

社会福祉法人つつじの福祉会
書面による『はぎの郷 2021 年度第 1 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 2021 年度第 1 回運営推進会議』の開催（開催予定日：令和 3 年 5 月 31 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 3 年 5 月 31 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 3 年 6 月 7 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 2021 年度第 1 回運営推進会議』を実施した者の氏名

『はぎの郷』 施設長 宮武 明彦

2 書面報告による『はぎの郷 2021 年度第 1 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 8 項目につきご意見・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 2021 年度第 1 回運営推進会議』の開催と閉会

開催日：令和 3 年 5 月 31 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 5 月 31 日 （期日：令和 3 年 6 月 7 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

『はぎの郷』 施設長 宮武 昭彦

添付資料

「ご意見や確認事項等」

- (1) ご意見：薬ケースは朝、昼、夕毎に分け、見やすいように朝、昼、夕と表示されているか。また、薬ケースには仕切りをし、仕切り毎、利用者の名前がつけられているか。服薬データ（明細）は各ユニットに配置しているのか。

イ) 質問：薬ケースは朝・昼・夕毎に分けられているか？

回答：薬ケースについては朝・昼・夕ごとに分けております。

ロ) 質問：薬ケース毎に見やすいように朝・昼・夕用と表示はされているか？

回答：薬ケース毎に朝・昼・夕ごとに表示しております。

ハ) 質問：薬ケースは仕切りされていますか？

回答：薬ケースには利用者一人ひとりごとに1回分ずつの仕切りをしています。

二) 質問：薬ケースには利用者の名前は付けられていますか？

回答：薬ケースの仕切り毎に服薬される利用者のお名前を付けています。

ホ) 質問：薬ケースを3つに分けきちんと表示しておけば今回の事故は起こりにくかったと思いますが？

回答：薬ケースは3つに分けて表示はしておりました。しかしスタッフの確認の際の見落としという事故が起きてしまいましたので、職員による二度確認（ダブルチェック）業務を共有し事故防止に努めてまいります。

へ) 質問：利用者の服薬データ(明細)はユニット毎に持っていますか？

回答：定期・臨時の内服薬情報については、各ユニットに配置している利用者ごとの個人ファイルに「薬情」のコピーを綴じております。

- (2) ご意見：介護職員と看護職員との服薬に関して取り決めのシステムを検討されては？

回答：介護職員及び看護職員各々の服薬管理に関する役割・手順・留意点等を見直し、「はぎの郷」の服薬管理マニュアルを改訂し、5月半ば迄に全職員に配布・説明し、マニュアル遵守での服薬業務遂行を再スタートさせました。マニュアルには具体的チェック項目をより明確にし、システム化することで各職員の役割と責任意識が高まるよう整備しました。職員への服薬管理マニュアル遵守の徹底指導を継続し、服薬事故ゼロの施設にします。

- (3) ご意見：服薬時に1錠落としてしまったというヒヤリハット記載報告について、スプーンを使ってスタッフが口まで運ぶとあるが、2錠を一回で飲めなくても1錠ずつなら飲めるのではないかと？

(9p 下段)

回答：今後は利用者に説明と同意をいただきながら1錠ずつ飲んでいただける場合には1錠ずつの服薬介助を行っていくことを職員で共有します。

- (4) ご意見：「排泄介助の為、訪室するとご利用者より『他の人が部屋に入ってきてコップの水をかけた・時計を顔周りに投げられた』と言われる場面に出会う」(10p 中段)について事実なのか？妄想なのか？なぜ鍵を閉めるのか説明不足である。

回答：まず、『他人が部屋に入ってきてコップの水をかけられた・時計を顔周りに投げられた』というのは事実ではありません。しかし、当該利用者にとっては、事実との思いでの言動であるため、お話を聞くことにより寄り添い(受容)、お落ち着きを取り戻してもらえるような対応を、職員間で

共有し、支援しています。

居室の鍵を閉めるのは、『他の方が部屋に入らないようにしたい』という利用者ご自身の要望であり、検討した結果、そのようにサポートすることを決定し、ご本人には「鍵をかけて安心してくださいね」とお伝えし、ご自身が内側から施錠しておられます。もちろん、緊急時等には直ぐに開錠できるようユニットで鍵（スペア）を保管しています。

- (5) ご意見：服薬管理マニュアルでは複数回薬ケースを確認する事になっていたが、1名分の朝食の薬がなかった件について（11p 中段）、服薬管理マニュアルでは、複数回、確認するようになっているが、スタッフの説明ではどの様にされていたか？

回答：職員にはマニュアルに沿って確認（チェック）をおこなうように共有しています。また、医務に關しては薬ケースにセットした際、再度確認するようになっているが、見過ごしてしまいました。このあつてはならない確認ミスは共有し『1 回目の確認を信用することなく「ひょっとして？」という気持ちで再確認する』よう指導・共有しました。

服薬介助時に薬ケースに薬がセットされていないことに気付き（チェック項目の遵守により）看護職員に報告し、利用者に服用して頂けましたが、今後は「きちんと揃つてゐる？と思つたら利用者の『薬情』を確認すること」を指導・共有しました。

- (6) ご意見：夕食後の薬を昼食後の薬と間違つた件について（14p 中段）、なぜ間違つたのか原因が不明、薬ケースに何のテープを貼ることで改善されているのかも不明です。

回答：当該利用者には定期薬として 1 日 7 回与薬が必要で薬を個人ケースに用意していますが、その方の夕食後薬と昼食後薬を誤つて薬ケースから取り出し服薬介助をしてしまいました。ケースの仕分けと文字による表示だけでなく、テープの色を分け「夕」・「昼」と印字し、より見分けがつくように改善しました。改善後はこのような取り間違いはなくなりました。しっかりと目で文字も色も確認し、服薬介助するよう指導・共有しました。

- (7) ご意見：座り込み・転倒など 8 件あり、いつもより多いが原因は何なのか不明

回答：座り込み・転倒など 8 件中の半分の 4 件は、今春入居された同一利用者（車椅子利用の方）のケースの報告記録となります。入居前、ご自宅におられた時のご自身の意思でベッドからおり床で寝たり、床に座つたりしていたので、施設でも同じようにさせて欲しいという利用者ご家族よりの希望があり、「生活の継続」という支援をおこなうため、ベッドの横に自宅で使用していたのと同じマットレスを敷いて対応しております。しかし、夜間帯や日中帯居室で過ごしている時に、ベッドから床におりる際、マットレスからずれてしまった場合や床での体位の状況が上手く調整できなかった場合は、「ヒヤリハット及び事故報告書」に記載するため報告件数が多くなりました。ケアカンファレンスでは、利用者自らの意思でおこなうベッドから床への座り込みをとめるというのは、利用者の自由な行動を奪うことになるので、利用者の自ら動きたいという自宅でおこなつてきた環境を維持しながら（現在の ADL では可能とケアカンファレンスでは判断）、見守りを強化していくこととしました。

- (8) ご意見：介護スタッフさんが PC 入力時もまわりをよく見ていて、利用者の転倒を防ぐことができていてとても良かったと思います。

回答：ありがとうございます。介護スタッフも PC 入力をはじめ、つつい目の前の業務に集中しがちですが、今後も一人ひとりの利用者の生活環境、リズム、配慮点を共有し、ユニット・居室内等での利用者の危険への予知・予見の力を身につけていきます。

