転倒対策の試み
ー病棟配属チームの強みを生かしてー

船橋市立リハビリテーション病院
森田秋子

資料10-1

脳卒中患者は…

片麻痺

高次脳
機能障害

- **日常生活動作の低下**

  脳卒中患者（脳梗塞や脳出血など）は、運動機能、高次脳機能等に障害を生じ、ADLは低下

- **日常生活動作の再獲得**

  再び日常生活が可能になることを目的に，リハビリテーションを行う

- **活動量の確保**

  回復には，活動量の確保が必要であるが，それにより転倒のリスクが高まる

- **転倒のリスクをできる限り小さく**

  転倒は骨折等重症転帰に至ることがあり，可能な限り避けなければならない

  活動量を確保しつつ転倒のリスクを小さくすることが，リハビリテーションの命題

転倒の要因

1．環境要因

物理的内的要因：転倒が起きた場所の物理的環境要因
部屋が暗い，段差がある等

個体的内的要因：転倒を起こした患者の内的な要因
服薬していた，疲れていた，心理的不安　等

2．機能要因

運動的要因：筋力低下，麻痺，運動失調，平衡機能低下　等

認知要因：前提として視力，聴力。
高次脳機能障害（注意障害，半側無視の有無等
自己能力に対する病識の低下

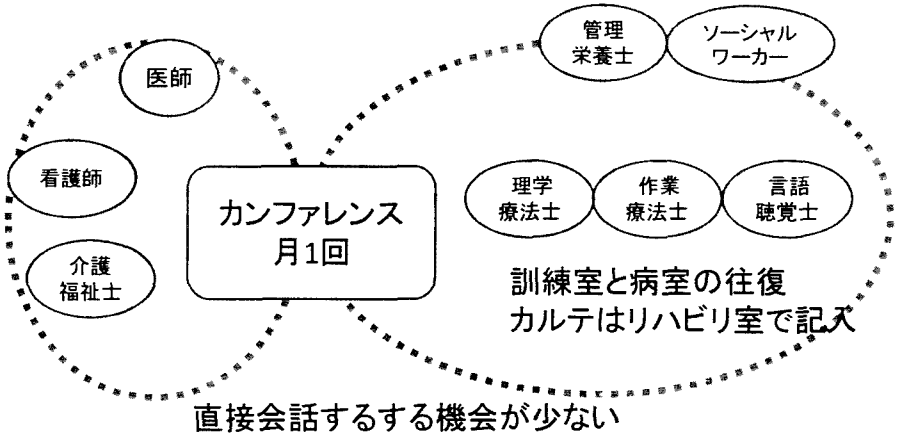
*＊これらが**複合的に絡まりあい**，転倒が起きる!!!*

転倒リスク回避の方策

- **環境対策**
  - 危険因子の排除
  - 活動しやすい環境の整備
  - マットコール等福祉機器の活用
- **人的対策**
  - 必要な人員 (マンパワー)配置
  - 転倒に対する教育と意識喚起
  - 情報共有の徹底：質的・量的

（例えば･･･）

リハビリスタッフがリハ室に張り付けの場合…



情報共有の徹底と
転倒に対する教育と意識喚起が困難!!!

当院の取り組み
（回復期リハビリテーション病棟の場合）

（急性期の場合）

- 急性期では生命を守るための治療が優先され，転倒・転落の可能性のある患者は，それを防ぐ目的から，抑制措置がとられることが一般的である。

- 当院は病院の理念として，必要最低限の例外を除いて抑制は行わない。
- しかし急性期からの転院直後は，転倒・転落のリスクが高い。
- 同時に活動量を確保するため、積極的なリハビリテーションを行い，日々病棟生活の中で可能な活動の実施を目指す。
- そのため十分に自力で動作が可能になるまでの過程に，常に転倒のリスクが隣り合わせにある。

情報が伝達されないとどうなる…？

PT:「だいぶ上手に歩けるようになりましたね。
一人で歩けるようになるように頑張りましょう」

患者:一人で歩いていいんだ。
病識が低く，運動機能の低下を軽く思っている。
注意障害などで，相手の話を正確には聴き取れない。

直後，患者は病棟を一人で歩いている。

看護師:「一人で歩いたら危ないですよ」

患者:「担当のPTが，一人で歩いて
トイレに行って良いって言ったから･･･」

看護師:「そうですか，気をつけてくださいね」

患者はトイレ前で，方向を変えようとして、
バランスを崩して転倒する..

