

平成29年度事業計画書

社会福祉法人悠人会

A I F 理念

使命

愛の医療と福祉の実現

会是

地域と職員と共に栄えるチーム

Yu·ki·to·do·ku

ゆき届いたサービス

私たちの基本方針

【私たちのチャレンジ】

チームとして、そしてパートナーとしてチャレンジします。

健康の維持や改善を願うみなさまと、それをお手伝いする私たちは、その目的を共有するチームです。その目的達成のために、お互いがパートナーとして情熱をかたむけ、ベストを尽くすこと、最良の方法であると確信しています。

3つのベストにチャレンジします。

私たちは、最適の治療、最善の心配り、最高のパートナーシップの実現を目指しています。

ベストケア ベストケア ベストパートナーシップ

【私たちのお約束】

1. 私たちは、みなさまに「良質なケアを平等に提供」いたします。※1
2. 私たちは、みなさまに「十分なお説明」をいたします。※2
3. 私たちは、みなさまに「納得された上でのケア」を実施いたします。※3
4. 私たちは、みなさまに「十分な情報」を提供いたします。※4
5. 私たちは、みなさまの「人としての尊厳」を守ります。
6. 私たちは、みなさまの「プライバシーや秘密」を守ります。

※1: 各人の状態に応じて検討された「個別ケアプランに基づく個別ケア」を実施いたします。

※2: ケア全般において十分にご説明し、同意を得た上でのケアを実施いたします。

※3: ケアにおいては、時としてサービスの選択肢があります。ご自身あるいはご家族が納得し、決定されるために、セカンドオピニオン(他の専門家の意見)を知ることも良い方法です。当施設では「納得された上でのケア」を実施いたします。

※4: ケアの状況・情報等さらに詳しくお知りになりたい場合、お気軽におたずね下さい。

平成29年度 社会福祉法人悠人会 各施設別事業計画

I. 平成29年度 ベルファミリア 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

(1) トップリーダーとしての使命

社会福祉分野において、産官学の共同研究や先駆的なモデル事業および教育支援事業に取り組み、全国トップクラスの特別養護老人ホームとして、国内介護事業の発展を牽引する。

(2) 地域基幹事業所としての責務

堺市中区において、法人内外の関係事業所との連動的な協働システムに基づく総合的な地域活動を展開する。

さらに住民の意思が反映された地域公益事業に取り組み、地域住民から信頼され親しまれる、価値の高い拠点施設として地域社会に存在する。

(3) 職員の誇りを刺激する喜びの善循環

全職員は、地域からの高い期待と評価を誇りに自己成長と地域貢献に生きがいを見出し、地域と施設と職員が相乗的な喜びの善循環の輪を拡大する。

(4) 普遍的な事業活動を支える強靱な経営体質

地域や時代が希求する多様なニーズに応える使命を遂行するため、質と量のデータ管理に基づく高度な経営マネジメントを実践し、景況感や政策に影響されない強靱な経営体質を構築する。

(必要最小限利益5%以上)

中期ビジョン

重度要介護者の安心生活を支える特別養護老人ホームとして、医療ニーズ・認知症・神経難病などの最重度要介護者の生活代替機能に特化した入所事業を展開する。

施設が有する専門的かつ総合的な生活支援により、堺市中区・南区の要介護者の在宅生活の限界点を高めることに貢献する。

地域関係機関との機能分化と連携システムを構築し、地域包括ケアシステムの中心拠点としての立場を確立する。

政策動向や地域ニーズの精緻な分析に努め、時代の変化に対応しながら、地域住民が求める新規事業への投資を可能とする経営基盤の強化をはかる。

中期戦略

(1) 認知症介護における中心拠点への取り組み

認知症認定看護師および認知症介護指導者を配置し、認知症介護リーダーや認知症実践者を育成しながら、法人内外の介護職員などへの教育指導を含めた認知症介護の中心拠点となる。

堺市が設置する認知症初期集中支援チームとも協働し、地域における認知症介護予防事業にも主体的に協力する。

(2) 重度介護と専門介護の機能強化

重度介護に特化するため、要介護4以上を入所対象とし、要介護度平均4.5以上をめざす。

入院率1.5%以内、入所利用率98%以上を目標とし、入所者の健康生活の支援と貴重な地域資源である施設の有効活用をはかる。

その実現に向けて、看取り介護の充実（看取り介護率100%）に取り組む。さらに摂食・嚥下障害看護認定看護師を養成し、口腔ケアの強化（全入居者が経口摂取）に取り組む。

退所から新規入所までの待機期間を5日以内に短縮し、効率的な相談調整機能の向上をはかる。

(3) 経営管理の強化

法人および施設の経営管理体制を強化するため、悠人会本部との協働により、次の活動を実施する。

- ①事業運営の透明性を高めるため、法令規定以上の情報公表と施設内での閲覧体制を構築する。
- ②理事会、評議員会の健全運営を事務支援する。
- ③外部監査に取り組む。
- ④地域における公益的な取り組みを実施する責務を遂行するため、地域住民を対象にニーズ調査を実施し、地域が求める社会福祉事業、公益事業、地域公益事業を積極的に展開する。
- ⑤事業運営の継続的な安定性を確保するため、次期介護報酬改定までに、経常利益5%が維持できる経営体質を確立する。

(4) 新総合事業対策と地域包括ケアシステムの創設

堺市で実施される新総合事業に関しては、各施設の代表で構成されるプロジェクトチームを創設し、法人単位で対策を講じることとし、ベルファミリアは全面的に協力する。

新総合事業に関しては、地域包括ケアシステムの創設を踏まえ、他法人との協働に基づく、地域拠点機関としての将来のあるべき姿を想定し、以下の課題に留意して計画・実行する。

- ①政策動向や堺市ならびに地域事業所の意向などの情報収集に努め、地域住民主体の立場から、地域事業所との機能分化と連携システムを模索する。
- ②当法人が運営する施設は、重度要介護者を対象とした高度専門サービスに特化し、非専門サービスは地域機関に委ね、相互に利益が共有できる連携関係を形成する。
- ③地域包括ケアシステムを想定し、堺市内の特定地域や集合住宅において、生活支援、保健予防・医療・介護などを包括的に提供できる総合管理事業を運営する。

平成29年度 事業計画

1. 基本戦略

本年度は、中期ビジョンから10ヵ年基本方針の実現に向けた2年目であり、施設経営の安定と発展を目指し各事業の運営に取り組む。

その目標達成に向け、法人内施設との連携は基より、法人外施設との良好な連携を推し進め、地域に於いて公益性の高い福祉施設としての役割を果たす。また本年度は、介護保険制度改正及び介護報酬改定に向けた準備と対策も講じる重要な年でもある。

