

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%，200～299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%、報告しつ放しで、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。

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リ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を行う。

■ 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・案内表示等へも注意を払い、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		
ID _____ 患者氏名 _____ M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 男性・女性	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
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%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> ① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3 ② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1 ③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2 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 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 ⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1 </td> <td style="width: 10%; border: none; vertical-align: middle; text-align: center;">} 得点 合計</td> </tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> ① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3 ② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1 ③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2 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 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 ⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1 	} 得点 合計
<ul style="list-style-type: none"> ① 転倒したことがある(入院前または入院後)・・・3 ② 視力障害がある(日常生活に影響する)・・・1 ③ 歩行に介助または補助具が必要である・・・2 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 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 ⑥ 薬を服用している(睡眠・精神安定剤、降圧・利尿薬)・・・1 	} 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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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,</p> <p><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,</p> <p><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</p> <p><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>			
<p>【確認】 担当者 _____ リハ医 _____ 主治医 _____</p>			

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。

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。

1. 調査対象

- 1) NPO リハ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
- ③ ①の事故防止への取り組み
- ④ 医師・理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT)・言語聴覚士 (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多いもの 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 のとおりである。第 1 位は転倒・転落 16 件 (37.2%), 第 2 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

表 1 医療事故・インシデント (1~3 位, N = 43)

種類	件数
転倒・転落	16 (37.2%)
誤薬	13 (30.2%)
離院・離棟	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 2 医療事故・インシデントの要因

転倒・転落	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, 大丈夫という思い込み 行動途中に物を取るなど何かをしようとした 環境の変化
誤薬	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, 思い込み, 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)
無断離院	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 入院不適應 (家に帰りたい)

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, 多忙などが挙げられた。

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挙げられる。

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。

表3 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因数

感染症病棟および一般病床療養病床	入院患者3人に対して1人
精神病床および結核病床外来	入院患者6人に対して1人 入院患者4人に対して1人 外来患者30人に対して1人

表4 転倒・転落防止への具体的対応

- ・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

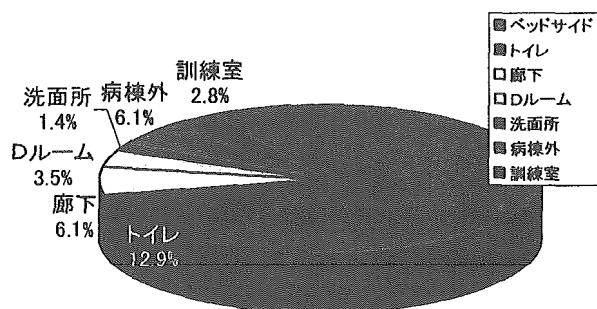


図1 転倒・転落の発生場所

- 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もしくは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

① 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。

② 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進めたい。

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。

臨床心理士：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。

医師へは要望というより苦情が多い。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（2004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のとおりである。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

