

8 転倒・転落事故対応

転倒・転落とは、視聴覚障害、脳神経疾患、薬剤の副作用などの内的要因や、住環境、衣類などの外的要因がからみ合った結果、ある動作に何らかのさわりが生じたために発生した事故を言う。不慮の事故のひとつであるが、不可抗力で起こるもの以外は比較的、不穏との関連が強いとも言われる。

転倒・転落事故防止にはアセスメントが重要である。特に高齢者は転倒すると骨折する可能性が高く、日常生活への影響が大きくなるため、一度転倒すると、再発防止のために生活行動を制限してしまう傾向がある。従って、対象者のアセスメントを十分に行い安全な転落・転倒対策を実施する事が必要である。

8-1 高齢者外傷の特殊性

転倒・転落における高齢者で特に注意が必要な損傷は頭部外傷、多発肋骨骨折、骨盤外傷である。これは加齢とともに感覚機能や運動機能が低下し、危険に対しての防御能力が低下するため、外傷が生じやすい事が言われている。

1. 頭部外傷の注意点

- 1) 高齢者が若年者に比べ急性硬膜外血腫の頻度が低く、急性硬膜下血腫の頻度が高い。これは加齢による頭蓋内の解剖学的な変化が伴うものとされている。
- 2) 受傷時は会話が可能でも意識レベルの急速な悪化をきたし予後不良な talk & die(deteriorate)は、高齢者の急性硬膜下血腫や脳挫傷に多い。
- 3) 初期診療時に意識清明で CT 上異常所見がなくても、数か月以内に慢性硬膜下血腫を発症することがある。
- 4) 特に高齢者においては直接頭部をぶつけていなくとも、転倒・転落時の衝撃や剪断により、脳表の架橋静脈からの出血により硬膜下血腫をきたす場合がある

2. 肋骨骨折の注意点

- 1) 高齢者は胸壁の変化や骨密度低下のため肋骨骨折のリスクが高い
- 2) 肋骨骨折の本数が多いほど死亡リスクが上昇する

3. 骨盤骨折の注意点

- 1) 入院中の転倒・転落による骨盤骨折は入院期間も長期化し、独立した生活に戻ることが困難となりうる。
- 2) 高齢者は骨密度の低下の他に、血管も脆弱な上に軟部組織が粗であり、骨折が原因における出血が持続しショックとなり得る事があるため注意が必要である。

8-2 薬剤による転倒・転落

1. 薬剤と転倒の関係

現状そのものによる動作障害などに加え、薬剤の与薬により、転倒の危険性が高まる可能性がある。例えば、もともと脱力のある患者に抗不安薬等を与薬した場合や、抗うつ剤等によるパーキンソン症候群などは、新たな転倒の危険性を作り出す事もある。

(表 8-1 参照)。

疾病を抱えた高齢者等では、微妙なバランスの上に日常生活活動が維持されている。薬剤の投与は、そのバランスを整えることもあるが、逆に崩す事もある。また、薬剤の反応も複雑で、さらにいくつもの疾病に罹患していることもあり、投与薬が多剤併用に陥りがちで、そのことにより、転倒リスクが増加すると報告されている。

代謝機能の低下等により、薬剤に対する耐性が低下していることもあり、高齢者への薬剤投与に当たっては、有益性と副作用を吟味した特別な配慮が求められる。

また、近年ベンゾジアゼピン系睡眠薬が転倒リスクを増加させると言われており、特に高齢者への処方慎重に検討すべきと言われている。当院の不眠・不穏時（入院中）の必要指示は表の通りとなる（表 8-2 参照）

2. 対策

- 1) 危険薬剤の投与例について、常に転倒の可能性を考えて対応する。
- 2) 危険薬剤の投与に際して、特に、高齢者では少量から始めて必要最小限を投与する。また、可能な薬剤では、薬剤血中濃度の測定を行い、過量投与を避ける。必要に応じての薬剤の併用を見直す。
- 3) 転倒があった場合、薬剤の可能性がないか再確認をする。
- 4) 同効薬の中で転倒リスクを伴わない薬剤を選択する。
- 5) 危険度の高い患者をリストアップし対策を考える。
- 6) 転倒・転落リスクの高い患者への、ベンゾジアゼピン（BZ）系薬剤の使用は慎重に行う

3. 転倒後の問題を増悪させる薬剤

- 1) 抗血栓薬（抗凝固剤、抗血小板剤）等は転倒に伴う外傷による出血に注意する。
- 2) 出血は外傷部位、局所からのものにとどまらず、頭蓋内・深部臓器に起こる可能性も考えて観察する。

