

社会福祉法人紀和福祉会
介護老人福祉施設やまぼうし

転倒・転落防止対策マニュアル (予防から対応まで)

事故予防対策委員会 編

作成 2017.03.07

はじめに

介護老人福祉施設の入所対象者は概ね要介護認定3以上であることから、身体機能、認知機能もしくはその両方に小さくないハンディを抱えている人がほとんどを占めていると考えてよい。

高齢障がい者の転倒・転落は、致命的な受傷に結びつく結果となることが多い。若い頃には、打撲痕程度で済んでいたい転倒・転落の程度でも、大腿骨頸部骨折や脊椎圧迫骨折など、入院をはじめとして長期の継続的医療が必要になる。高齢期の長期入院や長期臥床は廃用症候群を増悪させ、筋力のみならず、呼吸、循環、骨・関節、認知機能など、ほとんどすべての人間の機能を低下させ、健康寿命を短縮させる大きな要因となる。

このようなことから、転倒・転落による受傷予防は、要介護高齢者の生活の場である介護施設にとって最重要課題に位置づけなければならない。

介護老人福祉施設における転倒・転落事故予防について考慮しなければならない点は、日常での動作指導や禁止事項に従わなかったことで発生した事故であっても、その責任は利用者本人に向けることはできない、という点である。利用者が指導に従わなかったから、という理由が施設側の免責にはならないことを全職員が周知しておく必要がある。利用者の安全・安心を守るのは、施設としての責任である。

もう一つの視点は「やまぼうし」の方針である、利用者の意思活動を尊重し、さらには活動的生活を促す生活支援は、一方で転倒・転落の危険性を増すことに繋がる側面を持つ、ということである。廃用症候群の進行を抑制し、心の豊かさと共に身体の元気を維持あるいは向上することを目指すことは、自発的行動を促し、結果として多くの転倒・転落の機会を作ってしまうかもしれない。この相反的な事柄に、敢えて取り組むことの重要性を全職員が認識する必要がある。

転倒・転落を予防する誤った方法は、利用者の動きを封じることであり、その極端な安全策が「身体拘束」である。「身体拘束」は最も人としての尊厳を傷つける行為であり、「やまぼうし」はこれを例外なく禁じる方針をとっている。

我々は、安全を守る方策として、「身体拘束」以外の方策が必ずある、との見地に立っている。安全策としての利用者の行動抑制的介護は、「利用者の安全確保」という名目で次第に「身体拘束」に発展していく危険性を備えている。このような考え方の下で、利用者の自発的行動への支援と安全の確保という相反する事象に取り組む、という方針をとっている、ということを実職員に認識してもらいたい。

転倒・転落防止対策の基本原則は次の3点を基本とする。

- 1) 転倒・転落の予防対策、
- 2) 転倒・転落による受傷防止対策、
- 3) 受傷後の適切な救護対応。

さらに、転倒・転落防止対策を作成する際、以下の3点を重点課題とする。

- 1) 環境による対策：職員の判断や技術力に依存せず、転倒・転落を引き起こしにくい環境をつくる
- 2) システム対策：転倒・転落予防、事故時の対応手順等をシステム化することで、職員個人の判断ミスを減少させる。
- 3) 職員教育：危険性の認知、適切な介護方法、危険性の予測が職員個人の技量として獲得できるように教育する。

上記の原則に基づいて、転倒・転落防止対策を策定する。

目 次

I 転倒・転落の危険要因を知る

- 1 利用者側の要因
- 2 介護職員側の要因
- 3 環境要因

II 転倒・転落による受傷事故防止対策

- 1 転倒・転落防止対策
- 2 受傷事故対策
- 3 職員教育

III 転倒・転落防止対策の流れ

- 1 転倒・転落防止対策策定までのフローチャート
- 2 転倒・転落防止方法

IV 転倒・転落が発生したときの対応

I 転倒・転落の危険要因を知る

1 利用者側の要因

自発的動作・行動が可能な利用者は、転倒・転落の危険性を有すると考える。立ち上がりが可能、あるいは立ち上がろうと試みることができる人は転倒の危険性、起き上がり、あるいはベッド上での姿勢変換ができる人はベッドから転落の危険性を有する。

