

## 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（案）

### I . 医療安全管理とリスクマネジメントの考え方

医療安全は医療の質にかかわる重要な課題であり、患者への適正な医療の提供とその過程における安全確保は医療の基本となるものである。また、医療は患者と医療従事者が協力して進められるべきものであることや、その主体は患者自身であることを改めて認識する必要がある。患者への十分な情報を提供し、同意を得、患者自らが治療を選択できるような体制を整えることが求められている。

一方、リスクマネジメントとは事象の発生防止だけでなく、発生時や発生後の一連の取り組みであり、医療の質の確保を通して組織を損失から守ることを目的とする取り組みである。

各施設及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することが最も重要である。

各施設においては、組織として以下のような体制が確立しているかどうかを確認することが必要である。

1. 安全管理組織、担当者の確立
2. 合併症・続発症報告ルートと必要な報告書の確立
3. リスク評価と分析の手法の確立
  - [1] リスクの把握：事故報告、インシデント報告の収集
  - [2] リスク評価：重大な影響を及ぼす可能性があるリスクと対策が必要な事例を特定する；頻度と影響の大きさとの関連で検討する
  - [3] リスクの要因分析と防止策検討
  - [4] 防止策の実施と評価：防止策の優先順位を決定し、職員に周知徹底させる
4. 文書管理方法や情報開示に関する手続き方法の確立
5. 事故発生時の施設としての対応方法の確立

ここではリハ科としての初期対応に関する確認のみを行い、施設全体としての対応方法は省略する。事故発生前のインフォームド・コンセントや普段からの患者とのコミュニケーションが重要であることは言うまでもない。

### II . リハ部門における安全管理

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害を有しており、全身的な合併症のある方も少なくない。また、知的低下や高次脳機能障害を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。その一方で、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。

1. 訓練処方箋に基づくリハビリテーション
  - [1] リハ部門職員は、最新のリハ訓練処方箋の内容に基づいてリハを実施する。
  - [2] 訓練処方箋の内容に不備や不明な点がある場合には、迅速に医師と内容確認を行い、必要に応じて訓練処方箋の修正を求める。

## 2. 患者の安全

- [1] リハ部門職員は、患者に安全で適切なりハを実施するため、バイタルサインの監視を適宜行い、治療による悪影響に留意する。
- [2] リハ科での診療前に、病棟でのバイタルサインチェックを行うとともに、変化点があればその引継ぎを病棟スタッフから確実にを行う。

## 3. 施設・設備・機器管理

- [1] 訓練室のほか屋外訓練スペース、エレベータ、廊下、階段等のリハ実施中の水濡れによるスリップ、判断に迷う掲示・案内表示等へも注意を払い、改善に向け情報提供をする。
- [2] 設備・機器に異常がある場合には直ちに使用を停止し、迅速に修理・交換を行う。

## 4. 常備すべき器具

- [1] ストレッチャー・車椅子
- [2] 血圧計
- [3] 心電図モニター
- [4] アンビューバッグ
- [5] 酸素ポンペ
- [6] 吸引器
- [7] パルスオキシメーター
- [8] 救急カート（救急薬品・消毒液・滅菌ガーゼ等）

## III . 全身状態の悪化

### 1. リハ中に起こりうるアクシデント

- [1] 心停止
- [2] バイタルサインの急激な変動や自覚症状の出現  
強い胸部痛や腹痛、てんかん発作、低血糖発作、意識消失、気分不快、  
血圧低下、不整脈、胸背腹部痛、強い関節痛や筋肉痛
- [3] 転倒・転落・打撲・その他の外傷
- [4] 溺水
- [5] 接続チューブなどのはずれ
- [6] 院内感染
- [7] 治療機器による熱傷、感電、疼痛、外傷
- [8] 誤嚥
- [9] 患者同士のトラブルによるアクシデント
- [10] 患者取り違え
- [11] 離院・離棟

