

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 業務の繁忙化、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 入院不適応 (家に帰りた)

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、入院不適応があった。

要因は、患者の状況と業務およびシステムに関するものが挙げられる。

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

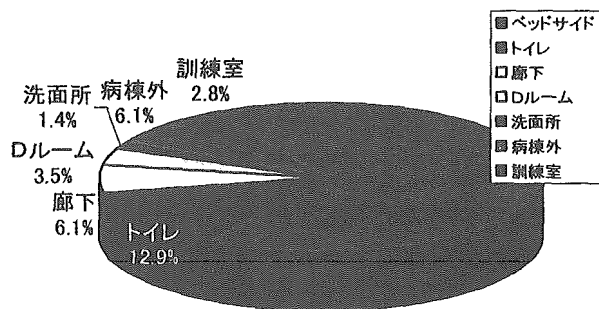


図1 転倒・転落の発生場所

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

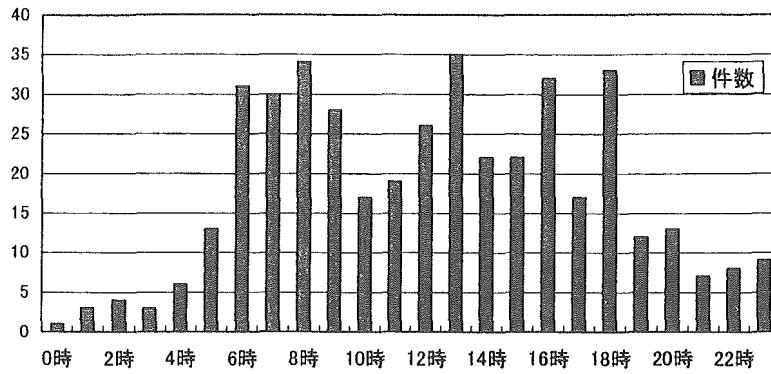


図2 転倒・転落の発生時間

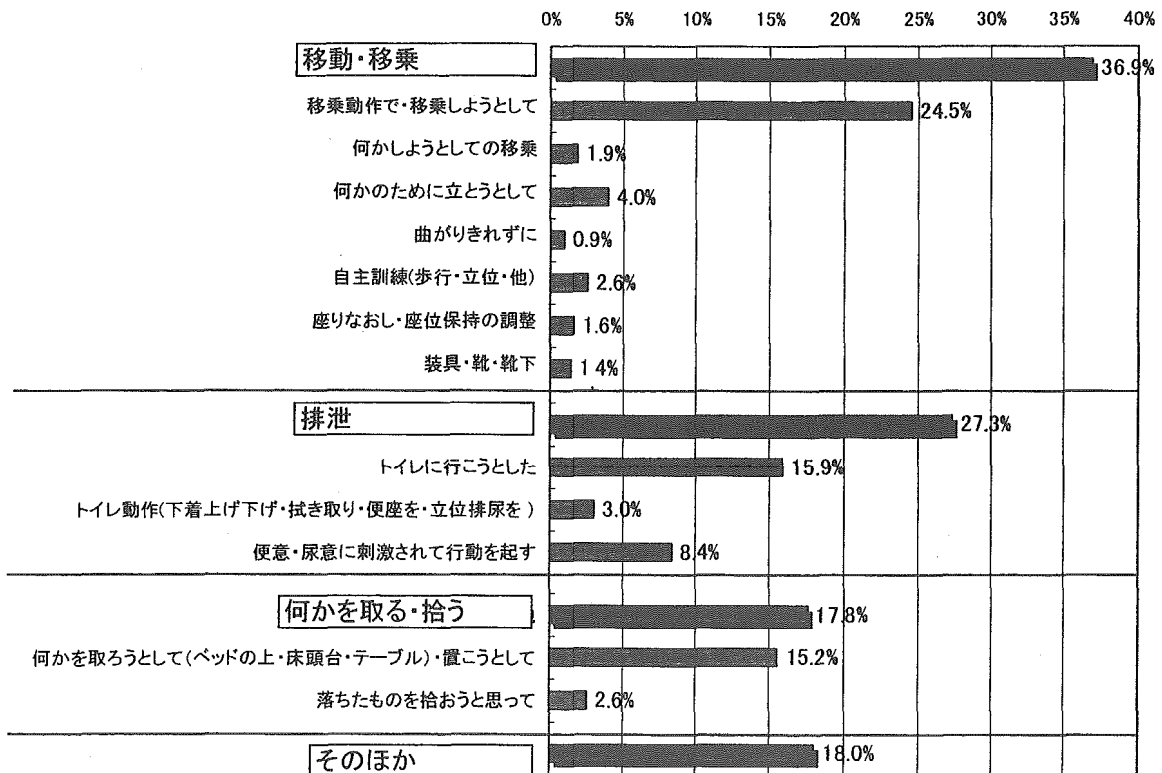


図3 転倒・転落の理由

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

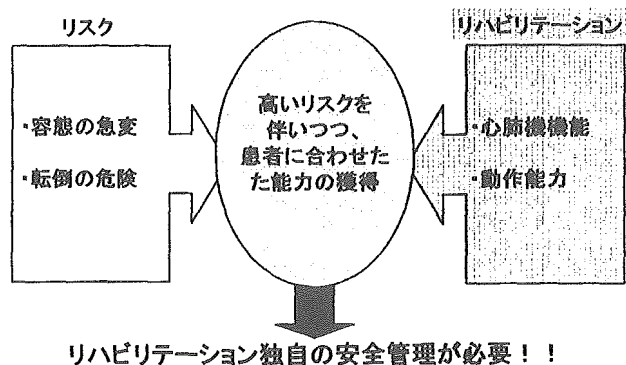


図1 安全とリハビリテーションの関係

