転倒・転落アセスメントツールに関する提言

提言１　転倒・転落アセスメントツールは、「スクリーニング」、「精査」、「対策導出」の３つの目的に大別される。特に病院の転倒・転落アセスメントツールは、スクリーニングとしてハイリスク者の選別を行い、さらに多職種で共有して「精査」・「対策導出」を行うなど使用目的・特徴・限界を把握した上で使用する。

提言２　学術団体は、転倒・転落アセスメントツールの運用ガイドライン整備や開発・評価・研究のためのデータ蓄積について取り組む。

提言３　病院は、変化する転倒・転落リスクに対して、転倒・転落アセスメントツールでスクリーニングし、そのリスクについて関連する専門職種が精査し、多職種で対策を立案して転倒・転落予防に取り組む。

提言４　病院は、病院組織全体で転倒・転落の対策を導出するための組織整備を行い、一体となって転倒・転落予防に取り組む。

提言５　高齢者施設は、転倒・転落アセスメントツールを、入所時のスクリーニング及びスタッフの転倒・転落リスク感性を育成するために活用する。

提言６　高齢者施設は、転倒・転落アセスメントツールを、高齢者が生活する中で異なる個々のニーズや行動の変化を包括的に捉えた多職種の「精査」の手段として位置付けて、転倒・転落リスク・マネジメントの体制整備を行う。

2020 年 7 月 18 日

日本転倒予防学会

１．提言にあたって

日本転倒予防学会理事長
武藤　芳照

高齢者の転倒は、大腿骨骨折や頭部外傷等の重大な傷害を招き、結果、寝たきり・要介護状態をきたすことがある重要な学術的課題であると共に、解決すべき社会的課題でもあります。また、転倒事故を原因として死亡に至るいわゆる「転倒死」の事例は、今や年間 9,000 件を超え、交通事故の２倍となり、超高齢社会の一層の進展に伴い、今後、さらに増加が見込まれています。こうした現状を背景に、日本転倒予防学会（2014 年発足）では「転倒予防」を目的に、学術研究と社会貢献活動に日々取り組んでおります。

転倒予防の必要性は、真に広く多彩です。転倒による大腿骨近位部骨折、その後の寝たきり・要介護という高齢者の事例の他、病医院内での患者さんの転倒や介護・福祉施設内での入所者・利用者の転倒事例。一般道路・公共施設・鉄道駅構内や電車・バス・航空機・船内での老若男女の転倒事例、視覚障害者や車イス使用者等の転倒事例、デパートやホテル、スーパーマーケット、コンビニエンスストア等商業施設等での転倒事例等。様々な場面での転倒事故の事例を幅広く収集・整理し、その要因を分析すると共に、多職種連携で実践的研究を推進し、一つひとつ問題点を解決していかなければならない、壮大な社会的課題が転倒予防であると考えています。

2004 年に本学会の前身である転倒予防医学研究会を発足してから、約 16 年が経過しました。転倒・転落のアセスメントツール（7 ページに定義参照）の現状と課題の調査を皮切りに、アセスメントツールの検討や活用方法の検討を重ね、この度、転倒・転落アセスメントツールに関する提言書をまとめるに至りました。

本提言書は、各種学会が提示する通常のガイドラインとは性格・役割を異にするものと考えております。その上で、本書がそれぞれの医療機関・福祉施設などの転倒・転落の予防に広く活用されることを祈念いたします。

最後になりますが、本提言書をまとめるにあたり、その作成に尽力された鈴木みずえ委員長をはじめ各委員に感謝すると共に調査や情報提供などのご協力をいただきました関連機関の皆様のご理解とご協力に厚くお礼申し上げます。

２．本委員会の発足の目的

2016 年、日本転倒予防学会では、転倒・転落アセスメントツールの調査報告や現状の課題も踏まえて、転倒・転落アセスメントツールのあり方を検討することを目的に、本転倒・転落アセスメントツール検討委員会を発足した。

本委員会は３グループに分かれ、A グループ（研究）は転倒・転落に関する用語の整理、望ましい転倒・転落アセスメントのモデルや研究論文の分析を行った。B グループ（急性期病院）は、急性期病院である赤十字病院グループの実績を収集し、アセスメント結果と対策の実態の把握からマニュアル、アセスメントツールなどの設定基準等の資料収集を行い、転倒予防対策を検討した。C グループ（高齢者施設）は、高齢者施設の要介護高齢者に対する転倒・転落アセスメントツールの使用が少ない現状から実態調査を行った。

３．本委員会の発足の経過

保健・医療・福祉の現場における転倒予防は重要な課題であり、転倒・転落に関するアセスメントの方法が国内外で作成されてきた。転倒・転落アセスメントツールは歩行速度やバランス能力などを測定する実測形式、転倒・転落の内的要因を列挙したチェックリスト形式、転倒のリスクに応じて対策とリンクさせるフローチャート形式の 3 種に大別され、病院などではチェックリスト形式が多く使用されているが、その効果が十分明らかではない。