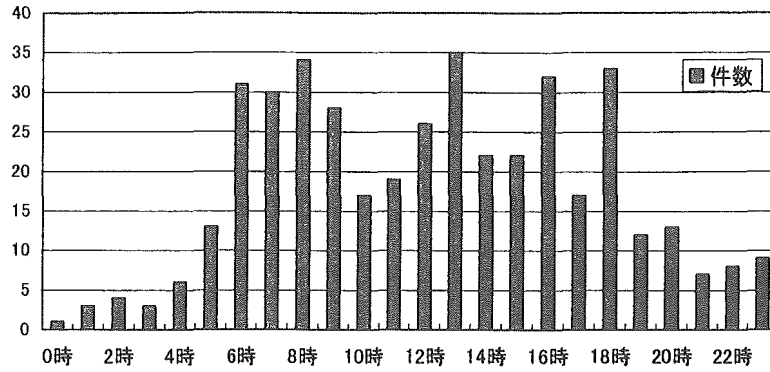


図2 転倒・転落の発生時間

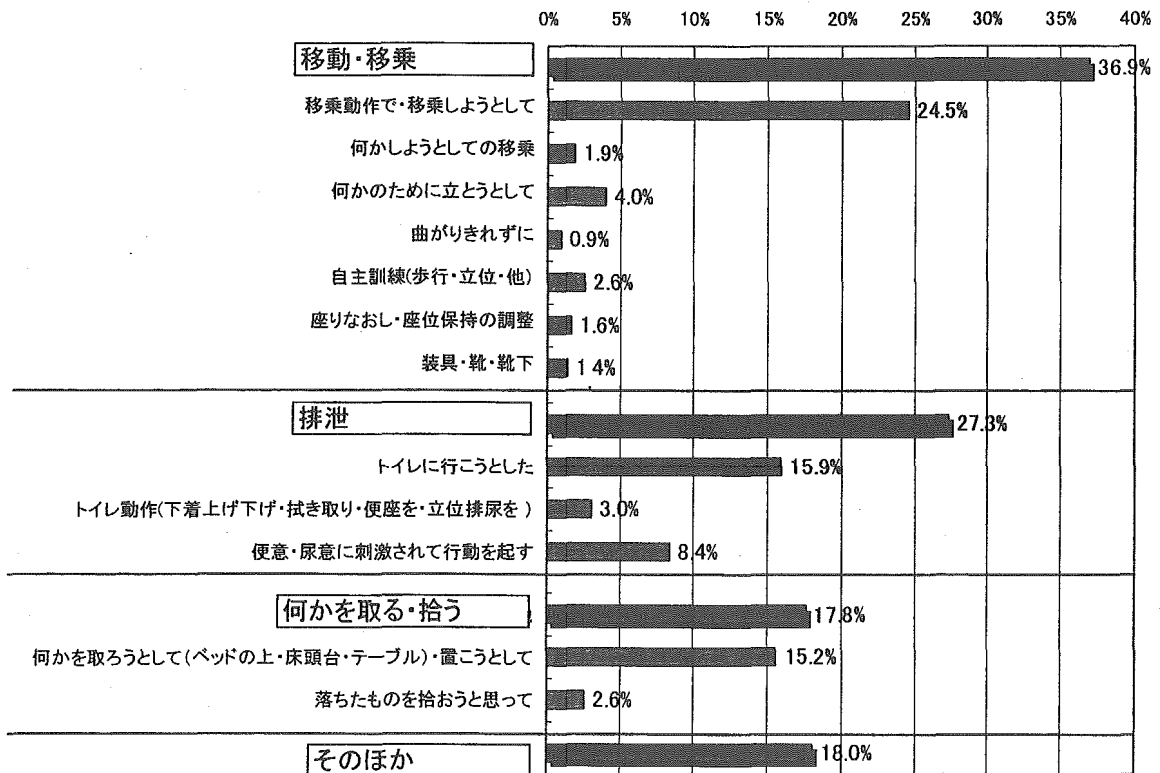


図3 転倒・転落の理由

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。

おわりに

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、患者の状況と業務およびシステムの両者に関するものが挙げられていた。

3) 事故防止に向けての取り組みはされている。その取り組みはさまざまである。

4) 医師への要望は「読みやすい字」「カルテへの記載など」が挙げられ、セラピストへは、連携をとって事故防止やリハを進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。

理学療法におけるリスクマネジメント

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

遠藤 敏

はじめに

今、リハビリテーション（以下、リハ）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も増加し、訪問リハの制度も充実してきている。以上

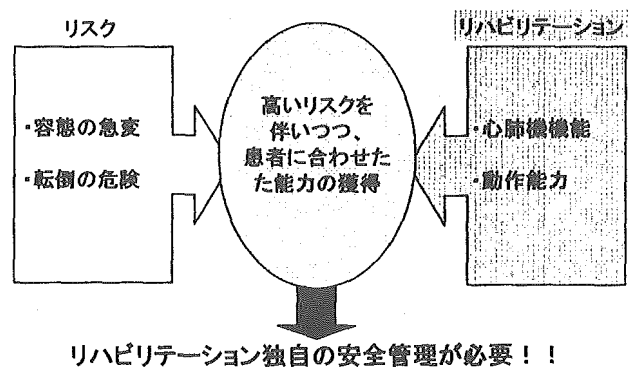


図1 安全とリハビリテーションの関係

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校から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1次養成施設設立ブームとなり40数校となった。さらに1990年ころには第2次設立ブームが起り80校になり、

