

【4】リハビリテーションに関連した医療事故

平成20年1月1日から平成20年3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、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-2-13）。

（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1月1日から平成20年3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は、他動運動による骨折の事例が2例であり、丸椅子からの転落の事例が1例、車椅子からの移動の際の転落の事例が1例、治療的電気刺激療法後の筋挫傷の事例が1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」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-2-14）。報告された事例の中から33件の概要を図表Ⅲ-2-15に示す。

図表Ⅲ - 2 - 1 3 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 (低い)	骨密度低下のある患者を仰臥位で、ホットパック温熱訓練後に徒手で右肩、右肘関節のROM訓練を行っていた。右肩挙上時にクリック音があり、骨折を起こした。
2	障害の可能性 (低い)	関節可動域制限のある患者の肩関節の外旋運動を他動的に施行しようとしたところ、骨折した。骨粗しょう症の為、易骨折性が高くなっていたと考えられた。
3	障害の可能性 なし	歩行器使用による歩行訓練実施中に背もたれのない丸椅子に腰掛けて休憩していたが、バランスを崩し転落した。
4	障害なし	車椅子から介助し左側のベッドに移動しようとして体幹移動し、座る時、車椅子のフットレスに左下腿を引っかけてしまった。患者を介助する際、腋下からの保持では疼痛の訴えがあったため、理学療法士は身体を丸め両臀部からの介助をしており、受傷時、下肢を見ていなかった。
【その他】		
5	障害の可能性 なし	膝内側半月板損傷に対する治療的電気刺激療法を20分間実施した。帰宅後大腿内側広筋部に疼痛が出現し、大腿内側広筋挫傷と診断された。設定電圧は通常より弱い電圧であったが、患者本人が効率よく電気刺激できるように自分で剃毛し、皮膚表面をクレンジングしており、電気抵抗が低い状態であったと考えられ、通常より強い筋収縮があった可能性がある。

図表Ⅲ - 2 - 1 4 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	100	0	17	25	142
物理療法	0	0	0	0	0	0	0	0
作業療法	0	0	0	7	0	2	5	14
言語聴覚療法	0	0	0	0	0	2	0	2
不明	1	0	2	3	0	4	3	13
その他	0	0	0	9	1	0	1	11
合 計	1	0	2	119	1	25	34	182

図表Ⅲ - 2 - 15 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
【誤飲・誤嚥・窒息 1件】 他類似事例なし			
1	作業療法を行う患者Aのため、自主訓練用のビー玉をデイルームに置いていた。しかし患者Bが飴と間違えて口に入れていたところを作業療法士が発見し口から掻きだした。掻きだしたビー玉は一部欠けていたが、はじめから欠けていた可能性があった。患者Bの腹部レントゲン画像ではガラス片は写っていなかった。	日頃から、作業療法の自主訓練時にビー玉等を使用するため、デイルームに置いておくことがあった。患者Bは目が悪く「この飴甘くないね」と言ってビー玉を舐めていた。	・当該病棟にビー玉及び不必要な物品はデイルームから撤去した。 ・作業療法の自主訓練時の体制（見守り等）や安全な環境作りに向けた検討をした。
【患者取り違い 1件】 他類似事例 1件			
2	A氏の訓練を行うため部屋に入室した。窓側がA氏と思い話しかけたら「はい」と返事があったため、訓練の評価をした。消化管出血や既往歴に脳梗塞あり、A氏と病態が酷似していた為途中まで気付かなかったが、名札を確認した際に患者間違いに気付いた。	患者確認の手順の問題があった。	・意識清明な患者ほど口頭確認は慎重に行う。 ・最初に対面し、苗字と名前を患者自ら言う事で確認する。 ・リストバンドで確認する
【運動による骨折・筋断裂等 16件】 他類似事例 103件			
