

平成 24 年度 介護老人保健施設やわらぎ 目標

■施設全体スローガン

『専門職としての役割に責任を持ち、連携・協働のもと、利用者様に必要なサービスの提供を行い、目標を持って生活していけるよう支援いたします。』

■各事業所・部署 年間目標

| | |
|-------------------|--|
| <p>老人保健施設やわらぎ</p> | <p>「御利用者様、御家族様、職員同士のつながりを大切にし、個々に合ったサービスの提供に努めます。」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. お1人でも多く在宅復帰に繋がるように、他職種が共同し支援する。 <ol style="list-style-type: none"> ①御家族、他職種による入所時カンファレンスの開催。 <ul style="list-style-type: none"> ・プラン（施設、リハビリ、栄養）作成のため、目標の明確化。 ・情報の共有化。 ②3か月カンファレンスの開催。 <ul style="list-style-type: none"> ・目標の評価。 ・今後の課題の明確化。 ③家族カンファレンス100パーセントを目指す。 ④担当のカンファレンス参加。 <ul style="list-style-type: none"> ・担当としての意識づけ。 ⑤御家族とのコミュニケーションの充実。 <ul style="list-style-type: none"> ・面会時の情報提供。 2. 個々に合った生活リハビリの提供。 <ol style="list-style-type: none"> ① ハビリストッフとの連携をとり、生活に密着したリハビリを提供する。 3. 看護、介護のプロとして、適確なケアを提供する。 <ol style="list-style-type: none"> ①専門職としての業務の明確化。 ②自己研鑽。 |
| <p>デイケアやわらぎ</p> | <p>「 ご利用者一人ひとり目標を持って頂き、よりよい在宅生活に繋がられるような時間・空間を提供する 」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ご利用者が安心・安全に在宅生活が送れるよう、他職種と協同し支援する。 <ol style="list-style-type: none"> ①デイケア担当医師・受け持ちリハビリ担当者、看護師、介護福祉士等による、ご利用者のリハビリカンファレンスの実施。 ②デイケア個別援助計画のカンファレンス実施を定例化する。 必要なケースの場合は管理栄養士にも参加を依頼する。 ③新規ご利用者（要介護者）は、利用後2週間目にカンファレンス実施。 新規ご利用者（要支援者）は、利用後1ヶ月目にカンファレンス実施。 ④ご利用者のリハビリ計画・個別援助計画は期日終了前に各受け持ち担当者が |

| | |
|----------------|---|
| | <p>責任を持ちカンファレンスを開催し、各計画書を作成する。</p> <p>⑤カンファレンス記録・個別援助計画は、新しいソフトに入力する。 また、カンファレンス内容は、カルテに綴じる。</p> <p>2. ご利用者個々にあった、生活リハビリを提供する。</p> <p>①個別リハビリテーション計画・デイケア個別援助計画に基づき、日常生活リハビリを実践する。</p> <p>②ご利用者が主体的な行動が取れるよう場面の提供を行う。</p> <p>③個別レクリエーション（体操・脳活性・創作活動・個人活動）参加を促し効果測定を継続する。</p> <p>3. 看護・介護としての責任を持ったケアを行う。また、各専門職との連携協力を行う。</p> <p>①デイケア業務の再考</p> <p>②各自看護専門職・介護専門職として、自己のおかれている状況を把握し自己覚知と自己研鑽を行う。</p> <p>③デイケアスタッフとして、互いの仕事を尊重し協力する。</p> <p>④各専門職・各部署に協力し、連携能力を培う。</p> |
| ヘルパーステーションやわらぎ | <p>利用者様ひとりひとりにあった在宅生活が送れるように支援・サービスを提供致します</p> <p>①ケアプランに基づき統一したケアを行なう</p> <p>②ご家族様、関連職種間の連携、連絡を密に行なう</p> <p>③自己研磨に努める（出来るだけ多くの研修に参加する）</p> |
| サービスプランやわらぎ | <p>【目標】</p> <p>1. ご利用者様が住みなれた地域で、一人一人の望む生活が送れるように支援していきます。</p> <p>2. 医療・介護・地域・行政等のネットワークを活用し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。</p> <p>【活動計画】</p> <p>1. 多職種協働により、ケアマネジメント能力の向上を図る</p> <p><具体策></p> <p>① 入退院時は必ず医療機関との情報提供・収集を行い、連携を図る。</p> <p>② 在宅診察医との連携を図る</p> <p>③ 外部研修会への参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ふれあいの里地域包括支援センター、南部箕蚊屋広域連合主催の事例検討会へ参加 ・認知症・ケアマネジメント他研修会に参加 <p>2. 施設内（わらぎ）での在宅部門としての役割を果たす。</p> <p><具体策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰に向けての情報提供を行う ・在宅復帰がスムーズに行えるよう関わりを深める ・施設内研修会参加等 |
| 施設ケアマネ | <p>1. 「ご利用者様・ご家族様とのより良い人間関係が築けるように努めます。」</p> <p>①コミュニケーションを大切にします。</p> <p>②ご利用者様・ご家族様へ、ご利用者様の様子や状態等が的確に報告できるよう努めま</p> |

