

第 37 回運営推進会議議事録

～グループホームつながり～

出席者

・ご家族代表者	1 名
・地区民生委員	1 名
・福祉用具ショップ	1 名
・函南町福祉課	1 名
・GH つながり	1 名

1. 自己紹介

初めて参加してくださる方もいらしたため自己紹介から入りました。

2. 4.5 月の入居者様状況と今後の予定

別紙参照してください。

3. 日々の活動内容

別紙参照してください。

4. 普段の様子

別紙参照してください。

5. 4.5 月の職員研修

別紙参照してください。

6. 気づき・アクシデント報告

4.5 月の中から抜粋しました。別紙参照してください。

7. 出席された皆様より

- ・介護度はどの様に決まるのですか？

→調査員の提出する調査票と、主治医の提出する意見書を、コンピューターにかけて、一次判定が出ます。それを基に認定審査会という会議にかけて、全国的な要介護認定基準に従って決定します。

- ・BPSD が現れるのには理由がある・・・具体的にはどんな事ですか？

→例えば帰宅願望。『家に帰って晩ご飯の支度をしないと子供が待っているんです』と言われ夕方あたりからソワソワする方がいたりしますが、ただ帰りたいのではなく理由があるということです。

- ・出来る事を探してやってもらう事はとても大切だとは思いますが
家では自分でやった方が早いから、ついやってしまうんです。

→自立支援という言葉がありますが、出来る事があるということは自信にも繋がります。ホームでは出来る事を見つけて極力お願いするようにしています。
ご自宅ではなかなか難しいという事も良くわかります。

・帰りたくなるといけないので、面会に行こうかやめておこうか迷う事があります。
→是非お越しく下さい。皆さんご家族やお友達が来られると大変喜ばれます。
中には『私、捨てられちゃったのかなあ』などと口にされる方もいらっしゃるくらいですから。

- ・車椅子・ベッドなどその方にあった物を提供出来る様にしています。
グループホームは自費レンタル、又は購入となる為ご家族に少しでも負担がかからない様に考えています。

- ・使える制度は使っていただける様、ホームページや広報を利用しています。
又、地域ケア会議も参加いただけると宜しいかと思えます。

8. 次回運営推進会議日程

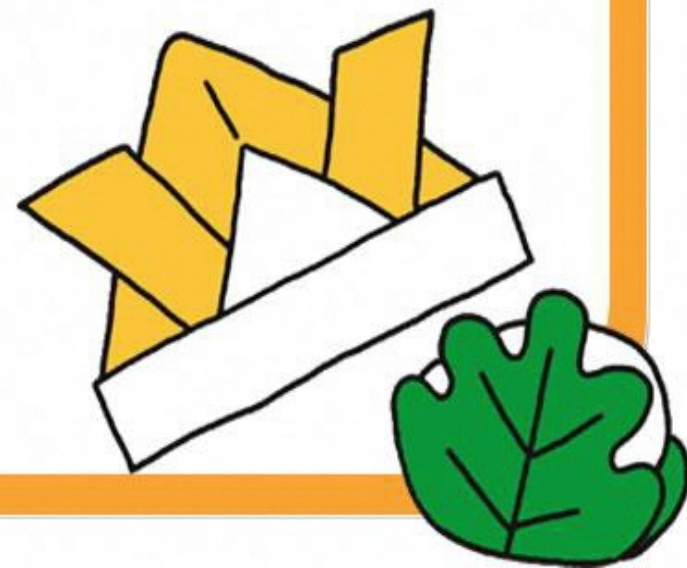
7月25日（木）14：00～ 予定



第37回運営推進会議

グループホームつながり

R1.5.24



グループホームつながり
理念

ゆっくり

ゆったり

あいのままに

いつもにここにこ



登録数17名

男性 5名

女性 12名

	5月				
	前回推進会議時	更新時変更	新規	終了	合計
要支援 2					
要介護 1	3	1			2
要介護 2	6				6
要介護 3	5		1		6
要介護 4	2			1	1
要介護 5	0		1		1
申請中		1			1
合計	16	0	2	1	17

