

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。

3.悪心・嘔吐

1) 発生要因

消化器疾患、脳内病変、不安などの心理的緊張状態などによって生じることがある。通常、上腹部～胸部にかけての不快感に伴い、上部消化管の内容物が口腔内に逆流する。内容物に血液が付着していたり、黒色物が混じているときは消化管出血を疑う。

2) 予防対策

- ・ 悪心あるいは嘔吐が生じたときは、リハビリテーションは中止し、その対応・処置にあたる。
- ・ 口腔内の吐物を排除し、誤嚥しないようにする。
- ・ 腹痛を伴うものは、消化管異常を念頭に置き対応し、頭痛などを伴うときは脳内病変を疑って、その原因に応じた処置を行う。
- ・ 吐物は適切に処理する。
- ・ 訓練時間を工夫する。食事（経管栄養）直後の訓練、特に、臥位の訓練は避ける。

【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。

【患者取り違い】

- ・ 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。不確実など

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ていただき確認する。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、不信感をいだか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るよう努力する。
- ・ 患者を待たせる場合、その旨を説明し理解を得るよう努力する。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、対応しきれない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。

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

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

七沢リハビリテーション病院 脳血管センター看護部 北代直美

【要約】 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。このデータベースをもとに2005年6月から12月までに慶應義塾大学病院リハビリテーション科関連病院で発生した訓練時のインシデント・アクシデントを調査した。

【はじめに】 高齢化社会の進展、医療技術の進歩により、急性期、早期リハビリテーションへのニーズが、近年ますます高まっている。それに伴い、リハビリテーション場面におけるハイリスク患者の増加を認め、医療事故リスクの増大が認められている。しかしながら医療安全対策への取り組みとして、病院全体におけるインシデント、医療事故の情報収集、ならびにデータベースの利用は進められているが、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十分に検討がなされていないのが現状である。リハビリテーション医療が、安全かつ効果的に実施されるためには、安全管理システムの構築が急務である。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、医療事故の実態を解明する必要がある。そこでモニタリングに必要な

Incident-Accident (I-A)データベースを作成し、現在のインシデント、アクシデントの発生の状況を調査した。

【目的】 リハビリテーションにおける医療事故の実態を評価するために、リハビリテーション領域の特殊性を踏まえた I-A データベースを作成し、予備的に調査をおこなった。

【データベース開発】 データベース開発の目的は、リハビリテーション医療における安全対策の確立である。よってデータベースには1) インシデント、アクシデントの原因となる因子を明らかにする、2) 発生事故の内容を明らかにする、3) 発生事故への対応を明らかにすることが求められる。

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によれば、リハビリテーションに関係する事故事例は、訓練室、病棟ともに転倒・転落が上位を占め、その他、痙攣発作、誤嚥、血圧低下、低血糖発作、チューブ類・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が挙げられていた。

本データベースは、単なる事故報告書ではなく、1) インシデント・アクシデントの原因となる因子を明らかにする必要がある。そこでリハビリテーションに関係する事故事例より考えられる事故発生の要因となりうる患者プロフィールを、患者基本情報に加えて追加した。急性期であれば、患者状態も不安定であり、点滴、胃ろうなどのライン、チューブ類やモニター類の装着が原因となる例が多い。また痙攣、低血糖発作などの事例も多く、抗けいれん薬、インスリン使用の有無もチェックが必要である。また、事故事例として最も多いのは転倒であり、転倒のリスク評価のための麻

痺、無視、痴呆、眠剤使用の有無や日常での移動手段、歩行補助具の使用なども網羅する必要がある。

また、2)の事故内容を明らかにするためには、リハビリテーション領域における起こりやすい事故を網羅する必要があり、転倒、転落に加えて、頻度の多い物理療法による熱傷、徒手訓練による事故、ライン管理による事故、荷重支持に関連する事故などの項目は必要である。報告事例は少ないものの、義肢装具による創傷や破損による転倒事故も考えられる。また急性期における嚥下評価ならびに嚥下訓練の増加に伴う、誤嚥や窒息などの事故の増加も今後予想される。また事故発生状況についても、訓練中のどのような状況であったのかを明らかにできるように選択できるように作成した。

