

## こすもす原グループホーム運営状況

★東西の職員が協力し、チームワークで支援させていただきます

★利用者様お一人お一人が日々穏やかに、生き甲斐のある生活を送っていただけるようサポートさせていただきます

★お看取りをご希望されるご家族様にも寄り添いながら、医療との連携を持ち、安らかなお看取りが迎えられるように、日々の介護に取り組んでいきます

### 運営状況

◎利用者様の要介護度（R6年8月 1日 現在）

	要介1	要介2	要介3	要介4	要介5	男性	女性
西	3	4	0	0	2	0名	9名
東	1	2	4	1	0	2名	6名

◎年齢

	60代	70代	80代	90代	100代
西	0名	1名	6名	2名	0名
東	0名	1名	3名	3名	1名

◎ADL

	要 食事介助	移乗全介助	歩行可能
西	3名	4名	5名
東	3名	4名	4名

◎スタッフ状況

\*職員勤続年数

3年未満: 6名 3～5年: 2名 5年以上: 9名

管理者 1名 計画書作成者 2名 介護支援専門員 1名

介護スタッフ 17名 看護師 1名

調理 2名

◎空き状況

・西ユニット 満床 ・東ユニット 1室空き  
(待機者様 1名) 9/4入居予定

## 東ユニット活動報告

### ◎活動報告

・施設内各委員会開催（事故対策 感染 身体拘束 ）

・ユニット会議開催 （6/29）（7/24）

### ・研修

6/29 虐待防止と身体拘束

7/24 倫理及び法令遵守・プライバシー保護

### ・季節の行事

6/6 トマト収穫

6/9 父の日

6/11 防災訓練

6/12 誕生日会

7/7・8 陶器作り

7/30 夏祭り

## うれしかったエピソード

◎S様がK様に対し口調荒く一方的馬頭していた隣に寄り添い手を握ると相手にしない気にしないと、アンタも関わらないと、優しく話した（普段あまり話をしない方で感情を上手く伝える事が出来ない）

◎夕食時話しかけると微笑む程度の方が大声で笑った

## 東ユニット

### ◆R6年6月7月の取り組み評価

#### ●取り組み（目標）

【認知症進行とレベルの低下を予防する】

- 課題 #<sup>1</sup>職員の意識の低下によって、認知症の症状も低下していく事に気付いていない
- #<sup>2</sup>利用者個々の出来ることが減って来ている
- #<sup>3</sup>生活にメリハリがない
- #<sup>4</sup>職員の高年齢化が進み腰痛等の問題を抱えている

対策 ⇒出来ないだろう時間が掛かっても出来ることを職員が行った方が早いと出来ることを奪っていることを会議や業務中伝えていく  
外部で行っている腰痛予防等のリモート研修を受け対応していく

評価 ⇒嚥下機能低下予防の口腔体操は継続して行っている  
職員よってバラつきはあるが出来る事は急がず行って頂いている  
レクリエーションの新たに導入し生活にメリハリつけている今後も増やしていく  
言葉掛けで入居者の行動を制止してしまう事がある  
マッサージチェアーの設置と腰痛予防のストレッチ体操を掲示した

### ◆R6年度8・9月の取り組み

#### ●取り組み●

【認知症進行とレベルの低下を予防すると介護技術を学ぶ】

- 課題 #<sup>1</sup>時間が掛かっても出来ることを職員がしてしまい身体の低下に繋がっている
- #<sup>2</sup>認知症の方への配慮が乏しくスピーチロックをしてしまう
- #<sup>3</sup>職員の高年齢化が進み腰痛や体調不良の問題を抱えている
- #<sup>4</sup>知識不足により内出血（表皮剥離）が増えてしまった

対策 ⇒①ユニット間の行き来

- ・各ユニットだけで勤務をこなすのではなく東西ユニットで声を掛け合ってフォローしあっていく

## ②基礎の勉強会

- ・認知症の方への対応と理解
- ・身体のしくみ（関節可動域・掴む介助から支える介助）  
など基本を実体験により学ぶ

◇事故発生件数	6月3件	7月2件
◇ヒヤリハット報告件数	6月1件	7月1件

**【ヒヤリハット報告】**

## 1) 転倒と負傷に繋がる事例

13:50 97歳男性 K様(介護度4:車椅子)

状況: ベッドに横になっていたが起き上がり壁に付けてあった  
車椅子に手を伸ばし引き寄せようとしていた

要因: 起き上がりや動きがある時は大声を出すため気付けなかった  
声がないため大丈夫と思い混んでいた

対策: 居室臥床時の車椅子の位置を統一しセンサーを設置する

## 1) 負傷に繋がる事例

7:25 87歳女性 K様(要介護1:独歩)

