院内感染対策マニュアルの改訂について

平成22年度第4回誠愛院内勉強会
2010/6/8

院内感染対策委員長
楠田憲治

今回の改訂

- 学校伝染病の改訂（予定）
- MRSA以外の多剤耐性菌
  院内感染情報レポートの追加

(7) 学校伝染病

学校伝染病の種類及びその対応(出勤停止期間など)

	種類の考え方	疾患名	出勤停止期間
第一種	感染症法の一類及び二類感染症	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群(病原体がSARS(サーズ)コロナウイルスであるものに限る) 痘そう ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス	治癒するまで
第二種	飛沫感染するもので、院内において流行を広げる可能性が高い伝染病	インフルエンザ	解熱後2日を経過するまで
		百日咳	特有の咳が消失するまで
		麻疹	解熱後3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
		風疹	発疹が消失するまで
		水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状消退後2日経過まで
		結核	伝染の恐れがないと、医師が認めるまで
第三種	院内において流行を広げる可能性がある伝染病	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎	
		その他の伝染病	(後述)

その他の代表的な疾患への対応の目安

疾患	感染性のある期間	注意事項
溶連菌感染症	治療開始後1日まで	適切な抗生剤投与が1日間され、全身状態が良ければ出勤可
ウイルス性肝炎	A型肝炎は発病初期まで	A型肝炎は肝機能が正常化すれば出勤可。 B型・C型肝炎キャリアは、勤務活動全般でまったく差し支えなし
手足口病 ヘルパンギーナ	咽頭は発病後1〜2週、便は発病後3〜5週	回復後も長期にわたって便中にウイルスが排泄されるが、不顕性感染も多く、院内での感染力はそれほど強いものではない。本人の状態によって出勤を判断する。
伝染性紅斑	感染後7〜14日	発疹が出た時期にはすでに感染力はほとんどない。本人の状態のよいものは出勤可
マイコプラズマ感染症	無治療では数週間。症状がなくなれば感染力は弱い	診断されない感染者も多いので、症状が改善すれば出勤可
アタマジラミ	駆除するまで	駆除は必要だが、伝染病を媒介することもなく、出勤停止は不要
伝染性軟属腫(水いぼ)	発疹がある間	出勤停止の必要なし。いぼの内容物に直接接触しない限りは伝染しない。
伝染性膿痂疹	無治療では痂皮にも感染性あり	出勤停止の必要なし。適切な治療をすることと、病変部を露出しない配慮

名称の改訂

- 2009年4月に法律の改正があり、学校伝染病は学校感染症と名称が改められた。

学校感染症

学校保健安全法においては、学校の中で感染症が発生したときに、二次感染を最小限に抑えるために、感染症の中で、ヒトからヒトへ伝搬する疾病うち、重要なものを学校感染症として定め、出席停止期間も規定されている。

学校感染症

・第一種：最も重篤

感染症法の一類感染症（エボラ出血熱等）のすべて(7感染症)、二類感染症（急　性灰白髄炎等）の結核以外(3感染症)、鳥および新型インフルエンザ

・第二種：飛沫感染する感染症

インフルエンザ等、8感染症

・第三種：飛沫感染が主体ではない感染症

コレラ等、7感染症

第一種学校感染症
（最も重篤な感染症）

1.エボラ出血熱
2.クリミア・コンゴ出血熱
3.痘そう
4.南米出血熱
5.ペスト
6.マールブルグ病
7.ラッサ熱
8.急性灰白髄炎
9.ジフテリア
10.重症急性呼吸器症候群（SARS）
11.鳥インフルエンザ
12.新型インフルエンザ
13.指定感染症、新型感染症

出席停止期間は治癒するまで

第二種学校感染症

・飛沫感染する感染症
・出席停止期間はそれぞれの疾病において、ヒトからヒトへ伝染する程度に病原体が排出されている期間を基準としている。

1.インフルエンザ	解熱後2日を経過するまで
2.百日咳	特有の咳が消失するまで
3.麻疹	解熱後3日を経過するまで
4.流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
5.風疹	発疹が消失するまで
6.水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
7.咽頭結膜炎	主要症状消退後2日経過まで
8.結核	感染の恐れがないと医師が認めるまで

第三種学校感染症

飛沫感染が主体ではない感染症

1.コレラ	治癒するまで
2.細菌性赤痢	治癒するまで
3.腸管出血性大腸菌感染症	感染の恐れがないと医師が認めるまで
4.腸チフス	治癒するまで
5.パラチフス	治癒するまで
6.流行性角結膜炎	感染の恐れがないと医師が認めるまで
7.急性出血性結膜炎	感染の恐れがないと医師が認めるまで

その他の感染症

1.溶連菌感染症　　抗生剤が投与され1日間経過するまで
2.ウイルス性肝炎　　肝機能が正常化するまで
3.手足口病　　患者の状態により判断
4.ヘルパンギーナ　　患者の状態により判断
5.伝染性紅斑　　患者の状態が良ければ出勤可
6.マイコプラズマ感染症　　症状が改善するまで
7.流行性嘔吐下痢症　　？
8.アタマジラミ　　出勤停止の必要なし
9.伝染性軟属腫（水いぼ）　出勤停止の必要なし
10.伝染性膿痂疹　　出勤停止の必要なし

多剤耐性菌

1. MRSA（methicilline-resistant Staphylococcus aureus）
   メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
2. VRSA （ vancomycin-resistant Staphylococcus aureus）
   バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌
3. VRE（vancomycin-resisant enterococci）
   バンコマイシン耐性腸球菌
4. MDRP （multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa）
   多剤耐性緑膿菌
5. ESBL （extended spectrum β lactamase）産生菌
   基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生菌

福岡大学病院における多剤耐性アシネトバクター菌による院内感染

- 2009年1月23日、福岡大学病院の救命救急センターにおいて、2008年10月から2009年1月までの間に、23名の患者さんから多剤耐性アシネトバクターが分離されたことが報告された。
- この時感染が確認されたアシネトバクターは、ミノサイクリン（ミノマイシン）およびイセパマイシン（エクサシン）以外のほとんど全ての抗菌薬に耐性を示していた。

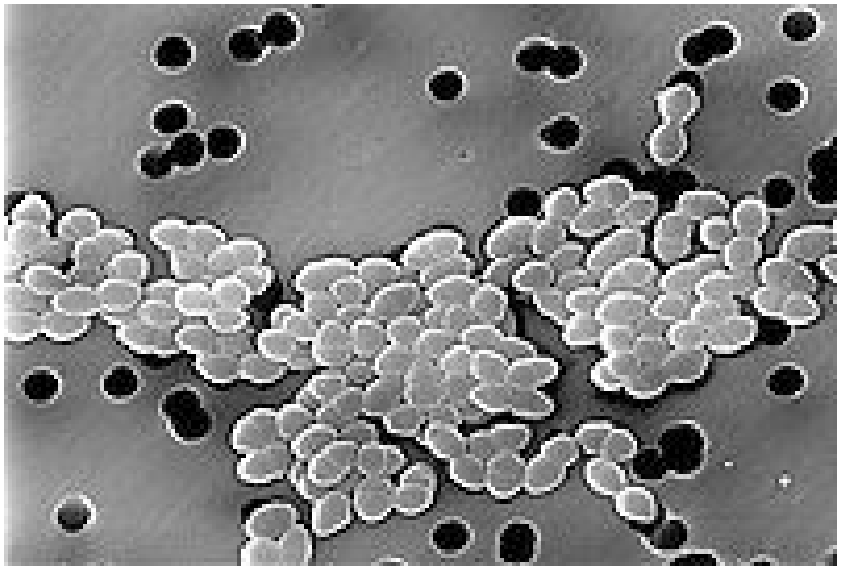
- 発端は平成20年10月20日に韓国より福岡大学病院に転院した患者さんであった。
- 死亡者は4名で、平成21年1月23日、同救命救急センターへ の新規患者受け入れは中止されるとともに、同センターに入院中で、多剤耐性アシトバクターの感染が認め　られない患者さんは、他院へ転院すること　になった。

VRE

vancomycin-resistant enterococci

バンコマイシン耐性腸球菌

腸球菌
enterococcus



腸球菌は弱毒性のグラム陽性球菌で、ヒト腸管内の常在菌である。

VRE
vancomycin-resistant enterococci
バンコマイシン耐性腸球菌

- 1980年代後半以降、欧州および米国において重症院内感染症の原因菌として問題になった。
- 米国では腸球菌の30%弱がVREである。
- わが国では1998年に初めて報告された。
- わが国ではVREが腸球菌に占める割合は1%弱と少なく、年間約50例が報告されている。

VRE

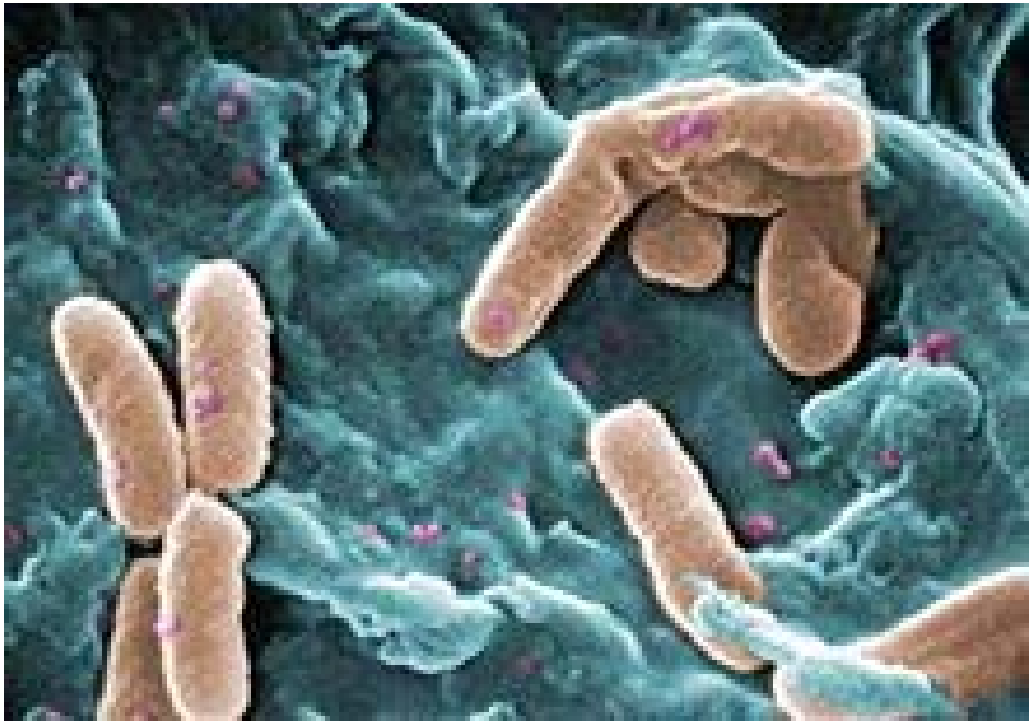
vancomycin-resistant enterococci

バンコマイシン耐性腸球菌

- VRE感染症は五類感染症の全数把握の感染症に指定されていて、感染症が発生した際には保健事務所に届ける必要がある。
- 臨床的にVRE感染症を発症すると致命的になりうる。
- 治療はVREを除く病原菌に対する治療をまず行い、改善しない場合はテイコプラニン（タゴシッド）やリネゾリド（ザイボックス）等の投与が行われる。

