

## 令和7年度 第5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12月16日（火）
- 場所：こすもす原グループホーム

### 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
5. 質疑応答
6. 閉会

### 次回 令和7年度 第6回運営推進会議 開催予定

- ・日時：令和8年2月17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12月15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頂きます。
- ・ 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	1	0	1	2.11
東	1	2	5	1	0	2.26

### 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	3	5	0	1名	8名	89.4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	3	2	5	4
東	1	3	5	5	4

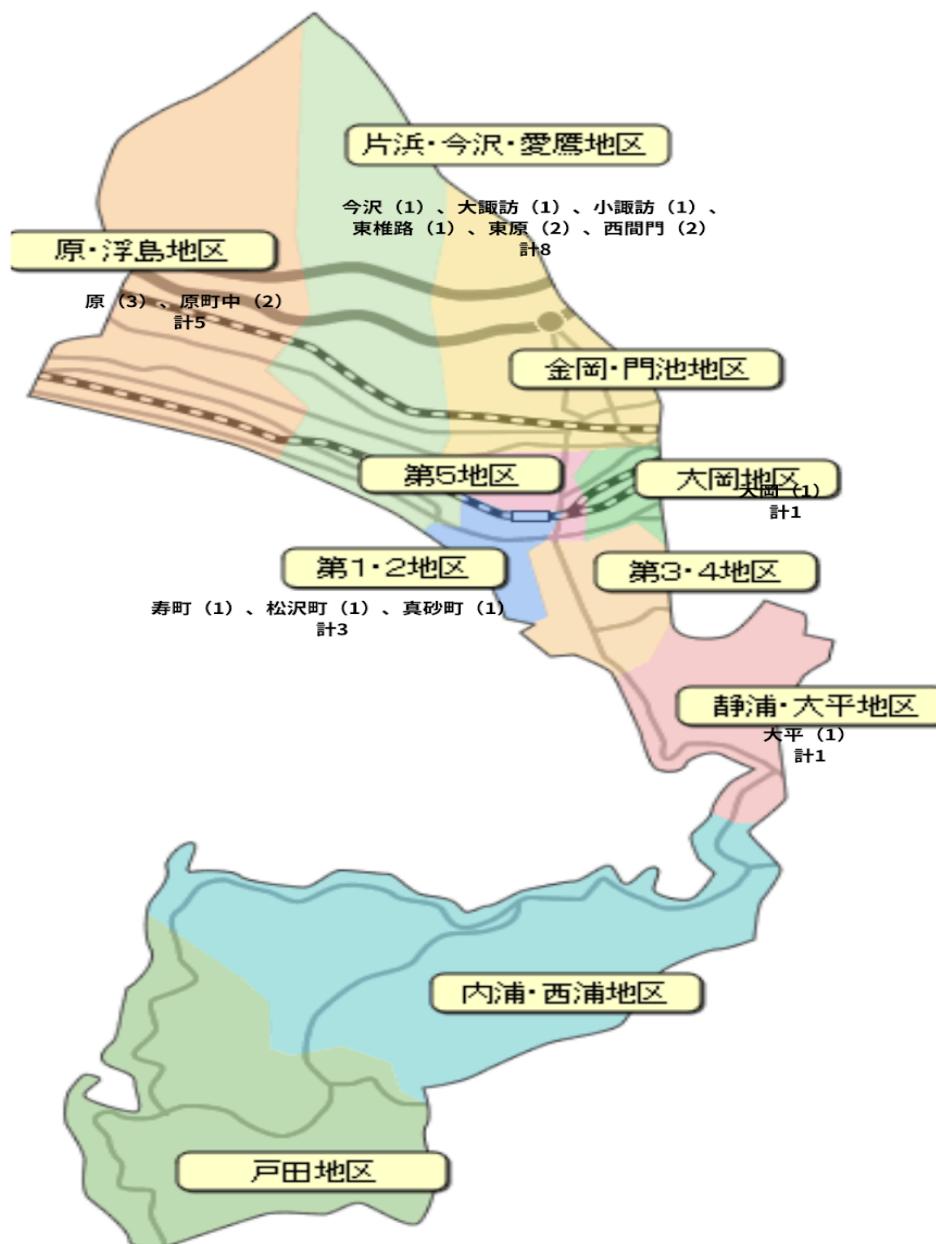
### 空き状況

- ・ 西ユニット：9床（満床）
- ・ 東ユニット：9床（満床）…12/16 1名退去。1月中旬 1名入居予定  
(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)：1名休職中
  - 常勤看護師：1名
  - 調理：1名
  - 派遣職員：1名
- (計19名)