### 2. 初動体制の原則

- [1] 医療事故が発生した際には、医師・看護師等の連携のもとに救急処置や医療上の最善の処置を行う。同時に上司への報告を行う。
- [2] 上司の指示・了解を得て、患者・家族への説明者を決める。説明者には状況に応じて主治医や当該診療科の上司があたる。説明者が決定したら、自己の関係者、現場にいた職員に周知する。
- [3] 説明は説明者ひとりで行わず、他に上司などが同席し、事故発生の実経過を

正確に説明する。憶測・推測での発言は行わない。

- [4] 説明者，説明内容，日時，説明を受けた人，同席者，患者側の質問などを記録する。
- [5] 家族が施設内にいない場合には関係職員が直ちに連絡する。連絡がつかなかった場合も診療録にその旨を記録すること。
- [6] 事故の関係職員を集めて事実経過の確認を行う。特に処置，検査，観察など実施経過，時刻などは事実経過を確認し記録する。できる限り早期に実施することが大切。

### 3. リハ部門における急変時対応

#### (1) 人命にかかわる状況の場合

- [1] 周囲のスタッフの協力を求め，院内緊急コールを発信する。できる限り人数を集める。可能な救命処置を開始する。
- [2] バイタルサインの監視を開始する。
- [3] 医師・看護師へ引き継ぐ。
- [4] 上司への報告。
- [5] 発生時の状況等を記録する。

#### (2) 人命にはかかわらない状況の場合

- [1] 周囲のスタッフの協力を求め，主治医またはリハ医と連絡を取り，状態を報告し，診察を要請する。
- [2] バイタルサインの監視を開始する。
- [3] 医師・看護師へ引き継ぐ。指示に従い病棟等への搬送を行う。
- [4] 上司への報告。
- [5] 発生時の状況等を記録する。

#### (3) 救命処置

- [1] 呼名に反応するか確認。反応がある場合には患者の訴えの聴取，バイタルサインの測定，神経学的所見のチェック。
- [2] 反応がない場合は自発呼吸の有無を確認。ある場合にはバイタルサインを測定。
- [3] 自発呼吸がなければ速やかに気道確保。呼吸回復すればそのままバイタルサインを測定。
- [4] 自発呼吸が回復しなければ人工呼吸を開始。
- [5] 脈拍の有無を頸動脈で確認。脈拍が触れれば人工呼吸を継続。
- [6] 脈拍が触れない場合は心臓マッサージを開始。
- [7] 人数が確保できれば，脈拍や血圧などバイタルサインの測定。

## IV . リハビリテーションの中止基準

### 1. 積極的なリハを実施しない場合

- [1] 安静時脈拍 40/分以下または 120/分以上
- [2] 安静時収縮期血圧 70mmHg 以下または 200mmHg 以上
- [3] 安静時拡張期血圧 120mmHg 以上
- [4] 労作性狭心症の方
- [5] 心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合

- [6] 心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合
  - [7] 著しい不整脈がある場合
  - [8] 安静時胸痛がある場合
  - [9] リハ実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合
  - [10] 座位でめまい，冷や汗，嘔気などがある場合
  - [11] 安静時体温が 38 度以上
  - [12] 安静時酸素飽和度（SpO<sub>2</sub>）90%以下
2. 途中でリハを中止する場合
- [1] 中等度以上の呼吸困難，めまい，嘔気，狭心痛，頭痛，強い疲労感などが出現した場合
  - [2] 脈拍が 140/分を超えた場合
  - [3] 運動時収縮期血圧が 40mmHg 以上，または拡張期血圧が 20mmHg 以上上昇した場合
  - [4] 頻呼吸（30 回/分以上），息切れが出現した場合
  - [5] 運動により不整脈が増加した場合
  - [6] 徐脈が出現した場合
  - [7] 意識状態の悪化
3. いったんリハを中止し，回復を待って再開
- [1] 脈拍数が運動前の 30%を超えた場合。ただし，2 分間の安静で 10%以下に戻らないときは以後のリハを中止するか，または極めて軽労作のものに切り替える
  - [2] 脈拍が 120/分を越えた場合
  - [3] 1 分間 10 回以上の期外収縮が出現した場合
  - [4] 軽い動悸，息切れが出現した場合
4. その他の注意が必要な場合
- [1] 血尿の出現
  - [2] 喀痰量が増加している場合
  - [3] 体重増加している場合
  - [4] 倦怠感がある場合
  - [5] 食欲不振時・空腹時
  - [6] 下肢の浮腫が増加している場合

