

痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故防止のための検討  
—転倒・転落事故の分析に基づいたケア表の作成にむけて—

2-2・3 病棟

○酒井優子・岡田民伸・松本眞利子・岡田恵奈・柿田勝幸・出羽正浩・清水洋子

### I.はじめに

痴呆性高齢者の転倒は、脳の全般的な機能低下による周囲への注意力の低下や、状況認知の遅れ、動作の不安定さなどが要因と指摘されている。<sup>1)</sup>また、せん妄状態は薬剤等の使用により一夜にして起こると言われている。高齢者の中でも特に痴呆・せん妄患者の行動は予測と対応が困難で、医療者を悩ませることが多い。当科での平成14年度の痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故は、6件報告されている。事故の発生は、患者、医療者、患者家族にとって重大な問題である。

そこで、本研究では痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故の防止を図るために、インシデント報告書より事故の要因を分析、検討し、事故防止対策を検討したのでここに報告する。

### II.研究方法

#### 1.期間

平成15年5月から平成15年8月

#### 2.方法

当科で平成14年度にインシデント報告された痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故（6件）に関して、事故に関わった当事者に聞き取り調査を実施し、SHELL分析を行った。

聞き取り調査を実施する際、全ての事故を同一の視点で分析するため、SHELL分析の内容に追加項目を加えた。当事者に違う者が面接質問しても同じ回答が得られるように、質問内容を統一し、分析・対策を考えた。そして、6件の事故に対し、要因と対策を検討した。

#### 3.用語の定義

転倒：身体の足底以外の部分が本人の意思に反して不意に床に接触した状態

転落：身体の全部または一部が床に落下した状態

#### 4. SHELL分析の追加項目

- ・ S—ソフトウェア：巡回時間・音モニター・監視モニターの使用の有無、マッタ君（離床センサー）・抑制帯・ベッド柵使用の有無、入院時の転倒転落アセスメントツールがうまくいかされていたか、先輩ナースの意見
- ・ H—ハードウェア：監視モニターを監視する看護者の姿勢、段差・すべりやすい床・ベッドの高さ、消灯後の明るさ（ベッド周囲）、本人に合わない着衣、すべりやすい履物、歩行器・車椅子の使用
- ・ E—環境：多忙・疲労感の有無、疲れによる判断不足の有無、対応の難しさ、医療者間の頼みやすさ
- ・ L—他人：コミュニケーション障害の有無、活動・睡眠状況の把握、補助具使用の有無、排泄パターンの把握、排泄の援助の必要性、薬剤使用状況、低血圧の有無
- ・ L—当時者：事故に至った要因の詳しい理由（二重看護、他のことを考えながら看護していた等）

### III.結果

#### 1. 分析患者の情報（表1）

事故の発生時期は6件中4件が入院後1週間以内に発生し、残りの2件についてはせん妄状態となったその日の夜に発生した。全件において時刻は夜間から早朝にかけて発生し、場所は自室内であったが、6件中4件がトイレ移動時や排尿時に発生した。事故後の患者状態は6

件中 2 件が事故後手術を要する状態となった。転倒・転落の既往は 6 件中 5 件であった。

## 2. 事故の SHELL 分析結果（表 2）

### IV. 考察

看護師の倫理規定（1988 年 日本看護協会）においては、「看護師は現実の状況下において個人としてあるいは他者と共に働くこと、常に可能な限り高度な看護を提供する。また、自己の実施した看護については個人としての責任をもつ。」と謳われている。<sup>2)</sup>

当科における平成 14 年度の痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故のインシデントは、表 1 のとおりであり、入院 1 週間以内で、特に入院して初めての夜に多発している。長期入院患者であってもせん妄が起きたその日の夜に転倒している。これは、人と場所と物に慣れていない患者が新しい環境に馴染めず、不安・焦燥感にかられ、中途覚醒後再入眠が困難なためにおこる。また、認知障害や思考障害も加わり、誤った認知をあたかも現実のように勘違いすることによって、ベッド柵を乗り越えるなどの予測できない事故がおこると考える。

