお互いのマナーについて評価していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/全職員					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
						「誤嚥事故を防止する」を用いた研修		ﾘｽｸﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ研修						振り返り	次年度準備		
					－	◎	－	◎	◎/-	△	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【離施設事故、服薬事故防止】 ・離施設事故発生時のシミュレーションを実施する。 ・服薬マニュアル・手順を見直す。 ・マニュアルに沿った手順で服薬介助が行えているか看護職員が抜き打ちでチェックする。	介護長・看護長/全職員	服薬マニュアル・手順の見直し・修正		服薬介助を看護職員が抜き打ちでチェック	離施設事故発生時のシュミレーションの実施		服薬介助を看護職員が抜き打ちでチェック	離施設事故発生時のシュミレーションの実施		服薬介助を看護職員が抜き打ちでチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	△	－	○	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	【ADL変化に応じた介護方法の見直しと、統一したケアの提供】 ・ADL変化時、多職種にて介助方法を見直す。 ・ケア方法をケアプランに記載する。ケアプランに則ったケアを提供し、モニタリングにて検証する。	介護長/ＰＴ・ＣＭ・看護職員・介護職員	ADL変化時、ＰＴを交えた多職種による介助方法の見直し ケア方法をケアプランに記載する。 ケアプランに則ったケアの提供とモニタリングによる検証									振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の原因の追究が多角的に行えていない。エリア会議や施設内会議でも議論し共有する事で、事故防止に効果があると考えられる為、継続する。 ・2020年度より）基本介護チェック表に基づいた介護が行えているか振り返る機会がない。自身の介護を振り返り、他者点検を行う事で個別指導に繋がる為、継続する。 ・マニュアルに基づいた離施設事故発生時の対応を定期的に確認できていない。 ・服薬マニュアルに沿った介助が行えているか確認する機会がない。 ・ADL変化時の介護方法見直しを、他職種で行えていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.誤嚥事故については、勉強会にて職員へ基礎的な情報の周知を図ることができた。 3.看護職による抜き打ちチェックが全職員に行えていない。 4.利用者様のADLの変化については現場職員にて把握できており、速やかにモニタリング時等多職種と検討出来ている。	2.転倒・転落事故マニュアル使用し、根拠に基づいた介護について職員への周知を図った。 3.離設事故発生時のシュミレーションを実施することで、職員間の連携の方法を周知している。 4.モニタリングにて介助方法の確認と、利用者様のADL変化時には速やかに多職種と連携し対応出来ている。	3.離設におけるシミュレーションにて職員の再周知が図れている。誤薬事故2件発生しており、管理方法・投薬方法における再確認が必要である。 4.多職種連携によりケア方法についての検討が出来ている。	

事業報告	◎重大事故　0件（誤薬2件） 1. 自施設における受診事故を含め、エリア間での重大事故について情報を水平展開し、注意喚起を図ると共に、おこりうる事故を想定し予防することの意識づけを行うことができた。 2. 基本介護チェック表の自己点検について、その後のフォローアップ不足があるため、頻度の検討が必要である。基本介護チェック表やリスク管理チェック表について今一度全職員が根拠に基づいたケアが行えているのか確認する機会の精査が必要である。 3. 離設前における利用者様の言動についてのリスク管理について再教育していく必要あり。服薬マニュアルについては、手順書についての内容の再精査と、明確化にてルールの徹底を図る。職員への薬に関しての知識修得にて意識向上を図る必要あり。 4. モニタリング時には、ADL再確認とともに、ケア内容や事故対策の効果の確認を行うなど実施できた。今年度よりPT配置により、随時介護職・看護職・栄養士・PTとの多職種連携をよりスムーズに図ることができた。ケア方法については、24Hシートの見直しについてより活用しやすくケアの根拠の明確化として使用できるような物に変更する必要あり。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちを第一に考える	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルール・スケジュールの周知	体験の実施（2時間程度） レポートを基にフィードバックを図る			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/△	○/△	○/○	◎/△	○	○	○/○	◎／○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/全職員	イベントの立案・計画		ご家族発信準備	2階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	3階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	4階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	2階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	3階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	4階カンファレンス対象の一家族と食事会をする	振り返り	次年度準備		施設長
					－	－	－	－	－	－	－	－	－	◎	－	－	
	事業所	★3	【看取りケアの充実を図る】 ・人生の最終段階における医療・ケアの決定に関するガイドラインに沿った看取りケアを行う。	看護長／全職員	ガイドラインをもとに看取りの勉強会及び指針等見直しを行う。	入所時に利用者様・ご家族の意思を確認する。 定期的に多専門職の医療・ケアチーム・利用者様・ご家族で終末期について話し合いを行う。								振り返り	次年度準備		施設長
					－	◎	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員の入替わりにより勤務調整がうまく行かず実施できない月もあったが、 利用者様の疑似体験を行う事で気づきから対応の工夫につながった。利用者様の気持ちを知り考える良い機会となっている為、継続する。 ・長期に渡りコロナによる面会制限が続き、利用者様とご家族が共に過ごす機会が減った。 ・ガイドラインに沿った看取りケアを学ぶ機会がない事と、指針の見直しを行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者様体験の実施により、職員は利用者様の立場になって考えることができたが、フロアでのフィードバックがまだ浸透されていない。 2.感染症対策のため延期（エリア統一） 3.相談員会議で看取りの指針の見直しを図る。	1.利用者様体験に基づきながらケアの向上の必要性を個人で感じつつも、フロア全体へのフィードバックがうまく図れていない。 2.感染対策のため延期（エリア統一） 3.新規入所時に利用者様・ご家族には確認できている。	1. 利用者様体験実施により、フィードバックの成果が標準化出来るように更なる、継続が必要である。 2.感染体躯のため延期（エリア統一） 3.コロナ過もあり、本人、ご家族を交えてのカンファレンスが出来なかった。	

事業報告	◎コロナ禍により利用者様、ご家族を交えての交流を持つ機会が減った。 1.利用者様体験実施により、介護職員の利用者様の気持ちを考えるという意識向上には繋がったが、更なるアセスメント力向上にむけた教育も必要と感じる。看護職員・ケアマネ・PTといった多職種も実施出来るように配慮していく。 2.感染対策の観点からご家族と食事を一緒に行うことができなかったため、来年度は代替を検討し利用者様とご家族の気持ちを考えた取り組みを行う。 3.入所時に利用者様、ご家族の意向は確認しているが、コロナ禍で定期的に両者を交えてのカンファレンスを開催することができなかった。今後はケアプラン更新時に利用者様、ご家族の意向を確認していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	△	◎●	-	◎	-	○	-	-	◎	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						-	-	△	△	△	△	○	△	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【エプロンゼロの取組みを行う。】 ・目的を確認する。 ・現状把握 ・対象利用者様を選定する。 ・アセスメントを行い、方法を立案・周知する。 ・実施し、評価と見直しを行う。	介護長・PT/全職員	目的の確認	現状把握	対象利用者様の選定	アセスメント 方法の立案・周知	実施	実施	評価・見直し	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	-	-	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症の利用者様への対応を検討する機会が少ない。困難事例をエリア会議で検討し、フィードバックする事で、様々な視点からのBPSDの原因の掘り下げる事でケアや工夫を図る為、継続する。 ・2020年度より）コロナ禍により研修に参加することが出来なかった。積極的に外部研修情報を入手し、研修参加を計画する。 ・エプロンをして食事することが当たり前と思い、利用者様の尊厳を傷つけていることに気付いていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアにおける困難事例について基づき紐解きシートの活用についての提案と資料作成について検討中である。 2.基礎研修への申し込みしたが定員オーバーのため受講できなかった。 3.エプロンゼロへの目的について職員への周知がはかれ、現状から改善傾向にある。	1.エリアにて認知症ケアの困難事例の検討出来るようひもときシートの目的・使用についての勉強会を開催。 3.エプロンゼロへの選定した利用者様に対して、効果的な自助具などの検討・実施により効果が生じている。	1.エリアにおける困難事例については該当なしであったが、施設における事例に対して、ひもときシートの活用促進するように水平展開している。 2.研修対象参加者について、申し込みを行い、1月に受講予定。 3.利用者様の尊厳を傷つけない事の意識の周知が図れている。

事業報告	◎エプロンゼロ　30件→16件 1.認知症ケアにおける困難事例について、ひもときシートの活用の目的や根拠を勉強会開催にて、職員に周知することで、視点を変えたり、認知症を有する利用者様の想いなど、正しい理解ができるように教育を実施した。 2.外部研修については、コロナ禍によりオンライン講義などでの募集に対して、申し込みをするも申し込み者多数にて予定通りの受講が進まなかった。 3.エプロンゼロについては、今まで全介助していた利用者様に対してもエプロン装着が当たり前と認識していた職員もあったが、今回の取り組みにて、利用者様の尊厳を傷つけているという認識が周知され、自己にてこだわりのある方の装着、自助具や姿勢のアセスメントをしても、食べこぼしが生じる利用者様以外には、エプロンゼロの取り組みの効果は大きかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップを図り、サービスの強みを創る	エリア 1 地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
				施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
			◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア ★2 計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
				CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
				◎	◎	ー	◎	ー	◎	ー	◎	◎	◎	◎	
	事業所 ★3 ・PT指導の下、有酸素運動やレクリエーション集を作成・周知する。 ・有酸素運動やレクリエーションを実施する。 ・BPSDの変化や、睡眠状態の変化を計測・効果測定をする。 ・実施内容、時間、回数等を見直し・修正する。	PT・介護長/全職員		運動やレクリエーション集の作成	運動やレクリエーション集の周知	実施	実施	評価、修正	実施	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
				◎	◎	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）法人や施設の活動を知ってもらう機会が限られている。 コロナ禍により積極的な活動や発信ができなかった。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。 ・日々の生活の中に体操やレク等の機会が少ない。メリハリや刺激ある生活を過ごし認知症予防につなげる必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りにできている。 2.対象者に対して確認し、実施を図れている。リーダーコースについては辞退者あり。 3.PTにてリハビリ体操を作成し、各フロアへ周知し7月より実施予定。	1.ご家族に向けての利用者様の様子を伝えることはお便りにて出来ている。 2.　現任リーダーコースについてはSTS研修受講実施済み。 3.各フロアにて週2～3回リハビリ体操の実施出来ている。	1.限られた活動ではあるが、ボランティアの発信は実施出来た。 2.資格取得予定者の研修受講など、計画的に実施出来た。 3.各フロアにて実施の定着化が図れた。

事業報告	◎PT主導の下、有酸素運動やレクリエーションを行い、コロナ禍でも利用者様の笑顔をつくることができた。 1．コロナ禍における地域貢献活動については、限られた活動の中で行った。外部へのブログやfacebook発信や、利用者様ご家族へ向けたお便りにて、事業所の様子を伝えることができた。 2．実務者研修２名　初任者研修１名　リーダーコース（現任）１名　受講　　介護福祉士試験受験予定者については、模擬試験などにて支援した。 3．PT主導により「リハビリ体操」の実施と定着化を図った。フロアにより、回数頻度が異なることや、実施後の感想や効果についても再検討し、更なる効果のあるものに検討したい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】1）インターンシップの受け入れ品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
											共通資料を用いた勉強会							
											◎	◎	ー	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【ケアカルテの機能を活用し、業務の軽減を図る】・ケアカルテの機能を知る。・業務軽減案を検討し、作業マニュアル・手順書を作成する。	CM・介護長/全職員	ケアカルテの機能を知る	業務軽減案を考える	作業マニュアル・手順書の作成・周知	実施	実施	実施	振り返り・修正	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	【声を掛け合える環境づくり】・メッセージカードで、感謝・応援・励まし・ねぎらいの気持ちを伝え合う。・職員満足度調査を行う。	マナー向上委員会/全職員	目的の再確認 / 実施	実施	実施	実施 / 職員満足度調査	実施 / 評価・見直し	実施	実施	実施	実施 / 職員満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新卒、中途職員の採用が十分でなかった。また職員紹介の実績も0であった。 新卒、中途採用の職員を安定確保する為、継続する。 ・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・新介護ソフト導入にあたり、効果的に機能を活用し業務のスリム化を図るため。 ・2020年度より）コロナ禍で、職員同士での交流の機会が減っている。部署を越えお互いを認め合う関係を作るため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りにできている。 2.ハラスメントに関する事例はみられていないが事例がある場合には情報共有する仕組みは構築出来ている。 3.職員も機能を確認しながら活用出来てきている。 4.メッセージカードの活用が一部の職員に限られている。	1.計画通りに出来ている。 2.ハラスメントに関する事例はない。 3.職員が、リアルタイムに入力できる効果的な方法について再周知を図っている。 4.少しずつであるが、メッセージカードの活用が増えてきている。	4.委員会等から発信しているがメッセージカードを記載しているのが一部の職員に限られている。

事業報告	◎離職率前年度比　2020年度16.3%→2021年度8.1% 1.実習生について自施設のみならず法人（エリア）全体の事業所の特徴や取り組みを紹介したり、コミュニケーションを多くとることで興味をもてるよう取り組んだ。求人エントリー数を向上させるために、求人原稿の更新、原稿内容の質向上、ブログ定期更新、ブログ原稿の充実に努めた。 2.ハラスメントにおける勉強会については、動画視聴にて職員の理解度も向上し、また、ハラスメントに関する意識の向上に繋がっている。 3.ポイントケアからケアカルテに変更し、手順書の周知にて職員も作業の効率化が図れている。わずかな入力漏れも確認されたこともあるため、リアルタイム入力と、退社前の再確認の実施の徹底を図ることが出来るように再周知が必要である。 4.委員会からメッセージカードの目的や内容を発信したが、取り組みとして満足のいく成果を上げることができなかった。今後は、別の方法で働きやすい環境づくりを検討していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎/◎/	◎/◎/◎/-	◎/◎/◎/-	◎/◎/-/-	◎/◎/-/-	◎/◎/◎/-	◎/-/-/◎	◎/-/-/-	◎/-/-/-				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・セキュリティ事故発生時の教育が十分でなく、事故発生時にマニュアルに沿った対応が実施できない危険性が考えられる為、計画的に教育する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 経営会議等で運用の確認や中途採用の教育もできている。	1. 勉強会の実施、中途採用の職員への教育も行っている。	1. 計画書通りにできている。	

事業報告	◎セイキュリティ事故0件、業務ミス0件 1. セキュリティ事故等もなく、中途採用者への認識教育もできている。来年度以降も事故等がないように努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
新規利用者数を増やし稼働率を向上する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	【営業方法の見直しと強化を図る】 ・関係機関に対して認知度調査や要望調査を行う。 ・調査結果を検証し、営業活動に活かす。	相談員/施設相談員	認知度調査・要望調査の方法を検討する。		アンケート用紙作成		１回目　調査実施	調査結果の検証・営業方法の見直し	検証した内容をもとに営業活動を行う	２回目　調査実施	調査結果の評価・検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		△	△	◎	◎	◎	△	△	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【ショートステイの利用者様の満足度を上げる。】 ・利用者様がレクリエーションの内容を選択でき、自ら取り組むことができる環境（プログラムや材料）を提供する。	相談員/全職員	介護職と相談員が法人内デイサービスを見学	レクリエーションの内容を検討する	プログラムの作成・物品準備	レクリエーションプログラムの提供			評価・見直し	レクリエーションプログラムの提供		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・営業のマンネリ化と発信力が弱いため、新規利用者様の獲得件数が目標より少なかった。 ・SS利用期間中にレクリエーション等を提供する仕組みがないため、利用者様より退屈だとのご意見があがった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアでWebデザイナーの採用も決まり、計画通りに遂行できている。 2.アンケート作成が遅れたため、計画変更する。7月に合アンケート配布する。 3.他施設を参考に、全職員で魅力作りを検討することができた。	1.エリアでリーフレットを作成しポスティングを行う。 2.7月送付したアンケートを集計、検証し、返答及び見えてきたウィークポイントに焦点を当てて営業活動を行っている。 3.計算ドリルや塗り絵などを提供。働きかけは必要だが利用者様に取り組んでいただけている。	1.エリアで市の広報に施設紹介を掲載する。 2.1回目から2回目の居宅アンケートを実施する期間が短く、評価が難しいため2月に再度調査して評価していく。 3.レクリエーションの選択肢が少なく、利用者様が飽きてしまっている可能性がある。	

事業報告	◎特養、ショートステイ合わせての稼働率は前年度より0.1%増えているが、事業所の取組内容や情報発信力不足によりショートステイの稼働率が前年度より0.3%下がってしまった。 1.Webデザイナーを採用したことにより、リーフレット等の資料作成がスムーズにいき、近隣市町村にポスティングを行うことができた。 2.居宅アンケートを実施したことにより事業所の発信力不足や課題が見えてきた。その後、営業に行く際は周知したい項目を重点的にお伝えするようにしている。 3.利用者様が利用中退屈しないように計算や塗り絵等アクティビティに取り組むこと自体が目標となってしまっており、利用者様の自発性や意欲向上、達成感を得られるような工夫ができなかった。そのため利用者様がより自由に活動を選択できるよう利用中に取り組めるアクティビティのバリエーションを増やし、さらに意欲や達成感を得られるよう作品展示の場を設けていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
有事に対応できる体制を構築する	事業所	★1	・感染症発生時のシミュレーションを行う。 ・感染症対策における施設手順書を見直す。 ・感染症対策委員会にて、日常生活における感染対策を呼びかける。	介護長・看護長／全職員	コロナ発生時のシミュレーションを見直す。		食中毒勉強会を実施する。→		コロナ発生シミュレーション実施	感染症施設手順書の見直し	感染症勉強会及びシミュレーションを実施する。→			振り返り	次年度準備		施設長
					感染症対策委員会												
					◎／◎	◎／◎	／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	×／◎	△／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	・地域の災害に対する最新のリスクを把握する。 ・風水害に備えた教育・訓練を行う。 ・非常食提供のシミュレーションを行う。 ・地域と連携した防災訓練を実施する。	主任相談員／全職員	最新災害情報を入手し事業継続計画を見直す	風水害教育 経営会議	風水害・発電機訓練の実施	非常食炊き出し。ご家族・地域の方も参加		緊急連絡網を用いた伝達訓練の実施		エリア合同避難訓練。地域の方も参加	消防計画を見直す 経営会議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎／◎	◎	◎	－	○	－	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症や災害が発生した場合であっても、利用者様に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築する必要があるため。 ・職員が感染症を持ち込まないように、日常生活における感染対策を徹底させる必要があるため。 ・有事の際に迅速かつ正しい対応ができるようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.食中毒勉強会の資料が遅れたため、7月に計画変更する。 2.避難確保計画を見直し、風水害教育や訓練は実施でき振り返り等で効果の確認ができた。	1.コロナウィルス発生時におけるシミュレーションの実施にて、職員へ再周知を図った。日常における感染対策の徹底の周知し意識出来ている。 2.緊急連絡網にて訓練の実施を行ったが、伝達完了時間など再確認していく。	1.他の訓練と開催時期が重なったことにより、感染症の訓練を12月に変更して実施する。 2.避難訓練も地域の方を交えて行うことができた。	

事業報告	◎有事の際に事業を継続しけるように訓練・教育を実施した結果、職員の意識を高めることができた。 1.感染症手順書を見直し、感染症のシミュレーションを実施したことにより、職員の感染症への意識が高まった。 2.事業継続計画に従い、風水害、地震、火災等シミュレーションを行ったことにより、職員の災害時に事業を継続していく意識が高まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目）			高齢者虐待防止研修（3回目）	振り返り	次年度準備		施設長
					－	－	◎	◎	－	×	◎		◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・スピーチロックについての勉強会を行う。 ・自己・他者チェックを強化する。	相談員/全職員	昨年度の振り返り	QC発表 →		自己学習と発表	自己・他者チェックの実施		自己・他者チェックの実施		自己・他者チェックの実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	－	○	○	○		○		○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	相談援助技術のスキルアップのための研修に参加する。	施設長/相談員	研修情報を入手する。 相談援助技術の研修に参加する。（1回）						教育報告の効果確認			振り返り	次年度準備		施設長
					○/△	○/△	○/△	○/△	◎/△	◎/◎	◎			◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）計画通り委員会参加・周知文に目を通し事例検討など行うことが出来たが、取り組みに個人差があるため。 ・2020年度より）委員会への参加により他部署の見解を聴くことが出来、考え方が柔軟になり効果があったと思われる。定期的な面談が行えていないため継続。 ・2020年度より）計画通り学習・チェックなど行うことが出来たがゼロにはなっておらず更なる意識付けが必要なため。 ・入居者である高齢者が理解しやすい説明の仕方を学び、事務的な対応にならないようにするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.委員会参加と水平展開が行えた。 2.全員が虐待防止研修に参加できた。 3.全員でQC発活動が取り組めた。 4.コロナ禍と緊急事態宣言などが重なり開催情報が「未定」となっている。	1.委員会参加と水平展開が行えた。 2.面談の必要な職員はいなかった。 3.QCはエリア予選敗退であったが今後の接遇にも役立てたい。 4.研修に参加することができた。	1.委員会参加と水平展開が行えた。 2.研修会を受け入居者様の立場に立って考えることが出来るようになった。 3.自己他者チェックを行い、他者からのチェックも真摯に受け止めた。 4.研修で得たことは水平展開できた。	

事業報告	◎虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケア0件 1.虐待防止委員会、身体拘束委員会にて、ケアの検討、周知を図ることができた。エリア会議にてフィードバックし、情報の共有が図ることができた。 2.研修や自己チェックにより、働く姿勢の再確認が出来た。 3.計画通り学習実行できたが、完全にゼロにするには定期的な振り返りと自己他者チェックが必要。 4.研修に参加し、水平展開出来た。更なるスキルアップが必要なため次年度も継続する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	・ヒヤリハットの重要性・有効性を再確認する。 ・ヒヤリハットを積極的に収集する。 ・ヒヤリハットの中から、事故に繋がる恐れのある事例を挙げ、対策を検討する。	相談員/全職員	重要性と有効性の学習	事例提出 学習振り返り	事例提出 事例検討	事例提出 事例検討	事例提出 事例検討	重要性と有効性の学習	事例提出 学習振り返り	事例提出 事例検討	事例提出 事例検討	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	×	○/○	○/○	○/○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）議論する場を設け事例検討することは出来たが、発言が充分とはいえなかった。 ・2020年度より）ヒヤリハット23件提出。全員が積極的に取り組んだとはいえないため継続が必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実行できた。 2.ヒヤリハットの重要性・有効性は理解できたが報告件数が少ない。報告の必要性をもう一度学習する必要がある。	1.計画通り実行できた。 2.ヒヤリハットの重要性は十分理解しているとは思うが、事例の提出がない。報告がどのように役立つのかしっかり伝えてゆく。	1.計画通り実行できた。 2.一年を通し、ヒヤリハットの事例提出が不十分であるが、挙がったヒヤリハットに対しては十分検討できた。	

事業報告	◎重大事故0件 1.自施設における受診事故を含め、エリア間での重大事故について情報を水平展開し、注意喚起を図ると共に、おこりうる事故を想定し予防することの意識づけを行うことができた。 2.計画通り学習、ヒヤリハットの収集が出来たが収集に偏りがあった。部署全員で取り組めるよう手法を変えて次年度も継続する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
一人一人が当事者意識を持てる	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職）	介護長/エリア会議参加者	体験の実施（2時間程度）				活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					レポートを基にフィードバックを図る												
					-/△	-/△	-/△	-/△	-/△	-/△	-/△	-/△	-/△	◎	◎	◎	
	事業所	★2	・つぶやきを積極的に収集する。 ・施設経営会議で報告・共有し、フィードバックする。 ・月例会や満足度調査でいただいたご意見をよく検討し、回答を提示する。	相談員/全職員		満足度調査実施	調査結果集計・改善策検討	改善策実施			満足度調査実施	調査結果集計・改善策検討	改善策実施	振り返り	次年度準備		施設長
					施設経営会議でつぶやき報告												
					◎	◎/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	×/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	習慣好みシートを活用して生活歴の把握をする。	相談員/全職員	勉強会の開催	対象者の選定・面接方法を検討する。	習慣お好みシートを用い情報収集する。			評価・修正	習慣お好みシートを用い情報収集する。			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）計画通り疑似体験を進めることが出来たが全員の終了には至っていない。 ・せっかく頂いたご意見に充分対応しきれていないことがある。 ・つぶやきから気付いたことを共有出来ていない。 ・つぶやきの収集に個人差があり全員が取り組んでいるとはいえない。 ・元気なうちから入居者様の生活暦を把握することで、価値観や生活習慣を尊重することができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.8月に体験予定。 2.つぶやき収集に個人差がある。 収集の意義について確認する。 3.個人ごとにデーター収集中	1.8月に体験予定が実行できなかった。 2.つぶやき収集に個人差がある。 収集の意義について確認した。 3.引き続き個人ごとにデーター収集中。	1.今年度入職した職員の体験が未実施 2.各個人収集したつぶやきを検討し、サービス向上に反映すことが出来た。 3.データ収集を行えた。	

事業報告	◎各々が当事者意識を持って入居者様に接する機会が増えた。 1.利用者体験実施により、介護職員の利用者様の気持ちを考えるという意識向上には繋がったが、更なるアセスメント力向上にむけた教育も必要と感じる。看護職員・ケアマネ・PTといった多職種も実施出来るように配慮していく。 2.つぶやきの収集に個人差があり、収集の方法や記録方法に工夫が必要。 3.好みシートは聞き取りにより収集した。今まであまりご自身のお話をされなかった入居者様も楽しそうに話される姿が見られた。更なる情報の収集と「好み」を取り入れた行事を次年度計画する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップ・サービスの強みをつくる	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	相談員/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						●											
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						●								◎	◎	◎	
	事業所	★3	個々のプレゼンテーション能力を向上させることにより企画力・PR力のUPを狙う	相談員/全職員	担当決め	月例会にてプレゼンテーション	月例会にてプレゼンテーション	月例会にてプレゼンテーション	評価	月例会にてプレゼンテーション	月例会にてプレゼンテーション	月例会にてプレゼンテーション	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	身体機能の維持、認知症予防を目的とした運動の機会をつくる	PT/全職員	体操教室の実施		体操教室の実施		体操教室の実施		体操教室の実施		体操教室の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎		◎		◎		◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ブログ・FBへの投稿は積極的に行ったが　サービスの強みについては更に発信できることがある。 ・各職員のスキルアップを図る。急な人事に備え、計画的に有資格者を増やす必要がある。 ・入居者様への説明や周知、見学希望者などへの対応力が弱い。個々が伝える力を身に付け、入居者様の企画提案や不安解消、見学者への施設案内のスキルを得る必要がある。 ・処遇困難ケースに「認知症」が関係するケースが増えてきた。 ・コロナ禍により外出機会が減り、閉じこもりが増えている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.FB毎月更新できた。 2.該当者なし。 3.毎月実施できた。 4.参加者数も多く、定着している。	1.FB毎月更新できた。 2.該当者なし。 3.毎月実施できた。 4.参加者数も多く、定着している。	1.FB毎月更新できた。 2.該当者なし。 3.毎月実施できた。 4.参加者数も多く、定着している。	

事業報告	◎体操教室の実施　4回/月 1.コロナ禍における地域貢献活動については、限られた活動の中で行った。外部へのブログやfacebook発信にて、事業所の様子を伝えることができた。 2.該当者なし。 3.個々が伝える力を身に付け、入居者様の企画提案や不安解消、見学者への施設案内のスキルを得るため個々に発表の機会を持ったが成果は不十分で、更なるスキルアップが必要なため次年度も継続する。 4. PT指導による「介護予防体操教室」を実施し、参加者を定着させることが出来た。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正		エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
											共通資料を用いた勉強会						
												○		◎	◎	◎	
	事業所	2	【声を掛け合える環境づくり】 ・メッセージカードで、感謝・応援・励まし・ねぎらいの気持ちを伝え合う。 ・職員満足度調査を行う。	マナー向上委員会/全職員	目的の再確認 実施	実施	実施	実施 職員満足度調査	実施 評価・見直し	実施	実施	実施	実施 職員満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	○	○	○/○	○/○	△	○	○	○/△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・2020年度より）コロナ禍で、職員同士での交流の機会が減っている。 部署を超えお互いを　認め合う関係を作るため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ハラスメントに関する事例はみられていないが事例がある場合には情報共有する仕組みは構築出来ている。 2.委員会参加し、部署内へ水平展開が出来た。	1.ハラスメントに関する事例はみられていないが事例がある場合には情報共有する仕組みは構築出来ている。 2.委員会参加し、部署内へ水平展開が出来た。	1.ハラスメントに関する事例はみられていないが事例がある場合には情報共有する仕組みは構築出来ている。 2.メッセージカードが活用できていない。	

事業報告	◎離職者1名 1.　ハラスメントにおける勉強会については、動画視聴にて職員の理解度も向上しまた、ハラスメントに関する意識の向上に繋がっている。 2.委員会からメッセージカードの目的や内容を発信したが、取り組みとして満足のいく成果を上げることができなかった。今後は、別の方法で働きやすい環境づくりを検討していく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		施設長
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/-/-/◎	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・セキュリティ事故発生時の教育が十分でなく、事故発生時にマニュアルに沿った対応が実施できない危険性が考えられる為、計画的に教育する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実行できている。	1. 計画通り実行できている。	1. 計画通り実行できている。	

事業報告	◎セイキュリティ事故0件、業務ミス0件 1. セキュリティ事故等もなく、中途採用者への認識教育もできている。来年度以降も事故等がないように努めていく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知度の向上と二人部屋入居者を獲得する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価･修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	【営業方法の見直しと強化を図る】 ・関係機関に対して認知度調査や要望調査を行う。 ・調査結果を検証し、営業活動に活かす。	相談員/施設相談員	認知度調査・要望調査の方法を検討する。	アンケート用紙作成→	1回目　調査実施→	調査結果の検証・営業方法の見直し→	検証した内容をもとに営業活動を行う。			2回目　調査実施	調査結果の評価・検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	－	◎	◎	○	○	○	×	△	◎	◎	◎	
	事業所	★3	法人フェイスブックに活動を投稿し、入居者様の自立した生活の様子を記事にし、ケアハウスの様子を知っていただく機会を作る。	相談員/全職員	フェイスブックに投稿する。		フェイスブックに投稿する。		フェイスブックに投稿する。→		フェイスブックに投稿する。		フェイスブックに投稿する。	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎		－	◎	◎		◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	・2人部屋入居者獲得に特化したPRパンフレットを作成する。 ・居宅・行政・病院・施設へ営業活動を行い、2人部屋入居者獲得を目指す。	施設長/相談員	PR案の検討	居宅・行政へ営業 報告・効果確認	PR案の検討	病院・施設へ営業 報告・効果確認	評価	PR案の検討	居宅・行政へ営業 報告・効果確認	PR案の検討	病院・施設へ営業 報告・効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	×/△	○	◎/◎	○	○	○/◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・問合せを増やすために、営業活動に力を入れていく必要がある。 ・ケアハウスの認知度が低い。サービスの強みを発信出来ていない。 ・2人部屋・2人利用の待機者が少なく、やむを得ず1人利用で空室を埋めることがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1・計画通り実行。 2・アンケート内容の精査に時間がかかり計画1ヶ月遅れとなった。 3・定期的にPRが行えた。 4・外部への発信ができなかった。	1・計画通り実行。 2・8月にアンケートを送付し結果を検討、10月以降に検証結果を反映。 3・定期的にPRが行えた。 4・特養・SSと協力して営業に出ることが出来た。	1・計画通り実行。 2・1回目のアンケート結果を反映させるには計画に無理があった。 3・定期的にPRが行えた。 4・特養・SSと協力して営業に出ることが出来、営業スキルを学べた。	

事業報告	◎夫婦のご入居3組 1.Webデザイナーを採用したことにより、リーフレット等の資料作成がスムーズにいき、近隣市町村にポスティングを行うことができた。 2.居宅アンケートを実施したことにより事業所の発信力不足や課題が見えてきた。その後、営業に行く際は周知したい項目を重点的にお伝えするようにしている。 3.法人フェイスブックにてCHの情報を毎月発信し続けたが、居宅アンケートより「見ていない」という回答が多くフェイスブックのPR方法を検討する必要がある。 4.パンフレットを作成し居宅・行政・病院などに営業を行ったが十分な成果が得られなかった。営業先を精査し根気よく活動を継続する。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
有事に対応できる体制を構築する	事業所	★1	・感染症発生時のシミュレーションを行う。 ・感染症対策における施設手順書を見直す。 ・感染症対策委員会にて、日常生活における感染対策を呼びかける。	介護長・看護長／全職員	コロナ発生時のシミュレーションを見直す。		食中毒勉強会を実施する。→		コロナ発生シミュレーション実施	感染症施設手順書の見直し	感染症勉強会及びシミュレーションを実施する。→			振り返り	次年度準備		施設長
					感染症対策委員会												
					◎／◎	◎／◎	-／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	-／◎	△／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	・地域の災害に対する最新のリスクを把握する。 ・風水害に備えた教育・訓練を行う。 ・非常食提供のシミュレーションを行う。 ・地域と連携した防災訓練を実施する。	主任相談員／全職員	最新災害情報を入手し事業継続計画を見直す	風水害教育 経営会議	風水害・発電機訓練の実施	緊急連絡網を用いた伝達訓練の実施		非常食炊き出し。ご家族・地域の方も参加		エリア合同避難訓練。地域の方も参加	消防計画を見直す 経営会議	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎/◎	◎	×		×		◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	毎月月例会にて入居者様に向け、感染症、防災・防犯など有事に備えた行動や設備などの説明を行う。	相談員／全職員	説明会「感染症対策について」	説明会「消火器の使い方」	説明会「施設の避難経路」	説明会「お困りの時は・・・」	説明会実施「非難袋」 評価	説明会「ナースコールの使い方」	説明会「AED」	説明会「防災訓練」	説明会「不審者侵入に備えて」	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・職員が感染症を持ち込まないように、日常生活における感染対策を徹底し、それを継続する必要がある。 ・依然、コロナ感染者が数多く報告され身近に迫っていると感じるため。 ・有事の際に迅速かつ正しい対応ができなかった。 ・2020年度居室にて火災が発生した。安全な生活を送るため、感染症対策、防災・防犯意識を高める必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1・食中毒勉強会の資料が遅れたため、7月に計画変更する。 2・教育受講と水平展開が行えた。 3・担当を決め実施している。	1・食中毒勉強会参加できた。 2・教育受講と水平展開が行えた。 3・担当を決め実施している。	1.他の訓練と開催時期が重り、感染症訓練を12月に変更して実施する。 2.合同避難訓練に参加し水平展開も行うことが出来た。 3.毎月実施することが出来た。	

事業報告	◎入居者様へ防犯・防災に関するご案内　1回/月 1.感染症手順書を見直し、感染症のシュミレーションを実施したことにより、職員の感染症への意識が高まった。 2.事業継続計画に従い、風水害、地震、火災等シュミレーションを行ったことにより、職員の災害時に事業を継続していく意識が高まった。 3.防犯・防災に関するご説明を行い、関心を持っていただくことが出来た。風化させないために避難訓練への参加も含め継続する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	HM/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目）			高齢者虐待防止研修（3回目）	振り返り	次年度準備		施設長
					ー	◎	ー	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・ケアカンファレンスを開催する。 ・個々に合ったケアを提供する。 ・ケアの実施状況を確認する。	HM/施設職員	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	カンファレンス開催 実施状況確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	パーソン・センタード・ケアを実践する。	HM/施設職員	勉強会の開催	対象者の選定と情報収集	ひもときシートを用いたアセスメントを行う	ケアの実践	ＧＨ会議で効果の確認を行う	対象者の選定と情報収集	ひもときシートを用いたアセスメントを行う	ケアの実践	ＧＨ会議で効果の確認を行う	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）定期会議にてケアが困難なケースは個別に検討することができた。エリアからの水平展開も自施設の振り返りに活用できた。 ・2020年度より）虐待防止に繋がる行為や誤った認識がないか振り返る機会がない。引き続き、定期的な認識確認は必要である。 ・2020年度より）計画的にカンファレンスの日程を立て実施することで、利用者様の変化に応じたケアが実施できるようになってきた。 ・2020年度より）基礎知識の向上とケアの根拠が理解でき、利用者様に応じた対応ができるようになった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.会議にて検討・周知できている。 2.計画通り勉強会を実施している。 3.カンファレンスを開催しケアの評価もできている。 4.実践することでより多角的なアセスメントやケアができている	1.会議にてスピーチロックについて等意見交換を行っている。 2.計画通り勉強会を実施している。 3.計画通り開催し現状に合ったケアの確認が行えている。。 4.対象者の状態が変わった為十分な効果が得られなかった。	1.会議にて検討・周知ができている。 2.計画通り勉強会を実施している。 3.計画通り開催しケアの評価が行えている。 4.個別ケアの実践を深める事ができた。	

事業報告	◎不適切ケア０件 1.　虐待防止委員会、身体拘束委員会にて、ケアの検討や意見交換を図ることができた。 2.　高齢者虐待防止研修後の自己点検実施し自分の言動の振り返りや虐待防止に対しての意識が高まっている。 3.　計画通りカンファレンスを開催し現状に合ったケアの確認が行えている。 4.　ひもときシートを用いて職員個々のアセスメント能力の向上が図れた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	HM/全職員					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
						「誤嚥事故を防止する」を用いた研修						ﾘｽｸﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ研修		振り返り	次年度準備		
						◎	ー		◎	ー	ー	ー	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【服薬事故防止】 ・服薬マニュアル・手順を見直す。 ・マニュアルに沿った手順で服薬介助が行えているかHMが抜き打ちでチェックする。	HM/全職員	服薬マニュアル・手順の見直し・修正		服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	マニュアル・手順の見直し・修正	服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	服薬介助をHMが抜き打ちでチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	◎	○	◎	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	ヒヤリハット分析による事故予防の取り組みと重要事例の水平展開を図る。	HM/全職員	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	GH会議で検討 HM会議で報告	振り返り	次年度準備		施設長
					○／◎	○／◎	○／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の原因の追究が多角的に行えていない。エリア会議にて事例を基に議論し、施設内会議でも議論し共有する事で、事故防止に効果があると考えられる為、継続する。 ・2020年度より）基本介護チェック表に基づいた介護が行えているか振り返る機会がない。自身の介護を振り返り、他者点検を行う事で個別指導に繋がる為、継続する。 ・服薬マニュアルに沿った介助が行えているか確認する機会がない。 ・2020年度より）事例検討を繰り返すことにより、自己のケアの振り返りや自分ごとに置き換えて考える力がついてきた。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.研修を行い、食べる姿勢や食べやすい食事について実践している。 3.現在HMが不在の為職員同士で確認し意識を高めている。 4.ヒヤリハットの件数が少ない為必要性等説明し周知を行っている。	1.毎月の委員会にてグレーゾーンなどの確認を行いながら、周知を図っている。 2.評価に大きな差異はなかった 3.現在HMが不在の為職員同士で確認している 4.ヒヤリハットの件数が上がり事故に対する意識が向上している。	1.誤嚥事故等重大事故の水平展開を行う事で事業所で起こり得る事故の検討ができた。2.研修を行い意見交換も図れた。3.HMが不在の為職員同士で確認を行えている。 4.ヒヤリハットをひろう重要性をGH会議内にて周知している。	

事業報告	◎重大事故　0件 1. エリア間での重大事故について情報を水平展開し、自施設で起こり得る事故の検討を行い予防を行えた。 2. 研修を行った際に意見交換を行い問題解決にも繋がった。 3. 服薬に対しての意識が高まり緊張感を持って服薬業務を行えている。 4. ヒヤリハットの重要性を理解し意識が高まり件数が増えてきている。GH会議内にて検討し必要に応じて対策を立てている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様・ご家族の信頼を得る	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	体験の実施（2時間程度）				活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					レポートを基にフィードバックを図る												
					ー	ー	ー	ー	ー		◎/ー	ー/◎	ー	◎	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	HM/全職員	企画立案・ご家族へ説明 運営推進会議		食事会の実施 アンケート回収	評価			食事会の実施 アンケート回収	評価		振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎		ー	ー			ー	ー		◎	◎	◎	
	事業所	3	・ＧＨ会議にてつぶやきの認識を確認する。 ・ＧＨ会議でつぶやきの対策検討を行う。 ・施設経営会議でつぶやきの検討内容を報告する。 ・対応した内容をご家族へ情報提供する	HM/全職員	つぶやき認識確認	ＧＨ会議で検討	ＧＨ会議で検討 ご家族へ情報提供	ＧＨ会議で検討	ＧＨ会議で検討 ご家族へ情報提供	ＧＨ会議で検討	ＧＨ会議で検討 ご家族へ情報提供	ＧＨ会議で検討	ＧＨ会議で検討 ご家族へ情報提供	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○／○	○	○／○	◎	○／○	◎	○／○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	・ＧＨ便り（ご家族への通信紙）を定期発行する。 ・ＧＨ便りの内容を充実する。 ・満足度調査にて効果を確認する。	HM/介護職員	記事内容・レイアウトの検討		満足度調査	集計	改善策立案			満足度調査	集計	振り返り	次年度準備		施設長
					毎月10日までにＧＨ便りを郵送する。												
					◎	◎	◎／◎	○／◎	○／◎	◎	◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	【楽しみのある生活を送る。】 ・作品作りと展示会を行う。	HM/全職員	展示会に向けてスケジュール・内容を立案		作品作り	作品作り	展示会 運営推進会議	作品作り	作品作り	作品作り	展示会 運営推進会議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	ー／ー	◎	◎	◎	ー／ー	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験を通じ感想を共有できた。新たな気づきや自己のケアの振返りができた。 ・長期に渡りコロナによる面会制限が続き、利用者様とご家族が共に過ごす機会が減った。 ・2020年度より）つぶやきの収集が習慣付いてきたが、意見を拾いやすい方に偏りがあったため、ご家族への伝達が十分とは言えなかった。 ・ご家族への利用者様の情報発信が不十分である。 ・目標に向かって、利用者様が協力し合い作品を作る。ご家族や地域の方に見ていただく機会を作り、達成感を味わっていただく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.疑似体験は7月に実施予定 2.コロナ渦で実施できなかった為代替案を7月に実施予定 4.利用者様の写真を多く載せ、ご家族へのコメント欄も広くし、より生活の様子が伝わる様に変更した。	1.職員の入替りがあり疑似体験は延期した。 2.コロナ渦で実施できなかった為食事の写真をお便りに載せ、往復はがきでご家族との交流を図った。 4.コメントでは日々の様子が伝わる書き方を意識した。	1.1名実施。2.コロナ渦にて食事会は実施できなかった為、献立表とGH便りに食事の様子を掲載している。利用者満足度調査の食事を楽しみにしているかの項目では「そう思う」が100%であった為食事についてはご理解を頂けていると思われる。	

事業報告	◎コロナ禍により食事会は実施できなかったが往復はがきにて文字にてご家族との交流を図れた。 1. 職員の入れ替わりがあり計画通りに実施できなかった。来年度は計画通りに行えるように勤務の調整を行っていく。 2. 食事会はコロナ渦にて中止となってしまった。代替案として食事の様子をGH便りに掲載している。利用者様に季節のお便りを往復はがきで送りご家族に返信して頂き交流を図ることができた。 3. つぶやきをひろう件数が職員によって差があるため今後はつぶやきをひろう意義をGH会議にて発信し意識を高めていく。 4. GH便りのレイアウトを見直し利用者様個人の写真を多く掲載した。満足度アンケートより「見ていないので分からない」との回答があり居室担当からのコメントを活動の様子が伝わるような書き方を意識して記載している。 5. コロナ禍にて計画通りには実施できなかったが展示会は実施し利用者様やご家族来設時に作品をみて頂いている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症の理解を深める	エリア	★1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	HM/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	△	△							◎	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	HM/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						○	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	
	事業所	3	事例検討会を実施する。	HM/認知症委員会委員	認知症委員会議で事例検討会実施		認知症委員会議で事例検討会実施		認知症委員会議で事例検討会実施		認知症委員会議で事例検討会実施		認知症委員会議で事例検討会実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎		◎		◎		◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。効果的な資料を作成し共有する。 ・2020年度より）研修に参加することが出来なかった。 ・2020年度より）事例検討を繰り返すことで、自事業所に置き換え考える力が向上した。危険予測にも繋がり効果がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリア会議にて検討できている。 2.実践者研修は希望者多数で申込できなかった。 3.困っている事例に対して全職員で対応策を検討できた。	1.エリア会議にて検討できている。 2.実践者研修は希望者多数で申込できなかった。 3.多職種の意見を聞き検討できた。	1.エリア会議にて検討できている。 2.希望者多数で申込できなかった。 3.ヒヤリハットで上がっている事例を検討し実践する事ができた。

事業報告	◎事例検討会を行い職員が困難に思っている事の解決と意欲の向上につながった。 1. 認知症ケアにおける困難事例について、ひもときシートの活用の目的や根拠を勉強会開催にて、職員に周知することで、視点を変えたり、認知症を有する利用者様の想いなど、正しい理解ができるように教育を実施した。 2. 外部研修については、コロナ禍によりオンライン講義などでの募集に対して、申し込みをするも申し込み者多数にて予定通りの受講が進まなかった。 3. 事例検討会を行い多職種からも意見を頂く事で多角的なアセスメントが行えた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図り、サービスの強みをつくる	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	施設長・VC/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	HM/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎							
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					◎	―	―	―	―	―	―	―	―	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍により積極的な活動や発信ができなかった。 ・各職員のスキルアップを図る。急な人事に備え計画的に有資格者を増やす必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画的にブログ・FBの発信ができている。 2.対象者に対して確認し、実施を図れている。	1.計画的にブログ・FBの発信ができている。 2.介護福祉士の受験者はいなかった。	1.計画的にブログ・FBの発信ができている。 2.介護支援専門員の受験者はいなかった。	

事業報告	◎介護福祉士・介護支援専門員受験者はいなかった 1. コロナ禍における地域貢献活動については、限られた活動の中で行った。外部へのブログやfacebook発信や、利用者様ご家族へ向けたお便りにて、事業所の様子を伝えることができた。 2. 介護福祉士・介護支援専門員は今年度受験対象者はいなかった。来年度は受験資格がある職員へ受験に向けてのアプローチの方法を考えていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】 1）インターンシップの受け入れ品質の向上、 2）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、 ４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
											共通資料を用いた勉強会						
											◎	ー		◎	◎	◎	
	事業所	★3	【ケアカルテの機能を活用し、業務の軽減を図る】 ・ケアカルテの機能を知る。 ・業務軽減案を検討し、作業マニュアル・手順書を作成する。	CM・介護長/全職員	ケアカルテの機能を知る	業務軽減案を考える	作業マニュアル・手順書の作成・周知	実施	実施	実施	振り返り・修正	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	【声を掛け合える環境づくり】 ・メッセージカードで、感謝・応援・励まし・ねぎらいの気持ちを伝え合う。 ・職員満足度調査を行う。	マナー向上委員会/全職員	目的の再確認 実施	実施	実施	実施 職員満足度調査	実施 評価・見直し	実施	実施	実施	実施 職員満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎	◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	◎／◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新卒、中途職員の採用が十分でなかった。また職員紹介の実績も0であった。 新卒、中途採用の職員を安定確保する必要がある。 ・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・新介護ソフト導入にあたり、効果的に機能を活用し業務のスリム化を図るため。 ・2020年度より）コロナ禍で、職員同士での交流の機会が減っている。部署や職種を越えお互いを認め合う関係性を作る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			2.ハラスメントに関する事例はみられていないが事例がある場合には情報共有する仕組みは構築出来ている。 3.得意な者が積極的に操作を教えている。 4.お互いの良い所を探したり新しい職員への感謝の気持ち等書かれている。	1.計画通りにできている。 2.ハラスメントに関する事例はみられていない 3.リアルタイム入力がほぼできている。 4.良い所や感謝の気持ちを伝えあえている。	1.計画通りにできている。 2.ハラスメントに関する事例はみられていない 3.リアルタイム入力と確認がほぼ行えている。 4.良い所や感謝の気持ちを伝えあえている。

事業報告	◎離職率前年度比　2020年度16.3%→2021年度8.1% 1.　実習生について自施設のみならず法人（エリア）全体の事業所の特徴や取り組みを紹介したり、コミュニケーションを多くとることで興味をもてるよう取り組んだ。求人エントリー数を向上させるために、求人原稿の更新、原稿内容の質向上、ブログ定期更新、ブログ原稿の充実に努めた。 2.　ハラスメントにおける勉強会については、動画視聴にて職員の理解度も向上しまた、ハラスメントに関する意識の向上に繋がっている。 3.　ポイントケアからケアカルテに変更し、手順書の周知にて職員も作業の効率化が図れている。リアルタイム入力と入力確認も行えている。 4.　メッセージカードにてお互いの良い所を見つけ感謝の気持ちを伝える事が出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/-/-/◎	◎/-/-/-	◎/-/-/-	◎/-/◎/◎	◎/◎/-/-	◎/-/-/-	◎/-/-/◎	◎/-/-/-	◎/-/-/-				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・セキュリティ事故発生時の教育が十分でなく、事故発生時にマニュアルに沿った対応が実施できない危険性が考えられる為、計画的に教育する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 経営会議等で運用の確認ができている。	1. 計画通りにできている。	1. 計画書通りにできている。	

事業報告	◎セイキュリティ事故0件、業務ミス0件 1. セキュリティ事故等もなく、中途採用者への認識教育もできている。来年度以降も事故等がないように努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な稼動管理により収入目標を達成する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	【営業方法の見直しと強化を図る】 ・関係機関に対して認知度調査や要望調査を行う。 ・調査結果を検証し、営業活動に活かす。	相談員/施設相談員	認知度調査・要望調査の方法を検討する。	アンケート用紙作成→	１回目調査実施→	調査結果の検証・営業方法の見直し	検証した内容をもとに営業活動を行う。			２回目調査実施	調査結果の評価・検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	ー	△	△／○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	・入退所に伴う書類や稼動管理を学ぶ。 ・定期的に入所申込者の意向確認を行う。 （毎月の申込者数、待機者の意向確認などの情報を見える化する）	施設長/HM	相談員より契約書類等・稼働管理について学ぶ		稼働会議にて申込者数、居場所、介護度、面接日、判定日、状況等を一覧にして報告する。							振り返り	次年度準備		施設長
								待機者の意向確認		待機者の意向確認		待機者の意向確認					
					ー	○	◎	○／△	○	○／○	○	○／○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・営業活動に力を入れ、事業所の特徴について認知度を向上させる必要がある。 ・急な退所に対し次の入所調整に時間を要している。待機者の意向、状態確認を定期的に実施できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアでＷｅｂデザイナーの採用も決まり、計画通りに遂行できている。 2.アンケート作成が遅れたため、計画変更する。7月に合アンケート配布する。 3.HM不在のため、契約について相談員に頼ってしまっていた。	2.7月送付したアンケートを集計、検証し、返答及び見えてきたウィークポイントに焦点を当てて営業活動を行っている。 3.入所に向けて意向確認や準備をすすめている。	1.エリアで市の広報に施設紹介を掲載する。 2.1回目から2回目の居宅アンケートを実施する期間が短く、評価が難しいため2月に再度調査して評価していく。 3.待機者の面談や意向確認を行い入所に向けてすすめている。

事業報告	◎相談員と共に稼働管理、入所調整を行うことができた。 1.Webデザイナーを採用したことにより、リーフレット等の資料作成がスムーズにいき、近隣市町村にポスティングを行うことができた。 2.居宅アンケートを実施したことにより事業所の発信力不足や課題が見えてきた。その後、営業に行く際は周知したい項目を重点的にお伝えするようにしている。 3.HM不在の為相談員と共に入所希望者の面談や意向確認を行い稼働管理を行っている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル江南
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
有事に対応できる体制を構築する	事業所	★1	・感染症発生時のシミュレーションを行う。 ・感染症対策における施設手順書を見直す。 ・感染症対策委員会にて、日常生活における感染対策を呼びかける。	HM/全職員	コロナ発生時のシミュレーションを見直す。		食中毒勉強会を実施する。→		コロナ発生シミュレーション実施	感染症施設手順書の見直し	感染症勉強会及びシミュレーションを実施する。		→ 感染症対策委員会	振り返り	次年度準備		施設長
					◎／◎	◎／◎	－／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	－／◎	◎／◎	◎／◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	・地域の災害に対する最新のリスクを把握する。 ・風水害に備えた教育・訓練を行う。 ・非常食提供のシミュレーションを行う。 ・地域と連携した防災訓練を実施する。	主任相談員/全職員	最新災害情報を入手し事業継続計画を見直す	風水害教育 経営会議	風水害・発電機訓練の実施	非常食炊き出し。ご家族・地域の方も参加		緊急連絡網を用いた伝達訓練の実施		エリア合同避難訓練。地域の方も参加	消防計画を見直す 経営会議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎／◎	◎	◎	ー	○	ー	◎	◎／◎	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症や災害が発生した場合であっても、利用者様に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築する必要があるため。 ・職員が感染症を持ち込まないように、日常生活における感染対策を徹底させる必要があるため。 ・有事の際に迅速かつ正しい対応ができるようにするため。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			7月-9月評価						１０月-１２月評価			
					1. 食中毒勉強会の資料が遅れたため、7月に計画変更する。 2. 避難確保計画を見直し、風水害教育や訓練は実施でき振り返り等で効果の確認ができた。			1. コロナウィルス発生時におけるシュミレーションの実施にて、職員へ再周知を図った。日常における感染対策の徹底の周知し意識出来ている。 2. 緊急連絡網にて訓練の実施を行ったが、伝達完了時間など再確認していく。			1. 他の訓練と開催時期が重なったことにより、感染症の訓練を12月に変更して実施した。 2. 避難訓練も地域の方を交えて行うことができた。			

事業報告	◎有事の際に事業を継続できるように訓練・教育を実施した結果、職員の意識を高めることができた。 1. 感染症手順書を見直し、感染症のシュミレーションを実施したことにより、職員の感染症への意識が高まった。 2. 事業継続計画に従い、風水害、地震、火災等シュミレーションを行ったことにより、職員の災害時に事業を継続していく意識が高まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	振り返り ○	次年度準備 ○	○	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目） ○	○	○	チェックの実施/集計 ◎	必要に応じて面談の実施 ○	高齢者虐待防止研修（２・３回目） ○	○	○	○	振り返り ○	次年度準備 ○	○	施設長
	エリア	3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○	評価、修正 ○	人選、同意 ○	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ○	振り返り ○	次年度準備 ○	○	施設長
	事業所	★4	【温かな接遇と節度あるマナーを身につける】 接遇環境整備チェックリストを用いて他ユニットリーダーにて評価を行う。（3ケ月毎に実施）評価を確認し不可となった項目に関して、ユニット内で検討していき、接遇マナーの向上を図る。施設内勉強会など接遇やマナーについて議論する場を設ける。	介護長/施設職員	接遇環境チェックリストにて他ユニットリーダーにて評価を行う。 ○	不可となった項目についてユニット会議にて検討し、接遇マナーにいかしていく。 ○	○	接遇環境チェックリストにて他ユニットリーダーにて評価を行う。 ○	不可となった項目についてユニット会議にて検討し、接遇マナーにいかしていく。 ○	接遇環境チェックリストにて他ユニットリーダーにて評価を行う。 ○	○	不可となった項目についてユニット会議にて検討し、接遇マナーにいかしていく。 ○	○	振り返り ○	次年度準備 ○	○	施設長
					接遇マナーに関する施設内勉強会を実施し、議論をする場を設ける。												

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて日頃のケアの振り返りを行った。不適切ケアは0である。虐待防止・身体拘束適正化に有効であった。⇒計画継続 ・2020年度より）虐待予防チェック表に基づく自己点検を行った。 引き続き事業所への浸透を図る。⇒計画継続 ・2020年度より）UN会議や虐待防止勉強会、ユニット間で交換研修を行い 日頃のケアについて振り返る事ができた。⇒計画継続 ・接遇マナーがユニット内で風化してしまっている。他者評価を受け、よりよい接遇としていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			6月に勉強会、セルフチェックを実施。セルフチェックを行う事で、自身のケアの振り返りを行う事が出来た。	7月に不適切ケアの再現映像を各職員で観覧し、感じた事を施設全体で共有し、利用者様のケアへ落とし込みを行えた。	毎月実施している虐待防止委員会や勉強会から事例を通して協議する場を設けた。不適切ケアに対する認識を再度周知した。	

事業報告	◎不適切ケア0件で目標を達成した。 1.2.虐待防止委員会やユニット会議等で不適切なケアがないか協議をする事で、日頃のケアの振り返りを行う事ができ、不適切ケア防止の意識付けに繋がった。 3.模範職員の介護方法だけでなく、利用者様との関わりも含めて確認をすることで、自身の振り返りに繋がった。中途職員も複数採用した為、効果として高かったと考えている。 4.コロナ禍という事で、ご家族がフロアに上がられる機会が減少している為、自己チェックにて自身の振り返りを行い、他者チェックにて自身では気づけていない弱点の見直しをすることで、接遇マナーを意識する良い機会になり、サービスの質を保つのに効果的であったと考えている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	【離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止】 各種マニュアルや手順書の確認を行い、見直しや修正を行う。更新したものの周知を行い、勉強会や振り返りの場を設ける。	介護長/全職員	各種マニュアルや手順書の確認。修正。	更新した内容の周知を図る	マニュアルや手順書に従って対応が出来ているかリーダーにて現場で確認を行う							振り返り	次年度準備		施設長
						勉強会にて確認や訓練を行う											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	ケアや業務のなかでのヒヤリハット報告を毎月各ユニット２件以上を挙げる。予防策を追究し、重大事故に繋がらないようケアへ反映していく。	介護長/全職員	各ユニットよりヒヤリハット報告を2件以上挙げる。（毎月） 事故対策委員会２週間前までに介護長、デイＬにて施設全体で取り組む事例を1件選び予防策を各ＵＮ会議にて検討する。（毎月） 事故対策委員会にて各ＵＮより挙げられた予防策を周知する。（毎月） 翌月の事故対策委員会にて予防策の効果確認を行いユニット会議にて水平展開する。（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論し、自施設の対策に繋げた。⇒計画継続 ・2020年度、自己点検・他者点検を実施する事で振り返りが出来ている。⇒計画継続 ・離施設事故、誤嚥事故、服薬事故を防止を防止するため、1人1人の意識を高める必要があるため。 ・2020年度、ヒヤリハット報告を毎月事業所全体で検討する事ができた。報告件数を2件として予防策を追究し、重大事故の防止に繋げる。⇒計画継続。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			エリアの会議にて重大事故の議論を行い、自施設でも起こりえる重大事故は施設に持ち帰り伝達し、事故防止に努めている。	基本介護チェック表にて自己評価、他者評価を実施。職員の基礎知識の振り返りを行った。	ヒヤリハット事例の件数が少ないため、勉強会を開催し認識を深めた。事故対策委員会でもヒヤリハット事例を協議した。

事業報告	◎誤嚥事故が1件発生した。再発防止策を継続的に実施し重大事故の防止が行えている。 1.2.エリアや法人内で起きた事故について周知し、施設内での対応策を考える事ができた。また、ヒヤリハット事例を毎月1事例挙げ対策について協議をする事で、全員でヒヤリハットの再発防止策の共有ができた。 3.マニュアルを確認する機会を作ったことで、自分が行っているケアが法人の求めるケアになっているかの確認を各自が行うことが出来、効果的であったと考えている。 4.目標のヒヤリハット件数に届かないことがあったことが反省点である。ヒヤリハットに関しての意識が低いことが原因と考え、10月に勉強会を実施、11月からは目標の件数を拾えるように意識が向上している。事故防止が図れる様リーダーを中心に協議し、一般職員へ声を掛けていく事としたが、意識向上の点から効果的であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様視点での気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と面会する。一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/全職員	イベントの立案・計画		ご家族への発信	イベントの実施						振り返り	次年度計画		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	3	ユニット会議や勉強会のなかで日頃のケアについて振り返りや困難事例について協議を行う。また、ユニット間や他施設の交換研修を行い、良い点や改善点などを確認し、会議内で議論し自身やユニットのケアへ反映していく。	介護長/全職員	UN会議や勉強会にて、ケアの振返りや困難事例について協議し、ケアへ反映する。 ①交換研修を行い課題を挙げる ②UN会議にて課題検討を行いケアへ反映する ③リーダーnomi会議にて情報共有を図る ④UN会議にて振返りを行う				評価修正	①交換研修を行い課題を挙げる ②UN会議にて課題検討を行いケアへ反映する ③リーダーnomi会議にて情報共有を図る ④UN会議にて振返りを行う				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続。利用者様体験から3か月が経つユニットもあり、効果の確認を行っている。以前に比べて利用者様に寄り添うことや気持ちを考えれるようになった職員がでてきた。⇒計画継続 ・面会制限を行っており直接会って頂く事が難しい状況であるが、利用者様ご家族の要望もある為。 ・2020年度交換研修を実施する事で、自身の振返りにも繋がっている。また、いい点については他ユニットへ水平展開することができている。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			スカイプを利用したWEB面会の実施をしている。食事に関しては、新型コロナウイルスの影響をエリアで考え、中止としている。	利用者様の疑似体験として食事介助の体験を行う。悪い姿勢での食事や一口量が多い介助を体験することで、誤嚥リスクの体験をし、ケアの見直しを行う。	食事を一緒にする事が出来なかったが、WEB面会と併せてスクリーン越しの面会を12月より行った。困難事例の検討もユニット会議等で協議している。	

事業報告	◎利用者様体験を行い、職員の利用者様へ寄り添う意識が向上し、接遇マナーの向上が図れた。 1.利用者様の疑似体験をすることで、体験した職員が様々な視点で利用者様の気持ちを知ることができた。今後に繋げたい事やケアへ反映したい事など考える機会となった。1ヶ月、3ヶ月後の効果の確認をした際には利用者様の気持ちに寄り添う事や気持ちを考える事ができたという意見も挙がり効果が得られた。 2.食事を一緒にして頂く機会を作ることは出来なかったが、感染症対策を行いながらスクリーン越し面会を12月よりはじめているが、利用者様とご家族が直接会うことで双方に笑顔が見られている。次年度も感染対策を行いながらコロナとの共存に努めていきたい。 3.交換研修では、他施設の良い取り組みを自施設で実践できるように検討することが出来、サービス向上・業務改善に繋げることが出来ている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研			①1日研		①1日研					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	
	事業所	★3	【認知症予防の運動（活動）機会をつくる】 活動の機会を施設内・フロア内で検討を行う。また実施するために業務の見直し・改善を行う。	介護長/介護職 機能訓練指導員	①UN会議にて活動の機会の検討（運動の場合、PTと相談する） ②業務の見直し、改善				評価 修正	①UN会議にて活動の機会の検討（運動の場合、PTと相談する） ②業務の見直し、改善				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	利用者様の生活に楽しみ（余暇活動）（行事）の機会をつくる。 施設内での定期的な行事の計画・実施。各フロア毎に行事を計画し利用者様に楽しみを持って頂けるようにする。	介護長/全職員	フロア・施設内行事の年間計画の作成	①フロアにて行事の実施 ②他部署間で連携をとり施設内行事の実施			評価 修正	①フロアにて行事の実施 ②他部署間で連携をとり施設内行事の実施				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度において、介護力向上委員会が中心となり、認知症ケアについて模範職員の撮影を行い職員教育に努めた。⇒計画継続 ・2020年度は、認知症介護基礎研修に3名参加した。⇒計画継続。 ・コロナ禍で利用者様の楽しみの機会や活動が少なくなっている。認知症予防の為活動機会を設ける必要があるため。 ・2020年度フロア行事の実施について、バラツキが見られた。各フロアにて計画的に実施していく。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			エリア会議の中で、資料を作成する。 外部研修に関しては、新型コロナウイルスの影響で中止となった為、参加していない。	新型コロナウイルスの影響化の中で、運動として、ユニット内で行える体操の実施が出来ている。 余暇活動としては、9月にオンラインライブの企画に参加する。	季節感を感じて頂ける様オンライン旅行を実施した。また認知症予防の体操を実施し定期的に運動を行っている。	

事業報告	◎認知症に関する研修を行い、認知症の理解が深まり、利用者様満足度調査においても良い評価を頂くことが出来た。 1.認知症ケアについては、自施設でも対応に苦慮するケースがあったが、エリア会議で検討・フィードバックからの施設での共有をルーティーン化することで、職員のケアに関する不安解消に繋げることが出来た。 2.コロナと施設の状況で参加することが出来なかったので、次年度はその反省を生かして対応をしていきたい。 3.理学療法士による体操をルーティーンにすることで、取り組みとして定着することが出来た。 4.コロナの状況でも行える取り組みとして、オンラインのイベント実施等を行うことで、利用者様の満足度向上に努めることが出来た。また、オンラインなど、新しい取り組みに対して、職員が柔軟に考え、次に何が出来るかを考えられるようになった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	【エプロンゼロを目指す】 食事時にエプロンを使用している方の確認、検討を行う。また食事時に安楽な姿勢や摂取しやすい姿勢となっているか確認・検討を行う。	介護長/介護力向上委員・介護職・機能訓練指導員	エプロン使用者の把握	①PTにて食事時の姿勢の評価や修正を行う ②介護力向上委員会にて食事時の食事環境や姿勢について確認・検討を行う ③エプロン使用についてUN会議にて検討・変更する ④状況確認を行う				評価修正	①エプロン使用についてUN会議にて検討・変更する ②状況確認を行う			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	【看取りケアの充実】 利用者様やご家族の意向に沿った看取りケアを提供できるよう、入居時より様々な意向やこだわり等を聞き出しケアを充実させていく。	介護長/全職員	リーダーnomi会議にて聞き取り方法や書式について検討をしルール化する。	ルール化したものをもとに ①利用者様やご家族に意向やこだわり等をお聞きする ②聞いた情報を基にケアへ反映する				評価修正	ルール化したものをもとに ①利用者様やご家族に意向やこだわり等をお聞きする ②聞いた情報を基にケアへ反映する			振り返り	次年度準備		施設長
					①利用者様との関わりのなかでつぶやきをひろう（月2件以上） ②つぶやきからケアへ反映する						①利用者様との関わりのなかでつぶやきをひろう ②つぶやきからケアへ反映する						
					看取りケアの勉強会の実施（年１回）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度はコロナ渦により全体行事は自粛となりブログやfacebookの内容は自施設の内容が多かった。地域貢献活動についての発信が不十分であった。⇒計画継続 ・2020年度は、実務者研修2名参加、リーダーコース2名参加、介護福祉士5名受験される。今後も研修に参加し、サービスの向上に繋げるため。 ・利用者様を尊重したケアサービス提供の為。 ・利用者様、ご家族の意向に沿った看取りケアを行い、ケアの充実をめざすため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			コロナウィルスの影響で面会が出来ない状況である為、facebookやブログを介して施設の様子を発信している。	エプロンゼロの取り組みや看取りケアの充実として取り組みを進めた。取り掛かりに時間を要したが徐々に進めていく事が出来た。	ブログの頻度を増やして発信を行っている。まだ月に1回程度の面会となっている状況である為、施設での出来事が分かる様に対応している。	

事業報告	◎ブログ、facebookの発信は滞りなく行えており、ブログは年度途中より、毎週更新することをルールとして取り組むことが出来ている。 1.地域に貢献できる活動を目的に、ブログやfacebookの更新を行った。コロナ禍の影響によって地域合同で行われる行事については、開催がなかった為、発信できていない。施設内での利用者様のご様子や取り組みに関する内容を発信することが多かった。 2.法人内研修について、職員に参加してもらうことができている。次年度以降も計画的に参加して頂き、職員の向上に努めていきたい。 3.エプロンゼロの取り組みについて、モデルフロアでの実施は出来ているが、施設全体での実施までは至っていないので、水平展開を計画的に行っていく。 4.コロナ禍という事で、利用者様・ご家族のすべての要望に答えることは出来ていないが、施設全体で、ご家族が後悔無いようにという視点で看取りケアに関わることが出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設長/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。 また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	【有給・連休の計画的取得】 年間計画を作成し、計画的に有給や４日以上の連休がとれるよう調整を図る。	介護長/ユニットリーダー	有休・連休の希望確認。計画の作成。		フロア間のサポートの調整を行い、計画に沿い勤務表を作成する。			評価修正	フロア間のサポートの調整を行い、計画に沿い勤務表を作成する。			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	【職員表彰】 施設独自に職員表彰を定期的に実施。職員それぞれの美点を尊重できる関係性を構築する。	介護長/親睦委員	表彰の対象・仕組みを決め、年間計画を作成する。		職員表彰の実施			評価修正	職員表彰の実施			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・職員を確保し、安定した事業運営を継続するため。 ・ハラスメント情報の共有、勉強会の実施により発生を防ぐため。 ・計画的に有給休暇を取得し、職員のリフレッシュにつなげるため。 ・施設独自の職員表彰を実施し、モチベーション高く仕事を続けてもらうため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			有給休暇・連休の希望確認を行い、有給休暇取得の計画表の作成を行う。	有給休暇計画を立てて勤務表の作成にあたるが、離職等の事情により、計画通りに有給休暇の取得が出来ていない状況であり、計画を一部修正する。	新規採用者に対して、定期的に声を掛け困っている事等ないか確認する機会を設けた。	

事業報告	◎取り組みとしては行えているが、退職者が複数名出てしまった為、次年度に向けて改善をしていく。 1. エリアの採用担当者会議からの取り組みを自施設でも確実に行うことが出来ている。学校への就職説明会にも施設から何度か参加させて頂くことが出来た。 2. 自施設でのハラスメントは発生していない。研修を通じて意識向上に努めることが出来ている。 3. 職員の退職により確実な実施までは出来ていない。次年度は職員の退職を防ぎながら取り組みを実行していきたい。 4. 職員表彰の取り組みを行うことで、職員の良い点を考える機会となり、良い効果があった為、次年度も継続して取り組んでいきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、個人情報に関わる事故は0件であった。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			運用確認チェックリストを用いて手順通りに運営を行っている。	7月、8月とISO27001の勉強会を開催。個人情報の取り扱いについて再度管理の徹底をした。	運用確認チェックリストを用いて手順通りに運営を行っている。新規採用者に対しても入社後1ヶ月以内に教育が行えている。	

事業報告	1.ISO27001に基づくセキュリティ事故の取り組みを確実に行うことが出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員/相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	営業範囲を拡大し、新規利用者を獲得する	施設長/相談員	資料作成	新規の居宅支援事業所や病院に対する営業活動の実施をする			評価、修正	新規の居宅支援事業所や病院に対する営業活動の実施をする				振り返り	次年度準備		施設長
					定期的に空床情報を発信する												
					○	○	○	◎	○	◎	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	ショートステイ利用のご家族と信頼関係を構築し、リピーターに繋げる	施設長/相談員	連絡帳の見直し		新様式で申し送り		評価、修正	新様式で申し送り				振り返り	次年度準備		施設長
					日頃の様子を動画撮影し、担当者会議などでショートステイでの様子をみて頂く					日頃の様子を動画撮影し、担当者会議などでショートステイでの様子をみて頂く							
					ご家族へショートステイ利用にあたってのニーズを確認・把握し、情報共有する												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・年間を平均して特養ショートステイ合算の平均稼働率は99.5%で目標を達成している。引き続き新規利用者獲得の為に新しい営業活動を行う必要があるため。 ・営業範囲を拡大し、新規利用者の獲得をする必要があるため。 ・ショートステイのリピーターを増やし、安定した事業運営を継続するため。。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			今まであまり関わりのなかった病院や居宅介護支援事業所へ営業活動を行い、ショートの案内を頂いたケースあり。空床情報も定期的にFAX等している。	日頃の様子を動画撮影する事はできていないが、誕生日の際に写真を撮影しケアマネやご家族へ配布したり、ショートで行った行事をブログで挙げている。	担当者会議がコロナの状況で少なく、動画撮影をしても見て頂けない状況。写真で撮影して様子を見て頂く事が主流となっている。空床情報の発信で依頼が月に２～３件来ている。	

事業報告	◎コロナ禍ではあるが、新たな営業を行うことが出来ている。 1.グラフィックデザイナーの採用により、リーフレットに見直し、ポスティングの実行等を含めて、新しい営業を行うことが出来ている。 2.新たな居宅介護支援事業所への営業とコロナ禍という事でブログを活用した営業を新たに行うことで施設の取り組みを知って頂けるように取り組みを行うことが出来ている。 3.利用者様の様子を写真等でご家族・ケアマネにお伝えすることで施設での様子を視覚的にも見て頂けるように取り組みを行うことが出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
感染予防対策	事業所	★1	・コロナウィルス感染症発生時のマニュアルを基に発生時のシュミレーションを行う ・感染症対策委員会にて、感染対策の注意喚起をする	介護長・看護長／全職員	コロナウィルス感染症発生時のマニュアルを作成する			コロナ発生時のシュミレーションを実施する		マニュアルの見直し		コロナ発生時のシュミレーションを実施する		振り返り	次年度準備		施設長
					感染症対策委員会にて注意喚起する												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	非常時の対応訓練を実施する	相談員／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡網を用いた伝達訓練の実施		防犯に関する研修の実施		風水害に関する研修の実施		合同避難訓練実施。地域の方も参加する		振り返り	次年度準備		施設長
					避難訓練の実施、研修をする												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度コロナウィルスの感染が拡大しない様、日頃から感染予防の対策を行った。引き続き、感染が発生した場合に迅速に対応が出来る様、体制強化に努めていく必要があるため。 ・2020年度、消防避難訓練、新型コロナウイルス感染症の発生シミュレーションを行った。非常事態が発生した場合においても、利用者様に必要なサービスが提供できる様、体制強化に努めていく必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			前年度実施をしていたコロナシミュレーションの振り返りからマニュアルを作成。実施に向けてマニュアル整備が出来た。	実施が遅れたが、9月にコロナのシミュレーションを実施。実施後の振り返りを行い、マニュアルの見直しを進めている。避難訓練は毎月の実施をしている。	11月に合同避難訓練、12月に起震車体験を行った。コロナのシミュレーションがマニュアル整備に時間を要しており、1月の実施予定で進めている。	

事業報告	◎緊急事態に備えての取り組みを計画的に行うことが出来ている。次年度も継続して取り組んでいきたい。 1. コロナ発生時に備えてのシミュレーションを計画的に行うことが出来ているが、コロナ禍の状況は続く為、取り組みを継続していきたい。 2. 計画的に進めることが出来ている。合同避難訓練についてもエリアで行うことが出来、意識を高めることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施					振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 困難事例についてデイ会議で議論をする場を設ける。議論された事例については虐待防止委員会にて報告を行う。	デイリーダー/デイ職員	デイ会議にて困難事例の検討を行い、適切なケア方法について議論する。（毎月） デイ会議にて議論された事例を虐待防止委員会へ報告する。（毎月） 虐待防止委員会からの提案をフィードバックする。（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	☆5	【ケアの振り返りの場の設定】 接遇・環境整備チェックリストを細分化したものを用いた自己チェックを実施し自己のケアを振り返る機会を作る。	デイリーダー/デイ職員	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	チェックの実施	振り返り	次年度準備		施設長
					デイ会議にて評価結果を基に対策を講じる 施設長へ提出しエリアのフォルダーへデータを保存する。												
					△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・困った事案を基に議論する機会が少ない。 ・柔軟に考える術が乏しい。 ・多様な視点からのケアの振り返りができていない。 ・専門性を活かした真のケアの追求ができていない。 ・尊厳あるケアが提供できているか、個々に振り返る場が限られている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			施設内会議にて議論することができている。また、デイ会議にて困難事例について、検討を行うことができている。	施設内会議での検討事項について自事業所へ水平展開することができている。自己チェックを行うことで、振り返る機会を作ることができている。	事業所対応が難しいケースに対して振り返りを行うことが出来ている。サービスの維持向上につながっている為、継続して取り組んでいきたい。	

事業報告	◎不適切ケア0件で目標を達成した。 1.2.虐待防止委員会やユニット会議等で不適切なケアがないか協議をする事で、日頃のケアの振り返りを行う事ができ、不適切ケア防止の意識付けに繋がった。 3.模範職員の介護方法だけでなく、利用者様との関わりも含めて確認をすることで、自身の振り返りに繋がった。中途職員も採用した為、効果として高かったと考えている。 4.利用者様の重度化が進む中で、ケアに苦慮するケースがあった為、デイ会議にて常に議論することが出来ている。職員全体に水平展開を行う事でサービスの質の維持向上に繋がっている。 5.チェック表を活用しての自己チェックと振り返る機会を作ることが出来ている。不十分な月もあったが効果的であったと考えている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	○	○	○	○	○							
	エリア	☆3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／相談員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	【気づきの力をつける】 ケアや業務の中で、ヒヤリハット報告を毎月1件以上挙げ、予防策を追求する。	デイリーダー/デイ職員	デイ会議にてヒヤリハット報告を1件以上挙げ、事故対策委員会へ提案する事例を選定する。（毎月） 事故対策委員会２週間前までに介護長、デイＬにて施設全体で取り組む事例を1件選び、予防策を検討する。（毎月） 事故対策委員会にて挙げられた予防策から取り組む内容を決め実行する。（毎月） 翌月の事故対策委員会にて予防策の効果確認を行い、事業所内へ水平展開する。（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・議論する場が限られている。 ・ケアを振り返る時期が遅い（年度末）。 ・誤嚥事故に特化した研修会が突発的で未計画（年度始めに組み込まれていない）である。 ・2020年度は、エリア内で人身事故や物損事故が多数発生した。 ・地域住民から車両の運転・駐車に関する苦情も複数発生した。 ・ヒヤリハットが十分に活かされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			通所会議にて車両事故等の水平展開を行い、注意喚起を行うことができている。重大事故に関しても、議論の場を設けることができている。	他事業所にて発生した車両事故事例を基に、勉強会を実施し、運転に対する意識向上および、マナーの徹底を図ることができている。	ヒヤリハット事例の件数が少ないため、勉強会を開催し認識を深めた。事故対策委員会でもヒヤリハット事例を協議した。	

事業報告	◎重大事故は発生していない。 1.2.エリアや法人内で起きた事故について周知し、施設内での対応策を考える事ができた。また、ヒヤリハット事例を毎月1事例挙げ対策について協議をする事で、全員でヒヤリハットの再発防止策の共有ができた。 3.ドライブレコーダーによる安全運転の意識向上と安全運転教育の実施による効果もあり車輌事故は発生していない。 4.目標のヒヤリハット件数に届かないことがあったことが反省点である。事故防止が図れる様リーダーを中心に協議し、一般職員へ声を掛けていく事としたが、意識向上の点から効果的であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	【温かな接遇と節度あるマナーを身につける】 マナーモラル評価表を用いて自己評価を行うと共にリーダーによる他者評価と個別面談により気付く力を身に付ける。施設内勉強会など接遇やマナーについて議論する場を設ける。	デイリーダー/デイ職員	自己評価・他者評価の実施		自己評価・他者評価の実施		自己評価・他者評価の実施		自己評価・他者評価の実施			振り返り	次年度準備		施設長
						リーダーの個別面談（１名以上）		リーダーの個別面談（１名以上）		リーダーの個別面談（１名以上）		リーダーの個別面談（１名以上）					
					接遇マナーに関する施設内勉強会を実施し、議論をする場を設ける。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	【個別ケアの充実】 利用者様、ご家族、お一人お一人の希望を聞き取り個別ケアへ繋げるとともにケアプランへの反映を行う。（個別ケア目標1件以上）	デイリーダー/デイ職員	希望の聞き取りプランの確認		個別ケアの実施		取り組みの評価		個別ケアの実施			振り返り	次年度準備		施設長
							個別ケアの評価				個別ケアの評価						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の気持ち・立場に立って考える場が少ない。 ・追求する機会が限られている。 ・利用者様の希望に対する理解が不十分。聞き取りを行うことで利用者様理解を進める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			コロナの終息がなかなか見えない状況にて個別ケアへの反映が困難な状況であった。カルチャースクールを開催することで、希望の一部をかなえることができている。	コロナの終息がなかなか見えない状況にて個別ケアへの反映が困難な状況であった。カルチャースクールを開催することで、希望の一部をかなえることができている。	コロナの終息がなかなか見えない状況にて個別ケアへの反映が困難な状況であった。今年度中に新たにマッサージを取り入れる予定であり、サービスの向上に努めていく。	

事業報告	◎利用者様体験を行い、職員の利用者様へ寄り添う意識が向上し、接遇マナーの向上が図れた。 1.利用者様の疑似体験をすることで、体験した職員が様々な視点で利用者様の気持ちを知ることができた。今後に繋げたい事やケアへ反映したい事など考える機会となった。1ヶ月、3ヶ月後の効果の確認をした際には利用者様の気持ちに寄り添う事や気持ちを考える事ができたという意見も挙がり効果が得られた。 2.デイサービスは常にご家族と接する為、接遇マナーは特に重要であるが、チェック表と面談を計画的に行うことで、維持向上に努めることが出来、満足度調査においても良い評価を頂くことが出来ている。 3.サービス改善を行うことで、利用者様に多くの選択肢の中から要望を伺うことが出来ている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研			①1日研		①1日研					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	
	事業所	☆3	認知症進行予防に向けた運動（活動）の機会をつくる。	デイリーダー/デイ職員	プログラムの作成	プログラム実践（3名以上）				取り組みの評価	プログラム実践（3名以上）				次年度準備		施設長
						デイ会議にてプログラム評価を行う					デイ会議にてプログラム評価を行う						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動）（行事）の機会をつくる。 『季節を感じられる行事・魅力的なイベントの実施【月2回以上】』	デイリーダー/デイ職員	毎月デイ会議にて実施した内容について評価を行う				評価	毎月デイ会議にて実施した内容について評価を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					行事・イベントの実施【月2回以上】（利用者・ご家族・ケアマネへの周知、追加利用の打診）												
					○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・外部研修への推進が不足している。 ・認知症進行を予防する取り組みができていない。 ・利用者様に選ばれる事業所となるようサービスの向上を図る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			コロナ蔓延防止の観点より、なかなか行事、イベントの実施が難しい状況であった。食のイベントを中心に実施し、好評であった。	食のイベントの実施は継続している。9月には建屋合同でオンラインイベントを開催し、好評であった。	季節感を感じて頂ける様オンライン旅行を実施した。また食のイベントを中心にイベントの実施が出来ている。

事業報告	◎認知症に関する研修を行い、認知症の理解が深まり、利用者様満足度調査においても良い評価を頂くことが出来た。 1.認知症ケアについては、自施設でも対応に苦慮するケースがあったが、エリア会議で検討・フィードバックからの施設での共有をルーティーン化することで、職員のケアに関する不安解消に繋げることが出来た。 2.コロナと施設の状況で参加することが出来なかったので、次年度はその反省を生かして対応をしていきたい。 3.機能訓練指導員を中心として、認知症予防の取り組みを継続して行うことが出来た。次年度も継続して行っていきたい。 4.食のイベントを中心に魅力的なイベントを実施することができた。イベントを通し、利用者様に喜びを得て頂く働きかけをすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	☆2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	☆3	ＡＤＬの維持向上を目指し利用者様自身ができることを生かした介護（生活リハビリ）の提供を行うことで在宅生活継続の支援を行う。	デイリーダー/デイ職員	個別目標のの確認	**生活リハビリの実施**				取り組みの評価	生活リハビリの実施			振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						生活リハビリの評価					生活リハビリの評価						
						ご家族、ケアマネへ実施内容の発信（動画・データ等）					ご家族、ケアマネへ実施内容の発信（動画・データ等）						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの強みの発信が弱い。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。 ・他事業所との差別化を図れていない。 ・2021年度ADL維持等加算取得にて継続的な取組が必要なため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			ブログにて活動の発信を行うことができている。加算申請に伴い、個々の利用者様のADLの把握を行うことができた。これを基に生活リハビリの検討ができた。	ブログにて活動の発信を行うことができている。また、個々の利用者様に合った形での生活リハビリの提供ができている。	ブログの頻度を増やして発信を行っている。	

事業報告	◎ブログ、facebookの発信は滞りなく行えており、ブログは年度途中より、毎週更新することをルールとして取り組むことが出来ている。 1.地域に貢献できる活動を目的に、ブログやfacebookの更新を行った。コロナ禍の影響によって地域合同で行われる行事については、開催がなかった為、発信できていない。施設内での利用者様のご様子や取り組みに関する内容を発信することが多かった。 2.法人内研修について、職員に参加して頂けている。次年度以降も計画的に参加して頂き、職員の向上に努めていきたい。 3.アクティビティの種類も多くすることで、利用者様に行って頂くことを増やすことが出来ている。生活リハに視点を置いたケアを継続して行っていきたい。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	☆1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、 ３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	施設長/介護長	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者/採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	☆2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	☆3	個々の役割を持ってもらうことでやりがいを見出し、モチベーションアップを図る。また、スキルアップに向けた支援（勉強会、研修等）を行っていく。	デイリーダー/デイ職員	全ての職員との面談を実施し、希望を伺い、役割を付与する。				評価	全ての職員との面談を実施し、希望を伺い、役割を付与する。				振り返り	次年度準備		施設長
					随時、施設内勉強会、エリア勉強会、外部研修、交換研修等への参加												
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・職員の役割意識を持ちモチベーションを向上する必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			一部の職員に対しては、得意分野を生かした役割を持たせることができている。また、役割を持つことで、モチベーションのアップが図れている。	一部の職員に対しては、得意分野を生かした役割を持たせることができている。また、役割を持つことで、モチベーションのアップが図れている。	一部の職員に対してではあるが、新たなチャレンジをして頂くことで、モチベーションのアップが図れている。

事業報告	◎取り組みとしては行えているが、退職者が複数名出てしまった為、次年度に向けて改善をしていく。 1.エリアの採用担当者会議からの取り組みを自施設でも確実に行うことが出来ている。学校への就職説明会にも施設から何度か参加させて頂くことが出来た。 2.自施設でのハラスメントは発生していない。研修を通じて意識向上に努めることが出来ている。 3.取り組みとしては実施できているが、全職員にはできていないのが反省点である。引き続き取り組みを行っていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	☆エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			運用確認チェックリストを用いて手順通りに運営を行っている。	7月、8月とISO27001の勉強会を開催。個人情報の取り扱いについて再度管理の徹底をした。	運用確認チェックリストを用いて手順通りに運営を行っている。新規採用者に対しても入社後1ヶ月以内に教育が行えている。	

事業報告	1.ISO27001に基づくセキュリティ事故の取り組みを確実に行うことが出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッズを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	ケアマネジャーへの情報の発信を確実に行う。また、情報共有に努めることで信頼を獲得する。	デイリーダー/デイ職員	情報発信（月次報告書、施設サービス計画書、リーフレット、デイ新聞、チラシ、電話、ＦＡＸ等）									振り返り	次年度準備		施設長
					月次作成	月次作成	月次作成	月次作成	月次作成	月次作成	月次作成	月次作成	月次作成				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	定期的な居宅訪問（内部：毎日、外部：週2回）にてケアマネージャーとの関係構築を行い、新規利用者獲得に繋げる。（新規利用者数　3名以上/1か月　お試し利用　3名以上/1か月）	デイリーダー/デイ職員	毎週相談員会議にて進捗確認と方向性の確認を行う。				評価	毎週相談員会議にて進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					随時、新規利用者様、お試し利用の受け入れ。												
					△	△	○	○	◎	◎	○	△	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、稼働率が低迷してしまった。営業方法もマンネリ化しており、打開策を図っていきたい。 ・ケアマネジャーとの関係性強化を図る。 ・ケアマネジャーへの情報の発信および情報の共有が不十分。 ・計画的な居宅訪問ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			通所会議にて新しい営業展開について検討ができている。リーフレット、デイ新聞については、新しく更新し、好評である。	通所会議にて新しい営業展開について検討ができている。ケアマネジャーへの情報発信も実施できている。新規利用、お試し利用数も向上している。	ノベルティグッズを活用した営業を実施し、ケアマネより好評を頂いている。

事業報告	1. 営業の展開としては、ノベルティグッズの活用・ポスティングの実施、新たなチラシ作成等が出来ているが、タブレットの活用が出来ていなかったのが反省点である。 2. ケアマネに定期的な情報発信が出来ているので、次年度も継続して取り組んでいきたい。 3. 定期的な居宅訪問の実施と新規利用者様・お試し利用者様の獲得が出来ている。新規利用者数としては、44件の獲得が出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2ジョイフル江南
事業所名	デイサービスセンター第２ジョイフル江南

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	新型コロナウイルス感染症予防対策の徹底	デイリーダー/デイ職員	毎月の通所会議にて感染症予防策の情報共有及び、発生事例の情報共有。また、対応の検証									振り返り	次年度準備		施設長
					毎月のデイ会議にて他事業所での感染症予防策の情報共有及び、発生事例の情報共有。自事業所での対応策の検証												
							シュミレーション	評価／修正			シュミレーション	評価／修正					
					○	○	○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	非常時の対応訓練を実施する	相談員／全職員	事業継続計画の周知を図る	緊急連絡網を用いた伝達訓練の実施		防犯に関する研修の実施		風水害に関する研修の実施		合同避難訓練実施。地域の方も参加する		振り返り	次年度準備		施設長
					避難訓練の実施、研修をする												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	利用者様が必要とするサービスの提供が阻害されたり、経営の不安定をもたらす可能性があり、対策を講じる必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			通所会議やデイ会議にて感染症予防策の情報共有や発生事例の情報共有を行うことができた。また、自事業所での対応策の検証を行うことができている。	デイ会議にて感染症予防策の情報共有や発生事例の情報共有を行うことができた。避難訓練に関しては、参加することができている。	11月に合同避難訓練、12月に起震車体験を行った。コロナのシミュレーションがマニュアル整備に時間を要しており、1月の実施予定で進めている。	

事業報告	◎緊急事態に備えての取り組みを計画的に行うことが出来ている。次年度も継続して取り組んでいきたい。 1.コロナ対策を継続して取り組むことが出来ている。2月後半より数名の感染が職員・利用者様で出たが、スクリーニング検査の活用等を行うことで感染者を最低限に抑えることが出来ている。 2.計画的に進めることが出来ている。合同避難訓練についてもエリアで行うことが出来、意識を高めることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/施設職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。 必要に応じて面談を実施する。	介護長/施設職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施					振り返り	次年度準備		施設長
							○	○	○					○	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子（声掛け、介護技術等）を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/施設職員	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	評価 修正	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	×	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	虐待防止に関する勉強会を行う（年3回）。 知識の習得及びアンガーマネジメントの向上に取り組む。効果の確認を行い、効果がないと判断する場合は再教育等の実施をする	介護長/施設職員			勉強会の実施 効果の確認			勉強会の実施 効果の確認		勉強会の実施 効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
							○			○			○	○	○	○	
	事業所	5	身体拘束廃止に関する勉強会を行う（年3回）。 知識の習得及び意識の向上に取り組む。 効果の確認を行い、効果がないと判断する場合は、再教育等の実施をする	介護長/施設職員			勉強会の実施 効果の確認			勉強会の実施 効果の確認		勉強会の実施 効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
							○			○			○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続して予防に努め、事例発生はしていないが、継続して予防していくことが必要。 ・模範職員の対応を共有し、より良いケアの統一を図りたい。 ・勉強会を計画的に行い発生予防に努めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2　問題なく行えた。 3.模範となる対応場面を中途職員に見てもらい説明を行った。 4.5計画の変更があったが実施できた。	1.2　問題なく行えた。 3.動画を活用した勉強会を12月に実施予定で準備している。 4.5　実施している。	1.2　問題なく行えた。 3.4　虐待防止勉強会の一環として実施できた。 5.実施できた。

事業報告	◎不適切ケアの発生は0件。 1.定期的に虐待防止委員会で議論の場を持ち、不適切ケアについての共通の認識をリーダー層の中で持つことができた。 2.虐待予防チェック表を用いた自己点検・他者点検を実施し、昨年度も実施していたことから職員間で大きな認識の違いはなく統一した認識で対応に当たっていると判断できた。 3.動画撮影はできなかったので、インターネットの不適切ケアに関する動画を視聴してもらい、自身のケアを振り返る機会ができた。 4.5 勉強会が予定通り実施できなかったので、予定を修正し、2月が3回目の勉強会となっている。アンガーマネジメントの向上については1回目の勉強会で取り入れ、セルフコントロールの方法について学ぶ良い機会となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/施設職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/施設職員					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
								○	○	○			○	○/○	○/○	○/○	
	事業所	★3	毎月の事故対策委員会で、離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止を情報共有から取り組む。	介護長/全職員	法人内の離施設、誤嚥、服薬に関する事故の中からとくに注意喚起が必要な事故をピックアップし、事故対策委員会等で報告し、内容の周知を行う									振り返り	次年度準備		施設長
					事業所内の離施設、誤嚥、服薬事故について委員会で報告、対策の検討・確認を行う				対策の評価、修正	事業所内の離施設、誤嚥、服薬事故について委員会で報告、対策の検討・確認を行う							
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	4	各利用者様の事故リスクを認識・把握をする。 全フロア職員が同じ認識で対応ができるよう運用する。	介護長/全職員	一覧表見直し	各ユニットリーダーがフロア会議にて発生した事故の振り返りを行い、必要に応じ、リスク表の変更を行い、毎月確認する								振り返り	次年度準備		施設長
					周知する	リスク表は他のフロアへも配布し、周知する 毎月の事故対策委員会で状況確認する											
					○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○	○	
	事業所	5	福祉器具、福祉用具、車椅子の点検を定期的に行う。不具合等あるものは必要に応じ、迅速に修理等依頼する。	介護長/介護職	点検項目に基づき、福祉器具、福祉用具及び車椅子が安全に使用できる状態かチェック表を用いて確認を行う									振り返り	次年度準備		施設長
					異常等見つかれば直ちに使用を中止し、業者に修理依頼を行う												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）転倒事故から入院ご逝去されたケースが1件発生しているため継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）エリア内で離設・誤嚥・服薬事故が複数発生しているため、重点的に予防に取り組んでいく。 ・2020年度より）発生予防のため、リスク情報を整理したが、運用が確実にはできていないため継続して取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2　問題なく行えた。 3.　会議内で共有できた。 4.5 問題なく行えた。	1.2　問題なく行えた。 3.4.5　継続して実施できた。	1.2　問題なく行えた。 3.4.5　継続して実施できた。

事業報告	◎重大事故の発生は5件。 1.3エリア会議で報告があった事故について全体会議で報告し、施設内で共通認識を図る機会となった。 2.計画通り実施し、基本的な技術の見直しを行った。 4.昨年度より継続し、リスク一覧表を作成し、ユニット間で共有できるようにしている。定期的に更新が行え、事故件数も昨年より減少していることからケアに役立っていると感じられる。 5.定期的に点検が行え、早期修繕が行えた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力、声を聞く力を身につける。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。（介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	○/△	○/△	△/△	○/△	△/△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★1	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/相談員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施 （各事業所の規模により開催月、頻度は任意）						振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所		つぶやきを毎月一人一件以上拾い、各フロア会議でケア・対応の改善に繋げる。	介護長/全職員	つぶやきが拾えるよう周知する	つぶやきを拾い、各フロア会議で対応策を検討する								振り返り	次年度準備		施設長
						事業所全体で検討が必要なつぶやきがあればリーダー会議で対応の検討を行う											
						早急に検討が必要なつぶやきが発生した場合はケース会議を開催し対応策を検討する											
					○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験からの気づきなどを対応に反映しているが、継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）新型コロナによりご家族の面会や行事が中止になってしまったため、ご家族参加行事に取り組んでいきたい。 ・2020年度より）利用者様の要望を十分には拾えてはいないため、継続して取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.疑似体験は少数行えた。フィードバックが行えていない。 2.イベントの計画は行えた。 3.つぶやきは拾えているが数が少ない。	1.疑似体験は計画通りに進んでいない。 2.計画したイベントは予定通り実施できた。 3.つぶやきは拾えているが数が少ない。	1.計画修正し実施ができた。 2.計画したイベントは実施できた。 3.つぶやきは拾えているが数が少ない。	

事業報告	◎利用者様体験は予定通り行えていないこともあった。利用者様の声を聞く機会は持てたが気付き力の向上には至っていない。 1.利用者様疑似体験の実施は配置が整わない時期には延期したこともあったがある程度年度末まで実施した。 2.食事の機会を持つことはコロナウィルスの影響により実施できていない。 3.つぶやきについて、目標件数拾うことができていない。リーダー層から積極的に拾うようにし、一般職員への促しを行い、拾得数を増やしていきたいと考えている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価、修正						
					○	○	○			○	○			○	○	○	
	エリア	2	【ケアの追求②】 外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/施設職員	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
						②研修（6日+4週間）						①1日研修：9月～1					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研			①1日研		①1日研					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	認知症予防に関連した運動（活動）の機会をつくる。	ユニットリーダー/介護職	プログラム内容の検討	プログラムの実施			評価、修正	プログラムの実施				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	○	△	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	個々の利用者様の楽しみを一覧表で作成し、楽しみを反映した内容を実施する。	施設ＣＭ/全職員	楽しみ一覧表計画作成	年間計画表に基づき実施する。ご家族の協力が必要な計画があれば、ご協力を仰ぐ								振り返り	次年度準備		施設長
						毎月のリーダー会議で実施状況を確認する											
					○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナにより、研修機会が少なくなってしまったため、情報共有研修への参加を計画的に取り組んでいく。 ・新型コロナの影響で様々な機会が少なくなってきている。利用者様が活動的に過ごしていただけるよう取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.4　問題なく行えた。 2.認知症介護基礎研修の日程を確認した。 3.神経衰弱や計算ドリル、塗り絵やパズルなど実施した。	1.4　問題なく行えた。 2.日程が合わず申込を見送った。 3.ドリル、パズルなど実施している。	1.4　問題なく行えた。 2.１月以降に日程で申し込む。 3.ドリル、パズルなど個々に合ったものを実施。

事業報告	◎ケアの向上については対応の様子、記録などから勉強会等を通じ、向上していると感じている。 1.エリアで挙がった困難を全体会議でフィードバックし、施設内で共有することができた。 2.①については予定通り参加できた。 3.プログラムの確立には至らず、個別に脳トレやパズルなど行えることを不定期で活動するに留まった。 4.個別対応は十分にはできなかった。各ユニットでイベントを計画し、おやつ作りや季節に応じたイベントを計画・実施し楽しんで頂けている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		ＣＭ試験			介福模擬				
					○		○		○		○		○	○	○	○	
	事業所	★3	看取りケアを充実していく。 ⇒看取りを希望された利用者様及びご家族に対し、意向に沿った看取りケアを提供していく。実施後の振り返りも行いよりよいケアにつなげていく。	介護長/介護職	看取りケアの流れの確認、実施内容について変更点がないか検討	看取りケアの実施、振り返り 問題点があればその都度ターミナル委員会等で検討								振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナの影響で積極的な発信ができなかったため、継続して取り組んでいく。 ・各職員のスキルアップを図る。 ・看取りを希望された利用者様及びご家族に対し、意向に沿った看取りケアの提供ができるよう取り組んでいく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.計画通り行えた。 2.意思確認し、研修申込を行った。 3.ターミナルケア委員会で確認した。			1.計画通り行えた。 2.予定通り受講・申込が行えた。 3.振り返りがその都度行えた。			1.計画通り行えた。 2.予定通り受講・申込が行えた。 3.振り返りがその都度行えた。					

事業報告	◎法人内研修への参加などを通じレポートなどからスキルアップできていると感じられる。 1.今年度もコロナの影響で、サロン等はすべて中止になってしまったため、facebook等での発信、地域清掃を確実に実施した。 2.法人内研修への参加、各資格への受験は予定通り行えた。それぞれスキルアップに繋がっていると感じられる。 3.ターミナル委員会で定期的に情報共有を行い、対応の改善に繋げることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】 １）インターンシップの受け入れ品質の向上、 ２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、 ４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者／採用担当者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	ハラスメント教育の機会を作る（職員教育によるハラスメント予防）	施設長／介護部会	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長／介護部会
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回／年）												
													○	○	○	○	
	事業所	3	年4回の職員面談を実施する。 ユニット職員と相互理解を深めると共に 情報共有を行い、負担軽減や対応改善に繋げる 必要時には、迅速に介護長・施設長が直接面談する。	ユニットリーダー／介護職	ユニットリーダーによる個人面談		情報共有（介護長がＵＬを面談）	ユニットリーダーによる個人面談		情報共有（介護長がＵＬを面談）	ユニットリーダーによる個人面談		情報共有（介護長がＵＬを面談）	ユニットリーダーによる個人面談		情報共有（介護長がＵＬを面談）	施設長
						○	○		○	○		○	○	○/○	○/○	○/○	
	事業所	★4	入職希望者の体験実習時に、担当者を確実に設定し、受け入れ体制を確立し、施設のアピールをしていく。	介護長／介護職	入職希望者の体験日時が決定したら、対応担当者を選定し、可能な範囲で体験者情報を提供し、体験スケジュール、説明ポイントを調整し、受け入れていく。								実習受け入れ評価を行い次年度に繋げる	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新卒、中途採用の職員を継続して安定確保するため、色々な視点で取り組んでいく。 ・2020年度より）法人内でハラスメントに関する相談や苦情が複数発生したため。 ・2020年度より）職員の定期的な面談は実施できたが負担軽減や対応改善は十分に繋ぐ事ができなかったため、継続して取り組んでいく。 ・入職希望者体験実習の質向上を図り、確実に採用につなげていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 予定通り行えた。 2. 3. 問題なく行えた。 4. 中途採用者に合わせた対応が行えた。	1. 予定通り行えた。 2. 3. 問題なく行えた。（ハラスメント教育は12月予定） 4. 中途採用者に合わせた対応が行えた。	1. 予定通り行えた。 2. 3. 問題なく行えた。（ハラスメント教育は12月実施） 4. 中途採用者に合わせた対応が行えた。

事業報告	◎職員を安定して確保することができ、有給休暇も一人5日以上取得することができた。 1. 計画的に実施できた。継続して募集について取り組んでいきたい。 2. 予定通りハラスメント教育を法人教材を活用し実施でき、共通認識を持つ機会となった。 3. 職員面談はほぼ予定通り実施できている。職員個々の把握に副介護長、ユニットリーダーで共通認識を持ち、取り組みを続けていく。 4. 受け入れ体制の確立ができ、中途採用職員も定着できつつある。今後も意見からの改善等、継続して取り組んでいく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。												ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。									振り返り	次年度準備		
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で												
					○	○	○/○	○/○	○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.運用チェックリストの確認が行えた。	1.運用チェックリストの確認が行えた。 2.定期教育が実施できた。	1.運用チェックリストの確認が行えた。 2.中途採用者教育が実施できた。	

事業報告	◎セキュリティ事故は0件であり、ルールを遵守し運用ができている。 1.職員への定期教育を実施し、ルールの遵守、セキュリティ事故の発生防止も行えている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	ショートステイ：次月予約率の適正な管理を行う。	相談員／事務所	キャンセル数の多い月をリストアップ。年間のイベント立案。柔軟な利用に繋がる利用者様のニーズ把握。次月の空床を埋めるための利用打診。キャンセル待ちの推奨。				評価	柔軟な利用に繋がる利用者様のニーズ把握。次月の空床を埋める為の利用打診。キャンセル待ちの推奨。				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	ショートステイ：利用時の様子の見える化を行い、満足度を上げていく。	相談員／全職員	利用中の様子が分かるよう写真撮影を行い、連絡帳又は別紙にプリントアウトし、利用毎にお渡しする。				評価、修正	利用中の様子が分かるよう写真撮影を行い、連絡帳又は別紙にプリントアウトし、利用毎にお渡しする。				振り返り	次年度準備		施設長
					課題等、事業所・家人間で情報共有していく。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）申込者の減少がみられているため、継続的・組織的に取り組んでいく。 ・2020年度より）新型コロナの影響もあったが、ショートステイの稼働が悪かったため、継続して取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り行った。 2.適正に管理できた。 3.できる範囲で対応している。	1.予定通り行った。 2.適正に管理できた。 3.できる範囲で対応している。	1.予定通り行った。 2.適正に管理できた。 3.できる範囲で対応している。	

事業報告	◎目標稼働率の達成には至らなかったため継続した取り組みを実施していく。 1.リーフレット・パンフレットの作成あり。営業時に活用している。CMからは、「施設説明の際に活用させていただいている」と言葉を頂いている。 2.ショートステイは追加利用打診を実施していき、追加獲得できる方の候補者をいくつか獲得できたこと、時期や依頼数の増減を見ながらロング利用者の比率を調整することで、昨年度より稼働率を向上する事が出来た。 3.連絡帳に写真を掲載するようにしたが、毎回ではなく、出来る範囲となっている。連絡帳等を通じて、ショートステイの見える化を行い、満足度向上に努めたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	季節感染症の発生予防のため、月1回の委員会、研修（6月食中毒、10月、コロナ・ノロ・インフル）を実施していく。	主任/事業所職員	毎月感染症対策委員会で報告及び検討をする。									振り返り	次年度準備		施設長
							研修実施					研修実施					
					○	○/○	○	○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	★2	事業継続計画を基に全体会議で確認していく。 又、合同の避難訓練を計画的に実施していく。	事業所相談員/主任	毎月の全体会議で、事業継続計画について検討していく。									計画見直し	次年度準備		施設長
							避難訓練（水害想定）			避難訓練（地震想定）		対策訓練（感染症）		避難訓練（火災想定）			
					○	○	○	○	○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症予防に努め、発生を予防する。 ・災害発生に備えて継続計画を策定・運用していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.感染対策の確認を委員会で行い、食中毒予防研修も実施できた。 2.事業継続計画については全体会議で確認を行っている。	1.感染対策の確認を委員会で行った。 2.事業継続計画については全体会議で確認を行っている。	１.研修は11月に感染症対策委員会で実施。 2.火災想定の避難訓練は1月の全体会議で実施する。

事業報告	◎管理体制は構築されつつある。 1.感染対策委員会は月に1回確実に行えている。施設内研修は5月に食中毒防止、11月に季節性感染症防止に関する研修を実施。予防対策の振り返りや見直しの機会となった。 2.全体会議で継続的に対応手順や体制の確認が行え、施設内で意識の統一を図ることができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/施設職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/施設職員			自己チェック表の内容確認	チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子（声掛け、介護技術等）を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/施設職員	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	評価 修正	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	△	○	△	△	△	○	◎	◎	
	事業所	4	不適切ケア・アンガーマネジメントについての勉強会を年3回実施し、高齢者の尊厳について学ぶ機会を創設する。	相談員/全職員			勉強会 実施 実施評価			勉強会 実施 実施評価			勉強会 実施 実施評価	振り返り	次年度準備		施設長
							◎			◎			◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	虐待・不適切ケア予防研修に参加し、その内容を事業所全体にフィードバックする機会を設け水平展開を図る。	相談員/全職員	研修情報を収集し参加計画を作成	参加計画表に基づいて、参加する 勉強会・研修で得た知識・内容を事業所内で共有する								振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	△	△	△	△	△	○	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続して予防に努め、事例発生はしていないが、継続して予防していくことが必要。 ・模範職員の対応を共有しより良いケアの統一を図りたい。 ・勉強会を計画的に行い発生予防に努めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.4　問題なし 2模範職員の同意は得られたが、動画撮影までできていない。 5コロナのため研修参加が難しい状況。	1.2.4　問題なし 2ケア内容の議論はできたが、動画撮影までできていない。 5コロナのため研修参加が難しい状況。	1.2.4　問題なし 2動画撮影を1月に行い、動画で共有予定。 5コロナのため研修参加が難しい状況。

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて個別ケアの検討を行うことができた。 2 チェック表に基づき実行できた。不適切ケアに繋がりそうな言動があった場合は、個別で面談も実施しており、虐待発生予防に努めている。 3.模範職員の同意は得られたが動画撮影と共有はできなかった。リフト操作など、業務の中で模範職員より技術の伝達は出来ている。 4.アンガーマネジメントの勉強会は、自身のケアを振り返るきっかけになり、日々の業務に生かせている。 5.コロナにより研修参加が難しかったが、毎日の申し送りの中でケア内容についての情報共有を行い、虐待・不適切ケア発生は0件。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/施設職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/施設職員					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	毎月の施設内会議にて、離設・誤嚥・服薬の事故が発生するリスクの高い利用者様の洗い出し、共有を図り、防止策を会議にて決定し周知する。防止策の実行状況についても毎月の会議にて確認する。	相談員/全職員	洗い出し共有対策実施	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	洗い出し共有対策実施評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★4	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／相談員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						○	○		○	○		○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★5	安全運転勉強会にて重大事故に繋がる可能性が高い事例等を検討する場を設定し、職員間で振り返りを実施する。	相談員/全職員		安全運転教育勉強会にて事例検討			安全運転教育勉強会にて事例検討			安全運転教育勉強会にて事例検討		振り返り	次年度準備		施設長
						○			○			○		◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）誤嚥事故が複数発生しているため、継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）エリア内で離設・誤嚥・服薬事故が複数発生しているため、重点的に予防に取り組んでいく。 ・2020年度より）通所事業所での車輌事故が多く発生しているため、運転教育に取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.3.5問題なし。 4ドライブレコーダーの映像を確認しながらの安全運転教育は未実施。	1.2.3.5問題なし。 4ドライブレコーダーの映像を確認しながらの安全運転教育は未実施。	1.2.3.5問題なし。 4ドライブレコーダーの映像を確認しながらの安全運転教育は未実施。

事業報告	◎重大事故0件を達成できた。 1全体会議にて重大事故について報告・議論できている。 2基本介護チェック表を用いて点検できている。 3毎月の会議で、リスクのある利用者様・新規利用者様の状況報告とケアに関する情報共有、意見交換を行っている。 4車輌事故報告を活用しての事故の振り返り・再発防止の検討は行えているが、ドライブレコーダーを用いた検証は行えていない。 5エリア通所会議にて報告があった事例について、自施設の場合に置き換えて対応策を検討し、重大事故防止に努めている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様体験を実施し、気づく力を身に付ける。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。（介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	利用者体験キットを活用し、介護職と利用者様（歩行器・車椅子を使用）に分かれて自施設でのサービスを疑似体験する場を設け、グループワークにてフィードバックする。	相談員/全職員	実施内容の策定		体験の実施					体験の実施		振り返り	次年度準備		施設長
							評価実施					評価実施					
					○	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	つぶやきを毎月一人一件以上拾い、各事業所会議にて、ケア・対応の改善に繋げる。	相談員/全職員	つぶやきが拾えるよう周知する	つぶやきを拾い、各事業所会議（一般型、認知症型）で対応策を検討する								振り返り	次年度準備		施設長
						早急に検討が必要なつぶやきが発生した場合は対応策を検討する											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験からの気づきなどを対応に反映しているが、継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）利用者様の要望を十分には拾えてはいないため、取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2 利用者様疑似体験のキット調達に時間を要し未実施。 3問題なし。	1.2 利用者様疑似体験のキット調達に時間を要し未実施。 3問題なし。	1.2 キットを使用しての利用者様疑似体験は出来なかったが福祉用具を使用した体験を行い意見を出し合った。 3問題なし。	

事業報告	◎各職員が意識を持って利用者様と接することで変化への気付きが多く生まれ職員同士で共有することが出来た。 1.2疑似体験キット調達の調整が上手くできず計画の見直しが必要であったが、車イスや歩行器の体験を通して気付きの機会を持つことができた。 3毎日の申し送りでつぶやきの確認を行い、対応が求められる部分については周知・対応を行っている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症を学ぶ機会に参加し、勉強会を実施していく。	エリア	1	【ケアの追求①】 認知症について、グループワークを中心とした勉強会を実施し、議論の場を設定する。エリア内会議にて進捗状況の確認、自施設へフィードバックを図る。	介護長/施設職員	施設の教育計画の把握と共有化	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）			評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの追求②】 外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/施設職員	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研			①1日研		①1日研					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	★3	認知症予防に関連した運動（活動）の機会をつくる。	相談員/全職員	施設内会議にて認知予防運動実施の検討をする。		検討内容の実践	検討内容の実践評価	検討内容の実践評価	検討内容の実践評価	検討内容の実践評価	検討内容の実践評価	検討内容の実践評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナにより、研修機会が少なくなってしまったため、情報共有研修への参加を計画的に取り組んでいく。 ・新型コロナの影響で様々な機会が少なくなってきている。利用者様が活動的に過ごしていただけるよう取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.3問題なし。 2.検討したが対象となる職員がいなかった。	1.3問題なし。 2.検討したが対象となる職員がいなかった。	1.3問題なし。 2.検討したが対象となる職員がいなかった。	

事業報告	◎事業所内で学びの機会を持つことができた。 1エリア通所会議での報告で、自施設でも同様に対応が必要と判断したものについては自施設にフィードバックを行い、学びの機会とした。 2認知症介護基礎研修・認知症介護実践者研修への参加希望者、対象者なし。 3認知症予防のためコグニサイズを取り入れた運動を、一般型・認知型のレクリエーションの中に取り入れ実践した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
サービス内容、ケア質向上を図り、地域に発信していく。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	法人内の通所事業所に研修に行き、サービスの向上を図る。研修した際にはデイ会議にてアクティビティ・リハビリの内容、ケアの質について検討し、改善する。	相談員/全職員	事業所の見学計画を立てる。	毎月のデイ会議にてアクティビティ・リハビリの内容、ケアの質について検討する。研修実施時には、内容の周知を図る。								振り返り	次年度準備		施設長
							利用者満足度調査からの意見を反映する					利用者満足度調査からの意見を反映する					
						毎月のデイ会議にて、改善後の実施評価を行う											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	自宅でも取り組めるプログラム（リハビリ・アクティビティ）を検討し、利用者様・ご家族に配布する。	相談員/全職員	施設内会議にてプログラムの検討をする。			プログラムの配布	プログラムの評価	施設内会議にてプログラムの検討をする。			プログラムの配布	プログラムの評価振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナの影響で積極的な発信ができなかったため、継続して取り組んでいく。 ・各職員のスキルアップを図る。 ・2020年度より）サービス内容の改善向上に取り組んだが、さらに向上に取り組んでいきたい。またご自宅でもできる情報提供にも取り組んでいきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1ブログの発信を行った。 2検討したが対象者なし。 3他施設への研修参加ができず。 4問題なし	1ブログの発信を行った。 2検討したが対象者なし。 3他施設への研修参加ができず。 4問題なし	1ブログの発信を行った。 2検討したが対象者なし。 3他施設への研修参加ができず。 4問題なし	

事業報告	◎毎月1回以上、ブログにて外部への発信ができた。 1コロナウイルス感染症蔓延に伴い、地域貢献活動ができていない。ブログにて外部への発信は行った。 2相談員養成コース、介護支援専門員など少しでも興味を持っている職員に声掛けを行ったが、受講・受験に至らず。 3他施設への研修参加ができなかったが、エリア通所会議での各施設の取り組み報告から、自施設でも生かせるアクティビティについて情報共有を行った。 4コグニサイズを取り入れた運動について、毎月の新聞に掲載して、利用者様・ご家族に配布した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保する	エリア	1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】１）インターンシップの受け入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者／採用担当者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	ハラスメント教育の機会を作る（職員教育によるハラスメント予防）	施設長／介護部会	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長／介護部会
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回／年）									◎	◎	◎	
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	3	有給休暇・連休を計画的に取得できるよう職員にヒアリングを実施し、計画表を作成し運用していき、職員の待遇改善及び離職率防止を図る。	相談員/全職員	職員へヒアリングと計画作成	計画に則して実施する								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新卒、中途採用の職員を継続して安定確保するため、色々な視点で取り組んでいく。 ・2020年度より）法人内でハラスメントに関する相談や苦情が複数発生したため。 ・2020年度より）有給休暇は計画に近い取得を達成できたが、離職率は高かった。継続して待遇改善、離職防止に努めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2問題なし 3.退職・異動あり、計画通り有給休暇・連休取得ができていない。	1.2問題なし 3.退職・異動あり、計画通り有給休暇・連休取得ができていない。	1.2問題なし 3.退職・異動あり、計画通り有給休暇・連休取得ができていない。

事業報告	◎2020年度と比較し離職率が減少した。 1実習生の受け入れを行った。中途採用者を3名確保し継続した勤務ができている。 2毎月の会議にてハラスメント教育の場を設け、職員の意識付けができた。ハラスメント問題発生0件。 3退職・異動があり、当初の計画通り有給休暇・連休取得ができなかったが、年間を通した離職率は減少した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。												
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。	1. 問題なし。	1. 問題なし。	

事業報告	◎情報セキュリティに関する事故0件。 1. カルテの取り扱い、写真データなど、業務の中から情報漏えいに繋がる可能性があるものを洗い出し、職員一人ひとりに個人情報保護に対する意識付けを行った。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
一般型実人数67名（85%）認知型実人数25名（67%）確保する	エリア	★1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッツを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	居宅事業所への営業（月4回以上訪問実施）を実施する。動画報告依頼がなくても、ＡＤＬ向上など変化があった利用者様がいる場合は居宅に報告へ伺う	相談員/担当職員	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	営業実施月4回	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	成約率向上への取り組み（月成約率80%以上） お試し利用者様の当日担当者を設定し、こまめに関わる。ＣＭへはお試し体験時の動画報告を実施する。 毎月のお試し状況をデイ会議にて、評価・検討する。	相談員/全職員	お試し利用者様の当日担当者を設定し、担当者がこまめにかかわる。									振り返り	次年度準備		施設長
					ＣＭへはお試し体験時の動画報告を実施する。												
					毎月のお試し状況をデイ会議にて、評価・検討する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	キャンセル防止への取り組み 当日休みが多い利用者様に対して、本人様・家族様に体調確認の実施。長期休みの方には問題集や簡単に実施できるトレーニング集を配布する。	相談員/全職員	毎月デイ会議で長期休み・体調不良の利用者様の確認をする				評価	毎月デイ会議で長期休み・体調不良の利用者様の確認をする				振り返り	次年度準備		施設長
					長期休みの方には問題集や簡単に実施できるトレーニング集を配布する					長期休みの方には問題集や簡単に実施できるトレーニング集を配布する							
					○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	年間予定表を活用し、毎月の食のイベント・JFキッチン・おやつ作りを計画的に実施することで、キャンセルの抑止を図る。追加の打診リストを作成し、それを基に利用者様・ご家族に積極的な追加の打診を図り、利用回数の増加に繋げる。	相談員/全職員	①予定表の作成 ②実施 ③評価	②実施 ③分析	②実施 ③分析	②実施 ③分析	④評価（会議にて）	②実施 ③分析	②実施 ③分析	②実施 ③分析	②実施 ③分析	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新規利用者様減少がみられているため、継続的・組織的に取り組んでいく。 ・2020年度より）新型コロナの影響もあり、新規が大幅に減少しているため、継続して新規獲得に取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.5問題なし 3.動画報告が未実施。 4.問題集などの配布が未実施。	1.2.5問題なし 3.動画報告が未実施。 4.問題集などの配布が未実施。	1.2.5問題なし 3.動画報告が未実施。 4.問題集などの配布が未実施。

事業報告	◎目標稼働率の達成には届かなかったが8月以降、新規利用者様が増加した。 1定期的にポスティング営業を実施できた。年末の挨拶回りにてノベルティグッズを用いた営業もエリアの通所事業所と協力して実施できた。 2営業強化居宅支援事業所を選定して効果的に営業を実施することができた。 3成約率は81%で目標達成。（12月までの実績）動画でのCMへの報告はできなかったが、電話にて状況報告を行い良い印象を持って頂けるよう努めた。 4キャンセルが多い利用者様を特定して、適正なアプローチが出来た。長期休みの方には問題集や簡単に実施できるトレーニング集の配布については、見直しが必要。 5年間予定表に沿ってイベントを行うことができた。取り組みの様子は新聞で、ご家族・ケアマネに報告を行い、次月以降の追加利用に繋がっている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	デイサービスセンター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	季節感染症の発生予防のため、月1回の委員会、研修（6月食中毒、10月、コロナ・ノロ・インフル）を実施していく。	主任/事業所職員	毎月感染症対策委員会で報告及び検討をする。									振り返り	次年度準備		施設長
							研修実施				研修実施						
							◎				◎			◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を基に全体会議で確認していく。 又、合同の避難訓練を計画的に実施していく。	事業所相談員/主任	毎月の全体会議で、事業継続計画について検討していく。									計画見直し	次年度準備		施設長
							避難訓練（水害想定）			避難訓練（地震想定）	対策訓練（感染症）			避難訓練（火災想定）			
							○			○	○			○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症予防に努め、発生を予防する。 ・災害発生に備えて継続計画を策定・運用していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1問題なし 2全体会議にて事業継続計画の確認を行った。	1問題なし 2全体会議にて事業継続計画の確認を行った。	1問題なし 2全体会議にて事業継続計画の確認を行った。	

事業報告	◎施設全体で事業継続計画の確認を行い意識が高まったが管理体制の構築までには至っていない。 1毎月の感染対策委員会にて、感染対策の周知・発生状況の確認など計画通り実行できた。 2全体会議にて特養・DS・GHそれぞれの立場から事業継続計画の読み合わせを行い、追記・修正を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎	◎	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子（声掛け、介護技術等）を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/施設職員	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	評価 修正	人選 同意	構成 資材確認	撮影 チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	×	×	△	△	△	×	×	◎	◎	◎	
	事業所	4	虐待防止に関する勉強会を年３回行い、 知識の習得と自身のケアを振り返る機会を設ける。	ユニットリーダー/施設職員			勉強会 実施 評価			勉強会 実施 評価			勉強会 実施 評価	振り返り	次年度準備		施設長
							◎			◎			◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	毎月、身体拘束等の適正対策委員会を実施し、不適切ケアの予防について検討し発生を予防する。	ユニットリーダー/施設職員	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	実施 検討 確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続して予防に努め、事例発生はしていないが、継続して予防していくことが必要。 ・模範職員の対応を共有しより良いケアの統一を図りたい。 ・勉強会を計画的に行い発生予防に努めていく。 ・利用者様ごとにケアを振り返る場が限られているため、継続して取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1,2,4,5問題なし 3.模範職員のケアの動画撮影は行えなかったが、中途採用者に実際の場面を見てもらうことができた。	1,2,4,5問題なし 3.動画撮影の方法について計画の見直しを行う。	1,2,4,5問題なし 3.動画撮影を1月に実施する。

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて個別ケアの検討を行うことができた。 2高齢者虐待防止研修、自己点検により、個々に振り返りを行うことができた。 3.動画撮影が計画通りに行えなかった。職員への周知が不足していた。実際のケアの場面については観てもらうことができた。 4.勉強会を計画通り、実施できた。GH会議内で振り返りを行うことができた。 5.身体拘束等の適正対策委員会を実施し、不適切ケアの予防について検討し、不適切ケア0件であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
									◎								
	事業所	3	GH会議にて、離設・誤嚥・服薬の事故が発生するリスクの高い利用者様の洗い出し、共有を図り、防止策を会議にて決定し周知する。防止策の実行状況についても毎月の会議にて確認する。	介護長/全職員	洗い出し 共有 対策実施	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	洗い出し 共有 対策実施 評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	転倒事故予防に努める。 ・体操等のアクティビティを実施する（毎日） ・歩行状態に合わせたスリッパ・靴の検討。居室環境の確認・検討を毎月、ＧＨ会議で確認する。	ユニットリーダー/施設職員	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	毎日、体操等実施 環境整備 確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	誤嚥事故予防に努める。 ・毎食、食事前の嚥下体操を実施する	ユニットリーダー/施設職員	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	毎食事時実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）転倒事故から入院退所されたケースが発生しているため継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）エリア内で離設・誤嚥・服薬事故が複数発生しているため、重点的に予防に取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1,2,3,4,5問題なし。	1,2,3,4,5問題なし。	1,2,3,4,5問題なし。

事業報告	◎重大事故の発生0件 1.エリア内会議での報告を事業所内で周知し、情報共有を行うことができた。重大事故につながるヒヤリハットについても情報共有が行えた。 2.基本介護チェック表を用いていの自己点検、他者点検を行うことで、自身のケアについて振り返ることができた。 3.毎月のGH会議内でヒヤリハットを検討することで、事故予防とその対策について評価することができた。 4.体操のアクティビティは毎日実施できた。居室環境や靴の検討を行い、事故を予防した。転倒事故1件。 5.毎食、食前の嚥下体操は実施できている。内容が同じである為、マンネリ化している。新たな嚥下体操を模索していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様体験の実施、利用者様の声をサービス反映する	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。（介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	ユニットリーダー/GH職員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施 （各事業所の規模により開催月、頻度は任意）						振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	×	×	×	×	×	×	×	◎	◎	◎	
	事業所	3	「つぶやき」を毎月、全職員1件以上拾い、ＧＨ会議で検討し、サービスに反映する。	ユニットリーダー/施設職員	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	各職員1件以上つぶやきを拾う	振り返り	次年度準備		施設長
					毎月のＧＨ会議で検討しサービスに反映する												
					◎	◎	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	毎月、よりあい会（利用者様参加の会議）を実施し利用者様の要望を聞く機会を設け、サービスに反映する。	ユニットリーダー/施設職員	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	よりあい会実施	振り返り	次年度準備		施設長
					集約意見検討実施	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価	集約意見検討実施・評価				
					◎	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験からの気づきなどを対応に反映しているが、継続して取り組んでいく。 ・2020年度より）新型コロナによりご家族の面会や行事が中止になってしまったため、ご家族参加行事に取り組んでいきたい。 ・2020年度より）利用者様の要望を十分には拾えてはいないため、継続して取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.体験内容のについて要検討。 2.コロナにより未実施。 3.全職員1件拾えていない。 4.よりあいは実施しているが、サービスに反映できてない。反映できるよう見直す。	1.体験内容を見直す。短時間での実施となる。 2.コロナにより未実施。 3.全職員が拾うことができてない為、申し送り時に周知する。 4.サービスに反映できるものに関して、反映している。	1.7名中2名が短時間での体験となる。体験方法を再度見直す。 2.コロナにより未実施。 3.特定の職員しか拾えていない。個別に教育を行っている。 4.問題なし

事業報告	◎利用者様体験は計画通り実施することができなかった。利用者様の声はサービスに反映できた。 1.GHでの体験内容の検討に時間を要した。7名中2名の体験となった。 2.コロナウイルス感染症により、実施することができなかった。 3.前年度94件から39件へと減少している。再度周知、教育することで件数は増加に転じている。 4.よりあいであがった意見に対して、実現が難しいものに関して、代替案を提示し、実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
														◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの追求②】 外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/施設職員	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研			①1日研		①1日研					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	事業所	★3	認知症予防のための運動（活動）の機会をつくる。	ユニットリーダー/介護職	プログラムの検討	プログラムの検討	プログラムの実施	プログラムの実施	プログラムの実施	プログラムの実施	プログラムの実施	プログラムの実施	プログラムの実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナにより、研修機会が少なくなってしまったため、情報共有研修への参加を計画的に取り組んでいく。 ・新型コロナの影響で様々な機会が少なくなってきている。利用者様が活動的に過ごしていただけるよう取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし 2.介護基礎研修の日程を確認した。 3.プログラムの検討に時間を要した。計画を見直す。	1.問題なし 2.人員配置上、参加が難しい状態である。 3.GH部会共通の体操を実施。	1,3問題なし 2.日程が合わず、申込みを見送った。	

事業報告	◎認知症ケアについての検討と実践は行えた。計画的に研修参加ができなかった。 1.認知症ケアの困難事例をフィードバックし、事業所内に落とし込むことができた。事業所内の事例についても会議内で検討が行えた。 2.前半、人員配置上、研修への参加が難しい状態であった。後半は日程が合わず、申込を見送った。 3.9月以降、セララバンドを使用した体操（GH部会共通）を実施している。MMSEに変化はないが、肩関節の可動が広がった利用者様がみえた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個人の強み・サービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	生活活動（掃除、洗濯、調理、外出等）への取り組みを実施し、ご家族・居宅CM・外部に、アピールしていく	ユニットリーダー/全職員	日々の生活動作を利用者様と一緒に実践していく									振り返り	次年度準備		施設長
					外部への発信方法を検討する	発信実施	発信実施	発信実施	発信実施	発信実施	発信実施	発信実施	発信実施				
					毎月のGH会議で実施状況を評価していく												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	季節ごとに、色々な行事を実施し、利用者様・ご家族とのかかわりを深めていく	ユニットリーダー/全職員					行事実施評価				行事実施評価	振り返り	次年度準備		施設長
									◎				◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナの影響で積極的な発信ができなかったため、継続して取り組んでいく。 ・各職員のスキルアップを図る。 ・GHの強みである、生活活動、季節的行事を継続して実施しアピールしてきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナにより実施できていない。ブログでの毎月の発信は行った。 2,3.問題なし	1.コロナにより実施できていない。ブログでの毎月の発信は行った。 2.対象者に資格取得を促す。 3,4.問題なし	1.コロナにより実施できていない。ブログでの毎月の発信は行った。 2.対象者に資格取得のメリットについての説明が不足していた。 3,4.問題なし	

事業報告	◎季節の行事を実施、外部にアピールすることができた。対象者へ資格取得を促すことができなかった。 1.コロナウイルス感染症により地域貢献活動が行えていない。ブログの発信を毎月実施した。 2.対象者に対して、申し込みの意思確認が遅れた。資格取得のメリットについて説明が十分に行えなかった。 3.事業所新聞を外部に発送し、アピールすることができた。献立を掲載し、食事のアピールした。 4.コロナウイルス感染症によりご家族参観の行事は実施できていない。毎月季節の行事を実施し、事業所新聞に掲載した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】１）インターンシップの受け入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者／採用担当者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	ハラスメント教育の機会を作る（職員教育によるハラスメント予防）	施設長／介護部会	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長／介護部会
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回／年）												
													◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	年2回、職員満足度調査を実施し、労働環境等、職員の意見を反映した改善に取り組む	ユニットリーダー/全職員			アンケート配布・回収	結果分析、対策実施			アンケート配布・回収	結果分析、対策実施		振り返り	次年度準備		施設長
							◎	◎			◎	◎		◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新卒、中途採用の職員を継続して安定確保するため、色々な視点で取り組んでいく。 ・2020年度より）法人内でハラスメントに関する相談や苦情が複数発生したため。 ・職員の意見を拾い、労働環境の継続的改善に取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1,2,3.問題なし	1,2,3.問題なし	1,3.問題なし。 2.ハラスメントの勉強会を12月に実施。

事業報告	◎職員を安定して確保することができた。 1.計画通り実施できた。 2.ハラスメントの勉強会を実施、ハラスメントに対する意識付けを行うことができた。 3.前半は休職者がいた為、有給休暇を計画的に取得することができなかった。後半は休職者が復帰したことで計画的に有給休暇を取得することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で												
								◎						◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。	1. 問題なし。7月に勉強会を実施。	1. 問題なし	

事業報告	◎情報セキュリティに関する違反は発生していない。 1. 事業所内で情報セキュリティに関する勉強会を実施した。勉強会により、個人の情報セキュリティに関する意識付けが行えた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	１週間に１回、待機者リストにて状況確認し、入居可能者２名を確保していく。 入居可能者が１名以上減った場合は、迅速に新規待機者確保の調整をしていく。	相談員/ユニットリーダー	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	待機者状況確認	振り返り	次年度準備		施設長
					待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施	待機者確保実施				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）申込者の減少がみられているため、継続的・組織的に取り組んでいく。 ・2020年度より）待機者1名以上の確保ができなかったため、継続して待機者確保に取り組んでいく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし 2. 入居可能待機者1名のみであった。事業所間で協力し、待機者を確保する。	1. 問題なし 2. 入居可能待機者1名のみであった。申込み件数が減少している。	1. 問題なし 2. 入居可能待機者1名のみであった。申込み件数が減少している。	

事業報告	◎年間を通し、待機者の確保が2名以上できなかった。 1. リーフレットを作成し、配布している。計画通り実施できた。 2. 申込み件数が減少している。年間を通して、待機者の確保できなかった。入居1名、退去1名と年間を通して入れ替わりが少ない状況であり、長期に待機してもらうことが難しい状況であった。事業所間での更なる連携強化、外部への情報発信を強化し、待機者確保に努める。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	季節感染症の発生予防のため、月1回の委員会、研修（6月食中毒、10月、コロナ・ノロ・インフル）を実施していく。	主任/事業所職員	毎月感染症対策委員会で報告及び検討をする。									振り返り	次年度準備		施設長
							研修実施				研修実施						
							◎				◎			◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を基に全体会議で確認していく。 又、合同の避難訓練を計画的に実施していく。	事業所相談員/主任	毎月の全体会議で、事業継続計画について検討していく。									計画見直し	次年度準備		施設長
							避難訓練（水害想定）			避難訓練（地震想定）	対策訓練（感染症）			避難訓練（火災想定）			
							○			○	○			○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症予防に努め、発生を予防する。 ・災害発生に備えて継続計画を策定・運用していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.事業継続計画は全体会議で確認できている。水害想定の避難訓練は手順のみの確認となる。	1.問題なし 2.地震想定の避難訓練は事業所内でのみ実施。合同での訓練については日程を調整する。	1.問題なし。 2.感染症について、委員会の中で対応手順の確認を実施している。	

事業報告	◎様々な災害について対応を検討する機会は得られたが、管理体制の構築までには至っていない。 1.感染症の勉強会については計画通りに実施できた。感染症に対する知識の取得と意識付けが行えた。 2.事業所内では毎月避難訓練を実施しているが、合同での避難訓練が計画通りに進まなかった。事業所間での日程調整を行い、計画的に実施していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアに気づき対応ができる。	事業所	1	虐待が疑われるケースがあれば、地域包括支援センターに確実に通報をする。地域包括支援センター・関係機関と連携を図り支援する	主任/事業所職員	虐待が疑われるケースがないかどうか毎週の会議で確認する。ケアマネが一人で抱え込むことのないように、会議以外の場でもケアマネジメント方法を随時確認していく。疑いがあれば通報する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	支援に迷うケースは事例検討会を実施する。そこで得た気づきをもとに、事業所職員へフィードバックを行う.	主任/事業所職員	隔月で事例検討会を実施。主任ケアマネジャーを中心にスーパービジョンを行う。そこでは気づきを促すような検討会にする。そこで得た気づきを、全職員で共有する。悩むケースがあれば、随時開催する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	新規ケースの情報共有と支援方法の適性を確認する。	主任/事業所職員	新規ケースは会議時にケース概要と支援内容を報告し、必要時、支援方法を検討する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待が疑われるケース対応が複数あり、継続して取り組む必要がある。 ・一人で抱え込み、狭い視野になりやすい傾向にあるため。 ・新規ケースは、事業所内で確認し早期発見、対応に努めていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1問題なし。虐待ケースが１件あり包括に通報。 2. 問題なし。事例検討は11件。 3. 問題なし。新規ケースは6件。	1. 問題なし。虐待ケースが１件あり包括に通報。 2. 問題なし。事例検討は10件。 3. 問題なし。新規ケースは10件。	1. 問題なし。虐待が疑われるケースがあり包括に報告。 2. 問題なし。事例検討は11件。 3. 問題なし。新規ケースは7件。	

事業報告	◎ご家族の不適切ケアに対応し事故にはつながっていない。 1. 虐待ケースが2件あり、包括に通報。包括・市役所・事業所と連携し対応した。虐待に発展しそうなケースは訪問時に状態を確認し、介護指導、サービス調整、傾聴を行った。 2. ケアマネは担当制のため一人で抱え込まないように会議のみではなく、必要時に情報共有・多角的な視点からの支援の検討を行い対応した。 3. 新規ケースは会議時に情報共有、支援の妥当性を確認した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	事業所	1	困ったケースは利用者様・そのご家族に対して、リスクマネジメントの視点にたった対応・支援を検討する。	主任/事業所職員	困ったケースに対してリスクマネジメントの視点での課題の確認、どういった対応が必要かを検討する。サービス事業所と連携し支援する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	苦情、クレーム時は早期に対応、原因を分析し繰り返さない。	主任/事業所職員	クレーム・苦情があった際は速やかに上司に報告する。ケースの振り返りを行い、全職員で共有する。									振り返り	次年度準備		施設長
					なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	◎	◎	◎	
	事業所	★3	安全運転が出来るように運転前チェックの徹底。安全運転に関する勉強会の実施。	主任/事業所職員			安全運転教育						安全運転教育	振り返り	次年度準備		施設長
					事故発生時は原因を把握し全職員で共有、再発防止に努める。												
					なし	なし	○/なし	なし	なし	なし	なし	なし	◎/なし	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）重大事故に関連する事例発生はなかったが継続して取り組む必要がある。 ・2020年度より）苦情ケースは発生しなかったが継続して取り組む必要がある。 ・安全運転、運転マナーの徹底。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。クレーム・苦情はなし。 3.問題なし。事故はない。運転時の注意の勉強会を実施。	1.問題なし。 2.問題なし。クレーム・苦情はなし。 3.問題なし。事故はない。	1.問題なし。 2.問題なし。クレーム・苦情はなし。 3.問題なし。事故はない。路上駐車の勉強会を実施。	

事業報告	◎重大事故の防止に努め、重大事故の発生はなかった。 1.理解力、精神面、経済面、過度な要望などのケースはリスクマネジメントの視点で対応や支援を行った。 2.利用者様・ご家族に合わせた対応を心がけ、特に苦情・クレームはなかった。 3.運転時の注意や路上駐車に関する勉強会を実施し安全運転の意識付けを実施。自動車事故や違反はなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちに寄り添う機会を設ける。	事業所	1	温かな接遇と優しい対応ができるよう、節度のあるマナーを身につける	主任/事業所職員	接遇・環境チェックリストを運用し、月末の会議時に確認し振り返りを行う									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	ACPを活かしたプランを作成する。	主任/事業所職員	人生最終段階の医療やケア（ACP）について、利用者様、ご家族と「人生会議」として考える機会を作る									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・マナー、接遇に配慮したかかわりは信頼関係に影響するため。 ・2020年度より）ACP対応ケースがあり、引き続き対応依頼が来る可能性が高いため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.終末期の利用者様に実施した。	1.問題なし。 2.終末期の利用者様に実施した。	1.問題なし。 2.終末期の利用者様に実施した。	

事業報告	◎終末期の利用者様・ご家族の気持ちを理解し、寄り添うように心がけた。 1.接遇マナーについて定期的に振り返りを行うことでマナーの意識付けができ、利用者様やご家族と良好な関係を築くことができている。 2.利用者様・ご家族が望まれる人生が送れるように自分の気持ちが表出しやすい雰囲気づくりに努め、気持ちに寄り添いながらの支援を心がけた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
研修に積極的に参加し、スキルアップを図る。	事業所	1	各自、研修計画を作成し、研修に参加する。	主任/事業所職員	研修情報を収集し参加計画を作成	参加計画表に基づいて、積極的に参加する 勉強会・研修で得た知識・内容を事業所内で共有する								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	南部包括主催の「自立支援サポート会議」「環境整備会議」に参加し、専門職との交流を図る。又、社会資源の理解を深める。	主任/事業所職員	「自立支援サポート会議」にて事例検討会を通して専門的な支援方法を理解する。「環境整備会議」にて民生委員と交流を深めたり、地域の社会資源を理解する。勉強会・研修で得た知識・内容を事業所内で共有する.									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	なし	なし	◎	◎	◎	なし	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）色々な研修様式の変化に対応しスキルアップにつなげていく。 ・地域包括との交流から、相互のスキルアップ、連携は図っていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。6月は感染予防で会議が中止。	1.問題なし。 2.問題なし。7月は会議の予定がなし	1.問題なし。 2.問題なし。11月は会議の予定がなし。12月は民生委員との交流会に参加。	

事業報告	◎様々な分野の研修に参加し事業所内での共有によりスキルアップが図れた。 1.オンライン研修が受講できる環境が整い、医療・認知症・災害などに関する研修を受講することができた。 2.様々な専門職との事例検討は専門的な支援方法を学ぶ機会ができた。又、社会資源の情報を習得したり、民生委員との顔の合わせる関係づくりができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々がスキルアップし、サービスの強みを創り地域発信する	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	地域に根差した事業所（親しまれ頼られる事業所）をつくる。 ・地域清掃を毎月行う ・五条川ジョイカフェに参加し地域の方と交流する ・運営連絡協議会にて事業所のアピールをする	主任/事業所職員	毎月、地域清掃・五条川ジョイカフェに参加する									振り返り	次年度準備		施設長
						運営連絡協議会に出席						運営連絡協議会に出席					
					○	○/なし	○	○/◎	○	○	○	○/なし	×	○	○	○	
	事業所	★3	他事業所の情報を法人事業所と共有し、法人全体のサービスの質をあげられるよう一緒に考える。	主任/事業所職員	新規事業所、ニーズがある事業所の情報を法人に伝える									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	○	○	○	
	事業所	★4	毎月、会議時に社会福祉・介護福祉・看護師の専門性を活かした勉強会を行う。 隔月の事例検討会時・困ったケースの発生時に専門的な視点で、情報共有・検討を行なう。	主任/事業所職員	年間計画を作成する	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	勉強会実施	振り返り	次年度準備		施設長
					情報共有検討		情報共有検討		情報共有検討		情報共有検討		情報共有検討				
					◎/◎	◎	◎/×	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）地域発信が十分にできていないため、継続して取り組んでいく。 ・特色ある事業所が増えているため、情報共有しサービス向上に努めていく。 ・異なる専門分野から勉強会を実施し、より強みにしていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.コロナの影響で活動はない。ブログで外部に発信した。 2.毎月の地域清掃は実施。 3.エリアの会議に参加。 4.問題なし。	1ブログで外部に発信した。 2.7月は連絡協議会で事業所をアピールした。 3.エリアでの会議に参加。 4.問題なし。	1.ブログで外部に発信した。 2.可能な限り地域清掃を実施。 3.エリアでの会議に参加。 4.問題なし。

事業報告	◎自事業所を含め法人事業所の強みを創り、地域に発信し支援が実施できている。 1.新型コロナの感染拡大防止にて自施設での参加型の活動は中止の状態。施設長がブログで事業所の活動内容を発信した。 2.地域清掃はほぼ毎月実施し、地域の人との挨拶や会話を通しコミュニケーションに心掛けた。連絡協議会では自事業所の強みをアピールした。布袋地域の人から頼りにされ身近に感じていただける事業所をつくっていく。 3.法人事業所と他事業所の情報を共有し、法人事業所のサービスを見直す機会ができた。 4.社会福祉士・介護福祉士・看護師が在籍しており、専門的な視点でケースの検討・支援が行えている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で												
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.「運用確認チェックリスト」にて個人情報の取り扱いを確認した。	1.「運用確認チェックリスト」にて個人情報の取り扱いを確認した。情報セキュリティのテストを実施。又、勉強会を実施し意識付けを行った。	1.「運用確認チェックリスト」にて個人情報の取り扱いを確認した。	

事業報告	◎個人情報の取り扱いには注意し事故は発生していない。 1.事業所内での情報セキュリティの勉強会、各自の個人情報取り扱いの確認を行い、情報保護の必要性を意識付けている。個人情報を持ち出す時は「重要情報持出管理表」での管理を行った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル布袋
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	季節感染症の発生予防のため、月1回の委員会、研修（6月食中毒、10月、コロナ・ノロ・インフル）を実施していく。	主任/事業所職員	毎月感染症対策委員会で報告及び検討をする。		研修実施				研修実施			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/◎	○	○	○	○/◎	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	事業継続計画を基に全体会議で確認し、居宅としてできる対応等を検討していく。又、合同の避難訓練を計画的に実施していく。	事業所相談員/主任	毎月の全体会議で、事業継続計画について検討していく。		避難訓練（水害想定）			避難訓練（地震想定）	対策訓練（感染症）			計画見直し 避難訓練（火災想定）	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症予防に努め、発生を予防する。 ・災害発生に備えて継続計画を策定・運用していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。新型コロナ・食中毒の研修を実施。 2.会議時に自事業所での災害時の行動を確認した。	1.問題なし。 2.会議時に自事業所での災害時の行動を確認した。	1.問題なし。在宅での感染症対策の研修を実施。 2.災害に関する研修を受講し、災害時の状況、支援を学んだ。 避難訓練は1月の予定。	

事業報告	◎様々な災害時に事業所の対応を考える機会を持つことができたが管理体制の構築には至っていない。 1.感染症の発生の有無を確認、感染症の研修を行い感染予防に努めた。 2.在宅での災害発生時の支援について、知識・情報収集の段階である。次年度は、事業継続計画においてマニュアルの作成に取り組んでいきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目・3回目）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	不適切ケア勉強会を実施する。 ①虐待防止 ②身体拘束適正化	主任支援員/施設職員	準備・検討	勉強会実施	評価・振り返り	準備・検討	勉強会実施	評価・振り返り	準備・検討	勉強会実施	評価・振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待防止2回身体拘束1回の勉強会を実施できたが、浸透の為には継続的な実施が必要となる ・困った事案を基に議論する機会が少ない。 ・柔軟に考える術が乏しい。 ・多様な視点からのケアの振り返りができていない。 ・専門性を活かした真のケアの追求ができていない。 ・尊厳あるケアが提供できているか、個々に振り返る場が限られている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.会議時に困難事例等の共有し、対応案や振り返りを実施。	７月-９月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.会議時に困難事例等の共有し、対応案や振り返りを実施。	１０月-１２月評価 1.委員会での情報共有を行った。 2.各自でケアの振り返りを実施。 3.動画共有での振り返りにより、ケアの統一を図った。 4.会議時に困難事例等の共有し、対応案や振り返りを実施。	

事業報告	◎不適切ケアの事案は０件。 1.月次の虐待防止委員会にて対応困難事例を議論し、施設内会議にて水平展開を図ることができた。 2.新型コロナ対策により、業務の増加・変更があるなか閉塞感や焦燥感が職員の中で見られたが、不適切ケアを引き起こさない自己点検の継続と会議での周知を行うことで事案は0件。 3.不適切ケアの行為・事例を文章だけでなく映像で見ることにより、より理解を深めることができた。 4.定期的な施設内勉強会を開くことで、虐待防止や身体拘束適正化の意識を風化せずに維持することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	振り返り	次年度準備		施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること												
					―	―	○/○	―	○／○	―	―	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	誤嚥リスクが高いと思われる利用者様をピックアップし注意喚起を説明、防止を図る ①毎月全体会議にてリスクが高いと思われる利用者様をピックアップする。 ②利用者様と誤嚥防止のための話し合いの場を設け、対策を検討し、実施する。	主任支援員／全職員	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	転倒リスクの高いと思われる利用者様をピックアップし転倒防止の注意喚起を説明、防止を図る ①毎月全体会議にてリスクが高いと思われる利用者様をピックアップする。 ②利用者様と転倒防止のための話し合いの場を設け、対策を検討し、実施する。	主任支援員／全職員	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	事例検討対策立案	実施	評価・見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・4.2020年度より)転倒事故件数は2019年度より13件減少し、効果はみられるが、骨折による退所が1件発生している為、継続的な防止対策が必要。 ・議論する場が限られている。 ・ケアを振り返る時期が遅い（年度末）。 ・誤嚥事故に特化した研修会が突発的で未計画（年度始めに組み込まれていない）である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事故対策委員会で周知し、振り返りを実施。 2.基本介護✔表により点検を実施。 3.食種形態の見直し、施設管理のおやつの品目の選定・提供を実施 4.歩行器の選定や居室環境の見直し等を随時計画。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.基本介護✔表により点検実施。 3.食種形態の見直し、施設管理のおやつの品目の選定・提供を実施 4.歩行器の選定や居室環境の見直し等を随時計画。	1.事故対策委員会で周知、自部署で起こりうる事故について検証した。 2.基本介護✔表により点検実施。 3.食種形態の見直し、施設管理のおやつの品目の選定・提供を実施 4.歩行器の選定や居室環境の見直し等を随時計画。	

事業報告	◎事故発生件数は　62件発生。内、受診事故　6件　重大事故0件 1. 事故対策委員会にて重大事故の検討、水平展開を行った。 2. 基本介護チェック表を基に技術・知識の振り返りを行うことができた。 3. リスクの高い方をピックアップし、事前に対策を図ることで誤嚥事故の発生件数は0件となった。 4. 転倒リスクの高い方を洗い出し、随時対応を検討することで、昨年度に比べ事故件数が減少。自立歩行が中心となる施設であり、歩行を制限することは困難である為、環境の見直しを図るとともに、転倒時に骨折等につながらない様、頭や腰を保護を目的とした物品を使用し、骨折等の重大事故防止を図ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様一人一人の想いをケアに反映させる	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○	―	―	○	○/○	―	―	○	―	○	○	○	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる	エリア入所相談員/相談員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施 （各事業所の規模により開催月、頻度は任意）						振り返り	次年度準備		施設長
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	
	事業所	★3	つぶやき、利用者様満足度調査を通じて、利用者様の声を取り入れ、より良いケアを提供する。	主任支援員/支援員	つぶやき等の利用者様の意見をピックアップし、毎月の会議にて検討、実施する									振り返り	次年度準備		施設長
						満足度調査実施	満足度調査集計・分析					満足度調査実施	満足度調査集計・分析				
					○	○/○	○/○	○	○	○	○	○/○	○/○	○	○	○	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の気持ち・立場に立って考える場が少ない。 ・追求する機会が限られている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.車椅子体験を実施。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.ピックアップした内容は職員会議にて検討し、改善案を実施	1.車椅子体験を実施。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.ピックアップした内容は職員会議にて検討し、改善案を実施	1.車椅子体験を実施。 2.コロナ禍により見合わせる。 3.ピックアップした内容は職員会議にて検討し、改善案を実施	

事業報告	◎つぶやき件数66件 1.利用者様体験は計画通り実施することができた。体験により利用者様の気持ちや不自由さを学び、配慮したケアの実践に努めた。 2.新型コロナウイルスの感染状況をみながら検討を継続していたが困難であった。 3.利用者様のつぶやきから見直しの図れる36件の改善を実施。利用者様の声を取り入れることができた。年間件数が66件と少ない為、次年度は毎月の目標件数を定め、職員が意識して利用者様のつぶやきをひろえるように努める。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
地域の一員として、活動を通じて連携を図る。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						○	—	○	—	—	—	—	—	○	○	○	
	事業所	3	宮田用水及び近隣の神社（天王社）の花壇8基を整備し、利用者様とともに行い地域共存のアピールを行う。	施設長/全職員	用水花壇4基の剪定・植込み・整備を利用者様とともに実施		用水花壇4基の剪定・植込み・整備を利用者様とともに実施 天王社の花壇整備		活動の評価、修正	用水花壇4基の剪定・植込み・整備を利用者様とともに実施		用水花壇4基の剪定・植込み・整備を利用者様とともに実施 天王社の花壇整備		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・地域貢献活動の一環として取り組んでいる。地域の方からの声掛けなどもあり一定の効果はあげていると考えるが継続することで一層地域へ根差した活動としたい。 ・サービスの強みの発信が弱い。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.blog、Facebookの発信実施。 2.該当者なし。 3.計画通り実施。	1.blog、Facebookの発信実施。 2.該当者なし。 3.計画通り実施。	1.blog、Facebookの発信実施。 2.該当者なし。 3.計画通り実施。

事業報告	◎地域貢献活動は中止 1.地域貢献活動はコロナにより中止となったが、フェイスブック、ブログの定期更新により事業所のPRに努めた。 2.計画的に確認するも対象者なし。 3.感染症対策を行いつつ、利用者様とともに宮田用水及び近隣の神社の花壇整備を実施。計画通り、遂行できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					―	―	―	―	―	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	職員の定着を図るため職員間のコミュニケーション促進する企画を取り入れる。 ①全体会議で順次職員が発言をするテーマを設定し発表する。（例　自己紹介。高齢者介護について思うことなど。）	施設長／主任支援員	4名発表	4名発表	4名発表	4名発表	評価	4名発表	4名発表	4名発表	4名発表	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	職員の負担緩和・労務環境へのストレス緩和の為、休暇の年間計画の立案と計画の進捗状況を施設内会議にて確認し、積極的な取得を図る。 ①有給休暇の取得(70%以上) ②全職員３連休以上の休暇取得	施設長/主任支援員	年間計画の立案	計画的な有給取得の実施				進歩状況確認・修正	計画的な有給取得の実施			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より)お互いのことを知る機会にはなったが、積極的なコミュニケーションの場になるまでは浸透していない。きっかけづくりとして継続する必要性がある。 ・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・突発的な有給休暇やまとまった連日休暇は取りづらい。職場を離れたリフレッシュの機会として、 連日休暇や有給休暇の取得ができる体制をつくる必要性がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 2.お互いの特性を知ることができた。 3.全体会議にて取得率、連休状況を確認し、計画的に取得。	1.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 2.お互いの特性を知ることができた。 3.全体会議にて取得率、連休状況を確認し、計画的に取得。	1.法人からの事案を共有し、事業所にて問題がないことを確認した。 2.お互いの特性を知ることができた。 3.全体会議にて取得率、連休状況を確認し、計画的に取得。	

事業報告	1.法人からの事案や勉強会を通してハラスメント防止の意識を高めることができた。 2.職員同士でのコミュニケーションの機会を設け、お互いを知ることで、職場の問題点を出しやすい環境作りができ、職員定着支援の効果がみられた。 3.全職員に対して計画的な有給休暇の取得を促し、毎月の達成状況を会議にて報告することで、取得率が向上し、目標率を達成。コロナ禍においてストレスのたまりやすい労務環境の中一人一人のリフレッシュにつながり、安定した体制での業務運営が図れた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	事業所	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施	1. 計画通り実施	1. 計画通り実施	

事業報告	・毎年の定期教育および運用確認にて、セキュリティリスクの理解について定着を図ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫し、充実したサービスの提供を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	—	—	—	—	○			○	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	
	事業所	3	認知症介護基礎研修を基に施設での取り組みについての会議を設け,目標を定め実施する。	主任支援員/施設職員	事例検討取り組み目標を定める	実施	評価・見直し	事例検討取り組み目標を定める	実施	評価・見直し	事例検討取り組み目標を定める	実施	評価・見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	4	利用者様の要望を聞き取り、望まれているイベント等の機会の場を設け、楽しみがもてる活動を提供する。	主任支援員/相談員	機会の実施				活動の評価、見直し	機会の実施				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	★5	感染症対策に留意しつつ、事業所内におけるのアクティビティの見直しをする。 ①既存クラブの提供方法の見直しをする ②利用者様の要望に沿った新設クラブを創設し実施する ③利用者様独自で活動ができるよう環境を整える	主任支援員/相談員	聞き取り。実施方法の検討	機会の実施			活動の評価、見直し	機会の実施				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナの影響の為、介護基礎研修を未実施。施設内勉強会に変更したが、充分な検討がなされていない。 ・2020年度より）計画通りイベントを設けたが、コロナの影響の為、要望に沿った外部活動の実施ができていない。 ・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・外部研修への推進が不足している。 ・新型コロナの影響でクラブ活動等自粛が続いている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.該当なし。 3.施設内会議にて議論の場を設けた。 4.計画的に実施。 5.クラブを提供方法を見直し、計画的に実施	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.該当なし。 3.施設内会議にて議論の場を設けた。 4.計画的に実施。 5.クラブを提供方法を見直し、計画的に実施	1.認知症委員会にて情報共有を実施。 2.該当なし。 3.施設内会議にて議論の場を設けた。 4.計画的に実施。 5.クラブを提供方法を見直し、計画的に実施	

事業報告	1.エリアの事例を定期的に考察することで、別の視点で考える良い機会となった。 2.コロナの影響の為認知症に関する外部研修不参加となり、施設内勉強会を実施。身体的には自立であるが、認知症の診断を受けている方も増加し、個別の対応が求められる中、職員間で認知症の基礎知識に差異がみられた為、勉強会を通して認識の見直しを図ることができたが、基礎知識のみで対応力の向上まで図れなかった。身体的に自立の方で軽度の認知症の利用者様も増加している為、来年度は外部研修を通して、専門的な知識と対応力を養う機会を設ける。 3.今年度もコロナの影響により外部研修への十分な参加ができなかった。施設内での研修を実施し、意識の共有を図ることはできた。 4.外部活動を望まれる声もみられたが、コロナの影響もあり、施設内でできるイベントに限定し、計画的に実施を図れ、目標のイベント数を提供することができた。 5.既存のクラブを見直し、継続的に実施することができた。新たなクラブを新設することもでき、定着が図れた。提供方法は検討するも、今年度は定着化を優先し、利用者様主体の活動への意向は来年度に計画する。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	事業所	2	適切な支出管理を行う。 ①月初の全体会議で前月分支出状況を確認する。 ②優先度を図り、計画的な支出執行を実施する。 ③月末の全体会議にて実施状況報告・確認する。	施設長／相談員	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	支出状況確認 優先度検討 遂行状況報告	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	行政・医療機関・包括支援センター等関係機関との関係作りを行う。 ①月1回以上訪問する。 ②資料等ツールを見直し、宣伝・アピール方法を変更。 ③新たな営業先(近隣市町村以外の包括・居宅等)を開拓する。	施設長／相談員	ツール作成・準備	訪問	訪問	訪問	ツールの見直し	訪問	訪問	訪問	ツールの見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より)コロナ対策又は緊急性の高い事案以外は予算に沿った支出管理ができたが、職種によって認識不足がみられる。 ・2020年度より)新たな営業先として市外の包括支援センターを追加。営業を実施したが、継続して実施し、浸透を図る必要性がある。地域の民生委員への働きかけができていない。 ・サービスの強みの発信が弱い。 ・地域にアピールするための機会が限られている。 ・目に見える「やりがい」を感じられる機会が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアでWebデザイナーの採用も決まり、計画通りに遂行できている。 2.毎月の会議にて報告し、予算通り遂行できている。 3.近隣市町村の営業先(包括支援センター、医療機関)を増やし、認知度をあげる為、継続する。	1.エリアでWebデザイナーの採用も決まり、計画通りに遂行できている。 2.毎月の会議にて報告し、予算通り遂行できている。 3.近隣市町村の営業先(包括支援センター、医療機関)を増やし、認知度をあげる為、継続する。	1.エリアでWebデザイナーの採用も決まり、計画通りに遂行できている。 2.毎月の会議にて報告し、予算通り遂行できている。 3.近隣市町村の営業先(包括支援センター、医療機関)を増やし、認知度をあげる為、継続する。	

事業報告	1.エリアにてWEBデザイナーを配置し、営業ツールを変更・作成したことで稼働向上につながった。 2.コロナ対策における診療材料費及び消耗器具備品費、修繕費の増加と地域との合同行事や外部行事の未実施における教養娯楽費の低減がみられた。その他は突発的な支出はなく、計画的な遂行が図れた。 3.前年度より引き続き各自治体で措置件数が減少する中、毎月営業活動を継続して行うことで、11件の新規依頼を確保することが出来た。前年度6件と比べ増加傾向にあり、コロナ禍の中、独居生活が維持できない高齢者が増加したことで、措置対象者も増加傾向と考えられる。一人でも多くの方を支援できるよう継続的な営業活動に努め、入所者の確保が図れた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンライフむつみ
事業所名	養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する	事業所	★1	感染予防対策を徹底する。	施設長/看護師	感染症対策委員会 月１回開催									振り返り	次年度準備		施設長
					発生状況確認	発生状況確認	勉強会	発生状況確認	発生状況確認	発生状況確認	発生状況確認	勉強会	発生状況確認				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	事業所	★2	事業継続化計画(BCP)にもとづく訓練を実施する。	施設長/相談員	全体会議にて職員に対し、BCPの確認・説明		総合訓練			新型感染症発生対策訓練		エリア合同避難訓練	大規模停電対策会議	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○			○		○	○/○	○	○	○	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・大規模災害(集中豪雨、台風、地震)など日本各地で起こっており、発生時に対応する備えが必要となるが、必要な訓練が不足している。 ・新型コロナの流行に対する予防、また感染者が出た場合の準備を行う必要となるが、備品の準備や対策の徹底が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 全体会議にて対策を協議、シミュレーションを実施。 2. 事業継続計画の周知、確認を実施。	1. 全体会議にて対策を協議、シミュレーションを実施。 2. 防護服の着脱訓練実施。ゾーン別けの机上訓練実施。	1. 全体会議にて対策を協議、シミュレーションを実施。 2. 合同避難訓練に参加し水平避難誘導や消火器の取扱いについて学んだ。	

事業報告	1.　感染症対策が効果的に実施できたことにより、利用者様の発生件数は0名。利用者様に安心して施設生活を過ごしていただくことができた。 2.　事業継続計画の内容確認とシミュレーションを繰り返ししていくことで内容の周知することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護主任/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目・3回目）				振り返り	次年度準備		施設長
							◎	○	○	◎				◎	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護主任/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	—	—	
	事業所	★4	接遇マナーを向上させるために、言葉遣いや身だしなみに重点をおき6月に勉強会を実施する。	介護主任/全職員	勉強会資料の作成		勉強会の実施	接遇マナーチェック表を基に指導していく						振り返り	次年度準備		施設長
							自己評価	他者評価と随時面談					自己評価				
					◎		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	毎月実施する利用者様からの聞き取り、アセスメントの際の問題点を担当職員から介護会議に提案し検討する。利用者様のケアの改善と信頼関係を築き、自身の介護スキルの向上に取り組む。	介護主任/介護職員	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	振り返り	次年度準備		施設長
					介護会議にて議論の場を設定（毎月）												
					改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な検討・注意喚起が必要である。 ・2020年度より）依然として、多様な視点からのケアの振り返りができていない。 ・ケアの見直しができていない。 ・接遇マナーに対する意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。 2.4各種勉強会を行い自己チェックを行う。自身を振り返り接遇、ケアの向上に努めると共に他者の気になる行動についても互いに直しあえる関係作りを築く。 3.動画撮影に向けての準備を行った。 5.利用者様の問題抽出・検討を行った。	1.施設内会議にて不適切ケアについて気になることがあれば検討し必要に応じて注意喚起を行った。 2.2回目の勉強会実施。 3.動画をみてよい接遇、自身で無意識で使ってしまう発言等にも意識を促した。 4.自己、他者チェック、必要時面談を行った。 5.利用者様の問題抽出・検討を行った。	1.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。 2.3回目の勉強会実施。 3.2回目の動画撮影を行った。 4.自己、他者チェック、必要時面談を行った。 5.利用者様の問題抽出・検討を行った。

事業報告	◎不適切ケアは0件であった。 1.施設内会議にて不適切ケアについて気になることがあれば検討し必要に応じて注意喚起を行った。 2.色々な視点から高齢者虐待防止研修を3回行った。3回目は外部講師を招いての研修会を行うことが出来た。 3.食事配膳時の動画を使った勉強会の実施。自己選択が出来るような言葉掛けや言葉使いについて意見を出し合い自身の振り返りをすることが出来、他職員のよいところを学ぶことが出来た。 4.接遇マナーやケアについて継続的に自身や利用者様について振り返りグループワークでお互いの気づきを話し合ったり・注意喚起の為に勉強会を実施した。 5.毎月のアセスメントより状態変化のある利用者様について話し合い安心して利用を継続できるよう対策を行った。アセスメントの際の聞き取りにて問題点をつぶやきとして取り上げて対策をすることで利用者様との間に信頼が出来、言いやすい環境を作り始めることが出来てきた。利用者様としっかり話す事が出来る時間を持つことが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護主任/全職員					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	振り返り	次年度準備		施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること												
					◎				○	○	○		◎	◎	○	○	
	エリア	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／相談員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	誤嚥・服薬・離設事故防止のため、毎月介護会議にてリスク者の検討・防止策の実施状況及び検討を行う。 （※新規者・既存の利用者の状態変化も確認） 必要に応じて三部会議・施設内経営会議で議論する場を設ける	介護主任/全職員	施設内経営会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） 介護・三部会議にて議論の場を設定（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	事故を未然に防ぐため、ヒヤリハットの重要性を理解し、ヒヤリハット委員会を毎月開催し対策の検討を行う。必要に応じて三部会議・施設内経営会議で議論する場を設ける	ヒヤリハット委員会リーダー/全職員	施設内経営会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） ヒヤリハット委員会・介護・三部会議にて議論の場を設定（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）議論する場が継続して必要である。 ・2020年度より）気づきの力が弱い ・エリア内での車両事故が発生している。また、地域住民から運転・駐車に関する苦情がある。 ・2020年度より）ヒヤリハットの対策・検討の機会が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。 2.誤嚥については「食について」の勉強会時に行った。 3.ドライブレコーダーの映像を使って危険箇所について話し合いの場を設け確認を行なった。 4.5.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。	1.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。 2.自己、他者チェック、必要時面談を行った。 3.ドライブレコーダーの映像を使って危険箇所について話し合いの場を設け確認を行なった。 4.5.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。	1.施設内各会議、エリア会議にて議論の場を設け確認を行なった。 2.勉強会にて自身のケアを振り返り離設に対する意識を高めた。基本介護度チェック自己、他者点検実施。 3.ドライブレコーダーの映像を使って危険箇所について話し合いの場を設け確認を行なった。 4.5.施設内各会議にて議論の場を設け確認を行なった。	

事業報告	◎離設事故は1件発生した。 1.自施設でも起こりそうな事故については話し合いの場を持ち職員周知を行った。 2.転倒予防マニュアルが出来たことで機能訓練指導員より補助具や姿勢について学んだ。 3.ドライブレコーダーの映像を使って危険箇所について話し合いの場を設け確認を行なった。 4.離施設、誤嚥、転倒の危険性のある利用者様についての話し合いの場を持つことが出来た。起きてしまった事故については原因と防止対策の実施、再検討等会議の場で議論を行い職員周知、対策の実施をすることが出来た。 5.ヒヤリハットの報告について話し合いの場を持つことが出来た。必要に応じて職員周知と対策を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護主任/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	事業所	★2	基本介護の勉強会の開催 （食事、排泄、入浴、環境のグループワークを通じて、危険予測の訓練を行う。交換研修にて他事業所より学ぶ機会を作る。）	介護主任/介護職員	勉強会の実施（食事）		勉強会の実施（入浴）	勉強会の実施（排泄）	基本介護チェック表 自己点検他者点検	勉強会の実施（環境）	研修	研修	研修	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		△	△	○	△	—	◎	—	◎	—	◎	
	事業所	★3	毎月実施する利用者様からの聞き取り、アセスメントの際の問題点を担当職員から介護会議に提案し検討する。利用者様のケアの改善と信頼関係を築き、自身の介護スキルの向上に取り組む。	介護主任/介護職員	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	問題点の抽出・提案	振り返り	次年度準備		施設長
					介護会議にて議論の場を設定（毎月）												
					改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施	改善・実施				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	ヒヤリハットを拾い担当チーム内で情報収集、共有、分析し対策案をヒヤリハット委員会へ提案する。	介護主任/全職員	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	ヒヤリハット事例収集	振り返り	次年度準備		施設長
					分析と情報収集（毎月）												
					対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案	対策・提案				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様の気持ち・立場に立って考えることができていない時がある。 ・基本介護の実践の機会が少ない。 ・アセスメントは実施しているが、その後の対応が十分にできていない。 ・職員主体になるときがある。 ・利用者様の思いが理解できていない。 ・ヒヤリハット委員会へむけて各々の意見や対策を提案できる機会をつくる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者様の疑似体験（食事）を通して利用者様からどういったケアが望まれるのかを実感する。 2.食事の基本に振り返り疑似体験で利用者様の視点を感じとる。 3.問題点を検討、対策、実施。 4.収集、対策、実施	1.利用者様の疑似体験（食事）を通して利用者様からどういったケアが望まれるのかを実感する。 2.各勉強会を通して危険予測が出来る力をつける。介護方法に不安がある場合は個々での対応で学ぶ。 3.問題点を検討、対策、実施。 4.収集、対策、実施	1.利用者様の疑似体験（食事）を通して利用者様からどういったケアが望まれるのかを実感する。 2.現任リーダーコース参加１名が交換研修 3.個別での対応も多くなり対数が多い為、対応に限界を感じるがデータ化することで継続して個別の対応が実行出来ている。そして信頼、安心を得ている。 4.アセスメントからの問題点を検討することで利用者様の事故を未然に防ぐ対策となっている。ヒヤリハットの報告数が少ないので情報共有に欠けている。	

事業報告	◎今年度は食事や環境を中心に疑似体験、グループワークを通じて気づきの力を身につけた。 1.利用者様の気持ち、立場に立って考えることが出来た。体験後は利用者様への声掛け、利用者様より職員への声掛けが多くみられるようになった。職員自身も感じている。（疑似体験報告書・利用者満足度調査にて確認） 2.自立的な利用者様が多く、職員によって出来ること、出来ないことの差が生じている。認知症のある利用者様への対応や、食事・排泄・入浴介助など基本的な介護技術の向上、標準化が求められる。現任リーダーコース参加１名が交換研修にて同じ大型デイサービスで学ぶ機会を持つことが出来た。 3.個別対応も多くなり対数が多い為、対応に限界を感じるがデータ化することで継続して個別の対応が実行出来ている。そして信頼、安心を得ることが出来た。 4.アセスメントからの問題点を検討することで利用者様の事故を未然に防ぐ事は出来ているがヒヤリハットの報告数が少ないので情報共有に欠けている。勉強会や会議等でヒヤリハットの重要性を理解し報告促すが報告件数はあまり上がらなかった。報告と効果確認が出来るよう来年度の課題とする。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護主任/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○		○		○			○	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護主任/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
						—	—	—	—	—	◎	◎	◎	◎	◎	—	
	事業所	★3	在宅生活を継続するための自立支援の見直しをする。 ・利用者が自らできるリハビリの場所を設置する。 ・やりたいアクティビティを抽出し企画する。 ・連絡帳を利用者自身で作成できる環境にする。	介護主任・リハ主任/全職員	担当職員の決定	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	振り返り	次年度準備		施設長
								評価・修正			評価・修正						
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	認知症を考慮したアクティビティや体操を、毎月1案実施し記録する。相談員は、その記録を基に担当ケアマネジャーに報告する。	相談員/全職員	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	1案実施・記録	振り返り	次年度準備		施設長
					報告	報告	報告	報告	報告	報告	報告	報告	報告				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）困っている事例を基に意見交換を図る研修は継続して必要であ ・2020年度より）依然として、外部研修への推進が不足している。 ・大型デイならではの取り組みと生活動作の在宅支援を追究する。 ・2020年度より）認知症の進行を防ぐ取り組みを開始し対応できる職員が一部に限られている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.認知症ケア困難事例をエリア会議で検討。 2.研修の延期により募集があればエントリーを行う。 3.連絡帳に変わり自己にて作成する取り組みを行うことができた。 4.認知症体操についてもなじみの関係、安心して過ごせる時間として実施出来ている。	1.エリア共通資料を用いて、勉強会を実施。自施設には難しい内容であった。 2.研修の延期により募集があればエントリーを行う。 3.つぶやきから利用者様の望まれるアクティビティを月間予定に反映しながら予定を組んでいる。 4.認知症ケアは生活動作と脳活の充実を図る。	1.認知症ケア困難事例をエリア会議で検討。 2.認知症介護基礎研修２名、認知症介護実践者研修１名参加 3.10月のイベントとして機能訓練リハビリの場所を設置して取り組むことができた。 4.認知症ケアは生活動作と脳活実施

事業報告	◎在宅生活の継続のための生活動作の自立支援の見直しが出来た。 1.認知症ケア困難事例をエリア会議で検討。共通資料を用いて、勉強会を実施。ひもときシートは自施設には難しい内容であった。 2.コロナの関係で研修が中止となっていた為、情報確認をしながら申し込み予定通り認知症介護基礎研修２名、認知症介護実践者研修１名参加することが出来た。 3.イベントとして機能訓練リハビリの場所を設置して取り組むことで在宅支援の生活リハビリを定着することができた。イベント後も項目を変化させながらリハビリチャレンジとして継続実行。 4.認知症を有する利用者様とのなじみの関係、安心して過ごせる時間として週2回実施出来ている。認知症ケア体操の充実を図り来年度は効果の確認を行っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々の職員のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護主任/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護主任/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み			CM試験		介福模擬				
					◎	◎		◎			◎		◎	◎	○	○	
	事業所	★3	通所型サービスＣを実施するために短期集中予防サービスに特化したプログラムを立案し実行する。	リハ主任/全職員	通所型サービスＣの提供 短期集中予防サービスに特化したプログラムの実行			通所型サービスＣの提供 短期集中予防サービスに特化したプログラムの実行			通所型サービスＣの提供 短期集中予防サービスに特化したプログラムの実行			振り返り	次年度準備		施設長
							延期			◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	事業所	4	アクティビティに対してのつぶやきを拾い、課題抽出と見直しを行う。見直し結果が機能しているか確認を行う。	介護主任/全職員	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	つぶやき	振り返り	次年度準備		施設長
					アクティビティの課題抽出と見直し・実施			プログラムの修正		アクティビティの課題抽出と見直し・実施			プログラムの修正				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	通貨を使って参加できるイベントを2ヶ月毎に考案・実施する。 実施後は、アンケートと反省を行う。	施設長/介護主任・リハビリ主任		イベントの実施		イベントの実施		イベントの実施		イベントの実施		振り返り	次年度準備		施設長
						アンケート・反省		アンケート・反省		アンケート・反省		アンケート・反省					
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）地域貢献活動に産する職員が限られている。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。 ・通所型サービスCを実施することによって、地域に貢献する ・2020年度より）コロナの影響でさまざまな制限がある中、利用者様が望まれている事や改善が叶えられているかの確認機能が不足している。 ・2020年度より）施設内通貨の使用する場と方法を継続的に見直していく必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.コロナの影響で地域への活動の機会は減少をしている。Facebook、ブログや月間予定表を通して取り組みを外部への発信。 2.介護福祉士試験に向けて実務者研修内部2人外部1名参加。 3.通所型サービスC延期となり待機する。 4.毎月つぶやき対策検討。 5.イベント計画実施			７月-９月評価 1.Facebook、ブログや月間予定表を通して取り組みを外部への発信。 2.リーダーコース（現任）1名参加 3.通所型サービスCを9月より開始した。 4.毎月つぶやき対策検討。 5.イベント計画実施			１０月-１２月評価 1.Facebook、ブログや月間予定表を通して取り組みを外部への発信。 2.リーダーコース（現任）1名参加 3.通所型サービスCを9月より開始した。 4.毎月つぶやき対策検討。 5.イベント計画実施			

事業報告

◎新しいイベントの企画、実施。
1.外部発信として法人ブログの回数を増やし施設での取り組みを毎週アップする事。施設の新聞を刷新し取り組みを載せると共にブログのQRコードを付けて発行する事、利用者様や居宅介護支援事業所に新聞を配布しPR活動を実施した。また、入所施設と共同でチラシを作成し、地域へのポスティング活動を実施した。
2.介護福祉士試験に向けて実務者研修内部2人外部1名参加、介護支援専門員１名合格、リーダーコース（現任）１名参加。
3.通所型サービスCを9月より開始した。終了時、卒業証書を渡すととても喜ばれた。
4.5.アクティビティや施設内通貨に対してのつぶやきを拾い利用者様が望まれている事や改善が叶えられているか都度アンケート用紙を用いて確認をしながらイベントや仕組みを創り上げることが出来た。アンケートの満足度は高い評価を得ることが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安心して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入れ品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実践する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価、修正	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実践する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護主任	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）					エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
											◎			○	—	—	
	事業所	3	年間の月ごとの有給休暇・連続休暇4日以上の計画を立てる。1年に1回計画に沿って取得していく。 超過勤務について施設内経営会議で確認し改善する。	施設長/各主任	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	計画に沿って取得する	振り返り	次年度準備		施設長
					確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善	確認・改善				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—	◎	
	事業所	★4	大型デイサービスの問題・課題を共有することで、 職員の負担軽減に繋げる。 ・テーマに沿って大型デイサービス（太古の湯・新栄・春日井）の各種リモート会議を毎月開催する。	施設長/各主任及び担当職員	リハビリリモート会議の実施	リハビリリモート会議の実施	介護リモート会議の実施	介護リモート会議の実施	リハビリリモート会議の実施	介護リモート会議の実施	介護リモート会議の実施	リハビリリモート会議の実施	介護リモート会議の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・定着率が低い。 ・2020年度、ハラスメントの情報共有が少ない。 ・2020年度より）職員によって意識の違いがある。 ・大型デイサービスに特化した情報共有を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 中途採用の受け入れは本人と確認をしながら業務を増やしていく。 2. 定例議論の場に参加する。 3. タイムカードの導入により時間に意識を持つ。有給休暇計画に沿って実施。 4. 大型デイサービスならではの問題点は新栄、春日井と情報共有を交わし合い負担軽減に努めている。	1. 中途採用の受け入れは本人と確認をしながら業務を増やしていく。 2. 定例議論の場に参加する。 3. タイムカードの導入により時間に意識を持つ。有給休暇計画に沿って実施。 4. 大型デイサービスならではの問題点は新栄、春日井と情報共有を交わし合い負担軽減に努めている。	1. 中途採用の受け入れは本人と確認をしながら業務を増やしていく。 2. ハラスメントについてエリア共通資料を基に勉強会実施。相手の気持ちについて考える機会となった。相談窓口や利用者様や部下後輩から受けることもあることも確認できた。 3. 計画に沿って実施。 4. 情報共有をして負担軽減に努めている。

事業報告	◎職場環境による離職者は0であった。 1. 中途採用の工夫としては未経験の職員には基本的な介助方法と接遇を伝えてから実際の業務に職員を付けての対応をして不安軽減に努めている。本人のペースに合わせ出来る業務を増やしていく。また経験のある職員さんは業務マニュアルを伝え3回程度職員を付けての対応を経て1配置としている。 2. ハラスメントについて相手の気持ちについて考え相談窓口や利用者様や部下後輩から受けることもあることも確認できた。 3. タイムカードの導入により時間に意識を持つ。有給休暇計画に沿って実施。エリア内の施設に職員不足が生じた為に職員応援を行った。 4. 大型ならではの職員負担について互いの対応方法を確認し合ったり情報量の多さに把握ができなかったりイベント企画に対しても対数が多い為に不安になってしまう為、早めの準備、仕組み、計画と行動に対し相談ができる環境作りに努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の確認を毎月、管理者が抜きうちで実施する。	ISMS建屋担当者/全職員	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育 鍵紛失及びロッカー施錠の確認				対象職員への教育 鍵紛失及びロッカー施錠の確認		鍵紛失及びロッカー施錠の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。 ・法令を遵守し安定した経営を行うため。 ・職員に誤解や不安を与えないため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 手順通りに運営できているか確認した 2. 施錠の確認を行った。	1. 手順通りに運営できているか確認した 2. 施錠の確認を行った。	1. 手順通りに運営できているか確認した 2. 施錠の確認を行った。	

事業報告	1. 情報保護、管理システムに基づき手順通りに実践することが出来た。 2. 鍵、ロッカーの施錠管理意識の向上を図ることが出来た。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッズを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	タクシーの支出が予算を超えないような送迎ができるように、施設内経営会議にて、配車や送迎範囲等の実施状況を確認する。	施設長/３主任	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	予算と実施状況を確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	期間3ヶ月を目安に新規利用開始間もない利用者様が、スムーズに活動に参加できているか確認する。 新規利用者様の名札にシールを貼り既存の利用者様と区別できるようにする。	介護主任/全職員	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	スムーズに活動に参加できているか確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	2週間お休みされた利用者様とご家族に対する支援、アプローチを行う。 ・電話にて状態確認したうえで脳トレプリントやリハビリ体操プログラム等、利用者様の状態に合わせて、ご自宅でもできる情報を郵送または持参する。	主任相談員/相談員	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	対象となる利用者の選出（情報の郵送と状態確認）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・エリアの収益・稼働率が低下した。 ・収益向上のために営業戦略を見直し、課題分析を行い他法人との差別化を図る。 ・2020年度より)業務委託費の見直し ・2020年度より)新規・お試し件数が減少した。 ・休みがちな利用者様に対して、アプローチが弱い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施された 2.実施状況を確認した 3.参加できているか確認した 4.支援、アプローチを行った。	1.実施された 2.実施状況を確認した 3.参加できているか確認した 4.支援、アプローチを行った。	1.実施された 2.実施状況を確認した 3.参加できているか確認した 4.支援、アプローチを行った。	

事業報告	◎新しい営業の実施。休みがちな利用者様に対する支援、外部発信の強化を行った。 1.タブレットを使用し動画を用いた営業、広報作成、ポスティングの実施 2.収支の管理をしながら実施。 3.お試し利用者様や新規利用者様への丁寧な対応を心掛け継続利用、安心して利用ができる環境に努めた。 4.休まれた後のご利用日には声を掛け確認をすることで喜びのお声を頂いている。（満足度調査の結果より）

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート太古の湯
事業所名	大型デイサービス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	コロナウイルス感染症の発生状況の違う場面を想定してシミュレーションを実施する。	介護主任／全職種	実施方法及び年間計画の作成	シミュレーションの実施		評価		シミュレーションの実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎			◎	○	○	
	事業所	★2	自施設で行っている感染症対策の実施状況の確認とチェック表を見直す。	介護主任／全職種	実施状況の確認とチェック表の見直し									振り返り	次年度準備		施設長
					評価												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	大規模停電を想定し計画の見直し等体制を整える。	防災管理者/全職員		長期停電時のシミュレーション実施	課題の特定	防災計画の見直し	必要物品の購入	総合訓練実施				振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎				◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・コロナウイルスの感染を懸念してサービスをお休みされる方が多い。 ・日々行っている感染症対策が形骸化しないために、振り返りを行う必要がある。 ・自然災害が増えている昨今の事業を踏まえての備えを強化する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. シミュレーションを実施した。 2. チェック表に基づき実施した。 3. シミュレーションを実施した。	1. シミュレーションを実施した。 2. チェック表に基づき実施した。 3. 計画の見直しを実施した。	1. シミュレーションを実施した。 2. チェック表に基づき実施した。 3. 計画の見直しを実施した。	

事業報告	◎様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を確認する。 1. 色々場場面を想定し最善の方法を話し合い対応する事を確認した。 2. 感染症対策について、チェック表に基づき実施した。感染症対策に於ける課題など振り返りを行った。 3. 大規模停電に対しての実施と計画の見直しをすることが出来た。必要物品等についても検討を行う機会となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） － チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 －	◎ －	◎ －	－ ◎	評価 ◎	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） － チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 －	－ －	－ －	 －	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 ●	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
	エリア	★3	※計画変更 模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を動画で共有し振り返る。 →既存の動画資料を用いて視聴を実施、共有し振り返る。	介護長/全職員	動画での共有の方法の検討 ◎	動画視聴スケジュールの立案 ◎	動画の準備 ◎	動画の準備 ◎	動画視聴 ◎	評価、修正 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	振り返り ◎	次年度準備 －	－	施設長
	事業所	4	・『不適切ケアについて』を毎月のユニット会議の定例議題とする。 ①不適切ケアとは何か、職員の感覚を抽出する ②事例を基に対応法や言葉がけを第3者が見た場合の視点で客観的に検証、検討する（ユニット会議内） ③②で得た学びを実践する。 ④実践した結果を共有する。（リーダー会議内）	介護長/全職員	①職員の感覚を抽出する。 ◎	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	評価 ○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	②③検証、検討、実践 ④共有 ○/○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について学ぶことはできたが個別に合わせた議論は不十分であった。⇒計画継続 ・2020年度より）虐待予防チェック表に基づく自己点検を行ったことで意識や解釈のずれを修正することができた。⇒計画継続 ・お手本となるケアを明確な形で分かり易く共有することで学びがより浸透できると考えるため。 ・2020年度より）尊厳あるケアについての話し合いは行ったが個別に合わせた議論は不十分であった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1、周知方法を検討する。 2、問題なし。 3、動画撮影ではなく、既製の動画を視聴する計画に変更した。 4、共有方法を検討する。	７月-９月評価 1.個別ケアの視点での検討に重点を置くようにする。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.学びを実践できるようにする。	１０月-１２月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.実践した結果の共有を図れるようにする。	

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.委員会を開催し、ケアの検討と周知を図る事ができた。 2.1回目の虐待防止研修後に虐待予防チェック表を用いた自己チェックを行う事で、研修内容の理解度や認識のずれの有無を確認する事ができた。虐待予防チェック表の質問の中で間違った回答が多かった項目については、虐待防止委員会にて再度教育し周知を図る事で、フォローアップを行った。 3.動画撮影から既存の動画資料に変更した。動画を見る事で第三者の視点でケアを見る事ができ、多くの気づきがあった。また自身のケアを振り返り、利用者様への対応を考え直すきっかけになった。 4.不適切ケアのイラストを用い、尊厳あるケアの視点で適切なケアとは何かを検討する事ができたが、検討した内容の共有が十分にできなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員 必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					－	－	－	◎	◎	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／相談員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共有を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					◎/×	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	ヒヤリハットのデータ活用をする。 ①ヒヤリハットを積極的に拾い上げる。 ②ヒヤリハットを種別に集計し対応策を立案する。 ③立案された対応策を実施する。 ④③について必要と思われるものを事故対策委員会にて水平展開し第三者からの意見をいただく。	介護長/全職員	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	評価	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	・事故対策委員会にて離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止について重点的に対策を行う。 ①第三者目線での助言や指摘をケアの改善に活用する。 ②重大事故（受診事故）を水平展開する。 ③ケア方法を確認し実践する。 ④実践した内容を事故対策委員会にて報告する。	介護長/全職員	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	評価	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故検討委員会の中で法人内事故について周知、議論を行い自施設での対策につなげたケースがあった。⇒計画継続 ・2020年度より）事業所内で誤嚥事故が1件、発生した。リスクマネジメントが必要である⇒計画継続 ・2020年度、事業所内（ショートステイ）にて人身事故が1件、発生した。 ・2020年度より）ヒヤリハットは挙がっているが対応策の効果について検証がより必要であると感じる。⇒計画継続 ・2020年度、事業所内（ショートステイ）で離設事故が1件、発生した。利用者様の生命へのリスクが高い事故について防止したい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1、問題なし。 2、該当なし。 3、問題なし。 4、問題なし。 5、問題なし。	1、問題なし。 2、問題なし。 3、問題なし。 4、問題なし。 5、問題なし。	1、問題なし。 2、該当なし。 3、問題なし。 4、問題なし。 5、問題なし。

事業報告	○重大事故の発生は0件だったが、服薬ミスが11件（未内服7件、誤薬4件）発生した。 1.エリア会議で重大事故や自施設での事故を報告し、検討する事ができた。また、エリア会議で検討した内容を事故対策委員会で周知・議論する事ができた。 2.リハビリ部会起案の誤嚥予防マニュアルを用いて施設内勉強会を行い、食事の観察ポイントや姿勢、誤嚥と窒息時の対応の違いを学ぶ事ができた。 3.運転業務に携わる全職員を対象とし、通所部会起案の運転チェック表を用いたチェックを実施。留意点の再確認により、安全運転に繋がっている。 4.ユニットリーダー会議でヒヤリハット件数と対策の検討・周知を行い、対策を実施する事ができたが、事故対策員会での検討が不十分だった。 5.事故対策委員会に民生委員の方に参加いただき、第三者の視点での助言や指摘を受け、事故の検討を行う事ができた。前月の事故対策委員会での検討内容の振り返りを行う事で、経過確認と全ユニットでの実施状況を確認する事ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の希望や要望を読み取り実現する件数を増やす。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	○/-	○/-	○/-	○/-	○/-	○/-	○/-	◎/-	◎	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。 ①感染症の状況を考え合わせ立案と計画を行う。（実施方法、実施回数、参加人数の上限など） ②ご家族に趣旨の説明、理解を得た上で参加を促す ③イベントを実施する。	エリア入所相談員/介護職	①イベントの立案・計画		②発信	③家族会や行事の中で実施の場合→参加を希望されたご家族全員を対象 人数制限のある中で実施の場合→食事に対するリスクなどを鑑み対象を選定						振り返り	次年度準備		施設長
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	◎	ー	ー	
	事業所	3	①つぶやき対応ルールの再周知を図る。 ②つぶやきを積極的に収集する。 ③実現可能なつぶやきを洗い出し検討する。 ④ご家族の協力も得ながら実現する。 ⑤効果の高かった案件をリーダー会議内で水平展開する。	介護長、リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①ルールの再周知	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	評価	⑤水平展開	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	振り返り	次年度準備		施設長
						◎/◎	◎/◎	◎/◎			◎/◎	◎/◎	◎/◎				
						④実現					④実現						
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験後のアンケートから「利用者様の気持ちが理解できた」との意見が多くあったが実際のケアに活かされているかの検証までには至っていない。⇒計画継続 ・記録や言葉だけでは伝えきれない本当の利用者様の様子をご家族に知っていただくことで誤解を防ぐことができるため。 ・2020年度より）リーダー会議内で、つぶやきの実現ケースを共有し他のユニットや事業所のケアの質の向上へのヒントにつながった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、体験内容や実施方法の確認と周知を図っていく。 2、コロナ禍の為実施出来なかった 3、問題なし。	1、ユニット毎に体験実施の計画を立てて実施するよう促す。 2、コロナ禍の為実施出来なかった 3、問題なし。	1、体験からの気づきがケアに生かされているか確認を行う。 2、コロナ禍の為実施出来なかった 3、問題なし。	

事業報告	○つぶやきや利用者様の疑似体験を通して希望を汲み取ったり実現できたが、ご家族と一緒に過ごす希望の実現ができなかった。 1.疑似体験を行う事で、利用者様の視点で考える事につながったが、実際のケアに生かされているかの確認が十分に行う事ができなかった。 2.コロナ禍が継続した事により、行動計画の実行に至らなかった。 3.リーダー会議でつぶやきの実現ケースを共有し、ケアの質向上へのヒントにつながった。また、つぶやきを実現する事で利用者様の笑顔を見る事ができ、職員へも良い効果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々なケースへの対応力を向上させ利用者様の活動性維持を目指す。	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					◎	◎	○	－	－	○				◎	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
					－	－	－	－	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	3	・勉強会への参加を通し認知症への理解を深める。 ①エリア内、施設内の認知症に関する勉強会の開催月を確認し参加計画を立てる。 ②各職員が学びの機会（①）に積極的に参加する。 ③学びを基に日々のケアの見直しを図り改善策の検討・実施を行う。	介護長/介護職	①勉強会開催月の確認と周知	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	評価	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	②計画的な勉強会への参加 ③改善策の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動、行事）の機会をつくる。 ①定期、随時の活動計画、役割分担を行う ②活動の準備、実施 ③振り返り、次の活動計画につなげる	介護長/全職員	①活動計画・役割分担	②準備・実施 ③振り返り 3ヶ月に1回以上			評価	①活動計画・役割分担	②準備・実施 ③振り返り 3ヶ月に1回以上			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離設のリスクや帰宅願望のある利用者様への対応について専門職とともに一緒に考える機会を持った。⇒計画継続 ・2020年度より）事業所内で認知症実践者研修修了者は1名である。基礎研修の未実施者も多い。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり研修の形態に変更があったが資料にて学びを共有した。⇒計画継続 ・2020年度、コロナ禍であり地域参加の大きな行事は中止したが、ユニットやフロア単位でのレクリエーションや理学療法士による活動は実施できた。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、問題なし。 2、該当なし。 3、問題なし。 4、問題なし。	1、問題なし。 2、未資格者の確認と研修への参加を促していく。 3、問題なし。 4、問題なし。	1、問題なし。 2、中途採用者も含め、今後の計画を立てていく。 3、問題なし。 4、問題なし。	

事業報告	◎勉強会を実施し対応力の向上につながった。ユニット単位でのレクリエーションや理学療法士による活動により活動性の維持を行えた。 1.エリア介護会議にて認知症ケアについてエリア共通の教育資料を検討・作成し、共通資料を用いて施設内勉強会を実施した。BPSDについて言動の理由に目を向ける大切さを学ぶ事ができた。 2.未資格の職員の確認は行えたが、法人内の研修や運営上必要な研修への参加を優先した為、外部研修への参加は見合わせた。来年度は外部研修への参加を促す。 3.施設教育計画に沿って、資料を配布して勉強会を実施する事で全職員が勉強会に参加する事ができた。勉強会の報告書に「明日から意識する事」を報告書に入力する事で、日々のケアにつなげるきっかけにはなったが、継続して実施できているか確認していく必要がある。 4.季節を感じるレクリエーションをユニット毎で企画し、実施する事ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	－	◎/◎	－	－	◎/◎	－	－	－	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み			CM試験		介福模擬				
					◎	◎/◎	◎/-	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・看取り後アンケートの満足度の向上を図る。 ①看取りを希望された利用者様及びご家族に対し、”看取りケアとは何か”の説明を十分に行う。 ②他職種連携により計画に基づいたケアを提供する。 ③看取り後のアンケートを実施する。 ④アンケート結果の評価を行う。①に戻る。	施設長/施設ケアマネジャー、全職員	①意向の確認、看取りケアについての説明、意識統一をする				評価	①意向の確認、看取りケアについての説明、意識統一をする				振り返り	次年度準備		施設長
					②ニーズに合わせたケアを提供する					②ニーズに合わせたケアを提供する							
					③アンケートの実施					③アンケートの実施							
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	苦情になる前に小さな意見でも早急な対応を行う。 ・ご家族からの意見、ご指摘を水平展開 ・検討委員会を開催 ・ご家族に結果報告 結果、苦情をゼロとする。	施設長/相談員	意見・ご指摘が上がるごとに、水平展開・検討委員会を実施。ご家族への早急な対応（満足度アンケート含め）				評価	意見・ご指摘が上がるごとに、水平展開・検討委員会を実施。ご家族への早急な対応（満足度アンケート含め）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	エプロンゼロの取り組みをする。 ①アセスメントを行い利用者様の選定をする ②方法や物品をの検討 ③実施 ④効果の確認と見直しを行う	介護長/機能訓練指導員・介護職	①利用者様の選定	②物品・方法の検討、準備	③実施		評価	①利用者様の選定	②物品・方法の検討、準備	③実施		振り返り	次年度準備		施設長
												◎	◎				
							④効果確認・見直し					④効果確認・見直し					
					×	△	△/△	△/△	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍であり地域との交流は限られたがブログやフェイスブックにて施設内の活動を発信することができた。⇒計画継続 ・2020年度、各研修、受験とも1名以上が参加し職員のキャリアアップにつながった。 ・2020年度より）ここ数年、1年間で20名程度の方が施設での最期を選ばれている。看取りまで安心して生活が可能な『選んでいただける施設』の実現につながるため。⇒計画継続 ・2020年度より）苦情0件を達成できた。⇒計画継続 ・尊厳あるケアの実現のため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1、問題なし。 2、問題なし 3、問題なし。 4、問題なし。 5、利用者様の選定に時間がかかってしまい、十分に実施できなかった。	1、問題なし。 2、問題なし 3、問題なし。 4、問題なし。 5、福祉用具の準備が遅れ、十分に実施できなかった。	1、問題なし。 2、問題なし 3、問題なし。 4、問題なし。 5、問題なし。

事業報告	○法人内の各研修やオンライン研修に参加し、個々のスキルアップを図る事ができた。看取りケアではご家族から満足と回答をいただく事ができた。苦情が1件発生した。 1. コロナ禍の為、地域貢献活動には参加できなかったが、ブログやフェイスブックは計画的に制作し発信する事ができた。 2. 初任者研修に1名、リーダーコースは各コースに1名ずつ、相談員養成コースに2名の職員が参加した。介護福祉士と介護支援専門員も受験する事ができた。 3. 看取りケア対象利用者様ご家族に、看取りアンケートをお渡しした。結果”良かった”もしくは”大変良かった”の評価・感想を頂いた。 看取りに関しては医師との面談後各専門職を交えた看取りケアの説明を行い、ご家族への理解に努めた。 4. 苦情が1件発生。当該苦情対応は多職種で検討し対応。本ケースのみならず、ご家族の思いを汲み取り、誠意が伝わる対応を早急に行う必要がある。 5. 利用者様の選定や福祉用具の準備が遅れてしまい、上期は十分に実施できなかった。下期は機能訓練指導員と連携し、ポジショニングを整える事で、エプロンを外す事はできなかったが、むせを減らす事に繋がった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					－	－	－	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」を開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・有給休暇取得率の向上を図る。 ①現状把握と取得スケジュールの立案をする。 ②有給休暇管理表を活用し他ユニットを含めた協力体制の下バランスの取れた取得につなげる。 ③取得率のバランスを考察し評価する。 ④③を踏まえ計画の見直しをする⇒②に戻る。	介護長/全職員	①現状把握とスケジュールの立案	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	③考察、評価	④計画の見直しをする	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	4	・介護実習生への対応強化を図る。 ①実習の受入日程を確認、周知し実習目的について全職員が理解する。 ②教育体制を整え実践する。 ③実習後にアンケートを取り指導の振り返りを行う。 ④③をもとに評価し下期以降につなげる。	HM/介護職	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。	②実習受入、教育	③アンケート実施、振り返り	評価	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。 ②実習受入、教育 ③アンケート実施、振り返り			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	－	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 ・2020年度より）前年度の同時期が50%であった取得率が60%と向上した。職員のモチベーションにもつながるため。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍で実習生の受け入れの機会は減ったが2021年度の実習受け入れ高校からの新卒採用者は前年度より増加した。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1、問題なし。 2、問題なし。 3、急な欠勤などによる勤務変更以外は、問題なし。 4、問題なし。	1、問題なし。 2、問題なし。 3、急な欠勤などによる勤務変更以外は、問題なし。 4、問題なし。	1、問題なし。 2、問題なし。 3、急な欠勤などによる勤務変更以外は、問題なし。 4、問題なし。

事業報告	◎ハラスメント0件。新卒や中途採用者の退職0人で有給休暇はバランスよく取得できた。コロナの感染状況に合わせて実習生の受け入れも計画的に行う事ができた。 1. 法人内のハラスメント教育に参加し、参加した職員から施設内勉強会を通して事業所に水平展開を図る事ができた。 2. エリア採用担当者会議を開催し、採用の促進を図る事ができた。11月に、江南・岐阜エリア中途採用者研修を実施した。 3. 有給休暇管理表を活用し、取得率のバランスを取りながら計画的に有給休暇を勤務表作成時に組み込む事ができた。 4. 受け入れ先のコロナウィルス感染等により実習の受け入れを見合わせた事もあったが、全体会議やリーダー会議で実習生の受け入れ日程の確認を行い、受け入れ体制を整える事ができた。実習担当者を中心に実習生の対応を行い、実習内容の制限がある中での実習だったが満足感を感じてもらう事ができたと感じる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎	◎/-	◎/-	◎/◎	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個人情報に関わる事故0件を達成することができた。 情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、問題なし。	1、問題なし。	1、問題なし。	

事業報告	◎セキュリティ事故0件。 1. IS027001の勉強会を実施し、事故発生時のリスクや、マニュアルに基づいた手順の認識を深める事ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
						毎月運営会議で確認する。				毎月運営会議で確認する。							
					◎/◎	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	◎	◎	◎	
	事業所	2	【特養】平均要介護度の適正管理を行う。 ①状態変化観察及びカンファレンスでの情報、日常生活での関わりにおいて、現状の介護度の妥当性を見極める。 ②更新認定時、または必要時は区分変更を行い適正な要介護度の取得、管理を行う。	施設長／施設ケアマネジャー	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	評価	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	振り返り	次年度準備		施設長
					②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理		②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	【ショートステイ】次月予約率の適正な管理を行う。 ①昨年度のキャンセル傾向を踏まえ年間イベントの立案をする。 ②柔軟な利用につながる利用者様のニーズを把握する。 ③②に基づき次月の空床日の利用打診をする。 ④予約の際はキャンセル待ちを推奨する。	施設長／相談員	①年間イベントの立案	②ニーズ把握	②ニーズ把握	②ニーズ把握	評価	②ニーズ把握	②ニーズ把握	②ニーズ把握	②ニーズ把握	振り返り	次年度準備		施設長
						③利用打診	③利用打診	③利用打診		③利用打診	③利用打診	③利用打診	③利用打診				
						④	④	④		④	④	④	④				
					△	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・収益向上のために営業戦略を見直し、課題分析を行い他法人との差別化を図る。 ・2020年度より）平均要介護度が予算通りの推移となった。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍でありボランティアなどによるイベントの実施は限られたが、フロア単位で、おやつレクなどを実施し好評を得た⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、相談員会議で確認しており、実施に向けて動いている。 2、問題なし。 3、満足度調査や居宅ケアマネージャーなどからニーズを収集していく。	1、リーフレットや折り込みチラシの作成準備を行っている。 2、問題なし。 3、キャンセルや空所状況に合わせて利用につなげる事ができている。	1、リーフレットや折り込みチラシの作成を行っている。 2、問題なし。 3、利用者様のニーズの共有を図っていく事で利用拡大につなげていく。	

