

令和7年度 第4回 こすもす原グループホーム 運営推進会議

- 日時：令和7年10月21日（火）
- 場所：こすもす原グループホーム（東ユニット）

10/20 コロナ感染確認され急遽書面開催に変更

式次第

1. 開催挨拶 ... 管理者 野口拓哉
2. 参加者様 自己紹介
3. 状況報告 ... 管理者 野口より
4. 各ユニットの紹介 ... ユニット職員より
5. 質疑応答
6. 閉会

次回 令和7年度 第4回運営推進会議 開催予定

・ 日時：令和7年12月16日（火） 14時～

・ 場所：こすもす原グループホーム

利用状況の報告（令和7年10月20現在）

◆施設モットー

- 穏やかな日々を過ごしていただき、生き甲斐が持てるように支援させていただきます。
- 医療関係と連携を図り、静かにそして穏やかな気持ちでお見送りできるその時まで、日々支援いたします。
- 人員不足の介護業界ではありますが、ユニットの隔てをなくし、チームワークで支援を行います。

介護度別利用者数

ユニット	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均介護度
西	3	4	0	0	1	2.0
東	1	3	4	1	0	2.56

年齢別利用者数

ユニット	60代	70代	80代	90代	100代	男性	女性	平均年齢
西	0	1	2	5	0	1名	7名	90歳
東	0	2	5	2	0	2名	7名	85歳

ADL状況

ユニット	食事全介助	床上排泄	移乗全介助	車いす使用	歩行可能（介助含む）
西	1	2	2	4	4
東	1	2	3	4	5

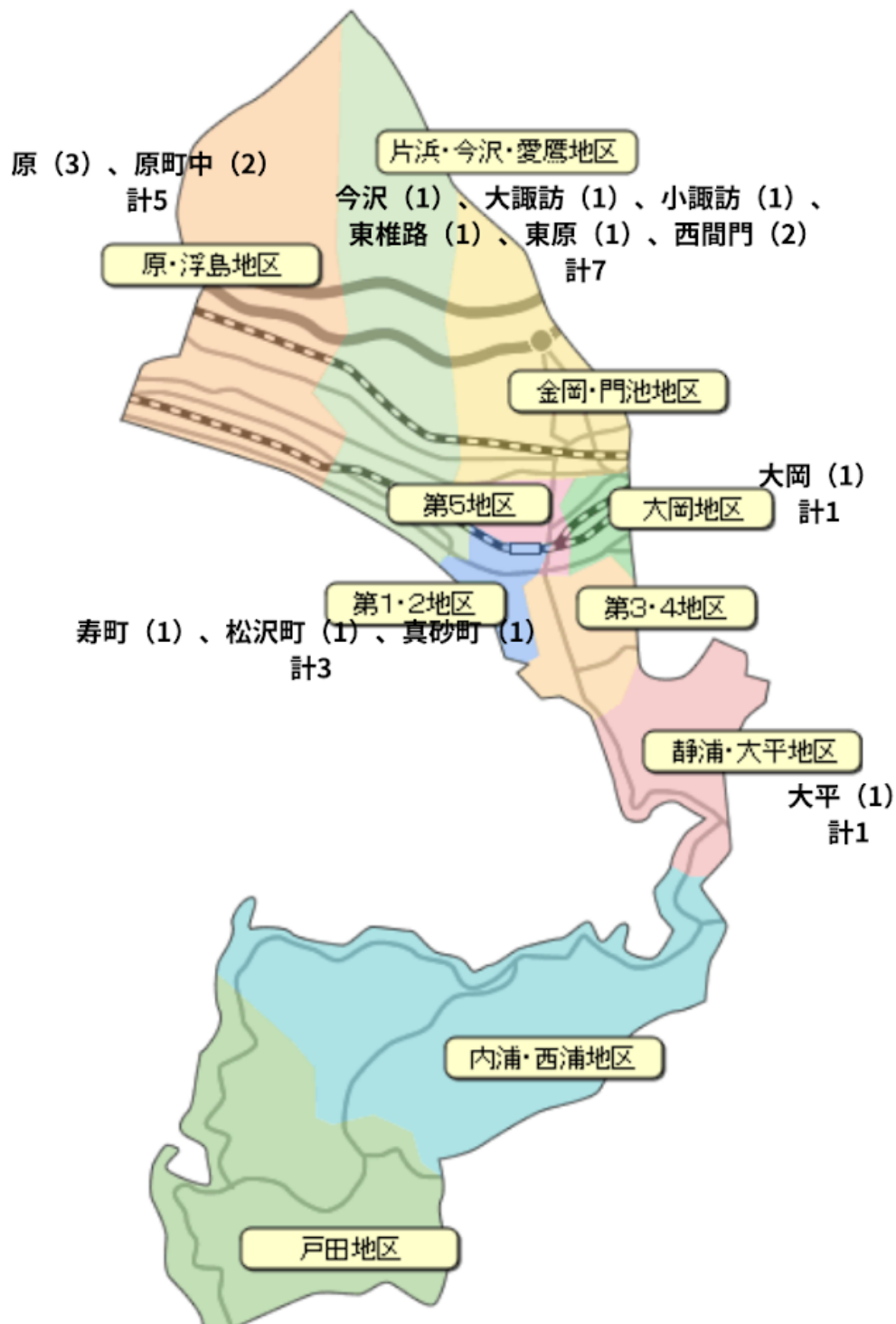
空き状況

- 西ユニット：8床（空き1床）
- 東ユニット：9床（満床）
（待機者：1名）

職員構成

- 管理者：1名
- 計画書作成者：2名
- 介護支援専門員：1名
- 介護職員：15名(うち介護福祉士10名)；うち病欠常勤2名
- 常勤看護師：1名
- 調理：1名
- (計18名)

[利用者様の住所別構成（地区別）]



活動内容

【8月の利用者様】

- 原浮島花火大会見学