平均介護度 2.4

日々の活動

その他

バイタル測定

散歩

買い物

創作活動

洗濯物干し

ヘアカット

入浴

洗濯物たたみ

病院受診

ラジオ体操

調理補助

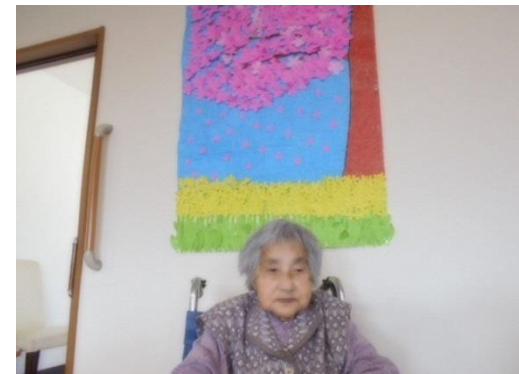
訪問診療

口腔体操

居室・フロア清掃

訪問歯科

外にも内にも春が来た～□



まだまだ現役..

今年で99歳だけど若い者には負けないわよ！



こね方が大切なんだよね～(*´艸`)



手先を使って..

つつい集中しすぎちゃうんだ((´▽`))

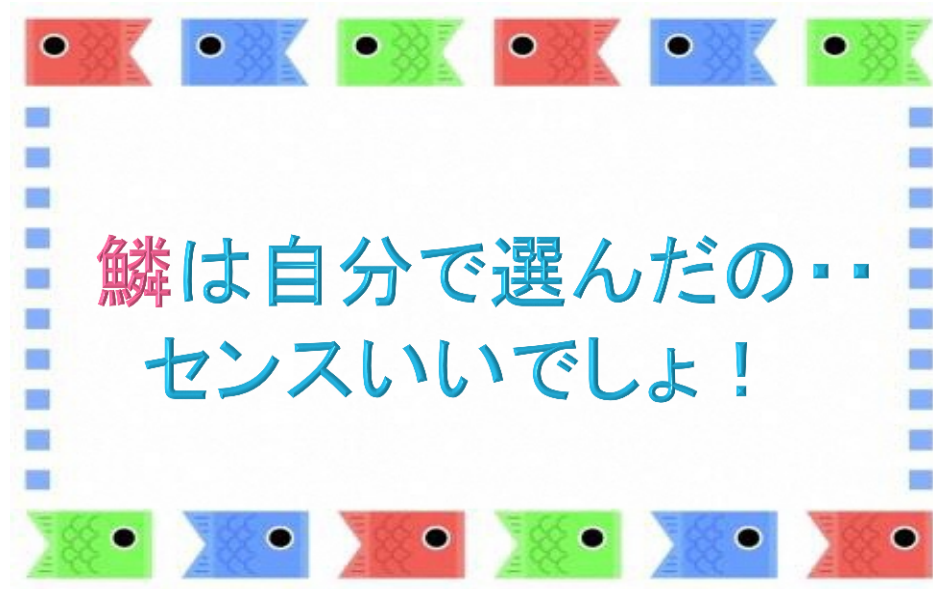


皆でやると楽しいな～□

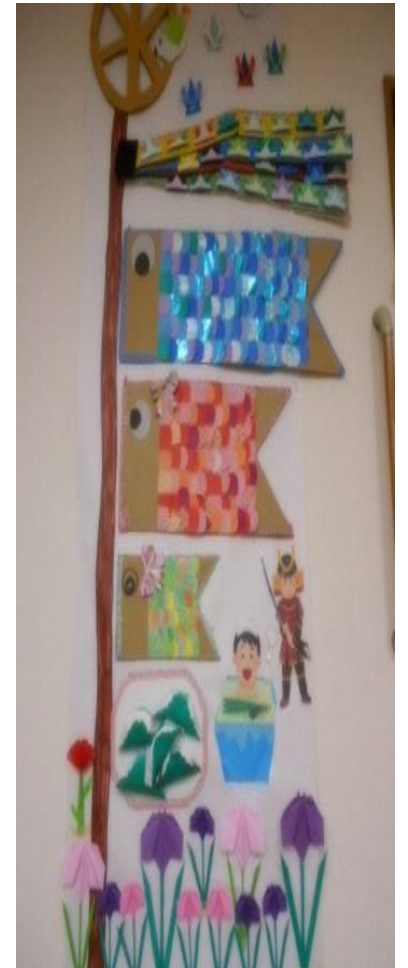


ホームの壁にも注目してね！

あなたの誕生日は？



つながり新聞



4月の職員研修

～ケアプランについて～

・ケアプランとは何か

在宅介護の場合も、施設介護の場合も、要介護または要支援の認定を受けると、介護保険を使ったサービスを利用することができます。しかし、無計画では駄目で、ケアプランというものを作成し、それに沿ってサービスを受けます。

