

## 転倒転落のリスクファクターを知る

年 齢 : 70 歳以上、9 歳以下

性 別 : 男性

既往歴 : 転倒転落した事がある、失神した事がある

感 覚 : 視力障害、聴力障害がある。

機能障害 : 麻痺がある、しびれ感がある。骨・関節に拘縮、変形がある。

活動領域 : 足腰の弱り、筋力低下がある。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。

認識力 : 見当識障害、意識混濁、混乱がある。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

薬 剤 : 鎮痛剤・麻薬剤・睡眠安定剤・抗パーキンソン剤・降圧利尿剤

・浣腸緩下剤・化学療法

排 泄 : 尿・便失禁がある。頻尿がある。トイレ介助が必要。尿道カテーテル留置。

夜間トイレに行く。トイレまで距離がある。

# 転倒・転落事故防止対策

## 転倒転落アセスメントスコアシートで危険度をチェック

- I. 入院当日・1週間後・病状変化時に実施。
- II. 危険度にあわせて転倒・転落の危険防止対策を実施。

## 危険防止のために日常生活行動の評価を行う

- I. 昼間と夜間の行動を観察し、記録しましょう。
- II. 自宅での生活を情報収集しましょう。
- III. 身体機能をアセスメントしどの部分の介助が必要か見極めましょう。