MDRP
multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa
多剤耐性緑膿菌

緑膿菌
Pseudomonas aeruginosa



グラム陰性桿菌で、湿潤な環境に存在する常在菌である。

緑膿菌
Pseudomonas aeruginosa

- ヒトの腸管内に常在するが、弱毒菌であるため健常者には病原性を示さない。
- エンドトキシンという強力な毒素を産生するため、ショックや多臓器不全を誘発する場合がある。

MDRP
multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa
多剤耐性緑膿菌

- クラビットなどのフルオロキノロン、チエナムなどのカルバペネム、エクサシンなどのアミノグリコシドの3系統の抗菌剤に同時耐性を獲得した緑膿菌である。
- 多剤耐性緑膿菌症は五類感染症(定点把握)である。
- 医療施設で認められる緑膿菌の2～3%が多剤耐性と予想されている。

MDRP
multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa
多剤耐性緑膿菌

- 本菌による感染症が発生した場合、現在国内で認可されているほぼすべての抗菌薬の効果が期待されない。
- 入院患者に多剤耐性緑膿菌が認められた場合は、原則として個室管理とし、標準予防策や接触感染予防策を徹底する。

MRSA 以外の多剤耐性菌院内感染情報レポート

平成 21 年 12 月作成

患者氏名	（男・女）	（1・2・3・5・6）病棟	号室
生年月日	M·T S·H　年　月　日	歳	ID 番号

【原因菌】多剤耐性緑膿菌、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、
その他：

【原疾患】

【下記の治療処置・挿管処置の場合、印を付けて下さい】

□ＩＶＨ　□血管カテーテル　□気管カニューレ　□酸素吸入
□化膿創　□褥瘡　□尿道カテーテル　□排泄ドレーン
□ベット上排尿・排泄　□その他（　　）

【検体】　（培養検査結果→ 細菌名 ）

□咽頭・口腔　□鼻腔　□ 尿
□喀痰　□褥瘡　□ 血液
□便　□その他（　　）

【症状】
□感染症状（ 無　・　有）
□発熱　（ 無　・　有）　□ ＷＢＣ数
□その他（喀痰の増加、化膿巣など）

【診断】

【感染経路】

□　　からの感染と推定される。
□不明

【治療】（使用抗生剤の種類と期間について）

【隔離の必要性】　□ 有　□ 無

平成　年　月　日　　医師氏名

QFT
クオンティフェロン

クオンティフェロンTB-2Gの使用指針　日本結核病学会予防委員会 H18年

・オーストラリアで開発された結核感染の新しい診断法

・結核菌に特異的なESAT-6およびCFP-10という蛋白を抗原とし，これらを全血に添加して，血液中のエフェクターTリンパ球（感作白血球）を刺激し，その結果放出されるインターフェロンγを定量する検査である。

・抗原の関係でツ反と異なり、BCG接種の影響を受けない。

・日本でも2006年1月には健康保険にも採用された。

・ QFTの感度は80％～90％程度。

・感染を受けてから長期間経過している場合にはQFT検査はしばしば陰性にでる。

第22回 誠愛院内勉強会:事故対策研修会(Omnibus形式)

平成22年6月8日(火)

!長くて辛い
!リハビリよりも
!ちょっと控える
塩と酒!,!,!,

!!!H22年5/25-31の標語

NO!卒中週間

1. 医局から：
   井林 雪郎／横山 葉子
2. 看護部から：
   恵良 知子
3. リハ部から：
   万庭　寛
4. 通所リハから：
   古江 伸志
5. フィットネスから：
   久保　敦
6. 老人保健カトレアから：
   升本 欣三

病院ホームページ!!!http://www.!seiai-riha.com/

第22回 誠愛院内勉強会：事故対策研修会（医局の部）　平成22年6月8日（火）

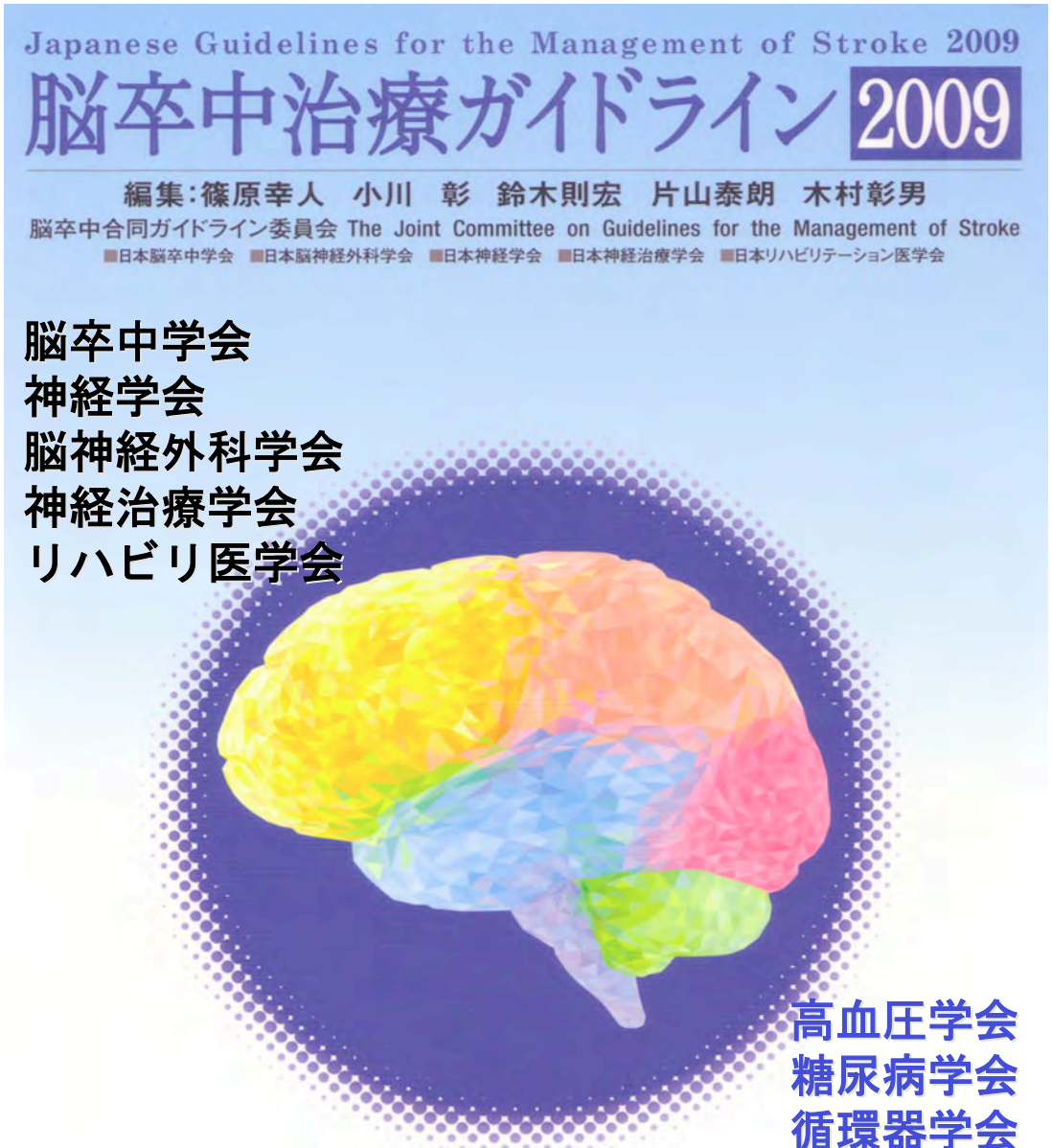
The Fact

脳卒中治療ガイドライン2009と抗血栓薬治療

抗血小板薬
＋
抗凝固薬
両刃の剣

誠愛リハビリテーション病院　井林 雪郎 / 横山 葉子

日本では2分20秒に1人が脳梗塞を発症



脳卒中学会
神経学会
脳神経外科学会
神経治療学会
リハビリ医学会

さらに厚労省３研究班も加わり ＋

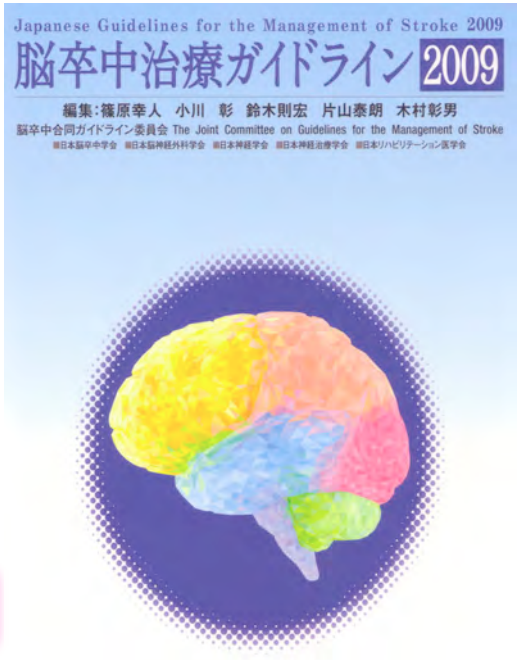
高血圧学会
糖尿病学会
循環器学会
動脈硬化学会
腎臓学会
血栓止血学会
--との整合性を図る

今回追加改訂の抜粋

脳卒中発症予防
（SAS, MetS, CKD追加）
脳梗塞急性期t-PA療法
TIA項目の充実
（ABCD^{2}スコア含む）
脳梗塞再発予防☞抗血栓薬
ICA狭窄のCEA/CASの現状
血管内治療記載
無症候性/特殊型脳卒中
リハビリ療法　文献の大幅増
「附記」事項や
「エビデンス」追加

脳卒中治療ガイドライン2009におけるグレードA事項

降圧とスタチン，リハビリ，抗血栓等について頻出



脳卒中一般(Grade A)

- SCU
- 降圧治療
- DM患者の降圧とスタチン
- 脂質異常でのスタチン(LDL↓)
- ハイリスクNVAFには抗凝固薬 ワルファリン(INR2～3)
- 禁煙、禁大酒、CKD注意

脳梗塞

- 血栓溶解薬 t-PA
- 発症早期BIのASA(48hr以内?)
- Malig MCA梗塞の外減圧
- TIAの早期治療(含むCEA ICA70%≦狭窄)
- 再発予防のリスク管理(とくに降圧)
- 病型に応じ抗血栓薬
- うつに抗うつ薬
- CEA>CAS, EC-ICバイパスなど

