

■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
リスク予測 10 (3%)	リスク予測	10
	リハビリ実施計画	13
安全対策 リスク予防 156 (54%) 61 (21%)	チーム連携	13
	事前情報	18
	ミス防止	8
	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
事故防止 66 (23%)	その他	6
	緊急対策マニュアル	8
	救急処置	1
緊急時対策 61 (21%)	緊急連絡	6
	協力体制	46
	ヒヤリハット報告	6
	検討会等	4
事故後の対応 13 (5%)	その他	3
	医師による説明	2
	丁寧な説明	6
	文書やパンフレット	2
意思疎通 15 (5%)	同意書 (署名)	2
	説明記録	2
	意思尊重	1
	所属施設加入の保険	1
その他 14 (5%)	その他の保険	3
	訓練記録	3
	その他	2
	実習生	5

## ① リスクマネジメントの工夫

### ① 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、車椅子の患者が、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かめ、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かめ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ことがあるので、訓練の送迎待ちのとき患者をひとり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ときは、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ある必要がある。

#### (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なかで最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42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うえ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うえからも重要である。もしも、指示に嚥下障害の記載がないが、摂食・嚥下障害にかかわる必要があると判断される場合は、リハビリテーション(以下リハ)を行う前に必ず医師に報告し、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、(勇気をもって)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思疎通が重要である。

### 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、さまざまな事情でこれらの検査が実施困難な場合でも、表4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うえで適切な訓練計

## ■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)

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。

### 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ときに大切なことは、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。そのための工夫のひとつとして、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でき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うえで、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、

■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（嗝声の有無）、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)

■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)

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)の症状をもつ患者もあり容易ではないが、摂食中にときどき発声をしてもらい湿性嗝声など声の変化や、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。

#### ⑤ ST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。

#### ② 万が一事故が起こったときの対応

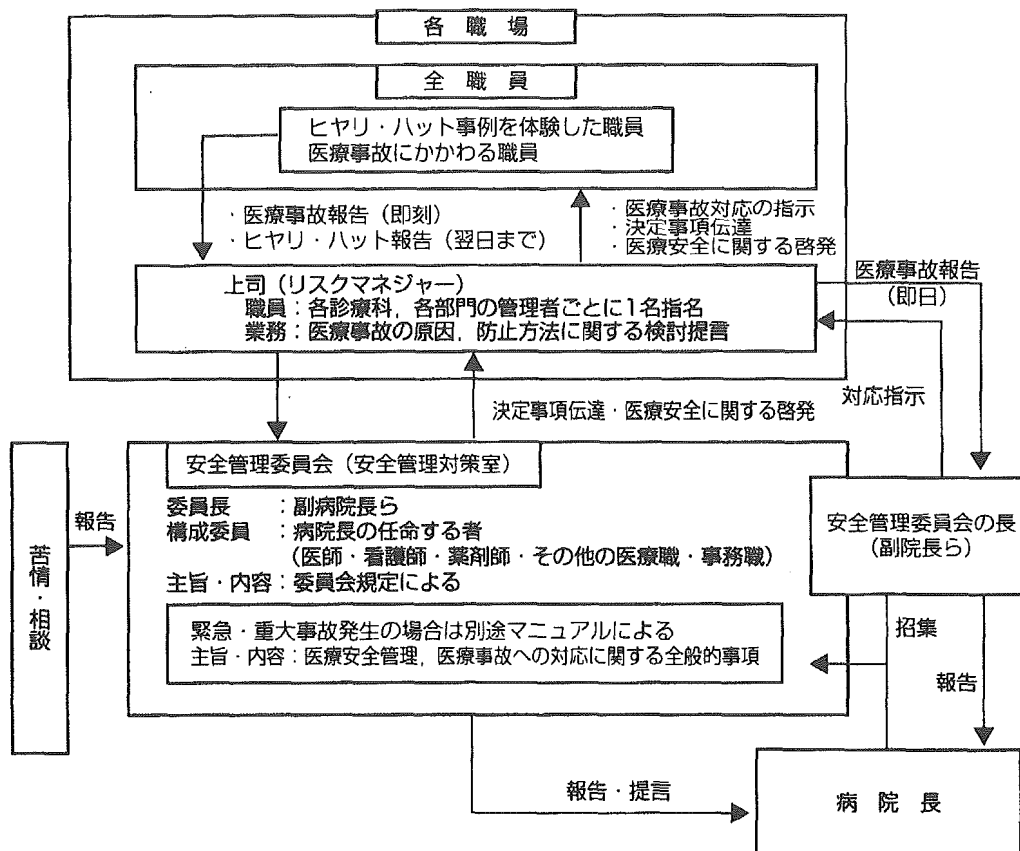
食事中の激しいむせ、食物による窒息、嘔吐などは速やかに医師や看護師に連絡し、気道確保のための緊急の対策をとる。これらの症状が起こり

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。このためにインシデント・アクシデントレポートの活用が有効である。なお、たとえば、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、どの程度のものをインシデント・アクシデントレポート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

リハ領域においては、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起こりやすい。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。安全性と活動性をとも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

■ 図6 医療安全管理に関する組織と事故発生時の対応



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られる。

文献

- 1) 日本言語聴覚士協会：臨床実習マニュアル，2004.
- 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.
- 4) 賠償責任保険制度の導入に関する検討経過 (3)．日本言語聴覚士協会ニュース 4 (6)：2004.

