

区分	要因	件
ハイリスク要因 282件 (52%)	運動機能低下	105
	突発行動・不穩・多動	62
	激しいむせ・嘔吐	53
	チューブ・カニューレ等	30
	体調急変・変動	28
	要管理・禁忌事項	6
	認知・固執等	3
	義歯の脱落等	3
	感染症	2
	言語聴覚上の要因 159件 (28%)	不注意・認識不足
目を離す		43
未熟（知識・技術）		38
1人にする		22
他者に依頼		1
チーム医療上の要因 70件 (12%)	安全条件の不徹底	37
	緊急連絡体制不備	17
	報告・連絡の不備	8
	指示内容の未確認	5
	方針・適応条件の不備	2
	取り違え	1
環境の不備 38件 (7%)	危険物	19
	備品の不備・不具合	8
	未整備・段差等	8
	食品等の管理	3
実習生の関与 8件 (1%)	実習生の関与	8

表6 身体に関する事例の背景要因 (n=567)

対策項目	対策内容	件数
業務停止 業務再開	注意	5
	基準遵守	10
	意思疎通	6
	ゆとり他	3
	医学医療知識	2
	予防・介助技術	7
	リスクマネジメント研修	12
	安全対策マニュアル	8
	環境・機器の整備	25
	感染防止	4
	リスク予測	15
	安全条件の設定・変更	13
	チーム連携	22
	安全条件の事前確認	31
	ミス防止	8
安全対策 2日5社 (52%)	本人確認	2
	体調観察	11
	中止・連絡	6
	目を離さない	32
	1人にしない	18
	スタッフ連携	36
	転倒防止	15
	その他	9
	緊急対策マニュアル	10
	救急処置	3
	緊急連絡	12
	協力体制	59
	ヒヤリ・ハット報告	6
	検討会等	7
	その他事故後	3
安全対策 2日5社 (52%)	医師による説明	2
	丁寧な説明	7
	文書やパンフレット	2
	同意書(署名)	2
	説明記録	2
	意向尊重	1
	説明と同意	4
	承諾書(実習・症例)	3
	第三者提供	2
	遺漏防止	10
	保管・管理	15
	匿名化	2
	廃棄	21
	その他	3
	安全対策 2日5社 (52%)	実習生
所属施設加入の保険		1
その他の保険		3
訓練記録		5
その他		2

表7 対策内容 (n=492)

必ず行うこと (Do)

訓練開始にあたって医師の指示を受ける

訓練内容変更やレベルアップの際は医師に相談し、指示を受ける

医師および関連職に評価結果、訓練状況を報告する

トラブルや体調不良等、変化があった場合、迅速に医師、看護師に連絡する

直接訓練前後のバイタルチェックを行う

禁忌事項 (Don't)

経口摂取開始、レベルアップを単独で判断しない

指示なしに吸引、バルーン拡張訓練をしない

疲労、拒否の訴えがあるときは実施しない

呼吸訓練を長時間（3分以上）続けない

予後等について、家族の質問に医師の確認なく答えない

(日本言語聴覚士協会)

表 8 嚥下訓練における臨床上の注意  
日本言語聴覚士協会

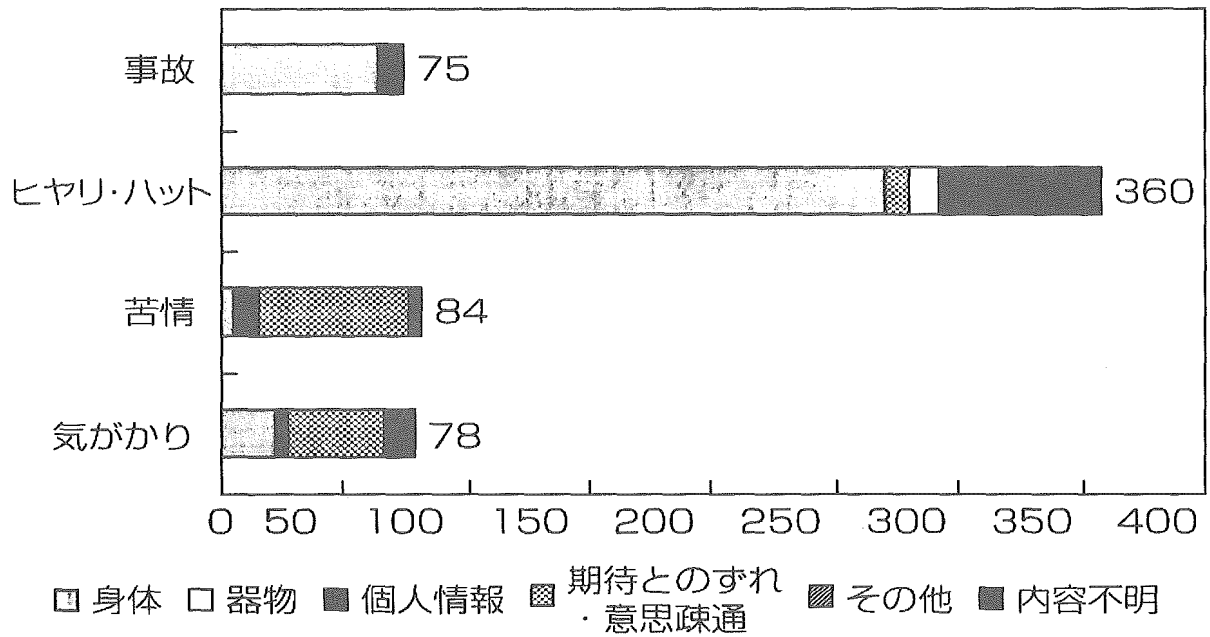


図1 事例区分と内容区分 (n=597)