短期入所、通所介護および訪問介護においては、相談課を中心に対象となるとエリアの拡大に向け、ホームページの充実を図り「顔の見える関係」「迅速かつ柔軟な対応」「正確な情報提供」に注力し、利用者拡大に向け各事業所と連携を強化し、揺るぎない関係性を構築する。

今後、さらに重度化する入所状況を想定し、地域から信頼される特別養護老人ホームとして、「看取り介護」「認知症ケア」「嚥下機能の支援」「医療ニーズ」などの専門性の高い機能の強化を図る。

生き生きと働き続けられる満足度の高い職場環境の構築と、充実した教育研修で施設の質向上と職員の定着と新たな人材確保に努める。

2. 重点活動事項

(1) サービス

一人ひとりの人権を尊重したケアの実践

ア) 質の高い介護の実践

- ・サービス提供に関するマニュアルの見直しと個別性を尊重したケアを実践する。
- ・日常生活能力、残存機能を活かせる介護を実践する。

イ) ゆきとどく終末期ケアの実践

- ・入所時における終末期ケアの在り方を本人・家族の意向に配慮しながら最後までその人らしさを尊重し、人生の歩みを終末まで支援できる介護に取り組む。

説明と同意⇄カンファレンス⇄グリーンケア⇄デスカンファレンスをPDCAサイクルに乗せ、根拠に基づく看取り介護を実践する。

- ・家族参加のエンゼルケアの実施と看取りを経験した家族へのアンケート

ートの結果を基に、遺族の思いを反映した質の高い看取り介護の実績を積み重ねる。

ウ) 認知症ケアの充実

- ・認知症の状態に配慮したケアを実践する。
- ・認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定を継続する。
- ・認知症ケアマッピング（DCM）を取り入れたケアの質評価を実施する。
- ・認知症予防の一環として公文式学習療法を実施する。
- ・なじみのある居室環境で、安心して暮らせる生活環境を提供する。
- ・堺市からの委託事業である認知症実践者研修・リーダー研修の運営に協力する。

エ) 嚥下機能の支援と食生活の充実

- ・看護師・管理栄養士・リハセラピストによる、食事介助時での嚥下状態のアセスメントや食事形態の変更などを実施し、誤嚥性肺炎の防止に努め、誤嚥性肺炎による入院率1%未満をめざす。
- ・ユニット炊飯・朝食バイキング・居酒屋・外食支援等の実施で高齢者の交流や楽しみを創造する。

オ) 重度化に対応した健康管理の充実

- ・フィジカルアセスメント能力を高め、重度化防止の看護・介護に努める。
- ・残存機能に適応した生活リハビリを実践する。
- ・多職種協働による褥瘡ラウンド（1回/週）、低栄養リスク判定が低下した入居者の把握と重度化予防に努める。
- ・堺市中区内の特養看護師情報交換会を開催し、特養における看護の質の向上に努める。（1回/月開催）

カ) 入居者・家族との信頼関係の醸成

- ・家族会および、ユニット毎の面談会を定期開催（2回/年）し、情報共有と信頼関係の形成に努める。
- ・入居者・家族参加型のサービス担当者会議（家族参加率80%以上）を継続し、信頼と安心が提供できる機能を向上させる。
- ・不満や不安を受容・共感できる技法の訓練により、苦情の事前防止と組織的な苦情解決機能を高める。

キ) 地域と顔が見える関係の形成

- ・家族参加型のユニット間交流から、ユニットを越えた地域毎の交流へと発展させ、さらに自治会・老人会などが主催する地域行事に入居者と家族も一緒に参加できるように働きかける。
- ・地域行事の外出支援で住み慣れた地域との繋がりを持ち、施設の

- イベントに地域住民を招待し、季節行事の楽しみを共有する。
- ・地域代表で構成される第3者委員（1回／月）からの客観的意見を施設サービスに反映させる。
 - ・施設と地域がつながる季刊誌（4回／年）を発行し地域に配布する。
 - ・災害時における地域住民の避難支援対策として、本年度より、地域住民参加型の災害避難訓練を開催する。（9月開催）

(2) 社会福祉法人としての責務を遂行する地域公益事業の実施

- ア) 地域交流の促進に向けて、相談員・事務員が圏域内の自治会・老人会・婦人会・子供会と協議し、施設の会場や設備を地域交流の場として開放する。（1回／月程度）
- イ) 堺市認知症カフェ（ふれんどカフェ）の継続と、「ベルファミリア認知症家族の会（あつとほ一む）」を立ち上げ、さらに地域での役割を拡大する。
（1回／月：日曜日、開催数はニーズに応じて増加させる）
- ウ) 当法人の介護保険施設において、社会福祉法に基づく低所得入居者への利用者負担軽減事業を継続する。（行政の要請に基づき、随時受け入れを検討）
- エ) 「大阪しあわせネットワーク事業」に協力し、当該事業に基づく生活困窮者支援・中間的就労の推進など、地域の福祉ニーズに対応できる福祉施設としての役割を果たす。
- オ) 中第3地域包括支援センターとの相互連携により、本年度も緊急入所の受け入れおよび接近困難事例に積極的に関与する。さらに堺市高齢者虐待防止事業（緊急一時入所事業・空床確保事業）および、堺市高齢者徘徊SOSネットワーク事業に登録し、社会福祉施設としての責務を遂行する。
- カ) 堺市からの要請に基づき、堺市介護予防教室の（ひらめき脳トレプラス教室）施設開放を継続する。（毎月曜日開催）
- キ) 地域包括支援センターが主導する医療と介護と保健とをつなぐ連絡会を支援する。
- ク) 地域で支えあう福祉サービス目指し、時代と状況に応じた福祉サービスができる施設運営を実践する。

(3) 人材の育成

キャリア形成・自己実現を支援し、法人の目指す職員の育成

- ア) キャリアパスに基づく年間教育研修計画を策定する。
- イ) キャリア形成や能力開発に向けた教育・研修を実践する。
- ウ) 実践に活かせる介護福祉士のフィジカルアセスメント研修を実施する。
- エ) 関連学会において研究活動や活動成果などを積極的に発表する。
 - ・近畿老人福祉施設大会
 - ・ユニットケア研修フォーラム
 - ・全国社会福祉法人協議会 老人福祉施設研究発表会
- オ) 認知症実践者研修、認知症介護リーダー研修受講を支援する。
- カ) 介護福祉士の吸引などにおける知識・技術の向上をはかり、介護実践に活用する。
- キ) 介護福祉士のキャリアレベルの申請を支援する。

