

【今後の対策】
【患者の背景・看護側の状況(忙しさ、物品、設備、心身の状況など)】 *特記する事があれば記入してください
【備考】
転倒・転落危険度： <input type="checkbox"/> 危険度Ⅰ <input type="checkbox"/> 危険度Ⅱ <input type="checkbox"/> 危険度Ⅲ
事故報告基準： <input type="checkbox"/> レベル0 <input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> レベル5

平成15年7月9日改定

事故報告基準

【患者へ与えた影響レベル】

- レベル0：エラーが発生したが患者には影響がなかった
例：準備の段階で間違いに気がついた
- レベル1：患者に実害はなかった
- レベル2：患者に検査・観察を必要とした
- レベル3：患者に予期せぬ治療の追加・入院期間の延長などがあつた
- レベル4：患者に障害が残つた
- レベル5：患者が死亡した

インシデント・アクシデント レポート

メディカル・リスク・マネージメント委員会

患者名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女、年齢 歳(月)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	病名
発生場所	<input type="checkbox"/> 病棟 () <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 検査部 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 分娩室 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 受付・会計 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診療科			
発生日時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
発見日時(<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 他)	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
上司への報告(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	平成 年 月 日	午前・午後	時
事故の内容(<input type="checkbox"/> インシデント <input type="checkbox"/> アクシデント)	医療行為 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> 注射・輸液 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 患者管理・看護 <input type="checkbox"/> 療養指導・情報提供 <input type="checkbox"/> 外来事務 <input type="checkbox"/> その他 ()		
種類	<input type="checkbox"/> 指示ミス <input type="checkbox"/> 手技ミス <input type="checkbox"/> 適応誤り <input type="checkbox"/> 時期誤り <input type="checkbox"/> 診断誤り <input type="checkbox"/> 指示誤読 <input type="checkbox"/> 用法用量ミス <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 機器誤操作 <input type="checkbox"/> 機器・材料管理ミス <input type="checkbox"/> 説明不十分 <input type="checkbox"/> 接遇態度不備 <input type="checkbox"/> 患者管理不十分(転落・転倒・熱傷・無断外出外泊) <input type="checkbox"/> 取り違い(患者・部位) <input type="checkbox"/> 患者情報不足 <input type="checkbox"/> スタッフ間違携不備 <input type="checkbox"/> 施設保守管理ミス <input type="checkbox"/> その他 ()		
事故発生の経過			
事故への対応とその後の経過			
生命への危険性	<input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> ない		
後遺症の可能性	<input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
本件発生時点で患者家族との関係	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 極めて悪い <input type="checkbox"/> 不明		
その他	本件の原因や対策上でのご意見がありましたらお書き下さい		

報告者 職種 (医師・看護婦・助産婦・検査技師・薬剤師・理学療法士・ME・栄養士
事務系 () その他 ())
年齢 20 30 40 50 60歳台 男 女

報告日 平成 年 月 日 (リスクマネージャー 氏名 ())

(整理番号)

病院長	副病院長	副病院長	委員長	事務長	看護部長	所属長

様式1

インシデントレポート				報告日：200 年 月 日		
発生年月日 200 年 月 日 曜日		発生時間帯 <input type="checkbox"/> 0~1時台 <input type="checkbox"/> 2~3時台 <input type="checkbox"/> 4~5時台 <input type="checkbox"/> 6~7時台 <input type="checkbox"/> 8~9時台 <input type="checkbox"/> 10~11時台 <input type="checkbox"/> 12~13時台 <input type="checkbox"/> 14~15時台 <input type="checkbox"/> 16~17時台 <input type="checkbox"/> 18~19時台 <input type="checkbox"/> 20~21時台 <input type="checkbox"/> 22~23時台 <input type="checkbox"/> 不明				
患者性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢： 歳		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		診療科：		病棟：
発生場所	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 待合室 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 救急処置室 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> ステーション <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 手術室	<input type="checkbox"/> 分娩室 <input type="checkbox"/> 集中治療室 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> MFICU <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> 検体検査室 <input type="checkbox"/> 機能検査室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> IVR治療室 <input type="checkbox"/> 放射線撮影室・検査室 <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 放射線治療室	<input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 輸血部 <input type="checkbox"/> 栄養科 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 院内その他 () <input type="checkbox"/> 院外 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
患者心身状態 (複数の項目入力可)	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 痴呆・健忘 <input type="checkbox"/> 上肢障害 <input type="checkbox"/> 下肢障害 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 床上安静 <input type="checkbox"/> 睡眠中 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> 薬剤の影響下 <input type="checkbox"/> 麻酔中・麻酔前後 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> その他 ()					
発見者	<input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> 同職種者 <input type="checkbox"/> 他職種者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族・付き添い <input type="checkbox"/> 他患者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
当事者の職種 (複数存在する場合は全てを選択)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 調理師・従事者 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 児童指導員・保育士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()			
当事者年数	職種経験年数： 年 月 部署配属年数： 年 月					

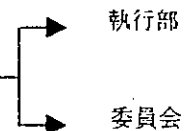
記載方法：チェックに際しては、赤字で☑点で記入下さい。

記載方法が不明な場合には、医療安全管理者にお尋ね下さい。

※本報告書はインシデント発生後24時間以内に必ず提出して下さい。

《連絡手順》

当事者 → 所属責任者 → 医療安全管理対策室(庶務課窓口)



(所属責任者とは医長、技術長補佐、看護師長以上を指す)