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こと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次設立ブームが起これり80校になり、

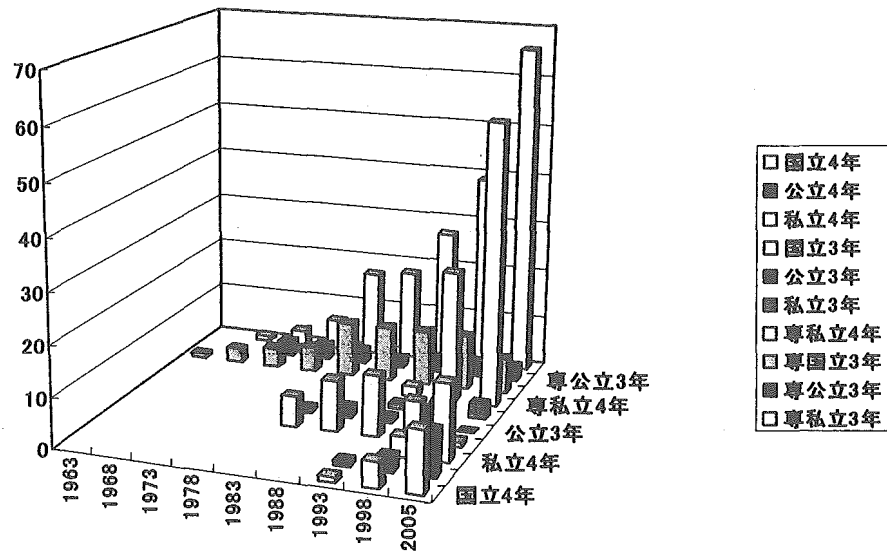


図2 養成施設の急激な増加

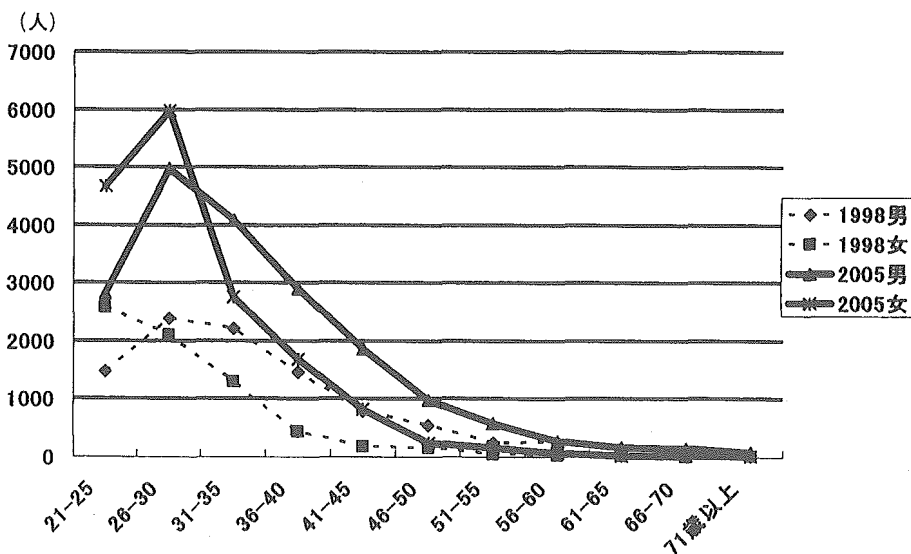


図3 PT協会員

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

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、当然ハインリッヒの法則が当てはまる。ハインリッヒの法則とは、1件の重大事故が発生した場合、29件の危険事故、300件のニアミスが潜在的に起こってはじめて起こる事故であるとの法則である(図5)。

このような報告は、現在インシデントレポートとして報告されるようになってきているが、インシデントレポートの書き方は、このように事故報告書と同一の書式になっており、患者に被害の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きている。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。