- 田澤医院訪問診察（第2・4水曜日）
- 納涼祭
- 誕生日会
- 訪問理美容
- 阿部様訪問

【事業所関連】

- ever優様運営推進会議出席
- 自社運営推進会議
- のどかの家様運営推進会議
- 施設ケアマネジメント研修会（オンライン）
- 身体拘束委員会（静岡県健康福祉部指導アンケート調査）
- 事故対策委員会
- 実践者研修（1名）

【ユニット関連】

- 各ユニット会議
- ケースカンファ
- 定例研修「情報共有の重要性・事故報告について」

【9月の利用者様】

- 田澤医院訪問診察（第2・4水曜日）
- 介護支援相談員 阿部様来所
- 誕生日会
- 敬老の日
- チンドン様の慰問（敬老のお祝い）
- お彼岸でおはぎ作り

【事業所関連】

- 実践者研修（1名）
- ever優様へchatGPT講習

【ユニット関連】

- 各ユニット会議
- ケースカンファ（看取り期カンファ）
- 定例研修「看取り介護研修：亡くなる前の変化」

介護事故・ヒヤリ報告まとめ（2025年8.9月）

【介護事故】

1. ユニットごとの件数

ユニット	件数
東	1件
西	3件

2. 利用者ごとの件数と概要（氏名非公開）

利用者A（1件）※【東ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年9月18日
- 事故概要：
 - 状況：服薬ミスが発生
 - 要因：思い込みと確認不足、朝の忙しさの中で薬を見失った
 - 対応・対策：昼食後に服用指示を出し、症状経過観察、事故防止策の検討

利用者B（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月21日
- 事故概要：
 - 状況：服薬ミス
 - 要因：確認不足
 - 対応・対策：症状観察、服薬の確認徹底、関係者への通知

利用者C（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月13日
- 事故概要：
 - 状況：トイレに行くために車椅子から立ち上がり転倒
 - 要因：人為的な問題、見守り不足
 - 対応・対策：バイタル確認（安定）、職員間の声掛け強化、利用者への注意喚起