## V . 医療機器の管理

1. 医療機器の故障と不正な取扱い
- (1) 予防対策
    - [1] 機器の種類と使用方法の確認
    - [2] 機器点検の確認
    - [3] 設定条件の確認
    - [4] アラーム音の確認・患者観察
    - [5] リハ開始時及び終了時のルートの確認
  - (2) 想定されるエラー
    - [1] 医療機器の充電不足やバッテリー劣化
    - [2] アラームがオフの状態

[3] アラーム故障（警報音が出ない，点滅が消えない）

[4] ルートのはずれ

(3) 事後対策

[1] 直ちに看護師あるいは医師に連絡

[2] 必要に応じてバイタルサインのチェックと救命処置の実施

2. 人工呼吸器

(1) 予防対策

[1] 機器点検の確認

[2] 病棟における人工呼吸器の種類と使用方法の確認

[3] 設定条件の確認

[4] 機器の点検と患者の観察

[5] アラーム音の確認・患者観察

[6] 気管内チューブ挿入中の固定の確認

[7] 呼吸状態の確認，チアノーゼの有無，SpO<sub>2</sub>のチェック

(2) 想定されるエラー

[1] 気管内チューブの自己抜管，閉塞

[2] 呼吸回路の接続のはずれ，亀裂，もれ，閉塞

[3] 人工呼吸器の作動異常

[4] 人工呼吸器の作動停止（停電，医療ガス供給の停止など）

[5] 加温加湿器の滅菌蒸留水の補給忘れや入れ間違い

[6] 加温加湿器の電源の入れ忘れ

[7] 呼気吸気回路の機械への接続ミス

[8] 回路の組み立てが間違っている。電源コード，プラグ，アース線など電気系統の破損や断線

(3) 事後対策

[1] 直ちに看護師あるいは医師に連絡

[2] 必要に応じてバイタルサインのチェックと救命処置の実施

3. 酸素吸入

(1) 予防対策

[1] 機器点検の確認

[2] 設定条件の確認

[3] 機器の点検と患者の観察

[4] マスク・カニューレ固定の確認

[5] 呼吸状態の確認，チアノーゼの有無，SpO<sub>2</sub>のチェック

[6] 火気厳禁

(2) 想定されるエラー

[1] 酸素チューブ・マスクの自己抜去，閉塞

[2] 呼吸回路の接続のはずれ，亀裂，もれ，閉塞

[3] 作動異常

[4] 作動停止（停電，医療ガス供給の停止など）

[5] 電源コード，プラグ，アース線など電気系統の破損や断線

(3) 事後対策

[1] 直ちに看護師あるいは医師に連絡

[2] 必要に応じてバイタルサインのチェックと救命処置の実施

## VI. 各種リスクの管理

### 【転倒・転落】

自立を目指すリハビリテーション医療の介入目標の一つが移乗，移動動作における介助量を減らすことであり，経過とともに転倒の危険性が増える性格をもつ。転倒・転落は患者が自ら行動することが発端で発生するという特徴をもち，患者の活動性・自立性を尊重することと転倒を防ぐことは矛盾しているという一面がある。したがって転倒・転落の安全管理においては，当該疾患の医療・看護技術上のリスクファクター以外に転倒・転落に関する別の情報が必要であり，職員は能動的にそれを収集することから始めなければならない。歴史的に看護師が入院患者に行っている転倒・転落アセスメントスコアシートによる危険度分類はその有効性の根拠が数個の海外文献で示されており，今回のフェイスシート作成の基にした。リハビリテーション医療従事者は看護師の病棟におけるアセスメントを参考にし，より正確に転倒危険因子を測定評価して，確率の高い安全管理対策に結びつけることが必要である。同時に看護師，病棟との連携が求められる。