事故内容のレベル分類には、ヒヤリ・ハットのレベル0から事故が死因となる場合のレベル5までの6段階の分類を使用した。

3)の発生事故への対応についても、当事者による対応、診療科による対応、病院としての安全対策室での対応を明らかとした。さらに、事故調査委員会の設置の有無、起訴の有無に関しても、今後の安全管理の対応策のために踏み込んで、調査項目に加えることとした。

以上より、I-Aデータベース項目を資料1の様にし、データベースを作成した。

【インシデント・アクシデントデータ収集】

作成したデータベースを用いて、2005年6月1日より12月31日までに慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室関連病院にて発生したインシデント・アクシデントを後方視的に調査し、2006年1月23日から2月10日の期間中にデータベースへの記入を行った。データベースの記入はインターネットを用いて、ホームページ上で行った。

【データベース集計結果】

期間中39件の登録があった。いわゆるヒヤリハットのレベル0（間違っただけが発生したが、患者には実施しなかった。）が9件、レベル1（事故により患者への実害はなかったが、何らかの影響を与え、観察を

強化し、心身への配慮の必要性が生じた）が19件、レベル2（事故により患者への観察の強化の必要性とバイタルサインに変化が生じ、心身への配慮または検査の必要性が生じた場合）が2件、レベル3（事故のため治療の必要性が生じた場合。または当初に必要な治療や処置が新たに必要になった場合）が3件、レベル4（事故による障害が一生続く場合）が1件、レベル5（事故が死因となる場合）が0件であった。

訓練開始より事故発生までの期間は平均112日（中央値43日）。発生場所は38件が訓練室であった。事故内容は転倒転落が21件と最多であり、内1件は骨折を伴うものであった。事故状況では、歩行訓練時が9件、訓練待ち時間での事故が5件、移乗時が4件、車いす上での発生が4件であった。事故のレベルはレベル1が最多の19件で、その後の対応も当事者または診療科による対応までがほとんどであったが、レベル4が1件あり、病院による安全対策室による対応がなされ、事故調査委員会も設置されていた。

【考察】

今回は限られた例での報告であるが、発生事故としては転倒が最多であり、臨床的な経験とも一致するものであった。しかしながら、その発生状況をみると、必ずしも、歩行訓練、移乗時に限らず、訓練室における待ち時間の事故発生も多くみられた。訓練中は訓練士の目も届いているが、待期中の患者さんにはなかなか目が届きにくい現状があり、そこに事故発生の原因があるものと考えられる。今回のような数は多くない報告の中でも点滴ラインなどの外れや、機器の誤作動なども報告されており、今後この点にも注意が必要であると考えられる。

今回作成したデータベースにより、リハビリテーションにおける事故状況をモニタリングすることは、事故発生の要因を明らかとし、安全対策を考案するのに有用であると思われる。今回のように郵送によるアンケートではなく、インターネットによるホームページ上での登録方法は、オンタイムでの登録が可能であり、今後は、各施設での発生時での登録により、さらに登録件数を増やしていきたいと考える。

医療の質およ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

インシデント-アクシデントデータベース

【質問1 患者性別】 男/女

【質問2 年齢】 () 歳

【質問3 病名】 ()

【質問4 主科】 リハビリテーション科/整形外科/脳神経外科/神経内科/内科/外科/産婦人科
精神科/小児科/耳鼻科/泌尿器科/その他(質問5へ)

【質問5 主科】 その他: ()

【質問6 発症年月日】 (/ /)

【質問7 入院年月日】 (/ /)

【質問8 リハビリテーション開始年月日】 (/ /)

【質問9 リハビリテーション施行場所】 訓練室/病棟/屋外/その他(質問10へ)

【質問10 施行場所その他】 ()

【質問11 訓練内容】 PT/OT/ST

【質問12 訓練頻度】 () 回/週 (PT, OT, STを重複している場合は別々に数える)

