

1. 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	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到達している 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%
定期的に到達	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

3.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)看護師の立場から

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。

—日本看護協会—

【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むね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、入院不適応があった。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、患者のニーズに添う。

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
転倒・転落	16 (37.2%)
誤薬	13 (30.2%)
離院・離床	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 行動途中に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

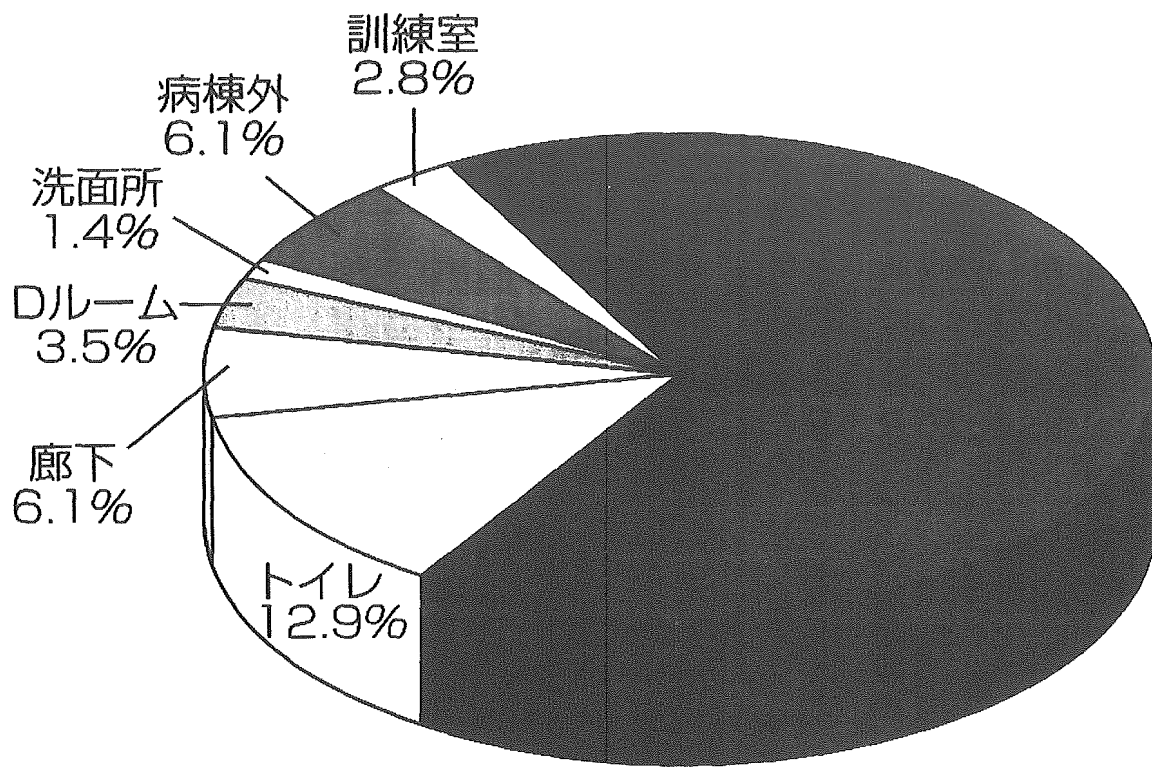


図1 転倒転落の発生場所

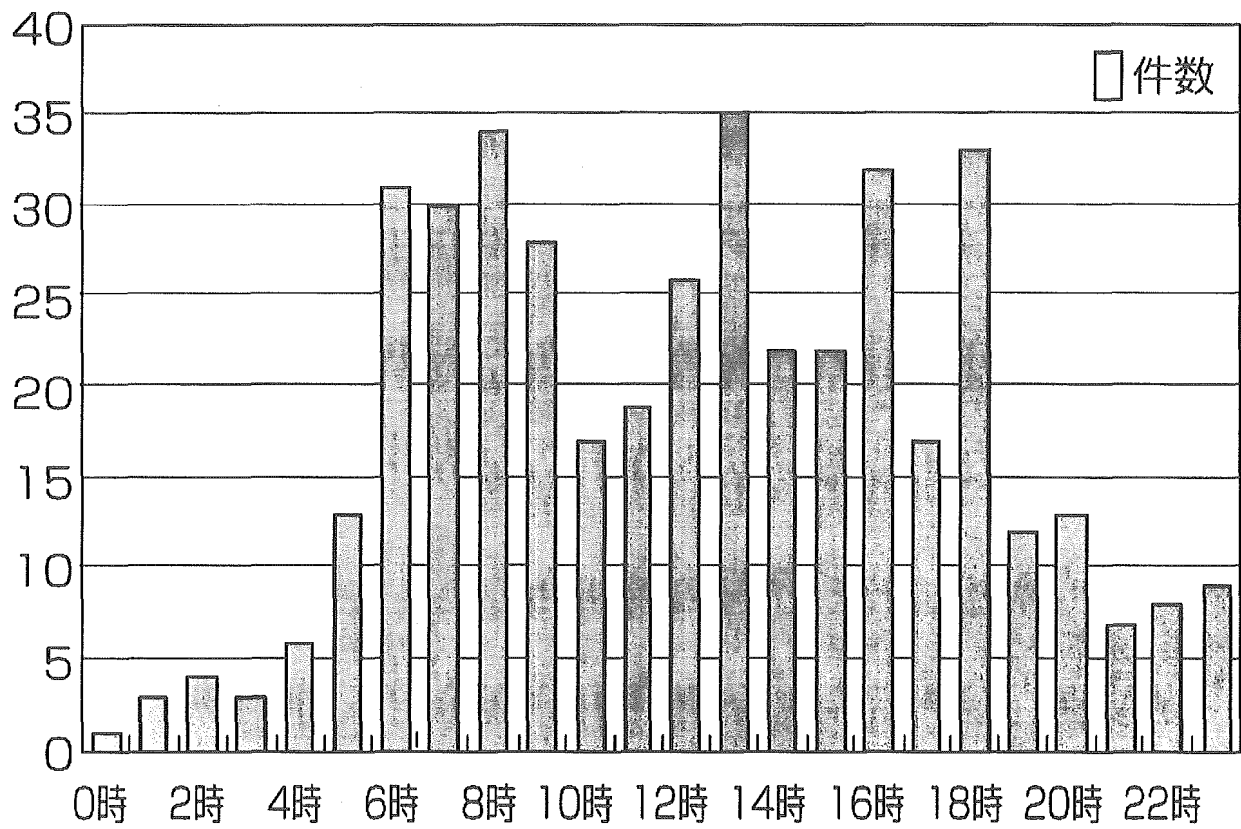


図2 転倒・転落の発生時間

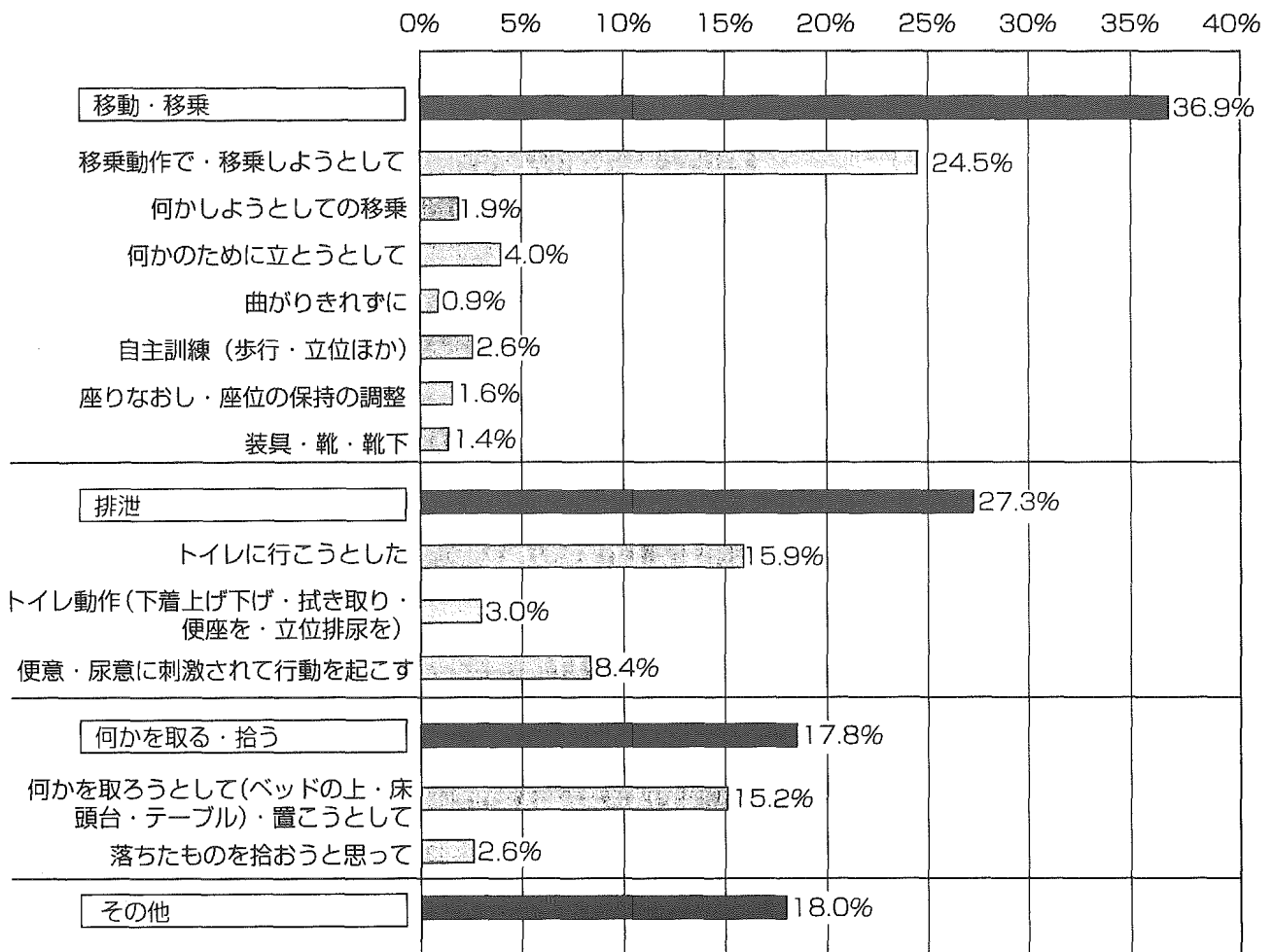


図3 転倒・転落の理由

2)理学療法士の立場から