本学会では 2016 年 4 月から 6 月に本学会の正会員 712 名および施設団体会員 63 施設を対象にアセスメントツールの現状における課題と学会として果たすべき役割を検討することを目的に WEB による調査を行った。アセスメントの目的は、スクリーニングが 87%、転倒・転落の要因分析 44%、転倒予防対策やケアプランの検討 70%と一つのアセスメントツールに多くの効果を期待していることが示唆された。アセスメントツールの有効性について、7 割は効果があると回答した。その理由を自由記述から類推すると、アセスメントの視点の標準化や、多職種間、対象者や家族との共通言語として有用であり、その結果、転倒の質や転倒の対策が変化していた。一方で 3 割は有効性を感じておらず、自由記述では、ツールそのものの信頼性、妥当性など精度の課題と、アセスメントの業務負担の増強や対策に活かされていないという運用上の課題が指摘された。

以上を第４回学術集会（2017 年、岩手県盛岡市）で発表した結果、転倒・転落アセスメントツールの感度・特異度も含めた信頼性・妥当性の検証がなされておらず、基準化や信頼性・妥当性の検証や指標の評価基準など十分でない実態、さらに今後、基準化や活用方法も含めた検討が必要であることが明らかになった。そこで、2016 年から転倒・転落アセスメントツールの調査報告や現状の課題も踏まえて、転倒・転落アセスメントツールのあり方を検討することを目的に、本転倒・転落アセスメントツー

ル検討委員会が発足した。

４． 転倒・転落アセスメントツール検討委員会の実施

① 第 1 回 2016 年 12 月 7 日(水):東京
② 第 2 回 2017 年 7 月 17 日(月):東京
③ 第 3 回 2018 年 3 月 10 日(日):東京
④ 第 4 回 2018 年 7 月 22 日(日):東京
⑤ 第 5 回 2019 年 1 月 27 日(日):東京
⑥ 第 6 回 2019 年 7 月 7 日(日) :東京
⑦ 第 7 回 2020 年 1 月 5 日(日) :東京

【検討内容】

- 「転倒」「転落」について、アウトカムを等しく理解するための定義と教育が必要である。
- アセスメント(要因探索)と転倒リスクのスクリーニングの 2 つの期待があり、現場でも混乱しているため、目的や活用方法を提示し研修する必要がある。
- 簡便性と精度の両立の難しさがある。認知症高齢者のケアでは筋力低下と注意障害、BPSD だけでもアセスメントに使える。それをどのように簡便な観察式の(日常ケアから把握できる)ツールに落とし込めるかが課題である。
- 大病院に限らずどこの病院でもアセスメント可能な内容、多職種によるアセスメントが可能なものを作成する。
- 症状の悪化、疾患や治療の服用に関連した転倒など学会として標準化したアセスメントツールやケアプランを提示する必要がある。
- 今後の方向性の検討や分担などを、3つのグループ(A:研究、B:急性期病院、C:高齢者施設)に分かれて、課題を検討した。

A グループ ： 研究

「転倒・転落」の用語は、ひとまとめに取り扱うとの結論に至った。転倒・転落リスクアセスメントツールを、スクリーニング、精査、対策導出の目的別に3種類、実測形式、チェックリスト形式、フローチャート形式の3種類の形式に分類し、アセスメントの循環モデルを提案した。転倒・転落アセスメントツールの効果分析、新規開発・改良にあたり、多施設でのケースとコントロールの両方に関する情報収集の仕組みを、電子データベース化の可能性を視野に入れ、構築し、エビデンス創出、既存ツールの置き換えのために、学会として継続的に活動する必要がある。また、その際には、転倒・転落が発生頻度の低い事象である事を鑑み、蓄積データに基づく後ろ向き研究によるツール開発や評価を選択肢とする。厚労省の臨床効果データベース整備事業等を参考とし、将来のあるべき姿を委員会から提唱するための案を検討した。学術団体等で公認された、転倒・転落リスク評価・対策導出に関するガイドライン

があれば、グループでリスク評価と対策を行う際の根拠となり、現場のグループや看護師負担感を軽減する一助にもなるため、日本転倒予防学会の立場としてガイドラインの必要性の提言について検討するとともに、転倒・転落アセスメント基本モデルを図示した。

B グループ ： 急性期病院

急性期病院である赤十字病院グループの実績を収集し、アセスメント結果と対策の実態の把握を行うことを目的に、日本赤十字社 医療事業推進本部医療事故対策委員会 転倒・転落予防ワーキンググループを結成した。毎年の定期調査時に、各施設の転倒・転落予防のためのマニュアル、アセスメントシート、アセスメント項目の設定基準等の資料収集（アセスメントシート情報は、92 病院中 47 病院）を行い、一覧表を作成し、項目の絞り込みを行った。また、実態調査で得られた共通項目を用いて標準アセスメント案の作成をし、アセスメント手順について標準化することを赤十字病院の医療安全管理者間で討議し、転倒・転落リスクアセスメントの妥当性を検証した。

