2023 年 11 月 17 日

日本医療安全学会
日本転倒予防学会
日本集中治療医学会
医療法学研究会
全国老人保健施設協会
日本慢性期医療協会
全国老人福祉施設協議会
回復期リハビリテーション病棟協会
日本認知症グループホーム協会
日本リハビリテーション病院・施設協会
地域包括ケア病棟協会

介護・医療現場における転倒・転落 ～実情と展望～

11 団体共同声明

１．はじめに

近年、ＩＣＵ入院中の患者（当時 26 歳）がベッド柵を乗り越え転落した事故で病院の損害賠償義務が認められた判決（高松高判令和４年６月２日判決）や、認知症のある患者がトイレから出た後に廊下で転倒した事故で病院の損害賠償義務が認められた判決（神戸地判令和 4 年 11 月 1 日判決）など、医療施設における転倒・転落事故に対し、医療側の責任を認める判決が司法から相次いで示されている。転倒・転落事故における訴訟においても、様々な制約下で行われている現実の医療・介護現場の実情を踏まえて判断することが重要であり、想像上の理想的な医療・介護現場を基に判断がなされることは、現場の萎縮、混乱を引き起こし、また、医療安全の名を借りた懲罰、責任追及の空気を再び呼び起こすこととなるため、厳に慎むべきである。

そもそも、転倒・転落事故は、その背景が極めて複雑かつ多彩で、確実に予測・回避することは極めて難しいものの一つであり、かつ、臨床現場ごとに状況が異なるものであるから、例え第三者が事故調査を行ったとしても、実際の臨床現場を目にすることなく、想像で転倒・転落事故を論じた場合、事故原因の本質に迫ることができない。また、転倒・転落事故を減らす努力は当然必要であるが、転倒・転落事故をゼロにすることは不可能であるということ、現場に沿わない机上の検討と対策はかえって弊害すらあることを、患者・利用者及び家族、そして法曹界を含めた社会に理解してもらうことが重要である。

本提言では、転倒・転落事故の現状と望ましい考え方について触れることとした。本提言が、

今後の転倒・転落事故の考え方の一助となることを期待する。

２．転倒・転落事故について

1987 年に高齢者の転倒予防に関する Kellogg 国際ワークグループより発表された Gibson の Fall の定義では、「他人による外力、意識消失、脳卒中などにより突然発症した麻痺、てんかん発作によることなく、不注意によって、人が同一平面あるいはより低い平面へ倒れること」とされている。英語圏では、Fall と表記されるが、身体損傷を引き起こしたか否かにかかわらず、体位が突然、予期せず下方に、もしくは物にぶつかったりして変化することであると定義しており、日本語で対応する語は「転倒・転落」となる[1)]。

この転倒・転落は、誰もが日常目にするものである。65 歳以上の高齢者に焦点を当て、交通事故の死亡者数と転倒・転落による死亡者数を比較した場合、令和 2 年では、交通事故 2199 人に対し、転倒・転落 8851 人と転倒・転落死亡者数は交通事故死亡者数の約 4 倍となっている[2)]。この、転倒・転落事故のうち、10%前後は病院で発生するとされ[1)]、特にベッド周囲が多く、廊下、トイレ関係が多いとされており、高齢患者・利用者において、転倒・転落は、極めて日常的に発生しうる事故であり[3)]、それは、病院・施設においても例外ではない。

３．転倒・転落事故の背景・原因

有害事象の原因としては、医療・介護従事者が決まった手順のある業務プロセスの手順を守らなかったことによるプロセス型と、患者・利用者側によって引き起こされる非プロセス型があるとされ、非プロセス型の事故に関しては、業務プロセス改善により防ぐことは困難である。転倒・転落事故の背景は多彩であるが、その大半は、患者・利用者側の要因によって起こる非プロセス型の事故であるため、業務プロセス改善による対応は難しく、かつ、転倒・転落事故に関してどのような場面でどのような対策を取れば事故を防げるという確立した対策もなく、完全に防止することは困難であることを念頭に置く必要がある。