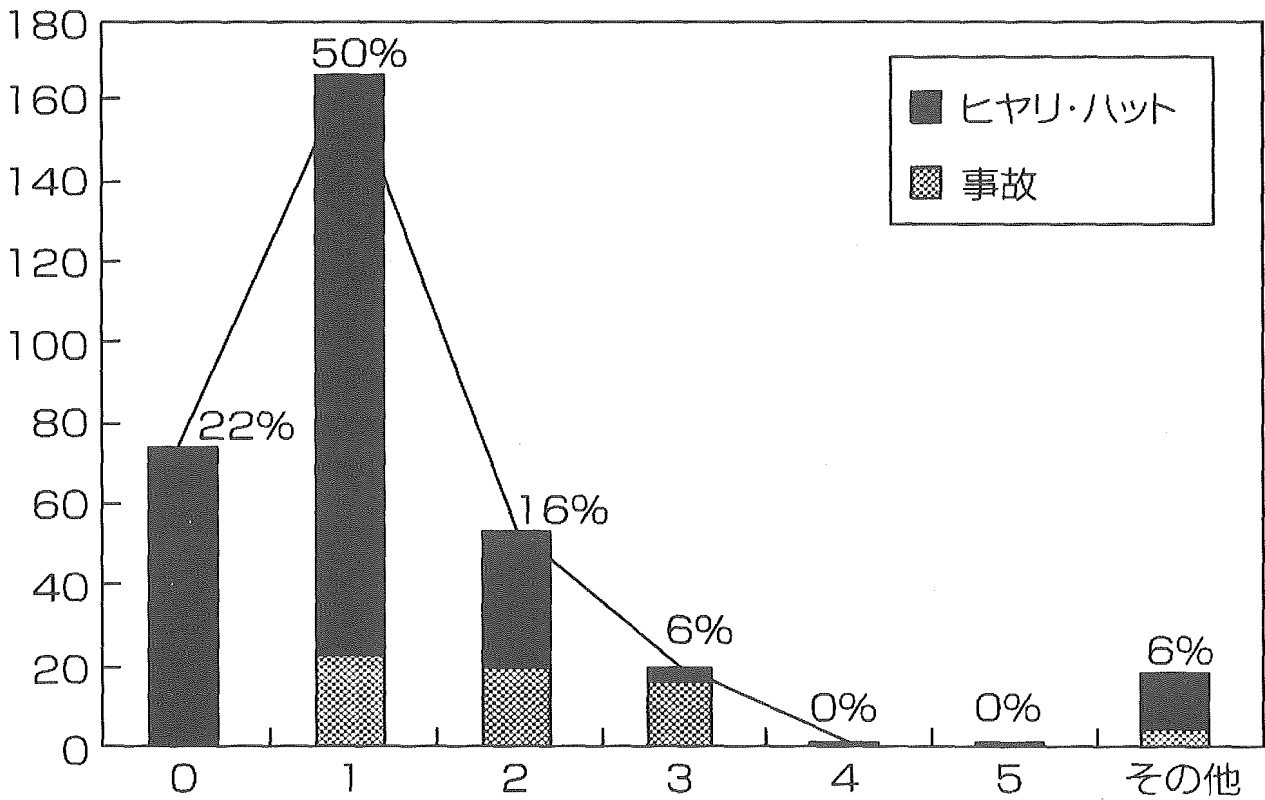


図2 身体に関する報告事例の推定事故レベル (n=335)

