

【4】リハビリテーションに関連した医療事故

平成19年1月1日から平成19年12月31日の間に報告された医療事故事例のうち「発生場所」のコード情報の中から「機能訓練室」で選択されていた事例、及びそれ以外のコードの中から、その報告内容がリハビリテーションに関連する事例のうち、今回は主に理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、言語療法士(S T)などの関係するリハビリテーションに関連した事例5件について分析を行った(図表Ⅲ-15)。

(1) リハビリテーションに関連した医療事故の現状

平成19年1月1日から平成19年12月31日の間に報告されたリハビリテーションに関連する事例5例はすべて運動による骨折・筋断裂等に関わる事例であった。いずれも何らかの対策を講じていたが、患者が転倒した事例であった。

(2) リハビリテーションに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

本報告書では、事故の内容を「誤嚥・誤飲・窒息」、「熱傷」、「患者取り違え」、「運動による骨折・筋断裂等」、「義肢・装具」、「全身状態の悪化」、「その他」とし、リハビリテーションの種類と併せて医療事故の発生状況を整理した(図表Ⅲ-16)。報告された事例の中から31件の概要を図表Ⅲ-19に示す。

<参考>

なお、平成16年10月から平成18年12月31日の間に報告された理学療法士、作業療法士、言語療法士などの関係するリハビリテーションに関連した19事例を参考として図表Ⅲ-17に示し、事故の内容を「誤嚥・誤飲・窒息」、「熱傷」、「患者取り違え」、「運動による骨折・筋断裂等」、「義肢・装具」、「全身状態の悪化」、「その他」とし、リハビリテーションの種類と併せて医療事故の発生状況を整理した(図表Ⅲ-18)。

図表Ⅲ - 15 リハビリテーションに関連した医療事故事例の概要

番号	事故の程度	発生経緯
【運動による骨折・筋断裂等】		
1	障害の可能性 (高い)	作業療法士がリハビリ室内に一本杖を取りに行く際、患者へプラットホーム座位での待機することを話した。患者が移動し平行棒を伝い、再び歩行器へ戻ろうと方向転換を行った際、歩行器の滑車（車輪）につまずき、転倒した。スタッフは周囲におり、転倒を目撃したが転倒防止には間に合わなかった。
2	障害の可能性 (低い)	患者は人工股関節置換術後に歩行器・杖歩行がほぼ自由にできるようになっていた。当日もいつものように歩行器でリハビリ室に来て、プラットホームに座って待っている指導を受けていたが、患者はいつもと違う方法をとったため転倒した。患者は、出来るという過信があった。医療者側はいつものようにしてくれと思っていた。
3	障害の可能性 (なし)	患者はリハビリテーション室へ独歩にて入室し、バランス訓練や交叉歩行など実施していた。手すりのすぐ横に立ち、その反対側後方より理学療法士の監視下で、後方歩行を実施したところ、右踵が床につまずき、バランスを崩し後方に両手を着いて座り込んだ。監視していた理学療法士が介助しようと手をのばし、患者の背中に触れ後方への転倒に対処したが、病衣を把持できず下方に座り込む形となった。
4	障害の可能性 (なし)	左下肢免荷状態であり、右下肢と両松葉杖で歩行練習をしていた患者がバランスを崩し転倒した。理学療法士は患者の後方にて近位監視をしていたが、転倒するスピードに対応できなかった。患者は腰ベルトは使用していなかった。
5	障害の可能性 (低い)	左方麻痺の歩行訓練中、前方にバランスを崩し転倒した。いつもは左手を振り出した際に後方にバランスを崩して倒れることが多いため、理学療法士は後方左側から介助していた為、支えきれなかった。

図表Ⅲ - 16 リハビリテーションに関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	誤嚥・誤飲・窒息	熱傷	患者取り違い	運動による骨折・筋断裂等	義肢・装具	全身状態の悪化	その他	合計
運動療法	0	0	0	114	0	10	11	135
物理療法	0	3	0	0	0	0	3	6
作業療法	0	1	0	4	0	3	9	17
言語聴覚療法	0	0	0	0	0	0	2	2
不明	0	0	0	3	0	1	4	8
その他	0	0	0	1	0	2	7	10
合計	0	4	0	122	0	16	36	178

