

表3. 安全管理マニュアル案の項目

I 安全管理の考え方		IV 医療事故発生時の対応	
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	1. 初動(本制)の原則	1. リハビリ部における急変時対応
2. リスク評価と分析の手法の確立	3. 文書管理方法や情報開示に関する手続きの確立	<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 	
3. 事故発生時の施設としての対応方法の確立			
II リハビリテーション部の特色		V 医療機器の管理	
1. 依頼箋に基づくリハビリテーション	2. 患者の安全	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
3. 施設・設備・危機管理		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	
1. リハを実施しない場合	2. 途中でリハを中止する場合	1. 転倒・転落・骨折	
3. いったんリハを中止し、回復を待つて再開	4. その他の注意が必要な場合	2. 誤嚥・誤飲・窒息	
		3. 離院、患者取り違え	
		4. 接遇	

表4.リハビリテーション部の総論 (抜粋)

- ◆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。
- ◆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。
- ◆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ともに，患者にとっては不利益となる。

◆ 依頼箋に基づくリハビリテーション

- ー リハ部門職員は，最新のリハ依頼箋の内容に基づいてリハを実施する。
- ー 依頼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，必要に応じて依頼箋の修正を求める。

◆ 患者の安全

- ー 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。
- ー リハ部での診療前に，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确实に行う。

◆ 施設・設備・機器管理

- ー 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パ，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。
- ー 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。

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」 ーリハビリテーション看護の立場からー

七沢リハビリテーション病院 脳血管センター
看護部長 北代 直美

医療の高度化、専門化、多様化により医療事故・維持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時間をとおり患者のそばでケアを提供しているサブサービス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安易なものではない。

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、目標思考的アプローチに則して、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。それは、急性期における障害を最小限度にすること、日常の生活援助、生活のリズムをつけるなどがあり、早期に離床し障害を最小限度にする。食事は口から摂取する・排泄はトイレで・清潔は入浴でとADLの拡大をはかる。そしてQOLの向上に向けて看護は展開される。

生活を支える看護活動の中での医療事故の種類と件数、そして、リスクマネジメントの取り組みについて述べる。

【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、医療の質保証に貢献することになる。

ー日本看護協会ー

【リハビリテーション看護の場面における対象の特徴】

対象は、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、生活の場面での事故が発生する危険性がある。

1、調査対象

- 1) NPO リハビリテーション看護学会の理事が所属する15施設
- 2) 担当者の所属する病院（転倒・転落の発生場所、発生時間、発生理由）

2、調査内容

- ①医療事故・インシデントの件数が多いもの上位3つ
- ②医療事故・インシデントの要因
- ③①の事故防止への取り組み
- ④医師・PT・OT・ST・臨床心理士への要望
- ⑤転倒・転落の発生場所、発生時間、発生状況・理由

3、結果、考察

- 1、医療事故・インシデントの件数がおおいもの15施設における上位3つの医療事故・インシデントは、表1の通りである。第一位は転倒・転落16件(37.2%)、第二位が誤薬13件(30.2%)、離院・離棟4件(9.3%)で、多様な事故がある。

2、要因

医療事故・インシデントとして多かった3種類の発生要因は表2に示す。

①転倒・転落事故の要因として、患者の認知力の低下、バランスの障害、ブレーキ・フットレストの忘れ、患者の思いこみなどであった。

②誤薬の要因は、セットミス、患者確認ミス、思いこみ、多忙などがあげられた。

③無断離院では、高次脳機能障害、認知障害と看護介入のアンバランス、入院不適應があった。要因は、患者の状況と業務およびシステムに関するものが上げられる。

3、事故防止への取り組み（転倒・転落）

①環境の調整をする

生活する患者の、安全で安楽な環境を作る。

②患者を理解

患者へいかに心を傾けるか、患者のニードに添う。

③患者指導

④アセスメントをし、立案した看護計画に沿って事故防止のための援助を行う。

⑤チームで連携をとる

情報交換・共通した関わり方など

⑥勤務者の状況と職員配置の工夫

リハ病院の対象が、何らかの障害を持ち介助を要することや、認知障害なども加わり危険をはらんでいることからみて、表3に示す医療法に基づく看護要員では、適切な配置とはいえない。また、夜勤の看護職員は、2～3人でこのうち看護助手も含まれている。夜間の看護師の要員は入院患者に対して25：1若しくは50：1をあらわしている。

これでは、事故防止のハードルはさらに高い状況にあるといえよう。

⑦具体的な対応は表4に示す。

4、医師・PT・OT・ST・臨床心理士への要望：

<医師への要望>「読みやすい字」「口頭指示は不可」「マニュアルに沿った指示だし」「カルテにきちんと記載してほしい」などの要望があった。

<セラピストへの要望>

PT：転倒リスクと予防策を伝達してほしい。

訓練時の状況だけでADL・行動を判断するの

ではなく、病棟での状況を重要と考えてほしい。

OT：生活動作の改善、機材の安全確認、環境整備など連携をとってすすめたい。

ST：コミュニケーションに関する情報の提供をしてほしい。

心理：認知症・うつ病等への関与とアドバイスをしてほしい。などであった。

医師へは要望といより苦情が多い。セラピストとは、連携をとりながらリハを進めていくための要望が多い。

5、転倒・転落の発生場所、発生時間、発生状況・理由

①転倒・転落の発生場所

当院の転倒（平成16年度751件）においてどこで転倒・転落しているかについては、図1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。トイレ・廊下など生活に結びついた場所（病棟）での転倒・転落は9割以上である。

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2の通りである。

1日にピークが3回見られる。起床から朝食後までと昼食前後、夕食後から就寝までである。食事や排泄などの生活行動に関連して移動・移乗動作が増えることが考えられる。また、夜間においても転倒がみられている。

