
2 介護施設における 転倒リスクアセスメント

弁護士 住田 浩史

第1 はじめに

高齢者の転倒は、いわゆる廃用症候群等、深刻な予後を招くおそれがある。特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などの居宅型介護施設においては、利用者との契約に基づく本来的給付義務(保護義務)として、施設利用者の転倒による生命、身体の危険の発生を可能な限り回避し、減少させなければならない。介護施設が、リスクに対してどのような対応策をとるかの前提として、まずは、ひとりひとりの施設利用者の転倒リスクを適切にアセスメント(評価)する必要がある。

本稿では、転倒リスクアセスメントのあり方について

て、いくつかの例を参考にしながら考察する。

第2 転倒リスクアセスメントのあり方

1 リスクアセスメントのガイドライン

まず、どのように策定すればよいのか。これについては、省庁や自治体などの多くの機関が、施設向けに、リスクアセスメントの手法について、ガイドラインを出しており、参考となる。

(1) 東京都福祉保健局のガイドライン

東京都福祉保健局は、2009年3月、社会福祉施設に対して、「社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン」¹を発出した。

同ガイドラインにおいては、リスクマネジメント上重要なものとして「転倒・転落に対する予防策」について触れ、「転倒・転落のアセスメントシートを活用することで事故防止につなげることが考えられます。入所時、一定期間後、ADLの変化や入所生活に変化があったときなどにしっかりとアセスメントをしておくことで潜在的な転倒リスクの大きさを把握し、職員の適切な対応を促します。」としている。

(2) 東京都病院経営本部のマニュアル

東京都病院経営本部は、都立病院共通のマニュアルとして「転倒・転落防止対策マニュアル」²を策定し、「『転倒・転落』事故防止を図る上で職員が患者さんに危険度について、共通の情報・認識を持つことが重要と考えました。そのためには、患者さんの危険度を測る共通した評価法が不可欠であり、都立病院で統一した『転倒・転落アセスメントスコアシート』を作成しました」として、適切なアセスメントツールを出発点として、対策を立案すべきことが重要であるとしている。

2 具体的なリスクアセスメント手法

実際に、転倒予測に関するアセスメントツールとして公表されているものとしては、下記のものがある。

なお、アセスメントにおいて、一定のシートを用いることが推奨されているのは、評価者によってまちまちな、恣意的、主観的な評価になることを避け、できるだけ定量的かつ定性的にリスクを評価するためである。

(1) 東京都福祉保健局のアセスメントシート

東京都福祉保健局は、上記でも紹介した「社会福祉施設向けリスクマネジメントガイドライン」39頁で、有用なものとして、主として、表1

のようなアセスメントシートを紹介している。

また、個々の入居者の具体的なアセスメントの仕方については、さらに別表を設けており、評価者によりアセスメントが異ならないような工夫がなされている(同40頁)。

(2) 東京都病院経営本部の転倒・転落アセスメントスコアシート

東京都病院経営本部の提案する転倒・転落アセスメントスコアシートは、表2のとおりである(前掲「転倒・転落防止対策マニュアル」4頁)。

(3) 鈴木みずえ教授作成の転倒・転落アセスメントスコアシート

また、認知症高齢者の転倒防止策について優れた研究を行っている鈴木みずえ教授は、病院用として用いられている日本看護協会作成のスコアシートに、高齢者施設向けに改変を加えた「高齢者施設用転倒・転落アセスメントスコアシート」を提案している³(表3)。

ここで、鈴木教授がとくに着目しているのは、BPSD(認知症周辺症状)である。すなわち、「軽度の歩行障害で移動機能の不安定」さに、BPSDの諸症状が加わることによって、転倒リスクが高まり「頻回に転倒を起こす」ことを強調している。

(4) 医療法人輝山会介護老人保健施設万年青苑のフローチャート

介護老人保健施設の万年青苑は、実際に発生した転倒・転落事故についてのレトロスペクティブなレビューを行い、その結果、表4のような簡易なフローチャートを用いて、転倒リスクを高、中、低の3段階で評価する手法を考案している⁴。

とくに、93例の転倒・転落事故について、実に74例の転倒・転落の既往が認められていることから、「過去6か月以内の転倒・転落の有無」がある者はそれだけで「高リスク」と評価すべきと位置付けており、「転倒・転落の既往は、その後の転倒・転落を予測する重要な危険因子」として最重要視すべきであるとしている。