調査の結果、92 施設中回答を得られた病院は 62 病院であり、転倒の内的要因を網羅した「アセスメントスコアシート」を用いている病院は 47 病院、フローチャート方式を用いている病院は 15 病院だった。アセスメントスコアシートを用いている 47 病院のアセスメント項目全てを一覧にし、分類したところ 12 のカテゴリーに大別され、1 つのカテゴリーにつき 1～14 アセスメント項目があった。また、アセスメント項目の設定根拠を明確に示した病院はなく、項目数は最小 11 項目の病院～最大 53 項目であった。アセスメント項目の設定方法を明確に表している病院はなく、各病院で発生したインシデントを反映したと思われる項目、看護師が体験的にリスクと感じた要因を列挙していることが推察された。一覧表から、アセスメント項目数のバラつきが大きいこと、詳細にリスク要因を網羅する目的で項目数が増大していた。「日本赤十字社 転倒・転落予防 活動のための手引書」を作成し、暫定版を赤十字の全病院に配布・複数病院で試行し、試行病院の意見・調査結果を反映させて完成版とする予定である。

C グループ ： 高齢者施設

高齢者施設でヒアリングを行った結果、ツールを使用していても、入所者のほぼ全員がハイリスクであること、転倒リスクに関して経験則から職員同士の引き継ぎのみに委ねられている場合が多々あること、スタッフの余裕は無く、認知症に難渋していること、介護老人保健施設は、その設立母体や、転倒予防の体制や取り組み方も様々で、それぞれのベクトルも全く違っていることが浮き彫りになった。

全国老人保健協会では、全国老健版ケアマネジメント方式を推奨しており、転倒リスクアセスメントツールは推奨していない。また、全老健の調査により、リスクマネージャーの導入は、転倒・転落には効果が無いことが明らかとなっている。2018 年度に転倒・転落アセスメントツールの実態を明らかにするために施設管理・システムの実態調査を行うことにした。その結果、（回収率 14.8%／1000 施設を対象）、転倒事故に関する現状について、転倒事故と認知症とは関連している（ややからとてもあてはまる 93%）、転倒事故が起きるのは仕方無い

現状である(ややからとてもあてはまる 67%)、あなた自身が行っている転倒事故の予防と対策について、転倒予防用具を使用している(ややからとてもあてはまる 45%)、転倒事故が発生した時の考え方や行動について、その事故以外についても如何にしたらなくなるのかと思う(ややからとてもあてはまる 97.8%)など現場の苦悩している様子がうかがえた。施設の理念に対する考えについて、提供しているケアは理念と結びついていると感じていた(ややからとてもあてはまる 79.8%)と、施設理念が、転倒との関係があるのではないかと推察された。解析を進めていけば、組織の状況も見えてくるので、提言(転倒は個人の責任ではない等)へと結び付けられのではないかと考えた。また、多職種連携が推奨されているが、それぞれの職種の現場主体であり、実際の転倒予防はスタッフ個人にまかされている。これらの問題をまとめて、どの高齢者もリスクが高いことからスクリーニングは意味がないことも伺える。対策導出のツールでなくてはならいないが、アンケートからは不詳であった。全国の老健施設にむけて実施した自記式質問紙調査にて得られたデータの活用、多変量解析(多重ロジステック)による分析にて関連要因を分析した。また、アセスメントツールの作成に向け、これまでのデータをふまえ現場の医療安全責任者やスタッフよりインタビュー調査を実施した。

○ 学術集会でのパネルディスカッション

日本転倒予防学会 第 4 回学術集会(盛岡市) 2017 年 10 月 8 日(日)

パネルディスカッション 1	最新転倒・転落アセスメント・ツールを求めて～現状の課題と展望～
1-P1-1	学会調査報告. 征矢野あや子
1-P1-2	転倒・転落リスクアセスメントに関する諸検討. 転倒・転落アセスメントツール検討委員会研究グループ, 横田慎一郎演者, 上内哲男, 安延由紀子
1-P1-3	転倒・転落予防の実態～赤十字病院における転倒・転落リスクアセスメントの現状～. 転倒・転落アセスメントツール検討委員会急性期病院グループ, 黒川美知代演者, 杉山良子, 征矢野あや子.
1-P1-4	介護老人保健施設における転倒事故予防の課題. 転倒・転落アセスメントツール検討委員会高齢者施設グループ, 杉山智子演者, 梅原里実, 鈴木みずえ.

