

第8回 TQC大会

【日時】平成26年2月28日(金)午後5時15分～

【場所】講堂 【出席者】110名 【テーマ】認知症を含む高齢者に対する医療安全上の注意

※事前に2階会議室前廊下にパネル展示とYHIS上で掲示した内容について審議。
各自第3位までを投票し、集計は1位3点、2位2点、3位1点で総得点で順位
を決定。上位5位の活動をTQC大会にて口演する。

■プログラム

【座長】松下寛之(5病棟)・森本朋子(4病棟)

【演題】(パネル・口演)

1	骨折「0」を目指して	【老健】0増1減老健ミクス	542点
2	患者間違いをしない	【外来看護部他】名無しの権兵衛	538点
3	患者の介助方法を学ぼう～介助・移乗時における安全上の配慮～	【検査科】移乗じょうず参上	537点
4	今さらながら！？危険予知トレーニングに学ぶ転落・転倒防止	【画像診断科】人生の転落防止 Part2	520点
5	与薬忘れを予防しよう！	【8病棟】2代目うっかり8べえ	471点

【演題】(パネルのみ)

1	内服自己管理者の飲み忘れをストップ —退院に向けて安全な内服を目指すため—	【2病棟】お薬チェッカーズ
2	転倒・転落予防忘れていませんか??	【4病棟】転倒ナシのサンバ
3	整形患者の転倒・転落の予防への取り組み	【5病棟】危険戦隊 NO デンジャー
4	チューブ自己抜去予防への対策	【6病棟】イプシロン6号
5	高齢者・認知症患者の転倒・転落を呼ぼうしよう	【7病棟】あなたを、こかさない
6	配薬忘れの防止	【9病棟】9Chan's
7	酸素吸入を忘れないで！！	【10病棟】spo2 keepし隊
8	せん妄に焦点をあてた転倒転落予防	【11病棟】あなたを守り隊
9	薬袋をパッと見やすく	【薬剤科】よくし隊
10	離床、移乗時のリスク件数を減らす取り組み	【中央リハビリテーション科】移るんです
11	絶食・延食患者への誤配膳防止の取り組み	【栄養管理科】誤配なくし隊
12	在宅における内服管理	【南但訪問】南但セーフティーレンジャーズ

骨折「0」を目指して



老人保健施設

サークル名：0増1減 老健ミクス

- ◎小島道代 石田逸子 秋山いく代
- 村尾貴裕 井上勝啓 秋岡樟子
- 長瀬和子 長島弘美 山下ふみ代

①テーマ設定の理由

- ▶ 老健利用者における認知症老人の日常生活自立度はⅢ以上が45%、平均年齢は85.6歳、平均介護度は3.6である。
- ▶ 介護老人保健施設では転倒・転落のハイリスク者の方に緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束は禁止になっている。しかし転倒・転落のハイリスク者が多く離床センサー、居室の環境整備(低床ベット、畳)、見守りの強化、ヒッププロテクター(骨折予防パンツ)を着衣、杖や車椅子に鈴を付けるなど様々な工夫を凝らして安全な生活環境を提供している。
- ▶ 昨年(入所・通所リハビリテーション)転倒による骨折が8件発生した。そこで、今年度の管理目標(入所・通所リハビリテーション)骨折を7件以下にするとした。しかし5月で既に5件の骨折が発生したため、これ以上の骨折を起こせないという強い思いで取り組んだ。

②現状把握と目標設定

- ▶ 調査期間 平成25年1月～7月(入所者対象)
- ▶ 転倒・転落のヒヤリハット・事故報告 件数 内訳

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	合計
転倒・転落のヒヤリハット件数	15	10	14	17	12	12	16	96
骨折の件数	1	0	1	1	2	0	1	6

目標 骨折「0」を目指す

活動期間 平成25年8月5日～10月31日

③活動計画

	役割分担	計画 → 実施 →					
		6月	7月	8月	9月	10月	11月
テーマ設定	全員	→					
現状把握と目標設定	TQCメンバー	→	→				
攻めどころの検討	TQCメンバー		→				
対策の立案実施	TQCメンバー			→	→	→	→
効果確認	TQCメンバー				→	→	→
標準化と管理の定着	小島 石田					→	→
今後の課題	TQCメンバー						→

④攻め所の検討

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	期待効果
環境	安全な居室環境が提供できる	様々な居室環境が不十分	在宅と同じ環境が出来ない 情報不足	居室の位置とベットの位置の選択 ベット周辺の写真を取り次回入所に掲げる 在宅生活での情報把握	○ △
人	統一したケアを行う 転倒のハイリスク者がわかる	統一したケアができていない 転倒のハイリスク者がわかりにくい トイレ介助時その場を離れている	知識不足 情報不足 ケアの統一不足	介護事故防止対策表に4本筆、センサー使用状況を記録する 罰を課してはいけない人の把握にテープで印す(杖、車椅子) アンケート(転倒・転落の原因)実施 ポスター等で啓蒙を図る	○ ◎ ○
物	転倒ハイリスク者にセンサーの設置 センサースイッチの入れ忘れをなくす	転倒のハイリスク者にセンサーの入れ忘れがある センサースイッチの確認不足	センサー選択が難しい 認知症により設定外の動きがある センサースイッチの確認不足	センサー種類の選択 センサー確認とチェック時間を決める	○ ◎
方法	転倒ハイリスク者の見守りが徹底にできる 職員に退食後の見守り対応ができる	記録を書きながら見守りは不十分 退食後の口読め、挨拶介介、居室巡回等が徹底である	集中力不足 人手不足	ながら見守りはしない。夕方のホール見守りは退出勤務者が交替で行う 退食後の対応人数を多くし役割分担を明確にする(口読め、トイレ案内、居室巡回)	○ ◎

⑤対策の検討

攻め所	対策	担当者
居室の位置とベットの位置の選択	転倒リスクの高い方はステーションから近い部屋、居室内でも目の届きやすい位置	セラピスト 入所担当
ベット周辺の写真をとり次回入所に掲げる	転倒のハイリスク者は利用毎に同じ環境整備が提供できるように写真を貼る	担当 セラピスト
介護事故防止対策表に記録する	4本筆、センサー使用、ベット置付けなど記録する	受け持ち
転倒のハイリスク者をテープで印す(杖、車椅子)	転倒のハイリスク者に赤テープを入所時に貼る	セラピスト 入所担当
転倒・転落の意識アンケートをとる	意識調査を始めと後了時にアンケートを行う	小島 石田
センサー種類の選択	寝、座、サイドセンサーコールは利用者に選んだセンサーを入所時に設置する	セラピスト 入所対応者
センサー確認とチェック時間を決める	勤務始め、終わり、夜勤の3回 チェックシートにチェックを入れる ONを見るだけでなく必ず実際に触れて行う	早出、日勤、 夜勤
ながら見守りはしない 夕方のホール見守りは退出が交替で行う	退出(3人)が順番にステーション内で記録を書き、見守りに集中する	退出
職員の休憩時間を15分早め調整し退食後の対応人数を多くし役割分担を明確にする(口読め、トイレ案内、居室巡回)	口読め係 → 早出(早入り) トイレ案内 → 日勤(早入り) 居室巡回 → (食事介助後の職員)	早出、日勤、 退出

⑥対策の実施

0増1減 老健ミクス

センサーチェック表

ペット居室環境の写真を撮り次回に繋げる

床センサー

介護事故防止対策表に記載する

転倒・転落ハイリスク者を赤テープでわかりやすくする

⑦アンケート（意識調査）

0増1減 老健ミクス

■ 実施1ヶ月 9月
■ 実施終了 11月

転倒のハイリスク者の環境写真を撮りましたか	52%	91%
トイレ介助時赤テープの方、側を離れていませんか	89%	96%
介護事故防止表に記載していますか	87%	88%
センサースイッチON・OFFの確認が勤務前・後・夜勤時できていますか	85%	76%
運出の記録はステーションで書きホール見守りは交替できていますか	88%	66%
昼食後の役割分担はできていますか	71%	85%

⑧有形効果確認

0増1減 老健ミクス

	8月	9月	10月	合計
転倒・転落のヒヤリハット件数	15	15	16	46
骨折の件数	0	0	0	0

転倒・転落による骨折は「0」件

目標達成！

⑨無形効果確認

0増1減 老健ミクス

- ▶ ペット環境の写真を撮ることで、リピーターの入所時環境整備を設定しやすく居室での転倒・転落の予防に繋がった。
- ▶ 転倒のハイリスク者の車椅子・杖に赤テープで印することでその方の危険度が明確になり、共通認識が図れ転倒・転落による骨折はなかった。
- ▶ 介護事故防止対策表に記載することで、危険度を把握することが出来た。
- ▶ センサーのON・OFF確認チェック表を実施した。夜勤帯では確実にチェックできたが日勤帯ではできていなかった。しかしセンサーの入れ忘れによるヒヤリハットはなかった。
- ▶ 運出の記録を交替で書き、見守りの責任者を明確にすることにより、夕方のホール見守りの強化ができた。
- ▶ 昼食後の職員対応人数を増やし、役割分担を行い、利用者の要望（口腔ケア、トイレ案内、居室誘導）に速やかに対応できるようになった。

⑩標準化・管理の定着

0増1減 老健ミクス

	何時	誰が	何処で	何を	どうする	なぜ
標準化	勤務前・後、夜勤	居室担当 夜勤リーダー	居室	センサーの作動確認	実際触れて	入れ忘れがないように
	入所中	受け持ち担当	居室	ペット環境の写真	ペットサイドに貼り退所時カルテに保管する	継続したケアができる
	すぐに	入所対応者	ホール 居室	車椅子、歩行器、杖	赤テープ2重巻き	危険度が理解できる
	昼食後	職員	ホール	利用者の対応	役割分担	利用者の要求に速やかに対応
管理	運出の記録時間	運出3人	ステーション	記録	見守りに集中する	ホールでの見守り責任が不明確
	すぐに	入所対応者 受け持ち職員	事故防止表	チェック項目該当に	チェックを入れる	危険度の把握ができ統一したケアができる
研修	月1回	老健リスク委員会	介護教室	確認と管理 介護事故防止対策表	行う	転倒・転落が少なくなる
	年2回	老健リスク委員会	介護教室	KYT	発信する	転倒・転落の事故をなくす

⑪反省と今後の課題

0増1減 老健ミクス

- ▶ 職員の休憩時間を15分早めたことで昼食後多くの職員が役割分担して関われ、利用者の動きやコールに速やかに対応できた。しかし利用者の状況によって2階3階で同一の業務を実施することに無理が生じた。今後は昼食後の対応を充実させるにはその時々、流動的に休憩時間を考える必要がある。
- ▶ 夕方のホール見守り役割が明確になった。しかし複数名の見守りが必要な場合や午後からの入浴が終了せずホールで記録を書きながら見守りを行うことになった。今後は「～ながら見守り」をせず記録、見守りを重視した業務整理が必要と思われる。
- ▶ 転倒ハイリスク者に赤テープを印す事で、その場を離れない事の徹底ができ、トイレでの転倒・転落による骨折はなく今後も継続する。
- ▶ 安全な生活環境を整備しその都度対策を検討しているが認知症の方は特に転倒・転落のリスクも高く予測できない行動をとられる。従って今後も個々に合った環境整備とリスクと転倒・転落の予防策が重要と考える。

TQC委員会

患者間違い をしない

サークル名：名無しの権兵衛

- 外来看護部 太田垣秀子
朝日英美
築山徳子
- 医事課 吉田知佳子
- 組合事務局 日下部麻衣子
- 地域医療課 田中成之



テーマ選定の理由


平成25年度キックオフテーマ
「認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮」

外来診療での患者との関わりのなかで、認知症や難聴の患者もおられ、呼名時の患者間違いが多くある

ここに注目!!