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3に示すとおりである。

理由として移乗・移動に関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。

結論

看護の立場から、リスクマネジメントに関する調査を行った。その結果、

- 1、リハ病院において件数が多いものは、転倒・転落、誤薬、離院・離棟であった。
- 2、医療事故・インシデントの要因としては、患者の状況と業務及びシステムの両者に関するものが上げられていた。
- 3、事故防止に向けての取り組みはされている。その取り組みは様々である。
- 4、医師への要望は「読みやすい字」「カルテへの記載など」があげられ、セラピストへは、連携をとって事故防止やリハビリテーションをすすめたいという要望が多かった。
共通していることは、コミュニケーションに関することであった。

課題

- 1、リハビリテーションに関して共通した事故防止スキルの必要性がある。
- 2、リハビリテーションチームとして病院全体での取り組みが必要
特に、情報交換・問題の共有・事故防止。

種 類	件 数
薬物・検査	16 (37.2%)
手術	13 (30.2%)
輸送・搬送	4 (9.3%)
チューブトラブル	3 (7.0%)
皮膚トラブル	2 (4.7%)
検査	2 (4.7%)
食事	1 (2.3%)
注射	1 (2.3%)
盗難	1 (2.3%)

表1 医療事故・インシデント
1～3位 N=43

<p>転倒・転落</p>	<p>認知力の低下 バランス障害 運動機能低下 単独での移乗 ブレーキ、フットレストの忘れ、車椅子操作ミス 患者のできる、大丈夫という思いこみ 行動途中で物をとるなど何かをしようとした 環境の変化</p>
<p>誤薬</p>	<p>セットミス 配薬時の患者確認ミス 業務の繁雑化、多忙、作業の中断 確認不足・手抜き、思いこみ、うっかり 手順・ルール基本どおりに実施していない 知識不足 患者の内服忘れ（自己管理者）</p>
<p>無断離院</p>	<p>高次脳機能障害 認知力の低下、記憶力の低下、失語症 認知障害と看護介入のアンバランス 入院不応（家に帰りたい）</p>

表 2 医療事故・インシデントの要因

感染症病棟及び 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 人に対して 1 人
外来	外来患者 30 人に対して 1 人

リハビリテーション病院の夜勤者の数：2～3人が多い。しかもその中に看護助手含む。

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因数

巡回時にブレーキを確認
 コールマット・低床ベッドの使用，車椅子の位置の目印
 転倒の多い時間帯に看護要員を増やす
 排泄介助時はそばを離れない
 病室検討（ナースステーション近く），訪室を頻回にする
 移乗・移動動作，車椅子操作の訓練
 入院時アセスメントシートによる転倒対策の実施
 チェックリストによる行動観察

