

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。

## 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

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ことは前提であるが、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<sup>4,5)</sup>。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<sup>6,7)</sup>。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。

## ④ 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	

全管理をしてい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を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。

## ④ 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。

## ④ 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

## ④ 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<sup>1)</sup>。

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。

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、医療安全意识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识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。

## ㊦ 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

## ㊦ 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<sup>1)</sup> 長谷川賢一<sup>1)</sup>

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

<sup>1)</sup> 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

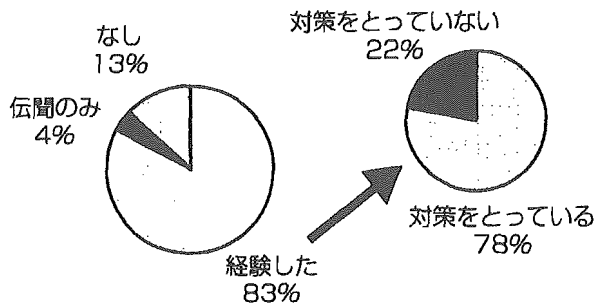
■表2 診療の補助行為(言語聴覚士法)

- 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

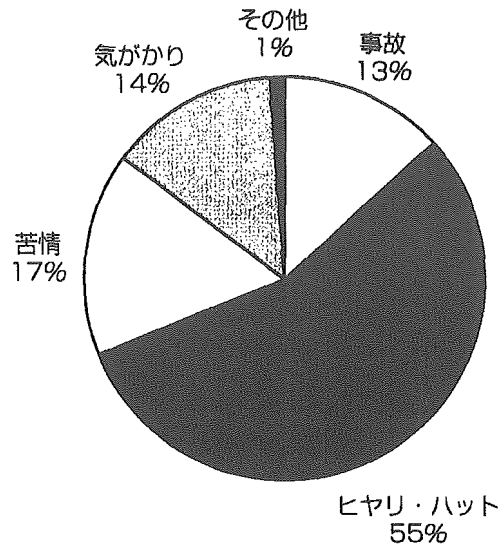
に、言語聴覚士のリスクに関するアンケート調査を行った。この調査では事故、ヒヤリ・ハットのほかに、対象者・家族からの苦情・不満や気がかりなできごとを含め、リスクを幅広くとらえ調査している。

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

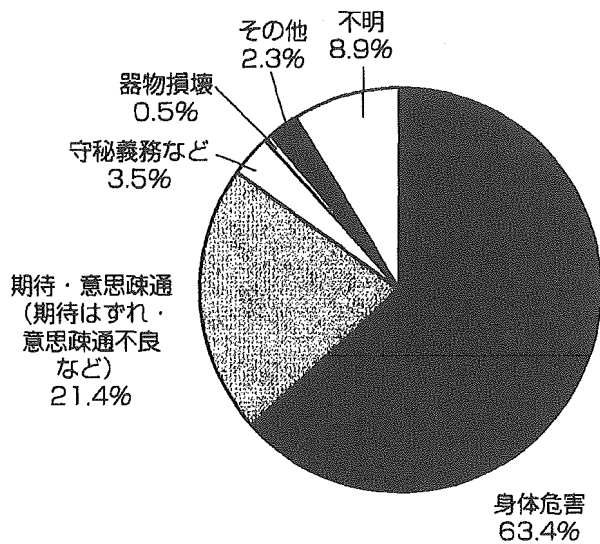
■ 図1 事例の経験



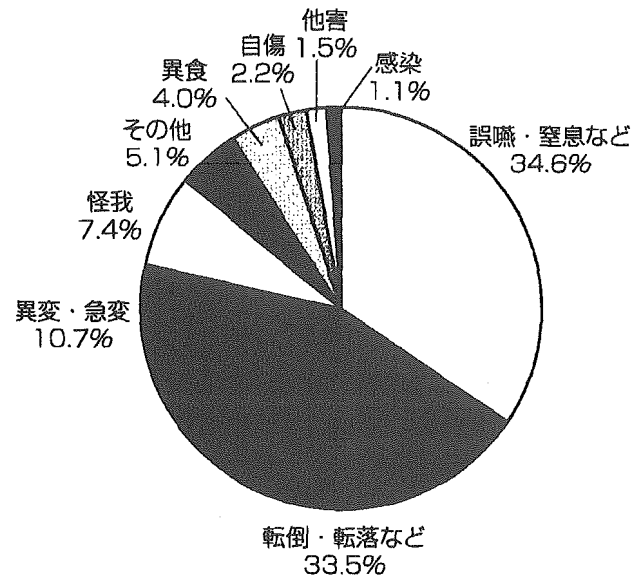
■ 図2 事例区分



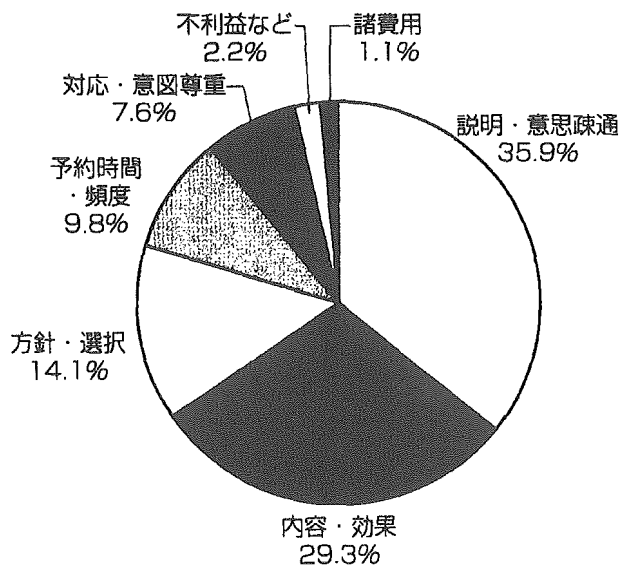
■ 図3 記載事例区分



■ 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。

■表3 対策

対策項目	対策内容	件数
注意・基準遵守 17 (6%)	注意	4
	基準遵守	8
	意思疎通	3
	その他	2
知識・技能の向上 11 (4%)	医学知識	1
	医療知識	2
	予防・介助技術	5
	リスクマネージメント研修	3
安全体制 19 (7%)	安全対策マニュアル	4
	環境整備	14
	感染防止	1
リスク予測 10 (3%)	リスク予測	10
	リハビリ実施計画	13
安全対策 リスク予防 156 (54%) 61 (21%)	チーム連携	13
	事前情報	18
	ミス防止	8
	本人確認	1
	体調観察	6
	中止・連絡	2
	目を離さない	23
	一人にしない	11
	スタッフ連携	16
	転倒防止	10
緊急時対策 61 (21%)	緊急対策マニュアル	8
	救急処置	1
	緊急連絡	6
	協力体制	46
事故後の対応 13 (5%)	ヒヤリハット報告	6
	検討会等	4
	その他	3
	医師による説明	2
意思疎通 15 (5%)	丁寧な説明	6
	文書やパンフレット	2
	同意書(署名)	2
	説明記録	2
	意思尊重	1
その他 14 (5%)	所属施設加入の保険	1
	その他の保険	3
	訓練記録	3
	その他	2
	実習生	5