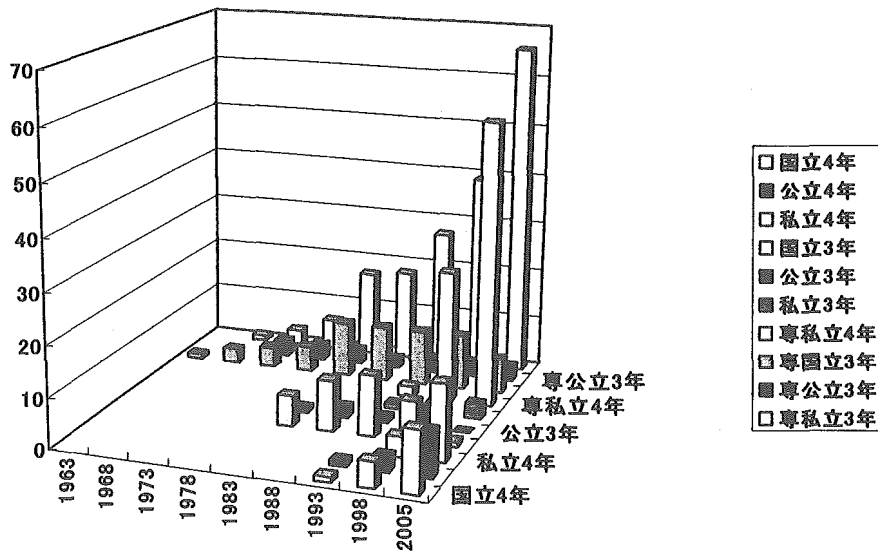


図2 養成施設の急激な増加

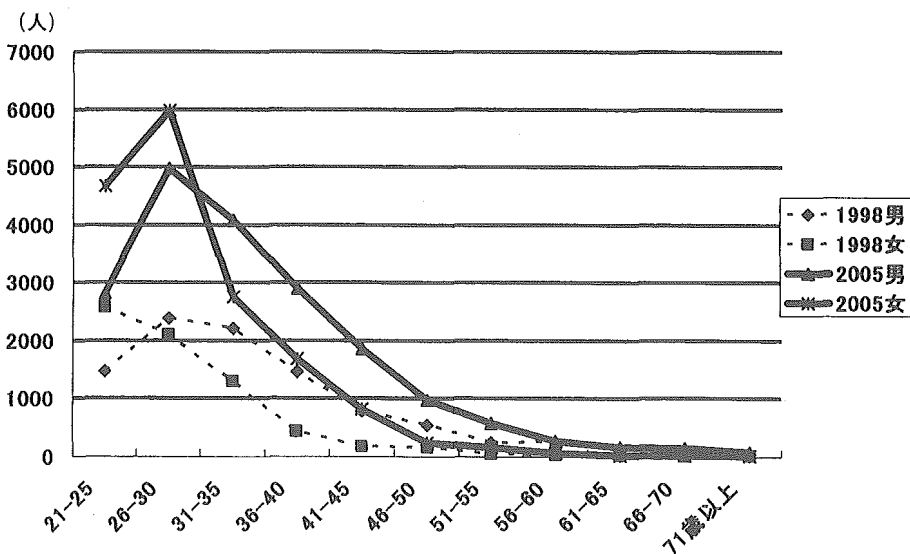


図3 PT協会員

男性 18,785 名 (平均年齢 34.4 歳), 女性 16,387 名 (30.0 歳). 2005 年 3 月 31 日現在 (JPTA 資料より)

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4人に1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、ほとんどが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できにくい環

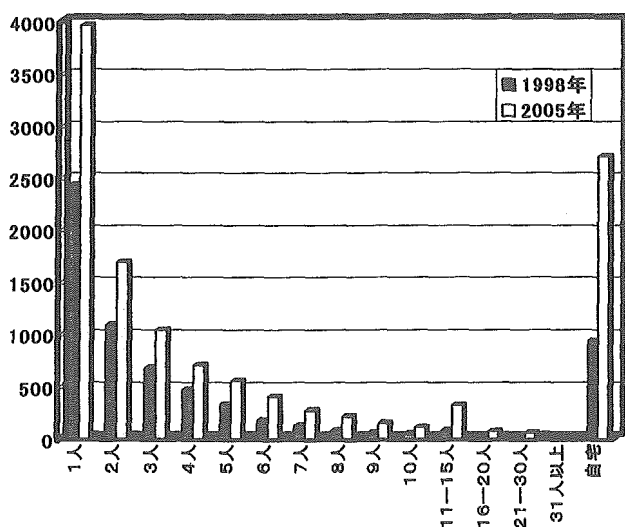


図4 理学療法士の職場
2005年3月31日現在 (JPTA資料より)

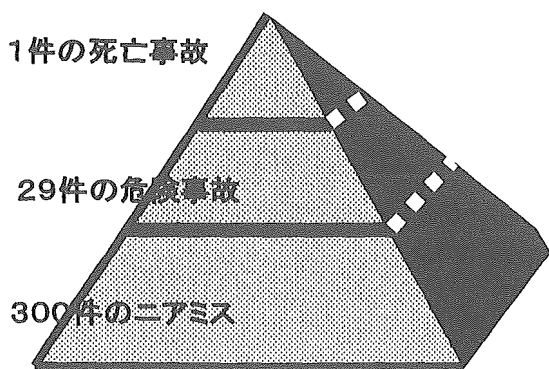


図5 ハイน์リッヒの法則

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น์リッヒの法則が当てはまる。ハイน์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、患者に被害のな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。

表1 インシデントレポート(1)

報告書の書き方

内は必ず記入して下さい。

★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こ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

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、間違ってい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、間違ってい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、間違ってい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、授業のなか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 (on the job training) の教育システムだけでは教育は崩壊せざるを得な

表2 インシデントレポート (2)

患者重症度 原因等	<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) (注1)	<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			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			
その他、警鐘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			
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			