# 看護からみたりハ科病棟におけるリスクマネジメント

北代直美<sup>1)</sup> 渡辺真理子<sup>1)</sup>

key words リハビリテーション看護 転倒・転落 無断離院 リスクマネジメントマニュアル 転倒転落アセスメントシート

## 内容のポイント Q&A

### Q1 リハ看護の特徴とリスクの実態は？

リハ看護の特徴は対象を“生活する人”ととらえ“生活を支える”ことである。

脳卒中専門病院の当院の場合、医療事故の7割弱を転倒が占めているが、リハ病棟に特徴的な事故として無断離院がある。

### Q2 ベッドサイドにおける対応の問題点は？

ベッド周りの整理整頓など、環境が生活する患者に安全で安楽なものとなるよう配慮する。患者のニードに対する洞察力と生活状況を把握し、事故防止のためのアセスメントを行うことが必要となる。普段からのチームでの連携が事故を防ぐことも多い。一方で人員不足が事故発生の要因のひとつであることは否定できない。

### Q3 家族指導とリスクマネジメントの関係は？

介護者も高齢化しており、(家族へ患者に対する理解を働きかけ)簡潔・明瞭に何が危険であるかをインフォームドコンセントすることが重要である。病院と自宅、昼と夜では違いが大きく、実際の生活の場に近い環境で、24時間通しての指導が必要である。

## リハ看護の特徴とリスクの実態

### ① リハ看護の特徴

リハビリテーション(以下リハ)看護とは、「生活機能に障害をもつ人々に対し、目標指向的アプローチに即して、治療開始の時期からリハの視点

をも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」であり、その特徴をひとことではいわず、対象を“生活する人”ととらえ“生活を支える”ことである。

では、生活を支えるとはどのようなことか。

それは、その人がこれからどのように生活していくかにあわせて、食事・排泄・更衣・清潔・移動など生活するうえでの基本的なADLの自立に向けて援助し、疾患の理解や服薬、受診の仕方な

\* Risk management in rehabilitation nursing

<sup>1)</sup> Naomi Kitashiro Nrs, Mariko Watanabe Nrs

七沢リハビリテーション病院脳血管センター看護部

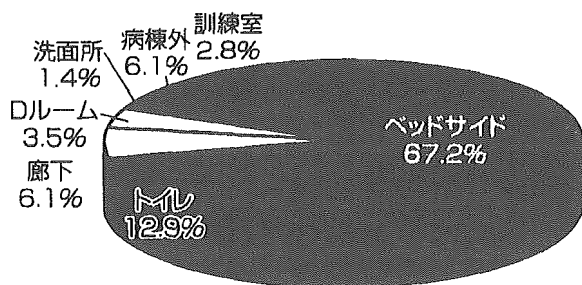


■表1 年度別事故件数

項目	転倒	転落	糞	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 H15.4～16.3	598件	48件	153件	8件	100件	907件	75.6
	65.9%	5.3%	16.9%	0.9%	11.0%	100.0%	
平成16年度 H16.4～11	495	18	148	12	78	751	83.4
	65.9%	2.4%	19.7%	1.6%	10.4%	100.0%	

(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)

■図1 転倒・転落の発生場所



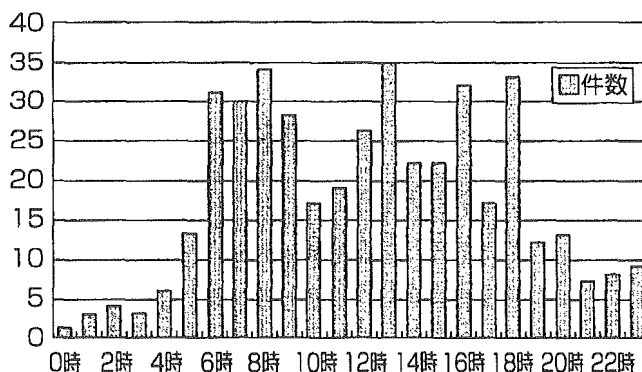
ど生活するうえで必要な事柄について支援することである。また、一緒に生活する人に対しては、介護方法の習得・患者の理解などの働きかけを行いながら精神的・身体的・社会的にサポートをすることである。

日常の援助としては、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、自分のできることは自分で行ってもらうようにする。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でき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。

## リハ病棟におけるリスクの実態

当院は脳卒中の専門病院であり、入院患者のほとんどがリハ目的の入院である。当院における医療事故の件数(平成15・16年度)を、表1に示す。平成15年度(1年間)は907件、平成16年度(9カ月間)は751件であった。転倒が両年とも7割弱を占めている。

■図2 転倒・転落の発生時間



ここ数年間、リハ看護学会学術大会における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、リハ病棟に共通する特徴といえる。また、一般病院と比べリハ病棟の特徴としてあげられる医療事故に無断離院がある。