日本転倒予防学会 第 5 回学術集会(浜松市) 2018 年 10 月 7 日(日)

パネルディスカッション 2	最新転倒・転落アセスメント・ツールの展開
2-P2-1	転倒・転落アセスメントツールのあるべき姿. 横田慎一郎.
2-P2-2	赤十字病院における転倒・転落アセスメントの標準化. 黒川美知代.
2-P2-3	転倒予防の観点からみた介護老人保健施設における施設管理・システムに関する実態調査. 杉山智子演者, 梅原里実, 鈴木みずえ.

日本転倒予防学会 第 6 回学術集会(新潟市) 2019 年 10 月 6 日(日)

パネルディスカッション	転倒・転落アセスメントツールの新たな展開
1-P-1	転倒・転落アセスメントツール検討委員会の最終報告. 鈴木みずえ演者, 征矢野あや子.
1-P-2	転倒・転落アセスメントツールへの社会的期待と今後の展望. 横田慎一郎.
1-P-3	赤十字病院における転倒・転落予防活動のための手引き. 黒川美知代.
1-P-4	介護老人保健施設における施設管理・システムと転倒予防との関係～転倒・転落アセスメントツールの観点から～. 杉山智子演者, 梅原里実, 鈴木みずえ

○ 学会誌報告

- 横田慎一郎，上内哲男，安延由紀子．転倒・転落アセスメントツール検討委員会研究グループ最新転倒・転落アセスメント・ツールを求めて　現状の課題と展望　転倒・転落リスクアセスメントに関する諸検討．日本転倒予防学会誌．4(2):37，2017．
- 黒川美知代，杉山良子，征矢野あや子．転倒・転落アセスメントツール検討委員会急性期病院グループ最新転倒・転落アセスメント・ツールを求めて　現状の課題と展望　転倒・転落予防の実態　赤十字病院における転倒・転落リスクアセスメントの現状．　日本転倒予防学会誌．4(2):38，2017．
- 杉山智子，梅原里実，鈴木みずえ．転倒・転落アセスメントツール検討委員会高齢者施設グループ最新転倒・転落アセスメント・ツールを求めて　現状の課題と展望　介護老人保健施設における転倒事故予防の課題．日本転倒予防学会誌．4(2):39，2017．

５．転倒・転落アセスメントツールの提言に関して必要な前提

現在、転倒・転落や転倒予防の定義に関しては十分な認識ができない状況もある。そこで、「転倒・転落の定義」「転倒予防の考え方」「転倒・転落アセスメントツツール」に関して、本提言を理解して頂くための前提として挙げたい。

(1)転倒・転落の定義

「転倒・転落」の定義は世界的には複数存在しており、特に「転倒」と「転落」は、”Fall”と、ひとくくりにされて区別されていない。例えば、「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」(高齢者の転倒予防に関する Kellogg 国際ワークグループ(1987 年)[1])、「自分の意志ではなく、地面・床またはより低い面へ体が接地すること」(FICSIT(Frailty and Injuries:Cooperated Studiesof Intervention Technics)(1993 年)[2])「地面や床、あるいはそれ以下の面に自ら意図せず接地するイベント」(World Health Organization(WHO)[3])などである。本学会では、複数の定義を紹介するに留め、学会としての定義は明確にしていない[4]。厚生労働省の死亡統計では、家庭内における主な不慮の事故において、(W00-W17)転倒・転落と一緒になっているが、(W01)スリップ、つまづき及びよろめきによる同一平面上での転倒、(W10)階段及びステップからの転落及びその上での転倒、(W13)建物又は建造物からの転落と区別されている[5]。東京消防庁では転倒・転落・墜落と区別しているが、その定義も明確な資料が存在しない状況である。臨床において厳密に転倒・転倒を区別することが困難であることから、本報告書の転倒・転落の定義には下記の WHO の転倒の定義を用いる。

WHO global report on falls prevention in older age:意図せずに地面、床、その他の低い

位置に倒れることであり、その他の場所から意図的に体位を変えて家具、壁、その他の物体に座ったり、横になる、もたれかかることは除く。[6]

[1] Gibson MJ, et al. The prevention of falls in laterlife. A report of the Kellogg International workgroup on the prevention of falls by the elderly.Dan Med Bull. 34(Suppl 4):1-24, 1987.
[2] Buchner DM, et al. Development of the commondata base for the FICSIT trials. J Am Geriatr Soc.41(3):297-308, 1993.
[3] World Health Organization. WHO global reporton falls prevention in older age. Available From<http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf>.Accessed 2020/6/30.
[4]日本転倒予防学会. 転倒の定義.
From <http://www.tentouyobou.jp/member/4.html> Accessed 2020/6/30.
[5] 厚生労働省:人口動態統計年報 主要統計表18表 家庭内における主な不慮の事故の種類別にみた年齢別死亡数・構成割合
From<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii06/deth18.html>Accessed 2020/6/30.
[6] World Health Organization 編, 鈴木みずえ, 金森雅夫, 中川経子訳. WHO グローバルレポート高齢者の転倒予防. クオリティケア, 東京, 2010.

