

F.知的所有権の取得状況

該当せず。

リハビリテーションにおける リスクマネジメントの考え方

前田真治¹⁾ 椿原彰夫²⁾ 高岡 徹³⁾ 永田雅章⁴⁾ 山口昌夫⁵⁾ 渡邊 修⁶⁾

key words リスクマネジメント リハビリテーション医療 医療事故 マニュアル

内容のポイント Q&A

Q1 リハにおけるリスクの実態と特徴は？

リハ医療の対象者は運動器の障害や全身的な合併症を有することが多く、本質的にはハイリスクの部門である。

知的機能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。

転倒や合併症のリスクを管理しながらリハ医療を行わなければ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。

Q2 リハ・リスクマネジメントとは？

各患者のリスク情報の共有と評価・分析・防止策の検討、リハ業務における事故発生時の対応方法の確立が重要である。

Q3 安全管理・推進のためのチームアプローチとは？

患者の安全確保の面から、リハ部門職員は、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して管理する。

リスク管理の観点から、生じたリスクの情報をチーム内で共有することが重要である。

Q4 リハ医・リハスタッフの教育(卒前・卒後研修など)は？

具体的な事故時の対応方法について意識を喚起するために、リスク管理の研修などを定期的に行う。

実際に生じた事故については、どのような小さなものであっても報告の対象とする。

Q5 リスクマネジメントの向上にむけた今後の課題は？

事故は生じるものであることを前提に、意識改革を行い、未然に防ぐように心がける。

* Risk management in rehabilitation medical treatment

¹⁾ Masaharu Maeda MD

北里大学東病院リハビリテーション科

²⁾ Akio Tsubahara MD

川崎医科大学リハビリテーション科

³⁾ Toru Takaoka MD

横浜市障害者更生相談所

⁴⁾ Masaaki Nagata MD

市川市リハビリテーション病院リハビリテーション科

⁵⁾ Masao Yamaguchi MD

金沢医科大学リハビリテーション科

⁶⁾ Shu Watanabe MD

東京都立保健科学大学理学療法学科

はじめに

リスクマネジメントの基本理念は「患者・障害者の立場に立ち、患者が安心して医療を受けられる環境を整えること」で、医療の質にかかわる重要な課題であり、患者への適正な医療の提供とその過程における安全確保は医療の基本となるものである。また、医療は患者と医療従事者が協力して進められるべきものであることや、その主体は患者自身であることを改めて認識する必要がある。患者への十分な情報を提供し、同意を得、患者自らが治療を選択できるような体制を整えることが求められている。

リスクマネジメントの意義は「医療の質」と「患者の安全」の保証による患者の身体的保護、医療スタッフの法的保護、医療機関の経営的保護にある。すなわちリスクマネジメント・システムの構築により診療上の事故発生を最小限に抑えることにより「医療の質」を保つとともに「組織としての損失」を防ぎ、「患者の安全」と「医療者の安心」を確保することにある。

各施設および職員個人が、医療安全の必要性・重要性を施設および自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り、安全な医療の遂行を徹底することが最も重要である。

各施設においては、組織として以下のような体制が確立しているかどうかを確認することが必要である。

リスクマネジメントのための基本的な考え方

医療事故を防止し安全な医療を構築するために、医療関係者は以下のような事項を共通の認識とすべきである。

① 常に危機意識をもち業務にあたること

常に「事故はいつでも起こりうる」「人は過ちをおかす」という危機意識をもち、業務にあたるのが重要である。

医療行為は人間を相手にするため不確定要素が

多く潜在し、常に危険と隣合わせにある。このことを十分認識し、医療事故はいつでも起こりうるものであるという「危機意識」をもち、業務にあたる意識付けが必要である。

② 患者本位の医療に徹すること

すべての医療行為、医療システムを患者中心・患者本位のものとした基本理念をもち、医療者側の都合のよいシステムは作らない。患者本位の医療は医療の質を高めることにつながる。

③ 医療行為を行うときは、徹底したチェック・ダブルチェックをすること

どのような医療行為を行うにも、行う前に複数のもので確認すること。口頭指示である場合は必ず復唱し、後で必ず指示書を出してもらうこと。

業務の過程で疑問がでたら、そのまま医療行為を行わないこと。事故の要因は、① 当たり前のことが当たり前できないこと、② 不確実な知識での対応、③ 不十分な患者情報確認、④ ダブルチェック体制の不備などである。

④ 患者・家族とのコミュニケーションを十分にとること

医事訴訟のほとんどの要因は患者・家族とのコミュニケーション不足であることを認識すべきである。インフォームドコンセントを十分にとる必要があり、その際に患者の① 知る権利、② 拒否する権利、③ 自発的同意を尊重し、患者・家族の気持ちを汲み取るようコミュニケーションには十分留意すべきである。医療者側が説明しても患者は素人で十分理解されないからなどと考えず、双方が納得いくまで説明し、確認すること。

⑤ 医療者間のコミュニケーションを図ること

また、患者・家族とのコミュニケーションのみでなく、医療者間のコミュニケーションを図ることも重要である。上下関係のない人間関係、自由に発言・報告でき、問責にしない環境が事故などの報告しやすさを作り、未然に事故を防止できる。また、個人を責めず「誰が」ではなく、組織として「どうしてそうなったか」という原因志向的発想が安全環境をはぐくむ。

⑥ 情報は常に共有化すること

リスクマネジメント担当者を設置し、インシデ

ント・アクシデント報告システムを構築する。病院内の他の部門と共同して院内報告システムとリンクさせる。

発生したインシデント(ひやり・はっと、ニアミスなど)やアクシデント(医療事故)については報告システムを作り、リハビリテーション(以下リハ)全スタッフで集積・分析・検討・対策を講じ、現場にフィードバックさせることが医療事故再発防止のために極めて重要である。必ず現場職員で対策を立案し、必要な個々の防止マニュアルを作るようにする。報告に関しては問責せず、自由に報告できる環境を作ることが肝要である。

医療事故は医療者個人の努力だけでは防止できず、組織として「事故は起こるもの」という認識のもとに、エラーが発生しないような二重三重の防止システム(エラーレジスタンス)とエラーが発生しても事故に結びつかないよう途中でブロックされるシステム(エラートレランス)を構築しなければ安全な医療は保証されない。

⑦ 医療者自身の健康管理を行うこと

医療者は、自分の肉体的・精神的健康管理を行う。多くのアクシデント・インシデントが「見落とし」「見間違い」「思い込み」「取り違え」「勘違い」「確認不足」「注意力低下」など注意散漫による「うっかりミス」、いわゆるヒューマンファクター(個人的要因)であり、その背景要因として個人の健康状態に問題があることがある。常に医療人であるという自覚をもって健康管理に努めることである。

⑧ リスクマネジメントのための教育・研修システムを整備すること

インシデント・アクシデントの発生は新人に多い。新人教育の充実、職場マニュアルの徹底を指導するとともに、知識・技術・経験不足も発生要因となりうるため医療技術の習得のための具体的・実践的な教育プログラムを作成することが必要である。その際、接遇教育も重要で、これにより避けられるトラブルは多い。



リハ医療におけるリスクマネジメント

リハ医療の対象者のほとんどは運動器の障害を有していたり、さまざまな全身的合併症をもっている方が多く、リハ部門は本質的にハイリスクである。

また、知的機能低下や高次脳機能障害などを呈する場合には、患者・障害者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あまり恐れてリハ医療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につながる。

① 訓練処方箋に基づくリハ医療

1) リハ部門職員は、最新のリハ訓練処方箋の内容に基づいてリハ医療を実施する。

2) 訓練処方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、必要に応じて訓練処方箋の修正を求める。

② 患者の安全

1) 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。

2) リハ科での診療前に、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。

③ 施設・設備・機器管理

1) 訓練室のほか、屋外訓練スペース、エレベータ、廊下、階段などのリハ実施中の水濡れによるスリップ、判断に迷う掲示・案内表示などへも注意を払い、改善に向け情報提供をする。

2) 設備・機器に異常がある場合にはただちに使用を停止し、迅速に修理・交換を行う¹⁾。

④ 常備すべき器具

リハを実施する際には表1のような器具を常備すべきである。



リハ医療施行中の全身管理

リハ中に起こるアクシデントおよび初動体制の

原則，急変時対応を表2にまとめた。

リハ医のためのリスクマネジメント

① リスクマネジメント・マニュアルの作成

医療事故の未然防止のため，リハ医においても

■表2 リハ医療施行中の全身管理のポイント

1) リハ中に起こりうるアクシデント

- ①心停止
- ②バイタルサインの急激な変動や自覚症状の出現
強い胸部痛や腹痛，てんかん発作，低血糖発作，意識消失，気分不快，
血圧低下，不整脈，胸背腹部痛，強い関節痛や筋肉痛
- ③転倒，転落，打撲，その他外傷
- ④溺水
- ⑤接続チューブなどはずれ
- ⑥院内感染
- ⑦治療機器による熱傷，感電，疼痛，外傷
- ⑧誤嚥
- ⑨患者同士のトラブルによるアクシデント
- ⑩患者取り違え
- ⑪離院・離棟

