

令和6年度

こすもす原

第4回

運営推進会議

日時 令和6年10月22日(火)

場所 原地区センター 第3会議室
13時30分～

式次第

開催挨拶・・・管理者野口

- 1 自己紹介
- 2 資料に基づいて報告
 - ・ GH入居状況…管理者野口
 - ・ GH活動報告
 - ・ その他…管理者野口
- 3 質疑応答
- 4 次回開催予定のお知らせ

次回「第5回こすもす原運営推進会議」

日程：12月24日（火）

時間：13：30～1時間程度

場所：原地区センター予定

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10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	3	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	4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	5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
(待機者様 1名)

・東ユニット 満床

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 （8/13）（9/18）
- ・研修
 - 8/13 食事介助について（実践型）
 - 9/18 感染症・食中毒（※カテーテルについて）
 - 8～10月上旬 腰痛予防を考慮したオムツ交換
- ・季節の行事
 - 8/28 スイカ割り
 - 9/16 敬老会

うれしかったエピソード

- ◎T様 朝声を掛けてもなかなか起きて頂けないが、ある日突然「いつも起こしに来てくれて、ありがとう」と言って下さった
- ◎M様 浴槽を背にして入浴介助をしていると「あんた危ないよ！落ちないように気を付けな」と優しく声を掛けてくれた

東ユニット

◆ R6年度8・9月の取り組みと評価

●取り組み（目標）

【認知症進行とレベルの低下を予防する介護技術を学ぶ】

課題 #¹依然として認知症の方への配慮が乏しくスピーチロックをしている

#²介助時の確認不足や介助の手『掴むから支える手へ』の認識が薄く表皮剥離や内出血、皮膚トラブルが減らない

#³1日の勤務人数が変わり体制に業務の偏りがある

対策 ①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

②職員介助時の負担軽減

- ・ 福祉用具の導入（介護ロボット）

※ 特に⇒移乗支援・入浴支援・排泄支援

③業務内容の見直し

評価 ⇒勉強会は順次実施して行くが参加しても現場に反映されていないことがある

トイレ介助時の用具を購入したが使いこなせていない(未だ人力)
今後も購入を検討

業務内容については今後も改善していく

短時間働く事が出来る職員の雇用推進していく

◆ R6年度10・11月の取り組み

●取り組み●

【介護技術の勉強と新たな体制に慣れ入居者に目を向ける】

課題 #¹認知症の方への配慮が乏しくスピーチロックをしている

#²勉強会後の現状把握(確認)が出来ていない

#³福祉用具の導入することで腰痛予防に努める

#4内出血（表皮剥離）皮膚トラブルへの対策不足

対策 ⇒勉強会の実施

- ・自己チェックとリーダーチェックを行う

身体のしくみ（関節可動域・掴む介助から支える介助）

※事故対策予防委員会が中心となり対策等発信していく

職員介助時の負担軽減

- ・福祉用具を導入にあたり何故使用するのエビデンスを説明する

◇事故発生件数	8月0件	9月4件
◇ヒヤリハット報告件数	8月0件	9月1件

【ヒヤリハット報告】

1) 事故につながる事例

16:15 対象者はなし

状況：廊下の手すりに工作用のハサミが置きっぱなしになっていた

要因：制作作業中に他者の介助に行くときに手すりに置いたが、
片づけるのを忘れた対策：ハサミ等危険なものを使用した際はすぐ片づける
また急な介助が入った際には、他の職員に片づけを依頼する**【介護事故報告】**

1) 表皮剥離...2件

①22:30 98歳男性 K様（要介護4：車いす使用）

状況：就寝時より体動激しく、ベッド上で大声も出していた
頻回に訪室はしていたが、他者介助中「ゴン」と音がし、
見に行くと頬が表皮剥離し、出血があった

要因：認知症の進行で夜間不穏が増えていた

対策：ベッド周辺の保護剤の強化。医師と相談し服薬調整

②13:00 102歳女性 S様（要介護5：車椅子）

状況：昼食後上衣に血液が付いているのを発見
前腕に表皮剥離あり保護材で処置する

要因：皮下出血を起こしやすい方である

介助時に圧や皮膚への負担を考慮した介助がされていない
体制を整える際に車いすのひじ掛けでこすったか？対策：車いすのひじ掛けなどをタオルで保護し、皮膚への衝撃を
和らげてみる

