

令和元年度 第1回 介護・医療連携推進会議 議事録

R1.9.11 (水) 14:00 ~ ナザレ園ホーム・ライフ・サービス常陸太田

1.開会

2.議題

①-1. 事業報告（実績）及び事例報告

(1) 平成31年4月～令和元年9月までの事業報告（実績）

・4月 新規なし	終了2件	計16件
・5月 新規3件	終了1件	計16件
・6月 新規3件	終了1件	計18件
・7月 新規1件	終了1件	計18件
・8月 新規なし	終了1件	計17件
・9月 新規なし	終了なし	計16件

・要介1:9名、要介2:3名、要介3:0名、要介4:1名、要介5:3名
計16名

常陸太田市の特長として要介1の方の利用が多く、認知症などの方で服薬確認などが多い。要介1ということから、比較的元気な方が多いので一緒に洗濯をしたりしている。定期巡回は1日に複数回訪問するので、ヘルパーと利用者が「一緒に」何かをすることが出来る。

①-2. 事例報告

男性89歳 要介3 H28年6月～H31年4月 訪問1日4回

妻もサポート24を利用。サ高住に在宅。

利用開始時は認知症もあり、床への放尿が頻回にあり1日6回訪問。

頻回に声掛けトイレ誘導し、自分でトイレにて排泄できQOL、ADLも向上。

H30年3月下旬ごろから転倒することが多くなり、2回の脳梗塞にて救急搬送される。

サ高住よりご夫婦そろっての退所を勧められる。夫婦揃って、サポート24にて対応できる範囲であったが、ご家族・各事業所との担当者会議もなく、突然の退所にご家族も納得できない様子であったが最終的にはご夫婦揃って特養への入所となる。

サ高住といった自宅以外の住まいで利用される場合は、その住まいの規則や契約内容等をあらかじめ利用者や家族、担当者間で共通意識し、そのうえで当事業所の果たせる役割やサービス内容を丁寧に伝えていくことが大切だと感じた。

また、ケアマネなどに報告するだけでなく、こちらから話し合いを提案することも重要であると感じた。

② 質疑・応答

【外部有識者】

サ高住側との連携も取れていれば、退所にならずに済んだかもしれない。

【ナザレ園サポート 24 太田所長】

こちら側でも、そのサ高住がどういったサービスまでしていただけるのかを理解しておけば良かった。もっとナザレ園側で訪問していただければ、退所ではなく、このまま居ていただいても構わないといったことも言われたが、その時の状況では、こちらもこれ以上の訪問は難しかった。

【ナザレ園在宅総括所長】

他のサ高住を見ても職員が足りていないように感じる。そういった背景もあったのではないだろうか。

【ご利用者家族代表】

家族が県外にいて、要介護の夫婦のみで 2 年半も地元で生活できたのが驚きだった。本人達も幸せだったのではないかな。

【外部看護職員】

ケアマネだけでなく、ヘルパー側からも担当者会議など話し合いの場を提案できていたら良かったかもしれない

【ナザレ園在宅総括所長】

訪問介護ではケアマネが中心となって話し合いの場を提案していた。定期巡回では、我々計画作成責任者がその都度様子を見て、提案することが出来る。それが定期巡回のあり方である。

【ナザレ園看護職員】

ご利用者様が脳梗塞から退院して戻ってくると聞いた時は大丈夫かと驚いた。ヘルパーや看護師がきちんとアセスメントをすることによって、サ高住は退所になってしまったが、少しでも長く在宅生活することが出来るのは定期巡回の良いところだと感じる。

【外部有識者】

5 月の新規利用者に、引きこもりの息子様と同居しているとあるが。

【ナザレ園サポート 24 太田所長】

最初は引きこもっていたが、私たちが訪問を繰り返すことで、次第に挨拶をしてくれるようになり、現在は日中留守なので、仕事もしているのではないかと思う。私たち第三者が入ったことで、良い方向に流れたのかもしれない。また、お父様が特養に入所されているが、話を聞くと、DVがあったとのこと。DVをする父親が家からいなくなったことで、精神的にゆとりが生じたのかもしれない。

・ 次回の開催日時：3/11（水）14：00～