

(3) 福祉用具の安全な利用を考えるための教材作成



講師用手引き

厚生労働省

公益財団法人 テクノエイド協会

はじめに

福祉用具の事故やヒヤリハット情報等に関する取り組みについては、消費者庁が消費生活用製品安全法に基づき、重大事故については報告を義務づけ、重大製品事故情報として公表しています。また、独立行政法人製品評価技術基盤機構(NITE)では事故分析を行い、事故の原因が「製品に起因する場合」には、当該メーカーや業界団体へ対策を求めるとともに、製品の品質や性能、安全性を高めるための試験方法を定めたJIS規格の見直し等に反映させているところですが、これまでの事故報告によると、利用者による誤使用や不注意、さらには利用者と用具や使用環境の不適合から生じた事故等が多数を占めています。

厚生労働省では、福祉用具臨床的評価事業の一環として、このような「製品に起因しない事故」や「ヒヤリハット情報」等を収集し、想定される要因の分析を行い、イラストを活用してわかりやすく解説したものを公益財団法人テクノエイド協会のホームページにおいて「福祉用具ヒヤリハット情報」として情報提供しているところです。

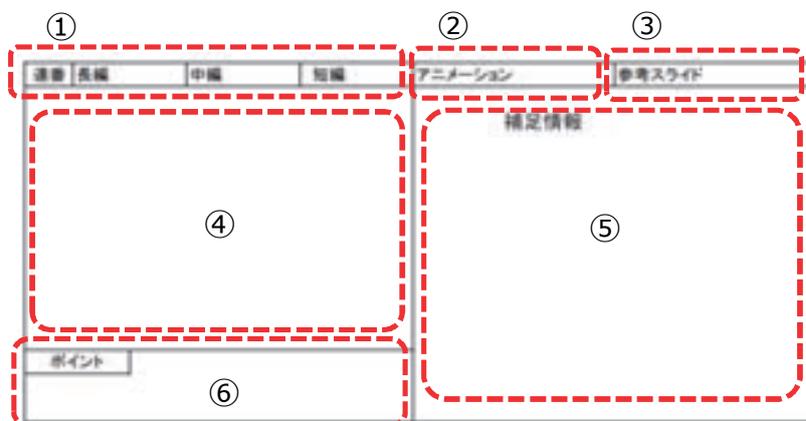
本教材は、ヒューマンエラーによる福祉用具の事故を防ぐ安全教育(研修)が各地で行えるよう、「福祉用具ヒヤリハット情報」のコンテンツを活用して作成したものです。

厚生労働省

【講師用手引きについて】

この手引きは発表スライドの内容を補足し、担当する講師が研修を進めやすいように、関連する情報をまとめたものになっております。必要に応じてこの手引きの内容を参照しながら、研修を進めてください。

【表示の見方】



①連番: パワーポイント教材本編は、研修の目的や対象、時間等によって3つのパターンで編集されており、パターンによって含まれるスライドが異なります。

- ・長編～すべてのスライドが含まれます。(想定研修時間: 約90～120分)
- ・中編～概要と一部事例が含まれています。(想定研修時間: 約60分～90分)
- ・短編～概要版です。(想定研修時間: 45分～60分)

※研修時間はあくまで参考です。進行ペースや質疑応答等により異なります。

②アニメーション(画面の変化): パワーポイントには、説明に合わせたクリック操作で画面に文字やイラストが表れたり変化する「アニメーション」という機能があります。スライドに予め組み込まれているアニメーションの有無と画面変化の回数を示しています。(「自動」の場合は、新しいスライドが表れると同時にアニメーションが始まります。)

③参考スライド: 巻末に収録している参考となるスライドの情報です。随時、参考にしてください。

④スライド: スライドのコピーです。投影されているスライドと同じであることを確認してください。

⑤補足情報: 補足的に伝えていただきたい内容など、関連する情報が記されています。

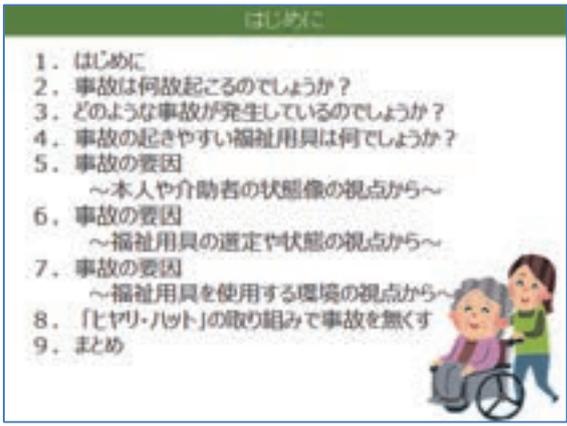
⑥ポイント: 該当するスライドで伝えていただきたいポイントを記載しています。

この教材は、プレゼンテーションソフトである「パワーポイント」の基本的な操作を理解している人の利用を前提として製作されております。

1	長編	1	中編	1	短編	1	アニメーション	無	参考スライド	
							<p>○テクノエイド協会～福祉用具に関する調査研究及び開発の推進、福祉用具情報の収集及び提供、福祉用具の臨床的評価、福祉用具関係技能者の養成、義肢装具士に係わる試験事務等を行うことにより、福祉用具の安全かつ効果的な利用を促進し、高齢者及び障害者の福祉の増進に寄与することを目的とした公益財団法人。</p>			
<p>ポイント</p> <p>この研修プログラムは「福祉用具の安全な利用」を推進する目的で行われます。</p>										

2	長編	2	中編	2	短編	2	アニメーション	無	参考スライド	
<p>はじめに</p> <p>この研修は</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 今後ますます生活の中に浸透し重要性を増してくる福祉用具の安全な利用について、意識を高め、理解を深めることを目的としています。 ▶ 公益財団法人テクノエイド協会が全国の福祉用具関係者から収集し公開している「ヒヤリ・ハット事例」を基に、専門家の知見や各種の調査データを利用して作成されました。 <p>ねらい</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 福祉用具に関連する事故やヒヤリ・ハットの要因とその分析のポイントを理解しましょう。 ② 福祉用具を利用する人、福祉用具を提供する人、またその橋渡しをする人に向けて、その安全な利用を推進できるキーパーソンになりましょう。 							<p>○「ヒヤリ・ハット」事例の収集とは、テクノエイド協会が実施している事業です。福祉用具の「製品に起因しない事故」やヒヤリ・ハット情報を収集し、想定される要因の分析を行い、再発防止に資する事例情報として加工し、利用者及び家族、訪問介護員や介護施設職員等に対し、インターネットを通じて情報提供しています。</p> <p>○この研修会に参加されている皆様には、事故やヒヤリ・ハットの要因分析を理解し、各事業所において安全な利用のための対策作りなどをリードできる中心的な役割を担うことのできる人材となっていただくことを期待しています。</p>			
<p>ポイント</p> <p>参加者に期待する到達目標を示します。</p>										

3	長編	3	中編	*	短編	*	アニメーション	あり(自動)	参考スライド	
<p>はじめに</p> <p>あなたの事業所では、こんな報告書の作成で事故対応を終わらせていませんか？</p> <p>状況と対応</p> <p>フロアで車いすから転落！ 腰に発赤が確認され痛みも訴えた ○〇病院に搬送、大たい骨の骨折と判明 車族に連絡</p> <p>今後の対応</p> <p>車いすのブレーキを解除しないよう 声かけを実施 利用者様の様子もこまめに観察 トイレに行きたいときには、職員に声 をかけていただく。</p> <p>この対策で、今後の事故を予防することができるとは思いますか？</p>							<p>○報告書を作成することは大切ですが、報告書でもっとも重要な内容は、今後同様の事故が起こらないためにどのような対策を講じることになったのかです。</p> <p>○「状況」や「対応」を明確にすることは、その事故の要因を把握することにつながり、その再発防止のための対応は、時にスタッフ個人の課題ではなく組織としての対策が必要な場合もあります。</p> <p>○スタッフ個人の「注意」や「努力」は大切ですが、「注意」や「努力」が怠りなく継続できるのかを考えてみる必要があります。</p> <p>○そのためには、起こってしまった事故やヒヤリ・ハットに対し、どのように考え対応すればよいのでしょうか。</p>			
<p>ポイント</p> <p>この研修を通して、事故やヒヤリ・ハットの要因を考え、事故予防に役立つ報告書が書けるようになりましょう。</p>										

4	長編	4	中編	3	短編	3	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○このプログラムには、様々な事故事例が紹介されています。参加されている皆様も、自分の経験を思い出しながら、一緒に考えてみてください。</p> <p>※このスライドは、短編では「3. どのような事故が発生しているのでしょうか」を割愛し、連番を調整して全8項目に修正してあります。</p>		
<p>ポイント</p> <p>研修全体の流れの理解します。</p>									

