

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行きます

運営状況

◎利用者様の要介護度（R6年4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	7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	4名	1名

◎A D L

	要 食事介助	移乗全介助	歩行可能
西	2名	3名	6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

・東ユニット 満床

（待機者様 0名）

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 （2/13）（3/12）

・研修

2/13 介護職員のメンタルヘルス

3/12 身体拘束と拘束が起きる背景

・季節の行事

2/3 節分

2/26 誕生日会

3/1 歌会

3/3 ひな祭り

3/25 誕生日会&カラオケ大会

3/26 おはぎ作り

東ユニット

◆R5年2月3月の取り組み評価

●取り組み（目標）

【事故件数を減らし1日の生活に変化をつける】

- 課題 #¹ 動きのある入居者様に掛かり切りになってしまい職員も心
に余裕が無くなり他入居者様への関わりが薄くなる
- #² 椅子に座っていることが多く生活に変化が無い

- 対策 1) 医師、看護師とも連携し対応を検討する
- 2) 他入居者様にも目が向くように役割分担する
- 3) 個々のしたい事したくない事を把握しその方に合った過ごし
仕方と集団レクが行えるように備品を用意する

評価 ⇒動きのある入居者様の体調不良により状態が変わったため事故
件数が1件に減少した。他入居者様と関わる時間が増え少しずつ
過ごし方の変化がでたが、関わろうとしない職員もいるので今後
の課題となる

◆R6年度 4・5月の取り組み

●取り組み●

【新年度から業務見直しにより新体制となった入居者様
との関わり多く持ち生活の質の向上を目指す】

- 課題 #¹生活にメリハリがなくフロアの椅子に座り1日を過ごす
事が多い
- #²認知症状の進行やレベルの低下に繋がる
- #³生活に変化がなく楽しみが少なくなってしまった

対策 ⇒個々の出来ること出来ないことを理解する
歩行運動や立ち上がり動作をスタッフが行う
個別レクと集団レクの用具を準備する

東ユニット

事故/ヒヤリハット報告

◇事故発生件数 2月0件 3月 1 件

◇ヒヤリハット報告件数 2月0件 3月 0 件

【ヒヤリハット報告】

1) 異食

8 : 40頃...97歳男性 K様（介護度 4 : 車椅子）

状況： トイレ後、フロアに戻ると口をモゴモゴ動かしている

確認するとペーパータオルを噛んでいた

要因： 直前の口腔ケア後ペーパータオルは回収しているのでポケットに入っていたかは不明だが可能性としてポケットから出し口に入れた

対策： ペーパータオルやティッシュペーパーは都度回収する

2)他ユニットへ行く

5 : 10...80歳女性 S様（要介護 3 : 歩行）

状況： 4時に起床し、以降フロア内を歩き回っていた。職員が少しその場から離れ戻るとフロアいなく隣のユニットへ行ってしまった事に気づく

要因： 職員1人のため直ぐに対応出来なかった

対策： その場を離れる時は隣のユニットへ声掛ける

【12月事故報告】

1) 誤食（普通食⇒ミキサー食を食べる）

15 : 00...80歳女性 S様（要介護 3 : 歩行）

状況： 同テーブルのおやつを食べてしまう

要因： 職員がその場を離れる場合は一旦下膳する事になったいるが出来ていなかった

対策： 一旦下膳することが出来ない周知し続ける

2) 転倒

18：30...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：夕食後フロア内を歩き回っていた。加湿器に足があたり
転倒、上唇に外傷と内出血、左脛に打撲

要因：常に歩き回るため目で所在確認していた

対策：何時間も歩き回るため常に付き添い歩行する事が困難
他入居者様の介助が出来なくなる、ケア確認が必須

3) 左肘内出血

13：20...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：袖を捲り上げテーブルに肘を付いていた3×2cm内出血に気づく

要因：歩き回るためどこかにぶつけた

対策：歩き回るため声掛けや対応を検討する

4) 尻もち

10：30...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：ソファから立ち上がる際、滑って尻もちをつく

要因：以前から椅子やソファに浅く座る癖があった歩き回り過ぎ
足に力が入らなかった

対策：行動を見守った上で声をかけていく

5) 打撲

4：30...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：1時間程歩き回り居室ベッドへ横になる時右足を上げ左足を
上げるとバランスを崩し柵に顔面をぶつける