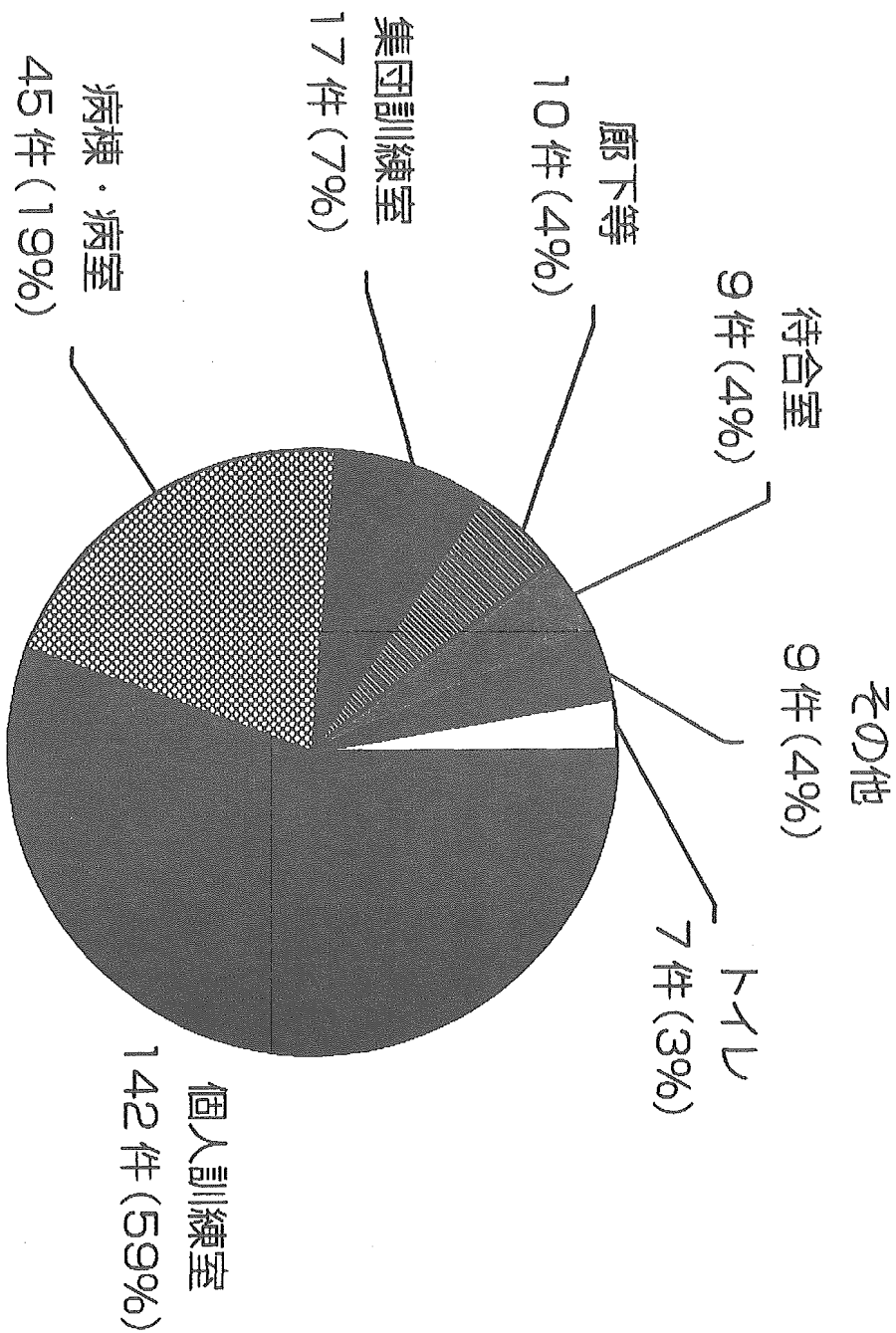


図3 事故やヒヤリ・ハットの発生場所

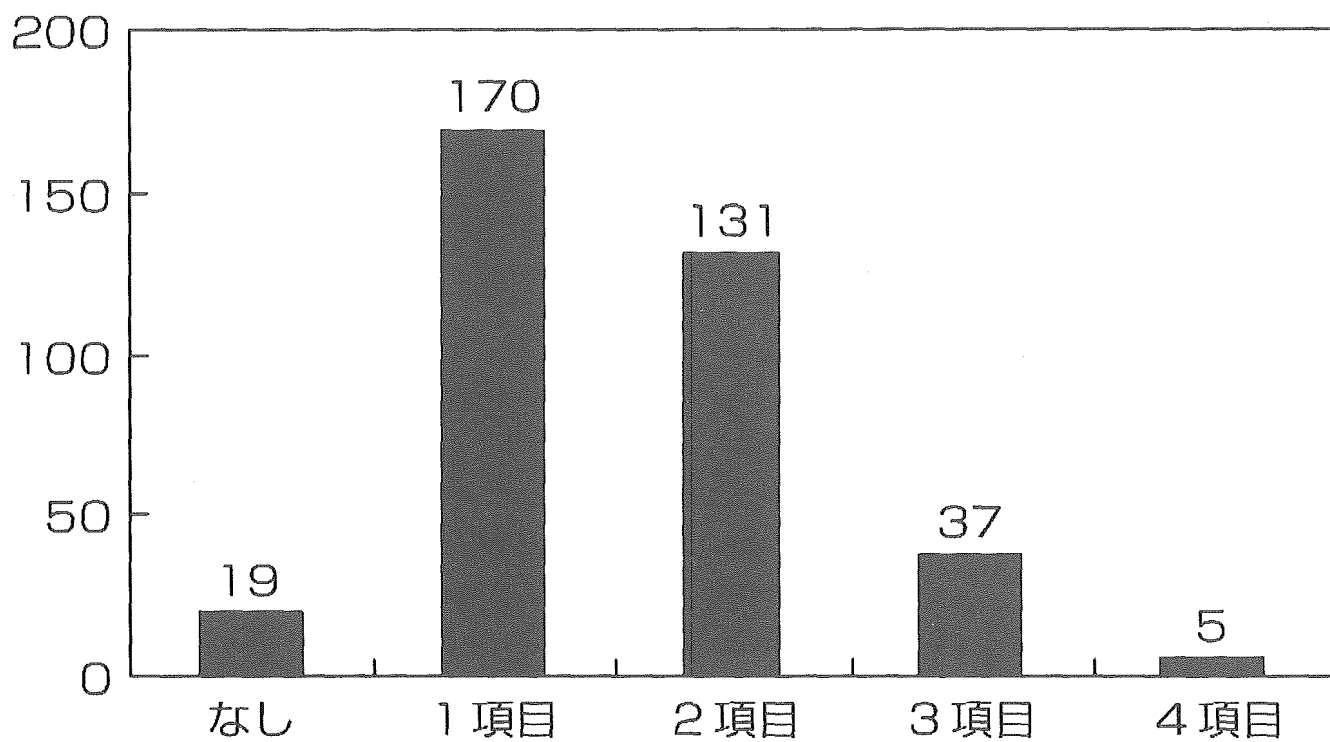


図4 事故やヒヤリ・ハットに関する項目記載数 (n=362)

