

15年度「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント・  
痴呆性高齢者の転倒事故の要因とリスク評価にも  
とづく事故防止策の研究」東京センター分担分野

報 告 書

平成15年3月

社会福祉法人 浴 風 会  
高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

## 目 次

はじめに .....	1
委員会名簿 .....	3
調査研究目的と方法 .....	4
調査結果 .....	6
転倒事故に関する文献を概観する .....	37
おわりに .....	41
学会発表抄録 .....	43
総説 .....	47
参考資料一覧 .....	77
ひやりはつと報告書式抜粋 .....	81
15年転倒調査用紙 .....	77
調査参加施設の調査状況 .....	87
関連文献一覧 .....	107

## はじめに

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント・痴呆性高齢者の転倒事故の要因とリスク評価にもとづく事故防止策の研究も2年目を終えた。研究開始の頃はこれだけ多数の施設からどれだけ正確な事故報告が集まるか正直心配なところだった。事故の実態を正確に把握することがこの研究の成否を決めるからだった。始めてみると各施設担当者の皆さんそれぞれ煩雑な調査票にもかかわらず、毎月きちんとした報告を届けられた。現場の報告は苦渋と冷や汗のにじみ出ているものばかりであった。こうしたデータの積み重ねで報告書ができあがった。

14年、15年と続けて介護現場で起こる転倒・転落事故の全貌がみえてきた。どんなに事故防止に頑張っても痴呆性高齢者には転倒・転落事故がある確率で起きる。起こる確率は施設ごとにまちまちで、小さくはなりそうだが、ゼロにはならない。転倒・転落事故は痴呆性高齢者が日々生活する中で起きていて、しかも事故は見えない所で、誰も見ていない所で起こっているケースが大部分だった。通り一遍のケアプラン、「見守り」や「注意」では何の意味もない事もわかった。事故を予見することが第1、予見できたら適切な事故防止策を実行することが第2だ。14年の調査では各施設とも事故の予見性についてまだ甘さがあったように思われた。事故を予見できたとしても適切な事故防止策が浮かばない。どうしたらよいかかわからない、といったことも現場からは伝わってきた。抑制廃止のスローガンが頭に焼き付いて車椅子からの立ち上がりで転倒を繰り返す高齢者への三角ベルトの装着さえ躊躇するところもあった。

痴呆が高度になれば転倒の確率は高まる。判断力や危険への回避能力の喪失と転倒確率とは逆相関するだろう。事故はますます不可避になる。こうした状況下から事故防止策ばかりでなくフェイルセーフの考え方も浮かび上がった。ころんでしまったら仕方がない。でも怪我だけはしないでという願いだ。最後の生命線ともいえる。この部分の工夫にも光をあてて15年は取り組んだ。残さ

れている課題は山ほどある。この調査結果が少しでも現場の転倒事故対策に役立っていただければ幸いである。

平成15年「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント・痴呆性高齢者の転倒事故の要因とリスク評価に基づく事故防止策の研究」報告書

分担研究責任者 須貝 佑一(高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)

委員(順不同)

山本 里美 (南陽園)  
岩本 陽子 (南陽園)  
辰己 祐介 (第二南陽園)  
千葉 忍 (第二南陽園)  
橋谷 トミ (第三南陽園)  
町田 沢子 (第三南陽園)  
池知 智津子 (浴風会病院)  
曾根 栄子 (浴風会病院)  
板垣 晃之 (大宮共立病院)  
佐藤 峰子 (大宮共立病院)  
金井 裕子 (老人保健施設ゆらぎ)  
郡司 和郎 (聖ヨゼフ老人ホーム)  
妙園 蘭 晃 (聖ヨゼフ老人ホーム)  
鈴木 希衣子 (中野区弥生ホーム)  
高橋 好美 (大田区特養ホームたまがわ)  
五十嵐 千冬 (大田区特養ホームたまがわ)  
中山 小夜子 (日本赤十字社福岡県支部特養ホーム大寿園)  
松井 典子 (東京大学大学院医学系研究科)  
杉山 智子 オブザーバー

## A 調査目的

痴呆性高齢者の介護に伴うリスクの中で施設や療養病棟で生じている転倒・転落事故について焦点をあてた。多数例の調査から痴呆性高齢者特有の事故の特徴、事故発生に関連する諸要因を明らかにすることが本研究の目的である。そのうえで、痴呆性高齢者の転倒事故に対する有効な事故防止策について検討する。今回は昨年の調査をふまえ①事故率の施設間格差の評価②痴呆性高齢者の事故特徴の各要素に再現性はあるか③事故の類型化は可能か④事故リスクの評価尺度作成に必要な要因の確定を目標にした。

## B 調査方法

### (1) 転倒事故報告用紙による調査

調査協力10施設におけるヒヤリハット報告書、転倒事故報告書などの書式から、痴呆高齢者の転倒事故について把握するための調査用紙を作成し、記入を依頼した。調査用紙は昨年度の用紙を改良した改訂版を用い、各施設の事故報告者が調査用紙に直接記入するか本調査の委員が各施設のひやりはっと報告書など施設独自で使われている報告書から調査用紙に転記する場合のいずれも採用とした。

調査対象および調査項目は以下のとおりである。

- ① 調査対象 平成15年11月～平成16年1月に起きた転倒事故についての報告
- ② 調査項目
  - a. 各施設の転倒事故総数
  - b. 転倒者の特性(痴呆診断の有無、併存疾患、多重転倒、服薬、移動方法、日常生活援助状況、痴呆の重症度)

- c. 転倒時の傷害部位と重症度
- d. 転倒場所(廊下、自室、トイレなど)
- e. 転倒発生(発見)時刻
- f. 発見の状況(転倒を目撃、転倒後を発見)
- g. 発生の状況(車椅子からの移動、歩行中など)
- h. すでに行われていた予防策の状況(ケアプラン作成、予防具など)

(2) 日常生活援助状況・痴呆の重症度の測定

日常生活援助状況については、Katz の ADL 自立指標日本語版(参考文献 1)を使用し、痴呆の重症度については Clinical Dementia Rating(CDR)(参考文献 2, 3)を使用した。

(3) 施設訪問による聞き取り調査

調査の背景となる各施設のハード面での特徴や人的配置・各施設の転倒予防策への取り組みなどソフト面での特徴を把握するため、調査担当者が各施設を訪問・視察した。

C 回収・集計方法

転倒事故報告調査用紙は郵送により回収、山手情報処理センターにおいて入力・データクリーニング・単純集計を行った。

D 転倒・転落事故の国内での研究報告を検索し、文献と比較検討した。

## E 結果

表に月別転倒・転落件数と施設概要、全体の事故の状況を掲げた。

### 転倒件数(月別・施設別)

施設	A	B	C	I	J	H	D	E	F	G	計
11月	7	12	23	4	28	16	11	3	23	2	129
12月	16	9	20	13	26	16	14	6	24	3	147
1月	11	7	22	8	22	21	11	4	21	2	129
計	34	28	65	25	76	53	36	13	68	7	405

施設ごとの事故状況の一覧で、全体で405件の事故を分析の対象とした。



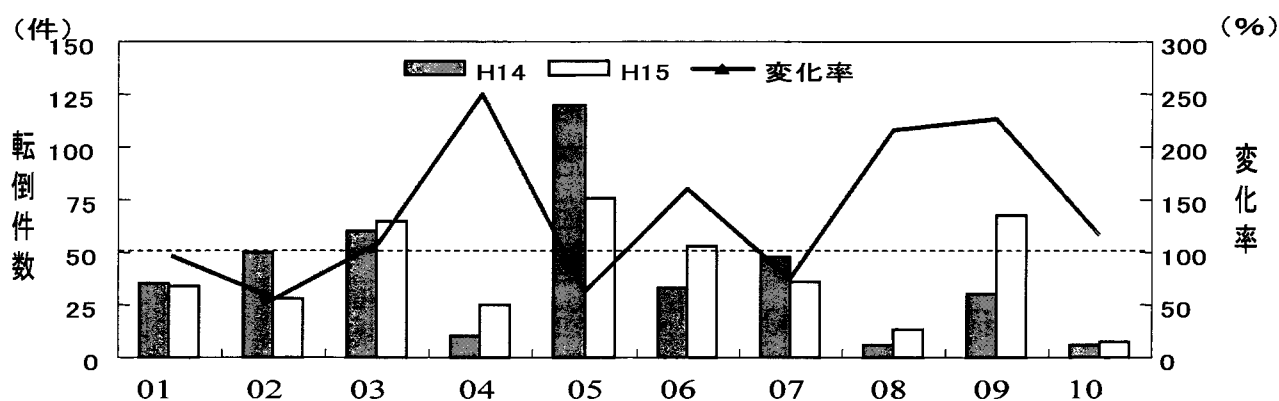
表1 施設別転倒事故発生件数

施設種類	表記	利用者定員	調査協力単位	転倒事故発生件数
特養	A	242	施設全体	34
	B	150	施設全体	28
	C	207	施設全体	65
	D	100	施設全体	36
	E	30	施設全体	13
	F	200	施設全体	68
	G	150	施設全体	7
老健	H	100	施設全体	53
病院	I	300	痴呆フロアのみ	25
	J	429	施設全体	76
計				405

表 3 転倒者年齢

	度数	パーセント
59歳以下	5	1.23
60～69歳	11	2.72
70～79歳	122	30.12
80～89歳	174	42.96
90～99歳	81	20.00
100歳以上	6	1.48
不明	6	1.48
計	405	100
平均年齢	82.67 ± 8.04歳	

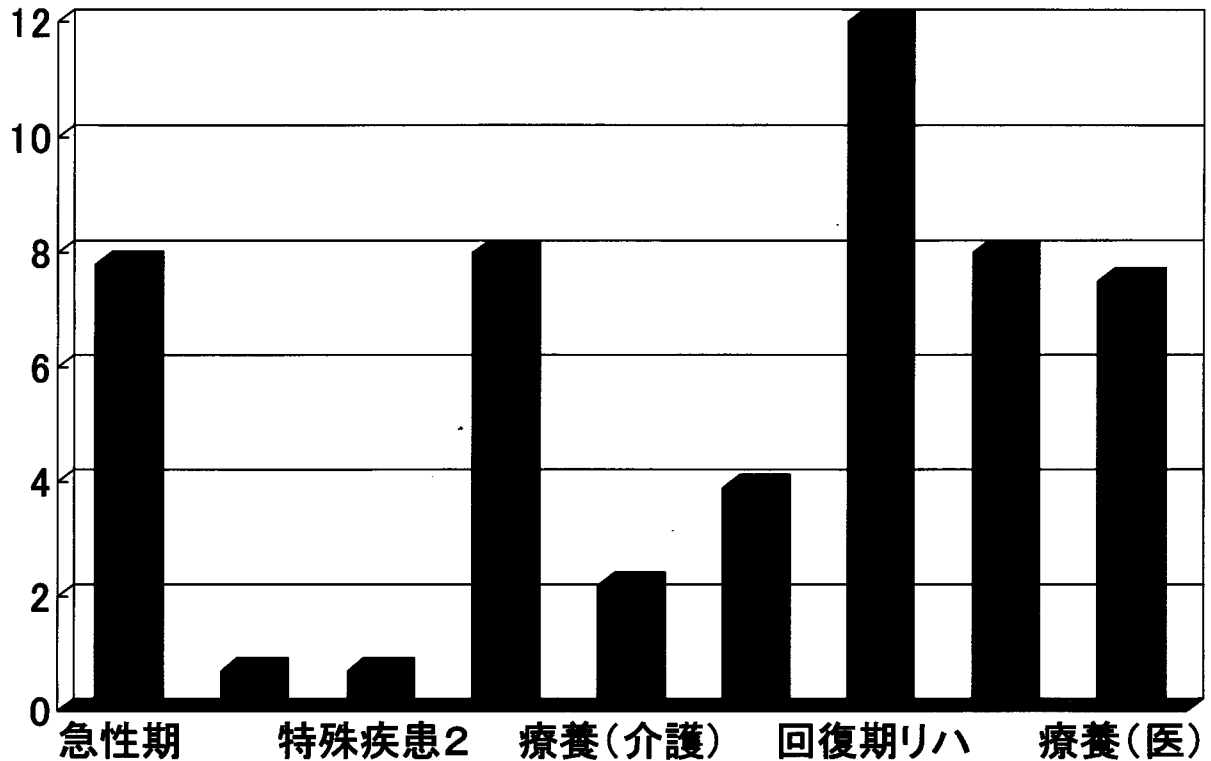
## 転倒事故件数(H14/H15)



事故の施設間件数：平成14年と15年の同一時期の各施設の転倒事故件数を示した。この施設で事故が増えたところと減ったところはあるが、事故の多寡の施設間格差の傾向は昨年と同様の傾向を示し、転倒・転落事故の多寡には施設特有の事情が関与していることを示唆する結果だった。同じ施設内でも収容している入所者の特性が違えば事故率に差がある可能性は十分考えられるところから療養型病床と治療病棟、リハビリ病棟を持つ高齢者中心の病院について1ヶ月間の事故率の差を試みに調べた。

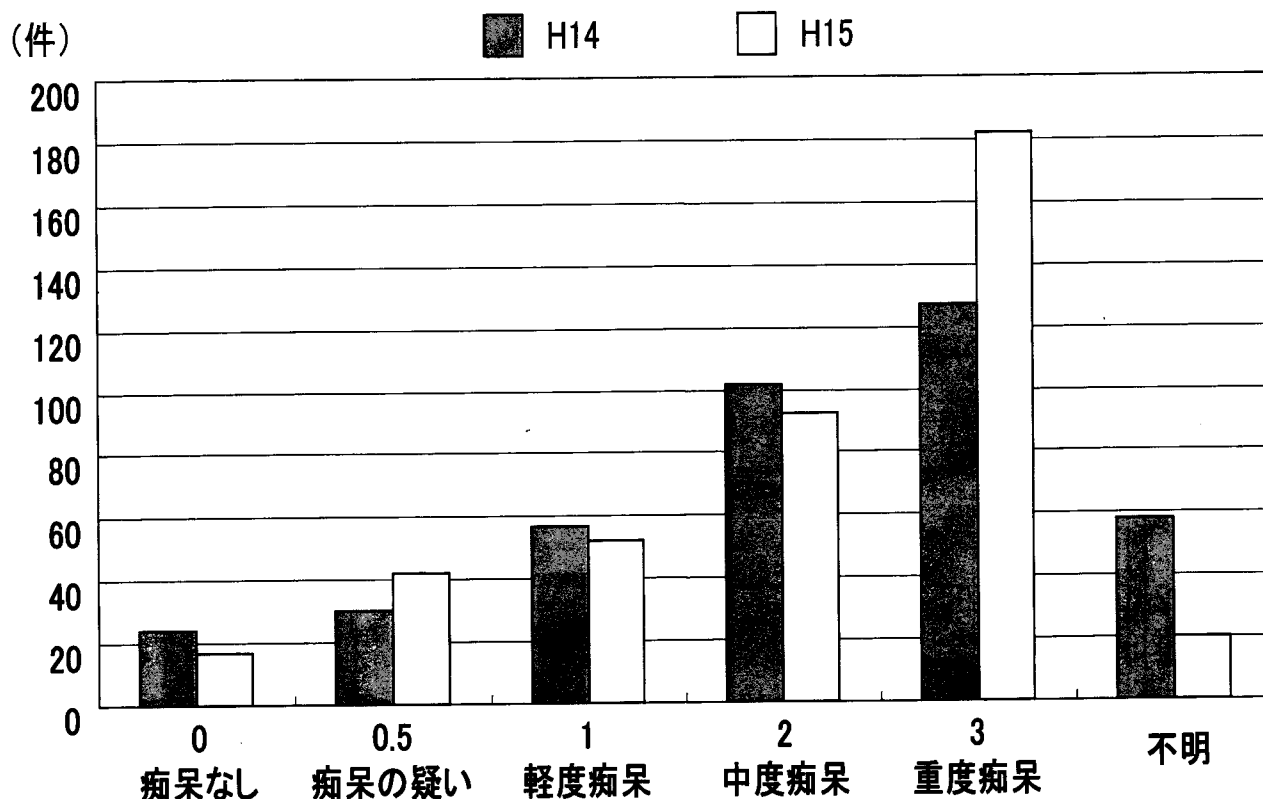
## 病棟別事故率(1ヶ月)

410床の老人病院



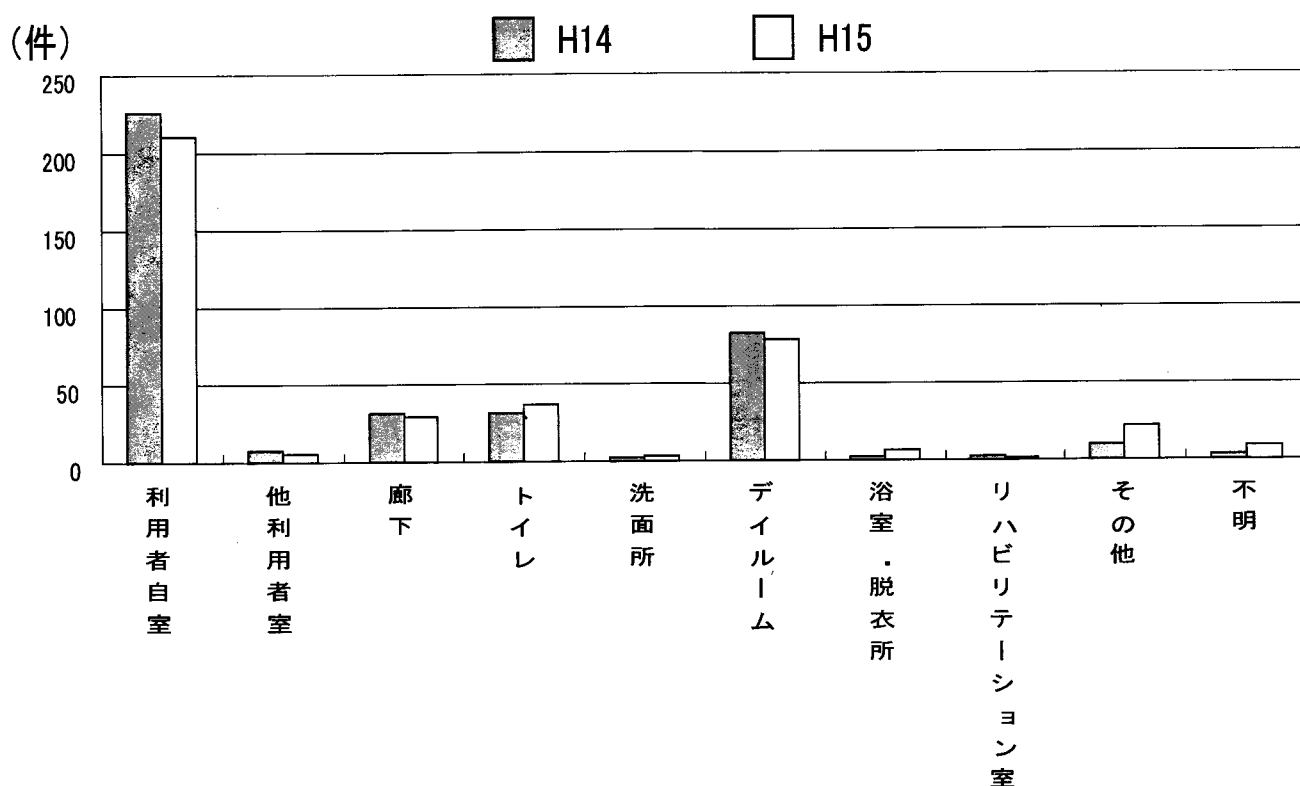
フロアごとに違いが明瞭だった。とくに回復期のリハビリ病棟の事故率が最も高く、介護棟では痴呆性高齢者をおもに看る医療型療養病棟がついで高い事故率だった。療養病棟でも入院期間が1年以上と長期療養の病棟は事故が少なかった。施設の高齢者の特性が事故に大きく関与することを示唆するデータといえる。

# 転倒者のCDR(痴呆)



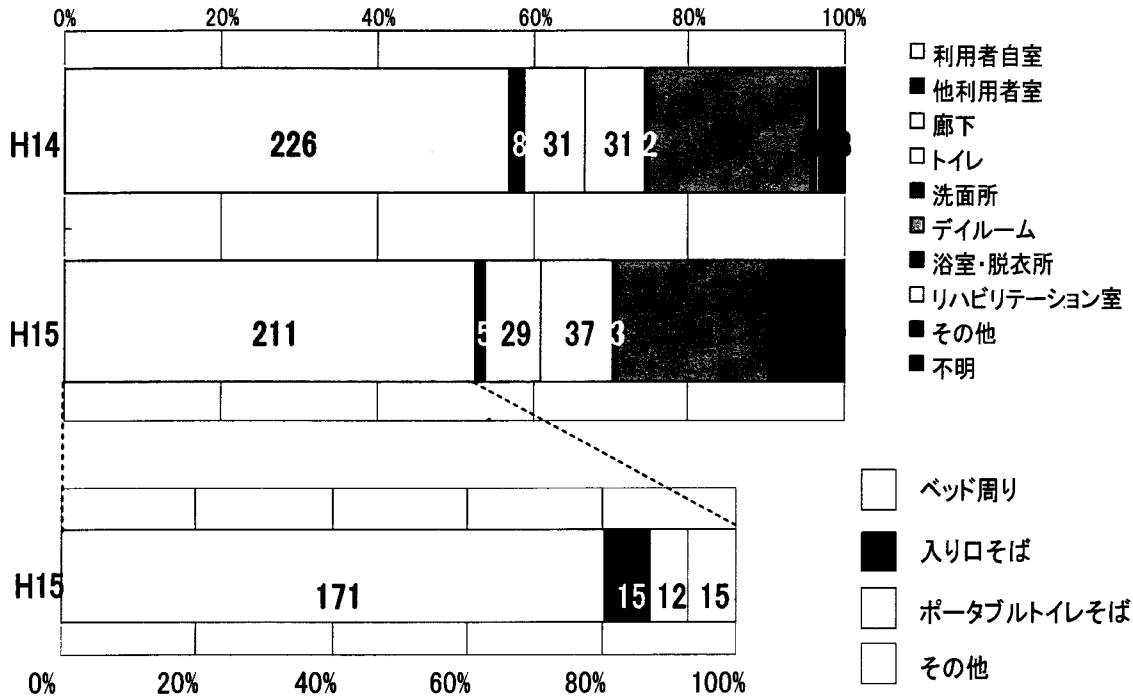
転倒者の痴呆の程度：転倒・転落事故を起こした事例のみについて痴呆の程度を調べた。CDR でみると痴呆が高度になるほど件数が多いという点は昨年度と同様である。重度痴呆全体の中での事故率、軽度痴呆全体の中での事故率は不明だが、痴呆の程度が転倒・転落事故のリスクファクターとして働いている可能性が大きく、リスク評価尺度に反映させる必要があると思われた。

# 転倒事故発生場所(件数)



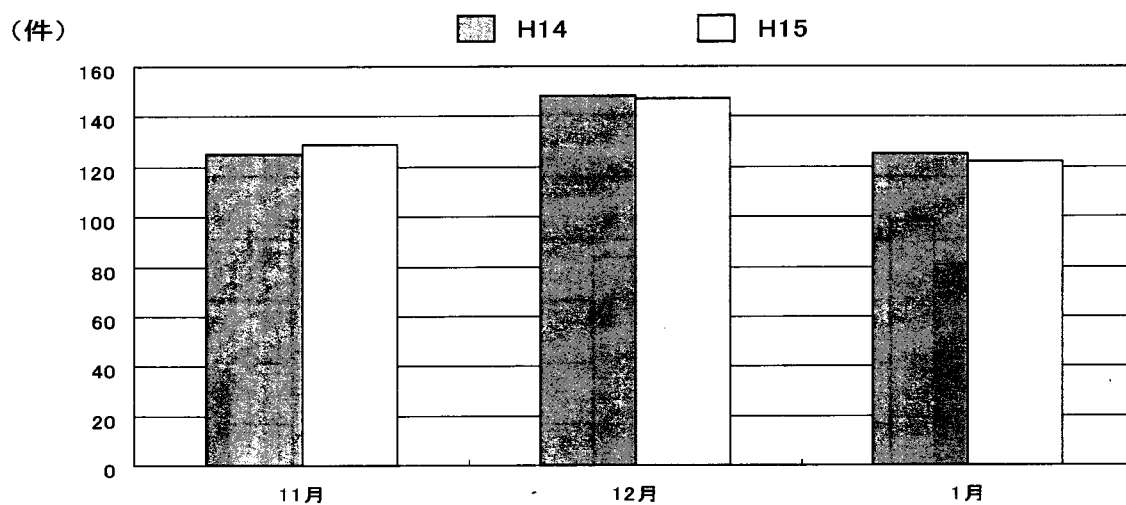
転倒・転落発生場所：事故発生場所についても昨年同様に①利用者自室②デイルームで多くを占めた。自室がその中でも飛びぬけており、ベッド周りの見えないところで事故が起きていることをあらためて再認識させられた。事故の発生場所が昨年とまったく同様だった、という点から場所特有の事故形態がある可能性が示唆され、ベッド周りの事故対策とデイルーム、廊下での事故対策にそれぞれ別個のケアプランが必要だろう。

# 転倒事故発生場所(割合)



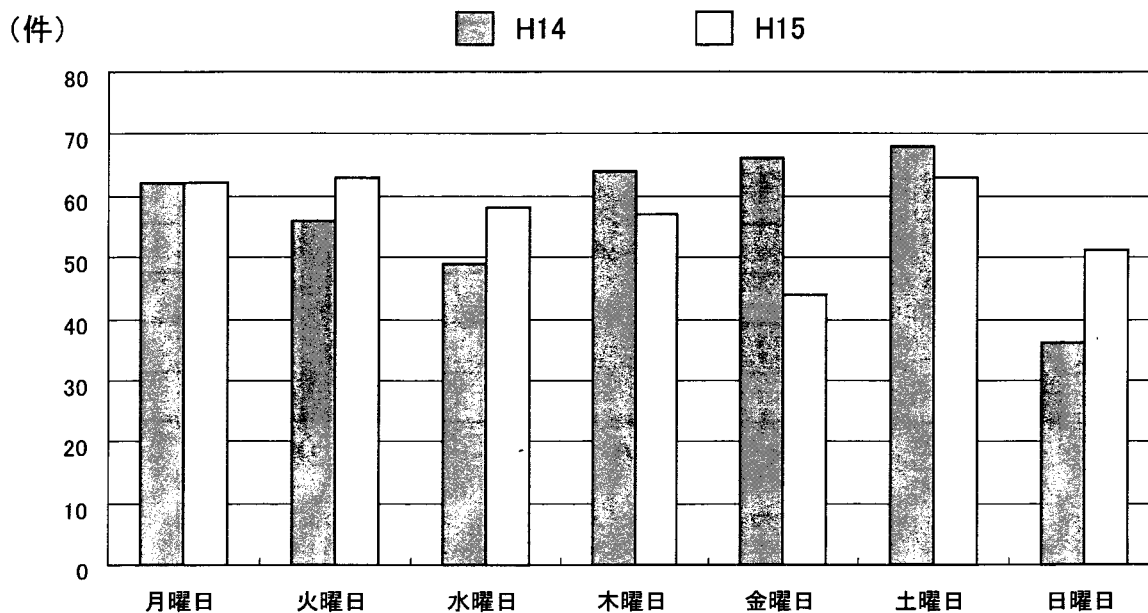
上の図は転倒・転落事故発生場所を詳しく調べたものである。自室の転倒・転落事故の大部分（80%）はベッド周りで起きていることがわかる。転落が避けられうまくベッドから降りられてもポータブルトイレで転倒、あるいは廊下に出ようとして入り口付近で転倒しているのは約12%だ。センサーマットの警笛で有効に事故防止が可能なのはベッドから無事に降りられてこれからさらに一歩を進めようとするこの12%の人たちとみることもできる。

