

「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」による助成事業

**認知症高齢者グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所
における転倒事故の実態調査と事故防止のための対策の検討**

報告書

平成 23 年 2 月

群馬県地域密着型サービス連絡協議会

転倒防止委員会

目 次

まえがき	1
委員会と作業部会名簿	3
第一章 調査研究の全体と構造	5
調査研究の目的及び趣旨	5
委員会と作業部会	6
アンケート調査	7
セミナー	7
シンポジウム	9
第二章 アンケート調査(概要)	12
データ集(GH、STK、市町村)	13
解析結果(GH)	38
第三章 セミナー(概要)	46
第四章 シンポジウム(概要)	59
第五章 公表	71
(資料) アンケート調査票等	

まえがき

介護保険制度施行から、10年が経過した。その間、認知症ケアの考え方は大きく変わった。その背景には、認知症ケアの切り札と言われてきたグループホームや在宅を軸に多機能なサービスを展開する小規模多機能居宅介護などの事業所の存在がある。

群馬県地域密着型サービス連絡協議会は県内のグループホームと小規模多機能居宅介護事業所の団体として、認知症ケアの質の向上のため、様々な取り組みを実践してきた。我々がたどり着いたのは、認知症の症状そのものに対処するケアではなく、一人ひとりに向き合い、その人らしさとは何かを探っていく事の大切さである。

現在では住み慣れた地域で、家族をはじめ、馴染みの人・モノなどの関係性を断ち切らずに、自立支援を維持していくケアの重要性が認知症ケアを提供する事業者の共通認識となっている。

しかし、突発的にそのケアの継続性を絶つ要因として「転倒事故」があり、依然として事故内容のトップに転倒事故が報告されている。事業所の職員は自立支援と転倒防止の狭間で、慢性的な精神的負担感を抱えている。

そこで、事業所の利用者を対象に転倒事故の実態と事故防止のための対策を検討することを目的として、2つの作業部会を設置して検討を重ねた。以下にその内容を報告するものである。

本研究にあたり、当連絡協議会の転倒防止委員会の委員諸氏やセミナー開催等にご尽力を頂いた地区ブロック長諸氏、総括的に御指導いただいた大井戸診療所の大澤誠氏、アンケートの解析に多大な御協力をいただいた高崎健康福祉大学保健医療学部の山上徹也氏、事務局としてご尽力いただいた大井戸診療所の中澤輝氏と当連絡協議会の佐塚昌史事務局長に対し、ここに名前を掲載し、感謝の意を表したい。

群馬県地域密着型サービス連絡協議会
会 長 井上 謙一

委員会と作業部会名簿

☆転倒防止委員会

名前	所属	当会役職等
井上 謙一	小規模多機能の家じゃんけんぼん国府	会長
渡邊 高行	ケアホーム「家族の家」新里	G H運営部長
大澤 誠	大井戸診療所・グループホームおおいど	
金井 崇	グループホーム恵の家	中北毛B運営委員
三俣 和哉	グループホームかわらはま・かしわぐら	
黒崎 慶吾	グループホームつむぎの里	
吉永 充	グループホームめいわCOMハウス	
間々田 卓	グループホームさら	
森田 裕之	グループホームこころ	南部B運営委員
伊藤 慎一	グループホームおおいど	研修副部長

☆アンケート作業部会

「認知症高齢者グループホーム・小規模多機能ホームにおける転倒事故の実態の調査」

座長

大澤 誠 （大井戸診療所・グループホームおおいど）

委員

三俣 和哉 （グループホームかわらはま・かしわぐら）

黒崎 慶吾 （グループホームつむぎの里）

間々田 卓 （グループホームさら）

伊藤 慎一 （グループホームおおいど）

※山上 徹也 氏（高崎健康福祉大学 保健医療学部 理学療法学科 講師）に調査結果の解析を依頼

☆イベント作業部会

「転倒事故の実態の調査を元にシンポジウム、地区別セミナーによる報告および検討」

座長

金井 崇 （グループホーム恵の家）

委員

吉永 充 （グループホームめいわCOMハウス）

森田 裕之 （グループホームころ）

井上 謙一 （小規模多機能の家じゃんけんぽん国府）

☆事務局

中澤 輝 （大井戸診療所・グループホームおおいど）

佐塚 昌史 （グループホームじゃんけんぽん群馬町・伊香保）

（順不同）

第一章

調査研究の全体と構造

認知症高齢者グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所における転倒事故の実態調査と事故防止のための対策の検討について

1 調査研究の目的及び趣旨

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム、以下GH）と小規模多機能居宅介護（小規模多機能ホーム、以下STK）は認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくために、前者は自宅からの住み替え場所として後者は自宅に軸足を置いた通い、泊まりの拠点として重要である。

しかし、そこでは転倒事故が相次いでいる。その防止のためにそれぞれのGHやSTKでは様々な苦労、工夫をして、事故防止に取り組んでいるが、夜勤は一人でもあり、個室と言う目の届きにくい空間でもあることから、転倒事故は運動機能・認知機能の落ちてきた認知症の方には必然的なものとも思われる。

おそらく厚生労働省は、こうした事態を想定していなかったのではないかと思う。またGHやSTKの転倒事故に関する調査は、全国規模でも都道府県規模でも行われていないものと推察する（*注）。対人口比でGHの数が多く、STKも増加する群馬県においてこの調査を行い、その実態を把握し、事故防止策を検討することは喫緊の課題と思われる。

（*注）転倒に関連したこれまでの実践報告や研究発表の一例

- ①東京、仙台、大府3センターの平成16年度のリスクマネジメント研究事業
- ②広島転倒予防研究会平成13年～21年、9回に渡るセミナーの開催
- ③転倒予防医学研究会の転倒予防大賞
- ④広島大、グループホームにおける屋内徘徊行動の分析
- ⑤明治薬大、在宅で暮らす認知症高齢者の服薬状況と副作用との関連研究
- ⑥睡眠障害のある高齢者の転倒・転落防止の1考察

ある極論としては、認知症高齢者の転倒は「事故」ではないとの研究者の意見も存在する。その背景には「ヒトが2本足歩行の動物であって、重心が高い位置にあること」「認知症の原因疾患には、アルツハイマー病の様に進行していけば運動機能は低下するのが当たり前の病気もあり、また血管性認知症の様に発症時から片麻痺などの運動障害が伴っていたり、レビー小体型認知症の様に本来の病気の特徴としてパーキンソン症状や起立性低血圧などを伴っていたりして、常に転倒の危険性と隣り合わせの病気がある」ということがある。つまり、転倒は認知症の症状の一部といっても過言ではないと

いうことである。

しかし現場はこれを放置するわけには行かない。特養の短期入所などを見ていると、転倒の可能性のある人は車椅子利用の傾向があるが、活動を抑えるという手段以外に、GHやSTKにおいて転倒防止の対策はないか、転倒したとしてもそれが骨折や頭部外傷、慢性硬膜下血腫などに結びつかない対策はないかを検討したい。そのためにまず、GHやSTKにおける転倒の実態を調べ、現場介護職間でその調査結果を共有することで、検討へと繋げる試みが本事業である。

2 委員会と作業部会

認知症高齢者が住みなれた地域または自宅でその人らしく生活できるように、24時間365日体制の介護サービスを実施する群馬県地域密着型サービス連絡協議会の会員事業所（GHおよびSTK）の中からメンバーを選考し、介護福祉士、介護支援専門員、医師等により構成される委員会を設置する。

①作業部会の設置

委員会は以下2つの作業部会によって事業を遂行する。

（i）アンケート作業部会

転倒事故の実態の調査内容の検討、実施および回答のデータ集計

（ii）イベント作業部会

地区別セミナーおよび全県シンポジウムの実施内容の検討および実施準備

②作業部会の実施概要

平成22年3月5日 第1回作業部会（群馬県庁昭和庁舎）

主な内容：事業内容の確認・スケジュールリング・作業部会分担の確定

4月15日 第2回作業部会（群馬県庁昭和庁舎）

主な内容：アンケート内容の検討

6月17日 第3回作業部会（群馬県庁昭和庁舎）

主な内容：アンケート回収結果（粗データ）の確認

8月3日 第4回作業部会（ニューサンピア）

主な内容：アンケート解析結果の確認・セミナー実施内容の検討

10月12日 第5回作業部会（群馬県庁昭和庁舎）

主な内容：セミナー実施結果の共有、シンポジウム実施内容の検討

平成 23 年 1 月 25 日 第 6 回作業部会（群馬県庁昭和庁舎）

主な内容：事業報告内容の検討および作業部会総括

3 アンケート調査

①調査対象

G H や S T K の実態調査は、平成 21 年 4 月 1 日現在、群馬県内に開設している G H と S T K を対象とした。「転倒（事故）」に対する行政の対応に関しては、群馬県内の市町村を対象として行った。

また、各事業所における本調査表への記入は、日常的な介護及び運営について把握し、G H や S T K を統括している立場の方（いわゆるホーム長等）にお願いした。

②調査期間

各施設の基本事項は、平成 21 年 4 月 1 日のものであり、転倒は平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までに起きたものを対象とした。

③調査方法

G H 187 ケ所、S T K 41 ケ所、28 市町村に、それぞれの調査票を郵送で送り、1 ヶ月後に郵送で回収した。

④倫理的配慮

個々の事例について、匿名性が保障されるように配慮した。

⑤回収状況

	依頼数	回答数	回収率
G H	187	115	61%
S T K	41	25	61%
行政	28	22	79%

4 セミナー

①実施目的

4 地区ブロックにおいて G H および S T K の現場介護職員にアンケート調査による解析結果を報告すると共に、それに対しての率直な意見や感想を B S 法など手法によりワークショップ形式で抽出する。さらにその結果をシンポジウムにおける素材として活用する。

②開催状況

平成 22 年 8 月 6 日 南部ブロック転倒防止セミナー

会場：藤岡市公民館

参加者：24 名 (21 事業所)

8 月 18 日 中北毛ブロック転倒防止セミナー

会場：渋川市中央公民館

参加者：37 名 (30 事業所)

9 月 2 日 西部ブロック転倒防止セミナー

会場：高崎市総合福祉センター

参加者：34 名 (28 事業所)

9 月 24 日 東毛ブロック転倒防止セミナー

会場：太田市休泊行政センター

参加者：30 名 (22 事業所)

③実施風景



5 シンポジウム

①実施目的

アンケート解析結果およびセミナーで介護職等によって話し合われた内容を、会員事業所（GHやSTK）の職員のみならず、広く県内の介護および医療関係者、行政、地域住民、マスメディア等を対象に報告する。また、介護職職員、法人代表、医師、理学療法士、行政など様々な立場で意見交換し、調査結果等から見える認知症高齢者の転倒事故の傾向を確認すると共に、その背景や対策等について検討する。

なお、シンポジウム終了後の群馬県地域密着型サービス連絡協議会の会員事業所による事例発表会を4分科会に分けて実施する中で、第1分科会を「リスク・転倒・リハビリ」分科会として設定し、本調査研究に関連性のある個別の事例について紹介する。

また、群馬認知症アカデミーによって開催される第5回秋の研究発表会において、調査研究報告「グループホーム利用者の転倒特性」と題し、本事業の取り組みと解析結果の概要について、認知症に関わる専門職および家族に報告する。

②開催日時および状況（第8回小規模多機能・グループホーム大会）

平成22年10月27日 10:30～12:15 シンポジウム

「認知症ケア現場における転倒事件事例と予防について」

13:15～15:50 事例発表会（第1分科会）

「リスク・転倒・リハビリ」

参加者

	人数
会員	231
一般	64
発表者	47
関係者（含、登壇者）	29
パネリスト・来賓	9
合計	380

③開催場所

前橋市総合福祉会館 多目的ホール（群馬県前橋市前橋市日吉町二丁目17-10）

④シンポジウム登壇者

コーディネーター

大澤 誠 氏 大井戸診療所（医師）

パネリスト

山上 徹也 氏 高崎健康福祉大学講師（理学療法士）

廣岡 友和 氏 高崎市長寿社会課政策担当係

吉永 充 氏 めいわCOMハウスグループホーム

三俣 和哉 氏 グループホームかわらはま

金井 崇 氏 グループホーム恵の家

⑤事例発表会演題

「リスク・転倒・リハビリ」分科会

演題	発表事業所
自分の足で一歩ずつ～転倒からの学び～	グループホームあおなし
楽しく体操、1・2・3	グループホームとんぼ
「歩きたいんだよ」・・・心の声に寄り添って	ケアサポートセンターさとの花
家族に支えられて-転倒防止への取り組み-	ケアホーム家族の家藤生沢
対応ではなく視点を変えて・・・	グループホームルネスふれ愛の家
転倒はいつ起きるのか？	グループホームふゆざくら
骨折からの回復～以前のように自由に歩きたい～	グループホームようざん
その人の思いを受け入れたリスクの少ない安全なケア	グループホームさんご
誤嚥事故から学んだこと	グループホームクララ相生
2009年ヒヤリハット・事故統計報告を生かして	グループホームゆうゆう・うちだ

⑥シンポジウム（第8回小規模多機能・グループホーム大会）の後援団体

群馬県・群馬県市長会・群馬県町村会・前橋市・（社）群馬県医師会・群馬県歯科医師会・群馬県ホームヘルパー協議会・（社）群馬県看護協会・群馬県老人福祉施設協議会・（社）群馬県老人保健施設協会・（一社）群馬県介護福祉士会・群馬県介護支援専門員連絡協議会・群馬県在宅療養支援診療所連絡会・日本認知症学会・ぐんま認知症アカデミー・（社）認知症の人と家族の会 群馬県支部・若年認知症ぐんま家族会・上毛新聞社

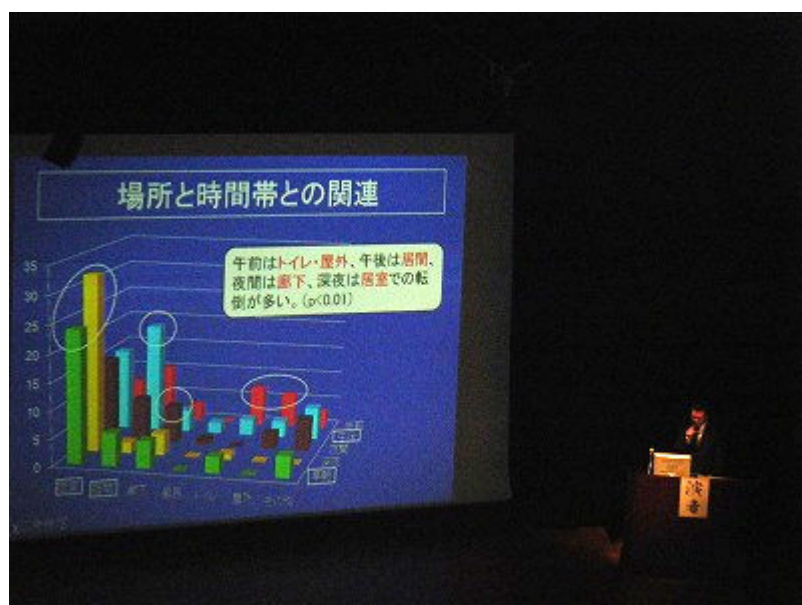
⑥ 実施風景



←シンポジウム



事例発表会→



←ぐんま認知症
アカデミー

第二章

アンケート調査（概要）

アンケート調査（概要）

1 アンケートの内容

① 施設対象

- ・平成 21 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日までの各 GH や S T K における転倒件数と各施設の属性
- ・個々のケースにおける調査
 - 1) 転倒の結果として：①骨折（部位）②挫創（部位）③脳への影響（脳挫傷や慢性硬膜下血腫などの有無）等
 - 2) 環境背景として：①どの時間帯が多いか②どこで起きるか③職員体制④加害者の有無等
 - 3) 個人の背景として：①年齢②性別③認知症の原因疾患④認知機能（自立度）⑤運動機能（自立度＋ α ）⑥介護度⑦身体合併症等
 - 4) 事後処理の問題として：①家族への対応②行政への連絡③職員間の情報共有等
 - 5) 転倒防止のための各 GH の対策

② 行政対象

- ・平成 21 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日までに各市町村に報告された、「転倒事故」の総数、報告後の処理（注意等）、事故に対する考え方等

2 回収率

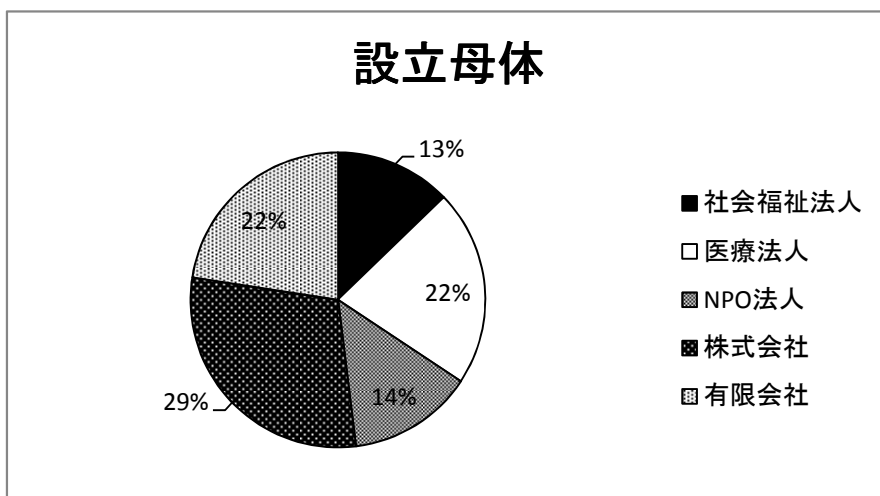
	依頼数	回答数	回収率
G H	187	115	61%
S T K	41	25	61%
行政	28	22	79%

*ただし、G H 115 回答中、13 事業所の回答に欠損があり、S T K 25 回答中、5 事業所の回答に欠損があった。

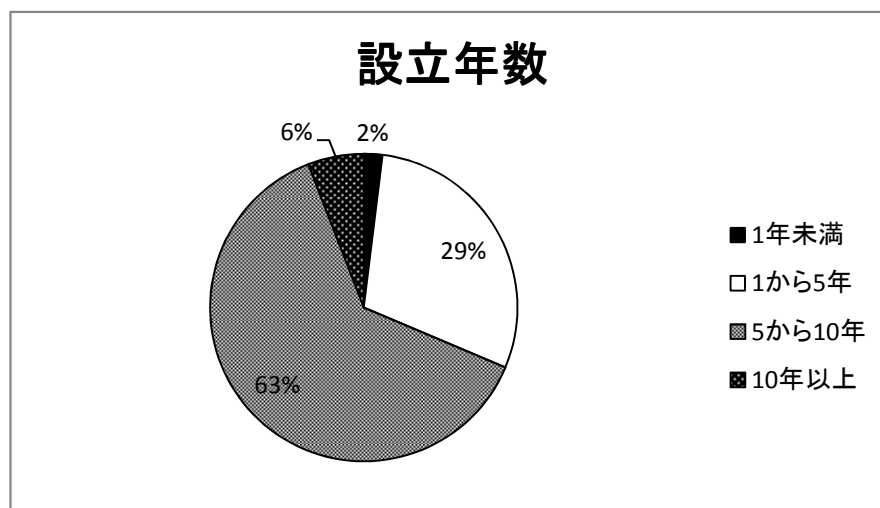
4 GH対象の集計結果

(i) 事業所基礎情報

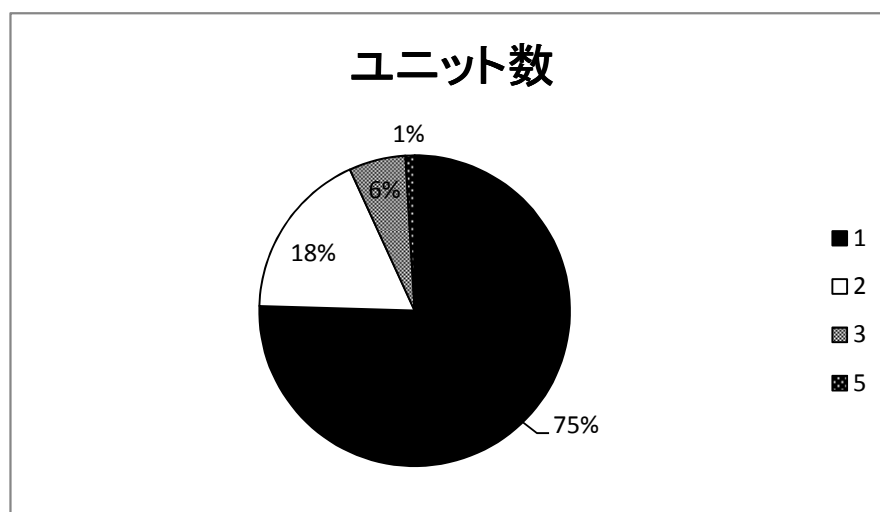
事業所の背景



株式会社、有限会社等の民間による経営が半数を超えている。



設立年数では、約7割が5年以上の運営実績を有している。

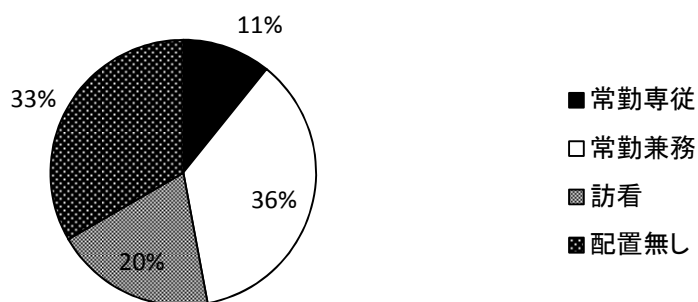


1ユニットの経営が4分の3を占めている。

	常勤換算
平均職員数	5.9
常勤介護職	5.3
非常勤介護職	3.1
介護兼務	1.5
介護以外常勤	1.1
介護以外パート	1.2

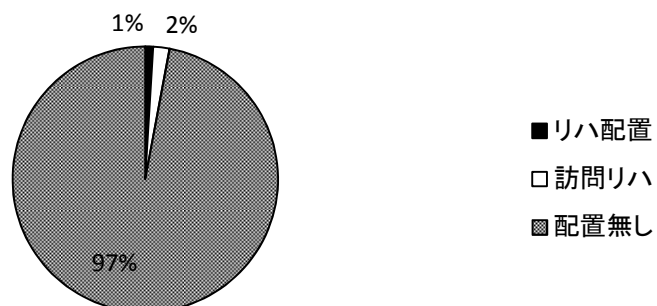
	常勤換算
夜勤者	1.0

看護配置



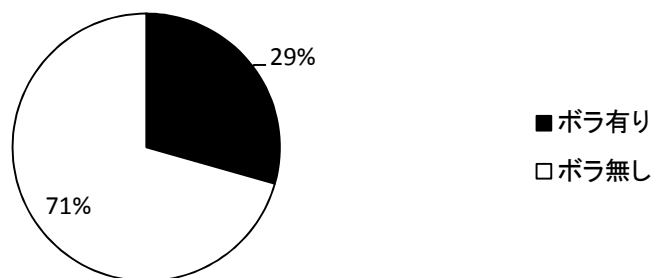
何らかの看護職の関与があるのが7割弱。常勤専従も1割強であった。

リハ配置

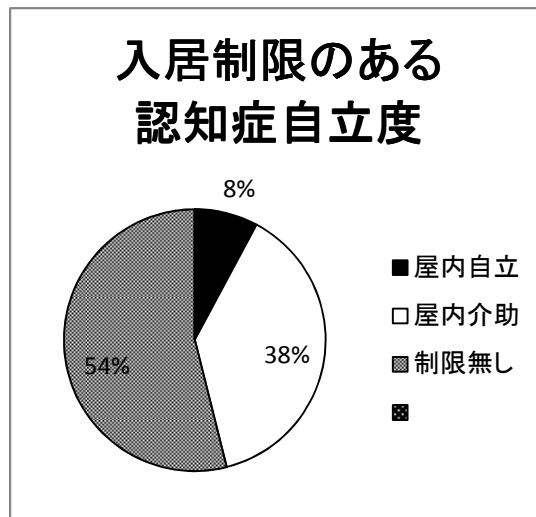
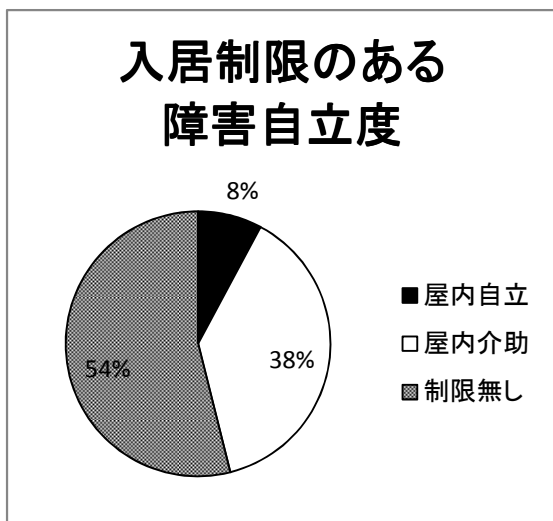


リハ職はほとんどの事業所で配置されていない。

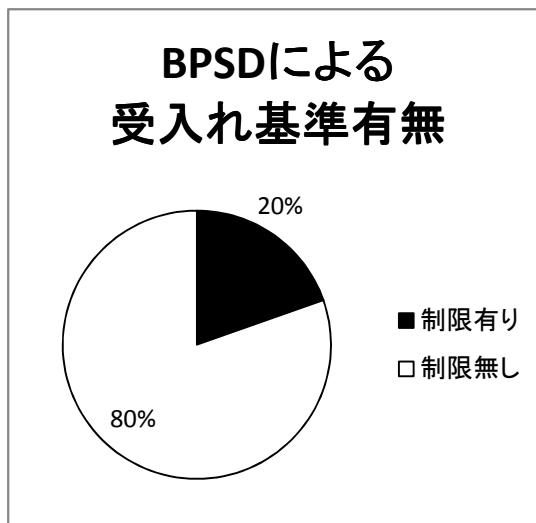
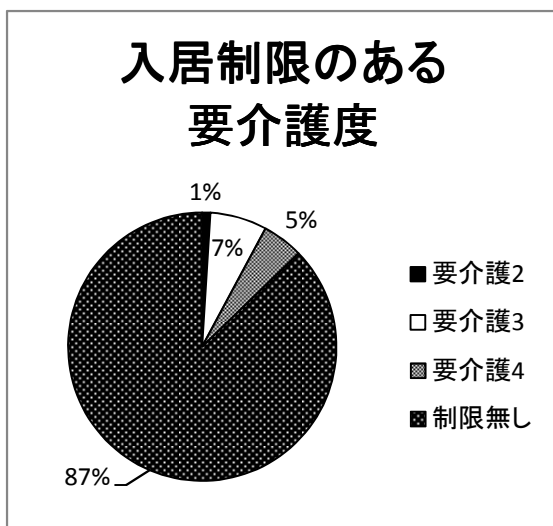
ボラ配置