2) 初動体制の原則

- ①医療事故が発生した際には，医師・看護師などの連携のもとに救急処置や医療上の最善の処置を行う。
- ②医療事故の発生時には，当事者は直接患者に事故内容を説明せず，事前に決められた連絡網によって責任者へ連絡を行う。事故発生後は，冷静かつ誠実に患者家族への対応を迅速に行うために，できる限り早く事故対策委員会を開く。
- ③上司の指示・了解を得て，患者・家族への説明者を決める。説明者には状況に応じて主治医や当該診療科の責任者があたる。説明者が決定したら，自己の関係者，現場にいた職員に周知する。
- ④緊急処置が一段落すれば，速やかに患者・家族などに誠意をもって説明する。
- ⑤患者・家族への説明は窓口を一本化し，まず早期の説明は慎重かつ誠実に事実経過についてのみ説明する。憶測，推測での発言は行わない。
- ⑥説明は説明者ひとりで行わず，他に管理・説明責任者などを含む複数の人数で同席し，事故発生の実事経過を正確に説明する。
- ⑦説明者，説明内容，日時，説明を受けた人，同席者，患者側の質問などを記録する。
- ⑧家族が病院・施設内にいない場合には関係職員がただちに自宅などの連絡先に連絡し，家族などの連絡相手や連絡日時などを記録しておく。連絡がつかなかった場合も診療録にその旨を記録すること。
- ⑨事故の関係職員を集めて事実経過の確認を行う。特に

■表1 常備すべき器具

- ① ストレッチャー・車いす
- ② 血圧計
- ③ 心電図モニター
- ④ アンビューバッグ
- ⑤ 酸素ボンベ
- ⑥ 吸引器
- ⑦ パルスオキシメーター
- ⑧ 救急カート(救急薬品・消毒液・滅菌ガーゼなど)

- 処置，検査，観察など。
- 実施経過，時刻などは事実経過を確認し記録する。できる限り早期に実施することが大切。
- ⑩処置が一通り終了したら，事故当事者は早急に事故報告書を作成する。
事故の概要，患者の状況，治療，今後の見通しおよび患者などへの説明内容などを診療録に必ず記録する。
- ⑪医療事故にかかわった当事者は，ミスが明白なものであれば自責の念にかられていることが多く，通常の状態を保つことが困難であることも考えられることから，事故当事者に対する十分な配慮が必要である。

3) 急変時対応²⁾

①人命にかかわる場合

- a. 周囲のスタッフの協力を求め，院内緊急コールを発信する。できる限り人数を集める。可能な救命処置を開始する。
- b. バイタルサインの監視を開始する。
- c. 医師・看護師へ引き継ぐ。
- d. 責任者への報告
- e. 発生時の状況などを記録する。

②人命にはかかわらない状況の場合

- a. 周囲のスタッフの協力を求め，主治医またはリハ医と連絡をとり，状態を報告し，診察を要請する。
- b. バイタルサインの監視を開始する
- c. 医師・看護師へ引き継ぐ。指示に従い病棟などへの搬送を行う。
- d. 責任者への報告
- e. 発生時の状況などを記録する。

③救命処置

- a. 呼名に反応するか確認。反応がある場合には患者の訴えの聴取，バイタルサインの測定，神経学的所見のチェック
- b. 反応がない場合は自発呼吸の有無を確認。ある場合にはバイタルサインを測定
- c. 自発呼吸がなければ速やかに気道確保。呼吸回復すればそのままバイタルサインを測定
- d. 自発呼吸が回復しなければ人工呼吸を開始
- e. 脈拍の有無を頸動脈で確認。脈拍が触れれば人工呼吸を継続
- f. 脈拍が触れない場合は心臓マッサージを開始
- g. 人数が確保できれば，脈拍や血圧などバイタルサインの測定

基本的な事故防止方策の立案は必須である。各病院に適した具体的な事故防止方策の検討ならびにマニュアルを作成する際には、前述の基本的事項を中心に構築していくとよい。また、医療事故防止のために、常に注意すべき事項については、常に目に触れるようにしておくことも有効な手段と思われる。

医療事故を未然に防止することがこのリスクマネジメントの目的であるが、万が一事故が発生した場合の対応の一つとして、リハ医自身が医師保険などに加入しておくことはもとより、各病医院でも顧問弁護士と契約、即時対応できる体制が必要である。

● リハ医の臨床において

患者・障害者の人間としての生命・生活・生涯に対し畏敬の念をもって真摯な態度で望むことが基本である。リハ科の医師は患者・障害者の主治医となり、診療契約は病歴聴取とともに自動的に成立しており、治療が完了するまですべては主治医の責任となる。また、看護師・リハチームの各専門職やその他の職員が実施した医療行為についても最終的な責任は主治医にある。さらに自己能力の範囲を超えた患者については、患者にとってより益がある医療の提供可能な病院への紹介・転医の義務がある。また患者は現在の医療水準に即した医療を受けうるとの期待(期待権)をもっており、期待権侵害すなわち債務不履行とならないよう努めなければならない。

(1) 患者への対応

- a) 診察などにおいて常に、患者のID・氏名・性別・生年月日などを確認する。
- b) 患者との信頼関係の構築にはコミュニケーションが重要であり、日頃からコミュニケーションが円満に図れるよう心がける。
- c) 十分なインフォームド・コンセントをもって評価・検査・治療にあたる。そして、少なくとも患者・障害者に納得が得られるまでは十分な説明を行う。

(2) 他部門への対応

- a) リハ医は評価・検査など指示するときには、口頭のみでなく指示伝票で行い、記載は正確に明

確な字句を用いる。緊急口頭指示の場合は後で必ず指示伝票を出す。読みやすい文字で書く。誰にでも理解できる内容で書く。

b) リハ医療はチーム医療であることを認識、専門職間の良好な人間関係を作るよう心がける。

(3) 自己研鑽について

a) その時代の医療水準で医療を行えるよう、各自の技術・知識を高め、臨床能力の維持向上のため教育・研修会などに積極的に参加する。

b) 生活管理を十分に行い、肉体的にも精神的にも常に体調を整える。

(4) 障害者の人権に関して

脳損傷患者や痴呆患者のリハ医療においては、時として危険防止の観点から、患者自身や周囲の危険や損害を避けるために、患者の自由を制限しなければならないことがある。この際、リハ医はこれらの制限には倫理的あるいは経験主義的な問題があることの認識が必要である³⁾。たとえどのような状況になったとしても障害者の人権を保護することがリハの大きな目標のひとつであると思われる。

● リスクマネジメントシステムについて

能力低下を軽減し、QOLを改善して命を永らえさせることはリハ過程のゴールである。リハにおける理論的根拠をもったリスクマネジメントシステムについては、脳卒中など⁴⁾の疾患ごとのシステム作りが再発や能力低下を最小限に防げると考えられる。

これら総説的なリスクマネジメントについて、作業療法士の立場からではあるが触れた文献がある⁵⁾。そのなかでは、介護老人保健施設におけるリハ科の役割は重要で、施設内業務の連携すべてにおいて、教育・指導的立場が望まれること。作業療法士は専門性を打ち出しながら広い視点で老年期における目標設定を考慮する必要があること。機能回復が困難な高齢者に対しては特に福祉用具の知識と適応技術が求められることなどを列挙しており、総括的な面からのリスク管理の重要性を示している。

また、理学療法士の立場からも看護師と同様に患者との直接的な接触が多く、事故発生を回避し

えない場合がありうる。昭和53年から平成6年までの判例調査では、理学療法士が被告となった医療過誤事件は見つからなかったとしている⁶⁾が、今後は社会の変化から関連専門職の医療過誤についても取り立たされる可能性は高いと思われる、リハ医の管理はさらに大きなものとなると思われる。

このようななかで、病院内での患者の安全確保と生活や活動性の向上を図るために、患者の行動に関するリスク管理を行うべきである。しかし、転倒・転落などの行動に関するリスクをあげ、リスクを恐れるあまりに廃用症候群の高齢者を作り出すという悪循環の回避にも努めなければならない。これらのことからリスク管理からペイシェント・セーフティーへと発展させ、チームによるシステムを確立することの重要性が強調できる。そして、病院全体での取り組みと全職員へ定着させる取り組みは欠かすことはできない⁷⁾。

