

厚生労働行政推進調査事業費補助金

長寿科学政策研究事業

在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究

令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 種田 憲一郎

令和3（2021）年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究	
種田憲一郎	----- 1
(資料1) 転倒に関わる対応策を検討すべき判例	----- 10
(資料2) アセスメントや対応に関する具体的項目の例	----- 36
(資料3) 施設・地域における高齢者の転倒予防ガイドライン	----- 37

令和3年度
厚生労働行政推進調査事業費補助金(長寿科学政策研究事業)
在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究
総括研究報告書

研究代表者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 上席主任研究

(研究要旨) 介護施設において、安全な介護の実施が求められている。超高齢社会を迎えて、介護施設の果たす役割は益々大きくなるため、国民の介護施設に対する様々な要求が高まる可能性が考えられる。しかし各介護施設の環境要因に関する問題点として、介護施設の種類で医療的ケアを実施する職種や構成が異なることから、介護施設で発生する介護ケアに関する事故については、発生するプロセスや背景要因、根本原因などは、介護施設に特有の事故である可能性が示唆される。従って、介護施設において発生した介護事故等の事例を収集し、詳細に分析し、介護施設で実施すべき再発防止策の範囲、施設の規模・機能や法学的観点を含めて考慮した介護事故の類型化、介護施設とともに事故の予防・再発防止に欠かせない入所者や家族等の協働を促進する事例解説を策定することが求められる。そこで、本研究では、介護老人保健施設等を対象とした調査・ヒアリング、既存調査・研究・文献(判例を含む)の検索も実施し、研究1年目は、介護安全の取組みの全体像と、とくに転倒について深めた分析を行うことを目的とする。

介護施設等における転倒に関わる判例のレビュー(1988年12月から2019年3月)を行い、52件が抽出された。また、海外における転倒予防に関する取組みについては、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダなどで行政機関等によりステートメント・指針が発出され、高齢者個別の転倒リスクの把握・介入の重要性、転倒後の適切な対応について言及されていた。判例や国内外での取組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられた: ①転倒しやすさ(利用者の状態、及び環境)の把握と対応、②転倒につながり得る行動の早期発見、③転倒してもケガをさせない予防、④有害事象(転倒後)の早期発見、⑤有害事象(転倒後)の早期治療、⑥訴訟に発展させない取組み。さらに介護現場の取組み状況についてのヒアリング・意見交換会からは、報告する文化が根づいていない、体系的な根本原因分析はされていない、「個人が気をつければ事故は起きない」との認識が強い(システム志向が必要)、介護安全の教育が不足している、などが指摘された。事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)が、体系的に整備されておらず、これらの支援体制が求められている。

研究分担者

後 信 公財)日本医療機能評価機構・理事
森山 葉子 国立保健医療科学院・上席主任研究官

山口佳小里 国立保健医療科学院・主任研究官

研究協力者

A. 研究目的

介護施設における介護事故の発生状況については、介護施設から市町村に報告の義務がある。厚生労働省において、平成 30 年度介護報酬改定検証・研究事業で、介護保険施設における安全管理体制の実態把握を行った。調査結果から市町村が事業所に求める事故の範囲など報告内容にバラツキがあった。上記の結果を踏まえて令和 3 年度介護報酬改定において、市町村から国で統一した報告様式を策定し、その運用が開始された。

介護施設において、安全な介護の実施が求められている。超高齢社会を迎えて、介護施設の果たす役割は益々大きくなるため、国民の介護施設に対する様々な要求が高まる可能性が考えられる。しかし各介護施設の環境要因に関する問題点として、介護施設の種類で医療的ケアを実施する職種や構成が異なることから、介護施設で発生する介護ケアに関する事故については、発生するプロセスや背景要因、根本原因などは、介護施設に特有の事故である可能性が示唆される。

従って、介護施設において発生した介護事故等の事例を収集し、詳細に分析し、転倒・転落、誤薬等の予防策や再発防止策を提言すること；その際に、転倒・転落等の事例を分析し、介護施設で実施すべき再発防止策の範囲、施設の規模・機能や法学的観点を含めて考慮し、介護事故の類型化も試みること；その上で介護施設とともに事故の予防・再発防止に欠かせない入所者や家族等の協働を促進する事例解説を策定することが求められる。また、国の統一様式を用いた調査を全国の介護施設及び市町村に抽出で調査を実施すること；事故事例を収集し、介護施設等における

事故の予防及び再発防止策の横展開することも必要である。

そこで、本研究では、事故の予防・再発防止の提言のために、全国の介護施設及び市町村における事故の発生状況等の実態調査・分析を行い、介護事故の発生プロセスや背景要因、根本原因を明らかにし、実態調査の分析結果、既存の文献、医療事故の予防・再発防止策から現場における有効な再発防止策を確立し提言することを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、様々な形態で運営・提供されている介護施設について、介護老人保健施設などを中心に、調査・ヒアリングを実施する。また既存調査、研究、文献の検索も実施する。

【1年目】

- 既存調査、研究、文献（判例等含む）の検索・調査
- 介護施設へのヒアリング調査
- 収集した事故状況や取組みを分析（介護安全の取組みの全体像と、とくに転倒について）

【2年目】

- 関係団体の協力のもとに全国の介護施設・市町村に調査票を用いた調査
（とくに 2021 年度から開始された事故の報告統一様式の運用状況などについて）
- 前年度及び当該年度の検証に基づく事故の予防及び再発予防策の提案
（転倒に加えて、頻度の多い事故（誤薬、誤嚥など）を対象に、介護安全の全体構成（案）（図）を考慮して）
- 事故の予防及び再発予防策の検証
- 介護事故の類型化及び事例解説を策定

(倫理面への配慮)

収集する判例や事故に関わる情報は公開されている情報であり、ヒアリング等によって得られる情報については、施設等の組織的対応・仕組みに関わる情報であり、個人・施設が特定されないような形で情報収集を行う。

C. 研究結果 (1年目)

C-1. 介護施設等における転倒に関わる判例のレビュー (添付資料参照)

【期間と件数】

最終判決日：1988(S63)年12月26日～2019(H31)年3月14日

件数：52件

－昭和63(1988)～平成12(2000)年：9件

－平成13(2001)～平成22(2010)年：16件

－平成23(2011)～平成31(2019)年：27件

(転倒以外の事故7件：熱傷、肺血栓塞栓症、誤嚥、低体温症、急性膵炎)

【発生場所】

通所(通院)：31件、入所(入院)：17件、その他(自宅、保養所)：4件

【発生施設等】(文献等に記された施設等の名称) 介護関連施設、特別養護老人ホーム、介護サービス施設、介護付有料老人ホーム、介護老人施設、介護老人保健施設、老人保健施設、介護福祉施設、グループホーム、在宅介護支援施設、病院、医院、診療所、知的障害者更生施設、通所介護施設、社会福祉施設、デイサービス、小規模多機能型居宅サービス、短期入所生活介護事業所、訪問看護等

【転倒に関わる対応策を検討すべき判例】

転倒に関わる対応の類型化を検討する上で、参考となる判例の例を以下に記載する(詳細は添付資料参照)：

- 判例7：
高齢者が通所介護契約に基づき介護サービスを受けている間、送迎車両から降車しようとし席を立った際、転倒し、翌日大腿骨頸部骨折が判明した事故につき、介護施設の運営者の安全配慮義務違反が否定されたが、速やかに医師の診察を受けさせる義務違反が肯定された事例
- 判例20：
多発性脳梗塞の入院患者が病室内で転倒し、死亡。看護師が付き添いを怠ったことが過失であるとして、病院の損害賠償責任を認めた事例。
- 判例28：
利用者が深夜にトイレに行こうとして転倒し急性硬膜下血腫を発症した事故について、離床センサーを設置しなかったことが安全配慮義務違反に当たるとして事業者の損害賠償責任が認められた事例。
- 判例49：
居室の窓から入居者が転落して多発骨折の傷害を負い、その後死亡した事案について、窓のストッパーがロックした状態であっても手で強く引っ張れば外れることを理由として工作物の瑕疵と認められた事例。
- 判例51：
介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時その場を離れた間に入居者が転倒し急性硬膜下血腫の傷害を負い死亡し、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例。

C-2. 海外における転倒予防に関する取組み(添付資料参照)

イギリス（表参照）、オーストラリア、アメリカ、カナダなどで行政機関等によりステートメント・指針が発出されている。いずれのステートメント・指針においても、高齢者個別の転倒リスクの把握・介入の重要性、転倒後の適切な対応について言及されている。転倒リスク評価項目や、リスク要因別の個別介入方法、転倒時の安全マニュアル、生活環境におけるリスク評価や環境設定等について具体的な方法が記されているものが散見される。

表 イギリスの例

高齢者の転倒に関する 標準的なケアのためのステートメント NICE: National Institute for Health and Care Excellence, UK
転倒リスクの高い高齢者の把握
転倒リスクの高い高齢者の多因子転倒リスク評価
転倒リスクの高い高齢者への多角的な個別介入
転倒による骨折等の傷害の確認
転倒時の安全マニュアル/転倒後の対応
転倒事故後の検査
転倒した高齢者の多因子転倒リスク評価の実施
ハイリスク者への筋力・バランストレーニング
家庭のリスク評価と介入
上記のイギリスに加え、オーストラリア、カナダ、アメリカの行政等のステートメント、指針においても同様の項目が挙げられている。特に多因子転倒リスク (multifactorial risk) とその評価は多くのステートメント・指針において挙げられており、具体例と対処法が説明されている。

【多因子転倒リスク評価】

転倒の危険因子を特定することを目的とした評価。適切な技術と経験を有する医療専門家が行うべきもの。評価結果をもとに個別介入を実施する。評価項目例：転倒歴，歩行・バランス・筋力，骨折リスク，転倒回避能力，視覚障害，認知機能，家庭内の危険度，心機能，投薬，徘徊，ADL 機能低下，等

【ハイリスク者への個別介入】

個別評価により特定された転倒の危険因子に対処するための介入。効果的な介入における

共通項目：筋力訓練・バランス訓練、家庭のリスク評価と介入、視力評価と指導、薬物療法の見直し

※リスク要因別の介入ガイドラインあり

【転倒後の対応】

- 1, 2) 移動させる前に、医療専門家が骨折の徴候や症状、脊髄損傷の可能性について確認し、安全な移動方法を確認。
- 3) 頭部外傷の可能性があるため、神経学的兆候を確認する。
- 4) 転倒後、最大 12 時間以内、何らかの症状を伴う場合は 30 分以内の迅速な診察を実施すべきである。

【家庭のリスクと介入：環境設定】チェックポイント（例）

浴室・トイレ(手すりの位置、石鹸の届きやすさ)、家具(固定状況：高齢者がバランスを保つのを支える)、床(表面、色)、電気(光量、スイッチの場所)、廊下(十分な幅、乱雑でない)、など

C-3. 介護現場の取組み状況についての個別ヒアリング

【ヒアリング対象】

6 法人・団体 (各法人・団体の介護老人保健施設の数)

- －東京都・埼玉県近郊民間法人 (17 施設)
- －新潟県民間法人 (2 施設)
- －京都府民間法人 (3 施設)
- －京都府社会事業財団 (特別養護老人ホーム 3 施設など)
- －岡山県医療・福祉団体 (グループホームなど)
- －沖縄県民間法人 (2 施設)

【ヒアリング内容】

介護施設での安全の取組み

- －同じ法人・団体の医療機関における経験豊富な医療安全管理者の視点から
- －安全の取組み全般及び転倒への取組みなど

【介護現場の取組み状況】

- －報告する文化が根づいていない
- －報告例：転倒・転落、誤薬、皮膚剥離、誤嚥、異食、施設内外の外傷、苦情
- －報告する内容は、各施設によってかなりの差がある
- －KYTは実施されているが、RCA分析（体系的な根本原因分析）はされていない
- －利用者にそって対応し、「高齢者の理解」が中心で安全対策の内容は少ない
- －医療安全の研修を受けた人は少ない
- －徘徊で転倒リスクが高くても見守りで対応、センサーの使用もケアマネの許可が必要
- －虐待に関する指導が中心的で、虐待防止、苦情対応の意識が強い
- －「個人が気をつければ事故は起きない」との認識が強い
- －（病院と併設する施設）併設の病院の安全管理委員会に施設長も参加し、病院の中の一つの部署として老健施設やグループホーム、訪問看護ステーションを位置付けて一緒に取り組んでいる
- －（精神科専門病院に併設された老健施設）老健施設の安全管理委員会では対応困難な事例、病院と共有したほうがよい事例などに関して病院と共同している
- －毎週1回、事例検討会：現場に委員が行き、その場でベッドの向きを考えたり等細かな検討も実施

－介護の方たちにとっては医療側から報告される内容や対策案は理解しがたく、疎外感を感じていることがある

－介護安全の教育が不足している

C-4. 介護現場の取組み状況についての意見交換会

東京都看護協会の協力を得て、都内の介護施設に勤務する看護職等を中心に、介護安全の取組みについて、グループ演習等を介して、意見交換会を実施した。

【参加者の勤務施設の種類等】

参加者9名の施設の内訳

- －介護老人保健施設 6名
- －特別養護老人ホーム 2名
- －介護付き有料老人ホーム 1名

【意見として出された介護安全の課題等】

- （転倒リスクに関わる課題）
- －入所者の身体機能（視力・聴力）の低下があるが、コロナ禍で受診できず、残存機能がはっきりしないままで転倒リスクが高い
- －介護スタッフの年齢が高い。そのためか入居者の変化に気付けないことがある。
- －転倒予防のために対策が身体拘束になっている
- －なぜ転倒するか認知症の方に確認できない（与薬に関わる課題）
- －落薬が多い
- －落薬事故がとても多いが、だれの薬かわからないことが多い
- －薬をのませたあと、吐き出してしまう
- －内服の手順は決まっているが、どこまで確認するか不明（チームとしての協働の課題）

- －介護職員はリーダーしか記録を残さない
- －看護職と介護職の協働が難しい
- －相互に注意がしにくい
- －遠慮してしまう
- －人手が少なく研修に行けない
- －誰が中心になってカンファレンスを行うか不明瞭
- －話し合いの環境が少ない
(報告システムの課題)
- －インシデントレポートの共有が難しい
- －ヒヤリハット、インシデントのとらえ方が違う
- －ヒヤリ・ハットの振り返りができない
- －なぜなぜ分析の結果が個人の責任追求のようになっている
- －事例の受け取り方が、看護師と介護職では異なる
(感染に関わる課題)
- －毎年認知症専門棟では感染症が蔓延する
(ノロウイルス・疥癬・コロナ・インフルなど)

D. 考察

判例や海外での取組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられる：

- ① 転倒しやすさ（利用者の状態、及び環境）の把握と対応：

(判例28) 利用者が深夜にトイレに行こうとして転倒し急性硬膜下血腫を発症した事故について、離床センサーを設置しなかったことが安全配慮義務違反に当たるとして事業者の損害賠償責任が認められた事例。

(判例 49) 居室の窓から入居者が転落して多発骨折の傷害を負い、その後死亡し

た事案について、窓のストッパーがロックした状態であっても手で強く引っ張れば外れることを理由として工作物の瑕疵と認めた事例。

－イギリスの取組みの例においては、「転倒リスクの高い高齢者の把握」「転倒リスクの高い高齢者の多因子転倒リスク評価」「ハイリスク者への筋力・バランストレーニング」についての言及がある。

- ② 転倒につながり得る行動の早期発見：

(判例51) 介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時その場を離れた間に入居者が転倒し急性硬膜下血腫の傷害を負い死亡し、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例。

－転倒につながり得る行動を防ぐことができない場合には、その行動が起きたことを速やかに発見し、タイムリーな対応をすることで、有害事象を防ぐことができる。
- ③ 転倒してもケガをさせない予防：

転倒が起きてしまっても、ケガなど有害事象を発生させない取組みも必要である。例えば、転倒時の大腿骨への衝撃を吸収し骨折のリスクを低減するためのヒッププロテクター/クッションパンツや保護帽の使用、転倒時の床の衝撃を低減するための床材（衝撃吸収マット）の利用などの工夫がある。
- ④ 有害事象（転倒後）の早期発見：

(判例20) 多発性脳梗塞の入院患者が病室内で転倒し、死亡。看護師が付き添いを怠ったことが過失であるとして、病院

の損害賠償責任を認めた事例。

ー転倒してしまっても、それを早期発見することで、利用者の被害を最小限にとどめる可能性が高まる。

ーイギリスの取組みの例においては、「転倒による骨折等の損傷の確認」についての言及がある。

ー日本老年医学会と全国老人保健施設協会のワーキンググループによるステートメント「介護施設内での転倒を知っていただくために～国民の皆様へのメッセージ～」（2021年7月）には、「資料 2. 転倒（転落を含む）発生時の対応手順例」の記載もある。

⑤ 有害事象（転倒後）の早期治療：

（判例7）高齢者が通所介護契約に基づき介護サービスを受けている間、送迎車両から降車しようとし席を立った際、転倒し、翌日大腿骨頸部骨折が判明した事故につき、介護施設の運営者の安全配慮義務違反が否定されたが、速やかに医師の診察を受けさせる義務違反が肯定された事例。

ー転倒したことを早期発見するだけでなく、その後の有害事象の有無の診断とタイムリーな治療につなげることが求められる。

ーイギリスの取組みの例においては、「転倒時の安全マニュアル/転倒後の対応」「転倒事故後の検査」についての言及がある。

⑥ 訴訟に発展させない取組み：

ー様々な対応策を実施していても、避けられなかった転倒による有害事象も発生

している。利用者・家族との安全に関わるリスク等の共有と協働した取組みが求められる。

ー日本老年医学会と全国老人保健施設協会のワーキンググループによるステートメント「介護施設内での転倒を知っていただくために～国民の皆様へのメッセージ～」（2021年7月）において「予防できない転倒が存在すること」の発信は、これに寄与する活動の一つと考えられる。また、これに掲載されている「資料1. 転倒に関連して施設職員と入所者およびその家族が共有すべき情報など」も参考となる。

https://www.jpn-geriatrics.or.jp/info/important_info/pdf/20210803_01_02.pdf

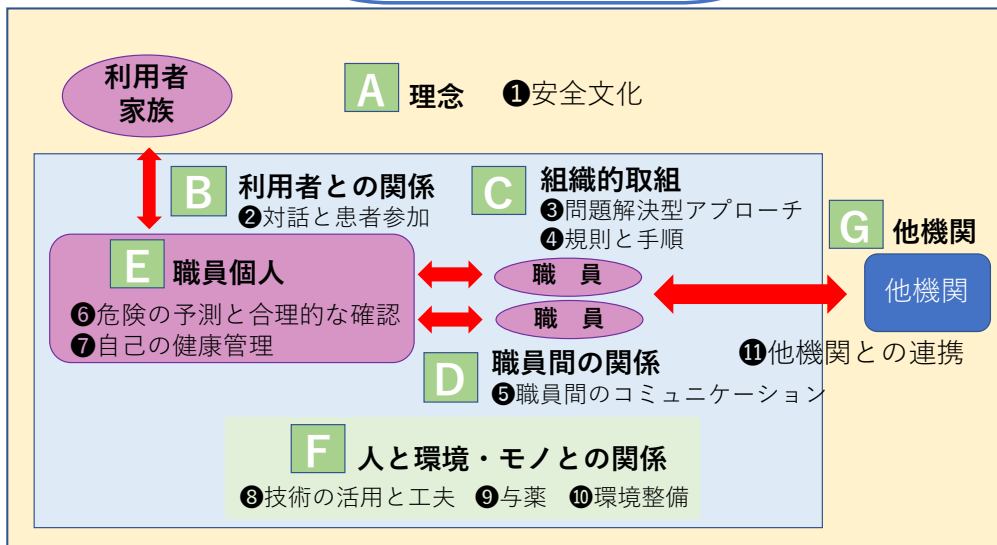
ーイギリスの取組みの例においては、「家庭のリスク評価と介入」についての言及があり、転倒は家庭においても起こり得る事象であることが発信されている。