どのような要因が転倒・転落の危険因子になり得るのかを理解する必要がある。

転倒・転落アセスメントスコアシート（日本看護協会）

	特徴（危険因子）	評価 スコア	入所者の評価日		
			入所時	2回目	3回目
A:年齢	70歳以上	2			
B:既往歴	転倒したことがある	2			
	転落したことがある				
	過去に、不穩・自己抜去した経験がある				
	失神・痙攣・脱力感				
C:身体的機能 障害	視力障害	3			
	聴力障害				
	麻痺				
	しびれ（感覚障害）				
	骨・関節の異常（拘縮、変形など）				
	筋力の低下				
	ふらつき				
	突進歩行				
その他（ ）					
D:精神的機能 障害	意識混濁	4			
	見当識障害				
	認知症				
	判断力・理解力・注意力の低下				

	躁状態				
	不穏行動（多動・徘徊）				
	その他（ ）				
E:活動状況	車いす・杖・歩行器を使用	4			
	移動時介助				
	姿勢の異常				
	寝たきりの状態				
	付属品：点滴類、胃管、ドレーン類				
	その他（ ）				
F:薬剤	麻薬	各1			
	解熱鎮痛剤				
	抗不安薬・睡眠薬				
	抗精神薬（睡眠薬を除く）				
	降圧・利尿剤				
	血糖降下剤				
	抗パーキンソン剤				
	浣腸緩下剤				
	抗がん剤				
	抗血小板剤・抗凝固剤				
	多剤併用（上記薬剤の中の併用）				
	その他（ ）				
	G:排泄		頻尿	各1	
夜間トイレに起きる					
トイレ介助が必要					
排泄行動に時間がかかる					
尿・便失禁がある					
その他（ ）					
合 計					
危険度					

A～E までは一つでもあれば指定の点数を加点

F～G までには1項目ごとに点数加点

0～7 ⇒ 危険度Ⅰ、8～16 ⇒ 危険度Ⅱ、17以上 ⇒ 危険度Ⅲ

2 介護職員側の要因

- 1) 転倒・転落の危険性の認識が不足
- 2) 利用者の危険度の把握が不十分
- 3) 見守り体制の不備（利用者の行動に気づかない）
- 4) 服用している薬剤の影響による危険性を認識していない
- 5) 適切な履き物、寝衣の選択や指導ができていない
- 6) 補助具等や福祉器具を不適切な位置に置いている
- 7) 福祉機器の操作に不慣れ
- 8) 介護技術の未熟

3 環境要因

- 1) ベッドの設置位置が不適
- 2) ナースコールの位置が不適
- 3) 家具等の設置位置が不適
- 4) 床が滑りやすい、つまずきやすい状態になっている
- 5) 不適切な照明、トイレ等の場所がわかりにくい

