

7 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。

7-1 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「入院される患者様とご家族へのお願い」(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)

表 7-1 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・不穏、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
排泄	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
薬剤の服用	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
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
<p>環境整備：廊下、ベッドサイド等に障害物、介助バーがない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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)

ケア提供者側の誘因
<p>リスクに対する意識が低い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) 危険度評価は繰り返し行う。

5. その他

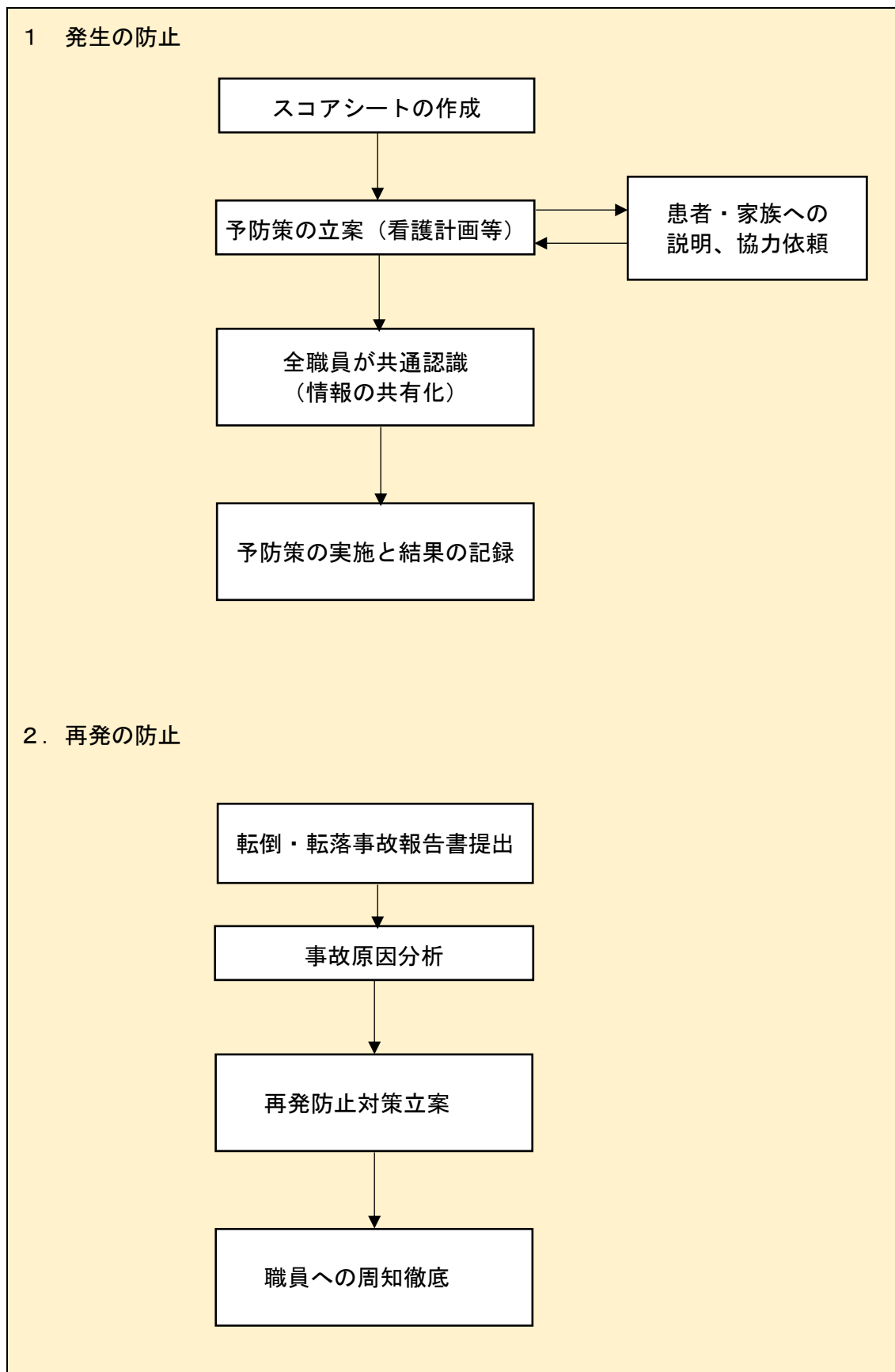
- 1) 定期的に評価と再発防止検討
- 2) 転倒・転落アセスメントスコアシートを利用する。

7-2 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「入院される患者様とご家族へお願い」(資料 2) を利用する。
- 5) 「行動制限に関する同意書」(資料 3) を利用する。
- 6) 転倒・転落が起きた場合は「初期対応シート」(資料 4) に沿って対応し、「転倒・転落事故報告書」を提出する。
- 7) 転倒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 7-2 転倒・転落防止フローチャート