表 8-1 転倒リスクを増す薬剤

リスクをもたらす副作用	薬剤の種類
脱力 筋緊張低下	筋弛緩剤 抗不安薬
めまい ふらつき	抗不安薬 睡眠薬 抗てんかん薬 麻薬 非麻薬性鎮痛剤 抗がん剤
失神 起立性低血圧	降圧剤 利尿剤 抗うつ剤 向精神薬(睡眠薬除く)
せん妄状態	抗パーキンソン薬 ジキタリス製剤 麻薬 H2拮抗剤 β遮断薬 抗がん剤
視力障害	抗コリン薬 抗てんかん薬
眠気 覚醒水準低下 (集中力・注意力低下)	睡眠薬 抗不安薬 抗てんかん薬 抗ヒスタミン剤 血糖降下剤 麻薬 非麻薬性鎮痛剤
パーキンソン症候群	向精神薬 抗うつ剤 制吐剤 胃腸機能調整薬

表 8-2 当院における不眠・不穏時の必要時指示

不眠・不穏時における必要時指示の統一のお知らせ

変更 2023年11月13日より

※必要時指示の優先順位は①からです
※下記の対応困難の場合は医師へ連絡

不眠時

①デエビゴ錠^{※1} 5mg 1回/1錠

②トラゾドン錠 25mg 1回/1錠 ⇒ 1時間あけて2回まで

※1:70歳未満であればエズピクロン錠(1mg 1回/1錠)を①と変更可

不穏時

①ペロスピロン錠^{高齢!} 4mg 1回/1錠 ⇒ 1時間あけて4回まで

②ハロペリドール^{※2} 0.5A 静注/筋注 ⇒ 1時間あけて2回まで

(0.5A+生食20ml 静注/0.5A筋注)

※2:パーキンソン症等の禁忌であればアタクソP(25mg/1回/静注)を②と変更可

高齢! : 日本老年医学会(編)『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015』高齢者の処方適正化スクリーニングツールで「特に慎重な投与を要する薬剤のリスト」に掲載

8-3 一般防止対策

1. 危険度評価

- 1) 転倒・転落の起きやすい要因を知っておく。
- 2) 既往歴、現象から患者の危険性を正確に把握する。
- 3) 「転倒・転落アセスメントスコアシート」から情報を共有する。
- 4) スタッフ間の連携を強化しチーム全体で共有する。
- 5) 患者の危険だけでなく、病棟の状況も把握しておく（重症患者、緊急入院等）。

2. 説明

- 1) 患者、家族への説明と協力要請
- 2) 入院案内の「転倒・転落防止策」（資料1）の用紙を使い患者・家族に説明を行う。

3. 環境整備

- 1) 病棟内の整理・整頓（障害物の除去、ベッドサイド、サイドテーブル、オーバーテーブル、通路等）、分かりやすい表示

4. 日常の注意事項

- 1) 観察、巡視を密にする。
- 2) 移動中は目を離さない（離れる時は安全の確保をする）。
- 3) 体位変換は原則二人で行う。
- 4) 転倒・転落防止用品の使用。
- 5) 抑制は基準に従い、適切な方法で行う。（身体拘束マニュアルに沿って）
- 6) 危険度評価は繰り返し行う。

表 8-3 転倒転落の発生要因

患者側の要因	
身体的機能	運動・知覚障害、言語・視力・聴覚障害、骨・関節の異常（骨粗しょう症、骨転移、拘縮・変形）筋力低下
精神的機能	理解力・判断力低下、不眠・不穩、多動、徘徊等
活動状況	車椅子、歩行器、杖使用、移動に要介助、点滴類、胃管、ドレーン類、尿カテーテル
薬剤の服用	鎮痛剤・睡眠薬、降圧剤、利尿剤、筋弛緩薬、向精神薬（睡眠薬を除く）等
排泄	障害あり、要介助、頻尿、夜間尿、下痢、ポータブルトイレ使用
当日の状態	発熱、貧血、脱水、腹水、食事摂取量低下、検査後、手術後、リハビリ訓練中、せん妄
今迄の生活状況	過去に転倒、失神、めまい、痙攣発作あり
環境の変化	入院・転入後 10 日以内、ベッド・トイレ・浴室の不慣れ
性格	自立心強い、遠慮深い、我慢強い