これらの段階は転倒に限定されず、他のタイプの多くの事故においても応用することが可能であると考えられるが、さらなる検討が必要である。

また、介護現場の取組み状況についてのヒアリングからは、上記の対応策を検討し、実践していくためには、様々な課題があることが推測され、その全体像の把握が必要である。このとき、厚生労働省医政局・医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会が、平成13年9月11日に策定した「安全な医療を提供するための10の要点」及び「医療安全の全体構成」が参考となる



介護安全の全体構成（案）



(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>)。

これを参考に介護現場の様々な課題についての全体像を示す(図 介護安全の全体構成(案))。まず、「A 理念」として、各施設における「①安全文化」の醸成が不可欠である。業務を優先するのではなく、利用者の安全を優先できる組織文化が必要である。「B 利用者との関係」においては、「②対話と患者参加」が求められ、このことは避けられない事故が起きた際には、不要な訴訟等を避けることにもつながる。「C 組織的取組」として、「③問題解決型アプローチ」「④規則と手順」が必要である。「D 職員間の関係」として、「⑤職員間のコミュニケーション」は、安全なケアを提供する上で欠かせない。一方、「E 職員個人」として、「⑥危険の予測と合理的な確認」「⑦自己の健康管理」が求められる。「F 人と環境・モノとの関係」においては、「⑧技術の活用と工夫」「⑨与薬」「⑩環境整備」も有用な視点である。そして、「G 他機関」においては、多くの事例から当該施設だけでは対応が困難な出来事に対して、タイムリーに当該

施設外の医療機関など「⑪他機関との連携」も欠かせないと考えられる。

上記の介護安全を担保するための全体の構成(案)を考慮して、ヒアリング調査で指摘された事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)を含めて、体系的に整備する支援体制が求められている。

上記の研究1年目の結果を踏まえて、研究2年目の研究を推進する。2021年度から市町村から国で統一した報告様式の運用状況に関わる調査についても、研究2年目を実施する予定である。

E. 結論

介護施設において、安全な介護の実施が求められている。研究1年目は介護老人保健施設等を対象とした調査・ヒアリング、既存調査・研究・文献(判例を含む)の検索も実施し、介護安全の取組みの全体像と、とくに転倒について深めた分析を行った。そして抽出された判例や国内外での取組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられた：①転倒しやすさ

(利用者の状態、及び環境)の把握と対応、②転倒につながり得る行動の早期発見、③転倒してもケガをさせない予防、④有害事象(転倒後)の早期発見、⑤有害事象(転倒後)の早期治療、⑥訴訟に発展させない取組み。さらに介護現場の取組み状況についてのヒアリングからは、事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)が、体系的に整備されておらず、これらの支援体制が求められている。このとき介護安全の全体構成(案)が参考となる。これらの結果を踏まえて、研究2年目の研究を推進し、介護施設における事故に対する対応力の向上に資する。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

資料1 【転倒に関わる対応策を検討すべき判例】

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
1-A	デイケアを受けていた患者が、そのデイケアから帰宅するための送迎バスを降りた直後に転倒して骨折し、その後肺炎を発症して死亡した場合において、注意義務違反による債務不履行責任が認められた事例	東京地裁	平成13年(ワ)第21116号	平成15年3月20日	医療訴訟判例データファイル 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報1840・20
1-B	中程度認知症の78歳の男性が、精神科医院に併設の小規模精神科デイケアおよびその送迎サービスを利用していたところ、送迎バスを降りた直後に転倒して右大腿部頸部骨折し、その後肺炎を発症し、骨折から4か月半後に死亡した事故。医院の注意義務違反を認め、損害額の一部を認容した事例(約688万)	東京地裁	平成13年(ワ)第21116号	平成15年3月20日	介護事故とリスクマネジメント 判例時報1840・20
2-A	介護福祉施設において通所介護サービス(デイサービス)を受けていた女性が、同施設のトイレ内において、歩行介護を受けられなかったために転倒し、傷害を負った場合において、当該施設職員の介護に過失があるとされた事例	横浜地裁	平成15年(ワ)第1512号	平成17年3月22日	医療訴訟判例データファイル 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 判例時報1895・91 判例タイムズ1217・263

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
2-B	介護老人施設でデイサービスを利用していた 85 歳の女性（要介護 2、歩行時は杖が必要）が、デイサービスからの帰宅準備の際、トイレに行くにあたり、施設職員の介助の申し出を断って、トイレ内を杖をついて歩行中、杖が滑って転倒し、右大腿骨頸部内側骨折を負い、治療・リハビリを経た後も、要介護 4 となる後遺障害が残った。施設に安全配慮義務違反があることを認め、請求額の一部（約 3 割）を認容した事例	横浜地裁	平成 15 年(ワ) 第 1512 号	平成 17 年 3 月 22 日	介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例タイムズ 1217 号 263 頁 判例時報 1895 号 91 頁
3	老人ホームに入所中の女性が、転倒して負傷・死亡した場合において、老人ホームの経営者に対する責任を否定した事例	福岡高裁	平成 18 年(ネ) 第 626 号	平成 19 年 1 月 25 日	医療訴訟判例データファイル 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 介護事故の法律相談 判例タイムズ 1247・226
4	知的障害者入所更生施設において、入所者が前額部を打撲し、裂傷する傷害を負い、重篤な後遺障害が残った事故について、施設職員の暴行を否定し、トイレ内で転倒したことを認定した上で、施設の責任を否定した事例	横浜地裁	平成 20 年(ワ) 第 1359 号	平成 22 年 3 月 25 日	医療訴訟判例データファイル 判例時報 2103・91

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
5-A	介護老人保健施設内で入所者が転倒・骨折した事案で、入所利用契約上の転倒回避義務違反(債務不履行責任)が肯定された事例	東京地裁	平成 22 年(ワ) 第 31317 号	平成 24 年 3 月 28 日	医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 判例時報 2153・40
5-B	介護老人保健施設に入所中の高齢者が転倒、骨折した事故につき、入所利用契約上の転倒回避義務違反の債務不履行が認められた事例	東京地裁	平成 22 年(ワ) 第 31317 号	平成 24 年 3 月 28 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 *参考情報： 原告が、被告の運営する介護老人保健施設に入所中に転倒して骨折したことについて、被告に転倒回避義務や転倒事故後の適切な対応義務の違反があり、また、入所中に違法な身体拘束を受けたと主張して、被告に対し、入所利用契約の債務不履行又は使用者責任の不法行為に基づき、損害賠償を求めた事案において、被告に転倒回避義務違反が認められるとして債務不履行責任を肯定する一方、転倒事故後の対応が不適切であったとは認められず、また、原告に対する身体拘束は必要最小限度であって違法ではなかったとした上で、被告が主張する原告の骨粗鬆症の既往症を理由とする素因減額については否定し、原告の請求を一部認容した事例。(Westlaw Japan)

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
6	要介護認定者が、短期入所中、早朝にベッドから離床しようとして転倒して脳挫傷等の傷害を負ったが、本件施設において転倒を防ぐための人的物的体制等に不適切な点があったとはいえないとして、請求が棄却された事例	東京地裁	平成 23 年(ワ) 第 31251 号	平成 24 年 5 月 30 日	医療訴訟判例データファイル 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談 自保ジャーナル 1879・ 186
7-A	通所介護契約に基づく介護サービス提供中に利用者が転倒・骨折した事案で、利用者の骨折等の傷害発生についての介護施設の責任は否定したが、利用者に速やかに医師の診察を受けさせる義務を怠った責任を認めた事例	東京地裁	平成 23 年(ワ) 第 33164 号	平成 25 年 5 月 28 日	医療訴訟判例データファイル 判例時報 2208・ 67
7-B	高齢者が通所介護契約に基づき介護サービスを受けている間、送迎車両から降車しようとし、席を立った際、転倒し、翌日大腿骨頸部骨折が判明した事故につき、介護施設の運営者の安全配慮義務違反が否定されたが、速やかに医師の診察を受けさせる義務違反が肯定された事例	東京地裁	平成 23 年(ワ) 第 33164 号	平成 25 年 5 月 28 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報 2208・ 67
8	短期入所生活介護サービス(ショートステイ)利用者がベッドから転倒・負傷したことにつき、施設の過失を認めた事例	東京地裁	平成 22 年(ワ) 第 27156 号	平成 25 年 9 月 24 日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー2013WLJPCA02948006
9-A	手すりや杖を利用して短い時間しか立位を保持できない要介護者が転倒した事案につき、転倒防止のための必要な措置を取	東京地裁	平成 24 年(ワ) 第 14177 号	平成 25 年 10 月 25 日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー2013WLJPCA10258004

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	らずに玄関上がりかまちに立たせたままにしたことなどが訪問介護契約に基づく安全配慮義務違反に当たるとして、損害賠償請求が肯定された事例				
9-B	手すりや杖を利用して短い時間しか立位を保持できない要介護者が転倒した事案につき、転倒防止のための必要な措置を取らずに玄関上がりかまちに立たせたままにしたことなどが、訪問介護契約に基づく安全配慮義務違反に当たるとして、損害賠償請求が肯定された。 この裁判例では、原告は左大腿骨頸部内側を骨折という重大な傷害を負っており、後遺障害等級6級に相当する後遺障害が残存したこと等を理由に、総額約1720万円の損害賠償請求が認容された事例	東京地裁	平成24年(ワ)第14177号	平成25年10月25日	改訂版Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
10	知的障害者更生施設の通所利用者が、ダウン症候群による知的障害の程度が比較的高い他の通所者から押されたことにより転倒し、右大腿骨大転子を亀裂骨折し、その後単純骨折となり、後遺症が残った事案において、施設職員には過失はないとされた事例	東京地裁	平成24年(ワ)第24051号	平成26年1月17日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー2014WLJPCA01178006

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
11	通所介護施設で通所介護(デイサービス)及び宿泊サービス(ショートステイ)を利用していた男性が同施設内で転倒し脳内出血発症後に死亡した事実で、同施設の転倒防止義務違反、早期受診義務違反が否定された事例	東京地裁	平成 23 年(ワ) 第 20836 号	平成 26 年 12 月 26 日	医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 ウエストロー 2014WLJPCA122680C7
12	脳梗塞の治療及びリハビリテーションのため入院中に、被告病院内階段の踊り場に設置されていた窓から転落し、頭蓋骨骨折、脳内出血及び慢性硬膜下血腫の傷害を負い、意識不明の重篤な症状に陥ったが、これは、被告に安全配慮義務違反等の過失があったためであるとして、不法行為に基づき慰謝料並びにこれらに対する民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めていたが原告の請求を棄却された事例	大阪高裁 第1民事部	平成 14 年(ワ) 第 22018 号	平成 15 年 11 月 19 日	裁判例検索
13	特別養護老人ホームにおいて、いわゆるショートステイを利用した際、他の利用者に車椅子を押されて転倒し、後遺症を負ったことにつき、同ホームに対してしたショートステイ利用契約上の債務不履行に基づく損害賠償請求が認められた事例	大阪高裁 第1民事部	平成 17 年(ネ) 第 2259 号	平成 18 年 8 月 29 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 裁判例検索

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
14	被告の介護サービスを利用して自宅への送迎を受けていた100歳の女性が自宅前の階段から転落したことが原因で死亡したのは被告の安全配慮義務違反又は過失によるものとして、女性の遺族が被告に損害賠償を求めたところ、請求が一部認容された事案	福岡地裁 第5民事部	平成27年(ワ) 第2717号	平成28年 9月12日	医療訴訟データファイル 裁判例検索 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
15	当直の看護師らが抑制具であるミトンを用いて入院中の患者の両上肢をベッドに拘束した行為が、診療契約上の義務に違反せず、不法行為法上違法ともいえないとされた事例	最高裁判所第3小法廷 原審 名古屋 高等裁判所	平成20年(受) 第2029号 原審事件番号 平成18年(ネ) 第872号	平成22年 1月26日 原審 平成20年 9月5日	裁判例検索 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
16-A	社会福祉協議会が派遣したボランティアが身体障害者の歩行介護を行っている間に身体障害者が転倒した事故につき、ボランティアの善管注意義務が否定された事例	東京地裁	平成7年(ワ) 第6296号 平成7年(ワ) 第20624号	平成10年 7月28日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 判例時報1665・84
16-B	社会福祉協議会が派遣したボランティアが、左半身麻痺の59歳の女性の歩行介護をしている際、タクシーを呼びに行くために一時、女性の側を離れた際に女性が転倒した事故について、社会福祉協議会と当該女性との間の契約関係を否定して債務不履行責任を否定し、ボランティアは善管注意義務を負うと認めたが、その違反は認められないとして同人に対する不法	東京地裁	平成7年(ワ) 第6296号	平成10年 7月28日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報1665・84

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	行為責任を否定した事例				
16-C	原告の59歳の女性は、脳出血による左半身麻痺の後遺症で、杖をついての独力歩行は可能だったが、屋外で歩行する場合には近位監視歩行をとる必要があった。歩行介護のため原告宅に来たボランティアに付き添われて、タクシーで病院に行き、リハビリ科運動療法室に行きリハビリ訓練後、ボランティアに付き添われて、帰宅すべく同病院玄関に向かった。その後、ボランティアがタクシーを呼ぶために一時原告の側を離れた間に、玄関付近で転倒し、右足大腿骨骨折した。ボランティアの注意義務違反はないとして、原告の請求を棄却した。	東京地裁	平成7年(ワ)第6296号	平成10年7月28日	介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例時報1665・84
17	病院の防火扉の設置保存の瑕疵により入院患者が転倒して骨折した事故について、損害賠償額の算定に当たり、被害者の疾患を斟酌するとは許されないとされた事例	福島地裁 福島県会 津若松支部	平成10年(ワ)第135号	平成12年8月31日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 判例タイムズ1050・223 判例時報1736・113

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
18	介護老人保健施設に入所中の要介護3の95歳女性が、ポータブルトイレの排泄物を捨てようとして汚物処理室に入室した際、出入口付近の高さ87mm、幅95mmのコンクリート製凸状の仕切りに足をとられて転倒し大腿骨頸部を骨折したという事故について、施設に債務不履行責任、土地工作物責任に基づき537万円余の支払を認めた事例	福島地裁 白川支部	平成14年(ワ) 第17号	平成15年 6月3日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1838・116 賃金と社会保障 1351・117
19	通所介護サービスを受けていた高齢者が、昼寝から目覚めた後に転倒して右大腿骨骨折を負った事故につき、介護サービス施設の債務不履行責任を認めた。裁判所は請求を一部認容し470万円の支払いを命じた事例	福岡地裁	平成13年(ワ) 第3648号	平成15年 8月27日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例時報1843・33
20-A	多発性脳梗塞で入院していた利用者がトイレに行く際には必ず看護師が介添えすることが決められていた。事故当日、看護師が利用者に介添えしてトイレに行ったところ、利用者が介添えを断ったために、看護師は利用者を1人で病室まで帰らせたが、利用者は病室のベッドのそばで後頭部を強打して倒れているのを発見され、その5日後の5	東京高裁	平成14年(ネ) 第5660号	平成15年 9月29日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 判例時報1843・69 *参考情報： 多発性脳梗塞で入院していた老女(七二歳)が病室内で転倒して死亡した事故につき、担当看護婦に介添えを怠った過失があるとして、病院側の不法行為責任が認

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	月 12 日に急性硬膜下血腫により死亡した。過失相殺 8 割を認めた事例（第一審では利用者の遺族側が敗訴していたが、控訴審で逆転一部勝訴）				められた事例。（Westlaw Japan）
20-B	多発性脳梗塞の入院患者（72 歳、女性）につき、左方麻痺（どうかか独歩は可能で足は上がるが正常な筋力はない程度）があったが、入院の翌日、ベッドの側で転倒して後頭部を強打し、意識不明のまま 4 日後に急性硬膜下血腫により死亡したという事故。水戸地裁日立支部は担当看護師の過失は認めながら、転倒との因果関係が認められないとして請求を棄却したので、原告らが控訴した。看護師の過失と転倒との因果関係を認め、請求の一部（約 1 割）を認容した事例	東京高裁	平成 14 年（ネ）第 5660 号	平成 15 年 9 月 29 日	介護事故とリスクマネジメント 判例時報 1843・69
21	人工透析治療を受けていた利用者が訪問介護契約を締結していた居宅サービス業者のヘルパーが利用者の腕を掴み損ねたため、利用者が転倒し右大腿骨頸部骨折の傷害を負った。そこで、利用者本人が、居宅サービス業者に対し、不法行為ないし債務不履行に基づく損害賠償を求めた。また、利用者の娘は利用者が歩行不能になったため、会社を退	東京地裁	平成 14 年（ワ）第 28713 号	平成 17 年 6 月 7 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	職し利用者の介護に専念することになり、得られるであろう給与を失ったとして、不法行為等に基づき損害賠償を求めた。債務不履行に基づく賠償請求を一部認容。過失相殺は否定。利用者の娘の請求は、棄却した事例				
22	グループホーム骨折事件・大阪高裁判決(平19・3・6)痴呆対応型共同生活施設(グループホーム)に入居中の高齢女性が、職員が目を離したすきに転倒・骨折し、2カ月余りに死亡したのは、施設の安全配慮義務違反によるものであるとして、遺族らから施設経営者に損害賠償を求めた事案。請求を棄却された第1審の控訴審で、施設の安全配慮義務違反が認容された事例	大阪高裁 原審 京都地裁	平成18年(ネ)第1843号	平成19年3月6日 原審 京都地裁 平成18年5月26日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 賃金と社会保障 1447号 54頁
23	老人保健施設に入所していた高齢者が施設内で下肢を骨折し、褥瘡を生じたことにつき、施設の運営者に過失があったとされたものの、上記骨折及び職層とその両下肢機能障害及び死亡との間の因果関係は否定された事例	東京地裁	平成13年(ワ)第26590号	平成19年4月20日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 介護事故の法律相談 判例タイムズ 1278号 231頁
24	グループホームに入所していた入居者が2度転倒し、骨折。施設を運営する会社に対し、地裁判決で損害賠償を命じた事例	神戸地裁 伊丹支部	平成20年(ワ)第543号	平成21年12月17日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の77問 介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
					判例タイムズ 1326 号 239 頁
25	被告の管理運営する短期入所生活介護事業所に入所していた入所者が同事業所内で転倒し、その際の受傷が原因で死亡した事故につき、同入所者の相続人である原告が、被告に対し、不法行為又は債務不履行に基づき、損害賠償を請求する事例(遅延損害金の起算日は事故の日)。原告の請求を認容、過失相殺なし	京都地裁	平成 22 年(ワ)第 3067 号	平成 24 年 7 月 11 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問
26	社会福祉法人 Y の運営する老人デイサービスを利用していただ高齢者 X が、入浴介護サービスの利用中に浴室内で転倒した(本件事故)。本件事故後 X は左大腿骨転子部骨折と診断され、さらに股関節の機能障害という後遺症を負った。X は本件事故は Y の転倒防止義務違反によるものであるとして、Y に対して通所介護利用契約上の債務不履行(民法第 415 条)による損害賠償を求めた。入浴介助担当者の注意義務違反を認め、弁護士費用 75 万円を含め合計 832 万円余の損害を認めた事例	青森地裁 弘前支部	平成 23 年(ワ)第 97 号	平成 24 年 12 月 5 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問
27	特別養護老人ホーム施設の短期入所サービスを利用していただ事件当時 96 歳の A が共同生活室から個室に移動する際に転倒	福岡地裁 小倉支部	平成 23 年(ワ)第 705 号	平成 26 年 10 月 10 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 改訂版事例解説介護事故に