5	長編	5	中編	4	短編	4	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○「道具を使って人生を豊かに、より幸せにする」。福祉用具もそんな道具のひとつです。</p> <p>○人は誰もが、「少し困った」とときには、何か便利な道具を探し利用して問題を解決するように、福祉用具も「希望のある人生」を実現するための相棒です。</p> <p>○福祉用具が危険であるというネガティブな発想になることなく、このように大切に人生を支える「相棒」と、より良い関係を作っていくことに繋げることがこの研修プログラムの目的です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>福祉用具の持つ「生活を支える道具」という本来の機能と役割を理解しましょう。</p>									

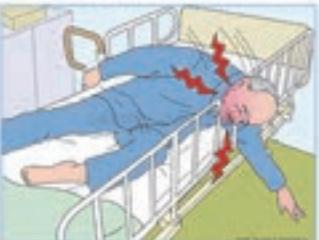
6	長編	6	中編	5	短編	5	アニメーション	無	参考スライド	65
							<p>○介護保険がスタートした後、特殊寝台や車いすなど介護保険で対象となった福祉用具の利用は拡大しました。一方で、福祉用具を使用している事故も増加し、大きな社会的問題となっています。</p> <p>○平成27年9月、製品評価技術基盤機構(NITE)から発表されたデータによると、平成22年から26年度までの5年間に147件の福祉用具に関する高齢者の事故が発生し、49人が亡くなっています。</p> <p>○製品評価技術基盤機構(略称NITE、ナイト)とは、製品事故に関する情報を収集、調査分析して原因を究明する独立行政法人です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>私たちは、いつ事故の当事者になってしまってもおかしくない現状にいます。</p>										

7	長編 7	中編 6	短編 6	アニメーション 無	参考スライド
<p>事故は、なぜ起こるのでしょうか？</p> <p>「事故」は、なぜ起こるのでしょうか？</p>				<p>○会場の参加者に質問してみると、「人の不注意」や「使い方の誤り」、「福祉用具の故障」など様々な答えがあると 思います。それらの様々な答えを整理する内容に続きます。</p>	
<p>ポイント</p> <p>事故は、なぜ起こるのか考えてみましょう。</p>					

8	長編 8	中編 7	短編 7	アニメーション あり(1回)	参考スライド
<p>事故は、なぜ起こるのでしょうか？</p> <p>生活は「事故の要因」であふれています</p> <ul style="list-style-type: none"> 人の「うっかり」 道具の欠陥・故障 雨や風、暗い、寒い... <p>ヒヤリ・ハット</p> <p>事故</p> <p>製品・道具</p> <p>環境</p> <p>スイスチーズモデル</p> <p>複数の穴（事故に至る要因）の内、ひとつでも閉じていれば 事故にはなりません・・・ でもどの穴（対策の不備）が事故につながるかわからない</p> <p>事故に至らなくとも、一つ一つの穴を閉じていく努力が大切です</p>				<p>○「スイスチーズモデル」と名付けられたこのモデルは、 事故とその要因との関係を示したものです。</p> <p>○このモデルでは、無数に空いた穴の一つ一つが事故に つながる要因を表しています。事故は要因(穴)が重なり 通り抜けてしまうような状態であると理解します。</p> <p>○また、いくつかの穴を通り抜けはしたものの事故には至 らないケースもあります。この状態に気が付いたものが 「ヒヤリ・ハット」です。</p> <p>○穴は無数にランダムに空いていることを考えると、事故 も「ヒヤリ・ハット」も本質は同じであり、この穴一つひとつ を閉じていく対策が事故の予防につながる事が理解でき ます。</p>	
<p>ポイント</p> <p>事故は複数の要因が重なり発生します。事故に至る要 因は無数にあります。</p>					

9	長編 9	中編 8	短編 8	アニメーション あり(3回)	参考スライド
<p>事故は、なぜ起こるのでしょうか？</p> <p>1件の重大事故</p> <p>29件の軽傷事故</p> <p>300件のヒヤリ・ハット</p> <p>ヒヤリ・ハットを減らす取り組み</p> <p>重大事故発生確率の軽減</p> <p>利用者の安心な生活の確保</p> <p>質の高いサービスの提供</p> <p>ハインリッヒの法則</p>				<p>○「事故の種」がどのくらいの確率で事故になってしまうの かを研究し、まとめられたのが「ハインリッヒの法則」で す。</p> <p>○アメリカの損害保険会社に所属していたハインリッヒ氏 は、「1件の重大事故の陰には29件の軽傷事故があり、 その陰には300件の事故に至らなかったヒヤリハット事 象が隠れている」ということを明らかにしました。</p> <p>○「ヒヤリ・ハット」を軽視することが大事故につながるこ を意味し、ヒヤリ・ハットの取り組みの重要性を示してい ます。</p> <p>○多くの介護現場では、このヒヤリ・ハットへの対応が利 用者の安心な生活につながり、サービスの質を高める取 り組みとして行われています。</p>	
<p>ポイント</p> <p>ヒヤリ・ハットに取り組む意義を理解しましょう。</p>					

10	長編	10	中編	9	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	70	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>独立行政法人製品評価技術基盤機構(NITE)公表の事故事例などをもとに、公益財団法人テクノエイド協会がわかりやすくイラスト化して公開する「福祉用具とヤリ・ハット情報」からご紹介します。</p> <p>参考ホームページ 公益財団法人テクノエイド協会「福祉用具とヤリ・ハット情報」 http://www.techno-aids.or.jp/niyan/ 独立行政法人製品評価技術基盤機構(NITE) http://www.nite.go.jp/jko/jkojohou/</p>							<p>○これから紹介する事故の事例は、製品評価技術基盤機構(NITE)や、テクノエイド協会が研修を実施し、ヒヤリ・ハット情報等を報告する役割を担っている「福祉用具安全推進員」などから寄せられた情報を、テクノエイド協会がわかりやすくイラスト化したものです。</p> <p>※参考スライド 福祉用具を含む事故情報は、このほか消費者庁と独立行政法人国民生活センターが連携して実施する事故情報データベースシステムでも公表されています。</p>				
<p>ポイント</p> <p>屋内外問わず、様々な場面で事故が発生している実態を紹介します。</p>											

11	長編	11	中編	10	短編	*	アニメーション	無	参考スライド		
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>ベッド用柵の隙間に首などを挟んでしまう事故</p>  <p>▶ ベッド柵の隙間や、柵とヘッドボードとの隙間に、首や腕、足などの身体の一部を挟み込んでしまう事故が多く発生しています。 ▶ 死亡など重大な結果となる事故が多いケースです。</p>							<p>○新聞等マスコミにも多く取り上げられ、福祉用具事故がクローズアップされる契機となった事例です。</p> <p>○イラストでは、サイドレールとサイドレールの間に首を挟んでしまった事例ですが、サイドレールとヘッドボード(頭側の板)の隙間等に首や腕などを挟む事故が報告されています。</p> <p>○事故の多発を受けて、ベッド柵に関するJIS規格が改定されました。</p> <p>○ベッド製造を行う業界では、安全啓発のビデオを作成するなど、事故予防に取り組んでいます。</p>				
<p>ポイント</p> <p>ベッド用柵などベッド周辺で、首などを挟む事故例があります。</p>							<p>○過去に納入された製品には安全を確保するための対策部品が配布されていますが、現場で適切に使用されないなど同様の事故は現在でも発生しています。</p>				

12	長編	12	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド		
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>ベッド用グリップとマットレスの間に脚を挟んだ事故</p>  <p>▶ ベッドグリップは可動式のため挟み込みが発生しやすい形状の製品があります。 ▶ ベッド用柵のパイプの間に脚や手を入れてしまう事故も発生しています。</p>							<p>○類似の事例として、一般のサイドレールの縦の格子状のパイプの間に脚を入れ込んでしまい、抜けなくなって転倒したという事例も発生しています。</p> <p>○環境としては暗く脚の位置が見えづらかったり、心身機能としては麻痺などで感覚が低下しているなどが考えられます。</p> <p>○グリップや柵の種類により起きやすい形状や動き方がありますので、このような事象が起きているということを踏まえての確認が必要です。</p>				
<p>ポイント</p> <p>立ち上がりの際、ベッド用手すりに脚を挟み込んでしまう事故例があります。</p>											

13	長編	13	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>エアマットを敷いたベッドで転落する事故</p>  <p>> 柔らかいエアマットは、ベッド上の動作が不安定になりがち。 > 臥位からの転落のほか、端座位も不安定なことから注意が必要です。</p>							<p>○柔らかく反発の少ない性質により、褥瘡を予防する効果があるエアマットレスですが、使い方によっては、その柔らかさが事故を引き起こす要因になる可能性があります。</p> <p>○イラストのような端座位では、座面が軟らかいことや滑りやすいことなどから転落の危険が指摘されています。</p> <p>○このような端座位からの転落は、エアマットレスの使用に限らず、マットレスの上に布団を重ねて使用している状態や、ベッドの高さが利用者の体格に合っていない場合などに起こりやすいです。</p> <p>○エアマットレスには、端座位が安定するように工夫された製品があります。また、身体状況によってはエアマットレスの必要性自体を検討する必要があります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>エアマットの柔らかさに起因してベッドから転落する事故例があります。</p>										