環境（施設、設備）の要因

- 環境整備：廊下、ベッドサイド等に障害物、介助バーがない
- ・ ベッド：高さ、大きさの不適、棚の不適切な使用
 - ・ ナースコール、床頭台：位置が不適切
 - ・ 床の状態：滑りやすい、つまずきやすい（清掃中、床の材質、敷物、段差など）
 - ・ 構造、表示：どこに何があるか分かりにくい、暗い（照明の不足）

ケア提供者側の要因

- リスクに対する意識が低い
- ・ 患者の危険度の把握が不十分
 - ・ 監視体制の不備：センサー類不十分、多忙
 - ・ 入院、転入患者へのオリエンテーションが不十分
 - ・ 眠剤投与薬後の注意、観察が不十分
 - ・ 適切な履物・衣服の選択、歩き方の指導が不十分
 - ・ 補助具、ポータブルトイレ、点滴架台の選択や設置場所が不適切
 - ・ 車椅子のストッパー、安全ベルトの装着忘れ、介助運転の不慣れ

5. その他

- 1) 定期的に評価と再発防止検討
- 2) 転倒・転落アセスメントスコアシートを利用する。
- 3) 危険度Ⅰの場合は入院一週間後に再度評価を行う

転倒転落アセスメントスコアシート

項目	観察内容	点数
年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上	2
転倒歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある(入院前・入院中)	4
感覚	<input type="checkbox"/> めまいがある <input type="checkbox"/> 視力・聴力障害がある	1
運動機能	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力の低下がある <input type="checkbox"/> しびれ感がある <input type="checkbox"/> 拘縮・変形・跛行がある <input type="checkbox"/> 麻痺がある	1
活動	<input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器(オパールも含む)を使用する <input type="checkbox"/> ふらつきがある <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきりだが手足は動く	1
認識力	<input type="checkbox"/> 不穩行動がある <input type="checkbox"/> 認知症ある <input type="checkbox"/> 理解力・記憶力の低下がある <input type="checkbox"/> ナースコールを押さない <input type="checkbox"/> ナースコールを認識できない	3
薬剤	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤服用中	2
	<input type="checkbox"/> 癌の薬物治療中(化学療法・分子標的療法・内分泌療法)	2
	<input type="checkbox"/> 麻薬使用中	1
	<input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤	1
	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤	1
	<input type="checkbox"/> 降圧利尿剤	1
	<input type="checkbox"/> 下剤服用	1
排泄	<input type="checkbox"/> 尿便失禁がある	3
	<input type="checkbox"/> 頻尿である	
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している	
病状	<input type="checkbox"/> ドレーンが入っている	2
	<input type="checkbox"/> 酸素療法中	
	<input type="checkbox"/> 発熱している(38.0度以上)	
	<input type="checkbox"/> 貧血がある(治療を要する状態)	
	<input type="checkbox"/> 点滴治療中	
環境	<input type="checkbox"/> 起立性低血圧がある	1
	<input type="checkbox"/> 転棟・転室をした	
合計		

危険度Ⅰ(転倒・転落の可能性が低い)：1～7点

危険度Ⅱ(転倒・転落の可能性が高い)：8点以上

転倒計画(有)	
認知計画(有)	
認知計画(無)	