- 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：間違っていたことが患者に実施される前に気づいた事例
 レベル1：間違ってい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：間違ってい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)

表3 インシデントレポート (3)

慶應義塾大学病院 院内安全対策委員会	
報告日:平成 年 月 日	
報告者 個人番号 (当事者)	所属: 連絡先() 医師(専任: 年目、非常勤: 年目、研修医: 年卒) 看護師(勤続 年) その他(勤続 年)
姓 名	病 名
報告内容の 種 類	1 ヒヤリハット事例 2 事故 3 その他: 警鐘的意義が大きいと考えた場合 4 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
発生場所	
発生日時	年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分(頃)
対処日時	年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分(頃)
患者(患者、家族、来 院者等)	氏名: 年齢: 歳 性別: 男・女 患者番号: 病棟: 診療科:
申立人 (複数でも可)	患者本人 患者家族 患者側介護士 報告者本人 職員() その他()
内 容 (下にチェック) インシデント レベル0 レベル1 レベル2 アクシデント レベル3 レベル4 レベル5 レベル不要 (詳細は裏参 照)	
対応 および 結果	
今後の対策 もしくは問題 点提起	
確認印	セーフティマネージャー 診療部長 医療安全対策室

表4 新人教育プログラム

1年次	<ul style="list-style-type: none"> 協会組織と機構 職業倫理・管理運営 地域リハビリテーション 理学療法士・作業療法士法及び関係法規 (含む介護保険等) 理学療法トピックスI 症例検討I
2年次	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法の研究方法論 人間関係 生活環境支援 (含む福祉関連用具) 社会の中の理学療法 理学療法トピックスII 症例検討II
3年次	<ul style="list-style-type: none"> 生涯学習 理学療法の専門領域 世界の理学療法 理学療法の教育方法論 (含む臨床実習教育) 理学療法トピックスIII 症例検討III

2001年4月一部改正

表5 生涯学習プログラム

5年で10単位	参加	発表(単位)
<ul style="list-style-type: none"> 士会主催の学術集会・研修会 隣接学際領域理学療法の専門領域 ブロック主催の学術集会・研修会 現職者講習会 全国学術集会・研修会, 国際学術集会 専門領域研究会の学術集会・研修会 シンポジストも単位として認める 	1	3
	1	3
	2	6
	2	6
	2	6
	5	1
	年間1単位	

筆頭者 共同著者

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。リハは人対人の関係であり、ヒューマンエラーは将来もなくなるであろう。そのため、リスクマネジメントはスタッ

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

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。

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。

作業療法士の立場から

藤元早鈴病院

東 祐 二

はじめに

身体障害領域の作業療法の訓練場面は、徒手的でかつ個別的な係わりが多いため、一見してリスクは少ない印象を持つが、人間が関与する限りヒューマンエラーは発生する。リスクの発生を事前に防止し、被害を最小限にするためには、リスクの発見、確認、分析、評価といった過程が重要となる。ここでは、過去に行われた調査データ等をもとに、作業療法場面における、リスクの実態や特徴を明らかにし、分析・評価することで、リスク発生に起因する問題等の構造化を図り課題を明確化し、その対策について検討した。

身体障害領域の作業療法場面の特徴

2002年の診療報酬改定において、作業療法の診療単位に「個別」と「集団」が新設された。これによって、作業療法場面では1対1の個別対応が増加し、特に日常生活動作（ADL）訓練場面が増加した。これに伴い、患者の行動に目が行き届きやすい利点が生じたが、半面、それは、セラピスト個人の技量に依存することとなった。加えて、「急性期加算」や「病棟ADL加算」の新設に伴い、早期からの病棟訓練場面も増加した。安全管理上は、病棟スタッフとの連携の図りやすさが利点と言えるが、早期リハビリテーション（以下、早期リハ）訓練は、適切な病状管理が必須であり、医師、病棟スタッフとの病状やリスクに関連する情報交換は密にとる必要がある。個別のリスク管理能力が問われることになった。また、従来からの作業療法の特徴として、患者本人がハサミやナイフなどの道具を使用する場面がある。これについては、十分な安全管理と患者の理解があつては

じめて使用可能といえる。

作業療法の主な対象疾患

日本作業療法士協会会員のなかで、身体障害領域の作業療法士 (occupational therapist, OT) が対象とする疾患領域で最も多いのは、脳卒中を代表とする中枢神経疾患であり、会員の 51.3% (11,883 人) が主な対象としていた。次いで、小児疾患が、4.6% (1,069 人)、運動器疾患が 4.5% (1,054 人) と多かった。これをみると、中枢疾患に対する作業療法の係わりが圧倒的に多く、急性増悪にて発症する脳卒中が割合的にも多いと考えられる。(図 1) そのため、早期リハ訓練においては、病状管理を主とするリスク管理が重要な課題であるといえる。

