

2 分析テーマ

【1】リハビリテーションを受けている患者に関連した事例

医療機関では、リハビリテーション部門で運動療法や作業療法などが実施されている。また、病棟においても、病室での床上訓練や移乗訓練、廊下での歩行訓練などが行われている。リハビリテーションは様々な疾患を対象としており、患者の状態も多様である状況において、安全かつ適切に実施する取り組みが必要である。また、リハビリテーションには、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）および言語聴覚士（ST）といった専門職とともに、医師や看護師なども関わるため、職種間や部署間の情報共有が重要である。

本事業にはリハビリテーションに関連した事例が報告されており、第12回報告書（2008年3月公表）～第15回報告書（2008年12月公表）では、個別のテーマの検討状況において「リハビリテーションに関連した医療事故」を取り上げて分析を行った。その後も、リハビリテーションの際に患者が転倒した事例や挿入されているチューブ類が抜けた事例、リハビリテーション中の情報が病棟と共有されておらず患者が病棟で転倒した事例などが本事業に報告されている。そこで、2020年1月～6月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「リハビリテーション室で発生した事例やリハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」を収集した。そして、ヒヤリ・ハット事例と医療事故情報を総合して「リハビリテーションを受けている患者に関連した事例」について分析を行い、2回の報告書にわたり掲載することとした。本報告書では、2019年1月～2020年6月に報告された医療事故情報と2020年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例を集計して事例の概要をまとめ、主な事例を紹介する。

(1) 医療事故情報の分析

1) 報告状況

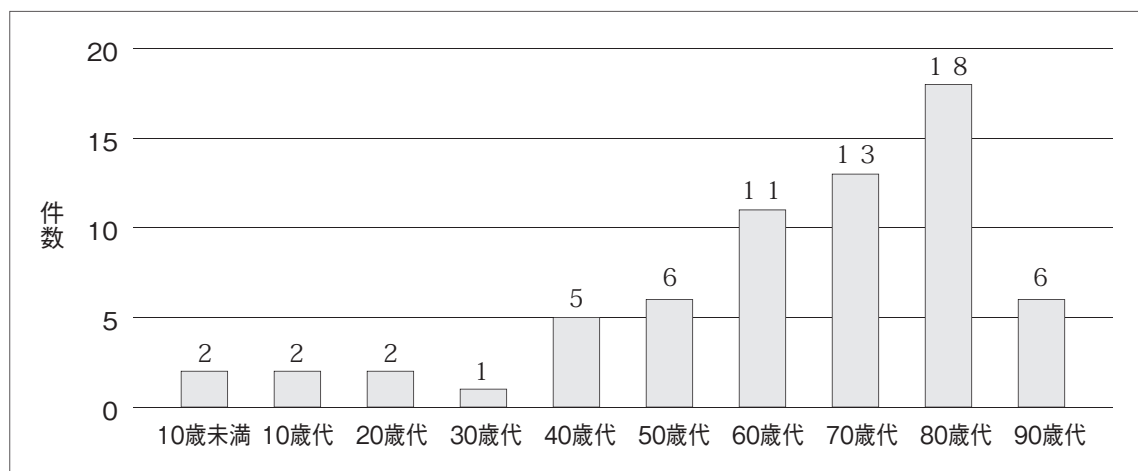
2019年1月～2020年6月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「リハビリ」を含む事例、または発生場所に「機能訓練室・理学療法室・作業療法室」のいずれかが記載されていた事例を検索し、そのうち、リハビリテーションの際に発生した事例やリハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例を対象とした。リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例は、病棟で発生し、事故の内容や背景・要因にリハビリテーション部門からの情報の共有が不足していたことが記載されていた事例とした。対象とする事例は66件であった。