## [ 利用者様の住所別構成（地区別） ]



## 【感染状況の報告】

- 10月 利用者様コロナ感染1名（面会家族が面会後陽性が判明）  
11月 職員インフルエンザA型感染1名（同居家族より感染）

## 活動内容

### 【10月の利用者様】

- 田澤医院訪問診察（第2・4水曜日）
- ミニ運動会
- 誕生日会
- 訪問理美容
- 介護支援相談員 阿部様訪問
- 外出（トップワークス感謝祭）
- ベルバンド慰問中止（施設内コロナ感染者確認の為）

### 【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
- 技能実習指導員講習参加 1名
- 感染症予防対策研修参加（静岡県東部健康福祉センター主催） 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「感染症予防及びまん延防止（ガウンテクニック）」

### 【11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
- ベルバンド慰問中止（施設内インフルエンザ感染者確認の為）

### 【事業所関連】

- 実践者研修（1名）
- (株)コスモスケアサービス各委員会  
感染症対策委員、BCP委員会、虐待防止・ハラスメント対策委員会

### 【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「夜間災害時の対応」について

# 介護事故・ヒヤリ報告まとめ（2025年10～11月）

## 【介護事故・アクシデント】

### 1. ユニットごとの件数

ユニット	件数
東	3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11月16日 14:05
- 事故／アクシデント概要：
  - 状況：静養中の様子を見に伺うとベッドから転落していた。症状は「無傷」。
  - 要因：思い込み・確認不足、見守り不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：様子観察を実施。
    - 再発防止：発生原因として「思い込み・確認不足」「見守り不足」が挙がっているため、転倒リスクの高い場面での声かけ・確認の徹底と、居室内見守りの頻度・方法の見直しが必要

#### 👤 利用者B（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月11日 21:00
- 事故／アクシデント概要：
  - 状況：パット交換時居室にて外傷を発見。症状は「皮下出血・表皮剥離」。

- 要因：夜間は特に体動が激しい、見守り不足
- 対応・対策：
  - 当日の対応：創部処置を実施後NSに報告。
  - 再発防止：居室内での活動時の観察・声かけの頻度を見直し、「発見が遅れる」ことがないよう見守り体制の再確認が必要。

### 【利用者C（1件）※【西ユニット】】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月05日 19:00
- 事故／アクシデント概要：
  - 状況：居室ベッドから転落。症状は「表皮剥離」。
  - 要因：思い込み・確認不足、設備点検不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：NS報告し創部処置を実施。
    - 再発防止：ベッド・手すり等、使用中の設備の安全性を点検し、不具合がないか確認することが必要。また、移乗や移動時の手順確認を徹底し、「大丈夫だろう」という思い込みを減らす工夫が求められる。

### 【利用者D（1件）※【東ユニット】】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月02日 14:30
- 事故／アクシデント概要：
  - 状況：居室にて荷物を持っていてバランスを崩し転倒。症状は「無傷」。
  - 要因：見守り不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：様子観察を実施。
    - 再発防止：一人で立ち上がり・移動しやすい時間帯や場面の把握と、その時間帯の見守り強化が必要。

### 【利用者E（1件）※【東ユニット】】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年10月23日 14:15
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：ホールにて、車いすから立ち上がり転倒。症状は「内出血・打撲」。
  - 要因：環境・設備、見守り不足

- 対応・対策：
  - 当日の対応：様子観察を実施。
  - 再発防止：ホールの動線上の障害物など環境要因の点検・是正が必要。  
また、ADLの状態に応じた声かけや付き添いなど、ホールでの見守り方法を見直すことが求められる。席の移動をした

### 【利用者F（1件）※【西ユニット】】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年10月23日 11:00
- 事故／アクシデント概要：
  - 状況：浴室にて介助中にバルンカテーテルが抜けてしまう  
「負傷に繋がる事例」。症状は「その他・無傷」。
  - 要因：人為的問題、思い込み・確認不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：NS処置・様子観察を実施。
    - 再発防止：浴室介助の手順・役割分担・声かけ方法など、人の動きに関わる部分を振り返り、マニュアルやルールが守られているかの確認が必要。「これくらいなら大丈夫」という判断を避けるため、危険予測の共有を行う。

### 3. 備考

- 発生場所の傾向

2025年10～11月の介護事故6件の内訳は以下のとおり。

- 居室：4件（転倒・転落・外傷発見）
- ホール：1件（転倒）
- 浴室：1件（負傷に繋がる事例）

居室での発生が多く、次いでホール・浴室と、生活活動線に沿った場所での事故がみられる。

- ユニット別の傾向

東ユニット3件、西ユニット3件と、ユニット間で大きな件数差はみられない。

- 発生要因の傾向（複数回答）

- 見守り不足：4件
- 思い込み・確認不足：3件
- 設備点検不足：1件
- 環境・設備：1件
- 人為的問題：1件

- 「見守り不足」が複数の事例で共通しており、加えて「思い込み・確認不足」が重なっている事例もある。浴室・ホールなど環境要因の影響が大きい場所では、「環境・設備」「人為的問題」も関与していることがデータから読み取れる。

