

作業療法事故実態調査

－事故防止マニュアル第2版－

社団法人 日本作業療法士協会

改訂版発刊にあたって

福利部では、2009 年 6 月から 8 月にかけ、「作業療法場面における事故実態調査」を実施した。その結果に基づき、今般 5 年ぶりに「作業療法事故防止マニュアル第 2 版」を具体的な事故実態調査の形で発刊することとなった。

事故実態調査は、2005 年版マニュアル作成時にも実施されたが、今回の改訂にあたっては、以下の新たな観点を織り込みアンケートを実施した。

1 点目は、事故内容を尋ねるアンケートにおいて、疾患ごとに把握するようにした。これは、領域ごとで事故を把握するのみでなく、より対象者像も正確に捉えながら事故防止を考えていくようにするためである。

2 点目は、今後事故が発生するのは、病院内の「医療事故」のみならず、保健・福祉領域、地域での活動など様々に広がっていくことも視野に入れ、それらを含めた新たな概要把握を行うようにした。

3 点目は、5 年前は調査対象先を全国 1000 施設としていたが、今回は対象施設を 3000 施設に広げ、より広範な会員の状況を把握できるよう努めた。

この調査結果は、機関誌（第 29 巻第 5 号）に報告した通りである。これらの結果を基に、事故内容、事故場面、事故要因等の分析を行い、それら事故を防止するための対応策の検討を行った。

会員各位におかれては、作業療法場面における事故の全体概要や、各々の事故の特徴を把握して今後に活かして頂きたい。事例集では各障害領域別に特徴的なものを示した。どの障害にも属さない管理運営面の事故も加えて示している。これら事例にはそれぞれ事故防止チェックポイントが付してあるので活用頂きたい。

特に、一人職場や新人の会員各位におかれては、是非とも本事故実態調査をプリントアウトのうえ手元に置き、事故防止に役立てて頂きたい。

最後に、業務多忙の折、「作業療法場面における事故実態調査」にご協力頂いた会員各位にこの場を借りて感謝申し上げる。

2011 年 3 月 1 日

社団法人日本作業療法士協会
福利部長 長谷川 利夫

目次：

I．作業療法事故実態調査の見方、使い方・・・・・・・・・・・・・・・・	P3
II．作業療法場面における事故の全体概要・・・・・・・・・・・・・・・・	P4～ P8
III．障害領域別の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P9～P18
IV．領域ごとの事故事例及び、事例から学べる事故防止チェック項目・・・	P18～P28

I．作業療法事故実態調査の見方、使い方

本マニュアルは、事故実態調査という形で、①作業療法場面に事故の全体概要、②領域ごとの事故事例及び、事例から学べる事故防止チェック項目から構成されている。①では「作業療法場面における事故実態調査 2009」で調査された全ての事故の概要を示し、作業療法場面での事故の特徴を様々な切り口から見ることができる。②では事例集として、上記調査で提供された事例を元に身体障害領域、精神障害領域、発達障害領域の各障害領域別に特徴的なものを示した。また、どの障害領域にも含まれない管理運営面の事故も加えて示した。「事例から学べる事故防止チェックポイント」として、事故事例から学べる事故防止の視点を示したので、会員の事故防止の視点としてお役立ていただきたい。

Ⅱ. 作業療法場面における事故の全体概要

1. 事故の内容（図表1）

全ての領域で圧倒的に多い事故が「転倒・転落」で42% を占めた。また、「怪我」も共通して高い割合であった。身体障害領域においては「チューブ類のはずれ・抜去等」，「症状の悪化・急変」，精神障害領域においては「無断離院・行方不明」，「暴力」，発達障害領域においては「チューブ類のはずれ・抜去等」，「衝突」が事故の内容で多いものに挙げられ，領域別に特徴が見られた。これは各障害領域で作業療法士がどのような疾患を対象とし，またどのようなアプローチを行っているかによって，違いが生じているものと考えられる。

事故の内容	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①誤嚥	16	38	1	1
②異食	85	169	6	2
③窒息	10	14	1	0
④転倒・転落	1,525	586	82	15
⑤衝突	43	16	11	3
⑥熱傷・凍傷	62	40	3	0
⑦怪我	498	178	22	3
⑧暴力	20	87	0	2
⑨チューブ類のはずれ・抜去等	457	20	13	10
⑩無断離院・行方不明	36	187	1	0
⑪症状の悪化・急変	191	18	3	6
⑫対象者・家族への接遇の失敗	73	7	8	4
⑬自殺・自傷	3	20	2	0
⑭院内感染	7	0	0	3
⑮リハの遅延	62	6	4	16
⑯記録忘れ・誤記録	58	18	3	22
⑰個人情報の漏洩	10	1	0	5
⑱盗難・紛失	9	34	1	20
⑲ハラスメント	9	6	0	0
⑳その他	272	66	19	43
合計件数	3,446	1,511	180	155

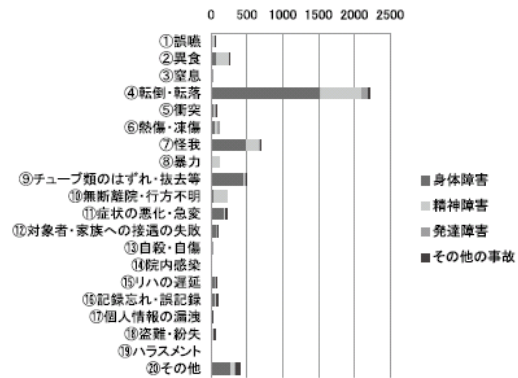


図1 事故の内容

2. 対象者情報（図表2，図表3）

男女比に大きな差は見られなかった。年齢は身体障害領域では70～80代で半数以上を占めた。精神障害領域では年齢による偏りは見られなかった。発達障害領域では9歳以下が半数以上を占めた。

表2 対象者情報（性別）

性別	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
男	1,824	722	122	22
女	1,576	766	55	18
該当なし	46	23	3	115
合計件数	3,446	1,511	180	155

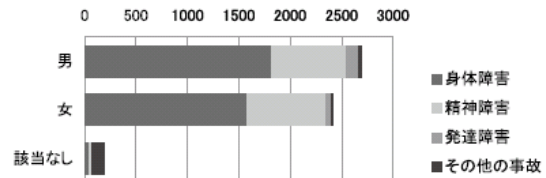


図2 対象者情報（性別）

表3 対象者情報（年齢）

年齢	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
9歳以下	16	18	96	0
10代	23	10	38	1
20代	31	66	10	1
30代	61	97	11	0
40代	99	124	8	0
50代	281	234	7	5
60代	571	287	3	1
70代	986	247	5	8
80代	938	271	0	7
90歳以上	249	93	0	2
該当なし	191	64	2	130
合計件数	3,446	1,511	180	155