## ① リスクマネジメントの工夫

### ① リスクを起こさないために

#### (1) 全体をとおして

患者(児)の疾患や症状を十分に理解し、危険行動に常に対応できるよう留意する。たとえば、車椅子の患者が、訓練の位置についたとき、机と車椅子の間に手が挟まれていないか、ブレーキのかけ忘れがないかを確認し、退室時にフットレストに足がのっているか、麻痺側の手が車に巻き込まれたりしていないかを確認するなどの配慮が必要である。また、特に痴呆のある患者では不意に立ち上がったことがあるので、訓練の送迎待ちのとき患者をひとりにしないように配慮する。小児の場合、子どもの行動特性を十分に把握し、高所に上がりたがる、水いらずを好む、目的なく走り回る、迷子になるなどの行動への対処方法を常に念頭に置くべきである。重度知的障害や年齢の低い子どもでは、検査場面やプレイ場面で子どもがボタン、ビー玉類や砂、紙、ビニールなどを口に入れないように十分に観察し、事前に危険を回避するよう注意をする。身体機能に重篤な障害のある脳性麻痺児や重症心身障害児が対象のときは、子どもの抱き方、身体に関する忌避事項など身体への対応の方法を確認しておく。

感染防止の対策として、患者が感染症をもっているかをあらかじめカルテなどから確認をし、特に口腔内に入れた器具や食器の取り扱いや洗浄はその機関のやり方を説明し徹底させる。何でも口に入れてしまう子の検査器具や遊具の消毒なども必要になることがある。

#### (2) 摂食・嚥下障害アプローチにおけるリスクマネジメント

言語聴覚士の業務のなかで最もリスクが高いものが摂食・嚥下訓練である。特に、食べ物を用いて行う直接訓練は、誤嚥から肺炎や窒息といった生命の危険性に結びつく可能性を伴っており、慎重な対応が求められる。しかしながら、慎重になるあまり、間接訓練のみを長期にわたり行うというのでは、摂食・嚥下訓練はすすまない。患者の

症状を正しく評価して安全条件を探り、訓練法を組み立て、チームアプローチで訓練をすすめていくことによって成果が得られる。この際、リスクマネジメントという観点から、以下のことが重要である。

### ①「医師の指示」のもと行う

先に述べたように、言語聴覚士は言語聴覚士法第42条において医師又は歯科医師の指示のもとに診療補助として嚥下訓練を行うことができる業務と定められた。医師の指示に、摂食・嚥下障害の有無、摂食・嚥下障害のタイプなどが明記されており、摂食・嚥下障害に対する評価と訓練の指示とこれらを実施するうえでのリスクの記載があるかを確認し、不十分な場合は医師に確認し、記載を得ることがリスク管理のうえからも重要である。もしも、指示に嚥下障害の記載がないが、摂食・嚥下障害にかかわる必要があると判断される場合は、リハビリテーション(以下リハ)を行う前に必ず医師に報告し、摂食・嚥下評価・訓練の指示をもらう。特に、直接訓練を開始するとき、あるいは摂食条件を変更するとき(上げるときも下げるときも)は必ず医師に現状を報告し、指示をもらうことを徹底する。もしも、医師からの指示が摂食・嚥下リハを行うことであって、言語聴覚士として訓練適応でないと判断した場合は、(勇気をもって)その見解を医師へ伝え、嚥下リハの指示を変更してもらうようにすることも大切である。これらがスムーズに行われるためには、カンファレンスや報告書の充実はもとより日頃の医師とセラピストとの信頼関係に基づいた意思疎通が重要である。

### ② 患者の状態を知る

医師からの指示内容に加え、カルテ記載や関連職、家族などから表4の事柄について情報収集し、患者の状態やリスクを十分に理解しておくことが大切である。摂食・嚥下リハを安全かつ適切に行うためには嚥下造影や嚥下内視鏡検査のような客観的な評価を行うことが望ましいが、さまざまな事情でこれらの検査が実施困難な場合でも、表4のような評価で嚥下障害の程度や重症度を正しく評価し、安全条件を設定したうえで適切な訓練計

■表4

#### ①指示箋、カルテなどからの情報収集

- 疾患について：原疾患、現病歴、合併・併存症(心疾患、呼吸器疾患、頸椎症など)、急変の可能性、急変時の対応、禁忌事項・禁忌食品
- 全身状態：発熱、呼吸状態、栄養状態、炎症反応(CRP、WBC)、肺炎徴候、誤嚥以外の原因による炎症反応が起こる可能性(褥瘡、尿路感染など)
- 意識状態：覚醒状態および変動の有無

#### ②言語聴覚士が行う評価

- 意識状態、高次脳機能、コミュニケーション能力
- 発声発語器官機能、声・構音
- 呼吸状態(呼吸数、呼吸の深さ、パターンなど、可能であれば血中酸素飽和濃度)
- 流涎など、唾液の処理方法、口腔内衛生状態
- 嚥下機能のスクリーニング検査(改訂水のみテスト、RSST、頸部聴診法など)

画を立案しゴール設定を行う。評価結果や訓練計画は医師、関連職種に報告し情報を共有する。

### ③ 安全条件を守るための工夫

安全条件が設定できたら、医師の指示のもと直接訓練を開始する。条件については家族や患者本人にも十分説明し、同意を得ておくことが重要である。摂食介助を訓練として言語聴覚士のみが慎重に行う段階から、徐々に看護師や介護士あるいは家族へとすすめるときに大切なことは、いかに設定した条件を確実に伝達し守っていくかである。そのための工夫のひとつとして、摂食条件表があげられる。摂食条件表には食物形態、体位、摂食方法、一口量、介助者、補助栄養法などにつき絵や写真などをそえてできるだけわかりやすく書いて患者のベッドサイドに貼っておき、食事の際には必ずこの条件表を確認しながらすすめるようにする。訓練の進行とともに条件を変えるときは医師に連絡し、指示や許可を得てから変更点がわかるように書き加える。この条件表は退院時に家族や転院先に渡すようにする。また、関連職種が集まって行われる嚥下カンファレンスやカルテへの記載でそれぞれの情報を共有しその都度の方針を確認することがリスクを最小にすることにつながる。

### ④ 訓練中のリスク管理

摂食訓練を進めていくうえで、誤嚥の危険性は常につきまとう。訓練中は全身状態、呼吸状態、



■表5 注意すべき徴候

全身状態	自覚症状：元気がない、唾液・流涎が多い、皮膚の状態、食後の声、咳・痰の量・性状、食後疲れやすい、呼吸症状 など 他覚症状：採血結果（白血球、CRP、アルブミン、尿素窒素、蛋白分画など）、体重変化、胸部X線所見、胸部聴診所見、バイタルサイン
呼吸状態	咳・痰の状態（回数、呼吸苦、チアノーゼなど）、胸部聴診所見、胸部X線所見、気管支炎、肺炎の有無、血中酸素飽和度
嚥下機能	むせの状態、痰・咳の状態、咽頭不快感・残留感、摂食量、食事の時間、食欲、食事中・後の声の状態（嗝声の有無）、体重の減少の有無、食事形態の変化、嚥下グレードの変化
神経学的所見	脳血管障害再発の有無の確認、頭部CT など

