

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15151501—

平成16年度総括研究報告書

主任研究者 千野直一

平成17(2005)年4月

目 次

1. 総括研究報告（平成 16 年度） 1

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

II. 分担研究報告

1. リハビリテーションにおける安全管理に関する全国実態調査-最終集計結果の分析- 4

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 里宇明元、千野直一

慶應義塾大学病院リハビリテーション科 遠藤 敏

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

藤元早鈴病院・作業療法・セラピスト室 東 祐二

国際医療福祉大学言語聴覚障害学科・言語聴覚障害学 藤田郁代

早稲田医療技術専門学校 栗山明彦

2. 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の作成に向けての提言 11

日本リハビリテーション医学会 関連専門職委員会

前田真治、住田幹男、高岡 徹

永田雅章、山口昌夫、渡邊 修

3. インシデント→アクシデント・データベースの作成 34

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

慶應義塾大学病院リハビリテーション科 遠藤 敏

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各部門におけるリスクマネジメントの実態と今後の課題の分析	
1) 作業療法部門におけるリスクマネジメント	・・・・・・・・37
	藤元早鈴病院・作業療法・セラピスト室
	東 祐二
2) 言語聴覚部門におけるリスクマネジメント	・・・・・・・・40
	聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部言語聴覚学専攻
	小島千枝子、長谷川賢一
3) 看護からみたリハ科病棟におけるリスクマネジメント	・・・・・・・・47
	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、渡辺真理子
5. 研究成果の刊行に関する一覧表	・・・・・・・・55

I. 総括研究報告（平成 16 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

【はじめに】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との連携により構築することを目的に平成 15 年度に引き続いて、平成 16 年度は以下の研究を行った。

【平成 16 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に関する全国実態調査：全国のリハビリテーション医学会研修認定施設（333 施設）を対象に、施設全体およびリハビリテーション部門の安全管理・教育研修体制、職種ごとの安全上の問題点、リハビリテーション関連職の安全管理への関与などに関する実態調査を行った。平成 15 年度は 115 施設の間接集計結果を報告したが、平成 16 年度は回答を得た全 204 施設（回収率 61%）の最終集計結果を報告した。

最終集計結果の分析により、以下の実態が明らかとなった。1) リハビリテーションに関する事故の報告については、90%の施設で医療事故・インシデントともに報告が義務化されていた。報告体制についても 95%の施設で取り決めが行

われていた。2) ただし、リハビリテーションの各分野で生じた医療事故・インシデントの他のチームメンバーへの情報提供については、常に行われている施設は 71%にとどまっており、チームアプローチを大きな特徴とするリハビリテーション医療におけるチーム構成メンバー間の情報共有はまだ不十分であることがうかがわれた。3) 医療事故防止体制としては、94%の施設で安全管理組織が設置されていたが、安全管理指導者や専任のリスクマネージャーが設置されている施設は 40%に過ぎなかった。4) リハビリテーションに関する医療事故防止や事故発生時の対応に関する安全管理マニュアルが整備されていない施設も 30%みられ、マニュアルが作成されている施設でも活用されていると答えた施設は 35%に過ぎなかった。なお、今回の調査に際して、約 60%の施設から施設で使用されているマニュアルの送付を受けることができ、今後、実用的かつ実効性のある安全管理マニュアルのスタンダードを作成する上で、貴重な資料が得られた。4) 実際の事故内容では、転倒・転落事故が最も多かったが、起立性低血圧、チューブ類のトラブル、物理療法に伴う事故、運動療法中の事故など、リハビリテーション治療中にさまざまなトラブルが起こり得ることが浮き彫りにされた。5) 事故データの収集を行っている施設は多かったが、それを事故防止に役立てるために十分に活用している施設は限られていた。6) 職員に対する安全教育の取り組み方も施設によりさまざまであった。

2. 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ユ

アル作成に向けての提言：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。

今年度は、これら基本的な考え方を整理するとともに、H15年度中に全国のリハビリテーション医療施設から収集した安全管理に関するマニュアルを平成16年度は、医療事故の実態と対比させながら評価し、リハビリテーション部門の特性を踏まえた安全管理マニュアルの考え方、骨子について提言を行った。さらに個々のケースで用いるリスクチェックシート案および安全管理マニュアル案の作成を試みた。

3. インシデント・アクシデント (I-A) データベースの作成：高齢化社会、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あり、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。今後は、本データベースを活用し、リハビリテーション部門における、インシデント・アクシデントをモニターする予定である。

4. リハビリテーション各部門におけるリスクマネジメントの実態と今後の課題の分析：作業療法、言語聴覚療法および看護部門におけるリスクマネジメントの実態、特徴、問題点と今後の課題について全国データおよび個々の施設のデータをもとに分析を行った。

1) 作業療法部門におけるリスクマネジメント：作業療法場面における医療事故実態調査では、転倒・転落 (29.5%)、チューブ類の管理 (12.4%) けが (11.1%) などが多かった。アクシデントの状況・場面では、ADL 訓練 (16.5%)、待ち時間 (14.6%)、OT 室訓練時その他 (10.9%)、指示のもと自主訓練 (10.4%) などが多かった。転倒・転落等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示唆された。

2) 言語聴覚部門におけるリスクマネジメント：平成16年に日本言語聴覚士協会会員を対象にリスクに関するアンケート調査を行った。この調査では事故、ヒヤリ・ハットの他に、対象者・家族からの苦情・不満や気がかりな出来事を含め、リスクを幅広くとらえ調査している。