利用者D（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月9日
- 事故概要：
 - 状況：居室でベッドから転落
 - 要因：確認不足と思い込み
 - 対応・対策：バイタル確認（安定）、外見上の傷なしを確認、静養中の動き注意、ドアを全開にし、ベッドを低くする

3. 備考

- 8月から9月にかけて計4件の事故が報告されており、そのうち服薬関連が2件（50%）と高い割合を占めています。
- 事故の主な要因は「確認不足」「見守り不足」「思い込み」が共通しており、人為的なミスが中心です。
- 西ユニットの事故件数が東ユニットの3倍となっており、特に西ユニットでの事故防止対策の強化が必要と考えられます。
- 幸いにも重篤な事故は発生していませんが、特に服薬管理と転倒リスクに関する対策の見直しが必要です。

【介護ヒヤリ】

1. ユニットごとの件数

ユニット	件数
東	2件
西	2件

2. 利用者ごとの件数と概要（氏名非公開）

利用者E（1件）※【東ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年9月17日
- ヒヤリ概要：
 - 状況：居室で左大腿部内側に内出血
 - 要因：人為的問題、見守り不足
 - 対応・対策：様子観察、動きに注意し危険な動きについて説明

利用者F（1件）※【東ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月26日
- ヒヤリ概要：
 - 状況：ベッドとタンスの間にしゃがんで立ち上がれなくなった
 - 要因：見守り不足、寒さから毛布を取り出そうとした
 - 対応・対策：声掛け、自力でベッドまで歩行誘導、利用者が眠りやすい室内温度を保つ

利用者G（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月4日
- ヒヤリ概要：

- 状況：朝食時に薬が床に落ちた
- 要因：見守り不足
- 対応・対策：見守りの強化、薬キャップの使用

利用者H（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
 - 2025年8月3日
- ヒヤリ概要：
 - 状況：立ち上がり時に負傷の危険があったが無傷
 - 要因：見守り不足、説明不足
 - 対応・対策：声掛け、車椅子への誘導、常に動きと会話を意識、トイレ使用時は職員を呼ぶよう伝達

3. 備考

- ヒヤリハット報告は東西ユニットともに2件ずつと均等に報告されていますが、実際には気づかれていないヒヤリハットが多数存在する可能性があります。
- 全てのヒヤリハット事例で「見守り不足」が要因として挙げられており、職員の意識向上と見守り体制の強化が必要です。
- 8月に3件、9月に1件と報告されていますが、これはヒヤリハット全体の一部に過ぎない可能性が高く、小さな異変への気づきと報告の文化を育てる必要があります。
- ヒヤリハット報告数が少ないことは、実際に危険な状況が少ないというよりも、気づきや報告が不足している可能性が高いため、「報告しやすい環境づくり」と「小さな変化への感度向上」が重要です。

（R7年6月～7月）施設の取り組みについて

#1：業務の見直しをし、利用者様個々との関わりの時間を増やす

◎取り組み

・記録類のデジタル化を進める中、その他にもデジタル化した方が業務の効率が良くなるものを考える。また、現在使用中のものであっても、改良の必要性がないか見直す

・東西の業務の統一

～評価～

情報システム部と連携し介護記録の時間はかなり短縮されている。

研修後の個人記録（レポート）も問題なく行えている。

備品の在庫管理に関しては今後の課題として残っている

◆R7年10月～の課題

#1：ヒヤリハット報告書の件数が急に減っている。

「いつもの事だから」という慣れやヒヤリとする感覚が鈍感になっている可能性がある

・一般的に事故3件に対してヒヤリハットは30件程度が望ましい比率（1:10）とされている。

- ヒヤリハット報告が少ないことは、小さな異変に気づけていない可能性や、報告する意識が鈍化している可能性がある。
- 報告しやすい環境づくりと、「些細なことでも報告する」という意識の向上が必要。ヒヤリハット報告は事故防止のための重要な情報源であることを再確認すべき。
- 全スタッフへの研修や定期的な声かけを通じて、報告の重要性を再認識させることが望ましい。

