

どちらかが対応しています。

何かおこると、今回は麻薬に関するオカレントレポートに対して、診療部・薬剤師・情報室・看護課長をあつめて、医療安全管理委員会にあげて検討します。

この事例は危ないので看護の中で勉強しなければとっています。初期対応するのは現場ですので、ここがメインなので、私たちがいくら力をつけてもだめだと思っています。

調査員：ありがとうございます。

## B 病院

### <院内の組織>

RM：当院の実情から専任リスクマネージャーはおいていないです。

委員会の中の一つとして、業務改善委員会があり、その中にMRM委員会があり、そこでリスクマネージャーとして活動しています。そこでは副委員長をやっています。委員長として外科の部長兼副院長がいます。そうですから私の上には副院長がいます。

調査員：事故対策委員会とは重大事例やクレーム等の対応や日々の業務改善の活動などを全部包括しているのか、他の部署があるのですか

RM：クレーム対応については、クレームの種類によって、CSES委員会（平成13年にできた）がある。その中から担当の部署へふっていき、あとは、大きな事故になるものは、MRM委員会の上に安全対策委員会があり、訴訟になりそうなものはそこで扱います。

### <インシデントレポート>

MRM委員会の中でレポートを全部みるの

は無理なので、委員会の下部組織としてレポート部会（最終的にレポートは全てこちらに）があります。医師2名、ナース2名、薬剤師1名、検査技師1名、医事科関係2名、月一回開催し、あつまったレポートを部署毎に（1ヶ月約200枚）集計分析している。この部会は一年前に結成された（MRM委員会だけではレポート件数が多くて対応しきれない）。自分の担当部署で、レポートを一旦集計し、自分の部署では解決策が見つからない場合や他部門との連携の問題がある場合などは部会に持ち寄って検討しています。

調査員：院内周知や教育とか動いているとかはありますか

RM：こういうことがあるので徹底しようとか決められる範囲のことは部会で決めて院内にフィードバックしています。例えば、詳しく調査しましょうとか、ナースはレポートをだしているが、この事例は医師にもだしてもらって検討しましょうとしています。

レポートはMRM委員会に集まります。まず、各セクションに一旦あつまって、レポート部会にさらに集まって、段々焦点をしぼってきて、問題としなければいけないものを集約して、最終的にはMRM委員会に集まってきます。

調査員：レベルに影響がないものは、集計して、部署対応で終えてレポート部会にあげていくものはセレクトされているのですね。

RM：レポート部会にあげるものは、対策を講じなければならないものやレベルの高いものや原因がわからないものや他部門にかかわるものです。

### <CSES委員会>

調査員：CSES委員会は患者対応や何か

が必要になってですか

RM：CSES委員会発信のアンケート結果を掲示している。施設・栄養セクションへの要望が多く、当人たちは辛い思いをしているらしい（建物が古いのでなんともならない）です。なかなか満足度があがりません。

#### <マップと誤薬防止ハンドブック>

調査員：医師がオーダーをだして、体の中に薬がいくまでの道筋をつくり、リスクマップとして、薬の立場になって、薬のうごきを見たものです。どこでリスクがおきやすいかを見たものです。医師の指示が大きく絡んだところが多いんですね。

MR：当院では一週間分をセットできる与薬カートを使っています。決められた日にそのまま病室に運ばれるのでこういった作業がないですね。

1週間分すべてセットされているので、カートをそのままもっていきますので、途中で落とすこともありません。臨時の場合もあります。頓用薬だけはセットできないので薬袋ごともっていくようにしています。

そのルールを書いたのが「誤薬防止ハンドブック」です。これとこれを（事故防止ハンドブック）を一つにまとめたものが今度出版されます。

今回4回目の改訂になります。これがないと現場では困ると、新人にはすぐ配って欲しいと、これで指導するからと言われていました。

医師とナース全員に配布、薬剤部に数冊配布します。

ルールを周知徹底させるのは難しいので、何かあるといいと思って、いろんなルールがあて、新人をターゲットに教育用につくりました。しかし、そのうちみんなから自分達も欲しいと希望があり全員に

