

## 家族のゴール、施設のゴール

施設名 サンセリテのがた  
発表者 竹元 康博\*  
共同研究者 寶尺景子\*、永峯花子\*  
有馬厚子\* 田畑貴子\*  
銚立みどり\*\* 逆瀬川みゆき\*  
井上敏子\*\* 川崎桂\*\*\*  
(\* : CW, \*\* : NS, \*\*\* : PT)

### はじめに

当施設は平成10年11月に入所定員50名通所定員30名で開設し、併設施設としてクリニック(19床)がある。

開設して1年あまりがたち、その中で我々は様々な転倒事故を経験し、事故防止のために事故対策委員会を発足した。活動内容として、事故データの収集・分析を行い事故の起こりやすい時間帯や症例を要注意対象として業務改善に役立てている。

その中で、転倒・骨折を繰り返しているH氏(89歳 男性)に関して、家族の希望するゴールと施設職員の考えるゴールに大きな隔たりを認め、介護目標に窮する経験をした。そこで事故防止のためのデータ結果がこの家族と職員とのゴールの隔たりを埋めるべく利用できないかと考え検討したので報告する。

症例 K・H氏 89歳 男性 老人性痴呆症、両側大腿骨頸部骨折接合術後  
現病歴：①H11. 4. 6 右大腿骨頸部骨折(自宅にて)

②H11. 10. 19 左大腿骨頸部骨折(10. 6入所)

③H12. 2. 12 右側頭部裂傷(11. 29再入所)

- ① 当施設DC利用中、朝迎えに行った際、自宅玄関土間に倒れているのを発見。段差が40~50cm程あり足を滑らせ転倒、右大腿骨頸部骨折となる。
- ② AM2:40頃、ベッド下の床の上で布団を被り寝ている。自力でベッドから降りようとしたらしく、転落、左大腿骨頸部骨折となる。
- ③ 起床時、居室が畳のため車椅子へは職員が抱えて移乗させていた。車椅子を居室に入れその場を少し離れていた間に、自力で車椅子に乗ろうとされ(推測)、転倒、左側頭部裂傷となる。

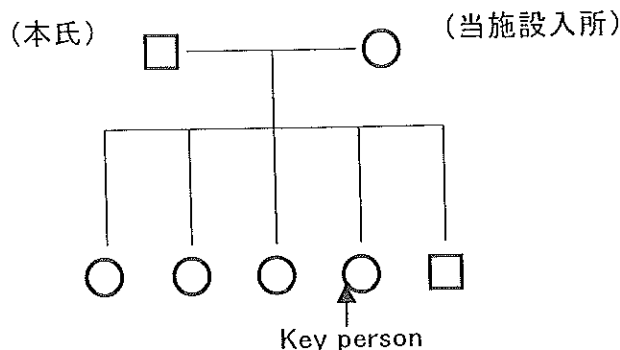
ADL：食事；自立(全粥 軟菜きざみ 減塩7g)  
排泄；24時間オムツ使用(時々トイレ介助)  
移動；車椅子使用、自己駆動  
トランスファー；ベッドから車椅子、近位監視下  
入浴；全介助

痴呆度：HDS-R11点 日常生活自立度：B1-Ⅲ

生活歴：教員を定年退職後、就農

既往歴：H8. 2, 16 肝機能障害（近隣病院. D. C利用）  
H10 僧帽弁逸脱症候群

家族構成：



面会の頻度：週一回

以上のことを基に我々職員は、再転倒、再骨折を予防することを第一に、さまざまな検討を行った。その中で、リハビリによる下肢筋力の強化と環境整備（ベッドから畳へ）をする旨を家族に相談したところ、「リハビリはさせないで欲しい」との返事だった。骨折治療を行った病院で医師より「最終ゴールは車椅子」といわれ家族も、それに納得され、歩けるようになることを希望されなかった。その理由は、「リハビリ等で歩けるようになっても、また転倒してしまうのではないか」「転倒による受傷が可哀相だ」というものであり、老健施設の目的と異なる結果となった。

H氏は骨折治療後併設クリニックに転院したが、この時点ですでに歩行可能であったため、施設としては、家族の強い意見に困惑した。

このケースが、事故対策委員会を発足させる一つの要因となり、事故のデータを収集することによって家族を説得する手掛かりとなるのではないかと考えた。

## 考察

今回我々は、平成10年11月から11年11月までの1年間に施設内外で発生した事故（転倒・転落）について、集積データを12項目により分析し、事故との関連性について検討した。

発生事故件数は、50件(31人)で転倒事故が26件と全体の半数を占める(図1)。事故による受傷疾患は、打撲20%・骨折10%である(図2)。発生時間と見守り者数を比較すると7:30~12:00までの時間帯は、職員数が多いにも関わらず事故が多発しており(図3)、業務が午前中に集中しているため、実際には見守りが不十分であることが考えられる。また14:00からは入浴時間になり、やはり見守りが不十分となり事故が起こる危険性が高くなると考えられる。事故が起きている場所としては居室内が最も多く(図4)、居室における移乗時または移動時に転倒・転落事故が多発している(図5)。事故者の基礎疾患としては、脳出血・脳梗塞31%、老人性痴呆31%であった(図6)。また、事故者の使用薬剤について、向精神薬、降圧剤、睡眠導入剤につき調べてみた。向精神薬及び睡眠

導入剤使用者が50%という結果が出たが、服薬なしも42%見られた(図7)。

今回の症例を事故データに照らし合わせてみると、H氏は事故発生頻度が高いケースであった。

病識に欠け本人の判断力や認知能力が低下していることも転倒につながる原因の一つとして考慮しなければならない。H氏も、自分で立ち上がり車椅子に座ろうとして、転倒している。

