

【作業療法における医療事故実態調査】

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、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（回収数 84（33.6%））、アクシデント内容で、転倒・転落（64 件、29.5%）が最も多かった。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。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%）などが多かった。以上のことから、転倒・転落は、作業療法において最も発生頻度が高いことが解った。また、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示唆された。

以上のことを考慮すると、作業療法場面におけるリスクの特徴としては、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コンタクトすることによって発生し得るものとが考えられる。²⁾³⁾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、想定のしにくい偶発的なものが考えられる。（表 2）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であると考えられた。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備、充実が必要であろうと考えられた。

表 2.作業療法場面で想定されるリスク内容

事故内容	訓練場面
転倒・転落	ADL 動作訓練（基本動作・排泄・入浴・移乗動作など）
裂傷	調理動作（包丁使用）手工芸（カッター・ハサミの使用）
熱傷	家事動作訓練（調理・アイロン）入浴訓練・温熱療法
炎症症状の憎悪	関節可動域訓練・筋力トレーニング
医療機器の不具合	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
呼吸状態の悪化	姿勢の変化など運動負荷のかかる全ての場面
覚醒レベル低下	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
筋・腱・靭帯・皮膚損傷	関節可動域訓練・筋力トレーニング・装具療法
誤嚥・窒息	嚥下訓練・食事動作訓練
感染	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
器官内チューブの自己抜去	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
自助具・福祉用具の不具合	ADL 訓練・病棟内訓練
自傷（自殺を含む）・他害	待ち時間や安静時も含めた全ての場面

【リスクマネジメント有効事例】

日常生活動作訓練室にて、作業療法士が片麻痺患者のトイレまでの移動動作訓練中の立ち上がり介助実施中に、患側方向にバランスを崩し転倒しそうになったところを、他のスタッフの協力により転倒を防いだ。担当作業療法士（経験 1 年目、当時 6 ヶ月）からの事後の口頭ならびに書面報告をうけて要因を検討し対策した。要因のひとつに、立ち上がり介助を実施する際の準備不足が考えられた。通常、歩行介助の際、転倒を防止するために、介助すべきポジションを患者の前方・側方・後方のいずれにも対応できる患側に位置する必要があるが、今回の場合、患者の健側に位置して介助を実施していた。その原因として、注意不足と背景に、当事者のセラピストの経験不足による、手技未熟が考えられた。同時に、現場指導者において、リスクの

高い動作訓練を実施する際の指導体制が完全ではなかった。そのため、当事者には、医療安全意識の向上と技術の習熟が必要と認め、現場指導者に対する報告（毎日）を指示し、現場指導者には、当事者に対する技術指導を指示した。その後、当事者におけるアクシデント・インシデント事例の発生はない。さらに、当事者の医療安全意識の高まりはかたちとなって現れ、自主的に想定しうるリスクを列挙して診療業務に臨んでいた。

スクへの対応,総合リハ・29 巻 7 号,2001,7月,pp597~602

【おわりに】

作業療法訓練場面におけるリスクの実態と対策について検討した。医療安全対策を効果的なものにするには、施設をあげて実施することが重要である。すなわち、事故を未然に防ぐソフト・ハード両面の整備とシステム構築が必要である。同時に、個々の現場スタッフにおいては、知識や技術の修得はもちろんであるが、安全管理意識を強く持つことが最も重要であると考えられた。

【文献】

- 1) 厚生労働省医療安全対策情報、2005.1
- 2) 日本作業療法士協会,作業療法士ガイドライン,2003.8月
- 3) 安保雅博:リハビリテーションにおけるリ

2) 言語聴覚部門におけるリスクマネジメント

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

【要約】

言語聴覚士にとってのリスクとは：身体的にリスクの高い業務は診療補助行為として医師・歯科医師の指示を受けることになっている。リスクの実態と特徴は、事故やヒヤリ・ハットの他に苦情・不満を含めるとアンケート回答者約8割がこれらを経験している身体危害の約7割が誤嚥・窒息と転倒・転落であった。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、摂食嚥下訓練をすすめるにあたり、いかにリスクを最小限にとどめるかが言語聴覚士にとっての大きな課題である。リスク・マネジメントの工夫としては、以下があげられる。常にリスクを意識し、安全性と活動性を共に確保する努力が重要であり、また、コミュニケーション不足による精神的なリスクにも注意するという意識改革が必要である。

a) リスクを起こさないための工夫

- 1) 患者（児）の疾患や症状を観察や情報収集により十分に理解し、危険行動に常に対応できるよう留意すること
- 2) 「医師の指示」のもと行うこと
- 3) 嚥下障害を正しく評価し、適切な訓練計画を立案し設定した安全条件を確実に伝達し守っていくこと
- 4) 訓練中は全身状態、呼吸状態、嚥下機能、神経学的所見などに注意し、危険な徴候を見逃さないこと
- 5) 医師、関連職種と情報を共有すること
- 6) STの身を守るリスク管理として、感染や被曝に注意すること

b) 万が一事故が起こったときの対応

- 1) 気道確保のための緊急の対策をとる。
- 2) 事故の原因を追及し、Incident や Accident report を活用して書面に残しておく。

【はじめに】マンパワーが中心で、かつ高度化・複雑化した医療現場にあつては、小さなミスが生命の安全を脅かす事故につながりかねないため、慎重な対応が求められる。

表1に某病院におけるヒヤリ・ハットを含む医療事故の統計を示す。転倒・転落事例が最も多く、次いで与薬となっている。転倒・転落は職員の監視下でない時に多く発生している。これらの事例は言語聴覚療法の臨床場面においても少なからず認められるが、ここでは言語聴覚領域に特徴的なリスクと対策を中心に述べる。