配布することにしました。

「メモ欄」は科毎の特殊なルールにも使えます（基本的にローカルルールは認めない）。

メモは集めて、次の改訂に生かして、1年に1回改訂しています。

#### <与薬車とエラー防止>

調査員：1週間ごとの与薬カートは、薬剤で1週間の分が準備されて、決められた曜日にあがってくるんですか。

MR：半数の病棟がセットしてもらっています。

これも一般外科から脳外科に移った時に、配薬のエラーが起こっていたんです。何でおこっているのかと思ったら、配薬のやり方がまずいと気付いて、毎日毎日やっているんですね。ハインリッヒの法則からいっても、行為が多ければミスも多いですね。一回できちんとセットしたい、そこで、配薬方法を薬剤師に相談し、3番目に提案されたのがこの与薬カートだったんですよ。それを使ったら薬剤師自体がエラーが減ったと感じたんですね。薬剤師から事務長にレポートをだしてと言われました。「こんないいものをどうして他の病棟で使わないのですか」と事務長からいわれました。

そこで、2つ理由をいいました。カートが高価（40～50万）であること、薬剤師がセットするので、薬剤師がたりないんですと。

すると、翌年に予算化して、4～5年前に全病棟に入りました。

調査員：変更・中止の場合はどうされますか

MR：カート每返して、改めてカートごと配薬されてきます。

調査員：急性期の病棟だと、薬がその日のデータで違ったりしますよね。

MR：ワーファリンもやりました。エラーが起っていたので、プロジェクトをつくって（医師・ナース・薬剤師・SE（情報システム室））検討しましたが、「用法口授」はさけられないと言われました。循環器病棟では検査結果を見て13：30までにカルテに入力する。それからエラーが減りました。

#### <口頭指示>

MR：口頭指示では医師からの電話指示の場合は電話指示として内容を直接カルテに書き込むようにして、医師が後からその実施を確認し、サインをするようにしています。自分が直接カルテに書いたものを復唱し、医師がそれを確認する。自分が書いたものを復唱することが大事です。メモして記録するのは転記になるし、間違いがおこっている。

外からでも医局からでもオーダーした場合はオーダーしたよとひとこと言ってくださいとしている。基本はオーダーですよ。

#### <受け手が必要な情報をとる>

調査員：誤薬防止のキーポイントとして、3つのルートから情報が入るの・・複数の違った伝え方をしてエラーが減っているんですね。

RM：必ず両方に関わってくると、言った言わないという問題がおこってきて、ドクターとナース間だけでなくナースとナース間でも起こっており、そういったことがないように必ず記録をすることで、受け手側から送り手側に確認するようにしている。

なぜこのようにしたかという、申し送りの時間を短縮させるためでした。そのために残業時間が三分の一から四分の一に減少して、給料が2～3万減ったので

苦情がでるかと思ったら、早く帰れるようになってうれしいとの声がスタッフから聞かれた。

モジュール式でやっているが、新人のエラーが多くて、TQMもやっているので固定チームナーシングに変えてエラーが起こらなければ、その結果できめようと思っています。

在院日数が15～16日ですと、まして高度な医療になると経験のないナースにはモジュール式は負担がかかっていると思います。

#### <注射フロー>

調査員：当院の注射フローはこうですが、こちらはどうなっていますか

MR：これは同じだと思います。注射は一人分が一日分まとめてきます。本当は組み合わせを間違えやすいので、一回分毎でワンセットにして欲しいとっていますがやってもらえないです。

トレイに取り出す時に間違いが起こりますので、ダブルチェックカードを使っています。カードが入ってなければ、混注してはいけないとしています。

ワークシートは半分しか使わないものは赤字で印字している。さまざまな工夫をしているがインシデントがおこるんですね。

#### <実施忘れへの対策>

調査員：この中で一番インシデントが多いのはどこですか

MR：夜間の実施忘れが一番多いですね。患者取り違えは一件/年くらいです。

実施忘れに対しては、情報収集シート（ワークシート）を用いて、メモをしたりしています。前日の注射指示が全て終了しているかどうかは、患者別引き出しを確認することにして、残っていたら実施忘