(文献2より)

嚥下機能、神経学的所見などに注意し、危険な徴候があればすぐに医師に報告し、指示を得る(表5)。誤嚥の判定は、ムセのない誤嚥(silent aspiration)の症状をもつ患者もあり容易ではないが、摂食中にときどき発声をしてもらい湿性嗝声など声の変化や、血中酸素飽和濃度を測り3%以上の低下時には咳嗽を促すことが有効なことがある。発熱、肺炎などは誤嚥の直後には現れない場合が多く、原因の特定のためには一度に複数の条件をあげないことも大切である。また、訓練を中止したり再開する基準、条件を変更するときの基準を作り関連職種で共有することが重要である。

⑤ STの身を守るリスク管理

特に病棟訓練の前後には手洗いを徹底し、病棟によってはガウンやマスクをつけることなどはSTの身を守るためだけでなく他の患者への感染を防ぐためにも重要である。結核病棟に行つてよいかどうかは医師に相談して慎重に判断する。嚥下造影に立ち合う際には、被曝に十分気をつけるべきである。X線室に入る場合には必ずプロテクターをつけ、X線源に近づかない、照射域に入らないなどの配慮が必要である。

② 万が一事故が起こったときの対応


食事中の激しいむせ、食物による窒息、嘔吐などは速やかに医師や看護師に連絡し、気道確保のための緊急の対策をとる。これらの症状が起こり

■表6 転倒・転落・すり落ちの発生率

事故の内容	発生率
A病棟(回復期リハビリ病棟)	36.7
B病棟(一般病棟)	11.9
C病棟(一般病棟)	11.3
D病棟(一般病棟)	10.7
E病棟(一般病棟)	9.0
F病棟(長期療養病棟)	6.8
G病棟(一般病棟)	5.1
H病棟(長期療養病棟)	4.0
I病棟(一般病棟)	2.8
J病棟(特殊疾患療養病棟)	1.7
合計	100.0

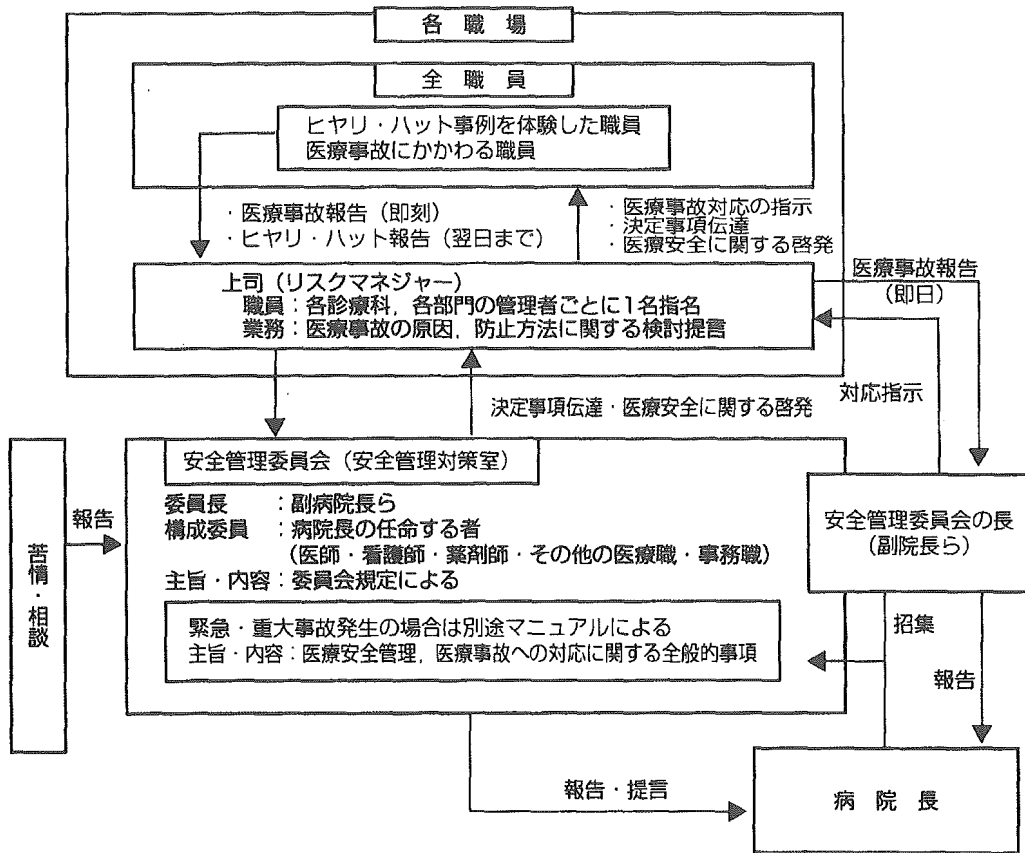
(ヒヤリ・ハット報告含む)

やすい重度の嚥下障害患者に直接訓練を行うときはあらかじめ看護師に同席してもらうべきであるが、看護師がすぐに来られないなどの緊急時の応急措置として言語聴覚士は吸引法を習得していることが望ましい。同じ過ちを繰り返さないために事故の原因を追及し、書面に残しておくようにする。このためにインシデント・アクシデントレポートの活用が有効である。なお、たとえば、重度のムセや窒息を起こしかけた場合、注入直後の姿勢の崩れによる嘔吐、食物の取り違いなど、どの程度のものをインシデント・アクシデントレポートとするのかについては、各機関で一致させ、同意を得ておく必要がある。

 必要とされる意識改革

リハ領域においては、活動性と事故発生率との関連性が高い。前出の病院における転倒転落事故の統計を示す(表6)。他の一般病棟、急性期病棟に比べて回復期リハ病棟での発生件数が高くなっている。事故の発生を正当化してはならないが、治療・訓練を積極的に展開している部署ほど事故は起こりやすい。かといって治療や訓練へのかかわりを低くして事故防止をねらうのは、本末転倒である。安全性と活動性をともに確保する努力が望まれる。そのためには常にリスクを意識すると

■ 図6 医療安全管理に関する組織と事故発生時の対応



ともに、気がかりや思い当たることがあれば積極的に報告書を提出し、業務を見直して事故の再発を防止する。私たちには高い意識と深い洞察、自己点検力が求められているのである。参考として前出病院の事故発生から報告までの流れを示す(図6)。

言語聴覚士のかかえるリスクには転倒や窒息、鼓膜の損傷など直後に事故と判断できるものと、日数をかけて顕在化してくるものがある。後者には摂食訓練後の肺炎や不適切なかかわり方による精神活動・コミュニケーション行動の不活性化などがあげられる。日本言語聴覚士協会の調査結果