(4) 公益性・透明性の高い健全な施設経営

～安定的・発展的な事業継続に向けた取り組みへの強化～

- ア) 公益性に根差した収益の確保で、安定的な施設運営を実施する。
- イ) 法令・経理規定等の諸規則を遵守し、透明性の高い財務管理を実践する。
- ウ) ホームページを活用しベルファミリアの活動内容を地域に情報発信する。
- エ) 入居部門
 - ・入居利用率 97.8%以上、要介護度 4・5 の割合 75%以上、平均要介護度 4.15 以上、認知症日常生活自立度の判定基準Ⅲ以上の割合 70%以上、入院率 2%未満とする。
 - ・空床期間を退所後、5 日以内を目標とする。
 - ・経口維持加算Ⅰ・Ⅱ件数を 35 件/月以上とする。
 - ・認知症専門ケア加算(Ⅱ)の算定を継続する。
- オ) 平成 30 年介護報酬改定に向けての情報収集と対策を実施する。
- カ) 短期入所部門
 - ・15 名/日以上の利用を目標とする。(利用率 97%)
 - ・新規利用者数の目標を 5 件/月とする。
 - ・要介護 3 以上の利用率を 60%以上とする。
 - ・祝日の入所受け入れのために施設送迎で家族負担の軽減をはかる。
 - ・地域貢献を高める目的で、ケアプランセンターおよび、地域包括支援センターからの緊急入所を積極的に受け入れる。
 - ・利用登録者の担当医や訪問看護ステーション・ヘルパーステーションとの日常的な情報共有と緊急時の対応が評価される医療

連携強化加算 40 件／月以上を算定する。

- ・機能訓練指導員による自宅訪問などによる生活機能向上への支援を強化し、個別機能訓練加算件数 150 回／月以上を算定する。
- ・重度要介護者が定期的に利用できるレスパイト支援をする。
- ・地域関係機関との連携強化に向け、他法人からの紹介率 60％／月以上を目標とする。
- ・本年度はデイサービス・ヘルパーステーションとの三位一体となる渉外活動を実践する。

(5) コスト削減

- ア) 職員の意識啓発により修繕費をさらに削減する。
- イ) 消耗品の在庫管理の適正化や、契約内容の見直しにより、10%以上コスト削減に努める。(全部門共通事項)
- ウ) ワークライフバランスの実現に向け、前年度に時間外労働時間を 20%削減出来た。さらに効率性を目指し効果的業務管理に努める。
- エ) 前年度研修費用の分析を基に、平成 29 年度の教育研修・学会参加等の年間教育計画に反映させる。

3. 居宅サービスの具体的目標

(1) ベルファミリア デイサービスセンター

- ア) 利用者数 平均 67 名／日、さらに中重度者ケア体制加算の取得を重点目標とする。
- イ) 法人内通所リハ事業所との連携を強化する。
- ウ) レスパイト機能の満足度を高めるため、重度要介護者に対する延長サービスの充実に努める。
- エ) 個別機能訓練加算 I 990 回／月以上、運動器機能向上加算 23 名／月以上の達成に向け、リハビリ機能を向上させる。
- オ) 介護予防日常生活支援総合事業への対応は、堺市の状況を見ながらその対応策を検討する。
- カ) 他法人からの紹介者数 60 件以上／月の目標達成に向け地域関係機関との連携強化に努める。
- キ) 当日キャンセル件数は、事前説明と連絡調整で 20%以上削減を図る。

(2) ベルファミリアヘルパーステーション

Ⅱ. 平成29年度 サンガーデン府中 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

地域住民の期待に応え、地域住民から頼りとされる施設をめざす。

中期ビジョン

地域の医療・介護の期待に対応でき、利用者の期待に応えられる老健施設をめざす。

中期戦略

今後増加が見込まれる高齢社会を見据え、高齢者の介護サービス、生活支援サービス、家族の介護支援、要支援高齢者に対する介護予防など、高齢者並びにその家族の介護生活に関して利用・相談できる一体的・連続的に提供できる施設を構築する。

施設はより開放的にし、スタッフは各地域に出向き、介護予防を積極的に取り組み在宅生活での自立支援や、地域生活で援助を必要とする高齢者の在宅サービスを展開し、医療と介護の連携をはかりながら質の高い介護サービスを提供する。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

地域に根ざした施設を意識し、在宅復帰施設、在宅生活支援を多方面から支援できる体制づくりを強化していく。全職員が、強いチームワークのもと、リハビリテーション機能を中核として、在宅サービスの機能強化をはかり、地域に必要とする上質な介護サービスを提供する。

また、地域、行政、関連機関との連携を密に、地域介護の中心的役割を果たす。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

ア) 入所（短期入所含む）

- ・利用率 98%（1 日平均延数 118 人）以上を安定的に維持するために長期入所者数を常時 90 人/日確保する。
- ・新規利用者（長期・短期含む）を 5 件/月確保する。
- ・府中病院の退院支援調整ラウンドに 2 回/月同行、近隣病院(和泉市立病院・岸和田徳洲会病院・その他回復期リハビリテーション病院など)や介護施設、開業医へ訪問し、顔の見える関係を構築し連携を深める。（目標 5 件/月）
- ・胃瘻、吸引、酸素など医療ニーズの高いパートナーを制限無しで受け入れる。
- ・誤嚥性肺炎、尿路感染、帯状疱疹が疑われる場合は施設でできる治療を行い入院数を減らす。
- ・短期入所者の登録者数を 10%増やす。（目標 330 件）
- ・居宅介護支援事業所へ空床状況を郵送する。（1 回/月）
- ・援護部と相談課が協働して、各階でのベッドコントロールと入退所管理を強化する。

イ) 通所リハビリテーション

- ・登録者数 300 名を目指し、利用者パートナー数平均 88 人/日以上をめざす。
- ・新規パートナー獲得のため、10 件/月以上の体験利用者を受け入れする。
- ・リハマネ加算Ⅱの算定による早期の目標達成と他サービスへの移行等の社会参加支援を行い、平成 30 年度の介護報酬改定時期に合わせ社会支援参加加算の取得を目指す。
- ・要支援者に対する個別リハビリを集団体操・自主トレへ移行する。
- ・リハビリニーズのみのパートナーや外来リハビリテーション終了者などの移行先として、短時間サービスの受け入れを継続して行う。（目標 15 名/日）
- ・低周波治療器(IVES)を導入し、軽度上肢・手指の麻痺を改善し、両手動作を促通し、上質な ADL・APDL を再獲得する。
- ・集客に繋がるアメニティの整備と地域の中核的なりハビリテーションセンターとしての機能がはかれるような改築計画を準備

する。

短期集中リハビリ	目標 100 回/月
認知症短期集中リハビリ I	目標 3 件/月
リハマネ加算 II	目標 20 件/月
生活行為向上マネジメント加算	目標 1 件/月