図表Ⅲ - 17 リハビリテーションに関連した医療事故事例の概要

平成16年10月～平成18年12月31日

番号	事故の程度	事例概要
【熱傷】		
1	不明	理学療法士は糖尿病の患者に新しい器械であるマイクロウェーブを10分程度照射したまま目を離していた。約10分後、どのような感じか聞いた際、「熱い」と言われたので中止し、照射部位をみたところ、発赤が出現していた。病棟で患者が肩がひりひりすると訴えがあり診察したところ、I度の熱傷を負っていた。
2	障害の可能性 (低い)	四肢不全麻痺と両下肢筋緊張亢進のある患者が両膝にホットパックを施行した。理学療法士は他の患者の訓練のため傍を離れた。15～20分ほどで戻ると、患者は熱傷を負っていた。
3	記載なし	外来で患者は理学療法の電気温熱治療室で両膝へホットパックを実施し帰宅した。その患者は膝に違和感を感じズボンをまくると、発赤ホットパック貼用部に発赤が出現していた。
4	障害の可能性 (低い)	知覚障害のある大腿部頸部骨折術後の患者にホットパックにて患部を温め、シルバーカーを使用して歩行訓練を行っていた。ある日いつものとおりホットパックにて患部を温めリハビリを行った。その後、病棟で看護師がホットパックを使用した大腿部の発赤を発見した。
【運動による骨折・筋断裂等】		
5	不明	骨折にて入院治療後、外来でリハビリ中であった。前腕回外訓練を実施していたところ骨折した。
6	障害の可能性 (低い)	肩関節屈曲の可動域が160度ほどの患者の肩の可動域訓練中に、理学療法士は右手で脱臼しないように上腕骨頭を、左手で前腕近位部を把持し、患者の左上肢を肩屈曲を行おうと上肢を挙上した。90度付近で抵抗の増加を感じた瞬間に音がして挙上に対する抵抗感がなくなり、診察の結果、骨折を確認した。低酸素脳症による意識障害、運動機能障害、感覚障害がある患者であった。
7	不明	上肢・下肢の障害で車椅子の患者の臀部が前に出て体幹が後傾している状態であった。そのままでは車椅子自走の際、疲れるため、腰を持って介助しようとしたところ同時に患者も上肢に力を入れたため右上腕を骨折した。
8	障害の可能性 (低い)	筋緊張の高い患者に対し、関節可動域訓練を行っていた際、屈曲方向に力を入れたところ、ガクッと抜けるような反応があった。レントゲン撮影したところ、大腿骨顆上骨折が判明した。患者は寝たきりであり、骨も脆弱化していた。筋緊張が強く、膝を少しでも曲げようとしたため、骨や筋肉に対し、ストレスが過剰にかかったと考えられた。
9	障害の可能性 (低い)	リハビリで膝関節伸展位で平行棒内歩行を行っていた。立位で荷重のないところを確認し、歩行器歩行を前腕支持により施行していた。5、6歩進んだ時に術創より出血を認めた。レントゲンで確認したところ骨片が固定より剥離していることを認め、再手術した。関節リウマチに伴う骨粗鬆があり、骨脆弱のため予想していたより強度が弱かった。

