

【3】リハビリテーションに関連した医療事故

平成20年7月1日から平成20年9月30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、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は1件であった(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7月1日から平成20年9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小児患者の運動療法時の転倒の事例が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35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	障害なし	作業療法が終了し、作業療法士はカルテを記載していた。3歳の患者の母親は療法中に使用したステップ台を片付けており、母親の側に立っていた患者が後に転倒した。

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	1	88	3	13	26	131
物理療法	0	2	0	1	0	1	5	9
作業療法	1	0	0	9	0	2	8	19
言語聴覚療法	0	0	1	1	0	0	2	5
不明	0	0	2	3	0	2	6	13
その他	0	0	0	1	0	0	1	2
合計	1	2	4	103	3	18	48	179

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	リハビリ活動の一環でそうめんを試食していたとき、患者が誤嚥した。身体状況が低下していた患者であり、誤嚥のハイリスクがあることを予測していたため、そうめんをわざわざ茹で短く切ってとろみをつけた。また、ゆっくり食べるよう再々促していた。誤嚥時にタッピング、ハイムリック法、口腔内かきだし法など実施し大事には至らなかった。	飲み込みの悪さが予測を超えるほどの状態となっていたため、誤嚥を引き起こした。	<ul style="list-style-type: none"> ・計画を立てる段階で、活動に適した内容（食物）かどうかの検討する。 ・対象者ひとりひとりの評価も充分実施する。 ・緊急時に備え吸引器を用意する。
【熱傷 1件】 他類似事例 1件			
2	両下腿のホットパック中、患部が熱く感じてきたと患者から訴えがあった。タオルの枚数を増やし、患部の熱感がなくなったことを確認した。熱傷には至らなかった。	判断ミス。施術前・施術中の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・施術前・中の確認事項を周知する。 ・低温火傷予防策の見直し、マニュアルの変更（施術中の確認回数を増やすなど）する。 ・患者別の至適温度が決まりしだい、申し送りノートに記載する。
【患者取り違え 1件】 他類似事例 3件			
3	患者の言語療法の予約がないと外来総合受付から電話があった。予約を入れていたはずなのに不思議に思い調べてみると、年齢は違う同姓同名の患者と間違えて臨床予約を入れていた。電話にて予約日変更を受けてののだが、その際、名前入力だけで予約してしまった。	ID番号や誕生日等で確認すべき所を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・ID番号、誕生日までの確認をする。
【運動による骨折・筋断裂等 15件】 他類似事例 88件			
4	患者Aの四這いバランス訓練をプラットフォームで行った際、患者Aが転倒し、置いてあった患者Bの右短下肢プラスチック装具を臀部でつぶしてしまった。患者Aに外傷はなかった。患者Bの短下肢装具は破損し使用不可能となった。	転倒する予測がつく訓練を行っていた。このような訓練を行う場合は周囲に危険な物はないか確認してからリハビリを開始することをルールとしていたが、うっかり確認せずにリハビリを開始した。	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練前周囲に危険な物がないか確認してリハビリを開始する。