14	長編	14	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>電動車いす（ハンドル型）で電車にはねられる事故</p>  <p>> 死亡など重大事故となるケースが複数報告されています。 > バッテリー切れによる走行不能が要因と考えられるケースもあります。</p>							<p>○ハンドル型電動車いすは近年事故件数が増えている福祉用具です。</p> <p>○イラストのような列車との接触事故のほか、道路上での車両との接触（交通事故）や歩行者との接触も発生しています。</p> <p>○ハンドル型電動車いすは、周囲の状況を把握して常に危険性を予測し、的確に操作をしなければならない道具ですので、適切な認知・判断・操作の能力が必要です。</p> <p>○事故の中には、運転者にそのような高い心身機能的な能力が備わっていないことが原因しているケースもあると思われます。提供する側が適切な導入プロセスを踏むことが大切です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>電動車いす（ハンドル型）を運転中に列車などと接触する事故例があります。</p>										

15	長編	15	中編	11	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>電動車いす（ハンドル型）で路肩から転落する事故</p>  <p>> 側溝や用水路など、路肩から転落する事故が相次いでいます。 > 死亡など重大事故も目立ち、転落している状態で発見されるケースがほとんどです。</p>							<p>○ハンドル型電動車いすでは、他の車両との接触による事故のほか、単独での事故も多く発生しています。</p> <p>○単独での事故の代表例が路肩からの転落です。</p> <p>○ハンドル型電動車いすが、都市部のみではなく農村山間部の移動手段として多く利用されていることが背景にあり、ガードレール等の安全策が整備されていない地域では、操作ミスに起因すると考えられる事故にも注意が必要です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>電動車いす（ハンドル型）ごと路肩などから転落する事故例があります。</p>										

16	長編	16	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>電動車いす（ジョイスティック型）で転倒する事故</p>  <p>> 段差やスロープを走行中、後方に転倒する事故が多発しています。 > 転倒防止バーの戻し忘れが指摘されています。</p>							<p>○駆動能力の高い電動車いすでは、急発進などの操作や、後方に荷物を載せているなどの使用状況によっては、段差やスロープなどの環境要因がなくとも、後方に転倒することがあります。</p> <p>○製造メーカーでは転倒防止の補助輪を後部に設けています。この転倒防止の補助輪が適切に機能していれば、この種の事故の多くは防げたと考えられます。</p> <p>○このような事故の要因を考えるにあたり、単に「介護者が戻し忘れた」という人為的なミスのみには原因を求めるとはならず、「なぜ補助輪を機能しない位置に格納してしまうのか」という、「そもそも」に視点を移すことも大切です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>電動車いす（ジョイスティック型）が後方に転倒する事故例があります。</p>										

17	長編	17	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>シルバーカーが不意に折りたたまれ転倒した事故</p>  <p>> 死亡するような重大事故は少ないものの、件数としては報告されないものも含め多数発生していると思われる。 > しっかりとロックされないで容易に折りたたまれる製品もあり、操作のしやすさからも影響を受けていると考えられます。</p>							<p>○シルバーカーは本来「自立した歩行が可能な人」が使うもので、移動の際に途中でいす代わりになる機能や、荷物の運搬を行う機能を持ちます。事故の中には「自立した歩行ができる」とは思えない人が転倒するケースも多く、そもそもの選定に要因がある場合があります。</p> <p>○使用状態に開いた際に、自動ではロックがかからない機種もあります。</p> <p>○長年の使用によってロック機構が正常に機能しなくなっている製品なども事故を引き起こす可能性が高いといえ、日常の点検整備が軽んじられている現状が事故の背景にあると考えられます。</p>			
<p>ポイント</p> <p>普及率が高いシルバーカーでも、不意に折りたたまれる等で転倒する事故例があります。</p>										

18	長編	18	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>どのような事故が発生しているのでしょうか？</p> <p>送迎車のリフトから車いすごと転落する事故</p>  <p>> フレーキの効きが弱くなっていて、車いす側の要因も考えられます。 > 死亡など重大事故となるケースが複数報告されています。</p>							<p>○通所サービス施設などでは送迎車に関連する事故も多数報告されています。</p> <p>○送迎車のリフトには転落防止用の脱輪止めがありますので、一見すると転落などあり得ないと感じるかもしれませんが、しかし車いすの特性として、車輪が止められても人の身体は座面部分とともに後方にバランスを崩しやすく、イラストのような状態で転落して後頭部から地面に落ちることが予測されます。</p> <p>○福祉車両に限らず福祉用具には様々な安全装置が付いていますが、どのような安全装置や対策も完全であるとは言えません。</p>			
<p>ポイント</p> <p>リフトからの転落など、送迎車に関連する事故例があります。</p>										

19	長編	19	中編	12	短編	9	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の起きやすい福祉用具は何でしょうか？</p> <p>事故の起こりやすい福祉用具は何でしょうか？</p> <p>「福祉用具の事故」の定義や調査の対象などによって若干違いがあるようですが、総じて傾向を見てみると・・・</p>							<p>○「どのような福祉用具で事故が多く発生しているのか」、この問いに明確に答えるのは、実は意外に難しいです。</p> <p>○複数の調査がなされていますが、調査によってけがの程度など「福祉用具の事故」の定義が異なっていたり、在宅や施設などの対象範囲が違っていたり理由で結果が異なっています。</p> <p>○また、シルバーカーや杖を利用している時に転倒しても、それらの用具に破損などのトラブルが無ければ本人の歩行能力の問題として考えられ、報告に至らないケースも多いと考えられます。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具に関連する事故の傾向や内容を知りましょう。</p>										

20	長編	20	中編	13	短編	10	アニメーション	無	参考スライド	65
<p>事故の起きやすい福祉用具は何でしょうか？</p> <p>死亡や重症などの「重大事故」につながる例もある特殊寝台・電動車いす</p>  <ul style="list-style-type: none"> ◆「特殊寝台」「特殊寝台付属品」は、転落やベッド用すりすりなどへの挟まれ事故が目立っています。 ◆「特殊寝台」の関係では、「扶まっているところを発見された」「落ちているところを発見された」など、発生時の状況が把握しづらい事故が多い傾向にあります。 ◆ハンドル型電動車いすでは、用水路等への転落や交通事故、路切での列車との衝突などが増加しています。 							<p>○特殊寝台や電動車いすでの事故が重大な結果をもたらすことが多いことから、平成21年にはこれらの安全性を強化する形でJIS規格が改定されました。</p> <p>※参考資料 「年度別事故の発生件数」製品評価技術基盤機構</p>			
<p>ポイント</p> <p>特殊寝台や電動車いすは、死亡など重大事故も報告されています。</p>										

21	長編	21	中編	14	短編	11	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の起きやすい福祉用具は何でしょうか？</p> <p>車いすや歩行補助用具では、転倒による骨折など、軽傷では済まない事故も発生しています</p>  <ul style="list-style-type: none"> ◆車いすでは、移乗の際に脚などを擦る事故も報告されています（表皮装備など） ◆歩行移動中の転倒事故や、折りたたみやフレーム操作などの際に、指などを挟みこんでしまう事故が発生しています。 ◆キャスターやフレームの破損が事故につながるケースも発生しており、製品自体の問題とともに、許容以上の荷重をかけた、使用方法の誤りが疑われるケースも報告されています。 							<p>○杖など歩行補助関係用具は在宅生活でも多く利用されているため、報告されないものも含め多くの事故が発生していると考えられます。</p> <p>○「転ぶことが心配で外出の機会が減った」「入院期間中に認知症の症状が進行した」など、事故当事者の生活の質に与える影響の大きさを重視すべきであると考えます。</p>			
<p>ポイント</p> <p>車いすや歩行器、杖など歩行や移動に関係する福祉用具でも転倒などの事故が報告されています。</p>										

22	長編	22	中編	15	短編	12	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～本人や介助者の状態像の視点から～</p> <p>事故につながりやすい 本人や介助者の状態像について 考えてみましょう</p> <p>福祉用具を使い慣れていない人 福祉用具の使用に慣れていない介助者 障害があっても身の自立はなんとかできる人 重度の身体機能障害がある人 機能の低下があっても活動的な人 認知機能の低下や不穏症状のある人</p>							<p>○福祉用具を利用する要介護者本人には、視覚・聴覚などの感覚機能、認知・理解などの精神機能、反射・平衡などの運動機能に低下があり、そのような機能の低下が事故の要因のひとつとなっています。</p> <p>○介助者にとっても、福祉用具は「見慣れた道具、使い慣れた道具」ではないことが多く、そのことが事故の要因になることがあります。</p> <p>○事故につながりやすい状態像を、本人や介助者ごとに考えてみましょう。</p>			
<p>ポイント</p> <p>本人や介助者の状態像ごとに、つながりやすい事故の傾向を理解しましょう。</p>										