3	平行棒内で歩行練習に先立ち、右膝に装具を装着し立位をとらせ、軽くスクワットするよう指示したところ、患者がバランスを崩してそのまま座り込むようにしてしりもちをついた。1日前に同じ練習を実施しており、できると思いこんでいた。	病棟でも、膝折りして座り込んだこともあり、他職種間の情報交換が不足していた。	・医師を交えた連携を強化する。
4	患者は、安全ベルトを着用し、OT室に入室した。訓練の為、ベルトを外したまま続けてST訓練を行い、帰棟した。その際安全ベルトは外したままだった。帰棟後、看護師より安全ベルトを着用していなかった事を指摘され、見落としに気付いた。OT、ST間で安全ベルト着用について伝達及びSTの確認が不十分であった。	患者自身の安全ベルトに対する認識が薄かった。安全ベルト着用について伝達不足だった。以前は目の届く範囲では安全ベルトの装着をしておらず、安全ベルトが常に必要だと認識していなかった。車椅子ポケットに安全ベルトが入っていることを見落とししていた。患者が一人で立ち上がることはないと思い込んでいた（訓練室内では立ち上がることはなかったため）。	・安全ベルトを装着している患者については、帰棟の際は必ず着用する。 ・継続してリハビリを行う場合は、安全ベルトがあることを連絡する。 ・拘束状態に変更があった場合には病棟に連絡、確認する。
5	屋外歩行訓練中の患者が歩道と車道を分離するブロックにつまずいて左方向に転倒した。理学療法士が同行し支え介助を行なったのでゆっくりと倒れた。患者に傷害は認めなかった。	左側の注意障害がややあり、室内の歩行訓練でもぶつかったりすることが見られていた。理学療法士が同行していたがベルトをしておらず、また付き添いの位置が左側でなかったため、転倒を防げなかった。	・左側の注意障害がある患者の介助は左側より行なう。 ・ベルトの装着を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	歩行障害のある患者の T 字杖にて歩行訓練実施中。セラピストが後方介助しており、患者が患側に移動した時に、重心が乗り切らず左後方に体全体が崩れセラピストと共に床に座り込んだ。	新人等の院内事故防止教育の問題点があった。業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点があった。	・危険予知トレーニングを用いた、リスクの把握をする。
7	監視のない状況で車椅子に乗車し筋力トレーニングを行っていた。脇に置いてあった訓練用ゴムが下に落ちてしまい、それを取ろうとして前かがみになりつんのめるような形で倒れ、両手を突き膝を突いた。すぐに P T 2 人で車椅子まで引き上げた。外傷がないこと、バイタルに変化がないことを確認した。訓練をそのまま続けたが問題は認められなかった。	多発性脳梗塞に伴う注意力、判断力の低下が認められるが、約 3 ヶ月の訓練期間中 1 人で動き出してしまうなどの行動はなかった。フットレストに足が乗った状態で物を拾おうとして、咄嗟に体をかがめてしまい転落につながった。	・車椅子乗車下での筋力訓練等は、フットレストから足を下ろした状態で実施する。 ・判断力に低下が認められる患者は、近位監視等、目が行き届く範囲で訓練を行なう。
8	理学療法施行中、1 / 3 荷重までの患者の松葉杖歩行を開始しようとしたところ、車椅子から立ち上がる際にバランスを崩し、患側である右下肢に 1 / 3 以上の負荷がかかり痛みを訴えた。転倒は起きなかったが、その時点での痛みは強く出現していた。	歩行訓練中の患者の転倒に関する危険の予測不足があった。	・危険性の少ない患者を治療する場合でも、転倒やその他の危険を予測し、安全な方法の指導やすぐに対応できるところにいる必要がある。
9	歩行訓練中に患者が車椅子の手前で座ろうとして、それを注意し助けようとしたところ、療法士も足を車椅子の車輪に挟み身動きが取れなくなった。そこへ他の療法士が患者を支えて助けた。患者は転倒をせずにすんだ。	患者の車椅子のすぐ横に他の車椅子があり、狭かった。	・患者に注意を事前に促す。 ・療法士は周囲の状況を把握しておく。