(5) 青梅慶友病院・よみうりランド慶友病院のリスクアセスメントツール

青梅慶友病院・よみうりランド慶友病院においては、転倒事故の要因の調査に基づき、高齢者の転倒事故の発生を予測するのに有効な12項目を重要な「リスクファクター」とし、このチェックをもって、転倒リスクのアセスメントツールとしている⁵。

12項目のうち、もっとも重要なのは「1年以内の転倒・転落事故の経験をしたか否か」のチェックである。また、上記万年青苑と同様、BBS(バーグ・バランス・スケール)などの理学療法的評価法を利用して、高齢者のバランス能力を評価すべきとしている。また、「自立歩行」が可能と評価された場合にも、杖や歩行補助具の使用についても積極的に奨励しているが、「認知症を有していて、杖や歩行補助具の使い方が理解できない場合は、人的な歩行介助を行います」としている。

また、高齢者の認知症が、転倒のおそれに具体的にどのように影響するかについては、上記(3)同様、BPSDに着目している点が注目される。

なお、このように、BBSをアセスメントツールとして使用する手法は、実務的な文献⁶でも支持されており「慣れれば15分で実施可能である」とされている。

(6) 泉らの改訂版アセスメントツール

このシートは、旧来より標準的な転倒リスクアセスメントシートとして著名なものであり、上記の各シートのベースにもなっているシートであるため、表5として掲げておく⁷。

泉らのツールでは、質問7問(点数は0点～9.5点。質問によって傾斜がつけられている。)のみで、簡易に計測及び集計ができる。

ここでは、1問目の「約1～2年間の転倒経験」が、全9.5点中の「4点」と、極めて重要な要素を構成していることがわかる。

なお、7問目の「ナースの直感」(1点)については、定型的な事項のほか、対象者の日常の様子から転倒の不安があるかどうかを判断することも重要であることを示している。実際の調査において具体的に記載された内容としては、不安定な歩行、緩慢な動作、歩行時のふらつき、不安定な立位、移動の不適切な行動などの不安定な身体状態が60～70%を占めており、また、実際に転倒した患者について記載された内容をみると、不安定な身体状態のほか、認知症等を原因とする理解力不足による行動があるなどの記載が多く目立っていた。

第3 転倒リスクの評価に基づいて行われるべき対策

もちろん、アセスメントをして終わりではない。

肝心なのは、介護施設が、アセスメントした結果

を、現場でどう使うかである。

1 共通の対策:アセスメント結果の周知、把握

まず、リスクの程度にかかわらず、入居者ひとりひとりについて、転倒リスクの程度はこの程度である、というリスクの周知、把握が必要である。

これを行わなければ、対策のとりようがないからである。高リスクの人に対して手厚い対策を行うこともなく、平板に「転倒を防ぎましょう」としても、何ら防止策を施したことにはならない。

2 歩行についての対策

歩行に伴うリスク対策に関しては、まず、標準的な対策として、①床の障害物の除去(コード、水の拭き取り)をし、また、床の素材についてゴムや緩衝材を用いるなどし、転倒をしても重大な傷害が発生しないようにすること、②着衣への注意(靴、寝間着の裾丈)、③点滴スタンド等の可動性確保、④歩行の指導、⑤理解力が低下している患者の場合は、離床センサーの使用が考えられる。

さらにリスクが高い入居者に対しては、重点的に、とくに認知症においてはBPSDなどの周辺症状に配慮し、個々の入居者の症状にあわせた、独自のケアプランが必要となり、⑥保護帽子の着用、⑦手すりや杖その他の歩行補助具の利用、⑧介護担当者の視野に入れておく、⑨歩行時に付き添う、⑩清掃時には立入禁止にする、などの対策を考えなければならない。また、⑪転倒につながる薬剤の投与についても再度検討することが必要となる。

このうち、⑧及び⑨は、入居者の歩行能力に対応して行われることとなり、例えば、前掲した青梅慶友病院・よみうりランド慶友病院のリスクアセスメントツールにおいては、BBSの実施結果に応じて、「歩行自立」「歩行監視」「歩行介助」と区分分けし、また⑦の歩行補助具の利用について、認知症により理解ができない場合には、「人的な歩行介助を行うべきであるとされており、参考となる。

