

運営推進会議開催報告書

下記事業所について、次のとおり運営推進会議を開催したことを報告します。

1. 基本情報

事業所名	都筑区医師会ナーシングホーム		
サービス種別	看護小規模多機能型居宅介護		
所在地	横浜市都筑区牛久保西1-20-21		
担当者	吉井 涼子	連絡先	045-913-6321
運営法人	一般社団法人 横浜市都筑区医師会		

2. 開催日時・場所

日時	令和 3年 1月 8日13時30分 ~ 14時	場所	医師会館理事長室
----	-------------------------	----	----------

3. 出席者

氏名	分野	備考(所属・従事経験など)
木下 均	地域住民の代表者	牛久保西町内会 会長
井澤 一成	当該サービスに知見を有する者	中川地域ケアプラザ 所長
堀元 隆司 (欠)	当該サービスに知見を有する者	堀元歯科医院 院長
斉木 和夫 (欠)	当該サービスに知見を有する者	斉木クリニック 院長
小林 雅子 (欠)	当該サービスに知見を有する者	小林クリニック 副院長
小川 憲章 (欠)	当該サービスに知見を有する者	小川メディカルクリニック 院長
欠員	市の職員又は地域包括支援センターの職員	都筑区役所 高齢者支援課係長
大山 学 (欠)	法人代表	
吉井 涼子	管理者	
宮島 佳代	看護主任	
石濱 千秋	計画作成者	
箕輪 善果	看護リーダー	
青柳 かおる	副管理者	
後藤 瑞佳	事務	
上條 由佳	事務	

4. 活動状況報告

別紙(様式2～4)のとおり

5. 活動状況に関する評価・意見・要望

1)活動内容について

意見:コロナ禍で、イベントをやめようという中でクリスマス会を開催されたようですが、利用者も喜ばれたことでしょうね。
⇒通常は、ご家族にも声掛けをしますが、今回はしませんでした。飛沫が飛ばないようにパネルを使ったり間隔をあけたり気を付けました。

2)事例紹介

テーマ:認知症患者の生活を支える～ 重度の疾患を抱える家族も含めた支援 ～

支援経過:80代 男性 要介護2 認知症

脱水により何度も点滴治療を必要としているので生活全般を支援してほしいと往診医より相談あり
家族から依頼を受ける。8月初旬登録開始、週1回訪問にてシャワー浴介助、週2回通所開始。

徐々に認知症状が進行し、着衣がチグハグだったり、妻との喧嘩が増え、尿汚染した衣類をタンスにしまうなど、家族の困りごとが増えていった。症状は進行し、妻の指示でできていた洗濯物干しや取り込みができなくなり、ゴミの分別や集所へのゴミ出しができない、便器の外に放尿するため妻がトイレ使用できない、レンジの使い方がわからなくなる等、妻の負担が更に増大していった。その後、腰痛出現、布団や床から起き上がれず緊急対応が必要な状況になる。11月中旬、通所帰宅後嘔吐・意識混濁あり救急搬送となり精査できず入院。2週間後の退院時の状態は、立位・歩行困難、体重は7kg減っていた。家族の都合により退院後ナーシング連泊開始。グループホーム入所待ちで、老健施設への入所となった。

支援内容:1. 認知症に対する支援

・服薬管理

・身体的状態を整える(清潔保持・皮膚トラブル対応・体調管理・症状観察等)

2. 生活全般を整える

・洗濯、布団干し、布団敷、タンスの中の確認、ゴミ出し

3. 今後の生活場所の選択支援

支援結果:・介護力が脆弱な環境で、認知症の症状の悪化の中で、ギリギリの中で生活が続けることができた

・本人の意向と異なるが、妻の意向が明確化となり、本人の今後の生活の場所の決定ができた。

・妻自身、今後どのようなサービスを使って過ごしたいか、考えるきっかけとなった。

まとめ:脆弱な介護力の中で生活する認知症利用者の支援は、悪化していく症状に合わせた柔軟な生活支援が必要であった。包括的な支援ができる看多機サービスにこそできた支援ではなかったか。

意見:認知症の診断はどうするのか?自分の申告や周りの人が言うからではないでしょ?自分で認知症と分らないの?

⇒画像診断などで医師が診断をする。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症など認知症でも原因が異なる。本人自身が認知症かもと分からないと言われるが、物事が分からなくなっていく中で大きな不安を抱えているので、対応には気を付ける必要がある。

6. 評価・意見・要望に対する考え・取組

上記、5. 活動状況に関する評価・意見・要望 と一緒に記載

7. 地域からの情報提供

特になし

8. その他特記事項

緊急事態宣言の中で開催したが、3月は状況によっては、開催は難しいかもしれない。3月は、事業所評価になりますので宜しくお願いします。

※ 会議は原則事業所内で行ってください。
やむを得ず他の場所で開催する場合、必要に応じて事業所内の見学を行ってください。

活動状況報告書(小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護)

1. 基本情報

事業所名	都筑区医師会ナーシングホーム		
所在地	横浜市都筑区牛久保西1-20-21		
担当者	吉井 涼子	連絡先	045-913-6321
運営法人	一般社団法人 横浜市都筑区医師会		

