

200501240A

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究

—医療事故を防止するための対策の効果的な実施
および評価に関する研究—
(H15-医療-003)

平成 17 年度研究報告書

主任研究者 千野直一

平成 18 (2006) 年 4 月

目 次

I. 総括研究報告（平成 17 年度）

医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究
—医療事故を防止するための
対策の効果的な実施および評価に関する研究—

..... 1

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

千野直一

II. 分担研究報告

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（1）

作成経過と概要

..... 8

日本リハビリテーション医学会

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

策定委員会委員長

前田真治

日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会委員長

里宇明元

2. 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（2）

ガイドライン最終版

..... 10

日本リハビリテーション医学会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

前田真治、住田幹男、高岡 徹、永田雅章、山口昌夫、渡邊 修、里宇明元

遠藤 敏（日本理学療法士協会）

北代直美（日本リハビリテーション看護協会）

東 祐二（日本作業療法士協会）

藤田郁代（日本言語聴覚士協会）

栗山明彦（日本義肢装具士協会）

3. インシデント・アクシデント・データベースの作成と運用

..... 20

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

藤原俊之、長谷公隆、里宇明元、千野直一

神奈川県総合リハビリテーションセンター看護部

北代直美

4.リハビリテーションにおけるリスクマネジメント

(パネルディスカッション、第42回日本リハビリテーション医学会、2005、金沢より)

- ①リハビリテーション医の立場から 31
慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室
(日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会)
里宇明元
- ②リハビリテーション看護の立場から 40
七沢リハビリテーション病院 脳血管センター
(日本リハビリテーション看護協会)
北代直美
- ③理学療法士の立場から 49
コナミスポーツ株式会社健康増進センター
(日本理学療法士協会)
遠藤 敏
- ④作業療法士の立場から 61
藤元早鈴病院・作業療法・セラピスト室
(日本作業療法士協会)
東 祐二
- ⑤言語聴覚士の立場から 72
福島総合療育センター 佐場野優一
国際医療福祉大学 (日本言語聴覚士協会)
藤田郁代
- ⑥義肢装具士の立場から 84
早稲田医療技術専門学校
(日本義肢装具協会)
栗山明彦

- 5.研究成果の刊行に関する一覧表 91

I.総括研究報告（平成 17 年度）

医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究—医療事故を防止するための対策の効果的な実施および評価に関する研究

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室
千野直一

【研究の背景と目的】人口高齢化、医療技術の進歩に伴い、リハビリテーション医療においても急性期状態不安定例、呼吸循環器疾患併存例、嚥下障害合併例などのハイリスク例が増加し、医療事故のリスクが高まりつつある。従来、病院全体としての安全管理への取り組みは多く報告され、リハビリテーション部門に関しても転倒など個別の問題に関する報告は散見されるが、リハビリテーション医療に特有の問題を踏まえたチームとしての安全対策に関する報告はほとんどない。そこで、リハビリテーション医療が安全かつ効果的に行われるために必要なシステムを関連職種連携により構築することを目的に平成 15 年度、平成 16 年度に引き続いて、平成 17 年度は以下の研究を行った。

【平成 17 年度の研究成果概要】

1.リハビリテーションにおける安全管理ガイドラインの作成と出版：全国実態調査および全国のリハ施設から収集したマニュアルの分析をもとに、リハ部門の特性を踏まえた安全管理の考え方、内容について検討を加え、安全管理ガイドライン案を作成した。ガイドライン案は、1) 安全管理の考え方、2) リハ部の総論、3) リハの中止基準、4) 医療事故発生時の対応、5) 医療機器の管理、6) 各種リスクの管理の大項目からなる。以上に加えて、個々のケースで用いるリスク・チェックシートを作成した。