2) 事例の概要

①患者の年齢

患者の年齢を整理したところ、80歳代が18件と最も多く、次いで70歳代が13件であった。

図表Ⅲ－１－１ 患者の年齢



②患者区分（入院・外来）

患者区分（入院・外来）は、入院が62件と大半を占めていた。

図表Ⅲ－１－２ 患者区分（入院・外来）

患者区分	件数
入院	62
外来	4
合計	66

③直前の患者の状態

報告された事例で選択されていた「直前の患者の状態」を集計したところ、歩行障害、下肢障害、上肢障害などが多かった。

図表Ⅲ－１－３ 直前の患者の状態

直前の患者の状態	件数	直前の患者の状態	件数
歩行障害	38	視覚障害	2
下肢障害	26	聴覚障害	2
上肢障害	13	構音障害	2
床上安静	9	精神障害	2
認知症・健忘	8	睡眠中	2
意識障害	7	その他特記する心身状態あり	7
薬剤の影響下	6		

※直前の患者の状態は複数回答が可能である。

④関連診療科

関連診療科は、整形外科が27件、リハビリテーション科が19件と多かった。関連診療科は複数回答が可能であり、事例発生後の対応に関わった診療科も含まれている可能性がある。

図表Ⅲ-1-4 関連診療科

関連診療科	件数	関連診療科	件数
整形外科	27	産婦人科	2
リハビリテーション科	19	心臓血管外科・循環器外科	2
神経科	7	救急科・救急集中治療部	2
呼吸器内科	7	精神科	1
脳神経外科	6	外科	1
循環器内科	4	呼吸器外科	1
内科	3	乳腺外科	1
小児科	3	リウマチ科	1
血液内科	2	麻酔科	1
消化器科	2	その他	1
神経内科・脳神経内科	2		

※関連診療科は複数回答が可能である。

⑤患者への影響

患者への影響として、報告された事例で選択されていた「事故の程度」と「治療の程度」を整理した。「事故の程度」では、因果関係は不明であるが「死亡」や「障害残存の可能性が高い」を選択した事例があった。「治療の程度」では、「濃厚な治療」または「軽微な治療」を選択した事例が46件あり、対象事例の7割は何らかの治療を必要としていた。

図表Ⅲ-1-5 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	3
障害残存の可能性が高い	4
障害残存の可能性が低い	33
障害残存の可能性なし	17
障害なし	9
合計	66

図表Ⅲ-1-6 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	29
軽微な治療	17
治療なし	6
不明	1

※「医療の実施あり」を選択した53件の内訳を示す。

⑥事例の分類

事例に記載された内容をもとに、リハビリテーションの際に発生した事例と、リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例に大別した。

図表Ⅲ－１－７ 事例の分類

分類	件数
リハビリテーションの際に発生した事例	49
リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例	17
合計	66

(2) ヒヤリ・ハット事例の分析

1) 報告状況

①発生件数情報

2020年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例の発生件数情報のうち、今期のテーマの報告件数を示す。

図表Ⅲ－１－８ ヒヤリ・ハット事例の「今期のテーマ」の発生件数情報の報告件数

報告期間	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
1月－3月	84	115	570	2,055	2,824
4月－6月	21	144	616	1,767	2,548
合計	105	259	1,186	3,822	5,372

②事例情報

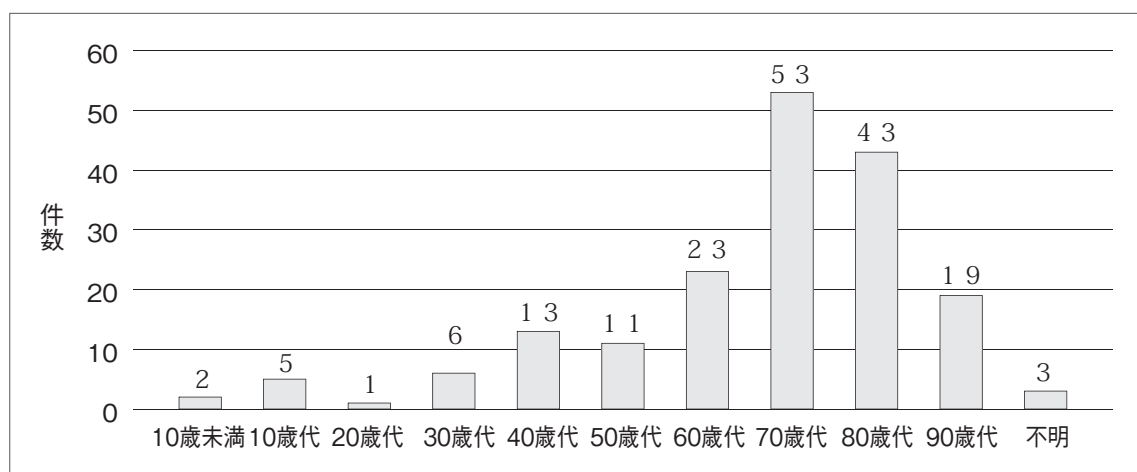
2020年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例情報の中から、キーワードに「リハビリ」を含む事例のうち、リハビリテーションの際に発生した事例やリハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例を対象とした。リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例は、病棟で発生し、事例の内容や背景・要因にリハビリテーション部門からの情報の共有が不足していたことが記載されていた事例とした。対象とする事例は179件であった。