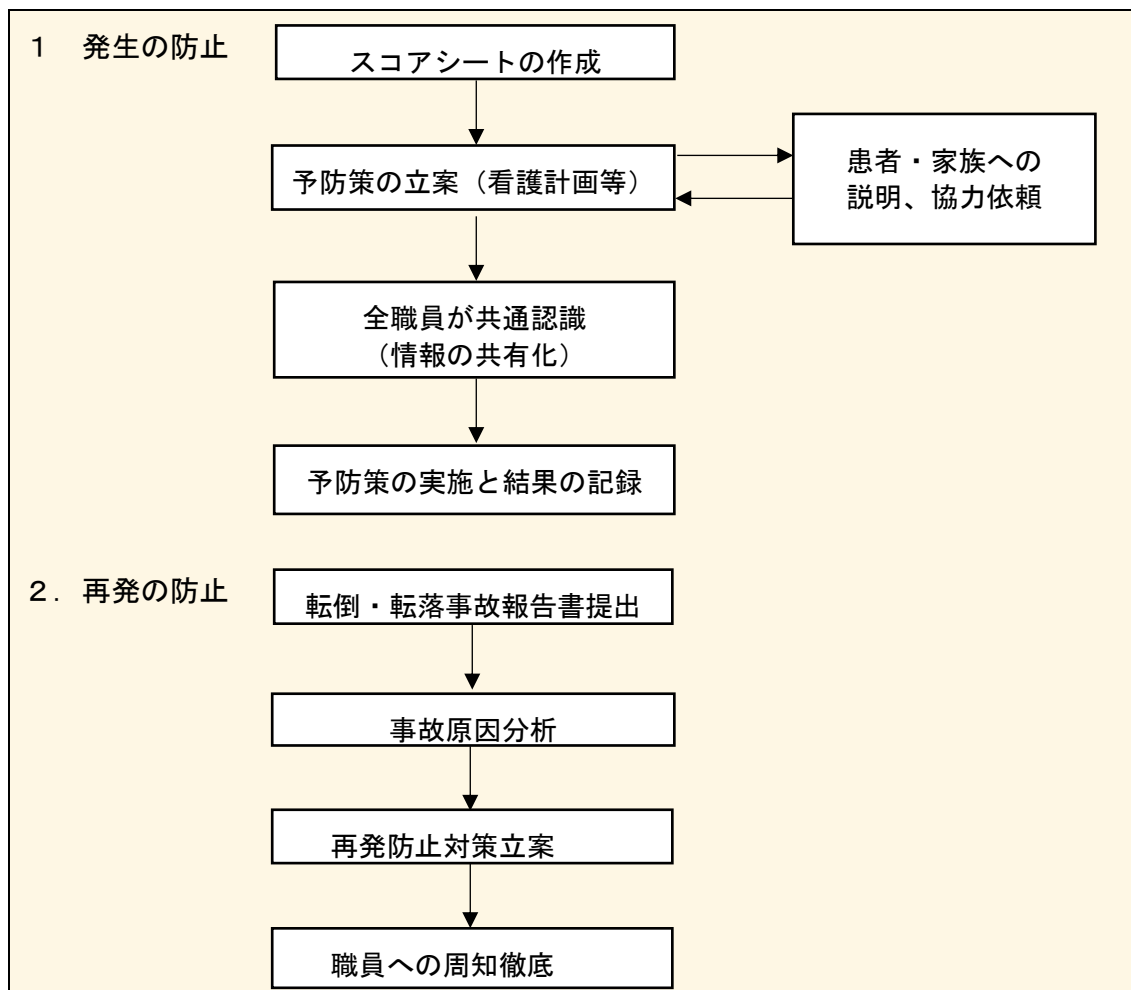
○対象○	入院患者全員
○評価○	危険度Ⅰ(1～7点) ①入院時 ②入院後1週間 ※ ②で点数が高い場合は看護計画を立案 危険度Ⅱ(8点以上) 看護計画立案 ※ 認知症ケア計画と転倒転落計画のどちらかを立案

8-4 個別的防止策

転倒・転落防止フロー

- 1) 転倒・転落アセスメントスコアシートをつける。
- 2) 転倒・転落予防策をたてる（している ADL・出来る ADL の区別）。
- 3) 予防策は、「転倒・転落危険度別対応策」（別紙）を参考に看護計画立案、実施、結果は、記録に残す。
- 4) 予防策は患者、家族に十分説明し、協力して取り組む。必要時は入院案内の「転倒・転落予防策」（資料 1）を利用する。
- 5) 「行動制限に関する同意書」（資料 2）を利用する。
- 6) 転倒・転落が起きた場合は「転倒・転落対応シート」（8-13）に沿って対応し、「転倒・転落事故報告書」を提出する。
- 7) 転倒・転落場面を見ていない場合は、全身状態に注意し、継続して観察すること。
- 8) 報告書をもとに分析し、再発防止策をたてる。

表 8-4 転倒・転落防止フローチャート



8-5 転倒・転落危険度別対応策 (例)

患者観察	① 身体的機能障害(視力・聴力・麻痺・痺れ・骨・関節の異常(拘縮、変形等)筋力の低下・ふらつき・突進歩行・その他)
	② 精神的機能障害(意識混濁・見当識障害・痴呆・判断力、理解力、注意力の低下・鬱状態・不穏行動(多動・徘徊)その他)
	③ 活動状況(車椅子・杖、歩行器を使用・移動時介助・姿勢の異常・寝たきり状態・付属品(点滴類・胃管、ドレーン類等・その他)
	④ 薬剤の服用(鎮静剤・睡眠薬・抗血栓薬・降圧・利尿剤・麻薬・血糖降下剤・抗パーキンソン薬浣腸暖下剤・抗癌剤・多剤併用・その他)
	⑤ 排泄の頻度(頻尿・夜間トイレに起きる・トイレ介助が必要・歩行行動に時間がかかる・尿、便失禁がある・その他)
	⑥ 当日の状態(発熱・貧血・脱水・食事摂取量・その他)