回答総数 295 件のうち、これらの事例を経験した会員は 83% で、経験なしは 13% であった。経験した事例 (重複回答：429 件) を区分別にみると「ヒヤリ・ハット」が 55% と最も多く、「苦情」17%、「気がかり」が 14%、「事故」は 13% であった。記載のあった事項の内訳では「身体危害」が 63% と最も多く、

次いで「期待・意思疎通」（訓練効果・内容などの期待はずれ・意思疎通不良）21%であった。

「身体危害」の中では、誤嚥・窒息に関する事例が35%、転倒・転落に関する事例が34%で、この2つの事例で全体の約7割に達する。近年、言語聴覚士の臨床においては摂食嚥下障害の治療・訓練が占める割合が高くなってきており、ヒヤリ・ハットとはいえ、誤嚥・窒息の事例が多いという結果は言語聴覚士領域のこの現状を反映しているものと考えられ、特に摂食嚥下訓練においてはリスクに対する十分な対策を講じる必要があることを示唆している。「期待・意思疎通」の中では説明不十分・意思疎通不良が36%、訓練内容・効果が不適切あるいは不満が30%、方針・選択への不満が14%であった。また「守秘義務等」では名誉毀損（プライドを傷つけられたなど）が多かった。

これらのリスクへの対策については、医療事故を体験した言語聴覚士の78%が、何らかの対策を講じていると回答している。具体的内容としては環境整備による安全体制の確保、チーム連携、事前の情報収集によるリスクの低減、連携や監視体制の強化による転倒・転落事故防止などがあげられていた。

3) 看護からみたリハビリ科病棟におけるリスクマネジメント：平成11年某大学病院での患者取り違え事故から、医療事故が顕在化し社会問題となった。そのころより医療安全について感心が高まっていった。自分の身にも発生する可能性がまったくないとはいえない。小さなミスや他病院で発生している事故を真摯に受け止め日頃から組織として取り組む必要を痛感する。

看護におけるリスクマネジメントとは「施設内の他部門と協働し医療・看護の提供の場におけるリスクから、患者・家族、来院者、職員の安全と安楽を守り、医療・看護の質保証・向上を目指す活動である」¹⁾ 看護実践におけるリスクは、「転倒・転落」「誤薬」「患者取り違え」「針刺し事故」「機械の誤操作」「無断離院」などがあげられる。安全で、安心と納得のできる医療・看護の提供のために看護場面での事故の実態と対応について述べた。

【今後の課題】以上、平成16年度の研究成果を踏まえて、平成17年度は以下のプロジェクトを推進し、リハビリテーション領域における望ましい安全管理のありかたを提言する予定である。

1) インシデント・アクシデント(I-A)データベース：平成16年度に作成したI-Aモニタリング用データベースをもとに、大学病院、総合病院、リハビリテーション専門病院の中から抽出した全国のリハビリテーション医療施設においてI-Aモニターを行い、データベース化するとともに、I-Aの内容、とられた対応、改善点などを分析する。

2) 安全管理マニュアルの作成：H16年度に行った望ましいマニュアルの内容、安全管理体制および教育研修体制に関する提言およびI-Aモニタリング結果を踏まえ、リハビリテーション部門における標準的な安全管理マニュアルを作成するとともにその効果を検証し、必要な改訂を行う。

Ⅱ. 分担研究報告

1. リハビリテーションにおける安全管理に関する全国実態調査

—最終集計結果の分析—

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 里宇明元、千野直一

慶應義塾大学病院リハビリテーション科 遠藤 敏

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

藤元早鈴病院・作業療法・セラピスト室 東 祐二

国際医療福祉大学言語聴覚障害学科・言語聴覚障害学 藤田郁代

早稲田医療技術専門学校 栗山明彦

要 約

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会研修認定施設（333 施設）を対象に、施設全体およびリハ部門の安全管理・教育研修体制、職種ごとの安全上の問題点、リハ関連職の安全管理への関与などに関する実態調査を行った。204 施設（回収率 61%）より回答を得て（回収率 61%）、以下の実態が明らかとなった。1) リハに関連する事故報告については、90%の施設で医療事故・インシデントともに義務化され、報告体制についても 95%の施設で取り決めが行われていた。2) ただし、各部門で生じた医療事故・インシデントの他のチームメンバーへの情報提供については、常に行われている施設は 71%にとどまり、チームアプローチを特徴とするリハ医療におけるチーム構成メンバー間の情報共有はまだ不十分であることがうかがわれた。3) 医療事故防止体制としては、94%の施設で安全管理組織が設置されていたが、安全管理指導者や専任のリスクマネージャーが設置されている施設は 40%に過ぎなかった。4) リハに関する医療事故防止や事故発生時の対応に関する安全管理マニュアルが整備されていない施設も 30%にみられ、マニュアルが作成されている施設でも活用されていると答えたのは 35%に過ぎなかった。なお、約 60%の施設から使用されているマニュアルの送付を受けることができ、今後、実用的かつ実効性のある標準的な安全管理マニュアルを作成する上で、貴重な資料が得られた。4) 事故内容では、転倒・転落事故が最も多かったが、起立性低血圧、チューブ類のトラブル、物理療法に伴う事故、運動療法中の事故など、リハ治療中にさまざまなトラブルが起こり得ることが浮き彫りにされた。5) 事故データの収集を行っている施設は多かったが、それを事故防止に役立てるために十分に活用している施設は限られていた。6) 職員に対する安全教育の取り組み方も施設によりさまざまであった。

【はじめに】近年、人口の高齢化、医療技術の高度化に伴い、リハビリテーション場面においてもハイリスク患者が増加し、医療事故のリスクが高まりつつある。これまで、病院全体としての医療の安全管理・推進への取り組みは、比較的多く報告されているが、リハビリテーション部門における実態やリハビリテーション医療に特有の問題点については、必ずしも十分に明