## 危険防止対策の実施

### I. ケアプランの共有

危険防止に対するケアプランを立案し患者様及び家族に理解を得て共有しましょう。

### II. 排泄への援助

患者様の「自分でしたい」という気持ちから生じる行動を予測したケアが必要です。

### III. ボディメカニクスに基づいた移動介助

坐位・端坐位の保持、麻痺のある患者様への移動介助など正確な技術によるケアの提供をしましょう。

### IV. 筋力維持

入院時から、患者様の病態や状態に合わせて筋力を維持する運動を医師の指示のもと計画に取り入れましょう。

### V. 安全な環境や用具の整備

ナースコールをいつでも押せる位置に設置しましょう。

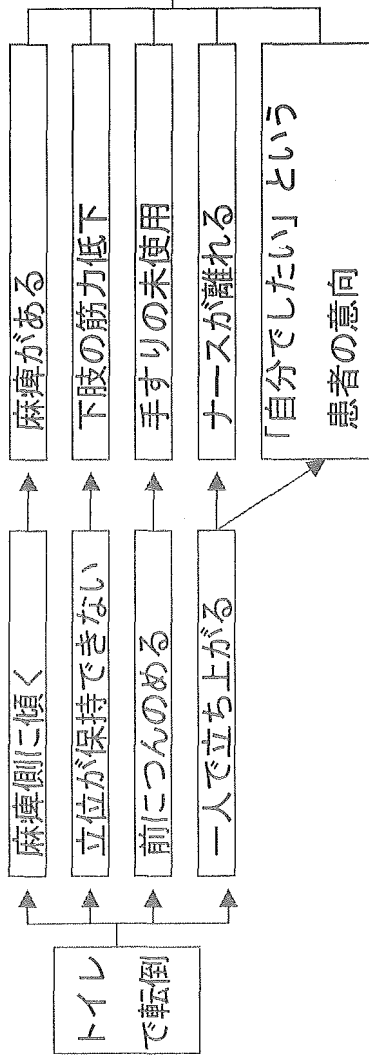
廊下・病室内を整理整頓しましょう。

ベッドの高さ調節・柵の安全利用、消灯時のベッドサイドを確認しましょう。

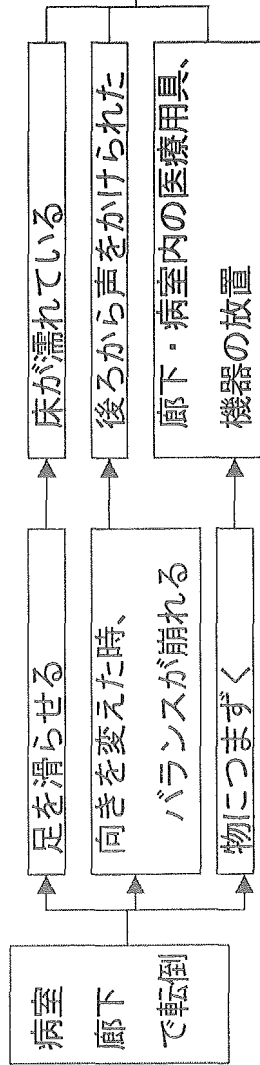
速やかに対応できるように離床センサーなどを活用しましょう。

# 転倒・転落状況別防止対策

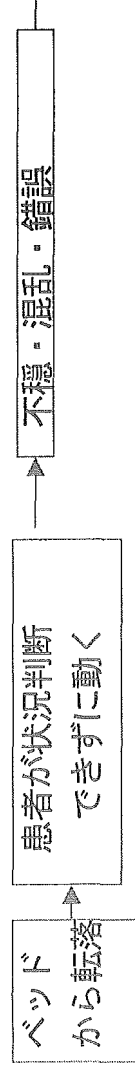
〈 要因〉 〈 考えられる原因〉



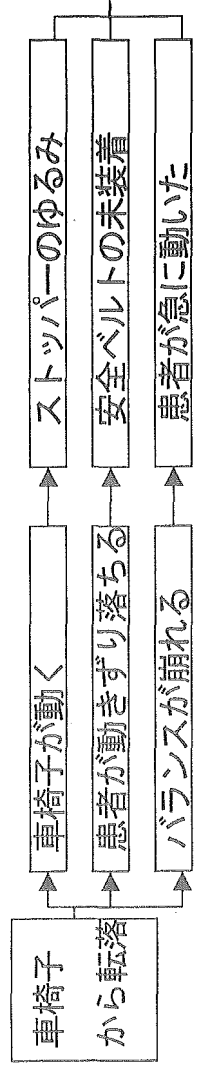
- ・ ナースコール指導と適切なナースコールの位置確認
- ・ 眠剤・鎮痛剤の服用状況の把握
- ・ 排泄行動の危険性を認識し、付き添うか外で見守る
- ・ 尿器やポータブル便器の説明、準備、介助を実施する
- ・ 排泄パターンを把握して、排泄の誘導をする
- ・ 危険性について説明し、転倒防止の指導をする



- ・ 床が濡れていない事を確認する
- ・ 後ろから声をかけない事と履物をチェックする
- ・ 患者が急いでいないか観察する
- ・ 環境整備をする



- ・ ナースコール指導と適切なナースコールの位置確認
- ・ ベッド柵を設置  
(褥瘡対策マットレスはベッドマットを外して使用する)
- ・ 頻回な訪室と協力体制による観察、離床センサーの活用
- ・ 不穏の原因を探り、支持的援助をする



- ・ ストッパーの確認
- ・ 安全ベルトの確認
- ・ 移乗動作時、転倒に注意するとともに患者に指導する

## 転倒転落アセスメント・スコアシート

分類	特徴	評価 スコア	患者評価		
			7/30	/	/
A 年齢	70歳以上、9歳以下	2	2		
B 性別	男性	1	1		
C 既往歴	転倒転落したことがある、失神したことがある	2			
D 感覚	視力障害がある、聴力障害がある	1			
E 機能障害	麻痺がある、しびれ感がある 骨・関節に異常がある（拘縮、変形）	3	3		
F 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	3		
G 認識力	見当識障害、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	4			
H 薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input checked="" 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	2		
I 排泄	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある <input type="checkbox"/> 頻尿がある <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> トイレまで距離がある	それぞれ 2	4		
* 査定日は入院当日、1週間後、病状変化時とする		合計	15		
* A~Gは分類毎に評価スコアをつけ、H・Iはチェック数毎に加算する		危険度	II		

(日本看護協会リスクマネジメントガイドラインより)

## 【危険度と評価スコアの合計】

- 危険度Ⅰ（0～5点） 転倒・転落を起こす可能性がある  
危険度Ⅱ（6～15点） 転倒・転落を起こしやすい  
危険度Ⅲ（16点以上） 転倒・転落をよく起こす