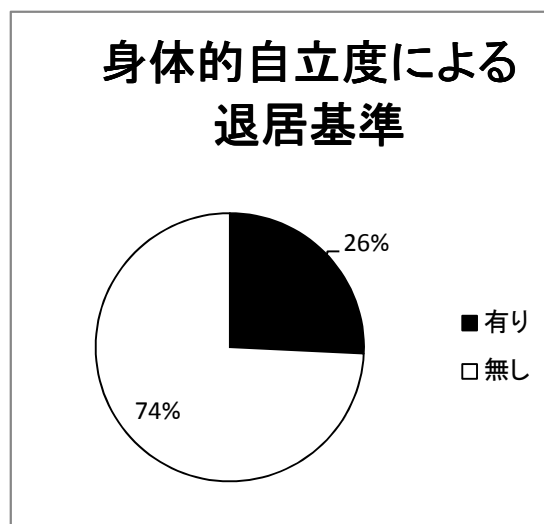
3割弱の事業所でボランティアを活用している。



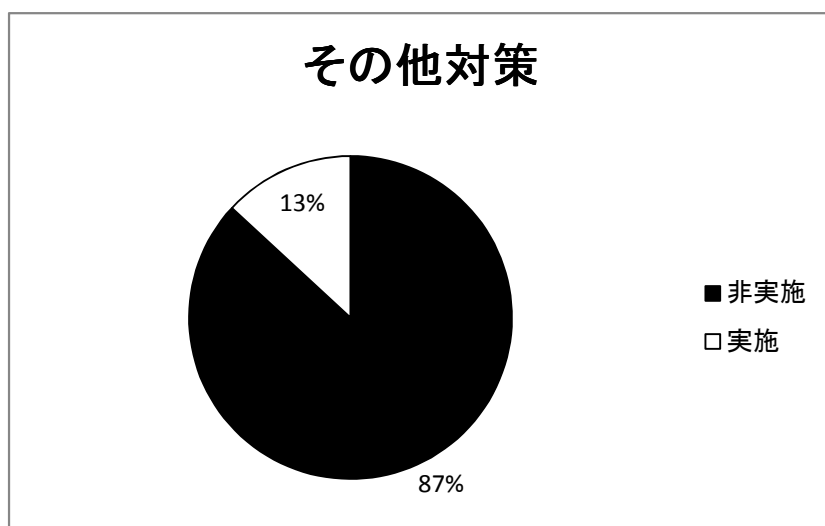
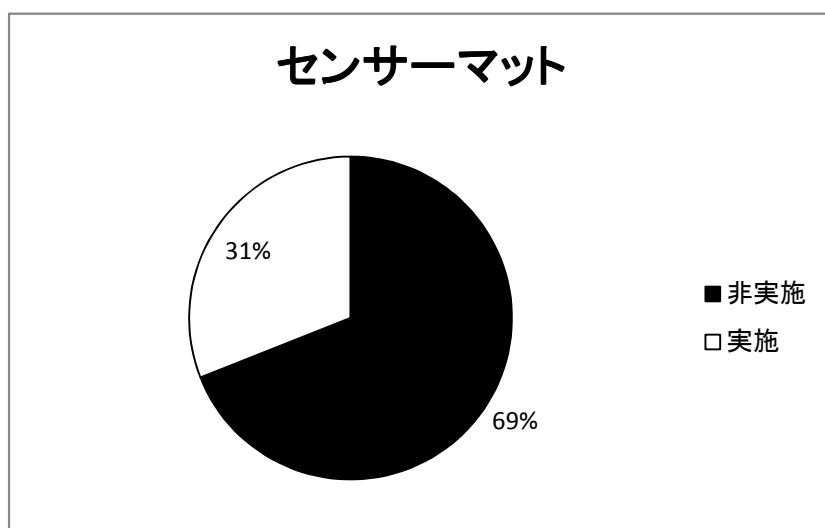
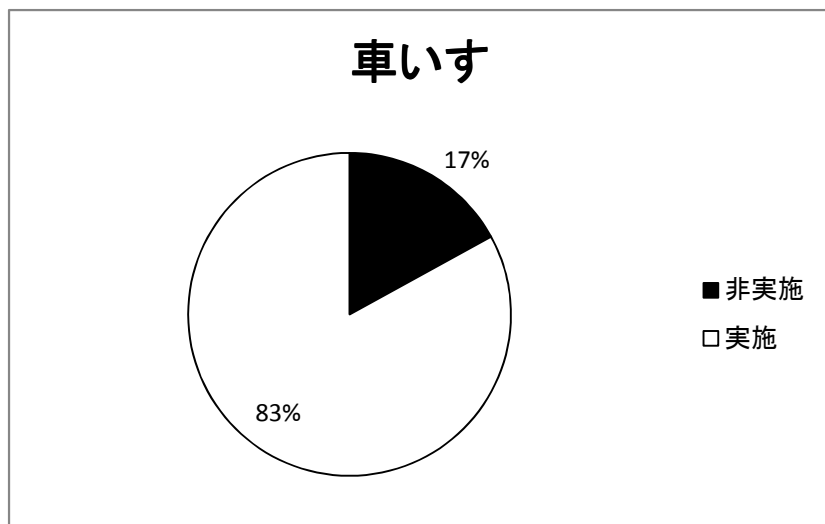
本来なら、「認知症高齢者の日常生活自立度」による入居制限をしてはいけな
いわけだが、現実には、同自立度で5割
弱の事業所が入居制限をしている。



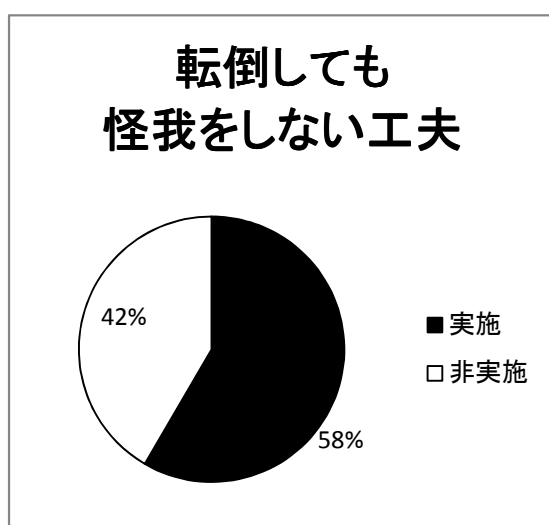
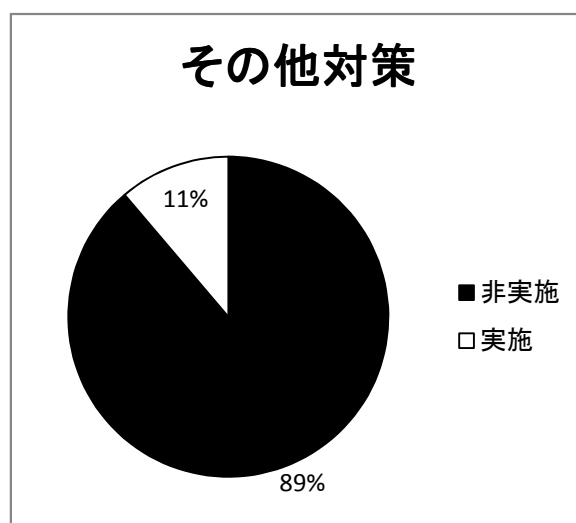
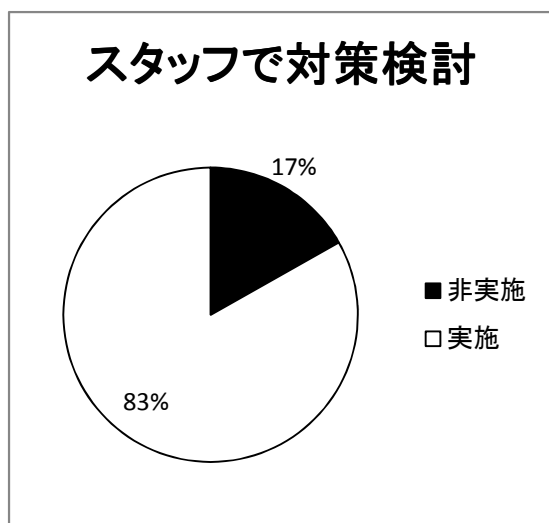
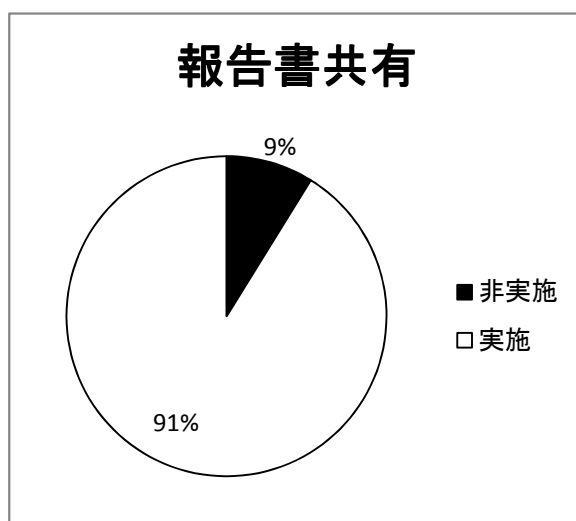
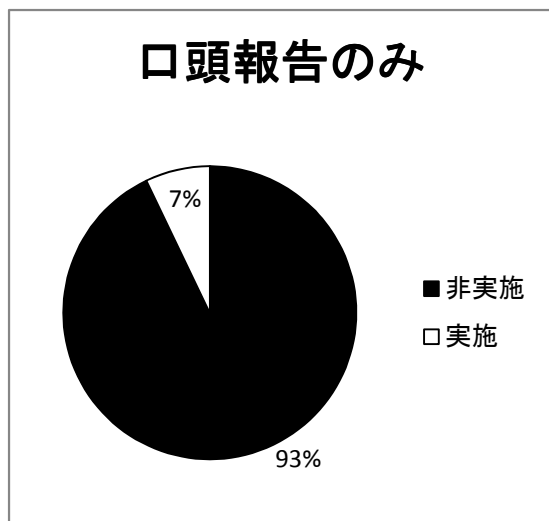
制限有の大多数が他者への暴力行為
であった。



転倒事故防止のための工夫

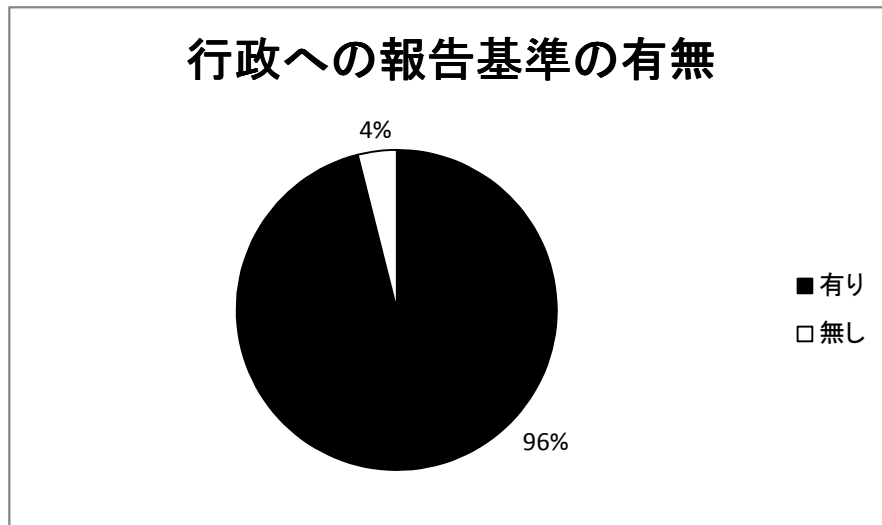


転倒事故再発防止のための事故処理対策

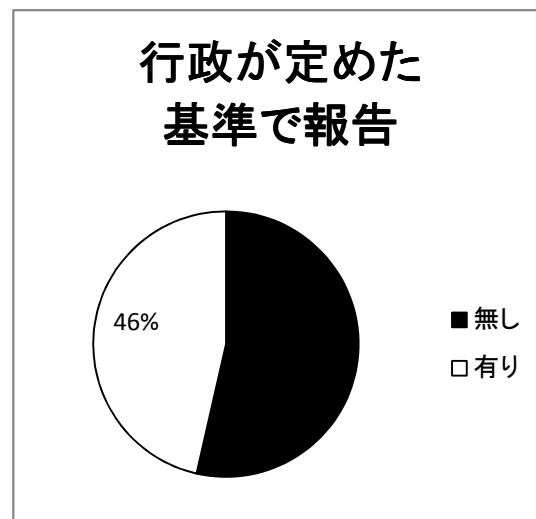
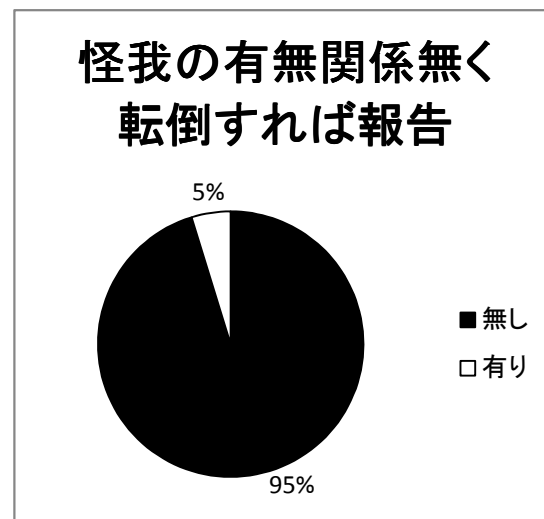
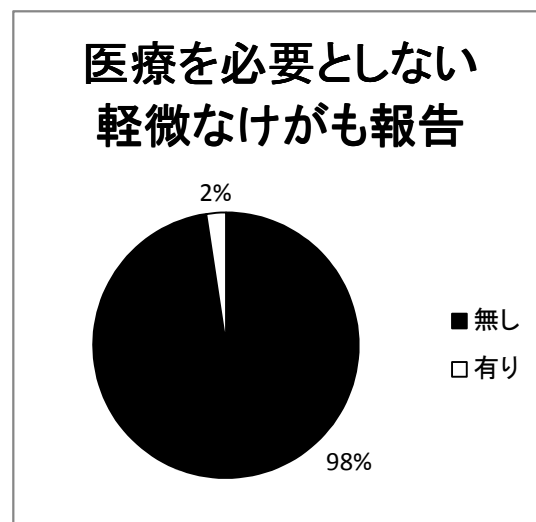
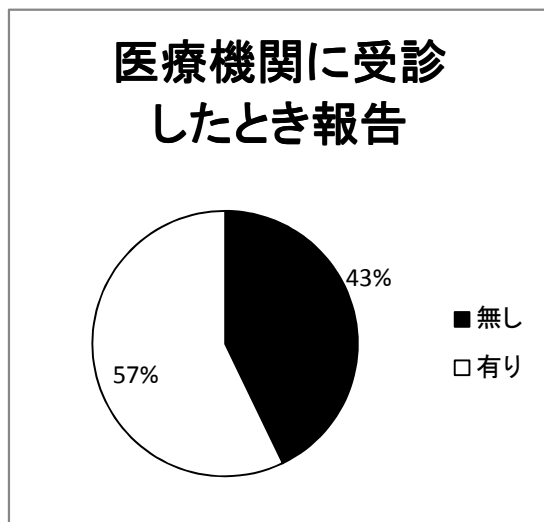


平成21年4月1日から平成22年3月32日までに起こった転倒事故の件数について

1年間の転倒事故件数	平均11.5
内、行政報告件数	平均1.1

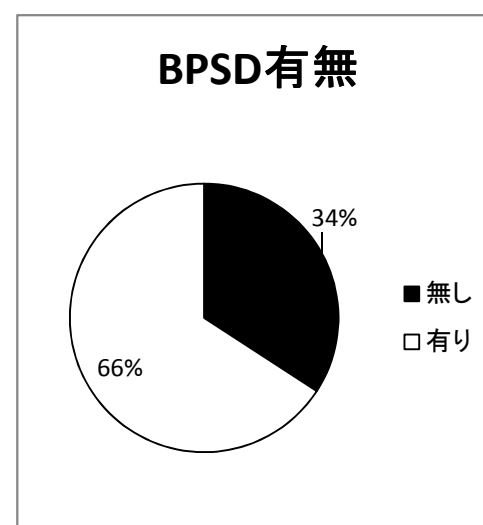
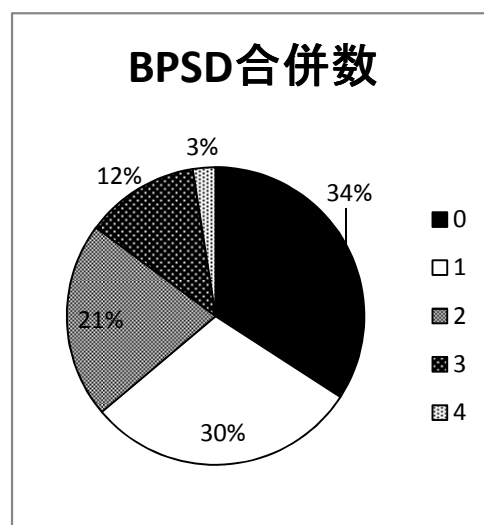
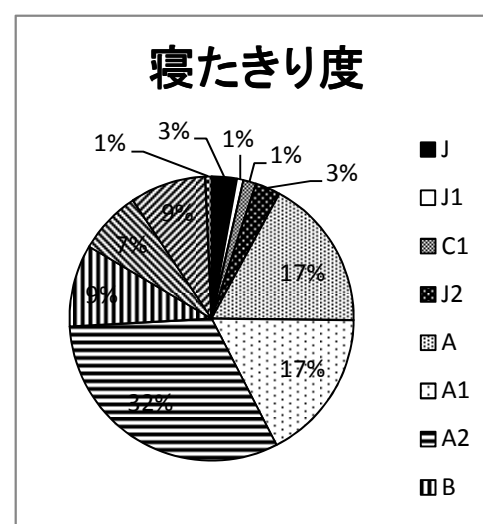
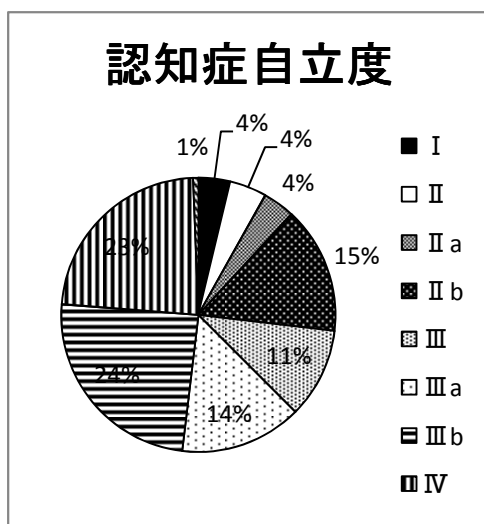
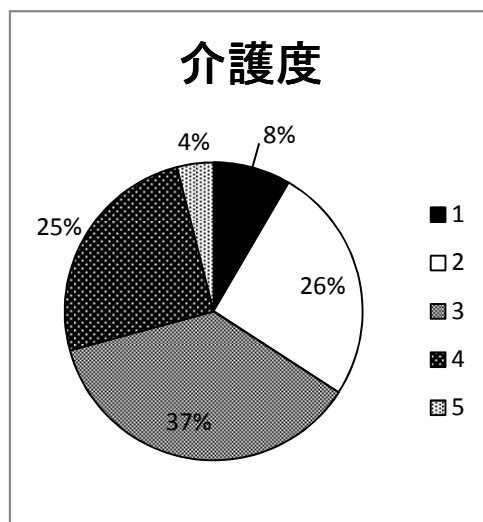
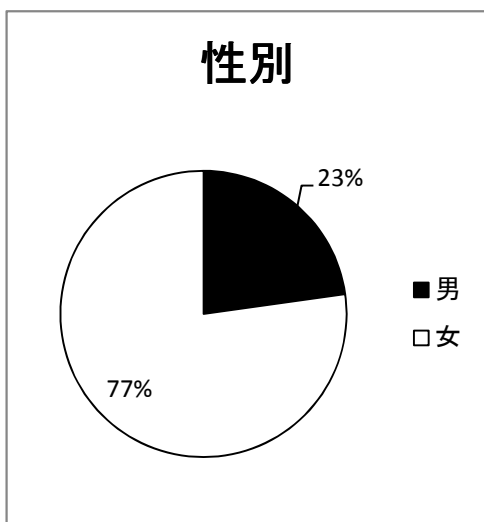


行政への報告基準ありの場合



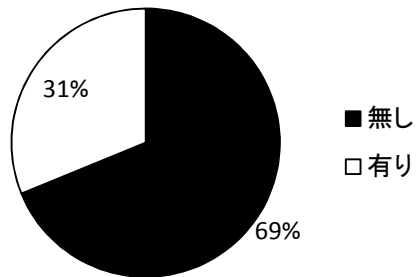
(ii) 個々事例

平均年齢: 87.5歳

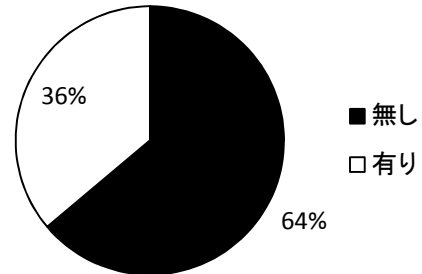


BPSDの種類

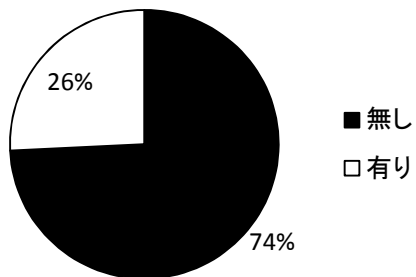
興奮



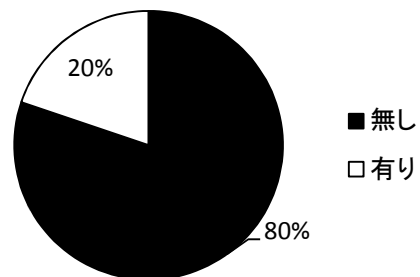
徘徊



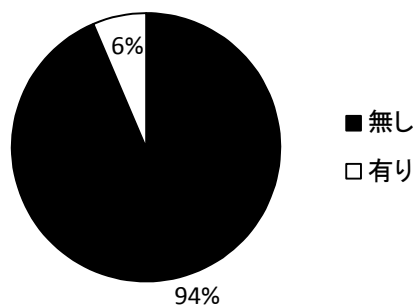
不眠



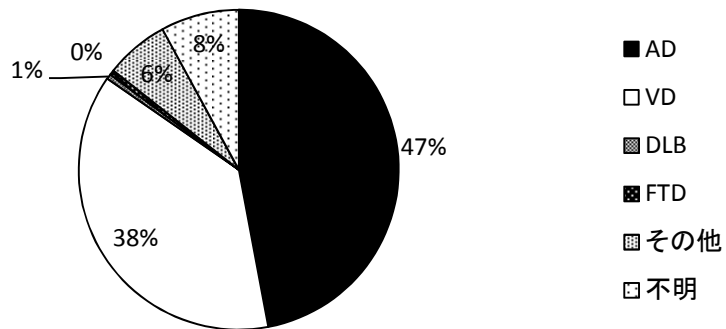
せん妄



その他のBPSD

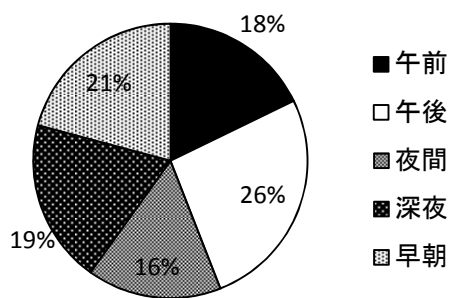


原因疾患

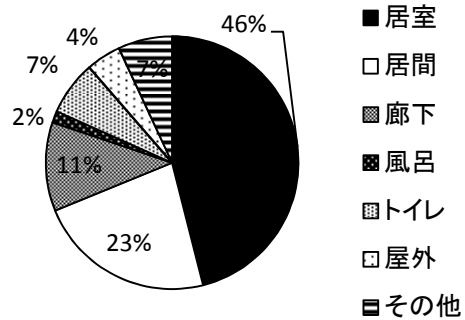


一般的に、DLBは転倒の可能性が高い疾患として知られており、そのDLBの割合が1%に満たないというのは、診断レベルの問題があると考えられる。

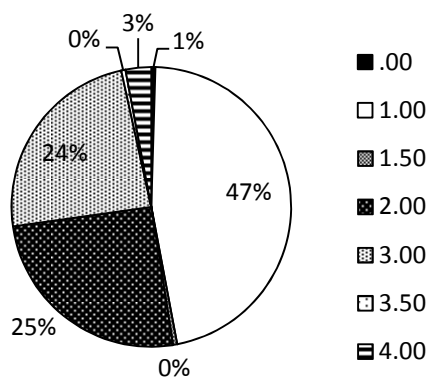
時間帯



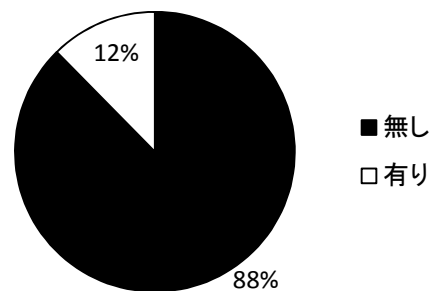
場所

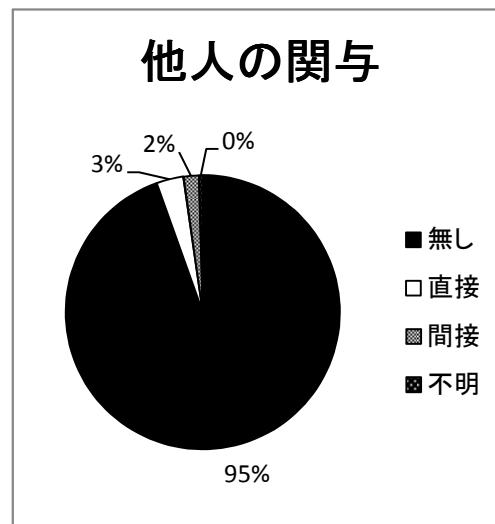
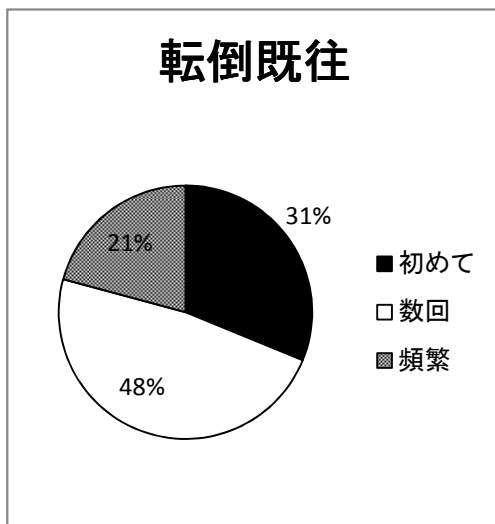


職員人数

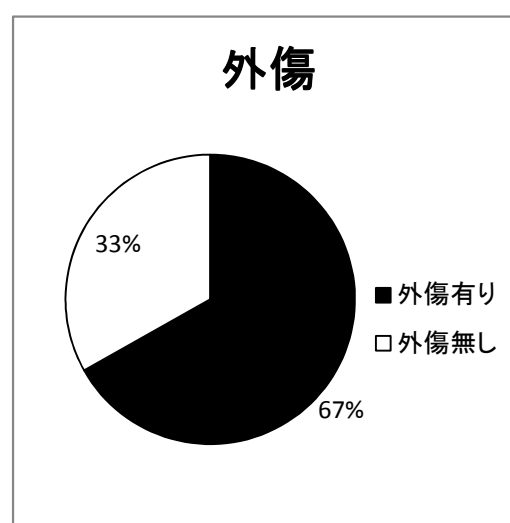
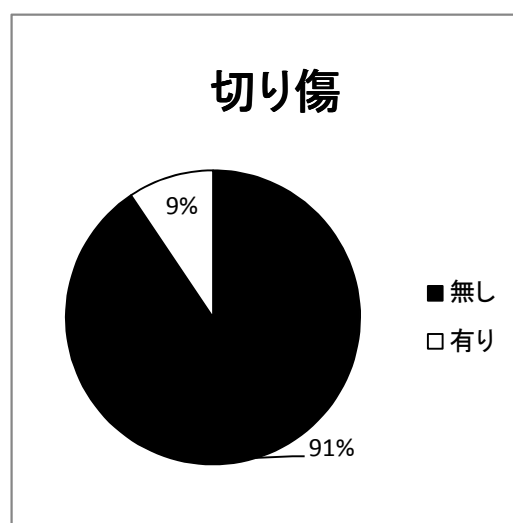
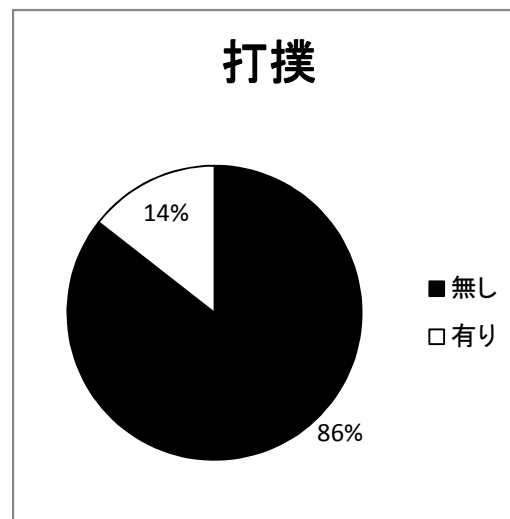
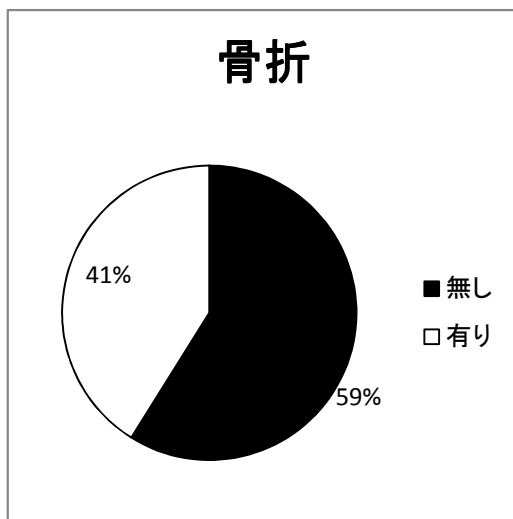