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こと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、ホットパックでの火傷、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、間違ったこと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は、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)、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。

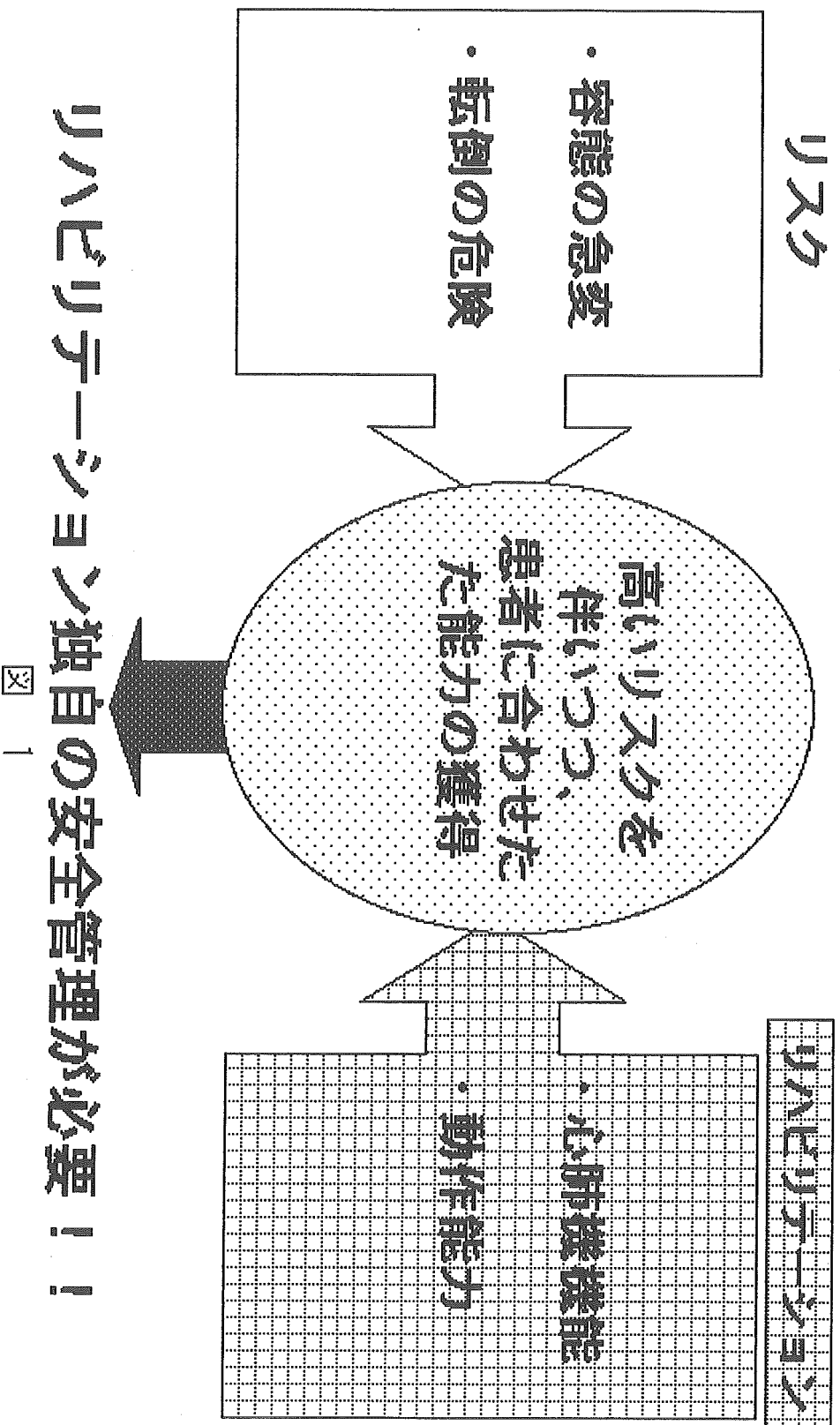
さらに、教育管理系の専門領域研究会を立ち上げ、安全管理についても講習等の検討を行っている。今後は個人情報保護法も考えながら、さらに安全に対する教育を行っていく予定である。

