

表8-2 事例-対策対応表【ベッドまわりの転倒】3/5

No.	事例	事例発生時				事例発生後				事例発生後				事例発生後				事例発生後				
		発生状況	発生原因	発生場所	発生時刻	発生状況	発生原因	発生場所	発生時刻	発生状況	発生原因	発生場所	発生時刻	発生状況	発生原因	発生場所	発生時刻	発生状況	発生原因	発生場所	発生時刻	
1	事例1																					
2	事例2																					
3	事例3																					
4	事例4																					
5	事例5																					
6	事例6																					
7	事例7																					
8	事例8																					
9	事例9																					
10	事例10																					
11	事例11																					
12	事例12																					
13	事例13																					
14	事例14																					
15	事例15																					
16	事例16																					
17	事例17																					
18	事例18																					
19	事例19																					
20	事例20																					

資料編

『医療施設における療養環境の安全性に関する研究』 一病棟フェイス票一

記載日時：平成15年 月 日

病院名：〇〇病院

名前：

■転倒・転落のケースの調査に先立ち、調査対象となる病棟につきまして、
下記の事項を空欄にご記入下さい。

調査対象病棟名	病棟
調査対象病棟の診療科目	科
調査対象病棟の病床数	床
病棟の平均在院日数 (平成14年1～12月)	日
貴院の平均在院日数 (平成14年1～12月)	日
平成14年1～12月の転倒・転落に 関するインシデント・レポート件数 *) 暦年の把握が難しい場合は平成14年度分 につきご回答の上、その旨ご記入下さい。	件
平成14年1～12月の転倒・転落に 関するアクシデント・レポート件数 *) インシデント・レポートに含まれる 場合は上段にその旨ご記入下さい。 *) 暦年の把握が難しい場合は平成14年度分 につきご回答の上、その旨ご記入下さい。	件
看護方式	
看護体制 *) 2交代制を用いている場合は、 「日勤」と「準夜勤」の欄にご記入下さい。	合計 _____ 名 (正 _____ 名、補 _____ 名)
	日勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)
	準夜勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)
	深夜勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)

No. _____

医療施設名：〇〇病院 △△病棟

『医療施設における療養環境の安全性に関する研究』 一転倒・転落 ケース票一

1. 転倒・転落に関する基本情報

病棟名	△△病棟		
発生日時	月	日	午前・午後 時 分ごろ
入院中の病室	病室()号室 ()入室		
発生場所 ※4-5 頁の図面に印をつけてください。	1. ベッド周り	2. 病室付トイレ	3. (トイレ以外の) 病室内
	4. 廊下	5. 病棟トイレ	6. その他()
発見者	1. (本調査票) 記入者 2. (記入者以外の) 職員 3. 患者 4. その他()		
発生場所の床材	1. フローリング 2. じゅうたん 3. その他()		
患者の履物	1. スリッパ 2. シューズ 3. 素足 4. 靴下のみ 5. その他()		
発見時の患者の姿勢	1. 前に倒れていた 2. 左・右に倒れていた 3. 後方へ倒れていた 4. 何かにもたれかかっていた 5. しゃがみこんでいた 6. ずり落ちていた 7. その他()		
傷害発生の有無	1. なし 2. あり(部位: 程度:)		

2. 患者属性

年齢 :	() 歳	性別 :	1. 男 2. 女
身長	() cm	体重	() Kg
(測定していない場合おおよそで結構です。)			
(本入院の)入院開始日	年 月 日		
退院予定の有無	1. なし 2. あり(約 日後)		
主な治療実施日(手術, 抗がん剤投与等)	年 月 日	(該当する事項があればご記入ください。)	

3. 患者の状態の詳細

安静時の脈拍数	() /分		
安静時の血圧値	最高 () mmHg	最低 () mmHg	
安静時の SpO ₂	() %		←
活動後の脈拍数	() /分		← 測定している場合
活動後の血圧値	最高 () mmHg	最低 () mmHg	← のみで結構です。
活動後の SpO ₂	() %		←
薬剤使用	1. なし 2. あり(薬剤=鎮痛剤、睡眠剤、向精神薬、降圧・利尿剤、血糖降下剤、抗パーキンソン薬等)		
認知・理解力の問題	1. なし 2. あり(痴呆、不穏行動、理解力低下等)		
感覚器に関する障害	1. なし 2. 視力 3. 聴力		
運動機能に関する問題	1. なし 2. 麻痺 3. しびれ 4. 筋力低下		
失神・痙攣・脱力発作	1. (既往歴) なし 2. (既往歴) あり(最近の発生: 日前)		
過去の転倒・転落経験	1. なし 2. あり(最近の発生: 日前)		
転倒・転落のリスク	1. 骨密度が低い 2. 出血傾向(服薬による影響含む) 3. その他()		
治療目的の装着物	1. なし 2. 点滴関係(ヘパリンロック含む)(部位) 3. モニター (ECG・SpO ₂ ・その他) 4. ドレーン(部位: 頭部・胸部・腹部・尿・その他) 5. その他()		
ナースコール	1. 適切に利用できる 2. 適切に利用できない		

