

令和2年10月13日

社会福祉法人つつじの福祉会
書面による『はぎの郷 2020年度第3回運営推進会議』議事録

社会福祉法人つつじの福祉会 地域密着型小規模特別養護老人ホーム『はぎの郷 2020年度第3回運営推進会議』の開催（開催予定日：令和2年9月28日）に際し、新型コロナウイルス感染防止を第一優先とした書面による開催としたため、令和2年9月28日必着にて、参加予定の方々に対し書面による報告資料を郵送しました。報告内容に対するご意見・確認事項について、令和2年10月5日を期日として募りましたところ、貴重なご意見・確認事項等をいただきました。

以上の書面報告による開催を明らかにするため、ここに本議事録を作成する。

1 書面報告による『はぎの郷 2020年度第3回運営推進会議』を実施した者の氏名

『はぎの郷』 施設長 大 山 守

2 書面報告による『はぎの郷 2020年度第3回運営推進会議』参加者

- ・加古川市 高齢者・地域福祉課及び介護保険課 職員
- ・地域包括支援センターひらおか 職員
- ・フェニックス加古川ケアセンター 施設長
- ・つつじ野地区民生委員
- ・はぎの郷入居者様のご家族

3 「ご意見や確認事項等」について

地域包括支援センターひらおか職員様、入居者様のご家族より8点につきご意見・ご質問をいただきました。ご意見・ご質問への回答とあわせて添付資料を確認ください。

4 『はぎの郷 2020年度第3回運営推進会議』の開催と閉会

開催日：令和2年9月28日 書面による報告（郵送）をもって開催日とする。

閉会日：令和2年9月28日 期日（令和2年10月5日）開催日をもって閉会日とみなす。

5 議事録の作成に係る職務を行った者の氏名

社会福祉法人つつじの福祉会 法人本部事務局長 宮武 昭彦

添付資料

「ご意見や確認事項等」

- (1) ヒヤリハットでは、事前に確認することの必要性があげられ、「見守りを強化する」「訪室回数を増やす」という対策がとられる事で人の目による支援が増えるのはとても良いと思います。お忙しいと思いますが、温かいお心遣いで、余裕ある対応をお願いします。
- (2) 事故報告の、14 ページの上から 2 つ目の、ご利用者が「うー」と声をあげている時に、何故看護スタッフが対応しなかったのかがわかりません。
- (3) 事故報告の、15 ページの上から 2 つ目の内出血や傷があった原因が不明なので、今後の対応が曖昧になっていると思います。
- (4) 毎回細やかな観察及びその後の対応処置に頭が下がります。本当にはぎの郷に御世話になれて家族は安心しております。主人もますます手がかかり大変だろうとっております。職員の皆様にはご苦労と存じますが、どうぞよろしく願いいたします。
- (5) 今回より事故報告についてユニット階の開示がされました。全体の約半数が 3F ユニットでした。誠実で正直に報告されていると評価しますが、只、3F ユニットが特に多いのは、何か理由があるのかと疑問を感じます。
- (6) 事故については、利用者家族には、すべて報告されているのですね。(以前にも確認したかもしれませんが、再度確認です。)
- (7) 薬の件について実際に薬の錠剤が見つまっているのをみると、服用時にきちんと確認しているのか心配になります。再度徹底をお願いします。(3F 以外のユニットですが)
- (8) 事故報告の内容を見ると食事時の場合が多いかと思いますが(私が面会に行っていた時の様子から)やはり人間的な問題があるのかと思います。食事時の人員についての検討はされているのでしょうか。(こういう時代ですので、ボランティア等も厳しい状況だとわかっていますが)

【回答】

(1) の件

7月・8月を「ヒヤリハット月間」として、今まで報告書の作成を行っていなかった事務部門においてもヒヤリハット報告書を提出し情報の共有を行い、今後の対応等を検討し、事故に繋がることを防ぐよう努めました。

今後も、心に余裕をもって見守りを強化し、言葉に耳を傾け、心に寄り添う支援に努めてまいります。

(2) の件

この件につきましては、事故発生当初より看護職員も介護職員と一緒に対応しており、義歯を口腔内より取り出し、口腔内の確認を行っております。義歯の金具がなかったため看護職員・介護職員で居室・身の周りを探しましたが、金具2つのところ1つが見つからず介護支援専門員よりご家族へ連絡致しました。

報告書に明確に記載がなかったため、事故の背景・対応がわかりにくく申し訳ありませんでした。文書作成については、より一層推敲を重ねてまいります。

(3) の件

本件につきましては、発見時において発生の要因が不明であったことから、ご利用者の日常生活動作時の観察が不足であったことが課題であると協議しました。

今後は、ご利用者の身体状況・日常生活動作時の状態・状況をしっかりと職員で意識して、記録等により共有確認していくことを改善確認としました。

また、今回の状況による要因となる可能性とそのケースへの対策も検討をおこない共有をしました。

(4) の件

ありがとうございます。お言葉を励みに、今後もより良い支援に努めてまいりますのでよろしくお願いいたします。

(5) の件

3Fのご利用者は入居時には歩くことができていた方が数名おられ、現在は車椅子を使用されています。下肢筋力が低下している状態ですが、もともと歩いておられた方はご自分で動こう、立ち上がろうとされます。また、日中帯において8月・9月は3Fご利用者全員をトイレ誘導しており、重なった場合には待っていただくよう声かけするのですが動かれることもあります。そのことは職員も理解しており、常に見守りをおこないながら業務にあたるようにしていますが、未然防止できていないのが現状です。

どのような対応をすればご利用者の自由を制限することなく事故を防ぐことができるのか検討を繰り返していきたいと思っております。

(6) の件

事故については、当日の場合や数日後の場合もありますが、全て報告させていただいております。ヒヤリハットについても今後事故に繋がりそうだと判断した事案については、ご家族にお伝えしています。

(7) の件

事故後の対応として、服用時の薬袋の日付・名前の確認、周りに落ちていないか、こぼしていないかの確認、飲み込みの確認を行っています。また、所定の場所に空袋を広げて確認を行ってから空袋を薬箱に戻すよう改善し、実践しております。

(8) の件

ヒヤリハット・事故報告書の発生時刻を調べた結果、食事時の報告は無く、食事後に発生しております。（「食事時の事故発生」と読めるような表現で申し訳ありませんでした。）

昼食時の食事介助については、看護スタッフが週 6 日介助に入り、専門職員も応援に入っており、3F の食事時の人員については配慮しております。