受付日時：200 年 月 日 時 受付者氏名： _____

インシデントが発生した場面	インシデントの内容
オーダー・指示 (薬剤の処方オーダーの場合は「処方・与薬」から選択) <input type="checkbox"/> オーダー・指示出し 情報伝達過程 <input type="checkbox"/> 指示受け《 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 申し送り《 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 間違い <input type="checkbox"/> その他()
手術 <input type="checkbox"/> 手術《 <input type="checkbox"/> 開頭 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> 開心 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 鏡視下 <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 術前準備 <input type="checkbox"/> 術前機器準備 <input type="checkbox"/> 術前処置 <input type="checkbox"/> 体位固定 <input type="checkbox"/> 術後処置 <input type="checkbox"/> 術後機器・ガーゼ点検・カウント <input type="checkbox"/> その他() 麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 脊椎・硬膜外 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入+静脈 <input type="checkbox"/> その他() 出産・人工流産 <input type="checkbox"/> 経陰分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 医学的人工流産 <input type="checkbox"/> その他() その他の治療 <input type="checkbox"/> 血液浄化療法 <input type="checkbox"/> IVR <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ベインクリニック <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> ESWL <input type="checkbox"/> レーザー治療 <input type="checkbox"/> その他() 処置 <input type="checkbox"/> チューブ類の挿入 《 <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル <input type="checkbox"/> 栄養チューブ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> ドレーンに関する処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 包帯交換 <input type="checkbox"/> 抜糸 <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他() 診察 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 病棟回診	<input type="checkbox"/> 取り違え <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 部位 <input type="checkbox"/> 医療材料 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 方法・手技の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 中止・延期 <input type="checkbox"/> 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 順番の誤り <input type="checkbox"/> 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 機器・ガーゼ等のカウント不一致 <input type="checkbox"/> 診察・治療施行時の予期せぬ患者症状出現 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 与薬量間違い <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの氏名記載間違い 《 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 過小》 <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの量・内容記載間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 重複処方・オーダー <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組み合わせ <input type="checkbox"/> 無投薬 <input type="checkbox"/> 投与速度 <input type="checkbox"/> 処方忘れ・オーダー未指示 《 <input type="checkbox"/> 速すぎ <input type="checkbox"/> 遅すぎ <input type="checkbox"/> 渡し忘れ <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 混合・混注・溶解忘れ <input type="checkbox"/> 与薬順番エラー <input type="checkbox"/> その他()
与薬準備 (薬剤・製剤の種類も必ず選択) <input type="checkbox"/> 与薬準備 処方・与薬 (薬剤・製剤の種類も必ず選択) <input type="checkbox"/> 注射《 <input type="checkbox"/> 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 動脈 <input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射》 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐剤用 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点鼻・眼・耳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 処方量の監査エラー <input type="checkbox"/> 調剤・製剤間違い《 <input type="checkbox"/> 秤量 <input type="checkbox"/> 数量 <input type="checkbox"/> 分包 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> 単位 <input type="checkbox"/> 薬剤取り違え <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 薬剤・血液製剤交付間違い《 <input type="checkbox"/> 説明文書の取り違え <input type="checkbox"/> 交付患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取り違え <input type="checkbox"/> 期限切れ 製剤 <input type="checkbox"/> ABO型不適合製剤 <input type="checkbox"/> その他の不適合製剤 <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 薬剤・血液製剤管理《 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <input type="checkbox"/> 薬袋入れ間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・血液製剤紛失 <input type="checkbox"/> その他()
調剤・製剤 (薬剤・製剤の種類も必ず選択) <input type="checkbox"/> 内服調剤・管理 <input type="checkbox"/> 注射薬剤調剤・管理 <input type="checkbox"/> 血液製剤管理 <input type="checkbox"/> その他() ※ 薬剤・製剤の種類 <input type="checkbox"/> 血液製剤 <input type="checkbox"/> 抗糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍剤 <input type="checkbox"/> 検査・手術前投薬 <input type="checkbox"/> 循環器用薬 <input type="checkbox"/> 治療薬 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 検体取り違え <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 患者取り違え <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> 製剤取り違え <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不適合輸血 <input type="checkbox"/> その他()
輸血 <input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 血液製剤への放射線照射 <input type="checkbox"/> 輸血実施 <input type="checkbox"/> 細胞移植(骨髄、末梢血幹細胞等) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 検体取り違え <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 患者取り違え <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> 製剤取り違え <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不適合輸血 <input type="checkbox"/> その他()
医療機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 輸液・輸注ポンプ <input type="checkbox"/> 酸素療法機器 <input type="checkbox"/> 血液浄化機器 <input type="checkbox"/> 高圧治療装置 <input type="checkbox"/> インキュベーター <input type="checkbox"/> 麻酔器 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 人工心肺 <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引機 <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> 心電図・血圧モニター <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 加湿器・ネブライザー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 誤操作 <input type="checkbox"/> 誤作動 <input type="checkbox"/> 組立 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 条件設定間違い <input type="checkbox"/> 修理ミス <input type="checkbox"/> 設定忘れ・電源入れ忘れ <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 点検管理ミス <input type="checkbox"/> 不適切使用 <input type="checkbox"/> 回路接続はずれ <input type="checkbox"/> その他()

インシデントが発生した場面	インシデントの内容
ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 脳室・脳槽ドレーン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 皮下持続吸引ドレーン <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> 硬膜外カテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 血液浄化用回路 <input type="checkbox"/> 栄養チューブ <input type="checkbox"/> HD用透析回路 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> CAPD回路 <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 三方活栓 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 点滴漏れ <input type="checkbox"/> 接続間違い <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 三方活栓操作間違い <input type="checkbox"/> 自然抜去 <input type="checkbox"/> ルートクランプエラー <input type="checkbox"/> 事故抜去 <input type="checkbox"/> 空気混入 <input type="checkbox"/> 接続はずれ <input type="checkbox"/> ルート取り換えによる誤注入 <input type="checkbox"/> 未接続 <input type="checkbox"/> 位置異常・ズレ <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> ルート種類取り換えセッティング <input type="checkbox"/> 破損・切断 <input type="checkbox"/> 滴下・廃液調節エラー <input type="checkbox"/> その他()
検査 <input type="checkbox"/> 検体採取 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採痰 <input type="checkbox"/> 穿刺液 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 生理検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> マスター負荷 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 筋電図 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管カテーテル撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ポリペクトミー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 機能検査 <input type="checkbox"/> 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査(病棟) <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 核医学検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 患者取り換え <input type="checkbox"/> 分析機器・器具管理エラー <input type="checkbox"/> 検査手技・判定技術の間違い <input type="checkbox"/> 検査機器・器具準備エラー <input type="checkbox"/> 検体採取時のミス <input type="checkbox"/> データ管理エラー <input type="checkbox"/> 採血時の出血 <input type="checkbox"/> データ取り換え <input type="checkbox"/> 採血時の疼痛・神経接触 <input type="checkbox"/> データ紛失 <input type="checkbox"/> 検体取り換え <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> スピッツ取り換え採取 <input type="checkbox"/> 計算・入力・転記エラー <input type="checkbox"/> 検体採取後 <input type="checkbox"/> 結果報告エラー <input type="checkbox"/> 患者取り換え提出 <input type="checkbox"/> 不必要検査の実施 <input type="checkbox"/> 検体採取後 <input type="checkbox"/> 検査未実施・検体採取忘れ <input type="checkbox"/> ラベル記載エラー <input type="checkbox"/> 検査の過剰・重複 <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検査種類の取り換え <input type="checkbox"/> 検体破損・誤廃棄 <input type="checkbox"/> 検査日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 検体コンタミネーション <input type="checkbox"/> 検査時予期せぬ症状出現 <input type="checkbox"/> その他検体管理・取り扱いエラー <input type="checkbox"/> 試薬管理エラー <input type="checkbox"/> その他()
療養上の世話 <input type="checkbox"/> 気管内・口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 搬送・移送 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 体温管理 <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 患者観察 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 患者抑制 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> その他() その他の療養生活の場面 <input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 着替え中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> 臥床中 <input type="checkbox"/> トイレに行こうとした時 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 搬送・移送エラー <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 取り換え <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 指示不履行 <input type="checkbox"/> 自己管理薬(渡された薬)エラー <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・注射忘れ <input type="checkbox"/> 禁食 <input type="checkbox"/> 摂取・注入量間違い <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 取り違い・摂取 <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()
給食・栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 瓶哺乳栄養 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内容間違い <input type="checkbox"/> 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 量の間違い <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 中止の忘れ <input type="checkbox"/> その他()
物品搬送 <input type="checkbox"/> 物品搬送	<input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 搬送中の破損 <input type="checkbox"/> その他()
放射線管理 <input type="checkbox"/> 放射線管理	<input type="checkbox"/> 放射性物質の紛失 <input type="checkbox"/> 放射線漏れ <input type="checkbox"/> その他()
診療情報管理 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 画像データ管理 <input type="checkbox"/> 検査データ管理 <input type="checkbox"/> 検診データ管理 <input type="checkbox"/> 検査・処置・与薬指示表 <input type="checkbox"/> 記録忘れ <input type="checkbox"/> 診療録紛失 <input type="checkbox"/> 誤記録 <input type="checkbox"/> ID番号登録エラー <input type="checkbox"/> 管理ミス <input type="checkbox"/> ID番号インプリ・記入エラー <input type="checkbox"/> その他()
患者家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者家族への説明	<input type="checkbox"/> 説明不十分 <input type="checkbox"/> 説明間違い <input type="checkbox"/> その他()
施設・設備 <input type="checkbox"/> 施設・設備	<input type="checkbox"/> 施設構造物・設備の破損 <input type="checkbox"/> 施設・設備の管理ミス <input type="checkbox"/> その他()
その他の場面 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他のエラー()