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ
ベッド上	<ul style="list-style-type: none"> ① ベッドの高さ・ストッパーの固定 ② ベッド柵 ③ ナースコールの位置 ④ ポータブルトイレの位置 (必要時設置) ⑤ 足マットの位置 (必要時設置) ⑥ 照明 ⑦ 床頭台・オーバーテーブルの位置 ⑧ 声かけ 	<ul style="list-style-type: none"> ①～⑦の確認 ⑧体位変換は2人で ⑨離床センサー・マットの位置 ⑩特殊ナースコールの設置 ⑪床マットの設置を検討 ⑫観察しやすい部室への移動を検討 ⑬安全ベルトの使用 (説明と同意が必要)
歩行	<ul style="list-style-type: none"> ① 出来るだけバリアーフリーにする ② 靴・寝巻きの裾丈に注意 ③ 床の水は必ず拭く ④ 廊下・階段の障害物の整理 ⑤ コード等の配線に注意 ⑥ 点滴スタンド・輸液ポンプ類の可動性の確認 ⑦ 歩行の指導 	<ul style="list-style-type: none"> ①～⑦の確認 ⑧階段は手すり、杖の利用 ⑨介助者の視野に入れる ⑩歩行時付き添う

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ
トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ① 状態と ADL に合わせた対応 ② 側を離れる時は声を掛ける ③ ナースコールの確認 ④ 車いすトイレは患者さんがおせる位置にあるか確認 	<ul style="list-style-type: none"> ①～④の確認 ⑤患者の側を離れない
夜間トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ① 状態と ADL に合わせた介助 ベッド上・ベッドサイド・トイレの歩行 ② 排泄パターンの確認 ③ ナースコールの確認 ④ 照明の確保 ⑤ 必ず覚醒させ説明する 	<ul style="list-style-type: none"> ①～⑤の確認 ⑥患者の側を離れない
浴室	<ul style="list-style-type: none"> ① 入浴可能な状態か判断 ② 浴室の環境整備（段差・手すり障害物等） ③ ナースコール確認 	<ul style="list-style-type: none"> ①～③の確認 ④必ず付き添う ⑤介助者は同時に2つの行為を行わず患者を視野内に入れておく ⑥特殊浴槽介助は原則2人（看護師1名以上）
歩行補助具	<ul style="list-style-type: none"> ① 補助具の点検を行う ② 正しい使用方法の説明（杖・歩行器・車いす） ③ 杖の長さの調整やすべり止めの摩耗点検 ④ 車いすストッパー・安全ベルトの装着・確認・点検 	<ul style="list-style-type: none"> ①～④の確認 ⑤患者の側を離れない
移動・搬送	<p><移動></p> <ul style="list-style-type: none"> ① ストッパーの固定 ② 移動間のストレッチャーの高さは同じにする ③ 移動は最低でも2名で行うのが望ましい <p><搬送></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 柵をする ② 安全ベルトの装着 ③ スピードに注意 ④ 搬送は2名で行うのが望ましい 	<p>移動は①～③の確認</p> <p>搬送は①～④の確認</p>

※入院時、医師、看護師が患者、家族に転倒転落について十分な説明を行うとともに行動制限について同意と理解を得ること。

8-6 具体的留意点

1. ベッド

- 1) 転倒・転落の危険度の高い患者はベッドの高さを検討する。
- 2) ベッドのストッパーは固定する
- 3) 転倒・転落の危険度の高い患者のベッドサイドを離れる時は、必ずベッド柵を使用する。
- 4) ベッド周囲の環境整備を行う（ナースコールの位置・危険物の排除・オーバーテーブル・床頭台・照明等の確認）。
- 5) 転倒・転落の危険度の高い患者のベッドを離れる時は、1)～4)の事項を確認し、患者に声をかける。
- 6) ベッド上での体位変換は原則2名で行う。
- 7) 理解力が低下している患者の場合は、離床センサー等を利用する。
- 8) 認知症のある場合は、患者に動きを感知するナースコールを利用する。
- 9) 認知症や意識障害の為体動が激しい場合は、
 - (1) 床に床マットの設置が望ましい。
 - (2) より観察しやすい部屋を検討する。
 - (3) 抑制等も考慮する（家族への説明・同意を忘れずに行う）