2) 転倒

21:00 70歳男性 M様（要介護2：独歩）

状況：21時前にまだ起きていた為、就寝を促し居室誘導し退室
退室後に「ゴン」と音がし訪室すると転倒していた
腕に擦過傷（出血なし）と頭にたんこぶありNS報告する

要因：居室へ誘導はしたが、臥床まで確認してなかった
入居間もない状況で環境に慣れてなかった

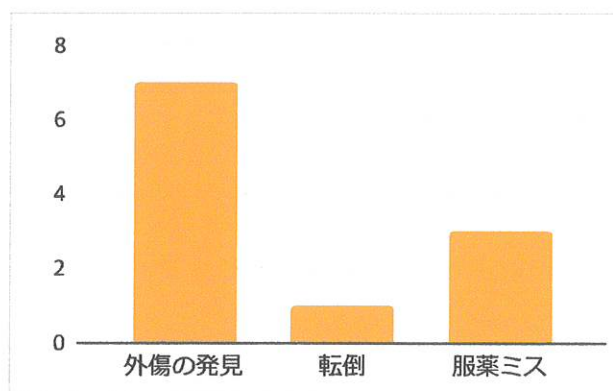
対策：重度の認知症の診断があり、常に見守りが必要
家族とも密に連絡を取り、状況の変化等の情報共有が必要

東：【R6年上半期の事故・ヒヤリハット報告のまとめ】

◆事故報告 11件

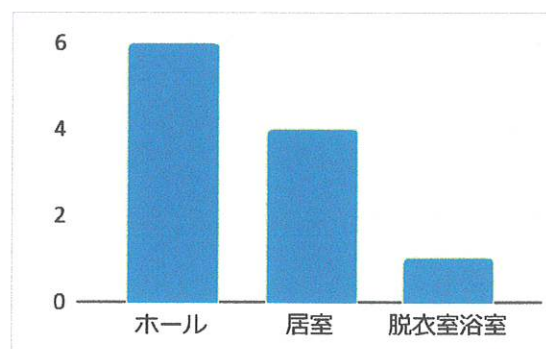
◇事故内容

外傷の発見	7
転倒	1
服薬ミス	3



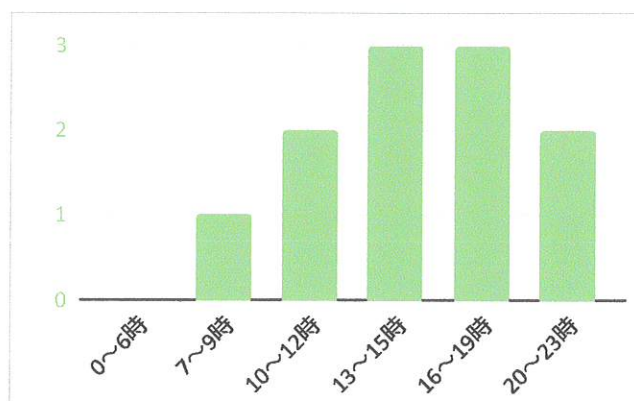
◇発生場所

ホール	6
居室	4
脱衣室浴室	1



◇発生時間

0～6時	0
7～9時	1
10～12時	2
13～15時	3
16～19時	3
20～23時	2



◆ヒヤリハット報告 6件

・ エアーマットの電源が抜けていた	1
・ 滑落しそうになった	1
・ 落葉	1
・ 急な体動	1
・ 消毒薬のまちがえ	1
・ ハサミの片づけ忘れ	1

◆上半期 事故・ヒヤリハット報告の分析

◎事故報告に関して

皮下出血や内出血は可能な限り保護し周知をすることで減少につながった。

服薬ミスに関しては溶解した物を破棄、日付の間違い、誤認による吐き出しであったが、6月に集中していた。事故対策委員会を臨時開催し、施設として服薬ミスの対策を講じた。以降服薬に関する事故は発生していない。