23	長編	23	中編	16	短編	13	アニメーション	無	参考スライド	66
<p>事故の要因～本人や介助者の状態像の視点から～</p> <p>福祉用具を使い慣れていない人</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・使い方の指導を受けていない ・使い方の指導を理解できていない ・環境に合った使い方ができていない ・間違った使い方をしている など 							<p>○製品技術評価基盤機構(NITE)の資料では、平成22年度から26年度に報告された147件の事故の内、用具の使用期間が判明した127件を調べたところ、用具を利用し始めて1年以内に発生した事故が55件と、37.4%を占めることがわかりました。</p> <p>○福祉用具の導入において、使用者や住環境の状態に合わせた指導や習熟練習が不十分な場合、事故が起こりやすくなります。</p> <p>○認知機能や高次脳機能の低下は、本人はもとより家族等周囲の人には気が付きにくい場合もあり、危険な利用が放置されているケースもあります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具の事故は、使用を始めてから1年以内に起こることが多いこと、その理由を理解しましょう。</p>										

24	長編	24	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～本人や介助者の状態像の視点から～</p> <p>福祉用具を使い慣れていない人</p>  <p>電動車いすの操作レバーの加減に慣れて急発進！通行人に衝突しけがを負わせる。</p>							<p>○電動車いすの操作は、周囲の状況から安全を判断する認知機能や高次脳機能、微妙なレバー操作などの運動機能など、高い身体機能が求められます。</p> <p>○安全な場所で長期間に及ぶ十分な習熟練習が必要なのはもちろんですが、練習しても安全に操作ができない場合は、使用をあきらめるなどの判断も大切です。</p> <p>○「福祉用具を使い慣れていない人」の事故事例としては、「ベッドに慣れず、布団で寝ている感覚で立ち上がり転落する事故」や「車いすの使用に慣れず、小さな段差を強引に下りたら座位バランスを崩し、転落した事故」などがあります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>電動車いすのレバー操作に慣れていない人による衝突事故の事例があります。</p>										

25	長編	25	中編	17	短編	14	アニメーション	無	参考スライド	66
							<p>○前述のNITEの「1年以内に発生した事故の比率が多い」という結果調査は、介助者に起因する事故も含まれており、「介助者の福祉用具使用の不慣れ」が事故の要因になることも多くあることを示しています。</p> <p>○介助者が高齢である場合には、本人同様、認知機能や運動機能等の低下があることを前提とし、安全に使用できるかどうかを、用具の提供者など周囲の支援者が判断する必要があります。</p> <p>○介助者が介護士等の専門職であっても、必ずしも福祉用具の利用に精通しているわけではありません。福祉用具も日々改良され、使い方や注意点が変化していることもあります。専門職とはいえ、常に新しい情報をもとに正しい使用方法を学ぶことが大切です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>介助者に起因する事故も使用を始めてから1年以内に起こることが多いこと、その理由を理解しましょう。</p>										

26	長編	26	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	
							<p>○車いすを後方から押して移動する介助の際に、座っている人の足元が見えづらく壁や家具などにぶつけてしまうことがあります。車いすの操作に難しさを感じることは少ないかもしれませんが、車幅や前後長の感覚などに慣れるまでは慎重に操作する必要があります。</p> <p>○「福祉用具の使用に慣れていない介助者」の事故事例としては、「車いすや歩行器の開閉作業や高さ調整作業の際に指を挟んだり引っ掛けたりする事故」もあります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具の使用に慣れていない介助者がどのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>										

27	長編	27	中編	18	短編	15	アニメーション	無	参考スライド	
							<p>○病気の発症前に自由に動けていた動作記憶と、現在の動作機能のミスマッチにより、できるだろうと思って自力で動いた時に転倒などが生じやすくなります。</p> <p>○たまたま廊下に荷物が置いてあっても、横歩きや後ろ向き方向の動作が安定していれば、上手によけられるかもしれませんが、生活動作の余裕とは、そのちょっとした「いつもとの違い」に対応する能力です。</p> <p>○「何とかできる」と「余裕をもってできる」ことは違います。「残存機能を最大限に生かす」という自立支援の目標は、時に「より安全な生活の実現」という目標と両立せず、選択を迫られることがあります。「身の回りの動作がなんとかできる人」の福祉用具の利用に際しては、常に転倒などのリスクが残ることを意識しての対応が大切なのではないのでしょうか。</p>			
<p>ポイント</p> <p>本人に起因する事故では「身の回りの動作がなんとか自立している」人に多いことを理解しましょう。</p>										

28	長編	28	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○このイラストは、家具ベッドと置き型手すりの間に身体を挟まれた事事例です。このほかにも、家具ベッドと壁の間に挟まれる等の事象が発生しています。ベッド関連の事故は、誰も見ていない時に発生しているという特徴があり、重篤な状態で発見されることが多いです。</p> <p>○余裕のない身体機能では、なんらかのアクシデントに対応できないこともあり、予めアクシデントを想定し、それに対応できるかどうかを判断することも大切です。</p> <p>○「身辺動作がなんとか自立している人の事故」の事例としては、「歩行車で小さな段差を越えられずに転倒する事故」や、「ベッドと車いすの移乗で床に転落してしまう事故」などが発生しています。</p>		
<p>ポイント</p> <p>身辺動作がなんとか自立している人が、どのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>									

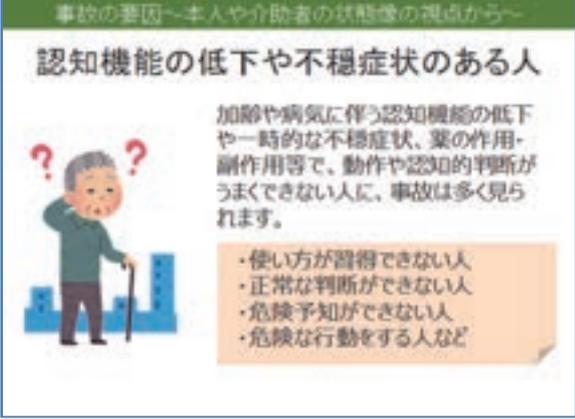
29	長編	29	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○福祉用具に関連する事故は「移動」と「移乗」の動作の際に起こりやすいという事実は、多くの調査でほぼ共通に表れている結果です。</p> <p>○「移動」動作での事故は、歩行車や車いすに関連するものが多く、通路や道路の状況や明るさや天候など、多様な環境の中で行われる動作であることが事故につながっていると思われます。</p> <p>○「移乗」動作での事故は、ベッド周辺や排泄時の車椅子からの移乗動作で発生していると思われます。</p> <p>○「入浴」では転倒に起因する事故が多く、狭く滑りやすい環境であることのほか、温度変化や水圧の影響による血圧の急激な変化に起因する「ヒートショック」症状の影響も大きいと考えられます。</p>		
<p>ポイント</p> <p>事故が多い動作としては「移動」「移乗」、生活行為としては「入浴」が多いことを理解しましょう。</p>									

30	長編	30	中編	19	短編	16	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○「重度の身体機能障害のある人」は、麻痺や拘縮、自らできる動作が少ないなど負担の大きい介助が必要な場面が多く、その負担の大きさから事故につながるケースが多いと考えられます。</p> <p>○負担の大きな介助では、適切な用具が選択されていないというケースも見受けられます。「座位の安定しない身体機能の人を座位で移乗させようとした」などです。本人の身体機能の状態を判断し、適切な福祉用具と介助方法を選択することが大切です。</p> <p>○会話などによる意思伝達が困難な場合には、本人が感じる危険や変調などを介助者に伝達しづらいことが、事故の予防を難しくしています。介助動作に入る前に意思伝達をはかるなどの取り組みが事故予防につながることもあります。</p>		
<p>ポイント</p> <p>重度の身体機能障害のある人では、介助負担の大きさや意思伝達の困難さが事故につながる可能性があります。</p>									

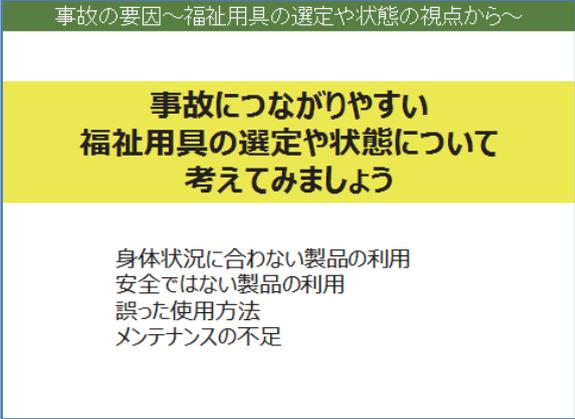
31	長編	31	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド
<p>事故の要因～本人や介護者の状態等の視点から～</p> <p>重度の身体機能障害のある人</p> <p>寝返りで腕が落ち、指がベッド欄の差し込み穴にすっばり！</p>							<p>○このイラストは、自ら腕を動かすことができない状態の人の寝返り介助の際の事故事例です。「まさかあの小さな穴に」と感じるかもしれませんが、実際に起こった事故として報告されています。</p> <p>○多少でも腕を動かすことができれば回避できた事故だと思われます。自ら事故回避ができない、介助者に危険を知らせられない人の介助では、より一層の危険の予測が重要になってきます。</p> <p>○「重度の身体機能障害のある人に見られる事故」の事例としては、「車いす上での姿勢の崩れを自分で直すことができず転落する事故」や、「施設の機械浴槽の中で姿勢が崩れて溺れる事故」などが発生しています。</p>		
<p>ポイント</p> <p>重度の身体機能障害のある人はどのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>									