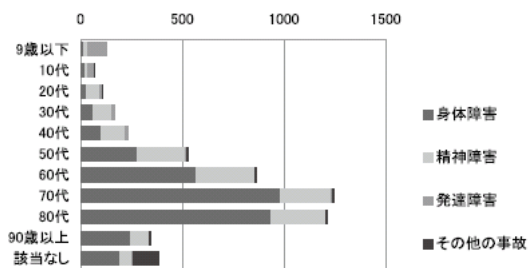


図3 対象者情報（年齢）

3. 事故の場所（図表4）

事故全体の87% が施設内で生じていた。「作業療法室」での事故が最も多く、次いで「病棟」での事故が多かった。施設外では「対象者宅」での事故が多く、「施設外その他」には外出訓練時のショッピングモールや書店などがあった。ここ近年、地域生活支援の広がりにより、各障害領域の在宅およびその周辺の活動に関わる機会も多くなった。今後、地域における事故が増えることが予想される。

表4 事故の場所

事故の場所	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
病棟	956	273	19	32
作業療法室	1,636	664	118	62
対象者宅	91	9	3	6
該当なし	240	150	12	23
施設内その他	469	288	25	18
施設外その他	29	90	0	3
不明	25	37	3	11
合計件数	3,446	1,511	180	155

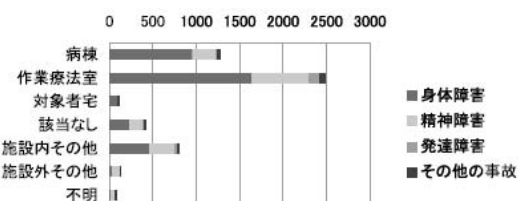


図4 事故の場所

4. 事故の状況・場面（図表5）

全障害領域で共通して「作業療法実施時」の事故が最も多く、半数を占めた。しかしその内訳には領域ごとの特徴があり、身体障害領域では「ADL 訓練」が多く、精神障害領域では「レク・スポーツ」，「手工芸」，発達障害領域では「その他の訓練」が多かった。「作業療法実施時」以外のものでは「休憩および待ち時間」，「送迎時」が多かった。

表5 事故の状況・場面

事故の状況・場面	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①オーダー時	25	3	2	1
②受付時	18	2	2	2
③情報収集時	8	1	1	3
④休憩および待ち時間	321	123	10	16
⑤検査・測定	24	4	1	0
⑥観察	16	10	1	0
⑦面接	9	3	1	1
⑧作業療法実施時				
-a- 徒手訓練	224	14	12	5
-b- 指示のもと自主訓練	157	25	2	2
-c- 手工芸	87	235	3	12
-d- レク・スポーツ	51	382	7	7
-e- ADL 訓練	666	52	9	7
-f- その他の訓練	481	142	45	6
-g- 該当なし	492	171	57	19
⑨送迎時	427	160	7	12
⑩記録時	55	19	4	19
⑪その他	361	159	14	33
該当なし	24	6	2	10
合計件数	3,446	1,511	180	155

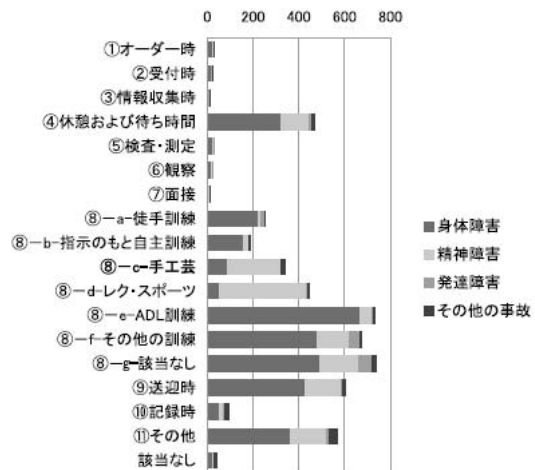


図5 事故の状況・場面

5. 事故の要因（図表6）

全ての障害領域でともに「観察不十分」が最も多く、32％を占めた。次に「判断ミス」が多かった。「判断ミス」は特に身体障害領域・発達障害領域で割合が高かった。これは両障害領域とも粗大な運動を伴うプログラムが多く、判断を誤ると事故につながりやすいことが考えられる。「人員不足」，「混雑」の項目は精神障害領域の割合が高い。これは、精神障害領域では少ない人員で集団プログラムを実施していることが多いからであると考えられる。

事故の要因	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①情報確認不十分	399	145	13	15
②観察不十分	1,688	894	81	39
③判断ミス	1,080	258	62	29
④未熟な治療技術	355	28	14	2
⑤知識不足	156	15	1	6
⑥混雑	120	142	8	15
⑦多忙	246	134	10	28
⑧人員不足	123	205	0	10
⑨対応（言葉・態度）が不適切	108	56	11	5
⑩対象者指導・説明が不十分	228	172	13	4
⑪環境整備（機器・道具管理）が不十分	368	222	32	32
⑫他職種との連携不十分	177	128	3	10
⑬マニュアルの不足	33	12	0	7
⑭その他	247	145	11	31

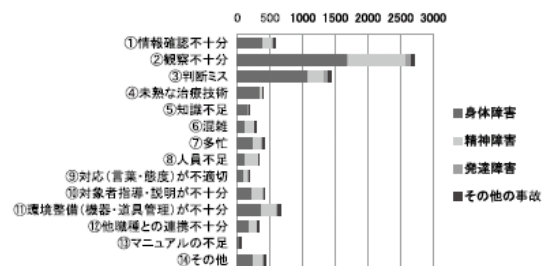


図6 事故の要因

6. 生命に対する危険度（図表7）

事故全体では「影響がなかった」が一番多く、72％であった。しかし「治療・処置が必要」な場合や、身体障害領域・精神障害領域では「後遺症が残る」，「死亡」に至ったケースもあり、作業療法場面においても生命に関わる事故が生じていることがわかる。

生命に対する危険度	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①影響がなかった	2,450	1,072	138	140
②観察・検査が必要	351	95	14	7
③治療・処置が必要	626	334	28	8
④後遺障害が残る	17	8	0	0
⑤死亡	2	2	0	0
合計件数	3,446	1,511	180	155

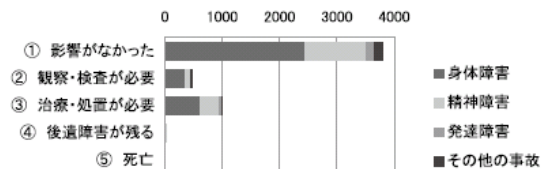


図7 生命に対する危険度

7. 事故への対応（図表8）

全体では「病棟に連絡」が最も多く26％であり、特に身体障害領域・精神障害領域で多かった。発達障害領域では「家族へ説明と謝罪」が多く特徴的であった。「様子観察」も全障害領域で多かった。

事故への対応	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①様子観察	1,256	579	64	30
②検査	133	32	2	3
③現場での応急処置	318	210	27	11
④病棟などで処置	666	264	15	17
⑤病棟に連絡	1,902	896	32	47
⑥医師に連絡・診察	1,097	398	58	20
⑦カンファレンス開催	164	101	4	10
⑧他科・他院受診	87	94	11	1
⑨本人へ謝罪	1,184	178	51	26
⑩家族へ説明と謝罪	691	197	77	16
⑪施設の改修	18	23	6	5
⑫その他	203	101	12	54