では身体危害以外に、訓練内容・課題への不満などの事例が少なからず認められた。評価・訓練において課題内容が簡単すぎたり、反対に難しかったりすると、患者のプライドを損ねたり、能力の限界を気づかせたりして、精神的な落ち込みにつながる恐れがある。言語聴覚士はこういった側面についても意識し、業務にあたるべきである。不適切な働きかけや不十分な説明などにより精神的に傷を与えることのないよう、言語聴覚療法の領域においてはリスクを身体危害だけにとどまらず、精神反応も含めて広くとらえる意識改革が必要であると考えられる。

文献

- 1) 日本言語聴覚士協会：臨床実習マニュアル，2004。
- 2) 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル，第2版，医歯薬出版，2003。
- 3) 山本三千代：リスクマネジメントと嚥下障害，日摂食嚥下リハ会誌 8 (1)：114，2004。
- 4) 賠償責任保険制度の導入に関する検討経過 (3)。日本言語聴覚士協会ニュース 4 (6)：2004。

# 看護からみたリハ科病棟におけるリスクマネジメント

北代直美<sup>1)</sup> 渡辺真理子<sup>1)</sup>

key words リハビリテーション看護 転倒・転落 無断離院 リスクマネジメントマニュアル 転倒転落アセスメントシート

## 内容のポイント Q&A

### Q1 リハ看護の特徴とリスクの実態は？

リハ看護の特徴は対象を“生活する人”ととらえ“生活を支える”ことである。脳卒中専門病院の当院の場合、医療事故の7割弱を転倒が占めているが、リハ病棟に特徴的な事故として無断離院がある。

### Q2 ベッドサイドにおける対応の問題点は？

ベッド周りの整理整頓など、環境が生活する患者に安全で安楽なものとなるよう配慮する。患者のニーズに対する洞察力と生活状況を把握し、事故防止のためのアセスメントを行うことが必要となる。普段からのチームでの連携が事故を防ぐことも多い。一方で人員不足が事故発生の要因のひとつであることは否定できない。

### Q3 家族指導とリスクマネジメントの関係は？

介護者も高齢化しており、(家族へ患者に対する理解を働きかけ)簡潔・明瞭に何が危険であるかをインフォームドコンセントすることが重要である。病院と自宅、昼と夜では違いが大きく、実際の生活の場に近い環境で、24時間通しての指導が必要である。

## リハ看護の特徴とリスクの実態

### ① リハ看護の特徴

リハビリテーション(以下リハ)看護とは、「生活機能に障害をもつ人々に対し、目標指向的アプローチに即して、治療開始の時期からリハの視点

をも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」であり、その特徴をひとことではいわず、対象を“生活する人”ととらえ“生活を支える”ことである。

では、生活を支えるとはどのようなことか。

それは、その人がこれからどのように生活していくかにあわせて、食事・排泄・更衣・清潔・移動など生活するうえでの基本的なADLの自立に向けて援助し、疾患の理解や服薬、受診の仕方な

\* Risk management in rehabilitation nursing

<sup>1)</sup> Naomi Kitashiro Nrs, Mariko Watanabe Nrs

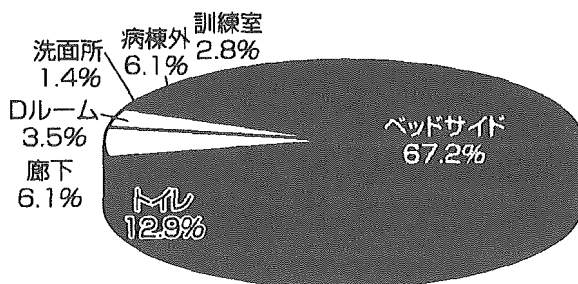
七沢リハビリテーション病院脳血管センター看護部

■表1 年度別事故件数

項目	転倒	転落	業	離院・離棟・無断外出	その他	合計件数	月平均件数
平成15年度 H15.4～16.3	598件 65.9%	48件 5.3%	153件 16.9%	8件 0.9%	100件 11.0%	907件 100.0%	75.6
平成16年度 H16.4～11	495 65.9%	18 2.4%	148 19.7%	12 1.6%	78 10.4%	751 100.0%	83.4

(七沢リハビリテーション病院脳血管センターリスクマネジャー集計)

■図1 転倒・転落の発生場所



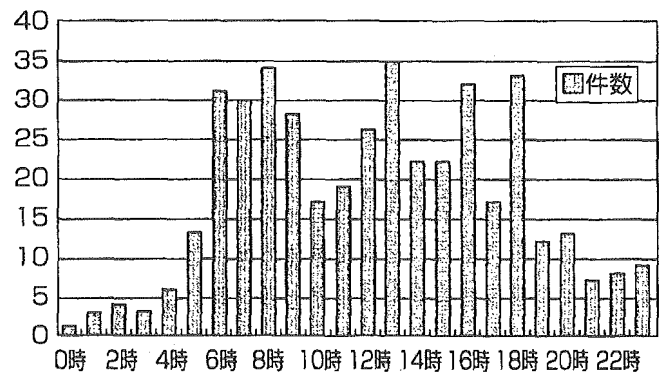
ど生活するうえで必要な事柄について支援することである。また、一緒に生活する人に対しては、介護方法の習得・患者の理解などの働きかけを行いながら精神的・身体的・社会的にサポートをすることである。

日常の援助としては、生活のリズムをつけ早期に離床し、食事は経口から摂取し、排泄はトイレで、自分のできることは自分で行ってもらうようにする。そのプロセスにおいて、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。

## リハビリ病棟におけるリスクの実態

当院は脳卒中の専門病院であり、入院患者のほとんどがリハビリ目的の入院である。当院における医療事故の件数(平成15・16年度)を、表1に示す。平成15年度(1年間)は907件、平成16年度(9カ月間)は751件であった。転倒が両年とも7割弱を占めている。

■図2 転倒・転落の発生時間



ここ数年間、リハ看護学会学術大会におけるリスクマネジメントに関する研究は転倒・転落についてのものであり、リハ病棟に共通する特徴といえる。また、一般病院と比べリハ病棟の特徴としてあげられる医療事故に無断離院がある。