作業療法場面で想定される事故内容

作業療法の臨床場面や対象疾患の特徴からみ

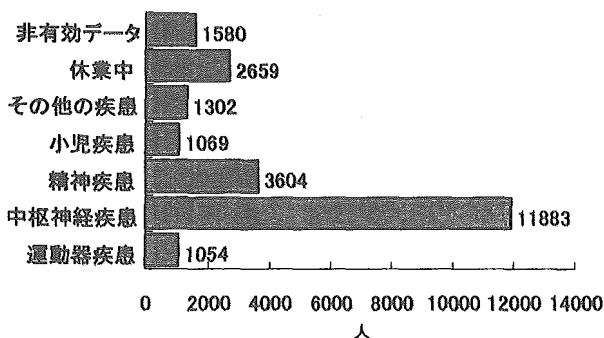


図 1 作業療法の主な対象疾患 (2004 年日本作業療法士協会調査部) (n = 23,151)

て、考えられる作業療法場面で想定される事故内容について表に列挙する。身体障害領域の作業療法場面におけるリスクの特徴として、待ち時間や安静時も含めた全ての場面で起こり得るものと、作業療法士が個別や集団で係わることによって発生し得るものとが考えられる。前者は、そもそもリスクをかかえがちな状態の患者に対する訓練を示すもので、あらかじめ想定がしやすいものと、想定の上にくい偶発的なものが考えられる。そのため、思い込みや不注意などの安全管理を怠らないようなシステム構築が課題である。後者は、個別的な訓練を実施する際に発生するため、作業療法士個人の技術的力量と観察力・注意力に大きく影響される。そのため、知識や技術研修は重要であり、特に経験の少ないセラピストに対する意識づけと未然に防止するための方策や管理体制、アクシデント発生時の対応方法の指導、マニュアルの整備などが重要課題となる¹⁾。

リハ領域における医療事故の実態

リハ領域における医療事故の実態をみると、日本リハ医学会認定の研修施設 333 施設に対して、2003 年に実施された調査結果 (回収率 61%) から、リハ関連職種における、年間のアクシデント発生が平均 5.4 件、インシデントが平均 70.9 件であった²⁾。内容は、訓練室場面で転倒、転落、病棟場面では、転倒、転落に加えて、誤薬が上位を占めており、転倒・転落に対する安全管理の重要

表 作業療法場面で想定されるリスクの内容と特徴 (文献 1 より一部改変)

事故内容	訓練場面
転倒・転落	ADL 動作訓練 (基本動作・排泄・入浴・移乗動作など)
裂傷	調理動作 (包丁使用) 手工芸 (カッター・ハサミの使用)
熱傷	家事動作訓練 (調理・アイロン)・入浴訓練・温熱療法
炎症症状の増悪	関節可動域訓練・筋力トレーニング
呼吸状態の悪化	姿勢の変化など運動負荷のかかる全ての場面
筋・腱・靭帯損傷	関節可動域訓練・筋力トレーニング・装具療法
誤嚥・窒息	嚥下訓練・食事動作訓練
自助具・福祉用具の不具合	ADL 訓練・病棟内訓練
自傷 (自殺を含む)・他害	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
医療機器の不具合	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
覚醒レベル低下	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
感染	待ち時間や安静時も含めた全ての場面
器官内チューブの自己抜去	待ち時間や安静時も含めた全ての場面

性を示している。

作業療法場面における医療事故実態³⁾

日本作業療法士協会によって実施された作業療法場面における医療事故実態調査結果から、身体障害領域を対象とした調査結果をもとに、事故の実態を明らかにするとともに、その要因を分析し問題の構造化を図った。実施された調査方法は、会員施設 250 施設に対して 2004 年 3 月から過去 3 年間の作業療法場面で発生した医療事故について、事故内容、事故の状況・場面、事故の要因についてアンケート調査し、さらに、レベル 3 (処置が必要) 以上の事例については、詳細な事例情報を収集している。

調査結果は、回収率 33.6%、有効回答数 78 件であった。

1. 医療事故の内容

アクシデント内容は、転倒・転落が (64 件, 29.5%) が最も多く、前述の調査と一致した。また、チューブ類の管理 (27 件, 12.4%)、怪我 (24 件, 11.1%) などが多かった。転倒・転落は個別や集団での訓練中、あるいは待ち時間や安静時のあらゆる場面で発生することが考えられるため、作業療法士個人の技術的力量と観察力・注意力に加えて、チームで相互にミスを補完しあうシステムの構築など、総合的な対策の必要性がうかがわれた (図 2)。

2. 事故の状況・場面

アクシデントの状況・場面では、ADL 訓練 (59 件, 16.5%)、待ち時間 (52 件, 14.6%)、OT 室訓練時その他 (39 件, 10.9%)、指示のもと自主訓練 (37 件, 10.4%) などが多く、訓練中に加えて、待ち時間や自主訓練中などの、眼の届きにくい場面への対策の必要性が示唆された (図 3)。

