

当院回復期リハビリテーション病棟における、転倒状況と身体活動について

○ 山下裕太郎 (JA 静岡厚生連 遠州病院)

大城昌平 (聖隷クリストファー大学大学院)

Abstract: 当院の回復期リハビリテーションにおける、転倒の現状とアセスメントを報告し、医療における工学分野へのニーズを検討する。回復期リハビリテーション病棟とは、患者様のADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟である。同時に転倒リスクマネジメントとしては、バランス機能評価や転倒カンファレンス等に取り組んでいるものの、転倒はなくなる現状があり、重要な課題となっている。

Key Words: 回復期リハビリテーション病棟, 転倒, リスクアセスメント

1. 回復期リハビリテーション病棟とは

回復期リハビリテーション(以下、リハ)病棟とは、患者のADL向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的として、脳卒中や大腿骨頸部骨折などの急性期治療が終了した後にリハビリテーションを集中的に行うための病棟である。理学療法士や作業療法士が専従として義務付けられ、1日最大3時間のリハビリテーションが診療報酬でカバーされている。回復期リハ病棟は、2000年の診療報酬で制度化され、6万床を整備目標としてきたが、制度化後は順調に増え続け、2012年9月には63667床となった。そして量的病床数が満たされた今、2012年の診療報酬改定では在宅復帰率や重症患者の改善度合いなどのアウトカム指標がより大きく病棟入院料へ繁榮されるなど、質の評価へ向けた絞込み時代と変化している。なかでも身体活動量の向上と転倒は重要な問題であり、適切な設定が望まれている。今回は、その現状報告と問題提起を行い、工学分野との協業について模索していきたい。

2. 回復期リハビリテーション病棟におけるリスクとアセスメントの重要性

リハ病棟における質の評価の一つとして、ADLの改善度が挙げられる。そして我々セラピストも、常に患者のADLを考え、機能障害や能力障害に対するアプローチを行うと共に、Nsとの連携を積極的に図っている。ADLの評価には実際場面における「しているADL」の評価指標であるFunctional Independence Measure(以下、FIM)を用いて採点を行っている。しているADLを高めていくためには、患者の動作の自由度と転倒の問題を適切に判断しなければならない。自由度が上がれば、活動量が増えてリハの効果は上がるが、適切な環境設定がなされていない場合、転倒率も上がることにより、骨折などに対するリスクが増すことになる。このつり合いをいかに決定していくかという場面において、医師、看護師、セラピストによる適切なリスクアセスメントは欠かせない。そして日々変化する患者の身体機能に合わせ、タイムリーなアセスメントと自由度の設定が必要となっている。全国回復期リハ病棟連絡協議会による医療安全の問題に関するアンケート調査¹⁾においても、転倒が1

位であり、転倒に関する安全面への重要性は高く、病棟単位で取り組むべき問題となっている。

3. 当院の転倒対策

転倒対策として、セラピストによる機能面の評価にはバランス機能評価、認知機能評価、高次脳機能評価等を用いてリスクアセスメントを行っている。これに活動の意欲や日中、夜間の状態を勘案し、自由度や環境の設定が必要となる。当院リハ病棟では、セラピストと看護師により、定期的な転倒カンファレンスを実施し、リスクアセスメントを行っている。実際に転倒が発生した翌日にも臨時に転倒カンファレンスを開催し、転倒が起こった状況や対策について共有すると共に対応策を検討している。転倒カンファレンスでは、全国リハ病棟連絡協議会、医療安全委員会が作成した転倒アセスメントシート評価表(表1)を用い、総合的に環境や自由度を検討している。転倒カンファレンスにおいて決定した事項は、すぐに病棟全体への申し送りを行い、スタッフ全員が患者に対して同じ対応、同じ介助が行えるように配慮している。

表1 転倒アセスメントシート評価表

転倒アセスメントシート		
病院番号	カルテ番号	氏名
性別	入棟時年齢	入棟日
項目	結果	
錐体路障害	<input type="radio"/> 2あり	<input type="radio"/> 0なし
入棟までの転倒歴	<input type="radio"/> 1あり	<input type="radio"/> 0なし
視野・視力障害	<input type="radio"/> 1あり	<input type="radio"/> 0なし
感覚障害	<input type="radio"/> 1あり	<input type="radio"/> 0なし
尿失禁	<input type="radio"/> 1あり	<input type="radio"/> 0なし
中枢神経作用薬	<input type="radio"/> 1あり	<input type="radio"/> 0なし
移動手段	<input type="radio"/> 2車いす	<input type="radio"/> 1歩行器 <input type="radio"/> 0ストレッチャー・杖歩行・独歩
HDS-RまたはMMSE	<input type="radio"/> 1 HDS-R≦22またはMMSE≦24 <input type="radio"/> 0 HDS-R≧23またはMMSE≧25	
合計点	_____点	
3点以下:リスク1 4点~6点:リスク2 7点以上:リスク3		

