

令和 4 年 6 月 16 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 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 2022 年度第 1 回運営推進会議』の開催（開催予定日：令和 4 年 5 月 30 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 4 年 5 月 30 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 4 年 6 月 6 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 1 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 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

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 2 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 1 回運営推進会議』の開催と閉会

開催日：令和 4 年 5 月 30 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 4 年 5 月 30 日 （期日：令和 4 年 6 月 6 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

(1) (ご家族より)

ご意見： 前々回にもお尋ねしましたが。ヒヤリハットの件数がユニット間で少なからず差がみられます。
(1 F と 3 F) 原因は何だとお考えですか？ (入所者の違い、人員不足、職員の能力)

ヒヤリハット報告 (特に 1 F) は転倒等関連がほとんどの様でした。そして事故は確か 1 件にとどまっています。報告の文章についても余裕が感じられます。どのようにお考えでしょうか？
(3 F は正反対の状況です) 個人的には人員不足の影響があるのではと思っています。

回答： ヒヤリハットについては、各ユニットの入所者の状態、人員配置的要因、環境的要因、物理的要因、職員の能力 (各職員の経験) 等の要因が複合的に絡んで発生していることは事実です。私達施設では、日々の中で常にリスクあるものでヒヤリハットの全くないユニットはないものと職員には伝えてあります。その中で 5 月度に 3 F ユニットのヒヤリハットがゼロ件だったことについては誠に申し訳ございませんでした。責任は施設長にあり要因の一つとしては人員的要因がありました。1 年ぶりに 3 F ユニットの育休中の職員の復帰があり、5 月 1 日復帰と予定をしていましたが諸事情 (保育園の入園の関係) により 6 月 1 日からの職場復帰となり、5 月中は 3 F ユニットの職員に負担がかかり、配膳ミスもおきてしまいました。5 月初日より他ユニットからの応援勤務はあったのでシフトに欠員は発生しませんでした。普段の 3 F ユニットの勝手がわからない為に 3 F ユニットの職員に負担がかかったことは事実であり大きな要因の一つと考えています。申し訳ございませんでした。ヒヤリハット報告の意義、必要性等を再度、職員に伝え、全体会議でも共有しました。6 月より人員も整いましたので、しっかりと改善させていただきます。

ご意見： 3 F (10 項～11 項・14 項等) 同じような事故報告のように思われますが同一利用者でしょうか？ そうであるならば何らかの対策をとられていますか？

回答： 上記の転倒事故報告書は同じ利用者です。施設方針としては自由にユニットを動かれようとしている利用者への行動制限は禁止しています。(身体拘束等ゼロ宣言)
ご家族にも都度、報告をさせていただきながら、対策としては、ご一緒に歩いたり、近くで見守りを強化したり、テレビを一緒に鑑賞したりと見守り対応をしていますが、他の利用者方々の見守りや他の利用者の居室内介助時及びトイレ内介助時もあり全ての行動時間帯に対して、付きそったままの見守りはできていません。その場合でも各職員が気にしながら (音やちらっと確認) の対策・対応はしております。

ご意見： 11 項下段 (3 F) の服薬事故について、一人勤務の時間帯とありましたが、これは一人が昼休憩とっていた為でしょうか。また、報告内容があいまいで分かりにくいです。下剤であるという油断はなかったでしょうか？

回答： 「報告内容があいまいで分かりにくい」とのご意見について、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、今後も「具体的に、分かりやすく」報告させていただきますよう

努力してまいります。

「一人勤務の時間帯」とありましたが、これは一人の職員が昼休憩とっていた状況でした。同じ（同じ種類・成分）下剤をのまれる利用者2名（1名は昼のみ・1名は夜のみ）の方の昼と夜を間違えて提供してしまったという事故です。服薬事故に関しては「忙しい、人手が不足」等は理由にはならず、服薬マニュアルを厳守しなかった結果です。責任は施設長にあり、再度、服薬介助の重要さ、服薬マニュアルを厳守することで起きない事故（起こしてはならない事故）等をユニット会議ごとに全職員に共有してまいります。申し訳ございませんでした。

ご意見： 13 項、13 段目(3 F)簡潔に述べられていますが、これは配膳ミスですね。文章からは意識の希薄さが感じられました。大差ない食事形態だったのかもしれませんが緊張感が足りないのでは？

回答： 「配膳を間違える（事故）」です。「意識の希薄さが感じられる」というご意見をしっかりと反省し受け止めます。

直後にこの事故ミーティングを開催し、この事故発生状況を振り返り、今後の改善策（再発防止策）を意識も含めて共有しました。配膳準備から間違えのないように「利用者ごとの食札」を準備して膳に配置すること。配膳時も「利用者の食札」を確認・配膳時に呼称して配膳することとします。

ご意見： 私自身は、転倒、ベッドからの転落等はある意味しかたない事ではないかと考えていましたが日頃の注意努力によって防げるものと考えをあらたにしました。（介護現場でこういった事故が6割以上だと聞いています）ですから、1 F と 3 F の違いはきちんと考えるべきだと思います。

回答： ご意見ありがとうございました。この仕事をする中で10名の利用者を3名～2名の介護職員、夜間時は1名の介護職員でのサービス提供をします。他の利用者方々の見守りや他の利用者の居室内介助時及びトイレ内介助時もあり全ての行動時間帯に対して、一人一人の利用者に終日において付きそったままの見守りはできません。また、施設職員は利用者の転倒を防ぐためだけに利用者の行動意思や行動を制限・阻止もできません。「身体拘束禁止」しかしながら「転倒、ベッドからの転落等はしかたない」と考えることはなく、今後も利用者への声がけ、利用者の行動洞察力、介助の技術、転倒リスク予知、環境整備等を改善・向上し（研修・専門委員会・再発防止の構築会議・事故発生防止会議等）続けていき、利用者にとって、いつも「安心・安全」なユニットを運営していきます。

(1) (有識者より)

ご意見： 2021 年度の介護報酬改定により3年の経過措置はありますがBCPの策定が必須となりました。自然災害と感染症の2種類のBCP策定が必要となっています。そろそろ準備しておく必要もあるように思いますが現状はどのように進めていくよう検討されていますか？

回答： おっしゃられる通り、2021 年度の介護報酬改定により（3 年の経過措置）BCP の策定が必須となりました。（自然災害と感染症の2種類のBCP策定が必要）
当施設では、国の自然災害と感染症の2種類のBCP策定方針を参考に令和4年4月1日より策

定設置しました。内容について大きな課題となっている一つに、「自家発電機の設置」についてです。現在、情報を収集していますが、規模によっては補助金があるとはいえども、自己資金「億」単位ちかく必要の発電機（数日間、発電し続けるもの）もあり、規模、予算の確保について課題検討している状況です。

統括管理者 宮武 昭彦