例: PT週5回, OT週5回ならば計10回

【質問13 ライン/モニター関係の有無】 点滴ライン/NGチューブ/胃ろう/尿道カテーテル/酸素投与
ギプス固定/心電図モニター/酸素飽和度モニター/ドレナージチューブ

【質問14 感染症】 MRSA/HCV/HBV/ワ氏/HIV/その他(質問15へ)

【質問15 感染症その他】 ()

【質問16 治療】 抗けいれん薬内服/インスリン注/眼剤内服/ペースメーカー

【質問17 意識障害】 無し/JCS 1桁/JCS 2桁/JCS 3桁

【質問18 痴呆】 有/無

【質問19 半側空間無視】 有/無

医療の質およ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

【質問20 麻痺】 有/無

【質問21 日常の移動手段】 歩行（杖なし自立）/歩行（杖あり）/歩行（歩行器）/歩行（その他補助具）
車椅子（自走）/車椅子（介助）/ストレッチャー

【質問22 報告者】 医師/PT/OT/ST/PO/Nrs/看護助手/ヘルパー/その他（質問23へ）

【質問23 報告者その他】（ ）

【質問24 事故内容】 転倒（外傷なし）/転倒（骨折あり）/転倒（骨折以外の外傷あり）/転落（外傷なし）
/転落（骨折あり）/転落（骨折以外の外傷あり）/徒手の訓練による骨折/徒手の訓練による疼痛/温熱による熱傷/移乗時の創傷/ライン外れ/ライン管理不良/酸素流量間違い/けいれん/低血糖発作/不整脈/起立性低血圧/心肺停止/誤嚥/義肢装具不適合による創傷/義肢装具破損/ペースメーカー誤作動/患者間違い/荷重指示間違い/処置部位間違い/溺水/機器誤作動（質問25へ）/その他（質問25へ）

【質問25 事故内容その他】（ ）

【質問26 発生場所】 訓練室 病棟 自宅 施設内居室 デイルーム 屋外 その他（質問27へ）

【質問27 発生場所その他】（ ）

【質問28 発生日時】（ / / ）

【質問29 事故状況】 平行棒内歩行/屋内歩行/屋外歩行/階段昇降/エルゴメータ/トレッドミル/CPM/スタンディングテーブル/いす座位/車いす座位/ストレッチャー上/ベッド上/治療台上/マット上/移乗時/斜面台/訓練待ち時間/休憩中/水治療/プール/その他（質問30へ）

【質問30 事故内容その他】（ ）

【質問31 事故報告基準】 レベル0/レベル1/レベル2/レベル3/レベル4/レベル5

【質問32 警察への届け出】 有/無

【質問33 事故への対応】 当事者による対応/診療科による対応/安全対策室による対応

【質問34 事故調査委員会設置の有無】 有/無

【質問35 起訴】 有/無

【質問1】 患者性別

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
男	24	61.54	
女	15	38.46	

【質問4】 主科

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
リハビリテーション科	24	61.54	
整形外科	5	12.82	
脳神経外科	2	5.13	
神経内科	1	2.56	
内科	5	12.82	
外科	1	2.56	
産婦人科	0	0.00	
精神科	0	0.00	
小児科	0	0.00	
耳鼻科	0	0.00	
泌尿器科	1	2.56	
その他(質問5へ)	0	0.00	

【質問9】 リハビリテーション施行場所

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
訓練室	38	97.44	
病棟	1	2.56	
院外	0	0.00	
その他(質問10へ)	0	0.00	

【質問11】 訓練内容

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
PT	36	92.31	
OT	23	58.97	
ST	7	17.95	

【質問13】 ライン/モニター関係の有無

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	36	92.31	
点滴ライン	1	2.56	
NGチューブ	0	0.00	
胃ろう	1	2.56	
尿道カテーテル	0	0.00	
酸素投与	0	0.00	
ギプス固定	1	2.56	
心電図モニター	0	0.00	
酸素飽和度モニター	0	0.00	
ドレナージチューブ	0	0.00	

