

【3】リハビリテーションに関連した医療事故

平成20年4月1日から平成20年6月30日の間に報告された医療事件事例のうち「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、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事例5件について分析を行った(図表Ⅲ-2-10)。

(1) リハビリテーションに関連した医療事故の現状

平成20年4月1日から平成20年6月30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は運動療法時の転倒の事例が2件、作業療法時の転倒の事例が2件、自主トレーニング中の脱臼が1件であった。また、その他として、液体酸素を使用しながら歩行訓練をする患者の酸素の管理に関する事例が1件であった。

(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-2-11)。報告された事例の中から32件の概要を図表Ⅲ-2-12に示す。

図表Ⅲ - 2 - 10 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	障害の可能性なし	作業療法プログラムで散歩中に前にのめり込み転倒し、顔面を受傷した。
2	障害の可能性なし	作業療法士は浴槽の出入りの練習のために訓練室に来た患者に、練習用浴槽の前で待つよう指示をした。患者の横には椅子があったが、患者は立位で待っていた。作業療法士が患者に背を向けて1～2分間作業を行っている間に、患者はひとりで足を上げる練習をし、転倒した。
3	障害の可能性（低い）	理学療法室の平行棒で歩行訓練中、平行棒内を往復するために体の向きを変えた際に左足先が床につまづいて転倒した。通常、患者の歩行練習は問題なく行っていたため、担当理学療法士は視野範囲の観察をしながら他の患者の理学療法を実施していた。
4	障害の可能性（低い）	リハビリ訓練が終了し、担当理学療法士は患者をマットからベッドに移動し、端座位にした。端座位は安定しており、靴の着脱動作は自立していた為、理学療法士は患者に靴を履くよう指示し、後片付けのため、その場を離れた。音がしたため振り返ると、患者が床に倒れていた。靴を履こうと前屈みになり、そのまま倒れてしまったとのことであった。
5	障害なし	患者に人工骨頭置換術後、発熱等のためリハビリ訓練を3日間休んでいた。リハビリが再開となり、理学療法士は患者の筋力トレーニングを開始するため、車椅子からベッドへ移動させた。理学療法士は来客対応のため、下肢の自主トレーニングを指示してその場を離れ、患者は下肢の挙上訓練を開始した。約10分後、患者は股関節周囲の痛みを訴え、レントゲンにより股関節脱臼と診断された。理学療法士は自主訓練を指示した際、禁止行為など注意事項の説明を十分に行っていなかった。
【その他】		
6	障害の可能性なし	液体酸素でマスク6Lで廊下で歩行訓練をしていた。15mほど歩いたところでSpO ₂ 90%台を切ったため、座って休憩したが回復しなかった。車椅子で病室に戻り、部屋の酸素に付け替えるとSpO ₂ は回復した。看護師の指摘で液体酸素の残量不足であったことが判明した。

図表Ⅲ - 2 - 11 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	合計
運動療法	0	0	1	95	0	13	20	129
物理療法	0	3	0	0	0	0	1	4
作業療法	1	0	1	12	0	2	9	25
言語聴覚療法	0	0	0	1	0	0	3	4
不明	0	0	2	2	0	1	15	20
その他	0	0	0	4	0	0	3	7
合計	1	3	4	114	0	16	51	189

図表Ⅲ - 2 - 1 2 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
【誤嚥・誤飲・窒息 1件】			
1	作業療法でアイロンビーズを使用しリハビリを行っていた時、5mm程度のビーズを口に含んでしまった。観察をしながらのリハビリであったため、すぐ気づき、口腔内から取り出した。	てんかんの欠伸発作であくびをした状態になったところに手が口元まで移動し入ってしまった。食物とビーズの区別はできる患者で危険性の予測はしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ中は患者から目を離さない。 ・ビーズに代わる安全な作業用具へ変更する。 ・発作の種類と発作時の状況の情報伝達する。
【熱傷 1件】 他類似事例 2件			