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	し、胸部を強打するなどの結果、死亡した。安全注意義務を怠らなければ事故は防げたとして事故と死亡の因果関係が認められ、特別養護老人ホーム施設に対しては、慰謝料として 2200 万円の責任が認められた事例(ただし、原告の請求は、法定相続分の 5 分の 1 の限度で認められている。)				おける注意義務と責任 介護事故の法律相談
28-A	特別養護老人ホームの利用者が深夜にトイレに行こうとして転倒し急性硬膜下血腫を発症した事故について、離床センサーを設置しなかったことが安全配慮義務違反に当たるとして事業者の損害賠償責任が認められた事例	大阪地裁	平成 26 年(ワ)第 7324 号	平成 29 年 2 月 2 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談 介護現場の 77 問 医療訴訟データファイル 介護事故の法律相談 判例タイムズ 1438・172 判例時報 2346・92
28-B	介護施設利用者が転倒して頭部を負傷した事故について、事業者側の安全配慮義務違反を認め、事業者の損害賠償責任が肯定された事例	大阪地裁	平成 26 年(ワ)第 7324 号	平成 29 年 2 月 2 日	介護現場の 77 問 医療訴訟データファイル 介護事故の法律相談 判例タイムズ 1438・172 判例時報 2346・92

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
29	がんにより余命半年との診断を受けていた70歳の女性が、デイケア施設の階段で転倒し上腕骨近位端を骨折した事案について、3回施設を利用しており、正式な通所介護サービス契約締結前であっても事業者は安全配慮義務を負うとしたが、歩行能力に特に問題はなく、階段の昇降を含め、歩行時に介助を必要とする状況になかったとして義務違反を認めず、不法行為責任は認められないとした事例	東京地裁	平成23年(ワ)第10926号	平成24年11月13日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
30	介護職員による歩行介助を受けていた低血糖で足の痛みにより歩行状態が不安定な要介護4の78歳の女性が自宅玄関において右足をマットに踏み出したところ、つま先が躓く形となり前方に転倒した事故において、介護職員の介助に明らかな不手際があったとまではいえず、突発的な事故であった可能性も残るとして事業者の債務不履行責任および使用者責任を否定した事例	東京地裁	平成24年(ワ)第18470号	平成27年3月10日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談 自保ジャーナル1948・185 *参考情報: 原告が、居宅介護支援、訪問介護、通所介護等の実施事業を主たる目的とする法人である被告に対し、デイサービスの帰りに原告宅の玄関内で原告が転倒した事故につき、選択的に、原告と被告との間の通所介護契約による債務不履行又は使用者責任に基づく損害賠償を求めるなどした事案において、被告は、本件通所介護契約に基づき、原告が転倒しないよう十分な注意を払うといった抽象的な義務を負うが、原告が主張するよう

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
					な態様で介助する債務を負っているとは認められない上、被告の従業員が実際に行った介助につき明らかな不手際があったとまではいえず、むしろ、原告の行動に起因する突発的な事故であった可能性も残ることから、被告には本件事故に関し債務不履行はないと判断するとともに、被告の従業員に不法行為上の権利侵害及び過失を認めることはできないと判断し、請求を棄却した事例。(Westlaw Japan)
31	介護付老人ホームに体験入居契約により入居していた要介護2の85歳の女性が、施設の職員から夕食に行く準備をするよう声をかけられた後、職員が居室から離れている間に、自力で居室を出たところで転倒し、大腿骨を骨折した事故の損害賠償請求につき、女性および家族から歩行が不安定であり転倒の危険がある旨伝えられておらず、アンケート用紙、病院の診療情報提供書にも記載がなかったことから転倒の予見可能性を否定して、事業者の責任を否定した事例	東京地裁	平成23年(ワ)第13821号	平成24年7月11日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
32	ローレーター(歩行器)を使用して歩行中に転倒し、左上肢の機能および歩行機能に障害を受けた81歳の女性が、病院に対	東京地裁	平成7年(ワ)第15908号	平成10年2月24日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例タイムズ1015・222

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	し、適切な補助具を選択しなかったこと、骨折治療において固定方法を誤ったこと、感染症に罹患させたことのそれぞれ過失を主張して、診療契約上の債務不履行または不法行為に基づき損害賠償請求した事案について、病院の責任を否定した事例				
33	糖尿病で通院をしていた89歳の女性が、自宅で昏倒し、障子戸のガラス部分に頭部を突っ込み右総頸静脈を切断して失血死した事故について、病院および医師に対し、債務不履行ないし不法行為責任を認めなかった事例	東京地裁	昭和63年(ワ)第1993号	昭和63年12月26日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1329・162 *参考情報： 高齢の糖尿病患者の自宅療養中の転倒事故による死亡につき、患者の安全確保は原則として患者及び家族の守備範囲として、担当医師の過失が否定された事例。 (Westlaw Japan)
34	東京都の特別区が設置、管理する保養所に宿泊中に、客室内の約45cmの段差を踏み外して転倒し、右大腿骨転子部等を骨折した85歳の女性が、国家賠償法2条1項に基づく公の営造物の設置・管理責任に基づき損害賠償請求した事案において、客室の設置、管理には瑕疵があるとして、特別区の責任を認めたが、女性にも過失があるとし	東京地裁	平成12年(ワ)第9317号	平成13年5月11日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1765号80頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	て、6割の過失相殺をした上、約82万円の支払を認めた事例				
35	特別養護老人ホームにおいて、パーキンソン症候群、認知症により姿勢を制御することができず全面的な介護が必要な75歳の女性をベッドから車椅子に乗せるために介護用リフトを使用して移動させている際に、女性をリフトから転落させ、外傷性くも膜下出血等により死亡させた事故について、介護者に不法行為責任、事業者に使用者責任に基づき1752万円余の連帯支払を認めた事例	東京地裁	平成27年(ワ)第19413号	平成28年12月19日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 医療訴訟データファイル
36	グループホームに入居していた86歳女性がベッドから転落して股関節の可動域制限が残存したが、痴呆状態が著明で術前後に立位や座位の姿勢を無理にとるなど、リハビリに意欲的に取り組むことがなかったことから、後遺障害慰謝料について5割の素因減額を認めた事例	大阪地裁	平成17年(ワ)第5265号	平成19年11月7日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報2025・96
37-A	82歳女性が、介護老人保健施設に入所して9日目に転倒して要介護5に至ったことから、介護費について、もともと罹患していたレビー小体型認知症による5割の素因減額	福岡地裁 大牟田支部 福岡高判	平成22年(ワ)第97号 平成24年(ネ)第605号 平成25年(オ)	平成24年4月24日 (第一審) 平成24年12月18日 (控訴審) 平成26年	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 賃金と社会保障1591・1592 合併号101頁・121頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	を認めた事例(ただし、控訴審では施設の職員に過失がないとして請求が棄却されている)	最高裁第二小法廷	第 530 号・平成 25 年(受)第 641 号	12 月 24 日 (上告審)	
37-B	介護老人保健施設に入所中のレビー小体型認知症で要介護 1 の 82 歳の女性が、入所 9 日後にシルバーカー使用時に転倒し、下顎体部骨折等で咀嚼機能を全廃した事案について、家族から転倒防止に留意するようにとの要望がなされたことを踏まえ、女性に対し、歩行時にはシルバーカーを用いて歩行するよう注意し、シルバーカーに重りを入れてその安全性を確保するなどしていたところ、当該事故以外にシルバーカー使用時の転倒事故が生じた事実はなかったことから転倒の予見可能性はなかったとして、事業者の債務不履行責任および不法行為責任を認めなかった事例	福岡高裁	平成 24 年(ネ)第 605 号	平成 24 年 12 月 18 日 (控訴審)	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 賃金と社会保障 1591・1592 号 121 頁
38	小規模多機能型居宅サービスの宿泊サービスにより施設に宿泊していた認知症の 81 歳の男性が午前 3 時にベッドから転倒し、翌朝、救急車で搬送されて脳挫傷等と診断され、その後、肺炎で死亡した事故につき、事業者に対し、早期に医療機関に搬送すべき義務違反およ	東京高裁	平成 26 年(ネ)第 725 号	平成 26 年 6 月 19 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 自保ジャーナル 1931・170

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	び、看護師等に指示を求めるように周知徹底すべき義務違反を理由に債務不履行に基づく損害賠償請求をしたが、事業者の責任を否定した事例				
39	71歳の男性が、平成元年8月10日、両下肢麻痺のため入院していた。上半身に麻痺はなく、意識は清明であった。ところが、8月31日、病院の4階の病室から窓の下に落下して即死した。男性の寝ていたベッドは病室の窓枠の下に縦方向を壁に接着して配置されており、ベッドの窓側の手すりも取り外され、窓にも格子や手すりは取り付けられてなかった。この事故につき、遺族が転落の原因は病院の窓に密着して配置されたベッドから体勢を崩して落下したものであるとして病院建物の設置・保存の瑕疵があるとし、一方、病院は転落の原因は入院患者の飛び降り自殺にあるとして争った。病院の病室の物的設備に設置・保存の瑕疵があるとして、原告の請求を認容した事例	高知地裁	平成3年(ワ)第67号	平成7年3月28日	介護事故とリスクマネジメント *参考情報: 病室の窓の外に入院患者が落下して死亡した事案について、落下原因は自殺ではなく事故によるものとしたうえ、病室の物的設備に設置・保存の瑕疵があつたものと認定した事例。 人の診療に当たる病院においては、患者の生命、身体の安全確保をはかるべき義務があり、本件のように両下肢麻痺で入院している患者の場合には、その使用するベッドは、窓から離して配置するか、窓に接して配置する場合には窓ないしベッドに手すりを設置するなどして物的設備を安全に整えることにより、同人が窓の外に転落する事故を防止すべき義務があるものというべきである。それにもかかわらず、右認定事実によれば、本件では、B病院を経営してこれを所有・占有する被告は、Aが両下肢麻痺で入院しているのに、右義務を怠り、本件ベッドをこれと高低差があまりない窓の下に接して設置し、ベッドにも窓にも手すりを設置し

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
					ていながつたのである。したがって、本件病室はこれが通常備えるべき安全性を欠いていたものというべきであり、工作物の設置・保存の瑕疵がある。(Westlaw Japan)
40	社会福祉法人経営の病院に入院中の男性 A で、脳出血のため、不穏行動があり、時や場所に関する見当識障害（自分のいる場所を聞かれて「陸軍でしょ」）があり、本件事故発生の数時間前から点滴管を自己抜去したりしていた被害者について、平成元年 8 月 21 日午前 2 時 30 分頃、A は本件病院 3 階の集中治療室の窓から、1 階の庇を経て、地上に転落し、脳挫傷により死亡した。病院の予見可能性を否定し、原告の請求を棄却した事例	新潟地裁	平成 2 年（ワ）第 122 号	平成 7 年 10 月 5 日	介護事故とリスクマネジメント 判例タイムズ 904・193
41	被告の設置、管理する病院に入院していた女性 A（72 歳、軽度の痴呆、パーキンソン病）が、ベッドから落ちて側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師の看護上の過失によるとして、長男が慰謝料 1000 万円を請求した。病院の過失を認め、原告の請求を一部認容し、慰謝料 200 万円の支払いを認めた（一部控訴）	東京地裁	平成 5 年（ワ）第 14252 号	平成 8 年 4 月 15 日	介護事故とリスクマネジメント 判例時報 1588・117 *参考情報： 長男が、母親が入院中にベッドから落ちて側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、適切な看護を受ける期待の侵害を理由としてした慰藉料請求が認められた事例。 一般に、病院に入院中の患

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
					<p>者に一定の危険が生ずることが予測される場合、その患者の担当医師はその結果発生を防止するために一定の作為義務を負うか、また具体的にいかなる作為義務を負うかは、医師の専門的判断に基づく裁量の範囲があることを前提とし、予想される結果の重大性、予測される結果発生 of 蓋然性、結果発生を防止する措置の容易性、有効性、その措置を講ずることによる医療上ないし看護上の弊害等を総合考慮して判断すべきであると考えられる。(Westlaw Japan)</p>
42	<p>入院中の被害者が、昭和54年10月29日午前6時5分頃、洗面の準備をした看護師が他の病室に行っている間、体を動かしているうちにこらえきれずベッドの左側に転落して、ビニール貼りの床(ベッドとの距離63cm)に頭部を打ち、その後、死亡した。転落防止につき病院に過失を認め、原告側の請求のうち300万円を認容した。</p>	東京高裁	平成10年(ネ)第1460号	平成11年9月16日	<p>介護事故とリスクマネジメント</p> <p>判例タイムズ1038・238</p> <p>*参考情報： PN(結節性動脈周囲炎)による長期入院患者がベッドから転落後、死亡した事案において、転落が原因となって急性副腎不全を来たし、高カリウム血症により死亡したとし、病院側にベッドの柵を立てず転落防止措置を怠った過失があるとして、遺族からの損害賠償請求を一部認容した事例。 (Westlaw Japan)</p>
43	<p>88歳の女性で、杖なしには安定的に歩行不可で、軽度の痴呆あり。特養ホームで、平成10年10月23日からショートステ</p>	神戸地裁	—	平成14年10月2日	<p>介護事故とリスクマネジメント</p>

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	イを利用し、同年11月5日午後8時頃、施設内(食堂)において職員が目を離していた間に乗っていた車椅子から転倒し、右側大腿骨頸部内側骨折となり、その後、両下肢機能全廃となる。損害賠償請求訴訟を提起。本件における施設の安全配慮義務違反はなかったとして、原告の請求を棄却した事例				
44	介護付有料老人ホームに入居していた要介護1の87歳の女性が、リビングで入居者と雑談後にトイレに行こうと立ち上がったところ、足を滑らせ転倒し、大腿骨転子部を骨折した事案について、医師作成の居宅療養管理指導書には転倒に留意すべき旨の記載はあるが、その根拠となる具体的な事実の記載はなく、入所以来、歩行能力について格別具体的な問題は観察されず、転倒もなく、家族からも転倒に対する具体的な不安は聞かれていないことから、職員において転倒事故を具体的に予見することは困難であったとして、事業者の債務不履行責任および不法行為責任を否定した事例	東京地裁	平成27年(ワ)第19572号	平成28年8月23日	医療訴訟判例データファイル 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 ウ エ ス ト ロ ー 2016WLJPCA0823800

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
45	全盲で認知症の症状がある本人が老人側施設入所後約 3 週間たったある日、同室者と口論になって興奮状態となったため、介護福祉士が本人を別室に連れていったところ、その部屋の窓から本人が転落して死亡してしまった。本人はその部屋の窓の鍵を開け、その部屋にあった家具を利用して窓から乗り出し、目隠しフェンスを乗り越えて真下に転落した。担当職員が適切な介護を怠ったことについて、不法行為と利用者の「死」との相当因果関係が認められ、施設に対し、使用者責任に基づく賠償責任として、1000 万円の支払いが命じられた事例	東京地裁	平成 9 年(ワ)第 19373 号	平成 12 年 6 月 7 日	介護事故の法律相談 賃金と社会保障 1280 号 14 頁
46	A は、D が運営するデイサービスを利用していたが、平成 25 年 11 月 4 日、職員 B が A を支え、職員 C がストレッチャーを浴室中央に移動させたうえで、仰臥位の状態の A の身体を職員 C が洗い、職員 B が洗髪。その後、職員 B が A の背部にお湯をかけるために右側上肢用のサイドフェンスを解除し、職員 B がシャンプーを手にとろうと屈むと同時に、職員 C がストレッチャー操作部分にかけてあったタオルを取るために移動したが、転落防止	仙台地裁	平成 26 年(ワ)第 721 号	平成 27 年 4 月 15 日	介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	のための両側の上肢用サイドフェンス及び両側のスイング式フットガードは立ててある状態であったものの、安全ベルトは上肢下肢ともに装着されていない状態であったために A がストレッチャーから転落。救急車で病院に搬送されたが、同日急性硬膜下血腫のため死亡。介護職員の過失は重大「2000 万円（A 本人の慰謝料 1800 万円、原告固有の慰謝料 200 万円）とするのが相当である。」と判断した事例				
47	原告（控訴人）らの父が、被告（被控訴人）が開設する介護老人保健施設の認知症専門棟に短期入所していたところ、2 階食堂の窓から雨どい伝いに降りようとして地面に落下して死亡した事故。原告らの請求を全て棄却した原判決は一部失当であるとして、原判決を変更した事例	東京高裁	平成 26 年(ネ) 第 5371 号 原審 平成 25 年(ワ) 第 2306 号	平成 28 年 3 月 23 日 原審 平成 26 年 9 月 11 日	介護事故の法律相談
48	歩行補助車を使用しての自立歩行可能な高齢の入所者が歩行時に後方に転倒し、脳挫傷、外傷性くも膜下出血を生じ、意識障害、四肢運動麻痺を負い、その後死亡した事案で、施設の転倒防止義務違反、病院搬送義務違反が否定された事例	東京地裁	平成 25 年(ワ) 第 20351 号	平成 27 年 8 月 10 日	医療訴訟判例データファイル ウ エ ス ト ロ ー 2015WLJPCA08108003

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
49	認知症高齢者グループホームの居室の窓から入居者が転落して多発骨折の傷害を負い、その後死亡したことを理由として、遺族が損害賠償を請求した事案について、窓のストッパーがロックした状態であっても手で強く引っ張れば外れることを理由として工作物の瑕疵と認めた事例	東京地裁	平成 26 年(ワ) 第 25822 号	平成 29 年 2 月 15 日	医療訴訟判例データファイル 判例タイムズ 1445・219
50	指定通所介護サービスの利用者が、帰宅のため施設内で送迎車への案内を待っていた際に椅子から立ち上がって転倒し、大腿骨頸部骨折の傷害を負った事案において、施設において見守り可能な態勢をとるべき注意義務違反、及び介護職員の見守りにおける注意義務違反が否定された事例	東京地裁	平成 26 年(ワ) 第 33075 号	平成 29 年 3 月 14 日	医療訴訟判例データファイル ウ エ ス ト ロ ー 2017WLJPCA03148007
51	特別養護老人ホームの介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時その場を離れた間に入居者が転倒し急性硬膜下血腫の傷害を負い 72 日後に死亡した場合において、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例	津地裁	平成 29 年(ワ) 第 127 号	平成 31 年 3 月 14 日	医療訴訟判例データファイル ウ エ ス ト ロ ー 2019WLJPCA03146024
52	視力がほとんどなく物を見ても何であるかを認識するまでに時間がかかり、左上下肢の麻痺で壁を伝い歩きしていた 64 歳の女性の自宅で、訪問介護サービスにより派遣	東京地裁	平成 24 年(ワ) 第 6409 号	平成 26 年 11 月 27 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	<p>された介護職員が実施した清掃後、掃除機から取り外したT字ヘッド部分を女性の指示により洗濯かごに入れたが、介護職員帰宅後、女性がT字ヘッド部分に右足膝をひっかけ、尻餅をつき臀部痛を負った事案について、女性の歩行の障害にならないように配慮する義務に違反したとして事業者が債務不履行責任を認め、4割の過失相殺を行い33万円の支払を認めた事例</p>				

資料2 アセスメントや対応に関する具体的項目の例

アセスメント	転倒予防のための介入	転倒時の対応
バランス、運動能力、体力	運動（運動の種類・頻度と時間）	転倒時の対応
認知機能障害	薬の管理（投薬見直しなど）	転倒の分析
排尿コントロール	視力回復・視力矯正	転倒の報告・記録
足と靴	失禁と転倒への介入	転倒の総合的な評価
失神・めまい・立ちくらみ	めまいの症状を軽減するための介入	転倒後の自信喪失への対応
薬物療法	環境改善を含む多因子介入プログラム	転倒事故対策
視力	アドバンス・ケア・プランニング	
見守り・観察体制	セーフティグッズの活用	
屋内外の環境	住まいの改修	
地域環境	モニタリングと評価	

タイトル	国	作成元	引用文献 番号
Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults	カナダ	British Columbia (州)	8
The Safe Living Guide	カナダ	Public Health Agency of Canada	9
Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Guidebook for Australian Residential Aged Care Facilities	オーストラリア	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	10
Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care	オーストラリア	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	11
Evidence Profile: Risk of Falls	—	World Health Organization	13



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

THE SAFE LIVING GUIDE

A guide to home safety for seniors

Canada

THE SAFE



LIVING GUIDE

A guide to home safety for seniors

To promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health.