れに気付くことができるようにしています。

終わったものは医師が確認することになっているが、実際は師長が確認しています。・・・クラークがコストの実施入力する際にも気づくことがあります。

#### <思い込み・勘違い>

調査者：ここに書かれている思い込みで仕事をしないということについて・・・

MR：思いこみ、勘違いのミスが多いです。

全国アンケートでもエラーをおこしたナースの9割が思いこみ、勘違いです。思い込みは自分の頭の中と照合しているんですよ。だから、自分の頭の中の情報で確認しないこと。復唱、指さし確認（電車の運転士さんを見てみなさい、命を預かる者として）をするようにしています。当院はバーコードシステムがないので、バーコードの替わりを指差し呼称で行っているということだといっています。

もう一つ、事実に基づいた管理をすること。推測で仕事をしない。・・インシュリンを打つべき人がご飯を食べていた。・・もう打ってくれたものと思っていたが、申し送りで打っていないことに気づいた。・・患者本人かスタッフに一言確認すべきだった。

相手（患者・患者・同僚・先輩・後輩）を助けるには自分がどうすればいいかですよ。

リストバンドはオペ室のみ（手書き）です。

患者さん間違いを起さないために、「お名前を覚えて下さい」キャンペーンをしています。

「名前を教えてください、もしかしたら検査などに呼びに来られないかもしれない、食事についてなど、患者さんから私たちに声をかけてください」と。

与薬のインシデントは減った。転倒転落が多いです。

#### <転倒・転落>

MR：転倒・転落はリリースしまして、システム的に報告があがってくるようになった。

患者別にアセスメントし、危険度2以上は要因別の対策が入っていて、実施する項目を選択、印刷しカルテへとじるようになっていて。事故がおこるとその画面をつかってレポートを作成できる。システム化により対策立案が容易になり、件数、要因の集計・分析が楽になった。月別件数としては転倒転落70件前後（与薬は40件に減った）です。

アセスメントシートと対策、実際起こったことを検証することができる。

それが導入されたことで、データ整理・集計等が非常に楽になった。

#### <標準ルールの認識>

医師の指示は正しくでているのに、指示を正しく解釈していないナースのミスがある。本人が自発的に気づかないと、改まらないと考えている。

標準を認識することが大事で、レポートに標準はどうだったのかを書かせるようにしています。

「標準」のルールを認識することが大事で、受け手でなく、当事者が自分から情報を取りに行くことで、確認でき、見直しに繋がっているといえる。

#### <病棟見学とその後のディスカッション>

##### 与薬カート

・個人別のトレイが3人分まで病室毎に仕切られた箱に入っている。

・一人しかいない病室は、後の二人分ははずしておく。こうすることでその病室に患

者がいるかどうか一目でわかる。

・識別用のカードがある。

(1)「まだよ」カード

(2)「冷蔵庫水薬あり」カード

・エラーが起きたら、それを必ず検討して、すぐに改善する。

ダブルチェック

・ダブルチェックは、二人同時に行うと相手方に誘導されてしまうので、時間や内容を変更して確認する。

そろって行う必要が無いので、時間も有効に利用できる。具体的には次のように行う。

(1)担当ナース：とりわけと確認（1回分の薬とワークシートとの照合）

(2)フリーナース：箱の中を確認（1回分の薬とワークシートとの照合）

このときに、3種類のカードのうち該当するものを入れる。確認カードは必ず入る

- ・使用量注意
- ・隔壁開通
- ・確認 OK

「確認 OK」カードを確認して担当ナースがミキシングして投与

・箱ごと持ち歩きをする。薬を裸で持ち歩かない。(みっともない!)

・視点を

・「思いこみで仕事」(P27)

・3ルートの確認 (P24)

・書いたものを復唱する (P10)

## 7. 添付資料

<図表>

図1 与薬業務フローの調査方法

図2 転倒・転落に関する業務フローの調査方法

<各種フォーマット>

1. インデントレポート (与薬関連)  
(転倒転落)

2. 注射フロー

3. 内服薬フロー

4. 詳細状況記載用紙

5. 業務プロセス別リスク要因 注射

6. 業務プロセス別リスク要因 内服薬

7. 注射リスク要因

8. 注射業務プロセスの主なリスク要因(医師のオーダー)

9. 注射業務プロセスの主なリスク要因(看護師の医師の指示確認)

