

第 1 部 本編

1. 事業概要

1-1. 事業目的

福祉用具については、安全性の確保の観点から、消費者庁における死亡等の重大事故の公表、経済産業省における JIS マーク制度の運用等の取り組みが行われているが、一方で利用者の状態像に合ったものが提供されるよう、福祉用具の使用に際しての安全性や操作性に影響する使い勝手等の確保を推進することがより必要である。

そのため、製品の安全性を確保する取り組みと相まって、福祉用具の使用にあたっての安全性・利便性等を確保できるよう、利用者が使用する場面（臨床）での客観的指標に基づく福祉用具の使い勝手等に関する評価・認証や福祉用具ヒヤリハット等の事例分析を実施する。

さらに事業により得られた結果を公表し、広く国民に周知及び情報提供等を行うことにより、福祉用具を使用する本人、家族及び支援者に安全で効果的な福祉用具が提供される環境整備を推進することを目的とする。

（平成 27 年度福祉用具臨床的評価事業実施要綱）

1-2. 事業内容

（1）福祉用具臨床的評価

介護保険の給付対象となる福祉用具のうち目的付記型の JIS 認証を受けている種目の評価基準作成はほぼ終えており、既存の評価項目や評価方法等を全体的な視点から精査し、必要に応じた見直しを検討した。

なお、昨年度から臨床評価費を全額申請者（各メーカー）の負担とし、評価機関は公募となっている。工学的担保としては、JIS 認証に限定していたが、事業拡大のために昨年度から SG 認証を含めることとし、SG マーク表示事業者には事業内容を周知・啓発した。

加えて、福祉用具臨床的評価事業と並行して福祉用具の適切な利用を促進するための事業を展開し、本事業をより一層普及するための方策について検討した。

1) 認証委員会、基準部会の設置

本事業を円滑に実施するために下記の組織を設置した。

①認証委員会

本事業の実施に係わる重要事項を審議するため、福祉用具の有識者及び関係関連団体等からなる認証委員会を設置した。

②基準部会

現行の評価項目の課題等を検討するため、福祉用具の専門家及び作業療法士、理学療法士、エンジニア等からなる基準部会を設置した。

2) 福祉用具臨床的評価の実施

福祉用具臨床的評価の実施にあたっては、公益財団法人テクノエイド協会に「認証センター」を設置し、「介護保険において、保険給付の対象となる種目の福祉用具であって、製品の工学的安全性を担保するため JIS 認証又は SG 認証を受けた福祉用具」を対象に、臨床的評価事業業務マニュアル、種目ごとの評価対

象及び評価項目に沿って、エンジニア、作業療法士または理学療法士、福祉用具相談担当者及び利用者からなる評価チームにおいて合議により評価を行った。

なお、評価実施機関は公募とし、全国 6 機関を指定した。

(2) 福祉用具ヒヤリハット等検証

1) 委員会の設置

福祉用具ヒヤリハット等の事例を収集し、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提供するため、また、これまで収集した事例のコンテンツを活用した教材を作成するため、福祉用具有識者及び作業療法士、理学療法士、特別養護老人ホーム施設長、市役所の介護保険担当者等からなる委員会を設置した。

2) 福祉用具安全推進員研修会の開催

福祉用具の事故やヒヤリハット情報収集のためのキーパーソンの養成と、福祉用具の安全かつ適正な利用を推進するため、福祉用具プランナー、福祉用具相談担当者、介護支援専門員、福祉用具貸与事業者、施設介護職員、病院等のセラピスト等を対象に、福祉用具使用のリスク回避並びに福祉用具の安全性への認識を高めることを目的に研修会を開催した。

なお、本研修受講者は福祉用具事故・ヒヤリハット情報収集のための協力者として有効に活用していく。

3) 福祉用具ヒヤリハット等事例収集及び提供

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、重大事故については、消費生活用製品安全法に基づき、重大製品事故情報として消費者庁から公表されており、また、独立行政法人製品評価技術基盤機構（NITE）が事故分析を行い、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あるが、これまでの事故報告を見ると、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る。

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することにより福祉用具事故等の未然防止に資することを目的として、協会ホームページから情報提供した。

4) 福祉用具の安全な利用を考えるための教材作成

高齢化の進展に伴い利用者のニーズも多様化するなか、様々な福祉用具が生活支援、自立支援の場面で活用されている一方で、高齢者等福祉用具の扱いに不慣れな方が利用することが多いため、使い方や使い勝手等ヒューマンエラーによる事故を防ぐ安全教育が各地で行えるように、福祉用具ヒヤリハット等事例のコンテンツを活用した研修教材を作成し、保険者や教育機関等に配布した。

5) 介護保険制度における在宅内での事故についてのアンケート調査

平成 25 年度に福祉用具のヒューマンエラーによる事故防止対策を構築するためのヒントを得るため、保険者向けの予備調査として「保険者における福祉用具の事故情報の把握に関するアンケート」を実施した。

平成 26 年度は、そこから比較的に事故報告件数があり、事故対応を進めていると思われる保険者を対象にヒアリングを行い、福祉用具の事故防止対策を検討した。

今年度は、在宅での福祉用具事故の保険者への報告が非常に少ない理由等を調査するため、アンケートを実施した。

1-3. 事業実施体制

本事業では有識者等から構成する認証委員会と、福祉用具の専門家等からなる基準部会及び福祉用具ヒヤリハット検証委員会を設置した。

表 1-1 認証委員会名簿【○：委員長】 敬称略・五十音順

氏名	所属
逢坂 伸子	大東市役所 保健医療部 高齢支援課
柴橋 和弘	一般社団法人日本福祉用具供給協会 理事
清水 壮一	日本福祉用具・生活支援用具協会 専務理事・事務局長
諏訪 基	国立障害者リハビリテーションセンター研修所 顧問
田中 理	横浜市総合リハビリテーションセンター 顧問
松尾 清美	佐賀大学 医学部附属地域医療科学教育研究センター 准教授
○ 山内 繁	NPO 法人支援技術開発機構 理事長
山本 一志	一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 事務局長

表 1-2 基準部会名簿【○：部会長】 敬称略・五十音順

氏名	所属
伊藤 勝規	NPO 法人とちぎノーマライゼーション研究会 理事
田中 繁	株式会社福祉用具総合評価センター センター長
堀家 京子	武蔵野市立高齢者総合センター 作業療法士
○ 山内 繁	NPO 法人支援技術開発機構 理事長
吉井 智晴	東京医療学院大学 理学療法学専攻 准教授

表 1-3 福祉用具ヒヤリハット等検証委員会名簿【○：委員長】 敬称略・五十音順

氏 名	所 属
○ 伊藤 勝規	NPO 法人とちぎノーマライゼーション研究会 理事
吉良 健司	在宅りはびり研究所 所長 理学療法士
田上 優佳	特別養護老人ホームいやさか苑 施設長 社会福祉士・介護福祉士
堤 道成	有限会社サテライト 代表取締役
堀家 京子	武蔵野市立高齢者総合センター 作業療法士
望月 泰三	富士市保健部 介護保険課 統括主幹

表 1-4 オブザーバー名簿

敬称略

氏 名	所 属
東 祐二	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 福祉用具・住宅改修指導官
長谷川真也	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 福祉用具・住宅改修係長
安藤 圭吾	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 福祉用具・住宅改修係
加藤 二子	経済産業省 産業技術環境局 国際標準課 高齢者支援係長

1-4. 事業実施経過

(1) 全体経過

表 1-5 事業実施経過

	5月 ~8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
①委員会の開催 ・ 認証委員会 ・ 基準部会 ・ ヒヤリハット検証委員会	事業計画の企画・検討			●	●	●	●	●	
②評価機関担当者会議						●			
③評価申請の受付、評価、認証		→						認証委員会で承認	
④評価確認方法等の精査		→						認証委員会で承認	
⑤福祉用具の適切な利用の促進 ・ 安全推進員研修会 ・ 安全利用教材作成 ・ アンケート調査、集計、考察		●			●	→			
						→			
⑥普及・啓発	→								

(2) 委員会等の開催状況

1) 認証委員会

- ①第1回委員会（平成27年12月7日）
- ②第2回委員会（平成28年3月23日）

2) 基準部会

- ①第1回部会（平成28年1月22日）

3) 福祉用具ヒヤリハット等検証委員会

- ①第1回委員会（平成27年11月16日）
- ②第2回委員会（平成27年12月8日）
- ③第3回委員会（平成28年1月18日）
- ④第4回委員会（平成28年2月15日）
- ⑤第5回委員会（平成28年3月16日）

4) 臨床評価機関事務打合せ（平成28年1月27日）

2. 事業結果

2-1. 福祉用具臨床的評価

(1) 評価実施機関

「福祉用具臨床的評価機関登録規程」に基づき、評価登録機関を公募し、平成 27 年度の評価実施機関として以下の 6 機関を登録した。

表 2-1 平成 27 年度評価実施機関

評価機関名称
①栃木：株式会社福祉用具総合評価センター
②東京：公益財団法人東京都福祉保健財団
③横浜：横浜市総合リハビリテーションセンター
④川崎：川崎市れいんぼう川崎
⑤神戸：一般社団法人日本福祉用具評価センター
⑥北九州：福祉用具プラザ北九州

※登録要件

- ①福祉用具臨床的評価事業業務方法書（認証業務マニュアル）及び福祉用具臨床的評価事業判定基準制定規程を備えていること。
- ②次に掲げることを遵守すること。
 - イ) 評価チームを編成し、評価を行う。
 - ロ) 評価チームには、申請者と利害関係のある要員を含んではならない。
 - ハ) 評価チームは、評価責任者を含む 4～5 名程度により編成し、以下の有資格者を含まなければならない。ただし、評価責任者は有資格者を兼任することができる。
 - エンジニア：工学的側面を理解し、ユーザビリティ評価できる者
 - PT 又は OT：運動機能や生活機能の観点から評価できる者
 - 相談担当者：在宅における適合経験がある者（3 年以上）
 - エキスパートユーザー：障害当事者（あらゆる障害に精通した者が望ましい）
 - ニ) 判定は、評価項目ごとに実施し、評価チームの合議制による。

(2) 種目別評価基準額

評価基準額については各評価実施機関が種目別に見積もりを行い、最高額と最低額を除いた平均額を種目別の評価基準額とした。

表 2-2 種目別評価額

臨床評価種目	評価基準額	備考
車いす	160,000 円	
電動車いす	160,000 円	
特殊寝台	160,000 円	
車いす用スロープ	150,000 円	北九州は対象外
入浴台	190,000 円	北九州は対象外
すのこ	180,000 円	北九州は対象外
浴槽内いす	170,000 円	北九州は対象外
入浴用いす	190,000 円	北九州は対象外
ポータブルトイレ	160,000 円	
歩行器・歩行車	150,000 円	
エルボークラッチ	150,000 円	
ベッド用テーブル	150,000 円	

(3) 評価実績

平成 26 年度末認証件数 190 件 → 平成 27 年度末認証件数 193 件

【内訳】

車いす	16 件	浴槽内いす	18 件
特殊寝台	137 件	ポータブルトイレ	6 件
車いす用可搬形スロープ	12 件	歩行器・歩行車	2 件
入浴台	2 件	合 計	193 件

- ①申請者：(株) 島製作所
種 目：歩行器・歩行車
製品名：シンフォニーAR
評価機関：日本福祉用具評価センター
結 果：QAP 認証



- ②申請者：(株) ランダルコーポレーション
種 目：特殊寝台
製品名：91・リバティーネオ 2 モーター
評価機関：川崎市れいんぼう川崎
結 果：QAP 認証



- ③申請者：(株) ランダルコーポレーション
種 目：特殊寝台
製品名：91・リバティーネオ 3 モーター
評価機関：川崎市れいんぼう川崎
結 果：QAP 認証

2-2. 福祉用具ヒヤリハット等検証

(1) 福祉用具安全推進員研修会の開催

福祉用具の事故・ヒヤリハット情報収集のためのキーパーソンの養成と、福祉用具の安全かつ適切な利用を推進するため、福祉用具プランナー、福祉用具相談担当者、介護支援専門員、施設従事者等を対象に、福祉用具使用のリスク回避並びに福祉用具の安全性への認識を高めることを目的に研修会を開催した。

受講者は、福祉用具事故・ヒヤリハット事例収集のための協力者として有効に活用していく。

1) 期日

東京：平成27年9月3日（木）10:00～16:40

大阪：平成27年11月10日（火）10:00～16:40

2) 場所

東京：主婦会館プラザエフ（四ッ谷駅すぐ）

大阪：新大阪丸ビル別館（新大阪駅すぐ）

3) 受講者数

東京：53名

大阪：63名

表 2-3 受講者の主な職種

職 種	東 京	大 阪
福祉用具貸与・住宅改修事業者	31名	38名
福祉用具展示・相談担当者	3名	6名
リハビリテーション・機能訓練専門職	11名	8名
施設従事者（介護職・管理職）	1名	7名
福祉用具製造事業者	0名	2名
介護支援専門員	2名	2名
その他（講師・産業振興・在宅医療）	5名	0名
福祉用具プランナー取得者【再掲】	39名	47名

4) 実施方法

表 2-4 カリキュラム及び講師

内 容	講 師
福祉用具の安全と福祉用具利用の安心	(一社) 日本福祉用具評価センター センター長 鈴木寿郎
福祉用具を安全に利用するために	(公財) テクノエイド協会 普及部次長 根石竹夫
福祉用具臨床的評価の評価項目と特記事項からみる安全への視点	(NPO) とちぎノーマライゼーション研究会 理事 伊藤勝規
福祉用具のリスクマネジメント演習	(有) サテライト 代表取締役 堤 道成

①座学による知識の整理

まず「福祉用具の安全と福祉用具利用の安心」では、JIS や QAP の評価機関である一般社団法人日本福祉用具評価センターの鈴木寿郎センター長が講義した。

福祉用具の事故情報や、福祉用具の安全に関する規格・基準である JIS マーク、SG マーク、QAP マーク等の意味と製品試験エビデンスの活用を解説した。

また、福祉用具を安心して利用いただくために、安全なメンテナンスの実施や取説等操作方法の説明、身体・環境・使用目的への適合等を講義した。

次に「福祉用具を安全に利用するために」では、公益財団法人テクノエイド協会より福祉用具臨床的評価事業の目的や評価対象種目、評価実施体制、臨床評価の視点や認証マーク等を説明した。

また、福祉用具ヒヤリハット等情報の説明を行い、事例収集の協力依頼をした。

②実機を用いた演習

「福祉用具臨床的評価の評価項目と特記事項からみる安全への視点」では、基準部会と事例分析検討会の委員である伊藤勝規氏が講義した。

二つの訴訟事例から福祉用具の責任を考え、実際の使用場面を想定した臨床的評価の重要性を学んだ。

また、車いすと特殊寝台の実機を用いて、実際の評価項目に沿って、操作機能性や安全性等を判定し、危険な箇所や操作を確認した。

③ワークショップ

「福祉用具のリスクマネジメント演習」では、【福祉用具安全確認トレーニング】を開発した有限会社サテライトの堤道成代表取締役が講義した。

グループ演習では、「ヒヤリハットが起こる直前の図」から、どんな危険が潜んでいるか、どんな安全確認・対策が必要かを考え、活発に議論した。

人・用具・環境に目を向けて、総合的に安全に対する感受性を高め、埋もれがちな情報を共有できた。

5) アンケート結果

①回収率 111/116名 95.7%

②参加の動機 (有効回答 111名 複数可)

- ・プログラム内容に関心がある 62名 55.9%
- ・リスク管理が業務上必要である 45名 40.5%
- ・受講料が無料である 51名 45.9%
- ・プランナー更新の指定研修である 67名 60.4%
- ・勤務先から受講するよう指示 12名 10.8%

③研修の満足度 (有効回答 109名)

- ・とても満足 65名 59.6%
- ・まあまあ満足 39名 35.8%
- ・どちらでもない 5名 4.6%
- ・やや不満 0名
- ・とても不満 0名

④学習したことは現場で役立つと思いますか? (有効回答 103名)

- ・とても役立つ 69名 67.0%
- ・まあまあ役立つ 32名 31.1%
- ・どちらでもない 1名 1.0%
- ・あまり役立たない 1名 1.0%
- ・全く役立たない 0名

⑤福祉用具ヒヤリハット情報について (有効回答 104名)

- ・頻繁に参考としている 19名 18.3%
- ・閲覧したことがある 46名 44.2%
- ・知っていたが、中身は見えていない 25名 24.0%
- ・知らなかった 14名 13.5%

⑥自由意見

- ・本当にためになる研修で、これからも続けてください。
(40代男性 福祉用具プランナー管理指導者)
- ・内容がわかりやすく、時間もちょうどよかったです。
(30代女性 OT、ケアマネ)
- ・ユーチューブ等で見ることができるとよい。
(50代男性 介護福祉士、ケアマネ、プランナー)
- ・選定と同じくらい、使用状況やリスクについても同時に考えねばならないと思いました。(30代男性 専門相談員、プランナー)
- ・どの講義も大変勉強になり、安全について改めて考えるきっかけになりました。
職場で情報共有し、今後の業務に役立てていきたい。
(30代女性 介護実習・普及センター職員)

- ・今回、聞いたような視点が広まれば、事故は減少すると思います。
(30代男性 リハエンジニア)
- ・臨床的評価事業については、客観的評価とは思えず、ABCでの評価は意味をなさない。しかし想定される身体状況や使用方法によって、このような危険が起こりうるというような評価・コメントの方が大変重要であり、その点において必要な事業と思われる。
(40代男性 専門相談員、プランナー)
- ・職種上、シーティングやポジショニング等、福祉用具をユーザーに合わせる機会は多いが、福祉用具の安全性というテーマで研修を受けたことがなかったので、とても勉強になりました。
(30代女性 OT、プランナー)

(2) 福祉用具ヒヤリハット等事例収集及び提供

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、重大事故については、消費生活用製品安全法に基づき、重大製品事故情報として消費者庁から公表されており、また、独立行政法人製品評価技術基盤機構（NITE）が事故分析を行い、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あるが、これまでの事故報告を見ると、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る。

このような「製品に起因しない事故」や「ヒヤリハット情報」等を福祉用具安全推進員の受講者から新しく 25 事例を収集した。その内容を委員会で精査・検証し、類似の事例等を除く 14 事例を追加で掲載し、合計 324 事例を協会ホームページから情報提供した。