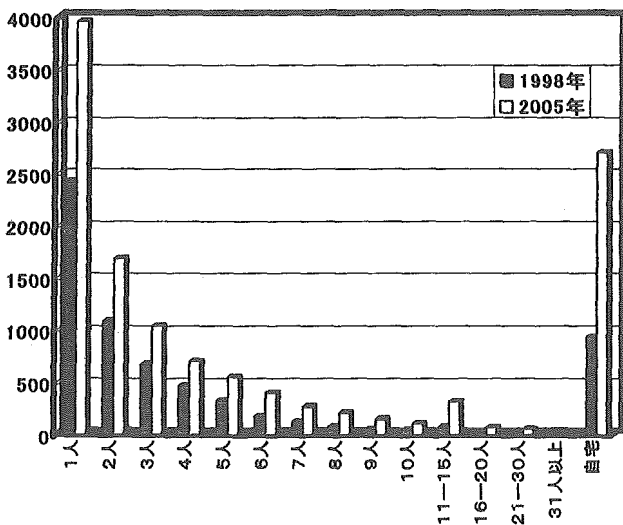


図4 理学療法士の職場
2005年3月31日現在 (JPTA資料より)

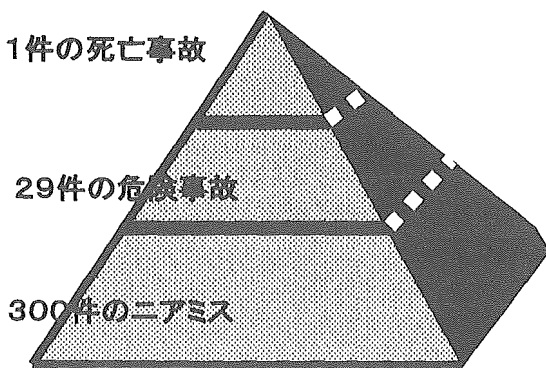


図5 ハインリッヒの法則

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きれば重大な影響を及ぼす可能性の強い事項については、たとえ、その折に患者が障害を被らなくても「事故」として届け出る。

提出先・回覧

報告書→所属セーフティマネージャー→医療安全対策室→病院長

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ぬようにし、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)

報告書			
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)		
性 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)		
対象日時	年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分(頃)		
(患者、家族、来 訪者等)	氏名:	年齢: 歳	性別: 男・女
	患者番号:	病棟:	診療科:
申立人 (親戚でも可)	患者本人 患者家族 患者側弁護士 報告者本人 職員() その他()		
内 容 (下記にチェック) 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 レベル不属 (詳細は裏巻 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

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

表5 生涯学習プログラム

5年で10単位	参加 発表(単位)	
・士会主催の学術集会・研修会	1	3
・隣接学際領域理学療法の専門領域	1	3
・ブロック主催の学術集会・研修会	1	3
・現職者講習会	2	6
・全国学術集会・研修会, 国際学術集会	2	6
・専門領域研究会の学術集会・研修会	2	6
・シンポジストも単位として認める		
	筆頭者	共同著者
・ISSNの認可の学術誌論文	5	1
・医療福祉チャンネル774	年間1単位	

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

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っては

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

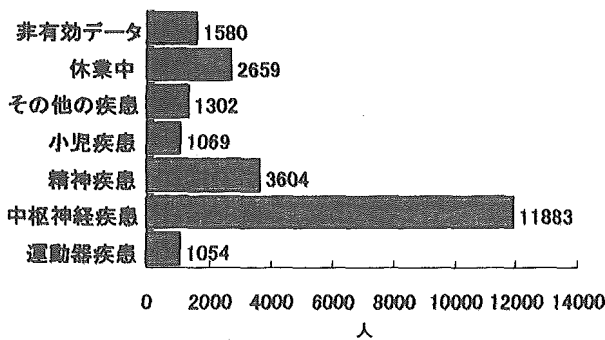


図 1 作業療法の主な対象疾患 (2004 年日本作業療法士協会調査部) (n = 23,151)

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、徒手的訓練時 (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。

作業療法士の立場から

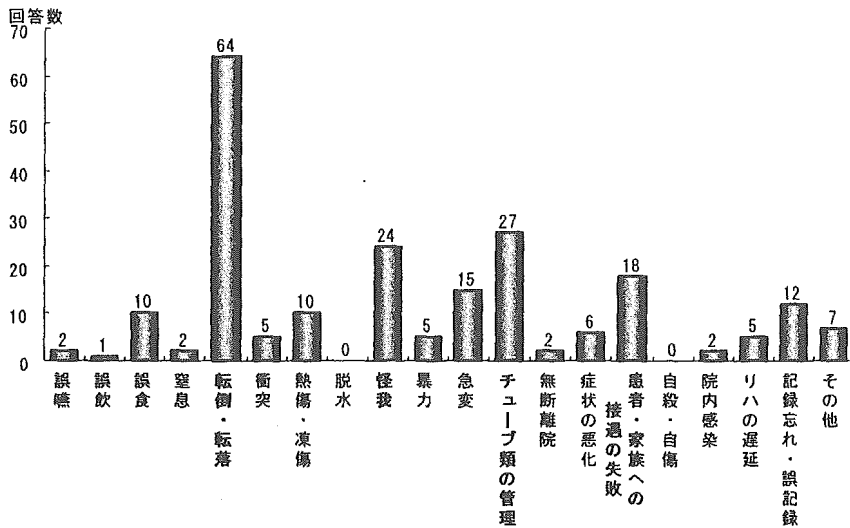


図2 医療事故の内容 (n = 217)