転倒・転落の要因という観点からは、以下のような分類がある。すなわち、内的要因として、年齢があげられる。転倒死亡者の約 80%は 65 歳以上であり、80 歳以上では全体の約 60%を占める[3)]。年齢以外の内的要因としては、身体的要因として、筋力低下、歩行障害などの運動要因（筋力の低下を背景とするサルコペニアは、高齢者の転倒・転落の大きなリスクとされている）、視覚障害、バランス障害などの感覚要因、意識障害、注意障害などの高次脳機能要因に加え、自信過剰、転倒後遺症などの心理要因などが加味されていく。また、睡眠薬、降圧薬、血糖降下薬などの薬物要因も転倒・転落の原因となることが知られている。外的要因としては、照明の明るさ、床の性状、段差、手すりなどの環境設備、点滴や酸素装置などのベッド周りの機器の配置、車椅子や歩行器などの療養用具の使用方法などが挙げられる。

４．転倒・転落を正確に予測する方法がないこと

一般的に、転倒・転落には、①予測可能な転倒・転落と②偶発的に起こる転倒・転落がある。しかし、近年、認知症、せん妄等を発症した高齢患者・利用者が多くなったことから、転倒リスク（可能性）を集約させた転倒リスクアセスメントツールの評価だけでは対応できなくなっている。ケアの現場において転倒・転落が起こりやすいのは、独自の排泄ニーズやせん妄がある場合の移動動作の際であり、個別のニーズに合わせた多職種による専門的なリスク評価とそれに応じたきめ細やかな対策が必要となっている。

また、多くの患者・利用者が複数の転倒・転落要因を有する中、実際に転倒・転落に至る患者・利用者はごく一部であり、転倒・転落要因の存在が転倒・転落に直結するわけではない。

以上のように、医療現場においては、患者・利用者の転倒・転落を予測するための評価・観察の方法の模索を続けているにもかかわらず、現時点の医学的知見をもってしても、患者・利用者が転倒・転落することを正確に予測することは不可能な状況にあること、更にいえば、転倒・転落要因の事前分析により、実際に転倒・転落に至る患者・利用者を正確に選別することはできていないことを理解する必要がある。

そのような中、確実に転倒・転落を予防しようとすれば、一定の転倒リスクのある患者・利用者に対して身体拘束等、過度な対策を取らざるを得なくなり、患者・利用者の人権を著しく侵害する事態となりうる。

５．転倒・転落事故に対する病院・施設の法的責任について

(1) 法的構成について

転倒・転落事故における病院・施設の責任（過失）を法的な観点で見た場合、主として予見可能性を前提とした結果回避義務違反が問題となる（適切な転倒のリスク評価がなされ、リスク評価に合致した対策が取られているか、という予見義務及び結果回避義務という切り口で検討される場合もある。）。

(2) 予見可能性について

予見可能性については、具体的な予見可能性がないとして責任を否定する裁判例がある一方、きわめて抽象的な予見しかない状況でも予見可能性若しくは予見義務を認め、それを前提に結果回避義務違反をも認める裁判例が存在するなど、法的に求められる予見の具体性の程度につき、裁判所ごとのばらつきが大きいため、「予見可能性の予見可能性がない」という事態に陥っている。

入院患者の７割以上が高齢者であり、認知症などの疾病、治療も加わるため、転倒・転落リスクがない（予見可能性がまったくない）といえる患者はごく少数しかいないという実情から鑑みると、抽象的な予見可能性で足るとすると、入院患者の殆ど及び利用者全員において予見可能性が常に認められることとなり、もはや法的要件として何の役割も果たさないこととなることから、客観的な基準が求められるところであり、その際、先に示したとおり、転倒・転落を予測することがそもそも困難であることについて留意が必要である。