脳出血・SAH

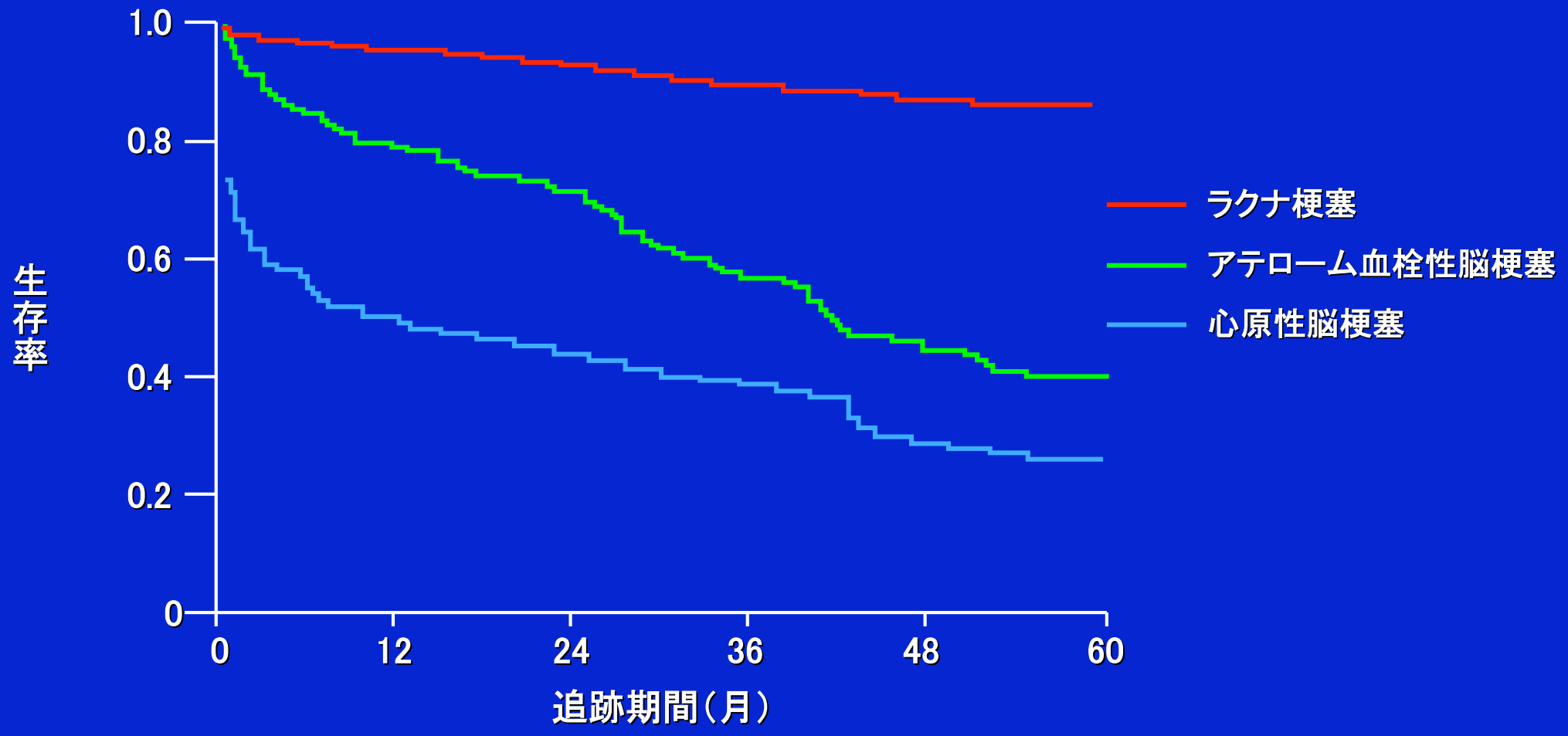
- 降圧療法
- SAH予防処置、専門医治療
  (開頭手術 72hr≧ or 血管内治療)
- 再出血予防、水頭症処置
- SAH診断と機器選択

その他

- 急性期リハと回復/維持期継続
- 歩行訓練/麻痺側リハも重要

脳梗塞の病型別にみた5年生存率
（久山町研究、第3次集団、1998-2000年）

脳梗塞はリスクや再発も多く，それを押さえるのが重要です！



Kubo M, et al.: Neurology 66, 1539-1544, 2006

日本脳卒中学会編 脳卒中治療ガイドライン 2009

2009年11月30日に発刊 ----> 下記の抗血小板薬 計４種類も追記されました！

～脳梗塞慢性期：再発予防のための抗血小板療法～

推奨

１．非心原性脳梗塞の再発予防には、抗血小板薬の投与が推奨される(グレードA)。

２．現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法(本邦で使用可能なもの)はアスピリン75~150mg/日、クロピドグレル75mg /日(以上、グレードA)、シロスタゾール200mg/日、チクロピジン200mg/日(以上グレードB)である.

３．非心原性脳梗塞のうち、ラクナ梗塞の再発予防にも抗血小板薬の使用が奨められる(グレードB)。ただし十分な血圧のコントロールを行う必要がある。

付記）1. 副作用 2.併用効果と注意 3.ラクナ再発予防 4.ハイリスク群への選択 5.チクロとクロピド 6.アスピリンと頭蓋内動脈狭窄 7. ASA+DPMと脳梗塞 8. ASA+DPMとTIA 9. 休薬

小手術：シロスタ2日、ASA3日、クロピド5日前に中止し休薬

大手術：シロスタ3日、ASA7日、クロピド14日前に中止し休薬

エビデンス）1. 抗血小板薬有効性 2. ASA単独 3. チエノピリジン 4. シロスタゾール 5. 抗血小板薬相互の併用 6. ASAとワルファリンの比較 7. その他の抗血小板薬 8. 動脈病変に起因する脳梗塞 9. 症候性頭蓋内主幹動脈狭窄性病変 10. 抗血小板薬の中止・休薬 11. 抗血小板薬と発症・再発時重症度

おまけ）因みに成人１日常用量の最新価格(2010年)では、アスピリン￥5.8、チクロピジン￥123.8、クロピドグレル￥275.8、シロスタゾール￥379.0 である（ワルファリン1mg￥9.6）

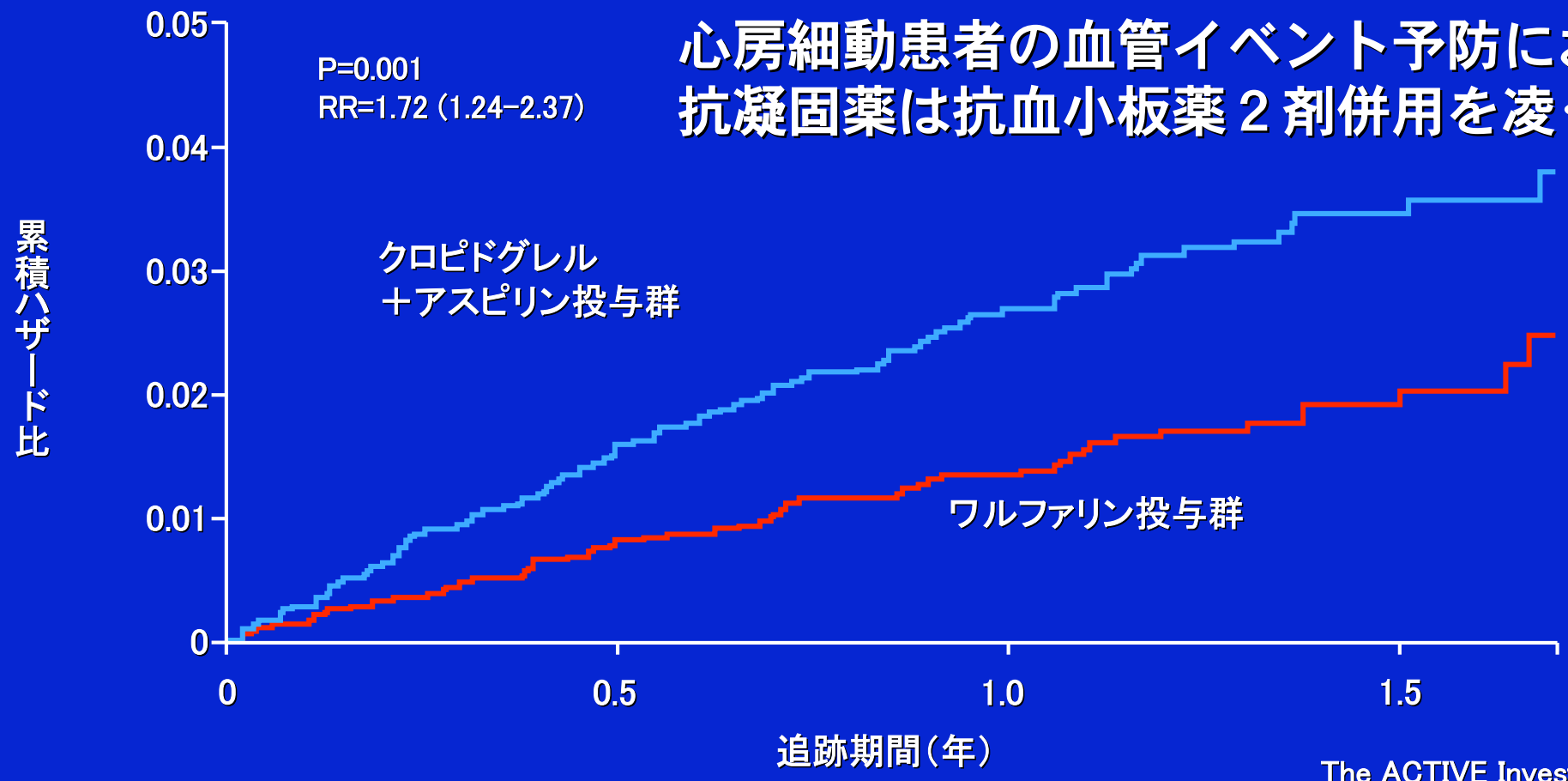
x 21、48、65

クロピドグレル+アスピリン併用とワルファリンの比較（ACTIVE W 試験　－脳卒中－ ）

ACTIVE-A: ワルファリン投与できない心房細動患者に対しaspirinにclopidogrelを追加
→脳卒中の発症を抑制するが，大出血リスクは上昇（NEJM 2009）