転倒・転落の危険防止対策

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ	危険度Ⅲ
患者の観察	<ol style="list-style-type: none"> <li>ADLの評価、自立度を把握する。</li> <li>排泄の頻度、時間などのパターンのアセスメント及び男女のフィジカルアセスメントを加味した状態把握をする。</li> <li>鎮痛剤、睡眠剤などの服用後はその影響をアセスメントする。</li> </ol>	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ADLに変化がないか観察する。</li> <li>全身状態の把握から起こりうる認識力の変化などを予測する。</li> </ol>	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>医師を含めたチーム全体で連携して、観察できるよう協力を得る。</li> </ol>
環境整備	<ol style="list-style-type: none"> <li>シフトが替わる毎に担当者は以下のチェックをする。 <ol style="list-style-type: none"> <li>①ベッドの高さ、ストッパー固定の確認。</li> <li>②ベッド柵及びその効果の確認。</li> <li>③ベッド周囲の障害物の確認整理。</li> <li>④ナースコール、ポータブルトイレの適切な位置の確認。</li> </ol> </li> <li>患者の身の周り、床頭台に必要なものの確認と整理。</li> </ol>	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の安全を確認できるような照明の工夫。</li> <li>2. 注意マークなどで、他のメンバーの関心を引く工夫をする。</li> <li>3. オーバーテーブル、点滴スタンドは、可動性のないものと交換する。</li> <li>4. 離床センサーマットなどの使用を検討する。</li> </ol>	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ナースステーションに近い観察の目が行き届く部屋への転室。</li> <li>2. ベッド周囲にマットや枕などで打撲のショックをやわらげる工夫を行う。</li> <li>3. 必要時は床敷きマットにする。</li> <li>4. ベッド柵を患者が外さないように頻回な観察を行う。</li> </ol>
指導・援助	<ol style="list-style-type: none"> <li>排泄パターンに基づいた誘導。</li> <li>適切な衣類、履き物の選択の指導。</li> <li>ベッド、周辺の器具、装置、ナースコールなどの使用方法の説明。</li> <li>日中の離床を促し、昼夜のリズムを付ける。</li> <li>家族、チームメンバーと事故の危険を共有し、理解を得る。</li> </ol>	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ナースコールには素早く対応する。</li> <li>2. 患者に理解できるよう相手のベースにあわせた十分な説明を行う。</li> <li>3. 患者歩行時の歩き方などの指導と見守り。</li> <li>4. 正しいトランスファー技術で介助する。</li> <li>5. 頻回な巡視を行う。</li> </ol>	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 車椅子乗車時は、ずり落ちないように見守る。また、滑りにくいメッシュのマットを活用する。</li> </ol>

横浜市立市民病院 作成より 一部改変

開発の概要

(1) 患者安全管理—②転倒・転落—G病院  
「転倒転落リスク評価別看護基準の作成」

項目	内容	要素	適用	具体的内容	
発端 (動機)	①インシデント分析	①報告数の推移	●	看護師の予防知識, 指導内容	
		②報告内容分析	●		
		③重大事故の発生			
		④その他			
	②他施設の事故報道	①マスコミ報道			
	②専門誌の記事				
作成組織	管理組織	①安全委員会主導	○	安全管理対策室	
		②実行部門主導型			
作成メンバー	医師	③リスクマネージャー主導	●	ゼネラルリスクマネージャー	
		看護師	MSW	理学療法	
		薬剤師		事務	
				その他	
作成方法	①問題の把握	①業務フロー分析			
		②発生因子分析	●	発生事例の分析	
		③文献検討・学習	●	転倒転落アセスメント	
		④現場聞き取り			
		⑤アンケートなど	●	発生時した病棟看護師全員にアンケート アンケート内容の分析から対策検討	
	②標準化	①業務フロー過程			
		②確認原則行動	●	患者の危険度把握, 予防法	
		③リスクアセスメントツール	●	アセスメントスコア	
		④標準計画	●	転倒転落防止基準	
		⑤患者説明内容	●	患者教育用パンフレット	
⑥行動評価表					
③マニュアル表示	①文章説明	●			
	②図式化	●			
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	転倒転落防止基準	
		②アセスメントツール	●	アセスメントスコア	
		③標準計画	●	転倒転落防止基準 (危険度別)	
	②患者説明	④患者説明パンフ	●	患者教育パンフレット	
	③職員教育	⑤教育資料			
評価	①評価方法	①インシデント報告	●		
		②行動巡視			
		③アンケート (自己評価)	●	試行病棟の評価	
		④その他			