(3) 結果回避義務について

前述のとおり、各々の患者・利用者に内在する転倒・転落の要因は多彩であるため、転倒・転落を防ぐためには、個別の患者・利用者の状況に合わせた対策の検討が必要となる。現在、様々な転倒・転落対策、ツールが開発されているものの、一般に有用とされるような転倒・転落の予防策であっても、高齢者は個々のニーズや心身機能の障害による違いが著しく、また、その人の生活において受け入れられる対策でないと、結局は転倒予防につながらない。

そもそも、加齢や疾病の影響で筋力低下や麻痺、バランス障害が生じれば誰もが転倒の可能性がある。転倒予防に加えて、重要なのは転倒による外傷予防である。日本老年医学会ならびに全国老人保健施設協会の共同声明では、転倒を老年症候群によるものと捉えている。さらに日本老年医学会は、その対策として①移動動作に対する支援（歩行補助具・段差解消・手すり設置）や訓練、②筋力増強のための運動介入、③多剤併用・めまい・せん妄等評価、④転倒時の衝撃緩和（ヒッププロテクター・緩衝マット）が推奨されている。これらに加え、個別のニーズ（不安・苦痛・排泄等）や心身機能の障害へ配慮した多職種による対策が必要となる。現状では、これらの対策が十分とることができない代償として、身体拘束という手段に頼らざるを得ない現状があるが、身体拘束は患者・利用者の心身機能を低下させて寝たきりに至らせかねない。寝たきりになれば転倒は発生しないが QOL（生活の質）や ADL（日常生活動作）の低下がもたらされ、本末転倒の結果となる。

ここに挙げた対策といえども、確実な効果があるとは言えず、デメリットも存在する上、マンパワーや費用の面からも少なからぬ制約が存在する。

例えば、転倒・転落の回避（予防）策として、医療安全調査機構の提言では、低床ベッドの使用、衝撃吸収マット・床材の使用、4 点柵を含めた抑制の必要性、保護帽の使用などが謳われている。しかし、いかに低床としてもそこからの転落による事故を回避することができないことはもとより、患者・利用者の日常生活を考慮した場合、いたずらにベッド高を低くすると、起立時の転倒リスクが上昇することから、海外では適正ベッド高は、低床ではなく、膝上 10 ㎝（あるいは、膝高の 110%前後）とされているものが多い[1)]。また、床材についても、近年販売されている高機能の転倒事故予防床材は、価格が高額で、現実には広範な使用は困難である。また、介護保険では 4 点柵は乗り越えた後の危険が高いことからガイドライン上身体拘束とみなされて行ないことになっている。

また、離床センサーについても、複数の判決において、転倒・転落予防器具と誤解されているように見受けられるが、一般的に、離床センサーは、その添付文書からも、患者・利用者がベッドから離れようとしていることを察知する支援となることのみが意図された器具であり、転倒・転落を直接的に防止する器具ではない。離床センサーアラームが鳴り、看護師等がベッドサイドに向かった時点で、既に転落・転倒に至っていることはしばしば見受けられることであり、離床センサーを装着することで転倒・転落を予防できるとの理論は成立

しない。また、実際に、転倒・転落発生を低減させているかどうかも明らかではない。さらに、離床センサーの種類によっては、装着自体が患者・利用者に不快感と刺激を与え、転倒・転落を誘発しかねないとされ、また、感度の高い離床センサーの使用は、「誤報」を含めた頻回のアラーム発報を招き、効果がないばかりか業務負担のみを増加させる弊害すらあるし、経済的制約や対応人員不足の故に離床センサーは台数が限られているのが通常である。

このように、現在、確実に転倒・転落の予防が可能であるといえる転倒・転落予防ガイドライン、アルゴリズムは存在していないのが実情であり、医療水準として確立した対応策は存在せず、医療現場では、個別の患者・利用者の状況に合わせ、医療従事者が自らの知識と経験に照らして模索しつつ対応している状況にある[5)]。