7-3 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・抗血小板剤・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
ト 上	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 ⑤ 照明 ⑥ 床頭台・オーバーテーブルの位置 ⑦ 声かけ	①～⑦の確認 ⑧体位変換は二人で 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暖衝マットレス・床マットの設置 ⑫観察しやすい室への移動 ⑬安全ベルトの使用 (説明と同意が必要)
歩 行	① 出来るだけバリアフリーにする 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	①～⑦の確認 ⑧階段は手すり、杖の利用 ⑨看護者の視野に入れる 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推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"> ①～④の確認 ⑤ 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
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。

7-4 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)床は緩衝マットが望ましい。
 - (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、看護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。

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。

7-5 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、初期対応（発生から約6時間）が重要である。当院では、脳外科がないため、早期発見、早期治療を行ない統一した対応ができるよう初期対応シートに沿って対応する。


(転倒・転落初期対応シート 頭部打撲用・四肢打撲用参照)

転倒・転落初期(6時間)対応シート (頭部打撲用)

患者名 : _____ 様

発生日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

看護師サイン : _____



頭部打撲または、頭部打撲の可能性あり

対応 A

NSが頭部CT(P)入力し撮影する

平日日中

夜間・土日祝

主治医（またはセカンド）
に報告し読影

当直医（出張医の場合は当番医）
に報告し読影

- ・所見があれば対応する
- ・必要時は他院に搬送する

- ・所見があれば、当直医（または当番医）が対応する
- ・当直医が主治医に報告し、必要時他院に搬送する

●観察項目

全身状態・意識障害(JCS)
VS・瞳孔所見・麻痺・痙攣
頭痛・嘔気・嘔吐・出血

●観察時間

受傷直後 30分後
1時間後 3時間後
6時間後

2020.1月

転倒・転落初期(6時間)対応シート (四肢打撲用)

患者名 : _____ 様

発生日時 : _____ 年 月 日 時 分

看護師サイン : _____



2020.1月

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

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。

(記載例)

月日	時間	記録	サイン
○月○日	19:40 20:00	<p>O：検温時ベッドに座り TV をみていた。</p> <p>O：521 号室の A 氏より NC あり。</p> <p>「S さんが転んでいます」と A 氏が言う。訪室すると、S 氏がベッドサイドに正座しているところを発見する。A 氏は「大きな音がして、見たらうつぶせに倒れていたんだ」と話す。</p>	○○○
	20:05	<p>S：「トイレに行こうと思ったらここに足が引っかかり転んでしまった。たぶん、どこもぶつけていません。大丈夫だよ」と話される。</p> <p>O：BP110/64 P70 四肢に変色、腫脹無し。擦過傷なし。頭部腫脹なし。疼痛なし。嘔気、しびれなし。擦過傷なし。</p> <p>A：どこもぶつけていないと話すが、うつぶせに倒れていたとの情報もあり、抗凝固剤も服用しているため対応 A とする。</p>	○○○
			○○○

7-6 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例に抗不安薬等と与薬した場合や、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 8-3 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羅漢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。

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。

3. 転倒後の問題を増悪させる薬剤

- 1) 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、深部臓器に起こる可能性も考えて観察する。

表 7-3 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

患者様・ご家族へのお知らせとお願い

資料1

安全で快適な入院生活をお過ごしいただく為に(転倒・転落防止対策)

入院生活する病院環境は、それまで住み慣れた家庭とは異なります。その生活環境の変化に、病気やけがによる体力や運動機能低下が加わり、思もかけない転倒・転落事故が起こることがあります。

高齢者の方は特に注意が必要です。突然の環境の変化と体力低下に、加齢を伴う認識力や運動能力の低下が加わって、結果として深刻な事態を招く恐れがあります。高齢者の寝たきりを引き起こす原因のひとつには、転倒・転落による骨折があります。

大変危険な場合には、様々な介護用具を使用させていただくこともありますので、ご理解をお願いいたします。

私たちの病院では、生活環境を整備しながら転倒・転落の予防に十分注意をして、安全で快適な入院生活を送っていただくようにしておりますが、さらに安全を高めるためには、ご家族のご協力が欠かせませんので、よろしく願いいたします。

またご家族の面会は患者様の励みになると共に、自宅と同じ様な環境作りに大変役立ちます。

出来るだけ多く面会に来てくださいますようお願いいたします。

安全にお過ごしいただく為に

入院中、下記の様な危険性を避けるため、行動制限せざるを得ない
事があります。

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事がありますの
で、ご了承ください。

ベッドからの転落

- ① 点滴や治療のためのチューブを抜いてしまう
- ② その他、目的とした治療に支障をきたす場合

☆面会時は一時的に抑制が外せる場合があります。

看護師に声をかけお確かめください。

☆抑制を外した場合、面会終了時に必ず看護師に声
をかけてからお帰りになってください。

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