

VI-4. 平成30年度 ベルライブ 事業計画

中期事業計画

10ヵ年基本方針

ユニットケアと在宅サービスの充実、質の高い看取りと認知症ケアを実践することにより、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、地域包括ケアシステムの実現に向け、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、重度化防止・自立支援に繋がる介護サービスを提供し、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重度化防止・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30年度 事業計画

1. 平成30年度基本戦略

パートナーが安心して日常を過ごせるように、多職種連携で、自立した生活支援と重度化防止のアウトカム評価を意識したケアを実践し、QOLの維持向上を実現する。

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する。パートナーの介護ニーズに応えることにより、充実した「地域包括ケアシステム」の構築へと繋げる。

主体的に行動ができる人材を育成し、業務の効率化と標準化を推進し、経営マネジメント力を強化させていく。

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得（空床防止と加算の取得により経営の安定化をはかる）

ア) 入居部門

【目標】

- ・目標パートナー数を 79.5 名／日（退居を含む）、平均介護度は 4.20 以上とし、日常生活継続支援加算の要件をクリアする。

【パートナー確保策】

- ・退居後の空床期間を 5 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。早期発見・早期治療により入院を回避する。医療機関との連携により、早期退院に対応し、入院期間を短縮する。

イ) 短期入所部門

【目標】

- ・目標パートナー数を 15.0 名／日（退所を含む）、個々の利用者の状況を踏まえ短期利用又は長期利用を考慮し空床防止を徹底する。
- ・重度要介護者、認知症高齢者を積極的に受け入れ、要介護 3.0 以上の割合を 70%以上とする。看護体制加算Ⅲイ・Ⅳイ、認知症専門ケア加算Ⅱを算定する。
- ・個別機能訓練加算を 50 件／月、医療連携強化加算 1 件／月、緊急短期入所受入加算 6 件／月以上算定し、利用単価を上昇させる。

【パートナー確保策】

- ・行事予定等を早期に配信し、効果的な P R 活動をする。
- ・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。
- ・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。

(2) サービス

【認知症ケア】

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。

- ・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。

【看取りケア】

ア) 医師と連携し、看取りケア体制をさらに充実する。

- ・施設内看取りを 100%加算対象につなげるために、医師と連携する。

【ユニットケア】

ア) 自立支援・重度化防止に向けたユニットケアの充実。

- ・転倒・転落・感染など事故防止対策およびチーム活動を強化し、転倒・転落率は0.30%以下とする。
- ・褥瘡発生リスクのある入居者には、多職種協働で褥瘡管理に関するケア計画を作成し、発生ゼロをめざす。
- ・喫食量や食形態の確認を随時行い、低栄養のリスクを回避する。
- ・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。
- ・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。
- ・多職種協働で排泄支援計画を作成し実践する。

イ) 日々の暮らしに楽しみがあるユニットケアを実践する。

- ・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たもつ。

イ) 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。

ウ) ベルアルトとの協働により、生活機能向上連携加算を入居・短期入所・通所介護において算定する。

(4) 組織人材

ア) PDCA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」(新バージョン)を導入し、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。
- ・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。

- ・個々の目標管理シートに基づいたキャリア支援を実践する。
- ・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（見守りセンサーなど）を検討。
 - ・介護実践に関する実態調査・キャリアに関する実態調査に基づいた職場環境の改善を行う。
 - ・ベトナム介護人材確保の取り組みに向けて業務の見直しおよび人材育成の受け入れ体制を整備する。
- 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。
- ク) 「人」が輝く 10 カ条の実践、浸透。

(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) C S Wは生活困窮者自立支援法における相談依頼に協力をする。
- ウ) 認知症キッズサポーター養成講座、「べるたうん めくもりカフェ」（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 S O S 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

【利用者獲得】

- 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) 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。
- ウ) 効果的な広報 P R 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や動画などで地域に情報発信をする。
- エ) 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。

【サービス】

- ア) 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。
- イ) 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。
- ウ) 介護者教室を2回/年開催する。
- エ) アウトカム評価に対応できるように、ADLアセスメントに関しての評価をFIMからBI（Barthel Index）に変更し自立支援、重度化防止に繋げる。

【コスト】

- ア) 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。

【組織人材】

- ア) 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、特定小型電力トランシーバーやコミュニケーション介護ロボットの活用などにより、業務を効率化する。
- イ) 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。
- ウ) 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

【利用者獲得】

- ア) 目標パートナー数は 57 名/月、訪問回数は 313 件/月（身体介護 121 件、生活援助 192 件）、新規パートナー数は 3 名/月以上とする。
- イ) 中・重度要介護者と自立支援のための(身体介護)を積極的に受け入れる。
 - ・身体介護として行われる「自立支援のための見守りの援助」を明確化する。
- ウ) 活動の取り組み、利用状況などをホームページに掲載し、効果的な広報PRをする。

【サービス】

- ア) リハビリ専門職との連携により個々の利用者の生活機能を高める。
 - ・生活機能向上連携加算を 1 件/月以上算定する。
- イ) 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。
 - ・緊急訪問にも積極的に対応する。(緊急訪問加算は 1 件/月以上算定する。)
 - ・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・遅出勤務等、訪問シフトの調整。
 - ・「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。
- ウ) 保険外自費サービスを検討する。