状況: 食事前テーブルにエタノールを噴霧し毎回拭いて頂いてい  
たがキッチンのカウンターに設置してある高濃度の消毒液  
を手に持ちテーブルに噴霧していた

要因: 入居者が手の届く場所に高濃度の消毒液を置いてあった

対策: 消毒液や医療薬剤等を目に付く手に届く場所に置かない

※今回のヒヤリにより薬品等置き場所を変更した

**【介護事故報告】**

## 1) 服薬ミス(日にち間違え)

17:00 K様K様W様W様M様(5名)

状況: 夕食後薬を出すため引き出しを開けると昼食後薬が  
残っているのに気づく確認すると次の日昼のを薬服薬  
していた

要因: 確認と思い込み

対策: 日付の確認と引き出しの日付を声に出して確認する  
服薬時も日付を読み上げる

## 2) 服薬ミス

8:50 92歳女性T様(介護度:2シルバーカー使用)

状況：服薬介助しその場を離れる目の前にあったガーグルベースに吐き出してしまう口の中に薬が残っていたので飲み込むように伝えその場を離れると洗面台まで歩き全て吐き出してしまう

要因：飲み込み確認をせずに離れた吐き出した後も確認せずにその場を再び離れた  
認知症状が進み薬の認識がなくなっている事に対し服用時の工夫をしていなかった  
ガーグルベースが目の前にあったため口をゆすぐと思ってしまった

対策：薬は少量の水で溶き介助飲み込み確認をする  
食後の口腔ケアは自席でせずに洗面所へ誘導し行う

### 3) 服薬ミス

8：50 92歳女性 T様（介護度：2シルバーカー使用）

状況：事前に薬を溶かしキッチンのカウンターに置いておく  
朝食後の食器を洗う際使用済みの皿だと思い洗ってしまう

要因：他職員に薬を置いてあることを伝えなかった  
食器を下げる場所に薬を置いてしまった

対策：薬は介助直前に水に溶かす

### 4) 表皮剥離 7/29 左肘外側

19：00 102歳女性 S様（介護度：4車椅子）

状況：排泄介助に入る衣類に血液が付着している袖を捲り確認する

要因：皮膚が弱く内出血が出来やすく表皮剥離が起きやすい状態  
保護や手の位置等確認してはいたが対策があまかった

対策：主の身も周りの保護や手の位置を確認しても出来るため  
摩擦や衣類の依れ職員の介助時や臥床時の退位などで  
出来る可能性が高いので介助の基本を再度確認し  
内出血を減らし予防する

### 5) 表皮剥離 7/31 左右肘外側

15：30 102歳女性 S様（介護度：4車椅子）

状況：排泄介助に入る衣類に血液が付着している袖を捲り確認する

要因：皮膚が弱く内出血が出来やすく表皮剥離が起きやすい状態  
保護や手の位置等確認してはいたが対策があまかった

対策：主の身も周りの保護や手の位置を確認しても出来るため  
摩擦や衣類の依れ職員の介助時や臥床時の退位などで  
出来る可能性が高いので介助の基本を再度確認し  
内出血を減らし予防する

## 西ユニット活動報告

### ◎活動報告

施設内各委員会開催（事故対策 感染 身体拘束）

6/1 1 防災訓練

・ユニット会議・カンファレンス開催（7/1（6月分））(7/2 4)

#### ・研修

7/1 虐待防止と身体拘束

7/2 4 介護職員における倫理とは

#### ・季節の行事

6/9 野菜収穫（じゃがいも）

6/1 2 お誕生日会

7/1 1 訪問理容

7/2 2 お誕生日会

7/2 4 土用の丑の日

### ◎ 嬉しかったことエピソード

・朝の起床時居室から出てきた為整容を終え、布団を整える為に訪室するとベッドマットが半分に折りたたまれていた。ご本人様に確認すると「たたんでおきました」との事。

・壁に掲示していた今月の誕生者の欄に「〇〇さん(職員)も△△日が誕生日だから載せてやったら？」と言って下さる。

## 西ユニット

### ◆R6年6月・7月の取り組み評価

#### ●取り組み●

職員間で指摘、注意をできる環境作りを行い、不適切なケアをなくす事で虐待防止に取り組む

#### 課題

- # 1 職員の利用者様への声掛けや、対応の仕方が適切ではない場面が見受けられる
- # 2 その場にいる職員同士で指摘、注意ができていない
- # 3 不適切なケアを行っている自覚がない

#### 対策

- ①勤務年数や年齢関係なく注意、指摘ができる環境作りをする。他の職員に相談し指摘してもらう
- ②改めて虐待防止についての研修を行う。具体例を挙げる

#### 評価

敢えて具体例を挙げての研修を行ったが各自の意識の違いからあまり変化が見られなかった。以前から特定の職員の前では意識的に言葉遣いや、声掛けの方法を変えているとの報告が一部の職員から挙げられている為今後は常時意識して声掛け方法や利用者様の対応を良くしていけるよう工夫が必要

