

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6回運営推進会議」議事録

地域密着型小規模特別養護老人ホーム 2020年度「第6回運営推進会議」（開催予定日：令和3年3月29日）につき、新型コロナウイルス感染予防を第一優先に「書面による開催」としたため、参加予定の方々に「書面による報告資料」を郵送（令和3年3月29日着）しました。報告内容に対するご意見・確認事項について募りました（期日：令和3年4月5日）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 2020年度「第6回運営推進会議」を実施した者の氏名
施設長 大山 守（令和3年3月31日まで）

2 2020年度「第6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
- ・特別養護老人ホームうおずみ 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、特別養護老人ホームうおずみ施設長様、入居者様のご家族より15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別添資料をご確認ください。

4 2020年度「第6回運営推進会議」の開催と閉会

開催日：令和3年3月29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3年3月29日 期日（令和3年3月29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

「ご意見や確認事項等」

(1) 服薬介助マニュアルは活用されているか。また、見直しはされているか。

- ① 2020年度は「マニュアル検討委員会」を設置開催（毎月1回）し、服薬介助も含め「介護業務マニュアル」の見直し・改訂を行っています。
- ② 服薬事故・与薬事故がおきている点につき、「介護業務マニュアル」の意義・役割の再確認をおこなうべく「ユニット会議」「専門職員会議」「看護会議」において職員一人一人に、「服薬介助マニュアル」「与薬業務マニュアル」の再確認（「薬」事故と命の大切さ）とその遵守徹底が課業（仕事）である指示をおこないました（4/5、4/6、4/8、4/13、4/15）。

(2) 3月の事故報告（他のご利用者の薬であったことに気付く）は誤薬か。

行政機関に報告されたと思うが、今後の対応はどのように考えているか。

徹底する方法、具体的な方法をどのように考えているか。

- ① 「服薬介助マニュアル」通りに施行されなかった「服薬事故」と認識しております。
- ② 今後の対応 ⇒ 上記(1)②参照ください。
- ③ 徹底する具体的な方法について

★ 4段階チェックの実施

- イ) 薬局から届けられた「薬」を、看護職員が「薬情」に基づきその内容を確認し与薬
- ロ) もう1名の看護職員により再確認（ダブルチェック）
- ハ) 介護職員が「服薬介助マニュアル」に則り服薬介助を実施（複数職員によるチェック確認）
- ニ) 服薬介助後、「薬ケース」を再確認し残薬の有無をチェック

(3) 薬の事故がなくなる。目でしっかりと見ているのか。薬が落ちていたのを発見した時等の事後対応はマニュアル化されているのか。薬の事故については、職員の不注意とは別の観点からの検討をしてほしい。

- ① 服薬事故がなくなることについては「服薬介助マニュアル」に基づく支援がなされていない時に発生していることが再確認されました。「服薬介助マニュアル」を遵守している職員は服薬事故は起こしておりません。服薬事故は不注意ではなく、課業遂行への慣れ・怠惰によるものと再認識させていただき、その事実並びに仕事への取組み方につき全職員に伝えました。「服薬介助マニュアル」には、事後対応についても規定しております。

(4) LIFEへの取り組み状況はどのような状況か。

- ① 令和3年3月「LIFE」の登録は完了しています。令和3年4月よりの介護保険改正にともなう体制の整備は終了しております。また、今回の介護報酬改定に伴う利用料金変更については、「説明事項と同意書」をご利用者のご家族に4月初旬郵送しております。