事業報告	○特養・ショートステイについて、平均要介護度や稼働率が目標に達しなかった。 1.他施設パンフレットの共有、グラフィックデザイナーの採用、広報やリーフレットの作成等、様々な営業展開を考える上で、今までにない取り組みを実施する事が出来た。営業継続する事で、他事業所との関りを継続する事が出来た。 2.カンファレンスやモニタリング、介護認定の更新のタイミング等で要介護の妥当性の確認を行った。 3.次月の予約の段階では99.7%以上を目標に取り組むことが出来た。上半期は急なキャンセルや空床を補填できずに稼働率を大きく下げる結果となってしまったが、下半期はその遅れを取り戻すよう利用者様のニーズの把握、空床日の利用打診、事業所への営業を行うことで稼働率維持に努めることが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	特別養護老人ホーム / ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	感染症0に向けて職員の意識統一を図る。 ①毎日、感染症予防対策を行いチェック表にて確認する ②毎月の会議または勉強会の中で最新の情報を周知し感染症予防への意識を維持する	看護長／全職員	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	評価	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎							
					②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会		②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を整備し緊急事態に備えた体制（緊急連絡網の作成・応援体制の確保・ライフラインの確保）を構築する。 ①事業継続計画の内容を職員全体へ周知する ②様々な災害に対応した避難訓練を実施する	主任相談員／全職員	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				評価	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△		△	△	△	△				
					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上							
					△	◎	△	△	○	△	◎	△	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなるため。 ・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、問題なし。 2、訓練の年間計画を立てる。	1、問題なし。 2、職員への周知を図っていく。	1、問題なし。 2、問題なし。	

事業報告	◎職員でコロナウィルス感染が2名発生したが、感染の拡大はなく利用者様の感染は0名。災害を想定した訓練を実施する事ができた。 1. 会議や勉強会での感染症予防対策について周知することが出来た。新型コロナウイルス感染症の拡大を防止することが出来た。 2. 事業継続計画に関する勉強会に出席し、理解を深める事が出来た。地震、火災、水害、不審者対応に関する訓練を、各1回ずつ実施する事が出来、災害対応への意識向上につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） － チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 －	○ －	○ －	－ ○	評価 ○	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） － チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 －	◎ －	－ －	－ －	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
	エリア	★3	※計画変更 模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を動画で共有し振り返る。 →既存の動画資料を用いて視聴を実施、共有し振り返る。	介護長/全職員	動画での共有の方法の検討 ◎	動画視聴スケジュールの立案 ◎	動画の準備 ◎	動画の準備 ◎	動画視聴 ◎	評価、修正 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	事業所	★4	①全体会議にて利用者様の日々の対応法における疑問点について、各専門職による多様な視点から意見交換を行い、ケアの適切性について検証し実践する。 ②①の対応や言葉がけの実践の効果確認を全体会議の定例議題としケアの見直しを図る。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	評価 ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①疑問の収集・検証と実践 ◎ ②見直し ◎	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について学ぶことはできたが個別に合わせた議論は不十分であった。⇒計画継続 ・2020年度より）虐待予防チェック表に基づく自己点検を行ったことで意識や解釈のずれを修正することができた。⇒計画継続 ・お手本となるケアを明確な形で分かり易く共有することで学びがより浸透できると考えるため。 ・尊厳あるケアが提供できているか議論する機会を持つことが、より良いケアにつながるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できている。 2、6月に研修を実施した。 3、動画の選定・準備を行った。 4、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。 3、計画通り実施できている。 4、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。 3、ほぼ計画通り実施できている。 4、計画通り実施できている。	

事業報告	◎2021年度不適切ケアは０件だった。 1.委員会を開催し、ケアの検討と周知を図ることが出来た。 2.虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する事で、各職員が日ごろを振り返り、虐待について再確認することができた。 3.動画を見る事で自己の日頃のケアを振り返ることが出来、利用者様への対応を考え直すことが出来た。 4.DS全体会議にて利用者様の日々の対応について疑問に思ったことを、各専門職による多様な視点から意見交換を行い、ケアの適切性について考え、見直しを行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員 必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ 自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					－	－	－	○	○	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	エリア	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／介護職、介助員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共有を図る。									振り返り	次年度準備		
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						◎	○		◎	◎		△	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	ヒヤリハットのデータ活用をする。 ①ヒヤリハットを積極的に拾い上げる。 ②ヒヤリハットを種別に集計し対応策を立案する。 ③立案された対応策を実施する。 ④③について必要と思われるものを事故対策委員会にて水平展開し第三者からの意見をいただく。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	評価	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	①収集 ②立案 ③実施 ④水平展開	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★5	・事故対策委員会にて離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止について重点的に対策を行う。 ①第三者目線での助言や指摘をケアの改善に活用する。 ②重大事故（受診事故）を水平展開する。 ③ケア方法を確認し実践する。 ④実践した内容を事故対策委員会にて報告する。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	評価	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故検討委員会の中で法人内事故について周知、議論を行い自施設での対策につなげたケースがあった。⇒計画継続 ・2020年度より）施設内で誤嚥事故が1件、発生した。リスクマネジメントが必要である⇒計画継続 ・2020年度、施設内（ショートステイ）にて人身事故が1件、発生した。送迎中の事故防止への意識が大切である。 ・2020年度より）ヒヤリハットは挙がっているが対応策の効果について検証がより必要であると感じる。⇒計画継続 ・2020年度、事業所内で離設事故が1件、発生した。利用者様の生命へのリスクが高い事故について防止したい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できている。 2、該当なし。 3、計画通り実施できている。 4、計画通り実施できている。 5、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。 3、計画通り実施できている。 4、計画通り実施できている。 5、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、該当なし。 3、計画通り実施できている。 4、計画通り実施できている。 5、計画通り実施できている。	

事業報告	◎重大事故発生は０件だった。 1.事故対策委員会に参加し、エリア内、施設内で起きた重大事故を周知し、検討することが出来た。 2.「誤嚥事故を防止する」資料を用いた勉強会に参加し、誤嚥事故防止に役立てる事が出来た。 3.安全運転教育を実施し、安全運転を心掛ける事が出来た。 4.日々の業務の中でヒヤリハットを意識して拾い会議にて、統一した介助を検討し、重大事故防止に努めた。 5.事故対策委員会に参加し自施設内・法人内で起こった重大事故の状況・対策を確認し自事業所での対応に生かすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の希望や要望を読み取り実現する件数を増やす。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度） レポートを基にフィードバックを図る			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○				○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	2	①つぶやき対応ルールの再周知を図る。 ②つぶやきを積極的に収集する。 ③実現可能なつぶやきを洗い出し検討する。 ④ご家族の協力も得ながら実現する。 ⑤効果の高かった案件をリーダー会議内で水平展開する。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①ルールの再周知	②収集 ③洗出し ④実現	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	評価	⑤水平展開	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験後のアンケートから「利用者様の気持ちが理解できた」との意見が多くあったが実際のケアに活かされているかの検証までには至っていない。⇒計画継続 ・2020年度より）リーダー会議内で、つぶやきの実現ケースを共有し他のユニットや事業所のケアの質の向上へのヒントにつながった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、計画通り実施できている。

事業報告	○つぶやきを多く拾い、疑似体験を通して利用者様の希望や要望を読み取り実現に心がけたが十分にはできなかった。 1.利用者様の疑似体験をすることで利用者様の気持ちが理解でき、日ごろのケアに生かすことができた。 2.つぶやきの収集結果から特に食のイベントや昼食について好評を得ることができ、ご家族にも喜んでいただいていることを感じた。満足度調査で利用者様やご家族の思いを知ることができ、良かったこと、感謝の言葉等を目にしたことで職員のモチベーションの向上につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
在宅生活継続を支援するためのケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○										
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	○	○	○				◎	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
					－	－	－	－	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	3	・勉強会への参加を通し認知症への理解を深める。 ①エリア内、施設内の認知症に関する勉強会の開催月を確認し参加計画を立てる。 ②各職員が学びの機会（①）に積極的に参加する。 ③学びを基に日々のケアの見直しを図り改善策の検討・実施を行う。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①勉強会開催月の確認と周知	②計画的な勉強会への参加	②計画的な勉強会への参加	②計画的な勉強会への参加	評価	②計画的な勉強会への参加	②計画的な勉強会への参加	②計画的な勉強会への参加	②計画的な勉強会への参加	振り返り	次年度準備		施設長
						③改善策の実施	③改善策の実施	③改善策の実施		③改善策の実施	③改善策の実施	③改善策の実施	③改善策の実施				
					◎	－	－	－	－	－	◎	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	★4	・自宅でも実践できる運動や活動を提案する ①特別な道具や準備が少ない運動や活動を選定 ②デイサービス利用中に実践する ③個別に提案する（個別機能訓練加算算定対象者全員への提案を目指す）	リーダー、理学療法士／看護職・介護職	①②運動や活動の実践				評価	①②運動や活動の実践				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					③個別に提案					③個別に提案							
					△	△	△	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離設のリスクや帰宅願望のある利用者様への対応について専門職とともに一緒に考える機会を持った。⇒計画継続 ・2020年度より）事業所内で認知症実践者研修修了者は0名である。基礎研修の未実施者も多い。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり研修の形態に変更があったが資料にて学びを共有した。⇒計画継続 ・2020年度、コロナ禍であり利用者様の体力低下や活動量の低下が表れている。理学療法士を中心に在宅生活のサポートを目指した提案をしていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できている。 2、該当なし。 3、開催について該当なし。 4、ほぼ計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、該当なし。 3、開催について該当なし。 4、ほぼ計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。 2、該当なし。 3、開催について該当なし。 4、ほぼ計画通り実施できている。	

事業報告	○在宅生活の継続支援をするためデイサービスでの活動や運動について検討したり、認知症についての理解を深めケアの向上に努めた。 1.施設内勉強会に参加し、自身のケアについて振り返り考える機会が持てた。また、利用者様一人ひとりの状態に合わせたケアの在り方を考えることができた。 2.外部研修に参加することが出来なかった。 3.施設内勉強会に参加し、日々のケアの見直しを図り改善策の検討・実施を行う事が出来た。 4.デイサービスでの機能訓練実施中に自宅でも出来る運動を提案した。実際行って下さりご家族からも好評価いただいた。（個別機能訓練加算算定対象者全員への提案を目指したが、全員の方にはできなかった）

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						－	－	－	－	－	－	－	－				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						－	－	－	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	3	①前年度の結果を基に、利用者様の趣向に合わせて『食のイベント』の年間予定表を作成する。 ②①に基づき実施する。 ③実施後の意見、感想を分析する。 ④実施後の評価（利用者様・ご家族の反応、追加人数の分析）を行い次年度に活かす。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	①予定表の作成	②実施	②実施	②実施	④評価（全体会議にて）	②実施	②実施	②実施	②実施	振り返り	次年度準備		
					②実施	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					③評価	③分析	③分析	③分析		③分析	③分析	③分析	③分析				
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	苦情になる前に小さな意見でも早急な対応を行う。 ・ご家族からの意見、ご指摘を水平展開 ・検討委員会を開催 ・ご家族に結果報告 結果、苦情をゼロとする。	リーダー／相談員・看護職・機能訓練指導員・介護職	意見・ご指摘が上がるごとに、水平展開・検討委員会を実施。ご家族への早急な対応（満足度アンケート含め）				評価	意見・ご指摘が上がるごとに、水平展開・検討委員会を実施。ご家族への早急な対応（満足度アンケート含め）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍であり地域との交流は限られたがブログやフェイスブックにて施設内の活動を発信することができた。⇒計画継続 ・職員のスキルアップが利用者様へのより良いケアにつながるため。 ・2020年度より）『食のイベント』を楽しみにされているとの声が多く、キャンセルの防止にも効果があった。⇒計画継続 ・2020年度より）利用者様ご本人より職員の言葉がけに対しての苦情が1件、発生した。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できた。 2、該当者なし。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。	1、計画通り実施できた。 2、該当者なし。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。	1、計画通り実施できた。 2、該当者なし。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。	

事業報告	◎食のイベントを実施することで、ケアマネージャーに好印象を持って頂け、新規利用者様獲得につながりサービスの強みとすることが出来た。 1.フェイスブックやブログを更新し事業所や施設の取組みを発信した。 2.研修参加、受験該当者はなかった。 3.利用者様に喜んでいただける食のイベントを毎月検討し、実施した。利用者様、ご家族、ケアマネージャーから好評頂いている。追加利用や、新規の紹介をいただくことができた。 4.日々のご様子を詳細にご家族にお伝えすることで信頼関係の構築に努めた。（苦情０件）

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					－	－	－	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」を開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・有給休暇取得率の向上を図る。 ①現状把握と取得スケジュールの立案をする。 ②有給休暇管理表を活用しバランスの取れた取得につなげる。 ③取得率のバランスを考察し評価する。 ④③を踏まえ計画の見直しをする⇒②に戻る。	リーダー／相談員	①現状把握とスケジュールの立案	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	③考察、評価	④計画の見直しをする	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	やりがいを感じられる職場環境を確立する。 ①業務の習得状況を細かく確認する。 ②リーダーによる個別面談を行い、仕事への思いや悩みなどを聞き取り必要に応じて他職種と連携する。 ③指導方法や指導内容の見直しを全体会議にて行う。	リーダー／相談員	①習得状況の確認	①習得状況の確認	③指導方法・指導内容の見直し	①習得状況の確認	①習得状況の確認	③指導方法・指導内容の見直し	①習得状況の確認	①習得状況の確認	③指導方法・指導内容の見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					②面談の実施			②面談の実施			②面談の実施						
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	・介護実習生への対応強化を図る。 ①実習の受入日程を確認、周知し実習目的について全職員が理解する。 ②教育体制を整え実践する。 ③実習後に指導の振り返りを行う。 ④③をもとに評価し下期以降につなげる。	HM/介護職	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。	②実習受入、教育	③振り返り	評価	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。 ②実習受入、教育 ③振り返り			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 ・2020年度より）前年度の同時期が50%であった取得率が60%と向上した。職員のモチベーションにもつながるため。⇒計画継続 ・2020年度より）リーダーだけではなく教育担当者による面談を行い離職を防止できた⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍で実習生の受け入れの機会は減ったが2021年度の実習受け入れ高校からの新卒採用者は前年度より増加した。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月－６月評価	７月－９月評価	１０月－１２月評価
			1、計画通り実施できた。 2、計画通り実施できた。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。 5、実習生受け入れは7月対応。	1、計画通り実施できた。 2、計画通り実施できた。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。 5、計画通り実施できた	1、計画通り実施できた。 2、計画通り実施できた。 3、計画通り実施できた。 4、計画通り実施できた。 5、おおむね計画通り実施できた。

事業報告	◎ハラスメント０件、退職者１名（病気による退職）、各職員が計画的に有給休暇を取得(85%）することが出来た。いつでも相談しやすい雰囲気つくりに努めた。 1. 法人共通資料を用いた勉強会に参加し、ハラスメントについて深く考え、働きやすい職場環境になるよう努めた。 2. 中途入職の職員に対し教育担当職員だけでなく、全職員がレベルに合わせながらの指導を行うことが出来るよう統一し指導にあたった。 3. 有給休暇に関して年間のスケジュールを立て、計画的に取得が出来た。(85%） 4. 会議にて中途採用職員に対しての指導方法や指導内容について検討したり、業務の改善点を話し合い職場環境を整えた。 5. コロナ禍で実習生を受け入れが制限されたが、７月に高校生の実習生を受け入れ、卒業後の就職先に選んでいただけるよう努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個人情報に関わる事故0件を達成することができた。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できた。	1、計画通り実施できた。	1、計画通り実施できた。	

事業報告	◎情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守し、個人情報に関わる事故0件を達成することが出来た。 1.職員全員がISO27001の勉強会に参加し、個人情報に関わる事故発生のリスクを理解し、マニュアルに基づいて情報保護・管理システム に取り組み、安心・信頼して利用できる施設になれるよう務めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッツを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	2	①延べ人数における各介護度が占める収入に対する比率と平均単価を割り出し、目標収入を達成するためのボーダーラインを把握し管理する。 ②平均単価の増減の要因分析をする。 ③②を基に新規利用者様・既存の利用者様の利用回数の増加の調整を行い、収入の安定を図る。	リーダー／相談員	①目標収入達成のボーダーラインの把握と管理	①目標収入達成のボーダーラインの把握と管理	②平均単価の増減の要因解析	③利用回数の調整	③利用回数の調整	②平均単価の増減の要因解析	③利用回数の調整	③利用回数の調整	②平均単価の増減の要因解析	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	①実人数における機能訓練参加率（中止した根拠を明確にする）と個別機能訓練加算Ⅰによる収入の増減を分析する。 ②全体会議にてPTの業務の見直しと協力体制の構築を行う。 ③満足度調査結果の分析を行い新たなプログラムの検討、実施をする。 ④①～③までを評価し加算の算定率向上が実現できているか分析する。	リーダー／相談員・機能訓練指導員・介護職・看護職	①参加率と収入の増減を分析する	①参加率と収入の増減を分析する	①参加率と収入の増減を分析する	③満足度調査結果の分析と新たなプログラムの実施	③満足度調査結果の分析と新たなプログラムの実施	④評価、加算の算定率について分析する	①参加率と収入の増減を分析する	①参加率と収入の増減を分析する	①参加率と収入の増減を分析する	振り返り	次年度準備		施設長
					②全体会議にて業務の見直し						②全体会議にて業務の見直し						
					△	△	△	△	△	△	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・収益向上のために営業戦略を見直し、課題分析を行い他法人との差別化を図る。 ・2020年度より）要介護度が軽度となり平均単価が減少傾向である。毎月、収入増減の分析を行い稼働管理に努めたことで年間を通して84%以上の稼働率となった。⇒計画継続 ・2020年度より）機能訓練への満足度が70%台であり、加算対象者の参加率についても改善の余地がある。事業所の核となる機能訓練の充実が、外部の事業所・利用者・ご家族へのアピールポイントとなり、事業所の満足度の向上につながる。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1、計画通り実施できた。 2、十分な分析ができなかった。 3、十分な分析ができなかった。	1、計画通り実施できた。 2、十分な分析ができなかった。 3、十分な分析ができなかった。	1、計画通り実施できた。 2、十分な分析ができなかった。 3、十分な分析ができなかった。

事業報告	○目標稼働率、目標収入の達成はできなかった。 1.法人の通所内でタブレットを使用し動画を用いた営業、ノベルティグッズを用いた営業、ポスティング営業の情報共有、意見交換、検討し収益向上の為の営業を見直し、実施した。 2.新規利用者様の受け入れ、既存の利用者様の利用回数の増加の調整を行い、収入の安定をはかったが充分にできなかった。 3.満足度調査にて機能訓練についての満足度は上期７１％から下期７９％と上がったが、今後も改善の必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	感染症0に向けて職員の意識統一を図る。 ①毎日、感染症予防対策を行いチェック表にて確認する ②毎月の会議または勉強会の中で最新の情報を周知し感染症予防への意識を維持する	リーダー／相談員・機能訓練指導員・介護職・看護職	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	評価	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会		②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会				
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を整備し緊急事態に備えた体制（緊急連絡網の作成・応援体制の確保・ライフラインの確保）を構築する。 ①事業継続計画の内容を職員全体へ周知する ②様々な災害に対応した避難訓練を実施する	リーダー／相談員・機能訓練指導員・介護職・看護職	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				評価	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○		○	○	○	○				
					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上							
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなるため。 ・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、ほぼ計画通り実施できた。 2、十分実施出来なかった。	1、ほぼ計画通り実施できた。 2、十分実施出来なかった。	1、ほぼ計画通り実施できた。 2、十分実施出来なかった。	

事業報告	◎職員でコロナ感染者１名あったが、感染の拡大はなく利用者様の感染は０名だった。 1. 日々感染症予防体策を行い、感染症の予防が出来た。 2. 事業継続計画についての研修に参加し理解を深める事が出来た。災害を想定した訓練に参加した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	評価、修正 ○	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○/○	○/○	○/○	○/○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	HM/全職員	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） － チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 －	○ －	○ －	ー ー	評価 ○	高齢者虐待防止研修（年に３回以上） ー チェックの実施と集計・必要に応じた面談の実施 ー	ー ○	ー ○	 ー	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	HM/介護職	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
	エリア	★3	※計画変更 模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を動画で共有し振り返る。 →既存の動画資料を用いて視聴を実施、共有し振り返る。	HM/全職員	動画での共有の方法の検討 ◎	動画視聴スケジュールの立案 ◎	動画の準備 ◎	動画の準備 ◎	動画視聴 ◎	評価、修正 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	動画視聴 ◎	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長
	事業所	4	①月に一度の会議の場で、利用者の日々の介助の対応について意見交換を行い、適切な介助を行えているか検討を行う。 ②検討した結果を実施し、翌月の会議時に見直しを図る。	HM/介護職	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ◎	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	評価 ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	①対応の意見交換、検証と実践 ◎ ②見直し ○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待や身体拘束の定義、対策について学ぶことはできたが個別に合わせた議論は不十分であった。⇒計画継続 ・2020年度より）虐待予防チェック表に基づく自己点検を行ったことで意識や解釈のずれを修正することができた。⇒計画継続 ・お手本となるケアを明確な形で分かり易く共有することで学びがより浸透できると考えるため。 ・2020年度より）尊厳あるケアについての話し合いは行ったが個別に合わせた議論は不十分であった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.実施できている。 2.虐待予防チェック表での自己点検が実施できていない。 3.計画、準備を進めている。 4.実施できている。	７月-９月評価 1.実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.既存の動画を視聴行っている。 4.実施できている。	１０月-１２月評価 1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。	

事業報告	◎不適切ケアは０件。 1.委員会を開催し、既存の動画資料を用い、どのような介助だと不適切ケアとなるのかの確認、振り返りを行うことができた。 2.1回目の虐待防止研修後に虐待予防チェック表を用いた自己チェックを行う事で、研修内容の理解度や認識のずれの有無を確認する事ができた。虐待予防チェック表の質問の中で間違った回答や悩んだ項目については個別でフォローアップを行った。 3.動画の撮影、共有から既存の動画を視聴し、振り返りに変更した。動画を視聴することで、第三者の立場から気づく事が多くあった。改めて自身のケアの振り返りを行い、ケアの対応を見直すきっかけとなった。 4.会議の場で利用者様の状態についての話合いを行った。会議の場のみでなく随時状態の変化に合わせて対応の検討を話合う事もでき、行った結果に対しての対応の見直しも行えている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/HM・介護職					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ 自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					ー	ー	ー	○	○	－	－	－	－	◎	◎	◎	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／HM・介護職	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					ー	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	◎	◎	◎	
	事業所	4	・ハインリッヒの法則を理解しヒヤリハットのデータ活用をする。 ①ヒヤリハットを積極的に拾い上げる。 ②ヒヤリハットを種別に集計、要因解析し対応策を立案する。 ③立案された対応策を実施する。 ④③について効果の確認、検証を行う。 ⑤効果の高かった対策について愛岐エリアHM会議にて水平展開する。	HM/介護職	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	評価	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	①収集 ②立案 ③実施 ④効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					⑤愛岐エリアHM会議にて水平展開												
					△/△/△	◎/◎/◎	△/△/△	△/△/△	○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎	◎	◎	
	事業所	★5	・事故対策委員会にて離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止について重点的に対策を行う。 ①第三者目線での助言や指摘をケアの改善に活用する。 ②重大事故（受診事故）を水平展開する。 ③ケア方法を確認し実践する。 ④実践した内容を事故対策委員会にて報告する。	HM/介護職	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	評価	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	委員会の開催 ①②③ ④報告	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故検討委員会の中で法人内事故について周知、議論を行い自施設での対策につなげたケースがあった。⇒計画継続 ・2020年度より）施設内で誤嚥事故が1件、発生した。リスクマネジメントが必要である⇒計画継続 ・2020年度、施設内（ショートステイ）にて人身事故が1件、発生した。グループホームでは利用者様と同乗し外出する機会があるため事故防止への意識が大切である。 ・2020年度より）ヒヤリハットは挙がっているが対応策の効果について検証がより必要であると感じる。⇒計画継続 ・2020年度、施設内（ショートステイ、デイサービス）で離設事故が各1件、発生した。利用者様の生命へのリスクが高い事故について防止したい。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.実施できている。 2.該当なし 3.実施できている。 4.実施できていない。 5.実施できている。	1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。 5.実施できている。	1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。 5.実施できている。

事業報告	◎重大事故は０件。 1.エリア会議で重大事故や自施設での事故を報告し、検討する事ができた。また、エリア会議で検討した内容を事故対策委員会で周知・議論する事ができた。 2.リハビリ部会起案の誤嚥予防マニュアルを用いて施設内勉強会を行い、食事の観察ポイントや姿勢、誤嚥と窒息時の対応の違いを学ぶ事ができた。 3.運転業務に携わる全職員を対象とし、通所部会起案の運転チェック表を用いたチェックを実施。留意点の再確認により、安全運転に繋がっている。 4.８月まではヒヤリハットの意識が弱く、中々報告を挙げることができなかった。8月より出勤時１人１件ヒヤリハットを挙げるようにルール化することで報告件数は増加した。 それにより今まで以上に利用者様に目を向けるようになり、事前に気づく力は向上している。分析までは十分に対応ができていない為、今後の課題となる。 5.事故対策委員会に民生委員の方に参加いただき、第三者の視点での助言や指摘を受け、事故の検討を行う事ができた。前月の事故対策委員会での検討内容の振り返りを行う事で、経過確認と実施状況を確認する事ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の希望や要望を読み取り実現する件数を増やす。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	△	△	△	△	△	△	△	○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。 ①感染症の状況を考え合わせ立案と計画を行う。（実施方法、実施回数、参加人数の上限など） ②ご家族に趣旨の説明、理解を得た上で参加を促す ③イベントを実施する。	エリア入所相談員/HM・介護職	①イベントの立案・計画		②発信	③実施（各ご家族１回の参加を目指す）						振り返り	次年度準備		施設長
					×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	
	事業所	3	①つぶやき対応ルールの再周知を図る。 ②つぶやきを積極的に収集する。 ③実現可能なつぶやきを洗い出し検討する。 ④ご家族の協力も得ながら実現する。 ⑤効果の高かった案件をリーダー会議内で水平展開する。	HM/介護職	①ルールの再周知	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	評価	⑤水平展開	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	②収集 ③洗出し	振り返り	次年度準備		施設長
						④実現					④実現						
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）疑似体験後のアンケートから「利用者様の気持ちが理解できた」との意見が多くあったが実際のケアに活かされているかの検証までには至っていない。⇒計画継続 ・記録や言葉だけでは伝えきれない本当の利用者様の様子をご家族に知っていただくことで誤解を防ぐことができるため。 ・2020年度より）リーダー会議内で、つぶやきの実現ケースを共有し他のユニットや事業所のケアの質の向上へのヒントにつながった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.十分に実施できていない。 2.十分に実施できていない。 3.実施できている。	1.十分に実施できていない。 2.十分に実施できていない。 3.実施できている。	1.実施できている。 2.コロナ禍のため実施できていない。 3.実施できている。

事業報告	◎つぶやきやを通して利用者様の食事に関しての希望等は実現することができたが、その他の要望は十分に反映することができなかった。ご家族と一緒に何かをする機会を設けることもできなかった。 1.疑似体験を行うことで、利用者様目線での考えは知ることができたが、それらをケアに活かす事は十分にできなかった。 2.コロナ禍の状況のため、実施することができなかった。 3.つぶやきを積極的に収集し、利用者様の好みを食事の献立に反映することができた。食事に関しては積極的に行うことができたが、その他の要望は十分に反映することができなかったので、コロナ禍であることも考慮しつつ可能な範囲で行う事を今後の課題ととらえている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症の進行防止、活動性の維持に向けたケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					◎	◎	○	ー	ー	○	○			◎	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/HM・介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
					ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	
	事業所	3	①認知症ケアについて何を学びたいか職員全員にアンケートを行う。 ②担当講師や内容など、勉強会計画を立案する。 ③勉強会を実施する。 ④③による学びを基にケアの見直しを図り実施する。 ⑤④の検証を行い必要に応じて再度、ケアを見直す。	HM/介護職	①アンケートの実施	②計画の立案	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	評価	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	③勉強会の実施 ④ケアの見直し ⑤検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動、行事）の機会をつくる。 ①定期、随時の活動計画、役割分担を行う ②活動の準備、実施 ③振り返り、次の活動計画につなげる	HM/介護職	①活動計画・役割分担	②準備・実施 ③振り返り	②準備・実施 ③振り返り	②準備・実施 ③振り返り	評価	①活動計画・役割分担	②準備・実施 ③振り返り	②準備・実施 ③振り返り	②準備・実施 ③振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離設のリスクや帰宅願望のある利用者様への対応について専門職とともに一緒に考える機会を持った。⇒計画継続 ・2020年度より）事業所内で認知症実践者研修修了者は2名である。基礎研修の未実施者は4名である。⇒計画継続 ・2020年度より）バリデーションなどパーソンセンタードケアについて学びを深めることができたと同時に講師を各職員による担当性としたことで意識も高めることができた。⇒計画継続 ・2020年度、コロナ禍であり地域参加の大きな行事は中止したが、グループホーム単独で行事やアクティビティを行い好評を得た。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できている。 2. 該当なし。 3. 実施できている。 4. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 該当なし。 3. 実施できている。 4. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 該当なし。 3. 実施できている。 4. 実施できている。	

事業報告	◎認知症の勉強会を行うことで、認知症状への対応を学ぶことはできた。対応を行っていくことで、介護度に大きな変化もなく、平均介護度は２となっている。毎月季節に関わる行事や毎日体操等を行うことで、身体自立度に大きな変化はなく活動性の維持となった。 1. 勉強会に参加する事でケアの振り返りを行う事ができた。事業所内での困難事例についても積極的に意見を出し合うきっかけともなった。 認知症ケアについては職員間で学ぶことができている。 コロナ禍の中でも利用者様に楽しんでいただくため、毎月行事活動を行えた。また、毎月絵画教室として季節に関係するものを描いていただいたり、毎日のレクレーションに新たな取り組みなども取り入れ、利用者様の日々の活動にメリハリができるようにした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	－	◎/◎	－	◎/◎	◎/◎	ー/◎	◎/◎	ー/◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					◎	◎/◎	◎/-	◎	－	－	ー	ー	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・『食』の楽しみを提供する。 ①食に関するつぶやきを洗い出す。 ②職員会議にて精査し対応できる物を献立に反映させる。 ③新メニューについて評価し今後の献立作成に活かす。	HM/介護職	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	①洗い出し ②献立への反映 ③評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎	◎	◎	
	事業所	4	・『食』の楽しみを提供する。 ①ユニット新聞に献立や写真を載せ食事の様子をご家族に向けてお伝えする。 ②満足度調査アンケートを用い、ご家族の意見や感想をお聞きし、今後の食に関して反映させていく。	HM/介護職	新聞の準備 新聞の発送	アンケート配布及び集計	意見の反映 新聞の準備発送	評価	新聞の準備 新聞の発送	新聞の準備	新聞の準備 新聞の発送	アンケート配布及び集計	意見の反映 新聞の準備発送	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎	◎	○	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍であり地域との交流は限られたがブログやフェイスブックにて施設内の活動を発信することができた。⇒計画継続 ・職員のスキルアップが利用者様へのより良いケアにつながるため。 ・2020年度より）利用者様からのつぶやきの内、半数以上が食に関するつぶやきである。グループホームならではの食の楽しみを提供していきたい。⇒計画継続 ・2020年度より）面会や来設の機会が限られた中、お便りでの定期的な情報が喜ばれた。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。	1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。	1.実施できている。 2.実施できている。 3.実施できている。 4.実施できている。

事業報告	◎個々のスキルアップ面に関しては十分な活動とはならなかったが、１名が実務者研修に参加し介護技術の向上につなげる事はできた。サービスの強みという点では、食に関してを中心に取り組み、随時献立の見直しや食事に関しての満足度の項目でご家族より満足しているとの意見をいただく事もできた。Facebook、ブログでも定期的に活動内容の報告を行えた。 1.地域行事の参加等はできなかったが、Facebookやブログに定期的に活動報告を行えた。 2.介護福祉士を未取得の職員が実務者研修に参加できた。 3.食事に関してのつぶやきを積極的に拾い上げ、随時献立に反映することができた。 4.利用者様の普段食べている食事の様子がわかるように、ユニット新聞にある一日の食事として、写真を掲載し紹介することができた。その結果満足度調査アンケートに写真を見て満足しているに返答をいただけることもできた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					－	－	－	－	－	－	－	－	○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」を開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・有給休暇取得率の向上を図る。 ①現状把握と取得スケジュールの立案をする。 ②有給休暇管理表を活用しバランスの取れた取得につなげる。 ③取得率のバランスを考察し評価する。 ④③を踏まえ計画の見直しをする⇒②に戻る。	HM/介護職	①現状把握とスケジュールの立案	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	③考察、評価	④計画の見直しをする	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	②管理表に基づいた取得	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	4	・介護実習生への対応強化を図る。 ①実習の受入日程を確認、周知し実習目的について全職員が理解する。 ②教育体制を整え実践する。 ③実習後にアンケートを取り指導の振り返りを行う。 ④③をもとに評価し下期以降につなげる。	HM/介護職	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。	②実習受入、教育	③アンケート実施、振り返り	評価	①日程と実習目的の周知	②教育体制を整える。担当者の選定を行う。 ②実習受入、教育 ③アンケート実施、振り返り			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	△	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 ・2020年度より）前年度の同時期が50％であった取得率が60％と向上した。職員のモチベーションにもつながるため。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍で実習生の受け入れの機会は減ったが2021年度の実習受け入れ高校からの新卒採用者は前年度より増加した。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できている。 2. 実施できている。 3. 実施はできている。 4. 実施はできている。	1. 実施できている。 2. 実施できている。 3. 実施できている 4. 十分に実施できていない。	1. 実施できている。 2. 実施できている。 3. 実施できている 4. 十分に実施できていない。	

事業報告	◎ハラスメントは０件。新規採用は２名。退職者は１名。有給休暇はバランスよく取得することができた。 1. ハラスメントについて勉強会を行い、各職員ハラスメントに対して改めて意識することができ、職員間での信頼関係の構築の必要性に気づけた。 2. エリア採用担当者会議を開催し、採用の促進を図る事ができた。11月に、江南・岐阜エリア中途採用者研修を実施した。 3. 有給休暇取得予定表を用いながら定期的な有給休暇取得を行えた。 4. 上半期では地域の高校の実習を受け入れることができた。下半期では該当する実習元がなく実習は発生しなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎/◎	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎/-	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個人情報に関わる事故0件を達成することができた。情報保護・管理システム に取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。	1、計画通り実施できている。	

事業報告	◎セキュリティ事故０件。 1.ISOの情報をもとにどのような場面でリスクがあるかを把握し、安心・信頼できる施設となるように職員指導を行っている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎/◎	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	◎	◎	◎	
	事業所	2	平均要介護度の適正管理を行う。 ①アセスメント及びカンファレンスでの情報、日常生活での関わりにおいて、現状の介護度の妥当性を見極める。会議内で情報交換する。 ②更新認定時、または必要時は区分変更を行い適正な要介護度の取得、管理を行う。	HM/介護職	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	評価	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	①介護度の妥当性を判断	振り返り	次年度準備		施設長
					②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理		②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理	②適正な管理				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・収益向上のために営業戦略を見直し、課題分析を行い他法人との差別化を図る。 ・2020年度より）1件、区分変更を行い状態に合致した要介護度を取得した。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できている。 2. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 実施できている。	

事業報告	◎適切な収支差益は確保できた。 1. 他施設パンフレットの共有、グラフィックデザイナーの採用、広報やリーフレットの作成等、様々な営業展開を考える上で、今までにない取り組みを実施する事が出来た。営業継続する事で、他事業所との関りを継続する事が出来た。 2. モニタリングやカンファレンスをケアマネと連携し行うことを意識した。利用者様の状態変化について会議の場等を用いて密な意見交換に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	感染症0に向けて職員の意識統一を図る。 ①毎日、感染症予防対策を行いチェック表にて確認する ②毎月の会議または勉強会の中で最新の情報を周知し感染症予防への意識を維持する	HM/介護職	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	評価	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会		②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を整備し緊急事態に備えた体制（緊急連絡網の作成・応援体制の確保・ライフラインの確保）を構築する。 ①事業継続計画の内容を職員全体へ周知する ②様々な災害に対応した避難訓練を実施する	HM/介護職	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				評価	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○		△	△	△	△				
					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上							
					△	○	△	△	○	△	△	△	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなるため。 ・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できている。 2. 十分に実施できていない。	1. 実施できている 2. 十分に実施できていない。	1. 実施できている 2. 実施できている。	

事業報告	◎災害を想定した訓練を行い、対応できるように体制の見直しも行った。 1. コロナ禍ということもあり、日々の感染対策には注意し、定期的な消毒作業など行い、感染者０であった。 2. 緊急連絡網の確認や避難訓練など、災害時想定の対応を行った。ライフラインの確保などは十分にできていないことや、速やかな垂直避難訓練などを行う必要もあると感じる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす	事業所	1	①虐待が疑われるケースの有無を居宅会議（週1回程度）で確認し該当の場合は速やかに地域包括に報告する。 ②担当ケアマネが一人で抱え込むことの無いよう必要に応じて他ケアマネが同行訪問を行う。 ③随時、居宅会議で情報共有する。	管理者/ケアマネ	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	評価	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	①ケースの確認 ②同行訪問 ③共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎/◎/◎	◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	①支援に迷うケースについて事例検討会を実施する。（各ケアマネが年間で1ケース担当。主任ケアマネを中心にスーパービジョンを実施） ②年間で1回以上、他法人との事例検討会を開催する。 ③①と②で得た気づきを事業所職員へフィードバックする。	管理者/ケアマネ	①②開催計画の立案	①事例検討会議	①事例検討会議 ◎	①事例検討会議	①事例検討会議 ◎	①事例検討会議	①事例検討会議 △	①事例検討会議	①事例検討会議 ◎	振り返り	次年度準備		施設長
					②他法人との事例検討会（年に1回以上）												
					③気づきのフィードバック												
					○	－	◎/◎							◎	◎	◎	
	事業所	3	①ご家族支援が必要と思われる状況（疾病により支援が必要な状況、精神疾患、引きこもり等）があった際には居宅会議内にて共有する。 ②必要に応じて関係機関（地域包括または基幹相談センター）と連携を図る。	管理者/ケアマネ	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	評価	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	①ケースの確認、共有 ②連携	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）地域包括の圏域で虐待ケースの報告が多くあった。高齢者虐待防止法で通報義務・通報努力義務がある。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり他施設との事例検討の機会は限られたが事業所内での相談により多様な視点からの振り返りができた。一人で抱え込んでしまうと狭い視野になりやすい傾向にある。⇒計画継続 ・2020年度より）利用者様を包括的に支援するためには、ご家族の介護力が大きな位置を占めると感じるケースがあった。今後も8050問題に関わるケースに遭遇する機会が多いと予想されるため、相談窓口となる地域包括との連携が必要となる。　⇒計画継続		３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.疑いケースあり地域包括と連携 2.開催時期の変更あり、計画通り実施できた 3.計画通り実施できた		７月-９月評価 1.疑いケースの経過報告を実施し連携している 2.変更後計画通り実施、気づきの検討が行えた 3.利用者家族の様子として報告		１０月-１２月評価 1～3.週1回の居宅会議で支援内容等事例について協議し共有に努めている。				

事業報告	◎不適切ケアは0件 1.虐待疑い1件（6/4地域包括に報告） 居宅会議で情報共有を行い虐待とならないよう早期対応を行う、必要時同行訪問を実施する。虐待疑い報告事例はサービス事業所や地域包括と連携を図っていく。 今回の疑いケースは早急にサービス調整を行い対処したため虐待に至らず、家族の負担軽減を講じたことで介護は継続できている。 2.6/9他法人との事例検討会は、コロナ感染予防対策を行いジョイフルにて開催。規模の小さい居宅と事例検討を行う機会を設けたことで、一人ケアマネより勉強する機会となった、今後も色々相談させてほしいと依頼あり。特定事業所として今後も地域の居宅にも働きかけを行っていきたい。自居宅事例検討：8/25・11/12・12/23開催、地域包括主任ＣＭ参加いただき検討する。 3.引きこもりケース該当なし。 毎週の居宅会議にて情報共有に努めている。引きこもりの事例や勉強会があれば参加していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	事業所	1	①各ケアマネが年に1回以上、勉強会の講師を務め、プレゼン能力や援助技術能力向上につなげる。 ②①を活かしリスクマネジメントの視点に立った説明や対応を行うよう意識する。	管理者/ケアマネ	①勉強会開催計画の立案		①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	①勉強会実施	振り返り	次年度準備	施設長
								◎		◎		◎		◎			
							②リスクマネジメントの視点に立った支援を実践する										
					◎			◎	◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	苦情・クレームとハラスメントの見極めを理解した上で相手の気持ちに寄り添った対応をする。 ①苦情やクレームがあった際は速やかに上司に報告し対応する。 ②居宅会議内で共有しケースの振り返りを行う。	管理者/ケアマネ	①報告・対応	①報告・対応	①報告・対応	①報告・対応	評価	①報告・対応	①報告・対応	①報告・対応	①報告・対応	振り返り	次年度準備		施設長
					②振り返り	②振り返り	②振り返り	②振り返り		②振り返り	②振り返り	②振り返り	②振り返り				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）『言った』ではなく、どう相手に『伝わったか』を重要視する必要があるという視点で各自が勉強会の講師を務め意識を高めることができた。⇒計画継続 ・2020年度より）対応が難しいケースは週に1度の会議の中で共有し相談する機会を持った。苦情の初動対応の重要性を理解し動くことが大切である。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた 2.①該当なし、毎週のケース共有で早期発見に努めている	1.計画通り実施でき情報収集できた 2.1件あり、早期に対応策を講じた。今後も会議等で共有し早期発見に努めていく	1.計画通り実施でき情報収集できた 2.①該当なし、毎週のケース共有で早期発見に努めている	

事業報告	◎重大事故該当なし。 1.勉強会の開催計画を立て（開催月変更あり）、内部勉強会を7/26「ＢＣＰ伝達研修」・9/23「防災について」・11/29「聞く技術」・1/25「寄り添おう高齢者の糖尿病」CMの資質向上を行うことで重大事故とならないよう努めた。 2.苦情・クレームについて 9/8ＣＭに対する苦情が1件あり、ご家族の気持ちに寄り添いＣＭ交代を行ったことでご家族との信頼関係維持に努め、事後効果を確認した。 満足度調査前期・後期2回実施、集計結果については利用者様にフィードバックでき高い評価をいただけた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
担当ケアマネジャとして信頼され、自信と誇りが持てる。	事業所	1	①研修の日程を確認し参加計画を立案する。 ②障害、医療、精神保健等に関する研修へ参加し(各ケアマネが年間１回以上の参加を目指す) 業務に必要な知識の向上、支援体制づくりの構築に励む。 ③②で得た学びを居宅会議内で水平展開する。	管理者/ケアマネ	①計画の立案	②研修への参加 ◎ ③水平展開	②研修への参加 ◎ ③水平展開	②研修への参加 ◎ ③水平展開	評価	②研修への参加 ◎ ③水平展開	②研修への参加 ◎ ③水平展開	②研修への参加 ◎ ③水平展開	②研修への参加 ◎ ③水平展開	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	①介護支援専門員見学実務研修実習受入計画を立案しケアマネジメントプロセスの各単元を分担し講師役として実習を行う。 ②①を実施後の振り返りや学びを居宅会議内で水平展開し、自己のケアプラン作成力を向上させる。	管理者/ケアマネ	①計画の立案	②実習受入れ準備 ③水平展開	②実習受入れ準備 ③水平展開	②実習受入れ ③水平展開	評価	②実習振り返り ③水平展開	②実習振り返り ③水平展開	②実習振り返り ③水平展開	②実習振り返り ③水平展開				
	事業所	★2	※計画変更 ①上記受け入れ依頼がなかった場合、介護支援専門員見学実務研修実習受入マニュアルを作成し、次年度の受け入れ準備とする。 ②作成したマニュアルを事業所内で水平展開し、常に新しい情報等に対応し随時変更や追加などを行っていく。	管理者/ケアマネ		①計画の立案 ○	②マニュアル作成準備 ③水平展開 △/△	②マニュアル作成準備 ③水平展開 △/△	評価 △	②マニュアル作成 ③水平展開 ○/○	②マニュアル作成 ③水平展開 ○/○	②マニュアル作成 ③水平展開 ○/○	②確認作業 ③水平展開 ○/○	振り返り ◎	次年度準備 ◎	 ◎	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍であり外部研修の開催数が限定された。研修を通し様々なケースへの対応力、知識を習得し専門性の向上を目指したい。⇒計画継続 ・実習生の受け入れにより講師となることでプレゼン力の向上や、ケアマネジメントの基本の再確認が行え、自己の振り返りとなる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ｵﾝﾗｲﾝ研修に参加できた 2.計画変更し取り組む準備を行った	1.医療関係ZOOM研修に参加できた 2.マニュアル作りの資料集めを行う	1.障害、医療、精神保健等に関する研修へ参加できた 2.マニュアル作りの資料収集を実施	

事業報告	◎担当ケアマネジャーとして常に自信と誇りを持った行動ができるよう資質向上に努めた。 1.各研修計画を立案、様々な研修の情報を収集し業務調整を行い参加した。4/27「制度改正研修」6/17「在宅医療・介護連携座談会（聞こえと認知症）」6/25「認知症見守りシール配布事業」7/8「地域包括主催事例検討、介護者がコロナに感染したとき残された利用者をどう支えるか」7/14「できるを叶えた住環境整備」7/17「介護サービス質の向上研修」8/17「虐待防止に向けた普及啓発・市内における虐待対応の現状及び対応の流れ」その他行政の集団指導講習会　感染防止緊急対策研修会に参加。10/7「人生アルバム」10/21「ケアプラン相談・支援事業（ケアプラン点検）ケアマネが押さえておきたいポイント」11/25「口腔ケア高齢期の障がい者支援について」12/4「ＢＣＰに関する研修ＣＭ版」全てZOOM研修で受講、今後のケアマネジメントに活かしていきたい。 2.今年度は見学実務実習生の依頼がなかったため、計画を変更した。「介護支援専門員（兼見学実務研修実習）マニュアル」の作成に向けた資料収集を行い作成。新人教育・見学実習の際の資料として活用していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症の理解を深め利用者様やご家族に寄り添う支援を実現する	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	管理者/ケアマネ	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎			◎					
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正	勉強会開催					
									◎		◎	◎		◎	◎	◎	
	事業所	2	①認知症に関する勉強会の日程を確認し参加計画を立案する。 ②各ケアマネが年間1回以上、認知症に関する勉強会に参加する。 ③②で得た学びを居宅会議内で水平展開する。	管理者/ケアマネ	①計画の立案	②研修への参加	②研修への参加	②研修への参加	評価	②研修への参加	②研修への参加	②研修への参加	②研修への参加	振り返り	次年度準備		施設長
						△	○	◎		◎	◎	◎	◎				
						③水平展開	③水平展開	③水平展開		③水平展開	③水平展開	③水平展開	③水平展開				
					○	△	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	利用者様、ご家族、関係機関に対し温かな接遇と優しい対応を行う。 ①居宅会議にて1か月に1回、『接遇・環境チェックリスト』を運用し確認する。 ②チェックリスト項目の中から毎月、力を入れておこなうものを決め、重点的に取り組む。	管理者/ケアマネ	①確認	①確認	①確認	①確認	評価	①確認	①確認	①確認	①確認	振り返り	次年度準備		施設長
					②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む		②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む	②重点目標に取り組む				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離設のリスクや帰宅願望のある利用者様への対応について施設内の相談員や専門職と一緒に考える機会を持った。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり研修の形態に変更があったが資料にて学びを共有した。認知症によりサービス利用を拒まれる利用者様が多く、対応へのヒントを見つけたい。⇒計画継続 ・2020年度より）毎月、『接遇・環境チェックリスト』にて自己評価と他者評価を行った。マナー、接遇面について満足度調査結果も『悪い』評価は見られなかった。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			2.ほぼ計画通りに実施できた 3.計画通りに実施できた	1.法人内事例の振り返りを行った 2.ほぼ計画通りに実施できた 3.計画通りに実施できた	1.法人内事例の振り返りを行った 2.ほぼ計画通りに実施できた 3.計画通りに実施できた

事業報告	◎認知症に関する理解に努め、モニタリングにより利用者様・ご家族に寄り添う支援に努めた。 1.認知症に関する研修参加：6/17「在宅医療・介護連携座談会（聞こえと認知症）」6/25「市主催、認知症見守りシール配布事業」9/11「薬剤師の在宅医療介入を考える会（認知症医療疾患センター）」11/26「認知症疾患医療センター岐阜病院主催、トリックから学ぶ認知症」ＺＯＯＭにて参加。徘徊見守り事業等を利用者様家族に周知し手続き支援を行い、徘徊時の早期発見や危険を未然に防ぐ対応に努めることができた。 2.接遇・環境ＣＬの重点目標に取り組み、毎月の居宅会議で確認することで接遇・マナーの意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、地域ボランティアへの参加など）	管理者/ケアマネ	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○					◎/◎	◎/◎			◎	◎	◎	
	事業所	2	①民生委員や近隣ケアなど地域住民と交流を持てる場に出席する。（にんじん会議、地域ケア会議等） ②市内包括主催の行事に参加する。（包括主催のケアマネサロンへの出席） ③介護・医療連携の会に参加し医療関係者との交流をもち、看取り対応等の連携力を高める。	管理者/ケアマネ	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	①交流の場へ参加	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	◎	△				
					②③への参加(各年間1回以上)												
						○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	①他施設への見学や交流を通し外部の情報を広く収集する。 ②得た情報を利用者様に伝えサービスの選択の幅を広げる。 ③改善や向上へのヒントとして自エリアや自施設に情報を伝える。	管理者/ケアマネ	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	①情報収集	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎				
					②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達	②③情報伝達				
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍であり地域との交流は限られたがブログやフェイスブックにて施設内の活動を発信することができた。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり地域との交流は限られたが在宅での看取り対応等、介護と医療の連携はケアマネジメントに重要である⇒計画継続 ・2020年度より）感染症対策方法なども含め他施設の取り組みの情報を自施設へ展開した。法人に属している職員として自施設や自エリアの向上への貢献が必要である⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.①コロナ禍により開催なし ②③計画通り参加できた 3.計画通り実施できた	1.Facebookに勉強会風景を掲載 2.①コロナ禍により開催なし ②③ZOOM研修に参加できた 3.在宅会議にて報告、計画通り実施できた	1.９月10月と掲載できた。 2.11月に地域に出向き看取り事例について地域住民と介護サービス事業所にて協議できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎全職員が自己の目標に向け研修に参加し、地域の情報を収集することができた。 1.コロナ禍にてサロンや認知症カフェは開催自粛されたが、コロナ禍でも継続している地域の活動の場で看取り体験をされた方のケース報告会があり、地域とのつながりや支え合いについてお聞きすることができた。 2.6/17「在宅医療・介護連携座談会（聞こえと認知症）」10/7「在宅医療・介護連携勉強会　人生アルバム」にＺＯＯＭにて参加。 3.つぶやきを集め自法人内の資質やモチベーション向上につなげることができるよう努めた。 新規事業所情報を収集し共有、在宅会議などで市内の情報を報告している。 法人居宅部会にて、新規事業所の情報や取組についても情報共有・意見交換を行い法人内サービスの参考となるよう努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎			◎			◎			◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個人情報に関わる事故0件を達成することができた。情報保護・管理システム に取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.資料回覧等実施している。	1.資料回覧等実施している。	1.資料回覧等実施している。実地指導にて個人情報の書類管理について、きちんと行えていることについて高評価をいただいた。	

事業報告	◎情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守し、個人情報に関わる事故0件を達成。 1.定期教育に全職員が参加し意識を高めることができ、セキュリティ事故はなかった。 個人情報持出管理表を使用し、利用者様ファイル等個人情報の持出時・使用時の安全対策に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	感染症0に向けて職員の意識統一を図る。 ①毎日、感染症予防対策を行いチェック表にて確認する ②毎月の会議または勉強会の中で最新の情報を周知し感染症予防への意識を維持する	管理者/ケアマネ	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	評価	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎		◎	◎	◎	◎				
					②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会		②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会				
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業継続計画を整備し緊急事態に備えた体制（緊急連絡網の作成・応援体制の確保・ライフラインの確保）を構築する。 ①事業継続計画の内容を職員全体へ周知する ②様々な場所、状況に対応した避難訓練(シミュレーション）を実施する	管理者/ケアマネ	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				評価	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○		○	◎	◎	◎				
					②避難訓練（シミュレーション）年に2回以上					②避難訓練（シミュレーション）年に2回以上							
					△	△	△	○	○	○	◎	△	△	◎	◎	◎	
	事業所	★3	在宅の利用者様に対し災害時を想定したマネジメントを行う。 ①災害時の避難場所や連絡先についてアセスメント時に聞き取り記録する。 ②リスクが高い利用者様について事業所内で共有する。	管理者/ケアマネ	①災害時に備えたアセスメントの実施					①災害時に備えたアセスメントの実施				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○		◎	◎	◎	◎				
					②事業所内での共有（会議内）					②事業所内での共有（会議内）							
					△	△	△	○		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなるため。 ・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた 2. 十分実施できなかった、7月予定 3. 十分実施できなかった、7月予定	1. 計画通り実施できた 2. 緊急時に活用できる連絡先一覧を作成、定期的に更新することとした 3. 勉強会を行い平時にできることを話あった	1. 予防ＰＣＲ実施、全員陰性で予防対策効果あり 2. 3. 居宅版ＢＣＰ研修に参加し職員に周知した。高リスク者の洗い出しを実施した	

事業報告	◎感染症0に向けて取り組むことができた。 1. 感染防止緊急対策研修会に参加し居宅会議にて伝達実施。感染症予防対策の意識を高め感染予防を講じ事業継続できた。 2. 在宅利用者の災害時対応について、1年を通じ勉強会の開催や対応策を随時検討した。居宅版ＢＣＰ研修12/4に参加、個別避難計画の作成に災害時リスクアセスメントシートを使用し、担当利用者様の一人一人について本人やその家族を交えて災害発生時の情報伝達から避難所等への誘導まで、一連の活動を想定した具体的な個別支援計画の作成を次年度の計画として準備を行う。 3. ＢＣＰ研修を受け、各自利用者様のアセスメント時に災害時の想定をした聞き取りを行うよう意識した。集中豪雨後の利用者様の行動や被害状況など居宅会議で情報共有を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	法人	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に行かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	施設長/保育士	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		施設長
					セルフチェックを確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックの再確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックを確認				
					◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	2	・定期的に保育の場面を振り返り、気づきを得る ①日々の保育の中で対応に困ったこと、上手く進んだことを共有、相談、検討する。(毎日) ②気づきがあった際は業務日誌に記録し共有する。	施設長/保育士	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	評価	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	①共有/相談/検討	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②記録	②記録	②記録	②記録		②記録	②記録	②記録	②記録				
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・自己評価の基盤は子どもの良さや可能性を、より深く色々な角度からとらえることができることであり託児所全体で子どもや保育について多面的に捉え考えることが出来る環境が大切であるため。 ・2020年度より）保育士間で保育の場面を振り返り共有したことで子どもの個性や成長について 共通認識を持ち個別性のある保育を実現することができた。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できている。 2.共有、相談、記録できている。	1.計画通り実施できている。 2.共有、相談、記録できている。	1.計画通り実施できている。 2.共有、相談、記録できている。	

事業報告	◎不適切ケア０件で目標達成。 1.セルフチェックを実施、日々の保育を振り返り虐待予防の意識を高めることができた。 2.日々の気付きを保育士間で共有することで子どもたちの特性に目を向けた保育を実現し、感謝の言葉を多くいただくことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	①エリア内の託児所で発生した事故の周知を図り、自施設にて該当、若しくは想定される事例があるか議論する。 ②必要に応じて議論の内容を業務日誌に残す。	施設長/保育士	①議論	①議論	①議論	①議論	評価	①議論	①議論	①議論	①議論	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②記録	②記録	②記録	②記録		②記録	②記録	②記録	②記録				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	・保育士のスキルアップを図ることを目的に研修に参加する。 ①研修（感染症防止・保育に関する研修）の日程を確認し年間計画を立てる。 ②各保育士が年間2回以上の研修に参加する。	施設長/保育士	①年間計画の立案		②研修への参加 ×		評価				②研修への参加 ◎	振り返り	次年度準備		施設長
						②保育に関する外部研修への参加				②保育に関する外部研修への参加							
					△	×	×/×	×	○	×	○	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	・事故のリスクについて話し合いを行い事故を防止する。 ①保育の現場で考えられるリスクについて話し合う。 ②①を基に安全な環境を維持する。	施設長/保育士	①散歩のリスク	①散歩のリスク	①水遊びのリスク	①水遊びのリスク	評価	①環境のリスク	①環境のリスク	①感染症のリスク	①感染症のリスク	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②環境整備、維持	②環境整備、維持	②環境整備、維持	②環境整備、維持		②環境整備、維持	②環境整備、維持	②環境整備、維持	②環境整備、維持				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）他施設の託児所やこども園などで発生した事故についてタイムリーに情報を得る仕組みを確立できなかった。⇒計画継続 ・2020年度より）コロナ禍であり外部研修の開催数が限定された⇒計画継続 ・2020年度より）事業所での重大事故0件を達成できた。リスクマネジメントへの意識を維持したい。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事故発生はしていないが、共有し記録している。 2.研修開催情報がまだ届いていないため、参加できていない。今後調整予定。 3.計画通り実施している。	1.事故発生はしていないが、共有し記録している。 2.１０月に研修に参加している。 3.計画通り実施している。	1.事故発生はしていないが、共有し記録している。 2.キャリアアップ研修等に参加している。 3.計画通り実施している。	

事業報告	◎重大事故の発生０件で目標達成。 1.メールなどの受信や報告があった都度、情報共有する体制ではあったが、今年度、エリア内も含め重大事故の報告は無かった。 2.保育士全員が外部研修に１回以上、参加できた。 3.日々の保育の中でリスクについて話し合い環境整備に努めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
子どもの気持ちに寄り添う機会を設け、気づく力を身に付ける。	事業所	1	・子どもの気持ちに寄り添い一緒に遊び、学ぶ。 ①保護者とコミュニケーションを密に図り、子どもの特性を共通認識する。（送迎時の声かけと連絡帳の活用） ②①に基づき子どもの特性に合わせた心身の成長に向けた保育を行う。	施設長/保育士	①共通認識	①共通認識	①共通認識	①共通認識	評価	①共通認識	①共通認識	①共通認識	①共通認識	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②寄り添う保育	②寄り添う保育	②寄り添う保育	②寄り添う保育		②寄り添う保育	②寄り添う保育	②寄り添う保育	②寄り添う保育				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	①子どものプラスの感情（嬉しい、楽しい）、感動を引き出し育くむ言葉がけや働きかけを行う。 ②子どもの日常の様子、成長を業務日誌に記録・共有し気づきを保育に活かす。	施設長/保育士	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	評価	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	①感情への働きかけ	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②記録、共有	②記録、共有	②記録、共有	②記録、共有		②記録、共有	②記録、共有	②記録、共有	②記録、共有				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）子どもと一緒に遊びコミュニケーションをとる事を意識して行った。 子どもの人格、個性、感性、自主性を尊重し、明るく健やかな心と身体を育てることが大切であると感じた。⇒計画継続 ・2020年度より）感情を上手に表出できない子どもへの働きかけに試行錯誤した。 『不快』や『寂しい』などのマイナスの感情表出は誰もが自然に身につけるが、プラスの感情への導きは周囲の働きかけが必要である。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施している。 2.計画通り実施している。	1.計画通り実施している。 2.計画通り実施している。	1.計画通り実施している。 2.計画通り実施している。	

事業報告	◎子どもの特性に合わせた保育を心がけ、アンケート結果も保護者からの満足度が高い結果となった。 1.連絡帳の活用、また送迎時に保護者との連絡を密に行い、子どもの特性を共通認識した。 2.業務日誌に子どもの様子を細かく記載し気付きを共有した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
子どもの成長を地域で見守り、育むことができる。	事業所	★1	高齢者や地域との関わりを通じて豊かな心、人間性を育む。 ①施設内外の散歩をする。 ②高齢者や地域と距離を保ち交流を図る。（挨拶をする、作品やお手紙をプレゼントするなど）	施設長/保育士	①毎日の散歩	①毎日の散歩	①毎日の散歩	①毎日の散歩	評価	①毎日の散歩	①毎日の散歩	①毎日の散歩	①毎日の散歩	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○		○	○	○	○				
					②距離を保ち交流を図る					②距離を保ち交流を図る							
					△	△	△	△	○	△	△	△	△	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・色々な人との関わりや環境が、子どもの成長にプラスの影響を与えるため。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価					７月-９月評価				１０月-１２月評価			
					1. 散歩は出来る範囲で実施した。 2. 交流は、距離を考慮し、挨拶程度の交流になっている。					1. 散歩は出来る範囲で実施した。 2. 交流は、距離を考慮し、挨拶程度の交流になっている。				1. 散歩は出来る範囲で実施した。 2. 交流は、距離を考慮し、挨拶程度の交流になっている。			

事業報告	◎新型コロナの影響で、可能な範囲の対応になってしまった。目標一部達成。 1. 施設職員、地域の住民、施設の利用者様など距離を置きながら、出来る範囲で接した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/保育士	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	風通しの良い風土作り、労働環境の改善に取り組み離職防止を図る。 ①日常業務の中で報・連・相を大切にお互いの声に耳を傾ける思いやりのある関係性を保つ。 ②職員満足度調査を行い、表出された意見を基に改善に取り組む。	施設長/保育士	①報連相を実践する	①報連相を実践する	①報連相を実践する ②職員満足度調査結果を基に改善する。	①報連相を実践する	評価	①報連相を実践する	①報連相を実践する	①報連相を実践する ②職員満足度調査結果を基に改善する。	①報連相を実践する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/×	◎/△	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・2020年度より）2人の保育士間で協力、連携し保育を行うことができた。 離職を防止し子どもが安心して保育を受けることができる環境を維持していくため。⇒計画継続	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月の審議はできている。 2.報連相は実践できている。 満足度調査は７月実施予定。	1.毎月の審議はできている。 2.報連相は実践できている。	1.毎月の審議はできている。 2.報連相は実践できている。 満足度調査から改善に取り組んでいる。	

事業報告	◎ハラスメント事例の発生はなく、報連相の実践から安定して働ける環境作りができた。 1.ハラスメントに関する研修を実施し、正しい理解につながった。 2.報連相を密に行い、相互の関係作りに配慮できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個人情報に関わる事故0件を達成することができた。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 資料回覧できている。	1. 資料回覧できている。	1. 資料回覧できている。	

事業報告	◎情報漏洩の発生なく、ルールの順守ができた。 1. 定期的な情報提供での確認や学習の実施ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	事業所	1	①施設内行事や各事業所の状況を勘案し、託児所の休日や利用時間を設定、調整する。 ②託児所の空き状況に合わせて柔軟に受入れの対応をする。（時間の延長や変更など）	施設長／保育士	①日程調整	①日程調整	①日程調整	①日程調整	評価	①日程調整	①日程調整	①日程調整	①日程調整	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ		②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ	②柔軟な受入れ				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル各務原
事業所名	託児所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	感染症0に向けて職員の意識統一を図る。 ①毎日、感染症予防対策を行いチェック表にて確認する ②毎月の会議または勉強会の中で最新の情報を周知し感染症予防への意識を維持する	施設長／保育士	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	評価	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	①対策実施と確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会		②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会	②会議/勉強会				
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	★2	事業継続計画を整備し緊急事態に備えた体制（緊急連絡網の作成・応援体制の確保・ライフラインの確保）を構築する。 ①事業継続計画の内容を職員全体へ周知する ②様々な災害に対応した避難訓練を実施する	施設長／保育士	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				評価	①事業継続計画内容に沿った体制の構築と職員への周知				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎				
					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上					②避難訓練（地震・火災・水害・不審者想定など）年に2回以上							
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなるため。 ・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 感染対策は実施できている。 2. 事業継続計画内容の周知、非難訓練を実施している。	1. 感染対策は実施できている。 2. 事業継続計画内容の周知、非難訓練を実施している。	1. 感染対策は実施できている。 2. 事業継続計画内容の周知、非難訓練を実施している。	

事業報告	◎様々な災害に備える準備・訓練ができた。 1. 感染対策の活動毎の実施ができた。又、最新の情報があれば速やかに共有した。 2. 事業継続計画からの内容確認をおこなった。訓練も定期的に実施できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	副介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（２・３回目）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	ー	ー	◎	◎	ー	ー	ー	◎	●	◎	◎	
	エリア	3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	副介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	◎	◎	△	△	△	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	毎月のフロア会議において、リスク管理やノーリフトの視点に立ち、利用者様の状態に合わせた介助方法が実施できているか確認する。	副介護長／全職員	毎月のフロア会議にて介助方法を確認する ※必要に合わせてPTの参加や助言を求める また緊急を要するなどの場合は関係者にて調整し開催する									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて個別ケアの検討、周知を図り、不適切ケアは0件であった。引き続き検討周知の機会は必要である。（計画継続） ・2020年度より）虐待予防チェック表を用いた自己点検を行った。定着化に向けて活動は必要である。（計画継続） ・2020年度より）各自のケア方法など振り返りを行った。適切な対応を実施するため活動は必要である。（計画継続） ・介助方法の統一が不十分であり、またリスク管理やノーリフトの視点を踏まえた介助方法の検討周知ができていないことがあった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.既存動画使用検討。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。	

事業報告	1.虐待や身体拘束へつながらないよう利用者様の対応にて苦慮していることについては、委員会メンバーからのアドバイスを参考に現場で試行錯誤した。委員会内で検討することで視点を変えて考えることもできて良い機会になった。 2.虐待を行ってはいけないとの認識はあり、各自適切なケアを心がけたケアの実施に取り組むことができた。 3.模範職員ではなく、ケアについて考える既存の動画を使用して実施。各自の問題だけでなく、環境などの因子についても考え、適切な対応が実施できるよう取り組むことができた。 4.リーダー会議やフロア会議内において、多職種にてリスク管理やノーリフトに基づいた視点で介助方法を検討することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	ー	○	●	◎	◎	
	事業所	★3	救急対応の判断基準を再確認後、緊急時を想定した訓練を行う。	副介護長/全職員	教育・訓練計画作成	5月 緊急時対応教育	6月～8月 緊急時想定訓練実施			評価・修正	10月～12月 緊急時想定訓練実施			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論し、事業所内へ水平展開を図った。（計画継続） ・2020年度より）自己点検・他者点検を実施し、各自振り返りを行った。（計画継続） ・緊急時における判断基準が浸透しておらず、事故発生後の対応に不安がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	

事業報告	転倒骨折は発生したが、事前と事後の対策を徹底し、同じような事故が継続することはなかった。 1.議論した内容を事業所内でも展開して、話し合いや気づいた点を周知した。 2.自己点検により改めて自身のウイークポイントを把握することができ、また面談において更に認識することで具体的に改善策を考えて行動する職員もいた。 3.前年度の事例を含め、バイタルや救急搬送の基準など繰り返し訓練と周知を図り、実際の事故などが発生した際は冷静に対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様視点での気づきの力を身につける	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	副介護長 / エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と面会する。一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員 / 全職員	イベントの立案・計画		ご家族への発信	イベントの実施						振り返り	次年度計画		施設長
					◎	◎	△	△	△	△	△	△	△	●	◎	◎	
	事業所	★3	食事やおやつ作りの機会をつくり、楽しんで過ごせる時間を提供する。	副介護長 / 全職員	年間計画の立案	年間予定に基づいた楽しみ、季節を感じる食事を提供する。								振り返り	次年度準備		施設長
						活動の評価を行い、必要に応じて予定を見直す。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様体験において、利用者様の視点に立って考える機会がもて、実際のケアに反映することができた。利用者体験未実施の職員がまだいる。（計画継続） ・面会制限を行っていることを理由に、利用者様とご家族との交流方法が検討されていない。 ・コロナ禍により楽しみが持てる機会が減少した中、食事に対する要望が多いが十分に検討されていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.計画することはできた。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.計画したがコロナの為未実施。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.計画したがコロナの為未実施。 3.問題なし。	

事業報告	1.利用者様の置かれている状況に身を置くことで、参加者自身が直接体感することができたことは、客観的な視点で考えることができて大変良かった。 2.計画はしていましたが、コロナの影響で実施することはできなかった。 3.参加した利用者様からは喜びの声や笑顔を多く見ることができた。今後も継続するとともに提供するアクティビティについて検討する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	副介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	ー	◎	ー	◎			●	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	副介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り			施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
							ー			◎		ー		●	◎	◎	
	事業所	★3	利用者様を中心に据えたケアを提供するため、利用者様の言動、生活歴など把握し、毎月のフロア会議において提供しているケアを見直しを行う。	副介護長/全職員	取り組み内容の説明及び確認	利用者様の言動をつぶやきとして収集し、毎月のフロア会議において生活歴をベースに利用者様の中心としたケアの提供について検討する								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	事業所	★4	認知症の基礎知識への理解を深め、認知症を理解したケアが実施できるよう各自目標を掲げて取り組む。	副介護長/介護職	4月 認知症の基礎知識 勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	8月 認知症の世界観を理解する勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	12月 フロア会議において情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○	○	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症ケアについて模範職員の撮影動画を活用した職員教育を行った。（計画継続） ・2020年度より）コロナ禍のため研修の参加は見送った。（計画継続） ・利用者様の発言や行動について、その場限りの対応に終始している。 また今までの生活歴について把握が十分とは言えない。 ・認知症を理解したケアが定着できていないところがあり、理解したケアが不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 5.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 6.問題なし。	

事業報告	1.施設内での認知症ケアの事例について検討を行い、勉強会も実施することができた。 2.研修の参加者の中にはケア方法について振り返り、具体的な行動を示した職員もいた。 3.主に対応が必要な方を対象として対応した為、全利用者様まで対応することができなかった。 4.各自目標を立てて取り組むも、業務の忙しさから目標達成に至らなかったと厳しい評価をする職員もいた。しかし、意識して取り組むことができたことの影響は大きかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	副介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	副介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						◎	◎	◎	◎		◎		◎	●	◎	◎	
	事業所	★3	看取りケアの意義を理解し、必要な知識を習得する。	副介護長/介護職	4月・5月 看取りについて理解を深める勉強会		6月・7月 看取りの流れを理解する勉強会		アンケートにて理解度を確認	9月・10月 事例をもとに看取りを考える		11月.12月 事例をもとに看取りを考える		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様が作った雑巾・作品を地域の方へ配布する。	相談員/全職員	4月～6月雑巾・作品を作成			7月 地域の方へ配布	8月～10月雑巾・作品を作成			11月 地域の方へ配布		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ渦により貢献活動は未実施。ブログやfacebookの内容は自施設の活動を発信した。（計画継続） ・2020年度は、実務者研修2名、リーダーコース2名参加した（計画継続） ・看取りのニーズは増加傾向にあるが、知識や経験が不足している。 ・コロナ禍により地域とのかかわりが減少している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 5.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 6.問題なし。	

事業報告	1.事業所新聞を作成し、施設内掲示やご家族への郵送、個人情報を加工したものを外部へ配布した。ブログ等は予定通りには実施できなかった時もあった。 2.ケアマネと介護職1名合格することができた。 3.勉強会で理解を深め、実際の看取りも対応することができた。また看取りにかかわる中でも疑問点などがあったため、検討を行い看取りケアの内容の充実を図りたい。 4.一部の方に作成いただき、数枚のみだが配布することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/副介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	ー	ー	●	◎	◎	
	事業所	★2	3か月に1回管理職と面談を行い、職員一人ひとりの状況を把握する。また課題があれば解消できるよう検討し支援する。	施設長/副介護長										振り返り	次年度準備		施設長
					4月～6月職員との面談			7月面接進捗確認	8月～10月職員との面談			11月面接進捗確認	12月～2月職員との面談			3月面接進捗確認	
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
					課題を確認した場合は、関係職種にて支援方法などを検討し支援する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	希望者が3日以上の連休がとれるよう年間計画の作成と調整を図る。	副介護長/ユニットリーダー	4月 年間計画の作成	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。			評価 修正	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ハラスメントの訴えが施設内より確認された。また安心して働けるようハラスメント情報の共有、勉強会の実施により再発が必要である。 ・職員体制が変わったため、職員一人ひとりの考えや思いを知る必要がある。 ・計画に基づいて取得してはいるが、連休の取得件数は少なく、リフレッシュできる時間が持てていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 5. 問題なし。	

事業報告	1. エリア運営会議の情報を施設内へ周知し、勉強会についてハラスメントの理解とハラスメントのない施設づくりに取り組む。 2. 個別にて面接などを実施。また実施した内容により関係職種と情報を共有して対応することができた。 3. 希望者のみだが、3日以上の連休取得をすることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

事業計画作成/承認欄	
承認（管理責任者）	作成（管理者）

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、個人情報に関わる事故は0件であった。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし	1. 問題なし	1. 問題なし	

事業報告	1. マニュアルに基づいた手順が実施できるよう教育を行った。また運用確認チェックリストにて運用状況を確認し、適切に運営できているか確認を行った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員/相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する					毎月運営会議で確認する							
	事業所	2	毎月リーダー会議及び施設経営会議において待機者の確保と空床発生時に短期間で入所できるよう先を見越した待機者管理を行う。	施設長/相談員	リーダー会議において営業結果より営業内容の方向性の確認を行う				活動評価	施設経営会議において営業結果より営業内容の方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					施設経営会議において空床発生時短期間で入所できる待機者の確認と確保の為の活動を検討する					施設経営会議において空床発生時短期間で入所できる待機者の確認と確保の為の活動を検討する							
	事業所	★3	毎月規定に基づき価格や内容、優先順位を考えた修繕を行う。また12月・1月には来年度以降の修繕計画を検討する。	施設長/相談員	当初予算外修繕は情報収集と関係者へ相談し優先順位を検討した後実施する								次年度以降の修繕計画作成		次年度準備		施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・既存の営業方法では更なる収益・稼働率の向上は見込めない。 ・2020年度より）空床発生後、短期間で入所できる待機者がおらず、目標稼働に影響した。（計画継続） ・修繕計画が検討されておらず、前年度は予定外の支出が発生した。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 5. 問題なし。

事業報告	1. 自施設のリーフレットは年度末に作成を行ったが、他の事業所のリーフレット情報を共有し、自施設作成時の参考にした。 2. 事業所新聞などを活用して施設の強みや活動をPRし認知度の維持向上に努めた。 3. 修繕は関係者と協議し、優先順位を検討しながら実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	特定施設入居者生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	事業所	★1	事業を継続するため対策を把握し、災害等に対する対応力を養う。7月感染発生時、11月災害発生時訓練実施	相談員／全職員	事業継続計画の確認	訓練までに必要な教育を実施する。		コロナウイルス感染発生時訓練	訓練振り返り	訓練までに必要な教育を実施する。		地域合同避難訓練	訓練振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	◎	◎	○	○	△	○	●	◎	◎	
	事業所	★2	感染予防策のセルフチェックを毎月行い、各自の感染予防策の確認、感染予防の意識付けを行う。	看護職／全職員	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事業継続に必要な知識が不足しており、また全体的に訓練が実施できていない。 ・コロナウイルス感染症の終息の目処が見込めない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	1. 感染拡大時や災害時の対応について、情報を定期的に周知した。感染拡大時の対応については、事例などを元に検討対応したが、疑問点や課題などに気づいた点もあり、継続して取り組んでいく。 2. 各自の体調管理を実施してもらい、季節ごとの情報を含めて、感染予防に関する情報を提供し、予防にも努めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	副介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（２・３回目）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	ー	ー	◎	◎	ー	ー	ー	◎	●	◎	◎	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	副介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	◎	◎	△	△	△	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	適切または不適切だと思われる言葉遣い収集し、フロア会議において言葉遣いについて振り返る。	HM/全職員	4月・5月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		6月フロア会議にて振り返る	7月・8月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		9月フロア会議にて振り返る	10月・11月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		12月フロア会議にて振り返る	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて個別ケアの検討、周知を図り、不適切ケアは0件であった。引き続き検討周知の機会は必要である。（計画継続） ・2020年度より）虐待予防チェック表を用いた自己点検を行った。定着化に向けて活動は必要である。（計画継続） ・2020年度より）各自のケア方法など振り返りを行った。適切な対応を実施するため活動は必要である。（計画継続） ・適切な対応方法は理解しているが、実際には理解した内容が活かされておらず、また振り返る機会が不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.既存動画使用検討。 4.問題なし。	７月-９月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。	１０月-１２月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。

事業報告	不適切ケアは０件。 1.虐待や身体拘束へつながらないよう利用者様の対応にて苦慮していることについては委員会メンバーからのアドバイスを参考に現場で試行錯誤した。委員会内で検討することで視点を変えて考えることもできて良い機会になった。 2.虐待を行ってはいけないとの認識はあり、各自適切なケアを心がけたケアの実施に取り組むことができた。 3.模範職員ではなく、ケアについて考える既存の動画を使用して実施。各自の問題だけでなく、環境などの因子についても考え、適切な対応が実施できるよう取り組むことができた。 4.言葉遣いについて収集して振り返りを行い、一定期間は言葉遣いに意識した行動ができたが、時間とともに習慣化している言葉を使用するケースもあった。引き続き取り組みを継続して適切な言葉遣いの定着に向けて取り組む。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者／全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	副介護長／介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	ー	○	●	◎	◎	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回（5月・8月・11月）行い、車輌事故を防止する。	相談員／全職員	エリア通所会議の車輌事故状況・運転マナー苦情等を毎月フロア会議にて水平展開し情報共有を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						◎	◎		◎	◎		◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	【手順の周知と根拠の理解を深める】 毎月フロア会議において手順書の読み合わせを行い、各自の手順と根拠を再確認する。また現状と相違があれば見直しをする。	HM／全職員	毎月フロア会議において手順書の読みあわせを行う ※現状と相違があれば見直す									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論し、事業所内へ水平展開を図った。（計画継続） ・2020年度より）自己点検・他者点検を実施し、各自振り返りを行った。（計画継続） ・安心安全を実現するためにも定期的な教育が必要であるが年1回のみの実施であった。 ・手順書通りに業務を行わず業務ミスが発生した。また職員の入れ替わりがあり、手順通りの業務の徹底が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.実施予定なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。

事業報告	手順ミスもなく、他施設の事例を活かした行動もあり、重大事故は発生していない。 1.議論した内容を事業所内でも展開して、話し合いや気づいた点を周知した。 2.自己点検により改めて自身のウイークポイントを把握することができ、また面談において更に認識することで具体的に改善策を考えて行動する職員もいた。 3.定期的に施設車両を使用していたが、無事故無違反で１年を締めくくることもできたのも、教育の効果もあったと思われる。 4.手順を繰り返し読み合わせをすることで、経験が浅い職員は手順をより深く理解し、経験が長い職員は基本に戻り手順通りに実施する機会にもつながった。特に服薬に関する事故予防につながったと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様視点を反映した安心して楽しめる環境を提供する	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	副介護長 / エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★2	半年に1回のカンファレンス後、窓越しやスカイプを利用した面会をご家族へ提案し、利用者様との面会の機会をつくる。	HM / 全職員	カンファレンス後、ご家族と面会を調整行い、利用者様との面会の機会を提供する									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様体験において、利用者様の視点に立って考える機会がもて、実際のケアに反映することができた。利用者体験未実施の職員がまだいる。（計画継続） ・窓越し面会など利用者様との面会の機会はあるが、活用ができておらず、利用者様とご家族とのつながりが無くなっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	

事業報告	1.利用者様の置かれている状況に身を置くことで、参加者自身が直接体感することができたことは、客観的な視点で考えることができて大変良かった。 2.カンファレンスの機会を利用して毎回窓越し面会の機会を提供した。ご家族からも窓越し面会にかかわる要望を確認した為、実現に向けて検討していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	副介護長／エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	ー	◎	ー	◎			●	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	HM／介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り			施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
							◎			ー		ー		●	◎	◎	
	事業所	★3	認知症の基礎知識への理解を深め、認知症を理解したケアが実施できるよう各自目標を掲げて取り組む。	HM／全職員	4月 認知症の基礎知識勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	8月 認知症の世界観を理解する勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	12月 フロア会議において情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○	○	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症ケアについて模範職員の撮影動画を活用した職員教育を行った。（計画継続） ・2020年度より）コロナ禍のため研修の参加は見送った。（計画継続） ・認知症を理解したケアが定着できていないところがあり、理解したケアが不足している。またご家族への相談に適切に対応する力が不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	

事業報告	1.施設内での認知症ケアの事例について検討を行い、勉強会も実施することができた。 2.研修の参加者の中にはケア方法について振り返り、具体的な行動を示した職員もいた。 3.各自目標を立てて取り組むも、業務の忙しさから目標達成に至らなかったと厳しい評価をする職員もいた。しかし、意識して取り組むことができたことの影響は大きかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	相談員/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	副介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						◎	◎	◎	◎		◎		◎	●	◎	◎	
	事業所	★3	施設周辺や屋上へ散歩する機会をつくる。また状況に応じて他の外出も検討する。	HM/介護職	気候や感染予防に配慮し散歩の機会を提供する									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	ー	○	○	○	ー				
					施設周辺や屋上以外への外出について毎月のフロア会議にて検討する												
					○	○	○	○	ー	○	○	○	ー	●	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様が作った雑巾・作品を地域の方へ配布する。	相談員/全職員	4月～6月雑巾・作品を作成			7月 地域の方へ配布	8月～10月雑巾・作品を作成			11月 地域の方へ配布		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍により貢献活動は未実施。ブログやfacebookの内容は自施設の活動を発信した。（計画継続） ・2020年度は、実務者研修2名、リーダーコース2名参加した（計画継続） ・外出ができる身体自立度、職員配置となっているが昨年は外出できていない。 ・コロナ禍により地域とのかかわりが減少している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	

事業報告	1.事業所新聞を作成し、施設内掲示やご家族への郵送、個人情報を加工したものを外部へ配布した。ブログ等は予定通りには実施できなかった時もあった。 2.ケアマネと介護職1名合格することができた。 3.気候が穏やかで天候が良い日に数名近隣を散歩することができた。ベランダ散歩より近隣の散歩をされた際、利用者様は大変喜ばれ満足されていた。 4.一部の方に作成いただき、数枚のみだが配布することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/副介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	ー	ー	●	◎	◎	
	事業所	★2	3か月に1回管理職と面談を行い、職員一人ひとりの状況を把握する。また課題があれば解消できるよう検討し支援する。	施設長/HM										振り返り	次年度準備		施設長
					4月～6月職員との面談			7月面接進捗確認	8月～10月職員との面談			11月面接進捗確認	12月～2月職員との面談			3月面接進捗確認	
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
					課題を確認した場合は、関係職種にて支援方法などを検討し支援する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	希望者が3日以上の連日休暇がとれるよう年間計画の作成と調整を図る。	副介護長/HM	4月 年間計画の作成	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。			評価 修正	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ハラスメントの訴えが施設内より確認された。また安心して働けるようハラスメント情報の共有、勉強会の実施により再発が必要である。 ・職員の入れ替りにより、人間関係などに悩まれる可能性がある。 ・計画に基づいて取得してはいるが、連日休暇の取得件数は少なく、リフレッシュできる時間が持てていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	1. エリア運営会議の情報を施設内へ周知し、勉強会についてハラスメントの理解とハラスメントのない施設づくりに取り組む。 2. 個別にて面接などを実施。また実施した内容により関係職種と情報を共有して対応することができた。 3. 希望者のみだが、3日以上の連休取得をすることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、個人情報に関わる事故は0件であった。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし	1. 問題なし	1. 問題なし	

事業報告	1. マニュアルに基づいた手順が実施できるよう教育を行う。また運用確認チェックリストにて運用状況を確認し、適切に運営できているか確認を行った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員/相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する					毎月運営会議で確認する							
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★2	事業所での活動や強みを紹介するチラシを4月作成し、認知症の進行を予防しながら、地域とつながりを継続できていることを居宅・包括・病院へ周知する。	施設長/相談員・HM	4月 チラシの作成	5月・6月 チラシを配布し、配布時の反応など施設経営会議にて確認		7月 チラシの内容を見直す	8月・9月 チラシを配布し、配布時の反応など施設経営会議にて確認		10月 チラシの内容を見直す	11月・12月 チラシを配布し、配布時の反応など施設経営会議にて確認		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★3	毎月規定に基づき価格や内容、優先順位を考えた修繕を行う。また12月・1月には来年度以降の修繕計画を検討する。	施設長/相談員	当初予算外修繕は情報収集と関係者へ相談し優先順位を検討した後実施する								次年度以降の修繕計画作成		次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・既存の営業方法では更なる収益・稼働率の向上は見込めない。 ・ＧＨの活動や強みが関係者に認識されていない。 ・修繕計画が検討されておらず、前年度は予定外の支出が発生した。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	1. 自施設のリーフレットは年度末に作成を行ったが、他の事業所のリーフレット情報を共有し、自施設作成時の参考にした。 2. 事業所新聞などを活用して施設の強みや活動をPRし認知度の維持向上に努めた。 3. 修繕は関係者と協議し、優先順位を検討しながら実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	事業所	★1	事業を継続するため対策を把握し、災害等に対する対応力を養う。7月感染発生時、11月災害発生時訓練実施	相談員／全職員	事業継続計画の確認	訓練までに必要な教育を実施する。		コロナウイルス感染発生時訓練	訓練振り返り	訓練までに必要な教育を実施する。		地域合同避難訓練	訓練振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	◎	◎	○	○	△	○	●	◎	◎	
	事業所	★2	感染予防策のセルフチェックを毎月行い、各自の感染予防策の確認、感染予防の意識付けを行う。	看護職／全職員	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事業継続に必要な知識が不足しており、また全体的に訓練が実施できていない。 ・コロナウイルス感染症の終息の目処が見込めない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	1. 感染拡大時や災害時の対応について、情報を定期的に周知した。感染拡大時の対応については、事例などを元に検討対応したが、疑問点や課題などに気づいた点もあり、継続して取り組んでいく。 2. 各自の体調管理を実施してもらい、季節ごとの情報を含めて、感染予防に関する情報を提供し、予防にも努めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	副介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（２・３回目）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	ー	ー	◎	◎	ー	ー	ー	◎	●	◎	◎	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	副介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	◎	◎	△	△	△	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	適切または不適切だと思われる言葉遣い収集しフロア会議において言葉遣いについて振り返る。	副介護長/全職員	4月・5月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		6月フロア会議にて振り返る	7月・8月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		9月フロア会議にて振り返る	10月・11月 適切または不適切な言葉遣いを収集する		12月フロア会議にて振り返る	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて個別ケアの検討、周知を図り、不適切ケアは0件であった。引き続き検討周知の機会は必要である。（計画継続） ・2020年度より）虐待予防チェック表を用いた自己点検を行った。定着化に向けて活動は必要である。（計画継続） ・2020年度より）各自のケア方法など振り返りを行った。適切な対応を実施するため活動は必要である。（計画継続） ・適切な対応方法は理解しているが、実際には理解した内容が活かされておらず、また振り返る機会が不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.既存動画使用検討。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.模範職員ではなく既存動画使用。 4.問題なし。	

事業報告	不適切ケアは０件。 1.虐待や身体拘束へつながらないよう利用者様の対応にて苦慮していることについては、委員会メンバーからのアドバイスを参考に現場で試行錯誤した。委員会内で検討することで視点を変えて考えることもできて良い機会になった。 2.虐待を行ってはいけないとの認識はあり、各自適切なケアを心がけたケアの実施に取り組むことができた。 3.模範職員ではなく、ケアについて考える既存の動画を使用して実施。各自の問題だけでなく、環境などの因子についても考え、適切な対応が実施できるよう取り組むことができた。 4.手順を繰り返し読み合わせをすることで、経験が浅い職員は手順をより深く理解し、経験が長い職員は基本に戻り手順通りに実施する機会にもつながった。特に服薬に関する事故予防につながったと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	副介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					ー	ー	ー	ー	◎	◎	◎	ー	○	●	◎	◎	
	事業所	★3	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回（5月・8月・11月）行い、車輌事故を防止する。	相談員/全職員	エリア通所会議の車輌事故状況・運転マナー苦情等を毎月フロア会議にて水平展開し情報共有を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						◎	◎		◎	◎		◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★4	【個々の利用者様におけるリスク予測と対策の検討】 利用者様の個々のリスクを全職員が把握・共有し適切なケアが実施できているかモニタリングに合わせて確認する。	ケアマネ/全職員	課題としてあがったリスクについて適切なケアをフロア会議にて検討し周知する リスクに対して適切なケアが実施できているか確認し不適切であればフロア会議の議題にあげる ※モニタリング予定月の前月の利用者様を対象とする									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○	●	◎	◎	

			４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論し、事業所内へ水平展開を図った。 （計画継続） ・2020年度より）自己点検・他者点検を実施し、各自振り返りを行った。（計画継続） ・安心安全を実現するためにも定期的な教育が必要であるが年1回のみの実施であった。 ・利用者様のリスクの把握が不十分であり、把握していても実際のケアに反映されていないことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1.問題なし。 2.実施予定なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	

事業報告	重大事故は発生なし。ただし、施設車両を使用中の物損事故が３件発生した。 1.議論した内容を事業所内でも展開して、話し合いや気づいた点を周知した。 2.自己点検により改めて自身のウイークポイントを把握することができ、また面談において更に認識することで具体的に改善策を考えて行動する職員もいた。 3.車両事故予防に向けて取り組みを行ったが物損事故が３件発生した。経験が浅い職員による事故が大半であったため、入社後の教育方法等について検討する。 4.利用者様の個々のリスクについて洗い出しを行った。全員が把握して対応できたか聞き取りにて確認を行ったが、短時間就労や経験が浅い職員は不安が残る結果となったため、職員も個々の状況に合わせた対応が必要であることを認識した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様視点を反映した安心して楽しめる環境を提供する	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	副介護長 / エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	
	事業所	★2	季節を感じられる屋内外の活動を提供する。	副介護長 / 全職員	屋上等屋外で過ごす時間を提供			夏の行事準備	夏の行事実施	屋上等屋外で過ごす時間を提供		冬の行事準備	冬の行事実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎	◎	○	○	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様体験において、利用者様の視点に立って考える機会がもて、実際のケアに反映することができた。利用者体験未実施の職員がまだいる。（計画継続） ・コロナ禍を理由に、利用者様に好評である行事など中止するのみで、代替えなどが十分に検討されていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	

事業報告	1.利用者様の置かれている状況に身を置くことで、参加者自身が直接体感することができたことは、客観的な視点で考えることができて大変良かった。 2.希望者のみ屋上へご案内した。夏と冬の行事に加え、おやつ作りなども季節感を感じられる内容を提供した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫しケアの向上を図る	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	副介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	ー	◎	ー	◎			●	◎	◎	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	副介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り			施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
							ー			ー		◎		●	◎	◎	
	事業所	★3	認知症の基礎知識への理解を深め、認知症を理解したケアが実施できるよう各自目標を掲げて取り組む。	副介護長/介護職	4月 認知症の基礎知識 勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	8月 認知症の世界観を理解する勉強会 目標設定	目標達成をする為の活動		目標達成状況確認	12月 フロア会議において情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○	○	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症ケアについて模範職員の撮影動画を活用した職員教育を行った。（計画継続） ・2020年度より）コロナ禍のため研修の参加は見送った。（計画継続） ・認知症を理解したケアが定着できていないところがあり、理解したケアが不足している。またご家族への相談に適切に対応する力が不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。

事業報告	1.施設内での認知症ケアの事例について検討を行い、勉強会も実施することができた。 2.研修の参加者の中には、ケア方法について振り返り、具体的な行動を示した職員もいた。 3.各自目標を立てて取り組むも、業務の忙しさから目標達成に至らなかったと厳しい評価をする職員もいた。しかし、意識して取り組むことができたことの影響は大きかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	相談員/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員要請コース ・介護福祉士、介護支援専門員	副介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
						◎	◎	◎	◎		◎		◎	●	◎	◎	
	事業所	★3	4月の勉強会にて相手の立場を理解した声かけを学び、学んだことを行えているかチェックする。	副介護長/全職員	4月 声かけ・言葉遣いの勉強会	自己チェック	自己チェック	自己・他者チェック	自己チェック	自己チェック	自己・他者チェック	自己チェック	自己チェック	振り返り 自己・他者チェック	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	●	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様が作った雑巾・作品を地域の方へ配布する。	相談員/全職員	4月～6月雑巾・作品を作成			7月 地域の方へ配布	8月～10月雑巾・作品を作成			11月 地域の方へ配布		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍により貢献活動は未実施。ブログやfacebookの内容は自施設の活動を発信した。（計画継続） ・2020年度は、実務者研修2名、リーダーコース2名参加した（計画継続） ・様々な人とかかわる事業所ではあるが、その点についての意識が乏しく、相手の立場を理解した温かみのある声かけが不足している。 ・コロナ禍により地域とのかかわりが減少している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。

事業報告	1.事業所新聞を作成し、施設内掲示やご家族への郵送、個人情報を加工したものを外部へ配布した。ブログ等は予定通りには実施できなかった時もあった。 2.ケアマネと介護職1名合格することができた。 3.忙しさなどから言葉足らずになったと評価する職員もおり、目標達成には至らないこともあったが、振り返り考える良い機会となった。 4.一部の方に作成いただき、数枚のみだが配布することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/副介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					ー	ー	ー	ー	ー	ー	◎	ー	ー	●	◎	◎	
	事業所	★2	3か月に1回管理職と面談を行い、職員一人ひとりの状況を把握する。また課題があれば解消できるよう検討し支援する。	施設長/副介護長										振り返り	次年度準備		施設長
					4月～6月職員との面談			7月面接進捗確認	8月～10月職員との面談			11月面接進捗確認	12月～2月職員との面談			3月面接進捗確認	
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
					課題を確認した場合は、関係職種にて支援方法などを検討し支援する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	希望者が3日以上の連休がとれるよう年間計画の作成と調整を図る。	副介護長/ユニットリーダー	4月 年間計画の作成	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。			評価 修正	計画に沿って有給休暇を取得できるよう職員のサポートや勤務表を作成する。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ハラスメントの訴えが施設内より確認された。また安心して働けるようハラスメント情報の共有、勉強会の実施により再発が必要である。 ・職員体制が変わったため、職員一人ひとりの考えや思いを知る必要がある。 ・計画に基づいて取得してはいるが、連休の取得件数は少なく、リフレッシュできる時間が持てていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. . 問題なし。	

事業報告	1. エリア運営会議の情報を施設内へ周知し、勉強会についてハラスメントの理解とハラスメントのない施設づくりに取り組む。 2. 個別にて面接などを実施。また実施した内容により関係職種と情報を共有して対応することができた。 3. 希望者のみだが、3日以上の連休取得をすることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、個人情報に関わる事故は0件であった。情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし	1. 問題なし	1. 問題なし	

事業報告	1. マニュアルに基づいた手順が実施できるよう教育を行った。また運用確認チェックリストにて運用状況を確認し、適切に運営できているか確認を行った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員/相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する					毎月運営会議で確認する							
	事業所	2	毎月リーダー会議及び施設経営会議において待機者の確保と空床発生時に短期間で入所できるよう先を見越した待機者管理を行う。	施設長/相談員	リーダー会議において営業結果より営業内容の方向性の確認を行う				活動評価	施設経営会議において営業結果より営業内容の方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
					施設経営会議において空床発生時短期間で入所できる待機者の確認と確保の為の活動を検討する					施設経営会議において空床発生時短期間で入所できる待機者の確認と確保の為の活動を検討する							
	事業所	★3	毎月規定に基づき価格や内容、優先順位を考えた修繕を行う。また12月・1月には来年度以降の修繕計画を検討する。	施設長/相談員	当初予算外修繕は情報収集と関係者へ相談し優先順位を検討した後実施する								次年度以降の修繕計画作成		次年度準備		施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・既存の営業方法では更なる収益・稼働率の向上は見込めない。 ・2020年度より）小規模のサービス内容を認識してもらうためには継続する必要がある。 （計画継続） ・修繕計画が検討されておらず、前年度は予定外の支出が発生した。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	1. 自施設のリーフレットは年度末に作成を行ったが、他の事業所のリーフレット情報を共有し、自施設作成時の参考にした。 2. 事業所新聞などを活用して施設の強みや活動をPRし認知度の維持向上に努めた。 3. 修繕は関係者と協議し、優先順位を検討しながら実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新那加
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	事業所	★1	事業を継続するため対策を把握し、災害等に対する対応力を養う。7月感染発生時、11月災害発生時訓練実施	相談員／全職員	事業継続計画の確認	訓練までに必要な教育を実施する。		コロナウイルス感染発生時訓練	訓練振り返り	訓練までに必要な教育を実施する。		地域合同避難訓練	訓練振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	◎	◎	○	○	△	○	●	◎	◎	
	事業所	★2	感染予防策のセルフチェックを毎月行い、各自の感染予防策の確認、感染予防の意識付けを行う。	看護職／全職員	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	セルフチェック実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事業継続に必要な知識が不足しており、また全体的に訓練が実施できていない。 ・コロナウイルス感染症の終息の目処が見込めない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	1. 感染拡大時や災害時の対応について、情報を定期的に周知した。感染拡大時の対応については、事例などを元に検討対応したが、疑問点や課題などに気づいた点もあり、継続して取り組んでいく。 2. 各自の体調管理を実施してもらい、季節ごとの情報を含めて、感染予防に関する情報を提供し、予防にも努めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目）			チェックの実施/集計	振り返り 高齢者虐待防止研修（3回目）	次年度準備	チェック実施/集計	施設長
						○		○	○	○			○	◎	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	○	◎	◎	△	△	△	△	◎	○	○	
	事業所	4	日常の中で不適切として捉えられる可能性のある事柄を会議等で議論し、職員個々の不適切ケアに対する認識を高める。	施設長/介護長	不適切ケア適正化委員会内で不適切ケア防止についての内容を取り上げる。 委員会内で話われた内容をフロア会議内で共有し予防についての知識を得る場を作る。 評価									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）虐待・身体拘束は0件であった。予防の為、継続して行う必要性がある。 2020年度より）自己点検の集計で認識の甘い項目など明らかになった為、継続して確認する。 2020年度より）委員会の中で事例や、不適切ケアに対しての認識について伝えることで理解が深まったと思われる。今後も継続していくことで不適切ケア予防に努める。 ・自己を振り返ることができていない。また、他者と比較することができていない。日々の業務の中で麻痺している部分もあると思われる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし 2.問題なし 3.問題なし 4.問題なし	1.問題なし 2.問題なし 3.問題なし 4.問題なし	1.問題なし 2.問題なし 3.問題なし 5.問題なし

事業報告	◎不適切ケア…０件/年 1.計画通り委員会の実施が出来ている。また、エリア内での情報共有も行うこともできており、周知、水平展開につなげられた。 2.チェック表による確認と集計をすることで、理解の薄い部分など把握することができた。弱い部分については再度理解ができるよう周知できた。 3.模範職員による動画撮影に関しては、虐待や不適切ケア予防に役立てるような形での実施ではなく、ケアの統一や周知という目的で実施することができた。 4.勉強会の中で事例検討なども取り入れ実施することができた。委員会の中でも勉強会の振り返りを行うことで、理解を深めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては 個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては 個別面談の実施		次年度 準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○				△	◎			○	◎	○	○	
	事業所	2	ヒヤリハット件数を多く挙げ、予防意識の向上と気付きの視点を養う。また、理解度の確認を定期的に行い、定着を図る。	介護長/施設職員	①各フロアにて毎日1つヒヤリハットを挙げる ②フロア内で内容の共有を図り、必要に応じ対応策を立案する。 ③毎月のリーダー会議内で、フロアで予防策立案した内容を施設内で共有する。									振り返り	次年度準備		施設長
					目的の説明		予防意識の確認		目的の説明		予防意識の確認		目的の説明				
					○	○	◎	○	○	○	◎	○	○	◎	○	○	
	事業所	★3	離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止を特別重点とし、職員一人一人の事故予防に対する意識の向上とルールの定着を図る。	介護長/施設職員	法人内で発生した離施設・誤嚥・服薬事故内容の周知と、自施設での発生事例を基にした発生時対策シミュレーションを行う。（4月、7月、10月、1月の事故対策委員会にて実施） 事故対策委員会で重大事故に対する予防策、ルールの確認を行う。 委員会で共有した内容をリーダーがフロアへ伝達し周知を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
							評価			評価			評価				
					○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
2020年度より）基本介護チェックを基にしたチェックシートを活用することで、職員個人の基礎的な能力を把握することができた。職員指導にも効果があると思われる為、継続して取り組む。 2020年度より）ヒヤリハット件数は大幅に上げることができた。事故予防の視点を養うため継続して取り組む必要がある。 ・ヒューマンエラーによる事故の原因はルールの不徹底、認識が低いことが考えられる。 ルールの定着、周知方法も課題である。		1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし

事業報告
◎重大事故件数…6件/年 1. 基本的な内容の確認することで、リスクマネジメントについての理解を深めることができた。誤嚥についての勉強会も計画通り実施できた。 2. ヒヤリハットについての意識は向上した。件数は974件。1年間職員の意識が風化せず取り組むことができた。 3. 会議を通して離設事故、誤嚥事故、服薬事故の防止を図る為にルールの確認やシミュレーションで予防意識の向上に努めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員一人一人が利用者様を尊重した視点を養う。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○			○	◎				○	◎	○	○	
	事業所	2	尊厳とは何か考える場を作り、それぞれの介護観を共有できる場を作る。	介護長/施設職員	・フロア会議にて尊厳とは何かを議論する機会を設ける （毎月、1つのテーマに対して尊厳とは何かを考える）									振り返り	次年度準備		施設長
					・次月の行動目標につなげる												
									活動の評価								
					○	○	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○	
	事業所	3	言葉遣い・立ち振る舞いチェックシートを用い、その中でリーダーと共に自分自身の強みを活かした目標を設定する。目標管理とその中で気づいたことを会議等で他職員へも共有し、様々な視点を持てるよう育成する。	介護長/全職員	チェックシートの更新	チェックシートの自己評価（毎月実施）								振り返り	次年度準備		施設長
						チェックシートの他者評価（毎月実施）											
						毎月のチェック表を基に必要に応じて職員面談を実施する。											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）体験を通し改めて利用者視点について考える機会となった。 2020年度より）尊厳について考える場を小規模グループで行うことで、個々の意見や想いを知る機会となり、相互理解につながっている。不適切ケアの予防の為にも必要である。 2020年度より）チェックシートの中でリーダーとの意見交換できるツールにもなっており、モチベーションの維持や近況の把握に役立っている。継続して行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし	

事業報告	◎尊厳教育件数…12回/年（各フロア） 1. 食事体験を実施した。実際に体験することで改めて利用者様の食事環境や食事介助のあり方、視点など、どのように感じるかといったことが再認識できる場となった。 2. 毎月のフロア会議内で、尊厳について意見交換をする場を設けることで、自分たちのケアを振り返る場、他者の価値観理解の場として有効であった。 3. 言葉使い立ち振る舞いチェックを毎月行えており、接遇マナーについての意識も維持できている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が充実して活動的な生活ができる環境を整備する	エリア ★1 認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
			○	○	○	○	○	○	○	○	○				
			資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
			○	○	○			○	○			◎	○	○	
	エリア 2 外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
							②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
			岐阜	4月～①②申し込み											
					①1日研修			①1日研修		①1日研修					
				②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
				○		◎		◎	◎		◎	◎	○	○	
	事業所 ★3 認知症予防の為に運動（活動）の機会をつくる。	施設ケアマネージャー/介護職	取り組み内容の検討	対象者の選定と取り組み内容の実践			評価、修正	対象者の選定と取り組み内容の実践			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
			○	○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	
	事業所 ★4 利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動や行事）の機会をつくる。	施設ケアマネージャー/介護職	年間計画の作成	計画に沿った行事運営			評価、修正	計画に沿った行事運営			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
			○	○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）コロナの影響で外部研修が中止となり参加することができなかった。 ・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・外部研修への推進が不足している。 ・認知症の方に対する活動の機会が少ない。 ・施設内で過ごす機会が多く、生活の中での楽しみ少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし

事業報告	◎認知症ケア勉強会件数…3件/年 1. エリア会議にて進捗状況の報告、情報共有を毎月行うことができている。また、困難事例に関しても会議内で共有し自施設でもその内容を共有することができている。 2. リモートで認知症基礎研修、実践者研修とも参加することができた。 3. 対象者を選定し、認知症の方への活動をケアマネも交えて検討することが出来ており、ケアプランへも反映し効果測定を行うことができた。 4. 利用者様の余暇活動を個別に行えるものを考え、個々で楽しめることをケアマネも交えて検討し、これらの内容もケアプランへ反映し経過を見ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々のスキルアップを図り、温かみのあるケアを提供する	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
						○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
									◎				◎	◎	○	○	
	事業所	3	リハビリ職員と協力し、エプロンゼロの取り組みを行う。	介護長/介護職	対象者の選定 アセスメント 物品の拡充		実施 モニタリング期間 変化の見える化を図る			評価	対象者の選定 アセスメント	実施 モニタリング期間 変化の見える化を図る		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	◎	○	○	○	◎	○	○	
	事業所	★4	看取りケアの充実を図る。	施設ケアマネージャー/介護職	ご家族、専門職出席での看取りカンファレンスの随時開催（生活歴等からニーズの抽出を図る） リーダー会議内で看取り対象者についての情報共有（本人の意向を基にしたケア内容の共有） リーダー会議内での看取りの振り返り実施（穏やかな最期を迎えることができたのか振り返る）									振り返り	次年度準備		施設長
					昨年度ご逝去された方のアルバム作成		偲ぶ会実施	活動の評価、修正									
					○	○	◎	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）コロナの影響で十分に取り組みを実施することができなかった。 2020年度より）エプロンゼロの取り組みの効果を感じることができた。風化させずに取り組みを継続、定着させていく。 ・施設内だけでは視野も広がらず、職員の向上心も上がりにくい。知識の習得、他者との交流を持てる機会が少ない。 ・利用者様の最期について考える機会が少ない。また、ご家族、利用者様からの情報も収集が十分ではない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 5. 問題なし

事業報告	◎利用者満足度…100％ 1. 面会の機会も減り、ご家族等、外部との関わりが少なくなったことで、施設の取り組みなど知っていただく為、紙媒体での発信を予定通り実施することができた。 2. リーダーコース１名、介護福祉士受験２名、実務者研修１名参加することができた。 3. エプロンゼロの取組は前年度から引き続き行っており、職員一人一人に理念は定着している。現在もエプロン着用の可否について適正に判断できている。 4. 今年度も偲ぶ会の開催はできない為、アルバムを作成しご家族へ配布している。看取りケアについても毎月会議内で話し合いと振り返りを行っており、看取りに対しての認識の共有に努めている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。３つの内容を中心として取り組んでいく。【取組内容】１）インターンシップの受け入れ品質向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価 修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
											◎			◎	○	○	
	事業所	3	学校等からの見学や説明会などの依頼がある場合はできる範囲で受け入れる。施設の雰囲気など知ってもらう機会を作り、雇用につなげていく。	介護長／相談員	中学校、高校等から依頼があった場合は、施設内の状況を調整し必ず受け入れる。 受け入れ時…実習説明、施設紹介　受け入れ中…担当者等による助言や的確な指示 受け入れ後…実習最後のフィードバックと思いの共有 流れや全体での受け入れ姿勢を確立する。									振り返り	次年度準備		施設長
					受け入れ体制の確認					評価			評価				
							○			○			○	◎	○	○	
	事業所	4	チームゲージを継続的に運用し、職員の状況を把握する。また、適宜面談を行い不安を解消する。	施設長/介護長		チームゲージの集計（5月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（6月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（6～7月）			実施後の評価	チームゲージの集計（9月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（10月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（10～11月）			実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）高校との関係性もできつつあり、就職につながった実績もある為、継続して取り組む。 2020年度より）全職員対象にチームゲージを実施することで、仕事に対する思いなどを数値で表すことができ、その都度面談などを設けることができ、定着の為にも継続して取り組みたい。 ・安定した人材確保が難しいため、採用に繋がる取り組みが必要。 ・ハラスメントについての理解が不十分である。正しい理解を得られる場が必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし 3. 問題なし 4. 問題なし

事業報告	◎離職率…6% 1. エリア採用担当者会議を実施し、新卒及び中途採用において、採用を増やすことができた。 2. ハラスメントの勉強会を共通の資料で行うことが出来ている。 3. 高校の施設見学を受け入れることができた。卒業生が就職し、現在も働いているということで学校との関係性もできており、次年度の採用につなげることもできている。 4. チームゲージを取り入れることで、職員の気持ちを把握するツールとして役立てることができており、集計後に数値で気になる職員に対して面談を行うことで、メンタル面でのサポートに役立てることができたと思われる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護、管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし。	1. 内部ケアサービス監査にて状況を確認した。	1. 問題なし。

事業報告	1. 教育・勉強会により、情報管理に関して、職員の意識を向上させることができた。 毎月のチェック表により、毎月の評価をおこなった。情報の不適切な扱いによる事故等は起こらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	居宅介護支援事業所向けのアンケートを実施する。	施設長／相談員						アンケート内容を検討・決定する。	アンケート用紙を配付する。	集計・対応策の検討	集計結果・改善策を配付する。	振り返り	次年度準備		施設長
										○	○	○	△	○	○	○	
	事業所	★3	施設の経年とともに増加する修理・営繕について、適切に管理する。	施設長／相談員	業者と修繕費用について、見積もり額や修繕方法のやり取りをしっかり行う。									次年度修繕計画（予算）			施設長
					法人規程に基づき、２回見積もり、合い見積もりの比較。												
					当初予算計上した修繕実施。				経年劣化部分修繕の優先順位検討。								
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）アンケートの回答として、それぞれの居宅介護支援事業所が受け持っている利用者様象により望むものが違っている。実行困難なものもあるが、継続して声を拾い上げて対応を検討し続ける必要がある。 ・営業を行ううえで、より魅力的なツールの検討が必要である。 ・ケアマネの反応や意見を組み上げる機会を作る必要がある。 ・施設の経年に伴う修繕が増えると見込まれる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし。 2. 実施予定期間外。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 4. 問題なし。

事業報告	◎稼働率・・・96.0％ 1. 待機者を確保することができず、稼働率が低迷してしまった。営業のための訪問先や回数を会議で検討した。また、リーフレットをあらたに作成し、訪問営業を強化した。その効果を見ながら、今後も訪問先やツールの検討を定期的に行い、さらに営業効果を上げていく必要がある。また、近隣の施設では申し込みから入所までの期間が短くなっていることから、入所希望の連絡があったら、迅速に入所につなげる必要がある。 2. 居宅介護支援事業所へのアンケート時に、他施設の取り組みを参考にして、施設の事をより知って頂ける内容を質問形式で設けた。 3. 稼働率の低迷状態が続いたこともあり、修繕は、優先度や緊急度を検討して最低限のものに対応するようにした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応する管理体制を構築する。	事業所	★1	新型コロナウイルスその他の感染症に対する対応を常に職員が意識し、継続して実施する。	看護職／全職員	コロナウイルス予防対策表にそった対策を実施する。 コロナウイルス及びその他の感染症の情勢に合わせて対策内容の見直しを行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	事業所	★2	各種災害が発生した場合でも業務を継続するための計画や訓練を実施する。	防火管理者／全職員	事業（業務）継続計画の内容に沿った体制作り 事業（業務）継続計画の内容に沿った訓練実施										振り返り	次年度準備	施設長
						総合訓練		感染症発生想定訓練		地震想定訓練		総合訓練		水害想定訓練			
						○		○	○	○		○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・全職員が感染症に対する高い意識を継続する必要があるため。 ・各種災害等について作成された計画にそった対応について、各職員が理解を深める必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし 2. 問題なし	1. 問題なし 2. 問題なし	1. 問題なし 3. 問題なし	

事業報告	1. 地域での新型コロナウイルス感染拡大が収束しない状況が続いたこともあり、感染予防の対策を前年度に引き続き継続した。勉強会やシミュレーションを計画的に行い、　職員の意識の向上を図ることができた。 2. 火災その他の災害に対する訓練を行い、発生の行動について職員が認識することができた。 今後も繰り返し訓練等を行い、さらに意識を浸透させていく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2回目）			チェックの実施/集計	振り返り 高齢者虐待防止研修（3回目）	次年度準備 チェック実施/集計		施設長
						○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	△	○	△	△	△	△	△	△	△	
	事業所	4	ケア内容を振り返り、一人で抱え込まないようフォローする体制を維持する。	相談員/主任支援員	会議等以外でも、職員それぞれの意見を聞く機会を作る。必要に応じて主任相談員、介護長、施設長へ報告する。									振り返り	次年度準備		施設長
						主任支援員による職員面談		主任支援員による職員面談		主任支援員による職員面談		主任支援員による職員面談					
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）日勤帯夜勤帯を通して職員一人での勤務であるため、職員に声を掛けたり面談機会を作ることを、今後も計画として意識をして実行していく必要がある。 ・困った事案を基に議論する機会が少ない。 ・柔軟に考える術が乏しい。 ・ケアの振り返りをする機会が必要である。 ・専門性を活かした真のケアの追求ができていない。 ・尊厳あるケアの提供ができているか、個々に振り替える場が限られている。 ・対応困難な利用者様への対応で疲労がたまってしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。

事業報告	◎不適切ケア…０件/年 1.計画通り委員会の実施が出来ている。また、エリア内での情報共有も行うこともできており、周知、水平展開につなげられた。 2.チェック表による確認と集計をすることで、理解の薄い部分など把握することができた。弱い部分については再度理解ができるよう周知できた。 3.模範職員による動画撮影に関しては、虐待や不適切ケア予防に役立てるような形での実施ではなく、ケアの統一や周知という目的で実施することができた。 4.日頃より職員間でコミュニケーションを図ったり、面談を通じて、情報を共有し、1人で抱え込まないようにすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○				△	◎			○	○	○	○	
	事業所	3	ヒヤリハット件数を多く挙げ、予防意識の向上と気付きの視点を養う。また、理解度の確認を定期的に行い、定着を図る。	介護長/施設職員	①各フロアにて毎日1つヒヤリハットを挙げる ②フロア内で内容の共有を図り、必要に応じ対応策を立案する。 ③毎月のリーダー会議内で、フロアで予防策立案した内容を施設内で共有する。									振り返り	次年度準備		施設長
					目的の説明		予防意識の確認		目的の説明		予防意識の確認		目的の説明				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	離施設事故防止、誤嚥事故防止、服薬事故防止を特別重点とし、職員一人一人の事故予防に対する意識の向上とルールの定着を図る。	介護長/施設職員	法人内で発生した離施設・誤嚥・服薬事故内容の周知と、自施設での発生事例を基にした発生時対策シミュレーションを行う。（4月、7月、10月、1月の事故対策委員会にて実施） 事故対策委員会で重大事故に対する予防策、ルールの確認を行う。 委員会で共有した内容をリーダーがフロアへ伝達し周知を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
							評価			評価			評価				
					○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）養護老人ホーム利用様様の誤嚥事故があった。防止のための認識や知識をさらに高める必要がある。 ・ヒューマンエラーによる事故の原因はルールの徹底、認識が低いと考えられる。ルールの定着、周知方法も課題である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。

事業報告	◎重大事故件数・・・2件/年 1.他施設で起こった重大事故について、施設内会議で報告と内容検証を行うことにより、事故予防の意識向上を図ることができた。 2.基本的な内容の確認することで、リスクマネジメントについての理解を深めることができた。誤嚥についての勉強会も計画通り実施できた。 3.ヒヤリハットについての意識は向上した。1年間職員の意識が風化せず取り組むことができた。 4.建屋内での会議を通して離設事故、誤嚥事故、服薬事故の防止を図る為にルールの確認やシミュレーションで予防意識の向上に努めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を向上させ、ケアに繋げる。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○			○	◎				○	◎	○	○	
	事業所	2	【ケアの統一による同一サービスの提供】 モニタリングシートを３か月に一度更新する。	施設長/支援員	各利用者様について前回更新日より3ヶ月毎に更新する。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	利用者様の心身機能の低下の兆候に早期に気付ける体制を作る。	施設長/支援員	毎月のフロア会議にて変化の確認をし、対応方法変更の必要性を検討する。									振り返り	次年度準備		施設長
								活動の評価			活動の評価						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）体験を通し改めて利用者視点について考える機会となった。 ・利用者様の気持ち・立場に立って考える場が少ない。 ・ケア内容を追求する機会の設定を継続する必要があるが、日勤帯、夜勤帯をとおして職員一人での勤務であるため、都度お互いの見解を確認する機会が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	1. 食事体験を実施した。実際に体験することで改めて利用者様の食事環境や食事介助のあり方、視点など、どのように感じるかといったことが再認識できる場となった。利用者体験を通して改めて利用者様の視点に立って考える良い機会となった。職員からの気づきもあり、職員一人一人の視野を広げる良い機会となった。 2. モニタリングシート作成を確実に実施することができた。 3. 利用者様の状態の確認と検討をし、必要に応じて、デイサービスやショートステイの利用につなげた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
創意工夫し利用者様の生活の質の向上を図る	エリア	★1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○			○	○			◎	○	○	
	事業所	★2	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動や行事）の機会をつくる。	主任支援員/支援員	年間計画の作成	計画に沿った行事運営			評価、修正	計画に沿った行事運営			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	毎月１回、特別メニューにて昼食を提供する。	管理栄養士/支援員	毎月利用者様の希望を聞き管理栄養士と打ち合わせのうえ、実施する。 メニューを決める際は複数の専門職で検討する。									振り返り	次年度準備		施設長
					提供したメニューを評価し、次月に活かす。												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）特別メニューで誤嚥事故があったことから、複数の専門職がメニュー決定に関わるようした。 ・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・屋内のみの活動の中でも、楽しめる機会が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	◎認知症ケア勉強会件数…3件/年 1. エリア会議にて進捗状況の報告、情報共有を毎月行うことができている。また、困難事例に関しても会議内で共有し自施設でもその内容を共有することができている。 介護部会などで取り上げられた事例などを施設内でも共有することはできた。共通資料を基にした勉強会も計画通り開催することが出来ている。 2. 複数の利用者様で行う活動を計画実施し、多くの利用者様に喜んで頂くことができた。今後は一人一人のやりたいことに意識を向けた計画を検討し実施していきたい。 3. 特別メニューは、複数の専門職がメニュー決定に関わった。誤嚥事故の発生はなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップを図り、温かみのあるケアを提供する	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
									◎				◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	言葉遣い・立ち振る舞いチェックシートを用い、その中でリーダーと共に自分自身の強みを活かした目標を設定する。目標管理とその中で気づいたことを会議等で他職員へも共有し、様々な視点を持てるよう育成する。	相談員/主任支援員	チェックシートの更新	チェックシートの自己評価（毎月実施）								振り返り	次年度準備		施設長
						チェックシートの他者評価（毎月実施）											
						毎月のチェック表を基に必要に応じて職員面談を実施する。											
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）言葉遣い･立ち振る舞いチェックシートの中でリーダーとの意見交換できるツールにもなっており、モチベーションの維持や近況の把握に役立っている。継続して行う必要がある。 ・サービスの強みの発信が弱い。 ・言葉遣い、立ち振る舞いの見直しを継続して行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。	

事業報告	1.新型コロナウィルス感染予防の為、十分な交流ということはできなかった。今後の感染状況等によって、交流機会の検討等をしていく。 2.養護からの研修参加ケースはなかったが、建屋全体で研修参加を実施することができた。 3.言葉遣い・立ち振る舞いチェックシートによるチェックを行い、職員の対応の質の維持は図った。自立状態である利用者様への対応の多くの部分を占める職員の言動につ いて、今後もチェックシートを活用しながら常に見直していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
											◎			◎	○	○	
	エリア	2	学校等からの見学や説明会などの依頼がある場合はできる範囲で受け入れる。施設の雰囲気など知ってもらう機会を作り、雇用につなげていく。	介護長／相談員	中学校、高校等から依頼があった場合は、施設内の状況を調整し必ず受け入れる。 受け入れ時…実習説明、施設紹介　受け入れ中…担当者等による助言や的確な指示 受け入れ後…実習最後のフィードバックと思いの共有 流れや全体での受け入れ姿勢を確立する。									振り返り	次年度準備		施設長
					受け入れ体制の確認					評価			評価				
							○			○			○	○	○	○	
	事業所	3	チームゲージを継続的に運用し、職員の状況を把握する。また、適宜面談を行い不安を解消する。	施設長/介護長		チームゲージの集計（5月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（6月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（6～7月）			実施後の評価	チームゲージの集計（9月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（10月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（10～11月）			実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）高校との関係性もできつつあり、就職につながった実績もある為、継続して取り組む。 ・2020年度より）全職員対象にチームゲージを実施することで、仕事に対する思いなどを数値で表すことができ、その都度面談などを設けることができ。定着の為にも継続して取り組みたい ・安定した人材確保が難しい。 ・ハラスメントについての理解が不十分である。正しい理解を得られる場が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 感染症の収束が未だ見通せないが、できる範囲で行っている。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 感染症の収束が未だ見通せないが、できる範囲で行っている。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 感染症の収束が未だ見通せないが、できる範囲で行っている。 3. 問題なし。	

事業報告	◎離職率…0％ 1. ハラスメントの勉強会を共通の資料で行うことが出来ている。 2. 高校の施設見学については対応することができた。卒業生が就職し、現在も働いているということで学校との関係性もできており、次年度の採用につなげることもできている。 3. チームゲージを取り入れることで、職員の気持ちを把握するツールとして役立てることができており、集計後に数値で気になる職員に対して面談を行うことで、メンタル面でのサポートに役立てることができたと思われる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護、管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価	
			1. 問題なし。	1. 内部ケアサービス監査にて状況を確認した。	1. 問題なし。	

事業報告	1. 教育・勉強会により、情報管理に関して、職員の意識を向上させることができた。 毎月のチェック表により、毎月の評価をおこなった。情報の不適切な扱いによる事故等は起こらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	新しい営業方法、新たな営業先を検討し、実施していく。	施設長／相談員	羽島市以外の営業先の検討。	検討した営業先への訪問・電話			実施した成果を検証	羽島市以外の営業先の検討。	検討した営業先への訪問・電話			実施した成果を検証	次年度準備		施設長
					○	△	○	△	◎	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	★2	施設の経年とともに増加する修理・営繕について、適切に管理する。	施設長／相談員	業者と修繕費用について、見積もり額や修繕方法のやり取りをしっかり行う。									次年度修繕計画（予算）			施設長
					法人規程に基づき、２回見積もり、合い見積もりの比較。												
					当初予算計上した修繕実施。				経年劣化部分修繕の優先順位検討。								
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	適切な収支差益を確保するため行政と協議する。	施設長／相談員	羽島市と協議をする。措置者の確保の必要性を適切に伝える。										振り返り	次年度準備	施設長
					羽島市と短期入所契約締結。	運営方法について、随時検討をする。											
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）行政との協議をおこない、2021年度から短期入所契約を結ぶことになった。 ・2020年度より）他市町村への訪問の効果はまだ出ていないが、継続の必要がある。 ・エリアの経営基盤の安定を更に安定させるための取り組みが必要である。 ・新たな営業方法を検討する機会が必要である。 ・施設の経年に伴う修繕が増えると見込まれる。 ・措置の特性上、継続して行政への働きかけが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.特養やショートの営業の時に状況により養護の話をするにとどまった。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.特養やショートの営業とともに養護の話をするようにした。 2.問題なし。 3.問題なし。	1.特養やショートの営業とともに養護の話をするようにした。 2.問題なし。 3.問題なし。

事業報告	◎稼働率･･･52.1% 1.他事業の営業時にも養護老人ホームの話をし、行政関係以外にも居宅介護支援事業所等に広く、養護老人ホームへの興味をもってもらうように努めた。 2.稼働率の低迷状態が続いたこともあり、修繕は、優先度や緊急度を検討して最低限のものに対応するようにした。 3.緊急入所の依頼に迅速に対応することができ、一時的に利用者様数が増えたこともあったが、継続的な措置入所の依頼が少なく、年間の稼働率を伸ばすことができなかった。今後も市との協議を続けていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	養護老人ホーム　ジョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応する管理体制を構築する。	事業所	★1	新型コロナウイルスその他の感染症に対する対応を常に職員が意識する。	看護職／全職員	コロナウイルス予防対策表にそった対策を実施する。 コロナウイルス及びその他の感染症の情勢に合わせて対策内容の見直しを行う。 感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○	
	事業所	★2	各種災害が発生した場合でも業務を継続するための計画や訓練を実施する。	防火管理者／全職員	事業（業務）継続計画の内容に沿った体制作り 事業（業務）継続計画の内容に沿った訓練実施										振り返り	次年度準備	施設長
						総合訓練		感染症発生想定訓練		地震想定訓練		総合訓練		水害想定訓練			
						○		○		○		○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・全職員が感染症に対する意識を更に高める必要がある。 ・各種災害等について作成された計画にそった対応について、各職員が理解を深める必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. ５月は新型コロナワクチン接種のための勤務など調整があり、総合訓練は企画せず、８月に行うこととした。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	1. 地域での新型コロナウイルス感染拡大が収束しない状況が続いたこともあり、感染予防の対策を前年度に引き続き継続した。勉強会やシミュレーションを計画的に行い、職員の意識の向上を図ることができた。 2. 火災その他の災害に対する訓練を行い、発生の行動について職員が認識することができた。 今後も繰り返し訓練等を行い、さらに意識を浸透させていく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	評価、修正 ◎	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ○	○	○	○	振り返り ◎	次年度準備 ○	○	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目） ○	○		チェックの実施/集計 ○	必要に応じて面談の実施 ○	高齢者虐待防止研修（2回目） ○			チェックの実施/集計 ○	振り返り 高齢者虐待防止研修（3回目） ◎	次年度準備 ○	チェック実施/集計 ○	施設長
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 △	構成、資材確認 ○	撮影、チェック ○	動画視聴 ◎	評価、修正 ◎	人選、同意 △	構成、資材確認 △	撮影、チェック △	動画視聴 △	振り返り ◎	次年度準備 ○	○	施設長
	事業所	4	日常の中で不適切として捉えられる可能性のある事柄を会議等で議論し、職員個々の不適切ケアに対する認識を高める。	施設長/介護長	不適切ケア適正化委員会内で不適切ケア防止についての内容を取り上げる。 委員会内で話われた内容をフロア会議内で共有し予防についての知識を得る場を作る。 評価 ○	○	○	○	○	○	○	○	○	振り返り ◎	次年度準備 ○	○	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）虐待・身体拘束は0件であった。予防の為、継続して行う必要性がある。 2020年度より）自己点検の集計で認識の甘い項目など明らかになった為、継続して確認する。 2020年度より）委員会の中で事例や、不適切ケアに対しての認識について伝えることで理解が深まったと思われる。今後も継続していくことで不適切ケア予防に努める。 ・自己を振り返ることができていない。また、他者と比較することができていない。日々の業務の中で麻痺している部分もあると思われる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	７月-９月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	１０月-１２月評価 1.問題なし。 2.問題なし。 3.問題なし。 4.問題なし。	

事業報告	◎不適切ケア…０件/年 1.計画通り委員会の実施が出来ている。また、エリア内での情報共有も行うこともできており、周知、水平展開につなげられた。 2.チェック表による確認と集計をすることで、理解の薄い部分など把握することができた。弱い部分については再度理解ができるよう周知できた。 3.模範職員による動画撮影に関しては、虐待や不適切ケア予防に役立てるような形での実施ではなく、ケアの統一や周知という目的で実施することができた。 4.勉強会の中で事例検討なども取り入れ実施することができた。委員会の中でも勉強会の振り返りを行うことで、理解を深めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	★1	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	エリア通所相談員／相談員	毎月エリア通所会議を開催し車輌事故状況・運転マナーへの苦情等水平展開し情報共を図る。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
						○	○		○	○		○	○	◎	○	○	
	事業所	2	ヒヤリハット件数を多く挙げ、予防意識の向上と気付きの視点を養う。また、理解度の確認を定期的に行い、定着を図る。	介護長/施設職員	①各フロアにて毎日1つヒヤリハットを挙げる ②フロア内で内容の共有を図り、必要に応じ対応策を立案する。 ③毎月のリーダー会議内で、フロアで予防策立案した内容を施設内で共有する。									振り返り	次年度準備		施設長
					目的の説明		予防意識の確認		目的の説明		予防意識の確認		目的の説明				
					○	○	◎	○	○	○	◎	○	○	◎	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）基本介護チェックを基にしたチェックシートを活用することで、職員個人の基礎的な能力を把握することができた。職員指導にも効果があると思われる為、継続して取り組む。 2020年度より）ヒヤリハット件数は大幅に上げることができた。事故予防の視点を養うため継続して取り組む必要がある。 ・ヒューマンエラーによる事故の原因はルールの不徹底、認識が低いことが考えられる。ルールの定着、周知方法も課題である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.問題なし。 2.問題なし。			1.問題なし。 2.問題なし。				1.問題なし。 2.問題なし。					

事業報告	◎重大事故件数…0件/年 1.会議等を通してエリア内外の事故を共有し、自施設での水平展開する機会を設けることができており、事故予防につなげられるよう周知することができた。 2.利用者様のアセスメントに基づいて事故予防に努めている。また、ヒヤリハットの分析についても、必要と思われる内容は検討することができており、 その内容も会議内で施設全体で周知することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気づきの力を向上させ、ケアに繋げる	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
						レポートを基にフィードバックを図る											
					○			○	◎				○	◎	○	○	
	事業所	★2	利用者様の心身機能等の状態変化に早期に気付ける体制をつくる。	相談員/全職員	確認事項の決定	介助時や入浴時、リハビリ時に確認の実施			評価	介助時や入浴時、リハビリ時に確認の実施				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）体験を通し改めて利用者視点について考える機会となった。 2020年度より）尊厳について考える場を小規模グループで行うことで、個々の意見や想いを知る機会となり、相互理解につながっている。不適切ケアの予防の為にも必要である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価					１０月-１２月評価			
					1.問題なし。 2.問題なし。				1.問題なし。 2.問題なし。					1.問題なし。 2.問題なし。			

事業報告	1.利用者体験を通して改めて利用者様の視点に立って考える良い機会となった。また、職員からの気づきもあり、職員一人一人の視野を広げる良い機会となった。 2.利用者様の状態変化に早期に気付き、ご家族と情報共有することができた。また、サービスの質の向上に繋げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が充実して活動的な生活ができる環境を整備する	エリア	★1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○			○	○			◎	○	○	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
						②研修（6日+4週間）						①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
						○		◎		◎	◎		◎	◎	○	○	
	事業所	★3	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動や行事）の機会をつくる。	介護長/介護職	年間計画の作成	計画に沿った行事運営			評価、修正	計画に沿った行事運営			評価、修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）コロナの影響で外部研修が中止となり参加することができなかった。 ・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・外部研修への推進が不足している。 ・施設内で過ごす機会が多く、生活の中での楽しみ少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	

事業報告	◎認知症ケア勉強会件数…3件/年 1. エリア会議にて進捗状況の報告、情報共有を毎月行うことができている。また、困難事例に関しても会議内で共有し自施設でもその内容を共有することができている。 2. リモートで認知症基礎研修、実践者研修とも参加することができた。 3. 利用者様の余暇活動を個別に行えるものを考え、個々で楽しめることをケアマネも交えて検討し、これらの内容もケアプランへ反映し経過を見ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様がやりがいを感じられる活動を支援する	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
									○				○	◎	○	○	
	事業所	3	デイルーム内の装飾を作成する。（絵てがみや季節の花をはながみで作成して作品を掲示する。）	相談員/全職員	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	作成、飾り付け	振り返り	次年度準備		施設長
					活動状況をご家族、ケアマネジャーに報告する												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	事業所	4	利用者様の身体機能の維持、向上に向けて取り組む。 リハビリ機器（レッドコード、リカンベントバイク）、散歩や生活リハビリ等の運動を行い、実施記録を見える化する。	相談員/全職員	実施 活動状況をご家族、ケアマネジャーに報告する					活動の評価	実施 活動状況をご家族、ケアマネジャーに報告する			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）コロナの影響で十分に取り組みを実施することができなかった。 ・施設内だけでは視野も広がらず、職員の向上心も上がりにくい。知識の習得、他者との交流を持てる機会が少ない。 ・利用者様の最期について考える機会が少ない。また、ご家族、利用者様からの情報も収集が十分ではない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。	

事業報告	◎利用者満足度…100％ 1. 外部との関わりが少なくなったことで、施設の取り組みなど知っていただく為、紙媒体での発信を予定通り実施することができた。 2. リーダーコース１名、介護福祉士受験２名、実務者研修１名参加することが出できた。 3. 創作活動を充実し、作成した作品等を掲示して利用者様の楽しみに繋げることができた。 4. リハビリ機器に取り組んでいただき、身体機能の維持向上に繋げることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。３つの内容を中心として取り組んでいく。【取組内容】１）インターンシップの受け入れ品質向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価 修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
											◎			◎	○	○	
	事業所	3	学校等からの見学や説明会などの依頼がある場合はできる範囲で受け入れる。施設の雰囲気など知ってもらう機会を作り、雇用につなげていく。	介護長／相談員	中学校、高校等から依頼があった場合は、施設内の状況を調整し必ず受け入れる。 受け入れ時…実習説明、施設紹介　受け入れ中…担当者等による助言や的確な指示 受け入れ後…実習最後のフィードバックと思いの共有 流れや全体での受け入れ姿勢を確立する。									振り返り	次年度準備		施設長
					受け入れ体制の確認					評価			評価				
							○			○			○	◎	○	○	
	事業所	4	チームゲージを継続的に運用し、職員の状況を把握する。また、適宜面談を行い不安を解消する。	施設長/介護長		チームゲージの集計（5月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（6月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（6～7月）			実施後の評価	チームゲージの集計（9月） 集計結果を受けてリーダー会議内で現状の報告（10月） 数値を基に必要時、所属長からフィードバック（10～11月）			実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）高校との関係性もできつつあり、就職につながった実績もある為、継続して取り組む。 2020年度より）全職員対象にチームゲージを実施することで、仕事に対する思いなどを数値で表すことができ、その都度面談などを設けることができ、定着の為にも継続して取り組みたい。 ・安定した人材確保が難しいため、採用に繋がる取り組みが必要 ・ハラスメントについての理解が不十分である。正しい理解を得られる場が必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。 4. 問題なし。

事業報告	◎離職率…0% 1. エリア採用担当者会議を実施し、新卒及び中途採用において、採用を増やすことができた。 2. ハラスメントの勉強会を共通の資料で行うことが出来ている。 3. 高校の施設見学を受け入れることができた。卒業生が就職し、現在も働いているということで学校との関係性もできており、次年度の採用につなげることもできている。 4. チームゲージを取り入れることで、職員の気持ちを把握するツールとして役立てることができており、集計後に数値で気になる職員に対して面談を行うことで、メンタル面でのサポートに役立てることができたと思われる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する	エリア	1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護、管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価	
			1. 問題なし。	1. 内部ケアサービス監査にて状況を確認した。	1. 問題なし。	

事業報告	1. 教育・勉強会により、情報管理に関して、職員の意識を向上させることができた。 毎月のチェック表により、毎月の評価をおこなった。情報の不適切な扱いによる事故等は起こらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	★1	◎エリアの状況把握を行いながら、新しい営業を展開していく ・タブレットを使用し動画を用いた営業を実施する。 ・ノベルティグッツを用いた営業を実施する。 ・ポスティング営業の検討	エリア通所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月通所会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	担当者会議、送迎時に動画を使用してご家族に利用時の様子を報告する。	施設長／相談員	報告内容の検討	2ヶ月毎に送迎時に動画を使用して報告する。			評価	2ヶ月毎に送迎時に動画を使用して報告する。				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）アンケートの回答として、それぞれの居宅介護支援事業所が受け持っている利用者様象により望むものが違っている。実行困難なものもあるが、継続して声を拾い上げて対応を検討し続ける必要がある。 ・営業を行ううえで、より魅力的なツールの検討が必要である。 ・ケアマネの反応や意見を組み上げる機会を作る必要がある。 ・施設の経年に伴う修繕が増えると見込まれる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	◎稼働率…73.4% 1. 営業のための訪問先や回数を会議で検討した。また、リーフレットをあらたに作成し、訪問営業を強化した。その効果を見ながら、今後も訪問先やツールの検討を定期的に行い、さらに営業効果を上げていく必要がある。新規利用者を増やし、実利用者人数を増やすために、ケアマネジャーと密な関係を構築し、適切な収支差益を確保する。 2. デイサービスでの様子等をｉＰａｄで撮影し、動画を使用しながらケアマネージャーに情報発信した。また、送迎時にも動画を使用してご家族に報告を実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	デイサービスセンタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応する管理体制を構築する	事業所	★1	新型コロナウイルスその他の感染症に対する対応を常に職員が意識し、継続して実施する。	看護職／全職員	コロナウイルス予防対策表にそった対策を実施する。 コロナウイルス及びその他の感染症の情勢に合わせて対策内容の見直しを行う。 感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	
	事業所	★2	各種災害が発生した場合でも業務を継続するための計画や訓練を実施する。	防火管理者／全職員	事業（業務）継続計画の内容に沿った体制作り 事業（業務）継続計画の内容に沿った訓練実施										振り返り	次年度準備	施設長
						総合訓練		感染症発生想定訓練		地震想定訓練		総合訓練		水害想定訓練			
						○		○	○	○		○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・全職員が感染症に対する高い意識を継続する必要があるため。 ・各種災害等について作成された計画にそった対応について、各職員が理解を深める必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。	

事業報告	1. 新型コロナウイルスが収束しない状況が続いたこともあり、感染予防の対策を前年度に引き続き継続した。勉強会やシミュレーションを計画的に行い、職員の意識の向上を図ることができた。新型コロナウイルスやそれ以外の感染症についても、施設内で発生しない状況を保つことができた。 2. 火災その他の災害に対する訓練を行い、発生の行動について職員が認識することができた。今後も繰り返し訓練等を行い、さらに意識を浸透させていく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待や不適切ケアに気づき対応ができる。	事業所	1	虐待が疑われるケースや、支援に迷うケースがあれば、地域包括支援センター等行政に相談をする。	介護支援専門員/介護支援専門員	虐待か否かをケアマネ個人で判断せず、地域包括支援センター等行政に相談することで虐待防止に努める。									振り返り	次年度準備		施設長
					困難事例も同様に対応することで、早期発見、早期解決を目指していく。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より）虐待ケースは0件であった。早期対応ができるよう、引き続き、行政との連携を図る必要がある。 ・高齢者虐待防止法では通報義務、通報努力義務がある。 ・一人ケアマネだと狭い視野になりやすい傾向にある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.虐待が疑われるケースの該当はなし。支援に迷うケースに関しては、行政への相談を行ない、早期対応に努めている。	1.虐待が疑われるケースの該当はなし。支援に迷うケースがあれば適宜包括などへの相談を行なうことができている。	1.虐待が疑われるケースの該当はなし。相談する困難ケースなどはなかった。	

事業報告	◎不適切ケア・・・0件/年 1.困難事例などが出た際に一人で抱え込まずに地域包括支援センターや市役所へ相談して対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	★1	【安全運転教育の実施】 車輌事故報告書とドライブレコーダーの映像を基に安全運転教育を年3回行い、車輌事故を防止する。	介護支援専門員／介護支援専門員	毎月エリア通所会議にて水平展開された車輌事故状況・運転マナーへの苦情等を情報共有する。									振り返り	次年度準備		施設長
						安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正		安全運転教育	評価／修正				
					○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○/○	○/○				
	事業所	2	居宅介護支援事業所としてのリスクマネジメントは何かを理解し行動する。	介護支援専門員/介護支援専門員	毎月の訪問等で信頼関係を構築する過程で、利用者様やご家族の不安解消や相互理解を深めていく。									振り返り	次年度準備		施設長
					リスクの発生が考えられる場合は、事前にわかりやすく説明する機会を設ける。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/△	○/△	○/○	○/△	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内で人身事故や物損事故が多数発生した。 ・地域住民から車両の運転・駐車に関する苦情も複数発生した。 ・リスクマネジメントには利用者様やご家族との信頼関係を築くことが必要不可欠である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.車両で移動する際はマナーを守り、運転ができた。車両事故などの情報を共有できた。 2.心配事のある利用者様には何度も訪問させて頂き、不安解消に努めた。	1.法人内の車両事故などの情報を共有することができた。 2.緊急事態宣言にて訪問などを控えていたため、十分な機会を設けることができなかった。	1.安全運転教育にて情報を共有することができた。 2.訪問ができない時は電話等で対応することができた。	

事業報告	◎重大事故件数・・・0件/年 1.法人内の車両事故や運転マナーへの苦情等を情報共有することにより、安全運転に心掛けることができ、車両事故等を防止することができた。 2.新型コロナの影響で訪問を控えることもあり、利用者様やご家族と対面でのやり取りが減少し難しい面もあったが、電話等で説明を行ない、リスクの軽減を図ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
丁寧な対応を意識し、信頼関係を築く。	事業所	1	常に接遇マナーを意識した対応を行ない、利用者様やご家族の気持ちに寄り添って意見・想いなどを多く引き出していく。	介護支援専門員/介護支援専門員	常に丁寧な言葉遣いを意識しながら、節度ある態度で接する。									振り返り	次年度準備		施設長
					利用者様やご家族の想いを多く引き出し、各サービス事業所との連携を図る。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ケアマネジャーの交代により、新たに信頼関係を構築するためにも丁寧な対応が求められている。 ・利用者様やご家族は直接サービス事業所に要望など言いづらい傾向にある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者様やご家族の意見・想いなどを傾聴し、丁寧な言葉使いを意識し対応することができた。	1.節度ある態度で利用者様やご家族の気持ちに寄り添い、多くの意見を頂くことができた。	1.利用者様やご家族の表情など些細な変化にも気づけるような対応を意識し行動することができた。	

事業報告	◎接遇マナーを意識し、ご要望や不安なことなどを聞き取ることができ、信頼関係の構築を図ることができた。 1.利用者様やご家族の表情や言葉などからその時の気持ちに共感し、多くのご意見や想いを聞くことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
スキルアップし、支援の向上を図る。	エリア	★1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	2	認知症に関する知識の取得。また、それを活かした支援を実施する。	介護支援専門員/介護支援専門員	認知症に関する研修があれば積極的に参加したり、書籍やネット等で情報収集を行なう。									振り返り	次年度準備		施設長
					上記で得た知識や内容を個人での振り返りや施設全体のスキルアップに繋げていく。												
					利用者様やご家族との関わりの中で、必要があると判断した際は、認知症専門医の受診を勧める。												
					○/△/○	○/△/○	○/△/○	○/△/○	○/△/○	○/△/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○				
	事業所	3	事例検討や勉強会などを通して、レベルアップを図る。	介護支援専門員/介護支援専門員	居宅介護支援事業所部会で困難事例や実際に発生したケースを基に事例検討を行なう。									振り返り	次年度準備		施設長
					市町村や羽島市居宅介護支援専門員連絡協議会主催の勉強会や研修に積極的に参加する。そこで得た知識・内容を情報共有する。												
					◎/○	○/◎	◎/○	○/○	◎/○	○/○	○/◎	○/○	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナの影響で外部研修が中止となり参加することができなかった。 ・困っている事例を基に意見交換を図る研修が限られている。 ・外部研修への推進が不足している。 ・認知症に関する情報は常に更新されており、新しい情報を取得する必要がある。 ・利用者様と専門職を繋ぐという役割を遂行する。 ・一人ケアマネのため、振り返りや検証する場をつくる必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.施設内にて認知症について情報を共有できている。 2.研修への参加は難しかったため、ネット等で情報収集を行なった。 3.行政主催の勉強会などに定期的に参加することができた。	1.施設内の勉強会にて情報を共有することができた。 2.書籍やネットなどで情報収集を行なうことができた。 3.部会にて困難事例等を情報共有することができた。	1.問題なし。 2.ネットなどで情報収集し、担当事例を振り返ることができた。 3.事例検討や研修の機会がなかった。	

事業報告	◎認知症ケアなどの知識を取得することにより、それを活かし利用者様へのサービス向上に繋げることができた。 1.施設内の勉強会に参加するなど理解を深めることができた。 2.書籍やインターネットでの知識取得に取り組み、そこで得た情報を基に担当している利用者様の振り返りに活用することができた。 3.連絡協議会主催の勉強会に参加するなど自己研鑽することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
サービス事業所と連携を密に図り、支援に繋げる。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	2	各事業所との連携を密に図り、利用者様やご家族の要望に沿った支援を行なう。	介護支援専門員/介護支援専門員	定期的に他事業所との関わりを持つことで、情報収集に努める。									振り返り	次年度準備		施設長
					新規立ち上げの事業所と積極的に関わりを持つことで、紹介できるサービスの幅を広げる。												
					他法人の取り組み等で、良いサービスがあれば水平展開していく。												
					○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）サービス事業所と積極的に関わることができた。良いサービスが提供できるよう今後も継続して取り組む。 ・サービスの強みの発信が弱い。 ・ご家族との会話の機会が限られている。 ・他事業所の情報収集をすることで、利用者様のニーズの変化に対応する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.地域合同行事等は新型コロナの影響により全面的に未実施。 2.各事業所とは定期的に連絡を取り、連携を図ることで、すばやく対応することができた。	1.地域合同行事等は新型コロナの影響により全面的に未実施。 2.緊急事態宣言で直接なやり取りなどは難しかったが、各事業所との関わりが減少しないよう連携に努めた。	1.地域貢献活動は全面的に中止となっている。 2.各事業所と連携を図り、その利用者様の要望に沿った対応に繋げることができた。	

事業報告	◎他事業所と継続して連携を図り、利用者様に合わせた支援を提供することができた。 1.外部との関わりが少なくなったことで、施設の取り組みなど知って頂くため、紙媒体での発信を予定通り実施することができた。 2.他事業所で新しい取り組みなどがあれば情報収集し、利用者様やご家族への支援に繋げられるよう努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する。									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する。												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する。												
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○/	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護、管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。	1. 問題なし。	1. 問題なし。	

事業報告	1. 教育・勉強会により、情報管理に関して、職員の意識を向上させることができた。 毎月のチェック表により、毎月の評価をおこなった。情報の不適切な扱いによる事故等は起こらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル羽島
事業所名	介護支援センタージョイフル羽島

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応する管理体制を構築する。	事業所	★1	新型コロナウイルスその他の感染症に対する対応を常に職員が意識し、継続して実施する。	看護職／全職員	コロナウイルス予防対策表に沿った対策を実施する。 コロナウイルス及びその他の感染症の情勢に合わせて対策内容の見直しを行う。 感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			感染症対応シミュレーション			振り返り	次年度準備		施設長
	事業所	★2	各種災害が発生した場合でも業務を継続するための計画や訓練を実施する。	防火管理者／全職員	事業（業務）継続計画の内容に沿った体制作り 事業（業務）継続計画の内容に沿った訓練実施										振り返り	次年度準備	施設長
						総合訓練		感染症発生想定訓練		地震想定訓練		総合訓練		水害想定訓練			
	事業所	★3	利用者様やご家族と災害時などの対応について共有を図る。	介護支援専門員/介護支援専門員	災害についての情報収集を行ない、新しい知識や対応方法などがあれば共有する。 利用者様やご家族に様々な災害についての情報提供を行ない、対応方法について話し合う機会を設ける。 災害時の避難場所や連絡先についてアセスメント時に聞き取り記録する。 ○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	振り返り	次年度準備		施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・全職員が感染症に対する高い意識を継続する必要があるため。 ・各種災害等について作成された計画に沿った対応について、各職員が理解を深める必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. シミュレーションを行ない、感染症に対する意識を高めることができた。 2. 問題なし。 3. インターネットにて災害についての情報収集を行なった。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 訪問時、利用者様に災害についてお話しするが関心が低い状況であった。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 利用者様やご家族に災害についての意識を高めることが必要だと感じた。

事業報告	1. 勉強会やシミュレーションを計画的に行い、意識の向上を図ることができた。 2. 火災その他の災害に対する訓練を行い、発生の行動について認識することができた。今後も繰り返し訓練等を行い、さらに意識を浸透させていく必要がある。 3. 利用者様やご家族に災害への意識を高めることが十分にできなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2.3回目） *3回目は3月に実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	認知症の理解をより深めるため、認知症の種類・場面別でのケア・接し方の手法について学習を行う。	介護長/全職員	自施設で発生した困難事例・ヒヤリハットも踏まえ、課題となる分野の勉強会の実施				評価、修正	自施設で発生した困難事例・ヒヤリハットも踏まえ、課題となる分野の勉強会の実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	／	／	◎●	◎	◎	◎●	／	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より）自己チェックを図ることで、意識付け・自己の振り返りとなるため。 ・動画で共有することで、伝え方に対して統一した学びができると考えたため。 ・認知症の理解不足による不適切ケアをなくすため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎不適切ケアは0件 1. 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて、不適切ケアに関して協議し、考える場を設ける事が出来た。 2. 虐待予防チェック表(虐待防止研修資料)を実施し、必要に応じての面談を行い不適切ケア防止に取り組んだ。 3. 模範職員の利用者様へのケアの様子を撮影し、勉強会にて各職種が動画視聴し、ケアの振り返りを行った。 4. ヒヤリハットをもとに、困難事例について、勉強会にてグループワークを行い協議・学習を行い認知症への理解が深まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	◎	◎	◎	◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	／	◎●/◎●	◎/◎●	◎●/◎	◎●/◎●	
	事業所	★3	離設事故・誤嚥事故・服薬事故を防止する為、自施設内での協議、他施設での事例の水平展開を図る。	各所属長/全職員	目的とスケジュールを発信する	自施設で重大事故の発生があった際には、責任者が集まり会議を行う			評価、修正	自施設で重大事故の発生があった際には、責任者が集まり会議を行う				振り返り	次年度準備		施設長
						他施設で発生した重大事故について、事故防止検討委員会より全職員へ周知を行う											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	施設内勉強会に参加できなかった職員に対しても、ケアの平準化及び共通理解を深めるために教育をする。	各所属長/全職員	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				評価、修正	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より）基本介護チェック表を用いての点検、リスクマネジメント研修をスケジュール通りに実施。数年継続して効果が出るものであると考えており、今後入職する職員へも実施する。 ・来年度は新人職員が多く、重大事故を防止するための知識が乏しいため。 ・勉強会は約7割の職員が参加できたが、参加できなった職員は資料の閲覧のみとなっていた。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎離設事故0件・誤嚥事故3件・溺水事故0件。 1. 事故防止検討委員会を毎月実施し、他施設での事故・自施設でのヒヤリハットについて協議・周知出来た。又、重大事故発生時は各職種で協議・経過観察を行った。 2. 基本介護チェック表(リスク管理)を用いて、必要に応じての面談を行い、職員の抱える悩みやリスク管理能力についての把握が出来た。要指導者には定期的に面談を行った。 3. 重大事故発生時は、責任者が集まり会議を行い、検討を行った。又、事故防止検討委員会にて全職員に周知した。 4. 施設内勉強会に参加した職員が、参加できなかった職員に対して説明することで、インプット・アウトプットの場を設けることにつながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
サービスの質を向上するために気づきの力を身につける。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度） レポートを基にフィードバックを図る			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	○/◎	○/◎	○/◎	◎●/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/相談員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施（毎月3家族を対象に実施）						振り返り	次年度準備		施設長
					×	×●	×●	×	×	×	×	×	×●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	計画的に職員の配属フロアの変更をすることで、生活支援技術の向上を図る。	介護長/介護職	昨年度の人員配置について振り返り	職員と必要時に面談を行い、本人が抱える不安等の確認を行う 管理者と相談し、配置フロアを選定する								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	交換研修を実施し、法人内の他施設を知ることで、自身の成長を促す。	各所属長/介護職	人選 研修先との調整		各職種１名以上の交換研修の実施（研修報告書の提出）							振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	／	／	／	／	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様の気持ちを考える機会をつくるため。3年計画で実施している。 ・ご家族が食事を見る機会がない。 ・中途採用者が約5割を占める。介護技術の見直し・業務改善を図るための客観的視点の導入が必要と感じる。対象としては、介護職・看護主任・相談員。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,3.問題なし。 2.7月の運営会議にて9月以降の延期が決まった。 4.人選は出来たが、コロナ禍により、交換研修を見合わせている。会議での周知を見送った。	1,3.問題なし。 2.新型コロナウイルス感染拡大のため実施を見送っている。 4.10月に相談員が多治見に行く予定。	1,3.問題なし。 2.新型コロナウイルス感染拡大のため実施を今年度は見送りとした。 4.相談員2名・ユニットリーダー2名・介護長2名実施。	

事業報告	◎計画的に職員のフロア変更、交換研修を行うことで、職員の成長につながった。 1.利用者様の疑似体験を計画に沿い実施。各自、振り返りを1か月・3か月後に行い、自己での振り返りを行っている。 2.ご家族と一緒に食事をしていただくイベントの実施については、コロナウイルスの影響で見送りとなったが、食事の様子をご家族に知っていただくために、食べレターを、11月より各階順番に郵送開始した。 3.職員との定期面談を踏まえた上で、配置フロアの選定を行った。 4.交換研修を今年度は3名実施した。他施設の状況を知り、自己の強み・課題が明確になり成長につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様のＱＯＬ及び職員のケアの向上を図る。	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					◎●	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	／	／	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	認知症の予防となりうる運動（活動）の機会をつくる。	介護長/介護職	毎月”レクリエーション・環境整備委員会”を新設し開催する 1か月に1回行事を行い、委員会にて共有を図る									振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査にて評価	改善を図る				満足度調査にて評価	改善を図る				
					◎	◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動）（行事）の機会をつくる。	介護長/介護職	”レクリエーション・環境整備委員会”を新設し開催する。 つぶやきからニーズを拾う									振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査にて評価	改善を図る				満足度調査にて評価	改善を図る				
					◎	◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）議論の場が考える力を伸ばすことができる。各施設で挙がった事例を施設へフィードバックすることで学びにつながった。 ・2020年度より）昨年度は研修に5名応募した。新型コロナウイルスの影響で参加の可否に影響が出たので、次年度も継続し研修への参加を勧める。 ・余暇活動・運動の場が充実していないため、ＱＯＬが低い。そのため、新規で委員会を立ち上げ、レクや環境整備について考える機会を設ける。利用者様の楽しみの創出を図る過程で、職員の考える力を養う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎外部研修参加、余暇活動の機会を作ることで、利用者様のQOL・ケアの向上を図った。 1. 施設内勉強会にて、困難事例について話し合う場を設けた。施設で検討したことを、エリア会議にて報告し、他施設からの見解・助言を頂き、自施設にてフィードバックを図った。 2. 外部研修への参加について、認知症介護基礎研修1名・認知症介護実践者研修1名参加。次年度も参加を促し、学習の場を設けていく。 3. 毎月、レクリエーション・環境整備委員会を開催し、運動・余暇活動・行事の機会を設けることができるように仕組みづくりを行った。 4. 毎月、つぶやきをひろい、委員会の場にて共有を図り、利用者様への余暇活動提供の参考にした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
多角的視点を身につけ、サービスの強みを創る。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					◎●	◎	◎●	◎	◎●	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	「習慣お好みシート」を活用する事で、個々の嗜好を確認し、QOLを高める。	施設ケアマネジャー/全職員	目的とスケジュールを発信する	「習慣お好みシート」の確認・回収・データ化し、利用者様の嗜好を把握し探る。				評価	「習慣お好みシート」の確認・回収・データ分析し、利用者様の嗜好を把握し探る。			振り返り	次年度準備		施設長
						”レクリエーション・環境整備委員会”にて、分析・ニーズの具現化する。					”レクリエーション・環境整備委員会”にて、分析・ニーズの具現化する。						
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	エプロンゼロの取り組みをする。	機能訓練指導員/全職員	各階1名以上の対象者の選定 アセスメント 物品の拡充		実施 モニタリング期間 変化の見える化を図る			評価	各階1名以上の対象者の選定 アセスメント	実施 モニタリング期間 変化の見える化を図る		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より)ブログ、facebookを媒体として、外部に施設の活動報告を行えた。継続的に行い、閲覧者を増やす。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。昨年度は、計画表が無く受講者の洗い出しに時間を要した。 ・利用者様個別のニーズ・嗜好について探り、ケアや業務へ反映する機会が少なかった。 ・自立支援、利用者様視点で検討し、常に現状のサービスに満足することなく試行錯誤する必要性がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2,3,4.問題なし。	1,2,3,4.問題なし。	1,2,3,4.問題なし。	

事業報告	◎多角的視点を身につけるために、多職種協力にて取り組みを行った。 1.ブログ等での継続的外部への発信を行うことが出来た。 2.実務者研修・・3名　初任者研修・・0名　リーダーコース・・1名　相談員養成コース・・0名　参加。介護福祉士受験・・3名　介護支援専門員受講・・4名　参加。 3.習慣お好みシートを活用し、レクリエーション・環境整備委員会で共有し、行事立案・個別余暇活動提供の機会を設けた。 4.4名の利用様がエプロン外し達成(3名・・エプロン着用なし　1名・・エプロン→タオル)その他のピックアップした対象者については、姿勢等の確認を行ったが、外すのが困難であった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる。	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）									◎●	◎	◎●	
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	【介護従事者の身体及び精神状態の安定化】 希望者全員に対して長期休暇（4日以上）を取得してもらい、リフレッシュをする。	各所属長/全職員	働き方改革の概要を周知・有給休暇計画作成		勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認			上半期取得率の報告	勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認		今年度の有給休暇取得率の見通しを協議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	業務改善を継続的に行い、残業時間の削減を図る。心身のゆとりをもてるように取り組み、安心安全なケアの提供に繋げる。	各所属長/全職員	業務分解シートの必要性・運用方法の周知	運用方法等について、浸透具合を確認する	業務内容の精査・改善策を立案・実施							振り返り	次年度準備		施設長
										分析と対策検討							
					◎●	◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・2020年度より）長期休暇を希望した職員は100％取得できた。長期休暇を取得する風土が浸透していない。 ・2020年度より）残業分析を行い、職員負担軽減の為に改善すべきところを見つける必要がある。また、固定の職員に業務負担が偏っていないかを毎月確認し、職員の勤怠管理を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 4. 問題なし。 3. 長期休暇取得について、12月時点では希望者全員の取得達成なっていないが、継続し取得に向けて取り組んでいく。	

事業報告	◎職員が安定して働ける環境をつくるべく、長期休暇取得・ハラスメント研修・業務改善を実施した。2021年度、新卒職員の退職率20％であった。 1. エリア採用担当者会議にて、取組の実践・振り返りを行った。 2. 毎月エリアの運営会議の場にて、ハラスメントについての情報共有を行い、事例があった際は施設へフィードバックを図った。 3. 長期休暇取得（4日以上）に向けて、昨年同様、計画立案を図った。中途入職の職員の取得も漏れがないように毎月確認を行った。成果として、長期休暇を希望した職員は100％取得出来た。 4. 業務改善、気持ち良い職場環境実現に向けて、毎月各所属長が施設長と情報共有・対策立案し対応を行った。中途職員の定着に向け、職員指導・教育について日頃より見直しを図った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/ 担当者	スケジュール												チェック 責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する									振り返り	次年度準備		ISMS 管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎●	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。	1. ＩＳＯ27001定期教育の実施。	1. 問題なし。	

事業報告	◎情報セキュリティに関する事故が0件。 1. 毎月、「運用確認チェックリスト」を用いて、運営状況を確認。又、定期教育を行い、情報セキュリティについての教育を実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う				振り返り	次年度準備		施設長
						毎月運営会議で確認する				毎月運営会議で確認する							
					◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	介護報酬改定を理解し、法令順守に努める。	主任相談員／相談員	報酬改定の内容を理解する		新たな加算が取得できるか調べる		振り返り	有料の介護報酬の内容を理解する		有料の加算根拠を作成し、加算の根拠をチェックする			振り返り	次年度準備	施設長
					◎	◎●	○	○●	○	△	△●	○	◎	◎●	◎●	◎●	
	事業所	★3	在宅ケアマネジャー等との関係性を構築し、利用につながる働きかけを行う。	主任相談員／相談員					在宅アンケート内容の検討		在宅アンケートを配布する	在宅アンケートから改善案を検討		改善案を配布する	振り返り	次年度準備	施設長
					新規利用者様に関しては、利用月に写真等を撮り、在宅ケアマネジャー等にお伝えすることで、ジョイフル岐阜駅での生活のイメージを持っていただく												
					◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎●/◎	◎●/◎	△/◎	△●/◎	◎●/◎●	◎●	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・エリアの収益・稼働率の向上発展を目指す。 ・収益向上のために営業戦略の見直し、課題の分析をして他法人との差別化を図る。 ・安定した収入サイクルを確立するため。 ・エビデンスに基づいた営業活動が不十分であるため。 ・介護報酬改定内容を理解する為には、意図的に理解を深める機会が必要である。 ・新規利用者様の利用時の様子を伝える機会が少ない。 ・在宅ケアマネジャーにアンケートを実施するが、解決策まで導き出せていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.問題なし 3.新規利用者様の利用の様子を写真に収め、担当ケアマネジャーに写真を用い、ご様子をお伝えしている。再利用につながったケースもみられた。	1,3.問題なし 2.職員異動もあり、介護報酬・加算の理解が不十分であるため、11月の相談員ミーティング内で勉強会を実施する。	1,3.問題なし 2.11月の相談員ミーティング内で勉強会を実施した。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保できた。目標稼働率99.6%は、年間で達成予定。 1.ポスティングと営業用のリーフレットを活用し、見学会の案内を実施。そこから利用に繋がる実績もあったため来年度は計画的に行う。 2.加算の根拠の理解を深めることで、実地指導に対するに日常的な準備ができた。 3.在宅向けアンケートを実施し、”ショートステイホーム ジョイフル岐阜駅”として期待されていることを把握できた。このアンケートをふまえ、強みを活かし、弱みを改善していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護老人福祉施設/ ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/ 担当者	スケジュール												チェック 責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	業務継続するための訓練の実施。	主任相談員/ 全職員	事業継続計画の周知を図る		避難訓練に向け地域住民へ参加を促す	消防・総合訓練			新型感染症発生対策訓練の見直し		避難訓練に向け地域住民へ参加を促す	消防・総合訓練 振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	/	◎	◎	/	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	新型コロナウイルス感染防止の為、職員の日頃の感染対策の確認を実施。	各所属長/ 全職員	手順書の再周知を行う			利用者様・職員リストの確認				利用者様・職員リストの確認		振り返り	次年度準備		施設長
					利用者様・職員出勤職員の毎日の検温を行う。また、コロナ情勢において素早く情報をキャッチし、速やかに施設内に共有し、実行する												
					◎/◎	◎●/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？ （原因）	・新型感染症、災害発生時のシミュレーションが不十分である。 ・職員一人一人へ感染対策をより深く理解し、実践してもらう必要がある。	３カ月評価 （具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2. 問題なし。	1,2. 問題なし。	1,2. 問題なし。	

事業報告	◎様々な災害に対応できる管理体制の準備をすすめることができた。 1. 施設内避難訓練を実施し、全事業所の利用者様・職員が参加。新型コロナウイルス陽性者が発生した際の動きは、他施設で発生した事例を確認し、不測の事態に備える。 2. 新型コロナウイルス感染予防に努め、罹患者が発生しなかったことは感染対策を実施した一定の成果と思われる。今後も予防の意識が薄くなるといけないため、日頃のチェックと研修とシミュレーションを実施する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	評価、修正 ◎●	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月） ◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目） ◎	◎	◎●	チェックの実施/集計 ◎●	必要に応じて面談の実施 ◎●	高齢者虐待防止研修（2.3回目） *3回目は3月に実施 ◎	◎	◎	◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意 ◎	構成、資材確認 ◎	撮影、チェック ◎	動画視聴 ◎	評価、修正 ◎●	人選、同意 ◎●	構成、資材確認 ◎●	撮影、チェック ◎●	動画視聴 ◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
	事業所	★4	認知症の理解をより深めるため、認知症の種類・場面別でのケア・接し方の手法について学習を行う。	介護長/全職員	自施設で発生した困難事例・ヒヤリハットも踏まえ、課題となる分野の勉強会の実施 ◎	◎	／	／	評価、修正 ◎●	自施設で発生した困難事例・ヒヤリハットも踏まえ、課題となる分野の勉強会の実施 ◎	◎	◎●	／	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より）自己チェックを図ることで、意識付け・自己の振り返りとなるため。 ・動画で共有することで、伝え方に対して統一した学びができると考えたため。 ・認知症の理解不足による不適切ケアをなくすため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎不適切ケアは0件 1. 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて、不適切ケアに関して協議し、考える場を設ける事が出来た。 2. 虐待予防チェック表（虐待防止研修資料）を活用し、必要に応じて面談を行い不適切ケア防止に取り組んだ。 3. 模範職員の利用者様へのケアの様子を撮影し、勉強会にて各職種が動画視聴し、ケアの振り返りを行った。 4. ヒヤリハットをもとに、困難事例について、勉強会にてグループワークを行い協議・学習を行い認知症への理解が深まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	◎	◎	◎	◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	／	◎●/◎●	◎/◎●	◎●/◎	◎●/◎●	
	事業所	★3	離設事故・誤嚥事故・服薬事故を防止する為、自施設内での協議、他施設での事例の水平展開を図る。	各所属長/全職員	目的とスケジュールを発信する	自施設で重大事故の発生があった際には、責任者が集まり会議を行う			評価、修正	自施設で重大事故の発生があった際には、責任者が集まり会議を行う				振り返り	次年度準備		施設長
						他施設で発生した重大事故について、事故防止検討委員会より全職員へ周知を行う											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	施設内勉強会に参加できなかった職員に対しても、ケアの平準化及び共通理解を深めるために教育をする。	各所属長/全職員	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				評価、修正	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より)継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より)基本介護チェック表を用いての点検、リスクマネジメント研修をスケジュール通りに実施。数年継続して効果が出るものであると考えており、今後入職する職員へも実施する。 ・来年度は新人職員が多く、重大事故を防止するための知識が乏しいため。 ・勉強会は約7割の職員が参加できたが、参加できなった職員においては資料の閲覧のみとなっていた。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎離設事故0件・誤嚥事故3件・溺水事故0件。 1. 事故防止検討委員会を毎月実施し、他施設での事故・自施設でのヒヤリハットについて協議・周知出来た。また、重大事故発生時は各職種で協議・経過観察を行った。 2. 基本介護チェック表(リスク管理)を用いて、必要に応じて面談を行い、職員の抱える悩みやリスク管理能力についての把握が出来た。要指導者には定期的に面談を行った。 3. 重大事故発生時は、責任者が集まり会議を行い、検討を行った。また、事故防止検討委員会にて全職員に周知した。 4. 施設内勉強会に参加した職員が、参加できなかった職員に対して説明することで、インプット・アウトプットの場を設けることにつながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
サービスの質を向上するために気づきの力を身につける。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施しフィードバックする。 （介護職、看護職、ケアマネ）	介護長/エリア会議参加者	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度） レポートを基にフィードバックを図る			活動の評価	体験の実施（2時間程度）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	○/◎	○/◎	○/◎	◎●/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	創意工夫しご家族と一緒に食事をしていただく機会をつくる。	エリア入所相談員/相談員	各事業所イベントの立案・計画		ご家族発信	イベントの実施（毎月3家族を対象に実施）						振り返り	次年度準備		施設長
					×	×●	×●	×	×	×	×	×	×●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	計画的に職員の配属フロアの変更をすることで、生活支援技術の向上を図る。	介護長/介護職	昨年度の人員配置について振り返り	職員と必要時に面談を行い、本人が抱える不安等の確認を行う 管理者と相談し、配置フロアを選定する								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	交換研修を実施し、法人内の他施設を知ることで、自身の成長を促す。	各所属長/介護職	人選 研修先との調整		各職種1名以上の交換研修の実施（研修報告書の提出）							振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	／	／	／	／	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様の気持ちを考える機会をつくるため。3年計画で実施している。 ・ご家族が食事を見る機会がない。 ・中途採用者が約5割を占める。介護技術の見直し・業務改善を図るための客観的視点の導入が必要と感じる。対象としては、介護職・看護主任・相談員。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,3.問題なし。 2.7月の運営会議にて9月以降の延期が決まった。 4.人選は出来たが、コロナ禍により、交換研修を見合わせている。会議での周知を見送った。	1,3.問題なし。 2.新型コロナウイルス感染拡大のため実施を見送っている。 4.11月に山岡相談員が新那加に行く予定。	1,3.問題なし。 2.新型コロナウイルス感染拡大のため実施を今年度は見送りとした。 4.相談員2名・ユニットリーダー2名・介護長2名実施。	

事業報告	◎計画的に職員のフロア変更、交換研修を行うことで、職員の成長につながった。 1.利用者様の疑似体験を計画に沿い実施。各自、振り返りを1ヶ月・3ヶ月後に行い、自己での振り返りを行っている。 2.ご家族と一緒に食事をしていただくイベントの実施については、コロナウイルスの影響で見送りとなったが、今年度は食事の様子をご家族に見て頂けるよう、食べレター を11月から開始した。 3.職員との定期面談を踏まえた上で、配置フロアの選定を行った。 4.交換研修を今年度は2名実施した。他施設の状況を知り、自己の強み・課題が明確になり成長につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様のＱＯＬ及び職員のケアの向上を図る。	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					◎●	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	／	／	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
					②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）												
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	認知症の予防となりうる運動（活動）の機会をつくる。	介護長/介護職	毎月”レクリエーション・環境整備委員会”を新設し開催する 1か月に1回行事を行い、委員会にて共有を図る									振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査にて評価	改善を図る				満足度調査にて評価	改善を図る				
					◎	◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動）（行事）の機会をつくる。	介護長/介護職	レクリエーションコーディネーターを中心に、計画的に音楽レク等を実施する									振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査にて評価	改善を図る				満足度調査にて評価	改善を図る				
					◎	◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）議論の場が考える力を伸ばすことができる。各施設で挙がった事例を施設へフィードバックすることで学びにつながった。 ・2020年度より）昨年度は研修に5名応募した。新型コロナウイルスの影響で参加の可否に影響が出たので、次年度も継続し研修への参加を勧める。 ・余暇活動・運動の場が充実していないため、ＱＯＬが低い。そのため、新規で委員会を立ち上げ、レクや環境整備について考える機会を設ける。利用者様の楽しみの創出を図る過程で、職員の考える力を養う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	

事業報告	◎外部研修参加、余暇活動の機会を作ることで、利用者様のQOL・ケアの向上を図った。 1. 施設内勉強会にて、困難事例について話し合う場を設けた。施設で検討したことをエリア会議にて報告し、他施設からの見解・助言を頂き、自施設にてフィードバックを図った。 2. 外部研修への参加について、認知症介護基礎研修に1名参加。次年度も参加を促し、学習の場を設けていく。 3. 毎月、レクリエーション・環境整備委員会を開催し、運動・余暇活動・行事の機会を設けることができるように仕組みづくりを行った。 4. 毎月3回、各フロアで音楽レクや体操を実施し、他利用者様との交流を図る事ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
多角的視点を身につけ、サービスの強みを創る。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●				
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					◎●	◎	◎●	◎	◎●	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	「習慣お好みシート」を活用する事で、個々の嗜好を確認し、QOLを高める。	施設ケアマネジャー/全職員	目的とスケジュールを発信する	「習慣お好みシート」の確認・回収・データ化し、利用者様の嗜好を把握し探る。				評価	「習慣お好みシート」の確認・回収・データ分析し、利用者様の嗜好を把握し探る。			振り返り	次年度準備		施設長
						”レクリエーション・環境整備委員会”にて、分析・ニーズの具現化する。					”レクリエーション・環境整備委員会”にて、分析・ニーズの具現化する。						
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	看取りケアを充実する。	施設ケアマネジャー・看護主任/全職員	目的とスケジュールを発信する	利用者様・ご家族の意向を、日頃の生活にて聞き取り、記録に残し共有し残していく。利用者様の想いに寄り添ったケアの実践								振り返り	次年度準備		施設長
						中途職員への看取りケアの伝達・看取りケアの振り返り			評価、修正	中途職員への看取りケアの伝達・看取りケアの振り返り							
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ブログ、facebookを媒体として、外部に施設の活動報告を行えた。継続的に行い、閲覧者を増やす。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。昨年度は、計画表が無く受講者の洗い出しに時間を要した。 ・利用者様個別のニーズ・嗜好について探り、ケアや業務へ反映する機会が少なかった。 ・看取りを希望された利用者様及びご家族に対し、意向に沿った看取りケアを提供して必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2,3,4.問題なし。	1,2,3,4.問題なし。	1,2,3,4.問題なし。	

事業報告	◎多角的視点を身につけるために、多職種協力にて取り組みを行った。 1.ブログ等で継続的に外部への発信を行うことが出来た。 2.実務者研修…2名　初任者研修…0名　リーダーコース…2名　相談員養成コース…1名　参加。介護福祉士受験…3名　介護支援専門員受講…1名　参加。 3.習慣お好みシートを活用し、レクリエーション・環境整備委員会で共有し、行事立案・個別余暇活動提供の機会を設けた。 4.今年度、看取りカンファレンス実施人数14名、その中でご逝去された方13名となっている。看取りカンファレンスでの聞き取りを行い、ご逝去された後の看取りケアの振り返りを実施した。職員はその記録を残すことによって、看取りケアに対しての意識が高まった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる。	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）									◎●	◎	◎●	
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●				
	事業所	3	【介護従事者の身体及び精神状態の安定化】 希望者全員に対して長期休暇（4日以上）を取得してもらい、リフレッシュをする。	各所属長/全職員	働き方改革の概要を周知・有給休暇計画作成		勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認			上半期取得率の報告	勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認		今年度の有給休暇取得率の見通しを協議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	業務改善を継続的に行い、残業時間の削減を図る。心身のゆとりをもてるように取り組み、安心安全なケアの提供に繋げる。	各所属長/全職員	業務分解シートの必要性・運用方法の周知	運用方法等について、浸透具合を確認する	業務内容の精査・改善策を立案・実施							振り返り	次年度準備		施設長
										分析と対策検討							
					◎●	◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・2020年度より）長期休暇を希望した職員は100%取得できた。長期休暇を取得する風土が浸透していない。 ・2020年度より）残業分析を行い、職員負担軽減の為に改善すべきところを見つける必要がある。また、固定の職員に業務負担が偏っていないかを毎月確認し、職員の勤怠管理を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。	1, 2, 3, 4. 問題なし。長期休暇取得について、12月時点では希望者全員の取得達成なっていないが、継続し取得に向けて取り組んでいく。	

事業報告	◎職員が安定して働ける環境をつくるべく、長期休暇取得・ハラスメント研修・業務改善を実施した。2021年度、新卒職員の退職率20%であった。 1. エリア採用担当者会議にて、取り組みの実践・振り返りを行った。 2. 毎月エリアの運営会議の場にて、ハラスメントについての情報共有を行い、事例があった際は施設へフィードバックを図った。 3. 長期休暇取得（4日以上）に向けて、昨年同様、計画立案を図った。中途入職の職員の取得も、漏れがないように毎月確認を行った。成果として、長期休暇を希望した職員は100%取得出来た。 4. 業務改善、気持ち良い職場環境実現に向けて、毎月各所属長が施設長と情報共有・対策立案し対応を行った。中途職員の定着に向け、職員指導・教育について日頃より見直しを図った。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎●/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。	1.問題なし。ＩＳＯ27001定期教育の実施。	1.問題なし。	

事業報告	◎情報セキュリティに関する事故が0件。 1.毎月、「運用確認チェックリスト」を用いて、運営状況を確認。また、定期教育を行い、情報セキュリティについての教育を実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	介護報酬改定を理解し、法令順守に努める。	主任相談員／相談員	報酬改定の内容を理解する。		新たな加算が取得できるか調べる		振り返り	特養・ＳＳの介護報酬の内容を理解する		特養・ＳＳの加算根拠を作成し、加算の根拠をチェックする		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	○	○●	○	△	△●	○	◎	◎●	◎●	◎●	
	事業所	★3	施設のＰＲ方法が正しいか分析を行い、待機者確保に向けて対策を実施していく。	主任相談員／相談員	広報ぎふに載せる		分析する	広報ぎふに載せる	中日新聞に載せる	分析する	広報ぎふに載せる	ケアマネ見学会を行う	分析する	広報ぎふに載せる	中日新聞に載せる		施設長
					居宅、病院等への営業及びポスティングを実施する。(1回以上/月)									振り返り	次年度準備		
					◎/◎	／	◎/◎	◎/◎	△/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・エリアの収益・稼働率の向上発展を目指す。 ・収益向上のために営業戦略の見直し、課題の分析をして他法人との差別化を図る。 ・安定した収入サイクルを確立するため。 ・エビデンスに基づいた営業活動が不十分であるため。 ・介護報酬改定内容を理解する為には、意図的に理解を深める機会が必要である。 ・営業等、施設のＰＲをするが、ＰＲ方法を分析する機会がない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価					１０月-１２月評価			
					1,2.問題なし 3.病院からの問い合わせが少なくなっている。病院→施設ではなく、病院→居宅に行かれるケースが多くなっていることが要因。居宅周りの営業にシフトチェンジしている。				1,2.問題なし 3.中日新聞は相談の結果見送り。居宅、病院等への営業及びポスティングを実施					1,3.問題なし 2.11月の相談員ミーティング内で勉強会を実施した。			

事業報告	○4、7、9月が目標稼働率に届かなかった。年間稼働率…99.4% 1.ポスティングと営業用のリーフレットを活用し、見学会の案内を実施。そこから利用に繋がる実績もあったため来年度は計画的に行う。 2.加算の根拠の理解を深めることで、実地指導に対する日常的な準備ができた。 3.広報ぎふ・ケアマネ見学会から問い合わせや申し込みがあり、効果があったと思われる。来年度も計画的に実行、見直しを行う。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	業務継続するための訓練の実施。	主任相談員/全職員	事業継続計画の周知を図る		避難訓練に向け地域住民へ参加を促す	消防・総合訓練			新型感染症発生対策訓練の見直し		避難訓練に向け地域住民へ参加を促す	消防・総合訓練 振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	/	◎	◎	/	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	新型コロナウイルス感染防止の為、職員の日頃の感染対策の確認を実施。	各所属長/全職員	手順書の再周知を行う			利用者様・職員リストの確認				利用者様・職員リストの確認		振り返り	次年度準備		施設長
					利用者様・職員出勤職員の毎日の検温を行う。また、コロナ情勢において素早く情報をキャッチし、速やかに施設内に共有し、実行する												
					◎/◎	◎●/◎	◎	◎	◎●/◎	◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・新型感染症、災害発生時のシミュレーションが不十分である。 ・職員一人一人へ感染対策をより深く理解し、実践してもらう必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2. 問題なし。	1, 2. 問題なし。	1, 2. 問題なし。	

事業報告	◎様々な災害に対応できる管理体制の準備をすすめることができた。 1. 施設内避難訓練を実施し、全事業所の利用者様・職員が参加。新型コロナウイルス陽性者が発生した際の動きは、他施設で発生した事例を確認し、不測の事態に備える。 2. 新型コロナウイルス感染予防に努め、罹患者が発生しなかったことは感染対策を実施した一定の成果と思われる。今後も予防の意識が薄くなるといけないため、日頃のチェックと研修とシミュレーションを実施する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
不適切ケアをなくす。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会のそれぞれの会議にて継続的に個別ケアの検討、周知を図る。課題が残る事例についても施設内会議、エリア内会議でそれぞれ検討する場を設けフィードバックを図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	【ケアの振り返りの場の設定】 第1回高齢者虐待防止（不適切ケア、身体拘束について）研修後に虐待予防チェック表を用いた自己点検を実施する。必要に応じて面談を実施する。	介護長/全職員	高齢者虐待防止研修（1回目）			チェックの実施/集計	必要に応じて面談の実施	高齢者虐待防止研修（2.3回目） *3回目は3月に実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	模範職員の利用者様へのケアを行っている様子を撮影し、動画で共有し振り返る。	介護長/全職員	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	評価、修正	人選、同意	構成、資材確認	撮影、チェック	動画視聴	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	認知症の理解をより深めるため、接し方の工夫と共有を図る。	介護長/全職員	勉強会の実施				評価、修正	勉強会の実施		勉強会の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	／	／	◎●	◎	／	◎●	／	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より）自己チェックを図ることで、意識付け・自己の振り返りとなるため。 ・動画で共有することで、伝え方に対して統一した学びができると考えたため。 ・認知症の理解不足による不適切ケアをなくすため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.問題なし 4.認知症の主症状を理解する勉強を行うことで、改善ができない部分について理解することができた。	1.2.3.問題なし 4.認知症についての勉強会に参加し、認知症サポーター養成講座で勉強した事なども改めて復習する事が出来た。	1,2,3.問題なし 4.認知症についての勉強会に参加し、動画を視聴することで、不適切ケアの理解が深まった。	

事業報告	◎不適切ケアは0件 1.虐待防止委員会、身体的拘束適正化検討委員会にて、不適切ケアに関して協議し、考える場を設ける事が出来た。 2.虐待予防チェック表(虐待防止研修資料)を実施し、必要に応じての面談を行い不適切ケア防止に取り組んだ。 3.模範職員の利用者様へのケアの様子を撮影し、勉強会にて各職種が動画視聴し、ケアの振り返りを行った。 4.ヒヤリハットをもとに、困難事例について、勉強会にてグループワークを行い協議・学習を行い認知症への理解が深まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	【積極的な議論の場の設定と注意喚起】 自施設でも起こり得る重大事故の事例を基にエリア内会議、施設内会議で議論する場を設ける。議論の内容を経過記録に残し、スケジュールの評価、修正を図る。	エリア会議参加者/全職員	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				評価、修正	施設内会議にて定例議論の場を設ける（1回/月以上） エリア内会議にて議論の場を設定（毎月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	【ケアと基礎知識の振り返りの場の設定】 基本介護チェック表を用いて自己点検・他者点検を実施 する。リスクマネジメント（全職種・全職員必須）研修を計画し実施する。	介護長/介護職、看護職、CM、栄養士					自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施			要指導者のみ自己点検 他者点検	評価の差異によっては個別面談の実施		次年度準備	施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（2回/年） ※そのうち1回は「誤嚥事故を防止する」資料を用いた内容とすること									振り返り	次年度準備		
					○	◎	◎	◎	◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	／	◎●/◎●	◎/◎●	◎●/◎	◎●/◎●	
	事業所	★3	施設内勉強会に参加できなかった職員に対しても、ケアの平準化及び共通理解を深めるために教育をする。	各所属長/全職員	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				評価、修正	当月中に参加した職員が、勉強会に参加できなかった職員に対し、資料を用いて説明を行い、各所属長が理解度の確認をする。				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）継続的な学びの場・水平展開が必要であるため。 ・2020年度より）基本介護チェック表を用いての点検、リスクマネジメント研修をスケジュール通りに実施。数年継続して効果が出るものであると考えており、今後入職する職員へも実施する。 ・勉強会は約7割の職員が参加できたが、参加できなった職員は資料の閲覧のみとなっていた。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価					７月-９月評価				１０月-１２月評価			
					1.2.3.問題なし。					1.2.3.問題なし。				1.2.3.問題なし。			

事業報告	◎サ高住の入居者様での重大事故は0件 1.事故防止検討委員会を毎月実施し、他施設での事故・自施設でのヒヤリハットについて協議・周知出来た。又、重大事故発生時は各職種で協議・経過観察を行った。 2.基本介護チェック表(リスク管理)を用いて、必要に応じての面談を行い、職員の抱える悩みやリスク管理能力についての把握が出来た。要指導者には定期的に面談を行った。 3.施設内勉強会に参加した職員が、参加できなかった職員に対して説明することで、インプット・アウトプットの場を設けることにつながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
気づきの力を身につけ、活気ある生活の提供を行う。	エリア	1	【ケアの追求】 利用者様の疑似体験を実施し、契約時に分かりやすく説明ができるようになる。	主任相談員/ＬＳＡ	ルールの確認とレポート内容の精査	体験の実施（2時間程度）			活動の評価	高齢者がもっているリスクが理解できているか確認する		契約時等に高齢者がもっているリスクを理解した上で説明できるかを確認する		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	△	△	△●	△●	○	○●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	交換研修を実施し、法人内の他施設を知ることで、自身の成長を促す。	各所属長/ＬＳＡ	人選 研修先との調整		交換研修の実施（研修報告書の提出）							振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	／	／	／	／	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	体操等のアクティビティを提供する。	主任相談員/ＬＳＡ			体操プログラムの見直し		参加者の分析		体操プログラムの見直し			振り返り	次年度準備		施設長
					毎週のラジオ体操の実施												
							◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	緊急時に備え、安心して暮らせる環境を整える。	主任相談員/ＬＳＡ	家財保険の加入状況の確認				「緊急医療情報カード」の確認				介護保険証の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●		◎	◎●			◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様の気持ちを考える機会をつくるため。3年計画で実施している。 ・中途採用者が約5割を占める。介護技術の見直し・業務改善を図るための客観的視点の導入が必要と感じる。対象としては、ライフサポートアドバーザー。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし 2.人選は出来たが、コロナ禍により、交換研修を見合わせている。会議での周知を見送った。 3,4.問題なし	1.コロナ禍により、体験の実施を行う事が出来なかった。 2.コロナ禍により、交換研修を見合わせている。 3,4.問題なく実施できた。	1,契約時等に高齢者がもっているリスクを理解した上で説明できるかを確認できた。 2,3,4.問題なし。	

事業報告	◎気づきの力を身につけ、活気ある生活の提供を行った。 1.利用者様の疑似体験を計画に沿い実施。各自、振り返りを1か月・3か月後に行い、自己での振り返りを行っている。 2.サ高住での交換研修の実施はなかったが、法人内の同事業所と連携を図った。 3.毎週のラジオ体操を実施できた。参加人数も1年前より増えている。 4.家財保険、「緊急医療情報カード」、介護保険被保険者証の確認を行い、緊急時に備えることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
入居者様の満足度の向上を図る。	エリア	1	認知症ケアの困難事例をエリア会議で検討し、各施設へフィードバックを行う。また、ワーク用の教育資料を整備し、共通資料を作成し、勉強会を開催する。	介護長/エリア会議参加者	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリア会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					資料収集	資料作成、準備		勉強会開催			評価・修正						
					◎●	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	／	／	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	外部研修へ参加する。 ①認知症介護基礎研修 ②認知症介護実践者研修	介護長/介護職	愛知	②申し込み		①申込み		①申込み	①申込み	①申込み	①申込み	振り返り	次年度準備		施設長
									②研修（6日+4週間）			①1日研修：9月～1月					
					岐阜	4月～①②申し込み											
							①1日研修			①1日研修		①1日研修					
						②多治見、大垣、各務原、羽島でそれぞれで開催（6日+4週間）											
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	利用者様の生活の中に楽しみ（余暇活動）（行事）の機会をつくる。	主任相談員/ＬＳＡ	参加者全員に感染症対策(マスクの着用、手指消毒、ソーシャルディスタンス等)をしていただきながら、楽しみを持っていただく				評価、修正	参加者全員に感染症対策(マスクの着用、手指消毒、ソーシャルディスタンス等)をしていただきながら、楽しみを持っていただく				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	×	◎	◎	◎	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より)議論の場が考える力を伸ばすことができる。各施設で挙がった事例を施設へフィードバックすることで学びにつながった。 ・2020年度より)昨年度は研修に5名応募した。新型コロナウイルスの影響で参加の可否に影響が出たので、次年度も継続し研修への参加を勧める。 ・余暇活動・運動の場が充実していないため、ＱＯＬが低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1,2.問題なし 3.4月花見、5月おやつ作り、6月認知症サポーター養成講座等イベントを計画し、感染予防に努めながら行うことができた。7割ほどの参加もあり、満足度の高い取り組みであった。 ７月-９月評価 1,2.問題なし 3.コロナ禍が進む中で利用者様に感染予防に努めていただきながら、映画観賞やおやつ作りを行った。行事の出席率も昨年度より上がり、楽しみにしていただけている。9月は緊急事態宣言発令中の為、中止とした。 １０月-１２月評価 1,2.問題なし 3.緊急事態宣言が明け、外出支援・映画観賞会・クリスマスケーキ作りを行った。

事業報告	◎余暇活動の機会を作ることで、入居者様の満足度向上を図った。 1.施設内勉強会にて、困難事例について話し合う場を設けた。施設で検討したことを、エリア会議にて報告し、他施設からの見解・助言を頂き、自施設にてフィードバックを図った。 2.外部研修への参加について、サ高住での参加はなかったが、来年度も施設内勉強等で学習の場を設けていく。 3.緊急事態宣言以外は感染対策を講じた上で余暇活動を実施し、楽しみを持っていただけた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
外部との関わりを強化し、サービスの強みを創る。	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、地域合同行事、元気はつらつ体操、地域ボランティアへの参加等）	介護長/全職員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	計画的に法人内研修へ参加と受験に向けての準備を整備する。 ・実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース ・介護福祉士、介護支援専門員	介護長/介護職	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り、実績入力	次年度準備		施設長
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				
					◎●	◎	◎●	◎	◎●	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	ＳＤＧｓ（持続可能な開発目標）の取り組みを、サ高住の方と一緒に作っていく。	主任相談員/ＬＳＡ	年間計画の活動立案			地域清掃等の実施	話し合いの場を設け、次回取り組み案をまとめる		地域清掃等の実施			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●		◎	◎		◎			◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ブログ、facebookを媒体として、外部に施設の活動報告を行えた。継続的に行い、閲覧者を増やす。 ・資格支援の計画と予定、実績が把握しにくい。昨年度は、計画表が無く受講者の洗い出しに時間を要した。 ・地域との関わりが少ない。 ・共同で取り組む活動がなく、自身の役割を実感しにくい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.問題なし 3.ＳＤＧｓの取り組みとして、地域清掃を実施した。12名ほどの方が参加していただけた。また6月には、認知症サポーター養成講座を開催し、地域包括支援センターと連携した活動を実施し、認知症の理解へとつなげた。	1,2.問題なし 3.ＳＤＧｓの取り組みとして、引き続き地域清掃を行ったが参加者が少なく、今後取り込みとしてどうしていくか考えていく。そのほか、ゴミの分別についてもう一度考えていただく事を利用者様にお願いをすることが出来た。	1,2.問題なし 3.ＳＤＧｓの取り組みとして、引き続き地域清掃を行ったが参加者が少なく、4月からゴミの分別の仕方が変わるので案内している。	

事業報告	◎多角的視点を身につけるために、多職種協力にて取り組みを行った。 1.ブログ等での継続的外部への発信を行うことが出来た。 2.サ高住での実務者研修、初任者研修、リーダーコース、相談員養成コース、介護福祉士受験、介護支援専門員受講の参加はなし。 3.年間計画通りに進めることができた。来年度も継続し、入居者様に案内していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員が安定して働ける環境をつくる。	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。 【取組内容】１）インターンシップの受入れ品質の向上、２）実習生対応の向上、３）学校訪問の工夫、４）中途採用の工夫、５）職員紹介制度の強化	エリア責任者/採用担当者	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長/介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●				
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	【介護従事者の身体及び精神状態の安定化】 希望者全員に対して長期休暇（4日以上）を取得してもらい、リフレッシュをする。	各所属長/全職員	働き方改革の概要を周知・有給休暇計画作成		勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認			上半期取得率の報告	勤務表作成時に、有給休暇取得状況の確認		今年度の有給休暇取得率の見通しを協議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	業務改善を継続的に行い、残業時間の削減を図る。心身のゆとりをもてるように取り組み、安心安全なケアの提供に繋げる。	各所属長/全職員	業務分解シートの必要性・運用方法の周知	運用方法等について、浸透具合を確認する	業務内容の精査・改善策を立案・実施							振り返り	次年度準備		施設長
										分析と対策検討							
					◎●	◎●	◎	◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ハラスメントに関する相談や苦情が複数発生した。 ・2020年度より）長期休暇を希望した職員は100%取得できた。長期休暇を取得する風土が浸透していない。 ・2020年度より）残業分析を行い、職員負担軽減の為に改善すべきところを見つける必要がある。また、固定の職員に業務負担が偏っていないかを毎月確認し、職員の勤怠管理を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2,3.問題なし 4.繁忙の時期を特定し、その時間帯に作業する場所や複数人で行うことを実施した。その他、時間測定が難しい仕事について、分担することで負担軽減につなげられた。	1,2,3.問題なし 4.業務内容の優先度を把握することや、繁忙日などに作業する場所を変更する事などで改善できたことが多く、残業時間の削減へとつながった。	1,2,3,4.問題なし。長期休暇取得について、12月時点では希望者全員の取得達成なっていないが、継続し取得に向けて取り組んでいく。	

事業報告	◎職員が安定して働ける環境をつくるべく、長期休暇取得・ハラスメント研修・業務改善を実施した。2021年度、新卒職員の退職率20%であった。 1.エリア採用担当者会議にて、取組の実践・振り返りを行った。 2.毎月エリアの運営会議の場にて、ハラスメントについての情報共有を行い、事例があった際は施設へフィードバックを図った。 3.長期休暇取得（4日以上）に向けて、昨年同様、計画立案を図った。中途入職の職員の取得も漏れがないように毎月確認を行った。成果として、長期休暇を希望した職員は100%取得出来た。 4.業務改善、気持ち良い職場環境実現に向けて、毎月各所属長が施設長と情報共有・対策立案し対応を行った。中途職員の定着に向け、職員指導・教育について日頃より見直しを図った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
情報セキュリティのマニュアルに基づいた手順を遵守する。	エリア	★1	セキュリティ事故発生にともなうリスクを理解した上、マニュアルに基づいた手順を認識し、実践できる力を養う。	ISMS管理者／全職員	建屋内の事業所ごとに、毎月「運用確認チェックリスト」を用いて、手順通りに運営できているか確認する									振り返り	次年度準備		ISMS管理責任者
					中途採用職員へ入社後1ヶ月以内に認識教育を実施する												
								定期教育の実施									
					年3回(4月、7月、10月)、エリア事務局より配布する手順などを認識する資料を建屋内で回覧する												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎●/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムに取り組み、安心・信頼して利用できる施設にするため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。	1.問題なし。	1.問題なし。	

事業報告	◎情報セキュリティに関する事故が0件。 1.毎月、「運用確認チェックリスト」を用いて、運営状況を確認。又、定期教育を行い、情報セキュリティについての教育を実施した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	エリア	★1	◎新しい営業を展開していく ・各施設のリーフレット等作成 ・折り込みチラシ等の配布 ・ＷＥＢデザイナー採用の検討	エリア入所相談員／相談員	各計画を報告し承認を得る	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。			評価、修正	毎月入所相談員会議で進捗確認と方向性の確認を行う。				振り返り	次年度準備		施設長
					毎月運営会議で確認する。					毎月運営会議で確認する。							
					◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	スムーズな入退居調整を行えるよう、直近の待機者以外の待機者に電話にて意向の確認を行う	主任相談員/ＬＳＡ		電話にて意向の確認を行う			電話にて意向の確認を行う			電話にて意向の確認を行う		待機者リスト活用の確認	次年度準備		施設長
						◎			◎			◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	地域包括支援センターとの接点を設け、施設の状況(サービス、空き状況等)を発信していく。	主任相談員／ＬＳＡ			地域包括への挨拶回り						地域包括への挨拶回り	振り返り	次年度準備		施設長
							◎						◎●	◎●	◎	◎●	

			4月-6月評価	7月-9月評価	１０月-１２月評価	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・エリアの収益・稼働率の向上発展を目指す。 ・収益向上のために営業戦略の見直し、課題の分析をして他法人との差別化を図る。 ・安定した収入サイクルを確立するため。 ・待機者への意思確認をリアルタイムでとれていない。 ・地域包括支援センターに赴く機会がなく、施設の空き状況等が伝えられていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1,2.問題なし 3.担当を多くになっている地域包括支援センター白梅華への挨拶の実施、待機利用者様への近況確認を行うことで、空きのない入居調整へとつながった。	1,3.問題なし 2.待機者の方への連絡を引き続き行い、状況を確認し退居時のスムーズな調整へとつなげる事が出来ている。	1,2.問題なし 3.生活相談員同席のもと、挨拶周り時に困難ケースの相談を行った。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保できた。年間稼働率100%。 1.併設の事業所の相談員と協力し、営業活動を実施した。 2.待機者に3ヶ月ごとに意向確認を行うことで、繋ぎ止めておくよう努めた。 3.校区である地域包括支援センター白梅華と密な連携を深め、相談し合える関係づくりに努めた。今後も地域との連携を深めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル岐阜駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	事業所	★1	業務継続するための訓練の実施。	主任相談員/全職員	事業継続計画の周知を図る		避難訓練に向け地域住民・入居者へ参加を促す	消防・総合訓練			新型感染症発生対策訓練の見直し		避難訓練に向け地域住民・入居者へ参加を促す	消防・総合訓練 振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	/	◎	◎	/	/	◎●	/	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	新型コロナウイルス感染防止の為、職員の日頃の感染対策の確認を実施。	各所属長/全職員	手順書の再周知を行う			利用者様・職員リストの確認				利用者様・職員リストの確認		振り返り	次年度準備		施設長
					利用者様・職員出勤職員の毎日の検温を行う。また、コロナ情勢において素早く情報をキャッチし、速やかに施設内に共有し、実行する												
					◎/◎	◎●/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・新型感染症、災害発生時のシミュレーションが不十分である。 ・職員一人一人へ感染対策をより深く理解し、実践してもらう必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.問題なし	1.2.問題なし	1.2.問題なし	

事業報告	◎様々な災害に対応できる管理体制の準備を進めることができた。 1.施設内避難訓練を実施し、全事業所の利用者様・職員が参加。新型コロナウイルス陽性者が発生した際の動きは、他施設で発生した事例を確認し、不測の事態に備える。 2.新型コロナウイルス感染予防に努め、罹患者が発生しなかったことは感染対策を実施した一定の成果と思われる。今後も予防の意識が薄くなるといけないため、日頃のチェックと研修とシミュレーションを実施する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	江南・岐阜エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個々のスキルアップを図りサービスの強みを創る	エリア	1	地域に貢献できる活動を行う。そして外部に発信する。（サロン、認知症カフェ、合同行事、元気はつらつ体操、地域ボラ等）	施設長／相談員	年間活動の確認と見える化、担当振り分け	ブログ、facebook制作と発信			活動の評価、修正	ブログ、facebook制作と発信				振り返り	次年度準備		施設長
						施設内（利用者様、ご家族、来客者、職員）に向けての紙媒体発信											
	エリア	2	介護初任者・実務者研修、介福試験、介護支援専門員試験、各リーダーコース、相談員養成コース積極的に学ぶ機会を提供する	施設長／介護長	各資格対象者の確認と見える化	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	計画表で確認	振り返り	次年度準備		施設長
						CM願書配布、申し込み		介護福祉士配布、申し込み		CM試験			介福模擬				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・エリアの地域貢献・各職員のスキルアップ。 （事務センターとしては、支援した場合にチェック）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			事務センターとしての支援なし	事務センターとしての支援なし	事務センターとしての支援なし	

事業報告	・事務センターとしての支援なし

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	江南・岐阜エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が安定して働ける環境をつくる	エリア	★1	新卒および中途採用の促進を図る目的として「エリア採用担当者会議」開催する。【取組内容】1）インターンシップの受入れ品質の向上、2）実習生対応の向上、3）学校訪問の工夫、4）中途採用の工夫、5）職員紹介制度の強化	エリア責任者／採用担当者	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				評価	採用者担当者会議を毎月開催し、新たな取組を実施する。新たな取組の実践、振り返りを行う。運営会議と一体となり取り組んでいく。				振り返り	次年度準備		エリア責任者／採用担当者
					学校訪問の支援・職員紹介制度の強化のためのPOP作成を行う。					求人原稿適宜改善を行い、原稿更新マニュアルを各施設に周知し求人応募を促進する。							
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	
	エリア	2	ハラスメントについての情報をエリアの運営会議で定例審議し、各施設へフィードバックを行う。また、法人の共通資料を用いて勉強会を開催する。	施設長／介護長	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				評価、修正	エリアの運営会議にて定例議論の場を設定（1回/月）				振り返り	次年度準備		施設長
					施設の実情に合わせて研修の実施（1回/年）												

なぜ、取り組むのか？（原因）	・新卒、中途採用の職員を安定確保するため。 ・新卒、中途採用の職員が仕事が続けていけるよう定着支援を重要視していくため。 ・利用者様が安心してケアを受けることが出来る環境を提供していくため。 ・ハラスメントに関する相談、苦情をなくすため。 （事務センターとしては、支援した場合にチェック）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			・WEB求人原稿の工夫（契ｲCWｲﾝﾀﾋﾞｭｰ記事） ・学校訪問（POP改訂・訪問校見直し・見学会PR） ・高卒しごと見学会（内容改訂・POP新規作成） ・職員紹介チラシ、新卒家族の手紙（POP改訂）（介護職） ・応募：76名(江岐58名・岐阜駅18名) ・採用：16名(江岐11名・岐阜駅5名) ・内訳：直接13名・職紹2名・人紹1名	・事業計画表に基づく中間評価を行った ・WEB求人原稿の工夫（養護GH契ｲCWｲﾝﾀﾋﾞｭｰ） ・オンライン就職説明会開催に向けた検討 ・職員紹介制度の強化に向けたアイデア出し（介護職） ・応募：58名(江岐45名・岐阜駅13名) ・採用：8名(江岐4名・岐阜駅4名) ・内訳：直接6名・職紹0名・人紹2名	・高卒面談の結果報告と次年度の方向性を確認 ・デイ運転手を確保するため、就職説明会の開催 ・求人用PR写真の撮影を行い、緒媒体に展開した ・2022年事業計画と広報費予算の検討を行った（介護職） ・応募：51名(江岐39名・岐阜駅12名) ・採用：12名(江岐8名・岐阜駅4名) ・内訳：直接5名・職紹2名・人紹5名	