## リハビリテーションにおけるリスクマネジメント －義肢装具士の立場から－

早稲田医療技術専門学校 義肢装具学科  
栗山 明彦

### 【はじめに】

義肢装具士 (PO; Prosthetists & Orthotists) の業務形態は、大部分が民間の義肢装具製作施設に勤務しており、近隣の医療機関から義肢装具の製作依頼を受け、義肢装具士がほぼ一週間のルーチンで病院へ伺い患者、障害者の方々に対し採型、適合業務を行い義肢装具を提供している。そのために医療機関に常勤している義肢装具士は大変少なく、医療機関に常駐している他の専門職とでリハビリテーション部門におけるリスクマネジメントの捕らえ方が大きく異なっていると考えられる。

本研究における「医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究」のアンケート調査では、リハビリテーション医学会研修認定施設 (333 施設) が対象となっているため、医療機関に勤務する義肢装具士が少ないことからアクシデント・インシデントの実態が明らかになりづらかった。

そこで新たに義肢装具士を対象としたリスクマネジメントについて調査する必要があることから、今回は日本義肢装具士協会の会員である義肢装具士を対象とした独自のアンケート調査を行ったので報告する。また今回行った独自のアンケートでは、内容が本研究から大きく外れることのないように、義肢装具士が医療機関から依頼を受け、患者、障害者の方々に義肢装具の採型、適合等の業務を病院内で行った場合の状況についてアンケート調査を行った。その際にはPL法 (製造物責任法) に関わる義肢装具自体でのアクシデント及びインシデントは除くこととした。

### 【研究方法】

すでにリハ医学会研修認定施設 333 施設へのアンケート調査が終了しているが、この調査では医療

機関に勤務する義肢装具士が大変少なく実態が見えてこないため、昨年末に日本義肢装具士協会会員の義肢装具士を対象としたリスクマネジメントに関するアンケート調査を独自に行った。

アンケート調査は日本義肢装具士協会に加入している正会員 (義肢装具士の免許を有する者) に対し、無作為に 200 名に対し郵送で行った。

アンケートの内容として、所属の形態、業務中のアクシデント・インシデントの数、事例、事故報告はどのようにしているか、その際のリハ部門の対応、事故が起こったときの説明は誰が行っているか、防止のための体制は知っているか、マニュアルがあるか、防止のための病院からの教育・指導があるか等である。今回のアンケート結果については、主要な部分のみ報告する。

### 【調査結果】

アンケート調査は、無作為に 200 名の義肢装具士に郵送にて行った結果、その回答数は 92 通であり 46% の回答数であった。

まず所属の形態について (図 1)、「民間の義肢装具製作施設」がほぼ 8 割を占めていた。その他「国公立またはそれに準じる医療機関」が 9.7%、「私的医療機関」が 10.9%、「更正相談所」が 1.1% であった。今回のアンケートでは医療機関が約 20% と高い数値であった。これはリハ医学会認定の研修施設以外の医療機関に勤務する義肢装具士も含まれているものと考えられる。

義肢装具士が医療機関で業務を行っている診療科目を調査したところ (図 2)、約 70% が「整形外科」であり、「リハ科」においては約 25% であり、「その他」5% は形成外科、脳外科、皮膚科、内科等であった。病院内で処方されている義肢装具は整形外

科の外来や、入院患者のための治療用装具が多く、リハ科を対象とした義肢装具の処方と比較的少ないようであった。

業務する医療機関でアクシデント・インシデントについてこれまであったかという義肢装具士は（図3）、「ある」が35名（38.1%）、「ない」が55名（59.8%）、「不明」2名（2.1%）であり、平成15年度中に起こったアクシデント・インシデントの件数（年間総件数）について、医療事故が4件そのうち死亡例は0であった。またインシデントの総件数については121件であった。92名の回答いただいた方でアクシデント・インシデントが「ある」と回答した35名が1年間業務してきてアクシデントが4件、インシデントが121件とは大変少ない数であり、インシデントについても年間の平均で約3.5件と少なかった。これらはリハ部門について調査したためか、アクシデント、インシデントともほとんど少なかった。

またこれらの事例については、PL法以外ということで、もっとも多いのは、訓練室や病棟とも採型時や仮合わせ時などさまざまな場面で見られる転倒が圧倒的に多かった。その他としてわずかだが、装具装着による潰瘍形成、神経圧迫、採型時に椅子からの転落、貧血、失神、ギプス切開時の皮膚切創や、患者への説明不足による装具装着方法が違っていた、などであった。

医療機関内でアクシデント・インシデントが起こった際の報告の方法について決まりごとがあるか（図4）についての問いでは、「ある」が25件（27.2%）、「ない」19件（20.6%）、「わからない」31件（33.7%）であった。「ある」と回答したのは病院勤務の義肢装具士がほとんどであった。その中でもアクシデント・インシデントの両方の報告義務がされている義肢装具士も病院勤務が多かった。

業務する医療機関での事故報告の方法はどのようにしているか（図5）、の問いでは、アクシデント・インシデントとも報告を義務化しているのは21.7%で、医療機関に勤務する義肢装具士の回答が多かった。その他27.2%が「各部署に任せている」、