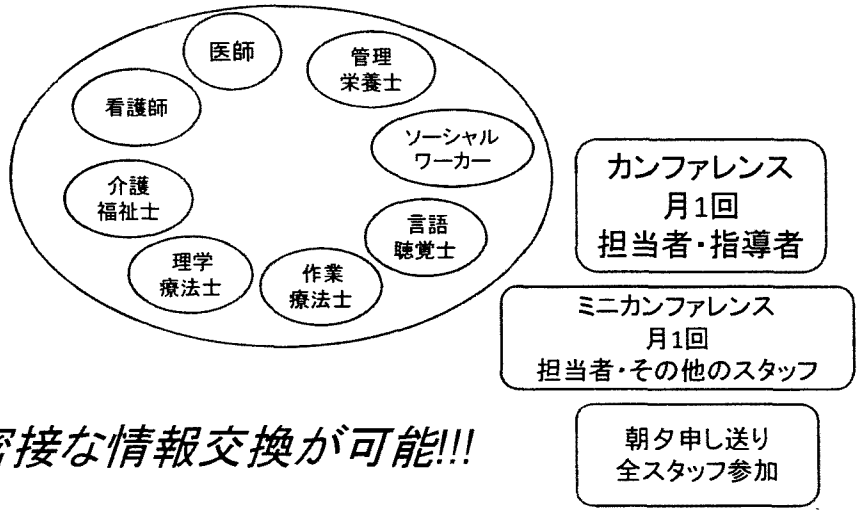
当院の取り組み

転倒リスク回避の方策

- **環境対策**
  - 危険の排除
  - 活動しやすい環境を整える
  - センサー，マットコール等福祉機器の使用
- **人的対策**
  - 必要な人員配置（病棟配置）
    - ➡転倒に対する教育と意識喚起
    - ➡情報共有の徹底：質的・量的

当院の取り組み

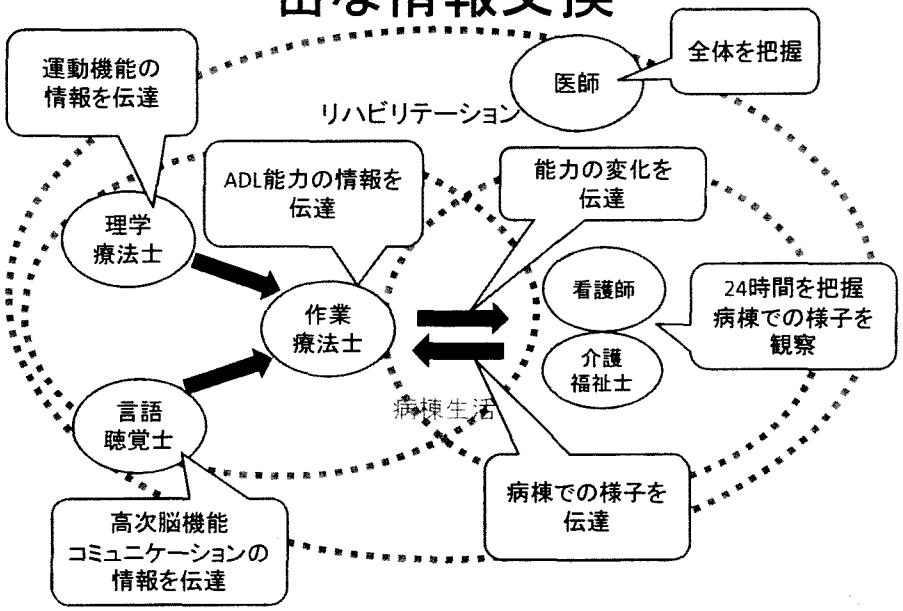
スタッフはすべて病棟配置



密接な情報交換が可能!!!