# 転倒発生状況(月別)



事故の月別発生件数では大きな差がなくつき変動は昨年結果とほぼ同様だった。

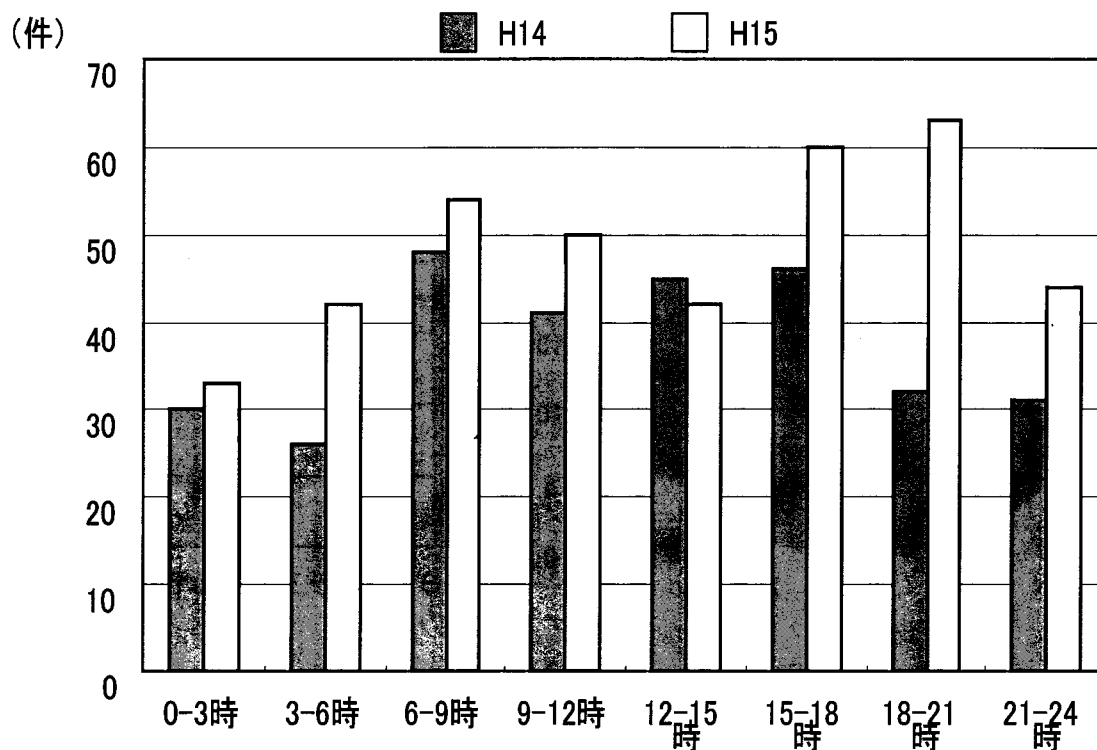
# 転倒発生状況(曜日別)



転倒・転落事故に週単位の変動は若干みられた。スタッフ人員の少ない日曜日の転倒・転落事故がむしろ少ない傾向は興味ある所見であった。



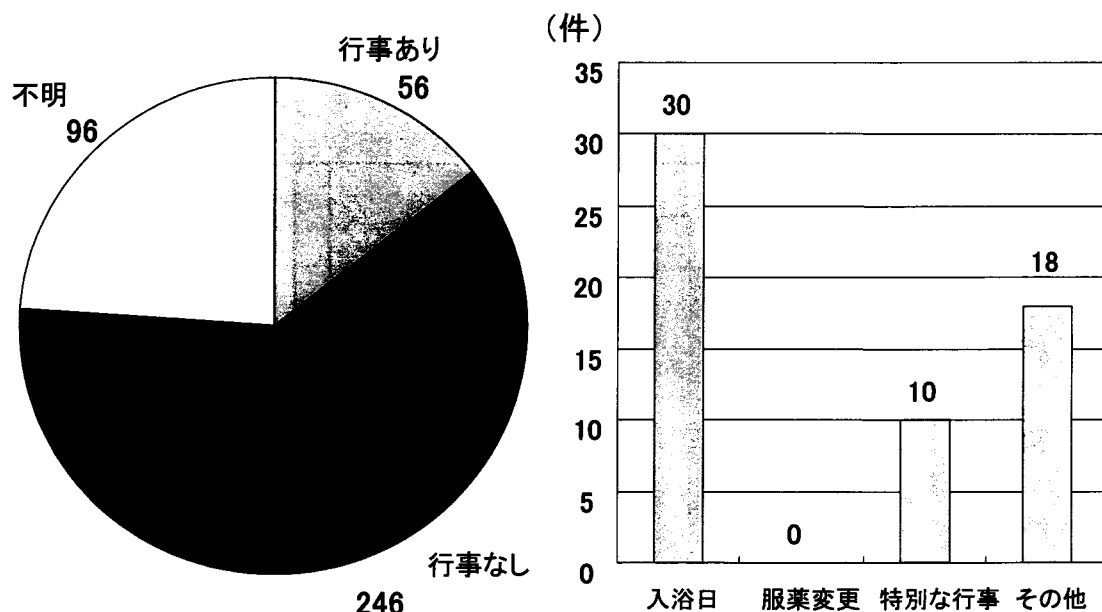
# 転倒発生状況(時間別)



転倒事故を時間別にみると今年度は夜間帯の事故が増えている。昨年調査では朝方の朝食から朝食が終わる午前6時から9時に事故のピークがあったが、今年度は夕食時から就寝までの午後6時から午後9時までの間にピークがみられた。しかし、共通しているのは寝ている時間に事故は最低になり、起きだしから増え、昼から午後にかけて少し減り、夕方から就寝までにまた増えるという日内変動を示していることであった。

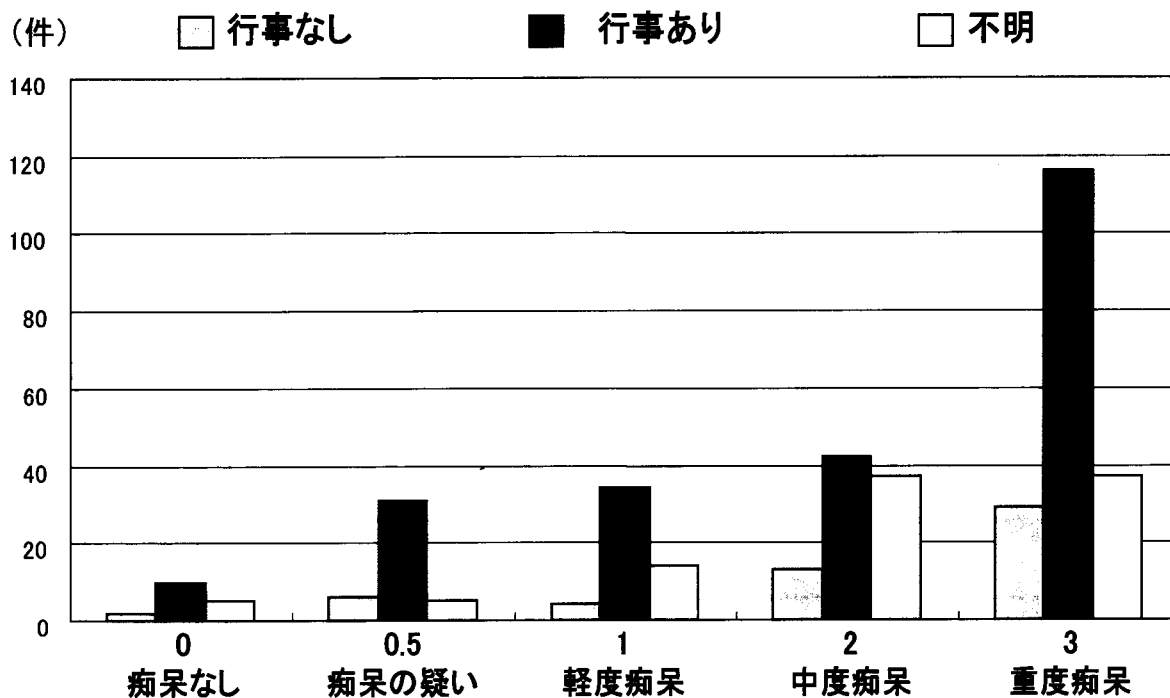
生活リズムと転倒・転落事故の関連や時間帯による事故内容の差も考えられるところである。

# 転倒発生状況(変化の有無)



事故の週内変動や日内変動を説明できる因子としてその日の特別な行事日程や入浴の有無、服薬変更の有無との関連を調べた。事故の多くはとくに行事などの特別なことがなくても起きてはいるが、特別な行事との関連も示唆されるケースも56件あった。行事の中でも入浴日に事故が多いことは特筆に価する。

## 転倒件数と環境変化の関係(件数)



前図で示したように特別な行事の多くは入浴日であった。行事の有無で転倒を分類し、さらに痴呆の程度で事故件数をみたものである。重度の痴呆で行事(多くは入浴日)の影響がみられるようである。

表6 転倒者の服薬状況

	度数	パーセント
服薬あり	346	85.43
服薬なし	41	10.12
不明	18	4.44
計	405	100

表7 転倒者の服薬の内訳(複数回答可)

	度数	パーセント
睡眠薬	103	29.77
抗精神病薬	131	37.86
安定剤	42	12.14
抗パーキンソン剤	21	6.07
降圧剤	92	26.59
その他	59	17.05
母数	346	100

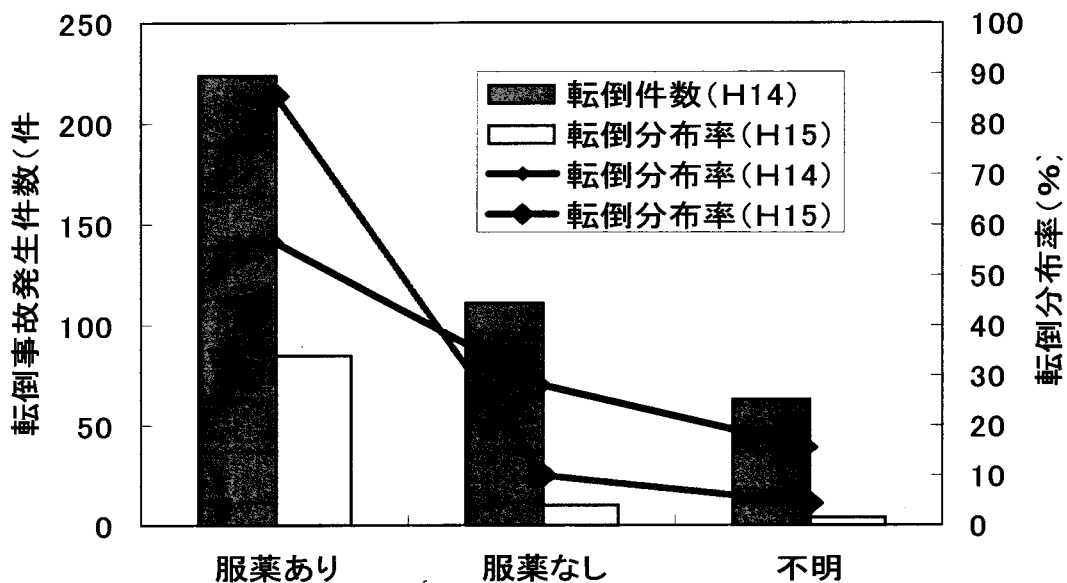
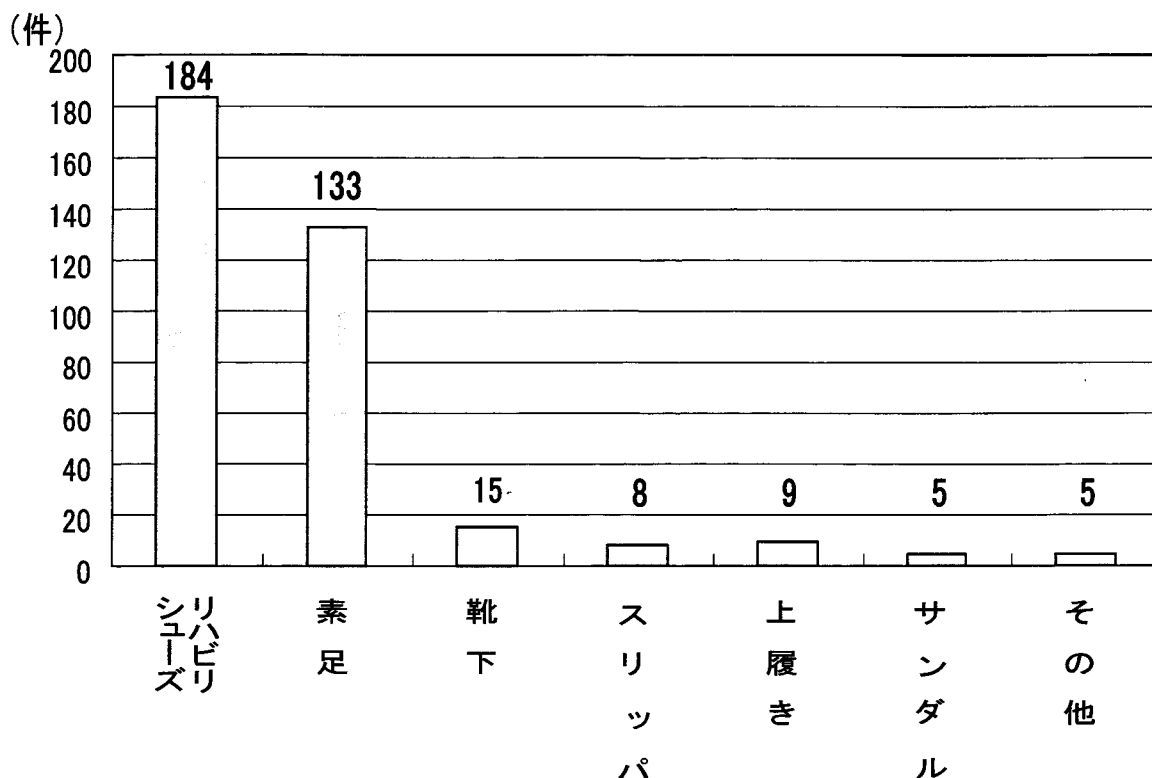


図4 転倒者の服薬状況(H14・15)

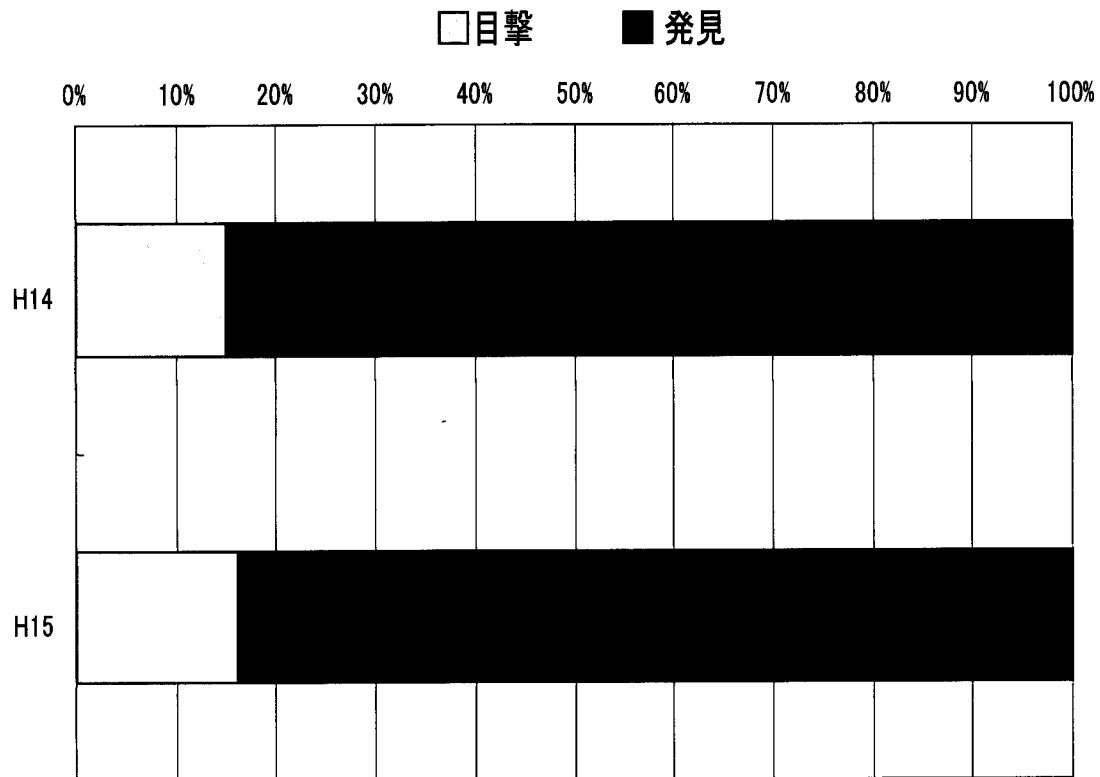
転倒者の服薬状況を調べた。おもにふらつきを伴いやすい薬として睡眠薬、抗精神病薬、その他の精神安定薬、抗パーキンソン薬の有無を調べたが、未記入も多く、結果の解釈は難しい。調査結果は転倒者の約85%はこれらの薬を内服していたが、その内訳では睡眠薬が約30%、抗精神病薬が約38%だった。施設の入所者全体の睡眠薬使用頻度がどの程度かを把握しなかったが、浴風会特養施設では20%程度であるところから服薬の影響はいくらかは推測される所であり、さらに詳細に調べる必要があるだろう。

# 転倒時履き物



転倒時の履物を調べたものである。素足が多いのは夜間の起きだし時に転倒することが関係していよう。リハビリシューズが目立つが、これらは自立歩行に問題があるか、痴呆があるために施設で事前に用意されていることが多い結果と解釈される。履きやすいシューズが選ばれるが、履物が転倒に影響を及ぼすかどうかはこの結果からは不明である。数は少ないながら5例、8例の中で仮に転倒が予測されそうな事例があったとすればサンダルやスリッパの使用が適切だったかどうかは問題が残る。

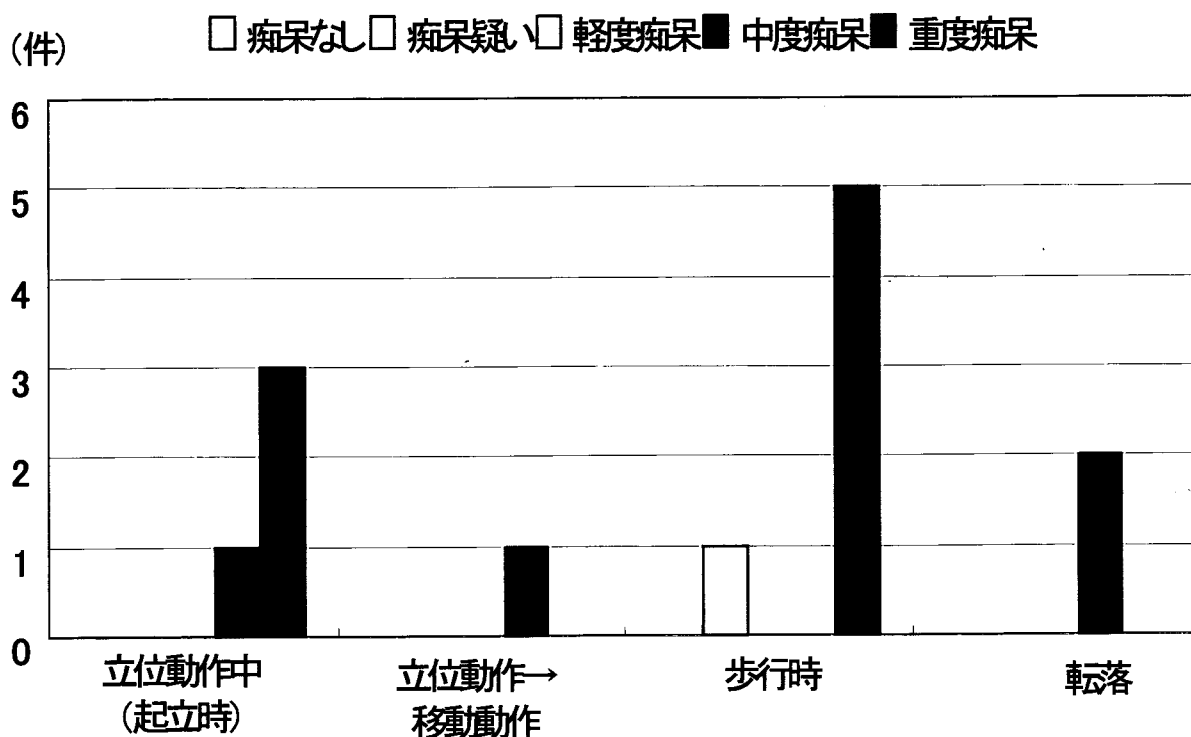
# 転倒目撃・発見



昨年とまったく同様に転倒・転落事故はみえないところで起こっている。すなわち目撃がない。倒れているところを発見している。その割合は80%を超える。2年続けて同様の結果だったことは転倒・転落事故の起こり方には事故場所と事故形態に普遍性あるいはパターンがあることを示唆する。見守りや観察だけでは事故防止は難しいことを物語っている。

# 事故発生状況(目撃64件中13件)

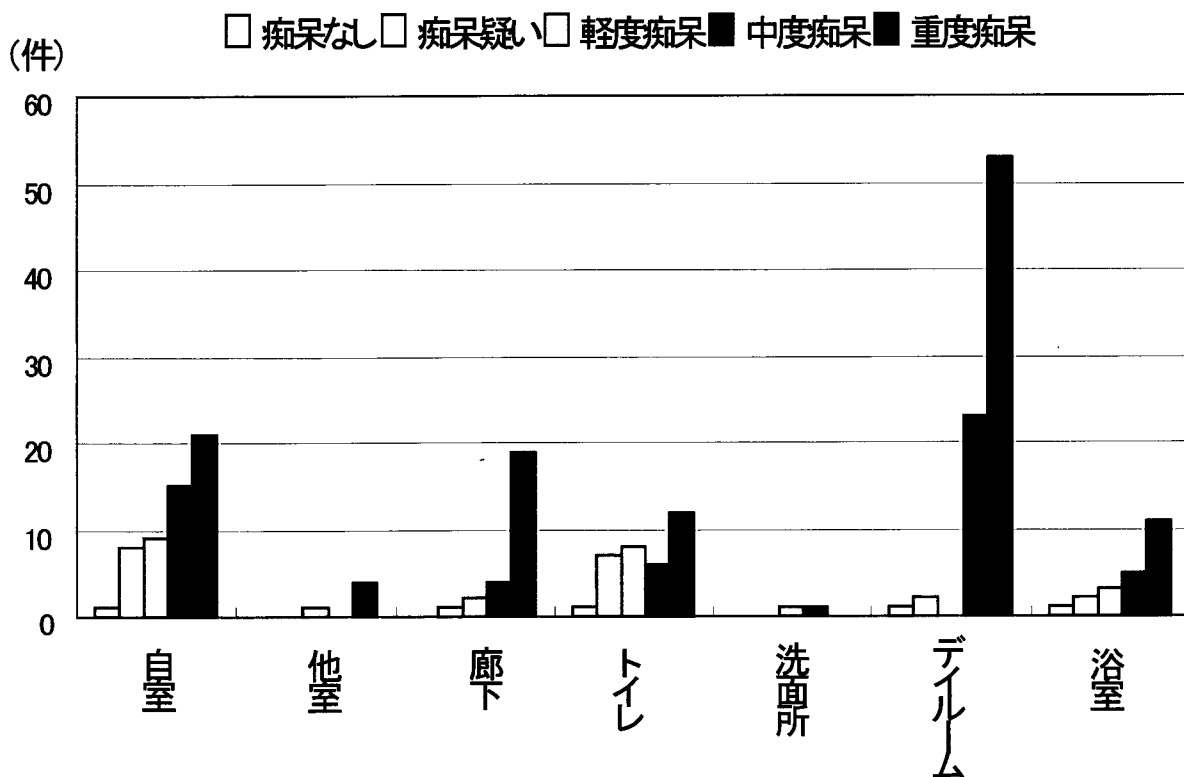
51件:自由記載欄の回答(未解析)



目撃された事故はきわめて少ないが、そのわずかな例からどのような動作時に事故が起こったかを調べた。起立時と歩行時に多い。とくに重度の痴呆では歩行時に転倒することが多かった。転倒・転落事故の大部分は見えないところで起き実態が不明なだけに目撃事故の詳細な分析はみえないところの事故を考える上でも貴重である。

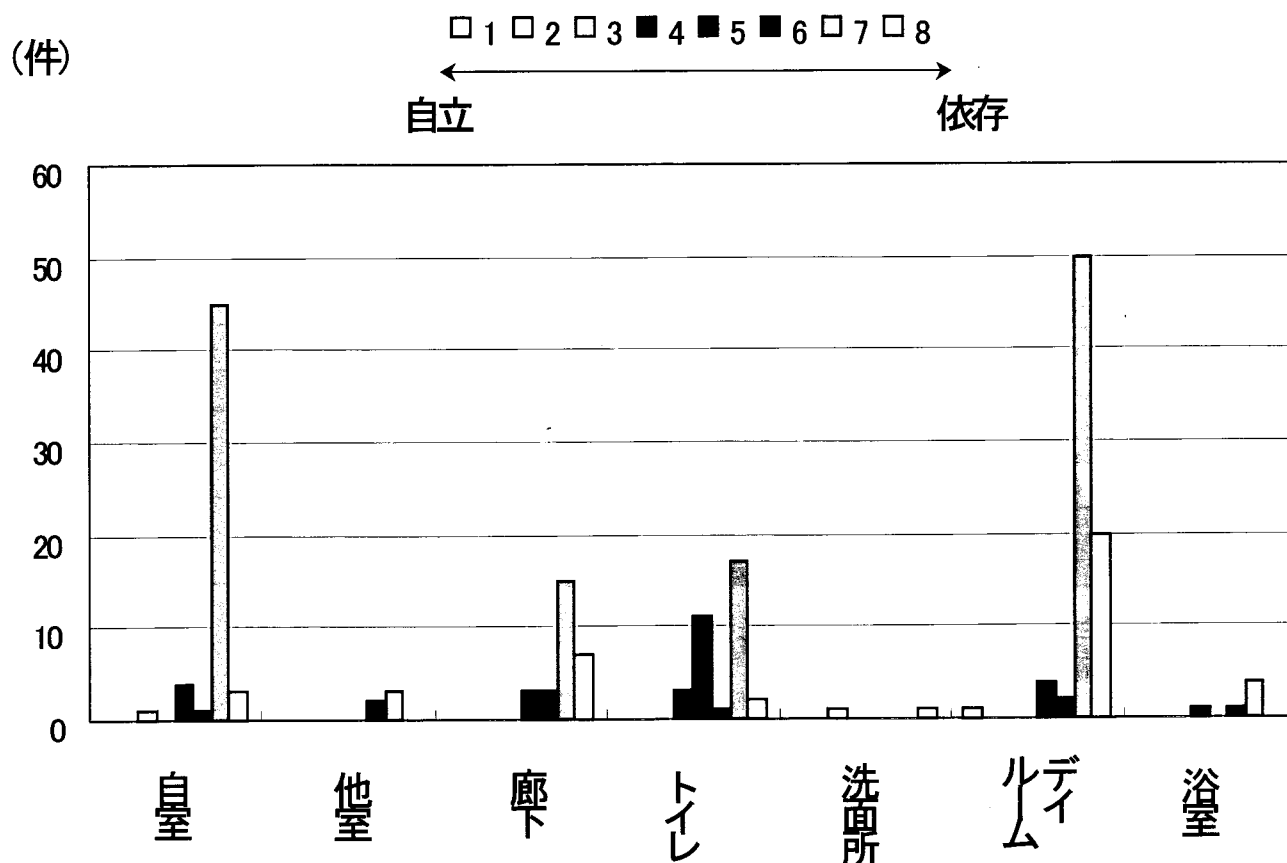


# 転倒者痴呆レベル(転倒場所別)



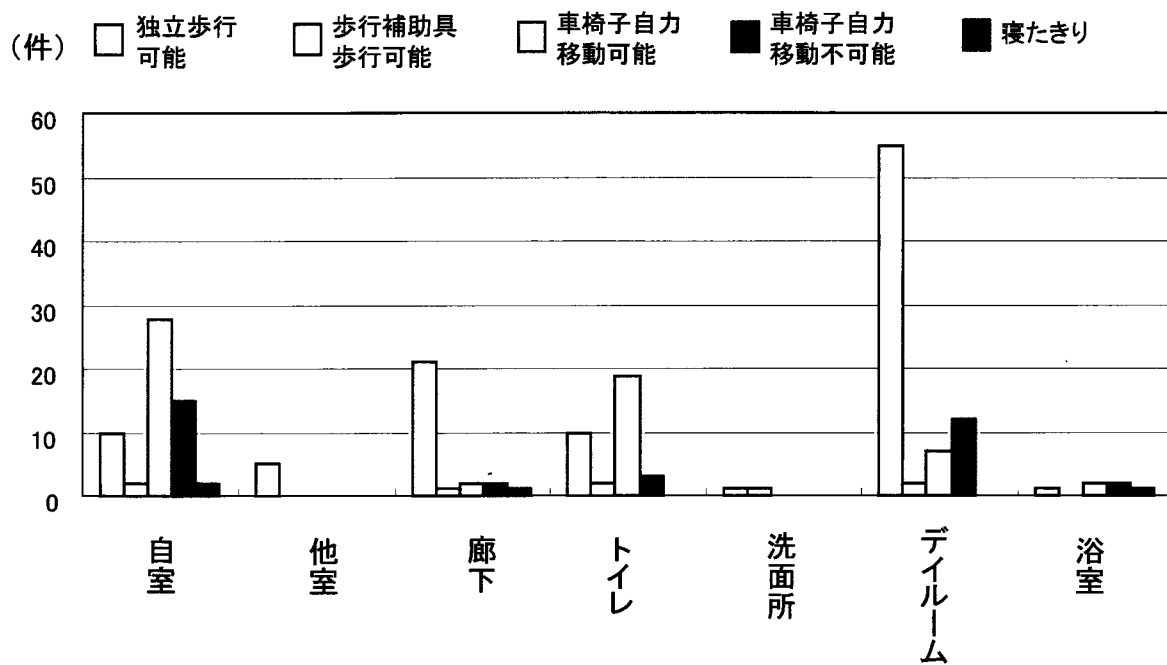
デイルーム、廊下で転倒するのは中等度から重度の痴呆の人が大部分であった。ベッド周りやトイレの事故は痴呆の程度にかかわらず生じている。とくにデイルームでの事故はほとんどが中等度から重度の痴呆性高齢者で、介護者の目のあるデイルームでの見守りの方法を考えるのに示唆に富む結果だった。