10. 注射業務プロセスの主なリスク要因(準備時確認)

11. 注射業務プロセスの主なリスク要因(患者への実施)

12. 内服薬リスク要因

13. 内服薬業務プロセスの主なリスク要因(医師のオーダー)

14. 内服薬業務プロセスの主なリスク要因(看護師の指示確認行為)

15. 内服薬業務プロセスの主なリスク要因(患者への実施)

16. 転倒・転落インシデント分析

17. 現地調査(7枚つづり)

## 参考文献

『組織の経営学』

ポール・ミルグロム、ジョン・ロバーツ (著) 奥野正寛、伊藤秀史、今井晴雄、八木甫 (翻訳)

『イノベーションの経営学—技術・市場・組織の統合的マネジメント』

ジョーティッド (著)、キースパビット (著)、ジョンベサント (著)、後藤晃 (翻訳)、鈴木潤 (翻訳)

Crossing the Quality Chasm 2001 IOM

PATIENT SAFETY, ACHIEVING A NEW STANDARD FOR CARE,  
Philip Aspden, Janet M. Corrigan, Julie Wolcott,  
and Shari M. Erickson, Editors 2004 ICM

『ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ  
完全本』 医学書院

『医療におけるヒューマンエラー』 医学書  
院

「医療施設における療養環境の安全性に関する研究  
転倒転落への物的対策」平成14年度 厚生労働省  
科学研究費補助金 主任研究員 三宅祥三

「医療安全に資する標準化に関する研究」平成14  
年度 厚生労働省科学研究費補助金  
主任研究員 坂本すが

「医療安全に資する標準化に関する研究」平成14  
年度 厚生労働省科学研究費補助金 坂本すが  
主任研究員 坂本すが

平成15年度 厚生労働省科学研究費補助金 (医療  
技術評価総合研究事業)

「医療機関における安全管理体制の構築状況の実況  
の実態調査および普及に関する研究」坂本すが

Expansive Visibilization of Work: An  
Activity-Theoretical Perspective  
Computer Supported Cooperative Work  
archive Volume 8, Issue 1-2  
Yrjö Engeström 1999

『医療安全』 no.1 エルゼビア・ジャパン 20  
04 July.

『医療安全』 no.2 エルゼビア・ジャパン 20  
04 Dec.

『医療安全』 no.3 エルゼビア・ジャパン 20  
05 Mar.