であった。「義務なし」、「特になし」もあわせて30%近かった。

事故が起こった場合、患者に説明、謝罪について誰が行っているか（図6）、の問いでは、「病院側」が12件（13%）、「会社側」22件（23.9%）、「病院・会社とも行っている」27件（29.3%）であり、「不明」が31件（33.7%）であった。

医療事故防止などの対応のマニュアルが業務する医療機関にあるか（図7）、という問いには31件（33.7%）に「ある」、「ない」が37件（40.2%）と答え、3人に1人の割合で病院のマニュアルを見ているようである。この回答も医療機関に勤務する義肢装具士に多く見られた。

最後に業務する医療機関からの事故防止に向けての教育、指導があるか（図8）、の問いでは「特になし」では59件（64.1%）と外部からの派遣のせいか、半数以上の義肢装具士に対して病院側からの教育、指導がなされていないことがわかった。

その他の意見として、口頭での処方の指示や他の医療職からの指示など責任の所在があいまいだ、患者についての申し送りがなく事故を起こしそうだった、とか、他の医療職が義足のアライメントを変えた、などがあつた。

#### 【まとめ】

病院内のリハ部門での義肢装具士の業務としては、アクシデント・インシデントともたいへん少なく、そのためかリスクマネジメントへの取り組みについての認識も病院側、義肢装具士とも低いようであり、回答率の低さからも伺える。また義肢装具士は病院に常駐していないため、リスクマネジメントについて病院側からの説明・指導等も大変少なく、事故が発生した場合も誰に報告したらよいのか、事故防止のための体制についてもわからないという回答が医療機関に勤務する義肢装具士以外では多かった。また事故防止のマニュアルが病院にあるかどうかさえわからないようであった。

現段階ではリハ部門における義肢装具士においてアクシデント・インシデントとも少なく幸いであるが、現実的にアクシデント・インシデントをより一



層減少させるためには、事故の際の対処も含め病院側とともに協力し合い、リスクマネジメントについてお互い認識を改めていかなければならない。中には病院側が義肢装具士に対し出入りの業者という対応もあるようで、医療機関側の認識の低さも指摘されており、事故が起きた際の責任の所在への不安を感じる意見もあった。

現在の義肢装具士の医療機関への業務はほとんどが週1回というルーチンで行われている場合が多いようである。場合によって週に2、3度訪問することもあるようだが、理想的には医療機関内に義肢装具士が常駐するということができるれば、義肢装具への対応（アライメント調整、圧痛点等の対処など）もすばやく行うことができ患者のリハへの影響も大きく変化し、義肢装具におけるアクシデント・インシデントの数も減少すると考えられる。

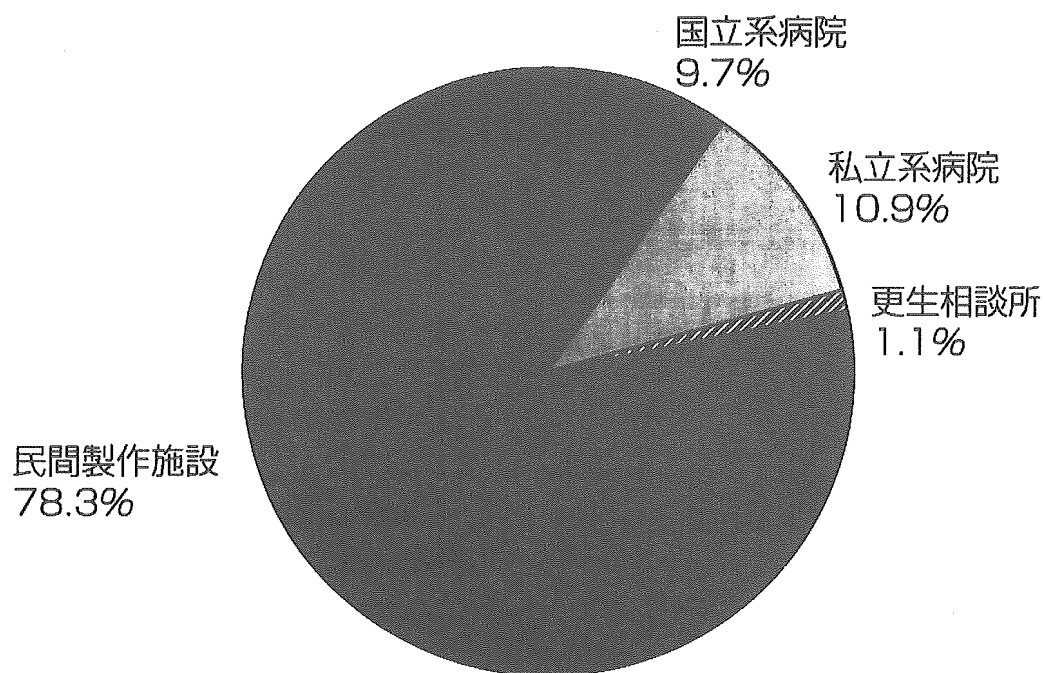


図 1 所属の形態について (N=92)