内服

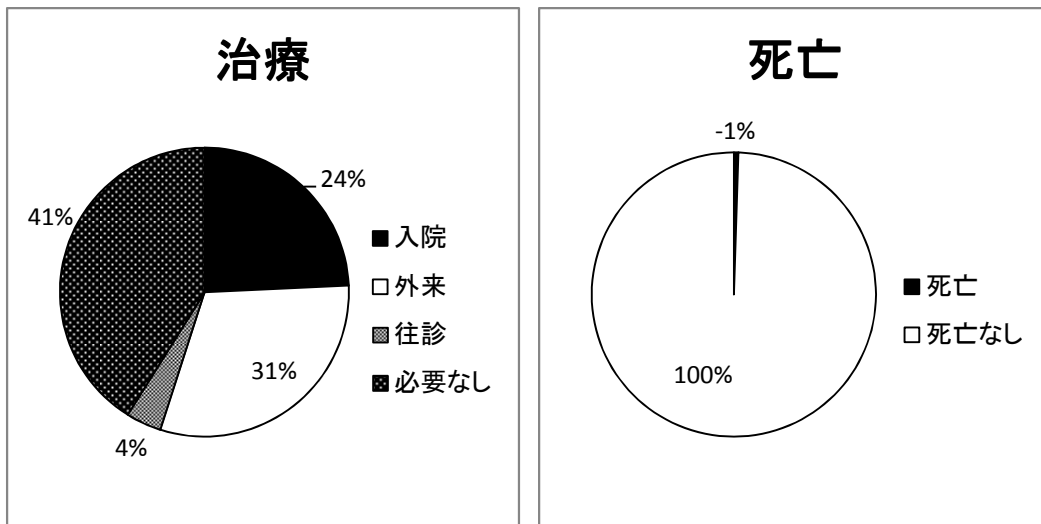




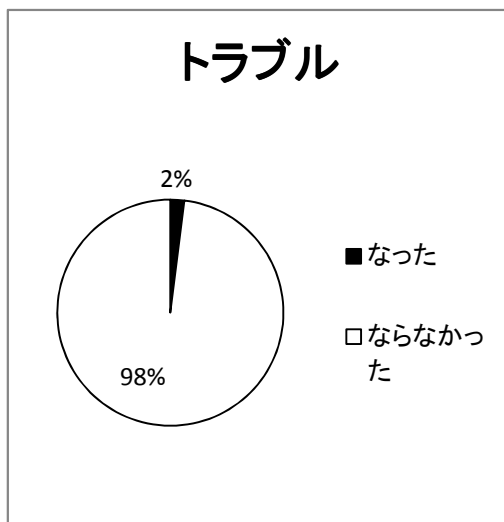
転倒による外傷の状況



脳挫傷、慢性硬膜下血腫は該当事例なし。



事故で利用者及びそのご家族とトラブル

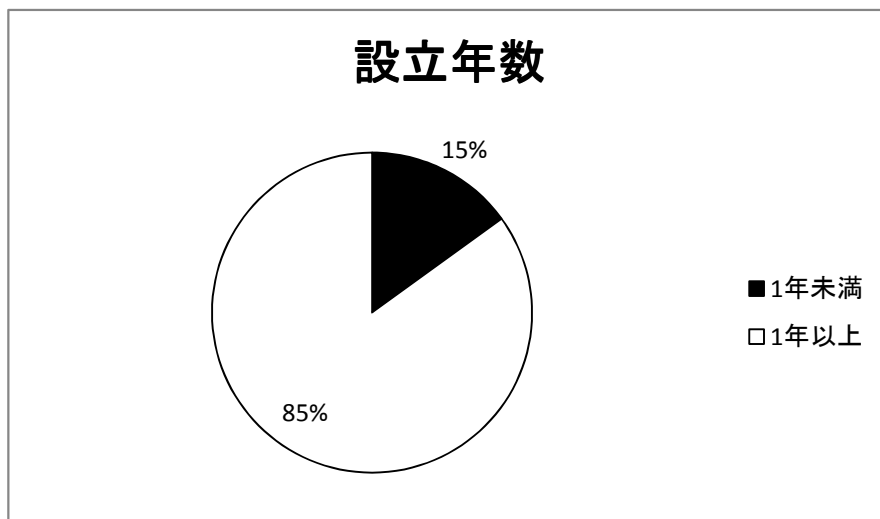
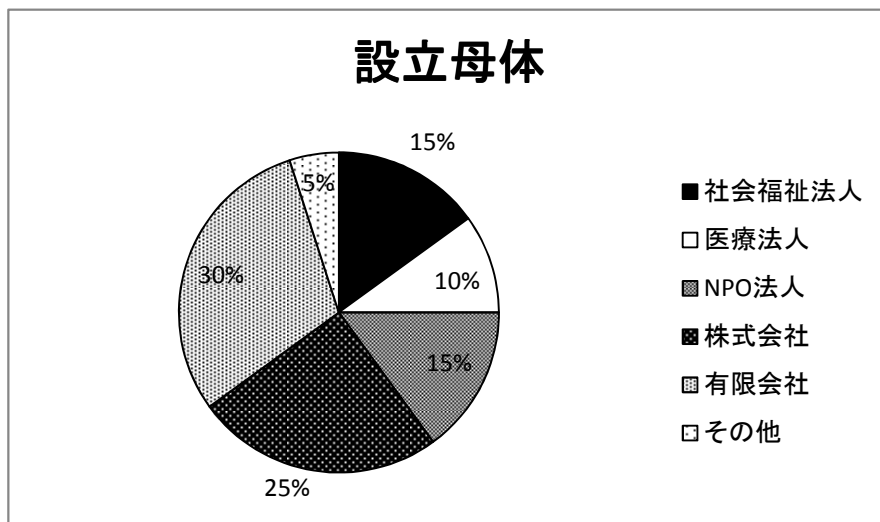


内容は「文句」の1件のみ。訴訟、通報などは該当事例なし。

5 STK対象の集計結果

(i)事業所基礎情報

事業所の背景



平均定員数

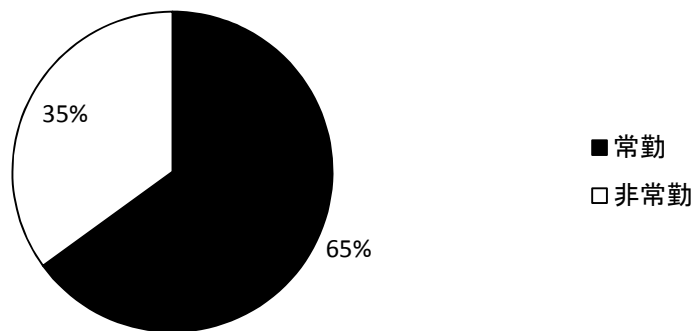
	定員数
登録	23.8
通所	14.4
宿泊	8.45

平均職員数

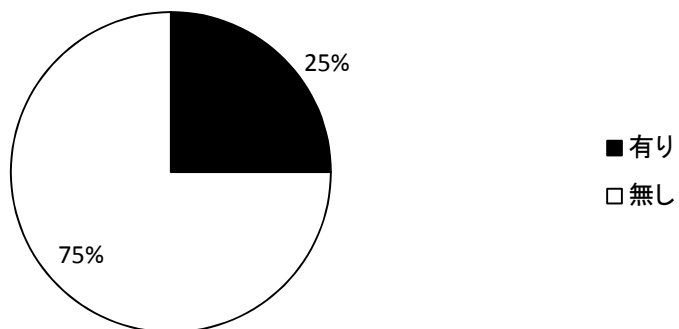
	常勤換算
職員数	9.2
常勤介護職	6.2
パート介護職	4.2
兼務介護職	0.9
介護以外常勤	1.4
介護以外パート	1.3

	常勤換算
夜勤者	1.1

看護配置

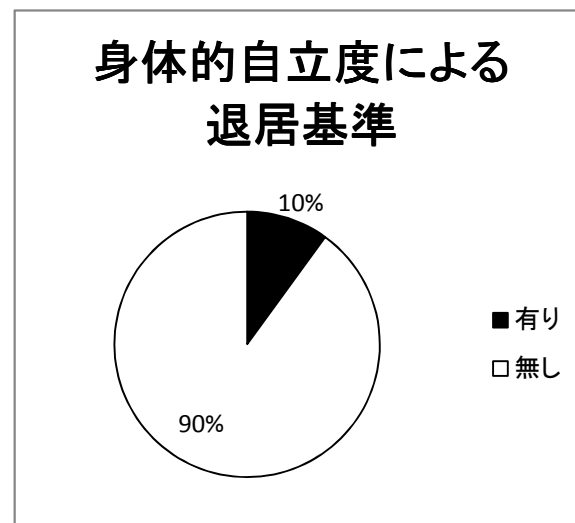
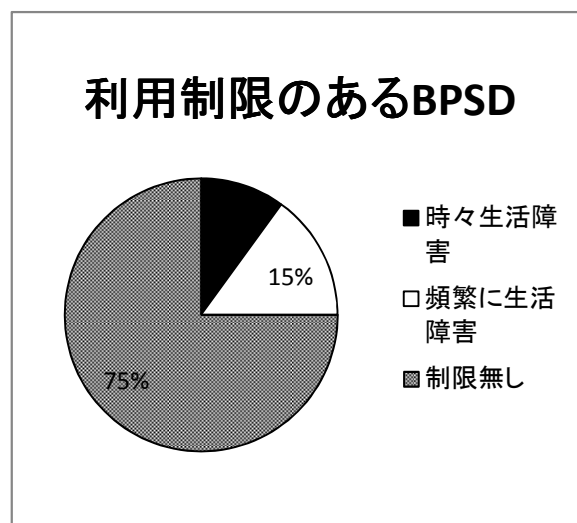
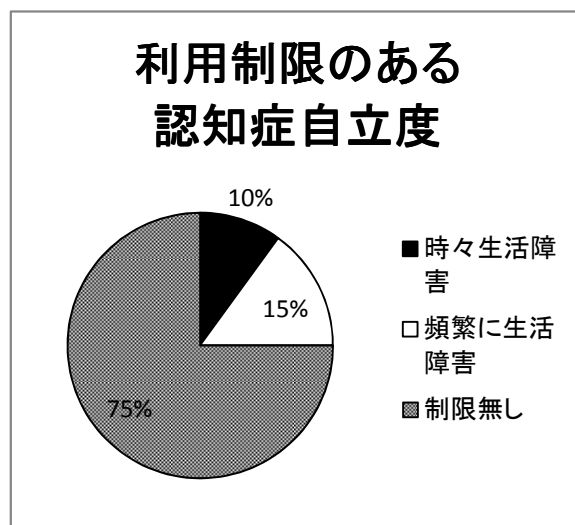
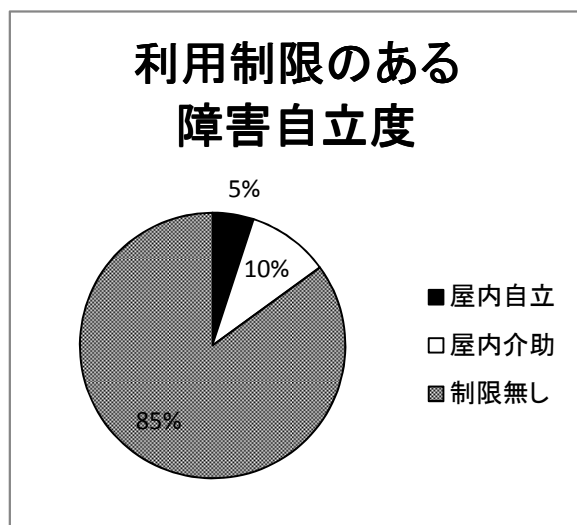


ボラ配置

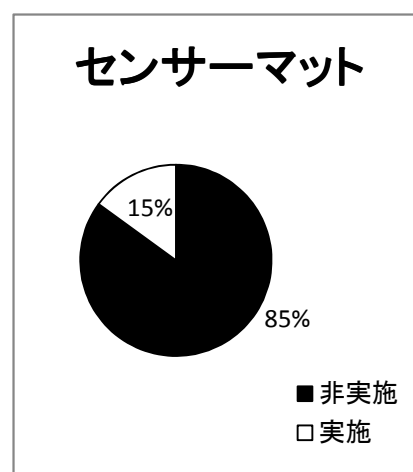
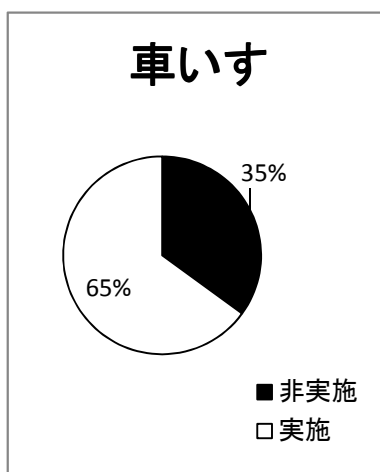
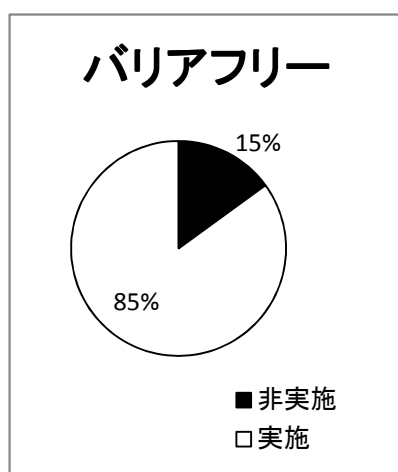


なお、リハ職配置は0%であった。

利用者の受け入れ基準および退去基準



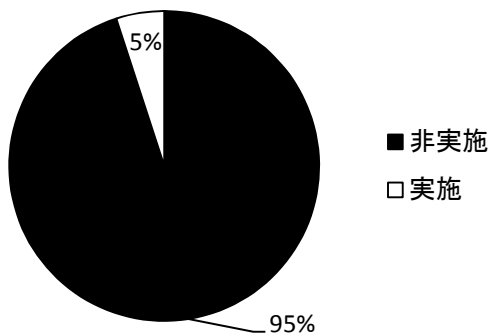
転倒防止の為の工夫



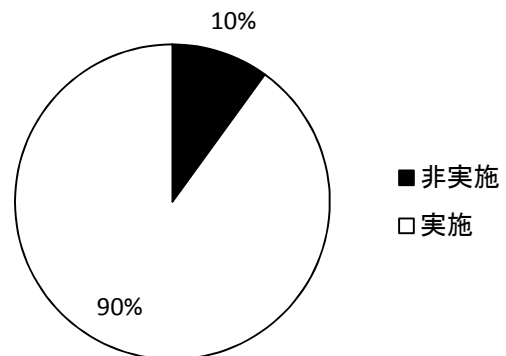
ソフト面ではリスクマネジメント委員会で検討、ケアプランや手順に反映させ徹底、報告書を作成し回覧、その後も申し送り等で口頭による確認を実施、などの自由記述があった。

転倒事故再発防止のための事故処理対策

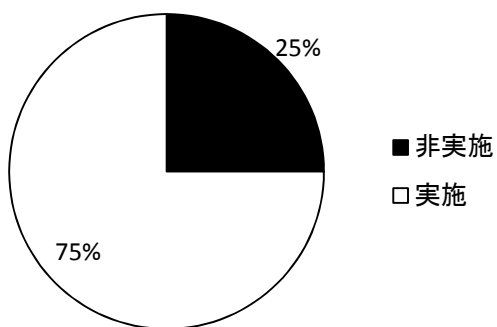
口頭報告のみ



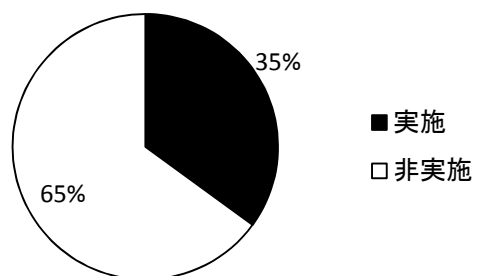
報告書共有



スタッフで対策検討

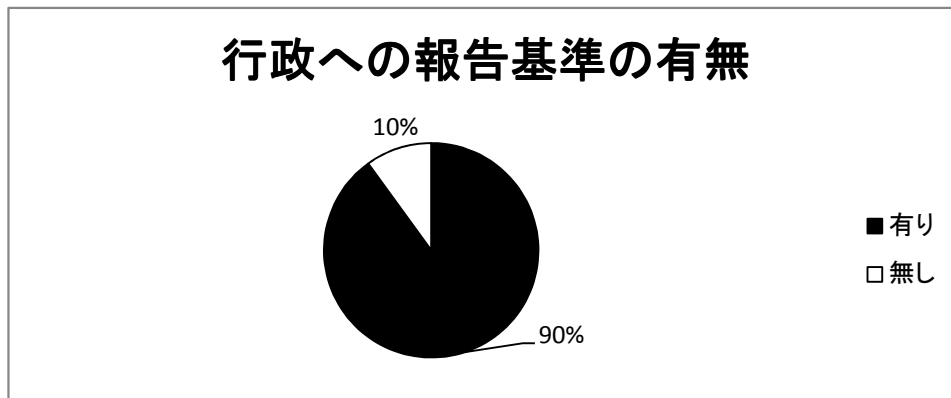


転倒しても怪我をしない工夫

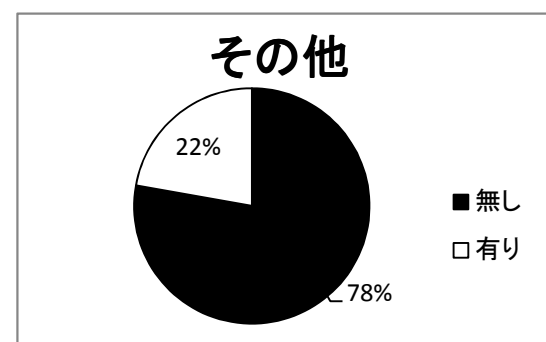
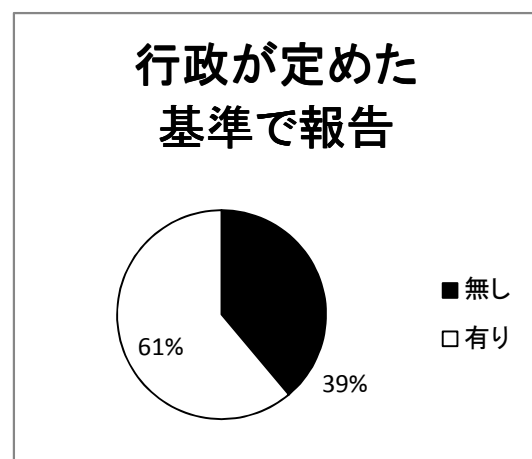
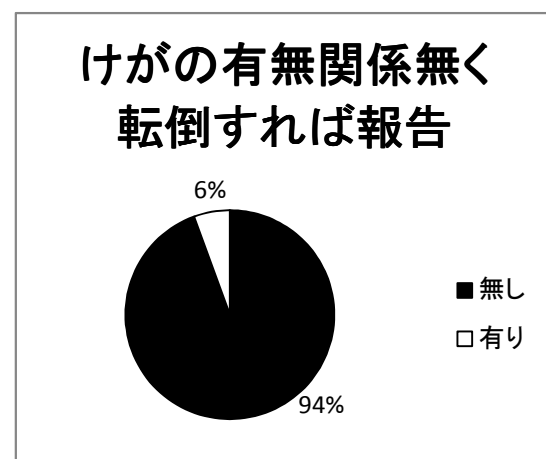
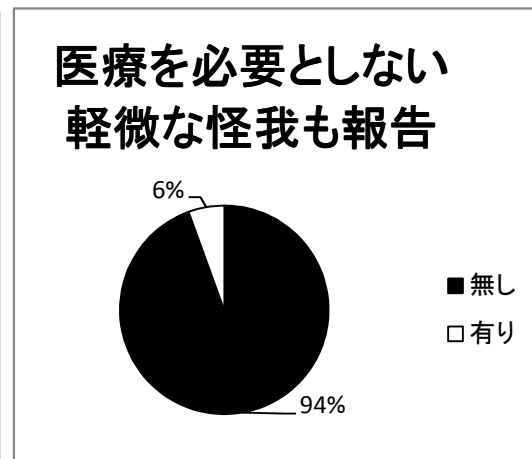
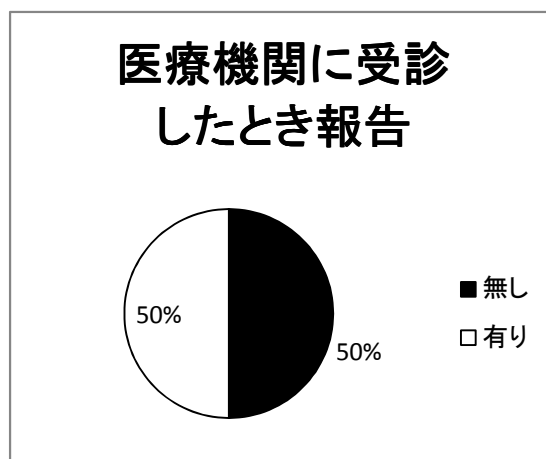


平成21年4月1日から平成22年3月32日までに起こった転倒事故の件数について

1年間の転倒事故件数	平均7.0
内、行政報告件数	平均0.4

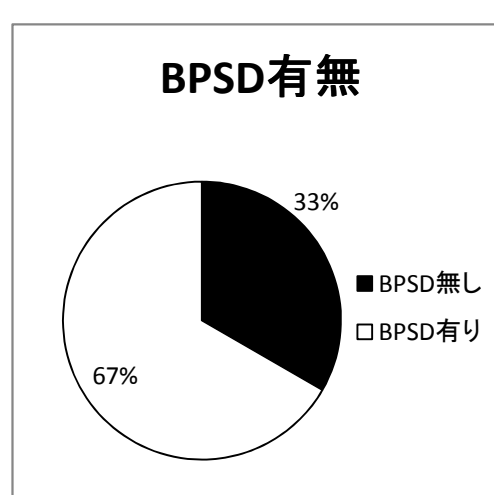
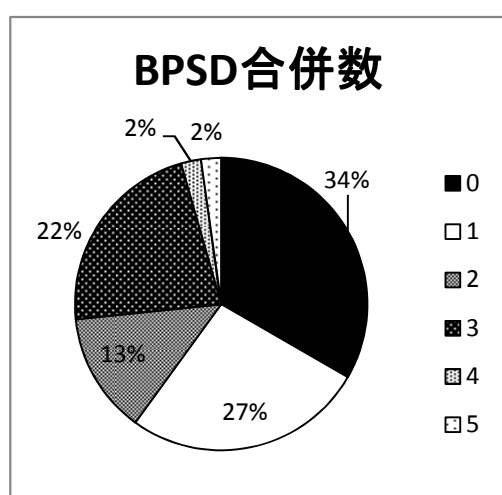
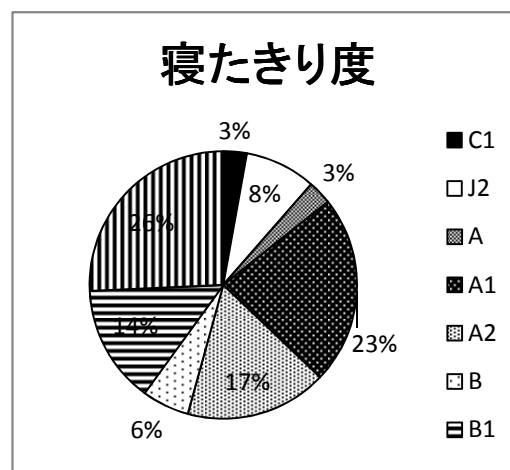
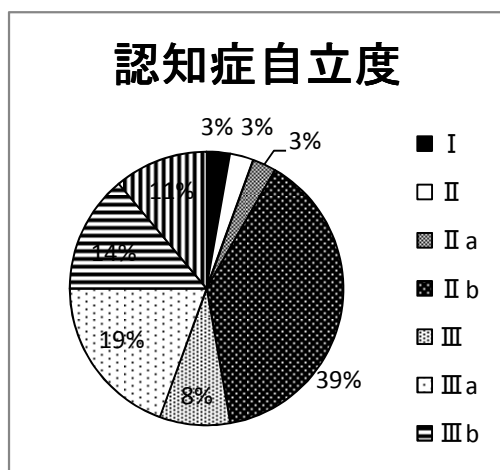
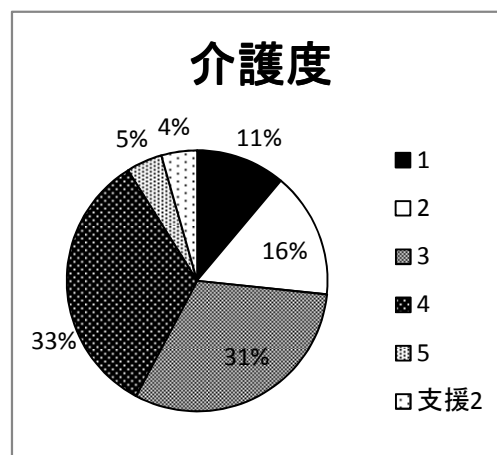
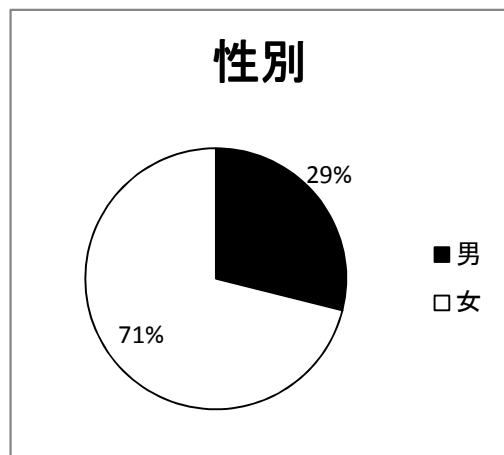


行政への報告基準ありの場合

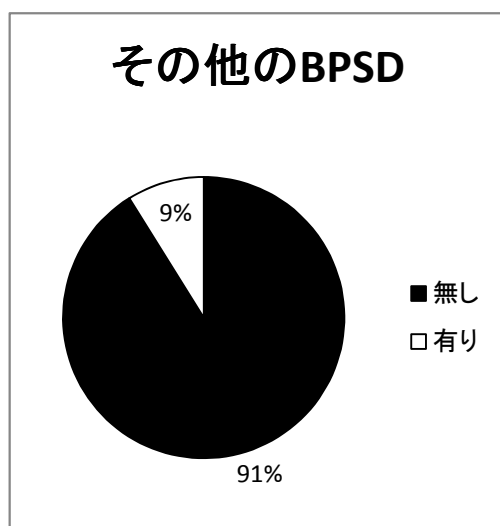
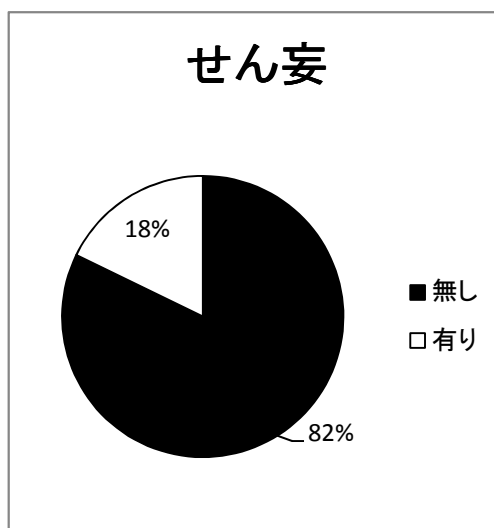
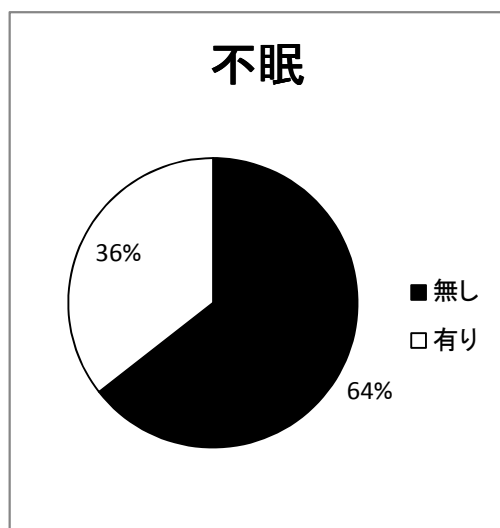
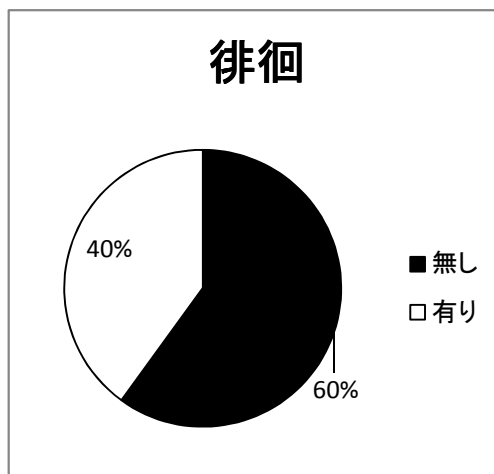
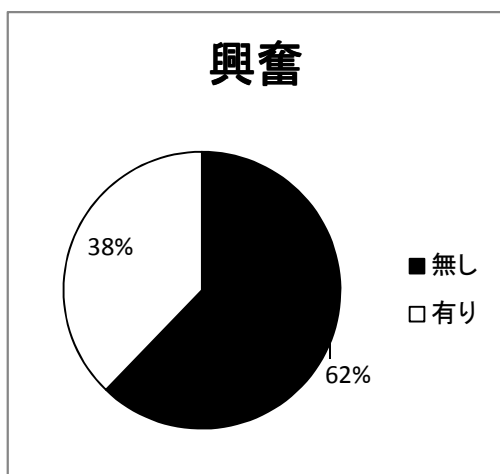