表 4 転倒・転落防止への具体的対応

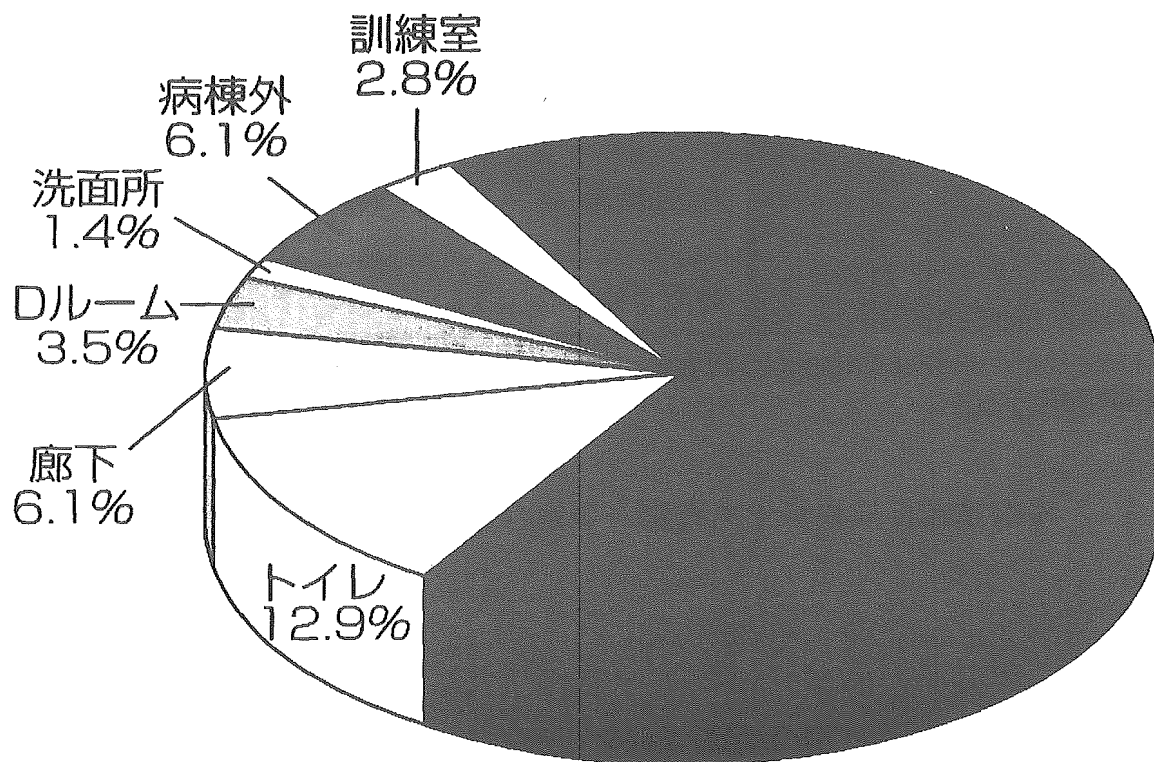


図1 転倒転落の発生場所

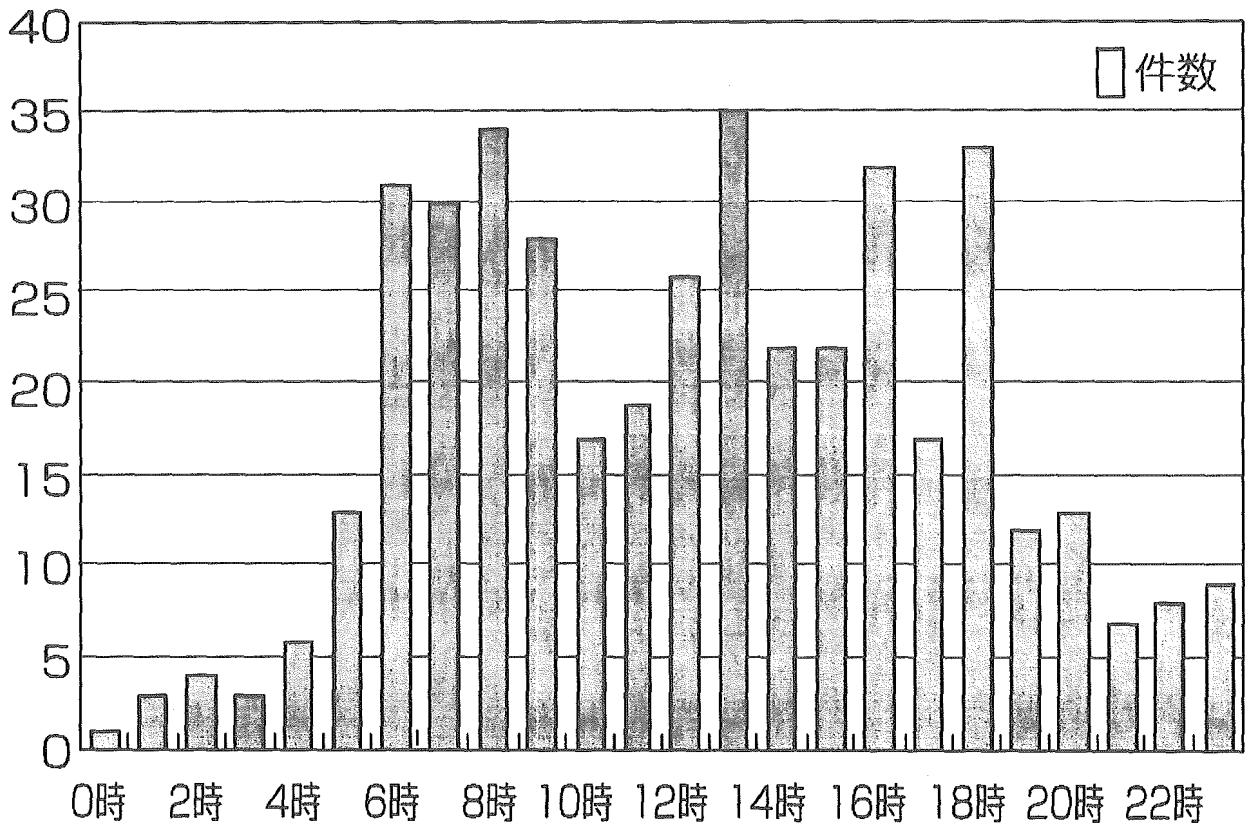


図2 転倒・転落の発生時間

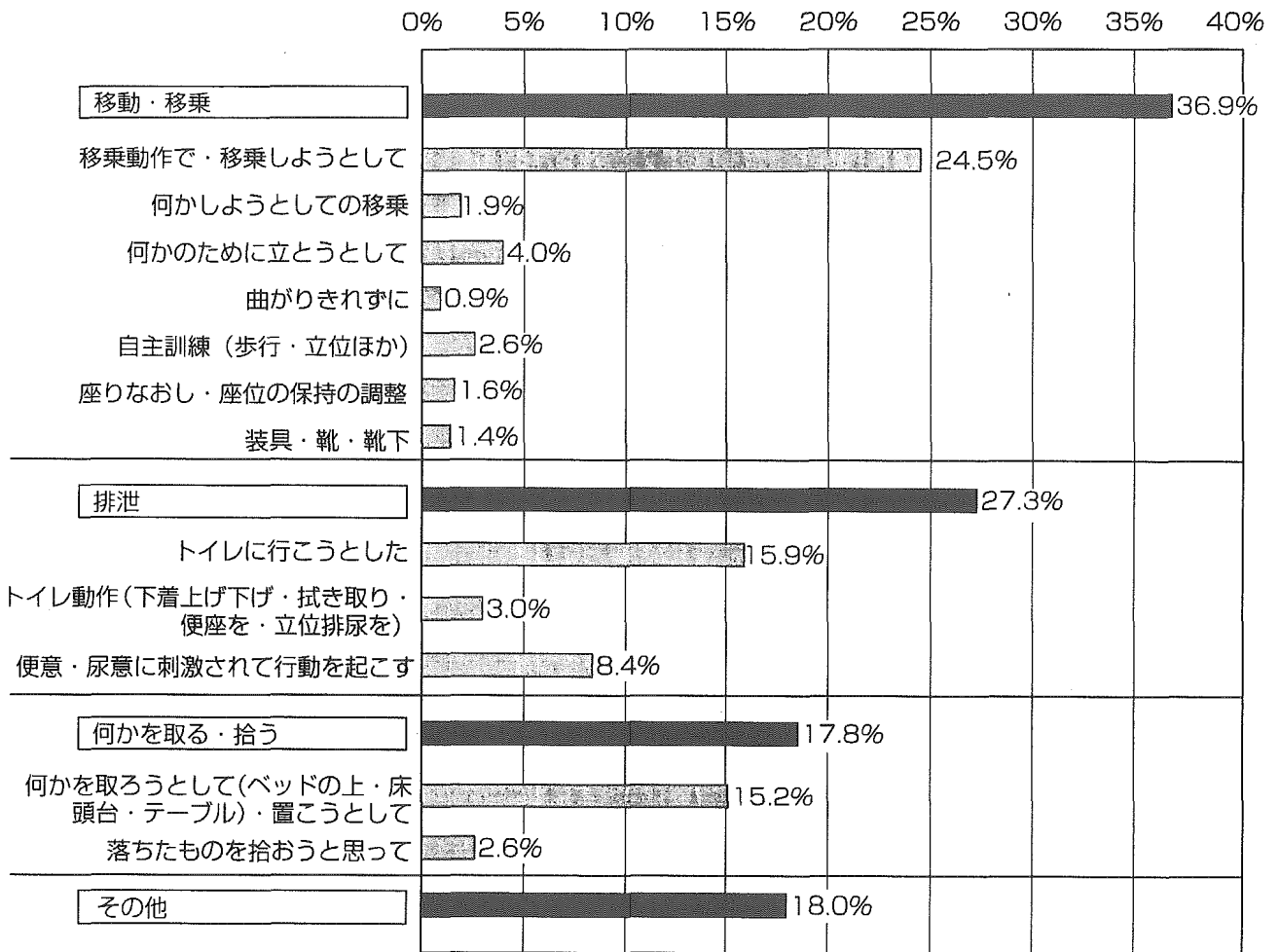


図3 転倒・転落の理由

理学療法におけるリスクマネジメント —理学療法士の立場から—

コナミスポーツ株式会社

ビジネスモデル開発本部

健康増進センター センター長 遠藤 敏

今、リハビリテーション部門では現状に即したリスクマネジメントが求められている。当然施設全体のリスクマネジメントは必要であるが、リハビリテーション部門独自のリスクマネジメントが必要と考えられている。今回は、理学療法士協会のリスクマネジメントの取り組みの現状を報告する。

まずリスクマネジメントの問題は、リハビリテーションをとりまく社会的環境が大きく変化し、とくに医療環境の変化が大きい。つまり平均在院日数の短縮化が推進され、以前よりさらに早期治療が重要になってきている。このため休日の体制や医療の質に関しても、いろいろな注文が起こってきている。また専門化が進み高度な技術が必要になってきている。さらには近年の医療事故の問題も以前よりは多く報告されており、医療に対する社会的な監視の目も強くなってきている。福祉環境面でも、介護保険が導入され、介護施設や在宅リハビリテーションも増加し、訪問リハビリテーションの制度も充実してきている。以上のような状況により、ますますリスクマネジメントへの取り組みが重要になっている。

しかし、リハビリテーションを行う場合、リスクマネジメントを検討する上で特殊な事情がある。それは患者さんが、普段の日常生活に戻る事がリハビリテーションの目的であり、そのために必要な、心肺機能の回復、動作能力の獲得、筋力・体力の回復などを行わなくてはならない。結果として、身体にある程度の負荷をかける必要性があり、容態の急変や転倒の危険など、リスクマネジメントの重要性が増す。しかも、患者さんの状態は一様ではなく、リスクマネジメントマニュアルの作成にも多面的な検討が必要である。

リハビリテーションは、高いリスクを負いながら、能力の獲得を目指さなくてはならないという、リハビリテーションの特殊性がある(図1)。

そのなかで社会的に理学療法士へのニーズが高まっており、理学療法士が急増されている。1963年に1校よりスタートした養成施設は、1980年までは10校程度、そこから第一次の養成施設設立ブームとなり約40数校となった。さらに1990年ころには第二次設立ブームが起こり80校になり、1995年に100校、現在は172校となっている。

