

平成 29 年度

事業計画



社会福祉法人 外房

平成 29 年度 社会福祉法人外房 事業計画

開催時期	
6 月	事業報告及び決算報告 第 1 回定時評議員会 理事・監事退任・選任（理事長選出）
9 月	理事長・監事 職務の遂行状況の報告
3 月	次年度事業計画 理事長・監事 職務の遂行状況の報告

上記のほか、定款で定められた議決事項及び重要な事項について理事会及び評議員会と評議員選任・解任委員会を適宜開催する。

1. 法人役員・評議員の体制

理事 8 名 ⇒ 6 名

監事 2 名 ⇒ 2 名

評議員選任・解任委員会 ⇒ 3 名

評議員 平成 32 年まで 4 名

※従来は理事総数+1 名（計 7 名）であるが小規模法人（収益 4 億円以下）平成 32 年 3 月末までは 4 名とすることができる。

施設職員配置

管理者 2 名（施設長・副施設長）

事務職員 2 名

生活相談員 2 名（1 名在宅兼務）

介護支援専門員 1 名

栄養士 1 名

看護師 3 名

介護職員（職員） 13 名

（非常勤） 14 名

介護支援員 3 名

宿直員 2 名

在宅（通所介護）

事務職員 1 名

生活相談員 1 名（1 名施設兼務）

介護職員（職員） 1 名

（非常勤） 6 名

看護職員 2 名

介護支援員 1 名

計 55 名

2. 社会福祉法人制度の改革

- ★ 経営組織の在り方の見直し
- ★ 事業運営の透明性の向上
- ★ 財務規律の強化
- ★ 地域における公益的な取組を実施する責務の規定
- ★ ※内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下
- ★ 行政の関与の在り方

※旧法では、「評議員会」は任意設置であり、かつ「諮問機関」でしたが、改正法では、すべての社会福祉法人において必ず設置しなければならない機関とされ、これまで、保育園や介護施設のみを運営している法人で設置していなかった法人も設置しなければならなくなりました。

★ 内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下

社会福祉事業及び公益事業を行うに当たり、無料又は低額な料金で福祉サービスを提供することの責務内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下

(社会福祉法人の内部留保の肥大化・不透明化に対する批判に応える措置として、法人は、「純資産額」から「事業の継続に必要な財産額」(※事業に活用する土地建物等、建物の建替・修繕に要する資金、必要運転資金、基本金及び国庫補助等特別積立金)を引いた額を明確化し、その額(「社会福祉充実残額」という。)を保有する法人に対しては、社会福祉事業又は公益事業の新規実施・拡充にかかる計画の作成を義務付ける。)

★ 地域における公益的な取組を実施する責務の規定

地域における公益的な取組を実施する。(責務内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下)

改正法では、努力義務規定ながら、社会福祉事業及び公益事業を行うに当たり、無料又は低額な料金で福祉サービスを提供することを責務として規定した。

検討(案)

- ・オレンジカフェの創設

認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)では、7つの目標を定めており、その中で「地域での日常生活・家族の支援の強化」とあります。ここでは、認知症の人や家族、支援する人達が参加して話し合い、情報交換等を行う「認知症カフェ」を普及させ、経験者の話を聞いたり、悩みを打ち明けたりできる機会を設けて支援するとされています。

効果：

認知症の人	自ら活動し、楽しめる場所
家族	わかり合える人と出会う場所
専門職	人してふれあえる場所
地域住民	住民同士の交流や認知症への理解を深める場所

参考資料

<新オレンジプランとは>

■新オレンジプランの基本的な考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

認知症サポーターの養成と活動の支援

認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらうことに重点を置きます。

・認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進します。

法人のケア目標

10年以上長きに渡り法人ケアの考えかたの一つとして外房理念【存在感のある生活】の提案のもと、その人に関わり、いかにその思いを叶えるかを実践してきましたが今後もますます人材確保が難しい状況になりますが、基本理念を継承しながら効率の良い方向で検討する。

社会福祉法人制度改革に基づき、福祉サービスの再投下（社会福祉充実残額）に則り、効率的な運用を図る目的で施設整備費に充当する。

特養介護全体目標

～ユニット間の協力・連携の強化～

- ・所属しているユニットだけでなく、他ユニットにも視野を広げ外房お客様へのかかわり・ケアを充実する。
- ・ユニット間の協力・連携の強化をする事で、効率の良い人員配置を行う。

具体的な取り組み

AユニットとDユニットが協力関係ユニット

BユニットとCユニットが協力関係ユニット

日常的に協力関係ユニットで人員配置を行い、協力・連携を強化する。

Aユニット 目標

～お客様とその家族をつなぐ援助者～

特養

お客様にとって外房とは…。

人生の最後に向かいただ日々を過ごすだけの場所であってはならない。死を考える事は生を考える事。死に焦点を当てるのではなく、それまでの生をどのように生きて頂くか。ご家族からお預かりしたお客様。ご家族に代わって最後までここで暮らせて良かったと思っ頂けるケアを提供し、実り豊かな人生となる様支えていく。