ここではその2つの実態を述べる。

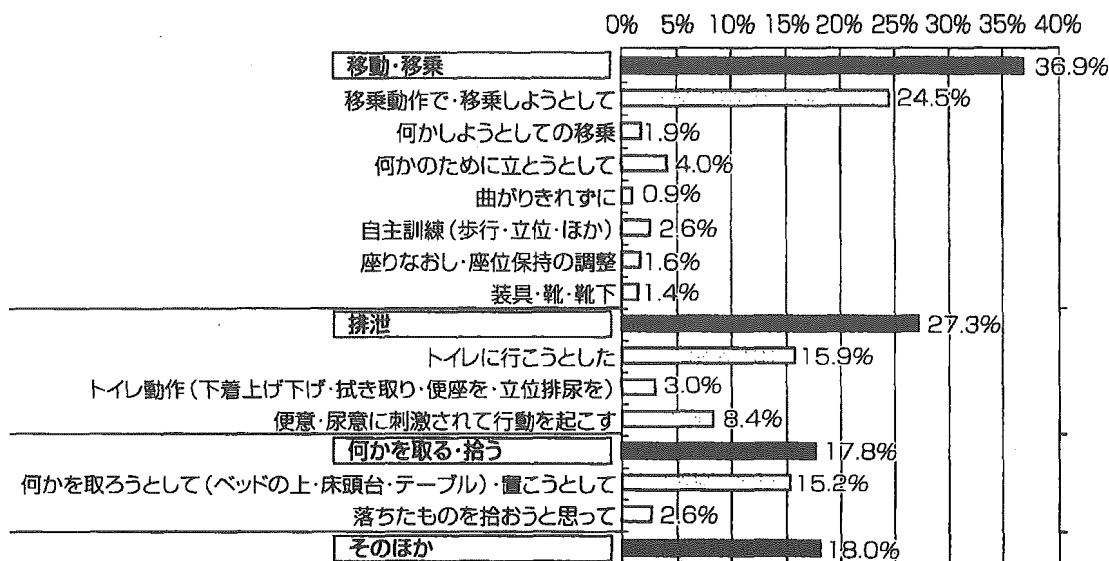
### (1) 転倒・転落

a) 発生場所：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(図1)。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。

b) 発生時間：1日にピークが3回みられる(図2)。起床から朝食後までと昼食前後、夕食後から就寝までで、この傾向は13年度の調査結果と同様であった。

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

■ 図3 転倒・転落の理由



昼間より少ない。この少ない勤務者のため生活活動する患者の事故防止が追いついておらず、転倒・転落の増加する要因となっている。

c) 転倒・転落の理由：移乗・移動に関するものが最も多く、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(図3)。

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。

### (2) 無断離院

当院における無断離院状況は、図4に示すとおりである。

平成14年度に激減した理由として、リスク患者の区分を明確にし、所定の用紙を用いて病院全体に周知するなど病院として無断離院の防止に取り組んだことがあげられる。また、離院防止機器(出口通過通報装置・位置情報発信装置)を導入するなど職員の防止意識が高まったためと考えられる。

無断離院の発生要因は表2のとおりである。

障害により自分のおかれた状況が理解できない

ことや、家族に会いたいという気持ちが抑えきれない、またはなんらかの不安が生じたなどにより無断離院という行動を起こしている。理解力の障害があってもその行動は合目的的である。そして無断離院する前には何らかのサインがみられていた(表3)。

## ◎ ベッドサイドにおける対応の問題点

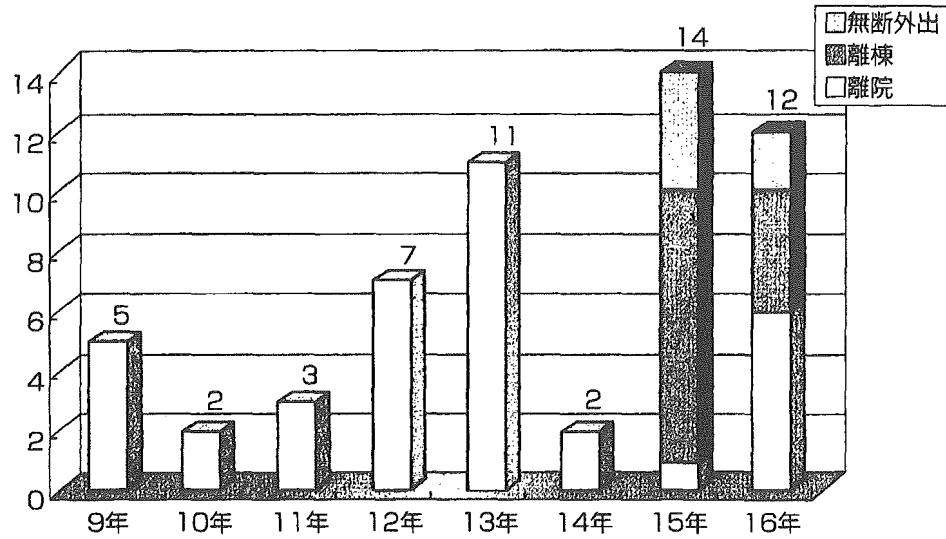
### ① 環境調整(生活する患者の安全で安楽な環境)

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できない場合がある。

ベッドサイドの空間が狭い場合、片麻痺患者では、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。そのときに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。