患者間違いをしないよう活動した

【活動期間】 H25年7月22日～H25年12月6日



現状把握

■ 方法・アンケートによる調査(回収率 83%)

- 今までに患者間違いをしたことがある
- 患者間違いをしそうになったことがある

無回答 11%

ある 32%

ない 56%

無回答 12%

ない 23%

ある 65%

- 患者さんをフルネームで呼んでいますか
- 患者さんに名乗ってもらっていますか

無回答 1%

できていない 1%

ほぼできていない 8%

できている 30%

ほぼできている 60%

※看護部のみ

できていない 2%

ほぼできていない 24%

できている 24%


ほぼできている 50%

目標設定・活動計画

活動目標
32%あった患者間違いが、**0%**になる

活動計画	担当	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
テーマ選定	TQC委員	→						
現状把握と目標設定	全員 TQC委員		→	→				
原因分析	TQC委員			→				
対策立案	TQC委員				→			
対策実施	全員					→	→	→
効果確認	TQC委員							→

計画 → 実際 →



原因分析

スタッフ

- 点滴間違い
- 採血スピッツ間違い
- 同姓同名
- 案内用紙の渡し間違い
- フルネームで呼んでいない

システム

- 受付間違い
- 名前を聞きにくい
- 名乗ってもらいにくい
- 名前呼び間違い
- 似た名前
- 思い込み

患者


- 自分だと思い込み
- 高齢
- 難聴
- 認知症がある
- 必要性がわからない
- ご案内用紙を持っていない
- 違う人が持っている

ご案内用紙を持参してまわる

電カルのクリック間違い

間違って返事をされる

患者間違いがある




原因分析

特性要因図より原因分析を行い、以下を重要要因とした

重要要因

- フルネームで呼んでいない
- 名前を呼び間違える
- 間違って返事をされる



対策実施

- 正しい名前を確認後、フルネームで呼ぶ
- 名乗っていただいで確認する
- ご案内用紙に「ご本人確認のため、お名前を名乗っていただくことがあります」と明示し、協力を得る

対策実施

- ポスターを新しく掲示

効果確認

対策(9月25日～11月29日)後、アンケート実施

残念ながら、目標であった患者間違い0%は達成できず

項目	対策前	対策後	比較
患者間違いをした	32%	7%	25%減 ↓
患者間違いをしそうになった	65%	19%	46%減 ↓
患者さんをフルネームで呼んでいますか(できている+ほぼできている)	90%	93%	3%増 ↑
患者さんに名乗ってもらっていますか(できている+ほぼできている)	74%	70%	4%減 ↓
患者間違いをしないよう今まで以上に意識した行動がとれますか	-	67%	-

対策実施により、スタッフの意識が大きく向上した

効果確認

対策(9/25～11/29)後、アンケート実施

- 病院全体で氏名確認を職員が気をつけていることを、患者様にも分かってもらえ、患者様からも名乗ってもらえるのでやりやすくなった
- 「確認のため、お名前を教えてください」と言う時、変な顔をされずに教えてくれるようになった気がする
- 黄色のテープが目立ち、良い意識付けになった
- ポスターはサイズが小さく、よく分からなかった

などなど…

標準化と管理の定着

なぜ	誰が	いつ	何を	どうする
患者間違いがないように	スタッフ	患者呼出時	正しいフルネームの読み方	確認してから呼ぶ
		患者確認があいまいな時	名前を	名乗ってもらう
患者協力を得るため	TQC委員	対策実施時	「ご本人…」のシールを	ご案内用紙ファイルに貼る
患者間違いをしないという意識を持ち、継続するため	TQC委員	対策実施時破損時	ポスターを	掲示する貼りなおす

反省と今後の課題

効果	<ul style="list-style-type: none"> ご案内用紙のテプラ表示が高評価 スタッフ・患者の意識向上が図れた
反省	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成できなかった ポスターによる啓蒙の効果が薄い <ul style="list-style-type: none"> サイズが小さく目立ちにくい 新鮮味がない
課題	<ul style="list-style-type: none"> 対策を継続していく 間違いにより、患者・スタッフ共に不快な思いをしないよう、関わりを続けていけるよう努力する

「患者の介助方法を学ぼう」

～介助・移乗時における安全上の配慮～

サークル名： 移乗じょうず参上

〈検査科・臨床工学科〉

◎ 西村 雅樹 上田 恵美 林 靖子

中島 純子 中村 真一 寺川みゆき

田野 美保 林 常夫



テーマ選定

キックオフテーマ

「認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮」



検査科・臨床工学科で患者さんと接するのは1・2階での生理検査、透析センターである。特に高齢者は杖や車椅子の利用もあり介助が必要な場合も多いが、介助・移乗が安全にできているのだろうか？

そこで



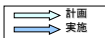
介助・移乗時における安全上の配慮

「患者の介助方法を学ぼう」



活動計画

活動期間 平成25年7月1日～1月16日



	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	全員	→						
現状調査	中島		→	→				
目標設定	全員			→	→	→		
要因の解析	全員				→	→	→	
対策と実施	西村					→	→	→
効果確認	寺川 中村					→	→	→
標準化と管理の定着	上田						→	→
反省と課題	林							→

現状把握

・ 介助・移乗件数 (8/19～9/20)



場所	件数	介助必要数	介助率(%)
1階検査室	1480	495	34
2階検査室	281	38	14
透析センター	364	124	34

・ 環境

○ あり △ 一部あり × なし

	ベッドの高さ 調節機能	移乗スペース	介助器具
1階検査室	○	△	×
2階検査室	△	△	×
透析センター	△	○	×

介助率は高く、環境に制限がある
⇒ 介助・移乗がうまくできない

・ スタッフの意識調査

- Q1. 介助・移乗をしたことがありますか
有る 100%
- Q2. 介助・移乗はどのようにしていますか
ひとり 28% 協力して実施 60% 任せ 12%
- Q3. 介助・移乗の方法について
把握・大体把握 54% 知らない 48%
- Q4. 介助・移乗の研修経験はありますか
有る 63% 無い 37%
- Q5. 介助・移乗方法の研修経験の有る方の現状
研修知識反映 34% 反映せず実施 60% 不明 6%
- その他 どのようにしたら良いか知りたいなどの意見あり

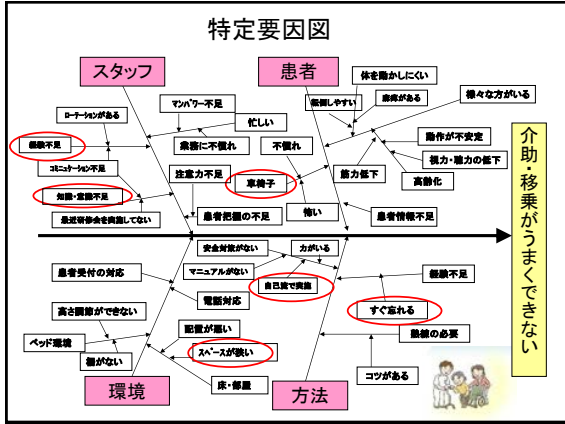


介助・移乗経験、研修経験もあるが
⇒ 介助・移乗がうまくできない

目標設定

技師全員が
12月末までに
「介助・移乗方法」を再確認する。

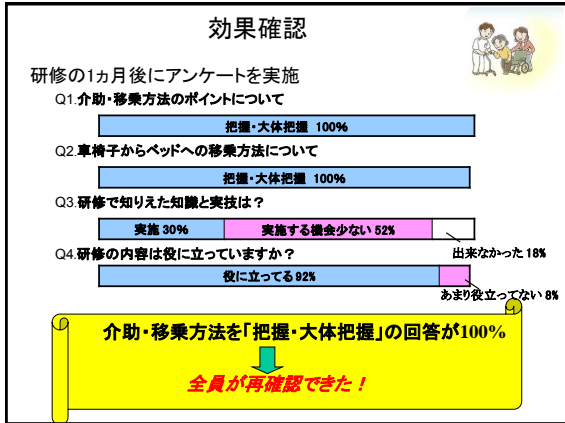




対策の実施

介助・移乗方法を研修する

- ①実際の現場(1階生理検査室)で実施し問題点を確認
- ②理学療法士から「技師が知っておくべきトランスファーの知識と技術、移動・移乗」の指導を受けスタッフへ徹底



標準化と管理の定着

	何を	何故	何時	どこで	誰が	どうする
標準化	介助・移乗方法	安全に行うため	毎朝	検査科 1階透析センター	担当技師	ポスターを見て再確認する
教育	介助・移乗の知識	周知徹底	必要時	検査科 透析センター	担当技師	マニュアルを確認する
管理	介助・移乗の意識	現状把握	定期的	検査科 透析センター	技師全員	アンケートを実施する
管理	ミーティング	より良い方法を共有するため	必要時	ミーティング室	技師全員	開催する

ポスターの作成

介助・移乗のポイント

- 研修会で得た知識の確認が出来るように
- スタッフの目を引くようにイラストを用いた。
- 介助・移乗の機会が多い部署に掲示する。

- ### 反省と課題
1. 今回の現状調査で1階生理検査室と透析センターでの介助率が高い事がわかった。研修会を行ったことで全員が介助・移乗方法の再確認ができ、安全に介助・移乗ができると思われる。
 2. 研修会で介助方法を把握しても、実施する機会が少ないと介助方法を忘れてしまうので、分かりやすくポイントを示したポスターを作成し、掲示することで研修会での経験を維持していく事とした。
 3. 問題点として、介助スペースが狭く、手すりなどの介助補助具がないため移乗がしにくいとの意見があり、手すりを設置するなどの環境改善ができれば、より安全に介助・移乗ができると思われる。

今更ながら？ 危険予知トレーニングに学ぶ 転落・転倒防止

人生の転落防止 Part2

○村尾友和 西垣裕 上仲彰洋

テーマの選定

高齢者といえは転落・転倒かなあ...