#2：体調不良で休職中の職員が同時期に2名発生している。

◎取り組み

- ・各ユニット会議で再認識をする事と、リーダーが率先して報告書を上げる
- ・人員不足の中ではヒヤリハットを共有し、事故防止につなげる必要があると注意喚起していく

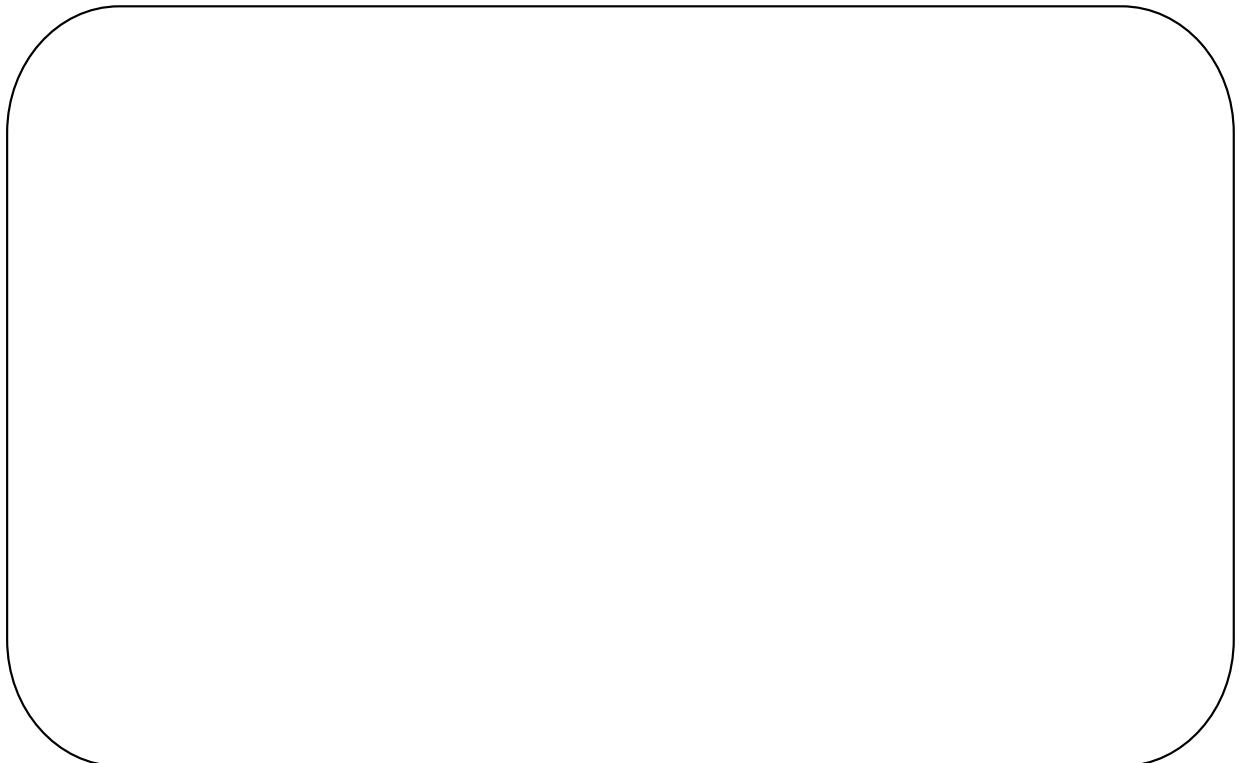
急遽書面開催となつてしまい、申し訳ありませんでした。
今後も感染予防・拡大防止に留意してまいります。

下記にご意見・ご質問等がありましたら、ご記入の上、メールまたはFAXでご返信をお願いいたします。

後日議事録として郵送させていただきますので、よろしくお願いいたします。

事業所様名：_____

ご記入者様氏名：_____



グループホームこすもす原

管理者 野口拓哉

FAX 055-941-6297

メール ccsharaghw@cosmos-group.co.jp