マニュアル説明：(1) 患者安全管理—②転倒・転落—G病院

1.マニュアルの名称	転倒転落リスク評価別看護基準の作成	要素
2.達成目標	マニュアルを作成し使用することにより、転倒転落インシデントの減少に努める。	①転倒転落インシデント
3.マニュアル作成経緯	<p>① リスク分析の結果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 看護関連事故のうち転倒転落の占める割合は高く、その原因も患者に起因することが大きいと言われている。</li> <li>◆ 当院でも「計画は立てていた。患者に指導もしていたが起こってしまった。」と報告される。</li> </ul> <p>② しかし、報告を受ける側からみるとリスクアセスメントの不十分さを感じた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 医療者サイドの対策（対応）は本当に十分であったのか。</li> <li>◆ 私たち看護師がすべきことは本当に十分なされていたのか。</li> </ul> <p>③ 看護師の認識・対応を調査することにより、問題点を見出し転倒転落対策を考える。</p>	<p>① 発生頻度</p> <p>② 患者に起因</p> <p>③ 対策の有効性</p> <p>④ 医療者の認識</p> <p>⑤ 対応の問題点</p>
4.マニュアル作成組織	<p>① 安全管理対策室</p> <p>② ゼネラルリスクマネジャー他</p> <p>③ 病院長よりリスクマネジメントについて権限委譲されている。</p>	<p>② 安全管理室</p> <p>③ リスクマネジャー</p>
5.マニュアル作成方法	<p>（開発の実際）</p> <p>①事例（インシデント）分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒転落インシデント発生毎に、当該患者（インシデント）に対するアンケートを全スタッフに回答してもらい集計する。</li> <li>◆ 3ヶ月分のアンケートを集計し、転倒転落に対する問題点をピックアップする。</li> </ul> <p>②ピックアップした問題点に対する対応策を決定する。</p>	<p>①発生事例に対するスタッフ評価（アンケート）</p> <p>②問題の明確化</p> <p>③問題に対する対応策</p>
6.開発したツール	<p>① ○○版アセスメントツール（看護協会作成の転倒アセスメントツールを改変）</p> <p>② リスク別看護基準</p> <p>③ 患者教育用パンフレット</p>	<p>① アセスメントツール</p> <p>② リスク別基準</p> <p>③ 教育用パンフレット</p>
7.運用段階	<p>① 全病棟において試行してもらい、意見をもらって修正。</p> <p>② 導入可能と判断された病棟（3部署）で使用。</p> <p>③ 師長会で説明、師長が自部署で説明。</p>	<p>① 試行過程</p> <p>② 本実施過程</p>
8.評価	<p>① 直接効果：量的評価（現在使用中の病棟での転倒転落発生件数）</p> <p>② 今後の課題：現在未使用の病棟への使用拡大</p>	<p>① 発生件数推移</p> <p>② 適用病棟拡大</p>

## 転倒転落防止基準

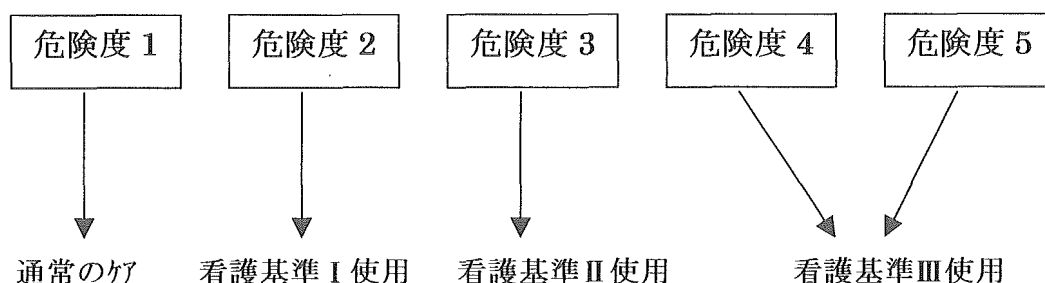
### <目的>

転倒転落の危険性を患者・医療者が認識し、両者が共に転倒転落事故防止対策を実践でき、安全な入院生活を送ることができる。

### <方法>

- 1) 看護師は「アセスメントスコア」により転倒転落の危険度を判断し、患者／家族の同意を得た上で防止対策を実施する。
- 2) 評価結果（危険度）を記録に残す。
- 3) 担当看護師は危険度に対応した看護基準を基に、転倒転落防止の看護計画を立案し、患者／家族に説明し協力を得る。
- 4) 患者指導・巡視時のチェック表として、また全職種が患者の危険度を把握し対応できるよう、ベッドサイドに危険度別の防止パンフレットを表示し活用する。
- 5) 患者の状況が変わった時は、遅滞なく再評価を行い計画変更する。  
(病状変化時、手術・検査後、リハビリ移行期等)

### 危険度別 転倒転落防止





資料：(1)患者安全管理—②転倒・転落—G病院

転倒転落防止基準 患者氏名 ( )