インシデントが発生した要因 (当該インシデントの原因となった事項について選択) (複数項目チェック可)

<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認が不十分であった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 観察が不十分であった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 判断 <input type="checkbox"/> 判断に誤りがあった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 知識 <input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 知識に誤りがあった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 技術(手技)・手順 <input type="checkbox"/> 技術(手技)が未熟だった <input type="checkbox"/> 技術(手技)を誤った <input type="checkbox"/> 手順を誤った <input type="checkbox"/> マニュアルを遵守しなかった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 報告・相談等 <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> 不十分であった <input type="checkbox"/> 間違いであった <input type="checkbox"/> 不適切であった <input type="checkbox"/> 遅れた <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 身体的状況 <input type="checkbox"/> 寝不足だった <input type="checkbox"/> 体調が不良だった <input type="checkbox"/> 眠くなる薬を服用していた <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 心理的状況 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> イライラしていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 他のことに <input type="checkbox"/> 気を取られていた <input type="checkbox"/> 思い込んでいた <input type="checkbox"/> 無意識だった <input type="checkbox"/> 大丈夫だと思った <input type="checkbox"/> 面倒だった <input type="checkbox"/> 変だと気付いたが言え <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 連絡・報告システムの不備 <input type="checkbox"/> 指示伝達システムの不備 <input type="checkbox"/> コンピュータシステムの不備 <input type="checkbox"/> 作業マニュアルの不備 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 連携の不適切 <input type="checkbox"/> 医師と看護職 <input type="checkbox"/> 医師と技術職 <input type="checkbox"/> 医師と事務職 <input type="checkbox"/> 医師間 <input type="checkbox"/> 看護職間 <input type="checkbox"/> 技術職間 <input type="checkbox"/> 多職種間 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 記録等の記載 <input type="checkbox"/> 字が汚い <input type="checkbox"/> 文字が小さい <input type="checkbox"/> 形式の不統一 <input type="checkbox"/> 記載方法が難 <input type="checkbox"/> 解 <input type="checkbox"/> 記載漏れ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 患者外見(容貌・年齢)姓名の類似 <input type="checkbox"/> 患者の外見(容貌・年齢)の類似 <input type="checkbox"/> 患者氏名・ID 番号の類似 <input type="checkbox"/> 勤務状況 <input type="checkbox"/> 多忙であった <input type="checkbox"/> 勤務管理の不備 <input type="checkbox"/> 役割分担の問題 <input type="checkbox"/> 作業 <input type="checkbox"/> が中断した <input type="checkbox"/> 当直だった <input type="checkbox"/> 当直明けだった <input type="checkbox"/> 夜勤だった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 夜勤明けだった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> 災害時だった <input type="checkbox"/> 緊急時だった <input type="checkbox"/> CPU システムのダウン <input type="checkbox"/> 照明が暗かった <input type="checkbox"/> 床が濡れていた <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 医療機器・器材・医療材料(1つだけ選択) <input type="checkbox"/> 欠陥品・不良品 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 複数の規格が存在 <input type="checkbox"/> 扱いにくか <input type="checkbox"/> った <input type="checkbox"/> 配置が悪かった <input type="checkbox"/> 数が不足していた <input type="checkbox"/> 管理が不十分 <input type="checkbox"/> 機器の誤動作 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 薬剤(1つだけ選択) <input type="checkbox"/> 容器が類似 <input type="checkbox"/> 薬剤の色・形態が類似 <input type="checkbox"/> 薬剤名の類似 <input type="checkbox"/> 複 <input type="checkbox"/> 数の規格の存在 <input type="checkbox"/> 配置が悪かった <input type="checkbox"/> 管理が悪かった <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> の性質上の問題 <input type="checkbox"/> 薬効が似ていた <input type="checkbox"/> 薬剤の略号が似ていた <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 諸物品(1つだけ選択) <input type="checkbox"/> 欠品・不良品 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 複数の規格の存在 <input type="checkbox"/> 扱いにくか <input type="checkbox"/> った <input type="checkbox"/> 配置が悪かった <input type="checkbox"/> 数の不足 <input type="checkbox"/> 管理不十分 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設・設備 <input type="checkbox"/> 保守管理が不十分 《 <input type="checkbox"/> 電気系統 <input type="checkbox"/> 空調 <input type="checkbox"/> 衛生設備 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 設備 <input type="checkbox"/> 昇降設備 <input type="checkbox"/> その他()》 <input type="checkbox"/> 施設構造物に関する問 <input type="checkbox"/> 題 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 教育・訓練 <input type="checkbox"/> 教育・訓練の不十分 <input type="checkbox"/> マニュアルの不備 <input type="checkbox"/> ガリキュラムの <input type="checkbox"/> 不備 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 説明・対応 <input type="checkbox"/> 説明が不十分であった <input type="checkbox"/> 説明に誤りがあった <input type="checkbox"/> 患者・家族 <input type="checkbox"/> の理解が不十分であった <input type="checkbox"/> その他()
--	---