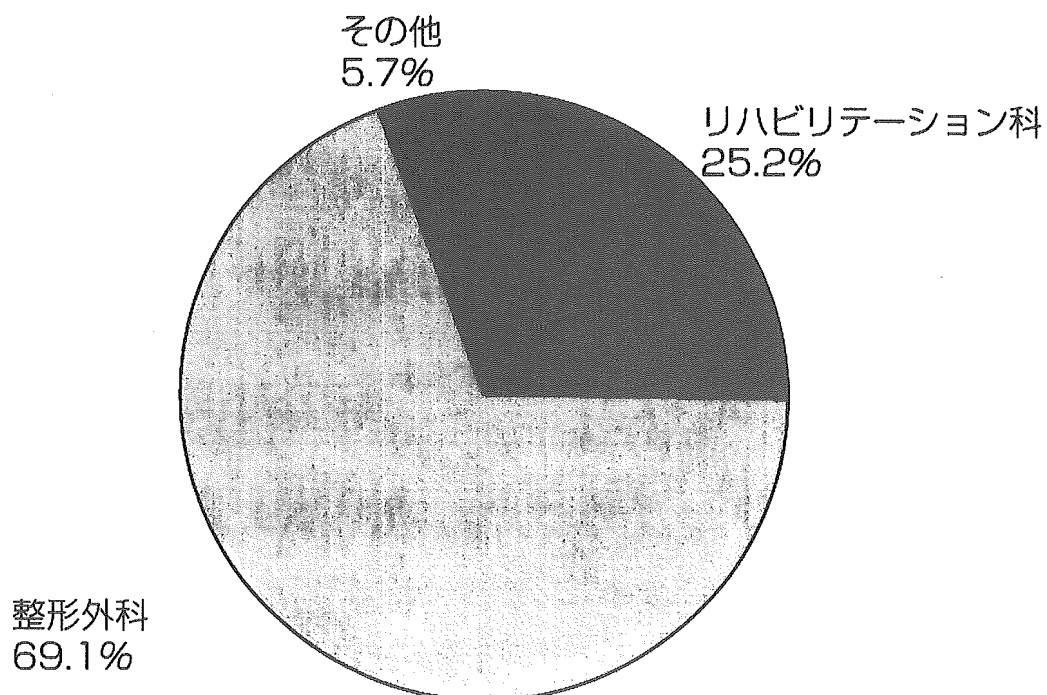


図 2 診療科目の割合について (N=92)

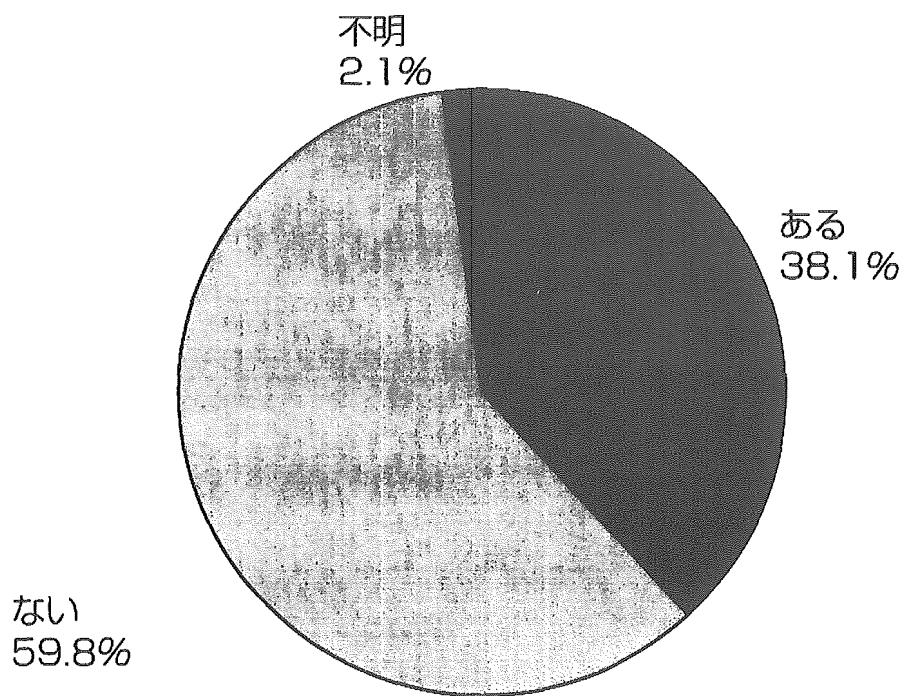


図3 医療事故・インシデントの有無 (N=92)