その患者が必要とする物をどこに置いていけば困らないか配慮が必要である。高次脳機能障害や痴呆の患者は、物をあちこちに動かし整理整頓が

■ 図4 無断離院件数



注) 平成 15 年度に無断離院の分類を変え、離棟・無断外出も無断離院とした。

■ 表2 無断離院の発生要因

発生	要因
1. 土日の午後に多い	● 他患者の外泊や面会が多いときであり、自分も「家族に会いたい」「家に帰りたい」という思いが生じる
2. 右方麻痺で言語障害・右見当識障害・記憶力障害・記憶障害・注意障害があり、歩行が可能な患者	● 失語症のため「帰りたい」「家族に会いたい」という思いを看護者に伝えられない ● “自分の思い” で性急に行動する ● 外見的に障害があるようにはみえず面会者と思われる(病院を出て行く)
3. 面会があった後	● 面会者の後を追って出て行く
4. 入院して2週間以内と退院・転院が近い患者	● 環境に慣れずホームシック ● 退院がまちどおしい

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。

ベッドの固定のためにベッドストッパーを必ず確認する。しかし、片麻痺の患者がトランスファーをするときには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)

患者個々のリスクを十分把握しておく必要がある。看護師は高次脳機能障害のある患者は転倒す

■ 表3 無断離院患者の言動の共通点

- ・ 家のことや会社のことを口にする。「家に帰る・帰らなくっちゃ」「会議に行かなくっちゃ」など。
- ・ 誰かを探している。
- ・ 外出の服装をする(着替える・外出用の靴を履く・ベッドの周りを片付ける)。
- ・ そわそわしている。
- ・ 荷物を整理する。

る危険性があるという知識はもっている。しかし、他の患者に呼ばれちょっと目を離したときに転倒が生じていることがある。看護の場面においては同時に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。

患者のニード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も重要である。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ため自分の思いをスムーズに伝えられない。高次脳機能障害のある患者は状況の判断ができないため混乱することが多い。そして性急に自分のニード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ドを予測したかわりが必要となる。



■表4 医療法施行規則第19条第1項第4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

### ③ 事故防止のためのアセスメントとそのツール

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。

予測のためにさまざま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(たとえば数値的に)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ふまえた開発も望まれる。

#### ④ チームでの連携

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

表4のように看護師の員数は、医療法施行規則に示されている。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者の員数は決まる。リハを提供する場合、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)。リハの対象が、何らかの障害をも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、人員不足が事故発生要因のひとつであることは避けられないといえよう。

## ⑥ 家族指導とリスクマネジメントの関係

### 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、その介助にあたるものもまた高齢者であり、介護力に問題が生じている。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でも理解力においても問題が生じる場合があることを示している。できることはここまで、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、障害をもった人に考慮された環境といえる。床はフラット、トイレ・洗面所など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か。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・段差など多くの障害がある。指導にあたるものが、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が重要である。実際、外泊前に介護方法を体験したときはでき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。

### ③ 家族の患者理解

理解力の低下や高次脳機能障害のある患者の場合、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。できるだけ患者の生活場面において理解してもらうよう働きか

■表5 医療安全管理のためのマニュアル

- 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
  - (3-1) リストバンド装着マニュアル
  - (3-2) 誤薬防止マニュアル
  - (4) 転倒・転落防止マニュアル
  - (5) 患者の離院防止及び所在不明時の検索マニュアル
  - (5-2) 抑制・拘束と非抑制・非拘束マニュアル
  - (6) ER放送マニュアル
  - (7) 輸血療法マニュアル
  - (8) 廃棄物管理マニュアル
  - (9) 院内感染防止マニュアル
- 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) 医療福祉支援室

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。

🕒 ケースレポート

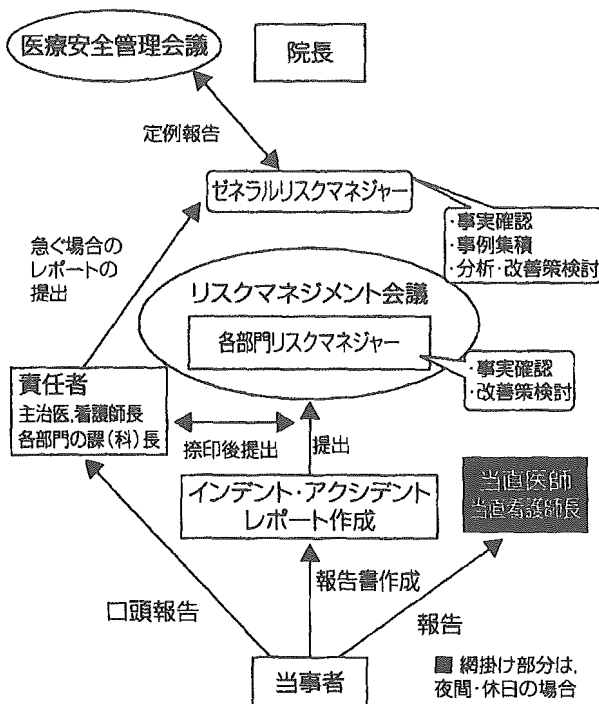
当院における医療安全管理のためのマニュアル(医療管理マニュアルより一部抜粋)は、表5で示す項目で作成している。