(5) 職員への具体的な周知方法はどのように実施されているか。

- ① 令和3年4月よりの介護給付体制については、「全体会議」並びに「ユニット会議」「看護会議」において、職員一人一人に説明共有します。

- (6) 胃瘻の栄養注入は、食事の都度計って入れるのか。1食分のパックで来るのか。
1時間後に量の間違いに気付くとあるが、いつも長い時間かかっているのか。
- ① 胃瘻の方の栄養注入は1本単位の「缶」にて対応しており、1缶が注入されるまで1時間程の時間がかかります。前日まで2缶の栄養注入でしたが、当日より1缶に変更になっていたことの申し送りがなされていなかったことにより前日までと同じ2缶での対応になってしまいました。なお、医師に確認したところ、特に処置することはなく、次回より1缶で対応するよう指示を受けました。
- (7) 「事故」と「ヒヤリハット」との線引き（基準）が不明確である。
- ① 服薬にかかる「事故」と「ヒヤリハット」の基準の設定（「危機管理委員会」にて）
- イ) 処方による服薬が効果のある時間帯に服用されなかった場合 ⇒ 「事故」
ロ) 二次確認等で服薬が効果のあるタイミングで服用された場合 ⇒ 「ヒヤリハット」
- ※ 効果の有無の判断は、医師・看護職員がおこなう
- (8) 内部報告をそのまま掲載しているのか。内容が不明確な箇所や事後の対応が書かれていなかったりする。家族にとって知りたい事柄は正確に報告してほしい。
- ① 報告すべき内容については協議をおこない、下記の4つに整理して報告します。
- イ) 事実報告（具体的かつ計数的に表現）
ロ) 対応報告（具体的かつ計数的に表現）
ハ) そのことによる身体的影響（具体的かつ計数的に表現）
ニ) 結果報告（具体的かつ計数的に表現）
- (9) 職員がコーヒーをかけられた事自体事故だと思う。利用者さえ何もなければいいことにはならない。コーヒーをかけたことには重要な意味があると思うが。
- ① 行政庁からは、職員が利用者様より受ける「脅威・不快な行為」は「ハラスメント」となりうると発表されています。しかし、認知症発症者の「混乱による表現（BPSD）」が「ハラスメント」となるのか「事故」なのかの判断は難しいと捉えております。（「BPSD」なのか「故意」なのかのエビデンス（客観的証拠）はとれないため）。今回の事案は、コーヒーがかかり火傷を負ったものではなく、利用者のBPSDを予測しての対応であったことが確認できたので「ヒヤリハット」で報告させていただきました。
- また、ご指摘のとおり「コーヒーをかけたことには重要な意味がある」は、そのとおりでございます。それが故に、認知症高齢者の方々との係わり方については、日々アップデートが求められ、職員にはそのように発信しております。
- ※ BPSD（行動・心理症状）：認知症者に現れる症状
幻覚・妄想、多動行為、異常な食行動、睡眠障害、抑うつ、不安、時間感覚の失調など。
- (10) 運営推進会議資料 11 ページ事故報告・3件目(3F)について
「内容不明確」とのご指摘
- ① ミキサー食（軟食）の方が2名おられ、おやつとして「ゼリー」を提供すべきところ、「栗饅頭」を一口サイズで提供してしまいました。

(11) 運営推進会議資料 11 ページ事故報告・4 件目 (3F) について

明確に書いて下さい。薬を服用したのは、一人なのか全員なのか。また、その後の処置について書かれていない。

- ① 朝・夕を間違えて服用した方は 1 名。
- ② その後の対応として、「服用薬」が朝・夕同じのものであったため、「夕方の分」を翌日の「朝の分」に再セットしました。

(12) 運営推進会議資料 11 ページ事故報告・6 件目について

専門用語不明確。

① 「離床検知」とは

ベッドに設置されているセンサー（「眠りスキャン」）の反応のひとつで、利用者様がベッド上で「寝返り」「上体をおこす」等されると、職員が持っているモバイルに通知（アラーム）され、その内容に応じて訪室等おこない介助等しております。ベッド上での利用者様の「心拍数・呼吸数」も通知されます。

(13) 運営推進会議資料 12 ページ事故報告・2 件目 (総務) について

事務所に何故時間外の職員と利用者がおられたのか。

また、何故このことを書かれたのか。(内部報告的な感じを受ける)

- ① 「はぎの郷」の方針として、利用者様の行動については「命」・「重大な事故の危険性」がない場合は施設内を自由に移動（散歩等）していただいています。当該利用者様は、「事務所」に来られ、昔話・世間話等し満足されたら自ユニットへ戻られる方でした。
- ② 勤務時間外の職員という表現について、本来は当日のシフト表には記載されていない職員の事を指す表現ですが、別件の残務業務のため上席者の許可をとり、休日に出勤し事務所で業務をしていた職員でした。

(14) 運営推進会議資料 12 ページ事故報告・7 件目 (3F) について

薬が残っていることは事故。他のご利用者の薬であったとあるが何を言わんとするか不明。

- ① 同じ薬を服用している方が 2 名おられ、一人の利用者様に他者の同じ薬を服薬介助してしまった。対応として、同じ薬であったので残りの分をもう一人の利用者様に服用していただいた。
- ② 事故原因は、「服薬介助マニュアル」が厳守されていなかったことです。

(15) 運営推進会議資料 13 ページ事故報告・2 件目 (2F) について

簡潔に書けば済むことではないか（キッチンの近くに錠剤が落ちていたと）。それよりも後の対応をどうしたかが書かれていない。

- ① その後の対応として、どの利用者様の薬かが判明できなかったため、医師の指示により経過観察としました。翌日、全利用者様に体調の変化はなかったため医務にレスポンス（返答報告）。
- ② 事案発生の翌日朝食より、処方どおりの服薬介助を開始する。