医療施設名：〇〇病院 △△病棟

5. 転倒・転落にいたる経過

どういう状況で、どのようにして起きたのか、経過を追って書いてください。

- ・何をしようとして（例：トイレに行こうとして、車椅子に移乗しようとして等）
- ・どこで（例：ベッドまわりで、病室付属のトイレで、廊下で、食堂で、風呂で等）
- ・なにが起きたか（例：ベッドから転落、ベッドから転倒、つまずいて転倒等）
- ・どうなったのか（例：骨折した、顔から出血した等）
- ・だれがいたのか（例：側に誰かほかの人がいたか、一人だったのか）
- ・発見のきっかけ（例：本人のナースコールで、看護師が見ている、同室者からの連絡等）
- ・事前の対策（例：柵を利用、センサーマットを使用、ベッドの配置を工夫等）
- ・周辺環境はどうだったか（例：床が濡れていた、部屋が暗かった、など）

《図》

※可能であれば、図示してください。

注) 実際に用いた調査票には、6.として各病棟の図面が入っている。

医療施設名：〇〇病院 △△病棟

7. 原因・背景

転倒・転落が生じた原因・背景として考えられることを書いてください。また、床や照明、ベッド等、環境やものが原因だと考えられることがありましたら、書いてください。

<原因・背景>

<特に環境やものが原因だと考えられること>

8. 実施した、もしくは考えられる改善策

実施した、もしくは考えられる改善策を書いてください。

<改善策>

<特に環境やものについて>

医療施設名：〇〇病院 △△病棟

10. 当該事例の転倒・転落に関連していると思われること

(研究協力者：〇〇様にご回答ください。)

当該事例の転倒・転落について、(1) から(4)のそれぞれについて原因と思われること全てに○をつけてください。(○はいくつでも)

(1) 関連したもの

1. 電動ベッド	2. 手動式ベッド	3. 寝具	4. ベッド柵
5. オーパーベッドテーブル	6. 床頭台	7. 点滴スタンド	8. ポータブルトイレ
9. 杖	10. 歩行器	11. 車いす	12. 室内履き
13. ナースコール	14. 装着物(点滴など)	15. 扉	16. 手すり
17. カーテン	18. その他 ()		

(2) 関係が深い人

1. 患者本人	2. スタッフ
3. 家族	4. その他 ()

(3) 使い方の問題

1. 支えにした	2. 無理な姿勢だった
3. 使い方を知らなかった	4. スタッフを呼ばなかった
5. 使い方を間違えた	6. その他 ()

(4) ものの管理・供給

1. 適切なメンテナンスが行われていなかった
2. そもそも、ものに問題があった
3. 患者に不適切なものが与えられていた
4. その他 ()

(5) 機能・性能の問題

1. 広さ	2. 明るさ	3. 高さ	4. 位置
5. 形状	6. 滑りやすさ	7. 小さな段差	8. 操作しやすさ
9. 距離	10. その他 ()		

受付No. H _____

(報告年月日) 年 月 日

重大な医療事故等発生報告書

院長	副院長	報告責任者

看護部長

事務長

医事課長	医療連携課長

報告者 _____ 科 _____ 氏名 _____

患者	氏名		男・女	年齢	才(年月生)
	住所			患者番号	
TEL _____					

☆ 発生経過

事故内容	
日時	年 月 日 () 時 分 頃 発生・発見
場所	外来(), 病棟(—), 手術室、救急センター、内視鏡センター、透析センター、その他()
状況	(発生・原因、発見時の患者の状態を記入)
対処・経過	(処置内容、経過、本人、家族への説明と対応などを記入)

リスク課長

看護部インシデント報告書 (リスクマネジャー・管理責任者用)

報告者 _____ リスク管理委員会 報告日 _____ 年 月 日 受付番号： _____
科 管理者氏名

1. インシデント発生日時： _____ 年 月 日 (_____ 曜日) _____ 時 _____ 分

2. インシデント発生場所：

3. 報告者以外の関与スタッフ(もしあれば)

他の看護師 医師 薬剤師 検査技師 放射線技師 リハビリ技師 その他 (_____)