事故発生時の報告の流れと事故のレベルの基準は、図5, 6, 表6のとおりである。

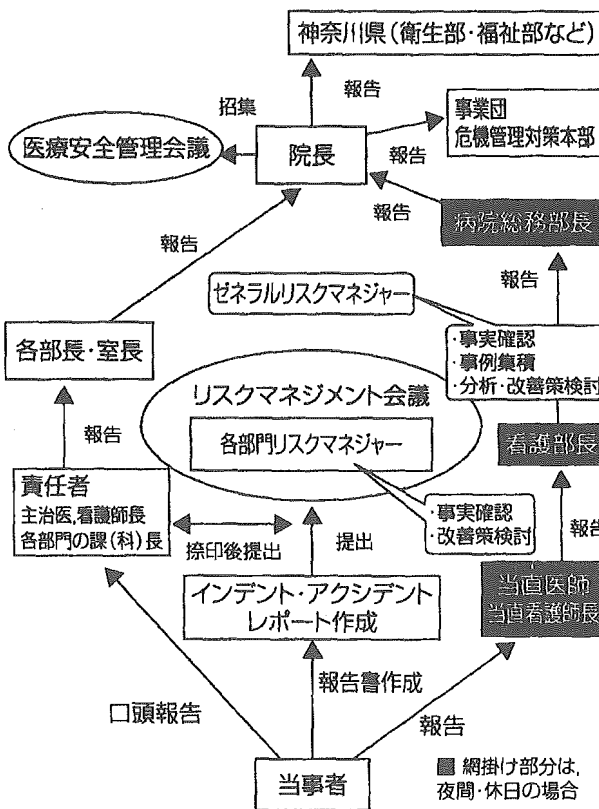
① 症例

67歳、男性、脳出血。左片麻痺、左側の空間

■図5 インシデント報告の流れ



■図6 アクシデント報告の流れ



失認がある。

発症後1カ月、リハ目的で入院。「元のように歩けるようになりたい」と希望している。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、ひとりで部屋に戻り、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、ブレーキはかかっていた。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、「ベッドに移るくらい自分でできるよ」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7)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、標準看護計画に以下の計画を追加した。

■表6 医療事故のレベル基準

区分	レベル	県基準		当院の事故別の基準			
		内容	転倒	誤薬	熱傷	離院	その他(例)
インシデント	1	●間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合	●転倒に至らなかった場合 ●転倒したが無症状の場合	●誤薬に繋る前に発見された場合		●職員捜索で発見無症状の場合	●点滴の継続がはずれたが、直ちに対応できた場合 ●処方・指示に誤りがあったが、事前に訂正できた場合
	2	●間違ったことが実施したが、患者には変化が生じなかった場合	●車椅子からずり落ちるなどし打撲、痛み、擦過傷あり	●誤薬が発生したが、患者の状態に変化がない場合		●院外で発見された場合	●点滴の継続がはずれ、血液の逆流がみられた場合 ●チューブ栄養外れ、流出した場合
アクシデント	3	●事故により、患者に何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた場合	●切り傷などの縫合を除く創が生じた場合	●軽度の治療・処置が必要になった場合(点滴治療など)	●熱傷1度	●警察や交通機関捜索依頼になった場合	●点滴の接続がはずれ、刺し換えた場合 ●誤飲・誤嚥・窒息が発生したが直ちに対応できた場合
	4	●事故により、患者に何らかの変化が生じ、治療・処置の必要性が生じた場合	●縫合した創の場合 ●骨折・頭部皮下血腫・急性硬膜下血腫など生じた場合	●手術や治療のために転院した場合	●熱傷2度	●治療・処置が必要になった場合	●誤飲・誤嚥・窒息により酸素吸入などの治療・処置が行われた場合(誤嚥性肺炎など)
	5	●事故により、生活に影響する高度の後遺症が残る可能性が生じた場合	●後遺症が生じた場合	●後遺症が発生した場合	●熱傷3度	●後遺症が発生した場合	●誤嚥・窒息により後遺症が発生した場合(無酸素脳症など)
	6	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合

(七沢リハビリテーション病院脳血管センター)

■表7 転倒転落アセスメントスコア

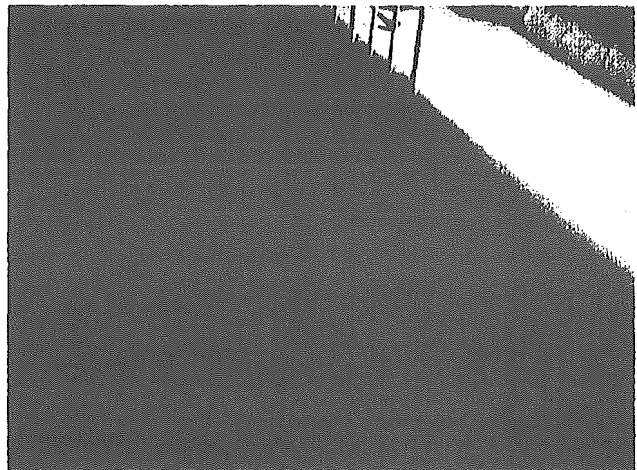
ID  
 ○○○ ○○○ 入院日： ○○年○○月○○日  
 △△△ △△△ 発症日： ○○年○○月○○日  
 診断名： ○○年○○月○○日