【質問16】 治療

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	27	69.23	
抗いれん菌内服	7	17.95	
インスリン注	1	2.56	
眼剤内服	4	10.26	
ベースメーカー	0	0.00	

【質問14】 感染症

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	36	92.31	
MRSA	1	2.56	
HCV	1	2.56	
HBV	0	0.00	
ワ氏	1	2.56	
HIV	0	0.00	
その他(質問15へ)	0	0.00	

【質問17】 意識障害

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
無し	38	97.44	
JCS 1桁	1	2.56	
JCS 2桁	0	0.00	
JCS 3桁	0	0.00	

【質問18】 痙攣

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
有	6	15.38	
無	33	84.62	

【質問19】 羊間空間無視

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
有	6	15.38	
無	33	84.62	

【質問20】 麻痺

選択肢	カウント	割合(%)	トータル: 39
未回答	0	0.00	
有	28	71.79	
無	11	28.21	

【質問21】 日常の移動手段

選択肢	カウント	割合(%)	
未回答	0	0.00	
歩行(杖なし自立)	4	10.26	
歩行(杖あり)	5	12.82	
歩行(歩行器)	2	5.13	
歩行(その他補助具)	0	0.00	
車椅子(自立)	13	33.33	
車椅子(介助)	15	38.46	
ストレッチャー	0	0.00	

トータル: 39

【質問22】 報告者

選択肢	カウント	割合(%)	
未回答	0	0.00	
医師	0	0.00	
PT	28	71.79	
OT	11	28.21	
ST	0	0.00	
PO	0	0.00	
Nrs	0	0.00	
看護助手	0	0.00	
ヘルパー	0	0.00	
その他(質問23へ)	0	0.00	

トータル: 39

【質問24】 事故内容

選取肢	カウント	割合(%)	トータル: 29
未回答	1	3.56	
転倒 (外傷なし)	17	43.29	
転倒 (骨折あり)	1	2.56	
転倒 (骨折以外の外傷あり)	1	2.56	
転落 (外傷なし)	2	5.13	
転落 (骨折あり)	0	0.00	
転落 (骨折以外の外傷あり)	0	0.00	
徒手の背線による骨折	0	0.00	
徒手の背線による疼痛	0	0.00	
過熱による熱傷	0	0.00	
移送時の側傷	1	2.56	
ライン外れ	2	5.13	
ライン管脚不良	0	0.00	
搬送装置倒壊	0	0.00	
けいれん	0	0.00	
低血糖発作	0	0.00	
不眠感	1	2.56	
起立性眩暈	1	2.56	
心動停止	0	0.00	
鼠蹊	0	0.00	
搬送器具不適合による負傷	0	0.00	
搬送器具破損	0	0.00	
ペースメーカー誤作動	0	0.00	
患者搬送	0	0.00	
荷重荷が器倒壊	0	0.00	
処置部位倒壊	0	0.00	
溺水	0	0.00	
機器誤作動 (質問25へ)	1	2.56	
その他 (質問25へ)	11	28.21	

【質問26】発生場所

発生場所	カウント	割合(%)	
未回答	0	0.00	
廊下	38	97.44	
廊下	1	2.56	
自室	0	0.00	
施設内居室	0	0.00	
ダイニング	0	0.00	
廊外	0	0.00	
その他(質問27へ)	0	0.00	

トータル: 39

【質問29】事故状況

事故状況	カウント	割合(%)	
未回答	0	0.00	
平行棒内歩行	4	10.26	
廊内歩行	3	7.69	
廊外歩行	0	0.00	
階段昇降	0	0.00	
エルゴメータ	0	0.00	
トレッドミル	0	0.00	
CPM	0	0.00	
スタンディングテーブル	2	5.13	
椅子座位	0	0.00	
車いす座位	4	10.26	
ストレッチャー上	0	0.00	
ベッド上	3	7.69	
治療台	2	5.13	
マット上	3	7.69	
移乗時	4	10.26	
廊下	0	0.00	
訓練待ち時間	3	7.69	
休憩中	1	2.56	
水治療	0	0.00	
プール	0	0.00	
その他(質問30へ)	6	15.38	

