

# 令和2年度事業計画

## 1. 依田窪老人保健施設のテーマ

### 「全人的ケア&全人的リハビリ」

「ケアとリハビリとは別々なものではなく、表裏一体のもの」

ケアを提供する側はリハビリを意識してケアを提供し、リハビリを提供する側は生活機能の改善、ICFのステップアップを視野に入れながらリハビリを提供していきます。

「全人的」という言葉の中に、サービスを提供する側の精神性が含まれています。

1. お年寄りを大切にし、心のこもったケアを提供する。

1. お年寄りから見たら自分の命がこんなにも大事にされている。

それを生きる力・生きる喜びに変えていっていただくよう、私たちは取り組んでまいります。

## 2. 3つの基本

### 1. 理念を大事にする

「この地域の高齢化社会をしっかりと支える」「お年寄りに喜びを与える」

### 2. 職員の満足

基本にあるのは「和」の精神、職員相互に配慮しあって、優しくあって、みんなでがんばれる体制を作っていく。

### 3. 利用者満足

全人的ケア・全人的リハビリを推進することによって、お年寄りに少しでも幸せ感、満足感を与えて、いい人生だったと印象付けられるようにしたい。

## 3. スローガン

「One Team」「One for all. All for one(purpose)」

## 4. 各部署の事業計画

### 【看護師】

目 標

1. 老健看護師としての使命・役割を理解し、ケアチームのリーダーとしての役割を発揮する

2. 利用者、家族との信頼関係を構築し、在宅復帰支援に積極的に参加する

年間計画	具体的な計画
1. 老健看護師としての使命・役割を理解し、多職種のファンリテーターとなる	①看護師業務の評価・修正を行い、定着化を図る
	②カンファレンス・訪問への参加と適切なアドバイスを行う
	③多職種でのカンファレンスを実施し、利用者の情報共有・ケアプランの評価・修正を行う
	④看護師として老健全体を俯瞰し、利用者の健康管理を行う
	⑤業務の効率化と時間管理
2. 利用者、家族との信頼関係を構築し、在宅復帰支援に積極的に参加する	①利用者とその家族の在宅復帰に必要なアセスメントができる
	②事故など、異常時は速やかに利用者の状態を確認し、多職種で情報共有を行い対応する(必要時は医師へ報告する)
	③家族に利用者の状態や生活の様子について情報提供を行う(面会時等)
	④各カンファレンス・訪問等を通し、併設病院の看護師、訪問看護ステーション、地域ケアマネやかかりつけ医、薬剤師との連携を図る
	⑤介護・リハビリ職員との連携強化を図る。生活リハビリを定着させ、在宅復帰支援につなげる

【Aユニット】

目 標

1. クリティカルパスを活用し利用者や家族、多職種間で情報の共有を図り、在宅復帰に向けた自立支援を計画的に行う。
2. 利用者や家族の意向の実現に向けた目標を設定し、具体性のあるケアプランを作成し、多職種協働で実践する。
3. 看・介護の専門職として知識や技術を高める。
4. 職員の心身の健康管理や職場環境の整備と管理ができる。