10	患者は月末に整形外科にて腰部脊柱間狭窄症に対する手術予定であり、歩行障害を呈していた。加えて、約 170 kg の高度肥満体型であり、リハビリ室への出棟は病棟のベッドごと移送されていた。理学療法室のプラットフォームにて訓練を行うため、ベッドを横付けし、担当理学療法士、作業療法士の介助下にて、患者は寝返りにて移乗してもらおうとしたところ、ベッドが動き転落しそうになった。周囲の理学療法士数名が応援に駆けつけ、転落しかけた患者をベッドへと戻した。	ベッドのストッパーが完全に止まっていなかった。ベッドが動くかどうかの確認を怠った。	・移乗時のストッパーの確認をする。 ・足側の介助者がストッパー、周囲の確認を行う。 ・頭側の介助者が声掛けにて確認を促す。 ・実際に動かして、動揺が無いかの確認する。 ・担当セラピストだけでなく、毎回応援を呼んで、移乗を実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	車椅子を押しながらの歩行練習を行っていた。左側(麻痺側)にプラットホームがあったため、当事者は右側(非麻痺側)から監視していた。車椅子が過剰に前方に移動し、左膝を床に接地するように転倒した。他職員と共にプラットホームに座らせ、疼痛がないことを確認し、家族に報告し、主治医の診察を受け、経過観察となった。	注意障害のある患者に対して、過剰に前方移動しやすい車椅子を歩行補助具に選択してしまった。麻痺側にプラットホームがある状況下で歩行練習を実施してしまった。他部門(作業療法士)より、当日、特に注意散漫であることの報告を受けていたにもかかわらず、普段どおりのプログラムを実施してしまった。	- 患者の評価を徹底した上での適切な歩行補助具の選択を行う。 - 歩行練習時の環境設定と介助位置、介助量の選択を行う。
12	病室にて車椅子移乗練習を行っていた。麻痺側より2人介助にて移乗しようとしたところ、麻痺側下肢が折れ曲がる形となり、膝と車椅子が接触し皮膚が剥離した。患者は、痛みを訴えたのですぐにベッドに戻り、横になっていた。	麻痺側から2人介助での移乗は何度か行っており、下肢の位置等に気を配っていたが確認が不十分であった。	- 非麻痺側から移乗を行う。 - 車椅子の種類等検討する。
13	左大腿骨頸部骨折、人工骨頭置換術後の患者にリハビリ時、本日より歩行練習を開始したが、術後2週間の免荷予定であったことを忘れ、荷重歩行を実施した。カルテ確認後、免荷であることに気づき主治医に連絡した。	電子カルテの確認不足。および医師との情報伝達が不十分であったことが要因と思われる。	- リハビリテーションを行う前にカルテにて確認することを再度周知徹底する。 - 不明な点がある場合、医師と連絡を取り、情報の共有に努める。
14	日常の歩行は安定性あるが、疲れやすく、両下肢に動揺が見られるため持久力、支持力を高めるため応用的な歩行練習を行っていた。練習中何度か休憩を入れて行っていた。サンダルを履いていたためか走行しようとしたとたん両下肢が絡まったようになり制動が利かずリハビリ室で転倒した。	いつもは午前中に理学療法を行っているが、その日は患者の希望で午後の施行となった。いつもと同じ格好(サンダルをはいて)でいつもの内容で行い休憩も入れていたが、リハビリの前に母と食事のことで言い合いになり心理的に落ち込んでいたためやや疲れ気味だった可能性がある(調子はいいというが、疲れたような表情をしていた)。普段の練習でも走行の練習は行なっていて下肢の不安定さは軽減していたため運動能力的に転倒の危険性は少ないと判断していた。いろんな場面で介助というより側で一緒に動いていたが、勢いがあり支えるのが間に合わなかった。	活動的な動きになればなるほど、事前にいろんな場面を想定して介助を行うべきである。
15	人工股関節置換術後の患者のリハビリ中に、脱臼させないように可動域練習を行っていたが、結果的に脱臼肢位に持っていき脱臼した。その後、徒手整復では整復できず、再置換のため再手術施行した。	入職して間もないということもありリスク管理、脱臼肢位についての検索ができておらず、知識の共有ができていなかった。	事故の再発防止のため、脱臼肢位についての再認識、勉強会実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
16	当該患者は大腿骨骨折のため、患側下肢は免荷、平行棒内での介助立位訓練を実施し、訓練待機中は車椅子に座っていた。また聴覚障害および認知症が認められた。当事者は4人の患者を同一時間内に診ており、当該時間には他の患者の対応をしていた。当該患者には待機しているように伝えていたが、突然立ち上がり歩こうとしたところを、他のスタッフが制止したため大事には至らなかった。	これまで複数回当該患者の機能訓練を行ってきたが、一人で立ち上がることは一度もなかったため、当事者は、今回も立ち上がることはないだろうと思い込んでいた。	・インシデント発生直後から車椅子のシートベルトを着け、立ち上がらないように指示をした。 ・その後は立ち上がることはなかったが、認知症もあり、常に監視が必要であると考えられる。 ・他の患者との時間を考え、監視を万全にするなど常にスタッフの監視が行き届くように連携を図る。