II 転倒・転落による受傷事故防止対策

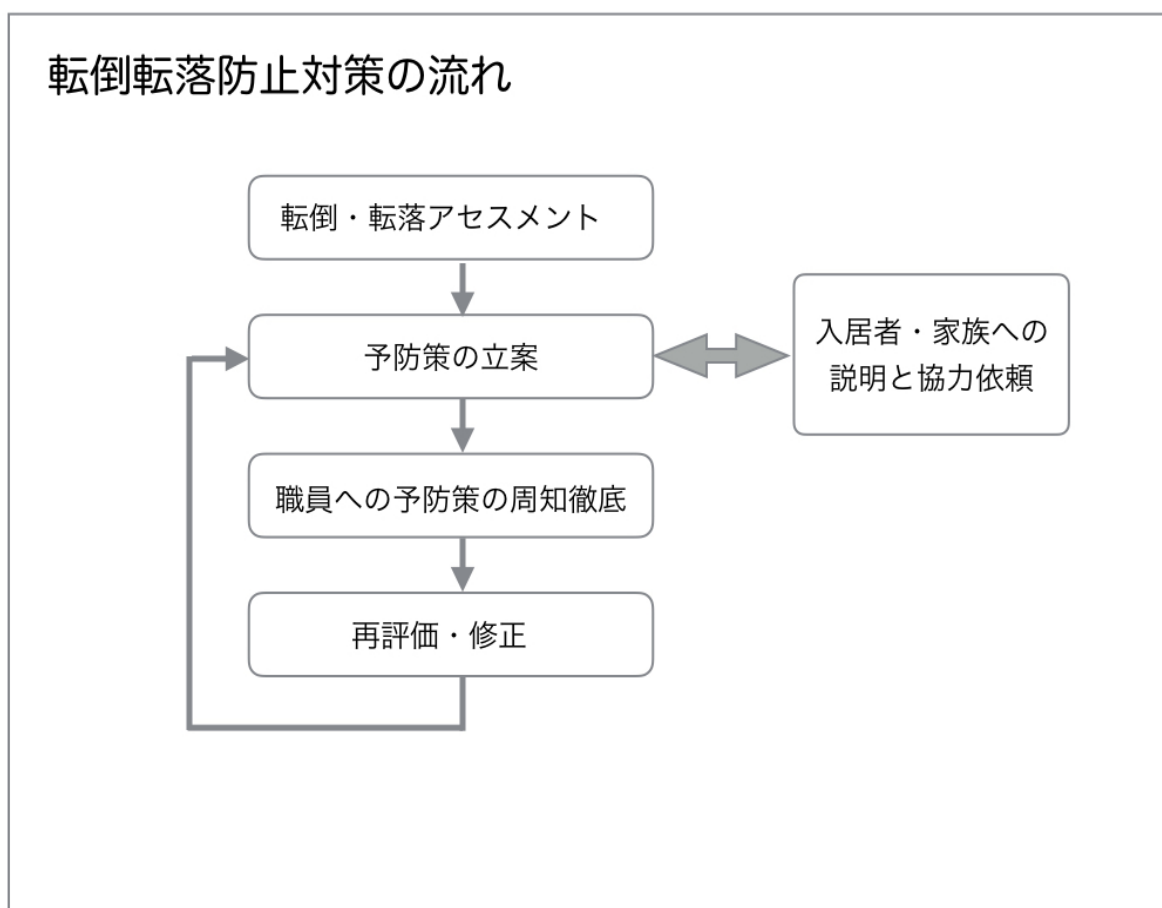
1 転倒・転落防止対策

- 1) 各職員が個々の利用者における転倒・転落の危険要因を把握する
- 2) 離床センサーによる、ベッド上の挙動を察知することで、適切なタイミングでベッド廻り動作の支援する
- 3) 眠り SCAN（パラマウント社）の活用し、夜間睡眠の状態とベッド上の挙動を把握することで、夜間の転倒・転落の危険性改善策を検討する
- 4) 新規入居者の状況を担当者会議等を通して、ユニット職員全員が情報共有し、必要な支援や対応を可能にする
- 5) 作業療法士による適切な歩行補助具、福祉機器の選定を行う
- 6) 安全な介護方法の研修を実施（技術認定制度の導入を検討）

2 受傷事故対策

- 1) 転倒・転落リスクアセスメントによって、適用判断された利用者には、ヒップ・プロテクター装着を推奨する
- 2) ベッドからの転落、トイレ移乗時の転落の危険性が高いと判断される場合には、衝撃吸収マットの適応を検討する