アセスメントスコア

日本看護協会作成のスコアを改変

患者要因	特徴	評価日 評価 スコア	患者 スコア	患者 スコア	患者 スコア	患者 スコア
年齢	70歳以上・9歳以下	2				
性別	男性	1				
既往歴	転倒転落したことがある 失神したことがある	2				
感覚障害	視力障害・聴力障害がある	1				
機能障害	麻痺がある、しびれ感がある 骨、関節に異常がある(拘縮、変形)	3				
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 24時間持続点滴中	3				
認識障害	見当識障害・意識混濁・混乱がある 判断力・理解力の低下・認知障害がある 痴呆・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				
薬剤	鎮痛剤 麻薬剤 睡眠安定剤 抗パーキンソン剤 降圧利尿剤 浣腸緩下剤 化学療法	それぞれ 1				
排泄	尿・便失禁がある 頻尿がある トイレ介助が必要 尿道カテーテル留置 夜間トイレに行く トイレまで距離がある	それぞれ 2				
		合計				
		危険度				

誤薬発生率とスコア基準

危険度と評価スコアの合計

20%~30%	1点	危険度1 (0~1点)	転倒転落を起こす可能性が低い	.....通常のケア
50%	2点	危険度2 (2~5点)	転倒転落を起こす可能性がある	.....看護基準I
70%	3点	危険度3 (6~15点)	転倒転落を起こしやすい	.....看護基準II
90%~100%	4点	危険度4 (危険度2~3のうち評価スコア4点を含む場合)		.....看護基準III
		危険度5 (16点以上)	転倒転落をよく起こす	.....看護基準III

転倒転落看護基準 I

看護診断名		根拠		アセスメントスコア危険度2を対象とし、リスクに対するアセスメントを行い、環境整備ならびに患者への安全教育を行うことにより転倒転落を防止する。			
コード番号	アウトカム	コード番号	インジケータ	コード番号	インターベンション	コード番号	クティビティ
: 00098	知識:自己の安全性	1739	転倒防止の方法が言える	6654	サーベイランス:安全性	665408	排尿パターン・行動パターン等の状態把握(フリー入力)
: 00149	安全性:転倒の頻度	: 0117	ベッドからの転落数	6490	転倒予防	649029	身体障害の程度を把握
		1631	歩行時の転倒回数			649036	転倒防止の指導
						649037	転倒防止のためベッド柵の使用
						649074	患者に部屋の物理的な配置を説明する

転倒転落看護基準 II

看護診断名		根拠		アセスメントスコア危険度3を対象とし、リスクに対するアセスメントを行い、患者ニーズを考慮した介入と患者への安全教育を行うことにより転倒転落を防止する。			
コード番号	アウトカム	コード番号	インジケータ	コード番号	インターベンション	コード番号	クティビティ
: 00098	知識:自己の安全性	1739	転倒防止の方法が言える	6654	サーベイランス:安全性	665404	身体機能または認知機能の変化をモニター
: 00149	安全行動:個人的	1633	補助具の正しい使用			665408	排尿パターン・行動パターン等の状態把握(フリー入力)
: 00150	安全性:転倒の頻度	: 0117	ベッドからの転落数	6490	転倒予防	649001	つまずきやすい物を除去
		1631	歩行時の転倒回数			649003	安定歩行の補助用具を提供
: 00139	リスクコントロール	: 0381	危険認識			649010	階段・風呂場・廊下等の手すりの使用方法を指導
						649037	転倒防止のためベッド柵の使用
						649041	歩行訓練等のリハビリ計画立案
						649042	歩調・バランス・疲労レベルを観察
						649063	電動ベッドを最も低い位置にする
						649074	患者に部屋の物理的な配置を説明する
						649080	排尿パターンに合わせた排泄介助(フリー入力)

転倒転落看護基準Ⅲ

看護診断名		根拠		アセスメントスコア危険度4および5を対象とし、リスクに対するアセスメントを行い、スタッフ全員が患者のリスクを認識し、積極的な介入を行うことにより転倒転落を防止する。	
コード番号	アウトカム	コード番号	インジケータ	コード番号	クティビティ
: 00150	安全性:転倒の頻度	: 0117	ベッドからの転落数	6654	サーベイランス:安全性
		1631	歩行時の転倒回数		
: 00139	リスクコントロール	: 0381	危険認識	6490	転倒予防
				649055	必要時、床にマットを敷く
				649063	電動ベッドを最も低い位置にする
				649075	物理的な環境を不必要に変えない
				649080	ナースステーションに近い部屋(フリー入力)
				2260	意識鎮静(セーション)
				226001	医師の指示に従って鎮静剤を与薬