6．身体拘束について

介護保険制度においては、2000 年から「原則身体拘束は廃止すること」と厚生労働省令に定められている。2018 年からは、身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反をした施設の基本報酬を減額することとなった。

具体的には従来の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由 を記録することに加えて、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 カ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。そして身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。さらに介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施することが行われなければならないこととなっている。

一方、診療報酬制度においても介護保険制度に遅れること 16 年、2016 年に認知症の方に対応するための「認知症ケア加算」が制定されたが、認知症ケア加算を算定する場合も身体拘束をしている日にはその診療報酬が 60%に減額され、不要な身体拘束を減らすような動機づけが行われている。

転倒・転落に関する訴訟において、しばしば、「身体拘束をすべきであった」との主張が見受けられる。確かに、患者・利用者をベッド等に縛り付け動けないようにしてしまえば、転倒・転落は生じないかもしれないが、身体拘束は、人権上大きな問題であることから安易になすべきものではなく、切迫性、非代替性、一時性の三要件を満たすような場合にのみやむを得ず認められるものであり、医療従事者としても、慎重に対象を選び、限定的に実施している[4)]。

また、前述したように、転倒・転落を確実に予測する方法がない現状では、適切に対象を絞り込んで身体拘束を実施することは難しいことからも、結果として転倒・転落が生じたことを踏まえて安易に身体拘束義務を主張することは厳に慎むべきであるし、人権尊重の観点からも非常に問題があると言わざるを得ない。さらに言えば、臨床現場を知る者にとって、

四肢抑制は、患者・利用者の四肢の痩せ具合、脆弱性、皮膚の性情、体形などから、効果的な装着が困難な場面が極めて多い。こうしたことを、臨床現場を見ることのない、法律家・一般市民に認識して頂く必要があるのかもしれない。

７．家族の関わり、理解について

転倒・転落対策の重要な要素として、患者・利用者、家族の存在があげられる。転倒・転落は、物的対策だけでなく、患者・利用者、家族の協力を前提とした上での対策立案が必要であり、医療者側だけでの対策には限界がある。例えば、転倒・転落場面の多くは、排泄に関係していることから、排泄時のナースコールの遵守を患者・利用者に十分理解いただくことから始まり、家庭における環境を家族から学ぶことも重要である。患者・利用者の行動の自由を尊重した環境ではどうしても転倒が起こりやすくなるが、転倒予防の対策も同時に行っていることを家族に伝えておく必要がある。安全管理を目的としたとしても、身体拘束は、患者・利用者の尊厳、身体機能の低下につながるため極力避けねばならない。本当に必要なのは転倒による外傷予防であり、外傷予防のための対策として、安全に移動できる動作の確立や生活環境を整備する必要がある。

そして、その上で、患者・利用者、家族には、「病院・施設とはいえ、転倒・転落の確実な予測は不可能であること」、「患者・利用者の人権尊重の観点からも身体拘束はできるだけ行わず、行動の自由を保障する必要があること」、「病院・施設とはいえ、転倒・転落の危険性をゼロにすることはできないということ」「高齢者であれば、そもそも転倒・転落により骨折するリスクは高いこと」を認識・理解していただく必要がある。

８．　最後に

限られた人的物的資源の中で、できる限り転倒・転落を減らすよう私たち医療・介護従事者が努力していかなければいけないことはもちろんである。しかしながら、これまで述べてきたように、人間であれば誰も転倒するのが現状である。転倒はアクシデントではあるが、高齢者であれば誰でも起こりうる老年症候群の一つとして、捉える必要がある。転倒・転落はどこで生活しようとも日常的に発生している事故であり、患者・利用者の疾病や障害に起因した転倒の発生原因の多様性と予防の困難さを考慮すると、すべてを確実に予測・予防することは残念ながら不可能である。そのような状況で不幸にも転倒・転落事故が発生した際に、転倒・転落があったという結果に着目し、予見可能であり、かつ結果回避義務が存在したとして医療機関・介護事業所の法的責任が認められると、医療・介護現場、医療・介護従事者に対して重大な悪影響があり、患者側にとっても、自由を拘束され不利益を被る事態になることを強く懸念する。