また、医療者は知識・技術の向上だけでなく、スタッフとのコミュニケーション⁸⁾や対人関係を含めた対応能力が求められる。さらに記録とインフォームドコンセント^{9,10)}を含めたリスク管理がきちんとできる能力や危機管理時における問題処理能力も要求されるとしている¹¹⁾。これらのリスク管理を確実にすることは、患者・障害者のADL¹²⁾やQOLに大きな影響を与えるものと思われる。さらに、リハにかかわる各専門職種の治療者側のリスク管理も重要視されており、腰痛などの管理¹³⁾や他の骨関節疾患の管理¹⁴⁾も重要である。

④ リスクマネジメントを向上させるには

日本人の文化的背景から、危機意識が欠如しリスク管理が定着しないといわれている¹⁵⁾が、正しいリスク管理のありかたを、卒前教育から取り入れなければならない。関連職種教育におけるリスク管理では、臨床教育の指導者を含めた質の向上が重要であり、臨床実習教育における学生のリスクや卒後教育としての生涯学習を行うべきである^{9,15)}。

リハ医療のチームワークのなかでリハ医が主導権をもってリスクマネジメントを考えていなければ

■表3 研修内容

- | |
|---|
| ①医療事故の事例検討をスタッフ全員で行う。 |
| ②新規採用者研修、現任者研修、全体研修別に定期的に行う。 |
| ③医療事故発生後の対応を迅速、的確に行えるよう、日頃から緊急処置の訓練を行う。 |

ばならず、リハ医がリハチームのリスクマネジメントを行うとともにリスクマネジメントのチームを作り上げなければならない。また、医療者のみならず、患者・障害者、家族などを対象とし、危険回避の対策と事故発生時の対応方法などを患者・障害者、家族へ具体的に指導すること、関係者(医師、療法士、MSWなど)の協力、などが重要と思われる¹⁶⁾。

リハ医(physiatrist)はimpairmentとdisabilityに関して専門的に対応するために、independent medical examination(IME)を行う医学的、法的責任がある。そのための実際的なガイドラインが必要である¹⁷⁾。そして、一定の形式に沿ったリスク管理は、医師にとって基本的な技能であり、系統だったリスク管理は病院や支払い側にとって重要であると思われる¹⁸⁾。

さらに、リスクマネジメントを向上し、医療事故を未然に防止するには、リハ医・関連専門職などの医療者個人の資質・技能水準の向上を図ることが重要である。しかし、その向上を医療者個人の努力にのみにゆだねるのではなく、組織として取り組んでいく姿勢が重要である。

医療者個人が日頃より自己啓発、資質向上に努力するとともに、病院・施設などの組織として医療者の能力を向上させるため、定期的に教育・研修(表3)を行う必要がある。その際、機会あるごとに、「事故は生じるもの」であることを前提に、常に「危機意識」をもつよう意識改革を行いながら、業務にあたるよう指導する。

リスクマネジメントを向上させるためには、以上のように、「To Err is Human」(人は誤りを犯すものである)との観点から、人による要因をいかにして防止するかということ、システムとして構築しなければならない。医療者個人が自己啓発・質的向上を図ることは当然であるが、「事故

は必ず起こる」という前提に立ち、医療者個人の努力、資質だけにたよらず、医療機関として組織

的、系統的なリスクマネジメントを作成し実践することがなによりも重要である。

文献

- 1) 杉元雅晴：理学療法とリスクマネジメント 物理療法におけるリスクマネジメント. *理学療法* 18(6)：593-605, 2001.
- 2) 川口佳代・他：当院におけるリハビリテーション訓練時の急変・事故患者への対応について. *作業療法* 22(1)：79-88, 2003.
- 3) Macciocchi SN, Stringer AY：Assessing risk and harm：the convergence of ethical and empirical considerations. *Arch Phys Med Rehabil* 82(12 Suppl 2)：S15-19, 2001.
- 4) Halar EM：Management of stroke risk factors during the process of rehabilitation. Secondary stroke prevention. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 10(4)：839-856, viii, 1999.
- 5) 小林貴代・他：チームワーク4 介護老人保健施設におけるチームワーク 維持期リハビリテーションの立場から. *OTジャーナル* 35(10)：1031-1036, 2001.
- 6) 岩月宏泰：【学際的分野での理学療法士の研究活動】理学療法における労務管理. *PTジャーナル* 33(5)：311-314, 1999.
- 7) 岡持利巨：理学療法とリスクマネジメント 患者の行動に関するリスクマネジメント. *理学療法* 18(6)：606-615, 2001.
- 8) 脇元幸一・他：理学療法とリスクマネジメント スポーツ外傷・障害のリスクマネジメント. *理学療法* 18(6)：585-592, 2001.
- 9) 長沢 弘：理学療法とリスクマネジメント 理学療法とリスクマネジメント. *理学療法* 18(6)：565-570, 2001.
- 10) Walter JS et al：A database of self-reported secondary medical problems among VA spinal cord injury patients：its role in clinical care and management. *J Rehabil Res Dev* 39(1)：53-61, 2002.
- 11) 富樫誠二：理学療法の展望2 臨床における課題(医療領域) 臨床理学療法の展望. *広島理学療法学* 10：9-12, 2001.
- 12) Pils K et al：Improvement of rehabilitation outcomes of hip fractures：discharge assessment by patient care team, case management and wound healing. *Wien Klin Wochenschr* 112(9)：413-419, 2000.
- 13) Johanning E：Evaluation and management of occupational low back disorders. *Am J Ind Med* 37(1)：94-111, 2000.
- 14) Cromie JE, Robertson VJ：Occupational health and safety in physiotherapy：guidelines for practice. *Aust J Physiother* 47(1)：43-51, 2001.
- 15) 岩月宏泰：リスクマネジメント教育をどのように進めるか. *PTジャーナル* 35(10)：697-705, 2001.
- 16) Gaebler-Spira D, Thornton LS：Injury prevention for children with disabilities. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 13(4)：891-906, 2002.
- 17) Ameis A, Zasler ND：The independent medical examination. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 13(2)：259-286, 2002.
- 18) Young PC, Tomski M：An introduction to risk management. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 13(2)：225-246, 2002.

治療部門におけるリスクマネジメント(1) —理学療法部門から

渡辺京子¹⁾ 西潟 央¹⁾ 松田 徹¹⁾ 鵜澤吉宏¹⁾

key words DVT 急変時対応 個別ケア 職員教育

内容のポイントQ&A

Q1 リスクの実態と特徴は？

- ・整形：早期離床や早期退院の進展により、深部静脈血栓症(DVT)や肺血栓塞栓症(PTE)のリスクが顕在化している。
- ・脳血管障害：再発・進行、抜管・抜針など早期介入により起こりうるリスク、廃用性筋力低下など介入遅延により起こりうるリスク、患者の転倒・転落など介入の有無にかかわらず起こりうるリスクがある。
- ・急性呼吸不全：モニター機器などの環境面、患者の特性、理学療法士の知識・技術不足、適応判断、使用する手技の不統一などがあげられる。
- ・高齢者施設：日常生活援助に関する事故や、施設内感染などリスクが多岐に渡る。医療職が少ないため、介護職員へのリスク管理教育も重要。

Q2 リスクマネジメントの工夫は？

- ・整形：DVTスクリーニングおよび予防・治療プロトコルを作成し、予防・早期発見に努める。離床、患肢荷重開始や歩行開始時は特に注意を要する。
- ・脳血管障害：再発・進行のリスクに対しては、理学療法場面の対応で回避可能なものと、回避困難なものに区別し対策を講じる。
- ・急性呼吸不全：医療機器やモニター機器の知識に加え、胸部理学所見の知識も必要。体位変換は技術を習得した複数人で行うことが望ましい。
- ・高齢者施設：マニュアル的対応だけでなく、看護師、介護職員とともに利用者個別に対応した具体的対策を行う必要がある。

Q3 必要とされる意識改革は？(今後の課題も含め)

- ・整形：医師・看護師とともに患者の情報を共有し、DVT早期発見・予防に努める。無兆候の臨床所見であっても“DVTを疑う”必要がある。
- ・脳血管障害：患者特性から、再発・進行のリスクの重症度を予測して診療にあたる。
- ・急性呼吸不全：卒前教育に基礎的な教育を導入し、卒後にも適応や開始基準、手技の効果、安全性、限界を教育指導する必要がある。
- ・高齢者施設：利用者の情報を職員間で共有し継続的にケアプランを見直すことが重要。