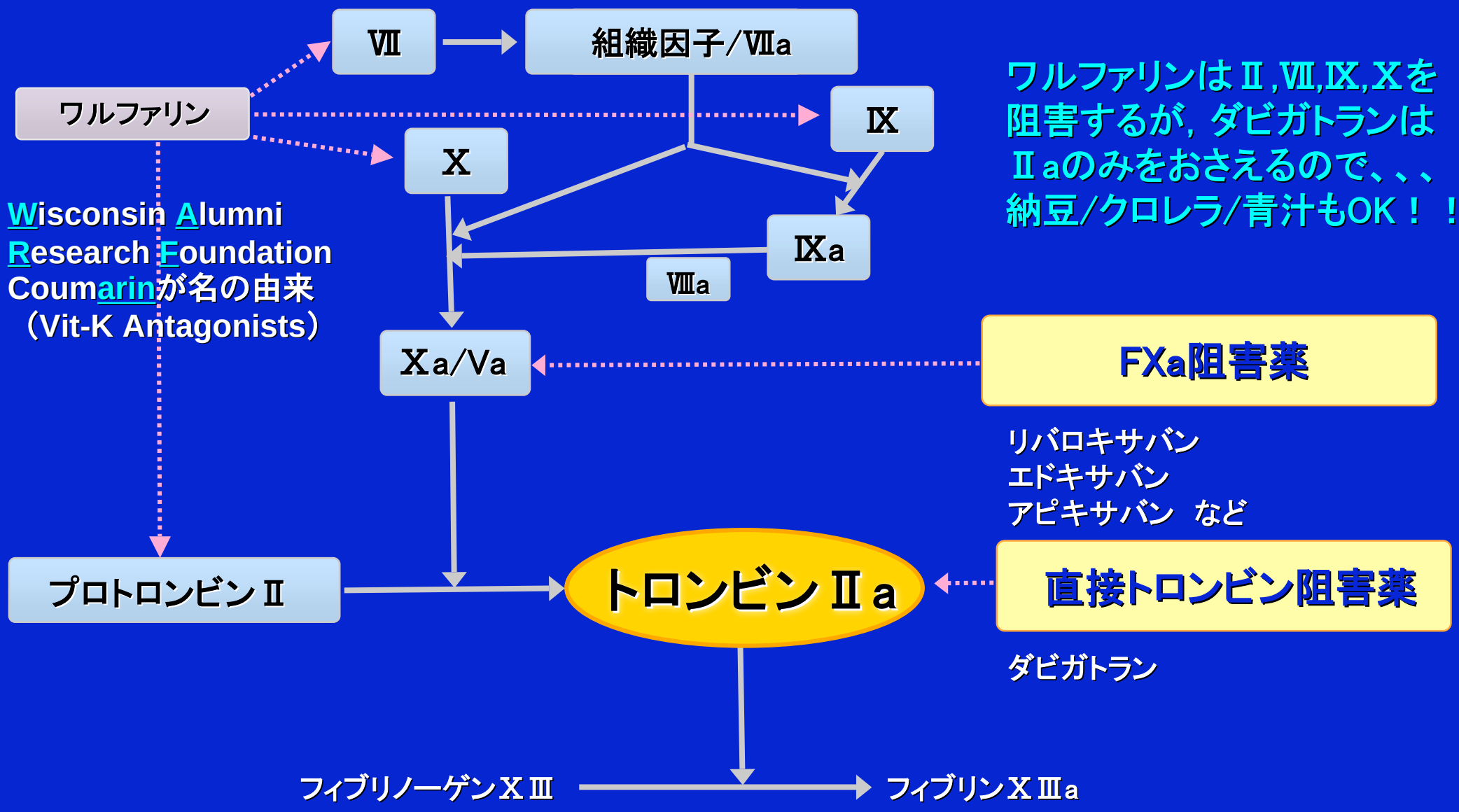
ACTIVE-I: 心房細動患者へのイルベサルタン上乗せで十分なイベント抑制認められず
（2009ESCで発表）

心房細動患者の血管イベント予防において抗凝固薬は抗血小板薬２剤併用を凌ぐ結果



The ACTIVE Investigators, et al
: Lancet 367, 1903-1912, 2006

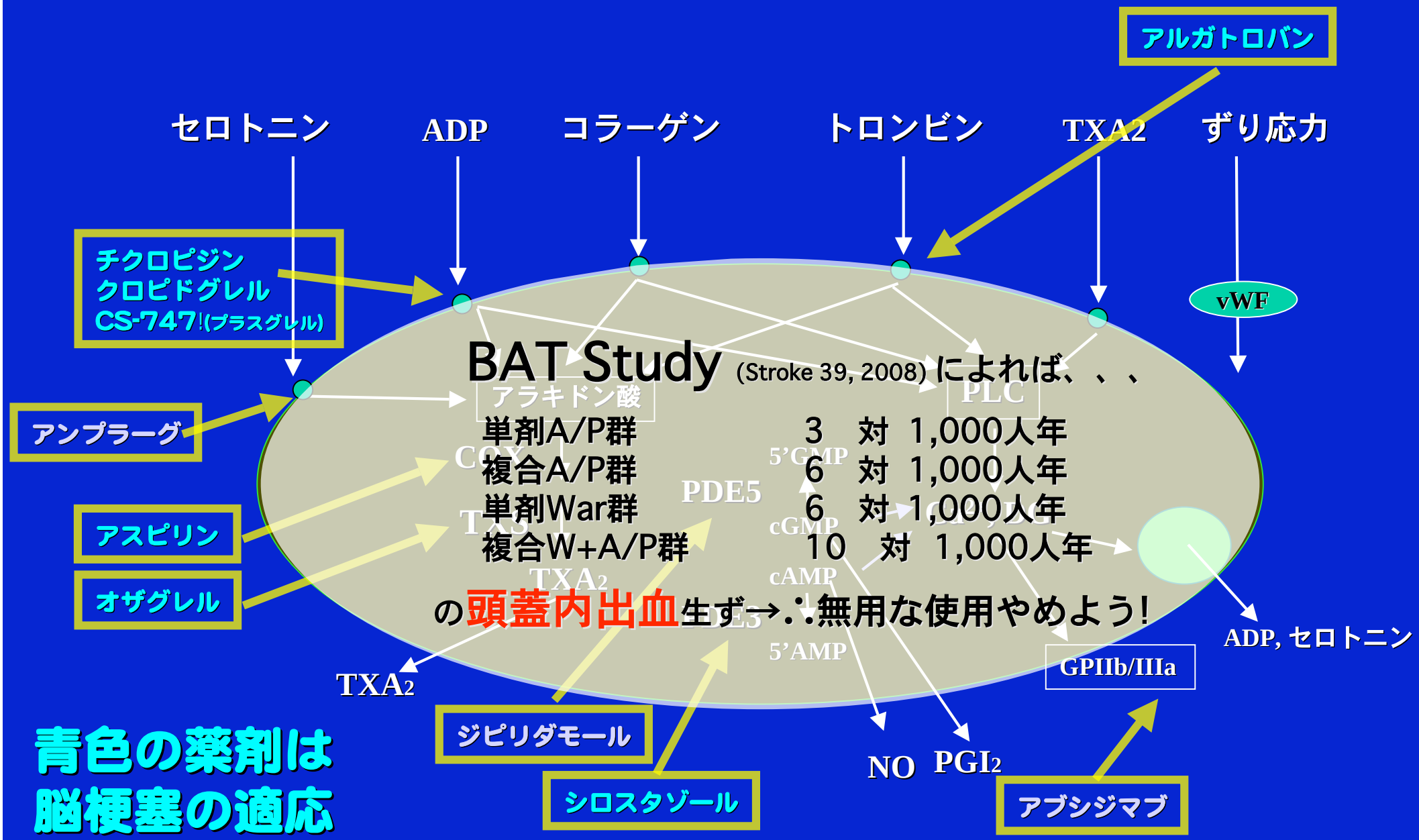
血液凝固カスケードにおける経口抗凝固薬の作用点



ワルファリンはⅡ,Ⅶ,Ⅸ,Ⅹを阻害するが，ダビガトランはⅡaのみをおさえるので、、、納豆/クロレラ/青汁もOK！！

M.H. Umer Usman, et al.: J. Interv. Card Electrophysiol. 22, 129, 2008 より一部改変

抗血小板薬の作用機序



BAT Study (Stroke 39, 2008) によれば、、、

単剤A/P群	3	対 1,000人年
複合A/P群	6	対 1,000人年
単剤War群	6	対 1,000人年
複合W+A/P群	10	対 1,000人年

の頭蓋内出血生ず→∴無用な使用やめよう!