(ii) 個々事例

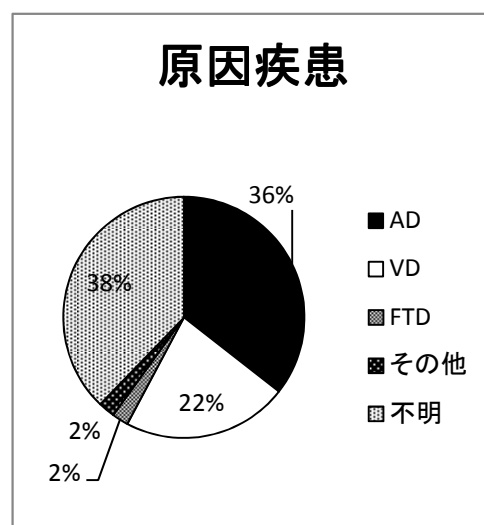
平均年齢: 84.6歳



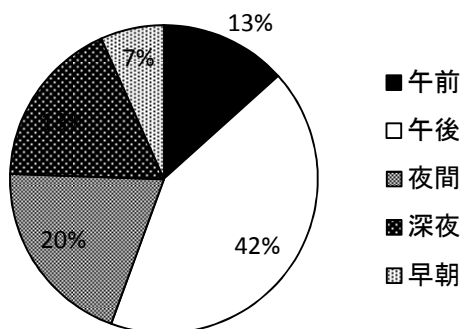
BPSDの種類



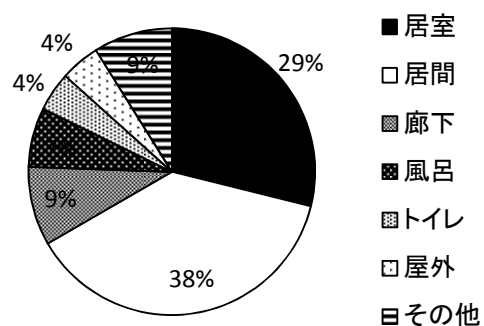
認知症の原因疾患



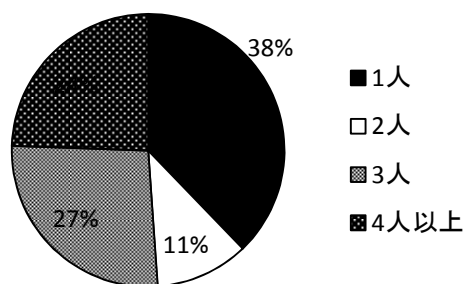
時間帯



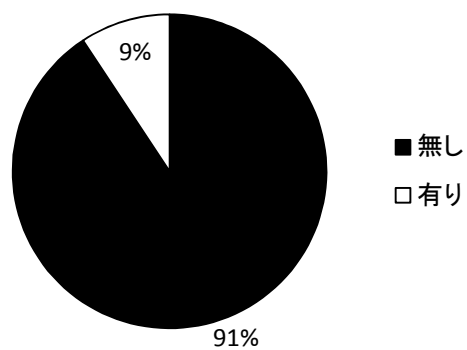
場所



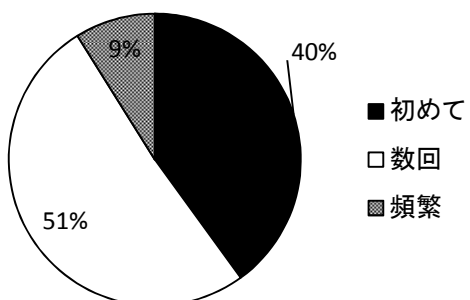
職員人数



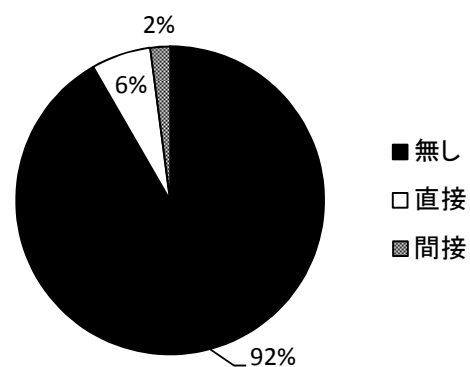
内服



転倒既往

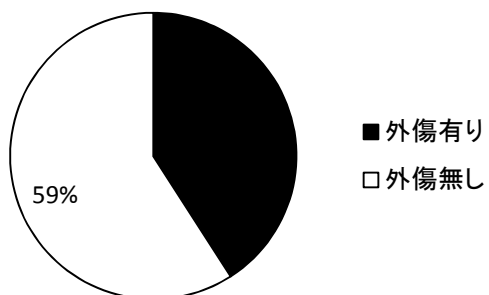


他人の関与

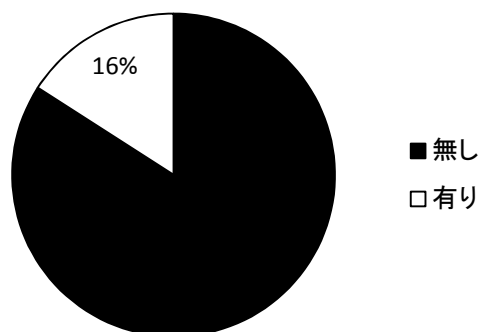


転倒による外傷の状況

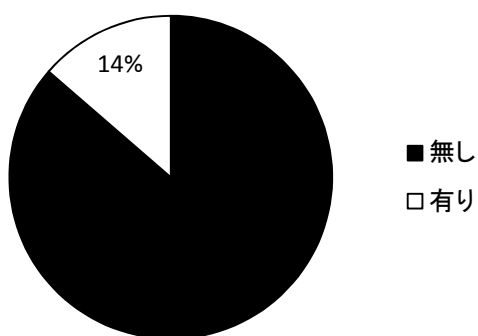
外傷の有無



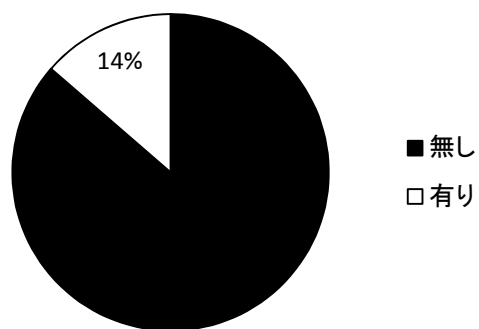
骨折



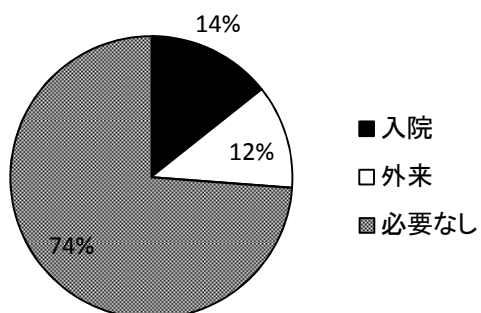
打撲



切り傷



治療



死亡事例は該当なし。

事故での利用者及びその家族とのトラブルは該当事例なし。

5 市町村調査結果

1年間の転倒事故件数(GH)

全転倒事故件数： 1082 件
有効回答GH102件－無回答GH8件

平均件数：11.5 件

1年間の行政への報告事故件数 (GH)

全報告事故件数: 108 件

有効回答GH数: 102件

平均件数 1.1 件

1年間の転倒事故件数(STK)

全転倒事故件数: 139 件

有効回答STK数: 20 件

平均件数: 7.0 件

1年間の行政への報告事故件数 (STK)

全報告事故件数: 8 件

有効回答STK数: 20件

平均件数 0.4 件

1年間の行政への報告事故件数 (行政への調査から)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
GH	22	16	12	23	18	30	28	27	31	21	22	18	268
STK	5	1	2	2	2	0	2	2	3	7	3	2	31

市町村への報告基準

基準を設けている市町村数: 13

回答市町村数 22

基準設置率 59 %

* 基準未設置の市町村が9か所ある

報告基準の内容

基準を設けている13市町村の基準内訳
(複数回答あり)

医療機関での治療を必要とした外傷等	12 市町村
医療機関への入院を必要とした外傷等	8 市町村
その他	5 市町村

報告基準の設置予定

基準を設けていない9市町村の基準設置予定

予定のある市町村数： 4 (44%)

予定のない市町村数： 2 (22%)

どちらともいえない : 3 (33%)

5 解析結果

本調査からわかる グループホーム 利用者の転倒状況



※STKについては母数不十分の為、解析結果は非掲載とする。

転倒が少ないのはどんな施設？

・施設情報

設立母体、設立年数、ユニット数

・マンパワー

平均職員数、常勤介護職員数、夜勤者数、看護師配置の有無、ボランティアの有無

・受け入れ

入所時

転倒件数と関連なし

基準

・転倒防止の工夫

バリアフリー、手すり、杖・車いすの貸し出し、センサー

・怪我防止の工夫

床材、ヒッププロテクター、ヘッドギア、骨の薬

・事故処理対策 (情報共有の工夫)、報告基準の有無

転倒が少ないのはどんな施設？

- ・非常勤職員数が多いほど転倒件数は少ない ($p<0.05$)
- ・他の業務と兼務の介護職員が多いほど転倒件数は少ない ($p<0.05$)
- ・入所時に要介護度で受け入れの制限をする ($p<0.05$)

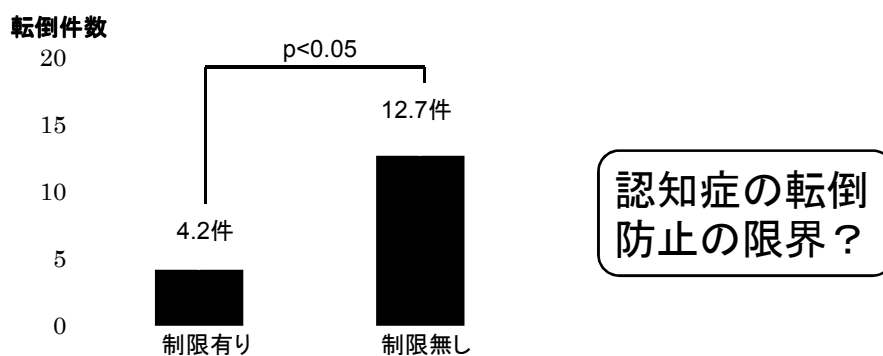


図 要介護度による受け入れ制限の有無と転倒件数の関係

どんな人がどんな時に転ぶの？

全対象者222名中、年齢、介護度、原因疾患、転倒既往、外因、外傷の有無の回答に欠損があった20名を除外した202名を対象として分析を実施。



どんな原因で転ぶの？

	第1	第2	第3	第4	
徘徊	.629	.209	.031	-.342	⇒ 第1主成分 精神・身体状況
転倒既往	.596	.345	-.180	-.021	
興奮	.525	.178	.282	-.149	
せん妄	.454	.196	.009	.239	
時間帯	.399	-.772	-.035	.132	⇒ 第2主成分 環境因子
職員人数	-.370	.748	.099	-.083	
場所	-.276	.485	.092	-.109	
原因疾患	.127	-.096	.708	.016	
年齢	-.121	.175	-.639	.352	⇒ 第3主成分 対象者の背景1
内服薬	.424	.149	-.579	.226	
性別	-.386	-.105	.247	.630	
不眠	.243	.442	.229	.576	
介護度	.414	.088	.274	.537	⇒ 第4主成分 対象者の背景2
寄与率	17.3%	14.7%	11.3%	9.8%	

累積 53.1%

年齢、性別、介護度、原因疾患、服薬、転倒既往、BPSDの有無（徘徊、興奮、不眠、せん妄）、転倒時間帯、転倒場所、転倒時の職員数を変数として主成分分析を実施。

どんな人が転ぶの？

- ・複数のBPSDがあり、運動機能を低下させるような(副)作用のある薬を内服している($p < 0.01$)
- ・複数のBPSDがあり、転倒既往が頻回。($p < 0.01$)
- ・運動機能を低下させるような(副)作用のある薬を内服していてかつ転倒既往が頻回。($p < 0.05$)

χ^2 乗検定

転倒防止キーワード？

①複数のBPSD ②副作用のある薬の内服 ③転倒既往

転びやすい人：BPSD・転倒既往

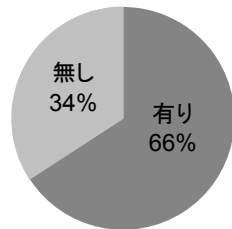


図 BPSDの有無

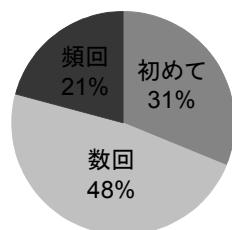


図 転倒既往の有無

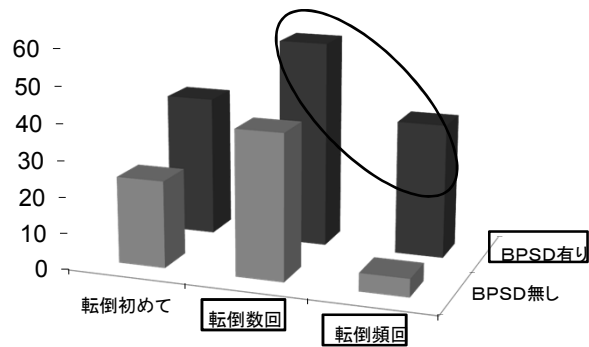
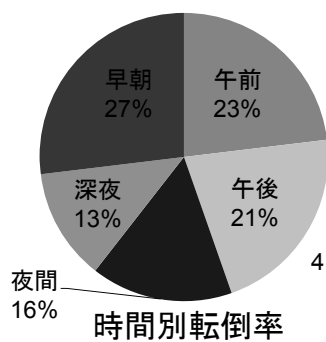


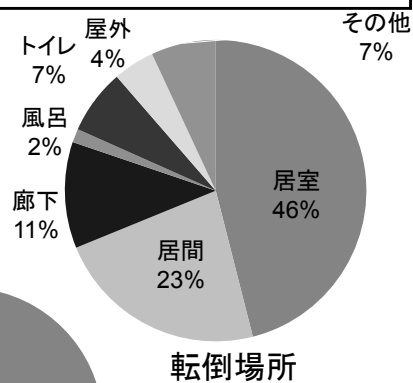
図 BPSDと転倒既往の関係

複数のBPSDがあり、転倒既往が頻回
($p < 0.01$)

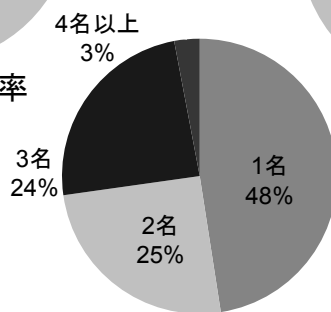
どんな時・どんな場所で転ぶの？



時間別転倒率



転倒場所



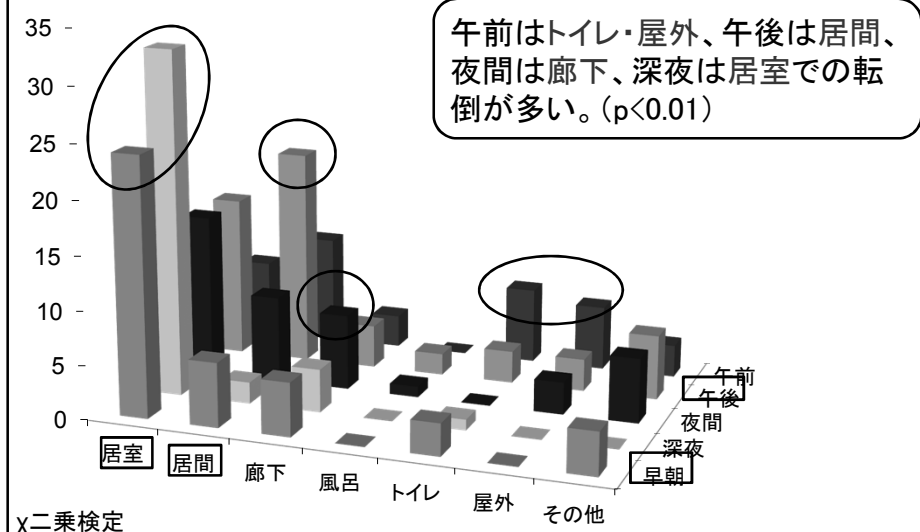
転倒時の職員数

どんな時・どんな場所で転ぶの？

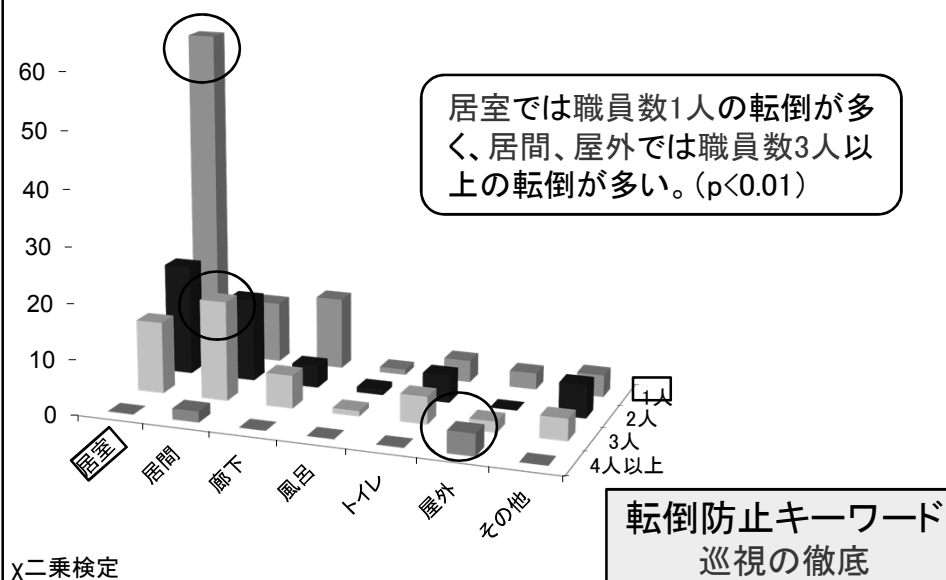
- ・午前はトイレ・屋外、午後は居間、夜間は廊下、深夜は居室での転倒が多い。(p<0.01)
 - ・午前・午後は職員が3人いての転倒者が多く、夜間・深夜・早朝は職員数1人の転倒が多い。(p<0.01)
 - ・居室では職員数1人の転倒が多く、居間、屋外では職員数3人以上の転倒が多い。(p<0.01)
- * (副)作用のある薬の内服者
早朝 (p<0.05)、職員数1人の際 (p<0.05)、廊下での転倒者が多い。(p<0.01)

χ²乗検定

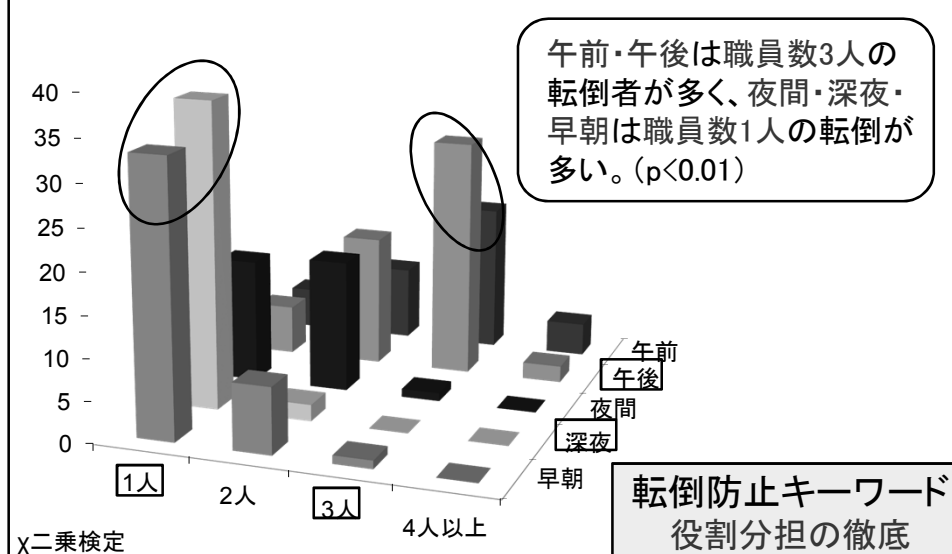
転倒が多い場所と時間



転倒が多い場所と職員数



転倒が多い職員数と時刻



転倒の結果は？

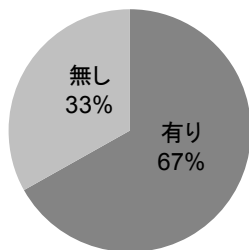


図 外傷の有無

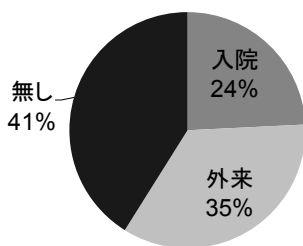


図 治療の有無

外傷種類別の有病率

外傷	あり	なし	有病率
骨折	83	119	41.1%
打撲/捻挫/脱臼	29	172	14.4%
切傷/擦過傷	19	183	9.4%
脳挫傷	0	202	0%
硬膜下血腫	0	202	0%

骨折・入院につながる転倒

・男性と比較して女性が多い ($p<0.01$)
 χ^2 乗検定

転倒防止キーワード
 骨を丈夫にしよう

【まとめ】

群馬県内のGHやSTKにおける転倒の実態調査を行い、GHに関して、以下の解析結果を得た。

- ①非常勤職員数や兼務の介護職員が多いほど転倒件数は少ない。
- ②『複数のBPSD』『副作用のある薬の内服』『転倒既往』は転倒の危険性を高める重要な因子であると推測された。
- ③午前トイレ・屋外、午後は居間、夜間は廊下、深夜は居室での転倒が多い。
- ④居室では職員数1人の勤務状況での転倒が多く、居間・屋外では職員数3人以上のときの転倒が多い。
- ⑤午前・午後は職員数3人の勤務状況での転倒が多く、夜間・深夜・早朝は職員数1人のときの転倒が多い。

以上をふまえGHにおける転倒防止に努めたい。また、骨折・入院につながる転倒は男性と比較して女性が多いため、ここでも骨粗鬆症の予防が重要であることが確かめられた。

【参考文献】

- ・ 松井典子ら:わが国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的考察、老年精神医学雑誌17(1)65－74(2006)
- ・ 泉キヨ子編集:エビデンスに基づく転倒・転落予防、中山書店、2006
- ・ 蓼沼琢ら:入院患者における転倒の危険因子の分析と対策、島根医学26(4)53－58(2006)
- ・ 征矢野あや子ら:介護老人保健施設の転倒・転落の関連要因、Osteoporosis Japan 16(3)176－178(2008)
- ・ 三谷健ら:認知機能障害を呈する介護老人保健施設入所者の転倒の特徴について、理学療法学36(5)261－266(2009)

第三章

セミナー（概要）

セミナー（概要）

4つのブロックにて実施した地区別セミナーでは、アンケート調査から得られた解析結果を題材に、GHおよびSTKの現場介護職員からの意見や気づきについてワークショップ形式で抽出した。以下、その概要について各ブロックごとに報告する。

※文中の「スライドA～C」などについてはこの章の末尾参照

1 南部ブロック転倒防止セミナー

日 時 平成22年8月6日（金） 14:00～17:00

場 所 藤岡公民館

参加人数 24名

進行役 転倒防止委員会委員 森田裕之

スライドを使用して、アンケートの集計結果と解析結果の説明をした。その後、解析結果についてグループワークにより意見交換を行った。以下、グループワークで出された意見。

①スライドA-1・2・3 に関する意見など

- ・ 早朝時間帯（5:01～8:30）は、他の時間に比べ時間が少ないのに転倒の割合が高い。
- ・ 自立歩行者者の身体機能が落ちるてくる過程の見極めが難しい。
- ・ 食事の前後など動きのある時間帯に転倒しやすい。
- ・ 時間帯は夜が多い。
- ・ 転倒者にはなんらかのBPSDがあることが多い。
- ・ 職員数が多くても事故はある。複数職員がいると安心してしまう。
- ・ 時間における転倒場所の因果関係には納得しづらい。（午前中にトイレでの転倒が多いなど）

②スライドB-1・2・3 に関する意見など

- ・ GHは内服による予防には消極的であり、逆にリスクが高いのではないか。
- ・ 同じ人が繰り返し転倒するケースが多い。
- ・ 普段薬を飲んでいない人が、抗生剤を飲んで効きすぎてしまい、2日連続で転倒

した。

- ・夜間、ベッドから転倒した。
- ・夜間、他者を介助中で駆けつけられなかった。
- ・昼間でも職員の休憩中などに転倒している。

③ スライドC-1・2 に関する意見など

- ・転倒の結果、入院の必要があっても認知症の有無によって病院側から入院を拒否されているのではないか。
- ・大きなケガをする人は下肢筋力が低下している。
- ・動きたくない人は下肢筋力低下につながる。
- ・朝起きる時に、下肢筋力低下により転倒してしまう。
- ・車イスの使用が下肢筋力の低下につながる。
- ・転倒すると何らかの外傷を負う。

④ まとめ、転倒を減らす工夫、提案、気づき

- ・牛乳を飲む。カルシウムを摂る。骨粗鬆症の薬を飲む。
- ・その人に合った靴を履く。
- ・ベッド下に介護用のマットを敷く。クッションになるように。
- ・時間帯だけではなく、自力動作中なのか介助中の転倒なのか、分けて調べられればもっと良かったと思う。
- ・内服に関して、転倒に起因する副作用がある薬かどうか分からないので、服薬の有る無しについての割合は信頼性がないのではないか。

2 中・北毛ブロック転倒防止セミナー

日 時 平成 22 年 8 月 18 日（水） 14:00～16:30

場 所 渋川市中央公民館

参加人数 37 名

進行役 転倒防止委員会委員 金井崇

スライドを使用して、アンケートの集計結果と解析結果の説明をした。その後、解析結果についてグループワークにより意見交換を行った。以下、グループワークで出された

意見。

① スライド A-1・2・3 に関しての意見など

- ・介護度の低い人ほど事故が多い。自分でできるので目を離しやすい。
- ・自分でできると思い行動したことが原因になっていることが多い。
- ・“あと１歩”が出ないで転倒される。
- ・不眠の方は転倒される。
- ・歩行できない方はヒヤリとする場面はあっても、転倒されることはない。
- ・BPSD を４項目保有での転倒はかなり考えられる。つながりある。
- ・“歩行できる方”であり、職員の中に転倒の意識が欠けてしまう。
- ・身体的に自立されているので付き添う時間が少ない。
- ・BPSD が少ない方でもリスクのある方はいる。(STK)
- ・BPSD の項目が多い人の方がスタッフも気にかけて、状況を把握している。(STK)
- ・BPSD の項目の多い人が利用対象者に少ない。(STK)
- ・自立度の高い方の行動に継続的に係り続けられないので目が届きにくい。(STK)
- ・申し送りなど、手薄な時間がある。・職員が入れ替わる時間帯などバタバタしてしまう。
- ・夕方は、帰宅願望など落ち着かない方が出てくる。
- ・午後、深夜、早朝に多い。
- ・転倒は夜間が多い。夜間は職員の割合が９対１になってしまう。
- ・早朝、職員は少なく、利用者は動きたくなる。お腹がすいている。朝方が大変。
- ・利用者は早起きで早朝から活動的。・利用者が早起きの方が多い。
- ・朝方多いのは、起床直後にふらつきがみられる方が多いから。
- ・利用者様もスタッフも午後～夕方は疲れている。(STK)
- ・夕方の送迎でソワソワしている。たそがれ症候群 (STK)
- ・本人の行動として、座り損ねなどがあるため居室が多い。
- ・居間にいる時間が長い。居間にいる際は、“誰かが見ていてくれる”という思いから利用者の把握が薄れる。(STK)
- ・誰かが見ていてくれるという思いがある。
- ・トイレ介助等を行っているときは、他の方の見守りができない。
- ・統一したケアができていない。
- ・職員１名で９～１８名の利用者を見る時間帯は見守り、付添などの介護時間が分散されてしまう。
- ・センサーなど完備されている場合職員に安心感が出るため、気づきの遅れ、意識が欠けてしまう。
- ・骨折の自覚がない。いつ転倒したのか分からない。