5	患者がエルゴメーターを使用中、ペダル部分のベルトが外れた拍子に、バランスを崩してエルゴメーターごと転倒しかけた。	患者の背が高く、サドルを一番上の方まで上げて使用していたため、重心が上になり不安定だった。最近購入したエルゴメーターの足幅は安定しているが、当該エルゴメーター古いタイプで、足幅が狭く横揺れに弱いタイプであった。	<ul style="list-style-type: none"> ・安定性を高めるためにエルゴメーターに支え棒や足幅を広げる工夫をする。 ・身長が高い患者には、安定性の高い機種のエルゴメーターを使用してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	理学療法室にてリハビリ中。プラットフォーム上で四つ這い移動練習を実施後、長座位をとった際に左母趾の爪が剥がれているのを発見した。一部のみ皮膚とつながっており、その部分にうっすらと血液がにじんだ状態であった。疼痛は無いとのことだった。病棟の担当看護師を通じてリハビリ担当医師に報告した。その後形成外科を受診し、爪を取り除いて軟膏塗布と絆創膏での処置をした。推定される患者への影響は、左母趾の疼痛が出現し、四つ這い移動練習に支障をきたすと考えられた。	患者の爪の状態を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 裸足でリハビリを行う際には、患者の爪の状態なども確認していく。
7	立位台で固定し抗重力筋の訓練を行っていた。体の動きを出すため、固定したまま上肢はボールを投げたり受けたりし、担当者は少し離れてキャッチボールをしていた。固定がしっかりされているかの点検が不十分で固定台のベルトが途中で外れ、転倒した。	固定台のベルト固定の点検が不十分であった。本来万が一のことを考え、すぐそばでできる上肢の運動訓練を行い、すぐ介助できる位置にいるべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> 固定ベルトの業者点検と、使用前の担当者の確認を行う。 固定ベルトが不備な時は使用しない。 担当者は万が一の場合に備え、介助できる範囲で患者に接する。
8	患者の松葉杖歩行訓練時、実習生に監視を依頼し他の患者の訓練を行なった。訓練室を一周し着座使用とした時、右切断側のズボンを左下肢で踏みつけ坐骨部分で着座した。そのまま前方へと両手をついて転倒した。	下肢切断した患者の歩行訓練の監視を学生に依頼しその場を離れ、他の患者の訓練を行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADL状況、及び学生の能力を把握・考慮し訓練を行う。 学生に監視を依頼してもすぐに介助ができるように十分に監視をする。
9	左脛骨骨折にて患肢ギプス固定中であり、松葉杖を使用し看護師付き添いで歩行練習を行っている患者。歩行練習をしようと、病室を出て廊下で数歩歩行した際に、廊下に水分があり滑って転倒した。患肢に荷重はかけることなく、左臀部を下にしていた。	患者の病室は浴室の前であり、廊下にごく少量の水滴があった。浴室では、入浴介助が行われた後であった。	<ul style="list-style-type: none"> 歩行練習を始める前に、歩行練習の経路となる場所に水分がないかを確認する。 歩行練習を行う時は浴室の出入りが少ない時間帯を選択する。
10	理学療法学生が歩行訓練を屋外で行っていたところ、階段を降りる際に、足を踏み外して前方へ倒れこむような姿勢となった。体幹を支えて転倒を抑止したが、患者は両膝を地面で打撲した。その際、膝に擦過傷を生じた。理学療法室へ帰り、患者から痛みの訴えがなかったためにそのまま病棟へ帰した。翌日、実習生から転倒の報告を受け、また病棟からも患者が転倒したとの連絡を受けた。	実習指導者の可視範囲内で実習生による歩行訓練を行っていなかった。歩行訓練からリハビリ部へ帰ったときに、実習生に訓練時の状況を詳しく聞き取ることを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 実習生が行う医療行為は実習指導者の監督の下で行うことを再確認した。 実習指導者は必ず実習生が行った医療行為の内容を確認することを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	リハビリを終了し、車椅子で帰室した。介助でベッドに移動する際に、車椅子のフットレストに右下腿が接触し、裂傷となった。	リスクをふまえた人的・物理的環境設定が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態を把握し、異常時に予測されるリスクに十分配慮する。 接触の可能性のある部分の緩衝と保護を行う。 介助量が大きい場合には複数介助を優先する。
12	病棟ベットサイドにてリハビリ中、端座位保持訓練を行っていたところ麻痺によりつばっていた右足が床に擦ってしまい爪がはがれ受傷（出血して）しまった。	リハビリ時の履物の選択の問題点（靴下を履いていなかった、また靴は拘縮により履けなかった）。物理的な環境や設備上の問題（左足を床につけるためベットを低くしていた、もともと拘縮が強く、伸展位でつばる方向にあった）。	<ul style="list-style-type: none"> 靴が履けないような状況である場合は、スリッパを履いて行なう。
