

平成' \$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。

VI. 平成30年度 社会福祉法人悠人会 各施設別事業計画

VI-1. 平成30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、経常利益5%を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30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3年目であり、施設経営の安定と発展をめざし各事業の運営に取り組む。

その目標達成に向け、法人内・外の施設や関連機関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、介護報酬改定への対応を講じる重要な年である。

在宅サービス部門においては、地域の環境特性を熟知しエリアの拡大をはかる。また、「顔の見える関係」「迅速かつ柔軟な対応」「正確な情報提供」を行うため、各事業所への訪問やICT等の活用により、利用者獲得に向けて連携を強化し、揺るぎない関係性を構築する。

今後、さらに利用者の重度化が進む中、特別養護老人ホームの役割である「生活機能の向上」「認知症ケア」「嚥下機能の支援」「看取り介護」などの専門性を強化することで、地域に貢献し最も信頼され、選ばれる施設づくりをめざす。

職員にとってやりがいと働きがいのある満足度の高い職場環境づくりを整備し、キャ

リアパス制度により質の向上と人材確保を強化し、充実した介護・看護体制の維持に努める。

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。説明同意⇔カンファレンス⇔グリーフケア⇔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。
- ・入居面談時に施設看取りや入居申し入れ状況に対して、施設独自の点数の加点を実施する。
- ・入居時の看取りケアの指針についての説明を継続する。
- ・高齢者の加齢に伴う身体的変化、病気の特徴等の理解を得る。
- ・配置医師複数配置・24時間医療連携による配置医師緊急対応加算取得に向け整備する。

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。
- ・なじみのある居室環境で、安心して暮らせる生活環境の継続。
- ・堺市からの委託事業である、認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修の運営に協力する。
- ・認知症ケアの質的評価のためのDCM・各種療法の継続評価を基にしたカンファレンスを実施する。
- ・認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修修了者を各ユニットに配置し、アセッサーの役割を実施する。
- ・認知症ケア学会で症例を発表する。(2 演題)
- ・認知症介護研究・研修センターの事業である認知症ケアレジストリ研究のBPSDスポット調査への協力を行う。

エ) 嚥下機能の支援と食生活の充実

- ・誤嚥性肺炎での入院件数1%未満を目標とする。

- ・ 歯科衛生士・S Tによる研修を実施する。(関連施設へ協力依頼)
- ・ 嚥下アセスメントからラウンド、評価までのフローチャートの作成を行い継続的かつエビデンスを持ったケアを実践する。
- ・ 個別の口腔ケアの計画をケアプラン内容に反映、協力医療機関との連携をはかり、口腔ケアの徹底・質向上に繋げる。
- ・ 口腔衛生管理体制加算(30単位/月)の算定を継続する。
- ・ 口腔衛生管理加算(90単位/月)の算定に向け体制を整備する。

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)
- ・ 見守り支援システム「眠りSCAN」の導入検討により、睡眠・覚醒と在床・離床の見える化を実施し、医療重度入居者の異常の早期発見に繋げることを検討する。
- ・ 褥瘡のアセスメント・リスク判定・支援計画・評価のマネジメントを実施し、褥瘡マネジメント加算(10単位/月)の算定を行う。
- ・ 褥瘡については、フローチャートの作成を行いアセスメントの見直しをOTと連携し個別に応じた発生予防策を立案する。
- ・ 低栄養リスクの高い入居者に対して、他職種合同のカンファレンスを実施する。
(低栄養リスク改善加算 300単位/月)
- ・ 近隣医療機関や老人保健施設と連携し、空床期間の短縮を効率よく実施するために、入居申し込み件数増加に向けた取り組みを行う。

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し、情報共有と信頼関係の形成に努める。(2回/年)
- ・ 家族に高齢者の健康についての情報(看護だより)を発行する。
(4月より1回/2ヵ月)
- ・ 入居者・家族参加型のサービス担当者会議を継続し、信頼と安心が提供できる機能を向上させる。(家族参加率80%以上)
- ・ 朝食バイキング・家族参加型の居酒屋・外食支援等の実施で高齢者の交流や楽しみを創造する。
- ・ 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三者委員からの客観的意見を施設サービスに反映させる。(1回/月)
- ・施設と地域がつながる季刊誌を発行し地域に配布する。(4回/年)
- ・災害時における地域住民の避難支援対策として、地域住民参加型の防災訓練を開催する。