2. 歩行（廊下・階段）時

- 1) 出来るだけバリアーフリーにする。
- 2) 履きなれた靴や、裾丈を調整した寝衣にする。床の状態を把握しておく。
- 3) 廊下には歩行の障害になるものは置かない。
- 4) 点滴スタンドや輸液ポンプの可動性を確認、コード類の整理をする。
- 5) 歩行の指導をする。
- 6) 階段や手すりや、杖の使用で安全に利用するように指導する。
- 7) 転倒・転落の危険性がある患者の歩行時は、介助者の視野に入れておく。
- 8) 転倒・転落の危険性が高い場合は、歩行時付き添う。

3. トイレ

- 1) 患者の状態と ADL に合わせた対応を行う。
- 2) 患者から離れるときは必ず声かけし、ナースコールを患者に持たせるか側に置く。
- 3) トイレ使用中はプライバシーに考慮し、音の聞こえる所に待機する
- 4) 転倒・転落の危険度の高い患者を誘導したときは、患者の側から離れない。
- 5) 車椅子対応型トイレでは、ナースコールを患者の膝もとに置くか、若しくは手に持てる物を選択する。
- 6) ポータブルトイレを設置の際には、ポータブルトイレ自体が滑らないことを確認し、患者層に合わせた配置を考える。
- 7) 転倒・転落の危険性がある患者がポータブルトイレを使用する際には、使用時ナースコールを押させ、付き添う。

4. 夜間トイレ介助時

- 1) 患者の状態と ADL に合わせた介助を行う（ベッド上・ベッドサイド・トイレ歩行）。
- 2) 排泄パターンを把握し、患者の状態に応じたトイレ誘導。
- 3) ナースコールの使用法説明と確認、適切な証明を確保する。
- 4) 必ず覚醒していることを確認する。
- 5) 誘導後は排泄することを認識してもらう。
- 6) 危険度の高い患者は、排泄終了するまで側をはなれない。

5. 浴室

- 1) 浴室の環境整備（段差・手すり・障害物の排除等）
- 2) ナースコールの使い方を説明する。
- 3) 転倒・転落の危険度の高い患者は側を離はなれない。
- 4) 患者は視野に入れておく。
- 5) 特浴槽の介助は、原則 2 名（看護師 1 名以上）で行う。

6. 歩行補助具使用時

- 1) 補助具（杖・歩行器・車椅子等）の定期点検。
- 2) 補助具の正しい使用方法の説明をし、理解をしてもらう。
- 3) 杖の長さは患者に合わせ、滑り止めゴムを点検しておく。
- 4) 車椅子のストッパーや、安全ベルトの装着を確認しておく。
- 5) 転倒・転落の高い患者の場合の場合は付き添う。