【言語聴覚士にとってのリスクとは】言語聴覚士法では言語聴覚士の定義（第2条）に医師の指示についての記載がなく、業務を行うにあたって主治の医師、歯科医師がある場合は、指導を受けることとされている。医師の指示の

下に業を行うと定義されている理学療法士、作業療法士とは、この部分が異なっている。ただし、診療の補助行為として規定された業務（表2）、つまり身体的にリスクの高い業務は医師・歯科医師の指示を受けることになっている。具体的には嚥下訓練、人工内耳の調整の他、厚生省令で定められた他動運動や抵抗運動を伴うもの又は薬剤や器具を使用する訓練・検査がそれにあたる。もちろん、これ以外の行為であっても常に危険性を意識して業務にあたることは述べるまでもない。

■表1 医療事故発生率

事故の内容	発生率
転倒・転落など(監視外)	49.1
転倒・転落など(監視内)	15.7
服薬	10.7
点滴	5.7
吸引	1.1
内視鏡	0.7
造影検査	0.4
その他	16.7
合計	100.0

(ヒヤリ・ハット報告含む)

■表2 診療の補助行為(言語聴覚士法)

- 嚥下訓練
- 人工内耳の調整
- 機器を用いる聴力検査(簡易聴力検査は除く)
- 聴性脳幹反応検査
- 音声機能に係る検査及び訓練
(他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る)
- 言語機能に係る検査及び訓練
(他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る)
- 耳型の採型
- 補聴器装用訓練

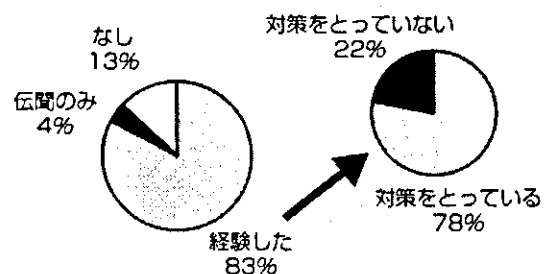
【リスクの実態と特徴は】平成16年、日本言語聴覚士協会は会員を対象に、言語聴覚士のリスクに関するアンケート調査を行った。この調査では事故、ヒヤリ・ハットの他に、対象者・家族からの苦情・不満や気がかりな出来事を含め、リスクを幅広くとらえ調査している。

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(図1)。多くの言語聴覚士がリスクを経験したり、感じたりしていることになる。経験した事例(重複回答:429件)を区分別にみると(図2)「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(図3)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

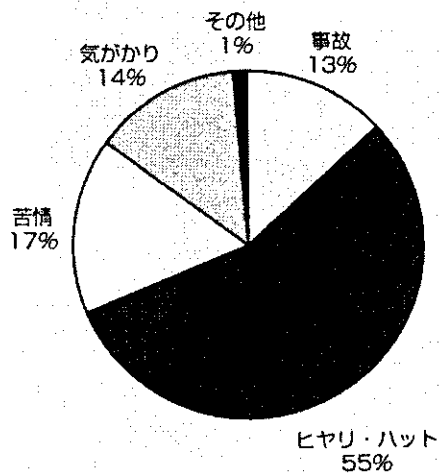
などの期待はずれ・意思疎通不良)21%であった。「身体危害」の中では(図4)誤嚥・窒息に関する事例が35%、転倒・転落に関する事例が34%であった。この2つの事例で身体危害全体の約7割に達する。近年、言語聴覚士の臨床においては摂食嚥下障害の治療・訓練が占める割合が高くなってきており、ヒヤリ・ハットとはいえ誤嚥・窒息の事例が多いという結果は言語聴覚士領域のこの現状を反映しているものと考えられ、特に摂食嚥下訓練においてはリスクに対する十分な対策を講じる必要があることを示唆している。「期待・意思疎通」の中では(図5)説明不十分・意思疎通不良が36%、訓練内容・効果が不適切あるいは不満が30%、方針・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(表3)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・転落事故防止などをあげている。