影響度

- 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる。
 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)と考えられる。
 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる。
 間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例
 その他() 不明

このインシデントの要約

このインシデントから学ぶことと改善策

このインシデントにより今後予測される合併症(障害)の可能性

事故・状況報告書

～転倒・転落事故、その疑い～

(2002年11月作成)

No.3

No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日

【報告者】

氏名		所属		経験年数		年		ヶ月	
職種	・看護師 ・准看護師 ・看護補助者 ・その他 ()								

【患者】

氏名		年齢		歳	入院日	平成		年		月		日
病名			□手術後(日目)		□発熱中である		□貧血を起している					
発生日時	平成		年		月		日		時		分	(8-16, 16-0, 0-8)
発見日時	平成		年		月		日		時		分	(8-16, 16-0, 0-8)
既往歴	□初めて転倒・転落した(疑い) □転倒・転落したことがある (回) 以前に起こした事故()											

【転倒・転落時の外傷】

外傷	1. 無し 2. あり(部位: 頭部・四肢・躯幹) 3. 程度(軽度 中度 重度) (程度: 打撲・擦り傷・内出血=軽度 捻合・捻挫=中度 骨折頭蓋内出血・意識障害=重度) ()		
----	--	--	--

【内因的ハイリスク要因(患者側要因)】

意識レベル	□清明 □混濁 ()
運動機能障害	□麻痺がある □しびれ感がある □骨・関節異常がある □ギブス・又は装具装着中である □足腰の弱り・筋力の低下がある ()
感覚	□視力障害 □聴覚障害 □平衡感覚障害 ()
認識力	□正常 □痴呆 □不穏 □判断力・理解力の低下がある ()
活動領域	□杖使用 □車椅子・歩行器を使用 □ふらつきがある □移動に介助が必要である □完全に寝たきりである □寝たきりであるが手足は動かせる ()
薬剤	□鎮痛剤 □睡眠安定剤 □麻薬 □抗パーキンソン剤 □下剤 □降圧利尿剤 □化学療法剤 (約 時間前服用) 患者の行動に影響が(ある・ない) 患者行動にどのような影響があるか()
排泄	□ポータブルトイレ □ベット上介助 □膀胱内留置カテーテル □側近介助 □車椅子トイレ □自室トイレ □頻尿がある □尿・便失禁がある □自立 □その他()
病状段階	□リハビリ開始時期・訓練中(日目) □病状が(回復・悪化)している時期
患者の特徴	□ナースコールを押さないで行動しがちである □ナースコールを認識出来ない・使えない □何事でも自分でやろうとする □環境の変化(入院生活、転入)に慣れていない
その他	

【患者への事故前対策】

□危険を予測していた □危険を予測していなかった
・どのような危険が予測されたか
・患者に対してどのような対策をとっていたか
・アセスメントシート □使用[最近アセスメントを行った日(月 日), 危険度 I・II・III] □未使用 ・KYTシート □使用[最近KYTを行った日(月 日)] □未使用

【事故のきっかけとなる患者の行動】

<input type="checkbox"/> PTイレへ移る	<input type="checkbox"/> トイレ使用中(部屋・車椅子)	<input type="checkbox"/> 柵乗り越え	<input type="checkbox"/> 柵のすきまを通る
<input type="checkbox"/> 柵を外す	<input type="checkbox"/> 車椅子に移る	<input type="checkbox"/> 車椅子乗車中	<input type="checkbox"/> ベットから降りる
<input type="checkbox"/> 歩行中	<input type="checkbox"/> 物を取ろうとして	<input type="checkbox"/> 不明	
その他()			

【事故の経緯(どのようにして事故が起こったのか)・・・図も含めて】

【外因的ハイリスク要因(環境因子)】

<input type="checkbox"/> 床が濡れていた <input type="checkbox"/> コードに引っ掛かる <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 点滴台使用中 <input type="checkbox"/> 靴下着用 <input type="checkbox"/> 暗い <input type="checkbox"/> PTイレの位置 <input type="checkbox"/> ストッパーがかかっていなかった(ベット・車椅子) <input type="checkbox"/> オーバーテーブルですべる	
ベット柵	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> スライド式ベット柵使用(本) <input type="checkbox"/> はめ込み式ベット柵使用(本) <input type="checkbox"/> 使用していたが降りていた(本降りていた) その他() 固定していたか・固定の仕方()
安全ベルト	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している どのような()
離床センサー	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していたら防げる事故であった <input type="checkbox"/> 使用していても防げない事故であった
事故現場に 介護者がいた か	<input type="checkbox"/> 看護婦がいた <input type="checkbox"/> 家人がいた <input type="checkbox"/> 誰もいなかった 状況()
その他	

【対応後の患者の状況】

家族への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
その後の対処	CT撮影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 XP <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
生命の危険性 (医師確認)	<input type="checkbox"/> きわめて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> ない ()

【患者への事故後対策】

・事故を起こさないためにはどうしたらよいか(管理・環境・看護上からの対策)

(報告者記入)

(管理者記入)

対策の妥当性	<input type="checkbox"/> 対策は妥当であった <input type="checkbox"/> 対策は妥当でなかった
係長	印 印