—Public Health Agency of Canada

The Safe Living Guide—A guide to home safety for seniors

is available on the Internet at the following address:

<http://www.publichealth.gc.ca/seniors>

Également disponible en français sous le titre :

Chez soi en toute sécurité — Guide de sécurité des aînés

To obtain more information on this publication, please contact:

Division of Children, Seniors and Healthy Development
Public Health Agency of Canada

Telephone: 1 800 O-Canada (1-800-622-6232)

TDD/TTY: 1-800-926-9105

Web site: www.publichealth.gc.ca/seniors

For referencing purposes: Public Health Agency of Canada. *The Safe Living Guide—A guide to home safety for seniors*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada, 2015.

Winner in the 2006 Mature Media Awards Program.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005. Revised 2015.

Print: Cat. No. HP25-7/2015E

PDF: Cat. No. HP25-7/2015E-PDF

ISBN 978-1-100-25782-2

ISBN 978-1-100-25783-9

Pub.: 140473

Table of contents

- 5 **There's no place like home... but...**
- 6 **The facts: Seniors and injury in Canada**
- 7 **The facts: Aging brings changes**

Keeping your home safe

- 9 **Outside and inside—Checklists**
- 18 **Eileen's story**

Keeping yourself healthy and active

- 19 **Nutrition—Checklist**
- 20 **Physical activity—Checklist**
- 21 **Eleanor's story**

Keeping track of your medicine

- 23 **Medication safety—Checklist**
- 25 **Margaret's story**

Keeping safe with safety aids

- 26 **Useful aids**
- 31 **Peter's story**

Keeping safe through adapting your home

- 32 **Useful changes**
- 34 **Stan's story**
- 35 **You CAN prevent falls!**
- 36 **For more information...**



Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults

Effective Date: June 30, 2021

Scope

This guideline addresses the identification and management of older adults aged ≥ 65 years living in the community with risk factors for falls, and is intended for primary care practitioners. The guideline facilitates individualized assessment and provides a framework and tools to manage risk factors for falls and fall-related injuries. Hospital, facility-based care settings and acute fall management are outside the scope of this guideline, although some of the principles in this guideline may be useful in those settings.

Key Recommendations

- Annually, or with a significant change in clinical status, ask patients ≥ 65 years about their fall risk using simple one-minute screening tools to identify people at risk of falls:
 - [Three question approach](#) and/or
 - [Staying Independent checklist](#)
- Recommend exercise to improve strength and balance and safe mobility. This is the most effective fall prevention intervention.¹⁻⁵ See [Exercise Prescription and Programs](#) below.
- For those evaluated as “at risk” or who have had a fall, a multifactorial risk assessment is recommended over multiple visits to review (see [Multifactorial Risk Assessment, Fall History and Intervention](#) section):
 - Medications
 - Medical conditions (including review of common geriatric conditions)
 - Mobility (endurance, strength, balance and flexibility)
 - An assessment of the home environment
 - Osteoporosis risk assessment and management (increases risk of fracture from fall)
- After a fall, interdisciplinary assessment and care planning can reduce the risk of future falls. A team-based approach, when available, is recommended (see [Referral Options](#) section).

Epidemiology

► Incidence of Falls and Fall-Related Injuries Among British Columbians Aged ≥ 65 Years

- One in three fall annually in the community setting.⁶
- One hospitalization every 30 minutes, with 83% from community and 17% from facility-based care.⁷
- Every day ~3 older adults die from a fall. ~1,000 direct and indirect deaths annually.⁷
- Forecasted to continue increasing with population aging.⁸ There was a 33% increase in hospitalizations from 2009-2016.⁷

► Burden of Falls and Fall-Related Injuries Among British Columbians Aged ≥ 65 Years

- Annual total cost (including emergency room visits, hospitalized treatment, permanent disability, and cost of deaths) is \$1.4 billion.^{9,10} Annual total cost does not include societal costs, such as the cost of reduced quality of life, reduced productivity for older adults (e.g., informal caregiving, volunteering, and employment) and reduced productivity for family caregivers.
- 10-15% of falls result in serious injuries including fractures and head injuries.¹¹
- Falls are the cause of 40% of admissions to facility-based care.¹²
- Falls are the cause of 95% of hip fractures:⁷
 - 30% die within the following year,⁷ this reflects their increasing frail status¹³
 - 50% lose mobility and independence⁷

► Prevention of Falls and Fall-Related Injuries Among Older Adults Aged ≥ 65 years

- Most falls are predictable and preventable (see the *Associated Document: Facts About Falls*).
- Older adults are unlikely to initiate a conversation about fall risk, even if they have sustained injuries from falls in the past.
- Older adults under-recognize their fall risk and under-report falls. They have low awareness that most falls are preventable and are not a normal part of aging.
- Clinical assessment by a healthcare provider and multifactorial interventions to address predisposing factors can decrease falls by approximately 25% among those at high risk.^{14,15}
- Screening and interventions to reduce falls in community-dwelling older adults at the primary care level is cost effective (estimated at \$35,213 per Quality Adjusted Life Years).¹⁶

Risk Factors

Falling is an indicator of a complex system failure requiring multifactorial assessment and intervention.¹³ These can be categorized into four dimensions: biological, behavioural, environmental and socioeconomic factors (see [Table 1](#)). Medical conditions that cause gait and balance problems are reviewed in [Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders](#).^{17,18}

- Frailty and multi-morbidity, not increasing age, is the primary consideration in fall risk. For those ≥ 80 years, 60% fell over a 12-month period, reflecting their frail status.¹⁹⁻²¹
- Fear of falling results in self-imposed activity restrictions and further functional decline, depression, feelings of helplessness, and social isolation.²² This fear in turn increases risk of falling.
- Older adults often misattribute a fall to “bad luck” or an environmental hazard. In reality, “tripping” reflects an inability to compensate and prevent the fall from occurring.²³⁻²⁵
- Less than half who fell recently will disclose falling to their healthcare providers.^{26,27} Admitting falls may carry its own stigma around weakness or frailty and can be met with embarrassment, fear, or avoidance.
- Older adults have low awareness of the multifactorial interventions that can prevent falls.²⁸

Table 1. Risk Factors Associated with Falls and Fall-Related Injury^{18,22,29–40}

Major risk factors that have the strongest associations for prediction of falls	
<ul style="list-style-type: none"> • Overarching Factor: History of falls, especially multiple falls⁴¹ • Advanced age • Medication (psychotropics, antipsychotics, sedative/hypnotics, antidepressants, see Appendix C: Medications Contributing to the Risk of Falling) • Functional decline: limitations in any activities of daily living (ADLs) or instrumental activities of daily living (IADLs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medical and/or psychiatric comorbidity <ul style="list-style-type: none"> • Lower body weakness • Difficulties with gait and balance • Visual impairments • Urinary incontinence/rushing to the bathroom • Pain and stiffness from arthritis • Depression
Additional risk factors associated with falls and fall-related injury	
<p>Medical/Biological/Intrinsic Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frailty 	<ul style="list-style-type: none"> • Refer to Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders for medical conditions that cause gait and balance problems
<p>Functional Changes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impaired mobility • Balance deficit 	<ul style="list-style-type: none"> • Functional decline: limitations in any ADLs or IADLs • Urinary and/or bowel incontinence/urgency
<p>Behavioural Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fear of falling • Communication (e.g., language barriers, aphasia, literacy level) • Risk-taking behaviours • Impaired safety awareness, impulsivity 	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of exercise • Inappropriate footwear/clothing • Misuse of assistive devices, inappropriate devices • Poor nutrition • Dehydration/inadequate fluid intake
<p>Socioeconomic Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lower level of education • Poor living conditions • Living alone 	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of support networks/social interaction • Inadequate support to caregiver for dependant elderly^{42–44} • Lack of transportation
<p>Environmental Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stairs • Home hazards (clutter, see Associated Document: Checklist for Preventing Falls at Home) • Inadequate lighting • Inadequate visual contrast with a change in surface of level 	<ul style="list-style-type: none"> • Seasonal weather hazards (e.g., rain, ice, snow, see Patient Handout: Tips to Stay Fall Free in Winter) • Poor building design and/or maintenance. • Lack of: handrails, curb ramps, rest areas, grab bars • Obstacles/tripping and slipping hazards: pets, cords, rugs, furniture

Evaluating Patients for Fall Risk

- Annually evaluate fall risk in patients ≥ 65 years using one of two evaluation tools (see text below and [Figure 1](#)).^{45,46}
- Reassess for fall risk if there is a significant change in the patient's health: physical, cognitive, mental status, behavioural, mobility, medication changes, social network or environment.⁴⁷⁻⁴⁹

One of two evaluation tools can be used to assess patient fall risk (see [Figure 1](#) below):⁵⁰

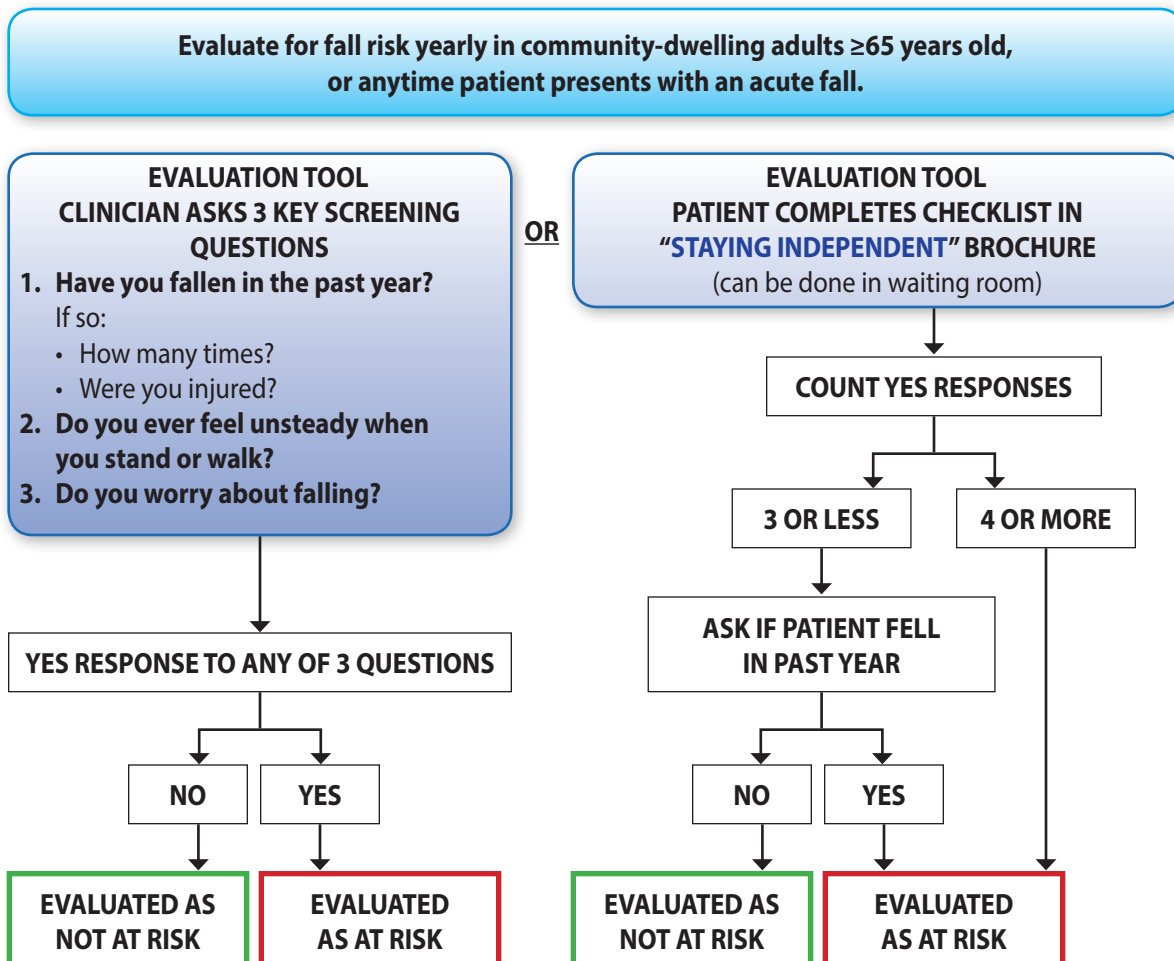
1. Primary care practitioner asks 3 questions (could be done in one minute):

- Ask the following questions, as needed:
 1. Have you fallen in the past year? If so:
 - How many times?
 - Were you injured?
 2. Do you ever feel unsteady when you stand or walk?
 3. Do you worry about falling?
- If the patient answers "yes" to any of the three questions above, carry out a multifactorial risk assessment and fall history.

2. Staying Independent Checklist (can be done in the waiting room):

- Ask the patient or their caregiver to complete the *Staying Independent Checklist* to identify major fall risk factors (see the [Associated Document: Staying Independent Checklist](#))
- The *Staying Independent Checklist* can be made available in the office as a handout and distributed by other healthcare providers (e.g., nurse or medical office assistant [MOA]).

Figure 1: Staying Independent Checklist



Patient Evaluated as at Risk: Multifactorial Risk Assessment, Fall History and Intervention

► Falls History and Assessment of Modifiable Risk Factors

- For patients with multiple health concerns, consider using “rolling” assessments over multiple visits, targeting at least one area of concern at each visit.

► Interventions are recommended for patients based on their individualized multifactorial risk assessment (see [Figure 2](#) below and [Appendix B: Categories of Assessment for Patients Evaluated at Fall and Injury Risk \(with suggested management\)](#)).

- The single most effective fall prevention intervention is participation in a safe exercise program designed to improve strength and balance.¹⁻⁵ See [Exercise Prescription and Programs](#) below.
- All other fall prevention interventions are effective when completed in combination.
- Fall prevention quality improvement strategies proven to reduce falls include: education and reminders for patients and team changes, case management and staff education for clinicians.⁵¹

Figure 2: Categories of Assessment for Patients Evaluated at Fall and Injury Risk⁵⁰

See [Appendix B](#) for accompanying details and suggested management. See also the [BC Guideline: Frailty in Older Adults – Early Identification and Management](#).

History

1. Fall history

Functional review

2. Physical activity and endurance
3. Limitations in activities of daily living (ADLs)
4. Access and use of adaptive equipment

Medical review

5. Co-morbidities and risk factors
6. Medication review
7. Nutrition and hydration
8. Continence/rushing to the bathroom
9. Vitamin D intake

Social and environmental review

10. Substance use
11. Environmental and home hazards
12. Living alone and social isolation

Physical exam

Functional review

13. Mobility
14. Feet and footwear

Medical review

15. Visual acuity
16. Orthostatic/postural hypotension
17. Other system examination

Follow-Up

- For those with an intervention care plan, follow-up with patient in 30-90 days to discuss the care plan's value and discuss ways to improve patient receptiveness to the care plan.
- Older adults may struggle with changing their health behaviours. Frequent, brief follow-up discussions focused on barriers and facilitators are recommended.
- For suggested motivational interviewing responses see the [Talking about Fall Prevention with Your Patients](#) resource.
- To advise a patient on how to manage after a fall, see [HealthLinkBC.ca: How to Get Up Safely After a Fall](#)
- Older adults may also wish to promote fall prevention when talking to their family and friends.

Patient Evaluated as Not at Risk of Falls

Consider the opportunity to discuss the following to reduce future risk:

- Educate the patient on fall and injury prevention (see the patient brochure from the US CDC [What You Can Do to Prevent Falls](#) and *Patient Handout: Facts About Falls*).
- Reassess annually, or if patient presents with a fall.
- To maintain low risk category, encourage proactive participation in strength and balance exercise or fall prevention program, including community or online.

Referral Options

See the *Patient Handout: Referral Options Resource Guide for Patients and Caregivers*

► Exercise Prescription and Programs

- The single most effective fall prevention intervention is participation in a safe exercise program designed to improve strength and balance.¹⁻⁵
- Older adults can check with their community centre, physiotherapist or call HealthLink BC at 8-1-1 (or 7-1-1 for the deaf and hard of hearing) to speak with a qualified exercise professional for exercise prescription or to learn more about individual or group exercise options.
- For older adults who prefer to engage in physical activity at home, exercise videos are available online: findingbalancebc.ca: Exercise.

Best practice recommendations for falls prevention exercise: ^{14,47,52}

General considerations:

- Should be tailored to the individual (i.e., pitched at the right level, taking falls history, functional ability and medical conditions into account).⁵³
- Should be delivered by specially trained instructors to ensure appropriate increases in intensity.
- Care should be taken to ensure it is carried out in a manner that does not increase the risk of falling.

Type of exercise:

- Exercise should provide progressive challenge to balance. Strength training and walking may be included in addition to balance training. High-risk individuals, however, should not be prescribed brisk walking programmes.⁵⁴
- Adherence to exercise routines increases with levels of enjoyment; it is important to recommend physical activity on an individual basis centred on goals, current fitness level, and health status.²³
- Evidence informed exercise programs include: Osteofit (including Get Up & Go!) and Physical Activity Services (offered through HealthLink BC/8-1-1).
- Other forms of exercise which may increase balance and strength (e.g., yoga, Pilates, tennis, dancing) have many benefits but may be insufficient in themselves for falls prevention. Supplemental activities may be considered.^{3,5,55}

Frequency and duration:

- Adults ≥ 65 years should accumulate at least 150 minutes of exercise per week in bouts of 10 minutes or more.^{56,57}
- Older adults at risk of falling should do balance training for three or more days per week.⁵³

► Geriatric Medicine

- Geriatric Medicine (hospital, private office)/falls clinic or practitioner specializing in the care of the elderly.
- Determine if your community has a specific falls prevention clinic or a multidisciplinary geriatric clinic (e.g., [Vancouver General Hospital](#), [Vancouver Coastal Health](#), [Fraser Health](#), [Providence Health Care](#)).