新製作成事例一覧

No.	種別	利用者の属性	OCTA	タイトル	課題の説明	解説	参考事例	
1	制作	高齢者	120006	キヤスタにゴキが動き、転倒しやすくなる	歩行器のキヤスタの横の部分にゴキが動きやすくなり、転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	人の高い背や物物の形、あくす、ふくろなどが原因になっているのと同じく、歩行器の歩行器の部分で、キヤスタの横の部分にゴキが動きやすくなり、転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	人：キヤスタのメンテナンスができていなかった 人：本人が自分でメンテナンスができていなかった 課題：人の高い背や物物の形、あくす、ふくろなどが原因で転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	
2	制作 制作 制作	高齢者 高齢者 高齢者	181209 181227	ボーダプルトイレに移動する際に、ベッドの上から転倒しやすくなる	歩行器のボーダプルトイレに移動する際に、ベッドの上から転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	歩行器のボーダプルトイレに移動する際に、ベッドの上から転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	人：距離が近く、脚が十分に引き出されなかった状態での移動で転倒しやすくなる。 人：脚が伸びて歩行がやすくなる。 人：足元へ転倒しやすいベッドを認識した。 課題：転倒しやすい状態での移動ができていなかった	
3	制作	高齢者 高齢者	122190	子供がディッピングレバーの上立ちから転倒しやすくなる	子供が転倒しやすいつむぎや、おむつ、ディッピングレバーの上立ちから転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	子供が転倒しやすいつむぎや、おむつ、ディッピングレバーの上立ちから転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	人：転倒しやすい状態での移動ができていなかった 人：子どもの行動を促す人がそばにいなかった 人：注意喚起ができていなかった	
4	制作	高齢者	120006	ブレーキ操作のワイヤーが折れ、ブレーキが壊れやすくなる	歩行器のブレーキワイヤーが折れ、ブレーキが壊れやすくなる。ブレーキが壊れやすくなる。ブレーキが壊れやすくなる。	歩行器のブレーキワイヤーが折れ、ブレーキが壊れやすくなる。ブレーキが壊れやすくなる。ブレーキが壊れやすくなる。	人：ブレーキワイヤーの交換など、歩行器のメンテナンスができていなかった 人：ブレーキワイヤーの交換など、歩行器のメンテナンスができていなかった 課題：ブレーキワイヤーの交換ができていなかった	
5	制作	高齢者	120006	歩行器の座面が折れ、歩行器が壊れやすくなる	歩行器の座面が折れ、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	歩行器の座面が折れ、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	人：歩行器にある安全な座面が壊れやすくなる。 人：歩行器の座面が壊れやすくなる。 課題：歩行器の座面が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	
6	制作	高齢者	120006	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	人：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。 人：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。 課題：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。	
7	制作	高齢者	122190	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	歩行器のブレーキの左右の向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。歩行器が壊れやすくなる。	人：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。 人：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。 課題：歩行器のブレーキの向きが逆で、歩行器が壊れやすくなる。	
8	制作 制作	高齢者 高齢者	033009	介護者がコンセントを抜いてしまったり、コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり	介護者がコンセントを抜いてしまったり、コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり	コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり	人：エアマットの電源が切れてしまったり、コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり 人：介護者の注意喚起ができていなかった 課題：コンセントが折れてしまったり、コンセントが折れてしまったり	
9	制作	高齢者	181209	ベッドの上立ちから転倒しやすくなる	歩行器のベッドの上立ちから転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	歩行器のベッドの上立ちから転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。転倒しやすくなる。	人：歩行器のベッドの上立ちから転倒しやすくなる。 人：歩行器のベッドの上立ちから転倒しやすくなる。 課題：歩行器のベッドの上立ちから転倒しやすくなる。	
10	制作	高齢者 高齢者	122190	リクライニング椅子が壊れやすくなる	リクライニング椅子が壊れやすくなる。リクライニング椅子が壊れやすくなる。リクライニング椅子が壊れやすくなる。	リクライニング椅子が壊れやすくなる。リクライニング椅子が壊れやすくなる。リクライニング椅子が壊れやすくなる。	人：リクライニング椅子の壊れやすくなる。 人：リクライニング椅子の壊れやすくなる。 課題：リクライニング椅子の壊れやすくなる。	

11	自衛隊 自衛隊 自衛隊	自衛隊 ベッド サイド テーブル	181209 181227	ベッド欄を外してしまわぬよう建てばっていましたが、ベッドのベースフレームともしばってしまい、高さ調整の際に欄が脱落しそうになる	ベッド欄を外してしまわぬよう建てばっていましたが、ベッドのベースフレームともしばってしまい、高さ調整の際に欄が脱落しそうになった	高さ調整の際に下やけん状態のある人等は、ベッド欄を自ら外し、移動や移動を助ける場合がある。それを予防するため、ベッド欄を外して建てばっていただくのが理想です。この場合、ベッドのベースフレームに建てばっていただくのが理想ですが、ベッドフレームであれば予防できました。	人：ベッド欄をベルトで固定していたことなかった モノ：ベッド欄をベースフレームに固定していた ヒト：高さ上げは自衛隊に外れる構造のベッド欄だった	
12	自衛隊 自衛隊 自衛隊	自衛隊 ベッド サイド テーブル	181209 181227	欄を外しておむつ交換中に目を離す。または交換前に欄を戻し忘れ、本人がベッドから落ちそうになる	高さ調整の際に下やけん状態のある人等は、移動や移動を助ける場合がある。移動や移動の際、または交換前後、目を離したり、欄を外してしまったり、本人がベッドから落ちそうになった	高さ調整の際に下やけん状態のある人等は、手動でできない動作をすることがあり、移動や移動の際、または交換前後、目を離したり、欄を外してしまったり、本人がベッドから落ちそうになることがあり、これを予防するために、高さ調整の際に下やけん状態のある人等に注意が必要です。	人：本人が安全におき上がる高さ調整の際、警告音が鳴っていた 人：介護者がうっかり、目を離した又は欄を戻し忘れ 警告：介護者が本人から離れる時は、必ず欄を戻すという習慣ができていた	
13	自衛隊 自衛隊 自衛隊	自衛隊 自衛隊 自衛隊	122106	左足のフットサポートの間に足指が挟まり、ケガしそうになる	ゆいすで踏こしていた間に、左足のフットサポートの間に足指が挟まり、ケガしそうになった	足指は指肉や指の関節が少なく、指になりやすい部分です。指肉には感覚神経があるので踏こくは痛いですが、指肉で踏こくは指肉が壊れて痛みやすくなります。指肉の関節や指の関節、指の関節のある人にとりやすい事例です。	人：下腿の幅や指の関節で踏こく足指の部分がフットサポートと接触できなかった 人：足下がフットサポートとで擦りやすかった モノ：左足のフットサポートの間に足指が挟まり、指肉が壊れやすかった 警告：介護者の注意が不足していた	
14	自衛隊 自衛隊 自衛隊	自衛隊 リフト リフト	123003 123021	リフトのハンガーのフックにさしこんで足指を挟み、ケガしそうになる	ベッドからゆいすをリフトで移動させようとして、リフトのハンガーのフックにさしこんで足指を挟み、ケガしそうになった	ベッド・ゆいす間の移動の際、リフトハンガーのフックにスリングシートベルトをさしこんでひっかけると、CS一重つり上げ状態に、重量の調整等の目的でベッドやゆいすを動かす時、ハンガーを移動以上で下げると、CSベルトが緩み、ハンガーフックから外れ、ゆいすの状態でも移動の際に足指が挟まることがあります。ひとたび足指に挟まれば、重大事故になりますので、一度下ろした場合は、最初から安全確認をお願いします。	人：ハンガーフックにひっかけたベルトは外れないので安心した 人：外れた状態でいても同時に上げることでできてしまつたということも知らなかった モノ：このような状態が起きやすいハンガーの形状であった 警告：メーカーがリフト操作教育での正しい注意喚起が不足していた	

(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。

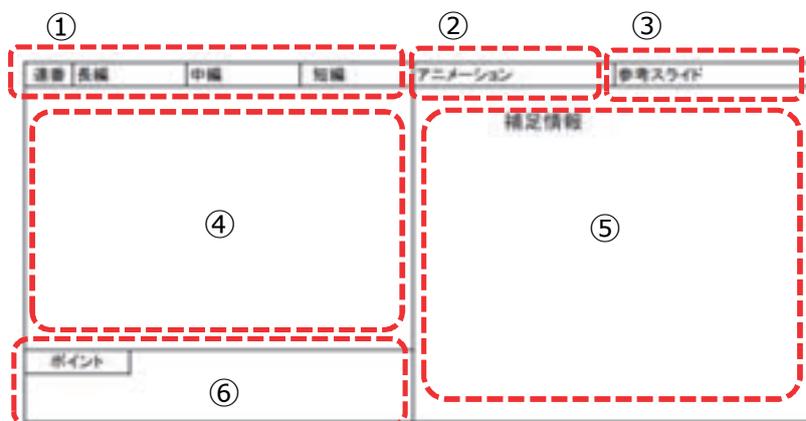
本教材は、ヒューマンエラーによる福祉用具の事故を防ぐ安全教育(研修)が各地で行えるよう、「福祉用具ヒヤリハット情報」のコンテンツを活用して作成したものです。

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。

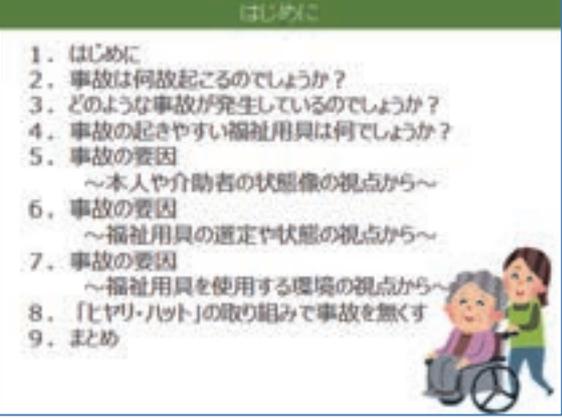
⑥ポイント:該当するスライドで伝えていただきたいポイントを記載しています。

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>									

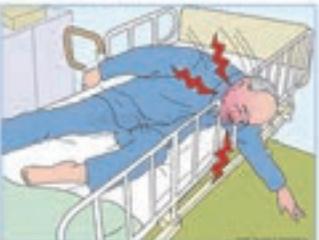
6	長編	6	中編	5	短編	5	アニメーション	無	参考スライド	65
							<p>○介護保険がスタートした後、特殊寝台や車いすなど介護保険で対象となった福祉用具の利用は拡大しました。一方で、福祉用具を使用している事故も増加し、大きな社会的問題となっています。</p> <p>○平成27年9月、製品評価技術基盤機構(NITE)から発表されたデータによると、平成22年から26年度までの5年間に147件の福祉用具に関する高齢者の事故が発生し、49人が亡くなっています。</p> <p>○製品評価技術基盤機構(略称NITE、ナイト)とは、製品事故に関する情報を収集、調査分析して原因を究明する独立行政法人です。</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>○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ります。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>○「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とを意味し、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と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 認知機能の低下或不穏症状のある人</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いていた動作記憶と、現在の動作機能のミスマッチにより、できるだけ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象例です。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>事故の要因～本人や介助者の状態の視点から～</p> <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ならないなど、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>事故の要因～本人や介助者の状態の視点から～</p> <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</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>事故につながり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> <ul style="list-style-type: none"> 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>○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>					

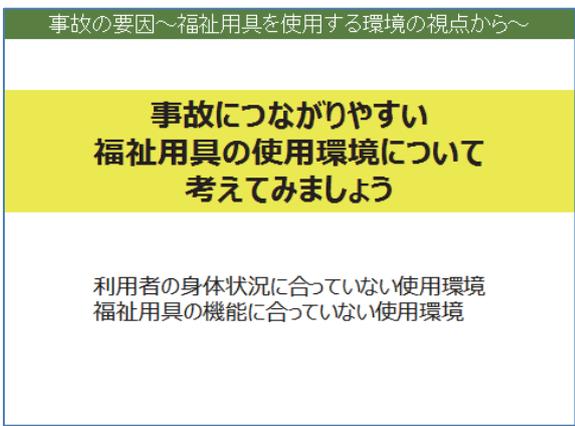
37	長編	37	中編	23	短編	20	アニメーション	無	参考スライド	
<p>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>身体状況に合わない福祉用具の使用</h3> <p>福祉用具は、体の大きさや身体状況に合わせて選定する必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 身体に合わない車いすは姿勢が崩れやすく転落の危険が高まります。また、崩れた姿勢での食事は誤嚥のリスクを高めます。 ➢ 歩行能力に合わない歩行補助用具では転倒を防ぐことはできません。 <p>お尻が前に滑り転落寸前！サイズの合わない車いすに座っていることが原因</p>							<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>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>安全ではない福祉用具の使用</h3> <p>歩行中に突然杖の先ゴムが外れて棒さし、そのまま転倒！安全認証マークを取得していない製品だった。</p> <p>ポータルトイレに移乗中にバランスを崩し、背もたれと肘掛けの隙間に首が挟まりこみ窒息！リコール中の製品でした。</p>							<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>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>安全な福祉用具の目安として...</h3> <ul style="list-style-type: none"> ➢ JIS・SG・QAP取得製品など、公的機関が工学的な安全性や、臨床的な使い勝手等を確認した製品を利用しましょう。 ➢ 現在使用されている福祉用具の中には、危険な個所があるという理由で回収(リコール)中のものもあります。リコールの情報に注意して、危険性のある製品はすぐに使用を中止し、メーカーに連絡しましょう。 							<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>					

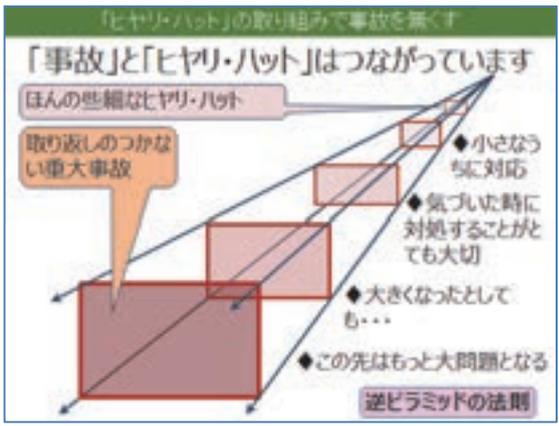
41	長編 41	中編 26	短編 23	アニメーション 無	参考スライド
 <p>事故の要因～福祉用具の選定や状態の視点から～</p> <h3>誤った方法による福祉用具の使用</h3> <p>「誤使用」や「不注意」に起因する事故が全体の半数以上を占めるというデータもあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 車いすや歩行車などのブレーキのかけ忘れなどの「操作のし忘れ」にも注意が必要です。 ▶ 歩行車の椅子を車いすのように使用するなど、そもそも間違った目的での利用による事故も発生しています。 <p>歩行車の椅子に腰掛けさせたまま移動しようとしたがなかなか進まず、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>					

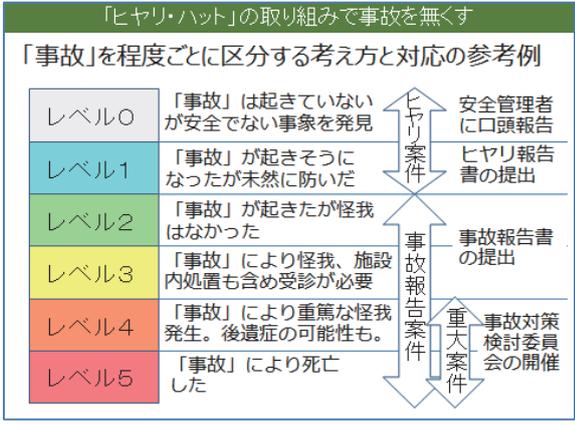
42	長編 42	中編 27	短編 24	アニメーション 無	参考スライド
 <p>事故の要因～福祉用具を使用する環境の視点から～</p> <h3>事故につながりやすい福祉用具の使用環境について考えてみましょう</h3> <p>利用者の身体状況に合っていない使用環境 福祉用具の機能に合っていない使用環境</p>				<p>○使用する本人や介助者の状態像が同様のケースでも、福祉用具を利用する環境の状況によって事故リスクの大小は大きく変わってきます。</p> <p>○この章では、福祉用具を使用する環境の視点から事故の実態について考えてみましょう。</p>	
<p>ポイント</p> <p>福祉用具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

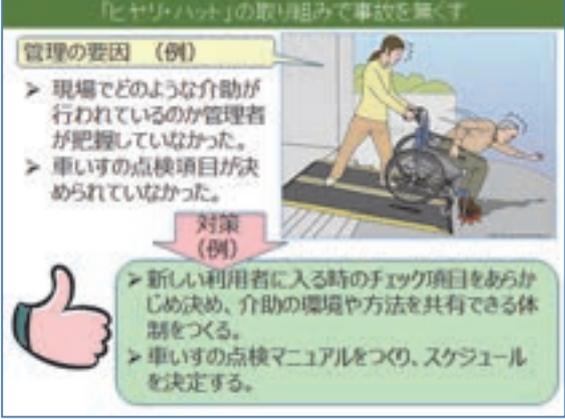
50	長編	50	中編	35	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド		
<p>「ヒヤリ・ハット」の取りこみで事故を防ぐ</p> <p>介助者の要因 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 「坂道では後ろ向きに降りる」という介助の基本を知らなかった。 > 「これくらいの角度なら大丈夫」と過信していた。 > 腕力が弱く、勢いを抑えられなかった。 <p>対策 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> > 新しい利用者では、本人を介助する前にスタッフ同士で一度練習して確認する。 > 介助を受け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防ぐ</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>											

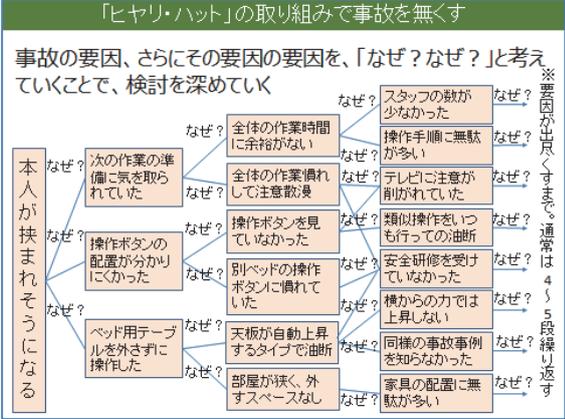
52	長編	52	中編	*	短編	*	アニメーション	あり(2回)	参考スライド
							<p>○事故当事者だけではない「人」の要因にも留意しましょう。</p> <p>○特に在宅生活支援での福祉用具の選定や適合調整には、福祉用具専門相談員がかかわり、その選定等が適切でないことが事故の要因になることがあります。</p> <p>○事故当事者以外の「人」(理学療法士、作業療法士、福祉用具専門相談員、ケアマネージャーなどの支援にあたる専門職全員)も、適切な選定・適合調整など、安全な使用を推進するチームとして連携することが大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>事故当事者以外の「人」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

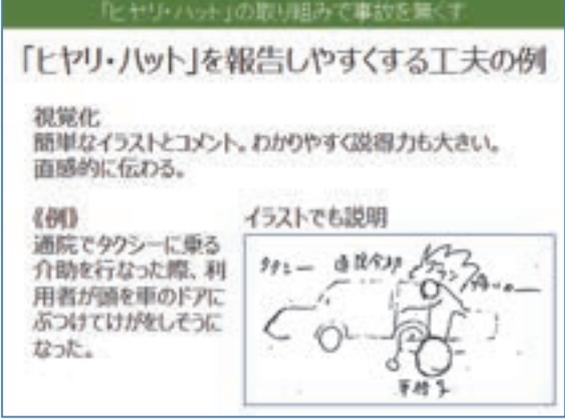
53	長編	53	中編	37	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド
							<p>○「環境の要因」とは、その福祉用具を使用する環境に関する要因です。</p> <p>○環境の要因では、広さや高さ、路面などの状況や、明るさ、天候などがあります。環境には常に変化する要素もありますので、その変化に応じた判断ができるかどうかも含め、十分な留意が望まれます。</p>		
<p>ポイント</p> <p>「環境」の要因の考え方を理解しましょう。</p>									

