

スライド 1

社会福祉法人まり福祉会 まりホーム熊野

介護福祉士の清水佐和です。宜しくお願いします。

普段の業務では、このような会話がよくされていました。

「Aさん転倒しやすいから皆で気をつけようね！」

例えば、センサーマット置こうね。声かけしようね！といった会話は皆さんのところでも良くあると思います。

しかし、どのくらい転びやすいのか？

何が原因だったのか？ケアの方法が間違っているのか？など、根拠がはっきりしていませんでした。

そのため、対策は漠然としており、ユニットのリーダーたち、数人で考えたプランを他のスタッフに伝えるという取り組みでした。

今回は、転倒リスクの要因を詳しく知る為に、評価表などを導入してみました。

それをもとに分析し、対策をスタッフ皆で話し合うことにしました。

その結果、スタッフに意識の変化が見えたため、若干の考察を加え、報告します。

スライド 2

事例紹介をします。

89歳女性、要介護3。特定不能の認知症の診断があり、その他、躁うつ病、両変形性膝関節症、心不全などがあります。長谷川式スケールは、**10点**でした。

スライド 3

第1期の取り組みとして、

「転倒・転落スコアシート」「転倒・転落アセスメントシート」を導入しました。

「転倒転落スコアシート」は、**8項目**、加算方式で、合計点数を**3段階**で危険度をわけたものです。

「転倒・転落スコアシート」の結果です。

1ヶ月以内に転倒歴があり、独歩またはシルバーカーを使用。

時に、興奮・混乱が見られ、躁症状に対する薬を服用しています。

何事も自分でやろうとする性格です。スコアは合計 **22点**。危険度**Ⅲ**の結果となりました。

スライド 4

つぎに、「転倒・転落アセスメントシート」です。

入居者の特徴を把握し、過去の転倒歴などを理解できるものになっています。

本人の特徴として、負けず嫌い。両膝痛がある。

早朝、一人でトイレに行こうとして、独歩で急ぐことがある。室内の片づけを一人ですることがある。
また、帰宅願望があり、時に興奮がみられます。

入居前には、自宅の階段から転落したことがあり、

その他の転倒では、大腿骨頸部骨折、腰椎圧迫骨折、肋骨骨折をしたことがあります。

これらの結果を受けてケアプランは、

- ①排泄リズムを確認し、本人が1人で動く前に声をかけ、誘導をおこなうこと
- ②歩行時はシルバーカーを必ず使用すること
- ③片付けなどを行うときは、スタッフに声をかけてもらうことにしました。

スライド 5

さらに、ケアプラン立案後 55 日目には、朝、居室内で床に尻もちをついているのをスタッフが発見しました。「トイレに行きたくなった」ということでした。

スライド 6

転倒を繰り返すため、第2期の取り組みとして SHELL 分析を導入しました。

SHELL 分析は、人間の行動を4つの要因に分けて、分析する方法です。

要因ごとの対策を考えていきます。

SHELL 分析の結果です。

S では、「朝食後は、居室に戻る」と決めていたことが要因と考え、
対策として、「朝食後はホールで見守る」ことにしました。

H では、居室にセンサーマットを設置していなかったため、すぐに設置することにしました。

E では、朝食後、スタッフが片付けやそうじをするために、居室で過ごしてもらっていましたが、
日勤者がきてから居室に戻ることにしました。

L では、食後に尿意があったため、食後にも、声かけとトイレ誘導をすることにしました。
また、食後すぐに「居室に戻っても、大丈夫だろう」と、スタッフが思い込んでいたため、
排泄リズムを再度みなおし、早めのトイレ誘導をすることにしました。

スライド 7

これらの結果を受けて、ケアプランを見直しました。

ホールにいる時は、スタッフが交替で見守り、早めのトイレ誘導をする。

靴の履き方をチェックする。出来る事は自分でしてもらおう。

帰宅願望があるため、気分転換を図りながら、興奮しないように工夫をする。

夜間は、ベッドの高さに注意し、センサーの電源が入っているか、確認する。

寝起きに混乱することがあるため、穏やかに話を聴く……などです。

スライド 8

その後、第3期の取り組みとして、設備の安全チェック表を追加しました。

これは、入居者の生活導線での転倒リスクや、トイレ・浴室など、移動先でのリスクを評価するものです。

スライド 9

第1期～第3期までの取り組み結果です。

第1期では、リスクの数値化と、個人因子の把握ができるようになりました。

第2期では、SHELL 分析の導入で、より具体的な対策が考えられ、ユニット内で議論する回数も増えました。

第3期では、生活の導線に目を向ける事ができるようになり、グループホームスタッフ全員で話し合いを実施するようになりました。

スライド 10

まとめです。

「転倒予防」というひとつの課題に向かって、スタッフ全員の意識に変化が現れました。

各ユニット間での連携、ホーム全体での意欲向上にもつながり、様々な相乗効果がうまれました。

今回は転倒予防がきっかけになりましたが、認知症ケアやユニットケアの概念についても、つながる面が多くあり、日々の業務の中で、スタッフ1人1人が、“やりがい”を見いだすことができると思います。

「転倒予防」をはじめ、今後も、根拠のあるケアに取り組んでいきます。

ご清聴ありがとうございました。

「転びやすいけど、具体的にどのくらい危険なのかな？」

転倒したのは、人？環境？何が要因？さっぱりわからない

- ★転倒予防対策が漠然としている？
- ★対策を考える人がいつも一緒にスタッフ皆で議論できていない？



1

事例紹介

- ◆年齢 : 89歳 性別: 女性
- ◆介護度: 要介護度3 (寝たきり判定A1・認知症度判定II)
- ◆職業 : 元教員
- ◆病歴 : 特定不能の認知症
躁うつ病
両変形性膝関節症
心不全
- ◆HDS-R : 10/30 点