2	リハビリ中の患者の腰背部筋のストレッチの為、温熱療法を併用した。ホットパックを早く暖めストレッチに入ろうと思い、通常よりやや高め（63℃）にし、「熱くなったら教えて」と伝えた。途中で「熱い」と言われ通常の温度（43℃）に戻した。15分後、背部発赤しているのを発見し、医師報告した。冷電法をし、20分後発赤軽減した。	当日、リハビリ患者が10名あり、送迎や事務処理、新患への説明等多忙であり、業務を早くすませようとした。患者の感覚を基準にしたため気付くのが遅かった。「熱い」と患者が訴えた時に観察をしていなかった。側を離れる時、近くのスタッフに声をかけなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・温度は高温からではなく必ず低温から始める。 ・業務調整をして余裕を持って患者観察にあたる。 ・途中で皮膚の観察をする。 ・スタッフ間のコミュニケーションを良くし、声を掛け合う。
【患者取り違い 2件】 他類似事例 2件			
3	外来リハビリ終了後、患者Aに、OT実習生が誤って患者Bの外来カードを渡した。患者は左半側霧視の症状があり、氏名を正確に確認する事ができなかったが、学生はそれが分からず患者Aに外来カードを確認してもらい渡してしまった。その後、会計では誤った外来カードのまま精算された。患者Bがリハビリ終了後、自分のカードを受け取ろうとするが、先ほど学生が手渡した患者Aの外来カードが残っており、誤りがあったことが発覚した。	業務が多忙であり、担当者が確認することができなかった。学生には患者の症状が理解できていなかった。学生指導が曖昧であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来カードを手渡す時には必ず担当者が確認する。 ・学生指導の徹底を図る。
4	外来診療開始時（9～10時）、外来リハビリの受付入力をパソコン端末（パソコンは、病院全館オンラインシステム）で実施した。その後、他のスタッフが医療事務課から「当該患者のリハビリ入力に来ていない」と指摘を受けた。リハビリ課で確認すると、他の患者へ誤って入力していたことが判明した。医療事務課へ「当該患者の受付入力を実施したこと、誤入力した患者の入力情報を取り消すこと」を伝えた。当該患者・誤入力した患者ともに、請求ミスは防止できた。	確認不足・うっかりミスであった。受付入力は患者ID番号で実施しているが、当事者は番号入力間違いをし、他患者の入力画面が開いたまま、当該患者の状況を入力したものと推測する。入力画面では個人情報が表示されるが、画面を注視しないまま、動作を遂行していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・受付入力の際には氏名と番号等、確認・照合を確実にを行う。 ・先輩スタッフが本人の活動を確認し、慌てさせないよう指導し、行程が確実かの確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【運動による骨折・筋断裂等 15件】他類似事例 99件			
5	当事者は、リハビリ中に患者を介助で立ち上がらせようとした。患者は腕を当事者の肩に預けるようにしていたが、立ち上がった際に前腕部が当事者の衣服と擦れ、前腕部に擦り傷ができた。	当事者は発生後すぐに患部にガーゼを当て、患者を病棟まで車椅子で移送した。病棟看護師に発生の経過を説明した。その後、看護師により患部の処置が施された。	<ul style="list-style-type: none"> 前腕部の皮膚が脆弱である患者に対しては、腕は肩に預けないで腋窩介助で立ち上がりを行う等、患者に応じて介助方法を配慮する。
6	機能訓練室退室時、車椅子駆動の反動がついたためか左前方へ身体が傾き、左上肢から床に滑り落ちそうになっているところを発見した。すぐに駆け寄り安全な位置に移動、転落を未然に防ぐことができた。	車椅子乗車後の安全確認、観察が不十分であった。患者自身も自分でできるという思いがあった。職員も大丈夫だろうという思いがあり、判断に誤りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子乗車時の安全を確認していく。 声かけ、見守りを行う。
7	片脚を切断している患者が、片脚立位をとるため平行棒内にて立位練習を実施した。介助で立位をとったが、痛みの訴えがあり車椅子へと着座しようとした。その際、車椅子が後方へと滑ってしまい、殿部が床へと転落しそうになった。介助をしていたことや近くに他のスタッフがいたことで転落までは至らなかった。	はじめて担当する患者ということもあり、身体能力の把握が不十分だった。また、車椅子左側のブレーキが故障しており、ブレーキはかかっていたがブレーキの効果はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子等ハードの整備をし、そのまま使用しなければならない場合は事前にチェックし、不具合を把握しておく。
8	患者が平行棒内歩行時、左右の平行棒を支えている板に躓き、休憩時に座れるように置いてある車椅子の上に覆い被さるように転倒した。外傷はなく、いつも通りの機能訓練を遂行した。	患者は脳腫瘍による左片麻痺で、T杖歩行は軽介助であったが平行棒内歩行は自立していた。患者の話では、休もうとして車椅子の前で向きを変えようとした時に板に躓いたらしい。	<ul style="list-style-type: none"> 下垂足等、躓く可能性があると思われる場合は、側で監視もしくは介助をする。