当院の取り組み

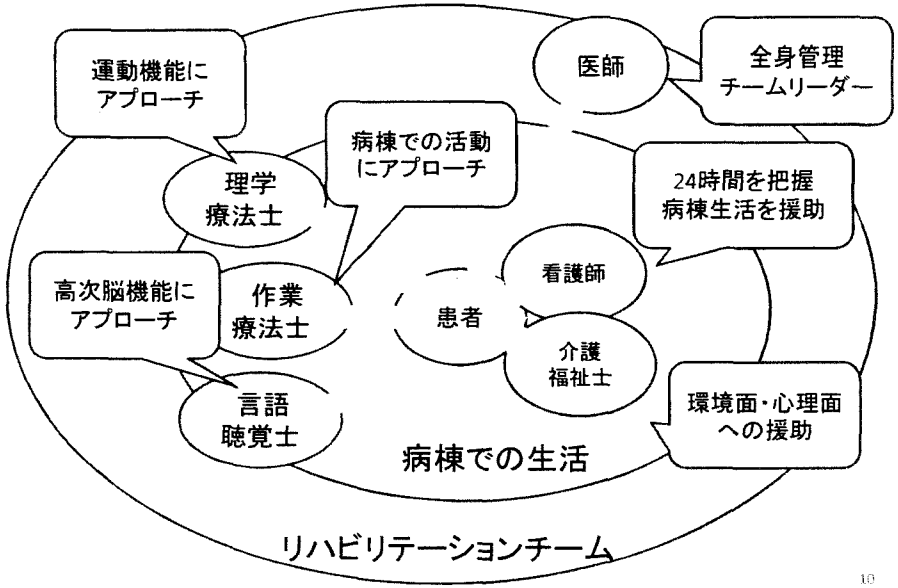
密な情報交換



（特に・・・）

当院の取り組み

転倒リスクのある患者へのアプローチ



事例

症例：54歳，男性

診断：右被殻出血，中等度左片麻痺，注意障害

現病歴：夕食中突然倒れ救急搬送，保存的治療後，
発病30日で当院回復期リハ病棟に転院

入院時評価：

軽度意識障害残存，中等度左片麻痺，注意障害，病識低下を認め，ADLは重度に介助を要す

衝動的に突然立ち上がることがあり，転倒，転落のリスクが高いと判断された。ベッドサイドに**マットコール**を敷き，突然の行動に対処する方針を立てた

経　過

PT　　：歩行能力拡大にアプローチ
OT　　：病棟での応用動作練習
ST　　：注意障害へのアプローチ
Ns・CW：病棟での24時間の様子を把握
　　できるようになった動作は積極的に行う

↓

見守りで歩行ができるようになる

経過の中で行われていること・・・

転倒を防ぐために

PTは応用歩行練習（話しながら歩くなど）
OTは病棟での応用動作練習
　（ドアの開閉、ベッドまわり移動など）
STは本人の振り返りを誘導、障害認識を高める
Ns・CWは病棟での様子を把握,生活の中で練習

密な情報交換

＋

多職種の病棟配置により，転倒リスクの高い患者の情報を共有し，転倒を防止する

↓

患者の最大能力を引き出す

経過の中で行われていること・・・

能力・気づきの向上，経験の拡大

運動能力：バランス改善
認知能力：注意機能向上
歩行能力向上：話しながら歩いても，注意をおこたらない
　　ドアの開閉，段差移動なども安定性が増す
気づきの向上：平らな道なら大丈夫だが,暗い所，狭い所，
　　物を運搬しながらの移動は気をつけないと危険で
　　あることへの認識が高まる

↓

転倒リスクの少ない病棟歩行が可能となる!!!