転倒転落アセスメントスコア

分類	特徴	△/△
A. 転倒歴	転倒転落したことがある	1
B. 病歴	入院から1カ月以内である	1
C. 感覚障害	視野・視力障害・聴覚障害がある	
	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	1
	失調症状がある	
E. 活動領域	Br-stage 下肢Ⅲ～Ⅳレベルである	1
	移動時に介助が必要である	1
F. 認識力	見当識障害がある	
	病態失認がある	1
	視空間失認がある	1
	失行がある	
	失語症がある	
	注意障害がある	1
	記憶障害がある	
	痴呆がある	
	不穏行動がある	
	慎重性の欠如がある	1
G. 薬剤	抗痙攣剤を服用している	1
	睡眠剤を服用している	
	精神安定剤を服用している	
	浣腸緩下剤を服用している	
	高圧利尿剤を服用している	
H. 排泄	尿便失禁がある	1
	頻尿である	1
	尿意・便意が我慢できない	
	トイレ介助が必要である	1
I. FIM 評価	夜間はトイレに行く	
	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	○○

\*各項目の該当欄に○をつけ、1項目1点で合計30点満点とする。

■図7 停止位置のマーク



① ベッドサイドの車椅子の停止位置をマークした(図7)。

② みやすいように左のブレーキ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。

文献

- 1) 泉キヨ子編：EBNで防ぐ転倒・転落。EB NURSING 2 (1)：2002.
- 2) 特集 医療事故と情報管理。看護管理 13 (3)：166-183, 2003.
- 3) 特集 病院のセーフティ・マネジメント最前線。病院 63 (7)：541-582, 2004.
- 4) 組織で取り組む医療事故防止。日本看護協会。

●訂正とお詫び

13巻12号特集「臨床ですぐ役立つ症候からの筋電図検査の組み立て方」“下肢の感覚障害と筋力低下—総腓骨神経麻痺を中心に”のなかで、図1、図2の内容(p.1099)が入れ替わっておりました。正しくは、下記の通りです。訂正してお詫び申し上げます。

図1 深腓骨神経支配の筋および感覚領域<sup>2)</sup>

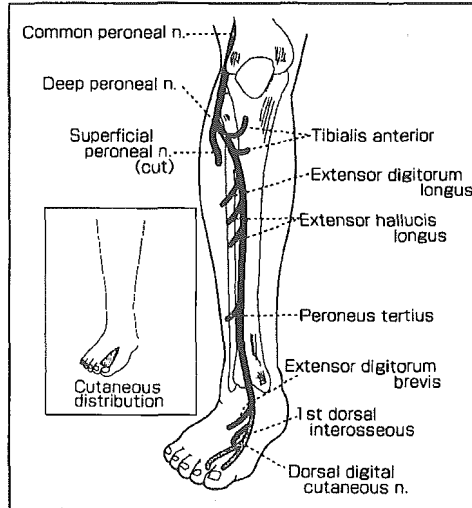
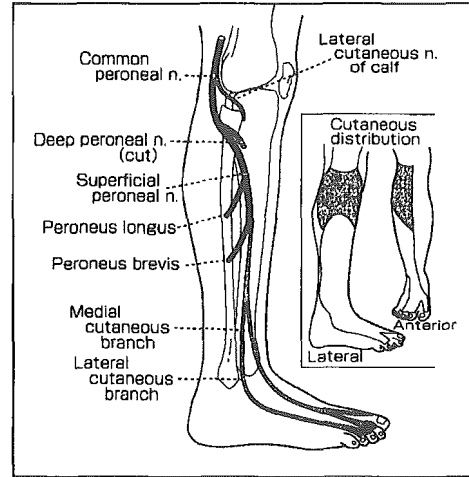


図2 浅腓骨神経支配の筋および感覚領域<sup>2)</sup>



notice board

## 第17回日本ハンドセラピー学会学術集会

**【日時】** 平成17年4月23日(土) 9:30~16:00(受付開始8:45)

**【場所】** 海峽メッセ下関

**【テーマ】** 筋再教育の実際

**【内容】** 特別講演

「麻痺手の機能再建術と筋再教育をあわせた術後セラピーの重要性」

筑波大学大学院医学研究科整形外科学教授 落合直之先生

シンポジウム

「筋再教育の実際」

一般演題発表

**【参加費】** 会員 3,000円  
 非会員 5,000円  
 学生 500円  
 医師(日手会会員) 無料

\* 前々日より開催の第47回日本手の外科学会への参加が可能です。

\* 事前受付は行っていません。

**【お問合せ先】** 〒754-0002 山口県吉敷郡小郡町下郷862-3

小郡第一総合病院 リハビリテーション科

渡邊政男

TEL:083-972-0333(内線190) FAX:083-973-4909

E-mail: rehab@ogoridaiichi.jp

## 《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

座長/住田 幹男・前田 真治

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<sup>1-3)</sup>。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、2003年度より厚生労働科学研究「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）<sup>4)</sup>。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、日本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

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長	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医学教授 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
東 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