さらに、このような高リスク歩行者に対する措置を全て実施しても入居者の歩行の安全が確保できないと考えられる場合は、⑫もはや安全な歩行は困難であると判断し、家族らとも相談の上、車いすなどの福祉用具の使用や、退所して他の適切な介護が可能な施設への入所や入院なども視野に入れ、⑬他に取るべき措置がなく、それでもなお、生命ないし身体の危険がある緊急の場合には、必要最小限の拘束、抑制を検討すべきである。

3 家族への説明、報告

また、認知症高齢者の場合、自らが転倒リスクが高い、ということを認識することができず、自ら注意して事故を防止する、ということが全く期待できない。

よって、施設は、家族に対して、入居者が転倒・転落のリスクが高いということを説明しなければならない。もちろん、上記2のように、歩行に伴うリスクが高く、福祉用具の使用や、抑制、拘束などの手法を取る際には、当然、事前に十分な協議をしなければならない。

4 リスクの再評価

また、施設は、転倒リスクについて「適時」適切な評価を行わなければならない、一定の期間が経過した、心身の状況が変化した、事故などの何らかの事情が生じた場合などには、必ず、リスクの再評価をし、それに従って、上記の対策も再度検討しなければならない。

第4 むすびに

利用者の転倒事故についての介護施設の責任をめぐる法的紛争は、近年、増加しているように見受けられる。

そして、このような紛争においては、介護施設から、転倒を防止するためには人的リソースが足りない、との主張がなされることがしばしばある。確かに、人的リソースには限りがあり、すべての利用者について、すべての場面において、すべての転倒が施設

に帰責される、ということにはならないであろう。

しかしながら、見極めなければならないのは、前提として、できる限りのリスクアセスメントを行い、利用者のリスクの大小に応じた重点的な対策をとったものの、なお防止できなかった、ゆえに「人的リソースが足りない」ということなのか、それとも、何らリスクアセスメントを行わず、または対策をとらなかったにもかかわらず、単に「人的リソースが足りない」としているのかである。

介護施設においては、本稿で紹介したようなアセスメントシートを利用することにより、適時適切なリスクアセスメントを行い、限られた人的リソースを最大限効果的に運用して、可能な限りの転倒事故防止に努めるべきと考えられる。

- 1 http://www.fukushizaidan.jp/hm/027c_note/data/027c_note_090827_guideline_original.pdf
- 2 <http://www.byouin.metro.tokyo.jp/hokoku/anzen/documents/jikoyobo0801.pdf>
- 3 鈴木みずえ「施設での転倒予防、ここに注意する」コミュニティケア13巻4号、58頁(2011年)
- 4 熊谷純久ほか「老人保健施設における入所時の転倒・転落リスクアセスメント」長野県作業療法士会学術誌30巻、92頁(2012年)
- 5 中間浩一(大塚太郎監修)『こうして減った！ 転倒転落事故防止リスクアセスメント&グループワーク』(日総研出版、2013年)
- 6 鈴木みずえ編『ベッドサイドですぐにできる！ 転倒・転落予防のベストプラクティス』(南江堂、2013年)
- 7 泉キヨ子ほか「入院高齢者の転倒予測に関する改訂版アセスメントツールの評価」金沢大学つるま保健学会誌27巻1号、95頁(2003年)