9	車椅子からトランスファーボードを用いて側方移乗動作を行っていた途中、ボードから身体が前方に滑り落ちた。患者の身体は大腿部で受け止め、周囲にいたスタッフに介助を手伝ってもらい、椅子まで引っ張り上げた。	トランスファーボードに臀部をのせたが、次第に身体が前方に滑っていた。ボード上の臀部の位置がいつもより端に寄っていた。移乗動作を行う前に、しっかりと臀部が乗っているかどうかをもう一度確認する必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> 移乗動作を行う前に、トランスファーボードにしっかりと臀部が乗っているかを確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	<p>患者は腰部脊柱管狭窄症で開窓術を施行し、皮膚筋炎のため両上下肢の筋力低下（MM T 3、4レベル）を認めた。歩行能力は、歩行器またはシルバーカー歩行自立レベルであり、自宅退院に向け、平行棒内にて段差昇降練習を実施していた。以前にも何度か練習は実施しており、両上肢支持あれば監視レベルにて昇降可能であった。近位監視で段差昇降を実施していたが、右下肢から降りようとした際に、靴の踵部分が段差に引っかかり、そのまま両膝を床に着く姿勢で着地した。その時、両上肢で平行棒は支持していたが、左下肢で支えきれず転倒にした。転倒後に疼痛なく、両膝関節部の発赤や腫脹も認めず、経過観察となった。</p>	<p>何度か練習していたために転倒しないという思い込みがあった。転倒の予測ができていなかった。口頭にて注意の促しが必要であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・両下肢の筋力低下がある患者は、転倒の危険性があるため、転倒しそうな状態でもすぐ支えられるよう軽介助を行う。 ・段差の角が識別しやすいように色付けをする。
11	<p>右人工膝関節置換術後のリハビリテーションであった。午前中のリハビリの予約だったが、眠剤服用のため全身倦怠感があり、午後に変更していた。患者は13時30分歩行器でリハビリテーション室に来室した。室内は杖にて移動し、理学療法士が指示しソファに腰掛けるように促した。ソファに手を突いて腰掛けようとされた際、ソファの高さと患者の認識とに誤差があり、前方にバランスを崩した。さらに前にあった椅子に前額部を打撲し、左下肢を床につき倒れられた。バイタイルサインは安定しており、転倒後のレントゲンでも骨折等の障害はなかった。</p>	<p>患者の一般状態の確認を訓練前に十分行うべきであった。室内使用のソファや訓練台等高さの違いがあるものが多く存在した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟と情報交換を図り、リハビリテーション実施の有無や方法を十分に検討する。 ・リハビリテーション来室時に、必ず全身状態を確認する。 ・ソファなどの高さに留意し、声掛けや誘導を工夫する。
12	<p>リハビリ室内で歩行訓練中、患者がベッドから車椅子に自力移乗する際に、車椅子のフットレストに右下肢が引っかかった。「痛っ」という発語があり、PTは右下腿を見たがその時は何も気付かなかった。本人も気にしていなかった。その後、歩行訓練を通常通り行い、歩行器歩行にて帰室した。痛みの訴えもなく表情も良かった。15時頃、看護師より「患者の右下腿後面に切創があります」と連絡があった。PTは患者の病室を訪れ謝罪した。</p>	<p>フットレストが見えにくい状態だった。立ち上がり動作が行いにくい状態だった。患者が待ちきれず立ち上がり動こうとした。患者は視覚障害があり周りが見えにくい状態であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくりとした動作を声かけをする。 ・準備ができたことを伝えることと、足の引っかかりや車椅子の位置などを伝える。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	セラピストはリハビリテーション終了時、患者を車椅子からベッドへ移乗した後、端座位をとりながら靴を脱がせていた。セラピストは前方へ位置し、患者の右肩に手を添え介助していた。靴を脱ごうと患者が右上肢を挙上した際、後方重心となり、そのまま後方へ倒れ、後頭部をベッド柵へ打ちつけた。外傷、疼痛なく、バイタルサインは変化がない状態であり、経過観察となった。	座位保持能力に対し適切な評価が行えていなかった。端座位をとった際、後方へバランスを崩しやすいことを認識していたにもかかわらず、適切な対処方法を取らなかった。同様の事故が起こったことに対する情報収集が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能や能力について、過信することなく適切に評価を行う。 座位保持能力が低い患者に端座位をとらせる際は、ベッド柵を外す、ベッド柵に布団をかける等、環境設定を行う。 担当患者以外についても情報収集を怠らない。