らかにされていない。そこで、リハビリテーション部門における医療安全管理・推進の実態を把握し、望ましい安全管理のシステムを提言する基礎資料とすることを目的に、日本リハビリテーション医学会関連専門職委員会と合同で、学会認定の研修施設（333 施設）に対し、安全管理に関するアンケート調査を実施した。平成 15 年度は 115 施設の中間集計結果を報告したが、

平成 16 年度は回答を得た全 204 施設（回収率 61%）の集計と解析が終了したので、最終結果を報告する。

【方法】

1. 調査項目：これまでの安全管理に関する報告を参考にリハビリテーション現場の特殊性を加味し、以下の調査項目から構成されるアンケート調査票を作成した。1) 回答施設プロフィール（開設主体、施設基準、リハビリテーション医療の内容、病床数、職員数）、2) リハビリテーションに関係するインシデント、医療事故の実態（報告の方法、年間の件数、主な事例、他のリハビリテーションメンバーへの情報提供、リハビリテーション部門としての対応）、3) 医療事故防止のための体制（体制、リスク管理の方法、スタッフへの情報提供、マニュアルの有無・項目・活用状況、インシデント・医療事故の収集・分析結果の活用）、4) 職員教育。

2. 調査対象施設：リハビリテーション医療を本格的に行っていると考えられる施設を対象とするために、対象施設の選択基準は以下の条件をすべて満たすものとした。1) 急性期から回復期のリハビリテーションを行っている施設、2) リハビリテーション専門医が勤務している施設、3) 診療報酬上のリハビリテーション施設基準で、総合承認 1 または 2 の施設。これらの条件を満たすことが保証されている日本リハビリテーション医学会の研修認定施設を対象にアンケート調査を行うこととし、学会事務局より提供された認定施設名簿に掲載されている 333 施設にアンケート用紙を郵送し、調査への協力を依頼した。

【結果】アンケートの回収率は 61%（回答施設数 204 / 調査票送付施設数 333）であった。このデータをもとに以下の解析を行った。

1. 回答施設のプロフィール：開設主体は、国立またはそれに準じる医療施設が 53.9%、私的医療機関が 46.1%であった（表 1）。リハビリテーションの施設基準は、総合承認施設が 62.7%、理学療法 I が 6.9%、または作業療法 I

が 6.4%、同 II がそれぞれ 27.0%と 22.5%であった（表 2）。実施しているリハビリテーション医療の種類は、入院では急性期が 64.2%、回復期が 57.4%、維持期が 25.5%、外来では急性期が 23.5%、回復期が 38.2%、維持期が 58.3%であった（表 3、重複あり）。このうち、リハビリテーション専門病院は 19%、リハビリテーション病床のある一般病院が 38%、リハビリテーション病棟はないが、リハビリテーションを行っている病院が 38%であった（表 4）。また、リハビリテーション科の医師が主治医として病棟管理を行っている病棟がある施設が 40%、そのような病棟がない施設が 44%であった。病床数は、100 床未満が 10.3%、100-199 床が 26.0%、200 床-299 床が 11.3%、300 床以上が 0.9%であった（表 5）。職員数は施設によりばらつきが大きかったが、中央値値でみると、医師 15 名、看護師 83 名、理学療法士 8 名、作業療法士 5 名、言語聴覚士 2 名、医療ソーシャルワーカー 2 名で、義肢装具士および臨床心理士が常勤の施設はきわめて限られていた（表 6）。

表 1. 回答施設の開設主体 (N=204)

	件数	%
国立	29	14.2%
公立	50	24.5%
私立	8	3.9%
その他公的	31	15.2%
医療法人	43	21.1%
その他法人	38	18.6%
個人	1	0.5%
その他	4	2.0%

表 2. リハビリテーションの施設基準 (N=204)

施設基準	PT	%	OT	%	ST	%
総合	128	62.7%	128	62.7%		
I	14	6.9%	13	6.4%	72	35.3%
II	55	27.0%	46	22.5%	85	73.9%
なし	2	1.0%	12	5.9%	34	29.6%
未記入	5	2.5%	5	2.5%	11	9.6%

表 3. リハ医療の種類 (N=204、重複あり)

	入院	%	外来	%
急性期リハ	131	64.2%	48	23.5%
回復期リハ	117	57.4%	78	38.2%
維持期リハ	52	25.5%	119	58.3%

表 4. リハ病棟の有無 (N=204)

リハ専門病院	38	19%
リハ病床	78	38%
病棟なし	68	33%
未記入	20	10%

リハ科主治医	82	40%
リハ科主治医		
なし	90	44%
未記入	32	16%

表 5. 病床数 (N=204)

100床以下	21	10.3%
100-199床	53	26.0%
200-299床	23	11.3%
300床以上	105	51.5%
無床	1	0.5%
未記入	1	0.5%

表 6. 職員数 (N=204)

	平均	SD	最 小	最 大	中央 値
医師	61.9	116.7	1	670	15
看護師	183.3	220.4	0	970	83
PT	9.9	7.2	2	50	8
OT	6.5	5.7	0	36	5
ST	2.4	2.2	0	11	2
MSW	2.5	2.3	0	15	2
義肢装具士	0.2	0.5	0	3	0
臨床心理士	0.9	1.8	0	17	0

2. リハビリテーションに関係する事故報告・件数・発生時の対応:

1) 事故報告: 事故報告の方法は、医療事故・インシデントともにすべて義務化 89.7%、医療事故のみ義務化 2.0%、インシデントのみ義務化 0.5%、報告義務なし 0.5%であった(表 7)。事故発生時に誰に、どのように報告するかという決まりごとの有無は、あり 97.1%、なし 1.5%、無回答 1.5%であった(表 8)。

