

在宅訪問リハビリテーションにおける病態把握とリスクマネジメント

佐浦隆一^{1, 2)}, 佐藤久友²⁾, 富岡正雄¹⁾, 仲野春樹¹⁾, 土井あかね^{1, 2)}, 齊藤昌宏¹⁾, 長尾陽子¹⁾

- 1) 大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室
- 2) 大阪医科大学大学院医学研究科 高度医療人育成コース リハビリテーション医学

キーワード：訪問リハビリテーション・リスクマネジメント・地域包括ケアシステム

はじめに

1990年代以降、急速に高齢化が進み、すでに超高齢社会（65歳以上の人口割合：高齢化率＞21%）に突入した日本では、2015年に所謂、団塊の世代（昭和22年～昭和24年：第一次ベビーブームに生まれた戦後世代）が前期高齢者（65歳）に到達し、その10年後（2025年）には、高齢者人口は約3500万人に達すると推計されている。

2015年頃までは、高齢化の速度が問題となっていたが、それ以降は高齢化率の上昇（総人口に対する高齢者数の割合）が問題となっている。

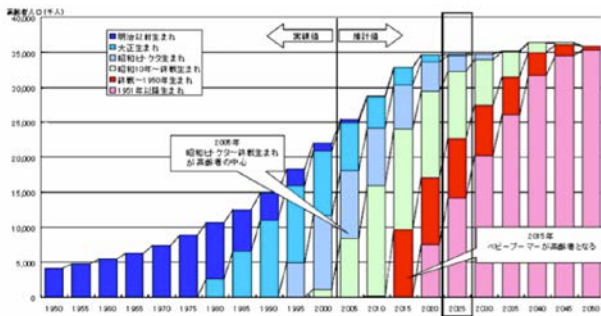


図1 世代別に見た高齢者人口の推移

（第1回介護施設等の在り方に関する委員会 平成18年9月27日資料4 今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～より引用）

また、高齢化率ばかりではなく、2025年には320万人を超える認知症高齢者数と約1840万世帯に増加する高齢者世帯の約70%に迫る一人暮らし、あるいは高齢夫婦のみ世帯数も大きな社会問題となる（厚生労働省・第1回介護施設等の在り方に関する委員会 資料）。

その結果、2025年の社会保障費用（旧社会保障給付費）は、年金60.4兆円、医療54.0兆円、介護19.8兆円を合わせて148.9兆円にまで膨らむと推計されているが、なかでも医療及び介護に関する部分は、平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差（図2：2010年：男性9.13年、女性12.68年）の影響を直接受けるので、国は「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を喫緊の課題と捉え「二十一世紀にお

ける第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）：平成25～34年度）を強力に推進している。

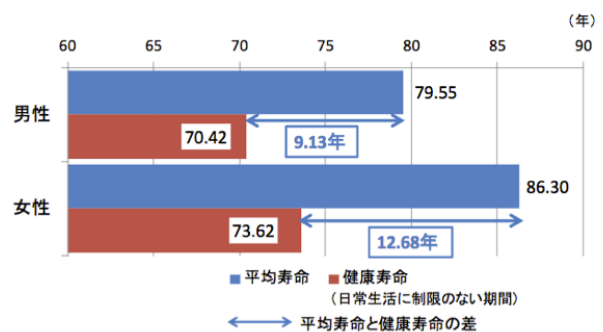


図2 平均寿命と健康寿命の差

（健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料 平成24年7月27日 p25より引用）

また、国は、病床機能報告制度に基づいて都道府県が策定する地域医療構想（ビジョン）をベースに医療・介護サービス保障を強化した「どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービス（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が一体的に提供され、かつ受けられる社会の構築」を目標に掲げて、2025年を目途に地域包括ケアシステムの整備を急いでいる。

さて、訪問リハビリテーションは、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることを目的に、生活の場（自宅）で心身障がい、生活障がい、住環境などを評価しながら、実際の生活場面に即した能力的な部分へのアプローチ（生活期リハビリテーション）を行うサービスであり、いわゆる地域包括ケアシステムの「介護予防・生活支援」の植木鉢に生えている葉っぱなかで「介護・リハビリテーション」の要（葉脈）となるサービスである。さらに、疾患の急性増悪などにより日常生活活動能力が大きく低下した場合には集中して実施される医療系サービスでもあり、「医療・看護」の葉っぱにも必要不可欠なものである。

すなわち、訪問リハビリテーションの実施にあたっては、落ち着いた生活期ばかりではなく、在宅でありながらも疾患

の急性増悪時などには、急性期あるいは回復期リハビリテーションと同等のリスク管理を行わなければならない。

さて、適切なリスクマネジメントには、病態の把握が必須であり、病態の把握にあたっては、生命に直接影響する呼吸・循環器の病態と運動機能に直接影響する神経・運動器の病態に分けて考えると理解しやすい。