4. 報告者の経験年数 ①2年未満 ②2年～5年 ③6年～15年 ④16年以上

5. 発生時の多忙度 ①非常に多忙 ②多忙 ③普通 ④やや余裕がある ⑤余裕がある

6. 患者性別：男・女 7. 患者年令 _____ 才 8. 患者ID _____

9. インシデント発生経過

特記事項 あり (以下に記入) なし

10. 発生後の対応および現況

特記事項 あり (以下に記入) なし

11. 患者・家族への説明

特記事項 あり (以下に記入) なし

12. 査定者氏名

①リスクマネジャー (_____)

②管理責任者 (_____)

13. インシデントの原因についての分析

14. インシデントレベル初期査定

レベル1 レベル2 レベル3

査定日： _____ 年 月 日

15. インシデント領域

- 【治療上の世話】1.誤嚥・誤飲 2.食事（誤嚥・誤飲を除く） 3.転倒・転落 4.熱傷・凍傷
5.抑制 6.入浴（熱傷、溺水、急変等）7.排泄 8.院内における怪我（暴力など）
【医師の指示に基づく業務】9.与薬（内服・外用）10.注射 11.輸液 12.麻薬
13.輸血（血液製剤） 14.チューブ類の管理（はずれ・閉塞）
15.機械・機器（機器類操作・モニター） 16.治療・処置 17.手術 18.内視鏡検査・処置
19.内視鏡検査以外の検査・処置 20.患者観察 21.情報の記録、医師への連絡
【その他】22.無断離院・外出・外泊 23.自傷・自殺 24.施設構造物
25.患者・家族への説明、接遇
26.その他（

16. インシデント発生原因

インシデントの原因として当てはまるものをすべて選んでください。

I. インシデントレポートの不提出

11. 医師がインシデントレポートを提出しなかった
12. 看護スタッフがインシデントレポートを提出しなかった
13. 医師・看護以外のスタッフがインシデントレポートを提出しなかった

II. 医師の指示内容自体のミス(処方、注射指示、検査指示、対応指示など)

21. 医師の指示意図・臨床判断そのものが不適切であった
22. 医師への管理指導者（部長、医長、上級医など）のアドバイスが不適切であった
23. 医師間で指示内容を伝達しているときに誤って伝わった
24. 医師が指示を出す際に、自分で内容を間違えた
25. そのほか（

III. 指示の伝達過程におけるミス(医師の指示内容は正しかった場合)

31. 医師から看護スタッフへ指示内容が正しく伝わらなかった
32. 医師から看護以外のスタッフへ指示内容が正しく伝わらなかった
33. 看護と看護以外のスタッフの間で指示内容が正しく伝わらなかった
34. 看護スタッフ同士の間で指示内容が正しく伝わらなかった
35. 看護以外のスタッフの間（異職種）で指示内容が正しく伝わらなかった
36. 看護以外のスタッフの間（同職種）で指示内容が正しく伝わらなかった
37. そのほか（

IV. 患者の取り違え

41. 医師が患者を取り違えた
42. 看護スタッフが患者を取り違えた
43. 医師・看護以外のスタッフが患者を取り違えた
44. そのほか（

V. 指示内容は正しかったが、手技・処置などの施行時に誤った内容を実行した

51. 医師が誤った内容の医療行為を実行した
52. 看護スタッフが誤った内容の医療行為を実行した
53. 医師・看護以外のスタッフが誤った内容の医療行為を実行した
54. そのほか（

VI. 正しい指示を正しく実行しようとしたが、手技・操作上にミスがあった

61. 医師が手技・操作を誤った
62. 看護スタッフが手技・操作を誤った
63. 医師・看護以外のスタッフが手技・操作を誤った
64. 手技・操作施行時に器具・機械の誤動作があった
65. そのほか（

VII. 誤った診療行為への監査体制のミス

71. 管理・指導医（部長、医長、上級医など）の監査が不適切だった
72. スタッフ医師同士の監査が不適切だった
73. 看護管理責任者（部長・主任）の監査が不適切だった
74. 看護スタッフの監査が不適切だった
75. 医師・看護以外の職種の管理責任者の監査が不適切だった
76. 医師・看護以外の職種のスタッフの監査が不適切だった
77. そのほか（

VIII. そのほか

- 81.（

インシデントレポート(転倒・転落関連)