転倒・転落事故を一度起こした患者は、再度事故を起こしやすいと考えられているが、当科では同一患者の 2 度目のインシデント報告は出されていない。これは、患者側から考えると、患者が「痛い」ということを認知することと入院の経過により人・場所・物に慣れてきたため不安・焦燥感が軽減することである。医療者側から考えると、医療者が患者を 2 度と転倒させたくないと思ふ、日々のケアから排泄・睡眠パターンを把握することによって患者の行動パターンの予測ができることである。これらの相互作用により、2 度目からの転倒・転落事故の防止が可能と考える。

Izumi は「今まで転倒・転落の既往があり、さらに排泄の介助さもなければ精神機能の変化をきたした者は転倒・転落のリスクが高い」と指摘している。当科の特殊性として、入院していく痴呆・せん妄患者はすでに精神機能の変化をきたしている。そのため、入院時に「問診表」などで転倒・転落既往の有無の情報を得ることにより、高確率で事故を予測できると考える。

そこで、入院決定時に生活状況を把握するための「問診表」（表 3）と家族に面会時間の考慮を明記した「しおり」の配布の必要性を感じた。家族の面会時間の延長をすることによって、入院時にそばに馴染みの顔（家族）があることで患者が安心するだけではなく、馴染みの顔（家族）と医療者が交流をもっているのを見て、高齢者も自然に警戒心が解け、医療者と馴染みの関係をつくる目的が果たせる。人と馴染みやすい環境を作り、これを糸口として、不慣れな場所であっても不安・焦燥感の軽減に努めることで、入院初期の事故を防ぐことができると考える。

転倒・転落ケア表（表 4）は、問診表や転倒・転落アセスメントツールをもちい、入院の初期計画において重点的に転倒・転落事故の起こりやすい時期を特定し、フリースペースやアセスメントスペースなどで個別性を補うことができる。ケア表は、睡眠状況や排泄状況を経時的にみることができ、各勤務で追加記入および評価を行うことで、事故を未然に防ぐのに役立つと考える。

痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故防止対策においては、患者・家族・医療者との共同行為によって、患者の不安への配慮がなされ、患者が安全で安寧の保たれた入院導入期を迎えることができるようになることが大切である。そのために医療者は、家族に呼びかけ、情報提供等の協力を得ることで、起こりうる事態を予測しながら経時的にアセスメントを行う必要性があると考える。そして、患者・家族・医療者がひとつになり、共同行為の中から患者利益の追求を優先することが重要と思われる。

## V.まとめ

- 1、平成14年度に当科でインシデント報告された痴呆・せん妄患者の転倒・転落事故（6件）に関して分析をおこなった結果、事故が多発するのは入院当日を含めて1週間以内であった。また、入院後1週間以降に事故が起こった事例でも、患者がせん妄状態となって数日以内に起こった。
- 2、事故を起こす主な要因は、患者の環境変化への不適応、患者と医療者との人間関係の構築欠如、患者の入院以前の生活習慣や気質についての情報不足である。
- 3、家族に患者の転倒・転落事故を防ぐための意識づけをし、協力を得て、入院以前の情報収集を行う目的で「入院のしおり」と「問診表」を入院決定時に家族に渡すこととした。
- 4、「問診表」の情報を基にし、事故の最も多い入院当日から1週間までの転倒・転落事故を防止のために「ケア表」を作成した。
- 5、「入院のしおり」「問診表」「ケア表」の使用により患者、家族、医療者の事故防止のための意識づけになり、ひいては事故の防止につながると考える。

## 引用文献

- 1) 川島和代：痴呆性高齢者の転倒・転落事故予防のための環境の整えを重視したケア、E B NURSING、Vol.2、No.1、2002
- 2) 看護師の倫理規定、日本看護協会、1988