転倒転落看護基準Ⅳ

看護診断名		根拠		小児を対象とし、発育発達の過程を踏まえた上でのリスクを認知し、予防策を立てると共に、家族への安全教育を行うことにより転倒転落を防止する。	
コード番号	アウトカム	コード番号	インジケータ	コード番号	クティビティ
: 00149	安全行動:個人的	: 0380	危険動作の回避	6480	環境管理
: 00150	安全性:転倒の頻度	: 0117	ベッドからの転落数	6490	転倒予防
: 00139	リスクコントロール	: 0381	危険認識		
: 00147	安全行動:転倒防止	: 0120	ベッド柵の設置	649034	転倒防止について家族に指導
				649080	成人用ベッド使用時はベッド柵を4つ設置(フリー入力)
				649080	ベッド柵やオーパーブルにもたれかからないよう指導
				649080	戻りや幼児の身体ハラスとリスクの関係を家族に教

H14.5.20

転倒転落・自己抜去事故に対するアンケート調査のお願い

安全管理対策室  
○○ ○

転倒・転落並びに自己抜去の事故は、当院では注射事故に次ぎ多い事故となつています。その多くは患者様自身の問題もあり、防ぎ得ないものとも言われますが、看護師の意識も大きな要因と考えます。

昨年の印象として、予防的に看護計画は立てているが、その計画が事故防止に有効にながっていない感じが強かったこともあり、

1. 計画がどの程度具体化されているのか。
  2. スタッフ個々がどのように計画を認識し、実行していたか。
- 等、調査し防止対策につなげていけたらと考えています。

つきましては、

1. 当日の経過記録のコピーを報告書に添付する。
  2. 事故発見後、アンケート調査を行い1週間以内に提出する。
- 上記のことをお願いしたいと思います。

尚、アンケート調査はモジュールに関係無く、全スタッフにお願いしたいと思います。アンケート結果は連絡いただけるとう○が取りに伺います。

連絡先 安全管理対策室 9377 (内線)

(アンケート調査)

転倒転落・自己抜去に対する調査

部署名 ( ) 記入者経験年数 ( 年 月 ) 記入日 ( / )  
モジュール ( 当該患者のモジュール その他のモジュール )

\* 無記名ですので、相談せず個人のご意見を率直にお書きください。

1. 患者様の状態・状況を把握していましたか?  
(把握していた 何となく知っていた 名前程度は知っていた 知らなかった )
2. 患者様の状況をどうとらえていましたか? 具体的に書きください。  
(リスクの観点で問題があると考えていたか。何が問題だと考えていたか。)

3. 看護計画について

<担当時>

- 1) どのようなケア・観察をしていましたか? 全てお書きください。  
内容・時間(頻度)・やり方

<担当でなかった時・他モジュールの方も含む>

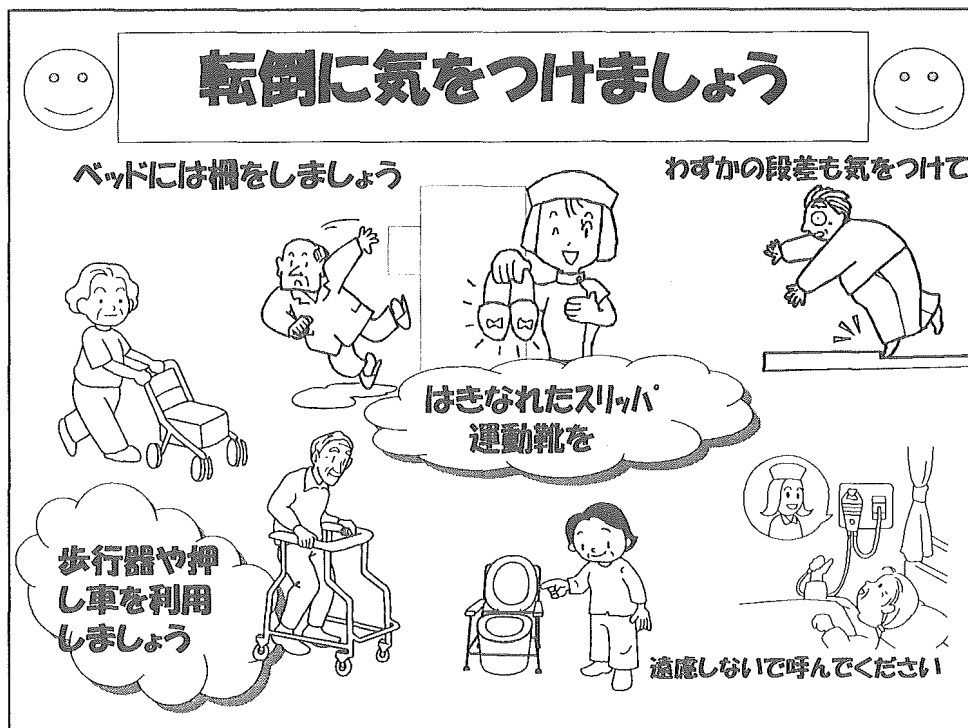
- 2) 患者様のリスク状態を認識していましたか?  
( していた していなかった )
- 3) 「認識していた」と答えた方  
具体的にどのようなことを認識され、行動されていましたか?