このようにして作成された安全管理ガイドライン案をリハビリテーション関連学協会のガイドラインとして位置づけ、広く公開していくために、以下のプロセスで作業を行った。

- 1) ガイドライン案を研究班班員内で見直し、意見を集約・修正した（平成17年8月中に終了）。
- 2) PDFとしてリハ医学会および関連専門職学協会ホームページに公開し、広くパブリックコメントを募集した（平成17年9月に終了）。
- 3) 班員関連施設でガイドライン案の試用を行い、フィールドテストを通してフィードバックを受けた（平成18年1月に終了）。
- 4) 以上を踏まえて必要な改訂を行い、リハ関連の学協会の合同ガイドラインとして、平成18年3月に出版された。

2.リハビリテーション医療におけるインシデント・アクシデント（I-A）データベースの作成とモニタリング：高齢化社会の進展、医療技術の進歩による急性期、早期リハビリテーションの導入に伴い、リハビリテーション場面における医療事故リスクの増大が認められている。リハビリテーション医療の安全管理システムの構築のためには、リハビリテーション領域の特殊性を考慮する必要がある。そのためには、リハビリテーション部門におけるインシデント、医療事故のモニタリングが必要である。そこで、リハビリテーション領域における特殊性を考慮した Incident-Accident (I-A)データベースを作成した。本データベースは、事故発生要因となりうる患者プロフィールをはじめ、リハビリテーション領域で発生しやすい事故内容を網羅できるように作成しており、さらに事故後の対応、訴訟の有無についても調査が可能である。入力 Web 上で可能であり、これを利用してリハビリテーション部門におけるインシデント・アクシデントのモニタリングを実

施中である。本報告書では、平成 18 年 2 月までに集積されたインシデント・アクシデントについて分析した結果を報告した。

3. リハビリテーション関連職種によるパネルディスカッションの実施：本研究事業の成果の普及を目的として、平成 17 年 6 月 17 日、第 42 回日本リハビリテーション医学会学術集会において、本研究班の分担研究者・研究協力者をパネリストとしたパネルディスカッション「リハビリテーションにおけるリスクマネジメント」を開催した。その概要は以下のとおりである。

a) リハビリテーション医の立場から：人口高齢化、医療技術の進歩に伴い、リハビリテーション（リハ）医療においても急性期状態不安定例、呼吸循環器疾患併存例、嚥下障害合併例などのハイリスク例が増加し、医療事故のリスクが高まりつつある。従来、病院全体としての安全管理への取り組みは多く報告され、リハ部門に関しても転倒など個別の問題に関する報告は散見されるが、リハ医療に特有の問題を踏まえたチームとしての安全対策に関する報告はほとんどない。そこで、リハ医療が安全かつ効果的に行われるために必要なシステムを関連職種の連携により構築することを目的に、H15 年度よりリハ医療における安全管理に関する厚生労働科学研究を行ってきたので、その研究成果として、リハ医療の安全管理に関する実態調査、インシデント・アクシデントデータベースの作成よびリハ医療における安全管理マニュアルの作成について報告した。これらの成果をもとにリハ医療における安全管理を考える視点として、以下が提起された。

- 1) 多くの職種が関与するため、安全意識、安全管理手順および安全管理に関する情報の共有が不可欠である。
- 2) 運動障害、認知障害を有する患者を対象とするため、リハ医療は本来的に医療事故のリスクが高い分野であるとの認識が必要である。
- 3) 機能の向上を目指した働きかけを行うために、必然的に転倒、誤嚥、過負荷などのリスクが増大しやすい。

4) 以下の理由で感染リスクが増大しやすい。①リハ医療が提供される環境が、オープンスペースのことが多い。②マンツーマンの濃厚な接触の機会が多い。③機能の向上とともに対象者の行動範囲が拡大する。