2

ケアプラン立案後 55日目

AM8:20 居室内で床に座っているのをスタッフが見つけた。靴は脱げかけていた。
AM8:00にベッドサイドに座っていたのは、スタッフが確認できている。

トイレに行きたくなった
歩いて行こうと思ったん
だけど・・・



5

SHELL分析 結果

	要因	対策
S	朝食後は居室に戻ることに決めていた	→ 朝食後はホールで見守り出来るようテレビを見るなどして過ごしてもらおう
H	居室内にセンサーを設置していない	→ 居室内にセンサーを設置する
E	スタッフが食後の片付けのため、居室で休んでもらっていた	→ 朝食後は日勤者が来てから居室へ戻る
L	食後に尿意があった。膝痛がある。1人で歩いてしまう。	→ 食後に尿意の確認と共にトイレ誘導をする
L	これまで食後にトイレ誘導していなかったため居室に戻っても大丈夫だろうと思い込んでいた。靴の履き方は見ていなかった。	→ <ul style="list-style-type: none"> ・排泄時間を記録し早めのトイレ誘導をする。居室で過ごす時間はスタッフが訪室し「何か手伝うことがないか？」声掛けをする。帰宅願望に適切に対応する。 ・靴をきちんと履いているかチェックする

6

ケアプランへの反映

日中

- ①立ち上がり・歩行が以前に比べて難しくなっているため、ホールではスタッフが交替で見守る。
- ②靴の履き方をチェックする。
- ③見守りながら、片付け等自分で出来る事は自分でしてもらう
- ④早めのトイレ誘導。排泄時の更衣に時間がかかり、パットがうまく当てられないことがあるため介助する。
- ⑤帰宅願望は毎日あるが、説明されても直ぐに忘れてしまう為、いったん話題を変えるようにするか、場所を移動して気分を変える。

夜間

- ①低床ベッドを一番下に下げる。
- ②センサーマットの電源を確認する。
- ③寝起きに混乱されることがあるが、穏やかに話を聴く。

7

第3期

「設備の安全性チェック表」

生活導線を意識して、どんなリスクがありどれくらいの観察・注意事項があるのか？検討する。

区分	区分	移動手段	No.	確認事項	対応事項
居室	～ 洗面	スリパー	1	1. 床の滑り止めシートが剥がれていないか 2. スリパーの底が滑りやすい素材ではないか 3. 滑り止めマットが敷かれているか 4. 靴の裏が滑りやすい素材ではないか	剥がれている場合は貼り直す 滑りやすい素材のスリパーは交換する 滑り止めマットを敷く 靴の裏に滑り止めシートを貼る
居室	～ 洗面・ホール	スリパー	2	1. 1～3の確認 2. 履き心地が悪い履き物は履かない。履き心地が悪いものは履き替える 3. 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する	履き心地が悪い履き物は履かない 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
居室	～ 寝室	スリパー	3	1. 1～3の確認 2. 履き心地が悪い履き物は履かない。履き心地が悪いものは履き替える 3. 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する	履き心地が悪い履き物は履かない 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
居室	～ 入浴	スリパー	4	1. 1～3の確認 2. 履き心地が悪い履き物は履かない。履き心地が悪いものは履き替える 3. 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する	履き心地が悪い履き物は履かない 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
居室	～ 外出	スリパー	5	1. 1～3の確認 2. 履き心地が悪い履き物は履かない。履き心地が悪いものは履き替える 3. 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する	履き心地が悪い履き物は履かない 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
～					
～					
～					

移動時の注意点
 履き替える場所：洗面・寝室・寝室・廊下・廊下・廊下・廊下・廊下・廊下
 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する
 履き替える際は必ず履き替える場所を確認する

移動する際の
リスク要因を
チェックする

8

結果

	評価ツール	リスク具体化	スタッフ
第1期	転倒・転落 スコアシート 転倒・転落 アセスメントシート	・リスク数値化 達成 ・転倒に関する 個人情報把握、 転倒要因把握	・基本情報、転倒危険度、転倒要因を把握する習慣がついた。 ・入居者の心身の変化に意識できるようになった。
第2期	SHELL分析導入	・ソフト、ハード 環境など 幅広く リスク評価し、 対策を立案	・より詳細な分析ができ、要因が明確になった。 ・個々の要因へ対策を考える為、より詳細なケアプランを立案できた。 ・転倒を予防する対策をスタッフ全員で話し合う機会が増えた。
第3期	設備の安全性 チェックシート	・生活導線に着目 した リスク評価	・生活導線の意識が芽生え転倒リスクを幅広く捉えられた ・スタッフ同士の情報共有・声かけが増えた。ユニットが合同で ・議論する機会が増え、GH全体での取り組み出来た。

9

まとめ

- 『転倒予防』というひとつの課題をきっかけに、スタッフ全員の意識に変化があった
- 各ユニット間での連携・ホーム全体での意欲向上にもつながり様々な相乗効果
- 『転倒予防』を機軸に、入居者に根拠のあるケアを提供できる



認知症ケア・ユニットケア概念への波及効果も期待
スタッフ1人1人が根拠をもった中で日々のケアに取り組み、
“やりがい”の創出にもつながっていく可能性がある

10