表 7. 事故報告の方法 (N=204)

すべて義務化	183	89.7%
事故のみ義務化	4	2.0%
インシデントのみ義務化	1	0.5%
報告義務なし	1	0.5%
未記入	15	7.4%

表 8. 報告の決まりごと (N=204)

	件数	%
ある	198	97.1%
ない	3	1.5%
未記入	3	1.5%

2) 事故件数: 年間の事故件数は、医療事故が平均 5.4 件 (0-74 件、中央値 1 件)、インシデントが平均 70.9 件 (0-1422 件、中央値 7 件) で、死亡事故も 4 件報告されていた(表 9)。主な事例は、訓練室場面では転倒・転落が、病棟場面では転倒・転落および誤薬が上位を占めていた。その他、痙攣発作、誤嚥、血圧低下、低血糖発作、チューブ・装着している医療機器類のトラブル、関節可動域訓練後の痛み、物理療法後の熱傷、オーダーの確認不足によるトラブル、下肢術後の荷重ミス、患者への説明不足によるトラブルなど多様な事故・インシデントがあげられていた。

表 9. 医療事故・インシデント (I) の件数 (N=204)

	平均	SD	最小	最大	中央 値	死亡 事故
事故	5.4	13.1	0	74	1	4
I	70.9	185.2	0	1422	7	

医療事故・インシデントの内容

1位：病棟（転倒・転落）、訓練室（転倒）
 2位：病棟（誤薬）、訓練室（転落）
 以下、次のような事例
訓練室：医療機器等の使用、管理 歩行訓練中 起立性低血圧 医療行為に対する外傷 ルート・チューブ類トラブル 体調不良 打撲 作業中の怪我 骨折 患者の接点 衝突 けいれん発作 切傷 急変情報 関連 処置関連 対応トラブル関連 事務（請求関連） 指示内容の確認ミス チューブ抜去 移乗時の転落 機器使用時 患者接遇に関する事 患者能力の判断 不足 ドア等での指はさみ事故 リハ優具からの転落、転倒 リハ中の転倒 ストレッチ中の骨折 車椅子からのずりおち 自主訓練中の患者管理 医療機器使用管理 移乗時の外傷 状態悪化 患者取り違い 起立性低血圧 擦過傷 捻挫 やけど ホットパックでの熱傷 入れ歯の誤飲 低血糖 腰痛の憎悪 気分不良 血圧上昇 血圧低下 手術後の荷重ミス OTでの誤食 点滴チューブ抜 説明不足 実施忘れ 患者管理 創部出血 o2不足 服薬ミス ROM ex後の痛み
病棟：患者本人に関する事象 ルート、チューブ、検査、処置 食事 注射 チューブトラブル 輸血 無断 離院 処方、与薬 オーダー、情報処理 ドレーン、チューブ類の使用、管理 治療、手術、処置等 摂過上のトラブル 剥離 打撲 骨折 与薬ミス 把器、チューブ 誤嚥、誤食 異食 転倒 チューブ抜去 処置 離院・離棟 食事配膳ミス 検査ミス 記録ミス 注射 処方 検査関連 薬剤関連 事務関連 処置関連 自傷 対応 採血、点滴のミス 患者管理 指示出し、受け 経管チューブ自己抜去 説明不足 量誤認 点滴もれ 人工呼吸器に関する事
 その他：医療機器 放射線、CT 検査 薬剤、薬剤取り違い（調剤、注射）療養上の世話、生活の場面 処方、与薬 給食、栄養 医療機器等の使用、管理 対応、接

遇 食事配膳ミス 検査ミス 記録ミス 調剤 検査 調理 対応 誤薬 誤薬（薬剤部） 異物混入（栄養課） 熱傷（東洋医科） 離院 アイスノンでの凍傷（自宅で 指導不十分）ライン、チューブトラブル 主治医の説明不足 量誤認 種類誤認 入力ミス 機器、設備 トラブル 薬品の取り違い 薬品の計数調剤ミス 薬品の在庫不足 食事異物混入 検査検体間違い

3) 他のメンバーに対する情報提供：各分野で生じた医療事故・インシデントに関する他のリハビリテーションチームメンバーに対する情報提供については、している75.0%、していない1%、事例によってしている24.0%であった（表10）。情報提供をしている場合の連絡方法は、カンファレンスで知らせる47.0%、連絡箋9.0%、カルテ6.0%、電話等5.0%、取り決めなし9.0%、その他13.0%であった（表11）。事例によってと答えた48施設における事例の選択方法は、責任者の判断54.0%、生命に関わる場合19.0%、リハビリテーションを進める上で検討が必要な場合92.0%、その他6.0%であった（表12）。

表 10. 他のメンバーに対する情報提供 (N=204)

	件数	%
している	154	75%
していない	2	1%
事例によって	48	24%

表 11. 情報提供の方法 (N=202、重複あり)

連絡方法	件数	%
カンファレンス	95	47%
連絡箋	18	9%
カルテ	13	6%
電話等	16	8%
取り決めなし	18	9%
その他	27	13%
未記入	15	7%

表 12. 事例の選択 (N=48)

責任者の判断	26	54%
生命に関わる場合	9	19%
リハを進める上で要検討	44	92%
その他	3	6%

4) リハビリテーション部門としての対応：医療事故発生時のリハビリテーション部門としての対応は、すべて患者・家族に説明 60.3%、事故の内容によって説明 48.0%であった（表 13）。患者に対する謝罪は病院の代表が実施 27.0%、事故を起こした当事者も謝罪 33.8%、カルテなどの情報をすべて患者側に開示 8.3%、事故事例（内容や対応策など）を一般に公表 3.9%、無回答 29%であった。

