

## 第 22 回 介護・医療連携推進会議次第

平成 29 年 7 月 31 日 16 時 00 分～

ケア・オフィス 優 (介護看護課)

### <出席者>

上部入船町内会 会長	佐々木 茂 様
小樽市医療保険部 介護事業所担当主幹	佐藤 正樹 様
南部地域包括支援センター	本間 悦子 様
中部地域包括支援センター	前辻 みゆき 様
東南部地域包括支援センター	川尻 輝記 様
北西部地域包括支援センター	本間 潔 様
小樽市入船西地区 民生委員	小野 直子 様
ケア・オフィス 優 管理者	二丹田 早稲子
ケア・オフィス 優 介護福祉士	屋代 利恵子
ケア・オフィス 優 理学療法士	高橋 禎泰
ケア・オフィス 優 理学療法士	佐藤 泰一
ケア・オフィス 優 事務職員	齋藤 智世

### ～お知らせ～

※今回の会議より、民生委員の方にもご参加いただいております。

#### 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 集計報告

##### ① 4 月、5 月、6 月の集計

- ・新患→5 月 2 名も 1 名は（末期がん）1 日のみにて再入院後、永眠。  
1 名は、腎不全、認知症。内服管理と食事の管理。

現在 利用者数 11 名

##### ② 疾患の別

- ・脳梗塞後遺症
- ・変形性膝関節症
- ・脊髄小脳変性症
- ・視神経脊髄炎
- ・廃用症候群
- ・糖尿病
- ・アルツハイマー型認知症
- ・パーキンソン病
- ・脳血管性認知症
- ・大腸がん術後
- ・慢性腎不全
- ・胆管癌

##### ③ エリア

幸～桜町

※新患宅が冬期間、車両通行ができないことが予測される。

※訪問時の駐車場協力を依頼

駐車が困難な所については、様々な施設等にご協力いただき、訪問時駐車させていただいております。

#### 2. 定期巡回サービス内容報告

- ① 排泄介助（パウチ便廃棄、バルーンバック尿廃棄、おむつ交換、ポータブルトイレ処理）
- ② 血糖計測とインスリンの声がけ、見守り
- ③ 軽微な傷の処置

- ④ 軟膏塗布（慢性湿疹）
- ⑤ 配膳、下膳、食事促しと見守り
- ⑥ 内服介助、確認
- ⑦ 起床、就寝介助
- ⑧ 買い物、調理、洗濯、掃除などの生活支援
- ⑨ 洗顔、清拭、洗髪、足浴、手浴、口腔ケア
- ⑩ 更衣、体位交換
- ⑪ 通院介助（自費）
- ⑫ 入浴介助

### 3. 随時対応サービス内容報告

- ① 便秘、下痢、下剤量調整
- ② 転倒後の指示
- ③ バルーンカテーテルからの尿漏れ、嘔吐、吃逆が止まらない→医療保険での看護師へ依頼
- ④ ご家族の介護相談
- ⑤ 血圧上昇、じんましんなどの身体的不調
- ⑥ 血糖計測ができない
- ⑦ 誤薬（ご主人の薬を服用してしまっている）
- ⑧ 無言のコール（20回）→自立支援住宅のため、守衛さんへ様子確認依頼  
→電気のスイッチと勘違いし、何度も押していたと判明

\*コール要請者の殆どはご家族と定期ヘルパーによるもの

（新患のお宅が電波不安定のため、看護師の緊急携帯電話番号も周知している）

### 4. 随時訪問サービス内容報告

なし

### 5. 訪問看護緊急対応内容報告

- ① 受診手配
- ② 浣腸の実施
- ③ 血糖計測
- ④ 状態観察

### 6. 現状報告

- ・介護職員数は変化ないが、充足とは言えず、引き続き求人活動を行っている。
- ・看護職員数は変化なく、現在は充足状態。（オペレーターの2交代などは考慮していない）
- ・緩和認定看護師の入社により、がん末期の方から要望があったが、1日でサービス終了となってしまった。  
今後も、緩和（終末期）ケアへの積極的な取り組みを行っていきたい。  
緩和ケア認定看護師の訪問で、ご自宅での看取り等の支援も今まで以上に行っていくことが可能と考えている。
- ・リハビリも充足し、必要なサービスの提供が可能となっている。  
看護師のみによる訪問者で転倒予備軍の方への環境整備や麻痺による拘縮が強くなっている方への介入徐々に行っている。

## 7. 問い合わせ状況

- ・透析予定者でシャント造設。シャント音を毎日確認してほしいとの希望。

## 8. 利用者様アンケート集計結果

- ・別紙集計結果参照

## 9. 7月25日 実地指導の結果

実地指導が終了し数日であるため、まだ市からの指導項目は届いていないが、実地指導時に助言頂いた項目については、以下のとおり。

- ・ノロウィルス対策として、今後、次亜塩素酸の持参も必要ではないか。
- ・マニュアルについて、他課のマニュアルと共同となっているものについて、マニュアルの明瞭化を図り、判断基準が曖昧とならないよう、見直しが必要と思われる。
- ・プランの短期目標期間に準じて、期間を設定し評価をした方が良い。  
安心・安楽・安定・不安の解消・・・など、『安』という漠然とした言葉を用いない工夫をした方が良い。
- ・アセスメントは障害になっているものを分析するためであり、チェック項目だけではなく、どうしたら良いのか特記項目に記入する必要がある。
- ・ショートカンファレンス時に目標を再設定するなどした方が良い。
- ・サービス計画内容の同意は、ご本人、ご家族に説明し、ご本人から同意を得ることとなっている為、同意欄の修正が必要である。（現在、ご本人とご家族の欄がある。）  
認知症の方への対応として、計画内容を一緒に行うことを盛り込み、ご本人がサインできなくても自筆で線一本でも頂くなどする必要がある。
- ・定期訪問時間については、計画作成責任者が変更する事は可能であるが、ケアマネジャーへ伝え、ケアプラン第3表の差し替えをする必要がある。ご本人了承の日付を記入する事も必要である。
- ・災害対策については、避難所へ行く方の名簿を作成できることが理想である。  
実際の避難所がどこかも不透明であるため、地域密着サービスという観点から、地域の避難所を再確認することが必要と感じる。

## 10. 役員の皆様からの助言など

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、1ヶ月の包括算定サービスであるため、利用者様の入院やご家族の都合によりサービス中止の際、日割りにしてもしなくても良いとされているところがあるが、実際どうすべきなのか迷うところであり、相談させていただいた。

→ ご本人、ご家族の都合の場合でも、何かの際には訪問することがあり得ることも考えると、全てを日割りと決める必要はないと思われる。

事業所内ルール、理由づけをした内規を決めておき、重要事項への明記や、説明した記録（その都度の契約は必要ないが）が必要との助言をいただく。

## 12. その他

今回初めて、民生委員の方に参加いただいた。

今年回られたお宅には、困難な状況の方は見受けられなかったとのこと。

サービス利用の仕方が分からない方など、今後情報交換を行い、協力していきたいと考える。