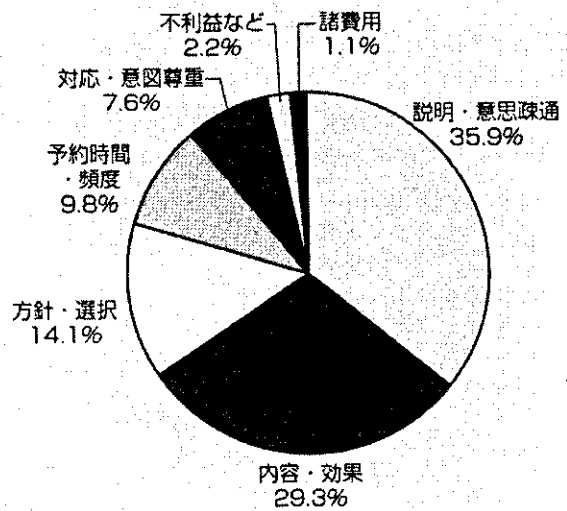
■図1 事例の経験



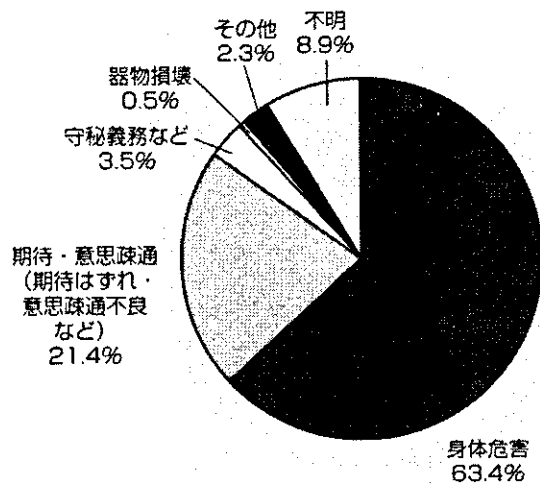
■ 図2 事例区分



■ 図5 期待・意思疎通の内容



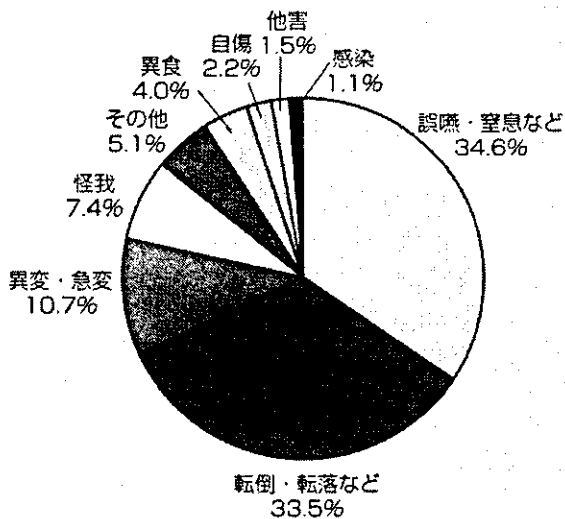
■ 図3 記載事例区分



■ 表3 対策

対策項目	対策内容	件数		
注意・基準遵守 17 (6%)	注意	4		
	基準遵守	8		
	意思疎通	3		
	その他	2		
知識・技能の向上 11 (4%)	医学知識	1		
	医療知識	2		
	予防・介助技術	5		
	リスクマネジメント研修	3		
安全対策 186 (64%)	安全体制 19 (7%)	安全対策マニュアル	4	
		環境整備	14	
		感染防止	1	
	リスク予防 10 (3%)	リスク予測	10	
		リスク予防 61 (21%)	リハビリ実施計画	13
			チーム連携	13
	事前情報		18	
	ミス防止		8	
	事故防止 66 (23%)	本人確認	1	
		体調観察	6	
中止・連絡		2		
目を離さない		23		
一人にしない		11		
スタッフ連携		16		
転倒防止		10		
緊急時対策 61 (21%)	その他	6		
	緊急対策マニュアル	8		
	救急処置	1		
	緊急連絡	6		
事故後の対応 13 (5%)	協力体制	46		
	ヒヤリハット報告	6		
	検討会等	4		
	その他	3		
意思疎通 15 (5%)	医師による説明	2		
	丁寧な説明	6		
	文書やパンフレット	2		
	同意書 (署名)	2		
その他 14 (5%)	説明記録	2		
	意思尊重	1		
	所属施設加入の保険	1		
	その他の保険	3		
	訓練記録	3		
	その他	2		
	実習生	5		

■ 図4 身体危害の内容



【リスク・マネジメントの工夫は】

a) リスクを起こさないために

1) 全体をとおして

患者（児）の疾患や症状を十分に理解し、危険行動に常に対応できるよう留意する。たとえば、車椅子の患者は、訓練の位置についたとき、机と車椅子の間に手が挟まれていないか、ブレーキのかけ忘れがないかを確認し、退室時にフットレストに足がのっているか、麻痺側の手が車に巻き込まれたりしていないかを確認するなどの配慮が必要である。また、特に痴呆のある患者では不意に立ち上がったたりすることがあるので、訓練の送迎待ちのとき患者を一人にしないように配慮する。小児の場合、子どもの行動特性を十分に把握し、高所に上がりたがる、水いらずらを好む、目的なく走り回る、迷子になるなどの行動への対処方法を常に念頭に置くべきである。重度知的障害や年齢の低い子どもでは、検査場面やプレイ場面で子どもがボタン、ビー玉類や砂、紙、ビニールなどを口に入れないように十分に観察し、事前に危険を回避するよう注意をする。身体機能に重篤な障害のある脳性麻痺児や重症心身障害児が対象の時は、子どもの抱き方、身体に関する忌避事項など身体への対応の方法を確認しておく。

感染防止の対策として、患者が感染症を持っているかをあらかじめカルテなどから確認をし、特に口腔内に入れた器具や食器の取り扱いや洗浄はその機関のやり方を説明し徹底させる。何でも口に入れてしまう子の検査器具や遊具の消毒なども必要になることがある。

2) 摂食・嚥下障害アプローチにおけるリスク・マネジメント

言語聴覚士の業務の中でもっともリスクが高いものが摂食・嚥下訓練である。特に、食べ物を用いて行う直接訓練は、誤嚥から肺炎や窒息といった生命の危険性に結びつく可能性を伴っており、慎重な対応が求められる。しかしながら、慎重になるあまり、間接訓練のみを長期にわたり行うというのでは、摂食・嚥下訓練はす

まない。患者の症状を正しく評価して安全条件を探り、訓練法を組み立て、チームアプローチで訓練をすすめていくことによって成果が得られる。この際、リスクマネジメントという観点から、以下のことが重要である。