- 4) 看護計画はリスクの観点で適切であったと思いませんか?  
( 適切であった 適切でなかった )

- 5) 「適切でなかった」と答えた方  
具体的な理由あるいは不足していると思われることをお書きください。

資料:(1)患者安全管理—②転倒・転落—G病院

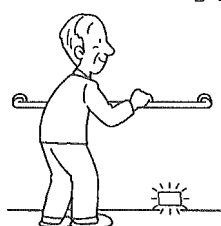
## 患者教育用パンフレット



## 段差に注意

わずかの段差にもつまづきます。  
特に、すり足歩行されている方は  
5mmの段差で転倒します。

手すりにつかまって歩いたり、歩行器を  
使ったり、もしもの時にも倒れないように  
予防しましょう。



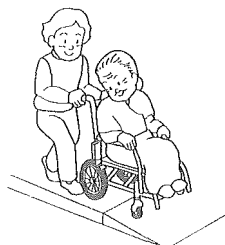
夜間は段差も見にくい  
ので特に注意しましょう。



## 坂に注意

病院の中にはたくさん坂があります。  
車いすで上り下りする場合、  
大丈夫と思っても、途中で力が入らなくなり  
転倒することもあります。  
無理をせず、介助をお願いするか、別の出入口を  
ご利用ください。

車椅子での通行が無理な坂には表示がありますので  
避けてください。

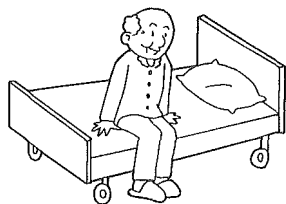


## ベッドの高さはできるだけ低く、柵を忘れずに

ベッドの高さは、腰を下ろした時に  
足底が床につくぐらいにしましょう。

ベッドの周りも歩行や上り下りの  
邪魔になるものはかたづけましょう。

ベッドの輪にひっかることもあります。  
ストッパーをかけた後は、輪を内側に  
向けておきましょう。



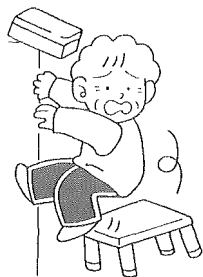
ベッド柵は必ずつけましょう。

## 高い所の物を取るとき、作業は注意

ベッドの上の棚から物を取ろうとしたり  
高い位置の窓を開めようとしていたり...

ベッドの上に立ったり、衣装ケースの上  
に乗って作業をしようとしてよろけてこける。  
よくあることです。

危険ですので絶対にしないでください。

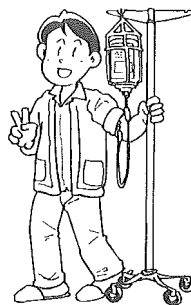


## 点滴中は要注意

点滴スタンドの動きが悪く  
思うように動かなかつたために転びそうになる  
そんなこともありますので、ご注意ください。

点滴スタンドの動きが悪い場合は  
看護師にお申し出ください。

持続点滴をされている方は  
点滴バッグが大きく、重いので  
バランスもとづらいこともあります。  
お気をつけください。

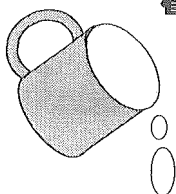


## 水ぬれに注意

床に水がこぼれていると滑って転びます。  
特に杖をついている場合は、予想以上に  
すべります。

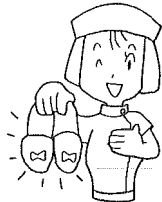
お茶をくんで帰り、手を洗った後の水のポタポタ  
水こぼれを作らないよう、お互いに気をつけましょう。