(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(あつとほむ)」を継続し、地域での役割を拡大する。(1回/2ヵ月)
- 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) 「オール大阪の社会福祉法人による社会貢献事業」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、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。(毎週木曜日開催)
- キ) 地域包括支援センターが主導する医療と介護、保健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をめざし、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。
 - ・健康フェスタを継続する。
 - ・近隣校区及び地域の青年団へ「認知症サポーター研修」実施を検討する。
 - ・夏祭り等の施設行事において、地域ボランティアの積極的な受け入れを継続する。(喫茶、音楽、オカリナ、ピアノ等)

(3) 人材の育成

キャリア形成・自己実現を支援し、法人のめざす職員を育成

- ア) 職員個々のキャリアニーズに応じた研修の参加を促進する。
 - ・キャリアパス以外に職員のニーズから施設内・外の教育研修計画の策定を行い質の高い人材の育成を行う。
 - ・キャリアパス研修の内容を施設へ還元できるシステムの構築を行う。
 - ・レベルⅡの申請希望の意識調査を部署内で実施する。
- イ) 看護師のユニット配置を継続し、介護職との協働関係を継続する。
- ウ) 認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修の受講を支援する。
- エ) 研修受講後の閲覧・伝達講習について徹底する。
- オ) 援護部の年間教育計画立案時に講義・実技ともに、フォローアップができる研修体系を構築する。
- カ) 積極的な実習生の受け入れ体制を整備する。
 - ・インターンシップを5月・7月・10月に開催する。
 - ・大阪府下全域への介護の専門学校へアプローチを行い、介護人材の獲得をめざす。

(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以上割合 70%以上、入院率 2%未満、誤嚥性肺炎での入院率 1%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。
- オ) 短期入所部門
 - ・15.0名/日以上の利用を目標とする。(利用率 93.8%)
 - ・要介護3以上の利用者増をめざす。(新規利用者数 5件/月)
 - ・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 230 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行う。
- ・ 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。
- ・ デイサービス・ヘルパーステーションと三位一体となる渉外活動を継続する。
- ・ 認知症専門ケア加算Ⅱ（4 単位／日）の算定を準備する。
- ・ ケアプランセンター以外の医療機関や訪問看護ステーションなどへ訪問し地域の関連機関と連携を強化し、地域の信頼度を上げる。
- ・ 空床情報の更新継続と電子媒体での相談機能を向上させる。
（外出時、通信機器により緊急利用に応じる体制を整備）

(5) コスト削減

- ア) 職員の意識啓発に努め、修繕費の削減をはかる。
- イ) 物品の管理方法を再確認し、日用品や衛生材料等の削減を徹底する。
- ウ) リネン類の定数の見直しを行い、経費削減に繋げる。
- エ) 契約数について業務課と連携し、適正な使用を行う。

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 63.6 名／日为目标とする。
- イ) 中重度ケア体制加算を算定し、増収をはかる。
- ウ) 業務内容を見直し、予算を立て経費を削減する。
- エ) 大人の学校メソッドを導入し、認知症予防に対する取り組みを行う。
- オ) マニュアルの整備を行い、業務の標準化をはかる。
- カ) 送迎ルートの確認・人材を有効活用し効率化を検討する。
- キ) 研修参加・個人資格の取得を促し、個々の能力向上をはかる。
- ク) 個別機能訓練加算Ⅰ 950 回／月、Ⅱ 420 回／月、運動器機能向上加算 28 名／月。

(2) ベルファミリア ヘルパーステーション

- ア) 新規利用者を獲得し、訪問人数を増やすことで、訪問件数の増加をはかる。
利用者数 平均 168 名／月、訪問件数 平均 1,615 件／月为目标とし、特定事業所加算Ⅰ取得を継続する。
- イ) 訪問介護員を確保し、利用者のニーズに沿った訪問ができるように勤務形態の調整を継続する。