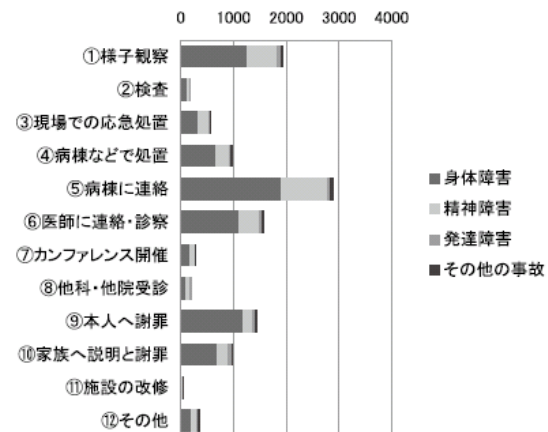


図8 事故への対応

8. 責任の有無（図表9）

どの障害領域も「ヒヤリハット・事故報告書で報告」が最も多く、70％を占めた。次いで、「口頭で報告」，「特になし」であった。少数ではあるが、全障害領域において「（傷害）保険での支払い」を行ったとの回答もあった。

責任の有無	身体障害	精神障害	発達障害	その他の事故
①特になし	394	180	31	33
②口頭で報告	503	184	27	18
③注意を受ける・戒告	233	35	4	17
④ヒヤリハット・事故報告書で報告	2,814	1,263	148	114
⑤治療費の施設負担	67	17	5	1
⑥（傷害）保険での支払い	25	11	1	1
⑦その他	20	18	2	7

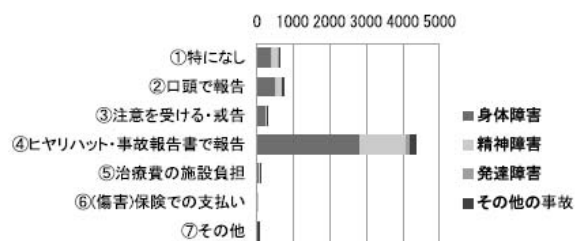


図9 責任の有無

Ⅲ. 障害領域別の特徴（表10）

1. 身体障害領域について

疾患・障害別件数では、脳血管障害（以下、CVA）が圧倒的に多く、次いで、頸部・体幹・下肢の外傷、廃用症候群の順となっている。CVA が最も多いのは、この障害領域の対象としてCVA が多いということ以外に、CVAの疾患特性として座位・立位バランスの問題等、「転倒・転落」事故に結びつきやすい要素があることも関連していると考えられる。廃用症候群は、さまざまな疾病や外傷、加齢などの理由により、全身あるいは体のある部分の活動の機会が減少したことを直接的な原因とした、全身的または部分的な機能の低下を総称している。急性期・回復期・維持期の全般において作業療法の対象となるため、件数が多くなっていると考えられる。一般的には、安静臥床による筋力低下は1週間で10～15%と言われている。特に高齢者においては、発症前から身体機能の低下を認めていること、不活動による刺激量の減少など「転倒・転落」や「怪我」、「症状の悪化・急変」などの事故に結びつきやすい要素があることも、廃用症候群の事故件数増加に関連していると考えられる。

また注目すべきは、リンパ浮腫や心大血管、呼吸器疾患等の内部障害の件数が、身体障害領域全体の約4%を占めている点である。2006年度の厚生労働省の調査によると、呼吸器・循環器疾患を含めた内部障害は、他の障害と比較して唯一、増加の一途をたどっていることが示されている。内部障害の対象者への作業療法の必要性はさらに高まることが予想され、日本作業療法士協会（以下、協会）では心臓リハビリテーションへの積極的参入をはじめ、内部障害への作業療法職域拡大を推進している。現状では内部障害に関わる作業療法士が少ないながらも事故件数が多い背景には、疾患自体が生命を左右するため、不十分な知識では非常にハイリスクであることが考えられる。

事故の内容では、「転倒・転落」の事故の割合が、他の障害領域に比べ突出していた。また、「チューブ類のはずれ・抜去等」の事故も高い割合で起きている。早期離床・早期介入が重視され、点滴ルートが留置されている中での作業療法実施機会が増えていることが要因として考えられる。

事故の場所では、「作業療法室」が圧倒的に多く、次いで「病棟」であった。また「対象者宅」での事故もあり、地域での作業療法を展開するにあたり生活の中のリスクを抽出し、対策を講じることが重要である。

事故の状況・場面では、「ADL 訓練」が最も多く、次いで「送迎時」や「その他の訓練」、「休憩および待ち時間」が多かった。ADL 訓練時に起こる事故が多い背景には、座位あるいは立位の保持・バランス能力が要求される訓練であることが関連していると考えられる。事故の要因では、「観察不十分」、「判断ミス」、「情報確認不十分」が多かった。身

体障害領域では、作業療法士の思い込み、慣れ、多忙による不注意、経験不足・情報不足に起因する観察不十分、判断ミスなどが事故要因の背景にあると考えられる。

責任の有無では、「ヒヤリハット・事故報告書で報告」が圧倒的に多く、「口頭で報告」、「特になし」と続いた。また、「治療費の施設負担」、「（傷害）保険での支払い」等、責任を課せられた事例が身体障害領域全体の2%を占めている点に注目する必要がある。医療訴訟等が増えつつある昨今、リスク管理の重要性を見直す必要があると考えられる。

2. 精神障害領域について

疾患・障害別件数では、統合失調症と認知症が圧倒的に多く、次いで気分障害、精神遅滞の順となっていた。全体で見ても、統合失調症と認知症はCVAに次ぐ件数となっている。統合失調症や認知症はこの障害領域での対象疾患の中で多い疾患である。それに加えて統合失調症は、幻覚や妄想などの精神症状や思考障害・認知機能障害などにより様々な遂行上の問題を抱えることから、注意の幅が狭く、待てずに先を急ぎやすいなど、事故に結びつきやすい行動が多いためと考えられる。また認知症の場合、見当識障害や徘徊などの症状だけでなく、CVAなど他の疾患・障害との重複も多いため、事故のリスクが高まりやすいことも考えられる。

事故の内容では「転倒・転落」、「怪我」が多く発生しており、これは他の障害領域と同様である。精神障害領域で特に多かったのは「無断離院・行方不明」、「誤嚥」、「異食」である。また「自殺・自傷」、「暴力」などの自傷他害による事故も特徴的である。疾患・障害別に見ると、「無断離院・行方不明」は統合失調症、アルコール依存症や人格障害において多く発生していた。統合失調症は幻覚や妄想に左右された行動をとりやすいこと、またアルコール依存症や人格障害は自己・現実に対する洞察が乏しく、治療プログラムへの同意と継続性が得られにくい疾患・障害であることから、このような事故につながりやすいと考えられる。

事故の場所では、「作業療法室」、次いで「病棟」の順に多かったが、体育館や廊下など「施設内その他」の場所での事故も多くなっている。また「施設外その他」では駐車場やグラウンド、公園など外出先での事故が挙がっており、多岐にわたる作業療法の実施場所のいずれにおいても、事故が発生していることがわかる。また「対象者宅」での事故も少数だが生じていることから、今後保健・福祉領域で活動する作業療法士の増加に伴い、対象者宅で発生する事故も増加することが予想される。対象者の地域生活支援や就労支援においては、対象者本人の評価・指導・援助だけでなく、家族指導や関係する施設・企業との連絡調整も重要となる。また、単独での判断や行動を求められる場面も多く、作業療法士自身の能力や責任がより一層必要になると考えられる。