# 転倒者のADL(場所別)



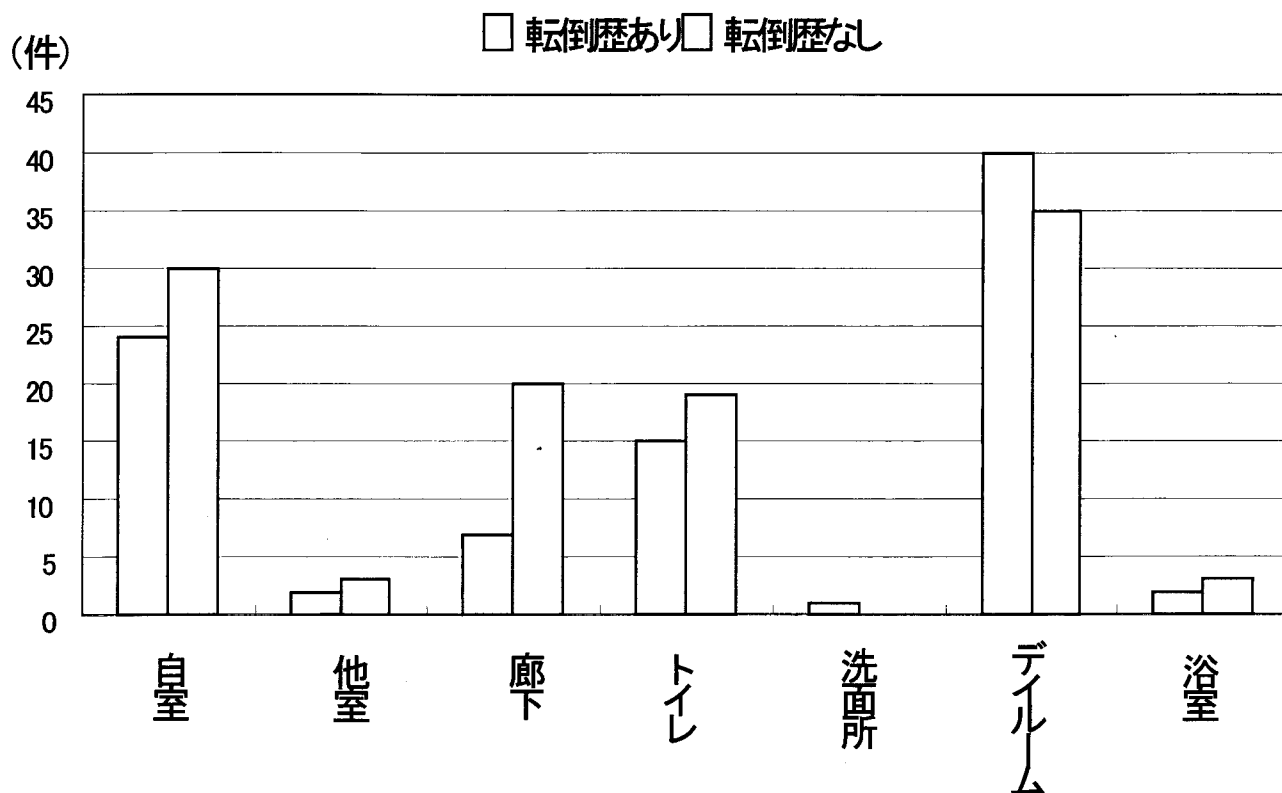
転倒者の ADL はダイルーム、自室ともに KATZ の評価表で7レベル（生活は全介助ながら移動ができ、食事が自立レベル）に集中している。重度痴呆の生活能力レベルとも一致するところがある。ADL 評価が転倒のリスクを予測する重要な指標となり得る事を示唆する。

## 転倒者の移動能力(場所別)



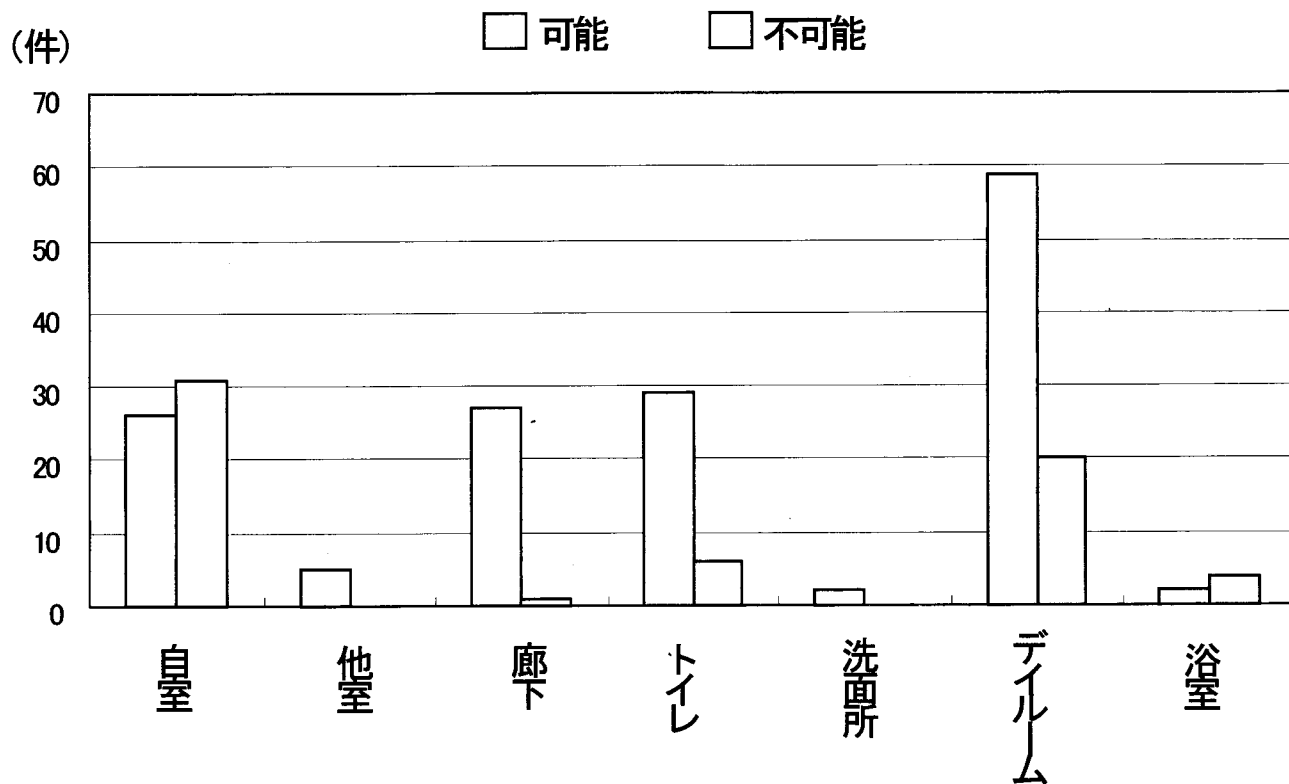
転倒者を移動能力でみたものである。自室ベッド周りで転倒するのは車椅子レベルで生活している人がほとんど。一方、廊下とデイルームで転倒しているのは独立歩行可能な人が大部分だった。自室ベッド周りの事故者とデイルーム、廊下での事故者の移動能力に差がみられる。このことから移動能力は単なる転倒リスクの指標としてばかりではなく事故形態や事故場所を予見する指標としても使えそうだ。

# 転倒者の多重転倒歴(場所別)



多重転倒者でもはじめて転んだ人でも転倒しやすい場所は同じで、一定の傾向があることを示した結果だった。浴室、洗面所の転倒がきわめて少ないことは注目に値する。介助の手と人の目があることと関係しているかもしれない。

# 転倒者の立位保持能力(場所別)



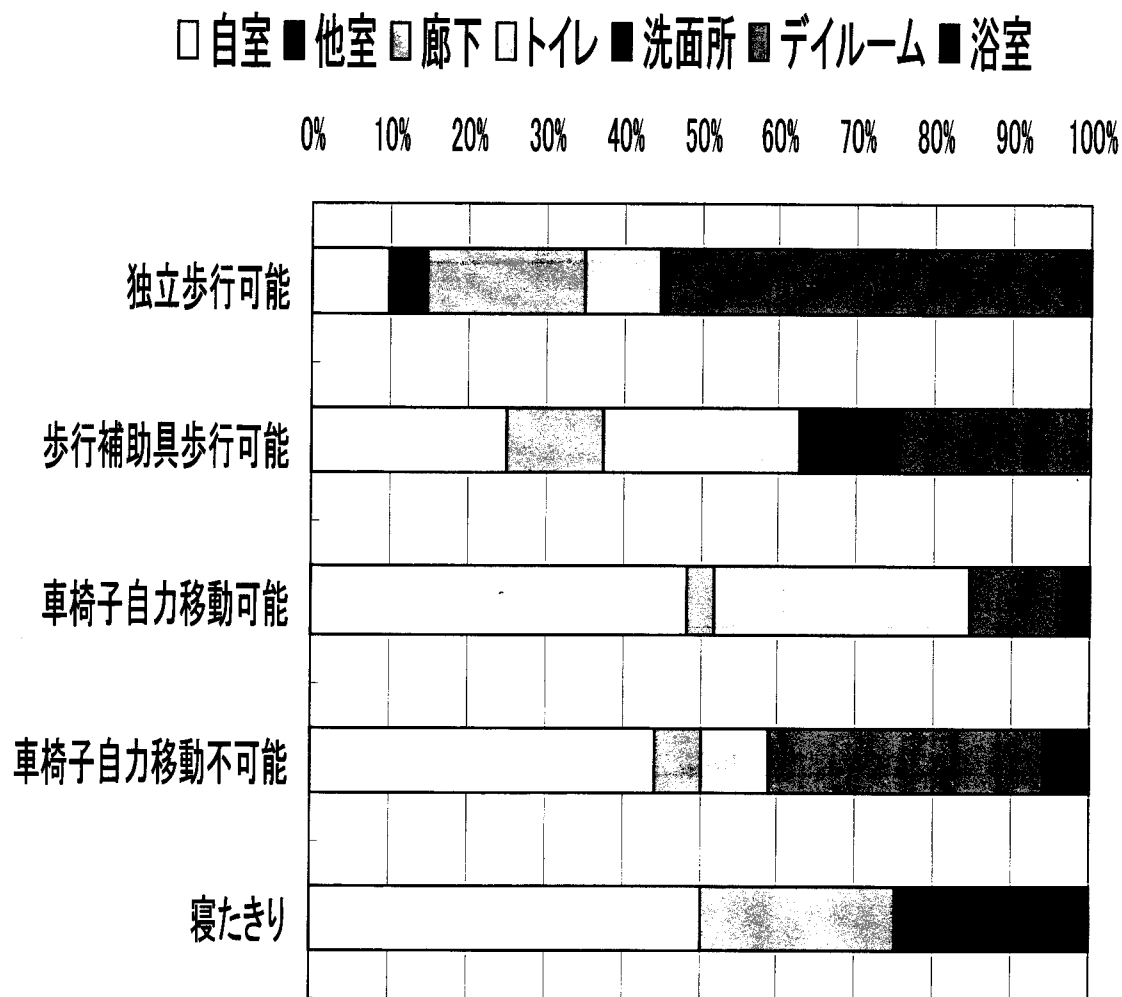


図18 移動能力別に見た場所別転倒事故件数

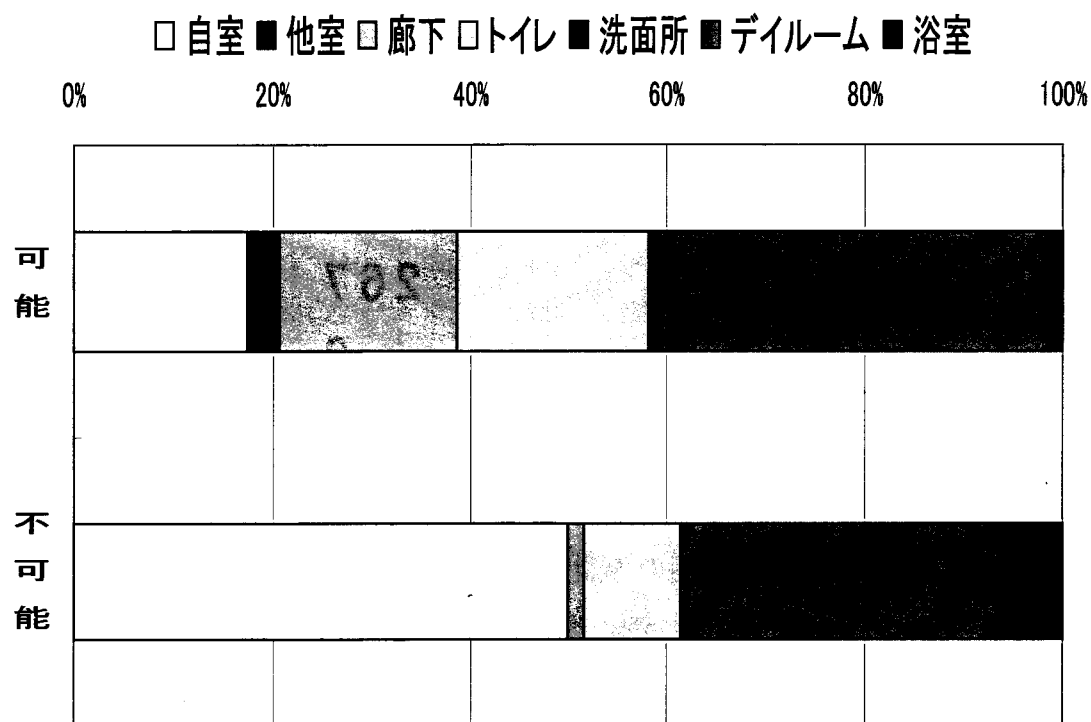


図19 立位保持能力別にみた転倒場所別転倒件数

立位保持能力があれば廊下やデイルーム、トイレといった場所で転倒が起きる。立位保持が不可能な人はベッド周りの事故が大部分だった。移動能力と立位保持能力、日ごろの行動パターンを組み合わせればその人にとって危険な場所をある程度予測できるデータだ。

表 16 転倒事故後の損傷の有無

	度数	パーセント
受傷あり	135	33.33
受傷なし	267	65.93
不明	3	0.74
計	405	100

転倒事故後に実際に受傷した事例の集計結果を示した。受傷に至ったケースは全体の約30%で14年調査とほぼ同率だった。死亡に至った重大事故はなかったが、骨折などで1週間以上の入院を要した重傷例はこの中で1.7%である。この割合も前年度の調査と類似していた。事故はある確率で生じ、その中での重大事故もある確率で生じるという労災事故におけるハインリッヒの法則が高齢者施設の転倒・転落事故にもあてはまるように思われる。重大事故を防ぐためにも小さな事故件数を減らすことが結果的に重大事故を減らすことにつながることを物語っている。



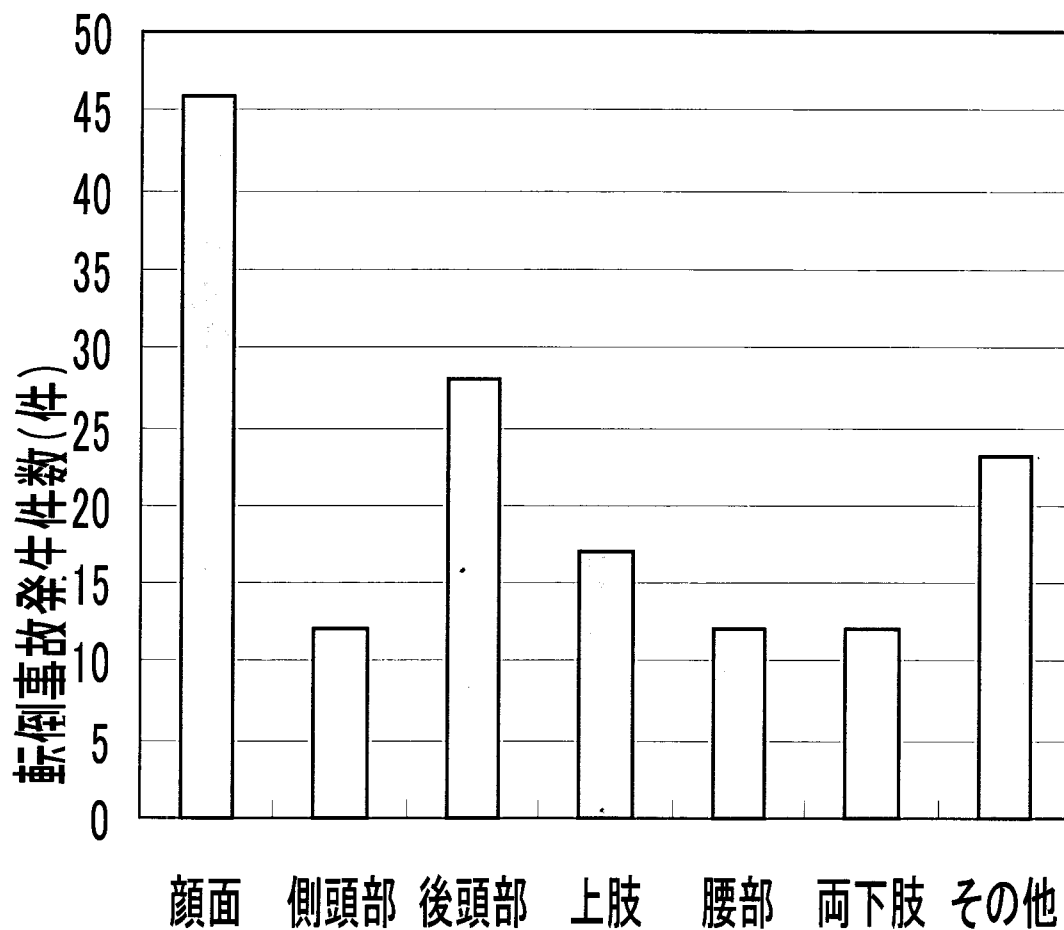
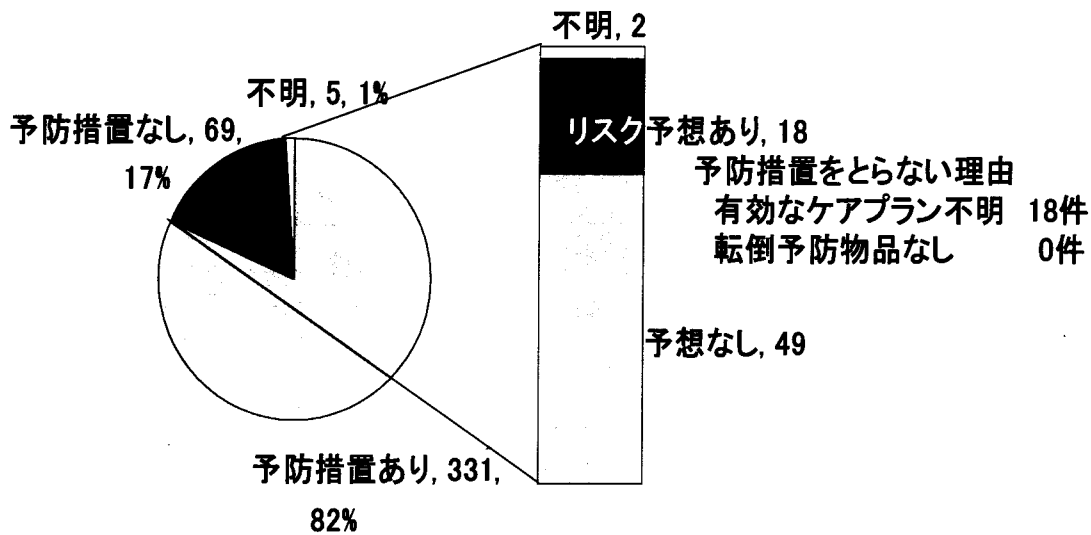


図20 損傷部位(複数回答)

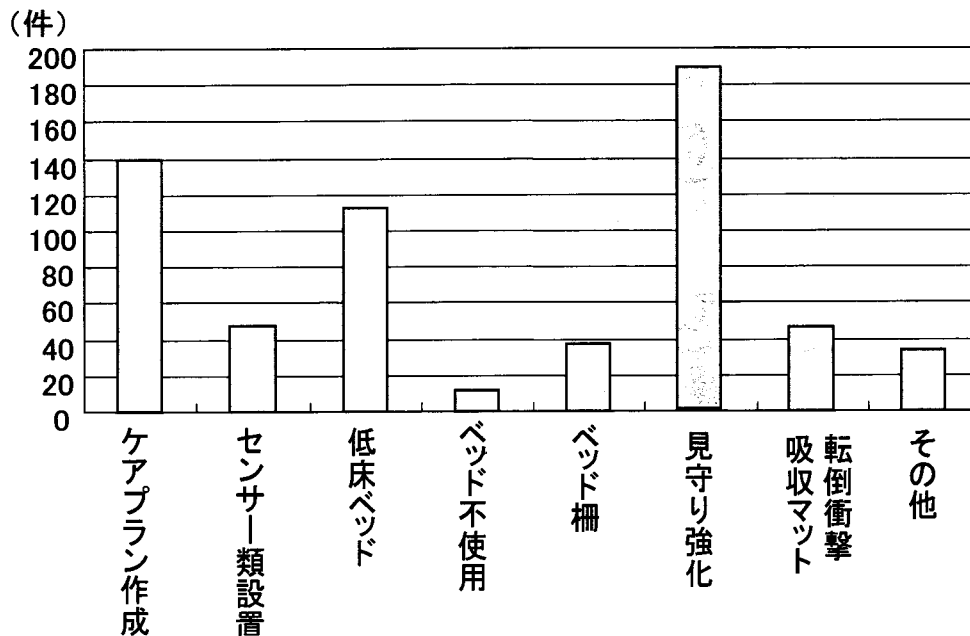
転倒・転落事故の受傷部位を調べたものである。顔面と頭部外傷が半数以上を示していることがわかる。この結果も昨年と同様で再現性がある。

# 予防措置



昨年に比べて予防措置ありが1.5倍に増え82%になっている。予防措置に関する意識が向上した結果でもある。しかし、事故件数の82%は予防措置があっても転倒・転落事故が起こっていることを意味し、事故を未然に防ぐことがいかに難しいかを示唆している。

## 予防措置あり(331件, 82%)



事故者についての予防措置の有無では82%で予防措置を行っていた。ケアプランの作成や見守り強化といった従来からの予防的措置のほかに実際に転落防止、怪我防止の観点から低床ベッドを導入する施設がふえていることが特筆される。

その一方で、予防措置がなかった事例が18%あった。昨年よりは激減しているとはいえ問題が残った。予防措置がなかった理由はリスクが予見できなかった(71%)ということだった。このことから客観的な痴呆性高齢者のリスク評価表の普及が望まれるところである。

**表17 予防措置と損傷の関連(低床ベッド)**

	損傷あり	損傷なし
使用者(n=16)	7 (43.8%)	9 (56.3%)
非使用者(n=24)	8 (33.3%)	16 (66.7%)

**表18 予防措置と損傷の関連(転倒衝撃吸収マット)**

	損傷あり	損傷なし
使用者	3	6
非使用者	12	19

ごく一部ではあったが、予防措置の有効性について予備的な結果を得ることができた。すなわち、低床ベッドの使用者と非使用者で事故にあった場合と衝撃吸収マットの利用者と非利用者とで事故にあった場合の受傷を比較したものである。それによれば低床ベッドでは怪我をする割合は使用者、非使用者であまり差がみられなかった。一方の衝撃吸収マット利用者では怪我の割合が少ないという結果だった。

#### F.まとめ

痴呆性高齢者の転倒事故の実態およびその対策の状況を把握するため、利用者定員の異なる3種類の施設、特別養護老人ホーム7施設、老人保健施設1施設、病院2施設、計10施設において、同一形式の調査票を用いて転倒事故調査

を実施したところ、以下のようにまとめられる。

- (1) 転倒発生件数は平成 14・15 年度とも 12 月でやや増加しており、同様の傾向が見られた。
- (2) 曜日別発生件数は平成 14 年度と比較して、金曜日が増加していたが、日曜日は減少していた。曜日別の特徴が見られなかった理由として、施設における曜日別のイベントが施設間によって異なること、また昨年度とも異なることが考えられた。
- (3) 時間別転倒事故発生件数は、起床前後と夕方に多くみられ、昨年度より転倒者の痴呆レベルが低下していることから、昨年度より、夕方の転倒事故発生件数が増加したと考えられる。
- (4) 環境変化（入浴・服薬変更・行事など）が特に中度痴呆で転倒事故の発生と関連がある可能性が考えられた。
- (5) 転倒事故の類型化の第一段階として転倒場所別の転倒事故を検討したところ、自室での転倒事故は痴呆が軽度で立位保持能力がない転倒者が多かった。
- (6) 昨年度と比較してなんらかの予防措置を講じていた転倒事故は増加していたが、その内容はケアプラン作成・見守りが多く、これらの有効性の検討が必要である。
- (7) 予防措置を講じていなかった転倒事故のうち、転倒リスクが予測できていた転倒事故が 26.1%を占めていたが、この転倒事故はすべて有効なケアプラン不明と回答していた。
- (8) 低床ベッドや転倒衝撃吸収マットは転倒事故発生後の損傷の軽減に有効であった。
- (9) 68.4%の転倒事故の医療対応は受診せず看護師が行っていたが、医師が

常勤でない特養では、重大な損傷が見落とされている可能性もある。

以上の結果から、痴呆性高齢者に有用な転倒リスクアセスメントツールの開発のためには、転倒事故の類型化の上で各転倒事故パターンごとに痴呆性高齢者の特性を把握していくことが重要であると思われた。

今回の調査も事故者を対象とした調査のため真のリスク評価には不完全である。施設全数で、転倒しなかった人たちの痴呆の程度、ADLの程度、移動能力を同時に比較検討することが必須である。ひやり、はっと報告にしても事故報告にしてもこれまでの事故分析は事故者のみを対象としているため、結果の偏りは否めない。客観的な転倒リスク評価表を作成するためにも施設悉皆調査を加えてリスク評価表の信頼性と妥当性を確かめていくことが今後の課題でもある。

今回調査と昨年度調査から抽出したリスク因子（順不同）を下に掲げた

- 1、 痴呆の程度
- 2、 ADLの段階
- 3、 移動手段と移動能力
- 4、 立位、歩行の能力
- 5、 特別な行事の有無
- 6、 向精神薬の服薬の有無
- 7、 発熱、脱水などの体調の変化
- 8、 生活施設の種類（リハビリ施設、特養、療養病院等）
- 9、 転倒の既往

.....

## 1983～2003年までの転倒事故に関する文献を概観する

### 転倒事故

#### □ 米国

- 65歳以上の死因の第9位が不慮の事故の35.6%が転倒(CDC2003 I)
- 在宅高齢者は1年間に40%転倒を経験(Hausdorff 2001 III).