表 13. リハ部門としての対応 (N=204、重複回答)

すべて説明	123	60.3%
内容により説明	98	48.0%
謝罪は病院代表	55	27.0%
当事者の謝罪	69	33.8%
カルテ開示	17	8.3%
一般に公表	8	3.9%

2. 医療事故防止のための体制

1) 安全管理体制：安全管理組織は 93.6%の施設で設置されていたが、安全管理指導者や専任の安全管理者（リスクマネージャー）が設置されている施設はそれぞれ 39.7%と 40.7%に過ぎなかった（表 14）。リハビリテーションを進める上でのリスク管理を誰が行うかについては、他科と連携して行うと答えた施設が 44.6%、主治医が行うと答えた施設が 28.4%であった（表 15）。リスクについてのリハビリテーションスタッフへの情報提供の方法は、カンファレンスまたは処方箋・連絡箋によるとする施設が多かった（表 16）。

表 14. 安全管理体制 (N=204、重複回答)

安全管理組織あり	191	93.6%
担当者あり	7	3.4%
安全管理指導者あり	81	39.7%
リスクマネージャーあり	83	40.7%
各部署にリスクマネージャー	127	62.3%

表 15. リハを進める上でのリスク管理 (N=204)

すべてリハ科医	27	13.2%
他科とも連携	91	44.6%
主治医	58	28.4%
医師は関与せず	24	11.8%
意識せず	4	2.0%

表 16. スタッフへの情報提供 (N=204、重複回答)

カンファレンス	126	61.8%
処方箋・連絡箋	137	67.2%
カルテ	60	29.4%
電話	44	21.6%
取り決めなし	7	3.4%

2) 安全管理マニュアル：リハビリテーションに関する医療事故防止や事故発生時の対応についてのマニュアルがあると答えた施設は 62.7%、ないと答えた施設は 35.8%であった（表 17）。マニュアルで取り上げられている項目は、転倒・転落・骨折、感染症、全身状態悪化、誤嚥、外傷・熱傷、患者取り違え、ライン管理、救急蘇生の順に多かった（表 18）。マニュアル作成済みの 128 施設中、47 施設（59.5%）からマニュアルの送付を得られた。マニュアルの活用状況は、活用されている 52.3%、不十分 39.1%、活用されていない 8.8%であった（表 19）。マニュアルがないと答えた 73 施設についてその理由を問うと、あまり必要でない 25.0%、作成担当者が明確でない 8.3%、内容が定まらない 25.0%、その他 43.1%であった（表 20）。

マニュアルの作成について、現在作成中が26.4%、今後作成しようと考えているが55.6%、作成する予定はないが15.3%であった(表21)。

表 17. マニュアルの有無 (N=204)

ある	128	62.7%
ない	73	35.8%
未記入	3	1.5%

表 18. マニュアルの項目 (N=204、重複回答)

転倒・転落・骨折	106	52.0%
誤嚥	64	31.4%
離院	35	17.2%
患者取り違え	47	23.0%
全身状態悪化	74	36.3%
外傷・熱傷	57	27.9%
感染症	68	33.3%
ライン管理	64	31.4%
酸素吸入	46	22.5%
人工呼吸器	47	23.0%
救急蘇生	39	19.1%
接遇	39	19.1%
その他	24	11.8%

表 19. マニュアルの活用 (N=128)

活用されている	67	52.3%
不十分	50	39.1%
活用されていない	11	8.6%

表 20. マニュアルなしの理由 (N=73)

不必要	18	25.0%
作成担当者不明確	6	8.3%
内容定まらず	18	25.0%
その他	31	43.1%

表 21. マニュアルの作成 (N=73)

作成中	19	26.4%
作成計画中	40	55.6%
予定なし	11	15.3%
未記入	3	4.2%

3) 事故データの活用：事故データを事故防止に役立てるためのリハビリテーション医療現場における工夫を尋ねたところ、リハビリテーション部門で医療事故に関する定期的会議をもち、収集・分析結果をもとに事例報告と対応策の検討を行っている18.6%、リハビリテーション部門の定例会などで収集・分析結果と事例を報告している43.1%、収集・分析結果を定期的に通達している25.5%、報告しっぱなしで、現場では何もしていない9.8%であった(表22)。

表 22. 事故データの活用に関する現場での工夫 (N=204)

会議で分析	38	18.6%
定例会で報告	88	43.1%
定期的に通達	52	25.5%
何もせず	20	9.8%
未記入	6	2.9%

4. 職員教育：医療事故防止に向けての職員教育については、事故事例の振り返り・技術の工場などのための講習を定期的に行っている31.9%、同不定期に行っている47.1%、教育は各部・科に任せている11.8%、特に行っていない5.4%、その他3.9%という回答であった(表23)。

表 23. 職員教育 (N=204)