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



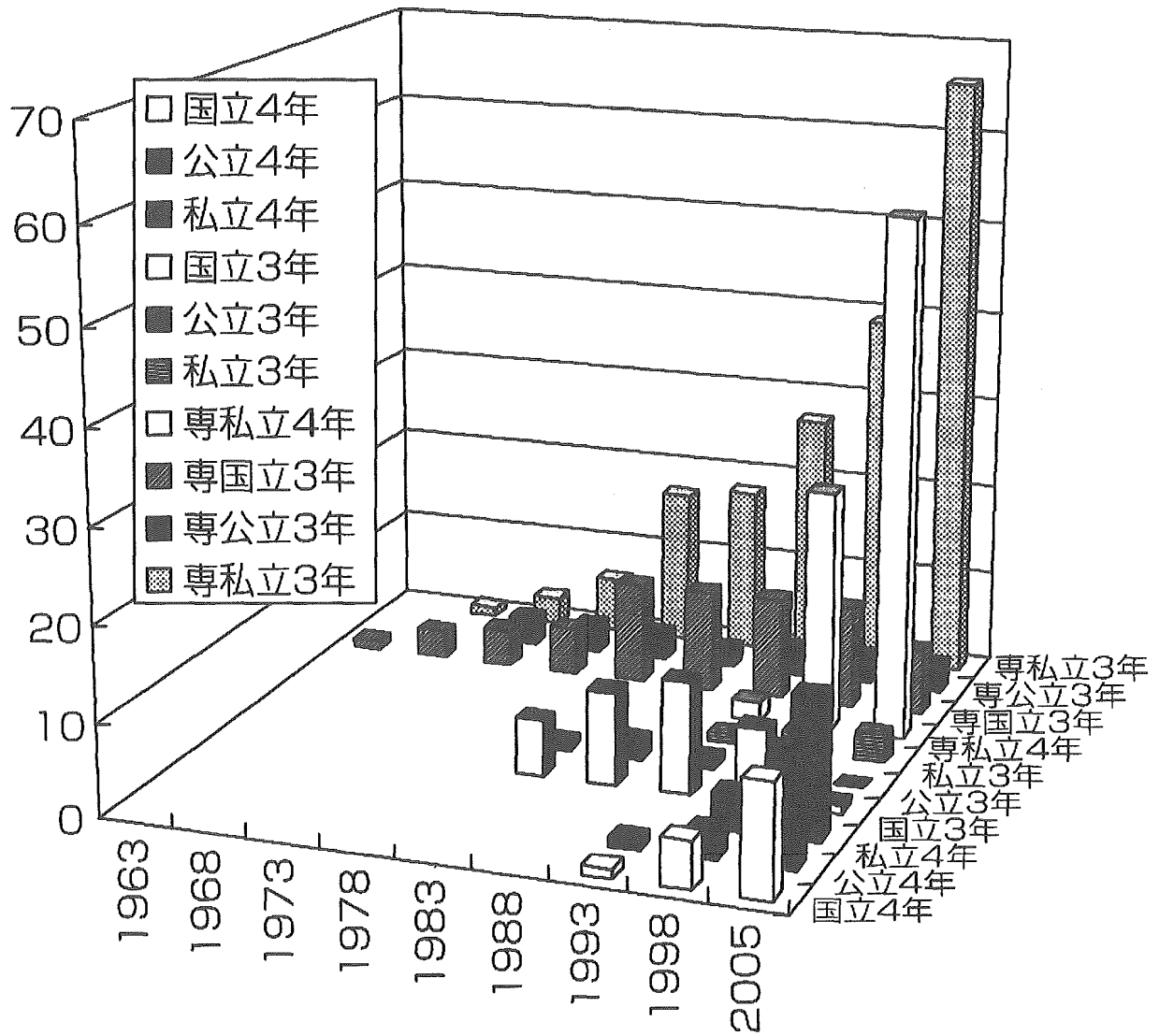
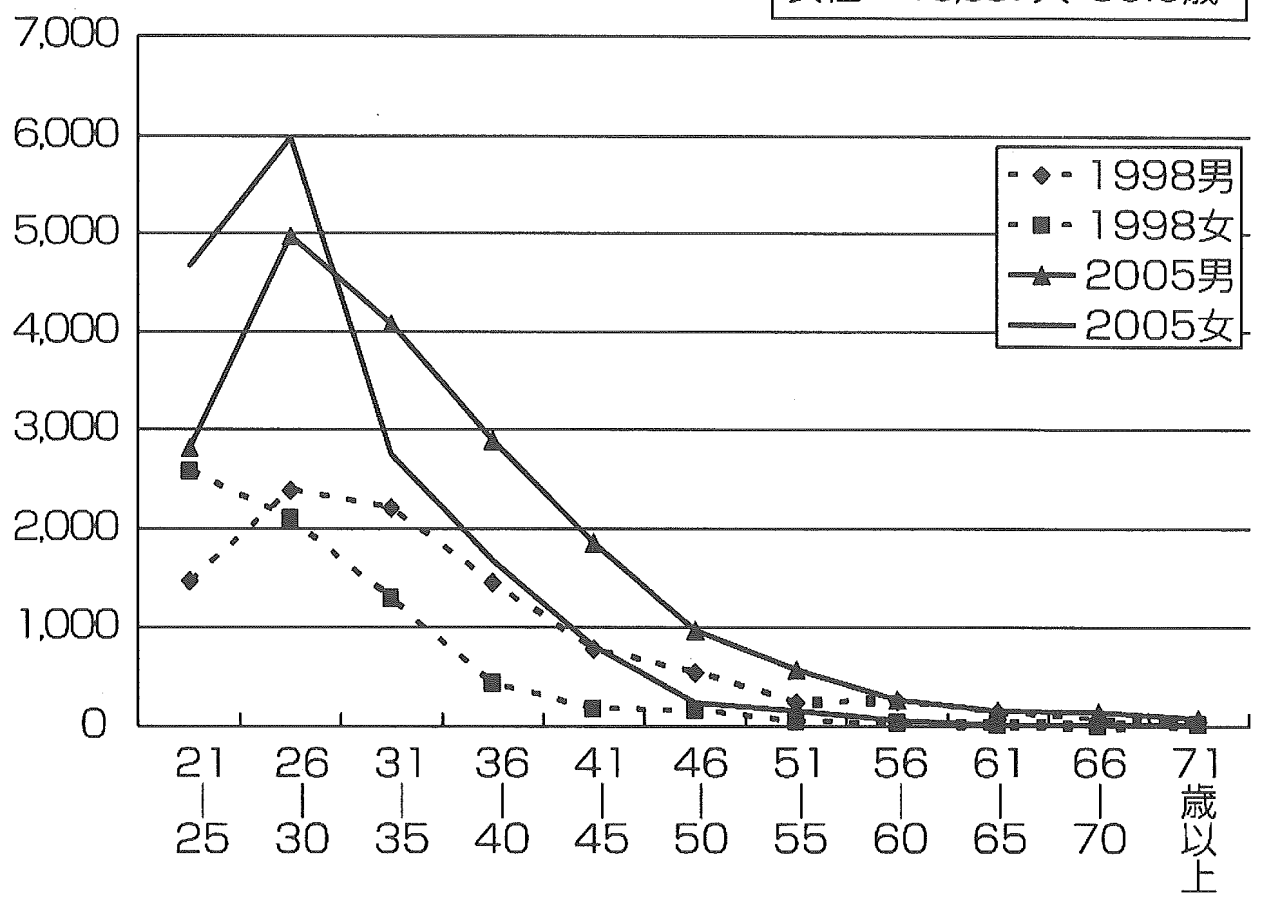