はじめに

理学療法の質は、確かな知識と技術をもった理学療法士に安心して治療を任せられるか否かで評価できるのではないだろうか。安心できるということは、安全管理が行き届き、決して受療者を危険な目にあわせないことである。各疾患特有のあるいは共通する基本的な医学的リスク管理の他に、日常的に起こりうるヒヤリ・ハットや苦情対応も含めたインシデントがないようにすることである。スタッフから報告されたインシデント事例は一步間違えば重大なアクシデント(事故)につながる可能性がある。したがって提出されたインシデント事例について、その要因を当事者、物・器械、環境、システムなどの多角的な視点から分析し対応策を講じる。それによって、何がどのように改善されたかフィードバックし、同じ過ちを繰り返さないように予防策をとる職員教育が重要となる。安全で質の高い医療サービスを患者に提供するためには、病院組織全体で取り組むシステムとしてリスクマネジメントが存在する。そこで、まず当院の現状を概説し、以下整形、脳血管、呼吸疾患に分け、理学療法を行う際のリスクの実態と特徴、リスクマネジメントの工夫、必要とされる意識改革についてそれぞれ述べる。

また最後に近年、従事者が増加している、介護老人保健施設におけるリスクマネジメントにもふれたい。

当院の実情と特徴

当院は診療科31科、一般病床802床、外来専用クリニック19床、リハビリ病院56床の民間総合病院である。当地は人口3万弱、高齢率27.9%で近隣市町村の地域医療も担っている。1999年4月より院内安全委員会が発足し定期委員会が開催されている。また医療の質向上、リスクマネジメント、

* Risk management of rehabilitation, the point of view in physical therapy

¹⁾ Kyoko Watanabe RPT, Hisashi Nishigata RPT, Toru Matsuda RPT, Yoshihiro Uzawa RPT
医療法人鉄蕉会亀田総合病院リハビリテーション室

顧客満足度をはかる目的で2000年、ISO9001；2000を導入した。これによりインシデント報告が義務化され、内容の重要度に応じて事故発生状況のレビューと分析、予防、改善度などが討議され、前回レビューされた事例の進捗状況の報告がなされる。また2004年より院内医療安全室が設置され、専従のセーフティマネージャーが病院全体の医療安全管理研修会、リスクマネジメント報告会を開催し、インシデント事例分析法の指導、医療安全管理情報発刊、院内巡回などを企画実行している。分析手法ではブレインストーミングで「なぜなぜ分析」後、4M4E、SHELL分析で原因・改善を整理し対策を立案している。

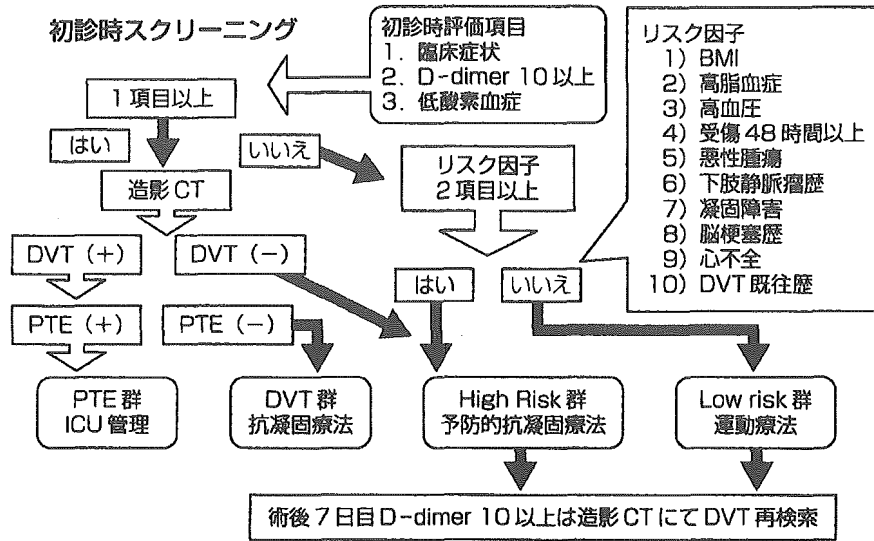
これまで当リハビリテーション(以下リハ)室の報告書提出件数は年平均15件前後であったが、2004年4月～12月はヒヤリ・ハットや苦情も含め60件(うち理学療法士関連が31件)と増加傾向にある。早期リハ開始、患者の重症化、増員により臨床経験年数3年未満の職員が全体の58%を占めるなど、職員教育の質的・人的問題の対応が迫られている。さらに患者・家族の権利意識も強くなり苦情も増えているが、これに関しては顧客満足の監視としてアンケート、投書、患者自身が電子カルテを参照・入力できるシステムやツールを活用することで、情報共有化、再発防止、教育、検証をはかっている。

急性期整形外科疾患

① リスクの実態と特徴

近年、整形外科領域では術後早期プログラム、クリティカルパス導入が活発になっており、早期離床や早期退院が進んでいる。廃用症候群など二次的合併予防に対し理学療法士が早期介入することで予防効果を上げている。しかし術後早期には深部静脈血栓症(deep vein thrombosis, 以下DVT)や肺血栓塞栓症(pulmonary thromboembolism, 以下PTE)などのリスクが高く、荷重・歩行開始時に、DVTからPTEに急性発症する事例が報告されており¹⁾、早期プログラムは慎重に検討しなければならない。

■ 図1 当院における大腿骨頸部骨折 DVT・PTE 対策プロトコール³⁾



■ 表1 主なDVT評価項目

- バイタル：呼吸様式 酸素飽和度
- 視診：腫脹の有無 色調変化
- 触診：熱感 把持痛 Homan 徴候 足背動脈の触知
- 大腿・下腿周径
- BMI

2004年、DVT・PTE 予防ガイドライン²⁾が作成され、整形外科領域における外傷や周術期のリスク管理への認識が高くなってきた。以下、当院におけるDVTへの取り組みを紹介し、今後の課題について述べていく。

② リスクマネジメントの工夫(DVTへの取り組み)

当院では受傷から入院までの期間にDVTを発生した大腿骨頸部骨折症例がみられる。そこで初診時にDVTスクリーニングおよび予防・治療プロトコールを作成している³⁾(図1)。初診時に凝固系、血液ガス分析を行い、評価3項目中1項目以上に該当する症例に対して、造影CTを施行しDVTとPTEの有無を検索する。ハイリスク群にはヘパリン投与の予防的抗凝固療法とフットポンプ、足趾・足関節運動。低リスク群に対してはフットポンプ、下肢運動を入院当日より積極的に行なっている³⁾。理学療法部門でもDVTの高リスクとされている人工関節置換術後、大腿骨頸部骨

折症などの症例に対して、術前よりDVT評価(表1)を行い、医師や病棟看護師と連携を密にしている。DVT・PTEの発生率が高い術後14日⁴⁾まで血液凝固系の検査値(D-dimer)確認しながらDVT評価と予防を行っている。特に離床、患肢荷重時は注意を要し、患部に明確なDVT所見がない場合でもバイタル管理下で術後離床を進めている。DVT予防には検査所見だけでなく理学療法士による症状の観察や患者の訴えを傾聴することが大切である。

③ 今後の課題(DVTへのチームアプローチ)

DVTのリスクが高い周術期の離床は、理学療法診療場面だけでなく、病棟看護師による車椅子乗車やトイレ移乗など日常生活場面でもみられる。理学療法士は、医師・看護師とともに患者の情報を共有し、DVT早期発見・予防に努める必要がある。DVTの多くは浮遊血栓であるために、その臨床症状は無兆候状態からPTE急性発症まで幅広いため、理学療法士はそれぞれの状態に応じた対応を講じておく必要がある(表2)。また、骨折などの外傷は受傷直後から体内の凝固能が亢進しDVTリスクを抱えている。無兆候の臨床所見であってもDVTを疑ってリスク管理することが重要である。

④ ケースレポート

急性肺塞栓血栓症を発生し急変対応した事例

■表2 DVT・PTEへの対応

症 状	D-dimer 高値 DVT (-)	DVT (+) PTE (-)	PTE (+)
リハスタッフ	1. DVTの予防 ①早期離床 ②足趾・足関節運動 ③弾性ストッキング ④間欠的空気圧迫法 2. DVT評価 3. 運動負荷量・安静度の検討	1. PTEの予防 2. 呼吸状態の評価 ①酸素飽和度 ②呼吸苦の有無 3. 運動負荷量・安静度の検討	1. 運動負荷量・安静度の確認
検査 治療	CT 超音波 下肢静脈造影	抗凝固療法	呼吸管理 抗凝固療法 フィルター留置