2) 事例の概要

①患者の年齢

患者の年齢を整理したところ、70歳代が53件と最も多く、次いで80歳代が43件と多かった。

図表Ⅲ－1－9 患者の年齢



②患者区分 (入院・外来)

患者区分 (入院・外来) は、入院が171件と大半を占めていた。

図表Ⅲ－1－10 患者区分 (入院・外来)

患者区分	件数
入院	171
外来	8
合計	179

③直前の患者の状態

報告された事例で選択されていた「直前の患者の状態」を集計したところ、歩行障害、下肢障害、上肢障害などが多かった。

図表Ⅲ－１－１１ 直前の患者の状態

直前の患者の状態	件数	直前の患者の状態	件数
歩行障害	97	床上安静	7
下肢障害	96	薬剤の影響下	6
上肢障害	56	聴覚障害	5
認知症・健忘	32	睡眠中	2
意識障害	24	視覚障害	1
構音障害	13	その他特記する心身状態あり	25
精神障害	11		

※直前の患者の状態は複数回答が可能である。

④事例の分類

事例に記載された内容をもとに、リハビリテーションの際に発生した事例と、リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例に大別した。

図表Ⅲ－１－１２ 事例の分類

分類	件数
リハビリテーションの際に発生した事例	168
リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例	11
合計	179

(3) リハビリテーションの際に発生した事例

リハビリテーションの際に発生した事例について、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて概観する。

1) 事例の種類

事例に記載された内容から、事例の種類を整理した。転倒・転落の事例が最も多く、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を合わせて79件であった。次いで、転倒・転落以外による外傷の事例が多く、手指の関節可動域訓練中に腱断裂を生じた事例や、ベッドから車椅子への移乗を介助した際に患者の前腕に表皮剥離を生じた事例など、様々な事例が報告されていた。その他には、血圧低下やてんかん発作などの全身状態の悪化、気管切開チューブの抜去や末梢静脈ライン刺入部の漏れなどのチューブ類のトラブルの事例が多かった。

図表Ⅲ－１－１３ 事例の種類

種類	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
転倒・転落	16	63
転倒・転落以外による外傷	16	33
全身状態の悪化	9	29
チューブ類のトラブル	5	23
免荷・荷重の指示からの逸脱	1	5
患者間違い	1	1
創部のトラブル	0	3
酸素の投与忘れ・残量不足	0	2
物品の管理不足	0	2
その他	1	7
合計	49	168

2) 当事者職種

当事者職種は、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例とも理学療法士（PT）が最も多く、次いで作業療法士（OT）が多かった。

図表Ⅲ－１－１４ 当事者職種

当事者職種	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
理学療法士（PT）	33	114
作業療法士（OT）	7	35
医師	6	0
看護師	3	2
言語聴覚士（ST）	1	7
その他	0	8

※当事者は複数回答が可能である。

3) 発生場所

発生場所は、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例とも、機能訓練室や理学療法室などのリハビリテーション部門が多かった。また、病室や廊下などで発生した事例も報告されていた。

図表Ⅲ－１－１５ 発生場所

発生場所	件数			
	医療事故情報		ヒヤリ・ハット事例	
機能訓練室、リハビリセンター、 リハビリテーション室	21		64	
理学療法室	1	22	35	110
作業療法室	0		8	
言語聴覚室	0		3	
病室	15		38	
病棟談話室・デイルーム等	0	15	4	42
廊下		7		7
ICU・HCU		2		1
屋外		1		2
救命救急センター		1		0
トイレ		0		3
外来待合室		0		3
階段		0		1
その他		1		0

