

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、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行うことは、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を、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) Amels 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。安心して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。

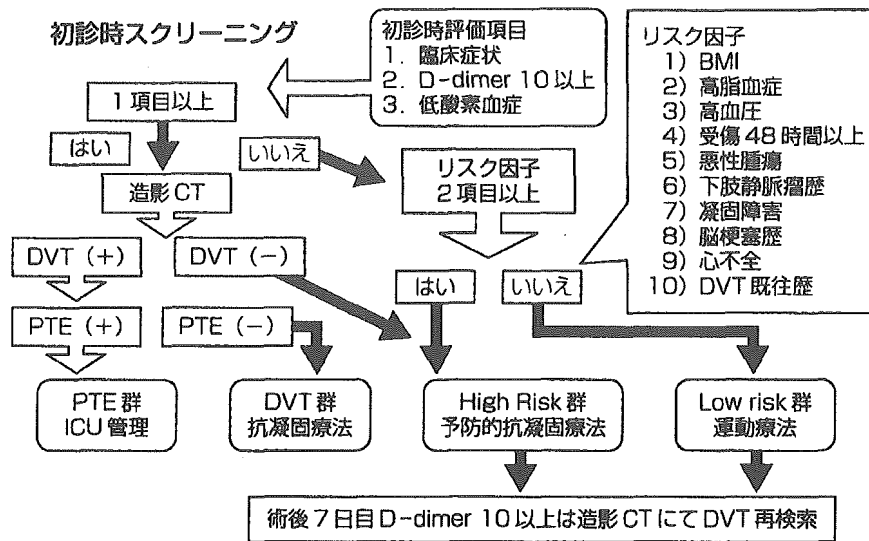
これまで当リハビリテーション(以下リハ)室の報告書提出件数は年平均15件前後であったが、2004年4月～12月はヒヤリ・ハットや苦情も含め60件(うち理学療法士関連が31件)と増加傾向にある。早期リハ開始、患者の重症化、増員により臨床経験年数3年未満の職員が全体の58%を占めるなど、職員教育の質的・人的問題の対応が迫られている。さらに患者・家族の権利意識も強くなり苦情も増えているが、これに関しては顧客満足度の監視としてアンケート、投書、患者自身が電子カルテを参照・入力できるシステムやツールを活用することで、情報共有化、再発防止、教育、検証をはかっている。

急性期整形外科疾患

● 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を発症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症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