(2)転倒予防の考え方

本提言では、地域、病院、高齢者施設などにおいて転倒・転落アセスメントツールを用いて地域在住高齢者、または入院・入所する患者や高齢者を対象にした転倒予防について言及する。なお、転倒には転落も含む。

本提言における転倒予防は、対象者の状況を包括的に観察し、心身の機能、特に移動能力を可能な限り維持することにより、その後の生活の質を向上させることを目標とするものである。対象者がどのように生活したいのか、どのように生きていきたいかという価値観を踏まえて、本人や家族にも転倒リスクアセスメントツールの結果を知り、予防対策に参加するなど本人の意思も踏まえた転倒予防を行うことが望ましい。

転倒は2足歩行をする人間の宿命でもある。転倒予防のための安全管理の身体拘束は本当に適切なのか、身体拘束による安全管理された生活で最期まで生きることが本当に幸せなのかを考える必要がある。転倒は生活において偶発的に発生するため、予測できない転倒や予防できない転倒があることも十分考慮する必要がある。転ぶことは2足歩行の人間として当然のことであることから、転倒予防には、生活における安全と運動(活動)のバランスを十分考慮する必要がある。

(3)転倒・転落アセスメントツールとは

(定義):病院や高齢者施設などの入院患者・入所者に対して該当する転倒・転落リスクをアセスメントしスコア化してスコアで総合的に危険度を評価するものと、看護の視点でアセスメント項目に焦点を当てて転倒リスクを捉え、転倒予防につなげるものがある。転倒の危険度を明らかにして転倒を予測して未然に予防することを目的としている。転倒・転落アセスメントスコアシートなどと呼ばれ、転倒リスクマネジメントを行うための指標である。

６．転倒・転落アセスメントツールに関する提言と解説

提言１　転倒・転落アセスメントツールは、「スクリーニング」、「精査」、「対策導出」の３つの目的に大別される。特に病院の転倒・転落アセスメントツールは、スクリーニングとしてハイリスク者の選別を行い、さらに多職種で共有して「精査」・「対策導出」を行うなど使用目的・特徴・限界を把握した上で使用する。

転倒・転落アセスメントツールの目的は、スクリーニング、精査、対策導出の 3 つに大別される。3 つの目的を実施と評価の枠組みに当てはめると、図 1 のような転倒・転落アセスメント基本モデルとして整理できる。①スクリーニングは限られた人員で早期対策のために対象集団からハイリスク者を選別すること、②精査は主にハイリスク者を対象としてリスク要因を詳しく調べて転倒を引き起こす要因を明らかにすること、③対策導出は転倒リスクと患者の生活行動を照らし合わせて安全に行動できる方法を、医療者・介護者・患者自身が行える対策を一定のルールや条件に基づいて導き出すことである。医療福祉施設等における現行での転倒・転落アセスメントツールの使用は、必ずこの図1の中に含まれており、アセスメントを実施する場合はスクリーニング、精査、対策導出のどこからでも開始することができる。入院時に病棟看護師が主に転倒・転落アセスメントツールを用いてスクリーニングとしてハイリスク者の選別を行うことが多いが、特に「精査」では医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士などが転倒リスクである治療、歩行・移乗動作に関する専門性が高いことから、多職種で共有して精査・対策立案・実施・評価を継続的に行う必要がある。

転倒・転落アセスメントツールについては、国内外で開発や評価に関する数多くの研究が実施されており、上述目的別に整理することができるのでいくつか例示する。スクリーニング目的には、STRATIFY [1]、FRI-5 [2]等の短時間で行えるチェックリスト形式のものや、SIDE [3]等の特定の動作可否により判定するものが該当する。精査には Timed Up & Go Test、Functional Reach Test、片脚立ち時間等のリハビリテーション領域における評価方法が該当する。対策導出については、米国で開発された STEADI [4]等が該当する。

転倒・転落アセスメントツールを用いる場合は、前述のようなツールを自施設に導入する場合でも、各施設において独自に開発したものを用いる場合でも、使用している転倒・転落アセスメントツールの特徴を把握することが必要である。特に、スクリーニングツールにおいては各施設において適切に転倒を予測しているか感度や特異度を把握し、どのような条件でスクリーニングできているのかを分析するなどツールの特徴・限界を把握した上で使用する必要がある。

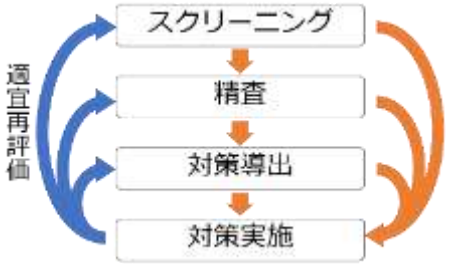

図1 転倒・転落アセスメント基本モデル

[1] Oliver, David, et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case-control and cohort studies. BMJ. 315(7115): 1049-53, 1997.
[2] 鳥羽研二, 他. 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. 日本老年医学会雑誌. 42(3): 346-

352, 2005.
[3] 寺西利生，他．入院患者転倒防止のための判別的な静的姿勢保持の能力検査である The Standing Test for Imbalance and Disequilibrium (SIDE)の信頼性と妥当性に関する検討. Jpn J Compr Rehabil Sci. 1: 11-16, 2010.
[4] Stevens, Judy A., et al. Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers. Health promotion practice. 14(5): 706-714, 2013.