事業報告	◎エリア採用担当者会議を毎月開催し、職員確保における手法・方向性の検討を行った結果、中途採用69名・新卒採用17名の介護職を雇用することが出来た。 １．インターンシップの受け入れ品質向上 ・新型コロナウイルス感染防止を徹底した上で、江南会場の他に岐阜駅会場でも新たに実施した。参加者には対応した職員のメッセージを記入した礼状を送付した。 ２．実習生対応の向上 ・コロナ禍でも引き続き養成校等の実習受入れ実施し、受入れマナーの徹底を遵守し新卒エントリーに繋がられるよう取り組みを一丸となって実施した。 ３．学校訪問について ・訪問校の適正化、OGOB職員のPOPツール改訂を行った。新たに高卒応募の促進戦略を実施した。（夏休み見学会：プログラムの再構築・案内POP作成） ４．中途採用の工夫 ・コロナ禍に伴う他業種転職者のインタビュー原稿（特養・養護・GH）を法人ホームページに追加。求人PR用イメージ写真をカメラマンに依頼し差替えをした。 ５．職員紹介制度の強化 ・制度をより広げるため、新たな特典「オンライン説明会の追加、紹介手当以外の特典（職員表彰・賞与評価の対象）」の創出に向けて検討を行った。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	江南・岐阜エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
コンプライアンス（法人への信頼）を確立する。	事業所	1	法令・各種規程類に基づく適正な運営を図る目的を重視とした「エリア事務員会議」となるように、３つの内容を中心として取り組んでいく。【取組内容】１）法令遵守、２）各種規程の確認、３）法人内手続きの確認について	エリア責任者／エリア担当者	エリア事務員会議を開催し、法令・各種規程類に基づく適正な処理の確認を実施する。（労働保険徴収法、地方税法について）			エリア事務員会議を開催し、法令・各種規程類に基づく適正な処理の確認を実施する。（厚生年金保険法、最低賃金法について）			エリア事務員会議を開催し、法令・各種規程類に基づく適正な処理の確認を実施する。（2021年度税制改正について）			振り返り	次年度準備		エリア担当者
					◎	－	－	◎	－	－	－	◎	◎	◎	◎	－	
	事業所	2	各書類作成誤り（記載漏れなど）を防ぐために「エリア事務員会議」で業務ミスについて話し合い、必要に応じて事務部会への議題の提案事項とする。	エリア責任者／エリア担当者	エリア事務員会議を開催し、業務ミス報告書の有無、内容を確認する。			エリア事務員会議を開催し、業務ミス報告書の有無、内容を確認する。			エリア事務員会議を開催し、業務ミス報告書の有無、内容を確認する。			振り返り	次年度準備		エリア担当者
					○	－	－	○	－	－	－	○	○	○	○	－	
	事業所	★3	社会保険・雇用保険・労災などの各書類作成について、エリア事務員会議で取り上げた勉強会を行う。	エリア責任者／エリア担当者	エリア事務員会議のなかで、各書類作成についての疑問・質問のあった内容を必要に応じ勉強会を実施する。			エリア事務員会議のなかで、各書類作成についての疑問・質問のあった内容を必要に応じ勉強会を実施する。			エリア事務員会議のなかで、各書類作成についての疑問・質問のあった内容を必要に応じ勉強会を実施する。			振り返り	次年度準備		エリア担当者
					◎	－	－	◎	－	－	－	◎	◎	◎	◎	－	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より法令遵守などを中心としたエリア事務所会議ができていたが、2021年度も短時間労働者への適用拡大（社会保険）など制度改正に対応が取れるようにする。 ・2020年度より業務ミスはないが、事務部会への検討事項、エリア共有事項として取り上げた事項が少なく思えるため、エリア事務所会議を強化する必要がある。 ・2020年度より社会保険・雇用保険・労災などの書類作成についてはできていたが、労災（待機期間の60%補償）など実務をされている方の応用に不安があるため、必要に応じ勉強会をする。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					規程の変更（施行日令和3年4月1日、令和3年5月1日）の確認、ＥＰＡ職員の退職（帰国）時の住民税確認、2021年度短時間労働者への適用拡大（社会保険）制度改正が2022年10月からとなる事などの報告をする事ができた。			事務部会にあわせた事務所会議により、事務部会事項（採用条件を統一など）を伝えられる会議となった。令和3年分以降の各市区町村の年末調整説明会は取りやめとなったが、2021年度税制改正についても対応できた。			年金事務所調査（11月）による各施設の社会保険状況、障害者雇用納付金関係業務調査（12月）による根拠資料の統一、愛知県指導監査（12月）による各施設の法人内手続きの教育ができた。			

事業報告	◎エリア内施設の法令・規定違反の指摘1件（内部監査　事務部門より） 1. 地方税法、2021年度制度改正などに対応したエリア事務所会議ができた。 また、事務部会後に行うことにより、検討事項、エリア共有事項を速やかに伝えられる会議となった。 2. 各施設での業務ミス報告は0件。 3. 令和3年11月22日に全国健康保険協会管掌健康保険及び厚生年金保険被保険者の資格及び報酬等の調査（特に問題なし）による各施設の社会保険資格加入状況の確認、令和3年12月17日に障害者雇用納付金関係・業務調査（人数のカウントが根拠資料（職員名簿など）からの数え間違い、入力誤りが多い事を指摘）による根拠資料の見直し統一、令和3年12月22日に愛知県指導監査（特に問題なし）による各施設の法人内手続きの教育ができた。 また、社会保険については、令和4年10月からの短時間労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用の拡大、改正雇用保険法による2022年1月からの65歳以上の雇用保険加入変更など、必要な対応ができるようにエリア事務所会議の強化、必要に応じた教育を行っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	◎●	◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎●	◎●	○	◎●		
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護長 または看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	◎●	◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎●	◎●	○	◎●		
	施設	★3	外部資料を活用することで、印象に残り行動につながる教育を目指す。 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書	施設長/所属長	ドラマ仕立てのDVD教材の用意	①利用者様の尊厳を軽視した接遇 ②利用者様の要望への不誠実な対応		評価 見直し	③利用者様の行動制限 ④利用者様のプライバシーへの配慮に欠けた行動		評価 見直し	⑤利用者様の自立・自律を妨げる効率重視の行動		評価 見直し	次年度準備		主任相談員
					◎	△	△	◎●	◎	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	★4	職員の想い（対応に苦慮していること）を相談しやすい環境を作り、職員の対応力の向上に結びつける。 チェック方法：虐待防止委員会議事録	施設長/ユニットリーダー	対応に苦慮している事例の共有・対策の立案									振り返り	次年度準備		介護長
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.前年度「虐待チェックノート」を活用し、不適切ケアに気づく機会となったが、動画を活用した新たな資料を用いてさらなる成長とケアの質の向上を目指す。 4.対応に苦慮していることがあっても、迅速に対応策を明確にすることができていないことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.昨年からの継続でもあり計画通り実施できている。 3.DVD教材は購入したが資料作成の構想に時間を要したため勉強会の実施は7月へ持ち越した。 4.委員会では3ヶ月で対応困難事例23件を話し合うことができた。	1.2.計画通り実施できている。 3.不適切ケアのDVD教材を使用し勉強会を実施した。ディスカッションをすることで他者の意見を聞く機会となり視点の幅が広がった。 4.委員会では対応困難事例23件を話し合うことができた。	1.2.10月は当施設がmoreスマイル対象施設であった。ご意見を共有し改善案をたて取り組んでいる。 3.不適切ケア勉強会は12月に実施した。 4.委員会では対応困難事例29件を話し合うことができた。	

事業報告	◎虐待・拘束などの不適切ケアを0件にすることができている。 1.2.他施設のケアや業務を見ることにより、自施設の改善点を見出すことを目的として取り組んだ。不適切ケアの第一歩でもある三大介護の「声掛け」に着目し、報告書を作成した。年間計画通り各施設への見学は実施し始めたが、施設の実情により延期や見合わせるという対応になったケースも出てきたが、実施した職員からは他施設を見れて刺激を受け勉強になったと前向きな感想も聞けた。今後もエリア全体で介護の質の向上に向けて取り組みを継続していきたい。 3.印象に残る研修にする為に外部教材「ミニドラマで考える介護職員のための不適切ケア防止」のＤＶＤを活用し、年3回の勉強会を実施した。グループディスカッションをすることで他者の意見を聞く機会となり視点の幅が広がった。また、外部教材を活用することで、介護業界での基準、不適切として扱われる基準について、しっかり認識し合うことができた。 4.虐待につながりやすい対応困難な事例を毎月の虐待防止委員会で定例の議題として報告し、他職種で対応策の検討を行った。相談できる場があることにより職員の不安軽減にはつながっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					◎	◎●	◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●	◎	◎●	△	◎●	◎●		
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/介護長	重大事故・受診事故が発生した際は関係職種を集め、原因の検証・再発防止策の策定・実行をルールに沿って行う。									評価 振り返り	次年度準備		主任相談員
					施設内の事故対策委員会にて効果の確認と必要に応じて随時再発防止策の見直しを図る。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	3	ヒヤリハットへの意識を高め事故予防に努める。 チェック方法：事故予防対策委員会議事録	施設長/ユニットリーダー	シート活用方法検討	事故予防対策委員会にて件数報告と情報共有、必要に応じて再発防止策の再検討を行う。								振り返り	次年度準備		介護長
						ＫＹＴ勉強会			評価 見直し				評価 見直し				
					◎●	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	★4	適切な方法で、ポジショニング、移動・移乗介助が行えているかラウンドにて確認をする。 チェック方法：特養ミーティング会議録	施設長/機能訓練指導員	ポジショニング、移動・移乗介助についてラウンドの実施 特養ミーティングで情報共有									振り返り	次年度準備		介護長
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）継続して取り組めたが、ルールを再確認し、職員の入れ替わりがあっても多職種で原因の検証・再発防止策の策定・実行を徹底できるよう継続する。 3.2020年度より）ヒヤリハットの気づきが少ないことが課題であり取り組んだが、職員によって気づきに差がある状況の為、ヒヤリハットへの意識を高められるよう継続する。 4.職員によって技能の差が生じているが、技能をチェックする仕組みが作れていない。		1.重大事故の勉強会はエリアで準備を進めている。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.委員会にて、ヒヤリハットの情報共有ができている。5月にはKYTの勉強会を実施し、目的の理解を深めた。 4.ラウンドの実施ができている。	1.転倒・誤嚥の勉強会をエリアで開催した。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.委員会にて、ヒヤリハットの情報共有ができている。 4.ラウンドの実施ができている。	1.勉強会の録画ができていない時があった為、仕組みを再検討した。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.委員会にて、ヒヤリハットの情報共有ができている。 4.ラウンドで気がついた点を情報共有することができている。	

事業報告	
	◎重大事故の発生を0件にすることができている。 1.重大事故に関係する転倒・誤嚥・入浴・離設の勉強会をエリアで実施した。計画通り実施できているが、参加できる職員に限度がある為、動画を撮り各施設で視聴できる方法を取り入れたが、録画機能と職員の操作ミスにより録画できていないケースもあった為、来年度は開催方法の検討と録画を確実にする仕組みを考えていきたい。 2.施設内で発生した事故は、必要に応じて関係職種が集まり事故の検証と分析を行った。その他、受診事故に関しては翌月の事故予防対策委員会にて報告と対策の妥当性を確認している。又、効果の確認も委員会で行い、事故発生一ヶ月後の報告と効果の有無を判断している。 3.ヒヤリハットへの気づきを身につけるためにＫＹＴ勉強会を5月に行った。特養ミーティングでは各ユニットからヒヤリハットの件数と内容の報告を行い共有に努めた。 4.毎月、機能訓練指導員が各ユニットをラウンドし、福祉用具の使用や利用者様のポジショニング、移乗方法が適切に行えているか確認を行った。気がついた内容は特養ミーティングにて報告をし、情報共有と水平展開を行い、事故につながらない対策と職員のスキルアップにつなげた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員全員が利用者の気持ち・立場に立って、考えることができるよう、傾聴の心と気づきの目を養う	（事業所エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					◎●	△	△	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎	◎●		
	事業所	2	利用者様の声（つぶやき）を拾いニーズの把握に努める。 チェック方法：つぶやきシート	施設長/ユニットリーダー	つぶやき件数について課題の抽出とルール策定	実施 特養ミーティングにてつぶやきの件数報告、内容の情報共有を行う				評価			評価	振り返り	次年度準備		介護長
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	★3	接遇・マナーの教育を実施する。 チェック方法：特養ミーティング会議録 接遇・マナーチェックシート	施設長/ユニットリーダー	接遇・マナーチェックシートの活用 特養ミーティングにて情報共有		評価見直し			評価見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	★4	看取りケアの振り返りを実施する。 チェック方法：特養ミーティング会議録 振り返りシート	施設長/看護主任	振り返りシートの活用 特養ミーティングにて情報共有		評価見直し			評価見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）傾聴の心と気づきの目を養うために「つぶやき」を拾うことに取り組んできたが、徐々に意識が薄れてしまった為、定着するための再検討が必要である。 3.職員によって接遇・マナーに対する能力の差が生じているが、自己を振り返る機会が少ない。 4.看取りのケアに取り組んでいるが、看取り後の振り返りが行えていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.体験内容を決定し、ルールと報告書について職員へ周知した。 2.つぶやきの内容を共有できている。 3.チェックシートを毎月、他者評価も含め実施している。 4.ケアの振り返りを行った。	1.擬似体験を実施する為の準備に時間がかかり、実施が遅れてしまった。 2.つぶやきの内容を共有できている。 3.チェックシートを毎月、他者評価も含め実施している。 4.ケアの振り返りを行った。	1.擬似体験は専門職の進捗が遅かったが12月で実施完了している。 2.つぶやきの内容を共有できている。 3.チェックシートを毎月、他者評価も含め実施している。 4.ケアの振り返りを行った。	

事業報告	◎疑似体験の実施、つぶやきの聞き取り、接遇・マナーチェックシートの活用により、全職員が利用者の気持ち・立場に立つことができている。 1.今回は、誤嚥事故防止の観点も踏まえ食事の利用者疑似体験を行った。実施概要とルール、体験者への注意点等を明確にし、毎月予定を立てて計画通り実施できた。報告書には利用者様体験をしたことで分かったこと、理解しているつもりでできていなかったことに気づけた等の内容が多かった為、実施した効果があった取り組みになった。 2.特養ミーティングで各ユニットのつぶやきの内容の確認と共有を行ってきた。つぶやきの件数については、フロアや月によって偏りがあったため、つぶやきの重要性の理解も含め、来年度でも継続して取り組んでいきたい。 3.接遇・環境整備チェックリストを用いて毎月各ユニットの自己評価と他者評価を実施した。定期的に実施することで意識は高まっているが、各職員によって評価基準に違いがあることが分かった為、評価基準のルールを明確にするとともに、評価の低い内容に対する改善策の提示と翌月の確認を徹底する必要性を感じた。 4.看取りの振り返りは件数が重なると対応が難しくなる課題があり、実施するタイミングに工夫が必要と感じた。来年度も看取りの職員教育から振り返りまで丁寧に取り組めるよう計画を立てていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
バックグランドや気持ちを知り、多職種で共有する認知症の症状がある利用者様の	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●		
	事業所	★2	「その人と生きるために…」 個々のバックグラウンドを知るために、ご家族に協力を得て写真や馴染みのものを可視化する。 チェック方法：特養ミーティング議事録	施設長/施設ケアマネジャー	活用・管理方法の仕組み作り		お知らせを作成し配布する		届いた方から活用する					振り返り	次年度準備		主任相談員
					特養ミーティングにて進捗状況の確認と検討内容の報告					評価			評価				
					◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	★3	認知症対応力を向上させる為、認知症介護基礎研修を受講し、内容の水平展開をする。 ※対象者が少ないことを確認、下半期、介護職の人員配置が厳しい状況を踏まえ、今年度の受講は見送り、平成6年までに受講できるようにスケジュール変更 チェック方法：特養ミーティング議事録 研修報告書	施設長/ユニットリーダー	対象者をリスト化	参加希望者の検討									次年度準備		介護長
					◎●	◎●									◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.前年度、個々のバックグランドを知るために、ミニカンファレンスを開催する計画を立て実施したが、課題解決に重点をおいてしまったため、その人の理解まで踏み込んで知ることが行えるよう、「私の生い立ちシート」など、新たな方法で個々の利用者様を深く知る機会にする。 3.介護保険制度改正内容に基づき、研修に参加できるよう対応する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.旅のことばカードの作者を外部講師として招き、研修を行った。 2.ご家族へ馴染みの写真を送って頂く案内を送付した。写真を飾る為に各居室にボードを設置した。 3.職員の有資格一覧を作成した。対象者が少ないことを確認し、スケジュール変更をした。	1.研修で学んだ内容を展開できるよう勉強会を開催する準備（目的・内容・タイムテーブル）を行った。 2.ご家族から送って頂いた写真を各居室に飾る為の物品（和紙・マグネット等）を購入し、届いた方から貼れる準備を行った。	1.研修内容をもとにミーティング時にワークショップを行った。 2.ご家族にご協力頂き写真を送って頂いた。メモリアルボードに貼る見本を作成し、職員へ発信し作成に取り掛かった。現在は４割程の利用者様について、ボードが完成できている。	

事業報告	◎旅のことばカードの活用、ご家族に協力を得てメモリアルボードの活用が行え、認知症の症状がある利用者様のバックグランドや気持ちを知ることができている。 1.昨年度から計画していた「旅のことばカード」の研修を5月に実施した。作者の方に外部講師としてリモート講義をして頂き、使用方法、ワーク方法を理解した上で各施設のワークショップに展開していくことができた。実際の利用者様に活用することは特養では難しいと思われるが、職員のコミュニケーション技法として活用の幅を広げれる可能性を感じた。 2.ご家族へ馴染みのお写真を送って頂く案内を送付し、お写真を飾る為に各居室にメモリアルボードを設置した。送って頂いたお写真を利用者様と一緒に飾る際には自然と会話が弾み笑顔もこぼれていた。又、普段の様子とは違う一面も見られる方もみえ、職員の達成感とやりがいにもつながった取り組みになった。 3.介護職員の対象者リストを作成した。認知症介護基礎研修を受講しなければいけない職員が少ないことが確認できたため、来年度以降に受講できる計画に変更した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
必ず何とかしてくれるサン・ビジョン」構築のため、春日井市内で唯一の従来型である存在価値を高める	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			◎●			○●	◎●	◎●		
	施設	2	利用者様満足度調査を実施、集計し事業所のサービス向上（総合的に満足している100%）へつなげる。 チェック方法：リーダー会議録 満足度調査アンケート	施設長/相談員	満足度調査の内容決定	実施	分析・対策の立案	公表			満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		主任相談員
					◎	◎	◎	◎●			◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●		
	施設	★3	QC手法を用いて、弱みを強みに変える。 ※他の勉強会スケジュールを考慮し、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議録	施設長/相談員	エリア内　QC発表会の参加 施設内　QC手法の勉強会の実施										次年度準備		介護長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎●								◎●		
	事業所	4	利用者様の生活を載せた新聞を作成し、家族に発信する。（面会や施設を知って頂くきっかけとする） チェック方法：特養ミーティング議事録 春夏秋冬便り	施設長/主任相談員	新聞作成（3～5月分を掲載）		配布 評価見直し	新聞作成（6～8月分を掲載）		配布	新聞作成（9～11月分を掲載）		配布 評価見直し	新聞作成（12～2月分を掲載） 振り返り	配布 次年度準備		介護長
					△	△	△/△	△	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎	◎/○●	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）継続的に利用者様とご家族のニーズを確認し、サービスの質、向上を目指すことが必要である。 3.QC手法について、学ぶ機会がなく、知識が少ない職員がいる。 4.2020年度より）面会が制限されている中で、利用者様のご様子や施設を知っていただくことでご家族の信頼を深めていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施できているが効果が十分には得られていない。 2.計画通りに実施できている。 3.QC発表会に参加することができた。 4.作成に時間を要し、発行時期が遅れてしまった。	1.計画通り実施できている。 2.結果をご家族に配布できた。 3.他の勉強会スケジュールを考慮し、スケジュール変更を行った。 4.新聞の発行ができた。今後もご家族への発信を継続していく。	1.計画通り実施できている。 2.満足度調査2回目を予定通り実施する事ができている。 3.QC手法の勉強会の実施できた。 4.敬老祝いの様子を10月にご家族へ発信している。	

事業報告	◎春日井市内で唯一の従来型であることをPRしながら、新規利用者様の獲得ができている。 1.事業所の強み弱みを共有し、施設内でも今後の対策を考え実践し評価をしてきた。自施設内だけで解決できないことは、エリア内の各部門にて話し合い、解決策を検討している。事業所内で解決できる力を今後も強めていくとともに、エリアとしての協力体制も強めていきたい。 2.満足度調査を年2回、計画通りに実施することができた。コロナ禍のため、面会に関する意見を多く頂戴した。面会に来ることが難しいご家族も多く、電話連絡の際にも連絡事項以外にご本人の様子をお伝えできるよう努めた。今後も満足度調査のご意見を参考に、施設運営に活かしていきたい。 3.昨年度のエリア内ＱＣ発表会と法人全体のＱＣ大会に参加し、当施設の取り組みを発表することができた。今年度のＱＣについては計画が予定通りにはいかない部分もあったが、勉強会を実施し、ＱＣ手法の理解と今後の取り組みについて話し合える場を作り進めていきたい。 4.計画通りに作成が出来なかった時もあったが、ご家族へご本人のご様子を発信できるよう、活動時に写真を積極的に撮影した。今後もご本人の様子をお伝えできるツールとして活用していきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保するとともに、職員の定着率を高める	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成											
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	施設	★3	独自アンケートを作成し、働きやすい環境を整備する事で、職員の満足度を上げ定着率を高める。 チェック方法：リーダー会議議事録 アンケート用紙	施設長/所属長	アンケート作成	アンケート実施	対策立案	評価見直し			アンケート実施	対策立案	評価見直し	振り返り	次年度準備		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認												
					△/△	△/△	△/△	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	施設	★4	職員より要望を聞き取りながら親睦会の内容を検討し、状況にあった開催をする。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/親睦会担当者	親睦会担当者決定 スケジュール立案			立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施 振り返り	評価 アンケート		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認												
					△	△		○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●/◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へつなぐ。 3.前年度、職員のつぶやきを会議で共有したが上がってきた意見は少なかった。働きやすい職場を目指し、職員の想いを汲み取る機会を増やせるように新たな方法で取り組む必要がある。 4.例年通りの親睦会は実施は難しい状況であるが、職員の満足度を上げるためにも、開催方法を工夫する必要がある。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.内容の精査に時間を要し、計画通りの実施はできなかったため、7月に再度見直しを行う。会議等で各事業所の新人職員の状況を共有することはできている。 4.親睦会については新人歓迎会の開催を実施できた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.7月に見直しを行い、独自アンケートを9月に実施した。10月に取りまとめることとし、計画を変更している。 4.親睦会では感染予防対策を行った上で、敬老祝い御膳を用意することができた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。中途職員向けの研修プログラムの効果の確認が行えた。 3.独自アンケートを取りまとめ、情報共有を行った。 4.親睦会では12月にクリスマス企画を実施することができた。	

事業報告	◎職員を安定して確保することはできたが、職員の定着率は前年度よりやや低くなってしまった。今後も今まで以上に工夫が必要となるが、働きやすい職場になるよう努めたい。 1.2.エリア全体で取り組み、採用者担当者会議で進捗状況を確認し合いながら取り組むことができた。 3.職員に対するアンケートを実施し、職員の意見を集約している。集約した意見を参考に、働きやすい環境を目指していく。 4.親睦会については、コロナ禍ではあるが職員の要望を確認し、新人歓迎会を開催している。感染予防対策を行い、少しでも楽しい時間となるよう、工夫した。敬老祝い御膳、クリスマス企画等を実施することができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
介護保険制度の改定内容を理解し、適切に加算算定を行う　法令を遵守するための教育を実施する	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	◎●/◎●	○/◎●	◎●/◎●	○/○	◎●/◎●	○/○	○/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		◎●							◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ISO27001の教育ができた。 2.事務員会議にて勉強会を行うことができた。 3.科学的介護推進体制加算を算定し、LIFEへ情報提供を開始した。各専門職で協力することができた。	1.ISO27001の教育ができた。 2.事務員会議にて勉強会を行うことができた。	1.ISO27001の教育ができた。 2.事務員会議にて勉強会を行うことができた。	

事業報告	◎法令を遵守するための教育を実施することができた。介護保険制度の改定内容を理解し、適切に加算算定を行うことができた。 1.27001の教育を実施し、テストの結果からも学びを深めることができた。今後も自身の扱っている情報の重要性を忘れず、丁寧に取り扱っていきたい。 2.事務員会議に出席し、会議での情報を各部署に発信し、適切に対応することができた。 3.科学的介護推進体制加算の算定から、LIFEへの情報提供も始まり、専門職と情報をまとめて遅延なく提出することができている。今後はLIFEからのフィードバックを自施設の運営に活かしていく必要があるため、それに関する情報収集にも努めていきたい。自施設の状況を把握し、新たな加算取得が可能かどうか、また、取得している加算が継続できるのか引き続き検討していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
稼働の向上を図り安定した収入へつなげるとともに、適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア入所	★3	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、エリア全体で稼働向上を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△	◎	◎●	△	◎●	◎●	△	◎●	◎●	◎●	◎●		
	事業所	4	待機者の情報収集から、面談、契約説明までを迅速に行い、待機者確保につなげる。 チェック方法：特養ミーティング議事録	施設長/相談員	①情報収集し、面談を実施 ②待機者ファイルで情報共有 ③面談後の状況確認の実施			①②③＋利用者情報精査	評価見直し	①情報収集し、面談を実施 ②待機者ファイルで情報共有 ③面談後の状況確認の実施			評価見直し	利用者情報精査 振り返り	次年度準備		主任相談員
					特養ミーティングで進捗状況を報告、共有する												
					◎/◎/◎/	◎/◎/◎/	◎/◎/◎/	◎/◎	○	◎/◎/◎/	◎/◎/◎/	◎/◎/◎/	○	○●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 4.2020年度より）入院者やご逝去の方が多い月について対応が遅れてしまい、目標稼働率を達成できないことがあった。外部事業所の待機者確保が十分に行えるように取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.各事業所の状況把握と、今後の戦略を協議することができた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.他エリアへの研修では、スケジュール管理を改めて学ぶことができた。 4.待機者確保のための面談回数を今後も増やしていく。	1.各事業所の状況把握と、今後の戦略を協議することができた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.計画通り実施できている。 4.在宅や医療機関、老健にみえる方の面談を中心に実施した。	1.各事業所の状況把握と、今後の戦略を協議することができた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.計画通り実施できている。 4.入退所が多かった状況があり、待機者確保が十分に行えていない。業務を見直し、計画立て直して実施する。

事業報告	◎目標稼働率99.3%を達成することはできなかったが、目標の収支差益は達成することができた。 1.事業所の課題を洗い出し、他事業所と共有することで新たな対策を考えることができた。自施設で実践した結果の評価が不足している部分もあり、会議を通して結果を報告するだけでなく、次につなげるために評価を実践できるようにしていきたい。目標を数値化し、自分たちが何をしてどこを目指すのかを明確にできるようにする。 2.請求業務等、相談員、事務員と情報共有し、ケアカルテの使用方法も一緒に学ぶことができた。今後も正しい収支差益を把握できるように、お互いに管理方法を見直す等、共同していく。 3.江南、岐阜、名古屋エリアの事業所へ計画通りに研修に行くことができた。ショートステイのスケジュール管理方法や、営業方法等参考にし、自事業所へ反映している。今後はケアカルテの活用方法についても、エリアを越えて学び合える環境を部会で作れるよう提案している。 4.待機者情報管理が現状の方法では不十分な部分があり、自事業所の書式を変更する等、工夫した。今後も自施設の相談員間の情報共有ツールとして、伝言板を活用し、どの相談員でも対応できるように迅速に行動していく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	特別養護老人ホーム　ショートステイホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 ※防災計画とスケジュールを合わせる為、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認	初期消火通報訓練		初期消火通報訓練			初期消火通報訓練		消防署との打ち合わせ		初期消火通報訓練	次年度準備	主任相談員
					◎●	◎●		◎●			◎●		◎●		◎●	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施	感染対策委員会の実施		感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			×	◎●		◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 ※コロナワクチンの実施、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認		コロナワクチン接種の実施			PCR検査の実施		感染症発生時の研修と訓練		感染症発生時の研修と訓練	次年度準備		主任相談員
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●		◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.防災研修と訓練について、防災計画と合わせる為、スケジュール変更を行った。 3.4.研修と訓練について、ワクチン接種、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更を行った。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防計画に沿って実施できている。 3.4.ワクチン接種の実施、PCR検査の実施が確実に行えた。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防署との打ち合わせが行えた。 3.4.11月に感染症の勉強会を行った。発生時の対処方法と必要物品の確認を行い、シュミレーションを行った。BCPに関する研修に参加し、1月にも開催予定である。	

事業報告	◎様々な災害や感染症の蔓延に対応できる準備を行うことができた。感染症の蔓延を防ぐことができた。 1.オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行うことができている。返信ができていない職員の把握も行い、働きかけを行っている。 2.防災訓練、勉強会の実施を行った。参加できる職員に限りがあるため、全職員が対応できるよう、さらに学びを深めていく必要がある。訓練で実践を学ぶとともに、実践に参加できなかった職員への情報共有の方法を検討し、DVD等のツールも活用していく。 3.感染症対策委員会を定期的に開催し、感染症予防や実際の対応方法等を学ぶことができた。 4.利用者様、職員のコロナワクチン接種を実施することができた。BCPの研修にも参加し、学びを深めていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	施設	★1	外部資料を活用することで、印象に残り行動につながる教育を目指す。 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書	施設長/所属長	ドラマ仕立てのDVD教材の用意	①利用者様の尊厳を軽視した接遇 ②利用者様の要望への不誠実な対応		評価見直し	③利用者様の行動制限 ④利用者様のプライバシーへの配慮に欠けた行動		評価見直し	⑤利用者様の自立・自律を妨げる効率重視の行動		評価見直し	次年度準備		主任相談員
					◎	△	△	◎●	◎	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	★2	無意識に行ってしまう「不適切ケア」をなくす為、「アンガーマネジメント」への理解を深める チェック方法：ケアハウス会議議事録 教育報告書	施設長/相談員	資料の準備			アンガーマネジメントについて勉強会を実施する						振り返り	次年度準備		施設長
							評価見直し										
					◎	◎	◎●/◎●	◎	◎	◎●/◎●				◎●	◎●		
	事業所	★3	職員の想い（対応に苦慮していること）を相談しやすい環境を作り、職員の対応力の向上に結びつける。 チェック方法：虐待防止委員会議事録	施設長/相談員	対応に苦慮している事例の共有・対策の立案									振り返り	次年度準備		施設長
							評価見直し			評価見直し			評価見直し				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	★事業所	★4	利用者からの相談に適切な対応ができるよう、相談援助技術のスキルアップの為の勉強会を開催する。 チェック方法：ケアハウス会議議事録 教育報告書	施設長/相談員		相談援助技術のスキルアップに関する資料の準備		評価見直し	相談援助技術のスキルアップについて勉強会の実施		評価見直し			振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.前年度「虐待チェックノート」を活用し、不適切ケアに気づく機会となったが、動画を活用した新たな資料を用いてさらなる成長とケアの質の向上を目指す。 2.忙しい時など落ち着いた対応ができない時があった為、更に改善を図る。 3.対応に苦慮していることがあっても、迅速に対応策を明確にすることができていないことがある。 4.職員によって、相談援助技術のスキルに差が生じている。利用者様が理解しやすい説明の仕方、話を傾聴する重要性について、改めて学ぶ機会が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.DVD教材を視聴し、不適切ケアについて学びことができた。 2.予定通り、実施できた。 3.対応困難事例を検討できた。 4.予定通り、実施できた。	1.予定通り勉強会に参加できた。 2.予定通り勉強会を実施できた。 3.対応困難事例を検討できた。 4.予定通り、実施できた。	1.予定通り勉強会に参加できた。 3.対応困難事例を検討できた。 4.相談援助技術の基本について学習することができた。今後の支援に活かしていく。	

事業報告	◎虐待・拘束などの不適切ケア0件を継続することができている。 1.DVD教材を利用した勉強会に全員が参加し、不適切ケアについて、認識を新たにすることができた。 2.アンガーマネジメントに関する資料に基づき、勉強会を実施した。日常業務の中での利用者様への対応において、学習内容を更に活かしていく。 3.対応に苦慮している事例について、職員間で情報共有し、虐待防止委員会議事録に記載することができた。職員のメンタル面での負担軽減につなげることができた。 4.相談援助業務に関する資料に基づき、勉強会を実施した。日常業務の中での利用者様への対応において、学習内容を更に活かしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					◎	◎●	◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●	◎	◎●	△	◎●	◎●		
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/介護長	重大事故・受診事故が発生した際は関係職種を集め、原因の検証・再発防止策の策定・実行をルールに沿って行う。									評価 振り返り	次年度準備		介護部会 エリア代表
					毎月、事業所内会議にて効果の確認と必要に応じて随時再発防止策の見直しを図る。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	3	環境面からの事故を防止する為、設備・機器・器具を含めた館内の安全点検を行い、早期発見に繋げる。 チェック方法：館内安全点検チェック表	施設長/介護職員	毎月、館内設備安全点検表にて点検を実施する									振り返り	次年度準備		施設長
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		
	事業所	4	利用者の居室内での事故を防止する為、各居室内の安全点検を行い、必要な対策を取る。 チェック方法：居室内安全点検チェック表	施設長/介護職員	居室内安全点検表にて点検実施			居室内安全点検表にて点検実施			居室内安全点検表にて点検実施			振り返り	次年度準備		施設長
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）継続して取り組めたが、ルールを再確認し、職員の入れ替わりがあっても多職種で原因の検証・再発防止策の策定・実行を徹底できるよう継続する。 3.4.2020年度より）館内及び居室内環境の点検を行った。事故防止は重要である為、継続して実施する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.重大事故の勉強会はエリアで準備を進めている。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.予定通り、実施できた。 4.予定通り、実施できた。	1.転倒・誤嚥の勉強会をエリアで開催した。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.予定通り、実施できた。 4.予定通り、実施できた。	1.離設事故の勉強会に参加できた。対策の必要性を再認識した。 2.事故の原因の追究と再発防止策を検討することができている。 3.予定通り、実施できた。 4.予定通り、実施できた	

事業報告	◎重大事故の発生を0件にすることができている。 1.転倒・誤嚥・入浴・離設の勉強会に参加した。重大事故への認識を新たにすることができた。 2.施設内の事故対策委員会に参加し、事故の情報を共有し、リスクへの認識を深めることができた。 3.館内安全点検を毎月実施した。不具合箇所や不適切対応箇所を発見することができ、必要な修繕や事故防止につなげることができた。 4.居室内のナースコール・コンセント・排水・エアコンの切替等の状態確認を行い、事故防止につなげることができた。2021年度に設置したIHヒーターの使用状況も確認し、使用の場合は注意換気を行い、不使用の居室については、専用ブレーカーを落とし、安全対策の徹底を図った。また、居室ウォシュレット・エアコン・冷蔵庫・照明器具について、開設時からのものを使用しているかの確認を行い、水道配管の腐蝕状態も確認し、必要な営繕につなげるようにした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
温かみのある節度を持った接遇マナーを身に付ける	事業所（エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					◎●	△	△	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎	◎●		
	事業所	2	接遇マナーの向上を図る。 チェック方法：ケアハウス会議議事録 教育報告書	施設長/相談員		接遇マナー勉強会の実施		評価見直し						振り返り	次年度準備		施設長
						△	◎	◎●						◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）満足度調査（職員のマナー）が100%には届かなかった為、継続して実施する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り、実施できた。 2.接遇マナー勉強会に開催し、言葉遣いや電話のマナーについて、学ぶことができた。	1.職員3名全員が、擬似体験を実施することができた。利用者様の気持ちに立つ機会にすることができた。 2.勉強会の実施により、接遇マナーの見直しを行った。	1.利用者様の気持ちに思いを馳せることを認識することができるようになった。 2.日常業務の中で更に、接遇マナーの改善を図っていきたい。	

事業報告	◎温かみのある節度を持った接遇マナーを身に着けることに取り組んだが、満足度調査「良い以上」が87%であった為、日常業務における職員全体の接遇マナーの改善が更に必要である。 1.職員全員が、利用者様擬似体験を実施した。車椅子にのり、片麻痺のある状態で、刻み食やトロミ食を摂取する体験を行った。この状態では、食べること自体が非常に困難なことであり、食事を味わうという気持ちを持つことが難しいと気づくことができた。 2.接遇マナーについては、エリア勉強会に参加した。実際に、電話の保留体験も行い、30秒待つと不安な気持ちになることにも気づくことができた。利用者様とのお話の中で、自分本位の一方通行になっていないか、誰が聞いても分かるように話せているか等、反省する機会となった。来年度も継続して、接遇マナー向上を図っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症を理解した上で、利用者様の安全な生活のサポートをする	事業所	1	ケアマネジャーや家族に適切な情報を迅速に提供し、円滑な連携を図り、ケアハウスで安心して生活できるように支援する。 チェック方法：業務日誌・個別記録	施設長/相談員	①利用者の状態観察を行い、必要に応じケアマネジャーや家族へ迅速に報告・相談。 ②支援内容を業務日誌及び個別記録へ記載。			評価見直し					評価見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	2	ケアハウスでの生活が困難となった場合は、その方にふさわしい次の生活の場へ円滑な住み替えができるよう、支援する。 チェック方法：業務日誌・個別記録	施設長/相談員	①利用者の状態観察を行い、必要に応じケアマネジャーや家族・関係事業所へ迅速に報告・相談。 ②支援内容を業務日誌及び個別記録へ記載。			評価見直し					評価見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	3	お元気なうちから、習慣お好みシートを活用して生活歴の把握をする。	施設長/介護職	習慣お好みシートの書式の確認	利用者様への配布	利用者様の記入のサポートをする			利用者様から回収する	習慣お好みシートの内容について情報共有する		個人ファイルに習慣お好みシートを保管する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知面での機能低下のある利用者へ必要な支援を行った。引き続き継続する。 ・2020年度より）ケアマネジャーや家族へこまめな情報提供を行った。引き続き継続する。 ・認知症の症状が見られ始めてから、利用者様の過去の習慣や、得意なこと、好きなことを知ろうとしても十分な情報を収集することができない。お元気なうちに、利用者様の情報を深く知ることで、利用者様の尊厳を活かした生活支援を行うことができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ケアマネジャーやご家族に迅速に情報提供を行うことができた。 2.適切な受入れ先を確保できるよう支援できた。 3.予定通り、実施できた。	1.ケアマネジャーやご家族に迅速に情報提供を行うことができた。 2.適切な受入れ先を確保できるよう支援できた。 3.予定通り、実施できた。	1.ケアマネジャーやご家族に迅速に情報提供を行うことができた。 2.適切な受入れ先を確保できるよう支援できた。 3.60名中49名(83%)に記入して頂くことができた。	

事業報告	◎認知面での機能低下の見られる利用者様が安全に生活できるよう、ケアハウスとして対応可能なサポートを行った。 1.利用者様の状態について、必要な情報をケアマネジャーやご家族に迅速に報告し、連携を図ることができた。随時、個別記録に詳細に記録した。 2.認知機能の低下の見られる利用者様には、ケアマネジャーやご家族と相談の上、必要な在宅サービスの導入を図った。サービスを導入しても、ケアハウスでの生活が困難な場合は、その方にふさわしい住み替え先の調整を、ケアマネジャーや地域包括支援センターの協力を得て行うことができた。 3.83%の利用者様に習慣お好みシートへの記入をして頂くことができた。利用者様の生活歴の把握につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者の持つ力や自主性を尊重したサポートを行う	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			◎●			○●	◎●	◎●		
	施設	2	利用者様満足度調査を実施、集計し事業所のサービス向上（総合的に満足している100%）へつなげる。 チェック方法：リーダー会議録 満足度調査アンケート	施設長/相談員	満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表			満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		介護職
					◎	◎	◎	◎●			◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●		
	施設	★3	QC手法を用いて、弱みを強みに変える。 ※他の勉強会スケジュールを考慮し、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議録	施設長/相談員	エリア内　QC発表会の参加 施設内　QC手法の勉強会の実施										次年度準備		介護長
					△/◎	△/◎	△/◎●								◎●		
	事業所	4	利用者によるボランティア活動を支援する。 チェック方法：ボランティア参加チェック表	施設長/相談員	利用者によるボランティア活動を支援する									振り返り	次年度準備		介護職
							評価見直し			評価見直し			評価見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）満足度調査では利用者からのさまざまな意見を汲み上げることができた為、継続して実施する。 3.QC手法について、学ぶ機会がなく、知識が少ない職員がいる。 4.2020年度より）利用者に清掃美化活動を行って頂くことができた。引き続き継続する。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.実施できているが効果が十分には得られていない。 2.利用者様からの意見に対する対策を検討した。 3.QC発表会で発表することはできなかった。 4.館内清掃・美化活動に多数の利用者様のご協力を頂けた。			７月-９月評価 1.計画通り実施できている。 2.意見交流会で結果を公表することができた。 4.館内清掃・美化活動に多数の利用者様のご協力を頂けた。			１０月-１２月評価 1.計画通り実施できている。 2.意見交流会で結果を公表することができた。 4.館内清掃・美化活動に多数の利用者様のご協力を頂けた。				

事業報告	◎コロナ禍の中、クラブ活動や外出に制限のある中で、感染予防対策を取った上で、ボランティア活動や施設内での行事に自主的に取り組んで頂くことができた。 1.事業所の強み弱みを共有し、施設内でも今後の対策を考え実践し評価をしてきた。自施設内だけで解決できないことは、エリア内の各部門にて話し合い、解決策を検討している。事業所内で解決できる力を今後も強めていくとともに、エリアとしての協力体制も強めていきたい。 2.利用者様満足度調査を予定通り実施した。「ケアハウスでの生活に満足しているか」の回答は「大変満足」「満足している」が68%であった。自由記述欄には、「コロナ禍の中でケアハウスにいることで、安心して生活することが出来ている」とのご意見を、複数の利用者様から頂くことができた。 3.QC発表会で発表することはできなかったが、他の事業所の取り組みを聞き、学びの機会とすることができた。 4.利用者様による清掃・美化ボランティア活動は、2011年から開始し、今年度で10年間継続することができている。利用者様の中に定着した清掃・美化活動を、来年度も円滑に継続できるよう支援していきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保するとともに、職員の定着率を高める	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	施設	★3	独自アンケートを作成し、働きやすい環境を整備する事で、職員の満足度を上げ定着率を高める。 チェック方法：リーダー会議議事録 アンケート用紙	施設長/所属長	アンケート作成	アンケート実施	対策立案	評価見直し			アンケート実施	対策立案	評価見直し	振り返り	次年度準備		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認												
					△/△	△/△	△/△	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	施設	★4	職員より要望を聞き取りながら親睦会の内容を検討し、状況にあった開催をする。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/親睦会担当者	親睦会担当者決定 スケジュール立案			立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施 振り返り	評価 アンケート		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認												
					△	△		○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●/◎●		
	事業所	5	離職防止の為、何でも話し合える職場環境を作る チェック方法：ケアハウス会議議事録	施設長/相談員	ミーティングにて、各自の困り事を共有記録を作成		評価見直し	ミーティングにて、各自の困り事を共有記録を作成		評価見直し	ミーティングにて、各自の困り事を共有記録を作成		評価見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へつなぐ。 3.働きやすい職場を目指し、職員の想いを汲み取る機会を増やせるように新たな方法で取り組む必要がある。 4.職員の満足度を上げるためにも、開催方法を工夫する必要がある。 5.2020年度より）ミーティングでは各自が困りごとを出し合えた。引き続き、実施する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.内容の精査に時間を要し、計画通りの実施はできなかった。 4.親睦会については新人歓迎会の開催を実施できた。 5.困りごとをケアハウス会議で共有することができた。
			７月-９月評価 1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.独自アンケートを9月に実施した。 4.親睦会では感染予防対策を行った上で、敬老祝い御膳を用意することができた。 5.困りごとをケアハウス会議で共有することができた。
			１０月-１２月評価 1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.独自アンケートを取りまとめ、情報共有を行った。 4.親睦会では12月にクリスマス企画を実施することができた。 5.困りごとをケアハウス会議で共有することができた。

事業報告	◎職員の退職者は0名であり、定着率100%にすることができた。 1.2.エリア全体で取り組み、採用者担当者会議で進捗状況を確認し合いながら取り組むことができた。 3.職員に対するアンケートを実施し、職員の意見を集約している。集約した意見を参考に、働きやすい環境を目指していく 4.親睦会については、コロナ禍ではあるが職員の要望を確認し、新人歓迎会を開催している。感染予防対策を行い、少しでも楽しい時間となるよう、工夫した。敬老祝い御膳、クリスマス企画等を実施することができた。 5.困りごとや悩みごとを何でも話し合える職場作りができた。困りごとを一人で抱え込むことなく、全員で共有し、負担感の軽減を図ることができた。昨年度に続き、今年度も離職者なく、運営することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
介護保険制度の改定内容を理解し、適切に加算算定を行う	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	事業所	2	ケアハウス運営に関する法令等への理解を深める チェック方法：ケアハウス会議議事録 教育報告書	施設長/相談員		軽費老人ホーム収入階層認定についての勉強会を実施する		評価見直し			軽費老人ホーム指導監査資料（施設運営）について勉強会を実施する		評価　見直し	振り返り	次年度準備		施設長
						◎●		◎●			◎●		◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.2020年度より）収入階層認定についての勉強会は、疑問点の解消を図る為、収入申告書作成時期に合わせて実施する。指導監査の準備時期に合わせ施設運営資料についての勉強会を実施する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月の運用確認チェックリストにて、ルールの順守を確認した。 2.収入階層認定基準について再確認し、ミスなく階層認定を実施できた。	1.毎月の運用確認チェックリストにて、ルールの順守を確認した。 2.改正された設備・運営基準を再確認した。監査資料を読み合わせ、遵守した運営ができているか再確認した。	1.毎月の運用確認チェックリストにて、ルールの順守を確認した。 2.改正された設備・運営基準を再確認した。監査資料を読み合わせ、遵守した運営ができているか再確認した。	

事業報告	◎個人情報・重要情報へのリスク管理やケアハウス運営管理への理解が深まり、事故やトラブルの発生無く運営することができている。 1.運用確認チェックリストについては、毎月チェックを行い、ルールを順守して業務を行うことができた。情報セキュリティ勉強会に参加し、更にリスクへの認識を深めることができた。 2.軽費老人ホーム収入階層の認定についての勉強会を実施、問題なく収入階層の認定を実施できた。また、指導監査への備えとして、2021年4月改正の「経費老人ホーム設備及び運営に関する基準」について勉強会を実施、改正された事項への理解を図った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
稼働の維持を図り安定した収入へつなげるとともに、適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	事業所	3	予算執行状況の適切な管理を行う。 チェック方法：会計会議報告書	施設長/相談員	エリア会計会議に際し、報告書を毎月作成し収支状況を確認する。 予算との差額が発生した要因を明確にし、支出超過とならない様、予算執行して行く。									振り返り	次年度準備		施設長
									評価見直し				評価見直し				
					◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		
	事業所	4	待機者を確保する為、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所へパンフレットを送付する。 チェック方法：ケアハウス会議議事録 事業所への郵送記録	施設長/相談員	送付用パンフレットを整える		評価見直し	春日井・小牧市内の地域包括支援センター・居宅介護支援事業所へパンフレット送付		評価見直し				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●				◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、エリア全体で、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年度より）毎月の収支状況の把握により予算との差額要因が把握できた。継続して実施する。 4.2020年度より）送付したパンフレットを持っての見学者があった。有効活用して頂く為、継続してパンフレットを送付する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.予定通り、実施できた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.毎月の会計会議報告書にて、予算と実績の差額を出し、その要因を明確にした。 4.予定通り実施することができた。	７月-９月評価 1.予定通り、実施できた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.毎月の会計会議報告書にて、予算と実績の差額を出し、その要因を明確にした。 4.春日井市内の居宅支援事業所から多数問合わせを頂いた。	１０月-１２月評価 1.予定通り、実施できた。 2.会議にて学ぶことができた。 3.毎月の会計会議報告書にて、予算と実績の差額を出し、その要因を明確にした。 4.電話での問合せも12月までで57件頂き、常時待機者を確保できた。	

事業報告	◎昨年度に続き、今年度も満室（稼働率100%）を維持することが出来、安定した収入が確保できている。 1.他事業所と情報を共有することができた。 2.相談員、事務員が連携を図り、適切な経理管理を行うことができた。 3.毎月のエリア会計会議に際し報告書を作成し、収支状況を確認した。予算との差額が発生した場合、その要因を明確にし、次年度の予算作成に活かせるようにした。 4.春日井・小牧市内の全ての地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ当ケアハウスの案内資料を送付した。電話での問合せは、主に春日井・小牧・名古屋市内から約70件（4月～12月まで）頂いた。問い合わせには、分かり易く、丁寧な対応を心掛け、ご見学につなげことができるようにした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 ※防災計画とスケジュールを合わせる為、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認	初期消火通報訓練		初期消火通報訓練			初期消火通報訓練		消防署との打ち合わせ		初期消火通報訓練	次年度準備	主任相談員
					◎●	◎●		◎●			◎●		◎●		◎●	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			×	◎●		◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 ※コロナワクチンの実施、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認		コロナワクチン接種の実施			PCR検査の実施		感染症発生時の研修と訓練		感染症発生時の研修と訓練	次年度準備		主任相談員
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●		◎●	◎●		
	事業所	★5	利用者様が自分で自分の身を守ることができるよう、災害及び感染対策に関する働がけを行う。 チェック方法：月例会資料	施設長/相談員		月例会にて情報伝達		月例会にて情報伝達		月例会にて情報伝達		月例会にて情報伝達		振り返り	次年度準備		施設長
						◎		◎		◎		◎		◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。 5.感染症予防には利用者一人ひとりが正しい知識を得て、各自が対策することが重要である。利用者に感染症の知識を伝えることが予防につながる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.定期的に訓練ができた。 3.感染症対策委員会に参加した。 4.コロナワクチン接種を実施した。 5.感染症・防災知識を伝達できた。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.定期的に訓練ができた。 3.感染症対策委員会に参加した。 4.発生時の対処方法を確認した。 5.感染症・防災知識を伝達できた。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.定期的に訓練ができた。 3.感染症対策委員会に参加した。 4.コロナワクチン接種を実施した。 5.感染症・防災知識を伝達できた。	

事業報告	◎様々な災害や感染症の蔓延に対応できる準備を行うことができた。感染症の蔓延を防ぐことができた。 1.オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行うことができている。返信も確実に行えている。 2.防災訓練、勉強会の実施を行った。参加できる職員に限りがあるため、全職員が対応できるよう、さらに学びを深めていく必要がある。訓練で実践を学ぶとともに、実践に参加できなかった職員への情報共有の方法を検討し、DVD等のツールも活用していく。 3.感染症対策委員会を定期的に開催し、感染症予防や実際の対応方法等を学ぶことができた。 4.利用者様のワクチン接種は60名中58名が2回目接種を完了することができた。職員のコロナワクチン接種も全員が3回目を完了した。現在、罹患者は確認されていない。 5.月例会を隔月で実施し、新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ、ノロウイルス等の情報・注意事項を利用者様へ伝達した。利用者様の感染予防への意識を高めることができた。また、地震・火災が発生した際の避難経路を実際に歩いて頂いたり、消火器がどこに設置されているかの確認や消火器の使い方の説明を行い、利用者様から「地震や火災が発生した時、どこから逃げればよいか分かった」「消火器がどこにあるかが分かってよかった」とのご意見を頂くことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	施設	★1	外部資料を活用することで、印象に残り行動につながる教育を目指す。 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書	施設長/所属長	ドラマ仕立てのDVD教材の用意	①利用者様の尊厳を軽視した接遇 ②利用者様の要望への不誠実な対応		評価 見直し	③利用者様の行動制限 ④利用者様のプライバシーへの配慮に欠けた行動		評価 見直し	⑤利用者様の自立・自律を妨げる効率重視の行動		評価 見直し	次年度準備		主任相談員
					◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	★2	職員の想い（対応に苦慮していること）を相談しやすい環境を作り、職員の対応力の向上に結びつける。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	対応に苦慮している事例の共有・対策の立案									振り返り	次年度準備		リーダー
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					○	○	○/○	○	○	○/○	○		○/○	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.前年度「虐待チェックノート」を活用し、不適切ケアに気づく機会となったが、動画を活用した新たな資料を用いてさらなる成長とケアの質の向上を目指す。 2.対応に苦慮していることがあっても、迅速に対応策を明確にすることができていないことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.DVDを購入し5月に勉強会の実施した。今年度初めての取り組みであったが、紙の資料ではなくDVDを視聴することで、理解を深めることができた。 2.職員の想いは毎回デイサービスの会議にて議題に上げているが、特に苦慮をしていることがなく協議までは行っていない。	1.8月にDVD教材を使用し勉強会を実施した。何気なくしている対応が利用者様の行動を制限している可能性があることを学ぶことができた。 2.職員の想いは毎回デイサービスの会議にて議題に上げているが、特に苦慮をしていることがなく協議までは行っていない。	1.12月に勉強会を実施した。年間通して、新しい勉強会の方法であったが、分かりやすい内容であり、職員間で協議することもできた。 2.職員の想いは毎回デイサービスの会議にて議題に上げているが、特に苦慮をしていることがなく協議までは行わなかった為、取り組み方法を見直してケアの質の向上につなげたい。	

事業報告	◎虐待・拘束などの不適切ケア0件を継続することができている。 1.DVD教材を活用し、年間を通して新しい勉強会の方法であったが、分かりやすく職員間で協議することもできた。 2.職員の想い（対応に苦慮していること）を全体会議の場で共有してきたが、苦慮していることが少なく議論する内容が上がってこなかった。来年度は、取り組み方法を見直してケアの質の向上につなげたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					◎	◎●	◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●	◎	◎●	△	◎●	◎●		
	事業所（エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/相談員	重大事故・受診事故が発生した際は関係職種を集め、原因の検証・再発防止策の策定・実行をルールに沿って行う。									評価 振り返り	次年度準備		リーダー
					毎月、事業所内会議にて効果の確認と必要に応じて随時再発防止策の見直しを図る。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所（通所共通）	3	安全運転教育をドライブレコーダー等を活用し勉強会を年3回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：教育報告書	安全運転管理者／相談員		KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施	振り返り	次年度準備		リーダー
						◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	4	ヒヤリハットへの意識を高め事故予防に努める。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	全体会議にて報告。 対策を考える。				評価 見直し	全体会議にて報告。 対策を考える。			評価 見直し	振り返り	次年度準備		リーダー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）継続して取り組めたが、ルールを再確認し、職員の入れ替わりがあっても多職種で原因の検証・再発防止策の策定・実行を徹底できるよう継続する。 3.2020年度より）職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、新たに設置したドライブレコーダーを活用し、継続して安全運転の意識を高めることが必要である。 4.2020年度より）職員によって気づきに差がある状況の為、ヒヤリハットへの意識を高められるよう継続する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.重大事故の勉強会はエリアで準備を進めている。 2.事故が施設内で発生したときには関係職種が集まり原因の追究と再発防止策を検討した。 3.安全運転教育を実施できた。 4.毎月の会議にてヒヤリハットの報告を行い対策を立て実施している。	1.転倒・誤嚥の勉強会をエリアで開催した。 2.事故が施設内で発生したときには関係職種が集まり原因の追究と再発防止策を検討した。 3.安全運転教育を実施できた。 4.毎月の会議にてヒヤリハットの報告を行い対策を立て実施している。	1.勉強会の録画ができていない時があった為、仕組みを再検討した。 2.事故が施設内で発生したときには関係職種が集まり原因の追究と再発防止策を検討した。 3.安全運転教育については、自事業所の送迎ルートの映像活用した。 4.毎月の会議にてヒヤリハットの報告を行い対策を立て実施している。	

事業報告	○重大事故1件で送迎停車中に送迎車から出て行ってしまった。 1.重大事故に関係する転倒・誤嚥・入浴・離設の勉強会をエリアで実施した。計画通り実施できている。 2.事故の共有や再発防止策の検討が確実に行えている。 3.安全運転教育については、自事業所の送迎ルートの映像活用した為、イメージが湧きやすくよい勉強会となった。 4.つぶやき、ヒヤリハットを1人の職員で月に4つ上げるを目標とし、毎月40件以上を取り上げることができた。また、改善事項は速やかに対応することができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員全員が利用者の気持ち・立場に立って、考えることができるよう、サービスを見直す	事業所（エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価見直し			想いの共有					
					○	△	△	△/△	△/△	△	△	△/△	△/△●	○	◎●		
	事業所	★2	接遇マナー勉強会の実施。（サービスの質の向上を目指す。） チェック方法：デイサービス会議議事録 勉強会レポート提出	施設長/相談員	開催日開催場所の周知	場面想定（入退所時・送迎時）接遇マナー勉強会の実施		場面想定（食事時）接遇マナー勉強会の実施		場面想定（排泄時）接遇マナー勉強会の実施		場面想定（入浴時）接遇マナー勉強会の実施		振り返り	次年度準備		リーダー
							評価		評価		評価		評価				
					◎	◎	◎/◎●	◎	◎/◎●	◎	◎/◎●	◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	事業所	★3	地域との連携強化し、利用者様の地域における社会活動参加、地域住民との交流を促進する。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	デイ会議にて、法改定に基づく目的の確認	植物を作る、飾る食物を作る、料理する		昔の遊びを作る、教える		植物を作る、飾る食物を作る、料理する		昔の遊びを作る、教える		振り返り	次年度準備		リーダー
							評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し				
					○	△	△/△	△	△/△	△	△/△	△	△/△●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.温かな接遇と優しい対応、節度あるマナーについて、能力の差が生じているが、自己を振り返る機会が少ない。 3.介護保険制度改正内容に基づき、取り組みを見直す必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.疑似体験内容を決定し、ルールと報告書の作成を行い、周知した。 2.接遇マナーの勉強会も計画通り実施できた。 3.社会活動や地域住民との交流はコロナ禍の為、積極的に行うことができなかったが、行政との意見交換は実施できた。	1.疑似体験については、全職員が実施することができなかった。 2.接遇マナーの勉強会は計画通り実施できており、様々な場面で、良い効果が出ている。 3.社会活動や地域住民との交流はコロナ禍の為、積極的に行うことができなかった。	1.疑似体験については、全職員が実施することができなかった。 2.接遇マナーの勉強会は計画通り実施できた。場面を想定したことで良い勉強会になった。 3.社会活動や地域住民との交流はコロナ禍の為、積極的に行うことができなかった。	

事業報告	◎職員全員が利用者の気持ち・立場に立って、考えることができるよう、接遇マナーの勉強会でサービスを見直すことに取り組むことができた。 1.疑似体験については、全職員が実施することができなかった。 2.接遇マナーの勉強会では年4回場面を想定して行ったことにより、具体的にイメージすることができ良い勉強会となった。 3.社会活動や地域住民との交流はコロナ禍の為、積極的に行うことができなかったが、行政との意見交換は実施できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
お一人おひとりに合わせたサービスを提供する 認知症について学び、理解を深めることで、	事業所	1	認知症ケアの充実を図るためＤＳ独自の勉強会を開催し認知症の理解を深める。 チェック方法：デイサービス会議議事録 教育報告書	施設長/相談員	認知症の定義と原因疾患	認知症の中核症状と行動・心理症状の理解	認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方	認知症ケアの基礎技術		（演習） 認知症の人とのコミュニケーション		（演習） 行動の背景を理解したケアの工夫		振り返り	次年度準備		リーダー
					◎	◎	◎	◎		○	◎	○	◎	◎●	◎●		
	事業所	★2	認知症対応力を向上させる為、認知症介護基礎研修を受講し、内容の水平展開をする。 ※対象者がいないことを確認した為、スケジュール変更 チェック方法：デイサービス会議議事録 研修報告書	施設長/相談員	対象者をリスト化	参加希望者の検討									次年度準備		リーダー
					◎	◎									◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）前年度も勉強会を実施できたが、認知症に対する知識と対応について、職員によって技能の差がある為、継続して勉強会を実施する必要がある。 2.介護保険制度改正内容に基づき、研修に参加できるよう対応する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り勉強会を実施し、認知症ケアの理解を深めることができた。 2.職員の有資格一覧を作成した。対象者が少ないことを確認し、スケジュール変更をした。	1.認知症ケアの基礎技術を学び、プロに必要な目標を立て接していくことができた。	1.計画通りに勉強会を実施することができた。認知症状の理解からコミュニケーション技術など認知症について総合的に勉強することができた。	

事業報告	◎認知症について学び、理解を深めることで、お一人おひとりに合わせたサービスを提供につなげることができた。 1.デイサービスでの勉強会を開催し、認知症状の理解からコミュニケーション技術など認知症について総合的に勉強することができた。 2.介護職員の対象者リストを作成した。認知症介護基礎研修を受講しなければいけない職員がいないことが確認できたため、スケジュールの変更をした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
必ず何とかしてくれるサン・ビジョン」構築のため他デイサービスで受け入れが難しい認知症症状がある方を積極的に受け入れる	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			◎●			○●	◎●	◎●		
	施設	2	利用者様満足度調査を実施、集計し事業所のサービス向上（総合的に満足している100%）へつなげる。 チェック方法：リーダー会議録 満足度調査アンケート	施設長/相談員	満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表			満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		リーダー
					◎	◎	◎	◎●			◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●		
	施設	★3	QC手法を用いて、弱みを強みに変える。 ※他の勉強会スケジュールを考慮し、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議録	施設長/相談員	エリア内　QC発表会の参加 施設内　QC手法の勉強会の実施										次年度準備		リーダー
					△/◎	△/◎	△/◎●								◎●		
	事業所	★4	認知症症状がある方を積極的に受け入れられるよう、ニーズの確認とPR活動をする。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	エリア内の居宅支援事業所・地域包括支援センターと在宅で生活する認知症高齢者をテーマにした情報交換会		認知症状のある方の受入れ可能のPR活動		振り返り	エリア内の居宅支援事業所・地域包括支援センターと在宅で生活する認知症高齢者をテーマにした情報交換会		認知症状のある方の受入れ可能のPR活動		振り返り	次年度準備		リーダー
					△	△	◎	◎	◎	△	△	◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）継続的に利用者様とご家族のニーズを確認し、サービスの質、向上を目指すことが必要である。 3.QC手法について、学ぶ機会がなく、知識が少ない職員がいる。 4.強みとしていることを十分にPRすることができていない為、エリア内の役割の再確認し、PR活動を強化することが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施できているが効果が十分には得られていない。 2.調査は計画通りに実施できた。 3.QC発表会で発表することはできなかった。 4.認知症症状がある方の受入れを積極的に行っている。情報共有やPR活動を行ってる。	1.計画通り実施できている。 2.満足度調査結果を配布し報告をしている。 4.認知症症状がある方の受入れは積極的に行っている。情報共有やPR活動を行ってる。	1.計画通り実施できている。 2.年2回満足度調査を計画通りに実施しすることができた。 4.認知症症状がある方の受入れは積極的に行っている。情報共有やPR活動を行ってる。	

事業報告	◎他デイサービスで受け入れが難しい方や認知症症状がある方の受け入れを積極的に行うことができた。 1.事業所の強み弱みを共有し、施設内でも今後の対策を考え実践し評価をしてきた。自施設内だけで解決できないことは、エリア内の各部門にて話し合い、解決策を検討している。事業所内で解決できる力を今後も強めていくとともに、エリアとしての協力体制も強めていきたい。 2.計画的に満足度調査を実施しすることができた。1回目、2回目ともに「とても満足している」「満足してる」と100%回答して頂き、利用者、家族の立場に立って行動していると好評なご意見も頂けている。 3.QC発表会で発表することはできなかったが、他の事業所の取り組みを聞き、学びの機会とすることができた。 4.コロナ禍である為、集まり意見交換会の実施はできなかったが、認知症状のある方の受入れなど、事業所の情報共有は個別に情報を発信し共有することができている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保するとともに、職員の定着率を高める	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成	パンフ等送付			パンフ等送付							
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修												エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	施設	★3	独自アンケートを作成し、働きやすい環境を整備する事で、職員の満足度を上げ定着率を高める。 チェック方法：リーダー会議議事録 アンケート用紙	施設長/所属長	アンケート作成	アンケート実施	対策立案	評価見直し			アンケート実施	対策立案	評価見直し	振り返り	次年度準備		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認												
					△/△	△/△	△/△	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	施設	★4	職員より要望を聞き取りながら親睦会の内容を検討し、状況にあった開催をする。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/親睦会担当者	親睦会担当者決定スケジュール立案			立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価		主任相談員
					リーダー会議にて進捗状況の確認									振り返り	アンケート		
					△	△		○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●/◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へつなぐ。 3.前年度、職員のつぶやきを会議で共有したが上がってきた意見は少なかった。働きやすい職場を目指し、職員の想いを汲み取る機会を増やせるように新たな方法で取り組む必要がある。 4.例年通りの親睦会は実施は難しい状況であるが、職員の満足度を上げるためにも、開催方法を工夫する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.内容の精査に時間を要し、計画通りの実施はできなかったため、7月に再度見直しを行う。会議等で各事業所の新人職員の状況を共有することはできている。 4.親睦会については新人歓迎会の開催を実施できた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.7月に見直しを行い、独自アンケートを9月に実施した。10月に取りまとめることとし、計画を変更している。 4.親睦会では感染予防対策を行った上で、敬老祝い御膳を用意することができた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。中途職員向けの研修プログラムの効果の確認が行えた。 3.独自アンケートを取りまとめ、情報共有を行った。 4.親睦会では12月にクリスマス企画を実施することができた。	

事業報告	◎職員を安定して確保することはできたが、職員の定着率は前年度よりやや低くなってしまった。今後も今まで以上に工夫が必要となるが、働きやすい職場になるよう努めたい。 1.2.エリア全体で取り組み、採用者担当者会議で進捗状況を確認し合いながら取り組むことができた。 3.職員に対するアンケートを実施し、職員の意見を集約している。集約した意見を参考に、働きやすい環境を目指していく。 4.親睦会については、コロナ禍ではあるが職員の要望を確認し、新人歓迎会を開催している。感染予防対策を行い、少しでも楽しい時間となるよう、工夫した。敬老祝い御膳、クリスマス企画等を実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
介護保険制度の改定内容を理解し、適切に加算算定を行う	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	◎●/◎●	○/◎●	◎●/◎●	○/○	◎●/◎●	○/○	○/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録 実績集計表作成	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					加算集計表の作成及び回覧												
					◎●		◎●							◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1. 2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2. 事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3. 4. 2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. ISO27001の教育ができた。 2. 事務員会議にて勉強会を行うことができた。 3. 科学的介護推進体制加算を算定し、LIFEへ情報提供を開始した。各専門職協力し、利用者様の情報を帳票にまとめ提出することができている。	1. ISO27001の教育を開催した。テストを実施することで、さらにリスク認識を高めることができた。 2. 事務員会議にて勉強会を行うことができた。	1. ISO27001の教育ができた。 2. 事務員会議にて勉強会を行うことができた。 3. 新たな加算取得は、現状ないが、来年度はサービス提供体制強化加算Ⅱを算定できる予定である。	

事業報告	◎法令を遵守するための教育を実施することができた。介護保険制度の改定内容を理解し、適切に加算算定を行うことができた。 1. 運用確認チェックリストを活用して、毎月チェックを行い、ルールを順守して業務を行うことができた。情報セキュリティの勉強会に参加し、更にリスクへの認識を深めることができた。 2. 事務員会議に出席し、会議での情報を各部署に発信し、適切に対応することができた。 3. 科学的介護推進体制加算を算定することができた。毎月サービス提供体制強化加算のチェックを行い、確認を行っている。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
稼働の向上を図り安定した収入へつなげるとともに、適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア通所	3	前年度（令和2年度）成約不成立理由を分析し成約向上を図る。 チェック方法：戦略会議議事録	施設長/相談員	①　戦略会議において、前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。（毎月） ②　各事業所で取組状況を確認検討する。（毎月）									振り返り	次年度準備		通所部会エリア代表
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	◎●		
	事業所	★4	予算に基づき稼働率、収入アップを図るため、毎月の会議にて運営状況を確認し合い、事業所全体で適切な運用が出来ているか確認する。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	体験利用キャンペーンの実施	パンフレットの見直し・配布	ケアマネアンケートの実施	分析・対策立案公表		体験利用キャンペーンの実施	パンフレットの見直し・配布	ケアマネアンケートの実施	分析・対策立案公表	振り返り	次年度準備		リーダー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	◎●		
	事業所	★5	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、稼働向上を図る。 チェック方法：デイサービス会議議事録	施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		リーダー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1. 2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2. 経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3. 2020年より）目標稼働率を達成できていない。稼働率向上させる必要がある。 4. 利用者様のニーズを全職員で分析できていない為、毎月確認し合う時間を設ける必要がある。 5. 他事業所の取り組みを知る機会が少ない為、新たな取り組みが積極的に行えていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. 戦略会議にて、今後の戦略を検討している。 2. 会議にて学ぶことができた。 3. 成約状況の確認ができた。 4. 運営状況の確認ができた。 5. コロナの影響もあり、部会での情報共有のみ行うことができた。	７月-９月評価 1. 稼働率に関しては、70%を維持している。 2. 会議にて学ぶことができた。 3. 成約状況の確認ができた。 4. パンフレットを定期的に見直し営業に活用している。 5. コロナの影響もあり、部会での情報共有のみ行うことができた。	１０月-１２月評価 1. 稼働率に関しては、70%を維持している。 2. 会議にて学ぶことができた。 3. 成約状況の確認ができた。 4. パンフレットを定期的に見直し営業に活用している。 5. コロナの影響もあり、部会での情報共有のみ行うことができた。

事業報告	◎稼働の向上を図り安定した収入、適切な収支差益を確保するよう取り組んできたが、目標稼働率を達成することができなかった。 1. 事業所の課題を洗い出し、他事業所と共有することで新たな対策を考えることができた。自施設で実践した結果の評価が不足している部分もあり、会議を通して結果を報告するだけでなく、次につなげるために評価を実践できるようにしていきたい。目標を数値化し、自分たちが何をしてどこを目指すのかを明確にできるようにする。 2. 請求業務等、相談員、事務員と情報共有し、ケアカルテの使用方法も一緒に学ぶことができた。今後も正しい収支差益を把握できるように、お互いに管理方法を見直す等、共同していく。 3. 毎月の稼働戦略会議に報告書を作成し、成約不成立理由を分析行うことができた。 4. 全体会議にて稼働率、収入、運営状況を報告し、事業所全体で稼働率向上に向けて取り組むことができたが、目標稼働率を達成することができなかった。 5. 各エリア研修は、コロナの影響もあり、部会での情報共有のみ行うことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 ※防災計画とスケジュールを合わせる為、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認	初期消火通報訓練		初期消火通報訓練			初期消火通報訓練		消防署との打ち合わせ		初期消火通報訓練	次年度準備	主任相談員
					◎●	◎●		◎●			◎●		◎●		◎●	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			×	◎●		◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 ※コロナワクチンの実施、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認		コロナワクチン接種の実施			PCR検査の実施		感染症発生時の研修と訓練		感染症発生時の研修と訓練	次年度準備		主任相談員
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●		◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.防災研修と訓練について、防災計画と合わせる為、スケジュール変更を行った。 3.4.研修と訓練について、ワクチン接種、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更を行った。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防計画に沿って実施できている。 3.4.ワクチン接種の実施、PCR検査の実施が確実に行えた。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防署との打ち合わせが行えた。 3.4.11月に感染症の勉強会を行った。発生時の対処方法と必要物品の確認を行い、シュミレーションを行った。BCPに関する研修に参加し、1月にも開催予定である。	

事業報告	◎様々な災害や感染症の蔓延に対応できる準備を行うことができた。感染症の蔓延を防ぐことができた。 1.オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行うことができている。返信ができていない職員の把握も行い、働きかけを行っている。 2.防災訓練、勉強会の実施を行った。参加できる職員に限りがあるため、全職員が対応できるよう、さらに学びを深めていく必要がある。訓練で実践を学ぶとともに、実践に参加できなかった職員への情報共有の方法を検討し、DVD等のツールも活用していく。 3.感染症対策委員会を定期的に開催し、感染症予防や実際の対応方法等を学ぶことができた。また、デイサービス独自でも感染症の勉強会を実施しており、理解を深めている。 4.利用者様、職員のコロナワクチン接種を実施することができた。BCPの研修にも参加し、学びを深めていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの言葉による抑制も含む）不適切な保育をなくす	法人	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に行かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用） チェック方法：職員会議議事録 人権擁護のチェックリスト	施設長・所長／保育管理者	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		保育士
					セルフチェックを確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックの再確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックを確認				
								満足度調査結果から課題を見つけ、職員で共通理解をする									
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/○/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎●	◎●		
	事業所	2	子どもへの言葉の掛け方について学ぶ チェック方法：職員会議議事録 教育報告書	施設長・所長／保育管理者				言葉の掛け方についての教育			言葉の掛け方についての教育			効果確認	次年度準備		保育士
									評価見直し			評価見直し		振り返り			
								◎	◎		◎	◎		◎●	◎●		
	事業所	3	職員会議において定期的に保育を振り返り、気づきを得ることでより良いサービスにつなげる チェック方法：職員会議議事録	施設長・所長／保育管理者	日々の保育の中で対応に困った事、スムーズに進んだことを共有し相談・検討する。									振り返り	次年度準備		保育士
							評価見直し			評価見直し			評価見直し				
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.自己評価の基盤は、子どもの良さや可能性を、より深く色々な角度から捉えることができることであり、園全体で子どもや保育について多面的に捉え考えることができる環境が大切である。 2.2020年度より）継続して、子どもを安心した環境で保育をする必要性がある。 3.2020年度より）継続して、職員間の保育の振り返りや意見交換で保育の質の向上により、職員が自身の成長と仕事への 誇りが持てるよう育成する必要性がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.セルフチェック・結果の振り返りを予定通り行った 。 3.対応に困ったこと、保育の中での疑問等、意見を出し合い話し合い、質の良い保育に向けて意識をもって取り組めた。	1.共有理解ができ、職員全体で取り組めた。セルフチェックが行えた。 2.言葉のかけ方についての勉強会で色々な場面を想定して、しっかり話し合いができた。 3.困ったことなど職員全員で共有し、良いサービスにつなげるように取り組めた。	1.セルフチェックの集計をもとに話し合い保育に活かすことができた。 2.子どもへの言葉掛けについて話し合った。今回も資料をもとに意見を出し合うことができた。 3.困ったこと事など職員全員で共有しよい良いサービスにつなげるように取り組めた。	

事業報告	◎虐待・拘束などの（言葉による抑制も含む）不適切な保育０件を継続することができている。 1.子どもたちを尊重する保育に意識を高め、自らの保育を振り返りつつ、職員全体で共有意識を持って取り組めた。これからも保育の専門職として保育の向上に努めたい。 2.勉強会を行って日頃から言葉の掛け方について気になることがあればその都度、職員で共有しながら話し合いができた。今後も安心の中で保育ができるように努めたい。 3.毎月職員会議にて保育の振り返りでより良いサービスにつながるよう、保育の質の向上の為に職員一同で話し合い見直しも検討しつつ取り組めた。今度も振り返りを大切にしていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	事業所	1	スキルアップを図る為に、発達障害についての勉強会を行う（外部研修も検討する） チェック方法：職員会議議事録 教育報告書	施設長・所長 ／ 保育管理者	発達障害に理解を深める為に情報収集し勉強会を行う				評価見直し	保育内容の検討・見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		保育士
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	2	ヒヤリハットの事例検討を行う チェック方法：職員会議議事録	施設長・所長 ／ 保育管理者	前月のヒヤリハットをもとに職員会議にて話し合いを行う									振り返り	次年度準備		保育士
									評価見直し				評価見直し				
					◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		
	事業所	★3	重大事故に対する勉強会を行う。 チェック方法：職員会議議事録 教育報告書	施設長・所長 ／ 保育管理者	開催方法 報告書 活用 方法検討		【転倒】共 通資料作成	【転倒】 勉強会開催		【誤嚥】共 通資料作成	【転倒】 勉強会開催			振り返り	次年度準備		保育士
					◎		◎	◎		◎	◎			◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）保育士の知識や技術が向上し、専門職としての自信と誇りを持って職務を行う必要性がある。 2.2020年度より）安全で適切な保育が提供でき、子どもと保護者の満足度を高める必要性がある。 3.具体的な事故の事例を知る機会がない為、勉強会を実施する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.外部研修に参加し、発達障害の子どもの対応等を学び、保育の見直しも検討しながら取り組めた。 2.毎月職員会議で事例検討を行うことができた。 3.転倒の勉強会に向けて資料作成に取り組んだ。	1.保育の見直しを行うと同時に困った事の事例を話し合い取り組めた。 2.毎月職員会議で事例検討を行うことができた。 3.転倒の勉強会を開催し安全確保に努めた。	1.発達障害かもしれない子の対応を職員間で話し合い、保育の見直しも含めながら取り組めた。 2.毎月職員会議で事例検討を行い事故防止に努めた。 3.誤嚥の勉強会を行い、食事・おやつ時の危険性を改めて見直した。	

事業報告	◎重大事故の防止することができている。 1.外部研修に参加し発達障害の知識・対応技術の向上に努め、職員全員で勉強会を行い情報共有ができた。困った時は、職員同士声を掛け合い対応方法を検討した。今後も知識・技術の向上に努めたい。 2.事例を基に事故防止や対策について話し合いを行い安全に保育ができるように努めた。引き続き事故防止が徹底できるように職員間の情報共有をしっかり行っていきたい。 3.「転倒」「誤嚥」の勉強会では、意見交換ができ、職員間で共有し事故防止に努めた。今後も重大事故に対する勉強会・意見交換を行っていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
常に子どもの気持ち・立場に立って、子ども達のやりたい気持ちを大切にする	事業所	1	子どもの気持ちに寄り添い個性・自主性を大切にする チェック方法：月案反省記録	施設長・所長／保育管理者	お花見	生活習慣「元気に挨拶」	新聞遊び	プール	プール	ボール遊び	マット遊び	落ち葉遊び	クリスマス会・餅つき	布遊び	節分豆まき	雛祭り	保育士
								評価見直し			評価見直し			振り返り	次年度準備		
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎●	◎/◎●	◎	
	事業所	★2	保育指針について学ぶ チェック方法：職員会議議事録 教育報告書	施設長・所長／保育管理者		保育指針について教育を実施						保育指針について教育を実施		振り返り	次年度準備		保育士
							評価見直し						評価見直し				
						◎	◎					◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）子どもの発達段階を理解し人格・個性・感性を・自主性を尊重し、明るく健やかな心と身体を育てる保育を提供する必要性がある。 2.意識の向上・保育の質をあげる為に内容を理解すると共に実践につなげていく必要がある。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月の月案目標に向かって自主性を尊重しつつ個々の性格に合わせて取り組めた。 2.改正された点を重点的に勉強会を開き個々の意識向上に努めた。	1.一人一人の個性・感性・自主性を大切にしながら保育に取り組めた。	1.1人ひとりの子どもの自主性を尊重しながら安心感と信頼感を持って活動できるように取り組めた。 2.非認知能力と愛着関係について学び、専門性を高める為に知識の修得することができた。	

事業報告	◎子どもの気持ちに寄り添い共に遊び、共に学ぶ気持ちを大切にすることで、子ども達のやりたい気持ちを大切にする保育ができている。 1.毎月の製作・行事は、子ども一人ひとり自主性・個性・感性を大切にしながら安心感を持って活動できるように努めた。今後も寄り添った保育ができるようにする。 2.非認知能力と0.1.2歳児の愛着関係との繋がり「あきらめない心」「思いやり」を学んだ。今後、学んだことを活かせるように努めたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
介護保険施設の利用者様の笑顔が増える交流を行う	施設	1	満足度調査を実施、集計し事業所のサービス向上（総合的に満足している100%）へつなげる。 チェック方法：職員会議録 満足度調査アンケート	施設長・所長/保育管理者	満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表			満足度調査の内容決定	実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		保育士
					◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	2	施設敷地内の散歩・訪問に出掛けた時には、利用者・業者・来客に挨拶をして交流をはかる。 チェック方法：職員会議議事録	施設長・所長/保育管理者	施設敷地内散歩・訪問に出掛けた時、利用者・業者・来客には笑顔で挨拶をする。									振り返り	次年度準備		保育士
								評価見直し					評価見直し				
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）保護者からのニーズを把握し、自身の保育を見つめ直すことによって、より良い保育につなげていく必要性がある。 2.2020年度より）基本の挨拶がしっかり出来るようし高齢者との触れ合いを通して子どもの豊かな心、人格を育む必要がある。	３カ月評価(具体的な行動計画)	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.満足度調査を行い保護者からのニーズを把握し話し合いサービスの向上に努めた。 2.散歩に出掛けた時は、笑顔で挨拶が出来ていた。人との触れ合いを通して「心豊かに」と取り組めた。	1.保護者からのニーズを把握し話し合いサービスの向上に努めた。 2.散歩に出掛けた時は、笑顔で挨拶が出来ていた。人との触れ合いを通して「心豊かに」と取り組めた。	1.満足度調査を行い保護者からのニーズを把握し話し合いサービスの向上に努めた。 2.散歩・公園に出掛けた時は、地域への親しみや地域の中で学びの場を広げることができた。	

事業報告	◎満足度調査を実施することができた。施設敷地内の散歩・訪問に出掛けた時には、挨拶をして交流を図ることができた。 1.満足度調査からのご要望について、職員で話し合い、できる限り要望に沿えるように努めた。これからも保護者との信頼関係を大切にした保育を心がけたい。 2.コロナの影響で訪問ができなかった、散歩に出掛ける時に利用者様・来客とすれ違った時は元気に挨拶ができるようにした。公園に行った時などは地域の人にもしっかり挨拶ができた。今後も挨拶を通して交流ができるように努めたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
				4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
より良い職場環境をつくり、職員の定着率を高める	エリア	★1 新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
				サンプル	完成	パンフ等送付			パンフ等送付							
				○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2 中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
				中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
				紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
				◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	施設	★3 独自アンケートを作成し、働きやすい環境を整備する事で、職員の満足度を上げ定着率を高める。 チェック方法：リーダー会議議事録 アンケート用紙	施設長/所属長	アンケート作成	アンケート実施	対策立案	評価見直し			アンケート実施	対策立案	評価見直し	振り返り	次年度準備		主任相談員
				リーダー会議にて進捗状況の確認												
				△/△	△/△	△/△	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	◎●		
	施設	★4 職員より要望を聞き取りながら親睦会の内容を検討し、状況にあった開催をする。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/親睦会担当者	親睦会担当者決定スケジュール立案			立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価	立案実施	評価		主任相談員
				リーダー会議にて進捗状況の確認									振り返り	アンケート		
				△	△		○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●/◎●		
	事業所	5 職員との面談を行うことで、人間関係を築き働きやすい職場環境を作る チェック方法：職員会議議事録	施設長・所長/保育管理者	定期的に面談を行い、情報共有に努めて職員同士の風通しの良い環境を保つ									振り返り	次年度準備		保育士
								評価				評価				
				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へつなぐ。 3.前年度、職員のつぶやきを会議で共有したが上がってきた意見は少なかった。働きやすい職場を目指し、職員の想いを汲み取る機会を増やせるように新たな方法で取り組む必要がある。 4.2020年度より）職員が皆、気持ちよく働く事ができる環境を整える必要性がある。保育士の離職率を減らす取組みが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.計画通りの実施はできなかったため、7月に再度見直しを行う。 4.親睦会については新人歓迎会の開催を実施できた。 5.職員が何でも話せるように常に声を掛けコミュニケーションが図れた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。 3.独自アンケートを9月に実施した。10月に取りまとめることとし、計画を変更している。 4.親睦会では、敬老祝い御膳を用意することができた。 5.面談を行い情報共有することで良い環境が維持できるように努めた。	1.2.事務センターと連携を図ることができた。中途職員向けの研修プログラムの効果の確認が行えた。 3.独自アンケートを取りまとめ、情報共有を行った。 4.親睦会では12月にクリスマス企画を実施することができた。 5.面談を行い情報共有することで良い環境が維持できるように努め	

事業報告	◎職員間のコミュニケーションを密に行うことにより、職員の定着率を高めることができた。 1.2.エリア全体で取り組み、採用者担当者会議で進捗状況を確認し合いながら取り組むことができた。 3.職員に対するアンケートを実施し、職員の意見を集約している。集約した意見を参考に、働きやすい環境を目指していく。 4.親睦会については、コロナ禍ではあるが職員の要望を確認し、新人歓迎会を開催している。感染予防対策を行い、少しでも楽しい時間となるよう、工夫した。敬老祝い御膳、クリスマス企画等を実施することができた。 5.１人ひとり面談を定期的に行い、困っていること・悩んでいること等を確認できるようにした。今後も定期的に面談を行い働きやすい環境つくりに努めたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
月ごとの利用者確認を行い収益をあげる	事業所	1	各事業所の状況を把握し保育所の空き状況に合わせて　柔軟に対応する チェック方法：利用者一覧表	施設長・所長 ／ 保育管理者	①25日までに次月利用申込書を提出して頂き、集計し調整を行う ②ご要望に対して、安全面に配慮し随時可能な限り対応する									振り返り	次年度準備		保育士
								評価見直し			評価見直し						
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎●	◎●		
	事業所	2	介護施設内保育所運営費補助金の適正な申請を行う（サンサン保育所のみ） チェック方法：職員会議議事録 補助金申請書	施設長/ 保育管理者	実績報告	データー収集・準備	提出	データー収集・準備			交付申請	データー収集・準備		振り返り	次年度準備		保育士
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）職員の確保のために子育て支援が必要なため。 2.2020年度より）エリアの経営基盤の安定と更なる発展のため（桃山・保育所のみ）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.要望に対して保育士配置数及び安全面を考慮し、可能な限り対応することができた。 2.データー収集・準備もしっかり行い提出できた。	1.要望に対して保育士配置数及び安全面を考慮し、可能な限り対応することができた。 2.予定通り、実施できた。	1.要望に対して保育士配置数及び安全面を考慮し、可能な限り対応することができた。 2.予定通り、実施できた。	

事業報告	◎利用希望の受け入れを断ることなく運営できた。 1.介護の現場の状況に合わせた柔軟な受け入れの調整ができた。引き続き、介護事業所の支援ができるように努めたい。 2.サンサン保育所について、実績報告・収集・準備・提出がスムーズにできた。今後も準備をしっかり行って申請したい。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル春日井 大型デイサービスセンター サンサンリゾート グレイスフル春日井
事業所名	サンサン保育所 サンサンリゾート保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 ※防災計画とスケジュールを合わせる為、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認	初期消火通報訓練		初期消火通報訓練			初期消火通報訓練		消防署との打ち合わせ		初期消火通報訓練	次年度準備	主任相談員
					◎●	◎●		◎●			◎●		◎●		◎●	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施	感染対策委員会の実施		感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			×	◎●		◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 ※コロナワクチンの実施、PCR検査の実施があった状況により、スケジュール変更 チェック方法：リーダー会議議事録 教育報告書 訓練実施記録	施設長/所属長	事業（業務）継続計画の内容確認		コロナワクチン接種の実施			PCR検査の実施		感染症発生時の研修と訓練		感染症発生時の研修と訓練	次年度準備		主任相談員
					◎	◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●		◎●	◎●		
	事業所	★5	感染症についての情報収集を行う共に職員も周知し保護者へ伝達し、感染予防対策を行う。 チェック方法：職員会議議事録	施設長/保育管理者	感染症の情報収集と保護者へ発信を行う									振り返り	次年度準備		保育士
								評価見直し					評価見直し				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.5.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.防災計画と合わせる為、スケジュール変更を行った。 3.4.ワクチン接種、PCR検査の実施により、スケジュール変更を行った。 5.感染症の情報収集に努め入口に貼り紙をして情報発信できた。感染予防対策も徹底した。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防計画に沿って実施できている。 3.4.ワクチン接種の実施、PCR検査の実施が確実に行えた。 5.感染症について職員間で共有し保護者にも伝達できた。感染予防対策も徹底した。	1.緊急連絡訓練を実施できた。 2.消防署との打ち合わせが行えた。 3.4.感染症の勉強会を行った。発生時の対処方法と必要物品の確認を行うことができた。 5.感染症について職員間で共有し保護者にも伝達できた。感染予防対策も徹底した。	

事業報告	◎様々な災害や感染症の蔓延に対応できる準備を行うことができた。感染症の蔓延を防ぐことができた。 1.オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行うことができている。返信ができていない職員の把握も行い、働きかけを行っている。 2.防災訓練、勉強会の実施を行った。参加できる職員に限りがあるため、全職員が対応できるよう、さらに学びを深めていく必要がある。訓練で実践を学ぶとともに、実践に参加できなかった職員への情報共有の方法を検討し、DVD等のツールも活用していく。 3.感染症対策委員会を定期的に開催し、感染症予防や実際の対応方法等を学ぶことができた。 4.利用者様、職員のコロナワクチン接種を実施することができた。BCPの研修にも参加し、学びを深めていく。 5.感染症の情報収集を行い、職員に周知すると共に保護者にも発信出来た。今後も安全を確保する為に全職員で感染予防を徹底し取り組んでいきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	各専門職が参加し、ケア共有、検討等のミーティングを開催する。 チェック方法：業務日誌承認印	施設長/各専門職	日々の申し送りについて、対応が難しいケースがあれば各専門職間で共有、検討していく事で、チームとして迅速なアプローチを行う。（週に１度、朝礼後に、各専門職で情報共有の場を設ける。日程は曜日固定せず、勤務作成と併せて設定する）									振り返り	次年度準備		介護長
						検討対応	検討対応	検討対応	上半期評価見直し	検討対応	検討対応	検討対応	下半期評価見直し				
						△/○●	○/○●	○/○●	○/△●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.2020年度より)昨年度は、テーマを絞り込めず、議論に時間を要してしまった。「不適切ケアに繋がる恐れのあるもの」とテーマを絞り、不適切ケアの原因となる対応困難ケースに対し、少しでも早く対処していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.7月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施した。 2.介護職同様問題なし。 3.出勤している専門職で、業務日誌をもとに情報共有、検討を行っている。	1.7月に各施設より受け入れを実施。指摘事項は受け止め、良い評価項目は発信、職員のやりがいに繋げていく。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了。 2.計画通り実施できた。 3.リアルタイムの話し合いが行えず、招集が遅くタイムラグが発生することがあった。

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3.今年度は、昨年度からの取り組みの継続として、専門職同士の繋がり、情報共有を密に行うことで、施設の課題の抽出、解決に向けたアプローチに力を入れた。開催頻度が不定期になってしまい、リアルタイムな検討が行えない事も多かったため、今後、定期的に開催できる仕組みや、担当者が主導で進めていくことが必要となる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		主任 相談員
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	重大事故について、定められたルールを確認することで、防止及び、適切な対応に努める。 チェック方法：作成資料	施設長/リーダー		テスト作成 (介護長・ULが穴埋めテストを作成)	テスト実施		フィードバック (UL会議)		テスト実施		フィードバック (UL会議)	振り返り	次年度準備		介護長
						○●	△	○●	△●		△	△●	○●	○●	○	○●	
						○●	△	○●	△●		△	△●	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）3大事故の発生こそなかったものの、ルール確認の機会は継続的に必要である。職員へ、現在のルールの確認を行うことで、リスクマネジメントの意識向上を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.リスクマネジメント研修で使用する為、チェックテスト作成中。	７月-９月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.テスト作成、リスクマネジメント研修の際にテストを実施。予定通り実施はしたものの、効果として実感的には薄く、方法を見直す。	１０月-１２月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.法人統一で誤嚥防止マニュアル、転倒防止マニュアルが完成し、それを基に、全職員へエリア研修、意見収集を行っており、マニュアルの内容の展開が進んでいる。	

事業報告	○重大事故1件　受診事故23件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故、受診事故の発生に対しては出勤職員で検討するよう心掛けた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3. 今回の取り組みでは効果として薄くなってしまった。必要なターゲット職員を絞り、その職員が参加、全員実施できるような調整まで詰めて進める必要があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
相手の立場に立った関わり方、対応方法について理解する	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					○●	○	○	○/△●	○/△●	○	○	○●/◎●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	疑似体験の実施内容を、ユニットリーダー会議で共有、必要と感じた内容について、職員へ発信する。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/ユニットリーダー				共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）		共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）		共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）	評価振り返り	次年度準備			介護長
								△●		△●		○●	○●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）疑似体験の実施内容の活用が進まなかった。進捗及び評価、活用方法を明確にし、進めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアで具体的ルールの設定。 2.計画通り取り組み予定。	1.施設内での実施方法を策定。全職員へ発信し、食事に関する疑似体験を実施。 2.実施時期がずれたため、想いの共有時期を１か月ずらすこととした。	1.疑似体験について全職員完了した。 2.予定より終了が1か月遅れはでたが、12月に想いの共有を行い、必要な視点の気づきに繋がっている。	

事業報告	◎利用者様を主役として考え、自らの支援を振り返り、よりよい支援につながるよう努めることができた。利用者様と支援者の価値観のずれについて対策をとることが重要である。 1.　今回食事の疑似体験を通じ、食事姿勢や温度、食事の環境に改めて目を向けるきっかけとなった。普段ケアの提供側になっていると、「相手の立場に立つ」視点は薄くなってしまうため注意が必要であると感じる。 2.疑似体験で感じた報告を回覧、感想収集し想いの共有を行った。各フロアの代表者より意見交換を行い、実施した疑似体験内容について、改めて意味のある取り組みだと感じさせるものとなった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の行動背景を考え、理解することができる。	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	○●	○●	○	△	△●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	全職員が、配属ユニットのフェイスシート・習慣や好み調査シート・業務日誌を改めて確認、認知症の方の行動背景を分析する。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/リーダー		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認	振り返り	次年度準備		介護長
						△●	△●		○●	○●		△●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.職員の課題として、認知症の方の行動背景を探ることにおいての習慣化の為のしくみが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り外部研修を受講することができた。 2.各ユニットへ利用者様の情報確認の必要性と実施について発信を行った。	1.リーダー会議にて各事業所に伝達講習を行った。 2.実施、各ユニット職員への聞き取りから、情報収集の意識向上に繋がっている。	1.ワークショップ実施は1回。参加者は新たな知識の習得に繋げることができた。 2.予定通り実施、数値評価等、目に見えた効果は見られなかったが、意識付けのスタートと認識している。	

事業報告	◎認知症の利用者様に適切に関わることができた。 1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近づいた。」「相手の意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.利用者様の情報確認の習慣化については、実施は出来たが、習慣化とするには継続が必要。特に元々関心があった職員、そうでない職員の意識差が大きいため、今後そうった部分をフォローできる仕組みも必要と感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							◎●			◎●			◎●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/ＵＬ	実施	実施	実施	実施	実施/上半期評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			介護長
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					◎●/○	◎●/○	◎●/○	◎●/◎	◎●/○	◎●/◎	◎●/○	◎●/◎●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/相談員			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		主任相談員
							◎●	○●	○●/○●			◎●	○●	○●/○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ととに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 4月末申込センター廃止に伴い、春日井エリア申込受付を入所相談員でメールや電話で、情報共有を図ることとした。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.「専門職と嘱託医との連携による看取りケア対応」を事業所のストレングスとし、外部PRを行っている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.春日井エリアの特養、老健との連携を意識し、申込者の情報共有を図り、待機者確保に努めた。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告	◎各事業所のストレングスを明確化することができた。 1.相談員として、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.毎月の接遇・環境整備チェックリストを元に、チェックし、接遇レベル、環境整備の向上を図った。特に前年度惰性化チェックとなってしまっていた反省点を活かし、○×評価から数値評価に変更。変化具合が目に見えて分かるため、効果を実感。また評価項目も絞ることで、改善項目を集中して見ることができ、より効果的なチェックとなったと感じる。 3.利用者様、ご家族の声として一番多く寄せられたのは、面会時間の延長や外出希望の要望であった。コロナ禍において良い解決策が見出せていない状況はあるが、看取り対象者に対しては限られた時間にはなるが感染対策を取りながら、利用者様に寄り添っていただく場を提供することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	将来的な人材の育成として、学生実習や見学等の際に、仕事に対して興味関心が持てるよう意図した関わり、職員への意図伝達を行う。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/介護長	UL会議にて重要性、受け入れ施設の役割を意図伝達	介護実習生受け入れ	介護実習生受け入れ	評価 振り返り (UL会議)			UL会議にて重要性、受け入れ施設の役割を意図伝達	介護実習生受け入れ	介護実習生受け入れ	評価 振り返り (UL会議)	次年度準備		介護長
					◎●	◎●	○●	◎●			◎●	◎●	◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より)施設見学や学校訪問予定の中止の影響が顕著であった。コロナ禍でも繋がりを保っていくため、感染対策に留意し、養成校と連携を図っていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.求人票公開前に近隣高校への学校訪問を実施。 2.求職者の動向はアンケートで把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、改善策が必要。 3.5月に介護実習生の受け入れを実施。UL会議で事前周知を図った。	1.商業高校での面接指導に参加。 2.紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3.この時期学生受け入れはないが、11月～12月にかけて4週間の実習受け入れを予定。	1.計画通りできた。 2.ファーストステップ研修の集計振り返りを行った。中途者採用にあたっては紹介会社の応募が増加。 3.介護実習生の受け入れを実施。ユニット職員には目的と必要性を伝えたことで、有意義な実習となり養成校との連携に繋がった。

事業報告	◎2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　（専・短・大）　8名 1.高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の紹介に繋がった。また掲載した高校から春日井2名、名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.介護実習生の受け入れ5名(5月：2名　11月：3名)。コロナ感染症の懸念もあったが、事前の感染対応をしっかりと確認した上で、受け入れを実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				振り返り次年度準備	中途採用職員の教育を実施する			ISMSエリア事務局
														次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 2.福祉医療機構の案件をエリアで共有し検証と対策を行った。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.労働保険改正の研修に参加/自転車保険義務化の書類確認について勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.職員の健康診断に関して、エリア担当事務員の認識を再確認し知識を深めるよう勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	

事業報告	◎コンプライアンス事例違反は0件 1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　7件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.新たな加算取得に向け、相談員会議や建屋内で協議し、LIFEを運用した加算を特養とグループホームで算定を開始した。今後も加算要件の定期チェックと新たな加算取得へ向けて加算要件の確認と自施設の体制の把握を行う必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	エリア入所	★3	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、エリア全体で稼働向上を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△	△●	○●	○	◎●	◎●	○	◎●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の課題分析と対策立案を行った。 2.事務部門帳票のマニュアル作成。経過勘定徹底の周知を行った。 3.ジョイフル江南での予約管理方法を学ぶことが出来た。	1.各事業所の課題に対して、各部門から助言を行った。 2.予算についての勉強会を実施。 3.ジョイフル岐阜駅での取り組みから待機者の状況把握方法や、スケジュール管理を学んだ。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案評価していく必要がある。 2.金庫管理簿の手順についてのマニュアルを完成させた。 3.名古屋エリアの取り組みを確認することができた。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保しつつ、質のよいサービスの提供に努めることができた。 1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議12回開催（ヒヤリハット　7件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.他エリアへの交換研修を実施したことで、営業方法や待機者管理の方法、相談員間のコミュニケーションツールなど様々な手法や帳票を相談員会議にて水平展開することができた。しかし、取り組んだ結果、どのような成果へ繋がっているかは評価ができていない状況である。今後に向けて機能しているか検証していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.新卒も含め入職が多い時期という事もあり意識が高く80%の回答率を獲得できた。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.5月以降離職者も多く、意識も薄れ60.65%と低い数値となってしまった。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.アンケート結果配信もあり、回答率が改善した（結果65.98%）。 2.計画策定が間に合わず11月、12月訓練内容から予定を変更した。 3.4.予定している教育と訓練を実施し、感染症の予防意識を高めた。	

事業報告	◎◎BCP策定に向け、職員の意識を高めることができた。 1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.コロナの感染症の対応方法や発生時のシミュレーションについて確認を行った。日々変化する世情に合わせ、各専門職情報共有を行いながら対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（大所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（大所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	職員会議にて利用者様の状況確認と問題点への対策の立案・ケアの統一を話し合い共有する。 チェック方法：会議議事録	施設長/介護職	職員会議にて利用者様１人ひとりについて問題点を確認し検討する。チームとして統一したケアを実施する。（１ヶ月を目途に効果の確認を行い、更なる対応を検討する。）									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認 検討実施	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	上半期評価 見直し	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	下半期評価 見直し				
					○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.不適切ケアの原因となる対応困難ケースに対し、早期に対処する必要がある。ケアの内容や関わり方を統一することで、利用者様に安心できる環境を作る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施 2.計画通り実施 3.毎月利用者様の状況確認を行い、問題点等を確認・検討をすることでケアを統一することができている。	1.計画通り実施 2.計画通り実施 3.検討した内容を実施し、新たに状況確認を継続することで問題なく利用者様への支援ができている。	1.計画通り実施 2.計画悪通り実施。 3.継続して検討内容を実施し、状況確認をすることでケアの統一を図ることができ、問題なく利用者様への支援ができている。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3. 毎月の職員会議で利用者様の状況や問題点を確認・検討をし、検討した内容を実行し、新たに状況確認をし、ケアの内容や関わり方の統一を図ることで利用者様が安心して生活していただける環境づくりを来年度も継続して行っていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		HM
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	ヒヤリハットを分析し事故予防に取り組む。 重要事例の水平展開を行う。 チェック方法：ヒヤリハット気づきシート	施設長/介護職	ヒヤリハットを拾い対策を実施することで事故防止に繋げる。職員会議で検討し、対策を実施する。又HM会議での水平展開を図る。他事業所のヒヤリハットを伝えることで気づきを増やし事故予防を図る。									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認 報告・検討・実施	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	上半期評価 見直し	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	下半期評価 見直し				
					○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より)重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）事故防止に努めヒヤリハットの段階で食い止める努力を行った。その結果事故件数も大幅に減少したと感じることができるため、職員のリスクマネジメントの意識向上とヒヤリハットの意味を定着させるために継続して取り組む。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.ヒヤリハット1件/1回を目標に事故予防に努めることができた。重要と思われるヒヤリハットについてもHM会議にて水平展開することができた。	７月-９月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.継続して取り組むことで重大事故の防止ができている。	１０月-１２月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.重要と思われるヒヤリハットはHM会議にて水平展開できている。また、取り組みを継続することで重大事故には繋がっていない。

事業報告	◎重大事故は０件　受診事故2件　ヒヤリハット201件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.事故が発生した場合は原因の検証・再発防止の策定・実行に努めた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3.ヒヤリハットを拾い、対策を実行することで事故防止に努めた。その結果、事故件数が大幅に減少している。継続してヒヤリハットの分析を行い、事故減少を目標に取り組みたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
全職員が利用者様の立場に立って気持ちに寄り添い、生活を楽しめる環境作りを行う	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					△●	△	△	○/△●	○/○●	○	○	○●/○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	施設内で行えるアクティビティの提供を充実させる。 食事レクリエーションで楽しみを見出す。 チェック方法：行事計画・報告書	施設長/介護職	生活への張り合いや楽しみが持てるアクティビティ・食事レクリエーションを提供する。									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認	取り組みの立案・実施			上半期評価見直し	取り組みの立案・実施			下半期評価見直し				
					○/○●	○/○	○/○	○/○●	○/○●	○/○	○/○	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.様々な行事やアクティビティを考え実施したが外出行事や個別外出ができない中、職員の意識のばらつきもある。そのためにも施設内で楽しみが持てるアクティビティ（活動・遊び）の更なる工夫が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ルールの検討が周知できていない進捗なし。 2.担当を決め行事など企画し、毎月実施することができた。	1.再度ルールを見直し周知した。8月より開始できた。 2.行事の中に食事に関するレクを取り入れ利用者様の楽しみにつながっている。	1.利用者疑似体験については１月中の終了を予定。 2.食事に関するレクを取り入れ利用者様の楽しみにつなげている。	

事業報告	◎食事提供を工夫し満足度を向上させることができた。 1.疑似体験を実施することで職員の考え方や捉え方に違いがあることがわかったため、次年度も体験内容を検討し、継続していく。 2.行事の中に食事に関するレクリエーションを取り入れたことで季節を感じることもでき、生活を楽しんでもらえるような環境づくりも行うことができた。そして、利用者様の満足度向上にも繋がった。継続して実施することでさらなる満足度向上に努めたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症を理解し、その方にあったサービスを提供することで利用者様の満足度の向上につなげる	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	△	△●	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	認知症の方への対応力を向上させるため、事例検討や認知症について勉強会を実施する。 チェック方法：教育報告書	施設長/介護職	目的の確認実施計画作成	資料準備	勉強会実施教育報告書作成	資料準備	事例検討実施教育報告書作成	上半期評価見直し資料準備	勉強会実施教育報告書作成	資料準備	事例検討実施教育報告書作成	全体評価振り返り	次年度準備		HM
					△●	△●	△●	○●	○●	○●	△●	△●	△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.2020年度より）認知症に対する事例検討を3回/年実施したが認知症の方の行動背景に対しての分析が十分ではない。認知症の方の尊厳を守る教育が必要であり対応に反映させることができるよう取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事業所の代表者が研修へ参加した。 2.毎月利用者様の状況確認は行っているものの事例の検討をすることはできなかった。行動背景の分析ができるよう継続する。	1.リーダー会議で展開するための準備を行い、実際に体験した。 2.GHの利用者様について事例検討を行った。精神内科への受診につなげることもできた。継続して取り組んでいく。	1.ワークショップを開催し、コミュニケーションツールとしての新たな糸口として理解を深めることに繋がった。 2.利用者様の状況確認は行っているものの事例の検討をすることはできなかった。１月には実施ができるよう準備を進めていく。	

事業報告	1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.定期的に職員会議で認知症の勉強会を実施した。今後も継続して認知症を理解し、その方に合ったサービスを提供することで利用者様の満足度の向上に繋げていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/介護職	実施	実施	実施	実施	実施/上半期評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			HM
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					○●/△	○●/△	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/介護職			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		HM
							○●	○●	△●/○●			○●	○●	○●/○●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ともに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.現状把握を行い、改めて自施設のストレングスは何かを職員間で話し合った。 2.毎月のセルフチェックを実施し、接遇を意識し、環境整備に努めることができている。 3.計画通り実施。			７月-９月評価 1.認知症の進行防止と、自立した生活に取組んでいることをご家族面会時に報告を行い、理念の浸透を図った。 2.セルフチェックを継続・実施している。 3.満足度調査を実施した結果、高い満足度を頂くことができている。継続してサービスの質の向上を目指す。			１０月-１２月評価 1.見学者や申込者に対してストレングスをPRし、待機者確保を図ることができた。 2.継続してセルフチェックを実施。継続して接遇を意識し、環境整備に努める。 3. 満足度調査についても高い満足度を頂くことができている。			

事業報告	1.エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.毎月セルフチェックをしていることで接遇を意識し、環境整備に努めることができている。来年度も継続して行っていく必要がある。 3.上半期・下半期にそれぞれ満足度調査を実施した。面会制限もある中で写真を通して利用者様の様子などを見て頂き、食事のレクリエーションで季節を感じて頂いたり、普段の食事ではなかなか食べることができないものを食べることで利用者様の満足度向上に繋がっていることがご家族にも理解をしていただくことができた。今後もさらなる満足度向上に努めていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保し、職員の定着率を高める	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：ありがとうカード 職員会議議事録	施設長/介護職	目的の確認進め方の検討	立案実施	評価見直し	立案実施	上半期評価見直し	立案実施	評価見直し	立案実施	下半期評価見直し	振り返り	次年度準備		HM
					△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より）職員同士のつながりの強化に一定の効果があり、継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.計画通り実施できている。 3.感謝の言葉は伝えるものの確立した形が決まっていない。検討が必要と思われる。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.前回同様の状態で話し合う機会を持てていない。再度検討し、今年度の取り組みの意義を再認識する必要がある。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.話し合う機会が持てていない為検討の必要がある。

事業報告	1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　2021年度　新卒退職者　０人 インターンシップ・職場見学　27回　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名　名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.離職防止の為職員間の信頼関係を構築できるよう実施内容を検討し、定着できるよう取り組む必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容のコンプライアンスを確立する。法令を遵守し、理解と遵守に遺漏なきを期す	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：職員会議議事録	担当施設長/HM	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 3.特になし	

事業報告	1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.今年度は介護報酬改定によって新たな加算ができた。相談員会議での情報共有を元に管理者や相談員で協議しながら、LIFEを運用した加算を特養とグループホームで算定を開始した。今後も加算要件の定期チェックと新たな加算取得へ向けて意識を高めていく必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握	予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策							振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	事業所	★3	予算に基づき稼働率、収入の安定を図るため毎月の会議にて運営状況、利用者様の健康状態を確認する。 チェック方法：職員会議議事録	施設長/HM	目的の確認進め方の検討	立案実施	評価見直し	立案実施	上半期評価見直し	立案実施	評価見直し	立案実施	下半期評価見直し	振り返り	次年度準備		HM
					○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.目標稼働率の達成のため、職員に対する運営状況の伝達や利用者様の健康状態の確認、対策を検討しておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.5月に骨折による入院者が出て目標稼働率を下回る結果となった。 2.各事業所の取り組みについて確認した 3.毎月職員会議にて利用者様の健康状態について確認を行うことができている。	1.特養2名の入れ替わりがあったが連絡調整を適切に行い目標達成した。 2.作成するにあたって注意点を確認することができた。 3.利用者様の健康状態の確認や対策の検討ができた。継続して取り組んでいく。	1.入所者の体調安定しており、目標稼働率を達成できている。 2.引き続き作成する上での注意点を確認した。 3.継続して健康状態の確認を行っていく。	

事業報告	1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議１２回開催（ヒヤリハット　７件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.他エリアへの交換研修を実施したことで、営業方法や待機者管理の方法、相談員間のコミュニケーションツールなど様々な手法や帳票を相談員会議にて水平展開することができた。しかし、取り組んだ結果、どのような成果へ繋がっているかは評価ができていない状況である。今後に向けて機能しているか検証していく必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。 4.勉強会への参加・教育報告書の作成ができた。感染症のリスクを意識し、継続して取り組む。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。 4.災害や感染症に対して高い意識を持って業務にあたることができている。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.勉強会への参加・教育報告書の作成もできている。継続して感染症に対して高い意識を持って業務にあたるようにする。

事業報告	1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.コロナの感染症の対応方法や発生時のシミュレーションについて確認を行った。日々変化する世情に合わせ、各専門職情報共有を行いながら対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（入所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（入所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.７月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施することが出来た。 2.計画通り実施できた。	1.７月に各施設より受け入れを実施。結果を職員のやりがいに繋げることが出来た。 2.計画通り実施できた。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了することが出来た。 ２.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が起こった際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/支援員	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			評価 振り返り	次年度準備		支援員
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	過去に発生した重大事故の対策について、再発防止の徹底及び効果の確認を行う。 チェック方法：再発防止検討書	施設長/支援員	職員に過去の事故内容と対策及び進行ルールの周知(勤務表に予定日を反映)		再発防止の効果確認			再発防止の効果確認			再発防止の効果確認	評価 振り返り	次年度準備		支援員
					◎●		◎●			◎●			◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より)重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.重大事故（入浴事故）が発生。対策について定期的に振り返りを行い、再発防止に努めていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施することが出来た。 2.重大事故・受診故はなかった。 3.再発防止策の有効性を確認した、 危険個所には、滑り止め対策をする。 入居者個々の入浴時間を把握し、迅速に対応できる体制を整えた。	1.計画通り実施。 2.重大事故・受診事故はなかった。 3.個々の入居者の入浴時間を把握し、長いと感じるときは必ず声掛けをするように体制を変えた。	1.計画通り実施。 2.重大事故・受診事故はなかった。 3.入浴に不安を訴える方が増えてきたため、個々の入浴中に何度か声掛けを実施することにした。	

事業報告	◎重大事故件数0件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故・受診事故はなかった。発生した場合に備え、日頃より情報共有を意識していく。 ３.過去の重大事故の再発防止策として、風呂場に滑り止め防止用として手すりや階段に滑り止め防止用のシートを張り、事故の無いように努めた。滑り止め防止のシートについては、効果があると確認をした。入浴に不安がある方も出てきた為、状況に応じて対応した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
相手の立場に立った関わり方、対応方法について理解する	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価見直し			想いの共有					
					△●	△	△	○●/○●	○●/○●	△	△	○●/○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	利用者参加による「意見交流会」を活用し、生活の中で困っていることを聞き解決に繋げたり、職員から、生活の中で、季節毎の注意事項を発信する。 チェック方法：議事録作成	施設長/支援員	実施計画作成(月の予定、季節の注意事項を組み込む)	毎月開催する「意見交流会」の場を活用し、共同生活におけるストレスの解消やより良い生活環境の構築を目指す。								振り返り評価	次年度準備		支援員
									評価見直し				評価見直し				
					○●	○	○	○	○●/○●	○	○	○	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）定期的な意見交流会が行われることで、利用者様のニーズを聞く貴重な場となった。必要に応じて生活上の注意喚起等も行った。継続し、自立した生活を支援するしていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアで具体的ルールの設定。 2.入居者全員の理解力の低下などにより、注意事項が守られない事がある為、引き続き発信をしていく。	1.計画、詳細まで決定。施設内で実施、進行の発信を実施。 2.入居者全員の理解力の低下等により、注意事項が守られないことがある為、引き続き発信をしていく。	1.疑似体験全職員終了。予定より終了が1か月遅れてしまったが、12月に想いの共有を行い、必要な視点の気づきに繋がっている。 2.理解力の低下や認知症等により注意事項が守られないことがある為、引き続き発信をしていく。

事業報告	1. 今回食事の疑似体験を通じ、食事姿勢や温度、食事の環境に改めて目を向けるきっかけとなった。普段ケアの提供側になっていると、「相手の立場に立つ」視点は薄くなってしまうため注意が必要であると感じる。 ２.毎月、意見交流会の開催をすることにより、入居者の困りごとや不満などを聞き出す機会として活用した。コロナフレイルなどの話や、季節の変わり目や気候変化などに気を付けるように伝えたりと活用をした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ち・立場に立って、考えることができる	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	△●	△●	△	△	△●	△●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り外部講師による研修が実施できた。	1.職員間での実施は出来たが、利用者様対象に出来るとよかった。	1.計画通り進めることが出来た。	

事業報告	1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り評価	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/支援員	実施	実施	実施	実施	実施 上半期の評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	振り返り評価	次年度準備		支援員
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○●	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/支援員			実施	分析対策立案	公表評価			実施	分析対策立案	振り返り評価	次年度準備		支援員
							○●	○●	○●			○●	○●	○●	◎	◎●	
														○●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善とともに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.事業所のストレングスを検討した。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。			７月-９月評価 1.見学者に対し強みとして他事業所と共有することを説明することが出来た。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。				１０月-１２月評価 1.見学者に対し強みとして他事業所と共有することを説明することが出来た。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。				

事業報告	1. エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 ２.接遇マナー・環境整備に関しては、職員の意識が大切と考え職員同士で、身だしなみ・言葉づかいなども日々気を付けてチェックした。 ３.年二回の満足度調査をすることにより、入居者の生活向上を図るうえで、改善の参考にした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り評価	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集 紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告		分析・検討	中途者アンケートデータ収集 評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告	分析・検討	中途者アンケートデータ収集	評価・対策/検討	分析・検討 紹介等職員分析	振り返り評価	次年度準備		エリア責任者
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：会議議事録	施設長/支援員	実施 職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（１人月2枚を目標にする）					評価 見直し	実施 職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（１人月2枚を目標にする）			振り返り評価	次年度準備		支援員
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.ありがとうカードを使用し、感謝の見える化を行い、良好な職員関係を保つことができた。継続して取り組みをしていくことで、助け合いの風土として定着していくことを狙いとする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 １．予定通り実施できた。 ２．アンケートから求職者の動向は把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、早々の改善策が必要であった。 3. 働きやすい職場環境にするように努めた。	７月-９月評価 １．問題なし ２．紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3. 働きやすい職場にするように努めた。	１０月-１２月評価 １．問題なし ２．紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3. ありがとうカードになれスムーズにできた。	

事業報告	1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（１～3年）16名　　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名　名古屋1名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.ありがとうカードの活用方法に若干戸惑いも感じたが、感謝の気持ちを見える形にしたことで、職員同士の関係を築く手段として活用できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り評価	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 2.計画通り出来ている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.計画通り出来ている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.計画通り出来ている。	

事業報告	1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り評価	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算（シート・管理）勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り評価	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の状況を把握しているが、施設の稼働に結びついていない事業所も見受けられる。 2.計画通り出来ている。	1.戦略会議にて協議する内容の再検討を行い、有意義な場となるよう報告方法を見直した。 2.計画通り出来ている。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案、評価していく必要がある。 2.計画通り出来ている。	

事業報告	1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議１２回開催（ヒヤリハット　７件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					△●	△●	○●		○●		○●	△	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●			○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	

事業報告

1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98%
・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。
・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。

2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。

3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。

4.施設内研修に参加し、事業所内で周知を図った。新型コロナの感染対策にも十分な効果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	訪問に同行し、各利用者様の個別支援が適切か確認する。 チェック方法：実施記録、報告書、運営会議議事録、ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	報告書書式作成	実施当日記録作成、提案事項を確認							振り返り 評価	次年度準備			主任 ヘルパー
							実施翌月フォローアップ実施										
					ミーティングで説明	実施状況を運営会議で評価											
						実施状況をミーティングで共有											
						翌月ルート作成時に訪問同行の予定を作成											
					◎●/◎●	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	△/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.訪問に同行し不適切ケアをなくす。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.7月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施した。 2.介護職同様問題なし。 3.計画通り実施できた。	1.7月に各施設より受け入れを実施。指摘事項は受け止め、良い評価項目は発信、職員のやりがいに繋げていく。 2.計画通り実施できた 3.8月は枠が確保できなかった。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3.同行訪問を行うことでヘルパーの支援内容を客観的に観察し分析することが出来た。不適切ケアはなかった。利用者様へのさりげない気遣いや声掛けについても観察することができ、介護技術を振り返ったり、学んだりする機会になった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所（エリア））	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	ヒヤリハット・つぶやきの事例をもとにリスクについて考え全員に共有する。 チェック方法：運営会議議事録、ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	①前月のヒヤリハット・つぶやきの報告の改善策を運営会議で検討する。 ②前月のヒヤリハット・つぶやきの報告と改善策をミーティングで共有し、自らの支援を振り返る時間を持つ。 ③前々月に扱ったヒヤリハット・つぶやきの事例をミーティングで振り返り、改善策の効果を検証する。									振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）訪問先により環境が異なり留意するポイントが違うため、継続して行うことに効果がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告	◎重大事故0件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故、受診事故の発生に対しては出勤職員で検討するよう心掛けた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3.ヒヤリハットの報告ですぐに対策を反映すべきものについては、次の訪問までに対策を講じ訪問者に対して周知した。ミーティングにおいて全体に周知した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が主役となるケアにつながるよう、会を重ねる　ケア内容の振り返りの機	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価見直し			想いの共有					
					○●	△	◎	◎/◎●	◎/◎●	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	ネガティブな内容をポジティブな印象に変えるために自らを振り返る。 チェック方法：ミーティング議事録、報告書	施設長/サービス提供責任者	自己覚知の実施							自己覚知の実施	評価振り返り	次年度準備			主任ヘルパー
					報告書書式ルールの周知	自ら利用者様への言葉かけを見直し、実行する。											
						自分や利用者様もしくは関係性などを分析し、報告を行う。											
					○●/○●	△	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）利用者様の思いを受け止める支援側が健やかな心身であることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.訪問時間との調整つかず、開始が6月からになった。 2.4月のミーティングでルール説明を行ったため自己覚知の実施が5月になった。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。	

事業報告	◎利用者様を主役として考え、自らの支援を振り返り、よりよい支援につながるよう努めることができた。利用者様と支援者の価値観のずれについて対策をとることが重要である。 1.支援を受けているときに利用者様の想いを馳せることができ、かつ、訪問者間で支援時の声かけ、対応を見直すきっかけとなった。 2.自己覚知のツールを利用して自身のタイプを分析した。自己を意識しながら支援の内容を振り帰り、支援の質の向上に努めた。記録を残したことで、シミュレーション上で試行錯誤し、よりよい支援につなぐ意識が定着した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の理解を深めるための機会を持つ	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	○●	○●	△	△	△●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	正しい知識を持ち、やさしく寄り添う チェック方法：ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	本人の戸惑いやいらだちを受け止め、安全で安心な対応を理解する		本人と家族の認識のズレを理解し、本人のそのままを受け止める		ありのままを認め、不安を取り除くケアを実施する		認知症とターミナルケアを考える		振り返り評価	振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					座学	事例で検証	座学	事例で検証	座学	事例で検証	座学	事例で検証					
					◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.変わりゆく症状にあわせて柔軟に対応できるようが考え方を身につける必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.予定通り外部研修を受講することができた。 2.計画通り実施。			1.リーダー会議にて各事業所に伝達講習を行った。 2.計画通り実施。			1.コミュニケーションツールとしての新たな糸口として理解を深めることに繋がった。 2.計画通り実施。					

事業報告	◎認知症の利用者様に適切に関わることができた。 1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.利用者様が認知症という疾病と向き合う中で段階を踏まえて関わるために正しい知識や支援の方法について学んだ。学んだ知識をもって事例を検証した。また、「ちょっとおかしい」について観察、傾聴する習慣がつき、利用者様の考え、行動を訪問者間で共有、考察することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							◎●			◎●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/サービス提供責任者	実施	実施	実施	実施	実施 上半期の評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			主任 ヘルパー
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/サービス提供責任者			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
							◎●	◎●	◎●/◎●			◎●	◎●	◎●/◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ととに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 4月末申込センター廃止に伴い、春日井エリア申込受付を入所相談員でメールや電話で、待機者確保に努めた。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.「専門職と嘱託医との連携による看取りケア対応」を事業所のストレングスとし、外部PRを行っている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.入所に際して、医療機関や居宅へ看取りケアを望まれる方の受入を積極的に行っている点をPRしている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告
◎利用者様のニーズに応えることができた。 1. エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.身だしなみにおいては日頃よりお互いに意識して声をかけあっており、毎月のセルフチェックにおいて不備の項目がみられなかった。 3.訪問者同士で支援内容を統一することに心がけた。日頃より利用者様との会話から体調や生活の変化について傾聴し、ニーズの変化にいち早く気づくことが出来るように努めた。2回目の満足度調査では全ての項目において【良い】の評価を得ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：議事録	施設長/サービス提供責任者	①職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（常勤は月10枚、登録パートは月2枚を目標にする） ②ミーティングにて取り組み状況を報告する。もらったカードから特別なカードを報告しあい、気づきの共有を行う。									振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より）職員同士のつながりの強化に一定の効果があり、継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.求人票公開前に近隣高校への学校訪問を実施。 2.アンケートから求職者の動向は把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、早々の改善策が必要であった。 3.計画通り実施。	1.商業高校での面接指導に参加 2.紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3.計画通り実施。	1.計画通りできた。 2.ファーストステップ研修の集計振り返りを行った。中途者採用にあたっては紹介会社の応募が増加。 3.計画通り実施。

事業報告	◎職員同士のつながりを維持することができた。 1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.ありがとうカードの取り組みは日々の忙しさに加え、コロナ禍で希薄になりがちな関わり合いの中で、感謝を伝えるツールとして効果があった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：HH会議議事録	施設長/サービス提供責任者	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。2.福祉医療機構の案件をエリアで共有し検証と対策を行った。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.労働保険改正の研修に参加/自転車保険義務化の書類確認について勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.職員の健康診断に関して、エリア担当事務員の認識を再確認し知識を深めるよう勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	

事業報告	◎コンプライアンス事例違反は0件。 1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が7件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.新たな加算要件を得ることは難しいことがわかった。すでに得ている加算要件に関して市内の訪問介護部会より情報を収集し、実地指導に向けた具体的な対策について必要な情報を得ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	提供時間の見直しを図り、有益な空き時間を確保する。 チェック方法：運営会議議事録	施設長/サービス提供責任者	①サービスの提供時間、移動時間が適切か見直しを行う。 ②既存の利用者様の新たなニーズに備えた見直しを行う。 ③新規利用者様の利用枠を確保するために見直しを行う。									振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					運営会議で見直し状況の報告を行う。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年度より）継続的に行うことにより、毎月の収益を意識しながら提供時間の見直しを実施し、収益向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の課題分析と対策立案を行った。 2.事務部門帳票のマニュアル作成。経過勘定徹底の周知を行った。 3.ジョイフル江南での予約管理方法を学ぶことが出来た。	1.各事業所の課題に対して、各部門から助言を行った。 2.予算についての勉強会を実施。 3.ジョイフル岐阜駅での取り組みから待機者の状況把握方法や、スケジュール管理を学んだ。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案評価していく必要がある。 2.金庫管理簿の手順についてのマニュアルを完成させた。 3.名古屋エリアの取り組みを確認することができた。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保しつつ、質のよいサービスの提供に努めることができた。 1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議12回開催（ヒヤリハット　7件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.訪問間の移動時間が適切であるか、サービス提供責任者同士で見直し、訪問介護員に聞き取りを行った。安全な移動の確保に努め、支援時にゆとりを持つことができた。見直しの条件を具体的に示していることにより、サービス提供責任者同士の意識が統一されていた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.新卒も含め入職が多い時期という事もあり意識が高く80%の回答率を獲得できた。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.5月以降離職者も多く、意識も薄れ60.65%と低い数値となってしまった。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.アンケート結果配信もあり、回答率が改善した（結果65.98%）。 2.計画策定が間に合わず11月、12月訓練内容から予定を変更した。 3.4.予定している教育と訓練を実施し、感染症の予防意識を高めた。	

事業報告	◎BCP策定に向け、職員の意識を高めることができた。 1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.事業所内でも防災教育を行い、利用者様の情報収集に努めた。来年度は収集された情報をもとに具体的な行動の指針を立て体制を整えていく。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.施設内研修に参加し、事業所内で周知を図った。新型コロナの感染対策にも十分な効果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	各専門職が参加し、ケア共有、検討等のミーティングを開催する。 チェック方法：業務日誌承認印	施設長/各専門職	日々の申し送りについて、対応が難しいケースがあれば各専門職間で共有、検討していく事で、チームとして迅速なアプローチを行う。（週に１度、朝礼後に、各専門職で情報共有の場を設ける。日程は曜日固定せず、勤務作成と併せて設定する）									振り返り	次年度準備		介護長
						検討対応	検討対応	検討対応	上半期評価見直し	検討対応	検討対応	検討対応	下半期評価見直し				
						△/○●	○/○●	○/○●	○/△●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.2020年度より)昨年度は、テーマを絞り込めず、議論に時間を要してしまった。「不適切ケアに繋がる恐れのあるもの」とテーマを絞り、不適切ケアの原因となる対応困難ケースに対し、少しでも早く対処していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.7月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施した。 2.介護職同様問題なし。 3.出勤している専門職で、業務日誌をもとに情報共有、検討を行っている。	1.7月に各施設より受け入れを実施。指摘事項は受け止め、良い評価項目は発信、職員のやりがいに繋げていく。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了。 2.計画通り実施できた。 3.リアルタイムの話し合いが行えず、招集が遅くタイムラグが発生することがあった。

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3.今年度は、昨年度からの取り組みの継続として、専門職同士の繋がり、情報共有を密に行うことで、施設の課題の抽出、解決に向けたアプローチに力を入れた。開催頻度が不定期になってしまい、リアルタイムな検討が行えない事も多かったため、今後、定期的に開催できる仕組みや、担当者が主導で進めていくことが必要となる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		主任 相談員
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	重大事故について、定められたルールを確認することで、防止及び、適切な対応に努める。 チェック方法：作成資料	施設長/リーダー		テスト作成 (介護長・ULが穴埋めテストを作成)	テスト実施		フィードバック (UL会議)		テスト実施		フィードバック (UL会議)	振り返り	次年度準備		介護長
						○●	△	○●	△●		△	△●	○●	○●	○	○●	
						○●	△	○●	△●		△	△●	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）3大事故の発生こそなかったものの、ルール確認の機会は継続的に必要である。職員へ、現在のルールの確認を行うことで、リスクマネジメントの意識向上を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.リスクマネジメント研修で使用する為、チェックテスト作成中。	７月-９月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.テスト作成、リスクマネジメント研修の際にテストを実施。予定通り実施はしたものの、効果として実感的には薄く、方法を見直す。	１０月-１２月評価 1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.法人統一で誤嚥防止マニュアル、転倒防止マニュアルが完成し、それを基に、全職員へエリア研修、意見収集を行っており、マニュアルの内容の展開が進んでいる。	

事業報告	○重大事故1件　受診事故23件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故、受診事故の発生に対しては出勤職員で検討するよう心掛けた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3. 今回の取り組みでは効果として薄くなってしまった。必要なターゲット職員を絞り、その職員が参加、全員実施できるような調整まで詰めて進める必要があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
相手の立場に立った関わり方、対応方法について理解する	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					○●	○	○	○/△●	○/△●	○	○	○●/◎●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	疑似体験の実施内容を、ユニットリーダー会議で共有、必要と感じた内容について、職員へ発信する。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/ユニットリーダー				共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）		共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）		共有発信（各ユニット職員に共有シート配布）	評価振り返り	次年度準備			介護長
								△●		△●		○●	○●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）疑似体験の実施内容の活用が進まなかった。進捗及び評価、活用方法を明確にし、進めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアで具体的ルールの設定。 2.計画通り取り組み予定。	1.施設内での実施方法を策定。全職員へ発信し、食事に関する疑似体験を実施。 2.実施時期がずれたため、想いの共有時期を１か月ずらすこととした。	1.疑似体験について全職員完了した。 2.予定より終了が1か月遅れはでたが、12月に想いの共有を行い、必要な視点の気づきに繋がっている。	

事業報告	◎利用者様を主役として考え、自らの支援を振り返り、よりよい支援につながるよう努めることができた。利用者様と支援者の価値観のずれについて対策をとることが重要である。 1.　今回食事の疑似体験を通じ、食事姿勢や温度、食事の環境に改めて目を向けるきっかけとなった。普段ケアの提供側になっていると、「相手の立場に立つ」視点は薄くなってしまうため注意が必要であると感じる。 2.疑似体験で感じた報告を回覧、感想収集し想いの共有を行った。各フロアの代表者より意見交換を行い、実施した疑似体験内容について、改めて意味のある取り組みだと感じさせるものとなった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の行動背景を考え、理解することができる。	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	○●	○●	○	△	△●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	全職員が、配属ユニットのフェイスシート・習慣や好み調査シート・業務日誌を改めて確認、認知症の方の行動背景を分析する。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/リーダー		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認		各ユニットで実施（各UL担当で進捗管理）	UL会議で報告・確認	振り返り	次年度準備		介護長
						△●	△●		○●	○●		△●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.職員の課題として、認知症の方の行動背景を探ることにおいての習慣化の為のしくみが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り外部研修を受講することができた。 2.各ユニットへ利用者様の情報確認の必要性と実施について発信を行った。	1.リーダー会議にて各事業所に伝達講習を行った。 2.実施、各ユニット職員への聞き取りから、情報収集の意識向上に繋がっている。	1.ワークショップ実施は1回。参加者は新たな知識の習得に繋げることができた。 2.予定通り実施、数値評価等、目に見えた効果は見られなかったが、意識付けのスタートと認識している。	

事業報告	◎認知症の利用者様に適切に関わることができた。 1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近づいた。」「相手の意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.利用者様の情報確認の習慣化については、実施は出来たが、習慣化とするには継続が必要。特に元々関心があった職員、そうでない職員の意識差が大きいため、今後そうった部分をフォローできる仕組みも必要と感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							◎●			◎●			◎●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/ＵＬ	実施	実施	実施	実施	実施/上半期評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			介護長
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					◎●/○	◎●/○	◎●/○	◎●/◎	◎●/○	◎●/◎	◎●/○	◎●/◎●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/相談員			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		主任相談員
							◎●	○●	○●/○●			◎●	○●	○●/○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ととに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 4月末申込センター廃止に伴い、春日井エリア申込受付を入所相談員でメールや電話で、情報共有を図ることとした。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.「専門職と嘱託医との連携による看取りケア対応」を事業所のストレングスとし、外部PRを行っている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.春日井エリアの特養、老健との連携を意識し、申込者の情報共有を図り、待機者確保に努めた。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告	◎各事業所のストレングスを明確化することができた。 1.相談員として、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.毎月の接遇・環境整備チェックリストを元に、チェックし、接遇レベル、環境整備の向上を図った。特に前年度惰性化チェックとなってしまっていた反省点を活かし、○×評価から数値評価に変更。変化具合が目に見えて分かるため、効果を実感。また評価項目も絞ることで、改善項目を集中して見ることができ、より効果的なチェックとなったと感じる。 3.利用者様、ご家族の声として一番多く寄せられたのは、面会時間の延長や外出希望の要望であった。コロナ禍において良い解決策が見出せていない状況はあるが、看取り対象者に対しては限られた時間にはなるが感染対策を取りながら、利用者様に寄り添っていただく場を提供することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	将来的な人材の育成として、学生実習や見学等の際に、仕事に対して興味関心が持てるよう意図した関わり、職員への意図伝達を行う。 チェック方法：UL会議議事録	施設長/介護長	UL会議にて重要性、受け入れ施設の役割を意図伝達	介護実習生受け入れ	介護実習生受け入れ	評価 振り返り (UL会議)			UL会議にて重要性、受け入れ施設の役割を意図伝達	介護実習生受け入れ	介護実習生受け入れ	評価 振り返り (UL会議)	次年度準備		介護長
					◎●	◎●	○●	◎●			◎●	◎●	◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より)施設見学や学校訪問予定の中止の影響が顕著であった。コロナ禍でも繋がりを保っていくため、感染対策に留意し、養成校と連携を図っていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.求人票公開前に近隣高校への学校訪問を実施。 2.求職者の動向はアンケートで把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、改善策が必要。 3.5月に介護実習生の受け入れを実施。UL会議で事前周知を図った。	1.商業高校での面接指導に参加。 2.紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3.この時期学生受け入れはないが、11月～12月にかけて4週間の実習受け入れを予定。	1.計画通りできた。 2.ファーストステップ研修の集計振り返りを行った。中途者採用にあたっては紹介会社の応募が増加。 3.介護実習生の受け入れを実施。ユニット職員には目的と必要性を伝えたことで、有意義な実習となり養成校との連携に繋がった。

事業報告	◎2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　（専・短・大）　8名 1.高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の紹介に繋がった。また掲載した高校から春日井2名、名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.介護実習生の受け入れ5名(5月：2名　11月：3名)。コロナ感染症の懸念もあったが、事前の感染対応をしっかりと確認した上で、受け入れを実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				振り返り次年度準備	中途採用職員の教育を実施する			ISMSエリア事務局
														次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 2.福祉医療機構の案件をエリアで共有し検証と対策を行った。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.労働保険改正の研修に参加/自転車保険義務化の書類確認について勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.職員の健康診断に関して、エリア担当事務員の認識を再確認し知識を深めるよう勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	

事業報告	◎コンプライアンス事例違反は0件 1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　7件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.新たな加算取得に向け、相談員会議や建屋内で協議し、LIFEを運用した加算を特養とグループホームで算定を開始した。今後も加算要件の定期チェックと新たな加算取得へ向けて加算要件の確認と自施設の体制の把握を行う必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	エリア入所	★3	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、エリア全体で稼働向上を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△	△●	○●	○	◎●	◎●	○	◎●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の課題分析と対策立案を行った。 2.事務部門帳票のマニュアル作成。経過勘定徹底の周知を行った。 3.ジョイフル江南での予約管理方法を学ぶことが出来た。	1.各事業所の課題に対して、各部門から助言を行った。 2.予算についての勉強会を実施。 3.ジョイフル岐阜駅での取り組みから待機者の状況把握方法や、スケジュール管理を学んだ。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案評価していく必要がある。 2.金庫管理簿の手順についてのマニュアルを完成させた。 3.名古屋エリアの取り組みを確認することができた。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保しつつ、質のよいサービスの提供に努めることができた。 1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議12回開催（ヒヤリハット　7件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.他エリアへの交換研修を実施したことで、営業方法や待機者管理の方法、相談員間のコミュニケーションツールなど様々な手法や帳票を相談員会議にて水平展開することができた。しかし、取り組んだ結果、どのような成果へ繋がっているかは評価ができていない状況である。今後に向けて機能しているか検証していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.新卒も含め入職が多い時期という事もあり意識が高く80%の回答率を獲得できた。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.5月以降離職者も多く、意識も薄れ60.65%と低い数値となってしまった。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.アンケート結果配信もあり、回答率が改善した（結果65.98%）。 2.計画策定が間に合わず11月、12月訓練内容から予定を変更した。 3.4.予定している教育と訓練を実施し、感染症の予防意識を高めた。	

事業報告	◎◎BCP策定に向け、職員の意識を高めることができた。 1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.コロナの感染症の対応方法や発生時のシミュレーションについて確認を行った。日々変化する世情に合わせ、各専門職情報共有を行いながら対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（大所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（大所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	職員会議にて利用者様の状況確認と問題点への対策の立案・ケアの統一を話し合い共有する。 チェック方法：会議議事録	施設長/介護職	職員会議にて利用者様１人ひとりについて問題点を確認し検討する。チームとして統一したケアを実施する。（１ヶ月を目途に効果の確認を行い、更なる対応を検討する。）									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認 検討実施	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	上半期評価 見直し	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	検討実施 効果の確認	下半期評価 見直し				
					○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.不適切ケアの原因となる対応困難ケースに対し、早期に対処する必要がある。ケアの内容や関わり方を統一することで、利用者様に安心できる環境を作る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施 2.計画通り実施 3.毎月利用者様の状況確認を行い、問題点等を確認・検討をすることでケアを統一することができている。	1.計画通り実施 2.計画通り実施 3.検討した内容を実施し、新たに状況確認を継続することで問題なく利用者様への支援ができている。	1.計画通り実施 2.計画悪通り実施。 3.継続して検討内容を実施し、状況確認をすることでケアの統一を図ることができ、問題なく利用者様への支援ができている。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3. 毎月の職員会議で利用者様の状況や問題点を確認・検討をし、検討した内容を実行し、新たに状況確認をし、ケアの内容や関わり方の統一を図ることで利用者様が安心して生活していただける環境づくりを来年度も継続して行っていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		HM
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	ヒヤリハットを分析し事故予防に取り組む。 重要事例の水平展開を行う。 チェック方法：ヒヤリハット気づきシート	施設長/介護職	ヒヤリハットを拾い対策を実施することで事故防止に繋げる。職員会議で検討し、対策を実施する。又HM会議での水平展開を図る。他事業所のヒヤリハットを伝えることで気づきを増やし事故予防を図る。									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認 報告・検討・実施	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	上半期評価 見直し	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	報告・検討・実施 効果の確認	下半期評価 見直し				
					○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より)重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）事故防止に努めヒヤリハットの段階で食い止める努力を行った。その結果事故件数も大幅に減少したと感じることができるため、職員のリスクマネジメントの意識向上とヒヤリハットの意味を定着させるために継続して取り組む。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.ヒヤリハット1件/1回を目標に事故予防に努めることができた。重要と思われるヒヤリハットについてもHM会議にて水平展開することができた。	７月-９月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.継続して取り組むことで重大事故の防止ができている。	１０月-１２月評価 1.計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.重要と思われるヒヤリハットはHM会議にて水平展開できている。また、取り組みを継続することで重大事故には繋がっていない。

事業報告	◎重大事故は０件　受診事故2件　ヒヤリハット201件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.事故が発生した場合は原因の検証・再発防止の策定・実行に努めた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3.ヒヤリハットを拾い、対策を実行することで事故防止に努めた。その結果、事故件数が大幅に減少している。継続してヒヤリハットの分析を行い、事故減少を目標に取り組みたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
全職員が利用者様の立場に立って気持ちに寄り添い、生活を楽しめる環境作りを行う	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					△●	△	△	○/△●	○/○●	○	○	○●/○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	施設内で行えるアクティビティの提供を充実させる。 食事レクリエーションで楽しみを見出す。 チェック方法：行事計画・報告書	施設長/介護職	生活への張り合いや楽しみが持てるアクティビティ・食事レクリエーションを提供する。									振り返り	次年度準備		HM
					目的の確認	取り組みの立案・実施			上半期評価見直し	取り組みの立案・実施			下半期評価見直し				
					○/○●	○/○	○/○	○/○●	○/○●	○/○	○/○	○/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.様々な行事やアクティビティを考え実施したが外出行事や個別外出ができない中、職員の意識のばらつきもある。そのためにも施設内で楽しみが持てるアクティビティ（活動・遊び）の更なる工夫が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ルールの検討が周知できていない進捗なし。 2.担当を決め行事など企画し、毎月実施することができた。	1.再度ルールを見直し周知した。8月より開始できた。 2.行事の中に食事に関するレクを取り入れ利用者様の楽しみにつながっている。	1.利用者疑似体験については１月中の終了を予定。 2.食事に関するレクを取り入れ利用者様の楽しみにつなげている。	

事業報告	◎食事提供を工夫し満足度を向上させることができた。 1.疑似体験を実施することで職員の考え方や捉え方に違いがあることがわかったため、次年度も体験内容を検討し、継続していく。 2.行事の中に食事に関するレクリエーションを取り入れたことで季節を感じることもでき、生活を楽しんでもらえるような環境づくりも行うことができた。そして、利用者様の満足度向上にも繋がった。継続して実施することでさらなる満足度向上に努めたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症を理解し、その方にあったサービスを提供することで利用者様の満足度の向上につなげる	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	△	△●	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	認知症の方への対応力を向上させるため、事例検討や認知症について勉強会を実施する。 チェック方法：教育報告書	施設長/介護職	目的の確認実施計画作成	資料準備	勉強会実施教育報告書作成	資料準備	事例検討実施教育報告書作成	上半期評価見直し資料準備	勉強会実施教育報告書作成	資料準備	事例検討実施教育報告書作成	全体評価振り返り	次年度準備		HM
					△●	△●	△●	○●	○●	○●	△●	△●	△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.2020年度より）認知症に対する事例検討を3回/年実施したが認知症の方の行動背景に対しての分析が十分ではない。認知症の方の尊厳を守る教育が必要であり対応に反映させることができるよう取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事業所の代表者が研修へ参加した。 2.毎月利用者様の状況確認は行っているものの事例の検討をすることはできなかった。行動背景の分析ができるよう継続する。	1.リーダー会議で展開するための準備を行い、実際に体験した。 2.GHの利用者様について事例検討を行った。精神内科への受診につなげることもできた。継続して取り組んでいく。	1.ワークショップを開催し、コミュニケーションツールとしての新たな糸口として理解を深めることに繋がった。 2.利用者様の状況確認は行っているものの事例の検討をすることはできなかった。１月には実施ができるよう準備を進めていく。	

事業報告	1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.定期的に職員会議で認知症の勉強会を実施した。今後も継続して認知症を理解し、その方に合ったサービスを提供することで利用者様の満足度の向上に繋げていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/介護職	実施	実施	実施	実施	実施/上半期評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			HM
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					○●/△	○●/△	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/介護職			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		HM
							○●	○●	△●/○●			○●	○●	○●/○●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ともに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.現状把握を行い、改めて自施設のストレングスは何かを職員間で話し合った。 2.毎月のセルフチェックを実施し、接遇を意識し、環境整備に努めることができている。 3.計画通り実施。			７月-９月評価 1.認知症の進行防止と、自立した生活に取組んでいることをご家族面会時に報告を行い、理念の浸透を図った。 2.セルフチェックを継続・実施している。 3.満足度調査を実施した結果、高い満足度を頂くことができている。継続してサービスの質の向上を目指す。			１０月-１２月評価 1.見学者や申込者に対してストレングスをPRし、待機者確保を図ることができた。 2.継続してセルフチェックを実施。継続して接遇を意識し、環境整備に努める。 3. 満足度調査についても高い満足度を頂くことができている。			

事業報告	1.エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.毎月セルフチェックをしていることで接遇を意識し、環境整備に努めることができている。来年度も継続して行っていく必要がある。 3.上半期・下半期にそれぞれ満足度調査を実施した。面会制限もある中で写真を通して利用者様の様子などを見て頂き、食事のレクリエーションで季節を感じて頂いたり、普段の食事ではなかなか食べることができないものを食べることで利用者様の満足度向上に繋がっていることがご家族にも理解をしていただくことができた。今後もさらなる満足度向上に努めていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保し、職員の定着率を高める	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：ありがとうカード 職員会議議事録	施設長/介護職	目的の確認進め方の検討	立案実施	評価見直し	立案実施	上半期評価見直し	立案実施	評価見直し	立案実施	下半期評価見直し	振り返り	次年度準備		HM
					△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より）職員同士のつながりの強化に一定の効果があり、継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし。 2.計画通り実施できている。 3.感謝の言葉は伝えるものの確立した形が決まっていない。検討が必要と思われる。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.前回同様の状態で話し合う機会を持てていない。再度検討し、今年度の取り組みの意義を再認識する必要がある。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.話し合う機会が持てていない為検討の必要がある。

事業報告	1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　2021年度　新卒退職者　０人 インターンシップ・職場見学　27回　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名　名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.離職防止の為職員間の信頼関係を構築できるよう実施内容を検討し、定着できるよう取り組む必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容のコンプライアンスを確立する。法令を遵守し、理解と遵守に遺漏なきを期す	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：職員会議議事録	担当施設長/HM	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 3.特になし	

事業報告	1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.今年度は介護報酬改定によって新たな加算ができた。相談員会議での情報共有を元に管理者や相談員で協議しながら、LIFEを運用した加算を特養とグループホームで算定を開始した。今後も加算要件の定期チェックと新たな加算取得へ向けて意識を高めていく必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握	予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策							振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	事業所	★3	予算に基づき稼働率、収入の安定を図るため毎月の会議にて運営状況、利用者様の健康状態を確認する。 チェック方法：職員会議議事録	施設長/HM	目的の確認進め方の検討	立案実施	評価見直し	立案実施	上半期評価見直し	立案実施	評価見直し	立案実施	下半期評価見直し	振り返り	次年度準備		HM
					○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.目標稼働率の達成のため、職員に対する運営状況の伝達や利用者様の健康状態の確認、対策を検討しておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.5月に骨折による入院者が出て目標稼働率を下回る結果となった。 2.各事業所の取り組みについて確認した 3.毎月職員会議にて利用者様の健康状態について確認を行うことができている。	1.特養2名の入れ替わりがあったが連絡調整を適切に行い目標達成した。 2.作成するにあたって注意点を確認することができた。 3.利用者様の健康状態の確認や対策の検討ができた。継続して取り組んでいく。	1.入所者の体調安定しており、目標稼働率を達成できている。 2.引き続き作成する上での注意点を確認した。 3.継続して健康状態の確認を行っていく。	

事業報告	1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議１２回開催（ヒヤリハット　７件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.他エリアへの交換研修を実施したことで、営業方法や待機者管理の方法、相談員間のコミュニケーションツールなど様々な手法や帳票を相談員会議にて水平展開することができた。しかし、取り組んだ結果、どのような成果へ繋がっているかは評価ができていない状況である。今後に向けて機能しているか検証していく必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	認知症対応型共同生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。 4.勉強会への参加・教育報告書の作成ができた。感染症のリスクを意識し、継続して取り組む。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。 4.災害や感染症に対して高い意識を持って業務にあたることができている。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.勉強会への参加・教育報告書の作成もできている。継続して感染症に対して高い意識を持って業務にあたるようにする。

事業報告	1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.コロナの感染症の対応方法や発生時のシミュレーションについて確認を行った。日々変化する世情に合わせ、各専門職情報共有を行いながら対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（入所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（入所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.７月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施することが出来た。 2.計画通り実施できた。	1.７月に各施設より受け入れを実施。結果を職員のやりがいに繋げることが出来た。 2.計画通り実施できた。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了することが出来た。 ２.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	2	重大事故・受診事故が起こった際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/支援員	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			評価 振り返り	次年度準備		支援員
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	過去に発生した重大事故の対策について、再発防止の徹底及び効果の確認を行う。 チェック方法：再発防止検討書	施設長/支援員	職員に過去の事故内容と対策及び進行ルールの周知(勤務表に予定日を反映)		再発防止の効果確認			再発防止の効果確認			再発防止の効果確認	評価 振り返り	次年度準備		支援員
					◎●		◎●			◎●			◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より)重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.重大事故（入浴事故）が発生。対策について定期的に振り返りを行い、再発防止に努めていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施することが出来た。 2.重大事故・受診故はなかった。 3.再発防止策の有効性を確認した、 危険個所には、滑り止め対策をする。 入居者個々の入浴時間を把握し、迅速に対応できる体制を整えた。	1.計画通り実施。 2.重大事故・受診事故はなかった。 3.個々の入居者の入浴時間を把握し、長いと感じるときは必ず声掛けをするように体制を変えた。	1.計画通り実施。 2.重大事故・受診事故はなかった。 3.入浴に不安を訴える方が増えてきたため、個々の入浴中に何度か声掛けを実施することにした。	

事業報告	◎重大事故件数0件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故・受診事故はなかった。発生した場合に備え、日頃より情報共有を意識していく。 ３.過去の重大事故の再発防止策として、風呂場に滑り止め防止用として手すりや階段に滑り止め防止用のシートを張り、事故の無いように努めた。滑り止め防止のシートについては、効果があると確認をした。入浴に不安がある方も出てきた為、状況に応じて対応した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
相手の立場に立った関わり方、対応方法について理解する	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価見直し			想いの共有					
					△●	△	△	○●/○●	○●/○●	△	△	○●/○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	2	利用者参加による「意見交流会」を活用し、生活の中で困っていることを聞き解決に繋げたり、職員から、生活の中で、季節毎の注意事項を発信する。 チェック方法：議事録作成	施設長/支援員	実施計画作成(月の予定、季節の注意事項を組み込む)	毎月開催する「意見交流会」の場を活用し、共同生活におけるストレスの解消やより良い生活環境の構築を目指す。								振り返り評価	次年度準備		支援員
									評価見直し				評価見直し				
					○●	○	○	○	○●/○●	○	○	○	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）定期的な意見交流会が行われることで、利用者様のニーズを聞く貴重な場となった。必要に応じて生活上の注意喚起等も行った。継続し、自立した生活を支援するしていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアで具体的ルールの設定。 2.入居者全員の理解力の低下などにより、注意事項が守られない事がある為、引き続き発信をしていく。	1.計画、詳細まで決定。施設内で実施、進行の発信を実施。 2.入居者全員の理解力の低下等により、注意事項が守られないことがある為、引き続き発信をしていく。	1.疑似体験全職員終了。予定より終了が1か月遅れてしまったが、12月に想いの共有を行い、必要な視点の気づきに繋がっている。 2.理解力の低下や認知症等により注意事項が守られないことがある為、引き続き発信をしていく。

事業報告	1. 今回食事の疑似体験を通じ、食事姿勢や温度、食事の環境に改めて目を向けるきっかけとなった。普段ケアの提供側になっていると、「相手の立場に立つ」視点は薄くなってしまうため注意が必要であると感じる。 ２.毎月、意見交流会の開催をすることにより、入居者の困りごとや不満などを聞き出す機会として活用した。コロナフレイルなどの話や、季節の変わり目や気候変化などに気を付けるように伝えたりと活用をした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ち・立場に立って、考えることができる	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	△●	△●	△	△	△●	△●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り外部講師による研修が実施できた。	1.職員間での実施は出来たが、利用者様対象に出来るとよかった。	1.計画通り進めることが出来た。	

事業報告	1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り評価	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/支援員	実施	実施	実施	実施	実施 上半期の評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	振り返り評価	次年度準備		支援員
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○	○●/○●	○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/支援員			実施	分析対策立案	公表評価			実施	分析対策立案	振り返り評価	次年度準備		支援員
							○●	○●	○●			○●	○●	○●	◎	◎●	
														○●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善とともに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.事業所のストレングスを検討した。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。			７月-９月評価 1.見学者に対し強みとして他事業所と共有することを説明することが出来た。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。				１０月-１２月評価 1.見学者に対し強みとして他事業所と共有することを説明することが出来た。 2.接遇マナー研修に参加し、入居者様と接する場合の参考にした。 3.実施することが出来た。				

事業報告	1. エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 ２.接遇マナー・環境整備に関しては、職員の意識が大切と考え職員同士で、身だしなみ・言葉づかいなども日々気を付けてチェックした。 ３.年二回の満足度調査をすることにより、入居者の生活向上を図るうえで、改善の参考にした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り評価	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集 紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告		分析・検討	中途者アンケートデータ収集 評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告	分析・検討	中途者アンケートデータ収集	評価・対策/検討	分析・検討 紹介等職員分析	振り返り評価	次年度準備		エリア責任者
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：会議議事録	施設長/支援員	実施 職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（１人月2枚を目標にする）					評価 見直し	実施 職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（１人月2枚を目標にする）			振り返り評価	次年度準備		支援員
					○	○	○	○	○●	○●	○	○	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.ありがとうカードを使用し、感謝の見える化を行い、良好な職員関係を保つことができた。継続して取り組みをしていくことで、助け合いの風土として定着していくことを狙いとする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 １．予定通り実施できた。 ２．アンケートから求職者の動向は把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、早々の改善策が必要であった。 3. 働きやすい職場環境にするように努めた。	７月-９月評価 １．問題なし ２．紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3. 働きやすい職場にするように努めた。	１０月-１２月評価 １．問題なし ２．紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3. ありがとうカードになれスムーズにできた。	

事業報告	1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（１～3年）16名　　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名　名古屋1名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.ありがとうカードの活用方法に若干戸惑いも感じたが、感謝の気持ちを見える形にしたことで、職員同士の関係を築く手段として活用できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り評価	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。 2.計画通り出来ている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.計画通り出来ている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.計画通り出来ている。	

事業報告	1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り評価	次年度準備		相談員部会エリア代表
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算（シート・管理）勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り評価	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の状況を把握しているが、施設の稼働に結びついていない事業所も見受けられる。 2.計画通り出来ている。	1.戦略会議にて協議する内容の再検討を行い、有意義な場となるよう報告方法を見直した。 2.計画通り出来ている。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案、評価していく必要がある。 2.計画通り出来ている。	

事業報告	1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議１２回開催（ヒヤリハット　７件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					△●	△●	○●		○●		○●	△	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●			○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	

事業報告

1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98%
・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。
・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。

2.BCPに基づいた研修については準備が間に合わず、一部計画通り実施することができなかった。次年度はより担当者が理解を深め、場面に沿った訓練内容を計画する必要がある。

3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。

4.施設内研修に参加し、事業所内で周知を図った。新型コロナの感染対策にも十分な効果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	○●	○●/○	○●/○	○●/○/○	○●/○	○●/○	○●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	訪問に同行し、各利用者様の個別支援が適切か確認する。 チェック方法：実施記録、報告書、運営会議議事録、ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	報告書書式作成	実施当日記録作成、提案事項を確認							振り返り 評価	次年度準備			主任 ヘルパー
							実施翌月フォローアップ実施										
					ミーティングで説明	実施状況を運営会議で評価											
						実施状況をミーティングで共有											
						翌月ルート作成時に訪問同行の予定を作成											
					◎●/◎●	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	△/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.訪問に同行し不適切ケアをなくす。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.7月受け入れに向け、職員に接遇向上や、意識向上の呼びかけを実施した。 2.介護職同様問題なし。 3.計画通り実施できた。	1.7月に各施設より受け入れを実施。指摘事項は受け止め、良い評価項目は発信、職員のやりがいに繋げていく。 2.計画通り実施できた 3.8月は枠が確保できなかった。	1.他施設との連絡調整が上手くいかず、1か月程予定がずれてしまったが、フォローアップまで終了。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1. 春日井エリアのスマイルプロジェクトでの指摘事項を自施設で改善に向けて取り組んだ。特に数値評価でのチェック表を取り入れた改善の取り組みは、動きの変化が目に見えて分かったため、効果的であったと感じる。 2.介護職と同様に実施した。途中、勤務都合にて未実施施設が出てしまったりという事があった為、今後、職員状況に左右されないような工夫や代替案の検討も必要であると感じた。 3.同行訪問を行うことでヘルパーの支援内容を客観的に観察し分析することが出来た。不適切ケアはなかった。利用者様へのさりげない気遣いや声掛けについても観察することができ、介護技術を振り返ったり、学んだりする機会になった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●／○●	○●／○●	○●	○●	○●	○	○●	◎	◎●	
	（事業所（エリア））	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	随時実施					事故防止委員会内で振り返り	随時実施			振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	ヒヤリハット・つぶやきの事例をもとにリスクについて考え全員に共有する。 チェック方法：運営会議議事録、ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	①前月のヒヤリハット・つぶやきの報告の改善策を運営会議で検討する。 ②前月のヒヤリハット・つぶやきの報告と改善策をミーティングで共有し、自らの支援を振り返る時間を持つ。 ③前々月に扱ったヒヤリハット・つぶやきの事例をミーティングで振り返り、改善策の効果を検証する。									振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）重大事故発生の際は、専門職種で原因の分析、対策の検討を行った。勤務状況によって、タイムリーな協議が行えないこともあったため、検討を進める上でのルールを見直し、再発防止の徹底に努めていく。 3.2020年度より）訪問先により環境が異なり留意するポイントが違うため、継続して行うことに効果がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告	◎重大事故0件 1. 重大事故について勉強会を実施。Zoom方式で行ったが、うまく録画できていないケースもあり、勉強会動画としての学習効果は課題が残る結果となった。ただ、各々のタイミングで動画を見ることができることは、職員にとっても調整しやすく参加しやすいという意見があり、学習効果が上がるよう取り組んでいきたい。 2.重大事故、受診事故の発生に対しては出勤職員で検討するよう心掛けた。ケースによって、即時の検討が必要なケースもあったが、後手に回ってしまうこともあったので今後の課題となる。 3.ヒヤリハットの報告ですぐに対策を反映すべきものについては、次の訪問までに対策を講じ訪問者に対して周知した。ミーティングにおいて全体に周知した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が主役となるケアにつながるよう、会を重ねる　ケア内容の振り返りの機	事業所（エリア）	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価見直し			想いの共有					
					○●	△	◎	◎/◎●	◎/◎●	◎	◎	◎/◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	ネガティブな内容をポジティブな印象に変えるために自らを振り返る。 チェック方法：ミーティング議事録、報告書	施設長/サービス提供責任者	自己覚知の実施							自己覚知の実施	評価振り返り	次年度準備			主任ヘルパー
					報告書書式ルールの周知	自ら利用者様への言葉かけを見直し、実行する。											
						自分や利用者様もしくは関係性などを分析し、報告を行う。											
					○●/○●	△	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）利用者様の思いを受け止める支援側が健やかな心身であることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.訪問時間との調整つかず、開始が6月からになった。 2.4月のミーティングでルール説明を行ったため自己覚知の実施が5月になった。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。	1.計画通り実施。 2.計画通り実施。	

事業報告	◎利用者様を主役として考え、自らの支援を振り返り、よりよい支援につながるよう努めることができた。利用者様と支援者の価値観のずれについて対策をとることが重要である。 1.支援を受けているときに利用者様の想いを馳せることができ、かつ、訪問者間で支援時の声かけ、対応を見直すきっかけとなった。 2.自己覚知のツールを利用して自身のタイプを分析した。自己を意識しながら支援の内容を振り帰り、支援の質の向上に努めた。記録を残したことで、シミュレーション上で試行錯誤し、よりよい支援につなぐ意識が定着した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の理解を深めるための機会を持つ	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
					△	◎	△●	○●	○●	△	△	△●	○●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	正しい知識を持ち、やさしく寄り添う チェック方法：ミーティング議事録	施設長/サービス提供責任者	本人の戸惑いやいらだちを受け止め、安全で安心な対応を理解する		本人と家族の認識のズレを理解し、本人のそのままを受け止める		ありのままを認め、不安を取り除くケアを実施する		認知症とターミナルケアを考える		振り返り評価	振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					座学	事例で検証	座学	事例で検証	座学	事例で検証	座学	事例で検証					
					◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.変わりゆく症状にあわせて柔軟に対応できるようが考え方を身につける必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.予定通り外部研修を受講することができた。 2.計画通り実施。			1.リーダー会議にて各事業所に伝達講習を行った。 2.計画通り実施。			1.コミュニケーションツールとしての新たな糸口として理解を深めることに繋がった。 2.計画通り実施。					

事業報告	◎認知症の利用者様に適切に関わることができた。 1.始めに建屋の代表者が外部研修に参加することで、旅のことばカードの活用方法を学ぶことができた。その後、リーダー会議にてワークショップを開催し、他職員への水平展開を図った。参加者からは「メンバーとの距離が近付いた。」「意外な物事の考え方を知るきっかけになった」「利用者様への声掛けの糸口になる」など学びを得るとともに精神面のリフレッシュにも繋がった。今後は、より多くの職員への周知する機会の提供について検討課題である。 2.利用者様が認知症という疾病と向き合う中で段階を踏まえて関わるために正しい知識や支援の方法について学んだ。学んだ知識をもって事例を検証した。また、「ちょっとおかしい」について観察、傾聴する習慣がつき、利用者様の考え、行動を訪問者間で共有、考察することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の統一した強みを明確にする	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							◎●			◎●			○●	○●	◎	◎●	
	事業所	2	接遇マナー・環境整備チェックリストに基づき、毎月セルフチェックを実施。不備項目が続いた際は、面談及び再教育を実施する。 チェック方法：接遇マナー・環境整備チェックリスト	施設長/サービス提供責任者	実施	実施	実施	実施	実施 上半期の評価	実施	実施	実施	下半期の評価 振り返り	次年度準備			主任 ヘルパー
					不備項目が3ヶ月是正されなかった際は、面談・指導を実施												
					◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	3	年2回の満足度調査評価、改善を実施することでサービスの質の点検と満足度向上を図る。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/サービス提供責任者			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り			実施	分析 対策立案	公表 評価 振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
							◎●	◎●	◎●/◎●			◎●	◎●	◎●/◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.3.2020年度より)接遇・環境整備チェックリストのチェックを継続してきたが、継続的な改善ととに惰性的なチェックにならないための工夫が必要である。書式を一部追加しコメントスペースにて改善の経過が分かるようにしていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 4月末申込センター廃止に伴い、春日井エリア申込受付を入所相談員でメールや電話で、待機者確保に努めた。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.「専門職と嘱託医との連携による看取りケア対応」を事業所のストレングスとし、外部PRを行っている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	1.入所に際して、医療機関や居宅へ看取りケアを望まれる方の受入を積極的に行っている点をPRしている。 2.計画通り実施。 3.計画通り実施。	

事業報告
◎利用者様のニーズに応えることができた。 1. エリアとして各事業所のストレングスを明確化することができた。相談員としては、制度の理解を深めるとともに通所・入所・訪問それぞれのストレングスを理解した上で営業の目的を明確化していくことが必要である。 2.身だしなみにおいては日頃よりお互いに意識して声をかけあっており、毎月のセルフチェックにおいて不備の項目がみられなかった。 3.訪問者同士で支援内容を統一することに心がけた。日頃より利用者様との会話から体調や生活の変化について傾聴し、ニーズの変化にいち早く気づくことが出来るように努めた。2回目の満足度調査では全ての項目において【良い】の評価を得ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：議事録	施設長/サービス提供責任者	①職員同士の関わりの中でよいところを見いだし「ありがとう」の気持ちをカードに記して伝える。（常勤は月10枚、登録パートは月2枚を目標にする） ②ミーティングにて取り組み状況を報告する。もらったカードから特別なカードを報告しあい、気づきの共有を行う。									振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より）職員同士のつながりの強化に一定の効果があり、継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.求人票公開前に近隣高校への学校訪問を実施。 2.アンケートから求職者の動向は把握できたが、サイトの動向が遅れたため、担当者との連携、早々の改善策が必要であった。 3.計画通り実施。	1.商業高校での面接指導に参加 2.紹介会社からの紹介に対し段階を多く踏んだことから、紹介数が減ってしまった点について調整などの早期対応も含め改善が必要である。 3.計画通り実施。	1.計画通りできた。 2.ファーストステップ研修の集計振り返りを行った。中途者採用にあたっては紹介会社の応募が増加。 3.計画通り実施。

事業報告	◎職員同士のつながりを維持することができた。 1.2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　　2021年度　新卒退職者　0人 インターンシップ・職場見学　27回　　進路ガイダンス　6回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井2名名古屋１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） 2.中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。 3.ありがとうカードの取り組みは日々の忙しさに加え、コロナ禍で希薄になりがちな関わり合いの中で、感謝を伝えるツールとして効果があった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：HH会議議事録	施設長/サービス提供責任者	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		主任ヘルパー
					◎●		○●							○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.個人情報の取扱いに関するセキュリティ意識を伝言板やメールで全職員の意識を高めた。2.福祉医療機構の案件をエリアで共有し検証と対策を行った。 3.法改正に伴う加算変更申請について、滞りなく行えた。ご家族への案内についても適切に対応した。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.労働保険改正の研修に参加/自転車保険義務化の書類確認について勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	1.勉強会を開催し、全職員に対して教育を行い意識向上に努めることができた。 2.職員の健康診断に関して、エリア担当事務員の認識を再確認し知識を深めるよう勉強会を行った。 3.加算根拠を確認しながら、体制の取れるものに関しては漏れなく算定できている。	

事業報告	◎コンプライアンス事例違反は0件。 1.職種に応じて一般職員と重要情報取扱職員と区分けして職員教育を実施した。ロッカー施錠管理の徹底やSNS利用についての注意喚起について、チェック表と伝言板を活用したことで継続的に職員への意識啓発に取り組むことができた。 2.事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　７件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が7件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。 3.新たな加算要件を得ることは難しいことがわかった。すでに得ている加算要件に関して市内の訪問介護部会より情報を収集し、実地指導に向けた具体的な対策について必要な情報を得ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価　見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△/○	◎/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎/○	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	
	事業所	3	提供時間の見直しを図り、有益な空き時間を確保する。 チェック方法：運営会議議事録	施設長/サービス提供責任者	①サービスの提供時間、移動時間が適切か見直しを行う。 ②既存の利用者様の新たなニーズに備えた見直しを行う。 ③新規利用者様の利用枠を確保するために見直しを行う。									振り返り	次年度準備		主任 ヘルパー
					運営会議で見直し状況の報告を行う。												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年度より）継続的に行うことにより、毎月の収益を意識しながら提供時間の見直しを実施し、収益向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.戦略会議にて各事業所の課題分析と対策立案を行った。 2.事務部門帳票のマニュアル作成。経過勘定徹底の周知を行った。 3.ジョイフル江南での予約管理方法を学ぶことが出来た。	1.各事業所の課題に対して、各部門から助言を行った。 2.予算についての勉強会を実施。 3.ジョイフル岐阜駅での取り組みから待機者の状況把握方法や、スケジュール管理を学んだ。	1.各事業所が目標を数値化し対策立案評価していく必要がある。 2.金庫管理簿の手順についてのマニュアルを完成させた。 3.名古屋エリアの取り組みを確認することができた。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保しつつ、質のよいサービスの提供に努めることができた。 1.稼働率の低迷している事業所について、毎月の戦略会議で協議を行っているが、目標稼働率を達成できていない施設が多く見受けられる状況である。課題解決に向けて、具体的な行動計画と目標設定を数値化し、評価していきながら成果を上げていく必要がある。 2.事務員会議12回開催（ヒヤリハット　7件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。 3.訪問間の移動時間が適切であるか、サービス提供責任者同士で見直し、訪問介護員に聞き取りを行った。安全な移動の確保に努め、支援時にゆとりを持つことができた。見直しの条件を具体的に示していることにより、サービス提供責任者同士の意識が統一されていた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル春日井
事業所名	訪問介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	防災教育	必要物品の確認・整備	総合訓練（昼間）		総合訓練（夜間）		防災教育	総合訓練（地域）	大規模停電対策訓練	振り返り	次年度準備		主任相談員
					○●	○●	○●		○●		○●	○●	○●	○●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/介護長/HM/HH主任/支援員	コロナ発生シミュレーション（3階フロア）		感染症研修（疥癬）	コロナ発生シミュレーション（4階フロア）		コロナ発生シミュレーション（5階フロア）		感染症研修（インフルエンザ/ノロウイルス）	コロナ発生シミュレーション（2階フロア）	振り返り	次年度準備		看護主任
					○●		○●	○●		○●		○●	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.新卒も含め入職が多い時期という事もあり意識が高く80%の回答率を獲得できた。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.5月以降離職者も多く、意識も薄れ60.65%と低い数値となってしまった。 2.3.4.予定している教育と訓練を実施し、防災感染症の予防意識を高めた。	1.アンケート結果配信もあり、回答率が改善した（結果65.98%）。 2.計画策定が間に合わず11月、12月訓練内容から予定を変更した。 3.4.予定している教育と訓練を実施し、感染症の予防意識を高めた。	

事業報告	◎BCP策定に向け、職員の意識を高めることができた。 1.＜年間平均回答率結果＞5回実施　5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98% ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られたが、エリア内の情報共有ツールとして周知するとともに活用場面を増やす必要がある。 ・緊急連絡訓練での運用の際、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかる場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、滞りなくオクレンジャーを活用することができた。 2.事業所内でも防災教育を行い、利用者様の情報収集に努めた。来年度は収集された情報をもとに具体的な行動の指針を立て体制を整えていく。 3.感染症対策委員会の開催において、介護・看護が連携を図りながら、感染症に対して適切に対応するための知識や手技を再確認することができた。 4.施設内研修に参加し、事業所内で周知を図った。新型コロナの感染対策にも十分な効果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所（入所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価見直し								
					◎	◎●	◎●	◎●/○●	◎●/○●	×/×	×/×		△●	○	○	○●	
	事業所（入所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護職
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価見直し								
					◎	◎●	◎●/◎/◎	◎●/◎/◎	◎●/◎/○●	◎●/◎/◎	◎●/◎●/◎	◎/●	◎●	○	○	○●	
	事業所	3	不適切ケアの傾向チェック表を用いて職員・環境・職場風土から要因を挙げ、不適切ケアが起こりにくい環境作りを行う。また、虐待防止勉強会を年3回行い虐待防止への意識を高める。 チェック方法：不適切ケアの傾向チェック表 ：教育報告書	施設長/介護長	不適切ケア傾向チェック表の整備	不適切ケア傾向チェック表の実施	チェック表からの課題抽出		２回目 不適切ケア傾向チェック表の実施	前回との比較、効果の確認、評価見直し	チェック表からの課題抽出	勉強会（判例から学ぶ）	振り返り 評価	次年度準備			介護長
						勉強会（基本項目）	結果の公表と対策が実行できる項目の優先順位をつける		勉強会（１・2回目チェック表より）		結果の公表と対策が実行できる項目の優先順位をつける						
					◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	○●/○●	○●	○●/○	○●/○●	○●	△	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1･2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.不適切ケアをなくすため、環境の側面から検証を行う必要がある。 ・法人の理念を理解したケアの実現が十分にできていない。 ・施設毎の偏った介護観や指導環境により、職員レベルの格差がみられる。 ・職員が自身の成長とケアの質の向上を実感し 仕事への誇りが持てていない。 ・利用者様、ご家族からの信頼が十分に得られていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2に関しては前年度の反省も活かし、書式を整えることやルールの周知を十分に行うことができた。 3.不適切ケアの傾向チェック表も内容に賛否があったが現状を確認できた。	1.途中まで順調に行えていたものの、職員の急な休職から実行が難しかった。 2.計画通り実施出来ている。 3.勉強会が行えず、伝達講習で資料を説明し参加者の気づきなどを挙げることとなった。	1.途中まで順調に行えていたものの、職員の急な休職から実行が難しかった。 2.計画通り実施出来ている。 3.状況は変わらず勉強会は行えないが、伝達講習で資料を説明し参加者の気づきなどを挙げることとなった。

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.2.三大介護の声かけについてのチェック表などもあり、声かけの基準などを確認することができた。言動が気になる職員もいたことから実際にチェック表を見てもらうことで接遇マナーの基本の意識づけを行った。また、施設の課題を解決する機会ともなった。 3.不適切ケアの傾向チェック表からどのような視点で捉えるのかなどを確認する機会となった。ただ、チェック表などに記載があっても職員の資質によって不適切な言動につながりかねないことがあったため、自身で考えられる体制・教育の強化が必要と考える。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大（転倒・誤嚥・入浴・離設）事故に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会エリア代表
					○	○●	○●	○●/○●	○●/○●	○●	○●	○●	○	○●	△	○●	
	（事業所エリア）	2	重大事故（誤嚥、入浴事故、離設、転倒：頭部外傷など生命に危険がおよぶ怪我）・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/介護長	①重大事故・受診事故が起こった際は関係職種（看護・介護・相談員・ケアマネ・管理栄養士）を集め、原因の検証・再発防止策の策定・実行をルールに沿って行う。 ルール内容：介護長指示のもと、事故発生時の出勤職員を中心に状況を整理する。 後日、上記の3職種以上が集まる最短日に事故を検証する ②毎月、事故対策委員会にて効果の確認と必要に応じて再発防止策の見直しを図る。									振り返り	次年度準備		介護部会エリア代表
					○	○/○	○	○	○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	△	○●	
	（事業所共通）	★3	安全運転教育をドライブレコーダー等を活用し勉強会を年2回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：教育報告書	安全運転管理者／相談員		KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施				KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		振り返り	次年度準備		小規模管理者
						○●	○	○●			○●	○	○●	○●	△	○●	
	事業所	★4	毎月のヒヤリハットの分析に加え、フロア会議・リスクマネジメント勉強会内にて前年度の重大事故を振り返り再発防止の観点を養う。また、同勉強会内においてリスクマネジメントに対する共通認識を深める内容を相談員にて盛り込む。小規模は通い（送迎含む）・宿泊・訪問、各々のヒヤリを上げることを意識する。 チェック方法：会議録・教育報告書	施設長/介護長・相談員	書式の検討・作成、運用のルール策定	・毎月ヒヤリハット書式を用いて収集・優先度の高い内容に対策を講じる。 ・フロア会議、小規模会議内で共有と効果の確認を行う。							評価	振り返り	次年度準備		介護長
							リスクマネジメント勉強会		書式・勉強会の振り返り		リスクマネジメント勉強会						
					○●	○	○/○●	○	○/○●	○	○/○●	○●	○●	○●	△	○●	
	事業所	5	離設対応訓練を行う。 チェック方法：会議録・教育報告書	安全運転管理者／相談員		Ｌ会議にてマニュアルの確認・訓練内容の検討	訓練実施	振り返り				Ｌ会議にてマニュアルの確認・訓練内容の検討	訓練実施	振り返り	次年度準備		施設CM
						○●	○●	○●				○●	△●	○●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）関係職種での検証を行えていたが、ルールを策定し、より精度を高めるために必要である。 3.安全運転の意識を高め、事故を起こさないようにする。 4.振り返りを行い妥当性の確認が必要。また、契約時の説明と実際のケアの整合を図る。 5.2020年度より）訓練において、予定されている役割は担えたが、利用者様の特徴や地域性を加味した臨機応変な動きが求められる。 ・利用者様を理解した安全信頼される適切なケアが十分に提供できていない。 ・ボランティア、学生、地域関係者などから選ばれる施設・事業所となる必要がある。		1.録画の方法や運用の制定に難航した。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.ルールの周知が遅れてしまったが新様式とともに行っている。 5.計画通り実施出来ている。	1.録画の方法に不備があることが多かった。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.月によって収集件数に増減がみられた。 5.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.月によって収集件数に増減がみられた。 5.マニュアルの周知は行ったが、人員不足もあり机上訓練となった。

事業報告	◎重大事故や安全運転の勉強会等を行うことで、職員の事故への意識を高めることができた。 1.重大事故発生件数は、離設事故1件、転倒などに伴う骨折事故2件の計3件となった。エリア勉強会の方法としてzoomを用いた方法で開催していたが、上手く録画を行う事が出来ていなかった。資料を作成していたため、録画ができていない内容については資料を参照し、知識を深める機会とした。 2.重大事故発生時には、多職種が集まり検討することができた。その場しのぎの対策にならないよう様々な面からの事故検証を行うことができた。 3. ドライブレコーダーの記録を参照しながら、職員の安全運転意識を高める勉強会を実施できた。大きな車両事故は0件であったが、小さな傷などが出来る事例もあり、狭い道など危険個所の共有と車両に傷がついてしまった場合の報告の徹底に努めた。 4.ヒヤリハットは始めのうちは各職員が拾えていたが、拾えていない職員が増えてきており対策がどこまで実行できているか追い切れていない部分もあった。勉強会などを通して定期的に意識を高められるようした。 5.4月の離設事故を受け、対応マニュアルの周知と訓練を実施した。毎週実施しているセンサーの稼働確認やセンサー作動時の職員の動きのチェックなどを行い、意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員全員が利用者様の気持ち・立場に立って、考えることができる	（エリア）事業所	1	全職種が利用者様疑似体験を行う。 小規模は送迎の疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施							評価 振り返り	次年度準備			施設長
								想いの共有	評価 見直し			想いの共有					
					○●	△	△	△/△●	△/△●	△	△	△●/△●	△●	△	△	○●	
	事業所	2	ケアプラン（ニーズ）をより理解するために介護職員が行うモニタリング方法を変更し、適切に評価できるようにする。 チェック方法：モニタリング表	施設長/施設CM	ＣＭ・介護長がモニタリング方法の検討ルールを策定し、フロア内へ周知する		モニタリングの実施							振り返り	次年度準備		施設ＣＭ
							フロア内における浸透度、課題の確認		評価 見直し	ケアマネ・介護長からＵＬへアドバイスを行う			評価				
					△	△●	○/△	○/△●	○/△●	○/△	○/△	○/△●	△●/○●	△●	△	○●	
	事業所	★3	全職員でつぶやきの収集と検証を行い、気づきと思いやりのあるケアを行う。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/介護長	Ｌ会議にてルール策定・周知	毎月、リーダー会議にて検証・対応の確認								振り返り	次年度準備		介護長
					運営推進会議にて報告		運営推進会議にて報告		運営推進会議にて報告		運営推進会議にて報告		運営推進会議にて報告				
					◎●/◎●	◎	◎/◎●	◎	◎/◎●	◎	◎/◎●	◎	◎●/◎●	○●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いを共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）ケアプランの勉強会を行ったが十分な効果がみられていない。 3.つぶやきを収拾するだけで実際のケアに十分に反映できていない。 ・温かな接遇と優しい対応、節度あるマナーが十分に行なえていない。 ・【相手の立場】を考え共有する機会がない。 ・清潔で落ち着きのある空間作りが十分に提供できていない。 ・利用者様の思いへの気づきの共有とそれらをケアへ活かすことができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3ルールの策定などは前年度も踏まえ行えた。実施について業務都合上、上手くいっていない内容もあった。	1.徐々に疑似体験を行えるようになっている。 2.内容が上手く伝わらずに滞っていたことがあった。職員の休職もあり、モニタリングの改善について時間がもてなかった。 3.計画通り実施出来ている。	1.一部の職員を除いて疑似体験を行えた。 2.職員の休職が続き、モニタリングの改善について時間がもてなかった。 3.計画通り実施出来ている。	

事業報告	◎疑似体験を行うことで、利用者様の気持ちを考える機会となった。 1.疑似体験を通して利用者様の不自由な点や相手に理解してもらえないもどかしさを感じることができた。どのように介護職員が行動するべきかも部署ごとに話すことはできたものの、何かを取り決め、実行するまでには至らなかった。 2.ケアプランの理解のためユニットリーダーから確認を行った。ケアカルテ内のモニタリングを活用しながらどのような内容がプランに入り、どのようなケアを提供しなければならないのか学ぶことができた。 3.つぶやきを拾える職員とそうでない職員が顕著となった。はじめは件数を拾う傾向にあったものの、段々と減少してしまった。利用者様の気持ちを汲み取るためにも必要なことであるため今後も耳を傾けて拾っていく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様の心身状態を理解する	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間でスケジュール調整			自施設でのワークショップに向けて活動計画立案	自施設でのワークショップに向けて研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
						○●		△●	△●	×	×	×●	△●	△	△	△●	
	事業所	★2	ZOOM等を利用した積極的な外部研修への参加を促し、専門的な知識の習得、学習⇒実践への仕組み作りを行う。 小規模は居宅連の研修会への参加を検討する。 チェック方法：研修報告書	施設長/介護長	職員からの希望・施設への研修案内等より外部研修の情報把握、対象職員の選定		外部研修参加 研修より必ず１つは実践項目を挙げる。			Ｌ会議にて実践項目の評価見直し	外部研修参加 研修より必ず１つは実践項目を挙げる。			振り返り	次年度準備		介護長
					△	△●	○	○	○●	△●	△	×	×●	△●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	△研修等を通して認知症利用者様の心身状態を職員全員が理解するまでには至らなかった。 1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.介護職員の多くが浅山での勤務経験しかなく、認知症の方への対応を含むケアに対する視野や考え方が不十分である。 ・利用者を知り、気持ちを想像する姿勢が足りない。 ・認知症に対する知識と対応術の習得が必要である。 ・認知症を理解した上でのケアプランの立案が十分ではない。 ・認知症を理解した上で、利用者様が安心できるケアの提供ができていない。 ・安全で安心できる生活環境が十分に整っていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施出来ている。 2.職員の研修を募ったところ、あまり受けたいという意欲がみえず促しが必要。	1.計画を立てていたが、職員の休職なども重なり対応ができていない。 2.ZOOMでの研修について介護長が学び、展開するという方法をとった。認知症ケア実践者研修から学んだ内容をかみ砕いて周知をした。	1.依然、職員不足から実施できていない。 2.研修内容を精査し、看護職員等の専門職を中心に受講を行った。

事業報告	◎各研修を通して、認知症への理解を深めることができた。 1.色々な価値観を持っていることが当たり前ということが学べ、会話のツールにも活用できることを実感できている。 2.外部研修から職員が学ぶことはできるものの、他職員に共有していくことに対して苦手とする職員もいた。簡単なことでも良いので研修の成果として施設全体で取り組むことの重要性を感じた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必ず何とかしてくれるサン・ビジョン構築のため事業所で自信と誇りが持てるストレングスを皆で作り上げる。	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	○	○●	
	事業所	2	最期まで施設をご利用いただくための介護・看護体制を構築する。 チェック方法：伝言板	施設長/相談員	・毎週水曜日にミーティングを行い、伝言板にて周知する。 ・毎月のリーダー会議にて協力・連携の体制（教育も含む）を確認する。									振り返り	次年度準備		相談員
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	△	○●	
	事業所	★3	ステークホルダー（利用者様、ご家族、職員、業者、地域住民等施設に関わる人すべて）を大事にし、多くの【ファン】を獲得する。 チェック方法：満足度調査アンケート結果	施設長/相談員		接遇マナー・介護技術チェック表	内部接遇マナー勉強会		外部接遇マナー勉強会	職員アンケート実施	接遇マナー勉強会（総合）			振り返り	次年度準備		相談員
						○●	○●		△●	△●	△●			○●	△	○●	
	事業所	4	年に2回の満足度調査にて評価、改善を実施することでサービスの質の点検と顧客満足度(目標：満足度100%）の向上を図る。 チェック方法：満足度調査アンケート結果	施設長/相談員・リーダー		実施	分析・対策立案	公表				実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		介護長
						○●	◎●	○●				○●	◎●	◎●/◎●	△	○●	
	小規模	★5	活動内容の幅を広げ、事業所の周知を図る。また、ヘルパー業務について他事業所（第2ＨＨ）から学び、自施設の改善点を見出す。 チェック方法：小規模会議議事録	施設長/小規模管理者	月に１回以上、利用者様と施設近隣の清掃活動			作品展のリサーチ	市内の作品展へ応募するための作品制作		月に１回以上、利用者様と施設近隣の清掃活動			振り返り	次年度準備		小規模管理者
						第2ＨＨへの同行訪問		改善検討	第2ＨＨへの同行訪問		改善検討						
					△	○●/△	△	○●/△●	○/△	○●/△●	○/○●	○●		○●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
1.2020年度より）エリアのコンセプト【必ず何とかしてくれるサン・ビジョン】が構築できていない。 2.2020年度より）情報を共有することにより、利用者様の生活を施設全体で支えており、継続する必要がある。 3.多くの【ファン】を獲得できていない。 4.サービスの品質に対し継続的改善を図るため、課題を抽出する必要がある。 ・配属先の強みが即答できない。 5.小規模多機能型居宅介護のサービスについて認知度が低い。訪問サービスを利用する利用者様の柔軟な受け入れ体制が必要。		1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。 3.エリア勉強会での内容を周知した。 4.計画通り実施出来ている。 5.コロナ禍もあり、同行訪問は実施できなかった。	1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。 3.勉強会資料配布にとどまっている。 4.計画通り実施出来ている。 5.コロナ禍もあり、同行訪問は実施できなかった。	1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。 3.勉強会資料配布にとどまっている。 4.計画通り実施出来ている。 5.近所への散歩がてらゴミ拾いを実施した。

事業報告	
	○グレイスフル浅山の強みである、色々なライフステージの方が安心して過ごせる環境であることを確認した。 1.また10月より「心休まるシニアライフを、三位一体のサービスで実現します」キャッチフレーズを掲げ、住み慣れた地域で最後までお過ごしいただける施設であることをアピールした。 2.　定例のミーティングを欠かさず実施することで、利用者様の体調変化などの情報共有と次期入所者情報の共有を行うことが出来ている。 3.接遇マナー研修を実施し、職員へ周知した。満足度調査では、職員のマナーに対して100%の満足度を通年でいただくことが出来た。 4.ご家族からのご意見に対し、改善に向けて対応を実施した。更なる信頼を得るために、コロナ禍で面会の少ないご家族への情報提供などを実施していく。 5.コロナ禍もあり、第２グレイスフル春日井のヘルパーステーションへの同行訪問は実施できなかった為、利用者様毎に訪問時のサービス内容の確認を行い、改善点の洗い出しを行った。また、小規模利用者様の外出の機会も限られていたが、施設近隣へ散歩に出かける際に、ゴミ拾いを実施し、地域の方との交流の機会を持った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保するとともに定着率を高める。	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成											
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討		紹介・派遣会社　新規構築・実績報告		評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎●/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/リーダー	実施				振り返り	実施				振り返り	次年度準備		介護長
					○	○	○	○●	○●	○	○	○	○●	○●	△	△●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。・学校へのPRを強化することが必要である。 ・就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 ・コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。 ・転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度より）職員配置が整わず時間をかけて取り組むことができなかった。気づきと思いやりの心を大事にする職員を育成する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。採用担当者会議にて情報共有を行った。 3.ありがとうカードの取り組みを実施し、色々な職員からのありがとうが募り、該当の職員へ送ることができた。	1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。 3.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.計画通り実施出来ている。 3.カードを集計することや配布することが遅れてしまった。

事業報告	◎ありがとうカード等の実施を通し職員定着につながった。 1.2.計画通り実施し、採用担当者会議にて情報を共有することができた。 3.ありがとうカードの取り組みを実施し、色々な職員からのありがとうを募り、該当の職員へ送ることができた。振り返りでは普段からありがとうと言えている職員は形にするのが煩わしいとの意見があった。同職種間では比較的行えているが、他職種（介助員や清掃員・障害者雇用の方）とのコミュニケーションなどにも目を向けていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	－	◎	◎●	◎●	○/○	○/○	○●/○●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○/○●	○●/○	○●/△●	○/△	○●/△●	○/△	○/△	○●/○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		◎●							○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1. 2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2. 事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3. 2021年度報酬改定があり、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。 3. 計画通り実施出来ている。	1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。 3. 栄養マネジメント強化加算の算定開始	1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。

事業報告	○情報漏洩事故0件。 1. 個人情報保護の中でも、SNS利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。今後も取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2. 勉強会から不明な点を再認識し、業務に反映することができた。 3. 法改正に伴い、エリア相談員、管理者ともに新たな加算算定について協議を行い、８月より栄養マネジメント強化加算の算定を開始することが出来た。今後も定期的に加算要件の確認を行い、コンプライアンス意識の向上に努めるとともに、新規加算の算定を検討していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。				評価見直し	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					各部門会議で取組み状況を確認検討する。				運営会議	各部門会議で取組み状況を確認検討する。							
					○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○	○●	
	エリア事務	★2	経費の管理を行う。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握	予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策							振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎●/○	○/◎●	○●/◎●	△/△	△/△	△/△	△/△●	△/△●	△●/△●	△●	○	○●	
	エリア入所	★3	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、エリア全体で稼働向上を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△	△●	○●		◎●	◎●		◎●	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より)エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。 3.エリアとして予算が達成できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1・3.戦略会議にて各事業所の状況把握と、今後の戦略を協議しているが、施設の稼働に結びついていない事業所も見受けられる。江南エリアへの研修では、ショートステイのスケジュール管理を改めて学ぶことが出来た。 2.計画通り実行できている。	1・3.戦略会議にて協議する内容の再検討を行い、有意義な場となるよう報告方法を見直した。研修ではジョイフル岐阜駅での取り組みを水平展開し、待機者の状況把握方法や、スケジュール管理を学んだ。 2.ほぼ計画どおり実行できている。	1・3.戦略会議での協議内容の精査が必要であり、進行方法含め１月以降の課題である。 2.十分とは言い難いが、ほぼ計画通り実行できている。

事業報告	
	○適切な収支差益の確保に努めた。 1.エリア戦略会議を継続して行ってきたが、十分な成果が得られていない。課題としては、エリア全体で稼働を高めいていく意識の薄さと、待機者の管理方法である。自事業所としては、特養は秋頃の入院・退去の重なった時期の稼働低下もあり、前年度比-0.12%の低下となった。小規模としては、目標の28名達成は未達ではあったものの、8月からの稼働向上もあり前年度比+6%の向上となった。（稼働率見込：特養99.71%、小規模86.4%） 小規模においては、引き続きコロナ禍ではあるが、小規模多機能の事業を地域の方に知っていただく機会が必要と考える。また、柔軟なサービスを実現するため、訪問サービスを希望する利用者様の受入体制において改善が求められる。 2.経費管理のチェックを行うものの、予算作成については課題が残った。 3.他エリアへの研修では、稼働調整の方法のみならず、相談員としての業務の管理方法や施設内の他職種との連携方法についても学ぶことが出来た。様々な学びの中で、自施設へ取り込める内容を精査し、来年度定着に向けて準備する必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	特別養護老人ホーム 小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）★1 オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
				評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		振り返り	次年度準備		
				○●		○●		○●		○●		○●	○	○●	
	（事業所エリア）★2 BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：訓練実施記録	施設長/相談員	リーダー会議にてマニュアルの周知	小規模は送迎・訪問時の避難先確認	避難訓練（火災）		マニュアルの再周知	避難訓練（火災）		水害＋大規模停電訓練		地震訓練 振り返り	次年度準備		防火管理者
			○●	◎●	△●		△●	△●		△●		○●/△●	△	○●	
	エリア ★3 感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会 エリア代表
				○●			○●			○●		○●	○	○●	
	（事業所エリア）★4 感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/看護職	看護職によるガウンテクニックの講習実施 標準予防策の再周知内容の確認		感染症勉強会	勉強会を受けて、対応策の見直し			感染症勉強会	勉強会を受けて、対応策の見直し		振り返り	次年度準備		介護長
			○/○	○●/○●	○●	○●			○●	○●		○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。 4.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。 4.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。 4.計画通り実施出来ている。	

事業報告	○緊急連絡訓練や感染症の勉強会を行うことで、災害時の対応について共有することができた。 1.オクレンジャーによる災害時の緊急連絡訓練により、連絡訓練の意識を高める事が出来た。返信が無い職員に対して改善指導を実施し、全職員の意識を高めていく必要がある。 2.人員が安定せず、参加が困難な場合が多く変更はあったが、マニュアルの周知や机上訓練等を実施することが出来た。今後はBCPに対して全職員が高い意識を持つことで、災害発生時に迅速な行動が取れるようにしていく必要がある。 3.新型コロナウィルスへの対策について、有効な情報の共有や対応を協議することができた。 4.職員個人へのガウンテクニックや標準予防策の説明を学習することができ、気を引き締める機会となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所	1	不適切ケアの傾向チェック表を用いて職員・環境・職場風土から要因を挙げ、不適切ケアが起こりにくい環境作りを行う。また、虐待防止勉強会を年3回行い虐待防止への意識を高める。 チェック方法：不適切ケアの傾向チェック表 ：教育報告書	施設長/介護長	不適切ケア傾向チェック表の整備	不適切ケア傾向チェック表の実施 勉強会（基本項目）	チェック表からの課題抽出 結果の公表と対策が実行できる項目の優先順位をつける		２回目不適切ケア傾向チェック表の実施 勉強会（１・2回目チェック表より）	前回との比較、効果の確認、評価見直し	チェック表からの課題抽出 結果の公表と対策が実行できる項目の優先順位をつける	勉強会（判例から学ぶ）	振り返り評価	次年度準備			介護長
					◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	○●/○●	○●	○●/○	○●/○●	○●	△	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.不適切ケアをなくすため、環境の側面から検証を行う必要がある。 ・法人の理念を理解したケアの実現が十分にできていない。 ・施設毎の偏った介護観や指導環境により、職員レベルの格差がみられる。 ・職員が自身の成長とケアの質の向上を実感し 仕事への誇りが持てていない。 ・利用者様、ご家族からの信頼が十分に得られていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.不適切ケアの傾向チェック表も内容に賛否があったが現状を確認できた。	1.勉強会が行えず伝達講習で資料を説明し参加者の気づきなどを挙げることとなった。	1.伝達講習で資料を説明し参加者の気づきなどを挙げることとなった。	

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.担当者の変更もあり、有料職員への伝達・教育に遅れはあったが、概ね計画通り実施出来た。有料老人ホームの利用者様の多くは自立されており、介助が必要な利用者様は少ないため、何気ない声掛けが不適切なものになっていないかについて職員ひとり一人が考える機会になった。認知症の理解と合わせ、来年度においても職員の意識の向上が課題であり、取り組みの継続が必要である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/特養介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○●	○●	○●/○●	○●/○●	○●	○●	○●	○	○●	△	○●	
	事業所（エリア）	2	重大事故（誤嚥、入浴事故、離設、転倒：頭部外傷など生命に危険がおよぶ怪我）・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告書	施設長/相談員	①重大事故・受診事故が起こった際は関係職種（看護・介護・相談員・ケアマネ・管理栄養士）を集め、原因の検証・再発防止策の策定・実行をルールに沿って行う。 ルール内容：介護長指示のもと、事故発生時の出勤職員を中心に状況を整理する。後日、上記の3職種以上が集まる最短日に事故を検証する ②毎月、事故対策委員会にて効果の確認と必要に応じて再発防止策の見直しを図る。								振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					○	○/○	○	○	○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	△	○●	
	事業所（通所共通）	★3	安全運転教育をドライブレコーダー等を活用し勉強会を年2回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：教育報告書	安全運転管理者／相談員		KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施				KYT勉強会内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		振り返り	次年度準備		相談員
						○●	○	○●			○●	○	○●	○●	△	○●	
	事業所	4	離設対応訓練を行う。 チェック方法：会議録・教育報告書	施設長/特養施設CM・相談員		Ｌ会議にてマニュアルの確認・訓練内容の検討	訓練実施	振り返り				Ｌ会議にてマニュアルの確認・訓練内容の検討	訓練実施	振り返り	次年度準備		相談員
						○●	○●	○●				○●	△●	○●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）関係職種での検証を行えていたが、ルールを策定し、より精度を高めるために必要である。 3.安全運転の意識を高め、事故を起こさないようにする。 4.2020年度より）訓練において、予定されている役割は担えたが、利用者様の特徴や地域性を加味した臨機応変な動きが求められる。 ・利用者様を理解した安全信頼される適切なケアが十分に提供できていない。 ・ボランティア、学生、地域関係者などから選ばれる施設・事業所となる必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.録画の方法や運用の制定に難航した。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.計画通り実施出来ている。	1.録画の方法に不備があることが多かった。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.振り返りを行うことで再発防止につなげることができている。 3.計画通り実施出来ている。 4.マニュアルの周知は行ったが、特養・小規模の人員不足もあり机上訓練となった。

事業報告	◎重大事故は0件。 1.2.有料老人ホームでは、三大事故・受診事故は起こっていない。利用者様に信頼される対応ができるよう職員間での情報共有を強化した。 3.買い物などの送迎時の事故なども無く、通勤時含めて安全運転に対する意識を高める機会となった。 4.職員が気づかぬうちに認知症の利用者様が施設から出てしまった時を想定し、机上ではあるが離設訓練を実施することが出来た。問題点も明らかとなり、職員の意識付けにもなった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員全員が利用者様の気持ち・立場に立って、考えることができる	（エリア・事業所） 1 全職種が利用者様疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価	振り返り	次年度準備		相談員
			○●	△	△	△/△●	△/△●	△	△	△●/△●	△●	△	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いを共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 ・温かな接遇と優しい対応、節度あるマナーが十分に行なえていない。 ・【相手の立場】を考え共有する機会がない。 ・楽しみが持てるアクティビティ（活動・遊び）の工夫が更に必要である。 ・利用者様の思いへの気づきの共有が十分できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ルールの策定などは前年度も踏まえ行えた。実施について業務都合上、上手くいっていない内容もあった。	1.徐々に疑似体験を行えるようになっている。	1.ほぼ計画通り実施出来た。	

事業報告	○利用者の気持ち・立場に立って、考えることの重要性を学んだが、その後の検討まで行うことが出来なかった。 1.エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、その後の振り返りが個人に留まってしまった。個人が感じた感想を集約し、実際の利用者様のケアへ繋げていくことが出来ていない。来年度は、感想を書いて終わりではなく、実際のケアにどう繋げるかまで検討していく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者の気持ち・立場に立って、考えることができる	事業所	★1	積極的な外部研修への参加を促し、専門的な知識の習得、学習⇒実践への仕組み作りを行う。 チェック方法：研修報告書	施設長/相談員	職員からの希望・施設への研修案内等より外部研修の情報把握、対象職員の選定		外部研修参加 研修より必ず１つは実践項目を挙げる。			Ｌ会議にて実践項目の評価 見直し	外部研修参加 研修より必ず1つは実践項目を挙げる。			振り返り	次年度準備		相談員
					△	△●	△	△	○●	△●	△	△	○●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.認知症対応を含む接遇に対する視野や考え方が不十分である。 ・利用者様を知り、気持ちを想像する姿勢が足りない。 ・認知症に対する知識と対応術の習得が必要である。 ・認知症を理解した上でのケアプランの立案が十分ではない。 ・認知症を理解した上で、利用者様が安心できるケアの提供ができていない。 ・安全で安心できる生活環境が十分に整っていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価	
			1.職員の異動・引継ぎもあり実施できてない。	1.時期の変更はあったが、研修参加は実施出来た。	1.時期の変更はあったが、研修参加は実施出来た。	