トータル: 39

【質問31】 事故報告基準

選択肢	カウント	割合(%)		トータル: 39
未回答	5	12.82		
レベル0	9	23.08		
レベル1	19	48.72		
レベル2	2	5.13		
レベル3	3	7.69		
レベル4	1	2.56		
レベル5	0	0.00		

【質問32】 警察への届け出

選択肢	カウント	割合(%)		トータル: 39
未回答	0	0.00		
有	0	0.00		
無	39	100.00		

【質問33】 事故への対応

選択肢	カウント	割合(%)		トータル: 39
未回答	0	0.00		
当事者による対応	18	46.15		
診療科による対応	20	51.28		
安全対策室による対応	1	2.56		

【質問34】 事故調査委員会設置の有無

選択肢	カウント	割合(%)		トータル: 39
未回答	0	0.00		
有	1	2.56		
無	38	97.44		

【質問35】 起訴

選択肢	カウント	割合(%)		トータル: 39
未回答	0	0.00		
有	0	0.00		
無	39	100.00		

リハビリテーションにおけるリスク管理—リハビリテーション医の立場から—
全国実態調査の概要と安全管理ガイドライン作成
に向けての取り組み

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

【はじめに】人口の高齢化、医療技術の急速な進歩に伴い、リハビリテーション（以下リハ）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っている。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^{1,3}。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との連携により構築することを目的に、H15年度より厚生科学研究「医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究」に取り組んできた（主任研究者：千野直一慶應義塾大学名誉教授）⁴。研究班の構成を表1に示すが、リハ医療に携わる主要な専門職の学協会代表が参加していること、リハ医学会からは診療ガイドライン委員会委員長および関連専門職委員会委員長が参加していることが特徴である。3年間の研究の概要は、図1に示すとおりである。本パネルでは、まず、厚生科学研究においてわれわれが実施したリハ医療の安全管理に関する全国実態調査の結果を紹介し、リハ医療において安全管理を考えるための視点を整理した上で、現在、作成中の安全管理ガイドラインについて報告する。

【リハ医療の安全管理に関する全国実態調査】

1.調査対象施設：リハ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を行っている施設、2) リハ専門医が勤務している施設、3) 診療報酬上のリハ施設基準で、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。

2.調査項目：これまでの安全管理に関する報告にリハ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、リハ医療の内容、病床数、職員数）、2) リハに関係するインシデント、医療事故の実態（報告の方法、年間件数、主な事例、他のリハメンバーへの情報提供、リハ部門としての対応）、3) 医療事故防止のための体制（報告、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。

3.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。主な解析結果は以下のとおりである。

1) 施設プロフィール：開設主体は、国公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。リハの施設基準は、総合承認施設が62.7%、理学療法Ⅰが6.9%、作業療法Ⅰが6.4%、同Ⅱが各々27.0%と22.5%であった。実施しているリハ医療の種類は、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（重複あり）。このうち、リハ専門病院は19%、リハ病床のある一般病院が38%、リハ病棟はないが、リハを行っている病院が38%であった。また、リハ科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。職員数は施設によりばらつきが大きかったが、中央値でみると、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。

2) リハに関する事故報告・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。事故発生時に誰に、どのように報告するかという取り決めの有無は、あり 97.1%、なし 1.5%、無回答 1.5%であった。

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。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。

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チームメンバーへの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。情報提供の方法は、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。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。

④**リハ部門としての対応**：医療事故発生時のリハ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。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%、事故事例を一般に公表 3.9%、

無回答 29%であった。

3) 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。リハ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。

②**安全管理マニュアル**：リハ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。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、患者取り違い、ライン管理、救急蘇生の順に多かった(表 2)。マニュアルを作成済みの 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。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。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。

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医療現場における工夫を尋ねたところ、リハ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%、報告しっ放しで、現場では何もしていない 9.8%であった。