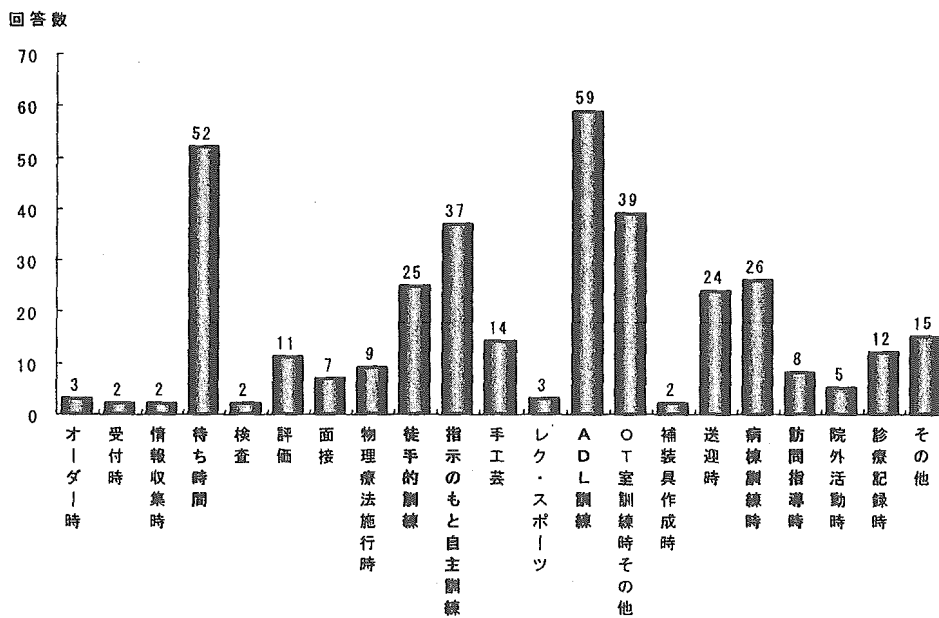


図3 事故の状況・場面 (n = 357)

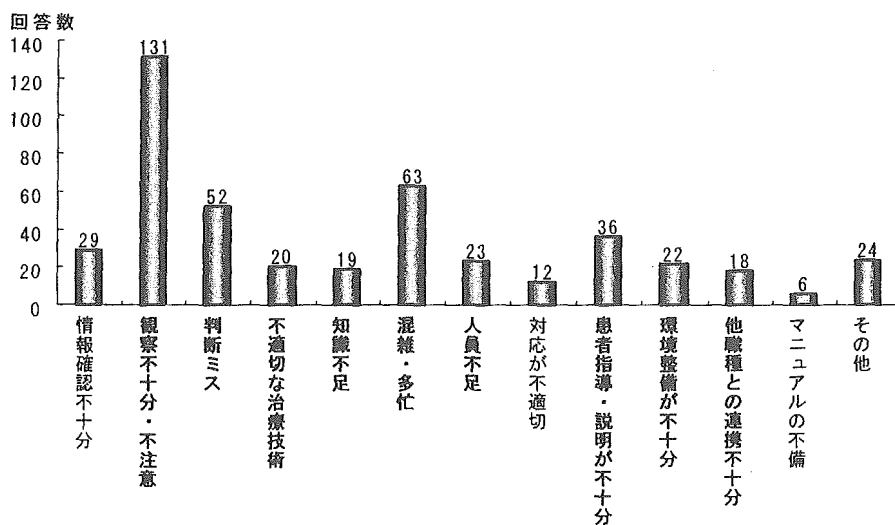


図4 事故の要因 (n = 455)