要因：歩き過ぎで足に力が入らず又、腰掛けて横にならず
足から上がったためバランスを崩した

対策：横になる時は主に任せずベッドに座ってもらうように
サポートする

【1月事故報告】

1) 暴力行為

10：15...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：歩き回って最中、突然イスに座っていた入居者様の背中を
拳で殴った

要因：認知症による幻視・幻覚と混乱がみられる

対策：介護士のケアだけでは限界がある医師による治療が必要と思われる。その間も見守り重視していく

2) 内出血

11：40...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

状況：入浴時、左臀部に10×8cmの内出血に気づく

要因：5日前に入浴時になかった。可能性としてはソファの木製の肘おきの角にぶつけた

対策：見守り声掛けの重視

3) 転倒

6：20...80歳女性 S様（要介護3：歩行）

6：20...96歳女性 SM様（要介護3：歩行）

状況：歩き回り自席に戻り椅子に座ろうととするが椅子の右側で椅子がなくS様が気づき支えようとし二人共に転倒する

要因：S様は確認せずに座る事が何度かあった都度、職員にサポートしていたが、朝食準備で離れた瞬間だった

SM様は自身が何でも出来ると思い込み、世話やきのところがある関わるとケガをする可能性があるから、携わらないように話していたが、止められなかった

対策：時間帯が職員一人のため動きがある時は朝食の準備はしない
見守り声掛けの重視

4) 転倒

17：40...91歳女性 W様（要介護3：付き添い歩行）

状況：口腔ケア後自席に戻る時、目の前の入居者様が車椅子を後方へ動かし前輪が浮き危険だったため、職員が車椅子へ手を伸ばすと、主がバランスを崩し転倒する

要因：他入居者様の行動が読めなかった

対策：1人で対応せず居室介助の職員がフロアに戻ってから介助する

5) 内出血

6：00頃...97歳男性 K様（介護度4：車椅子）

状況：離床時、右手甲の3×2cmの内出血に気づく

要因：夜中、大きな声で叫んだりベッドに端坐位や足元ベッドボードを掴み叫んでいたためベッドボードにぶつけた可能性がある

対策：内出血がしやすいため柵や壁は保護してあったがベッドボードは保護していなかったため保護する

東ユニット

事故/ヒヤリハット報告

◇事故発生件数	2月0件 3月 1 件
◇ヒヤリハット報告件数	2月0件 3月 0 件

【ヒヤリハット報告】

0件

【3月事故報告】

1) 表皮剥離と内出血

11：20...102歳女性 S様（介護度4：車椅子）

状況：入浴時の脱衣介助に左肘4cm程の表皮剥離と10cm程の
内出血があるのに気付く

要因：車椅子へ移乗後アームへ肘の乗せることが多く確認せずに
移動し室内やフロアのテーブルにぶつけた

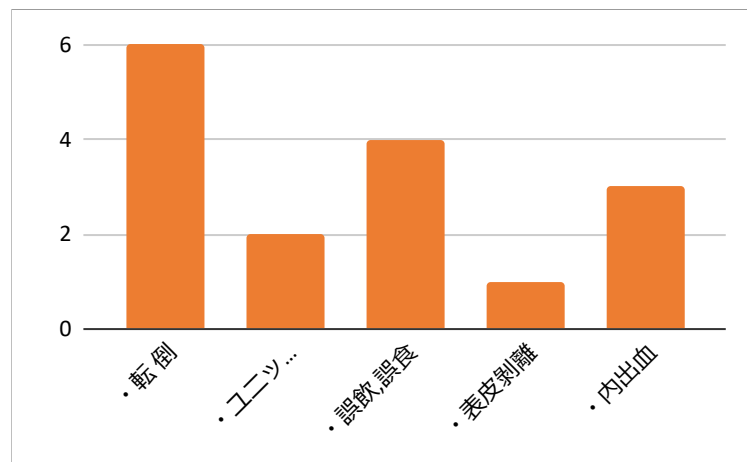
対策：室内の環境整備、フロアの狭い場所を移動しない肘が
アームの内側にある事を確認してから移動する

