

平成27年11月27日

神奈川県
保健福祉局福祉部長
県民局次世代育成部長

} 様

社会福祉法人 中心会
理事長 浦野正男

指導監査の指摘事項に対する改善について（報告）

平成27年10月23日付け介保第174号通知にて指摘のありました事項について、次のとおり改善措置を講じましたので、理事会議事録の写しを添えて報告いたします。

指 摘 事 項	改 善 措 置
<p>1 (法人)基本財産を県知事の承認を得ずに担保提供しているので、速やかに必要な手続きを行ってください。</p>	<p>1 社会福祉法人が独立行政法人福祉医療機構（以下、「機構」という。）および独立行政法人が協調融資（機構が福祉貸し付けを行う施設整備のための融資）に関する契約を結んだ民間金融機関から借入れを行う以外の場合は、神奈川県知事の承認を得る必要がありました。</p> <p>中心会が相模原南児童ホームの建設に当たり、機構以外に神奈川県社会福祉協議会（以下、「県社協」という。）より借入を行いました。借入れに向けては、平成24年5月21日開催の評議員会および理事会に諮り、承認を得ておりました。</p> <p>建設に向けて、相模原市担当者に相談・協議を行ってきましたが、神奈川県担当者とは新規事業である乳児院の開設に向けて、定款変更の手続き時に相談協議を行いました。この時は県社協からも借入れを前提での書類作成を行っていましたが、まだ、借入れ前であり、また、県知事の承認を得るための必要書類が整っていない状況でした。</p> <p>建設終了から開設まで日程が非常に短期間であり、定款変更に気を取られ、県社協からの借入れに当たって、県知事の承認を得ることを失念してしまいました。</p> <p>今回の監査を受けるに当たり、このことに気づき、神奈川県担当者に相談、指導を受け、平成27年11月2日に関係書類を添付して「基本財産担保提供承認申請書」を神奈川県に提出、その後多少の追加</p>

<p>2 (共通) 胃ろうの実施に当たっては、社会福祉士及び介護福祉士法及び関連通知等に基づいて適切に行ってください。</p>	<p>資料を提出し、11月16日付けで正式に申請、11月24日付けで承認を得ました。</p> <p>2 喀痰吸引、胃瘻経管栄養の実施については、平成21年までは、これが医療行為であるか否かについて、国（厚生労働省）は明確な見解を示していませんでしたが、本法人ではこれらの行為を必要とする利用者が多いことに鑑みて、介護職員に必要な教育・訓練を実施しつつ、介護職員にこれらの行為を行わせていました。</p> <p>その後国（厚生労働省）は、平成22年に、これらの行為を医療行為であると判断しましたが、現に介護職員によってこれらの行為が行われることについては、「行われることによる利用者の利益と行われないことによる利用者の利益を比較衡量して、行われることによる利用者の利益が大きいと認められるときは、違法性が阻却される」という、いわゆる違法性阻却の論理により、暫定的にこれを容認しあした。</p> <p>つづいて国は、法律を改正（平成24年4月1日施行）し、「特定認定行為業務従事者」の資格制度を設け、いわゆる「50時間研修」を受講し、これを終了した者については、特別養護老人ホーム等において、これらの行為を行うことを法律上公認しました。</p> <p>しかし、従来なかった制度に基づく研修を受講し、ただちに、資格を取得した職員を十分に確保できるものではありません。</p> <p>国は、経過措置として、平成23年度までに特別養護老人ホーム等において勤務していた介護職員に対しては、いわゆる「14時間研修」を受講することを条件として、胃瘻経管栄養の行為のうち、開始前の確認及びチューブの接続を除いて、これらの行為を行うことを認めることとしましたが、開始前の確認及びチューブの接続を、限られた看護職員と少数の「特定認定行為業務従事者」の有資格者だけで実施することは極めて困難であり、仮にそうした場合、利用者の退所を考えざるを得ない状況でした。</p> <p>そこで本法人は、喀痰吸引、胃瘻経管栄養を必要とする利用者が引き続き特別養護老人ホーム等で生活できる状態を維持するために、経過措置である「14時間研修」の受講者に、十分な教育、研修を実施しつつ、開始前の確認及びチューブ接続を含めて、これらの行為を実施させてきました。</p> <p>本件は、この状態についての是正を求める指摘があります。</p> <p>このような現場の実態を勘案しない一方的な制度改正には納得できないところがありますが、しかし、平成24年度の新制度発足以来、3年が経過し、「特</p>
---	--