| | |
|-------|---|
| | <p>す。</p> <p>2. 「一人ひとりに合わせた、ご利用者のできることが引き出せる関わりが出来るケアプラン（施設サービス計画）を作成し、個々の状態や目標に添ったケアサービスが提供出来る様努めます。」</p> <p>① 職員がケアプランを周知でき、個々に合ったケアが提供出来るよう職員への周知・意識付けに努めます。</p> <p>② 家族・多職種での定期的なカンファレンスの開催。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意向の確認・目標設定 ・情報の共有 <p>③在宅復帰につながるケアサービスの提供、目標の達成が出来るよう努めます。</p> |
| 支援相談員 | <p>① 在宅復帰年間 30 人 (行動目標)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰が可能になるよう、ご家族とのカンファレンスを入所時と 3 か月に一度定期的に行い、多職種で問題点を解決することで、在宅復帰が一人でも多く出せるよう支援する。 <p>② 平均在所日数 365 日以下 (行動目標)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰率を上げることでベッド回転率を上げる。 ・在宅復帰が困難な利用者には他施設との連絡を密に取り、申し込み状況・待機状況の確認を行い、入所期間が長い利用者が早期に他施設に移れるよう支援する。 <p>③ 加算の取りこぼしが無いよう第一の窓口として他部署との連携を図る (行動目標)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所通知伝票に加算項目を記載。 ・入退所判定会議にて他部署の加算項目を確認する。 |
| 事務部 | <p>1. コスト削減に取り組む</p> <p>①コピー用紙 前年度実績を基に、施設全体にコスト削減の意識を定着してもらえよう、工夫しながら啓蒙活動に努める。(口頭・掲示など)</p> <p>②物品・備品・消耗品など 管理の強化と効率性を図る。</p> <p>2.今一度原点回帰し、仕事の効率と正確さに努めます。</p> <p>3.他部署のサポートを心がけ、利用者様のための環境づくりに裏方として参加するよう努めます。</p> |
| 栄養部 | <p>①摂食・嚥下困難な方の食事の充実をめざし、出来るだけ経腸栄養になる方を減らしたいと思えます。</p> <p>②他職種との連携を密にし、知識と技術の向上に努め、最適な栄養ケアを目指すとともに、在宅復帰に向けての関わりを増やしたいと思えます。</p> <p>④ 房スタッフと一体となって接遇面を含めたサービスの向上に努めます。</p> |

| | |
|------------|--|
| リハビリテーション部 | <ul style="list-style-type: none">・入所ご利用者全員に対して個別担当をつけ、個々にあったリハビリテーション（生活リハビリ内容の提案も含む）の提供を行う。・短期集中リハビリの回数拡大の検討<ul style="list-style-type: none">→現在は週3回以上とされている最低限の3回実施しています。デイケア送迎参加や入所の家族カンファレンス実施の回数との兼ね合いもありますが、加算の回数を増やす方向で検討し、回数拡大の方向ですすめたいと思います。 |
|------------|--|