### ◆R6年8月・9月の取り組み

#### ●取り組み●

6・7月の取り組みの継続、合わせて利用者様主体の介護を行う基本の介助方法の統一化を図り、より質のよい介護を行う

- 課題
- # 1 職員によって声掛け方法や、個々の利用者様の介助方法にバラつきが見られる。
  - # 2 職員によって介助方法が異なる為利用者様が混乱してしまう
  - # 3 忙しさを理由に職員主体の介護になってしまっている事がある

- 対策
- ①職員全員で各利用者様のADLや対応の仕方を書き出し見直す
  - ②①を行ったうえで職員間で介助方法の共有をし統一していく
  - ③実技の研修を行い介助方法の見直しを行う

◇事故発生件数	6月	0件	7月	3件
◇ヒヤリハット報告件数	6月	4件	7月	4件

### 【ヒヤリハット報告】

#### 1) 内出血の発見・・・2件

① 17:00...90歳女性 T様 (要介護5:車いす)

状況: 介助時右手首内側に内出血を見つける。

要因: 保護で付けていたアームカバーが外れていた。

対策: アームカバーが外れやすれがないか確認し都度直す。

② 9:20・・・93歳女性 T様 (要介護1:歩行器)

状況: 左足脛に内出血を見つける。

要因: 不明

対策: ご自身でマッサージをされているが、ズボンの上から行う様に伝える。  
ぶつける等した時は教えて頂く様願います。

#### 2) 皮膚トラブル・・・2件 (同一利用者)

92歳女性 S様 (要介護2:車椅子)

① 15:30

状況: パット交換時、腹部に発赤を見つける。

要因: 腹部の肉と肉が密着している

細部まで観察してない

対策: パット交換は皮膚状態を細部まで確認する。

日中に陰部洗浄を行い、皮膚トラブルの早期発見をする

② 15:00

状況: 陰部洗浄時に右鼠径部近くに水泡を見つけ、NS報告処置を行う。

要因: バルーンカテーテルが同じ個所に当たり圧迫されていた。

介護抵抗もあり細部までのケアが困難の状況もある。

対策: 皮膚トラブルは早期発見しNSに報告する。

#### 3) 異食未遂

17:45...90歳女性 T様(要介護2:車いす)

状況: テーブルに貼ってあるクッション材の剥がれた部分を指につけ舌を  
引っ張っていた。

要因: クッション材が古くなり剥げかかっていた。

対策: クッション材を新しい物に取り替える。

常に見守りを意識する。

#### 4) エアコンのコンセントが抜かれていた

16:00...86歳女性 K様(要介護2:独歩)

状況: 居室に入るとエアコンのコンセントが抜かれていた。

要因: 寒がりエアコンが嫌い。リモコン操作が出来ずコンセントを抜いた。

コロナ時で居室に隔離中であった。

対策: 職員に寒い時は伝える様をお願いする。

#### 5) 事務所に入ってしまう・・・2件

① 17:05...86歳女性 K様 (要介護2:独歩)

状況: 事務所で預かっていた義歯を、主様が持ってきていた

要因: 痛くて外していたが、義歯をはめたかった(短期記憶ない)

事務所に保管していたが、主様から見えるところで手も届く場所だった

対策: 事務所入り口にカーテンを付けた

② 16:50...89歳女性 H様 (要介護2:杖歩)

状況: 居室内を清掃中に大量の不織布マスクが出てきた

要因: 認知機能の低下により収集癖がある

自室へ戻る途中に事務所があり、手を伸ばせばマスクがあった

対策: 事務所入り口にカーテンを付けた

### 【事故報告書】

#### 1) 服薬日付間違い

17:00 利用者様全員

状況: 夕食後薬の準備中に、当日の昼薬が全員分残っていた。

要因: 人的ミス(日付を間違えていた)

対策: カウンターの上にお薬ポケットを作成、貼り付け服薬担当者以外も目視確認できるようにした。

職員は必ず2人で日付、いつの薬か声を出し確認する。

延食や食事に時間がかかる場合は職員間で情報共有する

必ず服薬時は本人の名前、日付、服薬時間を声に出し確認する。

緊急事故対策委員会を開き、服薬の基本事項を確認する。

#### 2) 異食

15:50 92歳女性 S様 (要介護2:車いす)

状況: 口の中をもぐもぐしていた。確認するとペーパータオルが入っていた。

要因: 手の届くところにペーパータオルを置いたままだった。

職員の確認不足。

対策： 不要な物は使い終わったらすぐに片付ける。

テーブルの上に物は置かない。

### 3) コードが頭に当たる

10:00 89歳女性 H様 (要介護2:杖歩行)

状況： フロア掃除中 「痛い！」と声がした

掃除機をかけていた職員が側に行き確認する。外傷等なし。

掃除機のコードが絡み引っ張ったら抜けて勢いで頭に当たった。

要因： 周囲を確認せず、声かけもしていない。

掃除機を持ち上げていた。さらにその状態でコードを引っ張った。

近くのコンセントを使っていない。

対策： 利用者が側にいる時は、業務に集中せず、注意して掃除機をかける。

コンセントは近くを使用し、コードが絡まったら近くで直す。