平成 年 月 日

FAX 日中 6334

部署

報告者

土日・休日・夜間 6020

概要				<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落
発生日時	月	日	曜日	時 分
発生場所	<input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他			
発見者				<input type="checkbox"/> 看護婦 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他
患者氏名	科名 氏名	患者番号	才	診断名
報告	医師 () へ	日	時	分
	婦長 () へ	日	時	分
	管理者 () へ	日	時	分
直後の対応	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 検査 (<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 処置 (<input type="checkbox"/> シップ <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 縫合 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 継続的観察			
事故後の障害	障害の部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部		
	障害の性質	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳神経学的障害 <input type="checkbox"/> 皮膚剥離 <input type="checkbox"/> 切傷/裂傷 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
	意識レベル	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり (3-3-9度方式) ()		
	バイタルサイン	(時刻と計測値)		
	その他			
転倒の原因となった急性の変化	<input type="checkbox"/> 脳の障害 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺梗塞 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
発生経過 発見状況	<input type="checkbox"/> 患者の声で <input type="checkbox"/> 物音で <input type="checkbox"/> 巡視時 <input type="checkbox"/> 他人の通知 <input type="checkbox"/> 訪室時	<input type="checkbox"/> 目の前で <input type="checkbox"/> 目を離れた時 <input type="checkbox"/> 倒れた状態を発見 <input type="checkbox"/> 患者の事後報告 <input type="checkbox"/> 離床センサー	備考	
	患者側要因 <input type="checkbox"/> 入眠中 <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> 排泄中前 <input type="checkbox"/> なんらかの動作中・前 <input type="checkbox"/> 無意識 <input type="checkbox"/> 不明	医療者側要因 <input type="checkbox"/> トランスファー中 <input type="checkbox"/> 処置中 <input type="checkbox"/> 移送中	どこから <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> ベッドから <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 椅子から <input type="checkbox"/> 車椅子から <input type="checkbox"/> ぶつかった <input type="checkbox"/> 歩行器から <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> トイレから <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> トイレから <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ストレッチャーから <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 処置台から () <input type="checkbox"/> 階段から	直接原因 <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> すべった <input type="checkbox"/> 気絶 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 自覚なし <input type="checkbox"/> 不明
転倒に至るまでの経過	備考			

【インシデント・アクシデント報告書】

【事故項目】 <input type="checkbox"/> 誤薬(<input type="checkbox"/> 内服・ <input type="checkbox"/> 注射・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 取り違い(患者・部位) <input type="checkbox"/> 機器の故障・操作ミス <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> チューブ類のトラブル(<input type="checkbox"/> 医療者側・ <input type="checkbox"/> 患者側) <input type="checkbox"/> 検査に関するミス <input type="checkbox"/> その他()
【報告者の所属】 <input type="checkbox"/> 5東 <input type="checkbox"/> 5西 <input type="checkbox"/> 6東 <input type="checkbox"/> 6西 <input type="checkbox"/> 7東 <input type="checkbox"/> 7西 <input type="checkbox"/> 8東 <input type="checkbox"/> 8西 <input type="checkbox"/> 健康管理センター <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> ICU・CCU <input type="checkbox"/> 中材 <input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 外来
【報告者氏名】
【経験年数】 <input type="checkbox"/> 1年目 <input type="checkbox"/> 2年目 <input type="checkbox"/> 3年目 <input type="checkbox"/> 4年目 <input type="checkbox"/> 5年目 <input type="checkbox"/> 6年目 <input type="checkbox"/> 7年目 <input type="checkbox"/> 8年目 <input type="checkbox"/> 9年目 <input type="checkbox"/> 10～19年目 <input type="checkbox"/> 20年目以上
【配属年数】 <input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上

【患者名】	【年齢】	歳	【性別】 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
【主な病名】			
【発生日時】 平成 年 月 日 () 曜日 時 分 (<input type="checkbox"/> 深夜 <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 準夜)			
【発見日時】 平成 年 月 日 () 曜日 時 分 (<input type="checkbox"/> 深夜 <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 準夜)			
【発見者】			
【発生場所】 <input type="checkbox"/> 病室()号室 <input type="checkbox"/> 看護師室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> レントゲン室 <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> その他()			
【事故の経過】			
【報告】			
主治医(又は担当医)	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない	
当直医	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない	
科長(又は当直科長)	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない	
患者	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない	
家族	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない(誰に)	
【内容】 <input type="checkbox"/> 時期誤り <input type="checkbox"/> 手技ミス <input type="checkbox"/> 調剤ミス <input type="checkbox"/> 用法・用量誤り <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作ミス <input type="checkbox"/> 機材・器具・材料(ガーゼ等)の管理ミス <input type="checkbox"/> ME機器等の操作ミス <input type="checkbox"/> その他()			
【原因】 <input type="checkbox"/> 指示ミス <input type="checkbox"/> 指示受けミス <input type="checkbox"/> 説明不足・不良 <input type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 確認ミス <input type="checkbox"/> ME機器の誤作動 <input type="checkbox"/> その他()			
【事故後の対応】 <input type="checkbox"/> 医師の診察 <input type="checkbox"/> 治療を要した <input type="checkbox"/> 検査を行った <input type="checkbox"/> 経過観察した <input type="checkbox"/> 報告のみ <input type="checkbox"/> その他()			
【患者への説明】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【家族への説明】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (誰に)			
【内容】			
*裏面も記入してください			