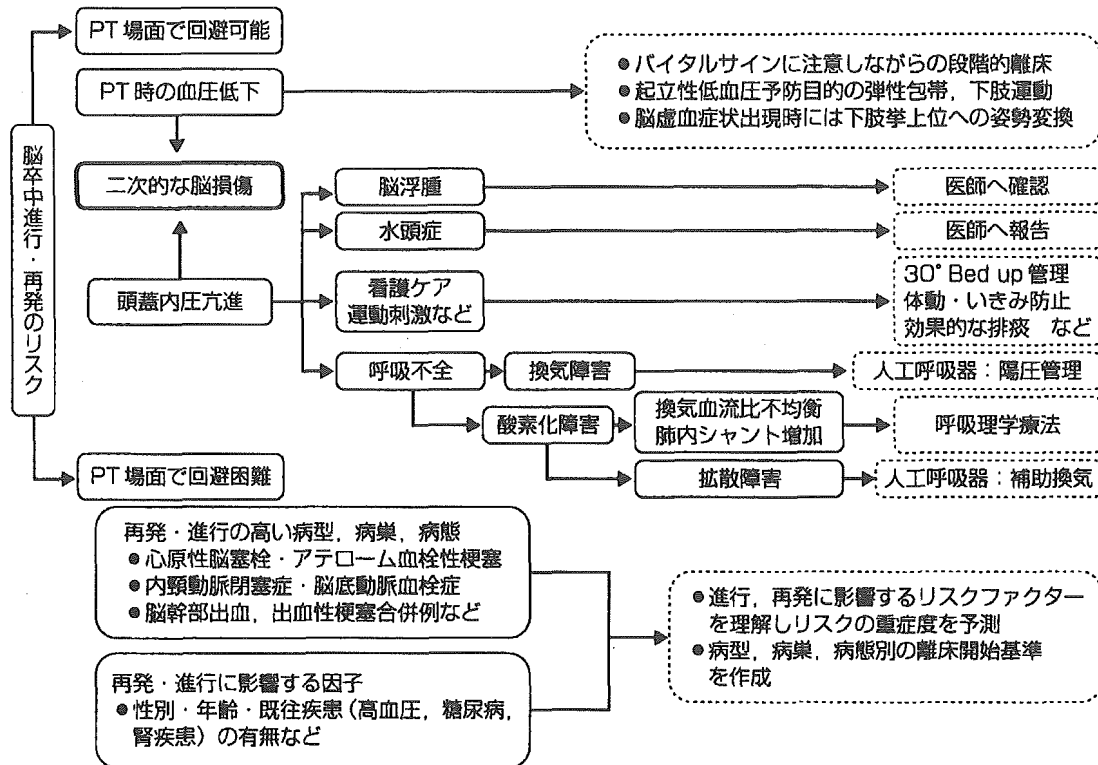
① リスクの実態と特徴

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、用手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ものまで、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ねばならない。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

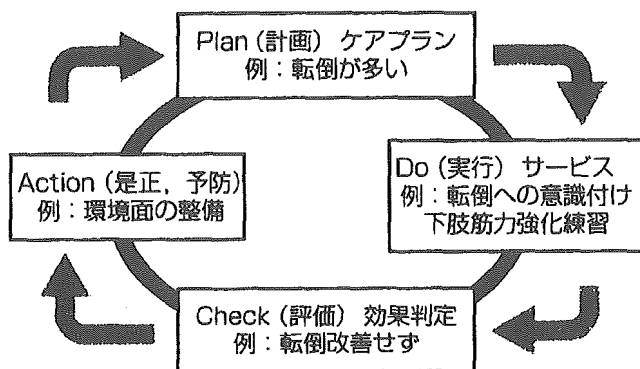
近年、介護老人保健施設に勤務する理学療法士が増えつつあるが、まだ充足しているとはいえない。マンパワーが充足すればインシデントが減少するともいい難く、高齢者施設における特徴を見直す必要がある。ひとつは、利用者の生活場면을熟知しているのは介護職員であるということである。理学療法士は専門的見地から介護職員を支援していかなければならない。つまり医師や療法士の役割は、利用者の状況を専門的所見から介護職員にフィードバックすることである。専門領域の用語で説明するのではなく、アセスメントで得た情報が利用者の生活に「どのように影響」して「何に注意」しなければならないかを分かりやすく説明する必要がある¹⁰⁾。また、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Ⅱb、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を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。東日本整形会誌 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) 山田典一：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—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、徒手のかつ個別的なかわりが多いため、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。

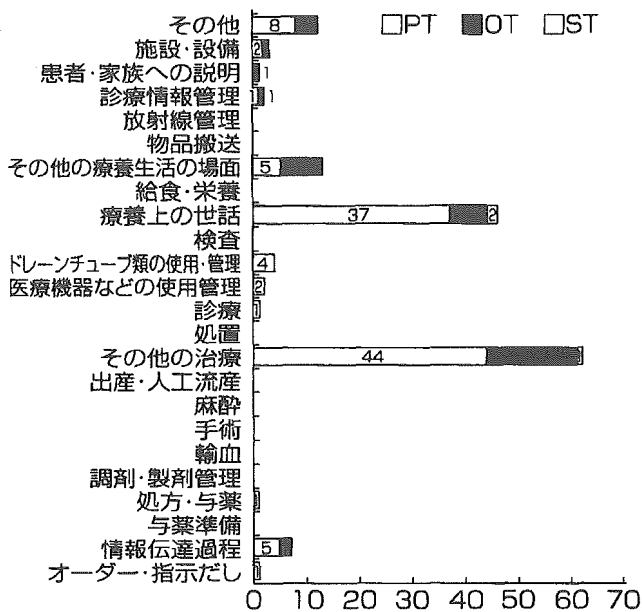
次に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士分のインシデントの発生場面を図1に示す。これをみると、セラピストにおけるインシデント発生場面は、その他の治療場面の割合が最も多い。これは、作業療法など直接的な訓練場面における発生事例ととらえることができる。ついで割合が高いのは、療養上の世話、その他の療養生活の場面、これは、病棟場面でのかわりと考えられ、平成14年の診療報酬の改定以来、病棟におけるリハビリテーション(以下リハ)訓練の機会が増加したことが影響しているものと考えられる。加えて、

