

[総説]

わが国の急性期病院における認知障害高齢者の転倒の実態および転倒予防ケアの現状と課題

納谷 知里, 山田 律子

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

キーワード

急性期病院, 認知障害, 高齢者, 転倒転落, 転倒予防ケア

I. はじめに

わが国では人口の高齢化に伴って認知症高齢者数は年々増加している。2012年時点で認知症高齢者が462万人、さらに軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) も含めると862万人、つまり高齢者の4人に1人が認知症に直面すると推計された (厚生労働省, 2013)。2014年の入院医療等の調査 (厚生労働省, 2015) において、看護配置基準が7対1及び10対1の一般病棟 (精神科病棟を除く) では、入院患者のうち「認知症あり」は2割程度を占めており、今後急性期機能を担う一般病床 (以下、急性期病院) での身体疾患を有する認知症高齢者の入院増加が見込まれる。

認知障害高齢者にとって急性期病院への入院は、環境変化や身体疾患・治療に伴う苦痛によって、不安や混乱といった「認知症の行動・心理症状」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) を生じやすく、BPSDは、転倒につながる危険行動を引き起こしやすい (鈴木, 2010)。さらに、認知機能の障害があると、点滴やドレーン類の侵襲、薬物治療などが要因となって「せん妄」を発症しやすく、せん妄発症時の転倒報告もある (鈴木・三角・水上, 2006; 高津・松波・粕谷・尾形・大塚, 2006)。このように、急性期病院では、介護施設とは異なる転倒に至る複雑な背景がある。

これらのことから、文献レビューによって、急性期病院における認知障害高齢者の転倒転落の実態について把握したうえで、今後、急性期病院で認知障害高齢者の転倒を予防するケア (以下、転倒予防ケア) について検討していくことが重要である。

なお、急性期病院では認知機能障害がありながらも、認知症の確定診断がついていない高齢者も多い。このため、本研究では、認知症が疑われる65歳以上の高齢者も含めて認知障害高齢者とする。

<連絡先>

納谷 知里

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

E-mail: chisato34atomu@yahoo.co.jp

II. 研究目的

文献検討により、わが国の急性期病院における認知障害高齢者の転倒転落の実態について明らかにしたうえで、転倒予防ケアの現状と課題について考察することである。

III. 文献抽出方法

医学中央雑誌Web版Ver.5を利用し、遡及範囲は1996年から2016年の20年間を対象として検索した。検索のキーワードは「急性期病院or一般病院」and「認知障害or認知症」and「高齢者」に「転倒転落」で2件、また「転倒予防」で1件の計3件が抽出された。

急性期病院における認知障害高齢者に限定した転倒転落および転倒予防に関する文献が少なかつたことから、次に急性期病院における転倒の実態を調べるために、キーワードを「急性期病院」and「転倒転落」で再検索を行い論文に限定したところ15件が該当し、このうち認知障害高齢者が対象者に含まれる文献7件を抽出した。同様に急性期病院における転倒予防の実態を調べるために、キーワードを「急性期病院」and「転倒予防」としたところ10件が該当し、このうち認知障害高齢者が対象者に含まれる文献4件を抽出した。

これらの論文の文献リストに掲載されていた文献のうち、必要と判断された文献8件を加えたところ、合計22件となった。このうち重複分4件を除き、最終的には18件の文献を分析対象とした。

IV. 文献検討

1. 急性期病院における認知障害高齢者の転倒転落の実態

急性期病院における転倒転落の実態に関する研究は、主にインシデント報告書に基づく後ろ向き調査であり、転倒者の年齢、性別、入院から転倒発生までの日数、転倒場所、転倒時間帯、入院診療科別の転倒発生率、転倒リスク要因、転倒時の状況などに関してその傾向を報告しているものが多い。なお、研究対象者を認知障害高齢者のみに絞った研究は皆無であったため、以下では認知障害高齢者を必ず含む高齢者の転倒転落の実態を示す。

1) 急性期病院における高齢者の転倒発生率(表1)

表1に示すように、急性期病院における『転倒の発生時期』別にみた転倒発生率では、「入院1週間以内」が23.4~60.0%と最も高かった(壇・武井・金井・橋本・浅野, 2015; 福島・永井・石向, 1991; 梅澤・庄子・飛松, 2006).

次に『転倒の発生時間帯』別にみた転倒発生率では、施設によって異なるものの比較的スタッフ数が少なくなる「準夜勤務・深夜勤務帯」が多く、「午後5時~午前1時」では17.0~40.9%(新津・内田・一之瀬・鈴木亮馬・廣岡・鈴木啓介・大石・満富, 2014; 鈴木奈緒子他, 2006; 津野・元吉・福島・谷岡・濱窪・島津, 2012), 「午前1時~午前9時」では35.0~42.3%であった(新津他, 2014; 鈴木奈緒子他, 2006; 津野他, 2012).