番号	事故の程度	事例概要
10	障害の可能性 (低い)	訓練における評価では理学療法士の監視なしで可能と評価されていた患者が、義足を装着し片松葉杖歩行訓練中、義足側の膝折れで転倒し、松葉杖で右胸部を圧迫した。理学療法士が付き添い病棟に戻ったが、理学療法士から病棟看護師等への転倒の報告はされなかった。2日後、肋骨骨折と診断された。
11	障害の可能性 (低い)	患者は左上肢に軽度の麻痺があり、屋外歩行訓練中に駐車場を歩いていた。会話をしていた為、車輪止めに気付かずにつまずいて前方に転倒した。両膝・手を付き擦り傷を負った。
12	不明	人工膝関節置換術後の患者で、全加重での歩行が許可されていた。両側松葉杖を使用し4点歩行を3メートル施行し立ち止まった際、術側の膝折れを起こした。理学療法士が後方から介助し転倒は免れたが、患者はしゃがみ込む様な体勢となり、膝の疼痛の訴えた。レントゲンにより大腿骨顆上骨折が判明した。
13	障害の可能性 (低い)	脳炎後遺症で、体重増加に伴い、四つ這い移動能力が低下したため、リハビリテーションを受けていた患者が訓練室で尖足矯正目的のため起立台にて起立訓練をしていた。終了後、理学療法士が起立台を水平にしたのち固定ベルトをはずし、使用していたタオルを戻すため2m程離れ、20～30秒程目を離した間に患者が起立台上で寝返り、45cm位の高さから転落した。
14	不明	理学療法施行時に患者から下肢の疼痛の訴えがあった。レントゲンにて脛骨骨折が認められた。
15	障害の可能性 (低い)	理学療法士は患者にいつも使用している低いベッドが空いていなかった為、少し高いベッドに移動するように伝えた。患者はベッドに腰をかける際に浅く入り込んでしまい、麻痺側より転倒した。
16	障害の可能性 (低い)	患者はシルバーカーを使用し機能訓練室に入った。理学療法士は、前日まで問題がなかったため大丈夫だと考え、遠位監視（遠くからの見守り）をしていたが目を離れた時に、患者は治療用ベッドの端に坐り、そのまま転落した。
17	障害の可能性 (低い)	リハビリテーション時にメディシンボールを使用し、バウンドによるキャッチボールを実施中、突き指をした。レントゲンの結果、手指に骨折が見つかった。
18	不明	人工膝関節置換術後の患者が理学療法中に自分で背臥位から腹臥位になった。その瞬間に股関節に音がしたと訴えがあった。レントゲン撮影にて股関節の脱臼を認めた。通常は今回の肢位では股関節の脱臼は起こらないケースであるが、長期免荷してきた脚で、関節弛緩があった。
【その他】		
19	障害の可能性 (低い)	人工肘関節置換術後の患者。数日前自宅の風呂場で転倒し前腕近位部位背面を打撲し、腫れていると作業療法士は聞いていた。作業療法訓練再開となり、肘関節関節可動域訓練を開始した。作業療法士は患者の上腕遠位背面を支え、前腕中央より近位部位背面を持ち肘を屈曲方向へ動かした際に前腕近位付近で鈍い音を認めた。診察にて尺骨骨折と診断された。数日前の自宅での転倒の情報が十分に生かされなかった。

<参考>

図表Ⅲ - 18 リハビリテーションに関連した医療事故の発生状況

平成16年10月～平成18年12月31日

	誤嚥・誤飲・ 窒息	熱傷	患者取り違い	運動による骨 折・筋断裂等	義肢・装具	全身状態の 悪化	その他	合 計
運動療法	0	0	0	13	0	0	0	13
物理療法	0	4	0	0	0	0	0	4
作業療法	0	0	0	0	0	0	1	1
言語聴覚療法	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	0	0	1
合計	0	4	0	14	0	0	1	19

