

令和5年4月20日

社会福祉法人つつじの福祉会  
書面による『はぎの郷 2022年度 第6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 2022年度 第6回運営推進会議』の開催（開催予定日：令和5年3月27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5年3月27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5年4月10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 2022年度 第6回運営推進会議』を実施した者の氏名

『はぎの郷』 統括管理者 宮武 昭彦

2 書面報告による『はぎの郷 2022年度 第6回運営推進会議』参加者

- ・加古川市 福祉部 法人指導課 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

特別養護老人ホームうおずみ職員様、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7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 2022年度 第6回運営推進会議』の開催と閉会

開催日：令和5年3月27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5年3月27日（期日：令和5年4月10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』 統括管理者 宮武 昭彦

統括管理者 宮武 昭彦

(1) (有識者より)

ご意見：おしぼりやティッシュを口に入れてしまう方にどのような言葉で食べ物ではないと伝えているのでしょうか。食べられない事を伝えるのは必要なことなのでしょうか。教えていただきたいと思っています。

回答：おしぼりやティッシュを口に入れてしまう利用者ですが、普段はおしぼりやティッシュを使い口元を拭いたり、鼻をかんだりとおしぼりやティッシュを使用されております。持病のパーキンソン症状があり、気持ちが不安定になり始めた時におしぼりやティッシュを口に入れてようとしてしまい、職員がおしぼりやティッシュは食べられないという事を伝える事で、利用者もこれは食べられないという事を理解し、おしぼりやティッシュを職員に渡していただきます。今後もパーキンソン症状が強く出た時は口の中に入れてしまわない様、手の届かない所へ置く様、職員が共有して対応して参ります。

(2) (有識者より)

ご意見：事故報告書、ヒヤリハット報告において2月4列目、8列目及び3月4列目、7列目の異食行為について同じ利用者様かと思いますが改善策についてテーブルの上に置かないように心掛けるとありますが同じことを繰り返している様に思います。他に何か対策が必要ではないのでしょうか？もしくはスタッフへの徹底ができていない状態なのでしょうか？他の利用者の便利性等を考えると難しいかとは思いますが何か検討してみてほしいと思いました。

回答：異食行為については特定の利用者になります。

パーキンソンの症状が強く出てしまった時は、手の届かない所まで移動することで利用者の口に入らない様対応しておりますが、現段階では共同スペースのために、当然他の利用者への配慮、便利性等も考慮しながら、利用者の日々の変化の様子を観察し対応しているため対応しきれない所があります。

改善対応策としてパーキンソン症状が強く出ていない、落ち着かれている時間帯に食事を食べていただいたり、食事中にパーキンソン症状が強く出てしまった時は少し時間を置き、落ち着いた状態で食事を食べていただける様に対応しております。

(3) (ご家族より)

ご意見：同じく事故報告書、ヒヤリハット報告において服薬に関する事が数例みられますが以前より少しケースが増えているように感じます。服薬マニュアルでの対応かと思いましたが見直し等は実施できているのでしょうか？また見直しは委員会等で実施しているのでしょうか？(有識者より)

ご意見：服薬事故の報告は2件ありました。原因はケアレスミス。きちんと確認がなされておれば防げたことです。改善策は事故の度、同じような事が書かれています。確認を怠った根本的な原因を見きわめるべきだと思います。（ご家族より）

回答：服薬事故が0にならなかったことについては施設長の管理責任にあると自覚しております。心よりお詫び申し上げます。

各ユニット会議にて全職員へ服薬マニュアルの徹底意識と服薬事故への重要性を再研修させて頂きました。何度も何度も職員には服薬介助への教育・意識レベルの強化をし続けていきます。今回の服薬事故について詳しく職員に確認いたしました。職員が服薬介助をした後、薬をしっかりと飲み込めたのか？口の中には薬が残っていないかの確認をマニュアル通りに実行したとの事。その時の目視では口の中に薬はなく、その後、口から出されているのを直接確認したわけではないのですが、服薬後の状況から、口の中の確認をした後、口の中の目の届かない所に薬が残り、飲みこむことが出来ず職員が見ていない時に、口から薬がこぼれてしまったと考えられます。服薬事故は絶対に起こしてはならないという事を再認識し、服薬介助後、ひよっとしたら口の中のどこかに薬が残っているかもしれないという気持ちを持ち薬が残っていないかの確認する事を徹底実行する事を共有しました。