32	長編	32	中編	20	短編	17	アニメーション	無	参考スライド
<p>事故の要因～本人や介護者の状態等の視点から～</p> <p>機能の低下があっても活動的な人</p> <p>障がいはあるが、福祉用具を活用し、外出などのより活動的な生活を送っている人に、事故は見られます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門家による練習を受けていない人 ・地域環境に段差等の危険のある人 ・慎重でない性格の人 ・病気により危険予測が苦手な人など 							<p>○身体機能に障害があっても積極的な生活を行っていることは望ましいことです。しかし、活動的であればあるほどリスクも大きく、事故に遭遇しやすいと言えます。</p> <p>○事故のリスクは、その人の性格や活動の積極性だけではなく、福祉用具使用の習熟度や環境によっても違います。</p> <p>○そうした活動を支え、安全を確保していくためには、活動地域の環境を確認するなど、よりきめ細やかな支援が望まれます。</p>		
<p>ポイント</p> <p>機能の低下があっても活動的な人に見られる事故を理解しましょう。</p>									

33	長編	33	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド
<p>事故の要因～本人や介護者の状態等の視点から～</p> <p>機能の低下があっても活動的な人</p> <p>風船/レーの名選手！つい熱中しすぎて身を乗り出し車いすから転落！</p>							<p>○イラストは、施設内のレクリエーションに熱中して車いすから転落しそうになった事例です。この事例では、熱中しすぎただけが要因ではありません。車いすのフットプレートから足を下すように促さなかったこと、もしくは一般の椅子に座り替えなかったことが重視すべき要因であり、このような危険があることを予見できなかったことに課題があると言えます。</p> <p>○「機能の低下があっても活動的な人に見られる事故」の事例としては、「自力でスロープを登ろうとして力強く車いすを漕いだ反動で後方に転倒する事故」や、「歩行車を利用して買い物に出かけ、購入した荷物が重すぎてバランスを崩してしまった事故」などが報告されています。</p>		
<p>ポイント</p> <p>機能の低下があっても活動的な人がどのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>									

34	長編	34	中編	21	短編	18	アニメーション	無	参考スライド
 <p>認知機能の低下や不穏症状のある人</p> <p>加齢や病気に伴う認知機能の低下や一時的な不穏症状、薬の作用・副作用等で、動作や認知の判断がうまくできない人に、事故は多く見られます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使い方が習得できない人 ・正常な判断ができない人 ・危険予知ができない人 ・危険な行動をする人など 							<p>○福祉用具を安全に使用するためには、使用方法を理解・記憶し、周囲の状況から安全に使用できるかどうか判断することが求められます。そのような認知機能を含む精神機能に低下があると、事故が起きやすくなります。</p> <p>○精神機能の低下は、加齢や病気などにより起こるだけでなく、薬の副作用としても起こることがあります。</p> <p>○特に認知症の疑いがある場合、正常な判断ができないだけでなく、周囲の意見を聞き入れず危険な場面を繰り返すこともあります。福祉用具ではありませんが、車の運転をやめようとしめないなど、社会的な問題にもなっています。</p>		
<p>ポイント</p> <p>認知機能の低下や不穏症状のある人が、どのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>									

35	長編	35	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド
 <p>認知機能の低下や不穏症状のある人</p> <p>帽子を取ろうとフットプレートに足を乗せたまま立ち上がろうとする。</p>							<p>○イラストは、車いすのフットプレートの上に立ち上がろうとして転倒しそうになっている場面です。立ち上がる際にはフットプレートを持ち上げ足を下すという使い方が習得できず、危険の予測ができていない状態です。この場合、取りたいと思うようなものを高いところに置かない、移動しない時にはフットプレートを上げておく、などの本人の認知機能を前提としない対応を考える必要があります。</p> <p>○「認知機能の低下や不穏症状のある人に見られる事故」の事例としては、「車いすや歩行車のブレーキのかけ忘れに起因する事故」や、「本来安全に走行できないような不整地にハンドル型電動車いすで入り込んでしまう事故」などが報告されています。</p>		
<p>ポイント</p> <p>認知機能の低下や不穏症状のある人が、どのような事故につながりやすいのかを理解しましょう。</p>									

36	長編	36	中編	22	短編	19	アニメーション	無	参考スライド
 <p>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <p>事故につながるやすい福祉用具の選定や状態について考えてみましょう</p> <p>身体状況に合わない製品の利用 安全ではない製品の利用 誤った使用方法 メンテナンスの不足</p>							<p>○使用する本人や介助者の状態像が同様のケースでも、福祉用具の選定や、メンテナンス等の状態によって事故リスクの大小は大きく変わってきます。</p> <p>○この章では、福祉用具の選定や状態の視点から事故の実態について考えてみましょう。</p>		
<p>ポイント</p> <p>福祉用具の選定や状態によって事故のリスクが異なることを理解しましょう。</p>									

37	長編	37	中編	23	短編	20	アニメーション	無	参考スライド	
							<p>○身体機能や体格(身体の大きさ)に合った製品を選ぶ必要のある福祉用具は、車いす、杖や歩行器などの歩行補助用具、移乗用リフトの吊り具などです。</p> <p>○身体に合わない車いすの利用は、転落の危険だけではなく、操作や食事などの上肢の活動能力を制限したり、不適切な姿勢での食事は誤嚥のリスクが高まるなど、多くの身体機能に影響を与えます。</p>			
<p>ポイント</p> <p>身体機能や体格に合わない福祉用具が事故の要因となることを理解する。</p>										

38	長編	38	中編	24	短編	21	アニメーション	無	参考スライド	67・68
							<p>○実際に使われている福祉用具の中には、「安全性が公的に確認されていない」もしくは、「安全でないことが確認された」ものがあります。</p> <p>○福祉用具に限らず、JIS規格など安全な製品を作るための様々な基準が整備されていますが、その取得は「義務」ではないことが多く、福祉用具の事故には、そのような安全基準に合致していない製品の欠陥に起因していると考えられるケースもあります。</p> <p>○過去に販売された製品には、使用場面での危険が発覚し、リコール(製品の回収)が実施されているものもあります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>安全ではない福祉用具が存在することを知っておきましょう。</p>							<p>○このような、安全基準に承認された製品の利用やリコールへの対応は、流通事業者や消費者の意識によるところが大きいと言えます。</p>			

39	長編	39	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	69
							<p>○「JIS規格」は、正式には「日本工業規格」といいます。品質・安全性・互換性の確保、試験・評価方法の統一を目的とする法律(工業標準化法)に基づき制定される規格。福祉用具では、車いす・電動車いす・移動支援用リフト・可搬型スロープなどが制定されています。</p> <p>○「SGマーク制度」は、消費生活用製品の安全性を認証する任意の制度です。対象となる製品は、乳幼児用製品、家具、レジャー用品など100品目を超えます。消費者保護を目的とし、賠償責任保険が付帯しています。福祉用具は、棒状つえ・簡易便器・腰掛便器・シルバーカーなどです。</p> <p>○「QAP認証制度」は、実際の利用者の状態や使用場面を想定する臨床的な側面から、福祉用具の利便性(使い勝手)や安全性等を評価し、認証された福祉用具を情報提供する制度です。JISやSGで、製品としての安全基準を満たした製品が対象です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>JIS規格、SGマーク、QAP認証制度を理解し、安全な福祉用具を選ぶ知識を持ちましょう。</p>										

40	長編	40	中編	25	短編	22	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>メンテナンスが不足している福祉用具の使用</h3> <p>メンテナンスを怠り、適切に管理されていない福祉用具は、時に凶器となり人を傷つけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ブレーキをかけても動いてしまう車いすは、移乗の際の転落事故につながります。 ▶ バッテリー切れの電動車いすは、思わぬところでストップして交通事故につながる可能性も…。 <p>歩行車に頼って歩行中、突然ハンドルが下がって転倒！ハンドル固定ねじのゆるみが原因。</p>							<p>○保守点検などの管理が不適切であることを要因とする事故も発生しています。特に、車いすのブレーキの効きが甘いことが移乗時の転落事故につながる例が多く指摘されています。</p> <p>○開設から時間が経過した福祉施設には、長期間使用している福祉用具もあります。福祉用具も道具である以上、耐用年数があります。使用の継続が不適切な用具は廃棄し、新しい製品に更新することも必要であり、更新時期の判断も含めて管理されることが大切です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具には保守点検が必要であり、その不足が事故につながることを理解しましょう。</p>										