- ウ) 本人の意向をもとに、家族や介護支援専門員、各サービス事業者と連携をはかり、在宅生活が継続できるよう協力する。
- エ) 利用者個々の援助内容を見直し、身体介護の利用回数増加に繋げる。
- オ) 自立支援の機能を高めるため『自立支援のための見守りの援助』を明確化し、『生活援助』→『身体介護』へ随時変更して行く。
- カ) 作業療法士による身体介護研修を開催し、身体介護ができる登録ヘルパーを育成する。(2回/年)
- キ) ヘルパー定例会で『認知症ケア』についての研修を開催する。
- ク) 『生活援助』及び『堺市訪問型独自サービス』援助内容の見直し・新規受け入れについて検討する。

4. 重点活動目標値

(1) 施設

(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
入所(要介護3以上)	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8	97.8
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
(要介3以上)	8.0	8.0	9.0	9.0	10.0	10.0	10.5	10.5	10.5	11.0	11.0	11.0
(要介2以下)	7.0	7.0	6.0	6.0	5.0	5.0	4.5	4.5	4.5	4.0	4.0	4.0
通所	62.0	63.0	64.0	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0	63.0	62.0	62.0	62.0
(要介3以上)	17.0	17.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	17.0	16.0	15.0	15.0
(要介1~2)	31.0	32.0	32.0	33.0	33.0	33.0	33.0	33.0	32.0	32.0	33.0	33.0
(要支1~2)	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0

(2) ベルファミリア ヘルパーステーション

(単位：人/月、回/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
利用者数	162	163	164	166	167	168	169	171	172	172	172	173
(介護給付)	90	90	91	91	92	92	93	94	94	94	94	95
(予防給付など)	70	71	71	72	72	73	73	74	74	74	74	74
(自立支援)	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4
訪問回数	1,540	1,550	1,575	1,590	1,610	1,625	1,635	1,640	1,650	1,650	1,660	1,660
(身体介護)	500	500	510	510	520	520	530	530	540	540	550	550
(生活支援)	610	610	610	610	610	610	610	610	610	610	610	610
(予防給付など)	400	410	420	430	440	450	450	450	450	450	450	450
(自立支援)	30	35	35	40	40	45	45	50	50	50	50	50

VI-2. 平成30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、地域住民から信頼される施設をめざす。

中期ビジョン

地域の医療・介護の要望に対応でき、利用者の期待に応え、信頼さ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。

I C T (Information Communication Technology) を活用し、多職種との情報共有をはかるとともに、職員の業務負担軽減をはかっていく。

平成30年度 事業計画

1. 平成30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、在宅復帰を今以上に強化し、在宅支援を継続出来るように、リハビリテーション機能を中核として、地域高齢者が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%以上（1 日平均延数 118 人）を目標とする。
安定的な利用率維持のため、ロング（退所先未定の長期入所者）4 割、ミドル（退所先が確定している長期入所者）3 割、短期 3 割での病床運用を実施する。
- ・新規利用者（長期・短期含む）を 5 件／月確保する。
- ・和泉市の病院、開業医への訪問活動を行い、新規利用者獲得につなげる。
（訪問件数 40 件／年）
- ・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。
- ・施設でできる治療は、早期から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）
- ・援護部と相談課の協働での各階ベッドコントロールと入退所管理強化を継続する。
- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標 70 以上の基準を維持する。

イ) 通所リハビリテーション

- ・利用パートナー数平均 88 人／日を目標とする。
登録者数は 300 名を確保する。
- ・新規利用パートナー確保のため、10 件／月以上の体験利用を受入し、体験利用者の 70%以上を新規利用につなげる。
- ・リハビリマネージメント加算ⅡとⅢを積極的に算定する。（200 件／月）
- ・社会支援参加加算を取得する。（平成 31 年度）
- ・要支援に対する個別リハビリから集団体操・自主トレへの移行を継続する。
- ・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）

ウ) 広報活動

- ・介護フェスタを開催する。（目標 100 名）
- ・ホームページを定期的に更新し、施設の取り組みをアピールする。
（12 回／年以上）
- ・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。
- ・ケアマネ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。
- ・多職種協働による口腔ケアマネジメント体制を強化する。