東：【R5年下半期の事故・ヒヤリハット報告のまとめ】

※事故件数 18件

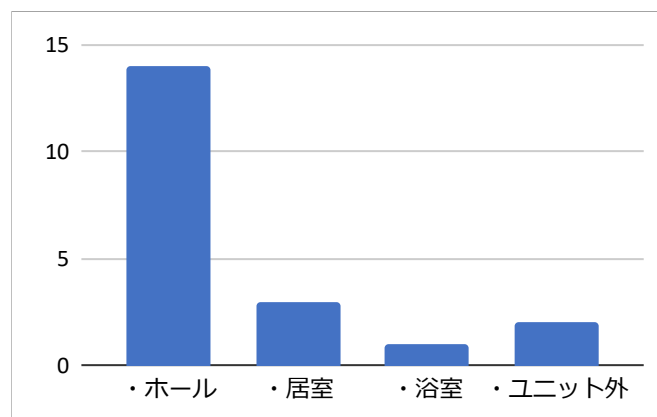
◆事故内容

・転倒	6
・ユニット外	2
・誤飲,誤食	4
・表皮剥離	1
・内出血	3



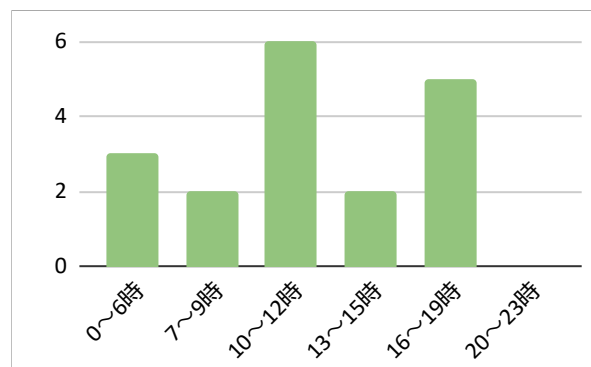
◆発生場所

・ホール	14
・居室	3
・浴室	1
・ユニット外	2



◆発生時間

0～6時	3
7～9時	2
10～12時	6
13～15時	2
16～19時	5
20～23時	0



- ・転倒や誤飲、誤食が大半をしめ、10時から19時にフロアで起きている。このことから、活動の時間帯で職員の数も確保出来て状況で起きている
- 職員の知識・技術不足と声の掛け合い協力しチームケアが求められる

◎ヒヤリハット報告

◆ヒヤリハット内容

- ・転倒 6
- ・誤食 2
- ・ユニット外 1
- ・トイレ介助後車椅子へ座り損ねる
- ・居室から独歩で出て来る(車椅子使用の方)
- ・ハンガーラックに躓く
- ・パーティションに躓く
- ・椅子がない所に座ろうとする
- ・小型シルバーカーに座る
- ・隣のユニットへ歩いて行く
- ・広告を破り舐めている
- ・ペーパータオルを口に入れる

◆アセスメント

多くのヒヤリハットは1名に対するヒヤリで、認知症状が進み動きなくなったため、2月からヒヤリハットが上がらなくなった

※ヒヤリハットを上げる事は良くないという風潮がある

何がヒヤリハットなのかも職員によって認識が違う

ヒヤリハットを上げことは事故を防ぐために必要なこと業務内で伝えていく

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（2／14）（3／14）

・研修

2／14 介護職員のメンタルヘルス

3／14 身体拘束と身体拘束が起こる背景

・季節の行事

2／3 節分

2／14 バレンタイン

3／1 歌ボランティア

3／3 桃の節句

3／26 お彼岸のぼたもち作り

西ユニット

◆R6年2月・3月の取り組み評価

●取り組み●

転倒、転落事故を防ぎ利用者様に安心安全な生活を送って頂く

課題

- # 1 12月、1月の2カ月で4件の転倒転落事故が起きている
- # 2 転倒してしまった利用者様にふらつきのヒヤリが報告されていたにも関わらず事故が起きてしまった

対策

- ①事故発生の原因をユニットで話し合い体重増加、下肢筋力の低下、利用者様本人が思っている身体機能と実際の身体機能の認識の差、職員の転倒防止への意識の低下が挙げられている為それぞれに合わせた対策を提案。
- ②毎日の運動、歩行訓練の徹底。見守り、フロア内の利用者様の行動や位置の把握。職員間のコミュニケーションの円滑化

評価

下肢筋力の低下を防ぐ為の運動を毎日何種類か行い全職員の転倒防止に対する意識が高くなっている。
以前に比べてフロア内の利用者様の位置や行動を職員間でしっかり共有できている。転倒事故0。今後も継続。