また、嚥下機能低下により薬を飲めない状況（落薬事故の発生リスク）があるような利用者の場合は、家族、医師、薬剤師、看護師と連携して粉薬・液剤等に変更できるものは提案・対応していくことを改善策として共有しました。

ご意見：コロナ禍により推進会議の報告は書面で行われるようになりましたが、（今後終息すれば問題はなくなるのですが）報告内容が今ひとつわかりにくく、結局細かなところまで質問するのをあきらめています。例えば今回の報告7項2段目、服薬に関するヒヤリハット、私の理解では朝食前の服薬をスタッフが忘れていたが利用者に指摘され事なきをえた。改善策のプレート、コップにメモ等細かく書かれているのを見て、今回だけの服薬だったのかと推しはかったのですが。一方、継続的な服薬であるならそこまでする必要があるのかとも思います。（その他）9項3段目（ヒーヒーと音？）etc。（継続的な服薬なのか否かをはっきりさせてください。誤解を招きます）

回答：詳細がわかりにくく、誠に申し訳ございませんでした。以前もお詫びしましたが、今後は「具体的に、分かりやすく」「いつ、どこで、だれが、どうした」という事を明確に報告できるよう努力してまいります。

7項目、2段目のヒヤリハットですが、新しく入居された利用者で職員が朝食前の服薬介助を忘れ、利用者から薬を飲んでいないとの声を聞き、薬BOXを確認した所、朝食前の薬が残っており服薬して頂きました。食事前の薬は今回だけの服薬ではなく、毎食前の薬であり、ユニット内に食前薬を服薬している利用者がなく、職員間で食事前の薬がある事を周知徹底できる様「食前薬あり。」と記入したプレートを用意し、食事前の薬がある事を再確認し共有しました。

9項3段目のヒヤリハットですが、普段から夕食後薬を服薬している利用者で、食後に舌の上で溶ける薬を舌の上に乗せ服薬してもらった後、薬が溶ける前に飲み込まれてしまい、ひーひーと口元から音が鳴り水分を取ってもらい薬が溶けているのを確認しました。普段の服薬状況を観察し飲み込みにくい薬については看護職員と相談し、小さく碎ける錠剤は砕き、服薬してもらうよう対応して参ります。

ご意見：いずれにしても今後入居される方と家族の方の為にも、現在のシステム？マニュアル？を知らない我々に理解しやすい報告をして頂きたいと思います。以前にも申しあげましたが、施設側には当然の事が我々には全く初めてな事が多々あると思うのです。服薬については突発的な服薬事故もあり得るでしょう。しかし継続的な服薬で薬そのものが後になって見つかる事などあってはいけないことでしょうか？くどくど申し上げたくはありませんが、ケアレスミスをなくすのは意識改革だと思います。

回答：マニュアルについては、たくさんの業務マニュアルがあります。

利用者、家族で情報として知りたいマニュアル等がございましたら情報開示させていただきます。服薬事故が0にならなかったことについては施設長の管理責任にあると自覚しております。

改めて心よりお詫び申し上げます。

各ユニット会議にて全職員へ服薬マニュアルの徹底意識と服薬事故への重要性を再研修させて頂き、これからも何度も何度も職員には服薬介助への教育・意識レベルの強化をし続けていきます。

服薬事故は絶対に起こしてはならないという事を再認識し、服薬介助後、ひょっとしたら口の中のどこかに薬が残っているかもしれないという気持ちを持ち、薬が残っていないかの確認する事を徹底実行する事を共有しました。

また、嚥下機能低下により薬を飲めない状況（落薬事故の発生リスク）があるような利用者の場合は、家族、医師、薬剤師、看護師と連携して粉薬・液剤等に変更できるものは提案・対応していくことを改善策として共有し実行して参ります。