78歳女性，交通事故にて左脛骨高原骨折のため当院救急センター受診し整形外科入院。骨折に対し大腿から足部のシーネ固定による保存的治療が行なわれた。理学療法はベッドサイドでの筋力強化練習から開始し，その後車椅子座位練習開始となった。離床し理学療法室での練習開始日，車椅子からベッドに移乗後，急に呼びかけに対する応答がなくなり意識消失，浅く速い不規則な呼吸となった。担当理学療法士はただちに主任に報告，主任は部屋にいた他スタッフに緊急事態発生との連絡をし，BLSに基づいた症例の状態把握や蘇生備品の準備，病棟看護師と医師への連絡，在室されている他患者のパニック防止や安全管理などの環境整備を分担し行なった。血圧は70/50 mmHg，呼吸数35回/分，経皮的酸素飽和度は88%であり，リザーバー付きマスク使用しストレッチャーにて病室へ搬送した。帰棟後，全身状態は回復し呼吸状態も安定した。抗凝固療法・永久型下大静脈フィルター留置後から理学療法再開し，日常生活動作自立にて自宅退院となった。

診療中の急変に対して，当院ではISO9001；2000により文書化された緊急時対応規定がありそれに準じて行動する。リハスタッフ全員がBLSを受講し，また一部スタッフはACLS受講もしており，部内では緊急時の対応に関して定期的にトレーニングを行なっている。このようなことから定期的で継続的な職員教育トレーニングによって，理学療法中の緊急発生に対しても，すばやくスムーズな動きが可能であり，最悪の状態を回避することが可能である。

脳卒中急性期

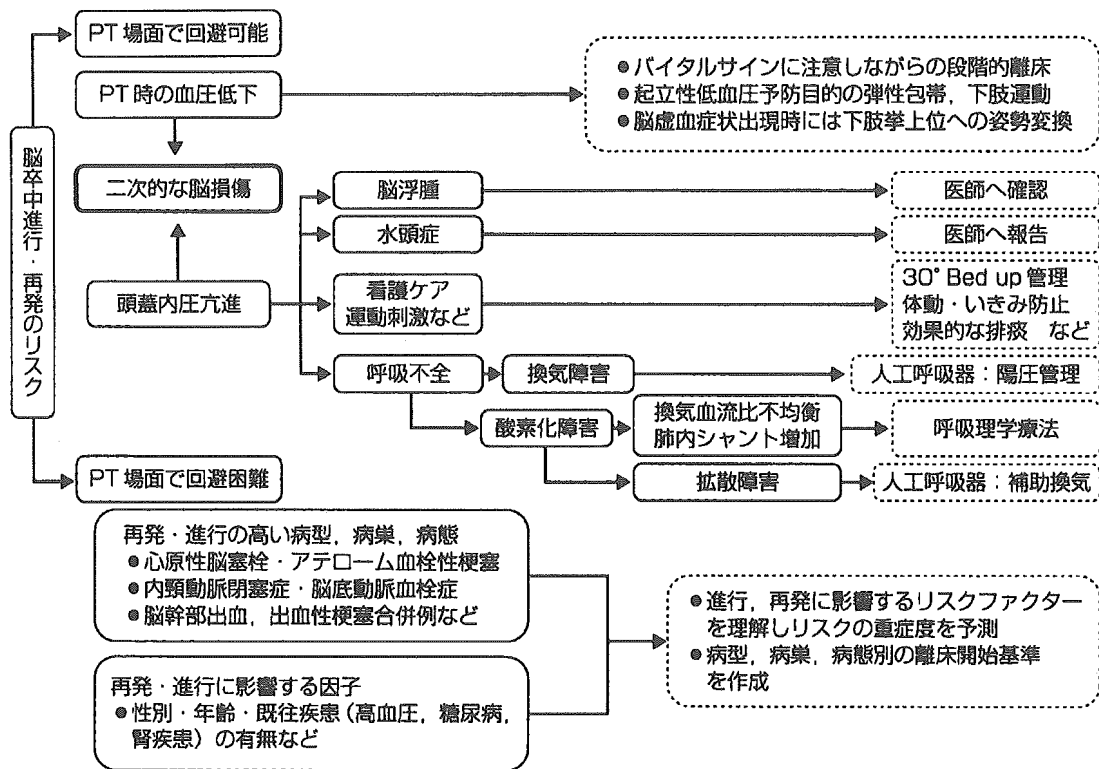
① リスクの実態と特徴

脳卒中急性期のリスクは，① 脳卒中の再発・進行，医学的管理物の抜管・抜針など早期理学療法介入により起こりうるリスク，② 関節拘縮，廃用性筋力低下など廃用症候群や，DVTに起因するPTEなど理学療法介入遅延により起こりうるリスク，③ 患者の転倒・転落など，早期介入の有無にかかわらず起こりうるリスクなどに分類できる。なかでも脳卒中の再発・進行，DVTのリスク管理は生命予後や機能予後に関連するため対策が不可欠である。

② 脳卒中の再発・進行に対するリスクマネジメントの工夫

当院では，脳卒中の再発・進行のリスクを理学療法場面の対応で回避可能なものと，回避困難なものに区別し対策を講じている(図2)。回避可能なリスクとして，① 離床練習時の血圧低下にともなう虚血部周辺部位の病態悪化，② 頭蓋内圧亢進にともなう二次的な脳損傷，などがあげられる。前者に関し，脳卒中急性期は血圧の変動と心拍数の不安定さを認めることが多く，脳循環の自動調節能が破綻し，脳血流は血圧に依存している。バイタルサインに注意しながら段階的な離床を行うが，血圧低下時には下肢挙上位への姿勢変換を素早く行うなどの対応が必要となる。後者に関し，脳は頭蓋腔という閉鎖された空間に存在するため，出血や梗塞後の脳浮腫による頭蓋内圧亢進はさらなる脳循環障害を惹起し，不可逆的な脳損傷への悪循環を形成する。頭蓋内圧亢進の要因とし

■ 図2 脳卒中進行・再発のリスクとPTの対応



て、① 脳浮腫増強、② 脳脊髄液循環障害、③ 呼吸不全、④ 看護ケアや運動刺激(著明な体動、体位、咳嗽、吸引刺激など)などがあげられ、それぞれの要因に対し以下のような対応を行っている。画像所見や神経学的所見などから、脳浮腫増強が疑われるときは、理学療法開始前に医師に確認する。水頭症所見が確認された場合、シャント術の適応となるため、ただちに医師に報告する。呼吸不全の原因が換気血流比不均衡や肺内シャント増加による酸素化障害であれば、排痰法や呼吸練習、離床練習などの呼吸理学療法を行う。頭蓋内圧亢進症状に対しては30°ベッドアップ管理を原則とし、理学療法施行中・後のポジショニングに注意するなどである。

一方、回避困難なものとして、脳卒中の病型、病巣、病態や年齢、性別、既往疾患など患者特性に影響される再発・進行のリスクがあげられる。脳梗塞の場合、入院後の進行頻度は心原性脳塞栓、アテローム血栓性梗塞で高くラクナ梗塞で低い。また入院後進行例では非進行例と比較し、高齢で入院時神経症状が悪く、危険因子(高血圧、腎疾

患、糖尿病の有無、飲酒歴の有無など)の頻度に有意な差が存在するが、病型によりこれらの関与の程度が異なることなどが示唆されている⁵⁾。これらに対しては病型、病巣、病態ごとの離床開始時期の設定や、進行のリスクファクターに多数該当する症例では離床時期、プログラムを個別に検討する必要がある。

急性呼吸不全の呼吸理学療法

① リスクの実態と特徴

呼吸管理を受けている症例のインシデントの実態はライン抜去、体位変換時の四肢骨折や気管内チューブ変位による低酸素血症、手動的呼吸介助法での肋骨骨折などがあげられる。ライン抜去は離床時、車椅子への移乗や体動時に多く、特に術後疼痛管理のための硬膜外麻酔のラインは細く、他のラインと異なり背部に挿入されているため、見落とされる。またベッドサイド柵やベッドの上げ下ろしの際にライン類の挟み込みや引っかかりに気がつかず、伸張され抜去となることもある。