水こぼれに気づいたら  
看護師に教えてください。





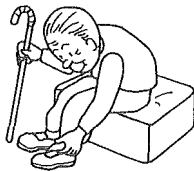
## はきものチェック



足にピッタリあった低いヒールの靴をはきましょう。

スリッパも底が厚いものは危険です。日頃はきなれたものにしましょう。

ゴム底の上靴やスックがよいでしょう。



足が十分持ち上がらない方やしびれている方はスリッパは危険です。

脱げそうになり、ひっかかり転倒の原因になります。

## 寝不足や疲れに要注意

眠れなかったり、安定剤をのむ時間が遅かったりすると

頭がボーとしたり、めまいがして転倒の原因となります。

朝起きて、体調がすぐれないときは看護師にお知らせ下さい。



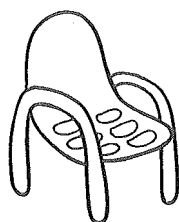
特に体力が落ちている時は「これくらい大丈夫」と思ったのに...ふらついて倒れることもよくあります。



## お風呂での転倒に注意

お風呂場で滑って転ぶことがあります。

手すりや安定の良いイスを取り付けて  
いますので、つかまって移動してください。



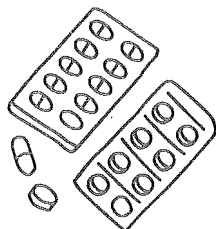
更衣室の足拭きマットは濡い物に  
なっていますが、これにひっかかる  
場合もあります。注意してください。

更衣室にもイスを準備していますので  
ご使用下さい。

## 薬をのんだ後は要注意

### 安定剤や睡眠剤

かゆみ止めの薬も頭がボーとすることがあります。  
薬をのんだ後、トイレに行こうとしてフラフラして倒れる  
事もあります。



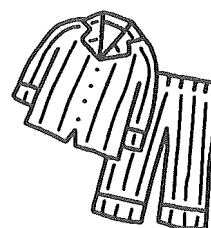
利尿剤(尿を出す薬)をのんだ後は、  
何回もトイレに行きたくなります。

薬をのむ前に必ずトイレを済ませましょう。

## サイズの合わない寝衣は要注意

大きすぎるパジャマや  
裾の長すぎるパジャマは  
ベッドの上り下りや、歩く時に  
ひっかけて転んでしまうことがあります。

できるだけサイズの合ったパジャマを  
身に付けましょう。

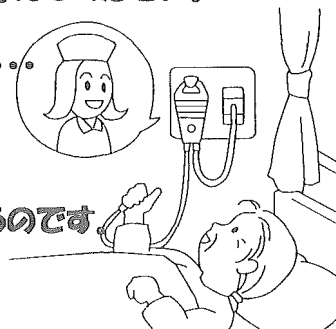


## ナースコールを押してください

忙しいにしているから…  
これくらい 自分でできるから…

遠慮せずにナースコールで呼んでください。

今まで自分でしていたから…  
と思っても、  
入院で体を動かさなかった  
治療で体力が落ちた  
など案外力がなくなっているのです

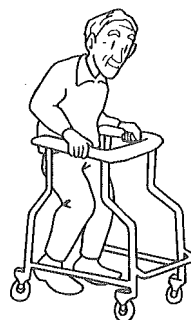
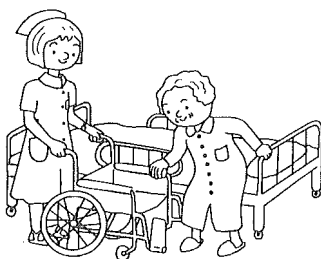


## 補助具を利用しましょう

車椅子や歩行器を準備しています。  
いつでも使ってください。  
検査に行くときも無理をせず  
使ってくださいね。



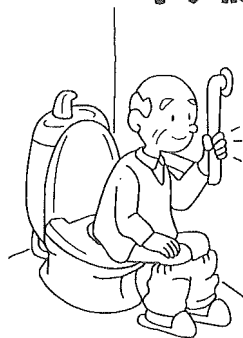
自宅から使い慣れた押し車  
持ってきていただいても結構です。



## トイレに注意

転倒はトイレに行こうとして  
トイレの怖れが一番多く起こっています。

気分が悪くなったら、フザーを押してください。  
手すりにつかまって立ちましょう。



安定剤などの薬をのんだ場合は  
トイレ歩行は危険です。

夜間は尿器やポータブルトイレを  
ベッドサイドに持っていきます。