『発生場所』別にみた転倒発生率では、「病室・ベッドサイド」が73.4~89.3%(松田, 2010; 鈴木・古橋・鶴見・松下・岩田・内田, 2006; 徳永・井口・松坂・平瀬・武富・馬場, 2012)と最も高く、次いで「トイレ」が8.5~9.8%(新津他, 2014; 津野他, 2012), 「廊下」が2.1~11.3%(鈴木みずえ他, 2006; 徳永他, 2012)であった.

転倒者の特徴では、『年齢』は「65歳以上」が7~8割(壇他, 2015; 新津他, 2014; 徳永他, 2012; 津野他, 2012)と多く、『男女比』では「男性」が45.7%~58.7%, 「女性」が41.3%~54.6%(新津他, 2014; 鈴木奈緒子他, 2006; 梅澤他, 2006)で、男性の方がやや多い傾向にあった.

転倒者のうち、「認知障害がある者」は25.5~65.0%(川村, 2003; 新津他, 2014; 鈴木みずえ他, 2006; 鈴木奈緒子他, 2006; 高津他, 2006; 津野他, 2012)を占めていた.

転倒者に見られた症状として、特定機能病院における1年間に転倒した218名を対象者とした調査では(鈴木みずえ他, 2006), 「徘徊・多動」が25.5%で最も多く、次いで「精神症状(せん妄・興奮・不穏)」が24.2%, 「見当識障害」が19.7%であった. また、梅澤他(2006)は、3か月間に発生した転倒群63例と対象群71例を対象者として調査し、比較分析したところ、転倒群では「見当識障害」「意識障害」「不穏状態」が多く、「見当識障害」の有無は転倒の有無と関連があり、オッズ比は3倍であったと報告している.

診療科では外科よりも内科での転倒発生が多く、施設によって違いはあるものの、「循環器疾患」「消化器疾患」「腎疾患」「脳血管疾患」で転倒発生が多い傾向にあった(壇他, 2015; 鈴木みずえ他, 2006; 高津他, 2006; 徳永他, 2012).

以上のことから、急性期病院での転倒発生率は、発生時期では「入院1週間以内」が23.4~60.0%と最も高く、発生時間帯ではスタッフ数が少なくなる「午後5時~午前9時」で17.0~42.3%, 発生場所では「病

室・ベッドサイド」が73.4~89.3%と最も高かった.

転倒者の特徴として、年齢は65歳以上が7~8割を占め、認知障害に関連した症状を有する者が多かった.

2) 転倒のリスク要因および転倒時の状況(表2)

『転倒のリスク要因』について、津野他(2012)の転倒転落者71名を対象者とした研究では、転倒要因を「内的要因」と「外的要因」に分けて報告している. 「内的要因」では、「認知障害」25.5%, 「歩行能力低下」17.6%, 「基本動作能力低下」15.5%, 「薬物」6.6%, 「認識不足」6.1%, 「下肢筋力低下」2.2%, 「視力障害」1.6%があり、「外的要因」では、「履物の不備」39.2%が最も多く、次いで「ベッド柵の不備」21.8%, 「補装具の不備」13.0%, 「障害物」13.0%, 「滑る」8.7%, 「無灯火」4.3%で、スリッパの使用による転倒が多かったとしている.

新津他(2014)の転倒転落者132名を対象者とした研究では、「転倒者側の要因」の中で割合が高かったものとして、「排泄に介助・見守りが必要」75.8%, 「緊急入院」74.2%, 「自立心が強い/自身を過大評価する」52.3%, 「不穏行動あり」50.8%, 「理解力低下」50.5%, 「転倒歴有」30.3%で、「環境要因」では「点滴・ドレーンあり」が61.4%であった.

鈴木みずえ他(2006)は、転倒364件のうち36.3%は転倒の原因が「複数」あったことを報告しており、転倒はいくつかの要因が重なり合って発生している場合が多い.

『転倒時の状況』としては、「排泄行動に関連するもの(トイレに行こうとして、トイレから立ち上がろうとしてなど)」が43.0~63.8%と約半数以上を占めていた(壇他, 2015; 鈴木奈緒子他, 2006; 高津他, 2006; 徳永他, 2012). この他には、「移乗時」「床濡れ」「点滴チューブの絡まりなど点滴トラブル」「内服薬服用後」「術後せん妄」などがあった(松田, 2010; 鈴木みずえ他, 2006; 津野他, 2012; 梅澤他, 2006).