ウ) 広報活動を積極的に展開する。

- ・介護フェスタを開催する。(6月)
- ・ホームページを見直し、施設の魅力を最大限にアピールする。
- ・認知症サポーター養成講座を開催し、認知症予防啓発活動を推進する。
- ・新規事業所や新たに着任されているケアマネージャーを対象に施設見学会を開催する。(1回/年)

(2) サービス

ア) 多職種間の連携を強化しチームケアの充実をはかるために、PDCA サイクルを回していく。

- ・ミールラウンド(2回/週)、口腔ケアラウンド(1回/週)
- ・各委員会活動やプロジェクト活動の成果と体制を評価し、よりよいケアサービスに繋げる。
- ・褥瘡委員会を単独で設置し、褥瘡予防の仕組みを強化する。

イ) 家族同士の意見交換やスタッフとの交流の機会(2回/年)をもち、ニーズに応じたケアを取り入れていく。

ウ) 在宅生活を最後まで継続できるようによりよい看取りに取り組む。

エ) 在宅復帰支援機能を強化するための業務の見直しを行い、ケア提供のスケジュールや取り組みを根本から見直し、PDCA サイクルを回す。

オ) 複雑化する支援ニーズや福祉に関する需要(支援ニーズ)の質的な増大に対する管理体制を強化する。

カ) 安全管理体制の充実

- ・インシデントの分析を徹底して、情報共有をはかると共に危険予知能力を高める。
- ・個々に応じた食事形態や介助方法を行うとともに口腔ケアを徹底し、誤嚥性肺炎の予防を行う。

キ) 感染管理体制の充実

- ・感染委員会の機能を強化し、定期的な感染ラウンドを実施する。
- ・10月から12月にかけての周辺施設や和泉市感染情報から面会制限含む施設対応を早期に実施する。
- ・通所リハビリテーションも含めた感染管理を徹底する。
- ・全職員を対象とした感染予防研修を開催する。(2回/年)

(3) コスト

- ア) 既存加算を確実に取得し、新設加算の取得に向けて算定要件の整備を継続して実施する。
- イ) 消耗品の在庫管理の適正化をはかり5%以上のコスト削減に努める。
- ウ) 勤務時間のメリハリをつけるとともに職員間で協力して超過勤務5%の削減に努める。
- エ) 情報の共有化ツールを見直し、業務の効率化をはかる。

(4) 組織人材

- ア) 業務量に応じた施設内配置転換を行い適材適所の配置を推進する。
- イ) 健康で働きやすい職場環境を維持し、離職防止に努める。
- ウ) 法人共有の介護、看護キャリアパスに則り、施設内教育体制を整える。
- エ) 療養棟管理や通所管理における管理研修を企画運営する。
- オ) 介護管理マネジメント基準とマニュアルを作成する。
- カ) 介護支援専門員4名の合格に向けて支援する。
- キ) 認知症ケアチーム結成に向けて認知症ケア専門士1名、認知症実践者研修2名、認知症実践者リーダー研修1名の資格取得を支援する。
- ク) 外部研修の参加と学会発表を推進する。
- ケ) 全老健主催の実施研修施設として、外部研修の開催。
 - ・実施研修専門実技習得コース リハビリテーション、摂食・嚥下
 - ・実施研修専門実技習得コース 在宅復帰・在宅支援
 - ・実施研修専門実技習得コース 終末期ケア(ターミナルケア)
- コ) 積極的な学生実習受け入れを行う。
- サ) 専門能力の高い人材が、その能力に見合ったより専門的な業務に集中できるように業務整理し、無資格者やシルバー人材の雇用を促進し、業務分担を明確にする。
- シ) 更なるシルバー人材の活用の検討と現在の業務における評価と継

続体制づくりを行う。

3. 各居宅サービスの具体的目標

(1) サンガーデンヘルパーステーション施策

- ア) 利用者数 170 名/月、訪問件数 2100 件以上/月を目標とし、職員の資格取得支援や重度介護者 20%以上を受け入れ特別事業所加算 I の維持に努める。
- イ) 法人外の居宅介護支援事業所等にも喀痰吸引・胃瘻・看取りケアの対応が出来る事業所であることをホームページでの広報と事業所訪問での説明で新規獲得に努める。(目標新規利用者 7 名/月)
- ウ) 医療ニーズや認知症ケア、看取りに対応出来るよう内外部の研修会に積極的に参加し、専門性の向上や多職種と連携しながら良質なサービスを提供し在宅生活を支援する。

(2) 訪問リハビリテーション施策

- ア) 病院の回復期リハビリテーション病棟と連携し、継続したサービスの提供を行う。
- イ) 法人内外の訪問看護、訪問介護、通所リハビリとの連携を充実させる。
- ウ) 空き状況を法人内外の居宅介護支援事業所に報告し利用者獲得に努める(1 回/月)
- エ) 状態が安定すれば通所リハビリテーションやショートステイにも誘導し社会参加を促す。
- オ) ご家族のレスパイトケアを支援し、在宅生活の継続を支える。

(3) サンガーデンいきいきネット相談支援センターの活動目標

和泉市地域福祉総合相談員配置推進事業実施要綱に基づき、生活圏域の身近な地域において、高齢者・障がい者・子育てなど、さまざまな分野で福祉の総合相談窓口として支援を要する地域住民に対するニーズ相談、見守り、サービスへのつなぎ、心のケアなどをもって個別支援を行う。

すべての人が安心していきいきと暮らせるよう地域福祉の向上と自立生活支援のための基盤づくりを行い、地域の健康福祉セーフティーネットの構

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

IV. 平成29年度 ベルライブ 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

多様化するニーズに応え、地域に必要とされる介護福祉施設をめざす。

中期ビジョン

地域のパートナーに、多職種協働で尊厳ある自立した生活支援を実践する。また、地域の福祉ニーズを把握し、地域包括ケアシステムの実現に向け、積極的に地域社会に貢献する。

中期戦略

中・重度要介護者、認知症高齢者に注力し、多職種協働でパートナーの自立支援およびQOL（生活の質）の維持向上をめざす。

また、医療機関・ご家族・地域住民および施設内の連携を強化し、継続的な社会活動に参加できるよう支援する。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

パートナーの重度化に対応し、安心して日常を過ごせるように多職種連携のもと、自立した生活支援の実践、QOLの維持向上を実現する。

社会保障制度の推移を鑑み、今後は一層「地域包括ケアシステム」を充実させることが、高齢者介護において重要であると考えます。ベルライブは、パートナーの介護ニーズに応じていくためにも、医療機関・居宅介護支援事業所・地域住民と連携し、居宅サービスの提供体制を強化していく。