ここではその2つの実態を述べる。

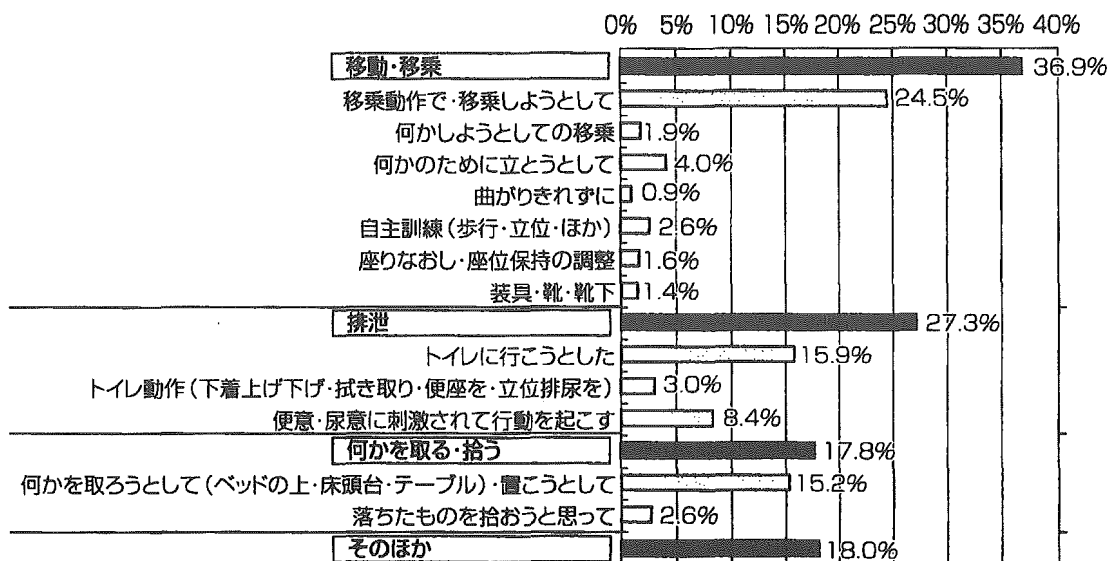
### (1) 転倒・転落

a) 発生場所：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(図1)。生活に結びついている場所(病棟)での転倒・転落は9割以上である。

b) 発生時間：1日にピークが3回みられる(図2)。起床から朝食後までと昼食前後、夕食後から就寝まで、この傾向は13年度の調査結果と同様であった。

朝は患者の起床から、更衣・排尿・移乗・洗面などに介助が必要である。それと同時に、バイタルサイン測定・採血などの業務が重複する。昼は食事・食後の排泄・訓練の準備など活動性が高くなり介助量が増す。夕は食事のほかに排泄や更衣、服薬介助など就寝の準備が加わり、朝同様、介助と業務が重複する。朝・夕の時間帯での勤務者は

■ 図3 転倒・転落の理由



昼間より少ない。この少ない勤務者のため生活活動する患者の事故防止が追いついておらず、転倒・転落の増加する要因となっている。

c) 転倒・転落の理由：移乗・移動に関するものが最も多く、次に排泄に関することや物を取ろうとした・拾おうとしたなどである(図3)。

人の生活は移動ができることによって支えられている。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。

(2) 無断離院

当院における無断離院状況は、図4に示すとおりである。

平成14年度に激減した理由として、リスク患者の区分を明確にし、所定の用紙を用いて病院全体に周知するなど病院として無断離院の防止に取り組んだことがあげられる。また、離院防止機器(出口通過通報装置・位置情報発信装置)を導入するなど職員の防止意識が高まったためと考えられる。

無断離院の発生要因は表2のとおりである。

障害により自分のおかれた状況が理解できない

ことや、家族に会いたいという気持ちが抑えきれない、またはなんらかの不安が生じたなどにより無断離院という行動を起こしている。理解力の障害があってもその行動は合目的である。そして無断離院する前には何らかのサインがみられていた(表3)。

◎ ベッドサイドにおける対応の問題点

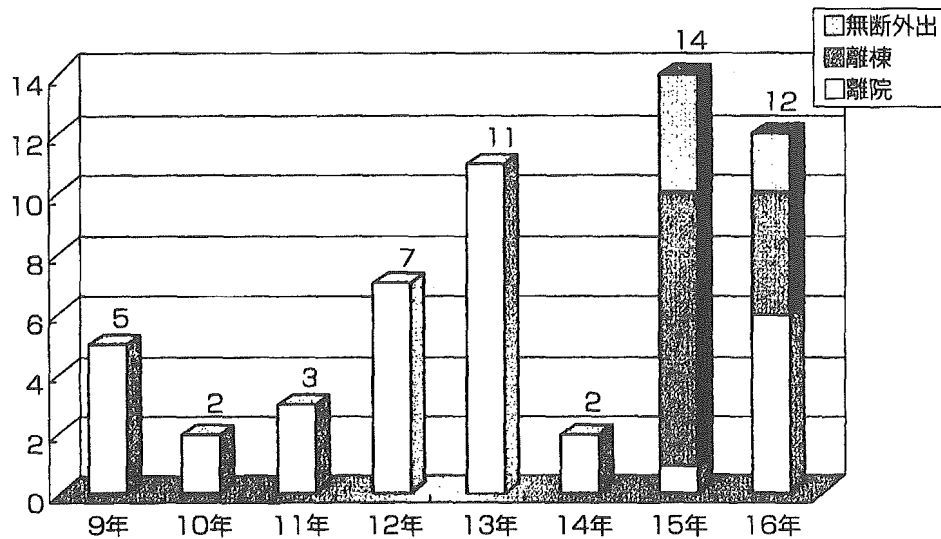
① 環境調整(生活する患者の安全で安楽な環境)

ベッドの周りの整理整頓・水をこぼしたままにしないなど、看護師は十分に注意を払っている。しかし、病室の広さ・ベッドの高さなど調節ができない場合がある。

ベッドサイドの空間が狭い場合、片麻痺患者では、車椅子→ベッド、ベッド→車椅子へのトランスファーの手順が逆になる。そのときにバランスを崩して転倒にいたる患者がいる。当院の患者の場合、車椅子とベッド間のトランスファー時の転倒は、車椅子→ベッドより、ベッド→車椅子の方が2倍以上多い。

その患者が必要とする物をどこに置いていけば困らないか配慮が必要である。高次脳機能障害や痴呆の患者は、物をあちこちに動かし整理整頓が

■ 図4 無断離院件数



注) 平成15年度に無断離院の分類を変え、離棟・無断外出も無断離院とした。

■ 表2 無断離院の発生要因

発生	要因
1. 土日の午後が多い	● 他患者の外泊や面会が多いときであり、自分も「家族に会いたい」「家に帰りたい」という思いが生じる
2. 右方麻痺で言語障害・見当識障害・記憶力障害・記憶障害・注意障害があり、歩行が可能な患者	● 失語症のため「帰りたい」「家族に会いたい」という思いを看護者に伝えられない ● “自分の思い”で性急に行動する ● 外見的に障害があるようにはみえず面会者と思われる(病院を出て行く)
3. 面会があった後	● 面会者の後を追って出て行く
4. 入院して2週間以内と退院・転院が近い患者	● 環境に慣れずホームシック ● 退院がまちどおしい

できない場合が多い。そのため、物を探したり無理な姿勢で取ろうとし転倒・転落につながる。

ベッドの固定のためにベッドストッパーを必ず確認する。しかし、片麻痺の患者がトランスファーをするときにはベッド柵を引っ張ることがありベッドが動いてしまう。ベッドの固定をストッパーだけではなく固定板をキャスターの下に敷くなどの工夫が必要である。

② 患者の理解(患者へいかに心を傾けるか)

患者個々のリスクを十分把握しておく必要がある。看護師は高次脳機能障害のある患者は転倒す

■ 表3 無断離院患者の言動の共通点

- ・ 家のことや会社のことを口にする。  
「家に帰る・帰らなくっちゃ」「会議に行かなくっちゃ」など。
- ・ 誰かを探している。
- ・ 外出の服装をする(着替える・外出用の靴を履く・ベッドの周りを片付ける)。
- ・ そわそわしている。
- ・ 荷物を整理する。