41	長編	41	中編	26	短編	23	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>誤った方法による福祉用具の使用</h3> <p>「誤使用」や「不注意」に起因する事故が全体の半数以上を占めるというデータもあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 車いすや歩行車などのブレーキのかけ忘れなどの「操作のし忘れ」にも注意が必要です。 ▶ 歩行車の椅子を車いすのように使用するなど、そもそも間違った目的での利用による事故も発生しています。 <p>歩行車の椅子に腰掛けさせたまま移動しようとしたがなかなか進まず、転倒してしまふ。</p>							<p>○誤った方法による使用は、適切な使用方法の説明を受けていないことによって起こるほか、適切な使用方法が理解できない、覚えられないなど、本人や介助者の認知、理解の機能によるところも大きく影響します。</p> <p>○福祉用具に関する事故の多くは、このような「誤使用」や「不注意」、つまり製品の問題ではなく、使用する人の要因で発生すると言われています。</p> <p>○ブレーキのかけ忘れは、要介護者本人によるもののほか、介助者によるかけ忘れも事故につながります。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具の事故の半数以上が「誤使用」や「不注意」など「人の要因」で起きていることを理解しましょう。</p>										

42	長編	42	中編	27	短編	24	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～福祉用具を使用する環境の視点から～</p> <h3>事故につながりやすい福祉用具の使用環境について考えてみましょう</h3> <p>利用者の身体状況に合っていない使用環境 福祉用具の機能に合っていない使用環境</p>							<p>○使用する本人や介助者の状態像が同様のケースでも、福祉用具を利用する環境の状況によって事故リスクの大小は大きく変わってきます。</p> <p>○この章では、福祉用具を使用する環境の視点から事故の実態について考えてみましょう。</p>			
<p>ポイント</p> <p>福祉用具を使用する環境の状況によって事故のリスクが異なることを理解しましょう。</p>										

43	長編 43	中編 28	短編 25	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○身体機能の状態と合っていない環境での福祉用具の利用が事故の要因になります。</p> <p>○平坦地では安全に使用できた歩行車でも、坂道では危険になることもあります。</p> <p>○身体状況から、どのような環境で事故のリスクが高まるかを予見し、予めそのような環境で使用しなくとも目的を達成できるかどうか、検討する必要があります。</p> <p>○環境には、天候や明るさなど時間によって変化するものもあります。特に単独で利用する福祉用具の場合、変化する状況を適切に判断できるかどうか重要なポイントになります。</p>	
<p>ポイント</p> <p>福祉用具を使用する環境が身体機能と適合しないことによる事故の危険性を理解しましょう。</p>					

44	長編 44	中編 29	短編 26	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○移乗用リフトや歩行車などを安全に使用するためには、一定の広さや平滑な床面、路面の状態など、使用する環境の確認が必要となります。</p> <p>○電動車いすでは、その製品に許容された範囲での段差や路面状況内での使用が求められます。</p> <p>○環境には、屋内での使用場所や範囲など導入時に判断できるものもありますが、屋外で移動の目的に使用するなど導入時には判断できないケースもあり、使用者の判断の適切性も大切な要素となってきます。</p>	
<p>ポイント</p> <p>福祉用具を使用する環境が用具の性能や機能に合っていないことによる事故の危険性を理解しましょう。</p>					

45	長編 45	中編 30	短編 27	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○事故を予防する取組として多くの事業所で実施されている「ヒヤリ・ハット」ですが、効果を上げるために大切なポイントを考えてみましょう。</p>	
<p>ポイント</p> <p>事故の予防につなげるためのヒヤリ・ハットの取り組みについて、ポイントを理解しましょう。</p>					

46	長編 46	中編 31	短編 28	アニメーション あり(1回)	参考スライド
				<p>○「ヒヤリ・ハット」は、「事故につながらなくて良かった事例」ではなく、「事故につながりかねない危険な事例」と理解する視点が大切です。</p> <p>○今回は「ヒヤリ・ハット」で済んだかもしれませんが、次回は重大事故になっているかもしれません。</p> <p>○「ヒヤリ・ハット」は、事故につながりかねない要因が明確になるとても重要な情報です。ほんのわずかなヒヤリ・ハットでも、放置すると取り返しのつかない重大事故の要因になることを示したのが、この「逆ピラミッドの法則」です。</p>	
<p>ポイント</p> <p>ヒヤリ・ハットと現実にかかる事故とを結び付けて意識することがとても大切です。</p>					

47	長編 47	中編 32	短編 *	アニメーション あり(1回)	参考スライド
				<p>○「ヒヤリ・ハット」の延長線上に事故はあるという視点を意識した事故報告と対応の取り組み例です。</p> <p>○「レベル0」では、「車いすのブレーキの効きが悪くなっている」や「〇〇さんの家の玄関マットが滑りやすい」といった「ヒヤリ・ハット」になりそうな事象の情報です。</p> <p>○「ヒヤリ・ハット」と「事故」の明確な線引きはなく、スライドのような階層ごとの考え方を参考例に、対応を定めることが大切です。保険者に報告を必要とするレベルの事故のみで報告書の作成や要因の検討を行えば良いわけではありません。</p>	
<p>ポイント</p> <p>ヒヤリ・ハットを事故と結び付けて意識しやすくした考え方の参考例を紹介しましょう。</p>				<p>○事故予防に活かす観点では、怪我の有無や程度ではなく、怪我があっても無くても、再発防止に活かすべき経験として扱うことが大切です。</p>	

48	長編 48	中編 33	短編 *	アニメーション あり(2回)	参考スライド
				<p>○介助場面での事故では本人や介助者など「人」が十分に注意を払っていれば防げる事故が多くありますが、事故が起こっても、「人」の責任だけを追究するのは避けましょう。</p> <p>○「人」に起因する要因だけが指摘されると、安易に「注意する」とか「努力する」という精神論的な対策になりがちです。これでは再発防止に役立ちにくくなります。</p> <p>○特に介助者のみに事故の要因を求めると、事故が起こる度に当事者が非難され反省させられ、「事故が起こりそうな生活はさせたくない、できれば動かないでほしい」といった萎縮した考え方になる場合もあります。</p>	
<p>ポイント</p> <p>「ヒヤリ・ハット」の取り組みでは、収集するだけではなく要因と対策を考えることが大切です。</p>				<p>○仕事にプライドを持てなくなり、職場を離れていく・・・、というような悪循環をもたらすきっかけにもなりかねません。</p>	

49	長編	49	中編	34	短編	29	アニメーション	あり(1回)	参考スライド	64	
<p>「ヒヤリ・ハット」の取りこみで事故を減らす</p> <p>複数の要因分析から対策を考えることが大切です</p> <p>介助者の要因 本人の要因 福祉用具を選んだ人 ケアプランを作った人</p> <p>環境の要因 福祉用具の要因 管理の要因</p> <p>「単一の要因分析・単一の解決策」では十分とは言えません</p> <p>SHELL(シェル)分析・4M4E分析</p>							<p>○介護現場に限らず、事故は様々な分野で発生しており、事故の予防を目的として、事故要因の分析手法が研究されています。</p> <p>○代表的な要因分析に「SHELL(シェル)分析」や「4M4E(ヨンエムヨンイー)分析」という手法があります。それらを参考に介護場面での、特に福祉用具に関わる事故の要因分析を考えてみると「人(本人)」「人(介助者)」「福祉用具」「環境」「管理」といった視点が見えてきます。</p> <p>○また、「人」の要因では事故の当事者だけではなく、選定に関与した福祉用具専門相談員やケアマネジャー、理学療法士、作業療法士などの専門職の要因も考えられます。</p>				
<p>ポイント</p> <p>事故の要因を「人(本人・介助者)」「福祉用具」「環境」「管理」に整理して考える視点を理解しましょう。</p>							<p>※参考資料 要因分析の例</p>				

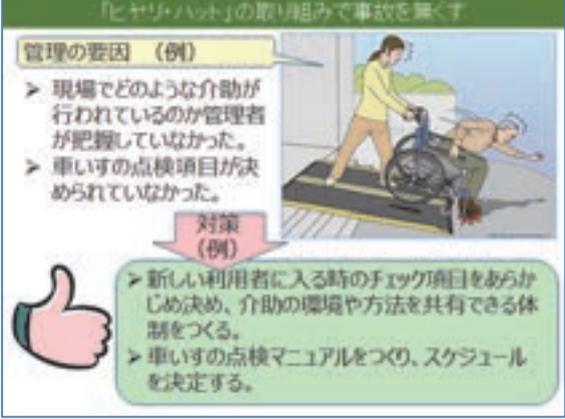
50	長編	50	中編	35	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド		
<p>「ヒヤリ・ハット」の取りこみで事故を減らす</p> <p>介助者の要因 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 「坂道では後ろ向きに降りる」という介助の基本を知らなかった。 > 「これくらいの角度なら大丈夫」と過信していた。 > 腕力が弱く、勢いを抑えられなかった。 <p>対策 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 新しい利用者では、本人を介助する前にスタッフ同士で一度練習して確認する。 > 介助を受ける立場も含めた体験をしてみる。 							<p>○「人(介助者)」の要因とは、介助者の知識や技術、意識、体力や注意力などに関係する要因です。</p> <p>○危険箇所を見る視点や経験は、介助者個人ごとに異なることから、介助者同士の情報交換はリスクの軽減や意識の向上をはかる上で重要です。</p> <p>○介助者が注意をすれば防げる事故もありますが、介助者が人間である以上は「100%完璧な対応はできない」という前提に立って対策を考える視点が大切です。</p>				
<p>ポイント</p> <p>「人(介助者)」の要因の考え方を理解しましょう。</p>											