► Home and Community Care

- Primary care practitioners play an essential role in identifying patients in need of increased supports and facilitating intake into the system of care support. Ensure patients and caregivers in need of support are referred to local health care and social services, which are available from both publicly subsidized and private pay providers.
- For help finding information on social and health resources in your local community, see BC211 at [www.bc211.ca](#)
- Case managed services available to eligible patients through Home and Community Care within local health authorities include:
 - community nursing for acute, chronic, palliative or rehabilitative support
 - community occupational therapist, physiotherapist, dietician consultation as available and appropriate
 - services for personal care, health care and social and recreational activities
 - home support for assistance with activities of daily living
 - caregiver respite/relief
 - adult day care, assisted living and facility-based care
 - end-of-life care services
- For more information, see [www2.gov.bc.ca: Home and Community Care](#) or contact your local health authority.
- Consider directing caregivers to [www.FamilyCaregiversBC.ca](#) and the BC Family Caregiver Support Line at 1-877-520-3267.

► Advance Care Planning

- Falls commonly accompany severe frailty and advance care planning is advised.
- See [BCGuidelines.ca: Frailty in Older Adults – Early Identification and Management](#) and [Advance Care Planning: Resource Guide for Patients and Caregivers](#) for further information on advance care planning.

► Vision Correction – Ophthalmologist and Optometrist

- A referral is not required for an optometrist visit however some extended health plans do require one. See: [bc.doctorsofoptometry.ca/find-a-doctor/](#)
- According to the BC Optometrist fee schedule, the Medical Services Plan provides limited or partial coverage as a benefit for optometric services in adults ([bc.doctorsofoptometry.ca/patients/medical-services-plan/](#)):
 - Adults aged 19–64: eye exams not covered by MSP unless medically required
 - Seniors aged 65+: one full eye examination annually
- A referral is required to see an ophthalmologist. See: [BCSEPS.com: Directory of Eye Physicians and Surgeons](#)

► Diagnostic Codes

- **ICD-9 codes:** E880-E888⁵⁸
- **ICD-10 codes:** W00-W019.9⁵⁹

Appendices

- [Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders](#)
- [Appendix B: Categories of Assessment for Patients Evaluated at Fall and Injury Risk \(with suggested management\) \(with suggested management\)](#)
- [Appendix C: Medications Contributing to the Risk of Falling](#)
- [Appendix D: Conducting a Medication Review](#)

Associated Documents

- [Staying Independent Checklist](#)
- [Patient handout: Facts about Falls](#)
- [Checklist for Preventing Falls at Home](#)
- [How to Get Up Safely After a Fall](#)
- [Patient handout: Tips to Stay Fall Free in Winter](#)
- [30 Second Chair Stand](#)
- [Four Stage Balance Test](#)
- [Referral Options Resource Guide for Patients and Caregivers](#)

Resources

► Practitioner Resources

- **BCGuidelines.ca**
 - [Frailty in Older Adults – Early Identification and Management](#)
 - [Resource Guide for Older Adults and Caregivers](#)
- **RACE: Rapid Access to Consultative Expertise Program** – www.raceconnect.ca

A phone consultation line for physicians, nurse practitioners and medical residents.

If the relevant specialty area is available through your local RACE line, please contact them first. Contact your local RACE line for the list of available specialty areas. If your local RACE line does not cover the relevant specialty service or there is no local RACE line in your area, or to access Provincial Services, please contact the Vancouver/Providence RACE line.

 - **Vancouver Coastal Health Region/Providence Health Care:** www.raceconnect.ca
www.raceapp.ca (**tip:** download the [RACEapp+](#) to your device from the Apple or Android stores)
☎ 604-696-2131 (Vancouver) or 1-877-696-2131 (toll free) Available Monday to Friday, 8 am to 5 pm, excluding statutory holidays.
 - **Northern RACE**
☎ 1-877-605-7223 (toll free)
 - **Kootenay Boundary RACE**
☎ 1-844-365-7223 (toll free)
 - **For Fraser Valley RACE:** www.raceapp.ca (**tip:** download the [RACEapp+](#) to your device from the Apple or Android stores)
 - **Vancouver Island RACE:** to register, please visit www.raceapp.ca (**tip:** download the [RACEapp+](#) to your device from the Apple or Android stores). For more information, please visit [South Island Division of Family Practice: RACE](#)
- **Gov.bc.ca: Fall Prevention**
- **Gov.bc.ca: Fall Prevention Resources in BC**
- **Pathways**
 - An online resource that allows GPs and nurse practitioners and their office staff to quickly access current and accurate referral information, including wait times and areas of expertise, for specialists and specialty clinics. See <https://pathwaysbc.ca/login>
- **US Centre for Disease Control: Talking about Fall Prevention with Your patients**

► Patient and Caregiver Resources

- **Doctors of BC – Stay Active, Stay Safe**
- **Gov.bc.ca: Fall Prevention Resources**
- **Finding Balance BC**
 - www.findingbalancebc.ca
- **Fraser Health: Your Guide to Independent Living (multilingual)**
- **HealthLink BC: Preventing Falls in Older Adults**

- **HealthLink BC: Seniors' Falls Can be Prevented**
- **HealthLink BC: How to Get Up Safely After a Fall**

► References

1. Liu-Ambrose T, Davis JC, Best JR, Dian L, Madden K, Cook W, et al. Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 04;321(21):2092–100.
2. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*. 2018 20;320(19):2020–8.
3. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 31;1:CD012424.
4. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Striffler L, et al. Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017 07;318(17):1687–99.
5. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Apr 24;319(16):1696–704.
6. World Health Organization. Falls fact Sheet. 16January2018. [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
7. Discharge Abstract Database, Ministry of Health.
8. BC Hip Fracture Redesign Project [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <http://www.hiphhealth.ca/research/research-projects/Hip-Fracture-Redesign/Hip-Fracture-Redesign/>
9. » The Economic Burden of Injury in BC - BC Injury Research and Prevention Unit. Original value adjusted for 2019 dollars using the Bank of Canada inflation calculator, available at: <https://www.bankofcanada.ca/rates/related/inflation-calculator/> [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.injuryresearch.bc.ca/reports/the-economic-burden-of-injury-in-bc-2015/>
10. Health M of. Vital Statistics Annual Reports [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/statistics-reports/vital-statistics-annual-reports/2015>
11. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Preventing falls and harm from falls in older people: best practice guidelines for Australian community care. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2009.
12. Scott V, Wagar L, Elliot S. Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall-related Hospitalizations & Prevention Initiatives. Prepared on behalf of the Public Health Agency of Canada, Division of Aging and Seniors. 2010. Victoria, BC. Victoria Scott Consulting.
13. Nowak A, Hubbard RE. Falls and frailty: lessons from complex systems. *J R Soc Med*. 2009 Mar;102(3):98–102.
14. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD007146.
15. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012 Aug 7;157(3):197–204.
16. Health M of. Lifetime Prevention Schedule - Province of British Columbia [Internet]. [cited 2019 May 13]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/health-priorities/lifetime-prevention>
17. Reducing injuries from falls. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://europepmc.org/article/med/18843130>
18. Scott, V., S. Dukeshire, E. Gallagher & A. Scanlan. A best practice guide for the prevention of falls among seniors living in the community. 2001;
19. Anstey KJ, Burns R, von Sanden C, Luszcz MA. Psychological Well-Being Is an Independent Predictor of Falling in an 8-Year Follow-Up of Older Adults. *J Gerontol Ser B*. 2008 Jul 1;63(4):P249–57.
20. Speechley M, Belfry S, Borrie MJ, Jenkyn KB, Crilly R, Gill DP, et al. Risk Factors for Falling among Community-Dwelling Veterans and Their Caregivers. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2005 ed;24(3):261–74.
21. Fleming J, Matthews FE, Brayne C, Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration. Falls in advanced old age: recalled falls and prospective follow-up of over-90-year-olds in the Cambridge City over-75s Cohort study. *BMC Geriatr*. 2008 Mar 17;8:6.
22. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006 Sep;35 Suppl 2:ii37–41.
23. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med*. 2004 Nov;39(5):1056–61.
24. Ballinger C, Payne S. The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing Soc*. 2002 May;22(3):305–24.
25. Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Educ Res*. 2006 Aug;21(4):508–17.
26. Hauer K, Lamb SE, Jorstad EC, Todd C, Becker C, PROFANE-Group. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age Ageing*. 2006 Jan;35(1):5–10.
27. Shumway-Cook A, Ciol MA, Hoffman J, Dudgeon BJ, Yorkston K, Chan L. Falls in the Medicare population: incidence, associated factors, and impact on health care. *Phys Ther*. 2009 Apr;89(4):324–32.
28. Russell K, Taing D, Roy J. Measurement of Fall Prevention Awareness and Behaviours among Older Adults at Home. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2017 Dec;36(4):522–35.
29. Medication and falls: risk and optimization. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934612>
30. The relations of body composition and adiposity measures to ill health and physical disability in elderly men. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818465>
31. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212467>
32. Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2903260>
33. Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents | *JAMA Internal Medicine* | *JAMA Network* [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/615518>

34. 2012 Beers Criteria. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375952>
35. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22376048>
36. Management of refractive errors. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20385718>
37. Age-related cataract. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15708105>
38. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy | Neurology [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://n.neurology.org/content/46/5/1470>
39. Orthostatic hypotension in the elderly: diagnosis and treatment. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904451>
40. Salzman B. Gait and balance disorders in older adults. *Am Fam Physician*. 2010 Jul 1;82(1):61–8.
41. Phelan EA, Rillamas-Sun E, Johnson L, LaMonte MJ, Buchner DM, LaCroix AZ, et al. Determinants, circumstances and consequences of injurious falls among older women living in the community. *Inj Prev*. 2021 Feb 1;27(1):34–41.
42. Faes MC, Reelick MF, Banningsh LWJ-W, Gier M de, Esselink RA, Rikkert MGO. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: Foundations for an intervention to prevent falls. *Ageing Ment Health*. 2010 Sep 1;14(7):834–42.
43. Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A, Papaioannou A. Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Syst Rev*. 2017 Mar 14;6(1):55.
44. Sadak T, Foster Zdon S, Ishado E, Zaslavsky O, Borson S. Potentially preventable hospitalizations in dementia: family caregiver experiences. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(7):1201–11.
45. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226685>
46. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults | NEJM [Internet]. [cited 2020 Feb 24]. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1903252?query=featured_home&page=2
47. Phelan EA, Ritchey K. Fall Prevention in Community-Dwelling Older Adults. *Ann Intern Med*. 2018 04;169(11):ITC81–96.
48. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc*. 2008 May;28(4):449–72.
49. Vincenzo JL, Patton SK. Older Adults' Experience With Fall Prevention Recommendations Derived From the STEADI: Health Promot Pract [Internet]. 2019 Jul 27 [cited 2020 Feb 21]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524839919861967>
50. Materials for Healthcare Providers | STEADI - Older Adult Fall Prevention | CDC Injury Center [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/steady/materials.html>
51. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Striffler L, et al. Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: a systematic review and network meta-analysis. *Age Ageing*. 2019 May 1;48(3):337–46.
52. Royal College of Physicians. 2012. Older people's experience of therapeutic exercise as part of a falls prevention service. Patient and public involvement, UK.
53. Lee PG, Jackson EA, Richardson CR. Exercise Prescriptions in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2017 Apr 1;95(7):425–32.
54. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017 Dec;51(24):1750–8.
55. Mattle M, Chocano-Bedoya PO, Fischbacher M, Meyer U, Abderhalden LA, Lang W, et al. Association of Dance-Based Mind-Motor Activities With Falls and Physical Function Among Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 1;3(9):e2017688.
56. Tremblay MS, Warburton DER, Janssen I, Paterson DH, Latimer AE, Rhodes RE, et al. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011 Feb;36(1):36–46; 47–58.
57. CSEP | SCPE [Internet]. CSEP | SCPE. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://csepguidelines.ca>
58. ICD - ICD-9 - International Classification of Diseases, Ninth Revision [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm>
59. WHO | ICD-10 online versions [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
60. Health Quality & Safety Commission | 10 Topics [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/reducing-harm-from-falls/10-topics/>
61. Use of long-term anticoagulation is associated with traumatic intracranial hemorrhage and subsequent mortality in elderly patients hospitalized aft... - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073595>
62. Use of anticoagulation in elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18334606>
63. Proton pump inhibitors and risk of fractures: a meta-analysis of 11 international studies. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605729>
64. Petersen N, König H-H, Hajek A. The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 May 1;88:104020.
65. Schoene D, Wu SM-S, Mikolaizak AS, Menant JC, Smith ST, Delbaere K, et al. Discriminative ability and predictive validity of the timed up and go test in identifying older people who fall: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Feb;61(2):202–8.
66. Finnegan S, Bruce J, Seers K. What enables older people to continue with their falls prevention exercises? A qualitative systematic review. *BMJ Open*. 2019 15;9(4):e026074.
67. Menz HB, Morris ME, Lord SR. Foot and Ankle Risk Factors for Falls in Older People: A Prospective Study. *J Gerontol Ser A*. 2006 Aug 1;61(8):866–70.
68. Juraschek SP, Daya N, Rawlings AM, Appel LJ, Miller ER, Windham BG, et al. Association of History of Dizziness and Long-term Adverse Outcomes With Early vs Later Orthostatic Hypotension Assessment Times in Middle-aged Adults. *JAMA Intern Med*. 2017 Sep;177(9):1316–23.

This draft guideline is based on scientific evidence current as of effective date.

The draft guideline was developed by the Guidelines and Protocols Advisory Committee in collaboration with the BC Injury Research and Prevention Unit.

For more information about how BC Guidelines are developed, refer to the GPAC Handbook available at [BCGuidelines.ca: GPAC Handbook](http://BCGuidelines.ca:GPACHandbook).

THE GUIDELINES AND PROTOCOLS ADVISORY COMMITTEE

The principles of the Guidelines and Protocols Advisory Committee are to:

- encourage appropriate responses to common medical situations
- recommend actions that are sufficient and efficient, neither excessive nor deficient
- permit exceptions when justified by clinical circumstances

Contact Information:

Guidelines and Protocols Advisory Committee
PO Box 9642 STN PROV GOVT
Victoria BC V8W 9P1

Email: hlth.guidelines@gov.bc.ca

Website: www.BCGuidelines.ca

Disclaimer

The Clinical Practice Guidelines (the "Guidelines") have been developed by the Guidelines and Protocols Advisory Committee on behalf of the Medical Services Commission. The Guidelines are intended to give an understanding of a clinical problem, and outline one or more preferred approaches to the investigation and management of the problem. The Guidelines are not intended as a substitute for the advice or professional judgment of a health care professional, nor are they intended to be the only approach to the management of clinical problem. **We cannot respond to patients or patient advocates requesting advice on issues related to medical conditions. If you need medical advice, please contact a health care professional.**



Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders

Cardiovascular Diseases

- Arrhythmias
- Postural hypotension
- Aortic stenosis
- Congestive heart failure
- Coronary artery disease
- Peripheral arterial disease
- Thromboembolic disease

Neurological Disorders

- Cerebellar dysfunction or degeneration
- Delirium
- Cognitive impairment/dementia
- Multiple sclerosis
- Myelopathy
- Normal-pressure hydrocephalus
- Parkinson's disease
- Stroke
- Vertebrobasilar insufficiency
- Vestibular disorders/vertigo

Sensory Abnormalities

- Hearing impairment
- Peripheral neuropathy
- Visual impairment

Musculoskeletal Disorders

- Cervical spondylosis
- Gout
- Lumbar spinal stenosis
- Muscle weakness or atrophy
- Arthritis (pain and stiffness)
- Osteoporosis complications
- Podiatric conditions
- Leg length discrepancy

Infections

- Acute infection
- Tertiary syphilis
- Human immunodeficiency virus associated neuropathy

Metabolic Diseases

- Diabetes mellitus
- Hepatic encephalopathy
- Hyper- and hypothyroidism
- Obesity
- Uremia
- Vitamin B12 deficiency

Mental Health and Substance Use

- Depression
- Fear of falling
- Substance use disorder

Sleep Disorders

- Insufficient sleep due to multiple medical issues including chronic pain, bladder and prostate problems
- Poor quality or insufficient sleep due to undiagnosed sleep disorders including obstructive sleep apnea

Other

- Other acute medical illnesses
- Recent hospitalization or surgery

Reference: Salzman B. Gait and balance disorders in older adults. Am Fam Physician. 2010 Jul 1;82(1):61–8.



Appendix B: Categories of Assessment for Patients Evaluated at Fall and Injury Risk (with suggested management)

► History

1. Fall history

- Circumstances of the fall(s) (e.g., date, location, and time of falls, what the patient was doing at the time of a fall, belief as to the cause, witnessed details, mobility aid, use of medical alert device)
- Associated symptoms preceding and after the fall (e.g., palpitations, loss of consciousness, headache, nausea). NOTE: patients with loss of consciousness will require a syncope assessment
- Frequency of falls
- Details of any fall-related physical and/or psychological injuries
- Severity and duration of any changes in ADLs/mobility status and in client's confidence walking/fear of falling
- Post-fall interventions

► History: Functional Review

2. Physical activity and endurance (e.g., how far they can walk)

- Assess patient readiness and fitness for physical activity (fall risk, injury risk, cardiac risk, etc.)
- Activity level/endurance and strength
- Exercise program including strength and balance exercises
- Fatigue and energy level

Suggested management:

- Refer to a community or home exercise program (see: [Exercise Prescription and Programs](#)) that focuses on balance and strength, suits individual patient level and includes appropriate increases in intensity. Consider falls history, frailty/functional abilities, current exercise level, review of medical comorbidities (including cognitive status) and motivational level. Review barriers to exercise such as transportation.
- In BC, this includes programs like Osteofit (including Get Up & Go!); Physical Activity Services (offered through HealthLink BC/8-1-1); an Otago-based program class; Tai Chi; SAIL (Strategies and Actions for Independent Living) and SAIL-FN (Strategies and Actions for Independent Living for First Nations).
- If pain and balance issues impair suitability for a group exercise program, consider referral to a physiotherapist and/or a qualified kinesiologist.
- Refer individuals with a gait and balance impairment to a physiotherapist and/or a qualified Kinesiologist, for balance and gait training (see the [Mobility section](#) for standardized tests recommended to assess balance and gait).
- Manage and/or refer any medical causes of impaired gait. See [Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders](#) for Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders.
- Encourage use of an alert device to provide support:
 - Consider other technology in the home: Philips Lifeline, SafeTracks GPS Canada, SafeGuard Medical Alert, Telus LivingWell Companion, Apple Watch Series 4 or 5 (has a falls sensor to detect falls, which will automatically call for help if set up and linked to a phone)
- Equipment with correct fit may be recommended by physiotherapy and/or occupational therapist to prevent falls and injury (see [Choosing the correct walking aid for patients](#)).
- If history suggests patient may be subject to recurrent falls, consider:
 - Hip protectors (see [fraserhealth.ca: Hip protectors](#), [Interiorhealth.ca: Hip protectors work!](#))
 - Helmets and/or head protection for those with a history of falls

3. **Identify limitations in ADLs** (for example: mobility, nutrition, lifts and transfers, bathing, dressing, grooming and toileting)

Suggested management:

- Consider referral for occupational therapy, home care support, social work, etc. available through [Home and Community Care](#) at local health authorities.
- Review safe transportation, driving skills as appropriate.