1. 転倒・転落アセスメントスコアシート(フェイスシート参照)で患者の危険度を知る。
2. 患者を観察・評価し，より正確な危険度を把握する。

フェイスシートによる危険度をより客観的にするため，必要な測定・評価を追加して，より適切な対策に結びつける。

- ・歩行障害，バランス障害を評価し，その程度を把握する。
- ・高次脳機能障害を評価し，その程度を把握する。
- ・不穏，興奮，不眠の程度を把握する。
- ・性格特性，コ・ピング行動様式を把握する。
- ・視力障害，体性感覚障害を評価し，その程度を把握する。
- ・排泄の頻度，排泄パターンを把握する。
- ・薬剤の詳細，服用後の影響を把握する。
- ・ADL 評価を行い，自立度を把握する。

3. リハビリテーション医療対象患者に対する一般的対策

- ・看護師からその日の看護情報を取得し，全身状態を確認する。
- ・その日の体調（血圧，脈，体温，摂食，脱水，失禁，服薬，疲労など）を点検する。
- ・服装，履物を点検し，次の物を勧める。  
着脱しやすい衣類，運動しやすい衣類，リハビリパンツなど  
軽く，つま先上がりのフィットした運動靴
- ・必要なら応援を依頼して，一人ではなく数人で対応する。
- ・治療中は患者から離れない。やむを得ず離れるときは他のスタッフに正確に伝達して依頼する。
- ・自己訓練の場合は患者に禁止事項を徹底する。
- ・治療中の休息時にも安全に気を配る。
- ・言語聴覚士はあらかじめ理学療法士，作業療法士から移動，移乗能力とその介助方法について連絡，指導を受けておく。
- ・患者の座位，立位の安定性を常に確認する。
- ・特に患者の立ち上がり動作に注意する。
- ・患者の排泄のパターンに基づいて，トイレへ誘導する。

- ・認知症や不穏状態の場合，心理的な安楽が図られないことにより問題行動につながる  
とされている。優しく温かい言葉がけや，対象者を尊重した態度に心がける。
4. 装具，歩行補助具，備品，設備，環境（床，照明）などの点検，整備と整理整頓
    - ・装具の適応性，装着性を点検し，破損があれば速やかに修理する。
    - ・杖，歩行器，車椅子の大きさ，型を多種類そろえる。
    - ・杖，歩行器，車椅子を定期的に点検し，破損があれば直ちに修理する（特に車椅子の  
ブレーキ）。
    - ・備品，道具の整理，整頓を毎日行う。
    - ・廊下，歩行路に物を置かない（コード類も）。
    - ・マットの縁によってできる床との段差に注意する。
    - ・廊下，歩行路の水のこぼれに注意し，あれば直ちに掃除する。
    - ・廊下，歩行路，治療室の手すりを点検し，必要なら整備，調整，修理を行う。
    - ・出入口の自動ドアの不備を点検し，危険なら修理する。
    - ・待合室，治療室，歩行路の照明の明るさを点検し，暗ければ明るくする。
    - ・治療室内の温度，湿度を点検し，必要なら調整する。
  5. フェイスシートによる危険度に応じた対策（一般的対策に加えて）
    - 1) 危険度Ⅰ（転倒・転落を起こす可能性がある）
      - ・端座位時の台の高さを足が床に着く高さに設定する。
      - ・特に車椅子のブレーキ不良の有無を点検する。
      - ・注意を促す声かけを多くする。
    - 2) 危険度Ⅱ（転倒・転落を起こしやすい）
      - ・患者の行動から目を離さない。
      - ・患者のニーズが危険行動と関連しないかを見出すようにする。
      - ・一つの動作を患者が身につけてから次の動作を指導する。
      - ・患者の見落としや不注意を過度に指摘しない。
    - 3) 危険度Ⅲ（転倒・転落をよく起こす）
      - ・できる限りマンツーマンで対応する，あるいは常に傍らにいる。
      - ・特に障害物などの環境危険因子を排除する。
      - ・安全ベルトやヘッドギアを使用する（家族の了解のもとに）。
  6. 代理治療，担当者変更時の申し送りを正確に行う。
  7. 活動度の上昇・変化に応じて，危険因子と対策の変更を関係者に連絡する。  
また看護師の病棟でのアセスメントスコアの再評価を確認する。
  8. インフォームド・コンセント，教育・指導（スタッフ間でその統一を図る）
    - ・リハビリテーション医療には危険性が伴うことを患者家族に説明する。
    - ・転倒，転落の危険性があることを患者家族に説明する。
    - ・治療中の適切な衣類，履物の選択を指導する。
    - ・歩行補助具の正しい使い方を指導する。
    - ・パンフレット，しおりなどを利用して説明，指導する。