■表3 急性期理学療法でのインシデントの実態と特徴

疾患の種類	実態	特徴
骨関節疾患	リハ時のPTE急性発症 (離床, 立位・歩行開始時)	①無徴候DVTへの対応不足②患部以外の評価・情報不足(顔色が悪い, 生あくびが多い, 倦怠感など) ③術後の安静度・運動負荷量への慎重な対応 ④DVTは無徴候から腫脹・疼痛などの症状が明確なまでのまで, 幅広い対応が必要とされる.
脳血管疾患	脳卒中の再発・進行 ライン抜去 DVTに起因するPTE 転倒・転落	①バイタルサイン変動, 脳循環自動調節能の障害あり ②病型・病巣・病態により進行・再発の危険性が異なる ③脳神経外科術後はライン類, モニター機器が多い ④精神・高次脳機能低下により医学的管理物の自己抜去の危険性が高い ⑤意識障害, 片麻痺により麻痺側上下肢の自発運動困難 ⑥失語, 意識障害により自覚症状の表出困難 ⑦下肢・体幹機能障害, pusher現象などにより座位・立位バランス不良
呼吸器疾患	ライン抜去 挿管チューブ変位 体位変換骨折 用手呼吸介助法での骨折 低酸素血症・不整脈の出現	①生命維持装置やライン類・モニター機器が多い ②高齢者や長期臥床・ステロイド治療などによる骨強度の減弱 ③実施者の評価や技術の知識が不足 ④呼吸理学療法の適応や使用する手技の統一がない

急性呼吸不全では気管内挿管や気管切開により人工呼吸を装着している症例が多い。自己喀痰が困難で排痰練習を行うため背臥位から側臥位・腹臥位へ体位を変えるが、この際、挿管チューブ・気管切開チューブともに、頭頸部の位置により挿入状態が変わりやすい。体位変換時にチューブの位置が変位し、人工呼吸器からガスを効果的に送れなくなり、換気不全や酸素化低下などがみられる。呼吸理学療法では、排痰練習や呼吸練習目的で症例の胸部に対して用手的呼吸介助法が広く用いられているが、長期人工呼吸器装着やステロイド治療、高齢者など、骨強度が減弱している症例での骨折がみられる。

また、上記のインシデント以外にも、急性呼吸不全症例に理学療法を行うことにより、不整脈や血圧変動などの循環動態を不安定にすることや、酸素化が保たれていた状態から低酸素血症となることもある。これらのインシデントからみた特徴としては、①環境面として、生命維持装置やライン類・モニター機器が多い、②対象者の側面として、高齢者や長期臥床・ステロイド治療などによる骨強度の減弱、介助量が多い、③治療を行う理学療法士の評価や技術の知識不足、④呼吸理学療法の適応判断や使用する手技の統一がな

いなどがあげられ、これらに対する対応の検討が必要である(表3)。

② リスクマネジメントの工夫

急性呼吸不全の症例に対する呼吸理学療法を行う際、前述した特徴を考慮してリスクマネジメントの工夫を行う。環境面では呼吸管理に必要な機器、モニターの役割や観察ポイントの知識と技術を習得し、ベッドサイドでは各種ラインの挿入部位の確認し、ライン全体を視野に入れるようにする。医療機器やモニターの知識に加え、胸部理学所見など視診や聴診などの知識を確認することも大切である。医療器具やモニターの知識は机上の学習を踏まえたうえで、臨床現場で確認するような臨床教育の取り組みを行う。

体位変換では介助量や監視を要することが増えるため、技術を習得した複数人の協力により実施されることが望ましく、不慣れなスタッフのみで行わないことが原則である。理学療法を行う際の時間や実施内容があらかじめ病棟側に周知されていると、家族や看護師の協力を得ることができる。また、低酸素血症や重篤な不整脈を生じたときのための処置として、理学療法士にも用手的人工換気装置(ジャクソンリースバッグ)での換気補助の技術やBLSやACLSの習得などが必須と考える。

③ 今後の課題

急性期の医学的管理や緊急時の対処法など基礎的な卒前教育と、急性呼吸不全など医学的管理が多い症例に対する理学療法の適応や開始基準、手技の効果、安全性、限界に関する知識を卒後臨床教育指導で行うことが望ましい。

◎ 介護老人保健施設

① リスクの実態と特徴

高齢者施設におけるリスクの特徴は、食事介助における誤嚥・窒息・熱傷、転倒・転落など日常生活援助に関する事故や、インフルエンザや食中毒をはじめとする施設内感染など多岐に渡っていることである。施設基準上の関係で医療機関に比べ医療専門職の数が少なく、主に介護職員がかかわっていかなければならない。施設に勤務する理学療法士は、マンパワー不足のなかでこのような状況下にどのような対策を講じていくか悩むところである。たとえば転倒・転落を主とする日常生活援助での事故原因は、疾患特有のリスクから精神機能まで転倒因子は多くあり、事故対策マニュアルだけでは対応が難しい。理学療法士は利用者に対し個別アセスメントを行い、個別ケアをいかに介護職員と共有していくことが重要となる。

② リスクマネジメントの工夫

当院関連施設の「介護老人保健施設たいよう」においても、転倒を含む外傷や誤嚥・異食など生活場面でのインシデントが生じている。これらに対して予防と対策の点から介入を行っている。

予防介入では、転倒予防対策として通所リハ利用者に対し、開始時に自宅での転倒状況を家族より聴取し、早期から家屋環境評価を行い転倒予防に努めている⁹⁾。入所者についてはケアプラン会議で転倒リスクの高い利用者をリストアップし、理学療法士や作業療法士による筋力、バランス、歩行能力、看護師による疾病既往や服用薬剤、視力障害の有無、介護職員による活動度、環境、生活の動線、精神機能など総合評価を行い利用者個々への対応を行っている。また、高齢者の皮膚は薄く乾燥しやすいため、軽微な外力に対して表

皮剥離や切創を生じやすい。動作介助方法や車椅子用クッション選定を療法士と介護職員がケアプラン会議や日常業務のなかで検討している。

通所リハでは、利用者の活動する場所が介護職員の目の行き届く空間のため転倒リスクは少ない。それに比べ施設入所者は身体および精神機能低下があるため、施設内での転倒リスクが高い。介護職員の少ない時間帯での居室での転倒が多くみられるが、施設の構造や居室数を考えると常時監視が難しい。したがって、転倒原因を身体機能、精神機能、時間帯別の居室での動線など多方面から検討する必要がある。

③ 施設におけるリスクマネジメントの意識改革

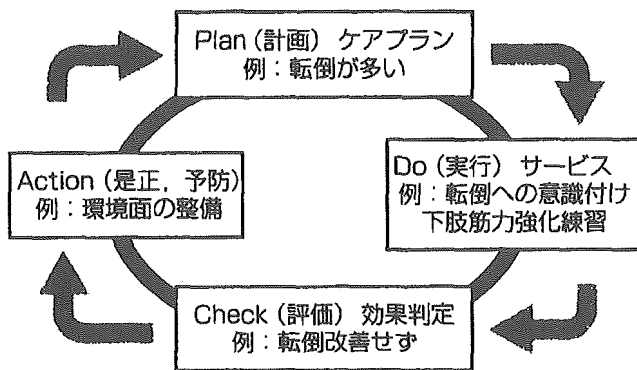
近年、介護老人保健施設に勤務する理学療法士が増えつつあるが、まだ充足しているとはいえない。マンパワーが充足すればインシデントが減少するともいい難く、高齢者施設における特徴を見直す必要がある。ひとつは、利用者の生活場面を熟知しているのは介護職員であるということである。理学療法士は専門の見地から介護職員を支援していかなければならない。つまり医師や療法士の役割は、利用者の状況を専門的所見から介護職員にフィードバックすることである。専門領域の用語で説明するのではなく、アセスメントで得た情報が利用者の生活に「どのように影響」して「何に注意」しなければならないかを分かりやすく説明する必要がある¹⁰⁾。また、利用者のアセスメントから得られる情報をスタッフ間で共有し、施設全体として「マニュアル的な集団ケアよりも個別ケアが大切である」という意識を促して行くことが重要である¹¹⁾。高齢者施設の入所期間は長期となる。したがって立案したケアプランがマンネリ化しないようケアプラン会議を通して、PDCAサイクル(図3)の視点で効果判定を確認することが高齢者施設のリスクマネジメントのポイントといえる。

④ ケースレポート

介護老人保健施設で転倒リスクの改善がみられた事例

95歳の女性。慢性硬膜下血腫除去後入所。身

■ 図3 PDCAサイクル(例:転倒)