51	長編	51	中編	36	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド		
<p>「ヒヤリ・ハット」の取りこみで事故を減らす</p> <p>本人の要因 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 筋力が弱く、座位が不安定だった。 > うとうとしていて、しっかりと掴まっていなかった。 > 座り方が浅かった。 <p>対策 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 承諾を得たうえで、転落防止用の安全ベルトを利用してもらう。 > 介助者が、福祉用具を使用する前に利用者の状態を確認する。 							<p>○「人(本人)」の要因とは、本人の心身機能など身体状況、精神状況などに関係する要因です。</p> <p>○介助者が福祉用具を操作する場合、福祉用具を使用する前に利用者の状態を確認し、また声をかけるなど本人にも安全のための準備行動を促すことが大切です。</p> <p>○前述した「事故につながりやすい状態像」で解説したような視点で要因を考え、対策を検討します。</p>				
<p>ポイント</p> <p>「人(本人)」の要因の考え方を理解しましょう。</p>											

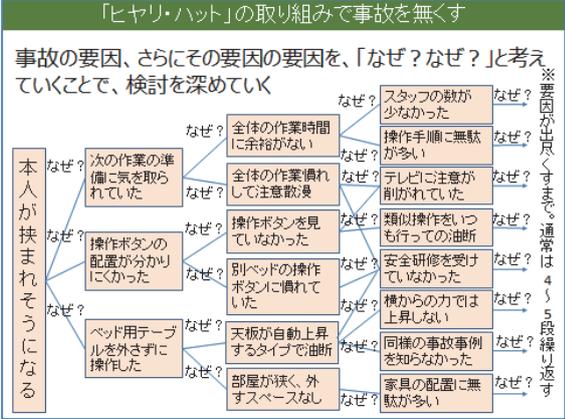
52	長編	52	中編	*	短編	*	アニメーション	あり(2回)	参考スライド
							<p>○事故当事者だけではない「人」の要因にも留意しましょう。</p> <p>○特に在宅生活支援での福祉用具の選定や適合調整には、福祉用具専門相談員がかかわり、その選定等が適切でないことが事故の要因になることがあります。</p> <p>○事故当事者以外の「人」(理学療法士、作業療法士、福祉用具専門相談員、ケアマネージャーなどの支援にあたる専門職全員)も、適切な選定・適合調整など、安全な使用を推進するチームとして連携することが大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>事故当事者以外の「人」の要因の考え方を理解しましょう。</p>									

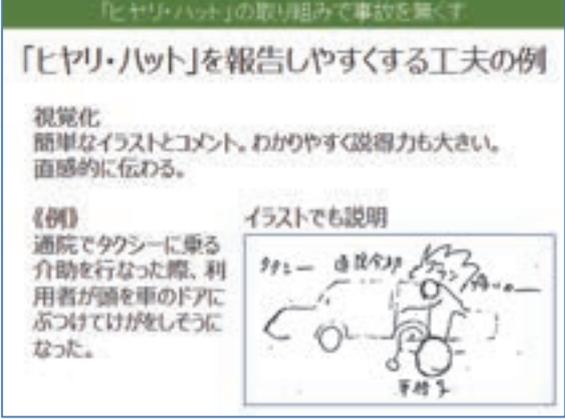
53	長編	53	中編	37	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド
							<p>○「環境の要因」とは、その福祉用具を使用する環境に関する要因です。</p> <p>○環境の要因では、広さや高さ、路面などの状況や、明るさ、天候などがあります。環境には常に変化する要素もありますので、その変化に応じた判断ができるかどうかも含め、十分な留意が望まれます。</p>		
<p>ポイント</p> <p>「環境」の要因の考え方を理解しましょう。</p>									

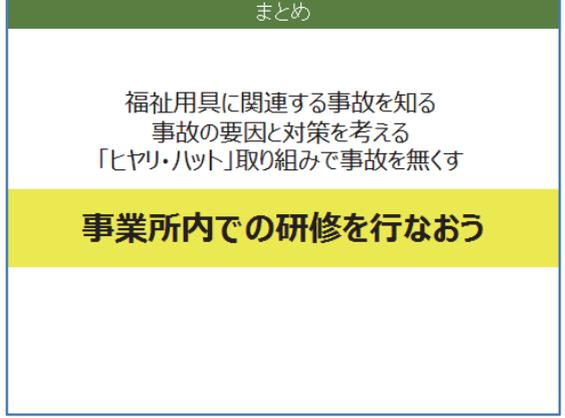
54	長編	54	中編	38	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド
							<p>○「福祉用具の要因」とは、使いづらかった、身体に合っていなかった、壊れていた、などです。</p> <p>○「壊れていたことに気が付かなかった」のであれば、それは「人」の要因であるとも言え、「壊れている状態を放置した」となれば、これは「管理」の要因とも考えられます。</p> <p>○「福祉用具の要因」では、単に適切ではない用具の状態を指摘するだけでなく、「なぜそのような状況になっていたのか」を考えることが大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>「福祉用具」の要因の考え方を理解しましょう。</p>									

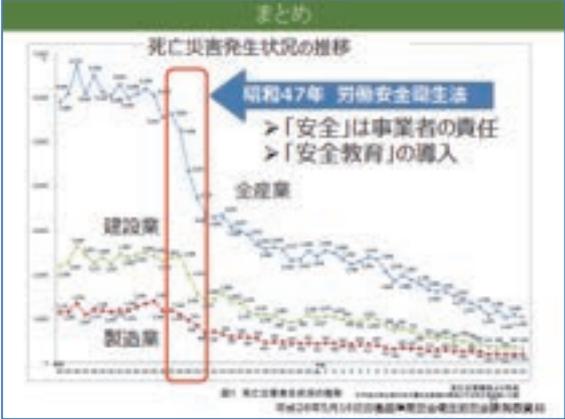
55	長編	55	中編	39	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド	
							<p>○「管理の要因」とは、「人(本人・介助者)」「環境」「福祉用具」の事故に至る原因が、組織としてどのように扱われていたかの要因です。事業所や家庭などの中に「そのような要因がなぜ存在したのか」という視点です。</p> <p>○福祉用具の故障であれば、その点検の内容と頻度が定められていたかどうか、定められていたとすればその実施が管理されていたかどうか、という視点です。</p> <p>○介助者の介助方法に要因があれば、その介助方法を管理者が把握していたのか、研修などで適正な介助方法の伝達が行われていたのか、という視点です。</p> <p>○事故やヒヤリ・ハットの要因を検討する際には、「管理」の視点も忘れずに対策を具体化させましょう。</p>			
<p>ポイント</p> <p>「管理」の要因の考え方を理解しましょう。</p>										

56	長編	56	中編	*	短編	*	アニメーション	無	参考スライド	64
							<p>○なかなか要因や対策が出てこない時の取り組み方として、「なぜなぜ分析」があります。</p> <p>○「なぜなぜ分析」は、一つの事象に対して表面的な原因だけではなく、「なぜ?」「なぜ?」と、その背景にある原因までを繰り返して考えていく手法です。</p> <p>○単純な手法で、介護現場でも取り組んでみてはいかがでしょうか。</p> <p>○このイラストは、「片脚タイプのベッド用テーブル使用中に背上げをしたら本人が挟まれそうになる」状況です。その要因を「なぜなぜ分析」を参考に考えてみたのが、次のスライドです。</p>			
<p>ポイント</p> <p>なかなか要因と対策が出てこない時には、「なぜなぜ分析」で考えることが有効です。</p>										

57	長編	57	中編	*	短編	*	アニメーション	あり(3回)	参考スライド	
							<p>○「本人が挟まれそうになっている」状態から、まずは3つの要因が思いつきました。これらはみな「人」の要因のようです。</p> <p>○その3つの要因ごとにさらに「なぜ」を繰り返してみました。「人」の要因の背景には「作業時間に余裕がない」という「管理」の要因や、「部屋が狭く外すスペースが無い」といった「環境」の要因が出てきました。</p> <p>○さらに考えていくと、「横からの力では上昇しない」という福祉用具の特性に関連する要因が出てきました。</p> <p>○このように、徐々に分析を深めていきますが、その際にも複数の視点を意識し、決して「人」だけなどひとつの視点に問題を押し付けけない姿勢が大切です。</p>			
<p>ポイント</p> <p>「なぜなぜ分析」を理解し、実際に活用できるようになりましょう。</p>										