14	リハビリ終了後、車椅子からベッド上に移乗し、端座位となった状態で患者に横になるよう促した。患者の右側から支える形で介助を行ったが、患者はそのまま後方へ倒れてしまい支えきれず、ベッド柵に後頭部を当てた。その後、ベッドに臥床させ看護師に報告し、経過観察となった。	端座位能力の評価が不十分であった。患者の能力を過大評価していた。患者の行動を予測しきれず、それに対する対応策をとっていなかった。ライン確認を行う際、目がそれてしまい動き出しの確認がとれなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 認知機能・身体機能の評価を行い、それに合った介助・誘導方法、安全な対策をとる。 行動から予測されるリスクを管理する。 患者から目をそらさない。
15	リハビリ室のマット上にて患者の床上動作練習を開始、監視にて四つ這い移動を実施中、左側へ方向転換する際、代診のセラピストは患者の左側に膝立ち位の姿勢にて付き、誘導先に視線を向けていた。その際、患者は左方向へバランスを崩し転倒した。全身状態に問題みられなかったため、患者は病棟に帰宅した。その後、病棟看護師より「本人が転倒したといってる」と指摘され、看護師に詳細を報告し、経過観察となった。	患者が四つ這いを取った際のリスクを、カルテ上から把握していなかった。歩行より安定性のある四つ這いでは転倒リスクはないと過信してしまった。患者から目を離れた際の介助位置が不適切であった。発生した事例を問題視せず、自己判断により先輩セラピストに相談しなかった。患者の身体機能を客観的に把握していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 代診の患者を担当する際はカルテや申し送りにより、患者の特徴や注意点を把握する。 患者を診察する際は、気を抜かず診察に集中する。 転倒リスクのある患者から目を離さざるを得ない際は、患者の身体に触り、すぐに患者を介助できる位置につく。 自己判断せず、先輩セラピストに報告・連絡・相談をする。 普段より患者の身体機能面を客観的に把握し、経過を捉える。
16	車椅子を押して歩行練習を実施している患者がリハビリ室で、初めてリハビリを実施した。始めは後方に付いて見守っていたが「安定している」と判断し、患者に実施してもらっている最中、コーナーにさしかかり曲がろうとした時、脚がもつれて左側殿部から倒れ、左後頭部をぶつけて転倒した。その時、スタッフは皆、他の患者を介助していたため、患者自ら頭を起こした。スタッフもすぐにかけた。痛みの部位等があるか確認し、すぐに主治医が診察し、リハビリテーションを続行した。	リハビリ室は、病棟廊下より狭く、コーナー周りが鋭いため生じたと思われる。病棟内とリハビリ室を同一と考えてリハビリを行わせてしまったことが原因である。	<ul style="list-style-type: none"> 他の患者もリハビリを行っているため、狭い中で行うリハビリに対しては実施方法を検討する。 介助や観察を少人数のスタッフでどのように行うかをカンファレンスにて検討した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	患者が両松葉杖にて左非荷重歩行練習中に理学療法室から廊下にてたところ、松葉杖が左右に滑ってしまった。近位監視下であり療法士が瞬時に転倒の危険に対応できたこと、患者が若くバランス保持に対応できてことにより転倒の回避、左非荷重は守れた。廊下床面を確認したが滑る原因は認めなかった。両松葉杖のゴムを換え対処した後は滑ることはなかった。	松葉杖のゴムの劣化状況や交換を定期的に行う管理体制が不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> 松葉杖のゴムの交換・松葉杖そのものの点検・交換についての管理システムを検討する必要がある。 松葉杖は整形外来とリハビリ室から患者に貸し出されるため、整形外来とリハビリ室とで管理システムを検討する方向で考えている。
18	機能訓練終了後、患者が車椅子からプラットホームに移乗する際、前方へ転倒し頭部を壁にぶつけた。OTは、患者が移乗する時に見守りが必要であるため前方に立ち動作を介助していた。患者は、前方に重心をかけたため倒れこみ、OTが支えきれず壁に頭部をぶつけた。頭部の痛みは特にないことを確認した。	機能訓練後で疲労感があった。	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練後はしばらく休息を取り、患者観察を行う。 見守り位置の確認をする。 移乗時の介助位置の取り方を工夫する。 手すりのある場所を選択する