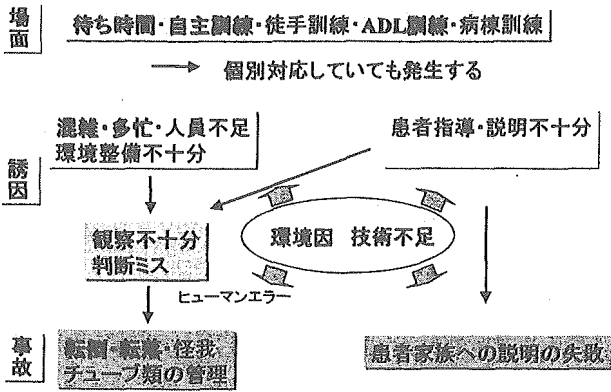


図5 作業療法場面における事故の構造

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、

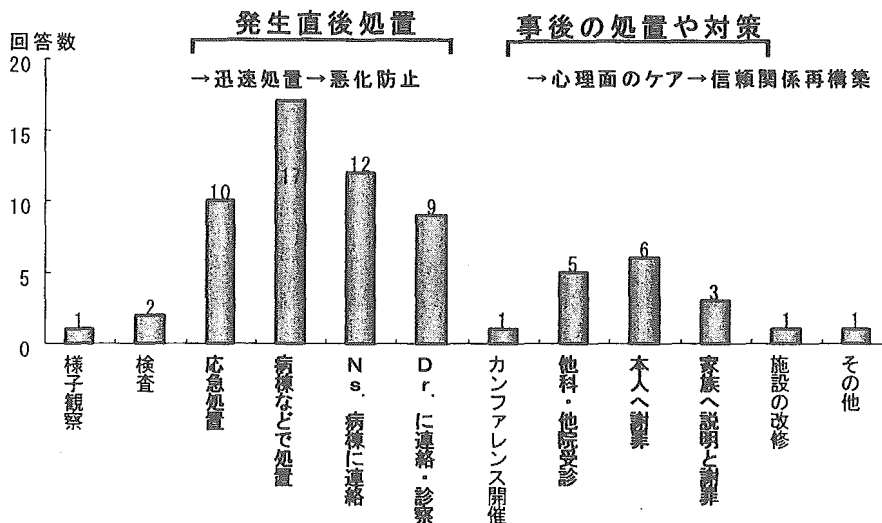


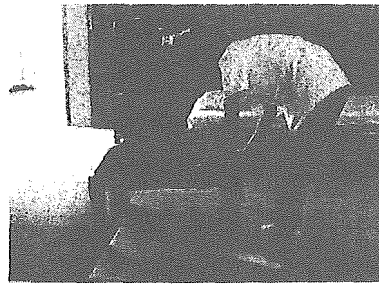
図6 事故発生後の対応

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

術と知識の向上のためには、安全意識を高める研修や技術教育といった教育指導体制の整備が重要であり、相互連携においては、安全マニュアルの整備などシステムの整備が極めて重要と言える。特に、個々の意識を高め、習慣化することは極めて重要であり、定期的な研修、カンファレンスの実施、リスクマネジメントシートの活用、インシデントレポートの活用などが効果的である。また、安全管理技術を高めるには、臨床現場での個別の指導が最も効果的であると考えられ、これらのごとを繰り返すことで、経験を重ね、安全管理意識と行動が習慣化するものと考えられる。

また、今後さらに、医療安全対策の実効性を向上させる上では、卒前・卒後教育プログラムの整備、充実が必要であり、カリキュラム化が望まれるところである¹⁾。

さらに、これは、将来に向けた目標と言えるが、ハード面の環境整備においては、どうしても発生してしまうヒューマンエラーをカバーする支援機器の開発やその設置義務の制度化などが考えられる。

おわりに

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。

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れ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も重要であると考えられた。

事故発生をゼロに抑えるのは極めて困難なことであるが、不幸にして発生した事故については、直後の処置と事後の心理ケアが重要であり、事後の対応マニュアルの整備と想定訓練が重要であると考えられた。

最後に、本稿では明らかにならなかったが、個別対応でかつ医療機関から離れたところに対応する訪問リハ訓練時のリスク対策は重要であり今後の課題として認識しておく必要がある。

本研究の一部は、「平成15年度厚生労働科学研究費補助金、医療技術総合研究事業、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及び評価に関する研究」によった。

本稿を作成するにあたり、ご協力いただいた、服部正治福利部長をはじめとする、日本作業療法士協会福利部の諸氏に深く感謝いたします。

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) 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. *J Clin Rehabil* 2005; 14: 225-231
- 2) 千野直一, 遠藤 敏, 北代直美, 東 祐二, 藤田郁代, 栗山明彦：リハビリテーションにおける安全管理に関する全国実態調査；厚生労働科学研究医療技術評価総合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報告書 2005; 4-10
- 3) 日本作業療法士協会福利部：作業療法場面における医療事故実態調査アンケート結果報告. *作業療法* 2005; 24: 302-312

言語聴覚士の立場から

福島県総合療育センター

佐場野優一

はじめに

言語聴覚士 (speech-language-hearing therapist, ST) の業務においても、1) 摂食嚥下訓練や人工内耳の調整など診療の補助業務 (表1) の高度化、2) 急性期リハビリテーション (以下、急性期リハ)、老人保健・介護施設における高齢者、あるいは軽度発達障害など患者層の多様化、3) 運動・認知障害、医療機器装着などリスク要因の増加など、事故が生じやすい条件が増大している。言語聴覚士が誕生して6年、リハチームの一員としては臨床経験の短い言語聴覚士が急速に増えつつあり、安全意識の啓発、安全・危機管理知識や技術の共有と不断の更新が切実な課題になっている。

しかし、言語聴覚士の業務に関するアクシデント・インシデント事例の集積、事故発生要因の整理・分析、対策の実施・評価などの基礎的な資料は乏しい。日本言語聴覚士協会では、2004年から、正会員を対象に『言語聴覚士のリスクに関するアンケート』による実態調査を行っており、この結果を中心に言語聴覚士の業務に伴うリスクと対応策の現状と課題、日本言語聴覚士協会の取り組みについて報告する。