5) 疾患・障害、病期、年齢などきわめて多様な患者層を対象とするため、安全管理を行う上で、標準化とともに個別化が必要である。

6) 高齢化、医療技術の進歩とともにハイリスクでさまざまな医療機器を装着しているケースが増加しており、スタッフの安全管理知識・技術に不断のリニューアルが必要である。

b) リハビリテーション看護の立場から：医療の高度化、専門化、多様化により医療事故・医事紛争が増加している今日、「医療サービスの担い手」として、患者に安全な医療を提供することが求められている。患者が医療に望むこととして、①安全で安心と納得できる医療、②確かな医療技術、③個別性の尊重、④情報の開示、⑤コミュニケーションがある。そのためには、患者と医師など医療従事者との間に信頼関係が形成されていることが不可欠であり、特にチーム医療においては、医療従事者相互の良好なコミュニケーションが日常的に維持されなければならない。診断・治療のコアサービスにおける医師の活動が主流とはいえ、24 時間を通して患者のそばでケアを提供する看護者として、安全で質の高い看護を提供したいと考え、実践している。しかし、看護の中にも多くのリスクがあり、事故防止に向けての取り組みは容易なものではない。

リハビリテーション看護は、「生活機能に障害を持つ人々に対し、目標志向的アプローチに即して、治療開始の時期からリハビリテーションの視点を持って障害を最小限に食い止め、生活環境を整えるなど、生活の再構築をすることでその人らしく生活できる（人生を送れる）ように支援すること」である。その生活を支える活動の中でのリスクマネジメントの取り組みについて、以下の観点から発表が行われた。

- 1) 看護におけるリスクマネジメント：

関連部門と連携をしながら、リスクマネジメントの手法を用いて、患者・家族、来院者および職員の安全と安楽を確保すること。その結果、看護の質を保証し、医療の質の保証に貢献すること（日本看護協会）。

- 2) リハビリテーション看護の場面における、①医療の背景とリスク（医療の現状と対象の特徴、転倒・転落、無断離院）、②事故要因の分析。

3) 事故防止への取り組み

4) 事故防止への課題

c) 理学療法士の立場から：わが国において1966年に理学療法士が誕生してから38年、35,000名超の理学療法士が、全国の大学病院や一般病院、リハビリテーションセンター等の医療機関、老人保健センターや特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション等の福祉機関で働いている。職場環境は、医療や福祉の状況が変化する中で、それに適するように色々な形態になっている。社会的にもリハビリテーションの認知度が高まりとニーズにより理学療法の練習開始の早期化、対象疾患の拡大など、さまざまな状況が起こっている。また、医療や福祉を受ける対象者側の安全に対する意識の向上や権利意識も高揚している。

2003年、厚生労働省は大学病院に安全対策委員会の設置と安全管理者の配置を義務づけた。これを受けリスクマネジメントに関する活動が、組織的に行われるようになり、リハビリテーション部門でもリスクマネジメントの意識が改革された。しかし大規模病院での取り組みは進んでいるが、小規模の医療機関や老人保健センターなどでは、コスト面やマンパワーの問題から組織的な取り組みが充分でないところもある。

現在、日本理学療法士協会の取り組みとしては、リスクマネジメントの講習会を生涯学習システムの専門領域研究部会において開催している。また各県士会が主催する講習会や衛生放送を利用して講習会の内容を会員に提供し、広く啓発活動を行っている。

これからも理学療法士がリスクマネジメントの意識を高く持ち、知識や技術の向上を進めていくことが重要である。そこで理学療法士養成施設でリスクマネジメントに関する科目なども取り入れるようにし、学生時代からリスクマネジメントの重要性についての教育が必要である。

今後とも各関連団体との連携をとりながら、リスクマネジメントのあり方を検討していきたい。さらに安全で効果的なリハビリテーションを提供し、社会に対して、リハビリテーション医療の地位向上に寄与していきたいと考える。

d) 作業療法士の立場から：身体障害領域の作業療法の練場面は、徒手的でかつ個別的な係わりが多いため、一見してリスクは少ない印象を持つが、人間が関与する限りヒューマンエラーは発生する。リスクの発生を事前に防止し、被害を最小限にするためには、リスクの発見、確認、分析、評価といった過程が重要となる。ここでは、過去の調査データ等をもとに、作業療法場面における、リスクの実態と特徴を明らかにするとともに、その対策や工夫について検討してみたい。