事業報告	○利用者の気持ち・立場に立って、考えることの重要性を学んだが、その後の検討まで行うことが出来なかった。 1.前期においては、有料相談員の異動・引継ぎ等もあり積極的な外部研修への参加は出来ず、通年を通して２件の研修参加となった。研修内容の周知はリーダー会議等で行い、他部署職員への伝達も行うことが出来た。来年度は、ＺＯＯＭでの研修参加も積極的に行い、外部の知識を施設内へ波及していく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
【必ず何とかしてくれるサン・ビジョン】構築のため、事業所で自信と誇りが持てるストレングスを皆で作り上げる	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	○	○●	
	事業所	2	最期まで施設をご利用いただくための介護・看護体制を構築する。 チェック方法：伝言板	施設長/相談員	・毎週水曜日にミーティングを行い、伝言板にて周知する。 ・毎月のリーダー会議にて協力・連携の体制（教育も含む）を確認する。									振り返り	次年度準備		相談員
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	○●	
	事業所	★3	ステークホルダー（利用者様、ご家族、職員、業者、地域の関わる人すべて）を大事にし、多くの【ファン】を獲得する。 チェック方法：満足度調査アンケート結果	施設長/相談員		接遇マナー・介護技術チェック表	内部接遇マナー勉強会		外部接遇マナー勉強会	職員アンケート実施	接遇マナー勉強会（総合）			振り返り	次年度準備		相談員
						○●	○●		△●	△●	△●			○●	○	○●	
	事業所	4	年に2回の満足度調査にて評価、改善を実施することでサービスの質の点検と顧客満足度(目標：満足度100%）の向上を図る。 チェック方法：満足度調査アンケート結果	施設長/相談員		実施	分析・対策立案	公表				実施	分析・対策立案	公表 振り返り	次年度準備		相談員
						○●	◎●	○●				○●	◎●	◎●/◎●	△	○●	
	事業所	5	感染症対策に配慮した行事を開催し、施設行事を望まれている利用者様の満足度の向上を図る。 チェック方法：個人記録	施設長/相談員	毎月4回希望者を募集し、買物へ出かける												相談員
					花見	習字	作品作り	おやつ作り	花火打ち水	運営懇談会	地域行事へ参加	紅葉狩り	クリスマス会	初詣 振り返り	節分 次年度準備	ひな祭り	
					△/△●	△/△●	△/△●	△/△●	△/◎●	△/◎●	△/×	△/△●	△/△●	△/×●/○	△/○●/○	△●/△●/○●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1. 2020年度より）エリアのコンセプト【必ず何とかしてくれるサン・ビジョン】が構築できていない。 2. 2020年度より）情報を共有することにより、利用者様の生活を施設全体で支えており、継続する必要がある。 3. 多くの【ファン】を獲得できていない。 4. サービスの品質に対し継続的改善を図るため、課題を抽出する必要がある。 ・配属先の強みが即答できない。 ・地域との行事、ボランティアの受け入れ等の体制を再構築する必要がある。 5. コロナ禍ではあるが施設行事等で充実した生活を送っていただきたい。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。 3. エリア勉強会での内容を周知した。 4. 計画通り実施出来ている。 5. コロナ禍もあり、集まっての行事は実行出来なかった。買物回数は月3回にて様子を見た。			７月-９月評価 1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。 3. 勉強会資料配布のとどまっている。 4. 計画通り実施出来ている。 5. 花火大会を7.8月と実施した。			１０月-１２月評価 1. 計画通り実施出来ている。 2. 計画通り実施出来ている。 3. 勉強会資料配布のとどまっている。 4. 計画通り実施出来ている。 5. 外出は実施出来なかったが、お菓子作りなどを実施した。		

事業報告	○グレイスフル浅山の強みである、色々なライフステージの方が安心して過ごせる環境であることを確認した。 1. 10月より「心休まるシニアライフを、三位一体のサービスで実現します」キャッチフレーズを掲げ、住み慣れた地域で最後までお過ごしいただける施設であることをアピールした。 2.　定例のミーティングを欠かさず実施することで、利用者様の体調変化などの情報共有と次期入所者情報の共有を行うことが出来ている。 3. 接遇マナー研修を実施し、職員へ周知した。満足度調査では、職員のマナーに対して100%の満足度を通年でいただくことが出来た。 4. 利用者様からのご意見に対し、改善に向けて対応した。概ね高評価をいただいている。 5. コロナ禍ではあるが、利用者様の交流の機会を持てるよう、感染予防に注意を払いながら出来る行事へと変更をおこなった。来年度も同様のことが想定されるので、行事内容に工夫をしながら、実施していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保するとともに定着率を高める	事業所	1	職員同士のつながりを強化するため、ありがとうカードの取り組みを行う。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/相談員	実施				振り返り	実施				振り返り	次年度準備		相談員
					○	○	○	○●	○●	○	○	○	○●	○●	△	△●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）職員配置が整わず時間をかけて取り組むことができなかった。気づきと思いやりの心を大事にする職員を育成する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ありがとうカードの取り組みを実施し、色々な職員からのありがとうが募り、該当の職員へ送ることができた。	1.色々な職員からのありがとうが募り、該当の職員へ送ることができた。振り返りでは普段からありがとうと言えている職員は形にするのが煩わしいとの意見があった。	1.カードを集計することや配布することが遅れてしまった。	

事業報告	○職員を安定して確保するとともに定着率が高まった。 1.ありがとうカードの取り組みを実施し、色々な職員からのありがとうを募り、該当の職員へ送ることができた。振り返りでは普段からありがとうと言えている職員は形にするのが煩わしいとの意見があがった。同職種間では比較的行えているが、他職種（介助員や清掃員・障碍者雇用の方）とのコミュニケーションなどにも目を向けていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	－	◎	◎●	◎●	○/○	○/○	○●/○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。	

事業報告	○情報漏洩事故0件。 1.個人情報保護の中でも、SNS利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。今後も取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	事業所	★1	各施設を訪問し、各々の事業内容や稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶ。 チェック方法：研修報告書	担当施設長/相談員	有料老人ホーム 調整・研修			ケアハウス 調整・研修			サービス付高齢者住宅 調整・研修			振り返り	次年度準備		相談員
					×	×●		×	×●		×	×●		×●	○	○●	
	事業所	2	入居申込者の意向と状況を定期的に確認する。 待機者確保に向けた営業及びPR活動を行う。 チェック方法：営業記録、法人フェイスブック・ブログ	施設長/相談員			待機者への定期連絡			待機者への定期連絡			待機者への定期連絡			待機者への定期連絡	施設長
					特養相談員との連携を強化、毎月営業訪問に同行し、建屋全体のPR活動を実施する。 フェイスブック、ブログの担当月に有料老人ホームのＰＲも含めた情報発信を行う。												
					○	○	○●/○/○	○	○/○/○	○●/○	○/○	○/○/○	○●/○	○/○	×/○	○●/○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.他事業の理解とともに、稼働調整や運営状況を把握し、自施設のサービスを充実させる。 2.2020年度より）営業を実施するも十分は待機者確保ができていない。急な退去にも対応できるよう待機者確保が必要とされる。 ・エリアとして予算が達成できていない。 ・経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.有料相談員の異動があり実施出来ていない。 2.計画通り実施できている。	1.有料相談員の経験不足もあり実施出来ていない。 2.計画通り実施できている。	1.有料相談員の経験不足もあり実施出来ていない。 2.計画通り実施できている。	

事業報告	○適切な収支差益の確保に努めたものの、年間稼働率は99.98%を予定している。二人部屋入居待機者の確保が課題となっている。 1.相談員の異動もあり、他施設への学びより、まず自施設の動きを学ぶことを優先としたため、他施設への研修は実施出来なかった。来年度に向けて、自施設との違いや新しい取り組みを実施していく上で、他施設への研修は必須と考えるため、来年度も同様の内容を盛り込み実施することとした。 2.毎月の営業は、特養相談員・小規模管理者と連携しながら実施することが出来た。地域包括支援センターへの営業をメインとしながら、みんなの介護などの紹介会社との連携も継続して行った。待機者に対しては定期的に連絡し、次に空室となりそうな居室の対象者に対してニーズを確認し、速やかな入居調整に繋がった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル浅山
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●		○●		○●		○●		○●	○	○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：訓練実施記録	施設長/相談員	リーダー会議にてマニュアルの周知	小規模は送迎・訪問時の避難先確認	避難訓練（火災）		マニュアルの再周知	避難訓練（火災）		水害＋大規模停電訓練		地震訓練 振り返り	次年度準備		相談員
					○●	◎●	△●		△●	△●		△●		○●/△●	△	○●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護職		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						○●			○●			○●		○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。	1.計画通り実施出来ている。 2.一部計画変更し実施。 3.計画通り実施出来ている。	

事業報告	○緊急連絡訓練や感染症の勉強会を行うことで、災害時の対応について共有することができた。 1.オクレンジャーによる災害時の緊急連絡訓練により、連絡訓練の意識を高める事が出来た。返信が無い職員へ対して指導を実施し、全職員の意識を高めていく必要がある。 2.特養・小規模の人員が安定せず、マニュアルの周知や机上訓練等を実施する形となった。今後はBCPに対して全職員が高い意識を持つとともに、有料老人ホーム利用者様一人ひとりに対しても、災害時の備えなどを促し、災害発生時に迅速な行動がとれるようにしていく必要がある。 3.新型コロナウィルスへの対策について、有効な情報の共有や対応を協議することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所	1	アンガーマネジメントを実施する 職員間でイラッとしたことや困ったこと、不安なことを話し合い、安心感を持ち業務に取り組むことができる チェック方法：各種会議録に内容を記載	各主任/担当者	①各職種（介護・リハビリ・相談員）会議にて実施 ②内容を議事録に記載する ③議事録回覧にて情報共有を図る ④評価・見直しをした結果は建屋運営会議録に記載する									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②③	④	①②	①②	①②	①②③	④	①②				
					◎/◎	◎/◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	担当者会議でお困りごとの聞き取りをする ご家族の負担の軽減のため、気軽に相談できる事業所となる チェック方法：担当者会議録に記載	所長/相談員	①担当者会議時に必ず聞き取りをし、議事録に記載する ②議事録回覧し、情報共有を図る ③リゾート職員で対応が必要なものは各種会議の議題として提案する ④評価・見直しをした結果は相談員会議録に記載する									振り返り	次年度準備		所長
					①②③④	①②③④	①②③④	①②③④	①②③④	①②③④	①②③④	①②③④	①②③④				
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）職員が自分の気持ちを素直に話せる機会を作り、思いの共有・相互理解をし、自信と誇りを持って仕事ができる環境を構築する必要がある（事業所） 2.2020年度より）ご家族との信頼関係を更に強める必要がある（事業所） 2.2020年度より）ご家族が介護負担を感じたとき、虐待行為にならないための支援が必要である（事業所） 2.2020年度より）相談しやすい事業所の確立をする（事業所）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.問題なし。 今後も職員の困ったことを解消し、不適切ケアの無いよう取り組む。	1,2.問題なし	1,2.問題なし	

事業報告	◎不適切ケアは０件。 1.「仕事中はなるべく冷静でいたい」とどの職員も思っているが、様々な要因でそうあれないことがある。大勢の人と関わる中で負担の感じ方も様々である。これまでに学んできたことを復習し、更新された考え方を学ぶことで自身の行動を振り返る機会となり、客観的に物事をとらえる訓練になったと思われる。職員の落ち着いた言動は利用者様、ご家族にとって安心と信頼を提供できる。今後も落ち着いた環境を提供できるよう、行動を振り返る機会を持ち、学び続けていく必要がある。 2.ご家族の負担軽減もデイサービスの役割であることを理解し、これまで以上に信頼される事業所となってきている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：介護全体会議議事録・教育報告書	所長/介護主任	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】 共通資料 作成	【転倒】 勉強会開催 【誤嚥】 資料作成	【誤嚥】 勉強会開催 【入浴】 資料作成	【入浴】 勉強会開催	【離設】 共通資料 作成	【離設】 勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		所長
					◎	◎●	◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	◎	◎●	
	事業所（エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：デイ会議議事録	所長/介護主任	①重大事故・受診事故が起こった際は関係職種（介護・看護･相談員・リハ）で原因の検証、再発防止策を策定･実行する ②デイ会議において効果の確認、必要時再検討をする									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所（通所共通）	3	安全運転教育をドライブレコーダー等を活用し勉強会を年3回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：デイ会議議事録・教育報告書	安全運転管理者／担当者		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施	振り返り	次年度準備		所長
						◎●	◎●		◎●	◎●		◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	車両事故を減らす ・毎朝の注意喚起、安全運転の呼びかけを行う ・事故発生時の原因、予防策の情報共有 チェック方法：デイ会議議事録	安全運転管理者／担当者	①毎月、標語や運転注意事項を定め、ケアインフォや朝礼で確認をする。 ②事故後検証を行い、デイ会議にて原因、予防策の情報共有をする ③季節に応じた事故回避策の提案をする									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②	①②③	①②	①②	①②③	①②	①②	①②③				
					○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	◎/◎/◎	◎/◎	○/○	◎/◎/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	5	介護職員の介護技術の向上を図る ・勉強会の開催 ・研修への参加 チェック方法：介護全体会議議事録・教育報告書	介護主任/担当者	①勉強会の開催（教育計画書参照） ②他施設にて介護実習を行う ③介護技術の向上が図れ、重大事故の防止につながっているか評価見直しを行う									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②	①②③	①	①	①③	①	①	①③				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎●/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1、5.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）防げる事故か、そうでない事故か検証を行い適切なケアを行う必要がある 2.2020年度より）多職種での迅速な連携と対応を強化する必要がある。（事業所） 3,4.2020年度より）安全運転の意識を高め、特に不注意による事故を減らす必要がある（事業所） 5.2020年度より）専門職としての知識や技術を高めることで信頼される適切なケアを行い、自信と誇りを更に自覚する必要がある。（事業所） 5.2020年度より）介護職未経験の職員の入職が多い為、専門職としての知識を学ぶ場所が必要である（事業所）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2,3,4,5.　問題なし。 2.重大事故は発生していない。 4.事故件数に変化がないが、継続する。	計画に沿って行えている。 1,2,3,5.問題なし 4.9月車両事故0件	1,2,3,4,5.　問題なし。	

事業報告	◎離設事故が１件発生。 1.計画通り勉強会を実施。経験に応じた学習機会となっており、事故予防、事故発生時の対応など全職員理解を深め対応力を高めることができている。 2.職員の想像を超える方法での離設事故が発生。いろいろな事例を学び「まさか」を想像する大切さを再確認した機会となり、情報共有や再発防止策の周知方法などを見直す機会となった。 3,4.車両事故の件数も微減している。大きな事故がないことは何よりだったが縁石に擦ったり、自転車の飛び出しによる接触もあった。今後は運転技術の向上も考えていく。 5.全体に向けた勉強会をベースにもっと学びたいと望み、実務者研修受講希望者が増えている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員全員が利用者様の気持ち・立場に立って考えることができる	事業所（エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：介護全体会議議事録 利用者様体験実施記録	介護主任/担当者	年間計画 報告書 書式 ルールの 周知	疑似体験の実施		想いの 共有	評価 見直し			想いの 共有	評価	振り返り	次年度準備		所長
					◎●	◎	◎	◎/×	◎/×	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	アクティビティ会議を行う 各種イベントを企画し、コロナ禍でも楽しめるアクティビティを創設し利用者様の笑顔と意欲を引き出す楽しみを作る チェック方法：アクティビティ会議議事録	介護主任/担当者	①アクティビティ会議の開催・企画の検討 ②アクティビティ実施状況の確認、つぶやきについて対策対応を検討し改善につなげる ③満足度調査の集計結果より評価、見直しを行う									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②	①②	①②	①②③	①②	①②	①②	①②	①②③			
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎●	◎	◎●	
	事業所	3	リハビリ職員が運動についての個別相談会を実施する。 チェック方法：デイ会議議事録	リハ主任/担当者	①個別相談会の評価・検討 ②個別相談会の告知・募集 ③個別相談会の開催								振り返り	次年度準備			所長
					①②	③	①②	③	①②	③	①②	③					
					◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	4	相談員がアクティビティ参加又は館内巡回を行い、利用者様ととより親密な関係を作る。 チェック方法：相談員会議議事録	相談員/担当者	①各相談員が実施する日を決め、月間スケジュールに反映させる。 ②実施した内容を相談員会議にて報告し、共有する。									振り返り	次年度準備		所長
					①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②	①②				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いを共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 ・温かな接遇と優しい対応、節度あるマナーが十分に行なえていない。 ・【相手の立場】を考え共有する機会がない。 2,3. 2020年度より）楽しみと意欲が持てるアクティビティの工夫と新規創設が常に必要である（事業所） 3. 2020年度より）利用者様がリハビリ職員に個別で相談できる機会が少ない。（事業所） 4. 2020年度より）気軽に相談できる相手として認知していただく必要がある（事業所）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			基本的に計画通りできている。 1.については準備はしたが、職員配置上困難なこともあり、実施は９月以降となる。 2,3,4.問題なし。	1. 疑似体験を進めることができた。 2,3,4.問題なし。	1,2,3,4. 問題なし。	

事業報告	◎利用者様の気持ち･立場に立って考えることができる職員の育成と、企画を実施し目標達成ができた。 1.職員より「利用者様は毎日こんなに楽しいんだ」「レッドコード、思ったよりずっとしんどかった」「不安だったけれど職員が優しく声をかけてくれたので頑張ろうと思った」など様々な感想があった。他職員の対応に触れる機会ともなり、一人一人が自分のケアを振り返り、今後の目標を決めるための学習の機会となった。 2,3.コロナ禍において中止したものもあるが、新しく創設したものもある。全員に喜んでいただける内容を作ることは困難だが、知恵を出し合い今後も大きなイベント小さなイベント織り交ぜて利用者様に喜んでいただけるようにしたい。 4.相談員からの情報を共有し職種に関わらず全職員が協力し、サンサンリゾートグレイスフル春日井を盛り立てることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ち・立場に立って考えることができる	事業所	★1	認知症についてロールプレイなどを活用し、実践的なケアができる勉強会を行う チェック方法：介護全体会議議事録・教育報告書	介護主任/担当者	勉強会資料作成、ロールプレイ題材の選定を行う		勉強会・ロールプレイ					勉強会・ロールプレイ		評価・振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎●	◎●					◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	認知症利用者様への声かけ成功例集を更新する。 ・気持ちよくアクティビティや入浴などに参加していただける声かけを実践する チェック方法：介護全体会議議事録・教育報告書	介護主任/担当者	声かけ成功例を収集する			集計	集計結果配布	声かけ成功例実践、工夫、他の成功例を収集				評価・振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.利用者様を知り、気持ちを想像する姿勢を身に付け、認知症に対する知識と、より実践的な対応術の習得が必要である。（事業所） 2.認知症を理解した上で、利用者様が安心できるケアの提供を行えるようになりたい。（事業所）			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価						１０月-１２月評価			
					1,2.問題なし 職員の対応の基本となっている			1,2.問題なし。						1,2.問題なし。			

事業報告	◎認知症利用者様の気持ち・立場に立って考える機会を持ち、学び、実践に生かせるよう実施することができた。 1.様々な性格、症状の利用者様がおられる。対応の得意な職員、苦手な職員もいる。得意な職員を見て学ぶことで苦手な職員の力量が上がっていくが、常に一緒に仕事をすることは難しいためロールプレイをすることで疑似体験でき、学習ができた。 2.得意な職員の対応例を集め、周知することで新人職員でも声掛けの方法を学ぶことができた。学ぶべきことは多くある為、今後も定期的に学習していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
リゾートの強みである利用者様ご自身で選択できる『楽しみ』がたくさんある施設」を職員全員で共有し、【必ず何とかしてくれるサン・ビジョン】の一施設として事業にあたる	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	所長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		所長
							○			◎			◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	職員の向上心を支える ・向上心の強い職員が増えている。研修や実習支援を行う チェック方法：研修記録・研修終了証・資格証明書・国家試験受験	所長/介護主任		実務者研修・初任者研修参加	実務者研修・初任者研修参加	実務者研修・初任者研修参加	実務者研修・初任者研修参加	実務者研修・初任者研修参加	実務者研修・初任者研修参加			介護福祉士国家試験	次年度準備		所長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎●			◎●	◎	◎●	
	事業所	3	年2回、利用者満足度調査を実施、集計し事業所のサービス向上（満足度100%）へつなげる。 チェック方法：満足度調査アンケート	相談員/担当者			実施	集計	評価・公表			実施	集計	評価・公表	次年度準備		所長
							◎●	◎●	◎●			◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	事業所の強みをカード化し職員に配布し、会議等でも読み合わせ等の確認を行う チェック方法：デイ会議議事録・介護全体会議議事録	所長/介護主任	カードの配布、強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	強みの確認を行う	振り返り	次年度準備		所長
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）		３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるように継続して取り組む必要がある。 2.法人職員として恵まれた環境を利用し、職員の資格取得を支え、専門職としての自信と誇り、向上心を支える。（事業所） 3.2020年度より）持続的に利用者様及び時代のニーズを把握し、サービスの質の向上など事業運営に生かしていく。（事業所） 4.2020年度より）強みの確認はしたが周知方法が弱かった。職員間でしっかり確認できる機会を作り、リゾートの強みが即答できるようにする。（事業所）		1.エリアで共有し、さらに良いキャッチフレーズを検討中。 2,3,4.計画的に行えている。	1,2,3,4.問題なし。	1,2,3,4.問題なし。

事業報告	
	◎職員全員がサンサンリゾートグレイスフル春日井の強みを理解し職務に当たることが実施できた。 1.サンサンリゾートグレイスフル春日井の強みを共有し、利用者様等への情報発信ができた。 2.介護職員の向上意欲が高く、希望者全員が希望する研修（実務者研修）を受講することができなかった。国家試験に向けて受講した職員同士情報交換をしたり、わからない問題を確認し合ったりしている。その様子を見ている職員は「来年受けさせてください」と希望を出している。サンサンリゾートグレイスフル春日井の利用者様は軽度者が多いため、身に着けた技能を全て生かすことはできないが、利用者様のケアを続けることで先を見通す目を養い、事業所の強みとなり更に良いケアに繋がっている。2021年度介護福祉士国家試験結果は7名合格。 3.計画的に満足度調査を実施できた。「大変満足している」「満足している」は96%となった。今後も利用者様、ご家族の期待に応えられるように取り組む。 4.全職員にサンサンリゾートグレイスフル春日井の強みを同じ文言で周知するよう努めた。短時間勤務の職員や運転手にも目に見えるようカードを配布している。今後はちょっとした言葉がけの中にリゾートの強みが入ることが当たり前になるようにしていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成	パンフ等送付			パンフ等送付							
					○●	◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					◎/○	◎●/○	◎●/○●	◎/○●	◎●/○	◎●/○	◎/◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	介護職員の不安感・負担感の解消をするため、聞き取り等の面接を月１回行う チェック方法：面談実施記録	所長/介護主任	面接	面接	面接	面接	面接	面接	面接	面接	面接	面接	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.安定した事業を行うには安定した人員配置が必要であることをふまえ、離職者を減らす取り組みが必要である。（事業所）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.就職説明会やインターンシップなど協力し対応できている。 2,3.問題なし。	1.就職説明会やインターンシップなど協力し対応できている。 2,3.問題なし。	1.就職説明会やインターンシップなど協力し対応できている。 2,3.問題なし。	

事業報告	◎職員の確保は実施できた。退職など職員減による負担を軽減することができた。 1.エリアの計画に協力し実施できた。 2.エリアの計画に協力し実施できた。 3.1ヵ月に1回介護職員全員と個人面談し、不安や要望、勤務継続の意欲などを確認した。全員様々なことがらを抱えていながらも「ここで働き続けたい」と言っていただけている。今後も不満などの理由で離職者を出さない努力を続けていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					◎/◎	◎●/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録	所長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎		◎●							◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画的に行い職員の意識向上をしている。 2,3.計画的に実施できている。	1,2,3.問題なし。	1,2.問題なし。	

事業報告	◎基準・報酬改定内容を理解し法令遵守することができた。 1.在籍職員、中途採用職員に対して継続して教育を実施し、情報漏洩事故を防止することができた。 2.事務員会議にて計画的に取り組み、知識向上に繋げることができた。 3.加算内容の確認を行い改定内容に適切に対応。科学的介護推進体制加算、LIFEに対応。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●/○●	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎●/◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア通所	3	前年度（令和2年度）成約不成立理由を分析し成約向上を図る。 チェック方法：戦略会議議事録	所長/相談員	①　戦略会議において、前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。（毎月） ②　各事業所で取組状況を確認検討する。（毎月）									振り返り	次年度準備		通所部会エリア代表
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年より）目標稼働率を達成できていない。また稼働率維持、向上させる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.毎月、戦略会議にて実施。部分的に改善。 2.会計マニュアルは一部持ち越しの為、8月完成を目途に整備していく。　3.毎月、事業所および戦略会議にて実施。部分的に改善。	1.部分的に改善。積極的な意見交換が必要。 2.毎月の事務員会議にて各種内容の確認ができている。 3.月により成約率の差が大きい。安定した成約率とする必要がある。	1.積極的な意見交換、打開策の提案が必要。 2.通常業務で生じた問題点について相談し解決することが出来ている。 3.成約率の平均は向上しているが高い率での安定性に欠けている。

事業報告	○目標とした収支差益を確保することはできなかった。 1.結果に対する対応策の提案が弱く、結果に結び付けられなかった。積極的な意見交換・対応策の提案と実行が必要である。 2.継続的に取り組むことで事務員の力量向上となった。 3.成約率は月によって差がある。毎月安定した高い成約率とするため、今後も継続した取り組みが必要である。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾートグレイスフル春日井
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：デイ会議議事録	所長/担当者	訓練（多治見発信）	評価見直し	訓練（SSR発信）	評価見直し	訓練（浅山発信）	評価見直し	訓練（第２春日井）	評価見直し	訓練（春日井老健）	振り返り	訓練（春日井特養）	次年度準備	事務センター
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と午前中の災害を想定した訓練を行う。 チェック方法：実施記録	所長/担当者				BCP計画を基に研修資料作成	防災研修・防災に関する意見交換					午前中の災害想定及び訓練内容の検討	災害を想定した防災訓練	次年度準備・振り返り	所長
								◎●	◎●					◎●	◎●	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			◎●			◎●		◎●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練（ロールプレイ）を行う。 チェック方法：教育報告書・訓練実施記録	介護主任/看護師	勉強会資料・訓練（ロールプレイ）方法を決める		感染症勉強会・ロールプレイ		感染症勉強会・ロールプレイ			感染症勉強会・ロールプレイ		振り返り	次年度準備		所長
					◎●	◎●	◎●		◎●			◎●		◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価	
			1.緊急連絡訓練の実施対応が速やかにできた。 3.実施している。 4.計画的に行えている。	1,2,3,4.問題なし	1,2,3,4.問題なし	

事業報告

◎様々な災害に対応できる管理体制を確立し、有事の際には混乱なく指示・行動ができるよう取り組んだ。
1.オクレンジャーを活用し、定期的に発信をした。返信できていない職員を把握し個別に働きかけを行った。
2.防災研修、避難訓練を実施したところ振り返り事項が多くあった。更に学びを深め、防災・安全な避難誘導等ができるように今後も取り組む。
3.特に新型コロナ情報は変化があった為、新たな情報に注意し対応することができた。
4.職員と感染対応物品の所在や、物品内容を確認した。新しい職員はもちろん、勤続年数のある職員でもはっきり把握している職員は少なかった。ロールプレイでは「嘔吐」を想定してロールプレイを行った。やはりうろ覚えの職員が多かった。紙面での説明だけでは記憶に残りにくい。実践を想定したロールプレイはとてもいい手法だった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所（全所共通）	1	moreスマイルプロジェクト（介護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/リーダー	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山老健	第2ＧＦ	浅山	多治見	桃山特養		振り返り 評価	次年度準備			介護長
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	◎●	◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎●	○●	○	◎●		
	事業所（全所共通）	2	moreスマイルプロジェクト（看護職）を行う。 ～三大介護の声掛け適切ですか？～ チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 moreスマイルプロジェクト実施記録	施設長/看護職	年間計画 報告書書式 ルールの周知		桃山特養	浅山	桃山老健	第2ＧＦ	多治見		振り返り 評価	次年度準備			看護長 または看護主任
							実施当日記録作成、提案事項施設双方で確認										
							看護介護会議にて毎月実施状況報告										
								実施翌月フォローアップ実施									
									評価								
					○	◎●	◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎/◎/◎/◎●	◎●	◎●	○	◎●		
	施設	3	虐待・拘束などの不適切ケアを無くす為の勉強会を開催する。 チェック方法：全職員の意見・感想用紙	施設長/ユニットリーダー			高齢者虐待防止勉強会①	評価見直し	身体拘束廃止勉強会①	評価見直し	高齢者虐待防止勉強会②	評価見直し	身体拘束廃止勉強会②	振り返り	高齢者虐待防止勉強会③	身体拘束廃止勉強会③	介護長
															次年度準備		
							◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●/◎	◎●/◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1・2.2020年度より）他の事業所に出向き気づきを共有するmoreスマイルプロジェクトの実施が行えたが、業務・環境改善の提案・実行が多かった状況であり、現時点では、エリア全体としての大きな効果にはつながっていない。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 3.2020年度より）身体拘束の疑似体験等を通じ、する側、される側の気持ちを相互体験した事で、痛みの共有が出来た。また虐待をテーマにしたグループワークでは、虐待の芽や傾向について意見交換を行った。これらの取組により効果が得られたが、2021年度については更に、なぜ？どうして？虐待や不適切ケアが発生してしまうのか？発生に至るプロセスを皆で学んでいきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りに実施できている。他施設を見ることで自施設の課題を明確にしている。 3.計画通りに実施できている。勉強会実施後は確認テストも実施できた。	1.計画通りに実施できている。他施設のGOODポイントを自施設に還元できるよう努める。 3.計画通りに実施できている。勉強会実施後は確認テストも実施できた。	1.人員不足の影響にて計画通りに実施できていない施設が発生している。 3.計画通りに実施できている。勉強会実施後は確認テストも実施して効果確認を継続して行っている。

事業報告	◎虐待・拘束などの不適切ケアの発生事案0件であった。 1.計画通りに実施することができた。他施設の声掛けのみならず、その他の取り組みも知り学ぶことで、多くの職員が見識を広げる機会となった。また、来設したエリア職員から指摘や助言を頂くことで、自施設の振り返りをする機会となった。 2. 食事を中心に各施設の状況確認が行えた。入浴や排泄については、確認機会を持てない事もあった為、方法の検討が必要。自施設の日頃の業務の振り返る良い機会となった。 3.計画通りに実施することができた。虐待・拘束などの不適切ケアに対して発生要因を多角的・多層的に考える勉強会ができたこと、勉強会後には「確認テスト」を行うことで学習効果の確認もできたことは大きな収穫であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					◎	◎●	◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	○	◎●	◎●		
	（エリア事業所）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：事故報告	施設長/介護長	重大事故・受診事故発生時多職種での適切な検証を実施 再発防止・有効性判断		評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し	振り返り	次年度準備		介護部会 エリア代表
					△	△	○/◎●	◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	施設	3	三大事故（誤嚥・入浴・離施設）に対する施設内勉強会を開催する。 チェック方法：全職員の意見・感想用紙	施設長/ユニットリーダー				誤嚥 食中毒 感染症 防止勉強会 ①	評価 見直し	入浴・ 離施設事故 防止 勉強会	評価 見直し	誤嚥 食中毒 感染症 防止勉強会 ①	評価 見直し	振り返り	次年度準備		介護長
								◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●		
	ショート	4	運転業務対応職員に対し、安全運転教育を年2回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：教育報告書	施設長/相談員		安全運転 勉強会① 報告書作成 （全参加者）	教育後 効果確認 テスト 次回内容 の検討				安全運転 勉強会② 報告書作成 （全参加者）	教育後 効果確認 テスト		振り返り	次年度準備		相談員
						◎●	◎●				◎●	○●		◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2・3・4.2020年度より）三大事故及び交通事故・違反は発生しておらず、効果が見られたが、これらについては、ルールを標準化していく為に、継続的な教育が必要と考えられる為、2021年度も引続き重点的な項目として継続する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施できている。受講者による自施設への還元に繋げていく。 4.計画通り実施できた。勉強会を実施し、意識の向上がみられている。	1.計画通りに実施。自施設で発生した過去の重大事故を風化させない取り組みを継続できている。 3.計画通り実施。誤嚥窒息事故に対して大きく意識が向上している。 4.一部事故にて12月研修実施。	1.計画通りに実施できている。重大な離設事故を風化させない取り組みが定着している。 3.計画通り実施できている。感染症対策において意識の変化～向上がみられている。	

事業報告	◎誤嚥事故の発生により、施設内外各職種の連携や、リスクマネメントを強化し、重大事故を防止する事が出来た。 1.エリア勉強会を自施設に展開～還元することがスムーズにできなかった。来年度はエリア勉強会の効率的な展開が自施設及びエリアの重要課題と言える。 2.前半は重大事故発生後の迅速な多職種連携および事故検証ができていなかったが、その後は反省を生かし、素早い多職種連携が身についてきたことは、自施設の大きな成果と言える。来年度も継続することで、重大事故を未然に防いでいく。 3.今年度は誤嚥事故が複数発生してしまったが、勉強会は計画通りに実施することができた。三大事故および感染症に対して発生要因を多角的・多層的に考える勉強会ができたこと、勉強会後には「確認テスト」を行うことで学習効果の確認もできたことは大きな収穫であった。来年度も施設内で発生した重大事故を決して風化させることが無い様、継続して取り組んでいきたい。 4.　安全運転勉強会を通じて知識の向上に努め、年間を通じて送迎時における違反はゼロであったが、下半期車両事故が発生してしまった。送迎に関わる全職員で、後進時の誘導シミュレーションを実施し効果が得られている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員一人一人が自分の担当利用者様の一番の理解者になる	事業所（エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					◎●	△	○	◎/◎●	◎/◎●	◎/◎●	◎/◎●	○/○●	○●	◎●			
	事業所	★2	職員のアセスメント力を高める。利用者様からの収集した「つぶやき」を、アセスメントシートに反映させる。 チェック方法：アセスメントシート	施設長/ユニットリーダー	利用者様から「つぶやき」を収集 アセスメントシート作成時反映させる		評価見直し			評価見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		施設ケアマネジャー
					△	△	△/◎●	○●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.今までも、つぶやき収集はできていたが、それををケアプランに十分に反映させることができていなかった。日頃から収集したつぶやきをアセスメントシートにしっかりと反映する事で、職員のアセスメント力をより高め、利用者様一人ひとりの希望を叶えられるようにする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.6月より計画通り利用者体験を始めることが出来た。 2.ケアプランに取り入れたケースもあったが十分に反映できていない。	1.順調に利用者体験を進めることが出来た。 ２.「つぶやき」からや、職員から直接聴取した内容を評価・アセスメントに活用。計画にも取り入れている。	1.期日までに全対象職員の体験が完了した。会議内で振り返り～想いの共有も実施できた。 ２.「つぶやき」の件数が増え日常の細やかな個別ケアの様子がつかめ計画にも反映できている。	

事業報告	◎利用者体験やつぶやきを通じ、担当利用者様の視点に立った気付きを養う事で、日々の支援に活かす事が出来た。 1.計画通りに実施できた。全職員が食事疑似体験を通して、利用者様の食における快・不快を幅広く知ることができた。今後は体験で学んだことを現場での食事ケアに還元していく。 2.毎月、職員と利用者様との日常の関わりの中から、多くの良かったケースが「利用者様のつぶやき・よかった探し」にしっかり記載されていた。職員のアセスメントの内容から、その人の個別性を理解してちょっとした対応に工夫をとり入れていることや、利用者様の精神面にたくさんの働きかけが行われていることがよくわかった。その時だけの出来事で終らせず、これからも皆で統一して行うといいと思われる内容については、ケアプランに反映させるようにした。今後もケアプランに反映させて行きたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者に対する、新しいケアの技法を学ぶ	エリア入所	1	指導者育成に向けて、旅のことばカードの研修を受講する。 ※旅のことばカード チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/施設ケアマネジャー	外部講師による研修実施 4月～6月の間で スケジュール調整			自施設でのワークショップに向けての活動計画立案	自施設でのワークショップに向けての研修準備	自施設でのワークショップ実施			振り返り評価	次年度準備			ケアマネ部会エリア代表
						◎	◎●	◎●	◎●	○	◎	○●	○●	◎●			
	事業所	★2	認知症勉強会を開催する。 ～ユマニチュードを学ぶ～ チェック方法：全職員の意見・感想用紙	施設長/ユニットリーダー		認知症勉強会 ～ユマニチュードを学ぶ～	評価見直し							認知症勉強会 ～ユマニチュードを学ぶ～	評価見直し 次年度準備		介護長
						◎●	◎●							◎●	◎/◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ感染症の状況もあり、外部講師による研修会を実施できず、認知症の症状に対する新たな工夫が行えていない。この手法を学ぶことにより、認知症とともによりよく生きることを実践する工夫を学ぶことができる為、再度、スケジュール設定を行うことが必要である。 2.2020年度は認知症に関する基礎的な教育を実施した。今年度は応用編として「ユマニチュード」のケア技法を学ぶことにより、職員の認知症への理解を深め、より実践的かつ効果的なケアの習得に繋げる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1、まずはリーダー会で行う計画案について相談した。 2.計画通りに実施できている。勉強会実施後は確認テストも実施できた。	1.実際に利用者様とのコミュニケーションのきっかけづくりに旅の言葉カードを活用し、多様な使い方ができることがわかった。次月ワークショップ実施予定。	１．ワークショップにより認知症について理解への意識が高まった。現場でのかかわり方の工夫を考える機会となった。	

事業報告	◎認知症ケアには様々な手法や考え方があることを知り、現場の実践に繋げたいという意識向上ができた。 1 旅の言葉カードの研修を受講し、旅の言葉カードの活用方法について学んだ。その次に、ユニットリーダー会議の時間を活用して旅の言葉カードを用いて認知症の理解の勉強会を行った。ワークショップにより、認知症について理解への意識が高まった。また、勉強会での体験を話し合うことで、個々の相手の立場に立ったケア、寄り添うケア技術を向上させる事の必要性を考える機会となった。今後も認知症状のある利用者様の対応方法を学んでいきたい。 2.計画通りに実施することができた。認知症利用者に対する新しいケアの技法として「ユマニチュード」を施設内に伝達できたこと、勉強会後には「確認テスト」を行うことで学習効果の確認もできたことは大きな収穫であった。今後はユマニチュードを知るだけでなく、現場での実践ができるよう継続して取り組んで行きたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
全ての職員が、自施設の強みを認識し、深化させる事で、地域において選ばれる事業所としての地位を確立する。	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			◎●			○●	◎●	◎●		
	施設	★2	こども園園児と交流機会を通じて、楽しみや生き甲斐を感じながら過ごせる生活環境を創る。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/介護長	日常的な活動でふれあいを持つ。（ラジオ体操、お手紙ごっこ、オンライン会話など）									振り返り	次年度準備		介護長
								交流会の内容の検討と準備		交流会①	交流会②	振り返り					
					△	△	△	△/△	○/◎●	◎/◎●	△/△	△/◎●	△●	◎●	◎●		
	事業所	3	職員表彰制度を実施する。 チェック方法：ユニットリーダー会議議事録	施設長/ユニットニーダー	テーマ選定	職員表彰①実施	評価	テーマ選定	職員表彰②実施	評価	テーマ選定	職員表彰③実施	評価	テーマ選定	職員表彰④実施	評価	介護長
					◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	次年度準備		
															◎●	◎●/◎●	
	事業所	4	年2回満足度調査を実施し、顧客満足度向上に向けた改善を行う事で、「施設の利用に満足しているか」の項目100%を目指す。 チェック方法：満足度調査集計	施設長/相談員			満足度調査実施	分析対策立案	公表評価			満足度調査実施	分析対策立案	公表評価	次年度準備		主任相談員
														振り返り			
							◎●	◎●	◎●			◎●	◎●	◎●/◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）コロナ禍により計画の変更を余儀なくされた。ストレングスの１つである多世代交流を通じ、ニーズに応えられる方法を検討しながら実施する。 3.2020年度より）自己研鑽を積み結果を出した職員が褒め称えられ、正当に評価を受ける根拠になっており、独自の施設風土を支えている.事業所の重要な取組として継続をしていく。 4.2020年度より）満足度調査により、自施設の長短所評価を客観的に知る事が出来た。ストレングスを明確にしていく為に、頂いた意見を運営に活かしていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価
			1.実施出来ているが効果が十分には得られていない。 2.十分実施できなかった。計画の修正も必要。 3.計画通り実施できている。現時点で必要なテーマの選定もできている。 4.計画通り実施できている。	1.計画通り実施出来ている。 2.オンラインを利用して子どもと入居利用者様の心と体を繋ぐことができた。 3.計画通り実施。事故を未然に防ぐテーマ（ヒヤリハット）を選定して全職員の意識向上に努めた。 4.計画通り実施できている。	1.4.計画通り実施できている。 2.オンライン交流を単発で終わらせることなく継続して実施できると良い。振り返りの課題とする。 3.計画通りに実施できた。利用者との傾聴をテーマ選定して全職員の”傾聴力向上”を推進した。

事業報告	◎こども園園児との交流、職員表彰、満足度調査を通じて、自事業所の強みを認識し、共有する事が出来た。 1.多世代交流が出来る事業所として、オンラインレク等を通じ、利用者様と園児が繋がりを持ち、それぞれの年代における役割を持つ機会を創設できた。普段見ない利用者様の姿を見る事で、改めて事業所のストレングスとして理解を深める事が出来た。 2.利用者様とこども園園児とのオンライン交流を実施することができた。コロナ禍のおいても、園児たちの歌や踊りを鑑賞することで、利用者様の生活に楽しみや刺激を提供できたことは大きな収穫であった。 3.計画通りに実施することができた。自己研鑽を積み結果を出した職員が褒め称えられ、正当に評価を受ける施設独自の風土が継続できている。来年度も事業所の伝統的な取組として継続をしていく。 4.満足度調査を通じて、利用者様やご家族のニーズを把握し改善を行っていった事で、よりニーズに適したサービス提供、事業所の体制を構築する機会を持つことが出来た。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集 紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告		分析・検討	中途者アンケートデータ収集 評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告	分析・検討	中途者アンケートデータ収集	評価・対策/検討	分析・検討 紹介等職員分析	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	福祉系養成校や各教育機関にセミナープログラム等の情報提供を行い、繋がりを深める事で、より良い人材の獲得を目指していく チェック方法：主任会議	施設長/各主任職	情報提供用案内プログラム作成		提案先リスト作成		情報送付		評価見直し			振り返り	次年度準備		介護長
					△	△●	△	△●	△	○●	△●	△	△	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。・学校へのPRを強化することが必要である。 就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。 転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.2020年度は養成校からの新卒応募がなかった。またコロナ禍において、職場体験や現場実習の機会が減っており、人材を獲得する為の情報発信の機会が減っている。施設からセミナー等の提案を行う事で、教育機関との関係構築を目指していきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			3.十分実施できなかった。計画の修正も必要。	3.養成校より実習を通じて記録に関する講義依頼があった。	3.十分実施できなかった。計画の修正も必要。	

事業報告	◎求職者へ向けて、適切に情報発信等を行い、人材確保をする事が出来た。 1.2022年度新卒として4名（＝求人数）確保することが出来た。 2.2021年度1名の中途介護職員を採用することが出来たが、看護職員については難航したため、さらなる人材確保の戦略が必要と思われる。 3.当初計画していた講師派遣について、養成校より記録についての講義オファーがあったが、コロナ禍により中止となった。また、当初予定していた情報発信も感染拡大により一部のみの情報発信となった。しかしながら、地域の高校や大学から定期的な実習生受け入れを継続出来た事で、繋がりを深める事が出来た。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－ ②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
法令を遵守できるよう、基礎知識を養う。報酬改定内容を理解し適切に加算算定する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	◎●/◎●	○/◎●	◎●/◎●	○/○	◎●/◎●	○/○	○/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		各部会エリア代表
					◎●		◎●							◎●	◎●		
					◎●		◎●							◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なく実施できている 2.実施したが一部効果が不十分であった。 3.問題なく実施できている。	1.問題なく実施できている 2.実施したが一部効果が不十分であった。 3.問題なく実施できている。	1.問題なく実施できている 2.実施したが一部効果が不十分であった。 3.問題なく実施できている。	

事業報告	◎法令違反案件は発生していない。今後も法令順守できるよう研修教育の継続が必要である。 1.事業所内での教育、エリアにおけるファーストステップ研修により、事業所内において情報漏洩事故は発生しておらず、意識の向上も見られている。 2.事務員会議において、勉強会を行ない各事務職員の知識向上につなげる事が出来た。 3.報酬改訂に伴い、新規加算の申請や取得、LIFE導入等もスムーズに行う事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア相談	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。				評価見直し	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					各部門会議で取組み状況を確認検討する。				運営会議	各部門会議で取組み状況を確認検討する。							
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア入所	★3	高稼働率を維持している施設の調整方法を学ぶため、各エリアに対して研修を実施し、エリア全体で稼働向上を図る。 チェック方法：相談員会議議事録	担当施設長/相談員	江南エリア調整・研修		評価水平展開	岐阜エリア調整・研修		評価水平展開	名古屋エリア調整・研修		評価水平展開	振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					△	△	◎●	△	◎●	◎●	△	◎●	◎●	◎●	◎●		
	施設	4	収支差益を確認し要因に対しての推移を予測し2・3ヵ月後を見据えた対策を講ずる チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/各職種	予算科目ごとに管理の担当者を決め、リーダー会議時に各職種にて収支差益を確認する。									振り返り	次年度準備		相談員
							評価見直し			評価見直し			評価見直し				
					◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎/◎●	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 4.2020年より）予算管理が一部の職種に任せきりであったため、科目ごと各職種で担当し収支の把握並びに管理を行うことで、適切な予算計画の執行を行う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施効果得られている 2.計画通り実施効果得られている 3.計画に遅れがあったが、6月に実施出来ている。 4.一部理解が進まず十分な効果が得られていない	1.計画通り実施効果得られている 2.計画通り実施効果得られている 3.計画通り実施効果得られている 4.報告は行っているが予測等には至っていない	1.計画通り実施効果得られている 2.計画通り実施効果得られている 3.計画通り実施効果得られている 4.稼働会議により確認を行う事で収入面への理解は深まった

事業報告	◎収支差益は予算以上に確保することが出来たが、収益については目標稼働に到達できず達成できなかった。コロナ禍にあっても稼働を上げる戦略を常に実行する必要がある。 1.戦略会議での協議により、自施設についても同様の問題として共有し、先手の対策を行う事につながった。しかしながら、エリア全体での改善には一部繋がっていないところもあり、引き続きの協力体制を築いていく必要がある。 2.経理管理を行う事で、各担当者の力量向上に繋げる事ができた。 3.他エリアの状況を知る事で、自施設やエリア内の問題を明確にする事が出来た。システム面や人員面、ハード面等得られた情報を協議し、出来る改善からすすめている。 4.　予算に対しての進捗状況を各担当者がより理解出来る様に、更なる仕組み作りが必要である。稼働会議や施設内の経営会議を通じて収支差益の把握と今後の予測が出来る様に今後も取り組んでいく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護老人福祉施設 ショートステイホーム サービス付高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/オクレンジャー担当	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	○●	/◎●	/◎●	○●/	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/防災管理者	研修・訓練 （夜間想定）		研修・訓練 （水防訓練）			研修・訓練 （合同訓練）				振り返り	次年度準備		防災管理者
						評価		評価			評価						
						◎●/◎●		◎●/◎●			△●/◎●			◎●	◎●		
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			◎●			◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/看護主任		研修実施				訓練実施				振り返り	次年度準備		看護主任
							評価				評価						
						◎	◎●/◎●		◎		◎●/◎●			◎●	◎●		
	サ高住	★5	入居者が自分で自分の身を守ることができるようにするための備えを促す	施設長/LSA	備え一覧 チェック表 作成		備え一覧 チェック表 配布			備え一覧 チェック表 配布			備え一覧 チェック表 配布	振り返り	次年度準備		ＬＳＡ
					○	◎●	◎●			◎●			◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1・2・3・4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。 5.サ高住においては入居者様が自らの身を守れる備えを促す必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できたが十分な効果確認が出来ていない。 2.3.4.5.計画通り実施効果得られている	1.計画通り実施できたが十分な効果確認が出来ていない。 2.3.4.5.計画通り実施効果得られている。	1.計画通り実施できたが十分な効果確認が出来ていない。 2.10月に計画していた避難訓練が11月実施となった。 3.4.5.計画通り実施効果得られている。	

事業報告	◎災害や感染症に対する備えは十分とは言えない。引きつづき管理体制の整備と訓練を進めていく必要がある。 1.オクレンジャーによる災害時の緊急連絡訓練により、意識を高める事が出来た。24時間以内の返信については全職員には至っていない為、引き続き訓練が必要。 2.計画の遅れや変更はあったが、概ねで実施することが出来た。今後もBCPに対して全職員が高い意識を持つことで、有事の初動と適切な動きを備えていきたい。 3.4.世情の流行に合わせ、管理者と交互に伝言板等で情報発信を行う事、また研修を通じての対策の確認等も行い、意識向上に努める事が出来た。 5.防災訓練、避難訓練を通じて、災害時における実際の動きを確認する事ができた。また緊急搬送等を行う際の情報シートの設置も効果が得られている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所	1	虐待・拘束などの不適切ケアを無くす為の勉強会を開催する。 チェック方法：教育報告書	施設長/担当者			高齢者虐待防止勉強会①	評価見直し	身体拘束廃止勉強会①	評価見直し	高齢者虐待防止勉強会②	評価見直し	身体拘束廃止勉強会②	高齢者虐待防止勉強会③	次年度準備		相談員
							◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）中途採用の職員が２名が加わったこともあり、不適切ケアに関する共通認識を再確認し職員レベルの格差をなくす。また、今年度は職員自ら講師を交代で行うことで、教える立場に立ち自主性を培うようにする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。１回目は看護職が講師を担当。中途職員を含めた全職種が参加、効果もみられる。	1.問題なし。中堅職員が増えてきたため改めてサービス提供時の振り返りをする良い機会となった。	1.内部監査にて、虐待防止勉強会は年3回以上必要であるとの指摘があり、１月に追加することとした。この期間の研修は実施済み。	

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1.勉強会は予定通り実施でき、職員の意識も高まった。しかしながら、計画時に高齢者虐待防止勉強会が２回しか予定されておらず、内部監査の指導のもと2022年1月に追加で実施し、年3回以上を達成した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	重大事故（転倒・誤嚥・入浴・離設）に対する勉強会を行う。 チェック方法：看護介護ケアマネ会議議事録 教育報告書	施設長/介護長	開催方法 報告書 活用方法 の周知		【転倒】共通資料作成	【転倒】勉強会開催 【誤嚥】資料作成	【誤嚥】勉強会開催 【入浴】資料作成	【入浴】勉強会開催	【離設】共通資料作成	【離設】勉強会開催	評価 振り返り		次年度準備		介護部会 エリア代表
					◎	◎●	◎	◎/○	◎/○	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	
	事業所（エリア）	2	重大事故・受診事故が発生した際は多職種で迅速かつ適切な検証を行い、再発防止策の徹底を図る。 チェック方法：愛岐エリア通所会議議事録 フロアー会議議事録	施設長/相談員	重大事故・受診事故発生毎に職員全員で検証し再発防止策の徹底を図る。 他施設の事故を事例として共有し、リスクマネジメントする。									振り返り	次年度準備		相談員
							評価 見直し			評価 見直し			評価 見直し				
					◎	◎	◎/●	◎	◎	◎/●	◎	◎	◎/●	◎●	◎●	◎●	
	事業所（通所共通）	3	安全運転教育をドライブレコーダー等を活用し勉強会を年3回実施し、安全運転の意識を高める。 チェック方法：教育報告書	施設長/安全運転管理者（相談員）		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施		KYT勉強会 内容の検討	各事業所にて勉強会の実施	振り返り	次年度準備		相談員
						○	◎●		◎	◎●		◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）誤嚥・入浴・離設事故に対する勉強会が行えたが、エリアで1回ずつの開催、一部の職員が参加する方法であった為、職員によって事故防止に対する知識や意識の差は現時点も生じている。その為、目標を再確認し、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）自施設での重大事故の発生は1件のみで多くはなかったが、他施設の事故事例を検証し、同様の事故の発生を回避できる力を身につける。 3.2020年度より）ドライブレコーダーの映像を使用し、自事業所の危険箇所を把握するため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。職員全員が参加。 2.問題なし。他施設の事例を共有することで事故回避能力が上がった。 3.車両事故１件あり。今後さらに意識を高めていく。	1.問題なし。毎回全員参加できた 2.問題なし。他施設の重大事故は全て水平展開を行い全職員で共有した。 3.車両損傷事故１件発生。他事業所の例も参考にできた。	1.問題なし。基本の振り返り効果が高かった。 2.離設事故案件について多職種で再発防止策を検討した。 3.映像のインパクトが強く、職員の意識も高まった。	

事業報告	◎離設事故が１件発生したが、その後、事故が起きにくい環境改善を行った。 1.計画通り、作成資料を使用し勉強会を実施、全職員が参加できた。ベテランも1年目の職員も改めて基本に立ち返ることで、各サービスについて提案改善につながった。 2.自事業所においては離設事故1件発生し水平展開を行った。また、他事業所の重大事故を随時水平展開することで、事故を未然に防ごうという意識が職員に広まった。 3.計画通り研修を実施。自施設においては大きな事故は発生しなかったが、他施設のドライブレコーダーの映像を活用することで、安全運転の意識が高まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
新たなレクリエーションを構築する。利用者様の気持ちに寄り添う、	（エリア）事業所	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					○			×	◎●			◎●	◎●	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	感染症の対応に留意しながら、通いたくなるアクティビティ、イベントの充実を図る。 チェック方法：フロアー会議議事録	施設長/担当職員	内容検討担当者決定スケジュール作成	活動	評価見直し	活動	評価見直し	活動	評価見直し	活動	評価振り返り	次年度準備			相談員
					○	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いの共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.満足度調査の結果、感染症対策により外出や有償ボランティアによる人気レクリエーションが軒並み中止となり残念であるとの意見をいただいた。外部業者のオンラインレクなど感染予防対策をしながら、興味をもって取り組んでいただけるアクティビティの提供が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.他部署からスタートしたため、デイサービスは後半に予定をしている。 2.問題なし。継続的に計画実施できている。	1.問題なし。全職員実施、振返り済み 2.問題なし。オンラインレク、新たな制作レクの企画提供を行った。	1.問題なし。体験から利用者様の思いを共有できた。 2.問題なし。職員による落語会が好評を得た。	

事業報告	◎コロナ禍ではあったが、感染に注意しながら新たなレクリエーションの開発実施ができた。 1.計画通り、全員が疑似体験を行った。利用者様の立場に立つことで、気づきや学びを得ることができた。 2.今年もボランティアを入れることなく、すべてのレクリエーションを職員で実施。マンネリ化を防ぐため、フロアー会議で検討、見直しは役に立った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者の気持ち・立場に立って、考えることができる	事業所	1	認知症ケア勉強会を開催する。 チェック方法：教育報告書	施設長/担当者		認知症ケア勉強会①	評価見直し					認知症ケア勉強会②	評価振り返り	次年度準備			相談員
						◎●	◎●					◎●	◎●	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）認知症状態は人によって異なるため、症例や症状ごとの対応について学習し、気持ちに寄り添う認知症ケアを目指し職員のレベル向上をはかる。 ・利用者を知り、気持ちを想像する姿勢が足りない ・認知症に対する知識と対応術の習得が必要である。 ・認知症を理解した上で、利用者が安心できるケアの提供ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。認知症を理解した上で気持ちに寄り添う力が育ってきた。	1.この期間、研修スケジュールはないが、認知症介護基礎研修の受講義務化が決定し知識・技術についてより意識するようになった。	1.問題なし。計画通り研修及び振り返りを実施。理解がさらに深まった。	

事業報告	◎職員全員が研修に参加し認知症の理解が深まった。 1.全職員が参加することができた。認知症の利用者様には毎日対応するため、職種に関係なく熱心に取り組むことができた。今後は内容を更にレベルアップして事例形式での研修も計画していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
アットホームで職員との距離が近い心地よさを強みとした事業所を目指す。	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを考えて取り組む。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			◎●			○●	◎●	◎●	◎●	
	施設	2	こども園園児と交流機会を通じて、楽しみや生き甲斐を感じながら過ごせる生活環境を創る。 チェック方法：リーダー会議議事録	施設長/相談員	日常的な活動でふれあいを持つ。（ラジオ体操、お手紙ごっこ、オンライン会話など）									振り返り	次年度準備		相談員
								交流会の内容の検討と準備		交流会①	交流会②	振り返り					
					△	△	△	△	△	△	◎●	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	3	年に2回の満足度調査にて評価、改善を実施することで顧客満足度の維持改善を行う。目標96%以上。 チェック方法：満足度アンケート結果	施設長/相談員			実施	分析対策立案	公表評価			実施	分析対策立案	公表 振り返り	次年度準備		相談員
							◎●	◎●	◎●			◎●	◎●	◎/○	◎	◎●	
	事業所	★4	専門職による健康講座＋体力作りをテーマとしたイベントの開催。 チェック方法：フロアー会議議事録	施設長/看護職	講義内容の検討とスケジュール調整	講座実施			評価見直し	講座実施			評価見直し	振り返り	次年度準備		相談員
					◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	相手が必要としていることを汲み取り、思いやりの気持ちを持っておもてなしする接遇マナーの勉強会を実施する。 チェック方法：教育報告書	施設長/担当者	講義内容の検討と担当者決定			接遇マナー研修①	評価見直し			接遇マナー研修②	評価見直し	振り返り	次年度準備		相談員
					○			◎●	◎●			◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）コロナ禍により計画の変更を余儀なくされた。ストレングスの１つである多世代交流を通じ、ニーズに応えられる方法を検討しながら実施する。 3.2020年度より）利用者様やご家族の声を聴くことで自己分析を行い、より強いストレングスを構築するため。 4.コロナ渦で体力、気力が落ちていく高齢者が急増している状況下であるため。 5.小規模アットホームで職員との触れ合いが特徴の事業所を目指すため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし。 2.感染症もあり、十分な交流できず。 3.１か月後にずれたが問題なし。 4.問題なし。計画通り。 5.問題なし。	７月-９月評価 1.問題なし。 2.感染症により、直接交流できず。 3.問題なし。回収率が上がった。 4.問題なし。好評を得た。 5.問題なし。計画通りに行った。	１０月-１２月評価 1.問題なし。 2.10月のイベントを好評を得た。 3.問題なし。目標達成となる。 4.問題なし。講座は毎月実施できた。 5.職員の言動について、考えた。	

事業報告	◎こども園との交流以外は、強みを生かした運営をほぼ行うことができた。満足度アンケートの目標もクリアすることができた。 1.「笑顔と元気のお手伝い！今の暮らしをいつまでも」というキャッチフレーズのもと、職員と密に触れ合うことができる事業所を目指した。 2.引き続き、新型コロナの影響がでており、計画通りとはいかなかったが、10月には短時間ながら感染防止を徹底した交流会を実施し、好評を得た。 3.計画通り、満足度調査を実施。2回とも目標である96%以上の満足度を獲得することができた。 4.看護職が中心となり、健康クラブと題したイベントを実施。体の一部分をテーマにレクチャーと体力作りの運動を行った。毎月実施できたため、計画より多くの回数を実施できた。 5.計画通りに全職員参加で実施できた。職員の言動に関する苦情が一件あり、その面でも振り返りのよい機会となった。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成	パンフ等送付			パンフ等送付							
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	有給休暇の取得率を向上させ、働き易い職場環境を保つ。 チェック方法：衛生委員会議事録 有給管理表	施設長/相談員	計画的な有給休暇の取得ができているか有給管理表で確認し、衛生委員会で共有する。											振り返り	相談員
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.どの職種の職員も公平に有給休暇の取得ができる環境を作り、ストレス軽減を図る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
				1.問題なし。 2.問題なし。 3.有給休暇取得率は他部署より良い。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.全体的な有給休暇取得率は高い方である。	1.問題なし。 2.問題なし。 3.建屋内平均よりも取得率は高い。	

事業報告	◎職員の確保は実施できた。 1.問題なく実施できた。 2.問題なく実施できた。 3.建屋内の他の事業所と比較して有給休暇消化率は高く、多くの職員が希望通り取得できた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSMSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	◎●/◎●	○/◎●	◎●/◎●	○/○	◎●/◎●	○/○	○/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア	★3	各事業所の加算取得状況の確認を行い、新たな加算取得に向けた意識啓発を図る。 チェック方法：相談員会議議事録・通所会議議事録	担当施設長/相談員	各施設の加算取得状況の確認をする		各施設の加算取得状況の確認をする							振り返り	次年度準備		相談員部会エリア代表
					◎●		◎●							◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。 3.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。力量認識テストを全職員実施。 2実施が一部効果が不十分であった。 3.問題なし。６月より新加算取得	1.問題なし。 2実施が一部効果が不十分であった。 3.スケジュール計画なし。	1.問題なし。 2.実施が一部効果が不十分であった。 3.スケジュール計画なし。	

事業報告	◎法令やその基準・報酬改定内容を理解し遵守することができた。 1.計画通り、建屋内の職員への教育、力量認識テストを実施できた。中途採用職員については引き続き実施予定。 2.事務員会議において勉強会を行い、各事務所の知識向上に繋げることができた。 3.計画通り、加算取得状況と新たな加算取得について検討を行った。今年度は6月より科学的介護推進体制加算を取得。LIFEを開始した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	エリア相談	1	課題を抱える事業所に対し、エリア全体でフォローアップを行う。 ※待機者・調整者数、施設の課題、施設の取組みについて確認し、課題を洗い出す。 チェック方法：エリア戦略会議議事録	施設長/相談員	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				評価見直し 運営会議	戦略会議にて前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。 各部門会議で取組み状況を確認検討する。				振り返り	次年度準備		相談員部会 エリア代表
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア事務	★2	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会 エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		
	エリア通所	3	前年度（令和2年度）成約不成立理由を分析し成約向上を図る。 チェック方法：戦略会議議事録	施設長/相談員	①　戦略会議において、前月の取組結果確認と当月の課題について検討を行う。（毎月） ②　各事業所で取組状況を確認検討する。（毎月）									振り返り	次年度準備		通所部会 エリア代表
					○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	収支に関する勉強会を継続的に実施することで、職員全員の稼働意識を高める。 チェック方法：フロアー会議議事録	施設長/相談員	①フロアー会議にて、会計会議資料等を使用し収支に関する勉強会を行う。（毎月）									振り返り	次年度準備		相談員
					○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）エリア内で検討を行い、稼働向上に向けて取り組んでいるが、十分な成果が達成できていない。 2.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。 3.2020年より）目標稼働率を達成できていない。また稼働率維持、向上させる。 4.目標稼働率を達成するには相談員だけでなく職員全員の収益に関する理解、意識の向上が求められるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.会議での検討はできている。 2.問題なし。 3.最低稼働率は確保（80%以上） 4.職種により、関心度に差がある。	1.課題の洗出しはできている。 2.問題なし。 3.平均稼働率は79.6%　目標未達成 4.経費に関しての意識は高まった。	1.話し合いはできているが。十分な成果までには至っていない。 2.問題なし。 3.平均稼働率は77.6%。新規減。 4.職員により意識に差が残る。	

事業報告	◎目標の収支差益には至らなかった。 1.エリア戦略会議にて、結果確認と課題の検討を行った。課題の洗い出しは行うことができたが、自施設については結果が伴わない月もあった。 2.経理管理を行うことで、各担当者の力量向上につなげることができた。 3.毎月、会議にて取組結果や課題について示す機会はあったが、成約向上に至る結果までにはいたっていない。 4.フロアー会議にて各会議などの結果や稼働率に関する議題を上げるが、まだまだ実感を持って収支を意識する者が少ない。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	デイサービスセンター　ジョイフル多治見

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）	評価見直し	訓練（SSR発信）	評価見直し	訓練（浅山発信）	評価見直し	訓練（第２春日井）	評価見直し	訓練（春日井老健）	振り返り	訓練（春日井特養）	次年度準備	事務センター
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	○●	/◎●	/◎●	○●/	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/防災管理者			研修・訓練（水防訓練）	評価		研修・訓練（合同訓練）	評価			振り返り		次年度準備	防災管理者
						◎●/◎●		◎●/◎●			△●/◎●			◎●	◎●		
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り		次年度準備	看護部会エリア代表
						◎●			◎●			◎●		◎●	◎●		
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/看護職			研修	訓練	評価見直し		研修	訓練	評価見直し	振り返り		次年度準備	相談員
							△	○	○●		○	○	○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1・2・3・4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.デイ職員の対応に問題なし。 2.ハザードマップの周知を行う。 3.問題なし。 4.７月に研修兼訓練実施。	1.職員は全員参加した。問題なし。 2.訓練がずれ込んだ 3.問題なし。 4.マニュアルを再確認できた。	1.職員がタイムリーに返信ができた。 2.防災訓練に参加する。 3.問題なし。 4.職員全員が再確認できた。	

事業報告	◎災害に対応できるよう管理体制を構築できた。 1.オクレンジャーでの緊急訓練が定着し、職員の返信も早まった。 2.防災訓練には参加することができた。 3.計画通り実施できている。 4.新たな情報があれば常に情報共有を行った。マニュアルも保存し常に活用できるようにした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者・家族から信頼を得てより良い関係を築き支援を行う	事業所（エリア）	1	全職種が利用者疑似体験を行う。 チェック方法：事業所会議録 利用者様体験実施記録	施設長/各所属長	年間計画報告書書式ルールの周知	疑似体験の実施		想いの共有	評価見直し			想いの共有	評価振り返り	次年度準備			施設長
					○●		○●	○●	○●			○●	○●	○	○	○●	
	事業所（エリア居宅）	2	利用者・家族の気持ちの理解を深めるための事例検討会を実施する。 チェック方法：教育報告書	施設長/ケアマネジャー				事例検討「利用者家族の理解」	評価					振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎●					◎●	◎	◎●	
	事業所（エリア居宅）	3	相手より信頼を得られ、良好な関係を築くため、基本的マナー向上を目指した勉強会の開催または研修に参加する。 チェック方法：研修報告書・教育報告書	施設長/ケアマネジャー	年間計画周知・研修情報の収集	マナーの勉強会準備（資料や講師の検討）	勉強会マナー研修	評価						振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎●	◎●						◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）エリア全体で全職種が同じ設定で疑似体験を行ったが、体験後、個人で振り返りとなってしまった。各フロア等の実際の事例に基づく体験の設定を行い、利用者様の想いを共有し合うことで、更なる効果が期待できる、その為、継続して実施をすることが必要である。 2.2020年度より）ケアマネジャーは利用者様・ご家族の気持ちを理解しながら、必要なサービスを提案する事が求められているため、継続が必要。 3.2020年度より）ケアマネジャーにとってマナーは重要な事と捉えているため、継続して学習することが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.体験内容が検討された 3.マナーに関する勉強会を行なった	1.疑似体験を実施した 2.利用者家族の理解を深める事例検討を行なった 3.マナーに関する勉強会の振り返り、評価を行なった	1.問題なく実行できた 2.計画なし 3.計画なし	

事業報告	◎利用者・家族と良好な関係を築き、信頼を得られるような支援を行うことが出来た。 1.計画通りに実施することが出来た。利用者様が食事の際に感じる不快感を体験することが出来た。今後は、利用者様がサービスを利用される時に、不快な思いを感じておられないかなどを訪問時に確認していきたい。 2.計画通り実施することが出来た。エリア居宅のケアマネジャーの事例を通じて、利用者様やご家族の気持ちを理解する事が出来た。 3.計画通り実施する事が出来た。エリア居宅と合同で勉強会を行なう事で、初回の面談や通常の訪問時に留意する点などを学ぶことが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者の気持ち・立場に立って、サービスを提案する	居宅（事業所エリア）	1	認知症に関する勉強会、事例検討会を実施し、認知症利用者への理解を深め、より良い対応につなげていく。 チェック方法：教育報告書	施設長/ケアマネジャー					認知症の勉強会準備（資料や講師の検討）	認知症の事例検討会	勉強会評価	事例検討評価	振り返り		次年度準備		施設長
									◎●	◎●	◎●	◎●	◎●		◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）認知症にテーマを絞った事例検討を行うことでより理解が深まった。さらに認知症を理解した上でのケアプラン立案に活かしていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
				1.認知症の事例検討会を行なった	1.認知症の事例検討会の振り返り、評価を行なった	

事業報告	◎認知症の利用者様の思いに寄り添いながら話を傾聴し、必要なサービスを提案する事が出来た。 1.計画通り実施する事が出来た。近年、認知症と診断されている方が増えている中、担当するケースも増えている。認知症に関する勉強と、事例検討会は改めて学ぶ場となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
相談窓口として選ばれる事業所を目指す	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを共有する。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		施設長
							○●			○●			○●	○●	○	○●	
	事業所	2	満足度調査を行い、利用者・家族の満足度90%以上目指す。また調査結果を確認し、改善策などを検討する。 チェック方法：満足度調査集計	施設長/ケアマネジャー			実施	結果分析	公表			実施	結果分析	公表 振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	◎●	◎●			◎●	◎●	◎●/◎●	◎	◎●	
	事業所	3	地域包括支援センターへ事業所の満足度を確認し、改善策などを検討する。 チェック方法：満足度調査集計	施設長/ケアマネジャー				調査項目検討	調査	結果分析	公表			振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎●	◎●	◎●			◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）利用者の声を聞き、満足度を高めることが必要である。 3.2020年度より）地域包括支援センターとの関係性の定着と新規獲得が必要であるため継続する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし 2.前期満足度調査のアンケート項目を検討し調査を実施した	1.問題なし 2.前期満足度調査の結果を分析、公表した 3.地域包括への満足度調査を行ない、分析をした	1.問題なし 2.後期満足度調査の内容を確認し実施した	

事業報告	◎年間を通して包括支援センターなどから新規依頼を受ける事が出来た。 1.地域から選ばれる事業所を目指し、他サービス事業所や地域包括支援センターと連携を密に取りながら支援を行なう事が出来た。 2.満足度調査を実施する事で、利用者様やご家族の意向などを把握することが出来て、より良いサービスに繋げる事が出来た。 3.昨年に続き２度目となる地域包括支援センターへのアンケートを実施した。今年度は具体的に選ばれる居宅介護支援事業所を把握する事で、新規獲得に向けて必要とされる事を確認することが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフ・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策 PRチラシ・パンフ学校送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状・フィードバック PRチラシ・パンフ学校送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成											
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケート転職者動向データ収集		データ分析求人媒体検討	中途者アンケート転職者動向データ収集		データ分析求人媒体検討	中途者アンケート転職者動向データ収集		データ分析求人媒体検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣採用の勤続職員データからの分析				
					◎/○/△	○/○/△	○/◎/△	○/○/△	◎/○/△	○/◎/△	◎/○/△●	○/○/△●	◎/◎/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.・新卒採用にてエリアの応募が少なかった。・学校へのPRを強化することが必要である。 ・就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。 2.・コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。 ・転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし 2.問題なし	1.問題なし 2.問題なし	1.問題なし 2.問題なし	

事業報告	◎一人ケアマネの居宅として特に人員の動きなく勤める事が出来た。 1.問題なく実施する事が出来た。 2.問題なく実施することが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
2021年度報酬改定に伴う最新の情報を得て、迅速に必要な対応を行う	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSNSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	事業所	★2	市内で開催される研修・会議へ参加をして、最新の情報を得て必要な対応を迅速に行うよう努める。 チェック方法：会議資料、研修時は研修報告書	施設長/ケアマネジャー	介護報酬改定読み解き解釈研修	ネットワーク会議		ネットワーク会議	集団指導	ネットワーク会議		ネットワーク会議		ネットワーク会議		ネットワーク会議	施設長
														振り返り	次年度準備		
					◎●	◎●		◎●	◎●	◎●		◎●		◎●/◎●	◎	◎●/◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.2021年度報酬改定により、法令遵守のため加算要件の確認を行う必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価				１０月-１２月評価				
					1.力量認識テストを実施した 2.研修、ネットワーク会議に参加した				1.問題なし 2.ネットワーク会議、集団指導に参加した				1.問題なし 2.ネットワーク会議に参加した				

事業報告	◎必要な会議や研修に参加をして、最新の情報を得る事が出来た。 １.計画通り力量認識テストを受けて、情報漏洩事故防止に努めた。 2.計画通り、すべての会議に参加し最新の情報を得る事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する	居宅（事業所エリア）	1	ケアプラン件数を確認し、新規ケースを柔軟に受け入れる。 チェック方法：業務日報	施設長/ケアマネジャー	①ケアプラン件数を確認し、受け入れ可能件数を把握する。 ②地域包括支援センターと連携を図り、新規受け入れ状況を随時知らせる。 ③新規依頼があった際は迅速かつ柔軟に受け入れる。 ④利用につながったケース、つながらなかったケースの対応方法について見直す事で、今後の受け入れにつなげる。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年より）新規依頼時に迅速に対応ができるよう、日々件数を把握し対応を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ケアプラン件数を常に把握し新規受け入れ有無を確認した	1.ケアプラン件数を把握し、新規受け入れが出来る際は情報を発信し、新規獲得が出来るように動いた	1.ケアプラン件数を把握し、受け入れが出来る際は迅速に対応するように調整をした	

事業報告	◎ケアプラン件数を常に把握し、依頼があった場合は迅速にサービス利用に繋がるように努める事が出来た。 1.計画通り常にケアプラン件数を確認し、目標を達成できるように努めた。またケースに空きがある時は新規獲得に向けて、地域包括支援センターへの案内をまめに行いながら連携を図ることが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/オクレンジャー担当	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	○●	/◎●	/◎●	○●/	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/防災管理者	研修・訓練（夜間想定）		研修・訓練（水防訓練）			研修・訓練（合同訓練）				振り返り	次年度準備		防災管理者
						評価		評価			評価						
						◎●/◎●		◎●/◎●			△●/◎●			◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			◎●			◎●		◎●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書 訓練実施記録	施設長/看護主任		研修実施				訓練実施				振り返り	次年度準備		看護主任
							評価				評価						
						◎	◎●/◎●		◎	◎●/◎●				◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.3.4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.オクレンジャーを活用した訓練に迅速に対応できた 2.問題なし 3.問題なし 4.問題なし	1.オクレンジャーを活用した訓練に迅速に対応できた 2.問題なし 3.問題なし 4.問題なし	1.オクレンジャーを活用した訓練に迅速に対応できた 2.問題なし 3.問題なし	

事業報告	◎建屋内での管理体制を構築することが出来た。今後は、居宅として必要とされる体制を整えていきたい。 1.オクレンジャーでの緊急訓練が定着した。 2.防災訓練に参加することができた。 3.常に今の世の中の情報を把握しながら対応し、感染症に対する勉強や委員会に参加する事が出来た。 4.建屋での研修、訓練に参加する事ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所（保育共通）	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に生かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用） チェック方法：チェックリスト	主幹/保育教諭	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		園長
					各自チェックリスト実行・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を各自実践	各自チェックリスト確認・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省				
					◎/◎●	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎/◎	◎/◎●	◎/◎●	◎/◎●	◎/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	自分の保育を振り返ることや他の職員の意見を聞く機会を持てるようエピソード記述を作成する。 チェック方法：会議議事録	リーダー/各クラス担任	エピソード記述の勉強会計画	乳児記述討議	乳児記述討議	乳児記述討議	職員会で報告をし、全職員で共有する。	幼児記述討議	幼児記述討議	幼児記述討議	職員会で報告をし、全職員で共有する。	振り返り	次年度準備		園長
					◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.昨年度は、チェックリストを活用したことで人権擁護について職員間で共通理解ができた。不適切な保育に繋がる言動・行動については、職員全体で意識していくことで、より良い保育・職場に繋がるため、引き続き行うことが必要である。 2.園全体で子どもや保育について多面的に捉え考えることが出来る環境が大切である。エピソード記述で自己の保育を振り返り、皆で検討等することにより保育の質の向上が得られる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。各自目標設定したことにより、保育実践が具体的となった。 2.計画通り各会議にて討議までできている。	1.計画通り実施できた。満足度調査で得た良い評価も継続できるようにしていく。 2.計画通り実施、全職員で共有できている。	1.計画通り実施することができた。 2.1計画通り実施、自分の保育の振り返り、他の職員の意見も聞く機会をもつことができた。	

事業報告	◎不適切なケア（保育）は０件であった。 1.人権擁護のチェックリストを活用し、自分の保育の良さや課題を捉え、保育に活かすことができた。今年度はチェックを２回実施したことが効果的であった。 2.エピソード記述の作成を計画的に実施し、職員間で検討、子どもを多面的に捉える努力をした。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	再発防止策の事例検討を行い、重大事故の防止につとめる。 チェック方法：会議議事録	主幹/リーダー	自分の園だけでなく、法人内でおきた受診事故を例題にし、再発防止策の勉強会を実施する。		評価見直し			評価見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		園長
					◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	毎月一人一件のヒヤリハットを集積し、危険予測力の向上を図る。 チェック方法：職員会議議事録	主幹/リーダー	毎月園内でおきたヒヤリハットを職員会で確認、対策等討議する。		評価見直し			評価見直し			評価見直し	振り返り	次年度準備		園長
					◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎●	◎/◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）再発防止策の勉強会を実施し重大事故防止につとめたが、法人内で起きた受診事故の情報は事故防止に有効であるため今年度も継続する。 2ヒヤリハットをあげる職員にばらつきがある。また、危険を予測することが苦手な職員がいるため、リスクマネジメント力を高める必要がある。 ・安全で適切な教育・保育が提供でき、子どもと保護者の満足が得られる。 ・地域関係者などから信頼が得られ、選ばれる施設・事業所となる。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.毎月の職員会議にて計画通り実施している。 2.毎月一人１件ヒヤリハットを出すことができている。			1.毎月の職員会議にて計画通り実施している。 2.毎月一人1件ヒヤリハットを出すことができている。			1.法人内で起きた事故後の対策を自園の保育活動に取り入れ事故防止に努めている。 2.毎月一人１件ヒヤリハットを継続して出すことにより職員の危険予測力の向上を図ることができた。						

事業報告	◎重大事故は０件であった。 1.再発防止策の事例検討を行い、重大事故の防止に努めた。 2.毎月一人一件のヒヤリハットを継続的に出すことにより、職員の危険予測力の向上を図ることができた。 今まで出されたヒヤリハットをデータ化等分析し、園の事故防止に努めていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
子どもの気持ち・立場に立ってより良い保育とは何かを追及し、子どもを中心に捉えた環境の整備を行う。	事業所	1	子どもが主体的に遊びこめる環境の提供と見直しを行う。 チェック方法：月案の評価反省	主幹/各クラス担任	遊びを通して子どものやりたいことを把握する		子どものやりたいことに合わせた環境設定をする（保育室）		効果確認 評価 見直し	遊びを通して子どものやりたいことを把握する		子どものやりたいことに合わせた環境設定をする（園庭・その他）		効果確認 評価 見直し 振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	教育・保育要領、保育所保育指針に沿った保育を提供し４園で情報共有を行う。 チェック方法：研修報告、議事録	主幹/各クラス担任	行政等からの情報を得て 新年度の研修参加者・内容を検討する				研修に参加する		報告	実践		振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）園全体で環境の提供と見直しを行ったが、今年度新規に乳児クラスの棚等を購入するため乳児の環境設定の見直しが必要である。 2.2020年度より）コロナの為他園に行くことは控え、ＴＶ会議での交換研修に変更したため。 ・子どもの人格・個性・感性・自主性を尊重し、明るく健やかな心と身体を育てる取り組みとして指針に照らし合わせ、子どもを中心にとらえた視座から見直すことが大切であるため。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価			１０月-１２月評価					
					1.子どものやりたいことを把握し、保育室の環境設定を行った。 ２.行政等からの情報を得、検討計画した。				1.計画通り見直し行い、把握を行っている。 2.研修の日程に合わせ、参加、報告ができている。			1.計画通り子どものやりたいことに合わせ環境を設定することができた。 2.研修で学んだ事を職員で共有し、保育に活かすことができている。				

事業報告	◎環境の整備を行うこたができた。 1.子どもが主体的に遊びこめる環境の提供と見直しを計画的に行った。 2.交換研修、キャリアアップ研修等研修に参加し、教育・保育要領・保育指針に沿った保育を提供に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅰ　－　2　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
全ての職員が、自施設の強みを認識し、深化させる事で、地域において選ばれる事業所としての地位を確率する。	エリア	1	目指す地域一番のストレングスを考えて取り組む。 チェック方法：エリア運営会議議事録	施設長/相談員			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有			エリア運営会議で進捗共有	振り返り	次年度準備		エリア責任者
							○●			◎●			○●	◎●	◎●		
	施設	2	介護施設と併設していることを利点とし、高齢者と積極的に交流する機会を持つ。 チェック方法：行事反省シート、週案	主幹/担当保育教諭	日常的な活動でふれあいを持つ。（ラジオ体操、お手紙ごっこ、オンライン会話など）									振り返り	次年度準備		園長
								交流会の内容の検討と準備		交流会①	交流会②	振り返り					
					△	△	△	△/△	△/○●	△/◎●	△/◎●	△/◎●	△	◎●	◎●		
	事業所	3	満足度調査を行い、満足度90%以上目指す。また調査結果を確認し、改善策などを検討する。 チェック方法：満足度調査集計	園長/主幹			実施	分析対策立案	公表評価			実施	分析対策立案	公表 振り返り	次年度準備		園長
							◎●	◎●	◎●			◎●	◎●	◎●/◎●	◎●		
	事業所	4	散歩時に職員と子どもたちと公園の清掃活動など地域とのつながりを持つ。 チェック方法：園外届け、業務日誌	園長/主幹	①散歩時の清掃活動 （②外部からのイベントへの参加）									振り返り	次年度準備		園長
					◎●	◎●	◎●	△	△	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）コロナ禍で地域の評価検証が難しい状況となった。各施設で職員が強みを言えるよう継続して取り組む必要性がある。 2.2020年度より）コロナの為予定が変更となった。できる範囲で高齢者との交流の機会を持つことは事業所の強みである。 3.2020年度より）ストレングスの１つである多世代交流を通じ、ニーズに応えられる方法を検討しながら実施する。 4.コロナ禍でできる地域との交流を持つ必要である.保護者や地域のニーズを把握し安定した運営を創りあげるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.十分実施できなかった。コロナの状況を見て計画変更も検討する。 3.4.計画通り実施できた。	1.問題なし。 2.オンラインで高齢者と交流することができた。 3.計画通り実施できた。 4.７.８月は暑さの為散歩を控えるクラスが多かったので十分実施できなかった。	1.問題なし 2.ハロウィン交流を実施することができたが、日常的な活動も続けていきたい。 3.4.計画通り実施できた。	

事業報告	◎地域において選ばれる事業所を目指すことができた。 1.施設のストレングスを意識し、取り組むことができた。 2.コロナの影響でオンラインではあるが高齢者と交流する機会を持った。 3.満足度調査を実施、調査結果を確認し改善策などを検討した。 4.散歩時に職員と子どもたちと公園の清掃活動など地域とつながりを持つようにした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（・就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成 サンプル	完成	学校訪問傾向と対策 パンフ等送付	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状 パンフ等送付	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					○/○●	○/○●	◎●/○●	○●	◎●	○●/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修 中途者アンケートデータ収集 紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告		分析・検討 ◎/◎/△	中途者アンケートデータ収集 評価・対策/検討 ○/○/△	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告 ◎/○/△	分析・検討 ○/◎/△	中途者アンケートデータ収集 ◎/○/△●	分析・検討 評価・対策/検討 ○/○/△●	紹介等職員分析 ◎/◎/○●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	エリア責任者
	事業所	★3	実習生を受け入れ、良い人材は採用に結びつけると共に養成学校との関係を構築する。 チェック方法：実習受け入れ予定表備考欄	園長/主幹		計画 ◎●	実習生受け入れ ◎●	フォロー ◎●	実習生受け入れ ◎●	フォロー ◎●				振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	園長
なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。 3.人材派遣会社からの紹介採用が多いと費用がかかるため、実習生の中からも良い人材を採用したい。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.3.計画通り実施できた。			７月-９月評価 1.2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できたが、すでに内定先が決まっていて実績には繋がらなかった。		１０月-１２月評価 1.2.計画通り実施できた。 3.スケジュールなし。			

事業報告	◎職員を安定して確保することに苦戦した。 1.新卒採用への取り組み強化するため就職説明会、チラシ作成等を計画通り実施した。 2.中途採用への取り組みとして紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施等実施した。 3.実習生を受け入れ、養成学校との関係を構築することはできたが、人材採用につなげることはできなかった。 実習生の学年、実習月と地域の保育士採用時期を考慮し計画していくことが課題である。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。法令を遵守し、コンプライアンスを確立する。	エリア	1	ＳＮＳによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 チェック方法：運用確認チェックリスト	ISMSエリア責任者/建屋担当者	各建屋ISO27001管理者がSMSセキュリティ事故の情報を収集し、事務局が資料作成を行う。		各建屋にて在籍職員へ教育を実施する。		中途採用職員への教育を実施する				中途採用職員の教育を実施する				ISMSエリア事務局
													振り返り	次年度準備			
					◎	◎●	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	○/◎●	◎●/○●			
	エリア事務	★2	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	◎●/◎●	○/◎●	◎●/◎●	○/○	◎●/◎●	○/○	○/◎●	◎●/◎●	◎●	◎●		

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2020年度より）個人情報保護の中でも、ＳＮＳ利用等について職員のリスク認識をより高めることができるように教育を実施した。取り組みを継続し意識を持ち続ける必要がある。 2.事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.実施できた。	1.2.実施できた。	1.2.実施できた。	

事業報告	◎コンプライアンスの確立を目指すことが出来た。 1.SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努めた。 2.事務員会議内で勉強会を実施し、事務員レベルの向上に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア事務	★1	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎●	◎●		
		2															
		3															
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.経費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし	1.問題なし	１．マニュアル整備に関しては、個々の洗い出し整理は行ったが、今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目理解の勉強会を行ったことを次年度の予算組み立てに役立つようにしていく。	

事業報告	◎適切な収支差益を確保することができた。 1.経理管理を行い事務員の力量向上に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル多治見
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/オクレンジャー担当	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		評価 見直し		振り返り	次年度準備		
						○●/○●		○●/○●		○●/○●		○●/○●	○●	/◎●	/◎●	○●/	
	（事業所エリア）	★2	BCPに基づいた防災研修と訓練を行う。 チェック方法：訓練実施記録	園長/主幹	避難訓練	避難訓練	避難訓練（水防）	避難訓練	避難訓練	避難訓練（施設合同）	避難訓練	避難訓練	避難訓練（防犯）	振り返り	次年度準備		園長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					◎●/◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	◎●/◎●	△/○	◎●/◎●	◎●/◎●	△/○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症に対する必要な情報を共有する。 チェック方法：感染対策委員会会議録	施設長/看護主任		感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施			感染対策委員会の実施		振り返り	次年度準備		看護部会エリア代表
						◎●			◎●			◎●		◎●	◎	◎●	
	（事業所エリア）	★4	感染症発生時の研修と訓練を行う。 チェック方法：教育報告書	園長/主幹	感染症研修 嘔吐処理訓練	評価		感染症研修	評価			感染症研修	評価	振り返り	次年度準備		園長
					◎●	◎●		◎	◎●			◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	1・2・3・4.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が義務付けられている。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.緊急連絡訓練の実施対応が速やかにできた。 2.3.4.計画通り実施できた。			1.実勢できた。 2.合同での避難訓練は延期した。 3.4..計画通り実施できた。				1.実勢できた。 2.予定を変更して実施した。 3.4.計画通り実施できた。					

事業報告	◎様々な災害に対応できる体制を整えることが出来た。 1.エリアからのオクレンジャーでの連絡を見る事、返信する事が定着した。 2.防災研修と訓練を計画通り実施した。 3.感染症に対する必要な情報を共有した。 4.感染症発生時の研修と訓練を計画通り実施し、様々な緊急事態についての対応を身につけることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	春日井・多治見エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	★1	新卒採用への取り組み強化（就職説明会・インターンシップなどエリアのチラシ作成学校へのPR強化） チェック方法：エリア人事会議議事録	施設長/事務センター	春日井エリアPRパンフレット・就職説明会案内PRチラシ完成		学校訪問傾向と対策	学校訪問・高校生職場見学の見直し対策	実施	学校へのお礼状	職場見学受け入れ振り返り	インターンシッププログラム課題抽出・検討対策	就職説明会・振り返り検討対策	振り返り	次年度準備		エリア責任者
					サンプル	完成	パンフ等送付			パンフ等送付							
					○/○●	○●/○●	◎●/○●	○●	◎●	○/△●	○●	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用への取り組み（紹介会社との関係構築・中途採用者へのアンケート実施、求職者の動向を見据えた求人媒体を活用） チェック方法：採用状況一覧表	施設長/事務センター	ファーストステップ研修									振り返り	次年度準備		エリア責任者
					中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討	中途者アンケートデータ収集		分析・検討				
					紹介・派遣会社　新規開拓・実績報告			評価・対策/検討	紹介・派遣会社　新規構築・実績報告			評価・対策/検討	紹介等職員分析				
					○/△	○●/△	◎●/△●	○/△●	○●/△	◎●/△	○/△●	○●/△●	◎/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.2.新卒採用にてエリアの応募が少なかった。学校へのPRを強化することが必要である。就職説明会・インターンシップ・実習・職場体験コロナ禍において内容の見直し。コロナ禍で未経験の応募が増えている。紹介・派遣会社からの転職者については即戦力になる手数料にあった人材を見きわめる必要がある。転職活動の市場調査をし求人のかけ方を見直す。法人HPへの導線を探り直接応募へ繋ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．求人票公開前に近隣高校への学校訪問を実施。 ２．アンケートから求職者の動向は把握できたが、サイト管理担当者との連携が不十分であった為、改善策が必要な場面において対応できていなかった。	１．商業高校での面接指導に参加 ２．紹介会社からの応募に対し、採用プロセスを多く設定したこと、キャリアシートのみで判断したことで紹介数が減ってしまった。調整などの早期対応も含め改善が必要であった	１．高校生インターンシップ３名受入 ２．ファーストステップ研修の集計振り返りを行った。中途者採用にあたっては面接対応を見直したことから紹介会社の応募が増加。紹介会社在籍状況振り返りは次月に行うこととした。	

事業報告	◎2022年度新卒採用数　19人（内　高校生　春日井5名　昨年比：3名増　/多治見3名　昨年比：1名増）　　2021年度　新卒退職者　0人 ◎インターンシップ・職場見学　27回　　進路ガイダンス　7回　/ インターンシップ参加者　高校生（1～3年）16名　　（専・短・大）　8名 ・近隣高校への取り組みであった高校生向け企業紹介冊子に掲載し、学校訪問に持参、PR活動に活かしインターンシップ参加者の斡旋をいただいた。また掲載した高校から春日井エリアに２名　　名古屋エリアに１名を採用することができた。2022年度の新卒採用計画において達成することができたが、少子化が進む中、次年度においてはより業界の認知度・人気度を上げ他業界に劣らず応募していただく「早活」への取り組みが課題となる。 ◎職員退職率　（2020年度20.3%）（2021年度　12.3%） ◎中途者　ファーストステップ研修受講者在籍率　（受講実施前）2019年11月～2020年10月　53%（33名/71名） （受講実施後）2020年11月～2021年10月　85%（33名/38名） ・毎月、採用担当者会議を行い、中途者アンケートから求職者の動向を探り、求人に届く応募方法の傾向と対策を行った。アンケートから冊子などの掲載も有用性が高いことが分かった。エリア合同で掲載し、専門職の応募を増やすことができたが、応募から獲得までは満足な結果が得られず、引き続き原稿内容、WEB面では検索エンジンでの法人HPへの連動についても課題となる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	春日井・多治見エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す。コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、	エリア事務	★1	事務員会議にて勉強会を行い事務員レベルの向上に努める。 チェック方法：事務員会議議事録	施設長/事務センター	入退職業務勉強会		入退職（ヒヤリハット検討・対策）		社会保険・雇用保険勉強会		社会保険・雇用保険（ヒヤリハット検討・対策）			振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					マニュアル整備		見直し	完成	マニュアル整備		見直し		完成				
					○/○	○●/○●	○/○●	○●/△●	△/○	△●/○●	○/△	○/△●	○●/△●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1. 事務職員の異動や経験年数の浅い事務員が多く作業手順やヒヤリハットの振り返りも含め、エリア間の情報共有を強化しミスを防ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1・ヒヤリハット　2件 福祉医療機構の案件ついてエリア共有し検証と対策を行った。	1・ヒヤリハット　3件 ・労働保険改正に伴い研修に参加した。 ・労務担当者にて自転車保険義務化にともない「自転車通勤者の書類確認」について勉強会を行った。	1・ヒヤリハット　2件 職員の健康診断に関して、エリア担当事務員の認識を再確認し知識を深めるよう勉強会を行った。	

事業報告	◎事務員会議12回開催　（ヒヤリハット　7件報告） ・7月　労働保険改正　研修に参加。 ・経験年数の浅い事務員が多いことから各建屋担当者にて業務内容の洗い出しを行いフローの可視化を行った。各担当事務員にて意見交換しエリア共通のマニュアルを完成させた。 ・ヒヤリハットの報告が７件あり、エリア共有し検証を行った。本年度も法の改正、コロナ禍においての手当や助成金などの業務が加わるなど、新しい知識や業務が必要であったことから事務員共有は不可欠であり作成したフローが活用できるものか次年度で検証と見直しを行いヒヤリハット0件を目指す。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	春日井・多治見エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する	エリア事務	★1	経理管理を行うことで、各事務員の力量向上に繋げる。 チェック方法：エリア事務員会議議事録	施設長/営繕担当・事務員	支出科目の理解	執行伺い・支出執行伺いの作成・適性科目の把握		予算(シート・管理)勉強会・次年度予算に向けての検討・対策						振り返り	次年度準備		事務員部会エリア代表
					会計マニュアル整備		完成	会計（予算）マニュアル整備				見直し	完成				
					○/○●	○/△●	△●/○●	○/○	○/○	○●/△	○/○●	△/○●	○●/○●	○●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.費の見直しを行い、適切な支出管理を行う余地がある。予算管理運営の流れをつかみ意識して業務の向上を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.小口現金出納帳、預金出納帳、金庫管理簿、手順の洗い出し、マニュアル作成。 経過勘定徹底の周知を行った。	1.会計担当者にて「予算作成について、予算の考え方、ヒヤリングで問われる点、科目の理解を深める」ための勉強会を行った。	1.金庫管理簿の手順、マニュアル作成の最終チェックを行いマニュアルを完成させた。	

事業報告	◎事務員会議12回開催（ヒヤリハット　7件報告） ・会計担当者マニュアル整備に関しては、各建屋担当者にて業務の洗い出しを行った。今後有効的なものであるか活用しながら見直しが必要である。科目の勉強会を行ったことを次年度、予算組み立てに役立つよう月々の業務において年度末の決算、次年度の予算を意識して管理していくことが課題となる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	春日井・多治見エリア
事業所名	事務センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	（事業所エリア）	★1	オクレンジャーを活用し、緊急連絡訓練を行う。 チェック方法：リーダー会議にて進捗確認	施設長/担当者	訓練（多治見発信）		訓練（SSR発信）		訓練（浅山発信）		訓練（第２春日井）		訓練（春日井老健）		訓練（春日井特養）		事務センター
						評価見直し		評価見直し		評価見直し		評価見直し		振り返り	次年度準備		
					△	◎●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	○●/○	○	◎●/○●	◎/○	◎●/○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1.災害や感染症の蔓延などの緊急事態においても利用者様と職員の安全を確保する必要があるが、まだ万全な体制がとれていない。2021年4月介護保険の法改正においても研修や訓練が求められる（一部経過措置の見込み）。職員一人一人が自らの役割を理解し、即戦力を身につけなければならない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			新卒も含め入職が多い時期という事もあり意識が高く80%の回答率を獲得できた。	5月以降離職者も多く、意識も薄れ60.65%とかなり低い数値となってしまった。	最終12月については、アンケート結果配信もあり、回答率が回復したものの結果65.98%となった。	

事業報告	◎年間　5回実施 ・緊急連絡訓練を実施する事はできたが、人事異動等により操作方法を理解している職員が少なく発信する迄に時間がかかってしまう場面が見受けられた。操作方法マニュアルを作成した事で、緊急連絡訓練の他建屋内周知等でオクレンジャー活用に繋げる事ができました。 ・月毎の回答率の結果は、70%以上の回答率を得られておりますが、低い月は低い為継続した声掛けや建屋内周知ツールとして活用していく必要があると考えます。 ＜平均回答率結果＞ 5月70.85%　7月70.33%　9月60.65%　11月70.14%　12月65.98%

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					○●	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○					
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					○●	◎	◎	○	○/△	○/○	△	△/△					
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎●	◎	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○					
	事業所	★4	職員が、利用者様本人を知り、利用者様の行動に納得できる考え方を身に付ける。	介護長/FL、SL	各フロア会議で抽出、当月第1週に開催する対応調整会議で検討、対応策決定。センター方式を活用し、各フロア1名ずつ、3ヵ月間実施する。この取り組みを研究発表で報告する。									振り返り	次年度準備			施設長
					第1期取り組み期間（効果測定含む）			第2期取り組み期間（効果測定含む）			第3期取り組み期間（効果測定含む）						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・2020年度より）ユマニチュードを知ることができたが、実際の場面での活用にまで至っていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・過去に発生した事案からの対策の理解が個人によって大きく差がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.必須研修内にて実施したものは効果があった。 3.入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できた。 4.実施日を設定し、各リーダーが参加し検討できた。	1.2.必須研修内にて学んだことをフィードバックしたが、職員によっては差が生まれた。 3.入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できた。 4.実施日を設定し、各リーダーが参加し検討できた。	1.3.継続できた。入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できた。 2.委員会は作れていないが、事業所内で実施できた。 4.問題なし。

事業報告	◎不適切ケア1件発生。 1. 対象となる全職員が利用者体験を実施することができた。利用者体験を通じて、利用者様の気持ちを想像することができた。 2. 各職員で意識して実践したが、重点的に取り組む対象者を選定していなかったため、計画の進捗が把握できなかった。 3. 入所リーダー会議内にて自事業所の事例を検討し、対策を実施した上で効果の確認と今後の課題を見つけることができた。 4. フロア会議内にて検討し、具体的な対応策を検討し実施することができた。はっきりとした成果は感じられなかったが、行動へ理解の意識は高まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		施設長
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					○	○	○	○	○	●	●	●	●	○	○	◎	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ひやりはっとを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○/△	○/△	○	○	◎	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○/○	△	△/○	△	△/○	△	△/○	○	○	○	◎	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	
	事業所	★5	事故発生から原因追求、対策実施までを短期間で実施する仕組みを作る。	介護長/リーダー	毎日の朝礼後に前日の事故の原因、対策を協議検討する時間を作る（20分目安）									振り返り	次年度準備		施設長
					前年度の重大事故対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック	前月事故の対策チェック				
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の振り返りは行っているが、類似の事故が発生しており、事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・2020年度より）ひやりはっとは挙がってはいるが、職員個々の気づきに頼っている部分があり、有効に活用されていない。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・事故の再発防止の意識が低い。 ・原因追求、対策の実施に時間がかかり、同様の事故が繰り返される。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.リーダー会議、委員会、朝礼時に事故の原因、対策を確認し共有できた。 3.時間を確保できず、業務内にて職員間での確認をおこなった。 4.5.問題なし。	７月-９月評価 1.2.リーダー会議、委員会、朝礼時に事故の原因、対策を確認し共有できた。 3.技術体験が口頭での説明中心となったため要改善。 4.5.問題なし。	１０月-１２月評価 1.2.リーダー会議、委員会、朝礼時に事故の原因、対策を確認し共有できた。 3.困難事例に関しては朝礼時に検討できた。 4.5.問題なし。	

事業報告	◎重大事故6件発生。 1.会議内で検討した結果を自事業所へ展開することが出来た。原因について何故かという視点をもって検討ができた。 2.委員会内に自事業所にて発生した受診に至る事故を主として、検証することが出来た。 3.リハビリ職員にてフロアの巡視時に適宜、各職員へ口頭にて技術を伝達することが出来たが、勉強会という形では実施できなかった。 4.主にリーダー職員より、研修の内容をフロアへ還元することが出来たが、一般職員へは具体的にどのように進めるか説明が不足していたため、提案内容が把握できなかった。 5.朝礼時に各職種が参加のもと検証し、対策を立案し実施していく仕組みを作ることが出来た。対策もタイムリーに各職種の視点で立てることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の気持ちを第一に考える姿勢を育成する。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	◎	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	◎	
	エリア	★3	（短期入所） 利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		施設長
					—	◎	◎	○	—	△	○	○		○	○	◎	
	エリア	★4	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	△/○	△	△	△	△	○	○	◎	
	事業所	5	厨房委託業者との打ち合わせを行い、食の楽しみを演出する。（毎月）	介護長/栄養士	年間予定表に沿って実施。 次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	次々月イベント提案	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・利用者の生きてきた背景や環境、趣味、嗜好を理解できていない。 ・利用者様は人生の先輩であるという気持ちで、関心をもって接することができない。 ・2020年度より）日常の食事については定期的に打ち合わせを行い、改善が図れてきたが、楽しみ作りまでは展開することができていなかった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.フロア会議、カンファレンスにて検討し実施できた。 3.栄養士会議にて検討、実施した。 4.コロナ禍で交換研修は見合わせた。 5.厨房業者との打ち合わせから、食事に工夫を提案した。	1.2.3.問題なし。 4.休職があり実施に至っていない。リーダーを主として、フロア間での応援の際に感じたことを提案した。 5.おやつの時間を利用して実施した。（コーヒーレク、誕生日会）	1.2.3.問題なし。 4.休職があり実施に至っていない。フロア間での応援の際に感じたことを提案した。 5.おやつの時間を利用して実施した。（バイキング）	

事業報告	◎取り組みを行った中で、各職員が利用者様の気持ちを第一に考える姿勢の育成につながった。 1.各フロアにて対象者を選定し、こだわりをお聞きして取り組むことができた。 2.一部の利用者様には趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れることができた。 3.嗜好調査は計画通りに実施したが、個別に対応するべき事項が多く、楽しみを増やすといったところまでは至らなかった。 4.人員の配置、感染症の警戒レベルにより他事業所へ交換研修として実施することが出来なかったが、フロア間にて応援に入り、自フロアへも展開できることを考える機会とした。 5.誕生日会として対象利用者様に対し実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症に対する知識を習得し、利用者様の生い立ちを知り、行動を想像してケアを提供する。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		施設長
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○/△	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことを事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		施設長
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	◎	
	事業所	3	認知症の知識をさらに高める。（外部研修の活用。オンラインも含む）	介護長/FL、SL	上半期研修参加期間 取り組み発表後実践				中間報告	下半期研修参加期間 取り組み発表後実践				振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	○	○	○	△	△	△	△	○	○	◎	
	事業所	4	リーダー会議内で定例議題で利用者様の行動の意味を想像・検討し、考え方を習慣化する。	介護長/FL、SL	毎月のリーダー会議内で検討する。									振り返り	次年度準備		施設長
					セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践	中間評価	セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践	セリフ集や対応方法を実践				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/△	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	
	事業所	5	生い立ちシートを継続して、対象者を増やす。（各フロア5名以上に取り組み、新規入所者は必ず実施する）	介護長/FL、SL	必要物品と情報を収集	作成		実施			評価			振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎/○	◎	◎	○	○	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々の認知症を理解していない。 ・認知症状の原因に対し、適切な知識と経験を持って対応ができない・2020年度より）エリア内の研修の参加だけで終わってしまった。 ・2020年度より）職員個々の力量に頼るばかりで、考え方の定着まではできなかった。 ・2020年度より）生い立ちシートは作成したが、まだ件数は少なく、全フロアに展開する必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.参加リーダーより、フロア会議にて周知し実施した。 3.リーダーにて参加することができた。 4.会議のほかに朝礼にて検討することが出来た。 5.問題なし。					７月-９月評価 1.2.参加リーダーより、フロア会議にて周知し実施した。 3.介護長にて参加することができた。 4.会議のほかに朝礼にて検討できた。 5.問題なし。				１０月-１２月評価 1.2.参加リーダーよりフロア会議にて周知し実施した。 3.介護長のみの参加となってしまった。 4.会議の他に朝礼にて検討できた。 5.問題なし。			

事業報告	◎フロア毎、また各職員にて考えてケアを提供するという認識の強化につながった。 1. リーダー会議内にて事例検討を行い、対策について事業所内でも実施することができた。 2. リーダー会議内にて参加者からの提案を展開することができたが、フロア内にとどまってしまい全体にまでは広げられなかった。 3. 勤務の都合もあり、継続した参加につなげることができなかった。 4. 他事業所のツールを活用し、実践することが出来た。 5. 生い立ちシートの作成は継続できたが、それを活用しての効果までは見られなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の強みを見つけ、更に強化する。	事業所	1	前年度、フロアごと決定した強みへの取り組みを継続する。	介護長/FL、SL	前年度評価	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	振り返り	次年度準備		施設長
					変更と修正	毎月のリーダー会議で報告・修正											
					○/○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	
	事業所	★2	フロアごとのイベント予定を立て、施設の行事とは別にテーマに沿って実施する。	介護長/FL、SL	年間計画に沿って開始									振り返り	次年度準備		施設長
					実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画	実施・次月計画				
					△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	
	事業所	★3	一般職から各リーダーのケアですごいと思うところを聴取し、結果を各リーダーへ伝え、自分自身のケアをどのように向上するか目標を立て、各リーダーが模範となるケアを実践する。（介護長も同様にリーダーから聴取する）	介護長/FL、SL	聴取と伝達、目標設定	毎月のリーダー会議にて進捗報告								振り返り	次年度準備		施設長
						各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施	中間面談	各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施				
					○●	○/△	○/△	○/△	○/○	○/△	○/△	○/△	○/△	○	○	◎	
	事業所	★4	一般職から各リーダーから注意されたことを聴取し、結果を各リーダーに伝達、リーダーが教育として注意できる仕組みを作る。	介護長/FL、SL	聴取と伝達、目標設定	着目して教育する部下、どの点を改善するのかを明確にして、毎月のリーダー会議にて進捗を報告する。								振り返り	次年度準備		施設長
						各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施	中間面談	各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施	各リーダーで実施				
					○●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	
	事業所	★5	整容・更衣面での先進フロアでの手法を確立する。	介護長/FL、SL	前年度課題より取り組み開始	改善された点は毎月のフロア会議で共有、次の改善に向けた対策を決定。							評価	振り返り	次年度準備		施設長
						整容面		更衣面		整容面		更衣面					
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）各フロアで強みとすることを掲げたが、確立できていない。 ・利用者様の視点に立っての楽しみや活動が少ない。 ・リーダー層が他職員の見本となるべきケアができていない。 ・リーダーが一般職へ注意したり、指導する姿勢が少ない。 ・自分たちが施設を牽引するといった意識がなく、モデルとなるケアがない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.フロア会議にて振り返りを行った。 2.簡単なレクリエーションの実施のみとなった。 3.4.介護長、リーダーにて確認の場を設けた。 5.フロア会議にて進捗を確認した。	７月-９月評価 1.問題なし。 2.簡単なレクリエーションの実施のみとなった。 3.4.5.問題なし。	１０月-１２月評価 1.フロア会議にて振り返りを行った。 2.クリスマス会、新年会を実施した。 3.4.5.問題なし。	

事業報告	◎継続して取りんだが、強みと言えるまでには強化できていない。職員自身が強みと感じられるよう、認識の統一を図る仕組みが必要であった。 1. フロア会議にて、フロアの課題等を確認しながら取り組むことが出来た。 2. 前半は実施することが出来なかったが、後半は季節毎の行事として実施することができた。 3. 介護長とリーダー間にて定期的に進捗の確認を行いながら実施することが出来た。 4. 介護長とリーダー間にて定期的に進捗の確認を行いながら実施することが出来た。 5. フロア会議にて前年度の取り組みの効果を確認しながら実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安心して、楽しんで利用いただける事業所を作る。	事業所	1	転倒事故を10件以下にし、転倒による骨折事故を0件にする。	介護長/FL、SL	前年度転倒事故の集計・分析	利用者をアセスメント	環境整備、移動方法を変更			再評価	環境整備、移動方法を変更			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	
	事業所	2	転倒などの危険予知訓練にて危険予測のレベルを高める。	介護長/FL、SL	前年度転倒事故の集計・分析	危険予知訓練実施	転倒件数集計		危険予知訓練実施	転倒件数集計		危険予知訓練実施	転倒件数集計	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○		○	○		○	○	○	○	◎	
	事業所	★3	利用者様体験から一日の過ごし方を示し、週替わりのレクリエーションを計画し、実施する。	FL・SL/担当介護職	計画表に沿って準備し、週単位で実施する。									振り返り	次年度準備		施設長
					5月分計画	6月分計画	7月分計画 利用者体験	8月分計画	9月分計画	10月分計画	11月分計画 利用者体験	12月分計画	1月分計画				
					前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					△/○	○/○/△	○/○/△	○/○/△	○/○/△	○/○/△	○/○/△	○/○/○	○/○/◎	○	○	◎	
	事業所	★4	見守りが手薄にならないため、業務の場所、環境を変更する。	FL・SL/担当介護職	見守り体制を協議、決定	実施			転倒事故から評価	実施				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）短期入所では2件の骨折事故が発生したことから、継続して取り組む。 ・2020年度より）見守り不十分や目を離した際の転倒が多い。危険予知の力はまだついていない。 ・楽しみを提供するという視点がない。 ・現状の体制を改善しようとする意識がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.朝礼時にヒヤリハットを報告し、環境や対応を検討した。 2.フロア会議にて実施した。 3.個別の方への対応のみとなってしまった。 4.介護長にてラウンドし、リーダーと検討し対応した。	1.事故発生時は朝礼にて原因追及、対策を立案して対応した。 2.フロア会議にて実施した。 3.個別の方への対応のみとなってしまった。 4.問題なし。	1.実施できた。 2.フロア会議にて実施した。 3.4.問題なし。	

事業報告	◎レクリエーションを実施することで楽しんでいただけることが出来たが、事故に対する取り組みは継続していく必要がある。 1.居室内を中心に骨折事故が4件発生してしまった。 2.危険予知訓練から知識として高めることが出来たが、予測する力が不足しており、転倒事故につながった。 3.前半は計画通りに実施することが出来なかったが、後半は季節毎の行事として実施することができた。 4.事故の詳細を検証していく中で環境面に要因があった際には適宜変更し対応することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した収支差益を確保する。	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目　　意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	
	事業所	4	申込者管理表に沿って、入所準備を進め、次期入所候補者を3名以上確保する。	主任相談員/相談員	申込者管理表用いて、面接・契約等を進める。									振り返り	次年度準備		施設長
							管理表見直し			管理表見直し			管理表見直し				
					○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・次期入所候補者の獲得技術が低い。 ・円滑な部屋の組み方が展開できていない。 ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任がすくない。計画的働きかけができていない。 ・スケジュールが整理されていないため、空床発生時からの行動となっている。 ・2020年度より）次期入所候補者を作るための具体的な行動のスケジュールが立っていなかった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.稼働率の変動はあるが、次期入所候補者は確保できた。 2.計画通り実施できた 3.自事業所職員の参加はなかった。 4.問題なし。	1.2.3.4.計画通り実施できた。	1.2.3.4.計画通り実施できた。

事業報告	◎年間平均稼働率　本入所：97.0%　ショートステイ：111.6%　合算：98.82% 1.相談員会議を中心に実施することが出来た。 2.相談員会議を中心に、各々にて能力の向上を図ることが出来た。 3.自事業所内には対象者はいなかったが、参加者への教育は主任相談員を中心に実施できた。 4.問い合わせから申込み、面接、契約へとスケジュールに沿った行動ができる仕組みとなった。空床が予想外に発生した際には、次期入所候補者を3名以上確保できないこともあった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	◎	
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設長
					防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施												
					◎/○	○	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○/○	○	○	○	◎	
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○	○		○	○		○	○	◎	
					○		○	○	○		○	○		○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.防災委員会で確認し実施できた。 3.問題なし。	1.有事の際には臨時感染対策委員会を開催し対応した。 2.防災委員会を中心に実施できた。 3.問題なし。	1.2.3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎災害時のライフラインについては、防災委員会を通じ準備し豪雨災害時に迅速に対応することが出来た。 1.感染症発生時は臨時の感染対策委員会を開催し、対策を実施することが出来た。 2.防災委員会にて定期的に確認することができ、避難訓練も継続して実施できた。区との総合防災訓練も実施し、協力体制の確認ができた。 3.計画停電時には備品が準備されていたため、大きな影響が出ることはなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					◎	○	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。 ②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	職員間でお互いに注意し合い、自身で気づくことのできる風土づくりを行う。	介護長/リーダー	初期評価 虐待の自己チェックの実施	初期評価 集計、分析で課題に対ルールを作る	ルールの実践 取り組みの評価をフロアごと行う		中間評価 チェック表の実施比較ルールの再考	ルールの実践 取り組みの評価をフロアごと行う		最終評価 チェック表の実施効果を図る	予備期間	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	△	○	△	△	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・2020年度より）気づいていても、馴れ合いとなってしまいお互いに注意できることが出来ていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.3.問題なし。 4.虐待の自己チェック後の、取り組みの評価まで至れていないため7月中に取り組む。	1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.ルールを再考した後の評価が行えていないため、10月中に実施する。	1.2.3.問題なし。 4.お互いに注意し合う・気づくの目標達成に至れている職員は少ない。

事業報告	◎不適切ケアが1件発生してしまった。自身が無意識のうちに行ったケアの中で利用者様に対し不快な思いをさせてしまったため、再度振り返りできるよう個人、事業所内にて教育を行った。 1. 全職員対象に利用者体験を実施し、利用者様の感じられる時間の長さや苦痛を体感することで事業所内でのケアに活かすことが出来た。 2. DVDを活用し具体的な実例として視覚から学ぶことで、自身のケアを振り返ることが出来た。ケアで実践する様子もあったが委員会の発足には至っていない。 3. リーダーを中心に困難事例について検討し、対応することができた。 4. ルール作りは行えたが、職場環境として気づいても馴れ合いになったり、注意が出来る職員が限られてしまい、職場の風土改善には至らなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		各管理者
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ひやりはっとを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践	①入浴・排泄場面の技術体験	実践	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践	③更衣場面の技術体験	実践	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		各管理者
						評価		評価		評価		評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	事故の再発防止策の内容がすぐ実践できているか確認を行う。	介護長/リーダー	①毎日の朝礼時に前日の事故報告・原因の追究②発生場所での他職種での検証③検証した内容の実践④ケアプランへの反映⑤反映したことが実行されているか管理者・介護長にて確認(随時) ⑥事例検討した結果の振り返りと記録の作成を行う。									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック	定例会議チェック				
					○	○	○	○	△	△	△	○	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・ひやりはっとが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・2020年度より）発生した事故に対して検討したことが有効に活用されておらず、同様な事故を繰り返してしまっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2..問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.5.問題なし。	1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.5ケアプランへ反映した内容を管理者・介護長の確認が都度行うよう改善する必要がある。	1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.5.問題なし。	

事業報告	◎重大事故は0件。 1. エリア会議で検討された事例について各会議にて振り返ることが出来た。また、同様な事例をリーダー会議にて再度振り返ることが出来た。 2. 事故予防委員会を中心にケースを検討することが出来た。また、自事業所内で同様な事故が起こりうる方を想定し、対応することが出来た。 3. リハビリ職員が中心となって伝達し、各場面ごとの身体の状態を学び、実際の場面で活用することが出来た。 4. 必須研修から、各自が自事業所で取り組む内容について提案、及び実践することが出来た。 5. 事故については朝礼時に報告し、その場で他職種も参加のもとに原因追及や検証を行えたが、ケアプランへ反映した内容をそれぞれが理解して実践しているかを都度確認することはできなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の生活に役割やこだわりを提供する	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	4	10時・15時の時間を活用し日常生活の中にアクティビティを取り入れる。	リーダー/各フロア担当者/リハビリ職員	勉強家の開催	メニューの提案	満足度調査・評価	メニューの見直し・効果の確認	新メニューの提案	メニューの見直し	評価	効果の確認	満足度調査	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					10時・15時のアクティビティの実践												
					○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	口腔ケアの大切さについて、利用者様個々にあったケアを行う。	看護主任/リーダー	勉強会の開催・ルールを決める	何を使用しどう行う一覧表にする	①新規利用者様の口腔ケアの方法の検討・習得②現利用者様の口腔ケアの見直し・ケア方法の習得③看護師による毎食後の口腔ケア状況の確認・評価							振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					口腔ケアの実施												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々の生活歴がケアに活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・2020年度より）習慣として行っていたことが曖昧になり、職員により提供できるアクティビティが異なっている ・口腔ケアの大切さやリスクを理解できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.5.問題なし。	1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.5.問題なし。	1.2.問題なし。 3.交換研修の実施ができていない。 4.夕食提供時間を変更し、メニューと実施時間を見直した。 5.1.2.問題なし。

事業報告	◎利用者様の生活や役割を生活歴から引き出し生活の中に提案することが出来た。 1. フロアリーダー（4名）は対象となる利用者様を1名選定し、その方のこだわりをケアに取り入れることが出来た。 2. 1で選定した利用者様について、提案した内容を1日の日課として取り入れ実践することで習慣化することが出来た。 3. 交換研修については、コロナウィルスの感染状況もあり実施することが出来なかった。 4. 利用者様の日課で10時・15時を活用して体を動かす、頭を使う等のアクティビティを実践することが出来た。 5. 口腔ケアの重要性について看護職員を中心に勉強会及び毎食後の口腔ケアで正しく行えているか確認と評価を行うことができた。誤嚥性肺炎の減少への繋げることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様を理解し何故なのか追及した認知症ケア行うことができるようにする。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		各管理者
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					◎	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		各管理者
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					◎	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	各フロア対象者2名を選定しその人を理解（生活歴、性格、背景）したケアを行いケアプランへ反映する。	介護長/リーダー	①利用者様の生活歴を知る	②利用者様個々の認知症状や病気を理解する	①②から何故必要か考え可視化する 効果確認	可視化したものをプランへ反映する	①利用者様の生活歴を知る	②利用者様個々の認知症状や病気を理解する	①②から何故必要か考え可視化する 効果確認	可視化したものをプランへ反映する	1人1題研究発表を行う 効果確認	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	△	○	○	○	△	○	△	○	○	○	
					○	○	△	○	○	○	△	○	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々での認知症を理解していない。 ・認知症状の原因に対し、適切な知識と経験を持って対応ができない。 ・2020年度より）学習で得た知識と、利用者様の状態が紐づけられず適切な対応がとれない。 ・利用者様の生きてこられた生活背景に考えが及んでいない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.問題なし。 3.生活歴・症状・病気の理解はできたが、なぜ必要かまで十分に理解できていない。	1.2.問題なし。 スケジュール通り実践できている。 3.生活歴・症状・病気について、なぜ必要か職員に対し手本を示す教育を行った。	1.2.問題なし。 3.入所部門リーダー会議にて研究発表を行った。「なぜ」を追求し実践へ繋げるための教育は継続する。

事業報告	◎利用者様を理解し「何故なのか」を考えた認知症ケアに取り組むことが出来た。 1.　リーダー会議にて認知症対応に苦慮する事例を持ち寄り、事例検討を行うことができた。また、効果があった取り組みについてリーダーより自フロアへ展開することができた。 2.　1より各事業所にて学んだ内容について提案することが出来た。また、ケアプランへ反映した上で実践することが出来た。 3.　対象となった利用者様の生活歴・認知症の症状・病気への理解を深めることは出来たが、職員によって理解力や理解していても実践に繋がらないなどバラつきが見られたため、継続して教育を行っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
各職種の専門性を追求し、モデルフロアとなる老健を創る。	事業所	★1	各リーダーが主になり利用者様目線での居室環境・整容について考え各フロアで実践する。	介護長/リーダー	良い環境についての話し合い	新ルールを決める	ルールの実践・評価		良い整容についての話し合い	新ルールを決める	ルールの実践・評価		見直し	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①介護長・管理者の巡視②部門別リーダー会議での優秀フロアの選出〈7.11月〉												
					○	○	○	△	○	○	○	△	○	○	○	○	
	事業所	2	イベントを計画的に実施し、毎日の楽しみ作りを行う。	リーダー/各フロア担当者	花見イベントの計画・実行	ドライブの計画・実行	食事イベントの計画・実行	流しそうめんイベントの計画・実講	夏のエベントの計画・実行	運動会のイベント計画・実行	秋の食のイベントの計画・実行	紅葉狩りの計画・実行	クリスマス会の計画・実行	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①勉強会の開催②日課の提案・見直し③満足度の確認												
					△	△	○	△	○	◎	△	△	○	○	○	○	
	事業所	3	利用者様にとって老健で行うリハビリで何が大切か情報共有を行い他職種で実行する。（新規利用者様から実行する）	介護長/リハビリ職員	リハ職から目的を周知する	目的を理解し生活の場面で実践する			他職種で話し合う	目的を理解し生活の場面で実践する			効果の確認	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					リハビリの実施・効果の確認(リハビリ職員)												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	当たり前のことが確実に実行でき、フロアから時期リーダーを輩出できる先進フロアをつくる	介護長/各職員	食事	入浴	排泄	整容	更衣	余暇活動	環境	睡眠	取り組み発表し波及効果を図る	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①各月のテーマに沿って課題を上げルールを決め実践する												
					○	○	○	○	○	△	○	△	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・経験不足、教育が行き届かず、各職種の専門性を活かせていない。 ・それぞれの目指している介護感が異なっている。 ・今あることに満足してケア質の向上を目指す意思表示が明確に出来ていない。 ・2020年度より）コロナ禍で行事が中止になり、それに代わる代替えが提供できていない。（その状況が当たり前になってしまっている）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.外出が実施できていない。 3.4.問題なし。	1.2.3.問題なし。 4.余暇活動の実施が十分ではない。	1.2.3.問題なし。 4.実施後の定着と継続が課題である。	

事業報告	◎各職種の専門性を追求しモデルフロアとなる老健を創るという目標に対し、専門職がいるメリットを活かした取り組みを実行することが出来た。 1. 定例会議にて各月のテーマを話し合いスケジュールに沿って進めることができたが、優秀フロア（7月、11月）の選出は、選出にあたっての方法が曖昧になり実施することができなかった。 2. イベントについては、コロナウィルスの感染状況もあり施設周辺の限られた場所を見学していただく対応とした。食事イベントは専門職の協力を得て実施することができ、利用者様にも好評を得られた。 3. リハビリ職員を中心に目的を各職員へ周知し、実行することが出来た。 4. 各項目毎に取り組みを決めて実践することが出来たが、余暇活動については十分に行うことが出来なかった。

Ver.1.00
Ver. 1. 01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目 意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	申込者管理表を活用し入所準備を進め、次期入所候補者を男女各3名以上確保する。	管理者/相談員		管理表見直し				管理表見直し			管理表見直し	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①申込者管理表用いて、面接・契約等を進める。②週1回の稼働会議を開催し進捗状況の確認をする												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	急な入院者に備え、緊急SCに対応してくれる対象者を3名以上確保する(ショートケア)	管理者/相談員	SC管理表の作成	SC管理表の更新				SC管理表の見直し	SC管理表の更新			振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					申し込み時のご家族へのSCへのアナウンス②月1回の居宅・病院への営業③対象者の洗い出												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・相談員の後任がすくない。計画はたらきかけができていない。 ・スムーズな稼働管理が行えていない。 ・老健の役割を理解した稼働管理と待機者確保が出来ていない。 ・2020年度より）急な入院時に次期入居者様が入居されるまで期間が開いてしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.問題なし。 4.問題なし。 5.対象者3名以上の確保に至っていない。	1.2.3.問題なし。 4.問題なし。 5,対象者3名以上の確保に至っていない。	1.2.3.問題なし。 4.問題なし。 5.対象者3名以上の確保に至っていない。	

事業報告	◎収入目標を達成することが出来なかった。（平均稼働率目標99.5%に対し99.1%という結果だった） 1.2. 計画通り実行することが出来た。 3. 相談員養成コースへの参加者を呼び掛け、自事業所からは1名参加したが途中でリタイアする状況があった。次年度も継続して取り組みを継続する。 4. 管理表を管理しながら、週1回以上の稼働会議を行い、次期入所候補者3名以上確保することが出来た。 5. 入院者に備えて緊急SCでいつでも利用可能な対象者1名は確保できたが、目標には至らなかった。

Ver.1.00
Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	介護老人保健施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設マネージャー
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設マネージャー
						防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 問題なし。 2. 問題なし。 3. 問題なし。	1. 寒さで換気の意識が低下している。食後の一斉換気などルールを一部変更して対応する。 2. 問題なし。 3, 問題なし。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保につて、有事の際（豪雨災害）に迅速に対応することが出来た。 1.　感染予防員会を中心にチェック表を基に対応することが出来た。 2.　災害時に備え必要物品など事前に準備することが出来た。 3.　大規模停電に備え必要物品を準備することが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価						
					○●	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	—	○	○	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					○●	◎	◎	○	○/△	○/○	△	△/△	—	○	○	◎	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎●	◎	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	—	○	○	◎	
	事業所	4	対応に困っている事例について、毎月の職員会で話し合い、サービス担当者会議にて報告、再検討を行う。	相良/小平	毎月の職員会で困難事例を共有・検討し、サービス担当者会議にて報告。								振り返り	次年度準備			施設長
					一人目の具体策を提示・実施			二人目の具体策を提示・実施			三人目の具体策を提示・実施						
					○/△	○/○	○/◎	○/△	○/○	○/◎	○/△	○/○	○/◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・2020年度より）エリア内研修に参加し、認知症の病態やケア方法の概要を知ることができたが、実際に業務の中で活用することはできていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・2020年度より）入居者の対応は検討することができたが、効果の判断より次の支援につなげることができていなかった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.必須研修内にて実施しているものは効果が出ていると感じる。 3.入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できている。 4.解決策を導く事が出来た。	1.2.必須研修内にて学んだことをフィードバックしているが、職員によっては差が生まれている。 3.入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できている。 4.具体的でない部分あり、要改善。	1.3.継続できている。入所リーダー会議にて各事業所の事例をもとに検討できた。 2.委員会は作れていないが事業所内で実施できている。 4.更に改善必要あり。

事業報告	◎　不適切ケア0件 1.利用者体験を行うことで、今まで気付かない視点が見えてきた。自分ならどうして欲しいかと自分に置き換えてみる習慣が出来た。 2.コミュニケーションを行う際、声掛けを行う角度、視線等に意識する様になり、来年度も実践を継続していく。 3.年間を通し困難事例を検討し改善していく仕組みが出来たが、行き詰まる事例もあり、更に多職種にて協議をしていく必要があった。 4.検討することで色々な提案を出すことが出来た。他職種にてカンファレンスを開催することで利用者様、ご家族も納得される部分があり良い支援に繋ぐ事が出来た。又、困難事例のケースが増えてきている為、来年度に向け、職員間にてタイムリーに検討できるように工夫をしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	○	△	△	○	○	○	○●	△	○	◎	
	事業所	2	自事業所、他事業所の重大事故の共有を行う。	小平/太田	重大事故を共有	対策を展開 事故共有	対策を展開 事故共有	対策を展開	取り組み評価	重大事故を共有	対策を展開 事故共有	対策を展開 事故共有	対策を展開	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○/◎	○/◎	◎	◎	○	○/△	○/○	○●	◎	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内研修は参加できているが、学んだ内容を事業所内で活用できていない。 ・2020年度より）自事業所の事故については共有しているが、エリア内・他事業所の事故については知らない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故（離施設）が1件発生した。 1.言語聴覚士など専門職からの研修はより深い講義内容であり、視点が広がり実際の支援に繋がった。原因について何故かという視点をもって検討ができた。 2.1月に離施設事故1件発生した。事前のアセスメント、危険予測、予防策が不足していたことが認識できた。再度環境整備、支援方法の見直しを行った。職員間での支援方法の検討不足が挙げられ、振り返りを通じ今後の支援方法、再発防止を図った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の視点に立った考え方を身につける。	事業所	1	利用者様が現在の生活を継続できるよう、身体機能・認知機能に働きかける活動を実施する。（脳若ステーション、運動教室等）	太田/相良	年間スケジュールに沿って、実施内容詳細を設定									振り返り	次年度準備		施設長
							脳若		運動教室		脳若		運動教室				
					○	○	○	○	◎	○	◎	○	◎	○	○	◎	
	事業所	★2	入居者向け勉強会ないし健康喚起チラシ配布を行う。	相良/小平	内容協議	勉強会ないしはチラシ配布	内容協議	勉強会ないしはチラシ配布	活動中間評価	勉強会ないしはチラシ配布	内容協議	勉強会ないしはチラシ配布	内容協議	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）アクティビティは実施できているが、心身機能に働きかける内容、継続性のある内容とまでは言い難い。 ・入居者様に向けた活動が少なく、生活を維持するための関わりがない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施出来た。 2. 計画通り実地出来た。	1. 計画通り実施出来た。 3. 計画通り実地出来た。	1. 計画通り実施出来た。 4. 計画通り実地出来た。	

事業報告	◎利用者様の視点に立って考えることは理解できたが、発言や行動の背景にまでは考えが及ばないことが多かった。複数回、お話を聞く機会を作り、利用者様の思いを引き出すことが必要とわかった。 1. いくつかの方法を用いて、活動を実施した。例年より集まっての活動自体が減少しているため今後も継続して取り組む。 2. 定期的に勉強会を行うことにより、利用者様の能力にあった運動を取り入れ、徐々に定着してきた。継続して実施していく中で目新しさも取り入れて来年度も取り組む。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様を知り、気持ちが想像できる姿勢の基礎を育む。	事業所	1	習慣お好みシートから認知症状への対策を事例検討から決める。	太田/相良	事例検討対策開始	前月の評価・対策変更	前月の評価・対策変更	前月の評価・対策変更	中間評価	事例検討対策開始	前月の評価・対策変更	前月の評価・対策変更	前月の評価・対策変更	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）入居者様のプロフィール表に取り組んだが、そこからの分析、対策への工夫ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様の今まで生きてこられた人生をお聞きしながら、気持ちを想像することへの意識は高まった。自分たちでは理解できない行動についても、客観的に見ることで先入観なく気持ちや理由を考えることができた 1.対応に苦慮していた利用者様に対し、傾聴に努め、ご家族とも連携して対応を続けた。認知症状であったかは不明であったが、言動の理解につながった。取り組みが一部の利用者様に偏ってしまたったため、その他の利用者様へのアプローチが薄くなってしまった。次年度の課題とする。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の今まで生活背景を知り、その方らしい生活を支援する。（事業所の強みを見つける）	事業所	1	習慣お好みシートを展開し、支援計画に反映、他のサービス事業所へ得た情報を展開する。	太田/小平	習慣お好みシートから支援計画見直し（第一期）			習慣お好みシートから支援計画見直し（第二期）			習慣お好みシートから支援計画見直し（第三期）			振り返り	次年度準備		施設長
					完成したプロフィール表は他のサービス事業所とも共有する。												
					△/△	△/△	△/○	○/○	△/○	○/○	○/○	◎/○	◎/○	○	○	◎	
	事業所	2	入居者満足度調査を実施し、入居者ニーズを把握、対策を実施し満足度を向上する。	太田/相良		準備	配布集計	対策検討公表	対策実施			配布集計	対策検討公表	振り返り	次年度準備		施設長
					―	○	◎	◎	○	○	◎	○	◎	○	○	◎	
	事業所	★3	安心して入居いただけるために、他事業所の状況、サービスの内容を職員が理解する。	小平/相良	入所事業所の稼動会議に参加する。									振り返り	次年度準備		施設長
					老健のサービス内容把握		ショートステイのサービス内容把握		面談による理解度評価	特養のサービス内容把握		デイサービスのサービス内容把握					
					△/△	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	○/○	△/○	△/◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）入居者様のプロフィール表に取り組んだが、支援計画への反映までは及ばなかった。 ・2020年度より）満足度調査は実施できているが、いただいたご要望に対する対策が迅速に検討できていなかった。 ・ケアハウスでの生活が継続することが入居者にとって最も優先されることになっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.習慣お好みシートの作成開始が遅れた。 2.計画通り実施できた。 3.参加頻度にばらつきがあった。	1.作成の進捗が遅れている。要改善。 2.計画通り実施できた。 3.参加頻度にばらつきがあった。	1.遅れを改善し、計画通りに実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.参加頻度にばらつきがあった。	

事業報告	◎一部の利用者様の今までの生活背景をお聞きし、その方の望む生活に近づくよう支援するように意識できた。自立度の高い方々への支援はできたが、そうでない方々へも支援を広げる必要があった。 1.習慣お好みシートは担当を決め、聞き取りし作成する計画は立てたが、目標とする件数を完成することが出来なかった。習慣お好みシートを活用することで、色々な情報を収集でき、その方の理解に繋がった。作成から支援計画修正の仕組みを工夫する必要があった為、次年度の課題とする。 2.満足度調査結果から利用者様のご意見を多くいただいた。全てではないが個々の要望に繋げる事が出来た為、来年度も継続する。 3.他事業所のサービス内容を知り、今まで知らなかった事、事前に必要な準備などを学ぶ事が出来た。法人内サービスについて、把握できた内容をもとに更に連携を取る。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	ケアハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	◎	
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設長
					防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施												
					◎/○	○	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○/○	○	○	○	◎	
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○	○		○	○		○	○	◎	
	事業所	★4	災害発生を予想した準備の呼びかけを入居者に行う。	施設長/担当職員	備蓄食料の用意について資料発信	備蓄備品の用意について資料発信	地震に対する家具固定について資料発信	満足度調査で浸透確認		備蓄食料の用意について資料発信	備蓄備品の用意について資料発信	地震に対する家具固定について資料発信	満足度調査で浸透確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	—	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。 ・災害発生を予想した入居者様への呼びかけができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.防災委員会で確認し実施できた。 3.問題なし。 4.非常持ち出し袋の点検をし、事業所内で勉強会を行った。	1.有事の際には臨時感染対策委員会を開催し対応した。 2.防災委員会を中心に実施できた。 3.問題なし。 4.各居室の家具等の固定を調査し対策した。	1.2.3.計画通り実施できた。 4.災害の種類による避難方法を周知した。	

事業報告	◎災害時の行動、注意点について入居者様にも伝達し、災害に備えた用意ができた。各自での用意が重要ということも伝え、災害への意識が高まった。 1.感染症発生時は臨時の感染対策委員会を開催し、対策を実施することが出来た。日々の感染症対策は継続でき、感染の拡大はなかった。 2.防災委員会にて定期的に確認することができ、避難訓練も継続して実施できた。区との総合防災訓練も実施し、協力体制の確認ができた。 3.備品の点検、購入を行い有事に備えた。 4.入居者様の非常持ち出し袋等の点検、講習会、避難訓練を定期的に行う事で職員、入居者様とも備えに対する意識付けが出来た。次年度も継続して取り組む。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	—	◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	—	◎	◎	◎	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	定例会議にて、不適切なケアにつながる可能性がある言動について、それぞれで出し合い情報共有する。	相談員/介護職	毎月の定例会議内で実施									振り返り	次年度準備		施設長
					共有・改善策の実施	共有・改善策の実施	共有・改善策の実施	共有・改善策の実施	中間評価 方法検討	共有・改善策の実施	共有・改善策の実施	共有・改善策の実施	共有・改善策の実施				
					△	△	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・2020年度より）ユマニチュードを知ることができたが、実際の場面での活用にまで至っていない ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・2020年度より）定例会議の議題で不適切ケアにつながる言動をあげていたが、それについて職員から意見が出されることがなかった。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価					１０月-１２月評価				
					1.2.3.計画通り実施 4.2ヶ月意見が出なかった為、方法の見直しが必。			1.2.3.計画通り実施 4.毎月最低一つは情報共有を行えている。					1.2.3.計画通り実施 4.情報共有の他に、どうすれば同じ行動を起こさなくなるか協議することが出来た。				

事業報告	◎不適切ケアは0件 1.全職員が利用者体験を行う。利用者様がどう感じたか共有し、他事業所の評価も聞くことが出来た。 2.全職員がユマニチュードの研修に参加出来た。参加前より不適切ケアや対応困難事例への利用者様視点の意見が増加した。 3.勉強会にて自身の行動がご家族含め他者にどう見られているのか振り返ることが出来た。接遇や言葉かけに意識が高まった。 4.不適切ケアに繋がる言動について話し合うことが出来た。当初は月に1件も意見が上がらない時もあったが、見直し後は意見も増加し、対策も深く検討することが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		施設長
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		施設長
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	気づきの視点を強めるため、ヒヤリハットを職員個々であげ、習慣をつけ、それに対する防止策を明確にする。	相談員/介護職	開始（一人2件以上）	実施 月末チェック	実施 月末チェック	実施 月末チェック	中間評価	実施 月末チェック	実施 月末チェック	実施 月末チェック	最終評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△/○	○/○	○/○	◎	◎/○	△/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離施設事故は発生しなかったが、離施設に対する意識が薄く、予防策の認識を改める必要がある。 ・2020年度より）前年度ヒヤリハットの集計を実施したが、ヒヤリハット件数が少ない（11件）。 ・事故予防にむけてヒヤリハットが活用されていない。 ・事故発生頻度が低く、対策の継続が意識されていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.離施設リストを見直し、職員にも共有できた。 2.リーダー会議にて毎回確認することができた。 3.目標にしている数に達しない職員もいたため、あらためて周知した。	1.離施設リストを見直し、職員にも共有できた。 2.リーダー会議にて毎回確認することができた。 3.個人ノルマを達成できており、個人の意識も変わってきた、	1.離施設リスク者リストを見直し、職員にも共有できた。 2.リーダー会議にて毎回確認することができた。 3.ヒヤリハットを出すだけでなく、対策検討も積極的に行えた。	

事業報告	◎離施設事故0件 1.離施設リスク者リストを作成し、毎朝確認することで離施設事故を予防することが出来た。また、リスト作成の中でその利用者様の離施設したい理由を考えて話し合うことができた。 2.他事業所のヒヤリハットを定例会議にて職員に共有することによって、同じ事故を予防することができた。 3.開始当初は意識が低かったが、事業所内での声掛けや件数の報告により件数は増加した。毎日の反省会でのヒヤリハットの確認、ケアカルテへの入力方法の伝達等を行った結果、全員が目標の件数を達成することができた。また、対応策も定例会議にて協議し、事故予防につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の気持ちを想像し、利用者様が喜ばれる支援を行う。	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		施設長
					―	◎	◎	◎	―	◎	◎	◎	―	◎	◎	◎	
	事業所	★2	過去のつぶやきからアクティビティ、レクリエーションを実施する。	つぶやき担当/介護職員	花見 つぶやき収集・改善点実施	端午の節句 つぶやき収集・改善点実施	梅雨 つぶやき収集・改善点実施	流しそうめん つぶやき収集・改善点実施	お盆 年間予定見直し	運動会 つぶやき収集・改善点実施	ハロウィン つぶやき収集・改善点実施	紅葉狩り つぶやき収集・改善点実施	クリスマス つぶやき収集・改善点実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	○	○	◎	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	満足度調査の結果から送迎時のご様子の伝え方、発信の仕方を身につける。	担当介護職員/介護職員	フロア会議で実施内容確認	実施		満足度調査確認 評価	フロア会議で実施内容確認	実施			満足度調査確認 評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	◎/○	○	○	○	○	◎/○	◎	◎	◎	
	事業所	4	ケアプラン作成時にその人ならではのケアについて、一つカンファレンスで挙げ、プランに反映する。	相談員/介護職員	プラン作成・反映・チェック 当月対象利用者様にカンファレンス実施	プラン作成・反映・チェック	プラン作成・反映・チェック	プラン作成・反映・チェック	プラン作成・反映・チェック 効果確認	プラン作成・反映・チェック 当月対象利用者様にカンファレンス実施	プラン作成・反映・チェック	プラン作成・反映・チェック	プラン作成・反映・チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/△	○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の食べる楽しみについて、追求できていない。 ・利用者様の楽しみ作りに目が向いていない。 ・日々の声掛けが職員個々の能力に頼っている。 ・2020年度より）ケアプランは作成されているが、その人自身の生活や身体機能に向けて作成されておらず、同じような支援内容となっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.予定通り実施できた。 4.カンファレンスの実施は計画通り進んでいる。プラン作成が遅れがちであり、要改善。	1.意見が少なく、改善方法に苦慮したため、次回は聴取方法に改善が必要。 2.3.予定通り実施できた。 4.同じような項目ばかり目立ってきたため、改めてその人ならではのケアについて確認した。	1.調査の遅れはあったが実施できた。 2.満足度調査やつぶやきにより行事や内容を変更しながら行った。 3.4.予定通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様が喜ばれることは何か、うれしい気持ちにどうやったらなれるか、意識して取り組むことができた。しかし、時には業務に視点が行ってしまい利用者様の気持ちへの関心が薄れることもあったため、継続して取り組む必要がある。 1.栄養士と介護職とで事前に相談し予定通り実施することが出来た。 2.月に必ず1回はレクリエーションを開催することが出来た。満足度調査にて要望を確認し、運動ができるものや外出を中心に行った。 3.口頭や申し送りノートにて周知を図るとともに、満足度調査の内容を共有した上で接遇マナー研修へ参加した。職員間の意識向上につながった。 4.計画を進めていく中で、同じような支援内容に徐々に戻りつつあった為、カンファレンスにて援助内容を協議し、あらためてその方ならではのケアについて提案した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症という疾患を理解し、利用者様の思いを想像したケアにつなげる。	事業所	1	認知症の知識をさらに高める。（認知症基礎研修や認知症介護実践者研修、オンラインも含む）	担当介護職/介護職	上半期研修参加期間（職員一名以上参加）				中間報告	下半期研修参加期間（職員一名以上参加）				振り返り	次年度準備		施設長
					―	―	―	△	○	―	―	◎●	―	○	○	◎	
	事業所	2	歴史表の対象者を増やし、歴史表からの情報を踏まえた支援方法を展開、ケアプランに反映する。（歴史年表も活用する）	担当介護職/介護職	歴史表を踏まえたカンファレンス実施⇒ケアプランに反映									振り返り	次年度準備		施設長
					歴史表作成	歴史表作成	歴史表作成	歴史表作成	中間評価	歴史表作成	歴史表作成	歴史表作成	歴史表作成				
					○/◎	○/◎	○/◎	○/◎	○/○	○/◎	○/◎	○/○	○/○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内での研修は受講したが、まだ知識不足があり、さらに新しい知識、新しいケアを習得する必要がある。 ・2020年度より）歴史表は一部の利用者様に作成したが、ケアプランへの反映までいたっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.7月に実施予定。 2.カンファレンスは予定通り実施できている。歴史表も並行して進めている。	1.7月の研修が中止となり、下半期に参加を計画する。 2.計画通り実施。	1.11月に予定通り実施。 2.作成が遅れている利用者様もいる為、今年度中に作成を依頼する。	

事業報告	◎認知症ケアという部分では、まだまだ知識、技術を高める必要がある。知識として持っていても実際のケアには十分につながっていないことも課題であり、継続して知識の実践について取り組む必要がある。 1.7月に予定していた研修が中止となり、上半期は研修参加ができなかったが、下半期は11月に下諏訪町社会福祉協議会主催の認知症研修に3名参加した。 2.歴史表の作成は個人により差が大きく生まれた。ご家族から返信が全くない方以外は、歴史表が完成しケアプランに反映できた。歴史表から話題も広がり、利用者様とのコミニュケーションも多くなった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
小規模事業所ならではの催し・取り組みを行い、事業所の特徴として外部の発信する。	事業所	★1	季節に合った外出機会を設け、特徴の一つとして定着する。	担当介護職員/介護職員	月間予定・年間予定に沿って実施									振り返り	次年度準備		施設長
					写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成	予定見直し	写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成	写真掲示・アルバム作成				
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎	◎	
	事業所	2	前年度の活用状況を踏まえ、脳若トレーニングの活用範囲を広げる。（頻度・時間・プログラム）	担当介護職員/介護職員	活動計画に沿って実施									振り返り	次年度準備		施設長
					月末効果判定	月末効果判定	月末効果判定	月末効果判定	計画見直し	月末効果判定	月末効果判定	月末効果判定	月末効果判定				
					○	○	○	○	○/△	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	食に関する催し物を定期的に開催し、感想から次イベントへと反映し発展する。	相談員/栄養士	毎月のイベント計画に沿って実施									振り返り	次年度準備		施設長
					感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達	感想聴取伝達				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	地域の方々の協力を得て、脳若ガイドを作り、地域との連携を強める。（実施ごとに反省会を実施）	担当介護職員/介護職員	脳若ガイド開始	実施・反省会	実施・反省会	実施・反省会 評価	実施・反省会	実施・反省会	実施・反省会 地域での予防教室実施	実施・反省会	実施・反省会	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○/△	△	△	○/◎	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・外出するという認識が薄れ、屋内での活動にとどまっている。 ・2020年度より）脳若トレーニングは実施しているも、実施方法の工夫ができておらず、特徴の一つとなっていない。 ・事業所の特徴といえるものが定着できていない。 ・事業所の強みとなるものを打ち出せていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.4.予定通り実施。 3.通所相談員会議の予定に沿って開催。	1.2.4.予定通り実施。 3.通所相談員会議の予定に沿って開催。	1.2.予定通り実施。 3.通所相談員会議の予定に沿って開催した。 4.介護予防教室内で実施した。	

事業報告	◎職員が計画しイベントを数多く実施した。食事、外出を中心に行ったが、強みとまではまだ定着していない。他の事業所が実施していないことへも着目し、次年度以降も取り組む。 1.毎月感染症対策を行いながら外出イベントを行うことが出来た。アルバムは「かさばる」というつぶやきがあがった為、希望者のみに配布することとした。その他は廊下に掲示し、利用者様が見て楽しめるようにした。 2.定例会議にて脳若トレーニングに関する問題点や進行の仕方の工夫等を話し合い、毎回導入することができた。 3.通所相談員会議にて情報共有を行いながら実施した。外注の弁当を利用したり、厨房業者と話し合いながら毎月工夫しながら実施できた。利用者様の要望をしっかりと把握してから開催するほうが効果が高いと思われ、次年度の課題とする。 4.脳若トレーニングの実施方法が定まらず、地域の方々への協力要請が遅れてしまった。打合せまではできたが、コロナ禍ということもありデイサービス内での実施は見合わせた。今年度は介護予防教室にて脳若トレーニングを紹介・体験してみるのみに留まってしまった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
毎月の稼動率を安定させ、適切な収差をあげる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		施設長
					新規件数の推移を確認												
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	営業予定、利用予定から事業所の稼動推移が予想でき、目標達成が出来る。	施設長/相談員	稼動ミーティングを実施し、前週の効果確認と翌週の対策立案を行い迅速な行動計画を立てる。									振り返り	次年度準備		施設長
					月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定	月末予測から手法を決定				
					○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	◎/△	◎/△	○/△	○/△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）居宅ケアマネとの信頼関係ができている事業所は限られている。そのため新規依頼も波があり、依頼を1件も頂けていない事業所もある。 ・実施した取り組みについての、効果の確認や稼働率との結びつきが弱い。 ・地域ニーズと、利用者ニーズがサービスに反映されていないため、稼働向上に繋がらない。 ・通所相談員としての能力向上が稼働向上に必要である。 ・2020年度より）目標に近い結果は出せているが、先を見据えての行動が定着できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.予定通り実施。 3.対策の立案が一つに偏る傾向にあるため。要改善。	1.2.3.予定通り実施。	1.2.予定通り実施。 3.対策は実施されているが、効果が出ないことが多かった。。

事業報告	◎年間平均稼働率:78.8%　年間新規利用者件数:20名 1.通所相談員会議にて情報共有を行えた。情報共有から自事業所で実践しなければいけないことについては、認識が薄く後回しになっていた。 2.相談員が介護業務に入る機会が増え、直接の事業所訪問を行う機会が減少した。そのため、電話やFAXなどを活用し、関係を築くように努めたが思うような結果は得られなかった。 3.毎週のミーティングが実施できないこともあったが、対策自体は実施した。根本的な稼働率低下の要因について、再度協議した。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎/○	◎	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	◎	◎	△	
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設長
						防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施											
					◎/◎	◎	◎/○	◎/○	○/○	○	○	◎/◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.災害時の対応に慌てることがあった。 3.計画通り実施できた。	1.日々の感染対策が実施できている。 2.区との総合防災訓練を実施できた。 3.計画通り実施。	

事業報告	◎毎月の防災訓練、持ち出し袋のチェックはできたが、8月の豪雨災害の際には慌てることもあり、災害に対する意識が低かったことを痛感した。どのように行動するのか、何が必要なのか、あらためて事業所内で周知する必要があった。 1.毎日欠かさずチェック表にて決められたアルコール消毒・換気等の対策を行った。利用者様での発生もなく感染対策ができている。 2.防災委員会の年間計画に沿って避難訓練を行えたが、9月の豪雨の際には対応に慌てる場面もあった。 3.ランタン等の不足品を揃え、計画停電の際に実際に使用できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○/○	△/△	△/△	○/○	○/○	○/○	○				
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○	△	△/△	○				
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会	マナーテスト	テスト振り返り	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
						テスト作成		ロールプレイ内容			ロールプレイ内容						
					○	○/○	○	○/○	○	○	○/○	○	○				
	事業所	4	職員の中で対応が難しいと感じている利用者様に対し日々の業務の中で情報共有し統一した対応を行う。	介護主任/全職員	職員への聞きとり・検討会の開催	①検討した対応表の実行②毎日の夕礼での報告③報告から効果があったことの情報共有・見直し								振り返り	次年度準備		施設マネージャー
						対応表の作成	活用チェック	効果の確認	対応表の見直し	活用チェック	効果の確認	対応表の見直し					
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）通所事業所は利用者様はお客様という意識が特に必要だが職員の認識が弱い。 ・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となり事業所単位での改善につながっていない。 ・突発的に発生したストレスに対処できない為常に感情のコントロールが行える鍛錬が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.必須研修内での気づきをフロアに展開した。 2.ユマニチュードの基礎研修を実施した。 3.マナー研修、テストを実施した。 4.対応困難者に対して夕礼で報告、検討した。	1.必須研修内での気づきをフロアに展開した。7月、8月はワクチン接種のため研修中止。 2.ユマニチュードを事業所で実践した。 3.接遇のロールプレイを実施した。 4.対応困難者に対して夕礼で報告、検討した。	1.利用者体験からの気づきを基に提案事項を事業所内で展開した。 2.ユマニチュードのチームを作成した。 3.接遇のロールプレイを実施した。 4.対応困難者に対して夕礼で報告、検討した。

事業報告	◎虐待、拘束などの不適切ケアは2021年度は0件であった。 1、必須研修内の利用者体験を通して、利用者様の気持ちを理解し自身の仕事の内観につなげることは継続して実施していく。今後も研修からの気づきをフロア内に展開していく。 2、ユマニチュードを勉強し利用者様に寄り添うことを実践している。 3、接遇、マナーに関してマナーテスト、ロールプレイは利用者様の気持ちに気づくことにつながった。振り返りが弱かったと感じた。 4、対応が難しいと感じる利用者様の情報を夕礼、申し送りで反映し職員間で情報を共有する。情報を共有することにより統一した対応が取れている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	★3	各自が各業務の役割を理解した上で事業所内で予測される事故対策を行う。	介護主任/全職員	①1人1日1つ以上の気づきを上げる（ヒヤリハット）②夕礼にて報告してすぐ改善できることはその場で対策を立案する									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					危険箇所の洗い出し・ルール化	①決められたルールに基づき実践を行う(毎日）②ルール通リ行えているか確認する(定例会議/月）。③ルールの見直し・業務内容の改善(定例会議/3ヶ月)											
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故発生時の対応が職員ごとの対応になっており、伝達不足および対策の共有が行えていない。 ・事故発生時にプランを確認し、プラン変更が検討されていない。 ・離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ヒヤリハットの集計を実施したが、ヒヤリハット件数が少ない施設がある。気付きの視点を養い事故防止を図る必要がある。 ・各自が予測したケアの認識が薄く、目の前にあることに集中した業務となっている。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.通所Ｌ会議にて対策リストを作成した。 2.通所Ｌ会議にて対策強化する事柄を決定し情報共有した。 3.毎日ヒヤリハットを夕礼で確認し対策を立案した。			７月-９月評価 1.対策リストを毎月確認し新たな事例を追加している。 2.通所Ｌ会議にて対策強化する事柄を決定し情報共有した。 3.ヒヤリハットを夕礼で確認し対策を立案した。			１０月-１２月評価 1.対策リストを毎月確認し新たな事例を追加している。 2.通所Ｌ会議にて対策強化する事柄を決定し情報共有した。 3.ヒヤリハットを夕礼で確認し対策を立案した。			

事業報告	◎2021年度、離施設事故は3件であった。職員が離施設しそうな利用者様を意識出来るよう業務改善し、正面玄関もボタン式に変更している。 1、離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加した。 2、職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行した。 3、ヒヤリハットの取り組みを実践しているが件数が少ない現状がある。その日のヒヤリハット、事故に関して夕礼で対策を立案し実行できている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様にとって通うことが楽しみとなり、気持ちの良い環境つくりと接遇マナー・運転マナーを身につける。	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		各管理者
						○	○	○		○	○	○					
	事業所	2	利用者様目線での身だしなみ（服装・化粧等）や言葉使いを行いサービス業という自覚を持つ。	リハビリ主任/介護主任	身だしなみチェックと接遇マナーチェック		チェック表をもとに面談			身だしなみチェックと接遇マナーチェック		チェック表をもとに面談		振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	○	○		○	△	△	○				
	事業所	3	接遇、マナーを良くするため、ロールプレイにて自分の対応を知り日々の業務で実践する。	介護主任/全職員	勉強会の開催	テスト作成	テストの実施	テスト振り返り	ロールプレイ（テーマの選定）		ロールプレイの振り返り	ロールプレイ（テーマの選定）		振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①朝礼、夕礼の申し送りを活用し不適切であった対応の振り返り ②決められたルールの実行と見直し												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	★4	利用者様がデイケアを気持ちよく使っていただけるよう環境を整え整備する。	リハビリ主任/介護主任	①業務リーダーの役割を明確にする。②ルールに沿った清掃・破損箇所の確認。③業務フローの見直し・修正									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①週１回の主任による確認												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	★5	ドライブレコーダーを活用し利用者様を不安させる運転になっていないか定期的に確認する。	リハビリ主任/介護主任	①利用者からのつぶやきの吸い上げから運転マナーの他者チェックを行う。 ②苦情が上がりしだい対象者への運転チェックを実施する。									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①毎月のドライブレコーダーからの勉強会の開催。②管理者による運転チェックの実施												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）運転マナーが出来ていない、事故報告が速やかに報告できていない。 ・接遇マナー・身だしなみ・丁寧な言葉遣いが出来ていない。おもてなしの気持ちが持てていない。 ・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度より）人数の多さを理由に1人1人への細かな心配りが不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.嗜好調査票を実施した。 2.身だしなみチェック、接遇マナーチェックを実施した。 3.接遇マナーの勉強会を実施した。 4.業務リーダーの役割を明確にした。 5.運転マナーの他者チェックを実施した。	1.嗜好調査票の作成に時間が掛り計画遅延した。 2.身だしなみチェックを実施した。 3.ロールプレイを実施した。 4.ルールに沿った清掃、破損個所の確認を実施した。見積もりを取った。 5.運転マナーお他者チェックを実施した。	1.嗜好調査を実施し改善に努めた。 2.身だしなみチェックを実施した。 3.ロールプレイを実施した。ルールの見直しを実施した。 4.破損個所の確認、業務を見直した。 5.運転マナーの他者チェックを実施した。

事業報告	◎気持ちの良い環境つくりとして接遇マナー、運転マナーの教育を年2回ずつ実施し取り組んでいる。職員も接遇マナーを意識して業務を実行している。 1、年2回嗜好調査を実施し利用者様の言葉、意見から献立内容を改善した。効果測定で写真撮影、試食を実施した。 2、利用者様目線での身だしなみ（服装・化粧等）や言葉使いの教育を実施、身だしなみチェックと接遇チェックを年2回実施した。 3、接遇マナーのテスト、ロールプレイを実施し不適切な対応の振り返りを実施した。 4、業務フローの見直しを実施し、ルールに沿った清掃を実施した。破損箇所を確認し修理依頼、物品破棄を実施した。 5、ドライブレコーダーを活用し、利用者様を不安させる運転になっていないか定期的に確認した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様に関係する人と密な情報共有を図りその人らしい在宅生活を支援する。	事業所	1	対象者を決め観察力や気づく力を身につけるために日々の振り返りの中で職員間で情報共有し統一したケアを提供する。	介護主任	①毎日の夕礼での情報共有を行う。②定例会議の必須議題として利用者様の行動変化をチェックする。									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					定例会議にて統一ケアの効果の確認を行う。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	2	ご本人の生活歴を理解し安心して過していただく環境を作るため、軽度認知症利用者様についてご家族・ケアマネへ迅速な情報共有を行う。	介護主任	①新規利用者様を中心に生活歴の情報収集を行う。②対象者の認知症症状について勉強会を行う。 ③対応に苦労したケースを夕方の申し送りで確認し、情報収集シートに記載を行う。 ④ご家族・ケアマネへ情報共有・情報発信を行い、ケアプランの見直しを実施する。									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					ケアアシストを活用し、ケア内容の効果確認と見直しを実施する。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	★3	作業療法士の専門性を発揮し、認知機能の低下予防に関する新たなメニューを提供する。	リハビリ主任/リハビリ職員	①新しいメニューを実施する。		聴き取りを精査する。効果の確認	②新しいメニューを実施する。		聴き取りを精査する。効果の確認	③新しいメニューを実施する。		聴き取り提供内容を精査する。	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様を知ること、理解したうえで気持ちを想像することが不十分である。 ・2020年度より）新たに知ろうとする自己成長が不十分であり新たな技術や知識に関する情報収集が不十分である。 ・2020年度より）対応が困難な利用者様について対策が見つからずそのままにしている。 ・認知症への理解が乏しく、通所が在宅の一部であり、在宅生活を支えている認識が不足している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.夕礼で情報共有を実施した。定例会議にて必須議題として上げている。 2.生活歴の情報収集を実施した。 3.認知機能の低下予防に関する新たなメニューを実施した。	1.夕礼で情報共有を実施した。定例会議にて必須議題として上げている。 2.対応に苦労したケースを夕方の申し送りで確認した。 3.認知機能の低下予防に関する新たなメニューを実施した。	1.夕礼で情報共有を実施した。定例会議にて必須議題として上げている。 2.新規利用者を中心に生活歴の情報収集を実施した。 3.新しいメニューを実施した。間違い探しが人気であった。	

事業報告	◎認知症の方を理解するため認知症に関して勉強会を実施した。夕礼にて認知症の種類による対応方法を職員間で情報共有した。利用者様の行動において職員が困った事例に関して、ケアマネ、家族から情報共有を図り取り組んだ。 1、職員が対応に困っている利用者様に関して夕礼で情報共有を実施し、デイケア会議内にて行動変化をチェックした。 2、認知症の複数症状の勉強会を実施し生活歴の情報共有を実施した。ご家族、ケアマネへ情報共有、発信を行いケアプランへ反映した。 3、作業療法士が中心となり認知機能の低下予防メニューを作成し取り組んだ。年3回新しいメニューを作成した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が主体的に、やりたいことができる。る。できるような運動の環境を整え	事業所	1	3ヶ月毎の専門集団リハビリ(平行棒運動、レッドコード、温泉プール<30分メニュー、15メニュー>含む)提供内容の精査を図る。人気のある運動内容を残し、そうでない項目は、新たな運動メニューに置き換えて提供する。	リハビリ主任/リハビリ職員	①新しい専門集団リハビリを実施する。		聴き取りを精査する。	②新しい専門集団リハビリを実施する。		聴き取りを精査する。	③新しい専門集団リハビリを実施する。		聴き取りを精査する。	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	★2	介護職もプログラムの内容を理解した上で利用者様を誘導できる仕組みつくりを行う。	介護主任/介護職員	①リハビリ内容の理解をする。②「また来たい」と感じていただけるように、介護職からリハビリプログラムへの声かけを行う③新規・体験担当職員は利用者様へ紹介を行う。									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①事前の情報を朝礼にて全職員が共有し、全職員が声かけを行う。②夕礼にて利用者様の情報共有を行う。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	3	ＳＴのいる強みを活用した口腔プログラムを提供する	ＳＴ	①新メニューを実施する		聴き取りを精査する。	①新メニューを実施する		聴き取りを精査する。	①新メニューを実施する		聴き取りを精査する。	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					①毎月２回口腔に関するイベント・学習会の開催（利用者様向け）												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	4	利用者様個々の目的に沿った短期集中リハビリ終了からのルールを明確化し専門集団リハビリの係りをどう作るかメニューの構築を行う。	リハビリ主任/リハビリ職員	①対象者への短期集中リハビリの実施及び卒業目標の明確化 ②専門集団リハビリの実施と定期的なメニューの見直し									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					継続的に在宅生活を支援するためのプログラム表および可視化したリハビリ評価表を作成、提案する。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				
	事業所	★5	ご自宅で行えるリハビリ・運動の実施に関して、利用者様のモチベーション向上に繋がるイベントを開催する。	リハビリ主任/リハビリ職員	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：0T〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	月２回イベントの開催〈担当：0T〉	月２回イベントの開催〈担当：PT〉	振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）集団リハビリの利点は、集団で一緒に行うことで、やる気や活動量の向上に繋がるメリットがある。その一方、動きが単調になる傾向があるため、「飽きがこないように」取り組む必要がある。 ・「楽しい」「またやりたい」という感覚をもっていただき、「知り合いの○○さんにも紹介したい」といった流れが出来ていない。 ・2020年度より）介護職員からのリハ職へのサポートが出来ていない。 ・リハビリの専門性を活かした効果的なイベントの提供が出来ていない	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.新しい専門集団リハビリを作成した。 2.リハビリ内容の勉強会を実施した。 3.口腔に関するイベントを実施した。 4.専門集団リハビリの実施、メニューの見直しを実施した。 5.月2回のイベントを計画実施した。	1.専門集団リハビリの実施、見直した。 2.介護職が運動への声掛けを実施した。 3.口腔に関するイベントを実施した。 4.専門集団リハビリの実施、メニューの見直しを実施した。 5.月2回のイベントを計画実施した。	1.専門集団によるリハビリを実施した。 2.朝礼にてリハビリ内容を周知し情報共有した。 3.口腔に関する体操、イベントを実施した。大変好評であった。 4.リハビリ評価表を作成した。 5.月2回のイベントを実施した。	

事業報告	◎利用者様が主体となり運動できるよう環境を整えることができた。 1、3ヶ月毎の専門集団リハビリ(平行棒運動、レッドコード、温泉プール<30分メニュー、15メニュー>含む)提供内容の精査を図った。人気のある運動内容を残し、そうでない項目は、新たな運動メニューに置き換えて提供した。 2、デイケア会議内でリハビリのプログラムについて理解を図った。内容を理解した上でリハビリプログラムへの声掛けを介護職が実施した。 3、STのいる強みを活用した口腔プログラムを提供した。季節ごとの筋力状況、身体状況に合った体操を3種類作成、実行した。 4、短期集中リハビリの実施及び卒業目標の明確化を実施した。集団リハビリと定期的なメニューの見直しを実施したがリハビリ職員間で集団リハビリに対する理解が薄い。 5、リハビリ職員よりご自宅で行えるリハビリ・運動をコンセプトに月2回イベントを実施した。ポカポカ体操等利用者様から「自宅でもやっています」と声があった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。 相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					○/○	○/○	○/○	○/○	△/○	△/○	△/○	△/○	○				
	事業所	3	「自ら行うリハビリ」というイメージをケアマネージャーに定着させるため、適切なスケジュール管理を行い、計画的な営業や広報活動を行う。	支援相談員/支援相談員	①週1回稼動ミーティングを実施し、前週の対策について効果確認と今後の対策を迅速に行う。 ②取り組んだことのPRを各居宅事業所に月3回以上営業を行う。 ③3ヶ月に1度のケアマネ見学会の開催									振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△	○/△/△				

なぜ、取り組むのか？（原因）	◎居宅事業所から選ばれる事業所を ・2020年度より）事業所で取り組んでいる内容を十分広報することが出来ていない。 ・居宅ケアマネとの信頼関係を作り、新規依頼を増やし、稼動向上につなげる必要がある。 ・地域ニーズを捉えた営業により、新規件数を獲得する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ケアマネアンケートを実施した。効果、課題を明確にした。 2.営業ツールの検討、対策の実施を行った。 3.週1回稼働会議を実施した。効果確認、今後の対策を実施した。	1.ケアマネのニーズを明確にし対策を実施した。 2.8月、9月は十分な営業を実施できなかった。 3.週1回稼働会議を実施した。効果確認、今後の対策を実施した。	1.居宅ケアマネと連携を取り効果があった取り組みを共有した。 2.営業を実施しながら新規件数の推移を確認した。 3.週1回稼働ミーティングを実施した。	

事業報告	◎ケアマネアンケートを実施し、ケアマネのニーズを把握した。ケアマネからの要望には速やかに対応するよう努めた。 1、ケアマネへアンケートを2回実施した。個別機能訓練を希望されるケアマネも多くみられるが相談員の対応が迅速で良いとの意見や豊富な運動メニューが喜ばれている。丁寧な対応、速やかな情報共有が求められているため今後も実施する。 2、月平均2～3回営業に行くが8月～11月は営業が月1回となり満足な営業活動が展開できなかった。 3、毎週水曜日に稼働会議を開催し前週の対策に関して効果確認、今後の対策を検討した。コロナウィルスの影響により営業、見学会が満足に展開できなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	大型デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定②必要物品の確認・整備③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設マネージャー
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○				
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設マネージャー
						防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施											
					○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○/○	○				
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設マネージャー
					○		○	○	○		○	○					

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予防対策表を基に対策のチェックを実施した。 2. 事業継続計画を実施した。非常食の確認、備品の確認を実施した。 3. 設備、備品の調査を実施した。	1. 予防対策表を基に対策のチェックを実施した。ラウンドチェックを実施した。 2. 緊急連絡網のテストを実施した。非常食の確認、備品の確認を実施した。 3. 設備、備品の購入を検討した。	1. 予防対策表を基に対策のチェックを実施した。ラウンドチェックを実施した。 2. 緊急連絡網のテストを実施した。 3. 設備、備品の購入を検討した。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保のため事業継続計画に基づき災害時の体制、対応方法を整備した。 1、感染予防チェック表に基づき対応した。 2、事業継続計画を周知し災害時の体制を整備した。非常食、物品を整備し緊急連絡網のテストを実施した。 3、大規模停電に備え、ランタンを用意しひざ掛けを購入した。不足品の調査を実施した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育 実施チェックリストの作成		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	●	○	○/○	○	○	○/○	○	○●	○	○	◎	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○●	○	○	◎	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のGH（利用者様の生活に合わせたGH）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う。（職員の過度な負担にならない留意が必要）	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う	いたただくのか決める（事業所毎）	どこまで利用者様に行って	食事つくり・選択・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○●	○	○	◎	
	事業所	★4	一般職にHMから注意されたことを聴取し、結果をHMに伝達、注意がしやすい環境を作る。	HM/介護職	聴取と伝達、各自の目標設定	どの点を改善するのかを明確にして、毎月のフロア会議にて進捗を報告する。 各自で実施			HMより中間報告	各自で実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○/○	○/○	○/○	○/△	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	
	事業所	★5	職員が、利用者様本人を知り、利用者様の行動に納得できる考え方を身に付ける。	HM/介護職	事前に利用者様を選出、フロア会議で検討、対応策決定。センター方式を活用し1名ずつ、3ヵ月間実施する。この取り組みを研究発表で報告する。 第1期取り組み期間（効果測定含む）			第2期取り組み期間（効果測定含む）			第3期取り組み期間（効果測定含む）			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○●	○	○	○●	○	○	○●	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。 ・認知症の症状の知識としての理解はできたが目の前の利用者様の行動が結びついていない。 ・利用者様が主体的に行うということを理解していない。 ・職員間で注意しあうという風土が構築されていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.計画通り実施できた。 3.職員に聞き取り利用者様の役割表を作成した。 4.職員個々の改善点を洗い出した。 5.利用者様をピックアップし、行動について話合い対策を実施した。	７月-９月評価 1.2.計画通り実施できた。 3.利用者様主体の考え方の理解に差があった。 4.職員ごとで指摘に対する認識の差があった。 5.対策の成果に波があった。	１０月-１２月評価 1.2.3.計画通り実施できた 4.改善の程度に職員の差があった。 5.取り組みに継続性がない時があった。

事業報告	◎不適切ケア0件 1.全職員が必須研修に参加し、認知症について学んだ。業務へ積極的に活用する職員とそうでない職員とに分かれたため、次年度は事業所内で具体的に何をするか明確な方法が必要である。 2.利用者様体験を年間を通して実施することができ、利用者様の気持ちも想像することに意識が高まった。 3.フロア会議で検討し利用者様のできること、続けられそうなことを提案した。利用者様にも説明し身体機能的に可能な方は継続して実施できた。 4.HMより職員に対して会議を通して指摘を行った。伝え方によって理解に差があり、改善の程度にはばらつきがあったが、職員間で注意する風土に向けて前進できた。 5.センター方式を活用し利用者様の行動を見直したことで、以前よりも利用者様の行動への納得はできるようになった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○/●	◎	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	◎	
	事業所	2	気づきの視点を強めるため、ヒヤリハットを職員個々であげ、習慣をつける。	HM/介護職	開始（一人2件以上）	実施 月末チェック	実施 月末チェック	実施 月末チェック	中間評価	実施 月末チェック	実施 月末チェック	実施 月末チェック	最終評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○/◎	○/◎	○/◎	△	○/○	○/○	○/○	○●	○	○	◎	
	事業所	3	現在実施している有酸素運動に加え、利用者様の身体機能を維持するプログラムを実施し、事故発生を予防する。	HM/介護職	下肢運動メニュー開始	実施	実施	実施	中間効果測定	上肢運動メニュー追加	実施	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度離施設は発生しなかったが、他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・2020年度より）ヒヤリハットは年間を通して少なく、事故予防意識そのものが浸透していない。 ・2020年度より）有酸素運動は継続して実施できたが、いつも同じような内容となってしまっている。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価				１０月-１２月評価				
					1.重大事故の分析から確認事項を決定した。 2.3.計画通り実施できた。				1.重大事故はないが転倒事故が繰り返し発生した。 2.3.計画通り実施できた。				1.2.計画通り実施できた。 3.継続して実施できた。				

事業報告	◎重大事故発生0件 1.重大事故は発生しなかったが、転倒による骨折が3件発生した。入居前、入所時のアセスメントの弱さがあり身体機能の評価にさらに重点を置くことが必要とわかった。他事業所の事故についてはフロア会議で共有し、対策の展開を行った。 2.事故予防の観点で、職員にヒヤリハットを挙げていくことを伝え、目標数を設定し実施した。月によるばらつき、職員によるばらつきは最後まで改善ができなかった。 3.下肢の運動メニューを毎日実施でき、フロア会議で運動メニューの効果について評価したが、転倒事故の発生もあり大きな効果は得られなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の今までの生活背景や歩んで来られた人生を知り、敬意を持ってケアに活かす。	事業所	1	接遇の能力を高める。	HM/介護職	接遇マナーのチェック	接遇勉強会の実施		接遇マナーのチェック	接遇勉強会の実施		接遇マナーのチェック	接遇勉強会の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎		◎	○		◎	○		○	○	◎	
	事業所	★2	利用者様ごとのアルバムを作成し、利用者様とのコミュニケーションの一つとする。（完成したアルバムはご家族へわたす）	HM/介護職	写真収集		アルバム作成期間		利用者様にお渡しし、話しの題材にする		アルバム見直し	利用者様にお渡しし、話しの題材にする		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	△	○	△	○	○	◎	
	事業所	3	季節が感じられる環境を作り、楽しみのあるアクティビティ、イベントを実施する。	HM/介護職	花見	端午の節句	梅雨	流しそうめん	お盆	運動会	ハロウィン	紅葉狩り	クリスマス	振り返り	次年度準備		施設長
					年間計画表に沿って実施する（テーマは上記）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員によって意識に差が見られており、介護者としてふさわしい言葉使いやマナーが身についていない。 ・利用者様の今まで過ごしてきた姿が残されておらず、その場限りの対応で終わっている。 ・2020年度より）模様替えや飾りつけは季節ごとで実施できたが、行事というまでの取り組みができなかった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.計画通り実施できた。 3.年間の予定表を作成し実施した。	1.問題なし。 2.写真は行事など撮影しているが進捗について要改善。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.写真は撮ったが、全員のアルバム作成が完了しなかった。 3.問題なし。	

事業報告	◎日常の会話の中で過去の職業や思い出について話題に出したり、季節の行事から話題にしたりと生活背景に興味をもって接することができた。 1.接遇マナーチェック表を活用し、出来ていない項目について重点的に勉強会を実施しマナー、言葉使いを見直すことができた。 2.写真は毎月撮影はできたが、アルバム作成についてはプリンターの不具合により印刷ができず、全員分が完成できなかった。継続して作成する。 3.テーマに沿って季節が感じられる環境整備やイベントを実施できた。利用者様からはご自身の過去の経験もお聞きすることもあり成果があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
事業所全体の認知症の知識、ケアの向上を図り、利用者様の言動について、その背景を追究する仕組みを事業所内で作る。	事業所	1	認知症の知識をさらに高める。（認知症基礎研修の活用。オンラインも含む）	HM/介護職	上半期研修参加期間				中間報告	下半期研修参加期間				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	○	○	◎	○●	○	○	◎	
	事業所	★2	ユマニチュードの知識、方法を勉強し実践する。	HM/介護職	勉強会実施 実践開始	立つケア実践	効果判定	勉強会実施 実践開始	触れるケア実践	効果判定	勉強会実施 実践開始	見るケア実践	効果判定	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○	△	○/○	○	△	○/○	◎	○	○	○	◎	
	事業所	3	現存のセリフ集から発展し、利用者様一人ひとりが喜ばれる話題、声かけなど追加し個別のセリフ集を作成する。	HM/介護職	年間を通し、利用者様が喜ばれた声掛けや話題を特記にて記録に残す。									振り返り	次年度準備		施設長
					一人目の利用者様に実践		二人目の利用者様に実践		中間評価	三人目の利用者様に実践		四人目の利用者様に実践					
					○/◎	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内研修は受講できたが、認知症に対する新しい知識やケアに触れることはできなかった。 ・認知症ケアを積極的に習得しようとしていない。 ・2020年度より）セリフ集から声掛けを見直したが、声掛けが誰でも同じような掛け方になっていた。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.エリア内研修には参加、外部研修は選定中。 2.計画通り実施したが効果は感じられなかった。 3.計画通り実施できた。				７月-９月評価 1.GH大会への参加を予定した。 2.実践できたが大きな変化は見られなかった。 3.計画通り実施できた。			１０月-１２月評価 1.GH大会へ参加できた。 2.効果判定に迷う部分があった。 3.計画通り実施できた。				

事業報告	◎ユマニチュードを学び知識の向上はいくらかできたが、事業所全体でのケアの質の向上はまだ課題がある。具体的な対応方法、声掛けの仕方など細かく決め共通の認識として持つ必要があった。 1.人事異動から職員体制が変わり、研修参加の調整ができなかった。下半期にGH大会へWeb上で参加するにとどまった。職員が参加できるよう参加の仕組みが必要である。 2.全職員がユマニチュード研修に参加し、学んだことを実践してみたが、なかなかうまくいかず継続性もなかったため、大きな効果は得られなかった。 3.セリフ集を活用し、利用者様への声掛けを行った。事前の説明に不備があり、セリフ集の言葉をそのまま使う場面もあったため、状況やタイミングなど工夫するべきところが多くあった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様がいつまでもできることを続けるという、事業所の強みを高める。	事業所	1	利用者様が自分でできることを今より1つ以上増やし、プランへ反映する。	HM/介護職	現状の見直し	新しくできることの実践			効果の確認	新しくできることの実践			効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					新しくできたことは日課としてプランへ反映する。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/△	○	○	◎	
	事業所	★2	ご家族との接点を増やす（カンファレンス・面会・イベントでの食事等）。	HM/介護職	カンファレンス予定に合わせて実施									振り返り	次年度準備		施設長
							イベント	お手紙送付	合同イベント	お手紙送付	イベント	お手紙送付	合同イベント				
							○	○	△	○	○	○	△	○	○	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）身体機能的にできることが多い方であっても、職員が先回りして行っていることがあった。 ・ご家族との接点や、利用者様と過ごす時間が少なくなっており、工夫ができていない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価				１０月-１２月評価				
					1.計画通り実施できた。 2.利用者のみでイベントは実施できた。				1.計画通り実施できた。 2.合同イベントはコロナの影響で見合わせた。お便りは送付できた。				1.計画通り実施できた。 2.合同イベントはコロナの影響で見合わせた。お便りは送付できた。				

事業報告	◎身体機能によってできることに制限はあったが、可能な限り、利用者様の協力を得て実施するよう取り組んだ結果、調理や清掃など利用者様から参加いただくことができるようになった。 1.ケアプランに利用者様の出来ることを追記し、役割表を通じて実施することができたが、一部の利用者様に作業が偏ってしまう状況が発生した。すべての利用者様ができることに携わることができる工夫が必要であった。 2.カンファレンス時にご家族に来ていただき、利用者様、職員とも関わりを持つことが出来たが、合同のイベントは感染症の拡大で開催を見合わせた。お手紙での近況報告はご家族に好評で、電話でもお変わりがないことやご様子をお伝えした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う。	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退居に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）人事異動があり、空床の調整手順の理解がまだできていない。また申込者も少なくなっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できたが、稼働率の安定ができなかった。	2.計画通り実施できたが、稼働率の安定ができなかった。	3.計画通り実施できたが、稼働率の安定ができなかった。	

事業報告	◎年間平均稼働率97.40% 1.目標稼働率を達成するためHM会議時に営業方法や空床調整手順について情報共有や勉強会の実施を行ったが、次期入居候補者の確保やご家族との日程調整など、遅れが目立ち、空床が長く発生する月が多かった。近隣の居宅介護支援事業所や老健、病院の関係者との情報交換を頻繁に行う必要があった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎/○	◎	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	◎	◎	◎	
	施設	★2	事業継続計画に基づき、災害時の体制、具体的な対応方法を整備する。	介護長/防災委員	事業継続計画の周知		非常食整備	緊急連絡網テスト	計画見直し			緊急連絡網テスト		振り返り	次年度準備		施設長
					防災委員会の年間計画に沿って訓練を実施												
					◎/◎	◎	◎/○	◎/○	○/○	○	○	◎/◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★3	大規模停電に備え、電源設備・備品を選定し購入する。	介護長/防災委員	設備・備品調査		設備・備品購入		不足品調査		設備・備品購入			振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・災害時の業務体制、対応方法の意識が低い。 ・大規模な停電発生時の設備が無い。 ・感染症の脅威について、危機意識が低い。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.3.計画通り実施できた。			７月-９月評価 1.計画通り実施できた。 2.災害時の対応に慌てることがあった。 3.計画通り実施できた。					１０月-１２月評価 1.日々の感染対策が実施できた。 2.区との総合防災訓練を実施できた。 3.計画通り実施できた。			

事業報告	◎毎月の防災訓練、持ち出し袋のチェックはできたが、8月の豪雨災害の際には慌てることもあり、災害に対する意識が低かったことを痛感した。どのように行動するのか、何が必要なのか、あらためて事業所内で周知する必要があった。 1.毎日欠かさずチェック表にて決められたアルコール消毒・換気等の対策を行った。利用者様での発生もなく感染対策ができている。 2.防災委員会の年間計画に沿って避難訓練を行えたが、9月の豪雨の際には対応に慌てる場面もあった。 3.ランタン等の不足品を揃え、計画停電の際に実際に使用できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	きっずるーむ　ＴＡＮ・ＴＡＮ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	事業所	1	子どもの困難事例を取り上げ、事例検討を行う。	老健施設マネージャー/管理者	勉強会計画及び資料の作成		事例検討				事例検討			振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○		○				○			○	○	○	
	事業所	2	虐待チェックを定期的におこない、自己の振り返りと面接をおこなう。	管理者/保育士・保育職員				虐待チェックの実施	面接			虐待チェックの実施	面接	振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
								○	○			○	○	○	○	○	
	事業所	3	虐待につながる恐れのある言動を理解するための勉強会を開催する。 （虐待について理解する）	管理者/保育士・保育職員	勉強会計画及び資料の作成	虐待（言動）についての勉強会	虐待につながる恐れのある言動について意見を出し合う				ミーティングにて普段の接し方を見直し、気になる言動について話し合う			振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○			○	○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・資格を持った職員のみではなく、保育職員も配置されている。子育ての延長ではなく全職員が根拠ある保育をする必要がある。 ・2020年度より）託児所を利用する子どもの人数が少なく、保育士・保育職員と子どもの距離が近いことでコミュニケーションが取りやすい利点があるが、距離が近すぎて〝適切でない〟声かけも見られる。 ・虐待の種類は明確に説明することができるようになったが、どんな行動・言葉がけが虐待につながるのかが曖昧な職員もいる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。

事業報告	◎不適切ケアは0件だった。 1.子どもの困難事例をあげ検討することが出来た。 2.チェック表を基に自己の振り返りが出来ている。 3.勉強会を開催し虐待について自身の言葉使いや行動について理解を深めることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	きっずるーむ　ＴＡＮ・ＴＡＮ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	ヒヤリハットを有効的に活用する。	老健施設マネージャー/管理者	勉強会（教育）		実施			実施 実施状況の確認	実施			振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	事故それぞれに対し知識の統一化を図るために勉強会を行う。	管理者/保育士・保育職員	勉強会内容の作成			水遊び事故	食事事故	散歩事故		午睡事故	不審者対応	振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	事業所	3	散歩コースのハザードマップの見直しをおこない、危険箇所の周知を図る。	管理者/保育士・保育職員	ハザードマップの見直し			マップの見直し			マップの見直し			振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○			○			○			○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ヒヤリハットの仕組みはあるが、職員が仕組みに従って記録しない現状がある。そのため、正確かつ有効な機能を果たしているとは言い難い。 ・2020年度より）資格を持たない職員に対しても必要な知識を習得し、全職員が統一理解したリスクマネジメントができるようになる必要がある。 ・近年話題になる散歩時の交通事故に対する意識が充分ではない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	

事業報告	◎重大事故は0件だった。 1.ヒヤリハットの勉強会を行いヒヤリハットの重要性を理解したうえで実施することが出来た。 2.託児所内での事故が起こる場面を想定した勉強会とそれぞれの事故について知識を深めることが出来た。 3.散歩コース内の見直しを行い職員間で危険個所の共有を行うことが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	きっずるーむ　ＴＡＮ・ＴＡＮ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
常に子どもの気持ち・立場に立ってより良いケアを模索し、常に子どもたちが笑っていられる環境・ケアを行う。	事業所	1	「良い保育」につながったと実感した事例・経験を共有する。	管理者/保育士・保育職員	ミーティングでの情報共有	記録・閲覧可能化		ミーティングでの情報共有	記録更新	ミーティングでの情報共有	記録更新	ミーティングでの情報共有	記録更新	振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	最新・近年の保育について学ぶ。	管理者/保育士・保育職員	研修の洗い出し/参加者の決定	外部研修への参加（1名） ※研修開催日程により変動あり						取り入れられる保育について検討する		振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
						伝達研修　※研修開催日程により変動あり											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	保護者に対してスーパーバイズ（相談会）の機会を作る	管理者/保育士・保育職員	計画準備	実施				計画準備	実施			振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
						○	○			○	○			○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・職員それぞれのノウハウを共有する機会を創出し、非正規職員が多い事業所でありながら全職員が同じ目的・目標に向かって統一されたケアを行うことができるようにする。 ・2020年度より）託児所として、十数年間継続してきた保育ではあるが、開設当初から〝今までも行っていたから〟と継続していた保育に疑問を持ち、現在のニーズに合った保育の知識・技術を取り入れる機会を確保する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	1-1 スケジュール通り実施できている。 1-2 スケジュール通り実施できている。 1-3 スケジュール通り実施できている。	

事業報告	◎子どもの気持ちや立場に立ったケアが実践でき、常に子どもたちの笑い声が聞かれる良い環境つくりが行えた。 1.ミーティングを活用し事例を基に良い保育について職員間で情報共有を行うことが出来た。 2.保育の研修や情報誌を基に近年の保育について情報収集し保育に活かすことが出来た。 3.保護者と計画的に話す機会を持ち相談をする機会を作ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル下諏訪
事業所名	きっずるーむ　ＴＡＮ・ＴＡＮ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
新しいサービスに取り組む中で、少人数の子どもに対する充実した保育、保護者との連携・連絡の取りやすさを強みとしたサービスを定着させる。	事業所	1	リトミックの質の向上。	管理者/保育士・保育職員	勉強会	実施		計画の見直し	実施		計画の見直し	実施		振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	介護施設の利用者様との交流機会の確保。	管理者/保育士・保育職員	毎月1回実施									振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
									振り返り								
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	事業所	3	子どもの年齢に合わせた製作活動をおこなう。	管理者/保育士・保育職員	計画	実施			計画の見直し	実施				振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	エリア内広報を行う。	老健施設マネージャー/管理者	広報物の作成	掲示		広報物の作成	掲示		広報物の作成	掲示		振り返り	次年度準備		老健施設マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）リトミックについて、より質を高め、効果を得られるようなシステム作りを行う。 ・高齢者との交流は施設のハード面の強みを活かした取り組みであるが、計画的な実施ではなく「1ヶ月に1回できるかできないか」という状況になっているため、ハード面の強みを最大限かつ継続的に活かした取り組みを定着する。 ・2020年より）託児所を利用する対象者（2021年度3名）が少なくなっているため改めて職員の就業機会の確保のための広報を行う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1-1　スケジュール通り実施できた。 1-2　スケジュール通り実施できないことがあった。 1-3　スケジュール通り実施できた。 1-4　スケジュール通り実施できた。	1-1　スケジュール通り実施できた。 1-2　スケジュール通り実施できないことがあった。 1-3　スケジュール通り実施できた。 1-4　スケジュール通り実施できた。	1-1　スケジュール通り実施できた。 1-2　スケジュール通り実施できないことがあった。 1-3　スケジュール通り実施できた。 1-4　スケジュール通り実施できた。	

事業報告	◎少人数でのメリットを活かし保護者と密に連絡を図り信頼関係を構築できた。 1.リトミックについて勉強会を開催し保育士間で共有することが出来た。 2.建屋内の介護施設との交流はコロナウィルスの影響もあり、積極的に開催することが出来なかった。 3.年齢の異なる子どもに合わせた制作活動を行うことが出来た。 4.託児所利用人数を増やすために広報物を掲示し育児休暇を取得する職員に対して利用を促すことができ、9名の利用につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
									評価	評価		評価					
					◎	○	○	△	△	○	△	△	○	◎	◎	◎	
	地域	3	ヒヤリハットを職員1人2件以上挙げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	相談員/介護職	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	地域	4	利用者様に合わせた業務になるよう定期で見直す。	相談員/介護職	対応に苦慮している時間帯の共有・対応策の立案									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価	業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価	業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★5	各事業所会議で気軽に互いを指摘しあえる職場環境を作る。	相談員/介護職	チーム憲章作成	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③DS会議で意見交換			憲章の評価、見直し	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③DS会議で意見交換				振り返り	次年度準備		地域マネジャー
						先月の評価	先月の評価	先月の評価		先月の評価	先月の評価	先月の評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・2020年度継続　8月に大きく変えたがそれ以降、業務の見直し、定期評価をしていない。 ・自分の考え、やり方に疑問を持っていない。率直に指摘しあえていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリアの研修に参加した。 2.具体的な取り組みが曖昧になってしまった。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.エリアの研修に参加した。 2.具体的な取り組みが曖昧になってしまった。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.エリアの研修に参加した。 2.具体的な取り組みが曖昧になってしまった。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1.全職員が利用者体験を実施することができた、普段気が付かない点について学ぶ機会となった。 2.基本的なことを理解することができた。 3.担当者より積極的に促したことにより、昨年度よりも件数を増やすことができた。 4.定期的に業務を見直し、またその後定着しているかを確認したことで、利用者様に合わせた業務とすることができた。 5.パート職員も申し送りに参加できるよう業務を見直し、全職員が意見を出し、共有する仕組みを作ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のひやりはっとを上げ、対策リストに追加する。	通所L会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するひやりはっとを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のひやりはっと情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてひやりはっと情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するひやりはっとを共有し、対策を実行する。同様のひやりはっとをあげる。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	地域	3	ヒヤリハットを職員1人2件以上挙げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	相談員/介護職	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・当施設では発生しなかったが、前年度離施設事故0件とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ひやりはっとの情報共有を行ったが、共有のみで終わっているため、自施設でも同様のことがないか検証し、対策およびひやりはっとの目を養う必要がある。 ・ヒヤリハットを上げる数が職員によって差がある。分析、対策が曖昧である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.チェックリスト化できなかった。 2.ヒヤリハットの件数は増えた。 3.プランに反映するところまでできなかった。			1.チェックリスト化できなかった。 2.ヒヤリハットの件数は増えた。 3.プランに反映するところまでできなかった。			1.チェックリスト化できなかった。 2.ヒヤリハットの件数は増えた。 3.プランに反映するところまでできなかった。				

事業報告	◎重大事故は0件であった。 1.定期的に過去の事故の内容を見直し、意識を高めることができた。 2.報告の内容から具体的な注意点まで検討することができた。 3.必要な対応策を立案し実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様がニーズに合わせた運動メニューやアクティビティ活動に意欲的に取り組み、住み慣れたご自宅で長く暮らし続けることができる支援をする。	エリア	1	利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					－	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	地域	2	接遇・マナーの勉強会を実施する。	相談員/介護職	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について 活動の評価		身だしなみについて 活動の評価		言葉遣いについて 活動の評価		態度と表情について 活動の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	体験・新規・継続利用の方が意欲的に取り組めるよう利用者様へのフィードバック（FB）を研究する。	リハ職/介護職	定めたFB方法を職員に再度周知	①体験利用者FBの実施 ②新規利用者FBの実施 ③継続利用者FBの実施 申し送りで検証			定めたFBの評価、修正	改めたFBを職員に周知	①体験利用者FBの実施 ②新規利用者FBの実施 ③継続利用者FBの実施 申し送りで検証			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	運動・アクティビティ活動に対する1人月平均2件以上のつぶやきを上げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	相談員/介護職	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば1週間で評価する ⑤DS会議でプログラムを年に２回見直す							つぶやき数前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・有効的なつぶやき活用ができていない。 ・フィードバックが仕組み化されていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.アクティビティに限ったつぶやきは挙げられなかった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.アクティビティに限ったつぶやきは挙げられなかった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.アクティビティに限ったつぶやきは挙げられなかった。	

事業報告	◎リハ職が中心となり、利用者様の目指す生活像を聞き出し、共有することができた。 1.全利用者様に調査を実施し、給食会議にて検討することができた。 2.勉強会を実施し、気になる点についてお互いに確認しあうことができた。 3.リハ職が定期的な体力評価の中で利用者様に伝えることができた。 4.つぶやき全体の件数は昨年度よりも増やすことができたが、改善点につながる内容は目標に達しなかった。挙げるつぶやきについて精査が必要であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症ケアの質を向上させる	地域	★1	利用者様に寄り添えるようパーソンセンタードケアの勉強会を実施する。	リハ職/介護職	プロフィール表作成対象者決定	勉強会の実施		プロフィール表の見直し	半期の実施評価	勉強会の復習		プロフィール表見直し	実施評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						学んだことの実施			プロフィール表作成		学んだことの実施						
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	地域	★2	利用者体験、パーソンセンタードケア（PCC）で学んだことを実践する。	リハ職/介護職	活動対象利用者様の決定	体験から関わり方を検討	PCCから関わり方を検討		PFから関わり方を検討	半期の活動で交換の確認	活動のまとめ	研究発表形式の完成		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						DS会議で検証											
					△	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・体験をしても自分の視点に戻ってしまう。 ・発展的な考え方を積極的に取り入れていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.プロフィールについては職員間で共有できた。 2.研修で学んだ内容を具体化させることができなかった。	1.プロフィールについては職員間で共有できた。 2.研修で学んだ内容を具体化させることができなかった。	1.プロフィールについては職員間で共有できた。 2.研修で学んだ内容を具体化させることができなかった。	

事業報告	◎研修を実施し、知識を広げることができた。 1.研修にて新たな知識を学んだが、具体的に利用者様のどの場面で活用するかまで習得することができなかった。 2.1が要因となり、研修で学んだ内容がどういった効果となったかまでは評価に至らなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
動・食を主軸にした活動を進め、心身ともに活性化できるサービス提供をする。	事業所	1	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	相談員/介護職	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	日ごろの活動成果を測るため、達成感・季節感の要素を取り入れた行事を月に2回以上実施する。	相談員/介護職　リハ職　管理栄養士	行事実施（外出） 年間計画の再確認	行事実施（外出） 達成感・季節感を評価	行事実施（外出）	行事実施 3ヶ月の評価	行事実施	行事実施（外出）	行事実施（外出）	行事実施 3ヶ月の評価	次年度年間計画の作成	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					×	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	食のイベント、地域と共に行う行事を行い、1人月平均2件以上のつぶやきを上げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	相談員/介護職　管理栄養士	①15．30日でチェック ②申し送りで対策共有 ③翌月、翌々月の修正 ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ計画	1週間後評価	1週間後評価	活動の中間評価 メニューの変更	①15．30日でチェック ②申し送りで対策共有 ③翌月、翌々月の修正 1週間後評価	1週間後評価	1週間後評価	つぶやき数前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
	事業所	★4	状態の維持・改善を図るため、仕組みを定め個別リハを実施する。	地域マネジャー/リハ職	小集団の規模設定 個別の頻度設定 計画実施	①実施前状態評価 ②目標設定 ③1ヶ月毎評価 ④フィードバック ⑤バーセル評価		前期活動の評価 行動の見直し	①実施前状態評価 ②目標設定 ③1ヶ月毎評価 ④フィードバック ⑤バーセル評価			後期活動の評価 行動の見直し		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	事業所	★5	自宅で入浴できるよう、入浴・機能訓練を行う。	地域マネジャー/リハ職	①入浴希望者の自宅設備把握 ②自宅入浴移行可能者を選定 ③目標までの過程を利用者と検討 ④入浴場面へリハ職が入る ⑤可否を毎月利用者と評価する			前期活動の評価 左記工程問題あれば変更	①入浴希望者の自宅設備把握 ②自宅入浴移行可能者を選定 ③目標までの過程を利用者と検討 ④入浴場面へリハ職が入る ⑤可否を毎月利用者と評価する					振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果や強みを部署内で共有できていない。 ・外出しづらい状況を踏まえた行事計画ができていない。 ・地域とともに行う行事ができていない。 ・個別リハビリの要望に応えられていない。新たな加算算定に対応する体制になっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. コロナにより外出はできなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. コロナにより外出はできなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. コロナにより外出はできなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。

事業報告	◎イベントを企画し毎月実施することができた。 1. 満足度調査の結果を職員で共有し、改善策を立案、実施することができた。 2. 定期的に行事を開催することはできたが、感染対策などもあり、目標としていた回数には至らなかった。 3. 行事開催後、利用者様の声を聞き出し、次のイベントに反映させることができた。 4. 新規受け入れの段階からリハ職以外の職員も関わり方を検討し、実際に行うことができた。 5. 入浴の場面をリハ職が実際に見て評価しプランに反映させることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数の推移を確認	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	△	△	△	△	△	△	△				
	事業所	★4	相談員の能力向上につなげる為、法を正しく理解することと、新規獲得の教育を実施する。	地域マネジャー/相談員	新規加算の要件確認 訓練入浴案内作成	①加算を強みとした営業語句の設定 ②新規の利用目的集計 ③３年間の新規の利用目的と比較 ④リハ職同行営業月１回実施 ⑤所属長・SW・リハ職で週１回進捗確認				前期活動の評価 左記工程問題あれば変更	①加算を強みとした営業語句の設定 ②新規の利用目的集計 ③３年間の新規の利用目的と比較 ④リハ職同行営業月１回実施 ⑤所属長・SW・リハ職で週１回進捗確認				次年度準備		地域マネージャー
					◎	△	△	△	△	◎	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・居宅ケアマネとの信頼関係を作り、新規依頼を増やし、稼動向上につなげる必要がある。 ・地域ニーズを捉えた営業により、新規件数を獲得する必要がある。 ・相談員の後任が少ない。計画的働きかけができていない。 ・加算を強みにした営業方法が確立していない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 活動は行ったが結果が出せなかった。 4. リハ同行の営業ができなかった。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 活動は行ったが結果が出せなかった。 4. リハ同行の営業ができなかった。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 活動は行ったが結果が出せなかった。 4. リハ同行の営業ができなかった。

事業報告	◎営業を計画通り実施し、昨年度以上に新規ケースをご紹介いただくことができた。 1. 相談員会議にて営業面での課題等を共有し、自事業所での営業活動につなげることができた。 2. 営業月報を見直し、効果的な営業となるよう営業前にミーティングを開催し実行することができた。 3. 事業所内には対象となる職員が不在であったため、エリア内での情報提供に協力することができた。 4. 新たな加算を算定し、そのことを説明することはできたが、それを強みとして営業につなげるまでには至らなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/相談員	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎感染対策を実施したが、自宅での感染により、事業所内で対応しなくてはならないケースが発生した。 1. チェック表を用いた日々の対策の実施と、実際に発生した際を想定した机上訓練を計画的に実施することができた。 2. 建屋全体にて計画的に訓練を実施し、前月の訓練結果をもとに振り返りを行うことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育	実施チェックリストの作成	①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のＧＨ（利用者様の生活に合わせたＧＨ）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う（職員の過度な負担にならない留意が必要）。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う	いただくのか決める（事業所毎）	どこまで利用者様に行って	食事つくり・選択・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		各管理者
					△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★4	利用者様に合わせた業務になるよう定期で見直す。	HM/介護職	対応に苦慮している時間帯の共有・対応策の立案 業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価	業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価	業務工程の見直	見直しの評価	見直しの評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★5	各事業所会議で気軽に互いを指摘しあえる職場環境を作る。	HM/介護職	チーム憲章作成	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③GH会議で意見交換 先月の評価	先月の評価	先月の評価	憲章の評価、見直し	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③GH会議で意見交換 先月の評価	先月の評価	先月の評価	－	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	-	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。 ・業務の見直し、定期評価をしていない。 ・自分の考え、やり方に疑問を持っていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.検討が遅れてしまった。 4.検討が遅れてしまった。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.検討が遅れてしまった。 4.検討が遅れてしまった。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1.予定した研修を実施し、チェックリストにて日々のケアを振り返ることができた。 2.必須研修として全職員が実施することができた。利用者様の立場になって考えるきっかけを作ることができた。 3.全利用者様の身体面、認知面の評価を行い、一日の生活の仕方を見直すことができた。 4.3と連動し日々の生活を見直すことができた。 5.申し送りを活用し、職員が感じていることや気づいた点を報告し検討する機会を作ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	2	ヒヤリハットを職員一人2件以上挙げ、対策を立案する。１週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	HM/介護職	①15．30日で件数チェック　居室担当は必ずあげる ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・当施設では起きなかったが、2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・ヒヤリハットを上げる数が職員によって差がある。分析、対策が曖昧である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故は発生しなかった。 1.事業所内だけでなく、法人内で発生した重大事故について共有し、事業所内の環境や利用者様の状況により見直す点がないか検討することができた。 2.定期的にヒヤリハットの件数を共有することができ、昨年度に比べて件数を多く挙げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
丁寧な対応と利用者様の小さな言葉にも応じられる感性で、穏やかな生活を送れるよう寄り添う。。	地域	1	接遇・マナーの勉強会を実施する。	HM/介護職	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について（毎月１回）		身だしなみについて（毎月１回）		言葉遣いについて（毎月１回）		態度と表情について（毎月１回）		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						活動の評価		活動の評価		活動の評価		活動の評価					
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★2	ケアプランに対応する事項について、１人月平均2件以上のつぶやきを上げ、対策を立案する。１週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	HM/ケアマネジャー	①15．30日で件数チェック　居室担当は必ずあげる ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							活動の中間評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
														振り返り	次年度準備		
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・有効的なつぶやき活用ができていない。ケアプランに利用者の独自性が薄い。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.昨年度を踏まえた内容とならなかったが実施できた。 2.計画通り実施できた。			1.昨年度を踏まえた内容とならなかったが実施できた。 2.計画通り実施できた。				1.昨年度を踏まえた内容とならなかったが実施できた。 2.計画通り実施できた。				

事業報告	◎定期的な研修の中で意識を高めることができ、日々のケアにもつなげることができた。 1.計画した研修を実施し学ぶことができた。振り返るポイントが曖昧になってしまったため、来年度は研修の定着度を重点的に確認していく。 2.つぶやきの内容をケアプランに反映し、実際に実行することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の特徴・発言・動機を良く理解・分析し、認知症ケアの質を向上させる	地域	★1	利用者様に寄り添えるようパーソンセンタードケアの勉強会を実施する。	HM/介護職	勉強会の実施（毎月１回） 学んだことの実施			半期の実施評価	勉強会の復習（毎月１回） 学んだことの実施			半期の実施評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	×	×	×	×	－	◎	◎	◎	
	事業所	★2	利用者様に寄り添えるようユマニチュードの勉強会を実施する。	HM/介護職	勉強会の実施（毎月１回） 対応の変更	変更の効果確認	セリフ集見直し	半期の実施評価	勉強会の復習（毎月１回） 対応の変更	変更の効果確認	セリフ集見直し	半期の実施評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	×	×	×	×	－	◎	◎	◎	
	事業所	★3	利用者体験、パーソンセンタードケア（PCC）、ユマニチュード（HT）で学んだことを実践する。	HM/介護職	活動対象利用者様の決定	体験から関わり方を検討 GH会議で検証	HTから関わり方を検討	PCCから関わり方を検討	PFから関わり方を検討	半期の活動で交換の確認	活動のまとめ	研究発表形式の完成		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	○	○	○	○	○	×	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・発展的な考え方を積極的に取り入れていない。 ・専門性を追求していない。・活動を発表できる形式にまで昇華させる習慣が無い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.勉強会は開催できた。 2.勉強会は開催できた。 3.対象者を選定し、プランに反映した。	1.復習ができなかった。 2.復習ができなかった。 3.プランの内容が具体的でなかった。	1.復習ができなかった。 2.復習ができなかった。 3.プランの内容が具体的でなかった。	