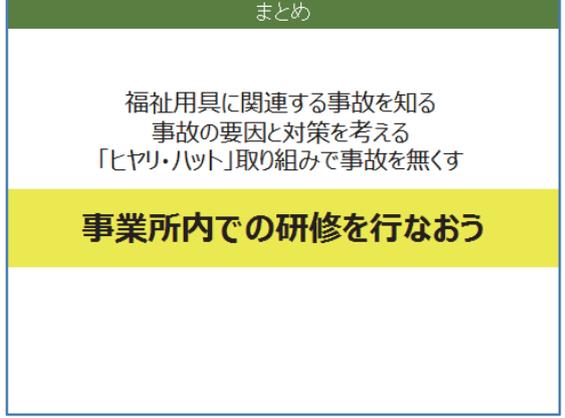
54	長編	54	中編	38	短編	*	アニメーション	あり(1回)	参考スライド
							<p>○「福祉用具の要因」とは、使いづらかった、身体に合っていなかった、壊れていた、などです。</p> <p>○「壊れていたことに気が付かなかった」のであれば、それは「人」の要因であるとも言え、「壊れている状態を放置した」となれば、これは「管理」の要因とも考えられます。</p> <p>○「福祉用具の要因」では、単に適切ではない用具の状態を指摘するだけでなく、「なぜそのような状況になっていたのか」を考えることが大切です。</p>		
<p>ポイント</p> <p>「福祉用具」の要因の考え方を理解しましょう。</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ない。</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>○「福祉用具で拡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>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>15</td> <td>1.1%</td> <td>1.1%</td> <td>1.1%</td> <td>1.1%</td> <td>15</td> <td>1.1%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</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	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	15	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	15	1.1%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	<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	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	15	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	15	1.1%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
福祉用具	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%																																																																																
<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>

(4) 介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート調査

1. 趣旨

平成 25 年度に、「福祉用具を安全で安心して利用するための方策の一助」を探るため、全市町村（保険者）介護保険担当主管課へのアンケート調査（1,731 箇所・回収率 58.9%）を行った。その結果、事業者から保険者への事故報告件数が全般的に低調であることが判明した。

そこで、平成 26 年度には、25 年度の調査で福祉用具に関する事故報告件数が比較的に多く、事故報告への対応が進んでいる保険者へのヒヤリングを行った。その結果、報告の大半は施設内で発生した事故であり、住宅内で発生した事故報告が非常に少ないことが判明した。

これを受けて本年度は、保険者に対する報告が少ない住宅内での福祉用具に関わる事故について、その発生の有無と、仮に事故が発生しているのであれば報告がなされない理由を知るために、居宅介護支援事業者および福祉用具貸与事業者を対象とした調査の必要性を検討した。

ただし、調査を実施するにあたっては、先行したヒヤリング調査等により「福祉用具に関する事故」の概念が必ずしも明確ではないことが懸念されるため、「福祉用具に関する事故」に限定した調査では有効な結果を得られない可能性があることから、住宅内での事故全般を対象として調査を行うこととした。

2. 調査概要

2-1. 調査の目的

第一に、介護保険制度を利用する要介護者のかかわる事故が住宅内でも発生していることを示すことである。第二に、それらの事故の中には、事業者が保険者に報告すべき義務を負うにもかかわらず報告がなされていないものが含まれることを明らかにすることである。第三に、保険者に報告されない理由を明らかにすることである。

2-2. 調査の内容

本調査では質問紙法（以下「アンケート」という）を用いる。アンケートは、次の3つの質問項目で構成される。

- (1) 質問1：回答者の属性に関する内容。
- (2) 質問2：平成27年中に発生した担当する利用者にかかわる、医療的な処置を必要とした事故の有無（件数）と保険者への報告の有無とその理由に関する内容。
- (3) 質問3：(2)の事故（複数がある場合はもっとも最近の事故）の実態と保険者への報告の有無、福祉用具の関わりに関する内容。

2-3. 用語の定義

アンケートの用語で判断に迷うものについては、次のように定義する。

- (1) 「事故の範囲」とは、介護保険制度上での被保険者や介護者などが「医療的な処置」を必要とした事故
- (2) 「医療的な処置」とは、死亡または入院や通院などで、往診や施設内での受診も含む。
- (3) 「住宅内での事故」とは、介護保険在宅サービス利用者の主たる生活の場となる建物内、および庭や駐車場などその敷地内での事故

2-4. 調査対象と抽出方法

本事業は、前述の平成25年度の調査、および平成26年度のヒヤリングで明らかになった「住宅内での事故報告が少ない」という実情を課題とすることから、平成25年度の調査「福祉用具事故情報に関する保険者アンケート調査」に回答した保険者において、事故報告件数が比較的多かった地域を対象とした。具体的には、同調査の結果から平均して月に1件以上（年間12件以上）の事故報告のあった保険者の地域（21地域）を抽出し、その地域の居宅介護支援事業所（1590箇所）、および福祉用具貸与事業所（323箇所）に所属する従業員を対象とした。ただし、従業員数の把握ができないため、調査用質問紙は、1事業所5部とした。

2-5. 調査期間

平成28年2月1日～2月17日

2-6. 調査票発送回収状況

(1) 調査票の発送状況

居宅介護支援事業所：1590 の事業所に各々5名分、合計 7950 票を発送した。

福祉用具貸与事業所：323 の事業所に各々5名分、合計 1615 票を発送した。

(2) 調査票の回収状況

上記発送数の内、事業所単位で1票以上が回収された数は以下の通りである。

居宅介護支援事業所：720 事業所（回収率 45.3%）、のべ回収票数 1757 票

福祉用具貸与事業所：130 事業所（回収率 40.2%）、のべ回収票数 369 票

3. 集計上の留意点

3-1. 「その他」自由記載事項から適切な回答でないと判断される票の取り扱い

(1) 「その他」の自由記載内容から、選択すべき回答枝が選択できる場合には、回答枝に振り替えて集計を行なった。

(例) 自由記載「訪問介護員初任者研修」を回答枝「訪問介護員（ヘルパー）」に振り替え

(2) 「その他」の自由記載内容から、該当しない事故について回答していることが明らかな場合には、質問1（回答者の属性に関する内容）のみを有効とし、質問2および質問3の両方を無効な回答として取り扱った。

(例) 「質問3」(4)の「事故が発生した場所はどこですか？」の問いに対し、「その他」の自由記載で「デイサービス送迎車の中」と回答するなど、住宅内での事故に該当しない事故と判断される場合。

3-2. 「単一回答」の設問に複数回答した票の取り扱い

「単一回答」の設問に複数の選択枝を選んだ票については、原則として質問1（回答者の属性に関する内容）のみを有効とし、質問2および質問3の両方を無効な回答として取り扱った。

3-3. 数字での回答欄に無記入であった回答の取り扱い

経験年数、担当者数、件数を問う数字での回答を求める設問に対し、空欄での回答であった票については、空欄と「0」を区別し、平均数の算出にあたり空欄の影響を受けないよう取り扱った。

3-4. 設問ごとの無回答の取り扱い

設問ごとの無回答票については、「無回答」として集計に加えた。

3-5. 回答の必要のない設問に回答した票の取り扱い

回答の必要のない設問に回答した票については、無効な回答として集計しないこととして取り扱った。

(例) 「①に「ある」と答えた人にお伺いします。・・・」という問いに対し、①に「ある」と答えなかったにもかかわらず記入のある票

3-6. 重複集計の排除に関する留意

同一事業所でのケアマネジメント担当者と事務担当者等、福祉用具貸与事業者の営業担当者と事務担当者等が、同一の事故に対して重複集計する可能性、および同一利用者の同一の事故を居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所の従業者が重複集計する可能性を排除するために、事故の有無と保険者への報告の設問（質問2および3）については、下記の配慮

を行った。

(1) 質問2および3では、各々居宅介護支援事業所のケアマネジメント業務従業者および、福祉用具貸与事業所の営業業務従業者の回答のみを集計した。

(2) 居宅介護支援事業所のケアマネジメント業務従業者の集計数と、福祉用具貸与事業所の営業業務従業者の集計数については、合計することなく独立して扱うこととした。

3-7. 報告書における割合、および割合の合計の表記

(1) 各集計の回答数の回答者数に対する割合は、小数点第二位を四捨五入し、小数点第一位までの表記とした。

(2) 割合の合計が四捨五入の関係で100%にならない場合は、各回答枝の割合を丸めることなく、合計のみを「100%」と表記した。これにより各回答枝の割合の合計が必ず100%にはなるものではない。

4. 集計結果

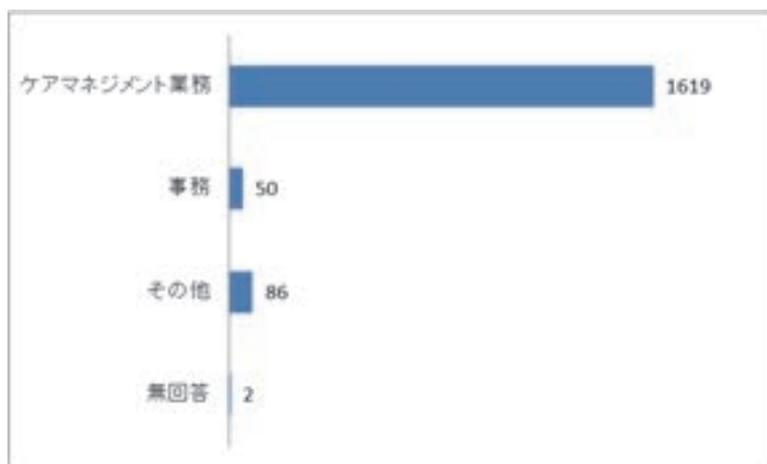
4-1. 回答者の属性（質問1）

4-1-1. 居宅介護支援事業所

(1) 主たる業務

① 回答者の内 1619 人（92.1%）がケアマネジメント業務に従事している。

主たる業務	回答数	割合
ケアマネジメント業務	1619	92.1%
事務	50	2.8%
その他	86	4.9%
無回答	2	0.1%
合計	1757	100.0%



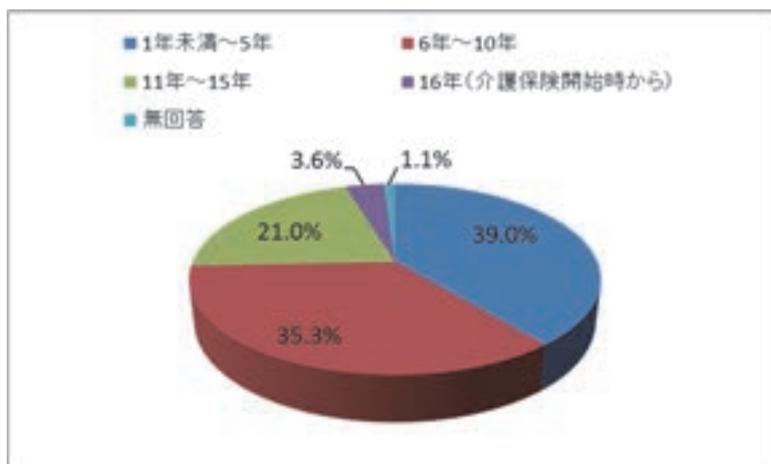
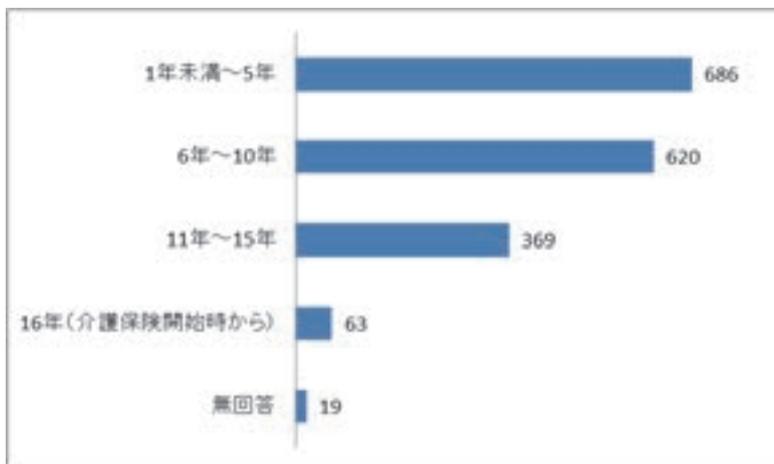
② 「その他」の主な自由記載

- 介護業務（デーサービス含む）
- 看護師業務（訪問看護含む）
- 管理業務（経営者含む）
- サービス提供責任者
- 訪問リハビリ

(2) 経験年数

① 回答者全体の平均7.5年であり、傾向は「1年未満～5年」が686票（39.0%）、ついで「6年～10年」が620票（35.3%）となった。

経験年数	回答数	割合
1年未満～5年	686	39.0%
6年～10年	620	35.3%
11年～15年	369	21.0%
16年（介護保険開始時から）	63	3.6%
無回答	19	1.1%
合計	1757	100.0%



(3) 保有する資格（複数回答）

① 回答者全体の資格保有状況では、取得率で 94.3%が介護支援専門員資格を保有し、次いで介護福祉士資格が 64.3%となっている。

資格種別	回答数	取得率
介護支援専門員	1657	94.3%
福祉用具専門相談員指定講習修了	87	5.0%
保健師・看護師	208	11.8%
理学療法士・作業療法士	14	0.8%
社会福祉士	241	13.7%
介護福祉士	1130	64.3%
訪問介護員（ヘルパー等）	505	28.7%
福祉住環境コーディネーター	217	12.4%
建築士	6	0.3%
福祉用具プランナー	16	0.9%
その他	189	10.8%

※取得率は、この設問に回答した票数（1757 票）に対する該当する資格を取得している人数の割合

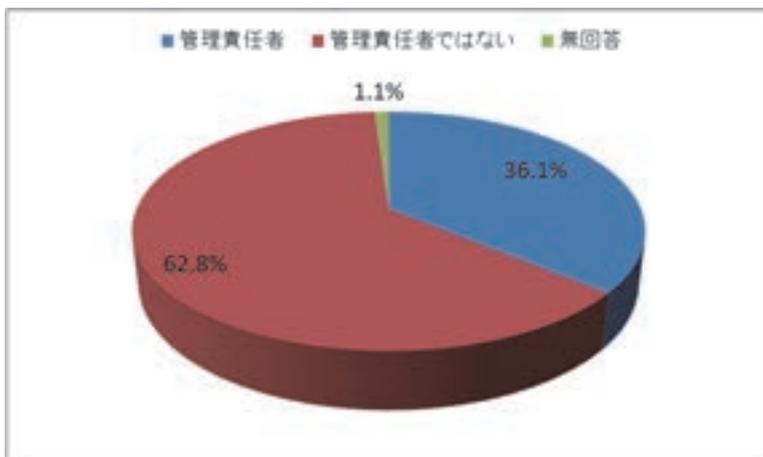
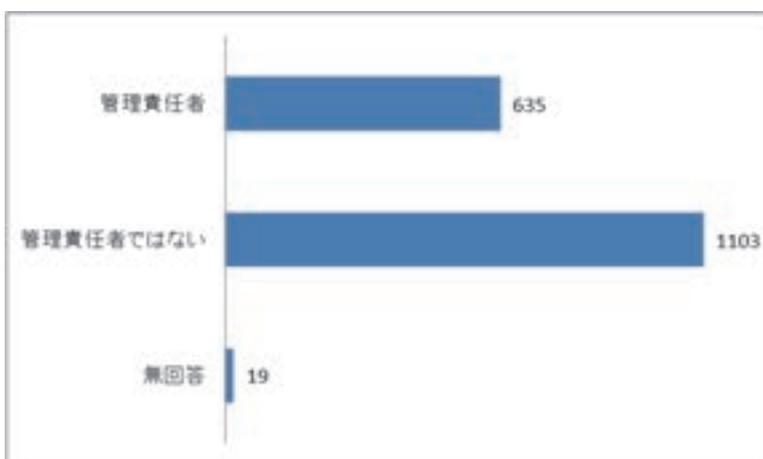
② 「その他」の主な自由記載

- 栄養士・管理栄養士
- 歯科衛生士
- 社会福祉主事（任用資格含む）
- 主任介護支援専門員
- 准看護師
- 鍼灸師、柔道整復師
- 精神保健福祉士
- 認知症ケア専門士
- 保育士

(4) 管理責任者の割合

① 回答者の内、管理責任者である票は 635 票（36.5%）であった。

	回答数	割合
管理責任者	635	36.1%
管理責任者ではない	1103	62.8%
無回答	19	1.1%
合計	1757	100.0%

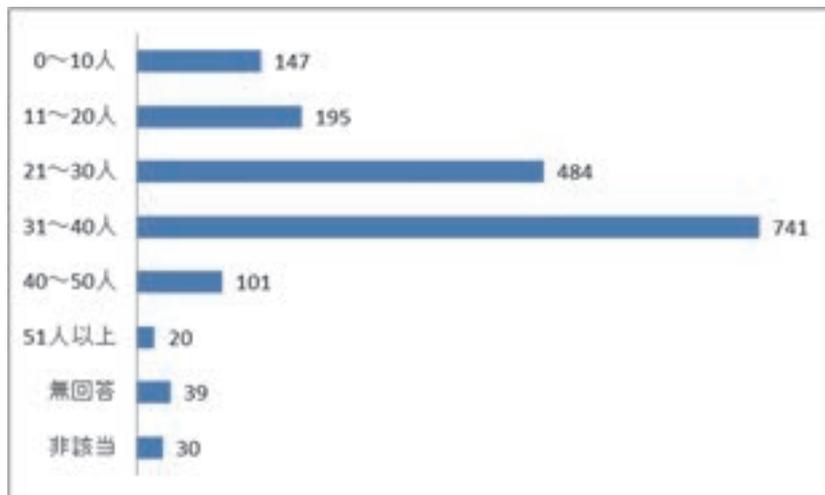


(5) 担当している利用者の人数

① 回答者全体では、担当している利用者の人数の平均は29.0人で、31人～40人の利用者を担当している票が最も多く741票（42.2%）であった。

※「非該当」～事務等で担当を持たない性質の業務等

利用者数	回答数	割合
0～10人	147	8.4%
11～20人	195	11.1%
21～30人	484	27.5%
31～40人	741	42.2%
40～50人	101	5.7%
51人以上	20	1.1%
無回答	39	2.2%
非該当	30	1.7%
合計	1757	100.0%



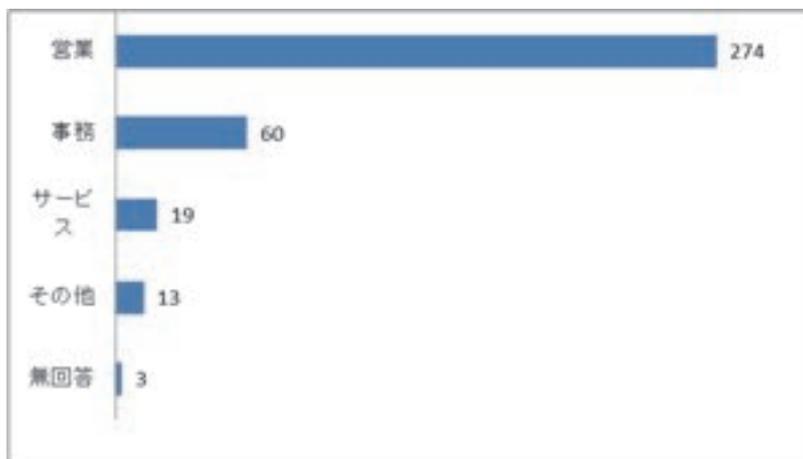
② 主たる業務がケアマネジメント業務である従業者（1619票）であり、かつ質問2・3に有効な回答をした票は1539票であった。その内の利用者数の回答があったのは、無回答の35票を除く1504票であった。回答のあった1504票の集計では、担当している利用者の合計は延べ44,554人で、ケアマネジメント業務従業者一人当たりの利用者数の平均は29.6人であった。

