

急性期病院での基本リスク管理 (患者を担当する前に知っておくこと)

国立病院機構 東京病院
リハビリテーション科
2013.6.29

すべての患者に共通する注意点

急性期病院であるためベッドサイドからリハビリを開始することが多い。

まずは患者の状態を確認。
体位交換なども病棟で時間を決めて行っている場合があるので、基本的にはリハ前後で同じ状態にする。

抑制帯、ミトン、ベッド柵、離床センサー（まった君、ウーゴ君）、フットポンプ、ルート類など。

ルート類全般

ルートの侵入部位はリハビリ前に確認。

侵入部位を確認してからROMexや離床訓練をすすめていくこと。

(例えば鼠径部に侵入している場合は端坐位等で過屈曲すると止まってしまう場合も。また、足関節部位も端坐位や起立で足関節背屈位になり止まってしまうこともある。)

腫れていたり、熱感、疼痛があるときは漏れている場合があるので、看護師へ連絡して処置してもらうこと。

ルート類①

点滴：

滴下速度は体位や高さで変化してしまうので、最初の速度はだいたいどの程度か覚えておく。終了時に変化がなかったかどうか確認すること。

来室時に滴下されていないときや、終了しているときはNSコールで看護師(リハビリセンターではリハDr)へ連絡して処置してもらう。滴下していない状態では血液が逆流してしまう。

*トラブル時に看護師にすぐ見てもらえる環境で行う必要があります。(基本的には病棟で・・・)

ルート類②

ドレーン：

重力の影響で排出されるものや、機械を使用して吸引しているものなど様々なタイプがあるが、基本的に常に創部より低い位置にしておくこと。

術後のドレーンは抜けやすいので注意が必要。

リハ前後で排出量が大きく変化した場合は再出血も考えられる。

*大まかでいいのでリハ前後の排出量もチェックし、変化が大きい時は看護師へ連絡しましょう。

リハビリセンターの可否についてはリハDrに確認すること。

ルート類③

膀胱留置カテーテル：

膀胱よりも高い位置においてしまう

と逆流して感染してしまう可能性あり。

*ドレーン、膀胱留置カテーテルなどは床の上に置いてしまうと感染のリスクが高まります。基本的に床の上に置くことは避けましょう。

ルート類④

経鼻胃管・胃ろう：

投与後に体動させたり腹圧をかけて
しまうと、嘔吐の危険あり。

投与中、投与後最低30分間はギッチアップ保
持し、基本的にリハビリは禁止。

経腸栄養：

少量を持続で長時間入れている場合がある。リハ
前に止めてもらってからリハビリを施行すること
もあるので、リハDrに確認して対応を検討する。
栄養投与後30分間はギッチアップしておく。

ルート類⑤

気管切開：

咽頭浮腫や痰が多い患者には、気道を確保す
るために行われる。

◎術後1週間以内：気管カニューレが逸脱
(皮下に侵入)

◎以降：感染しやすい。

リハビリセンターで行う場合はリハDr・主治
医に報告する。

疾患別リスク管理の基本

疾患別に特徴的なリスク管理を上げますが、
様々な疾患が合併している人が多いのが現状

*様々なリスク管理を参考に患者に合わせた
リスク管理をしていくように心がけましょう。

脳血管障害

～注意すること～

血圧コントロール

ルンパール

状態観察

血圧コントロール①

脳出血：再出血のリスクがあるため血圧は低
めにコントロール

脳梗塞：再梗塞のリスクがあるため血圧は高
めにコントロール。しかし、あまりにも高い
ときは出血性梗塞になるリスクが高くなる

クモ膜下出血：発症2週間は脳血管攣縮のリス
クが高いため、離床や激しい運動は危険。
このことを念頭においておくこと (Drによっ
ては離床や歩行も可能なときあり)