4. 当院における転倒状況

これまでの報告では、リハ施設での転倒発生率は11～39%とされている²⁾。当院リハ病棟においては、転倒転落発生後のインシデントレポートにより、転倒数の集計を行っている。2011年度入院患者数は303例であり転倒発生件数は88件(29.0%)であり、複数回転倒する患者も散見される。疾患別には、脳血管疾患が多く、次いで整形疾患の順となっている(図1)。脳血管疾患においては、運動麻痺や感覚障害のみならず、半側空間無視や注意障害などの高次脳機能障害の残存が転倒に影響していることが考えられる。場所別転倒転落者数では、居室が圧倒的に多く(図2)、時間別転倒転落者数では17時～6時までの夜間に多い。これは、夜間にトイレや更衣、整容など、何等かの動作遂行時に発生していることが考えられる。

図1 疾患別転倒転落者数

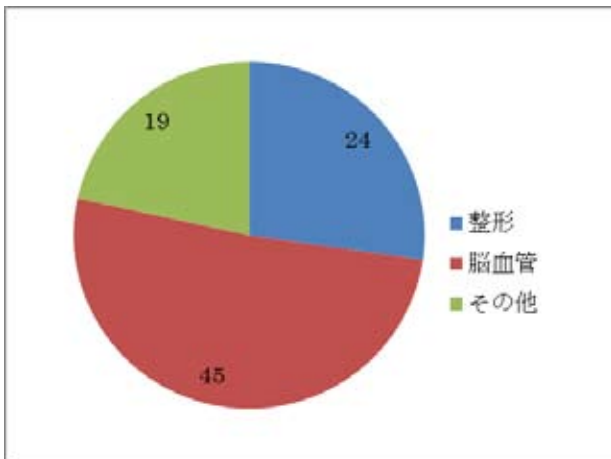


図2 場所別転倒転落者数

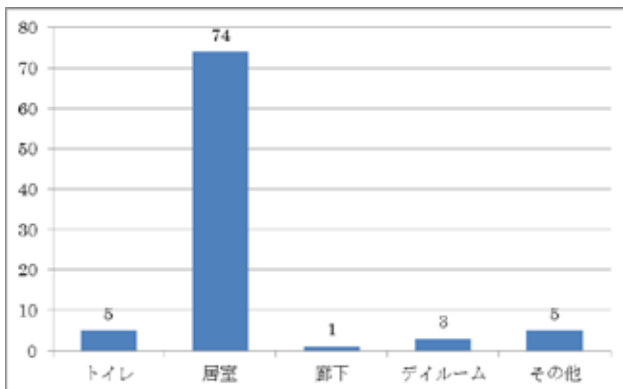
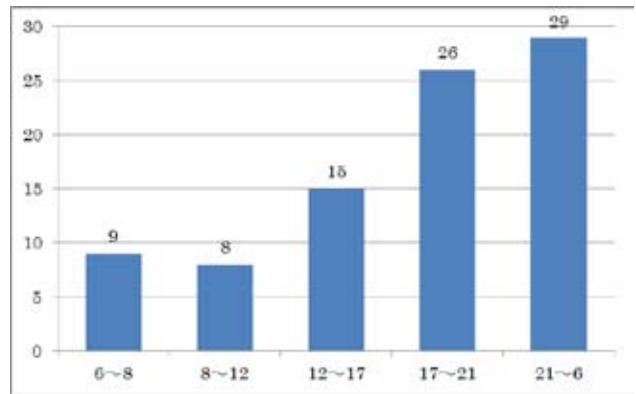


図3 時間別転倒転落者数



5. 現状の問題点と今後の課題

脳血管疾患に関しては特に身体機能の評価のみならず、高次脳機能障害や視野、認知機能における評価が重要とされる。また、時間帯別には夜間の転倒件数が圧倒的に多い。日中は患者も覚醒していることが多く、多くのスタッフが病棟に配置されているため、ある程度適切な環境設定や必要に応じたADL場面の介助が行われていたことが考えられる。逆に夜間は病棟スタッフも少ないうえに、覚醒の問題や明かり環境、服薬の影響、睡眠の問題などから転倒ハイリスク状態となっている。転倒の多い居室に関しては、必要に応じ、四点柵や離床センサーなどの設置を行うも、転倒を防ぎきれていないのが現状である。転倒カンファレンスにおいて、セラピストは日中の状態だけを考慮して離床や自由度の解放、身体活動量の向上を意識し過ぎないように注意することが必要である。そして今後も工学分野との協業により、夜間の状態に着目した離床センサーや光環境の設定、転倒予防機器、患者用身体活動量測定機器の開発等の提供は臨床現場において強く望まれている。

参考文献

- (1) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 医療安全におけるアンケート調査, 2007
- (2) Youhei N, et al : Development of an assessment sheet for fall prediction in stroke inpatients in convalescent rehabilitation wards in Japan. Environ Health Preu Med 13 : 138-147, 2008