具体的内容

- ① お客様の一日一日、一瞬一瞬の関わりを大切に記録に残す。今を記録する事でお客様がどのように外房で生活してきたか、振り返りができるものにする。また、お客様が何を考え、何を感じているか等どこにニーズがあるかを探る。
- ② 日々の何気ない様子や行事の写真を撮りアルバムに残す事でどう過ごしてきたかが分かるツールにする。
- ③ 施設行事の他、ユニット行事を企画し生活を豊かにする。

4月 お花見 7月 七夕 9月 敬老の日 11月 紅葉見物 12月 クリスマス会
1月 新年会 2月 節分 3月 つるし雛見学

ショート

在宅生活を支える援助者として、家族の負担軽減をし、お客様が安心して利用できる場所である事を目指す。

具体的内容

- ① ご家族が負担になっている事、不安に思っている事へ連絡帳や相談員を通じアドバイスや言葉掛けを行う。
- ② お客様が安心して過ごせる様な声掛けやなるべく要望に沿った対応をする。また、細やかな情報を記録する事でユニット内だけでなく、本入所時への情報の共有を図る。

Bユニット 目標

～ご家族に安心と信頼を持って頂けるケアの提供～

短期目標：面会時には笑顔で安心して帰っていただく

長期目標：笑顔と涙で思い出話が出来る関係性をつくる

人生のゴールを迎える時は人それぞれ違う。

ただ、いつゴールを迎えてもいい人達と生活を共にしていることを忘れずに日々のケアにあたる。

また、ご家族の気持ちにそえるケアをめざす。

—内容—

お客様・・・個別ケアを継続しておこなっていく

ご家族・・・面会時には明るく挨拶をする

ゆっくり話が出来る環境をつくる

必要に応じて近況報告（状況説明）をする

—具体的方法—

お客様・・・個人ファイルの記録を充実させる

・日々の生活が分かるよう、その日その時のお客様の状態や関わった時の内容などを出来るだけ具体的に記録に落とす

・誰が見ても記録した内容が一目で分かるよう、内容別に色分けしたマーカーでラインを引く

ご家族・・・①面会記録表の継続

・面会時の様子や交わした話の内容を記録する

※日付、担当者の名前を記載する

・ご家族が面会にいらしたときは一度記録表に目を通す

前回の面会時にどのような関わりがあったかを確認することで内容の重複を避ける

②個人ファイルの記録をもとに近況報告をする

・会話中に出てくる不安や疑問、質問に応える

※必要に応じて医務、栄養士にも説明に入ってもら

Cユニット 目標

テーマ だんらん

～ お客様、そして ご家族の安心につながるよう取り組む ～

- *お客様が安心できるように優しい言葉かけ、優しい態度で接する。
- *整容や身だしなみを整えることに力を入れる。
- *居室、床頭台やベッド周りを整える。

ご家族が面会にこられた時にお客様の顔をごらんになり 穏やかで、そして身だしなみが整っていたら それだけで安心していただけたと思います。

- *ご家族の面会時は お客様とゆっくり過ごせるよう配慮する。
- *お客様担当は 必要に応じて お客様の日常の様子をお伝えし ご家族の要望を伺う。重複することがないように 内容を記録に残す。
- *担当が居合わせない時は 他職員が対応できるようにする。
- *代わって対応した職員は 誤解や行き違いが生じることのないよう その時の話の内容、ご家族の様子や表情などを口頭でも担当へ伝える。

Dユニット 目標

テーマ：穏やかで楽しい生活 ～お客様の生活リズムに合わせた生活を～

○お客様とご家族に安心した生活を提供○

認知症の方を、ご家族は理解したい気持ちと受け入れたくない気持ち・思いがある。

その気持ちや思いを施設での日常生活の様子を通してご家族に伝えていく。

施設で生活している事で、家で生活していたような様子をご家族は見ることは出来ない。

その時のお客様の様子や動き・お話した内容等を記録に残しご家族にお伝えする。

- 1、施設生活での表情や何かに取り組む姿をご家族が見られるように写真や記録に残す。
- 2、写真や記録をもとにご家族面会時に報告し言葉だけではなく、その時の様子を目でみていただく。
- 3、日常の様子を撮影した写真はお客様担当がアルバムにファイルし写真を管理する。
また、アルバムにした写真は年度末にご家族へプレゼントする。
ユニットホールへ写真を掲示し面会時にご家族に見て頂く。
- 4、ご家族に報告後、家で生活していた時の様子をご家族にお伺いし、その情報をもとにお客様とのコミュニケーションの話題にする。
- 5、お客様とお話した時の反応やお話した内容を記録に残し、ご家族にお伝えする。