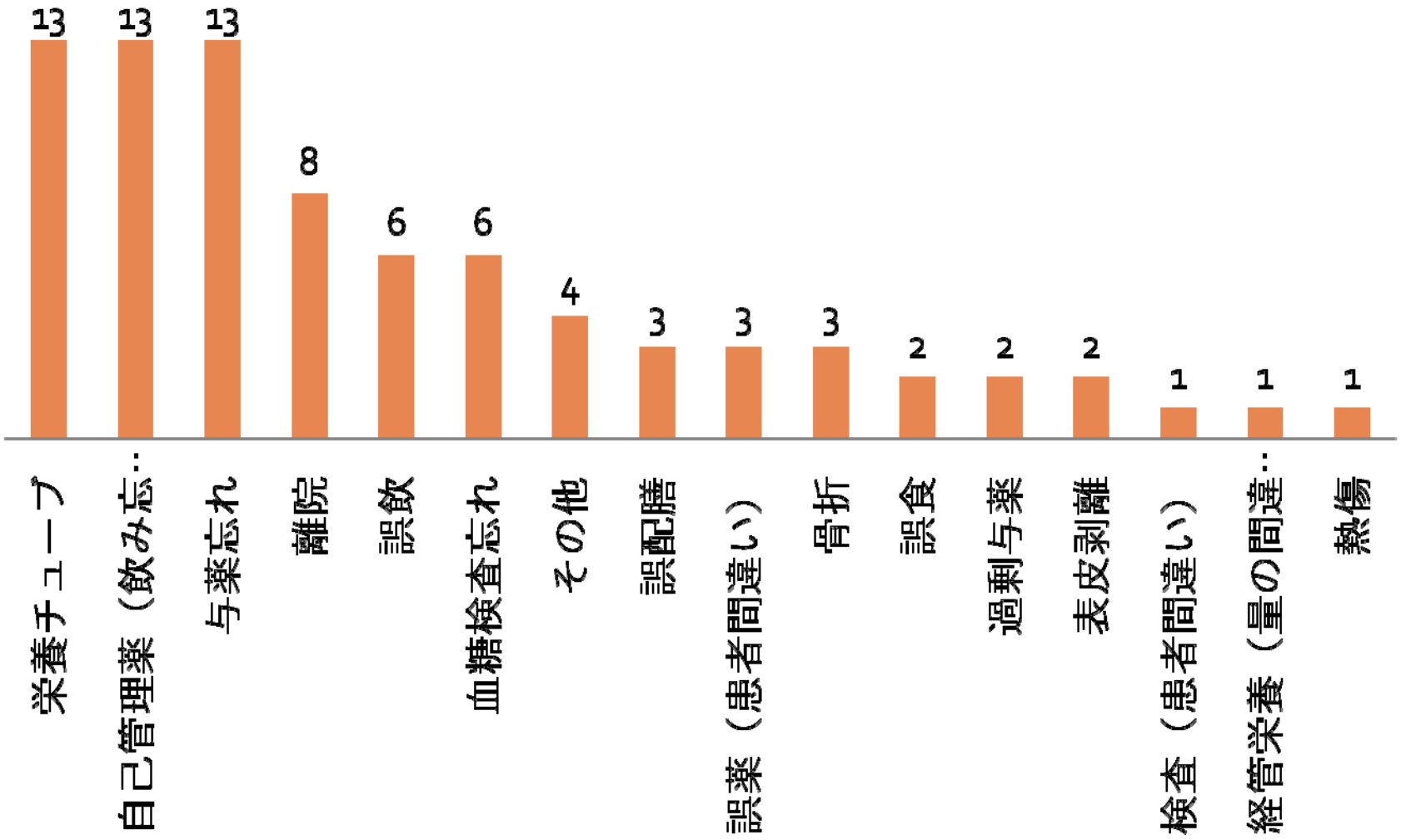
青色の薬剤は脳梗塞の適応

平成22年度
第4回　誠愛院内勉強会　事故対策委員会

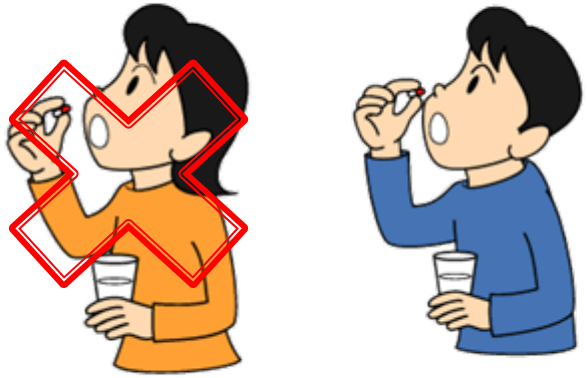
平成21年度　看護部事故報告のまとめ

看護部　恵良知子

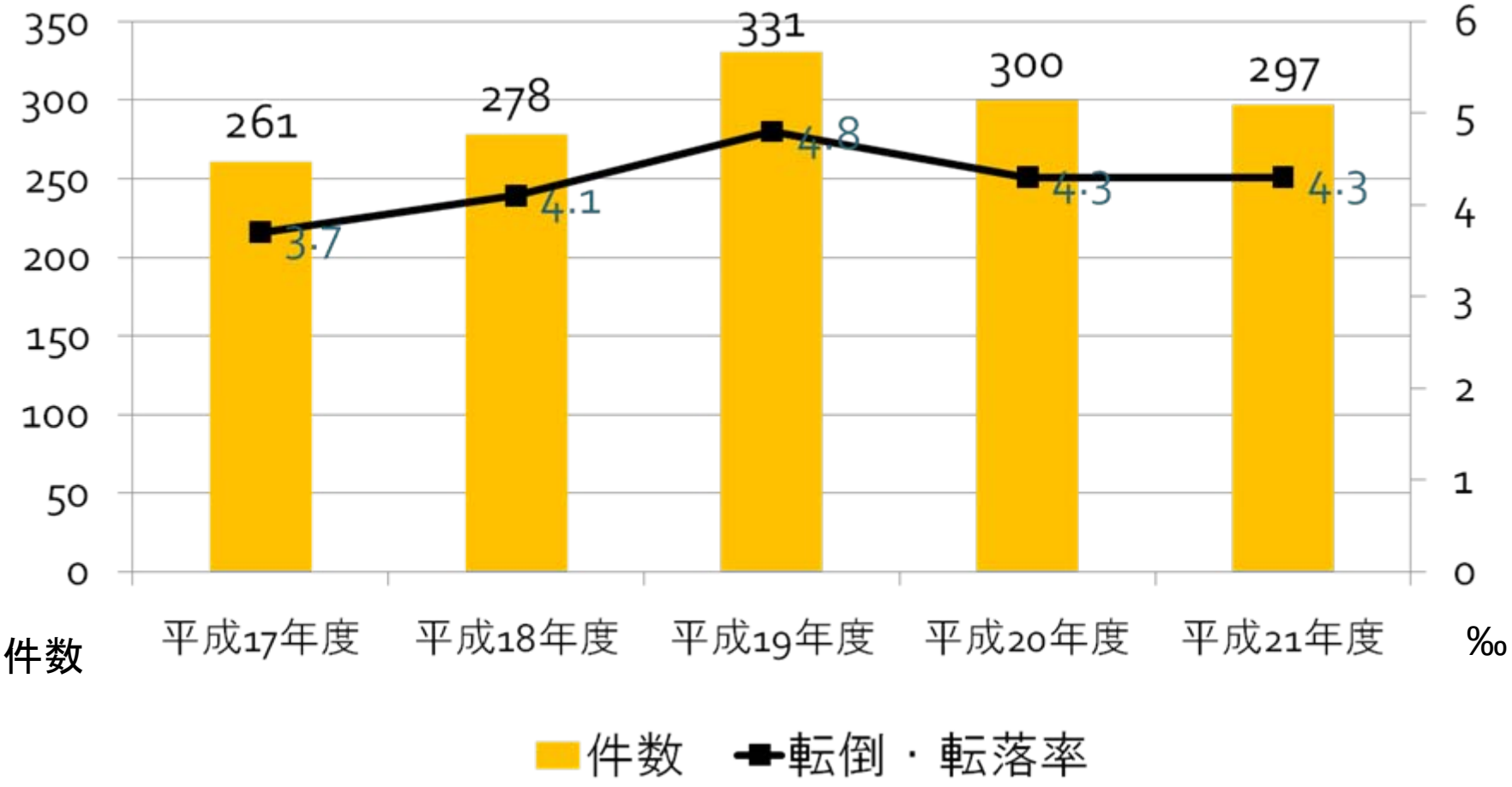
転倒・転落事故を除いた事故の種類と件数



与薬方法の変更



年度別　件数と転倒・転落率

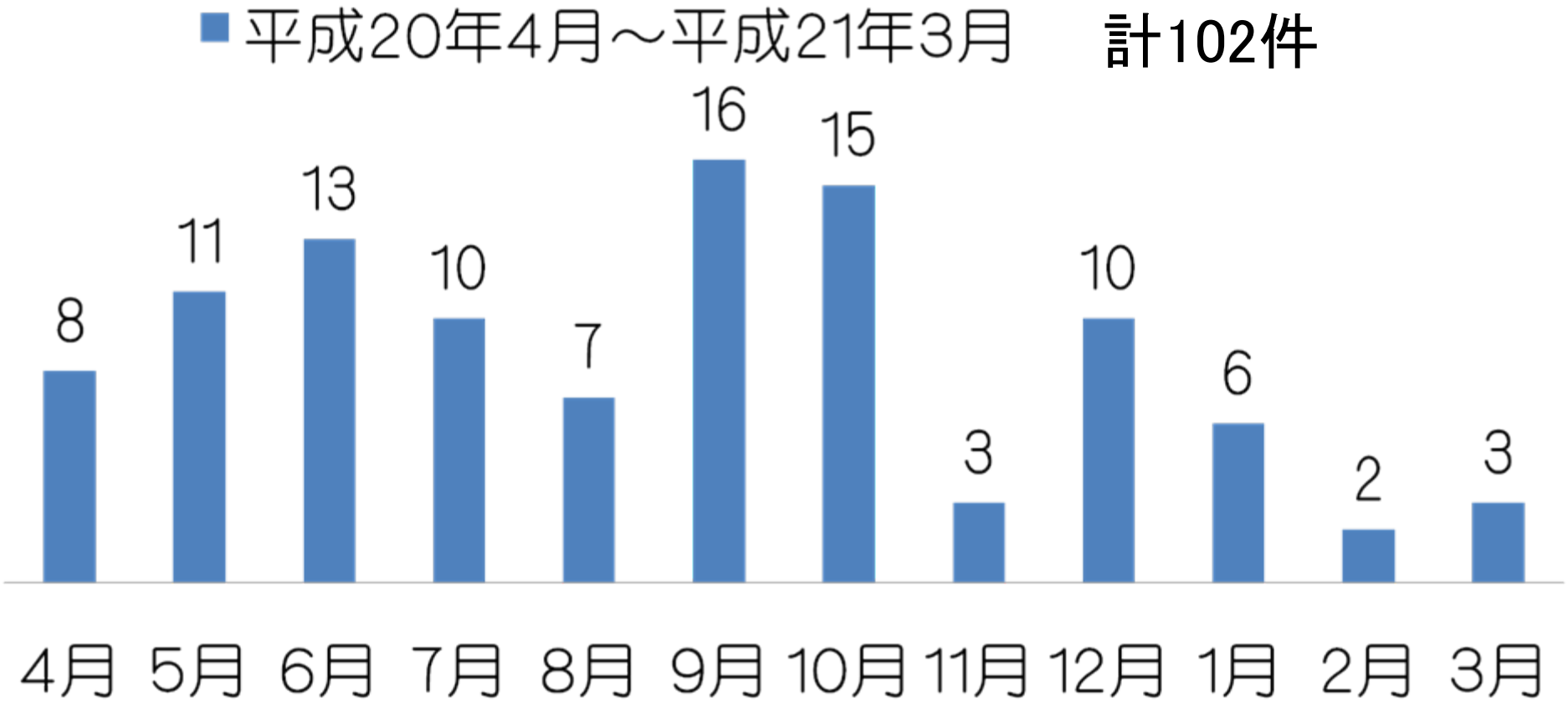


リハ部における事故対策

～過去2年間の特徴と傾向から今後の事故発生予防へ～

リハビリテーション部
万庭　寛

月別転倒・事故の全体総数



リハ部の取り組み①

① 事故発生当日事故発生者が事故報告書を作製する。

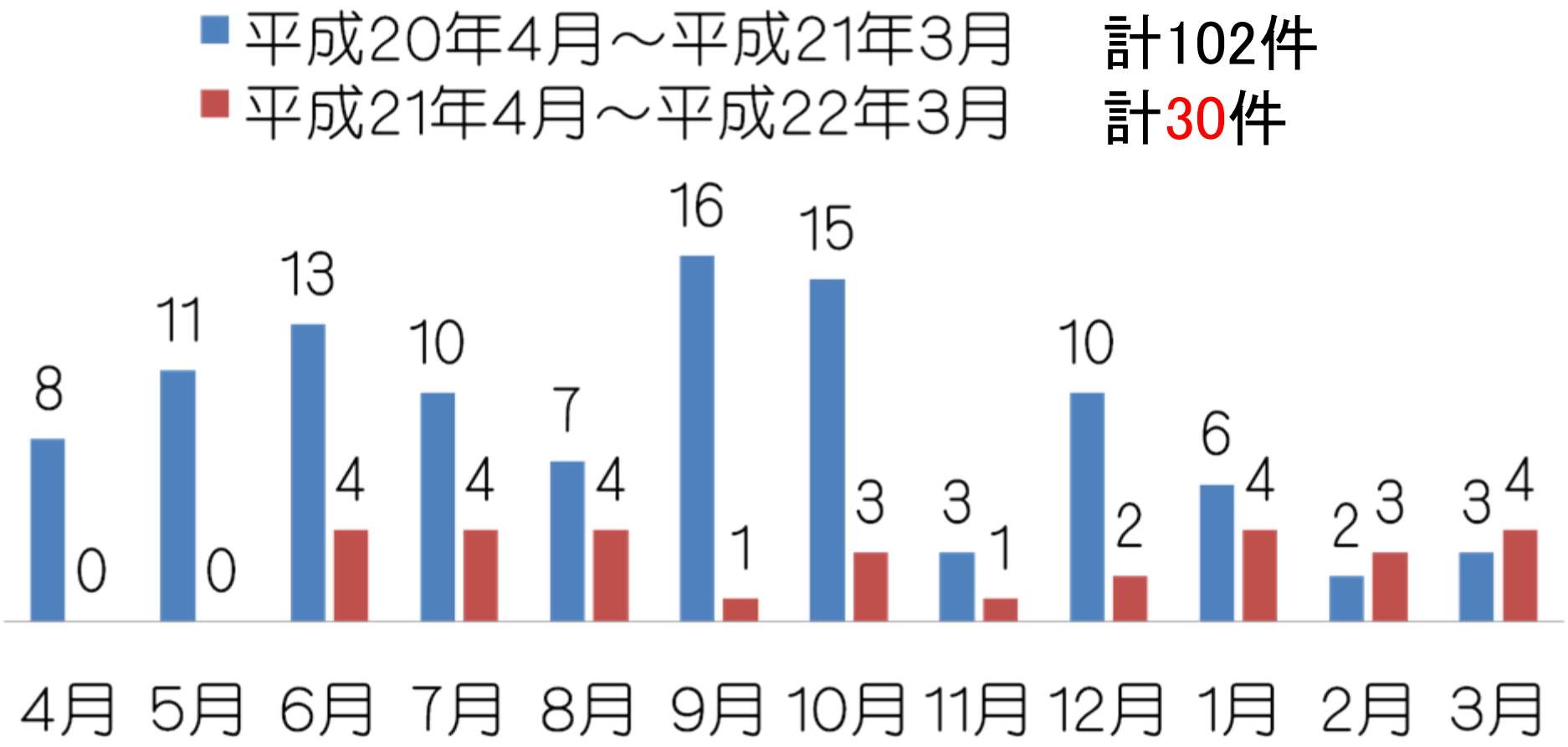
② 事故発生内容に従い各診療の責任者が事故発生原因の確認と対策を検討する。

③ 事故件数が続く傾向を示した場合は、朝のリハ部内の朝礼で、事例をあげ再発予防の注意を促す。