7. 移動時・搬送時

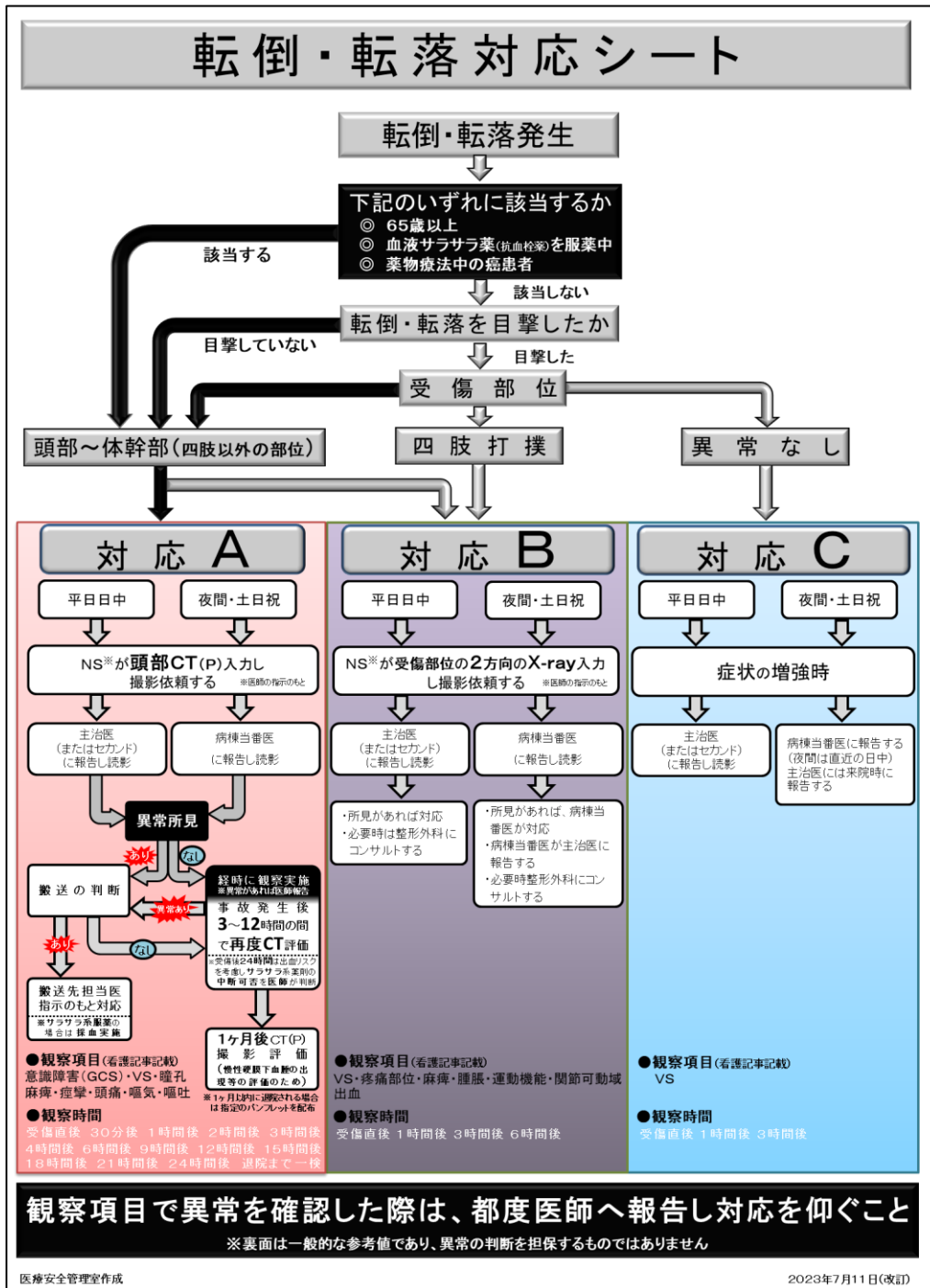
1. 移動時
 - (1) ストッパーは固定する。
 - (2) 移動間のストレッチャーの高さを同じにする。
 - (3) 移動は原則2名で行う。
2. 搬送時（ベッド・ストレッチャー・車椅子）
 - (1) ベッド・ストレッチャーは柵をする。必要時に応じて安全ベルトを使用する。
 - (2) 適度なスピードで搬送する。

8-7 転倒・転落時の対応・記録のポイント

1. 転倒・転落時の対応

- 1) 転倒・転落時は、頭部外傷や骨折などが発生することがあるため、初期～中期の対応が重要である。本院では、脳外科がないため、早期発見、早期治療を行ない。そのため統一した対応ができるよう対応シートに沿って対応する。

(転倒・転落対応シート)



2. 計画・立案・評価

- 1) スコアシートに基づいて、具体的な計画を立案する。
- 2) 立案した計画を患者、家族に説明する。
- 3) 看護計画は具体的でわかりやすく記載する。
- 4) 24時間継続した観察と記録をする。
- 5) 評価日を決めて評価を行う。

3. 記載事項

転倒・転落が起きた時から POS から経時記録に切り替える

- 1) 発生・発見時間、場所
- 2) 客観的事実
- 3) 必要な観察項目
- 4) 対策をしていた場合は対策内容（体動センサーの使用、ベッド柵など）
- 5) 事故後の対応
- 6) 患者への説明、患者の反応
- 7) 事故後の経過
- 8) 医師への報告時間
- 9) 医師の到着時
- 10) 医師の指示内容
- 11) 患者、家族への説明の有無
- 12) 今後の対策およびアセスメント（転倒転落ケア項目に沿って経時記録実施）
※転倒・転落後1ヶ月以内の退院であれば（資料3）を用いて説明

4. 注意事項

- 1) 推測や憶測の記載はしない。
- 2) 発見時の状況を記載する。

資料1

転倒転落防止対策について

当院では療養環境を整備することにより、転倒転落予防に努めていますが、思いがけない転倒やベッド等からの転落事故が起こることが少なくありません。安全な入院生活を送るために、患者様やご家族の方々と共に転倒転落予防に努めますのでご協力をお願いします。