事故の状況・場面では、「レク・スポーツ」や「手工芸」などの作業療法実施時、そして「送迎時」での事故が多くなっている。「レク・スポーツ」や「手工芸」は用いられる頻度が高い活動であるが、それに加えて「レク・スポーツ」は動的バランスを必要とする活動であるため、「転倒・転落」や「怪我」など事故のリスクが高い。対象者の座位・立位バランス能力を正確に評価し、環境整備や十分な説明の上で実施する必要がある。また「手工芸」も刃物や工具などを用いる作業が多く、操作や取扱方法を1つ間違えると怪我や自傷他害につながる危険性があるため、物品管理を徹底するとともに、使用に際しては細心の注意を払わなければならない。そして「送迎時」は対象者が集団で移動することが多いため、「転倒・転落」や「無断離院・行方不明」などの事故が生じやすいと考えられる。

事故の要因では、他の障害領域と同様「観察不十分」、「判断ミス」が多かった。次いで「人員不足」、「環境整備（機器・道具管理）が不十分」の順となり、「対象者指導・説明が不十分」も挙げられていた。精神障害領域では、作業療法は様々な構造や形態が組み合わされて実施され、さらに1つの空間で複数の異なる作業が行われることも多い。そのため事故を防ぐには、対象者やプログラムに応じた環境設定を適切に行い、十分な動線を確保することが不可欠である。そして「人員不足」に関しては、少ない人員で集団プログラムを実施することが多いという運営上の問題と関連していると考えられる。集団を用いた治療や援助は、精神障害領域においては重要な治療因子の1つであるため、適切な条件・環境下での実施が望まれる。また「対象者指導・説明が不十分」については、対象者との十分な意思疎通が図られていないことが考えられる。また、それはさらに接遇の失敗にもつながる要因であるため、対象者の能力に応じた十分な説明はもちろんのこと作業療法士自身のコミュニケーションスキルの向上も大切である。

責任の有無では、「ヒヤリハット・事故報告書で報告」が最も多く、「口頭で報告」、「特になし」が続いた。「特になし」が最も多かった前回調査時と比べると、事故防止に対する意識や取り組みの表れであるとも考えられる。しかし医療訴訟等の問題も増えつつある中、作業療法士自身がその当事者となる可能性もあるため、事故事例の蓄積と分析・情報共有を含め事故防止に向けた体制を構築し、万全な対策を講じる必要がある。

精神障害領域での対象は統合失調症や認知症が多いが、近年それら以外の疾患・障害も増えてきている。そのため対象者の行動特性を含めた全体像を正確に把握し、普段から自身の関わりを振り返り、スタッフや他職種とも情報を共有し合いながら、対象者の様子や小さな変化を見逃さないようにすることが重要である。

3. 発達障害領域について

疾患・障害別件数では、脳性麻痺（以下、CP）と広汎性発達障害（以下、PDD）が群を抜

いて多く、次いで染色体異常、注意欠陥／多動性障害（以下、ADHD）の順となっていた。CP は発達障害領域の中で多い疾患の1 つである。さらに、中枢性疾患の特性である身体障害と知的障害を重複するケースが多い。よって身体機能の未発達による事故への関連があるだけではなく、精神機能の未発達も事故への関連があると考えられる。次にPDD 児は近年、増加傾向にあり、特別支援教育など地域での対応が行われている。そのため、OT への社会的なニーズが高くなっていることが件数の多さにつながっていると考えられる。

事故の内容では、「転倒・転落」が最も多く、次いで「怪我」となっていた。特徴としては「異食」や「チューブ類のはずれ・抜去等」、「衝突」が挙げられた。これらの事故は、主に精神機能の未発達の要素が関連していると考えられる。加えて「衝突」に関しては、ADHDの多動性や衝動性といった疾患特性も事故につながっていると考えられる。

事故の場所では、「作業療法室」が最も多かった。施設外では「対象者宅」が挙がっており、施設外での作業療法実施の機会が増加し、地域への活動が広がってきていることが考えられる。

事故の状況・場面では「その他の訓練」が最も多く、次いで「徒手訓練」、「休憩および待ち時間」となっていた。「その他の訓練」が多くなった理由として、遊びを媒介としたアプローチの機会が多いことや、感覚統合療法などの粗大運動を取り入れたアプローチが多くあることが考えられる。

事故の要因では、「観察不十分」が最も多く、次いで「判断ミス」となっていた。特徴としては「環境整備（機器・道具管理）が不十分」が挙げられた。これは、粗大運動を取り入れたアプローチの中で遊具等が使用される機会があるため、遊具自体の安全管理に加え、対象者の適応力の評価が重要である。

責任の有無では、「ヒヤリハット・事故報告書で報告」が最も多く、次いで「口頭で報告」となっていた。特徴としては、本人だけでなく「家族へ説明と謝罪」が多いことから、より責任の有無を問われることが多いと考えられる。そのため責任の有無を明確化し、報告書等の文書に残していく必要があると考えられる。

4. 保健・福祉領域

今後、「作業療法5 ヵ年戦略」により、作業療法士の保健・福祉領域への参入が増加することが予想される。今回のアンケートからも地域生活支援中の事故が見られた。

生活の中でのリスク管理は広範囲に及び、多くのリスクがある。環境因子を含め、対象者の包括的な評価からリスクを抽出し、対象者やそれを取り巻く人にわかりやすく伝えることが求められる。また、この領域の特徴として病院や施設内とは異なり、医師などの他職種との連絡が簡単には取れないこともある。緊急事態が生じた場合の対応方法の体制作

りと、日頃の連絡方法を、対象者や家族、関わる職種間で確立しておくことが重要である。

5. その他の事故について

この「その他の事故」とは対象者が特定できない、あるいは存在しないような管理運営面などでの事故の項目である。事故の内容として「その他」が最も多くなっている。その内容としては火災や訪問時の車両事故であった。「記録忘れ・誤記録」「盗難・紛失」も管理運営面の事故としては多いものであった。状況・場面での「その他」は、路上での車両事故やFAX送信時での情報漏洩であった。管理運営面での事故要因としては、「観察不十分」がほとんどの要因として挙がっている。珍しい事故としては、物理療法中に携帯電話のメモリーが消失するというものもあった。車両事故は、作業療法士が地域での支援を展開していく中で発生し得るものであり、今後も増加する可能性があると考えられる。事故要因としては「観察不十分」となっているが、どのような点に重点をおいた観察が必要なのか、どのような点の観察が不十分だったために事故が発生したのかを明確にし、今後の事故発生を予防していく必要があると考えられる。

6. まとめ

今回の事故実態調査は、疾患ごとの事故内容が把握できるようにするなど新たな観点を織り込んで行った。身体障害領域では、リンパ浮腫、心大血管、呼吸器疾患等の内部障害の事故件数が領域内で4%に達していることなどがわかった。協会では、心臓リハビリテーションへの積極的参入をはじめ、内部障害への作業療法職域拡大を推進している。今後、教育機会の増加を通じ、事故防止への充分な対応を行えるようにしていく必要もある。