4. **Access and use of adaptive equipment**

- Evaluate if and how the patient uses adaptive equipment and/or mobility aids

► **History: Medical Review**

5. **Co-morbidities and risk factors**

- See [Appendix A: Medical Conditions Associated with Gait and Balance Disorders](#) for a list of medical conditions that cause gait and balance problems and [Table 1](#) for risk factors

Suggested management:

- Optimize treatment of comorbidities identified. Some comorbidities have associated guidelines at [BCGuidelines.ca](#):
 - [Frailty in Older Adults – Early Identification and Management](#)
 - [Major Depressive Disorder in Adults](#)
 - [Stroke and Transient Ischemic Attack](#)
 - [Diabetes Care](#)
 - [Cardiovascular Disease](#)
 - [Hypertension](#)
 - [Cognitive Impairment](#)
 - [Osteoporosis](#) (increases risk of fracture from fall)

6. **Medication review**

- See [Appendix C: Medications Contributing to the Risk of Falling](#) for a list of medications that increase risk of falling or serious outcomes if a fall incident occurs
- For information and resources on conducting a medication review, see [Appendix D: Conducting a Medication Review](#), [Beers Criteria](#) or [deprescribing.org](#)
- Request a medication review by a trained pharmacist which is covered by BC Pharmacare for eligible patients

Suggested management:

- Consider withdrawing or minimizing use of psychoactive medication(s), cardiovascular medication(s), sedative(s) or medication(s) with anti-cholinergic side effects.
- **Educate patients on increased risk of hemorrhage with anticoagulant and antiplatelet use.** Advise to watch for new symptoms if they fall. Anticoagulants and antiplatelets (e.g., warfarin, NOACs, ASA and other antiplatelet agents) increase the risk of bleeding from an injury from a fall, however, may still be indicated based on individualized risk assessment.⁶⁰⁻⁶² A detailed discussion of anticoagulants for the person at risk is beyond the scope of this guideline and individualized discussion with the patient is warranted. For more information, see the associated [BC Guideline: Use of NOAC in Non-Valvular Atrial Fibrillation](#) and [BC Guideline: Warfarin Therapy Management](#).
- Certain drugs (proton pump inhibitors [PPI], corticosteroids, etc.) may increase the risk of fracture during a fall and review of PPI use is warranted.^{60,63} For more information, see the associated [BC Guideline: Osteoporosis: Diagnosis, Treatment and Fracture Prevention](#).

7. Nutrition and hydration

- Assess volume intake and loss (e.g., diarrhea, vomiting, fluid restriction), diet/appetite, weight loss, dentition, swallowing, obesity

Suggested management:

- Consider a nutrition supplement
- Direct patient to dietitian services offered through [HealthLinkBC.ca](https://www.healthlinkbc.ca) or 8-1-1 or local health unit or hospital outpatient services. Consider referral to a speech language pathologist, dentist, or denturist as appropriate

8. Continence/rushing to the bathroom

- Assess urinary and bowel continence and causes (e.g., Benign Prostatic Hyperplasia)

Suggested management:

- Review medications that may contribute to bowel/bladder urgency (e.g., diuretics, laxatives, etc). For additional details on medications that contribute to fall risk see [Appendix C: Medications Contributing to the Risk of Falling](#)
- Consider adding a bowel protocol
- Consider referral to a Nurse Continence Advisor, where available (e.g., [Fraser Health](#), [Providence](#))

9. Vitamin D intake

- Recommend Vitamin D supplementation

Suggested management:

- Vitamin D supplementation is recommended in northern hemispheres. It is not effective for fall and fracture prevention but can promote muscle strength
- For specific recommendations on Vitamin D and for patients at risk of osteoporosis, see the associated guidelines at [BC Guideline: Vitamin D Testing](#) and [BC Guideline: Osteoporosis](#)

► History: Social and environmental review

10. Substance use

- Review of substance use, including alcohol, cannabis use and illicit drug use

Suggested management:

- For further information on alcohol consumption, see the [BC Guideline: Problem Drinking](#) or the [Canadian Low Risk Drinking Guidelines](#)

11. Environmental and home hazards

- Ask about potential home hazards (stairs, lack of handrails or grab bars, poor lighting, slippery or uneven surfaces [e.g., throw rugs, tub floor], obstacles and tripping hazards)
- Consider seasonal hazards

Suggested management:

- Refer to an occupational therapist for a home assessment and environmental modification
- Consider directing patient to access help at home through [BetteratHome.ca](https://www.betterathome.ca)
- For further information on environmental hazards see [Associated Document: Checklist of Preventing Falls at Home](#) and [Patient Handout: Tips to Stay Fall Free in Winter](#)

12. Living alone and social isolation

- Both of these factors increase falls risk. Community referrals/social prescribing using services to promote health and wellbeing and reduce social isolation are important interventions.⁶⁴

► Physical exam: Functional review

13. Mobility

- Evaluate gait, strength and balance
- One or both of the following short standardized tests is recommended to assess balance and gait^{25,47–49,65,66}
Conducting more than one mobility or balance screening test will enhance specificity and sensitivity⁴⁸
 - **30 Second Chair Stand Test (optional)** - see [Associated Document: Chair Stand Test](#) for instructions.
The 30 Second Chair Stand Test, also known as the “30 Second Sit to Stand Test”, assesses lower extremity strength, and is quick and easy to administer in the clinical setting.
 - **Four Stage Balance Test (optional)** - see [Associated Document: Four Stage Balance Test](#) for instructions.
The Four Stage Balance Test assesses static balance and is quick and easy to administer in the clinical setting.

14. Feet and footwear

- Ankle flexibility, plantar tactile sensitivity, toe plantar/flexor strength, moderate to severe bunion, toe deformity, ulcer, and/or deformed toenail have all been associated with falls⁶⁷
- Proper footwear is important for fall prevention (e.g., shoe fit, traction, insoles, heel height)

Suggested management:

- Treat identified foot problems or refer to a podiatrist and/or pedorthist and/or orthopedics specialist

► Physical Exam: Medical Review

15. Visual acuity

- Common assessment tool (Snellen eye test)
- Encourage annual eye examinations
- Assess for use of multifocal lenses (multifocal lenses are not recommended). Patients wearing multifocal glasses may have added risk for falls due to impaired distance contrast sensitivity and depth perception.
- For those with cataracts, expedited surgery on the first affected eye is shown to significantly reduce fall risk. See [BCGuidelines.ca: Cataract – Treatment in Adults](#)

Suggested management:

- Refer to an [ophthalmologist](#) or [optometrist](#) for vision assessment and correction
- Stop, switch, or reduce the dose of medication affecting vision (e.g., anticholinergics)

16. Orthostatic/postural hypotension

- For best results, measure blood pressure and pulse rate after patient has been lying for 5 minutes and again after patient standing for one minute.⁶⁸ For further information, see [Measuring Orthostatic Blood Pressure](#).
- A decrease in standing blood pressure of greater than 20mm Hg indicates an increased risk for falling when standing up.

Suggested management:

- Treat reversible causes, stop, switch, or reduce the dose of medications that contribute to hypotension
- Educate about importance of exercises (e.g., foot pumps)
- Review need for adequate hydration
- Consider compression stockings

17. Other system examination

- Evaluate patient for new diagnosis or diagnoses that may contribute to fall risk:
 - Cardiovascular examination: orthostatic vitals, arrhythmia, murmurs and bruits
 - Neurological examination: sensory, pyramidal, cerebellar, extrapyramidal, peripheral neuropathy, spinal stenosis, radiculopathy
 - Sensory examination
 - Joint and muscle examination (including kyphosis)
 - Leg length measurements
 - Cognitive screen
 - Depression screen

Reference: Materials for Healthcare Providers | STEADI - Older Adult Fall Prevention | CDC Injury Center [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/steady/materials.html>



Appendix C: Medications Contributing to the Risk of Falling

Examples of drugs that can increase the risk of falling, or of a serious outcome if a fall occurs, and possible mechanisms.

Falls are often caused by multiple factors. This list should be used in conjunction with other fall prevention strategies. A patient should not be denied beneficial or necessary drug therapy based on this list.

Possible mechanisms (often unclear): (1) Drowsiness. (2) Dizziness. (3) Hypotension/orthostatic hypotension. (4) Parkinsonian effects. (5) Ataxia/gait disturbance. (6) Vision disturbance. (7) Osteoporosis or reduced bone mineral density increases the fracture risk if a fall occurs. (8) Risk of serious bleeding if a fall occurs. Individualize therapy. (9) Fracture risk; mechanism unclear. (10) Hypoglycemia. (11) Theoretical due to potential hypoglycemia. (12) Conflicting evidence; many studies do not find an association between antihypertensive drugs and falls or fractures with beta blockers, ARBs, calcium channel blockers or diuretics; caution with high doses and when beginning therapy. (13) Syncope.

Drugs that can increase the risk of falling, or of a serious outcome if a fall occurs (and possible mechanisms)	Generic (chemical) name
ACE Inhibitors (3)	Benazepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Trandolapril
Alcohol (1,5)	
Alpha Receptor Blockers (2, 3, 13 especially initial doses)	Alfuzosin, Doxazosin, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, Terazosin
Anticoagulants (8)	Acenocoumarol (nicoumalone), Apixaban, Dabigatran, Dalteparin, Enoxaparin, Fondaparinux, Heparin, Rivaroxaban, Tinzaparin, Warfarin
Antiplatelet Drugs	Acetylsalicylic Acid, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidine
Anticonvulsants (1,2,5,6,7)	Brivaracetam (1,2,5), Carbamazepine (1,2,6), Clonazepam (1,2,5), Ethosuximide (1,2,5), Gabapentin (1,2,5,6), Lacosamide (1,2,5,6), Lamotrigine (1,2,6), Levetiracetam (1,2,5), Oxcarbazepine (1,2,5,6), Phenobarbital (1,2), Phenytoin (1,2,5,7), Pregabalin (1,2,6), Primidone (1,2), Rufinamide (1,2,5), Topiramate (1,2), Valproic acid (1,2,5), Vigabatrin (1,2)
Antidepressants (1,2,3,5,6,7)	Amitriptyline, Bupropion, Citalopram (1,2,3,6,7), Clomipramine, Desipramine, Desvenlafaxine, Doxepin, Duloxetine, Escitalopram (1,2,3,6,7), Fluoxetine (1,2,3,6,7), Fluvoxamine (1,2,3,6,7), Imipramine, Lithium, Maprotiline, Mirtazapine, Moclobemide, Nortriptyline, Paroxetine (1,2,3,6,7), Sertraline (1,2,3,6,7), Tranylcypromine (2,3), Trazodone, Trimipramine, Venlafaxine, Vortioxetine
Antidiabetic drugs	Albiglutide (11), Canagliflozin (3, 7), Chlorpropamide (11), Dapagliflozin (3, 7), Delaglutide (11), Empagliflozin (3, 7), Exenatide (11), Gliclazide (11), Glimepiride (11), Glyburide (11), Insulin (10), Liraglutide (AHFS), Repaglinide (11), Pioglitazone (7), Tolbutamide (11)
Antiemetics	Aprepitant (2,5), Dimenhydrinate (1), Fosaprepitant (2,5), Nabilone (1,2,3,6), Scopolamine (1,6)
Antihistamines, sedating (1) Cold Medications that contain sedating antihistamines (1)	Brompheniramine, Cetirizine, Chlorpheniramine, Diphenhydramine, Hydroxyzine, Trimeprazine
Antihypertensive Drugs, other (see 12)	Beta blockers, Calcium Channel Blockers
Antiparkinson Drugs (1,3,5)	Bromocriptine (1,3), Entacapone (1,3,5), Levodopa (1,3,5), Pramipexole (1,3,5), Rasagiline (1,3,5), Ropinirole (1, 3,5), Rotigotine (1,3,5), Selegiline (3,5)
Antipsychotics and Related Drugs (1,3,4)	Aripiprazole, Asenapine, Chlorpromazine, Clozapine, Flupenthixol, Fluphenazine, Haloperidol, Loxapine, Lurasidone, Methotrimeprazine, Olanzapine, Paliperidone, Perphenazine, Pimozide, Prochlorperazine, Quetiapine, Risperidone, Thiothixene, Trifluoperazine, Ziprasidone, Zuclophenixol
Caffeine, large amounts (7)	

Drugs that can increase the risk of falling, or of a serious outcome if a fall occurs (and possible mechanisms)	Generic (chemical) name
Cannabinoids (1,2,3)	Cannabidiol, Marijuana
Chemotherapy (7)	Anastrozole, Bicalutamide, Buserelin, Exemestane, Goserelin, Histrelin, Letrozole, Leuprolide, Methotrexate, Triptorelin
Cholinesterase inhibitors (13)	Donepezil, Galantamine, Rivastigmine
Corticosteroids, oral (7)	
Corticosteroids, inhaled, high-dose (7)	Beclomethasone, Betamethasone, Budesonide, Ciclesonide, Cortisone, Dexamethasone, Fludrocortisone, Fluticasone, Hydrocortisone, Methylprednisolone, Mometasone, Prednisolone, Prednisone, Triamcinolone
Digoxin (mechanism unknown)	n/a
Diuretics, loop and thiazide	Bumetanide, Chlorthalidone, Furosemide, Hydrochlorothiazide, Indapamide, Metolazone
Eye drops (6)	n/a
Herbal products, Natural Health Products, Natural Sleep Aids, Natural Products for Sexual Enhancement (possible adulteration with undeclared drugs)	n/a
Metoclopramide (1,2,4)	
Muscle Relaxants (1,2)	Baclofen, Chlorzoxazone, Cyclobenzaprine, Dantrolene, Methocarbamol, Orphenadrine, Tizanidine
Nitrates (2,3,13)	Isosorbide dinitrate, Isosorbide mononitrate, Nitroglycerin
NSAIDs	ASA/acetylsalicylic acid (8)
Opiates/Narcotics (1,2,3)	Buprenorphine, Butorphanol, Codeine, Fentanyl, Hydromorphone, Meperidine, Methadone, Morphine, Oxycodone, Sufentanil
Proton Pump Inhibitors (9)	Dexlansoprazole, Esomeprazole, Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole, Rabeprazole
Sedative/hypnotics, Benzodiazepines, Barbiturates (1,2,5)	Alprazolam, Bromazepam, Buspirone, Chloral hydrate, Chordiazepoxide, Clobazam, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam, Diphenhydramine, Doxylamine, Flurazepam, Lorazepam, Midazolam, Nitrazepam, Oxazepam, Phenobarbital, Temazepam, Triazolam, Zopiclone

Drugs are listed by generic (chemical) name under each drug group. For Brand (manufacturer's) names, check in the Compendium of Pharmaceuticals and Specialties under the generic product monograph.

This list includes only those drugs for which there is evidence of increased risk of falls or their consequences or a logical potential risk. There may be other drugs that increase this risk in certain patients.

List above published by [Finding Balance BC: Medications and the Risk of Falling](#)



Appendix D: Conducting a Medication Review

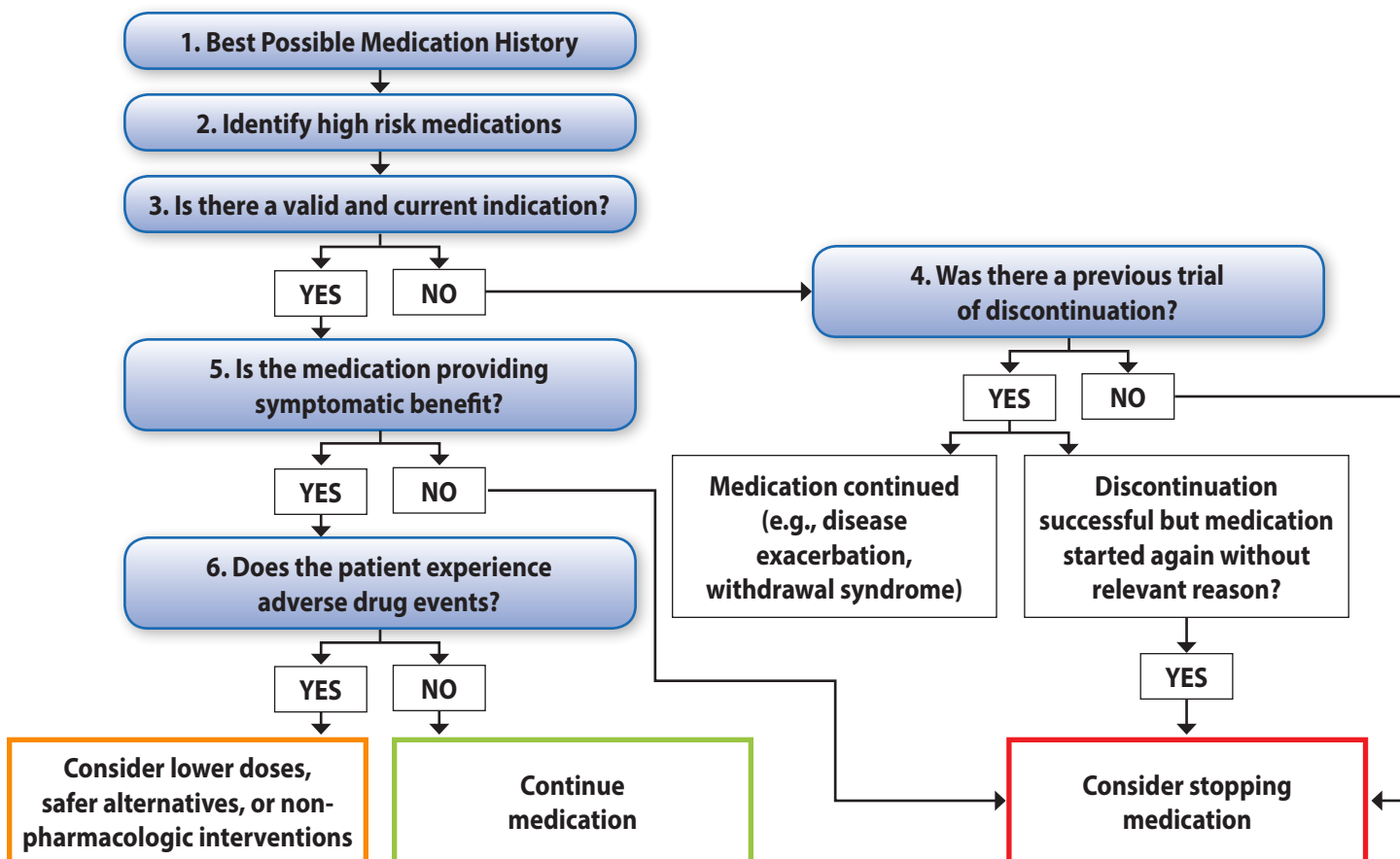
- ▶ **Be aware of inappropriate medications with potential to harm patients with frailty.** Weigh the benefits and risks of each and all medications. Not all polypharmacy is inappropriate.
- ▶ **Consider requesting a medication review by a pharmacist when a potential or existing medication-related problem has been identified.** Many community pharmacists are trained in medication reviews.
- ▶ **BC Pharmacare covers the cost of a medication review by a pharmacist for eligible BC residents.** For information on patient eligibility, see www2.gov.bc.ca: [PharmaCare Policy Manual](#).
- ▶ **Consider a team-based phone call about medication review results.** Physicians may be eligible for conference and telephone management incentive fees – see www.gpsc.bc.ca: [Billing Guides](#).
- ▶ **Communication between care providers is essential for effective medication management.** Prescribers must work with pharmacists, supporting health care providers, and the patient and caregivers to ensure potentially inappropriate medications are avoided; medications and doses are appropriate to goals of care, pill burden is minimized, and side effects are not treated with more medications without considering medication-related causes.