このように、急性期病院では現病による体力低下や安静臥床による廃用症候群に加え、薬物の有害作用などの影響も受けるため、介護施設とは異なる転倒状況の複雑さがある. 一方で、せん妄などで『転倒時の行動理由が不明』であるものは15.0~21.1%存在している(徳永他, 2012; 鈴木奈緒子他, 2006; 津野他, 2012). 急性期医療を担い、病床数300床以上を有する一般病院213施設と精神病院5施設の計218施設を対象とした転倒転落のヒヤリハット事例1,580例では、看護師の見えないところでの転倒が約7割あることを報告している(川村, 2003). 認知障害があることで転倒時の状況をうまく伝えられないことも多いことから、急性期病院における認知障害高齢者の転倒に至った背景が不明な場合が多い.

以上のことから、転倒者のリスク要因では、下肢筋力の低下などの身体的要因に加え、認知障害が影響している場合が多い. また、転倒時の行動の理由として

排泄関連が多い一方で、「行動理由が不明」な場合も約15.0～21.0%と多かった。そのため、今後の研究では、急性期病院において転倒発生率の高い入院1週間に焦点を当て、認知障害高齢者が転倒に至る行動の背景にはどのような理由があるのかを明らかにする必要がある。

2. 急性期病院における認知障害高齢者への転倒予防ケア

1) 急性期病院で実施された転倒予防ケア

急性期病院では、日本看護協会または各病院で独自に作成した転倒転落アセスメントスコアシートを用いて転倒ハイリスク者を選定し、高齢者の状態に応じた転倒予防を行うことが多い。

転倒予防への取り組みとして、増田・草野・浦田・西山(2004)は、脳血管疾患・肺炎・心不全などの急性症状で観察室に入院した高齢者17名に対して、病状の変化に合わせて転倒転落予測アセスメントツールを活用しながら、「観察しやすいベッド位置の選択」「付き添い・行動の見守り」「排尿誘導」「ベッド柵の使用」「ベッドを壁側につける」などの転倒予防策を実施した結果、15名の転倒を予防できたことを報告している。すなわち、刻々と病状が変化する急性期にある高齢者でも、症状の観察を密に行うことで転倒予防は可能であることを示している。

しかしその一方で、高齢者の状態に応じて転倒予防策を講じていても、転倒を予防しきれない現状がある。犬飼・兵藤(2013)は、看護師の関わりを具体化することは転倒予防に重要な鍵を持つと述べ、高齢者側の要因ではなく「看護師側の要因」に着目し、看護師への面接調査を行った。その結果、『転倒につながる看護師の要因』として、「患者の流動的な情報の共有不足」「看護師間の転倒リスク評価の不一致」「観察の途切れ」「まだ大丈夫という判断ミス」「身体拘束に対する葛藤」の5つを、『転倒を防ぐ看護師の要因』として、「24時間を通した患者の把握」「常に患者に目が届いている」「転倒リスクを予測した支援」「看護師の転倒リスクを見極める能力」「看護師間の転倒リスク評価の一致」の5つを明らかにした。特に、認知障害のある高齢者の行動予測は難しいこともあり、「常に患者に目が届いている」といった転倒予防策は多くの急性期病院でも実施されている。具体的には「頻回に観察を行う」「詰所から近い部屋にする」「ナースステーションで過ごす」「離床センサーを使用して行動を把握する」などが行われているが(松田, 2010; 津野他, 2012)、結果として「観察の目が途切れる時」に転倒が生じてしまっている現状がある(犬飼他, 2013)。「観察・見守り」は大事な転倒予防策の一つである一方で、安倍・神領・植田・亀山・磯本(2008)は体動コールを装着された患者が「監視されているようで嫌だ」という思いを抱いていることなどを明らかにし、「見られてい

る」「離床センサーをつけられている」と感じることで、本人のストレスや怒り、被害妄想を引き起こし、転倒につながる行動をもたらす危険性がある。さらに、興奮が強くなってくると、睡眠薬や向精神薬で対応することもあり(山下・小林・藤本・松本・古川, 2006)、夜間のふらつきによる転倒や、昼夜逆転・過鎮静に伴う活動量低下による筋力低下が生じ、さらに転倒しやすい状況が作られるといった悪循環に陥る。「本人がなぜ落ち着かずに転倒リスクが高まっているのか」といった本人主体の関わりが、転倒予防ケアとしては重要である。