3. 事故の要因

事故の要因をみると、観察不十分 (131 件, 28.7%) が最も多く、次いで、混雑・多忙 (63 件, 13.8%)、判断ミス (52 件, 11.4%)、患者指導・説明が不十分 (36 件, 7.9%)、人員不足 (23 件, 5.0%)、環境整備が不十分 (22 件, 4.8%)、不適切な治療技術 (20 件, 4.3%) であった。これを

みると、不注意や判断ミスを引き起こす誘因として、混雑や人員不足、環境整備や説明不十分などが影響していることが推察された (図 4)。

4. 作業療法場面における事故の構造

以上のことから、作業療法場面において発生する事故の要因を分析するとともに、構造化を図った。

すなわち、事故発生場面は、待ち時間や自主訓練時、ADL 訓練時に頻発しており、しかも個別に対応していても発生しているのが特徴である。これは、事故発生誘因から説明が容易である。つまり、混雑や人員不足、環境整備が不十分なことが、作業療法士個々の注意や判断力を低下させることにより、事故は発生していると考えられた。また、一方で、患者の理解不足に起因する、リスクを伴う行動や家族の誤解による心理面でのトラブルは、患者や家族への説明の不十分が大きな要因であると考えられた (図 5)。

5. 重篤な事故の実態

前述の調査結果から、明らかになった、処置が必要な事例 (レベル 3 以上) について分析検討した。

レベル 3 以上の回答数は 30 件であり、当事者 (セラピスト側) 情報として、男性 9 名、女性 21 名、経験年数は平均 8.0 ± 6.3 年であった。これをみると経験の有無を問わず事故は発生していることがわかる。次に、患者情報としては、平均年齢 68.0 ± 16.9 歳、男性 16 名、女性 14 名。疾患内訳は、脳血管障害 18 名、大腿骨骨折 2 名、視覚障害 (DM に起因) 2 名、その他 8 名であった。これをみると、脳血管障害が最も多いことがわかる。

事故内容は、怪我 (10 件, 33%)、転倒・転落 (9 件, 30%)、症状の悪化 (3 件, 10%) が最も多かった。事故の状況・場面では、徒手の訓練時 (5 件, 16.6%)、ADL 訓練時 (5 件, 16.6%)、病棟訓練時 (4 件, 13.3%) が多かった。また、事故の要因をみると、観察不足 (16 件, 53.3%)、判断ミス (5 件, 16.6%)、人員不足 (3 件, 10%)、患者指導・説明不十分 (5 件, 16.6%)、連携不足 (3 件, 10%) が多かった。

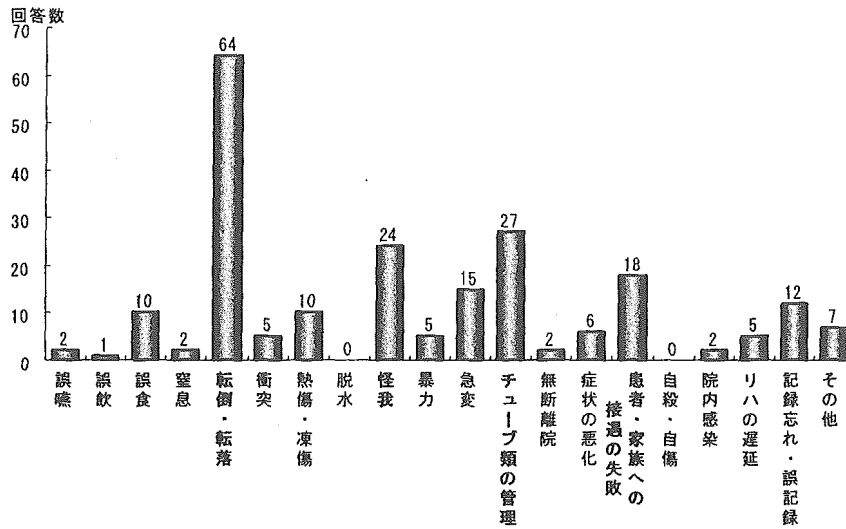


図2 医療事故の内容 (n = 217)