①「医師の指示」のもと行う

先に述べたように、言語聴覚士は言語聴覚士法第四十二条において医師又は歯科医師の指示のもとに診療補助として嚥下訓練を行うことができる業務と定められた。医師の指示に、摂食・嚥下障害の有無、摂食・嚥下障害のタイプなどが明記されており、摂食・嚥下障害に対する評価と訓練の指示とこれらを実施する上でのリスクの記載があるかを確認し、不十分な場合は医師に確認し、記載を得ることがリスク管理の上からも重要である。もしも、指示に嚥下障害の記載がないが、摂食・嚥下障害に関わる必要があると判断される場合は、リハを行う前にはかならず医師に報告し、摂食・嚥下評価・訓練の指示をもらう。特に、直接訓練を開始するとき、あるいは摂食条件を変更するとき（上げるときも下げるときも）は必ず医師に現状を報告し、指示をもらうことを徹底する。もしも、医師からの指示が摂食・嚥下リハを行うことであって、言語聴覚士として訓練適応でないと判断した場合は、(勇気を持って)その見解を医師へ伝え、嚥下リハの指示を変更してもらうようにすることも大切である。これらがスムーズに行われるためには、カンファレンスや報告書の充実はもとより日頃の医師とセラピストとの信頼関係に基づいた意志疎通が重要である。

②患者の状態を知る

医師からの指示内容に加え、カルテ記載や関連職、家族などから表4の事柄について情報収集し、患者の状態やリスクを十分に理解しておくことが大切である。摂食・嚥下リハを安全かつ適切に行うためには嚥下造影や嚥下内視鏡

検査のような客観的な評価を行うことが望ましいが、様々な事情でこれらの検査が実施困難な場合でも次のような評価で嚥下障害の程度や重症度を正しく評価し、安全条件を設定した上で適切な訓練計画を立案しゴール設定を行う。評価結果や訓練計画は医師、関連職種に報告し情報を共有する。

■表4

①指示箋、カルテなどからの情報収集
●疾患について：原疾患、現病歴、合併・併存症(心疾患、呼吸器疾患、頸椎症など)、急変の可能性、急変時の対応、禁忌事項・禁忌食品
●全身状態：発熱、呼吸状態、栄養状態、炎症反応(CRP、WBC)、肺炎徴候、誤嚥以外の原因による炎症反応が起こる可能性(褥瘡、尿路感染など)
●意識状態：覚醒状態および変動の有無
②言語聴覚士が行う評価
●意識状態、高次脳機能、コミュニケーション能力
●発声発語器官機能、声・構音
●呼吸状態(呼吸数、呼吸の深さ、パターンなど、可能であれば血中酸素飽和濃度)
●流涎など、唾液の処理方法、口腔内衛生状態
●嚥下機能のスクリーニング検査(改訂水のみテスト、RSST、頸部聴診法など)

③安全条件を守るための工夫

安全条件が設定できたら、医師の指示のもと直接訓練を開始する。条件については家族や患者本人にも十分説明し、同意を得ておくことが重要である。摂食介助を訓練として言語聴覚士のみが慎重に行う段階から、徐々に看護師や介護士あるいは家族へとすすめる時に大切なことは、いかに設定した条件を確実に伝達し守っていくかである。そのための工夫の一つとして、摂食条件表があげられる。摂食条件表には食物形態、体位、摂食方法、一口量、介助者、補助栄養法などにつき絵や写真などをそえてできるだけわかりやすく書いて患者のベッドサイドに貼っておき、食事の際には必ずこの条件表を確認しながらすすめるようにする。訓練の進行とともに条件を変えるときは医師に連絡し、指示や許可を得てから変更点が分かるように書き加える。この条件表は退院時に家族や転院先に渡すようにする。また、関連職種が集まって行われる嚥下カンファレンスやカルテへの記載でそれぞれの情報を共有しその都度の方針を確認す

ることがリスクを最小にすることにつながる。

④訓練中のリスク管理

摂食訓練を進めていく上で、誤嚥の危険性は常につきまとう。訓練中は全身状態、呼吸状態、嚥下機能、神経学的所見などに注意し、危険な徴候があればすぐに医師に報告し、指示を得る。(表5) 誤嚥の判定は、ムセのない誤嚥(silent aspiration)の症状を持つ患者もあり容易ではないが、摂食中に時々発声をしてもらい湿性嘔声など声の変化や、血中酸素飽和濃度を測り3%以上の低下時には咳嗽を促すことが有効なことがある。発熱、肺炎などは誤嚥の直後には現れない場合が多く、原因の特定のためには一度に複数の条件をあげないことも大切である。また、訓練を中止したり再開する基準、条件を変更するときの基準を作り関連職種で共有することが重要である。

■表5 注意すべき徴候

全身状態	自覚症状：元気がない、唾液・流涎が多い、皮膚の状態、食後の声、咳・痰の量・性状、食後疲れやすい、呼吸症状 など 他覚症状：採血結果(白血球、CRP、アルブミン、尿素窒素、蛋白分画など)、体重変化、胸部X線所見、胸部聴診所見、バイタルサイン
呼吸状態	咳・痰の状態(回数、呼吸苦、チアノーゼなど)、胸部聴診所見、胸部X線所見、気管支炎、肺炎の有無、血中酸素飽和度
嚥下機能	むせの状態、痰・咳の状態、咽頭不快感・残留感、摂食量、食事の時間、食欲、食事中・後の声の状態(嘔声の有無)、体重の減少の有無、食事形態の変化、嚥下グレードの変化
神経学的所見	脳血管障害再発の有無の確認、頭部CT など

(文献2より)

⑥STの身を守るリスク管理

特に病棟訓練の前後には手洗いを徹底し、病棟によってはガウンやマスクをつけることなどはSTの身を守るためだけでなく他の患者への感染を防ぐためにも重要である。結核病棟に行ってもよいかどうかは医師に相談して慎重に判断する。嚥下造影に立ち合う際には、被曝に十分気をつけるべきである。X線室に入る場合には必ずプロテクターをつけ、X線源に近づかない、照射域に入らないなどの配慮が必要である。

b) 万が一事故が起こったときの対応

食事中の激しいむせ、食物による窒息、嘔吐などは速やかに医師や看護師に連絡し、気道確保のための緊急の対策をとる。これらの症状が起こりやすい重度の嚥下障害患者に直接訓練を行うときはあらかじめ看護師に同席してもらうべきであるが、看護師がすぐに来られないなどの緊急時の応急措置として言語聴覚士は吸引法を習得していることが望ましい。同じ過ちを繰り返さないために事故の原因を追及し、書面に残しておくようにする。このために Incident や Accident report の活用が有効である。なお、例えば、重度のムセや窒息を起こしかけた場合、注入直後の姿勢の崩れによる嘔吐、食物の取り違いなど、どの程度のものを Incident や Accident report とするのかについては、各機関で一致させ、同意を得ておく必要がある。