17	精神科作業療法（調理）に参加中、患者が自主的に洗物を行った。その時、スポンジを使用せず手で洗っておりOTがスポンジ使用を促したが「いいよ」と拒否された。その後、洗物の包丁で右手第一指を切ってしまった。OTと共に病棟へ帰棟し、病棟看護師が消毒、カットバン施行した。疼痛がなかったため、その後継続してOT活動へ参加した。	スポンジを使用して欲しいことを事前に説明を行えていなかった。また、当患者は片目が失明しており、距離感が図れないことなどのリスク管理が不十分であった。	・患者が行う行為の細やかな説明、具体的説明を行う。 ・患者の身体状態、精神状態の把握と共にリスク管理を活動ごとに再確認していく。
18	右片麻痺の患者に対し、床面が電導で昇降可能な浴室で入浴動作練習を行った。浴室に入ってから床面の高さを変えるべきであったが、浴室に入る前に、床面に高さを合わせ、中に入ろうとした。そのため段差があり、また、靴下で行っていたため、足を滑らせ、脛に擦り傷を負った。幸い、転倒にまでは至らなかった。	動作練習、高さ調節を行う手順の誤りがあった。すのこが滑りやすかった。	・環境上の問題として、高さ調節可能な浴室で練習する際、すのこが滑りやすいので、すのこの上にマットのような滑りにくいものを用いる。 ・浴室に患者と入り、高さ調節を行う。
【全身状態の悪化 4件】 他類似事例 21件			
19	前日に抜糸を行っていた患者が、午後OTの後、15分の休憩を挟んで、理学療法室に車椅子自分で操り来訪した。普段のように自分で車椅子からベッドに移乗し、背臥位の姿勢で理学療法士を待ち、PT開始となった。訓練は背臥位の状態のまま、関節可動域訓練、筋力増強訓練を行なった。「最後に1回だけ平行棒内で立ちたい」との希望で、車いすに移り移ろうとした際、殿部のパジャマに血の滲んだ跡を発見した。	術後で出血リスクの高い疾患の患者であったが、術創部の確認を目で確認していなかった。股関節運動時に少し痛みがあったが、術後1週ほどであり、「ロキソニンを飲んでこなかったからだと思います」との患者の言葉を鵜呑みにしてしまった。ベッド上で理学療法を行なっている間、背臥位の一定の姿勢であったため、術創部の出血の発見が遅れた。3ヶ月を越えるリハビリを行っており、リスクに対してセラピスト自身に慣れが生じていた。	・出血リスクの高い患者であったため、自覚症状がなくても毎回リハビリ開始時およびリハビリ中に術創部の確認を実際に見て行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	リハビリテーション開始し、下肢のストレッチ後、起立台前にて立位をとると患者より「低血糖が起きているかも知れない」との訴えあったため病棟へ戻り、看護師へ報告した。血糖値計測すると44mg/dLであり、ブドウ糖を摂取した。30分後には185mg/dLとなり経過観察となった。	血糖コントロール中であったが、看護師に確認せずにリハビリ室にて実施した。低血糖症状の訴えが聞かれた後、上位者を呼ばず一人で判断してしまった。患者のリハビリに対する意欲が高く、体調の聴取が不十分なまま行ってしまった。患者の体調の変化に対して、観察が不足しており判断が遅れてしまった。	・リハビリの際に血糖コントロール中の患者に対しては、リハビリ中に補食、ブドウ糖の準備をしよう ・患者のリハビリに対する意欲だけでなく、体調の聴取を正確に行う。 ・治療段階の患者にリハビリを行う際、カルテ記録だけでなく、看護師に直接、情報を確認する。 ・患者の体調の変化があった場合は、近くにいる上位者に相談する。
21	外来で週1回PT、OT継続中の重症筋無力症の患者。PT終了後作業療法室に来室した。調子は「良い方ではない」とのことであった。BP96/63mmHg、HR70台、SpO ₂ 97-98%、その他自覚症状は特に無く、ゆっくり軽めに訓練実施することで同意された。車椅子上でのリラクゼーション、ROM訓練後、机上での作業を実施した。少しずつ休息をはさみ、自覚症状を確認した。30分後、担当OTは次回予約をとるため3分ほど患者から離れていた。再度患者のところに戻ると、「ちょっとしんどい」とのこと訓練終了し、OT室の外で待たれていた家族の所へ向かった。5分後、本人より吐き気の訴えあったため担当OTはリハビリ担当医師、看護師に報告した。血圧は99/72mmHg、SpO ₂ は97%、5分ほどの後に落ち着き、当日受診予定の循環器内科へ受診した。	もともと疲労しやすい患者であったが、調子に合わせた訓練内容の変更が十分配慮されていなかった。外来の予約枠を変更する作業等に注意が向いてしまい、患者から目を離していた。	・患者の話や表情、態度などから調子や体調についてもっと具体的に把握するように努める。 ・その日の状態によって、臨機応変に訓練時間や内容を変更することにもっと注意する。 ・状態や調子が急変した際には、すみやかに担当者だけでなく周りのスタッフにも声を掛け、分担して対応ができるようにしていく。