【表1 東京都福祉保健局のアセスメントシート】

転倒・転落アセスメントシート

利用サービス		■ 特別養護老人ホーム入所 □ 短期入所生活介護事業所	入所年月日	平成 16 年 3 月 17 日		
氏名		U . H	男・女	生年月日	M・T・S 3 年 2 月 5 日 91歳	
・該当する項目に○をつけて下さい。(評価スコアに)						
分類	特 徴	配点	評価年月日			
			9月1日	/	/	
認知症状	☐ 認知症の症状は見られない	2				
	☐ 認知症の症状が多少みられる	4				
	☐ 認知症の状がかなりみられる(寝たきりの方はノーチェック)	5	○			
行動障害	☐ 判断力・理解力・記憶力の低下がみられる	5	○			
	☐ 目的もなく動き回る(徘徊やベッド上などで多動)	2	○			
	☐ 夜間の不眠や不穏がある為、昼夜逆転がちである	4				
	☐ 不穏・興奮等がある	4	○			
	☐ 幻視・幻聴がある	1	○			
	☐ 物を取られたなどの被害的になることがあり、探し回る	3	○			
	☐ 能力の過信や危険性の認識不良がある	4	○			
	☐ 頑固である	3	○			
	☐ 周りに左右されやすい	1				
	☐ コールを押さないで行動しがちである	5				
	☐ コールを認識できない・理解できない(寝たきりの方はノーチェック)	5	○			
	☐ 何事も自分でやろうとする	4	○			
	☐ 環境の変化になれていない、慣れにくい	1	○			
既往歴	☐ 過去に転倒・転落したことがある(寝たきりの方はノーチェック)	6	○			
	☐ 脳原生・神経原生に疾患がある(寝たきりの方はノーチェック)	3				
感覚	☐ 視力障害ある(寝たきりの方はノーチェック)	1				
	☐ 聴力障害がある(寝たきりの方はノーチェック)	1				
	☐ 足の裏がついている感じがしない(意思疎通が困難な場合はノーチェック)	1				
運動機能	☐ 足腰及び下肢の筋力低下がある(寝たきりの方はノーチェック)	5	○			
	☐ 上・下肢に痛みやしびれ感がある(寝たきりの方はノーチェック)	3	○			
	☐ 麻痺がみられる(寝たきりの方はノーチェック)	1				
	☐ 骨・関節異常がある(拘縮・変形)(寝たきりの方はノーチェック)	3				
活動領域	☐ 歩行時、前傾姿勢、ふらつきや傾きやこきざみ歩行、歩行時つまづくがある	4	○			
	☐ 端座位及び背もたれがあっても座位がとれない	1				
	☐ 歩行に杖や歩行器が必要である	1				
	☐ 常に車椅子を使用しており、立位や立ち上がりは、一人で行う	2				
	☐ 車椅子移動しているが、移乗は自分で行う	2				
薬剤	☐ 睡眠安定剤を使用している	2	○			
	☐ 利尿剤を使用している	1				
	☐ 下剤を使用している	1	○			
排泄状況	☐ 尿・便失禁がある(寝たきりの方はノーチェック)	2	○			
	☐ 頻尿である(寝たきりの方はノーチェック)	1				
	☐ ポータブルトイレを使用している	1	○			
	☐ 排泄に介助が必要である(寝たきりの方はノーチェック)	5	○			
《危険度と評価スコアの合計》		合計	66			
危険度Ⅰ	20点～30点	転倒・転落を起こす可能性がある。	危険度	Ⅲ		
危険度Ⅱ	31点～49点	転倒・転落を起こしやすい。				
危険度Ⅲ	50点～100点	転倒・転落をよく起こす。				

【表2 東京都病院経営本部のアセスメントスコアシート】

患者ID	患者氏名	年齢	性別
------	------	----	----

以前に転倒・転落したことがある(概ね3ヶ月以内)

いいえ

はい

転びそうな印象がある(看護師の直感)

いいえ

はい

1～18の項目の合計点数で、レベルⅠ・Ⅱに分類

番号	分類	項目	スコア	評価日			
				1	2	3	4
1	年齢	70歳以上	1点	☐	☐	☐	☐
2	活動	足腰の弱り・筋力低下・麻痺がある	3点	☐	☐	☐	☐
3		ふらつきがある		☐	☐	☐	
4		車椅子・杖・歩行者を使用している		☐	☐	☐	
5	認識	不穩行動がある	4点	☐	☐	☐	☐
6		理解力・記憶力の低下がある		☐	☐	☐	
7		自立心が強い		☐	☐	☐	
8		自分を過大評価する		☐	☐	☐	
9	排泄	夜間トイレに起きる	2点	☐	☐	☐	☐
10		排泄時見守りが必要		☐	☐	☐	
11		排泄時介助が必要		☐	☐	☐	
12	神経系に作用する薬剤	麻薬使用	5点	☐	☐	☐	☐
13		抗不安薬・睡眠薬	3点	☐	☐	☐	☐
14		抗精神病薬・抗うつ薬・気分安定薬・精神刺激薬・抗てんかん薬・片頭痛薬・鎮痛薬・制吐薬・鎮静薬・パーキンソン薬・脳卒中薬・抗認知症薬・自律神経作用薬・筋弛緩薬等のうちめまい・ふらつき等の副作用がある薬剤	4点	☐	☐	☐	☐
15	その他	浣腸・緩下剤使用	1点	☐	☐	☐	☐
16	薬剤	降圧剤・利尿剤使用	1点	☐	☐	☐	☐
17	環境	入院・転科・転棟・転室した(48時間以内)	2点	☐	☐	☐	☐
18		点滴・酸素吸入・ドレーン類あり	2点	☐	☐	☐	☐
合計点数→							