◎ヒヤリハット報告に関して

事故報告が11件に対し、上半期を通してヒヤリハットは6件のみであった。

小さなヒヤリハットは日々の業務を行っていてあると思うが

「いつもだから」「また〇〇になってる」「気付かなかった」

ということが、報告として表面化されてないと思われる。

事故に繋がらない為にヒヤリハット報告を上げ、周知していくという目的をユニット内で再認識する必要がある。

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）

・ユニット会議・カンファレンス開催（8／22）（9／19）

・研修

8/22 食事介助（実技）

9/19 感染症および食中毒に関して

・季節の行事

8/3 浮島花火大会

8/11 お誕生日会

8/15 訪問理容

8/26 納涼祭

9/16 敬老会

9/25 お誕生日会

◎ 嬉しかったことエピソード

・最近長生きもつまらないと言われていた方が誕生日を迎え出勤してくる職員に代わる代わる「おめでとう」と言われ皆にハッピーバースデーの歌を歌ってもらったと最近の暗い表情も嘘のように満面の笑顔を見せてくれました。

・いつも介助を受ける度「すみません」と言われる方が今日は「ありがとう」と伝えてくれて嬉しく思いました。

西ユニット

◆R6年8月・9月の取り組み評価

●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

評価

各利用者様のADLを紙に書き出す事で改めて1人1人の利用者様の様子を再確認する事が出来た。自分1人では気付けなかった利用者様の変化や、対応の工夫を知る事が出来た。まだ情報共有の途中な為引き続き意見交換を行っていく。

食事介助の実践式の研修を行う事で普段から安全な介助を意識して行えるようになった。

◆R6年10月・11月の取り組み

●取り組み●

8・9月の取り組みの継続

- 課題
- # 1 数回に分けて意見交換を行っている為残りの利用者様の意見交換を行う
 - # 2 毎日少しずつ利用者様の状態は変わっている為日常的に様子観察を行い情報共有をする必要がある
 - # 3 10月より職員の異動、ユニットの行き来が始まる為正確な情報、介助方法の共有が必要
 - # 4 人員不足により時間に追われ職員主体の介護となってしまう

対策

- ①毎日の申し送りを確実にし、必要に応じて話し合いの場を設ける
- 小さな気付きも報告していく

- ②人員不足を解消する為にユニット関係なく勤務できる職員の確保
- ③新しく来た職員が混乱する事のないように介助方法、対応を統一する

◇事故発生件数	8月	4件	9月	0件
◇ヒヤリハット報告件数	8月	4件	9月	1件

【ヒヤリハット報告】

1) 留置カテーテル管理・・・2件(同一利用者)

① 11:45 92歳女性 S様(要介護2:車椅子)

状況： 静養、陰部洗浄後起床の為、尿パックをベッド上に置くと尿が漏れていた。

要因： 尿パックのロックが外れていた。

対策： 尿破棄後、確実にロックし、確認する。

② 15:00

状況： 静養後、パット内皮膚確認を行っているパット内に尿漏れがあった。

要因： 不明

対策： 目視できる部分だけではなく、シリコン部、オムツ内の管の折れに注意を払う。職員全員にも周知を行う。

2) NS指示を忘れた

16:10 90歳女性 T様(要介護5:車椅子)

状況： 居室内に入ると褥瘡予防の為、NS指示で車椅子足元に使用しているクッションがベットに置いてあった

要因： 職員注意不足 NS指示不遵守

対策： ベット、車椅子への移乗時は忘れていないか必ず確認する。
フロア内で車椅子で過ごしている時も、足元がテーブルで隠れ見えないので各職員が意識し注意を払う。

3) 皮膚トラブル・・・1件

5:45 90歳女性 T様(要介護5:車椅子)