② スライドB-1・2・3 に関する意見など

- ・BPSD 有りが多く、時間帯、性別などはあまり関係ない。
- ・歩き回っていればリスクは高い。
- ・徘徊が男性に多いとは限らない。
- ・生活歴、職歴でご商売や教員をされていた方は徘徊が激しい。
- ・興奮したままでよいのか、医師に相談し指示を受ける。
- ・女性は日常生活の中で「何かしなければならない」という思いが強いことが不穏につながる。
- ・行動できる人が多いと見守る職員の人数が足りない。
- ・職員の声の掛け合いが大事。職員の役割分担を決める。
- ・職員がすぐ傍にいても、一瞬のことで防げない事故がある。
- ・AD の人は体がしっかりしている分、転倒が多い。
- ・AD の人は午後不穏で、VD の人は朝方不穏。
- ・1 度転んだ人は繰り返す。
- ・薬を飲んでいる人が危険。

③ スライドC-1・2 に関する意見など

- ・職員の人数で外傷の特性が変わるのでは？
- ・夜間は、転倒したことで興奮しているのか、転倒前から興奮していたのか分らない。
- ・80～90 歳の方は許容範囲をもって行動しているのでは。
- ・長生きの方は頑固。
- ・AD の人は危険が認識できない、VD の人は危険を認識できる。
- ・女性は骨粗鬆症等で体が弱く、男性は筋肉質。(STK)
- ・興奮している方は力が強い。せん妄のある方はふらつきやすく、どこかへ掴まる際もしっかりつかめない。(STK)
- ・深夜の転倒は、眠剤などの影響でふらつきがあるのでは？
- ・居室は夜間過ごす時間が長いので割合が高い。

④ まとめ、転倒を減らす工夫、提案、気づき

- ・見守りが重要
- ・夜勤者一人では不安。巡視の限界もある。
- ・センサーやモニターを使用する。

3 西部ブロック転倒防止セミナー

日 時 平成 22 年 9 月 2 日（金） 13:30～16:00

場 所 高崎市総合福祉センター

参加人数 34 名

進行役 転倒防止委員会委員 間々田卓

スライドを使用して、アンケートの集計結果と解析結果の説明をした。その後、解析結果についてグループワークにより意見交換を行った。以下、グループワークで出された意見。

① スライド A-1・2・3 に関する意見など

- ・ 転倒の原因が BPSD にあるとは限らないのではないかな？
- ・ 夜間帯の居室での転倒が多い。
- ・ 浴室での転倒が少ないのはスタッフが注意しているから。
- ・ 午後～夜間にかけて多いのは利用者の疲れがあるのでは？
- ・ 環境の変化による転倒（鈴を鳴らさないなど）があるのでは？
- ・ 夜勤帯での複数の利用者の同時対応が心配（優先順位つけられない）
- ・ 帰宅願望による徘徊があるのでは。夕方は帰宅願望が強まる（夕暮れ症候群）
- ・ 亡くなった方は本当に転倒が直接の原因かな？（持病等ではないのか）
- ・ 徘徊・興奮ありで 90 代、足腰弱っている人に転倒多い。
- ・ 他の利用者との時間がずれるようにケア（その人の生活パターンを先回りしてケアする）
- ・ 早朝は同時に起きてくる時に転倒する。
- ・ 早朝は思うように身体が動かなくて転ぶ。
- ・ 転びなれてくると受身ができています。うまく転ぶ。
- ・ 椅子に浅く腰掛けての転倒が多い。
- ・ 外出すると興奮気味になり転倒しやすい。
- ・ 不安定なものに掴まり転倒する。
- ・ 主成分分析のスライドで原因不明の転倒に関しては身体的疾患・障害が関係しているのでは。

② スライド B-1・2・3 に関する意見など

- ・ 徘徊する利用者には「待った」が効かない。興奮させない工夫が必要。
- ・ 小規模多機能は環境因子が多い。グループホームは小規模に比べ環境の変化が少ない。
- ・ 環境と精神状況の関わりが深い。
- ・ 利用者の特性を良く理解し対応する。
- ・ 夜間は歩行が不安定になりやすい
- ・ 何度も転ぶ人は注意。
- ・ 一人対応より複数のスタッフで対応すると気がゆるみ、隙ができる。
- ・ 配置人数が多くても、職員間のコミュニケーション声掛け不足があれば転倒する。
- ・ 自立が高かった人が一度転ぶと、転倒を繰り返すのではないか。
- ・ 女性は骨が脆く、骨折多い。
- ・ 思い込みや慣れが危険を生んでいることが大いにある。昨日と今日は状態違う。
- ・ 靴の選び方でもリスクは変わる。
- ・ 室内履きと室外履きを色違いの同じ靴にすると、外出でも違和感無く歩ける。
- ・ 本人の性格「せっかち」「気早」などでも転倒する。「自分はできる」と思う人は転倒しやすい。
- ・ 利用者全体で女性が多い。
- ・ 屋外は段差など多く転倒リスク高い（屋内の生活が多く、屋外で靴が変わる影響もあり）
- ・ ラジオ体操などの予防措置が大事。

③ スライド C-1・2 に関しての意見など

- ・ データでは判断できない。
- ・ 年齢が若い人は行動的で転倒しやすい。
- ・ 居室より居間での移動のリスクが少ない。
- ・ 転倒の時間帯と重傷度はあまり関連がないのでは？
- ・ 女性は骨折で男性は外傷・内出血。なぜなら転倒時に、男性は本能的にうまく転ぶ。

④ まとめ、転倒を減らす工夫、提案、気づき

- ・ リスクの高い人は鈴をつけている（肩、ベッド、柵、ハンドベル）
- ・ 認知症だからといってあきらめず試してみる。
- ・ 筋力 UP 運動。
- ・ ドロボーセンサー。

- ・ 申し送りで生活状況やリスクに関する気づきを話す。
- ・ 歩行のふらつきがある人はベッドの配置を工夫。
- ・ ご自宅で生活していた頃の環境や動線を理解し、ホームの居室内の配置を工夫する。
- ・ 利用者個々の転倒リスクをアセスメントし、ケアプランに取り込む。
- ・ 電動ベッドで立ち上がり時に高さ調整できるようにする。
- ・ 慎重な性格で、目の前のものを「どかして」と言える人は転倒もない。
- ・ カルシウムを取る。
- ・ 職員の疲労度の少ない勤務体制を整える。
- ・ 転倒しづらい環境整備をする（動線を理解し、安全を確保しておく）
- ・ 本人の生活パターンを分析する。
- ・ 不安定な精神状態になるのを未然に防ぐ。

4 東毛ブロック転倒防止セミナー

日 時 平成 22 年 9 月 24 日（金） 14:00～17:00
 場 所 太田市休泊行政センター
 参加人数 30 名
 進行役 転倒防止委員会委員 吉永充

スライドを使用して、アンケートの集計結果と解析結果の説明をした。その後、解析結果についてグループワークにより意見交換を行った。以下、グループワークで出された意見。

① スライド A-1・2・3 に関する意見など

- ・ 昼夜逆転が原因では。
- ・ 不穏・帰宅願望のある時に転倒がある。
- ・ 夜間、早朝など夜間帯。
- ・ 朝食後、眠くなる時。
- ・ 職員の数が少ない時。夜勤帯・早朝（職員 1 名の時）
- ・ トイレや空腹で利用者が起きた時に転倒の恐れがある。
- ・ こまめな見回りが必要。
- ・ 浴室で転倒するのは、浴室の床が滑りやすいから。
- ・ 送迎の時間や夜間など職員の人数不足。注意力不足。利用者の身体レベルな

どの予測が出来ていないため。(STK)

- ・ 居間で転倒が多いのは過ごす時間が長いから。(STK)
- ・ 時間帯的にレクリエーションの時間が多い。(STK)
- ・ 不眠・帰宅願望などの BPSD が原因。(STK)

② スライド B- 1・2・3 に関する意見など

- ・ イスが本人に合っていない。靴があっていない。眼鏡があっていない。服装の乱れ。
- ・ 障害物がある。手すりが少ない。段差がある。建物内が暗い。床が滑りやすい材質。
- ・ 自分では歩ける・できると思っていて動いてしまい転倒する。
- ・ 車イスのブレーキをかけ忘れて立ち上がろうとする。
- ・ 下肢筋力の低下、ふらつき、めまい、不眠、心配事、不安感、など本人の心身の問題が原因。
- ・ 職員の人数の不足。コミュニケーション不足。介護技術が未熟。
- ・ 自立度の高い方に対して、職員が油断している。
- ・ 職員お目の届かない死角がある。(STK)

③ スライド C- 1・2 に関する意見など

- ・ 高齢者、特に女性は骨がもろい。
- ・ つまづきやすい、運動能力など機能低下。
- ・ 便秘などで不快な状態になる。
- ・ 不穏・興奮などが原因。
- ・ 下肢筋力の低下。
- ・ 服のサイズがあっていない。
- ・ 焦点があっていない。
- ・ 体調不良。
- ・ 寝起き・起床時のふらつき。
- ・ 歩けると思い込んでいる。

④ まとめ、転倒を減らす工夫、提案、気づき

- ・ スタッフがその人を理解・把握する。その人に合わせる。
- ・ よく観察して状態を知る。
- ・ スタッフの適切な対応。適切な声掛け。利用者の不安を取り除く。
- ・ リハビリ・体操などを行う。

- ・ 本人の動きに合わせ無理をしない。
- ・ 介護技術の向上
- ・ 職員の増員
- ・ 環境整備（障害物を置かない。建物内を明るくする。床をきれいに保つ。）
- ・ その人に合った靴を履く。メガネの調整



GHにおける転倒者の特性

全対象者222名中、年齢、介護度、原因疾患、転倒既往、外因、外傷の有無の回答に欠損があった20名を除外した202名を対象とした。

性別:男性	46名 (22.8%)	介護度:介護 1	17名 (8.4%)
女性	156名 (77.2%)	2	52名 (25.7%)
		3	74名 (36.6%)
年齢:80歳以下	23名 (11.4%)	4	51名 (25.2%)
80-90歳	129名 (63.9%)	5	8名 (4.0%)
90歳以上	50名 (24.8%)		
疾患:AD	95名 (47.0%)	転倒既往:初めて	63名 (31.2%)
VD	76名 (37.6%)	数回	97名 (48.0%)
その他	31名 (15.3%)	頻回	42名 (20.8%)

* 診断に関しては、その病因構成から、不正確な印象がある

A-1

GHにおける転倒者の特性

今回の調査におけるBPSDとは徘徊、興奮、不眠、せん妄、その他

BPSD

あり:133名 (65.8%)
なし: 69名 (34.2%)

BPSDの項目数

1項目:60名 (29.7%)
2項目:43名 (21.3%)
3項目:25名 (12.4%)
4項目: 5名 (2.5%)

BPSD	あり	なし	有病率
徘徊	73	129	36.1%
興奮	63	139	31.2%
不眠	52	150	25.7%
せん妄	40	162	19.8%
その他	13	189	6.4%

* せん妄は厳密にはBPSDとは異なるが、ここでは同列に扱った

A-2

GHにおける転倒者の特性

時間帯:午前 (8:31~12:00) 36名 (17.8%)
午後 (12:01~17:30) 53名 (26.2%)
夜間 (17:31~22:00) 32名 (15.8%)
深夜 (22:01~ 5:00) 39名 (19.3%)
早朝 (5:01~ 8:30) 42名 (20.8%)

場所:居室	93名 (46.0%)	転倒時	
居間	46名 (22.8%)	職員数: 1名*	96名 (47.5%)
廊下	23名 (11.4%)	2名	51名 (25.2%)
風呂	3名 (1.5%)	3名	49名 (24.3%)
トイレ	14名 (6.9%)	4名以上	6名 (3.0%)
屋外	9名 (4.5%)		
その他	14名 (6.9%)		

* 0名 1件、1.5名 1件含む

A-3

GHにおける転倒者の特性

外傷:あり 135名 (66.8%) 治療:入院 49名 (24.3%)
なし 67名 (33.2%) 外来・往診 70名 (34.7%)
必要なし 83名 (41.1%)

外傷	あり	なし	有病率
骨折	83	119	41.1%
打撲/捻挫/脱臼	29	172	14.4%
切傷/擦過傷	19	183	9.4%
脳挫傷	0	202	0%
硬膜下血腫	0	202	0%

死亡 1件 (0.5%)
トラブル 4件 (2.0%)

B

GHにおける転倒者の特性

年齢、性別、介護度、原因疾患、服薬、転倒既往、各種BPSDの有無(徘徊、興奮、不眠、せん妄)、転倒時間帯、転倒場所、転倒時の職員人数を変数として主成分分析を実施した。

	第1	第2	第3	第4	
徘徊	.629	.209	.031	-.342	
転倒既往	.598	.345	-.180	-.021	⇒ 第1主成分
興奮	.525	.178	.282	-.149	精神・身体状況
せん妄	.454	.196	.009	.239	
時間帯	.399	-.772	-.035	.132	⇒ 第2主成分
職員人数	-.370	.748	.099	-.083	環境因子
場所	-.276	.485	.092	-.109	
原因疾患	.127	-.096	.708	.016	⇒ 第3主成分
年齢	-.121	.175	-.639	.352	対象者の背景1
内服薬	.424	.149	-.579	.226	
性別	-.386	-.105	.247	.630	⇒ 第4主成分
不眠	.243	.442	.229	.576	対象者の背景2
介護度	.414	.088	.274	.537	
寄与率	17.3%	14.7%	11.3%	9.8%	累積 53.1%

GHにおける転倒者の特性

BPSD と他の項目の関係

- ・BPSDを2-3項目合併する男性が多く、女性は0-1項目が多い。(p<0.01)
- ・ADではBPSDが2項目の転倒者多く、1項目の転倒者は少ない。VDではBPSDが1もしくは3項目の転倒者が多く、2項目の転倒者は少ない。(p<0.01)
- ・BPSDが0項目では屋外、1項目では居間、2項目では居室、3項目では廊下・風呂での転倒者が多い。(p<0.01)
- ・BPSDが3項目あり、内服ありの転倒者が多い。(p<0.01)
- ・BPSDが2項目以上あり、転倒既往が頻回の転倒者が多い。(p<0.01)

χ²乗検定

B-1

GHにおける転倒者の特性

BPSDの項目別

徘徊

- ・男性に多い(p<0.01)。内服中のものに多い(p<0.05)
- ・徘徊ありで転倒既往が頻回か、徘徊なしで、初めての転倒者が多い(p<0.01)
- ・徘徊ありで居間での転倒者が多い。(p<0.05)

興奮

- ・男性に多い(p<0.01)
- ・興奮ありで転倒既往が頻回が多い。(p<0.01)
- ・興奮ありで廊下での転倒者が多い。(p<0.05)
- ・興奮ありで内服中の転倒者が多い。(p<0.01)

不眠

- ・他の年代では不眠ありの転倒者が多いが、80-90歳は不眠なしの転倒者が多い。(p<0.05)
- ・不眠と内服に有意な関係なし。転倒既往頻回が多い(p<0.05)

せん妄

- ・せん妄ありでVDの転倒者が多い(p<0.05)
- ・せん妄ありで転倒既往が頻回が多い。(p<0.05)
- ・せん妄ありで内服ありの転倒者が多い(p<0.01)

χ²乗検定

B-2

GHにおける転倒者の特性

環境因子別

時間

- ・午前はトイレ、屋外での転倒者が多く、午後は居間、夜間は廊下、深夜は居室での転倒者が多い。(p<0.01)
- ・午前・午後は職員が3人いての転倒者が多く、夜間・深夜・早朝は職員が1人の転倒者が多い。(p<0.01)
- ・内服ありで早朝の転倒が多く、内服なしで午後の転倒が多い。(p<0.05)
- ・ADでは午後の転倒者が多く、VDでは早朝の転倒者が多い。(p<0.05)

職員人数

- ・居室では職員数1人の転倒が多く、居間、屋外では職員数3人以上の転倒が多い。(p<0.01)
- ・内服ありでは、職員数1人の転倒が多く、内服なしでは職員数2人以下の転倒は少ない。(p<0.05)

場所

- ・内服ありで廊下での転倒者が多い。(p<0.01)
- ・介護度1では居室で転倒が多く、介護度4では居間・トイレでの転倒が多い(p<0.05)

χ²乗検定

B-3

GHにおける転倒者の特性

背景因子(内服、原因疾患、年齢、性別)別

- ・内服ありで転倒既往が頻回な転倒者が多い。(p<0.05)
- ・内服なしでADの転倒者は多い。内服ありでその他疾患の転倒者が多い。(p<0.01)
- ・内服ありで80-90歳は転倒者が多く、90歳以上では内服無しの転倒が多い。(p<0.01)

転倒既往

- ・80歳以下で転倒既往が初めての転倒者と、90歳以上で転倒既往が頻回の転倒者が多い。(p<0.01)

年齢

- ・80歳以下はその他疾患の転倒者が多い(p<0.01)

性別

- ・男性で内服中の者(p<0.05)、転倒既往頻回の者が多い(p<0.01)

χ²乗検定

C-1

GHにおける転倒による外傷の特性

- ・男性と比較して女性で外傷・骨折が多く、入院が多い。男性は治療の必要性なしが多い(p<0.01)

- ・BPSDの興奮が無い方が有るより外傷・打撲が多く、入院・外来数が多い。(p<0.01)

- ・年齢が80歳以下は外傷・外来が多く、逆に80-90歳は外傷が少なく、外来数が少ない。(p<0.01)

- ・BPSDが3項目あると外傷・骨折が少く、入院・外来数が少ない。1項目、4項目で外来が多い(p<0.01)が4項目で骨折も多い。(p<0.01)

- ・疾患により外傷数に有意差はないが、ADでは骨折・入院が多く、VDでは骨折が少なく治療の必要性なしが多い。(p<0.01)

χ²乗検定

C-2

GHにおける転倒による外傷の特性

- ・居室での転倒は骨折・入院が多く、居間・屋外(切り傷多い)での転倒は外来が多い。廊下・風呂(打撲が多い)での転倒は治療の必要がない場合が多い。(p<0.01)

- ・職員人数1名の際は骨折・入院が多く、2名の時は打撲が多い。(p<0.05)

- ・午後の転倒は骨折が少ないが、深夜の転倒は骨折が多い。(p<0.05)

χ²乗検定

STKにおける転倒者の特性

全対象者49名中、年齢、介護度、原因疾患、転倒既往、外因、外傷の有無の回答に欠損があった7名を除外した42名を対象とした。

性別:男性	11名 (26.2%)	介護度:支援 2	1名 (2.4%)
女性	31名 (73.8%)	介護 1	4名 (9.5%)
		2	6名 (14.3%)
年齢:80歳以下	7名 (16.7%)	3	14名 (33.3%)
80歳以上	35名 (83.3%)	4	15名 (35.7%)
		5	2名 (4.8%)
疾患:AD	15名 (35.7%)	転倒既往:初めて	16名 (38.1%)
VD	9名 (21.4%)	数回	22名 (52.4%)
その他	18名 (42.9%)	頻回	4名 (9.5%)

*診断に関しては、その病因構成から、不正確な印象がある

A-1 STKにおける転倒者の特性

今回の調査におけるBPSDとは徘徊、興奮、不眠、せん妄、その他

BPSDあり:29名 (69.0%)
なし:13名 (31.0%)

BPSD	あり	なし	有病率
徘徊	17	25	40.5%
興奮	16	26	38.1%
不眠	15	27	35.7%
せん妄	8	34	19.0%
その他	4	38	9.5%

BPSDの項目数
なし:13名 (31.0%)
1項目:12名 (28.6%)
2項目:6名 (14.3%)
3項目:9名 (21.4%)
4項目:1名 (2.4%)
5項目:1名 (2.4%)

*せん妄は厳密にはBPSDとは異なるが、ここでは同列に扱った

A-2

STKにおける転倒者の特性

時間帯:午前 (8:31~12:00) 5名 (11.9%)
午後 (12:01~17:30) 19名 (45.2%)
夜間 (17:31~22:00) 8名 (19.0%)
深夜 (22:01~5:00) 7名 (16.7%)
早朝 (5:01~8:30) 3名 (7.1%)

場所:居室	12名 (28.6%)	転倒時	
居間	16名 (38.1%)	職員数:1名	15名 (35.7%)
廊下	3名 (7.1%)	2名	5名 (11.9%)
風呂	3名 (7.1%)	3名	11名 (26.2%)
トイレ	2名 (4.8%)	4名以上	11名 (26.2%)
屋外	2名 (4.8%)		
その他	4名 (9.5%)		

A-3

STKにおける転倒者の特性

外傷:あり 16名 (38.1%) 治療:入院 6名 (14.3%)
なし 26名 (61.9%) 外来 5名 (11.9%)
必要なし 31名 (73.8%)

外傷	あり	なし	有病率
骨折	7	35	16.7%
打撲/捻挫/脱臼	6	36	14.3%
切傷/擦過傷	4	38	9.5%
脳挫傷	0	42	0%
硬膜下血腫	0	42	0%

死亡 1件
トラブル 1件

B

STKにおける転倒者の特性

年齢、性別、介護度、原因疾患、服薬、転倒既往、各種BPSDの有無 (徘徊、興奮、不眠、せん妄)、転倒時間帯、転倒場所、転倒時の職員人数を変数として主成分分析を実施した。

	第1	第2	第3	第4	第5	
職員人数	-.843	.013	.203	-.150	.101	第1主成分 環境因子
時間帯	.831	.172	-.077	.176	.029	
内服薬	.604	.191	.322	.142	.069	第2主成分 BPSD
場所	-.409	-.341	.305	-.032	-.117	
徘徊	-.185	.819	-.065	-.022	-.069	第3主成分 身体特性
不眠	-.276	.719	.063	-.073	.110	
興奮	-.259	.579	-.098	.450	.310	第4主成分 対象者の背景
せん妄	.324	.479	.113	-.412	-.256	
転倒既往	.028	-.075	-.812	-.148	.049	第5主成分 原因疾患
性別	.036	-.009	.668	.183	-.459	
年齢	-.118	.223	.411	.669	.043	
介護度	.108	.290	.284	-.659	.287	
原因疾患	.167	-.282	.267	.012	.846	
寄与率	17.5%	16.6%	13.1%	10.7%	9.4%	累積 67.2%

B-1

STKにおける転倒者の特性

BPSD と他の項目の関係

- ・BPSDが3項目ある場合、居間での転倒者が多い。(p<0.01)
- ・BPSD有りで転倒既往数回、BPSD無しで転倒既往頻回の転倒者が多い。(p<0.01)

BPSDの項目別

徘徊

- ・徘徊ありで職員3人の時の転倒が多い。(p<0.05)
- ・徘徊有りで転倒数回が多く、徘徊無しで転倒頻回が多い(p<0.05)

興奮

- ・興奮ありで職員3人の時の転倒が多い。(p<0.05)

不眠

- ・不眠は居間での転倒が多く、不眠無しは居室での転倒が多い

χ²乗検定

B-2 STKにおける転倒者の特性 環境因子別

時間

- ・午前は風呂での転倒者が多く、深夜は居室での転倒者が多い。(p<0.05)
- ・午前・午後は職員が3人いての転倒者が多く、深夜は職員が1人の転倒者が多い。(p<0.01)
- ・内服ありで深夜の転倒が多く、内服なしで午後の転倒者が多い。(p<0.05)

職員人数

- ・居室では職員数1人の転倒が多く、風呂・トイレでは職員数4人以上の転倒が多い。(p<0.05)
- ・内服ありでは、職員数1人の転倒が多い(p<0.05)

背景因子(内服、原因疾患、年齢、性別)別

内服

- ・内服ありで転倒既往が頻回な転倒者が多い。(p<0.05)

年齢

- ・80歳以下はVDの転倒者が多い(p<0.01)

χ²乗検定

C-1 STKにおける転倒による外傷の特性

- ・女性で外傷が多く、男性は治療の必要性なしが多い(p<0.05)
- ・BPSDの興奮有りが外傷少なく、治療の必要性が多い。(p<0.05)
- ・BPSDのせん妄有りで骨折・入院が多い。(p<0.05)
- ・ADでは外来治療を必要とする場合が多い。(p<0.05)
- ・午後の転倒は治療が必要ないが多い。(p<0.05)
- ・職員人数2名の際は外傷が多く、3名の時は外傷が少ない。(p<0.05)

χ²乗検定

第四章

シンポジウム（概要）

シンポジウム（概要）

テーマ

「認知症ケア現場における転倒事例と予防について （グループホームにおける転倒の分析から）」

10月27日、第8回小規模多機能・グループホーム大会において、シンポジウム「認知症ケア現場における転倒事例と予防について」を群馬県や前橋市などの後援も得て、前橋市総合福祉会館にて開催した。以下、その概要について報告する。

※文中「表1～14」についてはこの章の末尾、「資料」については本書巻末の資料を参照

コーディネーター

大澤 誠 氏 大井戸診療所（医師）

パネリスト

山上 徹也 氏 高崎健康福祉大学講師（理学療法士）

廣岡 友和 氏 高崎市長寿社会課政策担当係

吉永 充 氏 めいわCOMハウスグループホーム

三俣 和哉 氏 グループホームかわらはま

金井 崇 氏 グループホーム恵の家

最初、コーディネーターの大澤誠氏より挨拶と調査研究の経緯説明（基本情報と事例）があった後、行政を代表して、高崎市の廣岡友和氏より、高崎市介護保険事業に係る事故等の報告に関する要領（資料）及び事故報告書フォーマット（資料）の説明と、平成21年度事故等報告結果（表1）の公表があった。高崎市では、平成21年度は合計127件の事故報告があり、発生場所では、1位が居室の39件であり、2位が居間・食堂の38件で、過半数を占め、また事故内容では、①いいが骨折の54件、2位が裂傷の18件ということであった。引き続き、山上徹也氏よりアンケート調査のデータ集計結果の説明・解説があった（表2-6）。

【夜間・深夜・早朝は職員が1人の転倒が多く、特に早朝に目立つ（事例調査）】という結果に対して、金井崇氏より、「その人の生活リズムを知り予測するケアを行うことが大切である」という意見があった。また、吉永充氏より「夜勤から日勤への移り変わりの時間帯で転倒が多いので気を抜かないことも大切だが、職員の増員も必要である」という意見があったのに対して、オーナーの立場として、三俣和哉氏GH1ユニッ

トでの人件費比率と経営状況（表 7-11）についての現状報告があり、「現在の介護報酬では増員がなかなか難しい」という発言があった。しかし、一方【居室で職員 1 人の時の転倒が多い（事例調査）】という結果も「夜勤者の増員の必要性を裏付けるデータとは思う」という三俣氏の認識であった。

また【午前・午後は職員が 3 人いて転倒が多い（事例調査）】という結果に対して、金井氏より「常勤職員は事務作業が多く、記録を書くだけでも大変な状況がこうした結果を生むのではないか」という意見があったが、さらに【兼務・非常勤介護職員が多いと転倒が減る（基本情報調査）】という結果も、「非常勤の職員はケアに専念出来るという現実には裏付けられる」と金井氏は続けた。

ところで、【介護度による入居基準を設けている所の転倒は少ない（基本情報調査）】という結果も注目される。本来、こうした入居基準を設けることは許されない。三俣氏が「転倒は減らしたいが入居基準は設けたくない」と語るように、今、GH はこうした葛藤の中で日々の運営をしているという現実を、是非国にもわかって頂きたいというのが現場の声であろう。山上氏の「こうした基準を設けることでしか転倒は防げないという、認知症ケアの限界を示している」という発言が印象的であった。