## 参考文献

- 1) 藤井靖子他：転倒予防対策が及ぼすADLへの影響について、平成13年度山口大学医学部附属病院内看護研究発表会収録、P11~16、2001
- 2) Kiyoko Izumi他：Prospective Study of fall risk assessment among institutionalized elderly in Japan、Nursing and Health Sciences (2002)、4、141~147
- 3) 長谷川真澄他：一般病棟におけるせん妄状態の実態、看護研究、Vol.29、No.4、8、1996
- 4) 実践クリティカルパス入門、日総研出版、11、1997
- 5) 医療事故防止 インシデントレポート120%活用法、月刊ナーシングレコード、9、2000

表1 分析患者の概要

患者	年齢	性別	病名	事故発生日	事故発生時刻	発生場所	転倒・転落の既往	備考
1	82	女	痴呆・糖尿病	入院初日	23時30分	自室・トイレ移動時	あり	くも膜下出血
2	64	男	痴呆	入院2日目	0時30分	自室・排尿時	あり	
3	79	男	痴呆（入院3日後せん妄状態）	入院6日目	5時10分	自室・O2のバイピングを触って	あり	脳内出血血腫除去術 骨折
4	65	男	せん妄	入院当日	22時45分	自室・排尿時	あり	
5	70	女	うつ病	せん妄状態1日目	0時51分	自室・トイレ移動時	なし	
6	90	女	うつ病	せん妄状態2日目	6時55分	自室ドア前	あり	

(表2) 患者6人のシェルル吉澤

## S ソフトウエア

要因	対策
1.遅視時間15分前後の事故。30分前は患者は入院してしまった。・入院前より転倒、転落の可能性を考えベット等4本を使用した。 2.音声モニター監視中であった。(マッタ君、抑制は使用しない)監視モニターで画面を覗く。(マッタ君では転倒した後しか分からない) 3.入院時アセスメントツールは使用されていたか?それがケアに活かされていたか? 4.先発N <sub>o</sub> より起倒しやすいとの情報を得ていた。 5.音声モニターの使用はなかった。 6.ペット番の使用はしていた。 7.入院時経営アセスメントツールがうまく活かされていない(まだなかった)。 8.患者の行動が非常に気になっていたが、患者がN <sub>o</sub> コールの患者が協力してくれないことを前提として行動する。 9.大師業で監視モニターはなかった。 10.音声モニターは使用していないかった。 11.ペット番は使用していた。 12.入院時経営アセスメントツールはまだなかった(出でていなかった)。 13.転倒、転落の可能性を考えて、医師より20分前の遅視の一一人のN <sub>o</sub> が声をかけ続ける。その間もN <sub>o</sub> があったので進行していた。N <sub>o</sub> コールでも音声モニター一括取していたが、患者と共に直ぐ防護したが間に合わなかつた。 14.前院より転倒の既往があるという情報を得ていた。 15.入院時経営アセスメントツールはなかった。 16.ペット番3本使用していた。 17.入院時の経営アセスメントツールがうまく活かされていない <sup>→</sup> 入院時の転倒、転落のアセスメントシートを活かす。 18.怪しい行動のある患者は、心掛けて遅視する習慣はあった。患者が入院したのを確認後23時50分に遅視し、24時にもトイレ介助して確認した。0時50分他患者のN <sub>o</sub> コールで防護した時は転倒していた。(0時30分確認確認) 19.ペット番は3本使用していた。 20.大師業でモニターは監視していない。 21.音声モニターの習慣はあったが、いつもN <sub>o</sub> コールで呼ばれる声モニターかマッタ君を使用する。 22.他のためそのつもりでいた。 23.1時間ごとの遅視をしていた。 24.音モニター 覚えていない。 25.監視モニター 着けていた。 26.マッタ君 前半夜にておかしいと感じ設置した。 27.6時30分につけた。 28.抑制带 ? 29.入院時経営アセスメントはこの時はしていない。	→先発N <sub>o</sub> からなぜ起倒しやすいのか聞き、情報を活かす →マッタ君を設置する →一箇所しか隠りられないペットの位置を考える環境作り。 →マッタ君が声をかけ続ける。その間もN <sub>o</sub> があったが防護する。 →抑制する(入院時経営、転落のある情報や仕事を及ぼす程の遅視の指示がある時は抑制する) →患者の寝顔や腹筋感を見る。 →入院時の転倒、転落のアセスメントシートを活かす。 →睡眠状況のアセスメントをする。 →マッタ君と音声モニターを習慣づける。 →運動調整中は筋力低下を防護する →マッタ君をOFFにする時間帯や患者の状況をかんがえる。 →遅夜に立眠を及ぼす時でも患者の空気が確認できるまでOFFにしない