◆R6年4月・5月の取り組み

●取り組み●

利用者様の”やりたい”と”出来る事”を見極め、実現し楽しいと思える時間を過ごして頂く

- 課題 # 1 毎日が単調化してきており、一部の利用者様の認知機能の低下
- # 2 利用者様自身が”どうせできない”、”やらせてもらえない”という否定的な思考になってしまっている

- 対策 ①普段の会話や動作から利用者様のやりたい事の把握、それを実行するための計画を立てる。利用者様本人から希望を聞く、希望を言いやすい環境を作る
- ②計画を実行するための人員確保。職員間で話し合う時間の確保
- ③職員の異動に伴い、新たな視点からアイデアを出し合い実行する

西ユニット

◆R6年2月・3月の取り組み評価

●取り組み●

転倒、転落事故を防ぎ利用者様に安心安全な生活を送って頂く

課題

- # 1 12月、1月の2カ月で4件の転倒転落事故が起きている
- # 2 転倒してしまった利用者様にふらつきのヒヤリが報告されていたにも関わらず事故が起きてしまった

対策

- ①事故発生の原因をユニットで話し合い体重増加、下肢筋力の低下、利用者様本人が思っている身体機能と実際の身体機能の認識の差、職員の転倒防止への意識の低下が挙げられている為それぞれに合わせた対策を提案。
- ②毎日の運動、歩行訓練の徹底。見守り、フロア内の利用者様の行動や位置の把握。職員間のコミュニケーションの円滑化

評価

下肢筋力の低下を防ぐ為の運動を毎日何種類か行い全職員の転倒防止に対する意識が高くなっている。
以前に比べてフロア内の利用者様の位置や行動を職員間でしっかり共有できている。転倒事故0。今後も継続。

◆R6年4月・5月の取り組み

●取り組み●

利用者様の”やりたい”と”出来る事”を見極め、実現し楽しいと思える時間を過ごして頂く

- 課題 # 1 毎日が単調化してきており、一部の利用者様の認知機能の低下
- # 2 利用者様自身が”どうせできない”、”やらせてもらえない”という否定的な思考になってしまっている

- 対策 ①普段の会話や動作から利用者様のやりたい事の把握、それを実行するための計画を立てる。利用者様本人から希望を聞く、希望を言いやすい環境を作る
- ②計画を実行するための人員確保。職員間で話し合う時間の確保
- ③職員の異動に伴い、新たな視点からアイデアを出し合い実行する