今年のキックオフテーマ「認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮」

転落・転倒は気をつけていても起こりうる最大のインシデント

以前TQCのテーマで「転落・転倒」がとりあげられた

前回はおもに介助法もちいでの活動だったなあ...

TQC活動は定期的にPDCAサイクルを見直す事が「カギ」

今回は危険予知トレーニングを取り入れては？

以前のTQCテーマ「転落・転倒」のときの活動におけるPDCAサイクルがうまく稼働しているかを見直そう！

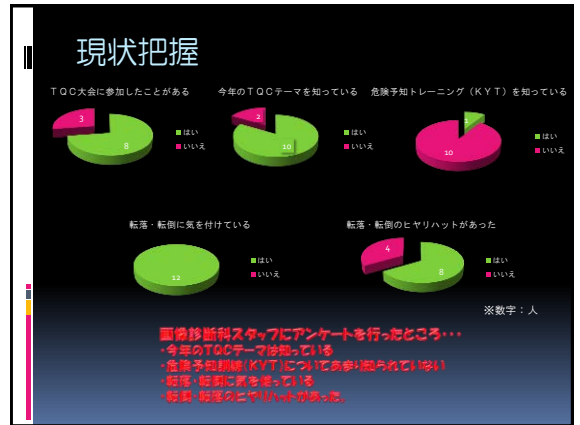
危険予知トレーニングを学びながら転落・転倒防止を行う

活動計画

平成25年5月～平成26年1月上旬

活動内容	担当	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	全員	→								
方策の立案	村尾			→						
方策の実施	全員					→				
効果の確認	上仲								→	
標準化と管理の定着	西垣								→	

→ 計画
→ 実施



目標設定

平成25年12月における

転落・転倒のヒヤリハット報告を「0(ゼロ)」にする。

方策の立案

転落・転倒のヒヤリハットをなくす

	効果	実現性	採決	実施
啓蒙活動	KYTの座学を行う	◎◎	採用	定期
	ミーティング毎に啓蒙	◎◎	採用	
環境の整備	KYTの研修に行く	◎△		
	撮影室の整理	◎◎	採用	常に
	道具の改善	◎◎	採用	改善できるものはすぐ
	手すりをつける	◎△		
	怪我をしない素材を用いる	◎△		

方策の実施

不安定な物に掴まり立ち
危険な動作
無理な指示、支持

・座学として具体的に写真を提示してKYTを行った。

あなたならどうする？

方策の実施

before after
床からこの足の部分のコマを移動
before after
危険因子の取り除き
フットスイッチの設置

効果の確認

アンケート結果 (1) 「ヒヤリハット事例はあったか」

■ はい
■ いいえ

数字：人

ヒヤリハット件数0(ゼロ)

祝！ 目標達成

効果の確認 (無形効果)

アンケート結果 (2)

KYTの言葉を覚えた

■ はい
■ いいえ
■ なんとなく

KYTを意識しながら行動した

■ はい
■ いいえ
■ なんとなく

※数字：人数

あれ？ なんとなく・・・という感じがする
意味を感じ・・・

標準化と管理の定着

	何を	何故	何時	何処で	誰が	どうする
標準化	KYT	ヒヤリハットをなくす	定期的に	画像診断科	スタッフ全員	訓練する
管理	KYTの方法	意識改善	定期的	画像診断科	TQCメンバー	見直す
定着	標語のポスター化	形骸化の防止	常に	画像診断科	TQCメンバー	掲げる

今後の課題

- 今回TQC活動期間内で「転落・転倒」のヒヤリハット報告は「ゼロ」で目標は達成できた。アンケート結果では「KYT」の言葉を覚えることができたものの、「意識しながら行動したか」という視点では「なんとなく」というあいまいな回答が多くみられ無形効果としては若干意識が低いと思われる。基本的に業務中は無意識に危険予知的な行動は執れているようではあるが「転落・転倒」は起こる事が有りうるときっちり意識付けた活動を行っていきたいと考える。

与薬忘れを予防しよう！

【サークル名：2代目うっかり8べえ】
○嶋田友貴・南部佳子

1. テーマ選定の理由

テーブルの上が繁雑であり
内服コップを置く場所がないため
与薬忘れのインシデントが起きている。



そこで...

与薬忘れを防ぐ事を目標にオーバーテーブル・床頭台の整理整頓をすることにした。

2. 活動期間

平成25年10月～平成25年12月

3. 現状把握

内服インシデント：5件(平成25年1月～平成25年9月)

背景：内服忘れ

- ・配薬後の確認を怠った
- ・懸濁した内服薬がかごに紛れていた
- ・懸濁した薬が残ったまま配薬カップがしまっていた

薬剤の過少投与

- ・薬剤が私物に紛れて落ちていた

4. 目標設定

内服に関する事故が

0件

となる



がんばるぞ！

5. 現状調査

アンケート調査の結果

受け持ちNsが整理整頓をしようと思っている

12%

(2人/17人)

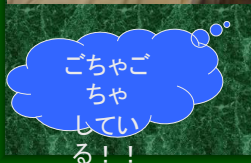


←内服カップ
(この中に配薬する。
懸濁が必要な場合は
空の薬袋を入れておく)

5. 現状調査

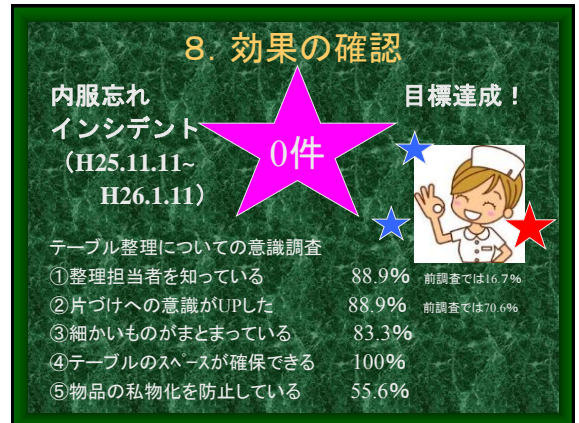
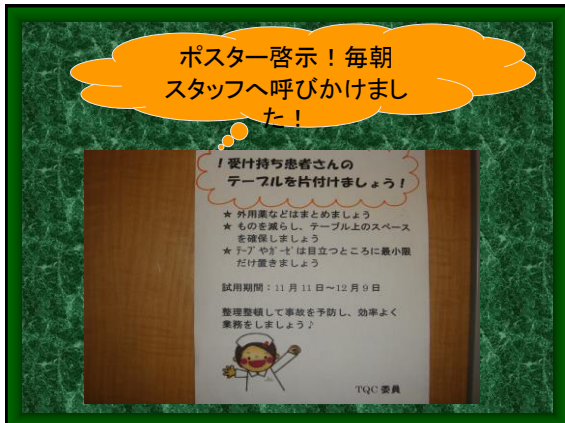
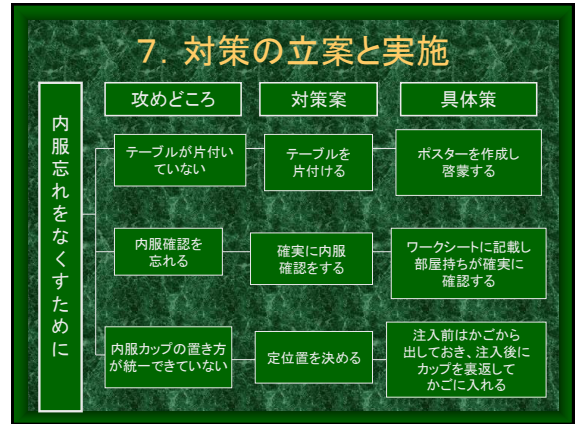
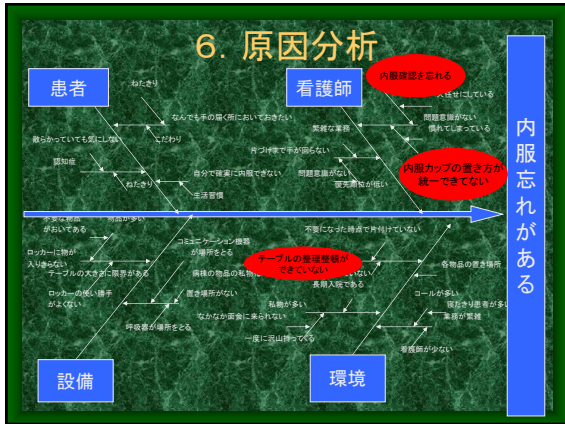


テーブルが
いっぱい！！



ごちゃご
ちゃ
してい
る！！





- ## 9. 歯止め
- ・配薬時は内服カップをかごから出しておき、内服後はカップを裏返してかごに入れる。
 - ・ポスター掲示・委員の呼びかけを継続する。
 - ・ワークシートに「内服確認」のコメントを記載し、部屋持ち看護師は内服確認後にはチェックすることを徹底する。
-

- ## 10. 今後の課題
- ・決めたルールを厳守し、個人個人が責任を持って内服介助をする。
 - ・テーブルを整理しても、次に見ると散らかっている
⇒受け持ちPt以外でも、気がついたら整理するよう心掛ける。
 - ・収納しすぎて取り出しにくい
⇒使いやすさを考えて整理する必要がある
 - ・物品をベッドサイドに置く時は褥瘡処置など必要時のみとする。

内服自己管理者の飲み忘れをストップ

一退院に向けて安全な内服を目指すため

2病棟 サークル名 お薬チェックース
 山根 文子
 園田 麻美
 小林 ゆかり



テーマ選定の理由



今年度のキックオフテーマ「認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮」

2病棟では在宅への退院に向けて内服の自己管理を進めている。過去のテーマから飲み忘れのヒヤリハットが多かった。

今回、スタッフへ内服自己管理のチェック機構の強化と意識付けを目的にこの活動にとり組んだ。

活動計画

→計画 →実施

		平成25年					平成26年
		6月	8月	10月	11月	12月	1月
テーマ設定	山根	→					
現状調査	山根		→				
目標設定	園田		→				
対策実施	園田			→			
原因分析	小林			→			
効果確認	山根				→		
標準化と管理の定着	山根 園田 小林					→	
反省と今後の課題	山根 園田 小林						→

活動期間

平成24年8月1日～
平成25年1月31日

目標設定

内服自己管理者の内服チェックが
60%以上
スタッフに意識付けできる！

現状調査(アンケート結果)

期間:平成25年7月30日～8月6日

【1日カート】

日勤:検温の時 朝9:30～10時 昼14時～15時
 (一番最短に行ける時間)
 (飲み忘れがあってもずらして飲む事ができる時間)