22	言語訓練実施患者に対し、訓練として風船バレーを行なった。訓練内容は以前より行なっているものであり、今まで患者に対するトラブルは認められていなかった。当日は来室時より活気なく、姿勢の崩れも認められていた為、姿勢の修正等行いながら、通常通りの訓練を行い、次のリハビリに送った。その際、体調について担当者に口頭にて説明を行なった。その後、次のリハビリにおいて、体幹の崩れ及び、口唇が青くなる等の体調の変化を認めた為、帰棟した。帰棟後、体調の悪化はみられなかった。	患者の体調に配慮した訓練の実施が不十分であった。体幹の保持が不十分な患者及び腰痛等の患者に対し、活動的な訓練（風船バレー）を行なう際の実施基準及び実施の判断が不十分であった。今までトラブルなく行なっていた訓練内容であった為、訓練で生じるリスクに関する意識が不十分であった。患者本人に言語障害があり、本人から訴えることが困難であった。	・活動的な訓練実施時の実施基準を作成する。 ・身体機能面に対する他職種からの情報収集を行なう。 ・患者の体調を配慮した訓練内容及び時間の調整を行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 11 件】 他類似事例 23 件			
23	部分荷重訓練の際、荷重リミットを実際より 10kg 多く指示してしまった。	情報の伝達、連携と情報共有のあり方の問題があった。業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題があった。	・実施前の最終確認 ・チェックリストの作成
24	THA（人工股関節術）施行の患者のリハビリの状況を確認する為カルテをみたところ、1/2PWB（部分荷重）であることの記載があった。術後指示表には荷重に関してはクリニカルパスに準ずるとの指示あったため病棟ではFWB（全荷重）と把握していた。医師に確認したところ、骨が弱いなどの理由で部分荷重とのことであった。患者は部分荷重のことは理解しており、病棟でもそれを実行していた。誤った指示が発覚した。	医師からは部分荷重の指示は出ていなかった。術後指示表にも荷重に関してはクリニカルパスに準ずると記載があったため通常のTHA同様FWBであると把握していた。術後リハビリが遅れていることは気になっていたがカルテを見るまではしていなかった。	・医師にきちんと指示を出すよう伝えた。 ・THAでも部分荷重のケースもあることを頭に入れ、指示受けの際十分医師に確認するようにする。 ・こまめにカルテを見るようにする。
25	当事者はリハビリST依頼用紙をコピー後、同患者のPT依頼用紙に重ねたままPTに配布し、STへ依頼を配布しなかった。そのため、STリハビリの開始時期が2週間遅れた。パソコン閲覧中に依頼が渡されていないことにSTが気付いた。その後、依頼用紙はPTのカルテより発見された。	リハビリ依頼用紙は一度コピーをとり配布しなくてはならず、受付業務に加えて依頼用紙の管理行うことは煩雑な作業となっていた。依頼用紙を受け取る以外に、依頼有無を確認するシステムがなかった。担当PTは依頼用紙が2枚重なっていることに気付かず保管していた。	・リハビリ依頼用紙をコピーすることは、余分な手間を増やしミスにつながりやすいため、依頼用紙を出力できる印刷機を設置する。 ・依頼用紙の「配布・受け取り」に関してチェック機能を持たせる。 ・依頼の有無について、依頼用紙を受け取る以外に確認するシステム作りを行う。
26	リハビリ台にてリハビリ中、ホットパックを背部から移動し、患者の足下においた。足下に置いたホットパックを取ろうとしたところ、巻いていたタオルが引っかかり、第2趾の爪がはがれ出血した。足の爪は伸びていた。素足だった。	爪が伸びていたがそのままにし、素足のままリハビリを行っていた。使用したホットパックを患者の側に放置した。	・爪を切る。 ・靴下を着用する。 ・使用したものは必要がなくなったら、所定の場所に速やかに片づける。 ・すぐ片づけられない場合は、患者の周囲には置かず、離れた場所に置く。