2) 認知障害高齢者の視点に立った転倒予防ケア

三原・本田・長谷川・山口・南(2007)は、日常の実践場面を再現した参加型の勉強会を実施したことで、看護師の認知障害高齢者に対する思考過程が「いつ転倒するかわからない」から「こうすれば落ち着く」へと変化し、個々の発するサインも多角的にアセスメントすることで患者の行動の意味を理解し、行動を予測した対応が転倒転落予防に繋がると述べている。また、湯浅・杉山智子・仁科・工藤・杉山典子(2009)の研究においても、身体疾患をもつ認知症高齢者をケアしている認知症看護認定看護師ならびに認知症専門病棟の看護師と介護職者9名に対する半構造化面接調査で、経験的にもっている「認知症高齢者特有の転倒予防ケア」として挙げられたものに、「認知症高齢者にとって安楽をもたらすケアやコミュニケーションスキル」「確実な日常生活援助のスキル」「BPSDをもつ認知症高齢者へのケアの技術」があり、一般病院における転倒予防ケアの構築のためには、「包括的な認知症ケアの実践」を行うことが結果的に転倒の予防につながると述べられている。

そして、鈴木・丸岡・加藤・平松・谷口・小林・岡本・水谷・泉・高原・赤井・住若・吉田(2014)は、独自に開発した転倒予防看護質指標の有用性を明らかにするために、認知症看護認定看護師105名を対象者として行った自記式質問紙調査(急性期病院87名、介護保険施設18名)において、評価項目の中の「本人が何をしてほしいのか、どんな生活を望んでいるのか」という潜在的ニーズと現状の制限によるズレによって起こる転倒の可能性をアセスメントする」という項目が、介護施設では約8割が実施していたのに対し、急性期病院では約4割の実施と最も低かったことを報告している。すなわち、生活よりも治療優先という急性期病院の特殊性による影響が考えられ、認知障害高齢者の視点で転倒につながる危険な行動の原因を明らかにすることが根本的な転倒予防につながると述べている。

以上のことから、急性期病院における認知障害高齢者に対する転倒予防ケアでは、病態や薬物が身体状況に及ぼす影響を状態変化に応じて把握し、適宜対応を変えていくことに加え、患者の行動を左右している患者の認識に着目し、行動の背景にある意味を当事者視点で捉え関わるのが重要であると言える。

表1. 急性期病院における高齢者の転倒発生率

文献	対象者数	認知障害高齢者の占める割合(%)	年齢別転倒発生率	入院診療科	転倒発生率	転倒発生率	転倒発生率	時間帯	転倒発生率	場所	転倒発生率
福島ゆかり他(1991)	入院患者227名中、転倒者15名	40.0%						入院当日	20.0%		
梅澤 昭子他(2006)	3か月間に発生した転倒63例	23.8% 20.6% 12.7% 11.1%	男性 58.7% 女性 41.3%	内科 消化器外科 30.1% 脳神経外科 24.1% 整形外科 12.0%	23.4% 21.9%			入院1週間以内 入院2週目	40.0%		
壇 美津代他(2015)	転倒転落した78名	71.0% 79.0% 68.0%	70代 34.6% 80代 35.9% 90代 6.4%	内科 消化器外科 30.1% 脳神経外科 24.1% 整形外科 12.0%	41.0%			5日以内		移動中	52.0%
新津 雅也他(2014)	転倒転落した132名	50.0%	70代 25.0% 80代 43.1% 男性 58.4% 女性 41.6%	内科 消化器外科 30.1% 脳神経外科 24.1% 整形外科 12.0%	35.6% 22.2%			7日以内 30日以降	23.5% 40.9% 35.6%	ベッドサイド トイレ 廊下	75.0% 9.8% 8.3%
津野 良一他(2012)	転倒転落した71名	25.5%	60代 12.7% 70代 19.7% 80代 39.4% 90代 23.9%					入院1週間以内と1か月を経過するところに有意に高かった (p<0.001)	32.2% 17.0% 42.3%	ベッドサイド トイレ 廊下 浴室	83.1% 8.5% 7.0% 1.4%
鈴木奈緒子他(2006)	1年2か月に発生した65歳以上の転倒443件	65.0%	65-74歳 21.0% 75-84歳 52.0% 85歳以上 27.0% 男性 45.7% 女性 54.6%					日勤帯(9-17時) 準夜勤帯(17-25時) 深夜勤帯(1-9時)	30.0% 35.0% 35.0%	病室内 (室内トイレ や室内洗面所を含む)	81.0%
鈴木みずえ他(2006)	産科, 小児科, ICU, 精神科を除いた内科外科病棟での1年間に発生した転倒218名	25.5% 24.2%	65歳以上 71.1%	消化器疾患 19.3% 循環器疾患 17.9% 脳血管障害 13.8%						病室 廊下 トイレ	73.4% 11.3% 9.9%
松田恵美子(2010)	転倒転落した107名	64.0%	70歳以上 66.0%							病室 トイレ 廊下	86.0% 5.0% 4.0%
徳永 誠次他(2012)	転倒者47名	36.1%	70代 34.0% 80代 48.9%	循環器内科 31.9% 泌尿器科 17.0% 産婦人科 17.0% 呼吸器内科 14.9% 外科 10.6%						ベッドサイド トイレ 廊下	89.3% 8.5% 2.1%
高津 優子他(2006)	一般内科病棟入院し、転倒した45名	42.0%	65歳以上 76.0%	循環器疾患 60.0% 腎疾患 60.0% 消化器疾患 20.0%							
川村 治子(2003)	218施設における転倒転落1,540事例	27.0%									