19	患者がリハビリ室内のベッド上で、臥位で休息をとっていた。担当理学療法士は、患者を背にして電子カルテを操作していた。後方から「ゴン」という音が聞こえ、振り返ると患者がベッドから転落し、膝立ち位になっていた。自ら起き上がろうとして下半身から転落し、両膝を床面で打撲していた。	休憩しているからと背を向けていた。また、もし自ら起き上がったとしても起居動作可能なレベルなので、大丈夫だと判断し観察を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 観察、確認の徹底をする。
【全身状態の悪化5件】 他類似事例 11件			
20	酸素を使用している患者の、リハビリ出棟の際に、看護師が酸素ボンベの台車を忘れたため、歩行訓練を酸素なしで実施した。そのことをカルテに記載したところ、主治医よりその理由について問い合わせがあった。	カルテを確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> カルテを確認する習慣をつける。 酸素ボンベは病棟に連絡し持ってきてもらう。
21	患者は歩行訓練を終え、リハビリ受付前のベンチに座っていたところ、意識レベルの低下、顔色不良、眼球上転、が出現し、その後硬直性の痙攣発作が起きた。	前日夜に経鼻胃管チューブが抜け、再挿入を試みたが、患者が頑なに拒否された。そのため、朝から栄養や、抗痙攣薬が入っていない状態だったが、担当の理学療法士はその経過を把握していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態把握のために、医師、看護師とのコミュニケーションを密にし、お互いに情報交換を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	ペースメーカー埋め込み後の患者にPTが病室でリハビリをしていた。モニターのHRが140台になったので訪室するとベッドサイドに立ってリハビリしていた。胸部症状の出現はなかったが、モニターもはずしていた。理学療法士は情報を知らず、「パス通りやっているの、患者に変化があったのなら教えてほしい」とのことであった。	理学療法士と看護師との連携不足であった。医師がリハビリの指示をタイムリーに出していなかった。理学療法士もリハビリ実施にあたって情報収集していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は患者の病状変化に伴い、指示が変われば、速やかに指示を出す。 ・理学療法士は実施前にカルテなどから情報収集する。 ・看護師と理学療法士との情報の共有をする。 ・リハビリ連絡表の活用をする。
23	手術後1日目の患者の理学療法をベッドサイドにて開始した。その際、安静度が「側臥位、腹臥位のみ可」であったにも関わらず、端座位練習を実施した。端座位練習開始後5分が経過したところで、看護師より端座位禁忌の指摘をうけ、直ちに側臥位に戻した。看護師に創部の状態をみてもらい、ガーゼ上に滲出液等のないことを確認した。	リハビリテーションの時間管理がうまくいっておらず、気持ちが焦っていた。カルテとカーデックスに安静度の変更が記載されていたにもかかわらず、実施直前の確認を怠った。患者のベッド上に安静度が記載されていたカードが吊られていたのに、見落としてしまった。変更以前の安静度が続いていると思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ実施直前にカルテ、カーデックスの確認を徹底する。 ・手術後など安静度の変更が予測される時は、先輩セラピストと一緒に安静度の確認を行ってもらう。 ・リハビリ実施直前には、安静度カードの記載内容やライン管理の状況など、ベッド周囲の状況を必ず確認する。
24	初回評価実施のため、バイタルサインや全身状態の観察をし、両踵部に水疱があることを確認した。右踵部にはサポーター等で保護されていたが、左側是水疱が露出した状態であった。その後、仰臥位にし、関節可動域や筋力等の評価を実施したが、その際は踵がベッドに触れていない状態であった。更に評価をすすめていたところ、ベッド上に浸出液が流出しているのを発見した。看護師に報告し、主治医により両踵部の処置が行われた。	水疱がやぶけたことに対する、意識不足・注意不足があった。水疱がやぶけた結果、感染などのリスクがあることに対する認識不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡や水疱がある場所を把握した後、接触を防ぐ姿勢をポジショニング等により実施する。 ・他の部位の評価を行っている際も常に患者の状態を把握する。
【その他 8件】 他類似事例 43件			
25	理学療法士が、ベッドサイドで術後2日目の患者にプーリー（滑車）の訓練を実施していた。数回実施し、患者が再度引っ張ったところで支柱の一部がガタッと音を立てて、傾いた。患者の脚は数cm上から直下に落ちたため変化は認めなかった。その後看護師を呼び、支柱を確認したところ、6角支柱がかみ合っていないことを発見し、修正し再度訓練を実施した。	プーリーの組み立てが正しくできていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・プーリーの点検を定期的実施する（毎日）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