夜勤:ラウンド時 19:45～20:30

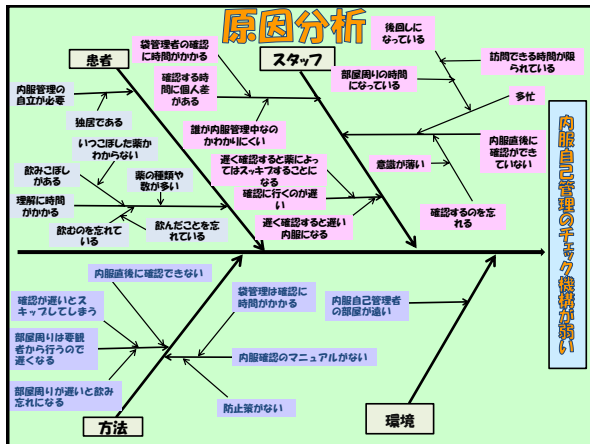
【タベストリー】

日勤:検温の時9:30～10時
 夜勤:19時～20時
 昼分は15時のホール誘導時

【袋】

日勤:検温の時9:30～10時
 10時・14時～15時
 9:30検温時or忘れた時はPM
 屋、カンパレンス後の14時
 食事前後(飲み忘れがあれば直ぐ声かけして内服して貰う事が出来る)
 夜勤:ラウンド時 19:45～20:30

原因分析



対策実施

1. 内服自己管理のチェック機構の強化

- ・内服チェック時間を決める(飲み忘れても気づいて飲む事ができる時間)
- ・起床時: 7時
- ・食前薬: 食直後
- ・朝食後薬と食間薬: 9時30分~10時
- ・昼食後薬: 13時~14時30分(休憩時間に合わせてチェックする)
- ・15時食間薬: 15時
- ・夕食後薬: 19時~20時
- ・服前薬: 21時消灯時
- ・看護師連絡に○をつけてコメントを入れる(降圧剤、血糖降下剤、抗凝固剤等を明記)
→例(毎食後服前確認)(朝夕食後確認)(朝確認)

2. スタッフの意識を高める

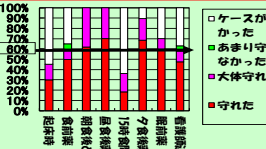
- ・内服自己管理の確認カードを作成(日勤用5個、夜勤用2個)
 - ・日勤の部屋担当で内服自己管理の必要な患者を持つ人はそのカードを胸ポケットにクリップで留めてチェック時間に確認に行くようにする。(朝申し送り後装着、勤務終了時に外す)
 - ・夜勤者も同様につける
 - ・確認カードの置き場所としては、日勤用はセンター丸テーブルの上、夜勤用は薬カートの上
- 対策実施期間: 10月7日~開始

内服確認カードの実施



効果確認 (アンケート結果)

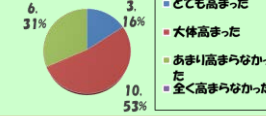
内服自己管理者のチェック時間の意識付けは?



<チェック時間を守れなかった理由>

- コール対応で遅れた。仕事に追われた。
- 食前薬のチェックは、忙しく不可、配膳時内服したか確認した。
- 決められた時間は、他の業務があり。
- 部屋廻りが、20時を過ぎることあり。

内服確認カードの意識づけは?



<内服確認カードの意識が高まらなかった理由>

- 数が足りず付けられないことあり。
- 夜勤で付け忘れることが多い。
- 内服チェックは習慣化されている、カードで意識が高まったとは思えない。
- 名札と一緒の感覚になる。
- カードが大き過ぎて、患者の移動時に当たって危ない。小さいペンダントが良いかも。

どちらも60%以上が大体できた

効果確認

内服自己管理者の内服チェックが
60%以上
スタッフに意識付けができた!

目標達成!



標準化と管理の定着

なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
内服自己管理のチェック機構が弱いため	内服自己管理者の内服チェックを	内服チェック時間帯に	病室で	部屋持ちスタッフが	確認する
誰が内服管理中なのかかわかりにくいいため	ワークシートの「看護師連絡」コメントを	内服自己管理を開始時	ナースセンター内	受け持ち看護師が	看護師連絡に○をつけてコメントを入れる
スタッフの意識が薄いため	内服自己管理の確認カードを作成	申し送り後	ナースセンター内	部屋持ちスタッフが	腰ポケットにクリップで留めて、チェック時間に確認に行く

反省と今後の課題



1. 内服自己管理のチェック機構をルール化する事によりスタッフの意識は高まった
2. 内服確認カードは、胸ポケットは患者に当たるため腰ポケットに変更した。
3. 今後も、患者の安全を守るため、スタッフへ内服自己管理のチェック機構の強化と意識付けを継続していく。

転倒・転落予防 忘れていませんか？

サークル名：転倒ナシのサンバ

4病棟 森本 朋子
津崎 弥生

[テーマ選定の理由]

病棟スタッフにアンケートを行った結果、4月から整形外科患者が増え、患者層に変化があり転倒・転落に着目して取り組むのが望ましいという意見が多かったため。

[現状調査]

期間：平成25年6月1日～7月31日

対象：4病棟入院中の患者 65歳以上

方法：転倒があった際に専用用紙に記載しTQC委員へ提出

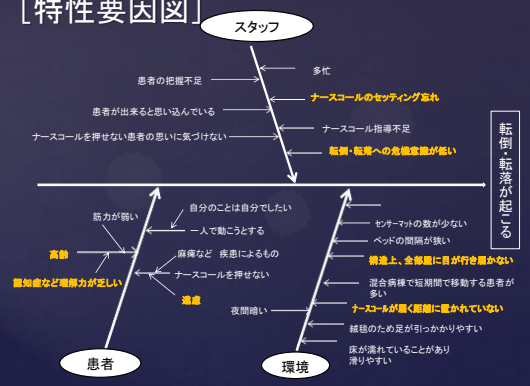
[調査結果]

	年齢	性別	科	病名	入退院日数	発生時間	転倒転落アセスメントスコア	内容
6月	75	男	リハビリ	左鎖出血	1日目	22:50	13点・II	床椅子に一人で歩こうとして、しりもちをついた。
	90	女	整形	左上腕骨骨折	4日目	22:55	19点・II	尿あり、ベッド足元の敷の敷物から降りた。尿意を感じたが、尿がつかない状態のため、尿がつかないままに転倒。
	77	男	整形	右大腿骨大転子部骨折	5日目	5:50	13点・II	ベッドで排便あり、尿に右肘をついて転倒。
7月	90	女	整形	左上腕骨骨折	49日目	21:00	19点・II	ベッドで排便となり、待たせながら転倒していたが、降り落ちた。

[目標設定]

転倒・転落をゼロにする

[特性要因図]



[対策の実施]

- 1.その場を離れる時はナースコールを手元に置く(特に排泄時・食事時)
- 2.頻回な訪室をする
- 3.患者の行動をアセスメントし環境を整える
- 4.必要時センサーマット、クリップセンサーを使用
- 5.上記を掲示しスタッフの意識向上を図る

[結果]

	年齢	性別	科	病名	入院日数	発生時間	転倒転落アセスメントスコア	内容	
8月	86	男	内科	脱水 外傷性硬膜下血腫	7日目	13:15	11点・II	転落	風呂後、トイレから戻り椅子を離れて洗面所に向き、ベッドへ移動時に転倒。
	67	男	リハビリ	外傷性大腿下出血	5日目	20:35	26点・III	転倒	風呂で中に転落時床に倒れていた。
	89	男	整形	胸椎圧迫骨折	7日目	20:35	30点・III	転倒	床でけい棒後、腰に痛みを感じて立ち上がり転倒。
9月	74	男	放射線	肝臓再発 脳出血	2日目	14:00	16点・II	転倒	右腰痛あり、トイレから椅子一人ですり落ちて床に倒れた。スタッフが駆けつけました。
	82	男	脳内	パーキンソン病	8日目	11:45	15点・II	転落	ベッド上で立ち上がり廊の上段に足を掛けようとして転落

[効果確認]

スタッフ一丸となって対策を実施したが対策実施前と比較し、対策実施後は転倒・転落者が5名という1人増になってしまった。

**転倒・転落を完全に予防できず
目標達成には至らず。**

[歯止め]

- ・今後も定期的にスタッフに声を掛け意識付けを図る
- ・連絡帳などを利用し啓蒙を図る

[反省と今後の課題]

良かった点: 今回の取り組みで転倒・転落予防に対する意識付けが改めて出来たこと。
また、転倒・転落予防の難しさが分かった。

悪かった点: 啓蒙活動は実施したがその後のスタッフの意識調査、行動の変化について調査すべきだった。

今後の取り組み: 今後も、転倒転落予防のためスタッフ間で情報共有やカンファレンスを大切にしながら適切な予防策が実施できるよう努力していきたい。

整形患者の転倒・転落の予防への取り組み

5病棟 危険戦隊Noデンジャー
○松下 寛之
演 亜侑美

● Footer Text

3/5/2014 ● 1

テーマ選定の理由

・高齢者の転倒・転落が多く、院内でも多くの事故報告が認められている。昨年4月より整形外科の再開とともに転倒・転落による骨折患者の入院が多く、その中で術後高齢の患者の転倒を多く認める。転倒・転落の要因は患者本人、環境、スタッフなど多くあるが、予防に努めるためにはスタッフの転倒・転落への意識が重要と考える。当院でも転倒・転落の予防に「転倒・転落アセスメントスコアシート」(以後、スコアシートとする)が利用されている。
そこで、スコアシートの活用状況の把握とスタッフへのスコアシートの使用の意識付けが出来るように取り組むことにした。

● Footer Text

3/5/2014 ● 2

活動期間

・平成25年10月20日～12月21日

● Footer Text

3/5/2014 ● 3

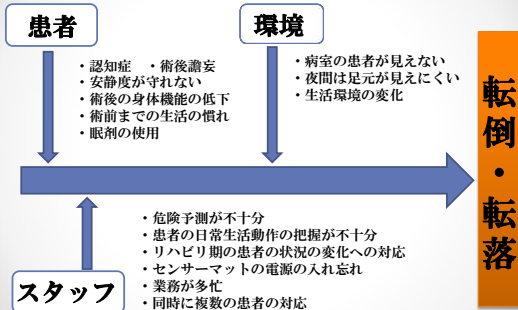
目標設定

- ・病棟内での整形患者の転倒・転落の事故報告件数を7月～9月の4件から件減少する
- ・スコアシート使用への意識付けの強化

● Footer Text

3/5/2014 ● 4

<特性要因図>



● Footer Text

3/5/2014 ● 5

原因分析

- ①術後では入院前に比べ、患者の身体機能の低下が認められるが、長年の生活の慣れや、認知症などから転倒・転落を起こしやすい
- ②入院による生活環境の変化から、夜間の暗闇では生活の変化に対応出来ず、転倒・転落を起こしやすい
- ③看護師が患者の変化に対し危険予測が不十分であると、転倒・転落予防への対応が遅れる