#### 【医療行為に起因する外傷，熱傷など】

リハビリテーション治療・訓練などの医療行為に伴うリスクには患者側の要因と治療者側の  
要因（医療スタッフ，機械・器具，環境，システムなど）とがある。

## 1. 患者側のリスク要因

- ・説明，指示が理解されにくい（自己判断による運動・動作で事故発生の可能性）  
（例）意識障害，認知症，失語症，認知機能障害などがある  
乳幼児
- ・痛み，熱さ，冷たさ，危険な状況などの判断や訴えが困難（創傷，熱傷などの可能性）  
（例）意識障害，認知症，感覚障害，失語症，認知機能障害などがある  
精神活動が低下した状態（うつ病など）  
乳幼児
- ・体内の金属がある，湿布剤を使用している（温熱療法で熱傷の可能性）
- ・心臓ペースメーカーがある（超音波療法の禁忌に該当する可能性）
- ・易疲労性がある（過負荷による機能悪化の可能性）
- ・拘縮，変形がある（運動による組織損傷や疼痛発生の可能性）
- ・高度の骨粗鬆症がある（運動やADL訓練による骨折の可能性）
- ・運動器疾患の既往，痛み（例：頸部痛，腰痛，関節痛など）の既往がある（運動による疼痛発生の可能性）
- ・チューブ類を留置されている（牽引などによる抜管，外傷の可能性）
- ・義肢・装具・車いす・福祉用具などを使用している（器具による外傷，褥瘡の可能性）
- ・術後でクリニカルパスにのらない症例（訓練プログラムの指示不徹底などによる事故発生の可能性）

## 2. 医療者側のリスク要因

- ・問診不足，評価不足，情報不足，連絡不足，知識不足などによる不適切な訓練プログラム
- ・運動負荷量や禁忌事項に関する安全確認の省略（特にクリニカルパスにのらない症例）
- ・チューブ類が留置されている状態での訓練（引っ掛けて抜管など）
- ・過用，誤用（合併症や機能低下の誘因）
- ・介助時の不注意な肢位，圧迫など（痛み，骨折などの発生）

## 3. 起こりうる事故

- ・運動療法  
筋力測定時や筋力増強訓練時の局所の疼痛，筋断裂・挫傷，腰痛。  
ROM運動や持続伸張による骨折・筋断裂など（特に骨粗鬆症，脊損，関節リウマチ）
- ・物理療法  
機器による外傷（機器の整備不足・機器の破損による外傷，機器の扱い不慣れによる外傷など）  
水治療法中の溺水。  
温熱療法による熱傷。  
牽引療法による痛みの増強，牽引療法やマッサージによる気分不快。
- ・作業療法  
器具による外傷。  
ADL訓練や調理訓練中の熱傷や外傷。
- ・言語聴覚療法  
器具による外傷。
- ・義肢，装具