2002年11月作成

転倒・転落 危険度評価表

	特徴	評価スコア	評価日		
			①	②	③
A 年齢	60歳以上・9歳以下	2			
B 既往歴	転倒転落の既往がある	2			
C 感覚	視力・聴力障害がある	1			
D 機能障害	麻痺がある 痺れ感がある 骨、関節に異常がある (拘縮、変形)	3			
E 活動領域	足腰の弱り、筋力の低下がある 車椅子・杖・歩行器を使用している 移動に介助が必要である ふらつきがある 寝たきりの状態である	3			
G 認識力	見当識障害がある、意識混濁、混乱がある 痴呆がある 判断力・理解力の低下がある 不穏行動がある 記憶力の低下があり、再学習が困難である	4			
H 手術検査	手術 検査 (病棟内手術)	それぞれ 4			
I 薬剤	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤・ <input type="checkbox"/> 麻薬剤・ <input type="checkbox"/> 睡眠安定剤 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤・ <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 浣腸緩下剤・ <input type="checkbox"/> 化学療法	それぞれ 1			
J 排泄	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある <input type="checkbox"/> 頻尿がある <input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く <input type="checkbox"/> ポータブルを使用している <input type="checkbox"/> トイレまで距離がある	それぞれ 2			
		合 計			
		危 険 度			

<評価日> ①入院日 ②手術・病棟内手術日 ③病状変化時とする

<事故発生率とスコア基準>

20～30%	1点
50%前後	2点
70%前後	3点
90～100%	4点

<危険度と評価スコアの合計>

- 危険度Ⅰ (0～5) 転倒・転落を起こす可能性がある
- 危険度Ⅱ (6～15) 転倒・転落を起こしやすい
- 危険度Ⅲ (16以上) 転倒・転落を良くおこす

「転倒・転落アセスメントスコアシート」運用の手引き

2003・

安全対策委員会

- 対 象 : 年齢50歳以上、基礎疾患および現症状が転倒・転落スコアシートの項目に当てはまる患者全員
それ以外でも、転倒・転落のリスクがあると感じられた患者
- 使用方法 : ①アセスメントおよび対応策の記入
- ・該当する特徴の項目に「レ」点をし、評価欄に点数をつけて合計点を算出し、危険度を記入する。
 - ・その時にとった対応策の欄に「レ」点を記入する。
 - ・転倒・転落時は、日時を「赤」字で記入し、追加した対応策を記入する。
- ②評価日
- ・生活環境の変化に適応しつつある入院3日後に、同様に再アセスメントする。但し、手術や検査などで再アセスメントが出来ない場合は適宜変更する。
 - ・その後は、患者の状況に応じて評価日を設定し、再アセスメントをする。
- ③対応策
- ・「事故防止対策マニュアル」にそって実施する。
 - ・危険度Ⅱ・Ⅲの対応策は目安であり、患者の状況に応じて計画をたてる。
- その他 : ベットの柵は、2本が原則なので入院時、患者には柵の必要性を説明する。

転倒転落アセスメントスコアシート&対応策チェック表

ID

看護部

<危険度>

I: 0~5点 - 転倒転落する可能性がある

II: 6~15点 - 転倒転落しやすい

III: 16点以上 - 転倒転落の危険性が非常に高い

疾患名 ()

分類	特徴	点数	患者評価				
			入院時 /	3日後 /	/	/	/
年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上	3					
	<input type="checkbox"/> 50~69歳	1					
既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒したことがある	3					
基礎疾患 及び現症状	<input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 肝性脳症	各 2					
	<input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> 下肢の骨折						
	<input type="checkbox"/> 下肢の浮腫・しびれ・脱力等						
	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他()						
活動性	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力低下がある	各 2					
	<input type="checkbox"/> ふらつきがある						
	<input type="checkbox"/> 車椅子、杖、歩行器を使用している						
入院による変化 と性格傾向	<input type="checkbox"/> ADLの介入が必要になった	2					
	<input type="checkbox"/> 介助が必要だが、自立心、羞恥心、遠慮が強く 依頼できない(自分でしたい、できる、頼めない等)	2					
	<input type="checkbox"/> 家ではベッドを使用していない	1					
認識力	<input type="checkbox"/> 見当識障害、または痴呆がある	各3					
	<input type="checkbox"/> 不穏、夜間せん妄がある						
機能・感覚障害	<input type="checkbox"/> 麻痺がある	2					
	<input type="checkbox"/> 骨、関節の異常がある	1					
	<input type="checkbox"/> 視力、聴力の低下がある	1					
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ介助が必要である	3					
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している	2					
	<input type="checkbox"/> 尿意、便意がある	1					
使用薬剤	<input type="checkbox"/> 眠剤・向精神薬 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> 麻薬	各 2					
持続のルート類	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> その他()	1ルート1					
その他 (柵)	<input type="checkbox"/> 本人の意志によりベッド柵を使用しない	2					
	<input type="checkbox"/> 本人の意志によりベッド柵を1本だけ使用する	1					
		合計					
		危険度					
		サイン					

<対応策>

危険度 II	<input type="checkbox"/> 特に対応策はとらずに様子を見ていく (その理由:)						
	<input type="checkbox"/> 履物をスリッパから運動靴等へ変更						
	<input type="checkbox"/> ベッドを低くする						
	<input type="checkbox"/> 歩行時に付き添う						
	<input type="checkbox"/> 移動時に介助する						
	<input type="checkbox"/> 離床時は、ナースコールするよう説明する						
	<input type="checkbox"/> ベッドを壁につける						
	<input type="checkbox"/> ナースステーションの近くのベッドに移動						
	<input type="checkbox"/> ナースコールマット使用						
	<input type="checkbox"/> ベッド柵を 3本 ・ 4本 にする						
危険度 III	<input type="checkbox"/> 離床センサー使用						
	<input type="checkbox"/> 緩衝マット使用						
	<input type="checkbox"/> 常にナース等の人目のあるところで過ごす						
	<input type="checkbox"/> 車椅子使用時、抑制帯を使用						
	<input type="checkbox"/> ベッド上で抑制帯を使用						
	<input type="checkbox"/> ユニット畳を使用						
<input type="checkbox"/> その他()							

転倒・転落アセスメント・スコアシート

病室NO.	氏名
-------	----

<p><事故発生率とスコア基準></p> <p>20~30%.....1点</p> <p>50%前後.....2点</p> <p>70%前後.....3点</p> <p>90~100%.....4点</p>	<p><危険度と評価スコアの合計></p> <p>危険度Ⅰ(0~5点) 転倒・転落を起こす可能性がある</p> <p>危険度Ⅱ(6~15点) 転倒・転落を起こしやすい</p> <p>危険度Ⅲ(16点以上) 転倒・転落を良く起こす</p>
---	--