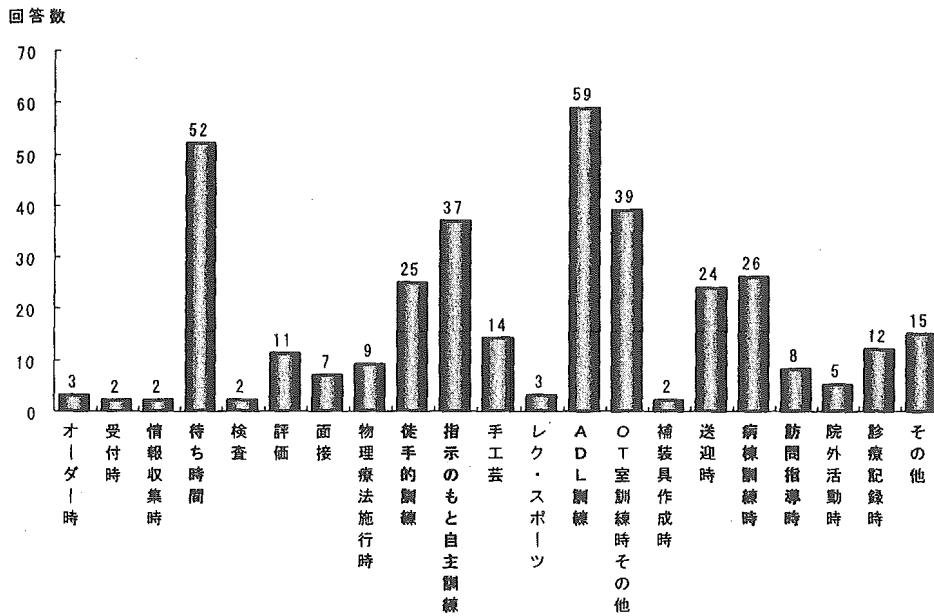


図3 事故の状況・場面 (n = 357)

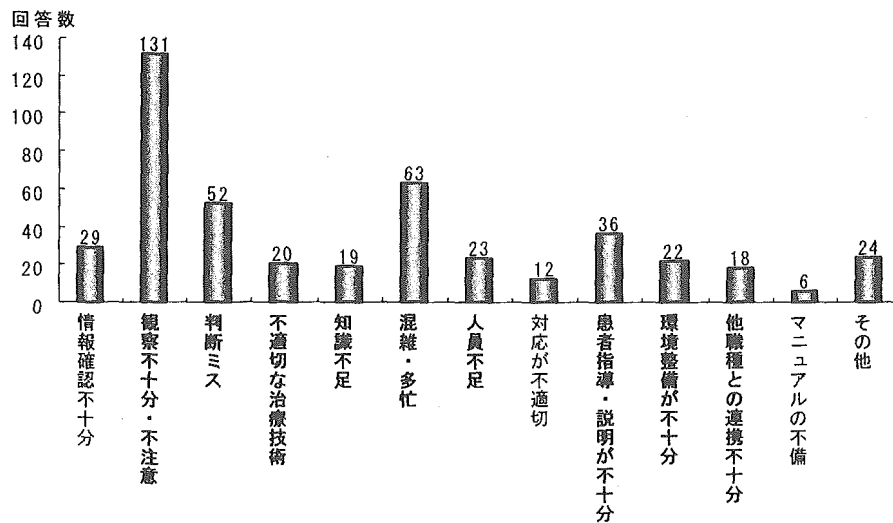


図4 事故の要因 (n = 455)

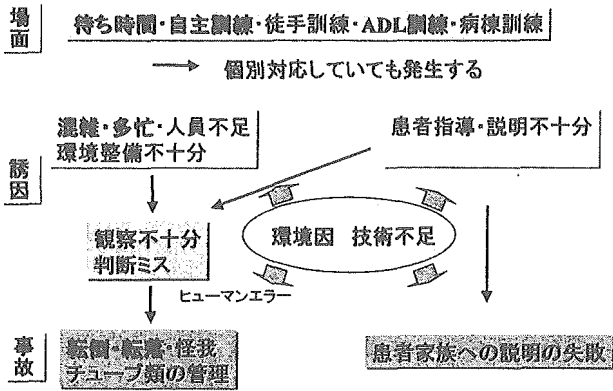


図5 作業療法場面における事故の構造

以上のことから、作業療法場面において発生する重篤な事故の要因においても、前述したとおり、事故発生場面は、待ち時間や自主訓練時、ADL 訓練時に頻発しており、混雑や人員不足、環境整備が不十分なことが、作業療法士個々の注意や判断力を低下させることにより、発生していると考えられた。

6. 事故後の対応の重要性

さらに、重篤な事故後の対応状況についてみると、発生直後の処置と事後の対策等に大別できた。

すなわち、発生直後の処置として、応急処置 (10件)、病棟で処置 (17件)、看護師 (Ns) に連絡 (12件)、医師に連絡 (9件) が多く、迅速な処置と悪化防止策がとられていた。また、事後の対策等については、家族への謝罪 (3件) や本