④ リハ部内で年間2回これまでの事故発生傾向、事例紹介や事故原因、対策、今後の注意点についてなど勉強会を開催し、事故に対して意識付けを行う。

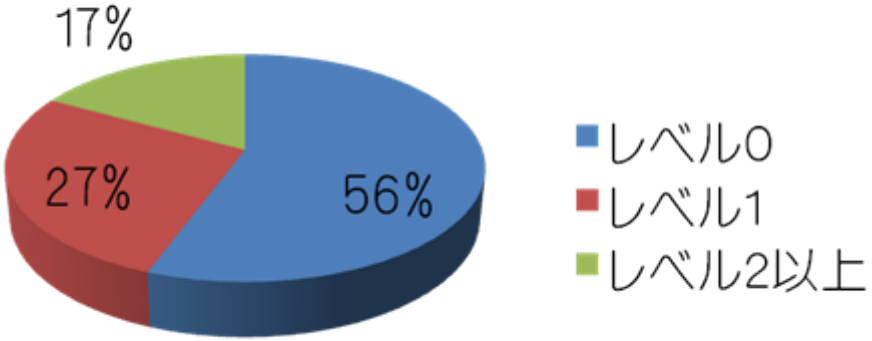
⑤ 各診療ごとにこれまで発生した事故の発生状況や主な事故の原因、これまでの対策や問題点などまとめて発表することで各部門ごとの事故の特徴を再認識する。

月別転倒・事故の全体総数

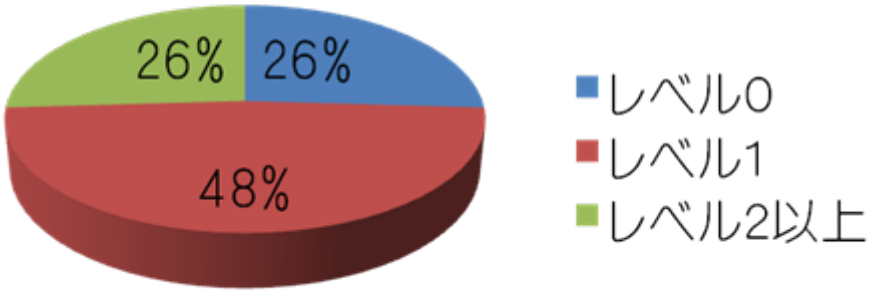


リハ部の取り組み②

平成20年度



平成21年度

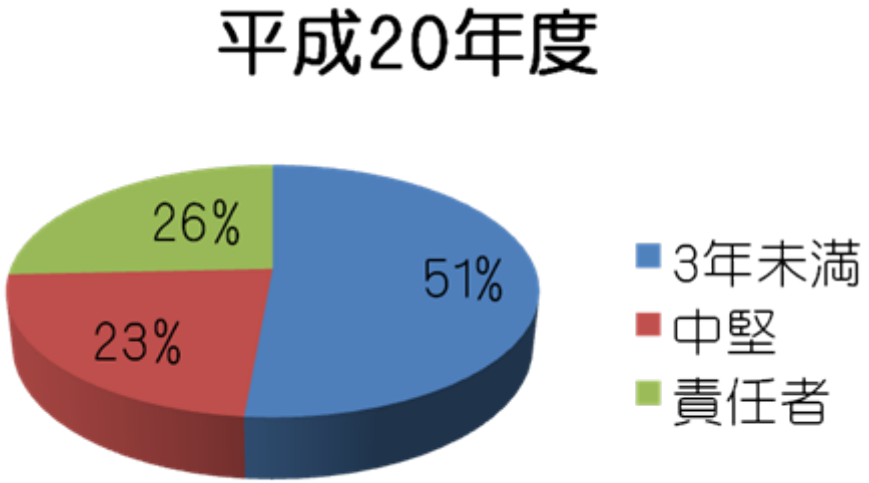


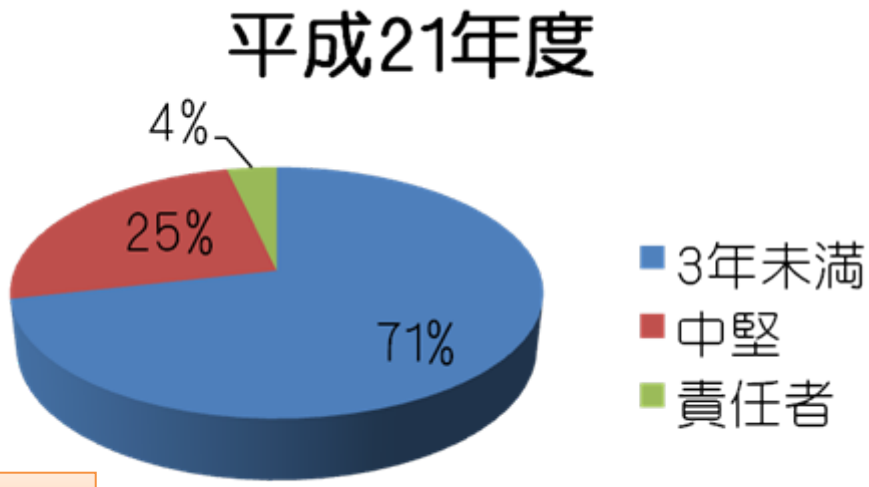
レベル2特徴　・入院診療→評価ミス（能力以上の治療展開）
・外来診療→訓練時間以外で・・・
・小児診療→急に・・・

レベル2以上に対して

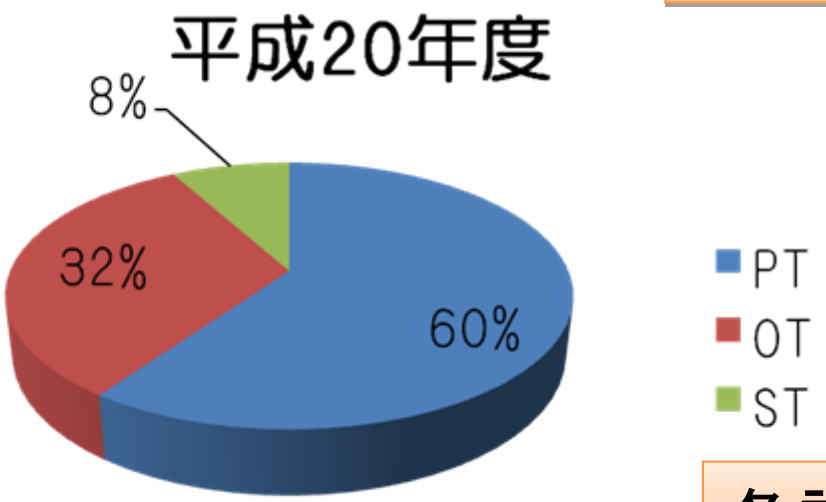
事故発生した時間帯を基準にその前後に対し時系列による書類作成
→新たな対策に当てる

