

# 転倒・転落アセスメントシート

様

1～9点：危険度Ⅰ（転倒転落する可能性がある）

10～19点：危険度Ⅱ（転倒転落を起こしやすい）

20点以上：危険度Ⅲ（転倒転落をよく起こす）

項目	評価	特記事項	問題
年齢各2点	<input type="checkbox"/> 70歳以上		<input type="checkbox"/>
既往歴各2点	<input type="checkbox"/> 評価日から1ヶ月以内に転倒・転落したことがある		<input type="checkbox"/>
患者特徴-A どれかに該当で4点	<input type="checkbox"/> ナースコール指導しても押さない・押せない <input type="checkbox"/> ナースコールを押さずに行動する		<input type="checkbox"/>
患者特徴-B どれかに該当で2点	<input type="checkbox"/> 医療従事者（または家族でも）に依頼するのを遠慮する、嫌がる <input type="checkbox"/> 安静度が理解できない		<input type="checkbox"/>
患者特徴-B どれかに該当で3点	<input type="checkbox"/> 貧血がある（Hb = 7.0g / dl 未満） <input type="checkbox"/> 起立性低血圧である		<input type="checkbox"/>
患者特徴-B どれかに該当で2点	<input type="checkbox"/> 手術後3日以内である		<input type="checkbox"/>
患者特徴-B どれかに該当で1点	<input type="checkbox"/> リハビリ訓練中である <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"/>
排泄-A どれかに該当で3点	<input type="checkbox"/> 尿、便失禁がある <input type="checkbox"/> 夜2回以上、排泄の為に起きる <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを利用している		<input type="checkbox"/>
排泄-B どれかに該当で2点	<input type="checkbox"/> 車椅子トイレを使用している <input type="checkbox"/> 便器（トイレ含む）使用に介助者1名以上、ズボンの着脱に介助が必要		<input type="checkbox"/>
認識力 どれかに該当で4点	<input type="checkbox"/> 認知症の診断がある <input type="checkbox"/> 不穏行動がある <input type="checkbox"/> 見当識障害・意識混濁・混乱がある		<input type="checkbox"/>
感覚-A どれかに該当で2点	<input type="checkbox"/> 平衡感覚障害がある <input type="checkbox"/> 下肢の感覚障害がある		<input type="checkbox"/>
感覚-B 各で1点	<input type="checkbox"/> 視力障害がある		<input type="checkbox"/>
運動機能障害-A各3点	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力の低下がある		<input type="checkbox"/>
運動機能障害-B どれかに該当で1点	<input type="checkbox"/> 麻痺痺れがある <input type="checkbox"/> 骨・関節異常がある（拘縮、変形）		<input type="checkbox"/>
活動領域①2点	<input type="checkbox"/> ベッド端座位で介助が必要である		<input type="checkbox"/>
活動領域②2点	<input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器を使用している		<input type="checkbox"/>
活動領域③3点	<input type="checkbox"/> 移動に介助、または見守りが必要である		<input type="checkbox"/>
薬剤①2点	<input type="checkbox"/> 2つ以上を内服している（抗凝固剤・鎮痛剤・麻薬・下痢・高圧利尿剤）		<input type="checkbox"/>
薬剤②2点	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤・抗がん剤を内服している		<input type="checkbox"/>
評価点数 合計			

項目	評価	特記事項	問題
安全項目：介助状況 移動介助	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
安全項目：介助状況 移乗動作	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
安全項目：介助状況 排泄動作	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
環境：ベッド柵	<input type="checkbox"/> その他（柵使用数） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
環境：センサー	<input type="checkbox"/> マット <input type="checkbox"/> ピン <input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
環境：緩衝マット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載する）		<input type="checkbox"/>
環境：低ベッド	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/>
環境： ナースコールの位置確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/>
患者状況	<input type="checkbox"/> 麻痺側：右 <input type="checkbox"/> 麻痺側：左 <input type="checkbox"/> プッシャー <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 視野・視力面 <input type="checkbox"/> 言語理解面 <input type="checkbox"/> 状況判断面		<input type="checkbox"/>
ナースコール	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/>
注意事項	<input type="checkbox"/> その他（具体的内容を記載する）		<input type="checkbox"/>