

## 老人病院における事故調査

木戸川紀子<sup>1</sup> 田原 弘幸<sup>2</sup> 坂本 繁樹<sup>1</sup>  
山本 秀正<sup>1</sup> 本田亜紀子<sup>1</sup> 田代 泰信<sup>1</sup>  
馬場 礼美<sup>1</sup> 井口 茂<sup>2</sup>

**要 旨** 老人病院における事故について、リハビリテーションカルテ、看護日誌をもとに調査した。

対象は、昭和63年4月から平成3年11月までに当院に入院した患者、合計673名（男性274名、女性409名）である。

多数回事故を起こしている患者は痴呆を有し、それによる異常行動が原因と思われた。

事故多発時間帯は起床時・消灯時で院内の体制の再検討を示唆するものもあった。事故に伴う傷害で骨折では大腿骨、肋骨、上腕骨と全身的であった。

この調査の結果から事故予防策を考えた。

- ① 移動・移乗能力の評価を厳密にし過大なプログラムを避ける。
- ② ベッド周囲の環境整備
- ③ 事故報告の様式を整える。

長大医短紀要5：193-196, 1991

**Key words** : 老人病院, 事故, 痴呆

### 1. はじめに

特例許可老人病院は主として老人慢性疾患患者を対象としている為、高齢でなおかつ複数の疾患を併せもつ老人が多数を占めている。また、治療が一応終了しても施設入所の為待機しているものや、種々の理由で、社会的配慮から入院療養を余儀なくされているものもいる。したがって、訓練室のみでなく生活の

大半を過ごす病棟内において、現在の能力を維持・向上させることは重要な課題である。日常の院内生活において自立歩行可能な患者が、一度の転倒をきっかけにADL能力全般にわたって低下していくことがある。病棟での事故だからといって傍観してはいけないという反省から院内で発生した事故について、その大小に関わらず調査した。これにもとずき事故分析を行い予防策について検討を

1 光風台病院リハビリテーション部

2 長崎大学医療短期大学部理学療法学科

加えた。

## 2. 対象と評価方法

昭和63年4月から平成3年11月までに当院に入院した患者、合計673名で男性274名、女性409名であった。

ここで取り扱う「事故」の概念としては、転倒・転落などの機転を生じたもので、何らの受傷も伴わないものも含めている。

調査はリハビリテーションカルテ、病棟看護日誌をもとに次の項目について調べた。

- ① 診断名
- ② 痴呆の有無
- ③ 事故時の立位保持能力
- ④ 事故時の歩行能力
- ⑤ 事故時の生活範囲
- ⑥ 事故時の排泄能力
- ⑦ 事故発生時の状況
- ⑧ 事故発生場所
- ⑨ 事故発生日時
- ⑩ 事故後受傷

立位保持能力は独力で保持可能か否かをみた。生活範囲はベッド上・病室内・病棟内・院内とに分け、病棟内と院内との違いはエレベーターあるいは階段を使用しての垂直移動の可否によった。歩行能力は杖なしで院内または病棟内自立しているものを自立、近位から遠位監視を含めたものを介助歩行、杖・歩行器などを利用して可能なものを、杖・歩行器歩行とした。

## 3. 結果

事故発生件数の総数は153件であったが、患者数に置き換えてみると、42名であった。この結果より一人で複数回の事故を起こしていることがわかる。複数回起こしたのは24名で、その内訳は2回3名、3回以上21名であった。尚、最高は15回もの事故を起こしていた。事故症例の性別は、男性44件28.7%（10名23.8%）で、女性109件71.2%（32

名76.1%）で、女性入院患者が多いこともあるが、女性が約7割もしめていた。

事故症例の疾患別分類では、CVA102件、その他パーキンソン病、失調症、骨折の既往を有するものなどがあつた。

痴呆の有無では、有115件26名（115/26=4.4回）、無38件16名（38/16=2.3回）と痴呆を有する患者で発生頻度が高かつた。

事故時の立位保持能力では、可能118件77.1%（36名）、不可能35件22.8%（6名）と運動能力の高い者が多く見られる。

事故時の移動能力では、杖なし（自立）歩行44件29%（14名）、杖・歩行器歩行70件45%（10名）、介助歩行13件8.4%（4名）、不可26件17%（5名）と自立歩行と杖・歩行器歩行で70%を占めていた。

事故時の生活活動範囲は、病棟内69件45%（19名）、ベッド上41件27%（8名）、病室17件11%（4名）の順で多かつた。

事故時の排泄能力では、一般トイレ64件41.8%（18名）、ポータブル53件34.6%（16名）、オムツ35件22.8%（6名）、不明1件0.6%（1名）と移動範囲が大きいものほど発生件数が多い。

脳血管障害患者のBrunnstrom testのStageでは上肢Ⅱが6件6%、Ⅲが16件16%、Ⅳが0件、Ⅴが10件9.8%、Ⅵが53件51.9%であつた。下肢ではⅡが1件1%、Ⅲが21件21%、Ⅳが14件14%、Ⅴが1件1%、Ⅵが48件47%で、上下肢ともにⅥが多かつた。

事故発生状況はベッドからの転落47件30.7%、歩行中43件28.1%、bed昇降31件20.2%、bed上2件1.3%、不明23件15%、その他7件4.5%、ベッドからの転落とベッド昇降とを併せるとベッド周囲で約半数近くを占める（表1）。また、ベッド上でオムツ交換時の骨折があつた。