※事例に記載されていた内容を掲載した。
※発生場所が複数記載された事例がある。

4) 発生場面

事例に記載された内容から発生場面を整理したところ、大半はリハビリテーション実施中の事例であったが、開始前や休憩中、終了後に発生した事例も含まれていた。開始前の事例には、理学療法士が病室に患者を迎えに行った際に患者が転倒した事例やリハビリテーション部門の受付で患者を間違えた事例などがあった。また、休憩中の事例には、休憩中に患者が立ち上がり転倒した事例やトイレで発生した事例、終了後の事例には、リハビリテーション後に酸素ボンベの残量がなくなった事例や車椅子からベッドへの移乗時に外傷を生じた事例などがあった。

図表Ⅲ－１－１６ 発生場面

発生場面	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
リハビリテーション開始前	3	17
リハビリテーション実施中	44	121
休憩中（トイレを含む）	0	8
リハビリテーション終了後	2	18
不明	0	4
合計	49	168

5) 実施していたリハビリテーションの内容

発生場面がリハビリテーション実施中の事例について、実施していたリハビリテーションの内容を整理した。

図表Ⅲ－１－１７ 実施していたリハビリテーションの内容

リハビリテーションの内容	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
歩行訓練	13	41
関節可動域訓練	8	4
起居・移乗訓練	7	25
端座位訓練	2	7
体位変換	2	0
立位訓練	2	6
段差・階段昇降訓練	1	6
言語聴覚療法	1	3
エルゴメーター	0	3
家事動作訓練	0	1
トイレ動作訓練	0	1
机上課題	0	1
その他（運動療法）	2	12
その他（作業療法）	2	5
不明	4	6
合計	44	121