■表1 インシデント発生件数(文献3を改変して引用)

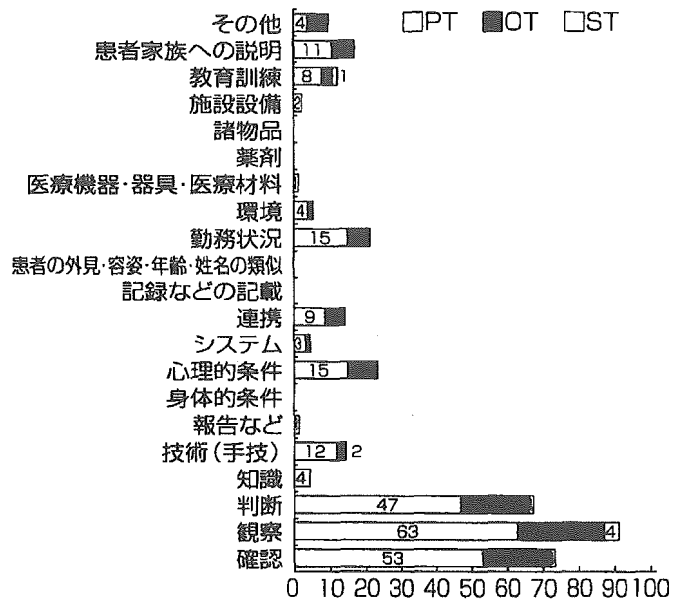
	8回	9回	10回	11回	合計	全体に占める割合
登録施設数	250	250	245	249	—	—
報告施設数	72	69	80	84	—	—
報告対象期間	'03年 5～8月	'03年 8～11月	'03年 11～2月	'04年 2～5月	—	—
医師	811	881	1017	928	3,637	6.630
歯科医師	5	3	10	6	24	0.044
助産師	100	149	113	122	484	0.882
看護師	9,983	11,454	10,632	10,564	42,633	77.718
准看護師	281	295	247	240	1,063	1.938
看護助手	62	85	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(PT)	35	39	34	36	144	0.263
作業療法士(OT)	20	7	8	10	45	0.082
言語聴覚士(ST)	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	作業療法室	3	2
		ST		1	10年未満	1		10:00~11:00	ADL室		2
					10年以上			11:00~12:00	言語療法室		1
								13:00~14:00	病棟		1
								14:00~15:00	デイルーム		
								15:00~16:00	廊下		
								16:00~17:00	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みると、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

しそうになったが4件，訓練以外で転倒しそうになったが1件，その他2件と転倒転落がほとんどを占めている。原因としては，思い込み7件，注意不足12件，確認不足6件，知識不足9件，手技未熟5件が多かった。インシデント発生後の患者への影響は，実害なしが9件，念のため検査の実施が3件であった。以上のことから，当院にリハスタッフにおける，インシデントの特徴は，経験の浅いセラピストに発生する傾向があり，場所は機能訓練室における訓練中で，内容は転倒・転落にかかわることで，原因は，経験不足からくる知識不足・手技未熟によるものと，確認不足によるものがあげられた。