図表Ⅲ - 19 ヒヤリハット事例 記述情報（リハビリテーション）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【熱傷 2件】 他類似事例 2件			
1	腰痛の部位（左腰部）に車椅子上でホットパックを20分間施行した。施行中患者の皮膚の状態を確認せず終了し、病棟へ帰した。病棟看護師より連絡があり、背部に直径10cm程の発赤があると連絡を受けた。	ホットパック施行中の確認を怠った。患者に感覚障害があり、熱くても気付かない可能性があった。車椅子での姿勢では常に圧がかかるような部位に発赤があった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の姿勢と、ホットパックがきちんと当たっているかを確認する。
2	料理プログラム実施中、天ぷらを揚げている時他の患者が揚げている横で、患者は次に揚げる物を載せたお皿をもっていった。患者は自分も揚げて見たくなりそのお皿を置こうとした時に、熱くなっていたコンロの五徳に手が触れた。患者の「熱っ」の声でスタッフが気付いた。冷やした後痛みもなく発赤も見られなかったのと患者より大騒ぎになるのが嫌だから病棟看護師には黙っていてと言われ作業継続し報告をしなかった。	熱くなっている五徳の上に鍋などを載せ、直接触れないようにしていない。病棟への連絡をしなかった。危険性に対して予測をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 五徳の上に鍋など載せておく。 連絡の徹底。 危険性の予測に対して対処しておく。
【運動による骨折・筋断裂等 16件】 他類似事例 106件			
3	患者はベッドに端坐位になり、OT（作業療法士）は対面する形で1m程離れた所からボールを受け、投げを行っていた。しばらくして患者がボールを受けた際、そのまま後方へ倒れ頭部を床に打ち付けた。バイタルサインの変化、腫脹や頭痛、嘔気・嘔吐なく患者の状態に変化はなかった。	これまでの訓練場面で端坐位が安定していることが評価できていたため後方に倒れることを想定していなかった。後方へ倒れることを想定し、倒れた場合に頭部を保護できるような状況設定が必要であった。	<ul style="list-style-type: none"> 後方へ倒れても大丈夫なように保護用具を設置する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	<p>訓練のため車椅子移乗をする際、患者をベッドサイドに端座位をとらせ理学療法士が横に座って支えながら電動ベッドの高さを下げているところ、患者の左足がベッドと床に挟まったようになっているのに気付いた。慌ててベッドを上げて患部を見たが、擦り傷だけだったため看護師には詳細を報告しなかった。翌日、同理学療法士が患者の左足から足先にかけて腫脹しているのを発見し、初めて医師・看護師に事故を報告した。レントゲン撮影の結果、脛骨・腓骨骨折と判明しギプス固定となった。理学療法士自身が足関節を捻挫しギプス固定していたため、通常行わない手順（患者を起こしたあとベッドを下げる）で介助を行った。また、ベッドは低床電動ベッドで、床から24.5cm（フレーム含む）まで下げることができ、障害物があっても30kg以上の抵抗がなければ強制的に動かしてしまものであった。患者は筋緊張が強く全介助状態であった。</p>	<p>理学療法士自身が捻挫しギプス固定・松葉杖を使用していたにもかかわらず、受傷翌々日から業務に就かせ、通常業務を行わせていた部署内の判断誤りと危機管理不足があった。当事者の過信、電動ベッド操作時の確認不足、危機感欠如による訓練時トラブルが起こった際の不適切な対応があった。電動ベッドを安全に使用するための注意事項の全職員への周知徹底不足、危険性の認知不足であった（購入時、業者から説明や説明書の配布はなかった）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、訓練士の体調を考慮しての業務調整を徹底する。 ・患者の移乗介助が安全に行えないと判断された場合は、休暇ないし事務に従事させる。 ・訓練時トラブルが起こった際の対応について新人教育を徹底する。 ・電動ベッドを安全に使用するためのマニュアルの配布、職員への周知徹底をする。 ・電動ベッドは患者を起こす前に高さ調整する。 ・電動操作は両手で行う。
5	<p>訓練室の廊下で歩行訓練中、前方から来た人を避けようとした際つまづき前方に転倒し、左膝と両手をつき床に打たれた。理学療法士は遠位監視していたため介助に間に合わなかった。帰室し看護師へ報告し主治医の診察を受けた。患者状態は異常を認めなかった。</p>	<p>訓練中に他の患者とすれ違うことは当然理解していたのに遠位監視レベルでできるだろうとの考えがあった。事故後の処理に問題があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練中の事故予測と発生後の報告の再教育した。