#### □ 我が国(平成13年度国民生活基礎調査)

- 不慮の事故による死亡のうち転倒・転落が65～74歳では15.8%, 75歳以上で20.2%
- 寝たきりの原因として脳血管疾患(脳卒中など) に次いで骨折・転倒

### 我が国の転倒事故(在宅)

#### □ 発生率

- 男女とも約10～20%程度(女性のほうが若干多い)
- ほとんどの転倒が日中, 屋外で発生

#### □ 転倒の危険因子

- 外的環境因子
- 姿勢制御能の低下, 歩容の変化, 筋力低下, 反射の衰弱, 視力低下, 痴呆, 向精神薬の服用等の下肢の機能障害やバランス能の障害

- 転倒・骨折予防教室(厚生労働省介護予防事業)

#### 我が国の転倒事故(施設)

- 施設における事故の中で最も多い
- 結果の調査間差大
  - 転倒率は9.4～46.6%
  - 危険因子も調査により大きな違い
- 調査間差:外的要因・高齢者の自立度・健康度等の内的要因や調査法に依存
- 痴呆性高齢者に特化した転倒防止対策の必要性
- これまでの転倒事故に関する調査の系統的検討の必要性

#### 目的

- 施設入所中の高齢者の転倒事故に関する文献的検討により,施設における
  - 転倒事故の実態
  - 転倒事故の危険因子
  - 特に痴呆性高齢者に対する転倒事故防止対策に対する今後の研究の示唆を得る

#### 方法

- 医学中央雑誌Web版
  - データ最終更新日:2003年12月6日(収録文献数4,979,533件)
  - 検索対象:1983～2003年の原著論文に限定
    - タイトル:「転倒」
    - 検索語:「老年」「老人」「高齢」



- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設や老人病院  
(以下, 施設)内での転倒事故をまとめた論文に限定

## 調査項目

- 転倒事故の実態
  - 転倒高齢者の属性(年齢・性別・痴呆の有無)
  - 転倒事故の概要(転倒場所・時間帯・転倒による損傷など)
- 施設内での転倒事故の危険因子
  - 施設内での一定期間の施設入所者の全数調査
  - 調査期間における転倒者と非転倒者の比較を実施した論文に限定した.
  - 同一調査と思われる複数の論文がある場合は, 転倒事故について  
詳細な情報が得られる論文を選択した.
  - 1000観察人日あたりの転倒率を算出

## 施設内転倒事故に関する文献

- タイトルに「転倒」を含み, 「老年」「老人」「高齢」のいずれかを含んだ  
原著論文は313編
  - 施設における転倒事故の実態           13編
  - 転倒事故の危険因子に関する       16編 計22編
- 年々増加
  - 1980 年代           4 編(18.2 %)
  - 2000 年以降       8 編(36.4 %)

## 施設高齢者の転倒事故(別紙参照)

- 施設高齢者の転倒事故の実態(別紙1)

- 対象属性(年齢・痴呆レベル・歩行能力)
- 転倒事故の詳細
- 施設高齢者の転倒事故の危険因子(別紙2 )
  - 一定期間の全数調査
  - 全対象者の追跡(転倒事故の有無)
  - 転倒者vs. 非転倒者の比較

まとめ(文献的検討より)

- 転倒事故
  - 居室内, 移乗・歩行時, 起床前後・午後に多い
  - 高齢者の身体的要因に依存
- 転倒事故の危険因子
  - 痴呆レベル
- 転倒事故の類型化可能性
- 全数調査による重回帰分析の必要性
- 詳細は日本老年精神医学会・発表/投稿(予定)

## おわりに

痴呆性高齢者に注目した東京センター分担の転倒・転落事故調査は2年目を終えた。各施設をまとめながら全体を通覧すると事故防止にはまず、事故のリスクを事前に評価し、できるだけ予防措置を講じていくことがいかに大事かを知らされた。事故が起こってから分析はむなしなものがある。なぜなら予見可能性のある事故が多いからだ。リスクの情報は施設利用者、家族とともに共有し、共通の理解にもとづいて介護、治療を続けていくことが求められている。そうした努力の中でも事故が起きることがわかった。事故は痴呆性高齢者の生活上不可避な側面がある。そこにフェイルセーフの考え方が必要になる。このような道筋で事故対策を進める必要がある、との認識に達した。そのためにも痴呆性高齢者向けの転倒・転落事故リスク評価とそれにもとづく事故防止策の標準的なガイドラインの作成が急がれる。来年度にむけての課題と意識している。

# 參考資料編

## 学会発表

### 第4回 日本痴呆ケア学会大会「痴呆介護と人材育成」

場所：東北福祉大学 日時：平成15年11月22-23日

### 第2分科会 マネージメント 平成15年11月22日

「特別養護老人ホーム痴呆介護棟における痴呆性高齢者の転倒事故のリスク要因」

杉山智子1), 松井典子1), 小林奈美1), 須貝佑一2)

- 1) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野
- 2) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

目的：病院・施設におけるリスクマネージメントに対する意識の向上に伴い、施設内高齢者の転倒リスクアセスメントツールが開発され、試験的に導入されている。一方、痴呆性高齢者の転倒は、一般高齢者と異なる要素があるものの、痴呆性高齢者の転倒特有のアセスメント項目については十分に検討されていない。そこで、本研究は、一定期間に転倒した痴呆性高齢者のリスク要因を明らかにすることを目的として行った。

方法：対象は、2002年4月に新規開所した特別養護老人ホーム痴呆介護棟に新入所した33名（男性5名，女性28名）とした。2002年11月から2003年1月までの転倒調査期間中、転倒した高齢者についての転倒事故調査票を介護棟スタッフが記載した。調査内容は、年齢，性別，主疾患，既往・合併症，過去1ヶ月間の転倒歴，服薬状況，移動能力，CDR，MMSEである。分析は，SPSS ver10.0 for Windows を用い，転倒の有無を従属変数としてカイ二乗検定，Mann-Whitney の U 検定（有意水準5%）を行った。

結果：患者の平均年齢は  $84.9 \pm 6.3$  歳であった。主疾患はアルツハイマー型痴呆症が 33 名中 27 名 (81.8%) を占め、MMSE  $10.6 \pm 6.7$ 、CDR  $4.3 \pm 0.6$  であり中等度～重度に該当した。既往・合併症は 18 名 (54.5%) にみられ、主な既往・合併症は高血圧であった。内科系、精神科系の服薬は 16 名 (48.5%) でみられ、その内訳は抗精神病薬 8 名 (24.2%)、睡眠導入剤 6 名 (18.2%)、安定剤 3 名 (9.1%) 降圧利尿剤は 3 名 (9.1%) であった。移動能力は 30 名 (90.9%) が独立歩行であった。

調査期間中 33 名の痴呆性高齢者のうち 15 名 (45.5%) が転倒し、転倒事故発生件数はのべ 94 件であった。多重転倒は 12 名 (80.0%) でみられ、そのうち 2 回転倒者は 3 名 (20.0%)、3 回転倒者は 3 名 (20.0%) であり、最多転倒回数は 24 回であった。また転倒の有無と関連がみられた項目は、①既往・合併症あり (転倒群 vs 非転倒群 : 80.0% vs 33.3%,  $p < 0.01$ )、②服薬あり (73.3% vs 27.8%,  $p < 0.05$ )、③MMSE 得点 ( $7.8 \pm 5.2$  vs  $12.9 \pm 7.1$ ,  $p < 0.01$ ) であった。服薬内容別では向精神薬の服用者が有意に転倒していた (53.3% vs 5.6%,  $p < 0.05$ ) が、その他の薬では有意な関連はみられなかった。

考察：本研究の対象者は痴呆の程度は中程度から重度ながら、独立歩行可能であったため、痴呆の進行に伴う認知機能の低下やふらつきを誘引する向精神薬の服用が転倒のリスク要因として抽出されたと考えられる。今後、対象者を広げ、さらに関連を検討する必要がある。

学会発表

第 19 回日本老年精神医学会

場所:長野県松本文化会館

日時:2004 年 6 月 25- 26 日

我が国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討

松井典子 1), 須貝佑一 2)

1) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

2) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

緒言

近年、医療事故に関する関心の高まりから、施設における転倒事故に関する調査は増加傾向にあるが、施設内高齢者の転倒率や施設における転倒事故の危険因子は、調査により大きな違いがみられる。従って、施設における有効な転倒事故防止対策を講じるための第一歩として、これまでの転倒事故に関する調査を系統的に検討する必要があると考えられた。

そこで、本研究の目的は、施設入所中の高齢者の転倒事故に関する文献的検討により、施設における 1) 転倒事故の実態, 2) 転倒事故の危険因子を明らかにすることにより、特に痴呆性高齢者に対する今後の研究の示唆を得ることとした。

方法

分析対象論文は、医学中央雑誌 Web 版に収録された 1983～2003 年の原著論文のうち、タイトルに「転倒」が含まれ、検索語を「老年」「老人」「高齢」とし、論文の内容から特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設や老人病院

(以下、施設)内での転倒事故をまとめた論文に限定した。さらに、転倒事故の実態に関する検討は、論文中に転倒高齢者の属性(年齢・性別・痴呆の有無)と転倒事故の概要(転倒場所・時間帯・転倒による損傷など)について記載されている論文を用いた。また、施設内での転倒事故の危険因子の検討には、施設内での一定期間の施設入所者の全数調査により、調査期間における転倒者と非転倒者の比較を実施した論文に限定した。

## 結果

転倒事故高齢者はいずれも70~80%が女性であり、平均年齢80歳代前半であった。しかし、痴呆に関しては、調査ごとに差異がみられ(21.9-100%)、結果に大きく影響していると思われる。

転倒事故が最も多く発生していた時間帯は起床時刻前後(16.9-26.9%)と午後(16.2-29.4%)であり、転倒場所はベッドサイド・居室をあわせると、大部分の調査では50%以上が居室内で発生していた。転倒時動作では移乗時が多かったが、転倒高齢者の歩行自立度や認知機能が低い調査では、歩行時が多い調査もみられた。転倒時の損傷は打撲が25-42.7%と最も多く、骨折は10%以下であった。損傷部位は、大腿骨や橈骨の骨折がみられたが、痴呆性高齢者では、顔面・頭部が多かった。

一方、転倒に関連する要因を検討では、転倒の有無を従属変数とした重回帰分析を実施した研究は4編(25.0%)のみであった。施設利用高齢者の属性のうち、転倒に関連すると思われる項目のうち、年齢・性別は転倒に関連がみられなかった。一方、痴呆は転倒の有無に関連がみられていたが、痴呆性高齢者に対象を限定した調査では、痴呆は転倒の有無と関連が見られなかった。



## 総説

### ■ 看護学雑誌：(2004年1月号)

#### 施設における痴呆高齢者の転倒・転落事故の発生状況と対策

須貝佑一<sup>1)</sup> (Sugai Yuichi)、小林奈美<sup>2)</sup>

1) 浴風会病院精神科 2) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学教室

#### I 介護事故の大部分は転倒、転落事故という事実

高齢者の医療現場や高齢者施設で生じている事故は多種多様である。医療施設で起こり得る様々な医療過誤のほかに介護行為に伴う事故や日常生活行動の中での大小の事故が毎日のように起こっている。いわゆる「ひやり、はっと」する事故だ。しかし、実際に高齢者施設の現場で事故調査をしてみるとその実態にいくつかの特徴が浮かび上がってくる。図1は高齢者医療を専門とする浴風会病院全体で最近1年間に起きた医療事故のまとめである。医療過誤に相当する注射間違い、誤投薬などは報告された事故全体の42%であるのに対して転倒、転落事故が58%ともっとも多いことがわかる。これを痴呆高齢者の多い介護病棟に限ってみると事故の大半は転倒、転落事故に集中していることがわかる(図2)。リスクマネジメントの観点からすると痴呆高齢者の事故対策の力点はまず転倒転落対策に置かねばならないということになる。

高齢者施設でみられる転倒転落事故に関しては医療施設でみられる医療過誤とはまた違った側面があることもみてとらねばならない。すなわち、医療過誤

### 老人病院(300床)における医療事故の内訳

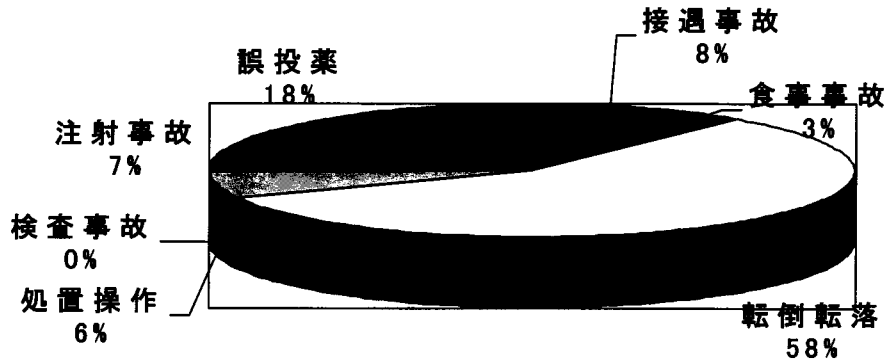


図 1

### 痴呆病棟における医療事故の内訳

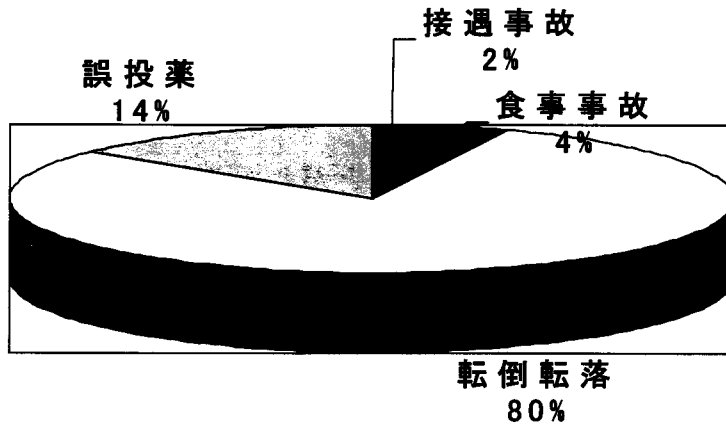


図 2

は医療の提供者側に過失があり、医療を受ける高齢者にはなんら瑕疵も責任もない場合がほとんどである。一方、施設入所中の高齢者にみられる転倒、転落事故は日常生活行動の中で生じる。精神障害や身体障害を持った高齢者が自力の歩行中や何らかの日常動作の際にころび、転落するのである。生活環境に潜むリスクと事故の被害者側にも内在するリスクを抱えていることになる。その意味で高齢者施設での転倒・転落事故防止には医療者側、介護サービス提供者側のリスクマネージとともに入所高齢者のリスクマネージも同時に進めていかねばならないという難しい課題を負うことになる。痴呆高齢者における転倒・転落事故防止の対策は一般的な医療事故防止のマニュアルの形式では役立たない。本稿では痴呆高齢者の転倒・転落事故の実態をふまえてその対策の道筋について検討してみたい。

## II 転倒・転落事故調査の進め方

筆者らは転倒、転落事故防止を最優先に対策を進める目的で痴呆高齢者の介護施設や療養病棟で日常的に生じている転倒・転落事故について多数例の調査から事故の特徴、事故発生に関連する諸要因を明らかにしようと試みた。これまで報告されている転倒・転落事故調査の多くは一つの施設内で発生した事故の集計と分析結果のまとめである。そのために施設特有の事情や入所者の特性が事故の様態を左右している可能性があった。筆者らの調査ではより普遍的な事故要因を検出したいということから特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型老人病院 10 施設を横断的に調べるという方法をとった。このために表 1 に示したような内容を盛り込んだ各施設共通の転倒・転落事故報告調査用紙を用いた。各施設はその施設で使っている事故調査用紙やひやりはつと報告書は従来どおり使用し、上がってきた事故報告書から共通調査用紙に転記するあるいは不足した情報は補充して記載するというやり方で調査が行われた。調査の対象となった人数は 1493 人である。期間は平成 14 年 11 月から平成 15 年

1月の3ヶ月とした。

### Ⅲ 事故率からみた事故の施設間格差

調査期間中の転倒・転落件数は10施設で398件だった。それを施設別にみた図を(図3)に掲げた。1ヶ月間の事故率はその施設の入所者の数を母数として1ヶ月間の事故件数の割合を算出したものだ。約4%から18%まであり、施設間で明らかに差があった。月ごとの変動を考慮してもその差は明瞭だった。特養7施設、病院2施設、老健1施設はそれぞれ、開設の時期、施設規模と入居空間の構造、入所者の特性などで違いがある。こうした施設間の何らかの要因が事故の多寡に関係しているであろう事は容易に想像がつくが、今回の調査からはそれは読み取れなかった。

ただ、調査参加施設の中で時期をずらせて行ったJ病院での病棟別転倒・転落事故の事故率の多寡はその入所者の特性が大きく左右していることを示唆する興味深い結果となっている(図4)。J病院は病棟機能と入院患者の特性で病棟が区分けされている。すなわち、1ヶ月間でもっとも事故率の高い病棟は回復期リハビリテーション病棟で12%であった。ついで医療保険適用の痴呆病棟とおもに短期間で入退院をしている医療保険適用の療養病棟が8%と目立つ。これに対して二つの特殊疾患難病指定病棟(注:おもに重度のパーキンソン病患者や脊髄小脳変性症などの難病高齢者を看ている)の事故率は1%に満たない。療養病棟でも入院期間が1年以上という長期入院者の多い介護保険適用の療養病棟では転倒・転落事故は2.3%からせいぜい3.8%どまりという結果だった。転倒・転落事故の多寡は入所者のADLや身体、精神状態が関与していることをうかがわせる結果だった。

# 参加各施設の事故率

12月分集計

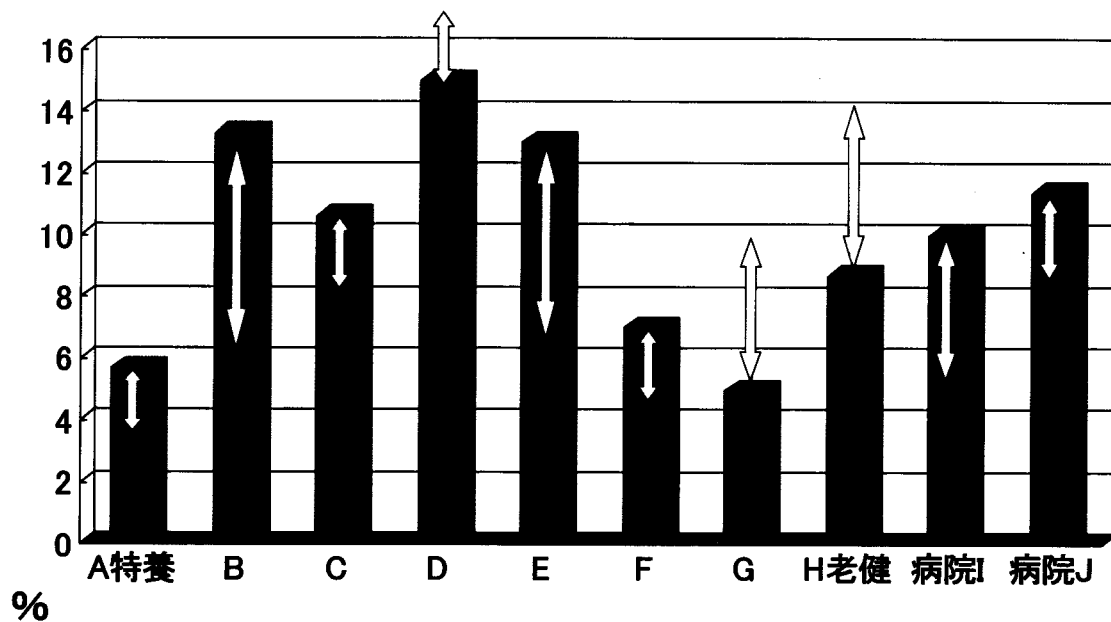


図 3

# 病棟別事故率(1ヶ月)

410床の老人病院

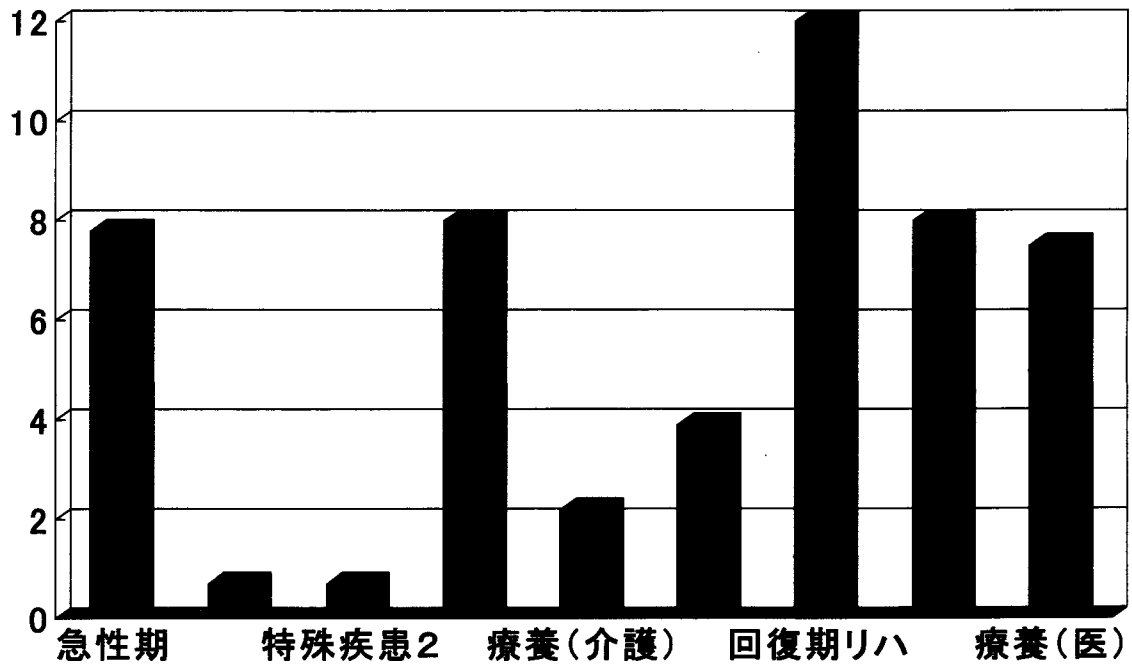


図 4

## 転倒件数の内訳

総数398件(3ヶ月)

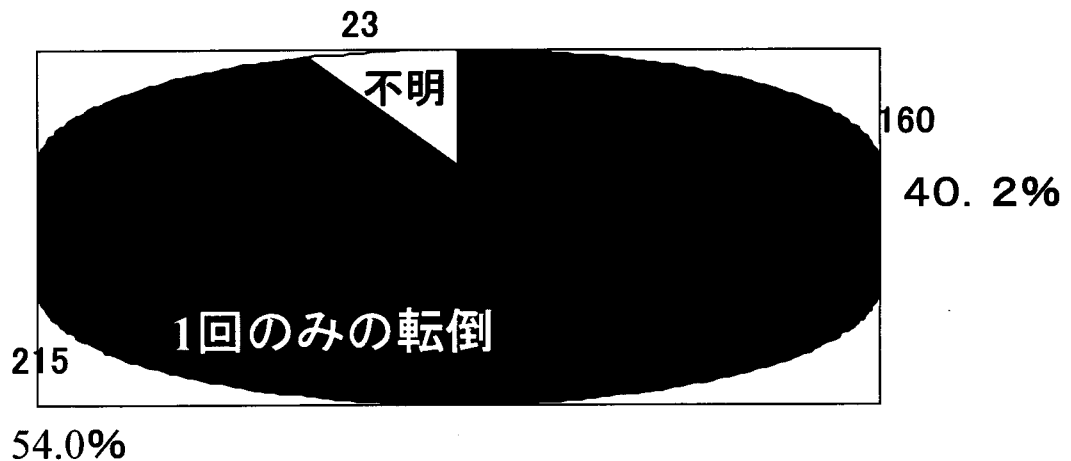


図 5

### IV 転倒・転落常習者の存在と事故の発生状況

転倒・転落事故件数の内訳をみると 398 件のうち 160 件は同じ人が何度も転倒、転落を繰り返している数だ。多重転倒者とも呼べる一群で、事故件数の 40.2% を占める (図 5)。多重転倒・転落事故件数が全体の事故件数を押し上げている実態がわかる。わずか、3 ヶ月間の集計でこの割合だからのはじめて転んだ人もそのうちにまた転ぶ可能性は高い。一度は転んだことがある、とう既往は転倒・転落事故のハイリスク群であることをこの数字は物語っている。そ

の意味で新規に入院あるいは入所をしてくる痴呆高齢者にはこれまでに転倒・転落の既往がないかどうかを把握しておくことは事故を予測する上で重要なことである。

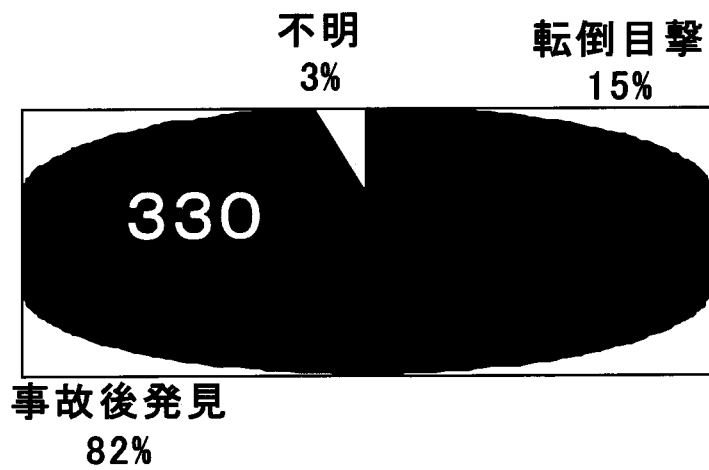
報告された転倒事故のうち、転倒・転落を目撃されているのは 10%程度で 80%以上は事故が起こった後の状態を発見されたものであった。転倒・転落事故の 8 割以上が職員の見えていないところで起こっているということだ(図 )。詳細をみると、音がしたのでかけつけてみると床に倒れていた、尻餅をついていた、しゃがみこんでいた状態で発見されている。痴呆高齢者の場合、事故者本人が事故の起きた状況を説明できない場合がほとんどで、なぜ事故に至ったかを究明する手がかりが乏しく原因を推測することが難しいという問題がつきまとう。

転倒目撃の場合は歩行中の事故目撃が最も多く、ついで、ベッドや車椅子・椅子からの移動中に起きているものが多かった。目撃の場合は介護者が危ないなと思いつつも見ていたら転んだという状況が多く、見守りや介護者の咄嗟の機転で転倒を食い止められたという事例はわずかである。

事故の発生時刻は施設によってまちまちで共通した特定の傾向は見出せなかった。それぞれの施設の日課や人員配置、ケアの動きに左右されている可能性があり、各施設で個別に要因を追及すべき課題かもしれない。

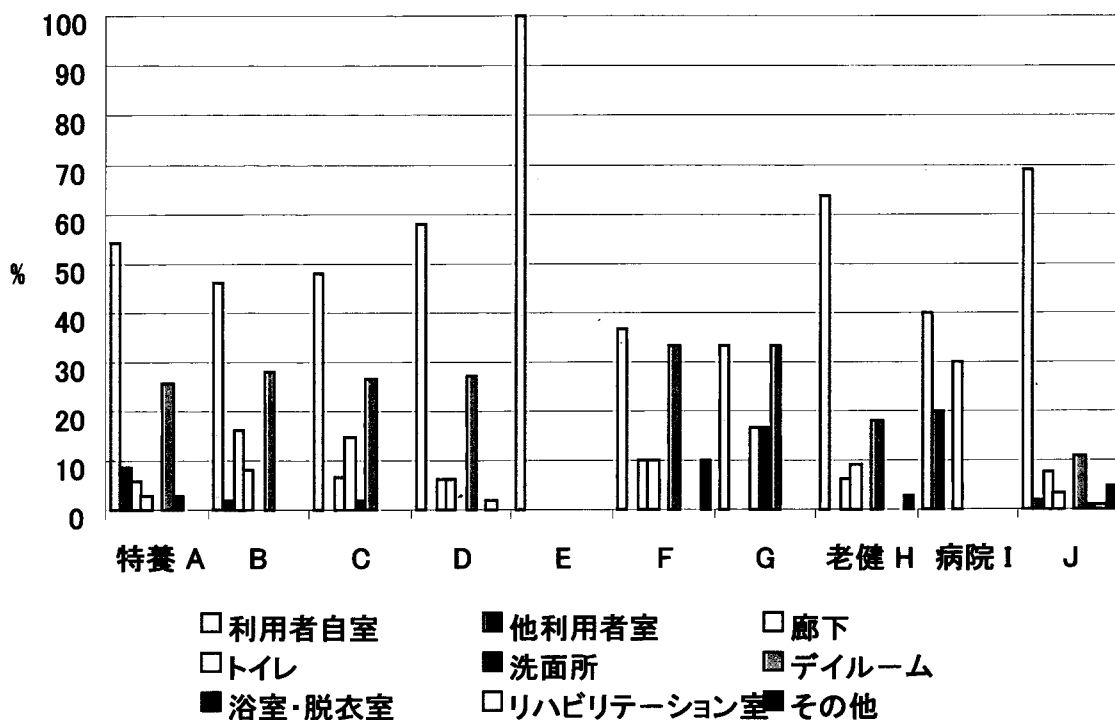


# 事故の発生状況



**事故は見えない所で起きている**

図5 施設別発生場所



それとは対照的に事故発生場所をみるとどこの施設でも共通して利用者自室での事故がもっとも多いことがわかった(図 )。すなわち事故全体の56.8%を占めていた。ついで、デイルームであり、この2つで発生場所の4分の3以上を占めている。利用者自室での事故のほとんどはベッド周りでの転倒・転落である。このことは、ベッド周りの事故を集中的に減らすことができれば、転倒・転落事故を半減させることが可能なことを意味する。