13	肩関節拘縮のある患者に肋木（梯子状の体操器具）前に設置してある足底板使い、自主ストレッチを行うように指導したが、患者は勘違いをし肋木上方のバーにぶら下がってしまった。その際に、足底板が倒れ足底が宙に浮いた状態となっていた。	自主トレーニング内容の説明不足。肋木とバーの位置関係が不適切であった。	<ul style="list-style-type: none"> 肋木バーの位置を低くする。 担当PTは患者に自主トレーニングの内容を詳しく説明し、内容を両者で確認する。 スタッフ全員で情報の共有を行い自主トレーニング中の患者の見守りを徹底する。
14	ナースステーションにて、理学療法士より担当患者の理学療法施行中に欠伸により顎関節脱臼したという報告を受けた。医師による整復に同席し「あまり大きな口を開けないように」との指示を看護師と共に受けた。看護師がホールの食事の場所へ患者を移送し、先輩STが看護師に食事の可否を確認、了承を得たため、食事評価の準備をしていたところ、別の看護師が義歯を持ってきた。先輩STに義歯装着の可否を確認し、装着したところ2回目の顎関節脱臼を起こした。	整復後、食事の可否を医師に確認しなかった。看護師に確認しただけで、食事をしても問題ないと判断した。入院前、何度か顎関節脱臼したことがあるという情報を得ていなかった。顎関節脱臼についての知識が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 確認すべき内容を判断し、医師の指示のもとリハビリテーションを行う。 看護師から得るべき情報と医師に確認し、指示を仰ぎ内容の区別をつける。 家族には入院前の生活での問題点など詳しく聴取する。 顎関節脱臼に関する知識を得て、今後のリハビリテーションに生かす。
15	床上動作の指導を行っていた。立位保持し、右足1/2の部分荷重するところ、右足に全荷重をかけ、腓骨骨折のある左足を前方に出させてしまった。	技術、経験による判断ができなかった。また、患者への説明、観察ができてなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 事例検討会を行い、他のスタッフや新人にも事例を共有し、生かしていく。
16	訓練に来た右下肢に痙性麻痺、変形拘縮がある患者をマットに臥位にしたまま、PTが訓練器具を取りに行っている間に、患者が興奮してキッキングした。その時に、下肢の痙性によって患者の両下肢が接近し、患者自身の右足の爪で左足関節内側を引っ掻き、擦過傷をができた。	患者が興奮して足を激しく動かすことを予測しておらず、そのまま、臥位にして器具を取りに行った。訓練器具を前もって準備していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 痙性の状態により、臥位にする場合は、ポスキーに下肢を乗せて両下肢が接近しないようにする。 訓練に必要な器具や準備は、前もって確認しておく

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	作業療法活動（ウォーキング活動）中の患者が、作業療法棟内の廊下歩行中に、床にある地下開口の蓋の金属部分にスリッパのつま先が引っかかり転倒した。両膝下を打撲したが外傷はなかった。患者は軽度の痛みがあったため、活動を中止し経過観察をした。	普段は運動靴を履いてウォーキングをしていたが、当日はスリッパのまま歩行していることにスタッフが気付かずに開始した。前回までは運動靴での歩行状態が安定していたため、観察を十分にせず確認が不十分であった。また、すり足気味に歩くために、わずかな段差でもつまずきやすかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・開始前に服装、履き物の観察と確認を行い、運動に適さない場合は適するものに変えてもらうように伝える。 ・活動中の見守りを充分に行う。 ・蓋の金属部分の段差を解消した。
18	機能訓練室でのトイレ動作練習中、患者に排泄後手すりを両手で把持するよう促し、両腋窩を支持し軽介助にて車椅子へ移乗した。その際患者は車椅子の座面先端に浅く座り、そのまま殿部がずり落ち、フットレストに着座する状態となった。呼び出しベルにて他のスタッフを呼び、2人で介助し、車椅子に乗車させた。病棟へ帰室し、経過観察となった。	トイレ動作練習をするため、事前に先輩の監視のもとで行うことを決めていたが、一人で行ってしまった。訓練時間の変更を報告せずにリハビリを開始してしまった。患者の状態に関しての把握が不足していた。状況把握、トランスファー技術が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に打ち合わせしていたことと異なる事象が発生した場合、先輩にその旨を報告する。 ・初めて実施するプログラムを行う際は、報告相談し指示を仰ぐ。 ・一人一人の患者の状態を総合的に評価し、プログラムを検討する。
【義肢・装具 2件】 他類似事例 1件			