6	<p>監視で立位で上肢活動中、その場を離れ必要道具を取りに離れてしまった。また、その場には他OT（作業療法士）やスタッフはいたが、監視の継続依頼をしていなかった。道具を持ってその場に戻った時には患者様が床に座っていた。他OTが転倒音で振り返ると左殿部と左肘を着いた状態で転倒していたとの事。即座に体位を整え、異常や異変の有無を確認中だった。患者の意識や身体状況に異常がないことを確認し、車椅子で帰室した。病棟リーダー、看護師長、医師に報告し、その後の観察を依頼した。</p>	<p>監視必須なのに、その場を離れた。また、他のOTやスタッフに監視の継続依頼をしていなかった。これまで患者様が転倒する可能性は念頭において訓練に当たってきたが、一瞬なら大丈夫であろうという思い込みがあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒リスクがある場合、視界から外さずその場を離れない。 ・万が一その場を離れる必要時は必ず他のスタッフに責任依頼を確実にする。 ・他のスタッフがいけない場合は、いったん椅子に座らせ安全環境を確認後、他の業務を行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	大腿頸部骨折整復固定術後 完全免荷で歩行練習開始し 4 日目の患者が松葉杖での歩行練習中、車椅子からの立ち上がり動作直前にバランスを崩し転倒した。P T（理学療法士）は直接身体へ触れての介助はしていなかった。その後患者の異常がないことを確認した。	立ち上がりの際に担当 P T が健測にいたため、患者がふらついた時に介助の手が届かなかった。患者のふらつきの予測ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助位置の選択。 ・ P T 間で介助方法の勉強会を実施する
8	リハビリに歩行にて移動中、階段降下中に靴のマジックテープがはずれてしりもちをついた。リハビリ初日であり、自立歩行可能、杖なし、認知レベル低下のない患者であったため、先にエレベーター前で待つよう指示をした。患者は一人で階段で降りてしまった。	自立歩行可能な患者であり、指示を伝えたと考えていても患者の性格、日常の行動を熟知し患者それぞれに対する危険予測ができていなかった。リハビリ初日であり、リハビリ開始時から患者から目を離す状態を作ってはいけなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者評価を正しく行い、危険予測に基づて行う。 ・ リハビリテーション時は、患者から目を離さない。
9	ベッドサイドでリハビリの際、左上肢を保持し持ち上げようとしたら、皮膚剥離になってしまった。	皮膚の状態は低下しており、剥離するリスクは高かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 皮膚の状態をよく確認し、保持する場所などを注意する。
10	大腿四頭筋訓練、T 杖での歩行訓練、T 杖と手すり使用で段差（階段）訓練を行った後、1メートルくらい先の椅子に座ろうとしたところ、両膝が折れて膝をついてしまった。バイタルチェックと痛みの確認は異常なし。車椅子で部屋に戻し、看護師に報告した。	段差訓練自体は 4 回目です。今まで膝折れはなくフリーハンド歩行も可能なため監視があまくなっていた。もともと監視レベルの患者であったが段差を降りきった後で介助の手を放していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訓練中だけでなく、歩行時や座るまで帯による介助を放さない。
11	廊下にて両松葉杖での歩行訓練中、前方へバランスを崩し転倒した。理学療法士は患者のズボンを後ろから把持していたが、支えきれず倒れた。患者は右大腿骨頭すべり症のため、右下肢を完全免荷で歩行していたが、転倒時に右足部を接地し、特に右踵の疼痛を訴えた。右股関節についても痛みがあった。	左足振り出し時に地面につま先が引っかかり、前方へバランスを崩した。理学療法士はズボン後ろから把持していたが、支えきれなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ バランス面での向上が見られるまで、歩行器での歩行に切り替える。