『看護管理』 Vol.14 No.9 医学書院 200  
4

## 7.添付資料

図1 与薬関連の業務フローの調査方法

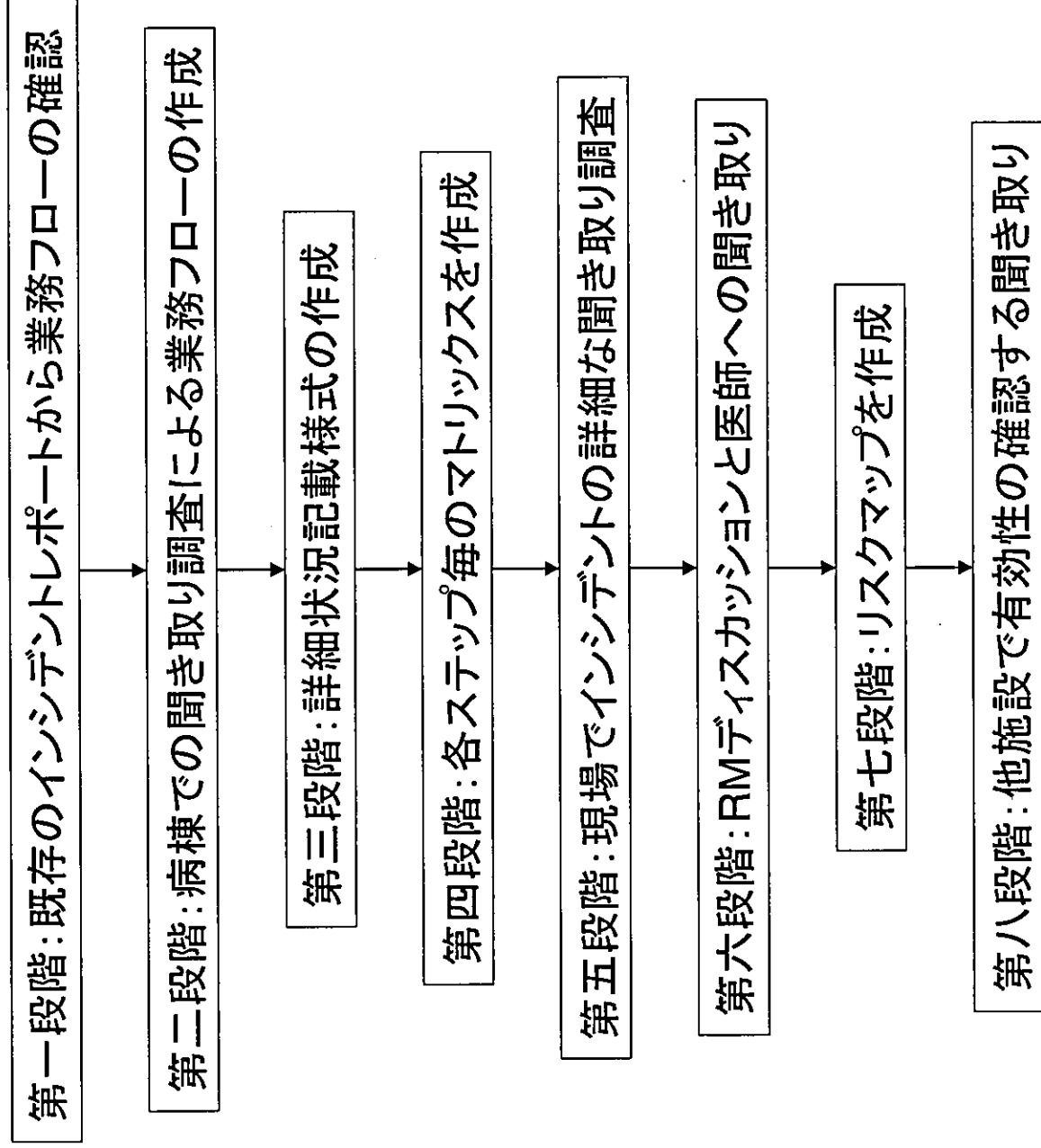
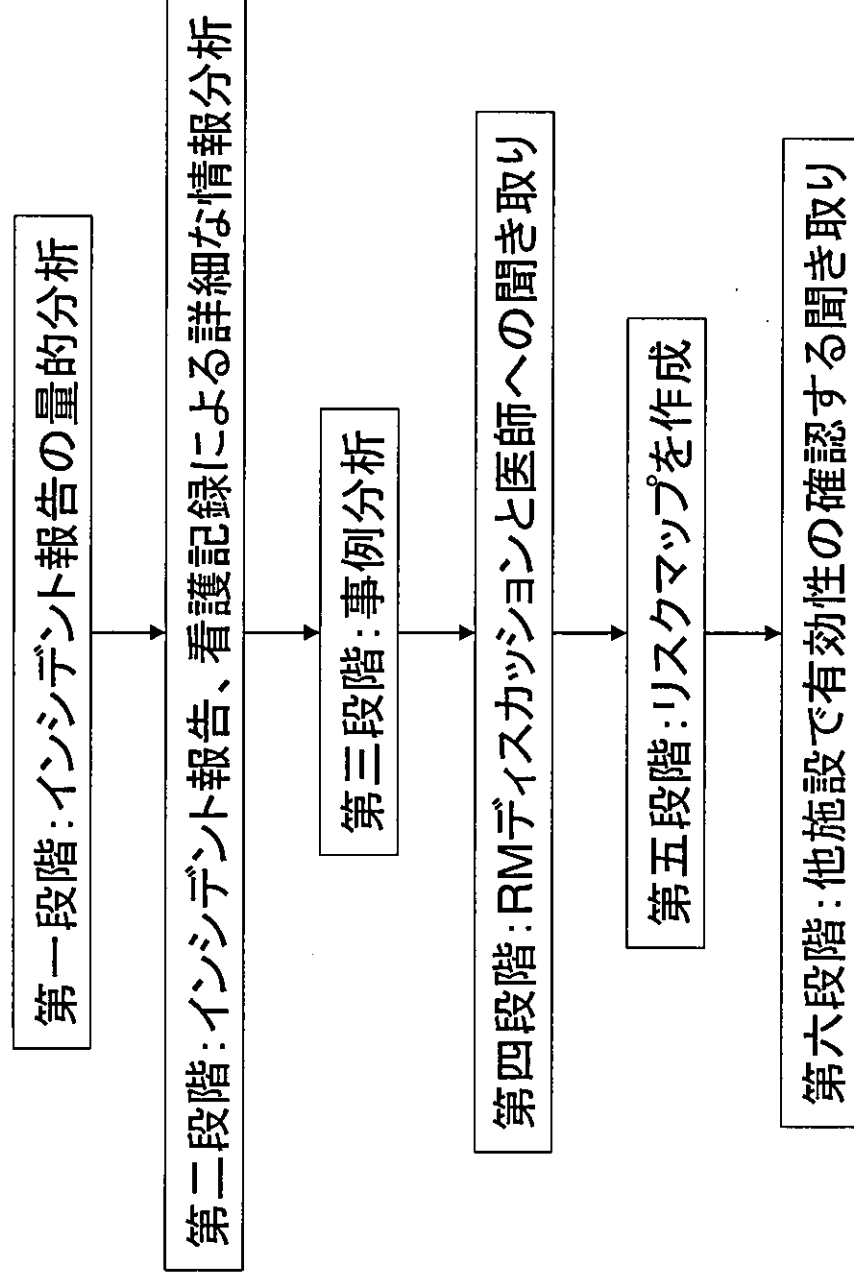