- ・各委員会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。
 - ・褥瘡予防の仕組みを強化し、褥瘡マネジメント加算を算定する。
- イ) 通所リハビリテーションで高齢者の生活意欲や自立意識を高める事を第1の目的とし、機能訓練、脳リハビリなどを国語・算数・理科・社会などの授業という形で提供する。(15名/日)
- ・通所リハビリテーションで定着後に入所での提供も開始する。
- ウ) 週1回の利用者検討会議を週2回に増やし、急性期病院からの受入を迅速に行う。
- エ) 家族同士の意見交換やスタッフとの交流の機会を持ち、ニーズに応じたケアを取り入れていく。(2回/年)
- オ) 認知症利用者の在宅支援に必要なパンフレットを作成し、職員・家族ともに認知症ケアの質向上をめざす。
- カ) 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み、パンフレットの追加修正、マニュアルの見直しを行う。
- キ) 在宅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。
- ・R4システムを活用し、インテイクからアウトテイクまでの管理を強化する。
 - ・理学療法士や作業療法士をフロア専属とし、生活場面にも積極的にセラピストが介入し、リハビリ視点の伝達と定着を行う。
- ク) 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。
- ケ) 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とも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。
- コ) 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。
 - ・周辺施設や和泉市感染情報を収集し、面会制限、フロア移動制限を含む施設対応を早期から実施する。
 - ・通所リハビリテーション利用中の利用者から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)
- サ) 家族交流カフェを開催する。(1回/年)

(3) コスト

- ア) ICTを導入し、記録の簡素化と多職種の情報共有をはかり超過勤務5%削減に努める。
- イ) 平成30年度介護報酬改定での新規加算項目を算定する。
- ウ) 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。

生活支援	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650
身体・生活	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

4.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

- ア) 利用者数 160 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) 居宅介護支援事業所に実績、評価報告書の手渡しを継続し、顔の見える関係作りや、利用者の情報提供を迅速に行い新規獲得に努める。
(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。
- エ) 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションと連携し、生活機能向上連携加算を算定する。(1 件／月)

(2) 訪問リハビリテーション

- 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。
- カ) iPad の導入による記録の簡素化と職員間の情報共有を高める。

(3) サンガーデン府中いきいきネット相談支援センター

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、生活圈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築とトータルな地域ケアシステムの実現をはかる。

- ア) 地域の総合相談窓口であることの周知に努める。

- イ) 地域活動へ積極的に参加し地域に認知される。
- ウ) 多種多様化する相談事例に対応するべく、協力体制づくりを行い各専門機関との連携をはかる。
- エ) 幅広い知識と技術の向上に努める。

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

- スタッフを育成する。
- 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。

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。

VI-5. 平成30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30年度 事業計画

1. 平成30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に努める。
- ・多職種協働による健康管理を強化し、入院率低下に努める。

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。
- ・緊急ショート受け入れを断らない。
- ・生活プログラムの内容を工夫し、利用者満足度向上に努める。
- ・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) 認知症ケアの取り組み

- ・認知症ケア加算(Ⅱ)を取得する。
- ・認知症ケア委員会を立ち上げ、認知症ケアの充実をはかる。
- ・BPSDなどの症状に対して分析、アセスメントをスタッフが無理なくできるようなアセスメントツールを検討する。
- ・認知症の方へ関わりの方法（ユマニチュード etc）をさらに浸透させ、入居者に安心したケアを提供して行く。
- ・学習療法を施設全体で取り組み、さらに充実させていく。

イ) 入居者・職員にも「楽なケア」を展開する。

- ・スライディングシート、スライディングボード、リフトなどの導入を検討する。

ウ) 介護記録の効率化、入居者の見守りなどに、AI 導入を検討する。

エ) 看取り介護の継続

- ・PDCAサイクルにより看取り支援を展開する。
- ・パートナー、家族に寄り添い、こまめな情報提供で不安の軽減に努める。
- ・家族、スタッフに対して実施しているグリーフケアを継続する。
- ・49 日に手紙とアルバムを作成しお届けする。
- ・デスカンファレンスの見直しを行い充実させる。