血圧コントロール②

基本的に主科Drの指示の範囲内でリハビリを
行うが、指示の範囲内であっても血圧変動は
脳血流量を低下させ、病巣を悪化させてしま
う可能性あり

*血圧変動が大きい時や、指示の範囲内で施
行することが困難な場合はリハDrに連絡す
こと

ルンバール

ルンバール（脊髄穿刺）施行後は2時間絶対安静。そのためリハビリは中止にすることが多い（科によっては安静時間も違うので確認すること）

運動により髄膜が破れ髄液が漏出してしまうと非常に危険な状態

*リハビリを行うときはルンバール施行前に行うか、ルンバール後に行うときは診療科に確認し、負荷量には注意するように（頭痛、嘔吐、血圧低下などの症状には注意）

状態観察

どれだけ管理していても、再梗塞や再出血等が起きてしまうことはあります

毎日運動機能を見ているリハビリのセラピストが気づくことも多々あり

日ごろから意識レベル、麻痺の状態等に悪化がないか確認しながら治療を行うこと。変化があった際にはリハDrに連絡し診察してもらうように

運動器

～最低限確認しておくこと～

荷重の有無

禁忌

骨折部位

深部静脈血栓の有無

荷重・禁忌

OPEによって荷重の有無や禁忌は違うもの。

また、同じOPEであっても骨折の程度や骨の強さなどによっても変わるため、荷重が可能なのか、禁忌（運動方向の制限の有無、脱臼肢位、ROMexや筋トレの可否など）については確認すること

骨折部位

骨折部はOPEで固定されていても骨癒合までには時間がかかります。

骨折部よりも遠位に負荷をかけると再度骨折してしまったり、異所性骨化を発生させてしまうことになりかねないので筋力訓練のときなど注意すること

深部静脈血栓

安静やCV挿入後、術後合併症として発症することがある

症状として浮腫・腫脹、表在静脈の怒張などが現れる。また血栓部圧痛や下肢全体の鈍痛、ホーマンズ兆候などが出現することがある（無症状のときもあり）

特に浮腫が一側にのみ出現した時や、D-dimerの値が急激に上昇した時は要注意

呼吸苦や意識障害が出現した場合は血栓が飛んだ可能性あり（PE：肺塞栓症）

怪しいと思った際は無理にリハビリを施行せずDrの判断を仰ぐこと

フットポンプ

深部静脈血栓予防に使用（弾性包帯を使用していることもあり）
 リハビリ時にスイッチを切ったら、終了時にはスイッチを入れること。
 スイッチを入れて動き出した後で、エラーになり音が鳴ることがあるので、しっかりと起動したか確認してから退室すること。
 フットポンプには左右や下腿用・足部用などがあるので間違えないように確認を。
 ＊中には下腿のOPE後などで下腿圧迫禁止の患者もいるので（その場合は足部用を使用しているはず）、ついていた場所を間違えないように。

廃用症候群

～最低限確認しておくこと～

臥床期間

褥瘡

血液データ（特に血液疾患）

糖尿病の有無

透析の有無

臥床期間

臥床期間が長いほど廃用が進んでおり、起立性低血圧になっている可能性が高い

病棟で車いすに乗っていても実際には起立性低血圧になっている場合もあり

褥瘡

褥瘡部位を把握し、リハビリによって悪化させてはダメ

例えば仙骨部の場合は終了時に圧迫しないようにポジショニングやベッド上を移動させるときに擦らないように注意が必要

血液データ①

白血球（WBC）：値が低いと感染症の危険が高くなる。

セグメント（Seg）：好中球の値を計算する時に使用。好中球が著しく低下していると重篤な感染症にかかりやすくなる

計算式：WBC（ μ l） \times Seg（%） \times 100
 500以下はリハビリセンター中止

*当院ではWBCは1/100、Segは \times 100の数値で表されているため、電子カルテ上の数値をそのままWBC \times Segで計算すればよい

血液データ②

血小板（plt）：データが低値の場合は易出血傾向になっている

特に2万 μ m以下の場合にはROMexや筋力訓練でも筋繊維から出血してしまう可能性があるため注意が必要。基本的に2万以下の場合にはリハビリ中止

血液内科の患者などではリハビリ可能な場合もあるので、リハDrに確認すること

血液データ③

ヘモグロビン（Hb）：データが低値の場合は貧血症状（動悸、めまい、立ちくらみ、頭痛など）、起立性低血圧などが起きやすい。低い場合は血圧管理に注意が必要

6 g/dl以下はリハ医に確認し、ベッドサイドで対応するかは個別対応となる

血液データ④

炎症値（CRP）：術直後は高値になっているが時間経過とともに低下していくもの。急に高値になった場合は感染症や、膠原病の活動など何かしらのイベントが発生したと予測できる