また、平成30年度の介護報酬改定・次期介護保険事業計画を目前として、本年は経営の安定化を確立することを最優先とする。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

ア) 入居部門

- ・目標パートナー数を 79.5 名／日（退居を含む）、平均介護度は 4.0 以上とし、日常生活継続支援加算の要件をクリアする。
- ・退居後の空床期間を 7 日以内とするために、あらかじめ次期入居候補者を選定しておく。
- ・入院率は 2.0%以下。フィジカルアセスメント能力を高め、早期発見・早期治療により入院を回避する。また、早期退院に対応し、入院率の低下につなげる。

イ) 短期入所部門

- ・目標パートナー数を 15.0 名／日（退所を含む）、新規パートナー数は 6.0 名／月、定期利用パートナー数を 50 名以上とする。
- ・ロングショート（2 週間以上）利用のパートナーを、5 名／月以上確保する。
- ・今年度もパートナー集客プロジェクトチームを継続し、ベルアルトとの協働により、空床防止を徹底する。
- ・ホームページにより、空床情報・行事予定等を配信する。「紹介冊子」「おたより」を発行し、効果的な PR 活動をする。
- ・重度要介護者、認知症高齢者を積極的に受け入れ、平均介護度は 3.0 以上とする。
- ・新規入居待機者に短期入所サービス利用を推奨する。
- ・新規パートナーがリピーターとなるように、援護課と相談課が連携し、「ゆき届いたサービス」を浸透させる。
- ・利用率の低い月末・月初にベルキンダー・ベルキンダー安井との世代間交流・行事・余暇活動・認知症予防（そろばん教室など）の定着化を行い、パートナーの増加につなげる。
- ・個別機能訓練加算を 30 件／月、医療連携強化加算 1 件／月、緊急短期入所受入加算 4 件／月以上算定し、利用単価を上昇させる。

(2) サービス

ア) 個々のパートナーの状態にあった認知症ケアを実践する。

- ・学習療法・そろばん教室を継続し、対象パートナーを拡大する。
- ・学習療法の担当者を決定し、環境整備・業務の定着化をはかる。

- ・DCM（認知症ケアマッピング）を認知症ケアの実践に活用する。
- ・認知症介護指導者、実践リーダー、実践者研修修了者を中心に、認知症ケアの実践と評価を実施する。

イ) PDC Aサイクルに基づいた看取りケア体制を充実する。

- ・今年度より、更新された「看取りケア指針」「看取りケア経過説明文書」を使用し、入居者のご家族の意向を尊重した看取りケアを実践する。
- ・施設内看取りを100%加算対象につなげるために、往診医と看取りケア加算について、連携と協力を依頼する。

ウ) 重度化に対応したユニットケアの充実。

- ・転倒・転落・感染・褥瘡など事故防止対策およびチーム活動を強化する。転倒・転落率は0.30%以下、褥瘡発生率はゼロとする。
- ・歯科医師と多職種協働によるミールラウンド(1回/月)を実施し、摂食・嚥下機能の向上につなげる。経口維持加算Ⅰ・Ⅱの算定については、23件/月以上を目標とする。
- ・個別口腔ケア手順によるケアを統一し、評価する。
- ・勉強会の開催を継続し、摂食・嚥下機能に関する専門知識の向上をはかる。

エ) 日々の暮らしに楽しみがあるユニットケアを実践する。

- ・パートナー満足度調査の意向を取り入れた、入居者のニーズに応える「暮らし」の実現。
- ・入居者が「楽しく」「元気になる」余暇活動を実施。
- ・24時間シートを活用した個別ケアの提供。
- ・パートナー一人ひとりが、生きがいと役割をもち、「最期までその人らしく」生活ができるユニットケアを実践。

(3) コスト

ア) 各事業の経営管理を徹底する。

- ・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保つ。
- ・事業計画進捗状況の把握と改善文化を定着させるために、「見える化ボード」を取り入れ、情報の共有をスピーディーにする。

イ) 介護用品費の見直しを行い、対前年度比3.0%以上の削減をする。

- ・在庫1ヵ所システムの浸透。
- ・排泄パターンに合わせた排泄用品を適正に使用し、無駄を省く。

ウ) 業務改善による業務量と経費の削減。

- ・5Sによる業務改善を、スタッフ一人ひとりへ浸透する。

(4) 組織人材

- ア) P D C Aをまわせる人材を育成する。
 - ・「事業計画活動進捗状況シート」を導入し、P D C A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。
 - ・未達箇所については、全部署でフォローし、自立性と成長し続ける組織をつくる。
- イ) 各種専門学校施設の施設見学受け入れおよび実習指導者の育成を強化する。
 - ・実習指導者、ユニット学生担当者を選任し、実習指導マニュアルを整備する。
 - ・実習生との関わりを親密にし、就職につながるような実習環境にする。
- ウ) 看護・介護キャリアパスに基づいた人材育成をする。
 - ・個人の目標を支援する。看護・介護キャリアラダー研修受講、介護福祉士のキャリアレベルの申請を推進する。
 - ・研修参加者による伝達講習の実施を徹底する。
- エ) 認知症専門知識の向上のため施設内外研修参加を支援する。
 - ・認知症介護実践者・実践リーダー研修、認知症介護基礎研修、認知症ケア専門士など。
- オ) 積極的な関連学会（大会）への発表を支援する。
- カ) 働きやすい職場環境を整備する。
 - ・腰痛予防策の推進。
 - ・介護負担軽減対策（介護ロボットなど）を検討。
- キ) 無資格者およびシニア層の雇用を促進し、人材確保に努める。
 - ・有資格者と無資格者の業務内容と、責任範囲を明確化する。

(5) 地域貢献

- ア) 堺市認知症介護実践リーダー研修事務局を継続する。
- イ) 生活困窮者自立支援法における就労訓練事業に協力をする。
- ウ) 認知症キッズサポーター養成講座、「べるたうん ぬくもりカフェ」（認知症の本人・ご家族の居場所づくりと地域住民の「つどいの場」）を継続する。
- エ) 「安井町いきいきサロン」に多職種が協力し、介護予防の活動支援をする。
- オ) 堺市高齢者虐待防止事業（緊急一時入所・空床確保事業）、堺市高齢

