

Ⅲ. 平成29年度 ベルアルト 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

地域包括ケアを担う地域リハビリテーション拠点施設として、パートナーが満足のいく在宅生活を支援する。

中期ビジョン

老健施設の本来の機能(リハビリテーション・在宅復帰・在宅生活支援)を徹底追及し、地域の高齢者の自立と安心を支える役割をはたす。

中期戦略

(1) 在宅復帰の促進と、復帰後の在宅総合介護サービスを充実(質・数ともに)

- ア) アウトカム評価を意識したリハビリテーションの実施。
- イ) 通所リハビリテーション機能のパワーアップで堺市No.1へ。
- ウ) 短期入所受け入れの促進。

(2) 地域への社会貢献の拡充

- ア) 近隣医療機関との連携を強化。
- イ) 認知症の予防や啓発活動の推進。
- ウ) 困難事例ケースを積極的に受け入れる。

(3) タウンは1つ、さらなる協働で成長をめざす

- ア) 老健・特養、通所リハビリテーション・通所介護が一体となり、パートナーへサービスを協働で提供する。
- イ) 幼保連携型認定こども園との世代間交流を深める。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

ベルアルトは、在宅復帰・在宅生活支援に重点をおき、パートナー個々のニーズを大切にした「オーダーメイド介護」を実践する。手厚いリハビリテーション・ユニットケア・複合型施設の強みを活かした在宅総合介護サービスを提供し、パートナーや地域から信頼される老健施設をめざす。

平成29年度は、次期介護報酬改定・介護保険事業計画、介護予防・日常生活支援総合事業、社会福祉法人改革を見据え、安定的かつ恒久的に施設経営を展開するための準備期間とする。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

ア) 目標パートナー数を、平成28年度実績の2%増とする。

- ・入所は98.0名/日（退所を含む）、通所は56.0名/日以上。
- ・長期入所者を安定的に確保するため、在所日数を適正に管理する。

イ) 定期的に外部居宅介護支援事業所と医療機関へ営業活動を行い、さらに新規パートナーを確保する。

- ・月間新規パートナー目標値は、入所15名(短期入所を含む)、通所は8名以上とし、登録パートナー数の増加につなげる。
- ・近隣医療機関からの新規パートナーの確保は、地域包括ケア・回復期リハ病棟を有する病院が2名/月、急性期病院3名/月、その他・かかりつけ医2名/月以上。
- ・登録パートナー数は、短期入所100名以上、通所は190名以上を確保する。
- ・充実したリハビリテーションと、生活機能改善をアピールしたパンフレットを作成し、営業活動のツールとする。
- ・骨折等の症例について、効率的な転院手順（パス）を定め、医療機関からの受け入れをスムーズにする。

ウ) 「パートナー集客プロジェクト」を今年度も続行し、下記項目を実行する。

- ・ベルライブと連携し、空床防止を徹底する。
- ・外部居宅介護支援事業所とさらに連携するために、集客ターゲットを絞った営業活動をする。

- ・パートナーのニーズに合った「オーダーメイド介護」プランの策定。
 - ・パートナーの身体・利用状況を分析し、ニーズに合った通所リハビリテーション・通所介護を提供するため、ケアプランを見直す。
 - ・ホームページを活用した広報・PR（空床情報、行事等のご案内）の強化。
 - ・短期入所、通所リハビリテーションのアクティビティ（料理・手芸・書道・園芸・陶芸・「食」の楽しみなど）を充実。
- エ) 緊急短期入所、新規利用依頼をスピーディーに受け入れる。
- ・緊急短期入所受入対応加算を、5日/月以上算定。
 - ・通所や訪問介護等のサービス利用にもつなげる。
- オ) 老健・特養、通所リハビリテーション・通所介護の一体運営による強みを活かし、パートナーの受け入れを促進する。
- ・支援相談員が本来の業務を遂行できるように、送迎人員体制を引き続き見直す。
- カ) 在宅復帰率65%以上を目標とする。
- ・平均介護度3.40以上とする。
 - ・1～2カ月の短期間入所を推進する。

(2) サービス

- ア) 通所短時間利用パートナーの受け入れを促進するために、業務体制を見直す。
- ・介護予防・日常生活支援総合事業への移行に備える。
 - ・送迎体制のスリム化。
- イ) 認知症予防、社会参加に繋がるサービスを提供する。
- ・パートナー参加型の学習教室（公文、そろばん、脳トレドリル）を開催。
 - ・堺市認知症介護実践者・実践リーダー研修へ講師を派遣し、運営に全面協力をする。
- ウ) 「食」の楽しみを充実し、栄養指導・相談を積極的に行う。
- ・「食」のイベントを2回/月以上実施し、ADLの維持・向上をはかる。
 - ・栄養指導教室を1回/3月開催し、在宅での食生活をサポートする。
- エ) 在宅復帰が円滑にできるように、入所時・退所前後訪問を積極的に実施する。
- ・訪問指導関連加算は、30件/月以上算定。
- オ) 在宅復帰の促進となるように、パートナー自力での排泄に向けた取り組み