4-1-2. 福祉用具貸与事業所

(1) 主たる業務

① 回答者の内 273 人（74.0%）が営業業務に従事している。

主たる業務	回答数	割合
営業	274	74.3%
事務	60	16.3%
サービス	19	5.1%
その他	13	3.5%
無回答	3	0.8%
合計	369	100.0%



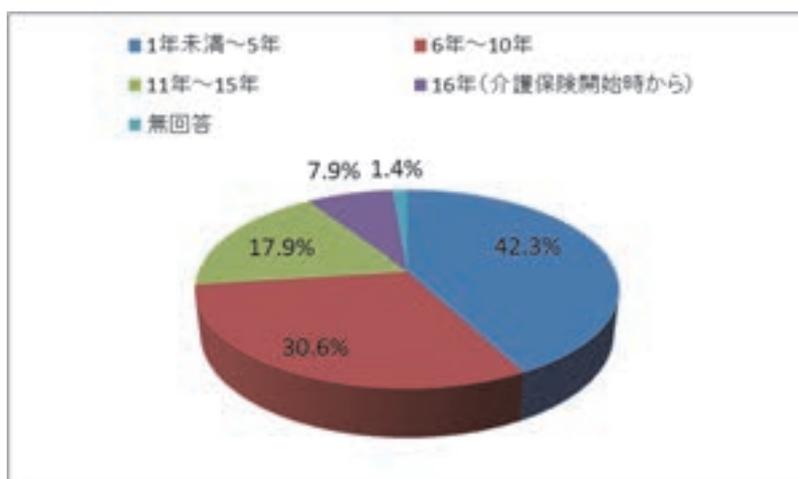
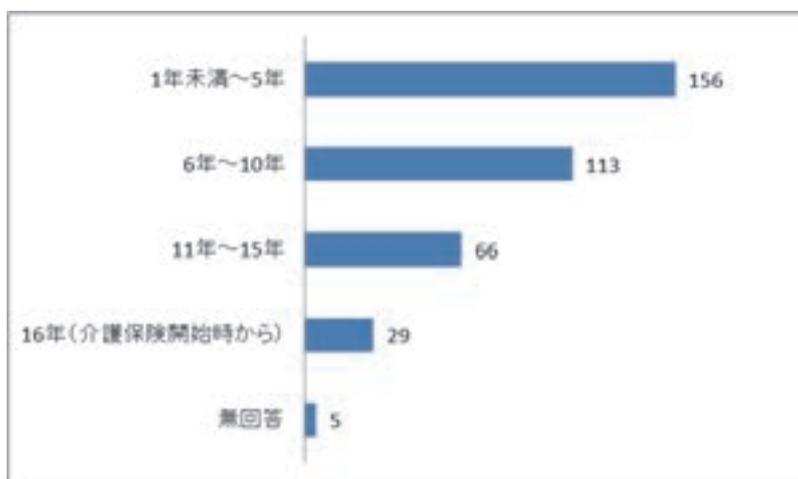
② 「その他」の主な自由記載

- 管理業務（経営者含む）
- 住宅改修業務
- 事務・店頭接客

(2) 経験年数

① 回答者全体の平均7.5年であり、傾向は「1年未満～5年」が156票（43.3%）、ついで「6年～10年」が113票（30.6%）であった。

経験年数	回答数	割合
1年未満～5年	156	42.3%
6年～10年	113	30.6%
11年～15年	66	17.9%
16年（介護保険開始時から）	29	7.9%
無回答	5	1.4%
合計	369	100.0%



(3) 保有する資格（複数回答）

① 回答者全体の資格保有状況では、取得率で 84.8%が福祉用具専門相談員指定講習修了資格を保有し、次いで福祉住環境コーディネータ資格が 38.5%となっている。

資格種別	取得数	取得率
介護支援専門員	27	7.3%
福祉用具専門相談員指定講習修了	313	84.8%
保健師・看護師	1	0.3%
理学療法士・作業療法士	2	0.5%
社会福祉士	9	2.4%
介護福祉士	33	8.9%
訪問介護員（ホームヘルパー）	93	25.2%
福祉住環境コーディネーター	142	38.5%
建築士	3	0.8%
福祉用具プランナー	32	8.7%
その他	10	2.7%

※取得率は、この設問に回答した票数（369票）に対する該当する資格を取得している人数の割合

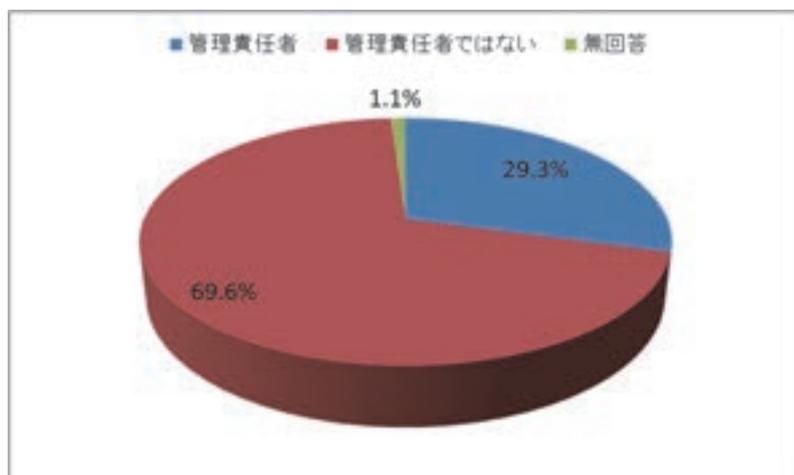
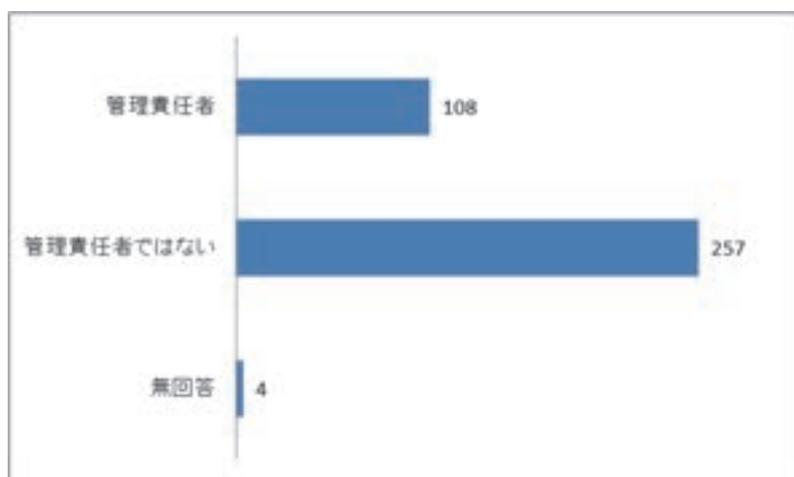
② 「その他」の主な自由記載

- 福祉用具選定士
- 介護事務

(4) 管理責任者の割合

① 回答者の内、管理責任者である票は108票（29.3%）であった。

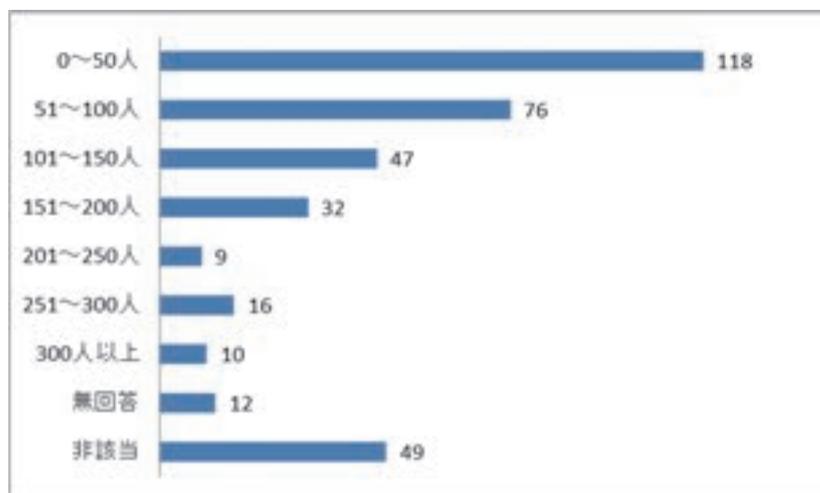
	回答数	割合
管理責任者	108	29.3%
管理責任者ではない	257	69.6%
無回答	4	1.1%
合計	369	100.0%



(5) 担当している利用者の人数

① 回答者全体の、担当している利用者の人数の平均は105.4人であり、0人～50人の利用者を担当している票が最も多く、118票（32.0%）であった。

利用者数	回答数	割合
0～50人	118	32.0%
51～100人	76	20.6%
101～150人	47	12.7%
151～200人	32	8.7%
201～250人	9	2.4%
251～300人	16	4.3%
300人以上	10	2.7%
無回答	12	3.3%
非該当	49	13.3%
合計	369	100.0%



② 主たる業務が営業業務である従事者（274票）であり、かつ質問2・3に有効な回答をした票は271票であった。その内の利用者数の回答があったのは、無回答の11票を除く260票であった。回答のあった260票の集計では、担当している利用者の合計は延べ30,497人で、営業業務従事者一人当たりの利用者数の平均は117.3人であった。

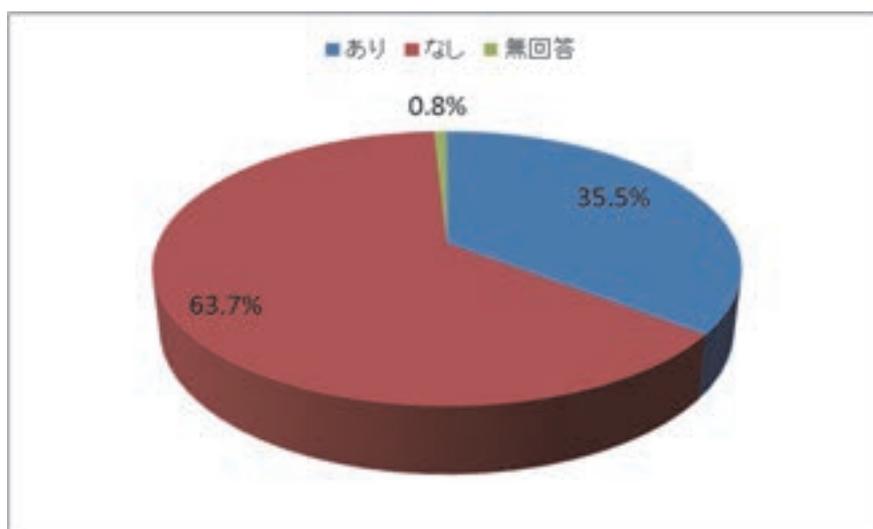
4-2. 平成27年1月1日から12月31日の間に、回答者が担当した利用者がかかわった住宅内での事故について（質問2）

4-2-1. 「医療的な処置の必要な事故」の有無

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 1539 票）

① 回答者の内 546 票（35.5%）が「医療的な処置の必要な事故があった」と回答した。

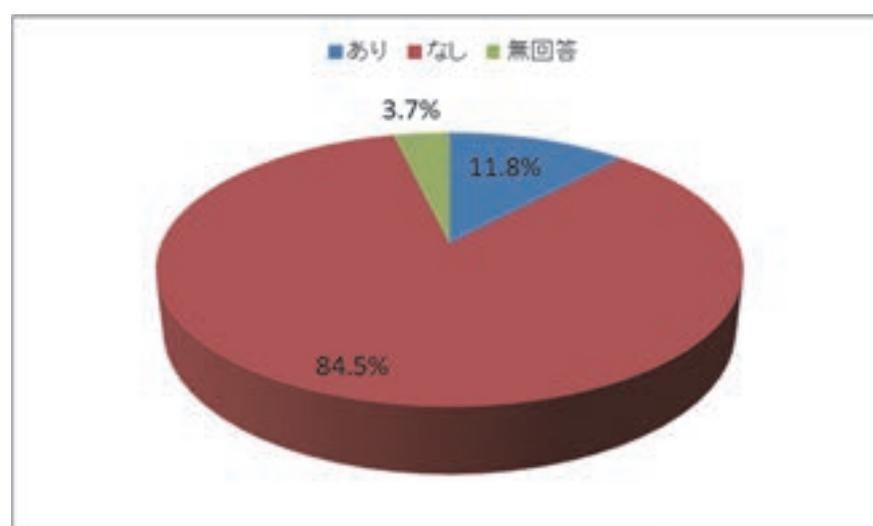
	回答数	割合
あり	546	35.5%
なし	980	63.7%
無回答	13	0.8%
合計	1539	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 271 票）

① 回答者の内 32 票（11.8%）が「医療的な処置の必要な事故があった」と回答した。

	回答数	割合
あり	32	11.8%
なし	229	84.5%
無回答	10	3.7%
合計	271	100.0%

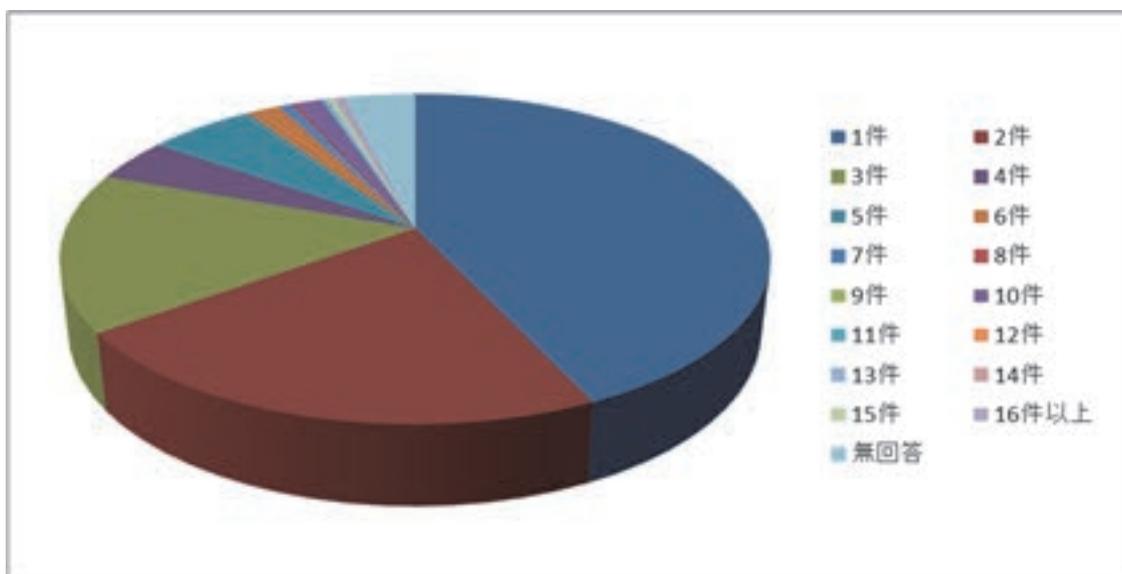
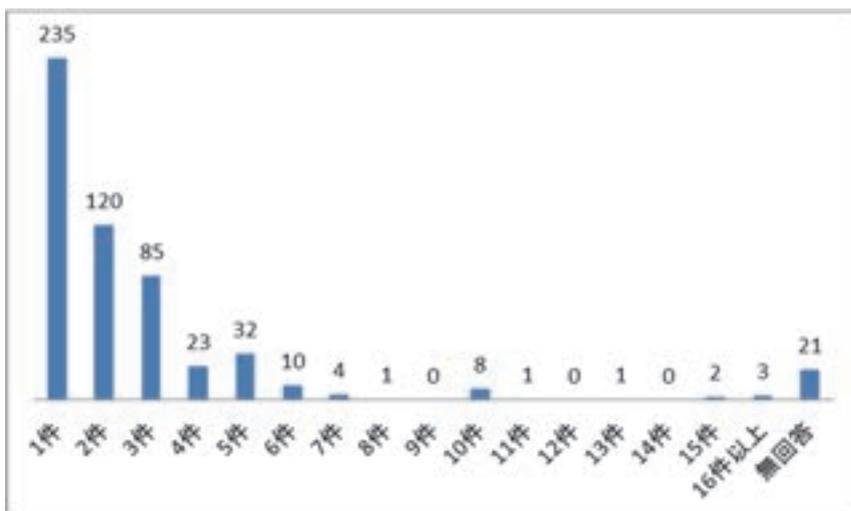


4-2-2. 「医療的な処置の必要な事故」があったと回答した票の事故件数

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① ケアマネジメント業務従事者が、平成 27 年 1 年間に把握した、担当している利用者がかかわった事故件数の合計は 1,270 件、平均は 2.4 件で、件数別では 1 件が最も多く 235 票（43.0%）であった。

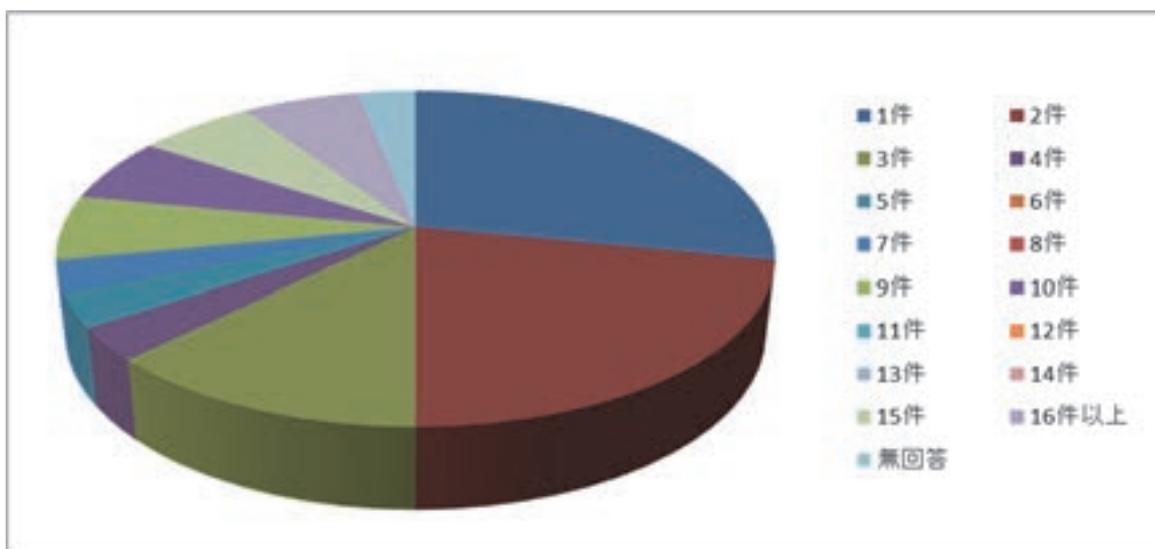
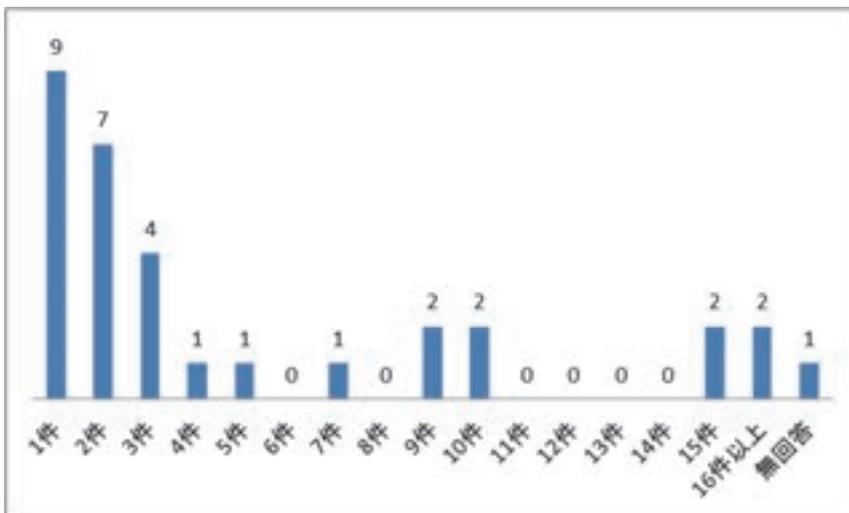
件数	回答数	割合
1 件	235	43.0%
2 件	120	22.0%
3 件	85	15.6%
4 件	23	4.2%
5 件	32	5.9%
6 件	10	1.8%
7 件	4	0.7%
8 件	1	0.2%
9 件	0	0.0%
10 件	8	1.5%
11 件	1	0.2%
12 件	0	0.0%
13 件	1	0.2%
14 件	0	0.0%
15 件	2	0.4%
16 件以上	3	0.5%
無回答	21	3.8%
合計	546	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 32 票）