リハビリテーション領域における安全管理に関する全国調査（厚生労働省、医療技術総合研究事業、日本リハビリテーション医学会認定の研修施設(333施設)に対するアンケート調査、回収率61%

(204施設)平成15年)によると、リハビリテーション関連職種における、年間のアクシデント発生が平均5.4件、インシデントが平均70.9件であった。内容は、訓練室場面で転倒、転落、病棟場面では、転倒、転落に加えて、誤薬が上位を占めており、転倒・転落に対する安全管理の重要性が示唆された。さらに、作業療法場面における医療事故実態調査（日本作業療法士協会福利部、会員施設1000施設（身体障害・発達障害・精神障害・老年期障害の各々250施設）に対するアンケート調査、回収率30.7%（307施設））結果をみると、身体障害領域では（回収率84(33.6%)有効回答数78）、アクシデント内容で、転倒・転落（64件、29.5%）が最も多く、前述の調査と一致した。また、チューブ類の管理（27件、12.4%）けが（24

件、11.1%) などが多かった。転倒・転落は個別や集団での訓練中、あるいは待ち時間や安静時のあらゆる場面で発生することが考えられるため、作業療法士個人の技術的力量と観察力・注意力に加えて、チームで相互にミスを補完しあうシステムの構築など、総合的な対策の必要性が伺われた。アクシデントの状況・場面では、ADL 訓練 (59 件、16.5%)、待ち時間 (52 件、14.6%)、OT 室訓練時その他 (39 件、10.9%)、指示のもと自主訓練 (37 件、10.4%)、などが多く、訓練中に加えて、待ち時間や、自主訓練中などの、眼の届きにくい場面への対策の必要性が示唆された。

身体障害領域の作業療法場面におけるリスクの特徴として、待ち時間や安静時も含めた全ての場面で起こり得るものと、作業療法士が個別や集団で係わることによって発生し得るものとが考えられる。前者は、そもそもリスクをかかえがちな状態の患者に対する訓練を示すもので、あらかじめ想定がしやすいものと、想定のにくい偶発的なものが考えられる。そのため、思い込みや不注意などの安全管理を怠らないようなシステム構築が課題である。後者は、個別的な訓練を実施する際に発生するため、作業療法士個人の技術的力量と観察力・注意力に大きく影響される。そのため、知識・技術研修は重要であり、特に経験の少ないセラピストに対する意識づけと未然に防止するための方策や管理体制、アクシデント発生時の対応方法の指導などが重要となる。また、今後さらに、医療安全対策の実効性を高める上では、卒前・教育プログラムの整理、充実が必要であろうと考える。

e) 言語聴覚士の立場から：言語聴覚士が誕生して 6 年、臨床経験の短い言語聴覚士が急激に増加する一方、摂食嚥下訓練や人工内耳の普及など業務内容も拡大・高度化しており、リスク要因も高まっていると思われる。言語聴覚士業務に潜む事故発生要因を整理・分析し、個人や組織の事故防止対策を構築していく上で、ヒヤリ・ハット事例の集積が重要である。日本言語聴覚士協会では、昨年から正会員を対象に「言語聴覚士のリスクに

関するアンケート」を行っているが、このような調査はリハビリテーション・チームの一員として不測の事故に対する会員の意識を高め、リハビリテーションにおけるリスクマネジメントの必要性を啓発する意味でも、意義があることと思われる。今回、その結果をもとに、言語聴覚士の立場からリスクマネジメントの現状と課題について報告する。

【方法】平成 16 年 1 月および平成 17 年 1 月に日本言語聴覚士協会正会員を対象として「言語聴覚士のリスクに関するアンケート」を行い、リスク事例および事故防止対策等の整理・分析を行った。

【結果】平成 16 年 1 月に行ったアンケートの回答総数は 295 件 (医療関係 86%)、報告されたりリスク事例 429 件、安全・予防対策等は 287 件であった。

