

介護施設での転倒・転落に関する行動分析

Behavior analysis on falls in the nursing home

○辻下守弘・岡崎大資・甲田宗嗣

Morihiro TSUJISHITA, Daisuke OKAZAKI, and Munetsugu KOUTA

広島県立保健福祉大学保健福祉学部理学療法学科

Department of Physical Therapy, Faculty of Health Science, Hiroshima Prefectural College of Health Science

小林和彦

Kazuhiko KOBAYASHI

筑波技術短期大学理学療法学科

Department of Physical Therapy, Tsukuba College of Technology

＜はじめに＞

全国社会福祉協議会が平成12年度の長寿・社会福祉基金の助成事業として作成した「福祉サービス事例集」によると、特別養護老人施設において最も頻度の高い事故は「転倒・転落」であり事故全体の約60%を占めている。

転倒・転落事故は、高齢者に対する悪影響というだけでなく、家族からの訴訟問題に発展する可能性もあり、施設側としても社会的信頼やスタッフの志気を低下させる原因となる。そこで従来は、事故を未然に防ぐ方法として、安易に身体拘束という手段が選択されてきた。しかし、平成12年4月に施行された介護保険制度に伴い高齢者が利用する介護保険施設等では身体拘束が法的に禁止され、「身体拘束ゼロ作戦」として身体拘束のないケアの実現に向け、様々な取り組みが進められている。

そこで、本研究の目的は、転倒・転落事故を頻発する高齢者の事例を取り上げて、行動分析学の立場から転倒・転落事故の原因を検討することである。

＜対象と方法＞

対象は、特別養護老人ホームに入所し、5回以上転倒を繰り返す高齢者2名とした。対象者は、75歳と82歳の女性であり、長谷川式痴呆スケールではそれぞれ13点と17点であり中等度のアルツハイマー型痴呆であった。この調査にあたり施設側と対象者の家族に研究の内容を説明して同意を得た。同意の条件としては、個人が特定されるような対象者の名前や施設名の提示を行わないということであった。

方法は、介護スタッフの協力の下で携帯情報端末(PDA)とビデオカメラ(VC)を使用し、連続7日間に渡り施設内生活の行動記録を行った。事前に介護スタッフからこれまでの事故発生状況を調査し、事故の危険性が高い時間帯と場所を中心に観察を行った。PDAには、施設内の場所や生活場面で与えられる介助などがあらかじめ入力されており、それらをペンタッチすれば発生時間とともに記録されるようにした。VCは居室に設置し、室内での行動を長時間モニターできるようにした。また、PDAにもデジタルカメラが付属しており、居室以外の移動場面で介護者が携帯しながら記録できるようにした。記録されたデータは、施設から研究室に持ち帰り、後日転倒・転落に関連すると思われる行動およびその行動に対する先行刺激と後続刺激を抽出した。

＜結果＞

転倒・転落の可能性が高い行動は、「突然椅子から立ち上がる」、「普段使用している杖を使わずに

歩き出す」、そして「トイレ動作時に一人で慌てて衣服の着脱をする」などであった。「突然立ち上がる」行動は、書道や貼り絵などのレクリエーション場面で作業開始後しばらくして作業が止まると生起し、介護スタッフが「うまくできていますね」などと作業の継続を促していた。「杖なしで歩き出す」行動は、歩いてきた介護スタッフが椅子に座る対象者の前で、「お元気そうですね」などと言葉がけをして通り過ぎる際に生起し、その後介護スタッフが「杖を持たないと危ないですよ」と行動を制止していた。「一人で慌てて衣服を着脱する」行動は、食事や入浴など介護スタッフが忙しい時間帯に生起し、介護スタッフが「あぶないですよ」と行動を注意していた。

＜考察＞

転倒・転落事故の原因には、転倒者側の加齢変化や身体的状況などの内的要因と生活場面の環境や人間関係などの外的要因があるとされている。しかし、内的要因に関しては自然な退行現象であり、それをトレーニングなどにより高めようとするには限界がある。また、実際の事故原因を検討した日本看護協会の平成14年版看護白書による報告では、施設内でおこる転倒・転落の72%が、転倒者の自発的、かつ、自力での行動による原因とされている。したがって、転倒・転落は問題行動であると考えて、行動分析学的な観点から転倒者と周囲の環境との相互作用の中に問題行動の原因を探し出すといったアセスメントが必要である。

今回の調査ではいくつかの問題行動が抽出されたが、どれも施設の生活場面で一般的に行われている日常の出来事であり、介護スタッフの対応についても自然な対応であった。つまり、介護スタッフの対応に問題があるという認識のない現状では、外的要因といっても患者側へのアプローチが中心となり、介護スタッフ側の運営や対応の改善が期待できないため、問題行動が永遠と強化され事故の再発が繰り返されると思われる。

今後は、今回の行動分析に基づいて具体的な行動目標を設定し、対象者の問題行動を抑制することで転倒・転落事故の再発を防止したいと考えている。

＜結論＞

転倒・転落事故を繰り返す高齢者を対象として、事故の原因となる問題行動を施設内の生活場面で観察記録した。その結果、日常の生活場面と介護スタッフの対応が問題行動を強化し、事故を繰り返していることがわかった。