

## VI-3. 平成30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30年度 事業計画

### 1. 平成30年度基本戦略

介護・看護・リハビリテーションの質を向上し、パートナー本意に寄り添った「オーダーメイド介護」を実践する。組織一丸となって、生産性の向上と業務の効率化に取り組み、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する。

通所リハビリテーション部門は、アウトカム評価を意識したリハビリテーションを実施し、機能の充実をさらに高める。入所部門は、老健施設本来の役割である在宅復帰・在宅生活支援に徹し、超強化型の基準を堅持することにより、経営の安定化をはかる。

### 2. 重点活動事項

#### (1) 利用者獲得

##### 【目標】

- ア) 超強化型の基準である在宅復帰・在宅療養支援機能の評価項目を堅持する。
- イ) 目標パートナー数を、入所は97.5名/日（退所を含む）、通所は57.0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。

##### 【パートナー確保策】

- ア) 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、地域包括ケア病棟を有する病院が1名/月、急性期病院5名/月、その他・かかりつけ医1名/月以上。
  - ・登録パートナー数は、短期入所110名以上、通所は200名以上を確保する。
  - ・地域においてトップレベルの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・動画を作成し、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。
- イ) パートナー集客のために、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。
  - ・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。

- ウ) 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。
- エ) 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。
  - ・通所部門にも支援相談員を配置し、マネジメントの効率化をはかる。

## (2) サービス

### 【新規サービスの展開】

- 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。
  - ・送迎体制を見直し、パートナーの多様なニーズに応える。
  - ・リハビリテーション会議にテレビ電話等を導入し、業務の効率化をはかる。
- イ) ICFの活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
  - ・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。
  - ・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。
  - ・通所リハビリテーションに運動器機を充実させ、自主トレやADL訓練を強化する。

### 【既存サービスの改良】

- ア) 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すめる。
- イ) 安心安全な「食」を提供し、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/4月開催し、在宅での食生活をサポートする。
  - ・低栄養リスク改善に向けたより一層の栄養管理に努める。

### 【受け入れ体制の整備】

- ア) 在宅復帰が円滑にできるように、入所時・退所前後訪問を対象者の30%以上に実施する。
  - ・人員と時間の有効活用により、送迎業務と訪問指導を組み合わせる。
- イ) 在宅復帰の促進と身体機能の向上につながるように、パートナー自力での排せつに向けた支援を行う。
  - ・排せつ支援加算は対象者全員に算定する。
- ウ) おもてなしを大事にした、温もりのある介護の実践。
- 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。

## (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）ⅢまたはⅣ算定の平均月間目標値を、30 件以上とする。インセンティブ付与である社会参加支援加算を今年度も取得し、報酬単価アップにつなげる。
- ・リハマネ加算Ⅰは150 件／月以上、短期集中個別リハビリテーション実施加算は100 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またはⅢ・Ⅳの算定へ移行可能かを定期的に検討する。
- イ) 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。
- ウ) 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8 件／月以上、口腔衛生管理体制加算は70 件／月以上を算定。
- エ) 施設管理の充実を図り、パートナーの療養環境を整える。
- オ) 業務内容の見直しを行い、経費削減・利益確保に努める。
- ・通所部門に特定小型電力トランシーバー等を導入し、業務の生産性をあげる。
- カ) 近隣かかりつけ医と連携し、多剤投薬の減薬に努め、医薬品費を3%削減する。
- キ) 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。
- ・悠人会会計担当国会議の運営、外部監査往査に全面協力をする。

#### (4) 組織人材

- ア) 各部門に「事業計画活動進捗状況シート」（新バージョン）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) 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。
- ウ) 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、褥瘡ケア計画に基づき、発生防止を徹底する。褥瘡発生率はゼロをめざす。
  - ・喀痰吸引や経管栄養が必要なパートナーを、利用者数の5%以上受け入れる。
- エ) 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

ップを育成する。

- オ) 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。
- カ) 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。
  - ・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。
  - ・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。
- キ) 施設貢献ができる看護・介護スタッフを育成する。
  - ・目標管理シートを活用し、目標管理の徹底と支援を行う。
  - ・認知症実践リーダー研修、介護支援専門員、実習指導者等の人材育成につながる資格取得を奨励する。
- ク) 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・認知症予防講座を開講。
- エ) 地域ケア会議（介護予防マネジメント事業）への協力。
- オ) 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。

3. 重点活動目標値

(1) 施設

(入所 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
*入所	97.5	97.5	97.5	98.0	98.0	98.0	97.5	97.5	97.0	97.0	97.0	97.5
新規	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0

\*入所は退所を含む。