10 mg/dl以上では倦怠感なども強くなるため、運動負荷量には注意していく必要がある

糖尿病

リハビリを行う原疾患ではなくても、合併している人は多い

食事前30分はリハビリ禁止

施行時も低血糖症状（動悸、めまい、振戦、冷汗、痙攣など）には注意が必要

*万が一の時は救急カート内にブドウ糖が入っています（リハDrに連絡して使用の許可を）

透析

シャント肢（造設前の上腕も）での血圧測定は禁忌

透析後にはバイタル変動や倦怠感が強くなるが多いため、バイタルチェックし負荷量には注意すること

透析時間は毎回変わる可能性があるので、カルテでチェックを

ステロイド

ステロイド使用時（特に長期、大量投与）は副作用により免疫力が低下している可能性あり

リハビリセンターへ降ろすときは主科だけではなくリハDrにも確認すること

呼吸器疾患

～最低限確認すること～

酸素ボンベ残量

酸素投与量

酸素ボンベ残量

リハビリセンターへ来室した際には酸素の残量や、しっかり開いているかを確認しておくこと

来室時に酸素残量がほとんど無いまま来てしまうときや、ボンベが閉鎖したまま来てしまうこともあり

* 足りなさそうなときは病棟へ連絡して持ってきてもらうなどの対策をとりましょう

酸素投与量

安静時の酸素投与量と運動時に変更可能なのかを確認しておく

運動時にSPO₂が低下しているからといって、勝手な判断で酸素量を増加させてはダメ。CO₂ナルコースになってしまう危険性あり

リハビリ時に酸素量を変更したら終了時に元の量に戻しておくこと

リハビリセンターに来室時に酸素投与量も確認しておくこと。カルテには反映されていなくても、状態の変化で病棟で変更している場合もあり

その他注意点

リハビリ施行時に痰が上がってきたときは、看護師に吸引してもらうこと（リハビリセンターではDrに依頼）

SPO₂が低下した時も吸引してもらい、問題ないことを確認してから終了すること

吸引が頻回に必要な患者はベッドサイドで対応

離床①

実際に離床を行う前にチューブ類の位置や長さを確認しておくこと

特に注意が必要なもの

- A-ライン
- CV（中心静脈カテーテル）
- エピドラ（硬膜外麻酔）
- ドレーン

離床②

万が一ルート類が抜けたり外れたりしてしまった場合は、焦らずに人を呼ぶこと

抜けたものを戻したりしては絶対ダメ

一度抜けたものを戻すと、そこから細菌が血管内に入ってしまう可能性あり

離床③

離床の基本：離床させる前にはROMを確認してから離床をさせること。

ギャッチアップ30°、45°、60°、端坐位、車いすと各状態で10分間バイタル、意識レベル変化がないことを確認してから次のステップへ

車いすで20分間乗車可能でバイタル安定していたらリハビリセンターへ

離床④

血圧測定部位の注意点

シャント肢、乳がん術後の術肢は禁止
ルート挿入肢も反対側の上肢があいてる場合はルートのない側で行うこと
麻痺側であっても非麻痺側にルートがある場合には麻痺側で測定

離床⑤

トランスファー時の注意

ルート類の巻き込みだけではなく、下腿がフットレストに巻き込まれて表皮剥離を起さないように注意
自信が無い時は無理して一人で行わないこと

さいごに

わからない時や初めて見る機械、チューブがあった時など
とにかく何でもよいので人に聞くようにしましょう！！