◎ 作業療法場面において想定されるリスクの内容と特徴

身体障害領域の作業療法場면을想定し列挙すると(表4)すべての場面で発生しうるとは前提であるが，大別して，待ち時間や安静時も含めたすべての場面で起こりうるものと，作業療法士が個別にかかわることによって発生しうるものとに分かれる^{4,5)}。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実施する場合のことを示しており，事故が発生した際の対応策や医師との連携など，あらかじめ想定がしやすい。むしろ，予期せぬ事態が発生したときのほうがその後の対処に冷静さを欠く場合が多いので，事前の安全管理には十分な知識と体制を整備しておく必要がある^{6,7)}。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・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しては，リスク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，事故の際の対応方法の指導などが重要となる。

◎ なぜ，インシデントやアクシデントは発生するのか？

一般に，人はその生理的特徴から，注意深く安

■表4 作業療法場面において想定されるリスクの内容と特徴

事故内容	訓練場面
転倒・転落	ADL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すべての場面
筋・腱・靭帯・皮膚損傷	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
医療機器の不具合	
覚醒レベル低下	
感染	待ち時間や安静時も含めたすべての場面
器管内チューブの自己抜去	
自傷(自殺を含む)・他害	

全管理をしても必ずエラーは発生する。しかしながら，その対策を考える場合，事故やトラブルの原因が「ヒューマンエラー」と同定されると，それ以上の原因の可能性を考えなくなるのかもしれない。むしろ，ヒューマンエラーは発生するという前提に物事を考える必要がある。

例えば，1人のセラピストが3人の集団訓練を実施している際に，1人の患者の訴えを聴く状況が発生した。そのときに，もう1人の患者が車椅子から立ち上がろうとしている。通常は，注意深く，万全の体制をもって対応するため，立ち上がろうとした患者は，当事者のセラピストによって制止され，転倒などのリスクは回避される。しかしながら，セラピストが，最初の患者の訴え(ハプニング発生)について，ことのほか重要なことであるとの認識をもった場合(注意の配分の偏りが発生)で，かつ，立ち上がろうとした患者は，これまでの訓練で1回もそのようなことがなかった場合(思い込み)，セラピストの意識には，立ち上がろうとした患者に対する，注意・観察・安全確認意識が低くなり転倒につながるかもしれない。このように，細かなミスと，思い込みによる

判断ミスが重なると、重大なミスにつながりかねない。細かなミスの重複をさけることはもちろんであるが、それに備えて、他のセラピストの注意の喚起によって、未然に事故を防止することが可能となる。ヒューマンエラーは「結果」である、と理解し、その誘因を分析し対処することが事故防止のために重要な考え方である。

① リスクマネジメントの工夫

先にも述べたとおり、当院では、インシデントもしくはアクシデントにかかわる当事者は、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、即座に発生状況の検証を行い、発生原因と防止策、心構えなどについて指示する。さらに、事故防止のために、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ついては、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義務を課している。それによって、当事者にリスク管理の重要さを意識づけることを意図しており、現場責任者は、必要に応じて技術指導や知識の教授を行う。また、リスクに起因した、現場の環境の整備や機器の整備を必要に応じて行う。また、他スタッフには、スタッフ間の連携強化への呼びかけと、アクシデント発生時の対応方法について確認する。これらの対応の実現は、多忙な臨床業務をかかえるセラピストにとって容易なことではないが、少なくとも重大な事態を招く恐れがあった事例については確実に実施すべきである。

② 医療安全に必要とされる意識とは

先述のとおり、作業療法の訓練場面の特徴が、個別的対応が主体であることから、1人の作業療法士が、患者の安全管理を個別に行うことになりがちである。そのため、技術不足などの個人レベルの技術的限界や人間の生理的限界として発生す