Common medication-related problems:

- Adverse medication reactions
- Medication interactions
- Dose too high or too low
- Improper medication selection
- Unnecessary medication
- Omission of necessary medication
- Inappropriate adherence

Figure 3: Medication Review Algorithm for Older Adults with Frailty

Algorithm adapted from Poudel A, Balloková A, Hubbard RE, Gray LC, Mitchell CA, Nissen LM, et al. Algorithm of medication review in frail older people: Focus on minimizing the use of high-risk medications. *Geriatr Gerontol Int.* 2016 Sep;16(9):1002–13.



1. Compile best possible medication history – see [PharmaCare: Best Possible Medication History \(BPMH\)—Patient Section](#)

- **Get a list of drugs from the patient’s pharmacy or PharmaNet.** Physicians and nurse practitioners licensed in BC can get community access to PharmaNet – see [Gov.bc.ca: Community Health Practice Access to PharmaNet](#). Other sources of information include: product labels, medical records; hospital discharge summaries; and interviews with the patient, family or caregivers.
- **Collect and document all pertinent information about the patient’s current and recently discontinued medications,** including prescription and non-prescription drugs and natural health products. If appropriate, have the patient bring all his/her medications into the appointment. Information to be collected includes:
 - Medication name
 - Strength and dosage form
 - Directions
 - Name of prescriber
 - Indication
 - Date started and stopped
 - How medication actually taken
 - Adverse drug events
 - Other relevant information (e.g., lipid profile, HbA1C levels, INR)
- **Assess adherence to medication regimen (prescribed vs. actual use).** Consider patient-specific factors (e.g., cognition, beliefs, vision, swallowing, manual dexterity); lack of patient adherence may be due to sensory or cognitive deficits. Encourage the use of medication organizers/packaging, including medication blister packs, dosettes and pouch strips to improve adherence.

2. Identify high risk medications

- **Consider if any medications are contributing to medical problems.** Potentially inappropriate medications may cause adverse drug events in patients with frailty due to pharmacological properties interacting with physiological changes of aging and/or existing medical conditions.
- **Be aware of “prescribing cascades”:** an adverse reaction interpreted as a new medical condition, and additional drug therapy ordered to treat this problem.
- **Deprescribing tools can be used to identify potentially inappropriate medications** but are not intended to replace clinical judgement or individualization of care.

Deprescribing Tools ¹	Online Resources	
<ul style="list-style-type: none">• Beers Criteria²• STOPP/START³	<ul style="list-style-type: none">• http://medstopper.com/• Deprescribing.org	<ul style="list-style-type: none">• Polypharmacy.ca• SharedCareBC.ca: Polypharmacy Risk Reduction Initiative

3. Validate indications for each high-risk medication

- **Match each medication with an established medical problem.** Validation involves two steps:
 - 1) verify the diagnosis against formal diagnostic criteria; and then
 - 2) verify the evidence supporting the benefits of using the medication in patients with frailty (improvement of symptoms, function, quality of life, and risk of future adverse drug events.
- Engage the patient in the discussion/decision-making, clarifying the patient’s health care goals and willingness to carry out the therapeutic plan. Older patients often have different therapeutic outcomes/objectives than younger patients. Quality of life rather than therapeutic efficacy is generally more important in patients with short life expectancy.

4. Consider previous discontinuation trials

- **Consider discontinuing a medication where there is either no valid diagnosis or indication of a previous discontinuation trial.** If a previously discontinued medication was restarted due to withdrawal symptoms, disease relapse, or other reasons, further assessment is needed.

5. Assess whether the medication is providing ongoing symptomatic benefit

- Medications used in patients with frailty should be prioritized according to their ability to suppress disabling or troubling symptoms or current active medical conditions, rather than the primary or secondary disease prevention (especially if unlikely to occur during remaining lifespan).
- **Medications fall under two categories:**

Medications providing immediate symptomatic benefits (e.g., analgesics) or are essential to preventing rapid symptomatic deterioration (e.g., diuretics and ACE inhibitors for severe heart failure)	Medications having no effect on symptoms and primarily used to prevent disease complications in the medium to long-term
High risk medications in this category need to be assessed based on a balance between the: <ul style="list-style-type: none"> • magnitude of immediate symptomatic benefit; • magnitude of the risk of short-term harm; and • availability of equally effective non-pharmacological treatments. 	High risk medications in this category should be considered for discontinuation unless the risk of a catastrophic disease event in very high and likely to occur within 6 to 12 months.

6. Assess whether the patient is experiencing adverse drug events

- A discontinuation trial is warranted where a current high-risk medication is causing or has caused adverse drug events.

7. Consider withdrawing, altering, or continuing medications

- Any decision on stopping, altering, or continuing medications must be tailored to the clinical status of individual patients – consider patient life expectancy, goals of care, values and preferences, and the medication’s likely impact on the patient’s quality of life. Consider the following:
 - changing to a **safer alternative** from the same or a pharmacologically similar medication class;
 - using a **non-pharmacological treatment**, when available and appropriate;
 - adjusting medication **dosage or frequency**;
 - **withdrawing** the medication; and
 - **continuing** the medication, as currently prescribed/used.

8. Conduct regular, ongoing medication reviews

- Consider monitoring requirements for medications. Medication reviews should be conducted regularly based on clinical judgement, but particularly after changes in care settings, discharge from hospital, significant changes in health status, or changes in medication regimen.

Notes:

1. The STOPP/START tool has been shown to be superior to the Beers Criteria for predicting hospitalization and improving outcomes in the elderly but is more time consuming to apply than the Beers Criteria. See Boland B, Guignard B, Dalleur O, Lang P-O. Application of STOPP/START and Beers criteria: Compared analysis on identification and relevance of potentially inappropriate prescriptions. *European Geriatric Medicine*. 2016 Sep;7(5):416–23.

References:

1. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov;63(11):2227–46. Available at: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/epdf
2. O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015 Mar;44(2):213–8. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339726/



Associated Document: Staying Independent Checklist

You can open this questionnaire as an interactive brochure. Complete the form online, then print your results:

- [Gov.bc.ca: Staying Independent](#)
- [Gov.bc.ca: Are you at Risk of Falling?](#)

Please Circle “Yes” or “No” for each statement below

Check your risk of falling		Actions to Staying Independent	
Yes (2)	No (0)	I have fallen in the last 6 months*	Learn more on how to reduce your fall risk, as people who have fallen are more likely to fall again.
Yes (2)	No (0)	I use or have been advised to use a cane or walker to get around safely.	Talk with a physiotherapist about the most appropriate walking aid for your needs.
Yes (1)	No (0)	Sometimes, I feel unsteady when I am walking.	Exercise to build up your strength and improve your balance, as this is shown to reduce the risk for falls.
Yes (1)	No (0)	I steady myself by holding onto furniture when walking at home.	Incorporate daily balance exercises and reduce home hazards that might cause a trip or slip.
Yes (1)	No (0)	I am worried about falling.	Knowing how to prevent a fall can reduce fear and promote active living.
Yes (1)	No (0)	I need to push with my hands to stand up from a chair.	Strengthening your muscles can reduce your risk of falling and being injured.
Yes (1)	No (0)	I have some trouble stepping up onto a curb.	Daily exercise can help improve your strength and balance.
Yes (1)	No (0)	I often have to rush to the toilet.	Talk with your doctor or incontinence specialist about solutions to decrease the need to rush to the toilet.
Yes (1)	No (0)	I have lost some feeling in my feet.	Talk with your doctor or podiatrist, as numbness in the feet can cause stumbles and falls.
Yes (1)	No (0)	I take medicine that sometime makes me feel light-headed or more tired than usual.	Talk with your doctor or pharmacist about medication side effects that may increase the risk of falls.
Yes (1)	No (0)	I take medicine to help me sleep or improve my mood.	Talk with your doctor or pharmacist about safer alternatives for a good night’s sleep.
Yes (1)	No (0)	I often feel sad or depressed.	Talk with your doctor about symptoms of depression and help with finding positive solutions.

- Add up the number of points in parentheses for each “yes” response.
- If you scored 3 or less and HAVE NOT fallen, you are at low risk of falling.
- *If you scored 3 or less and HAVE fallen in the last year, you may be at risk of falling.*
- If you scored 4 points or more, you may be at risk for falling.
- Discuss this brochure with your doctor to find ways to reduce your risk.

The above checklist was developed by the Greater Los Angeles VA Geriatric Research Education Clinical Center and affiliates and is a validated fall risk self-assessment tool (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson & Kramer, 2011).



Patient Handout: Facts About Falls

FALSE: Falls are normal. If you fall and don't get hurt, you don't need to tell anyone.

TRUE: Do not be embarrassed about falling. Tell your caregiver if you have fallen so that you can learn about how to prevent another fall. It's important to remember that falls are *not* a normal part of getting older; falls are preventable, and *anyone* can greatly reduce their risk of falls. If you fall, even if you don't get hurt, make an appointment to discuss with your doctor. Falls are preventable, even as you get older. One in three British Columbians over the age of 65 fall each year. Most falls result in minor injuries, such as bruises, but about 10% to 15% result in serious injuries, such as broken bones.

FALSE: Most falls happen outside, because of hazards like uneven sidewalks or icy steps.

TRUE: Most falls happen inside the home, not outside. Injuries from falls occur not because we tripped over something (such as pets underfoot, or kids leaving toys around) – but because seniors often lack the leg strength to stop falling after they are tripped by something.

FALSE: Reducing your fall risk takes a lot of time and money.

TRUE: There are simple steps anyone can take to reduce their fall risk that are free or cost very little!

- **Exercise:** The best way for anyone to reduce their risk of falling is to increase their strength and balance through exercise. Anyone can call HealthLinkBC at 8-1-1 to talk to a qualified exercise professional for free. They can walk you through a physical activity readiness questionnaire and provide physical activity information and guidance as well as advice on classes in the community, many of which are offered at low cost. For no cost exercises, there are online videos on [FindingBalanceBC.ca](https://www.findingbalancebc.ca) that seniors can use to follow along at home. Ensure that you choose a safe level of exercise to start from. Anyone, can increase their strength and balance by exercising.
- **Vision Assessments:** Medical Services Plan (MSP) covers routine eye examinations for those 65 years of age and older. As vision can change quickly as we get older, it's important to make sure prescriptions are up to date.
- **Medication Reviews:** Some medications can interact with others to cause dizziness and seniors may be on a higher dose of medications than they need. You can review your medications with your doctor or a pharmacist in person, or a pharmacist over the phone at HealthLinkBC at 8-1-1.
- **Home Hazard Assessment and Modifications:** It's important to remove all objects that can cause hazards on hallways and floors in the home, such as: throw rugs, cords, and piles of clutter. It can also be helpful to install supports, such as grab bars. The BC Housing [Home Adaptations For Independence](https://www.bchousing.org/housing-assistance/HAFI) program (<https://www.bchousing.org/housing-assistance/HAFI>) provides grants for low income seniors. Improper footwear such as slippers can be a fall hazard.
- **Plan ahead:** Let people know your plans and take a cell phone or whistle with you or wear an alert system when you leave your house.

There are many devices such as, canes, walkers, grab bars, and shoes where proper fitting should be reviewed with a health professional. In many cases prescribed equipment may be covered by third party insurance.

Call HealthLinkBC at 8-1-1



Patient Handout: Tips to Stay Fall Free in Winter

It only takes a split second to fall, but here are some tips to help you from falling.

Choose your footwear carefully

- Check your traction: wear boots and shoes with a good grip.
- Consider using an anti-slip shoe traction device or ice cleats on your shoes. Even though you have these devices on, you still need to avoid icy and slippery surfaces. Always take off these grips or cleats when indoors because they may make you slip on indoor flooring.

Plan ahead

- Make sure you have enough time to get where you're going. Your chances of falling increase when you're running late and rushing.
- Be aware of winter weather conditions.
- Let people know your plans and take a cell phone or whistle with you or wear an alert system when you leave your house.
- If you fall, have someone that can assist you in getting help as quickly as possible, this may even save your life.

Use caution as you walk

- Walk like a penguin to prevent falls on snow and ice
 - Walking like a penguin: means moving slowly and taking very small steps.
 - Keep your feet pointed outward to allow for wider base of support and your knees slightly bent and relaxed to lower your center of gravity.
 - Your hands should be kept out to your side and out of your pockets for balance like a penguin's wings. Wear gloves so you can keep your hands out of your pockets.
 - Keep your head up and don't lean forward.
 - See the video link from Alberta Health Services for more information: [Walk Like a Penguin](#)
- Walk on cleared walkways. Use the safest route to your location and the safest route into the building.
- Find a clear path around snow or ice when you can.
- Be careful of hidden ice and dark areas on pavement as they can be slippery and dangerous. Assume all wet, dark areas on pavement may be slippery or icy. Walk around them if you can.
- Use a backpack, making sure that it fits, to keep your hands free. Avoid carrying anything heavy that may make you lose your balance or that blocks your view as you walk.
- If you use a cane, buy and attach an ice tip.
- Avoid texting or talking on your phone and walking at the same time.
- Be careful getting on or off a bus as the steps or the road may be slippery. Use the front door to exit, so the driver can lower the bus for a safer exit.
- Be careful getting in and out of your car. Hold onto your car door or car as you get out to give yourself extra support.
- Use Nordic poles if recommended to you by a healthcare professional. For some people, Nordic poles may not be appropriate.

Use handrails on stairs and ramps

- If you're walking on a slope where there are no handrails, be extra careful.
- Check your railings and ensure they are sturdy as they may save you from an unexpected fall.

Remove snow as soon as you can from your porch, steps, walkway and driveway

- Keep your salt and shovel indoors to avoid slipping outside.
- Spread sand or grit on your steps and walkways. You could also try carrying a small container of sand or grit to sprinkle on icy or sloped surfaces that you can't walk around.

Stay active

- On especially bad weather days, consider whether you really need to go out or not.
- If ice and snow make it unsafe to exercise outdoors, stay active with an indoor routine that includes strengthening and balance exercises.
- Don't let your fear of falling get in the way of winter outdoor activities. Staying indoors and being inactive can increase your fall risk.

Ask for help

- Most people are willing to help you navigate across a slippery sidewalk or parking lot or to help with snow removal.
- If entrances or sidewalks are not safe, ask people to help remove the snow or use de-icer. Businesses and property managers can help reduce the dangers.
- Plan ahead for snow and icy days.

Adapted from:

1. CARP (Canadian Association for Retired Persons). Farewell to Falls Resource Guide (2019). <https://s3.amazonaws.com/zweb-s3.uploads/carp/2019/11/FarewellToFalls.pdf>
2. Centre for Hip Health and Mobility. Tips for Staying Fall-Free this Winter. <http://www.hiphealth.ca/blog/tips-for-staying-fall-free-this-winter>
3. Fall Risk Management Program, Alberta Health Services. Winter Walking Tips: Lower Your Risk of Falling (2019). <https://myhealth.alberta.ca/Alberta/Pages/winter-walking-tips.aspx>
4. Michigan Government. Winter Fall Prevention & Safety Tips. https://www.michigan.gov/documents/mdch/Winter_Fall_Prevention_494521_7.pdf
5. Osteoporosis Canada. Navigating Winter (2014). https://osteoporosis.ca/wp-content/uploads/COPING_November_20_2014.pdf



Fall Prevention Resources

► Practitioner Resources

Occupational Therapist

- See: <https://www.caot.ca/site/findot>
- A referral may be required to access an occupational therapist and extended health insurance may cover their services.

Physiotherapist

- See: <https://bcphysio.org/find-a-physio?&form=yesg>
- A referral is not required for a physiotherapist visit however some extended health plans do require one.

► Patient and Caregiver Resources

Dietitian

- Dietitian services are offered through [HealthLinkBC.ca](https://www.healthlinkbc.ca) or 8-1-1

Physical Activity Services

- Qualified Exercise Professional services are offered through [HealthLinkBC.ca](https://www.healthlinkbc.ca) or 8-1-1

Podiatrist (foot and ankle surgeon)

- See: <http://www.bcpodiatrists.ca/>
- A referral is not required for a podiatrist visit however some extended health plans do require one.

Pedorthist (modifies footwear and employs supportive devices)

- See: <https://www.pedorthic.ca/find-a-pedorthist/>
- A referral is not required for a pedorthist visit however some extended health plans do require one.

Home and Community Care

- For help finding information on social and health resources in your local community, see BC211 at www.bc211.ca or call 2-1-1
- Case managed services available to eligible patients through Home and Community Care within local health authorities include:
 - community nursing for acute, chronic, palliative or rehabilitative support
 - community occupational therapist, physiotherapist, dietitian consultation as available and appropriate
 - services for personal care, health care and social and recreational activities
 - home support for assistance with activities of daily living
 - caregiver respite/relief
 - adult day program, assisted living and facility-based care
 - end-of-life care services
- For more information, see [Gov.bc.ca: Home and Community Care](https://www.gov.bc.ca) or contact your local health authority.

HealthlinkBC.ca or 8-1-1

- 8-1-1 is a free-of-charge provincial health information and advice phone line available to British Columbians. The 8-1-1 phone line is operated by HealthLink BC, which is part of the Ministry of Health.
- Registered nurses and dietitians, qualified exercise professionals, and pharmacists are available through [HealthLinkBC.ca](https://www.healthlinkbc.ca) or 8-1-1.

Call HealthLinkBC at 8-1-1 or BC211 at 2-1-1



Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Residential Aged Care Facilities

A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009



© Commonwealth of Australia 2009

This work is copyright. It may be reproduced in whole or part for study or training purposes subject to the inclusion of an acknowledgment of the source. Reproduction for purposes other than those indicated above requires the written permission of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC).

ACSQHC was established in January 2006 by the Australian health ministers to lead and coordinate improvements in safety and quality in Australian health care.

Copies of this document and further information on the work of ACSQHC can be found at <http://www.safetyandquality.gov.au> or from the Office of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care on +61 2 9263 3633 or email to mail@safetyandquality.gov.au.

Acknowledgments

ACSQHC acknowledges the authors, reviewers and editors who undertook the work of reviewing, restructuring and writing the Falls Guidelines and guidebooks. ACSQHC acknowledges the significant contribution of the Falls Guidelines Review Expert Advisory Group for their time and expertise in the development of the Falls Guidelines 2009.

ACSQHC also acknowledges the contributions of many health professionals who participated in focus groups, and provided comment and other support to the project. In particular, the National Injury Prevention Working Group, a network of jurisdictional policy staff, played a significant role communicating the review to their networks and providing advice.

The guidelines build on earlier work by the former Australian Council for Safety and Quality in Health Care and by Queensland Health.

The contributions of the national and international external quality reviewers and the Office of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care are also acknowledged.

ACSQHC gratefully acknowledges the kind permission of St Vincent's and Mater Health Sydney to reproduce many of the images in the guidebook.

Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Residential Aged Care Facilities

A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities

The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) has developed three separate falls prevention guidelines, with the help of older Australians, for older Australians:

- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009.*

Collectively, the guidelines are referred to as the Falls Guidelines.