## 受傷の程度と対応

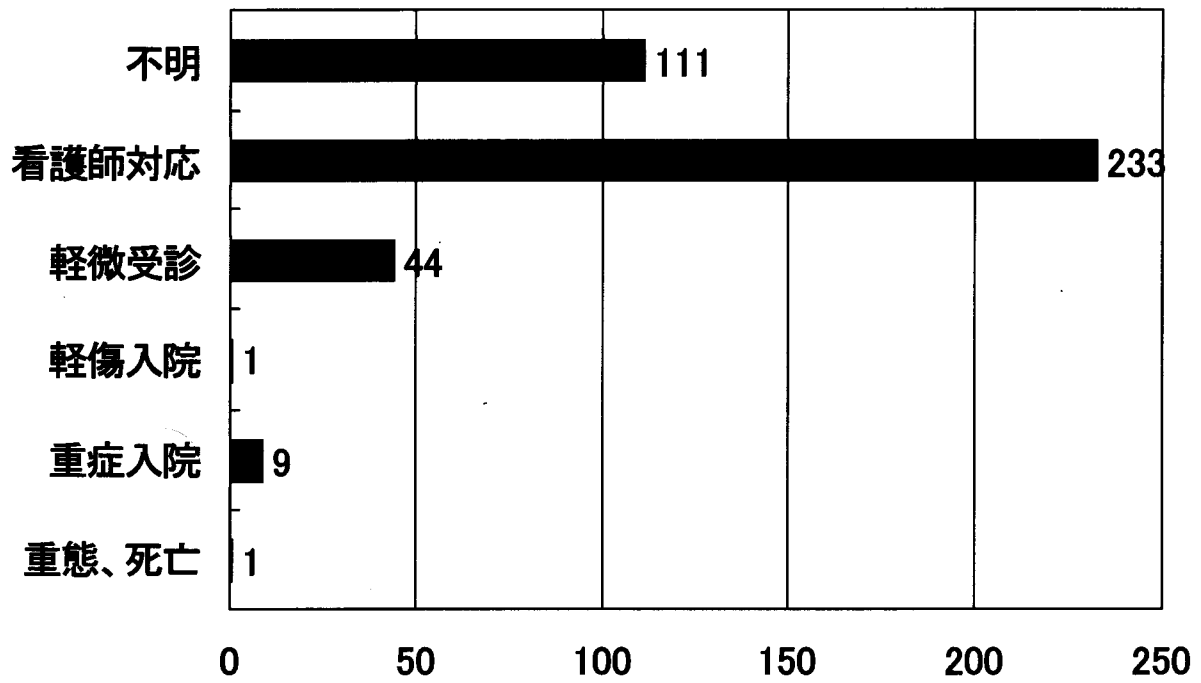


図 8

## ハインリッヒの法則(労働災害の発生確率)

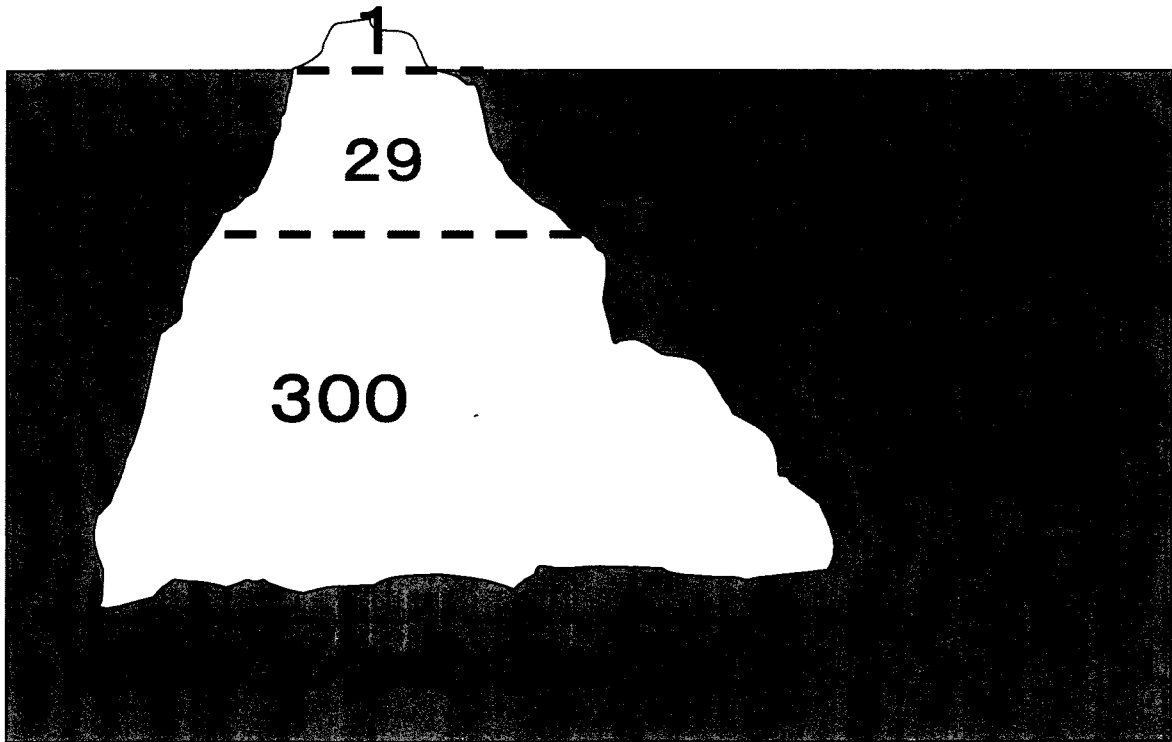


図 9

## 事故の傷害部位

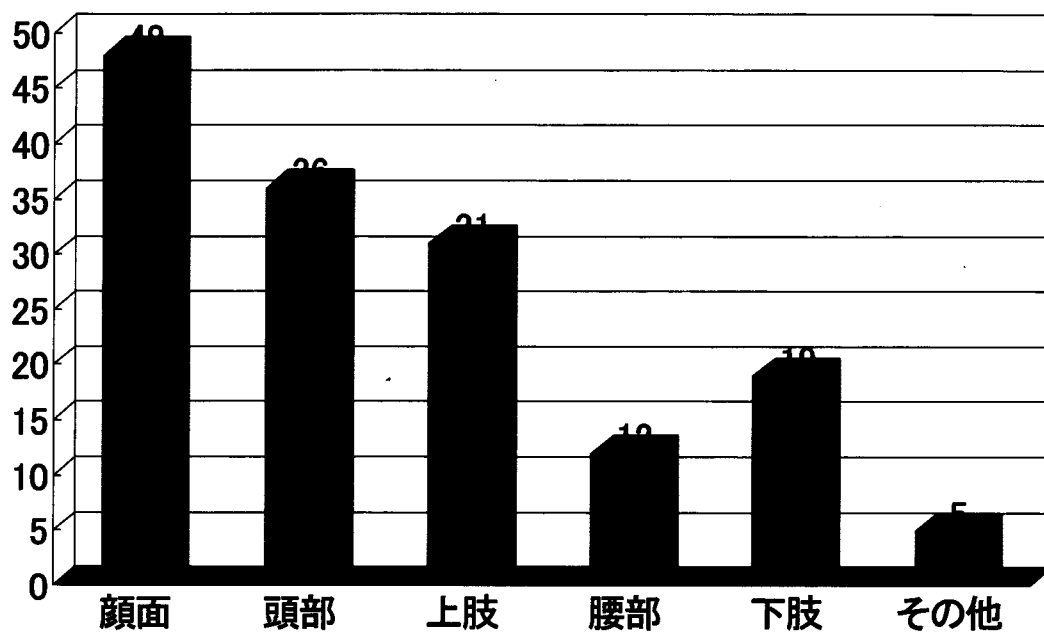


図 10

## V 転倒による傷害の特徴

転倒・転落によって実際に負傷した割合は擦過傷程度の軽いものも含めると129件、事故件数の32%だった。ほとんどが軽症で特別養護老人ホームなら医務室の看護師の処置だけで済んでいる。怪我が重症で入院に至った件数が9件、転倒・転落で死亡した件数が1件あった(図8)。重大事故は転倒・転落事故398件中10件すなわち2.5%だ。労災事故では死亡事故のような重大事故発生にハインリッヒの法則という経験則が成り立っている(図9)。すなわち、労災による重大事故の裏には取るに足らない軽微な事故が300件あり、目に見える事故が29件あった中でドカンと重大事故が生じているというのだ。今回の調査でみられた事故と傷害の程度をみると痴呆高齢者の転倒・転落事故についても同様の経験則が成り立ち得ることがわかる。転倒・転落事故の対策にはケアや福祉の立場を超えて労災や交通事故といった他業種の災害リスクマネージの経験を導入することも求められる所以だ。

痴呆高齢者の転倒・転落事故の傷害にも特徴がみられた。図10は転倒・転落件数を傷害部位別にみたものである。顔面受傷が48件、頭部受傷が36件、上肢が31件、下肢が19件という内容だ。顔面と頭部だけで84件、怪我した件数の約70%が顔面と頭部に集中していることがわかる。先述した事故の多くがベッド周りで生じていることを考え合わせるとベッドから降りようとして、あるいはベッドに上がろうとして転落し、頭や顔面を打っていることが推測される。顔面の青あざ、パンダの目のような目の周囲の黒ずんだ内出血を示す高齢者を施設ではよくみかける。こうした印象は今回の調査結果で数字でも裏付けられた形だ。何百という軽症の頭部外傷の中から急性硬膜下血腫や脳挫傷を呈するような重大事故が1,2件発生するという構造になっている。

## 転倒事故者の痴呆の程度

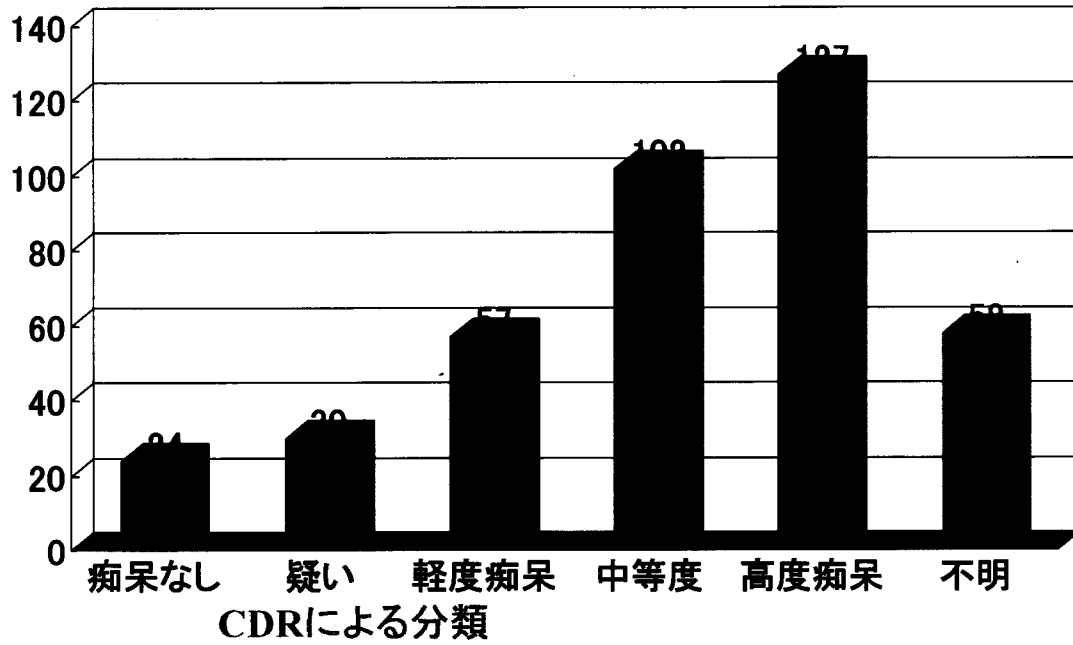


図 1 1

## 事故者とADLの程度

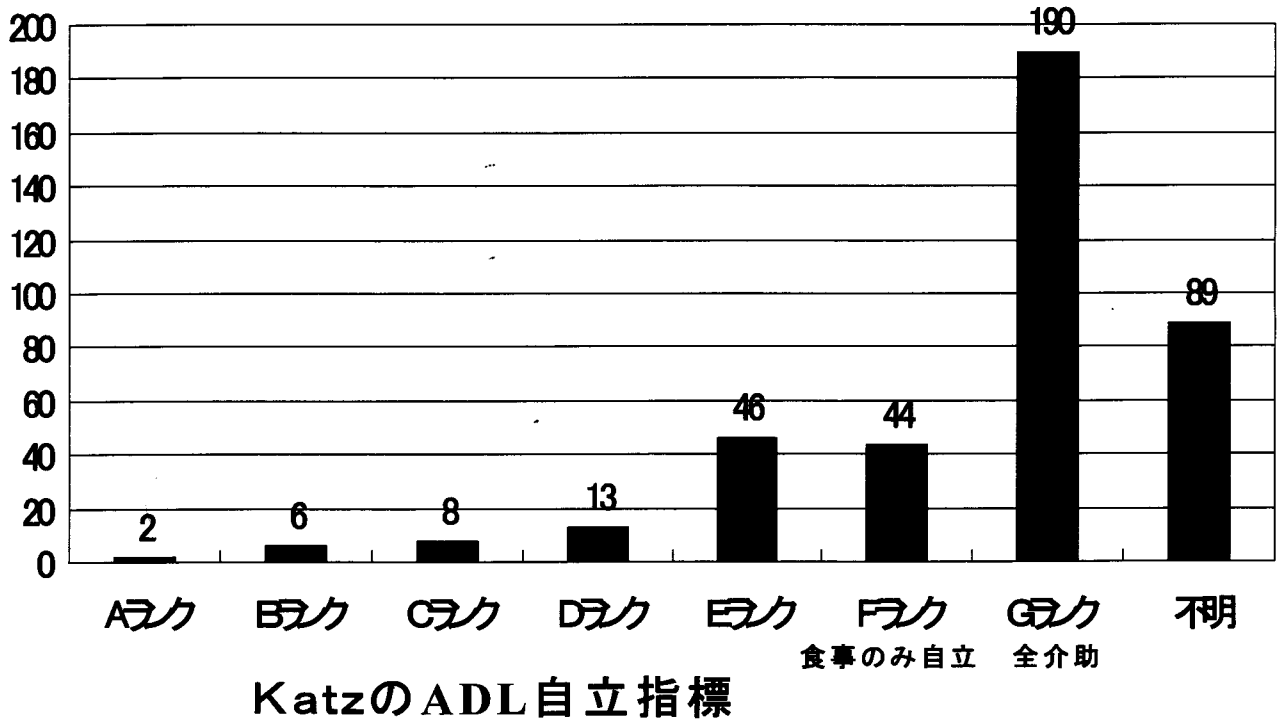


図 1 2



## VI 転倒・転落事故を示す痴呆高齢者の特性

今回、転倒・転落事故をおこした事故者の特性をみたものが図11と図12に掲げてある。痴呆の程度で見ると軽症から中等度、高度になるにつれて事故者が多くなっていることがわかる。「痴呆が高度なほど転倒・転落しやすい」これは痴呆高齢者にみられる転倒・転落事故に関するこれまでの研究報告でも指摘されており、転倒・転落のリスクとして一致している所見だ。

事故者とADLの関係でもADLが高度に障害されている人に事故が集中している。歩行との関係では痴呆がないか、ごく軽い状態で独立歩行していた人が転倒・転落した割合は全事故者の1%未満だったのに痴呆が中等度以上にあり、独立歩行できていた人が転倒・転落している件数は111件あり、全事故者の約30%を占める。また、痴呆がない場合、車椅子生活で自力で移動できない人が転倒・転落した件数は5件（全事故の約1%）なのに対して車椅子生活で自力移動できない痴呆高齢者では80件（全事故の約21%）だった。認知障害が高度になり、自分は歩けないのに、歩けるつもりで動き出して事故につながっていることが推測される。痴呆高齢者の転倒・転落事故の背景には認知障害という中核の症状があるためにその対策にはいっそうの工夫が必要だ。

## 事故者への事前予防措置の有無

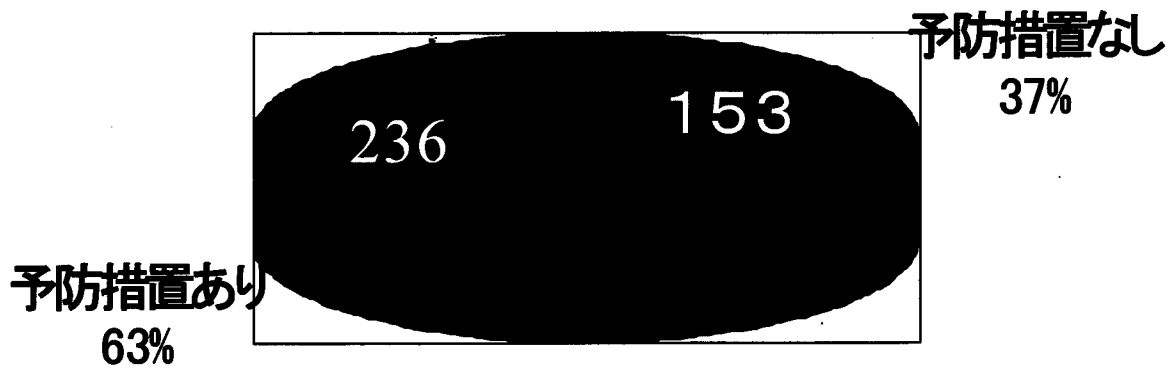


図 1 3

## 予防措置なしの理由

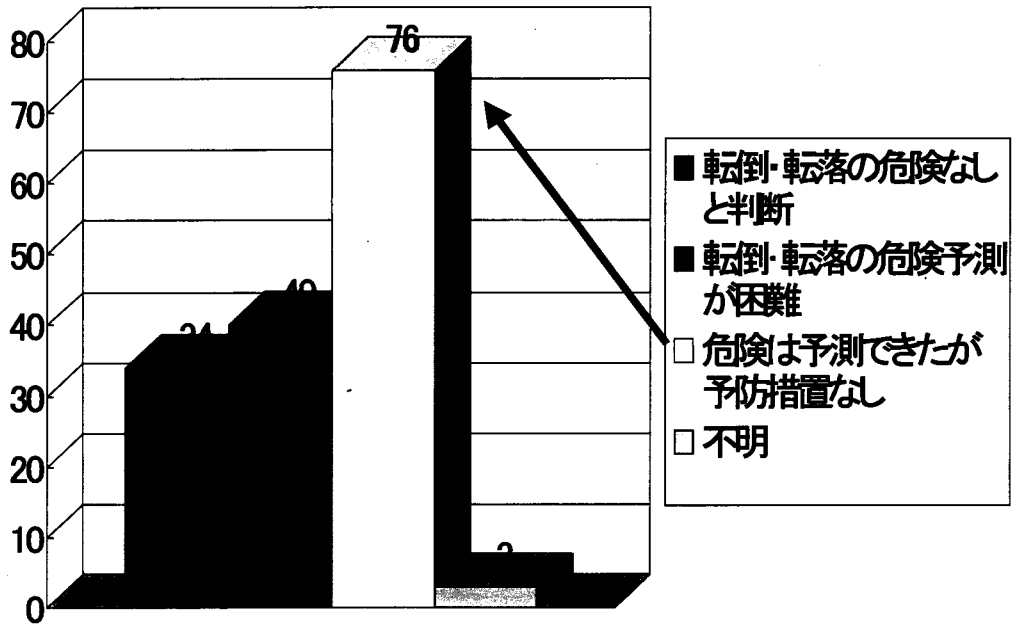


図 1 4

## 予防措置はあったが事故となった

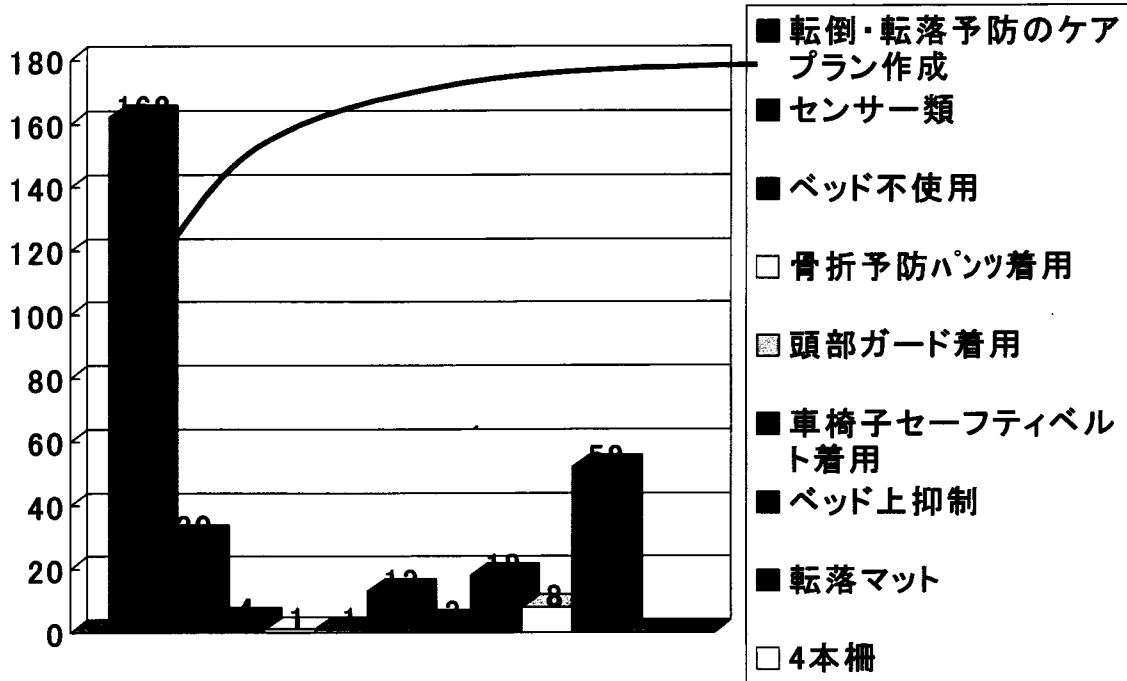


図 1 5

## Ⅶ 事前の予防措置は有効だったか

事故が報告されたケースについてあらかじめ事故が予想できたか否か、予防措置があったかどうかを調べた。その結果、あらかじめ転倒が予測されて予防措置をしていた件数が 236 件（63%）、予防措置がもともとなかった件数が 153 件（37%）だった（図 13）。予防措置がなかった理由は「転倒の・転落の危険が予測はできたが予防措置がなかった」ケースが 76 件で、予防措置がなかった事故件数の約半数を占めた。わかっているにもかかわらずどうしてよいのか対策ができなかった、というのが実情だろう。「転倒・転落の危険予想が困難」、「転倒・転落の危険なしと判断」も 74 件で予防措置がなかったケースの約半数には危険予測の見落としや見込み違いがあった（図 14）。

予防措置がありながら事故に至ったケースを詳しくみると転倒・転落予防のケアプランを作っていただけという件数が 162 件だった（図 15）。センサー類を設置したり、転落マットをしいたりしてもそれぞれ 30 件、18 件の事故があった。この数字だけからは予防措置が有効だったか無効だったのかはわからない。それぞれの予防措置の母数がわからないためだ。床に寝床を設置してベッドを使わない人、ベッド上抑制をしていた人の事故者はそれぞれ 4 件、2 件という件数からみて抑制、拘束に近い措置をすれば転倒・転落をある程度防げるであろうことは推測がつくが、予防措置の有効性は事故件数のみでは判断できない。予防措置の有効性、無効性の判断には事故件数のほかに事故による受傷の程度をどの程度軽減できたかも考慮しなければならないからだ。

予防措置を痴呆の程度別にみてみると転落マットは CDR の点数で痴呆の疑い（CDR 0.5）以上で使われ、センサー類は軽度痴呆（CDR 1.0）以上で使われ、車椅子安全ベルト着用は中等度痴呆（CDR 2.0）以上、ベッド不使用あるいはベッド上抑制は高度痴呆（CDR 3.0）以上で使われていた。痴呆のレベルや段階で転倒予防策を変えているということは現場感覚では自然な発

想ではあるが、今回の調査でみるかぎり明瞭な証拠がないままセンサー類や転倒防止用品が出回り使われているのが実情だった。誰もが納得できる有効な予防措置は何かを明らかにするためにも予防措置の全数とその中で生じる事故の割合、傷害の質をみて比較分析していくということが求められる。

## Ⅷ リスクの予見と回避の努力は適切か

痴呆症のある程度進行した高齢者は転ぶ確率が大きくなる。危険を自ら察知したり、回避する力がない。そのために転倒、転落のリスクを、医療者側、介護者側が評価し、あらかじめリスクを減らす努力、転落、転倒を回避する努力が求められることは今回の調査でも明らかになった。一方で、最近の傾向として痴呆介護施設の現場では患者さん本人の「尊厳ある生活」と「自立支援」が理念として掲げられ、家庭的で「普通の生活」に近づけるような介護環境と介護行為が求められている。サービスの質の向上とは、精神障害や痴呆のある高齢者の尊厳を守るような生活環境と介護だと受け止められている。理念的には誰もが肯定する。しかし、実際に具体的な施策や介護環境、介護行為のところでこれを実現しようとする安全性の面でリスクが拡大する。介護現場では今、それが深刻な悩みになっている。

筆者の勤める浴風会に新設された特別養護老人ホームの痴呆介護棟（40人定員）は上述した「尊厳ある生活」「家庭的雰囲気」「自立支援」を理念として実際にいくつかの工夫が意識的になされた。徘徊患者さんを多く収容するフロアだが、幅広い入り口の扉には鍵をつけなかった。施錠は尊厳に反するという思想だ。観葉植物や鉢植えの花をあちこちに配置した。フロアの一角には床から少し高まった和室風の畳のフロアを作り、患者さんが自由にたたみの上でくつろげるような工夫がされた。入所は2002年4月から始った。ほとんどが進行したアルツハイマー型痴呆で、平均年齢が83歳である。週1回、精神科医のコンサルテーションがあり、筆者がその任にあたった。毎週看護師から状況の報告があった。それによると扉をあけて入所者が外に出てしまうというのだ。日中は監視の目があって未然に防げるが、勤務者が二人になる夜勤帯では対応できないという。実際、夜間に扉を開けてエレベータを降り、外に出てしまった患者さんが何人かあった。そのつど介護者が後を追いきを待たされた。しかし、

他の入所者への介護ができず、夜間業務に支障をきたすほどだった。結局、開所 1 ヶ月でその扉の前に大きなソファや腰掛を置き、開かずの扉としてしまった。出入りはすべて鍵のかかる職員の勤務室からという事態が続いている。

畳の上でくつろぐ痴呆患者さんはほんのわずかだった。多くの入所者は誘導しない限りそこに畳の空間があることにはまったく無頓着だった。逆に徘徊する入所者が畳の上に上がり、畳から降りようとしてフロアに転倒するという事故が目立った。とくに際立ったのは HY さん女性（84 歳）である。経過約 5 年のアルツハイマー型痴呆で、家にいたころからもころびやすかった、という。MMSE は 9 点と高度の知能低下の状態だった。徘徊があり、フロアのいすにつまずいてもころぶことがあった。2002 年 6 月下旬の介護、看護記録を抜粋すると「6 月 27 日午前 10 時、畳より降りる時につまずき左ひざ打撲」「6 月 29 日 17 時 30 分畳より足を踏み外し右側臥位で転倒」「6 月 30 日 21 時、畳よりバランスを崩して落ちる。右肩打撲」といった記載である。この間に HY さんに対しての具体的な転倒防止策は、畳の上に行かないように注意する、畳の上にいるところをみつけたら早めに介助誘導する、といった対応にとどまっていた。その後も畳からの転倒は散発的におき、2002 年 12 月までの 9 ヶ月間に 28 回の転倒があった。うち 1 回は顔面まぶたの上の出血を伴う切創で、近くの大病院の形成外科で縫合処置を要する怪我だった。

このケースのリスク回避には何をすべきかはあきらかであろう。HY さんは転ぶのである。転ぶ確率が他の入所者より高い。そのうえに痴呆が高度で自ら危険を予知し、回避することはできない能力の状態にある。畳の上から落ちる、怪我をするということは十分予見できる。HY さんに限らず、平均年齢 83 歳のアルツハイマー型痴呆の入居者が段差の上にある畳の部屋から上り降りすればころぶことは予見できるはずである。その予防として畳の部屋に上らないようにする、近づかないようにする、というのは的はずれだ。利用するために作っ



た設備なのに、である。一見よさそうに見える段差のある畳部屋はある程度進行した痴呆患者さんにとって危険な環境として作用する。そのことは HY さんの繰り返す転倒事故で実証されている。他の入居者にとっても多かれ少なかれリスクである。とすれば、回避の努力は畳部屋を撤廃するか、段差のない平らな平面で作り直すか、のいずれかという策が浮かぶはずである。筆者は HY さんの事故記録を踏まえ囑託医として施設管理者に畳部屋の撤去を進言している。リスクマネジメントをリスクの予見、回避、損害の最小化というようなプロセスと捕らえればそれは当然のことである。が、一方で痴呆患者さんへの和みの環境、安らぎのある環境作り、といった理念が介護者や施設側に浸透して畳の部屋を撤去することを躊躇させている。

仮に HY さんにとってみれば、それは安らぎのある環境ではない。氷河のクレバスや危険な尾根に等しい。HY さん以外の入所者にとってもリスクは大きいと言わざるをえない。よしと思っているのは当の入所者、患者さん本人ではなく、こうありたいと願う家族だったり、介護提供者側であろう。痴呆の進行状態と生活能力を冷静に判断し、その人に必要な介護環境は何かを個別に考え、その最大公約数として集団での生活環境を整えるのが専門性のある高齢者介護施設だ。その判断にはリスクの予見と回避の努力が実行されていなければならない。介護の個別性とはこうしたことも意味していると解釈すべきであろう。

#### IX フェイルセーフの考え方

今回の調査でも明らかなように痴呆のある高齢者はある確率で転ぶ。転倒、転落事故は防ぎきれない側面をもっている。とくに夜間に自室、ベッド周りで起きている転倒、転落事故は防ぐことが難しい。そこで予防策としていくつかの特養ではベッド周りの体動センサーマットを導入している。患者さんがベッドから降りようとして足をついたら看護室やケアセンターにあるナースコールが鳴る仕掛けである。これによって早めに部屋にかけつけて転落を未然に防ご

うという計画だ。浴風会の3施設でも実際に導入しているが、その数はまちまちだ。実際使ってみると鳴った瞬間に駆けつけることのできる距離なら未然に防げるが、多くは転落した後に駆けつけるということも少なくないことがわかった。防ぎ切れないのだ。一フロアに20個のセンサーマットを導入した部署では同時に2, 3箇所でも鳴り、介護者が右往左往する時もあったという。

こうしてみると転倒、転落防止は予見、回避の努力をしたうえで転倒、転落しても怪我に至らないという損害最小の考え方を同時に進めていくことが重要であることに気づかされる。その観点で痴呆性高齢者の環境を点検してみるとフェイルセーフの部分がいまだしの感がある。今の床は固い。やわらかいラバーならば骨折に至らないかもしれない。ベッド柵は鉄だ。アルミでも取っ手がとがっている。車椅子は前方の力に弱く前に倒れやすい。車椅子の患者さんが乗ったまま立ち上がることを想定していない。ずり落ちることも想定していない。こうした事柄にわれわれはあまりにも無関心だった。現場では事故を未然に防ぐ努力と工夫がまず求められる。その中でリスクマネジメントの考え方がより広く浸透し、事故が不可避であるとの認識に立てば事故の損害を最小にとどめるフェイルセーフの考え方も定着していくだろう。未然に防ぐ努力とフェイルセーフ。この二つがかみあえば「時抑制廃止」で悩む介護現場の苦悩も軽くなるだろう。

Abstract for The Am.Geriatric Society Annual Meeting(5.18/2004. Las Vegas)  
Un-witnessed Falls among the Elderly with Dementia in Japanese Nursing Homes  
Nami Kobayashi RN, PHN, PhD\*; Yuuichi Sugai MD\*\*

\* Post doctoral fellow, Faculty of Nursing, University of Calgary

\*\* Research director, Tokyo Dementia Care Research and Training Center

Purpose: Falls among the elderly have been a major concern in nursing homes as they decrease quality of life. Information about how the fall occurred is important for effective prevention. The elderly with dementia in nursing homes are a particularly vulnerable population because they usually cannot recall the specific details about the incident. Little is known about frequency of falls within this population that are witnessed by others when they occur. The purpose of this research was to describe the incidence of un-witnessed falls and to examine how falls might be prevented among the elderly experiencing various levels of dementia.