6) 事例の内容

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

①医療事故情報

図表Ⅲ－１－１８ 事例の内容（医療事故情報）

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
転倒・転落			
1	産婦人科に入院中の70歳の患者が自宅退院をするために、理学療法士による歩行訓練を開始した。初回介入日に、両下肢のROM、MMT、バランス機能評価、歩行訓練を実施した。歩行訓練は歩行補助具は使用せず、理学療法士が点滴スタンドを把持し、患者の左側で左腋窩を介助し実施した。右下肢が床に躓く傾向があり、注意して歩行訓練を行っていたが、理学療法士が点滴スタンドの位置を歩行中に修正しようとした際に患者の右足部が床にひっかかり、右半身から床面に倒れた。倒れ始めた際に、理学療法士が左上肢を支えようとするが支えきれず転倒した。患者は、右上肢で受け身をとり頭部は床に打ち付けなかったが、右下肢痛があった。X線撮影にて右大腿骨頸基部骨折と診断され、人工骨頭挿入術を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士は、バランス機能評価の結果で、右下肢の支持性が低下していることは把握していたが、点滴ルートが左前腕に挿入されていたため左側で介助することを選択した。その結果、患者がふらついた時に素早い介助ができなかった。 入院前のADLは屋内杖歩行が自立であったこと、下肢MMTは3～5とある程度保持されていることから、歩行補助具は使用しなかった。 患者は早く退院したいという気持ちが強くと、焦りがあった。 リハビリテーション初日であったが、電子カルテ上における情報収集のみで職種間のコミュニケーションがなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 介助する際の立ち位置は、躓きやすい側を選択する。 訓練中は可能な範囲で、末梢ラインを一時的にロックし、ルートを減らすなど歩行しやすい状況にする。 今回の事例の場合は末梢ラインを患者の袖に通し、介助の位置は躓きやすい右側を選択することが最善である。 チーム医療の観点から、リハビリテーション初日の開始時に、理学療法士は看護師へ声をかけ、患者の性格やリハビリテーションの受け止めなどを情報共有する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 初回のリハビリテーションでは、病棟の看護師から患者の情報を得るとよい。しかし、看護師も患者の情報を十分に把握していない場合もあることから、現実的には初回のリハビリテーション担当者の経験をもとにリハビリテーション部門で患者の情報を共有することも多い。 初回のリハビリテーションでは患者の能力を過信せず、補助具の使用や複数名でのサポートなどを含めて慎重に検討するとよいだろう。 点滴の時間が決まっている場合は、その時間を避けてリハビリテーションを行うことも一案である。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
転倒・転落以外による外傷			
2	右ACL再建術＋内側半月板縫合術＋外側半月板部分切除術後の患者がリハビリテーション実施中、膝の熱感があった。理学療法士は、ホット・コールドパックを皮膚に直接あててアイシングを実施した。約10分後、アイシングを終了した際、ホット・コールドパックがあたっていた部分に発赤、腫脹を認めた。時間をおいても改善が乏しく、医師が診察したところ、凍傷1度と診断された。	<ul style="list-style-type: none"> 従来の使用方法と異なる方法で物品を使用した。 以前、別患者で同様の方法で使用したときは問題がなかったため、今回も同じように使用した。 	<ul style="list-style-type: none"> 取扱説明書でホット・コールドパックの適切な使用方法を確認し、布・タオルを巻くなどして使用する。 患者の特性に応じた使用方法を検討していく。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ホット・コールドパックの添付文書や取扱説明書を確認し、付属のカバーに入れるなど、適切な方法で使用する必要がある。 特に、新規に使用する製品の場合は、添付文書や取扱説明書を確認する習慣をつけるとよい。 術後の患者は患部の知覚鈍麻がある可能性もあることから、アイシング終了後だけでなく実施中の評価も行うとよいだろう。 			
全身状態の悪化			
3	両側人工膝関節置換術後15日目、通常通り患者はリハビリテーション室に入室した。担当理学療法士は採血データを確認し、Dダイマー19.8 $\mu\text{g}/\text{mL}$ と上昇していたため、入院病棟に確認の連絡をしたが連絡がとれなかった。患者を待たせた状況であったため、モニタを装着してリハビリテーションを開始した。途中で気分不快の訴えがあったため、バイタルサインを測定し、問題ないことを確認した。座位で様子を見て体調は回復したが、念のため、車椅子で病棟に入室した。申し送り後、患者を床上安静とし、モニタを装着した。15:30、造影CT検査を実施したところ、肺塞栓症となっていたことが判明した。循環器内科に診察を依頼したところ、左肺動脈下葉枝の一部の微小な肺塞栓症であり、エリキユースの内服を3ヶ月継続していくと指示が出た。	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科ではDダイマーの値で造影CT等の精査を行うとしており、両側人工膝関節置換術後はDダイマー20 $\mu\text{g}/\text{mL}$以上が指標であった。今回はその指標には該当していなかったため造影CT検査は実施していなかった。 リハビリテーション室で患者の採血データが変化していることを把握したが連絡が取れず、心配しながら床上でのリハビリテーションとしたが、医師に確認をしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 術後2週間以内のDVT発生の可能性は高く、Hb値を踏まえてクレキサン投与としている。採血も頻回に実施している状況で発見しやすくなったともいえるため、判明した時点で患者の命を守るためにも、リハビリテーションの実施ではなく、病棟と連携をとる。 整形外科病棟とリハビリテーション室で1回/週のカンファレンスを実施している。更に連携がとれるように確認内容の項目を明確にして実施する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士が検査値を確認し、病棟に確認しようとしたのはよかったが、病棟に連絡が取れなかったためリハビリテーションを実施したことについてはもう少し改善できるかもしれない。 検査室におけるパニック値の連絡体制なども参考にして、連絡が取れなかった場合はどうするかについても検討し、体制を整えておくとういだろう。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
患者間違い			
4	患者がリハビリテーション室に来た際、理学療法士は患者と別患者を誤って受付した。理学療法士はそのことに気が付かずリハビリテーションを実施し、別患者の電子診療録に記載した。当該患者と別患者のリハビリテーションの内容は、どちらも両肩関節可動域訓練で、可動域に差はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・当院では、患者受付時に入院患者はリストバンド、外来患者は診察券で患者認証をすることになっているが、今回は患者IDを手入力して打ち間違えた。 ・理学療法士は思い込みをしたまま電子診療録を展開し、患者名と予定されているリハビリテーション内容が合致しているかの確認をしなかった。 ・理学療法士は、思い込みをしたまま、患者に実施したりハビリテーションの内容を別患者の電子診療録に記載した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者はリストバンド、外来患者は診察券で患者確認を行う。 ・電子診療録の展開後は、患者名を読み上げ、開かれた診療録が患者のものであるか、リハビリテーション指示内容が正しいものであるかを確認する。 ・患者誤認がないことを確認後、行った内容を記録する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションに限らず、どのような場面でも患者確認は確実に行う必要がある。 ・継続的に通院している患者には氏名を名乗ってもらいにくいかもしれないが、医療機関のルールであることを患者に説明し、協力を得ることが重要である。 			