● Footer Text

3/5/2014 ● 6

対策・実施

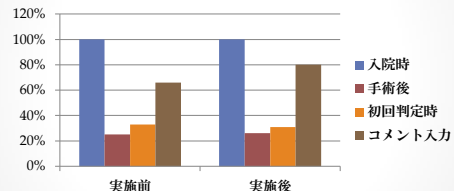
- ・スタッフのスコアシートの利用状況を把握する
- ・アンケートを実施し、スタッフのスコアシートの使用状況が改善できるよう呼びかけを実施

● Footer Text

3/5/2014 ● 7

効果確認

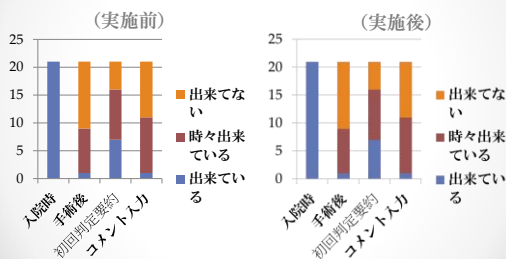
・転倒・転落アセスメントスコアシートの使用状況
(対象数の違いがあるため%表示)



● Footer Text

3/5/2014 ● 8

アンケート結果



● Footer Text

3/5/2014 ● 9

考察

- ・転倒・転落の件数は1件の減少のみであり、評価するには件数や期間が不十分であった
- ・呼びかけだけでは、その場だけであり意識付けは不十分。
- ・病棟に表示を実施し、スコアシートが手術後や初回判定要約時に実施出来るように意識付けの強化がさらに必要

● Footer Text

3/5/2014 ● 10

反省と今後の課題

- ・手術後から早期リハビリにより、患者の状態は刻一刻を変化していく。手術後や初回判定要約時に患者の変化を把握していくことは高齢の整形患者の転倒・転落予防に繋がると考えるが、そこがまだ徹底出来ていないため、スタッフへの意識付けの強化がさらに必要と考える
- ・昨年整形病棟が再開したばかりで、転倒・転落の事故報告は今後も増加する可能性がある。そのため、初期の予防対策としてスコアシートを十分に活用し、増加を予防していく必要がある

● Footer Text

3/5/2014 ● 11

チューブ自己抜去予防への対策

イブシロン6号
加藤 弘
南部 久美子

テーマ選定の理由

6病棟では、経鼻チューブ（経鼻栄養、ENBDチューブなど）挿入患者が多い。

その中で、認知症患者や麻酔を使用した処置時の覚醒段階での一時的な不穏状態からの自己抜去が時々起こることが多い。

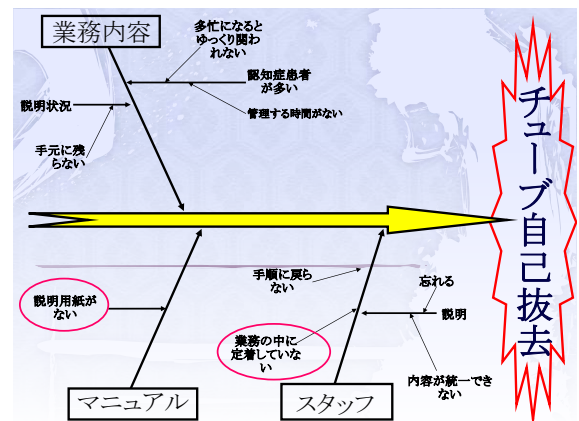
そこで、ERCP施行患者のパスを作成し、ERCP施行前に説明することで自己抜去の予防ができるのではないかと考えを試みた。

活動期間

- 平成25年5月～10月

現状把握

- ◆ 平成24年4月～平成25年4月までの自己抜去件数
ENBDチューブ:3件
経鼻栄養チューブ:8件
- ◆ 自己抜去予防対策
処置前後に精神状態に合わせて行動制限の説明を行い必要時実施している



目標

- ◆ 自己抜去件数が3件以下となる

自己抜去予防への対策

- ◆ ERCP施行患者用パスを作成し、処置前にパスに沿って説明するようにした
- ◆ 術後にチューブが留置になる事がある事を明記した。
- ◆ パスの説明時に、チューブ留置時は自己抜去予防のため麻酔覚醒まで家族に付き添いを依頼する事、必要時は行動制限(ミトン)を装着することを本人・家族に説明するようにした。
- ◆ ミトン使用中患者は、数日精神状況を把握し、様子をみながら解除できる時間を作っていけるように話し合う

～ 内視鏡的逆行性胆管造影法 (EROP) を受けられる方へ ～

看護 科

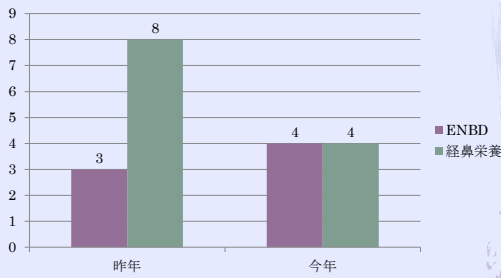
経過	検査当日		検査後			
	検査前	検査後	検査後1日目	2日目	3日目以降	
日付	月	日	月	日	月	日
検査	検査は午後から行います	・検査終了3時間後に採血を行います	・期、採血します	・挿入チューブが入っている場合、挿入チューブから造影剤を入れて検査を行う場合があります。		
処置	・検査前には入れ歯、前時計等を外します	・検査後はストレッチャーで横ります ・胃が空の状態から検査導入を行います ・腸中のうつ滞を防止するため、鼻から挿入チューブが入っていることがあります	・挿入チューブが入っている場合、毎朝5時に挿入の処置を行います			
食事	・夜3時以降絶食です	・医師の指示が出るまで絶食です	・食事は採血結果で医師から指示が出ます ・挿入チューブから造影剤を入れる検査がある場合、検査前は絶食のことがあります			
注射	・入浴後、もしくは当日の午前中、右手に点滴を行います	・24時間点滴があります	・食事開始後、腹痛などの症状や採取量をみて点滴があります			
内服	・期、必要なのみ内服します	・全て中止します	・食事開始後、医師の指示により内服再開となります。			
安静		・検査後、最終3時間はベッド上安静です ・挿入チューブが入っている場合は、自己抜去禁止のため、挿入チューブで安静度が変わります	・医師の許可が出れば、安静解除となります			
その他		・腰痛・吐き気・発熱などが起こることがあります。そのような時は看護婦に知らせてください ・鼻から挿入チューブが入っている場合、自己抜去禁止のため、挿入チューブをつけておきながら定期的に鼻腔に付着したものを吸引することがあります				

※この表はおおよその経過をお知らせしたものです。都合により変更はございません。

効果確認

- ◆ ENBDチューブ
平成25年5月～10月:4件
⇒件数は増えている
- ◆ 経鼻栄養チューブ
平成25年5月～10月:3件
⇒件数は減っている

昨年との比較



歯止め

- ◆ パスを使用し説明していく事を継続
- ◆ 身体行動制限を解除する時間を考え実施していく事を継続

反省と今後の課題

- ◆ 目標達成はできなかったが、患者の安全を考え行動できたことはよかった。
- ◆ 今後もあらゆる面で安全の確保を考えながら対応していきたい

高齢者・認知症患者の 転倒・転落を予防しよう

サークル名「あなたを、こかさない」
松田 晋
上山 多恵

テーマ選定の理由

- 平成25年度は「認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮」のため活動を行った。
- 日々高齢者・認知症患者の転倒・転落は直面する問題であり、予防・改善に努めている。
- 今回スタッフに対するアンケートを行い、転倒・転落を起こす要因、予防策・改善策について調査し、このテーマに取り組んだ。

活動期間

- 平成25年4月～平成25年11月
- 調査期間
平成25年11月1日～11月17日

活動計画

活動項目	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選択	全員								
現状把握	上山								
要因分析	松田								
対策実施 効果の確認	全員								
反省のまとめ	全員								

現状把握

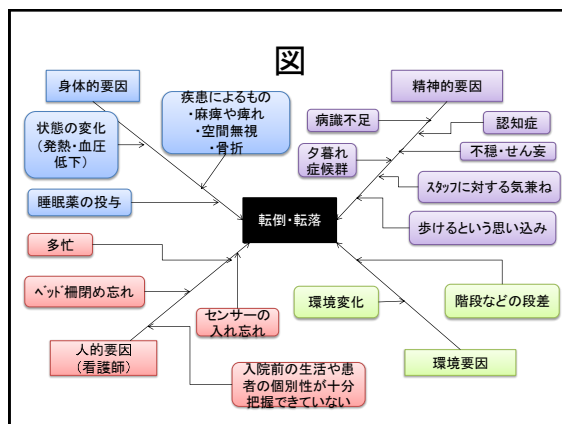
月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
事故 件数 (転 倒・転 落/全 体)	7/16	4/8	7/13	3/9	2/16	8/10	3/6	5/7
	43%	50%	53%	33%	12%	80%	50%	71%
稼働 率	81.1%	96.6%	78.6%	88.2%	91.2%	90.9%	91.6%	85.4%

調査・結果(要因分析)

- 不穩、せん妄
- 床上安静を強いられるための昼夜逆転
- 認知症
- 睡眠薬の投与
- 環境の変化
- 高齢者の為の筋力低下や判断力低下
- 発熱や血圧低下など状態の変化
- 麻痺、空間無視、骨折後など疾患によるもの
- 階段などの段差
- 夕暮れ症候群
- 病識不足
- 入院前の生活状況を十分に把握できていない
- 対応の遅れ(多忙やナースコールが多い)
- スタッフに対する気兼ね
- 歩行できるという思い込み
- ベッド欄の閉め忘れ、センサーの入れ忘れ

予防策

- ・環境整備・身体行動制限の実施
(オーバーテーブルロックやベッド壁付け、抑
り止めマットの使用、センサーマットやクリップセンサーやサイドコー
ルの使用)
- ・頻回な訪室
- ・付き添い依頼
- ・患者の性格や生活習慣の把握
- ・コール指導
- ・車椅子の監視、ベッドごと移動し監視
- ・昼夜のリズムをつける
- ・トイレ誘導を行う
- ・適切な眠剤の使用
- ・スリッパなどの履物を考慮



実際

【転倒・転落を防ぐために行っていること】

- ・入院時の転倒・転落アセスメントシートの活用
- ・危険行動、不穏状態、認知症の有無の把握
- ・身体行動制限の同意を得る
- ・身体行動制限の開始
- ・アンケート結果の『予防策』を実施

※事前に転倒・転落の危険性を予測し対策をとる!!