る細かなミスの重積で、重大な事態を招きかねない。それを補うための方策として、セラピストチーム全体での助け合う意識の構築が重要であると考える。また、経験の浅いセラピストや臨床実習学生の臨床場面を観察していると、「ヒヤッとしている」のはわれわれ有経験者であって、本人はさほど気づいていない場面に遭遇する。そのたびに、一つひとつの事象に対して、根気強く当事者に意識づけを行うことの重要性を痛感する。

一方、有経験者においては、経験を重ねるごとに、知識技術レベルが向上し、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なりがちになると「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、定期的な研修の実施は重要である。また、今後、安全管理に関する機器の開発に対する関心の高まりも重要であると考え

③ 教育指導体制の重要性

① 卒前教育

医療安全対策に関する、スタッフの教育の必要性はいうまでもないが、卒前・卒後の教育プログラムに反映させることは重要である。

一般に、作業療法士の卒前教育課程においては、学内での座学と臨床実習教育の双方があり、臨床実習の比重が重いことが特徴といえる。学内での座学においては、まず医療は患者のためのものであり、安全がすべてに優先し、チームの一員として医療を実践すること、業務手順や指針を遵守する意識が必要なこと、などの基本的な心構えを身につけさせることが重要である¹⁾。

臨床実習教育においては、臨床実習指導者が、学生の医療安全に関する知識や意識を確認したうえで、おのおのの実習施設において起こりうる、事故について、その発生原因、対処方法に関して十分な説明をして現場に臨ませることが必要である。また、当然であるが、臨床実習指導者は、医療安全の観点から患者の状態像を把握し、事故の発生を未然に防ぐ体制をとる必要がある。臨床実習学生の、日々の報告の際には、口頭あるいは記

述報告をさせ、医療安全に関する意識の習慣化を図ることが望ましい。

② 卒後研修

卒後研修は、特に新人研修が重要である。実施内容と指導体制は、先述の臨床実習指導体制と同様であるが、特に、チームの一員として診療業務を遂行する意識を身につけさせることが課題である。また、危険性を予測する能力や業務に優先順位をつけるなど、個々の業務を安全に遂行できるための、知識・技術を修得させる必要がある。さらに、自分の担当患者だけでなく、他のスタッフの担当する患者にも目配りし、機能訓練室全体として、安全が確保されているかについて、意識することを身につけさせる必要がある。

㊦ ケースレポート

ADL室にて、作業療法士が片麻痺患者のトイレまでの移動動作訓練中の立ち上がり介助実施中に、患側方向にバランスを崩し転倒しそうになったところを、他のスタッフの協力により転倒を防いだ。担当作業療法士(経験1年目、当時6カ月)からの事後の口頭ならびに書面報告をうけて要因を検討し対策した。要因のひとつに、立ち上がり介助を実施する際の準備不足が考えられた。通常、歩行介助の際、転倒を防止するために、介助すべきポジションを患者の前方・側方・後方のいずれにも対応できる患側に位置する必要があるが、今

回の場合、患者の健側に位置して介助を実施していた。その原因として、注意不足と背景に、当事者のセラピストの経験不足による、手技未熟が考えられた。同時に、現場指導者において、リスクの高い動作訓練を実施する際の指導体制が完全ではなかった。そのため、当事者には、医療安全意識の向上と技術の習熟が必要と認め、現場指導者に対する報告(毎日)を指示し、現場指導者には、当事者に対する技術指導を指示した。その後、当事者におけるアクシデント・インシデント事例の発生はない。さらに、当事者の医療安全意識の高まりはかたちとなって現れ、自主的に想定しうるリスクをノートに列挙して自己啓発するに及んでいた。

㊦ おわりに

作業療法などリハ訓練場面におけるリスクの実態と対策について述べた。医療安全対策を効果的なものにするには、施設をあげて実施することが重要である。すなわち、事故を未然に防ぐソフト・ハード両面の整備とシステム構築が必要である。同時に、個々の現場スタッフにおいては、知識や技術の修得はもちろんであるが、安全管理意識を強くもつことが最も重要であると痛感している。今後も、重大な事態が発生しないことを祈って、稿を終えたい。