事故発生日時で、月別では梅雨の6月を除く5月から10月に多く、11月から3月に少ない（表2）。日別では、上旬・中旬・下旬

表1 事故発生の状況

状 況	件 数
転落	47
歩行中	43
be 昇降時	31
be 上	2
不明	23
その他	7

表2 月別頻度

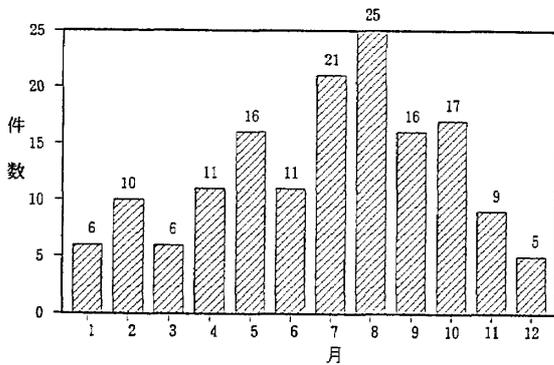


表3 事故発生の場所

場 所	件 数
bed 周辺	93
廊下	29
トイレ	7
階段	4
浴室	2
リハ室	5
その他	4
記載なし	9

で差はみられなかった。

事故発生時刻は午前5時から6時、午後1時から2時、午後8時から9時が多かった。

事故発生場所では、ベッド周辺 93件 60.7%、廊下 29件 18.9%、一般トイレ 7件 4.5%、浴室 2件 1.3%、リハ室 5件 3.2%、その他 4件 2.6%、記載なし 9件 5.8%でベッド周辺が多かった(表3)。

事故後の受傷では、打撲 83件、骨折 14件、切創 12件、特に受傷なし 56件 33.9%合計 165件(複数受傷有り)であった。ここで特に何も受傷していない症例が 33.9%とあり、事故の記載漏れの一因になっていると予想される。

#### 4. 考 察

事故を起こしているものが 24名(57%)で、そのうち多数回起こしているものもあり、その主原因として痴呆により異常行動がある。事故発生時刻で多かった起床時、消灯時を考えるとその時間帯は、病棟勤務体制の準夜・深夜帯で絶対的に看護婦・ヘルパーの人数が少なく監視が行き届かない時間帯であるが、院内での体制の再検討を示唆するものである。

事故症例の疾患別分類では、母集団に脳血管障害が多いこともあって 102件も発生している。

事故時の立位保持能力からみると、立位可能者が 36名で立つ機会が多い事や、痴呆による多動傾向、バランス能力低下<sup>2)</sup>に関係があると思われる。

事故時の移動能力では、自立歩行と杖・歩行器歩行で 70%を占めていた。このことから自ら活動する能力を持ち、行動範囲が大きくなりリスクが高まることが考えられる。片麻痺患者では装具の装着状態の不良や歩行器使用の誤りということが考えられる。また、能力の過信と不注意によることも考えられる。

事故状況と排泄動作状況の関係をみてみると、一般トイレを使用しているものは歩行中の転倒が多く、ポータブルを使用している者はベッド昇降時の事故が多い。これは移乗動作という非常に高度なバランス能力を必要とする動作の為、患者の能力不足、また床面の濡れなども考えられるが、「気が急ぐ」排泄という特殊な状況が背景にあることも否定できないだろう。また、排泄能力で、オムツに

において発生頻度が高いのは、オムツからポータブルへと積極的な ADL 向上を目指している患者のポータブル使用は不可欠でその際の移乗時が事故に結びつく一因にもなっている。

事故発生の時刻からみると午前 5 時から 6 時の起床時間帯に多いのは、起床直後の血圧変動やバランス障害が考えられ、また昼食後に多いのは、レクリエーションなどの為の移動の機会の多さが関与しているのだろう。消灯時間前後に多いのは、就寝前後の排泄に関係するのではないだろうか。

事故を起こした者のうち、痴呆を有する者は 26 名 (115 件) と、非常に大きな要因になっている。しかも、痴呆患者の多くは事故を繰り返しているので予防策が急務である。

事故に伴う骨折が 14 件発生しており老人特有の骨粗鬆症が背景に考えられる。男女差では女性が約 8 割と多くみられた。また、骨折部位でみると大腿骨頸部骨折、肋骨骨折、上腕骨骨折など全身的である。

## 5. ま と め

以上の結果から事故予防策として次の事が考えられる。

① 移動・移乗能力の評価において、「できること」と「していること」との区別を明

確にし過大なプログラムを避ける。

② 移動・移乗時にはとくに注意が必要である。

③ ベッド周囲の環境整備が必要である。例えば、ベッドの高さ、Bed 柵、ポータブルの高さ・位置・滑り止め、ベッド脇に車椅子が入るスペースの確保など。

④ 万一事故が発生した場合の対応を整備しておく必要がある。このことが事故発生の予防につながるので、事故報告の様式を整える事が急務である。

## 文 献

1. 糠野猛人, 成瀬 進, 三木 晃, 藤吉健司, 吉尾雅春: 理学療法部門における事故, PT ジャーナル, 1989; 23: 527-533.
2. 浜田博文, 日高 覚, 井上 仁, 向江早苗, 尾崎多恵子, 中元伸夫, 内園清二: 老人病院のリハビリテーションセンターにおける患者の転倒・骨折とその予防について, 総合リハ, 1991; 19: 993-995.
3. 風間章好, 角田忠男, 前田 守: 脳血管障害における転倒・転落の危険因子について, 理学療法学, 1990; 17 学会特別号: 26.

(1991 年 12 月 28 日受理)