※記録公表用の参考様式

運営推進会議記録

開催日時	令和 4年　3月 23日（水） 18時30分　～　19時30分	場　所	株式会社グッドライフケア 大阪本社2階研修室
参加者	北区大淀包括支援センター1名、西区地域包括支援センター1名、医療連携クリニック　医師1名、訪問介護事業所介護2名、北区オレンジチーム2名、中央区地域包括支援センター1名、ケアプランセンター　CM2名、北区相談支援室2名、定期巡回ステーション1名、訪問護ステーション看護師1名		

○利用者推
〇意見交換・質疑応答移の数字的データの紹介と考察
○事例紹介

活動内容等の評価
感染症対策の為『Zoom』を用いて本会場と併せて会議を実施
Zoom参加者　外部 14名　職員12名
名（最大接続時）
本会場参加者　外部0 名　職員 9名　参加者合計35名

・定期巡回　令和3年6月~令和3年12月　利用者推移、4区合計介護度別グラフ、令和3年6月~12月　区別利用者推移、令和3年6月~12月 介護度別推移
・事例発表　直腸がんで入院歴があり、歩行困難で鼻腔経管栄養、退院後の103歳ご本人と娘様の想いに寄り添った事例
・意見交換・質疑応答

内容
○利用者推移の数値的データの紹介と考察
⇒6月から8月にかけての定期巡回の利用は60名以上。増加傾向にあるのには、室温管理など、季節特有のニーズが高まるという理由が挙げられる。

○事例紹介
⇒ご自宅に戻るまでの経緯…令和1年6月に直腸がんで入院される。その後、歩行困難な状態となり、自宅復帰は難しい為、介護老人保健施設へ入所された。
令和2年9月、腎盂炎にて入院。これを機に身体機能低下、寝たきり状態になってしまい褥瘡が出来るようになった。次第に経口摂取も困難となった為、鼻腔経管栄養が開始された。
この現状に対して娘様の想いやご本人様からの希望もあり、自宅へ戻る運びとなった。

⇒退院後のサービス導入…介護士が1日4回訪問し、排泄や更衣介助を行う事で娘様の身体的負担を軽減し、その他の時間帯は、緊急コール機での随時訪問となった。看護師は午前中と夕方に訪問し、褥瘡の処置や日々の状態観察だけでなく、鼻腔経管栄養の準備や管理を行うこととなった。
娘様が懸念されていたチューブの自己抜去については、抜けそうな場合は看護の緊急訪問で対応し、通院の必要性があれば、介護の随時訪問にて移乗介助や通院準備を行うこととした。
嚥下力をつける為にSTが週1～2回訪問しながら、少量ずつ経口摂取を行い、本人様の身体状態に合わせてPTが週1～2回訪問することになった。
訪問入浴は週一回利用、往診医は状態に合わせて訪問する。

⇒サービス導入後の経過…令和3年7月6日 訪問開始　→　7月8日 鼻腔チューブ自己抜去　→　7月9日通院　→　7月11日介護疲れ　→　7月14日経口摂取開始　→　7月16日チューブ再度自己抜去、自己摂取開始　→　8月～　動作困難　→　8月28日　永眠
○意見交換・質疑応答
・鼻腔チューブの方はポートを推奨している。経管栄養も胃ろうもそうだが逆流があるため、ポートかピックをつくると栄養も水分も摂取できる。管理するご家族も鼻腔栄養から注入を入れたりする手間もなくなるので、介護看護の時間帯とあうかわからないが今後はそういった方法も取り入れてはどうか。

事業所名　　グッドライフケア24大阪	記録作成者　　令和 4年　3月 23日 松下　安理

※ 原則として会議開催後2ヶ月以内にこの記録を作成・公表すること