実際

【転倒転落後に行うこと】

- ・転倒・転落を起こした要因を考える
インシデントレポートの作成
→患者側の要因か？
→看護師側の要因か？
→物品や環境の要因か？
- ・要因から対策を実施する
(当事者のアセスメントに基づいた対策・実施)
- ・転倒・転落が起きた翌日にカンファレンスを行い
予防策・改善策について考え、実践する
(第三者のアセスメントに基づいた対策・実施)

歯止め

- ・「転倒・転落ゼロ」を目標とすべきだが、高齢者・認知症の看護において現状把握でも示したように対策をとっていても、転倒・転落は起こってしまう
- ・事故の発生率や事故の二次障害をいかに必要最小限に抑える事が出来るかが重要である
- ・スタッフ全員が転倒・転落に対し高いアンテナを張って予測し対応することが大切である

まとめ

- ・アンケート調査を実施したが、今回は新たに予防策を提示したわけではなく、今現在行っていることを徹底し、予防に努めた。
- ・しかし、目標を設定し、スタッフ全員が共通認識を持てるよう、働きかけるべきだった。
- ・今後も転倒・転落の予防のために、反省を活かしていく。

配薬忘れの防止

9 chan' s

9病棟：宮本かおり、辻本隆

選定理由：

患者が確実に内服薬を内服するために、配薬後のダブルチェックは重要である。しかし、ダブルチェックが出来ていないことがあり、内服薬に関連した事故・ヒヤリハットなどが起こる危険性がある。

そのため、確実にダブルチェックをするためには、どのようにすれば良いのか検討するため、このテーマに取り組んだ。

調査期間：

2013/07/01～2013/10/31

調査方法：

配薬後のダブルチェックシートを確認する

実施内容：

9病棟ではスタッフ1名で配薬後、病棟サテライト薬局へ配薬カートを戻し、同チームのスタッフがダブルチェックを行っていた。

2013/09/01～スタッフ1名で配薬後、職員用エレベーターホール前に配薬カート置いておき、同チームのスタッフがダブルチェックを行い、病棟サテライト薬局へ戻すこととした。

結果：

ダブルチェック率：小数点以下切り捨て

Aチーム	7月	8月	9月	10月
朝食後	64%	67%	83%	93%
昼食後	45%	54%	90%	96%
夕食後	93%	100%	100%	100%

Bチーム	7月	8月	9月	10月
朝食後	67%	83%	93%	90%
昼食後	61%	74%	100%	100%
夕食後	100%	96%	100%	100%

ダブルチェックをするまでに時間が空く → チェックを忘れてしまう

↑
配薬後、スタッフの目の届きにくい所に配薬カートが置いてある

配薬忘れを防ぐには

↑
ダブルチェックを行う

↑
ダブルチェックが終わるまで、配薬カートスタッフの目の届く所に置いておく

↑ (ダブルチェック出来なければ見て分かる!!)

↑
ダブルチェックが出来れば、配薬カートが定位置に戻る

考察(1)：

業務改善前は朝食後・昼食後のダブルチェックが出来ていないことが多かった。特に昼食後のダブルチェックは40～70%程度しか実施出来ていなかった。

朝食後薬のダブルチェックは、60～80%程度の実施率である。担当は夜勤スタッフであるが、食事介助やナースコール対応、日勤者への申し送り等の業務のため、配薬後すぐに配薬チェックが出来ず、忘れてしまったためと考えられる。

昼食後薬のダブルチェックは、40～70%程度の実施率である。担当は日勤スタッフであるが、日勤スタッフの半数が休憩に入る時間で、食事介助やナースコール対応などの業務のため、配薬後すぐに配薬チェックが出来ず、忘れてしまったためと考えられる。

考察(2) :

夕食後薬のダブルチェックは、90~100%程度の実施率である。担当は夜勤スタッフであるが、食事介助やナースコール対応などの業務があり、配薬後すぐに配薬チェックが出来ないのと同じであるが、眠前薬の配薬があるため、比較的忘れずに実施出来ていたと考えられる。

業務改善後は朝・昼食後のダブルチェックが80~100%程度であり、夕食後のダブルチェックは100%実施出来ていた。

業務改善前は配薬したスタッフが、配薬カートを手元で直接戻しており、スタッフの目が届きにくく、ダブルチェックが忘れがちになってしまっていたが、業務改善後は職員用エレベーターホール前に配薬カートを置いておくことで、スタッフの目に入りやすくなり、

考察(3) :

ダブルチェックを忘れていたことに気づきやすくなり、ダブルチェック忘れが減少したと考えられ、それに伴い、パーセンテージも上昇したと考えられる。

また、ダブルチェックが確実に出来るようになったことで、9月・10月は配薬に関連した事故・ヒヤリハットは起きていない。

結論 :

- 業務改善を行ったことで、ダブルチェックが確実に出来るようになった
- ダブルチェックが確実に出来るようになったことで、配薬忘れがなくなった

酸素吸入を忘れないで!!

10病棟TQC委員会
spo2 keepし隊

○田中しのぶ
飯野裕美子
藤原千恵子

テーマ選定の理由

療養病棟では、心不全・肺気腫の患者が多く、酸素療法を行なっている高齢な患者が多い。食事介助を要する患者も多く、毎食ホールへ移動している。そのため、食事・入浴・音楽療法等、酸素の接続部を外す機会が多い。酸素チューブを外し移動した後、業務多忙のため酸素チューブを配管・酸素ポンペに接続忘れがあった。また部屋に戻った時も、酸素の接続を忘れてしまったり、検温等で訪室した際も酸素流量の確認が出来ていないことがあった。

そこで酸素療法を行なっている患者が確実に継続できるように取り組んだ。

活動期間

平成25年7月1日～平成25年12月31日

現状把握

1. 酸素療法を行なっている患者の接続・流量確認をどうしているか事前アンケートを行なう。
2. 酸素療法中の患者が移動後に酸素の接続・流量設定が確実にこなしているか時間を決め(昼食前・昼食後・日勤終了前)チェックを行なう。

目標設定

酸素の接続忘れ・流量設定のミスが『0』になる

原因分析

1. 食事・入浴・音楽療法など移動する機会が多い
2. 患者移送した際に酸素の接続を行なうという意識が薄い
3. 患者個々の流量が把握できていない
4. 酸素の自己管理を行なっている場合、患者任せにしていて、チェックがあまりできていない

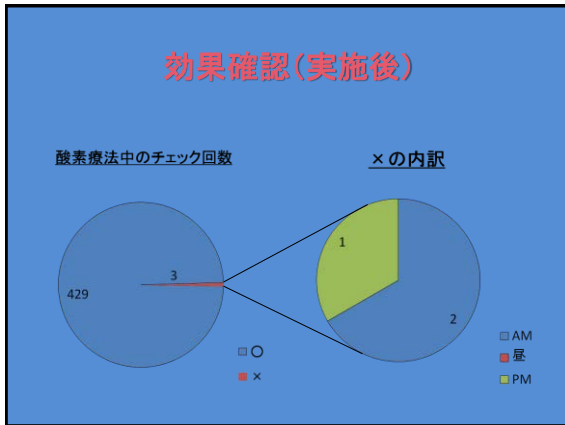
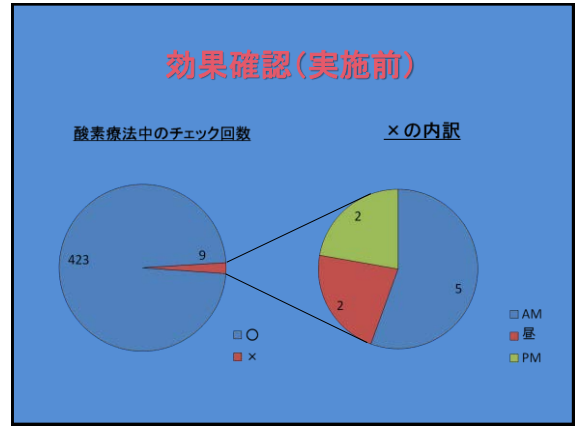
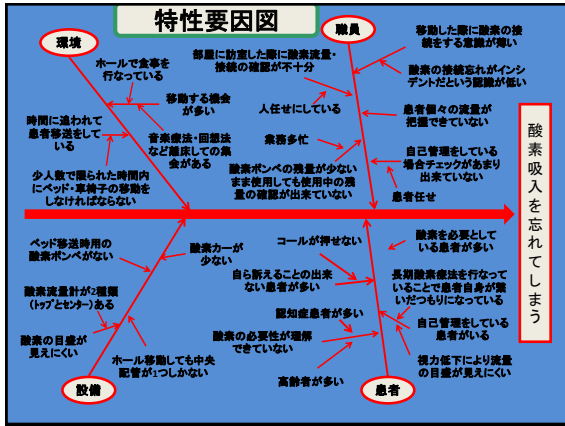
対策と実施

1. 部屋担当で検温などで訪室した際、流量とチューブのたどり確認(パイピング～接続部～チューブの先端)
2. 食後、体位交換や病床整備で訪室した際、流量確認
3. 入浴介助・ホールでの食事・検査などでスタッフ2人で移動した際は声を掛け合って確認
4. 流量計のボトルに白ビニールテープに黒字で流量を記入
* 安静時・労作時で流量が違う場合はどちらも記入
5. 酸素流量の変更があった場合は部屋担当者が貼り直す
6. 部屋担当に限らず、スタッフ全員、訪室した際には流量を確認するよう意識する
7. 酸素流量計がトップポールの場合は、流量計側にトップポールと表示する

対策と実施

(自己管理を行なっている患者への対策)

1. 酸素カー使用时、すれ違った時に声をかけ、接続・流量・ポンペの残量確認
2. 酸素カー使用时、本人の意識付けとして酸素ポンペに『流量・開栓OKですか?』のタグをぶら下げる
3. 酸素の中央配管を使用しないときは必ず栓を閉める
4. 流量が分かりにくい・見えにくい患者には指示量の箇所に白テープを貼って目印にする
5. 帰室時、中央配管の開栓を忘れないように、流量計に『酸素の流量OKですか?』のタグをぶら下げる
6. 自己管理が不十分な患者の場合は、部屋に戻ることに気がついたスタッフが部屋まで行き、酸素の接続・流量確認をする



効果確認

現状把握と同様、時間を決めチェックを行なった
 対策前のチェックで出来ていなかった9回のうち自己管理出来ない患者の流量設定ミスが1回、移動後の接続忘れが2回。自己管理中の患者自身の流量設定ミス・接続忘れが6回であった。

対策後のチェックでは出来ていなかった3回はすべて自己管理中の患者自身の流量設定ミス・接続忘れであった。

しかし、決めたチェック時間以外でスタッフの接続忘れなどが見られることもあった。

⇩

目標達成出来なかった

齟止め

酸素療法を行なっている患者を常に意識し、流量・たどり確認を怠らないようにしていく

反省と今後の課題

今回、酸素療法を確実にこなえるように取り組み、日々の業務の慌しさから、つい忘れがちになりやすいが、スタッフ1人1人の意識付けと声掛けにより少しではあるが酸素療法忘れの改善が図れた。

今後も酸素療法が確実にこなえ、接続忘れなどがなく、スタッフ同士声を掛け合いながら、医療事故防止につなげていきたい。

せん妄に焦点をあてた 転倒転落予防

<サークル名>あなたを守り隊
11病棟 福田加代美・櫻井幸子

テーマ選定の理由

- ▶ 緩和ケア病棟では、全身苦や麻薬の影響による、せん妄の出現が多い
- ▶ その人らしく過ごせるようには?と、スタッフは悩むことが多い
- ▶ せん妄が高齢者の転倒、転落リスクに影響している
- ▶ せん妄が出現すると、対応に時間を要する