定期的講習	65	31.9%
不定期の講習	96	47.1%
各部・科に任せている	24	11.8%
なし	11	5.4%
その他	8	3.9%

【考察】今回、リハビリテーション医療を積極的に展開していると考えられる日本リハビリテーション医学会研修施設を調査対象としたことにより、回答率もこの種の調査としては60%以上と比較的高く、今回の研究により、初めてリハビリテーション領域における安全管理の実態を全国レベルで把握することができた。今回の集計結果から以下の実態が明らかとなった。1) リハビリテーションに関する事故の報告については、90%の施設で医療事故・インシデントともに報告が義務化されていた。報告体制についても95%の施設で取り決めが行われていた。2) ただし、リハビリテーションの各分野で生じた医療事故・インシデントの他のチームメンバーへの情報提供については、常に行われている施設は71%にとどまっており、チームアプローチを大きな特徴とするリハビリテーション医療におけるチーム構成メンバー間の情報共有はまだ不十分であることがうかがわれた。3) 医療事故防止体制としては、94%の施設で安全管理組織が設置されていたが、安全管理指導者や専任のリスクマネージャーが設置されている施設は40%に過ぎなかった。4) リハビリテーションに関する医療事故防止や事故発生時の対応に関する安全管理マニュアルが整備されていない施設も30%みられ、マニュアルが作成されている施設でも活用されていると答えた施設は35%に過ぎなかった。今回の調査に際して、約60%の施設から施設で使用されているマニュアルの送付を受けることができた。これらの収集したマニュアルの分析を通して、実用的かつ実効性のある安全管理マニュアルのスタンダードを作成する上で、

貴重な資料が得られた。4) 実際の事故内容では、転倒・転落事故が最も多かったが、起立性低血圧、チューブ類のトラブル、物理療法に伴う事故、運動療法中の事故など、リハビリテーション治療中にさまざまなトラブルが起こり得ることが浮き彫りにされた。5) 事故データの収集を行っている施設は多かったが、それを事故防止に役立てるために十分に活用している施設は限られていた。6) 職員に対する安全教育の取り組み方も施設によりさまざまであった。

以上の結果を踏まえて、平成17年度は、1) インシデント・アクシデント(I-A)のモニタリング、2) リハビリテーション部門における標準的な安全管理マニュアルの作成とその効果の検証および必要な改訂を行い、リハビリテーション領域における安全推進に寄与していきたい。

【参考文献】

- 1) 安保雅博. リハビリテーションにおけるリスクへの対応. 総合リハ 2001;29:597-602
- 2) 特集 病院のセーフティ・マネジメント最前線. 病院 2004;63:541-582
- 3) Young PC, Tomski M. An introduction to risk management. Phys Med Rehabil Clin N Am 2002;13:225-246

2. 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の作成に向けての提言

前田真治¹⁾ 椿原彰夫²⁾ 高岡徹³⁾ 永田雅章⁴⁾ 山口昌夫⁵⁾ 渡邊修⁶⁾

日本リハビリテーション医学会 関連専門職委員会

- 1) 北里大学東病院リハビリテーション科
- 2) 川崎医科大学リハビリテーション科
- 3) 横浜市障害者更生相談所
- 4) 市川市リハビリテーション病院リハビリテーション科
- 5) 金沢医科大学リハビリテーション科
- 6) 東京都立保健科学大学理学療法学科

要約

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。

今年度は、これら基本的な考え方を整理するとともに、安全管理マニュアルの作成を試みたので報告する。

I. リスクマネジメントの考え方

1. リスクマネジメントのための基本的な

考え方: 医療事故を防止し安全な医療を構築するために、医療関係者は以下のような事項を共通の認識とすべきである。

1) 常に危機意識を持ち業務にあたること

常に「事故はいつでも起こり得る」「人は過ちをおかす」という危機意識を常に持ち、業務にあたることが重要である。

医療行為は人間を相手にするため不確定要素が多く潜在し、常に危険と隣合わせにある。このことを充分認識し、医療事故は

いつでも起こりうるものであるという「危機意識」を持ち、業務にあたる意識付けが必要である。

2) 患者本位の医療に徹すること

すべての医療行為、医療システムを患者中心・患者本位のものとした基本理念をもち、医療者側の都合のよいシステムは作らない。患者本位の医療は医療の質を高めることにつながる。

3) 医療行為を行うときは、徹底したチェック・ダブルチェックをすること

どのような医療行為を行うにも、行う前

に複数の者で確認すること。口頭指示である場合は必ず復唱し、後で必ず指示書を出してもらうこと。

業務の過程で疑問がでたら、そのまま医療行為を行わないこと。事故の要因は、①当たり前のことが当たり前に出来ないこと、②不確実な知識での対応、③不十分な患者情報確認、④ダブルチェック体制の不備などである。

4) 患者・家族とのコミュニケーションを十分にとること

医事訴訟のほとんどの要因は患者・家族とのコミュニケーション不足であることを認識すべきである。インフォームドコンセントを十分にとる必要があり、その際に患者の①知る権利、②拒否する権利、③自発的同意を尊重し、患者・家族の気持ちを汲み取るようコミュニケーションには十分留意すべきである。医療者側が説明しても患者は素人で十分理解されないから等と考えず、双方が納得いくまで説明し、確認すること。

5) 医療者間のコミュニケーションを図ること

また、患者・家族とのコミュニケーションのみでなく、医療者間のコミュニケーションを図ることも重要である。上下関係のない人間関係、自由に発言・報告でき、問責にしない環境が事故などの報告しやすさをつくり、未然に事故を防止できる。また、個人を責めず「誰が」ではなく、組織として「どうしてそうなったか」という原因志向的発想が安全環境をはぐくむ。

6) 情報は常に共有化すること

リスクマネジメント担当者を設置し、インシデント・アクシデント報告システムを

構築する。病院内の他の部門と共同して院内報告システムとリンクさせる。

発生したインシデント(ひやり・はっと、ニアミスなど)やアクシデント(医療事故)については報告システムを作り、リハビリテーション全スタッフで集積・分析・検討・対策を講じ、現場にフィードバックさせることが医療事故再発防止のために極めて重要である。必ず現場職員で対策を立案し、必要な個々の防止マニュアルを作るようにする。報告に関しては問責せず、自由に報告できる環境を作ることが肝要である。