【必要とされる意識改革は】リハビリテーション領域においては、活動性と事故発生率との関連性が高い前出の病院における転倒転落事故の統計を示す(表6)他の一般病棟、急性期病棟に比べて回復期リハビリテーション病棟での発生件数が高くなっている事故の発生を正当化してはならないが、治療・訓練を積極的に展開している部署ほど事故はおこりやすいかといって治療や訓練へのかかわりを低くして事故防止をねらうのは、本末転倒である安全性と活動性を共に確保する努力が望まれるそのためには常にリスクを意識するとともに、気がかりや思い当たることがあれば積極的に報告書を提出し、業務を見直して事故の再発を防止する私たちには高い意識と深い洞察、自己点検力が求められているのである参考として前出病院の事故発生から報告までの流れを示す(図6)

言語聴覚士のかかえるリスクには転倒や窒息、鼓膜の損傷など直後に事故と判断できるものと、日数をかけて顕在化してくるものがある後者には摂食訓練後の肺炎や不適切なかかわり方によ

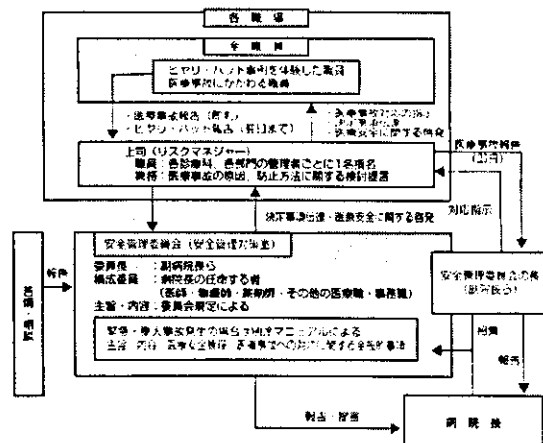
る精神活動・コミュニケーション行動の不活性化などがあげられる日本言語聴覚士協会の調査結果では身体危害以外に、訓練内容・課題への不満などの事例が少なからず認められた評価・訓練において課題内容が簡単すぎたり、反対に難しかったりすると、患者のプライドを損ねたり、能力の限界を気づかせたりして、精神的な落ち込みにつながる恐れがある言語聴覚士はこういった側面についても意識し、業務にあたるべきである不適切な働きかけや不十分な説明などにより精神的に傷を与えることのないよう、言語聴覚療法の領域においてはリスクを身体危害だけにとどまらず、精神反応も含めて広くとらえる意識改革が必要であると考えます。

■表6 転倒・転落・すり落ちの発生率

事故の内容	発生率
A病棟(回復期リハビリ病棟)	36.7
B病棟(一般病棟)	11.9
C病棟(一般病棟)	11.3
D病棟(一般病棟)	10.7
E病棟(一般病棟)	9.0
F病棟(長期療養病棟)	6.8
G病棟(一般病棟)	5.1
H病棟(長期療養病棟)	4.0
I病棟(一般病棟)	2.8
J病棟(特殊疾患療養病棟)	1.7
合計	100.0

(ヒヤリ・ハット報告含む)

■図6 医療安全管理に関する組織と事故発生時の対応



【参考文献】

- 1) 日本言語聴覚士協会：臨床実習マニュアル, 2004.9
- 2) 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル, 第2版. 医歯薬出版, 2003.
- 3) 山本三千代：リスクマネジメントと嚥下障害：日摂食嚥下リハ会誌 8(1)-：114, 2004

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

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

【要約】

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。

【リハビリテーション看護の特徴】

リハ看護とは、「生活機能に障害を持つ人々に対し、目標思考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。その人がこれからどのように生活していくかによって、食事・排泄・更衣・清潔・移動など生活する上での基本的なADLの自立に向けて援助し、疾患の理解や薬について、受診の仕方など生活する上で必要な事柄について支援する。そして、一緒に生活する人に対して、介護方法の習得・患者の理解等の働きかけを行いながら精神的・身体的・社会的にサポートをする。

日常の援助として、生活のリズムをつけ早期に離床し、食事は経口から摂取し、排泄はトイレで、自分の出来ることは自分で行ってもらうなど援助する。そのプロセスにおいて、何らかの介助を要する人がほとんどであり、理解や状況の判断が出来ない人も少なくはない。そのため、生活の場面で事故が発生する危険性が高い。

【リハビリテーション病棟(以下リハ病棟)におけるリスクの実態】

ここ数年間、リハビリテーション看護学会学術大会においてリスクマネジメントに関する研究は転倒・転落についてのものであり、事故の分析や事故防止に向けての取り組みが述べられている²⁾。また、リハビリテーションと標榜している4病院について事故の種類と件数について調べたところ、転倒・転落が上位を占め、件数も、年間100～300件であった。転倒・転落はリハ病棟の特徴といえる。