分類	特徴	評価 スコア	患者評価					
			/	/	/	/	/	/
A 年齢	70 歳以上・9 歳以下	2						
B 性別	男性	1						
C 既往歴	a 転倒したことがある b 失神したことがある	2						
D 感覚	a 視力障害がある b 聴力障害がある	1						
E 機能障害	a 麻痺がある・しびれ感がある b 骨・関節に拘縮・変形がある	3						
F 活動領域	a 足腰の弱り・筋力低下がある b 車椅子・杖・歩行器を使用している c 移動介助が必要である d ふらつきがある e 寝たきりの状態である	3						
G 認識力	a 見当意識障害・意識混濁・混乱がある b 痴呆がある c 判断力・理解力の低下がある d 不穏行動がある e 記憶力の低下があり、再学習が困難である	4						
H 薬剤	①鎮痛剤 ②麻薬 ③睡眠安定剤 ④抗パーキンソン薬 ⑤降圧利尿剤 ⑥浣腸緩下剤 ⑦化学療法	それぞれ 1						
G 排泄	①尿・便失禁がある ②頻尿がある ③トイレ介助が必要 ④尿道カテーテル留置中 ⑤夜間トイレに行く ⑥トイレまで距離がある	それぞれ 2						
		合計						
		危険度						

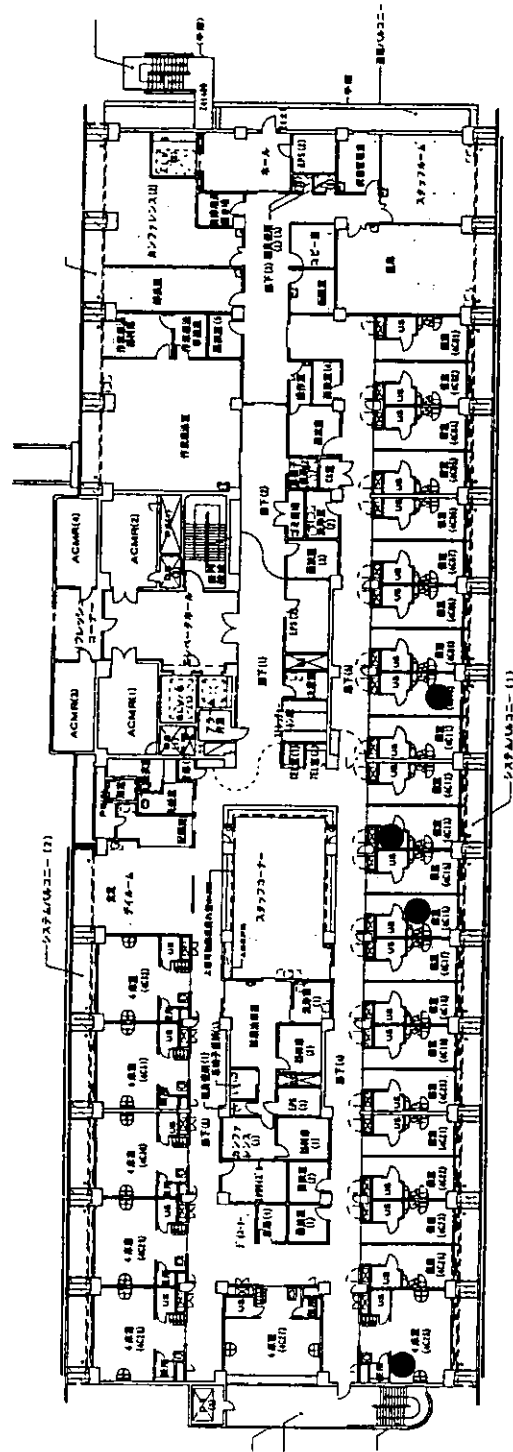
* 査定日は、入院時、2・3日目(生活に慣れたころ)、
1週間後(患者の性格なども把握できるころ)、
その後1週間ごと、事故発生時、その他病状変化時

分類	特徴	評価スコア	患者評価						
			入院時	2・3日目	1週間後				
			/	/	/	/	/	/	/
年齢	65歳以上、9歳以下	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往歴	転倒転落したことがある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚	平衡感覚障害がある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	視力障害がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	聴力障害がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能障害	足腰の弱り、筋力の低下がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	麻痺がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	しびれ感がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨、関節異常がある(拘縮、変形)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
活動領域	ふらつきがある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車椅子・杖・歩行者を使用している	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自由に動ける	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	移動に介助が必要である 寝たきりの状態であるが、手足は動かせる	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知力	痴呆症状がある	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不穏行動がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	判断力、理解力、記憶力の低下がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	見当識障害、意識混濁、混乱がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤	睡眠安定剤服用中	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	鎮痛剤服用中	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	麻薬服用中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	下剤服用中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	降圧利尿剤服用中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	尿、便失禁がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	頻尿がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレまで距離がある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間トイレに行く事が多い	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
病状	ポータブルトイレを使用している	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車椅子トイレを使用している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膀胱内留置カテーテルを使用している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排泄には介助が必要である		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状	38℃以上の熱がある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	貧血を起こしやすい	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手術後3日以内である	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状	リハビリ開始時期、訓練中である	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	病状・ADLが急に回復・悪化している時期である		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ナースコール要因	ナースコールを押さないで行動しがちである	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ナースコールを認識出来ない・使えない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者特徴	目立った行動を起こしている	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	何事でも自分でやろうとする		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者特徴	環境の変化(入院生活・転入)に慣れていない	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
危険度Ⅲ：20～43点…転倒・転落をよく起こす		合計							
危険度Ⅱ：10～19点…転倒・転落を起こしやすい		危険度							
危険度Ⅰ：1～9点…転倒・転落することもある									
* 危険度Ⅱ以上、または、 認知力とナースコール要因両方にチェックされた患者は、 看護計画に進む			看護計画 修正・変更	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
			サイン欄						