文献

- 1) 厚生労働省医療安全推進総合対策検討会議：2002.4.
- 2) 日本リスクマネジメント協会：2005.1.
- 3) 厚生労働省医療安全対策情報，2005.1.
- 4) 日本作業療法士協会：作業療法士ガイドライン，2003.8.
- 5) 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 29 (7)：597-602，2001.
- 6) 早川俊秀：脳卒中作業療法における過用と誤用，OTジャーナル 29：340-344，1995.
- 7) 弦巻浩枝：脳卒中中の摂食・嚥下障害，OTジャーナル 33：867-872，1999.

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

小島千枝子¹⁾ 長谷川賢一¹⁾

key words 診療の補助行為 摂食・嚥下訓練 安全条件の確保 情報の共有化
精神的リスク

内容のポイント Q&A

Q1 リスクの実態と特徴は？

事故やヒヤリ・ハットのほかに苦情・不満を含めるとアンケート回答者約8割がこれらを経験している。身体危害の約7割が誤嚥・窒息と転倒・転落であった。近年、言語聴覚士の臨床においては摂食・嚥下障害の治療・訓練が占める割合が高くなってきており、摂食・嚥下訓練をすすめるにあたり、いかにリスクを最小限にとどめるかが言語聴覚士にとっての大きな課題である。

Q2 リスクマネジメントの工夫は？

<リスクを起こさないための工夫>

①患者(児)の疾患や症状を観察や情報収集により十分に理解し、危険行動に常に対応できるよう留意すること。②「医師の指示」のもと行うこと。③嚥下障害を正しく評価し、適切な訓練計画を立案し設定した安全条件を確実に伝達し守っていくこと。④訓練中は全身状態、呼吸状態、嚥下機能、神経学的所見などに注意し、危険な徴候を見逃さないこと。⑤医師、関連職種と情報を共有すること。⑥STの身を守るリスク管理として、感染や被曝に注意すること。

<万が一事故が起こったときの対応>

気道確保のための緊急の対策をとる。事故の原因を追及し、インシデント・アクシデントレポートを活用して書面に残しておく。

Q3 必要とされる意識改革は？

常にリスクを意識し、安全性と活動性をともに確保する努力が重要。コミュニケーション不足による精神的なリスクにも注意するという意識改革が必要。

はじめに

マンパワーが中心で、かつ高度化・複雑化した医療現場にあっては、小さなミスが生命の安全を脅かす事故につながりかねないため、慎重な対応が求められる。

* Risk management for the speech-language-hearing therapy section

¹⁾ Chieko Kojima ST, Kenichi Hasegawa ST
聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部言語聴覚学専攻

■表1 医療事故発生率

事故の内容	発生率
転倒・転落など(監視外)	49.1
転倒・転落など(監視内)	15.7
服薬	10.7
点滴	5.7
誤飲	1.1
内視鏡	0.7
造影検査	0.4
その他	16.7
合計	100.0

(ヒヤリ・ハット報告含む)

表1にある病院におけるヒヤリ・ハットを含む医療事故の統計を示す。転倒・転落事例が最も多く、ついで与薬となっている。転倒・転落は職員の監視下でないときに多く発生している。これらの事例は言語聴覚療法の臨床場面においても少なからず認められるが、ここでは言語聴覚領域に特徴的なリスクと対策を中心に述べる。

言語聴覚士にとってのリスク

言語聴覚士法では言語聴覚士の定義(第2条)に医師の指示についての記載がなく、業務を行うにあたって主治の医師、歯科医師がある場合は、指導を受けることとされている。医師の指示の下に業を行うと定義されている理学療法士、作業療法士とは、この部分が異なっている。ただし、診療の補助行為として規定された業務(表2)、つまり身体的にリスクの高い業務は医師・歯科医師の指示を受けることになっている。具体的には嚥下訓練、人工内耳の調整のほか、厚生省令で定められた他動運動や抵抗運動を伴うものまたは薬剤や器具を使用する訓練・検査がそれにあたる。もちろん、これ以外の行為であっても常に危険性を意識して業務にあたることは述べるまでもない。