当院の転倒・転落事故は表1のように兩年とも7割前後を占めている。

表1 年度別事故件数

項目	転倒	転落	薬	離院・離棟・ 無断外出	その他	合計 件数	月平均 件数
平成15年度 H.15.4～.16.3	598件 65.9%	48件 5.3%	153件 16.9%	8件 0.9%	100件 11.0%	907件 100.0%	75.6
平成16年度 H.16.4～.16.11	495 65.9%	18 2.4%	148 19.7%	12 1.6%	78 10.4%	751 100.0%	83.4

七沢リハビリテーション病院脳血管センターリスクマネジャー集計

転倒・転落

1) 発生場所

どこで転倒・転落しているかについては、図2に示す。転倒・転落場所で最も多いのはベッドサイドで全体の7割近くを占める。生活に結びついている場所（病棟）での転倒・転落は9割以上である。

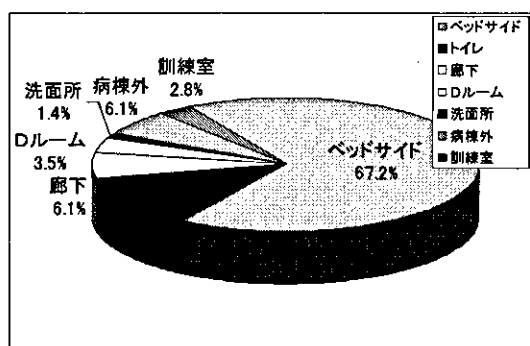


図2 転倒・転落の発生場所

2) 発生時間

転倒・転落がいつ発生しているかについては図3の通りである。

1日にピークが3回見られる。起床から朝食後(6時～8時)までと昼食前後(12時～14時)、夕食後から就寝(18時～20時)までで、この傾向は13年度の調査結果と同様であった。

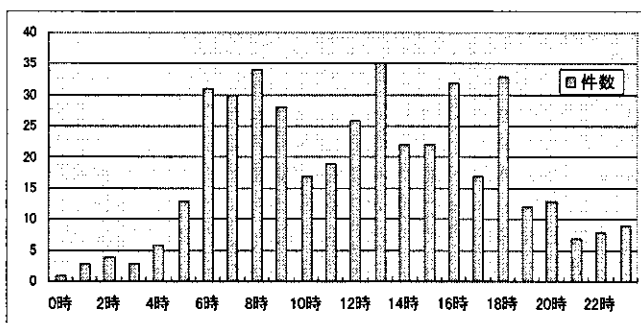


図3 転倒・転落の発生時間

朝は患者の起床から、更衣・排尿・移乗・洗面などに介助が必要である。それと同時に、バイタル

サイン測定・採血などの業務が重複する。昼は食事・食後の排泄・訓練の準備など活動性が高くなり介助量が増す。夕は食事のほかに排泄や更衣、服薬介助など就寝の準備が加わり、朝同様、介助と業務が重複する。朝・夕の時間帯での勤務者は昼間より少ない。この少ない勤務者で生活活動する患者の事故防止が追いついていない現状も転倒・転落の増加する要因となっている。

3) 転倒・転落の理由

何をしようとして転倒・転落したかは、図4に示すとおりである。

理由として移乗・移動にすることが最も多く、次に排泄に関することや物を取ろうとした・拾おうとしたなどである。

人の生活は移動ができることによって支えられている。脳血管障害の患者の場合、運動機能障害や高次脳機能

障害などを有することで移動に介助が必要である。しかし、失禁や尿意切迫などで我慢ができない状態や注意障害・慎重性の欠如などから単独で行動してしまい、転倒・転落に結びついている。そのほかの理由として、「一人でできそうに思った」ということもあり過信が事故につながっている。

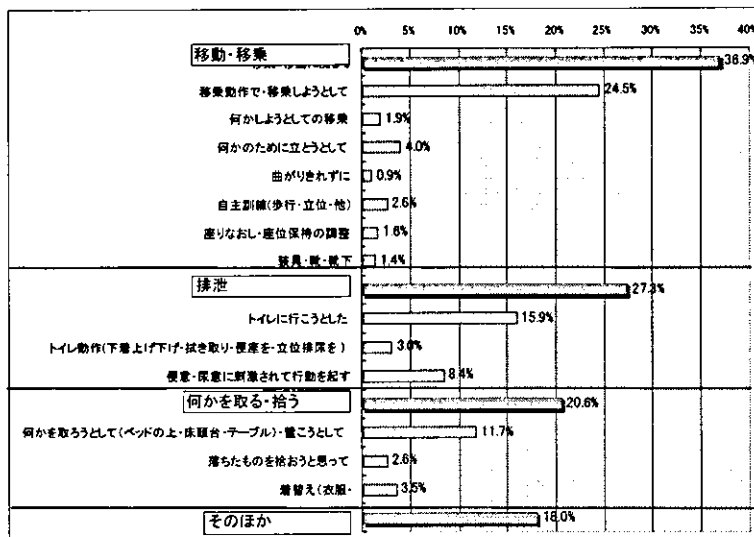


図4 転倒・転落の理由

【ベッドサイドにおける対応】

1. 環境調整 (生活する患者の安全で安楽な環境)

- 1) ベッドの周りの整理整頓・水をこぼしたままにしないなど、看護師は十分に注意を払っている。しかし、病室の広さ・ベッドの高さなど調節が出来ない場合がある。ベッドサイドの空間が狭いとき、片麻痺患者の場合、車椅子→ベッド、ベッド→車椅子へのトランスファーの手順が逆になる。その時バランスを崩して転倒にいたる患者がいる。当院の患者の場合、車椅子とベッド間のトランスファー時の転倒は、車椅子→ベッドより、ベッド→車椅子の方が2倍以上多い件数である。
- 2) その患者が必要とする物をどこにおいていけば困らないかと配慮をしている。高次脳機能障害のある患者や痴呆の患者は、物をあちこちに動かし整理整頓ができない場合が多い。そのため、物を探したり無理な姿勢で取ろうとし転倒・転落につながる。
- 3) ベッドの固定のためにベッドストッパーを必ず確認している。しかし、片麻痺の患者がトランスファーをする時ベッド柵を引っ張ることがありベッドが動いてしまう。ベッドの固定をストッパーだけではなく固定板をキャスターの下に敷くなどの工夫が必要である。