事業報告	◎根拠を意識しカンファレンス等は開催できたが、研修で学んだ内容を実践するところまで進めることができなかった。 1.研修にて考え方は理解できたが、実際にどの場面で活用すればよいか理解するまでには至らなかった。 2.1と同じ。 3.利用者様個々に何を実践するかまで考えることができなかったため、効果を得るまでには至らなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様が生活歴を踏まえた支援により、自分自身の役割を感じて輝くことができる生活を作る。	事業所	1	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	HM/介護職	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	プロフィール表、できることが実現できているか測る為、達成感・季節感の要素を取り入れた行事を月に2回以上実施する。	HM/介護職 ケアマネジャー	行事実施（外出） 年間計画の再確認	行事実施（外出） 達成・季節感を評価し施設新開発行	行事実施（外出）	行事実施 3ヶ月の評価	行事実施 達成・季節感を評価し施設新開発行	行事実施（外出）	行事実施（外出）	行事実施 3ヶ月の評価	次年度年間計画の作成	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					×	×	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	プロフィール表（PF）を活用し、統一した介護を行う。	HM/介護職	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 HM・CMで半期の評価	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤せりふ集の見直し			地域Mで進捗確認 HM・CMで半期の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果や強みを部署内で共有できていない。 ・生活歴が反映された行事が組まれていない。コロナを気にして外出が企画されない。 ・2020年度継続　プロフィール表が作られたが、その後の更新、積極的なプロフィール表活用ができていない。・統一した介護ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.コロナの影響で実施できなかった。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.感染対策し実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.感染対策し実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様の能力を再評価し、できることを見直したことにより、活動が増え、グループホームらしい生活に近づけることができた。 1.グループホーム会議にて満足度調査の結果を共有し、具体的な改善策を職員全員で共有することができた。 2.利用者様に取り組んでいただく日課を作成し、実施することができた。 3.カンファレンスの中で、ケアにつながる情報をプロフィール表にまとめることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働率を維持する	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退居に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		HM会議担当施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	HMの能力向上につなげる為、次期入所候補獲得の教育を実施する。	地域マネジャー/HM	①必要な次期入所候補者数を定める ②管理表を持って面接・書類説明・診療情報獲得日を管理する ③管理表に基づき所属長と週に1回進捗確認する ④目標未達成の原因、対策立案を③の場で決定する					左記方法で達成できたか確認	①前期未達成であれば行動の修正 ②前期達成であれば発展的行動の立案 ③所属長と週に1回進捗確認			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。 ・経営管理が行えるハウスマネージャーが育成できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。 2. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。	1. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。 2. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。	1. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。 2. 管理者の指示のもと担当者にて実施できた。	

事業報告	◎入院による空室に対応できない期間が生じた。 1. 空床が発生した場合の流れを相談員から学ぶ機会を作り、待機者を確保することにつなげた。 2. 実際に面接や申し込み者との連絡の中で伝えるべきポイント等を学び、実践することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル岡谷
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。感染症対策の強化を図る。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/HM	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎必要に応じて委員会を開催し、また日々の対策も確実に実施することで感染症の発生を防ぐことができた。 1. チェック表にて確実に対策を実施することができた。 2. 建屋全体にて防災体制を確認し、訓練を実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振り返り③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームを作り各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	○	○	×	○	○	－	◎	◎	◎	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応を行う。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
	地域	★4	各事業所会議で気軽に互いを指摘しあえる職場環境を作る。	介護長/リーダー	チーム憲章作成	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③フロア会議で意見交換			憲章の評価、見直し	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③フロア会議で意見交換				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						先月の評価	先月の評価	先月の評価		先月の評価	先月の評価	先月の評価					
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を挙げることができていない。 ・率直に指摘できない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。			７月-９月評価 1. 計画通り実施できた。 2. 報告会の開催ができなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。			１０月-１２月評価 1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。					

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1. 全職員対象に利用者体験を実施することができた。日頃気づかない点にも気づく機会となった。 2. 全職員が研修に参加し、基本的な考え方を理解することができた。 3. リーダー会議にてエリア統一の方法を検討することができた。 4. 職員が話し合い、チームとして心がけることを憲章にまとめることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。（介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件挙げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	5	ヒヤリハットを職員1人2以上件挙げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	介護長/事故予防委員	①15．30日で件数チェック　居室担当は必ずあげる ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば1週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ひやりはっとが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・ヒヤリハットを上げる数が職員によって差がある。分析、対策が曖昧である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。

事業報告	◎重大事故は０件であった。 1.エリア運営会議にてエリア内の事故について検証し、振り返りの内容を事業所にて共有することができた。 2.委員会にて事例検討し、それをもとに他の利用者様に水平展開することができた。 3.事故が発生した際の検証にて検討することはできたが、勉強会として開催することができなかった。 4.研修後の評価を介護長を中心に実施し、内容の定着を図ることができた。 5.委員会にて件数を確認し、個別に教育を進めていき、昨年度よりも多く挙げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様が余暇活動、日常生活を通して心身機能を維持することができる支援をする。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	地域	4	接遇・マナーの勉強会を実施する。	介護長/リーダー	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について（月1回） 活動の評価		身だしなみについて（月1回） 活動の評価		言葉遣いについて（月1回） 活動の評価		態度と表情について（月1回） 活動の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	1日3回の口腔ケアができるよう、業務工程に関して1人月1件以上の提案を上げ対策を実施する。	介護長/リーダー 管理栄養士	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤フロア会議で3回できる業務工程に見直す						活動の評価 業務工程再度見直		－	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・口腔ケアを行えるための定期的な業務見直ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	７月-９月評価 1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	１０月-１２月評価 1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎エリア内の会議にて他事業所の情報を参考にし、事業所として取り組むことができた。 1.選定した利用者様に職員が共通認識で関わり、成果をあげることができた。 2.カンファレンスにて改めて利用者様のバックグラウンドを振り返る機会を作り、プランに反映させることができた。 3.一部の職員にて交換研修を実施した。 4.勉強会を計画通り実施し、満足度調査においても高い評価を得ることができた。 5.口腔ケアの方法を全職員見直した。誤嚥性肺炎を防ぐための重要な対策として共通認識を持ち、取り組むことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の習慣や好みをよく理解し、認知症ケアの質を向上させる。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	習慣好み調査シート（SS）を活用し、個々の習慣・好みを踏まえた統一した介護を行う。	介護長/リーダー	①SSはｶﾝﾌｧ必須資料（ｻｰﾋﾞｽ移行時引継） ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 介護長・CMで半期の評価	①SSはｶﾝﾌｧ必須資料（ｻｰﾋﾞｽ移行時引継） ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 介護長・CMで半期の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様に寄り添えるようユマニチュードの勉強会を実施する。	介護長/リーダー	勉強会の実施 対応の変更	変更の効果確認	セリフ集作成	半期の実施評価	勉強会の実施 対応の変更	変更の効果確認	セリフ集見直し	半期の実施評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	×	○	◎	○	×	◎	－	◎	◎	◎	
	事業所	★5	習慣好み調査シート（SS）、ユマニチュード（HT）で学んだことを実践する。	介護長/リーダー	活動対象利用者様の決定	SSから関わり方を検討 フロア会議で検証		HTから関わり方を検討		半期の活動で交換の確認	活動のまとめ	研究発表形式の完成		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・業務が忙しくなると、利用者様の気持ちにより添えていない時がある。 ・2020年度継続　習慣好み調査シートが作られても、更新・活用があいまいになっている。利用者様の生活歴を十分に把握できていない。 ・活動を発表できる形式にまで昇華させる習慣が無い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。	1.評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。	1.評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。	

事業報告	◎認知症のケアを考える際、症状だけでなく、過去の生活歴等を振り返り、ケアにつなげることができた。 1.リーダー会議にてもらった意見を事業所にて実践することができた。 2.1と同じ。 3.生活歴を振り返り、実際にプランに反映させ実施することができた。 4.勉強会を実施し、基礎的な知識を学ぶことができた。 5.4にて学んだ知識を、具体的に利用者様のケアの中で活用していく方法についてさらに理解を深めていくことが必要であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
褥瘡発生を０にし、安心した生活を作り出す。	事業所	★1	皮膚のバリア機能を維持するため、要否判断したうえで陰部洗浄液を用いた陰部洗浄を1日1回以上実施する。褥瘡予防委員会にてポジショニングの見直し、陰部洗浄効果確認を1ヶ月に1回実施する。	介護長／リーダーリハ職	ポジショニング適否再確認 陰洗実施	見直しの効果確認 洗浄の効果確認	動画で助言を得る 対応評価効果確認	活動の中間評価 活動修正の検討	ポジショニング適否再確認 陰洗実施	見直しの効果確認 洗浄の効果確認	動画で助言を得る 対応評価効果確認	動画で助言を得る 対応評価効果確認	活動の中間評価 活動修正の検討	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	×	◎	◎	◎	×	×	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	福祉用具管理方法を定め必要個数を確保、使用できるようにする。動画を使用した助言等で適した使用方法を適した時期に行えるようにする。	介護長／リハ職	管理方法の再周知 使用者の見直し	動画で助言を得る 助言に基づく対応	動画で助言を得る 対応評価効果確認	活動の中間評価 活動修正の検討	見直しても不足するものの購入	管理方法の再周知 使用者の見直し	動画で助言を得る 助言に基づく対応	動画で助言を得る 対応評価効果確認	活動の中間評価 活動修正の検討	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	×	×	◎	◎	◎	×	×	◎	◎	◎	◎	
	地域	3	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	介護長／相談員	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有			満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の配布	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・褥瘡発生の分析が甘い。 ・有効的陰部洗浄ができていない。 ・職種間の連携があっても効果的対策にいたっていない。 ・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果や強みを部署内で共有できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.動画の活用ができなかった。 2.動画の活用ができなかった。 3.計画通り実施できた。	1.動画の活用ができなかった。 2.動画の活用ができなかった。 3.計画通り実施できた。	1.動画の活用ができなかった。 2.動画の活用ができなかった。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎褥瘡発生件数２件であった。 1.陰部洗浄は確実に実施できた、褥瘡形成後のケアも確実に実施し、悪化させることがないようケアできた。 2.動画を活用することができなかった。一方で、専門職が直接フロアにて教育を実施することができた。 3.褥瘡を含めたケア全般について満足度調査において、高い評価を得ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目 意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック7原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	×	×	×	×	×	×	×	◎	◎	◎	
	事業所	4	相談員の能力向上につなげる為、次期入所候補者獲得の教育を実施する。	地域マネジャー/相談員	①必要な次期入所候補者数を定める ②管理表を持って面接・書類説明・診療情報獲得日を管理する ③管理表に基づき所属長と週に1回進捗確認する ④目標未達成の原因、対策立案を③の場で決定する					左記方法で達成できたか確認	①前期未達成であれば行動の修正 ②前期達成であれば発展的行動の立案 ③所属長と週に1回進捗確認する			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・次期入所候補者の獲得技術が低い。 ・円滑な部屋の組み方が展開できていない。 ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任が少ない。計画的働きかけができていない。 ・2020年度継続　目先の部屋調整に時間を要旨、計画的次期入所候補者確保ができていない。 ・2020年度継続　個人の行動に任せてしまい、定期的能力確認をしていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎当初の予算に掲げた収入予算を達成することができた。 1. エリアの会議、部会での勉強会に参加し、稼働に関する手法を学ぶことができた。 2. エリアの会議、部会での勉強会に参加し、援助技術に関する知識を高めることができた。 3. 現任者、所属長から促しを行ったが、参加者を輩出することができなかった。 4. 管理表を活用し、次期入居候補者を確保することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/介護長	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎感染症の発生を０件に抑えることができた。 1. チェック表をもとに確実に対策を実行することができた。 2. 建屋全体にて訓練を実施し、職員の意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）　などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	△	△	×	△	△		◎	◎	◎	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	
	地域	★4	各事業所会議で気軽に互いを指摘しあえる職場環境を作る。	介護長/リーダー	チーム憲章作成	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③フロア会議で意見交換			憲章の評価、見直し	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③フロア会議で意見交換				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						先月の評価	先月の評価	先月の評価		先月の評価	先月の評価	先月の評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○		◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・率直に指摘できない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 具体的なケアにつなげられなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 職員に定着しなかった。	1. 計画通り実施できた。 2. 具体的なケアにつなげられなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 職員に定着しなかった。

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1. 全職員対象に利用者体験を実施することができた。日頃気づかない点にも気づく機会となった。 2. 全職員が研修に参加し、基本的な考え方を理解することができた。 3. リーダー会議にてエリア統一の方法を検討することができた。 4. 職員が話し合い、チームとして心がけることを憲章にまとめることができた。身近なものとして定着させることが課題として残った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。（介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★5	ヒヤリハットを職員1人2件以上挙げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	介護長/事故予防委員	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較	－	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・ヒヤリハットを上げる数が職員によって差がある。分析、対策が曖昧である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 3.マニュアルの確認はできた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故が1件発生してしまった。 1.エリア運営会議にてエリア内の事故について検証し、振り返りの内容を事業所にて共有することができた。 2.委員会にて事例検討し、それをもとに他の利用者様に水平展開することができた。 3.事故が発生した際の検証にて検討することはできたが、勉強会として開催することができなかった。事故後の検証は迅速に、多職種が集まり実施することができた。 4.研修後の評価を介護長中心に実施し、内容の定着を図ることができた。 5.委員会にて件数を確認し、個別に教育を進めていき、昨年度よりも多く挙げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様が余暇活動、日常生活を通して心身機能を維持することができる支援をする。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	地域	4	接遇・マナーの勉強会を実施する。	介護長/リーダー	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について（月1回） 活動の評価		身だしなみについて（月1回） 活動の評価		言葉遣いについて（月1回） 活動の評価		態度と表情について（月1回） 活動の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	歌・体操に対して1人月平均2件以上のつぶやきを上げ、1週間対策を実施する。再評価を行い効果「有」となるようにプログラムの見直しを行う。	介護長/リハ職　音楽担当	①立会者は必ず上げる ②15.30日で上がっているか確認 ③歌・体操の効果をカンファレンスで共有			活動の中間評価 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ見直し	①立会者は必ず上げる ②15.30日で上がっているか確認 ③歌・体操の効果をカンファレンスで共有			活動の評価 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ見直し		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・有効的なつぶやき活用ができていない。・歌・体操について見直しがされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.職員によって差が生じた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.建屋内の実施となった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。

事業報告	◎エリア内の会議にて他事業所の情報を参考にし、事業所として取り組むことができた。 1.選定した利用者様に職員が共通認識で関わり、成果をあげることができた。 2.カンファレンスにて改めて利用者様のバックグラウンドを振り返る機会を作り、プランに反映させることができた。 3.一部の職員にて交換研修を実施した。 4.勉強会を計画通り実施し、満足度調査においても高い評価を得ることができた。 5.職員の中でつぶやきを挙げる件数に個人差が生じてしまった。全体的な意識を高めることが課題として残った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の習慣や好みをよく理解し、認知症ケアの質を向上させる	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	習慣好み調査シート（SS）を活用し、個々の習慣・好みを踏まえた統一した介護を行う。	介護長/リーダー	①SSはｶﾝﾌｧ必須資料（ｻｰﾋﾞｽ移行時引継） ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 介護長・CMで半期の評価	①SSはｶﾝﾌｧ必須資料（ｻｰﾋﾞｽ移行時引継） ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④居室担当が主に進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 介護長・CMで半期の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様に寄り添えるようユマニチュードの勉強会を実施する。	介護長/リーダー	勉強会の実施			半期の実施評価	勉強会の実施			半期の実施評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					対応の変更	変更の効果確認	セリフ集作成		対応の変更	変更の効果確認	セリフ集見直し						
					◎	○	×	○	◎	○	×	◎	－	◎	◎	◎	
	事業所	★5	習慣好み調査シート（SS）、ユマニチュード（HT）で学んだことを実践する。	介護長/リーダー	活動対象利用者様の決定	SSから関わり方を検討		HTから関わり方を検討		半期の活動で交換の確認	活動のまとめ	研究発表形式の完成		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						フロア会議で検証											
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・業務が忙しくなると、利用者様の気持ちにより添えていない時がある。 ・2020年度継続　習慣好み調査シートが作られても、更新・活用が曖昧になっている。利用者様の生活歴を十分に把握できていない。 ・馴染みのあるもの、こだわりや大事にしたいものを十分に把握できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。	1評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。	1評価が不十分だった。 2.具体的な取り組みを決められなかった。 3.取り組みは実施できた。 4.取り組みは実施できた。 5.取り組みは実施できた。

事業報告	◎認知症のケアを考える際、症状だけでなく、過去の生活歴等を振り返り、ケアにつなげることができた。 1.リーダー会議にてもらった意見を事業所にて実践することができた。 2.1と同じ。 3.生活歴を振り返り、実際にプランに反省させ実施することができた。 4.勉強会を実施し、基礎的な知識を学ぶことができた。 5.4にて学んだ知識を、具体的に利用者様のケアの中で活用していく方法についてさらに理解を深めていくことが必要であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職種間の連携を密にし、在宅復帰率が２０２０年度を超える老健を目指す。	事業所	★1	変化・刺激・季節感の要素を取り入れたレクリエーションを実施する。	介護長/リーダー　管理栄養士	レク実施（外出）	レク実施（外出）	レク実施（外出）	レク実施	レク実施（外出）	レク実施（外出）	レク実施（外出）	レク実施		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					次月レク計画作成	変化・刺激・季節感を評価		3ヶ月の評価	変化・刺激・季節感を評価			3ヶ月の評価					
					×	×	×	◎	△	△	△	△	-	◎	◎	◎	
	事業所	★2	在宅復帰対象者が無理なく在宅復帰できるよう職種間で連携する。	介護長/リーダー　管理栄養士	①入所判定で在宅復帰確認 ②目指す状態の共有 ③目指す状態へプラン実施 ④在宅復帰の仕方を職員に説明 ⑤復帰困難な場合プランの修正			地域M・介護長・CMで半期の評価	①入所判定で在宅復帰確認 ②目指す状態の共有 ③目指す状態へプラン実施 ④毎週変化を共有 ⑤復帰困難な場合プランの修正			地域M・介護長・CMで半期の評価	前年度在宅復帰率比較	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	介護長／相談員	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	-	-	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	在宅復帰につながるプログラム（毎日何時に実施、できるだけ自力で集まってもらう形式）を定め、日常生活の中で実施する。	介護長/リハ職	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ考案 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ実施	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ効果確認 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ修正	実施後変化確認 目指す状態と比較	地域M・介護長・CMで半期の評価	前期評価でﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ修正 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ実施	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ効果確認 ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ実施	実施後変化確認 目指す状態と比較	地域M・介護長・CMで半期の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	-	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・外出を含め、感覚に働きかける行事ができていない。 ・在宅復帰への意識、確認が甘い。在宅復帰の形を知らない。 ・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果や強みを部署内で共有できていない。 ・日々のﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑの実施について、専門職のリハに頼っている。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.コロナ禍により実施できなかった。 2.在宅復帰者を増やすことができなかった。 3.計画通り実施できた。 4.効果が出せなかった。				７月-９月評価 1.屋内でのレクを実施した。 2.在宅復帰者を増やすことができなかった。 3.計画通り実施できた。 4.効果が出せなかった。				１０月-１２月評価 1.屋内でのレクを実施した。 2.在宅復帰者を増やすことができなかった。 3.計画通り実施できた。 4.効果が出せなかった。				

事業報告	◎在宅復帰率は昨年度よりも低下することとなった。 1.年度前半は、コロナウイルスの影響を受けてレクリエーションの開催が難しかったが、その後レクリエーションの実施方法を見直し、毎月開催することができた。 2.検討事項が発生した際すぐに多職種が集まるなど、職種間の連携は強化することができた。 3.全体的に、高い評価を得ることができた。 4.毎日プログラムを実施することはできたが、在宅復帰につながっているかどうかの検証ができなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目 意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック7原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	×	×	×	×	×	×	×	◎	◎	◎	
	事業所	4	相談員の能力向上につなげる為、次期入所候補者獲得の教育を実施する。	地域マネジャー/相談員	①必要な次期入所候補者数を定める ②管理表を持って面接・書類説明・診療情報獲得日を管理する ③管理表に基づき所属長と週に1回進捗確認する ④目標未達成の原因、対策立案を③の場で決定する					左記方法で達成できたか確認	①前期未達成であれば行動の修正 ②前期達成であれば発展的行動の立案 ③所属長と週に1回進捗確認する			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・次期入所候補者の獲得技術が低い。・円滑な部屋の組み方が展開できていない ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任がすくない。計画的働きかけができていない。 ・2020年度継続　目先の部屋調整に時間を要し、計画的次期入所候補者確保ができていない。 ・2020年度継続　個人の行動に任せてしまい、定期的能力確認をしていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	1. 効果を得られなかった。 2. 効果を得られなかった。 3. 参加者を輩出できなかった。 4. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎当初の予算に掲げた収入予算を達成することができた。 1. エリアの会議、部会での勉強会に参加し、稼働に関する手法を学ぶことができた。 2. エリアの会議、部会での勉強会に参加し、援助技術に関する知識を高めることができた。 3. 現任者、所属長から促しを行ったが、参加者を輩出することができなかった。 4. 管理表を活用し、次期入居候補者を確保することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。感染症対策の強化を図る。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/介護長	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎感染症の発生を０件に抑えることができた。 1. チェック表をもとに確実に対策を実行することができた。 2. 建屋全体にて訓練を実施し、職員の意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。 ＜エリア必須研修＞	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
						評価	評価	評価	評価	評価	評価						
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。	2.計画通り実施できた。	3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1.エリアの研修として全職員が実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	事業所	1	重大事故を住宅部門に生かす。	地域マネージャー/事務員兼介護職	2020年度の重大事故を共有し対策展開	①入居者、小規模利用者の変化聴取 ②変化聴取できたら対策検討 ③1週間後に対策の効果確認 ④自他エリアの事故から対策 ⑤巡視時にヒヤリハット確認			2021年度重大事故を共有し対策展開	①入居者、小規模利用者の変化聴取 ②変化聴取できたら対策検討 ③1週間後に対策の効果確認 ④自他エリアの事故から対策 ⑤巡視時にヒヤリハット確認				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　命に関わる事故が1件あった。周辺からの聞き取りによって察知ができたかもしれない。 ・小規模と併用している方のサービス利用中の様子の共有、聞き取りが十分ではない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。	2.計画通り実施できた。	3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事は０件であった。 1.小規模登録の利用者様については重点的に対策を実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
コロナ禍でも自分らしい生活を楽しみ続けることができる支援をする。	地域	1	接遇・マナーの勉強会を実施する。	地域マネジャー/事務員兼介護職	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について（月1回）		身だしなみについて（月1回）		言葉遣いについて（月1回）		態度と表情について（月1回）		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						活動の評価		活動の評価		活動の評価		活動の評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	相談が行える窓口をわかりやすくする。	地域マネジャー/事務員兼介護職	事務所メンバーの紹介チラシ見直し	紹介チラシの貼り出し								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						掲示箇所の設定		掲示箇所の見直し		掲示箇所の見直し		掲示箇所の見直し					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	健康維持に関する資料を発信する。	地域マネジャー/事務員兼介護職		健康に関する資料発信		健康に関する資料発信		健康に関する資料発信		健康に関する資料発信		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
							資料の感想を確認		資料の感想を確認		資料の感想を確認		資料の感想を確認				
					－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・2020年度継続　チラシを作成したが、職員の構成が入居者に伝わっていない。 ・2020年度継続　資料を配布できたがその後の感想を確認していない。コロナ禍でも意欲を引き出せる関わりができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎定期的に必要な情報を提供し、利用者様の生活に役立てるよう取り組むことができた。 1.研修を定期的に実施し、満足度調査においても高い評価を得ることができた。 2.チラシを作成し、目に届くところに掲示することができた。 3.利用者様から感想をお聞きし、次の情報提供の際に活かすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症の予防・進行防止につながるサポートを実施する。	事業所	★1	区の行事や生活に関する情報を定期的に発信する。	管理者/事務員兼介護職	区長に相談する	情報の発信	情報の発信	情報の発信	情報の発信	情報の発信	情報の発信	情報の発信	情報の発信	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
							意見を聞き取る		意見を聞き取る		意見を聞き取る		意見を聞き取る				
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	2	認知症予防の資料を発信する。	管理者/事務員兼介護職	認知症予防の資料発信		認知症予防の資料発信		認知症予防の資料発信		認知症予防の資料発信		認知症予防の資料発信	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						資料の感想を確認		資料の感想を確認		資料の感想を確認		資料の感想を確認					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・区の行事や生活に関係する情報を知ることが出来ない。 ・2020年度継続　資料を配布できたがその後の感想を確認していない。認知症の心配をしているか把握していない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.区の行事が中止となり、市からの広報を配布した。 2.計画通り実施できた。	1.区の行事が中止となり、市からの広報を配布した。 2.計画通り実施できた。	1.区の行事が中止となり、市からの広報を配布した。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎認知症に関する情報を提供し、間接的にサポートすることができた。 1.区の行事自体がコロナウイルスの影響により縮小され、限定的な情報ではあったが提供することができた。 2.利用者様より感想をお聞きし、次に提供する情報に反映させることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
生活歴、ご意見に対応したサービスを提供する。	事業所	1	小規模多機能併用の方を主にプロフィール表を活用して入居者様に関わる。	地域マネジャー/住宅担当者	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③２つ以上プランに入れる ④担当を決め進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 住宅担当・CMで半期評価	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③２つ以上プランに入れる ④担当を決め進捗把握 ⑤せりふ集の見直し			地域Mで進捗確認 住宅担当・CMで半期評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	-	◎	◎	◎	
	事業所	2	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	地域マネジャー/事務員兼介護職	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	演芸系ボランティアによる定期行事を行う。	地域マネジャー/住宅担当者	演芸系行事計画の再確認	①コロナウイルスの状況で実施可否判断 ②位置、距離等感染対策を決める ③ボランティア団体、活動状況を確認する ④メディアに発信、取材を受け入れる ⑤満足度調査項目に入れる								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　プロフィール表が作成されたが活用にはいたっていない。 ・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果を事務所内で共有できていない。 ・コロナウィルスを心配し外部ボランティアを入れられていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.小規模の活動に準じて実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.コロナ禍において、具体的なものが見つからなかった。	1.小規模の活動に準じて実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.コロナ禍において、具体的なものが見つからなかった。	1.小規模の活動に準じて実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.コロナ禍において、具体的なものが見つからなかった。

事業報告	◎入居時にそれまでの生活歴等をお伺いし、情報共有することができた。 1.小規模職員と情報共有し、必要なケアを住宅としても提供することができた。 2.満足度調査からいただいた意見を建屋全体の会議でも共有し、統一した対応を実施することができた。 3.感染対策のため、行事については限られてしまった。一方で、職員が意識的に声をかけることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保する。	事業所	★1	空床が見込まれる場合、岡谷包括、居宅（岡谷市・下諏訪町・諏訪市）、病院に3週に1度訪問し、次期入居候補者3名を得る。	地域マネジャー/住宅担当者	①チラシ、パンフレット、料金表を用意 ②訪問後1週間後に希望の確認 ③3週後に再度訪問 ④岡谷、下諏訪、諏訪の順に範囲拡大 ⑤過去の紹介先に個別に電話する				半期の入退所件数 申し込み件数確認	営業方法の修正有無確認 無ければ右記実行	①チラシ、パンフレット、料金表を用意 ②訪問後1週間後に希望の確認 ③3週後に再度訪問 ④岡谷、下諏訪、諏訪の順に範囲拡大 ⑤過去の紹介先に個別に電話する				次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
	事業所	★2	1を行っても空床が見込まれる場合、無料紹介を利用、それでも申し込みが無い場合有料紹介を利用する。	地域マネジャー/住宅担当者	①無料紹介に連絡する ②1週間以内の連絡有無確認 ③無しの場合有料紹介に連絡する				半期の入退所件数 申し込み件数確認	紹介利用方法の修正有無確認 無ければ右記実行	①無料紹介に連絡する ②1週間以内の連絡有無確認 ③無しの場合有料紹介に連絡する				次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	次期入居候補者が3名未満で、空床なら2週に1度、満床なら3ヶ月に1度新聞広告を出す。	地域マネジャー/住宅担当者	①過去の広告の見直し ②載せる範囲を決める ③予算と整合確認する ④満床の場合は3ヶ月に1回の機会を決める ⑤広告の反応確認				半期の入退所件数 次期入居候補者件数確認	広告利用方法の修正有無確認 無ければ右記実行	①過去の広告の見直し ②載せる範囲を決める ③予算と整合確認する ④満床の場合は3ヶ月に1回の機会を決める ⑤広告の反応確認				次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・過去の取り組みが生かされていない。 ・満室でも待機者を増やす取り組みをしていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎定期的な営業を継続し、空床を最小限に抑え、目標とする収差を確保することができた。 1. 昨年度以上に営業する機会を増やし、申込者数を増やすことができた。 2. 紹介機関と連携を図り、定期的に情報を発信することができた。 3. 新聞を活用し、複数名の申し込み者を確保することができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。感染症対策の強化を図る。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
							教育①			教育②		教育③					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/住宅担当者	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	災害発生を予想した準備の呼びかけを入居者に行う。	地域マネジャー/住宅担当者	備蓄食料の用意について資料発信	備蓄備品の用意について資料発信	地震に対する家具固定について資料発信	満足度調査で浸透確認		備蓄食料の用意について資料発信	備蓄備品の用意について資料発信	地震に対する家具固定について資料発信	満足度調査で浸透確認	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。 ・災害発生を予想した入居者への呼びかけができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎住宅内の感染症発生は0件であった。 1. チェック表により対策を実施することができた。 2. 建屋全体にて訓練を実施し、利用者様も参加することができた。 3. 利用者様に必要な情報を発信することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）　などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	○	○	×	○	○	－	◎	◎	◎	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会	マナーテスト	テスト振り返り	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
						テスト作成		ロールプレイ内容			ロールプレイ内容						
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★4	各事業所会議で気軽に互いを指摘しあえる職場環境を作る。	小規模リーダー/介護職	チーム憲章作成	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③小規模会議で意見交換			憲章の評価、見直し	①憲章を朝礼で唱和 ②申し送りで意見交換 ③小規模会議で意見交換				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						先月の評価	先月の評価	先月の評価		先月の評価	先月の評価	先月の評価					
					×	×	○	○	×	○	○	○	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・職員同士で率直な指摘がし合えていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 憲章の作成が遅れてしまった。	1. 計画通り実施できた。 2. 具体的な取り組みにならなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 憲章作成後の評価ができなかった。	1. 計画通り実施できた。 2. 具体的な取り組みにならなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 憲章作成後の評価ができなかった。

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1. 全職員対象に利用者体験を実施することができた。日頃気づかない点にも気づく機会となった。 2. 全職員が研修に参加し、基本的な考え方を理解することができた。 3. リーダー会議にてエリア統一の方法を検討することができた。 4. 朝礼や夕方の申し送りを見直し、職員同士が話し合う機会を多くすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するひやりはっとを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてひやりはっと情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するひやりはっとを共有し、対策を実行する。同様のひやりはっとをあげる。									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	ヒヤリハットを職員1人2件以上挙げ、対策を立案する。1週間対策を実施し、再評価を行い効果「有」となるように取り組む。	小規模リーダー/介護職	①15．30日で件数チェック ②申し送りで対策共有 ③無効であれば見直し期間を3-7日で見直す ④有効性が見込まれれば一週間で評価する ⑤プランの見直し要否を検討する							事故、ヒヤリ前年度比較		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・前年度当事業所ではなかったが、エリアでの離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ヒヤリハットの情報共有を行ったが、共有のみで終わっているため、自施設でも同様のことがないか検証し、対策およびひやりはっとの目を養う必要がある。 ・ヒヤリハットを上げる数が職員によって差がある。分析、対策が曖昧である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.リスト化はできなかったが、発生都度伝達することはできた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.リスト化はできなかったが、発生都度伝達することはできた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.リスト化はできなかったが、発生都度伝達することはできた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故は０件であった。 1.昨年度発生した事故をもとに、環境面や職員体制を見直し事故を防ぐことにつなげることができた。 2.リーダー会議での情報を事業所で共有し、環境を見直すことができた。 3.職員の意識を高めるために定期的にヒヤリハットの件数と内容を見直す機会を作り、意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
住み慣れたご自宅で長く暮らしていけるように必要なサービスを提供できるよう支援する。	エリア	1	利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					－	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	地域	2	接遇・マナーの勉強会を実施する。	小規模リーダー/介護職	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について 活動の評価		身だしなみについて 活動の評価		言葉遣いについて 活動の評価		態度と表情について 活動の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	本来の小規模の機能を認識するため、通い、訪問、泊りについて勉強会を行い、業務のあり方を見直す。	小規模リーダー/介護職	通いの勉強会 業務変更の実施	泊りの勉強会 業務変更の実施	訪問の勉強会 業務変更の実施	実施事項の評価	通いの勉強会復習 業務変更の実施	泊りの勉強会復習 業務変更の実施	訪問の勉強会復習 業務変更の実施	実施事項の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	－	◎	◎	◎	
	事業所	★4	プランの立て方、サービス調整を学ぶためエリア内小規模ケアマネの派遣研修を行う。	小規模リーダー/小規模ケアマネジャー	実施時期、実施工程を再確認	①学ぶポイントを事前に決定 ②先方に事前に伝える ③予習復習の反復 学んだことの共有と提案事項の実施			半期の評価と方向修正	①学ぶポイントを事前に決定 ②先方に事前に伝える ③予習復習の反復 学んだことの共有と提案事項の実施			半期の評価と方向修正	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	×	×	×	×	×	×	×	×	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・小規模の役割を明確には理解していない。 ・ケアマネジャーが1人仕事で見直す機会がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できた。 2.研修は開催できた。 3.計画通り実施できた。 4.スケジュールが立てられず実施できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.研修は開催できた。 3.計画通り実施できた。 4.スケジュールが立てられず実施できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.研修は開催できた。 3.計画通り実施できた。 4.スケジュールが立てられず実施できなかった。

事業報告	◎小規模の役割について理解し、サービス内容を見直すことができた。 1.利用者様からの意見をもとに、食事のイベントや献立作成につなげることができた。 2.チェックリストや勉強会を実施し、職員の意識を高めることができた。 3.必要な勉強会を実施し小規模としての役割を理解することができた。 4.他事業所への研修が実施できなかったため、事業所内にて見直す機会を作った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様に寄り添い、気持ちを理解できるよう学び、認知症ケアの質を向上させる	事業所	★1	利用者様に寄り添えるようパーソンセンタードケアの勉強会を実施する。	小規模リーダー/介護職	プロフィール表作成対象者決定	勉強会の実施 学んだことの実施		プロフィール表見直し	半期の実施評価	勉強会の復習 学んだことの実施		プロフィール表見直し	実施評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★2	利用者体験、パーソンセンタードケア（PCC）で学んだことを実践する。	小規模リーダー/介護職	活動対象利用者様の決定	体験から関わり方を検討 小規模会議で検証	PCCから関わり方を検討		PFから関わり方を検討	半期の活動で交換の確認	活動のまとめ	研究発表形式の完成		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	○	○	○	○	○	○	×	－	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・基礎ができていないという考え方に集中してしまい、発展的な考え方を積極的に取り入れていない。 ・活動を発表できる形式にまで昇華させる習慣が無い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.勉強会は実施できたが、具体的な取り組みにつなげられなかった。 2.勉強会は実施できたが、具体的な取り組みにつなげられなかった。	1.意識する点は職員で共有したが、個別の対応につなげられなかった。 2.1と同じ。	1.勉強会は実施したが、具体的な取り組みにできなかった。 2.報告会の開催ができなかった。	

事業報告	◎認知症に関して学ぶ機会を作り、業務に反映させることができた。 1.勉強会を実施したが、具体的に活用していく方法について深めることができなかった。 2.統一して実践することはできたが、効果を確認し見直す機会を作っていくことが課題として残った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
生活歴を活かしながらコロナ禍でも利用者様が満足してただける行事を行う	事業所	1	住宅併用の方を主にプロフィール表を活用して利用者様に関わる。	小規模リーダー/介護職	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④担当を決め進捗把握 ⑤統一し辛いことを追求			地域Mで進捗確認 小規模L・CMで半期評価	①PF表はカンファ必須資料 ②毎日行われる事を抽出 ③2つ以上プランに入れる ④担当を決め進捗把握 ⑤せりふ集の見直し			地域Mで進捗確認 小規模L・CMで半期評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	－	◎	◎	◎	
	事業所	★2	利用者様の意見が反映された、地域と共に行う行事を月に1回行う。	小規模リーダー/介護職	行事実施（外出） 年間計画の再確認	行事実施（外出） ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ計画	行事実施（外出） 行事の意見収集	行事実施 3ヶ月評価 計画修正	行事実施	行事実施（外出）	行事実施（外出）	行事実施 3ヶ月の評価	次年度年間計画の作成	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	小規模リーダー/介護職	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 行事項目の確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 行事項目の確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度継続　プロフィール表が作られたが、その後の更新、積極的なプロフィール表活用ができていない。 ・外出しづらい状況を踏まえた行事計画ができていない。感染を恐れ地域と連携していない。 ・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果を事務所内で共有できていない。強みに対する確認ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.プランに盛り込んだが、効果の確認ができなかった。 2.コロナの影響で外出はできなかった。 3.計画通り実施できた。	1.プランに盛り込んだが、効果の確認ができなかった。 2.コロナの影響で外出はできなかった。 3.計画通り実施できた。	1.プランに盛り込んだが、効果の確認ができなかった。 2.コロナの影響で外出はできなかった。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎コロナウイルスによる影響はあったが、事業所内でできる方法を考え工夫することができた。 1.対象者について作成し、職員間で共有することができた。 2.感染対策を行いながら行事を実施することができたが、地域の方と共に行うことはできなかった。 3.満足度調査の内容をもとに、提供するサービス内容を見直すことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	事業所	★1	目標未達成が見込まれる場合、岡谷包括、居宅（岡谷市・下諏訪町・諏訪市）、病院に3週に一度訪問し、申し込み3名以上を得る。	小規模リーダー/施設ケアマネジャー	①チラシ（独居のサービス利用例を入れる）、パンフレット、料金表を用意 ②訪問後1週間後に希望の確認③3週後に再度訪問 ④岡谷、下諏訪、諏訪の順に範囲拡大 ⑤1週に1度関係者で進捗確認する				半期の登録・抹消件数 申し込み件数 確認	営業方法の修正有無確認 無ければ右記実行	①チラシ、パンフレット、料金表を用意 ②訪問後1週間後に希望の確認 ③3週後に再度訪問 ④岡谷、下諏訪、諏訪の順に範囲拡大 ⑤1週に1度関係者で進捗確認する				次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・具体的、継続的な確認が曖昧になっている。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価			１０月-１２月評価					
					1. 計画通り実施できた。				1. 計画通り実施できた。			1. 計画通り実施できた。					

事業報告	◎収入と支出のバランスをとり、収差を確保することができた。 1. 営業回数を前年度より増やし、年度後半にかけて稼働率を高めることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第２グレイスフル岡谷
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。感染症対策の強化を図る。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★2	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/小規模リーダー	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ 実施と評価	防災訓練実施 実施と評価	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎感染症の発生を０件に抑えることができた。 1. チェック表をもとに確実に対策を実行することができた。 2. 建屋全体にて訓練を実施し、職員の意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	★1	エリアで発生した事故を振り返る。	地域マネジャー/介護支援専門員	①居宅会議担当施設長でエリア内の検討事故抽出 ②検討事故について居宅会議で意見交換 ③検討で得られた意見を居宅会議担当施設長から発信					居宅会議で展開・修正事項が有れば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行				振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ケアマネジャーの視点で検討がされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故は０件であった。 1. 担当する利用者様の自宅での状況を事業所に伝達し、事故を防ぐことにつなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様が望む暮らしの実現や、住み慣れた地域での生活を続けられるよう支援する。	エリア	1	居宅CM会議にてケアプラン点検、困難事例、事例研究の共有を行う。	地域マネジャー/介護支援専門員	プラン点検、困難事例の共有	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	2	接遇・マナーの勉強会を実施する。	地域マネジャー/介護支援専門員	昨年度を踏まえた研修資料の作成	挨拶について（月1回） 活動の評価		身だしなみについて（月1回） 活動の評価		言葉遣いについて（月1回） 活動の評価		態度と表情について（月1回） 活動の評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	地域包括支援センター、医療機関、事業所との連携を図り、利用者様への適切なサービス提供に繋げる。	地域マネジャー/介護支援専門員	①包括、医療機関と連携する。 ②伝えるべき利用目的を定める ③連携結果をミーティングで共有 ④利用目的の自事業所での伝わり方確認 ⑤連携の有効性を担当者会議など外部から聞き取る				4ヶ月の評価	①包括、医療機関と連携する。 ②伝えるべき利用目的を定める ③連携結果をミーティングで共有 ④利用目的の自事業所での伝わり方確認 ⑤連携の有効性を担当者会議など外部から聞き取る				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・一人で抱えて相談することがない。 ・検討が必要でも検討する必要がないと思っている事例がある。 ・2020年度継続　接遇・マナーの能力が定着していない。コロナを踏まえて対面以外のマナー獲得が必要である。 ・連携が適切かどうか評価していない。 ・自事業所に根本の利用目的が伝えられていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.目標を達成できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.目標を達成できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.目標を達成できなかった。	

事業報告	◎在宅での生活が継続できるよう、プランに必要な支援を反映するよう心がけることができた。 1.困難な事例を会議にて報告し、また他事業所からの情報を建屋の全体会議にて報告し、居宅支援事業として何ができるのか検討する機会を作ることができた。 2.チェック表にて日々意識を高め、満足度調査においても高い評価を得ることができた。 3.定期的に外部機関から情報を収集し、共有することができた。その情報から事業所としてできることは何かを検討するまでには至らなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
地域のサービス利用につながらないケースについて分析し、認知症等の地域潜在ニーズを掘り起こす。	エリア	1	認知症・神経難病・高次脳機能障害・精神疾患等の研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者A班）	地域マネジャー/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎		－		－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	民生児童委員との連携を図り、地域の実態について把握する。	地域マネジャー/介護支援専門員	①民生児童委員と月に1度連携する。 ②聞き取りをまとめる ③連携結果をミーティングで共有 ④対応すべき潜在ニーズか地域Mと協議する				4ヶ月の評価	①民生児童委員と月に1度連携する。 ②聞き取りをまとめる ③連携結果をミーティングで共有 ④対応すべき潜在ニーズか地域Mと協議する				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・自身でいろいろな研修の参加方法を探すことができていない。 ・今後延びる分野が学べていない。 ・水平展開までできていない。 ・民生児童委員と関わっていない。 ・地域潜在ニーズを把握していない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナの影響で研修に制約が生じた。 2.口頭での確認となってしまった。	1.コロナの影響で研修に制約が生じた。 2.口頭での確認となってしまった。	1.計画通り実施できた。 2.口頭での確認となってしまった。	

事業報告	◎研修にて学ぶ機会を作ったが、地域と話し合う機会が作れず具体的な成果として残すことができなかった。 1.研修に参加し、建屋全体の会議において伝達することができた。 2.運営連絡協議会以外に民生児童委員と連携を図る機会が持てなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
主任介護支援専門員としての役割を認識して、業務に取り組む。	エリア	1	社会資源の開発系の外部研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者B班）	地域マネジャー/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎		－		－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	地域マネジャー/介護支援専門員	満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目の確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布 強み項目の確認	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	－	－	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・地域ニーズをサービスへ展開する方法がわからない。 ・今後延びる分野が分かっていない。 ・研修を受けても社会資源の開発までには至らない。 ・2020年度継続　満足度調査は実施できたが、結果を事務所内で共有できていない。強みに対する確認ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナの影響で研修に制約が生じた。 2.計画通り実施できた。	1.コロナの影響で研修に制約が生じた。 2.計画通り実施できた。	1.コロナの影響で研修に制約が生じた。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎研修で学んだ内容を意識しながら業務に取り組むことができた。 1.参加した研修の内容を、建屋内の会議を通じて他職種にも情報提供し、施設全体の知識向上につなげることができた。 2.満足度調査の結果は高い評価であった。回収方法に課題があり、利用者様から課題をさらに探ることができるよう工夫が必要である。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
ケアマネージャー1人あたりの最大担当件数を目指す。	エリア	1	自身と事業所の強みを認識して、積極的に地域（利用者様宅、行政、地域包括、医療機関等）へ訪問し、新規利用者様の受け入れを行う。	地域マネジャー/介護支援専門員	新規依頼の際に自事業所を選んで頂いた理由を確認し、認識した強みで選ばれたか確認する												地域マネージャー
					実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換	振り返り	次年度準備		
					○		○		○		○		○	◎	◎	◎	
	事業所	★2	得られた外部情報を部署内で共有し、新規獲得につなげる。	地域マネジャー/介護支援専門員	①他社、地域、新規状況の変化を調査 ②調査を月に一度まとめる ③まとめた結果をミーティングで共有 ④対応すべき事項があるか地域Mと協議する ⑤外部ニーズを内部相談員に発信する				4ヶ月の評価	①他社、地域、新規状況の変化を調査 ②調査を月に一度まとめる ③まとめた結果をミーティングで共有 ④対応すべき事項があるか地域Mと協議する ⑤外部ニーズを内部相談員に発信する				振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・個人の部分の強みを、はっきりと明確に意識していない。 ・定期ミーティングが生かせていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.関係機関への訪問は実施できたが、コロナにより地域関係者への訪問はできなかった。 2.計画通り実施できた。	1.関係機関への訪問は実施できたが、コロナにより地域関係者への訪問はできなかった。 2.計画通り実施できた。	1.関係機関への訪問は実施できたが、コロナにより地域関係者への訪問はできなかった。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎医療機関、行政には頻回に訪問し担当ケースの増加を図ることができたが、他の機関への訪問は限られており、担当件数についても目標を達成することができなかった。 1.困難ケースも積極的に受け入れることを伝え、新規受け入れを図った。 2.得られた情報を共有することができたが、それをもとに新規につながる方法に結びつけることができなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル岡谷
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。感染症対策の強化を図る。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	デジタル機器を使った面談を実施する。	地域マネジャー/介護支援専門員	実施可能な外部機関の選定	実施方法を検討	実施可能な利用者の選定	実施方法を検討	実施可能な内部場面の選定	実施方法を検討	居宅会議で共有	方法の見直し	居宅会議で共有	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）							
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	
	エリア	★3	有事に対応できるため、災害・感染の発生を前提とした利用者様リスト管理と対応シミュレーションを行う。	地域マネジャー/介護支援専門員	①利用者様・ご家族にリストの項目に変化がないか確認 ②利用者様リストの更新 ③有事発生を想定し代替ｻｰﾋﾞｽ、関係機関連絡等の作業時間・工程の机上訓練 ④実施結果を居宅会議で共有・展開事項検討						居宅会議で展開・修正事項が有れば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	地域	★4	災害シミュレーションを実施する。	地域マネジャー/介護支援専門員	年間計画を再確認する	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	発電機使用ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	感染ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ	防災訓練実施	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・停電、感染を踏まえた効果的な訓練ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 該当する関係者が見つからなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 該当する関係者が見つからなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 該当する関係者が見つからなかった。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。

事業報告	◎感染症蔓延時期や災害発生時に、被害を受ける担当利用者様はいらっしゃらなかった。 1. チェック表に基づき施設内の感染対策を実施することができた。 2. 事業所として環境を整えたが、利用者様側の環境が整わず、活用するまでには至らなかった。 3. 建屋内の訓練に加えて、担当利用者様が万が一の際受ける被害を想定し、訪問時に注意換気することができた。 4. 建屋全体で計画通り実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎			◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	◎	◎/◎	△/○	○	△/△	－				
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	◎/○	△	○	○/○	○	○				
なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.計画通り実施できた 2.計画通り実施できた 3.遅れがあったが実施できた			1.計画通り実施できた 2.各自で実施できている 3.定期的な促しが必要				1.計画通り実施できた 2.定期的な促しが必要 3.定期的な促しが必要				

事業報告	◎不適切ケア0件。 1.利用者体験を実際に行った後の意見の中に、利用者様についての連絡事項など職員同士で会話をしている声がよく聞こえたという内容のものがあった。そういった会話にも個人情報が含まれていることを意識するように事業所に展開した。普段何気ない会話が情報漏洩やプライバシーの侵害にも繋がることを意識して取り組むことが出来た。 2.ユマニチュードのDVD鑑賞後、特に介護拒否が見られる方や感情の起伏が見られる方を対象に各自で実践した。「同じ目線で話す。」「前向きな言葉で話す。」など意識して実践はしているが、時間の経過と共に意識が薄れてきてしまうため、技術として身に付けるには意識を切らさないようにできる機会を設ける必要性を感じた。 3.接遇テスト、ユマニチュードで学習した内容も意識してロールプレイを実施できた。接遇・マナーを良くすることが認知症対応にも繋がってくることを各自理解し利用者対応を実施出来ている。気持ちに余裕が無くなってくると表情が固くなったり焦りが出てしまい、言葉遣いにも現れてしまうこともあるため、人員配置や業務フローに無理がないかも確認していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のひやりはっとを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するひやりはっとを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎				
	エリア	2	職員の気づきの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のひやりはっと情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてひやりはっと情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するひやりはっとを共有し、対策を実行する。同様のひやりはっとをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎				
	事業所	★3	誤嚥事故を0にするため、ハイリスク者の洗い出しと食事時の観察ポイントを確認・実施する。	リーダー/全職員	毎月のDS会議にて誤嚥ハイリスク者の洗い出しを行なう。									振り返り	次年度準備		各管理者
					観察ポイントの共有	毎日の申し送りにて ①食事やおやつ提供時間内のひやりはっとや事故の確認 ②ひやりはっとや事故が挙がった際は対策の立案・実施 ③対策の立案時に評価日を決め評価を行なう（基本は2週間後に評価を行なう）											
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎				
	事業所	4	ひやりはっとや事故の対策を有効なものにするため、再発防止策検討書を活用し、効果の確認を行なう。（効果の確認を習慣化させるようにする）	リーダー/介護職	毎月の会議にてひやりはっとの対策を立てる。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						翌月の会議にて再発防止策検討書を用いて効果の確認を行なう											
					◎	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）前年度離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・2020年度より）前年度ひやりはっとの集計を実施したが、ひやはっと挙げる意識が低いため件数が少ない。気づきの視点を養い事故防止を図る必要がある。 ・自立の方ほど誤嚥事故の発生リスクが高いという意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できているが件数が少ない。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できているが件数が少ない。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できているが件数が少ない。	

事業報告	◎重大事故0件。 1.離施設事故の対策リストを毎月チェックすることで対策を継続して行う事が出来た。他事業所で起こった離施設事故は水平展開し自事業所でも起こりうる可能性がある場合は対策リストを活用し離施設事故防止に繋げられた。 2.毎月強化するヒヤリハットの対策について共有し実行することでヒヤリハットの気付きの視点の強化やルールの見直しを行い重大事故防止に繋げることが出来た。 3.毎日の食事の見守りでADLの低下や状態が変わった方の観察が出来ており申し送り時に共有し、早い段階で対策の立案ができ、ご家族やCMとも連携することが出来た。提供する食事形態の判断が難しい場合は、エリア内のSTによる嚥下評価を実施してもらう事も視野に入れて対策の強化を図っていく。 4.ヒヤリハットの件数が少ないという課題は残るが、効果の確認を行う機会が増えることで、対策が継続して実施出来ているか確認していきながら対策の徹底を行う事が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の想いを汲み取りサービスにつなげていくことで生活の充実	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		各管理者
						◎	◎	◎		◎	◎	◎					
	事業所	2	利用者様の想いを知るため、つぶやきやよかったを1日1件以上あげ、帰りの申し送りで共有する。あげられたつぶやきから新たな活動を創出する。	リーダー/介護職	毎日の反省会時に ①その日のつぶやき・よかったを共有する。 ②つぶやきに対しては対策の立てる。 ③実行した内容は翌月のDS会議の際に評価を行なう。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	★3	午前中の空き時間をなくすため、小人数で行なう運動メニューを考案する。	リーダー/介護職	考案メンバーを選定する	運動の考案（業務の見直しも含める）		考案した運動の提供	中間評価（改善点があれば検討）			中間評価（改善点があれば検討）		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎/○	◎/○	◎	◎/○	◎/○				
	事業所	★4	よりよい声かけを身につけるため、よい声かけをしている職員を投票し、その職員の声かけを真似する。	リーダー/介護職	投票・集計・発表	投票数の多かった声かけを各自で実施				投票・集計・発表		投票数の多かった声かけを各自で実施		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	○	○	○	○	○	○	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度より）つぶやきやよかったの件数自体が少なく、職員の意識が低い。 ・2020年度より）午前中にサーキットトレーニングに参加しない利用者様に提供する運動がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価
			1.実施できている。 2.件数が少ない。 3.検討できた。 4.実施はできた。	1.実施できている。 2.件数が少ない。 3.検討できた。 4.実施はできた。	1.実施できている。 2.件数が少ない。 3.検討できた。 4.実施はできた。

事業報告	◎利用者様満足度調査「総合的に考えてサービスの内容に満足していますか」の満足・まあまあ満足の回答率89%。 1.食事に関するつぶやきを給食会議にて栄養士に伝達し、満足度向上に繋げることが出来た。 2.つぶやき件数は少ないが、ケアの改善に繋がる内容のつぶやきを拾いあげ情報共有し、対策を立てることができた。中でも職員の声の掛け方についてのつぶやきで、意図せずに利用者様に誤解を与えるケースがあったが、言葉遣いや声の掛け方の事例として周知することができた。 3.指先を使った運動を検討しアクティビティに取り入れた。指先と頭の体操として継続して実施することが出来ている。 4.良い声掛けの理由として落ち着きのある声掛け、丁寧な言葉遣いがあげられている。満足度調査でも接遇に関しての不満は聞かれておらず、各々が意識して取り組めている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちを理解し、自身のケアを見つめ直す機会とする	事業所	★1	認知症ケアの向上のため、実際に利用されている方の事例を活用し、よいケア、よくないケアを学ぶ。	リーダー/介護職	奇数月に30分ロールプレイやグループワークでの勉強会を開催する。（前月中に実際に利用されている方の事例「入浴へのお誘い時」など具体的な場面を設定する） リーダーによる評価　　リーダーによる評価									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎				
	事業所	★2	帰宅願望のある利用者様に対してどのように接すればよいのか考える。（対象者3名のうち1名の検討を行なう）	リーダー/介護職	・DS会議にて検討 A様の行動の把握（落ち着かなくなる時間帯・その前後の出来事・職員の声かけなど）		A様利用日の反省会にて検討会を実施する 行動の把握から得られた早急性のある時間帯に対して ・どのような声かけをしたのか　・提供したアクティビティは何か　・A様の様子の変化　を共有し、成功した対応は全員で取り入れる。（よい結果が得られた場合は次の時間帯へ移行する）					A様の行動の把握（実施前後の違い）	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★3	入浴に拒否がある利用者様に対してどのように接すればよいのか考える。（対象者4名のうち1名の検討を行なう）	リーダー/介護職	・DS会議にて検討 B様の行動の把握（入浴提供の時間・職員の声かけ・周りの雰囲気など）		B様利用日の反省会にて検討会を実施する 行動の把握から得られた内容に対して ・どのような声かけをしたのか　・周りの雰囲気はどうだったか　・B様の様子の変化　・お誘いした時間帯　を共有し、成功した対応は全員で取り入れる。						B様の行動の把握（実施前後の違い）	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・業務に追われてくると声かけが雑になっている。 ・帰宅願望のある利用者様に対し行動を抑制しようとする職員がいる。 ・デイサービスは他職員のよい対応を見る機会が多い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件。 1.基本的な対応方法として「自分がされて嫌なこと」「家族が見ていても同じことをするか」という視点を持つようにケアの確認を行った。実際に対応している職員を見ることで、自分では気付かないうちに間違った声掛けをしている場面もあり、学んだことを活かすにはロールプレイや勉強会を実施することで「今の声掛けはどうだったのだろうか」と自分自身のケアの方法を考えることに繋がるため、通所部門のロールプレイと合わせてケアの見直しを行える良い機会となった。 2.A様は午後になると帰宅願望が見られており、職員の見守りが出来る体制であれば付き添いのもと外を一緒に歩いてもらう、掃除を手伝ってもらうことで良い結果が得られた。成功事例として共有することで対応方法を統一して実施出来ている。 3.強い入浴拒否が見られる方に対して、拒否なく入浴が出来た日の方が少なかった。拒否される際も、軽い拒否がある日、強い拒否がある日とあり「こういった対応をすれば入浴してもらえる」という明確な対策は見つからなかったが、ユマニチュードを実践出来ている職員の方が拒否は少ないように感じ、ユマニチュードの効果の確認も出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
どのような状態の方でも利用しやすいデイサービスをつくる	事業所	★1	加算算定者以外の方の意欲向上のため、定期的に体力測定を行なう。	リーダー/介護職		体力測定会実施	満足度調査		体力測定会実施			体力測定会実施	満足度調査	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						◎	◎		△			◎	◎				
	事業所	2	利用者様の満足度向上のため、外出レク、室内イベント、食事イベントを毎月開催する。（つぶやきから内容を決める。）	リーダー/介護職	6月分企画	7月分企画	8月分企画	9月分企画	10月分企画	11月分企画	12月分企画	1月分企画	2月分企画	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					4月分実施	5月分実施	6月分実施	7月分実施	8月分実施	9月分実施	10月分実施	11月分実施	12月分実施				
					実施後はご家族・担当CMに様子を伝達する												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎				
	事業所	★3	介護技術向上のため、実際に利用されている方を想定した介助方法・ポジショニングの講習を行なう。	リハ職/介護職	偶数月に勉強会を開催（講師はリハビリ職が担当、講師にて日程を設定する） ※前月中に実際の利用者様の事例「A様のベッド上での排泄介助の仕方」など具体的な場面設定をする。		リーダー・リハ職による評価					リーダー・リハ職による評価		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎/◎				
	事業所	4	辰野町からの委託事業（通所型サービスB「よつば」、通所型サービスC「リハビリ教室」）に職員を派遣し、介護予防につなげる。	リーダー/各担当者	・通所型サービスB「よつば」、通所型サービスC「リハビリ教室」にて手作業や運動を実施する。 ・利用者様に関しては辰野町と情報共有を行なう。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★5	個別機能訓練加算の継続的な算定でリハビリ希望の利用者様の満足度向上を図る。（事業所の強みの1つとする。）	リーダー/リハ職	算定要件の最終確認	・利用者様のニーズを把握し、居宅サービス計画書や自宅での様子などを踏まえ目標設定をする。 ・個別もしくは5人以下の小集団での機能訓練を実施する。 ・3か月ごとのモニタリングを実施、結果を担当CMに伝えていく。								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）リハビリ系加算算定者以外の方の運動意欲を向上させたい。 ・2020年度より）月1回のイベントについて好評のつぶやきがある。 ・2020年度より）介護度の高い利用者様が増える中で、介護技術やポジショニングのレベルアップが必要である。 ・2021年度も辰野町より通所型サービスの委託を依頼されている。 ・法改正により個別機能訓練加算ⅠとⅡが統合され、条件により上位区分の算定となる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できた。 5.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できた。 5.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.実施できた。 4.実施できた。 5.実施できた。

事業報告	◎利用者様満足度調査「総合的に考えてサービスの内容に満足していますか」の満足・まあまあ満足の回答率89%。 1.加算算定者以外の方の意欲向上のために体力測定会を実施し、自分の数値を見てもらいリハビリ職から声を掛けることで意欲向上や満足度向上に繋がった。次年度は表彰形式を取り入れ、さらなる運動意欲向上を目指していく。 2.外出レクはコロナウイルスの影響もあり実施出来なかったが、室内イベントを毎月実施できた。季節行事がない月は小物作りを行ない、作った物を持ち帰っていただけるよう計画を立て実行出来た。 3.介護職から介助方法で困っていることや確認したい内容をリハビリ職から介護職へ伝達し介護技術向上を図ることが出来た。 4.コロナウイルスの影響にて中止をしていた期間を除けば毎月予定通りに実施することが出来た。「よつば」ではデイサービスで実施した小物作りを提供することもあり、参加者に喜んでいただけた。 5.CMからの情報提供やご家族の意向を相談員が受け取りリハビリ職に繋げる以外にも、担当者会議にリハビリ職も参加することで、より具体的な情報共有を行う機会やリハビリ職が直接CMと意見交換を行う機会も増えて、個別機能訓練による満足度向上に繋げることが出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに応える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎				
	エリア	★3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	推薦した人が申し込んだか共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう			コース参加後の状況を共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	4	居宅ケアマネとの信頼関係の強化のため、迅速な連絡と月に2回の事業所訪問を継続する。	管理者/相談員	・不在時にきた連絡は遅くとも半日以内に連絡をする。休みの翌日は送迎後に連絡をする。 ・イベントの広報は前月行なう。 ・サービス担当者会議にリハビリ職が参加できない際は動画を活用し、DSでの様子をより分かりやすく伝える。										振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・居宅ケアマネとの信頼関係を作り、新規依頼を増やし、稼動向上につなげる必要がある。 ・地域ニーズを捉えた営業により、新規件数を獲得する必要がある。 ・通所相談員としての能力向上が稼働向上に必要である。 ・相談員の後任がすくない。計画的なはたらきかけができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.実施できた。 2.実施できた。 3.参加者がいなかった。 4.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.参加者がいなかった。 4.実施できた。	1.実施できた。 2.実施できた。 3.参加者がいなかった。 4.実施できた。

事業報告	◎年間平均稼働率82%。 1.ポイントケアの際に渡していた月次報告書の代わりに情報提供表を配布するようにした。もらえると有難いという意見がある一方で準備に負担が掛かっている。タブレットで動画を撮影して運動の様子等を見てもらうなど、次年度のCMとの連携方法を検討していく。 2.新規件数や稼働率をグラフ化して他事業所との比較や自事業所の傾向をデータとして毎月の相談員会議で確認を行った。次年度では今回のデータを活用して傾向と対策を立てていく。 3.相談員の業務は大変という印象を持っている職員もいるため、相談員業務のやりがいなどを発信していく必要がある。 4.連絡が取りにくいという意見を払拭するために、相談員が外出時にきた連絡は半日以内に連絡をとることが出来た。相談員が休みの日にきた連絡は兼務の介護職にて対応し、判断がつかない内容については相談員と連絡を取り合い迅速に対応することが出来ている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		各管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害を想定しての訓練・シミュレーションを実施する。	防災担当者/各事業所担当者	火災訓練	地震発生時の対応	感染症発生時の対応	地すべり発生時の対応	水害発生時の対応	火災訓練（夜間想定）	感染症発生時の対応	火災訓練	感染症発生時の対応	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	持ち出し備品の管理を施設全体で行なう。	防災担当者/各事業所担当者	上記防災訓練の際に持ち出し備品の確認を行なう。（電池の状態、名簿の更新など）									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できた。 2. 遅れなどあったが実施できた。 3. 実施できた。	1. 実施できた。 2. 遅れなどあったが実施できた。 3. 実施できた。	1. 実施できた。 2. 遅れなどあったが実施できた。 3. 実施できた。	

事業報告	◎実際の感染症や災害時の対応実施率100%。 1. 年間を通して感染症の発生なく営業ができた。感染対策チェック表に沿って日々消毒・換気など行ない毎月チェックできた。 2. 毎月のフロア会議にて職員を対象に様々な災害を想定して訓練は行なったが、突然の停電や大雨など実際の有事の際には慌ててしまうこともあったため、継続して行っていく必要がある。 3. 毎月防火管理者にて、名簿や災害時の持ち出しバッグの確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育 実施チェックリストの作成		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		各管理者
					○/○	○/○	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	－	－	◎	◎/◎	－	－	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のＧＨ（利用者様の生活に合わせたＧＨ）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う（職員の過度な負担にならない留意が必要）。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う		どこまで利用者様に行っていただくのか決める（事業所毎）	食事づくり・洗濯・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		各管理者
					△	○	○/○	○	◎/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画に遅れが生じたが実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.各職員に認知症チェックシートを記入してもらい、内容についてハウスマネージャーが評価を行った。その後ハウスマネージャーより個別に苦手部分や悩みに対して働きかけを行い、フロア会議にてケアでの悩みや解決方法の検討・共有を行い、不適切ケア防止に取り組めた。 2.長野エリアハウスマネージャー共有の方式にて、事前に2名の職員について体験計画を体験先ハウスマネージャーと打ち合わせした上で、下諏訪GH・岡谷GHで利用者様体験を行い、各自の苦手部分や改善点を一緒に検討し、評価を行う事でケア改善につなげることができた。 3.エリア共通の取り組みにて、全利用者様に役割をもって実践していただく内容をフロア会議にて検討・評価し、ケアプランに反映することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		各管理者
					－	－	－	○/○	○	○/○	◎	◎/◎	◎	○	○	○	
	事業所	2	ヒヤリハットの件数をあげ、毎月の定例会議にて対策を検討し実施していく。	HM/介護職員	毎月の定例会議にて（4月と9月にヒヤリハットをあげる意味をHMより伝達する。） ①1人3件ヒヤリハットをあげる。（全職員） ②あげられたヒヤリハットの対策を立案する（HM・居室担当を中心に） ③翌月の会議まで対策を実行する。（全職員） ④翌月会議にて効果の確認を行なう（HM・居室担当を中心に）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	○	△	○	○	△	○	○	○	○	
	事業所	★3	ハウスマネジャー会議にて行っている各事業所の重大ヒヤリハットを自事業所に展開し、対策を実施する。	HM/介護職員	毎月の定例会議にて ①HM会議で共有した重大ヒヤリハットの説明（HM） ②自事業所に置き換えて対策を立案する（全職員） ③翌月会議まで対策を実施し、効果の確認を行なう（全職員）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	○	△	○	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・2020年度より）ヒヤリハットをあげる意識が低いため件数が少ない。 ・2020年度より）対策を立て実施はするが、効果の確認が曖昧になっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアでの活動無し。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画に遅れが生じたが実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画に遅れが生じたが実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故は0件。 1.エリアでの活動開始が遅れたものの、毎月事例を共有するファイルや、年間の統計を活用し、事業所に周知することで、職員の意識変化や、対策の徹底を行うことができた。 2.担当職員の休職により不十分な期間はあったものの、フロア会議にて担当者を中心にヒヤリハットの件数向上と、内容の検証・評価を定期的に行うことで重大事故を予防できた。 3.毎月のフロア会議にて各事業所のヒヤリハットを確認し、自事業所に照らし合わせて対策をたてて周知・評価することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
グループホームの役割を理解したうえで利用者様の立場にたったケアを提供する	事業所	★1	よい声かけを全職員ができるよう、定例会議時に、参考にしたい声のかけ方や利用者様個々に合わせた声のかけ方を共有する。	HM/介護職員	GHに求められているものを共有する	食事場面での声かけ	排泄の場面	入浴の場面	服薬の場面	誘導の場面	拒否された際の場面	総括	予備期間	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
							先月の評価	先月の評価	先月の評価	先月の評価	先月の評価	先月の評価					
					◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	－	○	○	○	
	事業所	★2	つぶやきを拾い、対策を立て実行し効果の確認とケアプランへの反映を行なう。	HM/介護職員	毎月の定例会議にて ①あげられたつぶやきの対策を立案する（HM・居室担当を中心に） ②翌月の会議まで対策を実行する。（全職員） ④翌月会議にて効果の確認を行なう。継続して実施していくものについてはケアプランへの反映も検討する（HM・居室担当を中心に）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	○	△	○	○	△	○	○	○	○	
	事業所	3	ヒヤリハットやつぶやきにて挙がったことをケアプランへ反映させる。	CM/介護職員	利用者様のカンファレンス時にて ①毎月の定例会議にて挙げられたヒヤリハット・つぶやきをケアプランに反映させる。（居室担当・CM） ②モニタリング時に実施状況を確認する。（居室担当・CM）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	◎	◎	◎	△	○	○	△	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・GHとはどのような事業所なのか、求められているものは何かを理解できていない。 ・2020年度より）利用者様の立場に立った声かけができていない。 ・2020年度より）何に対しても対策を立て実施できているが、効果の確認が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画に遅れが生じたが実施できた。 3.計画に遅れが生じたが実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画に遅れが生じたが実施できた。 3.計画に遅れが生じたが実施できた。	

事業報告	◎つぶやきや役割のケアプラン反映率100%。 1.フロア会議の定例議題として全職員より意見を集め検討し、日頃の利用者様への声掛けで気を付けている点や成功例・失敗例を共有し、ケアに生かすことができた。 2.担当職員の休職により不十分な期間はあったものの、担当を中心に件数向上に努め、フロア会議にて内容を確認、対策を検討、評価、ケアプランへの反映ができた。 3.計画作成担当者を中心にケアプランへ反映させ、毎日のモニタリングにて内容を確認、実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
勉強会にて獲得した知識をもとに、利用者様の認知症の種類と対応方法を検討し、実践する	事業所	★1	毎月認知症勉強会の日を設け、利用者様の認知症の原因と対策を検討する。	HM/介護職員	勉強会にてA様について・認知症の種類・発症からの経過・入居～現在までの言動の変化・本人の願いなどから職員のかかわり方を考える		勉強会からの対応方法を実行する。①入浴時・排泄時・混乱時など場面を決める②職員の声のかけ方でA様の言動の変化を記録する。③勉強会にて成功例・失敗例を共有する。			勉強会にてB様について・認知症の種類・発症からの経過・入居～現在までの言動の変化・本人の願いなどから職員のかかわり方を考える		対応方法を実行する。①入浴時・排泄時・混乱時など場面を決める②職員の声のかけ方でB様の言動の変化を記録する。③勉強会にて成功例・失敗例を共有する。			次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	
	事業所	★2	認知症進行防止のため、全利用者様に役割を持っていただき、機能維持を図る。	HM/介護職員	3名検討	3名検討	役割の提供	役割の提供	評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供	評価での変更点も踏まえ役割の提供	評価での変更点も踏まえ役割の提供		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						3名検討	役割の提供			評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供						
							3名検討	役割の提供			評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供					
					ケアプランに反映させる												
					◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症に関する知識は得られたが、実際のケアに活かせていない。 ・職員によりケアや声かけに差がある。 ・統一したケアができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「施設からの情報、面会時の様子から職員の介助・ケアはケアプラン通りに実施されていると思いますか」の実施されている・少し実施されているの回答率93%。 1. 年度を通して2名の利用者様の認知症の種類・発症からの経過・入居から現在までの言動の変化・ご本人の願いなどをフェイスシートやプロフィール表、ご家族からの情報や日頃の言動からご本人の願いを共有・推測した上で対応方法を検討し、ケアを実践、記録に残すことができた。 2. 全職員より全利用者様分の生活歴などをもとに検討した役割を持っていただき、ケアプランに反映、モニタリングで確認・実践できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
楽しみながら活動量を増やすことで、認知症の進行防止と達成感を味わっていただく	事業所	★1	適度な運動を提供し、日中の活動量を増やす。	担当職員/介護職員	提供時間と記録用紙の準備	・毎日の活動の中にウォークラリーを組み込む ・毎月1日に体重・体力・認知症度測定を行なう（結果をグラフでまとめていく） ・毎月の事業所新聞とともにご家族へお伝えする								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	歩行した距離を可視化することで達成感を味わっていただき、認知症の進行防止にもつなげる。	担当職員/介護職員	・毎日のウォークラリー終了後、ご自身で歩行数を記録していただく ・毎月の事業所新聞とともにご家族へお伝えする									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	上記取り組みの効果を可視化するため、1日の様子を記録し、研究発表の題材とする。	HM/介護職員	夜間睡眠の少ない方、拒否や混乱が多くみられる方などピックアップする	・1日の①活動内容②感情の変化③睡眠時間を記録する（全職員） ・1か月ごと①活動時間②不穏になる回数③睡眠時間をまとめる（全職員）								振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）歩行量が減っている。 ・2020年度より）満足度調査より、運動の機会を増やしてほしいとの意見をいただいた。 ・日々提供している運動についての効果がわからない。 ・事業所の特徴がはっきりしていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.不十分ではあるが実施できた。 2.不十分ではあるが実施できた。 3.不十分ではあるが実施できた。	1.不十分ではあるが実施できた。 2.不十分ではあるが実施できた。 3.不十分ではあるが実施できた。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「ご家族から見て本人様はグループホームでの生活に満足されていると思いますか」の大変満足している・少し満足しているの回答率87%。 1・2.開始時はツールの作成や職員間での検討、周知、実施など計画的に取り組めたが、担当者からの発信が少なくなり、徐々に職員の意識が薄れて行ってしまった。担当者任せの部分があったため、フロア会議などで進捗状況の確認をするなど、全職員の意識が継続するような働きかけが必要であった。 3.担当者を中心に研究発表にて報告することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	・目標稼働率を達成するため、HMの入退去に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		HM会議担当施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					△	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・2020年度より）申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。	

事業報告	◎年間平均稼働率98%。 1.管理者への報告や対策を検討し、HM会議で毎月報告できたが、入退居が立て続けに発生した月が数か月あり、目標稼働率を達成できない月が4か月あった。来年度は、営業方法の見直しや営業の際に有効な新聞やチラシの作成・更新に力を入れていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		各管理者
					○	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害を想定しての訓練・シミュレーションを実施する。	防災担当者/各事業所担当者	火災訓練	地震発生時の対応	感染症発生時の対応	地すべり発生時の対応	水害発生時の対応	火災訓練（夜間想定）	感染症発生時の対応	火災訓練	感染症発生時の対応	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★3	持ち出し備品の管理を施設全体で行なう。	防災担当者/各事業所担当者	上記防災訓練の際に持ち出し備品の確認を行なう。（電池の状態、名簿の更新など）									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎実際の感染症や災害時の対応実施率100%。 1. 年間を通して感染症の発生なく営業ができた。感染対策チェック表に沿って日々消毒・換気など行ない毎月チェックできた。 2. 毎月のフロア会議にて職員を対象に様々な災害を想定して訓練は行なったが、突然の停電や大雨など実際の有事の際には慌ててしまうこともあったため、継続して行っていく必要がある。 3. 毎月防火管理者にて、名簿や災害時の持ち出しバッグの確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	エリアで発生した事故を振り返る。	施設長/介護支援専門員	①居宅会議担当施設長でエリア内の検討事故抽出 ②検討事故について居宅会議で意見交換 ③検討で得られた意見を居宅会議担当施設長から発信					居宅会議で展開・修正事項があれば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行				振り返り	次年度準備		各管理者
					○	－	○	－	○	－	○	－	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ケアマネジャーの視点で検討がされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.意見交換ができた。	1.修正事項等なく、事故についての確認や意見交換ができた。	1.修正事項等なく、事故についての確認や意見交換ができた。	

事業報告	◎重大事故は0件。 1.居宅ケアマネ会議にて、毎回事故についての共有や意見交換をし、必要時は担当施設長から発信することができたが、検討した事故についてどのような経過になったのかまで確認することができなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちに寄り添い、ご本人らしい生活とは何かを考えてプランに反映する	エリア	1	居宅CM会議にてケアプラン点検、困難事例、事例研究の共有を行う。	施設長/介護支援専門員	プラン点検、困難事例の共有	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	×	◎/◎	×	◎/◎	×	◎/◎	×	◎/◎	○	○	○	
	事業所	★2	事業所内で毎月2件事例検討を行ない他CMの考え方を知ることで広い視野でのプラン作成につなげる。	居宅管理者/介護支援専門員	毎月1日に1名ずつ事例検討を実施する。 ①事例の概要　②ニーズ・困りごとからどのような支援が必要と考えたか　③②からどのようなプランを作成したのか　④現在の課題　⑤改善点やアドバイスなどの共有									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	3	月2件以上つぶやきを収集し、サービス事業所相談員に報告する。改善内容を利用者様へフィードバックする。（記録に残す。）	居宅管理者/介護支援専門員	①毎月のモニタリング時に利用者様・ご家族より聞き取りを行なう。②サービス事業所へ訪問した際は事業所の雰囲気・利用者様の様子を観察する。（記録に残す）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						毎月の実績受け取りの際に ①内容の報告②対応後の様子を共有する。											
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・一人で抱えて相談することがない。 ・検討が必要でも検討する必要がないと思っている事例がある。 ・2020年度より）収集したつぶやきを口頭で伝えているため記録として残していない。（伝えて終わり、になっている。） ・2020年度より）自分のマネジメントがベストと思わず他の考え方もあることを知り、ケアマネージャーとしての知識を深めることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.共有できた。 2.事例検討を行うことができた。 3.事業所へ報告した。	1.共有できた。 2.事例検討、意見交換ができた。 3.事業所へ報告した。	1.共有できた。 2.事例検討、意見交換ができた。 3.事業所へ報告した。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「担当ケアマネージャーの作成する計画書について意向に沿って満足する内容になっていますか」の満足・ほぼ満足の回答割合100%。 1.居宅ケアマネ会議にて毎回事例検討やケアプラン点検を実施し、支援方法やプランの記載方法等について相談、情報共有することができた。今年度はケア向上委員会（認知症ケア委員会）に相談する事例は確認できなかった。 2.困りごとが発生した際は、お互いに事例の共有をして支援に向けてアドバイスを受けながらプラン作成を行い支援をすることができた。 3.毎月のモニタリング訪問時に確認したつぶやきを事業所へ報告し、利用者様やご家族にもその後の様子について改善されているか確認をすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症に対する理解を深めケアの質を向上する	エリア	1	認知症・神経難病・高次脳機能障害・精神疾患等の研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ａ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○		△		◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	○	○	○	
	事業所	2	認知症に対する知識を習得し、ケアマネジメントの質向上に活かす。	居宅管理者/介護支援専門員	①2-②-3の視点での認知症に関する研修会に参加する。（各自で実施） ②研修参加1週間以内に研修内容・提案事項を事業所内で共有する。（研修参加者が主体で実施） ③共有1か月後に提案事項についての実施状況を報告し合う。（研修参加者が日程の調整を行なう。）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	認知症の方でも在宅生活の維持ができるよう、研修で得た知識・対応方法を介護者に伝え、自宅での認知症ケアの支援をする。	居宅管理者/介護支援専門員	①毎月のモニタリング時に自宅での困りごとを聴取する。 ②聴取した困りごとに対しての対応策を検討する。（2-①-2で検討してもよい） ③提案事項をご家族に伝える。（必要に応じプラン変更・担当者会議開催）									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）自身でいろいろな研修への参加方法を探すことができていない。 ・2020年度より）水平展開までできていない。 ・認知症の進行=施設入所の提案とならないよう知識を深める必要がある。 ・認知症の方のマネジメントが強みの1つ、と言えるようにしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.研修に参加できた。 3.計画通り実施できた。	1.研修に参加し、情報共有した。 2.研修へ参加し知識を深めた。 3.実施した。	1.研修に参加し、情報共有した。 2.研修へ参加し知識を深めた。 3.実施した。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「困った時は担当ケアマネージャーに気軽に相談することができていますか」の満足・ほぼ満足の回答割合100%。 1.研修の延期等あったものの、研修へ参加し居宅ケアマネ会議にて水平展開することができた。 2.認知症の研修に参加し情報共有はすることができたが、提案事項を共有して実施することができなかった。 3.毎月の訪問時やご家族から相談があった際には、対応方法についてお伝えし、担当者会議を開催し利用事業所とも情報共有を行なうことで支援方法を変更するなど適切な支援につなげられた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
地域のニーズ、利用者様のニーズを把握し、適切なサービス利用につなげていく	エリア	1	社会資源の開発系の外部研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ｂ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎		◎		◎		◎	○	○	○	
	事業所	★2	地域ケア会議に参加することで、他法人のケアマネの支援についてやフォーマル・インフォーマルサービスの活用方法など様々な考え方を吸収する。	居宅管理者/介護支援専門員	①1名が町で開催される地域ケア会議に参加する。（日程などは包括支援センターから情報収集する） ②参加しなかったCMへ水平展開と自身であったらどのような支援をするのかなどの意見交換を行なう。（参加1週間以内に実施） ③エリア居宅会議にて他地域のCMに水平展開する。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					×	◎	×	◎	×	◎	×	◎	×	○	○	○	
	事業所	3	包括支援センター、病院への月1回以上の訪問を継続して行う。	居宅管理者/介護支援専門員	月1回以上訪問をし、信頼関係を強める。									振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					新規紹介状況からニーズの検証を行う。		紹介方法、営業方法を検討し実行する。			新規紹介状況からニーズの検証を行う。		紹介方法、営業方法を検討し実行する。					
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）自身でいろいろな研修への参加方法を探すことができていない。 ・2020年度より）水平展開までできていない。 ・認知症の進行=施設入所の提案とならないよう知識を深める必要がある。 ・認知症の方のマネジメントが強みの1つ、と言えるようにしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施できた。 2.参加することができた。 3.訪問することができた。	1.実施できた。 2.開催時は参加することができた。 3.訪問を継続している。	1.実施できた。 2.開催時は参加することができた。 3.訪問を継続している。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「担当ケアマネージャーの作成する計画書について意向に沿って満足する内容になっていますか」の満足・ほぼ満足の回答割合100%。 1.居宅ケアマネ会議にて研修参加者より報告を受けて情報共有することができた。 2.地域包括支援センター主催の地域ケア会議（奇数月に実施）に毎回参加し、多職種の意見や他法人のケアマネの支援方法を学ぶことができた。また事業所の事例を提供することもあり、計画書を確認していただき、自分では気づかなかった部分のご意見を聞くことができた。 3.定期的に地域包括支援センターや病院の訪問や電話にて利用者様の情報を共有することができ、良い関係性を築くことができ新規の依頼もいただけているが、新規紹介状況からニーズの検証を行うことまでは十分にできなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
1人あたりの担当件数最大限を目指す	エリア	1	自身と事業所の強みを認識して、積極的に地域（利用者様宅、行政、地域包括、医療機関等）へ訪問し、新規利用者様の受け入れを行う。	施設長/介護支援専門員	新規依頼の際に自事業所を選んで頂いた理由を確認し、認識した強みで選ばれたか確認する												施設長
					実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換		実施状況の情報交換	振り返り	次年度準備		
					◎/◎	○	◎/◎	○	◎/◎	○	◎/◎	○	◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・個人の部分の強みを、はっきりと明確に意識していいない。 ・外部機関との連携を図ることで信頼を得ることが重要である。 ・安定した事業所運営も大切である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できた。	1. 実施できた。	1. 実施できた。	

事業報告	◎年間平均担当件数67件。 1. 自身の強みを意識するということは難しかった。年間を通して地域包括支援センターや医療機関には積極的に訪問することで、ほぼ毎月、新規の利用者様の受け入れはできたが、目標件数に達することはできなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル辰野
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	エリア	★2	デジタル機器を使った面談を実施する。	地域マネージャー/介護支援専門員	実施可能な外部機関の選定	実施方法を検討	実施可能な利用者様の選定	実施方法を検討	実施可能な内部場面の選定	実施方法を検討	居宅会議で共有	方法の見直し	居宅会議で共有	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）							
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	○	○	
	エリア	★3	有事に対応できるため、災害・感染の発生を前提とした利用者様リスト管理と対応シミュレーションを行う。	地域マネージャー/介護支援専門員	①利用者様・ご家族にリストの項目に変化がないか確認 ②利用者様リストの更新 ③有事発生を想定し代替ｻｰﾋﾞｽ、関係機関連絡等の作業時間・工程の机上訓練 ④実施結果を居宅会議で共有・展開事項検討						居宅会議で展開・修正事項があれば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 感染対策を実施した。 2. 行政との連絡会議で使用した。 3. 利用者様リスト管理を作成した。	1. 感染対策を継続している。 2. 研修などにて実施した。 3. 実施した。	1. 感染対策を継続している。 2. 研修などにて実施した。 3. 実施した。	

事業報告	◎実際の感染症や災害時の対応実施率100%。 1. 感染対策チェック表を活用し、年間を通して感染症が発生することなく業務を行うことができた。 2. 遠方の病院に入院されている利用者様に対してデジタル機器を利用して担当者会議を実施したり、リハビリの様子を確認することはできた。また、市町村で実施するケアマネ連絡会でも活用する事ができた。 3. 各自、担当利用者様のリストの更新を行い、毎月の訪問等で変化がないかの確認を行い、居宅ケアマネ会議においても共有ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束・言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					○	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
								評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	コールが重なることで気持ちに余裕がなくなってしまうため、センサーマットの使用目的を明確化し、外せる方については別の対策を立案・実行する。	リーダー/全職員	センサーマットの使用方法の統一	継続的に使用している方他の対策について検討する。	・対策を実施する・1週間後評価を行ない対策の有効性を確認する。（リーダー・居室担当を中心に検討する） ・カンファレンス時にご家族にセンサーマット使用目的を伝える。（CM） 新たに使用する場合は期間を決め設置する。（基本は1週間とする） 設置期間に行動の把握、外した際の対策を検討する。						振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・センサーマットを転倒防止目的で使用しているため、頻繁に鳴る方の対応に追われてしまう。 ・コールが重なると気持ちに焦りが出てしまう。 ・センサーマットの使用目的を正しく理解していない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.以前は「落ち着いているから」という職員の都合で座ったままで過ごしていただいていたが、長時間座っていることの苦痛を知ることでベッドで休む時間を作ったり、体操や軽作業を提供するなど、長時間の座位保持にならないような対応ができるようになった。 2.生活歴をケアに取り入れる意識が高まり、フェイスシートやプロフィール表を参考に話題作りができるようになった。 3.ケアの中での困りごとは都度意見交換や連絡ノートを活用することで共有することができた。 4.センサーマットの使用目的を明確化させることで、本当に必要なのかを検討・対応する事がおおむね計画通りできた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		各管理者
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ひやりはっとを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学にて身体構造について知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	自立の方の居室内での外傷・転倒事故防止の為、居室内を事故予防の観点から適切な環境にする。	リーダー/全職員	各利用者様カンファレンス時に①歩行状態②居室での様子③ひやりはっとから居室環境を見直す									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					事故発生後当日もしくは翌日中に①原因と対策の立案（原因はできる限り詳細に突き止める）②対策を実施③1週間後評価を行なう。												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ひやりはっとが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・「転倒防止＝センサーマットの使用」という考え方が残っている。 ・センサーマットを外すタイミングが明確ではない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。 5. 計画通り実施できた。

事業報告

◎重大事故は0件。
1. 事業所内で起きた事故の評価や振り返りを実施することができた。また各会議での意見を事業所に持ち帰り、対策案など検討、実行する事ができた。
2. 事業所内で発生した事故、ヒヤリハットから類似する事故を想定した内容を検討をする事が計画通り実施できた。
3. 全職員にはできなかったが、リーダーが必要と判断した場合は個別で教育することができた。
4. 必須研修や勉強会を通して技術の向上を図ることができ、学びを実際のケアに活かすことができた。
5. 利用者様の既往歴や生活歴から身体機能を事前に把握し、どのような環境が適しているのか、また、想定される事故やヒヤリハットはどのような内容かを検討する事が計画通りできた。
また、事故が発生した際にも原因の対策と立案を迅速に行なう事が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
気持ちのよい接遇・マナーと、気づきの視点を養い、利用者様が楽しみややりたいことができる施設をつくる	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	職員の接遇マナー満足度100%を目指す為、個々で改善箇所を挙げ、自己チェック・リーダーチェックを行なう。	リーダー/全職員	個々で目指す姿と行動計画を立案・実行する。（達成できたら新たな目指す姿を立案する） 自己チェック	リーダーチェック	自己チェック 満足度調査	リーダーチェック	自己チェック	リーダーチェック	自己チェック	リーダーチェック	自己チェック 満足度調査	振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○/◎	○	○	○	○	○	○/◎	○	○	○	
	事業所	★5	ケアの統一をすることで、利用者様も混乱や事故が減り、職員の業務の負担軽減も図る。	リーダー/全職員	夕食～起床までの夜間帯について、各自のケアの順番や時間をまとめる。		利用者様にとって事故や混乱が少ないケアの進め方を決定する		全職員が決めた順番・時間でケアを行なう 評価	評価	評価	評価	評価	振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・2020年度より）職員の接遇マナーに関して満足度が100%ではない。 ・職員によって介助に入る順番や時間に差がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3十分実施できなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3十分実施できなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3十分実施できなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。

事業報告	◎利用者様満足度調査「職員の挨拶やマナーはいかがでしょうか」の大変良い・良いの回答率100%。 1.利用者様のこだわりや好きだった事などをケアに導入する事で、レクリエーションやイベント食において「満足した」というつぶやきが上がるようになった。 2.利用者様の生活歴からできる事を選定し取り入れる事で利用者様の残存機能を活かしてできることを増やす事が計画通り実施できた。 3.交換研修は職員の異動等あった為、計画通り実施することは出来なかった。 4.接遇マナーの自己チェックから改善点がある箇所に対して、リーダーにて教育する事が計画通りできた。 5.利用者様の対応が困難な場合には、その方の生活歴から性格や特徴を捉えケアの統一を図った。ケアの統一をする事により利用者様が混乱される様子等も軽減されるようになり、落ち着いた生活を送られる様子も見られ、職員の負担軽減にも繋がった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
その方の気持ちを考えてケアを提供する	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		各管理者
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		各管理者
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	3	利用者様視点でのケアを提供するため生活歴の把握や、やりたいこと・できることを把握し、困難な場面ではなぜその行動をとるのかを考える。	CM/全職員	各利用者様のカンファレンス時に ①本人のできること・やりたいこと・BPSDの項目をあげる（居室担当） ②挙げられた内容を解決するために必要なケアを検討する（カンファレンス参加者） ③ケアプランへ反映する（ケアマネジャー）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	入浴に拒否がある利用者様に対してどのように接すればよいのか考える。	リーダー/介護職	A様の行動の把握（入浴提供の時間・職員の声かけ・周りの雰囲気本人の精神状態など）		行動の把握から得られた内容に対して ・どのような声かけをしたのか　・周りの雰囲気はどうだったか　・A様の様子の変化　・お誘いした時間帯　を共有し、成功した対応は全員で取り入れる。						A様の行動の把握（実施前後の違い）	振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	5	季節感のある服装と清潔な居室環境づくり、爪切り・髭剃りなど基本的なことを確実に行ない満足度向上を図る。	CM/全職員	朝食後に身だしなみチェック（服装・爪・髭・髪）を行ない、記録に残す。（早番職員） 入浴時に爪切りを行なう。（早番から遅番に伝達）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
							満足度調査						満足度調査				
					○	○	○/○	○	○	○	○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）生活歴を実際のケアに活かせているのが一部の利用者様である。 ・職員の視点でのケアになっている。 ・2020年度より）研修で得たことを実際の業務に活かしているのか確認していない。 ・2020年度より）服装や環境に関しての満足度が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「当施設のご利用について満足していますか」の大変満足・満足の回答率100%。 1.対応困難な利用者様の事例を入所リーダー会議で検討することすることができた。 2.入所リーダー会議で検討することはできていたが、入所リーダー会議で出た意見を事業所で展開する際に、ケア内容を各職員へ発信していても行動に移す事が遅い部分があった。 3.主に帰宅願望が強い利用者様の対応に対して対応困難となっていたが、その方の生活歴や性格を理解し職員間にて共有する事で、改善に向かう事ができた。現在では帰宅願望も軽減されており、ご本人様のやりたい事等を提供する機会が増えている。 4.入浴拒否の利用者様に対し、誘導を行なう時間帯や声かけを検討し実施し、効果が見られるまでに遅れが生じてしまったが実施できた。 5.季節感のある服装や爪きり、髭剃りを実施できたが、季節感のある居室作りという点においては普段と変わらない居室環境が続いてしまった。来年度からは居室内の環境に関しても季節感のある物を設置する等利用者様の満足する環境を提供していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
普段の食事をより満足のいくものにするため、ホテルの雰囲気で提供する。	事業所	★1	全利用者様にナプキン・箸置き等を使用し、ホテル風の食事対応を提供する。活動の内容を写真でご家族にお伝えする。	リーダー/全職員	必要物品の購入	毎食利用者様に選んでいただく。（色・柄を複数種類準備する） （毎月のお便りに食事の様子の写真を取り入れ施設の様子を知っていただく）								振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
							満足度調査						満足度調査				
					◎	◎	◎/○	◎	◎	◎	◎	◎	◎/○	○	○	○	
	事業所	★2	月に1回「特別な食事」を楽しんでいただく。	リーダー/全職員	毎月1回昼食でイベント食を提供する（日にちはDSと相談し決める） （毎月のお便りに食事の様子の写真を取り入れ施設の様子を知っていただく）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
							満足度調査						満足度調査				
					◎	◎	◎/○	◎	◎	◎	◎	◎	◎/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）食事は職員が作ったほうが早い、包丁を持つと危険と考えている職員がいる。（GHの役割を理解していない職員がいる。） ・目的や目標を持って活動することで成果を感じていただきたい。 ・2020年度より）プロフィール表の活用が意識できはじめている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「利用者様は食事に満足されていますか」の大変満足・満足の回答率84%。 1.食事の際に使用されるナプキンを複数準備する事ができ、利用者様も個々に好みやお気に入りの柄ができたことで選ぶ楽しみを提供することができた。 2.毎月イベント食を用意、提供をする事ができた。利用者様からも普段の食事とは違っていて楽しいと満足のお声をいただきくことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目　　意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	★4	安定した稼働を維持するため、入院者に対しての振り返りを行なう。		・入院者が出た際リーダー・看護職・介護職・ケアマネにて検討する ①入院理由②前兆がなかったのかの振り返り③どのようなケアをすれば防げたのか④同じ既往歴の方のケアの見直し									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・相談員の後任がすくない。計画はたらきかけができていない。 ・エリアとして管理・運営できる相談員を育成していく必要がある。 ・2020年度より）月平均1名の入院があった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 計画通り実施できた。

事業報告	◎年間平均稼働率95.9%。 1.次期入所者の管理については、申し込みから面接までの期間を１週間以内と決め、ご家族の都合を聞きながら調整するよう心がけた。今年度は入院者の退所が続き、申込者の面接や契約等を行っても、次期入所者がいないという期間もあり、営業方法の見直しと営業範囲の拡大が課題である。 2.相談員としての援助技術の向上のため、改めて勉強会に参加し、資料などを確認することにより、自分の日々の相談員としての姿勢や考え方など振り返る機会となった。相談員としての責務を常に念頭に置き、ご家族との関わりや関係機関とのやりとりなど円滑に行えるように今後も取り組んでいきたい。 3.後任育成については、関わることがなかったが、相談員として、他職員に「相談員業務を行ってみたい」と思われるような仕事を行っていくことが必要である。 4.今年度は入院者が毎月出たことで、都度振り返りを関係職種と行うことができた。どのようなケアをすれば防げたのかという対策を立てても、フロア職員が同じ理解で同じ取り組みをしていかなければ、無意味なものになってしまうため、対策がしっかりとフロア職員に浸透し、継続して実行出来ているかの確認が必要である。来年度も継続して取り組んでいきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	介護付有料老人ホーム（特定施設）

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①				教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害を想定しての訓練・シミュレーションを実施する。	防災担当者/各事業所担当者	火災訓練	地震発生時の対応	感染症発生時の対応	土砂災害発生時	水害発生時の対応	火災訓練（夜間想定）	感染症発生時の対応	火災訓練	感染症発生時の対応	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	持ち出し備品の管理を施設全体で行なう。	防災担当者/各事業所担当者	上記防災訓練の際に持ち出し備品の確認を行なう。（電池の状態、名簿の更新など）									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 遅れがあったが実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 遅れがあったが実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 遅れがあったが実施できた。 3. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎感染症や大雨など災害発生時の対応実施率100%。 1. 感染対策チェック表に基づき、毎日換気や消毒がしっかりとできた。 2. 計画に遅れがでることもあったが、訓練やシミュレーションを行うことができた。8月の大雨の際は他事業所と連携を図り、デイサービスの時間短縮やグループホームの施設内避難等混乱することなく対応することができた。 3. 毎月の訓練時に備品の確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育 実施チェックリストの作成		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のＧＨ（利用者様の生活に合わせたＧＨ）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う（職員の過度な負担にならない留意が必要）。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う		どこまで利用者様にいただくのか決める（事業所毎）	食事づくり・洗濯・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	1.11月HM入れ替わりに伴い振り返りが不十分であった。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	

事業報告	◎不適切なケア1件発生 1.HM会議内で作成した実施チェックリストを用いながら、評価を行い改善点についてフロア内で申し送り時に検討できた。チェックリストを用いる事で、何が不十分なのか？が明確化した事で詳細に話せるツールの1つとなった。 2.利用者体験について、概ね予定月で参加する事ができた。参加を通して各職員より体験を通し利用者様の思いを知れたとの意見が多かった。また利用者体験を通し、申し送り時等の余暇活動についてや、最近の利用者様の状態等何気ない変化を共有する頻度が増えた。体験を通し、利用者様の思いを知れたとしても、なかなか仕事に就くと、業務優先になってしまう・〇〇様は仕方ないと固定化してしまう場面がある。今後も利用者体験等通し利用者様の思いを知る事、また業務改善をしていく。 3.各職員が利用者様のできる事・できない事をカンファレンスを通して把握する事ができ、ケアプランに反映する事が出来た。反映はできたが、業務優先となってしまう場面があり、提案された内容の実行の定着まではできなかった。定着の為、適宜フロア会議内、申し送り時に、提案事項の確認やHMにて点検を行いながら今後定着化をしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	2	ひやりはっとを月に1人あたり3件あげ、対策を講じることで事故防止につなげる。	HM/全職員	職員1人月3件以上ひやりはっとをあげる。 毎月のフロア会議にて ①重要度の高いひやりはっとを1件選び、対策を立て実施する。 ②翌月のGH会議にて効果の確認を行なう。									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・2020年度より）ひやりはっとを挙げる意識が低く、月に3件程度しかあがらない。 ・2020年度より）挙げられたひやりはっとは対策を立て実行しているが、有効性の確認までできていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実行できた。 2.計画通り実行できた。	1.計画通り実行できた。 2.計画通り実行できた。	1.計画通り実行できた。 2.11月HM入れ替えに伴いひやりはっとの対策の定期的な検討不十分であった。	

事業報告	◎重大事故0件 1.重大事故発生については、適宜他事業所内で発生した内容についてもGH内で共有し検討ができた。また、受診事故発生については、現状把握から今後の対策について、毎日の申し送りを活用し早期に検討ができた。また、同様なケースが起こりうる可能性がある利用者様についてもピックアップしながら検討ができた。 2.毎月ヒヤリハットを4件以上上げる事はでき、同様のヒヤリハットが上がっている利用者様については、申し送り時に検討と今後の対応策を話し合う事により事故予防に繋げる事ができた。ヒヤリハット件数を全職員が上げる事が出来ず、固定化してしまった。また、ケアカルテに移行してからは、どの様に入力すれば良いかわからないとの内容から入力がポイントケア時に比べ減ってしまった。今後は、再度ケアカルテでのヒヤリハット入力方法の再確認と、HMにて件数の確認、対応策の定着状況の確認をしていく。ヒヤリハットを上げて終わりではなく、ヒヤリハットを上げる重要性も再度伝え、重大事故防止をしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
好きなこと、得意なことが続けられ、自分らしい生活を続けられる	事業所	1	プロフィール表、日々のコミュニケーション、つぶやきから、できること・やりたいことをケアに取り入れる	CM/全職員	半年に1回のカンファレンス時に ①できること・やりたいことをあげる（居室担当者） ②挙げられた内容をどのようにケアに盛り込むか検討する（カンファレンス参加者） ③検討した内容をケアプランに反映させる（ケアマネジャー） ④半年後のモニタリング時に評価（カンファレンス参加者）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	
	事業所	★2	午前レクの見直しを行ない、利用者様の得意な事が継続出来るようなプログラムを提供する。	居室担当者/全職員	年間レク担当者の決定	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施 満足度調査にて評価	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施（お便りにてご家族へ報告）	レク実施 満足度調査にて評価	振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					◎	◎	◎/◎	○	○	○	○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	身体機能維持の為、有酸素運動の見直しを行ない日々の運動量を増やしていく。	HM/全職員	運動メニューの見直し（PTからのアドバイスを参考にする）		運動実施（お便りにてご家族へ報告）	運動実施（お便りにてご家族へ報告）	運動実施 評価	運動実施（お便りにてご家族へ報告）	運動実施（お便りにてご家族へ報告）	運動実施 評価	運動実施（お便りにてご家族へ報告）	振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）趣味や得意なことが明確な方に関しては取り入れられているが、趣味や得意なことがない方、意欲が低下している方に関してのマネジメントが不十分である。 ・午後レクや運動がマンネリ化していると感じているが、新しいことを取り入れようとする意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。	

事業報告	◎つぶやきからケアプランに反映できた割合：64% 1.プロフィール表を入居時に各職員が確認しケアに入る事ができ、入居される前の利用者様の姿を知るきっかけとなった。プロフィール表については、定期的な確認が出来ていない為、継続しての活用までは不十分である。今後、カンファレンス時にプロフィール表を活用しながら、利用者様を知っていくツールとしていく。 また、日頃の何気ないつぶやきを拾い献立やケアプランに反映する事ができた。ポイントケアからケアカルテ移行に伴い、つぶやきの入力の仕方が分からないとの意見があり、つぶやき件数が減ってしまった。再度ケアカルテの入力方法の確認をし、つぶやきの件数を増やしていく。 2.コロナウイルス感染予防のため室内レクがメインとなったが、毎月室内で行えるレクを実施する事が出来た。また、レク写真をおたよりで送りご家族の安心感に繋がるきっかけとなった。 満足度調査内でも、おたよりを通し、利用者様の笑顔が見れて嬉しいとの意見をいただいたため、今後も継続していく。 3.午後の体操時に、10分間のセラバンドを使用しての体操を実施できた。セラバンドを使用する事で新鮮味もあり意欲的に参加される方が増えた。後半にかけてセラバンド体操が同じメニューの繰り返しでマンネリ化が見られている。体操メニューの見直しを定期的に行い、マンネリ化防止をしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員全員がプロとして認知症介護を提供できる	事業所	1	気持ちを想像した上でのケアを提供する（カンファレンス、日々のケア時に「利用者様はなぜその行動を取るのか」考える）	CM/全職員	半年に1回のカンファレンス時に ①その方のBPSDについてあげる（居室担当者） ②あげられた内容についてなぜその行動をとるのか、職員はどのようにかかわればよいのか考える（カンファレンス参加者） ③半年後のモニタリング時に評価（カンファレンス参加者）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	
	事業所	2	パーソン・センタード・ケアを実際のケアに取り入れることで裏付けあるケアを提供する。	UL/全職員	対象利用者様の選定と現在のその方の行動の把握	ご本人の行動の把握から、どの場面に着目するのか決定する。 場面においてご本人の望むこと・できることや、職員がすべきことを明確にし実際のケアに取り入れる。取り入れた様子は記録に残し、カンファレンス時に検討する。								振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	認知症勉強会の実施 （グループワーク、個人ワーク、ロールプレイの実施）	HM/全職員	毎月のGH会議にて勉強会開催 （事例は「A様の入浴お誘い時の声かけ」など具体的な内容とする。）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
						前月分評価	前月分評価	前月分評価	前月分評価	前月分評価	前月分評価	前月分評価	前月分評価				
					○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	
	事業所	4	1-②-2、2-①-1、2-②-2、2-②-3、2-③-1、2-③-3についてケアプランに反映させる。	CM/全職員	・1-②-2、2-①-1、2-②-2、2-②-3、2-③-1、2-③-3についてケアプランに反映させる。（CM） ・ケアの提供（全介護職） ・半年に1回のカンファレンス時に実施状況と効果の確認を行なう。（居室担当・CM）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症についての理解が浅い。 ・2020年度より）職員の都合を優先したケアをしているため、利用者様の気持ちを理解する必要がある。 ・2020年度より）学んだことを実際のケアに活かせていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。 4.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.HM入れ替わりに伴い、11月より不十分であった。 4.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。 2.問題なく実行できた。 3.問題なく実行できた。 4.問題なく実行できた。	

事業報告	◎ケアプランへの反映割合（全体）：94% 1.利用者様の言動等「なぜ？」について、申し送り時に早期に話し合いをする事が出来た。またカンファレンス時に、利用者様の対応方法について確認とフロアへの周知をする事が出来た。認知症の視点から、この人は認知症だから～と一括りにしてしまい、「仕方ない。」と割り切ってしまう場面がある。割り切るのではなく、利用者様の思いを知れる様カンファレンスにて都度確認をしていく。 2.パーソン・センタード・ケアについて、申し送り時に着目点を確認し記録に残し周知と共有ができた。パーソン・センタード・ケアの理解は深めても実際のケアとなった際に、数か月経過すると出来ていない場面がある。ケアへ取り入れ、継続ができる様に、GH会議、申し送り時、カンファレンスを活用しながら行っていく。 3.コロナウイルス感染予防のためGH会議が開催出来なかった月があったが、申し送り等活用しながらA様の声掛け・拒否内容について、事例を基に短時間での勉強会・ケアの変更をする事が出来た。今後も事例を基に認知症勉強を実施し、実際のケアの質の向上をしていく。 4.カンファレンスを通して、ケアプランへの反映が90%以上出来た。反映は出来たとしても、ケアプラン内容が適切に日頃実施出来ているかの確認が不十分であった。今後、ケアプラン内容の実施状況の確認を、HM、CM、居室担当中心に行い、変更等かけていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
お一人お一人が役割を持ち、地域の一員となれる事業所を作る	事業所	1	機能維持・向上のために、献立の中で1品は利用者様主体で作る。	HM/全職員	毎月のカンファレンス時に検討する ①プロフィール表や普段の様子からできること・得意なことを提案する（居室担当者） ②提案された事項を実施する（全職員） ※カンファレンス時に実施状況や評価を行なう（カンファレンス参加者）									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	余暇時間を活用し小物づくりを行ない地域の方に見ていただく。	HM/全職員	地域で展示できる場所の調査									振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
					作品作り実施（実施時にはいつ・どこに飾るものか毎回伝える） 展示する際は新聞記事掲載の依頼をすることで意欲の継続を図る （様子をご家族に報告し、展示後はご家族にお渡しする）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	充実した生活を過ごしていただくため、全利用者様に役割を持っていただく。	CM/居室担当者	6名検討	役割の提供			評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供				振り返り	次年度準備		辰野地域マネジャー
						6名検討	役割の提供			評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供						
					※役割は職員を2グループに分け1月3名ずつ検討する		6名検討	役割の提供			評価	評価での変更点も踏まえ役割の提供					
					ケアプランに反映させる												
					△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△/○	△	△	○	
				HM/全職員													

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）食事は職員が作ったほうが早い、包丁を持つと危険と考えている職員がいる。（GHの役割を理解していない職員がいる。） ・目的や目標を持って活動することで成果を感じていただきたい。 ・2020年度より）プロフィール表の活用が意識できはじめている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2問題なく実行できた。 3.利用者様選定が実施できなかった。	1.2問題なく実行できた。 3.個々に合った役割提供が不十分だった。	1.2問題なく実行できた。 3.役割の提供、振り返りが不十分であった。	

事業報告	◎役割をケアプランに反映できた割合：75% 1.毎月のカンファレンスにて利用者様の「できること」の確認を行いながら、ケアプランに反映する事ができた。具体的な行動計画である利用者様主体で1品作るとの内容について味見をお願いする事はあるが、配膳時間を気にしてしまい、職員主体で作ってしまう事が多くあった。利用者様主体でできる様に、職員の業務組み立てや「できること」の再度確認をしていく。 2.小物づくりについては定期的に行う事ができ、毎月のおたよりに写真を載せる事ができた。ご家族からも面会制限がありなかなか会えない中で、活発な姿が見れて嬉しいとのお話いただいた。今後もおたよりを継続しご家族との繋がりを持つと共に利用者様の活動向上に繋げていく。 3.利用者様の選定ができず、定期的なカンファレンスで役割の確認をした。役割について決めるも、利用者様で役割の偏りが出てきてしまう時があった。また、職員内での固定概念よりできないと決めつけてしまう場面があった。利用者様の「できること」「したいこと」の把握と介護職員としてできることを把握していく必要がある。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退去に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		HM会議担当施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なく実行できた。	1.問題なく実行できた。	1.11月まで問題なく実行できた。 12月より入退去が月2件あり、待機者確保から契約まで時間がかかってしまった。	

事業報告	◎年間平均稼働率98.1% 1.電話での営業が殆どであったが、空室状況等を適宜伝える事ができた。 11月よりHMの入れ替わりがあった。12月より入院・サービス移行・在宅復帰の関係より月平均2件の入退居があった。申込者・待機者が殆どおらず、申込者確保から契約まで時間がかかってしまった。入院者が発生した際に病院側より2週間で退院できる様にしているとのお話があった。結果、長期入院となり空所が10日間となってしまった時があった。 今後、申込者・待機者確保と共に、同時進行で進めるようにしていく。 また辰野町在住の申込件数が0件の月があり、入居対応が他地域優先となる月があり、入居までに時間がかかってしまった時があった。辰野町在住の方の申込者・待機者確保を行い、他地域とも待機者の共有を行っていく。入居された利用者様の居宅ケアマネには近日中には連絡を行い、利用者様の様子を伝え、グループホーム待機者状況を伝えていき営業を行っていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害を想定しての訓練・シミュレーションを実施する。	防災担当者/各事業所担当者	火災訓練	地震発生時の対応	感染症発生時の対応	土砂災害発生時の対応	水害発生時の対応	火災訓練（夜間想定）	感染症発生時の対応	火災訓練	感染症発生時の対応	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	持ち出し備品の管理を施設全体で行なう。	防災担当者/各事業所担当者	上記防災訓練の際に持ち出し備品の確認を行なう。（電池の状態、名簿の更新など）									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	

事業報告	◎感染症や大雨など災害発生時の対応実施率100%。 1. 感染対策チェック表に基づき、毎日換気や消毒がしっかりとできた。 2. 計画に遅れがでることもあったが、訓練やシミュレーションを行うことができた。8月の大雨の際は他事業所と連携を図り、デイサービスの時間短縮やグループホームの施設内避難等混乱することなく対応することができた。 3. 毎月の訓練時に備品の確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
						評価	評価	評価	評価	評価	評価						
					◎	×	×	×	×	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	△	△	△	△	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者体験研修は9月より参加のため今期未実施。 2・3.予定に沿って勉強会・テスト実施できた。	1.9月に1名実施。 2.勉強会から得た知識から実践できている。 3.ロールプレイは行えていないが、随時利用者様への対応を検討・実施した。	1.3名実施。 2.勉強会から得た知識から実践できている。 3.ロールプレイは行えていないが、随時利用者様への対応を検討・実施した。	

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.全職員が利用者体験を実施し、声掛け・様々な音・室温など、職員目線では見落としがちなことについて各自が気が付いたことを共有し、改善に向けて取り組むことができた。 2.ユマニチュードの手法を学び、各自で実践できている。気がついたことは都度話し合うなど情報共有も行えている。 3.ロールプレイは実施できなかったが、対応に困ることが発生したときは都度対応方法を検討することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	★3	誤嚥事故を0にするため、ハイリスク者の洗い出しと食事時の観察ポイントを確認・実施する。	項目担当/全職員	毎月のDS会議にて誤嚥ハイリスク者の洗い出しを行なう。									振り返り	次年度準備		各管理者
					観察ポイントの共有	毎日の申し送りにて ・食事やおやつ提供時間内のヒヤリハットや事故の確認 ・ヒヤリハットや事故が挙がった際は対策の立案・実施 ・対策の立案時に評価日を決め評価を行なう											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）前年度離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・2020年度より）前年度ヒヤリハットの集計を実施したが、ヒヤリハット件数が少ないため、増加させる仕組みを作る必要がある。 ・食事を自立摂取される方ほど誤嚥のリスクがあることの理解がうすい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.対策リストチェック、職員間での再確認行なっている。離施設者なし。 2.対策強化事案情報を共有し、対策を実施している。 3.気づいた事はその日のうちに情報共有・対策立案し実行している。	1.前期同様に実施。離施設者なし。 2.ヒヤリハットと捉える意識づけができている。 3.誤嚥勉強会参加。誤嚥予防マニュアルにて各自確認している。	1.前期同様に実施。離施設者なし。 2.ヒヤリハットと捉える意識づけができてきた。 3.洗い出ししている。	

事業報告	◎重大事故は0件。 1.施設玄関（職員用玄関を含む）の施錠、定期的な所在確認、落ち着かれない時の声掛けや対応等、離施設予防対策が実施できており離施設事故を防止することができた。 2.ヒヤリハットが発生した際はその日の申し送りにて、原因・対策を話し合い事故につながらない対応ができた。 3.むせの強い利用者様の食事形態の見直しを検討し形態を変更した。その後むせることは少なくなっている。また、観察ポイントを定期的に確認することで職員の意識づけにもつなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
意欲を持って活動できる事業所をつくる	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）		振り返り	次年度準備		各管理者
					－	○	◎	◎	－	◎	◎	◎	－	○	○	○	
	事業所	★2	提供している運動がマンネリ化しないために生活動作に沿った運動を実施する。	項目担当者/全職員	入浴動作を取り入れた運動の考案		運動実施			運動実施	排泄動作を取り入れた運動の考案		実施	振り返り	次年度準備		各施設管理者
							満足度調査	更衣動作を取り入れた運動の考案					満足度調査				
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	3	意欲的にレクに参加していただくために目的・目標を明確にする。	項目担当者/全職員	作った作品を寄付したり展示できる機関の調査 レク提供時に作品作り実施（作成時は必ず、いつ・どこに展示するのか、どこに寄付するのかなど作る意図を伝える。）制作中の様子をご家族や担当CMに伝える。状況に応じ見学会を開催する。 展示期間中の見学実施									振り返り	次年度準備		各施設管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	★4	どの年代の方でも楽しめる活動を提供する。作成した作品は作者紹介とともに施設に展示する。	項目担当者/全職員	難易度の違う手作業レクの準備と提供（つぶやきや生活歴などから検討する）									振り返り	次年度準備		各施設管理者
							満足度調査						満足度調査				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度より）目的や目標を持って活動することで同じ活動でも意欲向上につながる。 ・前期高齢利用者様の興味・ニーズを理解することで、前期高齢利用者様でも利用しやすい事業所づくりが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 全職員が目的・目標を理解し進めることができた。 4. 季節感がある作品作りができた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 全職員が目的・目標を理解し進めることができた。 4. 季節感がある作品作りができた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 全職員が目的・目標を理解し進めることができた。 4. 季節感がある作品作りができた。

事業報告	◎利用者様満足度調査「レクリエーションや行事の内容について満足されていますか」の満足・まあまあ満足の回答率100%。 1. 季節を感じていただけるよう、行事食（土用の丑の日、節句など）を取り入れることができた。また、食事時イベントとして地域の飲食店に協力していただき、普段提供できない食事やおやつを提供することができた。 2. 雑誌などに紹介されている生活動作を取り入れた運動を提供した。午後の活動の中のひとつとして提供したため毎日の提供はできなかった。 3. 地域のスーパーや文化祭の展示以外に、エコバックとして使用できるような新聞バッグを製作し、実際に地域の店舗にて活用してもらうことができた。コロナ禍により、お渡しする際に利用者様の参加はできなかったが、活用の様子を新聞や写真で知ることができ、「誰かの役に立てることができる」ことを実感していただけた。 4. 個々の特性を考慮しレクを提供することができた。マンネリ化を避けるために常に情報収集に努め「自分には難しいから出来ない」という気持ちにならないよう「これなら出来る」という意欲を持続して頂く為の工夫を職員が常に頭に置きながら対応する事が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
人生の先輩として敬意を持ち、その方の認知症状を理解し適切なケの提供を目指す	事業所	★1	若年性認知症について学び、実際に利用されている利用者様の対応を見直す。	項目担当者/全職員	勉強会の開催	A様の現状把握（本人の想い・対応の仕方など）と対応の見直し		見直した対応方法の実施 毎月のDS会議にて確認 ①実施しての本人の様子②改善点の検討						振り返り	次年度準備		各施設管理者
	事業所	★2	つぶやきから利用者様の好む番組（歌番組・ドラマ）を録画し、映すことで「何もしない時間」をなくす。	項目担当者/全職員	つぶやきから利用者様の好む番組を録画する。 番組表を作成する。 食事後の午睡時間に休まれない方に好みをお聞きし映す。									振り返り	次年度準備		各施設管理者

なぜ、取り組むのか？（原因）	・若年性認知症利用者様の対応に不安がある。 ・利用者様も年代の違う方ばかりの中で不安がある。 ・午睡しない方は「何もしない時間」ができてしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.資料を回覧し病状の理解を深めることができた。 2.DVDやテレビの録画ではなく、手作業を準備することができた。	1.前期の評価をもとに継続。日々の様子の変化を職員間で情報共有して活動できた。 2.利用者様が「これなら一人でも出来る」というものを提供できた。	1.職員が常に付き添っての活動が必要となってきている。 2.手作業の他、洗い物やお掃除など運動も多く取り入れて楽しく活動して頂けるように出来た。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「総合的に考えてサービスの内容に満足していますか」の満足・まあまあ満足の回答率93%。 1.孤立しないよう、フロアでの席の配置を会話しやすい方の隣りにして関わりが持てるようにした。また、洗い物、食器拭きなどその方が出来る手作業を繰り返し促したり、運動を職員や他利用者様との関わりの中で出来る範囲で促せた。今後も孤立しないように他利用者様と関わりを持ち、楽しみ作りを提供していく。 2.テレビが好きな方はテレビを見ていただいたり、パズルが好きな方はパズルを提供したり、それぞれお好きなことができる環境づくりを行った。以前より「何もしない時間」を減らすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
いくつになっても誰かの役に立っている実感が持てるデイサービスにする。	事業所	★1	町内の駅や保育園など各種団体で使っていただけるような小物を作り寄付する。	項目担当者/全職員	各種団体への調査									振り返り	次年度準備		各施設管理者
					レク時間に製作。お渡しは利用者様にて行ない、ご家族や担当CMも参加いただく。 新聞社に記事掲載の依頼する。												
							満足度調査						満足度調査				
					◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	
	事業所	★2	全職員が納得した上で共通認識を持ち事業所運営できるよう、毎月事業所会議を開催し、事業計画の進捗確認・事故およびヒヤリハットの対策の有効性などを検討する。	項目担当者/全職員	①事業計画の進捗確認 ②事故およびヒヤリハットの対策の有効性の確認 ③つぶやきの件数と実施状況									振り返り	次年度準備		各施設管理者
					DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価	DS会議にて評価				
					×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・誰かの役に立っている実感を持っていただきたい。 ・2020年度より）地域との関わりを持ち続ける。 ・2020年度より）全員揃って意見交換をする機会を設けられていないため、共有すべき事柄を把握できていないことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．「絵合わせブロック」「タケノコ狩りセット」を作製、町の子育て支援センターに寄付をした。６月の運営協では、参加者に町内の各種団体について提案を求めたが、意見はなかった。 ２．全職員参加にて会議実施し、確認・検討など行なえている。	1.町内文化祭参加。商業施設への新聞バッグ・折り紙作品贈呈。郵便局・スーパーマーケットへのタペストリー展示。 ２．毎月全員参加にて会議実施。全員が共通認識を持つことが出来ている。	1.町内ホテルで開催の文化祭参加。商業施設への新聞バッグ・折り紙作品贈呈。郵便局・スーパーマーケットへのタペストリー展示。 ２．毎月全員参加にて会議実施。全員が共通認識を持つことが出来ている。	

事業報告	◎利用者様満足度調査「総合的に考えてサービスの内容に満足していますか」の満足・まあまあ満足の回答率93%。 1.保育園には手づくり紙芝居、子育て支援センターには紙コップなどを使った手作りゲーム、町内の各施設には新聞を使ったエコバッグを寄付することができた。コロナ禍により、お渡しする時に利用者様には参加いただけなかったが、遊んでいる様子の写真や、地域の新聞に取り上げていただくことができ、自分たちが作ったものが地域の方に喜んでいただけたことを実感していただけた。 2.毎月全職員参加しDS会議を実施できた。業務や利用者様対応について問題提起、検討、周知することで共通認識を持って業務を行うことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに応える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。 相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	推薦した人が申し込んだか共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう			コース参加後の状況を共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・居宅ケアマネとの信頼関係を作り、新規依頼を増やし、稼動向上につなげる必要がある。 ・地域ニーズを捉えた営業により、新規件数を獲得する必要がある。 ・相談員の後任がすくない。計画はたらきかけができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通りに実行できた。 2. 計画通りに実行できた。 3. 対象者がいなかった。	1. 計画通りに実行できた。 2. 計画通りに実行できた。 3. 対象者がいなかった。	1. 計画通りに実行できた。 2. 計画通りに実行できた。 3. 対象者がいなかった。	

事業報告	◎年間平均稼働率103.2%。 1.通所相談員会議にて、居宅ケアマネとの信頼関係構築のための取り組みについて情報共有し、他相談員が工夫していることや取り組んでいることを学ぶことができた。依頼からサービス開始までスムーズに行えるように今後も取り組んでいきたい。また、こまめに利用者様の状態や様子をお伝えすることで、信頼関係の向上に努めていきたい。 2.要介護の定員が10名のため、入院される方がいると調整が困難となり、昨年度より稼働率が下がり、目標稼働率を達成することが出来ない月がほとんどであった。他相談員よりいただいたアドバイスをもとに、今後は退院後は曜日が希望通りにならないこともあるとお伝えし、了承いただいた上で利用していただくように調整を図っていく。 3.後任育成については関わることがなかったが、相談員として、他職員が「相談員業務を行ってみたい」と感じられるかかわりをしていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	第2グレイスフル辰野
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に備えた体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害を想定しての訓練・シミュレーションを実施する。	防災担当者/各事業所担当者	火災訓練	地震発生時の対応	感染症発生時の対応	土砂災害発生時の対応	水害発生時の対応	火災訓練（夜間想定）	感染症発生時の対応	火災訓練	感染症発生時の対応	振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	持ち出し備品の管理を施設全体で行なう。	防災担当者/各事業所担当者	上記防災訓練の際に持ち出し備品の確認を行なう。（電池の状態、名簿の更新など）									振り返り	次年度準備		地域マネジャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年、予想もしない災害が各地で発生している。 ・火災に対しての意識は多少あるが、自然災害に関しての意識が低い。 ・災害用備品の管理が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	1. 計画どおり実行できた。 2. 遅れることがあったが実行できた。 3. 計画どおり実行できた。	

事業報告	◎感染症や大雨など災害発生時の対応実施率100%。 1. 感染対策チェック表に基づき、毎日換気や消毒がしっかりとできた。 2. 計画に遅れがでることもあったが、訓練やシミュレーションを行うことができた。8月の大雨の際は他事業所と連携を図り、デイサービスの時間短縮やグループホームの施設内避難等混乱することなく対応することができた。 3. 毎月の訓練時に備品の確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす。	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎/○	×/×	×/×	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					◎	◎	○	◎	◎/○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	○/○	◎/◎/○	◎/◎/○	◎/◎/○	◎/◎/○	◎/◎/○	○	○	○	○	
	事業所	★4	特養全体会議を毎月開催し、全体の悩みを共有するとともに、次月のカンファレンス対象者を他職種で検討することで、問題解決に向けて事業所全体で取り組んでいく。	介護長/UL	特養全体会議の実施	特養全体会議の実施	特養全体会議の実施	特養全体会議の実施	特養全体会議で半期の有効性確認	特養全体会議の実施	特養全体会議の実施	特養全体会議の実施	特養全体会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価		評価	評価	評価					
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○	○	
	事業所	5	日々の悩みや困っていることを吸い上げるため、毎月ULが主体となり、一般職と面談を行う。	介護長/UL	面談の実施	面談の実施	面談の実施	面談の実施	リーダー会議で半期の有効性確認	面談の実施	面談の実施	面談の実施	リーダー会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価		評価	評価	評価					
					○/○	○/○	◎/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声をあげることができていない。 ・2020年度より）一般職との面談は毎月実施することが出来、悩み等による退職も0件となった。今後も継続して各職員の悩みを迅速に拾い上げることが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.6月よりリーダー対象の研修を開始し、その内容を展開できている。 2.6月必須研修にて実施できた。 3.計画どおり実施できている。 4.計画どおり実施できている。 5.UL主体で実施している。	1.コロナの影響にて必須研修を延期した。9月より再開出来ている。 2.実践に活かすことができている。 3.部門別L会議にて実施出来ている。 4.計画どおり実施できている。 5.UL主体で実施できている。	1.9月より計画通りに実施できている 2.必須研修内でユマニチュードを学ぶ機会を設けることが出来た。 3.計画どおり実施できている。 4.計画どおり実施できている。 5.UL主体で実施できている。

事業報告	2021年度　不適切ケア”0”件 今年度も不適切ケアは0件であった。成果として、必須研修を通じて、利用者様への尊厳ある対応を学びぶことが出来、不適切ケアが発生することがなかった。また、特養全体会議で悩みの共有や他職種含めた検討を定期的に行うことができ、対応困難事例など迅速に対応・解決することができた。課題として、介護の重度化からくる、業務負担の増大がある。今後は業務改善に取り組み、負担軽減を図っていく必要がある。 1.コロナの影響もあり、7月、8月に実施することが出来なかったが、期間を延長することで全職員が参加することが出来た。 2.必須研修内でユマニチュードについて学ぶ機会を設けることで、全職員が昨年度よりも進んだ内容を学ぶことが出来た。日々の業務の中にも取り組めていると感じる。 3.入所部門リーダー会議で取り組むことで、入所系の施設全体で確認しながら、計画の遅延なく、問題点等も指摘しあうことが出来た。 4.毎月の特養全体会議にて多職種が集まる中確認することで、多角的に利用者様を見ることが出来、ケアプランに反映することが出来た。 5.面談する機会を設け実施は出来ている。しかし、時間の確保が難しく、毎回しっかりと時間をとって実施することが出来なかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		施設長
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。 〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア		4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	フロア会議内でヒヤリハットを活用した事故予防策を展開するため、ヒヤリハットを1職員につき月2件以上上げる。また、毎月の事故予防委員会でヒヤリハットの検証を行い、対策をケアプランに反映させていく。	介護長/UL	ヒヤリハットを月2件以上上げる フロア会議内で予防策を立てる 事故予防委員会にて施設CMと共有する				事故・ヒヤリの統計を取り、活動の有効性を検証する	ヒヤリハットを月2件以上上げる フロア会議内で予防策を立てる 事故予防委員会にて施設CMと共有する			事故・ヒヤリの統計を取り、活動の有効性を検証する	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	◎	○/○	◎/○	◎/○	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・2020年度より）受診事故は6件（2019年度）⇒3件（2020年度12月現在）と減少させることが出来た。今後も特養全体の問題に対して他職種含め共通の認識にて検討を進めていく必要がある。 ・2020年度より）ヒヤリハット月平均数が22件（2019年度）⇒26件（2020年度）に向上させることが出来たが、ケアプランに効果的に反映させる必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.計画通り実施できている。 4.計画通り実施できている。 5.月2件が上げられていない職員には個別にアプローチをかけている。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.計画通り実施できている。 4.計画通り実施できている。 5.事故予防委員会にてヒヤリハットの検証ができている。	1.計画通り実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.計画通り実施できている。 4.計画通り実施できている。 5.12月より「グッドヒヤリ」の取り組みを開始した。

事業報告	◎2021年度は、服薬事故は3件発生したが、骨折等が発生した重大事故は0件であった。 成果として、受診事故が発生した場合に、事故予防委員会や特養全体会議での検討に加え、フロア会議にて一般職を含めて対策や効果の確認することで、各職員の事故防止の意識の向上が図れた。課題として、受診が必要な事故は【昨年度の受診事故　3件　⇒　5件（12月現在）】と増加している。セットミスが発端の飲ませ忘れが発生している。介護手順もケアカルテの入力方法に慣れていない現状もあり、確認が不足したことにより発生している。セットの方法に関しては、看護会議内で統一の方法が検討されているが、それが決まるまでは現状の方法で発生を防いでいかなければいけない。ヒヤリハットを有効に活用し、服薬に関してのヒヤリハットを拾い上げ、都度対策を講じていくことで、事故を未然に防いでいく。また、事故対策の評価を定期的に実施していくことが必要である。 1.事故予防委員会などでエリア内の事故を共有できている。 2.事故予防委員会にてエリア共有で検討する内容を定め、検討を進めることが出来ている。 3.誤嚥予防マニュアルや転倒・転落予防マニュアル等を用いて検討を進めることで、身体面の構造を理解したうえで検討が進められている。 4.各自の学びを各フロアに展開をし、フロア全体の対策として取り組むことが出来ている。 5.ヒヤリハットの件数も維持することが出来、（月平均26件　2021年度）また、事故予防委員会にて検討を進めることで、活用が出来ている。しかし、ケアプランへの反映の部分ではまだ弱い部分があり、今後も継続して取り組む必要性を感じる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
短期：入所：自分らしい生活を目指す。美への意識を持ち、一般の高級和風ホテルのマナー・環境・対応ができる。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	◎	◎	◎/○	◎	◎	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	◎/○	◎	◎/○	◎	◎/○	○	○	○	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	×	×	○/○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	レクリエーションを充実させ、利用者様に喜んでいただくために、レクリエーション委員会を継続し、毎月レクリエーションを実施できるように検討する。	CM/レク委員	お花見 評価	外出レク 評価	外出レク 評価	流しそうめん 半期評価	夏祭り 評価	敬老会 評価	運動会 評価	紅葉狩り 評価	クリスマス会 半期評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/○	○/○	○/○	○/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○	
	事業所	★5	入所オリエンテーションやカンファレンスの際に、ご家族や利用者様から、今まで生活をされてきてのこだわりややりたいことを確認し、一つ以上は日々の生活の中で取り組めることを決定し、プランに盛り込む。	介護長/UL	入所オリエンテーション時のチェック表活用 評価	入所オリエンテーション時のチェック表活用 評価	チェック表の見直し 評価	入所オリエンテーション時のチェック表活用 評価	全体会議で半期の有効性確認	入所オリエンテーション時のチェック表活用 評価	チェック表の見直し 評価	入所オリエンテーション時のチェック表活用 評価	全体会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・2020年度より）利用者様の状態把握について、カンファレンス前に、他職種間で検討する場がなく共通認識を持つことが出来難い。 ・2020年度より）昨年度も毎月行事を実施し、利用者様から大変ご好評頂いている。更なる満足の向上に向けて、取り組みとして定着させるためには、継続して実施していく必要がある。 ・2020年度より）昨年度も計画通り勉強会を実施し、対応に関して利用者様より満足いただいている、さらなる満足度の向上のためにさらに習得していく必要がある。 ・利用者様がその人らしく生活していくために、日々の生活の中で実施できることをケアプラン等に盛り込んでいく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.各利用者様を選定し、実施している。 2.計画通り実施できている。 3.コロナの影響にて交換研修は予定を変更した。 4.外出は控え、別のレクを実施できた。 5.計画通り実施できている。	７月-９月評価 1.計画どおり実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.感染状況を見ながらではあるが、実施施設の検討を進めている。 4.夏祭り、敬老会を実施できた。 5.取り組みが定着してきている。	１０月-１２月評価 1.計画どおり実施できている。 2.計画通り実施できている。 3.他事業所での利用者体験を実施した。 4.敬老会やハロウィン、クリスマス会など季節に応じたレクを実施できた。 5.取り組みが定着している。	

事業報告	成果として、入所オリエンテーションやカンファレンスの際に、ご家族や利用者様から、今まで生活をされてきてのこだわりや、やりたいことをチェック表を元に確認し、一つ以上は日々の生活の中で取り組めることを決定し、プランに盛り込むこととし、通年を通して実施できた。また、カンファレンス前に多職種で検討する機会を持つことで、共通の認識でカンファレンスに望むことができたのも大きいと感じる。課題として「利用者様がその人らしく生活できるように」という視点を他職種やリーダーだけでなく、一般職が今よりも意識して介護に当たることができる環境を作り上げる必要がある。 1.入所部門リーダー会議内で他リーダーとも情報共有をしながら、検討をすすめることが出来、計画通りに実行することが出来た。 2.入所部門リーダー会議内で他リーダーとも情報共有をしながら、検討をすすめることが出来、計画通りに実行することが出来た。 3.夏ごろは新型コロナウィルスの関係で実施できなかったが、下半期では現任リーダー研修内の交換研修にて、ジョイフル多治見に１名実施することができた。 4.外出レクは新型コロナウィルスの関係で実施できなかったが、他のものを計画することで、年間通して実施することが出来た。 5.チェック表にて入所オリエンテーション時に確認することができ、プランに盛り込むことが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様に対し、敬意に溢れ、本人の意思に基づいた対応ができる。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		施設長
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		施設長
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					◎/◎	○	○	○	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	○	○	○	
	事業所	★3	1-①-5と連動し、毎月の全体会議にて「対応が困難な利用者様」への対応について、定例議題としてあげ、会議内で多職種共同で対策を検討し、実施していく。	介護長/UL	検討実施	検討実施	検討実施	検討実施	全体会議で半期の有効性確認	検討実施	検討実施	検討実施	全体会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価		評価	評価	評価					
					○/○	○/○	○/○	○/○	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎	○	○	○	
	施設	4	「利用者様を知り気持ちを想像する姿勢、認知症に対する知識の習得」ができるよう認知症委員会を継続する。	介護長/認知症委員会委員	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施評価	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施評価	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○		○	○		○	○	○	○	
	施設	5	認知症委員を主とし、上記姿勢・知識を身に付けるための勉強会を実施する。	介護長/認知症委員会委員	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・2020年度より）新型コロナウィルスの影響で外部研修への参加が出来ず、認知症の最新の知識・技術を拾い上げる仕組みがない。 ・2020年度より）「対応困難な利用者様」に対して、他職種共同で検討していく機会を多く設けていく必要がある ・2020年度より）昨年度は箕輪全体で認知症委員会を実施することで、部署間の共有、展開をすることが出来た。しかし、継続して実施していかないと部署間で共有する場がもてなくなってしまうため、勉強会等を継続していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.部門別L会議にて定期議題として検討を進めている。 2.会議で学んだ内容を展開できている。 3.特養全体会議にて検討できている。 4.部門別L会議にて検討できている。 5.計画どおり実施できている。	1.箕輪の検討内容をエリア全体に発信し、検討を進められている。 2.計画どおり実施できている。 3.ケアに反映することができている。 4.計画通り実施出来ている。 5.ユマニチュードを継続学習している。	1.箕輪の検討内容をエリア全体に発信し、検討を進められている。 2.計画どおり実施できている。 3.ケアに反映することができている。 4.計画通り実施出来ている。 5.ユマニチュードを継続学習している。	

事業報告	昨年度に引き続き、必須研修や入所部門リーダー会議にて認知症への理解について取り組みを行うことで、各職員の認識が深まり、利用者様も落ち着いて過ごしていただくことができ、また、利用者様の体調変化に対してもいち早く気付き、対応を進めることが出来た。課題として、職員から「ユマニチュード」をさらに学びたいという意見が多く聞かれた。実際の介護にも取り入れやすく、時間も得やすいことが要因として挙げられる。個人として学ぶことには限界があると感じるため、学ぶ機会を設けていく必要がある。 また、対応に苦慮する利用者様に対して、その方の「やりたいこと・好きなこと」に特化した内容は2021年度の取り組みで強化することが出来たが、その方の生活歴や性格などをケアに取り入れていく視点が薄いと感じる。取り組み内容をしっかりと評価していくことも含めて、取り組んでいく必要がある。 1.2.入所部門リーダー会議にて他事業所からの意見をもらいながら検討を進めることが出来た。 3.毎月の特養全体会議にて他職種で検討を進めることで、対策の検討、及び統一化を図ることが出来た。 4.5.認知症委員が主となりユマニチュードについての勉強会を開催し、ユマニチュードの実践へつなげている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の生活に、楽しみを提供する	エリア	1	【SS】利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士	－	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	振り返り	次年度準備		施設長
						○	◎	○		◎	◎	◎		○	○	○	
	事業所	2	【SS】花桃屋の取り組みを維持・発展する。 ※花桃屋：短期入所のユニットを高級和風旅館をコンセプトに、しつらえ・マナーについて環境・対応のルールを定め、高い満足度が得られることを目的にした活動の事。	介護長/UL	維持事項をチームで意思統一	実施と評価		実施と展開事項の評価と方向修正	実施と評価		実施と展開事項の評価と方向修正	実施と評価		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	職員一人一人の個性を把握し、管理者（リーダー・介護長・施設長）がそれに沿って面談を実施していくことで、強みの強化、弱みの克服する	介護長/UL	強み・弱みを認識	チャレンジシートに反映	チャレンジシート記載の取り組みの実施と所属長による進捗確認		強み・弱みの妥当性評価	チャレンジシート記載の取り組みの実施と所属長による進捗確認			強み・弱みの妥当性評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	満足度調査を実施し、職員・施設の強みが効果を発揮しているか確認する。	介護長/相談員	強みと認識している項目を入れる	調査用紙の完成 回収率向上の検討 ※相談員会議	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	調査用紙の完成 回収率向上の検討 ※相談員会議	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・2020年度より）花桃屋の取り組みは維持されているが、発展の視点は薄い。 ・面談を実施する際にも、各職員一人一人の個性を把握し、それに沿って面談等を実施していくことで、強みの強化、弱みの克服に繋げることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.6月に嗜好調査を実施し、利用者様の好みを把握することが出来た。 2.コンセプトの再確認ができた。 3.面談を実施し、強み弱みを認識し、それに基づきチャレンジシートを作成することが出来た。 4.満足度調査を実施できた。	1.10月の再実施に向け、内容を検討できている。 2.フロア会議で検討をすすめ、花壇の設置を行った。 3.面談等を通じ確認を行えている。 4.満足度調査から対策を検討し、実施出来ている。	1.嗜好調査の結果から検討を進められている。 2.フロア会議で検討をすすめ、季節に合わせた飾りを実施している。 3.面談等を通じ確認を行えている。 4.満足度調査から対策を検討し、実施出来ている。	

事業報告	花桃屋の取り組みを継続し、利用者様にも喜んでいただけるサービスを提供することが出来た。課題として短期入所のコンセプトを「高級旅館」と定めて、しつらえやマナー等を変更してから5年が経過した。年度初めには再度検討を行い、職員間で統一した意識を持ち継続していたが、日数を経る毎にしつらえ、対応等が曖昧になってしまうことが見られるようになった。 職員間で話し合いの場を持ち、「高級旅館」というコンセプトのもと、利用者様に満足していただくサービスを提供していくことを確認した。そのため、来年度はしつらえ（古くなった物品の購入等）、マナー（現在のフローの見直し等）をフロアー主体となり取り組みを進めていく必要がある。 1.エリア統一で実施することで遅延無く実施することが出来た。また、嗜好調査の結果から改善につなげることが出来ている。 2.職員間で統一した意識を持ち継続していたが、日数を経る毎にしつらえ、対応等が曖昧になってしまうことが見られるようになった。 3.時間の確保が難しかったが、各職員の個性を把握して面談を実施することで、職員の強みの強化、弱みの克服につながっていると感じる。 4.下半期の満足度調査では、短期入所：満足度100%　入所：満足度94%であった。今後も未回答を含め、満足しているに回答していただけるよう努めていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目　　意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	行政枠の待機者の効率的な管理について達成できるように、行政枠と施設枠の空床発生日数のデータを取り、各市町村へ訪問する。	施設長/相談員	ルール作成	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	市町村へ訪問	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	半期の有効性の評価	評価	評価	評価	評価				
					○/○	○/○	◎/○	○/○	○/○	◎/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★5	特養本入所の施設枠があることの広報を行うことで、特養への申込者数の増加につなげる	施設長/相談員	居宅事業所へ広報	申し込みの紹介経路の把握	申し込みの紹介経路の把握	申し込みの紹介経路の把握	紹介経路の統計	居宅事業所へ広報	申し込みの紹介経路の把握	申し込みの紹介経路の把握	申し込みの紹介経路の把握	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

			４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
なぜ、取り組むのか？	・年間を通して安定的に目標稼働率を達成することができていない。 ・相談員の後任がすくない。計画的なはたらきかけができていない。 ・2020年度より）待機者数は昨年の同時期（12月）と比べ52件⇒65件と増加傾向にある。更なる稼動向上に向けて、行政枠の待機者の効率的な受け入れが必要となってくる。 ・上伊那地域では行政枠管理の特養がほとんどの中、施設枠を多く持っているグレイスフル箕輪に対して各病院、居宅から紹介していただくことが増えている。更なる確保に向けて広報の方法を検討していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1.新たな視点を得ることができた。 2.意識的に業務に活かすことができた。 3.2名を参加につなげることができた。 4.箕輪町と話し合いを行い、6月に行政枠管理方法について新たな方法で実施することとなった。 5.計画どおり実施できた。	1.ショートステイの組み方を確認した。 2.事前にわかる病気の情報をご家族にチェックする書式に見直しを行った。 3.参加者へのフォローを実施した。 4.箕輪町の取り組みを他市町村に共有することができている。 5.計画どおり実施できた。	1.計画どおり実施できている。 2.意識的に業務に活かすことができた。 3.参加者へのフォローを行った。 4.他市町村の管理方法についても新たな方法に変更することができた。 5.計画どおり実施できた。	

事業報告	入所稼働率　　98.5%、短期入所　　95.2%、合計　　97.5%と目標達成には至らなかった。成果として、相談員会議等を通じて目標稼働率を達成するための仕組みを検討することで、短期入所は予算数値を上回ることが出来た。6，7月はロングショートの確保が難しい時期があった。複数の病院へ毎日のように問い合わせをしても、すぐに老健等他施設の入所が決まり、稼働率が大きく低下した時期があった。また、以前からの課題であった行政枠に関しては、各市町村との話し合いを重ね、箕輪町は６月、南箕輪村、辰野町は１２月より行政枠のリストを共有することが出来るようになった。それにより事前の面接訪問等調整ができやすくなったこともあり、次期入所候補者の確保がスムーズにできるようになってきている。今後は、各市町村によってのリスト更新頻度や、細かな違いも出てくると思われるため、より行政との連携を強化していく必要がある。 1.相談員会議等を通じて目標稼働率を達成するための仕組みを検討することで、短期入所は予算数値を上回ることが出来た。 2.長野エリア内の相談員会議にて基本技術を学び、共有することで、能力向上につなげることが出来た。 3.自事業所内でも呼びかけを行い、１名相談員養成コース受講者を輩出することができた。 4.箕輪町は６月、南箕輪村、辰野町は１２月より行政枠のリストを共有することが出来るようになった。 5.施設枠について居宅事業所に広報することが出来た。今後は医療機関にも広報を広げていく必要があると感じる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害（大規模停電・土砂災害・火災・地震）に対応した訓練を実施し、実際の災害時、利用者様、職員の安全を確保していく。	施設長/介護長	防災教育の実施	大規模停電の訓練実施	土砂災害想定訓練	－	防災教育の実施	総合防災訓練（地震・火災）	－	総合防災訓練（地震・火災）(夜間想定)	防災教育の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	○		○	◎		○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性がある。 ・新型コロナウィルスの全国的な流行を受け、リスクの高い高齢者を預かっている性質上、万全な感染対策を実施する必要性がある。 ・利用者を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策を実施出来ている。 2.計画に則り、実施進められている。	1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策実施出来ている。物品等も感染対策委員会にて確認し、揃えられている。 2.9月防災総合訓練実施。コロナ禍により外部入れずに実施する。	1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策実施出来ている。物品等も感染対策委員会にて確認し、揃えられている。 2.予定通り防災総合訓練実施。コロナ禍により外部入れずに実施する。	

事業報告	年間通して計画通りに訓練等を実施することができた。今年度も施設内での感染症の蔓延や災害による被害は発生していない。課題として8月15日の豪雨の時には、建物の影になっておらず、土砂が直接迫ってくる恐れのある、ＧＨ、やまぶきユニットの利用者様9名を2階の支援ハウスに垂直避難し、有事に備える対策を講じた。その時には当施設まで被害に合うような土砂災害は発生せず、利用者様も無事に生活を継続することが出来たが、今後も引き続き対策を講じていく必要性がある。 また、グレイスフル箕輪は箕輪町で発行されているハザードマップ上では「土砂災害警戒地域」に指定されている。今までの防災教育・訓練に加えて、地域の中での施設での役割を考え推進する必要がある。 1.日々のチェック表による確認と管理者によるラウンドにて、取り組みが継続できていると感じる。GF箕輪では感染者０名を達成できている。 2.計画通りに訓練等を実施することで、有事の際への備えられている。今後も継続して定期的に実施していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす。	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○	△	○/△	△	○	○	○	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会	マナーテスト	テスト振り返り	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
						テスト作成		ロールプレイ内容			ロールプレイ内容						
					○	○/○	○	○/○	○	○	○/○	△	△	○	○	○	
	事業所	★4	年間の計画を基に有給休暇、特別休暇の管理を行い、取得率80%以上を目指す。	介護長/ＤＬ	年間の有休取得計画を作成	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	有休取得計画の見直し	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	有休取得計画の見直し	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	全体会議にて有休取得状態の確認	施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	職員のストレス軽減、退職率の低下のため、毎月のDS会議にて「対応が困難な利用者様」への対応について定例議題としてあげ、検討・実施していく。	介護長/DL	検討実施	検討実施	検討実施	検討実施	DS会議で半期の有効性確認	検討実施	検討実施	検討実施	DS会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価		評価	評価	評価					
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・計画的に有給休暇を取得することで心身ともに安定したケアを提供することができる。 ・有休計画は年度途中で見直し、変更が必要である。 ・前年度の有休取得率の低下は、職員の退職によることも影響した。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.年間スケジュールを作成した。 2.ユマニチュードの勉強会を実施した。 3.接遇マナーに関して勉強会、ロールプレイを実施した。 4.有給休暇取得状況を確認した。 5.毎月DS会議で対応が困難な事例の検討を実施している。	1.コロナの影響により必須研修を延期した、9月より開始出来ている。 2.ユマニチュードを実践している。 3.勉強会、ロールプレイを実施した。 4.有給休暇取得状況を確認した。 5.毎月DS会議で対応が困難な事例の検討を実施している。	1.計画どおり実施できた。 2.DS会議で確認・展開している。 3.10月までの振り返りをおこなった。ロールプレイに関してはエリアで作成が遅れているため実施ができていない。 4.有給休暇取得状況を確認した。 5.計画どおり実施できた。

事業報告	◎今年度不適切ケア0件 1.9月～11月に利用者体験を実施した。研修の内容や利用者体験で学んだことからから長時間座っていることや普段気にしない音について見直しを行っている。 2.ユマニチュードの基礎知識に関して勉強会を通して学ぶことが出来た。職員も勉強した知識を取り入れて展開出来ている。 3.職員自身の不適切なケア・声かけに気づき、良いケア・声かけを知るための教育を実施した。ロールプレイを通して利用者様の気持ちを知ることが出来、不適切な行動、声掛けの振り返りにつながっている。 4.今年度退職者は現在0名。8月、9月に他の部署への応援や異動にて人員変更があり、取得計画を都度見直している。また、体調不良による欠勤の影響で取得数に偏りがみられるため欠勤時の有休の取扱い方や勤務変更の仕方について再度ルールを明確にした。 5.対応困難な利用者様の対応策を職員全員で共有・検討し、ご本人、ケアマネージャーと担当者会議の場で対応方法を統一し、職員のストレス緩和にもつながっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	基本的な介護技術の向上のため気づき、尊厳をふまえ、基本的な介護技術、職員の知識不足を毎月研修で補い意識統一を図る。	介護長/DL管理栄養士	食事の基本研修	前月の評価	排泄の基本研修	前月の評価	入浴の基本研修	前月の評価	ボディメカの基本研修	前月の評価	各研修の総括	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	通所の接遇チェック表、介護チェック表を用いた基本技術の徹底を図る。	介護長/DL	接遇チェック表実施	接遇チェック表の評価とフィードバック	介護チェック表実施	介護チェック表の評価とフィードバック	中間評価	接遇チェック表実施	接遇チェック表の評価とフィードバック	介護チェック表実施	介護チェック表の評価とフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	他事業所で発生した重大事故について、原因分析と対策検討を行うことで、職員個々のリスクマネジメント能力の向上を図る。	介護長/DL	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○/○	△	○/○	△	○/○	○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・前年度離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ひやりはっとの情報共有を行ったが、共有のみで終わっているため、自施設でも同様のことがないか検証し、対策およびヒヤリハットの目を養う必要がある。 ・職員の入れ替わりにより技術、知識、手順の理解に差がある。 ・定期的な評価を継続しなければ、重大事故への意識が薄れてしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.対策リストの作成、ヒヤリハットを上げリストに追加した。 2.ヒヤリハットから対策を強化した。 3.研修を実施した。 4.各チェック表を実施した。 5.重大事故の共有は行っているが、検討は行えていない。	1.対策リストの作成、ヒヤリハットを上げリストに追加した。 2.ヒヤリハット情報から対策強化を実施 3.研修を実施した。 4.各チェック表を実施した。 5.重大事故の共有は行っているが、検討は行えていない。	1.対策リストの作成、ヒヤリハットを上げリストに追加した。 2.ヒヤリハット情報から対策強化を実施 3.研修を実施した。 4.各チェック表を実施した。 5.計画どおり実施することができた。

事業報告	◎今年度重大事故0件（軽微な頭部打撲による受診事故4件） 1.離施設事故を防止するため対策リストを作成し、自事業所、他事業所の離施設事故の対策を検討し実施している。職員の意識も以前より高くなってきている。 2.毎月ヒヤリハットは上がってきているが件数が少ない現状がある。他事業所のヒヤリハットが自施設でも起きる危険性がないか、確認を行い、危険予測に役立てている。 3.基本的な介護技術の各項目に関してデイサービス会議において研修を実施し、職員の足りない知識を勉強し意識統一が図れている。 4.通所の接遇チェック表、介護チェック表を用い職員個人で実施し評価、振り返りを行った。 5.重大事故(離施設事故、受診事故)に関して、デイサービス会議にて他事業所の重大事故について原因、対策立案をし、さまざまな視点での要因解析を学ぶことができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
短期で目標を達成し、状態を改善できるサービスを確立する	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士	－	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	振り返り	次年度準備		各管理者
						○	○	○		○	○	○		○	○	○	
	事業所	★2	利用者様の日常生活動作を維持・向上し、自立支援を行う。（ADL維持等加算Ⅱ 取得への取り組み）	ＤＬ/相談員、理学療法士	加算の把握、説明	BI評価方法の再周知	BI評価実施	評価結果の提出 加算Ⅱ取得のための取組み検討	取り組みの実施 評価	取り組みの実施 評価	取り組みの実施 評価	BI評価方法の再確認	BI評価実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	介護度の状態の維持、改善のため利用者様一人ひとりの日常生活機能を把握し、評価表に従って年間一つの項目を改善する。始業式、中間評価、期末時に介護度の維持、改善の有無を評価する。改善数3件を目指す。	介護長/DL	始業式、初回評価を実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	中間評価実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	アセスメント評価シートによる評価の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	△	△	△	○	○	○	
	事業所	4	毎月１人２件つぶやきを拾い、つぶやきからサービスを改善する。	介護長/DL	定例会議にてつぶやきの共有と検討 実施	実施	実施	実施	評価	つぶやきの共有と検討 実施	実施	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・新しい加算を取得し、サービスの質向上につなげる。 ・状態改善の評価方法や改善目標を図る必要がある。 ・つぶやきがサービスの改善につながっているとは言い難い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.嗜好調査を実施、改善開始した。 2.ＢＩ評価を実施した。 3.始業式、アセスメントの評価を実施した。 4.毎月つぶやきを2件上げるよう促し実施した。	1.嗜好調査を実施、改善開始した。 2.ＢＩ評価を実施した。 3.中間評価を実施した。 4.毎月つぶやきを2件上げるよう促し実施した。	1.嗜好調査を実施、食事に関する満足のつぶやきも上がっている。 2.ＢＩ評価を実施したが、ADL維持等加算は取得できなかった。 3.アセスメント評価シートによる評価が遅れてしまった。 4.計画どおり実施することができた。	

事業報告	1.嗜好調査を実施し、効果測定を行った。食事に関する満足のつぶやきも上がっている。 2.前期、後期ともバーセルインデックスの評価を行ったがADL維持等加算の取得はできていない。 3.介護度の状態の維持、改善について、授業内において3期に合わせ目標の作成、評価を実施している。 4.毎月つぶやきを上げ、デイサービス会議にて評価、対策の検討を行った。業務改善にもつながっているものもあるが毎月、目標件数のつぶやきはあがっていない。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様に対し、敬意に溢れ、本人の意思に基づいた対応ができる。	事業所	★1	認知症ケアについて外部研修に参加し、水平展開する。 （認知症ケア、ユマニチュード等）	介護長/DL	外部研修を調べる		参加する研修を決める	実施 （2名以上参加）			評価と展開事項作成	展開事項の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	施設	2	「利用者様を知り気持ちを想像する姿勢、認知症に対する知識の習得」ができるよう認知症委員会を立ち上げ、委員会を行う。	介護長/認知症委員会委員	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○		○	○		○	○	○	○	
	施設	3	認知症委員を主とし、上記姿勢・知識を身に付けるための勉強会を実施する。	介護長/認知症委員会委員	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	研修や勉強会で学んだことを、実践に活かせるように一つ一つ集中的に取り組んでいく。月ごとにテーマを決め、テーマに基づいて実践する。	介護長/DL	研修や勉強会の提案事項から重点実施事項を決定し、月ごとのテーマを決める。									振り返り	次年度準備		施設長
						重点実施事項の実践	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省				
					○	△/△	△/△	△/△	△/△	△/△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・認知症をしっかり学んでいるとは言い難い。 ・2020年度より）昨年度は箕輪全体で認知症委員会を実施することで、部署間の共有、展開をすることが出来た。しかし、継続して実施していかないと部署間で共有する場がもてなくなってしまうため、勉強会等を継続していく必要がある。 ・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.外部研修を調査した。コロナ禍であり研修が選択出来ていない。 2.部門別L会議にて検討できている。 3.計画どおり実施できている。 4.学んだことを実践に活かせるよう振り返りを行っているがテーマが把握できていない。	1.外部研修を調査した。コロナ禍であり研修が選択出来ていない。 2.計画通り実施出来ている。 3.ユマニチュードを継続学習している。 4.学んだことを実践に活かせるよう振り返りを行っている。月ごとのテーマを定例会議で定める。	1.外部研修を調査した。コロナ禍であり研修が選択出来ていない。 2.計画通り実施出来ている。 3.ユマニチュードを継続学習している。 4.学んだことを実践に活かせるよう振り返りを行っている。月ごとのテーマを定例会議で定める。	

事業報告	1.認知症ケアの外部研修を4回に分け調査したが、コロナウィルスの影響で1年間を通し研修に参加することができなかった。 2.館内の全体会議に於いて、認知症委員会を立ち上げた。委員会の活動、評価を上記日程で実施した。 3.認知症委員が主となりユマニチュードについての勉強会を開催し、ユマニチュードの実践へつなげている。 4.デイサービス会議で研修で学んだことを共有し、テーマを決めて実践し、翌月に実践しての効果や疑問を共有した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
現在の強みを活かし、職員がその強みを認識し、利用者様が更なる満足を得られるサービスを作る。	事業所	★1	学校形式の維持と発展を図る。 ※学校形式：学校のように時間割や授業を設定し、目的を持って学びにくるデイサービスとして職員間でルールを定め、高い満足度が得られることを目的にした活動の事。	介護長/DL	チームの意思統一、部活動必要物品の購入	部活動リニューアル eスポーツを導入する		新部活動実施 実施と評価		機能訓練、若学リニューアル		新機能訓練、若学実施 実施と評価		維持と発展事項の評価と方向修正	次年度準備		施設長
					○	△	△	○/○	○/○	○	○	○/○	○/○	○	○	○		
	事業所	2	利用者様の希望・意見を聞き取り、希望に沿った新規レクを盛り込んだイベントを月一回開催する。	介護長/栄養士/DL	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 満足度調査で評価	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 希望意見聞き取り	新規イベント開催 満足度調査で評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○		
	事業所	★3	利用者様の希望・意見を聞き取り、希望に沿った食事レクのイベントを月一回開催する。	介護長/栄養士/DL	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	食事イベント開催 希望意見聞き取り	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○		
	事業所	★4	施設の設備、専門的知識を用い、地域との連携を強める。	介護長/ＤＬ/リハビリ職員	リハビリ室の開放に向け、安全対策と感染対策についてルールを検討し、周知する。		運動教室開催 運営協での報告	リハビリ室一般開放	運動教室開催	リハビリ室一般開放	運動教室開催	リハビリ室一般開放	リハビリ室一般開放 運営協での報告	リハビリ室一般開放	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	△	△	△	△	△	△/○	△	○	○		
	事業所	5	満足度調査を実施し、強み(自己目標)が効果を発揮しているか確認する。	DL/相談員	強みと認識している項目を入れる	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○		

なぜ、取り組むのか？	・現在の取り組みが維持されているが、発展の視点は薄い。 ・希望・意見を聞き取って行ったレクリエーションなのか明確ではない。 ・利用者様に人気の食事のイベントを実施し稼働向上を目指す。 ・地域との連携が薄い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.部活動リニューアルの計画を実施、ゲーム機が用意できていない。 2.3.新規イベント、食事イベント実施 4.リハビリ室の開放に向け準備を開始した。 5.満足度調査を作成・配布した。	1.ゲーム機を使った部活動を開始した。 2.3.利用者様の意見をもとに新規イベント、食事イベントを実施している。 4.コロナの感染状況によりリハビリ室開放、運動教室は延期している。 5.DLの異動があり、内容変更のため現在作成中である。	1.機能訓練、若学のリニューアルを実施した。 2.3.利用者様の意見をもとに新規イベント、食事イベントを実施している。 4.コロナの感染状況によりリハビリ室開放、運動教室は延期している。 5.現在、集計・まとめ作業中である。

事業報告	1.学校形式の維持と発展を図るため、ニンテンドースイッチを取り入れ部活動として提供を行っている。全体への浸透はまだしていないため、今後の課題となっている。 2.コロナウイルスの感染状況を判断し、要望が多かった外出レクはできていないが、ドライブレクを11月に実施し、満足していただけた。 3.食事イベントの希望を聞き、外部の店舗のテイクアウトの提供を行い、満足の声も上がっていたが、コストや手間がかかってしまった。 4.コロナの感染状況によりリハビリ室解放、運動教室は自粛している。 5.満足度調査を実施し強みが効果を発揮しているか確認している。職員の入れ替わりに合わせ事業所の強みを会議内で共有している。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	3	稼働調整能力を高めるため、月に2回施設長と稼働達成について進捗確認する。	DL/相談員	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	3ヶ月の平均稼働率の確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	8ヶ月の平均稼働率の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					対策の修正	対策の修正	対策の修正		対策の修正	対策の修正	対策の修正	対策の修正					
					○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	△/○	△/○	○	○	○	○	
	事業所	★4	書類作成方法と業務の見直しを行い超過時間を前年度比33%削減する。	施設長/介護長/ＤＬ	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	全体会議で前月超過時間と目標の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					超過が多い業務の把握	配車表作成について	対策の評価	計画書作成について	対策の評価	業務内でできる仕組検討	対策の評価	報告書作成について	対策の評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

			4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
なぜ、取り組むのか？	・実施した取り組みについての、効果の確認や稼働率との結びつきが弱い。 ・地域ニーズと、利用者ニーズがサービスに反映されていないため、稼働率向上につながらない。 ・通所相談員としての能力の向上が稼働率向上に必要である。 ・前年度、超過勤務時間月平均40時間程あり、職員の業務負担が大きい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1. ケアマネアンケートを実施、効果測定を実施した。 2. 営業方法の検討、対策を実施した。 3. 稼働会議を実施した。 4.　入浴業務が早く終わったときの時間の使い方について見直しをし、超過削減につなげている。	1. ケアマネアンケートの効果確認を実施した。 2. 営業方法の検討、対策を実施した。 3. 稼働率の確認、稼働会議を実施した。 4. 申し送りの短縮化を図るなど超過削減にむけた取組みを行っている。	1. 通所相談員会議にて、他事業所の取り組みを共有し効果の確認を実施した。 2. 営業方法の検討、対策を実施した。 3. 稼働率向上もあり、会議開催頻度は減少したが継続した。 4. 計画どおり実施できているが、結果に結び付いていない。	

事業報告	◎年間平均稼働率（4月～12月）83.7% 新規獲得の影響もあり2021年9月、10月、11月、12月と4ヵ月目標稼働率85%を上回った。 1. ケアマネアンケートを実施し居宅ケアマネのニーズを把握した。通所相談員会議にて意見収集シートを用いアンケートからの対策について情報共有を行った。 2. 通所相談員会議にて、成功事例の水平展開と、稼働率向上のためアドバイスを必要とする事業所として、事業所の現状と今後の営業方法を共有した。 3. 稼動調整能力を高めるため施設長と定期的に稼働会議を開催し稼動の進捗と効果の確認を実施した。 4. 取組みを行ったが、人員の変動もあり、超過勤務時間の削減は達成できていない。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害（大規模停電・土砂災害・火災・地震）に対応した訓練を実施し、実際の災害時、利用者様、職員の安全を確保していく。	施設長/介護長	防災教育の実施	大規模停電の訓練実施	土砂災害想定訓練	－	防災教育の実施	総合防災訓練（地震・火災）	－	総合防災訓練（地震・火災）(夜間想定)	防災教育の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症対策のチェック表を基に毎日チェックを実施した。介護長、管理者によるラウンドを実施した。 2.防災教育実施。大規模停電、土砂災害想定訓練を計画した。	1.感染症対策のチェック表を基に毎日チェックを実施した。介護長、管理者によるラウンドを実施した。 2.防災教育を実施し、総合防災訓練を行った。	1.感染症対策のチェック表を基に毎日チェックを実施した。介護長、管理者によるラウンドを実施した。 2.夜間想定の訓練は対象外で実施していないが、日頃から災害に備える意識ができている。	

事業報告	年間通して計画通りに訓練等を実施することができた。今年度も施設内での感染症の蔓延や災害による被害は発生していない。課題として8月15日の豪雨の時には、建物の影になっておらず、土砂が直接迫ってくる恐れのある、ＧＨ、やまぶきユニットの利用者様9名を2階の支援ハウスに垂直避難し、有事に備える対策を講じた。その時には当施設まで被害が及ぶような土砂災害は発生せず、利用者様も無事に生活を継続することが出来たが、今後も引き続き対策を講じていく必要性がある。 また、グレイスフル箕輪は箕輪町で発行されているハザードマップ上では「土砂災害警戒地域」に指定されている。今までの防災教育・訓練に加えて、地域の中での施設での役割を考え推進する必要がある。 1.日々のチェック表による確認と管理者によるラウンドにて、取り組みが継続できていると感じる。GF箕輪では感染者0名を達成できている。 2.計画通りに訓練等を実施することで、有事に備えられている。今後も継続して定期的に実施していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育 実施チェックリストの作成		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		施設長
					○/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	○	◎/○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	◎/○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のＧＨ（利用者様の生活に合わせたＧＨ）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う（職員の過度な負担にならない留意が必要）。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う	いたただくのか決める（事業所毎）	どこまで利用者様に行って	食事つくり・洗濯・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	事業所	4	相談出来る風土を継続する為に、月に1回何でも話そう会を行う。	HM/介護職	相談することの意味を再確認する。	実施と効果確認			評価と取り組みの方向修正	実施と効果確認			評価と取り組みの方向修正	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。 ・話しやすい環境にありこの状態を風化させない為。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.チェックリストを作成した。 2.実施した。 3.役割を見直した。 4.毎月、定例会議にて行った。	1.チェックリストを作成し、実施した。 2.実施した。 3.申し送り時に改善を行っている。 4.毎月、定例会議にて行った。	1.日々業務を行う中で、意識が薄れてしまうことがあった。 2.利用者体験を実施し、振り返りからケアの質向上に取り組めた。 3.日常的に話し合い、改善に向け取り組むことができた。 4.定例会議後に行った。	

事業報告	◎2021年度　不適切ケア　0件 1.2020年度認知症分野の研修よりチェックリストの作成、実施を行ったが、チェック時に不十分な部分は意識し行うことができたものの、期間が経つにつれ、意識が薄れてしまった。 2.利用者体験を行い、普段からの自身の利用者様に対する関わり方や、フロア職員の関わり方を見返し、細かい部分にも改善点を見つけることができ、改善につなげられた。 3.QC活動の継続ができており、ケアプランへの反映も進んでいる。利用者様の入退居での入れ替わりや、利用者様のレベル低下により、以前できていたことができなくなってきている方も見受けられるため、常時見直しを行っていく必要がある。 4.GH会議後に何でも話そう会を実施することができた。会話を行う中で、困っている点などは出てきたが、時間が長くなってしまうことが多かったため、時間を決めて行うなど、工夫をしていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	○	○	○	
	事業所	2	フロア会議内でヒヤリハットを活用した事故予防策を展開するため、ヒヤリハットを1職員につき月2件以上上げる。	介護長/HM	事故・ヒヤリの対策の有効性検証	ヒヤリハットを月2件以上上げる フロア会議内で予防策を立てる			事故・ヒヤリの対策の有効性検証	ヒヤリハットを月2件以上上げる フロア会議内で予防策を立てる			事故・ひやりの対策の有効性検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	★3	他事業所で発生した重大事故について、原因分析と対策検討を行うことで、職員個々のリスクマネジメント能力の向上を図る。	介護長/HM	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	重大事故の共有 評価	他事業所で発生した重大事故の事例検討を定例会議内で行う	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/○	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	◎/○	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・件数は上がってきているが、対策の検討が十分に行えていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月のHM会議で行っている。 2.件数がまだ少ないため、継続し取り組む。 3.重大事故の情報共有を行った。	1.毎月のHM会議で行っている。 2.件数がまだ少ないため、継続し取り組む。 3.重大事故の情報共有を行った。	1.毎月のHM会議で行っている。 2.件数の達成ができなかった。次年度への反省とする。 3.GH会議時に行うことができた。	

事業報告	◎2021年度　重大事故　0件 1.重大事故に対し水平展開を行うことができた。振り返りながら過去の重大事故の対策がおろそかになっていないかを確認していくようにしたい。 2.ヒヤリハットをあげ、対策まで行うことはできたが、件数が目標までは届かなかったため、次年度の課題である。また、職員間の情報共有の行い方についても、より良い方法は無いか、検討していきたい。 3.自事業所での対策を考案することができ、リスクマネジメント力はややではあるが向上してきたと思われる。さらに原因、対策を考える力を養うとともに、同様の事故を防止する意識を向上させるために次年度も継続し取り組んでいく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちを第1に考え、ご自身で選択できる環境の中でリラックスしていただく	事業所	1	利用者様の希望・意見を聞き取り、外出レクや内部でできる新たなレクを取り組む。	介護長/HM	お花見（青空ランチ）レク実施	イチゴ狩り（テイクアウト）レク実施	リクエストメニューレク実施	七夕レク実施	流しそうめんレク実施	葡萄狩りレク実施	紅葉狩りレク実施	音楽会レク実施	クリスマスレク実施	振り返り	次年度準備		施設長
					希望意見聞き取り	新たなレク検討	希望意見聞き取り	新たなレク検討	満足度調査で評価	希望意見聞き取り	新たなレク検討	希望意見聞き取り	満足度調査で評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★2	会話の工夫から多様なつぶやきを引き出し、実現することで生活に張りを感じていただく。（つぶやきは毎月1人2件あげる）	介護長/HM	会話の工夫について検討する。	つぶやきの共有と検討 ケアプランへの反映			評価	つぶやきの共有と検討 ケアプランへの反映				振り返り	次年度準備		施設長
						実施	実施	実施		実施	実施	実施	実施				
					○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	利用者様がリラックスできる時間の質の向上を図る。	介護長/HM	お茶の時間の過ごし方について検討する。	実施	実施	実施	改善事項について検討	入浴の時間の過ごし方について検討する。	実施	実施	改善事項について検討	振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価			評価	評価					
					○	○/○	○/○	○/○	○	○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・2020年度のレクは室内でできるものに限られてしまっていた。 ・食事に関するつぶやきが多く偏りがある。 ・入浴やお茶の時間の過ごし方がマンネリ化している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナ禍のため、方法を変更し、実施している。 2.つぶやきから、生活の一部になった方もみられた。 3.10時のお茶の時間の質の改善がみられた。	1.コロナ禍のため、方法を変更し、実施している。 2.一部の利用者様の日課として定着した。 3.引き続き、お茶の時間の質の改善に取り組んでいく。	1.コロナ禍のため、方法を変更し、実施している。 2.ケアプランにも取り入れることができた。 3.CDの更新を行った。	

事業報告	1.コロナ禍のため、外出レクは行うことができなかったが、季節を感じることができるもの、また、玄関先の外で行うレクリエーションを企画・実施することができた。 2.つぶやきをあげることができたが、目標件数に届かず、あげる職員に偏りが出てしまった。全職員がつぶやきに意識が持てるよう、次年度も継続し取り組みを行う。 3.水分の選択制を取り入れたが、さらなる改善のための準備が不十分であり改善点が残ったため、改善について検討していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様に対し、敬意に溢れ、本人の意思に基づいた対応ができる	事業所	1	認知症ケアについて外部研修に参加し、水平展開する。	介護長/HM	外部研修を調べる		参加する研修を決める	実施（2名以上参加）			評価と展開事項作成	展開事項の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	△	△	△	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	2	職員個々の対応力を高めるため、対応が難しい事例を共有する。	介護長/HM	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	全体会議で半期の有効性確認	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	毎日の申し送りにて共有 成功事例の共有	全体会議で半期の有効性確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	○	○	○	
	事業所	3	「利用者様を知り気持ちを想像する姿勢、認知症に対する知識の習得」ができるよう認知症委員会を立ち上げ、委員会を行う。	介護長/認知症委員会委員	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施 評価	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施 評価	認知症委員会実施	－	認知症委員会実施 評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○		○	○		○	○	○	○	
	事業所	4	認知症委員を主とし、上記姿勢・知識を身に付けるための勉強会を実施する。	介護長/認知症委員会委員	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	勉強会資料作り	勉強会実施	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	研修や勉強会で学んだことを、実践に活かせるように一つ一つ集中的に取り組んでいく。月ごとにテーマを決め、テーマに基づいて実践する。	介護長/HM	研修や勉強会の提案事項から重点実施事項を決定し、月ごとのテーマを決める。									振り返り	次年度準備		施設長
						重点実施事項の実践	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省	重点実施事項の実践と前月の反省				
						○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・認知症をしっかり学んでいるとは言い難い。 ・成功事例を全員で共有はしていない。 ・認知症に関する部署間の共有、展開がない。 ・認知症に特化した勉強会の継続の必要がある。 ・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.10月に研修参加予定である。 2.対応困難な利用者様について共有している。 3.実施した。 4.実施した。 5.実施した。	1.10月に研修参加予定である。 2.対応困難な利用者様について共有している。 3.実施した。 4.実施した。 5.実施した。	1.計画どおり実施した。 2.対応困難な利用者様について共有している。 3.実施した。 4.実施した。 5.実施した。	

事業報告	1.認知症介護実践者研修、サービス管理者研修に参加した。センター方式、ひもときシートアシストを使い、利用者様の真のニーズの捉え方を実感できた職員はいるが、その職員数を増やすため、次年度も取り組みを継続していく。 2.申し送り時に話し合い、解決していくことができたが、主観的になってしまう部分もあったため、ご本人、ご家族、医療機関の立場にたって総合的に判断をできるよう、教育していく。 3.4.5.認知症委員が主となりユマニチュードについての勉強会を開催し、ユマニチュードの実践へつなげている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
ゆったり・じっくりした生活の実現のため、利用者様が主役である生活を作り出す	事業所	1	プロフィール表がケアプランに反映されたケアをする。	介護長/HM	既存のプロフィール表とケアプランの連動を確認	反映されたケアの実施と効果確認			プロフィール表の追加修正	反映されたケアの実施と効果確認			プロフィール表の追加修正	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	利用者様が主役である生活を作り出す取り組みを行う。	介護長/HM	利用者様一人ひとりの役割の見直し	実施	実施	実施	振り返りと修正	実施	実施	実施	実施	振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価		評価	評価	評価	評価				
					○	○/○	○/○	◎/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	3	満足度調査を実施し、強みが効果を発揮しているか確認する。	介護長/HM	強みと認識している項目を入れる	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？	・ケアプランが名前を隠しても誰のプランか分かるまでは生活歴が反映できていない。 ・利用者様の強みがケアに活かされていない。 ・強みが活かされたか客観的に受け止めていない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価				１０月-１２月評価				
					1.2.プロフィール表に沿ったものを役割に設定し、行っていただいている。 3.満足度調査実施した。				1.2.プロフィール表へ、追加、修正し、役割の検討を行っている。 3.満足度調査実施したものからのご意見をGH内で話し合いを行った。				1.2.プロフィール表へ、追加、修正し、役割の検討を行っている。 3.満足度調査実施したものからのご意見に対する対策を実施した。			

事業報告	1.2.利用者様の生活歴から役割を見いだし、取り組んでいただいており、ケアプランにも反映できている。 3.ご家族、CMに取り組みを知っていただくような工夫が少なかったため、今後、知っていただけるようにする。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退居に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	稼動調整能力を高めるため、2週に一回施設長と稼働達成について進捗確認する。	施設長/HM	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	4ヶ月の平均稼働率の確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	8ヶ月の平均稼働率の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					対策の修正	対策の修正	対策の修正	対策の修正		対策の修正	対策の修正	対策の修正					
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	○	◎/○	◎/○	◎/○	○	○	○	○	
	事業所	★3	申し込みから入所までのプロセスを理解し、スムーズな調整ができるようにする。	施設長/HM	家族対応	医療機関との連携	行政との連携	施設との連携	中間評価	家族対応	医療機関との連携	行政との連携	施設との連携	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。 ・空床発生時に次期入居候補者の方が入居を希望しなかった際、空床期間が長引くことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.HM会議にて勉強会を実施し、知識を深めた。 2.施設長と定期的に進捗確認を実施している。 3.申し込みから面接までの期間が空いてしまうため、短い期間で行っていけるよう、工夫をする。	1.申し込みもいただき、除々に効果が出始めてると思われる。 2.定期的に確認をしている。 3.面接に行くことが難しい状況が続いている。他事業所にどう行っているか、確認をする。	1.2.同時期に退所となった方がいたが、空床日数を最小限にして次の入所へ繋げることができた。 3.申込みから面接まで時間がかかってしまっていた。次年度も引き続き取り組んでいく。	

事業報告	◎年間平均稼働率 99.5% 1.2.3.ひと月に複数の退所があったが、対応することができた。申込みも同じ月に複数件あるが、次の段階の面接に伺うのが遅くなってしまうため、スムーズに面接を行い、入居の準備ができるようしていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害（大規模停電・土砂災害・火災・地震）に対応した訓練を実施し、実際の災害時、利用者様、職員の安全を確保していく。	施設長/介護長	防災教育の実施	大規模停電の訓練実施	土砂災害想定訓練	－	防災教育の実施	総合防災訓練（地震・火災）	－	総合防災訓練（地震・火災）(夜間想定)	防災教育の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策を実施出来ている。 2.計画に従い実施できている。	1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策実施出来ている。物品等も感染対策委員会にて確認し、揃えられている。 2.9月防災総合訓練実施。コロナ禍により外部入れずに実施する。	1.コロナウィルス予防対策表を用い、日々の感染対策実施出来ている。物品等も感染対策委員会にて確認し、揃えられている。 2.防災総合訓練実施。コロナ禍により外部入れずに実施する。	

事業報告	年間通して計画通りに訓練等を実施することができた。今年度も施設内での感染症の蔓延や災害による被害は発生していない。課題として8月15日の豪雨の時には、建物の影になっておらず、土砂が直接迫ってくる恐れのある、ＧＨ、やまぶきユニットの利用者様9名を2階の支援ハウスに垂直避難し、有事に備える対策を講じた。その時には当施設まで被害が及ぶような土砂災害は発生せず、利用者様も無事に生活を継続することが出来たが、今後も引き続き対策を講じていく必要性がある。 また、グレイスフル箕輪は箕輪町で発行されているハザードマップ上では「土砂災害警戒地域」に指定されている。今までの防災教育・訓練に加えて、地域の中での施設での役割を考え推進する必要がある。 1.日々のチェック表による確認と管理者によるラウンドにて、取り組みが継続できていると感じる。GF箕輪では感染者０名を達成できている。 2.計画通りに訓練等を実施することで、有事の際の備えができている。今後も継続して定期的に実施していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす。	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価						
					－	－	－	－	－	－	◎／◎	◎／◎	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○		○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価						
					○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声をあげることができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.該当時期の研修対象者はいなかった。 2.ユマニチュードの勉強会に参加できた。 3.申し送りにて困った事例の聞き取りを行なうことができた。	1.該当時期の研修対象者はいなかった。 2.ユマニチュードで得た知識をDS送迎時に実践できた。 3.申し送りにて困った事例をあげ、対応の確認がでした。	1.エリア必須研修に参加できた。 2.ユマニチュードで得た知識をDS送迎時に実践できた。 3.申し送りにて困った事例をあげ、対応について意見交換ができた。	

事業報告	◎2021年度　不適切ケア　0件 1.エリア必須研修に参加できた。 2.ユマニチュードの勉強会で得た知識を基に、デイサービス送迎時に利用者様の気持ちに寄り添うことを心がけることができた。 3.職員間の申し送りにて困った事例を情報共有し、対応の確認することができた。支援ハウスでは対応困難な事例はあがらなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する。	エリア	1	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践	①入浴・排泄場面の技術体験	実践	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践	③更衣場面の技術体験	実践	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
						評価		評価		評価		評価					
					○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	2	ヒヤリハット、リスクマネジメント教育を実施する。（2020年度からの継続） 担当者会議の際に、各利用者様の事故報告書・ヒヤリハットについて報告し、支援方法について検討する。	介護長/リーダー	ヒヤリハット、リスクマネジメント教育	ヒヤリハット集計	対策立案	対策の実施	対策評価	ヒヤリハット集計	対策立案	対策の実施	対策評価	振り返り	次年度準備		施設長
						事故報告書・ひやりはっとを用いて、カンファレンス開催・事故予防委員会での展開											
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事故予防委員会にて周知できている。 2.6月の担当者会においてヒヤリハットの報告を行い支援方法について検討することができた。	1.事故予防委員会にて周知できている。 2.申し送りにてヒヤリハットの対策を検討するも、解決に繋ぐことができない。	1.事故予防委員会にて周知できている。 2.定例会にてヒヤリハットの対策を検討し、入居者様への支援の声掛けを行なった。	

事業報告	◎2021年度 重大事故 0件 1.支援ハウスは介護を行なわないため実施なし。 2.重大事故0件　事故報告(転倒) 9件　ヒヤリハット(つまずき・ふらつき) 4件　いずれも特定の入居者様による転倒事故、ふらつきの発生で、入居者様の身体機能低下が要因に挙げられる。転倒予防につながる支援ハウス内お茶会でできる体操の提案を行なうも実施には至らなかった。次年度に向け、改めて予防対策の意識付けを進めたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様へのマナー・応対に重点を置き、内外から信頼される。	事業所	★1	ティータイムのマンネリ化を改善し、居心地がよい時間を提供する。	施設長/支援員	飲み物、お茶菓子の検討	物品、備品から検討	満足度調査にて意見聴取	満足度調査から検討	環境面から検討	意見を聞き取り検討	飲み物、お茶菓子の検討	満足度調査にて意見聴取	満足度調査から検討	振り返り	次年度準備		施設長
					実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施				
					◎/◎	◎/◎	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★2	会話の工夫から多様なつぶやきを引き出し、実施することで生活に張りを感じていただく。	施設長/支援員	趣味・旅行の雑誌など、話題のネタになるものを用意する。	つぶやきを月２件以上拾う。			評価	つぶやきから展開事項を実施				振り返り	次年度準備		施設長
						実施	実施	実施									
					◎	○/○	○/○	○/○	○	○	◎	○	◎	○	○	○	
	事業所	3	温かな接遇と優しい対応、節度あるマナーを身に付けるため、年2回の勉強会を実施する。	介護長/支援員	－	勉強会資料作り	勉強会実施	勉強会の効果があったか確認	－	－	勉強会資料作り	勉強会実施	勉強会の効果があったか確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○			△	△	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・居心地の良いティータイムの提供に改善の余地がある。 ・昨年度、外出が出来なかったことやティータイムのマンネリ化から、つぶやきが食事に関することに偏っていた。 ・入居者様とのさらなる信頼関係を築く為にマナーのスキルアップが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.飲み物・お菓子の希望を伺い提供することができた。 2.会話の中から行ってみたい場所の希望を伺うことができた。 3.勉強会を実施することができた。	1.実施に向けて検討中である。 2.テイクアウトの実施ができた。 3.勉強会で得た知識を意識して入居者様への対応ができている。	1.満足度調査の結果から居心地のよい時間で提供が出来ていることを確認できた。 2.つぶやきからテイクアウトの実施ができた。 3.つぶやきから入居者様への接遇への振り返りをすることができた。	

事業報告	◎入居者様へのマナー・応対は常に意識し、内外から信頼される結果となった。 1.飲み物、お菓子の希望に対して希望に沿うことができた。年後半においては入居者様が好みの品を持参することが多くなった。和気あいあいとした時間の中でコミュニケーションをとることができた。 2.コロナ禍において本年度も外出企画を実施できなかったが、バーチャル旅行として思い出の場所のビデオを鑑賞することで回想療法の企画を実施することができた。インターネットを活用し、思い出の場所をめぐる旅行企画を今後も継続して行きたい。つぶやきからあがったテイクアウトを実施することができ嗜好の個人差はあるが高評価を得ることができた。 3.入居様との信頼関係を築くために、つぶやきから入居者様への声掛けを振り返り、優しい対応、声掛けを心がける意識付けができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
変化する利用者層に対して、根拠に基づいた対応ができる。	事業所	1	精神疾患、若年層への対応について外部研修に参加し、水平展開する。	施設長/支援員	外部研修を調べる		参加する研修を決める	実施（1名以上参加）		展開事項作成	展開事項の実施			振り返り	次年度準備		施設長
											実施後の検証	実施後の検証	実施後の検証				
					△	△	△	△	△	△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	対応についての困りごとを共有し、改善に結びつける。	施設長/支援員	毎月の定例会議にて共有し、対応策を検討する。									振り返り	次年度準備		施設長
						実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り	実施 振り返り				
						○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・利用者様の年齢が徐々に若くなっているが、対応する知識を習得していない。 ・対応の困りごとについて、相談できる機会が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.外部研修の情報が得られず自己学習できる方法を探すこととした。 2.申し送りで情報共有し、それぞれ行っている対応方法を出し合って検討できた。	1.外部研修の情報が得られず自己学習できる方法を探していたが、10月申し込み、11月開催の情報を得ることができた。 2.情報共有し対応方法を出し合って実施できた。	1.外部研修に参加することができた。 2.申し送りで情報共有し対応方法を出し合い実施できた。	

事業報告	◎若年層の入居者様への対応はサービス担当者との連絡を適宜行ない、都度情報提供することができた。 1.外部研修の情報を得ることが出来ず実施できていなかったが、11月に依存症についての学習会に参加することができ、困り事の相談窓口を知ることができた。 2.年間を通し対応についての困り事を申し送りにて情報を共有し、確認することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ　－　2　－　③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
支援ハウスの強みである地域との交流、家庭的な雰囲気を活かして利用者様の満足度向上を図る。	事業所	1	習慣好みシートを活用して利用者様の生活歴を知り、支援に活かす。（2020年からの継続）	施設長/支援員	※聞き取り、ご自身で記載等の方法は事業所ごとで選択する。 ※日常会話から引き出したものも記載する。 ※月に1名を目安に実施				振り返り					振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	利用者様の意見を聞き、趣味活動、調理レクリエーション、外出企画を実施する。	施設長/支援員	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	趣味活動探す実施 企画実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	◎/◎	○	○	○	
	事業所	3	満足度調査を実施し、安心感のある環境で生活できているか確認する。	施設長/支援員		調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	フロアで評価と展開事項作成、実施	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・利用者様の心理的安定が図れているか確認する必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.会話の中から得た情報を記載できた。 2.コロナ禍において調理、外出の企画は実施できず、テイクアウトの希望もなかった。 3.満足度調査を実施できた。			７月-９月評価 1.会話の中から得た情報を記載できた。 2.つぶやきから　テイクアウトの実施ができた。 3.調査用紙の作成に着手したが完成には至らなかった。			１０月-１２月評価 1.会話の中から得た情報を記載できた。 2.つぶやきから　テイクアウトの実施ができた 3.満足度調査を実施、集計し計画通り実施できた。				

事業報告	Ⅰ－2－③　コロナ禍において地域との交流は実施できなかったが、入居者様が毎日集うことで満足度を高めることができた。 Ⅰ－2－③－1　お茶会での話題から利用者様（入居者様）の生活暦を知ることができた。 Ⅰ－2－③－2　コロナ禍においてはテイクアウトが唯一の食事レクとなった。年度前半には希望があがらなかったが、7月以降入居者様から積極的に希望があがり実施することができた。趣味活動は年間を通して　活発に実施することができた。 Ⅰ－2－③－3　満足度調査を実施し、生活支援ハウスでの生活に100%満足して頂いていることがわかった。入居者様間の付き合いの中で問題点も見えてきた。今後も職員間で情報を共有し、入居者様の心理的安定を図っていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
町と連携し、時世にあった利用対象者が利用できるようにする。	事業所	★1	必要な方が入居できるよう、支援ハウスに対する地域住民の認知度を向上させ、対象者の情報が町におりる仕組みを構築する。	施設長/施設長	民生児童委員を対象とした見学会を実施する	地域住民を対象とした見学会を実施する	町議会議員を対象とした見学会を実施する	役場に訪問	役場に訪問 提案事項検討	役場に訪問	役場に訪問 次年度予算案作成	役場に訪問 次年度予算案提出	役場に訪問	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○/○	○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・利用対象者がいないのか、地域の実情が把握できていないのか不明確である。 ・利用対象者がいたとしても、その情報が町に伝わる仕組みについて改善が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナ禍の為、見学会について箕輪町役場と検討している。	1.、見学会の実施について箕輪町役場と検討している。（見学会10/5予定）	1.民生児童委員対象の見学会を実施できた。	

事業報告	◎年間2名の入居者があった。1名緊急避難事例による入居で4月入居10月退居。 1.生活支援ハウスの有効利用のための仕組みづくりの第１歩として民生児童委員の見学会を実施することができた。質疑応答では積極的な質疑が出され、関心度の高さをうかがえる結果となった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル箕輪
事業所名	生活支援ハウス

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
	施設	★2	様々な災害（大規模停電・土砂災害・火災・地震）に対応した訓練を実施し、実際の災害時、利用者様、職員の安全を確保していく。	施設長/介護長	防災教育の実施	大規模停電の訓練実施	土砂災害想定訓練	利用者様への働きかけ（家具転倒防止・非常食準備）	防災教育の実施	総合防災訓練（地震・火災）	利用者様への働きかけ（家具転倒防止・非常食準備）	総合防災訓練（地震・火災）(夜間想定)	防災教育の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性がある。 ・新型コロナウィルスの全国的な流行を受け、リスクの高い高齢者を預かっている性質上、万全な感染対策を実施する必要性がある。 ・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症対策チェック表に基づき対応てきた。 2.災害時の準備についてお茶会で話題にすることができた。	1.感染症対策チェック表に基づき対応てきた。 2.8/15土砂災害非難指示があり防災訓教育に従って避難できた。	1.感染症対策チェック表に基づき対応てきた。 2.夜間想定の防災訓練、準備についてお茶会で話題にすることができた。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保の観点から　入居者様への意識付けを行うことができた。 1.日々のチェック表に基づき換気、消毒の実施ができた。 2.入居者様の災害時の準備、地震、火災の避難方法の確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	エリアで発生した事故を振り返る。	施設長/介護支援専門員	①居宅会議担当施設長でエリア内の検討事故抽出 ②検討事故について居宅会議で意見交換 ③検討で得られた意見を居宅会議担当施設長から発信					居宅会議で展開・修正事項が有れば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・ケアマネジャーの視点で検討がされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.居宅CM会議にて共有を行った。	1.居宅CM会議にて共有を行った。	1.居宅CM会議にて共有を行った。	

事業報告	◎2021年度 重大事故　0件 1.居宅会議にてエリアで発生した事故の共有、振り返りを行ったことで、担当利用者様のサービス利用時におけるリスクの検討につながった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様にとってよりよいケアとなるプランを追求する。	エリア	1	居宅CM会議にてケアプラン点検、困難事例、事例研究の共有を行う。	施設長/介護支援専門員	プラン点検、困難事例の共有	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	月2件以上つぶやきを収集し、サービス事業所相談員に報告する。改善内容を利用者様へフィードバックする。	施設長/介護支援専門員	①毎月のモニタリング時に利用者様・ご家族より聞き取りを行う。②サービス事業所へ訪問した際は事業所の雰囲気・利用者様の様子を観察する。（記録に残す）									振り返り	次年度準備		施設長
						毎月の実績受け取りの際に①内容の報告 ②対応後の様子を共有する。											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	在宅で支えるためのプランニングの習得を目指し、外部研修（在宅医療・看取り）に参加する。	施設長/介護支援専門員	自身で研修をピックアップし、研修実施月に参加する。（研修参加後のエリア居宅CM会議にて水平展開する。）					提案事項の実施	提案事項の実施	提案事項の実施	提案事項の実施	振り返り・効果の確認	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・一人で抱えて相談することがない。 ・検討が必要でも検討する必要がないと思っている事例がある。 ・つぶやきをつぶやきと気づかない。 ・つぶやきからサービス改善につなげていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.リハビリ職員の対応についてのつぶやきから、サービス内容の検討を行っていただいた。 3.終活の研修に参加をし、居宅CM会議にて共有を行った。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.DS利用時の食事量についてのつぶやきから、サービス内容の検討を行っていただいた。 3.対応を行ったケースはなかったものの、ご家族との会話の中から必要性を伝えることが出来た。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.DS利用時の座席についてのつぶやきから、サービス内容の検討を行っていただいた。 3.対応を行ったケースはなかったものの、独居の方と看取りについて相談する場面があった。	

事業報告	◎つぶやき対応数14件。 1.居宅会議にて、ケアプラン点検や困難事例の共有を行ったことで、様々な解決方法や多様な視点を学ぶかとができ、参考とすることができた。 2.利用者様からのつぶやきをサービス事業者に伝えプランに反映したことで、各サービス事業者と一緒にサービス内容を検討することができた。 3.終活知識取得のための研修や看取りに関する研修に参加し、担当利用者様への情報提供やサービス検討につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症を有される利用者様へ知識に基づいたケアプランを作成する。	エリア	1	認知症・神経難病・高次脳機能障害・精神疾患等の研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ａ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。 －	伝達研修実施	－	伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○	○	○	
	事業所	2	認知症に関する対応の成功事例を自事業所サービス、居宅CM会議、ご家族へ情報提供し、サービスに活かす。	施設長/介護支援専門員	①認知症ケアの成功事例、ケアマネジメントの成功事例について共有する。 ②自事業所サービスや自身のマネジメント業務へ反映する。									振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・自身でいろいろな研修への参加方法を探すことができていない。 ・今後延びる分野が学べていない。 ・水平展開までできていない。 ・成功を共有する姿勢が薄い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。	

事業報告	◎伝達研修実施回数4回 1.居宅会議にて伝達研修を受け、ケアプランの作成やサービス検討時の参考となった。 2.共有できる成功事例がなく、水平展開までできていないため、来年度も継続して取り組む必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
地域にある社会資源、地域に必要な社会資源についてアンテナを貼り、適切なサービス利用につなげていく。	エリア	1	社会資源の開発系の外部研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ｂ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。								振り返り	次年度準備		施設長
						－	伝達研修実施	－	伝達研修実施		伝達研修実施		伝達研修実施				
									水平展開 強みになったか確認								
					○	○	○/○	○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○	○	○	
	事業所	★2	満足度調査にて利用者様のニーズを探る。そのために回収率80%以上を目指す。	施設長/介護支援専門員	満足度調査の内容の見直し	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	評価と展開事項作成、実施	調査用紙を完成する	調査用紙を配布する	調査用紙を集計する	評価と展開事項作成、実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	利用者様のつぶやきや訪問などで得た情報から、外部の強みを内部の強みとして活かせる仕組みをつくる。	居宅CM会議/介護支援専門員	つぶやき、事業所訪問、外部の営業、研修などから情報収集する。									振り返り	次年度準備		施設長
					①法人内サービスへ情報提供する。　②居宅CM会議へ報告する。												
						評価確認		評価確認		評価確認		評価確認					
					○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
					○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？	・地域ニーズをサービスへ展開する方法がわからない。 ・今後延びる分野が学べていない。 ・研修を受けても社会資源の開発までには至らない。 ・利用者様のニーズを十分に分析できていない。 ・満足度調査の回収率が低い。 ・満足度調査の質問内容の意図が伝わっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。 3.行動計画通り実施が出来た。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。 3.行動計画通り実施が出来た。	1.居宅CM会議にて共有を行った。 2.行動計画通り実施が出来た。 3.行動計画通り実施が出来た。	

事業報告	◎伝達研修実施回数4回 1.学びの機会を自分から探すきっかけとなり、また他CMからの伝達研修から見聞を広めることができた。 2.昨年度より回収率を上げることができた。 3.法人内事業所に対し、利用者様のつぶやきや他法人の取り組みを紹介することで、一緒にサービス内容の検討を行うことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
ケアマネージャー1人あたりの最大担当件数を目指す。	エリア	1	自身と事業所の強みを認識して、積極的に地域（利用者宅、行政、地域包括、医療機関等）へ訪問し、新規利用者様の受け入れを行う。	施設長/介護支援専門員	新規依頼の際に自事業所を選んで頂いた理由を確認し、認識した強みで選ばれたか確認する												施設長
					実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	振り返り	次年度準備		
					○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	
	事業所	2	目標担当件数保有能力を高めるため、週に1回施設長と担当者件数について進捗確認する。	施設長/介護支援専門員	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	4ヶ月の平均担当件数の確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	進捗と効果確認	8ヶ月の平均担当件数の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					対策の修正	対策の修正	対策の修正	対策の修正		対策の修正	対策の修正	対策の修正					
					○/○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？	・個人の部分の強みを、はっきりと明確に意識していない。 ・進捗管理の意識が薄い。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.行動計画通り実施が出来た。 2.行動計画通り実施が出来た。			1.行動計画通り実施が出来た。 2.行動計画通り実施が出来た。			1.行動計画通り実施が出来た。 2.行動計画通り実施が出来た。						

事業報告	◎新規利用者様依頼件数月平均2.3件。 1.年度当初に自身で強みと思うことを意識したことで、その意識を持って一年間業務に当たれた。 2.定期的に担当件数の確認を行い、年度当初給付発生件数は36件であったが、最大41件まで増やすことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上伊那
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①				教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★2	デジタル機器を使った面談を実施する。	地域マネジャー/介護支援専門員	実施可能な外部機関の選定	実施方法を検討	実施可能な利用者の選定	実施方法を検討	実施可能な内部場面の選定	実施方法を検討	居宅会議で共有	方法の見直し	居宅会議で共有	振り返り	次年度準備		施設長
						面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）							
					△	△/△	△/△	△/△	△/△	△/△	△/△	△	△	△	△	△	
	エリア	★3	有事に対応できるため、災害・感染の発生を前提とした利用者様リスト管理と対応シミュレーションを行う。	地域マネジャー/介護支援専門員	①利用者・ご家族にリストの項目に変化がないか確認 ②利用者リストの更新 ③有事発生を想定し代替サービス、関係機関連絡等の作業時間・工程の机上訓練 ④実施結果を居宅会議で共有・展開事項検討						居宅会議で展開・修正事項が有れば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？	・災害の多発が続いており、予想外の災害も発生する可能性がある。 ・新型コロナウィルスの全国的な流行を受け、リスクの高い高齢者を預かっている性質上、万全な感染対策を実施する必要性がある。 ・利用者様を預かっている法人の業務上、その安全確保に十分配慮していたかが常に問われることとなる。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.行動計画通り実施が出来た。 2.実施実績はなかった。 3.行動計画通り実施が出来た。			1.行動計画通り実施が出来た。 2.実施実績はなかった。 3.行動計画通り実施が出来た。				1.行動計画通り実施が出来た。 2.実施実績はなかった。 3.行動計画通り実施が出来た。				

事業報告	1.施設の取り組みを共有し、施設の全体会議等で実施状況の確認を行った。 2.対応例はなかった。 3.随時利用者・ご家族リストの更新を行い、特に対応が必要な利用者様とは有事の対応や代替サービスの検討を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
						評価	評価	評価	評価	評価	評価						
					◎	○	△/○	△/○	△/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナの感染拡大で利用者体験の研修が延期になった。 2.計画通り実施できた。 3パート職員が多く、業務の合間で実施するのは難しかった。	1コロナの感染拡大で利用者体験の研修が延期になっていたが、9月より再開できた。 2.意見交換が行えた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.意見交換が行えた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件 1.必須研修については、他事業所で実際に車椅子に座り体験をする事で様々な音に敏感になっていることや職員の動き、利用者様の気持ちに気づくことができた。利用者様の立場に立つこと、気持ちを推し量ることでより予防の効果があると考え利用者体験を積極的に教育に取り入れる必要がある。 2.認知症の対応についても、利用者様・ご家族に安心して利用して頂ける様に利用者様の気持ちに寄り添った対応を行う事が重要である。職員本位の言葉がけやケアを行っている場合が見られることや認知症に足しての理解が薄いことから、今年度勉強会を通し自身を客観的に見つめなおす機会が必要である。 3.マナー勉強会、困難対応事例に関してのロールプレイを各建屋職員へ実施した。現在、業務遂行時、接遇を意識したサービスを提供でき、認知症の方への対応も強化されている。次年度も、様々な場面を想定したロールプレイを行い接遇を意識できるようしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	ヒヤリハット件数を増加させる仕組み作りを考案し、気づきの視点を向上させ感性を磨く。	リーダー/全職員	1.ヒヤリハット用紙を作成し、職員に配布する。（月：1人1枚/1件以上） 2.デイサービス会議にて内容の確認、対応策の検討を行う。 3.対応策を実施する。 4.次月に評価を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・2020年度より）ヒヤリハットの情報共有を行ったが、共有のみで終わっているため、自施設でも同様のことがないか検証し、対策およびヒヤリハットの目を養う必要がある。・離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ヒヤリハットの集計を実施したが、ヒヤリハット件数が少ない。気付きの視点を養い事故防止を図る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.どのような場面がヒヤリになるのかが理解できておらず、ヒヤリハットが上がっていない。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.些細なことでも情報の伝達を行い、ヒヤリと判断できる場合は会議でも情報の共有を図ることができた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎離施設事故1件。 １チェック表を活用し後期には事故を防ぐことができた。チェック表は、事故が起こってから項目を増やす等の対策が都度更新できていた。また、各施設の構造がそれぞれ違うため、共有が難しかったが、表にすることで他事業所の事故防止策を確認し、自事業者に置き換えて今後も事故予防につなげていく。 2毎月各事業所であがったヒヤリハットを共有し水平展開することで、事業所毎でルールや業務の見直しを行うことが出來て、気付きの視点やヒヤリハットの意識の向上につながった。 他事業所のヒヤリハットを参考にすることで同様のヒヤリハットが自分の事業所でもないかという視点で行動することが出来た。次年度はより危険予測ができるようにするため、実際の写真からヒヤリハットに気付く力を付けていく 3.デイサービス会議の中で対策の検証・評価を行い、事故予防に努めることができた。職員によってヒヤリハットの上がる件数に差があった為、増加させるためにヒヤリハットに気づいたら直ぐにメモをし申し送りにて発信する仕組みを作る必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちを汲み取り、求めているようなサービス提供を行い、満足度を向上させる。「来て良かった」と思っていただける	エリア	★1	利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士	－	嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	振り返り	次年度準備		各管理者
						○	○	○		○	○	○		○	○	○	
	事業所	★2	ニーズに添ったサービス提供をするために、利用者様、ご家族のつぶやきを拾い解決できるようにする。	相談員/各担当	つぶやき勉強会の開催	1.つぶやき（1人月1件以上）を上げる。 2.サービス向上につながりそうなつぶやきをピックアップする。 3.実施する。 4.定例会議にてチェックする。								振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	今日1日元気に過ごして頂くため、朝の始まりにエピソードを交えた面白味のある挨拶を全職員が前に立ち行う。（2020年度継続）	リーダー/全職員	1.職員の今朝の出来事、変化のあったことなどエピソードを交えた挨拶を全員揃って実施する。 2.評価指標：満足度調査（職員の対応100%）を達成する。		満足度調査	評価	対策修正				満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・つぶやきが口コミとなり、地域の評判にもつながる可能性があるため、つぶやきから読み取れる問題点を解決し、満足度を向上させる必要がある。 ・2020年度より）目標未達成があった。朝の挨拶がマンネリ化しており、興味をそそるような内容を盛り込む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎満足度調査結果：アクティビティ83%、職員の対応100% 1.嗜好調査を実施し、利用者様に満足して頂けるメニューの提案ができた。今後も取り組んでいく。 2.パソコン操作が苦手で入力するのが億劫になってしまいつぶやきを拾えていない職員がいたため、紙ベースでつぶやきを拾いやすくしたり、帰りの申し送り時にリーダーが確認しながら入力をすることでつぶやき件数を増加させることができた。 3.初めの数ヶ月は新たな取り組みとして好感触を持てるものだったが、顔ぶれが変わらないため利用者様よりマンネリ化とのお声が聞かれるようになった。接遇・マナーを向上させるうえでは、朝一番の挨拶（送迎時や来所時）を礼儀正しく元気に取り組んでいく。今後も続けてほしいと利用者様より意見が多く聞かれたため、来年度も継続する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様の立場になって物事を考え、気持ちに配慮したケアの提供をする。	事業所	★1	帰宅願望や拒否のある認知症利用者様をピックアップして、個々のケア内容を検討し、職員の対応方法を統一する。	リーダー／全職員	1.帰宅願望や拒否のある認知症利用者様のリストを作成する。 2.デイサービス会議にて、個々のケア方法を検討する。 3.検討したケア内容を実践する。4.次月に評価を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・職員によって帰宅願望や、拒否のある認知症利用者様に対する対応方法が違う時があるため、ケア内容を統一する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ピックアップはしたものの、職員によって対応方法が異なり、利用者様が混乱されることが多く見られた。	1.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。	

