

運営推進会議の会議録

会議名称 : 2025年度 第5回運営推進会議
事業所名 : 地域密着型介護老人福祉施設 越谷なごみの郷
サービス種類 : 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
会議開催日時 : 2026年3月9日(月) 10時00分 ~ 10時30分
会議開催場所 : 越谷なごみの郷

《運営推進会議出席者》

入居者	0名
入居者家族	0名
地域住民の代表	0名
知見を有する者	0名
地域包括支援センター職員	1名
事業者	6名

《議 題》

- 2026年1月13日～2026年3月8日までの活動状況の報告

《運営報告・活動状況等の報告》

- 資料参照

《ご家族や参加者からの要望、助言、意見等》

山田にて、運営推進会議の趣旨の説明

山田にて、第6回運営会議推進会議録資料に沿って、報告

参加者、説明に対し理解し了承する。

《次回の会議》

- 次回議題

- ・ 2026年3月11日～2026年4月12日までの活動、状況報告
- ・ 運営等についての意見交換
- ・ 地域密着型サービスの主旨に基づいたサービス提供ができているかを基本に、地域活動を含め協議していく。

- 次回開催月日 2026年4月13日(月)

- 次回開催場所 越谷なごみの郷

2025 年度 第 6 回運営推進会議

2026 年 3 月 9 日（月）
地域密着型介護老人福祉施設
越谷なごみの郷
C 館 多目的室

運営推進会議の趣旨

I. 運営推進会議の目的

1. 事業所運営の透明性の確保
2. サービスの質の確保
3. 事業所による「困り込み」の防止
4. 地域との連携の確保

II. 地域密着型サービスの役割

- ① 本人本位の支援
- ② 継続的な支援
- ③ 地域で暮らし続けることの支援
- ④ 地域との支えあい等を理念とする地域密着型サービスは、入居者・利用者のより良い暮らしを着眼点に本人と地域との関係を断ち切らない支援

上記の役割を担うため、事業所と地域との良好な関係を築き、事業所が提供するサービスが、住民ニーズに即した価値のある地域資源として機能していく必要がある。利用者がどのような暮らしを望み、これからサービスを利用するかもしれない住民が何を期待しているのかを知らなければならぬ。

運営推進会議は、事業所と地域との関係をつなぐ一つの手段であり、地域密着型サービスを「事業所と地域住民とが一緒に育てていくことを目的に行っていく。

1. 介護老人福祉施設

【運営状況報告】

● 介護老人福祉施設 1月13日～3月8日までの入居・退居状況

入居者	退居者	ショートステイ	在籍者
1名	1名	定員9名	29名

● 平均年齢と平均介護度

平均年齢	平均介護度
88.7歳	3.7

● 人員体制 人員配置基準(3:1)

入退職者・異動職員	地域密着型施設の職員数	現在夜勤可能職員数 夜勤専従
入職者=0名 退職・異動者=0名	20名(前回比 0名) 常勤換算数:14.6人 配置基準3:1割合(2.6:1)	夜勤可能職員数11名(4~5回) 夜勤専従2名(9回~10回) 夜勤配置2人配置

● 教育・研修等

- ・法令に沿った研修を実施予定

● 活動状況・予定

活動状況	
ユニット会議 リーダー会議	<ul style="list-style-type: none"> ・1月28日ユニット会議、リーダー会議、サービス担当者会議 ・2月はノロウイルス感染症蔓延の為、実施なし ※入居者支援等について話し合い実施
研修	<ul style="list-style-type: none"> ・1月:褥瘡防止研修 ・2月:事故防止研修 ・その他各個人の研修

● 事故・苦情の発生

種別	件数	内容
転倒	3件	① 遅番より日中に本人が居室内で転倒したと話しているとの報告を受け、20:30頃に主の居室に伺いお話を聞く。本人の記憶が曖昧ではあるが、「朝だったか午前中か覚えていないがベッドの足元側の布団を直そうと思ったら転倒して尻もちをついてしまった。その際に洗濯物干しのアルミの骨組みが曲がって