表1 言語聴覚士の診療の補助業務

診療の補助業務 (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
・音声機能あるいは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

方 法

アンケートは、日本言語聴覚士協会正会員を対象に、第1回：2004年2月および第2回：2005年2月に行った結果を集計した。質問項目は、1) リスク事象・事例に関するもの、2) 事故防止対策に関するものとした。このアンケートでは、有害結果の有無により事例を「事故」と「ヒヤリ・ハット」に区分した。また、「苦情」や「気がかり」という区分を設けて、期待に反する結果を伴う多様な事態における事例についても記載してもらうこととした (表2)。各事例は自由記述とした。

結 果

1. 回答者

アンケートの回答総数は、合計417件、回収率4.4%であった (表3)。回答者の属性は、所属施設が医療機関であるものが329名 (79%)、成人言語・発声構音・摂食嚥下領域を対象とするものが約80%、経験年数が5年以内のものが約45%であった (表4)。

2. 事 例

リスク事例については363名 (87%) から回答があり合計事例数は597件、匿名化された具体的内容が記載された事例は508件であった (表4)。

図1は、回答者が記載した「事故」「ヒヤリ・ハット」「苦情」「気がかり」の事例区分の内容区

表2 アンケートにおける事例区分

事例区分	内 容
1. 事故 (アクシデント)	言語聴覚士の業務に関して、患者の身体や財物に有害な結果が生じた場合
2. ヒヤリ・ハット (インシデント)	事故が起きそうになったが、幸い患者の身体や財物に有害な結果が生じなかった場合
3. 苦情	患者が何らかの被害ないし侵害の存在を認知し、侵害した主体を主観的に特定して不満を表面化した場合
4. 気がかり	被害や侵害は特定されていないが、期待に反する結果を伴う心配や不満の存在が推測される場合

表3 言語聴覚士のリスクに関するアンケート

実施時期	2004年2月	2005年2月	合計
対象会員数	4,459	4,998	9,457
回答数	295	122	417
回収率	6.6%	2.4%	4.4%
事例回答数	248	115	363 (87%)
事例件数	430	167	597
内容記載件数	392	116	508
対策回答数	171	91	262 (63%)
対策記載事項数	287	205	492

表4 回答者の属性 (n = 417)

属性	内訳
所属施設	医療 329件 (79%), 老健・特養 30件 (7%), 福祉 29件 (7%), 特殊教育 5件 (1%), 養成校 24件 (6%)
対象領域 (複数)	成人言語 354 (85%), 発声構音 319 (76%), 摂食嚥下 339 (81%), 聴覚障害 58 (14%), 小児言語 154 (37%), その他 20 (5%)
経験年数	2年未満 62名 (15%), 2~5年 120名 (29%), 6~15年 157名 (38%), 16年以上 78名 (19%)

表5 内容区分 (n = 597)

区分	内容	合計 (件)
身体 362件 (60%)	転倒・転落	128
	誤嚥・窒息・肺炎	116
	異変・急変	36
	怪我	29
	チューブ類抜去	15
	異食	14
	危険事象	13
	他害	5
	感染	4
	自傷	2
期待・公平・ 意思疎通等 112件 (19%)	説明・意思疎通	41
	内容・効果	33
	方針・適応	14
	予約時間・頻度	13
	対応・意向尊重	7
	諸費用	2
	不利益	2
プライバシー等 15件 (3%)	名誉毀損	10
	個人情報侵害	5
器物 3件 (1%)	損壊	2
	紛失	1
その他 14件 (2%)	行方不明	7
	取り違え	2
	患者間のトラブル	2
	手術延期等	3
	記載なし (15%)	記載なし

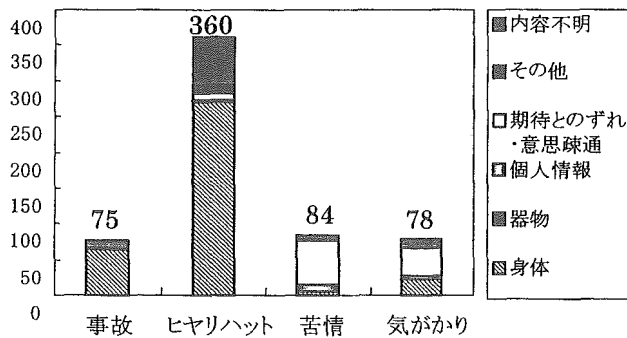


図1 事例区分と内容区分 (n = 597)

分別度数分布を示している。事例区分別にみると「ヒヤリ・ハット」が360件 (60%) で最も多く、次に「苦情」84件 (14%), 「気がかり」78件 (13%), 「事故」75件 (13%) と続いた。また、事故やヒヤリ・ハット事例の77% (335件) が「身体」に関するもの、苦情や気がかり事例の64% (104件) が「期待・公平・意思疎通等」に関するものであった。