人への謝罪 (6件) や他科受診 (5件) 等が多かった (図6)。

これらのことから、事故発生直後の処置、つまり初動体制の整備は極めて重要であり、迅速に処置し悪化を防止することの重要性を示唆している。そのためには、マニュアルを整備し発生の際の訓練も重要課題であると考えられた。また、直後の処置が完了した後の対策として、患者の心理面のケアは信頼関係の再構築を図る意味で重要である。さらに、環境面が誘因として発生した事故の場合には、ハード面の整備を迅速に行うことが再発予防につながると考えられた。

どのような場面で事故は発生するのか
—転倒インシデント事例—

作業療法のどのような場面で、事故は発生するかについて、最も発生頻度の高い転倒のリスクについて実際に発生したインシデント事例に基づいて検証した。詳細な流れについて図に示す (図7)。

セラピストは、患者に対して、ADL 室内での畳上の移動訓練を実施することを意図している。セラピストは、患者に対して、立ち上がって、ベッドまで歩くように指示をし、患者はそのことを理解し、セラピストもそれを確認した。しかし、ベッドまでの道のりの間に障害物があることを確認していなかった (確認不足1)。セラピストは、

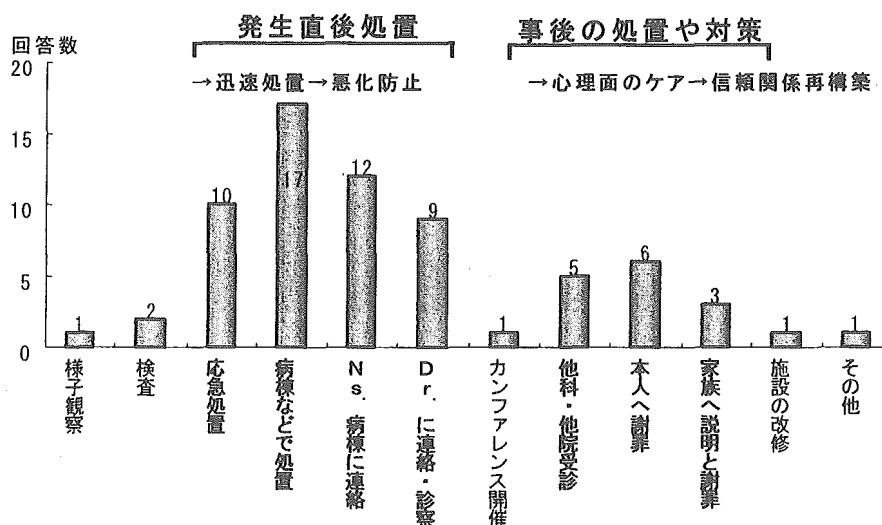


図6 事故発生後の対応

環境設定確認不足



セラピストは、環境設定を確認しないまま患者に立ち上がって、ベッドまで歩いてすわるよう指示し患者は理解した。

安全確認不足



セラピストは、患者のもとを離れ、環境整備をしたが、患者から視線を外した。

指示不足→理解不足



セラピストは、環境面での不備に気づき患者にこのまま待つよう指示した。

リスク発生



患者には、セラピストの待機の指示が理解出来ておらず、立ち上がろうとして、バランスを崩しそうになった。

図7 どのような場面で事故は発生するのか
図は実際に発生した、インシデントをもとに、再現し映像化した。

患者に指示をした後に、そのことに気づき、即座に患者に出した指示を撤回し、座ったまま待つようにと、新たに指示しなおした。しかし、患者がそのことを理解したかについて確認しなかった(理解不足1・確認不足2)。セラピストは、患者が指示を理解したものと思い(思いこみ1)、患者のもとを離れ、かつ患者から眼を離し背を向けて(確認不足3)、障害物を除去した。ところがその時、患者は、最初に出された指示に従い、歩くために立ち上がろうとした。その直後にバランスを崩し転倒しそうになった(理解不足2)。

事故の発生は、複数のエラーが重複して発生するものである。このケースの場合、セラピストには3回の確認不足と、1回の思いこみがあり、加えて、患者自身の理解不足が、インシデントを誘発したことになる。ここでのポイントは、指示の理解ができないかもしれないケースに、指示が入ったものとして、思いこんでしまい、患者から眼

を離れたことにある。個別対応の多い訓練場面においては、他のスタッフの援助が得られない場合が多いため、患者のもとを離れる場合には、眼を離さないことが重要である。

これらのリスクに関する検証内容から、確認すべきポイントが数多く存在することを、当事者に伝える必要がある。その方法としては、個々に教授するしかなく、現場サイドでのリスクマネジメントと個々に指導を実施するマネージャーの存在が必要となる。

事故防止の重要課題

これまでに示した調査結果や事例検討の結果から、作業療法場面における事故防止に係わる重要課題は、安全管理に係わる知識に裏付けられた技術とその過不足を補完する、ハード面の環境整備や、スタッフ間の相互連携と協力、そして患者本人の協力が重要であると考えられた。その、技