者徘徊SOSネット事業に協力をする。

- カ) 地域ニーズに沿った行事の開催や、地域社会交流の機会をもち、心身ともに楽しめるようなサービスを企画・実施する。

3. 居宅サービスの具体的目標

(1) ベルライブデイサービスセンター

- ア) 目標パートナー数を41.5名/日、新規パートナー数は7.3名/月以上とする。
- イ) 中・重度要介護者、認知症高齢者を積極的に受け入れ、中重度ケア体制加算800件/月以上、認知症加算300件/月以上を算定する。
- ウ) 通所リハビリテーションからの卒業者の受け入れ体制整備を継続する。
- エ) 効果的な広報PRをするために、ベルアルト通所リハビリテーションセンターと連携し、事業所の特徴と強みをホームページなどで地域に情報発信をする。
- オ) 医療機関、居宅介護事業所、介護サービス事業所との連携を強化する。
居宅介護支援事業所へは定期的に訪問し、情報交換を行う。
- カ) パートナーの自立支援を目標とした、多職種協働での個別、小集団機能訓練を実施する。
- キ) ワークライフバランスの実現に向け、業務内容や勤務形態を見直す。
 - ・認知症介護実践リーダー研修修了者を中心に、「くるみ庵」の人員を固定化する。また、業務分担を見直すことにより、業務の効率化につなげる。
 - ・記録の簡素化、ほのぼのとパッドなど他のシステムとの併用により、業務を効率化する。
- ク) 医療依存度の高いパートナーに対応できる知識と技術を習得する。
- ケ) パートナー、ご家族のニーズに応じたサービス提供をする。
- コ) 介護者教室を2回/年開催する。
- サ) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行準備をする。
- シ) 複合型施設の強みを活かした施設内の循環と、連携のさらなる強化。

(2) ベルタウンヘルパーステーション

- ア) 目標パートナー数は60名/月、訪問回数は313件/月(身体介護111件、生活援助202件)、新規パートナー数は3名/月以上とする。
- イ) 中・重度要介護者(身体介護)を積極的に受け入れ、生活機能向上連携

加算を1件/月、緊急訪問加算は1件/月以上算定する。

- ウ) パートナーが利用しやすいヘルパーステーションの整備。
 - ・訪問希望時間の調整の工夫と、振替利用の周知徹底。
 - ・柔軟な早出・遅出勤務の調整。
 - ・「在宅生活におけるワンポイントアドバイス」を継続して配布。
 - ・入所中、入院中のパートナーへの積極的なアプローチ。
 - ・重度、医療ニーズの高いパートナーへ対応するためにスキルを向上。
 - ・申し送りファイルを活用し、パートナーのケース情報の共有を徹底する。
- エ) デイサービスセンターとの兼務者を増やし、不足するヘルパーを確保する。
- オ) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行準備と、自費サービスを検討する。
- カ) 他事業所と顔の見える関係を構築し、連携を強化する。
- キ) 活動の取り組み、利用状況などをホームページに掲載し、効率的な広報PRをする。

4. 重点活動目標値

(1) ベルライブ (入居・短期入所)

(入居・短期 単位：人/日、新規 単位：人/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入居	79.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	79.0	79.0	79.0	79.0	80.0
短期入所	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
新規利用者	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0

*入居・短期は退所を含む

(2) ベルライブデイサービスセンター

(通所 単位：人/日、新規 単位：人/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
通所	40.0	41.0	42.0	42.0	41.0	42.0	42.0	42.0	42.0	41.0	41.0	42.0
新規利用者	7.0	7.0	8.0	8.0	8.0	7.0	8.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0

V. 平成29年度 ベルアルプ 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

「地域の介護・高齢者福祉の拠点施設をめざす」

医療と介護の複合施設の強みを活かし、ベルアンサンブル内での協働と地域との連携により、地域包括ケアの担い手としての介護拠点施設をめざす。

中期ビジョン

地域で介護を必要とするパートナーが安心して暮らし続けることができるよう地域および関連機関との連携を深め、質の高い介護・福祉サービスが提供できる施設をめざす。

中期戦略

複合施設の機能を活かし、在宅での生活が困難となる中重度要介護者および認知症高齢者の積極的受け入れを推進するとともに、在宅生活支援事業を強化する。

また、各種サービスの活用と地域に向けた情報発信や活動を通じて、施設と地域との相互関係の促進をはかる。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

パートナーの重度化に伴う多様なニーズに応える看護・介護の質向上をはかるとともに、利用者満足度の高い生活支援サービスを提供する。

また、地域および関連機関との連携を深め、地域の高齢者介護を支える福祉施設としての実績向上に努める。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

ア) 入居部門

- ・ 平均利用者数を **78.3** 人／日 (**98%**) を目標とする。
入居者の健康管理を多職種協働し強化する。
入院中のパートナーの治療経過を把握し、家族と今後の方向性について、1 ヶ月経過時に話し合いの場を持つ。
- ・ 入居者の平均介護度 **4.0** 以上を目標とする。
- ・ 退居後の空床期間を5日以内として、できる限り早期入居者を判定し決定する。
- ・ 認知症加算、経口維持加算などを維持継続し、質の向上に努める。

イ) 短期入所部門

- ・ **18** 名以上／日 (**90%**) を目標とする。
- ・ 定期利用者数を **80** 名／月以上を目標とする。
- ・ 渉外活動をより活発化させる。
- ・ 緊急受け入れ体制およびADL・IADLの維持向上をめざした個別機能訓練を強化する。
- ・ 地域主催の研修や認知症カフェへの参加を積極的に行い、介護支援専門員との情報の共有化に努める。

(2) サービス

ア) 平成30年度第三者評価再審を職員へ周知し準備を行う。

- ・ 各種マニュアルの見直しを行う。

イ) 看取り介護の充実

- ・ P D C Aサイクルにより再構築した看取り介護を実践する。
- ・ 家族、職員間で情報共有をしっかりと行い、充実した看取り介護を実践していく。
- ・ 家族、スタッフに対して実施しているグリーンケアを継続する。
- ・ デスカンファレンスを継続し今後のケアに繋げる。

ウ) 重度化に対応した多職種協働による健康維持

- ・ 摂食、嚥下チームによる定期的な嚥下評価を行い、最後まで「口から食べる」ことを支援する。
- ・ 継続して歯科医師・歯科衛生士と協働し口腔ケアを徹底する。
- ・ 認知症ケアとして学習療法を継続し、さらに取り組みを強化するため

にワーキングチームを編成し施設全体で取り組む。

- ・ NM式評価を継続し入居者個々の機能評価を行い、日々のケアの評価に繋げる。
 - ・ 入居者の状況に応じた個別機能訓練の実施。
 - ・ 栄養状態や皮膚状態に留意し、褥瘡予防に努める。
 - ・ 発生時はDESIGN-R評価を実施して早期治癒に繋げる。
- エ) ユニットケアを充実させる
- ・ 24時間シートは、個別性の高いケアプランが反映されているかをチェックする。
 - ・ 介護記録の質を高め、個別ケア実践の評価を行う。
 - ・ 居室やリビングなどの生活環境が安心して生活できる空間づくりに取り組む。
 - ・ 自宅での生活がイメージできるように配食や調理レクリエーションに積極的に取り組む。