オ) 褥瘡発生予防を計画的に実施し、褥瘡発生ゼロを継続する。

- ・栄養状態や皮膚状態に留意し、関連職種協働で褥瘡管理に関する計画を作成し、褥瘡マネジメント加算を取得。

カ) 介護福祉士による喀痰吸引を積極的に実施し、誤嚥性肺炎予防に繋げる。

キ) 画一的な訓練でなく、各個人に合った個別機能訓練を実施する。

- ・ポジショニング、シーティングの評価を適宜行い、常に良い姿勢で生活できるよう支援する。

ク) 平成 30 年度第三者評価再審を職員へ周知する。

(3) コスト

- ア) 時間外勤務削減（目標 10%減）
 - ・業務効率化に取り組み、会議開催を時間内に実施する。
 - ・ノー残業デーを月 2 回実施する
- イ) ワーキングチームにより、消耗品等の適正使用、管理を行う。
- ウ) 職員の物品などに対する意識啓発を行う。
 - ・大切、丁寧な使用で修理・修繕費を削減する。
- エ) 水道光熱費の削減に努める。

(4) 組織人材

- ア) 看護・介護キャリアパスを活用し人材を育成する。
 - ・個人目標を明確にし、達成できるよう支援する。また、達成感を感じることでやりがいに繋げる。
- イ) 外部研修などに積極的に参加し、新たな資格、知識を得ることで、自身の成長発達に繋げることができ、施設にも活かせる。
認知症実践者研修・認知症実践リーダー研修・ユニットリーダー研修 など
- 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) 有休取得率を向上させ、介護職のワークライフバランスを実現させる。
- オ) 「楽なケア」を導入し実践して行くことで、働き続けられる環境作りをする。
- カ) ユニットケアを充実させ、評価することでやりがいに繋げて行く。
- キ) 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。(3月)

(5) 地域貢献

- ア) ベルアンサンブルとして、地域との交流を積極的に行う。
住民向けセミナー開催、防災フェスタ、自治会への出前講座など
- 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」の開催を継続する。(毎月)
- ウ) 地域の認知症カフェに職員も積極的に参加し、地域との交流をはかる。

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	34	34	34	33	33	33	33	33

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名／日为目标とする。
- ・登録者数 100名以上 を目标とする。
 - ・渉外活動を継続し、体験利用者4名／月为目标とする。
- イ) リハビリ機能を強化し、個別機能訓練のニーズにも柔軟に対応する。
- ・ベルピアノ病院通所リハビリとの連携に努める。
- ウ) パートナーの健康管理に注意し、キャンセル減少に努める。
- エ) 地域包括支援センターとの連携を強化する。
- オ) 中重度者ケア体制加算、認知症加算を維持継続する。

VI-6. 平成30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

堺区の待機児解消が進む中、園児獲得に苦慮する現状があるが、地域との密接な繋がりが持てるよう子育て支援の輪を広げるとともに、一人ひとりの子どもと保護者に寄り添い続ける安心で安全な教育・保育を行う。

平成30年度 事業計画

1. 平成30年度基本戦略

働きやすい現場が生み出す豊かな教育・保育実践

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

園児数 167名 (定員の119%)

一時預かり事業 300名以上/年

休日保育事業 350名以上/年

(2) 質の向上

平成30年度に施行される保幼小の教育保育要領改訂にあたり、園内の教育・保育実践の再点検を行う。

- ア) 改訂の中で明示化された『就学までに育みたい姿』『非認知能力の促進』を職員研修に組み入れ実践力を養う。
- イ) 小学校と連携を持ち就学に向けた『接続期カリキュラム』を実施することで、園児保護者・保育教諭・学校教員へ好循環がもたらされる取り組みをめざす。
- ウ) 園内の中核的役割を担う保育教諭への外部連続研修参加を支援する。

(3) 組織人材

- ア) 働く環境（時間・休暇）を管理する。
超過勤務時間 10%削減と有給休暇消化率 15%UPをめざす。
- イ) 働き甲斐のある環境整備に努める。
業務改善の中で自ら掲げた行動目標や教育保育運営の参画により得られた満足感をフィードバックすることで個々の能力開発や意欲を向上させる。
- ウ) 健康福祉短大を資源とした連携と協働
 - ① 教員との懇談会・研修会開催 ②授業への協力 ③学生・園児との交流等を通して積極的に関わりを持つことによって学校へ貢献し、保育教諭の資質向上・人材確保に繋げる。