表2. 急性期病院における高齢者の「転倒のリスク要因」および「転倒時の状況」

文献	全体数(名)	転倒のリスク要因			転倒発生率	転倒発生率	転倒発生率	転倒発生率	転倒時の状況	転倒発生率
		内的要因	外的要因	転倒発生率						
津野 良一他 (2012)	転倒転落した71名	認知障害 歩行能力低下 基本動作能力低下 薬物 認識不足 下肢筋力低下 視力障害	履物の不備 ベッド柵の不備 補装具の不備 障害物 滑る 無灯火	25.5% 17.6% 15.5% 6.6% 6.1% 2.2% 1.6%	39.2% 21.8% 13.0% 13.0% 8.7% 4.3%	46.6% 12.6% 9.9% 4.2% 21.1%	排泄 移乗目的 移動目的 物を取る 不明			
新津 雅也他 (2014)	転倒転落した132名	排泄に介助・見守り必要 移乗・移動に介助必要 緊急入院 自立心が高い/自身を過大評価 不穩行動あり 理解力低下 転倒歴有	点滴・ドレーンあり	75.8% 75.0% 74.2% 52.3% 50.8% 50.5% 30.3%	61.4%					
鈴木みずえ他 (2006)	産科, 小児科, ICU, 精神科を 除いた内科外科病棟での1年間に 発生した転倒218名	ふらつき・脱力・不穩 転倒歴あり 転倒歴あり 内服薬服用後 術後せん妄	点滴・チューブ等の絡まり 床の濡れ・滑り オーバーテーパーの支えが動く 段差	21.4% 18.5% 3.3% 3.0%	9.9% 9.9% 6.9% 4.9%	46.9% 11.5%	排泄関連 (トイレ移動時, 室内ポータ ブルトイレ移動時) 移乗時			
鈴木奈緒子他 (2006)	1年2か月の間に発生した65歳 以上の転倒443件	認知障害 転倒歴あり 眼剤服用 転倒発生時せん妄あり 聴力障害 視力障害		65.0% 52.0% 42.0% 37.0% 8.0% 6.0%		48.0%	排泄行動に関連するもの (トイレに行 こうとして, トイレから立ち上がろう としてなど) せん妄で行動理由が不明			
高津 優子他 (2006)	一般内科病棟入院し, 転倒した 45名	薬剤 (降圧薬・利尿薬・下剤) 薬剤 (睡眠薬) 認知症あるいはせん妄あり		69.0% 62.0% 42.0%		56.0%	排泄行動に関連するもの (トイレ歩行 時やベッドサイドでの排泄)			
徳永 誠次他 (2012)	転倒者47名	薬剤 運動機能障害 認識力		87.2% 63.8% 36.2%		63.8% 10.6% 19.1%	排泄時 不穩行動 不明			
壇 美津代他 (2015)	転倒転落した78名	・「内科」で危険度Ⅲの17名全員に「認知機能障害あり」 ・「脳外」で危険度Ⅱの79%が「認知機能障害あり」 ・「消化器外科」で危険度Ⅱの82%が, 危険度Ⅲの58%が 「術後せん妄や認知機能障害を合併」				52.0%	移動中 (内訳) トイレの行き帰り 不穩 散歩中 物を取ろうとして			
梅澤 昭子他 (2006)	3か月間に発生した転倒63例	「失禁あり」は転倒の有無と相関あり 「見当識障害あり」は転倒の有無と相関があり, オッズ比 は3倍.	明暗環境 (暗い場所) スリッパ 運動靴 床濡れ	31.7% 38.0% 6.3% 1.2%	100% 38.0% 6.3% 1.2%					
松田恵美子 (2010)	転倒転落した107名	筋力低下 認識力に問題あり 睡眠剤の使用		74.0% 64.0% 51.0%						