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・技術の向上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 5.3%、その他 3.9%という回答であった。

4 調査結果のまとめ：今回、リハ医療を積極的に展開していると考えられる日本リハ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%以上と高く、本調査により、初めてリハ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と考えられる。集計結果から以下の実態が明らかとなった。1) リハ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、リハの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が、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大きな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、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ると答えた施設は35%に過ぎなかった。今回の調査に際し、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得られ、これらの分析を通して、実用的かつ実効性のある安全管理ガイドラインを作成する上で、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。

5.リハ医療における安全管理を考えるための視点：以上の調査結果を踏まえ、リハ医療における安全管理を考えるための視点を以下のように整理した。

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。_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。_マンツーマンの濃厚な接触の機会が多い。_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。

【リハ医療における安全管理ガイドラインの作成】
研究班では、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り、それぞれの小項目は表3に示すとおりである。この中から、特にリハ医療の特殊性に関して記述した部分の抜粋を表4に示す。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案を作成した(表5)。

このようにして作成された安全管理ガイドライン案を学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、今後、以下のプロセスで作業を進めて行く予定である。

- 1) ガイドライン案を研究班班員内で見直し、意見を集約・修正する。
- 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

募集する。

- 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る。
- 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出版する。

【おわりに】 以上、厚生科学研究班で取り組んで来たリハ医療の安全管理に関する全国実態調査の概要と現在作成中の安全管理ガイドラインについて紹介した。平成17年度は、FORS (focused occurrence reporting system)の考え方に基づいたインシデント・アクシデント・データベースの構築とモニタリングも計画しており、リハ領域として特に重要な事例の発生頻度を明らかにするとともに、事故発生要因、事後の対応などの分析を行う予定である。これらの結果も合わせて、リハ部門における標準的な安全管理ガイドラインを完成させ、リハ医療における安全推進に貢献していきたいと考えている。

【文 献】

- 1) 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
- 2) 安保雅博. リハにおけるリスクへの対応. 総合リハ 2001;29:597-602
- 3) Young PC, Tomski M. An introduction to risk management. Phys Med Rehabil Clin N Am 2002; 13:225-246
- 4) 厚生科学研究費補助金 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15151501—平成16年度研究報告書 (主任研究者 千野直一)、2005

表1. 研究班の組織

•千野直一	•主任研究者	•慶應義塾大学医学部名誉教授 •前日本リハ医学会理事	•研究全体の統括
•里宇明元	•分担研究者	•慶應義塾大学医学部リハビリテーション学教授 •日本リハ医学会診療ガイドライン委員会委員長	•研究班事務局
•住田幹男	•分担研究者	•関西労災病院リハビリテーション科部長 •日本リハ医学会理事	•リハ医学の立場から
•前田真治	•分担研究者	•国際医療福祉大学・大学院リハビリテーション学領域教授 •日本リハ医学会関連専門職委員会	•リハ医学の立場から
•北代直美	•分担研究者	•七沢リハビリテーション病院脳血管センター看護部長 •日本リハ看護学会	•看護の立場から
•遠藤 敏	•分担研究者	•コナミスポーツ株式会社健康増進センターセンター長 •日本理学療法士協会理事	•PTの立場から
•栗 祐二	•分担研究者	•藤元早鈴病院セラピスト室室長	•OTの立場から
•藤田郁代	•分担研究者	•国際医療福祉大学教授	•STの立場から
•栗山明彦	•分担研究者	•早稲田医療技術専門学校専任教員	•CPOの立場から