VI-7. 平成30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

キャリア・アップのための研修履行を勧め、質の高い教育・保育を提供する。
また、意欲を持って働けるように職場環境や職員体制を整える。

平成30年度 事業計画

1. 平成30年度基本戦略

職員間の真の信頼関係を構築し、チーム力を発揮する
～互いを認め合い、補い合える職員集団に～

2. 重点活動事項

(1) 利用者獲得

教育・保育内容を積極的に発信し、堺市との連携も密に取りながら園児を獲得し、安定経営をめざす。

(2) サービス

育児相談・育児講座など地域の子育て家庭の心の拠り所となるように、園庭開放や一時預かりのリピーターを丁寧を受け入れる。

(3) コスト

無駄を省いて、要・不要を見極め、整理整頓し計画的な物品の調達を行う。
時間内に効率よく業務を終わらせる職場風土を醸成する。

(4) 組織人材

権限委譲で人を育て、個人・集団の成熟度に着目し、モチベーションUP！
“あるべき姿”に導くよりも“ありたい姿”を主体的に描き、意欲をもって
それぞれ自己研鑽し、学びに向かう意欲を最大限支え合い相互啓発する。

3. チーム力UPで進めるベルキンダー安井の具体策

ア) 増収策の具体的内容

- ・補助金の取りこぼしの無いように、小学校接続加算のための連携や計画
施設関係者評価加算のための地域との連携
- ・省エネ工事の効果目標、温室効果ガス排出量減6tをめざす。

イ) 標準化の具体策

- ・行動基準5分前行動など、できることから達成感を味わいながら進めて行く。
- ・整頓の基準も可視化し、誰もが取り組みやすい方法から、少しずつステップアップしていく。

ウ) 削減効率化の数値目標

- ・書類などの重複部分を削除し、相互援助で必要な時間を捻出して効率的な業務
管理をする。

エ) 人材確保と人材育成について

- ・退職しなければ人材確保の必要性が無くなる。時短制度など育児休暇の後、
安心して勤められるワークライフバランス構築をめざす。

オ) 連携へのみちのり

- ・本音で語り合い理解しあう、真の信頼関係構築のためのプロセスを歩む。
- ・めざす目標を明確にし、各々の価値観も共有し反映する。

VI-8. 平成30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

1. 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。

2. 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。

3. 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・関係機関、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、堺市の新総合事業、介護予防事業の発展に貢献する。

平成30年度 事業計画

1. 基本戦略

堺市総合事業が開始され2年目を迎え、住民主体の担い手型サービスを始め短期集中通所サービスの利用の促進が市としても課題である

近年、身寄りのない方への支援の在り方に『元気な、うちから委任契約の推進』が推奨され、民間の市民後見人の育成も大きな課題である。2025年の地域包括ケアシステムの醸成に向け、住民ひとり一人の生活基盤を支えるシステムづくりに地域と医療・介護・法律家との協力を得ながら中区の地域包括ケアシステムづくりに貢献したい。

2. 重点活動事項

- (1) 地域住民や関係機関にとっていつでも相談できる体制の見直し
- (2) 地域活動の充実と活動範囲の拡張

(3) 地域ケア会議の開催から地域課題における協働的支援の実践

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

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	85	90	95	100	105	110
新規契約	3	3	3	3	3	3
初回型 ケアマネジメント	2	2	2	2	2	2
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	115	120	125	130	130	130
新規契約	3	3	3	3	3	3
初回型 ケアマネジメント	2	2	2	2	2	2

b. 事業所委託分

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	400	400	400	400	400	400
新規契約	15	15	15	15	15	15
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	400	400	400	400	400	400
新規契約	15	15	15	15	15	15

【介護予防ケアマネジメント】

一般介護予防事業

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	5	5	5	5	5	5
健康教室	3	3	3	3	3	3
健康講座	3	3	3	3	3	3
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	5	5	5	5	5	5
健康教室	3	3	3	3	3	3
健康講座	3	3	3	3	3	3

(2) 包括的支援業務

【高齢者総合相談】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
相談件数	25	25	25	25	25	25
再相談	350	350	350	350	350	350
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談件数	25	25	25	25	25	25
再相談	350	350	350	350	350	350