1) 今まで転倒や転落を起こしたことがある場合は
その内容を看護師にお伝えください。

2) ナースコールはいつも手元に置きましょう。

具合が悪い時やふらつきなどとは遠慮せずに
ナースコールでお知らせください。

3) スリッパは滑りやすいので、履きなれた歩きやすい
ものを用意して下さい。靴タイフが安全です。

4) 点滴台を押して歩く時は、カーテンなどにひつかからない
ように気を付けてください。



5) 床頭台やベッドサイドテーブルは動きやすいので

もたれたりしないで下さい。ベッドから降りる際は、

柵につかまって下さい。

6) 必要に応じて、ベッド柵を増やしたり、

ナースステーションに近い部屋に移動して頂くことがあります。



7) 患者さまの不安が強く、危険が伴うと判断した時は夜間でもご家族に連絡させていただく
ことがあります。

病状によって患者さまの行動で危険が予測される場合は、安全のため体動センサーの
装着や、止むを得ず身体抑制が必要と認めた場合、抑制させていただく場合があります。
す。

抑制を行う場合は、事前にご家族の了承を得て実施していますが、緊急の場合は事前
の了承なしに抑制させていただくことがありますのでご了承ください。

抑制帯を使用中は細心の注意を払い、危険性がなくなれば速やかに抑制を解除します。

※以上の対策にて予防しきれずに転倒・転落が発生してしまった場合、院内規定（転倒・転落
対応シート）に沿った対応を取らせて頂き、経時的に患者さまの容態を確認いたします。

例) 受傷部位に応じた、処置やX線検査・CT検査の実施、抗血栓薬（サラサラ薬）の一時
中断の検討、他院への搬送など

資料2

行動制限に関する説明・承諾書

今回 様 の入院中、下記のような危険性を回避する為
やむを得ず、必要最小限の行動制限を行う事があります。

あらかじめ説明して、ご承諾をいただいておりますが
緊急の場合は事前の了承なく、行動制限する場合がありますので、
ご了承ください。

患者様の危険性を有する状況

- ①転倒・転落の危険がある場合
- ②点滴や治療のためのチューブを抜いてしまう場合
- ③著しい精神不穏状態
- ④離棟、離院の恐れがある場合
- ⑤その他、目的とした治療に支障をきたす場合

行動制限方法の具体例

安全ベルト、ミトン、ベッド柵(4点柵)、体動センサー
車イス安全帯

令和 年 月 日

医師

看護師

私は行動制限についての説明を受け、理解しましたので、上記内
容について承諾します。

令和 年 月 日

患者氏名

承諾者氏名

(患者様との続柄)

士別市立病院

資料3



入院中に頭部を打った・またはその可能性があった時の注意

_____年 _____月 _____日に _____様が

入院期間中に、転倒転落が発生しております。入院期間中は入念に経過観察を行い頭部異常はなかったと判断しましたが、退院後は周囲の人が状態の変化に注意して下さい。

また**高齢者の場合は、3週間～数か月かけて**徐々に頭の中で血の塊が大きくなり症状が出現してくる場合があります（これを慢性硬膜下血種という）。この事から、下記の症状が出たり、周囲からみて以前と違うと感じられる場合は日中再受診するか、直接脳神経外科を受診して下さい。

☆以下のような症状がある場合には当院へ連絡して頂くか、直接脳神経外科を受診して下さい。急速に症状が悪化する場合は救急車を要請して下さい。

- ① 元気がなくぼんやりしていることが多くなった（活動性低下・意識障害）
- ② 顔色が悪くぐったりして繰り返し嘔吐する
- ③ 頭が重苦しい、頭痛やめまいがする
- ④ 会話がおかしい、うまく話せない
- ⑤ 尿失禁が多くなった
- ⑥ けいれん（ひきつけ）が起きる
- ⑦ しびれがある、片側の手足の動きが悪い（麻痺）



★その他心配なことが御座いましたら、病院にご連絡下さい。

電話：0165-23-2166 士別市立病院



- 平成 30 年 10 月 転倒転落事故報告書様式改訂
- 令和 元年 7 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
- 令和 2 年 1 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
- 令和 4 年 4 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
転倒・転落アセスメントスコアシート追記
- 令和 5 年 4 月 報告記載例削除
- 令和 5 年 8 月 転倒・転落アセスメントシート改訂
転倒・転落対応シート様式改訂
不眠時の必要指示の追記
高齢者外傷の特殊性の新設
- 令和 5 年 11 月 不眠・不穏時の必要時指示の改訂
- 令和 6 年 4 月 転倒・転落危険度別対応策危険度一部追記