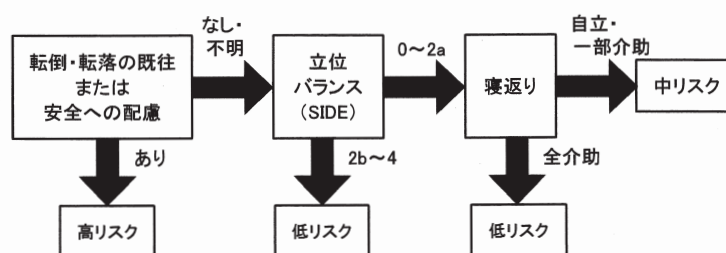
合計点数 0点～6点
 ↓
転倒・転落リスクレベルⅠ
 転倒・転落を起こす可能性がある
 転倒・転落防止標準対策実施

合計点数 7点以上
 ↓
転倒・転落リスクレベルⅡ
 転倒・転落を起こしやすい
 転倒・転落防止標準対策実施
 及び
 個別看護計画立案・実施

【表3 鈴木教授のアセスメントスコアシート】

高齢者施設用転倒・転落アセスメントスコアシートの作成案				表1	
【事故発生率とスコア基準】 20～30% ----- ----- 1点 ----- ----- 50%前後 -----		【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はある。 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。			
転落・転倒アセスメント・スコアシート（例）					
分類	特徴	評価スコア	患者評価		
A 年齢	75歳～85歳*	2			
B 既往歴	・転倒・転落したことがある ・失神したことがある	2			
C 感覚	・視力障害がある ・聴力障害がある	1			
D 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			
E 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			
F 認識力	・見当識障害、意識混濁、混乱がある ・認知症がある ・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、再学習が困難である ・看護・介護の抵抗がある* ・感情障害がある* ・車椅子から急に立ち上がる*	4			
G 薬剤	☐ 鎮痛剤 ☐ 抗パーキンソン剤 ☐ 麻薬剤 ☐ 降圧利尿剤 ☐ 睡眠剤・安定剤* ☐ 浣腸緩下剤 ☐ 向精神薬*	それぞれ 1			
H 排泄	☐ 尿、便失禁がある ☐ トイレ介助が必要 ☐ 頻尿がある ☐ 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			
※査定日は入居当日、1週間後、病状変化時とする		合計			
※A～Fは、分類毎にスコアを付け、G、Hはチェック数毎に加算する		危険度			
*の部分著者が一部改変。					

【表4 万年青苑のリスクアセスメント】



※フローチャートの判定基準

転倒・転落の既往：過去6か月以内の転倒・転落の有無

安全への配慮：入所前生活での身体拘束や特別な監視体制等の有無

立位バランス(SIDE)：表を参照

自立：介助不要、支持物の有無や左右の区別は問わない

寝返り 一部介助：介助量50%未満

全介助：介助量50%以上

図4 フローチャート

【表5 泉らの改訂版アセスメントツール】

- この患者さんはここ1~2年位の間に転倒したことがありますか？
0. いいえ 4. はい (いつ頃ですか))
- この患者さんの知的活動は以下のどれですか？
0. 特に問題ない 1. 問題あり (a. 混乱している、b. 部分的に忘れる、
c. 過大評価する、d. その他)
- この患者さんは日常生活に影響を及ぼすような視力障害があると思いますか？
0. いいえ 0.5 はい (判断の手がかりは)
- 排泄の介助が必要ですか？
0. いいえ 1. はい (どんな介助ですか))
- この患者さんの移動レベルは以下のどれですか？
0. 自立またはベッド上安静 0.5 歩行器や杖などの補助具を使用 1. 車椅子
- 最近3~4日くらい前から患者さんに次のような変化がありましたか？(薬が変わる、
発熱、部屋替えなど環境が変わる、家族に変化があった、施設での行事、他)
*入院・転病棟・転室時ははいになります
0. いいえ 1. はい (どんなことですか))
- あなたは(直感的に)この患者さんが転倒の危険があると思いますか？
0. いいえ 1. はい (特に判断した手がかりは)

総得点 _____