入学定員数は1学年の総数で8,025名になっており、理学療法士協会員が現在約3万名であり、単純に計算すれば協会員の約四人に一人が学生の教育にたずさわる計算になる。

さらにその養成施設の内容は、4年制大学も増加傾向にあるが大多数は3年制と4年制の私立専門学校である(図2)。

また、理学療法士協会員は非常に若く、平均年齢は30歳前後であり、急激に裾野の広がった組織になっている。そのために熟練者の人数が相対的に少なくなり、安全に対する教育などを十分に果たせない状態である(図3)。

さらに理学療法士の職場は、殆どが1人、または2人の職場であり(図4)、日常ではリスクマネジメントを研修する状態が出来にくい環境になっている。また診療報酬の改訂に伴い、職員の休暇がすぐに診療報酬の低下につながるため、休暇も取得しづらい環境になってきている。

先のリハビリテーションの333施設へのアンケート調査では、204施設から回答があり、理学療

法士の働いている人数は、2人から30人までと大きく差が開いており、平均は9.9人であった。

インシデントレポートの報告では、練習中の問題点として、歩行中の転倒や起立性低血圧、体調不良、痙攣発作、チューブ抜去、ホットバックでの火傷、打撲、捻挫、骨折などの報告が多かった。

このような事故については、当然ハインリッヒの法則が当てはまる。ハインリッヒの法則とは、1件の重大事故が発生した場合、29件の危険事故、300件のニアミスが潜在的に起こってはじめて起こる事故であるとの法則である(図5)。

このような報告は、現在インシデントレポートとして報告されるようになってきているが、インシデントレポートの書き方は、このように事故報告書と同一の書式になっており、患者に被害の無いことはインシデントとなるが、重大な事柄については事故として報告するようになってきている。ほとんどの病院では同様の報告書を使用しているようだ。

以下に慶應義塾大学病院の報告書を例に提示する。

報告書は傷害をレベル分けしており、患者さんへの影響のレベルについて、レベル0は、間違っただけが患者に実施される前に気づいた事例、レベル1は、間違っただけが実施されたが患者には変化がなかった事例、レベル2は、間違っただけが実施されたが治療の必要がなかった事例(一時的・持続的な観察や安全確認のための検査が必要な場合も含む)、レベル3は、濃厚な処置・治療を要した事例(一過性)、レベル4は、障害残存(恒久的)が残る事例、レベル5は、死亡と規定して報告を行うようになっている(表1, 2)。その報告書自体の様式は表3に示す。