Method: Data were collected from ten long-term care facilities in Japan using an incident report to describe aspects of the fall. The incident report included the following information: demographics about the elderly resident with dementia who fell; who found the resident; when, where, and how the fall occurred; and what alternatives were chosen for preventing the fall. Data collection occurred between January and March 2003. Descriptive statistics were used to analysis the data.

Results: A total of 398 incidents were reported: 40% of them were repeated falls, 83% of the falls were un-witnessed. In terms of the un-witnessed falls, 46% were identified

by discovering the elderly resident lying on the floor; in 47% of falls, the elderly resident was found kneeling or sitting on the floor. Witnessed falls were observed by care workers while the elderly resident was walking or moving from bed, wheel chair, and chair. Obvious injuries were incurred in 32% of the falls. In terms of preventative efforts, it was reported that in 60% of falls a care worker tried to prevent the fall, but failed. Falls among the elderly without dementia were less anticipated while falls among the elderly with dementia were anticipated but frequently unable to be successfully prevented. The higher the Clinical Dementia Rating, the more frequently restraints were chosen as the alternative for preventing falls.

Conclusion: Falls among the elderly with dementia were less frequently witnessed and more difficult to prevent, even as attempts at prevention increased with increased impairment. Understanding of risk assessment and offering a wider variety of options for preventing falls to meet the specific needs of clients is important in dementia care.

■ 日本老年精神医学会教育講演要旨（2003. 6. 18：名古屋）

痴呆介護福祉分野におけるリスクマネジメント

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 須貝佑一

言葉は世相を反映する。痴呆介護の現場で今流行の言葉の一つが「リスクマネジメント」であろう。この言葉が急速に広がり浸透しだしたのはここ 2,3 年のことである。わが国でのリスクマネジメント関連の文献はここ 10 年間で 2890 件（医学中央雑誌調べ）に上るが、そのほとんどは医療分野で占められる。福祉と痴呆介護の分野ではこの 10 年間でわずか 57 件だ。そのうち痴呆介護に関するリスクマネジメントは 11 件にすぎない。しかもすべて最近 3 年以内の文献という状況をみると言葉の流行だけが先行しているようにみえる。それゆえに痴呆介護や福祉の分野での真のリスクマネジメントとは何かを現場の状況を踏まえてまず問われなければならない。

この 2,3 年で福祉の分野にリスクマネジメントの考え方が浸透し始めたきっかけは介護保険制度の発足（2000 年 4 月）と社会福祉法の制定（2000 年 6 月）が大きく影響しているといわれる。福祉は各種の法律でサービス事業と位置付けられ、サービス利用者が福祉施設を利用する当事者となって施設と利用者の契約関係が生まれることになった。行政措置の時代は行政側が責任を負い、当事者にサービスを提供することで福祉の大枠が成り立っていた。今は利用者が福祉サービスを選び、応分の負担をし、サービスの恩恵を受ける形になった。その結果として福祉サービスの事業者や施設介護者には二つの圧力が生じているといえる。一つは「サービスの質の向上」の義務化であり、もう一つは利

用者からのクレームの増加である。このことが企業経営の分野では常識となりつつあるリスクマネジメントの考え方を福祉の分野にも持ち込まざるを得なくなっている背景になっている。

リスクマネジメントは「事業者を守るためか」「利用者の身を守るためのものか」という議論ある。この議論は不毛なものであることはリスクマネジメントの内容を考えれば明瞭だ。リスクマネジメントを利用者中心にみればつぎのようになる。すなわち、「サービス利用者の受ける損害や損失を未然に防ぎ、回避し、利用者に生じた損害や損失を最小限にとどめる方策」であってこれはサービス提供者側からみたリスクマネジメントと表裏一体をなすはずだからだ。にもかかわらず、「事業者を守る」という色彩が色濃く出るのは現実に介護現場で生じている日常のトラブルが損害賠償事件に発展する機会が増えていることにもよる。利用者とのサービス提供者の間に通常の介護の関わりとは異質の緊張状態を生み出しているからだ。

福祉分野でのリスクマネジメントでとりわけ困難な課題に直面しているのが痴呆介護の分野である。ここでもまたサービスの質の向上が求められ、自立支援と尊厳ある生活の支援を求められている。しかし、痴呆介護の分野でいう自立支援、尊厳ある生活と叫ばれている内容は観念的できわめて曖昧である。アルツハイマー型痴呆についていえば、自立した生活が次第にできなくなっていく経過をとる。自立歩行さえも危うくなり、結果的には車椅子からベッド上生活に移行する。その経過は多少の個人差はあるとはいえ冷静に見れば必然である。その時々で障害に対する適切な援助が求められる。援助は自立支援とは異なる面を含む。進行性の知的機能の障害と生活の障害は本人の尊厳ある生活を自力では維持できなくさせる。その支援も介護だが、そのことに伴うリスクはとてつもなく大きい。痴呆介護におけるリスクマネジメントは痴呆症の本質をふまえた議論から出発しないと現場に苦悩をもたらすだけになろう。

施設名：02 第二南陽園

### 1. 転倒・転落事故報告

- a. 報告日 平成 年 月 日
- b. 報告者 氏名 \_\_\_\_\_  
年齢 才 性別 男 女
- c. 報告者職種
- 1 ケアワーカー 2 介護福祉士 3 看護師  
4 医師 5 理学療法士 6 作業療法士  
7 その他 ( )

### 2. 報告事項発生状況

- a. 発生日時
- 平成 年 月 日 曜日 ( )  
時間 (午前・午後 時 分頃)
- b. 発生日状況 (複数回答：なければ5該当なしに○)
- 1 入浴日 (入浴時間：午前・午後 )  
2 服薬を変更して ( ) 日目 (注：5日以内)  
3 特別な行事を実施 (具体的に： )  
4 その他 ( )  
5 該当なし
- c. 発生場所
- 1 利用者自室：部屋のどこで発生しましたか？
- 1 ベッドそば  
2 入り口ドアそば  
3 ポータブルトイレそば  
4 その他 ( )
- 2 他利用者室
- 3 廊下：手すりの有無
- 1 あり 2 なし
- 4 トイレ  
5 洗面所  
6 デイルーム  
7 浴室・脱衣室  
8 リハビリテーション室  
9 その他 ( )
- d. 転倒時履物
- 1 素足 2 スリッパ 3 リハビリシューズ  
4 その他 ( ) 5 不明

### e. 事故発生日撃の有無

- 1 目撃あり (以降 目撃ありの設問をお答えください)  
2 目撃なし (次頁 目撃なしの設問に進んでください)

#### 目撃ありの設問

事故の状況は (○はひとつ)

- 1 立ち上がり動作時 (立ち上がり後のふらつき含む)
- 1 ベッドから：ベッド柵はどうしていましたか？  
1 はずした 2 のりこえた 3 使用していなかった  
2 ポータブルトイレから  
3 トイレから  
4 車椅子から  
5 普通イスから  
6 その他 ( )
- 2 立ち上がり動作後、移動動作中～完了まで：どこへ移動する  
ところでしたか？
- 1 ベッドへ  
2 ポータブルトイレへ  
3 トイレへ  
4 車椅子へ  
5 普通イスへ  
6 歩行器へ  
7 その他 ( )
3. 歩行中
- 1 ( ) にぶつかり転倒  
2 段差でつまずき転倒  
3 平面を歩行中に転倒  
4 その他 ( )
- 4 転落 (立ち上がりの意図がない時)
- 1 ベッドから  
2 車椅子からのずり落ち  
3 普通イスからずり落ち  
4 その他 ( )
- 特記事項 (状況や原因など)

目撃なしの設問

どのように発見しましたか？

- 1 事故直後の動けない状態を報告者が発見
- 2 事故を目撃・発見した別の患者から報告
- 3 事故後に不明な打撲傷等を発見
- 4 その他 ( )

発見状況 (簡単な絵で記載, 文章でも可)

f. 受傷の有無

- 1 あり                      2 なし

▲傷害ありの場合、傷害部位と種類を以下の表に記入

	打撲	裂傷	骨折	その他
顔面	1	2	3	4 ( )
側頭部	1	2	3	4 ( )
後頭部	1	2	3	4 ( )
上肢 (肩・背中・腕・胸)	1	2	3	4 ( )
腰部	1	2	3	4 ( )
両下肢 (大腿骨頸部含む)	1	2	3	4 ( )
その他 ( )	1	2	3	4 ( )

**3. 事故前後の対応について**

a. 予防措置の有無

- 1 あり：どのような予防措置を実施していましたか？
- 1 ケアプラン作成
  - 2 センサー類設置
  - 3 低床ベッド使用
  - 4 ベッド不使用
  - 5 ベッド ( ) 点柵
  - 6 転倒衝撃吸収マット使用
  - 7 易転倒者として見守り強化対象
  - 8 その他 ( )

2 なし：リスク予想はできていましたか？

- 1 できなかった (リスク予測不明を含む)
  - 2 できていた：予防措置をとらなかった理由
    - 1 有効なケアプランがわからないので
    - 2 転倒予防物品がなかったので
- ：使用希望物品

b. 転倒予防に関するご家族の要望は？

- 1 あり (内容： )
- 2 なし

c. 事故後の医療的対応

- 1 入院 (重体/意識不明・死亡)
- 2 入院 (重症/1週間以上の入院加療)
- 3 入院 (軽症/1週間未満の入院加療)
- 4 受診 (医師による施設内の診察も含む)
- 5 受診せず (対応者：ケアワーカー・看護師)

d. 事故後のご家族への報告

- 1 あり                      2 なし

e. 院内での対応

- 1 スタッフで共有
- 2 ケースカンファレンス実施
- 3 その他 ( )

**4. 事故当事者 (施設利用高齢者) について**

a. 事故当事者 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

b. 所属フロア： \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 号室

c. 多重転倒歴 (報告日前1ヶ月以内の転倒)

- 1 あり                      2 なし

d. 痴呆の診断の有無

- 1 あり
- 1 アルツハイマー型痴呆症    2 脳血管性痴呆
  - 3 老年期痴呆    4 その他 ( )
- 2 なし



e. 既往・併存病名 (3つまで)

- 1 高血圧
- 2 慢性心不全・虚血性心疾患
- 3 脳血管性疾患 (脳梗塞・脳出血)
- 4 糖尿病
- 5 パーキンソン病・症候群
- 6 うつ病
- 7 骨粗しょう症
- 8 悪性新生物 (癌)
- 9 肺炎
- 10 不整脈・起立性低血圧
- 11 その他 ( )

f. 服薬状況

- 1 あり
- 2 なし

▲服薬ありの場合、薬の種類 (複数回答)

- 1 睡眠薬
- 2 抗精神病薬
- 3 安定剤
- 4 抗パーキンソン剤
- 5 降圧剤
- 6 その他 ( )

g. 痴呆症状

- 1 あり
- 2 なし

▲痴呆症状ありの場合、過去1ヶ月以内の次の1)～14)の各行動に対して、どれくらいの頻度がみられましたか？

		日に1回以上	週に数回	月に数回	月に1回	なし
1)	住居の内外をしきりと歩きまわる, 住居を出て行こうとする	4	3	2	1	0
2)	食用でないものを口に入れる	4	3	2	1	0
3)	金品を盗られたと責める	4	3	2	1	0
4)	言いがかりや, 説明に対する否定・ゆがんだ解決	4	3	2	1	0
5)	やたらと物を隠す	4	3	2	1	0
6)	無意味な作業 (例: 衣類・たす, トイレの悪戯)	4	3	2	1	0
7)	職員の仕事・休息の妨害	4	3	2	1	0
8)	他人とのトラブル	4	3	2	1	0
9)	つまらないものを集める	4	3	2	1	0
10)	夜中に騒いだり, 人を起こす	4	3	2	1	0
11)	トイレ以外での排泄, 便秘 (弄便)	4	3	2	1	0
12)	暴力・破損行為や号減 (介助の際の抵抗は含めない)	4	3	2	1	0
13)	まっわりついたり, 同じ質問を繰り返す	4	3	2	1	0
14)	大声で叫ぶ, 金切り声をあげる	4	3	2	1	0

h. 立位保持能力の有無

- 1 自力で可能
- 2 不可能

i. 麻痺の有無

- 1 あり (右側・左側)
- 2 なし

j. 移動能力

- 1 独立歩行可能 (歩行の特徴: )
- 2 歩行補助具歩行可能 (使用補助具: )
- 3 車椅子自力移動可能
- 4 車椅子自力移動不可
- 5 寝たきり

k. 視覚障害

- 1. あり
- 2. なし

Clinical Dementia Rating <CDR>

以下の項目について該当する番号に○をつけて下さい。

	健康	痴呆の疑い	軽度痴呆	中等度痴呆	高度痴呆
記憶	1 記憶障害なし 時に若干のもの忘れ	2 一貫した軽いもの忘れ 不完全な想起 "良性"健忘	3 中等度の記憶障害 とくに最近の出来事に対するもの 日常生活に支障	4 重度の記憶障害 高度に学習した記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる	5 重度の記憶障害 断片的記憶のみ残存
見当識	1 見当識障害なし	2 時間的な関連性に軽度の障害がある以外は見当識障害なし	3 時間的な関連性に中等度の障害 質問式による検査では場所の見当識はあるが、他では地誌的失見当がみられることがある	4 時間的な関連性に重度の障害がある 通常時間の失見当がみられ、しばしば場所の失見当がある	5 人物への見当識のみ
判断力と問題解決	1 日常生活での問題解決に支障なし 過去の行動に関して判断も適切	2 問題解決および類似や相違の理解に軽度の障害	3 問題解決および類似や相違の理解に中等度の障害 社会的な判断は通常保たれている	4 問題解決および類似や相違の理解に重度の障害 社会的な判断は通常障害されている	5 判断不能 問題解決不能
社会適応	1 仕事、買い物、商売、金銭の管理、ボランティア、社会的グループで普段の自立した機能を果たせる	2 これらの活動で軽度の障害がある	3 これらの活動のいくつかには参加できるが、自立した機能を果たすことはできない 表面的には普通に見える	4 家庭外では自立した機能を果たすことができない 一見家庭外の活動にかかわれるようにみえる	5 家庭外では自立した機能は果たせない 一見しても家庭外の活動に参加できるようには見えない
家庭状況および趣味・関心	1 家庭での生活、趣味や知的関心は十分に保たれている	2 家庭での生活、趣味や知的関心が軽度に障害されている	3 家庭での生活に軽度であるが明らかに障害がある よりむずかしい家事はできない より複雑な趣味や関心は喪失	4 単純な家事はできる 非常に限られた関心がわずかにある	5 家庭で意味のあることはできない
介護状況	1 セルフケアは完全にできる	2 セルフケアは完全にできる	3 時に励ましが必要	4 着衣や衛生管理、身のまわりのことに介助が必要	5 本人のケアに対して多大な介助が必要 しばしば失禁

ADL 自立指標 (Katz ADL)

以下の項目について該当する番号に○をつけて下さい。

	自立	要介助	
入浴	1 介助を受けない 浴槽利用の場合は自立で浴槽に出入りする	2 身体の一部の洗体についてのみ介助を受ける(背中または片側下肢など)	3 身体の一部以上の洗いについて介助を受ける または洗わない
更衣	1 介助を受けずに衣類を取り出し、完全に着衣する	2 衣類を取り出し、完全に着衣するが、靴ひも結びのみ介助を受ける	3 衣類の取り出しまたは着衣に介助を受ける または一部の着衣にとどまるか、全く着衣しない
トイレ動作	1 介助を受けずに"トイレ室"へ行き、拭き、衣服を整える 杖、歩行器、車椅子などの物や支えを使ってよい 自分で夜間のみ差込み便器やコモードを使い、翌朝に自分で後始末をするならそれもよい	2 "トイレ室"への移動、拭き、排泄後の衣服の整えのいずれかに介助を受ける または夜間の差込み便器やコモードの使用に介助を受ける	3 排泄のために"トイレ"という名の部屋へ行くことはない
移乗	1 ベッドおよび椅子への出入りを介助を受けずに行う 杖、歩行器などの物や支えを使ってよい	2 ベッドまたは椅子への移動、またはそこからの立ち上がり介助を受ける	3 ベッドの外へ出ない
排泄コントロール	1 排尿および腸の動きを完全に自分でコントロールしている	2 ときどき"失敗"がある	3 監督を受ければ尿をとどめたり排便をコントロールしたりするのが容易になる カテーテルを使用している または失禁している
食事	1 介助を受けずに自分で食事をすすめる	2 肉を切ったりパンにバターを塗ったりする以外は自分で食事をすすめる	3 食事をすすめるのに介助を受ける または一部あるいは全部を食べさせてもらう あるいは経管栄養または静脈内栄養を受けている

# ヒヤリ・ハット

園長	副園長 (管理)	副園長 (処遇)	副園長 (痴呆)	医務室 室長	相談員	班長
----	-------------	-------------	-------------	-----------	-----	----

発生日時	平成 年 月 日 19 時 30 分
発生場所	A 食堂 テレビ前
ヒヤリ・ハットの 種類	転倒 転落 誤薬 誤嚥 損傷 破損 紛失 その他( すり落ち )
利用者名	北浦みち魚

<ヒヤリ・ハットの状況>  
 北浦氏が来、ていた車椅子前に体が座りこんでいる所を見。本人隣にある二人がけの椅子に腰かけにかかっらしく立ち上がり、たら、足が重くて座りこんでしまっこと話す。

<気づいたこと>  
 時々車椅子から二人がけの椅子に移動してもらっていただけあり、本人その椅子の隣に車椅子を止めたい為移動するのと其の牽いし、一人で移動してしまっのでは。




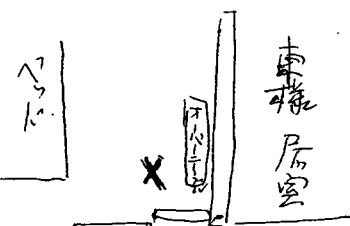
<提出日> 平成 年 月 日	<記載者>
----------------	-------

<フロアで話し合ったこと>  
 北浦氏は、つかまり歩きを希望。自分のしたい事を行動する方です。氏が何をしたいのか、早目に気づく事が事故の再発の防止になる。観察にゆく必要がある

<話し合った日> 平成 年 月 日
-------------------

<その後の対応>  
 観察といってもスタッフに限りがあるため、難いのが、やはり観察を続行してゆく。

事故報告書

施設長	事務長	相談員	主任	担当
				
弥生ホーム				
1 事故名 ①転倒 ②転落 ③誤薬 ④異食 ⑤無断外出 ⑥その他 ( )				
2 フロアー ①3F ②2F ③デイ		3 利用者氏名 様 ( 女 歳)		
4 事故発生時 平成 年 月 日 ( ) 20時40分頃				
5 職員氏名				
6 事故発生時の状況 寝具見直しの際、おしほりA準備区において所居室より「ドン」という音があり、行こうとしたところ、入り口付近に2人 荒木様を、左側に下に倒れおりました。			7 事故発生場所 (場所) 居室内 及び略図 	
8 事故発生時の利用者の状況 床に倒れおりました(左側に下) 床に座った直後痛みがあるため、倒れたところを見守り無く、BP141/86 P71 でした。			9 事故後の処理 ベッドの横に倒れたため、その後様子を見ました。特に変わった様子を様子を見ておりました。 朝出勤時に看護職員に報告	
10 事故の原因 (推測される事項) 眼前薬による涙液が流れたため、その前にお見直しがあり、20:30に、ベッドに横たわったため、その後、起きようとしたところ、転倒したと思われま可。			11 事故発生予防、指導対策 (具体的に) ・居室の障子戸を開けて、起きる時の対応ができるようにする。 障子戸を開けておく事で様子観察ができる。	
12 職員への周知方法 (どのように行ったか、行う予定であるか) 朝、昼の申し送りにて。				
13 関係機関	<input checked="" type="checkbox"/> 警察 <input checked="" type="checkbox"/> 交番		年 月 日 時	
連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 済		年 月 日 時	
14 連絡職員氏名			15 連絡相手方氏名 続柄	
16 報告年月日 平成 年 月 日 ( )			報告者氏名	

記載欄が足りない場合は、別紙に記載し添付のこと。

# 事故及びヒヤリハット報告書

第二南陽園

ID	10	分類	事故	転倒	当事者番号	235	入所者	1F
報告日		発生日		11:20	発生場所	中央洗面所		
<p>本人が中央洗面所に歩いてくる 車椅子を持ってくるので待っていてくださいと伝え トイレ入り口に合った車椅子を取りに行く。(5歩歩いたとき) 右脇を下に床に倒れている。物音はしなかった。 トイレ使用した形跡あり</p>								
対応 経過		対応						
<p>すぐに看護師も駆けつける。ワーカー二人にて抱え起す。 表情などは変わらないようであり問いつけにもうなずく行為も有る。 そのまま居室に誘導し看護師よりバイタルうける。 痛みの訴えなく、笑顔もある。 昼食は食堂で良いとの事でデールームに誘導す。</p>								
連絡経過		連絡済						
<p>11:30、兄へ ご迷惑おかけします。よろしくお願ひしますとの事</p>								
特記事項								
カンファレンス内容				開催日	H14/6/21	15:30		
<p>発生要因</p> <p>その場を離れた 声かけだけでなくつかまらせて確認するべきだった トイレの事を教えに来た様子あるので一緒にトイレに戻るべきだった 自分のほうに注意を向けて欲しいとの願望があったのではないか</p>								
<p>防止策</p> <p>その場を離れず誰か人を呼ぶ 椅子等に座ってもらう 常にコミュニケーションをとる(体を向けて対話)</p>								
<p>指導</p> <p>コミュニケーションを多く取れるよう心がける 歩行時には、何時転倒してもおかしくないという心積もりでいる 移動のサイの見守りの徹底</p>								
<p>意見</p> <p>職員がいる時に転倒する場合も多い 本人の特性を知る上で前任者の記録の大切さを改めて実感した 忙しいのは理由にはならない 会話等をゆとりを持って楽しめるようになればと思う</p>								

# ヒヤリ・ハット報告書

平成 年 月 日

施設長	副施設長

- 報告区分 ①ヒヤリ・ハット ②事故
- 重要度区分 (担当者) ①大 ②中 ③小 ④なし (難読読者) ①大 ②中 ③小 ④なし
- ヒヤリ・ハット対象者 ①ご利用者本人 ②ご利用者家族 ③担当者 ④その他 ( )
- 担当者情報

担当者名	職種
	①医師 ②看護婦・看護師 ③介護福祉士 ④ヘルパー ⑤理学療法士 ⑥作業療法士 ⑦社会福祉士 ⑧事務部門 ⑨その他 ( )

## ■ご利用者情報

氏名	様	年齢	91歳	性別	①男性 ②女性
本人特性	障害による日常生活の自立度	①J ②A <u>③B</u> ④C ⑤不明			
	痴呆による日常生活の自立度	①0 ②I ③II <u>④III</u> ⑤IV ⑥V ⑦M ⑧不明			
	要介護度	①1 ②2 ③3 <u>④4</u> ⑤5 ⑥要支援 ⑦自立 ⑧対象外			

## ■内容

タイトル	車イスよりズリ落ち		の件について
日時	平成 年 月 日	午前 午後	6時30分
場所	大区分 ①在宅 ②施設	小区分 ①居室内 ②廊下 ③浴室 ④トイレ ⑤食堂 ⑥階段 ⑦エレベーター ⑧玄関 ⑨ベランダ ⑩屋外 ⑪談話室 ⑫その他 ( )	介助有無 ①あり ②なし
行為	日常行為	①臥床 ②体位交換・起き上がり ③座位 ④移乗・立ち上がり ⑤歩行 ⑥衣類着脱 ⑦外出 ⑧食事 ⑨排泄 ⑩洗顔・整容(爪切・口腔等) ⑪清拭・洗髪 ⑫入浴	
	医療行為	①経管栄養・胃ろう注入 ②吸引・吸入 ③褥瘡・創処置 ④軟膏処置 ⑤浣腸・排便・座薬 ⑥与薬 ⑦人工肛門・パウチ等交換 ⑧膀胱洗浄 ⑨注射・点滴 ⑩カテーテル・チューブ交換 ⑪リハビリ	
	その他	①その他 ( )	
リスク形態 (想定を含む)	①転倒 ②転落 <u>③ズリ落ち</u> ④溺れ ⑤接触(ぶつかり) ⑥誤飲・誤嚥 ⑦異食 ⑧誤薬(内服・塗布) ⑨誤薬(注射・点滴) ⑩チューブトラブル ⑪外傷(やけど等) ⑫感染 ⑬徘徊 ⑭経済的損失(汚損・破損・紛失) ⑮衝突(交通手段を含む) ⑯その他 ( )		
内容とその程度	モーターリフトで居室より車イスの座面と、フットレストの間に お尻がはさまっている状態の利用者を発見。上半身はたかたか自分で着かえ しようとしてたらしい。「大丈夫？」と声をかけると、「背中がかゆい」といって笑っ ていた。打ち身等の外傷はなし。		
状況図			
なぜ起こったか	柵がなくて、車イスを近くにおいたため、自分で移乗して しまったため。	ご家族への連絡	①あり ②なし
上記への対応	柵を4点柵にして、ハンドへの移乗後 車イスは少し遠いところに置いておくように する。		
監督責任者のコメント	テニールを押しはなす。又、自分で立てると思っ、転倒の危険があります 部屋はスリッパの近くには、異常早期発見に努めます。		