○生活環境の整備○

お客様にとっての生活の場でどのようにしたら安全を提供できるかを考える。

- 1、ユニット会議・ノートを使い、環境・雰囲気作りについて各担当から意見を挙げる。
各居室に「居室担当者」を決めて毎月1回掃除・ベッド周りの整理整頓が出来ているか確認する。
- 2、確認方法として、感染チェック表に追加し記録に残す。

医務 目標

ターミナルケアに向けてご家族と信頼関係を築く ～人生最期のステージに看護職員としてできることは…～

1. ご家族とのコミュニケーションを図る。

- ・医療ニーズの確認

急変時対応確認書をご家族がイメージできるように分かりやすく説明し移行を確認する。

- ・生活ニーズの確認

最後までご本人らしく生活する為に、身体に影響を及ぼす可能性があっても叶えてあげたいというご家族の意向を確認する。

- ・フェイスシート、連絡先、家族構成の確認をとり緊急時に備える。

2. 看取り後のケースカンファレンスの開催

- ・他部署がどんな事に不安を感じていたのか、医務としての取り組みは適切だったのか、振り返る事で次の対応に繋げる。

給食班 目標

理念；「存在感のある生活」

～方針；最後まで自分の力で口から食えることを目標とし、人として生きていく上で大事な食事を通し、人としての喜びを感じていただけるような支援をする。～

テーマ；緩やかな終末期を迎えるために、健やかな生活を支える食事

1. テーマを実現するため、普段の食事から疾病予防・重症化予防が出来、食を通してお客様の自立支援やQOLの向上を図る。	具体策：*行事食として、委託会社の協力のもとに寿司キャラバンや和食の日を設ける。 *体重や食事摂取量が減少傾向の方に食事形態の変更や補助食品の検討を行い、重症化を予防する。 *感染予防や異物混入予防を含め、衛生管理に努める。 (食器類の見直しや蓋の購入)
2. ターミナル期の食の提供	具体策：食事、補助食品の提供によりターミナル期の栄養面・精神面を支える。 家族のニーズを叶える為、食品の持ち込みを可能とし、リスク管理上、保存食として50g 冷凍で2週間の保管又は製造元、消費・賞味期限の把握ができるラベルの保管を行う事で、衛生管理を基本に安全に提供できるようにする。
3. 給食会議の活用と周知徹底 意見のすくい上げ	具体策：会議の伝達・周知徹底と意見のすくい上げができる体制をH28年度「意見記入表」を作成し、実行した。 今年度は、「意見記入表」を業務調整や行事の確認、質の安定を図る為に、活用できるようにする。

介護支援専門員 目標

～死に向かう「生」を支える～

死の瞬間までその人らしく生きるために希望や意思が尊重され、できる限りよりよいQOLを実現するために、他職種でチームアプローチをスムーズにおこなえる態勢を整える。

(1) 重度化・ターミナルケアに即したケアプラン内容の検討

- ・担当者会議開催内容の充実

《ご家族の出席を積極的におこなう》

ご家族の意向を全部署で共有しケアの統一につなげる。

- ①ケアプラン会議において直接ご家族の意向を各部署職員が聞きニュアンスまでを感じる把握へ内容を充実したい。
- ②「看取りについての事前確認書」等、ご家族の意向を確認する機会を設けることでご家族にターミナル期へ進んでいく中で精神的支援へつなげる。
- ③ご家族へご本人の状態を各部署から説明し、変化しやすい状態への理解や今後予測される症状などを分かりやすい言葉を使い伝えリスクマネジメントにつなげる。

- ・人が生きていく上で軸となる「栄養」と「排泄」について更に掘り下げたアセスメントをおこない更なるニーズの洗い出しに努める。

①栄養・・・5段階の欲求（ニーズ）からターミナル期における食事を考える。

②排泄・・・排泄のプロセスチェック表を作成することで、生活リズムや必要性までを検討する。

- ・お客様の気持ちに耳を傾け、苦しさ・辛さに共感し、受け止め、親身に関心をもち、本当の意味での精神的ケアがおこなえるようにする。

- ・ご本人の言葉や表情の変化など、日常の様子を個人日誌や支援経過記録に残しご家族の面会時に報告することで、信頼関係の構築と安心感へつなげる。

29年度在宅目標

～必要とされる存在　～お客様とその家族を繋ぐ援助者～

お客様から信頼してもらえらる職員（あなたがいてよかった）と思われる職員。

三大介護と言われる技術的なところも無くてはならないと思うが、日々の生活の中での何気ない会話や対応、気づき等こそがお客様が求めている物ではないのか？

求めている事に対して返す事の出来る職員がお客様にとって必要であり、安心できる存在になる。極論、技術的な所が多少至らなくても、それを補えるコミュニケーションがはかれれば精神面で「私を理解してくれている」と思ってもらえれば・・・お客様にとって居心地の良い生活空間になる。