① 営業業務従業者が、平成 27 年 1 年間に把握した、担当している利用者がかかわった事故件数の合計は 169 件、平均は 5.5 件で、件数別では 1 件が最も多く 9 票（28.1%）であった。

件数	回答数	割合
1 件	9	28.1%
2 件	7	21.9%
3 件	4	12.5%
4 件	1	3.1%
5 件	1	3.1%
6 件	0	0.0%
7 件	1	3.1%
8 件	0	0.0%
9 件	2	6.3%
10 件	2	6.3%
11 件	0	0.0%
12 件	0	0.0%
13 件	0	0.0%
14 件	0	0.0%
15 件	2	6.3%
16 件以上	2	6.3%
無回答	1	3.1%
合計	32	100.0%

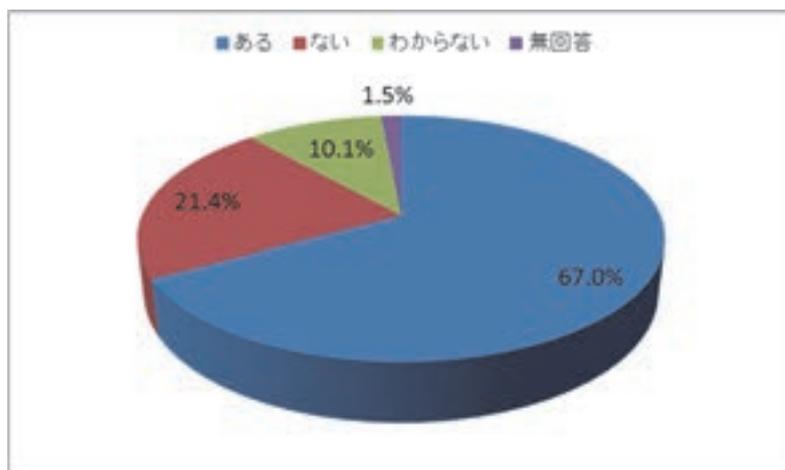


4-2-3. 「医療的な処置の必要な事故」があったと回答した票の、保険者への報告をしていない事故の有無

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① 回答者の内、366 票（67.0%）が「ある」と回答した。

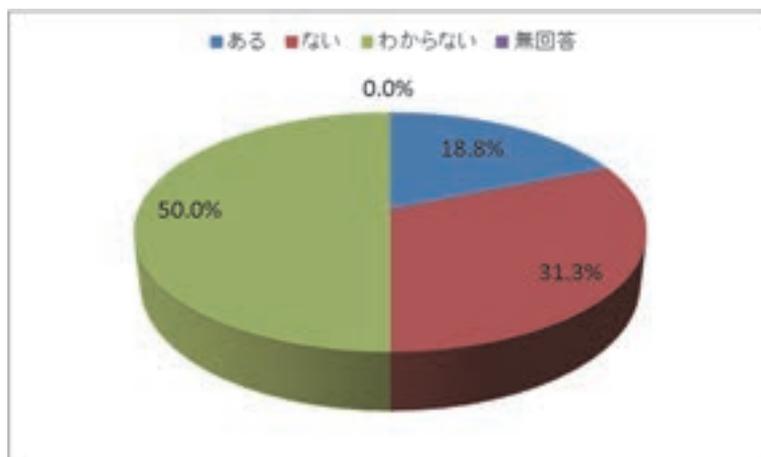
	回答数	割合
ある	366	67.0%
ない	117	21.4%
わからない	55	10.1%
無回答	8	1.5%
合計	546	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 32）

① 回答者の内、16 票（50.0%）が「わからない」と回答した。

	回答数	割合
ある	6	18.8%
ない	10	31.3%
わからない	16	50.0%
無回答	0	0.0%
合計	32	100.0%



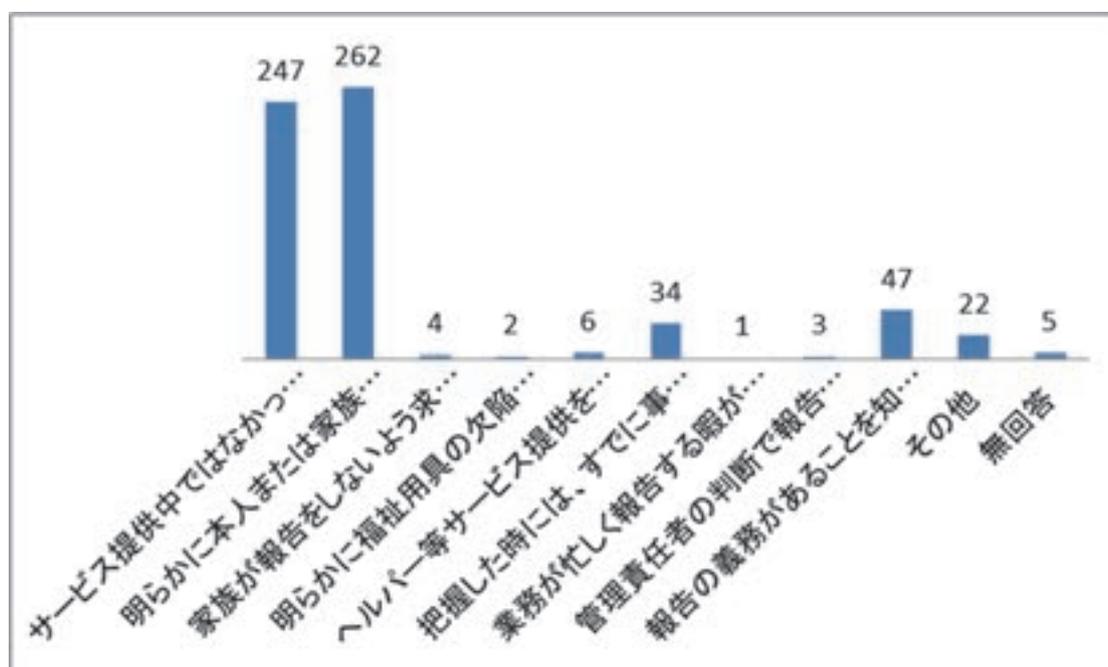
4-2-4. 「保険者に報告されない事故」が「ある」と回答した票の、報告されなかった理由

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（複数回答）

① 「明らかに本人または家族の過失であったため」が最も多く 262 票（71.6%）、次いで「サービス提供中ではなかったため」が 247 票（67.5%）であった。

報告されない理由	回答数	割合
サービス提供中ではなかったため	247	67.5%
明らかに本人または家族の過失であったため	262	71.6%
家族が報告をしないよう求めたため	4	1.1%
明らかに福祉用具の欠陥が原因であり、製造事業者等に報告したため	2	0.5%
ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため	6	1.6%
把握した時には、すでに事故の発生から時間が経過していたため	34	9.3%
業務が忙しく報告する暇がなかったため	1	0.3%
管理責任者の判断で報告をしなかったため	3	0.8%
報告の義務があることを知らなかったため	47	12.8%
その他	22	6.0%
無回答	5	1.4%

※割合は、この設問に回答した票数（366 票）に対する該当する理由を回答した人数の割合



② 「その他」主な自由記載の内容

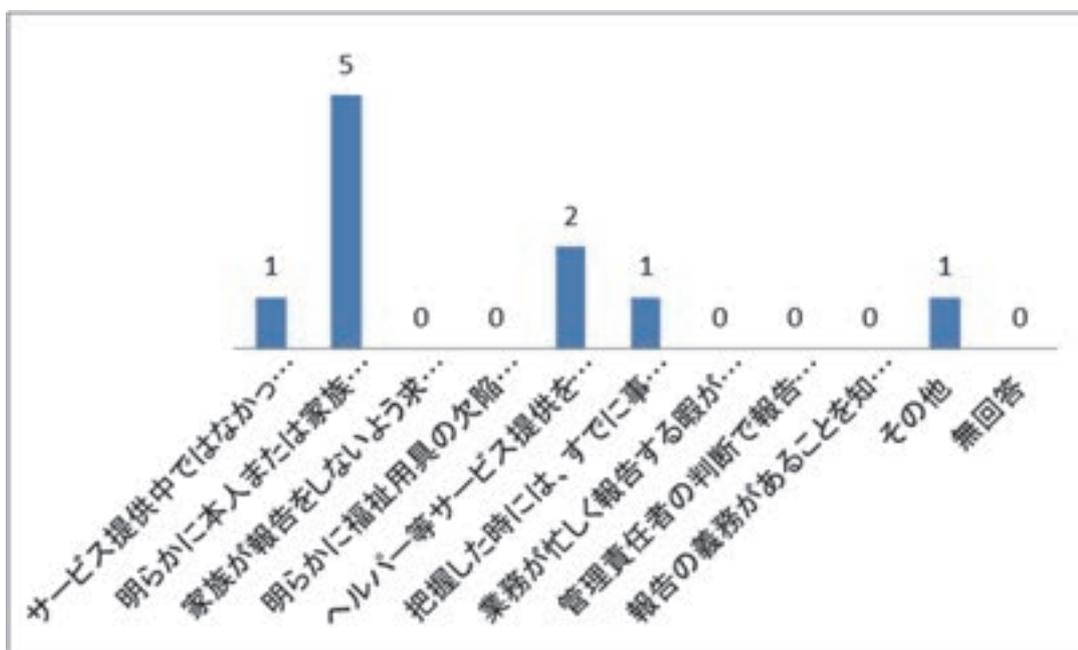
- 在宅の方にも報告の義務があるのですか？
- 自宅庭での転倒事故であり、医療処置もあり報告の必要があるとは考えなかった。
- 市町村へ相談したが骨折でないため報告はいらないと言われた。
- 住宅内であったこと、介護事業所と違って住宅内であったため保険者に報告しなくてよいと思った。
- 責任の所在が明確でなかった。
- 認知症独居の方の転倒事故で目撃者なく、状況が正確に把握できない。
- 本人家族とも精神障害があり真相が不明であった。
- お1人は家で洗濯を干して尻餅をついたため、お1人は家で玄関先で躓いて転倒した。
- 受診の結果骨折等の所見が認められず、その後も日常生活を送っているため、このようなケースも事故とみなされ保険者への報告義務があるとは知らなかった。
- 入退院であるため特に保険者に報告していない。
- 骨折以上の事故は報告が求められているが対象とならない状態だった。
- 尻餅をついたなどで利用者が通院するまでにも日数がたっている。
- 福祉用具に関わる事故ではないので、報告の義務があるとは知りませんでした。
- 在宅時の転倒による骨折であった。
- 事故であるかどうかの判定が困難でリスク対策委員会の決定により事故と判断しないとの報告を受けた。
- 生保や変更申請が必要になる場合のみ報告している。
- 止血や湿布貼付で済んだ事故だった。
- 自宅内外での転倒等による事故だった。
- 大きなことではなかった。
- 家の中で転倒、安静にしていれば治るように医師に指示された。デイケアは1か月休んだ。

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（複数回答）

① 「明らかに本人または家族の過失であったため」が最も多く5票（83.3%）、次いで「ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため」が2票（33.3%）であった。

報告されない理由	回答数	割合
サービス提供中ではなかったため	1	16.7%
明らかに本人または家族の過失であったため	5	83.3%
家族が報告をしないよう求めたため	0	0.0%
明らかに福祉用具の欠陥が原因であり、製造事業者等に報告したため	0	0.0%
ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため	2	33.3%
把握した時には、すでに事故の発生から時間が経過していたため	1	16.7%
業務が忙しく報告する暇がなかったため	0	0.0%
管理責任者の判断で報告をしなかったため	0	0.0%
報告の義務があることを知らなかったため	0	0.0%
その他	1	16.7%
無回答	0	0.0%

※割合は、この設問に回答した票数（6票）に対する該当する理由を回答した人数の割合



② 「その他」主な自由記載の内容

- 福祉用具使用中の事故ではなかったため、歩行器使用時転倒するリスクが想定されており、介護者の見守りを条件にしていたが守られなかった。

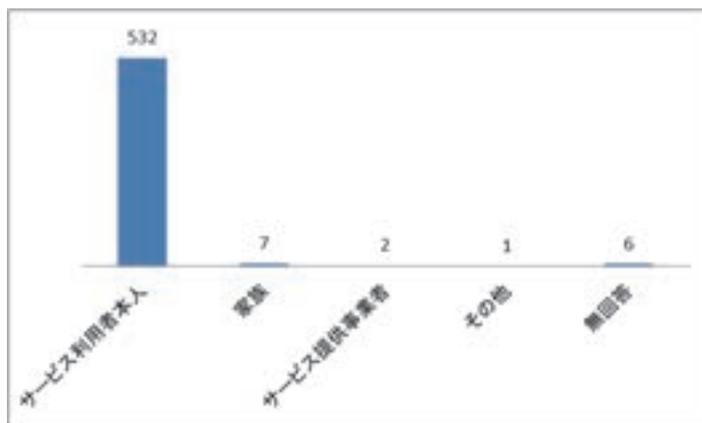
4-3. 平成 27 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の間に、回答者が担当した利用者がかかわった住宅内での事故(複数がある場合はもっとも最近の事故)の発生状況と保険者への報告の有無、福祉用具の関わりについて(質問 3)

4-3-1. 「医療的な処置」を受けたのは誰か

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者(複数回答)

① サービス利用者本人の割合が最も多く、532 票(97.4%)であった。

医療的処置を受けた人	回答数	割合
サービス利用者本人	532	97.4%
家族	7	1.3%
サービス提供事業者	2	0.4%
その他	1	0.2%
無回答	6	1.1%



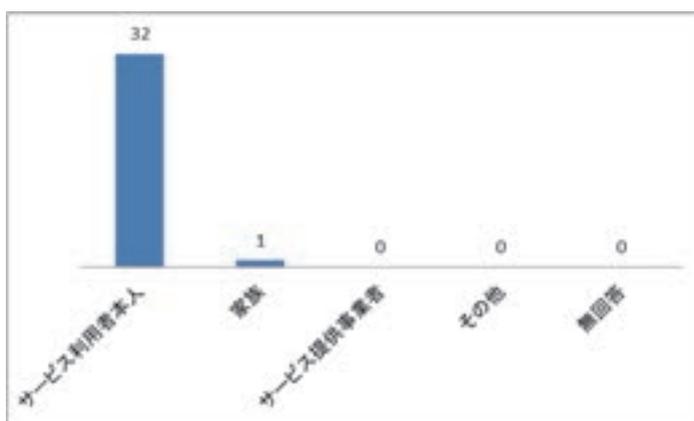
※割合は、この設問に回答した票数(546 票)に対する該当する理由を回答した人数の割合

② 「その他」の主な自由記載
記載された回答票は無かった。

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者(複数回答)

① サービス利用者本人の割合が最も多く、32 票(100.0%)であった。

医療的処置を受けた人	回答数	割合
サービス利用者本人	32	100.0%
家族	1	3.1%
サービス提供事業者	0	0.0%
その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%



※割合は、この設問に回答した票数(32 票)に対する該当する理由を回答した人数の割合

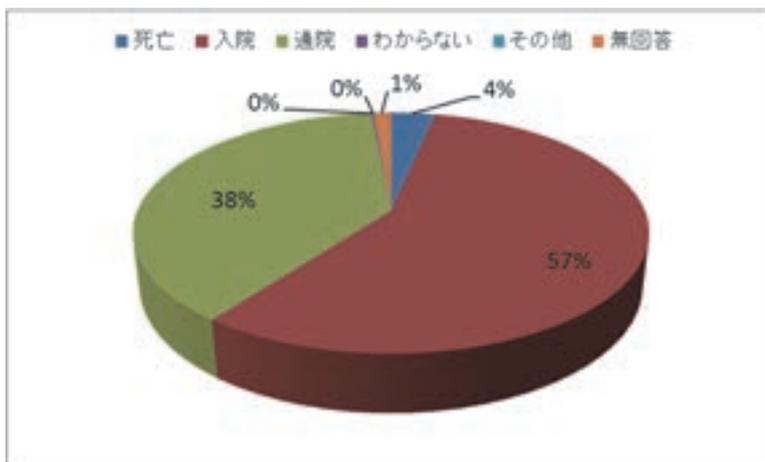
② 「その他」の主な自由記載
記載された回答票は無かった。

4-3-2. 「医療的な処置」の程度

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① 「入院」が最も多く、311 票（57.0%）であった。

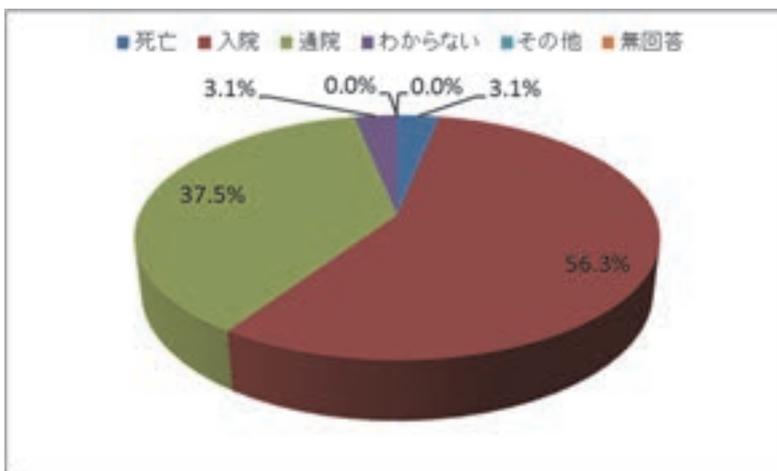
処置の程度	回答数	割合
死亡	18	3.3%
入院	311	57.0%
通院	209	38.3%
わからない	1	0.2%
その他	0	0.0%
無回答	7	1.3%
合計	546	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者