V. 考察

1. 急性期病院における認知障害高齢者の転倒予防に向けたケアの視点

急性期病院での転倒発生は、入院1週間に多く、認知障害を有した高齢者に多い傾向にあった。転倒時の理由として排泄行動関連や移乗時などが報告されているが、なぜ転倒発生が入院1週間に多いのか、その理由に言及しているものは少ない。

東海林・小池(1991)は、23名の高齢者に入院1週間以内に見られた行動として、「失見当」、「不眠」、「多弁」が多く、特に入院3～4日目までは緊張が強い時期であると述べている。また、川島・天津・松下・西口・矢野・中島(1993)は、29名の高齢者を対象者とした研究において、「不眠」や「対人関係への緊張」、「帰宅願望」や「被害妄想」といった不適応行動が入院1週間以内に約9割発生したことを報告しており、高齢者は新しい環境への適応が難しく、入院後早期に転倒につながりうる行動が生じやすいと言える。

また、急性期病院での入院1週間に転倒につながる要因として、「身体的要因」「認知機能要因」「看護師側の要因」が考えられる。「身体的要因」としては、身体疾患が急性期状態にあることから、苦痛症状により身体が思うように動かせない、治療での安静に伴う筋力低下、治療薬物の影響によるふらつきや出現、さらにルート類が歩行時に絡まりやすいことや、身体管理目的の拘束(チューブ類除去予防のためのミトン装着など)によって生じるストレスや興奮が危険行動に発展するなどがある(新津他, 2014; 鈴木みずえ他, 2006; 津野他, 2012)

「認知機能要因」では、認知機能障害による状況理解への困難があり、環境変化による戸惑い、一人になることへの孤独感、これから何が起るのか理解できないことでの不安や混乱が挙げられている(梅原, 2013)。このような状況はせん妄やBPSDにつながりやすく、BPSDは転倒につながる危険な行動を引き起こす。また、入院初期は看護師との関係性の構築が不十分な時期でもあり、看護師を呼ぶことへの遠慮から自分で何かをやるようとする行動にもつながりやすい。さらに、認知障害があることで、ナースコールの押し方がわからない、押す必要性を説明されても忘れてしまうといったことがあり、うまく伝えられないニーズを満たそうと自発的行動が生じて、そのまま転倒につながる可能性がある。

「看護師側の要因」として、入院直後は、患者の性格や生活・行動パターンを把握できていないことから(上野, 2005)、その人に合った関わり方を模索する時期であり、一人一人に合った適切な対応を取ることが難しい。また、身体疾患の重症度によるケアの優先順位や人員の問題などから(湯浅, 2012)、一人の患者にじっくり関わる時間的余裕がないと、認知障害高齢

者が発しているサインを見逃してしまうことや、行動の意味が理解できずにうまくニーズを満たす関わりができないことがある。

転倒の発生場所において、ベッドサイドでの転倒が多い理由は、何かをしようと自発的に動き始めるためとされている。このため、認知障害高齢者が何をしようと動き始めるのか、行動の背景にあるニーズを明らかにしていく必要がある。準夜勤務・深夜勤務帯のスタッフ数が減る時間帯での転倒については、これらの時間帯に動く理由を蓄積していくことができれば、スタッフ数が少ないながらも予測性を持った対応ができる可能性がある。

看護配置基準が7:1の急性期病院では在院日数の短縮化が進み、平均在院日数が約14.6日と短いため(厚生労働省, 2012)、入院後落ち着く間もなく検査や治療が開始されるのが常である。そのため、転倒発生の多い「入院1週間」「準夜勤務・深夜勤務帯」「ベッドから動き始める時」に焦点を当て、具体的にどのような要因が認知障害高齢者の行動に影響を及ぼしているのか、介護施設とは違う急性期病院ならではの要因を明らかにしていく必要がある。

2. 認知障害高齢者への転倒予防ケアにおける課題

多くの急性期病院において、入院時に転倒転落アセスメントスコアシートで危険度判定を行うが、認知障害高齢者の場合、ほとんどが転倒ハイリスク状態に該当する。「判断力の低下している状態での自発的な行動に伴って転倒が生じることが多い」(川村, 2003)のは、転倒ハイリスク状態であると把握しながらも、「行動の予測ができない難しさがある」ことを意味していると言える。