26	リハビリ指示書にクリティカルパスの適応有無の記載がなかったため、カルテと看護師に確認した。クリティカルパス使用となっていたためクリティカルパスに従い患側に全荷重にて立位を実施した。その後、主治医に確認したところ免荷との指示があり、主治医に荷重をかけたことを報告した。特に患側への問題はなかったと主治医から返答を得た。	指示書に記入がなく、医師、看護師、技師間の連絡が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・職種間での連絡・確認を徹底する。
27	酸素使用の患者の平行棒内歩行訓練を行うにあたって、車椅子の酸素キャリアーに設置してあった酸素ポンペを平行棒横に置こうとした際に、酸素ポンペを傾けてしまい、加湿器内の水がチューブ及びカニューレに流出してパジャマを濡らしてしまった。	酸素ポンペの取り扱い。	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素ポンペ移動時はより慎重に扱う。 ・酸素使用の患者の歩行訓練時は酸素ポンペキャリアーを使用する。
28	歩行練習を行うため、車椅子についている点滴棒から輸液の本体とポンプを点滴台に移した。休憩中、ポンプが下にずり落ち、輸液の本体と輸液の接続部が外れた。	ポンプを点滴棒に移し変えた際に、ポンプの固定がゆるかったため、下にずり落ち、輸液の本体と輸液の接続部が外れた。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴台に移し変える際、ポンプが点滴棒台にしっかり固定されたかどうか確認する。
29	作業療法が開始となり、患者には訓練時間を伝えていたが、病棟へ訓練開始伝票を提出していなかった。16時過ぎより訓練室にて訓練を開始、16時30分病棟看護師が患者の所在を確認に来たため、訓練中であることを伝えた。病棟では無断離院と思い患者を捜していたことがわかった。	訓練開始伝票を提出していなかった。病棟から訓練室への送迎時、病棟看護師への声かけを行うべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種間とのコミュニケーションを密に図り、安全に訓練を実施していく。 ・訓練開始伝票の提出を確実にやっていく。
30	患者はS T室でリハビリを行う予定となっていた。しかし担当セラピストはリハビリの予定を忘れており、病棟で他の患者のリハビリを行っていた。患者がS T室に到着した時、担当S Tは不在で待つこととなった。たまたまS T室にいた他のセラピストが気づき、PHSで担当セラピストに連絡を取り、10～15分遅れてリハビリを開始した。	担当セラピストは毎朝、出棟予定表を見て確認していたが、前日にリハビリをS T室で行うことが決まった患者であり、出棟予定表には記載されていなかった。リハビリが追加された時点で出棟予定表に記載することを怠っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリが新しく追加された場合、出棟予定表に記載する。 ・S T室前のリハビリ予定掲示板を確認し、一日の出棟予定を二重にチェックする。
31	リハビリ終了後、ベッドをセッティングする際に、人工呼吸器と繋がっている気管切開チューブを引っ張る形になり、気管切開カニューレが抜けてしまった。	ベッドと人工呼吸器から出ているチューブの配置を十分に確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドと人工呼吸器の配置を確認する。 ・担当の看護師との連携の意識を高める。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	<p>緊急で ERCP 実施した患者に次の日、ST のリハビリ処方箋がでたため、初回評価のため訪室し、嚥下評価を実施した。受け答え、唾液嚥下反射とも良好であった。水飲みテスト問題なく、茶碗蒸しとプリンも上手に食べた。看護師に評価結果を報告し、食事出しを依頼した。夕方主治医より連絡があり、嚥下リハビリオーダーの注意事項に「経口摂取開始時に嚥下評価をお願いします、と書いたが・・・」と指摘を受けた。絶飲絶食の状態の患者に、評価のため飲食をさせてしまった。</p>	<p>通常は嚥下評価のオーダーが多く、注意事項があったにもかかわらず評価をするものと思いこんで対応した。医師の注意事項の表現が誤解をまねく表現であり、絶飲絶食の状態であることが伝わらなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・絶飲絶食である場合など、嚥下評価が行えない状態にある場合の把握手順を設ける（病棟関係者との連携）。