せん妄症状を早期に把握し対応することで、
転倒転落が減少するのではないか

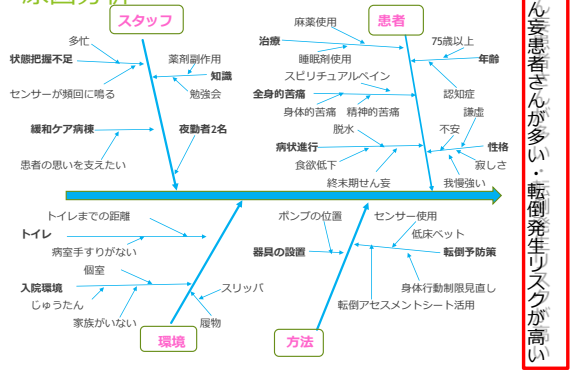
活動期間

- ・平成25年7月1日から
平成25年12月31日
- ・業務改善：平成25年8月より開始

目標設定

- ▶ せん妄患者の転倒件数を減らし、
インシデントを起こさない
- ▶ 患者様とご家族が、出来る限りその人
らしく過ごせる

原因分析



対策と実施

- ▶ せん妄に対する知識を深める
→ 病棟勉強会：7月2回実施内容異なる
(教育委員主催)
- ▶ せん妄症状観察、アセスメント
→ 適宜カンファレンス
- ▶ 環境を整える
→ ベット位置・カレンダー、時計の設置
夜間照明・病室位置配慮など
- ▶ 行動パターン表作成 (8月)
→ 夜勤帯だけの使用⇒24時間使用へ変更
- ▶ せん妄出現可能性高い患者に対する指示の確認
→ 医師に内服困難時の薬剤確認

行動パターン表とは

- ▶ 患者の行動と、薬剤実施の状況を把握するための表
- ▶ 行動パターン表をもとに情報共有しアセスメントを行い、せん妄を予防、なくすために活用する
- ▶ 9時から翌日8時を1日とした24時間の経過を1週間記入
- ▶ 対象患者：せん妄症状の可能性がある患者、またはせん妄が出現した患者

<行動パターン表活用法>

行動パターン表活用法者14名年齢区分	
70～74歳	2名
75～79歳	3名
80～84歳	4名
85～89歳	2名
90歳以上	3名

実際の行動パターン表

○ △ □ 様 行動パターン

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

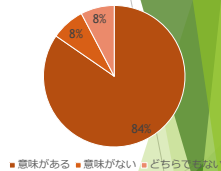
【医師】 09時 10時 11時 12時 13時 14時 15時 16時 17時 18時 19時 20時 21時 22時 23時 0 1 2 3 4 5 6 7 8

効果確認

- ・ 行動パターン表についてのアンケート結果
スタッフ13名に調査（回収率100%）

行動パターン表活用について

行動パターン表活用は？	人数
意味がある	11名
意味がない	1名
どちらでもない	1名



スタッフの意見

- ・ 一週間の行動パターン、薬剤使用時間が把握しやすかった
- ・ 一週間の行動パターンが比較しやすい、検討しやすい
- ・ 記入量が経過と共に増加し、ゴチャゴチャして見にくい

効果確認

《平成25年4月～12月の転倒件数》 * 8月～活動

	入院平均患者（人）	転倒件数（件）	各年齢	せん妄症状有無
4月	12.4	0		
5月	10.6	2	67歳・65歳	0
6月	13.1	2	86歳・86歳	2名あり
7月	14.6	3	86歳・82歳・80歳	2名あり
8月	13.8	2	87歳・90歳	1名あり
9月	13.4	3	87歳・77歳・86歳	2名あり
10月	12.7	0		
11月	13.8	2	78歳・97歳	2名あり
12月	14.5	1	91歳	1名あり

歯止め

- ▶ 行動パターン表をもとに、せん妄患者のアセスメントを行い、統一したケアを提供する
- ▶ せん妄症状対策について、知識をもちアセスメント能力を深める
- ▶ 症状アセスメントを行い、せん妄防止が出来ること、転倒転落の予防につながる

今後の課題

- ▶ せん妄症状を予測し防ぐことで、緩和ケア病棟でその人らしく過ごせるように援助を行う
- ▶ せん妄予防対策のアセスメント能力を高めたことで、今後の症例に活かすことが出来る

薬袋をパッと見やすく

薬剤科 サークル名：よくし隊
 古川 正信
 松下 祐一
 高橋 タ子
 石原 理恵

テーマの選定理由

薬剤師が病棟業務を行うなかで、他の保険薬局の薬袋を眼にする機会がある。

そのような中で、八鹿病院の薬袋は、みにくさを感じていたが、これまでレイアウトを改善する機会もなかった。

薬袋の見易さは、患者の誤薬防止に繋がり、高齢者の医療安全に寄与できるのではないかと、という強引な発想で、今回薬袋のレイアウトをパッと見易いものに変更することにした。

活動計画

活動項目	担当	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	全員	→					
現状把握	古川 高橋		→				
目標設定	全員			→			
対策実施	全員				→		
効果の確認	全員					→	
反省・まとめ	全員						→

問題点を明確化

近隣の保険薬局12施設から、薬袋サンプルの提供をお願いし、比較した。八鹿病院以外の薬袋と比較することで当院の問題点を明確化することとする。



明確化の方法

右記の評価表で、一番見やすい薬袋の番号と、その中で八鹿病院の薬袋の相対評価を確認することとした。

比較する被験者は、当院薬局薬剤師と、特に日々患者コンプライアンスという問題に直面していると思われる南但訪問看護センタースタッフへお願いした。

評価表

●一番見やすく、好きな薬袋はどれですか？
 (薬袋のデザインは、お好みのものを複数選んでください)

番号 ()

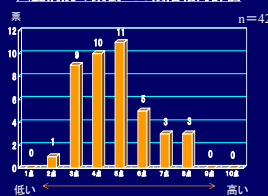
●7段階目まで番号にして、八鹿病院の薬袋を「1番見やすい薬袋」として選んでください。

1 平均点
 2 見やすさ
 3 色使い
 4 文字の大きさ
 5 見やすさ
 6 見やすさ
 7 見やすさ
 8 見やすさ
 9 見やすさ
 10 見やすさ
 11 見やすさ
 12 見やすさ
 13 見やすさ
 14 見やすさ
 15 見やすさ

●平均点、他の薬局の薬袋と比較して、八鹿病院の薬袋と比較して、どのくらい見やすさがあるかを記入してください。

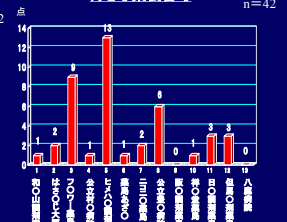
アンケート結果

八鹿病院の薬袋 10段階相対評価



10段階評価で
 平均 4.8点

好きな薬袋番号



八鹿病院獲得票数 0票

アンケート結果 (個別意見)

字の大きさを大きくする	21件	薬品名に下線が入っているのは見やすい	1件
文字の色を変えて解りやすくする	7件	服薬チェック表をつけて欲しい	1件
文字の強調をつけるほうが見やすい	4件	用法を解りやすくしたほうがよい	1件
行間が狭くみにくい	3件	薬品の写真が貼ってあるとわかりやすい	1件
薬品名のあとに錠剤数を入れて欲しい	5件		
行の始まりがバラバラでみにくい	1件		
薬品名は2列より1列のほうがよい	1件		
紙がもろい	1件		

目標設定

- 10段階評価で平均で8点を目標にする
- 好きな薬袋番号の投票で10票以上獲得する

対策立案

個別意見を薬袋作りに反映させることで、欠点を解消する

◎3点 ○2点 △1点 ×0点

	効果	実用性	経済性	評価点	採否
字を大きくする	◎	◎	◎	9点	採
文字の色を変えて解りやすくする	◎	◎	◎	9点	採
文字の強調をつける	◎	◎	◎	9点	採
行間を広げる	◎	◎	◎	9点	採
薬品名のあとに錠剤数を入れる	○	△	×	3点	否
行の始まりを整える	○	◎	◎	8点	採
薬品名を1列にする	○	△	×	3点	否
紙を厚紙なものに変える	△	△	×	2点	否
薬品名、用法に下線を入れる	○	◎	◎	8点	採
服薬チェック表を付ける	白紙のレイアウト変更をする	○	◎	7点	採
薬品の写真を入れる	○	△	×	3点	否
用法を解りやすくする	用法に色を付け大文字にする	◎	◎	8点	採

対策実施

新しい薬袋レイアウト(案)を完成させ、湯山製作所へ試作を依頼した。

旧薬袋



新薬袋(案)



効果確認

新しい薬袋レイアウト(案)を完成させ、湯山製作所へ試作を依頼した。

しかし、予想以上に変更点が多く、試作に時間がかかり、期日までに完成させることが出来なかったため、効果を確認することができなかった。

目標未達成

反省と今後の課題

今回、薬袋を今までよりも見やすくする取り組みを行った。しかし、活動計画が徐々に遅れ、途中の計画見直しを行わなかったため、新しい薬袋の完成を期間内に行う事ができず効果を確認するまでには至らなかった。

しかし、薬袋作成計画は前進しており、間もなく完成をみることは明らかである。10年間、一度も変わる事のなかった薬袋レイアウトを、今回のTQC活動を機に見直せたことは、意義ある活動であったと考えます。

離床、移乗時のリスク件数を減らす取り組み

- ・部署 中央リハビリテーション科
- ・サークル名 移るんです
- ・メンバー
 - ◎井上崇 ○吉田一正
 - 栗田博樹 秋山一平 森田 遼
 - 北村佳子 大友花梨
 - 田原邦明 西田陽二

テーマ選定(A)

平成25年度キックオフテーマ

『認知症を含む高齢者に対する医療安全上の配慮』を受けて

中央リハビリテーション科 技師長より → 今年はボトムアップにて行うことで自主的な活動を目指そう！

●テーマ選定に関するアンケートを実施

順位	テーマ	票数
1位	センサーに関する内容について	7票
2位	転倒に関する内容について	5票
3位	HDS-Rを使用した対策	2票

※認知症を含め、リスク管理に関する内容が多かった

テーマ選定(B)

平成24年度のリスク件数

	転倒・転落	チューブ・点滴	呼吸器関連	患者管理	外傷・打撲
PT	3	1	2	1	3
OT	1	1	0	4	6
ST	0	2	0	0	0
合計	4	4	4	5	9