上記のとおり報告いたします。

No. \_\_\_\_\_

8/15 日 - ライン  
375

事故等状況報告書

報告事項	様の ベッドより転倒 について	
日時	平成 年 月 日 (月)	午前・午後 4 時 00 分頃
場所	2号室 (ご自分の居室)	
内容	14:00 居室に入ると、氏がベッド上、床にて、 お向かいになっており、「助けて、助けて」と 細い声で、叫んでゐる。	
対応	二人介助で、ベッドに臥床。外傷、特に 観られず。医務へ連絡する。 ( )	
原因	マツコールスイッチ「OFF」氏の話しでは、 トイレに行きたかった。誰も連れて行ってくれない。 ベッドから降りたら、コロ、と、こぼしてしまった。」	
対策		
処置	T360 P76 BD152-66 四肢屈伸OK 左股関節環状筋が弛み、 痛む 様子観察あり、	<div style="text-align: center;">図</div>
連絡	8/5 17:00 ご主人に、電話にて報告しました。 ( )	33下

## ADL 自立指標 (Katz ADL)

### 【ADLの自立指標】

ADLの自立指標は、入浴、更衣、トイレへの移動、移乗、排泄コントロール、食事における機能の自立または依存の評価(次項)に基づいて決める。機能的自立と依存の定義は下記の通り。

- A-食事、排泄コントロール、移乗、トイレへの移動、更衣、入浴に関して自立している。
  - B-上述の機能の1つを除くすべてに自立している。
  - C-入浴とそれ以外の1つの機能を除いて自立している。
  - D-入浴、更衣、それ以外の1つの機能を除いて自立している。
  - E-入浴、更衣、トイレへの移動、それ以外の1つの機能を除いて自立している。
  - F-入浴、更衣、トイレへの移動、移乗、それ以外の1つの機能を除いて自立している。
  - G-6つのすべての機能に関して他者に依存している。
- その他一少なくとも2つ以上の機能に関して他者に依存しているが、C、D、E、Fに分類されないもの。

各評価尺度の各領域について該当する番号に○をつけて下さい。

入浴	1. 介助を受けない(浴槽利用の場合は自立で浴槽に出入りする)	2. 身体の1か所の洗体についてのみ介助を受ける(背中または片側下肢など)	3. 身体の2か所以上の洗いについて介助を受ける(または洗わない)
更衣	1. 介助を受けずに衣類を取り出し、完全に着衣する	2. 衣類を取り出し、完全に着衣するが、靴ひも結びのみ介助を受ける	3. 衣類の取り出しまたは着衣に介助を受ける。または一部の着衣にとどまるか、全く着衣をしない
トイレット動作	1. 介助を受けずに”トイレ室”へ行き、拭き、衣服を整える(杖、歩行器、車椅子などの物や支えを使ってよい。自分で夜間のみ差し込み便器やコモードを使い、翌朝に自分で後始末をするならそれもよい)	2.”トイレ室”への移動、拭き、排泄後の衣服の整えのいずれかに介助を受ける。または夜間の差し込み便器やコモードの使用に介助を受ける。	3. 排泄のために”トイレ”という名の部屋へ行くことはない。
移乗	1. ベッドおよび椅子への出入りを介助を受けずに行う(杖、歩行器などの物や支えを使ってもよい)	2. ベッドまたは椅子への移動、またはそこからの立ち上がりに介助を受ける	3. ベッドの外へ出ない
排泄コントロール	1. 排尿および腸の動きを完全に自分でコントロールしている	2. ときどき”失敗”がある	3. 監督を受ければ尿をとどめたり排便をコントロールしたりするのが容易になる;カテーテルを使用している、または失禁している
食事	1. 介助を受けずに自分で食事をする	2. 肉を切ったりパンにバターを塗ったりする以外は自分で食事をする	3. 食事をするのに介助を受ける。または一部あるいは全部を食べさせてもらう。あるいは経管栄養または静脈内栄養を受けている



平成 16 年 3 月 20 日

## 南陽園の転倒事故の現状と改善課題

南陽園

サービス担当副園長 山本 里美  
ケアワーカー 工藤 章子

平成 14 年度のヒヤリハット・転倒事故報告書は 209 件であった。

その内 99 件は、主に「車椅子からのずり落ち」「夜間ベットの脇で倒れていた」「居室内で座り込んでいた」「廊下を這っていた」等であった。

平成 15 年度は、夜間の見守りに加えセンサー機器を設置し、転倒事故防止に努めた。ヒヤリハット・転倒事故報告書は 192 件であった。

その結果、一般フロアでは、センサー機器を利用して転倒に至る前に対応することができたことや夜間の行動観察に役立つ等の効果が得られ、転倒報告件数も 19 件と少なくなった。

痴呆フロアでは、転倒が増加している。

平成 14 年度は 53 件であったのに対し、平成 15 年度 84 件となっている。

その内分は、「フロアでの転倒 29. 1%」「居室での転倒 16. 6%」「ベット脇で倒れている、また、坐りこんでいる 11. 5%」「トイレで転倒 10. 4%」「廊下で転倒 10. 4%」他 20. 8%であった。

転倒の発生状況から、目撃者がなく転倒しているケースがほとんどである。

また、①退院したばかりの利用者が繰り返し転倒する。②行事やレクリエーション実施日の転倒が多いという傾向がみられる。

①については、予測可能であったため十分に注意していたにもかかわらず結果的に転倒となった場合が多い。

特に多重転倒者の場合は、見守りを強化しても、1日に2回～3回転倒が続いたり、付き添い歩行をしていた場合であっても、足元から崩れるように転倒したケースもあった。また、夜間巡回直後に転倒が起こったケースもある。いずれも同一利用者である。

現在の痴呆フロアの問題点は、

- ・ 易転倒者における見守りの強化と見守りの工夫  
(現在見守り業務の徹底に努めているものの、対応しきれていない部分がある。)
- ・ ヒヤリハットに基づくカンファレンスの不足
- ・ 多重転倒者に対する細めなケアプランの見直し
- ・ 転倒の多い時間の人員配置の工夫について
- ・ 転倒後の対応の強化

以上 5 項目をについて対応策を強化していかなければならないと考える。

◇ センサー機器導入について

平成 15 年 11 月より（痴呆フロア利用者 38 名）、センサーコールが 1 台、タッチコールが 1 台の計 2 台を導入した。

タッチコールについては、立位不安定であり夜間頻尿の為、頻回にトイレを利用する方に設置し、現在でも引き続き使用している。

センサーマットと異なり、利用者が触れたら作動するため、立ち上がる前にはケアワーカーが駆けつけることが可能であり、転倒防止には有効であると考えられる。

特に、居室がケアステーションから近い場合には、有効である。

センサーマットは、入眠後も徘徊の可能性のある利用者につけ替えたりしている。

センサーマットについては、痴呆フロアの夜間は夜勤者が 2 名であるためセンサーマット作動時、ケアワーカーが他利用者に対応している場合は、すぐ駆けつけることができないこともある。このため、利用者が居室の外に出ている場合や自力歩行でトイレに行かれたりという場合には、せっかくのセンサーマット機能が生かされないことがわかった。

現在、センサーマット・タッチコールの数ともに 4 台づつとなった。

これらを利用者の ADL 状態やケアワーカー室から居室までの距離等を考慮し、設置することにより転倒防止に努めている。

以上のように、センサーには限界があり、利用者の状態の把握が十分でないと、その機能は発揮されない。センサーは、あくまでも補完手段に過ぎないということを職員が認識することができた。

その為、見守りを如何に確実に行うか、見守りの工夫に努めている。

例えば、グループケアを導入し、狭い範囲の見守り強化を行うことや現在ほとんど利用してないディルールの畳間の活用などが挙げられる。

また、夜勤帯に関しては、利用者 1 人 1 人の就寝時間、就眠サイクルを把握し対応する必要がある。

今後は、平成 16 年度より新人職員も増え、痴呆高齢者のケアの基本について十分学習する機会を設けると共に、ヒヤリハットに対する意識づけを行い、平成 16 年度はヒヤリハットの分析とその活用を重点目標としている。

## ヒヤリ・ハット報告による 2 年間の分析

平成 16 年 3 月

第三南陽園

第三南陽園は平成 14 年 4 月 1 日杉並区より入所待機されていた介護度 3 以上の方を待機者名簿順に入所していただきました。1 ヶ月間に 222 名の入所者を受け入れ、広い施設の中で利用者も職員も新しい顔ばかり、利用者さんのデータ引継ぎはありますがデータ通りにはいきません。介護度 3～4 の方は居場所の認識がはっきりされないのでしょうか？落ち着きがなく絶えずあっちこちに動き回り「転倒、転落、ずり落ち」等が目立ちました。職員も半分は既設よりの移動職員、残りは新年度卒業者、全員有資格者ですが、現場は始めてです。目配り、気配りがなかなか思うように行きません。更に入所後、暫くしますと利用者ご家族から色々要望も出て、これに対応する新スタッフとしては憧れや理想を持って就職したものの、理想と現実のギャップに戸惑いを覚える職員もかなりおりました。新設立ち上げをされた方ならわかっていただけだと思います。ただただ利用者さんを守るだけが精一杯でした。

2 年目に入り、利用者さんの活動状態が見えてきたことで。

- 1、職員の業務シフトを変えたこと。
- 2、利用者個人の対応ができるようになったこと。
- 3、センサーマットの導入ができたこと。
- 4、職員が目配り気配りがうまくできるようになったこと。
- 5、利用者の居場所の認識が変わったこと（ここが自分の居場所と思えるようになった）  
馴染みの顔が沢山あることで笑顔があり、落ち着きが出てきたように思います。

別紙グラフにあります過去 2 年間のヒヤリ・ハットを事故種類、場所、時間帯に分けて比較してみました。

第三南陽園は開設当初より介護度別に入所していただきました。

- 2 階フロアーは介護度 3 の利用者。
- 3 階は介護度 5 の利用者とショートステイの利用者。
- 4 階は介護度 4 の利用者。
- 5 階は痴呆性徘徊利用者と分けて入所していただいております。

14 年度、15 年度を比較して

2 階・3 階の転倒、転落はセンサーマット導入により気付きが早くなり、事故防止になったこと。しかし、センサーコール対応に職員が振り回されること。また同時センサーコールのため夜間など同時対応が出来ないことも問題となっている。

4 階は余り変化がないが、介護度 4 の利用者の介護はなかなか困難で、職員も半数が入れ替わりました。利用者さんの多動と職員の変動が原因と思われます。夜間の減少はセン

サーマツト導入のお陰と思います。

5階の変化は利用者の動きが見えたこと。

- 1、夕方の帰宅願望症候群？夕食後、夜勤者が就寝前の業務につきフロアーの見守りがいなくなるため消灯まで1名の職員配置増員を行なったこと。
- 2、起床時よりの見守り職員1名増員配置。
- 3、夜間のセンサーマツト装置。

職員の勤務時間変更、配属を考慮したこと、センサーマツト導入により圧倒的に事故ヒヤリ・ハットを減らすことが出来たと思います。まだまだ研究の余地がありますが一人一人の利用者の行動、状態をしっかりと見極め全体を分析することにより、リスクが減少するものと思われます。

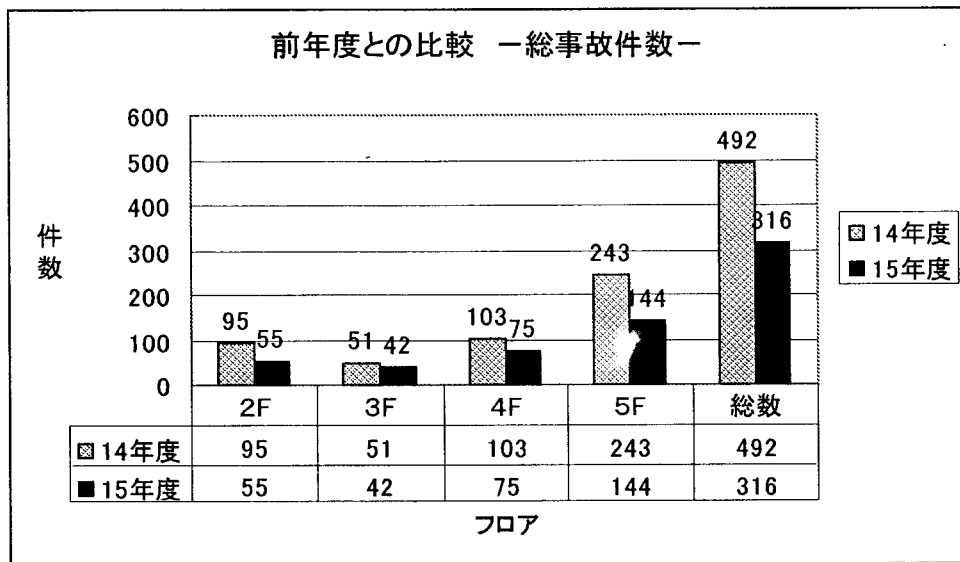
# ヒヤリ・ハット報告書による比較

H16・2・28

第三南陽園

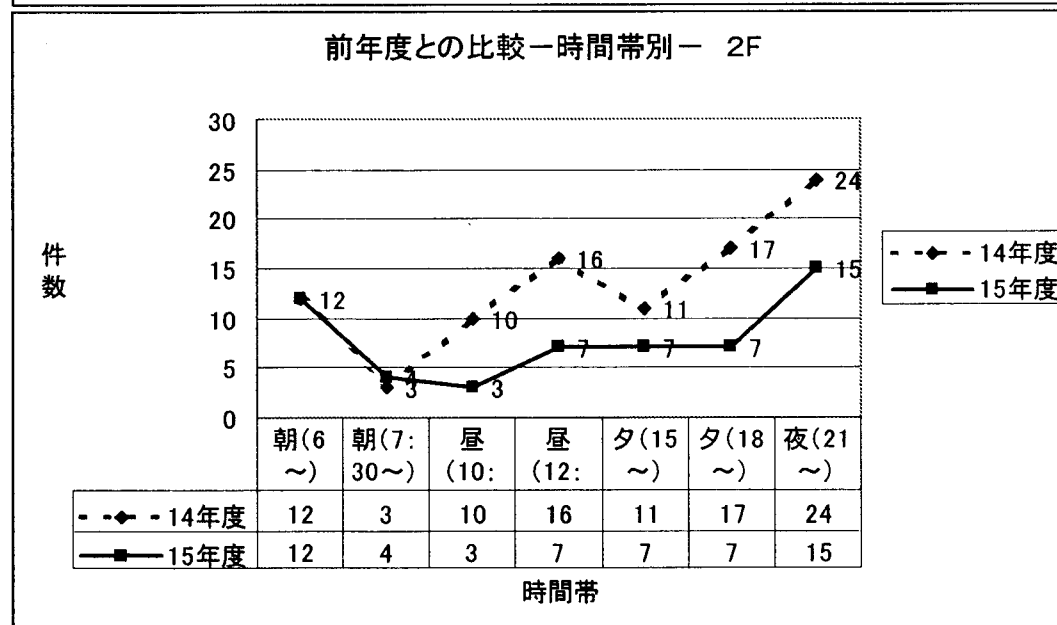
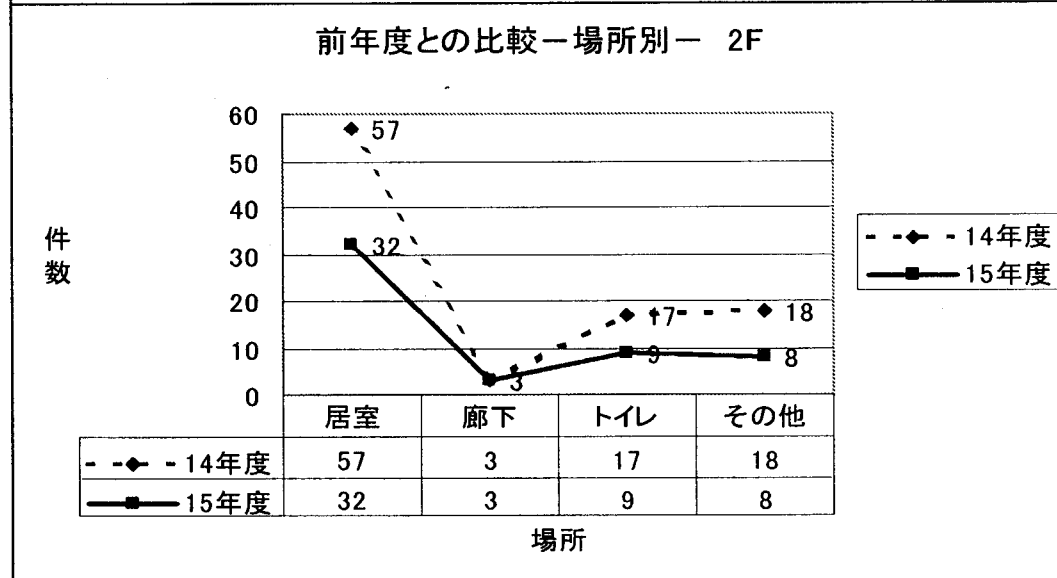
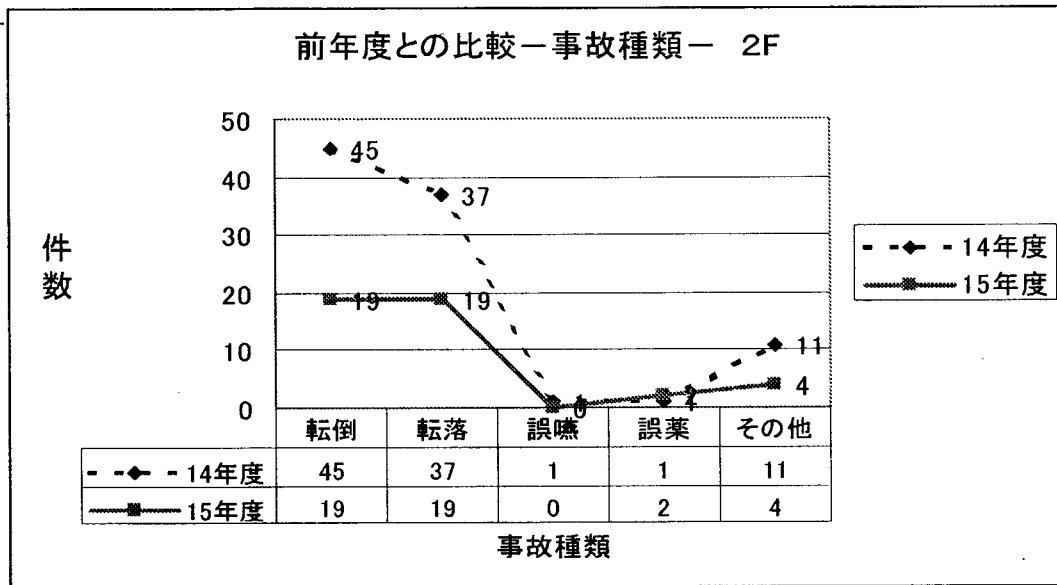
平成 14 年度

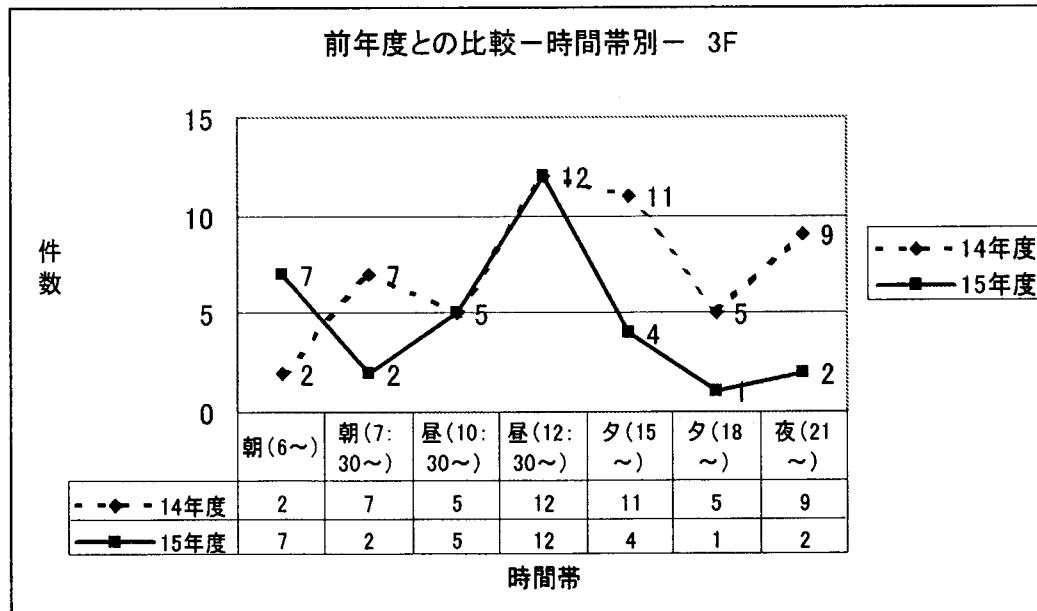
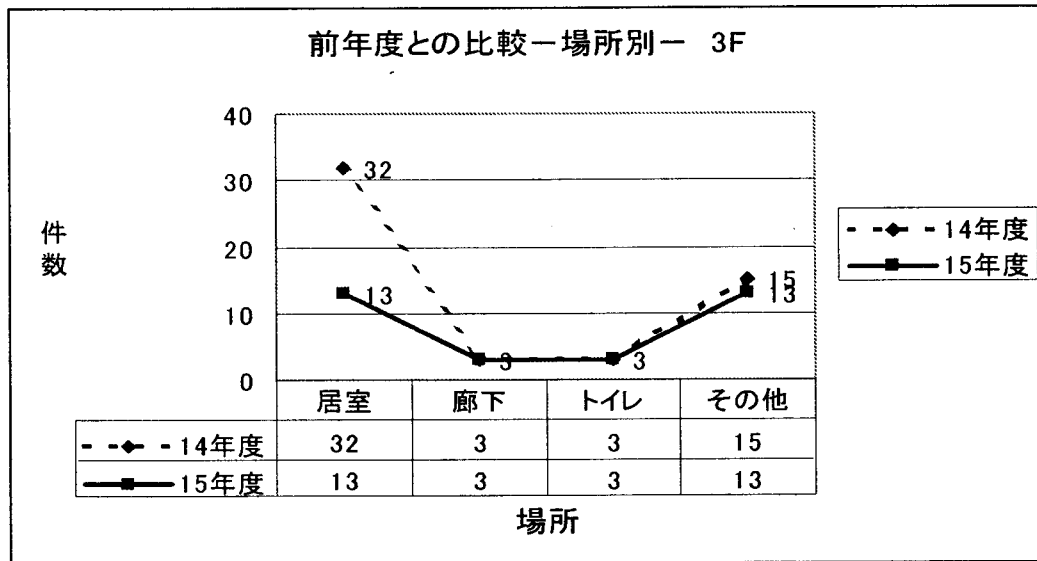
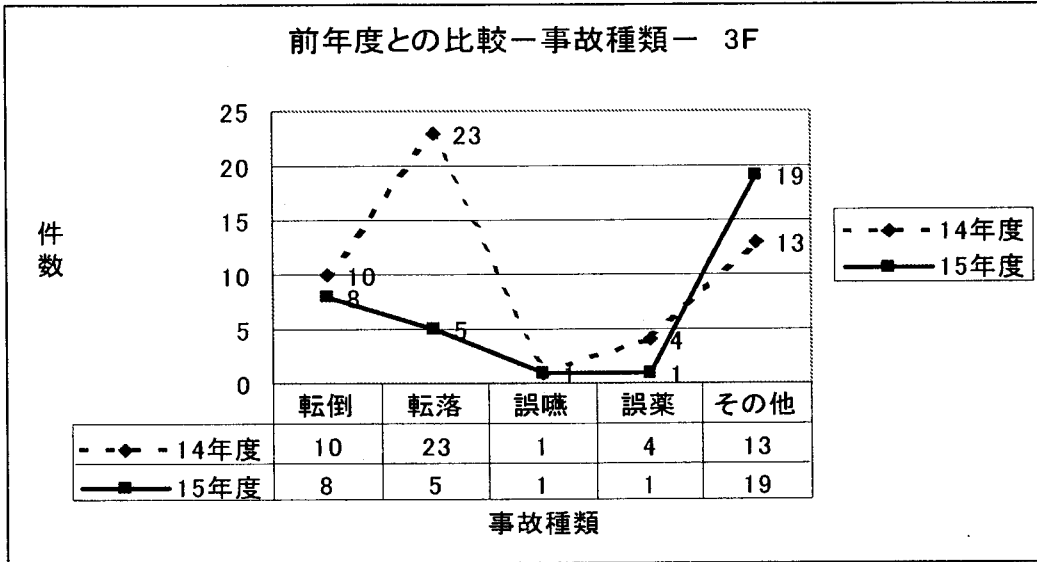
平成 15 年度

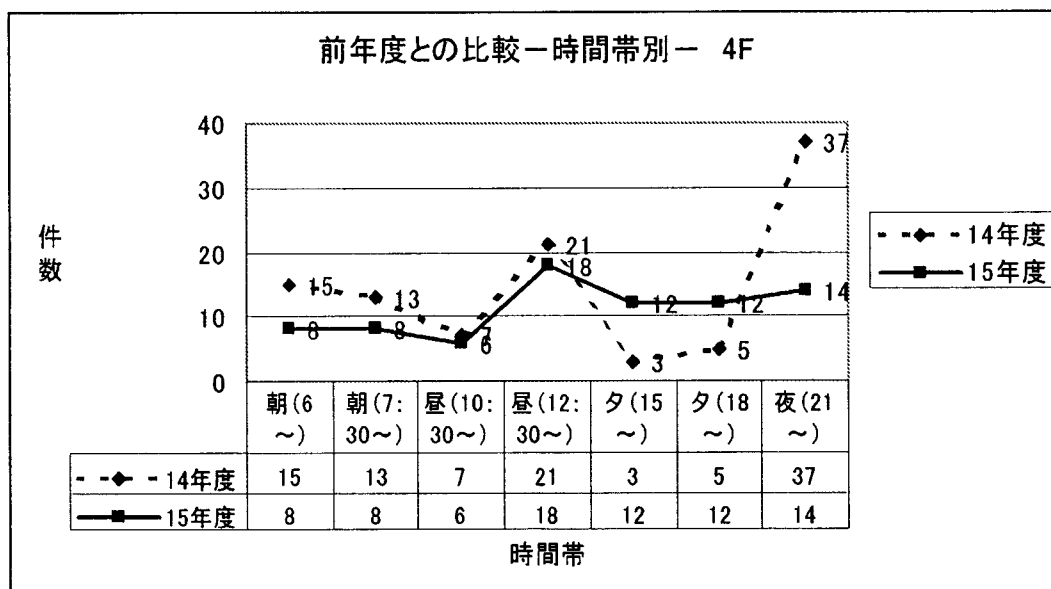
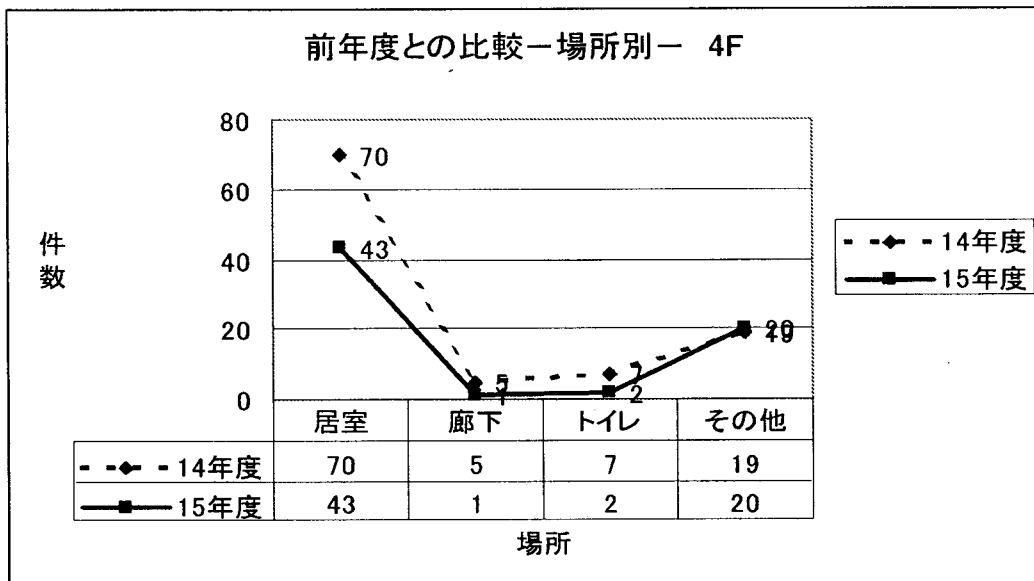
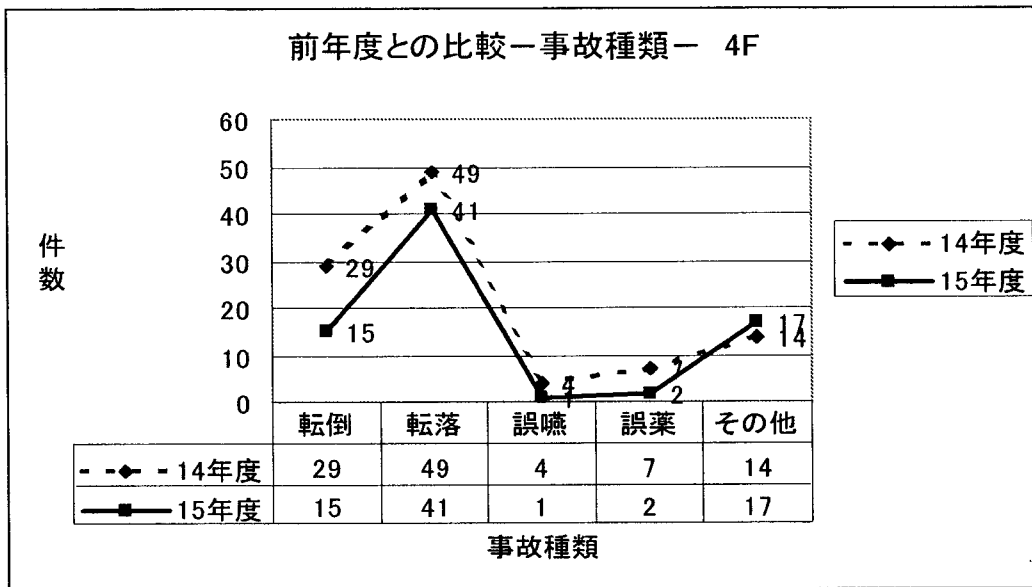