不適合または不適切な装着による創傷・褥瘡・痛みなど。

破損による外傷。

- ・補装具（義肢装具を除く）、日常生活用具

不適切な処方や誤使用による外傷。

破損による外傷。

#### 4. 予防対策

##### 1) 治療者（医療スタッフ）について

- ・物理療法，機能訓練，ADL 訓練に使用する機械・器具の使用法，特性，適応，禁忌などをスタッフに徹底。特に新人教育が重要。
- ・担当患者の原疾患，合併症，機能障害，二次的機能障害，能力低下を正確に把握すること。特に高次脳機能障害，感覚障害，拘縮，変形，骨粗鬆症などの存在には要注意。
- ・術後患者で，特にクリニカルパスにのらない症例の訓練プログラムに関しては主治医と緊密な連絡を取り，スケジュールや負荷量，禁忌事項を徹底すること。
- ・物理療法や訓練中の自覚症状の観察。物理療法については実施時の禁忌事項と安全確認を徹底。特にリスクが大きいと考えられるプログラムは必ずマンツーマンで行う。
- ・訓練後の観察すなわち，長引く疼痛，（翌日まで持ち越すような）強い疲労感，機能障害や能力低下の悪化などの早期発見・早期対応。

##### 2) 訓練機器について

- ・機器の定期点検と保守管理。
- ・機器の管理担当責任者を決め，定期的に点検する。
- ・毎日の使用に当たって異常の早期発見。

### 【誤嚥，誤飲・窒息】

#### 1. 誤嚥

##### 1) 発生要因について

ハイリスク患者のスクリーニング，アセスメント，食事前の準備，不適切な食事方法，食後の口腔ケア，食後の状態観察などが適切に行われない場合に生じる。

##### 2) 予防対策

- ・摂食・嚥下障害のハイリスク（高齢者，脱水，意識障害，認知症，運動障害，精神障害，認知障害，構音障害など）を主訴，観察，病歴，既往歴，前医の情報からキャッチする。
- ・嘔吐したときは，誤嚥の危険性があり注意を要する。
- ・摂食の開始基準を満たしているか医師・言語聴覚士・看護師で検討する（意識障害が JCS で 1 桁以上，重篤な心肺合併症や消化器合併症がない，全身状態が安定している，嚥下反射が起こる（できれば），咳ができる，著しい舌運動・喉頭運動の低下がない，食べたという意欲がある，退院後に安全に摂食できる環境がある）。
- ・必要に応じて検査・訓練を検討する
- ・十分な口腔ケアを励行する。
- ・嚥下障害の評価に従い，最も誤嚥の少ない摂食条件を設定する。（スクリーニング・VF 等の結果により，嚥下障害部位や障害内容を明記する。摂食状態それぞれの目的・内容・実施方法を所定の用紙に明記する。介助者が摂食条件を正確に理解し実践できるよう，それぞれの目的を明らかにした上で方法を統一し，実施計画書に明記する。方法の統一