自宅での様子と違った一面や現状を家族に知ってもらう為にもお客様を理解する事が必要でそれをどの様な方法で伝えるか。

連絡帳・面会時・状態の変化時等

お客様の事を家族にどの様に伝えれば理解してもらえるか？直接会って話せる事が少ないので文章や電話でどうすれば伝えられるか？誰から伝えるべきか？を考える。

必要とされる存在　職員間でも同じことが言えるだろう。自分からみて必要だと思っている人はその人も自分の事が必要だと感じてくれる。

相手の立場がどうなのか？自分はどうか？否定する事ではなく肯定する事からはじめる。

通所班 目標

元気が出るデイサービス

～『仕方ない』から『来てよかった』と思えるデイサービス～

デイサービスを利用するというと家族は介護負担軽減が前提にある。そこからただ預かってもらうから、お客様自身が喜んで通って頂く姿が見えれば家族の気持ちは変わってくる。デイサービスでのお客様の様子をどう見せていくか。それは連絡帳の一言ひとこと、送迎時の職員の言葉、レクリエーションで完成した作品、写真、お客様自身が家族に話したデイでの様子から伝わるのではないだろうか。これからのデイでのお客様と家族を繋ぐ事の積み重ねにより、家族の心の負担軽減に繋がればと考える。また、終末期に今を振り返り、デイサービスへ通って良かったと思えることを目標としたい。その為に今年度はレクリエーション等内容を充実する事に取り組んでいく。

具体的内容

- (1) レクリエーションを充実させる。
 - ① レクの計画表を定着させ、幅広い内容のものを提供する。
 - ② 外部からのボランティアを取り入れ、毎月のスケジュールを計画する。
内容としては写経・習字・読み聞かせ・絵手紙・手編み（手芸）
・ネイル（化粧）・手話体操・マッサージ・住職説法・駐在指導・パソコン教室
 - ③ お客様が行っているレクの成果が見えるようにする。個別で行っている、塗り絵や脳トレプリントを各自のファイルに綴り、毎月どの位行ったかがわかる様にする。
- (2) お客様に関わる事を意識する。
 - ① お客様のテーブル配置を3つの班に分け、各班に職員を配置する。自分の担当のお客様を主に関わりを持ち、その日一日に1つでもお客様について何か発見（気づき）をする。
- (3) 連絡帳を使つての家族の精神的負担を軽減する。
 - ① 連絡帳へはデイでの様子、また、お客様に対し気が付いた事、家族に知らせてあげたい事を記載する。
連絡帳を使い家族へのいたわり、励ましの言葉かけをし、家族の気持ちに寄り添った内容にする。

通所相談員の目標

～必要とされる存在 ～お客様とその家族を繋ぐ援助者～

- 1、稼働率の安定を図る。
 - ・毎月の稼働率を把握し、欠席理由・中止者を把握・分析をして、その都度、ご本人様やご家族様・ケアマネと担当者会議等で話し合いをし、ニーズに合うような利用が出来るか、検討する。
 - ・中止者でも、その後の状態等を把握していく。
 - ・新規利用のニーズの把握をする。(ケアマネとの電話連絡時や訪問時に話を聞く)
- 2、体制づくり
 - ・在宅相談員が3名から2名になり、在宅事務職員が1名の配置になる為、業務を分担する。
 - ・モニタリングの報告方法の変更、何かあった時は迅速に対応して報告する。
 - ・特養・在宅相談員との連携を図る。デイ→ショート→入所をスムーズに対応する。
- 3、本人・家族・ケアマネ・施設とを繋ぐ
 - ・アセスメントの整理・最新にする。(目的・状態等)
書類を整理することで、本人やご家族様のニーズがわかる(ニーズの変更)もあるので、整理し最新にしておく。現場職員との共通な理解を図る。
 - ・通所介護計画書の整理・最新にする。
施設での対応を文章化し、ニーズと合っているか?リスク等を報告し、リスクを回避する。
本人や家族が安心して利用してもらい。現場職員にも安心して仕事出来るように対応する。
 - ・記録の活用、連絡帳・個人ファイル・一括して記載できるようにする。
- 4、見える化
 - ・新規利用者やご家族様が安心して利用して頂く為のツール作り。
動画等での説明する事でご本人様やご家族様が安心して利用してもらい、リスクの回避にもつながる。
 - ① 入浴はどんな風呂?
 - ② 食事の様子?
 - ③ 料金の計算式
 - ④ 体操やレクリエーション(参考に!!)
- 5、通所相談員としてのスキルアップ
 - ・介護支援専門員の資格取得を目標とする。
 - ・外部研修に参加し、相談員としてのスキルアップを図る。