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士，CPO：義肢装具士



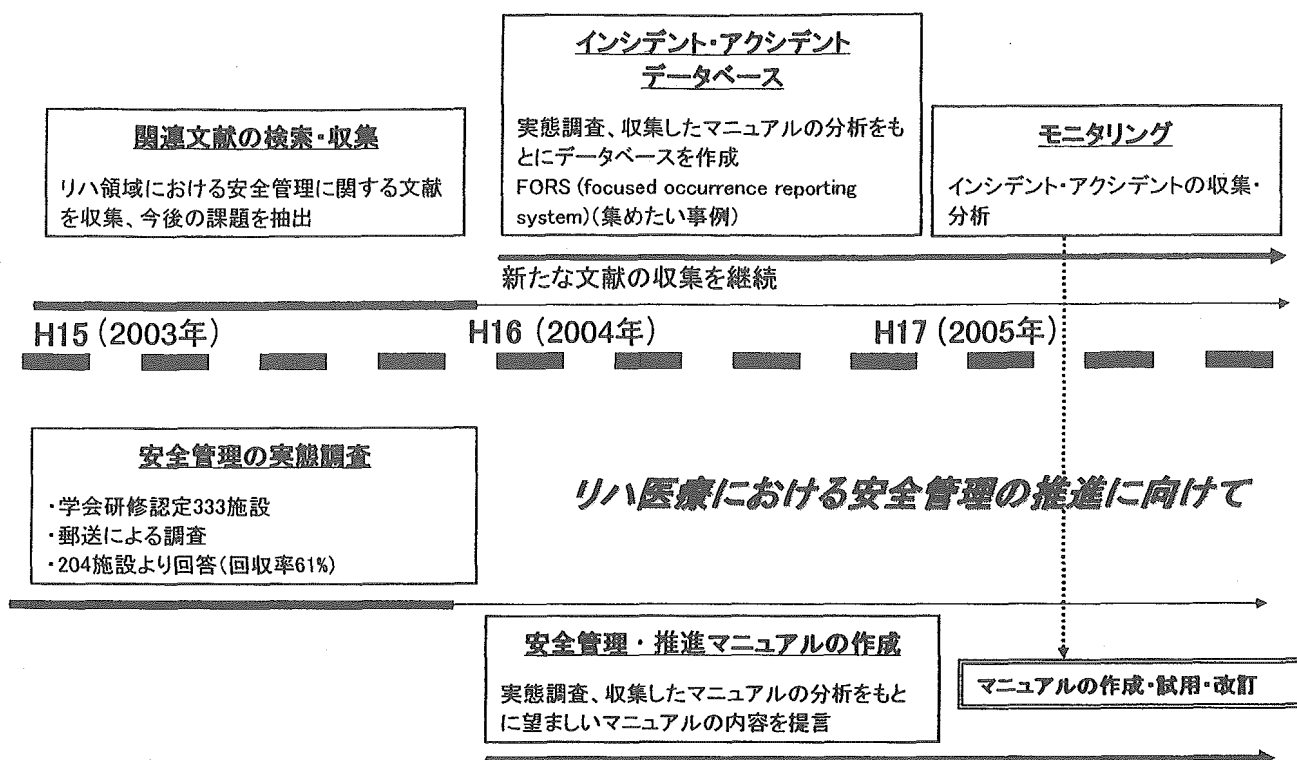


図1 研究の概略

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・推進マニュアルの作成、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。

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我々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%，200～299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。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（0～1,422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，全身状態悪化，感染症，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%，

表2 マニュアルの項目 (128施設からの回答より)

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

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

表3 安全管理マニュアル案の項目

I. 安全管理の考え方
1. 安全管理組織・担当者の確立
2. 合併症・続発症報告ルートと必要な報告書の確立
3. リスク評価と分析の手法の確立
4. 文書管理方法や情報開示に関する手続きの確立
5. 事故発生時の施設としての対応方法の確立
II. リハ部の総論
1. 依頼箋に基づくリハ
2. 患者の安全
3. 施設・設備・危機管理
III. リハの中止基準
1. リハを実施しない場合
2. 途中でリハを中止する場合
3. いったんリハを中止し、回復を待って再開
4. その他の注意が必要な場合
IV. 医療事故発生時の対応
1. 初動体制の原則
2. リハ部における急変時対応
・人命に関わる状況
・人命には関わらない状況
・救命処置
V. 医療機器の管理
1. 医療機器の故障と不正な取り扱い
・事項防止対策
・想定されるエラー
2. 人工呼吸器
3. 酸素吸入
4. 輸液ポンプ
VI. 各種リスクの管理
1. 転倒・転落・骨折
2. 誤嚥・誤飲・窒息
3. 離院, 患者取り違え
4. 接遇

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、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。

5) 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、リハビリ中にさまざまなトラブルが起り得ることが浮き彫りにされた。

6) 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。

7) 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. リハビリ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、リハビリ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、リハビリ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。  
①リハビリ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。  
②マンツーマンの濃厚な接触の機会が多い。  
③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。

#### リハビリ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ビリ施設から収集したマニュアルの分析をもとに、リハビリ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・推進ガイドライン

表4 リハビリ部の総論 (抜粋)