西ユニット

事故/ヒヤリハット報告

◇事故発生件数	2月	1件	3月	4件
◇ヒヤリハット報告件数	2月	7件	3月	5件

【ヒヤリハット報告】

1) 外傷の発見

19：00...89歳女性 I様（要介護5：車椅子）

状況：就寝介助時右膝に1cm程の擦過傷発見。

要因：明らかな原因は不明だがベッド上での体交時壁に膝をぶつけ、
擦ってしまっているのではないかと。

対策：体交時の壁との距離に注意。体交時壁際にクッションを置く等対策をする。

2) ベッド柵の忘れ

11：45...89歳女性 T様（要介護5：車椅子）

状況：ベッドで静養中、ベッド柵がされていなかった。

要因：柵をするのを忘れてしまった。

対策：介助後ご利用者様と周辺を見回し確認してから退室する。

3) 車椅子のブレーキが解除されている

16：05...91歳女性 S様（要介護2：車椅子）

状況：車椅子が動いている事に気付き、確認すると右側のブレーキが解除
されているのを発見する。

要因：職員のブレーキのかけ忘れ、または本人が外してしまったのではないかと。

対策：移動後の確認の徹底。こまめに声掛け、見守りの強化。

4) 処方された栄養剤を零す

12：40...91歳女性 S様（要介護2：車椅子）

状況：テーブルの上に置いてあった栄養剤の入ったコップを故意に零す。

要因：以前からコップのお茶を零してしまうなど同様の行為があったにも関わらず
手の届く範囲にコップを置いたまま職員が席を離れてしまった。

対策：席を離れる際は必ずテーブル上を確認してから離れる。

5) 一人で隣のユニットへ行ってしまう

13：55...74歳女性 M様（要介護1：独歩）

状況：リビングのTV前の椅子に座りTVを観ていたが足音がした為確認すると
隣ユニットに繋がっている脱衣所に入っていきそのまま隣ユニットへ行く。

要因：ご本人様に聞くとトイレに行きたかったとの事。脱衣所をトイレと間違えて行ってしまった。普段は閉まっている脱衣所のドアが開いていた。
見守り不足。

対策：脱衣所のドアを閉める。見守り強化。

6) 皮下出血

- ・ 93歳女性 T様（要介護1：歩行器） 1件
7：50

部位：左手甲

要因：ベッド上やテーブルの近くでよく体操をされる為その時にぶつけてしまっている可能性がある。抗凝固剤を服用している為皮下出血がしやすい。

- ・ 89歳女性 I様（要介護5：車椅子） 2件
17：00／17：00

部位：右膝下／左手甲

要因：膝下のものは自分では手の届かない位置な為、介助時にぶつけてしまっているのではないか。手のものは介助時の指圧、または自分で両手を握っている事がある為自分で強く握ってしまったのではないか。

- ・ 89歳女性 T様（要介護5：車椅子） 2件
11：10／18：40

部位：左上腕／右膝

要因：自分で皮膚を抓る行為が見られる利用者様な為普段からアームウォーマーを着用しているが、該当箇所にはアームウォーマーが被っていなかった為自分で抓ってしまったのではないか。または介助時の指圧。

- ・ 70歳女性 S様（要介護2：独歩） 1件
11：00

部位：右腕

要因：認知機能の低下により距離感が分かりにくくなっている。
日常生活の中でどこかにぶつけているのではないか。

- ・ 91歳女性 S様（要介護2：当時独歩） 2件（同時）
18：30

部位：右手甲／右手首

要因：歩行が不安定な為介助を行う際に職員の指圧でできたのではないか。
介護拒否が強い事がある為その時にぶつけてしまっているのではないか。

【事故報告書】

1) 義歯装着忘れ

08:05...90歳女性 K様（要介護2：歩行器）

状況：朝食の途中で義歯を装着していないことに気付く。

要因：起床後の整容時に義歯を渡していなかった

対策：全利用者様整容終了後義歯の着け忘れがないか洗面台や
普段義歯を保管している場所を確認する。

2) 落薬

08:30...70歳女性 S様（要介護2：独歩）

状況：朝の掃除の際洗面台下に薬が落ちているのを発見する。

薬剤情報確認し薬と服用されている利用者様の特定を行う。

要因：薬の表面がきれいだった為一度も口に入った様子はなく、
服薬時の確認不足。

対策：服薬時の確認を怠らない。状況に応じて職員が薬を口に入れる。

3) 他利用者様の水分を飲む

10:00...74歳女性 M様（要介護1：独歩）

状況：隣の席の利用者様に提供された飲み物を勧められた為飲んでしまう。

要因：M様が外出直前だった為M様には飲み物は提供されておらず目の前に
何も無い状態だった為隣の利用者様が好意で渡してしまった。
職員の見守り不足。

対策：見守り強化。今後同様の事があった場合座席の移動または、
少量の飲み物を同時に提供する。

4) 爪切りで指を切る

15 : 50...93 歳女性 T 様 (要介護 1 : 歩行器)

状況 : 足の爪を切ってほしいと言われた為爪を切っている時に誤って
左第二指の爪横を 1 mm 程切ってしまう。

要因 : 対応した職員が異動してきたばかりの職員であり、T 様の足の爪は
ナースが切るという情報が伝わっていなかった。職員間の伝達不足。
その場にいた他職員がそのやりとりに気付いていなかった。

対策 : 情報共有をしっかりとる。周りの会話や様子も可能な限り把握する。

5) 服薬ミス

19 : 20...91 歳女性 S 様 (要介護 2 : 車椅子)