PT協会としても、1995年生涯学習部を創設し、新人教育プログラムを始めた。その運用は3年の施行期間を経て、1997年より正式運用が開始された。新人教育プログラムは、3年で18単位を取得する。その1年目に、職業倫理・管理運営にて安全に対するプログラムも取り入れている(表4, 5)。

そして、5年で10単位を取得しなければならな

いようにし、各単位の一覧と講習会に参加できない人のために、衛星放送にて年1単位だけは確保できるシステムを構築した。そして5年ごとに更新する体制をとっている。

さらには、現職者講習会という協会が行う全国版の講習会にリスクマネジメントの内容で毎年講習会を開催している。

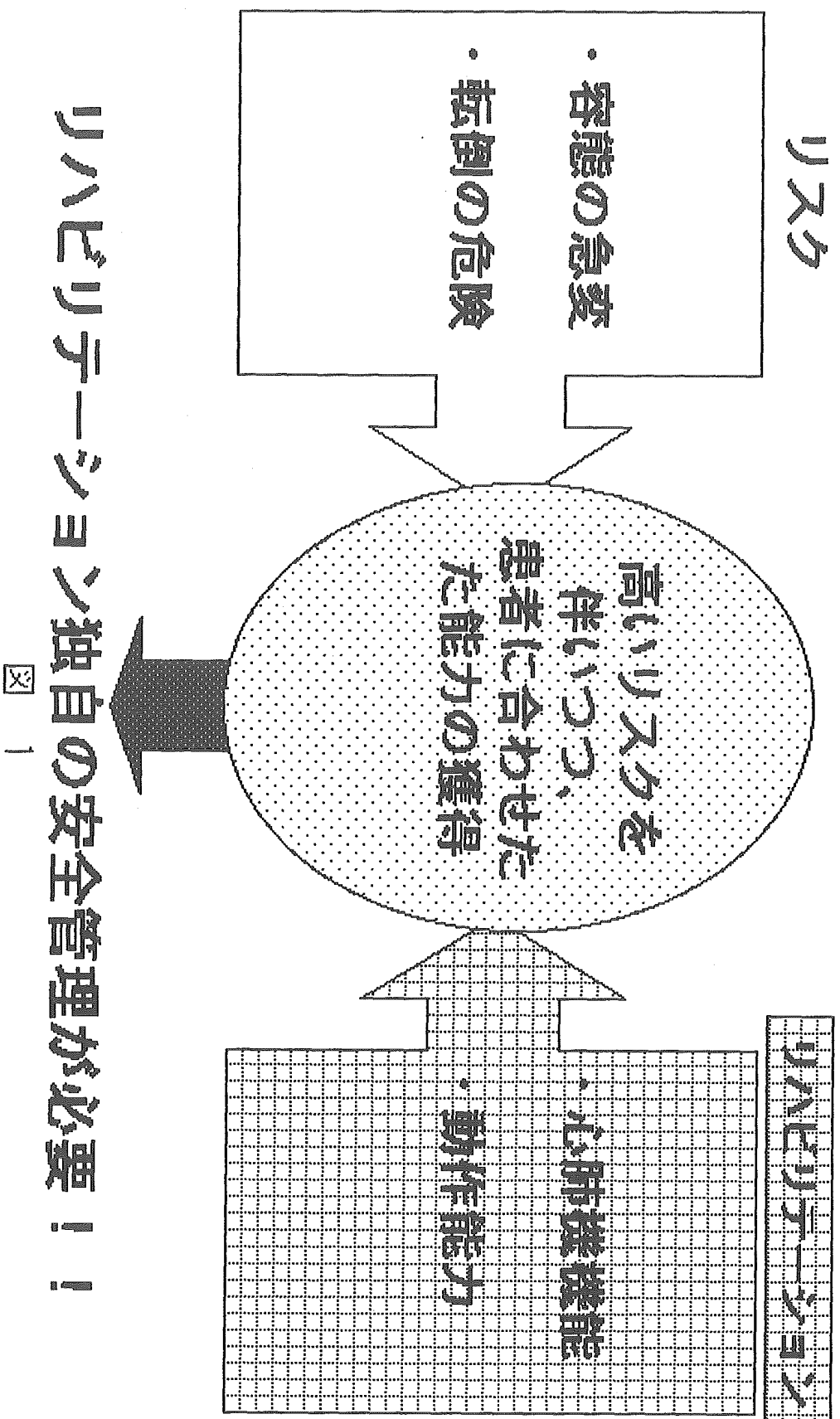
さらに、教育管理系の専門領域研究会を立ち上げ、安全管理についても講習等の検討を行っている。今後は個人情報保護法も考えながら、さらに安全に対する教育を行っていく予定である。

また今後は、臨床に出る以前にリスクマネジメントの重要性を教えるべきであると思われる。そのため教育機関にも働きかけて、授業の中でリスクマネジメントを教えるべきであろう。

さらには、理学療法士の急増に対して、今までの先輩を中心としたOJTの教育システムだけでは教育は崩壊せざるを得ない。今後は、その職場のチーム全体で実践を中心としたロールプレイングの講習会を、頻回に行っていくべきであろう。常にすぐに動ける状態を作っておくことが重要で、いくら頭でわかっている、いざと言う時は何も考えられない状態になるはずである。しかし、常に練習を繰り返していれば、身体だけはいつもの練習している通りに動くことができるからである。

そして安全管理に対する意識や対策は常に更新しておく必要がある。リハビリテーションは人対人の関係であり、ヒューマンエラーは将来も無くならないであろう。そのため、リスクマネジメントはスタッフ全員が、安全に対する意識を常に高く保ち、最新の知識・技術を吸収しておく必要がある。そのために教育が最重要になってくること申し上げて、結びとしたい。