III 転倒・転落防止対策の流れ

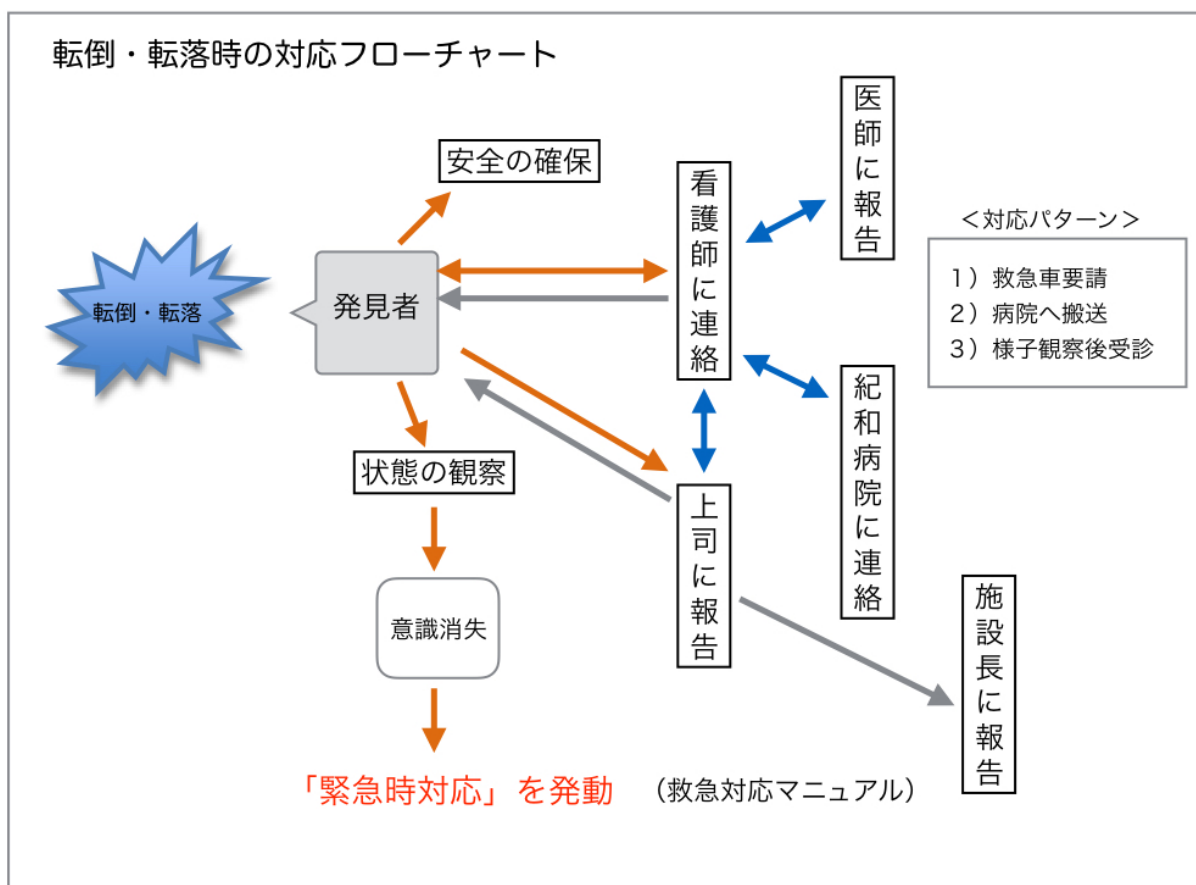


2 転倒・転落防止対策

- 1) 家具・備品、手すり等の適正配置
- 2) ヒップ・プロテクター
- 3) 衝撃吸収マット

- 4) 離床センサー（眠り SCAN を含）
- 5) 頭部保護帽
- 6) 歩行支援具の適切な適用
- 7) 見守り介護の具体的手順と方法（入浴動作、歩行、移乗、姿勢変換等）
- 8) 排泄動作方法とトイレの適正選択
- 9) 移乗介護機器等の福祉用具の適正使用（職員の技能と機器の適応も含）

IV 転倒・転落時の対応



1) 発見者

- ・ 転倒・転落を発見した職員は、対象者の意識、呼吸、痛み、出血を確認すると同時に、緊急事態かどうかを判断する。

- ・安全な場所と姿勢を確保する。
- ・隣接ユニットから応援を要請する
- ★緊急事態と判断した場合は、応援を呼び救命処置をとる。

2) 応援者

- ・応援車が担当するユニットの入居者の安全を確保するために他ユニットに必要な応援を要請
- ・救急車の要請、看護師、上司への報告への連絡を行う。
- ・看護師に連絡をとり、落ち着いて正確に状況を報告、対応の指示を仰ぐ。
- ・次いで、上司に状況および看護師から受けた指示を上司に報告。

3) 看護師

- ・看護師は介護課長と連絡をとり、対応の確認をする。
- ・看護師と介護課長は必要な対応に応じて、紀和病院への連絡、医師への連絡、家族への連絡、対応者への指示を行う。
- ・夜間帯に事故が生じた場合には救急車要請、紀和病院搬送、翌朝まで様子観察、応急処置要否の判断を行い、必要な指示を行う。

4) 介護課長

- ・看護師と対応を協議の上、ご家族への連絡と受診同伴の要請
- ・必要ならば、勤務者の変更や応援の指示を行う。
- ・施設長への報告