58	長編	58	中編	40	短編	30	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○実際に、ある施設で効果を上げている実践の紹介です。ヒヤリ・ハットの状況をイラスト化することで、より直感的にその危険度や要因が共有できるという効果があります。</p> <p>○絵は上手ではなくとも、イラストの中に簡単なコメントを書き込むことで重要な視点が強調でき、伝わりやすくなります。</p> <p>○下手な絵の方が、見る人の想像力がより高められるのかもしれませんが。</p>		
<p>ポイント</p> <p>「ヒヤリ・ハット」を報告しやすくする工夫として、イラストによる視覚化を提案します。</p>									

59	長編	59	中編	41	短編	31	アニメーション	無	参考スライド
							<p>○本日の研修で取り上げた内容は、福祉用具に関連する事故に限らず、身の回りに起きる様々な事故を予防する基本的で重要な視点です。</p> <p>○これから各事業所で、本日研修を受講した皆さんが中心となって、この知識や視点を広げていただきたいと思います。</p> <p>○そのためには、事業所内での学習活動が大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>事故を予防するために、まずは各自の事業所で学ぶ場をつくり、具体的な取り組みを始めることが大切です。</p>									

60	長編	60	中編	42	短編	32	アニメーション	あり(1回)	参考スライド
							<p>○グラフの折れ線の左側は昭和34年の労働災害の状況です。年間に6,000人以上の人が労働災害で亡くなっています。</p> <p>○労働災害での死亡者は、赤枠で示した昭和47年を境に大幅に減少しています。これは、労働安全に対し、「安全は個人の責任ではなく事業者の責任」という考え方に大きく転換した「労働安全衛生法」の施行によって、各職場で安全教育が盛んにおこなわれるようになったことが功を奏していると考えられています。</p> <p>○介護現場でも、「安全はスタッフ個人個人の責任ではなく事業所全体の責任」という考え方を定着させることが大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>労働安全の実践とその成果の経緯から研修に取り組むことの有効性が理解できます。</p>									

61	長編 61	中編 43	短編 33	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○各職場で要因分析の演習研修を行う教材として、「福祉用具ヒヤリ・ハット情報」が活用できます。</p> <p>○たくさんのイラストの中から経験のある場面等を選び、実際に「人(本人・介助者)」「環境」「福祉用具」などの要因を考え、それらに対する対策を話し合うことで、安全への意識を高め、日常のヒヤリ・ハットや事故を分析する視点を養うことができます。</p> <p>○事件事例のイラストと、考えられる要因の一部が、ホームページから簡単にダウンロードできます。</p>	
<p>ポイント</p> <p>事業所での研修の教材として「福祉用具ヒヤリ・ハット情報」の紹介をします。</p>					

62	長編 62	中編 44	短編 34	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○「福祉用具安全確認トレーニング」は、事故が発生する直前の状況を描いたイラストを利用した演習により、事故を予見する能力を養う教材です。</p> <p>○演習する内容を記入する用紙等も含む完成されたトレーニングキットとして提供されています。</p>	
<p>ポイント</p> <p>事業所での研修の教材として「福祉用具安全確認トレーニング」を紹介します。</p>					

63	長編 63	中編 45	短編 35	アニメーション 無	参考スライド
				<p>○「福祉用具で拓がる自分らしい人生」このサブタイトルには、単に事故を予防することが大切なのではなく、福祉用具を安全に適切に活用して人生を豊かなものにしていただきたいという願いを込めています。</p> <p>○福祉用具の事故を減らすことは、豊かな人生を送るために必要なもっとも基本的な条件として大切な取り組みだということをご理解ください。</p>	
<p>ポイント</p> <p>最後にもう一度、「福祉用具を安全に利用することの重要性」を確認しましょう。</p>					

巻末資料

<p>64</p>	<p>要因分析の例 いづれも複合的な視点から原因-対策を考えていく</p> <p>SHELL (シェラ) 分析 S=ソフト、H=ハード、E=環境、L=人 (20階層) L=人 (介護者) などの項目にかけて、原因に対策を考えていく M=management (管理) を加える形式がある</p> <p>4M4E (4M) (Man, Machine, Media, Management) 4E (Education, Engineering, Enforcement, Example) の4つのEに分類して対策を立案</p> <p>なぜなぜ分析 (RCA: Root Caused Analysis) なぜ事故は発生したかを掘り下げていく。最終的な根拠原因 すべてに対策を立てる (RCAは、なぜなぜ+対策立案とする場合もある)。</p>	<p>代表的な事故要因の分析手法である「SHELL分析」「4M4E分析」「なぜなぜ分析」の内容を解説しています。</p> <p>※出典 オリジナル(教材作成委員会メンバーによる作成)</p>																																																					
<p>65</p>	<p>福祉用具 平成21年より5歳定年以降、増加としては減少傾向に転じている。</p> <p>図1 福祉用具による高齢者の事故発生件数 平成21年度から平成26年度に75歳以上の高齢者の事故発生件数</p>	<p>製品評価技術基盤機構(NITE)の集計による、平成22年度以降の福祉用具による高齢者の事故動向を示しています。平成26年は前年比で増加しており今後の動向が注目されます。</p> <p>※出典 独立行政法人製品評価技術基盤機構 報道発表資料 「福祉用具による高齢者の事故にご注意ください」 平成27年9月17日</p>																																																					
<p>66</p>	<p>福祉用具 事故の37.4%は使い始めてから1年以内起きています</p> <p>図2 福祉用具の使用期間別の事故発生件数 平成21年度から平成26年度に75歳以上の高齢者の事故発生件数</p>	<p>製品評価技術基盤機構(NITE)の集計による、福祉用具による高齢者の事故について、使用期間との関連を示す資料です。事故の37%以上は、使用後1年以内で発生しています。</p> <p>※出典 独立行政法人製品評価技術基盤機構 報道発表資料 「福祉用具による高齢者の事故にご注意ください」 平成27年9月17日</p>																																																					
<p>67</p>	<p>福祉用具 リコール製品による事故は15件が報告されています。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">製品の種類</th> <th colspan="5">リコール製品</th> <th rowspan="2">発生件数</th> <th rowspan="2">発生率</th> </tr> <tr> <th>件数</th> <th>発生率</th> <th>発生率</th> <th>発生率</th> <th>発生率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>0.0001</td> <td>15</td> <td>0.0001</td> </tr> </tbody> </table> <p>図3 リコール製品による事故発生件数 平成21年度から平成26年度に75歳以上の高齢者の事故発生件数</p>	製品の種類	リコール製品					発生件数	発生率	件数	発生率	発生率	発生率	発生率	福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001	福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001	福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001	福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001	福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001	<p>製品評価技術基盤機構(NITE)のとりまとめによる、リコール製品の関連する事故報告数です。</p> <p>※出典 独立行政法人製品評価技術基盤機構 報道発表資料 「福祉用具による高齢者の事故にご注意ください」 平成27年9月17日</p>
製品の種類	リコール製品					発生件数	発生率																																																
	件数	発生率	発生率	発生率	発生率																																																		
福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001																																																
福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001																																																
福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001																																																
福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001																																																
福祉用具	15	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	15	0.0001																																																
<p>68</p>	<p>福祉用具 リコール情報の検索</p> <p>図4 リコール情報の検索 平成21年度から平成26年度に75歳以上の高齢者の事故発生件数</p>	<p>製品リコールの情報を検索する方法を示す資料です。</p> <p>※出典 独立行政法人製品評価技術基盤機構 報道発表資料 「福祉用具による高齢者の事故にご注意ください」 平成27年9月17日</p>																																																					

巻末資料

<p>69</p>	<p>福祉用具臨床的評価事業について</p>  <ul style="list-style-type: none"> • 事業主体：厚生労働省（平成21年度より） • 対象：車いす、電動車いす、特殊寝台、可搬型スロープ、入浴補助用具など • 福祉用具の利便性（使い勝手）や安全性等を評価、認証し情報の提供を行う <p>福祉用具臨床的評価は任意の制度で、法的な取得義務はありません。</p>	<p>「福祉用具臨床的評価事業」について、内容を示す資料です。</p> <p>※出典 オリジナル（教材作成委員会メンバーによる作成）</p>
<p>70</p>	<p>事故情報データベースシステム</p> <p>関係機関より、「事故情報」「危険情報」を広く収集し、事故防止に役立つデータ収集・提供システムです。消費者庁と独立行政法人国民生活センターが連携して、関係機関の協力を得て実施しています。</p> <p>http://www.jikojocho.go.jp/ai</p>	<p>「事故情報」「危険情報」を収集し、インターネットで公開するデータベースシステムの情報です。</p> <p>※出典 事故情報データベースホームページ http://www.jikojocho.go.jp/ai</p>