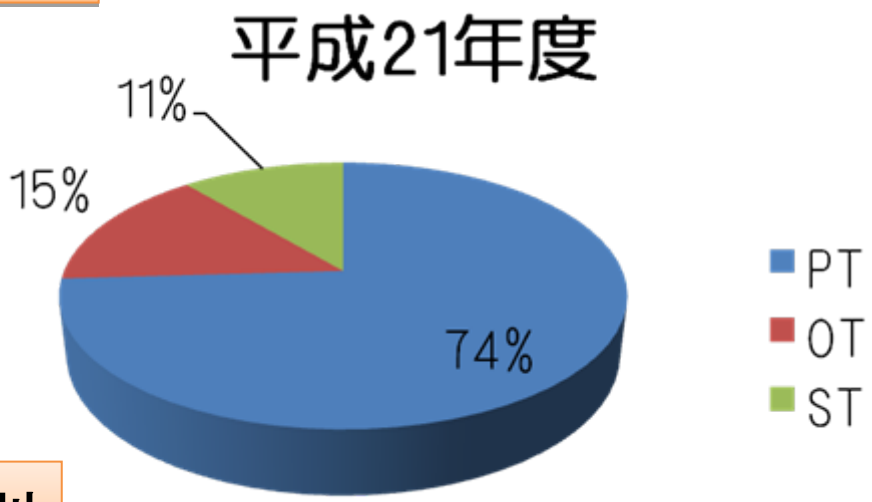
リハ部全体





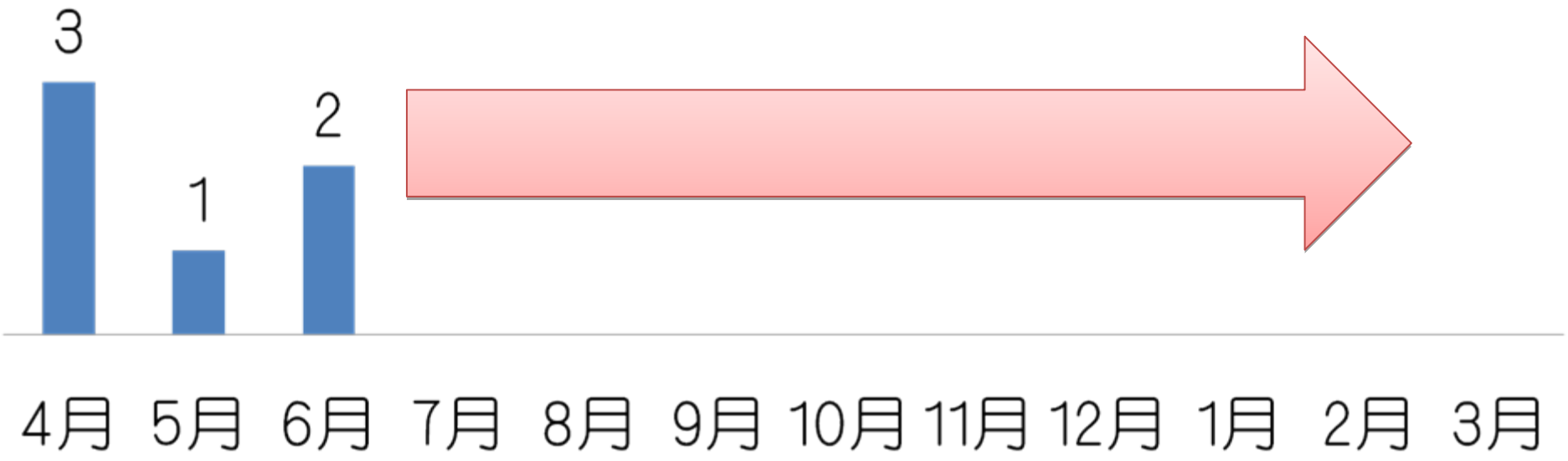
経験年別





各課別

平成22年度
月別転倒・事故の全体総数



再度、気を引き締め6月以降に向けて取り組む

院内勉強会

事故対策委員会報告
～通所リハビリテーション～

平成２２年６月

通所リハビリテーション誠愛
古江　伸志

２００９年度　事故報告

平成21(2009)年　１１件（転倒１１件）

【レベル別】

レベル０：４件

レベル１：４件

レベル２：３件

状況別の発生内容（移動、トランスファー）

通所リハ室内 移動レベル	状　　況	スタッフの有無
四点式歩行器にて近位監視	フィットネスマシンに坐ろうとした際にバランスを崩して転倒。床に尻もちをつく。	あり
前方より両上肢を介助しての歩行（中等度介助）	椅子へ座ろうと移動中、坐ろうとした椅子に手を伸ばしたが遠すぎたためそのままバランスを崩して前方に両膝を着く。	あり
車椅子自立	車椅子から椅子へ移乗しようと2,3歩踏み出した際、非麻痺側上肢で支えにしていた椅子がずれてバランスを崩して転倒。	なし
車椅子自立	車椅子用トイレにて便座に移ろうと立ち上がった際に麻痺側下肢の装具の金属支柱がフットレストに引っかかり、車椅子ごと転倒。	なし

状況別の発生内容（送迎）

通所リハ室内 移動レベル	状　　況	スタッフの有無
Ｔ字杖、短下肢装具歩行にて自立	通所リハ到着後、送迎バスから降りて通所リハ玄関のところで玄関マットに麻痺側が引っかかり転倒。	なし
独歩	自宅到着後、送迎バスを降りたところで地面に左足が引っかかりバランスを崩して両膝を地面につく。	あり
車椅子自立	リフトバスにて送迎。自宅到着後、スタッフが自宅前門扉を開けようとスロープ前で待機してもらっていたが、そのまま自走しようを車椅子を漕ぎ出し、キャスターがスロープに乗り上げた際にバランスを崩して車椅子ごと後方に転倒。	あり

状況別の発生内容（リハビリ実施中）

通所リハ室内移動レベル	状　　況	スタッフの有無
Ｔ字杖使用にて自立	体力テスト（最大歩行スピード)計測中、左足が床に引っかかり膝をつく。	あり
Ｔ字杖使用にて自立	自主訓練後、立ったまま靴を履こうとしてバランスを崩し、両膝を床につく。	なし
Ｔ字杖使用にて自立	立位での自主訓練中、前方のテーブルに手を着いたまま麻痺側後方へ振り返ろうとした際にバランスを崩し転倒。床に尻もちをつく。	なし

状況別の発生内容（その他）

独歩 Ｔ字杖使用にて自立	帰りの準備中、パイプハンガーにかけた上着をとろうとハンガーごと引っ張ったため勢い余って後方にバランスを崩して転倒。後ろにいた他の利用者と接触し2人とも転倒し床に尻もちをつく。	なし

転倒における種々の特性、傾向

【運動の特性】

〇静　→　動　：長時間坐位時からの立ち上がり～歩き始め（送迎時）

〇上　→　下（従重力方向）　：椅子等への腰掛け

〇回　旋　：椅子等への腰掛け（後方）、物をとる（手を伸ばす）方向転換

【場所の特性】

〇玄関、入り口（足拭きマット、段差）、荷物置きスペース

【時間帯の特性】

〇行動の内容が変化する境目

・自主訓練→終了
・リハ終了→帰りの準備
・送迎車内→到着
・待機→訓練準備

転倒における種々の特性、傾向

【基礎疾患の特性】

〇脳卒中による片麻痺

：感覚障害、連合反応、バランス反応（姿勢反射）の低下

〇パーキンソン病・パーキンソン症候群

：バランス反応(姿勢反射)の欠如、すくみ足、危険認識の欠如

〇高次脳機能障害、認知症

：認知機能（空間関係、身体イメージ、身体図式、状況判断）

【スタッフの特性】

〇経験、知識の不足

：疾患への理解、介助方法、安全に対する注意配分のエラー

【通所リハ特有の問題】

〇通所リハサービス時間内での活動範囲、内容が多岐にわたる

：利用者の動きがバラバラなため相対的に対応するスタッフが不足

→特に受け入れ時、自主訓練時

まとめ　及び　対策

■通所リハビリテーションの運営プログラム上、提供時間中利用者全員にスタッフがマンツーマンで終始対応することは困難。

【利用者一人で活動する時間、行動をどうマネジメントするか？】

スタッフの 知識・意識の向上	教育・指導 （基本知識、動作指導）
適切な配置 及び行動	スタッフの配置 （送迎前後、グループ訓練前監視）
情報の共有、伝達	利用者の状態把握 （カンファレンス、リスク管理ボード）
環境整備	導線配慮した室内レイアウト （ハンガー、椅子・・）

院内勉強会

メディカルフィットネス　あいあい倶楽部における事故・安全対策

メディカルフィツトネス　あいあい倶楽部
課長　久保　敦（健康運動指導士）

平成21年度　事故報告

- レベル　0　　1件

平成22年3月　　ロッカールーム内で74歳女性が転倒！

１.運動に伴う変調・状態変化

・運動前後のバイタルチェックや運動中の顔色等をうかがうことで体調や状態変化を把握する。

・運動強度や頻度については、運動中脈拍やRPE（主観的運動強度）を指標に指導を行う。

基本は無理をさせない！

２.施設内、機器使用についての注意

・初回利用時のオリエンテーション（施設利用方法、正しい機器の使い方、プールサイド、シャワールームでの転倒注意）

・会員、利用者への積極的な声かけ（説明と同意）。

３.転倒予防

・障がいを有する方、高齢者への対応として、セラピストとトレーナーのダブル担当制で、身体状況把握、フィットネスメニューの提供を行っている（月1回全体ミーティング）。

あいあい倶楽部での事故･安全対策（まとめ）

- マニュアルの作成、改定(2010.5月　改定）
- マニュアルの徹底（マニュアルに従って行動できるように！）→勉強会で年1回実施
- 危険の察知→スタッフの意識、利用者への説明
- 日ごろよりスタッフ間での報/連/相の徹底