【包括的・継続的ケアマネジメント支援】

	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) 地域住民や関係機関からいつでも相談できる体制の見直し

- ・日、祝日も事業所を開所し地域住民から相談件数増、安心と信頼感を獲得する
 - ・人員体制の見直しより受託プランを85件/月平均⇒/130件月を見込む
 - ・勤務体制を見直し住民主体の定例会議へ全職員が参加。一方、超過勤務を抑制
- 【現行】8時45分から17時15分(法人規定)
 9時00分から17時30分(堺市基準)
 【追加】12時00分から20時30分(独自新設)

イ) 地域活動の充実と活動範囲の拡張

(認知症施策に資する支援)

- ・中学校(泉ヶ丘東、平井)キッズサポーター養成講座を開催
- ・郵便局、JA職員向け認知症サポーター養成講座を開催
- ・地域住民向け認知症サポーター養成講座を開催
- ・堺市嘱託医相談、認知症初期集中支援チームとの連携
 (地域住民の介護予防と健康寿命のための健康教室の実施)
- ・久世校区:榊矢、伏尾、高山、小阪団地、小阪西町(増加)、ビューロ久世
- ・西陶器校区:うぐいす、辻之、田園、星和台

- ・東陶器校区:いきいきサロン
- ・福田校区:いきいきサロン
- ・深阪校区:いきいきサロン

ウ) 地域ケア会議の開催から地域課題における協働的支援の実践

- ・郵便局員、農協職員、地方銀行職員との意見交【圏域レベル】
- ・権利擁護、地域からの相談事例、居宅からの相談事例【個別レベル】
- ・個別レベルから圏域の課題、圏域レベルから個別課題の支援方法を検証

VI-9. 平成30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30年度 事業計画

1. 基本方針

介護支援専門員としての専門性を高め、誇りと自信を持って地域の多様なニーズに応えられるようにマネジメントを実践する。

2. 重点活動項目

(1) 安定した事業所運営

- ア) ふちゅう、タウンの事業所加算Ⅰを維持する。ベルシャンテの事業所加算Ⅲの取得を行う。
- イ) ケアプラン数増に伴い人材確保し、運営基準を遵守する。
- ウ) 入院時情報連携加算、退院退所時加算、ターミナルマネジメント加算を積極的に算定する。
- エ) 法人内関連機関、地域の医療機関との連携強化により利用者確保を行う。
- オ) 事業所加算算定要件(新設)である他法人の事業所と事例検討会、研修会を企画運営する。

(2) 業務改善

- ア) 5事業所全体でIT導入に向け、プロジェクトを立ち上げる。
- イ) 各事業所で日常業務の整理を行い、可能な限り紙媒体での情報を削減する。

(3) 人材育成

- ア) キャリアパスラダー申請、研修会参加の推奨を行う。
- イ) 多様な価値観に対する受容が出来るように、柔軟な対応、多角的な視点でマネジメントが出来る人材教育を行う。
- ウ) 介護支援専門員実務者研修実習受け入れを行う。

(4) 地域活動の推進

- ア) 各支部における介護支援専門員協会活動の企画、運営に積極的参加を行う。
- イ) 各事業所母体機関と協働し、地域住民向けの出前講座等の企画及び講師として積極的に参画する。

2、重点活動目標数値

(1) ふちゅう介護相談センター

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	563	565	567	569	571	573
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	575	577	579	581	583	585
新規契約数	15	15	15	15	15	15

(2) ベル介護相談センター

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	692	692	700	700	694	694
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	702	702	702	698	696	696
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

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	240	240	240	240	240	240
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	250	250	250	250	250	250
新規契約数	5	5	5	5	5	5

(4) ベルアンサンブル介護相談センター

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	430	433	435	439	441	442
新規契約数	10	10	10	10	10	10
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	448	451	451	457	459	462
新規契約数	10	10	10	10	10	10

(5) ベルシャンテ介護相談センター

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
給付件数	122	125	126	129	132	135
新規契約数	4	4	4	4	4	4
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
給付件数	142	148	153	159	165	171
新規契約数	6	6	6	6	6	6