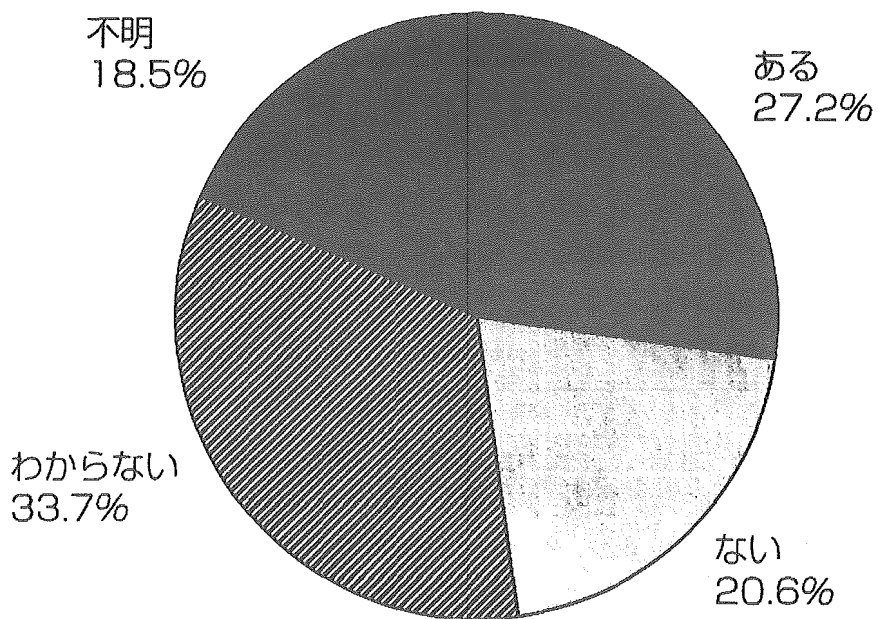


図4 事故などの報告の決まりごと (N=92)

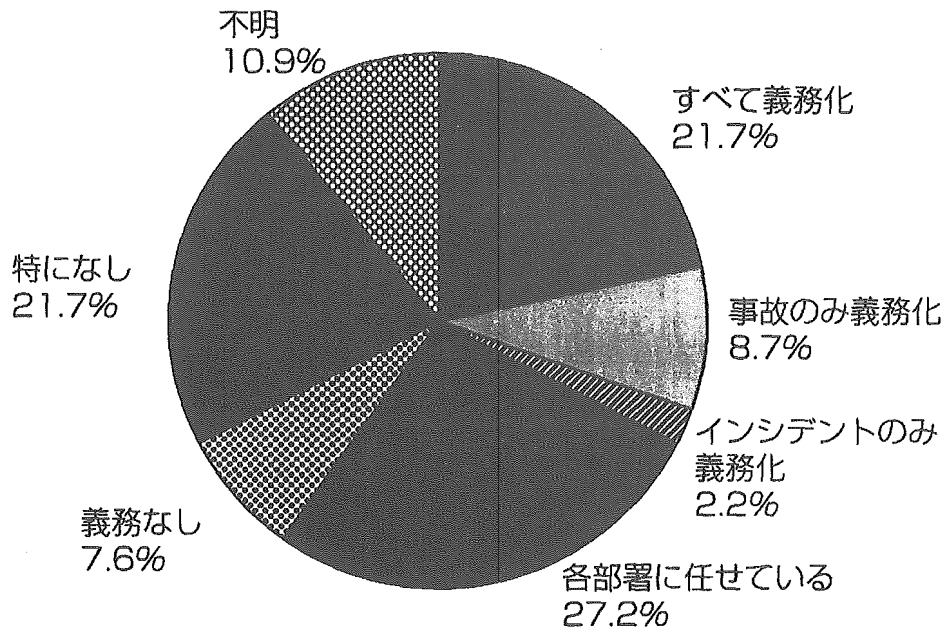


図5 事故報告の方法 (N=92)

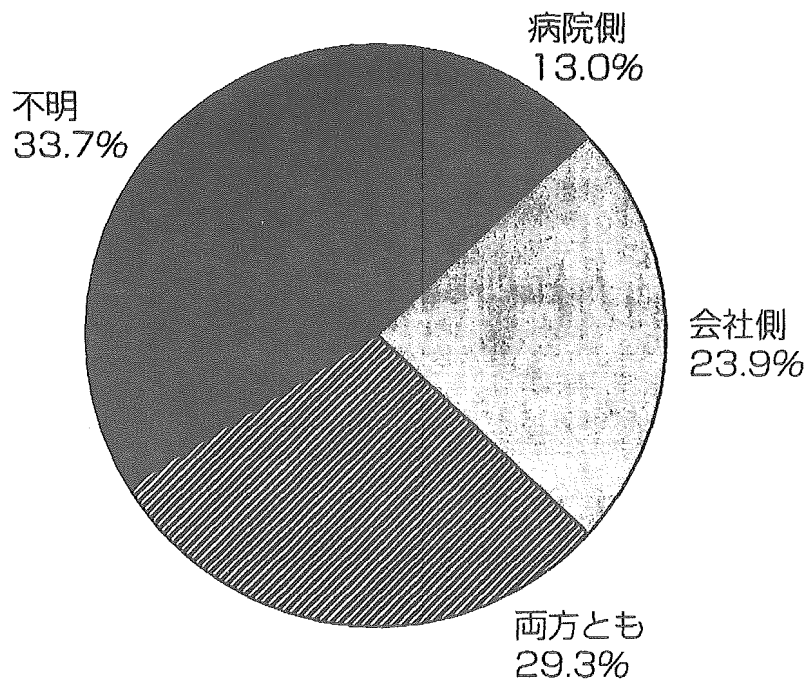


図6 患者への説、謝罪は (N=92)