体機能は障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) B-1で運動麻痺なし。四肢粗大筋力MMT4。食事、ポータブルトイレへの移乗自立。杖歩行は介助下で可能。精神機能は痴呆性老人の日常生活自立度II b。ナースコールの使用は可能であったが転倒に対する自覚が乏しかった。特記事項として睡眠剤常用していた。転倒パターンは、毎月1～3回の頻度で居室で転倒。夜間帯や発熱などの体調不良時にポータブルトイレ移乗の際の転倒していた。定期的な機能維持練習と本人への転倒注意を促していたが、転倒リスクが改善できなかった。機能以外に生活活動や環境、転倒パターンなどを再評価し、以下の居室における環境整備を行った。

① 夜間帯にポータブルトイレの位置をベッドに近づける。② 室内照度に配慮し常夜灯をつけておく。③ ベッド上L字型手すりを1つから2つに増設する。その結果、環境整備後6カ月間、転倒事故がみられなくなった。

介護老人保健施設の転倒・転落事故は多い。理学療法士は機能評価だけでなく生活場面での活動

レベルや動線を介護職員から情報を収集し、具体的な対策をケアプランに反映させることが必要である。転倒・転落予防はマニュアル的対応だけでは予防が難しい。この事例では理学療法士、看護師、介護職員が総合的にケアプランを見直し、転倒リスクを改善できた。

🌀 おわりに

在院日数の短縮に始まり、2002年の診療報酬改定では、理学療法の単位制、急性期リハの加算請求による病棟ADL練習場面の増加、チームアプローチで策定する総合リハ実施計画書作成や退院サマリー作成、合間にカンファレンスと、急性期病院の理学療法士はタスクとノルマと時間に追われている。そんななかで、当院リハ室においても2004年以降のインシデント件数が増加傾向にあり、新人職員によるものが50%を占める。要因として、大量の新人採用、中堅指導者も新人職員も多く時間を病棟診療に費やすために、新人を個別指導する機会が減っていること、さらにリハ対象疾患の拡大と重症化、超早期リハ開始など、新人教育指導が追いつかない現状にある。インシデントの内容は転倒、苦情、ライン類の抜去が多い。特に新人職員に不注意、危険予測能力の低下、治療の段取りが悪いなどがみられる。今後、リハ部門のリスクに関する教育には事例検討会での分析や討論だけでなく、問題解決法や実際場面のシミュレーションなどビジュアルなプログラムで行うなどの工夫が必要である。

文献

- 1) 左高朋広・他：整形外科手術後に発生した深部静脈血栓症3症例の経験。理学療法学 30 (Suppl 2) : 120, 2003.
- 2) 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン, Medical Front International Limited, 2004.
*ダイジェスト版 http://www.medicalfront.biz/html/06_books/01_guideline/index.html
- 3) 河口大介・他：大腿骨頸部骨折症例における深部静脈血栓症の検討。東日本整災会誌 16 : 190-193, 2004.
- 4) 藤田 悟：整形外科領域における肺塞栓症の現状と予防。AL media 8 (特別号2), 2004.
- 5) 小林祥泰編：脳卒中データバンク, 中山書店, 2003.
- 6) Brandstater ME et al : Venous thrombosis in stroke. Literature review and implications for clinical practice. Arch Phys Med Rehabil 73 : S379-S391, 1992.
- 7) Zorowitz RD, Tietjen GE : Medical complications after stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis 8 : 192-196, 1999.
- 8) 山田興一：脳卒中における深部静脈血栓症, 肺血栓塞栓症の現状。AL media 8 (特別号2) : 2004.
- 9) 西潟 央：「運動器の10年」世界運動一大腿骨頸部骨折予防と理学療法戦略。理学療法 21 (9) : 1160-1165, 2004.
- 10) 中間浩一：リスクを予測したケアプラン立案のポイント。臨床老年看護 8 (9) : 59-64, 2001.
- 11) 加藤綾子・他：ケアに質向上につながるセーフティマネジメント。臨床老年看護 10 (3) : 85-91, 2003.

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

東 祐二¹⁾

key words リスクマネジメント 作業療法 インシデント アクシデント 実態と対策

内容のポイントQ&A

Q1 リスクの実態と特徴は？

厚生労働省、医療安全対策ネットワーク事業のうち、直近1年間に報告されたインシデント事例を集積し、分析した。インシデント発生件数をみると、作業療法士は、全体の0.08%、理学療法士は0.26%、言語聴覚士は0.009%であった。発生要因は、観察不足・確認不足・判断ミスが多かった。

Q2 リスクマネジメントの工夫は？

事故の再発防止のために、経験の浅いスタッフやアクシデントを繰り返す、もしくはその恐れのあるスタッフに対して、一定期間、毎日、リスク管理状況について、現場責任者ならびに所属部署長への報告を義務化した。それによって、当事者にリスク管理の重要性を意識づけることができた。

Q3 必要とされる意識改革は？

作業療法の訓練場面の特徴は、個別対応にあり、1人の作業療法士が、患者の安全管理を行うことになる。そのため、技術不足や生理的限界などの個人レベルの限界によって重大な事態を招きかねない。それを補うため、チーム全体で助け合うシステムの構築が重要である。一方、有経験者においては、自己の診療行為に対して批判的な評価をできない傾向にあり「思い込み」による重大なミスを犯しやすい。経験者であっても定期的な研修が必要である。



はじめに

リスクマネジメントの手法は、産業界において用いられたもので、企業に損害をもたらす事態を回避するための手法として位置づけられている¹⁾。

医療分野では、1970年代に米国に導入され、当初は、補償や損害賠償による経済的打撃を減らすことに重点が置かれていた²⁾。損失の発生を事前に防止、もしくは拡大を押さえて、最小限にすることは、作業療法の信頼を保持する意味で極めて重要である。そのため、あらゆる場面を想定した、リスクの発見、確認、分析、評価といった過程が重要となる。

一般に、作業療法の訓練場面は、特殊な機械器

* Risk management for the occupational therapy section

¹⁾ Yuji Higashi OTR
藤元早鈴病院

具による直接的な処置よりむしろ、徒手的でかつ個別的なかかわりが多いため、一見してリスクは少ない印象をもつ。ここでは、作業療法場面における、リスクの実態と特徴を明らかにするとともに、その対策や工夫について検討してみたい。

① リスクの実態と特徴

厚生労働省、医療安全対策ネットワーク事業(ヒヤリ・ハット事例収集・分析結果)のうち、第8回(平成15年5月～8月)～第11回(平成16年2月～5月)までの直近1年間に報告された、ヒヤリ・ハット(以下インシデント^{注)})事例を集積した³⁾。表1に、全職種インシデント発生件数を示す。これをみると、看護師が群を抜いて多く、77.7%、ついで、医師が6.6%、ついで薬剤師の3.2%であった。また、医師、看護師、准看護師をあわせると全体の85%を占めていた。一方、作業療法士は、全体の0.08%で28職種中17番目、理学療法士は0.26%で28職種中15番目、言語聴覚士は0.009%で、28職種中22番目であった。また、3職種のインシデント発生件数を、1年間で1施設あたりに換算すると^{注)}、0.78件の発生頻度であった。

これは、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などのリハスタッフ数と看護師数とでは絶対数においてその差が格段に大きいことに加えて、患者とかかわる時間割合、診療場面においても大きな差があることを顕著に著しているものと考えられた。

次に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士分のインシデントの発生場면을図1に示す。これをみると、セラピストにおけるインシデント発生場面は、その他の治療場面の割合が最も多い。これは、作業療法など直接的な訓練場面における発生事例ととらえることができる。ついで割合が高いのは、療養上の世話、その他の療養生活の場面、これは、病棟場面でのかかわりと考えられ、平成14年の診療報酬の改定以来、病棟におけるリハビリテーション(以下リハ)訓練の機会が増加したことが影響しているものと考えられる。加えて、

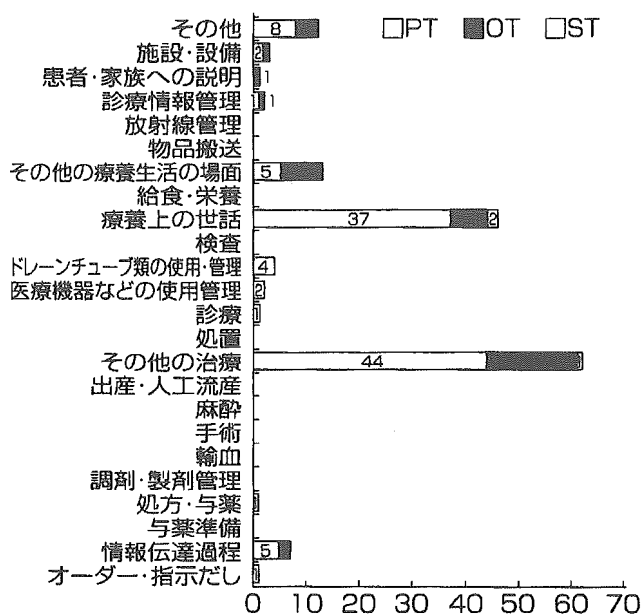
■表1 インシデント発生件数(文献3を改変して引用)