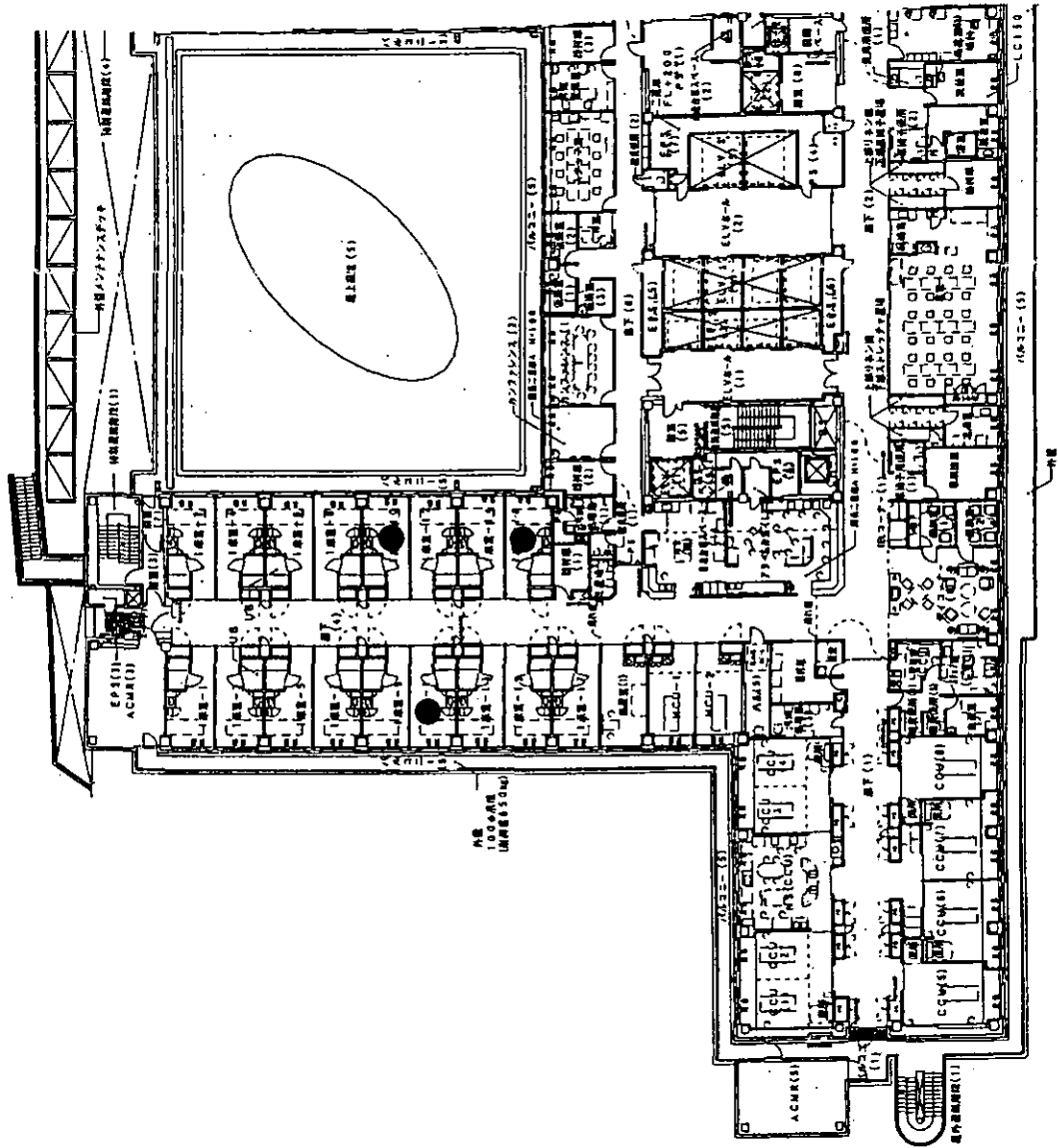
資料5 転倒・転落の発生場所

A～E 病院の各病棟の図面上に、実際の転倒・転落の発生場所をプロットしたもの

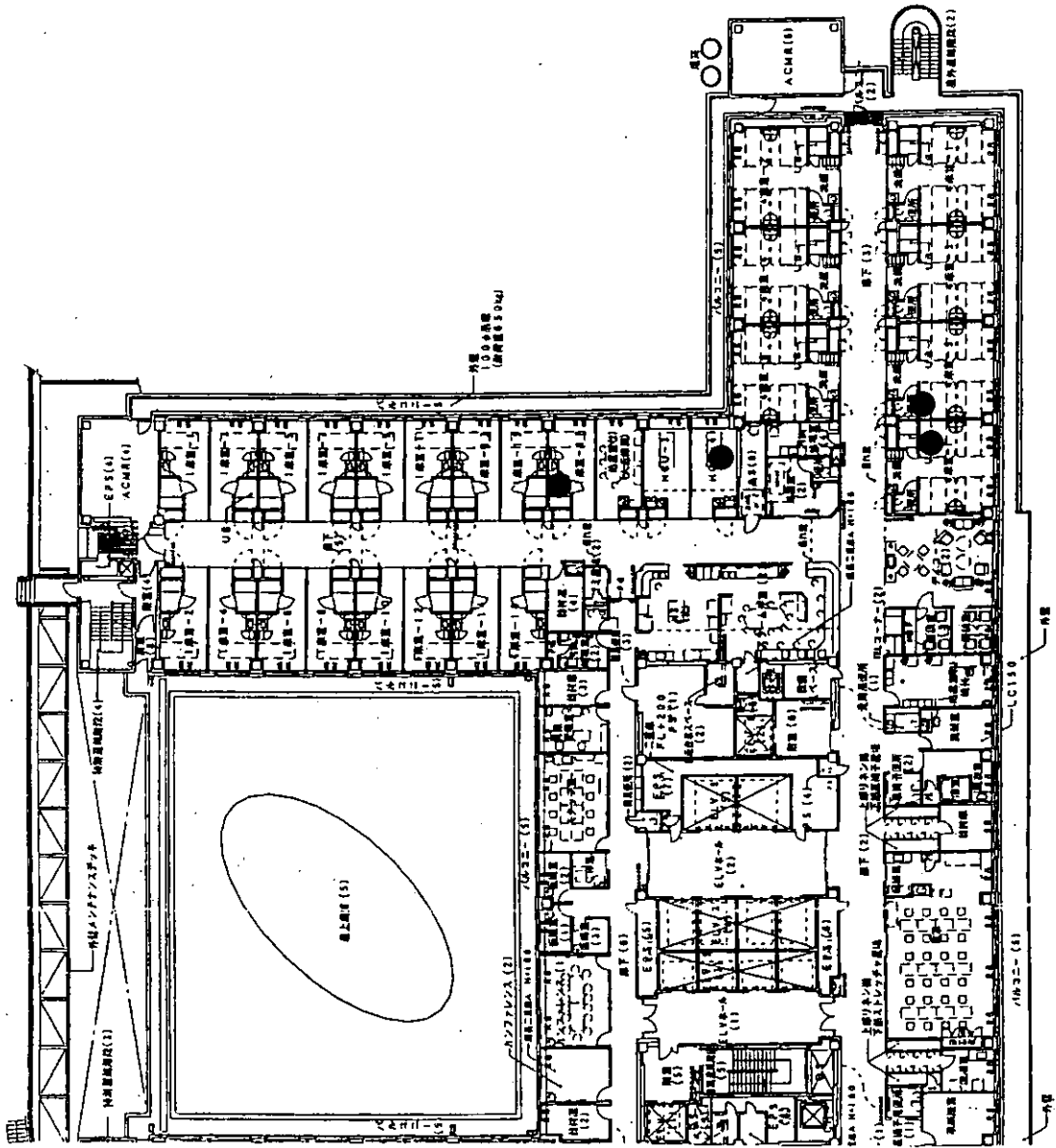
<病棟図面：A病院（精神科）>



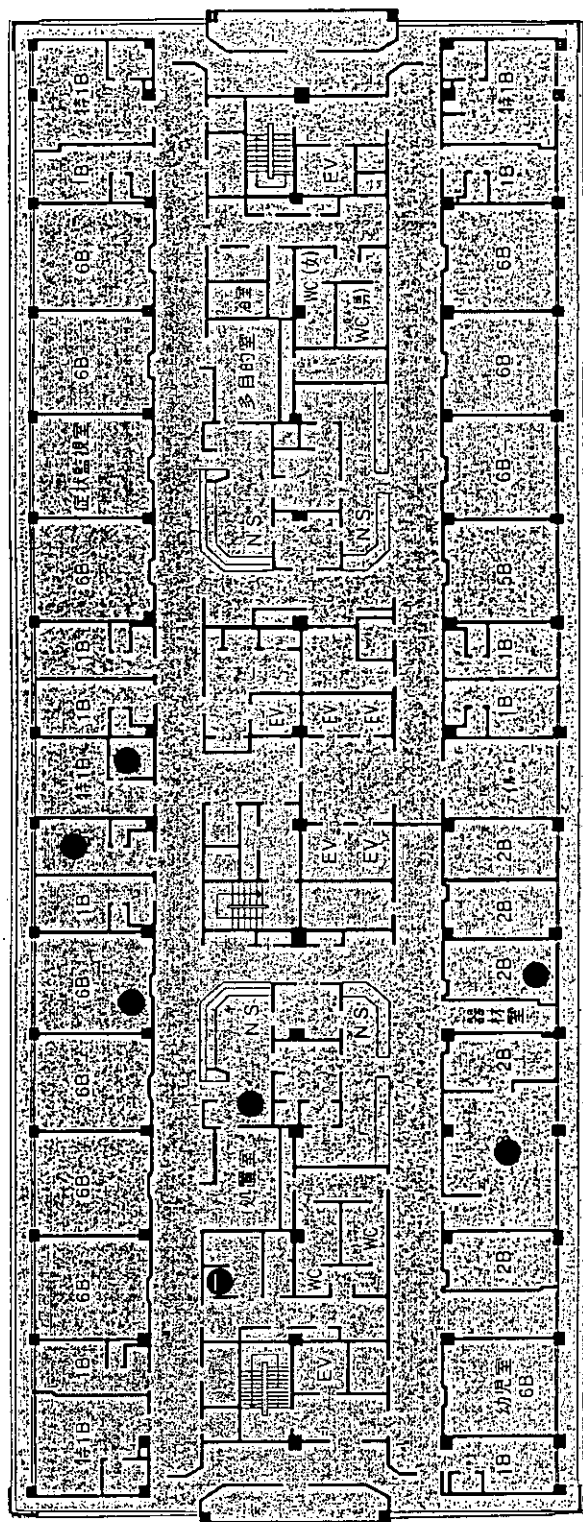