状況： 朝の起床介助の為更衣中、左上腕外側に内出血を見つける。

要因： 不明

対策： 車椅子、シャワーチェア使用時の姿勢、傾き、腕が挟まれているか常に注意を払う。

介助時は職員各自が意識し、強く持つ、掴む等行わない。

4) 収集、衣類間違え

11:00 86歳女性 K様(要介護2 独歩)

状況： 入浴後更衣をしていると、他利用者の肌着だった。本人の物に着替える。

居室内クローゼットを確認すると衣類、靴下等多数他者の物が出てきた。

要因： クローゼット内の物は本人の物と職員は思い込んでいた。

記名が見にくい場所を書いてある。薄くなり分かりにくい。

洗濯畳みの手伝い後、本人が意識なく部屋に持ち込んだ。

認知機能低下により収集癖がある。

対策：全員の衣類の記名を確認。見え易い部分に書き換え、薄いものは書き直す。

クローゼット内の確認、整理を行う。

洗濯畳みの後、部屋に持ち込む時は名前を職員と一緒に確認する。

【事故報告書】

1) 服薬関連・・・2件

① 8:50 90歳女性 O様(要介護2:車椅子)

状況：朝食後の口腔ケア時、義歯を外すと服用されたはずの朝食後薬の錠剤が出てきた。

要因：服薬確認不足、義歯が緩くなっていたが様子観察中だった。

対策：歯科受診し義歯を調整した。

服薬のマニュアルを再確認した。

口腔ケア時は職員が見守り、一部介助に必ず付く。

義歯の不具合が見られたら、情報を共有し対応を早く行う。

② 8:30 94歳女性 T様(要介護1:歩行器使用)

75歳女性 M様(要介護1:独歩)

状況：朝食後薬の服用時、手渡した薬が他利用者の物だった。口に入れた瞬間に間違いに気づき吐き出して頂く。その間違えられた方の薬が欠品となる。

要因：職員が意識なく二人分の薬を配薬ポケットから取り出していた。

配薬マニュアルが徹底されていない。

対策：服薬マニュアルの再確認を行う。

服薬は必ず一人ずつ確認して行う。

職員各自が意識し、ルールを徹底する。

3) 居室内での転倒（行政報告）

3:35 94歳女性（要介護1:歩行器使用）

状況：深夜大きな物音がした為訪室。床に下着姿で座りこんでいた。

翌朝NS指示により受診し、大腿骨頸部骨折の為入院となる

要因：深夜居室内を自由に動いていた。

暑くて着替えをしたかった。(本人談)