リスク管理で最も多かったのは「ヒヤリ・ハット」(53%)、次に「苦情」(19%)、「気がかり」(13%)、「事故」(12%)、「その他」(3%)であった。リスクの内容は、身体に関するもの(70%)、期待・公平・意思疎通等に関するもの(24%)、プライバシーや守秘義務・名誉毀損に関するもの(4%)、その他：補聴器などの器物破損、患者取り違い、行方不明、患者間のトラブル等(3%)であった。

また、「事故」および「ヒヤリ・ハット」事例の 90%は身体に関するものであり、「苦情」や「気がかり」事例の 62%は期待・公平・意思疎通に関する不満や心配を訴えるものであった。

身体に関する事例で多かったのは、摂食嚥下訓練における誤嚥・窒息等に関するもの(35%)、転倒・転落(33%)であり、次いで体調や容態の急変、点滴やカニューレ、呼吸器等の異変に関するもの(11%)、怪我(7%)、異食・自傷(6%)、感染・その他(7%)と続いた。

期待・公平・意思疎通等に関する事例では、訓練内容や効果に対する不満や期待との落差、対応への不満等(37%)であり、次いでインフォームドコンセントに関する苦情や気がかり(36%)、その他：治療方針や補聴器等の器機選択、予約時間

や訓練頻度、教材費の徴収、診断書の等級や記載内容による職場復帰における不利益等に対する苦情・気がかり等があげられた。

アンケートに記載された言語聴覚士がとっている事故防止等のリスク対策は、(1)一般的な注意・基準遵守 (6%)、(2)知識・技術の向上 (4%)、(3)安全対策 (54%)、(4)緊急時対策 (21%)、(5)事故後の対応 (5%)、(6)意思疎通 (5%)、(7)その他 (5%)であった。

【考察および今後の課題】平成 17 年 1 月に行ったアンケート結果も踏まえ、主要なリスク事例について発生要因・背景の整理・分析を試み、予防策、被害の拡大防止対策の具体例や、日本言語聴覚士協会の役割などについて報告する。

f) 義肢装具士の立場から：義肢装具士の業務形態は、外の医療専門職とは異なり、病院内に勤務する義肢装具士は大変少ない。大部分が民間の義肢装具製作会社に勤務しており、近隣の病院から義肢装具の製作依頼を受け、病院へ義肢装具士が伺い患者、障害者の方々に対し採型、適合業務を行い義肢装具を提供している。そのために病院内でのリハビリテーション部門におけるリスクマネジメントの捕らえ方が外の医療専門職と大きく異なっている。したがって今回の主任研究者であります千野直一先生等による「医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究」のアンケート調査では、リハビリテーション部門を持つ病院等が対象となっているため、義肢装具士としての医療事故・インシデントの実態が明らかになりづらかった。よって今回は独自に日本義肢装具士協会による義肢装具士を対象としてアンケート調査を行ったので報告する。また今回行った独自のアンケートでは、内容が千野先生等による本研究から大きく外れることのないように、義肢装具士が病院から依頼を受け、患者、障害者の方々に義肢装具の採型、適合等の業務を病院内で行った場合の状況についてのアンケート調査を行った。その際には PL 法（製造物責任法）に関わる義肢装具自体での医療事故及びインシデントは除くこととした。

内容として、所属の形態、業務中の医療事故・

インシデントの数、医療事故・インシデントの事例、事故報告はどうしているのか、その際のリハ部門の対応、事故が起こったときの説明は誰が行っているのか、防止のための体制は知っているのか、防止のための体制は知っているか、マニュアルがあるか、防止のための病院からの教育・指導があるか等である。

アンケート調査は日本義肢装具士協会に加入している正会員（義肢装具士の免許を有する者）に対し、無作為に 200 名にアンケート調査を行った。回答数は 92 通であり 46%と低い回答数であった。義肢装具士が病院で業務を行っている診療科目は、約 70%が整形外科であり、リハ科においては 20%程度で、その他 10%は形成外科、脳外科、皮膚科、内科等であった。したがって病院内で処方されている義肢装具は整形外科の外来、入院患者のための治療用装具が多いようであり、リハ科では少ないようである。そのためかりハ部門での医療事故はほとんどなく、インシデントが平均で 1.3 件と少なく、その事例についても、採型時や仮合わせ時の転倒などがほとんどであった。