リスクの実態と特徴

平成16年、日本言語聴覚士協会は会員を対象

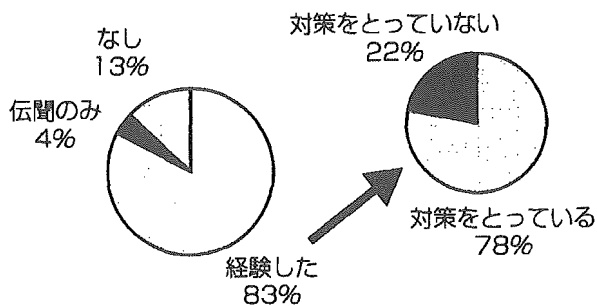
■表2 診療の補助行為(言語聴覚士法)

- 嚥下訓練
- 人工内耳の調整
- 機器を用いる聴力検査(簡易聴力検査は除く)
- 聴性脳幹反応検査
- 音声機能に係る検査及び訓練
(他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る)
- 言語機能に係る検査及び訓練
(他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る)
- 耳型の採型
- 補聴器装用訓練

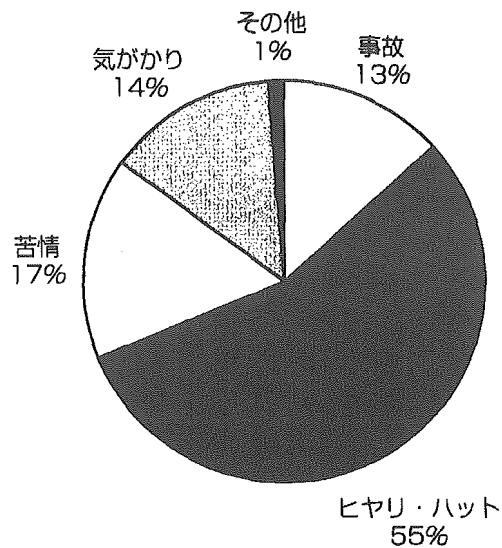
に、言語聴覚士のリスクに関するアンケート調査を行った。この調査では事故、ヒヤリ・ハットのほかに、対象者・家族からの苦情・不満や気がかりなできごとを含め、リスクを幅広くとらえ調査している。

回答総数295件のうち、これらの事例を経験した会員は83%で、経験なしは13%であった(図1)。多くの言語聴覚士がリスクを経験したり、感じたりしていることになる。経験した事例(重複回答:429件)を区分別にみると(図2)「ヒヤリ・ハット」が55%と最も多く、「苦情」17%、「気がかり」が14%、「事故」は13%であった。記載のあった事項の内訳(図3)では「身体危害」が63%と最も多く、ついで「期待・意思疎通」(訓練効果・内容などの期待はずれ・意思疎通不良)21%であった。「身体危害」のなかでは(図4)誤嚥・窒息に関する事例が35%、転倒・転落に関する事例が34%であった。この2つの事例で身体危害全体の約7割に達する。近年、言語聴覚士の臨床においては摂食・嚥下障害の治療・訓練が占める割合が高くなってきており、ヒヤリ・ハットとはいえ誤嚥・窒息の事例が多いという結果は言語聴覚士領域のこの現状を反映しているものと考えられ、特に摂食・嚥下訓練においてはリスクに対する十分な対策を講じる必要があることを示唆している。「期待・意思疎通」のなかでは(図5)説明不十分・意思疎通不良が36%、訓練内容・効果が不適切あるいは不満が29%、方針・選択への不満が14%であった。また「守秘義務