- ・リハビリ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

- リハビリ部門職員は、最新のリハビリ依頼箋の内容に基づいてリハビリを実施する。
- 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

- リハビリ部門職員は、患者に安全で適切なりハビリを実施するため、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。
- リハビリ部での診療前に、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確実に行う。

##### ■ 施設・設備・機器管理

- 訓練室のほか屋外訓練スペース、エレベータ、廊下、階段等のリハビリ実施中の水濡れによるスリップ、判断に迷う掲示・案内表示等にも注意を払い、改善に向け情報提供をする。
- 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。

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・推進ガイ

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

表5 リハ・リスクマネジメントシート

リハビリテーション・リスクマネジメント シート	記載日 年 月 日		
ID _____ 患者氏名 _____ M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 男性・女性			
疾患名 _____			
<p>1) 転倒・転落・骨折: <input type="checkbox"/>起こす可能性がある(0~3), <input type="checkbox"/>起こし易い(4~6), <input type="checkbox"/>よく起こす(7~10)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3</li> <li>② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1</li> <li>③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2</li> <li>④ 判断力が低下している(過大評価する、混乱・興奮している)・・・2</li> <li>⑤ 頻尿・尿失禁がある。または排尿動作に介助が必要である・・・1</li> <li>⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1</li> </ul> </td> <td style="width: 20%; vertical-align: middle; text-align: center;">} 得点 合計</td> </tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3</li> <li>② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1</li> <li>③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2</li> <li>④ 判断力が低下している(過大評価する、混乱・興奮している)・・・2</li> <li>⑤ 頻尿・尿失禁がある。または排尿動作に介助が必要である・・・1</li> <li>⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1</li> </ul>	} 得点 合計
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3</li> <li>② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1</li> <li>③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2</li> <li>④ 判断力が低下している(過大評価する、混乱・興奮している)・・・2</li> <li>⑤ 頻尿・尿失禁がある。または排尿動作に介助が必要である・・・1</li> <li>⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1</li> </ul>	} 得点 合計		
<p>2) 誤嚥(窒息)・感染の危険性: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>くり返す肺炎, <input type="checkbox"/>大脳両側性病変・脳幹部病変がある, <input type="checkbox"/>むせる, <input type="checkbox"/>流涎がある, <input type="checkbox"/>構音障害がある,  <input type="checkbox"/>食中・食後に咳が集中する, <input type="checkbox"/>口腔内の汚れが目立つ, <input type="checkbox"/>長時間口腔に貯め込む, <input type="checkbox"/>食べこぼしが多い,  <input type="checkbox"/>食事が1時間以上かかる, <input type="checkbox"/>意識障害がある, <input type="checkbox"/>高齢である, <input type="checkbox"/>発熱がある, <input type="checkbox"/>疼痛を訴える。</p>			
<p>3) 離院の可能性: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>離院の既往, <input type="checkbox"/>痴呆・精神発達遅滞・うつ・認知障害(地誌失認等), <input type="checkbox"/>治療・処置に対する不安・不満</p>			
<p>4) 患者の取り違えの可能性: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>初診時, <input type="checkbox"/>同姓同名の患者がいる, <input type="checkbox"/>意思疎通が困難(高齢者・高次脳機能障害者・意識障害等)</p>			
<p>5) 全身状態の悪化(訓練中の急変、意識障害、血圧低下、呼吸困難など)の可能性: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>発症早期, <input type="checkbox"/>進行性疾患, <input type="checkbox"/>意識障害がある, <input type="checkbox"/>循環器・呼吸器系など内部臓器疾患の既往・合併,  <input type="checkbox"/>自律神経障害, <input type="checkbox"/>糖尿病血糖コントロール不良, <input type="checkbox"/>薬物変更(抗痙攣剤・降圧剤など)</p>			
<p>6) 医療行為に起因する外傷、熱傷など(あるいは、義肢・装具・車いすのトラブル): <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>機能訓練による過用・誤用の危険性, <input type="checkbox"/>機能訓練による疼痛発生の可能性,  <input type="checkbox"/>各専門治療における(物理療法・理学療法・作業療法・言語聴覚療法)外傷・熱傷の危険性,  <input type="checkbox"/>装具・義肢・車いす・その他の福祉用具による外傷(褥瘡発生を含む)の危険性</p>			
<p>7) MRSAなどの感染症: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>MRSA, <input type="checkbox"/>B型肝炎, <input type="checkbox"/>C型肝炎, <input type="checkbox"/>STS, <input type="checkbox"/>その他( )</p>			
<p>8) インフォームドコンセントの有無(病名・経過・リハ目標など): <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</p>			
<p>9) その他のリスク</p>			
【確認】 担当者 _____	リハ医 _____ 主治医 _____		

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、厚生労働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・推進ガイドラインについて紹介した。2005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・推進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。

本稿は第42回日本リハビリテーション医学会学術集会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」の講演をまとめたものである。

### 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. 総合リハビリテーション 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) 厚生労働科学研究費補助金 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

## リハビリテーション看護の立場から

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

### はじめに

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時間をおし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 (以下、リハ) 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、清潔は入浴でと日常生活動作 (ADL) の拡大を図る、そして生活の質 (QOL) の向上に向けて看護は展開される。