病院内のリハ部門での義肢装具士の業務としては、医療事故・インシデントとも少なく幸いであるが、そのためかりスクマネジメントへの取り組みについての認識も低いようであり、回答率の低さもこのためであろう。また義肢装具士は病院に常駐していないため、リスクマネジメントについて病院側から教育・指導等もほとんどなく、事故が発生した場合も誰に報告するか、わからないというのが多く、また事故防止のマニュアルが病院にあるかどうかさえわからない状況である。

今後とも医療事故・インシデントをより一層減少させるために、また事故の際の対処も含め病院側とともに協力し合い、リスクマネジメントについて認識を改めていかなければならない。

【結論】 3 年間に渡る本研究事業の成果として、リハビリテーション関連の学協会・関連専門職が共同して作成した「リハビリテーション医療における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」が完成し、出版に至

ったことは、リハビリテーション領域における安全管理を進めて行く上で重要なステップとなったと考えられる。さらに Web 上で入力可能なインシデント・アクシデントデータベースの運用が開始されたことも、当該領域における医療安全管理上の問題点を実証的に分析し、効果的な対策を立てる上で役立つことが期待される。今後は、これらの成果を十分に活用し、日常的な安全管理の実践を強力に推進していくとともに、現場からのフィードバックに基づいてガイドラインを定期的に改訂し、よりよりガイドラインとしていくことが求められている。

【研究発表】

（書籍）

厚生労働科学研究費用補助金「医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究—医療事故を防止するための対策の効果的な実施および評価に関する研究」研究班、日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・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、日本リハビリテーション医学会関連専門職委員会編、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、医歯薬出版、東京、2006

（論文発表）

- 1) 前田真治、椿原彰夫、高岡徹、永田雅章、山口昌夫、渡邊修. リスクマネジメントの新しい考え方. 臨床リハ 14 : 210-216, 2005
- 2) 渡辺京子、西潟央、松田徹、鶴澤吉宏. 治療部門におけるリスクマネジメント (1) 理学療法部門から. 臨床リハ 14 : 217-224, 2005
- 3) 東 祐二. 治療部門におけるリスクマネジメント (2) 作業療法部門から. 臨床リハ 14 : 225-231, 2005
- 4) 小島枝子、長谷川賢一. 治療部門におけるリスクマネジメント (3) 言語聴覚部門から. 臨床リハ 14 : 232-238, 2005
- 5) 北代直美、渡辺真理子. 看護からみたりハ科病棟におけるリスクマネジメント. 臨床リハ 14 : 239-246, 2005
- 6) 里宇明元. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. リハビリテーション医の立場から. リハ医学 43 : 149-155, 2006
- 7) 北代直美. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. リハビリテーション看護の立場から. リハ医学 43 : 155-159, 2006
- 8) 遠藤 敏. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. 理学療法士の立場から. リハ医学 43 : 159-164, 2006
- 9) 東 祐二. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. 作業療法士の立場から. リハ医学 43 : 164-170, 2006
- 10) 佐場野優一. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. 言語聴覚士の立場から. リハ医学 43 : 171-175, 2006
- 11) 栗山明彦. リハビリテーションにおけるリスクマネジメント. 義肢装具士の立場から. リハ医学 43 : 176-179, 2006

