

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、これらのこ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。

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で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分

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%)

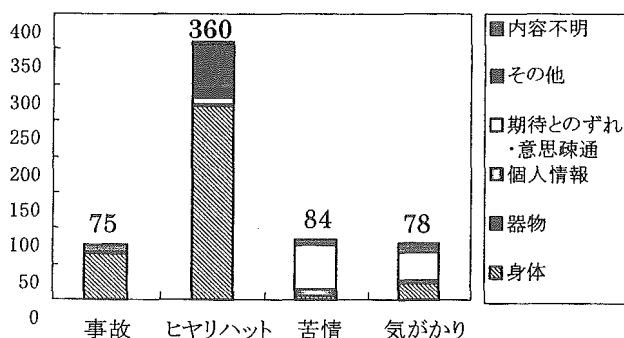


図1 事例区分と内容区分 (n = 597)

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・

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

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。

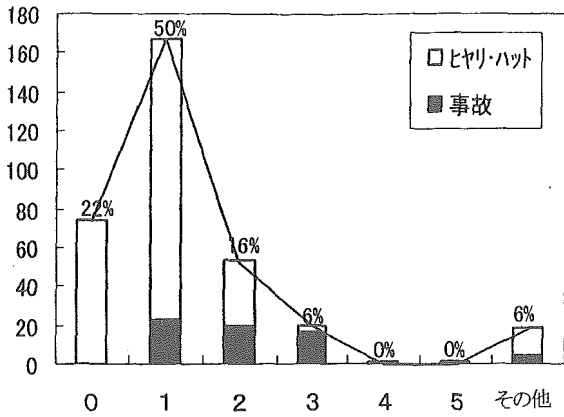


図2 身体に関する報告事例の推定事故レベル (n = 335)

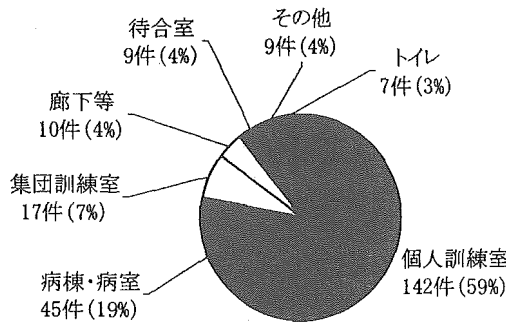


図3 事故やヒヤリ・ハットの発生場所 (n = 239)

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)。

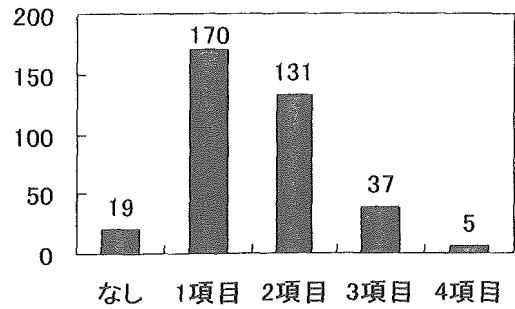


図4 事故やヒヤリ・ハット事例の背景要因に関する項目記載数 (n = 362)

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	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

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 基準遵守 5 10	
	意思疎通・ マナー 9件	意思疎通 ゆとり他 6 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 意向尊重	2 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 その他	21 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

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 (Prosthetists & Orthotists, PO) 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1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 (以下、リハ) 部門におけるリスクマネジメントのと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、日本リハ医学会認定の研修施設 (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

すでに日本リハ医学会研修施設 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ないため、2004 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、事故報告はどうしているか、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%、「更生相談所」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

トの有無が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, 2003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名の回答者のうちアクシデント・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, 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, 採型時の椅子からの転落, 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の誤り, 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が義務づけら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行っているか(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に多かった。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

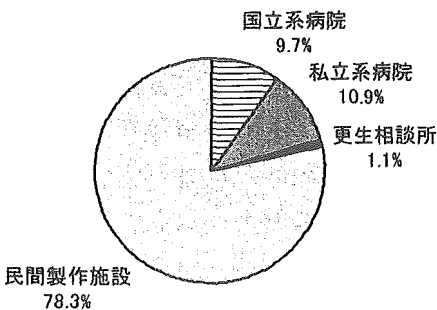


図1 所属の形態について (N = 92)