状況 : 床に背中に貼っていた貼付薬が小さく丸められて落ちていた

要因 : 普段は背中手の届かない位置に貼っていたがその日は手の届く位置に
貼ってしまい剥がされてしまった。薬という認識がない。

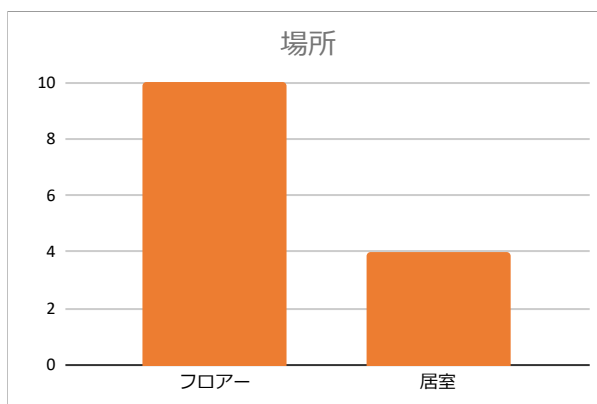
対策 : 必ず手の届かない位置に貼る。

西：【R5年下半期の事故・ヒヤリハット報告のまとめ】

◆事故報告 発生件数 14件

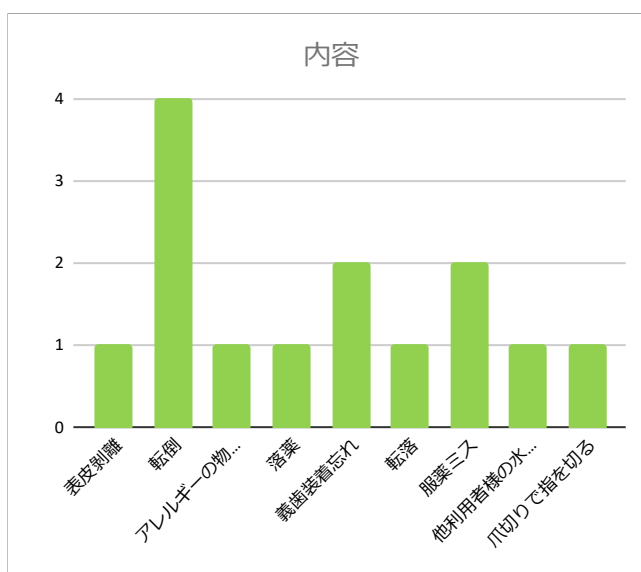
◇発生場所

フロアー 10
居室 4



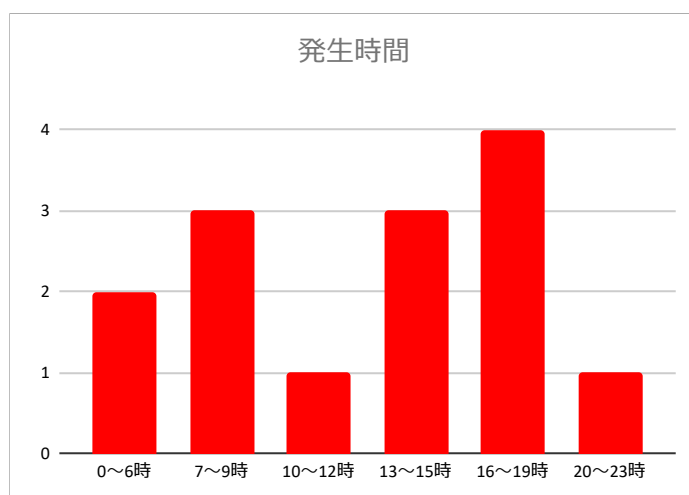
◇事故内容

表皮剥離 1
転倒 4
アレルギーの物を提供 1
落葉 1
義歯装着忘れ 2
転落 1
服薬ミス 2
他利用者様の水分を飲む 1
爪切りで指を切る 1



◇発生時間

0～6時 2
7～9時 3
10～12時 1
13～15時 3
16～19時 4
20～23時 1



◆下半期 事故報告の分析

転倒、転落事故が多く職員の意識の見直しと介護技術の向上が必須。
義歯の装着忘れや服薬ミスなど防げる事故も多く見受けられるため
今後職員間での声掛けや情報共有を意識して行う必要あり。

◆ヒヤリハット報告 件数 52 件

◇ヒヤリ内容

ブレーキ忘れ	1
皮下出血・内出血	32
独歩	1
ふらつき	4
擦過傷、掻き傷	2
隣ユニットへ行く	4
ドアに頭をぶつける	1
ビニール袋を頭に乗せる	1
立ち上がり	2
差し歯をなくす	1
爪切りを放置	1
ベッド柵忘れ	1
栄養剤を故意に零す	1

◆下半期 ヒヤリハット報告の分析

皮下出血、内出血について。
 上半期から全体的な件数は変わらず
 職員の技術不足、注意不足が要因と
 考えられる。今後皮下出血を減らして
 いくためにはどうしたらいいか
 虐待防止委員会や研修委員会と共に
 意見を出し合い対策を練る必要がある。