年間計画	具体的な計画
1. クリティカルパスを活用し利用者や家族多職種間で情報の共有を図り、在宅復帰に向けた支援を計画的に行う。	クリティカルパスを活用し家族へ利用者の状態や生活環境に関する情報を発信し、情報を共有する。
	カンファレンスや訪問等で得た情報に基づき、自立支援に向けたケアを計画的に実行する。
	利用者一人ひとりの現状を把握し、情報を共有できるように記録に残す。
2. 利用者や家族の意向の実現に向けた目標設定を行い、具体性のあるケアプランを作成し、多職種協働で実践する。	利用者や家族の意向を聞き取りし、自立支援に向けたケアプランを立案する。
	R4システムのDo機能を活用し、目標達成に向けたケアを実践し、継続的に課題の抽出、解決を図る。
	個別カンファレンスを活用し、利用者一人ひとりの状態や状況変化を多職種で日常的に検討や評価を行い、情報の共有を図る。
	利用者一人ひとりが役割を持ち、作業活動やレクリエーション、生活リハビリを通じて活動性を高める。
3. 看・介護の専門職として知識や技術を高め、実行できる。	各種資格取得(介護福祉士・ケアマネージャー等)
	施設内外での研修に参加する機会を設け、専門職としての知識や技術を習得し業務に活かす。
	全人的ケア・全人的リハビリの実践成果を研究としてまとめ発表する。
	委員会活動を理解し、委員会で決定された内容をユニットへ発信し、検討が必要な内容に関しては委員会内で検討する。
	ユニット会議内で勉強会を行い、知識、技術の向上を図る。
	看取りケアに対する知識を深める。
4. 職員の心身の健康管理や職場環境の整備と管理ができる。	利用者や家族の安心・安全を確保するため、施設におけるリスクを把握し、管理する。
	施設基準に即した接遇や言葉遣い、身だしなみを遵守する。
	日課表や業務マニュアルに即した業務遂行と目標管理シートの進捗状況を確認し、健全な職場環境作りや職員育成を図る。
	職員が心身共に健康で業務に従事できる職場環境の管理・改善を行う。

【Bユニット】

目 標

1. 利用者個々のケアプランに沿った、全人的ケア・全人的リハビリへの取り組みの実施。
2. クリティカルパスを活用し、多職種が連携した在宅復帰、在宅支援の取り組みの実施。
3. 人生夢会議の実施。
4. ケアプランに沿った適切なケアを提供する為、専門職としての知識や技術の向上を図る
5. 円滑なユニット運営が出来るよう、職場環境の整備と健康管理を行う。

年間計画	具体的な計画
1. 利用者個々のケアプランに沿った、全人的ケア・全人的リハビリへの取り組みの実施。	①利用者の生活者としての視点を持ち、生活の様を理解した明確な目標を記したケアプランを立案する。
	②ユニット会議、個別カンファレンスで利用者の課題、目標を共有し、全員が目標達成の為にケアを実施する。
	③①で作成したケアプランに沿って、②で目標を共有し統一した全人的ケア、全人的リハビリを実施する。
	④利用者、家族、職員の三位一体でケアを実施する。利用者、家族との関わりを強化する。
	⑤全人的ケア・全人的リハビリに沿った、施設内研究に取り組む。
2. クリティカルパスを活用し、多職種が連携した在宅復帰、在宅支援の取り組みの実施。	①クリティカルパスを活用し、多職種が連携し、退所までの道筋、家族への指導等マネジメントが出来る。
	②情報の発信を行い、他職種やユニット内での情報共有を行う。
	③クリティカルパスを活用し家族指導、外泊等を行い、在宅復帰を見据えた家族へのケアを行う。
3. 人生夢会議の実施。	①人生夢会議を実施するにあたり、ユニット内で勉強会を行う。
	②利用者、家族に人生夢会議について理解してもらえよう、資料等を用い話し合いを行い、人生夢会議を開催する。
	③②で表出された利用者、家族の想いに共感し、それに対するケアの検討、実施ができる。
4. ケアプランに沿った適切なケアを提供する為、専門職としての知識や技術の向上を図る。	①施設理念、基本方針を理解し、利用者の在宅復帰や在宅生活継続を支援する。
	②施設内外での研修参加と書籍を用いて、知識や技術を習得する。
	③褥瘡や看取りケアに対する知識を深め実践する。
5. 円滑なユニット運営が出来るよう、職場環境の整備と健康管理を行う。	①言葉遣い・身だしなみなど、社会人としてのマナーが守れる。
	②業務の見直し、検討を行い職場環境の整備を図る。

## 【ユニット】

目 標

- 1)全人的ケア・全人的リハビリの核となる個別ケアの充実を図り、利用者が明確な目標や役割をもって生活できる。
- 2)リハビリの視点を持った生活リハビリに取り組み在宅復帰に向けた家族への情報提供・指導を行う。
- 3)専門職として意識の向上を図り、自らが考え行動できる。