また、「作業療法5ヵ年戦略」を推進していく中で、今後は特別支援教育、訪問などを含め、地域、保健・福祉の領域で活動する作業療法士が増加していくことになる。これらのサービス提供時の事故など、広範囲に渡るリスク管理、他職種間の連携が今後益々必要になってくると思われる。

精神障害領域に特に特徴的に見られる「人員不足」については、作業療法の実施人数が規定上1日2単位50名以内を標準とするものとなっており、少ない人員で集団プログラムを実施していることも要因として考えられる。事故防止という観点からも同規定の実状に見合った改定が望まれる。

今や作業療法士養成校の入学人数が7,000人を超え、新人や入職間もない作業療法士が大量に輩出されつつある。更に、一人職場が増えてきている現状を鑑みると、今後、協会としても事故防止をテーマとした研修等も積極的に開催していくなどの取り組みも必要であると考えられる。

また、事故に伴う「治療費の施設負担」，「（傷害）保険での支払い」等，責任を課せられた事例も一定数見られ，理学療法においては，理学療法士自身が責任を負わされる事案も既に発生している．今後作業療法士自身が対象者や勤務先から賠償責任を負わされることもあり得る．これに対しては，協会では作業療法士賠償責任保険を用意している．会員各位の積極的な加入が望まれる．

これからの作業療法士は，職域の拡大に伴う新しい時代の作業療法士像に相応しいリスク管理能力を身に付けていく必要がある．

表 10 疾患・障害別事故一覧表

障害名・疾患名	内 容	場 所	状況・場面	要 因	責任の有無
脳血管障害 (CVA)	①転倒・転落 ②チューブ類のはずれ・抜去等 ③怪我	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①ADL 訓練 ②作業療法実施時 (該当なし) ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③未熟な治療技術	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
頭部外傷 (TBI)	①転倒・転落 ②チューブ類のはずれ・抜去等 ②その他	①作業療法室 ②病棟 ③該当なし	①ADL 訓練 ②休憩および待ち時間 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②判断ミス ③その他	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告 ③注意を受ける・戒告
脊髄損傷	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①ADL 訓練 ②その他の訓練 ③送迎時	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備 (機器・道具管理) が不十分	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
末梢神経損傷	①転倒・転落 ②怪我	①作業療法室 ②病棟	①ADL 訓練 ①作業療法実施時 (該当なし) ②手工芸 ②その他の訓練	①判断ミス ②観察不十分 ②未熟な治療技術	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②治療費の施設負担
上肢と手の外傷	①その他 ②症状の悪化・急変 ③転倒・転落	①作業療法室 ②施設内その他 ③病棟	①徒手訓練 ②その他 ③休憩および待ち時間 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②情報確認不十分 ③判断ミス	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
熱傷	①熱傷・凍傷 ①チューブ類のはずれ・抜去等 ①症状の悪化・急変	①作業療法室 ②病棟	①指示のもと自主訓練 ①ADL 訓練 ①その他の訓練	①観察不十分 ②情報確認不十分 ②判断ミス ②知識不足	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告
関節リウマチなど膠原病	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①病棟 ②作業療法室 ③施設内その他	①送迎時 ②ADL 訓練 ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③人員不足	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
パーキンソン病	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①休憩および待ち時間 ②送迎時 ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③未熟な治療技術	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
脊髄小脳変性症	①転倒・転落 ②怪我 ③衝突 ③熱傷・凍傷 ③チューブ類のはずれ・抜去等 ③その他	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①休憩および待ち時間 ②その他 ③送迎時 ③徒手訓練 ③ADL 訓練 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②環境整備 (機器・道具管理) が不十分 ③判断ミス	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし ③注意を受ける・戒告
神経・筋疾患	①転倒・転落 ②怪我 ③チューブ類のはずれ・抜去等	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①ADL 訓練 ②その他 ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③対象者指導・説明が不十分	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
内部障害	①転倒・転落 ②チューブ類のはずれ・抜去等 ③怪我	①作業療法室 ②病棟 ③該当なし	①ADL 訓練 ②送迎時 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②判断ミス ③情報確認不十分	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
腫瘍	①転倒・転落 ②その他 ③チューブ類のはずれ・抜去等	①作業療法室 ②病棟 ③該当なし ③施設内その他	①ADL 訓練 ②作業療法実施時 (該当なし) ③送迎時 ③その他の訓練	①判断ミス ②観察不十分 ③対象者指導・説明が不十分	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告

表 10 つづき

障害名・疾患名	内 容	場 所	状況・場面	要 因	責任の有無
頸部・ 体幹・ 下肢の 外傷	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①ADL 訓練 ②送迎時 ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③情報確認不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
その他 (身体障 害)	①転倒・転落 ②その他 ③チューブ類のはず れ・抜去等	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①その他 ②送迎時 ②ADL 訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③情報確認不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
廃用症 候群	①転倒・転落 ②怪我 ③チューブ類のはず れ・抜去等	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①ADL 訓練 ②送迎時 ③その他の訓練 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備(機器・道 具管理) が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
認知症	①転倒・転落 ②異食 ③怪我	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①レク・スポーツ ②休憩および待ち時 間 ③手工芸	①観察不十分 ②判断ミス ③人員不足	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
統合失 調症	①転倒・転落 ②無断離院・行方不 明 ③怪我	①作業療法室 ②施設内その他 ③病棟	①レク・スポーツ ②手工芸 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②環境整備(機器・道 具管理) が不十分 ③判断ミス	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
てんか ん	①転倒・転落 ②怪我 ③症状の悪化・急変	①作業療法室 ②施設内その他 ③病棟	①レク・スポーツ ②送迎時 ②手工芸	①観察不十分 ②対象者指導・説明 が不十分 ③環境整備(機器・道 具管理) が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
アルコ ール依 存症	①無断離院・行方不 明 ②怪我 ③転倒・転落	①作業療法室 ②施設外その他 ③病棟	①レク・スポーツ ②送迎時 ③手工芸	①観察不十分 ②人員不足 ③情報確認不十分 ③判断ミス ③対象者指導・説明 が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ②口頭で報告
人格障 害	①無断離院・行方不 明 ①自殺・自傷 ③転倒・転落	①作業療法室 ②施設内その他 ③施設外その他	①手工芸 ②レク・スポーツ ③休憩および待ち時 間 ③その他 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②判断ミス ②人員不足 ②対象者指導・説明 が不十分 ②環境整備(機器・道 具管理) が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ②口頭で報告
精神遅 滞	①転倒・転落 ②怪我 ③誤嚥 ③異食 ③無断離院・行方不 明	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①作業療法実施時 (該当なし) ②送迎時 ②レク・スポーツ	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備(機器・道 具管理) が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
気分障 害	①転倒・転落 ②怪我 ③熱傷・凍傷	①作業療法室 ②施設内その他 ③病棟 ③施設外その他	①レク・スポーツ ②作業療法実施時 (該当なし) ③その他の訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③対象者指導・説明 が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ③口頭で報告
適応障 害	①異食 ①転倒・転落 ①暴力 ①自殺・自傷	①作業療法室 ②該当なし ②施設内その他	①レク・スポーツ ②手工芸 ②その他の訓練	①観察不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし

表 10 つづき

障害名・疾患名	内 容	場 所	状況・場面	要 因	責任の有無
薬剤性 精神障 害	①異食 ①怪我 ①暴力	①作業療法室 ①施設内その他 ①施設外その他	①送迎時 ①レク・スポーツ ①作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ①人員不足 ①対応(言葉・態度) が不適切 ①環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告
器質性 精神障 害	①転倒・転落 ②無断離院・行方不 明 ③異食	①作業療法室 ②病棟 ②施設内その他	①レク・スポーツ ②送迎時 ③手工芸 ③その他の訓練 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②人員不足 ③多忙	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告
非定型 精神病	①誤嚥 ①転倒・転落 ③怪我 ③無断離院・行方不 明	①作業療法室 ①施設内その他 ③病棟	①レク・スポーツ ②手工芸 ②その他の訓練 ②作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②人員不足 ②環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②注意を受ける・戒 告 ③特になし ③口頭で報告
その他 (精神障 害)	①転倒・転落 ②無断離院・行方不 明 ②対象者・家族への 接遇の失敗 ②盗難・紛失	①作業療法室 ②病棟 ②施設内その他 ②施設外その他	①レク・スポーツ ②面接 ②手工芸 ②その他の訓練	①観察不十分 ②情報確認不十分 ②判断ミス ②未熟な治療技術 ②混雑 ②多忙 ②対応(言葉・態度) が不適切 ②対象者指導・説明 が不十分 ②その他	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし
CP	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①作業療法室 ②病棟 ③該当なし ③施設内その他	①作業療法実施時 (該当なし) ②その他の訓練 ③その他 ③徒手訓練	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
脳炎後 遺症	①転倒・転落 ②異食	①施設内その他 ②病棟 ②作業療法室	①作業療法実施時 (該当なし) ②送迎時 ②その他の訓練	①判断ミス ②観察不十分 ③多忙	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②注意を受ける・戒 告
染色体 異常	①怪我 ②転倒・転落 ②衝突 ②チューブ類のはず れ・抜去等 ②その他	①作業療法室 ②施設内その他	①その他の訓練 ②ADL訓練 ③作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ①判断ミス ②情報確認不十分 ②環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③特になし
奇形	①転倒・転落	①施設内その他	①その他の訓練	①観察不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告
PDD	①転倒・転落 ②怪我 ③その他	①作業療法室 ②施設内その他 ③病棟	①その他の訓練 ②作業療法実施時 (該当なし) ③休憩および待ち時 間 ③その他	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②特になし ②口頭で報告
ADHD	①転倒・転落 ②その他 ③衝突 ③対象者・家族への 接遇の失敗	①作業療法室 ③該当なし ③施設内その他	①レク・スポーツ ①その他の訓練 ①作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②判断ミス ③環境整備(機器・道 具管理)が不十分	①ヒヤリハット・事 故報告書で報告 ②口頭で報告 ③治療費の施設負担

表 10 つづき

障害名・疾患名	内 容	場 所	状況・場面	要 因	責任の有無
発達 その他	①症状の悪化・急変 ②異食 ②窒息 ②怪我 ②チューブ類のはずれ・抜去等	①作業療法室 ②対象者宅 ③施設内その他	①作業療法実施時 (該当なし) ②徒手訓練 ②その他の訓練	①観察不十分 ②情報確認不十分 ②判断ミス ②その他	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ①口頭で報告 ③注意を受ける・戒告
その他の事故	①その他 ②記録忘れ・誤記録 ③盗難・紛失	①作業療法室 ②病棟 ③施設内その他	①その他 ②記録時 ②作業療法実施時 (該当なし)	①観察不十分 ②環境整備(機器・道具管理)が不十分 ③判断ミス	①ヒヤリハット・事故報告書で報告 ②特になし ②口頭で報告

IV. 領域ごとの事故事例及び、事例から学べる事故防止チェック項目

事例集として、「作業療法場面における事故実態調査 2009」で提供された事例を元に身体障害領域、精神障害領域、発達障害領域の各障害領域別に特徴的なものを示した。また、どの障害領域にも含まれない管理運営面の事故も加えて示した。「事例から学べる事故防止チェックポイント」として、事故事例から学べる事故防止の視点を示したので、会員の事故防止の視点としてお役立ていただきたい。

事例番号①

身体障害領域

- A. 事故の内容 （ 転倒 ）
- B. 対象者 疾患・障害（ 脳出血、左片麻痺、注意障害 ）性別（ 男性 ）年齢（ 49 歳 ）
- C. OTR 性別（ 女性 ）経験年数（ 7 年目 ）
- D. 事故の要因 （ 情報確認不十分、対象者指導・説明が不十分、動作未習熟 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

自宅退院に向けて床上動作の獲得を目的とした OT を実施していた。注意障害は残存するものの、院内 ADL はなんとか杖歩行で自立レベルであった。退院前訪問で対象者の自宅に伺っていた際、寝室予定場所で見守りにて床上動作実施中、麻痺側方向へバランスを崩し、そのまま畳の上に臀部から頭部へと転がるように転倒した。院内での床上動作は見守りで可能であったため、OTR は近くで見守っていた。本人としては発症後初めての外泊であり、気分は高揚し、混乱や注意の散漫さもあり、動作が性急となりやすく、動作手順も曖昧となっていた。

転倒後すぐにその場でバイタルチェックし、本人にも状態を確認した。特に問題なかったため、その場にいた家族へも説明し、確認後そのまま次の動作確認を続けた。主治医、看護師には帰院後報告した。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 対象者の能力にあった訪問日程を設定していますか？
- ☐ 訪問前に自宅環境の情報収集はしていますか？
- ☐ 自宅場面に近い状況で OT を実施していますか？
- ☐ 対象者の能力評価はできていますか？
- ☐ 練習に集中できるオリエンテーションや環境設定はしていますか？
- ☐ OTR の見守り位置は適切ですか？
- ☐ 「見守りで大丈夫だろう」という気の緩みはありませんか？
- ☐ 訪問先での事故に対するマニュアルは確立されていますか？

事例番号②

身体障害領域

- A. 事故の内容 （ 症状の悪化・急変 ）
- B. 対象者 疾患・障害（ 慢性心不全 ）性別（ 男性 ）年齢（ 78 歳 ）
- C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 3 年目 ）
- D. 事故の要因 （ 観察不十分、判断ミス、未熟な治療技術、知識不足 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

対象者に対し OT 室にて歩行練習を実施していた。対象者は安静時より SpO_2 値が低く、OT 後には一時数値が下がりやすかったため、OT 前後には SpO_2 値の測定を実施していた。歩行練習開始前より対象者の表情と会話量より疲労感がみられたが、 SpO_2 値は良好であったため歩行練習を開始した。練習開始後 5 分ほど経過すると、顔色不良、頻回な咳嗽が出現し SpO_2 値の大幅な低下が見られた。

練習を中止し、臥位をとることで SpO_2 値は改善したが、当日中は体調が優れなかった。医師、看護師に報告し、1 時間ごとのバイタルチェック及び様子観察を行うこととなった。状況について家族へも報告を行った。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 疾患や病態像に関する知識は十分ですか？
- ☐ 医師からの運動負荷の指示がありましたか？
- ☐ OT 実施前に病棟から情報収集していますか？
- ☐ OT 実施前に先輩や他スタッフに相談していますか？
- ☐ 検査数値と生理的反応（呼吸数・脈拍など）を統合して判断していますか？
- ☐ 対象者の状態に合わせて実施内容を変更していますか？
- ☐ 対象者の微妙な変化に注意を払っていますか？
- ☐ 状態悪化時の対応マニュアルは確立されていますか？