2. 登録者の状況

登録者数(12月 31日現在)	女性 7名	男性 10名	計 17名
------------------	-------	--------	-------

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請・区変中
	名	名	1名	2名	2名	3名	8名	1名

3. サービス提供回数(会議開催の前月分)

登録者(匿名)	通い	泊まり	訪問	備考(入所日、退所日など)
ア	7	0	26	5(訪問看護回数) 開始:12/7~
イ	21	1	13	2
ウ	17	17	0	3 入院:11/18~12/1 終了:12/17
エ	9	0	28	2
オ	8	0	11	22 開始:12/1~
カ	8	0	7	4
キ	2	2	2	9 開始:12/28~
ク	8	0	44	2
ケ	8	0	23	7
コ	31	26	8	3
サ	23	18	24	71
シ	26	21	8	5
ス	23	19	0	64
セ	4	0	6	9 入院:11/18~12/16
ソ	11	1	27	0
タ	14	5	22	11
チ	2	2	35	14 開始:12/10~
ツ				
テ				
ト				
ナ				
ニ				
ヌ				
ネ				
ノ				
ハ				
ヒ				
フ				
ヘ				
平均	13.1	6.6	16.71	

4. 運営方針

事業所の目標	(法人の理念、長期目標、月間目標など) 【利用者の獲得】1.適切な職員の確保と黒字転換 2.「ケアの理念」の実現 「ケアの理念」:その人の「生きる」を支える。寄り添い、理解し、尊重する
目標に向けた 具体的取組	1.求人活動と既存の職員が充実した仕事ができ辞めないようにする 2.三蜜にならないような情報の共有を行う 3.利用者や家族の意向を反映した多職種でのケアプランの作成と共有を行う 4.地域に向けた研修計画の実施

5. 活動報告

【11月】 運営推進会議 安全衛生委員会・管理者会議 運営会議
【12月】 大掃除 安全衛生委員会・管理者会議 運営会議 クリスマス会

6. 事故・ヒヤリハット報告

内容	1. 家族からの眼軟膏塗布の実施ミス 当該利用者は、充血を繰り返すため状態に応じて、プロペトとタリビット眼軟膏を使い分けており、先週はタリビットをつけていた。当日は、お迎え時に家族から、本日はプロペト眼軟膏を塗ってほしいと指示があったが、以前聞いていたやり方と違い、違和感を持ったが確認せず、充血していたのでタリビット眼軟膏を塗布した。記録をみた上司から、本日はプロペトであると指摘され、間違いに気づいた。 【原因】左眼が充血していたので、タリビットと思い込んでいた。連絡帳に記載してある家族からの指示を点眼前に確認しなかった。
改善策	点眼や投薬前に連絡帳で指示を確認する。指示の内容を分かり易くするために、シート作成し活用する。 シートと連絡帳の指示内容について、2名で確認する

内容	2. 利用者の私物の紛失 利用者は、足趾嵌入爪周囲の炎症保護のためのシリコンクッションを使用していた。当該日の通所、到着後は、ベッドに移乗し、迎えに行った看護師Aより足趾の状態の申し送りはあった。帰宅時にシリコンクッションが見当たらず、1個は荷物の中に入っていたが、もう一つが見つからず、荷物置き場の棚に置いたことを看護師Aに確認したが、見つからなかった。複数名のスタッフで探したが見つからず、送りの時に妻に謝罪し、置き場を作ることを伝えた。その後、夜勤者が隣室の床で発見したため、返却した。 【原因】小さくて半透明で紛失しやすいと予測されるにも関わらず、置き場を決めていなかった。看護師Aが、シリコンクッションを外したが、どこに置いたかを確認しておらず、紛失防止の意識が欠けていた。荷物置き場の棚から転げ落ち、車いす上に落下し、入浴のために隣室に車いすを移動した際に床に落下したと推測された。
改善策	置き場所を作った。

内容	<p>3. 利用者の私物の紛失 17日早朝に利用者の希望で吸入を行った。吸入終了後に居室の隣の流し場で分解して洗い、部品の数を確認せずにケースにしまった。その後の勤務帯で吸入施行するが噴霧できず、事業所の吸入器を代用した。 利用者の吸入器を再度、確認したところ付属品がない事が分かった。たまたま、他の不具合もあり吸入器を発注していたので弁償はなかった。</p>
改善策	吸入機器についての学び直しの勉強会を行った。 洗浄後はパーツの再確認をする。

内容	<p>4. 服薬開始の薬剤の投与ミス 12/4の昼の分が連絡帳の薬入れに残っていた。当日の服薬チェックは、各利用者の処方薬一覧表を確認し、内服薬チェック表で行うが、夜勤看護師が前回引用で作成していた。日勤看護師は、連絡帳の薬入れから12/4付の一包化された袋のみを取り出し、内服薬チェック表と照らし合わせてセットした。 【原因】泌尿器科からの薬の追加を申し送りノートで見えていたが、当日忘れていた。 夜勤・日勤看護師が、処方薬一覧を確認するというルールを怠っていた。 連絡帳の薬入れファイルの内容を全て確認していなかった。</p>
改善策	再度マニュアルに目を通しルールを守る

7. 地域への情報提供

特になし

8. その他特記事項

新規が4名で、やっと今年度の目標登録に到達した。