安全とリハビリテーションの関係



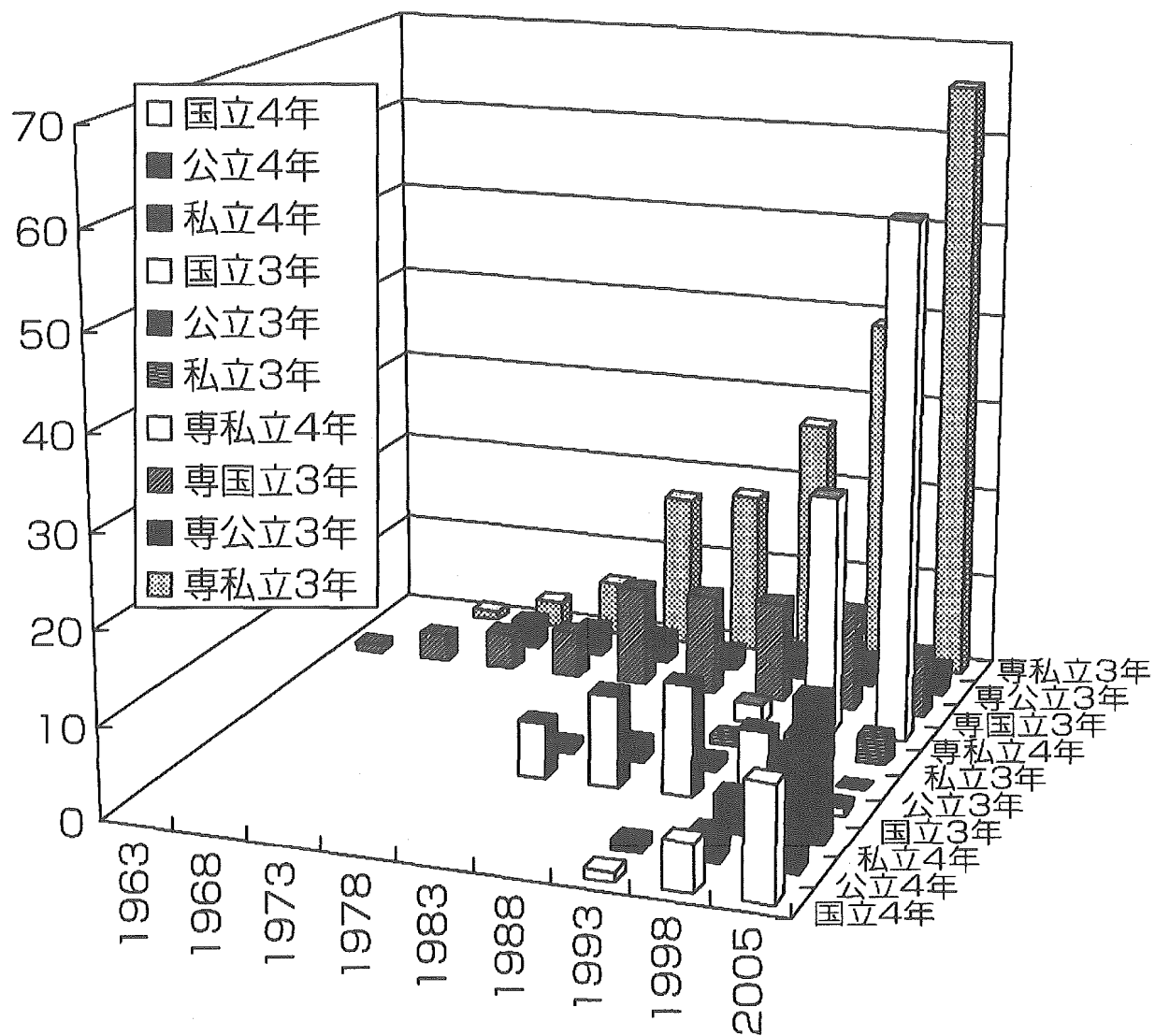
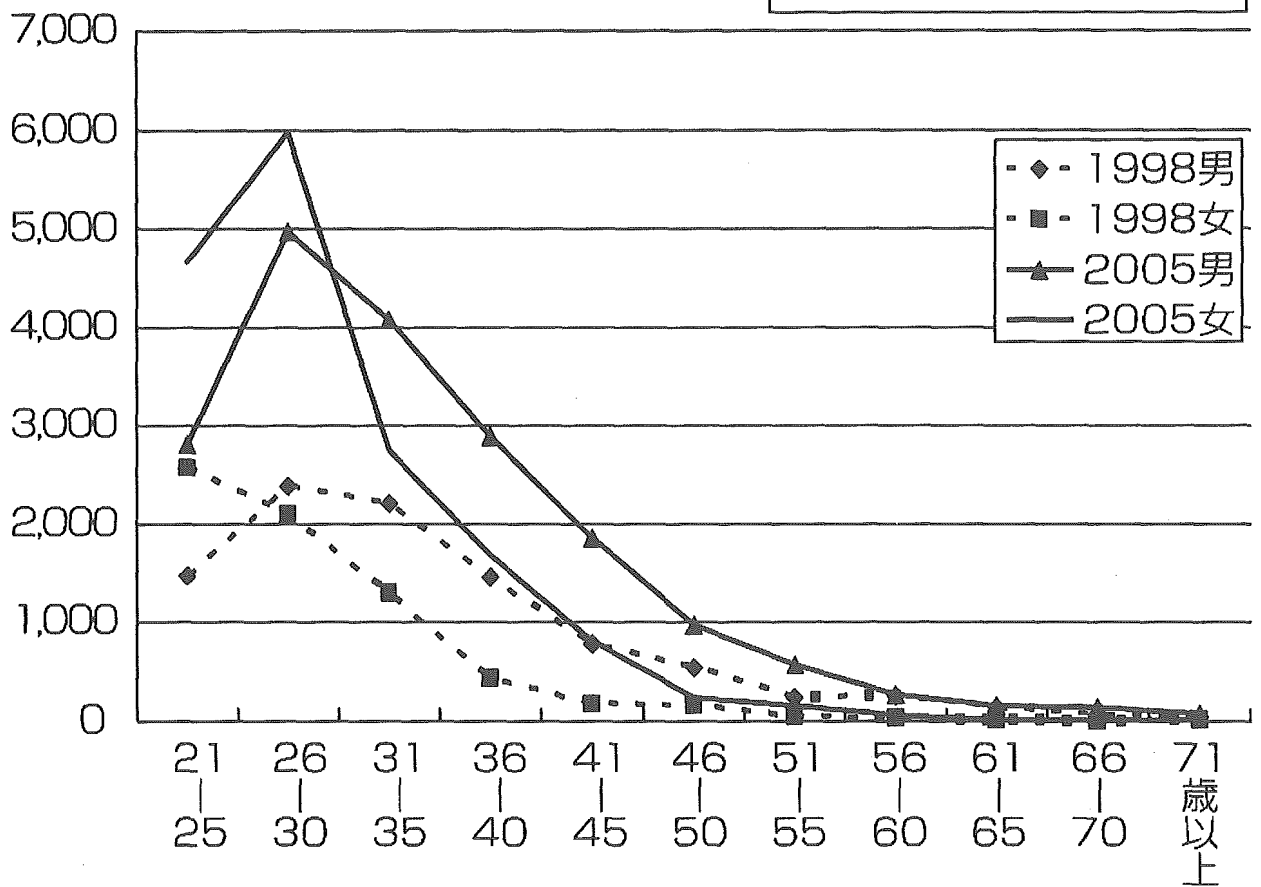