より質の高いリハビリテーション実施のために（まとめ）

病棟チームに必要職種が配置されていること
それぞれが専門性を備えていること
質的に有効な情報交換がされていること
情報交換を行う環境が整備されていること

↓

適切な人員配置の促進
スタッフ教育

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名　森田 秋子 委員

チーム（取組）の名称

急性期リハビリテーションチーム
（相澤病院ケアユニットチーム，理学療法部門，大塚功）

チームを形成（病棟配置）する目的

脳卒中ケアユニット（以下ＳＣＵ）の配置人員は，専従理学療法士または作業療法士１名となっているが，基準通りの１名の配置では到底十分なリハビリテーションを提供することは不可能である。当院では365日体制でＳＣＵにおける急性期リハとチーム医療を実践するために，理学療法士３名，作業療法士１名，言語聴覚士１名を配置している。この配置により，ＳＣＵ入室期間約５日間に患者１名につき１日あたり平均６単位のリハビリテーションを提供することができている。

チームによって得られる効果

急性期におけるチームの目標は，「全身状態を安定化させながら，脳卒中の治療と並行して，臥床に伴う廃用症候群等の合併症を予防し，急性期から望ましい機能回復を図りながらその後の日常生活活動の獲得と社会復帰につなげていくこと」である。たとえば摂食嚥下機能を例にとると，多職種が病棟チームに配置されていることにより，より早期に摂食嚥下機能に関わる情報の統合が可能になり，早期の経口摂取への介入，日々刻々と変化する状態への臨機応変な対応を実現し，患者の最大限の回復を促すことを可能にしている。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

例として，摂食嚥下機能の改善に対するアプローチを示す。

医師：全身状況の医学的管理，急変への対応，摂食状況の把握を行い，必要に応じ、嚥下造影検査を実施する。

言語聴覚士：医師の指示に基づき，摂食嚥下機能の評価を行い，望ましい食事形態，摂食時の姿勢，摂食方法などについて他職種へ情報を伝達する。

看護師：24時間体制で患者の全身状況を管理し，実際の食事摂取状態を観察する。言語聴覚士からの情報をもとに，食事摂取援助を行う。

理学療法士：運動機能全体の評価とアプローチを行う。体幹機能の評価から，摂食時の姿勢を提案し，実施する。

作業療法士：体幹，上肢機能の評価から，適切な食物摂取方法を提案する。

チームの運営に関する事項

① リハビリテーションをほぼ全て病棟で実施し，療養と生活空間を共有する
② 電子カルテを導入し，情報を一元化し共有する
③ 病棟内での多職種間の日常的コミュニケーションを重視する
④ リハカンファレンス，退院カンファレンス，転倒転落カンファレンス，排泄ケア，カンファレンスなどの重視する
⑤ 職種横断的な検討会，プロジェクトチーム会を作り，運営の刷新を定期的に図る

具体的に取り組んでいる医療機関等

相澤病院（長野県松本市）

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名　森田 秋子 委員

チーム（取組）の名称

回復期リハにおける転倒対策（病棟チームでの対応）

チームを形成（病棟配置）する目的

回復期リハでは,より発症早期の患者が入院するようになり，意識障害を呈し病識が不十分な状態で入院されるケースが増えている。さらに，早期ＡＤＬ自立を目標に積極的な活動を促進するために，常に転倒事故が起きるリスクが存在する。転倒の原因や発生する状況はさまざまであり，麻痺やバランス等の運動機能障害，注意や病識等の高次脳機能障害，不安などの心理要因，明るさや段差などの環境要因，トイレ切迫，服薬等その他の要因が複合的に絡んでいるため，多職種の連携が欠かせない。そのため，転倒リスクの高い患者に対して，病棟チームで取り組むことが有効である。

チームによって得られる効果

運動機能，高次脳機能，排泄機能，服薬状況等を正しく評価することにより，転倒・転落のリスクを把握する。病識が低く衝動的に行動してしまう患者の行動をただちにキャッチするために，センサー，マットコール等の福祉機器を使用する。また，病棟内監視歩行となった患者を自立と判断するための適切な基準が必要である。自立に至るまでの間に，適切な評価・訓練を行い，患者の能力向上と自己認識促進を促すリハビリテーションの提供が重要である。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容

