

平成28年度 上期 三鷹市高齢者センターけやき苑 認知症対応型通所介護事業実績等

【利用者状況（平成28年度4月～10月）】

（上期 稼働率及び一日の利用平均人数）

	延べ人数							合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
要介護1	53	34	42	45	39	39	38	290
要介護2	46	45	47	42	39	44	28	291
要介護3	73	71	81	75	70	60	68	498
要介護4	21	36	38	43	44	38	41	261
要介護5	43	37	46	40	41	41	39	287
一日平均人数	9.4	9.7	9.8	9.8	9.0	9.3	8.6	9.4
稼働率 (定員12名)	78.7%	80.8%	81.4%	81.7%	74.7%	77.1%	71.3%	77.9%

*8月はショートステイ利用による欠席者が多かった

*10月は9月末に週5回利用の方が終了になるなど利用回数の多い終了者が多かった

（上期 平均介護度）

	利用実人数								介護度の割合
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	合計	
要介護1	5	5	6	6	5	5	5	37	19.8%
要介護2	4	4	4	4	3	5	4	28	15.0%
要介護3	7	9	8	7	8	6	7	52	27.8%
要介護4	4	4	6	6	5	5	5	35	18.7%
要介護5	5	5	5	5	5	5	5	35	18.7%
合計	25	27	29	28	26	26	26	187	100.0%
平均介護度								要介護3	

* 一般介護度平均 2.5

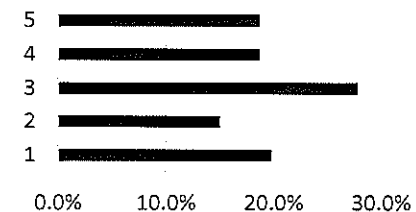
（新規受け入れ）

認知新規利用	4
移行(一般→認知)	2
合計	6

（利用終了）

逝去	2	
施設入所	1	※有料ホーム
利用辞退	3	※長期入院・入所、他施設移行
合計	6	

介護度の割合



【10月 利用者状況】

利用実人数 26名 男性 9名 女性 17名 うち入浴利用者 11名

(平均年齢)

全体	83.6才
男性	84.2才
女性	83.2才

(通所回数)

利用者数	26
1回	10
2回	5
3回	4
4回	6
5回	1
平均回数	2.3回

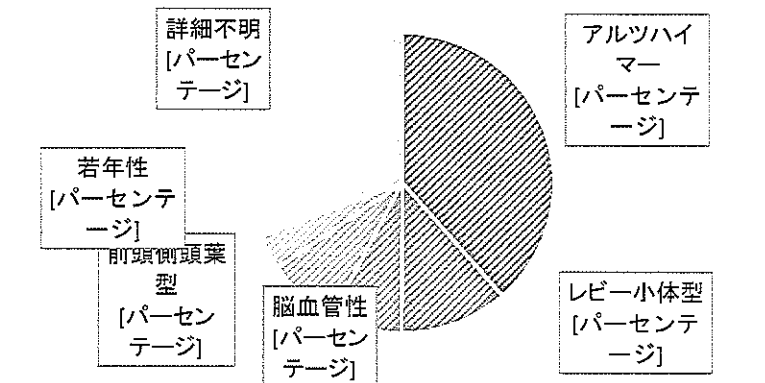
(曜日別登録延べ人数 定員12名)

	月	火	水	木	金	土	延人数
曜日別登録数	9	12	11	11	11	8	62
要介護1	0	3	1	3	2	1	10
要介護2	1	3	1	2	0	1	8
要介護3	4	2	4	3	4	2	19
要介護4	2	3	2	0	4	1	12
要介護5	2	1	3	3	1	3	13

(疾患別の割合)

アルツハイマー型認知症	10	38.4%
レビー小体型認知症	3	11.5%
脳血管性認知症	2	7.6%
前頭側頭葉型認知症	2	7.6%
若年性アルツハイマー	1	3.8%
認知症(詳細不明)	8	30.7%

疾患別の割合



平成28年度上期 三鷹市高齢者センターけやき苑 認知症対応型通所介護 事故報告

■ 事故・ヒヤリハット

日付	利用者	種別	内容	原因分析 等	再発防止対策 等
4月5日	男性	事故1	服薬未実施	薬箱からの取り忘れ。看護師の配役業務に対する責任意識の薄れ。	服薬前後の薬袋入れを別にする。ダブルチェック体制構築。
6月15日	男性	事故1	転倒	隣に座って見守りをしていた職員が席を離れる際、見守りを引き継いだ職員は遠位で見守ったため、急に立ち上がった当人を支えられなかった。	この方については常に近位で見守りを行う
6月29日	女性	ヒヤリ	玄関	入浴後お茶を飲んで休憩していただいている間に玄関から外に出ようとしていた。入浴時間のずれから、通常と違った対応をしたが、そこにしばらくいてくれるという予測をできていなかった。職員間での分担・連携不足。	その場の担当職員だけで手が足りないときは声をかけて他の職員とカバーし合う。
7月2日	男性	ヒヤリ	階段	一人で退室したため声をかけたが入室していただけないまま、他の方が立ち上がったため介助を要し、当人に付き添うことが遅れてしまった。この間に当人は一人で階段を途中まで下りてしまった。	職員同士の連携の強化。一人一人の状態を把握し、事前に予測しながら対応する。
7月4日	男性	事故5	連絡ノート誤配	A氏、B氏 二名間での連絡ノートの渡し間違い。連絡ノートを連絡袋に戻す際、思い込みにより別の方のものを取り違えた。	確認の徹底。
7月29日	女性	事故2	転倒	普段、歩行は自立だったため「大丈夫だろう」との予測から座席に座るまで見届けていなかった。その場の他職員も他の利用者の見守りをしていたが、当人の見守りを誰もしていなかった。	歩行が安定している方でも、起居動作時には転倒のリスクが高いことを職員全員で自覚し、最後まで見守りを徹底する。職員同士の連携を密にする。
9月28日	男性	事故5	持ち物誤配	不注意によって小銭入れを別の方の連絡袋に入れてしまった。	確認の徹底。
10月1日	男性	事故1	転倒	送迎者に乗り込む際、他の方の介助のために当人の見守りがおろそかになった。	複数の方の介助が同時に行われるときは、職員同士で声を掛け合い、見守りに漏れがないようにする。利用者の行動やリスクを予測して防止に努める。

※ヒヤリハット(事故には至っていない、あるいは未然に防いだが、事故につながる可能性があり、対策が必要なもの)
 ※事故1(治療なし 経過観察) 事故2(苑内処置 経過観察) 事故3(通院) 事故4(入院) 事故5(物損 その他)

■ 苦情

日付	利用者	種別	内容	苦情の内容・経過 等	再発防止対策 等
10月17日	女性	苦情	個人情報	ケアマネより連絡。当人の連絡袋に他の人のモニタリング報告書が入っていた。自分の物も他人に見せられている可能性がある。けやき苑の情報の取り扱いを信用できないと言っていると。すぐに当人宅へ電話で謝罪。モニタリング報告書の取り扱いを確認したうえで翌日訪問して報告と謝罪。ケアマネ同席していただく。納得され、許しの言葉と今後もよろしくお願ひしたいとの言葉をいただく。	個人情報にかかわる書類については他のお知らせ文書等と同じ扱いをせず、担当職員が責任をもって取り扱う。また、万が一取り違えた時のために封緘することとする。