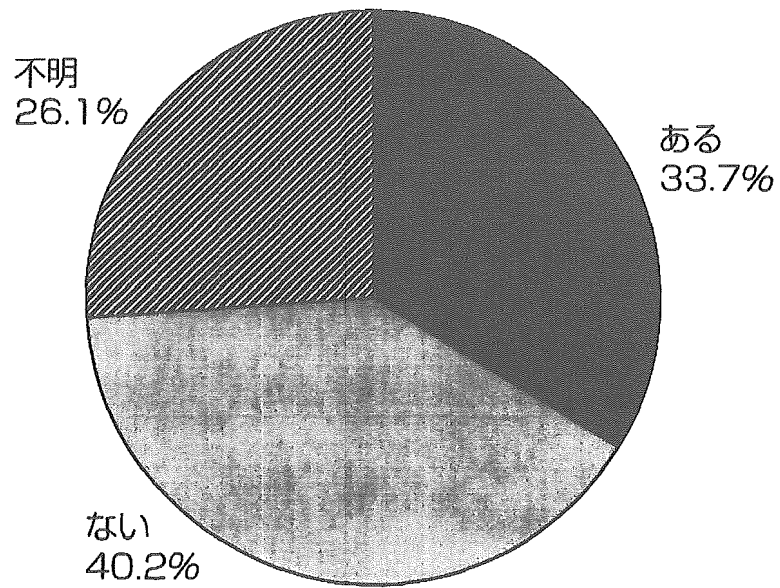


図7 業務している医療機関にマニュアルがあるか (N=92)

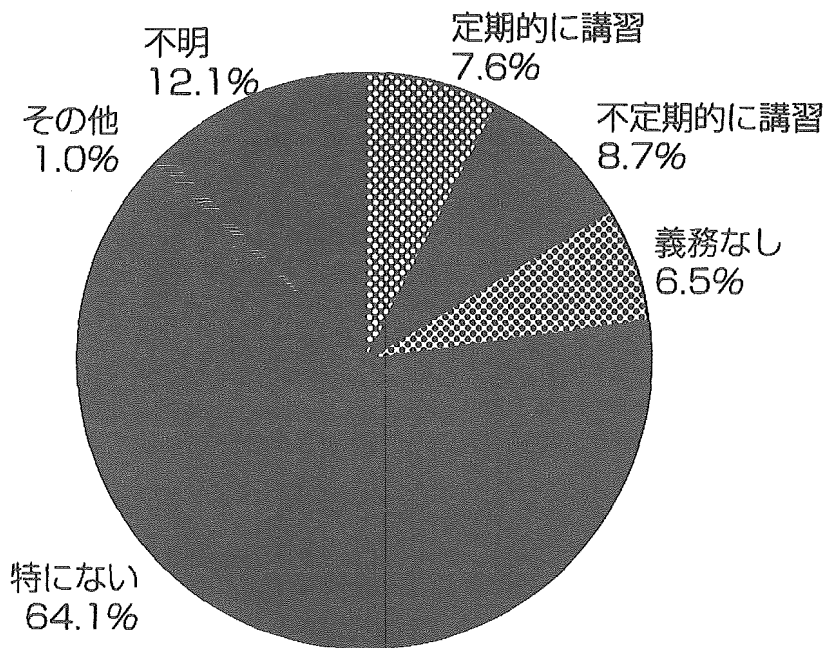


図8 業務している医療機関からの教育、指導 (N=92)

## 5.研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
		厚生労働科学研究費用補助金「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」研究班、他	リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン	医歯薬出版	東京	2006	

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
前田真治、椿原彰夫、高岡徹、永田雅章、山口昌夫、渡邊修	リスクマネジメントの新しい考え方	臨床リハビリテーション	14(3)	210-216	2005
渡辺京子、西潟央、松田徹、鶴澤吉宏	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	臨床リハビリテーション	14(3)	217-224	2005
東 祐二	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	臨床リハビリテーション	14(3)	225-231	2005
小島枝子、長谷川賢一	治療部門におけるリスクマネジメント (3) 言語聴覚部門から	臨床リハビリテーション	14(3)	232-238	2005
北代直美、渡辺真理子	看護からみたリハビリ科病棟におけるリスクマネジメント	臨床リハビリテーション	14(3)	239-246	2005
里字明元	リハビリテーション医の立場から	リハビリテーション医学	43(3)	149-155	2006

北代直美	リハビリテーション看護の立場から	リハビリテーション医学	43(3)	155-159	2006
遠藤 敏	理学療法士におけるリスクマネジメント	リハビリテーション医学	43(3)	159-164	2006
東 祐二	作業療法士の立場から	リハビリテーション医学	43(3)	165-170	2006
佐場野優一	言語聴覚士の立場から	リハビリテーション医学	43(3)	171-175	2006
栗山明彦	義肢装具士の立場から	リハビリテーション医学	43(3)	176-179	2006

# 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<sup>1)</sup> 椿原彰夫<sup>2)</sup> 高岡 徹<sup>3)</sup> 永田雅章<sup>4)</sup> 山口昌夫<sup>5)</sup> 渡邊 修<sup>6)</sup>

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

<sup>1)</sup> Masaharu Maeda MD  
北里大学東病院リハビリテーション科  
<sup>2)</sup> Akio Tsubahara MD  
川崎医科大学リハビリテーション科  
<sup>3)</sup> Toru Takaoka MD  
横浜市障害者更生相談所

<sup>4)</sup> 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  
<sup>5)</sup> Masao Yamaguchi MD  
金沢医科大学リハビリテーション科  
<sup>6)</sup> 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、業務にあたることが重要である。

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に行えないこと、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る。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に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<sup>1)</sup>。

### 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 接続チューブなどのはずれ
  - 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的人数で同席し、事故発生の事実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<sup>2)</sup>

- 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。

## ② 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、専門職間の良い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<sup>3)</sup>。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。

## ③ 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<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>。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