対策：理解力のある方なので、着替え等用事のある時は職員に声をかける様に説明協力してもらう。

4) 事故につながる事例（トイレ内での放尿）

19:35 71歳女性（要介護2:独歩）

状況：居室からトイレに出てきた為 誘導し便座に座らせて他者の対応に行く。

トイレに戻ると便器前にしゃがみ込み排尿していた。

要因：認知機能の低下により分からない事が増え、指示も入り難い。

少しの時間だからとその場を職員が離れた。

対策：側につき見守り、声かけを行う。

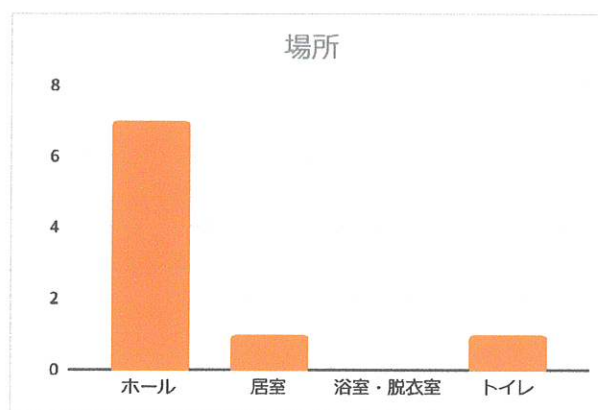
一人ひとりの対応を確実にを行う。

西：【R6年上半期の事故・ヒヤリハット報告のまとめ】

◆事故報告 発生件数 9件

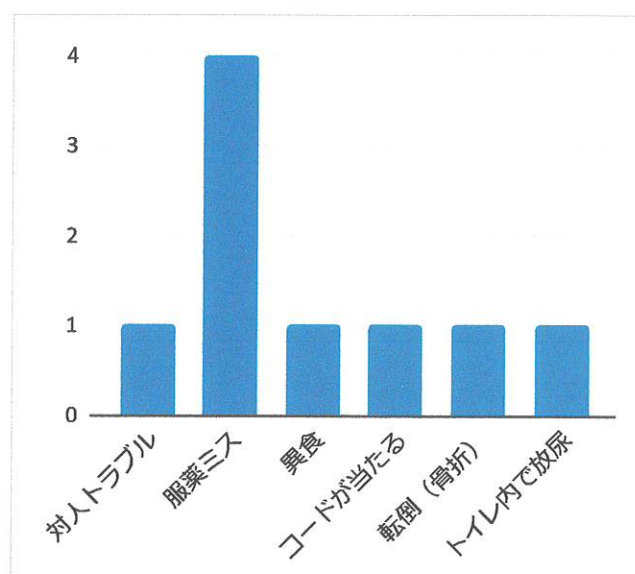
◇発生場所

ホール	7
居室	1
浴室・脱衣室	0
トイレ	1



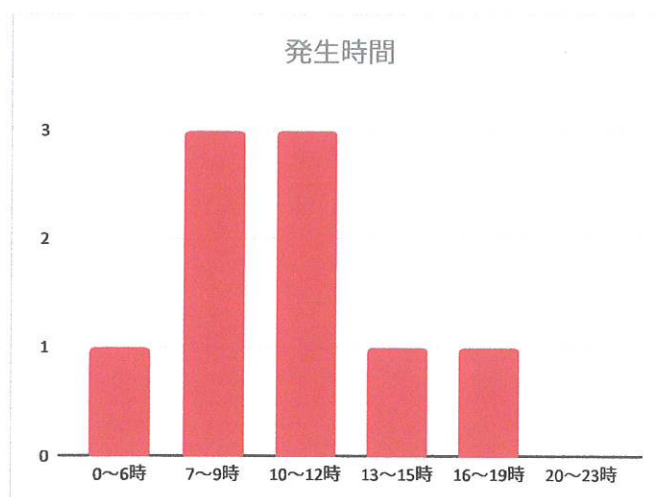
◇事故内容

対人トラブル	1
服薬ミス	4
異食	1
コードが当たる	1
転倒（骨折）	1
トイレ内で放尿	1



◇発生時間

0～6時	1
7～9時	3
10～12時	3
13～15時	1
16～19時	1
20～23時	0



●上半期 事故報告の分析

夜間に居室内で転倒骨折という大きな事故あり（関連機関報告）。

リハビリをされADLの低下も少なく、11月1日に退院予定。

誤薬ではないが、服薬に関する事故が多かった。4件とも昼薬でのアクシデ

ントで、職員間の確認不足、思い込みが原因である。配薬カレンダーを使用してから、勤務者全員が目視確認でき服薬ミスは発生してない。

◆ヒヤリハット報告 件数34件

◇ヒヤリ内容

外傷の発見	16	収集	2
衣類の違い	1	コンセントを抜く	1
留置カテーテル管理	5	誤食	1
NS指示をうっかり忘れる	2	他利用者を介助	2
義歯管理	1	独歩	1
ベッドにいた	1	不安定な姿勢なまま	1

●上半期 ヒヤリハット報告の分析

外傷の発見は、内出血、皮下出血、掻き傷等で入浴時や朝夕の更衣時に発見されている。

前年度に比べれば減っているが（前年度上半期32件・下半期32件）、今後も抗凝固剤の服用者も多い為予防と注意は必要である

今回は膀胱留置カテーテルが折れての尿漏れや、カテーテルが同じ箇所に当たっていたことによる水疱、また入浴時クランプ忘れ等も多くあった。

カンファレンスを行い、「やってあると思った」「だろう」ではなく、声に出すことで職員同士が確認し、ケアに当たるように徹底された。