表5は、ヒヤリ・ハット等の報告事例の内容を分類・集計したものである。身体に関するものが362件 (60%) を占め、その中では、転倒・転落 (35%) および摂食嚥下訓練における誤嚥・窒息・

肺炎等 (32%) が最も多かった。

身体以外の内容区分では、説明や意思疎通に関する苦情、訓練内容や効果等に対する不満、名誉毀損や個人情報遺漏、補聴器破損、行方不明等があげられた (表5)。

図2は、「身体」に関する報告事例 (335件) の記載内容から事故レベルについて評価・集計したものである。事故レベルは、レベル0：未然に防止、レベル1：実害なし/軽微、レベル2：検査や観察強化、レベル3：肺炎や骨折等、レベル4：入院長期化/後遺症、レベル5：死亡、その他とした。この結果は、インシデント (0~1) が72%と大部分を占め、アクシデント (2~5) は22%であった。

図3は、事故やヒヤリ・ハットの発生場所を記載内容から調べたものである。訓練室や病棟が多いが、待合室や廊下、トイレなどにおいても20%近く発生していた。

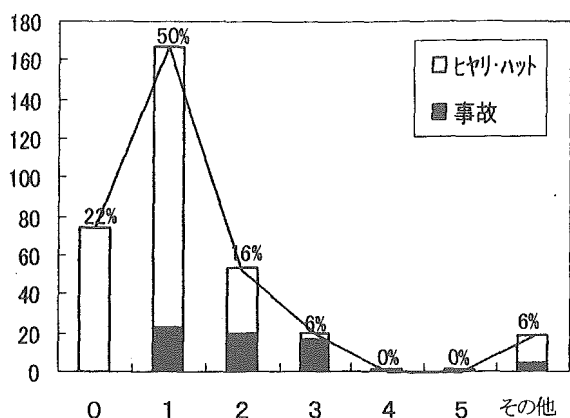


図2 身体に関する報告事例の推定事故レベル (n = 335)

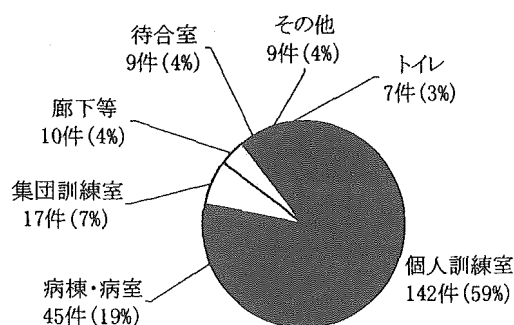


図3 事故やヒヤリ・ハットの発生場所 (n = 239)

3. 背景要因

事故やヒヤリ・ハット事例の背景要因としては、患者の「ハイリスク要因」、「言語聴覚士の要因」「チーム医療上の要因」「環境要因」「実習生の関与」をとりあげた。各事例に記載された項目を抽出・整理すると、ほとんどの事例で1項目以上の記載があった(図4)。

最も多く記載があったのは、患者のハイリスク要因 292件 (52%)であった。言語聴覚士の要因としては、不注意・認識不足、目を離す、一人にする、知識・技術の未熟などであった(表6)。

4. 事故防止対策

事故防止対策については、回答者の75% (331名)が言語聴覚士として何らかの対策をとっているが、25% (106名)は特に対策はとっていないと答えている。

回答者の63% (262名)が自由記述による具体的な対策を記載しており、この記述から492件の対策項目を抽出し、49の小項目に分類・整理した(表7)。

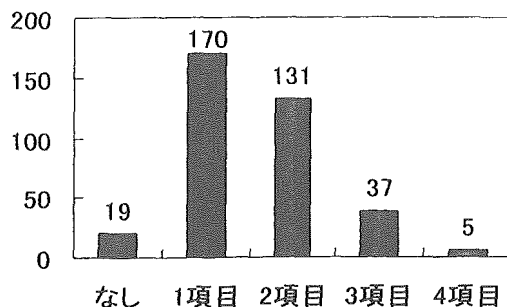


図4 事故やヒヤリ・ハット事例の背景要因に関する項目記載数 (n = 362)

表6 身体に関する事例の背景要因 (n = 567)

区分	要因	件
ハイリスク要因 292件 (52%)	運動機能低下	105
	突発行動・不穏・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
	言語聴覚士の要因 159件 (28%)	不注意・認識不足
目を離す		43
未熟(知識・技術)		38
一人にする		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・適応条件の不適	2
	取違え	1
	環境の不備 38件 (7%)	危険物
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

対策項目には、言語聴覚士個人の資質向上、組織レベルおよび個人レベルでの安全対策・事故対策(危機対応)、インフォームド・コンセントの基本事項、個人情報保護、実習生対策、賠償責任保険などが網羅されていた。

中項目をみると、訓練実施中の事故防止が110件(22%)、予防対策108件(22%)、緊急時対策84件(17%)と続いた。

具体的な対策内容では、医師・看護師等他職種

表7 対策内容 (n = 492)