提言２　学術団体は、転倒・転落アセスメントツールの運用ガイドライン整備や開発・評価・研究のためのデータ蓄積について取り組む。

当学会による調査を含め、種々の調査結果を鑑みて、日本国内の医療福祉施設等で用いられている転倒・転落アセスメントツールは多種多様であることが伺える。しかし、各施設においてどの程度エビデンスに基づくリスク評価ができているかどうかは全く不明である。また転倒・転落アセスメントは、ただ実施するだけではなく、アセスメントの結果をどのように解釈し、どのようにケアに活用し、またどのように再評価するかによって患者等における実効性が変化するものである。現状では、いずれも各施設の組織体制や取り組みに完全に依存しているものと推測され、その実態も全く不明である。以上のことから、学術団体においては転倒・転落アセスメントツールの使い方の実態を明らかにする必要がある。

また、各施設において既に導入されている転倒・転落アセスメントツールを別の転倒・転落アセスメントツールで置き換えることは、臨床上かなりの困難があるものと推測する。なぜなら、転倒・転落アセスメントツールの使用を推奨する団体、文書、書籍は多数あるものの、国内においては転倒・転落アセスメントツールの開発・使用・評価に関する公的なガイドラインや指針は一切存在しないため、臨床現場では、何を参考として行動すべきかを各々の施設が検討・決定しなければならない状況にある。従って学術団体においては、先行研究や昨今の情報技術の発展を十分考慮した上で、転倒・転落アセスメントツールの開発・使用・評価全般に関する運用ガイドラインの整備に取り組む必要がある。

転倒・転落アセスメントツールの開発においては、転倒・転落という事象が発生頻度の低い事象である事から、電子カルテやインシデントレポーティングシステム等の情報システムに蓄積した医療リアルワールドデータに基づく、後ろ向き観察研究によるツール開発・評価が選択肢となり得る。昨今国内では、電子カルテの普及を背景として医療リアルワールドデータの収集が可能な技術が発展しつつある。一方で、施設によって電子カルテ等の情報システムの整備の程度がそれぞれであることから、学術団体においては、ツール開発や評価に資するような多施設データを蓄積し、開かれたデータベースを整備する必要がある。またそのデータベースにおいては、ツールの開発や評価のために活用できるよう、転倒・転落に関する患者アウトカムデータも含める必要がある。

今世紀初頭より、各施設においてそれぞれの形での転倒・転落アセスメントツールの整備と使用を中心とした転倒・転落予防策が普及してきたが、いよいよ学術団体が中心となって、転倒・転落アセスメントツールに関する標準的運用ガイドラインを整備し、また開発・評価・研究のためのデータ蓄積について取り組むべき時期に来ている。

提言３ 病院は、変化する転倒・転落リスクに対して、転倒・転落アセスメントツールでスクリーニングし、そのリスクについて関連する専門職種が精査し、多職種で対策を立てて転倒・転落予防に取り組む。

転倒・転落アセスメントは、転倒・転落のリスク要因をチェックし、ハイリスク者に対して個別の予防対策を立案、実施することを目的としている。入院時に転倒・転落リスクであると捉えた要因は、入院療養の経過の中で刻々と変化する。変化していく要因を個別に捉え予防対策を立案・実施するには、その要因に関連する専門職種が精査を行い、専門知識に基づく対策の検討と立案した対策を誰もが同様に実施するための職種間共有が必要である。病院内の多職種による転倒予防グループや転倒リスク要因に関連する職種・他の院内多職種グループの相談機能を活用し、多職種で転倒・転落を予防する。

表1に多職種グループにおける転倒・転落予防に関する各専門職の役割を示すが、それぞれの職種の専門性を認識することが重要である。環境整備の問題に関しては、病院内の専門職以外にも施設管理室など、さらに退院後に関しては、外部施設の専門職との連携や地域の保健師などとの情報共有が必要になる。