事例番号③

身体障害領域

A. 事故の内容 （ 怪我 ）

B. 対象者 疾患・障害（ 肺炎後廃用症候群 ）性別（ 女性 ）年齢（ 92 歳 ）

C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 4 年目 ）

D. 事故の要因 （ 観察不十分 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

対象者は、臥床傾向が続く小柄な女性である。廃用により皮膚がびらんしやすく、下肢の屈曲拘縮と筋力低下があり立位保持は困難であった。また、鼠径部から中心静脈カテーテルを挿入しており、股関節屈曲が困難なためリクライニング式車椅子を使用していた。

OT 終了後、病棟看護師と 2 人介助でベッドへ移乗する際、OTR が前方から腋窩を抱え、看護師が対象者の背部から腰部を引き上げる方法をとった。移乗中に対象者が痛みを訴えたため着座後に確認すると、下腿部にびらん及び出血を認めたため看護師が圧迫止血を施した。

原因は、普段とは異なる介助方法で移乗したことにより下腿部がレッグレストに接触したこと、対象者は移乗の際ズボンを着用していなかった事が挙げられる。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 普段の介助方法を把握していますか？
- ☐ 移乗前に介助者同士で相談・確認していますか？
- ☐ 対象者の状態に応じた移乗方法を選択していますか？
- ☐ 移乗時に対象者の全身に注意は払えていますか？
- ☐ 移乗中の対象者の肢位やチューブ類に注意が払えていますか？
- ☐ 本事例のように複数介護が可能な業務体制ですか？
- ☐ 事故後の連携した対応が可能ですか？
- ☐ 車椅子の選定は適切ですか？

事例番号④

精神障害領域

A. 事故の内容 （ 怪我 ）

B. 対象者 疾患・障害（ 統合失調症 ）性別（ 男性 ）年齢（ 66 歳 ）

C. OTR 性別（ 女性 ）経験年数（ 15 年目 ）

D. 事故の要因 （ 観察不十分、対象者指導・説明が不十分 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

体育館において、精神科 OT の卓球プログラムを実施していた。卓球終了後、対象者は折りたたみ式の卓球台を閉じて収納する際に、折りたたむ方向とは反対の方向から持ち上げようとした。OTR は少し離れた場所におり、その様子をみて「危ない！倒れる！」と声をかけるが対象者に届かず、卓球台は倒れた。倒れた卓球台により、対象者は右第 1 趾を強打するが、「大丈夫」とのことで病棟へ帰棟する。

対象者は「大丈夫」と話していたこともあり、病棟には特に報告をしなかった。2 日後、病棟看護師が対象者の右第 1 趾の腫脹や内出血を確認し、主治医に報告、他科受診となった。結果、右第 1 趾を骨折していた。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 対象者の能力評価はできていますか？（収納経験・状況判断・リスクなど）
- ☐ OTR は常にフォローができる距離にいましたか？
- ☐ 声かけは具体的で適切でしたか？（「〇〇さん！ストップ！」など）
- ☐ 備品の適切な設置・収納方法はわかりやすく明示されていますか？
- ☐ 複数人かつ安全な設置・収納を心がけていますか？
- ☐ その後の対象者の様子を確認していますか？
- ☐ 自分で判断せず、他職種に対し積極的に報告や情報提供を行っていますか？
- ☐ 組織内の報告手順、報告内容は確立されていますか？

事例番号⑤

精神障害領域

A. 事故の内容 （ 無断離院 ）

B. 対象者 疾患・障害（ 統合失調症 ）性別（ 男性 ）年齢（ 52 歳 ）

C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 2 年目 ）

D. 事故の要因 （ 観察不十分、情報確認不十分、マニュアルの不足 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

病院内の精神科 OT 室にて。普段より OT は施錠されていない状態で実施されていた。対象者は病棟から OT 室到着後、すぐにトイレの個室に入る。OTR は他メンバーへ対応し、2～3 分後にトイレで所在確認を行ったところ、対象者が不在であることに気づく。その後 OT 室内を探すが見あたらなかったため、病棟へ連絡し、捜索の応援を依頼する。2 時間後、対象者が歩いて自宅へ戻ったところを保護し、帰院する。

担当 OTR が休みであったため、代行として初めて受け持つ活動だった。事前に参加メンバーの情報収集をしていたものの、OTR 自身にゆとりがなくリスク管理が不十分になってしまった。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 担当 OTR から代行 OTR への申し送りは十分に行えていますか？
- ☐ 所在確認の頻度、時間は適切ですか？
- ☐ 離院のリスクは多職種で共有されていますか？
- ☐ 適切にリスク管理できる状況で OT を実施できていますか？
- ☐ その日に勤務している他の OT スタッフとの連携はとれていますか？
- ☐ 経験の浅い OTR がゆとりを持って実施できる状況ですか？
- ☐ 参加人数や対象者のリスクに応じて実施形態、人員配置を変更していますか？
- ☐ 組織内での対応手順は確立されていますか？

事例番号⑥

精神障害領域

- A. 事故の内容 （ 異食 ）
- B. 対象者 疾患・障害（ 認知症 ）性別（ 女性 ）年齢（ 77 歳 ）
- C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 3 年目 ）
- D. 事故の要因 （ 観察不十分、判断ミス、人員不足 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

認知症疾患治療病棟にて、小集団に分かれた創作活動（貼り絵）で和紙をちぎる工程を行っていたが、対象者の口元に緑色の和紙が付着しているのを OTR が見つけた。OTR は、異食ではないかと判断し、すぐに確認、口腔内にあった和紙を取り除いた。活動に参加していた約 20 名を、病棟担当の OTR と精神保健福祉士、サポートに入った OTR の計 3 名のスタッフでテーブル毎のグループをみていた。対象者はそれまで異食はみられず、病棟担当 OTR は異食のリスクがあるとは考えていなかった。

以前より、認知症病棟で創作活動をする際は、使用する物品を入れる容器等も食物を連想させないようなものにしたり、病棟へ持ち込んだ物品を使用前と後で数量点検をしたり、部署としても異食問題に取り組んでいた。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ リスク評価に対して思い込みはありませんか？
- ☐ 対象者の小さな変化に気付いていますか？
- ☐ 異食をすぐに発見できるシステムで実施していますか？
- ☐ 異食時の対応技術を身につけていますか？
- ☐ 異食を防止する工夫はしていますか？（食物を連想させないなど）
- ☐ 参加者数に対して適切なスタッフ数で実施できていますか？
- ☐ 多職種で OT を実施する際にリスクについての情報が共有できていますか？