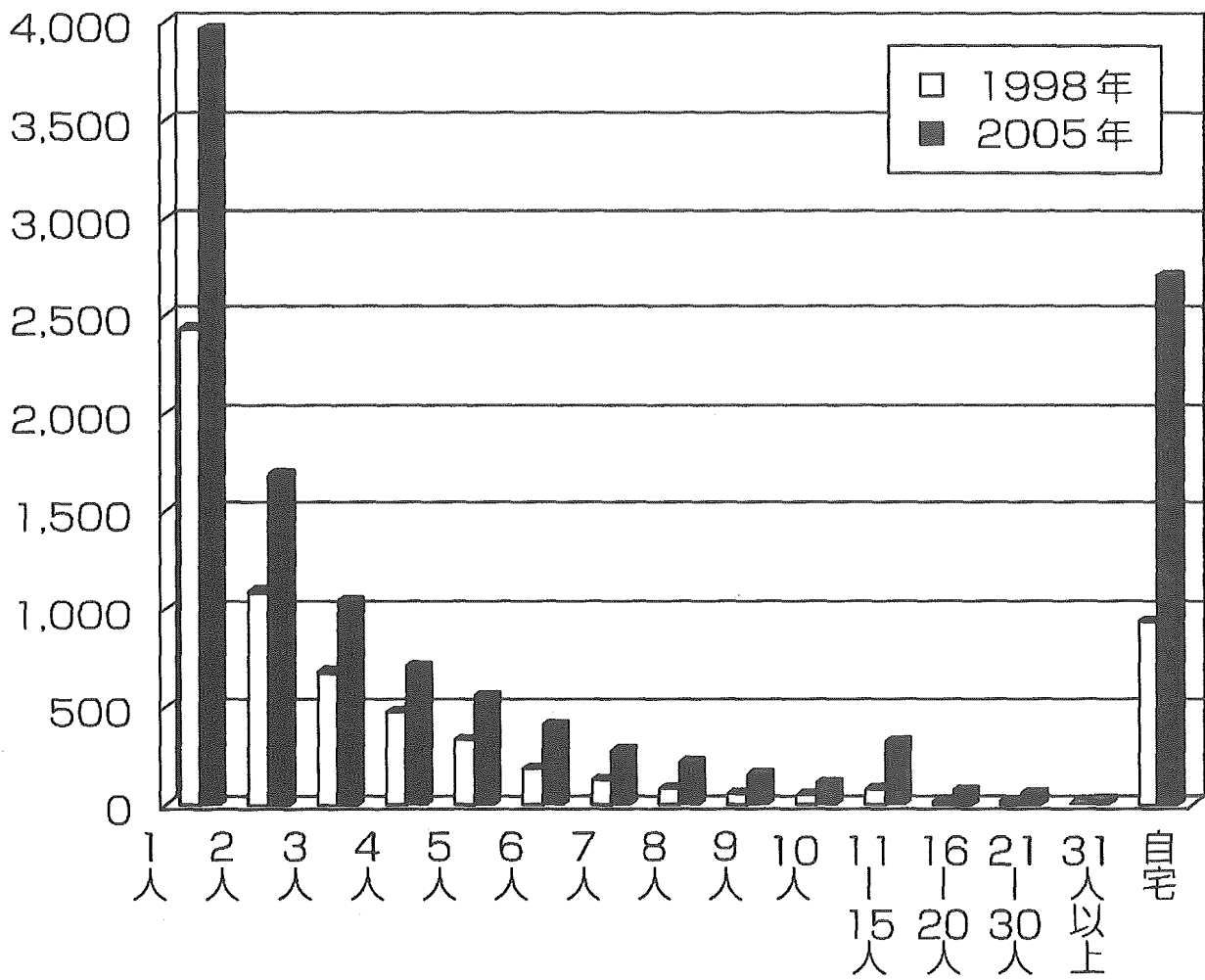
図 2

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

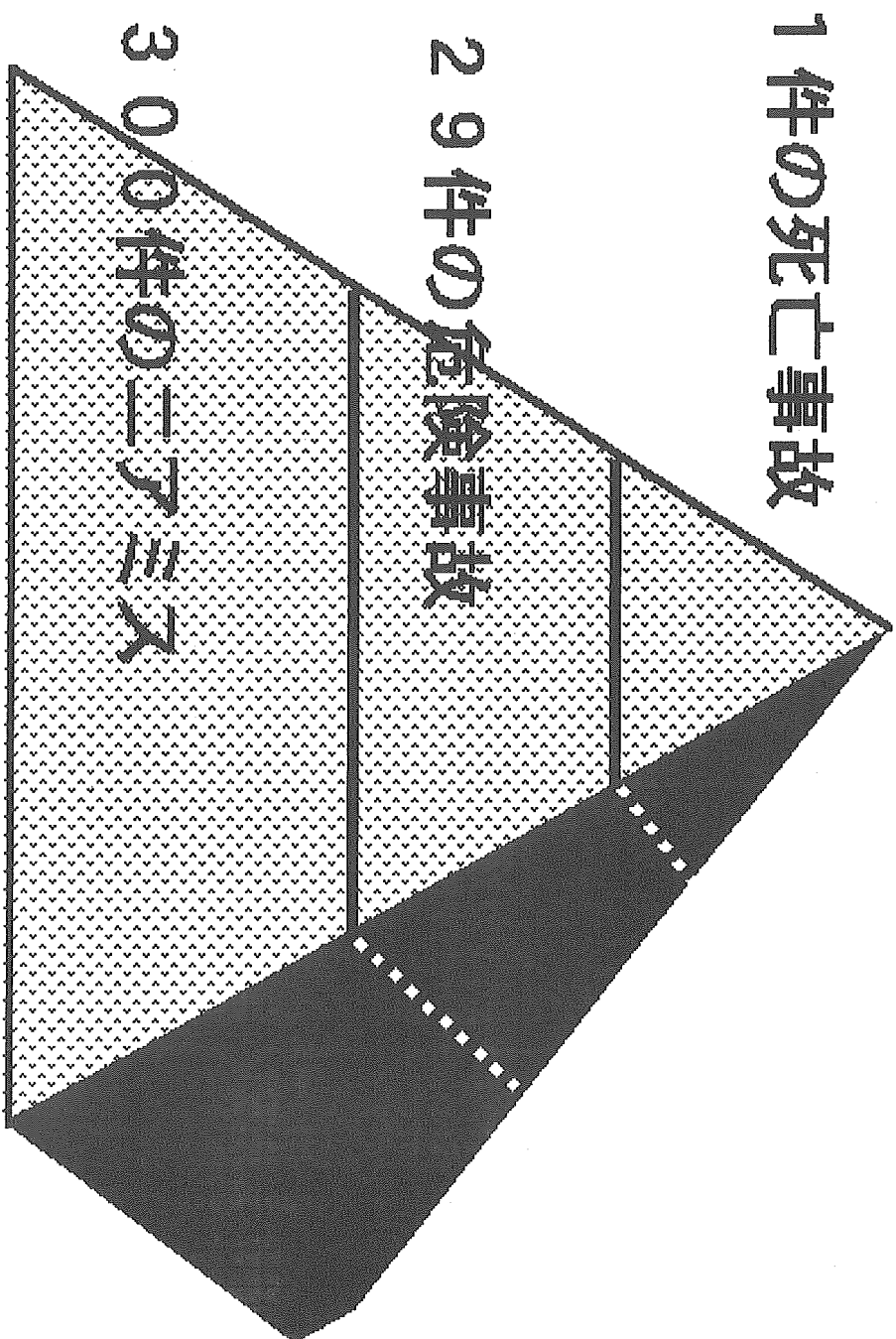


図 5

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、患者取り違い、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ージャー→医療安全対策室→病院長