## H ハードウエア E 環境

要因	対策
1.監視モニターがないので音がするまで分からず。 2.老人を乗せ越す様な活動があることが分からなかった。 3.歩行器(車椅子)の使用はあった。 4.足下灯はベットの側にはなかった(部屋の入口に1つのみ) 5.ペットの高さは低かった。 6.消火栓のペットランプは点けていた。 7.歩行器は使用していた。 8.ベットに設置するためベットは壁面に設置して周囲は物を置かず広くしていた。 9.記入なし 10.監視モニターに背を向けていない。不釣り合いで終始モニターを見ていた。 11.本人に合わない着衣? 12.運動は本人に合ったかどうか? 13.運動は?(ゾクリ)合っていた。 14.歩行器、車椅子の使用する状態ではなかった。	→痴呆・せん妄症状が強い患者の行動は予期せぬ行動をとることを理解して対応する。 →情報がハッキリしない患者に対しては抑制をする。 →患者に合った病衣であるか確認する。 →足元が確認できるペットランプの点灯 →リハビリシミューズの使用を指導する。 →足下灯を点ける(明い)足下灯としないの検討してもらう →歩行器は使用していない。 →壁面に設置するためベットは壁面に設置して周囲は物を置かず広くしている。 →記入なし →監視モニターに背を向けていない。不釣り合いで終始モニターを見ていた。 →本人に合わない着衣? →運動は本人に合ったかどうか? →運動は?(ゾクリ)合っていた。 →歩行器、車椅子の使用する状態ではなかった。

## L 他 人

要因	対策
1.抑謝バターンを把握をしていなかった。 2.深夜でうろうろ歩いてN <sub>o</sub> の注文に耳を傾けなかった。 3.入院当日で患者の活動状況の把握できていなかった。 4.患者は慣れない状況又、N <sub>o</sub> との隔離づくりができてない。 5.睡眠のため了解が悪く、就寝を絶続しないでの時間を過らせ(20:40分)服用させた。	→入院時施設から抑謝バターンの把握し活動状況、睡眠状況の情報をする。 →就寝前に抑謝説明をする。 →慣れるまで家族に協力してもらう。 →自宅で使用していた枕や布団等持つ来てもらう。 →患者さんは寝るまで面会時間を延長してもらう。そうすれば患者の気持ちが落ち着き、奇跡的な行動が予防できる。 →自宅で就寝があった事をことを入院前に情報得ていたら、不適な状況や活動性を予測して(抑謝)考えることができた。
2.コミュニケーションの障害(よく聞こえる、認せる) 3.コミュニケーションの障害(よく聞こえる、認せる) 4.活動、睡眠、排泄バターンの把握はできていない。 5.精神活性作用、夜間活動が多い等抑謝バターンの把握不足 6.血圧等の測定の精度や稳定性低血圧があった。 7.リードス刷用していた。 8. N <sub>o</sub> コールの使用について指導したが患者が(使はなかった)。 9.親友でのN <sub>o</sub> の言ふことをきかずコミュニケーションの障害があった。 10.活動、睡眠、排泄バターンの把握はできていない。 11.血圧等の測定の精度はしていない。(いつも使用していた) 12. N <sub>o</sub> コールの使用の指導はしていた(いつも使用していた) 13.排泄バターンの把握不足 14.排泄バターンの把握不足 15.ベット番を乗り越えたりする情報があった。 16.就寝が遅くまで付添い不適な状況はなかった。	→排泄、睡眠状況を把握してケアに反映させる。 →安全を確保して睡眠が回るよう抑謝する又、吸収の服用検討する。 →排泄バターンの把握をする。 →N <sub>o</sub> コールに依存しない(自分の體で判断する) →環境づくりの情報をアセスメントする。
5.パーキンソン症状、ふらつき、原因不明の興奮、全身震顫一患者はその日その時々で状態が変化することを認識する。 6.失見当識、せん妄状態、排泄時のふらつきがあり転倒のリスクが大であった。 7.2~3時頃を服用していた。 8.歩行器を使用していた。 9.排泄バターンは把握していないが、いつもN <sub>o</sub> コールがあり対応していた。 10.便位圧は? 11.前夜にマイスリー1/2服用。ふらつきありマッタ君を使用した。	→排泄バターンをアセスメントする。 →監視モニターをつける。 →一人のN <sub>o</sub> が音がしたら直ぐ訪問する。もう一人のN <sub>o</sub> がN <sub>o</sub> コールで声をかけ注意をそらし時間を作成する。 →せん妄は一日で起こることを認識する。 →一箇所に集中して対応する。