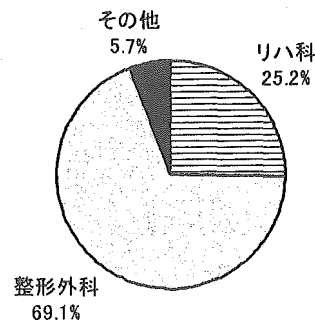


図2 診療科目の割合について (N = 92)

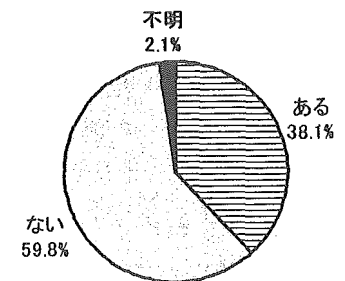


図3 アクシデント・インシデントの有無 (N = 92)

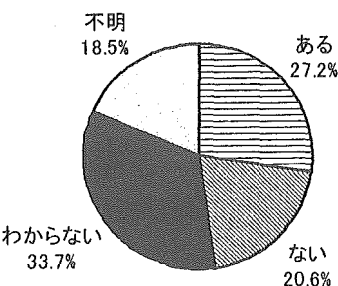


図4 事故などの報告の決まりごと (N = 92)

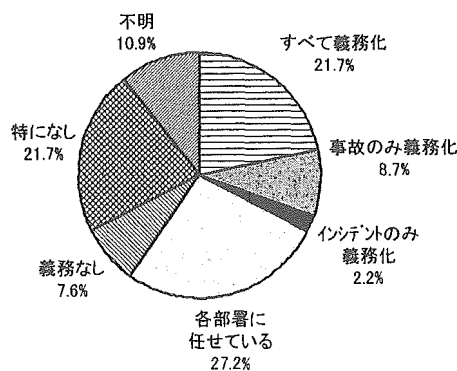


図5 事故報告の方法 (N = 92)

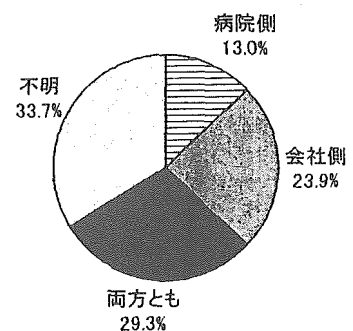


図6 患者への説明, 謝罪について (N = 92)

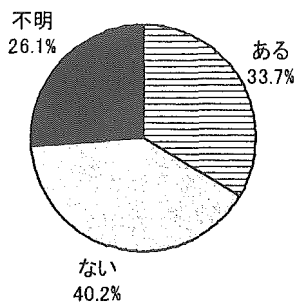


図7 業務している医療機関にマニュアルがあるか (N = 92)

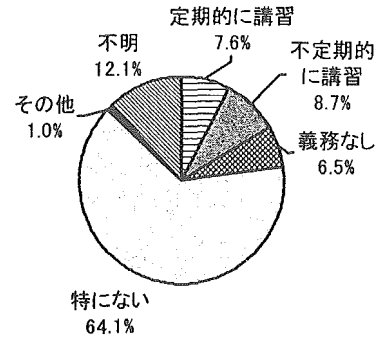


図8 業務している医療機関からの教育、指導 (N = 92)

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」、37件(40.2%)に「ない」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そうだった、また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。

おわりに

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という状況である。

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。なか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多かった。

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、患者へ対するリハへの影響も大きく変わり、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。

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) 岡村親宜：医療事故・介護事故に遭遇した時に必要な法律知識. 総合リハビリテーション 2004; 32: 45-50
- 2) 川村一郎：PL法の現在—補装具製造とかかわり. 日本義肢協会誌 1995; 24: 10-12
- 3) (財)テクノエイド協会 編：補装具の種目, 受託報酬の額等に関する基準, 2004