事業報告	◎ケア方法検討ができた。 1.会議の場だけではなく、申し送りの際や気付いた時にケア内容の変更を検討でき、ケアの質を高めることができた。また、そのことでご家族や居宅ケアマネジャーに対しての連絡も速やかに対応することができた。反省点として、記録の入力が不十分だったことがあったため、記録も詳細に残せるようにしていく。今後も、なぜ拒否があるのかを考え、毎月の定例会議にて帰宅願望や拒否のある利用者様をピックアップしケアの統一を図っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
デイサービスを利用することで、いつまでも元気に自宅で生活をする。地域との交流を深める	事業所	★1	自宅でもできる運動を提案する。	リーダー/機能訓練指導員	1.新しい体操メニューを日課に組み込む（年/2つ以上） 2.体力測定会の記録から、自宅でも出来る運動メニュー、入浴動作訓練をを考案する。 3.考案したメニューを提案する。				評価				評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○/○	○	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	万歩計を活用し、運動した結果を見える化することで意欲を高める。	リーダー/全職員	1.万歩計を使用する方のピックアップをする。 2.利用者様個々の目標値を定め、何歩歩いたか集計する。			集計	上半期表彰式			集計	上半期表彰式	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○/○	○/◎	○	○	○/○	○/◎	○	○	○	
	事業所	3	デイサービスの利用が利用者様にとっての1番の楽しみとなるように、様々な活動を提供する。	リーダー/全職員	1.特別日課（月/1回以上）を行う。 2.イベントの実施（月/3回以上） 3.満足度度調査にて評価する。		満足度調査						満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	地域との交流を深めるために、地域サロンに参加し介護予防につながる運動を提供する。	施設長/機能訓練指導員	サロン担当者と年間計画を作成する	1.年間計画に沿った運動教室の開催（年2回）			評価				評価	振り返り	次年度準備		
					○	△	△	△	△/△	△	○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・高齢化が進み、デイサービスの利用が長期化している利用者様の体力の低下が見られているため、デイだけでなく自宅でも運動をして体力低下の低下を防止する。 ・満足度調査の結果から、デイでのリハビリに意欲を持って行えるようにする必要がある。 ・2020年度より）コロナウィルスの影響で外出機会が限定され、楽しみが不足している。 ・2020年度より）コロナウィルスの影響により、開催が1回となった。地域との交流を深め、地域に定着した施設を作る必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.コロナ禍により、実施が不透明な状態であった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.8月に予定通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.コロナ禍により、実施が不透明な状態であった。	

事業報告	◎毎月のイベント100%達成 1.自宅でもできる運動メニューをお渡しし、実施した際は○を付けてもらい利用時に持参して頂いた事から、利用者様がご自宅でも簡単に体操ができるように提案できた。 2.リハビリ時に万歩計を付け実際の歩いた距離を自宅から何メートル歩けたのか測定し利用者様のやる気へ繋がった為良かった。 3.コロナウィルスの影響により、外出・おやつレクやボランティアの介入が難しくなり、大々的なイベントも中止となったが、職員がアイデアを出し合い利用者様に楽しんで頂けるイベントを実施することができた。 4.　前半はコロナウィルスの影響により実施ができない状況だったが、計画を変更し、後半に感染症対策を行い運動教室を開催することができた。地域に住む高齢者に運動意欲を持っていただき、介護予防ができるように取り組めたことはよかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。新人相談員の育成を行う。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	新人相談員の育成を行うため、週1回の稼働会議、面談を行い、迷いやつまずきを解決する。	施設長/相談員	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	面談、対策、修正	振り返り	次年度準備		施設長
					利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック	利用状況チェック				
					○/○	○/○	○/○	○/◎	○/◎	○/◎	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・居宅ケアマネジャーとの信頼関係を作り、新規依頼を増やし、稼動向上につなげる必要がある。 ・地域ニーズを捉えた営業により、新規件数を獲得する必要がある。 ・経験のない相談員の迷いや躓きを解決し、育成する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 施設長と相談員にて情報交換を行い、問題解決に努めた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 目標値を上回ることができた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。

事業報告	◎目標稼働率：88.9%　年間平均稼働率：87.7% 1. 通年を通して計画の実施については、概ね予定通り行う事が出来た。その反面、営業スキルが足りておらず新規をあまり獲得できなかったため、スキルを身に着ける必要がある。 2. 月2回は営業を行ったが、福祉サービスに抵抗がある方もおり、中々利用に繋がらないケースが多くあった。体験を進める事で利用に繋がったケースや、実際に居宅ケアマネジャーと自宅へ同行しデイサービスの良さをアピールする事で一歩が踏み出せた方もおられるため、今後も選んで頂けるような事業所を目指して取り組んでいく。 3. 相談記録を基にその都度相談、面談を行い、解決する事ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル日義
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定②必要物品の確認・整備③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★2	夜間想定及び火災だけでなく、土砂災害や地震等を含む災害を想定した防災訓練を年3回以上実施する。	HM/防災担当者	年間防災計画の策定	防災訓練の実施 前回チェック	前回チェック	前回チェック	年間防災計画の見直し	防災訓練の実施 前回チェック	前回チェック	前回チェック	前回チェック	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	施設	★3	避難時に必要な懐中電灯・ヘルメット・ランタン等の物品の点検を年3回以上行い、整備・補充を行なう	HM/防災担当者	点検時期・担当の確認	避難用物品の点検・整備・補充を行なう 前回チェック		前回チェック		前回チェック		前回チェック		振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症の脅威について対策を行う必要がある ・災害の知識を学び、避難訓練をする必要がある。 ・災害時に必要な物品の点検、整備、補充を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎実際の感染症や災害時の対応実施率　100% 1. チェック表に基づいた事業所内の定時の換気、消毒、職員のマスク着用、手指消毒、出勤前の検温の実施、体調不良時の休息、送迎時の利用者様の検温など、毎日の感染症対策を行い、感染者なく過ごすことが出来た。引き続き感染予防を行い、感染者ゼロを目指す。 2. 3. グループホームと協力しての訓練や、災害を意識した活動および備えにより、職員の防災への意識が高まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価							振り返り	次年度準備		各管理者
					実施チェックリストの作成			評価			評価						
					○/○	○/○	○	○/○	○	○	○/○	△	○	○	○	○	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価								
					◎	△	△	◎	◎/○	△	△	△	◎	○	○	○	
	エリア	★3	エリア全体で業務の見直しを行い、利用者様主体のGHに戻す。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う		どこまで利用者様に行っていただくのか決める（事業所毎）	食事つくり・選択・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価）					振り返り	次年度準備		各管理者
									ケアプランへの反映								
					○	○	○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様への声のかけ方を見直し、不適切な声かけをしない。	HM/介護職	外部研修の情報収集	スピーチロックの勉強会①	職員間で声かけを注意し合う毎月の定例会議で振り返りを行なう		スピーチロックの勉強会②	職員間で声かけを注意し合う毎月の定例会議で振り返りを行なう				振り返り	次年度準備		施設長
						前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。 ・勤続年数が長く、年齢の高い職員は自分自身のケアや対応について見直し、修正することが難しくなっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.勉強会をプリントの配布形式にし自己学習とした。	1.計画通りに実施 2.ひと月に集中しての体験となってしまった。 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施

事業報告	○不適切ケア：0件 1.チェック表について自己・他者チェックは行えているが「要教育」になる職員もいたため、HMより教育をしている。 2.利用者体験は出来たが、利用者様の気持ちを理解することではなく、行った施設の設備が良かったとの感想になってしまった。 3.7割から8割の利用者様に役割をもっていただくことができたが、ADLの低下により活動量が少なくなってしまった方の役割をどのようにするのかが課題。 4.不適切と思っても職員同士で言い合えない環境と思われる。教育、職員同士が言い合える環境作りを引き続き行う。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する。	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	★2	前年度の重大事故分析を踏まえ、ヒヤリハットを挙げ、検証することによりリスク及び離施設事故を減らすと共に、万が一離施設事故が発生した場合に備え、訓練を行う。	HM/介護職	前年度事故の振り返り	離施設発生時訓練	申し送りでのヒヤリハット共有 定例会議でのヒヤリハット検証	前月チェック	前月チェック	離施設発生時訓練	申し送りでのヒヤリハット共有 定例会議でのヒヤリハット検証	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○/○	○/○	○	○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・ヒヤリハットから事故へ繋がること、ヒヤリハットの段階で事故予防へ取り組む必要性について職員が十分理解できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施	1.重大事故の怖さを学ぶ機会とすることができた。 2.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.目の前の職員ではなく、周りで見ていた職員がヒヤリハットに気づくこともあった。	

事業報告	○重大事故：0件 1.他施設より情報共有される重大事故を事業所内で周知し、リスクや注意すべき点について共有することができた。 2.ヒヤリハットの重要性を職員全体で確認したが、その理解に乏しく個人にとっての重要性が低くなってしまっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が楽しみや満足感を得られる生活を送る事ができる	事業所	1	気候の良い季節は毎月利用者様全員が交代で外出できる機会を作る。	HM/介護職	外出計画を立てる実施する	外出を実施する	前月チェック	前月チェック	外出計画の見直し	外出を実施する	前月チェック	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○/○	○/○	○	△	○/○	△/○	△/○	○	○	○	
	事業所	2	交代でユニットをまたいだ交流を行なう日を設ける。	HM/介護職	担当・方法の確認	交流を行い記録に残す	前月チェック	前月チェック	振り返り	交流を行い記録に残す	前月チェック	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○/○	○/○	○	○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	誕生月に利用者様の希望献立を取り入れる。	HM/介護職	年間の誕生日・担当の確認	実施し、記録に残す。お便りの中でご家族に紹介する。	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	4	毎月の個人のお便りにて写真を多く取り入れ、ご家族に利用者様の生活のご様子をわかりやすくお伝えする。	HM/介護職	担当・お便り作成方法の確認	毎月のお便りに写真を多く取り入れ、日常のご様子をわかりやすく紹介する	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・【2020年度より】コロナ禍にて商店への買い物等外出が限られる中で、施設周りの散歩や人のいない場所へのドライブなどで少しでも外出を楽しめる機会が確保できていない。 ・外出を控える替わりに施設の中で自由に交流や生活を楽しんで頂く機会が計画されていない。 ・ご家族との面会が限られるため、情報提供が難しい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.全利用者様ではないが、散歩を徐々に実施することができた。 2.イベントなど両ユニットで実施している。 3.計画通り実施した。 4.計画通り実施した。	1.雨により外出できないことが多く、散歩できない利用者様がいる。 2.計画通り実施した。 3.計画通り実施した。 4.計画通り実施した。	1.寒さやコロナ蔓延の再発等により、実施できない期間が増えてしまった。 2.計画通り実施した。 3.計画通り実施した。 4.計画通り実施した。	

事業報告	○利用者様より不満の出たつぶやきは聞かれなかった。またイベント（レクリエーション）等ではほとんどの利用者様より喜びの声が聞かれた。 1.2.コロナ禍の状況によって外出ではなく館内の散歩に切り替えるなど臨機応変に対応した。 3.利用者様より希望が聞き取れないこともあったが、毎日の食事の様子や過去の好みなどを参考にしながら実施することもできた。 4.毎月欠かさず実施することができ、ご家族からも好評であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様おひとりおひとりの認知症の症状を理解し、その方にとってのより良いケアを追求する。	事業所	★1	より良いケアにつなげるために、全職員が利用者様一人ひとりを知る。	HM/介護職・計画作成担当者	フェイスシートの熟読	嗜好リストの作成		ケアプランの見直し	計画の見直し	嗜好リストの更新		ケアプランの見直し		振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△/○	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	2	カンファレンス時に利用者様の認知症の診断名（種類）について再確認を行い、適切な対応について話し合う。	HM/介護職	前年度認知症勉強会の復習	前年度勉強した認知症の診断名を確認し利用者様の状態を分析し、関わり方を話し合う								振り返り	次年度準備		施設長
							前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック				
					○	△	△/○	△/○	△/○	△/○	○/○	△/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	職員一人一人が外部研修・新聞・雑誌・テレビ等で認知症についての新しい情報を得て、申し送りや定例会議にて情報共有し、施設全体のお便り等でご家族にもわかりやすく紹介していく。	HM/介護職	①認知症について情報を得て共有する（フロア会議時） ②情報の整理まとめ（フロア会議後1週間以内） ③事業所内で取り入れる内容を決定し、実施。 ④毎月「③」について評価　⑤ご家族へ紹介する（②の翌請求書発送日）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様のことについて十分理解していない。また、書面（フェイスシート）以上の情報を知らない。 ・【2020年度より】毎月、認知症の診断名（種類）ごとの勉強会を行なったが、ケアやモニタリング、プランに活かしきれていない。 ・既存の知識（既に自身の知識として持っているもの）に満足し、新しい知識を取り入れる機会、意欲がない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.職員によって利用者様の理解度に大きな差があった。 2.GH会議になると対応の困る利用者様についての意見が出ない。 3.計画通りに実施できている。	1.計画作成者2名の内、1名がプランへの反映へ苦労している。 2.現場で困難である状況を吐露することがあり、それらをくみ取っている。 3.計画通りに実施できている。	1.介護支援専門員資格を持った職員も教育にあたっている。 2.少しずつGH会議で情報を共有することができている。 3.計画通りに実施できている。	

事業報告	○個別での知識の習熟は進んだが、現場での対応に活かしきれていない。また、一人で対応しなければならないと思っている職員もおり、チーム検討が思うように進まなかった。 1.利用者様を知ること、知ろうとすることに職員差が大きく職員によっては目の前の「今」しか見ることができていない職員もいる。ハウスマネージャーを主に教育しているが、次年度も引き続き継続したい。 2.知識として認知症のことが分かっていても目の前にいる利用者様との合致が難しく、現場に活かされていない様子が見られる。ハウスマネージャーなどから教育を継続する。 3.毎月、情報収集したことを共有することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
施設から情報を発信し、職員を通して施設や利用者様と地域との関係を保つことで今後の交流に繋げる	事業所	1	利用者様と施設周りの散歩の際に公道のゴミ拾いなどの清掃活動を行なう。	HM/介護職	散歩の際にゴミ拾いを行い記録に残す				振り返り	散歩の際にゴミ拾いや落ち葉掃きを行い記録に残す			振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック		前月チェック	前月チェック	前月チェック					
					○/○	○/○	△/○	△/○	○	△/○	△/○	△/○	○	○	○	○	
	事業所	★2	職員が参加できる地域の行事やボランティア活動の情報を収集し、延べ5名以上の職員が感染症対策を実施したうえで参加する。	HM/介護職	行事・活動の情報収集	職員が地域の行事やボランティア活動に参加する			行事・活動の情報収集	職員が地域の行事やボランティア活動に参加する			振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
							前月チェック	前月チェック			前月チェック	前月チェック					
					○	△	△	△	○	△	△	△	○	○	○	○	
	事業所	3	年3回の施設新聞を発行し、施設の取り組みや利用者様のご様子を発信する。	HM/新聞担当者	新聞編集		発行	新聞編集		発行	新聞編集		発行	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	施設外でのボランティアの受け入れ（園芸）	HM/介護職	担当者への連絡	受け入れ計画の作成	・ボランティアの受け入れ（利用者様も一緒に行う）							振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・地域との繋がりが当グループホームの強みであるが、コロナ下の状況では十分な交流ができない。 ・【2020年度より】満足度調査にて"中の様子が分からない"等のご意見をいただく。定期的に施設の情報を発信し続けるが必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施できている。 2.コロナ禍により活動が無い。 3.計画通りに実施できている。 4.ボランティアの受け入れ制限により現状は活動ができていない。	1.豪雨により散歩ができない日が多くあった。 2.コロナ禍により活動が無い。 3.計画通りに実施できている。 4.ボランティアの受け入れ制限により現状は活動ができていない。	1.散歩の機会が少なくなってしまっている。 2.コロナ禍により活動が無い。 3.計画通りに実施できている。 4.ボランティアの受け入れ制限により現状は活動ができていない。	

事業報告	○コロナ禍により地域行事が無く、職員或いは施設から情報を発信する機会がほぼ持てなかった。 1.活動量が少ない利用者様のADLが徐々に低下してきており、外の散歩などが難しくなってしまった場合には館内の散歩に切り替えて対応をした。 2.年間を通して活動が無く、参加することができなかった。 3.欠かさず新聞を発行することができ、施設で実施していることを地域へ広報できている。 4.ボランティアの受け入れ制限により現状は活動ができていない。また、外で実施する園芸ボランティアについても調整を行ったが相手方より断られてしまった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退去に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		HM会議担当施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	○/○	△/○	△/○	△/○	○	○	○	
	事業所	★2	次期ハウスマネージャー候補の育成	HM/介護職	職員の選定	ハウスマネージャー業務のフォロー （指示を受けて動く・実施していることの説明を受ける）								振り返り	次年度準備		施設長
							面談	稼動についての講義		面談			面談				
					○	◎	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎	◎	◎/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。 ・ハウスマネージャーの仕事、運営について理解が深い職員がいない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリアの勉強会で学んだことを実践に活かすことができた。 2.職員の選定が完了し少しずつハウスマネージャーの業務について理解を得ている。	1.9月より入院や他施設へのサービス移行が重なり学んだ内容を実践することができないことがあった。 2.次期リーダー候補とは適時面談を行い意欲が感じられる。	1.面接・契約の実施件数が計画通りに進まず稼働率が低下した。 2.計画通りに実施できている。	

事業報告	○予算稼働率：100%、実績稼働率：97.8% 1.勉強会のとおり稼働調整を実施するように努めたが、イレギュラーなどにより思い通りに空床を埋めることができなかった。 2.次期ハウスマネージャー候補も積極的にハウスマネージャーの業務を手伝っており、本人からもユニットリーダーを視野に入れて頑張っていることを確認することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル日義
事業所名	グループホーム

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害に対応できる体制を整える	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	施設	★2	夜間想定及び火災だけでなく、土砂災害や地震等を含む災害を想定した防災訓練を年3回以上実施する。	HM/防災担当者	避難確保計画の確認	防災訓練の実施			避難確保計画の見直し	防災訓練の実施				振り返り	次年度準備		施設長
						前回チェック	前回チェック	前回チェック		前回チェック	前回チェック	前回チェック	前回チェック				
					◎	○/◎	－/◎	－/◎	○	－/◎	－/◎	○/◎	－/◎	○	○	○	
	施設	★3	感染症対策を確実に実施し、感染予防に関する情報を常に取り込み更新・周知する。	DL/介護職	感染症対策を実施し、感染予防に関する新しい情報を得て周知する									振り返り	次年度準備		施設長
					前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	
	施設	★4	避難時に必要な懐中電灯・ヘルメット・ランタン等の物品の点検を年3回以上行い、整備・補充を行なう	居宅CM/防災担当者	点検時期・担当の確認	避難用物品の点検・整備・補充を行なう								振り返り	次年度準備		施設長
						前回チェック			前回チェック			前回チェック					
					◎	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・新型コロナウィルス感染症の終息が確定していない状況では、毎日の感染予防対策を確実に続ける必要があるが、時間と共に意識が薄れている様子が見られる。 ・近年、豪雨等による警報・特別警報が出されることがあり、常に安全かつスムーズな避難ができるよう、火災以外の想定でも訓練を実施しておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施。 2.計画通りに実施。 3.計画通りに実施。 4.計画通りに実施。	1.計画通りに実施。 2.避難確保計画は変更のあった職員について修正を行っている。 3.計画通りに実施。 4.計画通りに実施。	1.計画通りに実施。 2.当初予定した時期に遅れは生じたが実施できた。 3.計画通りに実施。 4.計画通りに実施。	

事業報告	○各種防災用品などの使用方法、保存場所等の確認ができ災害への心構えを持つことができた。 1.3.新しい情報、エリアとしての取り組みなど素早い情報共有と徹底ができており、利用者様と職員を含めて感染者は未だ0名である。 2.計画通りに実施できており、連絡網などの確認もすることができた。オクレンジャーについても配信・確認チェックができている。 4.年度後半のチェックでは次年度には取り替えたい防災用品が複数見つかった。次年度の予算・購入につなげる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々なケースに対応でき、利用者様にとってのより良い支援を追及する。	エリア	1	居宅CM会議にてケアプラン点検、困難事例、事例研究の共有を行う。	施設長/介護支援専門員	プラン点検、困難事例の共有	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	対象ケースの場合認知症ケア委員会に相談	実施 前回検討事項の効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	困難事例に対して、対応の成功事例を共有する。（エリアの居宅CM会議にて情報提供及び情報収集を行う）	施設長/介護支援専門員	成功事例の共有		成功事例の共有		成功事例の共有		成功事例の共有		成功事例の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○		○		○		○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・検討が必要でも検討する必要がないと思っている事例がある。 ・ひとり体制の事業所のため、様々な事例について相談したりアドバイスをもらう機会が少ない。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.まずは好事例としての他事業所の取り組みや各介護支援専門員の業務手順等について、できるだけ情報を収集することに努めた。	1.予定通り実施できた。 2.今後問題になりそうなケースを見極め、ひとりで抱え込まず、他事業所に意見を求めたり、行政に相談するなど多くの目で支援を確認する意識を持つことができた。	1.予定通り実施できた。 2.過去にご家族の対応に苦慮し、各機関と連携して対応してきたケースなどについて他介護支援専門員から情報を得ることができ、ご家族との関係作りにおいて参考にすることができた。	

事業報告	◎利用者様・ご家族の声を聞きながら、他事業所や法人内の介護支援専門員、行政に相談しながら支援を行うことができた。 1.毎回の会議にて様々なケースを検討することにより、今後発生する可能性のある困難事例に対する対応についてあらかじめ知識を得ることができている。 2.実感できる成功事例は現時点でなく、まずは法人内や他法人の介護支援専門員からの情報収集に努め、自分のケースに反映できるかどうか検討を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
それぞれの利用者様の状態に合った、適切な支援方法を導く力を養う。	エリア	1	認知症・神経難病・高次脳機能障害・精神疾患等の研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ａ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
											水平展開 強みになったか確認						
					△	－	○	－	○/○	○	◎/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★2	デジタル機器を使った面談を実施する。	地域マネジャー/介護支援専門員	実施可能な外部機関の選定	実施方法を検討	実施可能な利用者の選定	実施方法を検討	実施可能な内部場面の選定	実施方法を検討	居宅会議で共有	方法の見直し	居宅会議で共有	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
						面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）		面談の実施（以降継続して実施）							
					○	○/△	△/△	○/△	△/△	○/△	△/△	△	△	○	○	○	
	事業所	3	エリア１の計画及び自身で参加した研修の取り組みが反映されているか、プランを他者の目で確認する。	居宅管理者/介護支援専門員	ケアプラン作成に関わる研修の参加（年1回以上）			管理者によるプランの確認		管理者によるプランの確認		管理者によるプランの確認		振り返り	次年度準備		施設長
					－	－	－	-	－	-	－	◎	－	○	○	○	
	事業所	★4	他法人の良さや特徴を法人内事業所へ共有し、サービス事業所と一体となって担当ケースの利用者様について検討する。	施設長/介護支援専門員	法人内事業所（木曽地域）への情報共有（月1回以上：メールを使用）									振り返り	次年度準備		施設長
					プランの修正・評価												
					○/△	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・身体状況や既往症などへの知識を深めることで、利用者様の状態に合わせた支援につなげていくため。 ・ひとり事業所では出席できる研修は限られるが、エリア内居宅で伝達・水平展開することで、より多くの知識を取得することができるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定とずれることはあったが、実施できた。 2. 法人内、エリア全体では導入が進まなかった。 3. 実施無し。 4. 電話やメール、直接情報の提供を行い、随時検討を行った。	1. 計画通り実施できた。 2. 法人内会議や行政主催の研修等はデジタル機器を活用して実施された。 3. 保険者によるプラン点検があった。 4. 計画どおり実施できた。	1. 予定とずれることはあったが、実施できた。 2. 面談の実施までは至っていない。 3. 計画通り実施できた。 4. 随時実施できている。	

事業報告	◎他事業所との情報共有によって、支援方法を高めることができた。 1. 事業所単体では情報を得られない様々な研修内容に触れ、知識を得てプラン作成の際の参考にすることができた。 2. 面談にデジタル機器を使用することはできなかった。行政主催の研修や、行政等との情報共有については、デジタル機器を使う機会が増えた。 3. 認知症の研修に参加し、他介護支援専門員からの研修内容の情報を得て、プラン作成における方向性を確認しながら作成することを意識できた。 4. デイサービス・ショートステイに随時他法人の情報提供を行い、共通の利用者様についても情報を共有し、支援の検討を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
数少ない町内の居宅介護支援事業所としてのビスを地域へ還元する。役割を自覚し、サー	エリア	1	社会資源の開発系の外部研修に参加し、エリア居宅会議で伝達、情報共有、水平展開、自身の強みにする。（エリア居宅会議出席者Ｂ班）	施設長/介護支援専門員	研修参加確認リストの作成	自身で研修をピックアップし、参加する。	伝達研修実施		伝達研修実施 水平展開 強みになったか確認		伝達研修実施		伝達研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	－	◎	－	－/○	－/○	－/○	－/○	◎/○	○	○	○	
	事業所	2	地域交流や居宅介護支援事業所の知名度を上げるために、地域サロンのニーズに添った相談教室を開催する。	施設長/機能訓練指導員	サロン担当者等と年間計画を作成	1.介護相談教室の開催（年1回）								振り返り	次年度準備		施設長
						サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り	サロン参加ニーズ聞取り				
					△	-	-	-	-	-	△	-	-	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・地域ニーズをサービスへ展開する方法がわからない。 ・研修を受けても社会資源の開発までには至らない。 ・【2020年度より】各関係機関との信頼関係は築けていたが、特に地域交流の点で接点が少なく（年間3回）正確な情報の取得・提供ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.予定どおり実施できた。 2.コロナのためサロン自体が実施されなかった。	1.予定どおり実施できた。 2.コロナのためサロン自体が実施されなかった。	1.時期は予定とずれることはあったが、実施できた。 2.コロナのためサロン自体が実施されておらず、再開された際にも十分な情報収集ができなかった。

事業報告	◎行政とのパイプがあることで、利用者様のご家族より相談された地域やご近所の問題について助言する機会はあった。また、コロナ禍の状況でも地域の中の隣近所や趣味の集まりなどによる相互協力のできる関係はみられており、社会資源としてプランへ反映できている。 1.社会資源系の研修の中で終活や人生会議などの研修があり、訪問の際に話題のひとつとして、ご本人だけでなくご家族にも情報提供を行い、その方の属するコミュニティで共有された例もあった。 2.担当しているご家族よりその方の地域で困っている事などの相談を受け、行政へつなげることがあった。しかしコロナ禍のため、地域の行事や集まりが見送られている中で、直接地域のニーズを拾い上げることは難しかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
ケアマネージャー1人あたりの最大担当件数を目指す。	エリア	1	自身と事業所の強みを認識して、積極的に地域（利用者宅、行政、地域包括、医療機関等）へ訪問し、新規利用者様の受け入れを行う。	施設長/介護支援専門員	新規依頼の際に自事業所を選んで頂いた理由を確認し、認識した強みで選ばれたか確認する												施設長
					実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	－	実施状況の情報交換	振り返り	次年度準備		
					○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	
	事業所	2	地域包括支援センター、医療機関等へ訪問し、具体的事例の相談により信頼関係・連携強化を図る。地域ケア会議、病院地域連携会議（隔月実施）に出席する。	施設長/介護支援専門員	地域包括支援センター・医療機関への訪問状況の確認												施設長
					地域ケア会議への出席	病院地域連携会議への出席	地域ケア会議への出席	病院地域連携会議への出席	地域ケア会議への出席	病院地域連携会議への出席	地域ケア会議への出席	病院地域連携会議への出席	地域ケア会議への出席	振り返り	次年度準備		
					○/－	○/－	○/－	○/◎	○/－	○/－	○/－	○/◎	○/－	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？	・個人の部分の強みを、はっきりと明確に意識していない。 ・持ち件数について適格なアピールができていない。			3カ月評価（具体的な行動計画）	4月-6月評価			7月-9月評価						10月-12月評価			
					1.営業目的での訪問ではなく信頼関係の構築に努めた。 2.コロナ禍のため、病院連絡会・各地域ケア会議も開催されなかった。			1.各地域包括に営業を目的とした訪問を実施し、この期間に木曽町包括より3件の新規依頼を頂いた。 2.上松町で開催された地域ケア会議に出席した。						1.各地域包括にまだ件数が持てることをアピールし、この期間で木曽町包括より2件、大桑村包括より1件の新規依頼を頂いた。 2.上松町で開催された地域ケア会議に出席した。			

事業報告	◎月平均担当件数は35件となり、目標の39件を達成できなかった。 1.今年度介護支援専門員の交代があり、まずは行政、地域包括支援センター、医療機関、各サービス事業所への訪問を意識して行い、信頼関係構築に努めた。年度の後半は、訪問の際に新規の方をご紹介頂きたい旨を伝えることができた。 2.病院連絡会の開催は年間を通して無く、地域ケア会議の開催もほぼ無かった。開催されたものには出席をし、地域の課題などの情報共有を行うことができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護支援センター

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応し、利用者様の安全を守っていけるよう、管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★2	有事に対応できるため、災害・感染の発生を前提とした利用者様リスト管理と対応シミュレーションを行う。	地域マネジャー/介護支援専門員	①利用者・ご家族にリストの項目に変化がないか確認 ②利用者リストの更新 ③有事発生を想定し代替ｻｰﾋﾞｽ、関係機関連絡等の作業時間・工程の机上訓練 ④実施結果を居宅会議で共有・展開事項検討						居宅会議で展開・修正事項が有れば左記工程を変更 無ければ左記工程を継続実行			振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					△	○	○	○	◎	○	◎	○	○	○	○	○	
	施設	★3	感染症対策を確実に実施し、感染予防に関する情報を常に取り込み更新・周知する。	DL/介護職	感染症対策を実施し、感染予防に関する新しい情報を得て周知する 前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	振り返り	次年度準備		地域マネージャー
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★4	避難時に必要な懐中電灯・ヘルメット・ランタン等の物品の点検を年3回以上行い、整備・補充を行なう	居宅CM/防災担当者	点検時期・担当の確認	避難用物品の点検・整備・補充を行なう 前回チェック			前回チェック			前回チェック		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	
	施設	★5	夜間想定及び火災だけでなく、土砂災害や地震等を含む災害を想定した防災訓練を年3回以上実施する。	HM/防災担当者	避難確保計画の確認	防災訓練の実施 前回チェック	前回チェック	前回チェック	避難確保計画の見直し	防災訓練の実施 前回チェック	前回チェック	前回チェック	前回チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・様々な災害が発生している中で、施設内でも災害時における対策として、設備・体制の確認、訓練を行うことで備えを強化していく必要があるため。 ・在宅利用者様の、災害時の避難体制や今後の課題などを、行政・地域と共有し構築していく必要があるため。	3カ月評価（具体的な行動計画）	4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価
			1.計画通り実施できた。 2.利用者様の状況の把握が十分ではなかった。 3.委員会への出席や情報の収集、訪問時の感染症対策についての助言ができた。 4.5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.訪問時に豪雨の際の避難体制について確認を行った。 3.計画通り実施できた。 4.豪雨の季節前に実施した。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.インフルエンザの予防接種状況の確認を行った。 4.ほぼ予定どおり実施できた。 5.計画通り実施できた。

事業報告	◎施設全体で感染予防、防災に取り組み、感染者0・災害0を継続することができている。 1.自事業所内、訪問時の感染症対策を確実に実施できた。 2.梅雨や夏場の集中豪雨前に、各利用者様の状況把握と避難の対象になった時の支援について確認を行った。 3.感染対策委員会に出席し、各期間より出される感染症に関する情報を収集して、訪問時の助言に繋げた。 4.グループホームと協力して行った。 5.グループホームが中心となり、実施した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をＤＶＤや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					○	○	○	○	○/○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
								評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○	○	○	○	
	事業所	★4	余裕を持った業務を行うために、先輩職員など介護技術・時間配分・観察などが上手にできる職員がそれらを情報共有する。	施設長/リーダー	利用者様を知るためにフェイスシート・ケアプランを熟読する		就労環境見直し	できている職員とできていない職員の違いを確認する		統一事項の実践		新たな情報共有/統一事項の決定		振り返り	次年度準備		施設長
							業務見直	統一事項の決定		実践後の評価		統一事項の実践実践					
					○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/△	△/○	△/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・ふとした声かけの仕方、職員自身の態度としてイライラした様子を感じ取られることがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.情報の共有ができている。まずは意識改善から行う。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.先輩職員も自主的にアドバイスする様子が見られた。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.新しい取り組みは特に出なかった。

事業報告	○不適切ケア（不適切な声かけ）：1件 1.利用者体験は全職員が実施することができた。時間が半日と短く、特にパート職員は苦痛に感じることなく終了することが多かった。 2.前年度実施したユマニチュード学習の復習ができ、忘れかけていた職員も再度振り返りする良い機会となった。研修後は意識して実施している職員が多く見られたが、時間が経つと意識が薄れてしまうことが課題。 3.システムが完成した時期が年度の後半であり、事業所内での周知・活用が年度内に思ったようにできていない様子が見られた。次年度に上手につなげたい。 4.介護技術、時間の使い方、優先順位などについて情報共有ができ、若手の職員も意識する様子が見られた。入退所により利用者様の入れ替わりがあると、上手に業務を回せないことがありフロア会議で定期的な情報共有が必要。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		各管理者
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/△	○	○/○	○	○/△	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	基本ルール（マニュアル）を理解し、実施しているか確認する。 ※フロア会議にて実施	施設長/リーダー	排泄ケアMの熟読	食事ケアMの熟読	認知症ケアMの熟読	離施設対応Mの熟読	緊急対応Mの熟読	排泄ケアMの熟読	食事ケアMの熟読	認知症ケアMの熟読	離施設対応Mの熟読	緊急対応Mの熟読	次年度準備		施設長
						前月熟読したマニュアルの確認（評価）											
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・エリア内で発生した重大事故が一般職員層に上手に展開されていない。 ・【2020年度より】マニュアルの確認が単発となり、知識の風化が聞かれる。繰り返しの学習・習熟によって知識の定着の必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.フロア会議外でも自主的に確認している。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.離施設が無いためか、当該Mの理解度が低い。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.2周目となり理解度が高まっている。

事業報告	○重大事故：1件（誤嚥・窒息） 1.他事業所の事故を元に自事業所でも同様の事故が発生しないように周知するとともに、施設長独自での注意点等も追加して注意喚起をした。 2.委員会で事例を用いた学習をし、それを館内で伝言板或いは議事録を周知し情報を展開することができた。 3.4.必須研修、各月の勉強会にて実施した。勉強後1ヶ月経つ頃に意識が薄くなってしまうため、適宜リーダーなどから声掛けをした。 5.前年度から継続して取り組んだ。学習頻度が前年度の2倍になったためか、理解度は高まっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の声に耳を傾け、気持ちを考え、楽しく快適に生活を送ることができるケアを提供する。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					△	△	△	△	○/○	△	△	○	○	○	○	○	
	事業所	4	生活しやすい空間をつくるために、定期的に清掃点検を実施し、季節を感じられる設えをつくる。	事務員/全職員	1.施設を感じる設えにする。（ユニット、正面玄関：毎月もしくは季節毎） 2.定期的な清掃計画（日、週、月、年） ※チェック担当1階：平田　2階：海老原									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	利用者様の気持ちに添ったケアを提供するために、利用者様のさり気ない一言を拾い挙げる。	施設ケアマネジャー/リーダー	つぶやきを挙げ、カンファレンスで利用者様が望んでいる暮らしの実現につなげる。 ・つぶやき　毎月：3件/１人以上 ・ケアにつながったつぶやき　毎月：フロア/1件以上									振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○/○	△/○	○/○	△/○	△/○	△/○	○/○	△/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・特定の職員のみ、環境や設えについて考えたり行動しているのみで、そのような取り組みに興味の無い職員がいる。 ・【2020年度より】利用者様の声を意識して拾い上げることができない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.この期間で交換研修はできていない。 4.計画通りに実施 5.未達成月もあり。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.前期は1人も出せなかった。 4.計画通りに実施 5.件数があがらない。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.1名DSに交換研修に行った。 4.計画通りに実施 5.平均的に少ない。	

事業報告	○利用者様のことを考える機会が増え、自身の知識向上に意識を向けることができた。 1.2.ADLの高い利用者様を優先的に1日の過ごし方を少しずつ変えることができた。寝たきりに近い利用者様を今後どのようにするかが課題。 3.他事業所に研修で行く計画がなかなか組めず、目標件数を下回ってしまった。 4.館内の設え、清掃状況はとても良くできている。次年度は施設の外にも取り組みたい。 5.つぶやきの件数がなかなか上がらず、フロア会議などで周知するも一時的になってしまう。次年度、計画を少し変更しているため、引き続きつぶやきを残すことができるように取り組みたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様の気持ちに共感し、心が落ち着ける環境を作る	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		各管理者
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		各管理者
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	認知症の周辺症状が軽度もしくは見られないときの良い状態の発言を記録に残し、今後のプラン作成、ケアに活かす。	施設長/リーダー	施設長より説明（研修の実施）	・ポイントケアへ利用者様の良いときの発言、行動を記録する：職員1名につき1回/月以上 →1月経つ毎に1件ずつ増加。最終、6件以上とする。 ・記録された項目についてフロア会議で情報共有、今後のケアの方法について検討し、実践する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	★4	認知症介護基礎研修を受講する	リーダー/介護職	受講スケジュールの作成	認知症介護基礎研修の受講 （令和3年度：無資格予定者5名を見込む）								振り返り	次年度準備		施設長
					○	－	－	－	－	－	○	－	－	○	○	○	
	事業所	★5	不適切になり得る言葉遣い、行動に気づき、お互いに注意し合える環境づくりをする。	施設長/リーダー	不適切になり得る言動の収集（アンケート）		アンケートの集計	集計結果の公表	チェックシートによる言動の確認					振り返り	次年度準備		施設長
									チェックシート作成		評価		評価				
					○	○	○	○	○/○	○/○	○/○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・業務を中心とした考えになっているところがあり、認知症の利用者様の気持ちに立ったケアができていない。 ・「認知症だから」と諦めることがある。 ・利用者様のネガティブな行動ばかり捉えてしまい、ポジティブな行動を周知・検討することが少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.県の情報が出ていないため引き続き確認する 5.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.件数が追い付いていない 4.eラーニングの実施について検討中 5.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.取り組みを忘れている職員がいた 4.計画通りに実施 5.計画通りに実施	

事業報告	○本人が落ち着くことができるような環境・雰囲気づくりを心がけることができたが、利用者様の不安定な様子が目に見えて減るところまでは達成できなかった。 1.2.入所部門リーダー会議にて各取り組みを実施し、事業所へ展開することができた。 3.年度始めは件数もあげられていたものの、後半になるにつれ件数が少なくなってしまった。次年度も同計画を継続し、内容を少々変更したものを実施する。 4.eラーニングの状況が施設側の実情に合わないことが多々あり、調整に手間取った。次年度も継続して無資格者は実施する。 5.それぞれが気になっている言動について共有し、各自で注意・意識することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
グレイスフル木曽」の強みを職員全員が理解し、その強みをウリにした活動を施設全体で行う。	事業所	★1	強みの確認、創造による理解と計画的な実施。	施設長/リーダー	フロア会議にてユニット毎/施設としての強みの確認	新しい強みの創造	強みを活かした取り組みの計画		計画の実施				評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△/○	○/○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★2	生きがいの持てる生活環境を作るために、イベントなどを実施する。	施設長/リーダー	○取り組み・趣旨の説明、年間計画を作成する ①外出・ドライブ（年/1回以上） ②散歩（毎月/ユニット毎、1回以上）③手作業・料理レク（毎月/1回以上）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	リーダーの教育	施設長/リーダー	職責チェック	課題の確認 課題について教育	面接	評価	職責チェック	課題の確認 課題について教育	面接	評価	職責チェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○/○	○	○	○/○	△/○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・施設、自分たちの強みを理解していない。 ・現状に満足し、新しいものを創り出す・現状の改善ができない。 ・リーダーの役職年数が乏しくフロアリーダーや介護長になる人材が必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.施設の強みを認識することができておらず、新しいものを考える良い機会となった。 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.時間を確保しての面談ができなかったため、業務中に評価等行った。	

事業報告	○施設が綺麗であること、設えを毎月変更することを強みとし実施できた。 1.2.年度の途中でカラオケ機器やアクティビティ用品を増やし、上記以外の強みの創造を開始することもできた。 3.リーダーの配置人数が目標の1/2であり、リーダー本人たちはリーダー業務に追われながらの教育となった。現場で一緒に物事を考えたり、教育するスタイルを年度の後半に取っていたが、こちらの方法が適している様子であったため次年度も継続する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	短期入所生活介護

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
1日の充実したサービス提供から　また行きたくなるグレイスフルは楽しい」を目指す。「グレイスフル	エリア	★1	用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士	－	嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	嗜好調査票内容検討・結滞	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	－	振り返り	次年度準備		各管理者
					－	○	○	○	－	○	○	○	－	○	○	○	
	事業所	★2	1日の過ごし方を対外的に広報できるレベルに確立させる。	施設長/リーダー	1日の過ごし方の候補の列挙	実施・導入方法の検討	スケジュールの作成	チラシの作成	営業			利用者様への意見徴収		振り返り	次年度準備		施設長
									①スケジュールの実施 ②評価・見直し ③変更案検討								
					○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	3	生きがいの持てる生活環境を作るために、イベントなどを実施する。	施設長/リーダー	○取り組み・趣旨の説明、年間計画を作成する ①外出・ドライブ（年/1回以上） ②散歩（毎月/ユニット毎、1回以上）③手作業・料理レク（毎月/1回以上）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様が楽しめるための物品を増やす	リーダー/ショートステイ職員	購入物品の調査・検討		購入後の評価	購入物品の調査・検討		購入後の評価	購入物品の調査・検討		購入後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					設え案決定	物品の購入			物品の購入			物品の購入					
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	★5	ユニットリーダー（UL）の教育	施設長/リーダー	ULの役割の見直し今後の教育指導		評価今後の方向性検討・見直し	相談員とUL、施設長での広報作戦会議	ULによる2の実施状況の確認及び指導		職責チェック	課題の確認	面接	振り返り	次年度準備		施設長
					ULによる職員への説明同時に4・5実施					面接		課題について教育					
					○/○	○/○	○	○	○	○/△	○	○/○	△/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・SSとしてのウリを明確に理解していない。 ・現状に満足し、新しいものを創り出す・現状の改善ができない。 ・リーダーの役職年数が乏しくフロアリーダーや介護長になる人材が必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.面接は稼働会議時に同時に実施した。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施 4.計画通りに実施 5.11月と12月のスケジュールを同時に実施した。

事業報告	○利用者様数名より「また来るね！」と言っていただけることができた。 1.SSの利用者様には選択食が非常に好評であり、良い印象を持っていただくことができた。 2.年度始めに早々、1日の過ごし方を見直し広報につなげることができた。また、毎月の営業も計画的に実施できた。 3.リーダーの配置が目標人数の1/2であり、リーダー本人たちはリーダー業務に追われながらの教育となった。現場で一緒に物事を考えたり、教育するスタイルを年度の後半に取っていたが、こちらの方法が適している様子であったため次年度も継続する。 4.アクティビティの物品を定期的に増やしたが、年度後半になると使用頻度が少なくなるものも見られた。次年度、活用方法について再度検討する。 5.年間を通して教育を実施したが、年度末に別事業所に異動となってしまったため、次年度も現リーダーに対して継続して取り組む。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年間を通して安定した職員数を確保する	事業所	1	木曽地域人材確保のために、ホームページ、ハローワーク、インディードなどへ定期的に求人内容を確認し、募集をかける。	施設長/事務員	1.ハローワークの求人情報を確認し、面接日を伝え情報を更新する（毎月） ※職員寮を提供する旨も明記する 2.ホームページ、インディードの情報を確認して、変化があれば内容を見直し更新または内容の見直しを行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	2	体をリフレッシュして、よいケアを提供するために、計画的な有給休暇と連続休暇を取得する。	施設長/ユニットリーダー	○有給・連続休暇の年間計画作成、見直し（毎月） 1.勤務表作成　　2.年間計画表　予定・実績確認　　3.翌月以降の対策 ◎評価指標：計画通り取得できている									振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	事業所	3	職員の退職を防ぐために、定期的な面談、対応に苦慮する利用者様について情報を集め、対応する。	施設長/ユニットリーダー	施設長と職員とで面談を行う				リーダーと職員とで面談。リーダーは面談内容を報告する。			リーダーと職員とで面談。リーダーは面談内容を報告する。		振り返り	次年度準備		施設長
					各フロアにて拒否のある利用者様、対応に苦慮する利用者様について話し合い、対応策を考え実行する。また、リーダー会議時にその報告を行う。												
					○/○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・【2020年度より】木曽地域の職員採用が困難である（中途採用：介護職1名/年）。 ・【2020年度より】退職が2件あり、退職しない風土作りが必要。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.面談は業務時間の兼ね合いから別ユニットの職員を適宜、業務中に話をするなどの方法を取った。	1.計画通りに実施 2.計画通りに実施 3.計画通りに実施	

事業報告	○退職者：介護職4名（不適切ケア1名、結婚1名、家庭都合1名、休職期間の満了1名） 1.年間通して求人を出していたが、年度初めに2名の職員を採用するのみで後半の応募は1名のみであった（応募のみ、辞退）。 2.勤務表を立てる時点では計画的に有給休暇が確保できていたものの、職員の体調不良等による勤務変更によって有給休暇取得数が計画通りに確保できず、年度末に詰め込み取得するような事態になってしまった。 3.施設の環境等による不満にて退職につながる職員が1名（不適切ケアをしてしまった職員）いたものの、他の職員は自己都合による退職となった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
収入目標を達成する	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目 意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	推薦した人が申し込んだか共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう			コース参加後の状況を共有、うまくいっていなければ会議で共有、アドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	施設一体とした稼動管理を行う	施設長/相談員	・相談員と施設長による稼動会議の実施（週1回以上） ・フロア会議にて稼働率の向上（入所は維持）を目指す取り組みの検討・実施 ・リーダー会議にて稼働率の向上（入所は維持）を目指す取り組みの検討・実施									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・【2020年度より】年間で目標稼働率を1月も達成していない。 ・相談員以外の稼動に対する意識が低い。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通りに実施 2. 計画通りに実施 3. 計画通りに実施（エリアとして） 4. 計画通りに実施	1. 計画通りに実施 2. 計画通りに実施 3. 計画通りに実施（エリアとして） 4. フロア内での検討が少なくなっている。	1. 計画通りに実施 2. 計画通りに実施 3. 計画通りに実施（エリアとして） 4. 計画通りに実施	

事業報告	○予算収入：約20,575千円、実績収入：約19,762千円（差額：-8,128千円） 1. 2. 相談員会議を主体とし、相談員のスキルアップを行うことができた。また、それらを営業等に活かすことができた。 3. （※）グレイスフル木曽では相談員養成コースへの参加者はいなかった。 4. 適宜、相談員、リーダー、施設長等で稼働に関する打ち合わせを実施することができたが、稼働率と見比べると良い結果につながらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル木曽
事業所名	介護老人福祉施設

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
様々な災害・感染症に対応できる管理体制を構築する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		各管理者
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	事業所	★2	各職員が防災に関する知識と危機感を持つ	施設長/リーダー	避難確保計画の読み合わせ・確認		避難訓練（水害等）	館内の設備の確認（使用方法の勉強会）		各種防災計画の見直し（変更があれば周知も行う）		防災訓練（総合）	連絡網訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	
	事業所	★3	必要物品の確保	施設長/リーダー	必要物品・予算の確認	水害に関する物品の購入・確保・整備		水害以外に必要な物品の購入・確保・整備		保存食の更新・購入		予備期間		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	－	－	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・職員一人ひとりが防災関係各種の計画・マニュアルを理解していない。 ・災害が発生した際にどのように動いて良いのか分からなくなってしまう（指示待ちになってしまう）。 ・災害に関する意識・危機感が低い。 ・必要物品が揃っていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通りに実施 2. 計画通りに実施 3. 計画通りに実施	1. 計画通りに実施 2. 計画通りに実施 3. 計画通りに実施	1. 計画通りに実施 2. 総合防災訓練が1ヶ月押してしまった。 3. 計画通りに実施	

事業報告	○災害に対する準備ができており、大雨時にも落ち着いた対応を取ることができた。 1. ラウンド等は管理者出勤時に毎回実施できており、必要に応じて定期タイミング以外にも換気等を行っている。 2. 年度初めに各種計画書の確認をしたのみで、年度の後半には忘れている職員が多く見られた。夏の大雨による垂直避難はここ毎年実施しているため、混乱しないためのシミュレーションなども実施する必要がある。 3. 年度早々に不足している物品等を補充することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
						◎	◎	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
						◎	◎	○	○/○	△/△	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ②各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
								評価	評価	評価	評価	評価					
					○	○	○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナの感染拡大で利用者体験の研修が延期になった。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.コロナの感染拡大で利用者体験の研修が延期になっていたが、９月より再開できた。 2.報告会が実施できなかった。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケア0件 1.必須研修については、他事業所で実際に車椅子に座り体験をする事で、様々な音に敏感になっていることや職員の動き、利用者様の気持ちに気づくことができた。利用者様の立場に立つこと、気持ちを推し量ることでより予防の効果があると考え利用者体験を積極的に教育に取り入れる必要がある。 2.昨年度に続き、研修にて映像によるユマニチュードについて理解を深めたことにより、実践につなげることができた。 3.ユニットで出された困難と思われる対応を毎月の全体会議に議題として挙げ、施設全体で考えることができた。即解決とならないことでも、多職種で考えることで多方面から物事をとらえ、解決に向けていることで、一人の負担にならないように取り組めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床室施設長	振り返り	次年度準備		施設長
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件上げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	座学での身体構造に帰し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践 評価	①入浴・排泄場面の技術体験	実践 評価	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践 評価	③更衣場面の技術体験	実践 評価	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	○	
	エリア	★4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	5	ヒヤリハットの内、転倒、骨折に結びつきそうなものについて重点的に取り上げ、対策を強化する。	各UL/事故予防委員、管理栄養士	1.ヒヤリハットをタイムリーに全体に周知する。2.転倒、骨折に結びつきそうなヒヤリハットについて、多職種にて対策を立てる。3.定例会議にて、対策が徹底できているか確認する。									振り返り	次年度準備		施設長
						前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック	前月チェック				
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・2020年度より）ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・2020年度より）ヒヤリハットをタイムリーに発信し、施設内で展開することが出来たが、対策が十分とられていない部分も見受けられるため、ヒヤリハットの時点で対策を強化し、重大な事故が起きる前に防止を行う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.リハビリ職員より伝えている。 4.計画通り実施できた。 5.周知は出来たが、対策が周知できていない。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.リハビリ職員より伝えている。 4.計画通り実施できた。 5.対策強化が必要。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.リハビリ職員より伝えている。 4.計画通り実施できた。 5.対策強化が必要。

事業報告	◎重大事故：誤嚥窒息死亡事故1件。骨折入院事故1件発生。 1.他事業所で起こった事故について、自らの意見を出すことで、事故の検討、振り返りができた。導き出した対応策を水平展開し、同様の事故を防ぐ。 2.委員会で事例検討を通し、自事業所で同様のことがないか現状に即して考えることができた。ヒヤリハットの検討を行うことでより具体的な対策を講じ、事故予防に繋げたケースもあった。次年度は事故原因を掘り下げ、多角的、多層的な視点を持つことで、効果的な対策を立案する。 3.4.必須研修、勉強会を通して、技術の向上を図ることができ、学びを自らの介護に活かすことができた。 5.ヒヤリハットを上げたら日誌に上げることで、施設全体に共有でき、想定される事故を考えることで、事故に結びつくかどうかを考えて行動できるようになった。次年度はヒヤリハットで上げた対策が実施できているか検証し、誤嚥窒息事故や骨折入院事故など重大事故予防に努める。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の好みや願いを叶えた　オンリーワンプラン」を達成する。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○/○	○	○	○	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施（事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		各管理者
					△	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	利用者様の願いや喜びをみつけ、日々の生活に取り入れるため、利用者様への生活暦からの声掛けを行い、つぶやきを引き出し、オンリーワンプランを作成する。	各UL/全職員	1.利用者様一人につき、一枚のシートを作成する。2。ケアカルテの記録から多いつぶやきや解決するつぶやきをピックアップする。3.つぶやきシートからカンファレンスにてオンリーワンプラスに反映する。4。どの場面のつぶやきが多いか分析して対応する。									振り返り	次年度準備		施設長
							効果確認			効果確認			効果確認				
					○	○	○/○	○	○	○/○	○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	5	利用者様の生活の足跡とケアプランに沿った活動を振り返るため、利用者様の写真を撮り、アルバムを作成する。	居室担当/全職員	写真撮影	写真撮影	写真撮影	写真撮影	写真撮影	写真撮影	写真撮影	写真撮影	アルバム作成	振り返り	次年度準備		各UL
							進捗確認			進捗確認							
					◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々の生活歴がケアに活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・コロナ対応により、地域や外部の方の目が入っていない。 ・2020年より）つぶやきが十分に拾えているとは言えない状況であった。お一人おひとりの利用者様のつぶやきを拾い、利用者様の思いを叶えるプランを作成する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.他施設との計画ができなかった。 4.実施できたがつぶやき場面に偏りがあった。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.他施設との計画ができなかった。 4.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.リーダーより他エリアへの実施となった。 4.計画通り実施できた。	

事業報告	◎全利用者様のオンリーワンプラン作成、実施ができた。 1.2.「習慣と好み調査シート」の内容から、現在の生活の中に取り入れられる項目をケアプランに入れ込むことができた。次年度は、利用者様の生活をより充実させるため、日課として利用者様の生活を作っていく。 3.交換研修の日程調整が出来なかったが、必須研修時に他施設での体験学習を行うことにより、他施設の様子や自施設の状態を知る機会となった。 4.利用者様への声かけの内容から、利用者様の好みを知り、カンファレンスにて検討できた。 5.利用者様の生活のご様子を毎月写真撮影することができ、利用者様の足跡とケアプランを意識した生活支援に繋げられた。アルバムを作成することにより利用者様だけでなく、職員の一年の振り返りもできた。次年度は、写真撮影を通して利用者様の笑顔になれる内容を更に追求していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の気持ちに寄り添い、認知症があっても普通に生活ができる施設つくりを行う。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		各管理者
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		各管理者
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	○/○	○	○	○	
	事業所	★3	利用者様が昔のことを思い出せるように、主に担当利用者様に一日3分以上の会話をする時間を持ち、記録に残す。	各UL／全職員	1.昔のことを思い出すような物品を準備する。2.昔のことなどを会話した内容を特記に入力する。3.内容をつぶやきシートにピックアップする。4.ケアプランへの反映を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認	カンファレンスにて確認				
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々の認知症を理解していない。 ・認知症状の原因に対し、適切な知識と経験を持って対応ができない ・業務上の声掛けはしているが、その方の昔のことや、本当の思いを知る機会が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.取り組みは実施できた。 3.物品の準備と記録が十分できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.取り組みは実施できた。 3.物品案を集めた。記録が十分できなかった。	1.計画通り実施できた。 2.取り組みは実施できた。 3.記録が十分できなかった。	

事業報告	◎全利用者様の気持ちを理解したプラン作成、実施ができた。 1.2.リーダー会議にてユニットからの困難事例をあげて内容の検討、対応策および困っている職員に良い事例を伝える機会を作り、フロアでの展開ができた。施設全体の問題として水平展開ができたが、次年度は、利用者様へ統一したケアを行い成功体験を重ね、職員の自信につなげることで認知症の方に寄り添うケアを行って行く。 3.昔のことを思い出すような物品の検討、利用者様と会話を行いカンファレンスにて確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様に楽し穏やかに毎日を過ごしていただく	事業所	★1	利用者様お一人おひとりを大切にし、施設での生活を楽しんでいただく。	各UL/全職員	1.誕生日の方の色紙作成を行う。2.誕生日会として、施設長との茶話会を開く。									振り返り	次年度準備		施設長
					次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認	次月の予定確認				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	ご家族が施設に来られなくても、利用者様の生活を知っていただくことができるよう、個々の写真をお送りする	UL/リハビリ職員、介護、看護職員	1.レク、食事、生活の様子の写真撮影を行いプリントアウトする。2.施設新聞と一緒にお渡しする。（個人：3ヶ月に1回）3.満足度調査で効果の確認を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査						満足度調査				
					△	○	◎/○	◎	◎	◎	◎	◎	◎/○	○	○	○	
	事業所	★3	尿路感染症による熱発をなくすため、原因分析を行い、対策する。	UL/施設CM,リハビリ職員、介護、看護職員	1.発熱者の原因分析 2.対策検討　3.実施 上記1～3を行い、同様な心配のある方にも実施する。			前期評価	1.発熱者の原因分析 2.対策検討　3.実施 上記1～3を行い、同様な心配のある方にも実施する。			後期評価	年間評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様が大切にされていると思える生活を送り、満足度を高める必要がある。 ・今までのような面会ができない状況でも、施設での利用者様の様子を知っていただき、ご家族にも安心していただく必要がある。 ・利用者様の尿路感染による熱発のための受診や入院者があった。利用者様の熱発による苦痛を取り除き、職員の受診による業務の遅れを作らないようにする必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.職員への周知が十分でなかった。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎毎月のレク、誕生日会開催100%。尿路感染症入院者0名 1.担当者による色紙作成を行い、毎月滞りなく誕生日会を開催し、利用者様と触れ合えた。 2.面会による実際の生活を見ていただく機会がなく、ご家族からは「見ていないので様子がわからない」とのご意見も聞かれたが、写真をお送りすることで利用者様のご様子をお伝えすることができた。 3.体調不良、熱発者はあったものの、摂取水分量が少ない利用者様に対して体調不良を予測して対策を強化することにより、尿路感染症による熱発、入院者なく過ごすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上松
事業所名	短期入所生活介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様が「楽しかった」また利用したい」と思えるショートステイをつくる。	エリア	★1	利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）	各管理者/栄養士	ー	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	ー	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	ー	振り返り	次年度準備		各管理者
					○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	在宅生活との両立のため、SSを利用することが機能低下につながらないよう、また、利用を楽しんでいただけるようレク、リハビリを行う。	UL/リハビリ職員、介護、看護職員	・年間計画を作成する。 1.季節のレク、お茶クラブ、作品作り、誕生日会（毎月）　2.外出（散歩）3.保育園との交流（年1回以上）									振り返り	次年度準備		施設長
						進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック	進捗チェック				
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	利用者中に孤独にならないように、昔のお話を聞く機会を作る。	UL/リハビリ職員、介護、看護職員	1.昔のことを思い出すような物品を準備する。2.昔のことなどを会話した内容を特記に入力する。3.内容をつぶやきシートにピックアップする。									振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様が利用中の楽しかった様子を振り返ったり、ご家族に利用者様がリハビリを頑張っている姿や楽しんでいる姿を、写真撮影してお渡しする。（満足度調査にて効果の確認を行う。）	UL/リハビリ職員、介護、看護職員	1.レクなどで楽しんでお過ごしの様子、リハビリの様子を撮影しプリントアウトする。2.ロングの方は新聞と一緒に、リピート利用の方は退所日にお渡しする。3.満足度調査にて確認する。		満足度調査						満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎/○	◎	◎	◎	◎	◎	◎/○	◎	◎	◎	
	事業所	★5	利用者様に生活を楽しんでいただける物品を増やす。	UL/リハビリ職員、介護、看護職員	レク、環境整備物品調査、検討		感想聞き取り評価	レク、環境整備物品調査、検討		感想聞き取り評価	レク、環境整備物品調査、検討		感想聞き取り評価	予備機関	次年度準備		施設長
					購入			購入			購入						
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・利用者様が大切にされていると思える生活を送り、満足度を高める必要がある。 ・今までのような面会ができない状況でも、施設での利用者様の様子を知っていただき、ご家族にも安心していただく必要がある。 ・リハビリを行っていても、ご家族からりハビリの様子がわからないという意見があり、満足度調査の結果につながっていない。 ・SSに来たいという環境を整え、利用していただく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.物品準備が十分にできなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.記録が十分にできなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.記録が十分にできなかった。 4.計画通り実施できた。 5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎施設利用満足度100% 1.利用者様の嗜好調査やつぶやきから利用者様の食の好みを知る事ができ、食に関する満足度は80%であった。次年度も利用者様の満足を得られるよう改善を行う。 2.毎日のレクの中でも特に作品作りや保育園児との交流が好評であり、楽しんでいただけた。リハビリ職員からのリハビリを希望する声もあるが、誰が行っても満足のいく関わりを持っていく。 3.昔のことを思い出すような物品の検討、利用者様と会話を行う機会を持ち、次回ご利用の参考にすることができた。 4.レクやリハビリの様子を写真にてお伝えすることができた。活動の満足度は80%となった。 5.歌のDVDやプチ贅沢のための物品の購入などを行い、ショートステイならではの楽しみが持てるように活動ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員同士がお互いに認め合い、働きやすい施設作りを行う。	事業所	★1	職員同士の良いところをみつけて伝えていくことで仕事の満足度を高める。	UL/担当職員	キラキラグラフ		集計	キラキラグラフ		集計	キラキラグラフ		集計	振り返り	次年度準備		施設長
					皆からの「いいね」を集め、誕生日に表彰をする。												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・キラキラグラフを続けているが、職員の満足につながっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎キラキラグラフ達成 1. キラキラグラフの方法を変え、楽しんで職員の良いところをみつけることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
安定した稼働を確保する。	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②２～３ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目　　意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	稼動を向上するため、週に一回、相談員、施設長での進捗確認およびリハビリ職員を交えての情報交換を行う。	施設長/相談員、リハビリ職員	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正 評価	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正 評価	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正	情報共有 対策 修正 評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○/△	○	○	○/○	○	○	○/○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・次期入所候補者の獲得技術が低い。 ・円滑な部屋の組み方が展開できていない。 ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任がすくない。計画的働きかけができていない。 ・2020年度より）相談員と施設長で行ってきた稼働率の向上の話し合いを他職種とも連携して情報共有、対策立案する必要がある	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 稼働向上の話し合いの場を持ち、情報交換を行っているが、稼働向上に結びついていない。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 稼働向上の話し合いにより、上半期前半より稼働向上に結びついている。	1. 計画通り実施できた。 2. 計画通り実施できた。 3. 計画通り実施できた。 4. 稼働向上の話し合いにより、上半期前半より稼働向上に結びついている。

事業報告	◎目標稼働率：98.1%　年間平均稼働率：94.4% 1. 申込者の優先度を表に新たに加え、待機者数やそのためにどのように動くかを判断する材料にし、計画的に待機者を確保することへつなげられた。ショートのスケジュール確保をエリア相談員間で共有し、各自の手法に不足がないか振り返る機会を持つことができた。 2. エリア内の他相談員の情報・知識から学び、情報収集力を高めることにつながった。相談援助技術を学び、知識を振り返る・身につける機会をもつことができた。加算の漏れやどのようにすれば取れるかを意識して調べた。相談員としての専門性を高め、能力向上を目指し、相談援助技術の勉強を行っていく。 3. 次期相談員を増やすため、該当者への助言やアドバイスを行うことができた。しかし、受講者や受講修了者数は伸びず、相談員職種への興味関心をさらに広げていくことの課題がある。 4. ショートステイの稼働率向上のため、毎月趣向を凝らした「プチ贅沢の日」、壁画制作の実施や、リハビリやレク活動動画を事業所訪問時に情報提供することなどに取り組み、8月以降は緩やかに稼働率が回復した（全体稼働率：4月～6月平均92.1%、7月～9月平均93.4%　10月～12月平均95.7%）が、全体としては稼働率が目標に達していない。年間を通して安定した稼働維持を行うため、営業と共にさらなる利用者様の満足度の向上を行っていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上松
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	職員一人ひとりが災害に対する意識を高める、災害を想定した防災訓練を年3回以上実施する。	施設長/防災担当者	防災計画、消防計画の策定	ー	防災研修	施設避難訓練	防災計画の見直し	施設避難訓練	ー	施設避難訓練	ー	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○	○	○	△		○		○	○	○	
	事業所	★3	災害時に必要な物品（停電を含む）を準備し、訓練時に点検、整備・補充を行なう。	施設長/防災担当者	施設環境、備品の確認、補充	ー	ー	施設環境、備品の確認、補充	ー	施設環境、備品の確認、補充	ー	施設環境、備品の確認、補充	ー	振り返り	次年度準備		施設長
					○			○		○		○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・感染症の脅威について職員個々の危機意識が低い。 ・災害の知識を学び、避難訓練をする必要がある。 ・災害時に必要な物品の点検、整備、補充を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施出来た。	1.計画通り実施できた。 2.8月に実際の垂直避難を行った。 3.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。	

事業報告	◎実際の感染症や災害時の対応実施率　100% 1.チェック表に基づいた定時の換気、消毒、温湿度チェック、職員のマスク着用、手指消毒、出勤前の検温の実施、体調不良時の休息等、毎日の感染症対策を行い、感染者なく過ごすことが出来た。引き続き感染予防を行い、感染者ゼロを目指す。 2.3.計画した避難訓練と共に、豪雨時には2階への避難を実際に行うなど、災害を意識した活動および個人の備えにより、職員の防災への意識が高まっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	◎	△	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	△	◎	◎	△	○	◎	◎	◎		
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	○	○	○	○	○	◎	◎	◎		
	事業所	4	不適切とは何かを具体的に学び不適切ケアが発生しないよう検討しケアの質の向上を図り、不適切ケアがない環境を作る。（言語・行動も含む） （2020年度継続）	教育担当/介護長	不適切ケアに該当する内容の学習	フロアの現状把握・対策		言葉の虐待について理解する	虐待防止チェック表の実施	環境の身体拘束を理解する	身体拘束チェックを実施する	フロアの現状把握・対策	予備期間	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・2020年より利用者様の言葉を傾聴した後に対応ができていない。 ・人生の先輩に対し、尊厳を考えた対応やお気持ちを尊重したケアが言葉や行動に表れていない。 ・何が不適切なことなのか。今の対応が良いのか理解しないままケアをしている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できた。 2.計画通り実施できた。 3.計画通り実施できた。 4.計画通り実施できた。	1.実施したが、効果に結びつけることができなかった。 2.概ね計画通りに実施できた。 3.計画通りに実施できた。 4.計画通り実施できた。	1.計画通りに実施できた。 2.映像等の確認はできた。 3.概ね計画通りに実施できた。 4.計画通りに実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件であった。 1.利用者体験から利用者様の立場になり、体感することができ、多くの職員が感じたことを実践に繋げることができた。振り返りについて展開後の評価が十分でない職員もみられたため、PDCAサイクルを機能させていくことが課題である。 2.資料をもとにユマニチュードを学び実践に繋げることができた。経験年数の違いから実践に差があった。統一した方法で継続するために利用者様の反応や変化を共有し、成功体験の機会を設けていくことが必要である。 3.入所リーダー会議にてフローの作成を進めた。改めて相談からどう解決に繋げていくのか、仕組みの確認が行えたことで、リーダーそれぞれが自身の行動や課題を見い出せた。 4.対応困難者についての検討は速やかに行えた。業務が忙しくなると精神的に負担を感じるため、互いに利用者様を中心に業務の見直しをすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		施設長
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件挙げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件挙げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	◎	○	◎	△	○	○	◎	◎		
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	身体構造に対し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践	①入浴・排泄場面の技術体験	実践	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践	③更衣場面の技術体験	実践	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
						評価		評価		評価		評価					
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎		
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎		
	事業所	★5	事故対策の継続を確認する場において、事故情報の発信、対策、検証、評価方法について再構築する。	介護長/看護・リーダー 施設ケアマネージャー等	振り返り方法について検討。	①朝礼時前日発生した事故情報共有を実施、多職種と再発防止策が妥当か否か議論し記録に残す（担当：介護職）②重大事故発生時等は他職種にて時間をおかずに原因、対策講じる（24時間以内、担当：報告者）③重大事故発生時等から1週間は対策の実施状況、評価、検証、再検討などを行う（発生から7日間:発信者：介護職④ヒヤリハット・事故は有効性の確認をする（F会議：月1回⇒事故委員会：月1回）								振り返り	次年度準備		介護長
						フロア会議で評価											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎		
なぜ、取り組むのか？（原因）	・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ヒヤリハットが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・2020年度より）重大事故の中で誤嚥事故・骨折・ヒューマンエラー・システムエラーによる事故が発生している。事故発生時の共有、事故発生後の事故対策の継続を確認するシステムができていない。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通りに実施できた。 2.実施したが、効果に結びつけることができなかった。 3.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 4.計画通りに実施できた。 5.計画通りに実施できた。			７月-９月評価 1.計画通りに実施できた。 2.実施したが、効果に結びつけることができなかった。 3.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 4.計画通りに実施できた。 5.計画通りに実施できた。			１０月-１２月評価 1.計画通りに実施できた。 2.実施したが、効果に結びつけることができなかった。 3.実施したが、効果に結び付けることができなかった。 4.計画通りに実施できた。 5.計画通りに実施できた。				

事業報告	◎重大事故は5件であった。 1.介護長会議にて共有し、様々な視点から検証を行うことができた。また考え方や捉え方の視点を学ぶことができた。 2.事故予防委員会を通じ共有し検証することで、自事業所の該当する利用者様へ予防対応を展開することができた。 3.身体の使い方について、実践での場面場面での評価が困難であった。シフトの組み方の工夫も必要であった。 4.学びの展開を実施したが中間評価が曖昧になることもあった。 5.事故の検証についてスケジュールに従い対応することができた。ヒヤリハットの活用が弱い。事故が起きないためにどう予防するのか仕組みについて再度教育が必要である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
人への関わりを深め、気配り、目配りができる職員の育成とケアと環境を高める。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	○	○	△	○	○	△	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○				○				△	◎	◎	◎	
	事業所	★4	利用者様、ご家族、職員に対して「気配り」「目配り」ができる人材を育成する為の教育を実施する	リーダー/介護職	「気配り」映像による研修対象者の選定 研修報告書	「気配り」　①関わり方のポイント②介護職員実践。③気配りによる反応調査（つぶやき：利用者 評価指標：会議で報告		「目配り」映像による研修対象者の選定 研修報告書	「目配り」 ①関わり方のポイント　②介護職員実践。 ③気配りによる反応調査 （つぶやき：利用者様） 評価指標：会議で報告（毎月）					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	△	○	○	○	○	△	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・利用者様に日々の暮らしに楽しみや生きがいを持っていただくような毎日の暮らしの提供できていない ・介護をする上で相手の立場に立った考え方、気持ちへの対応。気づき。関わり方について学んでいるが、どうすればいいのか。これでよかったのかが、課題となっている。 ・人として大切な「気を配ること」や言葉では表現できない「表情、生活のリズム」から気づくことを利用者様のケアにどのようにいかしていくのか分からない。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できなかった。 4. 計画通りに実施できた。			７月-９月評価 1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できなかった。 4. 計画通りに実施できた。			１０月-１２月評価 1. 計画通りに実施できたが、効果に結び付かなかった。 1. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できなかった。 4. 計画通りに実施できたが、効果に結び付かなかった。				

事業報告	◎利用者様のこだわりや趣味、役割を日課に取り入れることが生活の中で大切なことだと理解することができた。 1. 1名の利用者様を選定しこだわりを生活に取り入れることができた。長期的にケアを追うことで効果の確認を行うことができた。 2. 日課としてケアに取り入れることができた。方法を習得し今後他利用者様へ展開していきたい。 3. コロナの影響にて交換研修は実施できなかった。 4気配り、目配りについて、経験年数により差がみられた。大切な視点であることは理解できているが行動に移すことが難しいと感じる職員もいた。現場での0JTも含め手本となる職員の育成を進めていく必要がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者に対する敬意を込めたケアとは何かを追及する。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		施設長
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					◎	－	◎	－	◎	－	◎	－	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		施設長
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	利用者様の時代背景、生活歴、医療面等を参考にその人を「知る」機会を作り、多角的な視点から利用者様の暮らしを支える。	リーダー/相談員介護職員看護職員	利用者様の暮らしについて80・90代の時代背景を調べる。	カンファレンス予定の利用者様を対象選定	利用者様の知りたい情報を整理する	習慣や好み調査シートを使用して利用者様を知る	ケアチェック表に入れる	ケアプラン作成、提示	習慣や好み調査シートを使用して利用者様を知る	ケアチェック表に入れる	ケアプラン作成、提示	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	入浴、食事、排泄時に利用者様と会話する意識を持ち、つぶやきから個々のケアにつなげる。	リーダー/介護職	①利用者様との会話を記録に残し、ケアにつなげることができたか。（1勤務/5件以上の記録） ②つぶやきから原因、対策、結果を出せたか。（月/フロア2件以上）									振り返り	次年度準備		施設長
					フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価	フロア会議評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★5	直接介護業務にかかる時間を見直し、環境整備のルールを見直す。（排泄、食事、入浴）	介護長/リーダー	排泄業務に係る時間の現状把握	環境の問題点を見直し改善する	業務軽減の対策・実施・効果の確認	食事業務に係る時間の現状把握	環境の問題点を見直し改善する	業務軽減の対策・実施・効果の確認	入浴業務に係る時間の現状把握	環境の問題点を見直し改善する	業務軽減の対策・実施・効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）認知症の理解を深めるために全職員を対象にロールプレーイを計画したが全職員の実施はできなかった。 ・利用者様がどのようなライフステージ（青年期～老年期）で暮らしてきていたのか知らない。職員の関わりから感じたことや生活歴、医療面等様々な角度から知ることができていない。 ・利用者様の声を傾聴し、その方を尊重したケアをできると更によい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できた。 5. 計画通りに実施できた。	1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できた。 5. 計画通りに実施できた。	1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できなかった。 5. 計画通りに実施できた。

事業報告	◎利用者様の認知症状や困難事例を共有し、多職種を交えて意見交換を行い、ケアの向上を図ることができた。 1. リーダー会議で困難事例について検討するこがきた。様々な視点からの対策、対応の意見を聞く機会となり有効な取り組みであった 2. 会議からの学びを展開し、対応へ繋げることができた。今後も他施設の職員の意見を聞くことができる機会があると良い。 3. ご家族に協力いただき、生活歴や習慣、好みを知る機会から、職員が生活環境について考え直すようになった。話し合いの場を持ち、検討しながら個々の環境を整えていくことに繋がった。 4. 経験年数により実践に差があった。しかしユマニチュードと合わせ話しかける機会を意識的に持つことができた。 5. 利用者様の入所に合わせ検討が必要な項目が変化してくるが、ケースに合わせ検討しルールの見直しができていた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
日中の活動と夜間の排泄回数を見直すことで良質な睡眠を確保する。	事業所	★1	利用者様の今できること、やりたいことを尊重したケアの提供と重介護の利用者様は離床時間の検討を行う。	フロアリーダー/介護ケアマネ	利用者様の選定	レクリエーション実施・離床時間の検討 創2-②-2　対象者のつぶやき、表情、しぐさの気づき 検証	検証	検証	検証	検証	検証	検証	効果測定	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★2	利用者様の排泄パターンを知り、排泄回数を見直し、研究発表の題材とする。	フロアリーダー/介護ケアマネ	利用者様の選定	尿量測定 排泄リズムの分析・回数の検討・実施、睡眠時間調査	尿量測定 排泄リズムの分析・回数の検討・実施、睡眠時間調査	効果測定及び再検討	利用者様の選定	尿量測定 排泄リズムの分析・回数の検討・実施、睡眠時間調査	尿量測定 排泄リズムの分析・回数の検討・実施、睡眠時間調査	効果測定及び再検討	効果測定	振り返り	次年度準備		介護長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	利用者様の個別のニーズに沿った余暇活動を提供する。	全職員	・趣旨の説明・方法の確認・期待する効果の把握 ・目で見て分かる教育材料の作成。 教育報告書の作成	・対象者の選定（担当：施設ケアマネージャー） ・行事・レク・午後（14時～16時）につぶやき・良かった探しをする ・カンファレンスで共有し支援方法の決定。 ・対象者の選定が、前月30日までに発信できた。 ・対象者のつぶやきの検証ができた。　・ケアプランへ反映できた。							振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	コロナ禍でもできるレクリエーションを開催しご家族へ施設の様子を広報する。	フロア職員/	①レクリエーション計画書を1カ月前に作成。（リーダーの確認が済んだ書類） ②担当者は事前に朝礼で計画の概要を説明し押印をする。 ③翌月10日までにご家族へ広報する。 ①～③の実施		①～③の実施		①～③の実施		①～③の実施		－	振り返り	次年度準備		施設長
														◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・日中の活動や夜間の排泄リズム等を知り、睡眠について検証したことがない。 ・新規入居者様や体調不良の利用者様に対して、その方の排泄リズムを知る仕組みがないため、客観的な視点で排泄回数の検討などしたことがない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できなかった。	1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できなかった。	1. 計画通りに実施できた。 2. 計画通りに実施できた。 3. 計画通りに実施できた。 4. 計画通りに実施できなかった。

事業報告	◎24時間通しての生活リズムを知ることで、良質な睡眠がもたらす効果を理解することができた。 1. 離床時間の検証を行った。離床、臥床動作が負担になっている利用者様もいるため、一斉に行うのではなく個別で考えケアの提供を見直した。 2. 対象者を選定し実践することができた。 3. 個々のニーズの把握に努め活動を展開した。 4. お誕生日会や、ケーキの提供など、季節を感じて頂けるようなレクを実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入居者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②2～3ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目　　意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					◎	◎	△	△	△	△	△	△	△	◎	○	○	
	事業所	★4	施設周知の為、各世代に対して知ってもらうための営業を行い、申し込み者等を増やす。	管理者/相談員	50代をターゲットとした戦略：対象：実親/県外者の子	戦略の実践 戦略の見直し/評価	戦略の実践 戦略の見直し/評価	30代をターゲットとした戦略：3世代世帯を狙った営業	戦略の実践 戦略の見直し/評価	戦略の実践 戦略の見直し/評価	10代（学生）を狙った戦略（採用）	戦略の実践 戦略の見直し/評価	戦略の実践 戦略の見直し/評価	振り返り	次年度準備		管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・次期入所候補者の獲得技術が低い。 ・円滑な部屋の組み方が展開できていない。 ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任が少ない。計画的働きかけができていない。 ・待機者の確保をしていても施設全体の運営を考えるとユニット型へ次期入所者をご案内することが多い。そのため多床室の時期入所者が減少し、確保が困難になっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画的に実施することができた。 2.計画的に実施することができた。 3.計画的に実施することができた。 4.計画的に実施することができた。	1.計画的に実施することができた。 2.計画的に実施することができた。 3.計画的に実施することができたが、相談員養成コースから脱落者が出てしまった。 4.計画的に実施することができた。	1.計画的に実施することができた。 2.計画的に実施することができた。 3.計画的に実施することができたが、相談員養成コースから脱落者が出てしまった。 4.計画的に実施することができた。	

事業報告	◎安定した時期入所候補者の確保ができず、目標稼働率を達成することができなかった。 1.問い合わせから入所日までの動きを可視化し、現状よりも速く動けるよう調整したが、不十分であった。 2.面接時に持参する書類を作成し、誤嚥性肺炎や尿路感染症の診断から聞き取る内容を共有でき、自身の面接技術を深めることができた。 3.相談員養成コースの参加者がGHのハウスマネジャーが中心となってしまった、対象職員への促すタイミングを次年度への課題とした。 4.ターゲットを絞った営業を試みたが、十分な効果が得られなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻（多床室）
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定②必要物品の確認・整備③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時）②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			喚起、利用者様の検温、アルコール消毒、チェック表を用いて実施する事が出来た。	喚起、利用者様の検温、アルコール消毒、チェック表を用いて実施する事が出来た。	喚起、利用者様の検温、アルコール消毒、チェック表を用いて実施する事が出来た。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1.感染対策の教育ができた。 2.新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3.危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	◎	△	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	△	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	相談できる環境づくりをシステム化し、対応困難事例の迅速な対応をおこなう。	教育担当/介護長	職員アンケートの実施	アンケートを元に職員への聞き取り	①入所リーダー会議にて聞き取りからの提案②提案からの実践③効果があった内容の水平展開 ①各事業所内の定例会議の議題に入れ職員の意見を吸い上げる。②その場で解決できない事をリーダー会議へ提案する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
								評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	4	困っていることについて記録に残しフロア職員間で共有する。それをリーダー会議時に検討し、職員にフィードバックできる仕組みを強化することで不適切ケアを起こさない職場環境を作る。	介護長/リーダー	リーダー会議にて検討	実施フィードバック	リーダー会議にて検討	実施フィードバック	効果の確認	リーダー会議にて検討	実施フィードバック	リーダー会議にて評価	効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 2020年度より ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない。 ・対応困難な事例や困った事例について、全職員が声を上げることができていない。 ・困っている事例についての検討後の実施、評価が不十分であり強化が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1～3. 計画通り実施できた。 4. 計画的に実施できた。	1～3. 計画通り実施できた。 4. 計画的に実施できた。	1～3. 計画通り実施できた。 4. 計画的に実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1. 必須研修にて行った利用者体験より気づきを事業所内で展開することができた。 2. ユマニチュードを業務の中で実践することができた。 3. 毎月のリーダー会議にて対応困難事例を検討し、解決に導くことができた。また、その仕組みを作ることが出来た。 4. 毎月のリーダー会議、フロア会議、面談より困っていることを相談できる雰囲気を作ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	1	法人内で発生した事故を自分自身の意見を持った上で振り返る。	各管理者/介護長/リーダー	下諏訪特養施設長	下諏訪老健M	岡谷地域M	辰野地域M	箕輪施設長	木曽施設長	上松施設長	塩尻ユニット施設長	塩尻多床施設長	振り返り	次年度準備		施設長
					エリア会議と同内容の事故の振り返りを実施。 〈介護長会議：毎月実施、部門Ｌ会議：2ヶ月に1度実施〉												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	2	各事業所安全対策担当者を定める。事故報告書・ヒヤリハットを用いて、事故予防委員会開催時に検証とリスクマネジメント教育を実施する。	介護長/リーダー	安全対策担当者を決定する	類似するケースの検討	対策を5件挙げる	対策の実施	対策評価	類似するケースの検討	対策を5件挙げる	対策の実施	決定事項の可視化を行い一覧表を作成する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	△	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	身体構造の理解に基づいた介護技術の勉強会を実施する。	リハビリ職員/介護長	身体構造に対し知識を学ぶ（事故予防委員会）	実践	①入浴・排泄場面の技術体験	実践	②移動・姿勢保持場面の技術体験	実践	③更衣場面の技術体験	実践	④困難ケースの事例体験	振り返り	次年度準備		施設長
						評価		評価		評価		評価					
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	4	4.6.9.11月の必須研修からの学びを職員其々各事業所で展開をする。	教育担当/介護長	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	中間評価・見直し	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	ワークシートの作成.研修からの提案	各事業所での実施・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	5	2020年度のフロアで発生した事故の検証を確実に実施し事故件数を減らし安全安心な生活に繋げていく。（ショートも含む）	介護長/リーダー施設ケアマネリハビリ職員	事故事例からの検証・対策	リーダー会議にて対策後の評価	事故事例からの検証・対策	リーダー会議にて対策後の評価	事故事例からの検証・対策	リーダー会議にて対策後の評価	事故事例からの検証・対策	リーダー会議にて対策後の評価	事故事例からの検証・対策	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・事故の多角的多層的分析の視点が充分ではない。 ・ひやりはっとが有効に活用されていない。また、危険予測力や気づき力が不足している。 ・身体構造への知識がなく、利用者様の身体に負担のかかるケアが提供されている。 ・事故の振り返りを実施しているが、掘り下げることが不十分であり同じ事故につながるリスクがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.振り返りができた。 2.検証することができた。 3.知識を学び、実践することができた。 4.実施することができた。 5.実施、評価することができた。	1.振り返りができた。 2.実施することができた。 3.知識を学び、実践できた。 4.事業所内で実施することができた。 5.実施、評価することができた。	1.振り返りができた。 2.実施することができた。 3.知識を学び、実践できた。 4.事業所内で実施することができた。 5.実施、評価することができた。	

事業報告	◎重大事故は17件であった。 1.事故の振り返りより、事業所内に水平展開することができた。 2.毎月の委員会、リーダー会議にて、事故やヒヤリハットの振り返りができた。ヒヤリハット件数の増加が次年度の課題となっている。 3.リハビリ職員や業者により勉強会を実施することが出来た。 4.研修からの学びは各自での実践となり、事業所単位、フロア単位での実践は不足していた。職員個々の技術チェックが課題となっている。 5.毎月のリーダー会議で振り返りを行い、共有認識で取り組むことができた。ただ、事故件数は前年度と同様の件数であったため、ヒヤリハットから早めに気づく力を養っていくことが課題となっている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の生活に、こだわりを提案し楽しみがある環境を提供する。	エリア	★1	各フロアのリーダーが1名以上利用者様を選定しその方の生活歴から、その利用者様のこだわりをケアに取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様のこだわりに取り組むことの理解を深める	利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	入所L会議にて実践したことの中間発表	事業所L会議にて実践したことの中間発表	ケアの中に取り入れ実践する 効果確認	実践したことの報告・利用者様のこだわりの吸い上げ・提案	1人1題の研究発表	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	△	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し選定した利用者様の運動や趣味、役割や習慣を日課の中に取り入れる。	介護長/リーダー	利用者様の現状の生活を振り返る	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	利用者様の役割・出来ることを把握し提案する	提案したことを日課に取り入れ実践する 効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	エリア	★3	コロナで地域や外部からの目が入らないことが当たり前にならないようエリア内での交換研修を実施する。	介護長/リーダー	研修内容の設定	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			研修内容の設定 評価	交換研修の実施 （事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	×	×	×	○	×	×	×	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	各フロア1名の利用者様を選定し利用者様を知る機会を毎月実施し、生活の中でのできること、したいことを把握し満足度を上げる。	介護長/リーダー	1名の利用者様を知る	1名の利用者様への対応	1名の利用者様を知る	1名の利用者様への対応	効果確認	1名の利用者様への対応	1名の利用者様を知る	1名の利用者様への対応	1名の利用者様を知る	振り返り	次年度準備		施設長
					リーダー会議にて前月の対応の評価を実施												
					△	○	△	○	△	○	△	○	△	◎	◎	◎	
	事業所	★5	カンファレンスの際に上記で計画した1名の利用者様についてできることやしたいことを把握した内容を、ケアプランに反映し対応していく。	介護長/リーダー/ケアマネージャー	―	ケアプランへ反映	ケアプランへ反映	ケアプランへ反映	効果確認	ケアプランへ反映	ケアプランへ反映	ケアプランへ反映	効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
						△	○	△	○	△	○	△	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・生活歴が活用されていない。 ・利用者様の生活に楽しみや生きがいを提供できていない。 ・利用者様個人を知る機会が少なく個々への対応ができていない。 ・利用者様のできること、したいことへの視点が乏しく対応できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.こだわりの吸い上げはできた。 2.把握することができた。 3.交換研修が実施できず。 4.対象利用者様を知る事ができた。 5.反映することができた。	1.実践したことを共有することができた。 2.把握することができた。 3.交換研修が実施できず。 4.対象利用者様を知る事ができた。 5.反映することができた。	1.実践することができた。 2.できることを把握できた。 3.研修からの提案を実践できた。 4.対象利用者様を知る事ができた。 5.反映することができた。	

事業報告	◎エリア内の会議にて他事業所の情報を参考にし、事業所として取り組むことができた。 1.利用者様の生活歴から、こだわりをケアに入れることができ、継続して対応することができた。 2.利用者様の役割として取り入れることができた。 3.コロナの影響により実施が出来なかった。現任リーダーコース参加者からの取り組みを展開することが出来た。 4.フロア会議や、申し送りを活用し、したいことの把握を行うことができた。しかし、満足度において効果の確認をすることができなかったため、今後の課題である。 5.ケアプランへ反映させることできた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様個々の認知症を理解した、より効果のあるケアを追求する。	エリア	★1	リーダー会議にて、認知症対応に困っている事例を持ち寄り事例検討を行い情報共有をする。	介護長/リーダー	リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催		リーダー会議開催	振り返り	次年度準備		施設長
					①対応に困っている事例を挙げる。②事例の検討③検討した内容をケアプランへ反映し実行する。④実行したことの情報共有												
					◎	－	◎	－	◎	－	◎	－	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	①と連動し会議から学んだことを事業所内で展開する。	介護長/リーダー	①リーダー会議にて学んだことの事業所の定例会議にて提案する。②対象利用者様1名以上選定する③ケアプランへ反映し実践する。④対象利用者様の変化の確認・評価⑤リーダー会議にて①～④の取り組みを発表する（各自１題ずつ）									振り返り	次年度準備		施設長
					発表者の決定				①グループ発表				②グループ発表				
					◎				○				○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	困難事例について検討し職員の視点ではなく、利用者様の視点について学ぶことにより余裕のある気持ちがもてるようにする。	介護長/リーダー施設ケアマネジャー	事例の把握	リーダー会議にて事例検討	フロアへの周知し対応実施	研究発表にまとめる	リーダー会議にて事例検討	フロアへの周知し対応実施	研究発表にまとめる	リーダー会議にて事例検討	フロアへの周知し対応実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	業務改善やケアの統一を図ることにより、時間に余裕を持てるよう検討していく。それにより職員が気持ちのゆとりをもった対応ができるようにする。	介護長/リーダー施設ケアマネジャー	リーダー会議にて排泄について検討	フロアへの周知し対応実施	フロアへの周知し対応実施	フロアへの周知し対応実施	研究発表にまとめる	リーダー会議にて入浴について検討	フロアへの周知し対応実施	フロアへの周知し対応実施	研究発表にまとめる	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・認知症のケアとは何かを深く理解できていないまま対応している場面がある。 ・困難事例について、検討や対応は行えるようになってきているが、まだ職員の視点となりがちであるため利用者様の視点となるようにしていく。 ・職員の視点が優位しているため、その通りに対応できないと焦りや苛立ちの気持ちがおきてしまう。 ・利用者様の生活に合わせることができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.会議時に検討、共有できた。 2.事業所内で展開できた。 3.事例の把握、検討できた。 4.排泄に関する業務改善できた。	1.検討、共有できた。 2.事業所内で展開できた。 3.事例の把握、検討できた。 4.研究発表のまとめ、入浴の検討できた。	1.検討、共有することができた。 2.事業所内で展開することができた。 3.事例の把握、検討ができた。 4.入浴に関する業務改善ができた。	

事業報告	◎利用者様の認知症状や困難事例を共有し、多職種を交えて意見交換を行い、ケアの向上を図ることができた。 1.リーダー会議にて挙げた事例を持ち寄り、情報共有を行うことができた。 2.挙げられた意見を持ち帰って、実践することができた。 3.検討時には、なるべく多くの職員の意見をもって検討を行うようにし、視点を教育することができた。 4.リーダー会議にて検討し、全職員が共通の認識を持って業務、ケアができるように進めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
法人、エリア、事業所で自信と誇りを持てるサービスの強みは何かを考え、皆で創り上げる。	事業所	★1	フロアの見本となるリーダー層のレベルアップの仕組みを作っていく。（見本となる接遇マナー・見本となる環境設定）	教育担当/介護長	どんなリーダーを目指すのか意思表明をする	他事業所を知る機会を作る	リーダー会議にて報告	他事業所を知る機会を作る	リーダー会議にて報告	他事業所を知る機会を作る	リーダー会議にて報告	他事業所を知る機会を作る	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	事業所の特徴や自慢できることを答えられるような対応を目指し取り組みを明確にし報告する。（接遇マナー・環境　ショートも含む）	教育担当/介護長	自分のフロアの自慢や強みを何にするのか検討し実施する。			リーダー会議にてその後の評価・報告	自分のフロアの自慢や強みを何にするのか検討し実施する。			リーダー会議にてその後の評価・報告	評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	3	誤嚥性肺炎の方について原因を追究し、口腔内状態を改善することで入院者減少につなげていく。（口腔衛生管理加算の算定者を増やす）	介護長/歯科衛生士	誤嚥性肺炎での入院歴がある方の把握	口腔ケアの勉強会	対策の実施	対策の実施	対策の実施	対策の実施	対策の実施	対策の実施	対策の実施	振り返り	次年度準備		施設長
							前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価				
					○	△	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★4	尿路感染症について原因を追究し、どのように排泄ケアを実施しているのか確認したうえで、排泄ケアについて勉強する機会を作り、尿路感染症による入院者を減らす取り組みを強化する。	介護長/看護職	尿路感染症での入院歴がある方の把握	排泄ケアの勉強会	排泄ケアの実技確認テスト	対策の実施	対策の実施	排泄ケアの方法確認テスト	対策の実施	対策の実施	対策の実施	振り返り	次年度準備		施設長
							前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価	前月の評価				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・経験が浅いリーダー層が多いため、更にレベルアップを目指す必要がある。 ・自慢できるところはと問われてもすぐに答えることができていない。自慢や強みを答えられるような取り組みが必要である。 ・ユニット型だからこそできることの検討が不足しているため機会を増やす必要性がある。 ・体調不良の要因について振り返りが浅く、入院を繰り返す傾向がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.全フロアで実施には至っていない。 3.4.勉強会が実施できた。	1.全フロアで実施には至っていない。 3.4.対策の実施ができた。	1.2.評価に繋げることができた。 3.4.取り組みは強化しているが、効果が出るに至っていない。	

事業報告	◎リーダーのスキルアップから自事業所の強みを考え、チームで働きかけることができた。 1.リーダー会議にてフロアのレベルアップ、リーダーの考え方、責任について教育を行うことができた。 2.自フロアの強み、弱みを理解し、強化・改善できるように年間を通して進めることができた。事業所としての特徴作りは次年度の課題である。 3.歯科衛生士と連携を図り、口腔ケアの質の向上に努めた。 4.排泄ケアに看護職が関わりをもつことにより、排泄ケアの質の向上に努めた。 3・4において、ケアの質の向上を図ることができたが、入院者は多く、今後の課題である。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う。	エリア	1	目標稼働率を達成するための手法について学び、収入目標を達成する。	エリア会議/主任相談員	成功する本入所の次期入所候補者確保					成功するショートの新規利用者様獲得				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					次期入所者の管理と分析	申込者の確保	次期入所候補者の確保	体調が入所可能か確認方法	取り組み評価	有効な部屋の組み方	事例検討①翌月の組み方②2～3ヶ月後の組み方		取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	2	相談援助技術を深め、相談員の面接技術、能力向上につなげる。	エリア会議/主任相談員	介護に必要な基本情報を的確に得る					相談援助技術を深め、知識技術の見直しを行う				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					学び：①ADL、薬、病気から聞く項目 意見交換：②聞き取りの良い例とその理由③聞き取りの悪い例とその理由					バイスティック７原則	インテーク	アセスメント	取り組み評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	3	後任育成のため、相談員養成コース参加者を増やす。	エリア会議/主任相談員	対象職員への促し方を検討	管理者に対象者を推薦	①推薦した人が申し込んだか共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう			①コース参加後の状況を共有 ②問題有れば会議で共有しアドバイスをもらう				振り返り	次年度準備		相談員会議担当施設長
					◎	◎	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	体調不良者に早めに気づき対応することで入院者を減らし安定稼働に繋がる。（体調不良者の把握・入院者の振りかえり・退院後の体調管理）	管理者/介護長看護長リーダー	①申送り時に体調不良者や退院後の方について情報交換をする。 ②他職種の意見から対応について意見を出し合い対応する。									振り返り	次年度準備		施設長
					―	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価	リーダー会議にて評価				
					○	○	○	○	○	○				◎	◎	◎	
	事業所	5	毎日の申し送り時に他職種やフロア職員が参加し情報交換をした上でケアに取り組める仕組みづくりをする。（申し送りについて）	管理者/介護長看護長	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	申し送りについての評価（時間帯、内容）	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	申し送りについての評価（時間帯、内容）	毎日の申し送りの実施からの対応の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・次期入所候補者の獲得技術が低い。 ・円滑な部屋の組み方が展開できていない. ・介護に必要な情報が何か分かっていない。 ・相談員の後任がすくない。計画的働きかけができていない。 ・計画的働きかけができていない。 ・毎月、8～10名の入院者があるため時期入所候補者確保が追い付かず稼働安定に繋がっていない。 ・申し送りの開催時間帯の検討や申し送り事項について対応ができているのか確認ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 申込者、候補者の確保に努めた。 2. 意見交換することができた。 3. コースへの参加者あり。 4. 会議にて検討、取り組みを行った。 5. 申し送りが定着できた。	1. 申込者、候補者の確保に努めた。 2. 意見交換することができた。 3. コースへの参加者あり。 4. 会議にて検討、取り組みを行った。 5. 申し送り時に確認することができた。	1. 組み方を学ぶことができた。 2. 意見交換することができた。 3. コースへの参加者あり。 4. 会議にて検討、取り組みを行った。 5. 申し送り時に確認できた。

事業報告	◎入院者が多く、目標稼働率を達成することができなかった。 1. 計画的な営業を行うことで、申し込みを増やすことができた。 2. 介護における必要な情報を収集することができるようになってきているが、不十分であるため、今後の課題である。 3. 働きかけを行ったが、後任を輩出することができなかった。 4. 入院時には振り返りを行い、全フロア共通認識で取り組みを進めることが出来た。しかし、入院者の減少にはつながっていないため、今後の課題である。 5. 毎日の申し送り方法は定着し、情報共有ができる場となっている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	ユニット型　介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時） ②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミュレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミュレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	○	△	○	△	○	△	◎	◎	◎	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△		○	△	○		○	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. チェック表の定着ができた。 2. シミュレーションができなかった。 3. 危険個所の把握ができた。			７月-９月評価 1. チェック表の定着ができた。 2. シミュレーションができなかった。 3. 危険個所への対応ができた。			１０月-１２月評価 1. チェック表の定着ができた。 2. シミュレーションに向けた計画ができた。 3. 全体的な評価ができなかった。				

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1. 感染対策の教育ができた。 2. 新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3. 危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	事業所	1	重大事故の防止を徹底する	管理者/井口事務員	小規模多機能型居宅介護の重大事故を共有し対策展開	前月評価	前月評価	三ヶ月を評価	小規模多機能型居宅介護の重大事故を共有し対策展開	前月評価	前月評価	前月評価	四ヶ月を評価	振り返り	次年度準備		施設長
					－	○	○	○	－	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・現在自立している人が多いが、今後のことを考え重大事故を予防していく必要がある ・転倒などの事故が発生しても情報があがってこない為気づきにくい	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通りできたが、効果に結び付けることはできなかった。	1.予定通りできたが、効果に結び付けることはできなかった。	1.予定通りできたが、効果に結び付けることはできなかった。	

事業報告	◎重大事故　3件 1.入居者様でお部屋内で転倒され、入院に至ったケケース（3件）。2名の方は退院後、すぐに住宅型有料へ戻って生活をする不安があったため、建屋内の小規模多機能型介護の全泊りを利用され戻る計画を立てていたが、戻ることはできなかった。今年度の結果として、転倒され入院されると住宅型有料には戻れない方が100％という状況であった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
小さな不安を軽減し安心して生活ができる	事業所	★1	利用者様の日々の不安を傾聴し不安を解消する仕組みを作る。	管理者/井口事務員	①相談日を設ける（隔月1回）									振り返り	次年度準備		施設長
					－	○	－	○	－	○	－	○	－	◎	◎	◎	
	事業所	★2	個々の心配ごとを傾聴する。	管理者/井口事務員	①相談日の開催ちらしを作成・掲示（隔月1回） ②聞き取り記録を作る									振り返り	次年度準備		施設長
					○	－	○	－	○	－	○	－	○	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・不安を抱えられ相談に来る方が多い中、よりご本人に寄り添いながら話を聞く姿勢が必要なため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通りできたが、相談日を設けなくても都度相談に来られていた。 2.予定通りできたが、開催チラシを掲示しなくても都度相談に来られていた。	1.予定通りできたが、相談日を設けなくても都度相談に来られていた。 2.予定通りできたが、開催チラシを掲示しなくても都度相談に来られていた。	1.予定通りできたが、相談日を設けなくても都度相談に来られていた。 2.予定通りできたが、開催チラシを掲示しなくても都度相談に来られていた。	

事業報告	◎不安と思われる相談事を傾聴し、助言することができた。 1.入居されて心配なことは、入居の契約時やお話を伺う機会があった際に都度伺い、何かあれば1階の事務までご連絡いただくようご案内をしている。今年度は体調不良で繰り返し、ナースコールで呼ばれる方が1名いらっしゃった。ご家族が遠方のため救急対応をした。 2.新型コロナウイルス感染症の影響で開催することはできなかったが、アンケート調査を実施しご意見を伺うことができた。各入居者様の困りごとや問い合わせの対応は、時間を置かずに早期に対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症になっても住み慣れた環境での生活の継続ができる	事業所	★1	利用者様個々の認知症の有無を把握し適切な支援を行い生活の継続を行う。	管理者/井口事務員	個々の認知症状の把握	＊定期的な巡視、聞き取り *ご家族または担当ケアマネとの定期的な情報提供（建屋　小規模多機能利用者対象） *適切なサービス（外部）の提案							予備、補足	振り返り	次年度準備		施設長
						効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・認知症について、基本的な知識が不足しているため、異変の早期発見に繋がらない。 ・個々の認知症症状の把握が十分にできていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。	

事業報告	◎建屋内事業所のサービスを利用されている方で認知症状が進行している方の情報を共有し、暮らしが継続できるよう入居者様、ご家族に提案した。 1. 小規模、デイサービス職員と連携を図り、利用者様の生活状況を把握することができた。また認知症や身体機能の低下に伴い、生活の継続がどのようにできるか検討することができた。住み替えのタイミングを誤らない為に情報共有し、複合施設である強みをいかして次の生活の場を提案していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
入居者様の生活がその方らしい暮らしとなるよう支援する。	事業所	★1	満足度調査結果、対策を共有、展開する。	管理者/井口事務員	満足度調査の内容検討	満足度調査の配布	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務職員共有			満足度調査の内容の見直し	満足度調査の配布	満足度調査の実施	対策立案結果掲示 事務所職員で共有	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	－	－	○	△	○	○	○	○	
	事業所	★2	運営懇談会を開催	管理者/井口事務員	懇談会の開催（年1回：6月） 振り返り 評価 △									振り返り ○	次年度準備 ○	○	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・入居者様の現在の暮らしぶりを知らない。今後の生活ビジョンを伺ったことがない。 ・まだまだ活躍できることが多い方へのアプローチができていない	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り内容を検討したが、前年度の実施から6か月経過していないため後期で行うこととする。 2. 感染拡大を懸念して延期する。	1. 予定通り内容を検討したが、前年度の実施から6か月経過していないため後期で行うこととする。 2. 感染拡大を懸念して延期する。	1. 予定通り内容を検討したが、実施が一月遅延してしまった。 2. 感染拡大を懸念して延期する。	

事業報告	◎満足度調査を実施し、意見を伺う機会を作った。 1. 満足度調査結果より、ご意見がある欄に「無し」とした方は回答をいただいた全員であった。些細なことでもご意見をいただける環境を作る必要がある。 2. 新型コロナの感染状況により、運営懇談会を開催することはできなかったが、アンケート調査を行い入居者様の意見を伺う機会を作ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		各管理者
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時） ②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	○	○	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△		○	△	○		○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症に対する教育ができた。 2.3.長期間停電のシミュレーションは計画通りに行うことが出来なかった。危険個所の把握に関しては、事業所全体的に把握できているは不十分である。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.下半期でのシミュレーション訓練実施を目指して計画の立案と、危険個所の再度の洗い出しが必要となっている。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.シミュレーションの機会を増やす必要がある。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1.感染対策の教育ができた。 2.新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3.危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	研修（2020年度必須研修：認知症分野）にて理解したことを身につけ、実行するための評価を定期的に行う。	HM会議選出者/HM	昨年度の必須研修：認知症分野の再教育 実施チェックリストの作成		①チェックリストの実施（毎月） ②HM、管理者による評価	評価			評価			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★2	利用者体験を行い、介護される側の気持ちを理解する。	HM/介護職	職員・状態の設定	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			職員・状態の設定 評価	利用者体験の実施（2～3事業所が1名ずつ/月）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★3	職員の業務都合もしくは職員主体になってしまっている状況から、利用者様主体のGH（利用者様の生活に合わせたGH）に戻す。 ※趣旨説明は2021年3月までに行う（職員の過度な負担にならない留意が必要）。	HM会議選出者/HM	各場面での職員対応の実態調査	①本来のGHの姿について事業所毎HMが説明 ②なぜ職員が行うのか話し合いを行う		どこまで利用者様にいただくのか決める（事業所毎）	食事つくり・選択・掃除の場面での提案された約束事の実行（毎月実施・評価） ケアプランへの反映					振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様対応について悩んでいる事例について、利用者様を知るためのツールについて検討し自立支援に繋げていく。	HM/介護職	勉強会実施	個々のケアの実施	個々のケアの実施	実施後の評価	個々のケアへ実施	個々のケアへ実施	実施後の評価	個々のケアへ実施	個々のケアへ実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・知識、スキルとして頭で理解していながら、実践に活かすことができていない。 ・業務優先、自己中心的なケアが見られることがある。 ・実践に活かすことの出来ない大きな理由は「忙しい」「言ってることを理解してくれない」である。 ・認知症について学び理解してはいるが利用者様の目線ではなく、職員が先回りして何でも行ってしまう傾向がいまだにある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.認知症チェックリストによる認知症の再確認が出来た。 2.具体的な状態の設定まで行うことができた。 3.4.毎月フロア会議で悩んでいる事例を議題にし対応の取り組みを考えた。	1.認知症チェックリストによる認知症の再確認が出来た。 2.利用者体験を実施し、利用者様の立場になって考えることができた。 3.4.個別ケアの重要性を意識し対応できた。	1.2.研修に参加した職員の声がけや対応に変化が現れ、認知症を理解した対応ができるようになった。 3.利用者様の顔がわかるようなケアプランを作成できた。 4.個別ケアの重要性を意識し対応できた。

事業報告	◎不適切ケアは0件。 1.認知症チェックシートにて自身の介護を振り返りながら実践に当たった。認知症の基礎理解・環境・接し方・専門性の4つの分野で評価を行ったが、達成度に自己評価と他者とのズレが生じ自己評価が甘くなってしまう傾向であった。他者の意見を聞き入れ工夫をしながら自己の介護対応や技術をを見直すことができたが、それは一部の職員であり、全職員が自己の介護対応に問題意識を持ち、常にご利用者側に立って考えられる姿勢のチーム作りが課題である。 2.2名の職員が10月と12月で、他事業所で利用者体験を行い利用者様の気持ちを再確認した。この研修で利用者様に役割を持っていいただく重要性に気付き、意識して声がけや促しが出来るになったことは研修の成果である。 3.4.利用者様お一人お一人の現在行っていただいている事を洗い出し点数化したことで、実際の姿が見え役割りに繋げられケアプランへの反映もできた。しかしその役割を継続することができず課題になった。継続できなかった原因を追及し職員間でもっと成功事例や体験を共有すれば、職員の意識も統一され役割の実施の継続も可能である。次の課題である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故を防止する	エリア	★1	昨年度、GHで発生した重大事故を集計し対策・水平展開事項の確認をすると共に、年度内に発生した重大事故の原因について各施設でどのようになっているか把握し、対応する。	HM会議選出者/HM	昨年度の重大事故集計及び傾向分析	確認事項決定	①重大事故の原因の共有　②「原因」について各施設での状況確認 ③適宜、対策の実施　④それぞれの進捗についてとりまとめる 確認事項を確認及び対策の実施			評価		評価		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	離施設に繋がるリスクのあるヒヤリハット件数を月1件以上あげる。そのヒヤリハットを用いて個別の対応方法について検証する。	HM/介護職	ヒヤリハット集計・対策の検討	ヒヤリハット集計・対策の検討	集計結果の確認・対策の再検討	ヒヤリハット集計・対策の検討	ヒヤリハット集計・対策の検討	集計結果の確認・対策の再検討	ヒヤリハット集計・対策の検討	ヒヤリハット集計・対策の検討	集計結果の確認・対策の再検討	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	転倒による骨折事故に繋がるリスクの方を把握し、日常の生活の中で行える対応を検討実施する。（下肢筋力向上につながるメニュー等も選び組み込んでいく）	HM/介護職	対策の情報交換・検証	高リスク者への対応実施	実施後の評価	対策の情報交換・検証	高リスク者への対応実施	実施後の評価	対策の情報交換・検証	高リスク者への対応実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	転倒転落アセスメント・スコアシートを用いて、利用者様ごとの評価と生活スペースの危険個所や注意箇所を収集し、リスクの高い方について検討実施する。	HM/介護職	転倒転落アセスメント・スコアシートの作成		対策の情報交換・検証	高リスク者への対応実施	実施後の評価	対策の情報交換・検証	高リスク者への対応実施	実施後の評価	対策の情報交換・検証	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度同様の重大事故（特に離施設）が複数の事業所にて発生している。他事業所で発生した事故を自施設と照らし合わせ、同様の事故を食い止める意識を持つ必要がある。 ・1件の転倒骨折事故が発生している。入所系施設での経験年数がない職員も多いため、基本技術と知識、観察する力や危険を予測する力、変化に気付く事が少ない。また、事故後の振り返りが弱く、再発防止策が不十分である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.重大事故の分析が行えた。 2.ヒヤリハットが中々上げられないことを議題にしフロア会議で検討した。 3.高リスク者の対応について毎月のフロア会議にて協議できた。 4.シートを使うことで効率的にリスクを把握することができた。	1.重大事故の分析が行えた。 2.ヒヤリハットの件数が前3ヶ月よりも挙がり、有用な対策をたてられた。 3.高リスク者の対応について毎月のフロア会議にて協議できた。 4.シートを使うことで効率的にリスクを把握することができた。	1.重大事故の分析が行えた。 2.ヒヤリハットの件数が前3ヶ月よりも挙がり、有用な対策をたてられた。 3.高リスク者の対応について毎月のフロア会議にて協議できた。 4.シートを使うことで効率的にリスクを把握することができた。

事業報告	◎重大事故は5件であった。 1.エリアでの重大事故の対策を自事業所に反映することができた。 2.11月に転倒からの骨折事故が2件発生した。この事故をきっかけに対策の1つとして、毎月最低一人1件ヒヤリハットを上げることを徹底した。事故が起きてからでは遅いが、事故から学ぶものは多く、今回の事故によりヒヤリハットの重要性が身に染みて理解でき、毎月30件～40件は挙がるように変わった。 3.4.高リスク者へのアセスメント不足、行動把握不足、また職員間の情報共有不足などが理由で、今年度3件の骨折事故を発生させている。なぜ事故が発生したのか要因（身体的、物理的）を職員全体で議論、追求が出来ていないことも原因の一つである。事故を防ぐための環境整備と知識の理解、また昨年度作成した既往歴、疾患、認知症のタイプ別にしたツールを活用し利用者様の理解をする必要がある。外出する機会の減少により活動量が軽減しているため、今後は毎日実施しているラジオ体操、セラバンド体操を含め下肢筋力維持のための体操を検討する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様が今できる事の可能性を引き出した暮らしの実現を行う	事業所	1	プロフィール表を活用し、利用者様が「まだできる事」を探し、利用者様の役割を作るといった共通認識で取り組みを実行する。	HM/担当者	プロフィール表を活用しできる役割を決める	カンファレンスにて検討	ケアプランに反映する	効果の確認	カンファレンスにて検討	ケアプランに反映する	効果の確認	カンファレンスにて検討	ケアプランに反映する	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	職員個々のアセスメント能力の向上で些細なことに気付く力を養う。	HM/担当者	アセスメントの勉強会の開催	ケアプランに反映・反映された場面ごとのロールプレイ・利用者体験の開催							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					○	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	効果の確認	○	○	○	○	
	事業所	★3	認知症ケアを行うための知識のレベルアップができるよう研修等に参加する。（無資格の職員については認知症介護基礎研修受講の義務付けが始まるため）	HM/選出者	人選と計画作成	教育実施 （認知症介護基礎研修・認知症介護実践者研修・認知症介護リーダー研修）への参加。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					○	研修から提案事項・勉強会の開催							○	○	○	○	
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様が主体で生活をしていただくための様々な場面での技法のレベルアップを図る。（入浴・排泄・歩行移動・食事つくり）	HM/担当者	食事つくりに必要なこと	前月の評価	排泄について必要なこと	前月の評価	歩行について必要なこと	前月の評価	入浴について必要なこと	前月の評価	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・職員主導の「業務」になっていて、利用者様の「生活」が感じられない場面があるため、日課表を使用し、利用者様にとって本当に必要なことは何か考える必要がある。 ・職員が全体的に若く、中堅層の職員が少なく指導出来る職員が限られているため、認知症の理解が不足し、接し方の工夫や共有が不十分である。 ・利用者様にとって大切なことは何か、という考え方があまりない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.プロフィール表を活用できなかった。 2.アセスメント能力アップはできていない。 3.教育を十分に行うことができなかった。 4.場面毎に設定できなかった。	1.プロフィール表を活用できなかった。 2.アセスメント能力アップはできていない。 3.4.認知症の勉強をし、取り入れることができた。	1.プロフィール表を活用し、個別のケアプランを作成できた。 2.ロールプレイを十分に行えなかった。 3.4.認知症の勉強をし、取り入れることができた。	

事業報告	◎利用者様が今できる事の可能性を引き出した暮らしについて、グループホームでの役割探しから始めたが、利用者様にとって本当に必要なことは何かは常に課題であり今後も取り組む必要性がある。 1.利用者様のプロフィール表の一覧表を去年作成したが、今年度になり活用が見られなかった。継続して取り組むことが大切であると感じている。利用者様の入れ替えが多かったため、新規の利用者様分を作成し理解を深めるツールとして今後も活用していく。 2.アセスメント能力の理解と認知症の理解を深めたことでケアプランへ反映し、その人らしい生活が送れることが理解できた。些細な気付きはしているものの発信力に欠けるため、反映出来ていないケースもあった。毎日行っている職員間の送り時に、利用者様の気付きや変化の共有を積極的に行う環境作りが課題である。 3.4今年度2名の介護福祉士合格者を輩出した。来年度もEPA職員2名が介護福祉士を受験するため研修参加、認知症の勉強会(基本介護技術）は継続して行う。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様個々の認知症を理解したより効果のあるケアはないかを追求する	事業所	1	利用者様個々の認知症の理解をすることにより安心した生活を送っていただけるよう対応する。（1～3の対象者については同一の利用者様にて取り組む）	HM/担当者	フェイスシートを基に認知症の把握	把握した資料を基に勉強会の開催	外部研修への参加	個々の現在に認知症状の把握	カンファレンスの開催	ケアプランへ反映 効果確認				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	2	利用者様の歴史を知り、気持ちを想像する姿勢を学ぶことによりここでの生活を楽しんでいただく。（1～3の対象者については同一の利用者様にて取り組む）	HM/担当者	個々の生活歴の理解		読み取った歴史からケアプランへの反映	読み取った歴史からケアプランへの反映	ケアプランの実践	効果の確認		効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	利用者様個々に効果がある認知症の取り組みを行うことにより穏やかな生活を送っていただく。（1～3の対象者については同一の利用者様にて取り組む）	HM/担当者	認知症に効果がある研修会への参加計画	セリフ集の見直し・勉強会の開催	個々のセリフ集の更新作成・研修から得た知識の実践 ケアプランへ反映する						評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・利用者様のことを深く理解できていない。 ・利用者様のこだわりや気持ちを理解できていない。 ・認知症ケアについて近いできていないため同じ対応をしている場面がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.3.利用者様の認知症を知ることはできたが、実践には繋がっていない。	1.2.3.利用者様の認知症を知ることはできたが、実践には繋がっていない。	1.2.3.利用者様の認知症を知ることはできたが、実践には繋がっていない。	

事業報告	◎認知症の理解と個々の理解を深め、より効果のある追求が出来た。 1,2,3を通し利用者様の行動には必ず理由があることから、その方の生活歴の理解を深め、訴えをまず聞くという視点を重視した。 会話の中では、自尊心を傷つけないよう否定しないケアを心掛けた。今後は信頼関係が築けるよう、職員全員が実践できる力をつけることが必要である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症に効果がある取り組みを地域・外部へ向け発信する	事業所	1	運営推進会議で実際に行っている取り組みのPRを随時行う。	HM	年間計画	運営推進会議の開催	次回への取り組みの立案	運営推進会議の開催（奇数月）—	反省・効果確認	—	反省・効果確認	—	反省・効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	○		○		○		○	○	○	○	
	事業所	★2	法人フェイスブックや事業所新聞等を活用し施設でのさ細な取り組みも含めた活動の情報を毎月、発信する。	HM/担当者	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	資料の作成と実施	振り返り	次年度準備		施設長
					反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認	反省・効果確認				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	利用者様の生活の中での様子を写真に残しているため、それを有効活用しアルバムにする。利用者様と相談しながら一冊のアルバムを完成させる。	HM/担当者	生活の場面やレクリエーション時に写真を撮る アルバムの準備	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	アルバム作り	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者様やご家族様に信頼していただけるような接遇マナーを身につける。また快適な環境の設定をする。	HM/担当者	接遇マナー研修	実施後の評価	接遇マナー研修	実施後の評価	満足度調査	満足度調査からの取組み実施	環境作り	環境作り	満足度調査	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・取り組みのPRが十分できていないため、地域への更なる発信が必要である。 ・利用者様ができる事の引き出しができておらず、できる事を奪ってしまっている。 ・生活する場所という認識が低く職員が仕事をする場所になっている。 ・日々の様子を写真に撮り、お便りやブログ、フェイスブックに利用しているがその他の対応がされていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り運営推進会議を開催できた。 2.毎月発信ができた。 3.アルバム作りを開始した。 4.接遇とは何かという研修をフロア会議で開催できた。	1.予定通り運営推進会議を開催できた。 2.毎月発信ができた。 3.アルバム作りを開始した。 4.満足度調査から取り組む内容を決めることができた。	1.予定通り運営推進会議を開催できた。 2.毎月発信ができた。 3.アルバム作りを開始した。 4.接遇に絞った環境設定を行えた。	

事業報告	◎認知症に効果のある取り組みを十分に地域・外部へ向け発信できなかった。 1.コロナウイルス感染予防のため開催は2回となり、資料のみ各参加委員に郵送した。 2.毎月発信できた。 3.利用者様全員のアルバムを作成した。 4.定期的に電話の対応方法や挨拶の意味などの研修を行い、マナーを身に付けた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
安定した稼働管理を行う	エリア	1	目標稼働率を達成するため、HMの入退居に伴う適切な空床の調整力及び営業力を向上する。	HM会議選出者/HM	勉強会の開催	※各HM にて実施 ※毎月のHM会議にて、実践した状況、進捗状況の報告と稼働率の確認を行う。								振り返り	次年度準備		HM会議担当施設長
						評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	入居調整手順書を活用して、居宅介護支援事業所、医療機関、申込者との定期的な連絡を取ることで候補者とのつながりを強化する。 （常時、2名以上の次期入居候補者の確保）	HM/担当者	営業方法の分析・対策立案	対策の実施		効果の確認、成功事例の水平展開	他事業所の成功事例をモデルに対策の実施		効果の確認、対策の立案	対策の実施	利用状況表を元に効果の確認を行う。	振り返り	次年度準備		施設長
					稼働会議、HM会議にて確認												
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	利用者様の健康管理を徹底して行う事で利用者様の体調変化の早期発見、予防及び体調不良者の早期受診・早期治癒に努め入院者を出さないように取り組む。	HM/介護職	資料作成	勉強会の開催（基本的な健康管理の意味を理解する）	個々の身体状況の把握	個々のチェックポイントからを日々の申し送りに反映する					予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									確認テスト		確認テスト						
					○	○	○		○		○		○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	2020年度より ・昨年度7事業所ある内の5事業所にてハウスマネージャーが変更となり、本取り組み内容を理解している職員が圧倒的に少ない。 ・申し込み者数が少なく、調整手順を理解してもその手順が発揮できていない。 ・建屋内の調整ができることもあり、外部への営業活動が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.HM会議にて他事業所の営業の様子を共有することができた。 2.特養相談員や小規模CMと営業ができた。 3.勉強会をフロア会議にて開催できた。	1.HM会議にて他事業所の営業の様子を共有することができた。 2.特養相談員や小規模CMと営業ができた。 3.日々の申し送りの場所を定め、反映できた。	1.HM会議にて他事業所の営業の様子を共有することができた。 2.特養相談員や小規模CMと営業ができた。 3.日々の申し送りの場所を定め、反映できた。	

事業報告	◎安定した稼働管理ができなかった。 1.空室が発生した時には、特養相談員や小規模CMと相談しながら、入居までの対応方法や流れを学びながら待機者の確保に努めた。 2.今年度12人の入れ替わりが発生し、次期入居候補者の確保が追い付かなかった。 3.健康管理不十分で入院者を多数出してしまった。些細な変化や気付きの共有が職員間出来ていなかった。今後は情報の伝達方法を改善し、体調不良者を出さないよう取り組む。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	グループホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時） ②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミュレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミュレーションのアナウンスを事業所・地域に発信する	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	△	△	○	△	△	△	△	△	△	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△		△	△	○		○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.チェック表の定着ができた。 2.シミュレーションができなかった。 3.危険個所の把握ができた。	1.チェック表の定着ができた。 2.シミュレーションができなかった。 3.危険個所への対応ができた。	1.チェック表の定着ができた。 2.シミュレーションに向けた計画ができた。 3.全体的な評価ができなかった。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1.感染対策の教育ができた。 2.新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3.危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束・言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
									評価	評価		評価					
					◎	◎	◎	△	△	△	△	△	○	○	○	○	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★4	利用者のことをよく知り、利用者様の気持ちを考えた声かけや言葉に気づき、良いケア・声かけを考える。	リーダー/介護職	自事業所虐待事例の勉強会開催	・朝の申し送りにて対応困難な利用者様の振り返りを行う（毎日） ・個々のケアへ反映する（月/1回　フロア会議） ※フロア会議でチェックする							予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
						チェック	チェック	チェック	チェック	チェック	チェック	チェック					
					○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・２０２０年度、重大事故である不適切ケアを起こしてしまった。 ・突発的に発生したストレスに対処できないと感じるため、日常的に感情のコントロールが行える鍛錬が必要である。 ・基本的な認知症の理解ができていない。 ・職員の自己中心的な視点のケアから、利用者様を主体とした考え方が身についていない。 ・利用者様に取ってどの対応や声かけが不快なのか分っていても変えることができていない。 ・困っていてもその解決策まで考えるスキルがない。 ・業務優先でのケアとなっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.利用者体験を実施している。 2.勉強会に参加したが、事業所での振り返り・実践は不十分である。 3.予定通り行っている。 4.ケアカンファレンス・フロア会議で検討する内容が、職員目線・業務優先であり、質が低い。	1.利用者体験を実施している。 2.勉強会に参加したが、事業所での振り返り・実践は不十分である。 3.予定通り行っている。 4.朝の申し送りで振り返りを行い、ケアカンファレンスで検討し統一したケアを試みている。	1.利用者体験を実施している。 2.勉強会に参加したが、事業所での振り返り・実践は不十分である。 3.予定通り行っている。 4.朝の申し送りで振り返りを行い、ケアカンファレンスで検討し統一したケアを試みている。	

事業報告	◎不適切ケア　0件。 1.年間を通じて利用者体験を全職員行えた。利用者体験の研修を行ったことで、客観的であったものが、実際に体験できて利用者様目線で感じる事ができた。 2.研修を通じてユマニチュード理解することができた。実践をし、より利用者様に寄り添う事ができると実感できた。しかし、コロナウィルス感染拡大のため予防としては、至近距離では対応できず、完全な寄り添いは困難であった。ユマニチュードの精神は理解できたため、ケアに生かすことを今後の課題とする。 3.今年度は、帰宅願望の訴えに対してのロールプレイではあったが、６月に離施設事故が起こってしまってから各職員が、様々な対応を考え意識の向上につなげることができた。フロア会議や、カンファレンスで意見を交換し、事故防止につなげていった。 4.毎朝の申し送り時に、前日からの利用者様の様子を他職員に周知行い、利用者様の観察を行っていった。年度前半は記録の内容が薄く、利用者様の本質を理解するのが困難だったが、記録の希薄さを私的しフロア全員で改善を務めた。日中や夜間の様子を記録と申し送りで共有することにより、利用者様の様子や言動を確認でき、声掛けも積極的に行えた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。 対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。 前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	振り返り	次年度準備		管理者
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	ケアプランの介助場面ごとに介護チェック表を用いて、基本技術を徹底する。	リーダー/介護職	食事介護のチェック（ケアプランに沿っているか 効果の確認	確認テスト	入浴介助のチェック（ケアプランに沿っているか 効果の確認	確認テスト	訪問介護（訪問ﾌｧｲﾙに沿ってできているか） Lチェック	排泄介助のチェック（ケアプランに沿っているか） 確認テスト	効果の確認	移動介助のチェック（ケアプランに沿っているか） 確認テスト	効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある。 ・前年度ヒヤリハットの集計を実施したが、ヒヤリハット件数が少ないため、増加させる仕組みを作る必要がある。 ・入所系施設での経験年数がない職員も多いため、基本技術と知識が不十分である。 ・事故後の振り返りが弱く、再発防止策が不十分である。 ・観察する力や危険を予測する力・変化に気付く事が少ない。 ・利用者様個々の出来ること、できない事の把握ができていない	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.離施設事故が発生し、事業所内で振り返りを行った。 2.他事業所のヒヤリハット情報をフロア会議で共有している。 3.ケアプランに沿っているかモニタリング一覧でチェックしている。	1.離施設に対する意識が低く、ヒヤリハットが少ない。 2.ヒヤリハットの件数が少なく、気づきの視点を増やすことが不十分である。 3.ケアプランに沿っているかモニタリング一覧でチェックしている。	1.離施設に対する意識が低く、ヒヤリハットが少ない。 2.ヒヤリハットの件数が少なく、気づきの視点を増やすことが不十分である。 3.ケアプランに沿っているかモニタリング一覧でチェックしている。	

事業報告	◎重大事故（離施設：1件　服薬：　1件　誤嚥：0件　骨折：0件） 1.2.通所リーダー会議内において、毎月実施することができた。事業所でも取り組みを行うことができた。 3.年間を通して安全運転教育には力を入れ、勉強会やテストを実施することができた。悪天候の日や冬季は朝礼にて注意事項を伝え、より運転に集中するよう促した。大きな車両事故は発生しなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様個々の生活の継続を行う	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	リーダー/介護職	―	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	―	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	利用者様自身でできることをケアカンファレンスで確認し、ケアに生かす。	リーダー/介護職	ご本人・ご家族から望むこと、やりたい事の聞き取り調査を行う		聞き取った内容からカンファレンスを行う							振り返り	次年度準備		施設長
					聞き取り◎	アセスメントシートへ	ケアプランへの反映・実行			効果確認	ケアプランへの反映実行		効果確認				
							◎			○	◎		○	○	○	○	
	事業所	★3	小規模の特性【泊り】【通い】【訪問】への理解を捉え、ケアプランへ取り入れる。	リーダー/ケアマネージャー	小規模の制度を勉強する	【訪問】訪問ファイルにてケアができているかチェックする			【通い】送迎時ご家族とのコミュニケーションをチェック		【泊り】特記事項に記録がされているかチェック		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							確認チェック	確認チェック	確認チェック	確認チェック	（プランの実践）						
					○		◎	◎	○	○	◎	◎	◎	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・小規模の役割「通い」「泊り」「訪問」の理解とそれぞれのサービス場面でなぜ必要なのかケアプランを深く理解していない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価					１０月-１２月評価				
					1.利用者様への聞き取りなど、不十分である。 2.ケアカンファレンスにて利用者様のできる事・できない事を確認している。 3.個々の利用者様のニーズを捉えて、サービスを組み合わせている。			1.利用者様への聞き取りなど、不十分である。 2.ケアカンファレンスにて利用者様のできる事・できない事を確認している。 3.個々の利用者様のニーズを捉えて、サービスを組み合わせている。			1.利用者様への聞き取りなど、不十分である。 2.ケアカンファレンスにて利用者様のできる事・できない事を確認している。 3.個々の利用者様のニーズを捉えて、サービスを組み合わせている。				

事業報告	◎個々のニーズを組みとり、現在の生活レベルを継続できるよう、支援していく。小規模の特色である通よい・泊まり・訪問を組み合わせて利用して頂くことでそれぞれのご家庭にあったサービスを提供する。 1.イベント食を提供し、季節や普段食べられないものを食べていただくことで、食への関心・意欲を引き出すことができた。 　また、月に１回の外食レクを行い、特別感を味わって頂けた。食べる場所を変えただけで、会話がはずみ、他利用者様同志の交流も作ることができた。 2.以前よりも、カンファレンス前の情報収集に力をいれ、ADLやご家族との関わり、ニーズに分け色々な方面からアプローチを行いながら、より良いケアを見出すことができた。来年度も継続して、全職員からより細かい情報収集をおこなっていく。 3.利用者様・ご家族のニーズをお聞きし、通いだけではなく、泊りも利用していただくことで、小規模の良さをいいとこ取りで利用継続に繋げられた。 　訪問ファイルを利用し、ご家族の手が届かない所を訪問で補う。どの職員が訪問に入っても同じケアが行えるよう、文章化(図)にして訪問常務を行えた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個々の利用者様の認知症を理解し気持ちに寄り添ったケアの継続を行う。	事業所	★1	利用者様個々の認知症の理解をする。	リーダー/担当者	フェイスシートから認知症の症状を把握をする	外部研修への参加（基礎研修など）		外部研修への参加（基礎研修など）	ー	ー	ー	ー	ー	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎		◎						○	○	○	
	事業所	★2	利用者様の暮らしを知り、気持ちを想像する姿勢を学ぶ。	リーダー/CM	個々の生活歴の把握		利用者様が生きてきた日本を知る（対象者）		－	－	－	－	－	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○						○	○	○	
	事業所	★3	1～2は同一利用者様にて取り組む	リーダー/介護職	－	－	個々の認知症状の把握	－	個々の認知症状の把握	－	個々の認知症状の把握	－	個々の認知症状の把握	振り返り	次年度準備		施設長
							○		○		○		○	○	○	○	
	事業所	★4	ケアプランに反映する。	リーダー/CM	－	－	－	カンファレンス、ケアプランへ反映	－	カンファレンス、ケアプランへ反映	評価確認	カンファレンス、ケアプランへ反映	評価確認	振り返り	次年度準備		施設長
								◎		◎		◎		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様個々の認知症（原因・症状等）に対する理解不足。 ・利用者様の行動の意味を理解せず短絡的な考えで「なぜ？」「どうすれば」と追及して考える力不足している。 ・観察する力が弱く気付いても業務を優先してしまう。	3カ月評価（具体的な行動計画）	4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
			1.予定通りできた。 2.予定通りできた 3.職員によって把握のレベルにバラツキがある。 4.予定通りできた。	1.予定通りできた。 2.予定通りできた。 3.職員によって把握のレベルにバラツキがある。 4.予定通りできた。	1.予定通りできた。 2.予定通りできた。 3.職員によって把握のレベルにバラツキがある。 4.予定通りできた。	

事業報告	◎認知症についての知識を向上させ、利用者様一人ひとりに寄り添うケアを行う。 1.認知症のテストや研修を通して、年々知識の向上につながっている。また、外部研修に全職員が参加し、今までの研修では感じることがなかった、リハビリや科学的、外国の介護施設のケア等新たな考え方を学ぶことができた。その知識を、ケアに生かしきれていないため、来年度に研修の内容を日常のケアに生かす方法を探っていきたい。 2.3.離施設事故が起こってしまったため、主に帰宅願望の強い利用者様に寄り添い、気持ちを理解することに重点を置き、普段の様子や言動を職員間で共有し、対応を模索できるようになった。 3.2で共有した事や、より良いケア、検討事項をケアプランに反映し、実施できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

事業計画作成/承認欄
承認（管理責任者）　　作成（管理者）

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
小規模だから出来る取り組みを行い利用者様の満足度向上を図る	事業所	★1	訪問介護の重要性を理解しスキルの向上を図る。	リーダー/介護職	勉強会の開催	マニュアルの作成	①同行訪問研修の実施 ②提案・振返りの確認				提案の実践評価	ケアプランへ反映	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	
	事業所	★2	外出レクだけでなく利用者様の「こだわり」や「なじみの場所」を意識した個別のケアの提供を行う。	リーダー/ケアマネ	「習慣お好み調査シート」の把握	つぶやきの収集	つぶやから個別の計画の作成	計画に基づき月1回個別レク（ケア）の実施 効果確認・満足度調査					予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	メリハリのある活動を利用者様を交えて計画する（対象利用者：5名）	リーダー/介護職	利用者様、職員共同で日課を計画	①つぶやきの収集 ②定期訪問時の聞き取り		ＮＥＷ施設新聞発行	活動の見直し	①つぶやきの収集 ②定期訪問時の聞き取り	ＮＥＷ施設新聞発行	活動の見直し	振り返り	次年度準備			施設長
					○	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	★4	運営推進会議での取り組みのPRを随時行う（地域に向けて認知度向上のため発信する）	リーダー/介護職	ー	運営推進会議の開催	次回への取り組みの立案	運営推進会議の開催後の広報：年2回 ちらし作成	地域へ情報提供		ちらし作成	地域へ情報提供	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	△	△		△	△	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・小規模多機能の仕組みや取り組みがきちんとPRができておらず、地域への浸透が必要である ・2020年度、満足度調査回収率：1回目59%、2回目81%回収率　利用者様個々のサービスを提供するには回収率を上げより多くの利用者様の意見を聞く必要がある。 ・利用者様の意見を取り入れ、利用者様がわくわくする作品作成等の活動になっていない。 ・訪問スキルの向上ができていない。 ・小規模だからできる個別の取り組み関わりが理解できておらず、みんな一緒になっている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.同行訪問を実施しスキル向上を図っている。 2.こだわりを知って個別ケアを提供する意識が低い。 3.予定通りできた。 4.計画通り行えていない。	1.同行訪問を実施しスキル向上を図っている。 2.満足度調査の結果を受け、カンファレンスで検討している。 3.予定通りできた。 4.計画通り行えていない。	1.同行訪問を実施しスキル向上を図っている。 2.習慣お好み調査シートの聞き取りをしている。 3.予定通りできた。 4.計画通り行えていない。	

事業報告	◎利用者様のニーズをくみ取り、やりたい事やできる事を把握しサービスに繋げることが十分にできなかった。強味でもある「訪問」「通い」「泊り」の３つのサービスを組み合わせ、稼働率向上に繋げる必要がある。 1.2021年度の訪問介護については、服薬確認・排泄ケア等の身体介護、食事セット・掃除等の生活支援が主であったが、最近は通所を希望しているが本人の拒否があるため通所(デイサービス・デイケア)に繋がらない、小規模の訪問で信頼関係を築いてから通いに繋げて欲しいといったニーズや、定期的に職員が訪問することで刺激が入り、認知症の進行を遅らせてほしいというニーズが顕れてきている。今まで以上に認知症介護の専門性の向上を図る必要がある。 2.外食レクだけではなく、体操や手作業にも利用者様のやりたいという意欲を探り、運動体操を強化したり、塗り絵を脳トレに置き換えたりと、工夫できた。 3.ご家族にも、小規模での活動をご理解いただくため毎月の新聞発行を行えた。手作業だけではなく、健康維持に必要な事や、感染予防の促しなど発信できた。 4.運営推進会議はコロナウィルス感染拡大のため対面で外部評価を伺える機会が３度ではあったが、新聞や満足度調査を発信し、ご意見を頂きながら、小規模のPRに繋げられた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
適切な収支差益を確保する。	事業所	★1	居宅支援事業所との信頼関係を強化するために定期訪問し、複合施設の強みや利用事例など伝える。	施設長/ケアマネジャー	①月/2回以上　地域包括などへ訪問する ②事業所新聞などのツールを使用して情報を伝える。③営業先の事業者から地域・利用者ニーズを聞き取る。				振り返り	①月/2回以上　地域包括などへ訪問する ②事業所新聞などのツールを使用して情報を伝える。③営業先の事業者から地域・利用者ニーズを聞き取る。				振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	目標件数に達成したか稼働会議にて確認する	施設長/ケアマネジャー	①会計会議前に目標稼働に達成したか評価・翌月の対策を立てる				振り返り	①会計会議前に目標件数に達成したか評価・翌月の対策を立てる				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	事業所	★3	訪問・通い・宿泊サービス時に利用者様のニーズを把握する	リーダー/介護職	・つぶやきから次のサービスにつながる対策・実施・評価を行う（月/1件以上）				振り返り	・つぶやきから次のサービスにつながる対策・実施・評価を行う（月/1件以上）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・実施した取り組みについての、効果の確認や稼働率との結びつきが弱い。 ・地域ニーズと、利用者ニーズがサービスに反映されていないため、稼働向上に繋がらない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価					７月-９月評価				１０月-１２月評価			
					1.定期訪問ができていなかった。 2.予定通りできた。 3.つぶやきの件数が少なく、利用者様のニーズを捉えることが不十分である。					1.予定通りできた。 2.予定通りできた。 3.つぶやきの件数が少なく、利用者様のニーズを捉えることが不十分である。				1.予定通りできた。 2.予定通りできた。 3.つぶやきの件数が少なく、利用者様のニーズを捉えることが不十分である。			

事業報告	◎平均稼働率　87.4% GH・特養に空きが出た時に迅速に連携し入所に繋げたことが、稼働率が低くなった要因である。定期的な営業の継続が必要である。 1-1.ケアマネにより、日ごろから自宅訪問や、包括、地域病院との関わりを持ち、いざという時の小規模として営業を行えた。 体調不良のためキャンセルが出た際は、泊り利用を追加したり、違う曜日での追加利用などで補うよう努力した。また、複合施設のため、身体の状況や、ニーズくみとり、特養やグループホームへの移行に繋げられた。 1-2.訪問・電話にて、ご紹介いただいた新規利用者様の利用状況・ご様子をお伝えし、空き状況を伝えている。ご本人・ご家族の状況・ニーズの変化に応じて、速やかに特養相談員と連携していることを強調して伝えることができた。 2.目標件数を達成していない場合はその原因を毎月分析し、次月の取り組みに繋げている。 3.ご本人のニーズを掘り起こす意識が低く、サービスについてのご本人の希望に関する記録やつぶやきを意識して挙げることができていない。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	小規模多機能居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保と対策	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時） ②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	△	△	○	△	△	△	○	○	○	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症に対する教育ができた。 2.3.長期間停電のシミュレーションは計画通りに行うことが出来なかった。危険個所の把握に関しては、事業所全体的に把握できているが不十分である。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.下半期でのシミュレーション訓練実施を目指して計画の立案と、危険個所の再度の洗い出しが必要となっている。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.シミュレーションの機会を増やす必要がある。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1.感染対策の教育ができた。 2.新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3.危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアを無くす。	エリア	★1	全職員（パートも含む）に目的を周知した上で利用者体験を実施する。<エリア必須研修>	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	①必須研修内での他事業所での利用者体験実施②研修内での振りかえり③研修からの気づきの提案を自事業所内で展開する *経験年数に応じ利用者体験を行う事業所を変更する。							予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
							評価	評価	評価	評価	評価	評価					
					◎		○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	
	エリア	2	ユマニチュードについての勉強会を実施して学んだことの実践を行う。	教育担当/介護長	年間スケジュール・資料作成	ユマニチュードの基礎をDVDや講義で学ぶ（座学）		得た知識から各事業所で実践する		報告会の開催	ユマニチュード委員会のチームをつくり各事業所で展開する		予備期間	振り返り	次年度準備		各管理者
									評価	評価		評価					
					◎	○	○		○	○	○	○	○	○	○	●	
	エリア	★3	接遇・マナーを良くするため、勉強会を行い、ロールプレイにて自分の対応を知る。	通所Ｌ会議出席者/全職員	リーダーによるマナー勉強会	事業所勉強会 テスト作成	マナーテスト	テスト振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（帰宅願望者対応）	ロールプレイ（認知症状により繰り返される方）	振り返り ロールプレイ内容	ロールプレイ（同時に依頼があった時）	ロールプレイ（拒否のある方）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○	◎	◎	○	×	○	○	○	○	○	●	
	事業所	4	不適切な言葉がけ・ケアとは何か具体的に提示し、教育を実施する。	リーダー/介護職	勉強会実施 4月：正職員 5月：非常勤職員		月1回/事業所内会議（正職員） 月2回/（非常勤職員） 接遇面へつなげる			振り返り	月1回/事業所内会議（正職員） 月2回/（非常勤職員） 接遇面へつなげる		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							評価	評価	評価		評価	評価					
					○	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・利用者様の視点に立ったケアの理解が不十分である。 ・認知症の利用者様に対するケアの方法を知らない。 ・研修で学んだことが職員個人で完結する形となっており、事業所単位での改善につながっていない ・通所事業所は、利用者様はお客様であるという意識が特に必要であるが、職員の認識が弱い。 ・不適切な言葉がけ、言葉遣いとは何か具体的に理解できていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3.4. 予定通りできた。接遇マナーの勉強会、資料の読み合わせ、感想記入。 4. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3. 予定通りできた。日頃の自分自身の言葉づかい等振り返ることができた。 4. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3. 予定通りできた。 4. 予定通りできた。言葉遣い等が気になる職員には適宜個別に指導を行った。	

事業報告	◎不適切ケア:0件。 1.エリア研修には予定していた職員は参加できたが、パート職員は人数が多いため全員参加することができなかった。短時間パートには資料を配布しリーダーが伝達研修を実施した。 2.研修から学んだことを認知症ケアに生かすことができた。 3.リーダー会議内での資料作成が遅れてしまった期間があったが、予定通り実施することができた。 4.予定通り実施できたが、デイサービス会議に参加していない短時間パート職員への教育はリーダーからの声掛け・個別指導という形になった。また、対応困難事例に関しては、職員がお互いに声を掛け合いながら対応を検討したり、日々の申し送りにて確認し情報共有することでケアに繋げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離施設事故を0にするために、前年度の事故対策が継続されているか、対策リストを作成し、各施設に確認を行う。また、離施設事故のヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にて、各施設で対策リストが実行出来ているかを確認する。 2.離施設に関するヒヤリハットを上げ、対策リストに追加する。 3.新たな事故があった場合は、対策リストに追加する。									振り返り	次年度準備		通所部門担当管理者
					対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック	対策リストチェック				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	●	
	エリア	2	職員の気付きの視点を多くして、事故防止を図るため、他事業所のヒヤリハット情報から、強化する対策を決定し、自事業所で実行する。	通所Ｌ会議出席者/全職員	1.リーダー会議にてヒヤリハット情報から対策強化するものを決定する。 2.各事業所にて、強化するヒヤリハットを共有し、対策を実行する。同様のヒヤリハットをあげる。									振り返り	次年度準備		管理者
						前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価	前月評価				
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	●	
	事業所	3	安全運転教育を実施する。	リーダー/相談員・リハビリ職	担当者割り振り	安全な運転とは	車の死角について	事故の多い場所	交通ルールについて	かもしれない運転について	運転チェック	雪道・凍結路の運転について	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					×	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎		○	●	
	事業所	4	送迎経路内の危険個所や注意箇所を収集し、職員間で情報共有する。	リーダー/相談員・リハビリ職	○事業所内会議にて周知 月1回/事業所内会議（正職員） 月2回/（非常勤職員）			—	—	振り返り 地図の更新	○事業所内会議、周知 月1回/事業所内会議 （正職員） 月2回/（非常勤職員）		予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○			◎	○	◎	◎		○	●	
	事業所	★5	自宅で入浴できるよう、入浴・機能訓練を行う。	リーダー/リハビリ職	①入浴希望者の自宅設備把握 ②自宅入浴移行可能者を選定 ③目標までの過程を利用者と検討 ④入浴場面へリハ職が入る ⑤可否を毎月利用者と評価する				前期活動の評価 左記工程問題あれば変更	①入浴希望者の自宅設備把握 ②自宅入浴移行可能者を選定 ③目標までの過程を利用者と検討 ④入浴場面へリハ職が入る ⑤可否を毎月利用者と評価する				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）離施設事故0とならなかった。離施設に対する意識が弱いため、エリアで情報共有を行い対策の強化をする必要がある ・2020年度より）ヒヤリハットの情報共有を行ったが、共有のみで終わっているため、自施設でも同様のことがないか検証し、対策およびヒヤリハットの目を養う必要がある。 ・2020年度より）車両事故が０件にならず、繰り返されている。 ・運転業務は個々の能力にバラつきがあり、知識が不十分。 ・個別リハビリの要望に応えられていない。新たな加算算定に対応する体制になっていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.2.予定通りできた。 3.4.予定通りできた。	1.2.3.4.予定通りできた。 ヒヤリハットをあげることで、気付きも多くなり、重大な事故は発生していない。	1.リスクの高い方をピックアップすることで離施設を防ぐことができている。 2.予定通りできた。 3.予定通りできた。 4.予定通りできた。	

事業報告	◎重大事故件数：0件。 1.2.通所リーダー会議内において毎月、実施することができた。事業所でも取り組み、離施設や重大な事故は発生しなかった。 3.年間を通して安全運転教育には力を入れ、勉強会やテストを実施することができた。悪天候の日や冬季は朝礼にて注意事項を伝え、より運転に集中するよう促した。大きな車両事故は発生しなかった。 4.送迎経路の危険個所を洗い出し、情報共有することができた。 5.要支援の利用者様2名に効果があり、デイサービスの入浴は中止し、自宅での入浴可能となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員一人一人が情報を共有し、利用者様一人一人の利用目的を理解した上でケアを提供する。	エリア	★1	通所・SS：利用者様の嗜好を知り、食べる楽しみが増えていくよう改善する（献立・食材の大きさ・盛り付け・味付けの変更を含む）。	各管理者/栄養士	―	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	―	嗜好調査票内容検討・決定	嗜好調査実施・改善開始	効果測定（写真・試食）	―	振り返り	次年度準備		各管理者
						○	○	○		△	△	△			○	●	
	事業所	2	サービス担当者会議に出席し、利用者様自身、ご家族、ケアマネージャーの望むことを確認し、ケアに活かす。	相談員/リーダー・リハビリ職員	サービス担当者会議への出席・聞き取った内容からカンファレンスを行う									振り返り	次年度準備		施設長
						ケアプランへの反映	効果確認		ケアプランへの反映	効果確認		ケアプランへの反映	効果確認				
						○	○		○	○		○	○		○	●	
	事業所	3	利用時に利用者様の言葉に耳を傾け、何気ないひとことを吸い上げる。つぶやきを活用し、利用者様の意欲向上を図る。	リーダー/介護職	つぶやきについての勉強会	つぶやきの収集ルールの作成	・日々のつぶやきの吸い上げ ・日々の申し送りにてつぶやきを確認し、対策検討する。						予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査	効果確認	効果確認	効果確認	効果確認	満足度調査					
					△	○	◎	◎	○	○	○	○	○		○	●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・食事面において利用者様の好みは何であるのか、それについて追求・改善がなされていない。 ・業務優先してしまうことがあり、利用者様一人一人の声に耳を傾けられていない。 ・職員の勤務時間がバラバラであるため、情報共有が難しく共通理解が不十分である。 ・2020年度より）つぶやきの活用が上手くできず利用者様の意欲を向上させることが不十分である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価				１０月-１２月評価					
					1.予定通りできたが、稼働に結び付くような効果は得られなかった。 2.予定通りできた。 3.予定通りできた。			1.予定通りできたが、稼働に結び付くような効果は得られなかった。 2.予定通りできたが、書面、電話でのやり取りが多かった。 3.予定通りできた。				1.　予定通りできた。 2.　予定通りできた。 3.　予定通りできた。食事について口頭で聞き取りを行い、個別に食事量を変更する等の対応ができた。			

事業報告	◎職員一人一人が情報を共有し、利用者様一人一人の利用目的を理解した上でケアを提供するにおいて、ほぼ予定通り実施することができた。 1.利用者様に直接、聞き取る形で嗜好調査を実施し、すぐに改善につなげることができた。年1回の調査となってしまったため、管理栄養士と協力し、来年度に繋げていきたい。 2.サービス担当者会議には相談員、リーダー、リハビリ職員が出席しケアマネージャーやご家族との情報共有をすることができた。コロナウイルスの影響で会議自体ができないこともあったが、書面でのやり取りを実施し、デイサービスでのご様子をスムーズに伝達することができた。タブレットで撮影した動画も活用することができた。 3.つぶやきについての勉強会は実施することができず、書面や会議での説明となった。満足度調査の結果と絡ませて、特に食事に関するつぶやきに重点を置き、利用者様に聞き取り調査をすることで個々の意見を吸い取り、すぐに対応することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
常に向上心を忘れず、マンネリ化を防ぎ利用者様・職員の意欲を引き出す。	事業所	1	利用者様の動向に合わせて、運動メニューの改善や機器の配置換えを実施する。	リーダー/介護職・リハビリ職・相談員	利用者様の声を吸い上げる	運動メニューの見直し	アンケートの実施	新メニューの立案・実施		メニューの効果・評価	ケアマネ・ご家族へのPR	新メニューの考案	効果の確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	△	△	△	○	○		○	●	
	事業所	2	利用者様の今昔の生活を知ることで理解を深める。	リーダー/介護職・リハビリ職・相談員	資料作成	昔の塩尻市の様子についての勉強会		事例検討会の開催	検討会からの実践 評価・効果確認	事例検討会の開催	検討会からの実践 評価・効果確認	事例検討会の開催	検討会からの実践 評価・効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎	◎	△	△	△	△	○	○		○	●	
	事業所	★3	業務の見直しを行い、職員自身もマンネリ化することなく働きやすい環境を作る。	リーダー/介護職・リハビリ職・相談員	職員からの意見収集	業務フローの見直し	新しい業務フローにて業務実施				職員からの意見収集	業務フローの見直し	実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	●	
	事業所	★4	脳若の提供で認知症予防を図る	リーダー/介護職・リハビリ職	①週/1回　脳若教室を開催　②週/1回　後任者の教育 ③　外部へアピールする（八番町または市民タイムズなど）7月						①週/1回以上　脳若教室を開催 ③　外部へアピールする　12月			振り返り	次年度準備		施設長
							満足度調査（6月）集計（7月）		振り返り（8月）下期戦略（9月）			満足度調査（11月）集計（12月）					
					○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	●	
	施設	5	地域住民の健康維持と介護予防を図る	リーダー/栄養士・リハ職・看護職・ケアマネ・ハウスM・歯科衛生士	地域へ広報	①4月、6月、8月、10月　（健康教室ちらし、区長に配布） ②5月、7月、9月、11月（健康教室、予防教室開催） ③、②実施後にアンケート、反省会（区長交える）								振り返り	次年度準備		施設長
															○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用者様の生活歴を知ることはおおむねできたが、生活の背景にある日本の歴史を知ることはまだ十分にできなかったため継続する。 ・日々の業務に追われ、今の方法がベストだと思い込み改善しようとしない。 ・職員間で検討できる時間が不足している。 ・職員のマンネリ化防止、仕事に対するモチベーションを継続することが難しい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.十分に実施できなかった。 2.3.4.予定通りできたが、十分な効果が得られなかった。 5.感染症の終息が見込めず、延期した為、十分実施できなかった。	1.十分に実施できなかった。 2.3.4.予定通りできたが、十分な効果が得られなかった。 5.感染症の終息が見込めず、延期した為、十分実施できなかった。	1.　予定通りできた。 2.　予定通りできた。 3.　予定通りできた。 4.　予定通りできた。 5.感染症の終息が見込めず、延期した為、十分実施できなかった。	

事業報告	◎十分な取り組みを行うことができず、来年度への課題が残る結果となった。 1.十分に実施することができなかったため、来年度の事業計画内にて実施する。 2.事例検討会という名目では実施することはできなかったが、日々の申し送りにて利用者様のケア方法の確認をすることができた。 3.職員が日々、業務をする中で気になったことや改善点を吸い上げ業務フローへ反映することができた。 4.月1回の脳若教室を開催しご好評をいただいた。後任者に関しては選定はしていたが、産休に入り計画通りに教育をすることができなかった。 5.新型コロナウィルス感染症の拡大の影響を受けて、地域での活動は全て中止となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様の「行きたい」「やってみたい」を実現できるデイサービスを目指す。	事業所	1	デイサービス全体のイベントを充実させ、利用者様の満足度向上を図る。	リーダー/介護職・リハビリ職・相談員	年間計画に沿って実施（ワーキングラリーなど）		見直し 効果確認	年間計画に沿って実施（外出イベントなど）		見直し 効果確認	年間計画に沿って実施（ワーキングラリーなど）		見直し 効果確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		○	●	
	事業所	2	自宅の様子から「これができたらもっといい」を引き出した個別のアクティビティを創る。	リーダー/リハビリ職	アクティビティの勉強会の開催	自宅訪問や担当者会議からの聞き取り 個別メニューの立案・実行			効果の確認・反省・見直し	自宅訪問や担当者会議からの聞き取り 個別メニューの立案・実行			効果の確認・反省・見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○		○	●	
	事業所	3	職員がサービスの担い手であるという統一した意識を持ちケアを提供する。	リーダー/介護職	何故取り組むかの勉強会の開催	個別の弱点の洗い出し	基本接遇研修	電話対応研修	運転マナー研修	送迎時の研修	言葉使いの研修	確認テストの開催	予備期間	振り返り	次年度準備		施設長
							効果確認										
					○	◎	○	○	◎	○	○	◎	◎		○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・運動に特化したＤＳの意識が高く、利用者様が本当に望んでいることの聞き取りができていない。 ・運動とリンクさせたレクリエーションが不十分である。 ・運動以外の利用目的が明確でない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3. 予定通りできた。	1. 予定通りできた。 2. 予定通りできた。 3. 予定通りできた。	

事業報告	◎相談員・介護職・看護職・リハビリ職が協力し、情報共有をしながら利用者様のケアにあたることができた。 1. 年間を通して様々なイベントを開催することができた。特に13階を利用してのお花見やウォーキングラリーは大変ご好評をいただいた。毎月のイベントカレンダーを利用者様に配布したことで、楽しみにされる姿や追加利用をする利用者様もいたため、満足度向上に繋がったと感じた。 2. リハビリ職員が中心となり、サービス担当者会議等で聞き取ってきた内容を元に個別機能訓練に繋げることができた。 3. 年間計画通り実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
居宅介護支援事業所の信頼を得て、選ばれる事業所をつくる。	エリア	1	居宅ケアマネとの信頼関係を強化し、地域ニーズに答える事業所となるために、効果があった取り組みを共有する。	通所相談員会議/相談員	ケアマネアンケートを実施する	結果より課題を明確にする。	立案した方法を各自で実施する。 相談員会議にて情報共有得た物の中から取り入れる。		新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	ケアマネアンケートにて効果が浸透してるか確認する。	結果より他事業所相談員のやり方を学ぶ	他相談員のやり方を取り入れ、実行する。		振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					◎	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎		○	●	
	エリア	★2	地域ニーズに合った営業方法を立案、実施し、新規件数を前年度より増やす。	通所相談員会議/相談員	営業方法（ツール）の検討	対策の実施	対策の実施	効果の確認、成功事例の水平展開	成功事例をモデルに対策の実施	成功事例をモデルに対策の実施	効果の確認、対策の立案	対策の実施	新規件数（前年度比）にて効果の検証を行う。	振り返り	次年度準備		通所相談員会議担当施設長
					新規件数の推移を確認												
					◎	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎		○	●	
	事業所	3	利用者ニーズを叶えることでの満足度の向上により、口コミでの新規獲得を狙う。	相談員/介護職・リハビリ職	リニューアル後の評価を行う	リニューアル後の評価を広報	利用者満足度にて塩尻デイ独自のニーズを把握	ニーズから具体的に実施可能な内容を検討	検討した内容の実施			実施してみての効果の確認	効果を営業時に広報	振り返り	来年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○	○	◎	○	○		○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・実施した取り組みについての、効果の確認や稼働率との結びつきが弱い。 ・地域ニーズと、利用者ニーズがサービスに反映されていないため、稼働向上に繋がらない。 ・通所相談員としての能力向上が稼働向上に必要である。 ・満足度調査にて、過去何度か同じ内容のマイナス意見を頂いている。これからの時代はより利用者満足度を上げ、選ばれる施設を目指す必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通りできた。 2.予定通りできたが、十分な効果を得ることができなかった。 3.予定通りできた。	1.予定通りできた。 2.予定通りできたが、十分な効果を得ることができなかった。 3.予定通りできた。	1.2.3. 予定通りできた。秋以降新規件数が増加している。	

事業報告	◎他事業所で効果があった取り組みを参考に営業方法等を改善することで、過去3年度に比べ多くの新規を獲得することができた。 1.タブレットを活用し、利用者様の機能訓練の様子など居宅ケアマネージャーに情報提供することができた。 2.3.満足度調査の要望に対し、細かいことでも一つ一つ対応することで、特に年度後半に新規件数が増加した。しかし新規の内、総合事業の割合が高く、稼働率や収益の向上には至らなかった。通所介護の新規を増やしていくために、要介護の方のニーズに応えていく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保と対策	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	●	
	施設	★2	長期間停電したらどうするかの地域住民を巻き込んだシミュレーションと訓練を実施する。	防災管理者/防火管理者	①地域の状況調査（長期停電時） ②区長に災害を想定した訓練の協力依頼をする		災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	災害シミュレーションの見直し	災害シミュレーションのアナウンス	災害シミュレーションの実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○	△	△	△	○	△	△	△		○	●	
	施設	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長/防災係もしくはリーダー	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	－	設置後の安全評価	設置後の評価からの改善	物品の購入（再検討）物品を設置	－	実施後の安全評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	◎		○	○	○		○		○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症に対する教育ができた。 2.3.長期間停電のシミュレーションは計画通りに行うことが出来なかった。危険個所の把握に関しては、事業所全体的に把握できているは不十分である。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.下半期でのシミュレーション訓練実施を目指して計画の立案と、危険個所の再度の洗い出しが必要となっている。	1.感染症に対する教育ができた。 2.3.シミュレーションの機会を増やす必要がある。	

事業報告	◎災害時のライフラインの確保はできていないため、次年度再検討が必要である。 1.感染対策の教育ができた。 2.新型コロナ感染症に伴い、住民を巻き込んでシミュレーションを行うことはできなかったが、防災管理者においてシミュレーションをした。 3.危険個所の把握をすることができたが、対策が不十分な箇所がある。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切な保育をなくす	法人	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に活かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	主幹保育教諭	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする												
					チェックリスト実行・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を各自実践	チェックリスト確認・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	職員同士のコミュニケーションを図り、保育での悩み等を言いやすい環境づくりをする。	主幹保育教諭／保育教諭	０，１歳児クラス・２歳児クラス・以上児クラス　担任話し合い（月1回）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○		次年度準備		園長
					対応策の共有	—	面談	—	—	面談	—	—	面談	—			
					◎		◎			◎			◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・自己評価の基盤は、子どもの良さや可能性を、より深く色々な角度から捉えることができることであり、園全体で子どもや保育について多面的に捉え考えることが出来る環境が大切である。 ・職員がそれぞれの保育室で保育を行っている為、困ったことや悩みがあっても、他の職員に助けを求めたりすることが難しい。また、不適切な保育に気づけない可能性がある。 ・小規模園であり職員の異動もないため、馴れ合いになってしまう部分がある。 ・新人職員が環境に慣れるまでの過程で孤独感に陥りやすい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.週に1度、職員間の話し合いを行うことにより、見通しを持った保育計画や活動することが出来た。 2.新しい職員も少しずつ慣れてきている。	1.クラス内の悩みなどを職員全体で共有し、次週の保育で実践してみるなど、保育者一人ひとりが保育に生かすことが出来た。 2.予定通り行うことが出来た。	1.チェックリストを活用し、保育の振り返りはできた。しかし、時間の確保が難しく職員同士の共有がうまくいかない部分がある。 2.予定通り行うことが出来た。	

事業報告	◎不適切な保育は0件 1-1　保育中の様子を園長・主幹が中に入って様子を見たり、声がけをして保育の中での困りごとなどを拾い上げるよう努めたり、担任以外の職員の客観的な声に耳を傾けた。 1-2　自分の保育観や職員主導ではなく、子どもを中心に考える、子どもが決められる環境をその都度、職員間で確認をしている。 2　昨年度より職員の入れ替わりがあり、年度当初はコミュニケーションのぎこちなさも見られたが、徐々にスムーズになってきた。職員間の話し合いでは意見が出にくいが、少しづつ自分の意見も出せるようになってきている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	遊戯室・園庭の環境を見直し、安全に遊べることを目指す。	主幹保育教諭/保育教諭	使い方の検討	使い方の掲示・伝達	―	4～6月振り返り検討	ルールの伝達	―	7～9月振り返り検討	ルールの伝達	―	10～12月振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎		◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	
	事業所	2	交通ルールを含めた散歩マップの作成をし、危険箇所の情報共有	主幹保育教諭／保育教諭	散歩コースの下見散歩マップの作成	作成したマップを実際に使用、職員への周知	危険箇所情報収集	―	―	散歩コース・遠足下見、マップの見直し	職員への周知	情報収集	―	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	
	事業所	3	全職員がヒヤリハットを出し合い、危険な場所や行動の情報共有を図る。（付箋を使用し、ヒヤリハット表やノートを作成。前月のヒヤリハットを利用し、事故の置きやすい場所・時間・職員の動きを見直す。）	主幹保育教諭／保育教諭	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	職員会に確認	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	アレルギー児への食事提供方法を統一し、全職員が把握する。	主幹保育教諭／保育教諭	全アレルギー児一覧表の作成	―	職員会にて、対応の見直し・確認	―	職員会にて、対応の見直し・確認	―	職員会にて、対応の見直し・確認	―	職員会にて、対応の見直し・確認	振り返り	次年度準備		園長
					◎		◎		◎		◎		◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・築年数と共に、危険箇所に変化があるため、定期的に環境の見直しが必要である。 ・散歩コースや交通ルールを全職員で確認し、統一を図る必要がある。また、見やすい散歩マップの作成をし、こまめな情報共有を図る。 ・ヒヤリハットの収集はできるようになったが職員間の情報共有が不十分だったため、職員全体で共有し、保育に生かしていく必要がある。 ・アレルギー児への対応方法を職員会で確認しているが、途中入職の職員がいる事や、定期的に行うことでより安全に対応できるよう、確認の回数を増やす。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.危険箇所を写真で伝達することで、イメージしやすくなった。 2.気づいたヒヤリハットを付箋に貼る方法で情報共有がスムーズに出来た。 3.4.予定通り行うことが出来た。	1.2.予定通り行うことが出来た。 3.ヒヤリハットの気軽に記入することで挙がりやすくなった。また、確認後判を押すことで情報共有の様子が分かるようになった。 4.予定通り行うことが出来た。	1.ホールのでんの下や音響付近の環境の見直しを行った。 2.作成したお散歩マップを活用することが出来た。 3.予定通り行うことが出来た。	

事業報告	◎重大事故1件（散歩中の骨折事故） 2　下見を行うことで散歩や遠足に出かける際に、職員がイメージが付きやすく事故が起こった時にも対応しやすいことを実感している。 3-1　ヒヤリハットの収集が毎年の課題であるが、職員よりヒヤリハットを活用しやすくするためにファイルや付箋の活用を行っている。ISO審査にて審査員より気軽な収集方法をグッドポイントとして挙げて頂いたため、今後も継続するとともに保育部会で水平展開を行った。 3-2　開園から10年経つため、園庭遊具や室内遊具、器具の安全確認もこまめに行っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
常に子どもの気持ち・立場に立ってより良い保育とは何かを追及する	事業所	★1	子どもの発達段階を把握し、ねらいをもって保育をする。	主幹保育教諭／保育教諭	個々の発達段階やねらいを学年会で検討し、月案や週案に反映する。 情報共有することでアドバイスを受けたり、職員全体で子どもの姿を把握する。										次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	発達の特性について学び、療育施設や家庭と個々に合った手立てを共有する。	主幹保育教諭／保育教諭	こどもの特性・環境の把握	職員会にて確認	見学	研修報告共有	—	集団への参加方法を検討する。	—	見学	研修報告共有	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	○	○		○		○	○	◎	◎	◎	
	事業所	★3	発達の特性のある子と過ごす中で、優しさや思いやりを育み、周囲の子どもも含めた育ち合える環境づくりを行なう。	主幹保育教諭／保育教諭	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	こどもの姿の把握・共有 保育検討	振り返り	次年度準備 実施		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	職員教育の為の外部研修への参加 （研修実施月は講師の都合や、参加を希望する研修日程により変更の可能性あり）	主幹保育教諭／保育教諭	—	研修参加呼びかけ	外部研修参加	研修報告情報共有	外部研修参加	研修報告情報共有	—	外部研修参加	—	振り返り	次年度準備 研修計画をたてる		園長
						◎	◎	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎	
		5															

			4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・子どもの発達段階が把握できていない為、活動の見通しが持てず、単発的な活動になっている。 ・発達に特性のある子どもについて、支援会議を行っているが、協議した内容の周知が不十分である。 ・発達に特性のある子に対して、手を差し伸べる子どもが少ない。 ・保育方針の「や・か・たづくり」のたくましさを育てるため、職員の保育のスキルを高めたい。	3カ月評価（具体的な行動計画）	1.3歳以上児、3歳未満児に分かれ次週の摺り合わせや、悩みの共有を行い、保育の見通しが持てるようになってきた。 2.3.4.予定通り行うことが出来た。	1.予定通り行うことが出来た。 2.就学支援などで、養護学校や支援級の見学、就学の方向性を保護者と一緒に考えることが出来た。 3.4予定通り行うことが出来た。	1.2.3.個々に合った手立てや方向性を療育機関・行政と共有し、保育に反映した。 4.オンライン研修が充実し、リモートで参加する機会が増えている。	

事業報告	◎子どもの発達特性について職員間で学ぶ機会を持つことが出来た。 2　発達に特性を持つ子どもに対して、療育期間や行政などとの支援会議を行うことで、発達や方向性を共有することが出来た。 3　発達に特性を持つ子どもに対して、外部機関との連携は行ったが、担当以外の情報共有が行き届かない部分があった。延長保育などで他の職員も一緒に過ごす事がある為、今後はこまめな情報共有を行っていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
法人、エリア、事業所で自信と誇りが持てるサービスの強みは何かを考え、皆で創り上げる。	事業所	1	介護交流）高齢者施設と併設のメリットを生かし、介護交流を持つ中で優しさや思いやりを育む	主幹保育教諭／保育教諭	交流計画作成	交流打ち合わせ	介護施設との交流	介護施設との交流	介護施設との交流	介護交流（運動会）	介護交流ハロウィン	介護施設との交流	介護施設との交流	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	○	○	○	◎	○	○	◎			
	事業所	★2	保育）保育研究を行い、保育の質の向上につなげる	主幹保育教諭／保育教諭	―			保育研究 園内公開保育	保育研究	保育研究	―	園内公開保育	―	振り返り	次年度準備		園長
								△	△	△		△		◎			
	事業所	3	食育）食に興味をもつ	主幹保育教諭／保育教諭	給食会議実施 食育教材 栽培物の決定	給食会議実施 食育教材 畑の手入れ	給食会議実施 食育教材 畑の手入れ	給食会議実施 食育教材 収穫調理	給食会議実施 食育教材 収穫調理	給食会議実施 食育教材 収穫調理	給食会議実施 食育教材 収穫調理	給食会議実施 食育教材 畑の片付け	給食会議実施 食育教材 ―	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
	事業所	4	職員）こまめな情報共有と研修の機会	主幹保育教諭	定例職員会（月一回）担任職員対象・0,1歳・2歳・以上児担任話し合い（月1回） ―	全職員職員会	―	全職員職員会	職員満足度調査	全職員職員会	―	全職員職員会	職員満足度調査	振り返り	次年度準備		園長
						◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎			
	事業所	5	感染症対策を講じながら子育て支援を行う	主幹保育教諭	パンフレット設置	未就園児対象 ふれ愛 ひろば	未就園児対象 ふれ愛 ひろば	未就園児対象 ふれ愛 ひろば	未就園児対象 ふれ愛 ひろば	未就園児対象 ふれ愛 ひろば	子育て相談（随時）	子育て相談（随時）	子育て相談（随時）	振り返り	次年度準備		園長
					◎	△	△	○	△	△	○	○	○	◎			

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護交流についての目的や計画が明確でないため、必要性や効果について職員の理解が浅い。計画作成や打ち合わせの時間を確保した上で交流を行い、優しさや思いやりを育む保育を目指す。 ・野菜や食べ物の正確な名前を知らない子が多いため、畑作り等を通して、食に興味を持って欲しい願いがある。 ・全体会の回数を増やし、職員の情報共有、意思統一の向上を目指す。 ・コロナ禍で園開放などの機会が減り、例年に比べて新3歳児の申し込みが減少している。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.2.予定通り行うことが出来た。 3.調理は感染予防のため控え、収穫・手入れを中心に行った。 4.予定通り行うことが出来た。 5.ふれ愛・ひろばは感染警戒レベルにより開催を見合わせた。	７月-９月評価 1.予定通り行うことが出来た。 2.保育のエピソードから職員間で考える時間を作った。 3.毎月の給食会議で話し合う、メニューの見直しや味の調整が日々の食事に反映されている。	１０月-１２月評価 1.非接触での交流を考え実施した。 2.エピソードから考える時間を作った。 3.感謝の気持ちを込めて畑の片づけをすることが出来た。 4.5.予定通り行うことが出来た。	

事業報告	◎感染症対策を講じながら出来る事を職員間で考え実施した。 2　職員が入職したばかりということや、職員不足で時間の確保が難しく、保育研究まで余力を持つことがなかなか難しかった。 3　食育について、感染症対策のため調理を行うことが出来なかったが、収穫した野菜を家庭に持ち帰り、保護者と一緒に喜んだり、食卓に自分が育てた野菜が並ぶことで、これまで苦手だった野菜を食べることが出来たなどの効果があった。 5　未就園児対象のふれ愛・ひろばは、感染症流行期には実施することが出来なかった。3回の実施の中では開催を楽しみにして下さる親子が継続して参加して下さる様子があった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員を安定的に確保する	事業所	★1	サン・サンこども園の知名度を上げる取り組み	主幹保育教諭	パンフレット設置	—	実習生の受け入れ（1人以上）	パンフレット設置	広告掲載	パンフレット設置	—	実習生の受け入れ（1人以上）	—	振り返り	次年度準備		園長
					○		◎	○	◎	◎		◎		◎	◎	◎	
	事業所	★2	職員間のコミュニケーション	主幹保育教諭	全体職員会	歓迎会	正職員面談	暑気払い	—	全体職員会	パート職面談	全体職員会	—	振り返り	次年度準備		園長
					◎		◎	△		○	○	◎		◎	◎	◎	
	事業所	★3	園ホームページの活用	園長	新年度情報の更新	ブログの更新	ブログの更新	ブログの更新	情報の更新	ブログの更新	ブログの更新	ブログの更新	情報の更新	振り返り	次年度準備		主幹
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	働きやすい職場環境づくり	園長	職場内ルール説明	内部研修福利厚生制度活用案内	正職員面談	冷茶提供	冷茶提供	冷茶提供	パート職面談	外部研修参加	有給休暇残日数案内	振り返り	次年度準備		主幹
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・年度途中での退職が続き、やむを得ず配置転換を行った。子どもとの信頼関係や保育・教育の継続性を考え、職員の安定・確保に努める必要がある。 ・職員の退職が続く一方で、職員の確保が難しい。職員が長く働きたいと思える職場環境づくり、新たな人材の確保が課題である。また、配置人員に余裕を持つことで職員の体調不良等に対応するとともに、保育の質の向上のための時間を確保したい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実習生を4名受け入れた。 2.職員全体の把握に努め、コミュニケーションを大事に実行した。 3.4.予定通り行うことが出来た。	1.2.予定通り行うことが出来た。 3.ブログを通じて、園の良さや活動を発信することができた。 4.予定通り行うことが出来た。	1.実習生を3名受け入れた。 2.コロナは落ち着いていたが、職員のコミュニケーションは食事会などを開くことが出来ないため、取り辛い部分がある。 3.4.予定通り行うことが出来た。	

事業報告	◎職員の確保は困難であったが、在職中の職員の安定を図ることが出来た。 2-1　昨年度より職員の入れ替わりがあったが、新規職員も慣れて昨年度と比較すると安定した1年を送ることが出来た。 2-2　延長保育対応職員が雇用に繋がらず、日勤職員が朝夕も対応する勤務が続いている。その為、職員の情報共有の時間が確保出来ないため、職員間のコミュニケーション不足を感じている。 2-4　保育士が不足しており、保育士の働きやすい環境を求められている。事業所内で出来ることを行なっていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル塩尻
事業所名	幼保連携型認定こども園　サン・サンこども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害や感染症の蔓延に対応できる管理体制を構築する。	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	主幹保育教諭／保育教諭	担当者決定チェック表作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉②主幹・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		園長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	施設	★2	発電機（ガソリン式の発電機や車から電源を取る発電機、ドラムリード）の購入とそれらを使用した災害シュミレーションを実施する。	介護長／防災係	電力確保の整備計画	予算の承認	電力確保の整備	災害シュミレーションの実施	実施後の評価	災害趣シュミレーションの見直し	災害シュミレーション	災害シュミレーションの実施	実施後の安評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	書棚、箪笥など危険を予測できる個所に転倒予防を講じる	介護長／防災係	災害マップの確認	危険個所の把握	物品の購入物品を設置	物品を設置	設置後の評価	設置後の評価からの改善	物品を設置	物品を設置	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	感染症に対する準備、予防策の実施	主幹保育教諭	緊急連絡網の整備	全体職員会にて予防策の周知徹底	感染予防研修への参加	感染時のシミュレーション	感染予防呼びかけ	感染予防呼びかけ	嘔吐処理訓練	手洗い講習会	感染予防呼びかけ	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保・周知ができていない。 ・建屋が13階建てであり地震による揺れが大きいと考えられるため家具等の転倒防止策が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.チェック表を活用し、感染対策を行うと共に、災害時の研修も行い、職員への意識付けが出来た。 2.3.4.予定通り行うことが出来た。	1.クラスでの感染対策は行い、チェックリストもしっかり対応されている。 2.研修を通して災害への意識も少しづつ高まってきている。 3.4.予定通り行うことが出来た。	1.チェック表を活用し、クラスの感染対策は継続できている。 2.3.予定通り行うことが出来た。 4.手洗い講習で、実際に体験したことで、感染予防の意識が変わった。	

事業報告	◎職員の感染症や防災への意識を高める事が出来た. 4-1　毎月、避難訓練を行っていたが、実際に建屋で警報機が鳴ると、どう動いたらよいか分からない職員が多かった。日頃の訓練について、臨場感を持って取り組む必要性を感じた。 4-2　他園での事件のニュース(送迎バスでの確認・点呼不足・刃物男侵入)などの事例を活かし、日頃から様々な場面に対応出来るような訓練が必要である。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンワイナリー
事業所名	圃場管理部門

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
販売本数24,720本 よいワインを、よいデザインで、お届けする。	事業所	1	圃場管理シートの改善	田村/藤沢	各自が作業をどこまで進められるか目標をもっておこなってもらうため、圃場管理シートに項目を増やし、管理する。目標と実績を記録することで日々のぶどうの成長や、作業の効率化を見えるようにする。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					管理シートの見直し	記録→データ化→分析→対策実施											
					○●	△	△	△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	圃場作業の動画によるマニュアル化	田村/藤沢	これまで口頭で作業手順を伝え、バラツキがみられたものを、動画による作業手順を見える化させて、職員がそれぞれに確認できる動画マニュアルを作成する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					撮影→編集→公開→修正												
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	東山圃場のリノベーション リンゴの品種を西洋リンゴに植え替える。 欧州系品種の植栽 ┗製品化　：ソーヴィニヨンブラン230本 ┗試験栽培：ケルナー20本　ピノ・グリ40本	田村/藤沢	本格的サイダー醸造のため、東山圃場のリンゴの品種を西洋系品種に変更していく。　　コンコードの区画から順次、欧州系品種へ木の植え替え、東山に適した品種を試験栽培する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					植栽 高接ぎ	管理→観察→品質チェック（製品化を目指す）											
					◎●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	
	事業所	4	品種ごとによる最適な樹形を整える 定点観察する樹木の選定。	田村/藤沢	品種ごとによる最適な剪定と作業効率を踏まえ、ブドウの成長を見ながら数年かけて樹形の統一化を図る。 週に一度（毎週金曜日）基準木の撮影を行い、日々の木の成長を記録する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					観察→撮影記録→分析→実施							剪定→誘引					
					△	△	△	△	△	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	5	■障がい者就労支援(年間) ■高齢者・子どもとのふれあい事業 ■取引先及び契約農家を含めた地域感謝イベント	田村/藤沢	障がい者就労支援や地域の高齢者、こどもとの交流機会の創出を積極的に行い、地域文化の担い手として開かれたワイナリー運営を行う。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					障がい者就労		法人職員研修	障がい者就労			こども園交流	地域イベント	障がい者就労				
					◎	◎	△	◎	◎	◎	△	△	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020より圃場管理シートをデータ化。作業記録でブドウの成長記録を記録・データ化するに至っていない。ぶどうの品質向上の記録・データ化・分析を行う。 ・口頭で作業内容を伝え、職員間にバラツキがあったため。 ・栽培している品種が限られ、ブレンドして新たな製品の開発をするため。特にコンコードの植栽を高価格帯で勝負できる品種に見直す必要があるため。 ・サスティナブルな取り組みの一つ、障がい者就労推進、できていなかった地域との交流イベントを行い、地域に還元するため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1　管理シートの見直しを図れたが、業務の調整ができず作業進捗が遅れた。 2,3,5　実施できた。 4　栽培技術として根拠がなく、研修が必要であった。	1　製品化のため、ラベル貼りに人員を割き、圃場作業が遅延、適切な時期に農薬散布ができなかった。 2,3,4,5　実施できた。	1　反省を踏まえ、作業内容をデータ化し業務調整緒を図れるようにできた。 2,3,4,5　実施できた。	

事業報告	◎販売本数31,966本で達成した。 1　年間の作業スケジュールをスプレッドシートで管理したが、圃場作業に遅れが発生した。限られた人員で効率的に業務を行えるようデータ化を進め、ワイナリー全体で圃場管理への協力体制をつくる。 2　作業内容を動画撮影することで、機械の操作方法や手順をわかりやすくすることができた。 3　栽培している品種が限られていた。特にコンコードは高価格帯で製品化が見込める品種への転換を図ることができている。（5年後発売予定） 4　これまでの作業の繰り返しからの脱却として、栽培の研修参加・参考図書の読み合わせを実施し、年度後半には、根拠を持った剪定・誘引ができるようになり、樹液の流れを見ながら樹形を整えることができるようになった。 5　農福連携を進め、障がい者就労の機会として活用した。昨年冬場の作業がなくなった部分を業務の洗い出しを行い、分業することで就労機会を創出することができた。地域イベントはコロナ禍で実施できなかった。。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンワイナリー
事業所名	醸造管理部門

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
販売本数24,720本 よいワインを、よいデザインで、お届けする。	事業所	1	製造工程における潜在的危害（HA危害要因分析）に基づき、危害の発生防止につながる特に重要な工程（CCP重要管理点）を継続的に監視・記録する工程管理（HACCP）を行い、食の安全に対する品質向上をはかる。	田村/山﨑	製造・加工・装置・設備・原材料・工程に関わる人・食品の取り扱い・検査・トレーサビリティ(製品を追跡調査できる状態)を適切にし、それらを管理・記録すること 危害要因→監視・記録→分析・対応 ◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	振り返り ◎	次年度準備 ◎	◎	山本AGM
	事業所	2	ワインコンクールへの出品 長野県原産地呼称管理制度への出品	田村/山﨑	質の高いワインをお届けできるよう、自己研鑽のために各種ワインコンクールへの出品を行う。今年度は海外への出品も視野に検討する。チェックは申込完了とする。 JWCコンクール △●	JWCチャレンジ ◎●	シードルコンクール ○●	NAC ○●	IWC ○				NAC ○●	振り返り ○	次年度準備 ○	○	山本AGM
	事業所	3	新商材の開発①　甘味果実酒 ┗コンコード：ポートワイン ┗ウメ（原材料収穫できるか要判断） ┗カリン（原材料収穫できるか要判断）	田村/藤沢	甘味果実酒の市場ニーズ調査を行い、売り先を想定した醸造を行う。圃場管理と連携して原材料の栽培・収穫量を把握する。 ウメ収穫 △					ポートワイン開発 △		カリン収穫 △		振り返り ○	次年度準備 ○	○	山本AGM
	事業所	4	新商材の開発②　はちみつ酒「ミード」 ┗開発の見通し、2022.4より醸造に移行	田村/山﨑	ミード（蜂蜜酒）の可能性を探り、全国ではちみつ生産量1位の長野県、地域の優位性を生かして人類最古のお酒「ミード」の開発を長野県工業情報総合センターと協働で開発して、商品化できるか検討する。長野県の新しいお土産の開発につなげられるか、検討する。 ミード市場調査 ◎●	ミード試験醸造 ◎	ミード試験醸造 ◎	ミード試験醸造 ◎	商品化判断 △			養蜂家契約 ×	醸造準備 ×	振り返り ○	次年度準備 ○	○	山本AGM
	事業所	★5	ガスの充填工程で工賃を取れる業務提案 ┗ワイナリーの業務を圧迫しない範囲で検討する。	田村/山本か	ガス充填を工賃を取って請負、ワイナリーの収益改善につなげる。 酒税法の取り扱いを確認の上、工賃による収益改善ができる仕組みをつくる。 料金プラン策定 ●	営業→業務受託								振り返り ○	次年度準備 ○	○	山本AGM

なぜ、取り組むのか？（原因）	・食品衛生法のHACCP管理対応の衛生管理を行い、安心・安全を消費者に届けるため。 ・自社製品の外部評価を受け、さらに品質向上につなげる必要があるため。 ・ワインでは収差がとりにくく、甘味果実酒による収益改善が必要であるため。 ・信州の地の利を生かした商材開発で、特産品を生み出すため。 ・ミードはワイン醸造期間とバッティングしないことと、現在の醸造設備を使えるため。 ・ワイン醸造ではなく、工賃による収益事業を立ち上げ、収益の改善を図るため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2,4　実施できた。 3　梅の収穫なし、栽培方法の見直しを次年度行う。 5　ガス充填による工賃収入は次年度に繰り越し検討	1,2　実施できた。 4　ミードの試験醸造に時間がかかり、次年度商品化判断を行う。	1　実施できた。 2　JWCにおいて、金賞を受賞することができた。	

事業報告	◎販売本数31,966本で達成した。 1　HACCP管理は、記録・評価が定着した。今後はデータ化できる記録管理方法の導入や、さらなる衛生管理の徹底が必要となる。 2　JWCで「スパークリング　ドゥミセックブラン2017」が金賞を受賞した。コロナ禍で開催自体されないコンクールもあるが、今後も継続して出品し、品質向上及び、知名度向上の機会としていく。 3　梅・カリンの収穫見込みが立たない。次年度ポートワインの開発製造を継続するかどうか検討することとした。 4　ミードについては、長野県工業技術センターに依頼して試験醸造をしてもらっている。発酵管理に課題があり、次年度まで時間がかかるとのことで、商品化については１年後を予定している。 5　ガスの充填工程を工賃収入減とすることについては、次年度に繰り越すこととなった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンワイナリー
事業所名	全体

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
持続可能な事業運営をめざす見える組織力と人材育成	事業所	1	ワイナリー内研修の実施 ■シフトに研修日を指定する。 ■外部研修の報告会は、随時日程調整を図る。	田村/山本ひ	研修企画→実施→ふりかえり								研修実施	振り返り	次年度準備		山本AGM
					○	○	△	○	△				◎	○	○	◎	
	事業所	2	【月一回】IP（情報企画）会議実施 （全職員が参加し、情報の共有と企画戦略を練る。）	田村/武藤	職員間の情報共有と、各種イベントや企画のアイデアを出す会議。 毎月第2火曜日・13時～14時までの1時間を定例開催する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					定期開催→議事録check												
					◎	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	
	事業所	3	【毎月21日】S（スケジューリング）会議 （各部門担当責任者1名参加、スケジュール調整を行い、業務の連携を図る。）	武藤/田村	業務の進捗状況を確認し、各部署間で協力体制をとるためのスケジュール調整を行う会議。毎月21日(休日であればその前日)に30分間を定例開催する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					S会議の実施→検証												
					◎	○	△	○	△	○	△	○	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	職場環境を向上させるための手順書の作成・運用管理（ワイナリー職員の発案による課題を検討して作成。自浄力醸成）	田村/小林	皆が共通の認識をし、担当者が不在でも対応、取り組めるような手順書を作成して運用管理する。特に職場環境向上のための手順書やお客様対応の手順書など。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					手順書作成選考	手順書準備	手順書策定	実施 運用確認			手順書作成選考	手順書準備	手順書策定				
					◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・研修実施が不十分であり、向学心を持ち新しいことにチャレンジする原動力のため。 ・IP会議が報告会となっており、検討できる質に向上させ、職員が事業運営に関われため。 ・スケジュール管理が各部門間ですり合わせ、業務のスリム化・連携をとるため。 ・各自の判断ではなく、手順書を職員間で作成し、水準を統一自浄力を向上させるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1　研修を実施したが、内容面で精査が必要であった 2,3,4　実施できた。	1　作業内容の研修に終わってしまい、栽培技術や醸造に関する内容の深堀が必要と思われる。 2,3,4　実施できた。	1　栽培技術に関する専門家による研修や、参考図書の読み合わせ研修を行い、職員自ら学ぶ風土となった 2,3,4　実施できた。	

事業報告	◎研修の実施を進め、職員自ら学び根拠のある栽培技術の取得ができる風土となった。 1　研修を企画実施できた。前半はどんな研修内容が必要なのか、視点が持てていなかったが11月より栽培に関する資料を整え、まずは自分たちで学んだうえで外部講師を呼ぶことで、充実した研修・次年度の栽培計画に反映できた。 2　全体で課題を共有して事業を進めることができた。イベント企画がコロナ禍でやりにくいため、次年度開催に向け検討できた。 3　スケジュール調整をするうえで、基礎データがなくその日その日の作業となってしまうこともあった。収穫後にデータ化を進められる農作業アプリ導入に向け、データ化をスタート。2022年度は計画・実績をデータで管理できる体制をつくれた。 4　衛生管理手順についてHACCP管理を行い、記録・承認ができた。紙ベースでの決裁となっており、今後データ化を視野に進める。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンワイナリー
事業所名	総務企画部門

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年間売上目標 5,300万円 令和五年度の適正な収支バランスの黒字化を目指す。	事業所	★1	ブランディング戦略 ■ブランドブックの策定 ┗ブランドアイデンティティ ┗商品構成の見直し ┗ラベルデザインの統一	武藤/田村	ブランドとしての統一感を持ち、販売できる体制を整える。 2022年4月以降、ブランドブックに沿った販売運用を開始する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					アイデンティティ	商品構成	ラベルデザイン	ブランドブック	商材開発への適用								
					△	○	△	△	△	△	△	△	△	○	○	○	
	事業所	2	外商力の向上 プレスリリース（想定3回） ■ワイナリー１０周年（ブランドブック策定後） ■サスティナブルなワイナリー（障がい者就労） ■新規商材開発、発表	田村/武藤	展示会・商談会・催事出展・イベントからのＢtoＢ取引の強化（外商力の向上） 営業電話を1日に5件かけて、訪問営業をかける。営業履歴シートで報告・承認を得る。 プレスリリースを３回実施して営業力強化を図る。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					外商プレス	外商	外商プレス	外商					外商プレス				
					◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★3	SNSによる発信 インスタグラム：○山崎・田村 フェイスブック：○武藤・山本ひ ブログ：○山本ひ・武藤・田村・山崎	武藤/山本ひ	オウンドメディア強化として、SNSによる発信力を高める。更新頻度を以下のとおりとする。 インスタ：週2回（プラスでショップ1回）　フェイスブック：週2回　ブログ：週1回 ○の主担当者は更新後、責任者へ更新の報告を行い週単位で評価する。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					記事作成→発信												
					◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	広報用グッズ制作 チラシ・動画でストーリーを魅せる インバウンド需要の取り込み対策の英語表記によるチラシの作成	武藤/山﨑	ワインづくりにかける「人」に焦点をあてたストーリーを魅せるチラシや動画の製作。 本部に協力をいただき、英語表記のチラシ作成を行う。									振り返り	次年度準備		山本AGM
					企画	制作	チラシ公開	制作	制作	制作	制作	動画公開	販促PR				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★5	ワイナリイベント強化（コロナ対策必須） ストーリーの見える化を図ることで来場者数を伸ばす。	山本ひ/武藤	月一回のワイナリー集客イベントをコロナ感染状況を踏まえながら開催し、ファン・リピーターの獲得につなげる。（コロナ禍によるオンラインイベント切り替えは要事前検討）									振り返り	次年度準備		山本AGM
					圃場探検ツアー	ワイナリーフェスタ	圃場探検ツアー	圃場探検ツアー	花火イベント	オンラインイベント	収穫体験ツアー	地域交流イベント	オンラインイベント				
					△	△	△	△	△	◎	△	△	◎	◎	△	△	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・ブランドとして統一されておらず、認知度向上につなげていくため。 ・2020中旬まで外営業ができておらず、内営業に終始していたため。 ・発信力を高めるとしたが、更新頻度が下がってしまったため。 ・動画による広報が一般化しているが、動画制作に至っていないため。 ・月一回集客イベントを企画運営し、来客者への満足度を向上させるため			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1　ブランド構築を進めたが、デザインの統一までは進めなかった。 2,3,4　実施できた。 5　コロナ感染の影響で企画通りの実施が難しかった。			７月-９月評価 1　商品アイテムを絞ることができた。ラベルデザインは価格帯で統一した。 2,3,4,5　実施できた。			１０月-１２月評価 1　ブランド構築を次年度一年かけて実施することとした。 2,3,4,5　実施できた。				

事業報告	◎目標の5,300万から12%の売上伸び率で6500万円となった。 1　認知度を向上させるためブランディングを次年度１年間かけて行うこととして次年度事業計画に盛り込んだ。 2　コロナ禍で外商自体が難しいので、DMなどによる営業や電話でのアポイントメントをとり、新規開拓につながった。掘り起し営業先のリストを作成し、活用できたことも良かった。 3　インスタグラムを中心に更新頻度を大幅に上げることができた。特にインスタグラムは開始時のフォロワー800名ほどから３月末に1780名を超えることができた。 4　月一回のイベント開催を計画したが、コロナ禍で人をお詰めることができなかった。オンライン開催に切り替えるなど対応し効果もあった。次年度は年間でワイナリーと関係する人口を50名以上にできるよう、外作業でのイベントを中心に組む。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅱ　－　②
1.特別重点目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	長野エリア事務部
事業所名	長野エリア事務部(事務)

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
事務作業の効率化、連携強化	事務部	1	保守表・修繕表・車両表・固定資産表などの整理。 各表を見直すことにより、見積時、発注時、予算作成等の事務作業に効率的に活用できる表となるように見直す。	名村/辻	保守表見直し	保守表見直し	車両表見直し	車両表見直し	固定資産表見直し	固定資産表見直し	修繕表作成	修繕表作成	予備 その他表見直し		次年度準備		事務部長
					×	×	○	○	△	△	×	×					
	事務部	★2	「労務関連の知識・提出書類の把握」の勉強会の実施。 各事務員が講師となって知識を確かなものとし、受講側も聞くことによって事務作業で感じる不安を解消する。	名村/辻		講師資料作成	講師資料作成	講師資料作成	受講	講師資料作成	講師資料作成	講師資料作成	受講	振り返り	次年度準備		事務部長
						△	△	△	△	△	△	△	△				
	事務部	★3	事務作業の「工夫」の共有。 効率的に事務作業を行うため、他の事業所の事務作業の工夫を共有し各自事業所に取り入れる。 「他事業所に聞きたいこと」を集め「行っている工夫」を記載してもらい「取り入れたいこと」を記載する表を作成し、共有する。	名村/辻		「他事業所に聞きたいこと」の収集	「工夫していること」の入力	「共有・取り入れたいこと」の入力		「他事業所に聞きたいこと」の収集	「工夫していること」の入力	「共有・取り入れたいこと」の入力		振り返り	次年度準備		事務部長
						△	△	△		△	△	△					
なぜ、取り組むのか？（原因）	・事務員にアンケートより「他の事業所のやり方や工夫を知りたい」「労務・会計のことや各種書類の入力作成について整理したい」という意見が多かった。各建屋に一人という事務体制も多いことから事務作業に対する知識や手法等の差がある。事務作業に関する法律や書式や期限等、業務をするうえで確認するポイント等を明確にすることで、事務員のステップアップや事務作業の効率化を進める。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.一部計画通り実施できた。 2.事務員が講師となることはできなかったが、事務部主体で勉強会を行った。 3.工夫していることの共有を行うことはできた。						７月-９月評価 1.一部計画通り実施できた。 2.事務部主体での勉強会を行った。 3.工夫していることの共有を行うことはできた。				１０月-１２月評価 1.一部計画通り実施できた。 2.事務員が講師となることはできなかったが、事務部主体で勉強会を行った。 3.工夫していることの共有を行うことはできた。			

事業報告	◎事務作業の効率化、連携強化 1.車輌管理表、障碍者雇用、有給休暇、退職率表　の見直しを行い　業務の効率化を行うことができた。保守表、修繕表については完成できなかった。 2.　労務関連、会計関係の知識向上のため、監査での指摘事項やグッドポイントを共有して、事務の抑えるべきポイントを勉強した。 　2022年度の労務関係の改正点（雇用保険のマルチジョブホルダー、育児休業など）の法改正の勉強会を行い次年度の準備とした。 3.他施設でも発生しそうな事務のミスや確認の精度の低い業務を事務連絡会で報告し、他のエリアで行っている取り組みや工夫を共有した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅱ　－　①
1.特別重点目標	

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	長野エリア事務部
事業所名	長野エリア事務部（人事）

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
職員の安定的な確保。	人事部	1	学生へのアプローチ方法の開拓。 総合職の獲得に向けて、学校関係者とのコンタクトに加えインターンシップの充実や進路講話への積極的な参加、施設経営による地域福祉の担い手をアピールする。SNSによる就活生とのつながりを持つ。	山本/中谷	学校訪問	学校訪問		インターンシップ	インターンシップ	インターンシップ	進路講話	進路講話	進路講話	振り返り	次年度準備		山本
					◎	◎		△	△	△	◎	◎	◎	○	○	○	
	人事部	2	新卒採用者の定期的な面談の実施。 所属ではない第三者が話しを聞くことで、組織としての環境つくりに役立てる。入職後3ヶ月くらいで実施することで新卒者の社会人としての不安解消をして離職防止につなげ安定的な人員確保を目指す。	山本/中谷			新卒採用者への面談実施			新卒採用者への面談実施		効果の確認		振り返り	次年度準備		山本
							◎			◎		○●		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・学生の就職活動の手法の変化に対応し、学生との接点の回数を増やす。WEBの活用等チャネルを増やし新卒の採用予定数を確保する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1　学校訪問を実施して、進路担当者との関係性をつくれた。 2　新卒採用者との面談を実施して、就業状況を把握できた。	1　インターンシップを企画したが、コロナ感染により施設内への立ち入りができず、オンラインで実施した。 2　実施できた。	1　高校や大学で進路講話を実施して、福祉業界の魅力を発信し、会社説明会参加者増加にもつながった。 2　実施できた。	

事業報告	◎年度当初の採用予定者15名に対し、12名の採用となり未達であった。 1　コロナ禍で施設実習やボランティアなど直接学生が福祉に触れる機会が減少した。反面、これまでの関係性から、学校の進路担当者へのアプローチから紹介いただくこともできた。次年度は先輩職員との同行訪問や校内掲示物の制作、進路講話の実施を提案するなどして、直接学生と話せる機会を創出する。 2　新卒者との定期面談を実施する中で、将来のキャリア形成について話すことができた。また就業関係で困っていることなどを把握し、管理者へフィードバックする機会となった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	業務内容の見直しを行い利用者様への対応時間を捻出し、丁寧な対応ができる環境を整える。	介護長/ユニットリーダー	日中の業務内容の確認	夜間の業務内容の確認	日中業務の改善内容の選定・対応策の立案	対応策の実施		振り返り	夜間業務の改善内容の選定・対応策の立案	対応策の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	○●	○	○●	○●	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	事故報告、ヒヤリハット、つぶやき内容を検証することで、虐待・拘束・不適切ケアに対する統一した見解を図る。	介護長/ユニットリーダー	内容説明	毎月のユニットリーダー会議、フロア会議等にて情報共有を行う。								振り返り	次年度準備		施設長
						情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証	実践状況の評価	情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証				
					○●	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・職員が余裕をもって仕事ができる環境を構築し、利用者様一人一人の把握に努めることが不適切ケアの防止につながる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施する事ができた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。 3.4問題なし。	1.計画通り実施する事ができた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。 3.4問題なし。	1.スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。 3.4問題なし。

事業報告	◎施設における不適切ケア…0件。 1.4～12月のエリア会議にて9件の事例検討を行い、事例に対してどのような対応を行うことで、虐待不適切ケアを防ぐことができるか考察した。 2.意見をエリア会議内で取りまとめ、各事業所の会議にて同一資料の事例検討を行った。5月～12月で9件分の事例共有・検討を実施した。 事例に対し、どのように防いでいくかエリア内で意見の統一につなげることができた。 3.ユニットリーダー会議及び業務改善担当チームのアプローチにより、業務改善に取り組むことができた。 4.毎月のユニットリーダー会議、フロア会議等にて情報共有を行い、再発防止や周知徹底に努め、施設内の不適切ケアの防止に努めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリ・ハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒　事故につながるひやりはっと）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ｹｱﾏﾈ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）							
					△●/○	△	△	△●/○	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○●	○●	○	○	○	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う （風化の防止）	看護長（看護職）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○●	○●	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	入所時のアセスメントの強化を図り、入所直後の事故を防ぐ	施設ケアマネ/全職種	（入所前）相談員が作成したフェイスシート等の情報を全職種が確認し、意見交換する （入所時）事前情報と実際の状況を照らし合わせ、ケアプランの作成につなげる （入所後）ケアプランチェックの実施・入所後に発生した事故を事故対策委員会にて 確認し、入所時におけるアセスメントの評価を行う。										振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・入所時におけるアセスメントが十分ではないため、強化が必要となる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	1.入浴に関するヒヤリハットを確認分析し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	1.骨折に関するヒヤリハットを確認分析し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	