① 「入院」が最も多く、18 票（56.3%）であった。（有効回答数 32 票）

処置の程度	回答数	割合
死亡	1	3.1%
入院	18	56.3%
通院	12	37.5%
わからない	1	3.1%
その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合計	32	100.0%

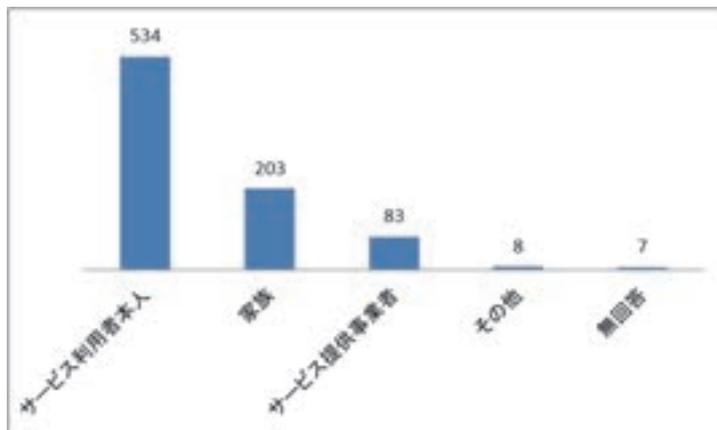


4-3-3. 事故が発生した場面にいた人

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（複数回答）

① 場面にいた人の集計では、サービス利用者本人が 534 票（97.8%）であった。

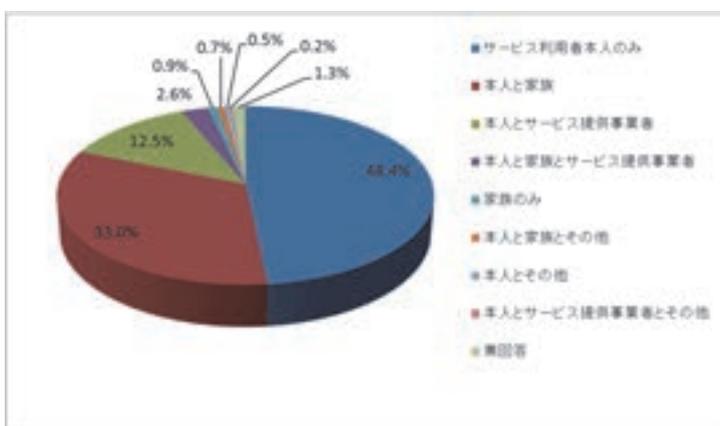
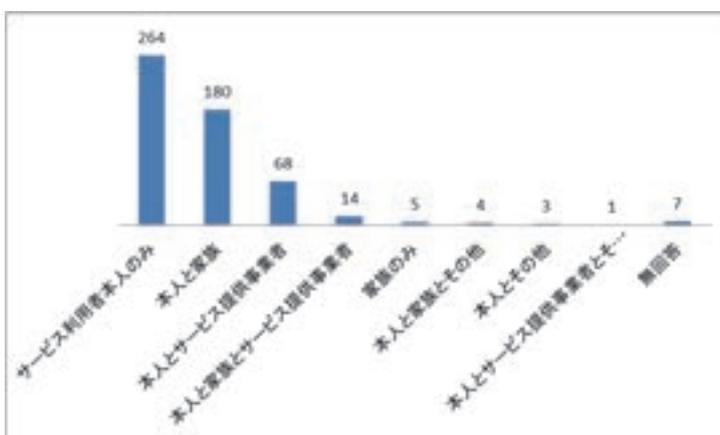
事故場面にいた人	回答数	割合
サービス利用者本人	534	97.8%
家族	203	37.2%
サービス提供事業者	83	15.2%
その他	8	1.5%
無回答	7	1.3%



※割合は、この設問に回答した票数（546 票）に対する該当する理由を回答した人数の割合

② 複数回答の組み合わせでは、サービス利用者本人のみが 264 票（48.4%）、次いで本人と家族が 180 票（33.0%）であった。

事故場面にいた人	回答数	割合
サービス利用者本人のみ	264	48.4%
本人と家族	180	33.0%
本人とサービス提供事業者	68	12.5%
本人と家族とサービス提供事業者	14	2.6%
家族のみ	5	0.9%
本人と家族とその他	4	0.7%
本人とその他	3	0.5%
本人とサービス提供事業者とその他	1	0.2%
無回答	7	1.3%

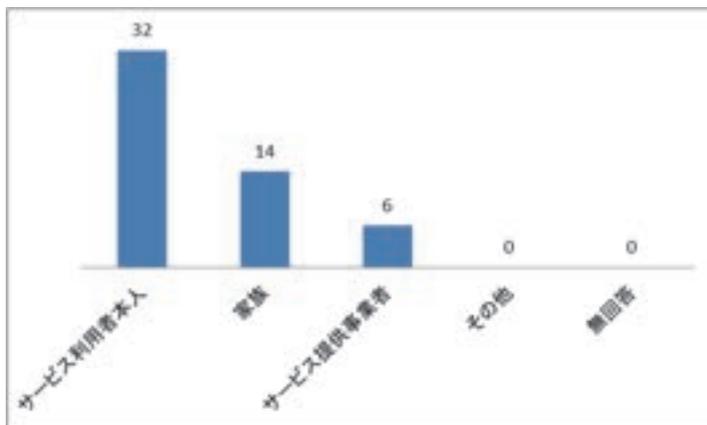


※割合は、この設問に回答した票数（546 票）に対する該当する理由を回答した人数の割合

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（複数回答）

① 場面にいた人の集計では、サービス利用者本人が 32 票（100.0%）であった。

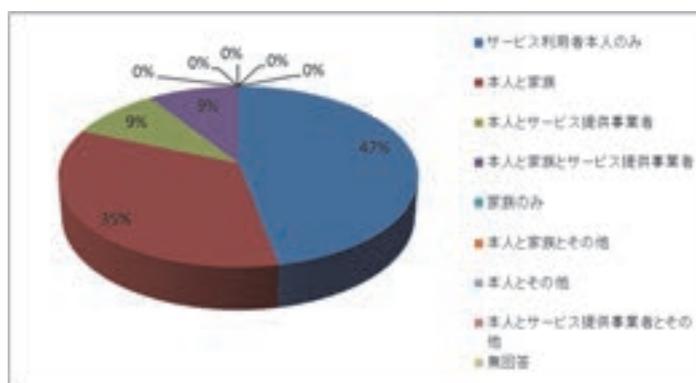
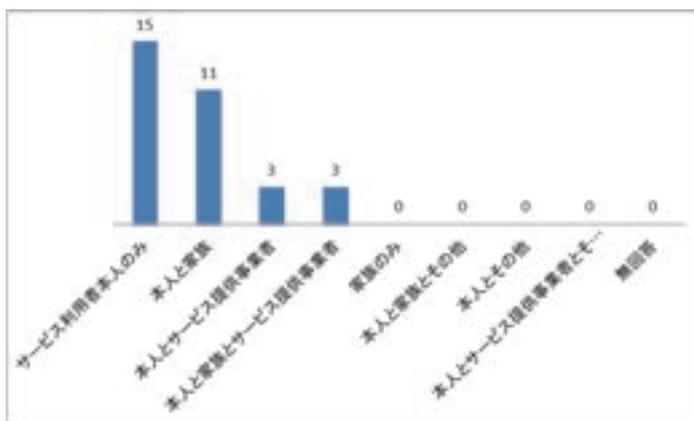
事故場面にいた人	回答数	割合
サービス利用者本人	32	100.0%
家族	14	43.8%
サービス提供事業者	6	18.8%
その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%



※割合は、この設問に回答した票数（32 票）に対する該当する理由を回答した人数の割合

② 複数回答の組み合わせでは、サービス利用者本人のみが 15 票（46.9%）、次いで本人と家族が 11 票（34.4%）であった。

事故場面にいた人	回答数	割合
サービス利用者本人のみ	15	46.9%
本人と家族	11	34.4%
本人とサービス提供事業者	3	9.4%
本人と家族とサービス提供事業者	3	9.4%
家族のみ	0	0.0%
本人と家族とその他	0	0.0%
本人とその他	0	0.0%
本人とサービス提供事業者とその他	0	0.0%
無回答	0	0.0%



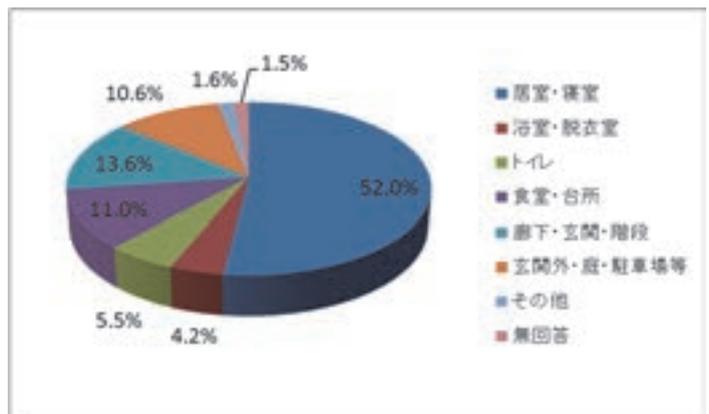
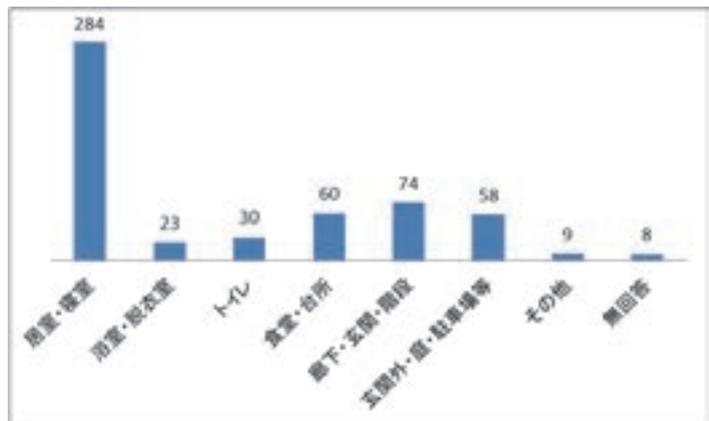
※割合は、この設問に回答した票数（32 票）に対する該当する理由を回答した人数の割合

4-3-4. 事故が発生した場所

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① 「居室・寝室」が最も多く、283 票 (51.8%)、次いで「廊下・玄関・階段」が 74 票 (13.6%) であった。

事故が発生した場所	回答数	割合
居室・寝室	284	52.0%
浴室・脱衣室	23	4.2%
トイレ	30	5.5%
食堂・台所	60	11.0%
廊下・玄関・階段	74	13.6%
玄関外・庭・駐車場等	58	10.6%
その他	9	1.6%
無回答	8	1.5%
合計	546	100.0%



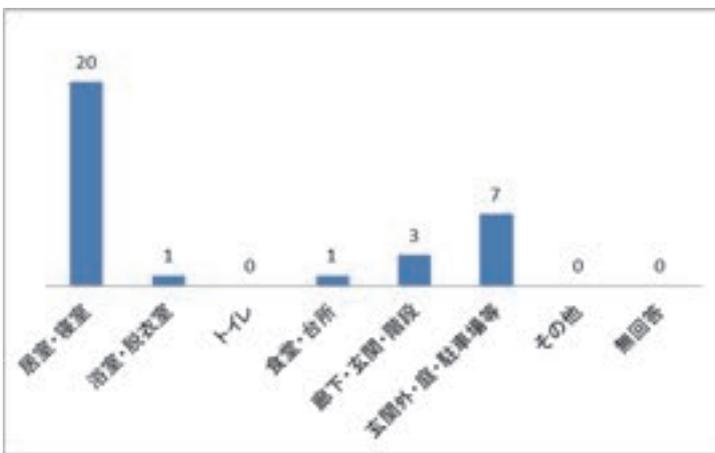
② 「その他」主な自由記載の内容

- 現場は不明。発生時間帯と発見がずれていた。
- ご本人自身気づかないうちに
- 洗濯干場
- 不明
- ベランダ
- 本人の証言では場所が室内のどこか不明なため
- 腰痛が強く受診。圧迫骨折の疑いがあったが、はっきりわからなかった。どこでやったものなのか、本人の自覚もなかった。

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者 (有効回答数 32 票)

① 「居室・寝室」が最も多く、20 票 (62.5%)、次いで「廊下・玄関・階段」が 3 票 (9.4%) であった。

事故が発生した場所	回答数	割合
居室・寝室	20	62.5%
浴室・脱衣室	1	3.1%
トイレ	0	0.0%
食堂・台所	1	3.1%
廊下・玄関・階段	3	9.4%
玄関外・庭・駐車場等	7	21.9%
その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合計	32	100.0%



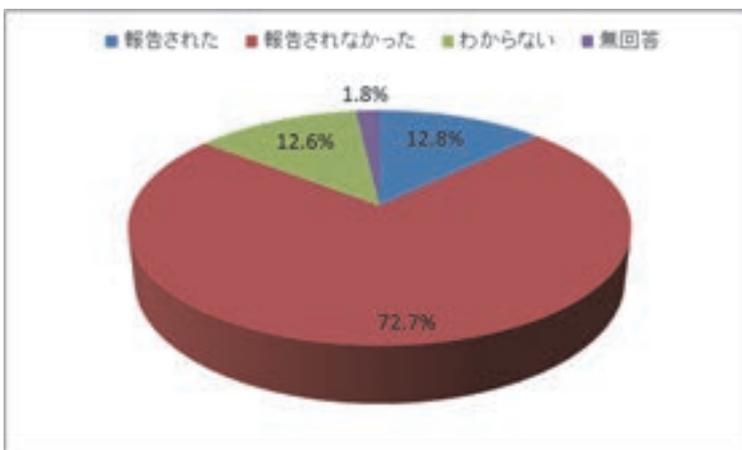
② 「その他」主な自由記載の内容
記載された回答票は無かった。

4-3-5. 事故の保険者への報告の有無

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① 「報告されなかった」が最も多く、397 票（72.7%）であった。

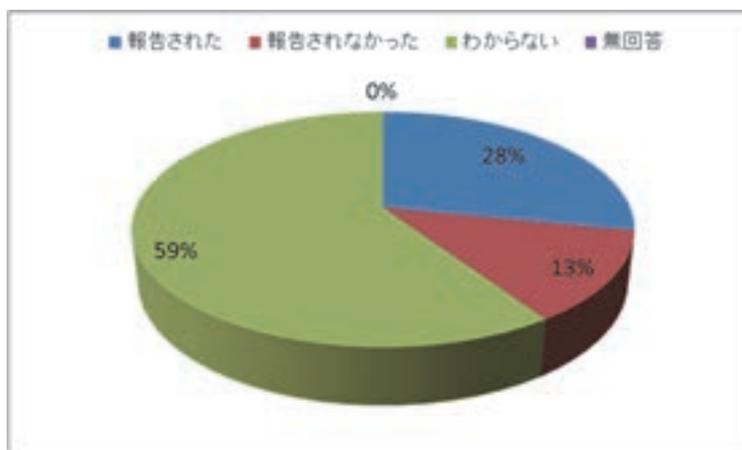
報告の有無	回答数	割合
報告された	70	12.8%
報告されなかった	397	72.7%
わからない	69	12.6%
無回答	10	1.8%
合計	546	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 32 票）

① 「わからない」が最も多く、19 票（59.4%）であった。

報告の有無	回答数	割合
報告された	9	28.1%
報告されなかった	4	12.5%
わからない	19	59.4%
無回答	0	0.0%
合計	32	100.0%

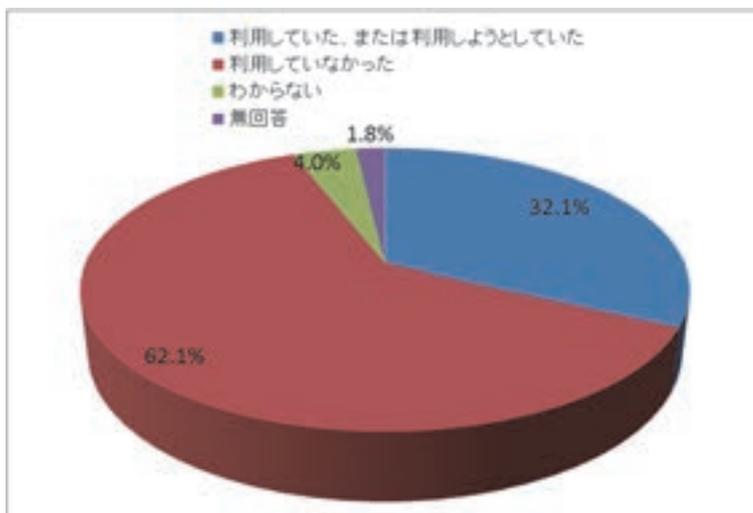


4-3-6. 事故の際の福祉用具利用の有無

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 546 票）

① 「利用していなかった」が最も多く、340 票（62.3%）であった。

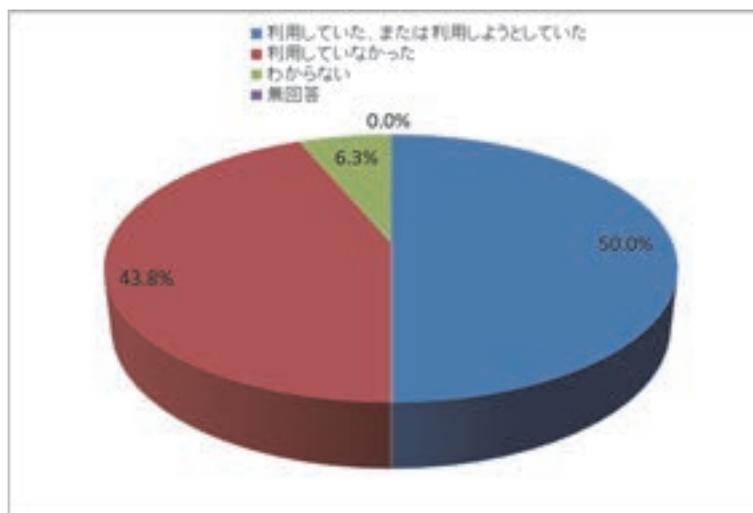
福祉用具利用有無	回答数	割合
利用していた、または利用しようとしていた	175	32.1%
利用していなかった	339	62.1%
わからない	22	4.0%
無回答	10	1.8%
合計	546	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 32 票）

① 「利用していた、利用しようとしていた」が最も多く、16 票（50.0%）であった。

福祉用具利用有無	回答数	割合
利用していた、または利用しようとしていた	16	50.0%
利用していなかった	14	43.8%
わからない	2	6.3%
無回答	0	0.0%
合計	32	100.0%