- のため、摂食条件は見やすくベッドサイドに明記する。)
- ・ 摂食条件に応じた食形態を、医師・言語聴覚士・栄養士・看護師の間で相談の上設定する。(トロミ粘度は、ベッドサイドにも明記しておく。食形態のステップアップ計画と評価基準を実施計画書に明記する。食形態変更時は医師に連絡する。)
  - ・ インフォームド・コンセントの実施(摂食訓練計画の内容・進め方・リスクについて、医師より患者・家族への十分な説明を行い、同意を得る。)
  - ・ 摂食訓練時の継続的なリスクチェックを行う。(食事時に、観察シートに従い観察・記録・評価を行う。食事所要時間・むせ・こぼし・嘔声・口腔残留・肺雑音・咽頭雑音の有無、食前・中・後のSpO<sub>2</sub>、水分摂取量 定期的にリスクチェックを行う。血液検査(WBC/CRP/Hb/Alb)・IN-OUTバランス・体重・胸部XP)
  - ・ 誤嚥に備え、すぐに吸引できるようセットしておく。(吸引器の整備。食事中の吸引は嘔吐を防ぐため最小限にする。食事前に咽頭をきれいにしておく。お茶ゼリーの摂取・痰が多い場合は吸引しておく。準備体操(アイスマッサージ、嚥下体操など))
  - ・ 食事姿勢の工夫 安全な姿勢 をする。(基本姿勢は、食べ物が通過しやすいように、頸と脊柱が垂直になるように正中位を保持する。頭部が伸展しないように、頸部を前屈させる。)
  - ・ 患者の状態に応じた食事介助をする(患者の状態や、嚥下能力を把握する。摂食のペース、一口量の調整を患者に応じて行う。患者に食事の量、ペースを確認しながら、介助する。)
  - ・ 環境の調整を行う。(食事中の会話はリラックスできる話にする。嚥下障害の患者は看護師・スタッフから顔の見えるところで食事をする。)
  - ・ 食形態の工夫をする(患者の状態や、嚥下能力を考慮し、医師・看護師・言語聴覚士・栄養士間で連絡を取り、食形態を工夫する。)
  - ・ 食後の口腔内の状態の確認する。(開口し、残渣物がないか確認する。歯磨き、うがいにより清潔を保つ。)
  - ・ 全身状態のチェックを行う
  - ・ 感染症を合併する場合には、唾液のついた器物の取扱いに注意し、手指の洗浄、消毒を行う。

## 2. 誤飲・窒息

### 1) 発生要因

ハイリスク患者(誤飲の場合は異食行動者(児))の観察・アセスメント・準備不足や、ベッド上及び周囲への置き忘れ、片付け不十分などにより、生じる可能性がある。

### 2) 予防対策

- ・ 排痰の困難な患者には、医師、担当看護師は胸部を聴診し、喘息の程度・部位・SpO<sub>2</sub>を把握する。食事時の嚥下音の聴取。
- ・ 担当看護師は窒息のリスクの高い患者を記録室に近い部屋に移動し、観察が密にできるようにする。
- ・ 排痰の困難な患者は、看護記録に喘息の程度・部位・SpO<sub>2</sub>・呼吸困難の有無・痰の性状・量・吸引回数などを記録しておく。
- ・ 体位ドレナージ、ネブライザー吸入を適切に行い、痰吸引を行う。
- ・ 痰量の多い患者は、十分に排痰を行い、聴診して喘息音が残っている場合は、残っている肺野を上にして側臥位をとらせる。
- ・ 救急カートは常時使用できるように準備しておく。

- ・ 担当看護師は、朝の環境整備時、また訪問時に、患者のベッド上及び周囲に危険物になりえるものはないか点検する。
- ・ 処置を行う看護師はトレーなどを持参し、処置後は置き忘れがないか点検する。
- ・ 床、ベッド、ベッド周囲の清掃、片づけを意識的に行う。
- ・ 担当看護師は患者個々の特徴を把握し、記録に残す。
- ・ 担当看護師は、異食・多食行動をとる患者の行動や所在を確認する。
- ・ 窒息が起こった場合には、急変を医師、看護師に伝達し、緊急処置の実施（異物の除去）・異物（誤嚥物）の確認を行う。

## 【離院】

- ・ 発生要因として、患者の認知障害(地誌的オリエンテーションの能力低下)、精神状態(認知症、精神発達遅滞、せん妄、うつなどの精神疾患、アルコール依存など)、治療、処置に対する不安・不満、医療従事者への不満(接遇の不適切)、医療環境への不適合、社会的背景への不安などがある。