		<p>しまった」との事。選択物干しとベッドの狭い隙間をベッドの縁につかまりベッドの足元側の布団を直しに行かれた。その際にバランスを崩して尻もちをつかれてしまった可能性がある。洗濯物干しの位置を変えて歩行できるスペースを設ける。車椅子から立ち上がる時は職員を呼んでもらうようお願いをする。</p> <p>② 19時半頃、夜勤者が居室をラウンドすると床に倒れている本人を発見する。車椅子に座ってテレビを見ていたがトイレに行きたくなり自走して車椅子から落ちた様子。右後頭部をぶつける。たんこぶになっており、痛みあり。受診し、異常なしの診断。自分で自走される方で、車椅子に浅く座っている事が多い。車椅子に座っている際深く座っているか確認していなかった。その都度、車椅子に深く座るように声かけをする。必要に応じて職員が介助にて深く座ってもらう。</p> <p>③ 19時半頃、居室から叫び声が出たため夜勤者が訪室すると床に倒れている本人を発見する。ベッドに向かって自走していたが車椅子から落ちた状態で発見する。車椅子が本人の足の長さに合っていない為、自走中に座りが浅くなっていた。居室に本人が向かっていたがその後の見守りができていなかった。立つとブレーキがかかる車椅子のため、安心してしまった。車椅子を足が床にしっかりつく車椅子に変更する。2回とも居室での転倒のため、居室の出入りにセンサーを設置していつ訪室したかわかるようにする。居室でベッドに移るまで、見守り強化する。</p> <p>④ 7時30分に職員が訪室すると床に倒れている主を発見する。ベットから車椅子に移ろうとし転落したとおもわれる。早番職員が確認したところ右のブレーキがされていなかった。センサーも鳴らず音が出ないようになっていた。ラウンド時には毎回ブレーキがかかっているか必ず確認する。センサーがきちんと作動しているか確認する。朝本人ががベッドに座っていたらリビングに行くように声をかけ介助しリビングに案内する。センサーを入口ではなくベットで寝ていて足を下した時に鳴る位置に変更する。</p> <p>⑤ 本人の居室のドアが開いており床に寝転がってる状態での発見する。うわ言を話して寝ぼけている様子でいた。1月16日に入所され施設での生活にもだいぶ慣れてきたころにノロウイルスに罹患され居室対応になる。ここ数日メンタルも不安定で何度も居室からでてきてしまう、歩行も付き添いが必要な程不安定なときもあった。普段は居室のドアは開けてあり主が居室で過ごす様子を確認することができていたが居室対応になりドアを閉めていた為中での状況が把握できなくなっていた。立ち上がりを安定させる為タッチアップを置く、立ち上がり移動したのがわかるようにセンサーを設置する。</p>
--	--	---

		⑥ 朝食を食べ終わって椅子に座っていた。他利用者様の離床介助を行うため、居室にご案内している際に、フロアより叫ぶ声が聞こえようと、主が床に座り込んでいるのを発見する。おそらく椅子から転倒したと思われる。本人が椅子を自身で引いてしまうことがあり、椅子を引き、立ち上がった際にバランスを崩し、椅子とテーブルの隙間に倒れ込んだ可能性がある。落ち着いて座ってられるよう音楽をかける。最後に離床し、フロアから目を離す時間を短くする。気分高揚時は転倒リスクが上がる為、早めに臥床する。
異食	件	①
転落	件	①
薬	8件	<p>① 本来排便があればその後の内服薬（下剤）1回分をスキップしなければいけないが12月31日夜間に排便があったにもかかわらずスキップせずに1月1日日朝の分を内服させてしまっていた。介護職への指示欄を確認していなかった、ルール不順守で起きてしまった事故。ルールの再確認を行う。</p> <p>② 12/29から1/5までのショートステイ利用中、月・木・土でイチジク浣腸を施行する指示を見落としとしてしまい1/5の退所日のみ施行せずに退所してしまった。ケアカルテの指示オーダーが正しく入力されていなかったために指示があることに気付けなかった。職員同士の申し送りの伝達不足が原因。</p> <p>③ ショートステイご利用者、1/1～1/3ご自宅にインシュリンを持ち帰っていたが、1/3のみ残量不足により注射が打てなかった。1/6にご本人よりその事について報告があった。原因は持ち帰って貰うインシュリンの残量の確認が出来ていなかった。持ち帰った物以外の薬やインシュリンは全て施設でお預かりしており、ご自宅に予備はなかった。次回よりSS入所の際は利用期間に必要な分だけを持参して頂き、その他はご自宅で保管・管理して頂く事で、ご本人やご家族にも薬やインシュリンの重要性の認識に繋げて頂く。</p> <p>④ 浣腸を使用し、トイレ誘導している際に隣のフロアの職員より昨日浣腸をしていたことを告げられる。前日の排泄表を見ると浣腸を行っており、排便が出ていると記載があった。本日の排泄表にも浣腸と記載があった為出ていないものだと思い2日連続で浣腸を行ってしまった。排泄表に書き間違えてしまった事が原因、排便が出たらKOTのところに×を付ける。早番が朝下剤を付ける日数が合っているか確認をする。</p> <p>⑤ 昼食時の与薬担当の職員が昼食の与薬をしようとしたところ、ポーチに主の朝食後の薬が入っているのを発見する。朝食の薬の空の袋を確認すると朝食時に昼食後の薬を内服させてしまったことを発見する。ポーチの中が間違っていたことを発見できず内服させてしまった。職員が内服薬チェックの際に名前だけしか確認しなかったというルール不順守で起きた事故、再度服薬ルールの再確認を行う。又、この事故については同時にセットミスも発生していた。看護師も薬を取り出してポシェットに入れる際、「朝食後」「昼食後」の表記を確認せずに入れてしまった。朝食後と昼食後のポシェットは別の時</p>