図2 転倒・転落に関する業務フローの調査方法



# インシデント・レポート(与薬関連)

報告日 平成 年 月 日

FAX送信日( 月 日)

6334 (日中)

6020 (土・日・祝日)

部署

報告者  発見者  
 当事者  
 看護長

(種類)  注射  輸液  内服薬(看護婦与薬・自己管理薬)  輸血  麻薬  管理薬品  チューブ・器械類操作  その他  
 (発見状況)  自分自身  患者からの指摘  家族からの指摘  他勤務者からの指摘  患者の状態  その他

<input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見	月 日 時 分	看護師	氏名	経験年数	年
患者	ID番号 氏名	年齢	診断名		

### 実施すること

### 実施したこと

患者名 \_\_\_\_\_ 様に

患者名 \_\_\_\_\_ 様に

薬剤名 \_\_\_\_\_

薬剤名 \_\_\_\_\_

投与量(単位) ( ) を

投与量(単位) ( ) を

投与速度/時間 \_\_\_\_\_

速度/時間 \_\_\_\_\_

投与経路/部位 \_\_\_\_\_

投与経路/部位 \_\_\_\_\_

開始時間 \_\_\_\_\_

開始時間 \_\_\_\_\_

- 定時 の予定が
- 中止
- 変更
- 追加

- 実施した  実施しなかった
- ポンプの作動や三活方向の確認をしなかった

### 追記事項

発生後の患者の状態	生命の危険性 a きわめて高い b 高い c 可能性あり d 低い e ない 《直接的影響、予測される影響を含めた患者の状態》
	患者への措置 a 救急蘇生 b 治療処置 c 注射投薬 d 内服投薬 e 経過観察 f その他( ) 《直後の対処:いつ誰に報告したか。どんな対応をしたか》