まず一般的に、疾患の発症後、急性増悪後や手術後などの急性期から亜急性期であれば、心拍数、呼吸数、血圧、体温（バイタルサイン）により呼吸・循環動態を把握したうえで「動かすリスク」と「動かさないリスク」を勘案してリハビリテーション介入を実施する。次に、回復期では機能回復（再獲得や環境調整による機能代償などを含む）が、そして生活期では機能維持と廃用予防が第一義であるが、不適切な病態把握による過用や誤用は、呼吸・循環動態、あるいは筋・骨関節などの運動器に少なからず悪影響を及ぼす。

リハビリテーションにおけるリスクマネジメントについて、慶應義塾大学の里宇明元教授（リハビリテーション医学）は次のように述べている（第42回日本リハビリテーション医学会（日本リハ医学会）学術集会）。

- ・ リハビリテーションは本質的にハイリスクの分野である。
- ・ 対象者のほとんどは、運動器の障がいや有しており、全身的な合併症のある対象者も少なくない。
- ・ 知的低下や高次脳機能障がいや呈する場合には、本人によるリスク管理が困難なことも多い。
- ・ 一方で、転倒や合併症のリスクを恐れてリハビリテーションを実施しないと廃用に陥るリスクがあるとともに、患者にとっては不利益となる。

その後、日本リハ医学会は関連専門職委員会とリハビリテーション専門職の学協会との共同作業として、① リハビリテーション領域における安全管理とリスク評価に関するこれまでの知見と今後の課題、② 全国のリハビリテーション医療施設を対象とした安全管理に関する実態調査の結果、③ リハビリテーション領域の特殊性を踏まえたインシデント・アクシデントデータベースの作成とモニタリングへの取り組みの概要をまとめ、診療ガイドライン委員会内の「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン策定委員会」により2006年に「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」が刊行された。

この「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン¹⁾」の「II リハビリテーション部門における安全管理 2. 患者の安全」では、バイタルサインの変動についての注意喚起がなされている。

さて、バイタルサイン（vital signs）とは「生存していくために必要な基本的生理機能の保持を示す徴候」であり、脈拍・血圧・体温・呼吸からなり、その変動（上昇・増加/低下・

減少）は「意識障害」として現れる。

このバイタルサインの変動を感知するためには、バイタルサインの基準値を知っておく必要がある。

	血圧(mmHg)	脈拍/分	呼吸数/分	体温(腋窩温)
新生児	60~90/30~50	120~140	30~60	<ul style="list-style-type: none"> • 低体温: ~35°C台或いは、それ以下 • 正常: 35.5~37.5 • 微熱: 37~37.9 • 中等度の発熱: 38~38.9 • 高熱: 39°C以上
乳児	80~90/60	100~120	30~40	
幼児	90~100/60~65	90~110	20~30	
学童	100~110/60~70	80~110	18~20	
成人	100~130/60~85	60~100	12~18	<ul style="list-style-type: none"> • 小児: 成人より高め • 高齢者: 成人より低め
高齢者	60代: 140/90	60~80 内服中の降圧剤に注意	65歳以上	
	70代: 150/90		12~28	
	80代: 160/90		80歳以上	
	(日本高血圧学会)		10~30	
経皮的動脈血酸素飽和度(SPO ₂): 正常値96%以上				

図1 バイタルサインの基準値

その上でリハビリテーションの中止基準を踏まえて、安全な訪問リハビリテーションを実施することが重要である。また、在宅医療の進歩により、在宅でも人工呼吸管理や輸液療法、透析療法などが行われるようになり、訪問リハビリテーションであっても病室やICU（集中治療室）と同等の以下のようなリスクマネジメントが求められるようになった。

1. 医療機器の故障と不正な取り扱いへの注意
 - 機器の種類や設定条件、アラーム音（ON）の確認
 - ルート、経鼻胃管の外れへの
2. 人工呼吸器
 - 呼吸回路接続の外れ、作動異常、作動停止への備え
3. 酸素吸入
 - 機器や設定条件の確認と火気厳禁（静電気に注意）

さらに、訪問リハビリテーションで起こりうるアクシデントやトラブルは例を挙げると、

1. 心停止を含むバイタルサインの急激な変動や自覚症状の出現
2. 転倒・転落・打撲・その他外傷、溺水（訪問入浴）
3. 接続チューブ、点滴ルートなどのはずれ
4. 感染（インフルエンザなど）
5. 治療機器による熱傷、感電、疼痛、外傷
6. 嚥下訓練中の誤嚥、窒息
7. 訪問先対象者の取り違え、家族とのトラブル

など枚挙に遑がない。

以上、本講演では、訪問リハビリテーションを実施するにあたって考慮しなければならない病態とその変化やアクシデントに備えたリスクマネジメントについて概説した。今後、訪問リハビリテーションが地域包括ケアシステムに必要不可欠なサービスとして大きく発展することを期待している。

文 献

- 1) リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン. 日本リハビリテーション医学会編, 医歯薬出版株式会社, 2006 ISBN 978-4-263-21854-9