医師：転倒リスクのある患者に対し，医学的管理を行うい，申し送りやカンファレンス等での情報を基に，移動形態や介助方法を総合的に判断する。

理学療法士：移動の評価・訓練，介助方法の指導及び移動に関する全体のマネジメントを行う。

作業療法士：病室内の扉やカーテンの開閉，物の運搬等，リスクを伴う実際の生活場面での応用歩行の訓練，評価，および環境調整を行う。

言語聴覚士：注意機能等高次脳機能の転倒に関する影響の評価，他スタッフへの指導方法の援助，自己の行動の振り返りから病識の改善にアプローチする。

看護師：24 時間を通した転倒に関する評価を行い，患者の全身状況を把握，リハビリの進行具合，患者の心理面などを総合して患者にかかわる。

介護福祉士：病棟の環境，患者の心理面に配慮し，ＡＤＬを実施する上で患者の行動を援助する。

チームの運営に関する事項

チームメンバーは全員が病棟配置であり，必要に応じリハビリテーション室での練習を行うが，病棟で共有する時間を利用して，密に患者に関する情報交換を行う。定期的に行われるカンファレンス，ミニカンに加え，朝夕の申し送りにて，患者の変化や特記事項を連絡しあう。多職種の病棟配置により，転倒リスクの高い患者の情報を共有し，自立に向けたアプローチを行い，患者の最大能力を引き出すことができる。

具体的に取り組んでいる医療機関等

船橋市立リハビリテーション病院

チーム医療の具体的実践例３

提出委員名　市川幾恵　委員

チームの名称

呼吸ケアチーム

チームを形成する目的

人工呼吸器装着患者に対して、各専門的な視点でアセスメントし介入することで、合併症を予防し、早期に離脱ができる。

チームによって得られる効果

・呼吸ケアチーム加算 150 点／週に１回（1 か月以内）
・呼吸器離脱困難事例に、指導を行うことで適正な呼吸器管理が可能となり、離脱の方向に向かうことができる
・医師や看護師は、ラウンド時に不安や疑問点などを呼吸ケアチームに確認できる

関係する職種とチームにおける役割・業務内容

医師（麻酔科医）：患者の病状および呼吸状態をアセスメントし、離脱可能か人工呼吸モードが患者に適切か判断し主治医または看護師に指導する。

看護師（集中ケア認定看護師・救急看護認定看護師）：体位ドレナージ（排痰ケア、体位）、離床状況、吸引方法、感染、環境面の確認と指導する。

歯科医師：口腔内の状況を点検し、治療の必要性や問題点をチェックする。

歯科衛生士：口腔内観察を行い清掃、看護師へのケア指導をする。

臨床工学技士：人工呼吸器本体の管理状況を確認し、医師とモードの調整をする。

理学療法士：全身的な運動の可能域や筋力低下の問題点や呼吸器離脱に関する呼吸筋に対するアセスメントをする。

チーム運営に関する事項

＊2003 年より認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、臨床工学技士でラウンド開始、2010 年の診療報酬加算開始に伴い、医師、理学療法士が加わる。
＊毎週金曜日、14：30 から集中治療部門以外の患者 5～10 名程度をラウンドする。
＊ラウンド用紙に各職種が項目ごとにチェックし、必要に応じてコメントを記載する。記載内容を担当者に説明し、最終的に主治医がサインしカルテに閉じる。

具体的に取り組んでいる医療機関

昭和大学病院

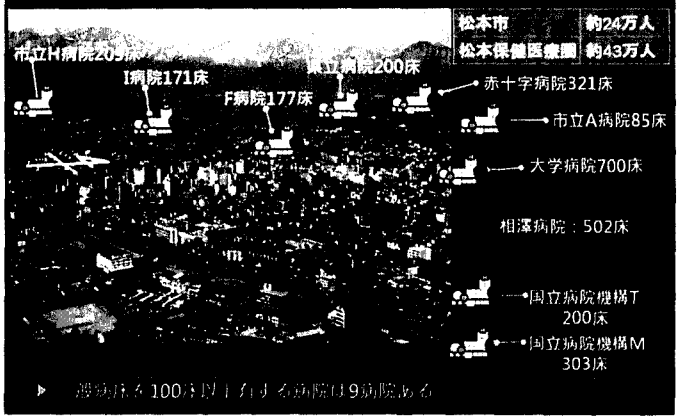
相澤病院における
急性期リハビリテーションとチーム医療の実践

2011.Feb.7 Mon.