介護施設では身体拘束禁止の観点から、転倒予防として高齢者の行動の意図を捉えようとする関わりを重視している。杉本・亀井(2007)は、介護施設において認知症高齢者に椅子から立ち上がるなどの行動が見られた際に、「待ってください」「座りましょう」など、行動を制止する声掛けを行った際は行動の落ち着かなさが持続し、「どうしましたか?」「トイレですか?」など、行動の意味を問う声掛けをし、ニーズが満たされると行動が落ち着いたと報告している。入所者の欲求や意図をくみ取るコミュニケーション手段を用いた関わりが、認知症高齢者の転倒予防ケアにおいて重要であると述べており、急性期病院においても「行動を制限しない、行動の理由に焦点を当てた予測性を持った転倒予防ケア」を行っていく必要がある。また、せん妄の発症要因の一つに、「認知症」があると言われている(長谷川・池田, 2014)。せん妄は、要因を特定することで予防・改善可能なものであることから、認知障害による行動なのか、せん妄による行動なのかの判別を行ったうえで対応することも重要である。

2015年に発表された新オレンジプランにおいて、身体合併症対応等を行う医療機関における認知症対応力向上が求められている。急性期病院においても認知症ケアに関する知識は徐々に普及してきているが、実際に多忙を極める現場でそれらの知識をどう実践に結びつけていくのかといった点も大きな課題である。

VI. 結論

本研究では、わが国の急性期病院における認知障害高齢者の転倒転落の実態および転倒予防ケアの現状と課題について文献検討した結果、以下のことが示された。

1. 急性期病院での転倒発生率は、発生時期では「入院1週間以内」が23.4～60.0%と最も高く、発生時間帯では「午後5時～午前9時」が14.9～42.3%、発生場所では「病室・ベッドサイド」が73.4～89.3%と最も高かった。診療科では外科よりも内科で、疾患では「循環器疾患」「消化器疾患」「腎疾患」「脳血管疾患」の転倒発生率が高い傾向にあり、「認知障害がある者」の転倒発生率は25.5～65.0%を占めていた。

2. 転倒のリスク要因では、下肢筋力の低下などの身体的要因に加え、認知障害が影響している場合が多かった。また、転倒時の行動の理由として排泄関連が多い一方で、「行動理由が不明」な場合も約15.0～21.0%と多かった。

3. 急性期病院では、転倒転落アセスメントスコアシートを用いて転倒ハイリスク者を選定し、「観察しやすいベッド位置の選択」「付き添い・行動の見守り」「排尿誘導」「ベッド柵の使用」「ベッドを壁側につける」「離床センサーの使用」「頻回な観察」などの転倒予防を行っているが、結果として「観察の目が途切れる時」に転倒が生じてしまっている現状がある。

4. 今後は転倒発生が多い「入院1週間」,「準夜勤務・深夜勤務帯」に焦点を当て、どのような環境因子の影響を受けて転倒につながりうる行動が生じるのか、また、転倒につながりうる行動の背景にはどのような意味があるのか、当事者視点に立った行動の理由に着目した転倒予防ケアを構築していくことが重要である。

引用文献

安倍仁美, 神領 茜, 植田美紀, 亀山真由美, 磯本暁子 (2008). 体動コールを装着した患者とその家族の思い. 第39回日本看護学会論文集 (看護総合), 433-435.

壇美津代, 武井真由美, 金井優宜, 橋本健一郎, 浅野聡 (2015). 急性期病院における転倒・転落の現状と診療科ごとの特徴—インシデント報告から. 日本転倒予防学会誌, 2, 45-52.

福島ゆかり, 永井紀子, 石向節子 (1991). 転倒転落事故における危険因子の分析と予防策. 第22回日本看護学会論文集 (老年看護), 104-106.

長谷川典子, 池田 学 (2014). 認知症とせん妄. 日

本老年医学会雑誌, 51(5), 422-427.

犬飼智子, 兵藤好美 (2013). 急性期病院における転倒の発生と予防に影響する要因. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 55-64.

川村治子 (2003). ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本 転倒転落. 66-79, 医学書院, 東京.

川島和代, 天津栄子, 松下育代, 西口純子, 矢野章子, 中島彰子 (1993). 環境の変化に伴う老人の不適応行動に関する研究—入院初期の不適応行動と看護ケアの影響を中心に—. 第24回日本看護学論文集 (老年看護), 144-147.

厚生労働省 (2012年11月16日). 第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会「一般病床」の現状について (急性期医療に関する作業グループ第3回資料). (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002nakz-att/2r9852000002naqf.pdf>.)

厚生労働省 (2015年11月25日). 第315回中央社会保険医療協議会資料 総-2. 入院医療 (その6)「身体疾患で入院中の認知症患者の状態①」. 1-17. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104997.html>)

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書 (研究代表者 朝田 隆). 1-26. (http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf.)