医療・介護従事者にとっては、裁判所が指摘する予測は、しばしば現実的ではなく、また、裁判所が指摘する結果回避義務も、転倒・転落発生前に確実に実行することは現実には困難であるし、確実に効果があるとも言い難いことから、もはや結果責任を負わされていると受

け止めざるを得ない。そして、そのような判決は、後の医療安全に生かすことができないばかりか、現場の萎縮や過度な身体拘束、行動制限を導く結果、患者自身の不利益につながることから、法曹界には一度立ち止まって真摯に検討いただきたい。

私たちは、2000 年代に生じた過度な司法介入による医療崩壊を経験している。現在、行われている転倒・転落をはじめとする療養上の世話、介護領域に対する理想論かつ弊害を軽視した司法判断が、看護・介護崩壊を導きうることは十分に予見可能である。

国民の生命、健康を守るため、医療・看護・介護崩壊を回避しながら、現実の臨床場面に即した判断をされることを法曹界に切に希望する。

1）LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. Clin Geriatr Med. 2019 May;35(2):273-283. doi: 10.1016/j.cger.2019.01.007. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30929888; PMCID: PMC6446937.

2）高齢者 転倒 発生率 厚生労働省 人口動態統計，令和 2 年

3）久田友治，入院患者における転倒・転落の発生場所と傷害程度の関連，医療の質・安全学会誌， 9（3），P.201，2014.

4）身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」，平成 13 年 3 月

5）「介護施設内での転倒に関するステートメント」, 2021, https://www.roken.or.jp/archives/25431

令和 5 年 11 月 14 日

一般社団法人　日本医療安全学会
　理事長　　大磯 義一郎　先生

一般社団法人　日本転倒予防学会
代表理事　萩野浩（公印省略）

このたびは、「介護・医療現場における転倒・転落～実情と展望～」に関する共同声明のご依頼、誠にありがとうございます。社会に向けて転倒予防の取組みを正しく認識して頂くための貴重な機会になるかと思います。

転倒予防とは、狭義には転倒の発生や転倒による外傷を未然に防ぐことです。日本転倒予防学会は、予測できる転倒を予防するために転倒リスクを低減して予防対策を行うことで生活の質を向上させることを目的とする学会です。

World Health Organization（WHO）では転倒予防のための戦略として、アクティブエイジングフレームワークに基づく、小児期の生活も含めた転倒リスクの低減を中心とした転倒予防施策を推進しています*。日本転倒予防学会を初め、転倒予防に関する専門家は、転倒リスクを低減することで起こりうる転倒を予測して予防するという立場で転倒予防に取り組んでいます。

ご指摘されるように確かに「偶発的に起こる転倒は予測できない」のは事実です。しかし、「すべての転倒は予防できない」とマスコミや社会に誤解を招く恐れがあります。従いまして、すべての転倒が 100%予防できないと断言するのではなく、「偶発的に起こる転倒は予防できないこと」、さらには「予測できる転倒の予防の重要性」を強調して頂きますようお願い申し上げます。声明では書かれていない、看護師・介護職のきめ細やかな排泄ケアやニーズに沿った対応等が転倒予防に繋がっていることも事実です。

日本転倒予防学会では長年にわたって転倒予防に関係する保健・医療・福祉の専門家の集団であり、地道な努力を行って一定程度の転倒は予測することで人々の生活の質の維持・向上を図りながら転倒予防に取り組んでまいりました。

本声明が、社会における転倒予防を正しく認識されるための声明であり、100％予防できない予測できない転倒はあるものの、予測される転倒を予防するための取組みがますます積極的に活発になることのきっかけになることを願ってやみません。

＊WHO グローバルレポート高齢者の転倒予防
https://japan-who.or.jp/factsheets/factsheets_type/falls/

以上