事例番号⑦

身体障害領域

A. 事故の内容 （転倒・転落 ）

B. 対象者 疾患・障害（ 脳性麻痺 ）性別（ 男性 ）年齢（ 7 歳 ）

C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 30 年目）

D. 事故の要因 （ 環境整備（機器・道具管理）が不十分 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

OT 室にて、OTR、対象児、母親の 3 人で個別の OT を実施していた。対象児は見守りレベルで自力の端座位が可能であり、高さ 24cm のベンチに安定して座っていた。対象児の隣には母親がいたため、OTR は対象児の傍を離れ、治療のための玩具を取りに行った。その際、対象児がバランスを崩したため転倒し、後方へベンチから落ちた。母親は受け止めようとしたが間に合わず、クッションフロアーに頭部を打ちつけた。すぐに、OTR は対象児の様子を確認したところ、頭部に外傷はみられなかった。念の為、医師の診察を依頼し、経過観察の指示を受けた。OTR は、その場で、対象児と母親に謝罪を行ない、後日電話にて対象児の転倒後の様子に問題がないことを確認した。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 対象児の能力評価は適切ですか？
- ☐ 対象児の急な反応に対する予測、対応はできていますか？
- ☐ 治療場面の環境設定は適切ですか？
- ☐ 必要な物品は事前に準備していますか？
- ☐ 母親への声かけは行っていますか？
- ☐ 「してくれるだろう」という思い込みはありませんか？
- ☐ 本事例のように後日の電話など事故後の配慮は行えていますか？

事例番号⑧

発達障害領域

A. 事故の内容 （ 異食 ）

B. 対象者 疾患・障害（ 脳炎後遺症 ）性別（ 男性 ）年齢（ 28 歳 ）

C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 25 年目 ）

D. 事故の要因 （ 判断ミス、多忙 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

通所施設での OT 室で普段から噛みぐせのある対象者と個別の OT を実施していた。押すと鳴る玩具（5cm×3cm のビニール製）を使って遊んでいた。突然、対象者はその玩具を噛みちぎり、ビニール片 3～4mm が口腔内に残存した。急いで出そうと試みたが、飲み込んでしまい取り出せなかった。大きな問題ではないと判断し、医師への報告は行わず、経過観察とした。OT 後に送迎部門へ送って行き、スタッフに異食のことを報告したが、家族への連絡は依頼しなかった。その後、慌しく、次の OT や会議などの業務に追われている間に本件を忘れていた。

業務終了後に思い出し、その後の様子を聞くため電話で家族に連絡した。その際、家族は送迎部門のスタッフから異食の説明を受けていなかったことがわかり、家族から報告が遅いことに対し苦情を受けた。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 対象者の行動特性を評価できていますか？
- ☐ 活動や玩具の選択、素材は適切ですか？
- ☐ 常に対象者へ注意を向けていますか？即時対応できる準備をしていますか？
- ☐ 気の緩み、慣れはありませんか？
- ☐ 異食時の対応技術を身につけていますか？
- ☐ 組織内での対応手順（医師への報告など）は確立されていますか？
- ☐ 関係者、家族への報告は行っていますか？事故対応の優先順位を考えて行動できていますか？「報告してくれるだろう」という思い込みはありませんか？

事例番号⑨

発達障害領域

- A. 事故の内容 （ 転倒・転落 ）
- B. 対象者 疾患・障害（ ADHD ）性別（ 男性 ）年齢（ 6 歳 ）
- C. OTR 性別（ 男性 ） 経験年数（ 20 年目 ）
- D. 事故の要因 （ 観察不十分、判断ミス、環境整備（機器・道具管理）が不十分 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

感覚統合療法室で OTR、対象児、母親、弟の 4 人で個別の OT を実施した。OT 終了後、いつものように OTR は母親に OT 実施内容の説明を行い、対象児は弟とボールプールに飛び込んで遊んでいた。その際、対象児は枠に足が引っかかり、うまく入れなかったことで、外へ落下し頭部を打ちつけた。床にはクッションマットが敷かれていたが、落下した所は敷かれておらず、コンクリートの床に頭部を強打した。OTR と母親は対象児より 1 メートルほど離れていたため、落下を防ぐことができなかった。すぐに OTR は対象児の状態を確認し、医師の診察を依頼した。診察時、医師は対象児の意識を確認後、問題がないと判断し、外傷に対する処置を行った。医師からは、経過観察を行い、状態が急変した際は病院受診するよう指示を受けた。診察後、対象児は帰宅し、落ち着いていたが、夜間に状態が急変したため、病院を受診すると頭蓋骨骨折と硬膜外血腫と診断され入院となった。後日、母親から連絡を受け、対象児の状況を知り、事故報告書を作成し、施設長、上司と共に謝罪を行った。対象児に対しては、頻回に面会し状態の把握に努めた。また、事故に関する医療費支払いは全て保険で行った。施設では事故の起こった原因、今後の対応などについて検討し、改善を行った

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 対象児の行動特性を理解できていますか？
- ☐ 常に対象児へ注意を向けていますか？
- ☐ OT 終了後で気が緩んでいませんか？
- ☐ OT 実施環境に危険な場所はありませんか？
- ☐ 医師への状況報告は適切に行っていますか？
- ☐ 事故後の状態把握に努めていますか？
- ☐ 事故に対する保険に加入していますか？

事例番号⑩

管理運営

- A. 事故の内容 （ 盗難・紛失 ）
- B. 対象者 疾患・障害（ —— ） 性別（ —— ） 年齢（ —— 歳 ）
- C. OTR 性別（ 女性 ） 経験年数（ 5 年目 ）
- D. 事故の要因 （ 環境整備（機器・道具管理）が不十分 ）

E. 事故の場所、場面、状況、背景など

OTR は対象者に革細工を実施するため、手工芸室で道具の準備を行っていた。数週間前に革細工を実施した際は 2 本の革包丁があったが、今回は 1 本足りないことに気がついた。手工芸室は 2 部屋あり、OTR はそれぞれの部屋の棚に 2 本ずつ、計 4 本が保管されていると記憶していた。そこで、もう一方の手工芸室の確認を行ったところ、1 本しか棚に保管されておらず、最終的に 2 部屋でそれぞれ 1 本ずつ計 2 本の紛失が判明した。各部屋を探すと、1 本は棚の後ろに落ちていたが、もう 1 本の行方は分からず、見つけ出すことは出来なかった。他の職員に確認したが、革包丁の行方は分からず、また物品管理帳の所在もあいまいで誰も把握していなく、いつ頃から紛失しているかも定かではなかった。

F. 事例から学べる事故防止チェックポイント

- ☐ 物品の準備・収納時の確認は毎回行っていますか？
- ☐ 物品管理帳は使用しやすい形態になっていますか？
- ☐ 物品の整理整頓は適切に行っていますか？
- ☐ 危険物とそうでないものの区別はできていますか？
- ☐ 使用物品に関する特性を理解していますか？（危険度・取り扱い方など）
- ☐ 物品管理の責任者はいますか？
- ☐ 組織内での管理体制は整備されていますか？

作業療法事故実態調査－事故防止マニュアル第 2 版－

発行 2011 年 3 月 1 日

編集 社団法人日本作業療法士協会 福利部（2007～2010 年度）

部長 長谷川利夫

部員 岩根達郎，川名裕子，吉田慎太郎，宅間 努，鶴田千佳，錦古里美和，
中里麻里，上野涼子，小林弘典，藤本篤史，西垣明美