増田久美子, 草野可代子, 浦田秀子, 西山久美子 (2004). 急性期状況にある患者における転倒・転落予防への取り組み. 長崎大学医学部保健学科紀要, 17(2), 33-38.

松田恵美子 (2010). 急性期病院における入院患者の転倒・転落の現状と今後の課題—転倒・転落事故報告書の実態調査より—. 徳島赤十字病院医学雑誌, 15(1), 139-143.

三原朱美子, 本田あゆみ, 長谷川はるみ, 山口友子, 南 典子 (2007). 急性期病棟における認知力低下患者の転倒・転落防止への取り組み. 第38回日本看護学会論文集 (老年看護), 241-243.

新津雅也, 内田敏男, 一之瀬大資, 鈴木亮馬, 廣岡卓, 鈴木啓介, 大石由美子, 満富一彦 (2014). 当院における転倒転落患者の特性について. 磐田市立総合病院誌, 16(1), 62-71.

東海林敦子, 小池雅恵 (1991). 入院初期に出現しやすい行動とその対応—一般老人の入院初期の看護援助を考える—. 東京都老人医療センター看護研究集録教育活動報告 東京都老人医療センター看護部編集, 110-113.

杉本知子, 亀井智子 (2007). 介護老人保健施設における認知症高齢者への転倒予防ケア—夕食前から就寝までの時間帯の調査から. 老年看護学, 11(2), 132-141.

鈴木みずえ (2010). EBNに基づいた認知症高齢者のための日本型転倒リスクマネジメントの開発と理論化. 科学研究費補助金研究成果報告書.

鈴木みずえ, 古橋玲子, 鶴見智子, 松下恵美, 岩田浩子, 内田敦子 (2006). 特定機能病院の内科・外科系病棟における転倒の実態と転倒リスクアセスメントツールの開発. 看護研究, 39(2), 59-71.

鈴木みずえ, 丸岡直子, 加藤真由美, 平松知子, 谷口好美, 小林小百合, 岡本恵理, 水谷信子, 泉キヨ子, 高原昭, 赤井信太郎, 住若智子, 古田良江 (2014). 臨床判断プロセスを基盤とした認知症高齢者の転倒予防看護質指標の有用性—急性期病院と介護保険施設の比較による検討—. 老年看護学, 19(1), 43-52.

鈴木奈緒子, 三角美智子, 水上 彩 (2006). 急性期医療施設における高齢者の転倒の実態と転倒骨折の発生要因の検討. 第37回日本看護学会論文集 (老年看護), 148-150.

高津優子, 松波慶子, 粕谷聡子, 尾形 悦, 大塚眞理子 (2006). 急性期病院の内科病棟における高齢者の転倒予防—転倒した高齢患者の特徴を分析し看護師が共有することの効果—. 第37回日本看護学会論文集 (老年看護), 56-58.

徳永誠次, 井口 茂, 松坂誠應, 平瀬達哉, 武富敦子, 馬場文子 (2012). 急性期病院における入院患者の転倒状況とその対応. 長崎大学保健学研究, 24(1), 55-60.

津野良一, 元吉 明, 福島美鈴, 谷岡博人, 濱窪 隆, 島津美佐 (2012). 急性期病院における転倒・転落症例の要因分析について—理学療法士の立場からの検討—. 高知リハビリテーション学院紀要, 13, 17-21.

梅原里美 (2013). 身体的治療を受ける認知症高齢者に対する急性期病院と地域との連携—入院直後から治療・退院の経過で高齢患者が起こしやすい認知症の症状とその変化—認知症高齢者からみた入院による課題—. 鈴木みずえ (編者), パーソンセンタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア (pp. 49-58). 日本看護協会出版会.

梅澤昭子, 庄子由美, 飛松好子 (2006). 高齢者の転倒, いつ, どこで, 誰が—総合病院における転倒者の特性. MB Med Reha, 65, 39-46.

山下眞理子, 小林敏子, 藤本直規, 松本一生, 古川慶子 (2006). 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応—一般病院における現状と課題. 老年精神医学雑誌, 17(1), 75-85.

湯浅美千代 (2012). 急性期病院での認知症ケアの課題と展望. 認知症ケア事例ジャーナル, 5(2), 140-145.

湯浅美千代, 杉山智子, 仁科聖子, 工藤綾子, 杉山典子 (2009). 身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造—高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟看護師への面接から. 医療看護研究, 5(1), 53-60.

上野秀樹 (2005). 高齢者・認知症高齢者の転倒, 転落の実態. 老年精神医学雑誌, 26(8), 899-906.

受付: 2016年11月30日

受理: 2017年2月3日