27	尿道バルーンカテーテルを装着されている患者。PTがバルーンカテーテルを持つのを忘れたまま平行棒内歩行訓練を行ったため、バルーンカテーテルが引っ張られ抜去されそうになった。他のPTがフォローし、大事には至らなかった。	新人への教育不足であった。PTの確認不足であった。	・リハビリ訓練開始前はチェックリストを使用してカテーテル類等の患者状況の確認を行う。 ・リハビリ訓練開始前確認は2名でダブルチェックを行う。
28	内視鏡検査が終わったばかりで、リハビリが出来ない患者を、確認しないまま訓練室へ連れて来て、運動療法を実施してしまった。病棟からリハビリを中止するよう連絡を受けた。	情報伝達と情報共有の問題があった。	・病棟とリハビリにて、実施患者の名簿及び実施予定時間についてFAXにて情報の共有をはかる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	平行棒で歩行訓練時、尿バックを平行棒の留め金具に付けておいた。学生実習があったため、説明していた。歩行訓練を行ったところ、尿バックが留めておいたままであったため、尿バルンカテーテルは引っ張られ切れてしまった。直ちに尿バルンカテーテルを交換した。	尿バックを確認せずに訓練を開始した。学生実習があったため説明しながら訓練に移ったため、集中していなかった。	・訓練開始時は周囲の状況を確認してから行う。 ・尿バックは患者に密着させておく。
30	作業療法訓練中に水彩画を行っていた。絵の具の蓋を口を利用し開け、そのまま自分の舌の上に出そうとされ、少量の絵の具が舌の上に付着してしまった。患者は高次脳機能障害（失語・失行）の症状があり、日常使用頻度が低い物品の使用については認識が困難な状態であった。	患者の隣には妻が付き添い座っていたが、他の患者との会話に夢中になっていて気付かなかった。担当作業療法士も家族の方が近くに座っていた為安心してた。事故発生当時作業療法室には多数の患者様が来室しており、多忙であった。高次脳機能障害があるにも関わらず、安全面に関しての確認が不足していた。	・失行症状を有する患者に初めての課題を行う際には、安全に可能か否かを確認する。多忙な時間帯には避ける。
31	クモ膜下出血で高次脳機能障害が残存する80歳女性患者に、刺し子作業を実施した。病室に車椅子で帰室した時、患者の腰紐にまち針が刺さっているのを看護師が発見した。患者には針は刺さっておらず、特に変わりなかった。	作業療法中、担当者が他の患者の対応でその場を離れた。リハビリが終了した時に患者周囲の観察が不十分であった。まち針の本数を終了時に確認していなかった。	・リハビリ終了時は必ず患者毎にまち針の本数を確認する。
32	人工呼吸器装着患者が機能訓練室でリハビリを行っていた。リハビリが終了し、病室へ戻り、OT・PT 2名で車椅子からベッドに移動する際、人工呼吸器の蛇管がアームに固定された状態となり、気管カニューレが引っ張られ抜去されそうになった。病棟看護師もおり、すぐに主治医へ報告し気管カニューレ挿入した。	ベッドへ移動することに集中してしまった。お互いに声をかけ合い、周りの状況も見ながら移動を行うべきであった。	・OT・PTで行うのではなく、病棟へ戻ったら必ず看護師へ声かけし、3名で安全確認を行いながら移動を行う。 ・機能訓練室内では蛇管の外れはないか、気管カニューレの固定状況はどうかなど、最善の注意を払って対応していく。 ・緊急時はすぐに主治医へ連絡する。
33	患者の装具作成中、前腕部に装着したソフトキャスト（整形外科用手術材料）にはさみで切り込みを入れる際、はさみで患者の皮膚に切り傷を負わせた。すぐに主治医に報告し、診察したところ、2mm程度の切り傷であり、特に処置も必要はなかった。患者、患者家族に説明し謝罪した。	新人技師であり、学校では実習もあり経験もあったが、就職後は、初めて行う作業であった。当院のリハビリ部では、新人が初めて行う作業の場合は、必ず上級の技師とともに行うこととしており、事例発生時も上級技師が指導しながら、専用はさみで作業を新人に行わせていた。患者は、意識障害などがあり、知覚が鈍く痛みに対応できなかった。	・新人には初めて行う作業については、上級技師が指導しながら行っているが、患者によっては当該患者のように意識障害や麻痺があり知覚が鈍く、痛みが判らない患者も多いので、患者の様子を十分観察して作業を進める。 ・装具作成用の専用はさみ（先の丸い、作業しやすいもの）を使用し行う。