報告	医師 ( ) へ	月	日	時	分
	看護長 ( ) へ	月	日	時	分
	管理者 ( ) へ	月	日	時	分

**当事者記入**

注射業務のフローで、どこを実施しなかったか未実施に○を付けてください。

業務	番号	チェック	業務内容フロー
指示受け	1		患者氏名をフルネームで確認する
	2		医師より指示内容や施行理由の伝達(口頭・指示書)を受ける
	3		患者への説明の有無や内容を確認する
	4		指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する
	5		指示内容が理解や納得できない場合、主治医、リーダーまたは主任、看護長に確認する
	6		約束指示の場合は約束指示どおりでいいのかどうかを確認する
	7		指示書とともに指示内容や施行理由を担当者に伝える
指示書確認	8		患者氏名、月日を確認する
	9		指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する
	10		指示内容が理解や納得できない場合は、リーダーまたは主任、看護長に確認する
薬剤の準備	11		指示書を手元に置く
	12		薬品車の薬品と指示書、指示書と薬品を二人の看護師が相互復唱し確認する (スライディングスケール、量や濃度の計算も含む)
	13		指示書で確認した薬品にラベルを貼る
	14		薬品照合がされた後、他者を介さず混注する。混注後ラベルに●印をつける。
	15		空アンプルを指示書と確認後に破棄する
	16		調剤者がラベルにサインをする
	17		適切な点滴ラインを選択する
	18		特殊薬剤や冷所保存薬を混注する
	19		薬剤を指示どおりに調剤できたか再度確認する
運薬搬剤	20		1人の患者に1台の点滴スタンドとし、ベッドサイドまで運搬する
	21		注射薬も患者ごとにトレーに入れ、ベッドサイドまで運搬する
患者確認	22		指示書と準備された薬品ボトルのラベルと患者氏名を確認する
	23		薬品ボトルのラベルとリストバンドを確認する
	24		患者の氏名をフルネームで確認する
	25		患者が治療を了承しているか確認する
実施	26		実施直前に指示書で、予定時間、薬品名、投与量、与薬経路/部位、手技、速度/時間を確認する
	27		点滴速度を合わせる
	28		輸液ポンプ、シリンジポンプの設置と設定速度を合わせて開始する
	29		液漏れ、ラインの閉塞、固定不良(接続はずれなど)の有無を観察する
	30		患者の状態を観察する
	31		輸液が定時量滴下しているか、経時的に観察・調整する
	32		不安なことはリーダーまたは主任、看護長に相談し、必要があれば監督のもとで実施する
記録	33		リーダーに実施した際の内容を報告する
	34		実施登録をする
その他	35		その他(

実施しなかった業務番号の状況について記入して下さい。

# インシデントレポート(転倒・転落関連)

報告日 平成 年 月 日

FAX送信日 ( 月 日 )

部署 \_\_\_\_\_ 報告者 \_\_\_\_\_

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"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他
患者氏名	科名	患者番号		診断名	
	氏名	歳			
報告	医師 ( ) へ		日	時	分
	看護長 ( ) 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	(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"/> 目を離した時 <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 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"/> トリから <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ストッパーから <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				