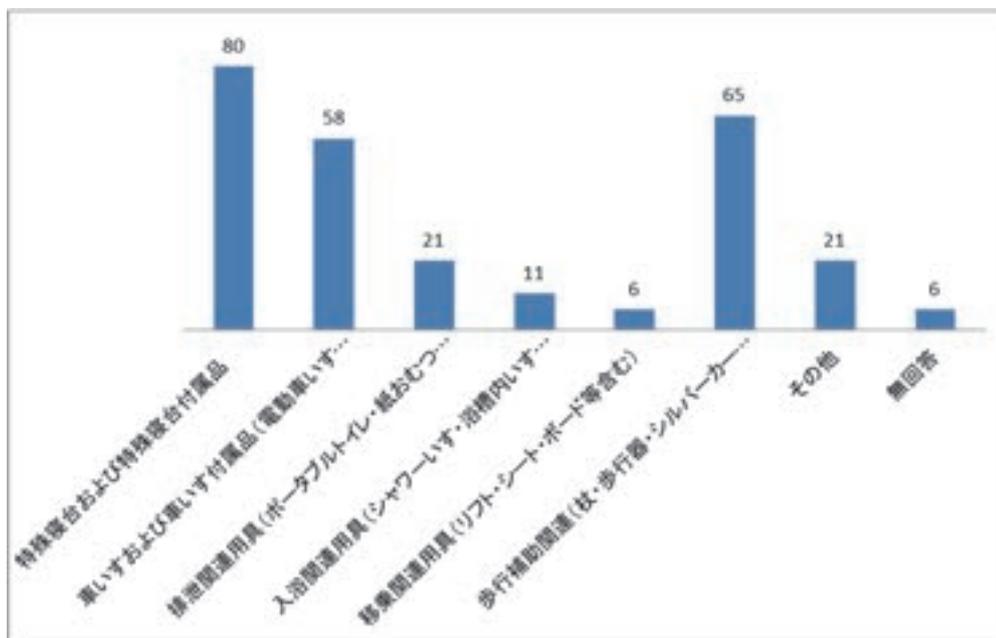
4-3-7. 事故の際に利用していた福祉用具の種類

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（複数回答）

① 「特殊寝台・特殊寝台付属品」が最も多く、80票（45.7%）、次いで歩行補助関連用具が65票（37.1%）であった。

事故の際に利用していた福祉用具	回答数	割合
特殊寝台および特殊寝台付属品	80	45.7%
車いすおよび車いす付属品（電動車いすを含む）	58	33.1%
排泄関連用具（ポータブルトイレ・紙おむつ等含む）	21	12.0%
入浴関連用具（シャワーいす・浴槽内いす等含む）	11	6.3%
移乗関連用具（リフト・シート・ボード等含む）	6	3.4%
歩行補助関連（杖・歩行器・シルバーカー等含む）	65	37.1%
その他	21	12.0%
無回答	6	3.4%

※割合は、この設問に回答した票数（175票）に対する該当する用具を回答した人数の割合



② 「その他」の主な自由記載の内容

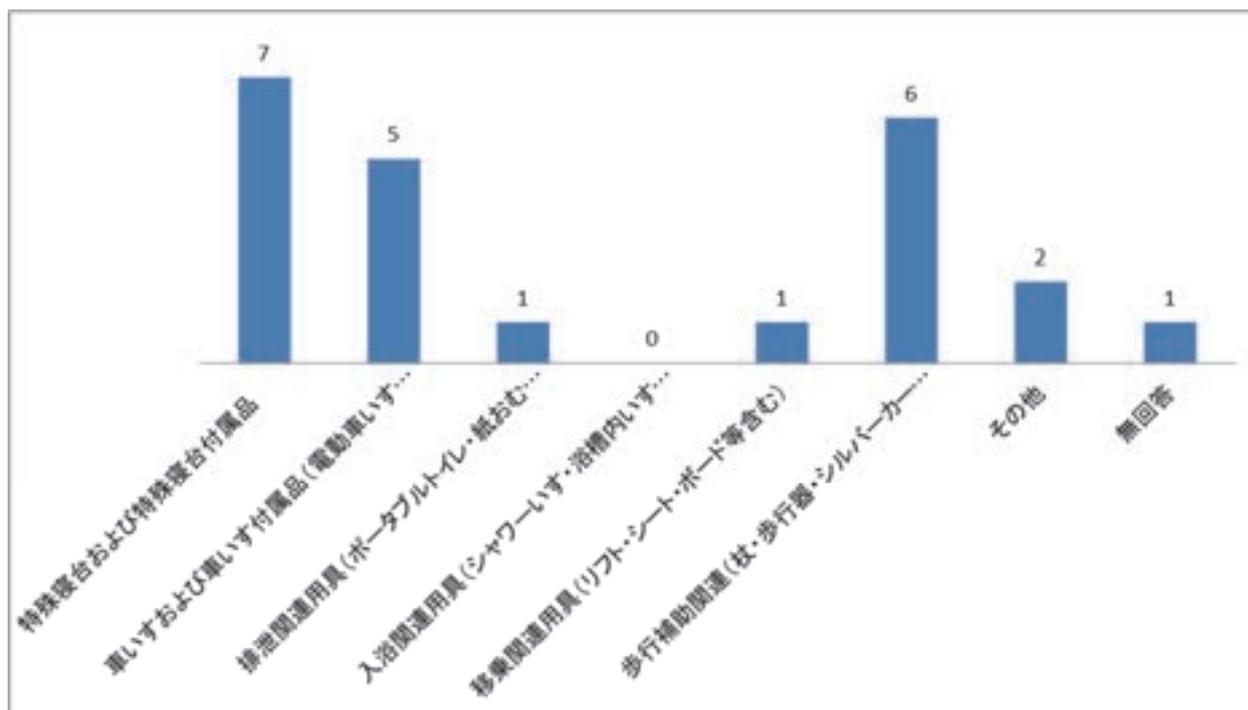
- 移動時自分で掴まるベストポジションバー利用しようとしたが掴めず転倒した。
- 据え置き式手すり
- 手すり
- 車いすで食堂で待っていて熱茶のコップをこぼしやけど

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（複数回答）

① 「特殊寝台・特殊寝台付属品」が最も多く、80票（45.7%）、次いで歩行補助関連用具が65票（37.1%）であった。

事故の際に利用していた福祉用具	回答数	割合
特殊寝台および特殊寝台付属品	7	43.8%
車いすおよび車いす付属品（電動車いすを含む）	5	31.3%
排泄関連用具（ポータブルトイレ・紙おむつ等含む）	1	6.3%
入浴関連用具（シャワーいす・浴槽内いす等含む）	0	0.0%
移乗関連用具（リフト・シート・ボード等含む）	1	6.3%
歩行補助関連（杖・歩行器・シルバーカー等含む）	6	37.5%
その他	2	12.5%
無回答	1	6.3%

※割合は、この設問に回答した票数（16票）に対する該当する用具を回答した人数の割合



② 「その他」の主な自由記載の内容

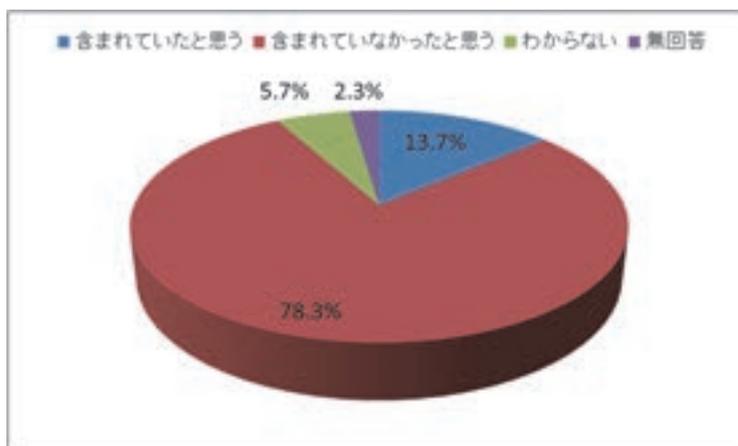
- 手すり

4-3-8. 福祉用具に係る要因の有無についてどう思うか

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 175 票）

① 福祉用具に関する要因が「含まれていなかったと思う」が最も多く、137 票（78.3%）であった。

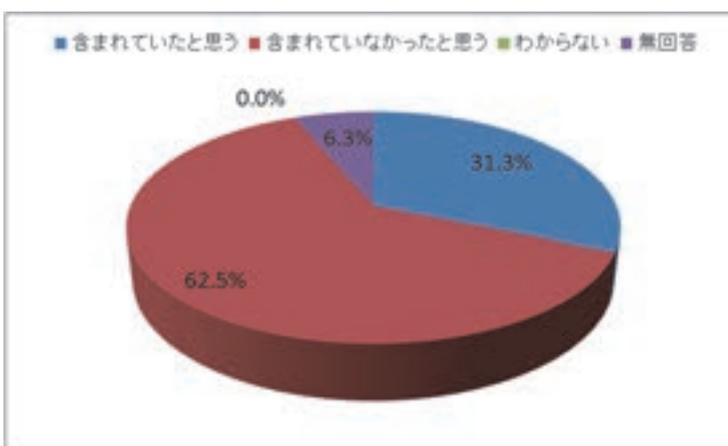
福祉用具に関する要因	回答数	割合
含まれていたと思う	24	13.7%
含まれていなかったと思う	137	78.3%
わからない	10	5.7%
無回答	4	2.3%
合計	175	100.0%



(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 16 票）

① 福祉用具に関する要因が「含まれていなかったと思う」が最も多く、10 票（62.5%）であった。

福祉用具に関する要因	回答数	割合
含まれていたと思う	5	31.3%
含まれていなかったと思う	10	62.5%
わからない	0	0.0%
無回答	1	6.3%
合計	16	100.0%

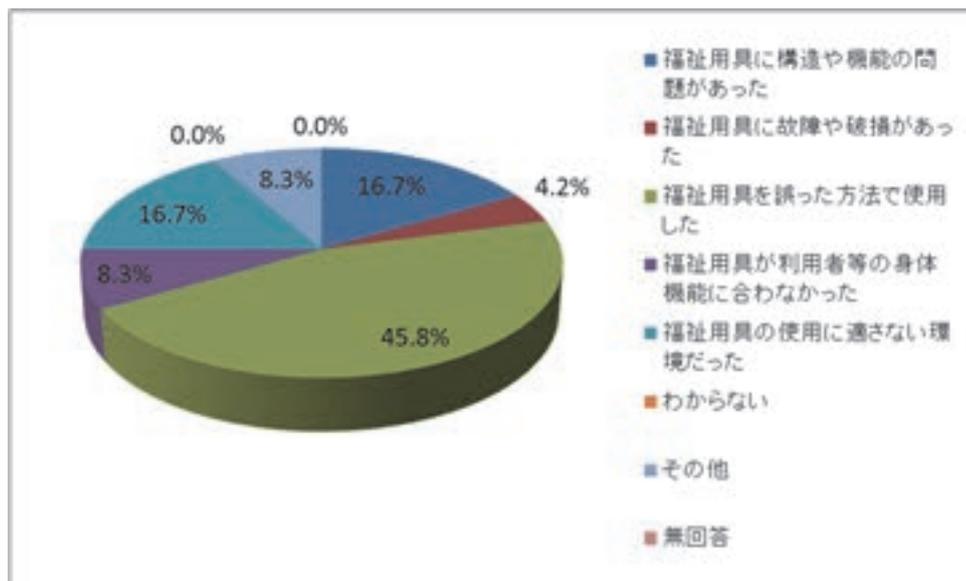


4-3-9. 回答者が思う福祉用具に関係する要因とは何か

(1) 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（有効回答数 24 票）

① 「福祉用具を誤った方法で使用した」が最も多く、11 票（45.8%）であった。

福祉用具に関係する要因の内容	回答数	割合
福祉用具に構造や機能の問題があった	4	16.7%
福祉用具に故障や破損があった	1	4.2%
福祉用具を誤った方法で使用した	11	45.8%
福祉用具が利用者等の身体機能に合わなかった	2	8.3%
福祉用具の使用に適さない環境だった	4	16.7%
わからない	0	0.0%
その他	2	8.3%
無回答	0	0.0%
合計	24	100.0%



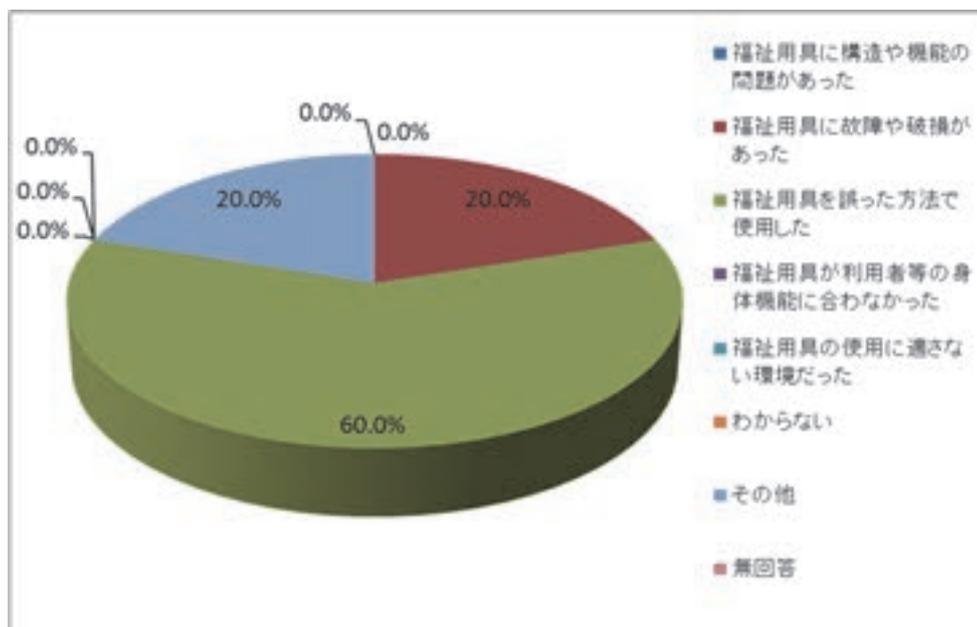
② 「その他」の主な自由記載の内容

- 手すりに滑り止めがなかった。
- 福祉用具（歩行器）に掴まらせて、家族がおむつ交換をしようとした。歩行器が動き転倒、歩行器に掴まらせたことに誤りがあった。
- 福祉用具専門相談員が狭い浴室内に必要のない用具や適さない用具を入れてしまい、かえって危険な環境になった。本人認知症、担当者会議は行っていない状態だった。専門職としても資質を問いたい問題でした。

(2) 福祉用具貸与事業所営業業務従事者（有効回答数 5 票）

① 「福祉用具を誤った方法で使用した」が最も多く、3 票（60.0%）であった。

福祉用具に関する要因の内容	回答数	割合
福祉用具に構造や機能の問題があった	0	0.0%
福祉用具に故障や破損があった	1	20.0%
福祉用具を誤った方法で使用した	3	60.0%
福祉用具が利用者等の身体機能に合わなかった	0	0.0%
福祉用具の使用に適さない環境だった	0	0.0%
わからない	0	0.0%
その他	1	20.0%
無回答	0	0.0%
合計	5	100.0%



② 「その他」の主な自由開催の内容

➤ 4点杖をご利用いただいたが不慣れであった。ご利用者があわてやすい方で用具が不向きであった。

5. 「保険者への報告有無とその理由」に関する集計

5-1. 介護保険制度を利用する要介護者のかかわる住宅内での事故で、福祉用具を利用していた、または利用しようとしていた場面で発生した事故の保険者への報告について

① 居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者の事故の報告状況(4-3-5.(1))ごとに事故の際の福祉用具の利用状況(4-3-6.(1))を集計した。福祉用具を利用していた、または利用しようとしていた際に発生した事故にもかかわらず報告されなかった事故は115件であった。

	報告された	報告されなかった	わからない	無回答
利用していた、または利用しようとしていた	31	115	28	1
利用していなかった	36	267	35	2
わからない	1	15	6	0
無回答	3	0	0	

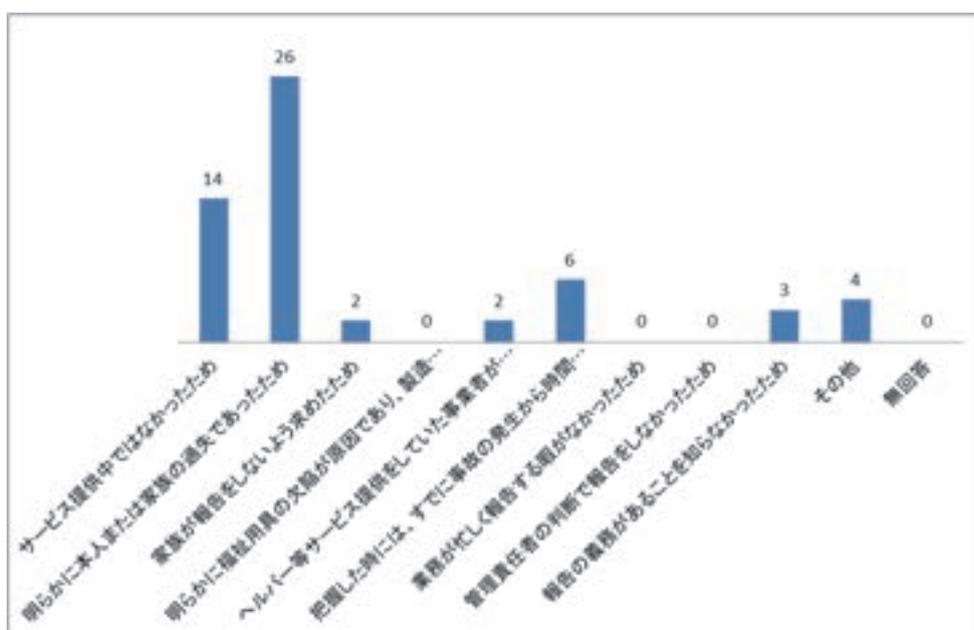
5-2. 福祉用具を利用している際に発生した事故を報告しなかった理由について

①居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者の把握している福祉用具を利用していた、または利用しようとしていた際に発生した事故にもかかわらず報告されなかった事故115件の内、把握されている事故件数が1件のみ※（4-2-2.(1)）であり、報告しなかった理由が特定できる41票について、その理由を集計したところ、「明らかに本人または家族の過失であったため」が最も多く、26票（63.4%）であった。

（※把握されている事故件数が1件のみの場合は、質問2と質問3の事故が同一のものであると判断できることから、事故件数1件の票を選択し集計した）

サービス提供中ではなかったため	14	34.1%
明らかに本人または家族の過失であったため	26	63.4%
家族が報告をしないよう求めたため	2	4.9%
明らかに福祉用具の欠陥が原因であり、製造事業者等に報告したため	0	0.0%
ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため	2	4.9%
把握した時には、すでに事故の発生から時間が経過していたため	6	14.6%
業務が忙しく報告する暇がなかったため	0	0.0%
管理責任者の判断で報告をしなかったため	0	0.0%
報告の義務があることを知らなかったため	3	7.3%
その他	4	9.8%
無回答	0	0.0%

※割合は、集計の対象となる票数（41票）に対する該当する理由を回答した人数の割合



② 「その他」の主な自由記載内容

- 利用者自身で移動（室内）中転倒し、緊急通報システム（訪問介護）が入っているため対応。その後訪問看護への連絡し、医療的な処置が必要なため通院してもらっている。利用者自身で起こした事故のため保険者へは連絡していない。
- 本人家族とも精神障害があり真相が不明であった。
- 市町村へ相談したが骨折でないため報告はいらないとされた。

6. 考察

6-1. 介護保険制度を利用する要介護者のかかわる事故が住宅内でも発生していることについて

(1) 介護保険制度を利用する要介護者の住宅内での、「医療的処置の必要」な程度の事故の発生については、居宅介護支援事業所ケアマネジメント業務従事者（以下「ケアマネジャー」という）の 35.5%、および福祉用具貸与事業所営業業務従事者（以下「福祉用具専門相談員」という）の 11.8%が把握している。(4-2-1. ①②) この集計結果から、介護保険制度を利用する要介護者がかかわる事故が住宅内でも発生していることが示された。