< 病棟図面 : A 病院 (循環器・心臓外科) >



<病棟図面：A病院（呼吸器科・ペインクリニック）>



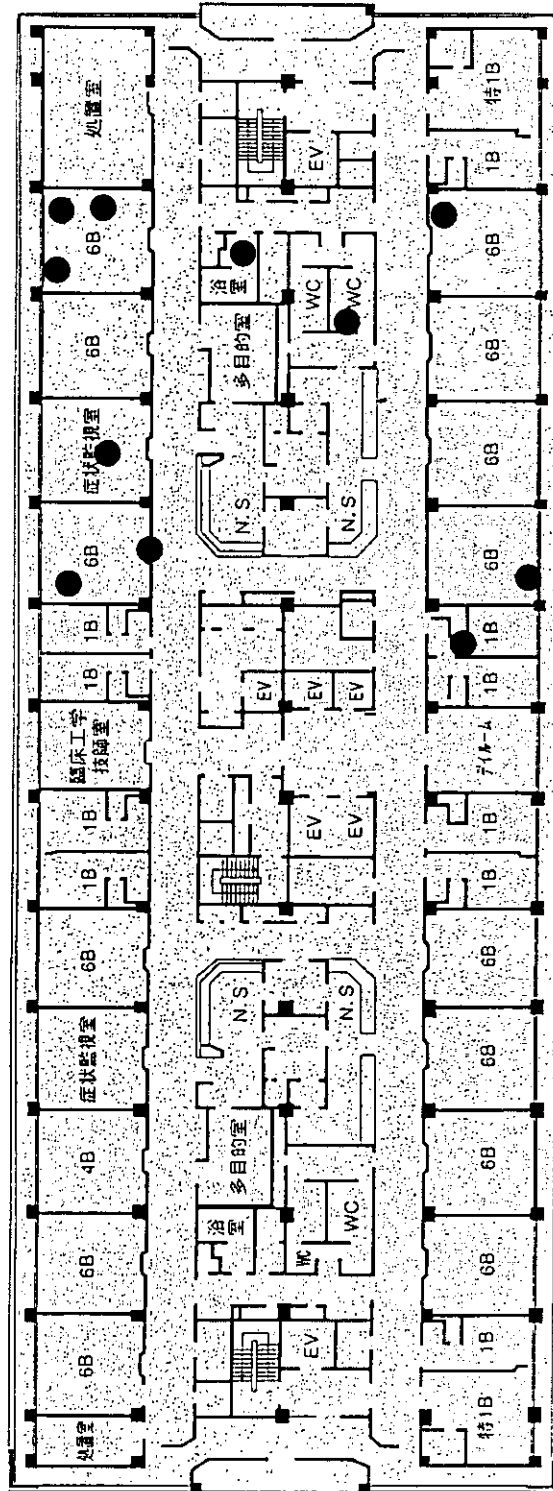
< 病棟図面：B 病院（内科系） >



< 内科49床 >

< 内科・小児科49床 >

<病棟図面：B病院（脳外科・整形外科系）>



<脳神経外科・整形外科系・形成外科49床>

<外科49床>

<病棟図面：C病院（脳外科）>