(3) コスト

- ア) 各種、設備機器の効率的な維持管理に努め、経費削減に繋げる。
- イ) 業務の効率化などにより、時間外勤務削減に取り組む。
ノー残業デーを月1回実施する。
- ウ) 消耗品の適正使用と発注管理を継続し、コスト削減に努める。

(4) 組織人材

- ア) 職員がやりがいを感じる職場づくりに取り組む。
- イ) キャリアパスを活用し、教育の充実をはかり、個々の職員のキャリアアップを支援する。
- ウ) 介護研究の取り組みを学会、福祉施設大会等で発表する。
- エ) 年間研修計画に基づき施設外研修に参加する。
- オ) 認知症介護リーダー研修、認知症実践者研修の受講を支援する。
- カ) 超過勤務の分析、業務改善を実施し働きやすい職場づくりをする。
- キ) 有休取得率を向上させ、介護職のワークライフバランス実現をめざす。
- ク) 施設内でユニットケア活動実践報告会を開催し情報の共有をはかる。

(5) 地域公益事業の実施

- ア) ベルアンサンブルと連携し、地域への「出前講座」を継続する。

- イ) 地域住民との交流の場、「ベルアルプふれあい喫茶」「ぬくもりカフェ」を継続する。
- ウ) 社会貢献事業への取り組みを行っていく。

3. 重点活動目標値

- (1) 今年度の月別1日平均パートナー数の目標値は次の通りとする。

(単位：人／日)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入居	79	78	79	78	78	79	79	78	78	78	78	78
短期	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
通所	32	32	33	33	33	33	34	34	33	33	33	34

4. デイサービスセンターの具体的目標

- ア) 新規利用者4名以上を確保し、平均利用者数33人／日为目标とする。
 - ・ 登録者数 100名以上 を目標とする。
 - ・ アピールポイントを明記したチラシなどを作成し、渉外活動訪問時に配布する。
- イ) リハビリ機能を強化し、利用者の個別機能訓練のニーズに柔軟に対応するとともに、ベルピアノ病院通所リハビリとの連携に努める。
 - ・ 地域包括支援センターとの連携を強化する。
 - ・ 中重度者ケア体制加算、認知症加算を維持継続する。

VI. 平成29年度 ベルキンダー 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

保護者と地域の人々から信頼され、愛され続けるこども園をめざす。

中期ビジョン

幼保一元化のメリットを活かしベルキンダー独自の『質の高い幼児教育と保育活動』を確立する。

中期戦略

堺市の待機児解消が進む中、堺市全域の公立保育所が平成29年度より認定こども園へと移行し、ますます園児獲得に苦慮する現状がある。園児・保護者・地域の子育て家庭を大切にし、寄り添う事で、一步一步確かな子育て支援の輪を広げる。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

チームワークで実践する安心・安定・安全な教育・保育

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

園児数 166名 (定員の119%)

一時預かり事業 450名以上/年

休日保育事業 350名以上/年 をめざす。

質の高い教育・保育の提供と地域への丁寧な子育て支援をPRすることで、

選ばれるこども園となり安定した経営を進める。

(2) 質の向上

平成 30 年度より改訂となる、幼保連携型認定こども園教育・保育要領の周知をはかる研修を実施する。

- ア) インクルーシブ教育・保育の推進をはかり、障がいの有無・愛着形成に課題のある児、誰もが仲間と共に育ち合える環境づくりをめざしそれを実践する保育教諭自身も教育・保育活動を通して人間力に磨きをかける。
- イ) リスクマネジメントの強化をはかり、事故予防・緊急時対応力を向上させる。

(3) 組織人材

- ア) 主任・リーダーは保育教諭への助言・指導や人材育成の役割に加え、他の関係機関との連絡・調整の役割が担えるよう、外部研修への受講を支援し園全体の質の向上をはかる。
- イ) 職員一人ひとりが主体となり、生き活きと教育・保育活動が展開出来るよう、園内行事・委員会等での運営に参画していく。

(4) 連携

- ア) 堺区の子育ち支援者会議（民生委員・主任児童委員・家庭児童相談員・社会福祉協議会・保健センター・公立民間こども園）と協働し、地域に開かれた子育て拠点づくりを進め、堺区の子育てネットワークを牽引していく。
- イ) 生涯の学びの根幹『学びに向かう力』は、乳幼児期に育つ事を再確認し、学校教員と連携を持ち、小学校への接続カリキュラムを作成する。

Ⅶ. 平成29年度 ベルキンダー安井 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

子育てキーステーションとして信頼され、選ばれるこども園となる。

中期ビジョン

地域に愛される安心・安全なこども園づくり

中期戦略

職員教育に努め、質の高い教育・保育を提供し、職員・子ども・保護者がともに育ち合える土壌づくりをしていく。また、働きやすく、やりがいや達成感を感じ自己肯定感が育まれるよう職場環境を整え、離職ゼロをめざす。

平成29年度 事業計画

1. 平成29年度基本戦略

徹底した情報共有とPDC Aでステップアップをはかる。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

定員の119%を受け入れ、一時預かりにも柔軟に対応する。

(2) 質の向上

ア) 時代のニーズに応え、必要な情報を適宜共有・提供していく。

- イ) 園児を取り巻く環境も注視し、一人ひとりの育ちを支える。
- ウ) ヒヤリはっと強化で、安全な環境づくりをする。
- エ) メンタルケアでさらなる健全なチームワークを構築する。
- オ) 設備などの不具合を改善する。
不具合が目立つ放送設備と保育室内線工事に着手する。

(3) コスト

- ア) 無駄な消費を抑え、エコに努める。又整理整頓で時間のロス減らして効率よく働ける環境を作る。
- イ) 連携強化で効率アップをはかり、定時あがりをめざす。

(4) 組織人材

- ア) キャリアアップをめざし、必要な研修を受講できる体制を整える。
- イ) 職位に求められるスキルを理解し、具体的な計画を立てる。

Ⅷ. 平成29年度 中第3地域包括支援センター 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

堺市中区における地域包括ケアシステムの実現をめざす

中期ビジョン

堺市中第3地域包括支援センターの担当圏域において充実した包括的支援事業を展開する

中期戦略

担当圏域の地域住民に対し、ワンストップサービスの精神のもと、サービスの充実性、職員の誠実性をもって包括的支援業務を行う

また、行政や医療・多機関、居宅介護支援事業所、介護系(施設)サービス事業所等と連携し、堺市においての新しい総合事業の開始と歩みに貢献する

平成29年度 事業計画

1. 基本戦略

堺市は、平成29年に介護予防事業の再編と普及啓発のため、介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)を実施する。