年間計画	具体的な計画
1. 全人的ケア・全人的リハビリの核となる個別ケアの充実を図り、利用者が明確な目標や役割をもって生活できる。	①利用者、家族の意向をふまえ、在宅生活に向けた目標設定、在宅生活で問題となる日常動作を中心にADLの維持・向上を意識した個別性のあるケアプランを作成する。
	②①で作成されたケアプランに沿って在宅生活を意識した個別ケアを実行しモニタリングを行う。
	③クリティカルパスを活用し、入所から退所までの流れを家族、他職種と共有する。カンファレンスの日程や、利用者の状況について自ら発信を行う。
	④利用者の目標を提示し、利用者、家族、職員が共有できるよう発信する。
	⑤目標を達成するために必要なケアについて情報共有し、他職種と連携する。
	⑥利用者一人一人が役割や強みを活かした、作業活動や趣味を通じて活動性を高める。
2. リハビリの視点を持った生活リハビリに取り組み在宅復帰に向けた家族への情報提供・指導を行う。	①リハビリとの情報共有を密に行い、生活リハビリがどのような意味を持っているのかをしっかりと理解しケアを行う。
	②家族との関係づくりを大切に、在宅生活に向けた情報提供、家族指導を行う。
3. 専門職として意識の向上を図り、自らが考えて行動する力をつける。	①社会人として正しい職員として、正しいマナー・接遇・言葉遣いで勤務する。
	②施設内外の研修への参加、ユニット会議内での勉強会を行い知識、技術の向上に努める。
	③介護プロフェッショナルキャリア段位制度を活用して、ユニット職員のレベル認定を行う。
	④職員1人1人が自発的に自由に発言できる環境を作る。
	⑤ケアプラン作成方法についての勉強会を開催し、職員1人1人が利用者に向けたケアプランを作成する。
	⑥自分がすべきことを考え責任を持って仕事に取り組むことができる。

## 【通所リハビリテーション】

目 標

1. 自立した生活が送れるよう全人的リハビリ・ケアを提供し、心身の機能維持回復を目指す。
2. リハビリテーションセンターとして、地域と連携、情報の発信を行い、安定した利用者数を維持する。
3. 専門職として知識や技術を高め、業務に活かすことができる。
4. 利用者や家族が安心安全に利用できる施設として職員の健康管理、職場の環境整備・管理ができる。

年間計画	具体的な計画
1. 自立した生活が送れるよう全人的リハビリ・ケアを提供し、心身の機能維持回復を目指す。	①利用者や家族の意向を把握し、ケアプランに沿って計画的にケアの提供を行う。
	②ショートカンファレンスで意見交換し、情報共有する。
	③利用者一人ひとりが活動性を高めることができるよう、作業活動やレクリエーション内容の充実を図る。
	④手作りおやつ (随時)
	⑤クラブ活動 (毎日)
	⑥利用者の健康管理を行う。
2. リハビリテーションセンターとして、地域と連携、情報の発信を行い、安定した利用者数を維持する。	①ケアマネージャーと連携し、年間を通した利用者人数の確保と新規利用者の獲得を図る。
	②地域や各事業所に向けた広報活動や宣伝活動を行う。
3. 専門職として知識や技術を高め、業務に活かすことができる。	①施設内研修の開催や外部研修の通知を行い、専門職としての知識や技術を習得する機会を作る。
	②全人的リハビリ・ケアの成果を研究としてまとめる。
4. 利用者や家族が安心安全に利用できる施設として職員の健康管理、職場の環境整備・管理ができる。	①施設基準に即した接遇、言葉遣い、身だしなみを守る。
	②日課表やマニュアルに即し、業務を遂行する。
	③節電、節水の働きかけや適切な職場環境の設定、物品管理を行う。

## 【リハビリ】

### 目 標

1. 地域の高齢者が在宅生活を継続できるように超強化型老健としての役割を果たす。
2. 個別カンファレンス等を活用し、多職種と連携し目標が伴った「生活リハビリ」に取り組み在宅復帰を目指す。
3. 退所後、安心して自宅での生活が再開できるように、計画的に訪問リハビリを展開する。
4. 利用者がよりその人らしく暮らし、最後の時を満足して迎えることができるように多職種で「人生夢会議」に取り組む。
5. 地域の高齢者が長く自宅での生活を継続できるように、通所リハビリテーションとしての役割を果たす。