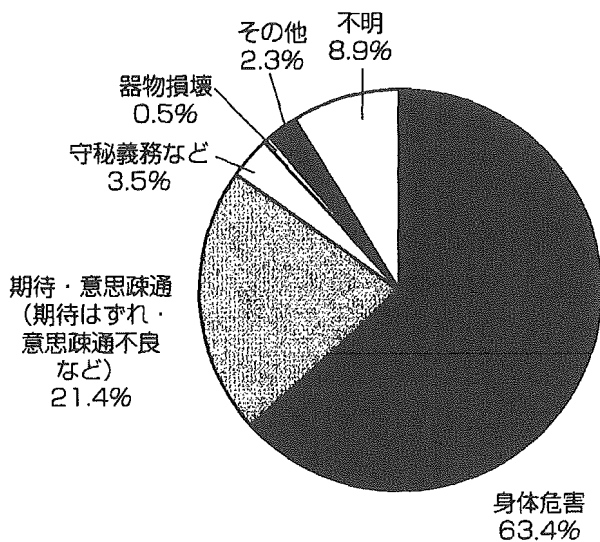
■ 図1 事例の経験



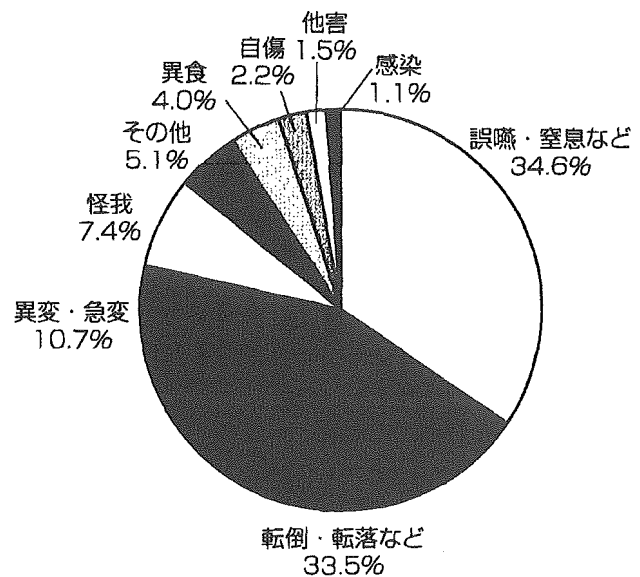
■ 図2 事例区分



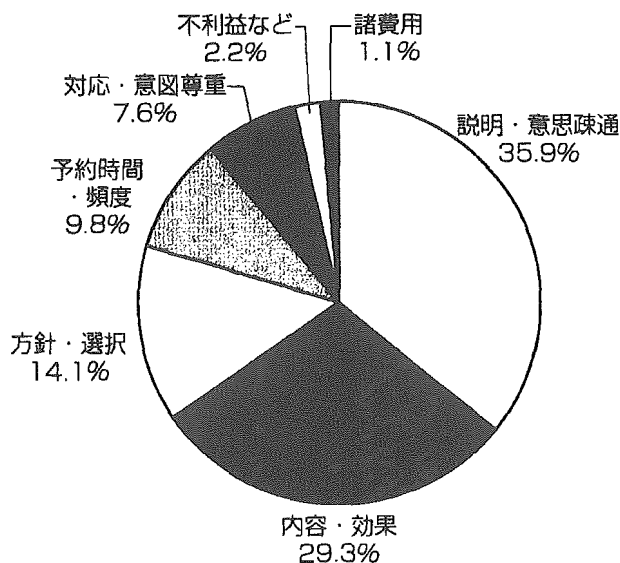
■ 図3 記載事例区分



■ 図4 身体危害の内容



■ 図5 期待・意思疎通の内容



など」では名誉毀損(プライドを傷つけられたなど)が多かった。

これらのリスクへの対策(表3)については、医療事故を体験した言語聴覚士の78%が、何らかの対策を講じていると回答している。具体的内容としては環境整備による安全体制の確保、チーム連携、事前の情報収集によるリスクの低減、連携や監視体制の強化による転倒・転落事故防止などをあげている。