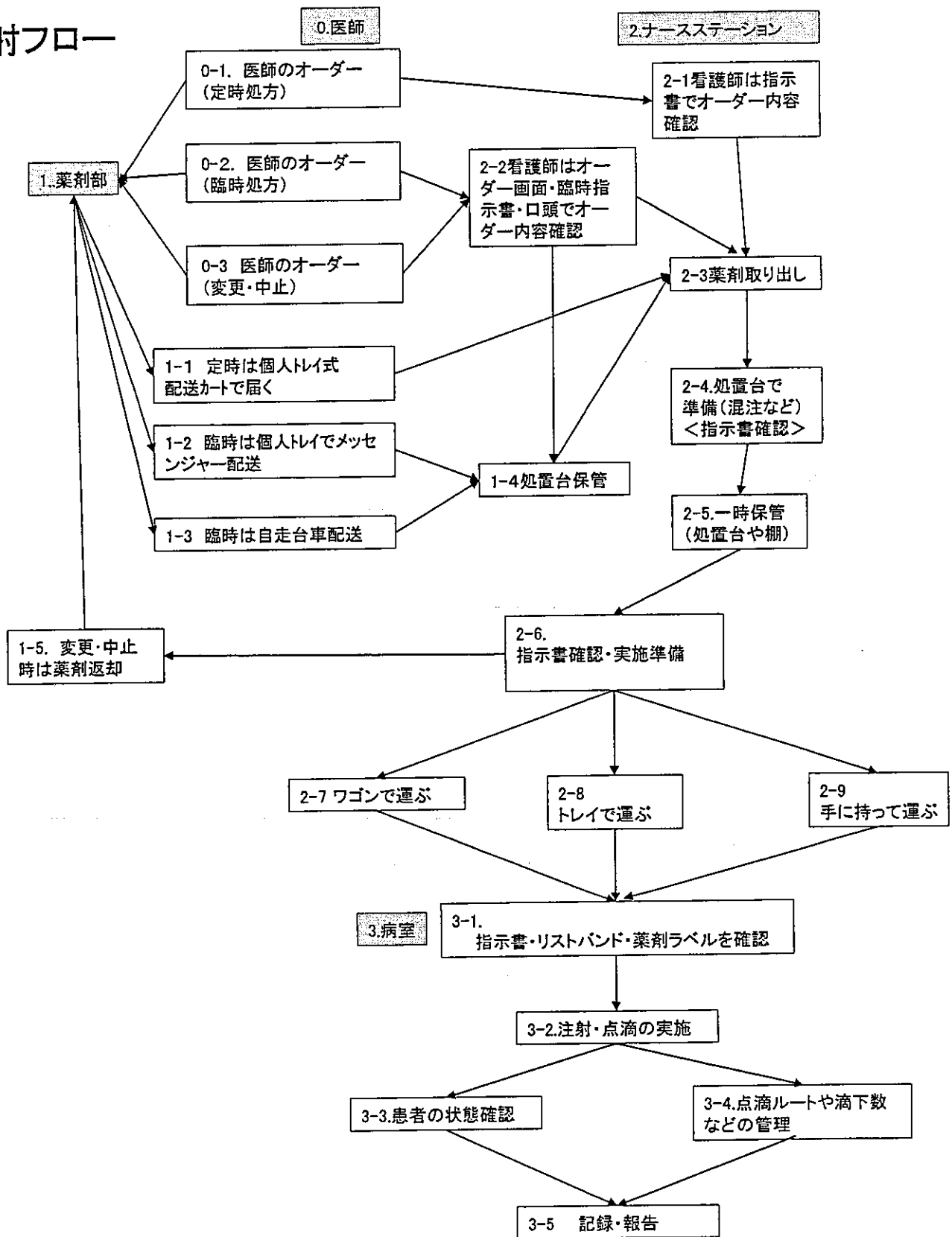
## 転倒・転落時の状況

ベッド柵の使用	<input type="checkbox"/> 上げていた <input type="checkbox"/> 下げていた <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> その他の工夫
ベッドの高さ	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 該当なし
ベッドランプ	<input type="checkbox"/> 点灯 <input type="checkbox"/> 消灯 <input type="checkbox"/> 該当なし
ベッドランプ操作	<input type="checkbox"/> 患者は操作できる <input type="checkbox"/> 患者は操作できない <input type="checkbox"/> 該当なし
ナースコール操作 1	<input type="checkbox"/> 患者は操作できる <input type="checkbox"/> 患者は操作できない <input type="checkbox"/> 該当なし
ナースコールを手元に置く	<input type="checkbox"/> 操作指導済み (いつ ) <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 未設定
ナースコール操作 2	<input type="checkbox"/> 行動前必ず呼ぶ <input type="checkbox"/> 時々一人で行動 <input type="checkbox"/> いつも呼ばずに行動
履物	<input type="checkbox"/> スリッパ <input type="checkbox"/> シューズ <input type="checkbox"/> 履きにくい <input type="checkbox"/> 脱げやすい <input type="checkbox"/> 滑りやすい <input type="checkbox"/> なし
履物のセッティング	<input type="checkbox"/> 位置を説明済み <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当なし
床が滑る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし
薬物臨時使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
最近の薬物変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
転倒前排泄	<input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当せず
排尿パターンの把握	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ボータブ・尿瓶のセッティング	<input type="checkbox"/> 位置を確認済み <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当なし
安静指示 or 行動制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
身体的抑制	<input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当なし
不穏 or 精神状態の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
離床センサーの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 予測性

転倒・転落に関連した看護計画	<input type="checkbox"/> あり → 電子カルテ「継続看護」をプリントアウトして提出してください。 <input type="checkbox"/> なし
転倒・転落のハイリスクであることの説明・指導	<input type="checkbox"/> あり  いつ           月   日   時   分 誰に <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (           ) <input type="checkbox"/> なし

# 注射フロー



# 内服薬フロー