医療事故は医療者個人の努力だけでは防止できず、組織として「事故は起こるもの」という認識のもとに、エラーが発生しないような二重三重の防止システム(エラーレジスタンス)とエラーが発生しても事故に結びつかないよう途中でブロックされるシステム(エラートレランス)を構築しなければ安全な医療は保証されない。

7) 医療者自身の健康管理を行うこと

医療者は、自分の肉体的・精神的健康管理を行う。多くのアクシデント・インシデントが「見落とし」「見間違い」「思い込み」「取り違え」「勘違い」「確認不足」「注意力低下」など注意散漫による「うっかりミス」いわゆるヒューマンファクター(個人的要因)であり、その背景要因として個人の健康状態に問題があることがある。常に医療人であるという自覚をもって健康管理に努めることである。

8) リスクマネジメントのための教育・研修システムを整備すること

インシデント・アクシデントの発生は新人に多い。新人教育の充実、職場マニユア

ルの徹底を指導するとともに、知識・技術・経験不足も発生要因となりうるため医療技術の習得のための具体的・実践的な教育プログラムを作成することが必要である。その際、接遇教育も重要で、これにより避けられるトラブルは多い。

2. リハ医療におけるリスクマネジメント

リハ医療の対象者のほとんどは運動器の障害を有していたり、様々な全身的合併症をもっている方が多く、リハ部門は本質的にハイリスクである。

また、知的機能低下や高次脳機能障害などを呈する場合には、患者・障害者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あまり恐れてリハ医療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につながる。

1) 訓練処方箋に基づくリハ医療

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医療を実施する。

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リハを実施するため、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¹⁾。

4) 常備すべき器具

- ①ストレッチャー・車いす
- ②血圧計
- ③心電図モニター
- ④アンビューバッグ
- ⑤酸素ボンベ
- 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）

3. リハ医療施行中の全身管理

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・その他外傷
- ④溺水
- ⑤接続チューブなどはずれ
- 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。

- ②医療事故の発生時には、当事者は直接患者に事故内容を説明せず、事前に決められた連絡網によって責任者へ連絡を行う。事故発生後は、冷静かつ誠実に患者・家族への対応を迅速に行うために、可及的至急に事故対策委員会を開く。
- ③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責任者があたる。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。
- ④緊急処置が一段落すれば、速やかに患者・家族などに誠意をもって説明する。
- ⑤患者・家族への説明は窓口を一本化し、まず早期の説明は慎重かつ誠実に事実経過についてのみ説明する。憶測・推測での発言は行わない。
- ⑥説明は説明者ひとりで行わず、他に管理・説明責任者などを含む複数の人数で同席し、事故発生の実事経過を正確に説明する。
- ⑦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。
- ⑧家族が病院・施設内にいない場合には関係職員が直ちに自宅などの連絡先に連絡し、家族などの連絡相手や連絡日時などを記録しておく。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。
- ⑨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。
- ⑩処置が一通り終了したら、事故当事者は早急に事故報告書を作成する。事故の概要、患者の状況、治療、今後の見通し及び患者等への説明内容な

どを診療録に必ず記録する。

- ⑪医療事故に関わった当事者は、ミスが明白なものであれば自責の念にかられていることが多く、通常の状態を保つことが困難であることも考えられることから、事故当事者に対する十分な配慮が必要である。

3) 急変時対応²⁾

①人命にかかわる場合

- a. 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。
- b. バイタルサインの監視を開始する。
- c. 医師・看護師へ引き継ぐ。
- d. 責任者への報告
- e. 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

- a. 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。
- b. バイタルサインの監視を開始する
- c. 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。
- d. 責任者への報告
- e. 発生時の状況等を記録する。

③救命処置

- a. 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
- b. 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
- c. 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
- d. 自発呼吸が回復しなければ人工呼吸を開始
- e. 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

- f. 脈拍が触れない場合は心臓マッサージを開始
- g. 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

4. リハ医のためのリスクマネジメント

1) リスクマネジメントマニュアルの作成

医療事故の未然防止のため、リハ医においても基本的な事故防止方策の立案は必須である。各病院に適した具体的な事故防止方策の検討ならびにマニュアルを作成する際には、上記の基本的事項を中心に構築していくとよい。また、医療事故防止のために、常に注意すべき事項については、常に目に触れるようにしておくことも有効な手段と思われる。

医療事故を未然に防止することがこのリスクマネジメントの目的であるが、万が一事故が発生した場合の対応の一つとして、リハ医自身が医師保険などに加入しておくことはもとより、各病医院でも顧問弁護士と契約、即時対応できる体制が必要である。

2) リハ医の臨床において

患者・障害者の人間としての生命・生活・生涯に対し畏敬の念をもって真摯な態度で望むことが基本である。リハ科の医師は患者・障害者の主治医となり、診療契約は病歴聴取とともに自動的に成立しており、治療が完了するまですべては主治医の責任となる。また、看護師・リハビリテーションチームの各専門職やその他の職員が実施した医療行為についても最終的な責任は主治医にある。さらに自己能力の範囲を超えた患者については、患者にとってより益がある医療の提供可能な病院への紹介・転医の

義務がある。また患者は現在の医療水準に即した医療を受け得るとの期待（期待権）をもっており、期待権侵害すなわち債務不履行とならないよう努めなければならない。

①患者への対応

- a. 診察などにおいて常に、患者のID・氏名・性別・生年月日などを確認する。
- b. 患者との信頼関係の構築にはコミュニケーションが重要であり、日頃からコミュニケーションが円満に図れるよう心がける。
- c. 十分なインフォームド・コンセントをもって評価・検査・治療にあたる。そして、少なくとも患者・障害者に納得が得られるまでは十分な説明を行う。