みを行う。

- カ) 認知症介護実践者・実践リーダー研修の受講、介護支援専門員・認知症ケア専門士などの資格取得を推進する。
- キ) おもてなしを大事にした、温もりのある介護の実践。

(3) コスト

ア) リハビリテーションマネジメント加算（以下、リハマネ加算）Ⅱ算定の平均月間目標値を、10件以上とする。通所パートナーの卒業システムを確立させ、社会参加支援加算を今年度も取得し、次期平成30年度介護報酬改定に対応できるよう備える。

- ・リハマネ加算Ⅰは160件／月以上、短期集中個別リハビリテーション実施加算は80件／月以上算定。
- ・通所卒業システムを、外部居宅介護支援事業所へPRし、他法人通所介護からの新規パートナーを増加させる。
- ・リハマネ加算Ⅰ算定のパートナーを対象に、リハマネ加算Ⅱ算定へ移行可能かを検討する。

イ) 協力歯科医院と連携し、口腔ケア・摂食嚥下機能の向上をはかる。

- ・経口維持加算Ⅰは5件／月以上、口腔衛生管理体制加算は60件／月以上を算定。

ウ) ケアの統一・可視化、マニュアル・業務内容の見直しを行い、経費削減・利益確保に努める。

- ・ユニット管理報告書を、目標管理型に変更する。
- ・介護用品の使用方法、頻度、種別を精査し、消耗品費を5%削減する。

エ) 予算に対しての実績管理を徹底し、収入と支出のバランスをたもつ。

- ・悠人会会計担当者会議の運営、外部監査導入に全面協力をする。

(4) 組織人材

ア) 各部門に今年度も、「事業計画活動進捗状況シート」を導入。PDCAサイクルの実態を把握・分析・改善をし、事業計画を達成する。

- ・毎月の運営会議において、事業計画の達成度を確認。未達箇所については、全部署でフォローする。
- ・5Sを浸透させ、スタッフ一人ひとりが経営に携わっているという意識をもたせる。

イ) アウトカム評価を意識したリハビリテーションを実施する。

- ・心身機能だけではなく、活動・参加型生活機能の維持・向上をはかれるよう、パートナーと積極的に関わる。質の高いリハビリテーション

- が実施できるように、計画書作成・事例検討の取り組みを継続する。
- ・必要に応じて介護支援専門員と直接情報交換を行い、個別リハビリテーション実施加算（短期入所）の算定を徹底する。
 - ・通所リハビリテーションと通所介護の適正な割り振りを適宜実施する。
- ウ) 人材確保として、無資格者・アルバイト学生の雇用を検討する。
- ・有資格者と無資格者の業務分担を明確にし、人件費の増加とならないよう、適正な人員配置を保持する。
 - ・実習指導者の配置を2名増加し、実習生の受け入れを強化する。
- エ) 在宅支援フローを活用したカンファレンスを、多職種連携で15回／月以上開催する。
- オ) 重介護・医療ニーズに応える医療知識・介護技術を向上する。
- ・外傷や誤嚥性肺炎、尿路感染等の予防に努める。入院率は10%以下とする。
 - ・転倒転落・骨折等の事故を防止するために、リスクマネジメントを充実させる。転倒転落率は0.40%以下、骨折はゼロをめざす。
 - ・褥瘡チームを配置し、褥瘡発生率ゼロに取り組む。
- カ) 入所と通所間のジョブローテーションを行い、施設と居宅両方のケアができるスタッフを育成する。
- キ) 介護・看護キャリアパスプログラムに基づいた教育の実施。
- ・介護福祉士のキャリアレベルの申請を推進する。
 - ・ベルライブと協働し、教育チームを活性化させる。
- ク) 介護・看護研究に取り組み、全国老人保健施設協会全国大会、大阪府介護老人保健施設協会懇話会、認知症ケア学会での演題発表をする。
- ケ) 外部研修に参加し、習得知識・技術をケアの質向上に繋げる。
- ・内部伝達講習を必ず実施し、スタッフの知識向上につなげる。
- コ) ベルキンダー・ベルキンダー安井との世代間交流を、ベルライブと協働する。

(5) 地域公益事業への取り組み

- ア) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所から、困難事例ケースを積極的に受け入れる。
- ・堺市高齢者徘徊SOSネット事業に協力をする。
- イ) 認知症の予防や支援活動を行い、普及啓発に努める。
- ・べるたうんぬくもりカフェの運営。
 - ・安井小学校において、認知症きつずサポーター養成講座を開講。
- ウ) 出張講座を開催し、高齢者の健康増進に寄与する。
- ・安井町地域会館（いきいきサロン）において、栄養指導教室・認知症