【内服ありで職員数 1 人の転倒が多い・内服ありで早朝の転倒が多い・内服ありで廊下での転倒が多い（事例調査）】という結果は、とりわけ認知症の人への向精神薬の投与について考えさせることとなった。吉永氏は「薬に対しての知識を職員は知っておく必要があるが、それには、医療機関からの情報提供が必要である」とし、さらに「介護スタッフにしろ、医師にしろ、BPSD に対して薬に頼りすぎる傾向もあるのではないかと語った。向精神薬投与に関して、医師の立場として、大澤氏から表 1 の様な解説があり、「確実な服薬と作用・副作用のモニタリングが行える体制づくりが重要である」とまとめた。

服薬とも関係することであるが、【BPSD があって転倒既往頻回の場合に転倒が多い（事例調査）】ということに関して、金井、吉永両氏より、各ブロックで開かれたセミナーでの意見として、「不眠は確かに転倒につながるという現場の実感はあるが、それ以外はどうか？アセスメントを掘り下げていくと BPSD が原因になっている場合もあるのかも知れないが・・・。」（金井）、「BPSD の中で、不眠は転倒の原因として多く出ていた。

環境（ハード・ソフト）を整えることで BPSD を軽減していくことが転倒を少なくしていくことに繋がっていく」（吉永）というように、現場の実感では、BPSD 全体というよりも不眠を問題視する傾向が強いことがわかる。（ただ、不眠という表面的な症状の原因として、せん妄や妄想・幻覚、興奮・易刺激性、不安等の BPSD が隠れていることも多い。）

【90 歳以上で転倒既往頻回の人、男性で転倒既往頻回の人、内服ありで転倒既往頻回の人で転倒が多い（事例調査）】という結果に対して、金井氏から「申し送りやカン

ファレンス、その他の工夫などでしつこいほどの情報共有が求められる」という意見があった。

ところで、高崎市の事故報告結果とも一致するが、われわれの調査においても、【転倒者の外傷では骨折が圧倒的に多い（61.5%）（事例調査）】という結果であった。大澤氏から、折れない骨を作るための食事・運動・薬についての解説があった（表 12, 13）。

以上をまとめると表 14 の様になるが、本調査を通じて、「転倒」という事象が、認知症を有する人にとって避けがたい「症状」であって、「事故」と呼ぶべきものではないのかも知れないという思いが湧いてくる。たとえばレビー小体型認知症にとって、転倒はかなりの確率で生じる症状であり、アルツハイマー病にしても、ステージが進めばパーキンソン症状も生じて転倒する確率は高くなる。「事故」ととらえるのは、かなり行政的な考えなのかもしれない。しかし、一方で人為的な要素も皆無ではないことも見えてきた。「見守りが薄くなる」状況の存在がそれであり、幾分かはその状況を具体的にすることが出来たのではないかと思う。さらに転倒予防のためには、薬剤（向精神薬）の使用に頼らないケアが求められていることも浮かびあがってくる。これらのことを、今後のグループホーム運営に役立てていきたい。



表1（高崎市資料）

平成21年度における事故等報告結果一覧

◎ 発生場所別件数		発生時刻																		
発生場所	件数	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	深夜	他	
居間・食堂(又はデイルーム)	38	—	3	2	2	2	3	1	3	3	4	2	3	5	3	—	—	1	1	
居室(又は宿泊室)	39	2	1	1	4	1	1	1	—	2	—	—	2	2	1	1	2	18	—	
玄関	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
事業所外	14	—	1	1	—	3	1	—	2	3	—	1	1	—	—	—	—	1	—	
事業所敷地内	4	—	1	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
事務室	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
洗面所前	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
浴室	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
脱衣室	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
台所	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
トイレ	8	2	—	1	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	
不明	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
ベランダ	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
廊下	12	2	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	4	—	
合計	127	9	6	7	6	9	10	3	7	9	4	3	—	9	4	3	2	24	5	

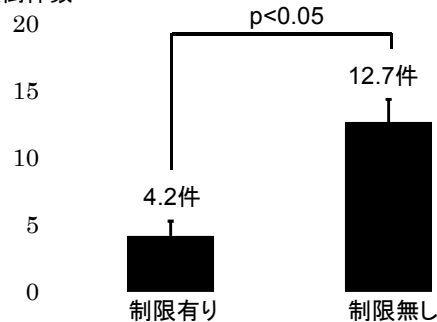
◎ 事故等分類別件数	
事故等分類	件数
骨折	54
裂傷	18
打撲	13
表皮剥離	5
ヒビ	3
誤嚥	2
死亡	2
その他	5
異常なし	25
合計	127

表2(本調査解析結果より)

転倒が少ないのはどんな施設？

- ・非常勤職員数が多いほど転倒事故件数は少ない ($p<0.05$)
- ・他の業務と兼務の介護職員が多いほど転倒事故件数は少ない ($p<0.05$)
- ・入所時に要介護度で受け入れの制限をする ($p<0.05$)

転倒件数



認知症の転倒
防止の限界？

図 要介護度による受け入れ制限の有無と転倒件数の関係

表3(本調査解析結果より)

どんな原因で転ぶの？

	第1	第2	第3	第4	
徘徊	.629	.209	.031	-.342	⇒ 第1主成分 精神・身体状況
転倒既往	.596	.345	-.180	-.021	
興奮	.525	.178	.282	-.149	
せん妄	.454	.196	.009	.239	
時間帯	.399	-.772	-.035	.132	⇒ 第2主成分 環境因子
職員人数	-.370	.748	.099	-.083	
場所	-.276	.485	.092	-.109	⇒ 第3主成分 対象者の背景1
原因疾患	.127	-.096	.708	.016	
年齢	-.121	.175	-.639	.352	
内服薬	.424	.149	-.579	.226	
性別	-.386	-.105	.247	.630	⇒ 第4主成分 対象者の背景2
不眠	.243	.442	.229	.576	
介護度	.414	.088	.274	.537	
寄与率	17.3%	14.7%	11.3%	9.8%	累積 53.1%

年齢、性別、介護度、原因疾患、服薬、転倒既往、BPSDの有無(徘徊、興奮、不眠、せん妄)、転倒時間帯、転倒場所、転倒時の職員数を変数として主成分分析を実施

表4(本調査解析結果より)

どんな人が転ぶの？

- ・複数のBPSDがあり、運動機能の低下させるような(副)作用のある薬を内服している($p<0.01$)
- ・複数のBPSDがあり、転倒既往が頻回。($p<0.01$)
- ・運動機能の低下させるような(副)作用のある薬を内服していて、かつ転倒既往が頻回。($p<0.05$)

転倒防止キーワード？

①複数のBPSD、②副作用のある薬の内服、③転倒既往

χ^2 乗検定

表5(本調査解析結果より)

どんな時・どんな場所で転ぶの？

- ・午前トイレ・屋外、午後は居間、夜間は廊下、深夜は居室での転倒が多い。($p<0.01$)
- ・午前・午後は職員が3人いての転倒者が多く、夜間・深夜・早朝は職員数1人の転倒が多い。($p<0.01$)
- ・居室では職員数1人の転倒が多く、居間、屋外では職員数3人以上の転倒が多い。($p<0.01$)

* (副)作用のある薬の内服者

早朝($p<0.05$)、職員数1人の際($p<0.05$)、廊下での転倒者が多い。($p<0.01$)

χ^2 乗検定

表6(本調査解析結果より)

特に注意すべき転倒は？

外傷:あり 135名 (66.8%)
なし 67名 (33.2%)



外傷	あり	なし	有病率
骨折	83	119	41.1%
打撲/捻挫/脱臼	29	172	14.4%
切傷/擦過傷	19	183	9.4%
脳挫傷	0	202	0%
硬膜下血腫	0	202	0%

骨折・入院につながる転倒

- ・男性と比較して女性が多い ($p<0.01$)
- ・深夜 ($p<0.05$)、職員数1人の際 ($p<0.05$)の居室での転倒 ($p<0.01$)

χ²乗検定

表7(当委員会作成参考値)

例. 利用者一人/月当りの収入(介護度3)

	単価	日数	単価×日数
認知症共同生活介護3	865	30日	25,950
医療連携加算	39	30日	1,170
初期加算	30	30日	900
サービス提供体制強化加算Ⅱ	6	30日	180
介護保険本人負担①			28,200
居室料(事業所ごとに設定)	1350	30日	40,500
水道・光熱費(事業所ごとに設定)	600	30日	18,000
その他費用② ※			58,500
利用者負担合計(①+②)・・・③			86,700

※おむつ代・食材費は実費相当の為、上記に含まず

国保連請求額(9割)・・・④	253,800
----------------	---------

収入合計(③+④)=340,500

表8(当委員会作成参考値)

平均モデル:1ユニットの事業所

平均セグメントの事業所				
	科目	金額	合計	
収入	介護保険収入(国保連:9割)	27,198,789	40,648,675	
	介護保険自己負担収入(1割)	2,731,603		
	保険外自己負担収入	8,574,857		
	その他	2,143,426		
	人件費	25,833,740	37,937,683	
	食材費	2,366,802		
常勤換算数		1,329,437		
法人種	社福法人	7.6		1,201,991
	医療法人	7.7		426,590
	株式・有限	8.2		518,057
	NPO等	8.5		231,552
ユニット数	1	8.5		63,644
	2	7.8		117,216
	3	7.4		3152,451
		その他設備関係など	2696,203	
	その他租税公課など			
収入 - 支出			2,710,992	

事業所の年間利益

表9(当委員会作成参考値)

年間人件費 25,833,740円を

介護職員(常勤換算8.5人)

+ケアマネ+管理職+事務員+その他の全職員
で分け合っている。

表10(当委員会作成参考値)

人件費率(ユニット数別)

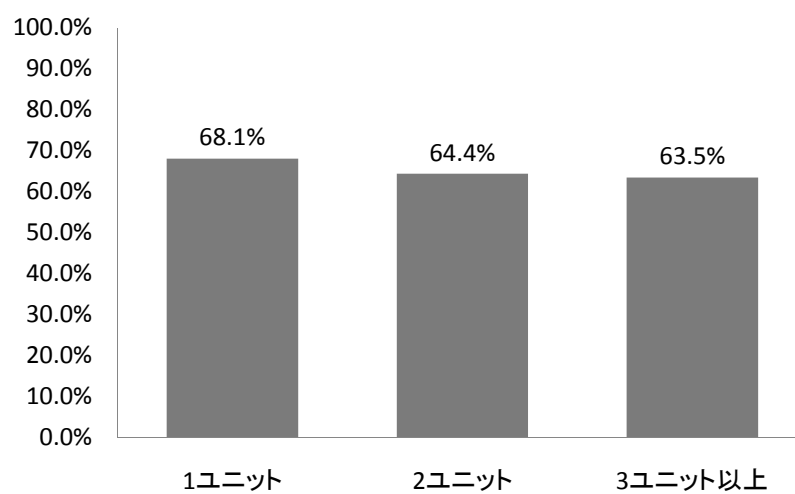


表11(当委員会作成参考値)

1ユニット事業所の支出内訳

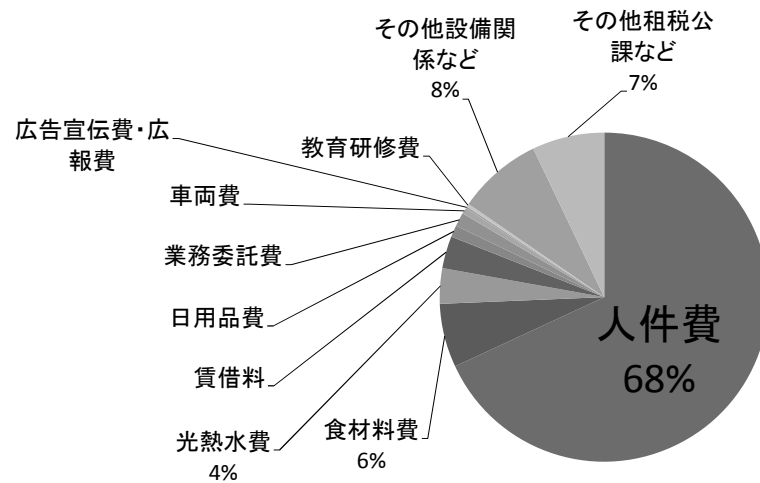


表12(骨を強く)

食事

骨の材料となるカルシウム、骨代謝を盛んにするビタミンD、骨の形成を促すビタミンKを十分に摂り、また食事全体の栄養バランスやカロリー量にも配慮する。タンパク質も骨の材料となり骨を丈夫にするので意識して摂取する。



運動

運動不足は骨密度を低下させる原因になる。骨密度低下を防止し増加させる運動は、ウォーキング、ジョギング、エアロビクスなどで、体重をかける運動が骨密度増加のために有効。特別なことをしなくても、エレベータやエスカレーターを使わずに階段の上り下りをする、適度に太陽光を浴びながら散歩を楽しむといったことでも十分に効果がある。

表13(骨を強く)

薬物

栄養素補給的な治療 骨折低リスク群

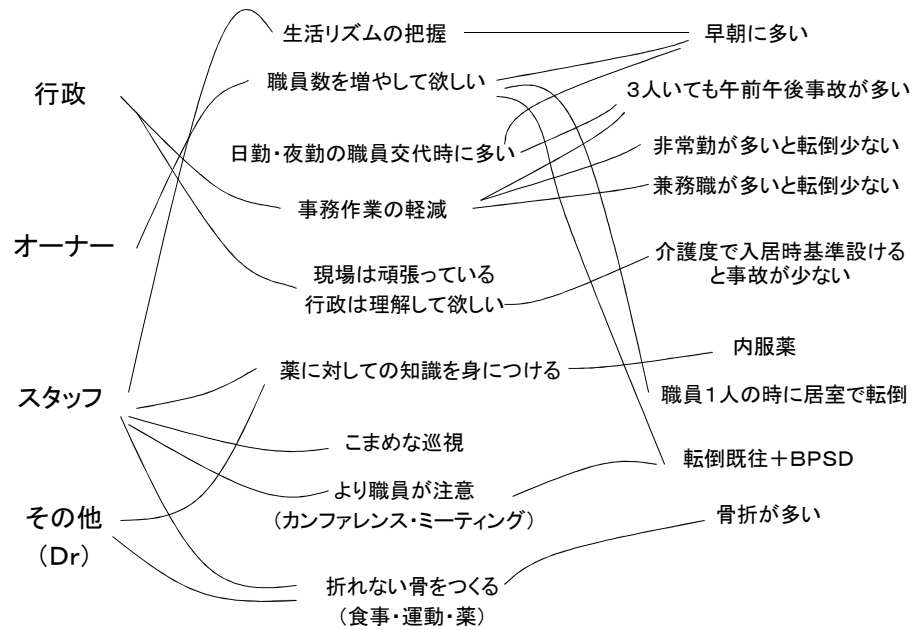
- ・ 活性型ビタミンD₃製剤
- ・ ビタミンK₂製剤

強力な治療 骨折高リスク群

- ・ ビスフォスフォネート製剤
- ・ エチドロネート製剤
- ・ エストロゲン製剤

表14

アンケート解析結果から



第五章

公表（概要）

公表

本調査研究について、下記の方法でその実施結果を公表する。

1 ぐんま認知症アカデミー「第5回秋の研究発表会」

- ①実施日 群馬会館（群馬県前橋市大手町2-1-1）
- ②方 法 調査報告「グループホーム利用者の転倒特性」として発表
- ③報告者 群馬県地域密着型サービス連絡協議会 転倒防止委員会
三俣和哉（グループホームかわらはま・かしわぐら）

2 群馬県地域密着型サービス連絡協議会ホームページ

- ①内 容 本書概要およびシンポジウム音声記録
- ②アドレス <http://www.gunmaken-chiiki.net/modules/tentou>
(当連絡協議会 HP トップページ→ダウンロード→転倒調査研究)

3 報告書の配布

- ①内 容 本書（「認知症高齢者グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所における転倒事故の実態調査と事故防止のための対策の検討」報告書）
- ②配布対象 群馬県地域密着型サービス連絡協議会の会員事業所
福祉および医療関係機関（シンポジウム後援団体等）
行政等

(資料)

**高崎市介護保険事業に係る
事故等の報告に関する要領など**

高崎市介護保険事業に係る事故等の報告に関する要領

(目的)

第1条 この要領は、介護保険の指定事業者（以下「事業者」という。）が行う介護保険事業において、事故等が発生した場合における厚生労働省令で定める運営等の基準に係る報告の方法、それに対する市の対応等を定めることにより、被保険者の保護、事故等の速やかな解決、再発の防止等を図り、もって介護保険事業の質の向上に資することを目的とする。

(報告の範囲)

第2条 事業者は、事故（事業者が利用者に対して介護保険によるサービスを提供するに当たって発生した転倒等（送迎等に係るものを含む。）をいう。）等のうち、次に掲げる場合は市長に報告するものとする。

- (1) 事故等により、利用者が死亡又は医療機関に受診した場合
- (2) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する第1類感染症、第2類感染症、第3類感染症若しくは第4類感染症が発生した場合又は第5類感染症が集団発生した場合
- (3) 食中毒が発生した場合
- (4) 病気等により利用者が死亡に至った場合であって、サービスの提供との因果関係が疑われる場合又は家族との間に問題が生じる可能性がある場合
- (5) 従業者による法令違反、不祥事等が発生した場合
- (6) 前各号に掲げる場合のほか、事業者が利用者の家族等に報告すべきものと認める場合

(報告の方法)

第3条 前条の規定による報告（以下「報告」という。）は、次に掲げる事項を記載して事故等報告書（別記様式）により行うものとする。ただし、事業者が定める報告すべき事項が記載されている書面による場合は、この限りでない。

- (1) 法人名、事業所の名称、所在地、事業所番号、サービスの種類、電話番号、記載者職氏名等
- (2) 報告に係る利用者の氏名、住所、年齢、性別、被保険者番号、要介護状態区分等

- (3) 事故等の発生日時、発生場所及び状況
- (4) 事故等の発生時の対応の概要
- (5) 事故等の発生後の対応及び利用者の状況の概要
- (6) 再発防止に向けての事業所における対策

(報告の時期)

第4条 報告は、事故等が発生した時点で家族への報告にあわせて市長にも前条第1号から第4号までに掲げる事項について行うものとし、同条第5号及び第6号に掲げる事項については報告できる時点でその都度行うものとする。

(報告に対する対応)

第5条 市長は、事業者から報告があったときは、当該報告に係る事故等の状況の把握に努めるものとし、報告の内容に不備又は不足する事項がある場合は、再度報告を求めるものとする。

2 市長は、報告の内容により必要と認めたときは、事業者に対して必要な指導を行うとともに、群馬県及び群馬県国民健康保険団体連合会と連携を図るものとする。

3 市長は、報告に係る利用者が高崎市以外の市町村の被保険者である場合は、必要に応じて当該利用者の保険者である市町村と連携を図るものとする。

4 市長は、群馬県の指定に係る事業者から報告があった場合は、必要に応じ群馬県に対し報告するよう指導するものとする。

附 則

この要領は、平成19年10月1日から施行する。

事 故 等 報 告 書

平成 年 月 日

① 事業所の概要	法人名			代表者氏名		
	事業所名			事業所番号		
	所在地			TEL		
				FAX		
	サービスの種類			記載者職氏名		
② 対象者	住所					
	氏名			年齢		性別
	被保険者番号			要介護状態区分等		
③ 事故等の概要	発生日時	年 月 日 時 分				
	発生場所					
	事故等の種別	(該当するものに○をつけてください。) 骨折 打撲・捻挫・脱臼 切傷・擦過傷 異食・誤嚥 やけど その他の外傷 食中毒 感染症 結核 職員の法令違反・不祥事 その他()				
	発生時の状況	(事故等の内容、原因等)				
④ 発生時の対応	対処の概要					
	治療した医療機関	(名称、所在地、電話番号等)				
	治療の概要					
	家族等への連絡状況	(連絡時刻、報告内容等)				
	関係機関等への連絡状況					
⑤ 発生後の対応等	利用者の状況	(病状、入院の有無等)				
	家族等への対応					
	損害賠償等の状況					
⑥再発防止に向けての今後の対策						

注1 各項目とも具体的に詳しく記入してください。なお、記入しきれない場合は、任意の別の用紙に記入するなどし、この報告書に添付してください。

注2 ①から④までの項目については家族への報告にあわせて速やかに、⑤及び⑥については報告ができる時点でその都度報告してください。

(資料)

アンケート調査票等

平成 22 年 5 月

**認知症高齢者グループホーム・小規模多機能ホームにおける転倒事故の実態と
事故防止のための対策の検討に資するためのアンケート調査**
(財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 助成事業)

【はじめに】

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム、以下 G H）と小規模多機能居宅介護（小規模多機能ホーム、以下 S T K）は認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくために、前者は自宅からの住み替え場所として、後者は自宅に軸足を置いた通い、泊まりの拠点として重要です。しかし、そこでは転倒事故が相次いでいます。その防止のためにそれぞれの G H や S T K では様々な苦勞、工夫をして、事故防止に取り組んでいると思われますが、夜勤は一人でもあり、個室という目の届きにくい空間でもあることから、転倒事故は運動機能・認知機能の落ちてきた認知症の方には必然的なものとも思われます。おそらく厚生労働省は、こうした事態を想定していなかったのではないかと思います。G H や S T K の転倒事故に関する調査は、全国規模でも都道府県規模でも行われていません。対人口比で G H の数が多く、S T K も増加する群馬県においてこの調査を行い、その実態を把握し、事故防止策を検討することは喫緊の課題と思われます。

【調査目的】

介護保険サービス提供事業所の中には、転倒の可能性のある人に対して、車椅子利用を進めるところもありますが、活動を抑えるという手段以外に、G H や S T K において転倒防止の対策はないか、転倒したとしてもそれが骨折や頭部外傷、慢性硬膜下血腫などに結びつかない対策はないかを検討したいと思います。そのためにまず、G H や S T K における転倒の実態（環境背景・個人背景等）と、転倒事故に対する行政の対応について調べることから始めたいと思います。

【調査の実施主体】

本調査は、群馬県地域密着型サービス連絡協議会（会長 井上謙一）が、財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を得て行うものです。

【調査対象】

G H や S T K の実態調査は、**平成 2 1 年 4 月 1 日現在**、群馬県内に開設している G H と S T K を対象として行います。転倒事故に対する行政の対応に関しては、群馬県内の市町村を対象として行います。

【アンケート記入に際してのお願い】

- 1、ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うことはありませんので、率直かつ正確にご記入ください。
- 2、本調査表へのご記入は、日常的な介護及び運営について把握され、G H や S T K を統括されている立場の方（いわゆるホーム長さん）にお願いします。

- 3、本調査票の基本事項も平成21年4月1日現在でご記入ください。
- 4、回答にあたっては、選択肢の記号に✓印をつけるか、数字を記入してください。
- 5、青または黒のボールペンでご記入ください。
- 6、調査票は、同封の返信用封筒を使用して、
平成22年5月31日（水）までにご返送ください。
- 7、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〈 問合せ先 〉

群馬県地域密着型サービス連絡協議会 転倒防止委員会 事務局

担当：佐塚昌史（グループホームじゃんけんぽん群馬町内）

中澤輝（大井戸診療所内）

電話：027-387-0180 F A X：027-387-0181（グループホームじゃんけんぽん群馬町）

0270-62-3333 F A X：0270-63-2412（大井戸診療所）

e-mail：renkyou @gunmaken-chiiki.net（グループホームじゃんけんぽん群馬町）

ooido@orion.ocn.ne.jp（大井戸診療所）

皆様、お忙しいこととは思いますが、是非ご回答いただき、期限までにご返送いただきますよう、心からお願い申し上げます。

1) 貴施設の設立母体

- ☐ a 社会福祉法人
☐ b 医療法人
☐ c NPO法人
☐ d 株式会社
☐ e 有限会社
☐ f その他()

貴施設の所在する市町村名

市・町・村

2) 貴施設の設立年数(平成12年4月1日介護保険施行後、平成21年4月1日現在)

- ☐ a 1年未満
☐ b 1年以上5年未満
☐ c 5年以上10年未満
☐ d 10年以上

3) 貴施設のユニット数

- ☐ a 1ユニット
☐ b 2ユニット
☐ c 3ユニット
☐ d 4ユニット
☐ e 5ユニット

4) 1ユニット当たりの職員数

- 4)-1 下記b、c、dに該当する1ユニット当たりの日中の職員を、常勤換算法で算出してください。
また参考までにe、fについてもお答えください。

 小数点1位以下四捨五入

a 名 = (介護職員の1週間の延べ勤務時間数 ÷ 事業所の定める1週間あたりの勤務時間数)

- b 名 常勤の介護職員
 c 名 非常勤の介護職員(パート)
 d 名 兼務の介護職員(介護と他の業務の割合が概ね半々)
 e 名 介護には殆ど関らない、常勤の職員(管理業務、計画作成業務専門、調理専門など)
 f 名 介護には殆ど関らない、非常勤の職員(計画作成、調理、送迎業務専門など)

- 4)-2 夜間の勤務体制は、1ユニットあたり何名でしょうか？例に則ってお答えください。

a 名 = 夜間の職員数 ÷ ユニット数

例1) : 1ユニットで夜間ケア加算を算定している場合には2名とする。

例2) : 2ユニットで夜勤者1名の場合は0.5名とする

例3) : 2ユニットで夜間ケア加算を算定している場合は3名配置となり1.5名とする。

5) 看護職員の配置

- ☐ a 常勤専従で配置(日常的にホームにいる)
☐ b 常勤兼務、もしくは非常勤で配置(時々しかホームに来ない)
☐ c 訪問看護ステーションとの契約
☐ d 配置なし

6) リハビリ職員の配置

- ☐ a OT・PT・STなどの、リハビリスタッフを配置している
☐ b 訪問看護ステーションと契約して訪問リハビリを実施している
☐ c 配置なし

7) ボランティアスタッフ

- ☐ a 傾聴、見守りなどのボランティアが来ている

☐c ほとんど来ない

8) 貴施設における、受け入れ可能な「障害高齢者の日常生活自立度」は次のうちのどれですか？

- ☐a J(独りで外出が出来る)のみ
- ☐b J～A(屋内では概ね自立)
- ☐c J～B(屋内でも介助が必要)
- ☐d 制限なし

9) 貴施設における、受け入れ可能な「認知症高齢者の日常生活自立度」は次のうちのどれですか？

- ☐a I (何らかの認知症はあるが、ほぼ自立)
- ☐b I 及び II (誰かが注意していれば、自立)
- ☐c I ～ III (日常生活に支障を来たすような症状が時々みられる)
- ☐d I ～ IV (日常生活に支障を来たす症状が頻繁にみられる)
- ☐e 制限なし

10) 貴施設における、受け入れ可能な「要介護度」は次のどれですか？

- ☐a 要支援2のみ
- ☐b 要介護1まで
- ☐c 要介護2まで
- ☐d 要介護3まで
- ☐e 要介護4まで
- ☐f 制限なし

11) 貴施設では、受け入れの際にBPSDの有無を基準にしていますか？

- ☐a している
- ☐b していない

11)－1 a「している」とお答えの方に伺います。受け入れ困難なBPSDは次のどれですか？

- ☐a 徘徊
- ☐b 興奮
- ☐c 不眠
- ☐d せん妄
- ☐e その他()

12) 貴施設では、受け入れの際に、身体的自立度が低下した場合の退居基準を規定していますか？

- ☐a している
- ☐b していない

13) 貴施設における、転倒事故防止のための工夫は次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 施設内がバリアフリーになっている
- ☐b 施設内に手すりがある
- ☐c 車椅子や杖などを貸し出している
- ☐d センサーマット、赤外線センサーを設置している
- ☐e その他 ()
- ☐f 特に工夫していない

14) 貴施設における、転倒事故再発防止のための事故処理対策は次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 事故報告を口頭でのみ行う
- ☐b 報告書を作成し、スタッフ間で情報を共有することに努めている
- ☐c 転倒事故が起きるたびに再発防止策をスタッフ間で検討している
- ☐d その他 ()
- ☐e 特に対策はない

15) 貴施設で、転倒しても怪我をしないような工夫をされていますか？

- | | |
|---|-------|
| a | している |
| b | していない |

15)-1 15で「a している」とお答えの方に伺います。それはどんな工夫ですか？

- | | |
|---|---|
| a | クッション性の高い床材を使用している |
| b | 大腿骨頸部骨折予防のためにヒッププロジェクターをはいてもらっている |
| c | 頭部外傷を防ぐためにヘッドギアをつけてもらっている |
| d | 医師と相談して、骨量を増やすような薬をのんでもらったり、生活の工夫をしたりしている |
| e | その他() |