転倒・転落事故予防委員会報告

H22年6月

介護老人保健施設カトレア
介護福祉士　升本　欽三

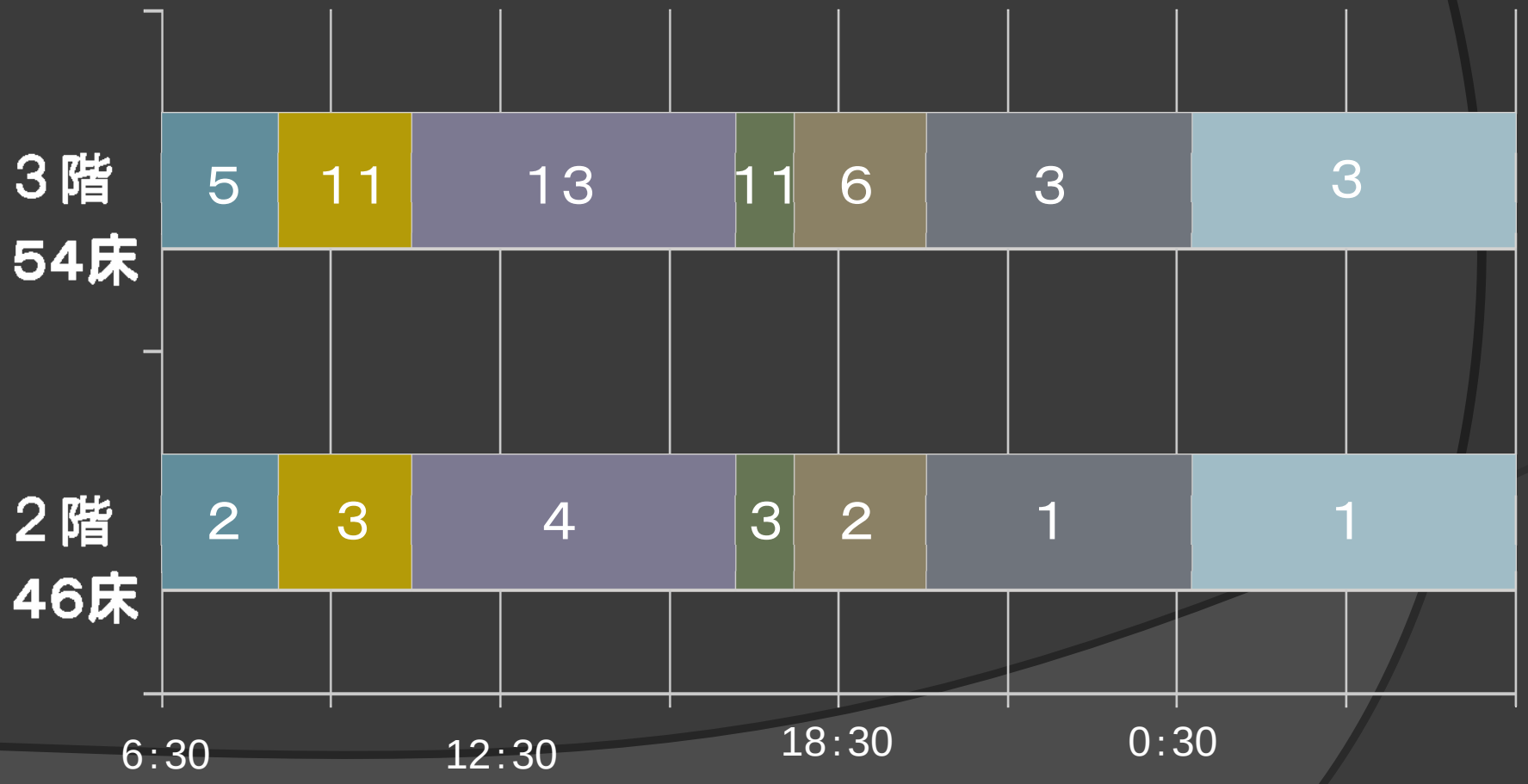
カトレアでの転倒・転落予防の取り組み

設備面

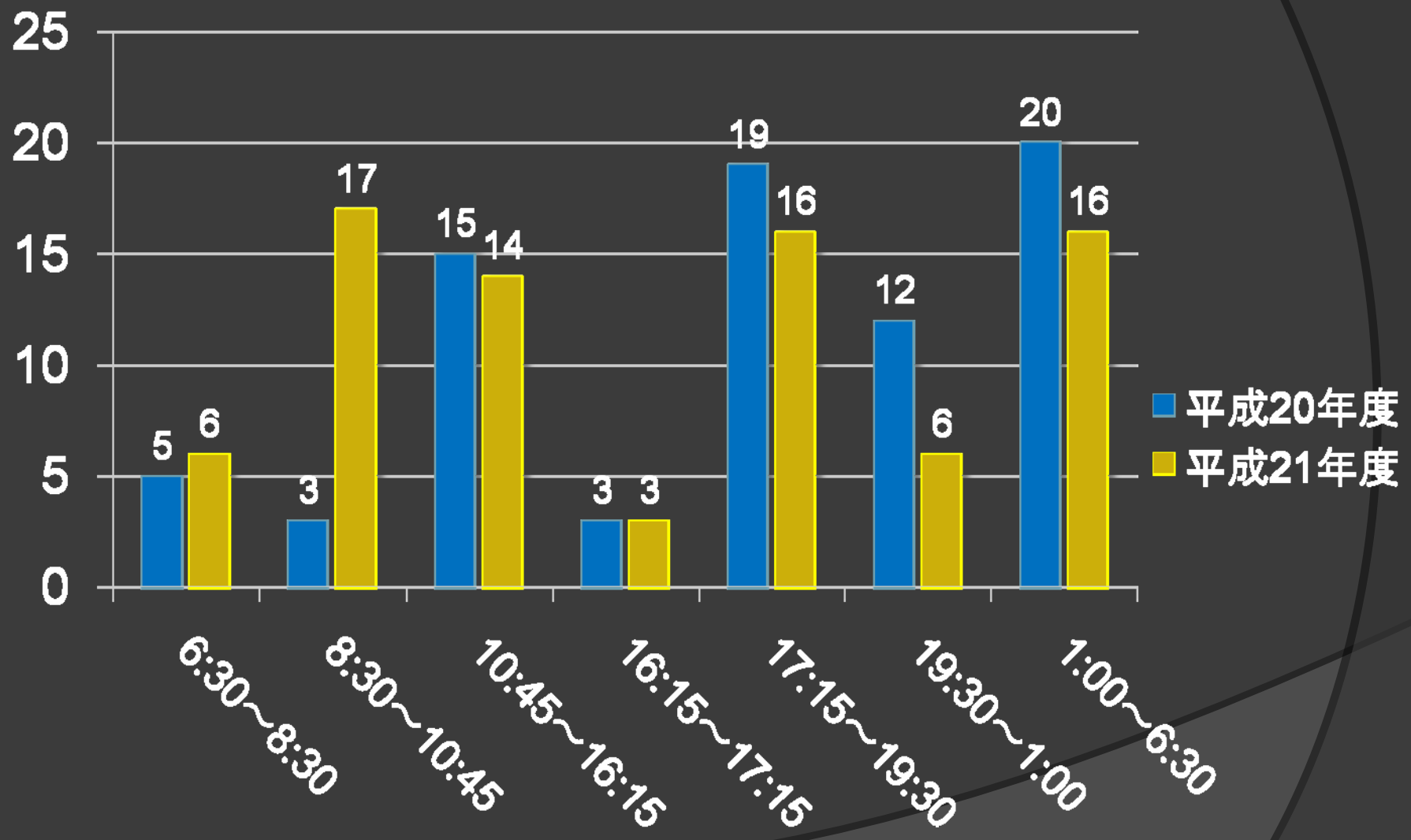
離床センサー	４台
鈴	１３個
衝撃吸収マット	４枚

カトレアでの転倒・転落予防の取り組み

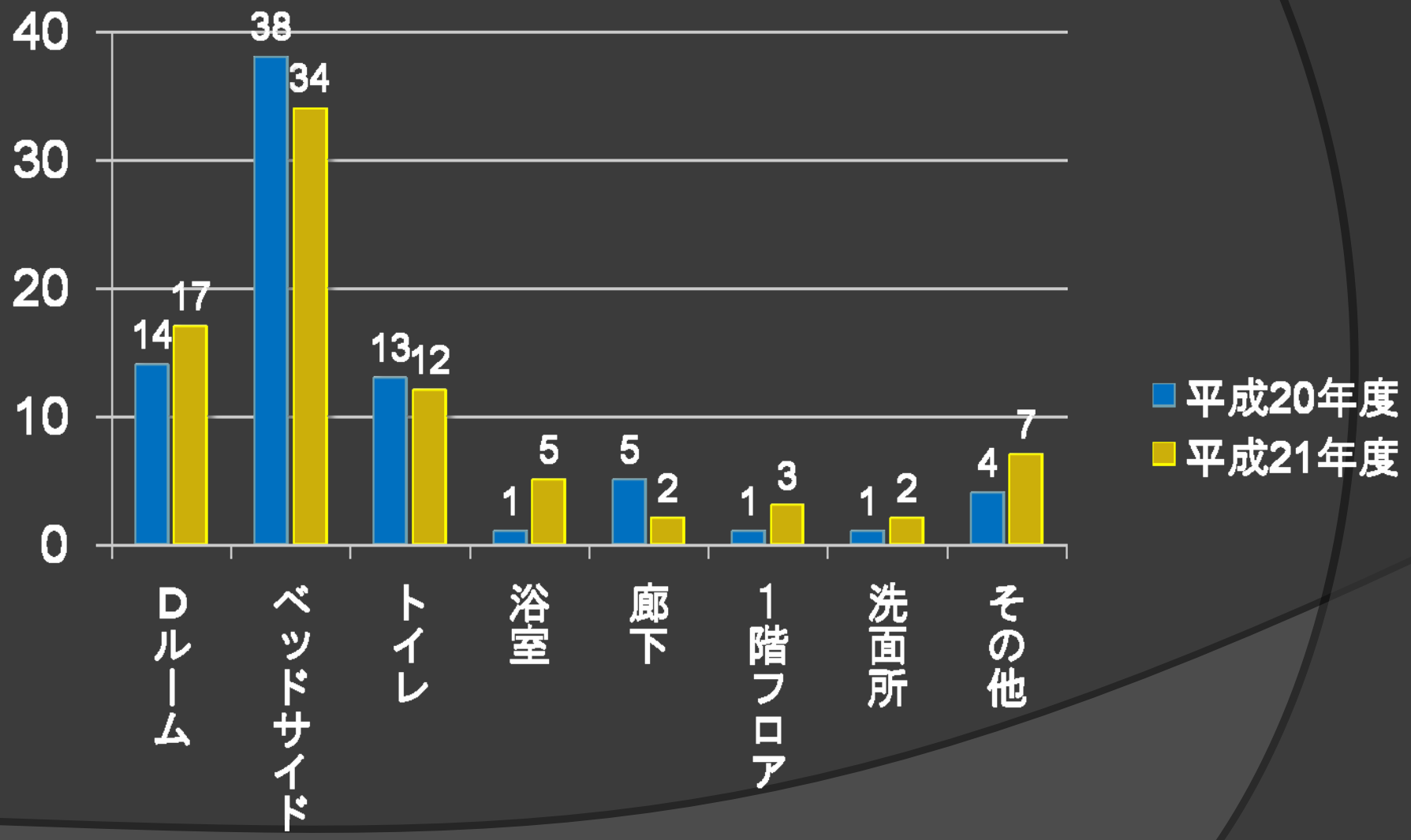
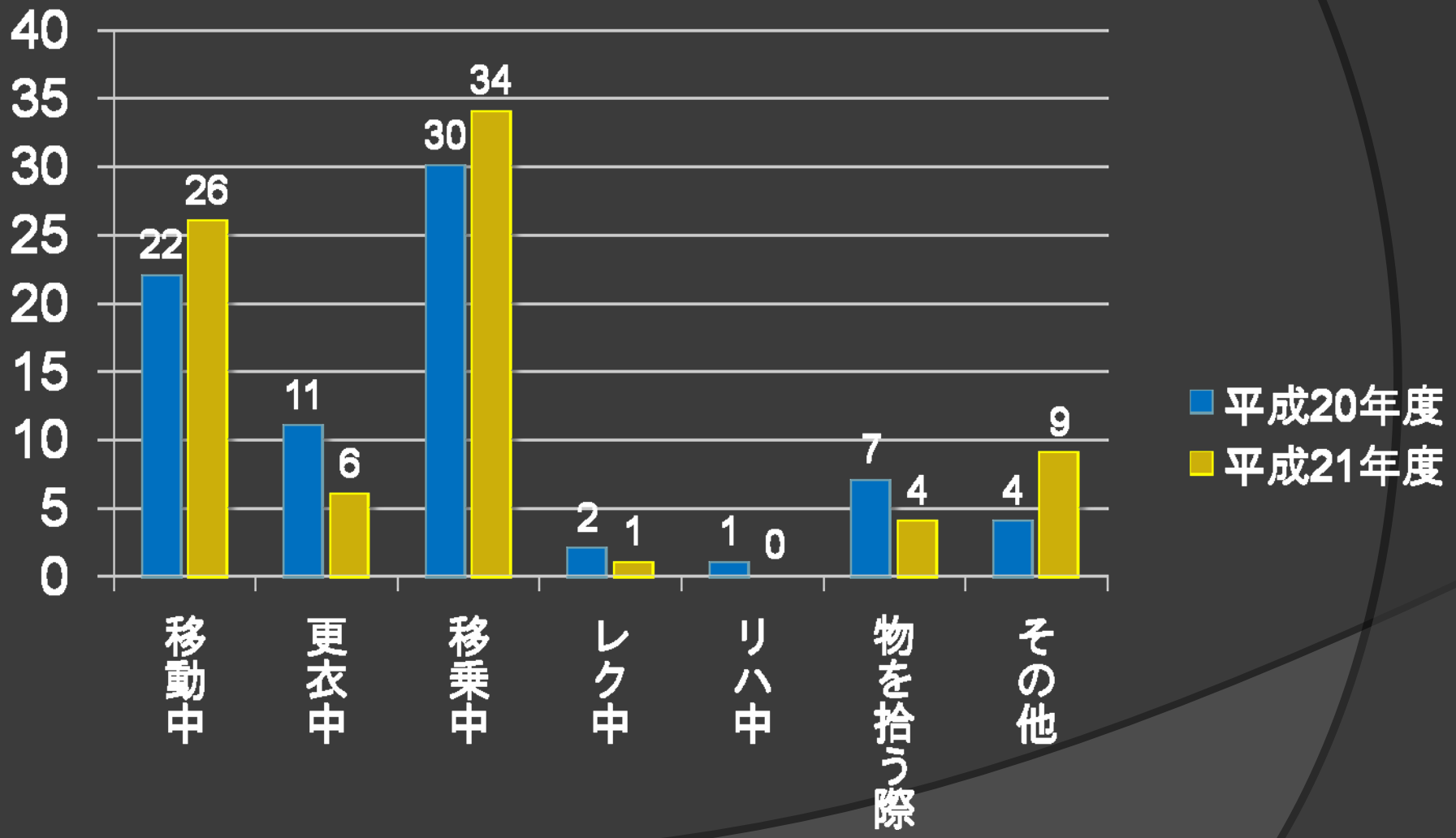
配置職員数



過去２年間の転倒・転落件数（時間毎）



過去２年間の転倒・転落件数（場所毎）



過去２年間の転倒・転落件数（場面毎）