	8回	9回	10回	11回	合計	全体に占める割合
登録施設数	250	250	245	249	—	—
報告施設数	72	69	80	84	—	—
報告対象期間	'03年 5～8月	'03年 8～11月	'03年 11～2月	'04年 2～5月	—	—
医師	811	881	1017	928	3,637	6.630
歯科医師	5	3	10	6	24	0.044
助産師	100	149	113	122	484	0.882
看護師	9,983	11,454	10,632	10,564	42,633	77.718
准看護師	281	295	247	240	1,063	1.938
看護助手	62	85	107	55	309	0.563
薬剤師	483	433	487	392	1,795	3.272
管理栄養士	29	70	38	39	176	0.321
栄養士	49	47	46	38	180	0.328
調理師・調理従事者	151	219	181	143	694	1.265
診療放射線技師	99	140	117	131	487	0.888
臨床検査技師	200	251	224	382	1,057	1.927
衛生検査技師	1	2	1	3	7	0.013
理学療法士(P.T)	35	39	34	36	144	0.263
作業療法士(O.T)	20	7	8	10	45	0.082
言語聴覚士(S.T)	0	1	2	2	5	0.009
歯科衛生士	0	0	1	1	2	0.004
歯科技工士	0	0	1	1	2	0.004
視能訓練士	1	1	6	2	10	0.018
精神保健福祉士	0	0	0	0	0	0.000
臨床心理士	0	1	0	1	2	0.004
社会福祉士	1	0	0	0	1	0.002
介護福祉士	0	1	0	0	1	0.002
臨床工学技士	19	13	22	18	72	0.131
児童指導員・保育士	8	4	7	11	30	0.055
事務職員	269	129	49	50	497	0.906
不明	123	146	262	333	864	1.575
その他	347	111	84	93	635	1.158
合計	13,077	14,482	13,696	13,601	54,856	100

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士分のインシデントの要因について、図2に示す。これをみると、観察不足・確認不足・判断ミスが最も割合が高く、全体集計の比率と同様の傾向を示していた。ついで割合が高かったのは、心理状況、勤務条件、連携であった。先述の、観察不足・確認不足・判

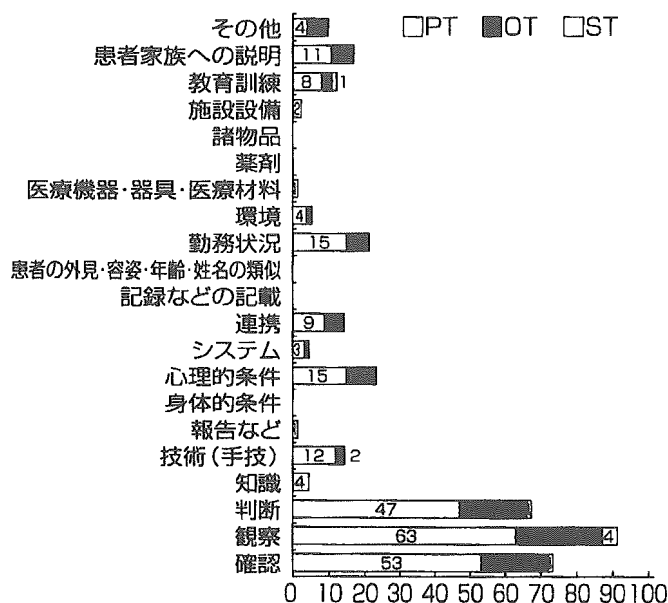
■ 図1 リハスタッフのインシデント発生場面

(文献3を改変して引用)



■ 図2 リハスタッフのインシデント発生要因

(文献3を改変して引用)



断ミスはひとつの結果であるにとらえることができるが、その背景誘因としては、他のことに気をとられていた、思い込んでいた、慌てていたなどの心理状況が考えられた。また、当直明け、多忙だったなどの勤務条件やお互いをカバーし合う連携などが不足していたなどのことが考えられる。以上のことから、作業療法士らのリハスタッフにおける、インシデントの発生実態は、全体の発生件数に占める割合が極めて少ないことがわかった。しかしながら、作業療法士の患者とのかかわりは、個別的で、かつ患者1人あたり1日に20分(1単位)~60分(3単位)と比較的短いなかで発生していることを考慮すると、必ずしも安心できるものではない。また、インシデント発生場面と要因の検討では、従来の機能訓練室による訓練実施スタイルから、病棟実践の機会が増えて、病棟場面での発生が増加していた。さらに、発生要因は、観察不足・確認不足・判断ミスが最も多く、むしろこれを背景の誘因による結果だと考えると、心理状況、勤務条件、連携などが誘因であると考えられ、因果関係のアウトラインをイメージできた。

注) 1年間のインシデント発生総件数(194件)÷登録施設数250施設=0.78件(1施設あたり)

当院の医療安全システム

当院では、医療安全対策委員会を組織し発生状況の把握と原因の分析、データの集積、職場内安全管理、職員研修の実施などの運営を行っている。おのおのの部署においては、医療安全対策委員を配置し、定期的に委員会を開催し、部署内では医療安全対策に従事し、院内医療安全対策に寄与している。おのおのの部署で発生したインシデントもしくはアクシデントは、その当事者と周辺スタッフによって、直後の処置が行われる。当事者には、患者の安全が確認され、事後処理を済ませた後、所定の報告書式に内容の詳細を記載し、所属部署長への報告が義務づけられている。報告を受けた所属部署長は、即座に当事者、医療安全対策委員、現場責任者とともに発生状況の検証を行い、発生原因と防止策、当事者に対する心構えなどについて指示する。

当院での実情と特徴

- ① インシデントの発生場所と経験年数(表2)
当院は、18診療科目をもつ320床の医療施設で

■表2 インシデント発生件数と内訳1

総件数		職種		経験年数		発生時間帯		場所				
15年	16年	15年	16年	15年	16年	15年	16年	15年	16年			
6	7	PT	3	2	1年未満	3	4	8:00~9:00	理学療法室	2	2	
		OT	3	4	5年未満	2	3	9:00~10:00	1	作業療法室	3	2
		ST		1	10年未満	1		10:00~11:00	1	1	ADL室	2
					10年以上			11:00~12:00	1		言語療法室	1
								13:00~14:00	3		病棟	1
								14:00~15:00	1		デイルーム	
								15:00~16:00	3	1	廊下	
								16:00~17:00	1		トイレ	

■表3 インシデント発生件数と内訳2

内容	原因		影響					
	15年	16年	15年	16年				
訓練中の転倒	3	3	実施方法ミス	1	2	実害なし	3	7
訓練中の転落	2	2	患者誤認			検査の必要性あり	3	
訓練以外の転倒		1	機器操作ミス			治療の必要性		
訓練以外の転落			思い込み	4	3	障害が続く場合		
機器			注意不足	6	6			
接遇			知識不足	6	3			
管理			確認不足	2	4			
マーゲンチューブ自己抜管	1		手技未熟	1	4			
調理訓練中の軽度の裂傷		1	観察異常発見遅れ					
			説明不足					
			準備不足					
			管理不足					
			施設・設備の原因		2			
			患者の理解不足・誤解		1			
			不可抗力					

ある。リハ総合承認施設基準を取得しており、理学療法士15名・作業療法士13名・言語聴覚士3名の総計31名体制で診療に臨んでいる。平成15年～16年の2年間における、インシデント発生件数の内訳を調査した。その結果を表2、3に示す。平成15年で6件、平成17年で7件、計13件の事例が報告されている。また、職種別では、2カ年の合計で、理学療法士5件、作業療法士7件、言語聴覚士1件であった。当事者の経験年数を見ると、1年未満が7件、5年未満が5件、10年未満が1件と、経験年数の少ないセラピストに偏る

傾向が認められた。一方、発生時間帯に一定の傾向は認められず、いずれの時間帯にも起こりうる傾向が窺えた。また、発生場所をみると、理学療法室が4件、作業療法室が5件、ADL室が2件と機能訓練室が最も多く、病棟は1件のみであった。以上のことから、インシデントは、時間帯を問わず、経験年数の浅いセラピストによって、機能訓練室で発生しやすい傾向にあることがわかった。

② インシデントの内容(表3)

次に、インシデントの内容をみると、2カ年を通じて、訓練中転倒しそうになったが5件、転落