### 1) 予防対策

- ・ 入院時に、無断外出がないよう、まず十分な説明を行う。
- ・ 前病院での離院の既往の有無を把握する。
- ・ 患者の高次脳機能障害、精神状態を確認する。
- ・ 患者の日ごろと異なる行動や言動(“家に帰りたい”など)を注意し観察する。
- ・ 医療スタッフは、患者の不安、精神的ストレスを理解し、軽減に努める。
- ・ リハスタッフが、患者を病棟から連れ出す場合は、病棟スタッフにその旨をことわり、患者の所在を明らかにしておくこと。
- ・ 離院に関しリスクの高い患者では、院内の移動に際し、付き添い(看護師、リハスタッフ、家族など)をつける。
- ・ ハイリスク患者には、病棟では、頻回に巡視を行う。
- ・ ハイリスク患者には患者、家族の同意を得て、病棟の入り口の制限や名札の装着、位置情報提供用発信機(位置情報提供機能のついたPHS、携帯電話など)の携帯を考慮する。
- ・ ハイリスク患者には、院内全体に情報提供を行い、離院防止に協力を求める。
- ・ 週末、祭日は特に離院の可能性が高まるので常に所在を確認する。

### 2) 事後対策

- ・ 院内外の搜索。
- ・ 院内外の連絡、警察への連絡など各病院・施設であらかじめ決められた連絡網を踏襲。
- ・ 発見後は、患者の安全確保に留意。

## 【患者取り違え】

- ・ 初回時の診療や医療者が交代したとき、同姓同名の患者の場合、患者呼び出し時の患者の聞き間違い、意識障害や高齢者など意思疎通の困難な患者に対する場合などに、患者確認ができず、取り違える可能性がある。

### 1) 予防対策

- ・ 患者にフルネームで名前を確認する。不確実なときは、名前を復唱し確認する。(可能な限り患者に自分の名前を言っただけ確認する。患者識別バンドを使用することも)

ある。)

- ・ 同姓同名の場合，生年月日を言ってもらおう。
- ・ 意思疎通ができない場合（高齢者や高次脳機能障害者，意識障害者など）は付き添い者（看護師や家族）に言ってもらおう。
- ・ 医療者の交代などの際は，医療従事者間の伝達，連絡，報告を密にしておく。
- ・ 同時に複数の対応をしない。

## 2) 事後対策

- ・ 患者の安全確保を第一にあらゆる手段を講じる。

## 【接遇】

- ・ 患者との接遇は，氏名を呼んで挨拶から始まる。そして，医療行為を含め，すべてインフォームド・コンセントの上に成り立つ。患者，家族には，治療の目的，内容，経過を伝え，不安，不満，不信感をいだけせぬように配慮する。
- ・ 接遇を通して，患者の希望を十分に聴取し，患者 - 医療従事者間のコミュニケーションを十分に行い，信頼関係を築く。
- ・ 医療スタッフは，初回，自己紹介をする。
- ・ 礼儀，言葉使い（できるだけ丁寧にわかりやすい言葉），身だしなみ（清潔な衣服，頭髪など，また爪，指輪，時計，名札，髪などが患者に接触しないよう注意）に注意し，患者および家族が，気持ちよく，安心してリハ医療を受けられるよう心がける。
- ・ 患者が来室時，担当の医師や療法士が不在の場合，その旨を説明し理解を得よう努力する。
- ・ 患者を待たせる場合，その旨を説明し理解を得よう努力する。可能な限り，具体的な待ち時間を伝える。
- ・ 意識障害，失語，失認などを有す患者では，看護師や家族などの第三者のもとでの診察を心がける。
- ・ 障害を有す患者への心理的配慮を心がける。  
苦情（電話）の対応では，誠心誠意，丁寧に受け付け，対応しきれんかどうかを慎重に判断する。不可能な場合は，迷わず代替りのものに連絡する。