る危険性があるという知識はもっている。しかし、他の患者に呼ばれちょっと目を離したときに転倒が生じていることがある。看護の場面においては同時に2つ以上のことを迫られるときがあり、優先度や次に行動を起こしてよいかの安全確認が必要となる。

患者のニーズに対する洞察力とその人の生活状況を把握しておくことも重要である。重度失語症の患者は言語的コミュニケーションがとれないため自分の思いをスムーズに伝えられない。高次脳機能障害のある患者は状況の判断ができないため混乱することが多い。そして性急に自分のニーズに沿って行動しようとする特徴がある。そのため、患者の生活パターンを把握しニーズを予測したかわりが必要となる。

■表4 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員数

感染症病床及び一般病床	入院患者3人に対して1人
療養病床	入院患者6人に対して1人
精神病床及び結核病床	入院患者4人に関して1人
外来	外来患者30人に対して1人

### ③ 事故防止のためのアセスメントとそのツール

事故を未然に防ぐためには、どのような危険性が潜んでいるのかを予測できるアセスメントが重要な鍵となる。

予測のためにさまざまなアセスメントツールが作成されている。アセスメントツールには、入院初期に患者の大まかな特徴から予測的に危険性を把握して看護しようとするスクリーニングアセスメントと、ある特定の内容について行うフォーカスアセスメントがある。いずれも臨床の現場で簡便に実行でき、根拠のある危険性を誰にでもわかるよう(たとえば数値的に)表現できるものが望ましい。また、アセスメントツールの信頼性や妥当性を高めていくための評価や現場独自の特徴をふまえた開発も望まれる。

### ④ チームでの連携

患者の「できる活動」が「している活動」に結びつけられていないことがある。セラピストと看護師のどちらかが情報をとればよいのではなく、お互いの情報交換が大切である。そして、患者の生活の場(病院ではそれに最も近いのが病棟)で共有のかかわりも大切である。パス、カルテの一元化なども必要とされている。

患者がどのようなことを望んでいるのかの情報交換も必要で、無断離院はしたが患者がSTに思いを話していたことですぐに発見できたという例もある。

### ⑤ 勤務者の状況

表4のように看護師の員数は、医療法施行規則に示されている。また、一般か療養かなどの病床区分や特定機能病院など基本診療料に基づくものや、その施設の特徴や在院日数によって看護者の員数は決まる。リハを提供する場合、すべての入

院患者が短い在院日数とはいえない現状がある。在院日数が長い算定基準は看護配置の比率は低くなる(看護師の人数が少なくてもよい)。リハの対象が、何らかの障害をもち少なからず介護を必要としている人であることは先に述べた。転倒の発生が看護職員の少ない時間に集中していることから、人員不足が事故発生要因のひとつであることは避けられないといえよう。

## ⑥ 家族指導とリスクマネジメントの関係

### ① 簡潔・明瞭に何が危険であるかのインフォームドコンセント

入院患者を取り巻く家族背景の変化、いわゆる核家族化が進んだことにより、その介助にあたるものもまた高齢者であり、介護力に問題が生じている。厚生労働省によると介護者の過半数が50～60歳代で80歳以上の介護者も5.8%いる。そのことは、介護方法を習得するうえで体力でも理解力においても問題が生じる場合があることを示している。できることはここまで、これだけは守ってほしいことを簡潔明瞭に伝えることが大切である。

### ② 生活の場に近い環境での指導

病院の環境は、障害をもった人に考慮された環境といえる。床はフラット、トイレ・洗面所などのスペースは車椅子でも十分に移動ができる。しかし家庭ではどうだろうか。日本家屋はまだ畳の間であり、車椅子を使用することには不便がある。歩行においても、畳の縁・敷居・段差など多くの障害がある。指導にあたるものが、どのくらいその人の家庭環境に応じた指導を行っているかが重要である。実際、外泊前に介護方法を体験したときはできたが患者の状況が違うことで介護に困ったという話を聞く。

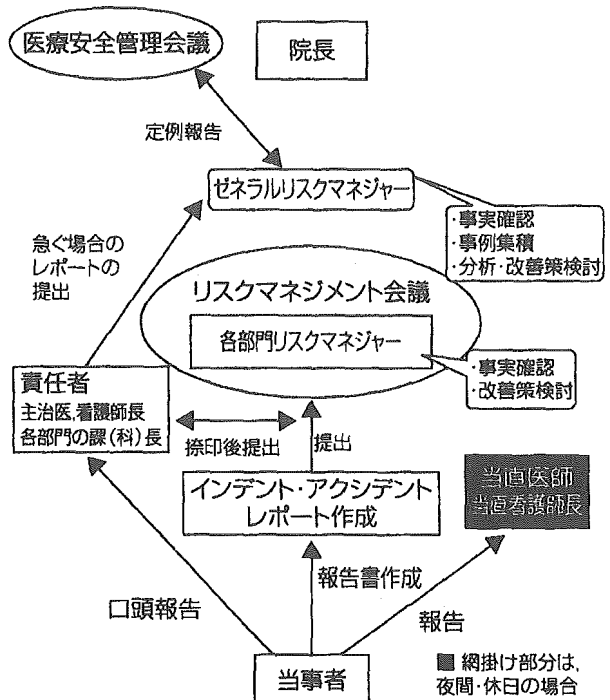
### ③ 家族の患者理解

理解力の低下や高次脳機能障害のある患者の場合、家族はそのことが理解できず、患者の要望に応え転倒などを起こすことがある。できるだけ患者の生活場面において理解してもらうよう働きか