<p>3 (共通) 管理宿直を配置して下さい。または、夜勤者(直接処遇職員)とは別に、防火管理担当の夜勤者(直接処遇職員)を増員して下さい、</p>	<p>定認定行為業務従事者」の資格を取得した職員数がある程度確保でき、看護職員と「特定認定行為業務従事者」の有資格者のみでも、開始前の確認及びチューブ接続を行うことが可能であるとの見込みが立ちましたので、平成27年11月24日から、いわゆる「14時間研修」修了者には、これらを行わせない体制を確立しました。</p> <p>3 防火管理者としての宿直の配置あるいは介護職員の夜勤者の増員が必要でした。</p> <p>しかし平成27年4月より配置していませんでした。なぜなら、平成27年3月当時、国から示されたQ&Aに、介護保険制度における「夜勤配置加算」を算定して夜勤体制を確保している場合は、管理宿直者の配置を省略できると解釈できる内容が示されたからです。これは、一定の時間帯の中で平均して、基準よりも多く職員を配置していれば認定される加算です。本法人の介護老人福祉施設は、この加算の認定を受けております。</p> <p>しかし、国においてこのQ&Aの内容が国の本来のルールと真逆の内容で記載されていたことが判明し、国はQ&Aを修正し、夜勤配置加算の算定の有無にかかわらず、実際に、職員が基準よりも多く配置されている時間に限り管理宿直者の配置を免除できるという内容となっていました。</p> <p>本法人はこの国による修正作業を覚知しておらず、3月に示されたQ&Aに則り、管理宿直者の配置をしないで運営しておりました。</p> <p>今回の指摘を受け、平成28年4月を目途に、人員を確保します。</p>
<p>4 (中心荘第一・第二老人ホーム共通) 事故が発生した際に、市町村への連絡を行っていない事例があったので、適切に対応して下さい。</p>	<p>4 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合には、条例に基づき、速やかに市町村に連絡する必要性がありました。</p> <p>しかし、中心荘第一老人ホーム及び中心荘第二老人ホームの担当する部署において、第一報としての情報(事故発生日時、入所者名、利用サービス名、事故の結果)については法人の定めた書式によって速やかにFAXによる連絡を行っていましたが、市町村が定める様式に基づく詳細な報告書の提出を行っていない事例(第一老人ホーム平成27年2月以降9件、第二老人ホーム平成27年4月以降9件)がありました。</p> <p>担当者による毎月の記録類の記載状況のチェックが機能していなかったため、所長より担当者にチェックの意味を指導し、市町村へは10月23日までに全て提出しました。</p>

5 (中心荘第一老人ホーム) 事故発生した場合に検討した改善策を職員に周知徹底する体制を整備して下さい。

6 (中心荘第二老人ホーム) 事故発生の場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合に検討した改善策を職員に周知徹底する体制を整備して下さい。

7 (えびな北高齢者施設) 身体的拘束であるとの認識を持たずに長期間に渡り、身体的拘束を行っていたために、すべての職員が十分な知識を持てるよう研修を強化する等必要な方策を実施するとともに、今回の件の重大性を職員に再度周知徹底して下さい。

5 事故が発生した場合には、条例に基づき、これらの事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備する必要がありました。

しかし、中心荘第一老人ホームの介護の部署において、事故の改善策については、職員会議に出席した職員への口頭による周知のみで、会議に出席していない職員にも周知するための体制が取られていませんでした。

10月8日の職員会議より、書面化した事故の改善策を職員会議録に添付し、全職員がこれらを閲覧し、閲覧印を押印することで周知するように改善しました。

6 事故が発生した場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合には、条例に基づき、これらの事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備する必要がありました。

しかし、中心荘第二老人ホームの介護の部署において、事故の改善策については、職員会議に出席した職員への口頭による周知のみで、会議に出席していない職員にも周知するための体制が取られていませんでした。

10月14日の職員会議より、書面化した事故の改善策を職員会議録に添付し、全職員がこれらを閲覧し、閲覧印を押印することで周知するように改善しました。

また、事故の発生に至る危険性がある事態の改善策については、書面化した改善策を業務日誌に添付することで、職員が業務日誌を閲覧する際に、合わせて改善策も閲覧し、業務日誌に閲覧印を押印することで周知することとしていましたが、その運用が確実に行われていませんでした。

10月14日の職員会議において、所長から職員へ指導し、その後は定められた通りに運用するように改善しました。

7 平成26年10月に入所された方に対して入所時から平成27年5月までベッドを壁に寄せて柵2本で囲っていました。家族からの依頼がありそのように実施していました。ケアプラン検討会でこの件について話し合いは行われていませんでした。アセスメントシート(利用者の現状の記録)にはこの事実が記載されていました。

介護職員・生活相談員・看護職員のいずれも身体拘束をしていることに気付くことができませんでした。

介護課課長が平成 27 年 4 月に代わり、身体拘束をしていたことに気付きました。

⇒原因

- ① 利用者の介護計画書の見直しの際に利用者の身体拘束をしていること、身体拘束の必要性について課題が出されていませんでした。
- ② 介護課の職員の気づきの低さと専門性の低さが原因と言えます。
- ③ 生活相談員は、施設介護支援専門員として介護計画を見直しする立場であるが身体拘束をしている事実を課題としてとらえておらず、介護課からの情報待ちとなり受け身の姿勢でした。

⇒改善策

- ① 利用者の介護方法を平成 27 年 5 月中に見直し、すぐにベッド柵を 1 本外した。安全にベッドで休むことが可能となっています。
- ② 介護課は、5 月の段階で事業計画書に記載されている身体拘束について内容を読み合わせ理解しています。
- ③ 介護にかかわる職種（介護職員・生活相談員・看護職員）に神奈川県作成の「身体拘束・虐待防止のチェックリスト」を活用して、職員の理解度と現状を把握します。（平成 26 年度は実施していませんでした。）11 月中に配布・実施し、集計する。結果を施設内で活用していきます。（会議時に再度今回の振り返りと不具合について認識させます。日常の指導に活用し理解不足の補強につなげます。）

身体拘束・虐待防止の意識づけ、理解度の強化・チェックリストを正しく活用するため、管理職が計画を立てて再発防止に努めていきます。