②ヒヤリ・ハット事例

図表Ⅲ－１－１９ 事例の内容（ヒヤリ・ハット事例）

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
免荷・荷重の指示からの逸脱			
1	リハビリテーション指示ではなく一般指示として両下肢免荷が記載されていたことに気が付かず、術側免荷で車椅子移乗を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・前日のカルテに「明日車椅子離床開始、術側荷重は来週より開始」と記載されていたため、術側免荷で車椅子移乗を行った。 ・安静度指示は一般指示で両下肢免荷と記載されていたが、リハビリテーション指示の変更はなかったため気が付かなかった。 ・リハビリテーション指示箋の発行がない状況で、カルテ記載の内容でリハビリテーションを実施したが、カルテには詳細な指示内容はなく、両下肢免荷に気が付かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション指示の変更がある場合は具体的な内容を示した指示を出してもらうようにする。 ・リハビリテーション指示が出ていない場合は指示を依頼し、指示内容、注意点等を確認する。 ・リハビリテーションに関する指示は「リハビリテーション指示」で出すように依頼した。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から看護師とリハビリテーション部門でコミュニケーションをとり、安静度指示が変更された時などにはタイミングよく情報共有ができるとよい。 ・電子カルテ（基幹システム）とリハビリテーション部門システムを併用している医療機関もあるが、両者が連携していないと両方の指示を確認する必要があるため、システムの連携が望まれる。 			

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
物品の管理不足			
2	歩行車で歩行訓練中、方向転換した際に高さ調節のネジが緩み、持ち手の片側が下がってしまった。2名で介助していたため転倒には至らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 高さ調節のネジがくぼみにしっかりはまっていなかったと考えられる。 歩行車自体が古くなってきている。 	<ul style="list-style-type: none"> 使用前に確認を行う。 新しいものの購入を検討する。
	専門分析班の議論		
<ul style="list-style-type: none"> 歩行車の保守・点検が適切にできていない医療機関は少なくないと思われる。 リハビリテーションに使用する歩行車などの用具や物品の管理について、医療機関で検討しておくとういだろう。 			

(4) リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例

リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例について、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて概観する。

1) 事例の種類

事例に記載された内容から、事例の種類を整理した。転倒・転落の事例が最も多く、背景・要因にリハビリテーション時の患者の状態に関する情報が病棟と共有されていなかったことや、病室でのリハビリテーション終了後に理学療法士から看護師に声かけがなかったことなどが挙げられていた。

図表Ⅲ－１－２０ 事例の種類

種類	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
転倒・転落	14	5
転倒・転落以外による外傷	2	0
チューブ類のトラブル	1	2
全身状態の悪化	0	2
その他	0	2
合計	17	11

2) 当事者職種

当事者職種は、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例とも看護師が多かった。

図表Ⅲ－１－２１ 当事者職種

当事者職種	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
看護師	16	10
理学療法士（PT）	1	2

※当事者は複数回答が可能である。

3) 発生場所

発生場所は、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例とも病室の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－２２ 発生場所

発生場所	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
病室	15	10
トイレ	1	1
廊下	1	0

※事例に記載されていた内容を掲載した。

4) 事例の内容

医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例の主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