## 【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	3件

### 2. 利用者ごとの件数と概要（氏名非公開）

#### ● 利用者C（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月21日 12:15
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：ホールにて誤嚥。症状は「むせ」。
  - 要因：思い込み・確認不足、見守り不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：口腔内清掃および吐かせる対応を実施。
    - 再発防止：食事・水分摂取時の姿勢・一口量・嚥下状態の確認を徹底し、観察者を明確にするなど、食事場面の見守り強化が必要。

#### ● 利用者A（1件）※【東ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月17日 15:55
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：居室訪問するとベッド端坐位になっていた  
「負傷に繋がる事例」（11/16bedからの転落アクシデントあり）。  
症状は「無傷」。
  - 要因：見守り不足、思い込み
  - 対応・対策：

- 当日の対応：様子観察を実施。
- 再発防止：居室で一人になりやすいタイミングや行動パターンを把握した上で、見守りのタイミング・頻度を調整する必要がある。センサーの設置

### 👤 利用者G（1件）※【東ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年11月05日 10:30
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：ホールにてティルト式車いすに乗車中の姿勢が、座面クッションごと前方にズれていた。「負傷に繋がる事例・転落」。症状は「無傷」。
  - 要因：ルール不遵守、思い込み・確認不足、知識・技術不足、見守り不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：姿勢を直し、その場で情報共有を実施。
    - 再発防止：ホールでの移動・介助に関するルールやマニュアルの再確認、技術レベルのばらつきを減らすための指導やOJTの実施が必要。

OJTは、\*\*On-the-Job Training（オン・ザ・ジョブ・トレーニング）\*\*の略です。職場での実際の業務を通じて、必要な知識や技能を習得させる教育方法のこと。

### 👤 利用者B（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：
  - 2025年10月28日 15:55
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：ホールにて本を破き食べようとしていた。症状は「無傷」。
  - 要因：思い込み・確認不足、見守り不足
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：声掛け・説明を実施。
    - 再発防止：対象者の理解度や動作の速さを踏まえた声かけ・事前説明を行い、状況を共有した上で行動してもらう工夫が必要。

### 👤 利用者H（1件）※【西ユニット】

- 件数：1件
- 発生日：

- 2025年10月28日 9:20
- 事故／ヒヤリ概要：
  - 状況：ホールにて外傷を発見。症状は「皮下出血」。
  - 要因：知識・技術不足（介助時の指圧）
  - 対応・対策：
    - 当日の対応：様子観察を実施。
    - 再発防止：外傷の早期発見・観察方法、報告のタイミングなどに関する知識・技術の確認と、必要に応じた研修・指導が必要。

### 3. 備考

- 発生場所の傾向

介護ヒヤリ5件の内訳は以下のとおり。

- ホール：4件（誤嚥、外傷の発見、負傷に繋がる事例等）
- 居室：1件（負傷に繋がる事例）

事故では居室が多かったのに対し、ヒヤリはホールでの発生が多く、食事・移動など活動性の高い場面でリスクが顕在化している。

- 発生要因の傾向（複数回答）

- 見守り不足：4件
- 思い込み・確認不足：3件
- ルール不遵守：1件
- 知識・技術不足：2件
- 事故と同様、「見守り不足」「思い込み・確認不足」が複数件で共通している。さらに、ヒヤリでは「ルール不遵守」「知識・技術不足」が組み合わさっており、手順遵守と技術水準の統一が課題としてうかがえる。

- ヒヤリ件数についての考察

2025年10～11月の集計では、

- 介護事故：6件
- 介護ヒヤリ：5件
- 本来、重大事故の前段階として多数のヒヤリが存在すると考えられるため、ヒヤリ件数は事故件数より多く報告される状態が望ましい。

しかし現状では、事故件数とほぼ同数あるいはやや少ない件数にとどまっており、

- 「無傷だから」「大事にならなかったから」という理由で報告されていないケース
- 軽微な出来事として見過ごされているケース

が存在している可能性がある。

- そのため、

- 「怪我がなくても、ヒヤリと感じたら報告する」
- 「些細なことでも共有することが事故防止につながる」

という認識を職員間で共有し、ヒヤリを積極的に拾い上げる文化づくりが重要といえる。

◆ (R7年9月～10月) 施設の取り組について評価する

#1:ヒヤリハット報告書の件数が急に減っている。

☞評価

報告されていないヒヤリハットがあると思うが、なぜ報告として挙げられないのかを考える必要がある。報告方法が面倒なのか？「いつものこと」「まだだよ」といった慣れなのか？

◆R7年12月～の課題

◎取り組み

#1：ヒヤリハットに慣れず、報告として情報共有をする

#2：感染症の予防として、加湿と換気を意識し、自己の健康管理をしっかりする