

小規模多機能型居宅介護さくらⅡ 第42回運営推進会議

令和元年度 第4回

報告者：白山

日 時	令和1年 10月 27日 (日) 10:30~12:00
場 所	長崎市みなと坂1丁目5番1号 新館1階 総務企画室
参 加 者	別紙にて記載

I 利用者状況 規程：登録定員29名 一日の通い定員18名 泊まり9名 訪問 上限なし

(1) 登録状況 9月~10月

月	登録者	要支援者		要介護者					区分 申請中	平均 介護度	長期 入院者
		支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5			
9	23	0	2	4	7	4	3	2	0	2.5	1
10	22	0	1	5	7	4	3	2	0	2.5	0

終了：2名 新規：0名 入院中：0名 現在の相談件数：0件

(2) 地域別内訳、世帯構成

月	登録者	居住地 (中学校区別)				世帯構成		
		西泊	福田	丸尾	その他	独居	老老	同居
10	22人	14	3	5	0	9	1	12

(3) サービス毎利用状況 (延べ) ※ 小規模多機能型居宅介護のみ

月	登録者	通い	宿泊	訪問	計	一人当りの利用状況 (週)
9	23人	427人 (14人/日)	233人 (8人/日)	285件 (10件/日)	945回	9.6回

II. 職員体制及び研修状況等

(4) 職員体制

単位：実人数

令和1年 9月現在	常勤	非常勤	合計	備考
管理者兼計画作成担当者	1	—	1	(介護福祉士兼介護支援専門員)
看護職員	1	1	2	(正看護師2名)
介護職員	5	11	16	(うち7名が介護福祉士)
合計	8	11	18	

異動：(転入) 0名 (転出) 1名 退職：0名 補助アルバイト1名 (短時間の清掃)

(5) 研修状況

施設内研修	外部研修
① 9月20日：offjt 外部講師による認知症勉強会	③9月19日 連絡会「実地指導」(ケアマネ)
② 10月15日：中堅職員研修会(2名参加)	④10月17日 連絡会「医療相談員連携」(管理者)
③ 10月21日：offjt 嘔吐処理演習(4名参加)	

Ⅲ 防災訓練、介護事故 その他の報告

(6) 防災訓練

9月9日 14時	事業所内消防訓練 スタッフ8名 利用者6名
10月23日 14時	事業所内消防訓練（散水栓ホースの使用訓練） スタッフ6名

(7) 介護事故、ヒヤリハット報告

定義について 事故：実際に怪我やダメージがあった。(病院受診、尻もち)、重大なミスがあった(誤薬)。

ヒヤリ：事故にはならなかったが事故やトラブル防止のため共有すべき状態。

介護事故： 本事例含めて2件

日時	概要	原因・問題点・今後の対策について
9/9 9:30	フロア内でのおひとり行動中の転倒（頭部打撲） A様（女性・87歳・要介護2） ドスンという音で、A様が転倒して床に座り込んでいるところを発見。自ら工作道具を棚からとろうとして転倒した。職員はテーブルの反対側にいた。 後頭部2cm裂傷。止血後、脳外科受診。意識は鮮明。4針の縫合処置を受けCT検査に異常なし。翌週抜糸。家族への謝罪、介護保険課への報告済。	(原因) ・自立度が高い方なので、お一人歩きを見守りしているが、動きの予測不足。 (対策) ・本人が工作に取り組む前にあらかじめ物品をテーブルに用意するようにした。 ・未実施だが、個人ケース別に危険予知トレーニングをやってみる。

ヒヤリハット：9月～9/23までの集計 21件（転倒の危険6件 薬：4件、その他：11件）

(8) その他： 小規模多機能型居宅介護プランの特別事例について

10月23日現在22名の登録者そのうち、2名の方が長期宿泊をしています。また1名の方が栄養状態不良のため毎日自宅に訪問介護しています。この3名の方についてご報告します。

B様 78歳男性 要介護4	本年5月契約。肺炎等の退院許可は出たが施設選びが難航し、また認知症があるため奥様による自宅介護が困難という事情の相談があつて、入所待ちを条件に長期宿泊を計画。 ご家族には特養等の入所申し込みを複数していただいております。 10月16日 肺炎再発で入院。2日後、某特養から調査申し出があつたが延期。
C様 89歳女性 要介護4	昨年12月契約。独居での末期がん療養を支援していたが7月から疼痛が増し緩和ケアのため長期宿泊中。この1か月ほどは持ち直して食欲も回復中。主治医の先生の指示を受けながら看護師2名で看護中。
D様 84歳男性 要介護1	本年7月契約。アパート2階に独居。家族介護なし。慢性腎臓病がありながら食欲、病識が決定的に乏しく、栄養不良でこの夏は点滴加療を要した。年金ぎりぎりだが認知症があつて金銭管理も難しい。訪問看護師からの助言を受けながら主治医と連携中。一日2回訪問して服薬管理、食事提供している。ただし現行支援では栄養不良の改善は見込めず入所が望ましいが、支援家族の不在、資金不足、本人の認知力が障害になっており、ケアマネとして方向性を提示するのも困難なケース。単独会議だけでは解決できない。

以上