事業報告	△同様なケースの重大事故は発生していないが、自立度が高い利用者様へのアセスメント及び対応次第で防げた事故もあったと考えられる。 1.年間通して確認と水平展開の実施できた。 2.再発防止策の継続確認を行い、同様な事故の防止に努める事ができた。 3.基本介護チェックを用いて介護技術のチェックを行い、新卒者及び中途職員の課題抽出と0JTを行う事ができた。 4.重大服薬ミス（誤薬）の振り返り及び対策の実施を行い、風化の防止につなげることができた。 5.入所直後（入所から1週間以内）に事故が発生した事例があった。特に身体自立度が高い方の事故だったため、A1～B2の方は重点的に検討する必要があることを確認した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○/○	○	○	○●	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	介護職へのＯＪＴ強化によるサービスの質向上	介護長/介護長・看護職・ケアマネ・管理栄養士	0JT実施（食事） 指導・助言内容展開	指導・助言内容展開	0JT実施（排泄） 指導・助言内容展開	指導・助言内容展開	振り返り	0JT実施（整容） 指導・助言内容展開	指導・助言内容展開	0JT実施（入浴） 指導・助言内容展開	指導・助言内容展開	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○●/○●	○/○	○●/○●	○	○/○	○●/○●	△/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	介護技術研修への参加（リモートにおける研修も含む）	介護長/ユニットリーダー	研修開催スケジュール確認 参加者の選定・申し込み 研修参加・展開									振り返り	次年度準備		施設長
					△/△	△/△	△/△	△/△	△/△	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。 ・介護職の基本的な知識、技術が足りず、向上には直接指導が効果的であるため。 ・2020年度は、外部研修への参加が少なく、施設内での勉強会に留まっていた。リモートでの研修も含め、施設内だけでは得ることのできない知識や技術を外部研修で取得する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.3.実施できている。 2.増加傾向が見られてきている。 4.質の安定には繋がった。 5.積極的に参加出来ていない。	1.2.実施できている。 3.生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4.0JT方法の振り返りができた。 5.積極的に参加出来ていない。要改善。	1.実施できた。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4.入浴の0JTが十分できなかった。再教育が必要。 5.問題なし。

事業報告	○事業所としてのつぶやき件数は減少したが、QOLの向上につながる内容のつぶやきは多く収集することができた。 1.年間通して実施状況のチェックを行うことができた。 2.つぶやき件数の把握と件数増加のため、施設内での情報共有に努めた。 3.ケアプランに反映し、共有と評価を行ったことで、QOL向上につなげることができた。 4.他職種共同のもと、0JTを実施することができた。その結果、誤嚥、尿路感染の発生件数が、昨年度と比較して低減した。 5.リモートでの外部研修へも積極的な参加を促し、各フロアの技術・知識の向上につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○●	△	△	△	◎●		○●			◎●	◎	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開 （2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
								前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討									
						△	△	○/○	○/○	○/○	○●	△	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	△	○●	○●	○●	△		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	周辺症状が見られる認知症利用者様のケース検討会を開催し、要因解析につなげ、対応策を検討し共有する。	施設ケアマネ/全職種	ケース検討会の実施 （リーダー会議等で月１件以上検討実施）				進捗状況確認 評価	ケース検討会の実施 （リーダー会議等で月１件以上検討実施）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。 ・認知症利用者様への関りについて、利用者様の視点で捉えることができていない場面がある。ケース検討会を開催し、より客観的な視点を養っていく。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価						７月-９月評価			１０月-１２月評価			
					1.参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2.資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3.時期遅れで7月以降に実施予定。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。						1.参加できた。 2.時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3.実施することが出来た。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。			1,2.エリア会議内で情報共有を行った。 3.体験は実施出来たが、効果は図れていない。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。			

事業報告	○認知症利用者様の気持ちを理解し、対応を変化させることにより、認知の症状進行を抑えることにつながった。 1.ユマニチュード入門研修の参加ができ施設内で情報共有ができた。 2.エリア内で資料を共有し、ユマニチュード手法の展開に努める事ができた。 3.認知症体験のDVDを活用し、利用者様の気持ちの理解に努める事ができた。 4.ケース検討会を実施し、他職種共同で利用者様の対応について検討を行った。困難ケースに関してはご家族にも参加して頂き、安心安全な生活を行えるよう迅速な対応ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	**チェック後の改善状況を評価（全施設）**	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	**対策立案**	**対策実施／実施状況の発信**		振り返り	次年度準備		施設長
								○●	○●	△	△	△		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○		○●	○●	○●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様の身だしなみを多職種と協力して整えることで、安心した生活を過ごすことができる	看護職員/介護職、看護職	多職種による身だしなみチェックの実施 結果をフィードバックし、より良くする対策を立て改善を図る									振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	○/○	○/○	○/○	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。 ・利用者様の身だしなみが整っていないことが、ご家族への不安にもつながってしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 4.計画通り実施。	1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.交換研修を実施し、職員にとって良い刺激となった。 4.職員の身だしなみに対する意識も強くなってきている。	1.2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。 4.認知症の方に対して、より良くする対策の検討が必要。	

事業報告	○自施設の強みや弱みを客観的に把握することによって自己成長にもつながり、職場風土の改善やより良いケアを追及する姿勢の構築にもつながった。 1.各施設の接遇・マナー、環境チェックを行い結果をフィードバックすることで、自施設の課題及び強みを認識する事ができた。 2.満足度調査は行えたが、効果的な対応策の展開には至らなかった。 3.交換研修で学んだことを施設内で展開し、より良いサービスにつなげることができるよう、強みや弱みを把握することができた。 4.他職種共同のもと、身だしなみチェックを行うことができた。それにより、身だしなみに関する意識向上を図ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					◎/△	◎/△/△	○/△/△	◎/△	◎/△	△	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○	△/△	△/△	△/△	△/△	○	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	◎	○	○	◎	◎	○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○			○				○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み	相談員養成コース受講					振り返り	次年度準備		施設長
								受講辞退があれば理由確認	受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施							
							◎／●	○／○	△／△	△／△	△／△	△／△	△●／△●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.学校訪問に向け、準備を実施 2.フェイスブックの担当確認 3.異動について施設間調整を実施 4.面談を実施 5.参加者候補者への要請を実施	1.学校訪問を予定通り実施 2.SNS更新に遅滞があった 3.8月に施設間の異動を実施 4.進捗状況を確認する 5.要請するも受講につながらず	2.SNS更新に遅滞があった 3.12月に施設間の異動を実施 4.進捗状況を確認する 5.次年度に向け、候補者の選定	

事業報告
○派遣職員については昨年度と比較して減少させることができたが、相談員候補者を立てることができなかった。 1.コロナ禍の情勢でもあり学校訪問は必要最小限に留まったが、エリアとして必要な新卒採用者数を確保することができた。 2.中途採用に際しては、特に看護職の確保には至らなかった。SNSの更新も充実していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出すことで、求職者の目に留まるものにする必要がある。来年度は応募数の増加につながる取り組みを目指していきたい。 3.複数名の職員の異動を実施することができた。異動はスキルアップにもつながることを定期的に説明していくことで、職員が異動を前向きに捉えることができるようにしていく。 4.リーダー候補者に対して定期的な面談を実施することで、職員自身の意識向上につなげることができた。 5.相談員養成コースへの参加につなげることができなかったため、来年度に向け早期に候補者の選定を進めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/主任相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	○●	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/主任相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○●			○●			○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 運用確認チェックリストを活用 2. ロッカーの施錠を確認した 3. 加算算定に向け計画を立てる 4. 法改正に伴う対応について確認	1. 運用確認チェックリストを活用 2. ロッカーの施錠を確認した 3. 9月より、2項目算定開始 4. 必要な対応を行い、進捗を確認した	1. 運用確認チェックリストを活用 2. ロッカーの施錠を確認した 3. 継続して算定している 4. 進捗状況を確認した

事業報告	◎個人情報の管理を徹底することができ、介護保険改正に伴い新たな加算を算定することができた。 1. 全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。 2. 月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。 3. 介護保険改正に伴う新たな加算の算定を検討し、結果新たに2つの加算を算定することができた。 4. エリア内において、制度改正に伴う必要な対応を確認し、対策の徹底を図ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析				
					営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	効果検証				
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	○●	○	○●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。(通所・入所施設合同相談員会議にて) ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて）									振り返り	次年度準備		施設長
					合同検討	紹介実践	紹介実践	効果検証	紹介実践	紹介実践	紹介実践	効果検証					
					○/○●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○●	◎/◎●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。									振り返り	次年度準備		施設長
					情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力				
					確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証	確認/対策	確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証				
					△/△/△	○/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	○●	○	○●	
	事業所	★4	外部事業所（老健・居宅・医療機関等）との信頼関係の構築（各機関ごとのニーズの把握）	主任相談員/相談員	アポイントを取って訪問営業（対象事業所に月1回）			分析評価	各事業所の状況に応じた営業活動の実施				分析評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	相談員のスキルアップを図る	主任相談員/相談員	面接・契約に施設長または主任相談員が同行（課題抽出） 指導・助言			指導・助言を踏まえ実践			面接・契約に施設長または主任相談員が同行（効果の確認） 指導・助言			振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎●		△/◎	△/◎	△◎/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。 ・外部事業所（老健・居宅・医療機関等）との関係が構築できておらず、積極的なアプローチにより、信頼関係を構築する。 ・相談員一人一人の能力を高めることが、よりよい関係作り、稼働率の維持・向上につながっていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし 2.問題なし 3.申し込みシートの改善が必要 4.実施ができず、方法を見直した 5.問題なし	７月-９月評価 1.問題なし 2.営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要 3.様式変更し問題なし 4.5.計画通り実施	１０月-１２月評価 1.問題なし 2.入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3.問題なし 4.5.計画通り実施	

事業報告	○エリア全体での協力体制を確保することができ、全体的な稼働率の向上を図ることができた。 1.申込時にエリア共通アンケートを実施し、紹介先や選ばれた理由を分析し、営業先の選定に活かすことができた。 2.入所、通所相談員間で各事業所の稼働状況等を共有、また、入所施設のエリアのパンフレットを作成しそれぞれの事業所での営業で活用することができた。 3.エリア共通の申込者入力シートを活用し、申込者の進捗状況を「見える化」することができ、併用申込の方の状況も把握でき、効率よく待機者確保につなげることができた。 4.訪問営業で外部事業所の担当と情報共有を行い、依頼があったら迅速に対応したり緊急の受け入れ等も柔軟に対応することで関係性を築くことができた。 5.新人や経験の浅い相談員に対してロールプレイを実施したり、面接や契約に同行しアドバイスすることで、スキルアップにつなげることができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	特別養護老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	介護長/施設ケアマネ	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	介護長/看護職員	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○		○	○		○	○		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	主任相談員/相談員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△／△	△	○	○	○	○／○	○	○	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. シミュレーションの実施には至らなかった	1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. 停電による、実証実験を実施	1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. 停電による、実証実験による課題分析を実施

事業報告	○大規模災害及び感染対策に備えた体制を講じることができた。 1. エリア介護ケアマネ会議において、エリア内の事業所における情報共有を実施することができた。 2. 感染症対策委員会を中心にシミュレーション、効果検証を行うことができた。 3. 感染症発生時においては、施設職員全体、またエリア内の応援により適切な対応を行うことができた。 4. 災害発生時におけるシミュレーションは停電による実証実験により、現在の課題を抽出することができた。その中で、停電時において電子錠がロックされるため鍵管理の方法を検討し、対策を講じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束・言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	業務内容の見直しを行い利用者様への対応時間を捻出し、丁寧な対応ができる環境を整える。	介護長/ユニットリーダー	日中の業務内容の確認	夜間の業務内容の確認	日中業務の改善内容の選定・対応策の立案	対応策の実施		振り返り	夜間業務の改善内容の選定・対応策の立案	対応策の実施		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	○●	○	○●	○●	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	事故報告、ヒヤリハット、つぶやき内容を検証することで、虐待・拘束・不適切ケアに対する統一した見解を図る。	介護長/ユニットリーダー	内容説明	毎月のユニットリーダー会議、フロア会議等にて情報共有を行う。 情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証	実践状況の評価	情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証	情報を基に検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・職員が余裕をもって仕事ができる環境を構築し、利用者様一人一人の把握に努めることが不適切ケアの防止につながる。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.計画通り実施する事ができた。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。 3.4問題なし。			７月-９月評価 1.計画通り実施する事が出来た。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。 3.4問題なし。			１０月-１２月評価 1.スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。 3.4問題なし。				

事業報告

△施設における不適切ケア…1件
1.4～12月のエリア会議にて9件の事例検討を行い、事例に対してどのような対応を行うことで、虐待不適切ケアを防ぐことができるか考察した。
2.意見をエリア会議内で取りまとめ、各事業所の会議にて同一資料の事例検討を行った。5月～12月で9件分の事例共有・検討を実施した。
事例に対し、どのように防いでいくかエリア内で意見の統一につなげることができた。
3.ユニットリーダー会議及び業務改善担当チームのアプローチにより、業務改善に取り組むことができた。
4.毎月のユニットリーダー会議、フロア会議等にて情報共有を行い、再発防止や周知徹底に努めたが、認知症に対する知識や対応能力が一部の職員に不備が見られた事により施設内での不適切ケアの発生につながってしまった。認知症ケアに対するスキルアップを継続的に行っていく必要があると考えられる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリ・ハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒　事故につながるひやりはっと）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ケアマネ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）							
					△●/○	△	△	△●/○	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック 第1回目評価 課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック 第2回目評価 課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○●	○●	○	○	○	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う （風化の防止）	看護長（看護職）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○●	○●	○●	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	入所時のアセスメントの強化を図り、入所直後の事故を防ぐ	施設ケアマネ/全職種	（入所前）相談員が作成したフェイスシート等の情報を全職種が確認し、意見交換する （入所時）事前情報と実際の状況を照らし合わせ、ケアプランの作成につなげる （入所後）ケアプランチェックの実施・入所後に発生した事故を事故対策委員会にて 確認し、入所時におけるアセスメントの評価を行う。										振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・入所時におけるアセスメントが十分ではないため、強化が必要となる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	1.入浴に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	1.骨折に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.受入フローに則してアセスメントを実施した。	

事業報告	△同様なケースの重大事故は発生していないが、自立度が高い利用者様へのアセスメント及び対応次第で防げた事故もあったと考えられる。 1.年間通して確認と水平展開の実施が行えた。 2.再発防止策の継続確認を行い、同様な事故の防止に努める事ができた。 3.基本介護チェックを用いて介護技術のチェックを行い、新卒者及び中途職員の課題抽出と0JTを行う事ができた。 4.重大服薬ミス（誤薬）の振り返り及び対策の実施を行い、風化の防止につなげることができた。 5.入所直後（入所から1週間以内）に事故が発生した事例があった。特に身体自立度が高い方の事故だったため、A1～B2の方は重点的に検討する必要があることを確認した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○/○	○	○	○●	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	介護職へのＯＪＴ強化によるサービスの質向上	介護長/介護長・看護職・ケアマネ・管理栄養士	0JT実施（食事） 指導・助言内容展開	0JT実施（食事） 指導・助言内容展開	0JT実施（排泄） 指導・助言内容展開	0JT実施（排泄） 指導・助言内容展開	振り返り	0JT実施（整容） 指導・助言内容展開	0JT実施（整容） 指導・助言内容展開	0JT実施（入浴） 指導・助言内容展開	0JT実施（入浴） 指導・助言内容展開	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○●/○●	○/○	○●/○●	○	○/○	○●/○●	△/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	介護技術研修への参加（リモートにおける研修も含む）	介護長/ユニットリーダー	研修開催スケジュール確認 参加者の選定・申し込み 研修参加・展開									振り返り	次年度準備		施設長
					△/△	△/△	△/△	△/△	△/△	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。 ・介護職の基本的な知識、技術が足りず、向上には直接指導が効果的であるため。 ・2020年度は、外部研修への参加が少なく、施設内での勉強会に留まっていた。リモートでの研修も含め、施設内だけでは得ることのできない知識や技術を外部研修で取得する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.3.実施できている。 2.増加傾向が見られてきている。 4.質の安定には繋がった。 5.積極的に参加出来ていない。	1.2.実施できている。 3.生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4.0JT方法の振り返りができた。 5.積極的に参加出来ていない。要改善。	1.実施できた。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4.入浴の0JTが十分できなかった。再教育が必要。 5.問題なし。	

事業報告	○事業所としてのつぶやき件数は減少したが、QOLの向上につながる内容のつぶやきは多く収集することができた。 1.年間通して実施状況のチェックを行うことができた。 2.つぶやき件数の把握と件数増加のため、施設内での情報共有に努めた。 3.ケアプランに反映し、共有と評価を行ったことで、QOL向上につなげることができた。 4.他職種共同のもと、0JTを実施することができた。その結果、誤嚥、尿路感染の発生件数が、昨年度と比較して低減した。 5.リモートでの外部研修へも積極的な参加を促し、各フロアの技術・知識の向上につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○●	△	△	△	◎●		○●			◎●	◎	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開（2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
								前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討									
						△	△	○/○	○/○	○/○	○●	△	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	△	○●	○●	○●	△		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	周辺症状が見られる認知症利用者様のケース検討会を開催し、要因解析につなげ、対応策を検討し共有する。	施設ケアマネ/全職種	ケース検討会の実施（リーダー会議等で月１件以上検討実施）				進捗状況確認 評価	ケース検討会の実施（リーダー会議等で月１件以上検討実施）				振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。 ・認知症利用者様への関りについて、利用者様の視点で捉えることができていない場面がある。ケース検討会を開催し、より客観的な視点を養っていく。		３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2.資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3.時期遅れで7月以降に実施予定。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。		７月-９月評価 1.参加できた。 2.時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3.実施することが出来た。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。		１０月-１２月評価 1,2.エリア会議内で情報共有を行った。 3.体験は実施出来たが、効果は図れていない。 4.計画通り検討会は行えたが、情報共有にとどまってしまった。					

事業報告	○認知症利用者様の気持ちを理解し、対応を変化させることにより、認知の症状進行を抑えることにつながった。 1.ユマニチュード入門研修の参加ができ施設内で情報共有ができた。 2.エリア内で資料を共有し、ユマニチュード手法の展開に努める事ができた。 3.認知症体験のDVDを活用し、利用者様の気持ちの理解に努める事ができた。 4.ケース検討会を実施し、他職種共同で利用者様の対応について検討を行った。困難ケースに関してはご家族にも参加して頂き、安心安全な生活を行えるよう迅速な対応ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	**チェック後の改善状況を評価（全施設）**	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	**対策立案**	**対策実施／実施状況の発信**		振り返り	次年度準備		施設長
								○●	○●	△	△	△		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	○	○		○●	○●	○●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様の身だしなみを多職種と協力して整えることで、安心した生活を過ごすことができる	看護職員/介護職、看護職	多職種による身だしなみチェックの実施 結果をフィードバックし、より良くする対策を立て改善を図る									振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	◎/◎	◎/◎	○/○	○/○	○●/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	ＱＯＬの向上が図れるように、特徴のあるサービスを創り上げる	介護長/ユニットリーダー	・月一回の行事（レクリエーション企画）の実施　・外部の有償ボランティア等の利用 ・日々、楽しめる活動の提供									振り返り	次年度準備		施設長
									効果の確認				効果の確認				
					○	○	○	○	○/○	○	○	○	○●/○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。 ・利用者様の身だしなみが整っていないことが、ご家族への不安にもつながってしまう。 ・利用者様が楽しむことができる余暇活動をより充実させ、ＱＯＬの向上を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 4,5.計画通り実施。	1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.交換研修を実施し、職員にとって良い刺激となった。 4.職員の身だしなみに対する意識も強くなってきている。 5.問題なし。	1.2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。 4.認知症の方に対して、より良くする対策の検討が必要。 5.問題なし。

事業報告	○自施設の強みや弱みを客観的に把握する事により、自己成長にもつながり職場風土の改善やより良いケアを追及する姿勢の構築にもつながった。 1.各施設の接遇・マナー、環境チェックを行い結果をフィードバックすることで、自施設の課題及び強みを認識する事ができた。 2.満足度調査は行えたが、効果的な対応策の展開には至らなかった。 3.交換研修で学んだことを施設内で展開し、より良いサービスにつなげることができるよう、強みや弱みを把握することができた。 4.他職種共同のもと、身だしなみチェックを行うことができた。それにより、身だしなみに関する意識向上を図ることができた。 5.月一回のレクを実施し、利用者様のQOL向上に努める事が出来た。コロナの影響もありリモートでのレク等の実施も活用し、より一層日常生活をいきいきと過ごして頂ける企画を考えていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					◎/△	◎/△/△	○/△/△	◎/△	◎/△	△	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○	△/△	△/△	△/△	△/△	○	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	◎	○	○	◎	◎	○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○			○				○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み	相談員養成コース受講					振り返り	次年度準備		施設長
								受講辞退があれば理由確認	受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施							
							◎／●	○／○	△／△	△／△	△／△	△／△	△●／△●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.学校訪問に向け、準備を実施。 2.フェイスブックの担当確認。 3.異動について施設間調整を実施。 4.面談を実施。 5.参加者候補者への要請を実施。	1.学校訪問を予定通り実施。 2.SNS更新に遅滞があった。 3.8月に施設間の異動を実施。 4.進捗状況を確認する。 5.要請するも受講につながらず。	2.SNS更新に遅滞があった。 3.12月に施設間の異動を実施。 4.進捗状況を確認する。 5.次年度に向け、候補者の選定。

事業報告	○派遣職員については昨年度と比較して減少させることができたが、相談員候補者の立てることができなかった。 1.コロナ禍の情勢でもあり学校訪問は必要最小限に留まったが、エリアとして必要な新卒採用者数を確保することができた。 2.中途採用に際しては、特に看護職の確保には至らなかった。SNSの更新も充実していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出すことで、求職者の目に留まるものにする必要がある。来年度は応募数の増加につながる取り組みを目指していきたい。 3.複数名の職員の異動を実施することができた。異動はスキルアップにもつながることを定期的に説明していくことで、職員が異動を前向きに捉えることができるようにしていく。 4.リーダー候補者に対して定期的な面談を実施することで、職員自身の意識向上につなげることができた。 5.相談員養成コースへの参加につなげることができなかったため、来年度に向け早期に候補者の選定を進めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/主任相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	○●	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/主任相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○●			○●			○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 運用確認チェックリストを活用。 2. ロッカーの施錠を確認した。 3. 加算算定に向け計画を立てる。 4. 法改正に伴う対応について確認。	1. 運用確認チェックリストを活用。 2. ロッカーの施錠を確認した。 3. 9月より、2項目算定開始。 4. 必要な対応を行い、進捗を確認した。	1. 運用確認チェックリストを活用。 2. ロッカーの施錠を確認した。 3. 継続して算定している。 4. 進捗状況を確認した。	

事業報告	◎個人情報の管理を徹底することができ、介護保険改正に伴い新たな加算を算定することができた。 1. 全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。 2. 月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。 3. 介護保険改正に伴う新たな加算の算定を検討し、結果新たな加算を算定することができた。 4. エリア内において、制度改正に伴う必要な対応を確認し、対策の徹底を図ることができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析				
					営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	効果検証				
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。(通所・入所施設合同相談員会議にて) ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて）									振り返り	次年度準備		施設長
					合同検討	紹介実践	紹介実践	効果検証	紹介実践	紹介実践	紹介実践	効果検証					
					○/○●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○●	◎/◎●	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。									振り返り	次年度準備		施設長
					情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力				
					確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証	確認/対策	確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証				
					△/△/△	○/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	外部事業所（老健・居宅・医療機関等）との信頼関係の構築（各機関ごとのニーズの把握）	主任相談員/相談員	アポイントを取って訪問営業（対象事業所に月1回）			分析評価	各事業所の状況に応じた営業活動の実施				分析評価	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	相談員のスキルアップを図る	主任相談員/相談員	面接・契約に施設長または主任相談員が同行（課題抽出） 指導・助言			指導・助言を踏まえ実践			面接・契約に施設長または主任相談員が同行（効果の確認） 指導・助言			振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎	◎●		△/◎	△/◎	△◎/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。 ・外部事業所（老健・居宅・医療機関等）との関係が構築できておらず、積極的なアプローチにより、信頼関係を構築する。 ・相談員一人一人の能力を高めることが、よりよい関係作り、稼働率の維持・向上につながっていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.問題なし 2.問題なし 3.申し込みシートの改善が必要 4.実施ができず、方法を見直した 5.問題なし	1.問題なし 2.営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要 3.様式変更し問題なし 4.5.計画通り実施	1.問題なし 2.入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3.問題なし 4.5.計画通り実施

事業報告	○エリア全体での協力体制を確保することができ、全体的な稼働率の向上を図ることができた。 1.申込時にエリア共通アンケートを実施し、紹介先や選ばれた理由を分析し、営業先の選定に活かすことができた。 2.入所、通所相談員間で各事業所の稼働状況等を共有、また、入所施設のエリアのパンフレットを作成しそれぞれの事業所での営業で活用することができた。 3.エリア共通の申込者入力シートを活用し、申込者の進捗状況を「見える化」することができ、併用申込の方の状況も把握でき、効率よく待機者確保につなげることができた。 4.訪問営業で外部事業所の担当と情報共有を行い、依頼があったら迅速に対応したり緊急の受け入れ等も柔軟に対応することで関係性を築くことができた。 5.新人や経験の浅い相談員に対してロールプレイを実施したり、面接や契約に同行しアドバイスすることで、スキルアップにつなげることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	介護長/施設ケアマネ	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	介護長/看護職員	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○		○	○		○	○		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	主任相談員/相談員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△／△	△	○	○	○	○／○	○	○	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. シミュレーションの実施には至らなかった	1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. 停電による、実証実験を実施	1. 会議にて情報を共有 2. 感染症対策委員会にて実施 3. 日々のチェックにより確認 4. 停電による、実証実験による課題分析を実施	

事業報告	○大規模災害及び感染対策に備えた体制を講じることができた。 1. エリア介護ケアマネ会議において、エリア内の事業所における情報共有を実施することができた。 2. 感染症対策委員会を中心にシミュレーション、効果検証を行うことができた。 3. 感染症発生時においては、施設職員全体、またエリア内の応援により適切な対応を行うことができた。 4. 災害発生時におけるシミュレーションは停電による実証実験により、現在の課題を抽出することができた。その中で、停電時において電子錠がロックされるため鍵管理の方法を検討し、対策を講じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	接遇マナーと適切な相談援助の徹底を行う	施設長/住宅担当者	勉強会への参加(住宅担当者)	接遇・相談援助ﾁｪｯｸ表の見直し	・チェック表に基づいた対応ができているか自己チェック（1回/月） 管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	◎／◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェック表に基づいた接遇マナーの向上を目指したが、自己チェックに留まっていた。 ・自己チェック、他者チェックを行うことによって、担当者の接遇マナーと相談援助技術を向上させ、入居者の安心や、信頼関係の構築につなげていきたい。 ・当住宅での生活において、入居者に安心感を持ってお過ごしいただけるようにする必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.5月にチェック表の見直しを実施。	1.毎月チェック表に基づいて自己チェックを実施した。	1.毎月チェック表に基づいて自己チェックを実施した。	

事業報告	◎不適切ケアは0件 1.接遇マナーの自己チェックを実施し、担当者自身の身だしなみ、あいさつなどの意識につながり、入居者とのより良い関係の構築に努めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	事故予防に向けた啓蒙	施設長/住宅担当者	案内チラシ作成 注意喚起（感染症） ○／○	案内チラシ作成 注意喚起（脱水） ○／○	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症） ◎／◎	入居者様からの聞き取りによる効果検証 ◎	事業所内での達成状況の振り返り ◎	エリア内での達成状況の振り返り ○	案内チラシ作成 注意喚起（インフルエンザ） ◎／◎	案内チラシ作成 注意喚起（ヒートショック） ◎／◎	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症） ◎／◎	振り返り ○●	次年度準備 ○	次年度準備 ○●	施設長
	エリア	★2	入居者様の不安・心配事の解消を図る	施設長/住宅担当者	・担当者による、日々の巡回による声掛け・相談（毎日【朝・夕】） 入居者の状態把握 ◎／◎		入居者への周知（全体・個別） ◎／◎		効果確認 ◎／◎	入居者の状態把握 ◎／◎	地域の社会資源の収集 ◎／◎	入居者への周知（全体・個別） ◎／◎		振り返り ○●	次年度準備 ○	次年度準備 ○●	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故予防に向けた啓蒙について、各事業所において対象者を絞り注意喚起を行った。 ・日常生活上における様々なリスクは、多くの入居者様にもご理解いただく必要があるため全体に周知を行う。また、チラシなどを用いた啓蒙活動によって、より理解を深めていただきたい。 ・住宅での生活において、入居者様が不安なく安心してお過ごしいただくための配慮が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.感染症、脱水、熱中症の予防チラシを作成し注意喚起を行った。 2.４月にモニタリングシートを用いて入居者様の状態把握を行い、日々の声掛けにより相談員、居宅の職員と相談し不安･心配事を解消した。	７月-９月評価 1.入居者様からの聞き取りでは、周知もされワクチン接種率も9月で39/44と89％維持でき理解を深めて頂いた。 2.日々の巡回による声掛けによって入居者様の状態把握をし、不安･心配事を解消した。	１０月-１２月評価 1.インフルエンザ、ヒートショック、熱中症予防チラシを作り注意喚起を行った。 2.日々の巡回による声掛けによって相談員、居宅の職員の相談により2名が有料へ入所となった。

事業報告	◎重大事故は0件 1.入居者宅へ巡回訪問時、その季節に合った注意事項チラシを作成し個々に説明している。又新型コロナウイルス感染症に伴い、手指消毒、検温、マスク着用の徹底、三密の防止、換気などの徹底について1年を通して注意喚起を行っている。 2.入居者宅の訪問を通じて、状態把握を行いながら居宅の職員、相談員とも情報を共有し、自立を目指しながらも不安・心配事を解消し、困難時には、相談員と施設入所について説明をしている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
活気ある日常生活を送る機会の提供	事業所	1	地域行事への参加の促進、地域の情報を提供する	施設長/住宅担当者	・毎月清掃ボランティアへ参加して頂ける方を募集する ・地域で開催される行事､イベントの案内を提供する。 ・行事内容によっては､住宅担当者が同行してグループで参加する。 ・行政や福祉機関から発信される行事の情報にもアンテナを張っておく。 ・自治会によってもたらされる地域情報を住宅入居者にも提供する。										振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	◎	○	◎	◎	○●	○	○●	
	事業所	2	興味の持てる年間行事を計画し、呼び掛けと参加を募る	施設長/住宅担当者		ラジオ体操	茶話会	合唱ｻｰｸﾙ朗読の会	ラジオ体操	合唱ｻｰｸﾙ敬老会	ラジオ体操	合唱サークル防災訓練	音楽鑑賞会	振り返り	次年度準備		施設長
					※合同での活動が難しい場合は、資料を作成して入居者に提供する												
						×	×	×/×	×	×/◎	×	×/◎	◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナウィルス感染症の影響により、活動が思うように実施できなかった。情報提供も含め、住宅担当者が積極的に関わっていく必要がある。 ・入居者の中には他の入居者との交流が少なく、日常生活の中での刺激が少ないと思われる方がいらっしゃる。同時に、フレイルの予防、地域とのつながりを保つため、取みを継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.毎月のイベント情報提供するも外出が伴わなかった。 2.感染症予防の為中止。	1.9月の自治会敬老会参加者は18名。 2.JF千種の敬老会参加者は16名。	1.11月からの、もみじの会の行事へは2名の参加。 2.11月の防災訓練は新入居者も交えて17名参加、12月の音楽鑑賞会はクリスマス音楽会に16名参加。	

事業報告	◎活動の大部分が中止せざるを得なく、地域、行政からの発信が中心となった。 1.地域で開催される行事イベントが中止になり、参加の呼び掛けにつなげる事が出来なかったが、地域や行政からの情報が入った際には、入居者への情報発信に努めた。 2.新型コロナウィルス感染症の感染防止の為、大部分が中止となったが、一部行事を小規模、少人数で分散して実施した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症への備えの方法を提供する	事業所	1	入居者様･ご家族様向けの認知症サポーター養成講座を提供する	施設長/住宅担当者	出前講座開催日程調整	認知症サポーター養成講座の提供（開催が難しい場合は、それに替わる認知症予防等の資料提供）								振り返り	次年度準備		施設長
					×	×	○	◎●						○●	○	○●	
	事業所	2	入居者様･ご家族様向けの認知症講座を提供する	施設長/住宅担当者					出前講座開催日程調整	認知症講座の提供（開催が難しい場合は、それに替わる認知症予防等の資料提供）				振り返り	次年度準備		施設長
									×	×	◎	○	◎●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）新型コロナウィルス　感染症の影響により、活動が思うように実施できなかった。情報提供も含め住宅担当者が積極的に関わっていく必要がある。 ・認知症に対して不安を抱えている入居者様もいらっしゃると思われ、適切な知識を身につけることで、安心や活気ある日常生活の営みにつなげていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染予防の為中止。	1.認知症サポータ養成講座の資料を配布提供。 2.認知症講座の開催と資料提供は出来ず。	2.認知症講座の提供は出来無かった為、認知症予防等の資料提供を行った。	

事業報告	◎認知症に関する講座への参加は出来なかったため、施設内において認知症を学ぶ機会を作り、入居者への情報提供に努めた。 1.認知症サポーター養成講座の提供は出来なかったが、９月に施設内の認知症勉強会でユマニチュードについて学び、認知症の理解につなげ資料を配布提供した。 2.介護長からの情報提供や、インターネットなどで得た知識を習得して入居者に資料提供をした。今後も認知症予防への理解を入居者へも浸透するため、担当者が認知症を学ぶ機会を作っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築	エリア	1	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう既存の利用者様について現時点での意向を把握する。	施設長/住宅担当者		現状把握のための案内文作成	案内文発送	確認した意向を集計						振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○●	○●						×	○	○●	
	エリア	2	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう利用者様への適切な説明を行う。	施設長/住宅担当者		説明方法の検討			集計した意向に応じて説明実施					振り返り	次年度準備		施設長
						○●			◎●					○●	○	○●	
	事業所	3	健康不安の軽減に努め、安心した生活が送れるよう努める	施設長/住宅担当者	住宅型モニタリングシートを毎月更新チェック ・高優賃施設を巡回し、入居者様の生活状況の確認を行う ・コミュニケーションを図り人間関係を太くし、健康状態の確認把握を行う ・介護度によってヘルパーの最適利用の説明									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○●	○	○●	
	事業所	★4	自立～要介護までをトータルサポート	施設長/住宅担当者	ジョイフル千種の複合施設の利点、及び各種介護サービスの紹介 ・要支援、要介護に関する相談に応じる ・在宅介護に関する相談に応じる ・ショートステイに関する相談に応じる ・介護付き有料老人ホーム、特別養護老人ホームに関する相談に応じる									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・補助金給付の終了を控えており、それを見越して不安なく生活できるためのサポートを、早期に実施する必要があるため。 ・2020年度より）入居者様の生活状況の把握を行うことができたが、その情報をもとに、どのようなサービスを受けることができるかの説明を行うまでは至っていないため、継続して実施する。 ・自立から要介護までをトータルサポートできる体制が、ジョイフル千種の強みであるため、相談に応じ、入居者様への安心につなげていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.現状把握の為の、案内文を作成できなかったが、口頭で実施した。 2.利用者様への説明サポートを実施。 3.問題なく実施している。 4.相談員・居宅の協力を得て1名ショートステイを利用。	1.6名ほどが、厳しいと答える。 2.利用者様への説明サポートを実施。 3.問題なく実施している。 4.1名、介護付き有料へ入所。	3.問題なく実施している。 4.1名、介護付き有料へ入所、1名、ショートステイを利用。	

事業報告	◎補助金給付の終了を控え、将来的な金銭面での不安を軽減できるようサポートは出来なかったが、入居者とのコミュニケーションに努め、要介護までをトータルサポートできる体制が強みで入居者様への安心につなげる事が出来た。 1.現状把握の案内文は作成できなかったが、口頭で実施した。 2.利用者様への説明サポートを実施した。 3.住宅内を毎日巡回して入居者様とのコミュニケーションを図り、信頼関係を深め、住宅型モニタリングシートに毎月チェックし、入居者の状態把握に努めた。 4.2名の方が新たに認定を受け、自立から要介護までをトータルサポートする体制の複合施設のメリットを説明し、安心につなげた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する		力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)					振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎/◎	○/○/○/○	○/○/○/○/○	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	○/○/○/○/○	○/○/○/○/○	○/○/○/○/○	◎/◎/◎/◎/◎	○●	○	○●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	○/○/○	○/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○/○/○	○/○/○	○/○/○	◎/◎/◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）セキュリティ事故防止のための取り組みを実施してきた。 ・情報保護・管理システムの取り組みを継続することにより、法人への信用をより固いものとしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.運用確認チェックリストを活用。 2.ロッカーの施錠を確認した。	1.運用確認チェックリストを活用。 2.ロッカーの施錠を確認した。	1.運用確認チェックリストを活用。 2.ロッカーの施錠を確認した。	

事業報告	◎個人情報の管理を徹底することができた。 1.全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。 2.月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
エリア内住宅部門の連携の強化	エリア	1	入居申込者に対して、継続して入居の意向があるかを追跡調査する	施設長/住宅担当者	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	○●	○	○●	
	エリア	2	早急な入居希望者に対して、エリア内で空室のある住宅を提案する	施設長/住宅担当者	①上記調査で得た回答から早急な入居希望の有無を確認する。（調査結果確認後すぐ実施） ②自住宅に空室がない場合は、エリア内の他の住宅をご提案する。 ③新規入居申し込みの時点で早急な入居希望のある方に対しても同様に対応する。 ④他施設の住宅の特徴を理解するため、交換研修を行う。（7月、11月）									振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○	○	○	△	△●	○●	○	○●	
	事業所	★3	施設内の相談員との連携を強める	施設長/住宅担当者	①月に１回以上、高優賃の入居者状況を入所相談員と共有し、必要時には自施設のサービスに即座につなげる。 ②自施設のサービス内容（特養・ショートステイ・有料・居宅）の理解を深めるため、入所相談員から情報提供を受ける。 ③入所相談員が営業訪問を実施する際、高優賃の情報も同時に提供する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	△	○	◎	△	○	◎	△	◎●	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）2020年度における名古屋エリアの住宅施設は、概ね高い稼働率が維持することができたが、エリア内での連携をより強めることで、引き続き高い稼働率を維持していきたい。 ・ジョイフル千種という一つの施設としてのアピールを、より推進していく必要があるため、建屋内の入所相談員との連携を深めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.2件他施設への提案を行った。 3.4月、1名ショートステイを利用。	1.問題なし。 2.8件他施設への提案を行ったが、交換研修は出来なかった。 3.7月、1名介護付き有料へ入所。	1.問題なし。 2.3件他施設への提案を行ったが、交換研修は出来なかった。 3.10月、1名介護付き有料へ入所。 12月、1名ショートステイを利用。	

事業報告	◎エリア内住宅部門における、紹介、入居実績0件。住宅部門の勉強会において、担当者間での意見交換を行った。 1.入居申込者に対して追跡調査を定期的行い、入居の意向確認、それに基づいたリストの整理を定期的に実施し、入居申込者の現状を把握することができた。 2.早急な入居希望者に対しては、見学時にエリア内の住宅も提案し、希望者は記録に残し、今後の空き状況により他施設も提案できる体制ができている。 3.建屋内の入所相談員と居宅職員との連携を深め、早期に施設入所につなげることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	施設長/全職員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	災害時における自己防衛についての啓蒙活動を行う	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○/○	○/○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. シミュレーションの実施には至らなかった。 2. 日々のチェックにより確認。	1. 停電による、実証実験を実施。 2. 日々のチェックにより確認。	1. 停電による、実証実験による課題分析を実施。 2. 日々のチェックにより確認。	

事業報告	◎大規模災害及び感染対策に備えた体制を講じることができた。 ・災害発生時におけるシミュレーションは停電による実証実験により、現在の課題を抽出することができた。その中で、停電時において電子錠がロックされるため鍵管理の方法を検討し、対策を講じることができた。 ・新型コロナウイルス感染予防に向け、入居者様への注意喚起を適宜実施することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
より良いケアを目指す為の研修の実施	エリア	1	居宅ミーティングでアセスメント等の研修を実施する。 （7月・12月に実施）	施設長/ケアマネ				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	評価				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎●				◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	2	居宅ミーティングにて良い事例など成功事例の事例検討を実施する。 （5月・10月に実施）	施設長/ケアマネ		事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価		振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	◎●				◎●	◎●		◎●	○	◎●	
	エリア	3	名古屋エリア内部監査を実施し、ケアプランの充実及び問題点の早期発見を図る。 （6月・8月・11月に実施）	施設長/ケアマネ			内部監査の実施	問題点の修正の確認	内部監査の実施	問題点の修正の確認		内部監査の実施	問題点の修正の確認	振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	◎●	○●	○●		○●	○●	◎●	○	◎●	
	事業所	4	東区いきいき支援センターなどが開催する研修に参加し、スキルアップを図る。（リモートにおける研修も含む） ※年3回以上の実施	施設長/ケアマネ	研修開催スケジュール確認 参加者の選定・申し込み									振り返り	次年度準備		施設長
					研修参加・エリア内での展開												
							◎／◎					◎／◎		◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネジャーの経験年数などにより、能力のばらつきが解消されておらず継続して取り組む必要がある。 ・2020年度より計画にあげているが、書類の不備等を無くすために継続して取り組む必要がある。 ・2020年度より計画にあげているが、2020年度は参加が叶わなかったため、今年度はリモートにおける研修も含めて参加を検討し、新たな知識を得て、スキルアップを図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.事例検討を実施 3.内部監査にて実施 4.6月に研修参加	1.アセスメント研修を実施 3.2回目の内部監査を実施 4.コロナ禍により中止となる	1.2回目のアセスメント研修を実施 2.事例検討を実施 3.3回目の内部監査を実施 4.11月に研修参加	

事業報告	◎研修の実施、参加件数（外部研修2件、内部研修4件） 1.アセスメントに関する研修を実施し、ケアマネジャー相互でアセスメントの重要性を再確認してよりよいケアプランの作成に繋げることができた。ケアマネジメントの基礎であることから、今後も定期的に実施していく。 2.良い事例や成功事例を確認することで、利用者様やご家族の想いに改めて気付くことができた。 3.他施設相互で書類の確認を行い、書類が整っているか等の確認を行った。アセスメントやケアプランの内容まで確認するに及ばなかったため、今後はケアプランチェックとして実施していきたい。 4.当初予定した3回の参加に至らなかったが、オンライン上で他事業所のケアマネジャーとも意見交換することができ、自己研鑽につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症ケアをさらに向上させる事が出来る研修の実施	エリア	1	認知症についての外部研修に参加し、居宅ミーティングで報告する。 ※外部研修の日時は随時確認を行う	施設長/ケアマネ	研修参加									振り返り	次年度準備		施設長
						居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）											
					△	△／△	△／△	△／△	△／△	◎／◎	◎／◎	△／△	△●	◎●	○	◎●	
	エリア	2	認知症の事例検討会を行い、論理的思考力を高める。 （4月・9月に実施）	施設長/ケアマネ	事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価			振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●				◎●	◎●			◎●	○	◎●	
	エリア	3	地域などへの認知症の理解を広める為、キャラバンメイトの資格者を養成する。 ※エリアで1名以上の参加 ※研修の日時は随時確認を行う	施設長/ケアマネ					研修参加				登録などの事務業務	振り返り	次年度準備		施設長
										居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）							
									◎●／◎●					◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、今後認知症に対するケアの重要性が増す事から、認知症ケアに対しての知識を増やしより良いケアを実践する事が出来るようにする必要がある。 ・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネの知識をさらに向上する仕組みを作り、エリアのケアマネ全体のレベルが上げて、質の高いケアマネジメントが行えるようにする必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. オンライン上での研修参加 2. 事例検討を実施	1. オンライン上での研修参加 2. 2回目の事例検討を実施 3. キャラバンメイト研修に参加し、中区で登録	1. オンライン上での研修に参加し居宅ミーティングにて報告 2. 認知症の事例検討を実施	

事業報告	◎認知症ケアに関する研修の実施、参加件数（外部研修3件、内部研修2件） 1. 外部研修が新型コロナウィルス感染症の影響で中止になることが多かったが、オンライン上の研修などに参加することができた。継続して認知症に関わる知識の習得を目指していく。 2. 認知症の事例検討をエリア居宅会議内で行うことができ、意見交換を行うことで新たな気付きにつながった。 3. 昨年度は中止であったが、今年度はキャラバンメイトの養成講座研修が開催され、１名参加した。オレンジリングを持っていないケアマネジャーが多いため各自の取得とオレンジリングを取得するための研修の開催方法を具体的に学んでいきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
法人サービスと地域を繋ぐ為に情報提供していく。ケアマネ個人のストロングポイントを強化する。	エリア	1	法人の通所系サービス事業所等に利用者様の意見を伝える。（毎月1件以上）	施設長/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	2	他法人・他事業所の情報や利用者様のニーズを、毎月のミーティングで報告する。（毎月1件以上）	施設長/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※議事録にて管理 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	3	法人の住宅系サービス事業所に利用者様のニーズを伝え、法人のサービス情報等を紹介する。（毎月1件以上）	施設長/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	○	△	△	△	△●	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	個人のストロングポイントを伸ばすことにより、質の高いケアマネジメントを行える集団を作る。	施設長/ケアマネ	自らの専門性（基礎資格・経験）を踏まえ、自身の強みを確認する。		居宅ミーティングで共有	専門職としての長所を伸ばす為の勉強会に参加（期間内に各自１回以上参加）				居宅ミーティングで報告（2ヶ月に分けて実施）		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●		◎●	◎	◎	◎	◎●	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続となるが、利用者様のニーズや地域でのニーズなどを出来るだけ法人サービス事業所に情報提供する事で、法人サービスの顧客満足度を高めるために継続して取り組む必要がある。 ・居宅介護支援事業所の基本を見直し、書類漏れなどのミスのないサービスを提供する事は継続して取り組む必要がある。 ・選ばれる事業所になる為に、ケアマネの強みを延ばすことで、質の高いケアマネジメントの実現に取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 計画通り実施 2. 計画通り実施 3. 計画通り実施したが、情報量が少ないことが課題 4. 今後の研修の方向性を確認	1. 計画通り実施 2. 計画通り実施 3. 計画通り実施したが、情報量が少ないことが課題 4. オンライン上での研修に参加	1. 計画通り実施 2. 計画通り実施 3. 計画通り実施したが、情報量が少ないことが課題 4. 外部研修の報告を実施

事業報告	◎ジョイフル新栄で居宅ミーティングを開催し、毎月利用者様からの意見を報告することができた。 1. 居宅ミーティングにおいて利用者様の意見を集約し、通所サービスに伝えることができた。 2. 他事業所の情報や利用者様の意見を居宅ミーティングにおいて報告、共有することで近隣事業所の動向を確認することができた。 3. 居宅ミーティングにおいて確認したが件数が少なく、あまり報告することができなかった。 4. 新型コロナの影響で集合研修が少なく中止も多かったが、オンライン上での研修を活用して自己研鑽に努めた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す	エリア	★1	介護保険改正に伴い、適切な加算取得及び適切な運用を行う。（加算用件の確認・ICTの活用等）	施設長/ケアマネ	加算申請	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	新しく加算取得をした事業所の把握	施設長/ケアマネ	加算の把握	加算の把握	加算の把握	評価						振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●	◎●						◎●	○	◎●	
	エリア	★3	ICTを活用したケアマネジメントの実施（タブレットを使用しての担当者会議の実施等）	施設長/ケアマネ	ICTの整備 ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施 評価	評価	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	振り返り	次年度準備		施設長
					△／△	△	△	△	△／△	△	△	△	△	◎●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。 ・ICTを活用してのケアマネジメントが介護保険の改正で求められているので、取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 新たな加算を算定 2. 他事業所の算定状況を確認 3. タブレットは整っているが、活用には至らず	1. 新たな加算を算定維持 2. 利用している事業所の把握 3. タブレットは整っているが、活用には至らず	1. 新たな加算を算定維持 3. タブレットは整っているが、活用には至らず	

事業報告	◎報酬改正に対応し、加算を算定することができた。 1. 新しい加算の算定を行うことができた。 2. 事業所から送信されてくる情報や問い合わせで確認できた加算状況を整理し、把握することができた。科学的介護推進体制加算の取得状況が刻々と変更されたが、都度変更していくことができた。 3. 担当者会議の開催自体が少なくなった。オンライン上での担当者会議は実施できていないため、今後も引き続き検討していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS 建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS 建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとしたい。 ・2020年度におけるエリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.運用確認チェックリストを活用 2.ロッカーの施錠を確認した	1.運用確認チェックリストを活用 2.ロッカーの施錠を確認した	1.運用確認チェックリストを活用 2.ロッカーの施錠を確認した	

事業報告	◎個人情報の管理を徹底することができた。 1.全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。 2.月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル千種
事業所名	介護支援センタージョイフル千種

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築するライフラインの確保	エリア	1	地域での感染症などの情報を入手し、事業所内、法人で共有する。（毎月1件以上）	施設長/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※情報共有を図りエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	感染症などで訪問の自粛などを行った場合でもアセスメントやモニタリングが適切に行えるように工夫する。 （工夫した内容を各ケアマネが毎月報告し共有する）	施設長/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 （地域の状況を確認し訪問ルールなどの確認を行い、全てのケアマネがルールに従い訪問等行う。）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う。	施設長/ケアマネ	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	○／○	○	◎	◎	◎	○／○	○	△	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	利用者様宅にモニタリング等で訪問をする際に、災害に対して不安なことがあればお伺いし、必要に応じて行政サービス等の紹介を行う。	施設長/ケアマネ	利用者宅に訪問時に災害について不安なことがないかを確認（毎回の訪問時に実施） 希望があれば必要なサービスの紹介等を行い、関係機関に繋げる 居宅ミーティングにて報告し、都度評価を行う									振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続して取り組み、地域での情報を収集し対応策などの精度をあげて行う事が出来るようにする必要がある。 ・感染症対策として訪問の自粛などを行った場合でも出来るだけアセスメントやモニタリングなどの精度を上げて良いサービスを実施し、コンプライアンスなどを保てるようにする必要がある。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. ミーティングで確認、共有 2. ミーティングで確認、共有 3. シミュレーションを実施 4. 全利用者様に声掛けを実施	1. ミーティングで確認、共有 2. ミーティングで確認、共有 3. 訓練を実施し、停電時の状況確認 4. 継続して声掛けを実施	1. ミーティングで確認、共有 2. ミーティングで確認、共有 3. 参加型の訓練の実施には至らなかった 4. 継続して声掛けを実施

事業報告	◎様々な災害に対して検討、準備することができた。 1. 月に1回のミーティングで報告したが、時期によっては毎日、毎週のように情報が入ってきたため随時、情報共有に務めた。 2. 訪問を自粛した状態でのモニタリング方法などは各ケアマネで検討し、共有することができた。 3. シミュレーションを行い、必要物品の購入検討を行った。 4. 利用者様宅での災害対策について声かけや聞き取りを行うことができた。避難場所に対しての不安の声もあり、移動方法などの課題も浮き彫りになった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	3	虐待・身体拘束・不適切ケアの勉強会の実施および不適切な言動チェックでの自身の振り返りの反復演習を行いい、利用者様満足度調査にて効果確認を行う	介護長/全職種	勉強会	自己チェック		勉強会 効果確認	自己チェック		勉強会	自己チェック	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎		◎/◎	◎		◎	◎	◎	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・虐待や身体拘束、不適切ケアに対して統一した見解があることで、迅速な対応に繋がりやすい。 ・言動の乱れが不適切ケアの要因となってしまう。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1　計画通り実施する事ができた。 2　各施設計画通り実施する事が出来た。 3　勉強会の実施をすることが出来た。	1　計画通り実施する事が出来た。 2　各施設計画通り実施する事が出来た。 3　勉強会の実施をすることが出来た。	1　スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2　各施設計画通り実施する事ができた。 3　勉強会の実施をすることが出来た。	

事業報告	◎虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアは0件にすることができた。 1　エリア介護ケアマネ会議で事例検討ができ、エリア内の介護長とケアマネジャーの見解を揃えることが出来た。不適切ケア発生の予防ができた。 2　上記事例検討した内容を自施設のリーダー会議内で水平展開し、各フロアへ展開をしたことで不適切ケア発生の予防ができた。 3　不適切ケアの勉強会の実施と自己チェックを定期的に行い、不適切ケア発生の予防ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリ・ハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒　事故につながるひやりはっと）	介護長/ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	○	○●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ｹｱﾏﾈ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）							
					○●/△	△	△	○●/△	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	○	○●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	看護長（看護師）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○	○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	事業所	5	誤嚥リスク者の多いフロアや経験浅い職員を対象とした誤嚥勉強会を実施し、特に誤嚥高リスク者を選定した上での実践およびロールプレイによる効果検証を行う※誤嚥する状態、誤嚥しやすい食べ物、姿勢、ポジショニング、飲み込み判断基準、誤嚥が引き起こす症状とその後のリスク	介護長/看護長・言語聴覚士・看護師・管理栄養士	勉強会	実践	実践	効果検証	勉強会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎●	○●	◎●	◎	◎●	◎●		◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・2020年度より）誤嚥事故件数は減少しているが、徹底した実施ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5.勉強会の実施、実践が出来た。	1.入浴に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5.勉強会の実施、実践が出来た。	1.骨折に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.勉強会の実施、実践が出来た。	

事業報告	◎重大事故を0件にすることが出来た。 1　エリア内でヒヤリハットを共有することで、多角的な視点、気づきの視点をを養うことができ、事故予防へ繋げることが出来た。 2　エリア内の過去の重大事故を再確認を行い、継続できているかのチェックとケアプランへの反映状況を確認することが出来た。 3　基本介護チェックを活用し、定期的な自己チェック、他者チェックを行い正しいケア方法を身につけることが出来た。 4　重大服薬ミスをエリア内で共有し、施設にて周知と実践を行い、服薬ミスの予防につなげることが出来た。 5　誤嚥性肺炎の予防のため、勉強会と実践をくり返し行い、誤嚥性肺炎の予防に務めることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○/○	○	○	○●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	4	３Ｓ（整理・整頓・清潔）活動の担当職員の選出、実践方法を検討し、実践および環境整備チェックリストで効果検証を行い。清潔で落ち着きのある空間作りを実現する	介護長/全職種	３Ｓ実践	３Ｓ実践	３Ｓ実践	効果検証	３Ｓ実践	３Ｓ実践	３Ｓ実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●	○	◎●	
	事業所	★5	排泄ケアにおいて、適切な陰部洗浄やオムツ等の充て方（パッドの最適化※尿量測定も含む）を職員レベルに分けた勉強会を行い、実践および尿路感染者の有無における効果検証を行う※効果検証において効果なしであれば、4～7月のサイクルを繰り返す	介護長・看護長/全職種	基本介護（排泄）自己チェック	勉強会（経験少職員向け）	勉強会（経験多職員向け）	実践	実践	実践	効果検証			振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●			◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。 ・2020年度より）尿路感染による入院者が多くみられる。		1.3.実施できている。 2.増加傾向が見られてきている。 4. ３Sを実施出来た。 5.勉強会を実施した。	1.2.実施できている。 3.生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4　計画通り実施出来た。 5　計画通り実施出来た。	1.実施できた。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4.計画通り実施出来た。 5.計画通り実施出来た。

事業報告	
	◎より良いケアを追求することが出来、日常のケアに盛り込むことができた。 1　3Sに力を入れ、利用者様の生活環境の改善に取り組むことができた。 2　エリア内のつぶやきの件数が多い施設の取り組みを参考に、つぶやき件数の向上に務めることができた。 3　利用者様の生活歴を把握したうえで、つぶやきからプランに反映させることが出来ている。 4　3Sに力を入れ、利用者様の生活環境の改善に取り組むことができた。 5　排泄ケアの向上に力を入れ、パッドの最適化や適正な陰部洗浄の勉強会を実施し、実践することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	★1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○			◎●	○	◎●	
	エリア	★2	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	事業所	3	認知症に対するケアの習得② （スーパーバイザー候補者の育成）	介護長/ユニットリーダー				認知症介護基礎研修（愛知県：9,10,11,12月）（名古屋市：7,10月）：５名（4/1時点：10名在籍） 認知症介護実践研修（名古屋市：7～9月,9～12月）：１名 認知症介護実践リーダー研修（名古屋市：10～12月）：１名					振り返り	次年度準備		施設長
								―	―	―	―	―	―	―	○	◎●	
	事業所	4	認知症サポーター養成請講座を受講することで、認知症者を正しく理解し、認知症ケアに生かす	介護長/ユニットリーダー	事業所より、５名　受講									振り返り	次年度準備		施設長
					―	―	―	―	―	―	―	―	―	―	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1　参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2　資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3,4　時期遅れで実施予定。	1　参加できた。 2　時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3,4　時期遅れで実施予定。	1　エリア会議内で情報共有を行った。 2　エリア会議内で情報共有を行った。 3,4　2月に実施予定。

事業報告	△認知症利用者様の気持ちについての理解を深める 1　ユマニチュードの外部研修に参加し、参加者が水平展開をすることで出来た。 2　DVDで観る認知症体験を通じて、認知症罹患者の気持ちの理解に努めることができた。 3　コロナの影響により、参加することができなかった。 4　コロナの影響により、参加することができなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	**チェック後の改善状況を評価（全施設）**	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	チェック実施　結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								●	●	△	○	○		○●	○	○●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	△	△		△	△	○	○	○●	○	○●	
	事業所	4	フロア毎のコンセプトを設定し、取組状況をリーダー会議で報告および投票ランキングにて評価（中間・最終）を行う	介護長/ユニットリーダー	２Ｆ：2/11に決定　３Ｆ：2/11に決定　４Ｆ：2/11に決定 ５Ｆ：2/11に決定　６Ｆ：2/11に決定									振り返り	次年度準備		施設長
					取組報告	取組報告	取組報告	取組報告 中間評価	取組報告	取組報告	取組報告	取組報告	取組報告 最終評価				
					◎	◎	◎	◎／◎●	◎	◎	◎	◎	◎／◎●	○●	○	○●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価			１０月-１２月評価						
					1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。				1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.交換研修実施し、職員にとって良い刺激となった。			1.2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。				

事業報告	◎自信と誇りあるサービスを実現する 1　他施設の評価をすることで自施設との比較が出来、良かった点を学ぶことが出来た。 2　満足度調査を実施することが出来たが、 3　交換研修を実施することで、自施設の強みと他施設の良さを理解することが出来た。 4　フロアコンセプトをもとにフロア運営を行うことで、各フロアで目標とすることが明確になった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
必要な人員を採用し、派遣職員に頼らない事業運営を行う 新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送								振り返り	次年度準備		施設長
						学校訪問実施（感染症の状況による）											
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					○	◎●/×/	×/×	◎●/×	◎●					○●	○	○●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○	○	○	○	○	○	△	△	△	○●	○	○●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	△	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	○●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎				◎	○●	○	○●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み	相談員養成コース受講					振り返り	次年度準備		施設長
								受講辞退があれば理由確認	受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施							
							◎	－/－	－/－	－/－	－/－	－/－	－/－	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1　状況に併せて実施できた。 2　フェイスブックの担当を確認し、SNSの更新ができた。 3　事業計画の勉強会にて実施した。 4　職員面談を実施。 5　計画通り出来た。	1　状況に併せて実施できた。 2　求人媒体の見直しを実施した。 3　1か月遅れで異動を実施した。 4　目標状況の確認をした。 5　受講者なしの為実施していない。	1　なし。 2　SNS更新に遅滞があった。 3　エリア内で異動し、面談を実施した。 4　目標状況の確認をした。 5　受講者なしの為実施していない。

事業報告
・派遣職員に頼らない業務運営を行うことが出来た。新たなリーダーの育成に繋げることは出来たが、相談員候補者を養成することは出来なかった。 1　コロナの感染状況に併せて、7月に学校訪問を実施し、新卒採用者確保に貢献することが出来た。 2　エリア全体で中途採用の取組みを実施した。エリア全体で協力することができた。 3　定期的にスキルアップを目的とした施設異動を実施した。エリア内の人員不足の施設への調整も行うことが出来た。離職率も低い数字となった。 4　職員面談を実施し、2021年度はリーダー養成コースに2名、現認リーダーコースに2名の職員を出すことが出来た。 5　相談員養成コースへの案内はすることが出来たが、申し込みへと繋げることが出来なかった。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア ★1 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	ISMS建屋担当者/責任者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		施設長
			運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
			前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
			前月実践した取り組みを評価する												
					力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	
	エリア ★2 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	ISMS建屋担当者/責任者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
			個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
			管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	
	エリア ★3 介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	
	エリア ★4 法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
			○	○	○			○			○	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1　問題なく実施できている。 2　問題なく実施できている。 3　計画通り実施できている。 4　計画通り実施できている。	1　問題なく実施できている。 2　施錠確認後の記録を残すよう検討。 3　計画通り実施できている。 4　計画通り実施できている。	1　問題なく実施できている。 2　施錠確認後の記録を残すよう検討。 3　計画通り実施できている。 4　計画通り実施できている。

事業報告

◎コンプライアンスを確立し、情報セキュリティを高め、業務ミス発生０件にすることが出来た。
1　運用確認チェックリストを漏れなく実施することで、情報漏洩の事故を防止することが出来た。
2　毎月のロッカーの施錠確認を実施し、意識が定着してきた。現在施錠ができているので、
3　加算算定状況の共有することと、算定に向けての調整を行うことが出来た。
4　エリア内において、制度改正に伴う必要な対応を確認し、対策の徹底を図ることが出来た。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 効果検証 ○／○／○	調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 営業実践 ○／○／○	調査/分析 効果検証 ○／○／○	調査/分析 効果検証 ○／○／○	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。(通所・入所施設合同相談員会議) ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議）									振り返り	次年度準備		施設長
					合同検討 ○／○	紹介実践 ○／○	紹介実践 ○／○	効果検証 ○／○	紹介実践 ○／○	紹介実践 ○／○	紹介実践 ○／○	効果検証 ○／○		◎●	○	◎●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。									振り返り	次年度準備		施設長
					情報入力 確認/対策 △	情報入力 確認/対策 ○	情報入力 確認/対策 ◎	情報入力 効果検証 ◎	情報入力 確認/対策 ◎	情報入力 確認/対策 ○	情報入力 確認/対策 ○	情報入力 確認/対策 ○	情報入力 効果検証 ○	◎●	○	◎●	
	事業所	★4	病院（中京・中部労災・熱田リハビリテーション・笠寺）／老健（中京・金山・セントラル・瑞穂）／居宅事業所（熱田区・瑞穂区・南区）に対して、入所希望者の確認を行い、稼働検討会議で取組状況を確認する	介護長/相談員	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	入居希望の確認 取組状況 ○／○	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設長
	事業所	★5	ＳＳフロアにおいて、毎月の空床補填となる行事を開催し、稼働検討会議で翌々月の空床状況からの行事日の選定および行事計画、翌月行事の事前周知の確認、空床実績による当月行事の効果検証を行う	介護長/縁ＵＬ/相談員	6月計画 6月日程 5月周知状況 4月検証 ○/○/○/○	7月計画 7月日程 6月周知状況 5月検証 ○/○/○/○	8月計画 8月日程 7月周知状況 6月検証 ○/○/○/○	9月計画 9月日程 8月周知状況 7月検証 ○/○/○/○	10月計画 10月日程 9月周知状況 8月検証 ○/○/○/○	11月計画 11月日程 10月周知状況 9月検証 ○/○/○/○	12月計画 12月日程 11月周知状況 10月検証 ○/○/○/○	1月計画 1月日程 12月周知状況 11月検証 ○/○/○/○	2月計画 2月日程 1月周知状況 12月検証 ○/○/○/○	振り返り ○●	次年度準備 ○	○●	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。 ・計画的な営業回りを行い、待機者を確保することで稼働率の維持・向上を目標とする。 ・待機者の正しい情報を定期的に入手し、コロナウィルス感染拡大の予防に努め、稼働率の維持・向上を目標とする。 ・2020年度より）SS空床補填対策として掲げ、空床状況から今後も継続する必要がある。		1　行うことはできていたが、稼働に結びついてはいなかった。 2　エリアとして営業に取り組むことができた。 3　入力が疎らであった。検討が必要。 4　計画に従い実施したが、待機者を十分に確保するに至らなかった。 5　食事作り、レクを実施した。	1　営業を行い稼働率維持することができた。 2　入所事業所・通所事業所で連携することができた。 3　入力シートの様式を変更し、円滑に管理することができた。 4　計画に従い実施したが、待機者を十分に確保するに至らなかった。 5　食事作り、レクを実施した。	1　来年の営業方法等を検討することができた。 2　居宅事業所に入所施設をPRすることができた。 3　次期入所候補者確保につながった。 4　稼働率の向上に繋がらなかった。 5　食事作り、レクを実施した。

事業報告
△エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上 1　アンケートをもとにデータ収集・分析を行い、営業に繋げることが出来たが、稼働の向上には至らなかった。 2　通所と入所で連携を売りとした営業周りをすることが出来たが、稼働の向上には至らなかった。 3　年度途中で申し込み入力シートの様式を変更したことで、円滑に管理することが出来、次期入所者を共有することが出来た。 4　稼働検討会議内で入居希望者の確認を実施したが、十分に待機者を確保することができなかった。 5　SSフロアにおいて、毎月の行事を実施した。空床補填に繋げることは出来たが、目標稼働率を達成することはできなかった。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び新型コロナウイルス感染拡大防止体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	ケアマネ/介護長	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	－	－	－	－	－	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	看護長/介護長	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証	シミュレーション	シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					－	－		－	－	◎	◎	○		◎●	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	施設長/介護長	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					－	○/○	○	－	－	○	－/－	－	◎	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					○	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年より）エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1　情報共有が出来た。 2　準備不足により実施出来ず。 3　実施出来た。 4　計画通り実施できているが、チェック表の作成のみ出来ていない。
			７月-９月評価 1　陽性者該当無し。 2　9月に実施した。 3　計画通り実施出来た。 4　計画通り実施出来た。
			１０月-１２月評価 1　陽性者該当無し。 2　実施出来た。 3　計画通り実施出来た。 4　計画通り実施出来た。

事業報告	◎コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 1　エリア内で、コロナウイルスの陽性者、濃厚接触者の発生状況、対応等を共有し、水平展開することが出来た。また必要に応じて応援に入る体制も構築した。 2　計画通りには出来なかったが、9月以降は毎月の打ち合わせ、シミュレーションを実施することが出来た。 3　防災計画の見直しや、必要物品の購入をすることが出来た。またシミュレーションや勉強会の実施することが出来た。 4　毎日の換気や消毒の対応を実施することが出来た。また濃厚接触者が発生した場合も迅速な対応が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	エリア	1	認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職員	勉強会	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	2	介護拒否等のケース検討会を実施し、対象利用者様に対する実践および実践前後の困難事例の改善状況における効果検証を行う	相談員/全職員	ケース検討会	実践	実践	効果検証	ケース検討会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○●		◎●	○	◎●	
	事業所	3	虐待・身体拘束・不適切ケアの勉強会の実施および不適切な言動チェックでの自身の振り返りの反復演習を行い、利用者様満足度調査にて効果確認を行う	相談員/全職員	勉強会	自己チェック		勉強会 効果確認	自己チェック		勉強会	自己チェック	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○		○/○	○		○	○	○●	◎●	○	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・認知症に対する理解が不足しており、接し方の工夫と共有が不十分である。 ・利用者を主体とした考えが十分に身についておらず、予定通り業務が進まないと、自己中心的な視点でのケアとなり、不適切ケアの要因となってしまう。 ・学んだことが現場に生かしきれていない。 ・言動の乱れが不適切ケアの要因となってしまう。			3カ月評価（具体的な行動計画）	4月-6月評価 1.４月に勉強会を実施。対象者を選定し、ロールプレイ・実践を行う。 2.全体会議にて検討を行い、実践を行えている。 3.虐待、身体拘束、不適切ケアについて勉強会を実施。						7月-9月評価 1.職員間で情報共有が行い、統一したケア方法で対応ができてる。 2.利用者様主体の考え方を改めて共有し、事例の改善状況を把握する。 3.6月に利用者様に満足度調査を実施。職員に言動チェックを実施。			10月-12月評価 1.ケアの問題点や他者とのトラブル等は発生していない。 2.不適切ケアの報告はない。今後も対応方法の検証・実践を行う。 3.11月に利用者様に満足度調査を実施。職員に言動チェックを実施。		

事業報告	◎虐待・拘束などの不適切ケアは０件であった。 1.認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行った。 2.介護拒否等のケース検討会を実施し、困難事例の改善案を職員間で出し合い実践をする。その後振り返り改善状況における効果検証を行った。 3.虐待、身体拘束、不適切ケアについて勉強会を実施し、不適切な言動チェックを自己チェックしてもらい、普段の利用者様に対する接し方を振り返ってもらった。 １２月の利用者満足度調査にて効果検証を行い、改めて利用者に対する言動、接し方について振り返ってもらうことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離設リスク者の確認および離設防止策を検討し、対象利用者を選定した上での実践および独り歩き事故またはヒヤリハットの有無における効果検証を行う	相談員/全職員	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○●		◎●	○	◎●	
	エリア	2	過去の離設事故の再検証または離設後の対応シミュレーションを繰り返し行い、離設対応マニュアルを用いた理解度チェックにて効果検証を行う	相談員/全職員	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	◎	○	○	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★3	独り歩き高齢者声掛け模擬訓練へ参加し、徘徊行為に対する基礎知識および対応を学ぶ	相談員/全職員	事業所より、１名　受講									振り返り	次年度準備		施設長
					―	―	―	―	―	―	―	―	―	◎●	○	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・転倒・離設・車両事故は、利用者の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が急務である。 ・独り歩き高齢者への接し方が十分にできていない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価						１０月-１２月評価			
					1.事業所内の離設リスク者の確認を行い、離設防止策を検討する。 2.全エリアの事故の情報を職員全体に周知し検証を行っている。 3.未実施			1.エリア内の離設事故の情報共有を行い、建屋内で防止策の検証を行う。 2.離接対応マニュアルを用いて、有事の際のシミュレーションを行う。 3.未実施						1.対象者の情報共有とリスクマネジメントができている。 2.マニュアルを元にテスト形式にて理解度チェックを行っている。 4.未実施			

事業報告	◎重大事故の発生数は０件であった。 1.事業所内の離施リスク者の確認を行い、離設防止策を検討することで対象者の情報共有とリスクマネジメントを実施することができた。 2.全エリアの事故の情報を職員全体に周知し検証を行う。離接対応マニュアルを用いて、有事の際のシミュレーションを行い、テスト形式にて理解度チェックを行い、理解を深めることができた。 3.コロナウイルスにより実施無し。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様に安全かつ楽しく利用して頂けるサービスを提供する	エリア	★1	基本介護チェック表の接遇マナーおよび接遇環境チェックリストで自己チェックや勉強会を行い、苦手分野の改善実践、再自己チェックによる効果検証を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	相談員/全職員	自己チェック 苦手分野の特定	勉強会	改善実践	改善実践	効果検証					振り返り	次年度準備		施設長
					○/◎	○	○	○	◎●					◎●	○	◎●	
	エリア	2	ドライブレコーダーの映像資料より、危険ヶ所の選定、ＫＹＴ（危険予測トレーニング）を行い、ヒヤリハット数件数による効果検証を行う	相談員/全職員	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	○	○	◎	○	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	エリア通所会議において、過去の法人内車両事故より選定した重大事故の検証および再発防止策が実践されているかの確認を行う	相談員/全職員		検証	実践確認		検証	実践確認		検証	実践確認	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
						◎	◎		◎	◎		◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	4	３Ｓ（整理・整頓・清潔）活動の担当職員の選出、実践方法を検討し、実践および環境整備チェックリストで効果検証を行い。清潔で落ち着きのある空間作りを実現する	相談員/全職種	３Ｓ実践	３Ｓ実践	３Ｓ実践	効果検証	３Ｓ実践	３Ｓ実践	３Ｓ実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●		◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで 出来ていない。 ・安全な送迎サービスを提供することが求められている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.全職員自己チェックを行う。 2.送迎中の映像を基に検証を行う。 3.通所部会内で、車両事故を情報共有し、再発防止策の周知ができた。 4.環境設備チェックリストでチェックを行う。	1.効果検証にて、改善がみられる。 2.送迎中の映像を基に検証を行う 3.通所部会内で、車両事故を情報共有し、再発防止策の周知ができた。 4.環境設備チェックリストでチェックし、7月に効果検証を行う。	1.- 2.送迎中の映像を基に検証を行う 3.通所部会内で、車両事故を情報共有し、再発防止策の周知ができた。 4.環境設備チェックリストでチェックし、11月に効果検証を行う。	

事業報告	○利用者様に安全かつ楽しく利用して頂けるサービスを提供することができた。 1.基本介護チェック表の接遇マナーおよび接遇環境チェックリストで自己チェックや勉強会を行い、苦手分野の改善実践、再自己チェックによる効果検証を行うことで、より良い介護を実施するためのモチベーションを高めることができた。 2.送迎中の映像を基に危険箇所の検証を行い、職員間で情報共有を実施した。 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知をすることで、安全運転に対する意識を高めることができた。 4.毎月、環境設備チェックリストでチェックを行い、清潔で落ち着きのある空間作りを実現すことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様が不安なくサービスを利用することが出来る。	エリア	★1	【運営基準】 無資格、未経験の介護職員に対し、認知症介護基礎研修を受講する（4/1時点：1名在籍） ※２０２０年度から３年計画	相談員/全職種				事業所より、１名　受講 ※時期は2020年度の実績参照						振り返り	次年度準備		施設長
								―	―	―	―	―	―	◎●	○	◎●	
	事業所	2	認知症サポーター養成請講座を受講することで、認知症者を正しく理解し、認知症ケアに生かす	相談員/介護職				事業所より、１名　受講						振り返り	次年度準備		施設長
					―	―	―	―	―	―	―	―	―	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2021年度介護保険法改定に伴い、経過措置３年間までに体制整備が求められている。 ・認知症に対する知識の習得が不十分である。 ・認知症利用者様の立場に立ち、理解することが求められている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 対象者なし。 2. 実施なし。	1. 対象者なし。 3. 実施なし。	1. 対象者なし。 4. 実施なし。	

事業報告	○認知症利用者様が不安なくサービスを利用することが出来た。 1. 対象者なし。 2. コロナウイルスにより実施無し。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	エリア内の居宅ケアマネ会議に参加して外部の通所情報を取得し、エリア内の通所会議で情報共有を行い、実践および効果検証を行う	相談員/全職種	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	×/×	△	△	○●		◎●	○	◎●	
	事業所	★2	デイサービスを利用しなければ生活できない方を対象としたサービス体制の見直し、整備を行い、外部へＰＲ（訪問）および効果検証（ケアマネ満足度調査）を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	相談員/全職種	見直し 整備	ＰＲ材料づくり	ＰＲ活動	ＰＲ活動	効果検証					振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○	○	○	○					◎●	○	◎●	
	事業所	3	季節や旬なテーマだけでなく、個々でも楽しめる作品づくりを行い、その集大成として作品展（家族、ケアマネも含む）を実施し、利用者および居宅ケアマネ満足度調査で効果検証を行う	相談員/全職種	春テーマ作品制作 個人制作	春テーマ作品制作 個人制作	春テーマ作品制作 個人制作	夏テーマ作品制作 個人制作 効果検証	夏テーマ作品制作 個人制作	夏テーマ作品制作 個人制作	作品展準備	作品展	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	×	×	×	◎●	○	◎●	
	事業所	★4	デイサービス会議で施設内通貨システム状況の確認や改善検討を行い、実践および利用者および居宅ケアマネ満足度調査で効果検証を行う	相談員/全職種	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△/○	○	○	○	○	○●	◎●	○	◎●	
	事業所	★5	デイサービス会議で機能訓練システム状況の確認や改善検討を行い、実践および利用者および居宅ケアマネ満足度調査で効果検証を行う	相談員/全職種	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで 出来ていない。 ・比較的にデイサービスを利用しなくても生活できる方を対象としている。 ・利用者様、ご家族、地域から選ばれるような特徴ある事業所が求められている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.社会資源、営業方法に関しての情報収集、情報共有、実践を行う。 2.運営推進会議にて地域にPRを実施。 3.作品作りを実施。 4.デイサービス会議にて改善検討。 5.デイサービス会議にて改善検討。	1.8月の情報集に関しては日程が合わなかったため、日程を再調整する。 2.営業時にPR活動を継続して行う。 3.作品作りを実施。 4.デイサービス会議にて改善検討。 5.デイサービス会議にて改善検討。	1.近隣の事業所の取り組みや、新規、閉鎖等の情報収集を行う。 3.コロナウイルスのため開催は延期とする。 4.デイサービス会議にて改善検討。 5.デイサービス会議にて改善検討。	

事業報告	○自信と誇りあるサービスを実現することが出来た。 1.エリア内の居宅ケアマネ会議に参加して外部の通所情報を取得し、エリア内の通所会議で情報共有を行い、実践および効果検証を行うことが出来た。 2.デイサービスを利用しなければ生活できない方を対象としたサービス体制の見直し、整備を行い、ケアマネジャーへＰＲをする。またケアマネジャーに対して満足度調査を行い効果検証を実施する。 3.個人で作品を制作し、自宅に持ち帰ることが出来る季節の作品作りを実施する。作品展は実施できず次年度に開催予定とする。 4.デイサービス会議で施設内通貨システム状況の確認や改善検討を行うことで、利用者様にためる意欲、使う楽しみを持ってもらえるような取り組みを実施することが出来た。ケアマネ満足度調査で効果検証を行った。 5.デイサービス会議で機能訓練システム状況の確認や改善検討を行う。実践および利用者様および居宅ケアマネ満足度調査で効果検証を行う。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	事業所	★6	男性利用者様のニーズを調査（居宅・包括）し、必要であれば、男性が楽しめる体制（スペース）とサービス（例：日曜大工）を整備した上で実践し、利用者様満足度調査において効果検証を行う	相談員/全職種	ニーズ調査 名古屋市への変更確認	体制とサービスの見直し	ＰＲ活動	実践	実践	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○/○	○	○	△	△	△	△	△		◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・男性利用者様の登録者が少ない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			6.営業時、ケアマネジャーにニーズの調査を実施。	6.お試しを利用してもらう際に、一人一人に向けたプログラムを実施するとPRを行ったが、男性利用者獲得に結び付かなかった。	6.お試しを利用してもらう際に、一人一人に向けたプログラムを実施するとPRを行ったが男性利用者獲得に結びつかなかった。	

事業報告	○自信と誇りあるサービスを実現することが出来た。 6.男性利用者様のニーズを調査し、男性が楽しめる体制の検討を行ったが、男性利用者様の登録を増やすことはできなかった。 男性利用者様の機能訓練に対するニーズが高く、次年度、ロビーのスペースを活用し機能訓練ができる環境を整えていく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
法令を遵守し、基準・報酬改定内容の理解と遵守	エリア	★1	【運営基準】 愛知県および名古屋市社協ボランティアセンターにボランティア求人活動（求人情報の見直し含む）を行い、ボランティアとの交流を実施する	相談員/全職種	求人活動	求人活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	振り返り	次年度準備		施設長
					×	×	×	×/×	×	×	×	×/×	×	◎●	○	◎●	
	事業所	★2	【加算】 既存対象者および新規対象者の自宅浴室の情報収集および個別入浴計画を作成し、以後は新規対象者および計画変更者に対しても同様に実施する	相談員/全職種	既存者／新規者			新規者／計画変更者						振り返り	次年度準備		施設長
					情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成 評価	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成 評価	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成				
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★3	【加算】 ICTの環境整備および他事業所専門職との連携検討を行い、生活機能向上連携加算取得における計画書の作成を行う。	相談員/全職種	既存者／新規者			既存者／新規者／計画変更者						振り返り	次年度準備		施設長
					環境整備 連携検討	環境整備 連携検討	環境整備 連携検討	計画作成 評価	計画作成	計画作成	計画作成 評価	計画作成	計画作成				
					○/○	○/○	●/●	－	－	－	－	－	－	◎●	○	◎●	
	事業所	★4	【加算】 CHASEの基本項目であるADL・栄養・口腔・嚥下・認知症を対象とした利用者様の情報収集を行い、介護ソフトとの連動性の確認およびCHASEへの情報提供と新たな加算算定を行う※CHASE・VISITに対応した情報収集	相談員/全職種	情報収集 ソフト確認	情報収集 ソフト確認	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。	3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2. 入浴加算Ⅱの算定条件など情報収集実施。7月より該当者に順次算定開始。 3. 情報収集の結果、生活機能向上連携加算は算定せず。 4. CHACEと介護ソフトの連動性を確認。	1. コロナにより実施できていない。 2. ケアマネジャーと連携し、入浴加算Ⅱの算定を行う。 3. 算定せず。 4. CHACEに情報提供を行う。	1. コロナにより実施できていない。 2. ケアマネジャーと連携し、入浴加算Ⅱの算定を行う。 3. 算定せず。 4. CHACEに情報提供を行う。	

事業報告	○法令を遵守し、基準・報酬改定内容の理解と遵守が出来た。 1. コロナウイルスにより実施なし。 2. 入浴加算Ⅱの算定条件など情報収集を行い、7月より該当者に順次算定開始した。その後ケアマネジャーと連携し対象者に入浴加算Ⅱの算定を行った。 3. 生活機能向上連携加算は情報収集を行うが算定はせず。 4. CHACEと介護ソフトの連動性の確認を実施し、7月に情報提供を実施。その後継続して情報提供を行った。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★5	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	ISMS建屋担当者/責任者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
					期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	
	エリア	★6	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	ISMS建屋担当者/責任者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.勉強会を行い、職員全体に対して意識を高めることができている。 2.毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行っている。	1.情報漏洩事故等は発生していない。 2.月に1回定期的にロッカー施錠の確認を行っている。	1.情報漏洩事故等は発生していない。引き続き事故防止に努める。 2.概ね施錠が実施されているが、施錠ができていない職員に対しては、適宜指導を行っている。	

事業報告	○個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する事が出来た。 1.勉強会を行い、職員全体に対して意識を高めることが出来、情報漏洩事故等は発生していない。 2.毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行い、月に1回定期的にロッカー施錠の確認を行い、施錠ができていない職員に対して適宜指導を行うことで施錠の意識を持ってもらうことができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
年度末での登録者数が４５名以上を目指す	エリア	★1	エリア通所会議において、各事業所の現行リーフレットの分析および課題抽出、事業所の特徴を生かしたリーフレットの見直しを行い、配布とともにアンケート調査にて効果検証を行う ※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	相談員/全職種	分析 課題抽出	見直し	配布	配布	効果 検証					振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●					◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア通所会議において、各事業所のイベント活動の費用対効果および周知方法の確認と分析（効果有無）を行い、実践および追加利用者数の実績における効果検証を行う	相談員/全職種	費用対効果／周知方法	実践	実践	効果 検証	費用対効果／周知方法	実践	実践	実践	効果 検証	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	◎●	○	◎●	
	事業所	★3	デイサービス会議で楽・学・食の３種イベントシステム状況の確認や改善検討を行い、実践および追加利用者数で効果検証を行う	相談員/全職種	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	確認/改善 実践	確認/改善 実践	確認/改善 実践 効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	○/○	○/○	○/○/○	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで 出来ていない。 ・事業所の特徴やエリアの特性を踏まえたサービス運営をすることが収益だけでない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.リーフレットの見直し修正を行い、配布する。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。	1.配布後のアンケート調査の実施ができなかったため、日程を再調整して実施を行う。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。	1.アンケートを実施し、改めて営業ツールの見直しを行う。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。

事業報告	○年度末での登録者数は35人であった。 1.リーフレットの見直し修正を行い、配布を行う。その後アンケートを実施し、改めて営業ツールの見直しを行うことが出来た。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証を実施したが、自事業所のイベントに十分に取り入れることができなかった。 3.イベントを実施したが、追加利用者の獲得に繋がらなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル熱田
事業所名	デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い、有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ	相談員/全職種	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア通所会議にて、エリア内の通所事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生・対応情報を共有した上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションの実施および職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職種	情報共有	情報共有 シミュレーション	情報共有 効果検証	情報共有	情報共有 シミュレーション	情報共有 効果検証	情報共有	情報共有 シミュレーション	情報共有 効果検証	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○/◎	○/◎	○	○/◎	○/◎	○	○/◎	○/◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	相談員/全職種	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/○	○	○	○	○	○/○	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	災害時（台風・大雪等）の送迎前と送迎中における対応シミュレーションの実施および危険箇所の把握を実施し、職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職種	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・コロナウイルスの感染を懸念してサービスをお休みされる方が多く、結果ADLの低下に繋がるケースが多い。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。 ・災害時（台風、大雪等）における業務で職員が判断を迷う場面がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.感染症対策の周知と実施を徹底。 2.他事業所の対応を元にシミュレーションを行う。 3.建屋全体で対応を行っている。 4.危険個所の把握、情報共有を実施。	1.感染症対策の周知と実施を徹底。 2.情報共有、シミュレーション実施。 3.建屋全体で対応を行っている。 4.運転マニュアルを元に有事の際の検証を行う。	1.感染症対策の周知と実施を徹底。 2.有事の際の振り返りを行う。 3.建屋全体で対応を行っている。 4.危険個所の把握、情報共有ができている。

事業報告	○新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築、大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することが出来た。 1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底して行うことが出来た。 2.他事業所の対応を元にシミュレーションを行う。その後、有事の際の振り返りを行った。 3.防火管理責任者を中心に建屋全体で対応を行うことが出来た。 4.送迎時における危険個所の把握、情報共有をすることが出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○	○	◎	○	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	3	課題や困りごとをチームで検討して解決につなげる。※困り事伝言板を作成し、ケース会議がすぐ開催できるようにする。	介護長/ユニットリーダー・全職種	困り事伝言板→関係職種と相談→対策実施→効果の確認のサイクル実施									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★4	虐待防止委員会にて、虐待防止のため、虐待や不適切ケアの事例の周知と、フロアの困りごとに関する助言をしていく。	虐待防止対策担当者/虐待防止委員会	毎月の虐待防止委員会にて、エリア会議からおりてきた事例について、施設内に周知徹底していく。フロアの困りごとについて、委員会内にて検討して助言につなげる。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・2020年度より）フロア会議の開催をできていないフロアがあったため、継続すると共に、いち早く問題解決に繋げるためにケース会議を開催していく。 ・2020年度より）虐待防止委員会の開催が3ヶ月に1回では少ないため、毎月開催していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施する事ができた。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。 3,4.計画通り実施できた。	1.計画通り実施する事が出来た。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。 3,4.計画通り実施できた。	1.スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。 3,4.計画通り実施できた。	

事業報告	◎施設にて不適切ケアが1件発生した。 1.毎月、事例検討を行い、事例に対してどのような対応を行うことで虐待・不適切ケアを防ぐことができるか考えることができた。 2.エリアの会議にて検討した事例について、自施設にも持ち帰り、防止策を考えることができた。事例を通して、自フロアは大丈夫であるか点検していくことができた。 3.虐待・不適切ケアを防止するために、個人やフロアだけではなく施設全体で考えられるような仕組みが構築できた。 4.虐待防止委員会・身体拘束適正化委員会を毎月実施し、フロアの困りごとについて施設全体で考えることができた。施設内で検討を重ね、対応策を考えていくことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒事故につながるヒヤリハット）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	○	○●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ｹｱﾏﾈ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）							
					○●/△	△	△	◎●	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	○	○●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○●	○	○	○	○	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	看護長（看護師）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○	○●	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	事業所	★5	誤嚥性肺炎の予防を強化していく	安全委員会/全職種	委員会で誤嚥性肺炎予防の年間計画作成・確認		リモートによる口腔ケア勉強会実施 （月2回開催で3ヶ月で全職員が参加）			吹き戻しレク実施 委員会で効果の確認				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎●	－	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・2020年度より）誤嚥事故が1件発生し、肺炎での入院も2019年度より3件多くなってしまった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5.計画通り実施できた。	1.入浴に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5.計画通り実施できた。	1.骨折に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.対象者を決め、計画通り実施できた。	

事業報告	○重大事故の対策を風化させないよう再確認ができた。 1.エリア会議でヒヤリハット内容と対応策の共有をすることで、自施設にも取り入れられる対応策を知り、持ち帰ることができた。 2.過去の重大事故の対策が忘れられていないか、施設内で確認し、対策を再周知することができ、同様の事故を防止できた。 3.基本介護チェック表で自分のケアの振り返りができ、C評価がついた職員には再教育し、改善が図れた。 4.服薬ミスが起きないよう注意喚起は行っていたが、人間違いの誤薬事故が1件発生してしまった。 5.歯科衛生士による勉強会に全職員が参加し、口腔ケアの重要性の理解を深めることができた。個別に吹き戻しレクを実施し、定着させることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○●/○	○	○	○●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	★4	利用者様が自分に合ったものを選択できる（食事編：エプロンやコップ）	介護長/介護力向上委員		介護力向上委員会で検討（エプロン）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（エプロン）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（コップ）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（コップ）	フロアで見直し・実践	振り返り	次年度準備		施設長
					毎月１回リハビリ職の訪問で専門職のアドバイスをいただく												
					◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎●/◎●	◎●	○	○●	
	事業所	★5	施設全体で情報共有し、看取りケアの更なる充実を図る	介護長/介護力向上委員		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		振り返り	次年度準備		施設長
					看取りケアの実施と記録・看取りケア後の振り返り												
					◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎●/◎	◎●	◎●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・2020年度より）個人個人に合わせた看取りケアができた。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,3.実施できている。 2.増加傾向が見られてきている。 4,5.計画通り実施できた。	1,2.実施できている。 3.生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4,5.計画通り実施できた。	1.実施できた。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4,5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎つぶやき件数年間661件→665件と件数はほぼ変わりはないが、「トイレに行けるようになりたい」や「○○がしたい、食べたい」など、利用者様個々の思いを大事にできるつぶやき件数が増えた。また、全フロアが利用者様に合ったエプロンやコップ等使用物品の見直しができた。 1.年間通して実施状況のチェックを行えた。 2.利用者様の思いの実現に重きを置き、フロアのつぶやき件数が増加した。毎月2～3件しか拾えず、課題となっているフロアもあった。 3.ケアプランに反映し、共有と評価を行った事でQOL向上に努める事ができた。 4.利用者様に合ったものを選択するという意味を最初に教育し、その上で全フロア使用物品の見直しをかけることができた。ポジショニングの変更や福祉用具の使用で食べこぼしを改善し、布ナプキンへの移行ができた。 5.ユニットリーダー以外の職員で構成される介護力向上委員会にて、看取りの振り返りを共有することで、自分のフロアで活かせることは何かを考えることができ、フロア内に持ち帰り浸透させることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○●			◎●	○	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開（2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
								前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討									
						△	△	○/○	○●/○	○●/○●	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△●	△	○	○●	○●	○●	○●		◎●	○	◎●	
	事業所	★4	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの実践と評価	介護長/全職種	認知症勉強会開催		実践コンテスト	評価	実践コンテスト	評価	実践コンテスト	評価	実践コンテスト	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	－	△	△	△	△	○	○●	○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・2020年度より）ﾕﾏﾆﾁｭｰﾄﾞ研修の参加が11月になってしまい、施設内への展開として勉強会が2回しか実施できていない。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2.資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3.時期遅れで7月以降に実施予定。 4.勉強会は実施できた。	1.参加できた。 2.時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3.実施することが出来た。 4.計画が遅れてしまった。	1.エリア会議で情報共有を行った。 2.エリア会議で情報共有を行った。 3.体験は実施出来たが、効果は図れていない。 4.計画通り実施できた。

事業報告	◎ユマニチュードの手法を施設内に取り入れられた。 1.ユマニチュードの研修に1名参加できた。 2.ユマニチュードの研修で学んだことを基に、施設内で勉強会を実施し、全職員に展開することができた。 3.開催が11月になり、計画より遅れが生じてしまったが、認知症利用者様の考えていること、思っていること、見ている世界について、DVDを通して理解を深めることができた。 4.ユマニチュードの勉強会で職員に伝えたことが実践できているか、コンテストを通して評価することができた。1ヶ月間でユマニチュードの手法を取り入れたケア（利用者様が不穏なとき、隣に座り背中を傾聴していた。目線を合わせて笑顔で挨拶をしていた。手を握り、顔を見ながらゆっくり声をかけていた。など）を30個みつけることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック後の改善状況を評価（全施設）	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎●	△●	○●	○●		○●	○	○●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	△	△		△●	△●	○●		○●	○	○●	
	事業所	4	施設コンセプトプランを意識した行動ができる	介護長/ユニットリーダー	コンセプトプラン再周知	コンセプトプランを意識したフロア月間目標をたて対策実施								振り返り	次年度準備		施設長
						効果の確認と他フロアからの評価											
					◎●	○/△	○/△	○/△	○/△	○/○	○/○	◎/○	◎●/○●	○●	○	◎●	
	事業所	★5	働きやすい風土づくりのために美点を尊重できるリーダーになる	介護長/ユニットリーダー	組織人基本スタンス勉強会の実施		ユニットリーダー会議にて、ユニットリーダーの美点、職員の美点の報告と情報共有							振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	－	○	○	○	○	○	◎	◎●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 4,5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.交換研修実施し、職員にとって良い刺激となった。 4,5.計画通り実施できた。	1,2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。 4,5.計画通り実施できた。	

事業報告	○誇りを持って働いている職員がいる一方で、自信がないと思って悩んでいた職員の相談が2件あった。 1.他施設の介護長、ケアマネジャーがラウンドを行い、良かった点をその場で直接職員に伝えることでモチベーションアップを狙った。業務中で、直接声をかけてあげられない場面もあり、後日その施設の介護長からフィードバックしてもらった。 2.職員満足度調査のアンケート結果から全ての案件に対し、対策立案・職員への回答ができなかった。 3.2名の職員の交換研修ができた。研修から学んだことを自分のフロアに持ち帰り、活かすことができた。 4.施設コンセプトプランをフロア目標に盛り込むことで、施設コンセプトプランの達成に向けて取り組むことができた。フロア職員へ浸透していないフロアもあり、課題として残された。 5.全ユニットリーダーに組織人基本スタンスの教育ができた。ユニットリーダー会議にて職員の美点を報告し情報共有できた。ユニットリーダー会議の議事録を回覧することで、当該職員のモチベーションアップを狙ったが、効果の確認まではできなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					○/○	○/○/○	○●/○/○	○/○	○/○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○●	○/○	○/○	◎/○	◎/○●	○●	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○●	○●	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○●			○				○●	○●	○	◎●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み 受講辞退があれば理由確認	相談員養成コース受講 受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施					振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	○●/○●	◎/○	○/○	◎/○	◎/○	◎●/○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	

事業報告	◎派遣職員については昨年度と比較して減少させることができたが、相談員候補者を立てることができなかった。 1. コロナ禍の情勢でもあり学校訪問は必要最小限に留まったが、エリアとして必要な新卒採用者数を確保することができた。 2. 中途採用に際しては、特に看護職の確保には至らなかった。SNSの更新も充実していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出すことで、求職者の目に留まるものにする必要がある。来年度は応募数の増加につながる取り組みを目指していきたい。 3. 複数名の職員の異動を実施することができた。異動はスキルアップにもつながることを定期的に説明していくことで、職員が異動を前向きに捉えることができるようにしていく。 4. リーダー候補者に対して定期的な面談を実施することで、職員自身の意識向上につなげることができた。 5. 相談員養成コースへの参加につなげることができなかったため、来年度に向け早期に候補者の選定を進めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア ★1 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		施設長
			運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
			前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
			前月実践した取り組みを評価する												
					力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
			◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●/●	○●	○	◎●	
	エリア ★2 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
			個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
			管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
			◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	●/◎●/◎●	○●	○	◎●	
	エリア ★3 介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
			○●	○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア ★4 法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
			○●	○●	○			○			○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。	

事業報告

◎個人情報の管理を徹底することができ、介護保険改正に伴い新たな加算を算定することができた。
1. 全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。
2. 月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。
3. 介護保険改正に伴う新たな加算の算定を検討し、結果新たに2つの加算を算定することができた。
4. エリア内において、制度改正に伴う必要な対応を確認し、対策の徹底を図ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。 調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	振り返り	次年度準備		施設長
					営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	効果検証				
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	○●	○	○●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） 合同検討	紹介実践	紹介実践	効果検証	紹介実践	紹介実践	紹介実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○/○●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○●	◎/◎●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。 情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	振り返り	次年度準備		施設長
					確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証	確認/対策	確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証				
					△/△/△	○/○/○	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○●/○●/○●	○●	○	○●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし 2.問題なし 3.申し込みシートの改善が必要			７月-９月評価 1.問題なし 2.営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要 3.様式変更し問題なく活用できている。			１０月-１２月評価 1.問題なし 2.入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3.問題なし				

事業報告	◎目標稼働率を達成が2か月しかできなかった。待機者確保が今後の課題である。 1.入所施設を知った結果をアンケート調査することで、「近所だから」「交通の便が良いから」で施設を選択される方が4割以上みえることが把握できた。 2.入所施設全体のパンフレットが完成した。申込者や営業のツールとして活用することで、法人内事業所の周知へとつながっている。 3.随時入力を行うことで、申し込み状況が見える化でき、次のご案内や日程調整等がスムーズに行えるようになった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	ケアマネ/介護長	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	看護長/介護長	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○		○	○		○●	○●		○●	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	施設長/介護長	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○/○	○	△	△●	△●	○●/○●	○●	△●	○●	○	◎●	
	エリア	★4	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育① 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。				教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/◎	○/◎/◎	○/◎	○/◎	○/◎/◎	○/◎	○/◎/◎●	○●/◎●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	

事業報告	◎大規模災害及び感染対策に備えた体制を講じることができた。 1. エリア介護ケアマネ会議において、エリア内の事業所における情報共有を実施することができた。 2. 感染症対策委員会を中心にシミュレーション、効果検証を行うことができた。 3. 感染症発生時においては、施設職員全体、またエリア内の応援により適切な対応を行うことができた。 4. 災害発生時におけるシミュレーションは停電による実証実験により、現在の課題を抽出することができた。その中で、停電時において電子錠がロックされるため鍵管理の方法を検討し、対策を講じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	接遇マナーと適切な相談援助の徹底を行う	施設長/ＬＳＡ	勉強会への参加(住宅担当者)	接遇・相談援助ﾁｪｯｸ表の見直し	・チェック表に基づいた対応ができているか自己チェック（1回/月） 管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○●	○●/○●	○●	○●	－	
	事業所	2	入居者様の状況把握を行い、円滑な関係づくりを目指す	副施設長/住宅担当者	①【毎日】施設内の巡回を行いコミュニケーションを図ることで入居者様の生活状況の把握をする。 ②【毎月】入居者様の生活状況の把握を行い、施設内会議にて情報を共有する。 ②【随時】地域包括支援センターと連携を取り早期の支援を実施する。 巡回/共有	巡回/共有	巡回/共有	巡回/評価	巡回/共有	巡回/共有	巡回/共有	巡回/共有	巡回/評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○●/○●	○●	○●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェック表に基づいた接遇マナーの向上を目指したが、自己チェックに留まっていた。 ・2020年度より）施設職員全体としての共有ができていなかった為、2021年度については、施設職員全体で情報共有を図る必要がある。 ・自己チェック、他者チェックを行うことによって、担当者の接遇マナーと相談援助技術を向上させ、入居者の安心や、信頼関係の構築につなげていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.入居者とは良好な関係構築から意識した日常会話により、ご本人の体調をはじめとした近況の把握に努めた。	1.問題なし。 2.消毒及び清掃時に各階・1階ラウンジにて体調等の確認並びに健康管理を意識した散歩等を積極的に慫慂した。	1.問題なし。 2.体調の管理・健康の勧めと同時に、家族の状況等情報の深掘りを行い、いざというときに備える準備を行った。	

事業報告	◎不適切なケア(対応)は0件であった。 1.事務所窓口及び1階ラウンジにて意識しながらも何気ない会話にてご本人の体調等を推量ると共に、健康で生活が出来る様な助言に努めた。施設が開催する勉強会への参加等により、接遇マナーの研鑽に努めた。 2.デイサービス及び趣味・散歩等の外出を慫慂し、日々の楽しみ健康保持に努める様に意識して助言を行った。 空室状況の共有化については、新規の入居がスムーズに回転しており共有化しての対応までは至らず。但し、高優賃から同施設内の有料等への移動につき情報提供を密にして紹介実績が上がっている。地域包括センターとはコロナ禍で積極的な連携は困難ながらも、介護度の見直し及び新規入居者の支援策の一環として連携を図っている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	事故予防に向けた啓蒙	施設長/ＬＳＡ	案内チラシ作成 注意喚起（感染症）	案内チラシ作成 注意喚起（脱水）	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症）	入居者様からの聞き取りによる効果検証	事業所内での達成状況の振り返り	エリア内での達成状況の振り返り	案内チラシ作成 注意喚起（インフルエンザ）	案内チラシ作成 注意喚起（ヒートショック）	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症）	振り返り	次年度準備		施設長
					○/○●	○/○●	○/○	○●	○●	○●	○/○●	○/○●	○●/○●	○●	○●	－	
	エリア	★2	入居者様の不安・心配事の解消を図る	施設長/ＬＳＡ	・担当者による、日々の巡回による声掛け・相談（毎日【朝・夕】）									振り返り	次年度準備		施設長
					入居者の状態把握	地域の社会資源の収集	入居者への周知（全体・個別）		効果確認	入居者の状態把握	地域の社会資源の収集	入居者への周知（全体・個別）					
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○	◎/○●	◎/○●	◎/○●	◎/○	◎●/○●	○●	○●	－	
	事業所	3	健康維持の行事・企画のＰＲを行う	副施設長/住宅担当者	【毎月】地域・公共機関での健康づくり行事への参加を促進（資料配布）									振り返り	次年度準備		施設長
					資料配布	資料配布	資料配布	資料配布 実績確認	資料配布 評価	資料配布	資料配布	資料配布 参加確認	資料配布 評価				
					◎/○	◎/○	◎/○	◎/○/○●	◎/○/○	◎/○	◎/○	◎/○/○●	◎●/○●/○●	○●	○●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故予防に向けた啓蒙について、各事業所において対象者を絞り注意喚起を行った。 ・2020年度より）資料配布を行ったが実績確認ができなかった為、2021年度は参加人数の実績確認を行い評価する必要がある。 ・日常生活上における様々なリスクは、多くの入居者様にもご理解いただく必要があるため全体に周知を行う。また、チラシなどを用いた啓蒙活動によって、より理解を深めていただきたい。 ・住宅での生活において、入居者様が不安なく安心してお過ごしいただくための配慮が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.体調の状態の確認、入居者様からの相談事に積極的に対処し、一歩下がりながらも、入居者様の気持ちに寄り添うように努めた。 3.問題なし。	1.問題なし。 2.あらゆる機会を捉え声掛けを行って、意識の改革を重点的に行った。 3.問題なし。	1,2,3.問題なし。	

事業報告	◎重大事故の件数は0件であった。 1.健康で安全な生活をより長く享受できる様に意識して会話の中で伝えている。 2.普段の日常生活においては、個々の価値観を尊重し自己選択・自己決定を重視した対応にて、自立を原則としながら、電気関係及び水回り等生活に密着したお困り事に対して知識・技術が必要な場面は、介助員及び外の専門家とタイアップした対応に注力している。 3.社会とのつながりをもち、生きる喜びを見いだせる様に、市及び包括支援センターとの連携を重視、行事等の参加を図るためにパンフレット等エレベーター内に掲載し参加を慫慂した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
活気ある日常生活を送る機会の提供	事業所	1	行政や福祉機関から発信される行事の情報や地域で開催される行事、イベントの案内を提供する。	副施設長/住宅担当者	【毎月】行政や福祉機関から発信される行事の情報や地域で開催される行事 イベントの案内を提供する。									振り返り	次年度準備		施設長
					案内提供	案内提供	案内提供	案内提供 実績確認	案内提供 評価	案内提供	案内提供	案内提供 参加確認	案内提供 評価				
					○/○	○/○	○/○	○/○/△●	○/○/○	○/○	○/○	○/○/△●	○●/○●/△●	○●	○●	－	
	事業所	2	毎月清掃ボランティアへ参加して頂ける方を募集し、地域の清掃活動を行う。	副施設長/住宅担当者	募集	募集	募集	募集	募集/評価	募集	募集	募集	募集/評価	振り返り	次年度準備		施設長
					清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動	清掃活動				
					○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○/△	○●/△●	○●	○●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）コロナ禍の影響により、地域で開催される行事やイベントの自粛もあり、外出の頻度が減少したと思われる。活気ある日常生活を送っていただけるよう案内を提供する必要がある。 ・2020年度より）多くの方にご協力いただき清掃活動を実施できた。ボランティアとして活動することが活力になっている方もおられる為、継続して取り組んでいく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.市及び包括支援センターとの連携からパンフレット等を入手し、エレベーター内に掲示する等の手段を講じ、広報活動を通して参加等を慫慂した。 2.2～3名にて連れ立って参加されている。	1.同左を継続しながら、興味を示す入居者様には積極的に声掛けを行った。徐々にではあるが浸透し始めている。 2.問題なし。	1,2.問題なし。	

事業報告	◎活気ある日常生活を送る機会の提供を実施することができた。 1.地域との繋がりを持ち、生きる喜びを見いだせる様な支援策の一環として、コロナ禍で施設内での行事を見合わせる中で市及び地域包括支援センターの行事への参加啓発に向けたパンフレットをエレベーター内に掲載した。 2.コロナ禍で地域の清掃は中止となった。施設周辺での清掃活動については、月平均で2～3名参加していただくことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症予防へのはたらきかけの実施	事業所	1	入居者向けの認知症講座を開催する【年間3回】 ※開催が難しい場合は代替えとして資料を提供する	副施設長/住宅担当者	ＰＲ	ＰＲ 参加者募集	認知症講座開催①	評価 見直し	ＰＲ 参加者募集	認知症講座開催②	評価 見直し	ＰＲ 参加者募集	認知症講座開催③	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△/○	△●	△/○	△/○	△●	△●/○●	△●/○●	△●	○●	○●	-	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）講座の開催ができず資料の配布を行った。入居者様においても、認知症の知識を習得頂き、認知症に対する自己的予防を実施していただく必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価			７月-９月評価					１０月-１２月評価				
					1.地域包括センターとの連携により参加を慫慂した。講座の開催はできず資料配布とした。			1.包括支援センターからの情報を、エレベーター内に掲示し、参加慫慂を行った。講座の開催はできず資料配布とした。					1.入居者様の健康維持のためであることを強調して参加を募った結果、数名であるが外部の講座に参加して頂いた。講座の開催はできず資料配布とした。				

事業報告	◎認知症予防へのはたらきかけの実施をすることができた。 1.認知症講座はコロナ禍で中止としたが、地域包括センター開催の講座等をエレベーター内に貼り周知徹底を図り、同企画への参加を慫慂した。講座の開催は実施できず、資料配布として啓発を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築	エリア	1	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう既存の利用者様について現時点での意向を把握する。	施設長/ＬＳＡ		現状把握のための案内文作成	案内文発送	確認した意向を集計						振り返り	次年度準備		施設長
						△●	△●	△●						○●	○●	－	
	エリア	2	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう利用者様への適切な説明を行う。	施設長/ＬＳＡ		説明方法の検討			集計した意向に応じて説明実施					振り返り	次年度準備		施設長
						△●			△●					○●	○●	－	
	事業所	★3	法人内及びグレイスフル上前津の各種介護サービスを紹介する。	副施設長/住宅担当者	①【年2回】入居者様及びご家族を対象に、地域交流センターにて各種介護サービスを紹介する場を設ける。 ②【申込時】入居申し込み時にパンフレットにて各種介護サービスを紹介する。									振り返り	次年度準備		施設長
					開催ＰＲ	参加者募集	紹介会開催	評価 見直し		開催ＰＲ	参加者募集	紹介会開催	評価				
					○/○	△/○	△/○	△/△/△●	○	△/○●	△/○●	△/○●	△●/○●	○●	○●	－	
	事業所	★4	介護サービスが必要となった入居者情報を入所相談員と共有し、必要なサービスを受けられるようサポートを行う。	副施設長/住宅担当者	①【毎日】介護サービスが必要となった入居者情報を入所相談員と共有する。 ②【毎月】施設内会議にて必要なサービスに繋げた実績確認を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					情報共有 実績確認	情報共有 実績確認	情報共有 実績確認	情報共有 実績確認	評価 見直し	情報共有 実績確認	情報共有 実績確認	情報共有 実績確認	評価				
					○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○●	○/○/○	○/○/○	○/○●/○●	○●/○●	○●	○●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）複合施設の中の住宅であるという利点と、法人内の各種介護サービスを紹介できるという利点を有効活用することで、入居者様の安心につながると思われるため。 ・2020年度より）自立から要介護までをトータルサポートできる体制を構築するため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.契約時に説明していることに留まる。 3.お困りごとについては、介助員及び外部の専門家との連携にて対応中。 4.問題なし。	1,2.契約時に説明していることに留まる。 3.お困りごとについては、介助員及び外部の専門家との連携にて対応中。 4.問題なし。	1,2.契約時に説明していることに留まる。 3,4.同施設有料へ3名の紹介実績があった。	

事業報告	◎自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築を行うことができた。 1,2.入居契約時に、補助金の期限については説明し納得を得ている。 3,4.介護サービスが必要な入居者様の情報は、施設内で共有すると同時にケアマネ及び身元引受人とも共有化して相談強化を図っている。また、事案によれば地域包括支援センターの支援を仰いでいる。グレイスフル上前津の介護付有料老人ホームへ3名の方が入居していただけた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●/●/●	○/●	○/●	－	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/●/◎/●/◎/●	○/●	○/●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）セキュリティ事故防止のための取り組みを実施してきた。 ・情報保護・管理システムの取り組みを継続することにより、法人への信用をより固いものとしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.問題なし。	1,2.問題なし。	1,2.問題なし。	

事業報告	◎個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立することができた。 1.運用確認チェックリストを活用し毎月実施することができた。 2.ロッカーの施錠について毎月確認を行い、未施錠は一度もなく確実に実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
エリア内住宅部門の連携の強化	エリア	1	入居申込者に対して、継続して入居の意向があるかを追跡調査する	施設長/ＬＳＡ	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	○●	○●	－	
	エリア	2	早急な入居希望者に対して、エリア内で空室のある住宅を提案する	施設長/ＬＳＡ	①上記調査で得た回答から早急な入居希望の有無を確認する。（調査結果確認後すぐ実施） ②自住宅に空室がない場合は、エリア内の他の住宅をご提案する。 ③新規入居申し込みの時点で早急な入居希望のある方に対しても同様に対応する。 ④他施設の住宅の特徴を理解するため、交換研修を行う。（7月、11月）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	○●	○●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）2020年度における名古屋エリアの住宅施設は、概ね高い稼働率が維持することができたが、エリア内での連携をより強めることで、引き続き高い稼働率を維持していきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,2.早期入居可能者を選別、密なる連絡から退居即入居に繋げている。	1,2.定期的に資料の見直し再確認から、即時入居に努めた。	1,2.今年度４人の退居に対し、即時入居を実行した。	

事業報告	◎エリア内住宅部門の連携の強化を実施することができた。 1.入居申し込み者に対しては、まず資料を整理し、さらには見直しによる人選を図り、入居可能性の高い待機者については、定期的な連絡空室予想を提供しつつ、迅速な入居確定に努めている。 2.エリア内の担当者間にて連携を図り、入居者の確保に向けた取り組みを実施することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	施設長/全職員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	災害時における自己防衛についての啓蒙活動を行う	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					×	○/○	○	△	○●	×●	○●/○●	○●	△●	○●	○●	-	

			4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1.シミュレーションの実施は現時点でできていない。老朽化している高圧配電盤・エレベーター・水道設備・防火扉等安全が優先される設備は重点項目として、別管理としている。	1.シミュレーションの実施は現時点でできていない。来年度に引き継ぐ。	1.高圧配電盤設備の老朽化に伴う更新を実施し、非常時の停電等に対応した。災害訓練等は、定期的・継続的に実施している防火訓練と併せ実施し、防災意識の向上に努めている。	

事業報告	◎大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することができた。 1.　災害に対しては、重点管理設備を中心にして更新継続検査の確実なる実施により、設備の保全強化に努めている。コロナ対策については、消毒・窓開け・マスクの使用の徹底を図った、重点管理設備の防火扉の非常感知設備の更新及び水道メーターの更新等を計画的に対処実施した。災害時の備蓄食料に関しては、賞味期限の管理強化により更新を図っている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	3	課題や困りごとをチームで検討して解決につなげる。※困り事伝言板を作成し、ケース会議がすぐ開催できるようにする。	介護長/ユニットリーダー・全職種	困り事伝言板→関係職種と相談→対策実施→効果の確認のサイクル実施									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★4	虐待防止委員会にて、虐待防止のため、虐待や不適切ケアの事例の周知と、フロアの困りごとに関する助言をしていく。	虐待防止対策担当者/虐待防止委員会	毎月の虐待防止委員会にて、エリア会議からおりてきた事例について、施設内に周知徹底していく。フロアの困りごとについて、委員会内にて検討して助言につなげる。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・2020年度より）フロア会議の開催をできていないフロアがあったため、継続すると共に、いち早く問題解決に繋げるためにケース会議を開催していく。 ・2020年度より）虐待防止委員会の開催が3ヶ月に1回では少ないため、毎月開催していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施する事ができた。 2. 各施設計画通り実施する事が出来た。 3, 4. 計画通り実施できた。	1. 計画通り実施する事が出来た。 2. 各施設計画通り実施する事が出来た。 3, 4. 計画通り実施できた。	1. スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2. 各施設計画通り実施する事ができた。 3, 4. 計画通り実施できた。	

事業報告	◎施設にて不適切ケアが1件発生した。 1. 毎月、事例検討を行い、事例に対してどのような対応を行うことで虐待・不適切ケアを防ぐことができるか考えることができた。 2. エリアの会議にて検討した事例について、自施設にも持ち帰り、防止策を考えることができた。事例を通して、自フロアは大丈夫であるか点検していくことができた。 3. 虐待・不適切ケアを防止するために、個人やフロアだけではなく施設全体で考えられるような仕組みが構築できた。 4. 虐待防止委員会・身体拘束適正化委員会を毎月実施し、フロアの困りごとについて施設全体で考えることができた。施設内で検討を重ね、対応策を考えていくことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒事故につながるヒヤリハット）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	○	○●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ｹｱﾏﾈ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）							
					○●/△	△	△	◎●	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	○	○●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○●	○	○	○	○	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	看護長（看護師）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○	○●	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	事業所	★5	誤嚥性肺炎の予防を強化していく	安全委員会/全職種	委員会で誤嚥性肺炎予防の年間計画作成・確認		リモートによる口腔ケア勉強会実施（月2回開催で3ヶ月で全職員が参加）			吹き戻しレク実施 委員会で効果の確認				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎●	－	○/○	○/○	○/○	○●/○●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・2020年度より）誤嚥事故が1件発生し、肺炎での入院も2019年度より3件多くなってしまった。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5.計画通り実施できた。	1.入浴に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5.計画通り実施できた。	1.骨折に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.対象者を決め、計画通り実施できた。	

事業報告	○重大事故の対策を風化させないよう再確認ができた。 1.エリア会議でヒヤリハット内容と対応策の共有をすることで、自施設にも取り入れられる対応策を知り、持ち帰ることができた。 2.過去の重大事故の対策が忘れられていないか、施設内で確認し、対策を再周知することができ、同様の事故を防止できた。 3.基本介護チェック表で自分のケアの振り返りができ、C評価がついた職員には再教育し、改善が図れた。 4.服薬ミスが起きないよう注意喚起は行っていたが、人間違いの誤薬事故が1件発生してしまった。 5.歯科衛生士による勉強会に全職員が参加し、口腔ケアの重要性の理解を深めることができた。個別に吹き戻しレクを実施し、定着させることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○●/○	○	○	○●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	★4	利用者様が自分に合ったものを選択できる（食事編：エプロンやコップ）	介護長/介護力向上委員		介護力向上委員会で検討（エプロン）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（エプロン）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（コップ）	フロアで見直し・実践	介護力向上委員会で進捗確認（コップ）	フロアで見直し・実践	振り返り	次年度準備		施設長
					毎月１回リハビリ職の訪問で専門職のアドバイスをいただく												
					◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎	◎●/◎●	◎●	○	○●	
	事業所	★5	施設全体で情報共有し、看取りケアの更なる充実を図る	介護長/介護力向上委員		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		介護力向上委員会にて情報共有		振り返り	次年度準備		施設長
					看取りケアの実施と記録・看取りケア後の振り返り												
					◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎	◎●/◎	◎●	◎●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・2020年度より）個人個人に合わせた看取りケアができた。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1,3.実施できている。 2.増加傾向が見られてきている。 4,5.計画通り実施できた。	1,2.実施できている。 3.生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4,5.計画通り実施できた。	1.実施できた。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4,5.計画通り実施できた。	

事業報告	◎つぶやき件数年間661件→665件と件数はほぼ変わりはないが、「トイレに行けるようになりたい」や「○○がしたい、食べたい」など、利用者様個々の思いを大事にできるつぶやき件数が増えた。また、全フロアが利用者様に合ったエプロンやコップ等使用物品の見直しができた。 1.年間通して実施状況のチェックを行えた。 2.利用者様の思いの実現に重きを置き、フロアのつぶやき件数が増加した。毎月2～3件しか拾えず、課題となっているフロアもあった。 3.ケアプランに反映し、共有と評価を行った事でQOL向上に努める事ができた。 4.利用者様に合ったものを選択するという意味を最初に教育し、その上で全フロア使用物品の見直しをかけることができた。ポジショニングの変更や福祉用具の使用で食べこぼしを改善し、布ナプキンへの移行ができた。 5.ユニットリーダー以外の職員で構成される介護力向上委員会にて、看取りの振り返りを共有することで、自分のフロアで活かせることは何かを考えることができ、フロア内に持ち帰り浸透させることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○●			◎●	○	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開（2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
								前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討									
						△	△	○/○	○●/○	○●/○●	○●	○	○●	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△●	△	○	○●	○●	○●	○●		◎●	○	◎●	
	事業所	★4	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの実践と評価	介護長/全職種	認知症勉強会開催		実践コンテスト	評価	実践コンテスト	評価	実践コンテスト	評価	実践コンテスト	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	－	△	△	△	△	○	○●	○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・2020年度より）ﾕﾏﾆﾁｭｰﾄﾞ研修の参加が11月になってしまい、施設内への展開として勉強会が2回しか実施できていない。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2.資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3.時期遅れで7月以降に実施予定。 4.勉強会は実施できた。	1.参加できた。 2.時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3.実施することが出来た。 4.計画が遅れてしまった。	1.エリア会議で情報共有を行った。 2.エリア会議で情報共有を行った。 3.体験は実施出来たが、効果は図れていない。 4.計画通り実施できた。

事業報告	◎ユマニチュードの手法を施設内に取り入れられた。 1.ユマニチュードの研修に1名参加できた。 2.ユマニチュードの研修で学んだことを基に、施設内で勉強会を実施し、全職員に展開することができた。 3.開催が11月になり、計画より遅れが生じてしまったが、認知症利用者様の考えていること、思っていること、見ている世界について、DVDを通して理解を深めることができた。 4.ユマニチュードの勉強会で職員に伝えたことが実践できているか、コンテストを通して評価することができた。1ヶ月間でユマニチュードの手法を取り入れたケア（利用者様が不穏なとき、隣に座り背中を傾聴していた。目線を合わせて笑顔で挨拶をしていた。手を握り、顔を見ながらゆっくり声をかけていた。など）を30個みつけることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック後の改善状況を評価（全施設）	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○●	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎●	△●	○●	○●		○●	○	○●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	△	△		△●	△●	○●		○●	○	○●	
	事業所	★4	利用者様の希望を叶える	ユニットリーダー/全職種	利用者様のつぶやきをひろい、実現のために意見を出し合い、実現していく。（通販の活用、お買いもの代行、自費付添いサービス実施、お取り寄せ、リモート旅行、きらめきプラン採用、プチ外出　など）									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★5	働きやすい風土づくりのために美点を尊重できるリーダーになる	介護長/ユニットリーダー	組織人基本スタンス勉強会の実施		ユニットリーダー会議にて、ユニットリーダーの美点、職員の美点の報告と情報共有							振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	－	○	○	○	○	○	◎	◎●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 4,5.計画通り実施できた。	1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.交換研修実施し、職員にとって良い刺激となった。 4,5.計画通り実施できた。	1,2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。 4,5.計画通り実施できた。	

事業報告	○誇りを持って働いている職員がいる一方で、自信がないと思って悩んでいた職員の相談が2件あった。 1.他施設の介護長、ケアマネジャーがラウンドを行い、良かった点をその場で直接職員に伝えることでモチベーションアップを狙った。業務中で、直接声をかけてあげられない場面もあり、後日その施設の介護長からフィードバックしてもらった。 2.職員満足度調査のアンケート結果から全ての案件に対し、対策立案・職員への回答ができなかった。 3.2名の職員の交換研修ができた。研修から学んだことを自分のフロアに持ち帰り、活かすことができた。 4.外出行事ができなかった中で、利用者様のご希望をお聞きし、実現するためにチームで取り組むことができた。リモート旅行では、利用者様に絵馬を書いていただき、その絵馬をリモートで奉納することができ、少しでも旅行の気分を感じていただくことができた。 5.全ユニットリーダーに組織人基本スタンスの教育ができた。ユニットリーダー会議にて職員の美点を報告し情報共有できた。ユニットリーダー会議の議事録を回覧することで、当該職員のモチベーションアップを狙ったが、効果の確認まではできなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					○/○	○/○/○	○●/○/○	○/○	○/○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○●	○/○	○/○	◎/○	◎/○●	○●	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○●	○●	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						○●			○				○●	○●	○	◎●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み 受講辞退があれば理由確認	相談員養成コース受講 受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施					振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	○●/○●	◎/○	○/○	◎/○	◎/○	◎●/○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4, 5. 計画通り実施した。	

事業報告	◎派遣職員については昨年度と比較して減少させることができたが、相談員候補者の立てることができなかった。 1. コロナ禍の情勢でもあり学校訪問は必要最小限に留まったが、エリアとして必要な新卒採用者数を確保することができた。 2. 中途採用に際しては、特に看護職の確保には至らなかった。SNSの更新も充実していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出すことで、求職者の目に留まるものにする必要がある。来年度は応募数の増加につながる取り組みを目指していきたい。 3. 複数名の職員の異動を実施することができた。異動はスキルアップにもつながることを定期的に説明していくことで、職員が異動を前向きに捉えることができるようにしていく。 4. リーダー候補者に対して定期的な面談を実施することで、職員自身の意識向上につなげることができた。 5. 相談員養成コースへの参加につなげることができなかったため、来年度に向け早期に候補者の選定を進めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア ★1 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		施設長
			運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
			前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
			前月実践した取り組みを評価する												
					力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
			◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●/●	○●	○	◎●	
	エリア ★2 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
			個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
			管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
			◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	●/◎●/◎●	○●	○	◎●	
	エリア ★3 介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
			○●	○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア ★4 法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
			○●	○●	○			○			○●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。	1, 2, 3, 4. 計画通り実施した。

事業報告

◎個人情報の管理を徹底することができ、介護保険改正に伴い新たな加算を算定することができた。
1. 全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さやリスク説明を行った。重大事故、情報漏洩事故は発生していない。
2. 月1回ロッカー施錠の確認を行い、確実に行えている。
3. 介護保険改正に伴う新たな加算の算定を検討し、結果新たに2つの加算を算定することができた。
4. エリア内において、制度改正に伴う必要な対応を確認し、対策の徹底を図ることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。 調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 効果検証 ○/○/○	調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 営業実践 ○/○/○	調査/分析 効果検証 ○/○/○	調査/分析 効果検証 ○●/○●/○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	 ○●	施設長
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。(通所・入所施設合同相談員会議にて) ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） 合同検討 ○/○●	紹介実践 ○/○	紹介実践 ○/○	効果検証 ○/○	紹介実践 ○/○	紹介実践 ○/○	紹介実践 ○/○●	効果検証 ◎/◎●	 ○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	 ○●	施設長
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。 情報入力 確認/対策 △/△/△	情報入力 確認/対策 ○/○/○	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 効果検証 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ○/○/○	情報入力 確認/対策 ○/○/○	情報入力 確認/対策 ○/○/○	情報入力 効果検証 ○●/○●/○●	振り返り ○●	次年度準備 ○	 ○●	施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.問題なし 2.問題なし 3.申し込みシートの改善が必要 ７月-９月評価 1.問題なし 2.営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要 3.様式変更し問題なく活用できている。 １０月-１２月評価 1.問題なし 2.入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3.問題なし

事業報告	◎目標稼働率の達成が2か月しかできなかった。待機者確保が今後の課題である。 1.入所施設を知った結果をアンケート調査することで、「近所だから」「交通の便が良いから」で施設を選択される方が4割以上みえることが把握できた。 2.入所施設全体のパンフレットが完成した。申込者や営業のツールとして活用することで、法人内事業所の周知へとつながっている。 3.随時入力を行うことで、申し込み状況が見える化でき、次のご案内や日程調整等がスムーズに行えるようになった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	グレイスフル上前津
事業所名	介護付有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	ケアマネ/介護長	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	看護長/介護長	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○		○	○		○●	○●		○●	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	施設長/介護長	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					△	○/○	○	△	△●	△●	○●/○●	○●	△●	○●	○	◎●	
	エリア	★4	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育① 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。				教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○/◎	○/◎/◎	○/◎	○/◎	○/◎/◎	○/◎	○/◎/◎●	○●/◎●	○●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	1. 計画通り実施した。 2. 概ね計画通り実施した。 3. 概ね計画通り実施した。 4. 計画通り実施した。	

事業報告	◎大規模災害及び感染対策に備えた体制を講じることができた。 1. エリア介護ケアマネ会議において、エリア内の事業所における情報共有を実施することができた。 2. 感染症対策委員会を中心にシミュレーション、効果検証を行うことができた。 3. 感染症発生時においては、施設職員全体、またエリア内の応援により適切な対応を行うことができた。 4. 災害発生時におけるシミュレーションは停電による実証実験により、現在の課題を抽出することができた。その中で、停電時において電子錠がロックされるため鍵管理の方法を検討し、対策を講じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）　不適切ケアをなくす　などの	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	ユニットリーダー／相談員	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	ユニットリーダー／相談員		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎	
	事業所	3	不適切なケアにはどんなことがあるのか検討する	ユニットリーダー／相談員		日ごろを振り返りチェックリストを作成する	月１回チェックリストでチェック	月１回チェックリストでチェック	月１回チェックリストでチェック	チェックリストの更新	月１回チェックリストでチェック	月１回チェックリストでチェック	月１回チェックリストでチェック	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	○	◎●	○	◎	◎	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	サービス、おもてなしの意識を高めるため個々の目標を設定し実行する。	ユニットリーダー／相談員	事業所、個人目標を掲示し、共有する					事業所、個人目標の達成状況を確認する			事業所、個人目標の達成状況を確認する	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●					◎●			◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	業務の効率性、業務のスリム化をし、職員の業務の負担を軽減する。	ユニットリーダー／相談員	職員に負担となっている業務のアンケートをとる	必要な業務かどうか整理する	良い案を職員から募る	スリム化した業務を実行する		効果があがっているか確認し、見直しをする	スリム化した業務を実行する			振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎●	○	○	○●	○	○	○●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、効果的な研修となる。 ・業務をスリム化し、職員の業務軽減を図り、職員の気持ちに余裕があることで、重度化する中においても利用者様にやさしく接することができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.資料を共有し、事例についての対応策を考える事ができた。 2.検討した事例と結果、各事業所の困難事例の共有を行う事が出来た。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.資料を共有し、事例についての対応策を考える事ができた。 2.検討した事例と結果、各事業所の困難事例の共有を行う事が出来た。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.資料を共有し、事例についての対応策を考える事ができた。 2.検討した事例と結果、各事業所の困難事例の共有を行う事が出来た。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。

事業報告	◎不適切ケアは1件であった。原因を分析し、1：ケアプランには「お断りされる事があるが、その際は無理に介護せず、ご意向に沿って対応する」とあるが、この内容が理解できていなかった。2：利用者様の立場での視点が理解できていなかった。3：勤務時間内で終わらせたい気持ちがあり、焦りを感じた。4：言いにくい、怖いという感覚が他職員には強く、報告が遅れた。5：苛立ちの発散・回避方法を知らない。が上げられた。これらをもとに対策し以降は発生していない。 1.介護ケアマネ会議で事例検討されたものをもとに事業所内でも勉強会を行う事が出来た。 2.介護ケアマネ会議で事例検討されたものをもとに事業所内でも勉強会を行う事が出来た。 3.チェックリストを予定どおり実施できた。しかし不適切ケア1件の発生と、その報告の遅延が有った。 4.全職員個々に目標を立てる事ができ、それに対して遂行できた。 5.スリム化についてリーダー・相談員・施設長で定期で打合せを行い、課題・取り組み箇所を検討し実施した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒　事故につながるひやりはっと）	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ/介護職	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ/介護職	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）							
					◎●/◎	◎	◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●/◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ/介護職	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎●	◎	○	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	看護職/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		
					◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	救急対応、急変時の対応を適切に行う能力を身に着ける	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ/相談員	緊急対応マニュアルの確認（フロア会議）	日中の対応のシュミレーション実施	夜間の対応のシュミレーション実施		家族への連絡方法について研修開催	心肺蘇生、AED使用方法の研修開催	誤嚥、窒息発見時の対応について研修実施	転倒発見時の対応について研修実施	入浴中の事故について振り返り（入浴マニュアルの確認）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が2021年度も継続して求められる。2020年度も、過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・服薬に関する事故は生命に関わる事故である。2020年度もエリア内で発生しており、2021年度も取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.エリア内の誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析することで事故防止になっている。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.エリア内の入浴に関するヒヤリハットを確認・分析することで事故防止になっている。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.エリア内の骨折に関するヒヤリハットを確認・分析することで事故防止になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。 5.予定通り実施できた。

事業報告	◎重大事故は0件であった。 1.介護ケアマネ会議で上げられたエリア内ヒヤリハットを自事業所で水平展開できた。事業所でのヒヤリハットは月平均して25件を上げることができ、朝礼時に対策の効果確認ができた。 2.介護ケアマネ会議で上げられたエリア内重大事故を自事業所で水平展開できた。自事業所でケアプラン更新時に、重大事故につながる可能性を意識して対策の検討とプランへの組み込みを行えた。 3.予定通りチェックを行えた。新卒者は7月頃日勤帯勤務の独り立ち、12月頃夜間帯勤務の独り立ちができた。 4.介護ケアマネ会議で上げられたエリア内服薬ミスを自事業所で水平展開できた。服薬ミスを防止でき、服薬マニュアルの更新、紙面・実地テストを行えた。 5.急変時の勉強会、シミュレーションができた。救急車を呼ぶ事態も年度内であり、対応に活かすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	ユニットリーダー/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	ユニットリーダー/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	○●	○	○●	◎●/◎●	○	○	○●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	ユニットリーダー/相談員		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	利用者様を大切に思う気持ちを高めるため、利用者様と会話する機会を増やす。毎月ゼロが付く日に利用者様とのコミュニケーションをいつも以上に図る日とする。	ユニットリーダー/相談員	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	会話した内容を朝礼で報告する。	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	終末期の利用者様に対して心を込めた介護を行う意識を持つ。	ユニットリーダー/相談員	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	看取りケアの研修を実施	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	施設で他界された方の振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施状況のチェックは行えているが、質の高い接遇には至っていない。 2.件数は徐々に増加傾向が見られる。 3.施設で認知症対応困難な方をピックアップし、対象者の生活歴の確認を行った。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.チェックは行えている。 2.利用者様のつぶやきは拾えているが、ご家族の声が拾えていない。 3.対象者の生活歴を把握し、参考になる情報はアセスメントに繋げて対応の見直しをした。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.チェックは行えている。 2.利用者様のつぶやきは拾えているが、ご家族の声も拾えつつある。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、よりよいケアを追求することができた。 1.介護ケアマネ会議で事業所のチェックが行え、良い部分について事業所内へ展開が出来た。 2.件数自体は月に5件前後であった。０のつく日に特に意識して利用者様と話をすることに注力し、伝言板で情報共有することができた。これらをもとに良い言葉がけ、悪い言葉がけのせりふ集のたたき台を作成する事が出来た。次年度で発展させる。 3.カンファレンスでつぶやきのほか、ご家族から生活歴や好き嫌いを意図的に聞き取って、プランに反映できるよう図った。過去の生活歴がわかる写真をご家族の協力を得て複写し、職員間で視覚的に共有した。 4.0のつく日に特に意識して利用者様と話をし、伝言板で情報共有することができた。 5.逝去された方がおられた場合、看取りの後に反省点や良かった点を話し合う機会を持ち、心のケアと次のケアへの展開につなげた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	ユニットリーダー/介護職	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●			◎●	◎	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開（2020年度参加者が主となり進める）	ユニットリーダー/介護職		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）	前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討		振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	◎	○/○	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	ユニットリーダー/介護職		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	◎	○	◎●	◎●	◎●	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	認知症に関する勉強会を開催。職員2～3人のグループで講師役を担い、勉強会を通して認知症に関する理解を深める。	ユニットリーダー/介護職	担当者を決定	第一回開催	実際に取り組みたい事柄を決め実施	実際に取り組みたい事柄を決め実施	第二回開催	実際に取り組みたい事柄を決め実施	実際に取り組みたい事柄を決め実施	第三回開催	実際に取り組みたい事柄を決め実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	○●	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	重度な認知症の利用者様の気持ち、ケア方法を理解する	ユニットリーダー/介護職	一番困っている利用者様を選定	対象利用者の解決策を検討	対策を実行		振り返り	一番困っている利用者様を選定	対象利用者の解決策を検討	対策を実行		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎	○	◎	◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度も利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。利用者体験は、利用者様の気持ちを理解しサービスの提供を行う上で重要である。 ・職員自身が講師となることで、自ら学ぶ姿勢を高めていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2.資料作成は出来た。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.参加できた。 2.各施設で勉強会を実施した。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.会議内で情報共有を行った。 2.会議内で情報共有を行った。 3.体験は実施出来た。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、認知症利用者様の気持ちについての理解を深めることができた。 1.参加者の選定、研修参加、事業所内への展開ができた。 2.2020年度の参加者はいなかったが2021年度参加したもので展開できた。 3.体験を実施できた。しかしこれを理解しきれないため不適切ケアが1件発生した。10月に実際の事例をもとに勉強会、ロールプレイを行い、ひと月事3日3カ月間の効果確認を行い再発防止と理解浸透を図った。 4.勉強会を実施できた。しかしこれを理解しきれないため不適切ケアが1件発生した。10月に実際の事例をもとに勉強会、ロールプレイを行い、ひと月事3日3カ月間の効果確認を行い再発防止と理解浸透を図った。 5.リーダー・相談員・施設長で定期のミーティングを行い、対応に困っていることについて方法を検討した。リーダー会議でも事例があれば上げて他部署からの助言をもとに対策が検討できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	ユニットリーダー/介護職	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	**チェック後の改善状況を評価（全施設）**	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/ユニットリーダー				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	◎	◎	◎●	◎●		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/ユニットリーダー		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	×●	×●		◎●	×●	×●		◎●	◎	◎●	
	事業所	4	各職種が協力しレクリエーション「お花の会、カラオケの会、季節に合うレクリエーション、お誕生日会」を開催する	ユニットリーダー/介護職	レク実施	レク実施	レク実施	レク実施 満足度調査にて評価	レク実施	レク実施	レク実施	レク実施	満足度調査にて満足度確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	5	介護の質を高める。根拠のある介護を提供する。（排泄、食事）	ユニットリーダー/介護職			嚥下について勉強会を開催	食事介助方法、介助の位置、正しい姿勢について勉強会	トロミ剤の使用方法を正しくできているか勉強会を開催	食事の取り扱い、衛生管理について勉強会を開催	おむつの種類について勉強会を開催	オムツの適切さを確認し、排泄方法、パットの見直しをする		振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	◎	◎	◎	◎	◎●		◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・コロナ禍で外部の方との接点が減り意識が薄れないようにするため他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・2020年度職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現する。 ・他施設の状況を知ることで他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.人選はできたがコロナで実施はできなかった。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2.計画通り実施できた。 3.コロナで実施はできなかった。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.計画通り実施できており、他者評価が入ることで意識はできている。 2.計画通り実施できた。 3.人選はできたがコロナで実施はできなかった。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、自信と誇りあるサービスを実現することができた。 1.介護ケアマネ会議で事業所のチェックが行え、良い部分について事業所内へ展開が出来た。 2.予定通り実施、集計できた。意見で個別に対応できるものは個々に施設長が回答した。全体的に展開するものについてはリーダー会議で諮り、対策箇所・対策事項を展開した。 3.人選はできたが、新型コロナウィルスの蔓延により延期、また館内他部署での陽性者発生、自部署での濃厚接触者発生により実施はできなかった。 4.毎月実施ができた。夏ころよりお菓子やお茶をする行事を行い、フェイスブックに上げることで、利用者様のご家族も見られるようになり、施設内での取り組みが伝わるようになった。 5.予定通り勉強会が実施できた。介助方法の変更については各職種の意見交換が行われ、見直し期間で効果の確認ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、派遣職員に頼らない事業運営を行う 新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
									内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）								
					◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	◎/◎	◎●/◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎	◎	◎●	◎	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/人事担当職員	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/人事担当職員		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎				◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み 受講辞退があれば理由確認	相談員養成コース受講 受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施					振り返り	次年度準備		施設長
							◎●	◎●/◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は　専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。 新型コロナの現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となるとともに、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待でき、退職を防ぐことが期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。安定採用には至っていない。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。安定採用には至っていない。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。新たな求人媒体を使用した。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎「必要な人員を採用し、派遣職員に頼らない事業運営を行う」について年度内での欠員は出なかった。「新たなリーダー、相談員候補者を養成する」については養成コース修了者リーダー1名、相談員1名を他施設に輩出できた。 1. 予定通り学校訪問ができた。卒業生がいた場合は現在の状況を伝えることができた。 2. 年度内で欠員は無かったため積極的な採用はしなかった。フェイスブックの更新、求人媒体の見直しができた。 3. 面談で希望や考えを聞き取り、管内、エリア内で異動が行えた。 4. 今年度はリーダーを目指すものはいなかった。館内で昨年度リーダーコース受講済みの者は自部署・他部署でリーダーとして配置できた。 5. 今年度は相談員を目指すものはいなかった。館内で昨年度相談員養成コース受講済みの者は他部署で相談員として配置できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		施設長
					運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
					前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
					前月実践した取り組みを評価する												
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	施設長/相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		
					◎●	◎●	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		
					◎	◎	◎			◎			◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立することができた。 1. 定期教育を実施し、職員それぞれの理解を確認することができた。運用確認チェックリストを活用して、職員への意識を高めることができた。 2. 個人ロッカーの施錠確認をリーダー会議に合わせて行うことで、実施忘れを防止する事が出来た。 3. 毎月のリーダー会議資料として確認書類で要件に合っているか確認して取得ができた。 4. 栄養マネジメントの加算について共有でき、人事の最適な異動ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	施設長/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。 調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎	調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎	調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎	調査/分析 効果検証 ◎/◎/◎	調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎	調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎	調査/分析 営業実践 ◎/◎/◎●	調査/分析 効果検証 ◎/◎/◎	調査/分析 効果検証 ◎●/◎/◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	施設長/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） 合同検討 ◎/◎	紹介実践 ◎/◎	紹介実践 ◎/◎	効果検証 ◎/◎	紹介実践 ◎/◎	紹介実践 ◎/◎	紹介実践 ◎/◎●	効果検証 ◎/◎●	◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	施設長/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。 情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 効果検証 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎	情報入力 確認/対策 ◎/◎/◎●	情報入力 効果検証 ◎●/◎/◎●	振り返り ◎●	次年度準備 ◎	◎●	施設長
なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。			７月-９月評価 1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。			１０月-１２月評価 1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。				

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、目標99.7%実績99.7%と予算（収入）目標を達成した。 1.待機者へ随時連絡をして現状の追跡調査を行う事が出来た。選ばれる理由として家が近い・ケアが良いという理由が分かった。 2.エリア内で情報共有をしながら他施設の紹介をし合う事が出来た。 3.所定の入力リストへ随時入力、更新ができ、ほとんど空床の無い入所調整ができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	施設長/相談員	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	施設長/相談員	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎		◎	◎		◎●	◎●		◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	施設長/ユニットリーダー	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。8月に陽性者が出て情報共有をした。 2.予定通り実施できた。8月に陽性者が出て対応に生かせた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することができた。 1.感染状況が随時発信され、有事への円滑な行動につながった。事業所内では陽性者の濃厚接触者となった者が1名事例としてあったが、蔓延やそれ以降の発生は無かった。 2.毎日朝夕各階の換気と消毒を行い、感染症対策に取り組むことができた。新型コロナウィルスの陽性者は無かったが、ゾーン分けやもし陽性が出た場合の対応について意見交換ができた。 3.施設長、相談員によるチェックリストの定期確認ができた。必要物品の購入・在庫確認、BCPの勉強会を1回開催し、防災に対する意識は高まったと感じる。 4.年3回総合防災訓練を行った。放送設備の使い方のほか、避難経路の確認などを行う事が出来た。新型コロナウィルスの蔓延により、地域住民が参加する形では開催が出来なかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	接遇マナーと適切な相談援助の徹底を行う	施設長/住宅担当職員	勉強会への参加(住宅担当者)	接遇・相談援助ﾁｪｯｸ表の見直し	・チェック表に基づいた対応ができているか自己チェック（1回/月） 管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	窓口対応の満足度を高める。	施設長/住宅担当職員		重点項目を決定（リーダー会議）		他者チェック実施		重点項目を決定（リーダー会議）		他者チェック実施		振り返り	次年度準備		施設長
						◎		◎		◎		◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	高齢者の特性（疾病、認知症、心理的変化、利用する可能性のある制度等）を理解する。	施設長/住宅担当職員	高齢者の特性に関する資料を収集する。（疾病、認知症、心理）		収集した資料を各自読み込む（教育報告書を作成）		介護保険制度に関する資料を収集する（区役所等）		収集した資料を各自読み込む（教育報告書を作成）			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎●	◎	◎●		◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェック表に基づいた接遇マナーの向上を目指したが、自己チェックに留まっていた。 ・自己チェック、他者チェックを行うことによって、担当者の接遇マナーと相談援助技術を向上させ、入居者の安心や、信頼関係の構築につなげていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件であった。 1.マナー研修を受けることができ、来客者、入居者様への挨拶を相手に伝わる声で行う事が出来た。 2.飛び込みの相談でも焦ることなく対応できた。 3.高齢者の特性を理解するために資料等の情報収集を行い、理解を深めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	事故予防に向けた啓蒙	施設長/住宅担当職員	案内チラシ作成 注意喚起（感染症）	案内チラシ作成 注意喚起（脱水）	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症）	入居者様からの聞き取りによる効果検証	事業所内での達成状況の振り返り	エリア内での達成状況の振り返り	案内チラシ作成 注意喚起（インフルエンザ）	案内チラシ作成 注意喚起（ヒートショック）	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症）	振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	入居者様の不安・心配事の解消を図る	施設長/住宅担当職員	・担当者による、日々の巡回による声掛け・相談（毎日【朝・夕】）									振り返り	次年度準備		施設長
					入居者の状態把握	地域の社会資源の収集	入居者への周知（全体・個別）		効果確認	入居者の状態把握	地域の社会資源の収集	入居者への周知（全体・個別）					
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○/○	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	事故予防に向けた啓蒙②	施設長/住宅担当職員		利用できる制度に関する情報収集	情報をもとに新聞を作成	新聞を配布する				情報をもとに新聞を作成	新聞を配布する	振り返り	次年度準備		施設長
						○	◎	◎				◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故予防に向けた啓蒙について、各事業所において対象者を絞り注意喚起を行った。 ・日常生活上における様々なリスクは、多くの入居者様にもご理解いただく必要があるため全体に周知を行う。また、チラシなどを用いた啓蒙活動によって、より理解を深めていただきたい。 ・住宅での生活において、入居者様が不安なく安心してお過ごしいただくための配慮が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	

事業報告	◎重大事故は0件であった。 1.注意喚起の案内チラシを作成し、新聞等の読み物と合わせて配布する事が出来た。 2.入居者様の困りごとなどの相談に随時応対しながら情報収集する事が出来た。 3.介護保険についてや建屋で受けられるサービス等について知りたいとの意見があり、案内を作成し配布する事が出来た。また希望のあった方に面談や説明をすることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
活気ある日常生活を送る機会の提供	事業所	★1	自宅でもできる運動や娯楽に関する情報を提供する	施設長/住宅担当職員			情報収集	新聞作成	新聞配布					振り返り	次年度準備		施設長
							◎	◎	◎●					◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	日常的な関わりを深めるために利用者様の状況を職員が共有する	施設長/住宅担当職員	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	朝礼で利用者様の状況を報告	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	巡視の際、朝礼の状況をもとに利用者様に声をかける	施設長/住宅担当職員	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	巡視及び声かけ実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・コロナウイルスの影響もあり、入居者の中には他の入居者との交流が少なく、日常生活の中での刺激が少ないと思わ　れる方がいらっしゃる。 ・複合施設の中にある住宅ということで、地域とのつながりが希薄になっている。 ・フレイルの予防につなげたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、活気ある日常生活を送る機会の提供につなげることができた。 1.自分でもできる運動の資料を収集して、新聞とともに配布する事が出来た。 2.入居者様と日常的な関わりを持つことは新型コロナウィルスの蔓延で難しかったが、巡視等でお会いした時に声をかけ、近況の聞き取りや困ったことの相談に応じることができた。 3.巡視時や電話、事務所への来訪等で相談事に随時対応する事が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症への備えの方法を提供する	事業所	1	入居者向けの認知症に関する情報の提供	施設長/住宅担当職員		施設新聞に情報を掲載する			施設新聞に情報を掲載する			施設新聞に情報を掲載する		振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎			◎●		◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・認知症に対して心配してみえる入居者様もいらっしゃる。情報提供することにより、自主的な行動を促すこと、適切なサービスを紹介することにつなげることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、認知症への備えの方法を提供につなげることができた。 1. 認知症の予防、脳トレ、加齢による物忘れとの違いなどを資料として、新聞とともに配布する事が出来た。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築	エリア	1	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう既存の利用者様について現時点での意向を把握する。	施設長/住宅担当職員		現状把握のための案内文作成	案内文発送	確認した意向を集計						振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎●						◎●	◎	◎●	
	エリア	2	補助金給付の終了を見越して、将来的な金銭面での不安を軽減できるよう利用者様への適切な説明を行う。	施設長/住宅担当職員		説明方法の検討			集計した意向に応じて説明実施					振り返り	次年度準備		施設長
						○			◎●					◎●	◎	◎●	
	事業所	3	併設施設の存在の理解を促す	施設長/住宅担当職員			介護保険制度、併設施設に関するリーフレットを作成する。		リーフレットを配布する					振り返り	次年度準備		施設長
							○	◎	◎●					◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・補助金給付の終了を控えており、それを見越して不安なく生活できるためのサポートを、早期に実施する必要があるため。 ・自立から要介護までをトータルサポートできる体制を構築する。 ・複合施設の中の住宅であるという利点と、法人内の各種介護サービスを紹介できるという利点を有効活用することで、入居者様の安心につながると思われる	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.2.3.スケジュールは無い	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築につなげることができた。 1.補助金給付の更新案内に10年を経過することも含めて案内文の発送をすることができた。 2.案内を見て質問に来られた方へは丁寧に説明をすることで不安の軽減が出来た。 3.併設の小規模とデイのパンフレットを各居室へポスティングする事が出来た。興味のある方への説明ができ、小規模・デイの利用に結びつけることができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
						力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
				◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
				個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
				管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
				◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）セキュリティ事故防止のための取り組みを実施してきた。 ・情報保護・管理システムの取り組みを継続することにより、法人への信用をより固いものとしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立することができた。 1. 定期教育を実施し、職員それぞれの理解を確認することができた。運用確認チェックリストを活用して、職員への意識を高めることができた。 2. 個人ロッカーの施錠確認をリーダー会議に合わせて行うことで、実施忘れを防止する事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
予算（収入）目標を達成する。	エリア	1	入居申込者に対して、継続して入居の意向があるかを追跡調査する	施設長/住宅担当職員	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	早急な入居希望者に対して、エリア内で空室のある住宅を提案する	施設長/住宅担当職員	①上記調査で得た回答から早急な入居希望の有無を確認する。（調査結果確認後すぐ実施） ②自住宅に空室がない場合は、エリア内の他の住宅をご提案する。 ③新規入居申し込みの時点で早急な入居希望のある方に対しても同様に対応する。 ④他施設の住宅の特徴を理解するため、交換研修を行う。（7月、11月）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	△	◎	◎	◎	△	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）2020年度における名古屋エリアの住宅施設は、概ね高い稼働率が維持することができたが、エリア内での連携をより強めることで、引き続き高い稼働率を維持していきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、住宅目標：98.7%実績：98.9%、高優賃目標：99.4%：実績：99.1%と予算（収入）目標を一部達成した。 1.待機者へ随時連絡をして現状の追跡調査を行う事が出来た。週に1回小規模と合同のミーティングを行い、住宅の状況、小規模併用の可能性のある方への関わりについて話し合う事が出来た。 2.エリア内で情報共有をしながら他施設の紹介をし合う事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	高齢者向け優良賃貸住宅　住宅型有料老人ホーム

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	施設長/全職員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	災害時における自己防衛についての啓蒙活動を行う	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎	◎	◎	◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	施設長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することができた。 1. 年3回総合防災訓練を行った。その中で入居者様へ避難経路がわかる図を配布し密を避けた訓練を行う事が出来た。施設として必要物の確認をし、入居者様各々で準備が必要なものの目安を発信する事が出来た。新型コロナウィルスの蔓延により、地域住民が参加する形では開催が出来なかった。 2. 毎日朝夕各階の換気と消毒を行い、感染症対策に取り組むことができた。新型コロナウィルスの陽性者は無かったが、ゾーン分けやもし陽性が出た場合の対応について意見交換ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所	1	認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行う	施設長/全職種			認知症ケアのロールプレイを行う	職員アンケートにて振り返り			認知症ケアのロールプレイを行う	職員アンケートにて振り返り		振り返り	次年度準備		施設長
							○	○			△●	△●		◎●	◎	◎●	
	事業所	2	介護拒否等のケース検討会を実施し、対象利用者様に対する実践および実践前後の困難事例の改善状況における効果検証を行う	施設長/全職種	ケース検討会	実践	実践	効果検証	ケース検討会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	○●	△	△●	△●		◎●	◎	◎●	
	事業所	3	適切な言葉遣い、行動を身につける	施設長/全職種		セルフチェックを実施	不適切と感じる言動を話し合う。		接遇ロールプレイの内容を検討する。	接遇ロールプレイを実施する。	ロールプレイ後の報告書を職員で共有する	セルフチェックを実施		振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎●		△	◎	○●	○●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	職員同士、介護での困りごとを共有する。	施設長/全職種	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	申し送りで、困りごとを挙げる	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	職員から出された困りごとに対しての対応方法を検討し、どの職員も同じように実施する。	施設長/全職種		申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	ミーティングにて前期の評価	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	申し送りで挙がった困りごとの対応を検討	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、ロールプレイを実施したところ、普段の業務の中で気が付かない点に気がついたとの意見が挙がった。１度の開催にとどまったため、今年度は別のケースも取り上げ開催する。 ・経験の差などに関係なく、日々対応に困る利用者様の上手な対応方法を皆で共有することで　適切なケアにつながる。 ・職員がコミュニケーションをとりやすくすることで、相談しやすい関係を作ることが、適切なケアにつながり、不適切ケアを未然に防ぐ。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎不適切ケアは0件であった。以下によって効果が有ったと考える。 1. ロールプレイを行い、相手の立場に立った考え方をすることがにつながった。 2. 対応に困っている事例について個々から出すことができ、それに対して意見を聞くことができ、対応の幅が広がった。 3. チェックリストを予定どうり実施できた。変えたほうが良いと思われる対応事例について意見を出すことができた。 4. 伝言板で日々、小規模会議で月1回、困りごとの発信や共有、対応の検討ができた。 5. 伝言板で日々、小規模会議で月1回、困りごとの発信や共有、対応の検討ができた。対応には差がみられるため来年度事業計画で統一できるよう行動計画に組み込む。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	事業所	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリ・ハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒　事故につながるひやりはっと）	施設長/全職種	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り （件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎	◎●	◎	◎●	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	施設長/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					毎月のエリア介護ケアマネ会議からの情報をミーティングにて報告する				報告した事故後の評価	毎月のエリア介護ケアマネ会議からの情報をミーティングにて報告する							
					◎●/◎	◎	◎	◎●/◎	◎●	◎	◎●/◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：基本介護チェックC評価者）	施設長/全職種	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	施設長/全職種	対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知	対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知	対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は、転倒による重大事事故が１件発生している。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度、中途採用職員が３名おり、全体的な介護技術を高めるという点から、基本介護チェックを用いた全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・服薬に関する事故は生命に関わる事故である。2020年度もエリア内で発生しており、2021年度も取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。

事業報告	◎重大事故は0件であった。 1.ヒヤリハットは前期では月で4-23件と上げる数に差が大きかったが、後期では月平均して18件を上げることができた。危険の視点が備わってきたと思われる。 2.介護ケアマネ会議で上げられたエリア内重大事故を自事業所で水平展開できた。自事業所でケアプラン更新時に重大事故につながる可能性を意識して対策の検討とプランへの組み込みを行えた。 3.予定通りチェックを行えた。夜間帯勤務の独り立ちができていない職員へは追加でチェックを行えた。 4.過去の服薬ミスを自事業所で水平展開でき、服薬ミスを防止できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
全職員が小規模多機能型居宅介護ならではのサービスを考える。	事業所	★1	利用者様に親しみがあり、落ち着きのある居住空間を作る。	施設長/全職種	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	入り口、壁に季節の装飾品を飾る	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	介護技術に関する研修を実施し、基本的な介護力を高める。（研修資料は入所施設で使用しているものを活用する）	施設長/全職種	資料収集（食事）	資料作成（食事）	ミーティングにて研修実施	資料収集（移動、移乗）	資料作成（移動、移乗）	ミーティングにて研修実施	資料収集（排泄）	資料作成（排泄）	ミーティングにて研修実施	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	訪問業務の手順書を作り訪問サービスの質を高める（掃除、買い物、安否確認、就寝・起床、洗濯）	施設長/全職種		それぞれの業務の担当者を決める	担当者にて案を作成する	案をもとに、修正点等をミーティングにて検討する			手順書を完成させる			振り返り	次年度準備		施設長
						◎●	◎●	◎	◎	◎●	◎●			◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様のつぶやきから月ごと担当者を選定しレクリエーションを企画し実施する。	施設長/全職種	レクに関するつぶやきを集める	計画立案	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	実施と評価	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	◎●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は、「整頓」という面に着目した。今年度はさらに発展させ、季節を感じられるという点にも着目し、環境を整える。 ・特養申込者（要介護３以上）、住宅申込者（軽度）の方がメインの対象者である当事業所は、重度の方に向けた介護技術、訪問での技術を高めることが必要である。 ・サービスへの満足度向上のためには、「介護」という視点以外に、利用者様の楽しみにつながるレクリエーションの提供が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、全職員が小規模多機能型居宅介護ならではのサービスを考えることができた。 1.毎月季節感のある壁への装飾が行えた。利用者様の意見を聞き、利用者様に関わっていただき作成する事が出来た。 2.資料の発信ができた。小規模会議内で研修を行い、知識技術の浸透が図れた。 3.担当を割り当てでき、手順書を見直して対応の統一化が図れた。 4.前期はつぶやきの収集と記録が曖昧になっていた。後期は定期で上げることができたが月1-2件に留まった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の思い、行動の意味を理解して介護を提供する。	事業所	1	認知症実践者研修へ１名参加する	施設長/全職種	参加者の選定	主催者の年間計画に基づき研修へ参加する。事業所内で伝達研修を実施する。								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	△	△	△	△	△	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	認知症の方の尊厳について職員で話し合う。２回開催し、全職員がどちらかに参加する。	施設長/全職種					自分が認知症になったらというテーマで意見交換。					振り返り	次年度準備		施設長
									△	△●				◎●	◎	◎●	
	事業所	3	認知症の方への支援方法について理解を深める	施設長/全職種	ケース検討会の実施（リーダー会議で月１件以上検討実施）エリア通所会議に参加し情報を共有する									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、認知症に関する外部研修へ参加ができなかった。外部研修に参加し新しい知識を身に着けることで、認知症の方へのケアの質を高める。 ・認知症の利用者様の気持ちを理解するきっかけを作り、日々の利用者様との関わりの中で意識することがより丁寧な対応につながる。 ・2019年度は認知症に関する研修が実施できておらず、2020年度は年間４回実施した。まだ不十分であり、さらに接し方の工夫と共有が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。申込んだが選定から漏れ参加できなかった。 3.予定通り実施できた。	1.選定から漏れ参加できなかった。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.選定から漏れ参加できなかった。 3.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、利用者様の思い、行動の意味を理解して介護を提供することができた。 1.参加者の選定、申し込みまでできたが、参加者数に達してしまい選考に漏れた。 2.伝言板上で対応について意見を出し合った。それに基づき小規模会議で共有できた。 3.小規模会議で対応方法に迷うケースを検討出来、リーダー会議で発信し助言を得て、それをもとに自部署で展開できた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員が笑顔で働ける職場環境でサービスを提供する	事業所	★1	職員同士のコミュニケーションを円滑にし、相談しやすい関係を作ることでケアの質向上を図る。	施設長/全職種	職員同士の自己紹介書を作る。	自己紹介書を職員で共有する		職員のいいところをミーティングで言う				職員のいいところをミーティングで言う		振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●		○				○●		◎●	◎	◎●	
	事業所	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/全職種				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								◎●	○	○	○	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（日勤帯に勤務する全職員）	施設長/全職種		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	△		△●	△●	△●		◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・すべての職員が、自施設・自事業所の強みを十分に理解できていない。 ・利用者から選ばれる事業所となるため、丁寧で特徴のあるサービスを創り上げる必要がある。 ・働く職員自身が自施設を自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、理想のサービスを実現する。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 3.人選できたがコロナを鑑み延期した。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.人選できたがコロナを鑑み延期した。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.人選できたがコロナを鑑み延期した。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、職員が笑顔で働ける職場環境でサービスを提供することができた。 1.良いところをミーティング以外でも気軽に言い合う事が出来た。 2.予定通り実施、集計できた。意見で個別に対応できるものは個々に施設長が回答した。全体的に展開するものについてはリーダー会議で諮り、対策箇所・対策事項を展開した。 3.人選はできたが、新型コロナウィルスの蔓延により延期、また自部署での陽性者発生により実施はできなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
介護保険法などの法規制の改定に適切に対応するために、情報セキュリティを高める。コンプライアンスを確立する。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)					振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	法改正に伴う必要な対応を行う。	施設長/計画作成担当者	ミーティングにて変更点の確認	対応実施	リーダー会議にて進捗を確認			リーダー会議にて進捗を確認			リーダー会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎●	◎			◎			◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。 ・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立することができた。 1. 定期教育を実施し、職員それぞれの理解を確認することができた。運用確認チェックリストを活用して、職員への意識を高めることができた。 2. 個人ロッカーの施錠確認をリーダー会議に合わせて行うことで、実施忘れを防止する事が出来た。 3. 毎月のリーダー会議資料として確認書類で要件に合っているか確認して、加算の取得ができた。運営推進会議の開催、議事録作成などが行えた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
平均登録者２２名を確保する。	事業所	1	対象者を絞った効率的な営業活動を実施する	施設長/計画作成担当者	住宅入居希望者へパンフレットを配布	住宅入居希望者、特養待機者（新規申込者）へは小規模のパンフレットを添えて案内する。（申し込み書提出時）								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎	◎	◎	○	○	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	郵送、ＦＡＸ、を使った営業活動を実施する	施設長/計画作成担当者	重点営業先の見直し	重点営業先へ空き情報（月１回　ＦＡＸ）、パンフレット（４月、７月、１０月　郵送）を送付する 特養受け入れ担当者、住宅受け入れ担当者へ毎週小規模の空き状況を伝える（ミーティング前に週１回）								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○/○	○/○	△/△	△/△	△/△	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	地域に向けて小規模多機能型居宅介護をＰＲする	施設長/全職種	地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施	振り返り	次年度準備		施設長
					○		○		○		○		○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	営業内容を絞り、繰り返し営業を実施する。（訪問、認知症の方へのケア）	施設長/計画作成担当者	訪問で対応可能な内容をリスト化	空き情報にリストを掲載しＦＡＸ（月１回） 施設での活動（個別ケア、施設内研修）を空き情報に掲載しＦＡＸする（月１回）								振り返り	次年度準備		施設長
					◎●	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○/○	○/○	△/△	△/△	△/△	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・２０２０年度の新規申込者の中で、８割が特養、住宅申し込み者であったことから、稼働維持のために効果が見込まれる。直接訪問するよりも時間的に効果的である。 ・２０２０年度の運営連絡協議会においてもコロナ渦で地域内での支援に限界があるとの意見が聞かれており、地域での認知度を上げることで、近隣からの利用者確保につなげることができる。 ・小規模ならではのサービスを営業材料としてＰＲする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。効果は限定的だった。 2. 予定通り実施できた。効果は限定的だった。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。効果は限定的だった。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、目標75.9%実績64.8%と予算（収入）目標を達成できなかった。 1. パンフレットや介護保険サービスについてのアンケートは年に2回できた。反応はありサービスの利用に結びついたケースは3件あったが、目標達成に十分な利用数までには至らなかった。 2. 定期営業や館内担当者との情報共有はできた。目標達成に十分な利用数までには至らなかった。 3. 近隣住宅にパンフレットを配布できた。回覧は集合住宅の会合を通じて行われるため、コロナウィルス蔓延により会合が開催されず、定期で回覧するには至らなかった。 4. 電話での営業を行った。外部からの受け入れはサービス調整が困難な場合があり、利用に結びつけられなかったケースが有った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	小規模多機能型居宅介護

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	事業所	★1	感染症対策の強化を行い、有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ	施設長/看護職	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①　教育②　教育③ 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する（アクティブセンターと共同で実施）	施設長/全職種	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎	○	○	◎●	◎●/◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	災害時（台風・大雪等）の送迎前と送迎中における対応シミュレーションの実施および危険箇所の把握を実施し、職員アンケートにおける効果検証を行う（アクティブセンターと共同で実施）	施設長/全職種	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、必要な対応が行えることが万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にすることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することができた。 1.施設長、リーダーによるチェックリストの定期確認ができた。必要物品の購入・在庫確認、BCPの勉強会を1回開催し、防災に対する意識は高まったと感じる。 2.年3回総合防災訓練を行った。放送設備の使い方のほか、避難経路の確認などを行う事が出来た。新型コロナウィルスの蔓延により、地域住民が参加する形では開催が出来なかった。 3.危険個所について意見交換と、気情報共有ができた。有事の視点や意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行う	所長/全職種	勉強会	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	2	介護拒否等のケース検討会を実施し、対象利用者様に対する実践および実践前後の困難事例の改善状況における効果検証を行う	所長/全職種	ケース検討会	実践	実践	効果検証	ケース検討会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	3	どんな対応が不適切ケアとなるのか、他者の考えを聞き理解する	所長/全職種		不適切と思われる言動を振り替える	チェックリストを作成する	チェックリストにてチェックを実施する。			チェックリストにてチェックを実施する。		チェックリストにてチェックを実施する。	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎			◎		◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	職員同士で不適切ケアについて助言できる関係を作る	所長/全職種				適切なケア（接遇など）について勉強会の実施（２か月の中で一人１回参加）		フロア会議の定例議題とし毎月のケアの状況確認、より良いケアの検討（チーム内でセルフチェック）				振り返り	次年度準備		施設長
								○	○	○	○	○	○●	◎●	◎	◎●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・認知症に対する理解が不足しており、接し方の工夫と共有が不十分である。 ・利用者を主体とした考えが十分に身についておらず、予定通り業務が進まないと、自己中心的な視点でのケアとなり、不適切ケアの要因となってしまう。 ・学んだことが現場に生かしきれていない。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。						７月-９月評価 1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。			１０月-１２月評価 1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。				

事業報告	◎不適切ケアは0件であった。以下によって効果が有ったと考える。 1. ロールプレイを行い、相手の立場に立った考え方をすることがにつながった。 2. 対応に困っている事例について個々から出すことができ、それに対して意見を聞くことができ、対応の幅が広がった。 3. チェックリストを予定どうり実施できた。フロア会議で定期で確認と対応方法について検討ができた。 4. 全職員個々に目標を立てる事ができ、それに対して遂行できた。 5. 勉強会を実施、全職員が参加できた。フロア会議定例議題として確認、よりよい対応の検討ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離設リスク者の確認および離設防止策を検討し、対象利用者を選定した上での実践および独り歩き事故またはヒヤリハットの有無における効果検証を行う	所長/全職種	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	△	◎	◎	◎	◎●		◎●	◎	◎●	
	エリア	2	過去の離設事故の再検証または離設後の対応シミュレーションを繰り返し行い、離設対応マニュアルを用いた理解度チェックにて効果検証を行う	所長/全職種	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	△	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	3	ヒヤリ・ハットの視点を養い（転倒）、環境を整え、プランに反映させる。	所長/全職種	ｋＹＴを実施（ひやりはっとで多く挙がった場面を取り上げる　月１回　フロア会議にて）									振り返り	次年度準備		施設長
					・転倒に関するひやりはっとを集計し、環境面で見直すことがないか検討する（毎月　フロア会議） ・ひやりはっとの件数が多い利用者様のプランの見直しを行う（毎月　フロア会議）												
					◎/◎	○/○	△/△	△/△	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者、中途採用者）	所長/全職種	基本介護チェック第1回目評価	できていない部分の勉強会実施			勉強会の内容を踏まえ基本介護チェック第2回目評価	できていない部分の勉強会実施				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎			◎	◎●				◎●	◎	◎●	
	事業所	5	ご自宅での転倒・離施設など問題となる情報の共有・提案を行う	所長/全職種	連絡帳・口頭での報告をもとにフロア会議にて検証会議を開催し対策の検討、プランの見直し（毎月）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかった。 ・転倒・離設・車両事故は、利用者の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が急務である。 ・2020年度は前年度に比べひやりはっとの件数が月平均17件増加した。挙がった報告から改善点を検討するところまで達していない状況を改善する。事故の中で転倒の占める割合が９割以上であるため、転倒に着目する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.予定通り実施できたが離施設が発生した。 2.予定通り実施できたが離施設が発生した。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できたが離施設が発生した。 2.予定通り実施できたが離施設が発生した。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。

事業報告	◎重大事故は離施設が2件。発生した。原因は、見守り位置・視点がルールとして定まっていない、ヒヤリハット件数が少なく危険意識が足りない、手順書がおおまかな内容であったことが考えられる。 1.実施したが離施設が発生した。事業所でのヒヤリハットは重大事故発生前は月平均して10-15件前後であった。重大事故発生後は45-50件近くまで上げることができ、朝礼時に共有・対策の確認、ヒヤリハットマップを作成し、危険意識を高めた。7月以降は重大事故は発生していない。 2.スケジュール通り実施したが離施設が発生した。発生時はマニュアルが生かし切れていなかった。再学習し対応力をつけるとともに、場面ごとの見守り位置、職員人数を定め、見守り視点を標準化した。 3.プランに反映できたが離施設が発生した。プラン自体には細かなポイントまでは記せなかったため、離施設の可能性がある方をリスト化し、どのような場面で起こる可能性があるか明記し、職員間で共有し、再発防止とした。 4.チェック表を付け、できている部分・できていない部分を明確にし、できるように向けて指導できた。介護以外の手順書について大まかに記しているものが有ったため、重要度の高い手順書から見直し、新人職員・未経験者がみてもわかる手順書に作り変えて、行動が標準化されるよう図った。 5.自宅での状況を職員間で共有し、フロア会議で対応が必要なものについて検討でき、施設での対応に活かすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様に安全かつ楽しく利用して頂けるサービスを提供する	エリア	★1	基本介護チェック表の接遇マナーおよび接遇環境チェックリストで自己チェックや勉強会を行い、苦手分野の改善実践、再自己チェックによる効果検証を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	所長/全職種	自己チェック 苦手分野の特定	勉強会	改善 実践	改善 実践	効果 検証					振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎	◎	◎	◎●					◎●	◎	◎●	
	エリア	2	ドライブレコーダーの映像資料より、危険ヶ所の選定、ＫＹＴ（危険予測トレーニング）を行い、ヒヤリハット数件数による効果検証を行う	所長/全職種	選定	ＫＹＴ	効果 検証	選定	ＫＹＴ	効果 検証	選定	ＫＹＴ	効果 検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	エリア通所会議において、過去の法人内車両事故より選定した重大事故の検証および再発防止策が実践されているかの確認を行う	所長/全職種		検証	実践 確認		検証	実践 確認		検証	実践 確認	振り返り	次年度準備		エリア 通所担当 施設長
						◎	◎		◎	◎		◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	利用者様にあったイベントを提供する。 アクティビティを見直す	所長/全職種	フロア会議で振り返った利用者様の情報をもとに、毎月のイベントの計画に盛り込む。 実施後、利用者様にアンケートをとり満足度を評価する。									振り返り	次年度準備		施設長
						見直し（運動）	見直し（手作業）	満足度調査で評価				満足度調査で評価					
					◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	○	○	○	◎/◎●	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5	各利用者様の生活歴や生活環境を職員が知り、デイサービス利用目的を職員が理解する	所長/全職種	担当者会議の要点、新規利用者の利用目的、目指す生活像を全職員へ回覧する、送迎時にご家族と情報共有をする（新規受け入れ時、担当者会議が開催された日の夕礼）									振り返り	次年度準備		施設長
					フロア会議にて、介護認定更新の方のフェイスシートを振り返る（毎月）												
					◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかった。 ・反復することで風化の防止や有事の際に迅速に行動できるよう擦り込ませる。 ・安全運転トレーニングは安全な送迎サービスを提供する上で重要である。 ・利用開始後期間が経つことで、利用者様の生活歴や現在の生活環境があいまいとなり、デイサービスで必要な関わり方やアクティビティを提供できないことがある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。	2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。 5. 予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、よりよいケアを追求することができた。 1. 介護ケアマネ会議で事業所のチェックが行え、良い部分について事業所内へ展開が出来た。 2. 件数自体は月に5件前後であった。０のつく日に特に意識して利用者様と話をすることに注力し、伝言板で情報共有することができた。これらをもとに良い言葉がけ、悪い言葉がけのせりふ集のたたき台を作成する事が出来た。次年度で発展させる。 3. カンファレンスでつぶやきのほか、ご家族から生活歴や好き嫌いを意図的に聞き取って、プランに反映できるよう図った。過去の生活歴がわかる写真をご家族の協力を得て複写し、職員間で視覚的に共有した。 4. ０のつく日に特に意識して利用者様と話をし、伝言板で情報共有することができた。 5. 逝去された方がおられた場合、看取りの後に反省点や良かった点を話し合う機会を持ち、心のケアと次のケアへの展開につなげた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様が不安なくサービスを利用することが出来る。	エリア	★1	【運営基準】 無資格、未経験の介護職員に対し、認知症介護基礎研修を受講する	所長/全職種				事業所より、1名　受講 ※時期は2020年度の実績参照						振り返り	次年度準備		施設長
								△	△	△	△	△	△●	◎●	◎	◎●	
	事業所	2	認知症ケアについての意見交換や勉強会の実施（基礎的な内容の確認とロールプレイ）（年３回）	所長/全職種		勉強会の実施	実施後の振り返り		勉強会の実施	実施後の振り返り		勉強会の実施	実施後の振り返り	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎		◎	◎		◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3	対応困難な利用者様の把握を行い、職員が統一した対応ができるようにする。	所長/全職種		対象利用者の選定	プランの見直し	実施（実施状況を毎月のフロア会議で確認）			モニタリング			振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎●			◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	認知症の方の特徴をつかみ、一人一人にとって良い環境を作る。	所長/全職種		対象利用者の選定	環境の検討	実施（実施状況を毎月のフロア会議で確認）			実施後の評価			振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎●			◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2021年度介護保険法改定に伴い、経過措置３年間までに体制整備が求められる。。 ・職員の関わり方により利用者様にどのような変化があるのかを理解する。まずは、少数の方に対して統一した関わり方を持つことで利用者様の状態を把握しやすくする。 ・認知症の方の立場に立ってどのような生活を送りたいのか職員自身が考えることで、普段の接し方に影響がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 人選できたが都合で受講には至らなかった。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。	1. 人選できたが都合で受講には至らなかった。 2. 予定通り実施できた。 3. 予定通り実施できた。 4. 予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、認知症利用者様の気持ちについての理解を深めることができた。 1. 参加者の選定はできたが、個々の事情により都合が合わず来年度受講することとなった。 2. 場面を職員が重要と思われるものを設定し、フロア会議で実施、意見交換し、認知症への理解を深めた。 3. 利用者様体験や勉強会を通じ、利用者様の立場に立って考えることにつながった。これを踏まえて難しい方の対応方法をフロア会議で検討できた。 4. 朝礼、ノート、フロア会議を通して難しい対応の方について検討し、より落ち着く環境を考えたり、居場所の設定ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	エリア内の居宅ケアマネ会議に参加して外部の通所情報を取得し、エリア内の通所会議で情報共有を行い、実践および効果検証を行う	所長/全職種	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					◎/◎	◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★2	デイサービスを利用しなければ生活できない方を対象としたサービス体制の見直し、整備を行い、外部へＰＲ（各事業所記載）および効果検証（各事業所記載）を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	所長/全職種	見直し 整備	ＰＲ材料づくり	ＰＲ活動	ＰＲ活動	効果検証					振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎	◎	◎	◎	◎●					◎●	◎	◎●	
	事業所	3	１日１会話、全ての利用者様との関わりを持つ	所長/全職種		実施	実施後の評価	実施	実施後の評価	実施	実施後の評価	実施	実施後の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	4	利用者様の立場に立って客観的にサービスを見直す	所長/全職種			利用者体験の実施、報告（２名）	利用者体験の実施、報告（２名）	利用者体験の実施、報告（２名）	実施者の振り返り	利用者体験の実施、報告（２名）	利用者体験の実施、報告（２名）	利用者体験の実施、報告（２名）	振り返り	次年度準備		施設長
							△	△	△	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	5	地域の方に周知していただける仕組みを作る	所長/全職種	作成内容・作成担当を決める	情報収集・作成	新聞発行	実施後の評価	情報収集・作成	新聞発行	実施後の評価	情報収集・作成	新聞発行	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	○	◎	◎	○	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・コロナウイルスの感染予防のため、デイサービスを利用しなければ生活が難しい方を対象として、利用を受け入れることで安定した経営につながる。 ・職員自身が通いたいサービスという視点から日々の業務を見直すことが必要である。 ・在宅生活を考えると、地域とのつながりは重要であり、地域の方に当サービスを知っていただくことは重要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.方法が定まらず実施を延期した。 5.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、自信と誇りあるサービスを実現することができた。 1.エリア通所会議で情報共できた。次年度は今までの当事業所の強みを生かし「運動とアクティビティで5歳若返る」をテーマにさらに特徴を明確にする。 2.予定通り実施できた。しかしより浸透させるために具体化が必要と思われた。そのため次年度は「運動とアクティビティで5歳若返る」をテーマに特徴を明確にする。 3.スケジュール通り実施できた。これを実施する目的をより明確にするため、次年度の上記テーマを目的とし進めていくことでより効果を出す。 4.前期は人選があいまいになった。後期はスケジュール通り人選と実施ができ、相手の立場の理解につながった。 5.玄関の掲示板を更新出来た。パンフレットをポスティングして当サービスを知っていただく機会となった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
				4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
法令を遵守し、基準・報酬改定、内容の理解と遵守	エリア	★1 【運営基準】愛知県および名古屋市社協ボランティアセンターにボランティア求人活動（求人情報の見直し含む）を行い、ボランティアとの交流を実施する	所長/相談員	求人活動	求人活動	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動	振り返り	次年度準備		施設長
							求人情報見直し				求人情報見直し					
				△	△	△	△/△	△	△	△	△/△●	△●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★2 【加算】既存対象者および新規対象者の自宅浴室の情報収集および個別入浴計画を作成し、以後は新規対象者および計画変更者に対しても同様に実施する	所長/相談員	既存者／新規者			新規者／計画変更者						振り返り	次年度準備		施設長
				情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集				
				計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成				
							評価			評価						
				△/△	△/△	△/△	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★3 【加算】ICTの環境整備および他事業所専門職との連携検討を行い、生活機能向上連携加算取得における計画書の作成を行う。	所長/相談員	既存者／新規者			既存者／新規者／計画変更者						振り返り	次年度準備		施設長
				環境整備	環境整備	環境整備	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成	計画作成				
				連携検討	連携検討	連携検討	評価			評価						
				△/△	△/△	○/○	○/○	○	○	○/○	○	○●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★4 【加算】CHASEの基本項目であるADL・栄養・口腔・嚥下・認知症を対象とした利用者様の情報収集を行い、介護ソフトとの連動性の確認およびCHASEへの情報提供と新たな加算算定を行う※CHASE・VISITに対応した情報収集	所長/相談員	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	情報収集	振り返り	次年度準備		施設長
				ソフト確認	ソフト確認	CHASE情報提供	CHASE情報提供	CHASE情報提供	CHASE情報提供	CHASE情報提供	CHASE情報提供	CHASE情報提供				
							評価			評価						
				△/△	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	事業所	★5 【加算】個別機能訓練加算の算定要件が変更となる見込みであるため、新しい要件に即した機能訓練が行える環境を整備する 計画書の見直しが3ヶ月のため、3ヶ月での評価とする。	所長/相談員	整備	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	振り返り	次年度準備		施設長
				加算申請			評価			評価						
				△/△	◎	◎	◎/◎	◎	◎	◎/◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染状況により実施不十分であった。 2.選定中で作成に至っていない。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.感染状況により実施不十分であった。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	1.感染状況により実施不十分であった。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。 5.予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、法令を遵守し、基準・報酬改定、内容の理解と遵守ができた。 1.新型コロナウィルスの蔓延によりスケジュールの行動ができなかった。終息状況によって入っていただけるよう電話で連携をした。 2.計画の作成がやや遅れたが、加算算定に至った。 3.計画の作成がやや遅れたが、加算算定に至った。次年度は体力測定月間の継続とともに、より加算との連動が強まるように進めていく。 4.LIFEの登録や加算算定ができた。次年度はサービス提供の効果の確認の一つとして生かしていく。 5.算定に必要な環境や方法を定め、実施ができた。次年度はLIFEや体力測定月間と合わせて相乗効果が出るよう進める。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★6	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)					振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/●	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	◎/◎/◎/◎/◎	●/●/●/●/●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★7	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎/◎	◎●/◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			6. 予定通り実施できた。 7. 予定通り実施できた。	6. 予定通り実施できた。 7. 予定通り実施できた。	6. 予定通り実施できた。 7. 予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立することができた。 6. 定期教育を実施し、職員それぞれのリ理解を確認することができた。運用確認チェックリストを活用して、職員への意識を高めることができた。 7. 個人ロッカーの施錠確認をリーダー会議に合わせて行うことで、実施忘れを防止する事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年度末での登録者数が１４０名以上を目指す	エリア	★1	エリア通所会議において、各事業所の現行リーフレットの分析および課題抽出、事業所の特徴を生かしたリーフレットの見直しを行い、配布とともにアンケート調査にて効果検証を行う ※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	所長/相談員	分析 課題抽出	見直し	配布	配布	効果 検証					振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					◎	◎	○	○	○●					◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア通所会議において、各事業所のイベント活動の費用対効果および周知方法の確認と分析（効果有無）を行い、実践および追加利用者数の実績における効果検証を行う	所長/相談員	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					◎	○	○	○	○	○	○	◎●		◎●	◎	◎●	
	事業所	3	ケアマネから見た当事業所の印象を知る	所長/相談員	アンケートの準備	ケアマネアンケートを実施	改善点の検討と実施	改善策の実施	改善策の実施	改善策の実施	改善策の実施	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△●		◎●	◎	◎●	
	事業所	★4	地域（独居高齢者）に向けてアクティブセンターをＰＲする	施設長/全職種	地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施		地域住民向けの回覧実施	振り返り	次年度準備		施設長
					△		△		△		△		△●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・事業所の特徴やエリアの特性を踏まえたサービス運営をすることが収益だけでない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。 3. 検討したが実施には至らなかった。 4. 予定通り実施できた。	1. 予定通り実施できた。 2. 予定通り実施できた。稼働向上には至らなかった。 3. 検討した実施には至らなかった。 4. 予定通り実施できた。	2. 予定通り実施できた。稼働向上には至らなかった。 3. 検討したが実施には至らなかった。 4. 予定通り実施できた。	

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、目標78.5%に対し実績72.3%、予算（収入）目標、年度末での登録者数が140名以上は達成できなかった。 1. リーフレットの見直しを行えた。事業所の特徴の伝え方が弱かった。次年度は特徴・当事業のテーマを明確化し、これがアピールできるよう図る。 2. イベントは実施できた。しかしそれを行う目的、動機は十分とは言えなかった。次年度は次年度は特徴・当事業のテーマを明確化し、これに沿って計画、実施することで効果的なイベント実施を図る。 3. アンケートの実施には至らなかった。ケアマネジャーへの営業訪問した時の記録を付けるようにし、週1回のミーティングで改善策の実施、効果の確認をした。次年度は当事業所の印象をより明な印象となる為、「運動とアクティビティで5歳若返る」をテーマに取り組む。 4. 回覧には集合住宅の会合を通じなければならず、新型コロナウィルスの蔓延で会合が実施されなかった。代わりに近隣住宅へのパンフレットのポスティングを行った。しかしパンフレットを見て利用に至ったというケースは無かった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル砂田橋
事業所名	アクティブセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い、有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ	施設長/所長	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
					◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎	◎/◎/◎	◎/◎	◎/◎●/◎	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア通所会議にて、エリア内の通所事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生・対応情報を共有した上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションの実施および職員アンケートにおける効果検証を行う	施設長/所長	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
						シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証				
					◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎	◎/◎	◎	◎/◎●	◎●/◎●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	施設長/所長	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎/◎	◎	○	◎	◎●	◎●/◎●	◎●	○●	◎●	◎	◎●	
	エリア	★4	災害時（台風・大雪等）の送迎前と送迎中における対応シミュレーションの実施および危険箇所の把握を実施し、職員アンケートにおける効果検証を行う	施設長/所長	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・コロナウイルスの感染を懸念してサービスをお休みされる方が多く、結果ADLの低下に繋がるケースが多い。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。 ・災害時（台風、大雪等）における業務で職員が判断を迷う場面がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。	1.予定通り実施できた。 2.予定通り実施できた。 3.予定通り実施できた。 4.予定通り実施できた。

事業報告	◎以下の行動計画の結果から、新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築、大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備することができた。 1.施設長、リーダーによるチェックリストの定期確認ができた。必要物品の購入・在庫確認、BCPの勉強会を1回開催し、防災に対する意識は高まったと感じる。 2.事前にシミュレーション・ゾーニング、発生時の対応を確認できた。年度内に陽性者・濃厚接触者が有ったが、対応に活かすことができ、それ以上の感染蔓延を防ぐことにつながった。 3.年3回総合防災訓練を行った。放送設備の使い方のほか、避難経路の確認などを行う事が出来た。新型コロナウィルスの蔓延により、地域住民が参加する形では開催が出来なかった。 4.危険個所について意見交換と、気情報共有ができた。有事の視点や意識を高めることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	法人	1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に活かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	主幹・主任/保育教諭・保育士	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		園長
					各自チェックリスト実行・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	各自チェックリスト確認・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省				
					○	○	○	◎	○	○	○	○	◎				
	事業所	★2	良い保育に向けた改善及び充実に向けて職員全体で取り組める環境を作る	主幹・主任/保育教諭・保育士	③「何に興味・関心・保育内容が子どもにとってどうなのか」を論点にクラス会評価・反省をする（毎月）									振り返り	次年度準備		園長
					②評価・反省を生かした保育計画を立てる（毎月）												
					③保育計画に沿った環境作りを行う（毎月）												
					④保育の実践												
					⑤職員会議にて、クラスの様子を共有（保育・園児・保護者等）、保育の重点を話し合う（毎月）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	★3	新人職員の不安を取り除き、保育の楽しさを感じられるようにする	主任／リーダー	新人職員教育	主任・リーダーと面談・教育計画作成	教育計画に伴う実践	主任/リーダーと現状確認	現状把握と今後の目標確認）	目標に向けて実践		現状確認	主任/リーダーと面談（実践成果の確認）	振り返り	次年度準備		園長
					○	◎	○	◎	○	○	○	○	◎				
					○	◎	○	◎	○	○	○	○	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェックリストを活用したことで人権擁護について職員間で共通理解ができた。不適切な保育に繋がる言動・行動については、職員全体で意識していくことで、より良い保育・職場に繋がるため、引き続き行うことが必要である。 ・「園としてどのようなことに重点をおいて保育を捉えていくか」の共通理解・保育の改善・充実に向けた検討がより良い保育に繋がると考えるため。 ・新人職員の抱える悩みを見落とさず早めに気づく体制と、今年度の目標を定めることで本人のやる気を導いていく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			チェックリストを通して自分の姿を振り返り気付くことができ、クラス内でもその振り返りから言葉がけを意識し今後の保育の動きを確認するようになった。職員会等で情報共有をし担任以外の保育士もどの子にも配慮できるようにしている。	新任保育士も以前より自分の意見を伝えるようになりクラスで話した内容を自分なりに考えて見本を作り提案するようになった。	満足度調査からの反省をもとに継続していくもの、どう見直しするか会議で話し合い次年度に繋げる。新任保育士との面談を持ち現状確認をした上で悩みの解決に努めた。	

事業報告	1.人権擁護のチェックリストを活用したことにより、個人の思いだけでなく、客観的に見ることが少しずつできるようなってきていることが、会議などで感じることができた。 2.同じ視点を持ってより子どもの姿（発達）をよく観察し、なにに興味をもっているか、どんなことができるようになったかなどを話し合いを行い、月案、週案を考える中、必要な環境を整え実践していった。実践した内容や子どもたちの変化などをクラス会議、リーダー会議等の課題にし反省を元に次に繋げていけるように話合いを行っていった。また、話し合った内容を共通理解した上で保育に反映できるよう努めていったが、全体に伝える難しさを感じた。次年度も引き続き職員間の対話を大切にし、保育の共通理解を深めて行く。 3.新人職員１名について、定期的にリーダー、主任、園長との面談を行い、現状把握と次へのステップを互いに理解し業務を進める事ができ、悩みや不安な気持ちを早く理解し、改善に努めていった。今後も、良い面を引き出し、努力する点を一つずつ課題に取り組んでいけるよう継続敵に面談を行っていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	危機管理マニュアルを活用し他園内研修を行い、危機管理能力を高めていく	主任・／リーダー	保健的で安全な保育環境の確保についての教育・環境教育（毎月１回）			事故が起こりやすい場面の危機管理教育（毎月１回）			園児への応急手当/不審者への対応の教育（毎月１回）			振り返り	次年度準備		園長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	2	子どもの発育・発達と事故の関係、事故が生じやすい場所などを共有し、事故への認識や危険に対する予知能力の向上を図る。	主任・／リーダー	園内・散歩の危険個所の確認・ヒヤリ・ハットの職員共有（その都度） 意見や要望への取り組み（その都度） 環境改善・マニュアルの見直し（月１回） 見直し後の職員共通理解（月１回）									振り返り	次年度準備		園長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	事業所	3	園で起きうる事故を想定した研修を行い職員の資質の向上に努め、事故防止に繋げる	主任・／リーダー	交通安全研修	熱中症についての研修	水遊び危機管理研修	SIDS発生時の対応訓練	救急対応研修	上半期事故の振り返り	防犯訓練	救急対応研修	防犯訓練	振り返り	次年度準備		園長
					○	○	○	○	○	○	◎	○	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員の意識向上により未然に防ぐことができる事故があることを再認識した。 今年度は、ヒヤリ・ハットで未然に防ぐことができる事故があることを保育所・幼稚園危機管理マニュアルの活用・他施設の事例などから事故の要因と対策を共有し、危機管理への意識向上が必要である。 ・園内外の危険な個所・保育中の事故について対策の共通理解を図り、意識を持つことが事故を未然に防ぐことに繋がるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			職員が周知できるよう怪我が起きると日誌に書き出し必要なものは事故の要因と対策を会議での話し合いを設けたり毎月の研修を通して管理能力を高め意識の向上をはかることで保育を見直しながら日々、過ごす姿が見られる。	乳児クラスは特に誤飲のないようクラス内で話をしたりと常に意識するようにしている。幼児クラスでは起きてしまった怪我（水筒の紐が切れて足に落下する）に対して早急に対策をとり事故防止に努めている。	防犯訓練ではあらかじめ入ってくるところを伝えず実施するよう計画をたてた。その結果、犯人と遭遇してからの保育士の動きや連携の見直しに繋がり日頃から心掛けるべき行動が再確認できた。	

事業報告	1.今年度はリーダーが中心となり、各クラスで危機管理について話し合うことを行っていった。クラス間での共通理解ができ、ケガが発生した時にもすぐに対策を行うことが出きたことが意識向上に繋がっている。 2.新人保育士の教育として、保育士の声掛けや、行動により子どもの活動が変わる事が理解できるよう、子どの発達を知ることが大切であることを意識し伝えていった。また、伝える為には、子どもをよく観察し、情報共有をする姿が見られた。 3.園で起きうる事故について、研修に参加した職員が中心となってクラスに伝え確認をすることを行っていった。また実際の訓練もマニュアル通りに毎回行うだけでなく、役割や動きを知らせず訓練を行い、職員がどのように動けるかなど職員同士が判断して動く訓練を行ったことは意識の向上となったと同時に新たな課題に気づくことができた。日々の保育の中にある危険を忘れないよう、事故事例などを取り上げ危機管理意識を継続できるようにしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
常に子どもの気持ち・立場に立って、よりよい保育とは何かを考え、追及する。	事業所	★1	月刊誌の内容を把握し、季節、発達に追った内容を子どもと一緒に楽しむ中で、興味関心を持ち、言葉や身体で表現することを楽しむ。	主任/幼児担当保育士	絵本を通して子どもの興味関心を持ったものを把握し環境や遊びを工夫していく（毎月） 遊びがどのように展開し、継続や変化していくかを観察し、言葉、身体、制作など表現活動を楽しむ（毎月） 子どものやりたいを大切に行事に繋がる計画を立て実行する（毎月）									振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★2	個人懇談を行い、保護者の思いを受け止めるとともに、園での様子を知って頂き、次への発達に繋げていける様、より良い関係を築いていく。	主任/幼児担当保育士	全園児対象に個人懇談を行い、保護者とのコミュニケーションを図る 個人懇談で得た情報を共有し、保育に活かす工夫を行う				ポートフォリオの展示	全園児対象に個人懇談を行い、保護者とのコミュニケーションを図る 情報を共有し、保育に活かす工夫を行う			ポートフォリオの展示	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	○				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・発達を理解し遊びの環境を作ることは定着しつつあるが、子どもの姿から主体的な活動ができるように導く環境やカリキュラム作りが課題となっている。 共通した教材を通し、保育士間の対話を大切にし保育の面白さを共有することで、協力し合う姿勢が生まれるため。 ・保護者と保育者とのより良い関係作りとして個人懇談、ポートフォリオを活用し、子どもの様子、親の気持ち、園の活動を互いに知る機会を作ることが大切と考える。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			月刊誌が使いやすく内容、付録を通して好奇心、探求心を伸ばし友だちと遊ぶ楽しさ、言葉を育む機会となっている。コロナの状況下、今できる対応を考え懇談会をZOOMで実施する中で保護者の想いを受けとめながら話し合える機会を設けた。	個人懇談を午睡中の行うことで、落ち着いて保護者とお話をすることが出来た。ポートフォリオは感染対を継続しているためオクレンジャーで全クラスのクラスだよりを見て頂けるように変更をしたが、保護者も喜んでいただけた。	コロナ渦でできる懇願会を考え、あらかじめオクレンジャーで保護者の悩みを集め集計をもとに保護者へお知らせを行った。また、日常の子どもの様子を画像で流し子どもの姿を共有することができた。	

事業報告	1.各学年の発達に合った月刊誌の内容のため、保育士間の共有もしやすく子どもたちに社会性・食育・遊びなどわかりやすく知らせる事ができ、子どもたちも興味を持ち、言葉のやり取りを楽しんだり、遊びを展開し、表現、人間関係などを育む事に繋がった。 2.個人懇談会では一人ひとりの発達段階や育んでいいきたい力、園での様子を伝えると共に、家庭での様子や子育ての悩みを聞く中で、母親の「こうなってほしい」という気持ちに寄り添いながら情報を共有することで、保護者との信頼関係の構築につながったと感じる。クラス懇談会はコロナ禍のため、集まって話し合うということは出来ずらい環境となったが、ZOOMを活用し、園での様子を撮影した写真やビデオで子どもの様子を見てもらい育ちを共有し保護者との良好な関係を築けるよう努めていった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
エリアや施設・事業所で、それぞれ自信と誇りが持てるサービスの強みは何かを考え、皆で創り上げる。	事業所	1	写真を活用したお便りを発行する	主任/保育士	クラス便り発行時に写真つき保育活動の様子を発行する（月１回）		保護者意見収集	クラス便り発行時に写真つき保育活動の様子を発行する（月１回）					保護者意見収集	振り返り	次年度準備		園長
					見学者用ファイル作成（クラス便り活用）・見学者時閲覧												
					◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★2	新型コロナウイルス感染拡大を防ぐため、行事・カリキュラムが変更となるものについて、その都度より良い対策を考え、保護者に変更理由・内容を伝え理解を得る	主任/保育士	新型コロナウイルス感染状況の把握（毎日） 変更が必要な行事・カリキュラムの抽出と対策（毎月） 行事・カリキュラムの変更・対策のお知らせ・実行（その都度）									振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
		2															
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）写真を活用したお便りが保護者に雰囲気が伝わりわかりやすいと高評価を頂いた。今年度は、記載内容を見直し、保育活動と発達が繋がっていることが分りやすいドキュメンテーションとなるよう工夫をしていく。 ・新型コロナウイルス感染拡大を防ぐための対策として、予定していたものを変更する場合は、保護者や園児にとってより良い方法を選ぶことで、保護者との信頼関係がより良いものとなるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			クラス便りでは写真を掲載することにより普段の保育の様子が保護者に伝わりやすいと感想を頂けた。入園式、毎月の行事等も密を避けクラスごと分けるなど感染対策にも努めている。	保護者の反応から文章が主の手紙より子どもの表情がわかる写真を取り入れた方が伝わりやすいと気づきクラス便りの伝え方を変えていった。	引き続き、クラスだよりを写真を活用し活動の様子がわかるように工夫していった。また、保護者にも手紙を通して家庭でも一緒に取り組んでもらいたいものを提案していった。	

事業報告	1.保護者参加の行事が開催できない中、園での様子わかりやすく伝えるため、昨年度のクラスだよりよりを見直し、保育の活動写真を多く活用し文字を少なくした。また、全クラスのクラスだよりをオクレンジャーでお知らせをしていった。保護者の満足度調査で、写真が多くなったことで「園の様子がとてもわかりやすくなった」「他のクラスのも見ることが出来、大きくなったらこんなことを経験するんだなと楽しみにしている」など保護者から高評価を頂いた。 2.感染予防に努め、周辺の感染状況などを確認しながら保育活動を行っていったが、まん延防止が発令されたことにより運動会は無観客となったが、zoom配信で保護者の方に見てもらえるよう工夫した。子どもたちと今できる事を考え、子どもたち一人ひとりが達成感が得られるように努めていった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	1	園に興味を持ってもらえる求人活動の工夫を行う。	主任/リーダー保育士	毎月ブログの更新及びサイクルの確認(毎月１回) 次月のプログラム内容の確認（毎月１回）									振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★2	新卒採用者を確保する	主任/リーダー保育士	実習生の受け入れ（養成校からの依頼）									振り返り	次年度準備		園長
							養成校との情報共有		求人募集								
					職員の退職・妊娠などの把握（毎月末）												
					○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	エリア	3	働きやすい職場作りとして、職員全体の勤務体制の見直しを行う。	主任/リーダー保育士	早朝延長利用者の確認		勤務体制の見直し	実施	勤務体制実施後の確認	改善	実施	実施	確認	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ブログは保護者を意識しての発信だったが、保育士不足が懸念される中、名古屋市内の保育園こども園が年々増えており、職員の確保が困難となっている。 今年度は、採用に繋がる為の働く側の様子も合わせて発信していく。 ・パート職員においても希望される時間帯が昼間に重複しており、早朝延長勤務の希望者がみつからない状況と、今後結婚出産を控えている職員が増えるため、より働きやすい職場を目指す。			3カ月評価(具体的な行動計画)	４月-６月評価 見る側に興味を持ってもらえるような活動の写真を掲載するようにしている。 子どもの人数によって職員配置をその都度考えて事務時間を作るなどして対応できている。				７月-９月評価 常に勤務体制を見直し職員が働きやすい配置ができているか意見を求めるようにしている。			１０月-１２月評価 写真だけでなく写真に添えるコメントも見てもらう側に分かりやすく興味を持ってもらえるように意識をしている。 職員の把握は出来ているが、求人を出しても応募がない状況が続いている。			

事業報告	1.毎月のブログの更新も園内活動の様子が伝わりやすいよう写真だけでなくコメントも興味を示してもらえるよう工夫していった。園に見学希望される方や、職員の応募される方はブログを確認していることが見学や面談の時に確認できた。また、ブログに載せた制作活動に興味を持たれた、他県の保育所から電話を頂いた。ブログの写真だけでなく、題やコメントの記載の仕方を工夫することで幅広い方が見てけることがわかり、職員の励みにも繋がった。 2.名古屋市内の養成校からの採用はでいなかったが、法人内４園で職員状況の情報共有することで、新人職員の採用に繋がった。今後も保育部会で職員の状況を共有し、職員確保に努めていく。 3.職員とのコミュニケーションを大切にし、状況把握を行い、職員が働きやすいよう見直し配置を改善する中、新型コロナ感染による保育園、小学校の休園・休校が続いた時も職員の協力体制が図れ保育を行うことが出来た。今後も、職員とのコミュニケーションを大切に行い状況確認を行い、皆で働きやすい職場を作る意識向上に努めてく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	ISMS建屋担当者/責任者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェックリスト後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを実践する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導（期間内に１回実施）					振り返り	次年度準備		施設長/園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	ISMS建屋担当者/責任者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月1回）									振り返り	次年度準備		施設長/園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 毎月のチェックリストに沿って確認することで職員の意識向上を図ることができている。また個人ロッカーの施錠も定着し一人ひとりがルールを守り仕事に向き合う姿勢が見られる。			７月-９月評価 前回同様、チェックリストを見ながら確認する。特に問題が起きることはなく情報漏洩をなくすための対策は毎回、話し合うようにしている。			１０月-１２月評価 引き続き確認していったが問題なくルールを守り行えている。 常に周りと声を掛け合いリスクを最低限に抑えられるように努めることができていた。				

事業報告	一年を通しチェックリストに沿って確認をしていったことで毎月、意識もできた。職員にも研修を行い周知できるように取り組んでいったり、個人情報の漏れがないよう繰り返し会議でも伝えていったことで事故件数0件だった。今後も継続して教育や確認をしていく事で一人ひとりの意識向上に努めていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル守山保育園
事業所名	認可保育園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（台風・ゲリラ豪雨の影響・地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、災害訓練の繰り返し実施	主任/リーダー保育士	緊急連絡網（園児・職員）作成/確認	防災訓練（地震・ゲリラ豪雨・火災等を想定）毎月1回								振り返り	次年度準備		園長
						訓練後の評価・反省（毎月1回）											
							必要物品購入	計画の見直し・変更・非常食の試食体験		保護者伝達訓練	停電時待機訓練	計画見直し・変更	必要備蓄の見直し				
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★2	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	主任/全職員	①担当者の決定②必要物品の確認・整備③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む>②主任・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		リーダー
							教育①			教育②		教育③					
						感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。 コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に園児、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるように備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			毎月の避難訓練を見直し放送器具が使用不可の場合を想定してどう伝え動くか話し合いを設け実行した。声掛けを重視して取り組んだがクラス間はできても他クラスとの連携は難しく課題が新に出た。一人ひとりが意識を持ち、全体にも目が向けるよう訓練する。	大規模地震訓練の反省をもとに避難行動の見直しをし足りない物をくわえたうえで再度、訓練を行う計画を立てた。園児緊急連絡網を見直す機会となった。	前回立てた訓練を実施し再度、避難行動を確認した。期間を空けずに行ったこともあり前回の反省を生かし連携も取れ動く事ができた。また、新たな改善点があがったので話し合い今後に繋げていく。	