12	リハビリ訓練室のマット上において理学療法を開始した。筋力強化、バランス練習実施後、普段使用していたプラットフォームが空いていなかったため、椅子の座面を利用して立ち上がろうとした際、左小趾を負傷した。小趾から出血していたためティッシュにて止血し、絆創膏を貼った。	椅子の素材への配慮不足であった。床上動作に対して安定性のない患者に対し、下肢の振り出し位置への注意が不足していた。普段使用していたプラットフォームではなく、椅子を支えにして立ち上がりを実施した。靴下を着用せず裸足でマット上での訓練を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者がリハビリに来る際には、靴下を持参してもらう。 ・ 動作時は患者の全身への注意、配慮を怠らない。 ・ 使用する道具の材質、形態にも配慮する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	リハビリにて可動式免荷装置使用後、母が後方介助し、患者は背もたれなし椅子にて休憩していた。母が離れた際に椅子ごと転落し後頭部を打った。直ちにバイタル確認し後頭部に皮下出血認め救急外来を受診した。CT上頭蓋内出血は認めず経過観察となった。	座位が不安定な患者に対して椅子の選択や配置、監視位置が不十分であった。安全管理を家族に任せてしまった。患者の座位能力の過信があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・休憩する際はトレッドミル上から降りて休憩を行う。 ・患者から目を離す際は必ず他のスタッフに見守りを要請する。
14	シルバーカーを使用し、右後側方からの軽介助にて歩行練習を実施した。その際、左側へふらつき膝折れがみられ、支えきれず右膝を接地し転倒した。右膝蓋骨前面に擦過傷がみられ病棟で処置を行った。	歩行安定性の低い患者に対する評価不足、危険予測不足であった。患者の歩行能力の過信があった。介助量・介助方法に誤りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行能力の評価、介助方法を適切に実施する。 ・危険予測を念頭において訓練を実施する。
15	長距離歩行の練習のためカーペットフロアを歩行中、右足趾がカーペットに引っかかり前方へ転倒し、右前頭部及び右前腕部殴打し出血した。理学療法士が患者の横に見守っていたが、転倒が速度が速く転倒を回避できなかった。	患者が歩行訓練を行う場所（カーペットの床）としては不相当であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・長距離歩行訓練には患者に腰紐をつけてもらい、それを持ちゆっくり歩く。
16	リハビリ室内に設置されている車椅子用トイレ内において、患者はリハビリでのトイレが初回であった。患者はトイレ動作は自立しているが移乗動作に監視や軽介助を要しており、担当PTがトイレ移乗まで付き添った。その後担当PTは、別件で一時的にその場を離れなくてはならず、「トイレが終わったら、一緒に車椅子に戻るなのでそのまま待っていてください」と指示し、その場を離れた。患者は理解していたが、トイレが頻回で迷惑をかけたくないとの理由から、自分で出来ると判断し、担当PTが戻るのを待たず自力で車椅子へ移乗を試みた。その結果、車椅子とトイレの間にずり落ちてしまい、直後に戻った担当PTにより発見された。打撲は確認できず経過観察となった。	急な別件により、他のことに気をとられていた。当事者が、患者のトイレ動作、性格などについて詳細な評価が出来ていなかったため、患者とのコミュニケーションにも問題ないことから、指示に従ってくれるだろうと思いついていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリでのトイレが初回の場合は、評価することを含め、必ず担当PTの監視下にて行う。 ・急な別件が入った場合は他のスタッフに声をかけるなどして応援を要請する。
17	酸素療法を行なっている呼吸不全患者が病室内歩行練習を行っている際に、方向転換しようとして酸素チューブを跨ごうとした。その際、片脚立位の状態となり片脚で支えきれず膝折れして地面に座り込んだ状態となった。	酸素チューブをつけたままでのリハビリに対する注意が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素チューブの長さ、位置に十分に配慮する。 ・下肢筋力低下の明らかな場合の歩行練習の際には、必ず患者に付き添うようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	作業療法の一環で軽スポーツのプログラムがあり患者十数名が参加していた。プログラム内容はソフトバレーであった。当該患者は遠くへ飛んだボールを追いかけた際につまずき前方へ転倒した。両膝、肘を打撲したが、外傷はなく継続する疼痛は無かった。患者はバレーに夢中になり作業療法士の無理をしないようにという声かけが聞こえなかった。	新人作業療法士に対して医療安全教育がされていなかった。軽スポーツ中の起こりやすい事故を他の作業療法士と事前に話し合い情報を共有していなかった。精神疾患患者の慢性期患者を理解するための疾病教育がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者理解のため疾病教育実施する。 医療安全管理教育を専任リスクマネージャーと事例分析しながら実施する。 医療安全研修会に参加する。 スポーツ開始前に注意点を参加者に知らせる。
【全身状態の悪化 3件】 他類似事例 13件			