社会医療法人財団　慈泉会　相澤病院
（救急救命センター・地域医療支援病院・臨床研修指定病院）
http://www.ai-hosp.or.jp

リハビリテーションセンター
脳卒中理学療法部門　部門長　大塚　功

松本保健医療圏周辺病院



慈泉会相澤病院の概要

所在地	長野県松本市本庄2－5－1
病院開設日	昭和27年1月26日
病院長	相澤　孝夫
病床数	502床
病院職員	1,610名

常勤医師 137　助産師 28　看護師 516
准看護師 33　看護アシスタント 50　手術アシスタント5
診療アシスタント30　カルテ アテンダント3　ボイスプッサ 2
放射線技師 34　薬剤師 28　臨床検査技師 60
理学療法士 54　作業療法士 31　言語聴覚士 17
訪問：理学療法士31 作業療法士15 言語聴覚士4
社会福祉士8　管理栄養士 11　介護福祉士37
救命救急士 5　医療心理士 2　臨床工学技士 25
歯科衛生士 4　事務職員230

▶ 2011年1月1日現在

相澤病院リハビリテーションの取組み

- 急性期リハビリテーション・リハ科病棟新設
- H11　訪問リハビリテーション開始
- H14　専門領域別部門構成
- H14　365日リハビリテーション提供体制
- H16　高次脳機能障害支援拠点病院指定（現：長野県・中信高次脳機能障害支援センター）
- H17　脳卒中ケアユニット開設（H18年SCU加算）
- H18　脳卒中急性期9単位リハ　SCU専従PT配置
- H20　CI療法　GSD導入　スポーツ障害予防治療センター
- H21　BWSTT導入　通所リハ「歩み」開設
- H22　rTMS導入（NEURO−15）　心リハ室開設
  （NovEl Intervention Using Repetitive TMS and Intensive Occupational Therapy−15 日間）

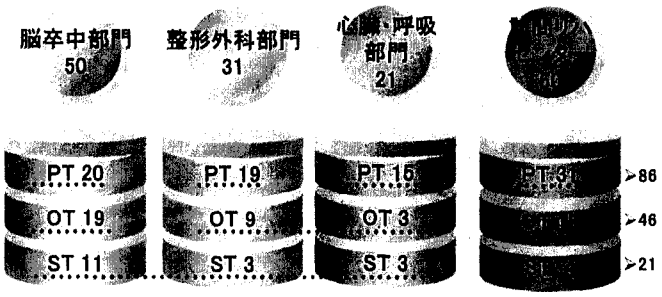
脳卒中リハビリテーション病棟（SU）

出版：読売新聞社（2008/10/7）

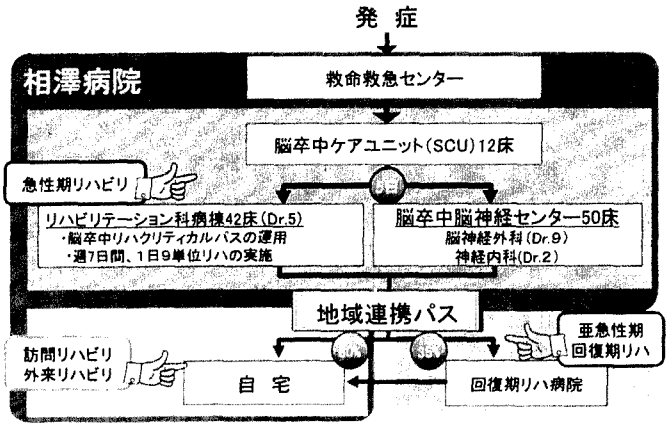
リハビリテーションスタッフ部門別配置図（平成23年1月）

リハビリテーションスタッフ152名

総合リハビリテーションセンター102名



相澤病院脳卒中診療・リハシステムの概要



セラピスト数と生産性の関係

生産性 ／ セラピスト数	1 (18:1)	3 (6:1)	6 (3:1)	9 (2:1)
担当患者数（18人/セラピスト数）	18	6	3	2
1日の実施単位合計（セラピスト数×18単位）	18	54	108	162
患者1人あたり実施単位数	1	3	6	9

多患者・少単位 ➡ 少患者・多単位