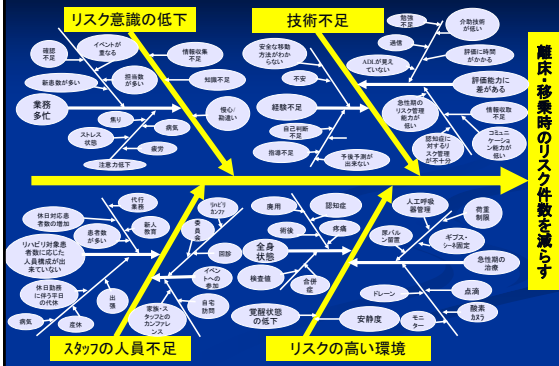
26件中21件が離床・移乗時に起こる内容

離床・移乗時のリスク件数を減らそう！

活動計画

内容	担当	2013						
		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
テーマ選定			→					
要因解析					→			
現状把握						→		
対策の立案							→	
目標設定								→
効果確認								→
標準化と管理の定着								→
今後の反省と課題								→

離床・移乗時におけるリスク報告の原因分析



攻め所の検討

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	期待効果
特性	リスク件数0件	リスク件数26件	5件	リスク件数0を目指す(患者管理を除く)	
意識	常にリスク管理に対する意識を持って対応する	業務量、疲労などによりリスク管理への意識が低くなる	危険予知能力の向上 十分な確認	KYITの実施 声出し確認 チェック用紙の作成	◎ ◎ △
技術面	安全に離床・移乗が行える	職種間、経験によるレベルの差がある	全ての職種で安全に離床・移乗できるようなる	移乗勉強会の実施	◎
判断力	一人で行えない時は協力を依頼する	無理してでも一人で行う	一人でも離床・移乗出来るかの判断が出来る	適宜、指導を行う	○
環境	リハビリを行いやすい環境であって欲しい	急性期より開始するため助産量やルートに注意する必要あり	経験年数に限らずルート・点滴などのリスク管理が出来る	看護師によるルート、点滴に関する勉強会の実施	△

現状把握

リスク報告にて現状把握を実施
調査期間：2013年10月

	転倒・転落	チューブ・点滴	呼吸器関連	患者管理	外傷・打撲
PT	0	0	0	1	0
OT	0	0	0	0	1
ST	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	2	1

対策立案

・リスク管理に対し意識付けを強化し、リスク件数を減らす

- ・指さし、声出し確認を行う
- ・移乗・離床について指導する
- ・KYTの勉強会を行う

- 常に患者やベッド環境に注意し、確認する癖をつける
- 体格差、介助量により一人介助で困難な時は必ず協力体制を整える

目標設定

各職種ともにリスク項目で

目標

リスク件数
0件

(患者管理を除く)

効果確認及び効果判定

調査期間：2013年11月

	転倒・転落	チューブ・点滴	呼吸器関連	患者管理	外傷・打撲
PT	0	0	0	1	0
OT	0	0	0	2	1
ST	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	2	1

残念ながら... 目標達成ならず

● リスク管理に関するアンケート結果

リスク管理に対する意識は高まりましたか？



標準化と管理の定着

なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
離床・移乗のリスク管理が不十分である	安全に離床・移動できるように	リハビリ実施中に	実施場所	担当のリハビリTQC委員が	声出し、指さし確認を行う
各職種や経験年数により移動介助技術が異なる	安全に離床・離床・移動出来るように	研修中 適宜	リハビリ室で 病室で	教育委員が 先輩セラピストが	勉強会を行う 指導を行う
リハビリスタッフのリスク管理意識を高めるため	KYT勉強会	年1回	リハビリ室で	リハビリスタッフが	実施する

反省と今後の課題

- 今回の取り組みにおいて、離床・移動時のリスク管理に対する意識は半数以上改善したものの、月に1件はリスク報告があり、今後も継続した啓蒙活動が必要である。
- 今後、リスク管理意識を高めるためリハ室内でKYTの勉強会を開催したり、病棟スタッフに離床・移乗時のルート(点滴・バルンなど)管理に対する勉強会の開催依頼を検討していく。
- 情報管理についてのリスク報告が増加している傾向にあり、今後は情報管理に対するリスク管理を行っていく必要がある。

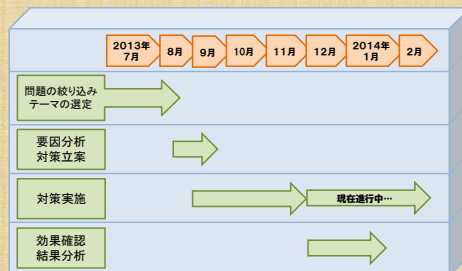
【6】活動実行計画

いつ	だれが	なにを	どこで	理由	方法
配膳前 チェック時	配膳 担当者	配膳 チェック表	栄養科 配膳車プール	誤配防止	配膳表の確認
配膳中	配膳 担当者	ベッドサイドの 絶・延食の札	病室	誤配防止	絶・延食の札の確認
		絶・延食 一覧表の確認	スタッフ ステーション	誤配防止	・一覧表の確認 ・スタッフへの声掛け

〈普段からの意識改革〉

配膳をする職員は、常に誤配膳をしないという意識の元で、すべての確認作業を行う。
病棟での問題やわからないこと、特に絶・延食に関しては常に確認をし、不明な点はスタッフに必ず確認を取ることを見直し確認した。

【7】活動計画



【8】効果の確認

期間：9月～11月までの3か月間
2回に分けて、科内全職員に対して
配膳時の個人の取り組みとその結果のアンケートを実施



絶・延食患者への誤配膳
過去1年間（～2013年8月） 4件
今回（2013年9月～11月） 0件

活動期間中の誤配膳は0件で目標達成!!

【9】管理と標準化

- ①配膳前のチェックの強化
 - ・誰でも間違いが気付けるように、個人の意識と知識を高める。
 - ・確実性の高い確認作業を行う。
 - ・配膳表のチェックを強化する。
- ②配膳時の確認の強化
 - ・配膳時、わからないことは必ず病棟スタッフへ声を掛け、指示を仰ぐ。
 - ・絶・延食患者の一覧表などのわかりやすく、且つ瞬時に確認できる機能を、病棟側に提案・統一を図る。

【10】まとめ

今回、おむね目標を達成することは出来た。
しかし、絶・延食患者への誤配膳はリスクが高いということを、今後もスタッフ全員が理解し、常に注意を払いながら配膳に努めなければいけないことを再確認した。

さらに、その中で発生する様々な問題点やリスクを、各病棟とも話し合いながら解決していくことで、今後の誤配ゼロにつなげていきたいと思う。

また、病院食は単なる食事ではなく、治療の一環であるという心遣いを持ちながら、これからもより美味しく安全な食事を提供していけるように努力をしたい。

在宅における内服管理

サークル名: 南但セーフティレンジャーズ
 メンバー : 〇廣瀬 みのり 米田真弓 谷岡 光

1. テーマ選定理由

- ・当ステーションにおいて、認知症状のある利用者の割合は多い。
 訪問利用者数436名
 介護認定における認知度Ⅱa以上: 108名(25%)
- ・認知症に対する医療安全についてスタッフにアンケート調査を実施した結果、内服管理の問題が多くあった。
- ・利用者の確実な内服管理が行えることを目的とした。

2. 調査、活動期間

: 平成25年7月～12月(6ヶ月)

3. 現状把握

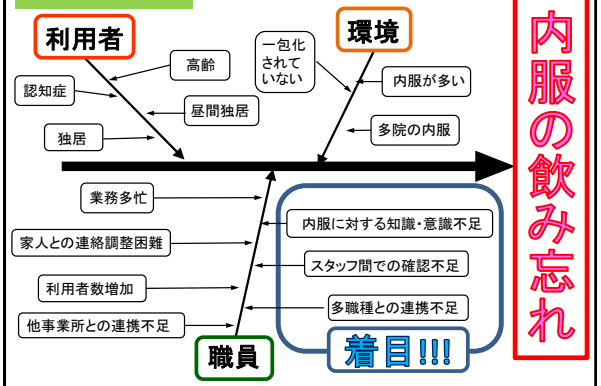
訪問スタッフ29名に対し、利用者の内服管理に関する問題があった事例についてアンケート調査を行った。

4. 目標設定

- ・スタッフの内服管理に対する意識付け向上
- ・カンファレンスへの意識付け向上

活動前後を比較し、内服の飲み忘れ件数10%減少

5. 原因分析



6. 対策と実施

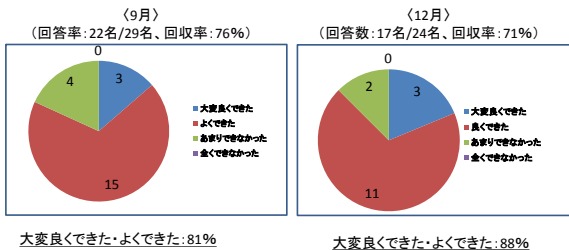
- ・ポスター掲示によるスタッフへの啓蒙活動(8～12月)
- ・スタッフへの意識調査アンケート(9月、12月)
- ・内服管理調査用紙を用いて、カンファレンス実施(8～9月)

6. 対策と実施

〈ポスター掲示〉
 ・目に留まりやすい場所に掲示
 ・内服管理に対する意識付けやカンファレンスを促す内容

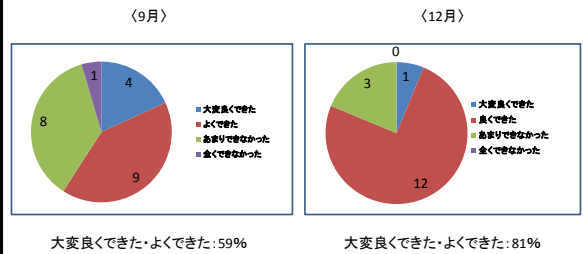
7.効果確認

・アンケート結果① スタッフの意識変化



7%の増加

・アンケート結果② カンファレンスへの意識付け



22%の増加

7.効果確認

対策前の
飲み忘れ件数
26件

➔

対策後の
飲み忘れ件数
20件

『6件減少23%の改善』

= 目標達成

〈要因〉

- ・利用者に関わる当院・他施設でのスタッフ間の情報共有
- ・薬カレンダー、薬整理箱の導入
- ・訪問薬剤師の導入

・薬カレンダー・薬整理箱



8.まとめ

- ・ポスターによる啓蒙活動を行うことで、スタッフの内服管理に対する意識の維持、向上につながった。
- ・スタッフ間の情報共有、訪問薬剤師の導入、薬カレンダーの使用にて、利用者の内服飲み忘れ件数減少につながった。

9.今後の課題

- ・スタッフの内服管理に対する意識を向上するため啓蒙活動を継続して行う。
- ・利用者に合わせた内服管理が行えるよう、内服管理調査用紙を継続して使用し、積極的にカンファレンスを実施する。
- ・他施設、多職種との連携強化に努め、サービス調整を図る。



内服管理についての現状把握をすることができた。
今後も継続した活動が必要と考える。