また、H氏は入所当時より不穏状態が続き、何度も「家に帰る」との訴えや帰ろうとする行動が見られた。これもH氏の転倒骨折の誘因の一つと考えられ、事故防止において心理状況の把握も重要である。H氏のケースでは家族が歩かせないと選択したため、歩行可能であってもリハビリテーションを行わないという状況が生じた。歩かせないということは、寝たきりになることを早め、前向きに生きようとする意欲も失われる。さらに本人の主体性が尊重されないリハビリテーションの目指す「自立度の改善」も達成できないことは言うまでもない。

H氏の家族に対しても、意識の変化を促していくことが大切だと考える。H氏は、事故発生頻度の高いケースではあるが、歩かせない事は、歩こうとする意欲のあるH氏にとって、最善の方法ではない。歩けることは、介助者の負担の軽減に繋がり、H氏の心身にも良い影響をあたえるだろう。

今後は、

- ① リハビリテーションでの歩行訓練を行い、骨密度を高め転倒したときに骨折する確率を少しでも低くする。
- ② 病識を高めて、自分の身体機能レベルがどの程度か理解してもらう。
- ③ 毎日の日課をこなし、痴呆の進行を防ぐ。
- ④ 心身ともに最良の状態与生活できるように家族に働きかける。
- ⑤ 環境整備に努める

以上を課題とし、H氏のQOLの向上を図り、あわせて、事故対策委員として

- ⑥ 職員の啓発

に努めていきたいと考えている。

おわりに

H氏の家族に対し、歩行再獲得の可能性とその心身への有効性を説明し、合わせて施設退所後の処遇について聞いてみた。「家で介護を行うのは無理であり、施設で見てほしい」との見解には変化は見られなかったが、家族は、H氏がつたい歩きをしているところを見て、歩かせたいと思う反面、転倒への不安があり、歩かせないと選択したものの、本心は歩かせたいと思っていることが解った。度重なる検討の中、家族の不安、困惑、過労の状態を受け止めることで、家族のゴールが施設のゴールに移行一致し、H氏は歩行訓練を行うに至った。

これから様々なケースに遭遇し、この問題点を一つ一つクリアしていくことが、我々の施設が今後サービスを充実していく上での、無形の資産となることは明確であり、利用者やその家族と信頼関係を結び、サービスの質を高めることが重要なkeyであると肝に銘じ日々精進していきたい。

図 1

発生事故件数(50件、31人)と  
事故の種類

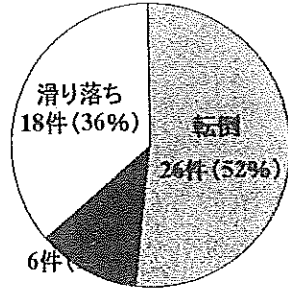


図 2

事故による受傷疾患

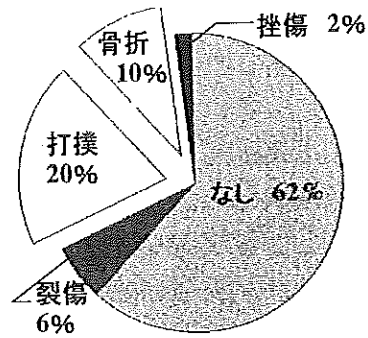


図 3

時間帯別  
事故件数と見守り者数

- A 5:01~7:30
- B 7:31~12:00
- C 12:01~14:00
- D 14:01~16:30
- E 16:01~19:30
- F 19:01~5:00

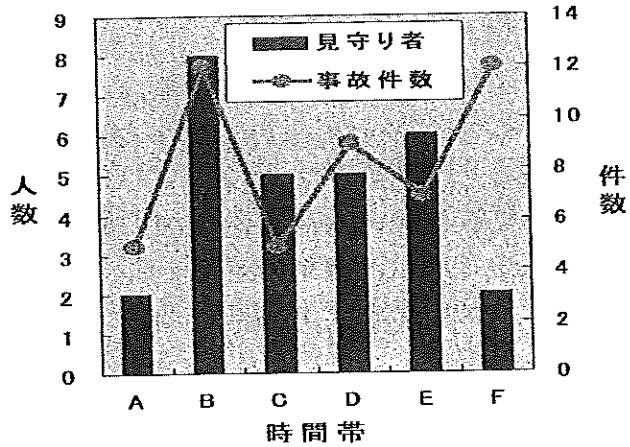


図 4

場所別事故発生割合

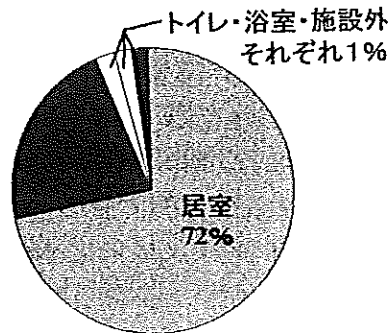


図 5

事故状況割合

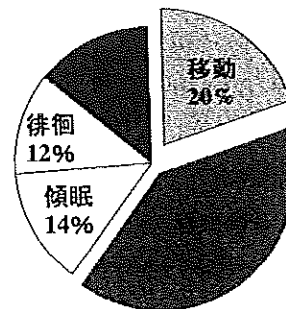


図 6

事故者の基礎疾患

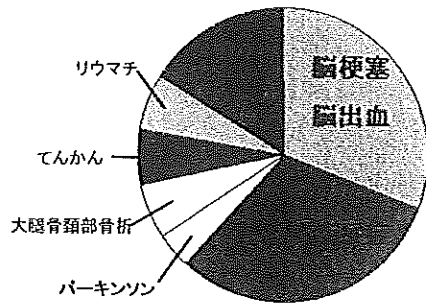


図 7

事故当時服用していた薬剤