②他部門への対応

- a. リハ医は評価・検査など指示する時には、口頭のみでなく指示伝票で行い、記載は正確に明確な字句を用いる。緊急口頭指示の場合は後で必ず指示伝票を出す。読みやすい文字で書く。誰にでも理解できる内容で書く。
- b. リハ医療はチーム医療であることを認識、専門職間の良好な人間関係を作るよう心がける。

③自己研鑽について

- a. その時代の医療水準で医療を行えるよう、各自の技術・知識を高め、臨床能力の維持向上のため教育・研修会などに積極的に参加する。
- b. 生活管理を十分に行い、肉体的にも精神的にも常に体調を整える。

④障害者の人権に関して

脳損傷患者や痴呆患者のリハビリ医療においては、時として危険防止の観点から、患者自身や周囲の危険や損害を避けるために、患者の自由を制限しなければならないことがある。この際、リハビリ医はこれらの制限には倫理的あるいは経験主義的な問題があることの認識が必要である³⁾。たとえどのような状況になったとしても障害者の人権を保護することがリハビリテーションの大きな目標の一つであると思われる。

3) リスクマネジメントシステムについて

能力低下を軽減し、QOLを改善して命を永らえさせることはリハビリテーション過程のゴールである。リハビリテーションにおける理論的根拠をもったリスクマネジメントシステムについては、脳卒中など⁴⁾の疾患ごとのシステム作りが再発や能力低下を最小限に防げると考えられる。

これら総説的なリスクマネジメントについて、作業療法士の立場からではあるが触れた文献がある⁵⁾。その中では、介護老人保健施設におけるリハビリテーション科の役割は重要で、施設内業務の連携すべてにおいて、教育・指導的立場が望まれること。作業療法士は専門性を打ち出しながら広い視点で老年期における目標設定を考慮する必要があること。

機能回復が困難な高齢者に対しては特に福祉用具の知識と適応技術が求められることなどを列挙しており、総括的な面からのリスク管理の重要性を示している。

また、理学療法士の立場からも看護師と同様に患者との直接的な接触が多く、事故発生を回避し得ない場合がありうる。昭和53年から平成6年までの判例調査では、理学療法士が被告となった医療過誤事件は見つからなかったとしている⁶⁾が、今後は社会の変化から関連専門職の医療過誤についても取り立たされる可能性は高いと思われ、リハビリ医の管理はさらに大きなものとなると思われる。

このような中で、病院内での患者の安全確保と生活や活動性の向上を図るために、患者の行動に関するリスク管理を行うべきである。しかし、転倒・転落などの行動に関するリスクを挙げ、リスクを恐れるあまりに廃用症候群の高齢者を作り出すという悪循環の回避にも努めなければならない。これらのことからリスク管理からペイシェント・セーフティーへと発展させ、チームによるシステムを確立することの重要性が強調できる。そして、病院全体での取り組みと全職員へ定着させる取り組みは欠かすことはできない⁷⁾。

また、医療者は知識・技術の向上だけでなく、スタッフとのコミュニケーション⁸⁾や対人関

係を含めた対応能力が求められる。さらに記録とインフォームドコンセント^{9, 10)}を含めたリスク管理がきちんとできる能力や危機管理時における問題処理能力も要求されるとしている¹¹⁾。これらのリスク管理を確実に行うことは、患者・障害者のADL¹²⁾やQOLに大きな影響を与えるものと思われる。さらに、リハビリテーションにかかわる各専門職種の治療者側のリスク管理も重要視されており、腰痛などの管理¹³⁾や他の骨関節疾患の管理¹⁴⁾も重要である。

5. リスクマネジメントを向上させるには

日本人の文化的背景から、危機意識が欠如しリスク管理が定着しないといわれている¹⁵⁾が、正しいリスク管理のありかたを、卒前教育から取り入れなければならない。関連職種教育におけるリスク管理では、臨床教育の指導者を含めた質の向上が重要であり、臨床実習教育における学生のリスクや卒後教育としての生涯学習を行うべきである^{9, 15)}。

リハ医療のチームワークの中でリハ医が主導権をもってリスクマネジメントを考えていなければならない。リハ医がリハチームのリスクマネジメントを行うとともにリスクマネジメントのチームを作り上げなければならない。また、医療者のみならず患者・障害者、家族などを対象

とし、危険回避の対策と事故発生時の対応方法などを患者・障害者、家族へ具体的に指導すること、関係者（医師、療法士、MSW など）の協力、などが重要と思われる¹⁶⁾。

リハ医（physiatrist）は impairment と disability に関して専門的に対応するために、independent medical examination (IME)を行う医学的、法的責任がある。そのための実際的なガイドラインが必要である¹⁷⁾。そして、一定の形式に沿ったリスク管理は、医師にとって基本的な技能であり、系統だったリスク管理は病院や支払い側にとって重要であると思われる¹⁸⁾。

さらに、リスクマネジメントを向上し、医療事故を未然に防止するには、リハ医・関連専門職などの医療者個人の資質・技能水準の向上を図ることが重要である。しかし、その向上を医療者個人の努力にのみにゆだねるのではなく、組織として取り組んでいく姿勢が重要である。

医療者個人が日頃より自己啓発、資質向上に努力するとともに、病院・施設などの組織として医療者の能力を向上させるため、定期的に教育・研修を行う必要がある。その際、機会あるごとに、「事故は生じるもの」であることを前提に、常に「危機意識」を持つよう意識改革を行いながら、業務にあたるよう指導する。

研修内容

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①医療事故の事例検討をスタッフ全員で行う。②新規採用者研修、現任者研修、全体研修別に定期的に行う。 |
|--|