19	四肢麻痺のため自己体動困難の患者が呼吸理学療法とベッド上運動療法を行っていた。痰が多く、当日も多量の痰が吸引され、かつ下葉呼吸音が不良だったため、左側臥位で体位ドレナージを行った。状況に問題なかったため、そのまま退室した。その後患者は著明に酸素飽和濃度が低下しているところを発見された。もともと左側臥位で酸素飽和度が低下する患者であった。担当看護師はそのことを知っていたが、理学療法士は知らなかった。	多職種間の連携不適切であった。他のことに気を取られていた。理学療法士は患者が左側臥位で酸素飽和度が低下するということを知らず、体位ドレナージのために左側臥位をとり呼吸介助を行い、状態に問題なかったため退室した。	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態の不良な症例については、特に患者に影響を及ぼす事項についていた職種との連携が必要である。
20	リハビリを実施中、全身の筋緊張が高い印象を受けたため肩甲帯周囲のリラクゼーションを実施した。しかしそれが誘発刺激となりさらに全身の筋緊張が高まり、少量の嘔吐を認めた。直ちに看護師へ報告し、バイタルの確認をし医師へ報告した。その後、上司で報告した。	前日の検査や処置による患者の疲労感に対する配慮不足であった。介入方法によっては筋緊張が亢進しやすい患者への観察、判断不足であった。患者に合わせたリハビリ時間やプログラム内容が不適切であった。	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ実施前の全身状態のチェックを必ず実施する。 リハビリ介入時の全身状態に合わせて、リハビリ時間やプログラム内容を配慮する。 主治医、病棟看護師など他職種との連携、情報の共有を図る。
21	作業療法室で車椅子座位で机上訓練を実施中、作業療法士が他患に関わっている時、患者に痙攣発作が起きていた。別の作業療法士がそれに気づき、看護師に連絡し病棟に帰棟した。当日は担当者が不在だった為、当事者の作業療法士が担当していた。当事者の作業療法士が気付いた時、患者や他の患者に不安を与えるような発言をしてしまった。	当事者の作業療法士は他の患者に気を取られて、患者に注意していなかった。患者は以前にも痙攣発作を起こしていた。	<ul style="list-style-type: none"> 以前から痙攣発作を起こしているという事をしっかりと頭に入れて、良く確認をしておくべきであった。 言動に注意する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 10件】 他類似事例 26件			
22	四肢筋力低下の患者に対し、病室でベッドから車椅子に移動訓練を実施する際、PTが医師、看護師に立ち会いを依頼した。看護師が訪床する前にPTと医師で移動訓練が開始された。患者は気管切開をし人工呼吸器を装着していたが、看護師が訪床すると患者の気管チューブに人工呼吸器の回路の緊張がかかった状態にあり、声を掛けたが気管チューブ（ボーカーレト）ごと回路が脱落した。	PT、医師、看護師の連携が不備であった。業務手順、ルールを守っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> PT、医師、看護師の役割をリハビリ開始前に確認し、観察するべき役割の認識を高め、リハビリに臨むことを徹底する。 時間調整も必要である。
23	糖尿病の運動療法の処方箋が提出されたので、患者をリハビリ室へ呼び、運動療法を行おうとした。その時、患者から「運動をしても大丈夫か」と聞かれ、処方箋を確認すると、網膜症を合併していた。主治医に確認しようとしたが、別件中であり確認できなかったため、低負荷・短時間で運動療法を行った。再度、主治医に連絡し、結局運動は禁忌であった。以降、運動療法は中止となった。	医師自身が間違った処方を出した。指示を受けた看護師も運動療法についてチェックができていなかった。処方箋の内容をしっかりと理学療法士が確認していなかった。患者から言われて確認しようとしたが、きちんと確認できるまで、待てなかった。これらについては、どの段階かでチェックが働いていれば防ぐことが出来ていただろうと思われるが、ルール・チェックの仕組み・手順が遵守されていなかったことが問題である。	<ul style="list-style-type: none"> 疑問に思った時は、必ず安全を第一に確認できるまで業務を中断しておく。
24	右外果骨折、左中足骨底骨折の患者。医師からの指示は「トランスファー及び立位時に左下肢は荷重可能」であった。しかしPTが荷重可能と思いこみ、棒内歩行訓練をして過荷重させてしまった。	新人の理学療法士であるため、知識不足により病態を把握できていなかった。医師の指示も少し不明瞭であった。	<ul style="list-style-type: none"> 不明瞭な点については必ず相談して行う。