## L 当事者

要因	対策
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り中であつた。 5.申し送り直前まで患者は寝ていた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→N <sub>o</sub> が遅視時に患者を起こすケースもあることを知る。 →遅視時間をうなづらす。往復遅視する。 →引き締め時間や深夜・深夜の交代時に疲労が発生しやすいことを知って運営してみる。 →先発の対応を聞く。体験をして経験を語る。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→N <sub>o</sub> が遅視時に患者を起こすケースもあることを知る。 →遅視時間をうなづらす。往復遅視する。 →引き締め時間や深夜・深夜の交代時に疲労が発生しやすいことを知って運営してみる。 →先発の対応を聞く。体験をして経験を語る。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→モニター監視やN <sub>o</sub> コール等を利用する。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→モニター監視やN <sub>o</sub> コール等を利用する。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→リハビリシミューズを使用する。入院時には準備できているよう指導する。準備できていなければ購入してから、入院生活が始まるようにする。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→モニター監視やN <sub>o</sub> コール等を利用する。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→リハビリシミューズを使用する。入院時には準備できているよう指導する。準備できていなければ購入してから、入院生活が始まるようにする。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→モニター監視やN <sub>o</sub> コール等を利用する。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→リハビリシミューズを使用する。入院時には準備できているよう指導する。準備できていなければ購入してから、入院生活が始まるようにする。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じていなかつた(通常の疲労と思う) 笑わせてドット塗れを感じた。 13.患者対応はスマースであった。 14.仕事の困難さ、職場の發言しやすい雰囲気は夜中に起こす一情報を共有し合う環境をつくる。 15.夜中でも医師に報告し安全のための抑謝をする。	→モニター監視やN <sub>o</sub> コール等を利用する。
1.夜間の歩行状態の情報不足。 2.入院当日の抑謝バターンや橋を越える活動状況、自宅で転倒の情報又、心臓状態の把握がきていた。 3.患者は痴呆であり、了解が悪かった。 4.申し送り直前まで患者は寝ていた。 5.申し送り中であつた。 6.対応が難しかつた。 7.多い、疲労による判断不足はなかつた。 8.患者の対応の難しさはなかつた。 9.多忙であったが、座位感覚があった。 10.せん妄状態であり対応が難しかつた。 11.深夜と深夜の交代時間であった。 12.多忙、疲労感、疲れによる判断不足は痴呆者には感じてい	

表3

患者様の入院生活を安全、安楽に過ごして頂けるよう看護に役立てたいと思いますので  
下記の項目についての御記入を御願い致します。

II 病棟2・3階 看護師

## 車で到着する患者に対する問診表

記入月日(月日)