①医療事故情報

図表Ⅲ－１－２３ 事例の内容（医療事故情報）

事故の内容	事故の背景要因	改善策
転倒・転落		
6時30分頃、患者はトイレに行こうとして滑って転倒した。右大腿骨頸部骨折と診断された。	<ul style="list-style-type: none"> ・日中のリハビリテーション時、理学療法士は「4点杖で短距離であれば歩行できているが、見守りは外せず、起居移動動作は見守りが必要」と判断していたが、看護師に伝わっていなかった。 ・夜勤の看護師は、勤務初めの患者の歩行状況と、患者の「2日前から昼間は一人で歩いている」との言葉から、ADL介助を「消灯後は、利尿剤使用中のため頻尿であるからベッドサイドで尿器を使用してもらおう」「点灯後は、トイレ移動は一人でしてもらおうが、排泄後にズボンを履くことを介助するために、排泄後にナースコールしてもらおう」と、一人で判断した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師と理学療法士間の、より適切な情報共有やカンファレンスのあり方を検討する。 ・ADLの評価は複数で行い、可能であれば患者も参加とする。 ・カンファレンスの内容は必ずカルテに記録する。
専門分析班の議論		
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関によっては、病棟で定例のリハビリテーションカンファレンスを行うことは難しいこともある。また、日中のカンファレンスで共有した情報が、夜勤の看護師には伝わらない可能性もある。 ・改善策として、より実効性の高い情報共有の方法を考える必要があるのではないか。例えば、誰に伝えれば看護師全員に伝わるかという窓口を明確にして、リハビリテーション部門と申し合わせをしておくことも一つの方法である。 		

②ヒヤリ・ハット事例

図表Ⅲ－１－２４ 事例の内容（ヒヤリ・ハット事例）

事例の内容	事例の背景要因	改善策
チューブ類のトラブル		
患者は認知機能低下があり、ミトンを装着中であったが、リハビリテーションの際はミトンを外していた。理学療法士と看護師で患者を車椅子からベッドに移し、看護師がミトンを装着しようとする、理学療法士が「次はベッド上でリハビリテーションをするのでそのままにしてください」と言ったため、看護師は「リハビリが終わったら声をかけて下さい」と伝え、退室した。約30分後に看護師が訪室すると理学療法士はおらず、フィーディングチューブが自己抜去されていることに気が付いた。医師に報告して再挿入となった。	・看護師は、リハビリテーションが終わったら理学療法士が教えてくれると思い、観察をしていなかった。	・理学療法士に「リハビリが終わったら呼んで下さい」だけでなく、「チューブ抜去のリスクが高く、ミトンをする必要があるので、すぐに声をかけて下さい」と、具体的に伝える。 ・リハビリテーション等でミトンを外している時は、出来るだけ頻回に観察する。
専門分析班の議論		
<ul style="list-style-type: none"> ・このような事例は医療現場で数多く発生していると思われる。 ・改善策に記載されているように、看護師はなぜリハビリテーション終了時に声をかける必要があるのかを理学療法士に伝える必要がある。 ・理学療法士も看護師に声をかける目的を理解して報告することが重要である。患者の担当以外の看護師には、単に「終わりました」と声をかけても、意図が伝わらないことが多い。リハビリテーション終了時は、「〇〇さんはミトンをする必要がある、リハビリが終了したら看護師に声をかけるように依頼されています。終了しましたのでお願いします」などのように、患者の状況がわかるように伝えるとよい。 ・チューブを抜去するリスクが高い患者の場合は、理学療法士は患者から離れず、ナースコールを使用して看護師に連絡するとよいだろう。 		

(5) まとめ

本報告書では、リハビリテーションを受けている患者に関連した事例について、2019年1月～2020年6月に報告された医療事故情報と2020年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例の概要をまとめた。さらに、リハビリテーションの際に発生した事例とリハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例に大別して、事例の種類や発生場所、当事者職種などを整理し、主な事例の内容を専門分析班の議論とともに紹介した。

リハビリテーションの際に発生した事例では、転倒・転落や、転倒・転落以外による外傷、全身状態の悪化、チューブ類のトラブルの事例などが報告されていた。発生場所は機能訓練室や理学療法室などのリハビリテーション部門のほか、病室や廊下などもあり、様々なリハビリテーションの際に発生した事例が報告されていた。リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例は、転倒・転落の事例が多く、発生場所は病室が多かった。次回の第63回報告書では、報告が多かった事例や事故防止のために共有が必要と考えられる事例を中心に提起し、さらに詳細な分析を行うこととしている。本報告書の分析内容や紹介事例をリハビリテーション部門や病棟における具体的な安全管理対策に活用していただきたい。