16) 転倒事故及び事故対策について、自由にご意見をお聞かせください

--

17)平成21年4月1日から平成22年3月31日までに起こった転倒事故の件数をお答えください

- a 件

* 転倒事故とは、グループホーム管理下(施設内とは限らない)でおきた次の場合で、行政に届出ししないものも含む

- ・たとえケガ等がなくとも、転倒の場を目撃した場合
- ・ケガ等があり、その原因として転倒が想定される場合

もし、不明の場合は空欄のままでも結構です

17)－1そのうち、行政に報告した件数をお聞かせください

- a 件

必ず、記入していただき、個々の報告ごとに転倒事故事例調査(用紙2)にご記入ください

17) -2行政に報告する基準はありますか

- | | |
|---|-----------------|
| a | ある(行政が定めた基準も含む) |
| b | ない |

17) -3 17) -2で「a がある」とお答えの方にお伺いします。それはどんな基準ですか？

- | | |
|---|-----------------------------------|
| a | 医療機関を受診しなければならないようなケガ等がある |
| b | 医療機関を受診しなくても済むような軽微なケガ等も含む |
| c | 転倒が明らかであったり想定されるのであれば、ケガ等の有無を問わない |
| d | 行政が定めた基準に従って |
| e | その他() |

基本事項の調査はこれで終わりです。(転倒事例のある方はそちらの記入をお願いします。)
集計結果につきましては、調査結果がまとまりましたら、平成22年8月以降、県内4ヶ所(中北毛、東毛、西部、南部)においてセミナーを開催して、皆様にご報告いたします。また、例年行われる「小規模多機能・グループホーム大会」において、この調査をもとにしたシンポジウムを開催いたしますので、奮ってご参加ください。

なお、アンケート内容に関して、事務局よりお問い合わせする場合がございます。可能な限り下記へのご記入をお願いいたします(必須ではありません)。
ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うこともありませんことを、再度お断りいたします。

ご協力大変ありがとうございました。

貴施設名

所属先住所 〒

お名前

電話番号

メール・アドレス

行政に報告した個々の転倒事故の事例についてお答えください

(平成21年4月1日から平成22年3月31日までに起こった転倒事故)

1) 転倒した方の、転倒事故発生時の状態についてお聞かせください

1)-1 年齢 歳

1)-2 性別 男
 女

1)-3 要介護度

1)-4 認知症自立度 ※認知症高齢者の日常生活自立度

1)-5 寝たきり度 ※障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

1)-6 BPSD a 徘徊
 b 興奮
 c 不眠
 d せん妄
 e その他()

*この用紙が不足の場合、
恐れ入りますが、コピーし
て、お使いください。

※認知症の行動障害及び心理症状

2) その方の認知症の原因疾患についてお聞かせください

a アルツハイマー型認知症及びアルツハイマー病
 b 脳血管性認知症
 c レビー小体型認知症
 d ピック病
 e その他()
 f 不明

3) 転倒事故が起きた時間帯についてお聞かせください

a 午前(8:31~12:00)
 b 午後(12:01~17:30)
 c 夜間(17:31~22:00)
 d 深夜(22:01~ 5:00)
 e 早朝(5:01~ 8:30)

4) 転倒事故が起きた場所についてお聞かせください

a 居室
 b 居間
 c 廊下
 d 風呂
 e トイレ
 f 屋外
 g その他
→ どこで? ()

5) 転倒事故が起きた時間帯の介護に携わっていた職員の人数についてお聞かせください

名

6) 転倒事故当時、その方は運動機能を低下させるような(副)作用のある薬を内服していましたか?

a 特に内服していなかった
 b 内服していた → 薬剤名()
 c 不明

* 不明の場合、当時の内服薬の内容が分かれば、資料として添付してください。

7) その方は以前転倒されたことがありますか?

a 初めて
 b 数回程度
 c 頻繁にある

8) 転倒事故の原因に、他人の関与がありましたか?

a なかった
 b 直接的な関与(例: ぶつかった、押された、叩かれたなど)

- ☐c 間接的な関与(例:声をかけられ振り向いたら転んだ、悪口を言われ追いかけたら転んだなど)
☐d 不明

8)-1 b及びcの関与は、故意に行われたものでしたか？

- ☐a 故意であった
☐b 故意ではなかった
☐c 不明

9)外傷の状況についてお聞かせください

- ☐a 骨折 → 部位()
☐b 打撲・捻挫・脱臼 → 部位()
☐c 切傷・擦過傷 → 部位()
☐d 脳挫傷
☐e 慢性硬膜下血腫
☐f その他()
☐g 外傷なし

9)-1外傷があった場合、医療機関での治療の状況についてお聞かせください。

- ☐a 入院治療 * a,b,cとも法人内の医療機関の治療を含む
☐b 外来治療
☐c 往診治療
☐d 医療機関での治療の必要はなかった(外傷が軽微なため、簡単な処置で済んだ等)

9)-2外傷があった場合、それが直接原因となったと死亡の有無についてお聞かせください。

- ☐a 死亡した
☐b 死亡しなかった

10)この事故で利用者及びそのご家族とトラブルになりましたか？

- ☐a なった
☐b ならなかった

10)-1トラブルになった場合は、次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 文句を言われた
☐b 損害賠償等を請求された
☐c 行政(地域包括支援センターや介護保険担当課)に訴えられた
☐d 警察に訴えられた
☐e その他 ()

11)事故の原因について特別なことがあれば、お書きください。

12)再発防止のための今後の取組・改善策等がありましたら、お書きください。

1) 貴施設の設立母体

- | | |
|---|--------|
| a | 社会福祉法人 |
| b | 医療法人 |
| c | NPO法人 |
| d | 株式会社 |
| e | 有限会社 |
| f | その他() |

貴施設の所在する市町村名

市・町・村

2) 貴施設の設立年数(平成18年4月1日介護保険改正後、平成21年4月1日現在)

- | | |
|---|------|
| a | 1年未満 |
| b | 1年以上 |

3) 貴施設の定員(登録定員、通い定員、宿泊定員)

- | | | |
|----|---|---|
| 登録 | a | 名 |
| 通い | b | 名 |
| 宿泊 | c | 名 |

4) 職員数

- 4)-1 下記b、c、dに該当する日中の職員を、常勤換算法で算出してください。
また参考までにe、fについてもお答えください。

 小数点1位以下四捨五入
a 名 = (介護職員の1週間の延べ勤務時間数 ÷ 事業所の定める1週間あたりの勤務時間数)

- | | | |
|---|---|--|
| b | 名 | 常勤の介護職員 |
| c | 名 | 非常勤の介護職員(パート) |
| d | 名 | 兼務の介護職員(介護と他の業務の割合が概ね半々) |
| e | 名 | 介護には殆ど関らない、常勤の職員(管理業務、計画作成業務専門、調理専門など) |
| f | 名 | 介護には殆ど関らない、非常勤の職員(計画作成、調理、送迎業務専門など) |

4)-2 夜間の勤務体制は何名でしょうか?

a 名

5) 看護職員の配置

- | | |
|---|----------|
| a | 常勤専従で配置 |
| b | 非常勤専従で配置 |

6) リハビリ職員の配置

- | | |
|---|-----------------------------|
| a | OT・PT・STなどの、リハビリスタッフを配置している |
| c | 配置なし |

7) ボランティアスタッフ

- | | |
|---|----------------------|
| a | 傾聴、見守りなどのボランティアが来ている |
| c | ほとんど来ない |

8) 貴施設における、受け入れ可能な「障害高齢者の日常生活自立度」は次のうちのどれですか?

- | | |
|---|----------------|
| a | J(独りで外出が出来る)のみ |
| b | J~A(屋内では概ね自立) |

- ☐c J～B(屋内でも介助が必要)
☐d 制限なし

9) 貴施設における、受け入れ可能な「認知症高齢者の日常生活自立度」は次のうちのどれですか？

- ☐a I (何らかの認知症はあるが、ほぼ自立)
☐b I 及び II (誰かが注意していれば、自立)
☐c I ～ III (日常生活に支障を来すような症状が時々みられる)
☐d I ～ IV (日常生活に支障を来す症状が頻繁にみられる)
☐e 制限なし

10) 貴施設における、受け入れ可能な「要介護度」は次のどれですか？

- ☐a 要支援2のみ
☐b 要介護1まで
☐c 要介護2まで
☐d 要介護3まで
☐e 要介護4まで
☐f 制限なし

11) 貴施設では、受け入れの際にBPSDの有無を基準にしていますか？

- ☐a している
☐b していない

11)－1 a「している」とお答えの方に伺います。受け入れ困難なBPSDは次のどれですか？

- ☐a 徘徊
☐b 興奮
☐c 不眠
☐d せん妄
☐e その他()

12) 貴施設では、受け入れの際に、身体的自立度が低下した場合の利用お断りお基準を規定していますか？

- ☐a している
☐b していない

13) 貴施設における、転倒事故防止のための工夫は次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 施設内がバリアフリーになっている
☐b 施設内に手すりがある
☐c 車椅子や杖などを貸し出している
☐d センサーマット、赤外線センサーを設置している
☐e その他 ()
☐f 特に工夫していない

14) 貴施設における、転倒事故再発防止のための事故処理対策は次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 事故報告を口頭でのみ行う
☐b 報告書を作成し、スタッフ間で情報を共有することに努めている
☐c 転倒事故が起きるたびに再発防止策をスタッフ間で検討している
☐d その他()
☐e 特に対策はない

15) 貴施設で、転倒しても怪我をしないような工夫をされていますか？

- ☐a している
☐b していない

15)－1 15)で「a している」とお答えの方に伺います。それはどんな工夫ですか？

- | | |
|---|---|
| a | クッション性の高い床材を使用している |
| b | 大腿骨頸部骨折予防のためにヒッププロジェクターをはいてもらっている |
| c | 頭部外傷を防ぐためにヘッドギアをつけてもらっている |
| d | 医師と相談して、骨量を増やすような薬をのんでもらったり、生活の工夫をしたりしている |
| e | その他() |

16) 転倒事故及び事故対策について、自由にご意見をお聞かせください

17) 平成21年4月1日から平成22年3月31日までに起こった転倒事故の件数をお答えください

a 件

* 転倒事故とは、事業所管理下(送迎等屋外を含む、ただし在宅時は除く)でおきた次の場合で、行政に届出しないものも含む

- ・たとえケガ等がなくとも、転倒の場を目撃した場合
- ・ケガ等があり、その原因として転倒が想定される場合

もし、不明の場合は空欄のままでも結構です

17) - 1 そのうち、行政に報告した件数をお聞かせください

a 件

必ず、記入していただき、個々の報告ごとに転倒事故事例調査(用紙2)にご記入ください

17) - 2 行政に報告する基準はありますか

- | | |
|---|-----------------|
| a | ある(行政が定めた基準も含む) |
| b | ない |

17) - 3 17) - 2で「a ある」とお答えの方にお伺いします。それはどんな基準ですか？

- | | |
|---|-----------------------------------|
| a | 医療機関を受診しなければならないようなケガ等がある |
| b | 医療機関を受診しなくても済むような軽微なケガ等も含む |
| c | 転倒が明らかであったり想定されるのであれば、ケガ等の有無を問わない |
| d | 行政が定めた基準に従って |
| e | その他() |

基本事項の調査はこれで終わりです。(転倒事例のある方はそちらの記入もお願いします。)

集計結果につきましては、調査結果がまとまりましたら、平成22年8月以降、県内4ヶ所(中北毛、東毛、西部、南部)においてセミナーを開催して、皆様にご報告いたします。また、例年行われる「小規模多機能・グループホーム大会」において、この調査をもとにしたシンポジウムを開催いたしますので、奮ってご参加ください。

なお、アンケート内容に関して、事務局よりお問い合わせする場合がございます。可能な限り下記へのご記入をお願いいたします(必須ではありません)。
ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うこともありませんことを、再度お断りいたします。

ご協力大変ありがとうございました。

貴施設名

所属先住所 〒

お名前

電話番号

メール・アドレス

行政に報告した個々の転倒事故の事例についてお答えください

(平成21年4月1日から平成22年3月31日までに起こった転倒事故)

1) 転倒した方の、転倒事故発生時の状態についてお聞かせください

1)-1 年齢 歳

1)-2 性別 男
 女

1)-3 要介護度

1)-4 認知症自立度

1)-5 寝たきり度

1)-6 BPSD

a 徘徊

b 興奮

c 不眠

d せん妄

e その他()

※認知症の行動障害及び心理症状

※認知症高齢者の日常生活自立度

※障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

* この用紙が不足の場合、
恐れ入りますが、コピーし
て、お使いください。

2) その方の認知症の原因疾患についてお聞かせください

- a ☐ アルツハイマー型認知症及びアルツハイマー病
b ☐ 脳血管性認知症
c ☐ レビー小体型認知症
d ☐ ピック病
e ☐ その他()
f ☐ 不明

3) 転倒事故が起きた時間帯についてお聞かせください

- a ☐ 午前(8:31~12:00)
b ☐ 午後(12:01~17:30)
c ☐ 夜間(17:31~22:00)
d ☐ 深夜(22:01~ 5:00)
e ☐ 早朝(5:01~ 8:30)

4) 転倒事故が起きた場所についてお聞かせください

- a ☐ 居室
b ☐ 居間
c ☐ 廊下
d ☐ 風呂
e ☐ トイレ
f ☐ 屋外
g ☐ その他
→ どこで? ()

5) 転倒事故が起きた時間帯の介護に携わっていた職員の人数についてお聞かせください

名

6) 転倒事故当時、その方は運動機能を低下させるような(副)作用のある薬を内服していましたか?

- a ☐ 特に内服していなかった
b ☐ 内服していた → 薬剤名()
c ☐ 不明

* 不明の場合、当時の内服薬の内容が分かれば、資料として添付してください。

7) その方は以前転倒されたことがありますか?

- a ☐ 初めて
b ☐ 数回程度
c ☐ 頻繁にある

8) 転倒事故の原因に、他人の関与がありましたか?

a ☐ なかった

- ☐b 直接的な関与あり(例:ぶつかった、押された、叩かれたなど)
☐c 間接的な関与あり(例:声をかけられ振り向いたら転んだ、悪口を言われ追いかけたら転んだなど)
☐d 不明

8)-1 b及びcの原因は、故意に行われたものでしたか？

- ☐a 故意であった
☐b 故意ではなかった

9)外傷の状況についてお聞かせください

- ☐a 骨折 → 部位()
☐b 打撲・捻挫・脱臼 → 部位()
☐c 切傷・擦過傷 → 部位()
☐d 脳挫傷
☐e 慢性硬膜下血腫
☐f その他()
☐g 外傷なし

9)-1外傷があった場合、医療機関での治療の状況についてお聞かせください。

- ☐a 入院治療 * a,b,cとも法人内の医療機関の治療を含む
☐b 外来治療
☐c 往診治療
☐d 医療機関での治療の必要はなかった(外傷が軽微なため、簡単な処置で済んだ等)

11)-1 a「している」とお答えの方に伺います。受け入れ困難なBPSDは次のどれですか？

- ☐a 死亡した
☐b 死亡しなかった

10)この事故で利用者及びそのご家族とトラブルになりましたか？

- ☐a なった
☐b ならなかった

10)-1トラブルになった場合は、次のうちのどれですか？(複数回答可)

- ☐a 文句を言われた
☐b 損害賠償等を請求された
☐c 行政(地域包括支援センターや介護保険担当課)に訴えられた
☐d 警察に訴えられた
☐e その他 ()

11)事故の原因について特別なことがあれば、お書きください。

12)再発防止のための今後の取組・改善策等がありましたら、お書きください。

転倒事故に関する調査(市町村用)

- 1) 平成21年4月1日～平成22年3月31日までに報告のあった転倒事故について教えてください
※事故が発生した月毎の件数をご記入下さい

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
GH													
STK													

- 2) 貴市町村では、事故報告書の提出についての明確な基準を設けていますか？

- ☐ a 設けている
☐ b 事業所の判断に任せている

- 2)－1 設けている場合、その基準はどのようなものでしょうか？(複数回答可)

- ☐ a 医療機関での治療を必要とした外傷等
☐ b 医療機関への入院を必要とした外傷等
☐ c 医療機関を受診しなくても済むような軽微な外傷等も含む
☐ d 転倒が明らかであったり想定されるのであれば、外傷等の有無を問わない
☐ e その他()

- 2)－1 設けていない場合、今後基準を設ける予定はありますか？

- ☐ a ある
☐ b ない
☐ c どちらとも言えない

- 3) 事故報告書の提出について、貴市町村から事業者への説明会等を行なったことがありますか？

- ☐ a ある→どのような方法で？()
☐ b ない

- 3)－1 ない場合、今後説明会等を開催する予定はありますか？

- ☐ a ある
☐ b ない
☐ c どちらとも言えない

- 4) 転倒事故対策について、どのように考えていますか？

- ☐ a 事故防止について、行政も積極的に取り組むべきであるとする
☐ b 事故の対策については、個々の事業所で取り組めばよいとする
☐ c その他()

- 5) 事故報告書を、どのように役立っていますか？

- ☐ a 件数を把握しているのみ
☐ b 事故報告の多い事業所に対し、注意を行っている
☐ c 事業所に対して再発防止に向けた助言やアドバイスを行なっている
☐ d その他()

6) 認知症高齢者の転倒事故及びその防止対策について、自由なご意見をお聞かせ下さい

調査はここで終わりです。アンケートにお答えいただき、大変ありがとうございました。
集計結果につきましては、調査結果がまとまりましたら、平成22年8月以降、県内4ヶ所(中北毛、東毛、西部、南部)においてセミナーを開催して、皆様にご報告いたします。また、例年行われる「小規模多機能・グループホーム大会」において、この調査をもとにしたシンポジウムを開催いたしますので、奮ってご参加ください。

なお、アンケート内容に関して、事務局よりお問い合わせする場合がございます。下記へ必ず記入ください。

市町村名

担当課名

記入者お名前

電話番号

メール・アドレス

(資料)

アンケート自由記載回答

転倒事故及び事故対策自由記載設問(16)

・見守り・声掛けに重点をおいています

・歩行が出来る方を車椅子にしてしまうのは抑制となってしまうが不安定な方に歩行していただいていると、転倒事故のリスクはかなり高くなってしまうので、その人の能力にあった歩行器などの使用を医師と相談しながら行っている。転倒予防用の体操DVDがレベル別に当たったりすると思います。

・つかまる所を設備したり転倒した時にすぐ手が届く様手すり等を備える。

・転倒事故は見守り付き添いをしていても減らす事は出来るが0にすることは出来ないと思います。0になるべく近づけるために日々職員全員で取り組んでいます。

・歩行不安定な利用者に対して有効な手段は？すべて見守るわけにはいかず、部屋のレイアウトの工夫や本人に何か用事があるときはナースコールを押してもらえよう、お願いするがそれも難しい。夜間は2回程度はトイレ(室内ポータブル使用)で起きる。部屋の扉はしっかり閉めたい方

・転倒事故は介護施設において避けられないものだと思います。しかし今回まとめてみて避けられるものも非常に多かったのでは無いか・・・と感じました。何よりも認知症が進み、自分の身体能力を自覚できないながらも歩こうとされる方、車イスからの立ち上がりなど職員が傍にいれば、声を掛けていれば、訪室していれば防げたいたであろう事例もたくさんあった事です。職員の連携や認知症の理解、各人への対応方法とリスクをもっともっと勉強してもらえよう職場作りを行っていかなければならないと考えています。

・加齢に伴う身体機能の衰え、認知障害に伴う一見危険と思われる行為、BPSDの出現などに加え、その人独特の精神状態の変化に対し、職員が前兆を感じ早い対応をする。転倒事故及び事故対策は非常に個性が高く、細やかな対応が求められると思う。心身ともに寄り添い見守るケアを中心にハードとソフトを充足させることが事故防止に重要と考える。

・転倒事故は100%防ぎきる事は出来ないと思うのでいかに転倒リスクを少なくするかにかかっている。かといって、転倒リスクを恐れていては何も出来ないし、転倒による怪我防止のための過剰な設備投資も出来ない。その為、職員が常に近くで見守り及び介助できる体制でいる事を心掛けている。仮に転倒事故があったとしてもどのようにして利用者さんが転倒したのか、その瞬間を確認できる状態である事。そうすれば事故に対する教訓が出来、同じような事故を防げると思う。

・その日の入居者様の状態を職員が把握し、職員が情報を共有して支援を行っている。ハード面も心身状態に合わせていかないとと思います。

・ヒヤリハット・事故報告書を書き、事故の再発防止に努めています。また、1年間の結果を集計し事故が起きやすい時間帯や場所などを把握し事故防止に役立てています。

・歩行の妨げになる物は置かないように努力し、高齢な方が利用者様である為、日々申し送り等で体調を知る事が大切。基本的に動作が始まった時点から声掛けをして意識して頂き、とくに歩行が不安定なご利用者様には職員が付き添っている。

・ベット下に絨毯を敷いている。夜間ベットより転倒してもクッションの役割をすると思うため

・転倒リスクの高い入居者についてはヒヤリとした事項等その都度ご家族に報告し戸トラブルにならないよう心掛けている

・声掛け見守りの徹底・歩行訓練・散歩・外出行事を取り入れ筋力低下予防。日常生活リハビリや本人の出来ることを見つけ取り入れている。車椅子の方の立ち上がりの危険のある方は同行する事もある。夜間ナースコール指導の徹底。

・枕元に鈴やマラカスを置いて本人が呼べるようにしている。クッション性の高いマットを使用している。

・車椅子のブレーキ確認。体の向きを変え移動する時(口腔ケアで椅子に座るとき)見守り・声掛け。

・自分自身も今まで転倒事故を経験して怖さや不安を知り、気を付ける事や物、場所等に意識するようになりました。でも出来れば利用者さんが転ぶ前に気を付けるようになって欲しいと思い、危険予測についてや危機感を感じさせるなどして意識・理解してもらおうとしています。なかなか伝えるのが難しいです。

・転倒事故は絶対に起こさないようにするという事はとても難しいと介護していて感じます。しかし転倒が原因で寝たきりや廃用症候群になってしまうということは絶対に避けたいと考えているので、利用者様1人1人その日の体調、活動動作など観察をしっかりと行いいつもと違う変化を敏感に感じ取り、転倒の可能性をいつも考えながら未然に防ぐ事が出来るよう対策を考えていきたいと思えます。

・自由(自発性)とリスクは比例する面が多いと考えます。家族が関係者へはその事を説明し理解を進めています。

・歩行器や押し車で移動する時は介護者が付き添っている。それらを使わないが歩行が不安定な人には手をつないで歩行している。ベット脇につかまれるようなパイプ手すりを取り付けている。転落(ベットからの)が心配な時はベット柵を付ける。(上記のようにして囲うと拘束になると言うが拘束とは言えないことが多い)

・歩行状態も様々なので気を付けるよう職員も声掛けを行っているが居室内だったり、歩行中の躓きなど防げない事が多い

・加齢とともに足腰の筋力は衰え足のふらつきも出てくる為ふらつきのある利用者さんは特に椅子からの立ち上がり時などスタッフ全員で注意をし転倒につながらない様気を配っています。

・開設して10年目。転倒予防のため環境を整えたり、杖や歩行器を使っていたり、体操を行っていたり、と色々工夫してきましたが、それでも様々な要因で、転倒は後を絶ちません。前年度はありませんでしたが、骨折につながってしまった転倒事故も数件起きています。

・ある程度の下肢筋力を維持することで、転倒は防げるが、高齢に伴い、それにも限界がある。

・職員の目の届く所では、転倒が少ないが、目の離れた所で起きる事が多いように思われます。予測できる事は前もって対処しているつもりですが、ヒヤリハットの時点でみんなで話しあい、できるかぎりの予防が必要なのではないかと思われます。

・本人のことをよく知ることにより行動予測などおこない転倒につながらないようなケアを心がけています。※転倒による通院は3件ありましたが、行政の基準確認前だったので未提出です。重度のケガはありませんでした。

・筋力低下の予防のためにリハビリ運動を毎日している。食事の前に口を動かす運動や、歌をうたっている。職員間の連携をとっている(申し送りをきちんとする)

・特に認知症の方の転倒は防ぎようがないように思えます。起こってしまう転倒が怪我につながらないように対策をしたくても(特に群馬県はユニット数の制限があり)グループホームの少ない収入で考えていくことは困難だと思います。福祉用具レンタルが利用できたりすると、怪我が減るのではないかと考えます。今回「事例」で挙げたケースではありませんが(調査期間外のため)怪我をして入院が必要になった時に、その期間の付き添いをGHのスタッフにお願いしたいと言われたことがあります。認知症の人だから、転倒する時期がいつか来ると説明してあっても、いざ転倒が起これば、「GHの責任」と考えるご家族もいらっしゃるよ

・転倒事故発生した際、職員間で事故発生の原因を検討し、改善策をすみやかに実施しております。家族に状況等を細かく説明し、家族の意見を取り入れながら対策を行っています。

・一度、入居者様が昔住んでいた部屋をイメージしており、夜間トイレへ行こうとされた時、グループホームと在宅の時かんちがいして、在宅通りの動線を寝ぼけて歩いてしまい、転倒されたケースがあったため、家人と相談し、より在宅の部屋に近づけるように、部屋のインテリアをととのえた。

・利用者に対して職員が1人1人を安全行動の見守りをしている

・ベットでは転倒のリスクがある方は、床にマットレスをおろし、フトンをしきねて頂いている。・夜間不穏状態から動き出したり転倒の危険がある方は鈴をフトンにつけ音で動きを察知する。巡視をまめにして声かけを多めに行っています。

・日々、又スタッフ会議で情報を共有しているが、事故に対する不安は大きい。リスクがありつつもその人が望むケアを支援していきたい。日頃から家族との信頼関係やリスクの共有が必要である。何か起きると一方的に事業所側に非がある立場においこまれてしまう。不可抗力と考えられるケースであっても、トラブルに発展しないように対応するしかないのか？

・利用者様、ご家族後見人と定期的に話し合い、意見交換、事故後の対応について話合う。各家族意見要望が異なるので、どこまで当施設で対応できるかなど。

・自力で歩行できる人の転倒については防げないことが多い。介護者がいつも付き添ってられない。良い方法があったら教えてほしい。

・夜間は人手がなく、離床センサー等が必要だが、高価なため必要量用意できない。・書類や記録業務が忙しく、事故対策や関りが後まわしになっていく悪循環、法改正の度に、上記の書類等の負担が増えるが、人員配置は、逆に人を減らし厳しくなっている。利用者の重度化もすすんでいる。マンパワーによる対策は限界を感じる。

・眠剤の使用はできるだけ少なくできるように努めている。

・事故は生活の中で起こりえるもの。施設に入ると0になるものではない。全く自由を奪い、動けなくすれば防げる。ただそれでは、人間らしい、その人らしい生活には程遠い。しかしながら0に近づける努力は必要。そこで、私たちの”管理”と”その人らしさ”にどこで折り合いをつけるか…なのかも知れない。当然、本人のアセスメントをきちんと取り、把握することは必要不可欠であり、職員の意識関わりに対する認識、意識統一などが当たり前である。が当たり前ができないのが悩ましい現状。

・日中に3名とはいえ入浴や食事準備等入ると見守りをするスタッフがいない状態です。いつも動き回る利用者、見守りがいつも必要な利用者がある時は人手が欲しいと思います。

・開設以来転倒はなくホーム内はバリアフリーになっていない

・転倒事故対策は事前にご利用者一人ひとり立てないといけない。カンファレンス、会議等で職員全員で話し合っていきたい。

・介護の必要な方なら転倒する危険性があります。又、転倒すれば骨折にいたることもあります。そのことを職員は勿論、ご本人やご家族に理解と協力をお願いすることが大切です。薬の変更や家庭での様子を把握することも事故防止になりますし、小さなこともご家族に報告することが大切です。理解と協力は利用開始に文書を用いて説明しています。未然に防ぐことがとても大切だと思って取り組んでいます。

・注意はしているが難しい問題だと思う。

・転倒事故はどんなに注意しても0にはなり得ないと思いますが、件数を減らすこと、被害を少なくすることを主眼に予防対策をしていくことが肝要と思われます。

・日々の取り組みの中で予測や危険回避をおこない、またミーティング等で意識付けをすると共に、ヒヤリハット事例、事故報告書の作成に関しては事故発生後早急に全員招集の会議を設置し、全員が自分のこととして受け止め、再発予防について話しかうことが大切。

・傾向と対策をケアマネ他、他職間で話し合い、家族を含め現状の理解を深めるよう心がけています。

・ご本人の身体能力を良く理解し、スタッフ同士情報を共有し事故のおこる確立を最小限にしていきたいと思います。またご家族にも預けているから安心と言うことは無く、安全には十分気をつけているが事故の発生する場合もあることなど理解していただくことも必要かと思います。理想的な対策がありましたらお聞かせ下さい。