患者氏名		年齢( )男・女	現在(入院中・通院中・自宅)	
要因	患者さんの状況			看護アセスメント
精神面	理解力低下がある(いいえ・はい) 時間、場所、人物の認識の障害がある(いいえ・はい) 痴呆がある(いいえ・はい) 無目的に歩き廻る(いいえ・はい) 不安やいらいら感がある(いいえ・はい) 対象のない声、妄想がある(いいえ・はい)(内容: 穏やかでない行動がある(いいえ・はい) 新しく物を憶える能力、記憶力の低下がある(いいえ・はい) <b>二睡眠について</b> 就寝時間( )覚醒時間( ) 不眠である(いいえ・はい)中途覚醒する(いいえ・はい) 活動時間・睡眠時間(下記記入して下さい)	機嫌が悪い(いいえ・はい) どんな時に(内容 ) 性格 ・遠慮深い・うたぐり深い・わがまま ・待てない・せっかち・こだわる )寝ていることが多い(いいえ・はい) 何事も自分でしたい方(いいえ・はい) 介護を嫌がる(いいえ・はい) 現実性を吟味できない(いいえ・はい) 夜になると行動が変化する(いいえ・はい)		
	満 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4			
	中途覚醒時の行動(徘徊・トイレ・間食・飲水・その他: 中途覚醒後直ぐ入眠ができる(いいえ・はい)再入眠時間( )			
身体面	※現在転倒、転落の可能性があると考えられますか(いいえ・はい)予測場面( ) ※過去転倒したことがある(いいえ・はい)時期( )その時の状況( ) ※以前抑制をしていたことがある(いいえ・はい)時期( )理由は( ) 身体に不自由がある(いいえ・はい)場所は( ) 日常生活に介助がいる(いいえ・はい)(全介助・一部介助・自立) 日常の歩行状態(小刻み歩行・突進歩行・つたえ歩き・ぶつかり歩行・その他: 普段の履物(運動靴・ツッカケ・サンダル・その他: 補助具の使用がある(いいえ・はい)(車いす・杖・歩行器・松葉杖) 日常活動時にふらつきがある(いいえ・はい) 視力障害がある(いいえ・はい)(夜見えにくい・いつもボンヤリしか見えない) 聴力障害がある(いいえ・はい)(耳元で話すと聞こえる・補聴器がないと聞こえない) 立ちくらみがある(いいえ・はい) 血圧が低い(いいえ・はい) めまいを起こしたことがある(いいえ・はい) <b>二排泄について</b> 排泄状況(自分でトイレに行く・おむつ使用・尿器・ポータブルトイレ・カテーテル留置) 便秘している(いいえ・はい) 便回数(毎日・2日・3日・その他: )※排便日( ) 夜間の排尿回数(1回・2回・3回・4回・その他: ) 夜間の排尿時間(下記記入して下さい)	18時 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7		
	18時 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7			
	尿意、便意を伝えることができる(いいえ・はい) 排泄時介助がいる(いいえ・はい) 飲水が多い(いいえ・はい)量は( ml/日)			
環境面	ベットで寝ている(いいえ・はい)ベットの高さは病院のと比べ(低い・普通・高い) ベットの立ち上がり(自力・自力で出来るがふらつく・全介助がいる・一部介助がいる) 畳で寝ている(いいえ・はい) 畳からの立ち上がり(自力・自力で出来るがふらつく・全介助がいる・一部介助がいる) 段差でまづきやすい(いいえ・はい) ※過去ベットや畳から立ち上がる時に転落か転落をしたことがある(いいえ・はい)時期( ) ※現在ベットや畳から立ち上がる時に転倒か転落の可能性がある(いいえ・はい) ※現在ベット柵を乗り越えたり、取り外す可能性がある(いいえ・はい)			
薬剤面	睡眠薬服用している(いいえ・はい) 服用時間( ) 降圧剤服用している(いいえ・はい) 利尿剤服用している(いいえ・はい) 抗精神薬服用している(いいえ・はい) 服用後のふらつきがひどくなる(いいえ・はい) 貧血剤を服用している(いいえ・はい)	糖尿病薬を服用している(いいえ・はい) 便秘の薬を服用している(いいえ・はい) 市販の薬を服用している(いいえ・はい) ※薬を飲むとふらつきが強くなる(いいえ 薬剤名( ) 鎮痛剤を服用している(いいえ・はい)		
その他	【御家族で転倒・転落について心掛けていること】			

御協力有り難うございました。

記載者( )統柄( )