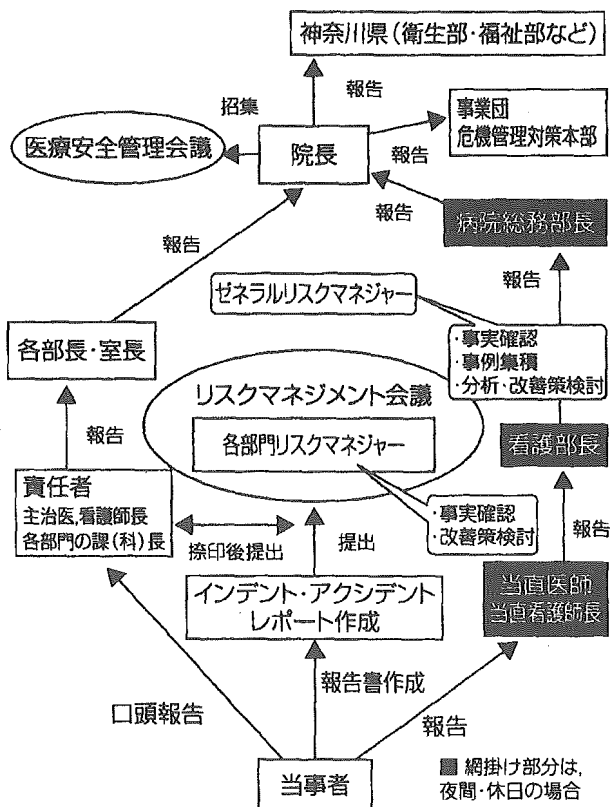
■表5 医療安全管理のためのマニュアル

- 6 医療安全管理のためのマニュアル
  - (1) 患者誤認防止マニュアル
  - (2) 同姓同名患者取り違え防止マニュアル
  - (3-1) リストバンド装着マニュアル
  - (3-2) 誤薬防止マニュアル
  - (4) 転倒・転落防止マニュアル
  - (5) 患者の離院防止及び所在不明時の搜索マニュアル
  - (5-2) 抑制・拘束と非抑制・非拘束マニュアル
  - (6) ER放送マニュアル
  - (7) 輸血療法マニュアル
  - (8) 廃棄物管理マニュアル
  - (9) 院内感染防止マニュアル
- 7 医療安全管理のための各部門別マニュアル
  - (1) 総務部
  - (2) 診療部
    - ① 診療各科共通
    - ② 歯科
    - ③ 放射線科
    - ④ 東洋医学科
  - (3) 検査部
  - (4) 薬剤部
  - (5) リハ部
    - ① 理学療法科
    - ② 作業療法科
    - ③ 言語科
    - ④ 心理科
  - (6) 医療福祉支援室

■図5 インシデント報告の流れ



■図6 アクシデント報告の流れ



ける。

#### ④ 24時間を通しての指導

患者の状態は昼間と夜間とでは必ずしも同様ではない。特にトランスファーなどは夜間介助量が大きくなることもある。そのため夜間の状況に応じた指導が必要となる。当院では、家族介護室を設置し家族に宿泊してもらい介護指導を行っている。

### 🕒 ケースレポート

当院における医療安全管理のためのマニュアル(医療管理マニュアルより一部抜粋)は、表5で示す項目で作成している。

事故発生時の報告の流れと事故のレベルの基準は、図5, 6, 表6のとおりである。

#### ① 症例

67歳, 男性, 脳出血, 左片麻痺, 左側の空間



失認がある。

発症後1カ月、リハ目的で入院。「元のように歩けるようになりたい」と希望している。つかまって起き上がれるが左上肢が体の下になっても気づかず、麻痺側肢の管理は不十分である。車椅子操作は不慣れで、左の壁にぶつかるなど注意障害もみられ介助が必要である。座位保持はつかまって可能、立位は前傾姿勢で不安定である。

② インシデント

入院2日目の朝食後、ひとりで部屋に戻り、ベッドに移乗しようとして転倒。車椅子の左フットレストは下がったままで、ブレーキはかかっていた。車椅子の設置位置はベッド足元であっ

た。ベッドへ移るときはナースコールをするよう指導しているが、「ベッドに移るくらい自分でできるよ」といい、転倒の危険性について理解不足がみられた。

車椅子操作不慣れ、左側無視、注意障害などから転倒の危険性は今後も高いと思われた。転倒転落アセスメントスコア(表7)は16点で、危険度はⅡ(転倒・転落を起こしやすい)であった。

③ 対応

初期の標準看護計画の「左片麻痺に関連する転倒のリスク」を見直し、「左側無視、注意障害による転倒のリスク」を追加し、標準看護計画に以下の計画を追加した。

■表6 医療事故のレベル基準

区分	レベル	県基準		当院の事故別の基準			
		内容	転倒	誤薬	熱傷	離院	その他(例)
インシデント	1	●間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合	●転倒に至らなかった場合 ●転倒したが無症状の場合	●誤薬に繋る前に発見された場合		●職員捜索で発見無症状の場合	●点滴の継続がはずれたが、直ちに対応できた場合 ●処方・指示に誤りがあったが、事前に訂正できた場合
	2	●間違ったことが実施したが、患者には変化が生じなかった場合	●車椅子からずり落ちるなどし打撲、痛み、擦過傷あり	●誤薬が発生したが、患者の状態に変化がない場合		●院外で見された場合	●点滴の継続がはずれ、血液の逆流がみられた場合 ●チューブ栄養外れ、流出した場合
	3	●事故により、患者に何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた場合	●切り傷などの縫合を除く創が生じた場合	●軽度の治療・処置が必要になった場合(点滴治療など)	●熱傷1度	●警察や交通機関捜索依頼になった場合	●点滴の接続がはずれ、刺し換えた場合 ●誤飲・誤嚥・窒息が発生したが直ちに対応できた場合
アクシデント	4	●事故により、患者に何らかの変化が生じ、治療・処置の必要性が生じた場合	●縫合した創の場合 ●骨折・頭部皮下血腫・急性硬膜下血腫など生じた場合	●手術や治療のために転院した場合	●熱傷2度	●治療・処置が必要になった場合	●誤飲・誤嚥・窒息により酸素吸入などの治療・処置が行われた場合(誤嚥性肺炎など)
	5	●事故により、生活に影響する高度の後遺症が残る可能性が生じた場合	●後遺症が生じた場合	●後遺症が発生した場合	●熱傷3度	●後遺症が発生した場合	●誤嚥・窒息により後遺症が発生した場合(無酸素脳症など)
	6	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合	●事故が死因となった場合

(七沢リハビリテーション病院脳血管センター)

■表7 転倒転落アセスメントスコア

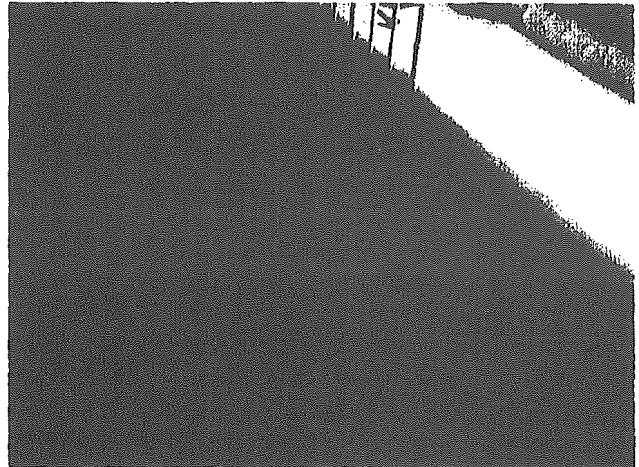
ID  
 ○○○ ○○○ 入院日： ○○年○○月○○日  
 △△△ △△△ 発症日： ○○年○○月○○日  
 診断名： ○○年○○月○○日

転倒転落アセスメントスコア

分類	特徴	△/△
A. 転倒歴	転倒転落したことがある	1
B. 病歴	入院から1カ月以内である	1
C. 感覚障害	視野・視力障害・聴覚障害がある	
	知覚障害がある	1
D. 運動機能障害	麻痺がある、あるいは骨・筋力に異常がある	1
	失調症状がある	
	Br-stage 下肢Ⅲ～Ⅳレベルである	1
E. 活動領域	移動時に介助が必要である	1
	ふらつきがある	1
F. 認知力	見当識障害がある	
	・病態失認がある	1
	視空間失認がある	1
	失行がある	
	失語症がある	
	注意障害がある	1
	記憶障害がある	
	痴呆がある	
	不穏行動がある	
	慎重性の欠如がある	1
G. 薬剤	抗痙攣剤を服用している	1
	睡眠剤を服用している	
	精神安定剤を服用している	
	浣腸緩下剤を服用している	
	高圧利尿剤を服用している	
H. 排泄	尿便失禁がある	1
	頻尿である	1
	尿意・便意が我慢できない	
	トイレ介助が必要である	1
	夜間はトイレに行く	
I. FIM 評価	FIMレベルが2～4である	1
危険度Ⅰ…(0～15点)転倒転落を起こす可能性がある	合計	16
危険度Ⅱ…(16～19点)転倒転落を起こしやすい	危険度	Ⅱ
危険度Ⅲ…(20点以上)転倒転落をよく起こす	サイン	○○