・1、ハード面の充実。2、職員全員が利用者様の情報を熟知し共有し、ご利用者様が発するシグナルを素早くキャッチし、行動できるよう感性を磨く(介護力のレベルUP)。3、事故が起こる時の素早く確実な対応の徹底。4、事故後の問題点を分析し、そのことを共有する。6、研修に全員が参加できるようにする。研修の報告会。…などシステムとして行なうことを積み重ねる。

事故原因について(設問11)	再発防止について(設問12)
熱発によるふらつき	
ふらつきがある利用者と共有スペースにいた	今まで布団で休んでいたが、ベッドに変更。スペースの共有を避ける。
5:00の時点で覚醒していたらしい。6:05のときまで訪室しなかった。	いつでも転倒の危険があると知っていてまめな訪室を実践しなかった。
フロア内が暗かった。ふらふらしているのに本人の言葉に従ってしまった。	一緒に行く、言葉がけを工夫する。フロアを明るくする。
居室内で休まれており、柵もあるから安心して訪室を怠った。	寝ているからと安心した。常に何があるかわからないという意識で見回りをする。
夜勤帯での発生。2ユニットあり、職員1名体制。	早朝～起床までは特に注意したい人物をチョイスし、訪室回数を増やした。
食事前フロアへ人を誘導中。他利用者の補聴器を探しに入りフロアから人がいなくなってしまう、利用者が立ち上がり転んだもの。	フロアから離れるのに他職員へ声掛けをしなかった。居室へ入ってもフロアの様子を気にして目配りをする配慮。
フロアが留守になっている。職員がバラバラに動いている。カウンターにミカンがありそれが目に入った	御本人の歩行状態や認知度を理解していない。予測の介護ができていない。
このところ徘徊行動が目立っていた。転倒のリスクについて認識をしていない。	徘徊していても大丈夫だと思っていた。職員の認識やリスクの理解のなさを痛感。
職員が2名ともフロアから眼を離してしまった2～3分のうちにおきた。	職員の声掛け不足「ほんの少しだから」という認識の甘さ。
トイレに座らせた後、職員が居室へ物品を取りに行ってしまった。	立上らないだろうという気持ち「ちょっとだから」と転倒のある人をそのままにしてしまう介護意識の低
入浴中の更衣室での出来事だった。待っていてもらい各職員は当人の傍にいなかった。	職員一人ひとりがバラバラであり声の掛け合いがなっていなかった。入居者がドア等で仕切れ一人になってしまうことがないようにする。
良くふらついている。本人の自覚がなく自分で歩行しようとする。	起床時は特に注意して一人で歩き出さないよう見守りと訪室を強化。
2名ともフロアにはおらず、他居室にて各自介助中。普通自立度の高い方だった為、倒れると思っていた	疲れている様子が見られたという意見があった為、介助者は小さなサインを他職員の気づきを申し送りし、口に出すことで情報を集め介護に活かす心構え
2名いたはずがフロアから同時にいなくなった。	フロアに常に職員がいるようにする。
両名のうち、故意に押した方は以前から徘徊されたり、会話にならないことを話しかけられるのを嫌っていて	職員も1対1で話したり事情をわかってもらおうと努めたりした。また倒された方がその方へ不用意に近づくことをしないようにしていたが難しく人員を増やし
眼の敵にしていたところがあった。	9名に職員2名という状況であり、居室内に入ってしまうと目配りがしづらい職員同士でどのように声を掛け合い、介助を分担し合えるか意識して行う。
フロアに職員が一人しかいなかった。本来もう一人職員がいたはずだが他室への介助でフロアにいなかった。声の掛け合いがなかった。	介護人数の少ない時間帯で起き、部屋の位置も奥まっていた為、家族と相談し居室の移動を行った。
	腕時計を預かる(良く説明した上で)。歩行器を使用してみる。足を上げて歩行する様に声掛けをし促す。
椅子から自室へ入る際、足がもつれて転倒。自室入口柱にぶつかる。左腕に時計をしていた為左親指すりむく。	いつも小刻みに歩く為。
	歩行時見守り徹底。
	離床感知センサー設置。提示巡視の他にも頻回訪室し様子確認。
	滑り止めマットをより滑りにくいものに変更。介助方法の再確認。
車椅子上で極端な前傾姿勢をとられていて、車椅子ごと右に倒れてしまった。	食堂で過ごす時は離床センサーを設置する。
終日何度も繰り返されていた移乗の一部介助中に右足関節に何らかの負荷がかかって受傷したと思	移乗は必ず職員2名で介助する。
不穏・せん妄強い時は繰り返し行動の途中で職員が目を離した。	落ち着かないときは、その場を離れず見守り強化する。
自ら便失禁したオムツを外して、外したオムツに滑ってしまった。	頻回なNCをトイレサインと捕らえてトイレ介助すること、離床センサーを設置して早い対応を心掛ける。

たんすが壁面から手前に引っ張られていたので、夜間せん妄出現した際に、御本人独特の理由でダンスを引っ張って、右膝下に何らかの負荷がかかって受傷したと思われる。	夜間せん妄出現した際の過ごし方に対する見守り強化目的で、離床センサーを設置した。
深夜利用者さんがホールに出て来た事に対し、夜勤者がいつもの事と油断しており、見守りを怠ってしまったこと。	どのようなことでも油断せず、必ず駆けつけ見守りを行う。
深夜利用者さんの部屋を巡回すると、部屋の隅でズボンを下ろし排尿しようとしているところだったのであわてて「ダメダメ」と静止の声掛けをしてしまい、その声に驚いて転倒してしまった。	暗がりでのふいの声掛けは誰でも驚くと思うので状況に応じた声掛け見守りをする。
ベッド生活に慣れていなかった。	畳に換えた。
何も理由なく急な立ち上がりがある方だった為スタッフの注意が不足していた。	スタッフが常に傍にいて見守りを強化した。
	できる限りの見守りや声掛け、また確認を強化し再発防止をしていきたいと思います。
	本人の痛みの訴えが無く、発見までに時間がたってしまった、少しの変化でも専門医の受診を行う。
	夜間ポータブルトイレの使用を検討。現在は車椅子対応。
	普段は介助にて歩行していたものの、自己にて歩行してこないだろうという油断してしまったところもあったため、いつも危機感をもってケアするよう見守り強化
	動きがわかるように布団の上に鈴を置くようにする。寝つきが悪い時などは夜勤室にて一緒に過ごすようにする。
早朝であり、居室も暗く、靴もしっかりとはけていない状態であったため、転倒したと思われる	室内履きの検討、夜間の部屋の明かりについて検討、改善しました。
昼寝度に起きてすぐだったので、見守り重視してい	見守り重視している
職員と関わりを持ちたい利用者が、掃除機を修理していたところに来られた。その通るところに、掃除機ホースがあり、躓く	利用者の動きに注意を払い、障害になるもの等は置かない
昼食後、椅子から立ち上がろうとして、原因不明	
ホール内で押して歩いているシルバーカーに腰掛けようとして、ブレーキがかかってなかったため、車が動いてしまう	シルバーカーには座らないように見守る(本人はブレーキがかかけられない)座面を外し、押す機能のみとする
立ち上がらないと思い、清拭をとりに目を離してしま	必要なものは、準備しておき、見守りをする
車椅子からベッドへの移動介助で行っていたが、当日は本人が一人で居室へ行かれ、ストッパーをかけず、自力で移動したため、車椅子が動き、床に落ち	本人が車椅子を動かし居室へ行かれたときは、必ず見守りする。本人のやる気やできることはよいことなので、声かけをして安全を確認して見守る
歩行バランスの悪い方が自立歩行され転倒。歩かれたのに気付かなかった	ベッドを職員の目の届くところに移動し、常に行動の確認ができるようにした
	独歩→車椅子の生活変化のため、日常生活リハビリや歩行訓練の実施、声かけ、見守りの徹底。夜間はナースコール指導の徹底
いつもと変わらない生活をしている中で起きてしまった	日中は見守り強化、夜間は夜間は定時巡視以外にも様子観察
両手に物を持ち、立ち上がって歩こうとした	行動の見守り
二日間不眠の状態でした	
自室～外出後、疲れたとのこと	
ズボンを上げる際、バランスを崩したとのこと	トイレへの見守り介助
本人より、目眩がしたとのこと。血圧高く(bP160/83 P88)	歩行時、立位時の見守り、声かけ
夜間、利用者が覚醒しておらず、ボーッとしていた	立位歩行時の見守り、声かけ、歩行介助
ソファから立とうとして、ふらつき転等	見守りを重視
方向転換を急にして、ふらつき転等	歩行時の見守り、声かけ
椅子から立位時、ふらつく	
立位時、布団(タオルケットが足に絡まったとのこと)	マットレスを敷き、布団の高さを高くした
足元が暗かったからと訴える	足元に(コンセントにつける)電気をつけ、対応

ポータブル使用(ベッド脇)していたが、車椅子のところにしようとしたとのこと	本人とよく話をし、車椅子をポータブル脇に設置(夜間)する
日頃より、膝に水が溜まり、定期的に受診し、痛みあり「膝が急にカクッと曲がった」とのこと	見守りの徹底
職員が他の方介助中に歩き出し転倒	職員の目が届くソファにて過ごしていただく(夕食後)ホール自席だと見えない(居室やトイレから)ため
靴の裏が古くなり、滑った様子	靴購入し、鈴で呼べるように、ベッド手摺につけ対応(ポータブル使用時)
靴が古くなり、滑ったとのこと。体の向きを洗面所へ(自席から)変える際、ふらつきあり	靴の購入。体の向きを変えるとき、見守り、声かけ
靴のベルトがきちんと止まっていなかった	靴のベルトの確認(離床時)
声かけし、手引き歩行しようとした職員の手を払い、尻餅をつく	手だけではなく、腰などを支える
自席より(ホール)立ち上がり、バランスを崩し、転倒	ホールに必ず職員がいるよう声かけ
認知症の進みによるものと思われるが、ベッドよりの転落、転倒なので、家族と相談したところ、ベッドを介護用に変更した	夜間帯に起こるであろう事故について、職員と話し合い、巡視の強化、見守りをし対処していく
入居して数日後に起きた転倒。スタッフ間の連携不足。ご本人の状態の把握が足りていなかった	入居したてだからこそ、注意深く利用者さんを見る、接する必要があること。優先順位の考えかた
意識消失による転倒。一ヶ月から二ヶ月に一度、原因不明の石気消失もしくは意識低下が起きる方であり、この転倒時も意識消失を起こし、立ったまま倒れてしまった	原因不明(受診してもわからず)のため、あらゆる原因を考え、そうならないように色々な対応を行う(甘いものを飲んでもらう、寒暖の差に気をつける、意識消失の頻度や状況の把握など)
	見守りと安全確認
adLほぼ自立しており、終日、トレイに見守り等必要なかった→夜間トイレに行こうとして転倒	
	ベッド下にクッション性の高いもの(座布団等)を敷いて対応している
	徘徊時の見守り強化。レクリエーションでの軽体操等、日常的に軽い運動を取り入れ、良眠を促せるよう図っている
	夜間帯での巡視回数を増やし、危険の察知を早められるよう心がける
二週間後に脳梗塞のため、入院となっておりますので、少しずつ脳内で変化があり、転びやすくなっていたのかもしれませんが	以前より一時間ごとに巡視を行っていたが、継続して実施、更に、離床センサーを設置した
	歩行時、足をずって歩くことがあるので、声かけをしている
	この方の場合、急に起きたためと思われましたので、ゆっくりと起き上がるよう話しています。その後、現在まで転倒なしです
下肢筋力低下と思われます	日中トイレ使用時、NCを鳴らしていただき、トイレ介助。夜間はポータブルトイレを介助して使用することとしました
	早朝、寝起きでトイレ誘導した際の手摺を握っていたはずの手が離れて、今回の事故になってしまい、今後、専門職として、その時の本人の体の状態、また、状況を早く把握し、判断をし、利用者様に不安を与えることなく、適切な介護を全員の職員が提供できるよう、介護の質の向上を図る
	今回、ベッドから落下してしまったのですが、就寝介助時、ベッドに横になった位置の確認。また、深夜の様子も絶えず見守り、確認強化するよう、職員に周知徹底する
	移動するとき、声かけした後も本人から目を離さなまめに声かけし、職員の目の届く範囲にいていただくようにする

居間に職員が2人いたにもかかわらず、相手が見ているだろうという思い込み判断があり、対応が遅れていた	思い込み判断はしない。申し送り中ということもあったが、業務優先ではなく、利用者優先であり、いったん中断し、利用者様の危険を予測し対応する必要がある
盲目だが、ご本人は理解しておらず、「暗い中」という理解で徘徊や興奮がみられている	上記から、歩行による転倒の可能性は非常に高い。その様態を知りながら、極近位での見守りを怠っていた。見えないという不安に対する対応が不足して
	転倒前より不安な発言が聞かれたにも関わらず、不安に対する声かけ、観察、対応が不足していた
椅子がなくても座ろうとしたり自力で歩行困難だが、たまに立ち上がって歩いたりする。歩行器も使用できない。認知機能の重度な低下もあり、今回も安全の為床に座ってもらったのに予測不可能な本人の行動であった。	
夜勤者が部屋に行ったところ転倒していた。その為にどのような状況で転倒したのか不明	夜勤対応中に事故であり、その後は巡視の強化を行う。昼間は歩行訓練等を行う足を強くしている。
-	見守りと連携の仕方を改善。側にシルバーカーなどつかまれるものを置く。
栄養状態不良	見守りの工夫
行動が自立している方だった為、目が離れた時であった。	自立している方でも特に立ち上がりの時は注意して見守るようにしている。
二人の職員が業務に入りリビングに職員が不在だった。	必ず一人は見守りがリビングにいるようにする。
-	入居者の方の居室配置を変える。車椅子を使用できるように臥床時は必ずベッド横につける。
帰宅願望が夕方にかけて増幅しドライブからホームに戻り背より離れ居室で過ごして頂きようやく収まってきたのでスタッフが離れてしまった。	収まってきたと安心感を持たず、もしかしたら・・・と常に危険を予測する。
-	植木鉢やつまづきの原因となるものを安全な場所に移動する。スタッフ背で歩行時の見守り強化
-	大丈夫という思い込みをせず見守りを怠らない。段差部位は見守り強化。
-	前日に首の痛みの訴えがあり、いつもと違うことに気づき普段以上の観察に努める
興奮して自分の持っていたカバンで職員を叩きバランスを崩して転倒してしまう。	否定的な言葉、指示、言葉を使わずよりそいながら見守るようにする。
-	行動が激しい時は職員と一緒に過ごす工夫をする。
-	自室の室内灯を明るくし履物を自室の入り口手すり側に置く。
自立されている方で、風邪薬のせいでふらついてしまい転倒したのかと思われる。	風邪薬を服用した場合、夜勤者常在の場所にて経過して頂く。ナースコールに分かりやすいように赤いリボンをつける。扉の動きが悪く力がかかる為修理の依頼を行う。
下方を見ずに前方を見て行動しコミュニケーションのとりづらい方です。スタッフは一名であり、他の入居者様を介助中であつた。他の利用者様が言われるには椅子に躓いた、とのこと	行動範囲の整理整頓。離床時には一体一の対応が出来るようになってから声かけを行う。
畳対応だったが、尿意があり、いざり出てポータブルトイレにつかまり転倒したと思われる。	尿意のパターンを見て巡視の前に誘導する。ポータブルトイレを使いやすい向きに設置。つかまり立ちは可能であるが、立位不安定(自力では不可)である為、視線からはずれた場所に設置する。
居室の扉手前で転倒。トイレに行こうとして転んだと思われる。時々尿意の訴えはあるが夜間のみオムツ使用であった(19時排尿+)	体調不良になってから立ち上がり困難になっていた為、区分変更申請中であつたが、何日前より立ち上がりみられカンファレンスにて検討する矢先であつた。早めの対応を心がける。畳み対応。排泄のパ
	状態が不安定と思われる時はセンサーマットを使用している
	退院後はベッドのところにセンサーマットを使用している。
	大丈夫だろうという先入観をなくす

	歩行時は目を離さない
靴が新しくなった。	利用者様に変化があった場合、見守りを強化する。
シルバーカーを使用しているが、そこから離れるとバランスを崩しやすい。	自室・トイレの中でも見守りを強化する。
利用者の安全確保を怠り業務を優先したため	歩行不安定な利用者様に対しては必ず安全が確保できるまで見守っていく。
認知症のため立位・歩行不能であるが、ご本人様にその意識がない。センサーを2つつけていたが、ベッドからの転落と同時に作動した。	ご家族様と相談しマットレス対応にして見守り強化する。
	起立時の見守りを励行する。
	本人所在の確認徹底
	見守りの強化
	車椅子対応中
起床しカーテンを開けようとしバランスを崩したと思われる	
起床時、靴の履き忘れ	離床時、靴の使用を促す又、確認
	職員の目の届く所にいて頂く
	申し送りの場所の変更
	往診時は必ず付き添う、イスの工夫
	転倒の原因であったマットをなくす
見守り不足	
ベッドから滑り落ちた。	声かけ・見守り・体動時、鈴が鳴るよう工夫
	治るまでは車椅子対応や使い慣れた杖を使用し介助、見守り、声かけ、低い椅子に腰をかけていただくなど、すぐに行動を起こさないような処置をする。(本人骨折をしている事を忘れて自ら歩き出してしまう
歩行器の操作ミスにより転倒された。	ベッドから布団対応に変更。出来るはずがないという考えがあまかったかもしれない。
自ら体動、体交できるかたではなかったので転落には驚きました。	スペースを広く取った。
テーブルや椅子の配置と間隔が狭かった。	入居者の動向の把握、目配り、気配りの強化
	歩行不安定な方なので注意して見守りが必要
	利用者の存在確認を必ず行う。目を離さない。又、目を離さざるおえない時は必ず安全の確認をする。
テーブルを拭いており移動した時にバランスを崩し左側へしりもちをつく様に倒れた。	
	ベッドに手すりをつける。又、赤外線センサーを導入し離床したことがわかるようにした。
	ベッドから転落してもダメージを少ないようにマットレスを敷き対応する。又、赤外線センサーを導入。
	その日の利用者の身体に応じ特に注意を払いなるべく利用者から目を離さない。
夜間ベッドで休まれているが居室内のテーブル上にあったコップを取ろうとして転倒する。	ベッド下にマットレスを敷いて転倒時の外傷の軽減をする。
歩行時フラツキあり重心が後ろで歩行機能低下していた。前日ドライブ(花見ツアー)に行きつかれていた様子だった。	見守りをこまめに行う。
	自立されている方だったが床にごみ拾いをしようとして床の環境整備し見守りをする。
	自力されているが時々、ふらつきがある為、自室で物音や歩行時見守る。(特に夜間)
	車椅子からベッド、ベッドから車椅子に移動時にずり落ちた為、本人は理解力がある為、ブレーキをかけるように説明した。
	自力されているが時々ふらつきがある為、自室で物音や歩行時見守る。
	自立されている方にたいしては見守り過ぎないようにしつつも転倒の恐れがあるため動線や環境の整備していく。

	車椅子からベット、ベットから車椅子に移動時にずり落ちた為、本人は理解力がある為、ブレーキをかけるように説明した。
	糖尿病のため歩行の不安定に加え目も良く見えなくなっているため、今後、夜間のポータブルトイレ使用をやめオムツへの対応を検討して行くことを本人・家族と話し合った。
いつも早起きだったがこの日は起きない為職員が声かけをしてあわてて起きた様子でベットより降りたところで尿失禁あり尿ですべりしりもちをつく。	声かけだけでなく、見守り、ゆとりをもった対応を心掛ける。
	通路を広くし、シルバーカーとのすれ違いに気をつけられるようにした。
右下肢に軽度のマヒがある方だったがその日はボール投げに参加し受け取ったボールを投げようとしてバランスがくずれ倒れてしまった。リハビリを兼ねて車椅子から移乗していた。	隣に職員が付き添う。又は車椅子のまま参加してもらうようにする。
杖を使用していたがバランスを崩して転倒してしまう。	歩行不安定の方に対して見守りの強化や声かけを防止に努めたい。
妄想がある方で降りようとして右手は柵につかまりベットから滑り落ちしりもちをついていた。	ベットから床にマットレス、布団をおろし、日常生活をしていただいている。
難聴	
トイレに行く回数が頻回で、歩行バランス(立位)も良くない。ご自分で立ち上がる際にコタツの上掛けに足をとられバランスを崩し尻餅をつかれる。職員は記録や他の利用者の介助中で近くにはいなかった	本人に対する目配り、見守りの徹底。
歩行が不安定。目が悪い。トイレ中に職員が状況把握にいくと横たわっていた。ハード面で老化が長くトイレ外の廊下が死角になっている。	トイレに入る際にいつでも職員が呼べるようにチャイムを持って頂く。それと同時に移動式のセンサー式チャイムをトイレに入った際、適切なところに引っ掛けられるようにし、本人が動いた時にわかるようにする。トイレ誘導した職員が責任をもって確認を徹底する。できるだけ安否確認しやすいトイレをご利用いた
この日は居眠りが顕著で座位がとれず、また斜め前のTVを見ていたこともあり横前のめりて眠っていた。	TVの位置を変え正面から見れるようにする。眠りが深い時には声を掛ける。申し送り中なども職員はたえず気に掛けるようにする。
昨日と続けて転倒している。原因は昨日同様、他の職員が行くだろうという身勝手な判断と意識の低さ。	2日続けて同様の事故。職員に意識付けを徹底した。
以前の事故の教訓からチャイムを導入したが、朝の騒がしい時間で音楽等もかかっていたため、チャイムの音に気付かなかった。	チャイムがあることの安心感で、他の職員への確認や見守りが不足。職員の意識、他の職員とのコミュニケーションの強化。
早朝ベット内で足をつり、ご自分で何とかしようと動いている際に布団と共にずり落ちた。	チャイムがあるが使ってもらえていなかった。理解力のある方なので、御用の際にはチャイムを使っただけのように何度も説明する。
移動式スロープを完全に収納していなかった。	スロープの設置は使用時のみとする。スロープの夜間不使用時の収納場所、方法の見直し。
畳所(高さ40cm)より付近の車椅子に乗ろうと立上りバランスを崩した。	畳所付近に車椅子を置かない。見守り強化
ご本人でクローゼット上部の下着を取るためにシルバーカーの上に乗って転倒。	シルバーカーは本人が入床後、居室外に置く。衣類はスタッフが保管。
ご自分で動き始めて転倒	台所から見える位置にいてもらうか、見守りできる状態にする。
トイレに行くためベット柵を乗り越えた様子。	通常ご自分で柵を外すかたであるが、起床時には職員が柵を外しておく。
起立できるが伝い歩きは出来ない方。伝い歩きしようとして転倒。居室は閉めてあった。	見守りできるよう居室の戸は開けておく。床に就くとき必ずトイレを確認する。
トイレに行くためにブレーキの掛けていない車椅子から立ち上がろうとした。	車イス自走時の見守り、声掛けの強化
車イス自走でトイレに向かい、トイレの床に座っていた。ずり落ちたと見られる。	車椅子に鈴をつける。車イス自走時の見守り、声掛けの強化

目が回ったので湯船より自ら出たとこ床にすべって転倒。	入浴時、見守りが必要。中介助、外介助と二人で行なう。
畳所で休んまれていたが、自ら起きて歩行されていることに物音無く職員気付かず、壁に頭をうち転	畳所ではなるべく寝て頂かない。
介護者の不注意	片麻痺の以上に関する介護技術など基本的な職員のレベルアップを研修等で行う。
夕方(16～18時)は送迎でスタッフが薄くなる。その上、夕暮れはどなたも(特に女性は)動きが活発になる時間帯。	16～19時の時間帯はスタッフを1名増員する。
トイレから出たところで風呂場の踏み台につまづいて転倒。足元がふらついていた。	夜間はトイレまで歩いていくのが大変な様子なので車椅子対応にする。
NCにて居室に向かった時はベッド横床に座位の状態でおられた。	NCで呼ぶ際には臥位又は安楽な体位で待つて頂く様、時々声掛けをする。
玄関先で職員が鍵を開けている間、ご本人から眼を離れたため車椅子から立上り体制を崩し膝をついてしまった。	ご家族と相談し今後玄関まで車椅子を入れて自宅用車椅子に移乗する。
一人でベッドから降りようとした為。居室より音がしたので訪室するとベッド脇で仰向けに寝ていた。	用時があるときは必ずNCを押して頂くようにお話しする。
トイレ使用后、便座から立位をとったあと車椅子に座ろうとして、車椅子からずり落ちた。トイレ使用后、コールを押して頂くように毎回お願いする。	
車イスのフットレストに足を乗せた状態で立位をとろうとし、バランスを崩し転倒。	わずかな時間でも本人から目を離さない。
押し車がポータブルトイレにひっかり転倒したとのご本人のお話。	以前転倒し大腿骨骨折の経緯あり。転倒の危険性について再度認識する。
トイレ誘導時、職員が道具を取りに行こうと目をそらした際、車椅子のフットレストに尻餅をついてしまった。	誘導時には目を離さず、道具が必要な場合はNCで他の職員を呼ぶ等で対応する。
ベッドから起きようとした際のフラツキによる転倒。	利用者が居室で休んでいる場合はマメに様子を見に行く。
本人が玄関の戸を閉めようとした際、バランスを崩し転倒。	本人の馴染みの場所でも見守り、必要に応じて介助を行なう。
夜間、自らトイレに行こうとして転倒。	トイレの際はNCを押してもらうことをお願いし協力してもらう。
歩行中急に「忘れ物した」と振り返り、バランスを崩し転倒した。	立ち上がる前に「忘れ物は？」など声かけを行い、急な動作の予防を行なう。
居室よりトイレに行こうとしたが場所が分からず徘徊中に転倒。	本人の状況様子を把握する。NCで知らせてもらい付き添いを行なうことで転倒を予防する。
車イスから立ちあがり、再度座ろうとした際にブレーキがかけていなかったため転倒	ブレーキを掛けて頂くようにお願いし、個室にいる際は見守りを強化。
イスから立ち上がろうとした際に尻餅をついて転倒	前日、不穏、不眠であった為このような場合は立ち上がり等動作の始めに注意を払う。
イスから立ち上がろうとした際にフラツキ	
徘徊時足の運びが悪くなっていたが見守りだけで付き添わなかったことと、階段以外のところから上ろうとする事を想定せず防護柵等を設置していなかった。	庭の階段が手すりの無い可動式の為、階段として認識されなかった。

	自立度の高い方の為、職員の慣れによる油断が原因。見守りの強化と行動の把握を徹底する。
ご自分でトイレから居室に戻った際に転倒。	トイレの往復、その他の移動の際にスタッフに声を掛けてもらい見守りをしていく。
浴室内でつかまり立ちをしてもらった際、スタッフが目を話した瞬間に右足を滑らせ転倒。	いつもご本人ができることでも油断せず「かもしれない」と言うことを念頭に安全を心がける。
ベットから起き上がり靴を半分履きかけたまま歩き出した為の転倒、との本人の話。	あわてずしっかり靴をはいていただく。
狭いスペースでの車イス移動の為、スペース確保に手間取り、つかまり立ち中のご本人が転倒。	事前のスペース確保と周辺環境の見直し。
夜中トイレに自立歩行で向かう際に、在宅酸素チューブを持っている為に足元が悪かった。	夜間トイレに行く際はNCで職員を呼んでいただく。職員はブザーが鳴ったらすぐの対応を徹底し、ご本人が遠慮しないように配慮する。
夜間頻尿(6～7回)、歩行は見守りですが、尿意があると自分でトイレにいってしまう。	夜間トイレの際はNCを押して頂くようにお願いする。夜間の排尿パターンを把握し、それに合わせた見守りをする。センサーマットの使用を検討する。
車イスによるわずかな自身での移動や、立ち上がりを行なうことがある。	見守りの徹底。
昼間家族と外出しており、疲労があったかと思われる。	できる限り近くで見守り、場合によっては付添うなど常に転倒の可能性を意識し油断せずに声掛けをする。
安定剤の内服を念頭に入れておくべきだった。	

認知症高齢者グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所
における転倒事故の実態調査と事故防止のための対策の検討
報告書

平成 23 年 2 月

群馬県地域密着型サービス連絡協議会
転倒防止委員会

事務局

〒370-3521 群馬県高崎市棟高町 954-8

NPO 法人じゃんけんぼん事業本部内

TEL : 027-387-0180 FAX : 027-387-0181

<http://www.gunmaken-chiiki.net/>