19	胸髄症対麻痺に対しリハビリ依頼があり、理学療法を実施していた患者。歩行練習の際、右足関節周囲筋力低下あるため、リハビリ室にある既存のプラスチック装具を使用（裸足で）した。訓練後足部に発赤はなかった。しかし、病棟の看護師が清拭の際右踵部の水疱形成に気付き、処置をした。翌日、歩行訓練を行う際に足部に創の処置をされていることで気付いた。水疱の位置から訓練中に装着した装具によって形成された可能性が高かった。	感覚障害のある患者に対し、プラスチック装具を裸足で使用した。	<ul style="list-style-type: none"> ・プラスチック装具着用時は、足部に適合があるか確認する。プラスチック装具着用時は、靴下を履く等、裸足では使用しない。
20	短下肢装具装着して、車椅子で訓練に来室したため、訓練を開始しようと、介助して車椅子からおりて歩行してもらった際、装具のベルトが外れていたのに気付かないまま歩行させた。医師から指摘されてようやく気付いた。	装具の装着状態を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・装具を装着している患者は、訓練前に必ず装着状態を観察し、確実に装着できていることを自分の目と手で確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【全身状態の悪化 4件】 他類似事例 14件			
21	覚醒レベルの低下があり、疲労の訴えをすることが不可能な患者へ、プラットホーム上で端座位訓練を約10分間実施した。訓練前後の血圧・体温の異常は認めなかった。その後、臥位にてリラクゼーション中に透明色のもの大匙1～2杯程度嘔吐した。病棟へ連絡しストレッチャーにて病室となった。	急性期におけるリスク管理の知識が乏しく、初めての患者でありながら、いきなり訓練室で治療を行うと考えてしまった。	・急性期におけるリスク管理の再指導と、初めての患者の場合に訓練室で行う基礎を確認した。
22	立位バランスの訓練を行っていた。立位を1度行い、その後起坐の状態であったところ、急に意識消失したためすぐに看護師を呼んだ。意識は徐々に回復、主治医からは起立性低血圧であろうとのことであった。	心臓リハビリの場合、開始前・後の血圧測定や心電図監視モニターは実践されていた。後でわかったが、当日から薬剤の変更になっていたことを、事前情報確認の際に見落としていた。	・医師・リハビリ担当・看護師間の情報用紙が必要である。
23	頸椎牽引開始後、患者から歯痛の訴えがあったためリハビリを中止した。牽引によって歯痛を引き起こした可能性、または痛みの増強の可能性があった。	施術前の体調確認をしなかった。	・施術前の体調確認の徹底する。 ・リハビリに関する患者向けの説明書を作成し、口頭説明に加えて説明書を渡して指導する。
24	頸椎手術後7日の患者に対する作業療法訓練中に、患者より気分不快の訴えが聞かれた。血圧を測定したところ血圧低下が認められた。軽度の意識低下も認められ、ストレッチャーにて病棟に帰棟となった。	手術後7日、また訓練室での訓練も2日目であり、身体状態も安定していなかったものと思われる。また、糖尿病の既往があり食事療法を行っていた状態であるが、予約時間の配慮がなされていなかった。	・病棟でも可能な訓練に切り替え、身体状況が落ち着いた後に訓練室での訓練を再開する。 ・予約時間に配慮し、食事前の訓練は避けるようにする。
【その他 11件】 他類似事例 37件			
25	車椅子に座り平衡棒内で待機中の患者が、バーを固定するねじを動かそうとしているのを発見した。患者をセラピストの目が届く場所に移動した。	患者の待機場所の選択ミス、判断誤りがあった。	・患者待機場所についてマニュアルへ追記し、周知徹底する。
26	患者が理学療法室での訓練終了後、車椅子で病棟からの迎えを待っていた。20分経過しても迎えが来ず、別の理学療法士が病棟に再度連絡を取り、迎えがきた。	担当の理学療法士は一度病棟へ迎えを電話したまま、患者が待っているのを把握せず、別室でのカルテ記入を行っており、患者の迎えの確認を怠った。	・患者が理学療法室にいる限り、最後まで責任を持って見守る。
27	訓練終了後、車椅子を前方へ介助駆動時、点滴ラインのチューブが車輪に絡まった。	車椅子駆動前に点滴チューブの確認を行わなかった。	・車椅子移乗時や駆動前に点滴ラインの整理と、駆動時に車輪と接触していないか状況の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	理学療法場面で、呼吸器疾患のある患者が酸素カニューレを使用して酸素を投与し歩行訓練をしていたが、搬送中に酸素の架台が斜めになり加湿器内の蒸留水がカニューレ内に流入した。鼻翼までに数滴達してしまった。	移動時などは蒸留水を使用しなくてもよいと考えている。	<ul style="list-style-type: none"> ・移動しているときには加湿しなくてもよい