表1.安全管理マニュアルの項目

I.安全管理の考え方	IV.医療事故発生時の対応
<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全管理組織・担当者の確立 2. 合併症・統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 4. 文書管理方法や情報開示に関する手続きの確立 5. 事故発生時の施設としての対応方法の確立 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 初動体制の原則 2. リハ部における急変時対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 人命に関わる状況 ・ 人命には関わらない状況 ・ 救命処置
II.リハビリテーション部の役割	V.医療機器の管理
<ol style="list-style-type: none"> 1. 依頼書に基づくリハビリテーション 2. 患者の安全 3. 施設・設備・危機管理 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機器の故障と不正な取り扱い <ul style="list-style-type: none"> ・ 事項防止対策 ・ 想定されるエラー 2. 人工呼吸器 3. 酸素吸入 4. 輸液ポンプ
III.リハビリテーションの中止基準	VI.各種リスクの管理
<ol style="list-style-type: none"> 1. リハを実施しない場合 2. 途中でリハを中止する場合 3. いったんリハを中止し、回復を待って再開 4. その他の注意が必要な場合 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 転倒・転落・骨折 2. 誤嚥・誤飲・窒息 3. 離院、患者取り違い 4. 接遇

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) 作成経過と概要

日本リハビリテーション医学会 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委員長

前田真治

日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会委員長

里宇明元

1. 作成経過

近年、臨床におけるリスク管理への取り組みが積極的になされてきており、その中でリハ部門においても、急性期患者の増加、多様な合併症を持つようなハイリスク患者が増え、医療事故の防止などリスク管理の徹底が叫ばれてきている。当策定委員会ではリハ学会関連専門職委員会の協力を得、リハ医療が安全かつ効率的に行われるためのシステムをリハ・チームを構成する関連職種とともに構築することを目的にガイドラインの策定を進めてきてきた。

まず、平成 15 年度には、リハ医学会研修認定施設(333 施設)における施設全体およびリハ部門の安全管理体制、教育・研修体制、安全管理上の問題点などの実態調査を行った。また、リハ医療にかかわるリスク管理の関連文献を収集・整理した。[リハビリテーションにおけるリスクマネジメントの文献的考察、医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究—医療事故を防止するための対策の効果的な実施および評価に関する研究—平成 15 年度総括研究報告書(主任研究者：千野直一) pp3-12 2004 年 4 月]

平成 16 年度にはリハ医療における安全管理マニュアルの作成に着手している。まず、全国のリハ施設から送付された安全管理マニュアルを分析し、医療事故の実態と対比させ、リハ部門の特殊性を踏まえたマニュアルを検討した。その上で、個々の患者で用いるチェックシートの作成を行った。[リハビリテーション医療におけるリスクマネジメントの考え方と安全管理マニュアル作成に向けての提言、医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究—医療事故を防止するための対策の効果的な実施および評価に関する研究—平成 16 年度総括研究報告書(主任研究者：千野直一)

pp11-33 2005 年 4 月]

平成 17 年度は、安全管理マニュアルを、日本リハビリテーション医学会をはじめとし、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本リハ看護学会、日本義肢装具学会などの代表者を通じホームページなどに公開した。日本リハビリテーション医学会のホームページのパブリックコメント募集からは、会員の意見として嘔吐や起立性低血圧の問題などが寄せられ、議論修正を行った。これらの意見修正を経て安全管理マニュアル最終版を 10 月に完成させた。今後はさらに一般に広めるために安全管理マニュアルを医歯薬出版から出版する予定である。

2. 安全管理マニュアルの概要

リスクマネジメントの基本理念は「患者・障害者の立場に立ち、安心して医療を受けられる環境を整えること」で、医療の質に関わる重要な課題であり、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である。また、医療は患者と医療者が協力して進めるべきもので、その主体は患者自身であることを認識する必要がある。患者へ十分な情報を提供し、同意を得、患者が治療を選択できるような体制を整えなければならない。

リスクマネジメントの意義は「医療の質」と「患者の安全」の保証による患者の身体的保護、医療者の法的保護、医療機関の経営的保護にある。すなわちリスクマネジメント・システムの構築により診療上の事故発生を最小限に抑えることで「医療の質」を保ち「組織としての損失」を防ぎ、「患者の安全」と「医療者の安心」を確保することである。

実際に作成したリスクマネジメント・マニュアルは

以下の内容から構成される。

1) リハビリテーション・リスクマネジメントシート

このシートはリハビリテーション対象者の初診時、経過観察時に行うことを目的としたもので、リスクと思われる主なる項目を列挙しサーベイするものである。また、カルテなどでは表紙など目にとまりやすい所に入れるものとして作成している。