The Falls Guidelines are based on current and relevant literature. They identify principles of care and special considerations for culturally and linguistically diverse, Indigenous, and rural and remote groups. The Falls Guidelines use evidence based recommendations, good practice points, case studies and points of interest to facilitate understanding and promote implementation.

There is a need for further research to establish the effects of interventions on falls rates. Therefore, the Falls Guidelines recognise that the sound clinical judgment of informed professionals is best practice in situations where strong recommendations have not been made.

This abridged version of *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009* is designed as a quick reference tool, to guide clinical practice and to help residential aged care facilities to develop and implement practices to prevent falls and injuries from falls. The full guidelines for Australian residential aged care facilities are a more comprehensive resource and should be referred to when implementing a falls prevention program.

Support resources

Other resources available from <http://www.safetyandquality.gov.au>:

- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009*
- *Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2009*
- *Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009*
- *Implementation Guide for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals and Residential Aged Care Facilities 2009*
- Fact sheets
 - Falls facts for residents and carers
 - Falls facts for doctors
 - Falls facts for nurses
 - Falls facts for allied health professionals
 - Falls facts for support staff (cleaners, food services and transport staff)
 - Falls facts for health managers.

Contents

	Page
Acronyms and abbreviations	
1 Background	
1.1 What is a fall?	
1.2 What is an intervention?	
1.3 Development of the Falls Guidelines	
1.4 How to use the guidelines	
2 Involving the resident and their carers	
3 Standard falls prevention strategies	11
3.1 Falls prevention interventions	11
3.2 Falls risk assessment	14
4 Management strategies for common falls risk factors	19
4.1 Balance and mobility limitations	19
4.2 Cognitive impairment	24
4.3 Continence	30
4.4 Feet and footwear	34
4.5 Syncope	38
4.6 Dizziness and vertigo	40
4.7 Medications	44
4.8 Vision	48
4.9 Environmental considerations	53
4.10 Individual surveillance and observation	58
4.11 Restraints	63
5 Minimising injuries from falls	67
5.1 Hip protectors	67
5.2 Vitamin D and calcium supplementation	70
5.3 Osteoporosis management	72

	Page
6 Responding to falls	75
6.1 Immediate response to falls	75
6.2 Post-fall follow-up	78
6.3 Analysing the fall	78
6.4 Reporting and recording falls	79
6.5 Comprehensive assessment of falls	80
6.6 Loss of confidence after a fall	80
References	81
Notes	94

Acronyms

ACSOHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
ADL	activities of daily living
BPPV	benign paroxysmal positional vertigo
RACF	residential aged care facility
RMMR	residential medication management review



Preventing Falls and Harm From Falls in Older People

Best Practice Guidelines
for Australian Community Care
2009



ISBN: 978-0-9806298-3-5

© Commonwealth of Australia 2009

This work is copyright. It may be reproduced in whole or part for study or training purposes subject to the inclusion of an acknowledgment of the source. Reproduction for purposes other than those indicated above requires the written permission of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC).

ACSQHC was established in January 2006 by the Australian health ministers to lead and coordinate improvements in safety and quality in Australian health care.

Copies of this document and further information on the work of ACSQHC can be found at <http://www.safetyandquality.gov.au> or from the Office of the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care on telephone: +61 2 9263 3633 or email to: mail@safetyandquality.gov.au.

Other resources available from <http://www.safetyandquality.gov.au>:

- *Guidebook to Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2009*
- *Guidebook to Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2009*
- *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009*
- *Guidebook to Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009*
- *Implementation Guide for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals and Residential Aged Care Facilities 2009*
- Fact sheets
 - Falls facts for patients and carers
 - Falls facts for doctors
 - Falls facts for nurses
 - Falls facts for allied health professionals
 - Falls facts for support staff (cleaners, food service and transport staff)
 - Falls facts for health managers

Statement from the chief executive



Australians today enjoy a longer life expectancy than previous generations, but for some this is disrupted by falls. As we age, our sure-footedness declines and, at the same time, our bones become increasingly brittle. The comment that 'he fell and broke his hip' is heard all too often – in fact, almost one in three older Australians will suffer a fall each year. Such falls can have extremely serious consequences, including significant disability and even death.

Falls are one of the largest causes of harm in care. Preventing falls and minimising their harmful effects are critical. During care episodes, older people are usually going through a period of intercurrent illness, with the resultant frailty and the uncertainty that brings. They are at their most vulnerable, often in unfamiliar settings, and accordingly attention has been paid to acquiring evidence about what can be done to minimise the occurrence of falls and their harmful effects, and to use these data in the national Falls Guidelines.

These new guidelines consider the evidence and recommend actions in the three main care settings: the community, hospitals and residential aged care facilities. Each of three separate volumes addresses one of these care settings, providing guidance on managing the various risk factors that make older Australians in care vulnerable to falling.

The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care is charged with leading and coordinating improvements in the safety and quality of health care for all Australians. These new guidelines are an important part of that work.

The ongoing commitment of staff in community, hospital and residential aged care settings is critical in falls prevention. I commend these guidelines to you.

A handwritten signature in black ink that reads "Chris. Baggoley". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Professor Chris Baggoley
Chief Executive
Australian Commission on
Safety and Quality in Health Care
August 2009



Contents

	Page
Statement from the chief executive	iii
Acronyms and abbreviations	xiii
Preface	xv
Acknowledgments	xvii
Summary of recommendations and good practice points	xix
Part A Introduction	1
1 Background	3
1.1 About the guidelines	3
1.2 Scope of the guidelines	4
1.2.1 Targeting older Australians	4
1.2.2 Specific to the Australian community	4
1.2.3 Relevant to all members of the health care team	4
1.3 Terminology	4
1.3.1 Definition of a fall	4
1.3.2 Definition of an injurious fall	4
1.3.3 Definition of assessment and risk assessment	4
1.3.4 Definition of interventions	5
1.3.5 Definition of evidence	5
1.4 Development of the guidelines	5
1.4.1 Expert advisory group	5
1.4.2 Review methods	6
1.4.3 Levels of evidence	7
1.5 Consultation	7
1.6 Governance of the review of the Australian Falls Guidelines	8
1.7 How to use the guidelines	8
1.7.1 Overview	8
1.7.2 How the guidelines are presented	10
2 Falls and falls injuries in Australia	13
2.1 Incidence of falls	13
2.2 Location of falls	13
2.3 Consequences of falls	14
2.4 Cost of falls	15
2.5 Economic considerations in falls prevention programs	15
2.6 Risk factors for falling	16
3 Involving older people in falls prevention	17

	Page
Part B Standard falls prevention strategies	19
4 Falls prevention interventions	21
4.1 Background and evidence	22
4.1.1 Use of economic evaluation	22
4.2 Exercise interventions	22
4.2.1 Targeting falls prevention exercise programs	23
4.3 Other single interventions	24
4.3.1 Vitamin D supplementation	24
4.3.2 Medication review and withdrawal	24
4.3.3 Cardiac pacemaker insertion	25
4.3.4 Home safety programs	25
4.3.5 Improving vision	25
4.4 Multiple interventions	26
4.4.1 Economic evaluation	27
4.5 Multifactorial interventions	28
4.5.1 Multifactorial versus single interventions	28
4.5.2 Economic evaluation	29
4.6 Special considerations	29
4.6.1 Cognitive impairment	29
4.6.2 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	29
4.6.3 Rural and remote settings	30
Part C Management strategies for common falls risk factors	33
5 Falls risk screening and assessment	35
5.1 Background and evidence	36
5.2 Principles of care	36
5.2.1 Falls risk screening	36
5.2.2 Falls risk assessment	38
5.3 Special considerations	41
5.3.1 Cognitive impairment	41
5.3.2 Rural and remote settings	41
5.3.3 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	41

	Page
6 Balance and mobility limitations	43
6.1 Background and evidence	44
6.1.1 Impaired physical functioning increases the risk of falling	44
6.1.2 Exercise as a single intervention	45
6.2 Principles of care	45
6.2.1 Assessing balance, mobility and strength	45
6.2.2 Providing exercise interventions	47
6.2.3 Including all older people	48
6.3 Special considerations	48
6.3.1 Cognitive impairment	48
6.3.2 Rural and remote settings	48
6.3.3 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	48
6.4 Economic evaluation	49
6.4.1 Tai chi	49
6.4.2 Otago Exercise Programme	49
7 Cognitive impairment	51
7.1 Background and evidence	52
7.1.1 Cognitive impairment associated with increased falls risk	52
7.2 Principles of care	52
7.2.1 Assessing cognitive impairment	52
7.3 Special considerations	55
7.3.1 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	55
7.4 Economic evaluation	55
8 Continence	57
8.1 Background and evidence	58
8.1.1 Incontinence associated with increased falls risk	58
8.1.2 Incontinence and falls intervention	59
8.2 Principles of care	60
8.2.1 Screening continence	60
8.2.2 Strategies for promoting continence	60
8.3 Special considerations	61
8.3.1 Cognitive impairment	61
8.3.2 Rural and remote settings	61
8.3.3 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	61
8.4 Economic evaluation	62

	Page
9 Feet and footwear	63
9.1 Background and evidence	64
9.1.1 Footwear associated with increased falls risk	64
9.1.2 Foot problems and increased falls risk	64
9.2 Principles of care	66
9.2.1 Assessing feet and footwear	66
9.2.2 Strategies for improving foot condition and footwear	66
9.3 Special considerations	68
9.3.1 Cognitive impairment	68
9.3.2 Rural and remote settings	68
9.3.3 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	68
9.4 Economic evaluation	68
10 Syncope	69
10.1 Background and evidence	70
10.1.1 Vasovagal syncope	70
10.1.2 Orthostatic hypotension (postural hypotension)	70
10.1.3 Carotid sinus hypersensitivity	70
10.1.4 Cardiac arrhythmias	71
10.2 Principles of care	71
10.2.1 Assessing syncope	71
10.2.2 Treating syncope	71
10.3 Special considerations	72
10.3.1 Cognitive impairment	72
10.4 Economic evaluation	72
11 Dizziness and vertigo	73
11.1 Background and evidence	74
11.1.1 Vestibular disorders associated with an increased risk of falling	74
11.2 Principles of care	74
11.2.1 Assessing vestibular function	74
11.2.2 Choosing interventions to reduce symptoms of dizziness	75
11.3 Special considerations	76
11.4 Economic evaluation	76
12 Medications	77
12.1 Background and evidence	78
12.1.1 Medication use is associated with increased risk of falls	78
12.1.2 Medication review	78
12.2 Principles of care	79
12.2.1 Reviewing medications	79
12.2.2 Quality use of medicines	81
12.3 Special considerations	81
12.3.1 Cognitive impairment	81
12.3.2 Rural and remote settings	82
12.4 Economic evaluation	82

	Page
13 Vision	85
13.1 Background and evidence	86
13.1.1 Visual functions associated with increased risk of falls	86
13.2 Principles of care	86
13.2.1 Screening vision	86
13.2.2 Choosing vision interventions	89
13.3 Special considerations	90
13.3.1 Cognitive impairment	90
13.3.2 Rural and remote settings	90
13.3.3 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	90
13.3.4 People with limited mobility	90
13.4 Economic evaluation	90
14 Environmental considerations	93
14.1 Background and evidence	94
14.2 Principles of care	94
14.2.1 Assessing the older person in their environment	94
14.2.2 Designing multifactorial interventions that include environmental modifications	96
14.3 Special considerations	96
14.3.1 Cognitive impairment	96
14.3.2 Rural and remote settings	97
14.3.3 'At risk' people discharged from hospital	97
14.3.4 People with urinary incontinence	97
14.4 Economic evaluation	97
15 Individual surveillance and observation	99
15.1 Background and evidence	100
15.2 Principles of care	100
15.2.1 Assessment	100
15.2.2 Sitter programs	100
15.2.3 Response systems	100
15.3 Special considerations	101
15.3.1 Cognitive impairment	101
15.3.2 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	101
15.4 Economic evaluation	101

	Page
Part D Minimising injuries from falls	103
16 Hip protectors	105
16.1 Background and evidence	106
16.1.1 Types of hip protectors	106
16.1.2 How hip protectors work	106
16.1.3 Risk associated with hip protectors	106
16.1.4 Adherence to the use of hip protectors	107
16.2 Principles of care	107
16.2.1 Assessing the use of hip protectors	107
16.2.2 Wearing hip protectors	107
16.2.3 Using hip protectors at night	108
16.2.4 Training in hip protector use	108
16.2.5 Cost of hip protectors	108
16.2.6 Review and monitoring	108
16.3 Special considerations	109
16.3.1 Cognitive impairment	109
16.3.2 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	109
16.3.3 Climate	109
16.4 Economic evaluation	109
16.4.1 Hip protector use in the community	109
16.4.2 Hip protector use in mixed settings	110
17 Vitamin D and calcium supplementation	111
17.1 Background and evidence	112
17.1.1 Vitamin D supplementation (with or without calcium)	112
17.1.2 Vitamin D, sunlight and winter	113
17.1.3 Toxicity and dose	113
17.2 Principles of care	113
17.3 Special considerations	114
17.3.1 Cognitive impairment	114
17.3.2 Indigenous and culturally and linguistically diverse groups	114
17.4 Economic evaluation	114
18 Osteoporosis management	115
18.1 Background and evidence	116
18.1.1 Falls and fractures	116
18.1.2 Diagnosing osteoporosis	116
18.1.3 Evidence for medication interventions	116
18.2 Principles of care	117
18.2.1 Assessing bone health	117
18.2.2 Providing interventions	117
18.2.3 Review and monitoring	118
18.3 Special considerations	118
18.3.1 Cognitive impairment	118
18.4 Economic evaluation	118

	Page
Part E Responding to falls	121
19 Post-fall management	123
19.1 Background	124
19.2 Responding to falls	124
19.2.1 Falls incident policies	124
19.2.2 Post-fall follow-up	125
19.3 Analysing the fall	126
19.4 Reporting and recording falls	126
19.5 Comprehensive assessment after a fall	127
19.6 Loss of confidence after a fall	127
19.7 Falls clinics	127

Appendices	129
Appendix 1 Contributors to the guidelines	131
Appendix 2 Falls risk screening and assessment tools	135
Appendix 3 Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	141
Appendix 4 Safe shoe checklist	143
Appendix 5 Home Fast	145
Appendix 6 Checklist of issues to consider before using hip protectors	149
Glossary	151
References	153

Tables

Table 1.1 National Health and Medical Research Council levels of evidence	7
Table 2.1 Risk factors for falling in the community	16
Table 5.1 Screening tools	37
Table 5.2 Falls risk assessment tools	38
Table 5.3 Specific assessments of risk factors	39
Table 6.1 Tools for assessing balance, gait, mobility and strength	45
Table 6.2 Features that should be included in exercise programs	47
Table 7.1 Tools for assessing cognitive status	53
Table 13.1 Characteristics of eye-screening tests	88
Table 18.1 Pharmaceutical Benefits Scheme details for osteoporosis drugs	118

Figures

Figure 1.1 Using the guidelines to prevent falls in Australia	9
Figure 9.1 The theoretical optimal 'safe' shoe, and 'unsafe' shoe	65
Figure 12.1 Medication risk assessment form	80
Figure 13.1 Normal vision	87
Figure 13.2 Visual changes resulting from cataracts	87
Figure 13.3 Visual changes resulting from glaucoma	87
Figure 13.4 Visual changes resulting from macular degeneration	87



Integrated care for older people (ICOPE)
Guidelines on community-level interventions
to manage declines in intrinsic capacity

Evidence profile: risk of falls

Scoping question:
Do interventions to prevent falls produce
any benefit or harm for older people at risk
of falls?

**The full ICOPE guidelines and complete
set of evidence profiles are available at
who.int/ageing/publications/guidelines-icope**

Painting: "Wet in Wet" by Gusta van der Meer. At 75 years of age, Gusta has an artistic style that is fresh, distinctive and vibrant. A long-time lover of art, she finds that dementia is no barrier to her artistic expression. Appreciated not just for her art but also for the support and encouragement she gives to other artists with dementia, Gusta participates in a weekly art class. Copyright by Gusta van der Meer. All rights reserved

Contents

Background	1
Part 1: Evidence review	2
Scoping question in PICO format (population, intervention, comparison, outcome)	2
Search strategy	3
List of systematic reviews identified by the search process	3
PICO table.....	4
Narrative description of the studies that went into analysis	5
GRADE table 1: Medication review or withdrawal versus control for older people living in the community	6
GRADE table 2: Environment (home safety and aids for personal mobility) versus control for older people living in the community: subgroup analysis by risk of falling at baseline.....	7
GRADE table 3: Home safety intervention versus control for older people living in the community: subgroup analysis by delivery personnel	8
GRADE table 4: Multifactorial intervention versus control for older people living in the community	9
GRADE table 5: Multifactorial intervention versus control for older people living in the community: subgroup analysis by risk of falling at baseline	10
GRADE table 6: Multifactorial intervention versus control for older people living in the community: subgroup analysis by intensity of intervention.....	11
GRADE table 7: Exercise intervention versus control for older people living in the community.....	12
GRADE table 8: Group exercise intervention versus control in older people living in the community: subgroup analysis by risk of falling at baseline ...	15
GRADE table 9: Group t'ai chi exercise versus control in older people living in the community: subgroup analysis by risk of falling at baseline.....	16
Part 2: From evidence to recommendations	17
Summary of evidence	17
Evidence-to-recommendations table	20
Guideline development group recommendations and remarks	24
References	26
Annex 1: Search strategy	28
Annex 2: PRISMA 2009 flow diagram for intervention to prevention falls in community-dwelling older people	29

© World Health Organization 2017

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

Background

In older people, falls are the most prominent external cause of unintentional injury. Research suggests that one third of community-dwelling people aged over 65 years fall each year and almost half of them experience recurrent falls (1–10). Incidents of falls by older people are strongly associated with hospitalization, severe functional decline, care dependency and premature admission to institutional care (11). Nearly 15% of falls result in non-fatal injuries (12), ranging from minor bruises and wrist lacerations to hip fractures (4, 5, 13). More importantly, 23–40% of injury-related deaths in older people are attributable to falls (9, 14).

The risk factors for falls are complex and multifactorial in nature. Evidence from longitudinal studies suggests strong interactions among multiple risk factors, such as age, sex, previous history of falls, chronic diseases and environmental factors (4, 10, 14). Medical conditions that increase the risk of falls include: orthostatic

hypotension (6, 8, 10, 15), musculoskeletal disease (3, 5, 16), visual impairment (7, 17, 18), low systolic blood pressure, stroke, cognitive impairments, Parkinson's disease, gait disorders, balance disorders and sensory impairments (3, 4, 7, 10, 14). Medications in general, and polypharmacy in particular, increase the risk of falls in older people (19).

In recent years, there has been an increasing level of research and policy interest in the public health impact of falls. The effectiveness of single and complex programmes for the prevention of falls and fall-related injuries was extensively tested among older people at risk of falls (20). Most intervention studies were carried out in community settings; a few were undertaken in hospitals and residential care settings (13). In this document, the evidence for fall-prevention interventions undertaken for community-dwelling older people at risk of falls has been summarized to inform the recommendations provided in the full ICOPE guidelines available at who.int/ageing/publications/guidelines-icope.

令和4年3月28日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曽根 智史

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 種田 憲一郎・タネダ ケンイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人医療機能評価機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 河北 博文

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 執行理事

(氏名・フリガナ) 後 信・ウシロ シン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること

令和4年3月28日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 森山 葉子・モリヤマ ヨウコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。