堺市の施策の動向や意向に則り、新しい総合事業の利用が円滑にできるよう、地域住民への周知、居宅介護支援や介護サービス事業者と連携し、地域包括支援センター業務に努める。

2. 重点活動事項

- (1) 新しい総合事業の制度のもと介護予防ケアマネジメントを支援する。
- (2) 高齢者の自立に向けた介護予防ケアマネジメントを実施する。
- (3) 様々な関係機関とネットワークの構築をはかり高齢者の住みやすいま

ちづくりをめざす。

(4) 認知症高齢者支援の推進をめざす

3. 重点活動目標値

(1) 堺市介護予防・日常生活総合事業

【指定介護予防支援業務】

a. 包括受託分

(単位：件／月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	100	100	100	100	100	100
新規契約	3	3	3	3	3	3
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	100	100	100	100	100	100
新規契約	3	3	3	3	3	3

※給付件数の内60%が介護予防・生活支援サービス（総合事業）利用

b. 事業所委託分

(単位：件／月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	350	350	350	350	350	350
新規契約	10	10	10	10	10	10
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	350	350	350	350	350	350
新規契約	10	10	10	10	10	10

※新規の内60%が介護予防・生活支援サービス（総合事業）利用

【介護予防ケアマネジメント】

a. 介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型、担い手登録型）

(単位：件／月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	6	6	6	6	6	6
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	6	6	6	6	6	6

b. 一般介護予防事業 (単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	3	3	3	3	3	3
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	3	3	3	3	3	3

c. 短期集中（通所型） (単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	2	2	2	2	2	2
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	2	2	2	2	2	2

(2) 包括的支援業務

【高齢者総合相談】 (単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	18	18	18	18	18	18
再相談	200	200	200	200	200	200
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	18	18	18	18	18	18
再相談	200	200	200	200	200	200

【包括的・継続的ケアマネジメント支援】 (単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
CM支援	10	10	10	10	10	10
連絡会等	1	1	1	1	1	1
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	10	10	10	10	10	10
連絡会等	1	1	1	1	1	1

(3) 地域包括支援センター運営業務の具体的目標

ア) 新しい総合事業の制度のもと介護予防ケアマネジメントを実施する。

- ・ 利用者の自立した生活の支援に資するよう介護予防・生活支援サービスを活用する。

- ・ 担い手登録型、短期集中サービス事業所とのネットワーク構築をはかる。
 - ・ 介護系サービス事業所と総合事業に関する意見交換会を開催する。
- イ) 高齢者の自立に向けた介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ・ 介護予防ケアマネジメント検討会議に参加し、介護予防に資するケアマネジメントを実践する。
 - ・ 多職種協働による個別ケースを支援し、個別の課題解決、地域課題の発見等を行い高齢者支援のネットワークを構築する。
 - ・ 地域の社会資源を把握し新総合事業実施に関する啓発を地域住民に周知していく。
- ウ) 様々な関係機関とネットワークの構築をはかり高齢者の住みやすいまちづくりをめざす。
- ・ 中区高齢者支援ネットワーク会議、高齢者関係機関会議へ参加する。
 - ・ 中区医療と介護と保健をつなげる会の開催。
 - ・ 多職種事例検討会の開催し堺市医師会、薬剤師会、歯科医師会、各職能団体と中区において医療・介護の連携を深める。
- エ) 認知症高齢者支援の推進をめざす。
- ・ 認知症初期集中支援チームとの協働的ケアの実践
 - ・ 認知症サポーター、キッズサポーター養成講座の開催
 - ・ 民生委員、地域住民と協力し、認知症高齢者とその家族を地域で支え、見守る仕組みづくりを行う。

IX. 平成29年度 介護相談センター 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

地域とともに成長していく居宅支援事業所をめざす

中期ビジョン

在宅療養を継続できるように、医療と介護サービスをつなぎ、地域包括ケアシステムの構築に中心的な役割を果たす。

中期戦略

多様化かつ複雑化していく利用者ニーズに対し、多職種、多機関と協働して支援できるチームを形成する。

平成29年度 事業計画

1. 基本戦略

地域や法人内の医療、介護、福祉の多職種協働の中心的な役割を果たし、地域の多様なニーズに対し最良のマネジメントを実践出来る人材を育成し、地域に信頼される居宅支援事業所となる。

2. 重点活動事項

(1) 安定した事業所運営

- ア) 特定事業所集中減算を回避し、運営基準の遵守することにより経営面で安定した収益を上げる。
- イ) 地域のニーズに対し、柔軟に対応しながら介護プランにシフトした事業所運営を行う。

- ウ) ふちゅう介護相談センター、ベルタウン介護相談センターが事業所加算Ⅰを維持していく。
- エ) 5介護相談センター間で受け入れ状況を共有し、新規相談の調整を行い利用者を確保する。
- オ) IT化を検討し業務改善に繋げる。

(2) 質の高いケアマネジメントの実践。

- ア) 地域の医療機関との連携を強化し、迅速な退院支援を行う。
- イ) 多種多様なニーズに対応できるように、医療と介護の多職種、他部門との連携、協働によるマネジメント力を身につける。
- ウ) 専門職としての役割、組織内での役割、事業所内での役割を明確にしやりがいに繋げる。
- エ) 何でも相談でき、何時でも注意し合え、お互いに尊重し高め合え、職相互チェックが出来る職場環境作り。
- オ) 法人内関係機関との連携を強化し、総合力を発揮するため、情報共有、事例検討会、交流会等を企画する。

(3) 人材育成に関する取り組み。

- ア) 主任介護支援専門員会による教育、連携、地域分科会活動を継続する。
- イ) 介護支援専門員キャリアパスの運用に向けての体制作りを行う。
- ウ) 大阪府介護支援専門員法定研修の実習を受け入れる。
- エ) ケアマネジメント学会等で学術的視点での研究発表の取り組みを行う。
- オ) 介護支援専門員協会の運営、企画に参画する。

(4) 地域活動の推進。

- ア) 各圏域の地域包括支援センター、各事業所母体機関との協働により地域住民対象の行事を企画運営し積極的に参画する。

3. 重点活動目標値

(1)ふちゅう介護相談センター

(単位：件／月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	532	533	534	535	536	537
新規契約数	15	15	15	15	15	15

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	538	540	541	543	545	547
新規契約数	15	15	15	15	15	15

(3) ベル介護相談センター

(単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	720	720	682	682	682	691
新規契約数	16	16	16	16	16	16
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	691	691	691	691	686	686
新規契約数	16	16	16	16	16	16

(3) ベルタウン介護相談センター

(単位：件/月)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	260	260	260	260	260	260
新規契約数	5	5	5	5	5	5
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	260	260	260	260	260	260
新規契約数	5	5	5	5	5	5