年間計画	具体的な計画
1. 地域の高齢者が在宅生活を継続できるように超強化型老健としての役割を果たす。	①地域の中で超強化型老健の果たす役割とは何か検討する。
	②利用者が、在宅生活を継続するために必要な地域の福祉環境を知り、在宅復帰に向けて多職種と準備ができる。
	③地域貢献活動を通じ、老健としての役割を果たす。
	④地域のリハビリ専門職員と情報交換し、目標を統一したリハビリを展開し在宅生活を支援する。
2. 個別カンファレンス等を活用し、多職種と連携し目標が伴った「生活リハビリ」に取り組み在宅復帰を目指す。	①多職種で「個別カンファレンス」を実施することが継続できる。
	②「個別カンファレンス」の中で、利用者、ご家族の希望、心身状態、ご自宅での生活状況等を多職種で共有し、目標を統一できる。
	③生活の中でご本人、多職種が統一した「生活リハビリ」を定着できる。
3. 退所後、安心して自宅での生活が再開できるように、計画的に訪問リハビリを展開する。	①利用者、ご家族が安心して在宅復帰ができるように、必要に応じて入所中より退所後の訪問リハビリを計画できる。
	②訪問リハビリにて、環境設定、ご本人、ご家族への指導や練習を行い、在宅復帰された利用者様の在宅生活を援助する。
	③訪問リハビリ、通所リハビリ、短期入所等を併用する利用者は、情報を共有し統一した目標を持ってリハビリを行える。
4. 利用者がよりその人らしく暮らし、最後の時を満足して迎えることができるように多職種で「人生夢会議」に取り組む。	①「人生夢会議」の内容について、会議に参加し多職種と検討できる。
	②「人生夢会議」の実施状況をリハビリ職員に紹介しリハビリ職員内で会議の状況を共有できる。
	③症例を重ねる中で、その人らしく暮し、最後の時を満足して迎えることができるために、施設でできることは何か検討できる。
5. 地域の高齢者が長く自宅での生活を継続できるように、通所リハビリテーションとしての役割を果たす。	①利用者が活き活きと通所リハビリテーションセンターを利用できるように、多職種で提供内容を検討できる。
	②地域全体を視野に入れた通所リハビリテーションセンターとしての役割を多職種で検討できる。
	③高齢者が住み慣れた自宅で長く生活が続けられるように、ケアマネ等地域の多職種と連携することができる。

## 【支援相談員】

### 目 標

1. 年間入所率97%以上を目標とし、5・6・10・11月の入所率安定、一般入所が7割をきらないようベッドコントロールする。
2. クリティカルパスを運用し計画的な在宅復帰・在宅支援を多職種と連携を図りながら進める。

年間計画	具体的な計画
1. 年間入所率97%以上を目標とし、5.6.10.11月の入所率安定、一般入所が7割をきらないようベッドコントロールする。	①夏期や冬期に集中せず年間を通じて安定した入所利用をしていただけるよう居宅介護支援事業所や医療機関等への発信を行う。空床情報をFAX等で発信する。一般入所が7割をきらないようベッドコントロールを進める。
	②年間を通した一般入所・在宅のスケジュールをたててご家族・ケアマネージャーに提案・相談する。時期をずらした退所、日程調整も行っていく。重度者の割合を意識し、入退所の調整を行う。
	③利用者獲得の為医療機関への訪問を積極的に行う。利用者の減っている地域に注目し、医療機関への営業、居宅介護支援事業所への情報発信を行う。
2. クリティカルパスを運用し計画的な在宅復帰・在宅支援を多職種と連携を図りながら進める。	①計画的な在宅復帰・在宅支援ができる様クリティカルパスを運用する。
	②クリティカルパスを活用し、家族とのカンファレンス・介護指導・外泊等を計画的に実施する。カンファレンスを通し、新たな方向性や介助方法を家族に提案していく。
	③多職種との情報共有を図るため、日々の声かけや状況の確認、ショートカンファレンス等の参加も含め積極的に情報収集を行う。
	④多職種との情報共有を図り、家族・ケアマネージャーへより正確な情報提供を提供していく。