※ センサーマット導入 H14・11 30台  
H15・3 30台

前年度との比較 (2F)









H13年度より看護部のリスクマネジメント委員会を立ち上げ積極的に活動を始めた。

レポートの必要性を理解しない職員もいたためかH13年度は転倒・転落レポート提出数が少なかった。損傷を負ったレポートは必ず提出していた。

骨折件数 10件  
縫合件数 10件

H14年度の転倒・転落レポート件数は年間405件

骨折件数 7件  
縫合件数 3件

H15年度の転倒・転落レポートの件数はH16年2月までの集計で259件

骨折件数 3件  
縫合件数 7件

転倒・転落の原因としては患者側の要員、職員側の要員などが考えられるが、少しでも減少する為に、①職員の危機意識を高めること 分析方法の習得

②道具の有効利用

以上 2点に取り組んだ。

- ① に関しては新人の入職時のオリエンテーションにリスクマネジメントについての講話を組み込んだ。又その他の職員には1年に1回は研修会を設け、現状を報告した。更にSHELL分析の学習をし、実際に演習を行った。もちろん院外研修にも参加した。事例が発生する度にスタッフでカンファレンスを行い、原因を探り、今後の防止策を検討した。H16年度には院外講師の派遣により更に危機管理についての学習を計画している。

SHELL分析の実例を添付する。

また夜間巡視時の心得を作成し、実際に各病棟とも30分毎の夜間巡視を行っている。これについても資料を添付する。

- ② に関してはコールマットに依存してしまうのではと懸念もあったが各病棟で患者のアセスメントを行いカンファレンスで検討し使用している。

以上の取り組みが転倒・転落の減少につながり、骨折件数・縫合件数も同時に減少したのではないかと考える。

当院は9つの病棟に機能分化されている。

病棟の特徴と1ベッド当たりの転倒・転落をグラフにしたものを同封する。これを参考にコールマットを配布している。

調査の問題点としては、「事故後の医療的対応について」のところで、質問が施設に対しての質問であった。病院としてはどうとらえればいいのか迷ったため、センターに問い合わせをして進めた。

大宮共立病院  
佐藤峰子

# SHELによる分析

内容	SHEL	要 因	対 応 策
<p>H15年5月9日午後10時40分、夜勤スタッフが310号室のコール対応をしていると、308号室から声が聞こえた為、訪室すると、患者様がベッド右側の頭側に足をむけて床に座り込んでいた。患者様から発見した。患者様からはNSコールを押したたが、誰も来なかった為、自分で車椅子に移ろうとしたこと。実際はNSコールは無かった。当日より、眠剤の変更(プロバン0.5g+トリプタノール10mgプロバリン0.5g+P-CP5mg)があり、夜勤看護師は患者様に排泄時はNSコールで知らせるよう伝えている。また、夜間帯は、患者様の車椅子をたい所に置き、NSコールにて対応していた。</p>	<p>L-S ソフトウェア</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランにおいて移動時の方法が明記されているが、夜間帯においては、車椅子をたたくでベッドサイドから離して置きNSコール対応していた。(ケアの統一が図られていなかった)</li> <li>・夜勤スタッフ間で、車椅子の配置位置についてアセスメントをせずに変更している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランを再度、全スタッフで確認するとともに、ケアの統一の必要性を再認識する。プラン内容をさらに具体的に(車椅子の位置等図解化)</li> <li>・プランを変更する時は、スタッフ間で話し合い統一したケアをする。(変更したことは記録に残す。継続及び検討をする)</li> </ul>
<p>L-H ハードウェア</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤スタッフは、消灯後に車椅子の位置を替えたが、患者様には説明をしていない。またNSコールで知らせることを説明したことで過信している。</li> <li>・車椅子を離して置くことで、患者様がひとりで動くことはしないだろうと思っていた。</li> <li>・20分おきに各病室を巡視をしているも、車椅子の配置についてのスタッフ間の話合いが無かった。</li> <li>・尿尿の為、夜間帯で経過しているため、眠剤の変更があり服用している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子の配置等を変更する時は、アセスメントをして、スタッフ間で検討したうえでプラン変更し、患者様にも説明をして納得してもらおう。</li> <li>・過信することなく、患者様の行動を充分に観察をしていく。</li> <li>・薬剤については、主治医に報告して検討して頂く。</li> </ul>	
<p>L-E 環 境</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頻回に巡視をしているが、患者様の車椅子の位置について、変更していることをスタッフに伝えていない。</li> <li>・車椅子の位置が変わっていることを気付いていない。</li> <li>・スタッフの中には、車椅子がベッドサイドに無いほうが、ひとりで動こうとせず転倒することは無いだろうと思っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者様の情報はスタッフ間で共有すると共に情報交換を密にする。</li> <li>・巡視の際の観察点や注重点を再度確認する(夜間業務のマニュアルを参照する)</li> <li>・過信することなく、患者様を観察していく</li> </ul>	
<p>L-L 人 間 (他者、当事者)</p>			

## 巡視時の確認事項

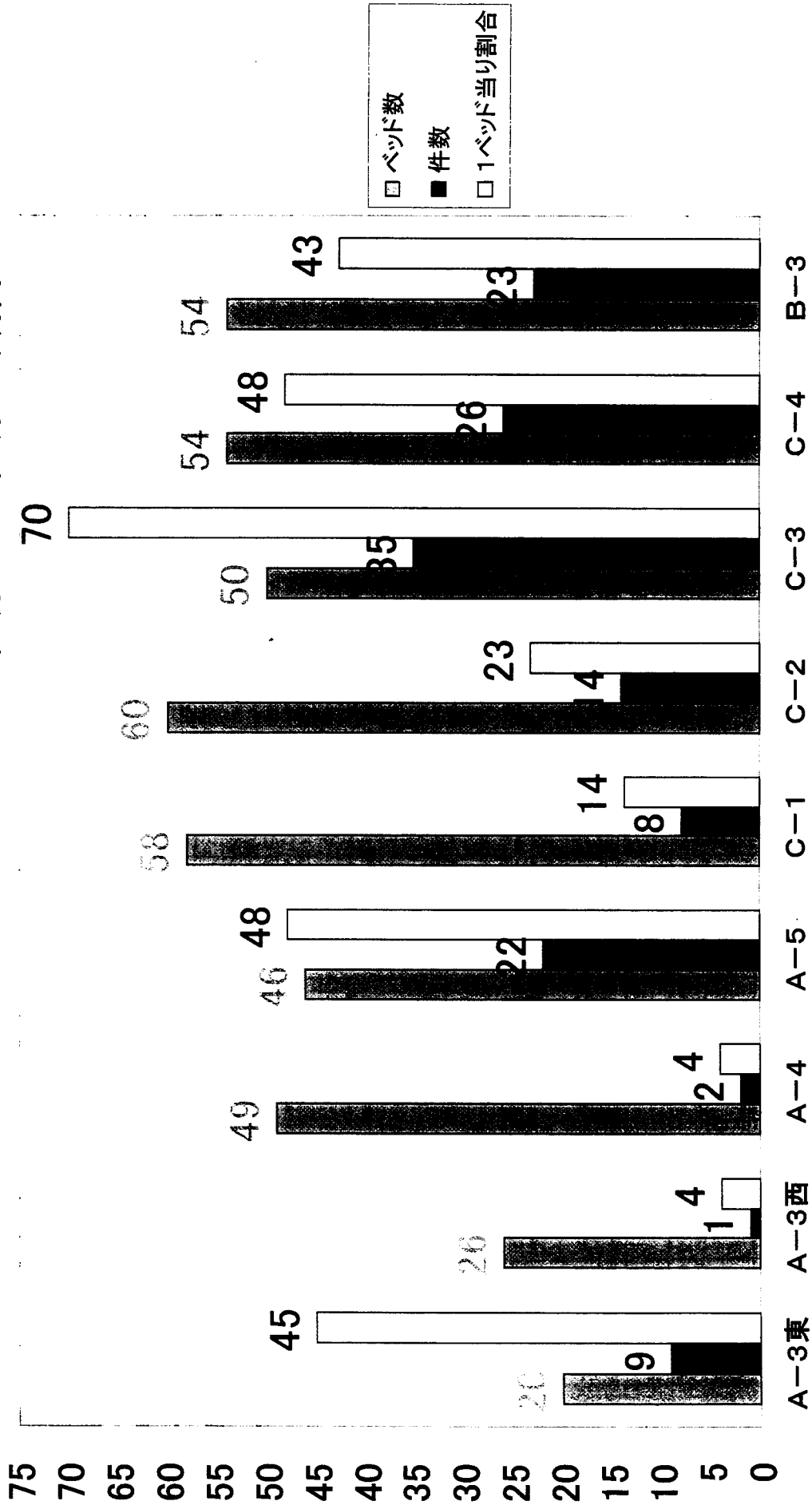
- ・ 患者が安楽に入眠されているか、掛け物の乱れはないか、安楽な体位をとっているか確認する。
- ・ 観察ポイントとして顔色、口唇色、痰の絡んだような呼吸をしていないか、息苦しそうにしていないかなど観察する。
- ・ ナースコールは、患者の手の届く位置にあるか。
- ・ ベッドサイドに常備されている尿器、ポータブル便器がからになっているか。
- ・ 尿器、ポータブル便器の位置は適切であるか。(尿器は患者の手の届く位置に、ポータブル便器は患者が通常使用している位置になって動かないように固定されているか確認する。)
- ・ オムツは濡れていないか。
- ・ スリッパの位置は適切か。
- ・ 点滴スタンドの位置は、患者の歩行の妨げになっていないか、点滴ラインは整理されているか。
- ・ 患者の手の届く位置に飲水是準備されているか。
- ・ 排尿確認、排尿誘導が必要な患者には、ケアプランに沿って適切にケアが実施できているか。  
(初めて睡眠薬、精神安定薬を服用する患者や入院したばかりの患者には特に注意)
- ・ 廊下、ベッド周囲は整理整頓されているか。
- ・ カーテンを使用している患者については状態を観察しやすい状況にあるか。
- ・ ラウンド時ベッドに患者が不在の場合は、直ちに所在を確認する。
- ・ 巡視時に麻痺側の手足が下敷きになっていないか確認する。
- ・ 巡視時に顔が枕でうずくまっていないか確認する。
- ・ ベッドの高さは適切か、ベッド柵が定位置にあるか。
- ・ IVH、マーゲンチューブ、胃ろうチューブ、バルンカテーテルなどチューブ類が抜けていないか、抜けそうになっていないか確認する。
- ・ 余儀無く抑制をしている患者の抑制のしめつけ具合や位置の確認をする。
- ・ 痴呆患者の傍に危険な物がないか確認する。
- ・ 良好な睡眠が確保されない場合は、そのケアを検討する。
- ・ 決められている防災ラウンド項目に沿って、病棟全体の環境の安全を確認する。

## 病棟の看護基準・介護基準

病棟	ベッド数	看護基準	介護基準	病棟
A-3東	20	2:1	6:1	一般 急性期 手術 検査
A-3西	26	4:1	4:1	特殊疾患 パーキンソン病 難病指定
A-4	49	4:1	4:1	特殊疾患 パーキンソン病 難病指定
A-5	46	5:1	4:1	療養(医療保険)
C-1	58	6:1	4:1	療養(介護保険)
C-2	60	6:1	4:1	療養(介護保険)
C-3	50	3:1	6:1	回復期リハビリ
C-4	54	5:1	4:1	療養(医療保険) 痴呆病棟
B-3	54	5:1	4:1	療養(医療保険)

# 転倒・転落 件数

H15年3月～H15年8月 6ヶ月間



平成16年1月

看護・介護状況

項目/病棟	A-3東	A-3西	A-4	A-5	B-3	C-1	C-2	C-3	C-4	総数	%
患者数	17.9	25.7	48.1	44.3	49.6	56.9	54.8	43.3	49.9	390.5	100.0
男	7.9	10	8.2	17.5	23.3	7.7	13.6	17.8	18.4	124.4	31.9
女	10	15.7	39.9	26.7	26.4	49.1	41.3	25.4	31.4	265.9	68.1
入院*	27	0	2	10	7	3	4	13	2	68	
退院*	19	0	1	7	5	1	2	2	2	39	
死亡*	4	0	0	1	2	2	0	1	3	13	
転入*	6	1	0	3	3	1	4	1	2	21	
転出*	5	1	1	2	2	0	3	7	0	21	
重症	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.1	0.0
担送	13	25.7	47.2	37.2	44.1	52.9	46.3	30.8	23.6	320.8	82.2
護送	3.9	0	1	6.6	2.5	4	8.5	11.3	23.2	61	15.6
独歩	1	0	0	0.5	3	0	0	1.1	3.1	8.7	2.2
歩行	2.2	0	0	0.5	3	2	1.5	1.1	26.3	36.6	9.4
杖・歩行器使用	0.2	0	0	1.9	3	2	5.2	8	0	20.3	5.2
排泄											
自立	1.7	0	1	5.9	4	4	7.7	12.3	3	39.6	10.1
オムツ	12.1	25.5	44.8	31.8	44	51.4	45.5	40.5	25.9	321.5	82.3
尿瓶	3.2	1.5	1	2.1	6.5	1	1.2	3.6	3	23.1	5.9
ポータブル	4.5	0	3.3	4.8	5	7	10.8	17.1	9.9	62.4	16.0
食事											
全介助	1.6	3	8	3.7	5	21.1	21.6	2.2	15	81.2	20.8
半介助	2	2	4	1.4	7.1	10	10	5.5	12	54	13.8
経管・胃瘻	0.7	9.9	24	6.5	8.4	3.2	6	4.4	6.6	69.7	17.8
経管・Mチューブ	0.8	8.1	5.6	11	3.9	5.1	1.6	3.7	1.2	41	10.5
入浴											
特浴	3.5	23.5	33.5	19.8	29	38.8	25	20	8.3	201.4	51.6
一般浴	0.2	0	3.8	13	14	13.9	19.8	12.6	30.7	108	27.7
酸素吸入	5.5	1.4	5.5	4.8	3.7	0.4	2.2	4	2.7	30.2	7.7
呼吸器装着	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4	1.0
モニター装着	5.2	2.6	2.4	2	0.6	0.2	2	2.7	1.3	19	4.9
輸液ポンプ	1.3	0.3	1.2	0.6	0.1	0	0	0	0.2	3.7	0.9
気管切開	1	7	5	2	3.3	0	0.3	1	0	19.6	5.0
挿管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
IVH	4.5	3.2	2.5	1.4	1.7	0	0	0	0	13.3	3.4
持続点滴	5.3	0.3	1.1	1.3	1.4	1	2	2.6	0.2	15.2	3.9
褥瘡抑制	0.9	3.6	3	2.1	1	3.6	1	2	2	19.2	4.9
四肢車椅子	1.7	1.4	3	0	2	0	0	0	0	8.1	2.1
車椅子	0	0.6	0	0	2	0	1	0	6.2	9.8	2.5

\*印は月総数

その他は月平均値

## にげない君

聖ヨゼフ老人ホーム 郡司 和郎

「にげない君」は自動安全ブレーキ付車椅子のことである。これは車椅子椅子から立ち上がる、または座るといった動作の時、ブレーキをかけないため転倒をしてしまうのを防ぐもので、すなわち、立ち上がると自動的にブレーキが掛かり、座るとブレーキは解除される車椅子である。

転倒事故の中でも車椅子への移乗の際の転倒、座り損ね、ずり落ちは多く報告されているが、その中にはブレーキを掛け忘れたために起きたケースも多く含まれている。いざ座ろうとした際にブレーキが掛かっていないために車椅子が後方に移動してしまい、その結果尻餅を付くといった具合にである。当ホームのケースでは、このような事故が短期間で連続すると「にげない君」の使用が検討され使用するに至る。

転倒事故の中で多重転倒をされる方の原因

と思われるものは様々であり、必ずしもブレーキの掛け忘れだけではないのだが、「にげない君」を使用することによってブレーキの掛け忘れによって起きていた事故は無くなるわけである。

この自動安全ブレーキ付車椅子「にげない君」は車椅子そのものに取り付けた状態で販売されているものと、ユニット（自動安全ブレーキ）だけの購入も出来る。車椅子そのものは寸法的に大きいタイプであるため、残念ながら全ての方に適応せず、逆に座位姿勢が悪くなるといったデメリットが生じ、それにより長時間の離床が困難になりQOLの向上を妨げかねない。その場合、ユニットをその方が使用している車椅子に取り付けるわけであるが、自分で取り付けることも出来なくはないがこれも全ての車椅子に適合するわけではなく、製造元に取り付けを依頼するということになる。もう少し簡便に取り付けできる製品の開発が待たれるのが現状である。



## 15 年度転倒事故状況の報告

特養ホーム やよいほうむ

生活相談員 鈴木 希衣子

### ケース 1：意識レベルのしっかりしている利用者の事故について

本人が自分は 1 人で大丈夫、職員に面倒をかけたくない等の理由でナースコールを呼ばずに、ベッドから車椅子、車椅子からトイレ（Pトイレ含む）の移乗を 1 人で行い転倒。コミュニケーションのとれる利用者の対応のほうに難しさを感じる。離床センサーを本人に内緒でつけると「どうして呼んでないのにきたの？」と不審がることもある。離床センサーについては、夜間の対応が主になるが 1 人夜勤のため、一斉にナースコールと離床センサーがなると、誰をすべきか判断に迷ってしまう。また職員のストレスにもつながる。なかなか思うようにならないというのが現実である。

### ケース 2：今までは歩けなかった利用者が体調不良で入院し、治療リハビリを行い、元気に退院してきたケースについて。

施設でも立ち上がり、歩こうとする行為が見られるようになった。本人は自分の ADL を理解できない。介助なしでは転倒してしまうという危険性の意識ももっていない。このケースについては本人の QOL を考えればリハビリを少しでも行い、ADL を向上させたほうがよいと思われるが、一方では、今までそれほど危険性のなかった転倒、骨折という危険性が高くなってきた。現在、離床センサー対応をしている。特養施設でも機能訓練が義務付けられているが、本人の全体像を捉えて考えた時に中途半端なリハビリはいかがなものかと疑問が残る。

### ケース 3：痴呆で普段立ち上がりのない利用者の転倒について

「この利用者は立ち上がらない」という職員の先入観から、トイレで1人にさせてしまったケース。時間にすれば2、3分ではあるが、その間に立ち上がり、転倒がおきている。「いつもは立ち上がらないのにその日にかぎってなんで・・・」という思いである。離床センサーやいろいろな福祉用具を導入し、工夫することも必要だが、環境を整える一方で、職員の事故に対する危機管理の向上を施設全体で教育指導していくことが第一であると感じる。

## 15年度事故状況報告

浴風会病院痴呆病棟（3B）

曾根栄子

転倒，骨折事例：76歳，女性。アルツハイマー病（中等度痴呆）

既往に胃がん手術，大腸ポリープ，1年前に右大腿骨骨折で手術している。

### 要介護3

痴呆症の経過は3年で、はじめは物忘れと怒りっぽさが目立っていた。感情の波があった方。物をしまいこみ、誰かに盗られたと妄想で興奮する事があった。料理はむずかしく何かするとたとえばキャベツを切り出すとひたすら切りつづけるだけで料理はできなかった。ここ1年で尿失禁もでている。在宅での介護が難しく入院となったケース。

入院時は歩行にふらつきがあり、杖歩行だった。歩行が危ういので車椅子を使うようになった。入院して3ヶ月何もしないで車椅子上でぼーっとしていることが多かった。

3ヶ月の入院を過ぎ、病棟にひな祭りの人形を飾るという催しがあった日のことである。突然車椅子より立ち上がり、テーブルを伝って歩き、ちょっとしたはずみで転倒した。このとき側には誰もついていなかった。転倒場所はひな壇のすぐ前だった。そのまま立ち上がれないところをケアワーカーがかけつけ、また車椅子に戻したが痛みがひどいらしく整形外科を受診、左大腿骨外側骨折とわかった。右についで左も骨折してしまった。

このケースの予防措置：入院後ケアプランにもとづいて病棟でカンファランスする。このときは見守りが主だった。自発的な立ち上がり動作がみられないまま経過していたため車椅子の安全ベルトはしていなかった。上記のことから振

り返り、従来の「転倒・転落アセスメントスコアシート」で評価すると危険度3で、転倒・転落をよく起こす人にあたる。また痴呆のある場合、認知障害の症状が及ぼす背景を知ることが見落とされ、状況の判断、危険の予測に甘さがあった。「歩けないのに歩けるつもり」で動き「転ぶ」という前提で理解し、接することがもっとも重要と思われる。

## 施設における転倒事故の実態調査 (13 論文)

- 1) 金川克子, 泉キヨ子, 前川弘美: 老人の転倒予防に関する看護ケアの研究. 入院老人の転倒発生時の特徴についての検討, 日本看護科学会誌, 9 (3) : 40-41(1989).
- 2) 酒井万里子, 吉池外志子, ほか: 老人病棟での転倒報告の分析. 日本看護学会 20 回集録老人看 : 49-51(1989).
- 3) 泉キヨ子, 金川克子, 前川弘美: 入院老人の転倒危険因子に関する研究. 日本看護学会 20 回集録老人看 : 52-55(1989).
- 4) 前川弘美, 金川克子, 泉キヨ子: 特別養護老人ホームにおける入所老人の転倒の実態について. 金大医短紀要, 13 : 25-29 (1989).
- 5) 鈴木みずえ, 江口清, 岡村カルロス竹男, 嶋津祐子 ほか: 高齢者の転倒経験に関する調査研究—養護老人ホームの居住者を対象として—. 日本公衆衛生雑誌, 39 (12) : 927-940 (1992).
- 6) 兼松美紀, 三宅正恵, 河上敬介, ほか: 豊明老人保健施設での転倒事故状況の調査研究. 名古屋大学医療技術短期大学部紀要, 5 : 111-116(1993).
- 7) 北川公子, 竹田恵子, 池田真由美, ほか: 特別養護老人ホームにおける痴呆性老人の転倒. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 2 : 43-49 (1995).
- 8) 臼井キミカ, 林裕子, 廣田四郎: 老人保健施設における前向き調査による転倒実態と要因分析. 大阪府立看護大学紀要, 4 (1) 63-71 (1998).
- 9) 平松知子, 泉キヨ子: 施設内高齢者の転倒—老人病院と老人保健施設の比較. 金大医保紀要, 22 : 179-182 (1998).
- 10) 金村尚彦, 小林隆司, 峯松亮, 細田昌孝 ほか: 痴呆高齢者の転倒状況と関連要因. 日本災害医学会会誌, 47 (12) : 780-786 (1999).
- 11) 加藤真由美, 泉キヨ子, 川島和代, 牧本清子: 入院高齢者の転倒要因についての研究—3 種類の前向き調査から—. 金大医保紀要, 24 (1) : 127-134 (2000).
- 12) 宮本満寛, 金田明子, 竹中紀美乃, 越後雅子: 重度痴呆性老人における転倒予測. 日本看護学会論文集, 33 回看護管理 : 45-47(2003).

- 13) 戸田武範, 池川公章, 田辺裕久, 奥村悦之, 川村明廣: 老人病院入院患者における転倒発生状況と関連要因について(第1報). 高知市医師会医学雑誌, 8 (1): 51-55(2003).

### 施設における転倒事故の危険因子 (16 論文)

- 1) 鈴木みずえ, 江口清, 岡村カルロス竹男, 嶋津祐子 ほか: 高齢者の転倒経験に関する調査研究—養護老人ホームの居住者を対象として—. 日本公衆衛生雑誌, 39 (12): 927-940 (1992).
- 2) 兼松美紀, 三宅正恵, 河上敬介, ほか: 豊明老人保健施設での転倒事故状況の調査研究. 名古屋大学医療技術短期大学部紀要, 5: 111-116(1993).
- 3) 平松知子, 泉キヨ子: 入院高齢者の転倒の要因に関する検討 転倒の有無別にみた ADL・重心動揺の1年間の変化. 金沢大学医療技術短期大学部紀要 19 巻 Page127-129(1995)
- 4) 新野直明, 中村健一: 老人ホームにおける高齢者の転倒調査: 転倒の発生状況と関連要因. 日本老年医学会雑誌, 33 (1): 12-16 (1996).
- 5) 北川公子, 竹田恵子, 池田真由美, ほか: 特別養護老人ホームにおける痴呆性老人の転倒. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 2: 43-49 (1995).
- 6) 栗田正, 片山晃, 森田昌代, 栗田正文 ほか: Alzheimer 型痴呆, 混合型痴呆患者における転倒骨折と認知機能障害, 問題行動との関係. 日本老年医学会雑誌 34 (8): 662-667(1997).
- 7) 佐藤幸子, 井上京子, 片桐智子, 沼沢さとみ ほか: 老人施設における転倒の実態について. 山形保健医療研究, 2: 1-6 (1999).
- 8) 金村尚彦, 小林隆司, 峯松亮, 細田昌孝 ほか: 痴呆高齢者の転倒状況と関連要因. 日本災害医学会会誌, 47 (12): 780-786 (1999).
- 9) 加藤真由美, 泉キヨ子, 川島和代, 牧本清子: 入院高齢者の転倒要因についての研究—3種類の前向き調査から—. 金大医保紀要, 24 (1): 127-134 (2000).
- 10) 沼沢さとみ, 佐藤幸子, 井上京子, 片桐智子 ほか: 老人施設における高齢者の転倒要因に関する検討. 山形保健医療研究, 4: 11-19(2001).
- 11) 大原昌樹, 久保田ともこ, 杉山智美, 石井都子 ほか: 老人保健施設入所者の転倒の要因と予防対策. 三豊総合病院雑誌, 22: 3-12(2001).

- 12) 泉キヨ子, 牧本清子, 加藤真由美, 細川淳子 ほか:入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発(第1報). 金沢大学つるま保健学会誌, 25 (1) : 45-53(2001).
- 13) 加藤真由美(金沢大学 医学部 保健学科), 泉キヨ子, 平松知子, 宇野親子 ほか:リハビリテーション病棟における転倒予測に関するアセスメントツールの評価. 日本リハビリテーション看護学会集録 14回 Page114-116(2002)
- 14) 平松知子(金沢大学 医学部 保健学科), 泉キヨ子, 加藤真由美, 正源寺美穂 ほか:入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの評価 転倒経験がない場合の転倒予測. 金沢大学つるま保健学会誌, 26 (1) : 107-110(2002).
- 15) 宮本満寛, 金田明子, 竹中紀美乃, 越後雅子:重度痴呆性老人における転倒予測. 日本看護学会論文集, 33回看護管理 : 45-47(2003).
- 16) 戸田武範, 池川公章, 田辺裕久, 奥村悦之, 川村明廣:老人病院入院患者における転倒発生状況と関連要因について(第1報). 高知市医師会医学雑誌, 8 (1) : 51-55(2003).