\*各項目の該当欄に○をつけ、1項目1点で合計30点満点とする。

■図7 停止位置のマーク



① ベッドサイドの車椅子の停止位置をマークした(図7)。

② みやすいように左のブレーキに患者と相談して好みの色のテープを張る。

車椅子の停止位置については、そんなことはしなくてもよいといていたが、マイカーの駐車場と話す、車庫入れと称して注意を向けるようになった。看護者も、この計画に沿って繰り返しかかわっていった。ブレーキを目立たせるためのテープは拒否されたが、車庫入れからブレーキを連想されベッドサイドでは忘れることは少なくなった。その結果、ベッドサイドでの転倒はなくなった。

文献

- 1) 泉キヨ子編：EBNで防ぐ転倒・転落。EB NURSING 2 (1)：2002.
- 2) 特集 医療事故と情報管理。看護管理 13 (3)：166-183, 2003.
- 3) 特集 病院のセーフティ・マネジメント最前線。病院 63 (7)：541-582, 2004.
- 4) 組織で取り組む医療事故防止。日本看護協会。

●訂正とお詫び

13巻12号特集「臨床ですぐ役立つ症候からの筋電図検査の組み立て方」“下肢の感覚障害と筋力低下—総腓骨神経麻痺を中心に”のなかで、図1、図2の内容(p.1099)が入れ替わっておりました。正しくは、下記の通りです。訂正してお詫び申し上げます。

図1 深腓骨神経支配の筋および感覚領域<sup>2)</sup>

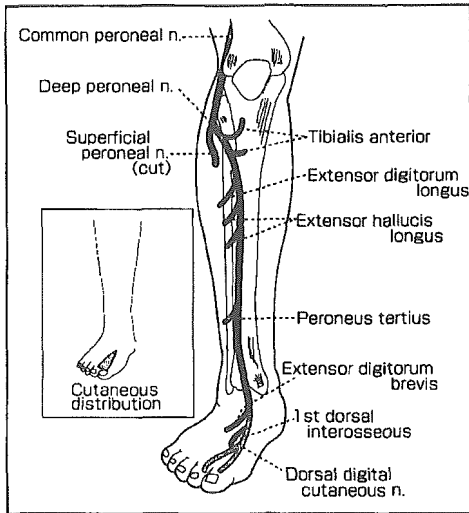
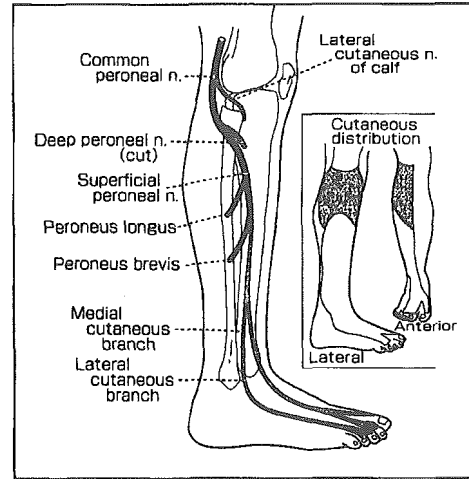


図2 浅腓骨神経支配の筋および感覚領域<sup>2)</sup>



notice board

## 第17回日本ハンドセラピー学会学術集会

【日時】平成17年4月23日(土) 9:30～16:00(受付開始8:45)

【場所】海峡メッセ下関

【テーマ】筋再教育の実際

【内容】特別講演

「麻痺手の機能再建術と筋再教育をあわせた術後セラピーの重要性」

筑波大学大学院医学研究科整形外科学教授 落合直之先生

シンポジウム

「筋再教育の実際」

一般演題発表

【参加費】 会員 3,000円

非会員 5,000円

学生 500円

医師(日手会会員) 無料

\*前々日より開催の第47回日本手の外科学会への参加が可能です。

\*事前受付は行っておりません。

【お問合せ先】〒754-0002 山口県吉敷郡小郡町下郷 862-3

小郡第一総合病院 リハビリテーション科

渡邊政男

TEL:083-972-0333(内線190) FAX:083-973-4909

E-mail:rehab@ogoridaiichi.jp

## 《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

座長/住田 幹男・前田 真治

リハビリテーション医の立場から—  
全国実態調査の概要と安全管理ガイド  
ライン作成に向けての取り組み—慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室  
里宇 明元

## はじめに

人口の高齢化，医療技術の急速な進歩に伴い，リハビリテーション（以下，リハ）医療においても急性期状態不安定例，呼吸循環器疾患併存例，嚥下障害合併例などのハイリスク例が増加し，医

療事故のリスクが高まっている．従来，病院全体としての安全管理への取り組みは多く報告され，リハ部門に関しても転倒など個別の問題に関する報告は散見されるが，リハ医療に特有の問題を踏まえたチームとしての安全対策に関する報告はほとんどない<sup>1-3)</sup>．そこで，リハ医療が安全かつ効果的に行われるために必要なシステムを関連職種との連携により構築することを目的に，2003年度より厚生労働科学研究「医療の質及び医療安全体制の確保に関する研究」に取り組んできた（主任研究者：千野直一慶應義塾大学名誉教授<sup>4)</sup>．研究班の構成を表1に示すが，リハ医療に携わる主要な専門職の学協会代表が参加していること，日本リハ医学会からは診療ガイドライン委員会委員長および関連専門職委員会委員長が参加しているこ

表1 研究班の組織

千野直一	主任研究者	慶應義塾大学医学部名誉教授 前日本リハ医学会理事長	研究全体の統括
里宇明元	分担研究者	慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教授 日本リハ医学会診療ガイドライン委員会委員長	研究班事務局
住田幹男	分担研究者	関西労災病院リハビリテーション科部長 日本リハ医学会理事	リハ医学の立場から
前田真治	分担研究者	国際医療福祉大学大学院リハビリテーション学領域教授 日本リハ医学会関連専門職委員会	リハ医学の立場から
北代直美	分担研究者	七沢リハビリテーション病院脳血管センター看護部長 日本リハ看護学会	看護の立場から
遠藤 敏	分担研究者	コナミスポーツ株式会社健康増進センターセンター長 日本理学療法士協会理事	PTの立場から
東 祐二	分担研究者	藤元早鈴病院セラピスト室室長	OTの立場から
藤田郁代	分担研究者	国際医療福祉大学教授	STの立場から
栗山明彦	分担研究者	早稲田医療技術専門学校専任教員	CPOの立場から

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士，CPO：義肢装具士