

令和3年8月11日

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2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2回運営推進会議』の開催（開催予定日：令和3年7月26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7月26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8月2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2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 昭彦

2 書面報告による『はぎの郷 2021年度第2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 2021年度第2回運営推進会議』の開催と閉会

開催日：令和3年7月26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7月26日（期日：令和3年8月2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

「はぎの郷」2021年度第2回運営推進会議 「ご意見や確認事項等」

- (1) ご意見：地域密着型小規模特別養護老人ホーム「はぎの郷」において、入居待ち、現在の入居申し込みの状況はどのようになっていますか？また、どのようにして入居希望者を募っているのかを教えてください。

回答：8月1日現在、待機者が5名おられます。当施設は、地域密着型サービス事業所であるため、加古川市にお住まいの方のみを受け入れております。現在はコロナ禍のため、入居希望者の掘り起こしはおこなっておりませんが、市内の居宅介護支援事業者や医療機関等より情報をいただき、入居へ繋げている状況です。月に1、2件の入居希望のお問い合わせがある程度です。

- (2) ご意見：ヒヤリハット報告が多く提出されており、より細かなところまで目が行き届いていると思われます。ヒヤリハット報告についての共有する方法についてどのような方法で全職員に徹底していますか？同じような内容が続いている事も、少し見られるので施設全体での共有が必要ではないかと考えます。

回答：ヒヤリハット報告は事故の未然防止となるよう、日々の職員の気づき、安全で安心な生活環境づくりのための意識の報告書だと認識しています。まず、ヒヤリハット事案を当該ユニットの職員で共有し、事故の芽を摘みとるよう取り組んでいます。そしてその情報は、次に他ユニットに発信（回覧）され共有されます。回覧後は施設の職員がいつでも閲覧できるよう職員専用サーバーに保管しています。

また、「ヒヤリハット報告書(原本)」は当該ユニットの利用者の『個人ファイル』に編綴され、利用者個々人の安全管理のため（ヒヤリハットの傾向対策等）の情報として活用されます。

同じような内容が続くヒヤリハット報告については、それをふまえて協議（ミニカンファ等）し、課題を明確にして対応しています。

- (3) ご意見：「薬について」なかなか「①」になりません。まだまだ意識向上の徹底がなされていないのでしょうか？それとも新しい職員が入られているからですか？

ご意見：服薬についての意識が低いです。「①」にしようとする現場のチームとしての決意が感じられないコメントだと思います。

回答：「服薬介助のミス」について、「①」にならなかったことについてはお詫び申し上げます。新しい職員が入職したことが大きな要因ではなく、施設として「まだまだ意識向上の徹底がなされていない」というのが実情です。再度、服薬管理マニュアルの遵守徹底をはかります。

具体的には、① 8月11日の全体（主任・専門職員）会議において、薬を扱う職員の責任の重さや誤薬による危険度、服薬ミスは絶対に起こしてはならない事故である、という再認識、服薬ミスは利用者や家族の施設に対する信頼失墜になる等を共有します。② なぜ徹底できないのか、を各ユニットにおいて協議・検証するとともに、自主的・具体的な施策を立案し、職務として励行させます。

(4) ご意見：8P3 段目 3F 結果的にヒヤリですが、介護職員の段階では事故です。ところで毎回、看護職員の方がチェックしているのですか？

回答：「服薬管理マニュアル」のなかの手順に、看護職員が最終チェックするという項目があり、遂行しています。

(5) ご意見：12P2 段目 2F (対応のコメント)「与薬忘れと思われるが」とあるが与薬忘れそのものです(何となく意識の低さを感じられるコメントです)。(改善策のコメント)以前から申し上げていることであり、当然のことを怠っているのですから事故になるのは、それこそ当然です。

回答：以前の改善策の「錠剤を1つずつ」は徹底されてますが、飲み込み確認が希薄であった(口を開けてもらっての目視のみ)ので、今後は「ごっくん」とし、飲み込まれた事実を確認する方法に変更し、実践します。

(6) ご意見：コロナ禍で皆様の苦労は承知しております。感謝もしておりますが、この(4)(5)に関してはきちんと注意しておれば怒らない事故です。現場のミス理由はなんですか？

回答：上記(3)の回答参照ください。

(7) ご意見：床に落とした薬を拾って飲んで頂いた職員、薬ボックスを落とし、落ちた薬を回収したのに正しい位置に入れなかった職員の考えや気持ちを知りたい。

回答：職員に確認しました。「薬BOX」ごと落としてしまい、ばらけた薬を「薬BOX(利用者ごと)」に戻したが、「薬BOX」の下に薬があったことを発見したため、それを報告したとのこと。床に落とした薬は裸の薬を拾って服用してもらったのではなく、袋に入った薬を発見し、一度、「薬BOX」にセットしておき、夕食時に服薬介助したため、「ヒヤリハット報告」とした、という状況です。