その内容として、1) 全身状態の悪化(訓練中の急変、意識障害、血圧低下、呼吸困難、感染など)の可能性、2) MRSA などの感染症、3) 転倒・転落・骨折、4) 医療行為に起因する外傷、熱傷などの危険性、5) 誤嚥(窒息)・嘔吐の危険性、6) 患者の取り違えの可能性、7) 離院・離棟の可能性、8) 病名・経過・リハ目標・リスクなどの説明、9) その他のリスクを掲げた。

なお、最も生じやすいといわれる3) 転倒・転落・骨折については、10点満点で点数化して、転倒などをよく起こす(7~10点)、起こしやすい(4~6点)、起こす可能性がある(0~5点)、というように3段階でその危険度がわかるよう工夫している。

これらの確認を、担当医あるいはリハビリテーション医が行うこととしている。

2) 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

次に本文として、そのガイドラインの詳細について解説している。

まず、全ての管理に共通する事項として、I. 医療安全管理とリスクマネジメントの考え方では、リスクマネジメントの基本的な考え方とその組織作りの注意点について触れている。

II. リハ部門における安全管理の中では、訓練処方箋による安全管理のあり方、バイタルサインなどによる安全管理の仕方、施設・設備・機器管理について、常備すべき器具にはどのようなものが挙げられるかなどを記載している。

III. 全身状態の悪化では、リハ中に起こりうるアクシデント、事故後の初動体制の原則、

リハ部門における急変時対応など、人命にかかわる状況と関わらない状況の場合、救急処置にわけ具体的な対応方法について解説している。

IV. リハビリテーションの中止基準では、従来いわれてきている基準をもとにし、積極的なリハを実施しない場合、途中でリハを中止する場合、一旦リハを中止し、回復を待って再開する場合、その他の注意が必要な場合に分け、具体的な基準及び状況を記載している。

V. 医療機器の管理では、最初にリハビリテーション医療で扱われる機器についての、故障と不正な取扱いについての注意事項を解説している。続いて、人工呼吸器、酸素吸入について、その安全管理についての予防対策、エラー、事後対策について述べている。

次に具体的な状況とその対応策について、VI. 各種リスクの管理と題し、以下のような項目を解説している。

1. 転倒・転落
2. 医療行為に起因する外傷、熱傷など
3. 誤嚥、誤飲・窒息、悪心・嘔吐
4. 離院
5. 患者取り違え
6. 接遇

これらの項目の抽出にあたっては、日本各地の病院におけるリスクマネジメント内容を参考にして組み立てたものであり、日常臨床に活用していただきたい。

2. 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

(2)ガイドライン最終版

日本リハビリテーション医学会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
前田真治、住田幹男、高岡 徹、永田雅章、山口昌夫、渡辺 修、里宇明元
遠藤 敏（日本理学療法士協会）
北代直美（日本リハビリテーション看護協会）
東 祐二（日本作業療法士協会）
藤田郁代（日本言語聴覚士協会）
栗山明彦（日本義肢装具協会）

医療安全は医療の質に関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すす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もつとも重要である。

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同時に、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・悪心・嘔吐

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、事故発生の事実経過をに説明する。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とり、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 (SpO₂) 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% 以下に戻らない時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
- ③1 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リハ開始時およ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，SpO₂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，SpO₂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、その程度の把握する。
- ・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、コー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。
- ・とく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いわれている。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（とく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。
 - ・出入り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。
- ・とく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。
- ・ひとつの動作を患者が身に付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。
- ・とく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とり，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他覚症状の観察。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，悪心・嘔吐】

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、食べたいという意欲がある、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 SpO₂、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。食事時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する〈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、嚥下体操等））
- ・ 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。（食事時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り扱いに注意し、手指の洗浄、消毒を行う。

1. 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・SpO₂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・SpO₂・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