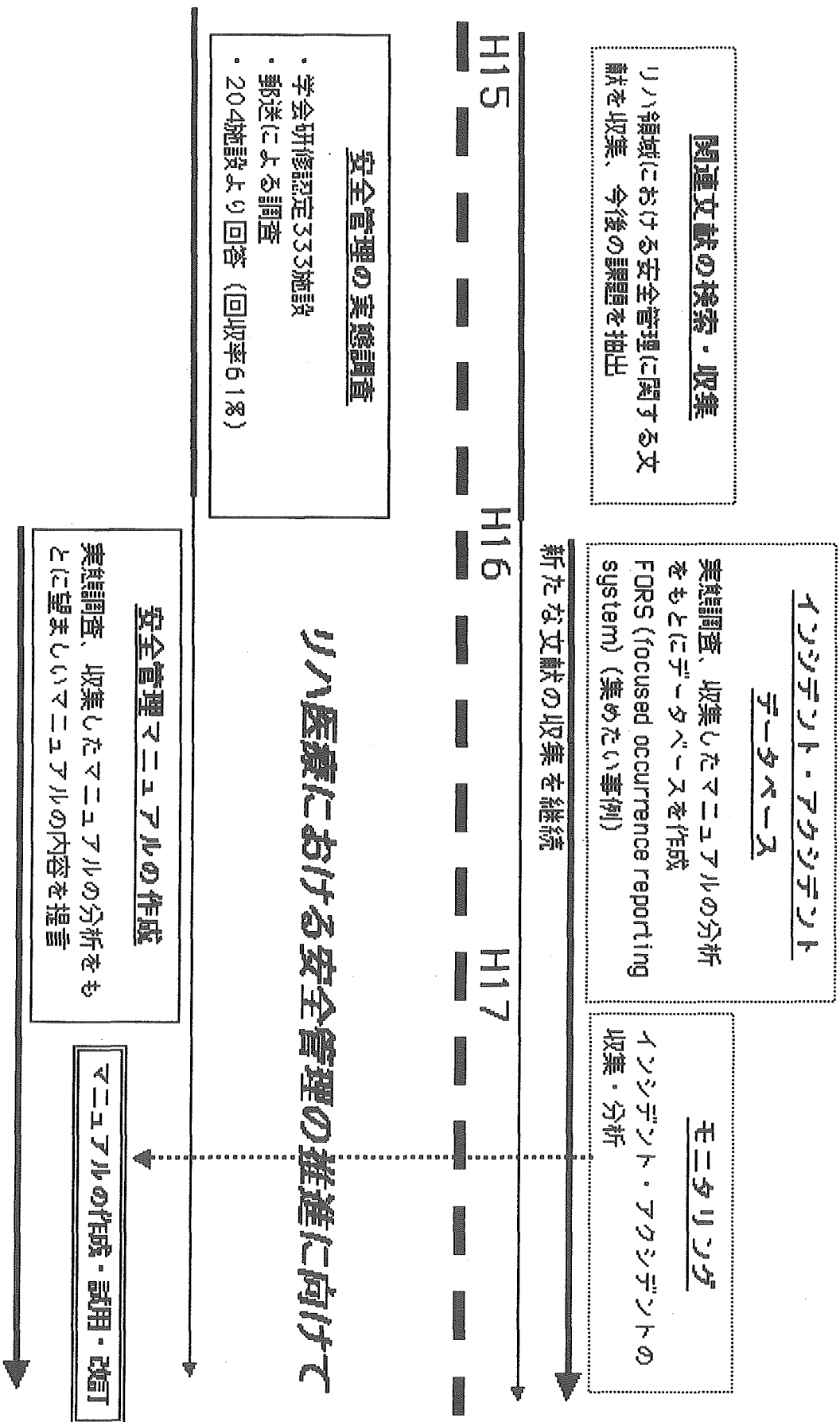


図1 研究の概略：リハ医療における安全管理の推進に貢献することを目的に、1) 関連文献の検索・収集、2) 安全管理の実態調査、3) 安全管理アンケートの作成、4) インシデント・アクシデントデータベースの構築とモニタリングに取り組んできた。

表2. マニユアルの項目（128施設からの回答より）

•転倒・転落・骨折	52.0%	•人工呼吸器	23.0%
•全身状態悪化	36.3%	•酸素吸入	22.5%
•感染症	33.3%	•救急蘇生	19.1%
•誤嚥	31.4%	•接遇	19.1%
•外傷・熱傷	27.9%	•離院	17.2%
•患者取り違え	23.0%	•その他	11.8%