ケアプランは、一人ひとりの利用者がどのような介護サービスを受ければ、質の高いその人なりの自立した生活が送れるようになるかを考えて、介護サービスを組み合わせた計画書のことです。

ケアプランは利用者や家族が作成することも可能で、これを「セルフケアプラン」といいます。ただし、ケアプランを作成するためには、ケアマネジャーが行っている作業をすべて自分でしなければなりません。

4月の職員研修

- ケアプラン作成の詳しい流れ

1. ケアマネジャーが利用者と面談し、状態の把握(アセスメント)を行います。
利用者とその家族がどんな生活を望んでいるか、そのために必要なことは何か、何が障害になっているかなどの課題を明確にします。ケアマネジャーは、このアセスメントを行う時に、個人的な判断による偏りを避けるため、**厚生労働省が示した「課題分析標準項目」というチェック様式を通常は用いています。**
2. ケアマネジャーは、アセスメントをもとに必要な介護サービスを提供する各事業者
に照会を行い、サービスの種類、内容、利用回数、時間、利用料金などをまとめます。
3. ケアプランの原案ができたなら、利用者と家族に説明し、希望に沿ったものになっているかを確認します。問題がなければ、利用者と家族が同席のもとで介護サービス提供事業者の担当者と主治医などの関係者を集めた「サービス担当者会議」を開き、ケアプランを完成させます。
4. 利用者がケアプランに同意してケアプランが確定したら、利用者が各サービス事業者と契約をしてサービスが開始されます。

4月の職員研修

- ・ 居宅（施設）サービスにおける標準的なケアプランの書類は、第1表～7表の7枚から構成されており、このうち第4表と第5表を除く下記の5枚の書類（表）を、通常は利用者とケアマネジャーとで共有します。

名称	記入する内容
第1表：サービス計画書（1）	アセスメントをもとにまとめた利用者と家族の意向、総合的な援助の方針
第2表：サービス計画書（2）	利用者の課題（ニーズ）、それに伴う長期と短期の目標、課題の改善に向けた具体的な介護サービスの内容
第3表：サービス計画書（3）	介護サービスを組み合わせた1週間のタイムスケジュール表
第4表：サービス担当者会議の要点	サービス担当者会議で話し合った結果をまとめたもの
第5表：介護支援経過	ケアマネジャーの視点から見た支援の経過を記録しておくもの
第6表：サービス利用表	サービスを提供する各事業者の実施計画の月間表
第7表：サービス利用表別表	1ヶ月の介護サービスの利用単位数と費用

5月の職員研修

- ・ 自分が入居者だったら・・・認知症の方、本人の声を基に考えてみる。

【認知症になって思うこと】

1. 私の困りごと
2. 現在でも出来ること
3. 人がいきいきと生きていくためには
4. 認知症の人が豊かに生きがいを持って生きるために、地域はどう変わるべきか？
5. 介護職に伝えたいこと望むことは何か？
6. 介護職にしてもらいたくないことは何か？

気づき・アクシデント

・ アクシデント 5件

内容: S・I 様 4月15日(月) AM8:45

トイレへ行かれ便器に座り損ねて転倒される。

普段から自分でトイレへ行かれる方の為、見守りが十分ではなかった。

BP:145/75P:90 KT: 36.8℃と落ち着かれており、痛みも無いようなので様子を見る。

Y・M 様 5月22日(水) PM12:00

入浴後の更衣介助の際、ズボンに針がついているのを発見する。

Y様に刺さる事は無かったが、作業後に片付け忘れたためアクシデントとして計上。

・ 気づき 14件

内容: M・W様 4月18日(木) PM7:40

フロアーよりトイレに移動される際にふらつきあり職員が支える。

Y・K様 5月11日(土) AM11:40

創作活動で使用していたお花紙を口の中へ入れようとされる。



ありがとうございました。

グループホーム つながり
☎055-970-2938