		<p>間に準備を行っており、一人分のみ朝食後と昼食後を入れ間違えるのは考えにくく、薬を取り出した際には既に朝食後と昼食後の薬が逆に入っていた可能性もある。引き出しを開け閉めした際に薬がずれてしまい、戻す際に間違えて入れ直した、もしくは、入所時のセットやダブルチェックの際薬の中身を確認後、入れ間違えてしまった、という可能性もある。薬のセットについてのルールは今まで通り。一人の看護師が薬情報をもとに薬内容と日数を確認しながらセットを行う。別の看護師がダブルチェックを行う。その際、一人目と同じように、薬内容と日数を確認しながら行う。薬をカートから取り出す際、一食分ずつ（例えば朝食後、昼食後といったように）準備を行い、名前と内服時間の表記を確認してからポシェットに入れ、取り出しサインをする。</p> <p>⑥ 退所後にベッドの清掃行っている際に枕元に昼夕の食前に内服する薬が裸で落ちているのを発見。薬は溶けている様子なく口に入っていないものと思われる。裸であった為いつのものかは不明。今回が初利用の為、情報がまだ足らず薬を内服する際のやり方が職員によって異なった可能性がある。例：薬を直接口に入れて内服する、手渡しで内服する、つぶさずに内服する。つぶして内服する等。薬を内服してから口腔内の確認のルールが守れていなかった可能性、もしくは何らかの理由で目を離した瞬間があり、落薬に気付いていなかった可能性、手渡しで内服してもらったが、内服したと思ったが手に残っていて、手の中の確認を怠った可能性等が考えられる。再度のルール確認、遵守。口腔内、手の中も忘れずに確認。錠剤の薬はスプーンに乗せて口腔内に入れる。</p> <p>⑦ 2/17にテリボン注射を終了後、テリボン注射の手帳に2/7に行ったサインが無く、ケアカルテを確認するも行った実績なし。同じ曜日にもう1名SS利用者も実施予定であったがそちらもサインや実績なし。テリボン注射の残薬を数えると1本余っており、注射を行い損ねた事が発覚する。</p>
外傷	1件	<p>① 入浴中身体を洗っている際に左足脛を誤って職員の爪で引っ搔いてしまった。ご本人の上半身が前方に倒れてしまう為、職員は片手で上半身を支え、もう片手で洗体しており急いでいた。機械浴に変更としました。</p> <p>② 3時のラウンド時は睡眠中。3時30分「母さーん」との叫び声で訪室すると、両足をベッドの外に出し、右腕をベッド柵の間に深く差し込み、見るからに落ちそうになる体を右腕で支えている様子。右腕の様子が気になり確認すると、右上腕に3cm程の痣のあるのを確認する。利用者は利用開始間もなく、当該職員は初めての対応であった。勤務開始前に口頭でのいくつかの注意点を聞いたのみで、事前の利用者情報の内容も乏しく、その都度の見極めでケアを行う状況であった。ベッド柵にカバーをし、壁とベッドの間をあける。</p> <p>③ 起床時車椅子にて、右足と左腕に内出血を発見する。右足第4趾と左腕が剥離しているのを確認する。</p>

		オムツ交換の時主の腕を主がつかんでいた様子の為、主の爪があたり剥離した可能性あり。職員の爪があたった可能性あり。主の爪が腕にあたっていたら、クッションを当てる。職員は爪があたらないように介助する。主の爪が伸びていたら切る。
その他	0 件	

2025 年度の目標

- ① ヒヤリハットを年間 10 件以上提案し、事故予防の対策を立案・実行する。
- ② 職員採用に関わる活動を年間 10 件以上行う。
- ③ ユニット会議において、介護計画書への提案を年間 10 件以上行う。
- ④ S S : ショートステイを継続利用して頂くため、環境作り・活動を年間 8 件以上行う。