29	リハビリテーション室にて、鼻に栄養チューブが入っているほぼ全介助状態の患者を車椅子からベッドへ移乗する際、チューブを白衣のボタンに引っ掛けそのまま気付かず移乗を実施したため、半分以上抜去してしまった。	栄養チューブが白衣のボタンに引っ掛かっていることに気付かなかった。そのような予測が出来なかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・動作を実施する前、動作中ともに安全管理を心がけ、常に危険がないか予測していくことが必要である。
30	人工股関節置換術後の患者に対し、主治医は3週間後より歩行練習の開始を予定していたが、当事者が術後3日後より歩行練習を開始してしまった。整形外科とのカンファレンスの際に、当事者が気づき主治医に報告した。X線上問題はなく、患者には影響がなかった。しかしながら、骨折や置換した人工股関節の緩みなどにつながる可能性があった。	主治医からの連絡が、病棟やリハビリスタッフに伝達されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟とリハビリ部での伝達ノートを作成し、毎朝確認するようにしている。
31	作業療法部門の責任者が、午後不在であり、その間に処方があった患者2名に対して、代行者が担当者割り当て業務を行っておらず、約2日間、対象患者に対して作業療法が実施されなかった。	部門責任者と代行者の引き継ぎが十分でなかった。患者割り当ての基準が明確でなかった。該当業務の担当以外の作業療法士の業務に対する気づきがなかった。部門責任者と代行者の不注意があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・休みの前に引き継ぎ事項を書面に残す。 ・代行者をもう一人加え、チェック機構を強化する。 ・責任者と代行者間で連絡を密にする。 ・他の作業療法士に対しても該当業務内容を説明し、もれの無いように気づきを促す。
32	単独行動禁止の閉鎖病棟の患者が、作業療法の園芸活動中に作業療法室を単独で出ていたことに気付かなかった。患者が、他の病棟から出てくるところを発見した。	要観察対象者の担当者が不明確であったために、行動観察が出来ていなかった。スタッフ間の情報伝達が不十分であった。単独で行動しないように患者への説明が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法中の役割分担を明確にする。 ・活動開始前の患者情報の場を十分に活用する。 ・活動開始前に、患者へ単独行動しないことと、中断したい時は担当へ声かけをするよう伝える。
33	S T、O Tの順に訓練を予定していた患者に対し、間違えてO Tから訓練を実施した。O T終了前にS Tの指摘により気付いた。S Tはその間3回病棟に連絡を取っていた。	1週間のうち当日のみS T、O Tの順番が逆になっており、オーダーリング等で予約時間の確認をせずに実施してしまい、確認を怠った。1週間の予約を入れる際、他職種との相談を怠った。早出業務で、時間に余裕を持たず、スケジュールの確認不足につながった。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務開始前に1日のスケジュールを確認する。 ・予約を入れる際は、他職種と事前に相談して行う。 ・余裕を持って業務に取り組みよう、前日より時間管理を行い早めに出勤する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	ペースメーカー装着の患者から約4 m離れて座っていた当該患者の携帯電話が鳴り、少しだけ話したいとのことで電話をとった。その際ペースメーカー装着患者の担当セラピストよりペースメーカーのことを聞き、当該患者に電話を切るよう伝え、電源を切ってもらった。	休暇の同職種者に代わって、代理で担当した当該患者は、末梢血幹細胞移植後であった。そのため感染リスクに配慮して奥の机に座ったが、ペースメーカー装着患者が同じ机に着席し、当該患者には別の席に移ってもらった。患者は少し気分を害している様子もあり、携帯電話が鳴ったときにすぐに注意できなかった。ペースメーカー装着患者が同室していることを事前に把握できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・携帯電話の電源を切ってもらよう、徹底して伝える。 ・ペースメーカー装着などリスクのある患者情報は出来るだけ共有する。
35	訓練室にて車椅子に設置されている酸素ボンベを使用し、酸素投与しながら訓練を実施していた。呼吸困難の訴えがあり、SpO ₂ 低下を認めた。酸素ボンベが空であることを発見し、直ちに新しい酸素ボンベにて酸素投与開始し、SpO ₂ 上昇し呼吸困難軽減を認めたため帰室となった。	酸素ボンベの残量確認不足があった。酸素投与量の多い患者へのリスク認識不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・初歩的ミスなため、リスク管理と「慣れ」の考えについて指導を行った。 ・訓練前の酸素ボンベ残量の確認徹底とその教育訓練システムの構築する。