25	医師からの依頼書には「診断名：腰痛 物理療法 腰椎牽引 腰部マイクロ」と書かれていた。初回は、その通り物理療法を行った。2度目の時に、首から提げていた機械について問い合わせると「これは心臓のペースメーカーや」と患者より返答があった。腰部マイクロの際、精密機器は厳禁であった。	医療機器使用の際の患者への問診が不十分であった。スタッフの機器の知識不足、機器の安全への配慮不足であった。今回の件は実際は、ペースメーカーではなく、ホルター心電図であった。	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器を使用する場合、初回は医療従事者が必ず患者へ問診する。 医師へペースメーカー使用者の機器使用のリスクを説明する。 患者カルテの記載内容を検査前に確認する。
26	理学療法終了後、病棟の送迎待ち時間があったため、患者には頸椎牽引の下の椅子に座ってもらった。椅子に座ったところ、頸椎牽引の頸部固定のベルトが患者の頭部に触れていたため、固定ベルトを動かしたところ滑車が外れた。患者の頭上にあった金具が頭部に落ちてしまった。	固定ベルトを動かす際に、真下に患者が居るにもかかわらず、安全確認の配慮が欠けていた。また、器具を扱う際の安全確認も不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 頭上に金具などがあるということに対する、危険の確認を行い、機械等を扱う際には安全確認を十分行うよう実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
27	作業療法中、患者Aと患者Bが雑談していた際、患者Bの発した一言に対し患者Aが激怒した。患者Bはすぐに謝った。当事者も仲介に入ったが患者Aは患者Bに対し平手打ちを1回行った。患者Bに外傷はなかった。精神科外来へ連絡し、看護師と外来チーフ、当事者が診察の必要性を再三話す、患者Aは全く応じず帰院した。その後、落ち着いた患者Aと家族が謝罪に来た。	患者Aの精神症状の悪化あり、診察時に不調を訴えており、発生日にも当事者へいらいら感の訴えがあった。それでも明るく談笑しながら作業に取り組んでいたため、観察の実施が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の観察を十分に行い、主事医師との連携を密にする。 病状不安定の患者には、作業療法の実施回数や内容を再考する。
28	食事動作でスプーンを口元に運ぶ訓練中、ビーズをすくい取り口腔近くまで移動した際、口腔の中を含んでしまった。直ぐに吐き出させ、当事者が指で掻き出し、飲み込んでいないことを確認した。	軽度の意識障害があり、食べ物か否か判断できない状態を予測しなかった。事前に食べてはいけないことを説明しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 食事動作訓練時はスプーンに何も乗せない手順にした。
29	裁縫道具を使用したリハビリを実施した。リハビリ終了後に、患者と介護士からマチ針の置き忘れの報告を受け、直ちに確認しに病室へ行ったところ、ベッド横の台の上にマチ針が放置されているところを発見した。直ちに安全な場所へ保管し、上司へその旨を報告した。	患者に視野障害があるにも関わらず、道具使用後の最終確認を患者に任せてしまった。自らがマチ針の有無の確認を怠った。使用前と使用後のマチ針の本数を確認していなかった。セラピスト側の集中力不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> 使用前と使用後の針の本数の確認を行う。 使用後は、自らが針などの置き忘れがないか確認をする。 リハビリ用として物品個数を明確にした裁縫箱を作成する。
30	酸素吸入中の患者が、リハビリのため車椅子で搬送されて来た。リハビリ開始直前に酸素ボンベと流量の確認を行った。流量計の目盛は4を示しているが、酸素ボンベのコックは閉じたままで酸素が流れていないことに気付いた。直ちにコックを解放、流量も上げた。S p O ₂ が82%と下がっていたが、2分位でS p O ₂ が普段の94%まで上がり、酸素5Lに下げ、リハビリを開始した。	酸素ボンベのコックの解放忘れがあった。	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ開始時チェックを確実に行う。 同患者に関して、同様のインシデントが再発しているの、確実な対策を行う。
31	患者持参のT-cane(杖)を基準より4cm短く切断した。約1ヶ月後、入院病棟医師により発覚した。患者へ謝罪を行い、新しい杖を処方した。	確認不十分、知識不足であった(本来は、訓練用のもので仮の測定をしてから長さの確認をし、少し長めに切断する)。判断の誤りがあった。相談・報告の遅延があった。治療に対する慣れや人のものである杖や装具に対する意識や責任の欠如があった。膝や腰部に疼痛が出現する恐れがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ謝罪し、病院負担で新しい杖の処方をした。 当事者へ、装具、義足、介助用具に関する使用意義と障害について再指導を行った。