表１　多職種グループにおける転倒・転落予防に関する各専門職の役割

看護師	転倒・転落アセスメント、転倒・転落リスク管理、病棟生活における安全の確保、転倒・転落予防に関する患者・家族指導及び看護実践。
保健師	在宅高齢者に対する転倒・転落アセスメント、転倒・転落リスク管理。転倒・転落リスクの高い高齢者に対する健康教育、セルフケア能力の向上、運動実践指導士などとの連携した運動を含めた転倒予防教育の実施。
医師	疾患に関する治療・内服薬の検討と疾患治療に関連した転倒・転落予防の情報提供。転倒に関連した治療・内服薬の検討。
理学療法士・作業療法士	転倒予防のための歩行・姿勢バランスに関する転倒・転落アセスメント。歩行・姿勢バランス訓練と日常生活動作に関する看護・介護に関する情報提供。車椅子・椅子の座位姿勢評価とシーティング。歩行補助具の仕様の検討・評価・改善。
薬剤師	多剤併用に関する管理、転倒・転落に関連した薬物の副作用に関する情報提供。
栄養士	食事量と水分量のアセスメント、カルシウムを多く含んだ食事、糖分・塩分の偏り、低栄養などに関する改善・食事指導。
社会福祉士	退院後の生活環境の調整、保健医療サービスとの連絡および調整の際に転倒・転落リスクに関する情報交換と対策検討。
介護福祉士	要介護高齢者の日常生活における転倒・転落アセスメントと日常生活の場における転倒・転落予防、医療の必要な転倒・転落ハイリスク高齢者に対して医療者との連携。
看護助手	病棟などにおける転倒・転落リスクの高い高齢者の観察および安全の確保。
施設管理部	施設内の生活環境の整備と安全性の確保。

[1] 日本転倒予防学会監修, 武藤芳照, 原田敦, 鈴木みずえ編著. 認知症者の転倒予防とリスクマネジメント病院・施設・在宅でのケア第3版, 日本医事新報社, 2017.

提言４ 病院は、病院組織全体で転倒・転落の対策を導出するための組織整備を行い、一体となって転倒・転落予防に取り組む。

入院患者の転倒・転落を予防するには、患者個別の転倒・転落要因についてアセスメントを行い、個別対策を立案し実施することが定着している。しかし、アセスメントツールが開発・導入された当時よりも、現在は認知症や入院後のせん妄状態など、個別性の高いケアを要する高齢の入院患者が多くなり、転倒・転落ハイリスク者が増えている。病院における転倒・転落事故は、医療事故全体の 22～27%を占めており、転倒・転落の2%程度に重度（手術以上の外傷）の損傷が発生している現状がある。そのため、病院における転倒・転落の予防は、患者個別の要因に対する多職種グループでの検討・予防対策を実施するとともに、転倒・転落を組織全体の課題と捉えて、病院は転倒・転落予防のための安全管理体制（システム）を構築する[1]ことが必要である。システムの構築には多角的な視点で検討を要することから、多職種がチーム一体となって取り組む必要がある。

参考として、表2に日本看護協会の「労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）」[2]の計画指標としてあげられている転倒・転落の6項目を示す。病院や施設の特性を踏まえて組織としての転倒・転落予防の課題を捉え、予防活動に取り組むことが望まれる。

表２　DiNQL による転倒・転落のベンチマーク評価 6 項目

1.	転倒・転落予防ケアに関する総研修時間
2.	転倒・転落予防に関する研修への年間延べ参加者の割合
3.	転倒・転落予防のための備品
4.	転倒・転落予防に関する患者・家族教育
5.	入院患者の転倒・転落発生率
6.	入院患者の転倒・転落による負傷発生率

[1] 日本転倒予防学会監修，武藤芳照，奥泉宏康，北湯口純編著．転倒・転落予防指導士公式テキスト Q&A，新興医学出版社，2017.

[2] 日本看護協会．労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）．From<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/database/dinql/nursing_practice/pdf/hyokaichiran2019.pdf> Accessed 2020/6/30.

提言５ 高齢者施設は、転倒・転落アセスメントツールを、入所時のスクリーニング及びスタッフの転倒・転落リスク感性を育成するために活用する。

介護老人保健施設（以下、老健とする）に入所する高齢者は、自立を目指して機能訓練を行っており、動くことができる高齢者が多いという点で転倒・転落のリスクが高い。加えて、

老健は、入所期間が限定されているため、入退所が多く、時間をかけて入所者の把握をすることが難しい。これらのことから、老健は他の介護保険施設に比べ、転倒予防の必要性が高い施設といえる。したがって転倒リスクに関する情報を速やかにスタッフ間で共有する必要がある。特に介護職では、教育歴や経験の背景がさまざまで、施設単位で研修してもリスクマネジメント対策がスタッフごとの経験に委ねられる傾向がある。業務中心のケアから、認知症者のニーズや個別性を考えるケアの転換が求められているが実際は難しく、スタッフの入れ替わりが激しい為に経験の積み重ねがない施設も多いなどの現状がある。転倒・転落アセスメントツールの活用は、単に「スクリーニング」だけでなく、生活者として捉えた入所時の情報を速やかにスタッフ間で共有できる。またそのことが転倒・転落リスク感性を養うことも期待できる。