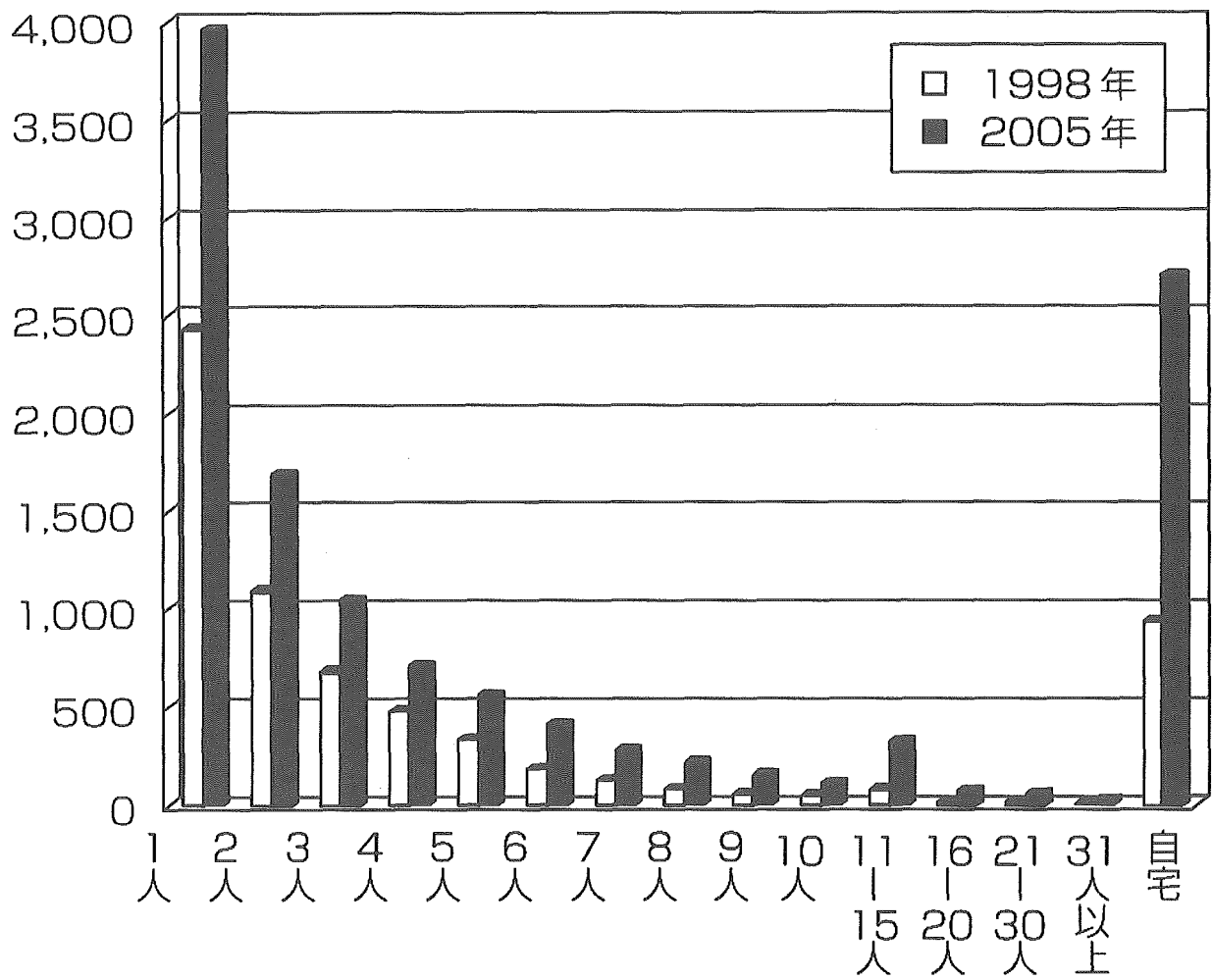
図 2

男性 18,785人 34.4歳
 女性 16,387人 30.0歳



(2005年3月31日現在JPTA資料)

図 3



(2005年3月31日現在JPTA資料)