2. 患者の理解 (患者へいかに心を傾けるか)

- 1) 患者個々のリスクを十分把握しておく必要がある。高次脳機能障害のある患者は、転倒する危険性があると看護師は知識としてはもっている。しかし、他の患者に呼ばれ

ちょっと目を離したとき転倒が生じていることがある。

看護の場面において同時に2つ以上のことを迫られるときがあり、優先度や次に行動を起こしてよいかの安全確認が必要となる。

2) 患者のニーズに対する洞察力とその人の生活状況を把握しておくことが必要となる。重度失語症の患者は言語的コミュニケーションがとれないことや、高次脳機能障害のある患者は状況の判断ができず、混乱する、また性急に自分のニーズに沿って行動しようとする特徴がある。そのため、患者の生活パターンを把握しニーズを予測したかかわりが必要となる。(そろそろ排尿?!)

3. 事故防止のためのアセスメントとそのツール：危険予測は出来ているか。事故を未然に防ぐためには、どのような危険性が潜んでいるのかを予測できるアセスメントが重要な鍵となる。

予測のために様々なアセスメントツールが作成されている。アセスメントツールには、入院初期に患者の大まかな特徴から予測的に危険性を把握して看護しようとするスクリーニングアセスメントと、ある特定の内容について行うフォーカスアセスメントがある。いずれも臨床の現場で、簡便に実行でき根拠のある危険性を誰にでもわかるよう(例えば数値的に表現できるものが望ましい。また、アセスメントツールの信頼性や妥当性を高めていくための評価や現場独自の特徴を踏まえた開発も望まれる。

4. チームでの連携

1) 患者の「できる活動」が「している活動」に結びつけられていないことがある。セラピストと看護師のどちらかが情報をとればよいのではなく、お互いの情報交換が大切である。そして、患者の生活の場(病院ではそれに最も近いのが病棟)で共有のかかわりも大切である。パス、カルテの一元化なども必要とされている。

患者がどのようなことを望んでいるのかの情報交換も必要で、無断離院はしたが患者がSTに思いを話していたことですぐに発見できたという例もある。

5. 勤務者の状況と職員配置

表3のように看護師の員数は、医療法に示されている。また、一般か療養かなどの病床区分や特定機能病院など基本診療料に基づくものや、その施設の特徴や在院日数によって看護師の員数は決まる。リハビリテーションを提供する場

表3 医療法施行規則第十九条第一項第四号に規定されている看護師の員数

感染症病床及び一般病床	入院患者3人に対して1人
療養病床	入院患者6人に対して1人
精神病床及び結核病床	入院患者4人に関して1人
外来	外来患者30人に対して1人

合、すべての入院患者が短い在院日数とはいえない現状がある。在院日数が長い算定基準は看護配置の比率は低くなる(看護師の人数が少なくてもよい)。リハビリテーションの対象が、何らかの障害を持ち少なからず介護を必要としている人であることは先に述べた。転倒・転落の発生が看護職員の少ない時間に集中していることから、人員の不

足が事故発生の要因のひとつであることは避けられないといえよう。

ただ、そのような状況下においても転倒・転落の防止に向けて取り組む必要がある。看護職員の配置を、転倒・転落の多い時間に厚くする工夫は必要である。経営的に許されるならば、朝・夕の時間設定での職員の雇用も一考である。

【家族指導とリスクマネジメント】

1) 簡潔・明瞭に何が危険であるかのインフォームドコンセント

入院患者を取り巻く家族背景の変化いわゆる核家族化が進んだことによりその介助に当たるものもまた高齢者であり介護力に問題が生じる。厚生労働省によると介護者の過半数が50～60歳代で80歳以上の介護者も5.8%いる。そのことは、介護方法を習得するうえで体力的にも理解力においても問題が生じる場合がある。出来ることはここまで、これだけは守ってほしいことを簡潔明瞭に伝えることが大切である。

2) 生活の場に近い環境での指導

病院の環境は、障害を持った人に考慮された環境といえる。床はフラット、トイレ・洗面所等のスペースは車椅子でも十分に移動ができる。しかし家庭ではどうだろう、日本家屋はまだ畳の間であり車椅子を使用することには不便がある。歩行においても、畳の縁・敷居・段差等多くの障害がある。そのとき、指導に当たるものが、どのくらいその人の家庭環境に応じた指導を行っているかにある。実際、外泊前に介護方法を体験したときは出来たが患者の状況が違うことで介護に困ったという話を聞く。

生活するところの状況（家庭環境）に近づけた設定でADLの実際を行ってもらおう。

3) 家族の患者理解

患者のなかには、理解力の低下や高次脳機能障害のある患者がいる。家族は、そのことが理解できず、患者の要望に応え転倒などを起こすことがある。出来るだけ患者の生活の場面において、患者の状況や介護の必要性を理解してもらおうよう働きかける。

4) 24時間を通しての指導

患者の状態は、昼間と夜間とでは必ずしも同様ではない。特にトランスファーなどは夜間介助量が大きくなることがある。そのため夜間の状況に応じた指導が必要となる。当院では、家族介護室を設置し家族に宿泊してもらい介護指導を行っている。