事業報告	1.今までの訓練で気付いた点などを見直しながら訓練をおこない、昨年までは一度だった大規模地震の訓練も二回行う。一回目の反省を元に再度、二回目の訓練をおこない改善点を見直していく。また、備蓄の置く場所についても、これまでは一か所にほとんどの物資等があったが3回分を分けて設置しなおし職員全員が万が一起きた時には誰もがわかるよう周知できるようにしていった。 2.園内、玩具等の消毒を行っていたが、陽性者が出たことにより、感染者や濃厚接触者が出た。1日の保育の流れを見直しなるべ職員の移動や他クラスと過ごす時間を少なくし、感染者が出た際に濃厚接触者の候補とならないよう努めた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切な保育をなくす	法人	1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に活かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	主幹/保育教諭	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする 各自チェックリスト実行・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	各自チェックリスト確認・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	発達を把握した運動遊び・集団遊びを提供する	主幹/保育教諭	道具等（とび箱・鉄棒・マット・板登り）を使い、活動を通して保育者や友だちとの信頼関係を築く 随時実践　毎月1回確認・評価					道具等（とび箱・鉄棒・マット・板登り）を使い保育者や友だちと集団遊び・ごっこ遊びに展開していく 随時実践　毎月1回確認・評価				振り返り	次年度準備		園長
					○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェックリストを活用したことで人権擁護について職員間で共通理解ができた。不適切な教育・保育に繋がる言動・行動については、職員全体で意識していくことで、より良い保育・職場に繋がるため、引き続き行うことが必要である。 ・保育者が子どもの身体発達を理解し提供することで、子ども自身が達成感を味わい、それによって子どもと保育者、子ども同士の信頼関係の構築にもつながると考えられる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.年齢に合わせた運動遊びを、道具を使用して行うことができた。	1.問題なし。 2.運動発表会に向けて、子どもたちが意欲をもって運動遊びに取り組むことができていた。	1.問題なし。 2.子どもたちの成長に合わせた集団遊びや運動遊びを提供できた。	

事業報告	1.人権擁護のチェックリストを活用し、各自でチェックを行い評価、反省を行うことにより、自分の保育を振り返りこどもの理解を基盤に見直すことができていた。 2.発達を把握した運動遊びは運動会という行事で発表することを目標にクラスが一丸となって取り組むことができていた。また、運動遊びでは、各年齢の発達に合わせて内容を考え、成長の段階が子どもも大人も明確にわかるようにすることができた。集団遊びでは、新型コロナ感染拡大予防に努めながらも、できる範囲で取り組み、ルールのある遊びを行うことにより、社会生活の中で大切な規範意識芽生え、友だちの思いを知ること、言葉による伝え合いの大切さを養う手段の一つになった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	事業所	1	重大事故防止に生かせるよう色々な視点からヒヤリ・ハットの原因及び対策について全職員から意見を出し合い検証し実践する	主幹／担当保育教諭	報告書の共有・検証・実践を職員会にて毎月行う									振り返り	次年度準備		園長
					前年度の事例再発防止策の確認	実践	繰り返すヒヤリについて未然に防止することができないか再検討、共有		実践		繰り返すヒヤリについて未然に防止することができないか再検討、共有		繰返す事例について再度再発防止を検討				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	事故報告（受診・未受診）を活用し原因分析と再発防止策を具体的に行う	主幹／担当保育教諭	報告・分析・実践を毎月行う									振り返り	次年度準備		園長
					前学年に起こった事例を新担任が把握	実践	繰り返す事故について再発防止策の再検討、共有		実践		繰り返す事故について再発防止策の再検討、共有		繰返す事故について再度再発防止を検討				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	職員の専門性の向上を図るために保育所・幼稚園危機管理マニュアルの事例をもとに情報共有、検討し実践に繋げていく	主幹／担当保育教諭	危機管理マニュアルの事例をもとに対応策を各自で学習 各クラスで対策を検討・評価　毎月1回									振り返り	次年度準備		園長
					食事 散歩	園庭・固定遊具	水遊び	SIDS 午睡	虫刺され	急性疾患	散歩	SIDS	遊戯室				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ヒヤリハットの事例に基づき原因分析と再発防止策の検討を行った。繰り返すヒヤリハットについては、再発防止策の再検討まで至っていない為強化月間を設定し再発防止策の再検討を行う必要がある。 ・2020年度より）病院受診、未受診の事例を基に職員全体で原因分析と具体的な再発防止を後半は行うことができ、意識向上に繋がってきた。また、繰り返す事故事例については振り返りを強化し実践に生かしていく必要があるため継続して行っていく。 ・他園の事故事例をもとに自園に置き換えることで、再発防止策を明確にする必要がある。また、チェックリストを用いることでより実践に生かしていくことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.ヒヤリハットを職員で共有できた。 2.問題なし。 3.危機管理マニュアルをもとに情報共有することができた。	1.職員会で、ヒヤリハットを共有することで事故防止できた。 2.問題なし。 3.毎月事例を確認することにより対応策を再確認できた。	1.ヒヤリハットを付箋に記入することにより出しやすくすることが出来た。 2.問題なし。 3.危機管理マニュアルをもとに情報共有することができた。	

事業報告	◎重大事故　0件 1.ＩＳＯ監査より、グッドポイントであがっていた付箋によるヒヤリハットの報告をする方法を取り入れ実践した。それにより、様々な内容のヒヤリハットが、報告された。今後も、ヒヤリハットは、簡単に報告できる環境を作り、重大事故やけがなどにつながらないようにようにしていく必要がある。 2.事故報告書を職員間で共有し、事故内容によっては再発防止策を職員全員で考え対応することにより、学年末に近づくにつれ、事故やけがを減少することができた。また、事故やけがが起きたときは、丁寧に保護者の方にお伝えをし、誤解のないようにまた信頼関係が築けるように努めることができた。 3.職員の専門知識向上のために、危機管理マニュアルを活用して園内研修を行うことにより、専門知識の再確認や職員間で危機管理について情報を共有できたので実践に繋げることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
発達に合わせて環境の見直しを行い安心安全な保育を提供する	事業所	1	子どもが遊びこめる保育室の環境の提供を行い、定期的に見直しを実施する 毎月職員会にて報告	主幹/保育教諭	各年齢の環境の確認と見直し	取り組みの実施及び改善	取り組みの実施及び改善	取り組みの実施及び改善	提供した環境の報告・評価	取り組みの実施及び改善	取り組みの実施及び改善	取り組みの実施及び改善	提供した環境に対しての問題点と対策の共有改善	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	年間カリキュラムに基づいたわらべ歌を実践していく	主幹/保育教諭	実践・毎月1回職員会にて報告・確認				評価	実践・毎月1回職員会にて報告・確認			評価	振り返り	次年度準備		園長
					毎月のおたよりにて保護者へ情報発信する					毎月のおたよりにて保護者へ情報発信する							
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）個々の子どもの成長に合った環境と子どもが自分で遊びを見つけて遊びこめる環境を定期的に見直すことができた。今年度は更に子どもの個々の発達に着目し環境設定を行う必要がある。 ・保育の中にわらべ歌を取り入れることで子どもの情緒の安定を図ることができる。 ・保護者にもこども園での保育の取り組みを写真、おたよりで発信し子どもの成長を共に認め合うことで信頼関係を構築していくことが大切である。 ・専門職としての意識向上を目指した取り組みを行う中で、職員同士、お互いの良いところを認め合う関係性を構築していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.職員会でわらべうたを歌ったものを保育で実践することができた。	1.問題なし。 2.わらべ歌をしている様子を、保護者にも紹介できた。	1.問題なし。 2.わらべうたを保育の中で歌つことが増えた。	

事業報告	1.毎月、各年齢の環境の確認と見直しや取り組みの実施及び改善を行い、4か月に一回しっかりと提供した環境について問題点と対策を振り返ることで、現状を把握する良い機会となった。毎月の見直しは、日々成長する子どもたちの姿を予想し、環境を整えていくことの重要性を感じることができた。 2.年間カリキュラムに応じて、毎月職員会にてわらべ歌を参加者全員で行うことにより実践につなげることができた。わらべ歌は、一対一のスキンシップや集団遊びによる、子ども同士や子どもと大人とのコミュニケーションにも繋がった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
保護者と共に子育てを共有しお互いの信頼関係を深める	事業所	1	各クラスで対応に悩む保護者や子どもの情報を全職員で共有し子育て支援を実施する	主幹/保育教諭	職員会にて園児や家庭の情報共有を行い支援		個人懇談会での情報を職員会で共有し対策、立案、提供する							振り返り	次年度準備		園長
					個人懇談会を随時行う												
							リモートによる面談					リモートによる面談					
					○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	異年齢の交流を意識した関わりを持ち実践内容を保護者と共有する	主幹/保育教諭	異年齢児交流の立案職員会にて周知・共有・実施		実施	実施	写真で内容を公表	実施	実施	実施	写真で内容を公表	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）同様に担任が対応に悩んでいる保護者や園児に対して、全職員で対応の共有化を引続き図る必要がある。 ・2020年度より）コロナの影響で保護者面談等、期待に沿うことができなかった為随時個人懇談を行える体制を整える必要がある。また、リモートでの開催を行うことも検討していく必要がある。 ・2020年度より）登園自粛もあり4月から6月は少人数のクラス単位での活動が中心となり、異年齢活動（栽培・活動発表）が思うように展開できなかった。今年度も異年齢活動を意識しその内容を保護者へ公表し園活動を共有することで信頼感を深める必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.職員間で情報を共有し共通意識を持って保護者対応ができた。 2.七夕会などで、異年齢での交流が実践できた。	1.必要に応じて、個人面談を行うことができた。 2.　運動発表会の練習を見せあいをしたことにより大きいクラスへの憧れを持つことができた。	1.引き続き、懇談希望者には個人懇談を行い保護者支援に努めた。 2.クリスマス会などで、異年齢での交流ができた。。	

事業報告	1.コロナ過の為、担任との話す機会が少ないため、子育てについて気軽に相談することが出来ないため、随時、個人懇談を行える環境を設定した。また、気になる子どもの保護者の方には、担任から声をかけて、保護者が一人で悩まない様にしていった。 2.新型コロナ感染拡大が収束している時を狙い、異年齢で野菜の栽培を行い、収穫し、家に持ち帰り保護者の方と一緒に料理をしていただき、その感想を園に戻していただくことにより、子どもと保護者、保護者と園とのつながりが深まった。また、食育にもなり、苦手だった野菜を食べれるようになったとの感想を頂き、良い取り組みとなった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	エリア	1	園に興味を持ってもらえる求人活動の工夫を行う	主幹/リーダー保育教諭	ブログの更新及びサイクルの確認(毎月1回) 次月のブログ内容の確認（毎月１回）									振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	新卒採用者を確保する	主幹/リーダー保育教諭	実習生の受け入れ（養成校からの依頼）									振り返り	次年度準備		園長
							養成校との情報共有		求人募集								
					職員の退職・妊娠等の把握（毎月）												
					○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	3	働きやすい職場作りとして職員の勤務体制の見直しを行う	主幹/リーダー保育教諭	早朝・延長利用者の確認		勤務体制の見直し	実施	勤務体制実施後の確認	改善	実施	実施	確認	振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ブログは保護者を意識しての発信だったが、保育士不足が懸念される中、名古屋市内の保育園こども園が年々増えており、職員の確保が困難となっている。 今年度は、採用に繋がる為の働く側の様子も合わせて発信していく。 ・パート職員においても希望される時間帯が昼間に重複しており、早朝延長勤務の希望者がみつかならい状況と、今後結婚出産を控えている職員が増えるため、より働きやすい職場を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。 2.9月に実習生を受け入れることが決まった。 3.勤務体制を月単位で見直し労働の軽減ができた。	1.求人に応募有り。 2.緊急事態宣言中の為、実習生の受け入れが延期になった。 3.職員からの要望により、勤務体制など改善できないか検討している。	1.問題なし。 2.11月に実習生を受け入れることができた。 3.シフトを見直し、早朝・延長時も保育が安全に行うことができた。	

事業報告	1.園に興味を持ってもらえるようにブログを毎月更新し、園内の子どもたちの様子だけではなく、保育教諭の仕事にも興味を持ってもらえるように、保育の仕事の内容を紹介するブログもあげることにより求人につなげていった。 2.新卒者採用につながるように、コロナ感染拡大に気を付けながらも実習生を受け入れ、採用につながるように努めた。 3.毎月、勤務体制を見直すことにより、職員が安全な保育ができるようにシフト体制を見直し、働きやすい職場環境作りができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導（期間内に1回実施）					振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		園長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.問題なし。DVDの研修により、事故のリスク意識が高まることができた。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.問題なし。	

事業報告	1.毎年のセキュリティ事故についての研修を職員全員が受けることにより、全職員が情報漏洩に意識を持ち気を付けて仕事をする姿が見られた。今後も、ヒヤリハットなども活用して職員の意識を高めていきたい。 2.カードキー・個人ロッカーの管理を、各自でしっかりと出来るように、時には抜き打ちでロッカーのカギのチェックを行い身に付くようにした。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフルドーム前こども園
事業所名	幼保連携型認定こども園

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（台風・ゲリラ豪雨の影響・地震の影響に伴う）を想定したシュミレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、災害訓練の繰り返し実施	主任/リーダー保育士	緊急連絡網（園児・職員）作成/確認	防災訓練（地震・ゲリラ豪雨・火災等を想定）毎月1回 訓練後の評価・反省（毎月1回）								振り返り	次年度準備		園長
							必要物品購入	計画の見直し・変更・非常食の試食体験		保護者伝達訓練	停電時待機訓練	計画見直し・変更	必要備蓄の見直し				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	エリア	★2	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	主任/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認<換気・物品も含む> ②主幹・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		リーダー
							教育①			教育②		教育③					
						感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。 コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に園児、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるように備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.年間避難訓練計画の見直し、備蓄の確認をし、毎月避難訓練を実践できた。 2.引き続き感染症対策に努めた。	１．避難訓練を毎月様々な状況を想定して行えた。 2.手洗い・消毒を徹底することができた。	1.毎月、避難訓練を実施できた。 2.引き続き感染症対策に努めた。	

事業報告	1.防災計画の見直しを行い、実践に近い内容の訓練計画の立案を行い、実践をすることができた。また、備蓄の確認を行い災害時に備えることができた。 2.感染症対策に向けて、消毒のチェック表の担当者を決めたり、玄関には非接触型の検温、消毒ができるものを設置し感染症対策に努めた。また、もしもの時に備えて慌てない様に、何かあった時の対応の仕方を、職員会議などで共有できるようにし、有事があったときは、フローチャートを活用していきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）不適切ケアをなくすなどの	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	★3	アンガーマネジメントのテクニックを活用し、感情のコントロール方法を身に着ける（ユニットリーダー対象）	介護長/リーダー	ユニットリーダー会議にて内容説明	①毎月のユニットリーダー会議にて1名が事例を発表する。 ②発表の内容は、「3コラムテクニック」に基づいて行う。 ③発表者に対して、感情の整理がしやすくなるように皆で助言を行う。								振り返り	次年度準備		施設長
					○●	△	△	○	○	○	○	○	○●	○●	○	△●	
	事業所	★4	教育と美点尊重の機会を作り、虐待・不適切ケアの防止のための取り組みと、発生させない良好な職場環境づくりを行う	施設長/介護長	①管理職員がラウンド時に不適切な対応や不適切な対応に至りそうな言動が見受けられた際には、その場で注意をすると共に、より適切な対応方法について助言する。 ②管理職員がラウンド時に良い対応・良い声かけなどがみられた際は、その場で褒める。 ③毎月のリーダー会議において、注意・助言・美点があったケースを報告し、水平展開する。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎●	◎●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・2020年度より）感情のコントロール方法について勉強会を実施した。しかし、その実践の機会が不足している。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、より効果的な研修となる。 ・改善点の指摘と教育は行われているが、美点尊重の視点で職員を評価することが不足しているため、職員間の人間関係の向上とストレス緩和を目指す。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1:計画通り実施する事ができた。 2:各施設計画通り実施する事ができた。 3:事例に対して助言が出ない時があった。 4:概ね計画通り実施することができたが、発言者が一部の職員に偏ってしまった。	1:計画通り実施する事ができた。 2:各施設計画通り実施する事ができた。 3:概ね計画通りに実施できた。感情を整理する事に繋がったかどうか確認が必要だと思われる。 4:計画通りに実施する事ができたが、水平展開の方法について検討が必要であると思われる。	1:スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2:各施設計画通り実施する事ができた。 3:概ね計画通りに実施できた。 4:計画通りに実施できた。	

事業報告	◎施設における虐待・不適切ケア、及び身体拘束の発生件数は0件であった。 1. エリア介護ケアマネ会議にて、資料を用いた事例検討を実施した。事例のような不適切ケアを予防するためには、どのように職員教育を実施していく必要があるのかについて意見を共有することができた。自施設での困難事例についても共有することで、発生防止の視点を共有することにつながった。 2. リーダー会議で困難事例を共有することで、介護職員だけでなく、多職種を含めての困難事例検討を行う習慣ができた。また、検討された対策を実施することで発生防止につなげることができた。 3. ユニットリーダー会議の中で、2020年度に実施したアンガーマネジメントの内容(3コラム法)を取り入れた発表を行うことができた。他者から言われたことをネガティブ考えてしまう思考の癖を発見するきっかけになったとの感想が得られたが、他職員との積極的な意見交流とまでは至らなかった。 4. ラウンド時に行っている改善点の指摘と教育を継続して実施することができた。また良かった点についてはその場で褒めることができた。褒めた事例の水平展開について、9月頃よりリーダー会議内で事例が3件～4件挙げられ、職員の士気向上に資することができたのではないかと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒事故につながるヒヤリハット）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	○	○●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ｹｱﾏﾈ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。 更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告 （重大事故発生した月）							
					○●/△	△	△	○●/△	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	○	○●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う（風化の防止）	看護長（看護師）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	△	△	○	○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	事業所	★5	ヒヤリハットの分析とリスクマネジメントの強化	施設長/各職種	①毎月1回目のユニットリーダー会議にて、ヒヤリハットの検証を実施する。 ②効果の確認を行い、効果の高かったものは共有し、低かったものは対応策の見直しを行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○●	△●	◎●	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。 ・事故の予防に資するために、ヒヤリハットの検証を十分に行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1:誤嚥に関するﾋﾔﾘﾊｯﾄを確認・分析し事故防止になっている。 2、3、4: 実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。 5:概ね計画通りに実施できた。	1:入浴に関するﾋﾔﾘﾊｯﾄを確認･分析し事故予防になっている。 2、3、4: 十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。 5:概ね計画通りに実施できた。	1:骨折に関するﾋﾔﾘﾊｯﾄを確認・分析し事故予防になっている。 2、3、4: 定期的に確認できており、再発防止ができている。 5:概ね計画通りに実施できた。

事業報告	◎2021年度に自施設で発生した重大事故は、離施設1件、誤嚥2件であった。 1.他施設で発生した重大事故に関するヒヤリハットと、その原因・対策を水平展開することで、同様のケースを防ぐためのアイデアを取り込むことができた。 2.再発防止策の歯止めができているかを改めて確認することができた。共有した重大事故に対する対策で、継続できていなかった対策は0件であった。昨年度と同様の原因で発生した重大事故の件数も0件であった。 3.0JTを通して、日々介護職員の技術向上に努めることができた。2021年度において、2020年度からC評価の職員はおらず、基本介護チェックは2021年度入社の新人職員のみであった。2021年度入社の新人職員基本介護チェックにおいてはC評価はなく、3名共夜勤を独り立ちできている。 5.エリア内で共有したヒヤリハットは、ユニットリーダー会議内の議題では取り扱えなかったが、事故苦情対策委員会にて共有することができた。重大事故に繋がりかねないヒヤリハット、効果の高かったものについても共有し、発生したフロアだけでなく、他フロアにおいても確認を促すことにつなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
よりよいケアを追求する	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○●	○	○	○/○	○	○	○●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	・職員間で共有する。 ・カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる（カンファレンス毎に評価する）。							振り返り	次年度準備		施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	★4	介護の基礎の振り返り 3大介助の基礎を振り返り、職員間の知識、技術、価値観の差異を少なくしていく	介護長/全職種	内容説明	排泄介助 ユニットリーダー会議にて正しい介助方法の見直しを行う		振り返り 各フロアの改善状況報告	食事介助 ユニットリーダー会議にて正しい介助方法の見直しを行う		振り返り 各フロアの改善状況報告	入浴介助 ユニットリーダー会議にて正しい介助方法の見直しを行う		振り返り	次年度準備		施設長
					○●	○	○●	△	△	○●	△	○	○●	△●	△	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。 ・介護の基礎について見直しを行い、職員間での差異を少なくし、ケアの均等化を図る。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1、3:実施できている。 2:増加傾向が見られてきている。 4:排泄介助マニュアルに則り、ケア手順の確認を行った。	７月-９月評価 1、2:実施できている。 3:生活歴を把握し、参考情報はアセスメントに繋げ対応を見直した。 4:食事介助について誤嚥予防マニュアルを用いて確認を実施した。	１０月-１２月評価 1:実施できた。 2:拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3:情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。 4:入浴機器の状態について確認を実施した。	

事業報告	1. 3C計画表、車椅子清掃チェックシートを使い、清掃状況の確認を実施した。車椅子の保清管理についてチェックシートを元に実施し確認できていたが、汚れが十分に落としきれておらず、ご家族からの苦情につながってしまった。実施内容や実施周期の検討が不十分であったと考えられる。 2. つぶやき件数について、フロアで拾ったつぶやきをアクティビティ委員会にて共有し、行事の開催につなげることができた。実施したレクについてのつぶやきを拾うことで、実施内容の振り返りを行うことにつなげることもできた。 4. ユニットリーダー会議で3大介助の振り返りを行い、職員教育時の差異を軽減することにつなげられた。実施する中でユニットリーダーより「何故そのような対応をするのか理解できていなかった」と感想が出ることもあり、その根拠を再確認することでケアの均一化を進めることにつながった。複数フロアにおいて会議の欠席が発生し、実施後の評価、歯止めができているか確認が不十分な部分があった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○			◎●	○	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開 （2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り 前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		施設長
						△	△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	事業所	4	認知症の事例検討会を開催する	介護長/委員会担当者	実施目的の周知 実施内容の確認	①毎月の介護力向上委員会内で、認知症利用者様の事例検討を行い、認知症利用者様の状態・気持ちについての理解を進める。 ②委員会参加者が各フロアの会議等で検討結果を水平展開し、認知症利用者様の気持ちの理解を進める。								振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○●	○	●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果、目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度より）利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。 ・利用者体験は、利用者様の気持ちを理解し、サービスの提供を行う上で重要である。 ・認知症ケアの質を高めるためには、認知症利用者様の気持ちを理解すると共に、その方に適した対応を決定するスキルを身に付けていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1:参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2:資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3:時期遅れで7月以降に実施予定。 4:概ね計画通りに実施できた。	７月-９月評価 1:参加できた。 2:時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3:実施することが出来た。 4:計画通りに実施できた。	１０月-１２月評価 1:ｴﾘｱ会議内で情報共有を行った。 2:ｴﾘｱ会議内で情報共有を行った。 3:体験は実施出来たが、効果は図れていない。 4:概ね計画通りに実施できた。	

事業報告	1.コロナウイルス感染症対策としてZOOMを活用した研修となったが、外部研修に参加することができた。前年度参加者との情報共有にて、研修内容は昨年度と変わらないことを確認することができた。 2.資料作成が計画より遅れてしまった。情報共有にて、研修内容を変えることなく、展開したい部分について確認し、資料作成・勉強会を行った。 3.DVDを用いた認知症体験を実施した。介助者が認知症利用者様からどのように見えているかを含め、認知症利用者様の症状について理解を深めることができた。 認知症体験にて認知症利用者様がどのようなリスクを抱えているかを考察することで、リスクマネジメントの学習につなげることができた。 4.介護力向上委員会にて各フロアの困難事例を持ち寄り、認知症の三期分類を用いてその方の状態を考察することができた。認知症の中核症状と周辺症状について委員会にて整理することで、職員の認知症利用者様への関わり方・考え方を変えることができた。委員会参加者についても、参加するにつれ発言が増えてきており、積極的に考えることができるようになってきている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック後の改善状況を評価（全施設）	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		施設長
								●	●	△	○	○		○●	○	○●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		施設長
						○	△	△		△	△	○		○●	○	○●	
	事業所	★4	ステークホルダーへの接遇を強化する	施設長/介護長	①「利用者様」「職員」「業者」「地域」から好感を持っていただける振る舞いを強化し、好感度の向上につなげる。 ②勉強会の開催、ＯＪＴ、リーダー会議での取り組み確認、個人面談にて浸透を図る。 ③毎月のリーダー会議において、注意・助言・美点があったケースを報告し、水平展開する。									振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現することができる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に、良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1:計画通り実施できており良い評価もその場で伝えることができた。 3:研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 4:概ね計画通りに実施できたが、水平展開事例が出ない事があった。	1:計画通り実施できており、8月には評価も行った。 2:計画通り実施できた。 3:交換研修実施し、職員にとって良い刺激となった。 4:概ね計画通りに実施できた。	1、2:計画通り実施できた。 3:計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。 4:概ね計画通りに実施できた。	

事業報告
1.他施設の職員がラウンドし、その場で良いと思った点は声掛けし褒めることができた。また気になった点についても共有することで、日々のラウンドとは違う視点で施設の改善につなげることができた。褒められた職員に対してそのことを伝えると、驚きが強い様子ではあったが、自身の対応に自信を持つことができた様子であった。 フロアの所属職員状況や利用者規模が近い施設を設定し、交換研修を実施した。他施設において取り組んでいる内容を確認することで、自身が勤めるフロアでも行える改善事例の発見につなげられたと共に、自施設にて実践している取り組みを自己評価することもできた。 3.施設内で良かった振る舞い、助言したケース等を会議にて共有することができた。良かった事例については、それを会議で取り上げたということを本人に伝えることで、モチベーションの向上につなげることができた。 4.「自信と誇り溢れるサービスの実現」という目標を具現化するために、その目標達成につなげるための取り組みのひとつとして「ご家族への近況報告」を実施した。コロナ禍でご家族と接する機会が限定され、ご家族からの評価が得られにくい状況となっている中、「近況報告」という取り組みを行ったことでご家族の満足度向上につなげることができ、自信と誇り溢れるサービスの一環として、その目標を達成できたと思われる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					●	－	●	●	－					○●	○	○●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	○●	○	○●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	×	－	×	×	×	×	○●	○	○●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎				×	○●	○	○●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み 受講辞退があれば理由確認	相談員養成コース受講 受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施					振り返り	次年度準備		施設長
							○	○	－	－	－	－	－	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1:計画通り実施できた。 2:ブログの更新はできたものの、ＳＮＳの更新は不十分である。 3:計画的な異動が頓挫している。 4:計画通り実施できた。 5:コースへの公募を実施した。	７月-９月評価 1:計画通り実施できた。 2:ブログの更新はできたものの、ＳＮＳの更新は不十分である。 3:計画的な異動が頓挫している。 4:計画通り実施できた。 5:今年度は参加者がいない。	１０月-１２月評価 2:ブログの更新はできたものの、ＳＮＳの更新は不十分である。 3:計画的な異動が頓挫している。 4:異動等もあって候補者の計画通り実施できなかった。 5:今年度は参加者がいない。	

事業報告	1. コロナ禍の情勢下であったため学校訪問は必要最小限に留まってしまったが、エリアとして必要な新卒採用者数は確保することができた。 2. 中途採用に際しては、特に看護職の確保に苦慮した面があった。SNSの更新も充足していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出さないと求職者の目に留まらないということを痛感した。次年度においては応募数の増加につながる取り組みを実践していく。 3. 慢性的に職員が不足してしまった状況も影響し、人事異動を計画的に実行することができなかった。また異動に対してネガティブなイメージを抱いている職員も散見されるため、組織の一員として、組織運営の安定化や活性化のための異動も必要であるということを理解してもらえるような風土作りも必要であると感じた。 4. 5. リーダー候補者の育成と、次期相談員候補の育成が十分にできなかった。各職員が自身のステップアップに前向きになれるように、役職や各専門職の魅力ややりがいを発信していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画		責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。介護保険法などの法規制の改定に適切に対応する。	エリア	★1 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		施設長
				運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
				前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
				前月実践した取り組みを評価する												
						力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○●	
	エリア	★2 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
				個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
				管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○●	
	エリア	★3 介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	主任相談員/相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		施設長
				◎	×	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★4 法改正に伴う必要な対応を行う。	主任相談員/相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		施設長
				●	●	△			×			△	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1:計画通り実施できた。 2:計画通り実施できた。 3:制度改正後の必要な申請については予定通り対応できた。新たな加算の申請は6月に実施。 4:概ね計画通りに実施できた。	1:計画通り実施できた。 2:計画通り実施できた。 3:概ね計画通り実施できた。 4:予定通り実施できなかった。	1:計画通り実施できた。 2:計画通り実施できた。 3:概ね計画通り実施できた。 4:十分に実施できなかった。

事業報告

1. 運用確認チェックリストを用いて、毎月の状況を確認することができた。認識教育については全職員に実施しており、中途採用者に対してもその都度教育を実施することができた。
2. 個人ロッカーの施錠状況を定期的に確認すると共に、その状況をリーダー会議で共有することで、職員の意識向上を図ることができた。
3. 今年度の法改正で新設された加算のうち、1種類について算定を開始することができた。
4. 法改正の内容を部門会議では共有したが、施設長会議内での共有については十分に実施できなかった。今回の改正で義務化されたものと、経過措置となっているものとがあるため、それらの内容を的確に把握すると共に必要な準備を行い、法令に基づいた運営が遵守されるようにしていく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					調査/分析 営業実践	調査/分析 営業実践	調査/分析 営業実践	調査/分析 効果検証	調査/分析 営業実践	調査/分析 営業実践	調査/分析 営業実践	調査/分析 効果検証	調査/分析 効果検証				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。(通所・入所施設合同相談員会議にて) ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて)									振り返り	次年度準備		施設長
					合同検討	紹介実践	紹介実践	効果検証	紹介実践	紹介実践	紹介実践	効果検証					
					○	○	○	○	○	○	○	◎		○●	○	○●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。									振り返り	次年度準備		施設長
					情報入力 確認/対策	情報入力 確認/対策	情報入力 確認/対策	情報入力 効果検証	情報入力 確認/対策	情報入力 確認/対策	情報入力 確認/対策	情報入力 確認/対策	情報入力 効果検証				
					△	○	◎	◎	◎	○	○	○	○	○●	○	○●	
	事業所	★4	利用希望に対して自施設での調整が困難な場合は、エリア内の他施設を紹介する。	主任相談員/相談員	①利用希望に対して自施設での調整が困難な場合は、エリア内の他施設の空室状況を確認する。 ②エリア内の他施設で受け入れ調整が可能であれば、そちらへのご利用をご提案する。 ③利用希望者の情報を相手方施設に提供し、スムーズな調整を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	振り返り ◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）利用希望に対して自施設での調整が困難な場合において、エリア内の他施設を紹介させていただく等の配慮を行った。利用者様へのお役立ちとエリア内事業所の有効活用を果たすために、今後も継続して実践していく必要がある。 ・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 ・エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1:問題なし。 2:問題なし。 3:申し込みシートの改善が必要。 4:計画通りに実施できた。	1:問題なし。 2:営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要。 3:様式変更し、活用できている。 4:計画通りに実施できた。	1:問題なし。 2:入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3:問題なし。 4:計画通りに実施できた。	

事業報告	1.アンケートを実施し、選ばれる理由として「家が近い」「ケアが良い」という理由が分かったため、近隣の病院等への営業につなげることができた。 2.通所と合同の会議を行い、エリア共通のパンフレットを作成した。これを活用し、通所・入所共に共通のツールにて営業をすることができた。 3.所定の入力リストへ随時入力、更新ができ、待機者へのアプローチの進捗状況を確認することができた。 4.サービス利用希望に対して自施設での空床の確保が困難であった場合は、エリア内の他施設の空床状況を確認すると共に、調整が可能であればそちらの施設の利用を提案し、サービス利用を必要としてみえる方へのお役立ちにつなげることができた。またそういった実績を積み上げていくことによって、居宅ケアマネージャーとの関係性をより向上させることができたと思われる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	施設長/全職員	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	施設長/全職員	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					×	×		×	×		×	×		○●	○	○●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	施設長/全職員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					×	○	△	×	×	×	×	×	×	○●	○	○●	
	事業所	★4	緊急時の連絡体制を整え、円滑に情報伝達ができるようにする	施設長/全職員	緊急連絡網の更新	昨年度の取り組み内容から改善事項をリーダー会議で協議し、修正する。			緊急伝達訓練の内容まとめ	緊急伝達訓練の実施。	振り返り			次年度準備			施設長
					●	△	△	△	×	×	×				○	○●	
	事業所	5	新型コロナウイルス感染予防対策を実施する	施設長/全職員	①利用者様に対して毎日体温測定を実施する。 ②毎日ユニット共用部の換気及び消毒を実施する。 ③施設職員の体調管理を実施する。 ④入館者の健康チェックを実施する。 ⑤実施状況について毎日チェックし、月末に再度集約して確認する。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。新型コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1:共有するも水平展開は不十分。 2:シミュレーションが未実施。 3:シミュレーションが未実施。 4:緊急時における情報伝達方法についての修正が未実施。 5:計画通り実施できた。	７月-９月評価 1:共有するも水平展開は不十分。 2:シミュレーションが未実施。 3:シミュレーションが未実施。 4:緊急時における情報伝達方法についての修正が未実施。 5:計画通り実施できた。	１０月-１２月評価 1:共有するも水平展開は不十分。 2:シミュレーションが未実施。 3:シミュレーションが未実施。 4:緊急時における情報伝達方法についての修正が未実施。 5:計画通り実施できた。	

事業報告	◎災害発生時におけるシミュレーションができていないため、次年度以降は災害発生時における対応と備えについても取り組んでいく必要がある。 1. 他施設におけるコロナ案件の発生状況を確認すると共に、その対応内容についても確認し、自施設での発生時における対応方法の参考にすることができた。 2. コロナ案件発生時におけるシミュレーションについては実施することができなかった。 4. 緊急事態発生時における緊急伝達訓練を実施することができなかった。実用性や即効性を鑑みると、緊急連絡網の活用は現代にそぐわないと思われるため、次年度において緊急連絡を伝達するためのツールを導入する予定である。 5. コロナ感染予防対策については日頃から実施することができた。まだコロナ禍の終息が見込まれないため、感染予防対策については継続していく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人福祉施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック								振り返り	次年度準備		施設長
							教育①			教育②		教育③					
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1:計画通り実施できた。感染対策の担当を副介護長とし物品の保管場所を整理した。	1:計画通り実施できた。	1:計画通り実施できた。	

事業報告	1. コロナ案件が発生した際に、多職種の連携により必要な対応を講じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて虐待・不適切ケア、対応に困難を感じている認知症の対応事例についての事例検討を行い、対応策を共有する。（毎月）	介護長 施設ケアマネ	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	事例検討、対応策の共有	振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	◎●	○	◎●	
	エリア	★2	エリア介護ケアマネ会議で検討された事例の内容と対応方法についてリーダー会議等にて共有する。自事業所において困難と感じている利用者様について対応策を検討し、実践する（毎月）。	介護長 施設ケアマネ		リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	リーダー会議で伝達、自事業所での検討	実践状況の評価	振り返り	次年度準備		副施設長
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	
	事業所	3	利用者様本位のケアの大切さを一人ひとり職員へ伝えていく	各部署責任者	各部署で利用者様のケアについて、月に一度、各所属長が中心となって情報共有とケアの対応検討と実施後の評価していく				振り返り	各部署で利用者様のケアについて、月に一度、各所属長が中心となって情報共有とケアの対応検討と実施後の評価していく				振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	◎●	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、事故の検証は毎月のエリアの会議で実施したが、虐待や身体拘束、不適切ケアの事例についての検証は少ない。様々な視点からの考え方を共有することが、未然に防ぐことにつながる。 ・講義や資料の読み込みよりも事例を検証することで、職員がよりイメージがしやすく、効果的な研修となる。 ・2020年度も利用者本位の大切さを伝えていったが、2021年についても虐待や身体拘束、不適切ケアに対して統一した見解があることで、適切な対応に繋がる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施する事ができた。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。	1.計画通り実施する事が出来た。 2.各施設計画通り実施する事が出来た。	1.スケジュールに遅れがあったが実施できた。 2.各施設計画通り実施する事ができた。	

事業報告	1.2.エリア会議と施設内で事例検討を行い、どういった対応が良かったのか検討を行うことができた。本来であれば、エリア会議内と、自施設で同じ事例検討を行うべきではあったが、エリア会議の開催日と事例がなじみのないケースもあり、独自の事例を検討することもあり、複数の事例で学ぶことができた。現状のケアを見直すきっかけになったと思われる。 所属長間の情報共有もできており、必要な情報は一般職員にも伝達できている。今後も情報共有をしていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	★1	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う（誤嚥、入浴、転倒事故につながるヒヤリハット）	介護長/ユニットリーダー	昨年度のヒヤリハット件数確認 ヒヤリハット内容精査		誤嚥事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果等をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		入浴事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		振り返り（件数、内容）	骨折事故につながるヒヤリハット内容と対応策の確認 対策後の結果をエリア会議で報告して、水平展開を図っていく。		全体の振り返り	次年度準備		副施設長
					△	◎●	○	◎●	○	◎●	○●	○	◎●	◎●	○	○●	
	エリア	★2	過去の重大事故（誤嚥、入浴、骨折）が発生してからの再発防止策が継続できているかどうかの確認を行う。 ケアプラン更新状況とケアの提供状況を確認する。	介護長/施設ケアマネ/全職種	誤嚥事故の確認			入浴事故の確認			骨折事故の確認			振り返り	次年度準備		副施設長
					重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）				報告した事故後の評価	重大事故発生時ケアプラン内容を確認、更新。更新後の状況をエリア介護ケアマネにて報告（重大事故発生した月）							
					○●/△	△	△	○●/△	○●	△	○●/○	○	○●	◎●	○	○●	
	エリア	3	基本介護チェックを用いて正しい介護を身に付ける （対象：新卒者・前回基本介護チェックC評価者）	介護長	0JTによる指導	0JTによる指導	基本介護チェック第1回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	基本介護チェック第2回目評価課題抽出	課題を中心に0JTによる指導	課題を中心に0JTによる指導	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	エリア	★4	過去の重大服薬ミス（誤薬）の振り返りを行う （風化の防止）	看護長（看護師）/全職種	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	各施設から持ち寄った対象ケースの選定	エリア看護部会にて共有	施設内にて周知・実践		振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	△	△	○	○	○	○	○	◎●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）過去の事故と同じような状況の事故が発生しており、風化の防止が必要である。誤嚥・入浴・転倒・離設事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となるため、発生の防止が2021年度も継続して求められる。 ・2020年度より）服薬に関する事故がエリア内で発生している。服薬に関する事故は生命に関わる事故であるため、2021年度も発生防止に取り組む必要がある。 ・根拠に基づいた介護を提供するためには、全職員の基本技術と知識向上が必要となる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.誤嚥に関するヒヤリハットを確認・分析し事故防止になっている。 2.3.4.実施する準備が遅れたため十分にできなかった項目もあった。	1.入浴に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.十分にできない月もあったが、おおむね定期的に確認できている。	1.骨折に関するヒヤリハットを分析・確認し事故予防になっている。 2.3.4.定期的に確認できており、再発防止ができている。	

事業報告	1.2.エリア会議で過去のヒヤリハットや、重大事故の振り返りを行い、再発防止策や、現状のケアについて検討した。利用者様の入れ替わりや、利用者様の機能低下もあるため単純に比較できないが『転倒による骨折事故』は昨年より減少している。エリア全体でも、重大事故が減少しているため今年度の取り組みは、一定の効果があったと思われる。 4.エリアの看護部会を中心に服薬事故についても検討した。今後も定期的な振り返りが必要と思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様個々に合わせたケアの定着	エリア	★1	利用者様が心地よいと感じる質の高い接遇・環境を提供するために、事業所ごとの年間行動目標を立て、定期的に実施状況をチェックする。（毎月１回）	介護長/全職種	事業所の行動目標の選定と周知	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	評価と修正	実施状況のチェック	実施状況のチェック	実施状況のチェック	振り返り	次年度準備		副施設長
					○●	○	○	○	○	○●	○	○	○●	○●	○	○●	
	エリア	2	利用者様（ご家族）の思いや気づきを発見し共有できるチームケアを実施するためにつぶやき件数を増やす。	介護長/全職種	つぶやきが多い事業所の取り組みを共有	リーダー会議にて自事業所の取り組みを決定	取り組み実施	取り組み実施	手順振り返り 件数確認	取り組み実施	取り組み実施	取り組み実施	件数確認	振り返り	次年度準備		副施設長
					○●	○●	○	○	○/○	○	○	○●	○●	○●	○	○●	
	エリア	★3	ライフマップやつぶやきを共有し、利用者様のことを知り、利用者様のQOL向上を図る	施設ケアマネ/全職種		利用者様の生活歴を整理する。	職員間で共有する カンファレンスにて利用者様のつぶやきを確認し、プランに反映させる。（カンファレンス毎に評価する）							振り返り	次年度準備		副施設長
						○●	○	○	○	○	○	○	○●	○●	○	○●	
	事業所	4	利用者様（ご家族）の思いの発見、気づきの共有	介護長/全職種	リーダー会議内で各部署のつぶやき件数とつぶやき報告を行なう。 また、翌月に対策実施後の評価の報告を行なう。									振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	事業所	5	ご家族へ細やかな情報提供を行う。また事故発生時には迅速かつ丁寧な報告を行う	看護長/全職種	①　事故発生時に状況確認・発生原因・対策を他職種含めて検討していく。 ②　重大事故発生後、事故の状況報告対応した結果をご家族に連絡出来るように全職種で情報共有・検証をしていく。 ③　状態変化があった際は、ケアプランの擦り合わせをした上でケアの見直し・検討をする。									振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）つぶやきの件数が事業所によって差がある。多く挙がっている事業所の方法を共有することで、つぶやきの件数を上げることが期待できる。 ・良いケアの基本となる生活環境について、事業所職員が共通の目標を持ち、それをチェックしていく仕組みを作ることで、よい環境が保たれる。 ・サービス提供を行う上で、利用者様のことを知ることは重要であり、過去のこと、現在のことに目を向け、ケアにつなげていくことが必要である。 ・面会が十分に出来ていない中、細やかな情報提供が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.実施状況のチェックは行えている。 チェックとともに実現可能な対応策の立案が必要と考えられる。 2.件数に関しては劇的には増加していないが徐々に増加傾向が見られてきている。 3.施設で認知症対応困難な方をピックアップし、対象者の生活歴の確認を行った。	1.チェックは行えている。 2.利用者様のつぶやきは拾えているが、ご家族の声が拾えていない。意識的に行っていく必要がある。 3.対象者の生活歴を把握し、そこから参考になる情報はアセスメントに繋げて対応の見直しをした。	1.質の向上には至っていないため、目標達成に向けた具体的な活動の立案と実施が必要である。 2.拾う事はできたが、対応まで実施できなかった。 3.情報を参考に余暇の充実やQOL向上へと繋げることができた。	

事業報告	◎つぶやきを多く挙げるように呼びかけている。 1.2.3.食事に関するつぶやきが多い傾向であり、嚥下状態によっては実現できない場合を除き、栄養士を中心に早急に対応できている。 また、つぶやきはないが、利用者様の性格や行動などからケアを検討することもあり、利用者様にあった個別ケアができている。 5.ご家族とお話する機会は多くはないが、特変あれば電話等しており、また洗濯交換などで来設された際に普段の様子も伝えており、必要な情報提供はできていると思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様の気持ちについての理解を深める	エリア	1	認知症に対する知識の習得 ユマニチュード入門研修の参加（各事業所１名）	介護長/全職種	研修日程確認。参加者の選定・申し込み	研修参加（参加月は開催日程に応じて）					前年度参加者との情報共有			振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○			◎●	○	◎●	
	エリア	2	ユマニチュードの手法を取り入れたケアの展開 （2020年度参加者が主となり進める）	介護長/全職種		エリア内伝達研修の開催方法検討	研修参加者による、各施設での認知症勉強会の開催（期間中に全職員が１回参加）			振り返り	今年度参加者との情報共有	各施設にて実施		振り返り	次年度準備		副施設長
								前年度研修参加者によるエリア内展開内容の検討									
						△	△	○/○	○/○	○/○	○	○	○	◎●	○	◎●	
	エリア	★3	認知症体験の実施（全職員） （認知症利用者様の気持ちに寄り添う）	介護長/全職種		実施内容（想定される場面）を検討	各施設にて実施（期間中に全職員が１回実施） 各事業所の会議にてやってみてどうだったか意見交換する			実施状況の確認	体験実施（期間中やむを得ず未実施の職員）	効果の確認		振り返り	次年度準備		副施設長
						△	△	○	○	○	○	○		○●	○	○●	
	事業所	4	専門性を持ったケア提供していく為、認知症基礎研修の参加	介護長/全職種	未資格職員の確認 研修の促し		研修日程に合わせて、研修の申込 申込後、随時、研修への参加							振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度外部研修に計画通り参加することが難しかった（一部の事業所のみの参加）。結果目標に掲げた取り組みに十分取り組めなかった。 ・2020年度も利用者体験は実施したが、認知症の症状に目を向けた内容には取り組めていない。認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要である。利用者体験は、利用者様の気持ちを理解しサービスの提供を行う上で重要である。 ・法改正の中で、無資格者については認知症基礎研修の受講が求められる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1　参加者の選定、研修申し込みは出来た。 2　資料作成は出来たが、勉強会は実施できていない。 3　時期遅れで7月以降に実施予定。	1　参加できた。 2　時期遅れではあるが、各施設で勉強会を実施した。 3　実施することが出来た。	1　エリア会議内で情報共有を行った。 2　エリア会議内で情報共有を行った。 3　体験は実施出来たが、効果は図れていない。	

事業報告	1.ユマニチュード研修への参加はスケジュールから遅れたが、2名が受講できた。 コロナ禍により研修場所、形態、内容について変更をせざるを得ない状況であり、予定通りに進めることができなかったが、施設内で行う研修は実施できた。 2.認知症基礎研修は5名の参加。来年度も取得していない職員へ研修を促していく。 4.認知症利用者様の理解を深めることは普段のケアにもつながることであり、来年度も継続していく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
サハビリを実施して、自信と誇りあるサービスを実現し、心身ともに元気になれる施設を目指す）	エリア	★1	法人統一チェックリストを用いて他施設の介護長、ケアマネが評価し、接遇・マナー・環境の質向上を図る（毎月実施　評価対象施設は、毎月のエリア介護・ケアマネ会議の開催施設とする）	副施設長/介護長	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック後の改善状況を評価（全施設）	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	チェック実施結果をフィードバック	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	2	職員の満足度を高めることにより、働きやすい風土・環境を創る	副施設長/介護長				前年度の調査結果からの改善状況確認	職員満足度調査のアンケート内容検討	職員満足度調査の実施、回収、集計	対策立案	対策実施／実施状況の発信		振り返り	次年度準備		副施設長
								●	●	△	○	○		○●	○	○●	
	エリア	★3	他施設で研修をすることにより、他施設及び、自施設の強みを共有する（各施設１名以上／回）	副施設長/介護長		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		人選/スケジュール調整	研修実施	実施後面談にて効果確認		振り返り	次年度準備		副施設長
						○	△	△		△	△	○	○	○●	○	○●	
	事業所	4	ノーリフティングの継続した定着を図る	リハビリ長/全職種	勉強会スケジュール作成・内容精査	勉強会（総論）	評価	勉強会（マニュアルハンドリング）	評価	勉強会（スライディングボード）	評価	勉強会（車いす・ベッド）	評価	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	事業所	5	施設内行事の実施と利用者様個別の行事から施設生活の楽しみと充実化を図る	介護長/ユニットリーダー	①毎月、施設行事の計画立案・実施。　実施後の振り返りの実施 ②利用者様つぶやき等からの個別対応の実施。				振り返り計画の修正	①毎月、施設行事の計画立案・実施。実施後の振り返りの実施 ②利用者様つぶやき等からの個別対応の実施。				振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）職員満足度調査を実施したが、改善状況などを職員に発信することが不足していた。働く職員自身が自施設の強みを十分に理解し、自慢できる風土を構築することで、良い人材を育成し、法人の理念に沿ったサービスを実現できる。 ・コロナ禍で外部の方との接点が減る中、意識が薄れないようにするために他者チェックにより、意識強化を図ると共に良いところはその場で評価することで自信につなげる。 ・他施設の状況を知ることで、他施設の良い部分を知るだけでなく、自施設についても客観的に見直す機会となり、施設、法人への愛着を高めることができる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.計画通り実施できており、良い評価もその場で伝えることができた。 3.研修実施に遅れは生じたが、調整はできた。 5：外部レクや施設内行事を計画し、実施できている。	3：他施設での研修は他エリアでありコロナウイルス感染拡大のため、延期となっている。	1.2.計画通り実施できた。 3.計画通りにできなかったところもあるが、実施したことによる効果はみられる。	

事業報告	1.年間計画にのっとり、当施設は接遇・環境整備チェックリストを用い、環境チェックを受けた。（7月と3月） 良い点：整理整頓してあり良かった、職員のスタッフの身だしなみ、あいさつも気持ちよくできていた。フロアのしつらえが良かった。 改善事項：掲示されている満足度調査が令和元年下半期のものだった。一部のスタッフが居室訪室時にノックが3回できていなかったと指摘を受け改善している。 5.季節に合わせた行事食の提供（年4回）と、外部業者による遠隔での体操やレクリエーションを実施した。またご家族向けに作品展を企画し、利用者様・職員で作った作品と作成過程の写真を掲示し、ご家族に見ていただいた。今後も実現可能な形でのレクリエーションや行事を行い、施設生活の楽しみや充実化に努めたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、新たなリーダー、相談員候補者を養成する	エリア	1	新卒採用者を確保する	副施設長/人事担当職員	人事部と学校訪問の日程相談	新卒者の状況を出身校へ郵送 学校訪問実施（感染症の状況による）								振り返り	次年度準備		副施設長
						内定者の出身校へお礼の連絡を入れる（学校訪問担当校）											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する ※老健としての適切な配置を見直し、人員を確保していく。	副施設長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		副施設長
						応募者より求人を知った媒体を聞き取り											
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★3	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	副施設長/介護長	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★4	リーダー候補者への定期的な面談により、リーダーを目指す職員の意識を高める	副施設長/介護長		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		副施設長
						○			○				○	○●	○	○●	
	エリア	5	相談員養成コースへの参加	副施設長/相談員			候補者への要請	コース申込み 受講辞退があれば理由確認	相談員養成コース受講 受講希望者の確保につなげるための課題分析及び実施					振り返り	次年度準備		副施設長
							○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況であった。コロナ禍の現状では、学校訪問も難しく、それに代わる方法が求められる。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に迅速に人員調整を行うことが可能となると共に、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション向上が期待できる。また、退職を防ぐことも期待できる。 ・リーダー、相談員の担い手の不足の解消と、継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.エリア内で調整を行った、 2.求人媒体を活用し応募している。 3.リーダーの異動を実施している。 4.リーダー候補者へ面談を実施した。 5.相談員養成コースのPRをし、施設内にて募集を図った。	1.学校訪問の対応を実施している。 2.求人媒体を活用し応募している。 3.リーダーの異動を実施している。 4.定期的な面談を実施している。 5.該当者がいなかった為、申し込みはなし。	1.学校訪問の対応を実施している。 2.看護１名採用に繋がっている。 3.リーダーの異動を実施している。 4.定期的な面談を実施している。 5.該当者がいなかった為、申し込みはなし。	

事業報告
1.コロナ禍の情勢下であったため学校訪問は必要最小限に留まってしまったが、エリアとして必要な新卒採用者数は確保することができた。 2.中途採用に際しては、特に看護職の確保に苦慮した面があった。SNSの更新も充足していたとは言えないが、求職者の興味を惹く募集内容（キャッチコピーや文章）を前面に打ち出さないと求職者の目に留まらないということを痛感した。次年度においては応募数の増加につながる取り組みを実践していく。 3.慢性的に職員が不足してしまった状況も影響し、人事異動を計画的に実行することができなかった。また異動に対してネガティブなイメージを抱いている職員も散見されるため、組織の一員として組織運営の安定化や活性化のための異動も必要であるということを理解してもらえるような風土作りも必要であると感じた。 4.リーダー候補者の育成と、次期相談員候補の育成が十分にできなかった。各職員が自身のステップアップに前向きになれるように、役職や各専門職の魅力ややりがいを発信していく必要がある。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高め、法規制の改定に適切に対応する。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	副施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する									振り返り	次年度準備		ISMSエリア事務局
					運用確認チェック後の課題を毎月抽出する												
					前月抽出した課題に対する取り組みを実践する												
					前月実践した取り組みを評価する												
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	副施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		ISMSエリア事務局
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					△	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★3	介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	副施設長/主任相談員	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★4	法改正に伴う必要な対応を行う。	副施設長/主任相談員	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.リスクの意識を高め、漏洩防止に努めた。 2.毎月チェックを行い、施錠を確認している。 3.4.必要な加算の取得に向け情報収集・検討を行った。	1.リスクの意識を高め、漏洩防止に努めた。 2.毎月チェックを行い、施錠を確認している。 3.4.必要な加算の取得に向け対応出来た。	1.リスクの意識を高め、漏洩防止に努めた。 2.毎月チェックを行い、施錠を確認している。 3.4.必要な加算の取得に向け対応出来た。	

事業報告	1.毎月、運用確認チェックリストを実施している。すべて問題なくできているため課題はない。課題がないため特別な取り組みは実施していない。 また力量・認識教育は全職員に行っており、セキュリティに対する知識、意識を持つことができている。 2.定期的に個人ロッカーの施錠の確認をしている。施錠していない職員には上司から指導を行っており、施錠できるようになっている。 3.4.法改正の内容を随時確認し、場合によってはエリア内で内容を確認する等、対応することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア全体の待機者確保・稼働率の維持・向上を図る	エリア	★1	名古屋エリア内の入所施設を知ったきっかけ、紹介先、選ばれた理由を調査及び傾向を分析し、効果的な営業を実践する。	主任相談員/相談員	①【申込時】アンケート調査(エリア内共通)を実施する。 ②【毎月】エリア相談員会議にてデータを集計・傾向分析する。 ③【毎月】営業実践および効果検証を行う。									振り返り	次年度準備		副施設長
					調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析	調査/分析				
					営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	営業実践	営業実践	営業実践	効果検証	効果検証				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	名古屋エリア内、通所・入所相談員間での連携を図り後方支援を行う体制をＰＲし、入所施設申込者を増やす。	主任相談員/相談員	①営業手法及び営業ツールを検討する。（通所・入所施設合同相談員会議にて） ②営業活動を実践し法人内サービスを紹介する。 ③営業手法及び営業ツールの見直し、効果を検証する。（通所・入所施設合同相談員会議にて）									振り返り	次年度準備		副施設長
					合同検討	紹介実践	紹介実践	効果検証	紹介実践	紹介実践	紹介実践	効果検証					
					○	○	○	○	○	○	○	◎		○●	○	○●	
	エリア	★3	申込者入力シート（エリア共通）にて申込み日、面接日、診断書作成依頼日、診断書作成日を管理し迅速な対応を行うことで次期入所候補者を確保する。	主任相談員/相談員	①【申込時】申込者入力シート(エリア内共通)へ申込者の情報を入力し進捗状況を管理する。 ②【毎月】エリア相談員会議にて次期入所候補者を確認し対策の実践および効果検証を行う。 ③【6.10月】高稼働率である事業所へ出向き稼働管理について学ぶ。									振り返り	次年度準備		副施設長
					情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力	情報入力				
					確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証	確認/対策	確認/対策	確認/対策	確認/対策	効果検証				
					△	○	◎	◎	◎	○	○	○	○	○●	○	○●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・サービスの多様化に伴い、施設ごとでの待機者確保が難しい状況となってきている。 エリア全体で待機者の情報を共有し、適宜連携し調整していくことにより、エリア全体の稼働向上につなげたい。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1:問題なし 2：問題なし 3：申し込みシートの改善が必要			７月-９月評価 1：問題なし 2：営業ツールを見直し、入所施設全体のパンフレット作成を行うこととなり営業ツールの改善が必要 3：様式変更し問題なく活用できている。			１０月-１２月評価 1：問題なし 2：入所施設全体のパンフレットが完成し居宅事業所の反応も良好。 3：問題なし				

事業報告	1.アンケートを実施し選ばれる理由として家が近い・ケアが良いという理由が分かったため近隣の病院等への営業につなげることができた。 2.通所と合同の会議を行い、エリア共通パンフレットを作成、通所、入所ともに共通のツールにて営業をすることができた。 3.所定の入力リストへ随時入力、更新ができ、待機者へのアプローチの進捗状況を確認することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護老人保健施設

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築 大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	エリア介護ケアマネ会議にて、エリア内の事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応情報（各区の保健センターからの指示事項および判断基準）を共有する	主任相談員/管理者	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	エリア	★2	上記１で習得した情報も参考にした上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションを実施し、効果検証を行う	主任相談員/管理者	シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○		○	○		○	○		○●	○	○●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	主任相談員/管理者	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	
	事業所	4	感染症に発生時に迅速に対応できる体制の構築と感染症予防の強化	看護長/全職種	感染症発生時の体制、対応マニュアルの精査と作成		勉強会(食中毒)による知識の習得	発生時のマニュアルに基づいたシミュレーション勉強会の実施		振り返り	勉強会(インフルエンザ、ノロウイルス)の知識の習得	発生時のマニュアルに基づいたシミュレーション勉強会の実施		振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。		1. 事業ごとの状況について情報共有を図っている。 2. シミュレーション勉強会の準備を実施。 3. シミュレーションの実施には至らなかった。 4. 対応マニュアルの精査と勉強会を実施した。	1. 事業ごとの状況について情報共有を図っている。 2. シミュレーション勉強会の実施。 3. 総合防災訓練の実施に至らなかった。 4. シミュレーション勉強会実施を行った。	1. 事業ごとの状況について情報共有を図っている。 2. シミュレーション勉強会の実施。 3. 防災訓練の実施。 4. シミュレーション勉強会実施を行った。

事業報告	
	1. エリア内の発生状況を共有したり、対応について報告し、感染が起きた場合に備えることができた。 2. 看護職員を中心に感染者が出た場合の対応シミュレーションを行い、発生時に備えることができた。 3. ジョイフル名駅の建屋全体で訓練の実施を行い、必要物品に関しても都度見直しと購入ができている。 4. 感染症発生時に備え、対応マニュアルの作成、マニュアルに基づいた勉強会やシミュレーションを行うことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	エリア	1	認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者様を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職種	勉強会	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	2	介護拒否等のケース検討会を実施し、対象利用者様に対する実践および実践前後の困難事例の改善状況における効果検証を行う	相談員/全職種	ケース検討会	実践	実践	効果検証	ケース検討会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
	事業所	3	介助方法に関する検証、勉強会の実施 現場で実施・検証する	リハビリ職/全職種	職員ミーティング内で介助方法に関する検証、勉強会を実施　現場の中で実施・検証									振り返り	次年度準備		副施設長
					実施	実施	実施	実施	検証	実施	実施	実施	検証				
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・認知症に対する理解が不足しており、接し方の工夫と共有が不十分であるため。 ・利用者様を主体とした考えが十分に身についておらず、予定通り業務が進まないと、自己中心的な視点でのケアとなり、不適切ケアの要因となってしまうため。 ・学んだことが現場に生かしきれていないため。 ・困った場合の対応が分からないままとなり、重大な事態につながる恐れがあるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.４月に勉強会を実施、対象者を選定し、ロールプレイを行い実践を行う。 2.全体会議にて検討を行い、実践を行えている。 3.毎月の職員ミーティングにて介助方法の検証、勉強会を行う。	1.職員間で情報共有が行えており、ケア方法に関して統一した対応ができてる。 2.利用者様を主体とした考え方を改めて共有し、事例の改善状況を把握する。 3.問題なし。	1.職員からもケアの問題点や他者とのトラブル等は発生していない。 2.不適切ケアには繋がっていないが、今後も継続の必要性がある。 3.理学療法士より、ケア介助方法等の助言、周知ができている。	

事業報告	1.認知症に関しての勉強会を実施し、利用者様に利用中の気になる事例に焦点を当てて検討を行い理解を深めることができた。 2.独り歩き・介護拒否等ケース検討会に関して、毎月身体拘束委員会と付随して内容を職員に周知し、普段の介助に落とし込みができている。 3.介助方法に関する勉強会に関して、毎月のミーティングにて利用者様のＡＤＬの低下に伴う介助方法の統一も含めて、職員全体に周知ができている。また、経験年数の浅い介護職員もいる為、介助方法に関して、理学療法士からの専門的な視点から、助言・アドバイスを頂いている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離設リスク者の確認および離設防止策を検討し、対象利用者様を選定した上での実践および独り歩き事故またはヒヤリハットの有無における効果検証を行う		確認／防止策検討	実践	実践	効果検証	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
	エリア	2	過去の離設事故の再検証または離設後の対応シミュレーションを繰り返し行い、離設対応マニュアルを用いた理解度チェックにて効果検証を行う		再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	3	事故防止につなげるために、ヒヤリハットへの気づきの視点を養う	相談員/全職種	昨年度ヒヤリハットから全体の傾向を検証する				評価	今年度のヒヤリハットから個別のヒヤリハットを検証する				振り返り	次年度準備		副施設長
					ヒヤリハットの対応策の実施					ヒヤリハットの対応策の実施							
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・転倒・離設・車両事故は、利用者様の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が急務であるため。 ・反復することで風化の防止や有事の際に迅速に行動できるよう擦り込ませるため。 ・ヒヤリハットの気づきが不十分であるため。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価					１０月-１２月評価			
					1.事業所内の離施リスク者の確認を行い、離設防止策を検討する。 2.全エリアの事故の情報を職員全体に周知し検証を行っている。。 3.職員のヒヤリハットへの意識が薄く、毎月のミーティングで周知を行う。				1.エリア内の離設事故の情報共有を行い、建屋内で防止策の検証を行う。 2.離接対応マニュアルを用いて、有事の際のシミュレーションを行う。 3.問題なし。					1.対象者の情報共有とリスクマネジメントができている。 2.マニュアルを元にテスト形式にて理解度チェックを行っている。 3.問題なし。		

事業報告	1.毎月離接リスク者の検討を行い、デイケアだけでなく建屋全体に情報共有ができている。 2.離設マニュアルを用いて、有事の際の行動内容を職員全体で確認、発生時のシュミレーションを行う。また、離設マニュアルを元にテスト形式にて各職員の理解度チェックを行う。 3.ヒヤリハットの傾向として転倒リスクや、付き添うが必要な方が一人で立ち上がったり、フロア内を歩こうとされたり等のヒヤリハットが多い状況であった。事例の情報共有を行い、事故防止の取り組みを職員全体で周知、徹底を行い事故防止に努めている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様に安全かつ楽しく利用して頂けるサービスを提供する	エリア	★1	基本介護チェック表の接遇マナーおよび接遇環境チェックリストで自己チェックや勉強会を行い、苦手分野の改善実践、再自己チェックによる効果検証を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	相談員/全職種	自己チェック 苦手分野の特定	勉強会	改善実践	改善実践	効果検証					振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○					○	○	○	
	エリア	2	ドライブレコーダーの映像資料より、危険箇所の選定、ＫＹＴ（危険予測トレーニング）を行い、ヒヤリハット件数による効果検証を行う	相談員/全職種	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	◎	○	○	◎	○	○	○	○	
	エリア	★3	エリア通所会議において、過去の法人内車両事故より選定した重大事故の検証および再発防止策が実践されているかの確認を行う	相談員/全職種		検証	実践確認		検証	実践確認		検証	実践確認	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	4	つぶやきの発見・共有　対応策の実施	介護職員/全職種	つぶやきの収集・他職員への情報共有 つぶやきの対応策の実施 実施	実施	実施	実施	検証	実施	実施	実施	検証	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・反復することで風化の防止や有事の際に迅速に行動できるよう擦り込ませるため。 ・安全運転トレーニングは安全な送迎サービスを提供する上で重要であるため。 ・個々に合わせたよりよいサービス提供を行うことが重要であるため。 ・現状の介護サービスの提供に満足することなく、個々に合わせたよりよいサービス提供を行うことが重要であるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.全職員自己チェックを行う。 2.送迎中の映像を元に検証を行う。 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.問題なし。	1.効果検証にて、改善がみられる。 2.送迎中の映像を元に検証を行う 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.気づきの視点の意識強化により、つぶやきの意識付けができている。	1.- 2.送迎中の映像を元に検証を行う 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.問題なし。

事業報告	1.接遇マナーの自己チェックを行い、苦手分野を意識しながら業務に取り組んで頂く。上半期の満足度調査では接遇に関しての項目が満足度の高い項目となっており、概ね満足を頂けている状況となっている。 2.昨年はJAFの映像資料を元に勉強会の実施を行っていたが、本年は実際の送迎中の事故の映像や、送迎中のヒヤリハットの場面の映像を元に、KYTを行っている。普段の送迎で運転している場面であり、送迎に携わる職員の意識教育にも繋がっており、大きな車輌事故は発生していない。 3.法人内で発生した車両事故の情報共有を行い、自事業所にも起こりうる事故等の再発防止策を共有し、類似した事故の発生を防ぐことができている。 4.毎月のミーティングにて、つぶやきの共有・検証を行っているが、つぶやきの件数が毎月数件程度、12月時点で年間26件と少ない状況であり、つぶやきの視点が十分に養われていないため、今後もつぶやきの収集、件数の増加に努める。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症利用者様が不安なくサービスを利用することが出来る。	エリア	★1	【運営基準】 無資格、未経験の介護職員に対し、認知症介護基礎研修を受講する	相談員/介護職	事業所より、2名　受講									振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★2	認知症利用者様の事例検討を行い、ケア方法の統一を図る。	相談員/介護職	困難事例の検証 ケア方法、対策の立案				評価	困難事例の検証 研究事例としてまとめる ケア方法、対策の立案				振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2021年度介護保険法改定に伴い、経過措置３年間までに体制整備が求められるため。 ・認知症に対する知識の習得が不十分であるため。 ・認知症利用者様の立場に立ち、理解することが重要であるため。 ・認知症利用者様の増加に伴い、適切なケア方法の統一を図るため、困難事例の検証を行う。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.今年度２名が初任者研修受講 研修受講該当者なし。 2.問題なし。	1.問題なし。 2.認知症ケアに関して、困難事例に該当する事例がなく、毎月ケア方法の統一、情報共有を行っている。	1.中途職員、無資格職員等の該当者なし。 2.問題なし。	

事業報告	1.今年度は、介護職員2名が初任者研修を受講しており、認知症介護基礎研修の受講対象者は0名となっている。今後も研修受講対象者の確認と、計画的な受講ができるように留意する。 2.デイケアでの認知症利用者様の具体的な困難事例は該当がなかったが、リハビリに消極的な利用者様の運動参加へのアプローチ方法等は、職員間で統一を行い、実践することができている。また、建屋全体での身体拘束委員会等で、認知利用者様の具体的な困難事例の検証内容を、デイケア職員にも情報共有を行う。デイケア内で類似した事例の有無や、対応方法の検証を行い、ケア方法の統一に努めることができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
事業所の特色を確立し、全職員が答えられる事業所づくり	エリア	★1	エリア内の居宅ケアマネ会議に参加して外部の通所情報を取得し、エリア内の通所会議で情報共有を行い、実践および効果検証を行う	相談員/介護職	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	△	△	○	○		○	○	○	
	事業所	★2	デイケアを利用しなければ生活できない方を対象としたサービス体制の見直し、整備を行い、コロナ禍でも影響を受けにくい事業所として外部へPR	相談員/介護職	見直し 整備	ＰＲ材料づくり	ＰＲ活動	ＰＲ活動	効果検証	見直し 整備	ＰＲ材料づくり	ＰＲ活動	ＰＲ活動	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・新規利用者や利用終了者の傾向を情報共有し、事業所の強みの共有と、終了理由の改善策を検討していくため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.社会資源の状況や、営業方法に関しての情報収集、情報共有、実践を行う。 2.入所事業所とも連携を行っている。	1.8月の情報集に関しては日程が合わなかったため、日程を再調整する。。 2.今年度より取り組みを開始している、午後のアクティビティの情報発信を行う。	1.近隣の事業所の取り組みや、新規、閉鎖等の情報収集を行う。 2.問題なし。	

事業報告	1.居宅ケアマネより、名古屋エリア内の社会資源の状況、営業方法、コロナ禍での利用者様のニーズの変化、近隣事事業所の開設・閉鎖状況、目新しい取り組みを行っている事業所のどの情報収集を行い、名古屋エリア内で情報共有が行えている。 2.今年度は、リハビリ以外に健康講座や脳トレの開設等の取り組みを行っており、リハビリ+αの要素を外部発信を行う。また、近隣事業所では、医療機関併設のリハビリ特化の半日デイケアが脅威となっており、他事業所との差別化の為、1日型のレスパイト目的であったり、入浴も対応可能であることを外部へPRしていく。入浴に関しては、満足度調査にて、入浴利用者の増加と、満足度向上に繋がっている。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
法令を遵守し、基準・報酬改定の内容の理解と遵守	エリア	★1	【運営基準】 愛知県および名古屋市社協ボランティアセンターにボランティア求人活動（求人情報の見直し含む）を行い、ボランティアとの交流を実施する	相談員/全職種	求人活動	求人活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	振り返り	次年度準備		副施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	事業所	★2	【加算】 既存対象者および新規対象者の自宅浴室の情報収集および個別入浴計画を作成し、以後は新規対象者および計画変更者に対しても同様に実施する	相談員/全職種	既存者／新規者 情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	新規者／計画変更者 情報収集 計画作成 評価	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成 評価	情報収集 計画作成	情報収集 計画作成	振り返り	次年度準備		副施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	事業所	★3	【加算】 ICTの環境整備および他事業所専門職との連携検討を行い、生活機能向上連携加算取得における計画書の作成を行う。	相談員/全職種	既存者／新規者 環境整備 連携検討 ●	環境整備 連携検討	環境整備 連携検討	既存者／新規者／計画変更者 計画作成 評価	計画作成	計画作成	計画作成 評価	計画作成	計画作成	振り返り	次年度準備		副施設長
	事業所	★4	【加算】 CHASEの基本項目であるADL・栄養・口腔・嚥下・認知症を対象とした利用者様の情報収集を行い、介護ソフトとの連動性の確認およびCHASEへの情報提供と新たな加算算定を行う※CHASE・VISITに対応した情報収集	相談員/全職種	情報収集 ソフト確認 ○	情報収集 ソフト確認	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事業所	★5	【加算】 個別機能訓練加算の算定要件が変更となる見込みであるため、新しい要件に即した機能訓練が行える環境を整備する。 計画書の見直しが3ヶ月のため、3ヶ月での評価とする。	相談員/全職種	整備 加算申請 ●	実践	実践	実践 評価	実践	実践	実践 評価	実践	実践	振り返り	次年度準備		副施設長

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要であるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なし。 3.デイケア非該当の為終了とする。 4.算定準備を行い7月より算定予定 5.デイケア非該当の為終了とする。	1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なし。 3.- 4.問題なし。 5.-	1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なし。 4.帳票類作成に伴うチェックリストを作成し、情報提供に漏れがない様に実施する。

事業報告	1.コロナ情勢により外部ボランティア、外部講師の受け入れ中止の継続に伴い実施できていない。 2.入浴介助加算Ⅱに関して、新規利用者様より算定の促しを行うが、自宅での入浴が困難な利用者様、今後自宅での入浴の意向がない利用者様が殆どであり、算定に至っていない。 4.科学的介護推進体制加算算定に伴い、LIFEにて情報の提供を行っている。現在では、フィードバックの内容が暫定的なものであり、PDCAサイクルや、フィードバックされた情報の活用方法ができていない。体制が整い次第、来年度はフードバックされた情報の活用方法等を検討を行い、適切に管理ができるように準備を行う。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア ★5 SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)					振り返り	次年度準備		副施設長
			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア ★6 カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		副施設長
			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度よりエリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 勉強会を行い、職員全体に対して意識を高めることができている。 2. 毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行っている。	1. 情報漏洩事故等は発生していない。 2. 月に1回定期的にロッカー施錠の確認を行っている。	1. 情報漏洩事故等は発生していない。引き続き事故防止に努める。 2. 概ね施錠が実施されているが、施錠ができていない職員に対しては、適宜指導を行っている。	

事業報告	1. 情報漏洩等の勉強会を実施し、セキュリティ事故のリスクを職員全体に周知することができている。今年度に関しても情報漏洩事故等は発生していない為、引き続き事故防止に努める。 2. 毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行い、毎月1回定期的にロッカーの施錠の確認を行っている。施錠ができていない職員に対しては、適宜指導を行っている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
年度末での実人数が１１０名以上を目指す	エリア	★1	エリア通所会議において、各事業所の現行リーフレットの分析および課題抽出、事業所の特徴を生かしたリーフレットの見直しを行い、配布とともにアンケート調査にて効果検証を行う ※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	相談員/全職種	分析 課題抽出	見直し	配布	配布	効果 検証					振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	△			○		○	○	○	
	エリア	★2	エリア通所会議において、各事業所のイベント活動の費用対効果および周知方法の確認と分析（効果有無）を行い、実践および効果検証を行う。	相談員/全職種	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・事業所の特徴やエリアの特性を踏まえたサービス運営をすることが収益だけでなく利用者様の満足度向上にも繋がる為	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.リーフレットの見直し修正を行い、配布を行う。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。	1.配布後のアンケート調査の実施ができなかったため、日程を再調整して実施を行う。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。	1.アンケートを実施し、改めて営業ツールの見直しを行う。 2.通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。	

事業報告	1.リーフレットの改定を行い、配布と共にアンケート調査にて改めて内容の見直しを行う。頂いた意見の中で、送迎範囲のマップが分かりやすかったとの意見や、一つ一つのリハビリ、運動の効果等が分かりにくかったとの指摘も頂き、今後も見やすさや分かりやすさを工夫し、改善を行っていく。 2.通所会議にて、各事業所の取り組みやイベント内容の情報共有が行えており、参考となる内容に関しては、自施設への落とし込みができている。全体的にイベント食に関しての取り組みが多い状況であり、自施設の満足度調査でも利用者様が『満足している』又は『楽しんでいる』活動の項目で、イベント食に関しては24件から34件に増加している。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	デイケアセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い、有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ	相談員/全職種	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 教育①				教育②		教育③		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	
	エリア	★2	エリア通所会議にて、エリア内の通所事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生・対応情報を共有した上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションの実施および職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職種	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		副施設長
						シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証				
						○	○		○	○		◎	○	○	○	○	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	相談員/全職種	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★4	災害時（台風・大雪等）の送迎前と送迎中における対応シミュレーションの実施および危険箇所の把握を実施し、職員アンケートにおける効果検証を行う	相談員/全職種	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていなかったため。 ・反復することで風化の防止や有事の際に迅速に行動できるよう擦り込ませるため。 ・コロナウイルスの感染を懸念してサービスをお休みされる方が多く、結果ADLの低下に繋がるケースが多い為、利用者様に安心して利用して頂ける環境を作る必要がある為	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底する。 2.他事業所の対応を元にシミュレーションを行う。 3.問題なし。 4.危険個所の把握、情報共有を行う。	1.問題なし。 2.発生・対応の情報共有を行い、各事業所にてシミュレーションを行う。 3.防火管理責任者を中心に建屋全体で対応を行う。 4.問題なし。	1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底する。 2.有事の際の振り返りを行う。 3.問題なし。 4.運転マニュアルを元に有事の際の検証を行う。	

事業報告	1.日々の業務の中で、フロア内の消毒、定期的な換気等が行えているか確認を行い、感染症対策の実施内容の周知と実施の徹底が継続できている。 2.他施設の感染者発症の際の行動内容を事前に情報共有を行っていた為、8月24日の利用者様陽性発覚の際に、比較的迅速に行動ができた。また、振り返りと効果検証の中で、濃厚接触者を減らしていく為の留意点を検証することができた。 3.ジョイフル名駅の建屋全体で訓練の実施を行い、必要物品に関しても都度見直しと購入ができている。 4.運転業務に携わる介護職員、介助員を中心に送迎中の危険個所（急な勾配、狭い道、その他迂回する道等）の情報共有を行う。その他、送迎マニュアルを用いて、地震等の災害の場合の対応法の確認や、その他緊急時の対応方法に関しても合わせて内容の確認と周知を行う。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	エリア	1	接遇マナーと適切な相談援助の徹底を行う	施設長/ＬＳＡ	勉強会への参加(住宅担当者)	接遇・相談援助ﾁｪｯｸ表の見直し	・チェック表に基づいた対応ができているか自己チェック（1回/月） 管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	改善事項の指導	管理者のチェック(1回/月)	振り返り	次年度準備		施設長
					×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）チェック表に基づいた接遇マナーの向上を目指したが、自己チェックに留まっていた。 ・自己チェック、他者チェックを行うことによって、担当者の接遇マナーと相談援助技術を向上させ、入居者様の安心や、信頼関係の構築につなげていきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：勉強会について４月に開催機会がなかったため次の機会での参加で補っていく。	１：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。	

事業報告	1.住宅の入居者様において介護が必要な状態の方がおみえにならないこともあり、虐待・拘束などの不適切ケアにつながるケースはなかったが、日常の生活相談の際の何気ない対応の中で、「相手の気持ちに寄り添えていなかった」というケースが皆無であったとは言い切れない。日頃の生活や今後の生活に何らかの不安を抱いてみえる入居者様も少なくないと思われるため、まずはその不安な気持ちに寄り添った対応ができるよう努めていく必要がある。 次年度においては身体拘束適正化委員会、虐待・不適切ケア防止委員会への出席により見分を広めつつ、相手の心情に共感した相談援助の姿勢を徹底することでより適切な対応ができるよう努めていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	事故予防に向けた啓蒙	施設長/ＬＳＡ	案内チラシ作成 注意喚起（感染症） ◎	案内チラシ作成 注意喚起（脱水） ◎	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症） ◎	入居者様からの聞き取りによる効果検証 △	事業所内での達成状況の振り返り ○	エリア内での達成状況の振り返り △	案内チラシ作成 注意喚起（インフルエンザ） ◎	案内チラシ作成 注意喚起（ヒートショック） ◎	案内チラシ作成 注意喚起（熱中症） ○	振り返り ●	次年度準備 ●	次年度準備 －	施設長
	エリア	★2	入居者様の不安・心配事の解消を図る	施設長/ＬＳＡ	・担当者による、日々の巡回による声掛け・相談（毎日【朝・夕】） 入居者様の状態把握 ◎	地域の社会資源の収集 △	入居者様への周知（全体・個別） △	△	効果確認 △	入居者様の状態把握 ◎	地域の社会資源の収集 △	入居者様への周知（全体・個別） △	○	振り返り ●	次年度準備 ●	次年度準備 －	施設長
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）事故予防に向けた啓蒙について、各事業所において対象者を絞り注意喚起を行った。 ・日常生活上における様々なリスクは、多くの入居者様にもご理解いただく必要があるため全体に周知を行う。また、チラシなどを用いた啓蒙活動によって、より理解を深めていただきたい。 ・住宅での生活において、入居者様が不安なく安心してお過ごしいただくための配慮が必要である。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 １：季節ごとの事故予防に向けた啓蒙を行った。 ２：社会資源の収集と周知については十分に実施できなかった。				７月-９月評価 １：啓蒙活動に対しての効果の検証が不十分であった。 ２：入居者様に対しての日々の声掛けについては実施できたが、社会資源の周知は不十分だった。				１０月-１２月評価 １：季節ごとの事故予防に向けた啓蒙を行った。 ２：入居者様に対しての日々の声掛けについては実施できたが、社会資源の周知は不十分だった。			

事業報告	1. 事故予防に向けての啓蒙については、案内チラシの掲示や配布によって対応することができたが、それが入居者様にとってどれだけ有益なものになっていたかの効果測定までは十分に行えなかった。日常生活上における様々なリスクを、より多くの入居者様にご理解いただく必要があると思われるため、次年度においては案内チラシの掲示や配布に加えて、入居者様が互いに啓蒙し合える環境作りについても進めていきたい。 2. 新型コロナウイルスの影響で外出活動を大々的にお勧めできなかった事情もあり、地域の社会資源を有効に活用していただくことへの周知が十分に実施できなかった。コロナの影響は次年度も続くと思われるが、その中でも活用できる社会資源やその情報を見定めて、入居者様に提供できるよう努めていきたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自立生活が困難となっても安心なサポート体制の構築	事業所	1	入居者様の状態確認を行うと共に、状態の変化を把握する	施設長/ＬＳＡ	①１日１回、個々の入居者様の安否確認及び状態確認を行う。 ②普段と異なる様子が見受けられた場合は、その様子を把握しておく。 ③毎月、上記の①と②の進捗について確認を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	
	事業所	2	担当ケアマネジャーと連携し、当該入居者様の状態について情報提供を行う	施設長/ＬＳＡ	①ケアマネジャーがついている入居者様においては、その方の日常生活の様子を担当ケアマネジャーに報告、情報提供を行う。 ②毎月、上記の実績について確認を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	
	事業所	3	住宅における生活が困難な様子が見受けられた場合には、介護サービスの活用を検討、提案する	施設長/ＬＳＡ	①入居者様からの生活相談への対応を行う。 ②入居者様の状態変化により住宅での生活が困難な様子が見受けられた場合には、担当ケアマネジャーに介護サービスの活用を相談する。 ③ケアマネジャーがついていない方においては、ケアマネジャーを紹介する。 ④毎月、上記の実績について確認を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）住宅での自立生活が困難となりつつある入居者様へのサポートをさせていただいた。 ・複合施設の中の住宅であるという利点と、法人内の各種介護サービスを紹介できるという利点を有効活用し、自立から要介護までをトータルサポートできる体制を確立する。 ・上記の点を確立させることで、入居者様の安心感につなげる。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。 ３：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。 ３：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。 ３：計画通り実施できた。	

事業報告	1.2.行動計画に示した内容を実践することによって、入居者様の状態変化に応じて担当ケアマネージャーとの連携を図り、ご本人にとって必要と思われる介護サービスの導入につなげることができた。 3.法人内で各種介護サービスを運営しているという強みを、入居者様の「将来への安心感」につなげていくことができるよう、この取り組みについては次年度以降も継続していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		施設長
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）セキュリティ事故防止のための取り組みを実施してきた。 ・情報保護・管理システムの取り組みを継続することにより、法人への信用をより固いものとしたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。 ２：計画通り実施できた。	

事業報告	1.2.住宅においては行動計画通りに実施することができた。 1.職員間における個人情報管理やコンプライアンスの徹底を確認していくための仕組みはできているが、職員個々の意識をより高めていくための取り組みを次年度において展開していく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
エリア内住宅部門の連携の強化	エリア	1	入居申込者に対して、継続して入居の意向があるかを追跡調査する	施設長/ＬＳＡ	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	回答内容の確認と待機者リストの整理		現状の把握と、今後の対策を立案	調査の実施	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	×	×	◎	◎	◎	●	●	－	
	エリア	2	早急な入居希望者に対して、エリア内で空室のある住宅を提案する	施設長/ＬＳＡ	①上記調査で得た回答から早急な入居希望の有無を確認する。（調査結果確認後すぐ実施） ②自住宅に空室がない場合は、エリア内の他の住宅をご提案する。 ③新規入居申し込みの時点で早急な入居希望のある方に対しても同様に対応する。 ④他施設の住宅の特徴を理解するため、交換研修を行う。（7月、11月）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）2020年度における名古屋エリアの住宅施設は、概ね高い稼働率が維持することができたが、エリア内での連携をより強めることで、引き続き高い稼働率を維持していきたい。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：追跡調査の実施が遅れている。早々に実施できるようにする。 ２：エリア内の住宅の稼働が安定しており、実行を要する機会がなかった。	１：追跡調査が未実施。１０月に実施する予定。 ２：エリア内の住宅の稼働が安定しており、実行を要する機会がなかった。	１：計画通り実施できた。 ２：エリア内の住宅の稼働が安定しており、実行を要する機会がなかった。	

事業報告	1.退居に向けての意向が見受けられた際に、次期入居希望者の確認と調整を行ったことにより、退居発生後のスムーズな新規入居案内ができていたと思われる。 1.名駅としての待機者管理において不十分な面があった。入居申込者の追跡調査を確実に実施し、待機者管理の強化につなげていきたい。 2.2021年度は、エリアの住宅部門において比較的安定した稼働状況となっていたが、今後も安定した稼働率を維持するため、また社会資源として有効活用していただけるようにするためにも、空床発生時における速やかな対応についてエリア内で強化を図っていきたい。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	施設長/全職員	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	災害時における自己防衛についての啓蒙活動を行う	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					×	○	△	×	×	×	×	×	×	●	●	－	
	事業所	★2	新型コロナウイルス感染予防に向けて入居者様に注意喚起を行う	施設長/ＬＳＡ	①国、地方自治体から発信される最新情報を掲示し、注意を啓発する。 ②日々の状態確認の際に、各入居者様の健康状態を確認する。 ③体調を崩した入居者様に対して適切な助言、支援を展開する。 ④毎月上記の取り組みが実践できたかどうかの検証を行う。									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・災害が国内いたるところで発生しており、この地域においても発生するリスクがある。 ・大規模災害時、電力の確保は様々な場面において必要な課題であり、それに向けた取り組みを実施する必要がある。 ・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：シミュレーション及び訓練の実施が現時点で未実施である。展開方法を協議、検討の上、実施に向けて対処していく。 ２：計画通り実施できた。	１：シミュレーション及び訓練の実施に至っていない。事業継続計画の見直しから調整を図っていく。 ２：計画通り実施できた。	１：シミュレーション及び訓練の実施が現時点で未実施である。具体的な展開方法等について考えがまとまらないままとなってしまった。次年度に引き継ぐ。 ２：計画通り実施できた。	

事業報告	1. 災害発生時におけるシミュレーションが計画通り実施できなかった。近年、災害が国内の至るところで発生しており、この地域においても発生するリスクがあるため、有事の際にあっても入居者様の安全と生活が担保できるよう準備を整えていく必要がある。 2. 新型コロナウイルス感染予防に向けての入居者様への注意喚起については適宜実施することができた。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	サービス付き高齢者向け住宅

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
災害時のライフラインの確保	エリア	★1	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	介護長/全職員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック	教育①			教育②		教育③		振り返り	次年度準備		施設長
						居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。											
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	●	●	－	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要がある。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。	１：計画通り実施できた。	

事業報告	1. 新型コロナウイルス感染予防に向けての入居者様への注意喚起を適宜実施し、住宅においては感染してしまわれた方の発生はなかった。 次年度においてもコロナの影響は続くと思われるため、引き続き入居者様への注意喚起と必要な情報提供を行うことにより、コロナ案件の発生防止に努めていく。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	事業所	1	認知症勉強会参加や軽度認知症ケアの実践および効果検証を行う。	リハビリ長/リハビリ職員	年間スケジュールの確認	スケジュールに沿って研修に参加 ①参加後、2ヶ月実践 ②3ヶ月目で効果検証　　①②を12月まで繰り返し実施する								振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
		2															
		3															
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年は施設内勉強会に参加したが、その後の実践や効果検証は行えていなかった。 ・訪問リハの業務上、第三者から利用者様への対応等についてフィードバックを得る機会が少なく、虐待や拘束の知識を持って自らの対応を客観視していく必要がある。 ・異動により、初めて在宅でのサービス提供を行うこととなった職員に対して啓蒙していく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.年間スケジュールを確認し、受講の計画を立案した。	1.認知症体験の勉強会に参加し、職員側・認知症のご利用者側両方の視点を学ぶことができた。	1.異動により職員が変更となり、改めて虐待とはなにか、在宅でのサービス提供のあり方を職員間で共有することができた。	

事業報告	◎不適切ケアは０件であった。 1.認知症勉強会に参加し認知症利用者様の体験や考え方を学ぶことで、実際の現場で「もしかしたらこう考えているかもしれなからこうしてみよう」と勉強会で得た知識を生かすことができた。 1.研修に参加することで、それぞれの認知症状によって対応が異なることや、否定的な発言をすることが認知症状を悪化させることを学び、自己の対応を振り返ることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故の防止を徹底する	事業所	1	ヒヤリ・ハットの視点を養う。	リハビリ長/リハビリ職員	KYTを実施する手順決定 ヒヤリ・ハット件数の目標設定	手順に基づき各事業所ごとＫＹＴの実施			ひやり・ハット件数確認	手順に基づき各事業所ごとＫＹＴの実施			ひやり・ハット件数確認	振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	サービス提供時のバイタル測定および訓練時のバイタル変動を評価として随時実施・記録する。	リハビリ長/リハビリ職員	リハビリ記録への記載 ①リハビリ前（必須）・リハビリ中および終了時（必要に応じて）にバイタルを測定 ②医師から指示を遵守して運動負荷を設定									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	サービス提供時の環境確認	リハビリ長/リハビリ職員	①安全にサービスが提供できるよう、新規利用開始時に自宅内の環境を確認する。 ②訪問時、随時転倒リスクのある環境等について整備を提案する。 ③屋外に出る場合はルート上のリスクを事前に想定し、リスク管理を行う。									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年はご本人の身体機能面へのアプローチが中心となり、環境整備や訓練環境に対する提案や指導を行う機会が少なくなってしまっていた。 ・訪問リハの業務上、他職員から訓練におけるリスク管理などの意見を得る機会が少なく、多角的な視点からのリスク管理を行う必要がある。 ・異動により、初めて在宅でのサービス提供を行うこととなった職員への教育・成長の機会とする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.主治医からの診療情報を定期定期に頂き、それに従ってリハビリテーションを提供することができた。	1.９月より職員の異動があった。引継ぎ時に新加入の職員に対し実践場面でのKYT指導を行うことで、在宅におけるヒヤリ・ハットの視点を指導した。	1.3.訪問リハビリ中に起こるヒヤリ・ハットは利用者様の生活環境で転倒事故などに直結するため、指導・環境整備を行うことができた。	

事業報告	◎重大事故は０件であった。 1.在宅で発生するヒヤリハットは転倒や転落による骨折など、自宅生活の継続が難しくなるような状況に直結する。KYTを実施することで生活環境の整備の提案や安全なリハビリテーションを提供することができた。 2.リハビリ開始前のバイタル測定はその日の体調を確認する重要な手段であり、日々の数値を把握することで客観的に評価することができた。また、体調に合わせて運動負荷量を調節することでリスク管理を行うことができた。 3.在宅での限られた環境の中で利用者様やご家族と相談しながら環境を整え、安全にリハビリを提供することができた。 外出歩行訓練ルートを事前に確認し、危険が伴う場所は避けることができた。また、事前に注意喚起を促すことでリスク管理を行うことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
利用者様の希望に応えられるサービスを目指す	事業所	1	常に最新の知見を得て、エビデンスに基づいたリハビリを提供し検証をする。	リハビリ長/リハビリ職員	年間スケジュールの確認	スケジュールに沿って研修に参加　参加後実践・検証 ①外部研修会の情報収集・参加 ②施設内勉強会参加時のスケジュール調整								振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	利用者様・ご家族のニーズを反映したリハビリ計画を立案する。	リハビリ長/リハビリ職員	訪問リハビリ計画書作成（利用者様あたり3ヶ月に一度） ①コミュニケーションを通して信頼関係を深め、利用者様・ご家族のニーズをより詳細に把握する ②利用者様・ご家族の変化を他サービス事業者との情報共有・発信する									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	利用者満足度調査の実施。	リハビリ長/リハビリ職員				実施 振り返り	指摘事項の改善へ向けた取り組み			実施 振り返り		振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年は外部勉強会に参加できず、文献等による自己研鑽しか行えていなかった。 オンラインでの勉強会にも参加し、得た知識・技術を実践・効果検証する必要がある。 ・専門職として、常に新たな知見・エビデンスに基づいた質の高いリハビリテーションを提供していく必要がある。 ・在宅生活の中で、利用者様・ご家族のニーズは徐々に変化していくと思われ、そのニーズにこたえていく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.施設内勉強会のスケジュール確認を行った。 事業所として外部研修の情報収集を意識付けて行うことができた。	3.利用者満足度調査を行った。職員のコミュニケーションスキルについて意見をいただくことで改善の機会とすることができた。	2.利用者様のニーズを把握し、目標設置を行うことができた。また、目標達成に向けた声掛けを職員間でも統一しサービス提供を行った。	

事業報告	1.新型コロナウイルスの影響により実技等の研修参加は難しい状況であり、参加することができなかった。代わりとして文献等を調べることで最新の知見を得た。また、福祉用具展覧会に参加することで新しい知識を取り入れることができた。 2.利用者様・ご家族がどのようなことに困っているのか、希望されていることは何かを把握しケアマネを中心に課題解決に取り組むことができた。その中で、リハビリとしての目標を立て、課題解決に向けた訓練プログラムの立案ができた。 3.満足度調査の結果「リハビリの内容に満足されていますか」で１回目２回目ともに満足度の低い評価となってしまった。訓練内容のマンネリ化やご家族が希望される訓練内容とリハビリ職員が考える訓練内容の食い違いが生じていることが分かり、リハビリプログラムの検討につなげることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知機能低下の予防に向けたサービスの質の向上	事業所	★1	利用者様の認知機能の推移を捉える。	リハビリ長/リハビリ職員	認知機能評価（HDS-R）を定期的（３ヶ月に1回）に実施する。 ①認知症を有する方、認知機能の低下が疑われる方を対象とする。 ②評価結果をご家族・担当ケアマネージャーと共有する。									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	職員間の情報共有を密に行い、事業所として統一したリハビリテーションを提供する。	リハビリ長/リハビリ職員	①日々の業務にて職員間の情報共有・相談を積極的に行う。 ②必要に応じて6月・11月以外にも事例検討会を開催（認知症を有す新規利用者様など）									振り返り	次年度準備		副施設長
							事例検討会実施					事例検討会実施					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		3															
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は認知機能検査は利用開始時にのみ実施しており、その後の推移を客観的評価として捉えていなかった。 ・認知症の理解を基本的な知識からより深めていく必要がある。 ・在宅生活を継続していくためには、認知機能の維持も重要な課題である。ご家族からの要望も多く、それに応えていく必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.認知機能の低下がみられるご利用者に対し、定期的なHDS－Rの実施とご家族・担当ケアマネジャーとの情報共有を行うことができた。	2.複数の職員が担当するご利用者だけでなく、各職員が単独で担当しているご利用者についても情報共有・相談を日常的に行うことができた。	2.事例検討は9月に職員の異動があったため、10月に前倒しして加入職員による症例検討会を行い、在宅でのリハビリの課題を職員間で共有することができた。	

事業報告	1.認知機能の低下が疑われる利用者様の認知機能検査を継続して行うことで客観的な視点でご家族・ケアマネージャーへ報告することができた。 また、認知症勉強会で深めた知識を利用者様の変化に悩むご家族へ提供することができた。 2.認知機能検査の結果やリハビリ提供中に感じた変化、事例検討会で検討した対応で効果を得られた事項などを事業所内で密に共有することで、統一したリハビリを提供することができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
併設型事業所の強みを活かしたサービスを実現する	事業所	1	地域・ケアマネジャーとの関係作り	リハビリ長/リハビリ職員	事業所紹介資料の更新	①新規に営業する事業所：営業活動時に配布 ②既存の事業所：毎月訪問もしくは連絡を取り、利用者様の報告書等と共に資料・空き状況を説明。								振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	2	退所後のフォローアップのための入所・通所リハビリ職員との情報共有	リハビリ長/リハビリ職員	リハビリミーティングでの情報共有				①空き状況の発信 ②通所リハと併用されている利用者様のリハビリ計画のすり合わせ ③在宅サービスの視点からの提案					振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	働きやすい風土・環境を創る	リハビリ長/リハビリ職員	有給取得や研修会参加等の希望の確認	随時（勤務表作成時）に声かけ・訪問日程調整								振り返り	次年度準備		副施設長
								振り返り			振り返り						
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	4	職員に対してのハラスメント防止	リハビリ長/リハビリ職員	女性相談窓口の確保	面談（訪問状況の確認） ①ハラスメント発生時の対策（担当職員の変更等）の策定 ②他のサービス事業者やケアマネジャーとの情報共有								振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年は通所リハとの併用ご利用者について、リハビリ計画のすり合わせや情報共有が不十分な時期があった。 ・日々変化する利用者様の在宅環境や生活能力の状態に合ったサービスを提供するため、入所・通所リハビリ職員で意見交換をする機会が必要。 ・併設型事業所の強みは各事業所間の連携と取りやすさであり、多くの事業所の中から選んでいただくためのアピールポイントとする。 ・職員が常にモチベーションを維持できる環境が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			2.老健リハビリ職員および相談員と在宅復帰見込みのご利用者について訪問リハサービスの導入の可否等について適宜協議が行えた。	3.平日の公休・有給を取得しやすくするため、複数担当制の導入や勤務表作成時の調整を行うことができた。	1・4.職員の公休や研修に合わせて、利用者様の訪問日程を調整することで働きやすい環境を作るとともに、利用者様の情報を密に共有することで他事業所とも連携も図ることができた。	

事業報告	1.新型コロナウイルスの影響により居宅介護支援事業所へ訪問しての営業活動機会は少なくなってしまった。空き情報を記載した事業所パンフレットを訪問エリアの事業所へFAXすることで、当事業所の情報を周知した。 2.老健の退所後のフォローアップは相談員から提案をしているものの、利用につながったケースはなかった。ミーティング等において空き状況の発信や在宅復帰後の問題点などを老健リハビリ職員へ伝達することができた。 3.有給休暇取得のため柔軟に訪問スケジュールを調整しリハビリ都合でのキャンセルを減らすことができた。また、勤務変更を柔軟に行うことで残業を減らし働きやすい環境を作ることができた。 4.新規利用者様の契約時に担当ケアマネージャーよりハラスメント疑いのある利用者様については情報を頂き、対応することができた。職員に対してのハラスメント事例は0件であった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高め法規制の改定に適切に対応する。	事業所	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	副施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		ISMSエリア事務局
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	副施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時）									振り返り	次年度準備		ISMSエリア事務局
					個人ロッカー施錠確認（毎月１回）												
					管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	介護保険改正に伴い、適切な加算取得を行うため、各施設の加算算定状況の共有と、算定の実現に向けての調整の検討を行う。	副施設長/リハビリ長	制度改正後の各種加算の算定要件の確認	加算申請を行う	各施設の現況確認と算定に向けての調整							振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★4	法改正に伴う必要な対応を行う。	副施設長/リハビリ長	施設長会議にて対応担当部門を確認	各部門会議にて対応実施	施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認			施設長会議にて進捗を確認	振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。 ・法改正に伴い、運営面でも変化が求められるため、それに適切に対応することにより、法人の信用を高める。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.力量・認識教育をもとに、情報漏洩に対する意識付を改めて行うことができた。 2.ロッカーは毎日施錠できている。	3.新たな加算算定にむけ、体制等を検討しているが、算定には至っていない。	3.職員異動に伴い加算算定変更の確認を行い、次年度より算定できるように準備を進めることができた。	

事業報告
Ⅱ-① 1.SNSによる個人情報の取り扱いについて職員教育を行うことで意識付けを行うことができた。 2.カードキーの管理や個人ロッカーの施錠を各自が責任を持って行うことで管理意識の向上に努めることができた。 3.介護保険改正に伴う各種加算の情報収集や必要事項の確認を行うことができた。また、職員の異動に伴う加算算定変更の調整や申請を行うことができた。 4.取得する加算や減算対象等について事前に協議し、対応することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	訪問リハビリ

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	事業所	★1	地域での感染症などの情報を入手し、事業所・法人内で共有する。	リハビリ長/リハビリ職員	①法人内外の居宅介護支援事業所から情報収集（毎月） ②副施設長・リハビリ長・併設事業所と共有												副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★2	訪問時の感染予防対策を徹底する。	リハビリ長/リハビリ職員	①訪問時に利用者様・ご家族の体調を確認する。 ②訪問前後の手指消毒、訪問中のマスク着用を徹底する。												副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	★3	感染症勉強会への参加	リハビリ長/リハビリ職員	感染症発生時の体制、対応マニュアルの精査と作成		勉強会(食中毒)による知識の習得	発生時のマニュアルに基づいたシミュレーション勉強会の実施		振り返り	勉強会(インフルエンザ、ノロウイルス)の知識の習得	発生時のマニュアルに基づいたシミュレーション勉強会の実施		振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度、エリア内の全事業所においてコロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に利用者様、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるよう備えておく必要がある。 ・業務上、利用者様の自宅を訪問する必要があり、多くの方と接触する機会がある。 ・昨今の社会情勢のなか、安心してご利用いただくためには十分な対策を取り、信頼していただく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.法人内外のケアマネジャーと情報を共有することができた。 3.食中毒の勉強会に参加し、知識を習得することができた。	2.訪問時にはご利用者・家族様の体調確認に加え、可能な限りマスクを着用していただき、感染予防に努めることができた。	1.事業所として感染症対策についての情報を他エリアと共有することができた。 3.感染症の勉強会に参加し、嘔吐時の対応について知識を習得することができた。	

事業報告	1.今年度もコロナウイルス感染症が猛威を振るい、オミクロン株発生時は利用者様が感染されることもあり、ケアマネージャーとの情報共有を行うことで事業所内での感染予防に繋げることができた。また、介護サービス事業所でも発生し、法人内でも情報を共有することで感染予防に努めることができた。 2.訪問前後時の手指消毒・利用者様へのマスクの着用をお願いし感染予防ができた。また、訪問時の検温を行い体調不良の確認を行うことで「感染しない・感染源にならない」に繋げることができた。 3.新型コロナウイルス以外でも季節性の感染症の知識を得ることで発生時の対応を習得することができた。しかし、災害に対しての事業所マニュアルの作成ができておらず、来年度への課題となってしまった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
より良いケアを目指す為の研修の実施	エリア	1	居宅ミーティングでアセスメント等の研修を実施する。 （7月・12月に実施）	管理者/ケアマネ				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	評価				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	振り返り	次年度準備		副施設長
								◎	◎				◎	◎	○	◎●	
	エリア	2	居宅ミーティングにて良い事例など成功事例の事例検討を実施する。 （5月・10月に実施）	管理者/ケアマネ		事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価		振り返り	次年度準備		副施設長
						◎	◎				◎	◎		◎	○	◎●	
	エリア	3	名古屋エリア内部監査を実施し、ケアプランの充実及び問題点の早期発見を図る。 （6月・8月・11月に実施）	管理者/ケアマネ			内部監査の実施	問題点の修正の確認	内部監査の実施	問題点の修正の確認		内部監査の実施	問題点の修正の確認	振り返り	次年度準備		副施設長
							◎	◎	○	○		○	○	◎	○	◎●	
	事業所	4	満足度調査、名古屋市ユーザー評価を実施し、客観的な評価をし、満足度向上を図る。	管理者/ケアマネ				満足度調査実施	評価	指摘事項改善取り組み			満足度調査実施	振り返り	次年度準備		副施設長
								◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	事業所	5	事例検討に関する外部研修に参加し、居宅ミーティングで報告する。 ※年2回以上の実施	管理者/ケアマネ	年間スケジュールの確認	外部研修参加			居宅ミーティングで報告	外部研修参加			居宅ミーティングで報告	振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	○	◎●							◎	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネジャーの経験年数などにより、能力のばらつきが解消されていないため継続して取り組む必要があるため。 ・2020年度より計画にあげているが、書類の不備等を無くすために継続して取り組む必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			・名古屋エリアでよい事例の検討を実施できた。 ・事例検討の外部研修開催がないため、介護報酬改定対策研修に参加し居宅ミーティングで報告し、能力を高めた。	・アセスメントの研修を実施し、評価することができた。 ・事例検討の外部研修が中止となり参加できなかった。	・2回目のアセスメント研修を実施し、エリアの能力向上が図れた。 ・事例検討外部研修は、定員オーバーで参加できなかった。他の外部研修に参加し知識向上を図った。	

事業報告	◎研修を予定通り実施する事が出来た。 1.アセスメント研修を実施し、再確認をする事が出来た。ケアマネジメントの基礎である事から、定期的に研修を継続していく。 2.事例検討を実施する事が出来た。経験が少ないケアマネでも発表がしやすく、困難な事例とは別の新しい発見がある。継続していく。 3.書類の確認を行い、不足書類などの確認が出来た。アセスメントの中身やケアプランの内容などは見る事が出来なかったので、今後、ケアプランチェックとして行っていく。 4.満足度調査、名古屋市ユーザー評価を実施し、利用者様、ご家族のニーズを理解し、改善に取り組み後期の満足度調査で前期を上回る評価を得ることができた。来年度も実施する。 5.事例検討の外部研修はコロナ禍で実施がなかった。他の研修参加、居宅ミーティングで発表はできたが、来年度は参加する研修を情勢に合わせて検討する。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症ケアをさらに向上させる事が出来る研修の実施	エリア	1	認知症についての外部研修に参加し、居宅ミーティングで報告する。 ※外部研修の日時は随時確認を行う	管理者/ケアマネ	研修参加									振り返り	次年度準備		副施設長
						居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）											
					○	△	△	△	△	◎	◎	△	●	◎	○	◎●	
	エリア	2	認知症の事例検討会を行い、論理的思考力を高める。 （4月・9月に実施）	管理者/ケアマネ	事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価			振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎				◎	◎			◎	○	◎●	
	エリア	3	地域などへの認知症の理解を広める為、キャラバンメイトの資格者を養成する。 ※エリアで1名以上の参加 ※研修の日時は随時確認を行う	管理者/ケアマネ					研修参加				登録などの事務業務	振り返り	次年度準備		副施設長
										居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）							
						○	◎	◎●						◎	○	◎●	
		4															
		5															

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、今後認知症に対するケアの重要性が増す事から、認知症ケアに対しての知識を増やしより良いケアを実践する事が出来るようにするために継続した取り組みが必要であるため。 ・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネの知識をさらに向上する仕組みを作り、エリアのケアマネ全体のレベルが上げて、質の高いケアマネジメントが行えるようにする必要があるため	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			・認知症の事例検討会を居宅ミーティングで行い、能力を高めあうことができた。	・認知症外部研修に参加し、居宅ミーティングで報告し、知識の共有が行なえた。 ・2回目の認知症事例検討会を居宅ミーティングで実施できた。	・認知症の事例検討を9月に実施し、10月に評価することができた。エリアの困難ケースで認知症事例を多く検討することができた。

事業報告	◎認知症に対しての研修を実施する事が出来た。 1.外部研修が新型コロナの影響で中止になる事が多かったが、ズーム研修などに参加する事が出来た。継続して新しい認知症の知識を学んでいく。 2.認知症の事例検討を行う事が出来た。今後も継続して行っていく。 3.新型コロナ禍であったが、今年は研修が開催され、参加する事ができた。登録も行なえた。オレンジリングを持っていないケアマネが多いため、各自の取得とオレンジリングを取得するための研修の開催方法を具体的に学ぶようにする。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
法人サービスと地域を繋ぐ為に情報提供していく。ケアマネ個人のストロングポイントを強化する。	エリア	1	法人の通所系サービス事業所等に利用者様の意見を伝える。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	2	他法人・他事業所の情報や利用者様のニーズを、毎月のミーティングで報告する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※議事録にて管理 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	3	法人の住宅系サービス事業所に利用者様のニーズを伝え、法人のサービス情報等を紹介する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		副施設長
					○	△	△	△	○	△	△	△	△	◎	○	◎●	
	エリア	★4	個人のストロングポイントを伸ばすことにより、質の高いケアマネジメントを行える集団を作る。	管理者/ケアマネ	自らの専門性（基礎資格・経験）を踏まえ、自身の強みを確認する。	居宅ミーティングで共有	専門職としての長所を伸ばす為の勉強会に参加（期間内に各自１回以上参加）					居宅ミーティングで報告（2ヶ月に分けて実施）		振り返り	次年度準備		副施設長
					◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	事業所	4	中村区ケアマネサロンに参加し、地域の情報を施設に報告する。 ※年6回以上の実施	管理者/ケアマネ	ケアマネサロン参加※基本１ヶ月に一回　（朝礼にて報告）									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎			◎	◎		◎	◎	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続となるが、利用者様のニーズや地域でのニーズなどを出来るだけ法人サービス事業所に情報提供する事で、法人サービスの顧客満足度を高めるためには継続した取り組みが必要であるため。 ・居宅介護支援事業所の基本を見直し、書類漏れなどのミスのないサービスを提供する事は継続して取り組む必要があるため。 ・選ばれる事業所になる為に、ケアマネの強みを延ばすことで、質の高いケアマネジメントの実現に取り組む必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			・利用者様の意見、他法人・他事業所の情報の報告ができた。 ・個人のストロングポイントを確認し、共有が図れた。	・利用者様の意見、他法人・他事業所の情報の報告ができた。 ・外部研修に参加し、自身の強みを伸ばすことができた。 ・コロナ流行でケアマネサロン中止で参加ができない月があった。	・利用者の意見、他法人・他事業所の情報の報告ができた。 ・外部研修に参加し、自身の強みを伸ばすことができた。	

事業報告	◎地域の情報取得を行う事が出来た。 1.担当利用者様の意見などを通所サービスに伝える事はできた。 2.新型コロナの情報が主であったが、報告・共有する事が出来た。ミーティングを待たずに、情報を伝えることが出来た。 3.ミーティング時に確認をしたが、件数が少なく、あまり報告する事が出来なかった。 4.コロナ禍であったが、定期的に研修に参加することができ、居宅ミーティングで報告、共有することが出来た。 5.コロナ禍であったが、開催の際は積極的に参加し情報を報告することができた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、理解と遵守に遺漏なきを期す。基準・報酬改定内容の	エリア	★1	介護保険改正に伴い、適切な加算取得及び適切な運用を行う。（加算用件の確認・ICTの活用等）	管理者/ケアマネ	加算申請	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	★2	新しく加算取得をした事業所の把握	管理者/ケアマネ	加算の把握	加算の把握	加算の把握	評価						振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎●						◎	○	◎●	
	エリア	★3	ICTを活用したケアマネジメントの実施（タブレットを使用しての担当者会議の実施等）	管理者/ケアマネ	ICTの整備 ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施 評価	評価	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	振り返り	次年度準備		副施設長
					△	△	△	△	△	△	△	△	△	◎	○	○●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。 ・ICTを活用してのケアマネジメントが介護保険の改正で求められているので、取り組む必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 ・居宅ミーティングで居宅事業所の加算を確認した。名駅に於いては加算申請なし。 ・各事業所の加算内容を把握し適切に利用票に反映でき利用者様に伝えられた。				７月-９月評価 ・各事業所の加算を把握して、適切な情報を利用者様に伝えられた。 ・ICTの支給はなく、担当者会議等の活用はない。				１０月-１２月評価 ・居宅部会はICTを活用して会議を開催したが、サービス担当者会議に活用するに至っていません。			

事業報告	◎報酬改定に対応し、加算を算定する事が出来た。 1.新しい加算の算定を行う事が出来た。 2.報酬改定研修に参加して理解を深め、各事業所からの加算変更の情報や問い合わせに的確に対応する事が出来た。 3.担当者会議開催自体が少なく、タブレットの支給がない状況でズームを使用した担当者会議は開催出来なかった。サービス事業所に於いても対応できる事業所が少ない。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	ISMS建屋担当者/責任者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェックリスト後の課題抽出 課題に対する取り組み 取組後の確認									振り返り	次年度準備		副施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	ISMS建屋担当者/責任者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月）									振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとしたい。 ・2020年度におけるエリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			・情報管理のリスク認識を常に意識し、行動することができた。	・情報管理のリスク認識を常に意識し、行動することができた。	・情報管理のリスク認識を常に意識し、行動することができた。	

事業報告	◎個人情報の管理を徹底することが出来た。 1. 全職員へIS027001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さ、リスク説明を行い、重大事故・情報漏洩事故は発生していない。 2. 毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行い、毎月1回定期的にロッカーの施錠の確認を行っている。施錠ができていない職員に対しては、適宜指導を行っている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル名駅
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する。	エリア	1	地域での感染症などの情報を入手し、事業所内、法人で共有する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※情報共有を図りエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	★2	感染症などで訪問の自粛などを行った場合でもアセスメントやモニタリングが適切に行えるように工夫する。 （工夫した内容を各ケアマネが毎月報告し共有する）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 （地域の状況を確認し訪問ルールなどの確認を行い、全てのケアマネがルールに従い訪問等行う。）									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う。	管理者/ケアマネ	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		副施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	エリア	★4	利用者様宅にモニタリング等で訪問をする際に、災害に対して不安なことがあればお伺いし、必要に応じて行政サービス等の紹介を行う。	管理者/ケアマネ	利用者様宅に訪問時に災害について不安なことがないかを確認（毎回の訪問時に実施） 希望があれば必要なサービスの紹介等を行い、関係機関に繋げる 居宅ミーティングにて報告し、都度評価を行う									振り返り	次年度準備		副施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続して取り組み、地域での情報を収集し対応策などの精度をあげて行う事が出来るようにする必要がある。 ・感染症対策として訪問の自粛などを行った場合でも出来るだけアセスメントやモニタリングなどの精度を上げて良いサービスを実施し、コンプライアンスなどを保てるようにする必要がある。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			・コロナ情報を居宅ミーティングで確認し、訪問を控えるなど対策をとることができた。 ・訪問やモニタリング時に災害に対する不安や対策を伝えることができた。	・コロナ情報を居宅ミーティングで確認し、訪問を控えるなど対策をとることができた。 ・訪問やモニタリング時に災害に対する不安や対策を伝えることができた。	・コロナ情報を居宅ミーティングで確認し、訪問を控えるなど対策をとることができた。 ・訪問やモニタリング時に災害に対する不安や対策を伝えることができた。	

事業報告
◎新型コロナウイルスで感染症に対する対策は強化できたが、大規模停電に対する対策は未達であった。 1.居宅ミーティングでの報告では間に合わないため、情報が入り次第、法人内事業所、上司に報告することで迅速な対応が出来た。 2.訪問自粛した状態でのモニタリングの方法などは各ケアマネで検討し、共有する事が出来た。コロナ陽性者発生時は、医療機関と連携して支援を継続することが出来た。 3.法人内で発生した車両事故の情報共有を行い、自事業所にも起こりうる事故等の再発防止策を共有し、類似した事故の発生を防ぐことができている。 4.利用者様宅での災害対策について声掛け、聞き取りを行なう事が出来た。避難場所に対しての不安の声があり、移動方法などの課題が見られた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束などの不適切ケアをなくす	エリア	1	認知症勉強会や軽度認知症ケアのロールプレイを実施し、対象利用者様を選定した上での軽度認知症ケアの実践および職員アンケートにおける効果検証を行う	介護主任／全職種	勉強会	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	ロールプレイ	実践	実践	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	
	エリア	2	介護拒否等のケース検討会を実施し、対象利用者様に対する実践および実践前後の困難事例の改善状況における効果検証を行う	介護主任／全職種	ケース検討会	実践	実践	効果検証	ケース検討会	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○●	
	事業所	3	不適切ケア・不適切な声かけの理解を深める	介護主任／全職種	勉強会資料見直し	不適切ケア・不適切な声かけの勉強会の実施（3ヶ月で全職員に対して1回以上実施）			評価					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎					○	○	○●	
	事業所	4	職員のストレスマネジメントを行う	衛生管理者／全職種	カウンセリング対象者の選定	対象者のカウンセリング実施（2ヶ月で1名以上実施）		評価	カウンセリング対象者の選定	対象者のカウンセリング実施（3ヶ月で2名以上実施）			評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・認知症に対する理解が不足しており、接し方の工夫と共有が不十分である。 ・利用者様を主体とした考えが十分に身についておらず、予定通り業務が進まないと、自己中心的な視点でのケアとなり、不適切ケアの要因となってしまう。 ・学んだことが現場に生かしきれていない。 ・法人のｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞを活用してのｽﾄﾚｽﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄが事業所として出来ていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 4月に勉強会を行い、対象者を選定後、ロールプレイを行った。 2. 全体会議にて検討を行い、実践できた。 3. 問題なく実施できた。 4. 対象者選定後管理者面談で様子観察とした	1. 職員間で情報共有が行えており、ケア方法に関して統一した対応ができている。 2. 利用者様を主体とした考え方を改めて共有し、事例の改善状況を把握した。 3. 問題なく実施できた。 4. 10月より、衛生委員会で産業医との面談を行うこととした。	1. 職員からもケアの問題点や他者とのトラブル等は発生していない。 2. 不適切ケアには繋がっていないが、今後も継続の必要性がある為、適宜困難事例における対応方法の検証・実践を行う。 3. 問題なく実施できた。 4. 衛生委員会の中で2名産業医と面談し、カウンセリングを実施した。

事業報告	1. デイ会議にて認知症利用者様の選定を行い、ロールプレイの実践により、認知症ケアについて情報共有および実際のケアにおける課題の抽出を行った。 2. 全体会議で事例検討を行い、困難ケース等の対応についてシミュレーションを行った。 3. 全職員に対して1回以上勉強会を実施し、職員への周知・理解ができており、不適切ケア・不適切な声かけは発生していない。 4. 衛生委員会の中で3名産業医と面談し、産業医より就労は問題ないとの評価を頂いた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
重大事故の防止を徹底する	エリア	1	離設リスク者の確認および離設防止策を検討し、対象利用者様を選定した上での実践および独り歩き事故またはヒヤリハットの有無における効果検証を行う	介護主任／全職種	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証	確認／防止策検討	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○●	
	エリア	2	過去の離設事故の再検証または離設後の対応シミュレーションを繰り返し行い、離設対応マニュアルを用いた理解度チェックにて効果検証を行う	介護主任／全職種	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	再検証	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	
	事業所	3	サービス担当者会議参加時に、過去の事故報告書を用いて、対策の検証を行う	生活相談員／全職種	過去の事故に対する検証の実施（都度実施）									振り返り	次年度準備		施設長
									評価								
									◎					◎	◎	◎●	
	事業所	4	送迎に関する事故及び教務ミスにおいて、繰り返さない環境をつくる	安全運転管理者／送迎職員	日々の送迎時にルールを守れていない委託業者の運転手がいないかの確認（送迎時都度実施） 運転手への教育内容の確認及び提案（毎月の委託業者との会議にて実施）									振り返り	次年度準備		施設長
							評価			評価			評価				
							◎			◎			◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・転倒・離設・車両事故は、利用者の死亡など重大な結果に結びつく要因となり発生の防止が急務である。 ・反復することで風化の防止や有事の際に迅速に行動できるよう擦り込ませる必要がある。 ・送迎にて、外部業者に委託をしているが、過去に発生をした事故及び業務ミスが繰り返される状況がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 事業所内の離施リスク者の確認を行い、離設防止策を検討した。 2. 全エリアの事故の情報を職員全体に周知し検証を行った。 3. 照会時も同様に実施できた。 4. 問題なく実施できた。	1. エリア内の離設事故の情報共有を行い、建屋内で防止策の検証を行った。 2. 離設対応マニュアルを用いて、有事の際のシミュレーションを行った。 3. 問題なく実施できた。 4. 問題なく実施できた。	1. 対象者の情報共有とリスクマネジメントができている。 2. マニュアルを元にテスト形式にて理解度チェックを行った。 3. 問題なく実施できた。 4. 問題なく実施できた。	

事業報告
1. デイ会議にて離設リスク者の洗い出しを行い、現在14名の離設リスク者を事務所にて掲示している。新規利用者様の中で離設リスクがある方については、受け入れ前に各専門職で検討を行い、今年度3名受け入れを行った。 2. 正職員へ離設マニュアルの確認およびエリアで作成したテストを行い、正職員からパート職員へ伝達を行った。 3. コロナ禍により担当者会議は減少していたが、照会にて都度報告を行っており、事故対策についてケアマネジャーと情報共有ができている。また、事故や突発的な体調不良などが起こり得るリスクについても同様に、過去の事例を用いて検証を行った。 4. 日々の送迎ルール・教育内容の確認を行い、送迎方法や対応について協議し、共有シートにて委託業者とも情報共有ができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
利用者様に安全かつ楽しく利用して頂けるサービスを提供する	エリア	★1	基本介護チェック表の接遇マナーおよび接遇環境チェックリストで自己チェックや勉強会を行い、苦手分野の改善実践、再自己チェックによる効果検証を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	介護主任／全職種	自己チェック 苦手分野の特定	勉強会	改善実践	改善実践	効果検証					振り返り	次年度準備		施設長
					○/◎	○	○	○	◎					◎	◎	◎●	
	エリア	2	ドライブレコーダーの映像資料より、危険箇所の選定、ＫＹＴ（危険予測トレーニング）を行い、ヒヤリハット件数による効果検証を行う	安全運転管理者／送迎職員	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	選定	ＫＹＴ	効果検証	振り返り	次年度準備		施設長
					○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	
	エリア	★3	エリア通所会議において、過去の法人内車両事故より選定した重大事故の検証および再発防止策が実践されているかの確認を行う	安全運転管理者／送迎職員		検証	実践確認		検証	実践確認		検証	実践確認	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
						○	○		○	○		○	○	○	○	○●	
	事業所	★4	利用者様のADL及びニーズの変化を見逃さず、ケアマネに情報提供を行い、必要に応じて計画書の見直しを行う	介護主任／計画作成担当者	サービスを提供する中で変化を見逃さない情報収集の実施（都度実施） 月次報告書もしくはその都度、ケアマネに情報提供 必要に応じてケアプランの変更をケアマネに依頼 必要に応じて施設計画書の見直し									振り返り	次年度準備		施設長
							評価			評価			評価				
							◎			◎			◎	○	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・安全な送迎サービスを提供することが求められている。 ・個々に合わせたよりよいサービス提供を行うことが重要であり取り組む必要がある。 ・介護保険の有効期限が3年となり、コロナ禍の影響もあり、ケアプランが現実に即していない可能性があり、適切な介護が提供できない可能性がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.全職員自己チェックを行った。 2.送迎中の映像を元に検証を行った。 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.早急な対応が必要なときは、都度報告を行い実施できた。	1.効果検証にて、改善がみられた。 2.送迎中の映像を元に検証を行った。 3.通所部会内で、エリア全体で発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.問題なく実施できた。	1.スケジュールなし。 2.送迎中の映像を元に検証を行った。 3.通所部会内で、エリアで発生した車両事故の情報共有、再発防止策の周知ができている。 4.ADLの変化がみられる際は都度報告を行い見直しができている。

事業報告	1.チェックリストにおいて、中途採用・未経験者においてはC評価となる項目があったため、勉強会を実施した。正職員や中途採用・未経験者以外のパート職員においては、C評価となる項目はなかった。 2.車両事故発生時や他エリアでの事故を送迎職員へKYTを行い、毎日の送迎ミーティングにおいて、送迎区域での危険個所がないか情報共有を行い、件数としては月平均2件程ヒヤリハットとして挙げられた。 3.通所部会、会議において、エリア全体で発生した車両事故の検証、情報共有を行った。 4.コロナウイルス感染予防や入院などで中止した利用者様480名の変化を生活相談員が情報収集を行い、多職種（運動職、介護職、看護職）へ水平展開した。利用後、利用再開となった方の様子やADLについて、多職種（運動職、介護職、看護職）と情報共有しており、ケアマネジャーへ都度報告することができている。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症利用者様が不安なくサービスを利用することが出来る。	エリア	★1	【運営基準】 無資格、未経験の介護職員に対し、認知症介護基礎研修を受講する	介護主任				事業所より、5名受講 ※時期は2020年度の実績参照						振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	認知症利用者様のお気持ち・ケア方法を理解する。	介護主任／全職種	対象利用者様の解決方法検討（1名）	対策を実行	対策を実行	評価	対象利用者様の選定	対象利用者様の解決方法検討（1名）	対策を実行	対策を実行	対策を実行	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	事業所	3	交換研修を通じて、認知症利用者様の理解を深めて、事業所のケア方法の見直しを行う	介護主任／全職種	課題抽出	交換研修の実施	学んだことを事業所へ水平展開	事業所の認知症ケアの見直し	評価	課題抽出	交換研修の実施	学んだことを事業所へ水平展開	事業所の認知症ケアの見直し	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2021年度介護保険法改定に伴い、経過措置3年間までに体制整備が求められている。 ・認知症に対する知識の習得が不十分である。 ・認知症利用者様の立場に立ち、理解することが求められている。 ・事業所の特性上、中重度以上の認知症の理解が難しいので取り組む必要がある。			３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1.今年度入職職員、中途職員に対して計画的に研修の参加ができた。 2.問題なく実施できた。 3.コロナ禍で交換研修の実施が延長となったが施設内で検討会を実施できた。			７月-９月評価 1.今年度入職職員、中途職員に対して計画的に研修の参加ができた。 2.問題なく実施できた。 3.フロアごと検討・見直しを実施した。			１０月-１２月評価 1.今年度入職職員、中途職員に対して計画的に研修の参加ができた。 2.問題なく実施できた。 3.フロアごと検討・見直しを実施した。					

事業報告	1.認知症介護基礎研修へ計画通り5名受講することができた。 2.フロア会議において対象者を3名選定し、利用者様の介助方法や声掛けの仕方について検討し、利用者様がなぜそのような発言、行動をしたかを利用者様目線で考え、ケア方法の見直しを行った。 3.サンサンリゾート春日井と交換研修を行った。利用者様の情報共有において、配置表の利用方法を、従前の各フロア配布から、職員一人ひとりに配布へ変更し、体調やADLの変化・福祉用具の使用などにより対応変更になった利用者様や、新規・体験利用者様の情報共有を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
自信と誇りあるサービスを実現する	エリア	★1	エリア内の居宅ケアマネ会議に参加して外部の通所情報を取得し、エリア内の通所会議で情報共有を行い、実践および効果検証を行う	所長／生活相談員	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証	情報収集 情報共有	実践	実践	効果検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	×/×	△	△	○	○	○	○	●	
	事業所	★2	デイサービスを利用しなければ生活できない方を対象としたサービス体制の見直し、整備を行い、外部へＰＲ（各事業所記載）および効果検証（各事業所記載）を行う※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	所長／介護主任	見直し 整備	ＰＲ材料づくり	ＰＲ活動	ＰＲ活動	効果検証					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎	◎●	
	事業所	3	職場環境を整備することにより、多様な職員が就労できる環境を構築する （2人以上の職員でプロフィールカードを使用）	介護主任／全職種	就労支援が必要な職員の障がい特性の理解を深める勉強会の実施 （3ヶ月で全職員が受講）			プロフィールカードの作成	プロフィールカードを施設内にて使用 （周知期間）		プロフィールカードの作成	プロフィールカードを施設内にて使用 （周知期間）		振り返り	次年度準備		施設長
							定期面談			定期面談			定期面談				
					◎	△	◎	△	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	

			4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・比較的にデイサービスを利用しなくても生活できる方を対象としている。 ・2020年度に実施をしたが、多様な職員が就労する中職員の特性及び背景への理解が充分ではないので継続して取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	1.社会資源の状況や、営業方法に関しての情報収集、情報共有、実践を行った。 2.ADLの低下がみられる方の家族、ケアマネジャーに報告を行い、ミニリゾートの提案ができた。 3.問題なく実施できた。	1.8月の情報集に関しては日程が合わなかったため、日程を再調整する。 2.ミニリゾートの提案ができた。 3.問題なく実施できた。	1.近隣の事業所の取り組みや、新規、閉鎖等の情報収集を行った。 2.ミニリゾートの提案ができ、人数も増加している。 3.新しい職員向けに　プロフィールカードを作成した。	

事業報告	1.居宅ケアマネより、名古屋エリア内の社会資源の状況、営業方法、コロナ禍での利用者様のニーズの変化、近隣事事業所の開設・閉鎖状況、目新しい取り組みを行っている事業所のどの情報収集を行い、名古屋エリア内で情報共有が行えている。 2.相談員からケアマネジャーへミニリゾートの対象者や運動、趣味活動などのプログラム、食事や入浴の様子を情報発信することで、実人数は変動ないが、7名の利用者様が週1回曜日追加となり、延べ28名増えた。 3.障害者雇用、中途および外国人採用時に、採用職員紹介のために顔写真、業務内容、本人からのコメントを記載したプロフィールカードを作成した。全職員が観覧できるよう更衣室に掲示し、職員同士でコミュニケーションを図る環境を作ったが、本人からのコメントが「宜しくお願い致します」や「がんばります」などの簡潔な文章であったため、紹介文の見直しを行い、仕事に対する意気込みや自分の強みなどを記載するようにした。

管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
必要な人員を採用し、派遣職員に頼らない新たな主任候補者を養成する事業運営を行う	事業所	★1	中途採用者（看護、ケアマネ、運転手）を確保する	所長/人事担当職員	フェイスブックの更新順を決める	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新 応募者より求人を知った媒体を聞き取り	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	求人媒体の見直し	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	看護職、ケアマネにてＳＮＳ更新	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	定期人事異動により、職員のスキルアップ（経験値の向上）急な人員不足でも対応できる体制や、退職を防ぐ風土を構築する。	所長/介護主任	職員面談で異動の意義について説明	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	異動候補者の選定と施設長会議での報告	該当職員、施設との調整	実施	異動先施設での面談によるフォロー	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	介護主任候補者への定期的な面談により、介護主任を目指す職員の意識を高める	所長/介護主任		職員面談にて目標設定			職員面談にて目標の進捗確認				職員面談にて目標の進捗確認	振り返り	次年度準備		施設長
						◎			◎				◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度は専門職（看護、ケアマネ、運転手）の採用が厳しい状況である。 ・定期的な異動を実施することにより、エリア内での急な職員の不足などが発生した際に、迅速に人員調整を行うことが可能となるとともに、職員のスキルアップにつながり、職員のモチベーション、能力向上が期待できる。 ・主任の担い手の不足の解消と継続的な事業運営を行うための人材が必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なくできた。 2. 4月～6月では人事異動はなかったが、意義・説明の実施はできている。 3. 問題なくできている。	1. 問題なくできた。 2. 4月～6月同様の実施を行った。 3. 問題なく実施できてる。	1. 問題なくできている。 2. 人事異動はなかったが、意義・説明の実施できている。	

事業報告	1. 中途採用者7名確保することができた。 2. 人事異動の意義（職員のスキルアップのため）を説明した。急な人員不足が発生した場合にどの職員がフォローするのかを明確にしている。 3. スケジュール通りに職員面談を行い、介護主任候補者1名には、介護主任を目指す意識向上のため、フロア会議や全体会議への参加、介護職員の管理（各介護職員の勤務配置調整、面談、指導）といった、介護主任が担う業務に携わるよう配慮した。課題として、勤務配置調整に苦慮したため、業務分担や勤務配置作成方法の見直しが必要である。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
法令を遵守し、基準・報酬改定内容の理解と遵守	エリア	★1	【運営基準】 愛知県および名古屋市社協ボランティアセンターにボランティア求人活動（求人情報の見直し含む）を行い、ボランティアとの交流を実施する	生活相談員／介護職員	求人活動	求人活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	交流活動	交流活動	交流活動 求人情報見直し	交流活動	振り返り	次年度準備		所長
					×	×	×	×/×	×	×	×	×/×	×	×	×	×●	
	事業所	★2	【加算】 CHASEの基本項目であるADL・栄養・口腔・嚥下・認知症を対象とした利用者様の情報収集を行い、介護ソフトとの連動性の確認およびCHASEへの情報提供と新たな加算算定を行う※CHASE・VISITに対応した情報収集	生活相談員／介護職員・リハ職員	情報収集 ソフト確認	情報収集 ソフト確認	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供 評価	情報収集 CHASE情報提供	情報収集 CHASE情報提供	振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	【加算】 個別機能訓練加算の算定要件が変更となる見込みであるため、新しい要件に即した機能訓練が行える環境を整備する 計画書の見直しが3ヶ月のため、3ヶ月での評価とする。	生活相談員／リハ職員	整備 加算申請	実践	実践	実践 評価	実践	実践	実践 評価	実践	実践	振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。 ・介護保険改正に伴い、新たな制度に即した事業運営を行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なく実施できた。 3.問題なく実施できた。	1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なく実施できた。 3.問題なく実施できた。	1.コロナ情勢により実施できていない。 2.問題なくできた。 3.問題なくできた。	

事業報告	1.コロナ情勢により実施できていない。 2.5月に居宅ケアマネジャーへ、7月から科学的介護推進体制加算を算定する旨報告し、看護職員・運動職員・生活相談員にて入力箇所の情報共有を行った（7月分国保請求の際に、536名算定を行った）。 3.5月に居宅ケアマネジャーへ、7月から個別機能訓練加算Ⅱを算定する旨報告し、目標の7月に個別機能訓練加算Ⅱの算定ができた。毎月運動職員と生活相談員で、個別機能訓練加算Ⅱ・科学的介護推進体制加算の対象者を確認し、算定漏れがないよう確認を行っている（7月分国保請求の際に、215名算定を行った）。 今年度末時点での算定率は87.6%となっている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★4	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)					振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	
	エリア	★5	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）エリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 勉強会を行い、職員全体に対して意識を高めることができた。 2. 毎月の全体会議にて定期的に注意喚起を行った。	1. 情報漏洩事故等は発生していない。 2. 月に1回定期的にロッカー施錠の確認を行った。	1. 情報漏洩事故等は発生していない。引き続き事故防止に努めた。 2. 概ね施錠が実施されているが、施錠ができていない職員に対しては、適宜指導を行った。	

事業報告	1. 全職員へISO27001の勉強会を年1回行い、セキュリティ事故の重大さ、リスク説明を行い、施設職員による重大事故・情報漏洩事故は発生していないが、令和4年1月に送迎委託業者による個人情報4名の漏洩事故が発生した。そのため、個人情報を車外に持ち出さない仕組みを作り、送迎完了した場合、電話とFAXで送迎委託業者から施設宛に連絡をもらうことを対策として実行している。。 2. 月1回ロッカー施錠確認を行っているが、できていない職員がいた際は、月2回実施し指導を行っている。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年度末での登録者数が６５０名以上を目指す	エリア	★1	エリア通所会議において、各事業所の現行リーフレットの分析および課題抽出、事業所の特徴を生かしたリーフレットの見直しを行い、配布とともにアンケート調査にて効果検証を行う ※効果検証において効果なしであれば、4～8月のサイクルを繰り返す	生活相談員	分析 課題抽出	見直し	配布	配布	効果 検証					振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	△			○		△	○	○●	
	エリア	★2	エリア通所会議において、各事業所のイベント活動の費用対効果および周知方法の確認と分析（効果有無）を行い、実践および追加利用者数の実績における効果検証を行う	生活相談員	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証	費用対効果 ／周知方法	実践	実践	効果 検証		振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
					○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○●	
	事業所	3	居宅介護支援事業所及び住宅型サービス事業所への営業 ※直接の訪問・メール・ファックスを活用して月150件の営業を実施	生活相談員	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	営業の実施	振り返り	次年度準備		所長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	4	大型デイサービスの運営を見直し、コロナ禍の影響の受けにくい通所事業所を作る為、2区分（1日と半日）での運営を行い、利用者様のニーズ及び目標の収支差益を実現する ※2021年3月に申請し、4月からの実施予定	生活相談員	半日と1日の2区分の営業実施									振り返り	次年度準備		所長
					プログラム・送迎方法の変更	新プログラム・送迎の実施	満足度調査の実施	新プログラムの見直し	プログラムの変更	新プログラム・送迎の実施	新プログラム・送迎の実施	新プログラム・送迎の実施	満足度調査の実施				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	
	事業所	5	大型デイサービスの運営を見直し、新型コロナ感染予防を考えて通所事業所を運営する為、通所事業所が無いと生活の継続が困難な方を対象者にしていく。お持ち帰り弁当を実施と配食サービスの検討を行う ※2021年4月よりお持ち帰り弁当実施予定	介護主任／生活相談員	お持ち帰り弁当の実施									振り返り	次年度準備		所長
						配食サービスのニーズ調査	満足度調査の実施	配食サービスの検討	配食サービスの申請	配食サービスの実施	配食サービスの実施	配食サービスの実施	満足度調査の実施				
						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・事業所の特徴やエリアの特性を踏まえたサービス運営をすることが収益だけでなく利用者様の満足度向上にも繋がるため取り組む必要がある。 ・季節に応じた営業を行い、効率的かつ効果的な営業を行う必要がある。 ・コロナが続くことが予測され、感染予防を踏まえて事業を運営することが急務である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. リーフレットの見直し修正を行い、配布した。 2. 通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができた。 3. 問題なく実施できた。 4. 満足度調査の調査行い、現状把握を行った。 5. 配食サービス実施利用者様へ満足度の確認を行った。	1. 配布後のアンケート調査の実施ができなかったため、日程を再調整して実施を行う。 2. 通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができた。 3. 営業の実施を行い、問題なくできた。 4. プログラムの見直しを行った。 5. 配食サービスを実施した。	1. アンケートを実施し、改めて営業ツールの見直しを行った。 2. 通所会議にて各事業所の取り組み、イベントの費用対効果等の検証ができている。 3. 問題なく実施できた。 4. 問題なく実施できた。 5. 問題なく実施できており登録人数も増加している。

事業報告	1. リーフレットの見直しを行い、概ね3か月ごとに内容を変更している。アンケート調査は実施ができていない。 2. イベントの集客において、利用追加リストを作成し、要介護者44名を選定した。電話や利用時にイベントの声掛けを行い、食事イベントにおいては要介護者15名、運動やレクリエーションプログラムにおいては要介護者10名の追加を募ることができた。 3. 毎月ファックス110件・営業40件と目標達成はできたが、訪問営業が少なかったため、来年度は月80件を目標とする。 4. 10月までに登録30名達成を目標に営業を行ったが、10月時点で実人数19名、3月時点で実人数21名の登録であった。2022年6月より、1日：180名　半日：20名から、1日：190名　半日：10名に変更して運営する予定である。 5. 4月から持ち帰り弁当の営業を行ったが、持ち帰り弁当に対する認知度が低く、3月時点で9名の利用であった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄
事業所名	大型デイサービスセンター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び新型コロナウイルス感染拡大防止体制を整備する	エリア	★1	感染症対策の強化を行い、有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ	生活相談員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 居室隔離時：感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		所長
							教育①			教育②		教育③					
					○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	◎	◎	◎●	
	エリア	★2	エリア通所会議にて、エリア内の通所事業所におけるコロナウイルス陽性者および濃厚接触者の発生・対応情報を共有した上で、陽性者および濃厚接触者の発生時または発生後の対応シミュレーションの実施および職員アンケートにおける効果検証を行う	介護主任／全職種	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	情報共有	振り返り	次年度準備		エリア通所担当施設長
						シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証		シミュレーション	効果検証				
					○	○/◎	○/◎	○	○/◎	○/◎	○	○/◎	○/◎	○	◎	◎●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を繰り返し実施する	防火管理者／全職種	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		所長
					○	○/○	○	○	○	○	○/○	○	○	○	○	○●	
	エリア	★4	災害時（台風・大雪等）の送迎前と送迎中における対応シミュレーションの実施および危険箇所の把握を実施し、職員アンケートにおける効果検証を行う	防火管理者／全職種	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	危険箇所の把握	シミュレーション	効果検証	振り返り	次年度準備		所長
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	
	事業所	★5	自施設で行っている感染症対策の実施状況と有効性の確認	看護職員／全職種	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	振り返り	次年度準備		所長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）勉強会や検討会等を実施しただけとなり、実践および実践後の効果検証まで出来ていない。 ・コロナウイルスの感染を懸念してサービスをお休みされる方が多く、結果ADLの低下に繋がるケースが多い。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。 ・災害時（台風、大雪等）における業務で職員が判断を迷う場面がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底する。 2.他事業所の対応を元にシミュレーションを行う。 3.防火管理責任者を中心に建屋全体で対応を行っている。 4.危険個所の把握、情報共有ができている。 5.問題なくできている。	1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底する。 2.発生・対応の情報共有を行い、各事業所にてシミュレーションを行う。 3.防火管理責任者を中心に建屋全体で対応を行っている。 4.運転マニュアルを元に有事の際の検証を行う。 5.問題なくできている。	1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底する。 2.有事の際の振り返りを行う。 3.防火管理責任者を中心に建屋全体で対応を行っている。 4.危険個所の把握、情報共有ができている。 5.問題なくできている。

事業報告	1.感染症対策の実施内容の周知と実施を徹底するために、チェック表の活用や送迎車や事業所内の消毒・換気を行っている。 2.1月に発生したコロナウイルス陽性者の対応の振り返りを行い、有事の際の対応方法について検討を行い、新規陽性者および濃厚接触者発生時には名古屋市の指針に従い、保健センターへの報告・相談を行った。 3.BCP（事業継続計画）策定における勉強会へ参加し、BCPの見直しを行った。必要物品のチェックや指示命令系統についても見直しを行い、災害訓練も実施した。コロナウイルス感染予防により、地域住民参加型の総合災害訓練の実施はできなかったが、利用者様参加型の災害訓練は実施できた。 4.運転マニュアルに則り、危険個所の把握や運転時における災害発生時の対応についてシミュレーションを行い、情報共有を図った。 5.換気・消毒を都度行い、感染対策を実施している。利用者様・職員のコロナ陽性者および濃厚接触者は発生しているが、適切な処置を取っており、クラスター発生には至っていない。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
虐待・拘束　言葉による抑制も含む）などの不適切な保育をなくす	保育部会	★1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に行かしていく（人権擁護のチェックリストを活用）。	保育士	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		施設長
					セルフチェックを確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックの再確認	チェック結果の集計・振り	日々の保育に活かす		セルフチェックを確認				
							満足調査	満足度調査から課題を見つけ、職員で共通理解する					満足調査				
					◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○●	
	事業所	2	適切な言葉遣いを身に付ける。	保育士	セルフチェックを実施	状況対策報告	セルフチェックを実施	状況対策報告	評価	セルフチェックを実施	状況対策報告	セルフチェックを実施	状況対策報告	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★3	保護者のストレスマネジメントを行う（都度実施）。	保育士	お迎え時に保護者への声かけ（都度実施）									振り返り	次年度準備		施設長
					子育てに関する悩みがあれば必要時、お手紙で相談の対応（都度実施） （声かけを都度行うが、直接お話し難い保護者が入る可能性があるため）												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・保育者の目線での保育を行ってしまう可能性がある。 ・2020年度も実施しているが、子どもの名前をニックネームや呼び捨てにすることがあり、専門職としての自覚を持ち職員同士が節度をもって子どもに接する必要がある。 ・コロナ禍の状況を踏まえて、子育てを行う中で保護者にストレスが溜まっている可能性があり、虐待に繋がる前に未然に防ぐ必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なし。 2. チェックリストを活用し保育を実施。 3. 都度実施している。	1. 問題なし。 2. チェックリストを活用し保育を実施。 4. 都度実施している。	1. 問題なし。 2. チェックリストを活用し保育を実施。 5. 都度実施している。	

事業報告	1. 人権擁護のチェックリストを活用し、各自でチェック・評価、反省を行い、振り返り見直すことができていた。 2. セルフチェックリストを活用し、どのような行動・言葉が不適切に当たるのか職員間で確認し、お互いの共通理解ができた。 3. 連絡帳の活用、また送迎時に保護者との連絡を密に行い、子育てに関する悩みがあれば、都度相談に応じることができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	ヒヤリハットを重大事故防止に生かす。	保育士	原因選別	原因について話し合う	防止対策を検討、評価	原因選別	原因について話し合う	防止対策を検討、評価	原因選別	原因について話し合う	防止対策を検討、評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	2	事故のリスクマネジメントについて学ぶ。（年4階/教育報告書）	保育士	SIDSについて学習	前月学習したことの実践	散歩について学習	前月学習したことの実践	評価	水遊びについて学習	前月学習したことの実践	アレルギーについて学習	前月学習したことの実践	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度も実施しているが、安全で適切な教育・保育が提供でき、子どもと保護者の満足が得られる取り組みを継続する必要がある。 ・2020年度も実施をしているが、知識や技術が向上し、専門職として学びを継続する必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 日々の生活の様子から原因差別し対策を講じることができた。 2. 日々生活とガイドラインを照らし合わせ学ぶことが出来た。	1. 日々の生活の様子から原因差別し対策を講じることができた。 2. 日々生活とガイドラインを照らし合わせ学ぶことが出来た。	1. 新入託児の月齢や発達に合わせて対策を講じることが出来た 2. 日々生活とガイドラインを照らし合わせ学ぶことが出来た。	

事業報告	1. 事故を未然に防ぐよう、ヒヤリハットをもとにリスクの洗い出しを行い、重大な事故防止に活かすことができた。 2. それぞれのガイドラインをもとに学習を行い、保育に活かすことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
安心安全な保育を提供する	事業所	1	子どもが主体的に遊びこめる環境の提供と見直しを行う。（随時/最低月1回の実施）	保育士	個々の発達に合わせた環境の提供と見直し									振り返り	次年度準備		施設長
					遊戯室												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	2	子どもの情緒の安定を図る為の関わりを行う。	保育士	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	実践	振り返り	次年度準備		施設長
					評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	3	事業所での様子を親に丁寧かつ適切に伝えることにより、安心して頂ける関係性を作る。（随時/最低月1回の実施）	保育士	丁寧かつ適切な情報提供の実施									振り返り	次年度準備		施設長
					評価												
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・子どもの人格・個性・感性・自主性を尊重し、明るく健やかな心と身体を育てる取り組みとして指針に照らし合わせ、子どもを中心にとらえた視野から見直すことが大切である。（さらに効果を高めるために2020年度からの継続） ・子どもの情緒の安定を図る為のスキンシップを含める手法をより強化することが大切である。（さらに効果を高めるために2020年度からの継続） ・親に安心して仕事に取り組んで頂ける関係性の構築が必要である。（さらに効果を高めるために2020年度からの継続）	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。 3. 問題なく実施できている。	1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。 3. 問題なく実施できている。	1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。 3. 問題なく実施できている。	

事業報告	1. 随時子どもの発達に合わせた保育の見直しを行い、実施することができた。 2. 充分なかかわりを通じて、他年齢の子どもたちが情緒不安定になることが少ない保育を実施することができた。 3. お迎え時、利用中の様子を保護者へ詳細に伝え、体調不良などの変化がある場合など連絡を密に行うことで、関係性を築くことができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
保護者と共に子育てを共有しお互いの信頼関係を深める	事業所	1	少人数保育の特徴を生かし、子どもとじっくりと関わる保育の実現。	保育士	子どもとじっくり関わる保育の実施（都度実施）				評価					振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	2	デイサービスの利用者様と交流する機会を作り、高齢者とのかかわりを持つ。	保育士	デイサービスフロアを保育士と子どもで散歩をし、高齢者との関わりを持つ ※月1回以上の実施					評価	デイサービスフロアを保育士と子どもで散歩をし、高齢者との関わりを持つ ※月1回以上の実施			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度からの継続になるが、少人数保育である強みとして、子どもとじっくり関わり成長を見守りながら親が就労に取り組める環境を設定する必要がある。	3カ月評価（具体的な行動計画）	4月-6月評価	7月-9月評価	10月-12月評価	
			1. 問題なく実施できている。 2. 感染症の配慮が必要となるため状況確認し実施するかの検討を行った。	1. 問題なく実施できている。 2. 感染症の配慮が必要となるため状況確認し実施するかの検討を行った。	1. 問題なく実施できている。 2. 感染症の配慮が必要となるため状況確認し実施するかの検討を行った。	

事業報告	1. 小人数保育であるため、じっくりと子どもと関わり保育を実現できた。 2. デイサービス職員と託児所の職員と話し合いを行い、4月～9月においては感染症対策配慮が必要とし、実施を控えたが10月からは施設内散策の実施を行った。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによりセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS 建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認。	施設長/ISMS 建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 実施できている。 2. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 実施できている。	1. 実施できている。 2. 実施できている。	

事業報告	1. 全職員へ27001の勉強会を年1階行い、セキュリティ事故の重大さ・リスク説明を行い重大事故・情報漏洩は起きていない。 2. 月1回ロッカー施錠を行い、施錠できていない職員が発生した場合は、再度チェックを行う。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサンリゾート新栄 託児所
事業所名	認可外保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び新型コロナウイルス感染拡大防止体制の構築に備えた体制を整備する	事業所	★1	大規模停電（税半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う/後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う。	防火管理者／全職種	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	
	事業所	★2	自施設で行っている感染症対策の実施状況と有効性の確認。	保育士	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・自然災害が増えている昨今の事業を踏まえての備えを強化する必要がある。 ・日々行っている感染症対策が形骸化しないために、都度振り返りを行う必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。	1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。	1. 問題なく実施できている。 2. 問題なく実施できている。	

事業報告	1. 月に1度防災訓練にて、大規模停電を想定したシミュレーション・必要物品のチェックなどを行い、防災訓練の実施をすることができた。 コロナ感染予防により、地域住民参加型の総合災害訓練の実施は行うことができなかったが、デイサービスの利用者様と合同訓練の実施を行った。 2. 感染症に対する知識や情報をもとに、換気や消毒などの感染症対策を実施し、コロナ感染の疑い・陽性者の発生はなく、有効性の確認ができた。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
より良いケアを目指す為の研修の実施	エリア	1	居宅ミーティングでアセスメント等の研修を実施する。 （7月・12月に実施）	管理者/ケアマネ				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	評価				ｱｾｽﾒﾝﾄ研修の実施	振り返り	次年度準備		施設長
								◎	◎				◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	2	居宅ミーティングにて良い事例など成功事例の事例検討を実施する。 （5月・10月に実施）	管理者/ケアマネ		事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価		振り返り	次年度準備		施設長
						◎	◎				◎	◎		◎	◎	◎/●	
	エリア	3	名古屋エリア内部監査を実施し、ケアプランの充実及び問題点の早期発見を図る。 （6月・8月・11月に実施）	管理者/ケアマネ			内部監査の実施	問題点の修正の確認	内部監査の実施	問題点の修正の確認		内部監査の実施	問題点の修正の確認	振り返り	次年度準備		施設長
							◎	◎	○	○		○	○	◎	◎	◎/●	
	事業所	4	温かみのある優しいとされる接遇マナーを確立し、事業所のスタンダードとして定着させる。	管理者/ケアマネ	接遇基準項目のセルフチェクとＯＪＴの実施（毎月実施）				評価	接遇基準項目のセルフチェクとＯＪＴの実施（毎月実施）				振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネジャーの経験年数などにより、能力のばらつきが解消されておらず継続して取り組む必要がある。 ・2020年度より計画にあげているが、書類の不備等を無くすために継続して取り組む必要がある。 ・2020年度より計画に上げているが、慣れによって間違った言葉遣いがあるため、0JTを実施し自己点検を行い、正しい接遇マナーを定着させることに取り組む。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. ７月に予定している 2. 事例検討を実施 3. 内部監査を実施 4. セルフチェクと0JTを実施	1. アセスメント研修を実施 2. 10月に次回を予定 3. 内部監査２回目を実施 4. 特に問題なく実施出来ている	1. アセスメント研修２回目を実施 2. 事例検討を実施 3. 内部監査３回目を実施 4. セルフチェックを継続して行えている	

事業報告	◎研修を予定通り実施する事が出来た。 1. アセスメント研修はを実施し、再確認をする事が出来た。ケアマネジメントの基礎である事から、定期的に研修を継続していきたい。 2. 事例検討を実施する事が出来た。経験が少ないケアマネでも発表がしやすく、困難な事例とは別の新しい発見がある。継続していきたい。 3. 書類の確認を行い、不足書類などの確認は出来た。アセスメントの中身やケアプランの内容などは見る事が出来なかったので、今後、ケアプランチェックとして行っていきたい。 4. 毎月のセルフチェクを継続実施する事が出来た。満足度調査の内容からも、一定の効果があったと思われる。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
認知症ケアをさらに向上させる事が出来る研修の実施	エリア	1	認知症についての外部研修に参加し、居宅ミーティングで報告する。 ※外部研修の日時は随時確認を行う	管理者/ケアマネ	研修参加									振り返り	次年度準備		施設長
						居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）											
					○	△	△	△	△	◎	◎	△	●	◎	◎	◎/●	
	エリア	2	認知症の事例検討会を行い、論理的思考力を高める。 （4月・9月に実施）	管理者/ケアマネ	事例検討の実施	評価				事例検討の実施	評価			振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎				◎	◎			◎	◎	◎/●	
	エリア	3	地域などへの認知症の理解を広める為、キャラバンメイトの資格者を養成する。 ※エリアで1名以上の参加 ※研修の日時は随時確認を行う	管理者/ケアマネ					研修参加				登録などの事務業務	振り返り	次年度準備		施設長
										居宅ミーティングで報告（研修参加翌月に報告）							
							○	◎	◎/●					◎	◎	◎/●	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より計画にあげているが、今後認知症に対するケアの重要性が増す事から、認知症ケアに対しての知識を増やしより良いケアを実践する事が出来るようにする必要がある。 ・2020年度より計画にあげているが、各ケアマネの知識をさらに向上する仕組みを作り、エリアのケアマネ全体のレベルが上げて、質の高いケアマネジメントが行えるようにする必要がある。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 1. ズームでの研修に参加している 2. 事例検討を実施 3. 7月に研修会を開催との事で、参加申し込みを行った			７月-９月評価 1. ズームでの研修に参加している 2. ２回目の事例検討を実施 3. キャラバンメイト研修に参加、中区で登録を行った			１０月-１２月評価 1. 集合研修は無かったが、ズームでの研修に参加し、ミーティングでの報告を行った 2. 事例検討により、認知症事例について理解を深めた				

事業報告	◎認知症に対しての研修を実施する事が出来た。 1. 外部研修が新型コロナの影響で中止になる事が多かったが、ズーム研修などに参加する事が出来た。継続して新しい認知症の知識を学んでいきたい。 2. 認知症の事例検討を行う事が出来た。今後も継続して行っていきたい。 3. 新型コロナ禍であったが、今年は研修が開催され、参加する事が出来、登録も行った。オレンジリングを持っていないケアマネが多い為、各自の取得と、オレンジリングを取得する為の研修の開催方法を具体的に学ぶようにしたい。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
法人サービスと地域を繋ぐ為に情報提供していく。ケアマネ個人のストロングポイントを強化する。	エリア	1	法人の通所系サービス事業所等に利用者様の意見を伝える。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	2	他法人・他事業所の情報や利用者様のニーズを、毎月のミーティングで報告する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※議事録にて管理 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	3	法人の住宅系サービス事業所に利用者様のニーズを伝え、法人のサービス情報等を紹介する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※つぶやき・苦情にて該当ケースをエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					○	△	△	△	○	△	△	△	△	◎	◎	◎/●	
	エリア	★4	個人のストロングポイントを伸ばすことにより、質の高いケアマネジメントを行える集団を作る。	管理者/ケアマネ	自らの専門性（基礎資格・経験）を踏まえ、自身の強みを確認する。		居宅ミーティングで共有	専門職としての長所を伸ばす為の勉強会に参加（期間内に各自１回以上参加）				居宅ミーティングで報告（2ヶ月に分けて実施）		振り返り	次年度準備		施設長
					◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続となるが、利用者様のニーズや地域でのニーズなどを出来るだけ法人サービス事業所に情報提供する事で、法人サービスの顧客満足度を高めるために継続して取り組む必要がある。 ・居宅介護支援事業所の基本を見直し、書類漏れなどのミスのないサービスを提供する事は継続して取り組む必要がある。 ・選ばれる事業所になる為に、ケアマネの強みを延ばすことで、質の高いケアマネジメントの実現に取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 毎週行えている 2. 毎週行えている 3. 毎週行っているが、情報は少ない 4. 共有し、研修の方向性を確認	1. 毎週行えている 2. 毎週行えてい。 3. 毎週行っているが情報は少ない 4. 外部研修が少なく、中止も多い。ズームでの研修に参加している	1. 毎週行っている 2. 毎週行っている。コロナの情報が多い 3. 毎週行っている 4. 外部研修に各自参加し、報告を行った	

事業報告	◎地域の情報取得を行う事が出来た。 1. 担当利用者様の意見などを通所サービスに伝える事は出来た。 2. 新型コロナの情報が多くなってしまったが、報告・共有する事が出来た。ミーティングを待たずに、出来るだ早く伝えるようにする事が出来た。 3. ミーティング時に確認をしたが、件数が少なく、あまり報告する事が出来なかった。 4. 新型コロナの為集合研修が少なく、中止も多かったが、ズーム研修などを活用し、研修に参加する事が出来た。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立する。法令を遵守し、基準・報酬改定内容の理解と遵守に遺漏なきを期す	エリア	★1	介護保険改正に伴い、適切な加算取得及び適切な運用を行う。（加算用件の確認・ICTの活用等）	管理者/ケアマネ	加算申請	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	運用確認	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	★2	新しく加算取得をした事業所の把握	管理者/ケアマネ	加算の把握	加算の把握	加算の把握	評価						振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎/●						◎	◎	◎/●	
	エリア	★3	ICTを活用したケアマネジメントの実施（タブレットを使用しての担当者会議の実施等）	管理者/ケアマネ	ICTの整備 ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施 評価	評価	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	ケアマネジメントの実施	振り返り	次年度準備		施設長
					△	△	△	△	△	△	○	○	○	○	○	◎/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・介護保険法をはじめ様々な法令に基づく適正な運営が必要である。 ・ICTを活用してのケアマネジメントが介護保険の改正で求められているので、取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 新しい加算を算定している 2. 他事業所の算定状況を確認した 3. タブレットはあるがあまり活用できていない	1. 新しい加算を算定出来ている 2. 利用している事業所分は把握できた 3. ズーム研修程度の利用状況、担当者会議の活用を検討する	1. 新しい加算の運用も安定している 3. 新型コロナの為照会が多く、担当者会議自体が少なかった	

事業報告	◎報酬改定に対応し、加算を算定する事が出来た。 1. 新しい加算の算定を行う事が出来た。 2. 事業所から一斉に送信されてくる情報や問い合わせで確認できた加算状況など整理し、把握する事が出来た。科学的介護推進体制加算の取得状況の変更がいろいろなサービスから連絡があったが、都度追加していく事が出来た。 3. 担当者会議の開催自体が少なくなっていた。ズームを利用しての担当者会議は行えていない。サービス事業所も対応出来ていない。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
個人情報の管理を徹底しコンプライアンスを確立する	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	施設長/ISMS建屋担当者	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する									振り返り	次年度準備		施設長
							力量・認識教育		教育後の個別指導者への指導(期間内に1回実施)								
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	施設長/ISMS建屋担当者	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとしたい。 ・2020年度におけるエリア内のリスクが残っている。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1. 毎週確認している。情報セキュリティ研修、力量認識判定テストも全員参加で実施している 2. 毎月確認している	1. 毎月確認している 2. 毎月確認している	1. 毎月確認している 2. 毎月確認している	

事業報告	◎　ルールの確認と遵守を行う事が出来た。 1. 全職員へISO２７００１の勉強会を年１回行い、セキュリティ事故の重大さ、リスク説明を行い、重大事故・情報漏洩事故は発生していない。 2. 月1回ロッカー施錠確認を行っているが、できていない職員がいた際は、月2回実施し指導を行っている。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	ジョイフル新栄
事業所名	介護支援センター

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する 災害時のライフラインの確保	エリア	1	地域での感染症などの情報を入手し、事業所内、法人で共有する。（毎月1件以上）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 ※情報共有を図りエリアの居宅部門担当施設長へ報告 ※エリアの居宅部門担当施設長はエリアの会議にて報告									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	★2	感染症などで訪問の自粛などを行った場合でもアセスメントやモニタリングが適切に行えるように工夫する。 （工夫した内容を各ケアマネが毎月報告し共有する）	管理者/ケアマネ	居宅ミーティングにて実施 （地域の状況を確認し訪問ルールなどの確認を行い、全てのケアマネがルールに従い訪問等行う。）									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	エリア	★3	大規模停電（前半：台風・ゲリラ豪雨の影響に伴う／後半：地震の影響に伴う）を想定したシミュレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、地域住民参加型の総合災害訓練を実施し、効果検証を行う	管理者/ケアマネ	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	効果検証	シミュレーション	課題特定 防災計画見直し	必要物品購入	総合災害訓練	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	△	○	○	◎	○	△	○	◎	◎	◎/●	
	エリア	★4	利用者様宅にモニタリング等で訪問をする際に、災害に対して不安なことがあればお伺いし、必要に応じて行政サービス等の紹介を行う。	管理者/ケアマネ	利用者様宅に訪問時に災害について不安なことがないかを確認（毎回の訪問時に実施） 希望があれば必要なサービスの紹介等を行い、関係機関に繋げる 居宅ミーティングにて報告し、都度評価を行う									振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	
	事業所	★5	自施設で行っている感染症対策の実施状況と有効性の確認	管理者/ケアマネ	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	実施 確認・評価	振り返り	次年度準備		施設長
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎/●	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より継続して取り組み、地域での情報を収集し対応策などの精度をあげて行う事が出来るようにする必要がある。 ・感染症対策として訪問の自粛などを行った場合でも出来るだけアセスメントやモニタリングなどの精度を上げて良いサービスを実施し、コンプライアンスなどを保てるようにする必要がある。 ・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、自事業所が「福祉避難所」として指定されているため、有事に備える必要があり、ライフラインの確保もできていない。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1. 毎週のミーティングで確認・共有 2. 毎週のミーティングで確認・共有 3. シミュレーション実施 4. 全ての利用者宅で声かけ実施 5. 実施、確認を行っている	1. 毎週のミーティングで確認・共有 2. 毎週のミーティングで確認・共有 3. 訓練実施、停電時の状況確認 4. 声かけを継続している 5. 実施、確認を行っている	1. 毎週のミーティングで確認・共有 2. 毎週のミーテイングで確認・共有 3. 地域住民の参加は行えていない 4. 声掛けは継続している 5. 実施、確認を行っている

事業報告	◎様々な災害に対して、検討・準備する事が出来る。 1. 月に一度ミーディングで報告したが、時期によっては毎週、毎日のように情報が入ってきていた為、随時情報共有に努めた。 2. 訪問自粛した状態でのモニタリングの方法などは各ケアマネで検討し、共有する事が出来た。病院からの退院などの状況が病院によって、また時期によって違っていたが、対応する事が出来た。 3. シミュレーションを実施し、必要物品購入の検討を行った。通所サービスと居宅支援の建屋の為、災害の起きる時間によって状態が大きく変わる事を確認した。電気設備の点検時に全館が停電になっている状況を全てのフロアを周り確認する事が出来た。 4. 利用者様宅での災害対策について声かけ、聞き取りを行う事が出来た。避難場所に対しての不安の声があり、移動方法などの課題も見られた。 5. 毎日チェックリストを利用して確認を行った。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ①
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
虐待・拘束（言葉による抑制も含む）などの不適切ケアをなくす	法人	1	保育者一人ひとりが、子どもの理解を基盤に保育を振り返り、自分の保育の良さや課題を捉え、次の保育に活かしていく。（人権擁護のチェックリストを活用）	南児童支援員/田村児童支援員	毎月子どもの育ちと家庭環境を把握し、職員全体で共通理解をする									振り返り	次年度準備		統括管理者
					各自チェックリスト実行・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省	反省を踏まえた保育を実践	反省を踏まえた保育を実践	各自チェックリスト確認・目標設定	反省を踏まえた保育を実践	満足度調査から評価・反省				
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）保育園・子ども園のチェックリストを参考にして、子どもを尊重する学童保育セルフチェックリストを作成した。 ・2020年度より）チェックリストを活用したことで人権擁護について職員間で共通理解ができた。不適切な保育に繋がる言動・行動については、職員全体で意識していくことで、より良い保育・職場に繋がるため、引き続き行うことが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．問題なし	１．問題なし	１．問題なし	

事業報告	◎不適切ケア0件 １．「子どもを尊重する学童保育チェックリスト」のセルフチェックを行った。満足度調査で職員の気持ちの良い挨拶、お子様の生活状況についての意思疎通、お子様への優しい言葉がけ、お子様のけがや病気への対応の各項目で不満は０％であった。チェックリストを活用して職員の自己認識を高め、不適切ケアが起きないように努める。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 1 － ②
1.特別重点目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
重大事故を防止する	事業所	1	お迎え時等の事故防止のため、児童用写真入りの安全対策マニュアルにより安全教育を実施する。	田村児童支援員/南児童支援員	マニュアルによる教育と児童の行動観察	児童の引率と行動観察	児童の引率と行動観察・夏季対応の実施	観察結果によってマニュアルの検証	マニュアルについて職員の意識統一と児童の教育	児童の引率と行動観察	児童の引率と行動観察	児童の引率と行動観察	観察結果によってマニュアルの評価	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	2	お迎え時、４階の運動遊びや外遊びの際の職員の気付きをヒヤリ・ハットとして記録し、対策を検討、実施する。	田村児童支援員/小室児童支援員	報告・分析・実践を毎月行う 記録 対策の検討・実施	記録 対策の検討・実施	夏休み対応の検討と安全確認	夏休み対応について職員の意識統一	記録 対策の検討・実施	夏休み対応の検証と評価	記録 対策の検討・実施	記録 対策の検討・実施	事故の発生状況の検討による対策の評価	振り返り	次年度準備		
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）口頭の注意喚起では、理解について児童の個人差が生じやすいので、心配な箇所の写真を使った安全対策マニュアルにより安全教育を実施している。2021年度には新1年生も入所するので改めて全体に教育する必要がある。 ・2020年度より）4階と外遊びでの活動に焦点を当てて取り組んだところ、職員の意識的な取り組みによりヒヤリ・ハットは2件と少なかった。その一方でお迎え時の気づきから暑さ対策を実施することもできた。職員による児童の観察の焦点を増やすことで、事故を未然に防ぐことのできる職場とする要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1．問題なし 2．問題なし	1．問題なし 2．問題なし	1．問題なし 2．問題なし		

事業報告	◎重大事故の発生0件 １．写真入りマニュアルを用いて4月の春休み中に教育を行った。 ２．打ち合わせ時に当日の気温や学校行事などを職員間で情報共有し、ヒヤリハットにつながる児童の状況を想定して対応したことにより、お迎え時のヒヤリハットは発生しなかった。4階では接触の少ない運動遊びを行ったので、重大事故は発生しなかった。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ①
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
よりよい学童保育とは何かを考え、個々の児童理解を深める。追求するため、	事業所	1	児童の活動記録個人カードを作り、良い面や活動を捉えて記入する（毎月、全員）	南児童支援員/小室児童支援員	３月の様子の確認と４月の様子の記載	４月の様子の確認と５月の様子の記載	５月の様子の確認と６月の様子の記載	６月の様子の確認と７月の様子の記載	７月の様子の確認と８月の様子の記載	８月の様子の確認と９月の様子の記載	９月の様子の確認と10月の様子の記載	10月の様子の確認と11月の様子の記載	児童の活動が８種類以上記載されているか評価	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）児童の様子６種類以上としたが、2021年度は８種類以上とする。 ・2020年度より）個人カードをもとにサンサン通信への記載はできたが、記載した個々の児童の様子は担当児童支援員によって記載量、内容ともに差ができている。個人カードに記載された他の児童支援員の記載を読みあうことで、児童の良い面や活動をより多く職員が見つけられるようにする。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．問題なし	１．問題なし	１．問題なし	

事業報告	◎児童の活動記録個人カードによって各月の児童の様子を注視することができた。 １．担当児童を月初に職員に割り振り、サンサン通信に転記して保護者様にお伝えしているので、サンサン通信の記載内容と職員のお子様への優しい言葉がけについては満足度調査の不満は０％であった。参加曜日の限られる職員・児童のマッチングが限られる為、記録者が固定的となってしまうことは否めない。日ごろかかわることが少ない児童については他の職員から情報を聞き取ることで記録に対応し、全職員が児童について理解を深めるようにする。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ②
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
サンサン・スクール東山公園の強みとして英語クラブの充実並びに国際理解講座を開催する。	事業所	★1	英語クラブを経験別のグループ編成とし、英語を母国語としない人のためのオックスフォード英語カリキュラムを取り入れて実施する。また、夏期休暇時にはディズニー等の英語版アニメを自由時間に放映する。	田村児童支援員/小室児童支援員	カリキュラムの実施	カリキュラムの実施	カリキュラムの実施	第1回満足度調査による評価	英語アニメの放映	カリキュラムの実施	カリキュラムの実施	カリキュラムの実施	第2回満足度調査による評価	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★2	EPA職員との交流による国際理解講座を開設する。（夏休み２回）	田村児童支援員/小室児童支援員	EPA職員・所属施設との事前調整後の確認			EPA職員による国際理解講座の実施	EPA職員による国際理解講座の実施	EPA職員・所属施設・本部からの評価		第２回満足度調査で評価		振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎			8月に延期	◎	◎		◎					

なぜ、取り組むのか？（原因）	・クラブの内容のうち、英語を強みとして打ち出したい。そのためには児童の英語経験に大きな差があることを踏まえ、学年別に開催してきた英語クラブを、経験別のグループに編成しなおして開催する必要がある。 ２．児童の国際理解を広げることは施設の魅力作りとなるが、2020年度は新型コロナウイルス感染防止のため国際理解講座を実施できなかった。当法人にはＥＰＡ職員が在籍しており、職員の母国文化紹介を定期的に行うことで児童の国際理解を広げることができるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．問題なし ２．問題なし	１．問題なし ２．7月の国際理解講座を8月に延期。8月に2回実施。	１．問題なし ２．問題なし	

事業報告	◎英語クラブを当施設の強みとして打ち出した。英語クラブが楽しいという児童の声が聞かれ、中には英語クラブのために自宅で予習していいるという児童もあった。保護者様からも質が高いという声を6件いただいている。 １．英語クラブを1年生、基礎、発展の3グループ編成とした。また、発声・聞き取り・参加態度の3項目の評価を保護者にお伝えしている。 ２．EPA職員による国際理解講座では新型コロナ対応のため、職員による講話中心の内容となった。低学年児童が多いので来年度は体験型の内容を取り入れた講座を計画する。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保するため、離職率を減らす	事業所	1	組織内の風通し・見通しを良くし、職員全体が働きやすい環境をつくる（職場交流会と１０段階スーパースターシート（案）を活用した面接の実施）	南児童支援員/田村児童支援員	統括管理者による職員面接		職場交流会の実施				統括管理者による面接		職場交流会の実施	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎		◎				◎		◎				
														振り返り	次年度準備		

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）曜日別のパート職員が多く、相互に交流を持てる機会が少ない状況は変わっていない。意思疎通をしやすい環境を作ることで離職者を減らす。 ・2020年度より）スーパースターシート10段階（案）を活用した取り組みを始めたばかりである。職員が自身の職務状況を客観的に捉えられるようにするため、継続して取り組む必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．問題なし	１．問題なし	1．問題なし	

事業報告	◎離職者はパートナーの転勤による1名のみであった。 １．職員満足度調査の「職場の雰囲気」は10名中大変良い2名、良い8名であった。離職者を減らすため次年度も継続して取り組んでいく。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンスを確立するために、情報セキュリティを高める。	エリア	★1	SNSによるセキュリティ事故のリスク認識を高め、情報漏洩事故防止に努める。 運用確認チェックリストを活用し職員の意思を高める。	田村児童支援員／小室児童支援員	運用確認チェックリストを毎月実行する 運用確認チェック後の課題を毎月抽出する 前月抽出した課題に対する取り組みを実践する 前月実践した取り組みを評価する 期間内に力量・認識教育を実施				教育後の個別指導者への指導（期間内に1回実施）					振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★2	カードキー等鍵管理・個人ロッカーの施錠の意識確認	田村児童支援員／南児童支援員	鍵及び個人ロッカー施錠の管理意識向上の教育（入職時） 個人ロッカー施錠確認（毎月１回） 管理意識教育が必要な方の抽出及び教育（毎月１回）									振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・情報保護・管理システムの取り組みにより、法人への信用をより固いものとする。 ・コンプライアンスを守るために、業務を分かりやすくする仕組みが必要である。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1．問題なし 2．問題なし	1．問題なし 2．問題なし	1．問題なし 2．問題なし	

事業報告	◎情報漏洩事故0件、カードキーの紛失0件、個人ロッカーの施錠忘れ0件。 １．お迎え時など児童名簿を施設外に持ち出すときには使用時以外は常にナップザックに入れて携行したので紛失は起こらなかった。また、重要情報持ち出し管理表へ毎回記入・押印・返却の確認・押印を行うことでチェックを行うことができた。 ２．個人ロッカーの施錠確認を担当者と統括管理者で月1回随時に行ったが施錠忘れは見られなかった。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差益を確保するため、入所者数を増やす。	事業所	1	習字の体験・見学会を５回、土曜日の工作体験・見学会を３回以上開催する。	南児童支援員/田村児童支援員	習字体験･見学会	土曜工作体験･見学会	習字体験見学会	土曜工作体験･見学会	習字体験・見学会	土曜工作体験･見学会	習字体験見学会	習字体験見学会	冬休み工作体験･見学会	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	2	サンサンスタイルブログに工作・体験見学会等行事の様子とともに、次回の体験･見学会の案内を掲載して広報する。	南児童支援員/小室児童支援員	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	様子の掲載と次回の広報	参加者数と仮予約者数を確認し評価	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）2021年1月6日現在、入所の仮予約を12名受けているが、その内8名67%は体験会に参加した方であった。体験会の開催は利用者の獲得に効果があると考えられるため継続して実施する必要がある。 ・2020年度より）入所の問い合わせがあった23名の内、ＨＰを見て連絡をくださった方は7名であった。ＨＰの記事と合わせてサンサンスタイルブログに行事の様子、見学会等の案内の掲載を継続していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．6月習字体験会を実施したが、参加者はいなかった。 ２．問題なし	１．問題なし ２．問題なし	１．問題なし ２．問題なし	

事業報告	◎2022年度新規入所契約者（4月）は32名。2021年度4月は14名。 １．12月までに入所の問い合わせがあった38名の内、24名63%が体験会に参加している。1月15日段階で入所の契約手続きを26名が進めることができた。その内19名73%が体験会に参加した方である。もっとも参加者が多かった体験会は習字体験会で19名の参加があった。 ２．仮予約・契約者の内、当施設を利用したことがある児童の弟妹は11名である。入所の問い合わせの内、弟妹が28.9%、知人からの情報が26.3%、、小学校でのチラシ配布が15.8%と多く、その他には近所で知っていた、各戸配布チラシ、施設窓掲示物、HPとなっている。次年度も見学・体験会の開催と共に弟妹年長児家庭への連絡を継続実施して入所者の確保につなげる。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	サンサン･スクール東山公園
事業所名	学童保育所

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
大規模災害及び感染対策に備えた体制を整備する	エリア	★1	大規模停電（台風・ゲリラ豪雨の影響・地震の影響に伴う）を想定したシュミレーションの実施、課題の特定、防災計画の見直し、必要物品の購入、災害訓練の繰り返し実施	南児童支援員／小室児童支援員	緊急連絡網（職員）作成/確認	防災訓練（地震・ゲリラ豪雨・火災等を想定）毎月1回 訓練後の評価・反省（毎月1回）								振り返り	次年度準備		統括管理者
							必要物品購入	計画の見直し・変更・非常食の試食体験	保護者伝達訓練	停電時待機訓練	計画見直し・変更	必要備蓄の見直し					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★2	緊急時に事業継続計画を基に状況判断をし、児童を誘導できる職員の育成	南児童支援員／小室児童支援員	地震を想定した避難訓練の実施	東山小学校へ避難するケースワークの実施	結果をまとめ、緊急時ファイルに綴じる	台風襲来時の待機ケースワークの実施	消防派出所への避難訓練の実施	結果をまとめ、緊急時ファイルに綴じる	停電時待機訓練の実施	火災発生を想定した日案訓練の実施	結果をまとめ、緊急時ファイルに綴じる	振り返り	次年度準備		統括管理者
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	エリア	★3	感染症対策の強化を行い有事の際に迅速に行動し感染の拡大を防ぐ。	田村児童支援員／南児童支援員	①担当者の決定 ②必要物品の確認・整備 ③チェック表の作成	通常時：①日々のチェック表による確認〈換気・物品も含む〉 ②介護長・管理者によるラウンド時のチェック 感染発症時のチェック表に基づき対応する。								振り返り	次年度準備		統括管理者
							教育①			教育②		教育③					
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
	事業所	★4	接触の少ない運動遊びの普及	南児童支援員／田村児童支援員		卓球バレーの体験	お楽しみ会で卓球バレーの実施	お楽しみ会後の児童聞き取りで評価		卓球ホッケーの体験	お楽しみ会で卓球ホッケーの実施	お楽しみ会後の児童聞き取りで評価		振り返り	次年度準備		統括管理者
						◎	◎	◎		◎	◎	◎					

なぜ、取り組むのか？（原因）	・近年日本各地で予期せぬ災害が発生しており、有事に備える必要がある。また、当施設では統括管理者が不在の時間帯でも、緊急時の状況判断ができる職員の養成が必要である。 ・災害時のライフラインの確保ができていない。 ・2020年度、エリア内の全事業所において新型コロナウイルスの対応が必要となった。コロナウイルスによる感染のリスクを軽減すること、万が一感染症発生の際に児童、職員への影響を最小限にし、必要な対応が行えるように備えておく必要がある。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			１．問題なし ２．問題なし ３．問題なし ４．問題なし	１．問題なし ２．問題なし ３．問題なし ４．問題なし	１．問題なし ２．問題なし ３．問題なし ４．問題なし	

事業報告	◎インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナの施設での感染者０人 １．２．防災計画にのっとり防災訓練を毎月児童参加で実施し、その中で消防署派出所への避難訓練、非常食の試食体験、夜間停電時の待機訓練を実施した。 ３．水道の水栓ハンドルをグリップ型からレバー型に変えることによって、手指の接触を減らすとともに、低学年でも容易に水量変更ができるようにしたことで、手洗いをい効果的に行えるようになった。また、蛍光ペンと紫外線ライトを使って児童が手洗いの効果を確認する体験を2回行った。 ４．低学年には遊びの時間に卓球バレーをする児童があり、接触の少ない遊びとして定着した。

Ⅰ.サービスに関する目標	Ⅰ － 2 － ③
2.創意工夫目標	

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	本部
事業所名	社会貢献事業推進室

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール												チェック責任者
					4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
社会貢献事業の推進と地域定着	社会貢献事業推進室	1	生活困窮者の置かれている状況を把握したうえで課題の適切な分析を行い、本人の意思を十分に尊重しながら支援を行う。制度の狭間にある方に対しては必要性を鑑み、様々な連絡手段を用いて、経済的支援を速やかに適切に実施する。	横井／瀬木	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	困窮者支援実施	横井
					帳票類の見直しの検討			積極的なプラン策定				支援効果の評価・確認			次年度準備		
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	社会貢献事業推進室	2	被就労支援者に対して伴走型支援を心がけ、相談者の主体性を尊重しながらそれぞれのステージに合わせた支援をコーディネートする。	横井／瀬木	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	就労支援実施	横井
					関係機関とのネットワーク強化			施設と職務創出の検討・実施				効果の評価・確認			次年度準備		
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	社会貢献事業推進室	3	子ども食堂の継続的な実施と、そこを基点とした生活困窮者世帯の掘り起し方法を検討するために子ども食堂学区のSSW（スクールソーシャルワーカー）に働きかけて意見交換会を実施する。	横井／瀬木	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	子ども食堂実施	横井
					学区SSWの確認・調整			SSW意見交換会の実施				効果の評価・確認			次年度準備		
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	社会貢献事業推進室	★4	当法人の社会貢献事業を関係機関と連携しながら、ホームページ、社会貢献事業推進委員会便り、事例集などを活用し事業周知をこれまで以上に行っていく。推進員やCSWが持つネットワークでも広報・啓発活動を実施する。	横井／瀬木	HP更新	HP更新	便り発行	HP更新	HP更新	便り発行	HP更新	HP更新	便り発行	HP更新	HP更新	便り発行	横井
					関係機関の洗い出し			効果的な周知方法の検討			関係機関への周知実施			振り返り	次年度準備		
					事例集の作成			事例集の配布									
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	社会貢献事業推進室	★5	関係機関や社会貢献事業推進委員会で協議を重ね、新たな社会貢献事業の開発に努める。	横井／瀬木	関係機関に対してニーズの確認			社会貢献事業推進委員会にてニーズの検討			新たな社会貢献事業の検討・立案			振り返り	次年度準備		横井
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度の生活困窮者相談支援件数は前年度に比べて約2倍の依頼件数があった。 ・就労支援も同様に2倍近い依頼件数があった。しかし、受け入れ施設が定員に達したので年度後半の依頼件数は減少した。 ・まだ十分に法人の社会貢献事業推の理解がされていない。 ・より地域社会のニーズを把握し、地域貢献できる体制を整える。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			1.2.依頼に都度対応している。 3.SSWとは連携し、必要に応じて食料を支援している。 4.予定通り事例集を作成した。 5.ニーズを確認したが、特に意見はなかった。	1.2.依頼に都度対応している。 3.パントリーを主体に実施している。 4.事例集を関係機関に配布した。 5.委員会にて新たな事業の開発は見送りとなった。	1.自立を意識した支援を実施。 2.随時対応を行っている。 3.SSWとは随時連携をしている。 4.便りの発行を予定通り実施。 5.来年度に再度検討することに。

事業報告	◎就労支援、困窮支援の依頼件数は昨年に比べて増えている。地域に定着してきている。 1.2020年度実績は29件。2021年度40件。自立に向けて支援が必要なケースに対しては適宜経済的支援を行った。 2.見学～体験時にアセスメントを行い、合理的配慮を意識した支援を実施できた。 3.コロナ禍の状況ではあるが、毎月フードパントリーもしくは通常開催を行っている。SSWとは随時連絡をとっており、必要に応じて食料支援を実施している。 4.予定通り事例集、社貢献便り、HPの更新を行った。コロナ禍の為、顔の見える関係作りが十分できないことは課題。 5.今年度は困窮者支援の件数が多く、時間が十分に取れない等の理由で見送りになった。来年度、再度検討することに。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	本部
事業所名	総務部人事課／国際事業・研究研修部／監査室

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	人事課	★1	高校生の新入職員に対してのフォローを強化することにより、同期との繋がりや早期の独り立ち、離職の防止を図る。「生徒」から「社会人」への意識変換。 ・入社後集合研修（2回実施） ・入社後面談（3ヶ月・6ヶ月）	村井／児塚	入社後合同研修	管理者へ報告	3ヶ月面談		管理者へ報告	6ヶ月面談		半年後合同研修	管理者へ報告	振り返り	次年度準備		太
	人事課	★2	学生、企業共にＷＥＢを活用した求人採用活動が定着し当法人も動画撮影環境の整備、説明会・採用試験、就職フェア、インターンシップなどＷＥＢで対応できる環境を整備する／動画環境整備（ネット環境、機材,編集ソフト）／動画の作成（法人概要・説明会）／ＷＥＢの活用（説明会・面接・内定者フォロー・インターンシップ）	村井／児塚	撮影環境の整備	ＷＥＢ採用説明会の実施									次年度準備	WEB採用説明会・試験の実施	太
					動画作成（法人概要・説明会）		ＷＥＢ採用試験、インターンシップ開催								振り返り		
							ＷＥＢ懇親会実施					WEB内定式	ＷＥＢ懇親会実施				
	人事課	★3	介護未経験者を含む中途採用者の不安を軽減させ、継続した就労につなげる ・研修の機会を提供する。	相良／大橋・油井	担当介護長との打ち合わせ（日程調整等）		研修資料の確認・開催案内		スキルアップ研修の実施		研修報告書の確認		開催案内		スキルアップ研修の実施	振り返り・次年度準備	太
	国際研究研修事業部・	4	特定技能に基づく外国人職員の受入体制の整備	山本／鈴木／奥野	特定技能職員における受入体制の整備				特定技能職員の学習、業務における支援体制の整備					振り返り	次年度準備		山本
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	国際研究研修事業部・	5	外国人職員支援強化のための、EPA介護福祉士（合格者）の新しい役割・職責の創設	山本／鈴木／奥野	EPA合格者による外国人職員の支援者の選抜、役割の付与					EPA支援者(仮称）による外国人職員の支援業務の着手、定期的な情報共有、相談支援				振り返り	次年度準備		山本
					△	△	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	◎	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・高校生に対して新入職員研修を行い、ビジネスマナーや基本行動などの社会人スキルの習得させることで、早期の独り立ちを図る。また新型コロナウイルスの影響により希薄になっている同期との繋がりを強化し離職の防止を図る。・コロナ禍での採用活動の主流になってきているWEBへの対応を強化し、応募者、採用人数を増やす。・介護職としての適正な人材の育成、教育を行う。・2020年度より）外国人職員の職場定着支援の強化、EPA介護福祉士（合格者）の増加に伴うキャリアパスの創設、受入事業所の負担軽減のため。・2020年度より）新しい在留資格（特定技能）による外国人職員採用方法の拡充と、受入体制を整えるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価
			・集合研修や入職後面談の日程調整等を行う。 ・EPA介護福祉士候補者の特定技能としての雇用継続、転職者の受入を実施。	・高卒新入職員の面談を開始、コロナ感染拡大防止のため、基本はオンライン面談で実施。 ・EPA合格者のリーダーによる研修会の企画、実施。	・WEB説明会用の動画を作成。 ・特定技能職員に対する受入整備のため規程類を策定、初の特定技能職員の受入を実施。

事業報告	・年度当初はコロナ感染拡大防止のため、入社後の面談はリアルで行えずオンラインで実施、集合研修についても予定していた時期より遅く実施（９月と３月）することになった。オンライン環境が整い、オンラインインターンシップを実施できるようになった。 ・介護部会と研修内容について意見交換し、前期に3日間、後期に1日間のスキルアップ研修を実施した。また春日井エリアについては、原則月1回の中途採用者向け研修を行った。 ・特定技能職員のための受入体制に必要な規程類の整備を行うとともに、新規入国の緩和により、年度末に海外新規入国の特定技能職員を初めて江南エリアにといて受け入れることができたこと、国内における特定技能職員の転職者を受入れることができた。EPAの新規役割について各エリアの意見徴収を行い、実際の制度の制定、運用については来年度に持ち越すことになった。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　①

Ver.1.01

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	本部
事業所名	総務部人事課／国際事業・研究研修部／監査室

チェック：チェック責任者がチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
職員を安定して確保する	監査室	6	ハラスメントのない職場環境を実現する ・教材を更新しエリアに発信 ・相談窓口や調査員との連携、情報発信	山本	新たなハラスメント規定に関する情報提供 相談窓口、調査員への情報発信 教材の更新				ハラスメント教育の実施			ハラスメント事例の収集 利用者等からのハラスメントに関する情報提供		振り返り	次年度準備		山本
					△	△	○	○	○	○	◎	△	○	○	○	○	
なぜ、取り組むのか？（原因）	・2020年度より）ハラスメント教育を実施したが、新たなハラスメント規定の内容が反映されていない。新たなハラスメント規定を踏まえ、教育内容を見直す必要がある。 ・ハラスメント関する法人の新たな体制のもと、迅速かつ適切に対応が出来るよう、連携・情報発信を行う必要がある。 ・利用者様やご家族からのハラスメントについて、厚生労働省からも問題提起がされており、法人としても対応していく必要がある。			3カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価				７月-９月評価			１０月-１２月評価					
					新しいハラスメント規定が施行され、相談窓口等の体制を整備。各エリアの相談窓口に対して説明会を実施し、情報発信を行った。				新たなハラスメント規定に即した教育教材を作成し、ハラスメント教育を実施した。			6.ハラスメントの事例については各エリアに情報展開できたが、利用者様等からのハラスメントの対応ができなかった。				

事業報告	・【ハラスメント体制】新体制がスタートし、窓口が明確になった点、相談件数の報告先が明確になった点で把握が迅速になった。 ・【ハラスメント相談】相談者の中で、相談窓口以外の相談ができないと誤解されたケースがあり、同僚や上長等にも相談が可能である旨の周知が必要であると判断し、2022年度の相談窓口一覧（掲示物）に記載し広く周知に努める。 ・利用者様やご家族からのハラスメント対応に関して、認知症や持病によって判断が困難な方を考慮したマニュアルの作成、教育ができなかったことから、2022年度の早期に完了するよう、介護部会と協同で進める。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　②

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	本部
事業所名	総務部(総務課・秘書課)、監査室

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
コンプライアンス（法人への信頼）を確立する。	総務部	★1	関連法令について理解を深め、理事会・評議員会・評議員選任解任委員会を法令、定款に則り適正に運用する。	伊佐次/松本	勉強会の実施 理事会等の準備		理事会等	勉強会の実施 理事会等の準備		理事会等	勉強会の実施 理事会等の準備		理事会等	振り返り	次年度準備		太
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	総務部	2	各種規程類の点検・見直しを行い、必要な改正を行う。	伊佐次/松本	変更内容の検討		理事会提出	変更内容の検討		理事会提出	変更内容の検討		理事会提出	振り返り	次年度準備		太
					◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	総務部	★3	法人内における情報伝達の仕組みの改善を、引き続き取り組む。また合わせてメールや共有ファイル以外の伝達、連絡手段についても検討する。	伊佐次/栗岡	伝達、連絡手段の検討		フローの検討、確立、周知		運用開始		検証期間			振り返り	次年度準備		太
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	監査室	4	内部管理体制の効果的運用の検討と実施 ・監査員研修で具体的事例をあげての教育 ・監査での指摘内容についてその場で確認指示	山本	内部監査計画の立案		監査チェックリストの作成	監査員研修	内部監査の実施				フォローアップの実施			振り返り 次年度準備	山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	監査室	★5	コンプライアンス委員会での検討内容の水平展開の強化 ・検討事例及び外部委員の意見の要点の水平展開 ・重大事故の水平展開と分析	山本	第1回コンプライアンス委員会	水平展開	第2回コンプライアンス委員会	水平展開		第3回コンプライアンス委員会	水平展開		第4回コンプライアンス委員会	水平展開 振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	・4年に一度の理事、評議員、選任解任委員の一斉改選があるため。・2020年度より）法人内における職員への情報伝達がまだ末端まで行き届かないことがあるため。・2020年度より）現行規程と旧サンライフ規程の整合性は取れたが、内規や細則などまだ整合性が取れていない規程などがあるため。・2020年度より）何故不適合となり、どうすれば再発防止につながるかを監査員に伝えてきたが、十分に浸透していない。・2020年度より）コンプライアンス委員会での審議内容については、議事録にて水平展開を行ってきたが冗長すぎるところもあり、要点を作成して効果的に水平展開を実施していく。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価 ・役員・評議員の改選について、適切に手続きを完了した。 ・今年度の内部監査計画を立案し、チェックリストの更新を実施。 ・第１回、第２回コンプライアンス委員会を開催。議事録に加えて議事録の要点を作成し、水平展開を実施。	７月-９月評価 ・ハラスメント規程を見直し、新たな相談窓口体制がスタートした。 ・監査員養成研修を実施。その後各襟において内部監査を実施した。 ・第３回コンプライアンス委員会を開催。議事録・議事録の要点を作成し水平展開を実施。	１０月-１２月評価 ・事務局として、法令に則った適切な会議運営を行った。 4・5.内部監査のフォローアップについて実施を依頼し課題抽出と法人全体で取り組む提案を作成している。 コンプライアンス委員会について議事録の早期展開に務めた。

事業報告	【総務部】 1　事務局として法令に基づく適切な会議運営を行った。法改正後初の任期満了に伴う評議員の改選があり、適切に手続を完了した。 2　ハラスメント対策や苦情・相談窓口、問題解決のための体制を見直し、より詳細に規定した。また、外部相談窓口として弁護士と新たに契約し、苦情・相談窓口を強化した。 3　法人内における情報共有、情報伝達の改善のため、本部職員においてグループウェアの試験利用を開始した。 【監査室】 4 内部監査について、フォローアップをエリア責任者等が実施する仕組みに変更され、エリア内の改善が迅速に進んだ。 5 コンプライアンス委員会において、委員・外部委員からのご意見等の周知を迅速に行うとともに、来年度の委員会では報告内容・集計方法の見直し 円滑な会の進行となるように改善を進める。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	本部
事業所名	管財部

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差額を確保する	管財部	1	月別施設利用状況管理表、月次報告書、会計会議資料等により法人全体及び各エリア・事業所の課題を発見し早期に報告する。	安藤/曽我	毎月資料の分析を行い、課題等を経営会議等で報告する									振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	★2	会計事務、契約事務の効率化を図り、関連資料の早期作成・報告を行う。	安藤/曽我・山副	決算内容を分析/各エリアに報告する			職員のスキル向上と、会計事務や契約事務の効率化を進める。						振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	3	契約事務における業者選定方法・契約方法等の定期的な見直しを行う。	安藤/山副	業者選定方法や契約方法の課題を整理し、検討・報告 ①課題の要件整理 ②検討と報告			契約事務の確実な遂行/業者との交渉・契約		評価			評価	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	★4	大規模修繕計画に基づく工事の実施とコロナ禍における状況を配慮した修繕計画の見直しを行う。	安藤/山副	大規模修繕計画の見直し 検討・報告と決定 ①緊急を有する工事の洗出し ②コロナ対策を各施設と協議			大規模修繕計画の遂行 ・左記で決定した工事の施工		見直し	大規模修繕計画に基づく調査と予算ヒアリングの実施 ・コロナ禍収束状況を勘案した見直しと計画の作成		見直し	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	5	経営基盤を安定維持するため、部署内・他部署とも協力して情報収集し、中長期資金計画を定期的に見直す。	安藤/曽我	介護報酬改定の影響把握と中長期資金計画の見直し ・第1期、第2期修繕5ヵ年計画を作成			稼動状況の変化や修繕コストに基づく計画の修正		見直し	稼動状況の変化や修繕コストに基づく計画の修正		見直し	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1〜2.月別施設利用状況管理表、月次報告書、会計会議資料の作成において依然として経験に依存していることから、効率化を推進する必要があるため。 3.コロナ禍によって、契約先の状況も変化していることから継続的な選定方法や契約方法等の見直しの必要性があるため。 4.コロナ対策が必要なことから、工事範囲によっては通常の工期で施工できない可能性があることから状況を踏まえた計画の修正が必要なため。 5.介護報酬の改定による影響を把握し、資金計画を修正していく必要があるため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月−６月評価	７月−９月評価	１０月−１２月評価
			1・2・5.会計状況を把握し展開できた。 3・4.コロナ禍によって計画の見直しを余儀なくされたが、施設との協議を継続し緊急対策工事と大規模修繕を分け対応することができた。	1・2・5.業務分担を見直しスキル向上に着手できた。 3・4.コロナの感染拡大によって工事着手を延期しているが、状況を勘案し発注できるように準備に着手した。	1・2・5.経営会議における各エリアの課題について改善することとした。契約の見直しを実施した。 3・4.フラワーコート江南の大規模改修をコロナ感染状況から着手した。引き続き状況把握に努める。

事業報告
・新型コロナウイルス感染症の影響を受け、大規模修繕計画の見直しを行った。フラワーコート江南は、感染症対策を徹底した上で2022年３月に着工することができた。引き続き、感染症対策の実施状況を確認し、安全・安心な改修工事を監理していく。 ・世界的な半導体不足の影響を受け、LED化改修工事等の着手を延期した。今後の納入状況等を継続的に確認し、確実な実施に向けて対応していく。 ・新たな高齢者総合福祉計画等が始動し、新規事業の公募情報を得て、中長期資金計画の見直し・関係各所との調整を行い、２件応募した。 新型コロナウイルス感染症による稼働状況の変化や世界情勢の変化に伴う建設コストの高騰など、情報収集に努め資金計画の見直しが最小限となるように努めていく。

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　③

2021年度　事業計画・事業報告表

Ver.1.01

施設名	本部
事業所名	管財部

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標	具体的な行動計画			責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
適切な収支差額を確保する	管財部	★6	CAREKARTEを活用した管理の推進	安藤/山本	機能の把握と活用事例の確認 ①集計機能の把握 ②活用方法の展開		報告	定点観察と分析 ①記録時間の定点観察 ②観察結果の分析		見直し	記録作業の効率化の検討と実施 ①入力作業の効率化を検討 ②①の実施		見直し	振り返り	次年度準備		安藤
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	★7	業務システムの見直しと業務効率化の推進	安藤/山本	業務システムの把握 効率化の要望整理 ①業務システムの把握 ②効率化の要望徴収・報告		報告	定点観察と分析 ①操作時間の定点観察 ②観察結果の分析		見直し	事務効率化の検討・実施 ①業務システムの整理 ②重複作業の廃止		見直し	振り返り	次年度準備		安藤
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	6.CAREKARTEの分析機能を活用し、記録から請求・入金の一元管理により作成・提出物の整理を推進するため。 7.業務システムの重複も考えられることから、整理を目的としたシステムのスマート化を推進するため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			6.CAREKARTEの記入状況を2週に1回確認しエリアと共有することができた。 7.必要な業務用システムの事務効率化に着手し、安全対策マニュアルの修正範囲を確認できた。	6.定点観察を継続し、記入方法の効率化に向けて連携するシステム「話すと記録」の試行に着手できた。 7.安全対策マニュアルを見直しすることができた。	6.定点観察を継続し、請求担当者向けのスキルアップ研修を企画した。 7.マニュアルの改正の有効性の観察を行い、責任区分の明確化、効率化が実施できた。	

事業報告	・CAREKARTEの連携機能の活用として、「ハナスト」の試験導入を行い、実証した。実証の結果を踏まえた提案を行うことができた。 ・CAREKARTEの分析機能を活用し、記録漏れの確認を定点・定期的（1回/2週間）実施し、記録の徹底を推進できた。

Ver.1.01

Ⅱ.管理運営に関する目標	Ⅱ　－　④

2021年度　事業計画・事業報告表

施設名	本部
事業所名	管財部

各月チェック：チェック責任者が次のチェック方法で実績を確認して記入する
◎・・・計画通り実施ができ、かつ効果が高かった
○・・・計画通り実施できたが十分な効果が得られなかった
△・・・十分実施できなかった　　×・・・実施できなかった
●・・・今月終了

目標			具体的な行動計画	責任者/担当者	スケジュール 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	チェック責任者
様々な災害に対応できる管理体制を構築する	管財部	1	事業継続計画の実効性確認と定期的な見直し支援を行う。	安藤/山副	計画の実効性確認 ①訓練実施後の情報収集 ②水平展開		報告	継続的な情報収集・検討 ①対策機器等の情報収集 ②検討と提案		見直し	見直しの実施 ①左記、見直しの実施確認		見直し	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	★2	緊急時連絡メールの整備と体制の確立を図る。	安藤/鈴木	緊急時の連絡方法有効性把握 ①連絡ツールの情報収集 ②トライアル導入		評価	緊急時連絡メールの整備 ①連絡ツールの導入 ②訓練の実施			連絡体制の検討・見直し ①実施後の課題整理 ②検討・見直し		見直し	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
	管財部	★3	非常用電源の確保と定期的な見直しを行う。	安藤/山副	優先的に確保する必要のある業務・室等の要望整理 ・整備すべき室を各施設と協議		報告	非常用電源の検討・見直し ①左記に適する非常用電源を検討 ②補助金情報の収集と協議			見直しと整備 ・整備状況による計画の見直し		見直し	振り返り	次年度準備		山本
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

なぜ、取り組むのか？（原因）	1～3.事業継続計画の有効性を把握し、有事における体制を確たるものとしていくため。	３カ月評価（具体的な行動計画）	４月-６月評価	７月-９月評価	１０月-１２月評価	
			1.事業継続計画の修正点を整理できた。 2.緊急連絡方法を調査・整理することができた。 3.非常用電源について調査検討を開始できた。	1・2.名古屋エリアと合同で取り組みに着手した。 3.非常用電源については補助金による大型発電機の整備ではなくポータブル蓄電池とする旨決定し計画を見直すこととした。	1・2.事業継続計画の見直しに着手し、感染症対策を切り離すため看護部会と協同で準備を進めている。緊急連絡方法について、１月の経営会議に上程。 3.2022年度導入のて準備をした。	

事業報告	・災害時における事業継続計画から感染症対策を分離し、「感染症対策マニュアル兼感染症対応事業継続計画」を看護部会と取りまとめた。 ・緊急時メール配信システムの導入について、「オクレンジャー」を採用することを決定した。2022年度の導入を円滑に実施できるよう進める。 ・非常用電源として、非常用バッテリーの仕様・基準を決定し、2022年度の導入を円滑に実施できるように進める。推進できた。