図 4

ハイブリッドの法則

1件の死亡事故

29件の危険事故

300件のニアミス

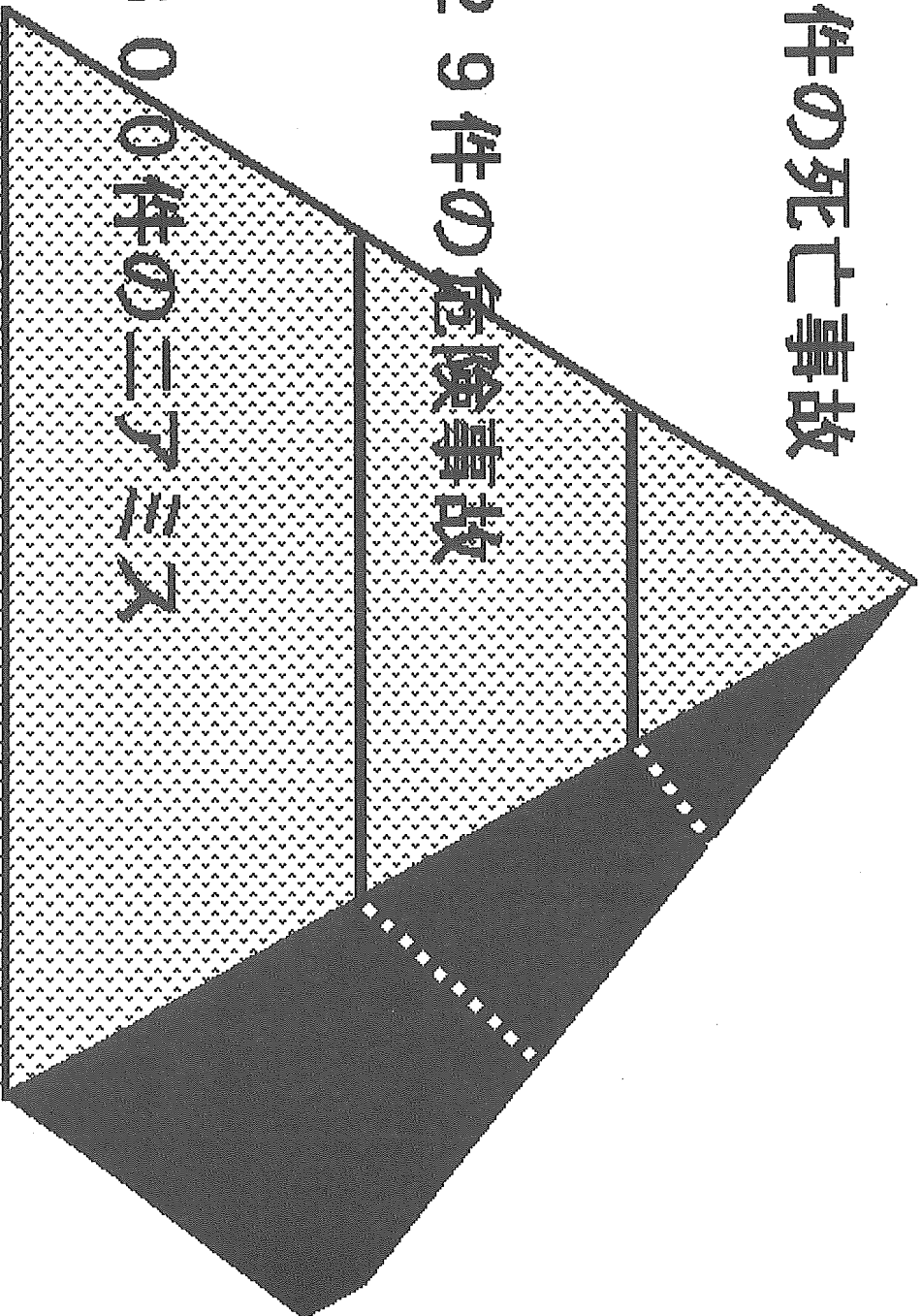


図 5

表 1 インシデントレポート (1)

報告書の書き方

□内は必ず記入下さい。

★事故報告書とインシデント報告書の違い

「事故」とは病院側の過誤にかかわらず、患者が障害を被った事例を意味し、「インシデント」とは、ミスがあっても患者に何も起こらなかったものや、事前に誤りが訂正されて事故に至らなかった場合を意味する。

ただし、投薬の間違い、輸血の間違い、患者取り換え、体内異物忘れ、転落事故などのように、再度、別の患者に同様の事故が起きれば重大な影響を及ぼす可能性の強い事項については、たとえ、その折に患者が障害を被らなくても「事故」として届け出る。

提出先・回覧 報告書→所属セーフティマネジャー→医療安全対策室→病院長

表 2 インデントレポート(2)

原因等	患者重症度 死亡 (恒久)	＜レベル5＞ 死亡 (恒久)	＜レベル4＞ 障害残存 (恒久)	＜レベル3＞ 濃厚な処置・治療を要 した事例 (一過性) (S11)	＜レベル0～2＞(注5) 軽微な処置・治療を要 した事例または影響の 認められなかった事例
明らかに誤った医療行為や管理上の問題(注2)により、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	ヒヤリハット事例として報告 (注3)
明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題 (注2) により、予期しない形で、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	ヒヤリハット事例として報告 (注3)
その他、蓄積的意義が大きいと医療機関が考える事例 (ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる)	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告	事故 (注4) として報告
医療行為や管理上の問題とは何ら関係もなく予期せぬ結果となった場合 (薬剤による副作用・アナフィラキシーショックや医療機器の誤作動によるもの等)	レベル不要	レベル不要	レベル不要	レベル不要	レベル不要

・濃厚な処置・治療を要する場合：バイタルサインの変化が大きいため、本来予定されていなかった処置や治療が新たに必要になった場合や、新たに入院の必要が出たり、入院期間が延長した場合等をいう。
 ・管理上の問題：療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。
 ・軽微な処置・治療を要した事例を示す。
 ・事故とは、過誤および過誤を伴わない事故の両方が含まれる。
 ・患者影響レベル
 レベル0：間違ったことが患者に実施される前に気づいた事例
 レベル1：間違ったことが実施されたが患者には変化がなかった事例
 レベル2：間違ったことが実施されたが治療の必要がなかった事例
 (一時的・持続的な観察や安全確認のための検査が必要な場合も含む)