対策項目		対策内容	件数
資質向上 45件 (9%)	注意・基準 遵守 15件	注意	5
		基準遵守	10
	意思疎通・ マナー 9件	意思疎通	6
		ゆとり他	3
知識・技能 の向上 21 件	医学医療知識	2	
	予防・介助技術	7	
	リスクマネージメント研修	12	
安全対策 255件 (52%)	安全体制 整備 37件	安全対策マニュアル	8
		環境・機器の整備	25
		感染防止	4
	予防対策 108件	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
		本人確認	2
		体調観察	11
中止・連絡	6		
事故防止 110件	目を離さない	32	
	一人にしない	18	
	スタッフ連携	36	
	転倒防止	15	
	その他	9	
事故対策 100件 (20%)	緊急時対策 84件	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
	事故後の 対応 16件	ヒヤリハット報告	6
		検討会等 その他事故後	7 3
インフォームド・ コンセント 16件 (3%)	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	
個人情報保護 60件 (12%)	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	
実習生・保険等 16件 (3%)	実習生	5	
	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	

との協力体制, スタッフ連携をあげたものが20%以上であった。「目を離さない」という項目は、「訓練中にボールペンを落としてしまったような時にも, うっかり患者から目を離さない」など, 具体的・現実的な記述を含むものが多かった。また, 嚥下訓練における訓練前の安全条件確認や訓練前後のバイタルチェックなど具体的な予防対策が含まれていた。

個人情報保護対策としては, 個人レベルでの保管・管理・廃棄方法についての記載が多く, 趣味や職歴, 家族構成, 家族内会話等のエピソード聴取など, 言語訓練を実施するうえで触れることの多いプライバシー情報取得への配慮などが挙げられていた。

日本言語聴覚士協会の対応

リハチームの一員として安全意識および安全対策を共有すること, そして言語聴覚士の業務に即した固有の安全対策を策定し, 周知を図ることは日本言語聴覚士協会としても重要な課題である。具体的な協会活動としては, 1) 言語聴覚士の対象領域ごとの業務に関する実態調査, 2) アクシデント・インシデント事例の集積と分析, 3) 言語聴覚士の業務に関するガイドラインや指針, “Don't & Do” の作成と周知(表8), 4) 生涯学習プログラムでの位置づけ, 5) 正会員全員を対

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(2004年)

必ず行うこと (Do)
・訓練開始に当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など, 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

象とする言語聴覚士賠償責任保険の継続・更新などが挙げられる。

考 察

アンケートは全会員を対象としたが、回収率が低く、リスクに関する安全意識を啓発する必要性が示唆された。「身体」に関する報告事例の自由記述内容について事故レベルを評価・集計した結果、いわゆるハインリッヒの法則（1つの重大事故に対し、29のアクシデント、300のインシデントが存在する）に類似する生起頻度分布となったことは、《言語聴覚士の業務の様々な場面で、確率は小さくてもリスク事象・事例が発生する可能性があり、事故は誰にでも生じうる》という臨床上の経験を裏付けるものといえよう。

また、アクシデント・インシデント事例の77%は身体に関するものであり、その半数以上がハイリスク要因を伴っていた。これに対する対策としては「他職種・スタッフとの協力・連携」が多く、個人訓練室や病室でハイリスク患者の訓練を実施するという条件下での安全確保の不安が示唆されているものと思われた。

「苦情」「気がかり」には「説明・意思疎通」「内容・効果」「プライバシー等」など関する多様な事例が記載され、コミュニケーションに困難を持つ人を対象とする言語聴覚士の業務の特殊性をふまえ、今後、幅広い観点から検討を重ねていく必要がある。

事故防止対策では、事前のリスク予測・安全条件確認、訓練実施中の体調観察や事故回避、事故発生時の危機対応など一連の安全対策が挙げられていたが、リハビリテーション・チームの一員として、体系的な安全・危機管理知識や技術の共有、周知・徹底が望まれる。また、患者のハイリスク要因などの医学知識、医療機器や援助技術など基礎知識・技術の習得・更新をあげたものが少なく、日本言語聴覚士協会による業務指針等の策定・周知が重要であると思われる。

おわりに

言語聴覚士協会正会員を対象とするアンケート

結果から、事例の整理・分析、対策内容の集計等を行い考察した。この結果、言語聴覚士の業務に関連してあらゆる場面にリスクが存在すること、リスク事象は傷害だけではないこと、対策には、安全意識および安全対策の共有、そして言語聴覚士に固有の条件に即した安全対策の策定・周知が重要であることを再確認し、職能団体としての日本言語聴覚士協会の役割について言及した。

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) 小島千枝子, 長谷川賢一: 治療部門におけるリスクマネジメント(3) 一言語聴覚部門から. 臨床リハ 2005; 14: 232-238
- 2) 日本言語聴覚士協会: 訪問リハビリテーションにおける嚥下訓練についての臨床上の注意. 2004
- 3) 日本言語聴覚士協会: 急性期における言語聴覚リハビリテーションの指針. 2005