高齢者施設における転倒・転落アセスメントツールを用いて、「スクリーニング」によりスタッフ間の転倒予防の共通認識ができる。また、多職種連携の「精査」から転倒リスクのレベルに応じた対策導出を検討することにより予防への効果が期待できる。

本委員会の調査（2018 年）によると、高齢者施設の転倒・転落アセスメントツールの使用率は 26％程度と低かった。この結果から、入居者のほとんどが転倒リスクの高い高齢者であり、誰もが転倒する可能性が高いため、高齢者施設では、転倒・転落アセスメントツールの使用だけでは有効な転倒予防につながらないことが示唆された。全国老人保健協会の全老健の調査委員会により、リスクマネージャーの導入は、転倒・転落には効果が無いことが報告[1]されているものの、ケアの質を向上させるために転倒予防に関するリスク管理やシステム管理は重要[2]である。転倒リスクの高い認知症など要介護高齢者の特徴を踏まえた転倒予防委員会、事例検討会、カンファレンスなどを含めて転倒予防の流れをシステムとして組み立てる必要性がある。

---

[1] 公益社団法人 全国老人保健施設協会. 平成 26 年度介護保険施設の入所者の機能低下およびその予防に関する調査研究事業報告書. 2015.
From<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140274.pdf>Accessed 2020/6/30.

[2] Tricco AC, et al. Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: a systematic review and network meta-analysis. Age Ageing. 48(3):337-346, 2019.

提言 6

高齢者施設は、転倒・転落アセスメントツールを、高齢者が生活する中で異なる個々のニーズや行動の変化を包括的に捉えた多職種の「精査」の手段として位置付けて、転倒・転落リスク・マネジメントの体制整備を行う。

高齢者施設では認知症などを有する要介護の高齢者がほとんどであるが、認知症高齢者の生活上のニーズを予測して個々のケアを組み立てることが重要になる。例えば、高齢者は排泄行動に関連した移動動作で転倒が引き起こされる。食後は排泄に関連して歩行をしようとするなど、トイレにすぐに行きたい人や少し我慢できる人、歩行動作や更衣の動作にふらつきの多い人など、その人のニーズや心身の状況に合わせた介

助の順番やケアの内容を組み立てて転倒予防を展開する必要がある。周辺の高齢者の動きや行動やニーズに対して常に気を配り、個別に転倒リスクを判断しながらグループで見守り・支援を行い、その場を離れる場合は、他のスタッフに声を掛け合うなどのスタッフ間相互の連携、さらには薬物の副作用としての転倒予防では医療の専門職との連携が必要である。従って、高齢者施設における転倒・転落アセスメントツールの活用は、提言 1 を踏まえて、「スクリーニング」から多職種の専門分野について評価した「精査」を行うことにより転倒・転落につながる具体的な要因の理解につながる。例えば向精神薬を使用している場合、転倒・転落アセスメントツールの結果をふまえ、高齢者の 24 時間の行動観察記録を基に医師と相談し、「導出」として、本当に薬効が必要な時間に薬の服用時間を限定することで副作用によるふらつきを予防できる。また、理学療法士による歩行動作などの身体機能の客観的な評価は入所を通じて重要な情報を得て、安全に歩行できるような「対策導出」となり得る。

高齢者施設ではどのスタッフも、このような高齢者のニーズや心身の状況に合わせた転倒予防が展開できるように転倒・転落アセスメントツールの実施に合わせてケアスタッフの能力育成のための転倒予防システムや研修プログラムなど転倒リスクマネジメントやケア管理体制を構築させる必要がある。

転倒・転落アセスメントツール検討委員会

	氏名	所属	担当
委員	梅原 里実	高崎健康福祉大学 保健医療学部看護学科 准教授	C グループ
	上内 哲男	東京蒲田医療センター リハビリテーション科リハビリテーション士長	A グループ
	黒川 美知代	武蔵野赤十字病院 看護師長	B グループ
	杉山 智子	順天堂大学 大学院医療看護学研究科准教授	C グループ
	杉山 良子	元武蔵野赤十字病院 看護師長・専従リスクマネージャー	B グループ
	鈴木 みずえ ◎	浜松医科大学臨床看護学講座 教授	C グループ
	征矢野 あや子	京都橘大学 看護学部看護学科 教授	B グループ
	安延 由紀子	大阪大学 大学院医学系研究科 老年・総合内科学 理学療法士	A グループ
	横田 慎一郎	東京大学 医学部 講師	A グループ
事務	甲斐 美和子	日本転倒予防学会 事務局長	

50 音順、◎ 委員長

※A グループ：研究、B グループ：急性期病院、C グループ：高齢者施設