【リスクマネジメントマニュアル】

当院におけるリスクマネジメントマニュアルは、表1示す項目で作成している

【Incidentの実例（転倒・転落事例）とその対応】

1) 患者紹介

67歳 男性 脳出血 左片麻痺

左側の空間失認がある。

発症後1ヶ月、リハビリテーション目的で入院。「元のように歩けるようになりたい」と希望している。移乗動作はつかまって起き上がれるが左上肢が体の下になっても気づかず、麻痺側肢の管理は不十分である。車椅子操作は不慣れで、左の壁にぶつかるなど注意障害もみられ介助が必要である。座位保持はつかまって可能、立位は前傾姿勢で不安定である。

2) インシデント

入院2日目の朝食後、一人で部屋に戻り、ベッドに移乗しようとして転倒。車椅子の左フットレストは下がったままで、ブレーキはかかかっていなかった。

車椅子の設置位置はベッド足元であった。ベッドへ移るときはナースコールをするよう指導しているが、「ベッドに移るぐらい自分で出来るよ」といい、転倒の危険性について理解不足がみられた。

車椅子操作不慣れ、左側無視、注意障害などから転倒の危険性は今後も高いと思われた。転倒・転落アセスメントスコア(表参照)は16点で、危険度はII(転倒・転落を起こしやすい)であった。

3) 対応

初期の標準看護計画の「左片麻痺に関連する転倒のリスク」を見直し、「左側無視、注意障害による転倒のリスク」を追加し、転倒・転落防止マニュアルに以下の看護計画を追加した。

- ①ベッドサイドの車椅子の停止位置をマークする(写真参照)
- ②左のブレーキにみやすいように患者と相談して好みの色のテープを張る。

車椅子の停止位置については、そんなことはしなくてもよいといていたが、マイカーの駐車場と話すと、車庫入れと称して注意を向けるようになった。看護者も、この計画に沿って繰り返しかかわっていった。ブレーキを目立たせるためのテープは拒否されたが、車庫入れからブレーキを連想されベッドサイドでは忘れることは少なくなった。その結果、ベッドサイドでの転倒はなくなった。

ID		入院日: 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
〇〇〇 〇〇〇		発症日: 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
△△△ △△△		診断名: 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
転倒転落アセスメントスコア			
分類	特徴	△/△	〇/〇
A. 転倒歴	転倒転落したことがある	1	
B. 病歴	入院から1ヶ月以内である	1	
C. 感覚障害	視野・視力障害・聴力障害がある 知覚障害がある	1	
D. 運動機能障害	麻痺がある、あるいは骨・筋力に異常がある 失調症状がある	1	
E. 活動領域	B ₁ -stage 下肢Ⅲ→Ⅳレベルである 移動時に介助が必要である ふらつきがある	1	
F. 認識力	見当識障害がある 病歴失認がある 高次視空間失認がある 脱行がある 錯覚・失語症がある 注意障害がある 記憶障害がある 痴呆がある 不穏行動がある	1	
G. 薬剤	慎重性の欠如がある 抗痙攣剤を服用している 鎮痛剤を服用している 精神安定剤を服用している 沈静薬下剤を服用している 高圧利尿剤を服用している	1	
H. 排泄	尿便失禁がある 頻尿である 尿意・便意が我慢できない トイレ介助が必要である 夜間はトイレに行く	1	
I. FIM評価	FIMレベルが2-4である	1	
危険度Ⅰ-	(0-15点)転倒転落を起こす可能性がある	合計	16
危険度Ⅱ-	(16-19点)転倒転落を起こしやすい	危険度	Ⅱ
危険度Ⅲ-	(20点以上)転倒転落をよく起こす	サイン	〇〇

*各項目の該当欄に〇をつけ、1項目1点で合計30点満点とする。



表 1 医療安全管理のためのマニュアル一部抜粋

6 医療安全管理のためのマニュアル

- (1) 患者誤認防止マニュアル
- (2) 同姓同名患者取り違え防止マニュアル
- (3) リストバンド装着マニュアル
- (4) 誤薬防止マニュアル
- (5) 転倒・転落防止マニュアル
- (6) 患者の離院防止及び所在不明時の捜索マニュアル
- (7) 抑制・拘束と非抑制・非拘束マニュアル
- (8) ER放送マニュアル
- (9) 輸血療法マニュアル
- (10) 廃棄物管理マニュアル
- (11) 院内感染防止マニュアル（別添参照）

7 医療安全管理のための各部門別マニュアル

- (1) 総務部
- (2) 診療部
 - ① 診療各科共通
 - ② 歯科
 - ③ 放射線科
 - ④ 東洋医学科
- (3) 検査部
- (4) 薬剤部
- (5) リハ部
 - ① 理学療法科
 - ② 作業療法科
 - ③ 言語科
 - ④ 心理科
- (6) 看護部
- (7) 医療福祉支援室

【参考文献】

- 1 組織で取り組む医療事故防止, 日本看護協会
- 2 日本リハビリテーション看護学会, 学術大会収録, 第7回~16回, 1995~2004
- 3 泉キヨ子編: EBNで防ぐ転倒・転落, EB NURSHING, 中山書店, 2(1), 2002
- 4 特集 医療事故と情報管理, 看護管理, 日本看護協会出版会, 13(3), 166-183, 2003
- 5 特集 病院のセフティ・マネジメント最前線, 病院, 医学書院, 63(7), 541-582, 2004

5. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	臨床リハビリ テーション	14(3)	210-216	2005
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	臨床リハビリ テーション	14(3)	225-231	2005
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	臨床リハビリ テーション	14(3)	232-238	2005
北代直美、渡辺眞 理子	看護からみたリハ科病 棟におけるリスクマネ ージメント	臨床リハビリ テーション	14(3)	239-246	2005