(2) 把握されている事故の件数は、ケアマネジャーによる把握では総数 1,270 件 (4-2-2. (1)①) であり、担当する利用者の総数 44,554 人 (4-1-1. (5)③) の 2.8%にあたる。同様に、福祉用具専門相談員による把握では総数 169 件 (4-2-2. (2)①) であり、担当する利用者の総数 30,497 人 (4-1-2. (5)③) の 0.5%にあたる。(5-1-1.) 事故の把握割合では、ケアマネジャーは福祉用具専門相談員の約 6 倍と大きな差が見られ、ケアマネジャーが住宅内で発生した事故をより把握しやすい立場であることが確認された。

(3) 一人の従業者が把握している事故の件数では、平均でケアマネジャーの 2.4 件、福祉用具専門相談員が 5.5 件であり、2.3 倍の違いとなっている。(4-2-2.) これは、担当する利用者の数がケアマネジメント業務では平均で 29.8 人、福祉用具貸与業務では平均 117.9 人と大きく異なることが理由であると考えられる。(4-1-1. (5)②、4-1-2. (5)②)

(4) 事故の発生した場所では、居室・寝室の割合が多く半数以上を占めた。また、その他の自由記載から本人に確認するも発生の状況が不明であるケースもみられた。(4-3-4.) また、事故発生場面にいた人の集計ではサービス利用者本人のみが約半数であること(4-3-3. (1)②、4-3-3. (2)②) と合わせ、事故の状況や原因の把握が困難であるケースも多いことが示唆された。

6-2. 把握された事故の中に、事業者が保険者に報告すべき義務を負うにもかかわらず報告がなされていないものが含まれることについて

(1) 保険者に報告されない事故は、ケアマネジャーでは 67.0%、福祉用具専門相談員では 18.8%が「ある」と回答した。(4-2-3. (1)(2)) 多くの保険者では報告すべき事故を「サービス提供中の事故」と取り決めており、本調査で把握された事故すべてが保険者に報告すべき義務を伴うものではない。しかし、ケアマネジャーの回答から事故発生時の福祉用具の利用状況を集計すると、福祉用具を利用していたまたは利用しようとしていたにもかかわらず報告されなかった事例が 115 件あることがわかった。(5-1.) これらのケースは、福祉用具貸与

サービスの利用中に発生した事故として保険者に報告すべきものである可能性が強いと推察される。

6-3. 保険者に報告すべき事故が報告されない理由について

(1) 医療的処置が必要な程度のけがを負った事故で福祉用具貸与サービスの利用中に発生した事故として保険者に報告すべきものである可能性が強いと推察される事故の内、報告されなかったものについて、その理由を確認したところ「明らかに本人または家族の過失であったため」が63.4%と主たる理由であることがわかった。(5-2. ①) 事故の原因があきらかに本人や家族の過失の場合は、とりたてて担当ケアマネジャーや福祉用具貸与事業者等に連絡することなく家族の中だけで通院等の処理をするケースが多いということと理解できる。

(2) 次に、「サービス提供中ではなかったため」が34.1%と比較的大きな割合を示している。(5-2. ①) 福祉用具の利用形態が貸与サービスであれば「サービス提供中ではない」という判断は正確ではない。福祉用具貸与は、貸与事業の従業者が訪問している間だけではなく24時間にわたり提供されるサービスであるという意識が少ないことが要因として考えられる。

(3) 質問2の「報告をしなかった理由」については、上記の理由のほかに「報告の義務があることを知らなかったため」が、ケアマネジャーの12.8%にあった。その他の自由記載でも「在宅の方にも報告の義務はあるのですか?」「住宅内であったこと」など、住宅内での事故は報告不要と考えている可能性があることがうかがわれる回答が複数あり、住宅内での事故に対する報告の要否の理解が曖昧になっていると思われる結果となった。

7. まとめ

先行する調査およびヒヤリングにおいて、在宅系サービス、特に利用者の住宅内での事故についての報告がほとんどなされていない状況が判明していたが、今回の調査では住宅内でも事故は発生していることが明らかになった。事故の発生件数については、ケアマネジャーの把握割合から年間で利用者数のおよそ3%程度と予測されるが、本調査は、把握された事故のみを対象とするものであり、保険者に報告しない理由に「把握した時にはすでに事故の発生から時間が経過していた」との回答が1割弱あることから、把握されていない事故も存在する可能性が高いといえる。

業種別の事故の把握割合では、ケアマネジャーに比べ福祉用具専門相談員の把握割合が低い結果となった。これは、福祉用具貸与事業者は福祉用具とは関係しない事故については報告がなされないこと、およそ6ヶ月に1回というモニタリングの訪問間隔では事故の記憶が薄れ報告に至らないことなどが理由として考えられる。

福祉用具に関しては、ケアマネジャーの把握では32.1%、福祉用具専門相談員では50.0%が利用中または利用しようとした際の事故として把握されており、特殊寝台関連および車いすの利用に関連する事故が多い傾向にある。要因としては、「福祉用具を誤った方法で利用した」が最も多く、次いで「福祉用具の使用に適さない環境であった」となっている。製品に起因しない要因での事故が発生している傾向は、福祉用具関連の事故を調べた類似調査等（※1）と同様の結果となっている。

事故の報告については、医療的な処置が必要な程度のけがを伴う事故であってもケアマネジャーの集計では67.0%が報告されていないという結果となった。この数字には報告する義務がある事故の要件に該当しない事故も含まれるので、報告を怠っているということの意味するものではないが、リスクマネジメントの観点からは事故の情報はできる限り集約され、事故予防や対策に活かされることが大切であり、介護保険制度における事故報告の制度だけでは、その役割を果たせていない状況であると思われる。福祉用具に関連する事故においては福祉用具専門相談員がその役割を担っており事故情報の把握が求められているが、前述のようにケアマネジャーと比較して事故情報の把握割合は低く、事故情報を事故予防や対策に活かしていく方法の検討が必要と思われる。

また、本来報告の義務があると思われる事故についても報告がなされていない状況も確認され、報告をすべき事故についての取り決めにいくつかの課題があると思われる。

ひとつは、「サービス提供中」の理解である。特に福祉用具貸与は24時間にわたり提供されるサービスであり、福祉用具を利用中の事故は例外なくサービス提供中の事故であるが、本人、家族や介護職等にその意識が定着していないことを示唆する回答が見受けられた。

ふたつ目は、「本人や家族の過失」についてである。自転車など一般の生活用具では、それを使用中に転倒等でけがを負ったとしてもその用具の欠陥や破損が原因でない限りは、「本人の過失」が原因として納得し用具の提供者の責任だとは考えないのが一般的であり、その常識から考えると、「本人や家族の過失」が明らかな場合には福祉用具使用中の事故であれ報告の義務が意識されにくいという現状は理解できる。しかし、福祉用具サービスにつ

いてはその適合調整や家族や介護者への使用方法の指導も含め提供されるものであることから、直接の原因が「本人や家族の過失」であったとしても、その過失の誘因となった要因が、福祉用具のサービス提供プロセスの中にあることが否定できない。「本人や家族の過失」の有無にかかわらず報告を行なうことが重要である。

三つ目は、けがの程度についての認識である。保険者では事故報告要領等により「医療的な処置」の可否を報告する事故のひとつの目安としていることが多いが、この調査から、「医療的な処置」という基準では統一した解釈がなされない懸念が示された。特に「骨折以上のけが」に対して報告を求められているという解釈が複数あり、これが現場での解釈基準として広く理解されていることが予想される。また、「入院」や「通院」は、「検査のための」「念のための入院」などその状況が様々であることから基準としては曖昧になりやすく、報告の可否の判断に迷う結果になっていると思われる。「医療的な処置」の定義を明確にする、またはこれにかわる基準が必要であると思われる。

今回の調査は、「福祉用具に関する事故」の概念が必ずしも明確でないことを前提として検討され、住宅内での事故全般を対象とした。「住宅内」の理解についても、結果として介護保険におけるデイサービスやショートステイといった「在宅サービス」と混同された回答が複数見受けられた。今後、住宅内での福祉用具に関する事故実態を明らかにしていくに際し「住宅内における福祉用具に関する事故」の、わかりやすい定義づけを検討していく必要があると感じられた。

本調査では、居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所を対象として住宅内での事故の発生とその報告について調べたが、住宅内での事故の多くは本人のみ、または本人のほかは家族のみが関わる中で発生しており、必ずしも専門職が詳細を把握しているわけではない。今後、福祉用具の住宅内での安全で安心できる利用を推進するためには、サービス利用者本人や家族を対象とした調査も視野に入れ、さらなる実態の把握と、在宅サービスの特性を踏まえた事故報告のあり方の検討が必要と思われる。

※1 「福祉用具利用環境向上に関する調査研究報告書」テクノエイド協会 2002年
報道発表「福祉用具による高齢者の事故にご注意ください」製品評価技術基盤機構
2015年 等

「介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート」
ご協力をお願い

日頃、公益財団法人テクノエイド協会の事業に対し格別のご支援ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

この調査は、福祉用具の安全で適切な利用の推進、および関連する事業所や従業員にかかわる様々なリスクの軽減に資することを目的とし、当協会が厚生労働省から委託を受けて行われるもので、要支援・要介護認定を受けている方の住宅内での事故と、その報告についてお尋ねするものです。ご回答いただく内容は、事故およびその報告の実情を明らかにする極めて貴重なご意見であり、事故報告を事故予防に有効に活用する方策を検討する重要な資料となります。

趣旨をご理解いただき、是非ともご協力いただきますようお願い申し上げます。

【ご記入にあたって】

○ご回答いただく事故の範囲は、介護保険制度上で、被保険者や介護者などが「医療的な処置」を必要とした事故とします。

○「医療的な処置」とは、死亡または入院や通院などです。また、往診や施設内での受診を含みます。

○「住宅内での事故」とは、介護保険在宅サービス利用者の主たる生活の場となる建物内、および庭や駐車場などその敷地内で発生した事故とします。

なお、質問にはあなた様個人の立場でお答えください。

質問
1

「あなた」についてお伺いします。

(1) 主たる業務は何ですか？

※選択肢のうち**ひとつに○**をつけてください。複数の業務を担当している場合はもっとも時間数の多い業務でお答えください。

- ①() ケアマネジメント業務
②() 事務～事業所内勤務が主で、連絡調整や請求等の事務処理を主業務とする方
③() その他

(2) (1)でお答えいただいた職種での経験年数はどのくらいですか？

※**数字を記入**してください。複数の事業所に在籍していた場合は合計年数を記入してください。

通算 年

(3) 保有する資格をお答えください

※選択肢のうち該当する資格**すべてに○**をつけてください。⑪その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 介護支援専門員 ②() 福祉用具専門相談員指定講習修了 ③() 保健師・看護師
④() 理学療法士・作業療法士 ⑤() 社会福祉士 ⑥() 介護福祉士
⑦() 訪問介護員(ヘルパー等) ⑧() 福祉住環境コーディネーター ⑨() 建築士
⑩() 福祉用具プランナー ⑪() その他

(4) 管理責任者ですか？

- ①() はい ②() いいえ

(5) 今現在、担当している利用者の人数をお答えください。

※**数字を記入**してください。管理責任者の方で、担当を持っていない場合は、0を記入し、次の質問にお答えください。**事務職の方で、担当を持っていない場合は、「該当しない」を選択してください。**

人

() 該当しない → アンケートは終了です

「質問2」にお答えください

○平成28年2月17日(水)までに投函してください。
○回答者様個人ごとに返送してください。事業所で取りまとめる必要はありません。
○返信用封筒への差出人の記載および切手は不要です。

本調査では、記入された内容は統計的に処理されますので、貴事業所および、あなた様個人に不利益をもたらすことはありません。また、ご回答いただいた内容は、本調査以外の目的に使用することはありません。

質問 2 平成27年1月1日から12月31日の間に発生した、あなたが担当した利用者がかかわった住宅内での事故についてお伺いします。「利用者単独」、「家族の介護中」、「看護または介護業務中」など、事故の種類や大小にかかわらず、すべてを含めてお答えください。

(1) 利用者がかかわった事故のうち「医療的な処置が必要な事故」はありましたか？
※「医療的な処置」とは、死亡または入院や通院などです。また、往診や施設内での受診を含みます。

①()あった
②()なかった

アンケートは終了です

(1)で医療的な処置が必要な事故が「あった」とお答えいただいた方にお伺いします。

(2) 「医療的な処置が必要な事故」は何件くらいありましたか？ およそ 件

(3) それら事故の内、保険者に報告されていない事故はありますか？
※誰が報告したのかは問いません。

①()ある
②()ない
③()わからない

(3)で保険者に報告されていない事故が「ある」とお答えいただいた方にお伺いします。

(4) 保険者に報告されなかった理由について思い当たるものをお答えください。
※選択肢のうち、思い当たるものすべてに○をつけてください。⑩その他を選んだ方は具体的に記入してください。

①() サービス提供中ではなかったため
②() 明らかに本人または家族の過失であったため
③() 家族が報告をしないよう求めたため
④() 明らかに福祉用具の欠陥が原因であり、製造事業者等に報告したため
⑤() ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため
⑥() 把握した時には、すでに事故の発生から時間が経過していたため
⑦() 業務が忙しく報告する暇がなかったため
⑧() 管理責任者の判断で報告をしなかったため
⑨() 報告の義務があることを知らなかったため
⑩() その他

裏面の「質問3」にお答えください

「介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート」 (裏面)

質問
3

問2の(1)で「医療的な処置が必要な事故」が「①あった」とお答えいただいた方に、その事故についてお伺いします。「医療的な処置が必要な事故」に該当する事故が複数回あった方は、一番最近の事故についてお答えください。

(1) 医療的な処置を受けたのは誰ですか？

※選択肢のうち該当する**すべてに○**をつけ、④その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() サービス利用者本人
- ②() 家族
- ③() サービス提供事業者
- ④() その他

(2) その事故での医療的な処置の程度はどれくらいでしたか？
複数の方がケガをした場合には、より重度のケガを負った人の程度でお答えください。

※選択肢のうち該当する**ひとつに○**をつけ、⑤その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 死亡(事故に起因し、事故後おおむね1週間以内の死亡も含む)
- ②() 入院(手術など医療的処置のための入院のほか、検査や経過観察のための入院も含む)
- ③() 通院(医療機関への通院のほか、往診など在宅、または施設内での医療的処置を含む)
- ④() わからない
- ⑤() その他

(3) その事故が発生した場面にいた人は誰ですか？

※選択肢のうち該当する**すべてに○**をつけ、④その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() サービス利用者本人
- ②() 家族
- ③() サービス提供事業者
- ④() その他

(4) その事故が発生した場所はどこですか？

※選択肢のうち該当する**ひとつに○**をつけ、⑦を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 居室・寝室
- ②() 浴室・脱衣室
- ③() トイレ
- ④() 食堂・台所
- ⑤() 廊下・玄関・階段
- ⑥() 玄関外・庭・駐車場等
- ⑦() その他

(5) その事故は、保険者に報告されましたか？

※誰が報告したのかは問いません。

- ①() 報告された
- ②() 報告されなかった
- ③() わからない

(6) その事故の際に福祉用具を利用していましたか？

- ①() 利用していた、または利用しようとして
- ②() 利用していなかった
- ③() わからない

アンケートは終了です

【このアンケートに関するお問い合わせ先】

公益財団法人 テクノエイド協会
普及部 担当 根石・寺光

TEL 03-3266-6884 FAX 03-3266-6885

【アンケート回収方法】

添付の返信用封筒をご利用いただき、
してください。事業所で取りまとめる必
差出人の記載および切手は不要です。

引き続き
(7)・(8)
にお答えください

(6)で「①利用していた、または利用しようとしていた」とお答えいただいた方にお伺いします。

(7) その福祉用具をお答えください。福祉用具は介護保険対象外のものも含み、購入貸与など利用の形態は問いません。

※選択肢のうち該当するすべてに○をつけ、その他を選んだ方は具体的に記入してください。例えば「ベッドから車いすへの移乗中」の事故であれば、特殊寝台と車いすの両方に○をつけてください。⑦その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 特殊寝台および特殊寝台付属品
- ②() 車いすおよび車いす付属品(電動車いすを含む)
- ③() 排泄関連用具(ポータブルトイレ・紙おむつ等含む)
- ④() 入浴関連用具(シャワーいす・浴槽内いす等含む)
- ⑤() 移乗関連用具(リフト・シート・ボード等含む)
- ⑥() 歩行補助関連(杖・歩行器・シルバーカー等含む)
- ⑦() その他

(8) その事故の要因のうち、福祉用具に関する要因の有無について、あなたはどのように思いますか？

※選択肢のうち該当するひとつに○をつけてください。

- ①() 福祉用具に関する要因が含まれていたと思う
- ②() 福祉用具に関する要因は含まれていなかったと思う
- ③() わからない

アンケートは終了です

(8)で「①福祉用具に関する要因があったと思う」とお答えいただいた方にお伺いします。

(9) それは、主にどのような要因だと思えますか？

※選択肢のうち最も該当すると思うものひとつに○をつけ、⑦その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 福祉用具に構造や機能の問題があった
- ②() 福祉用具に故障や破損があった
- ③() 福祉用具を誤った方法で使用した
- ④() 福祉用具が利用者等の身体機能に合わなかった
- ⑤() 福祉用具の使用に適さない環境だった
- ⑥() わからない
- ⑦() その他

しま
さい。
の他を

?
いた

回答者様個人ごとに返送
要はありません。

アンケートにご協力ありがとうございました。
平成28年2月17日(水)までに
ご投函をお願いいたします。

「介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート」
ご協力をお願い

日頃、公益財団法人テクノエイド協会の事業に対し格別のご支援ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

この調査は、福祉用具の安全で適切な利用の推進、および関連する事業所や従業者にかかわる様々なリスクの軽減に資することを目的とし、当協会が厚生労働省から委託を受けて行われるもので、要支援・要介護認定を受けている方の住宅内での事故と、その報告についてお尋ねするものです。ご回答いただく内容は、事故およびその報告の実情を明らかにする極めて貴重なご意見であり、事故報告を事故予防に有効に活用する方策を検討する重要な資料となります。

趣旨をご理解いただき、是非ともご協力いただきますようお願い申し上げます。

【ご記入にあたって】

○ご回答いただく事故の範囲は、介護保険制度上で、被保険者や介護者などが「医療的な処置」を必要とした事故とします。

○「医療的な処置」とは、死亡または入院や通院などです。また、往診や施設内での受診を含みます。

○「住宅内での事故」とは、介護保険在宅サービス利用者の主たる生活の場となる建物内、および庭や駐車場などその敷地内で発生した事故とします。

なお、質問にはあなた様個人の立場でお答えください。

質問
1

「あなた」についてお伺いします。

(1) 主たる業務は何ですか？

※選択肢のうち**ひとつに○**をつけてください。複数の業務を担当している場合はもっとも時間数の多い業務でお答えください。

- ①() 営業～サービス担当者会議への参加、サービス計画の作成、モニタリング等を主業務とする方
- ②() 事務～事業所内勤務が主で、連絡調整や請求事務等を主業務とする方
- ③() サービス～配送・組立、消毒、保守管理等を主業務とする方
- ④() その他

(2) (1)でお答えいただいた職種での経験年数はどのくらいですか？

※**数字を記入**してください。複数の事業所に在籍していた場合は合計年数を記入してください。

通算 年

(3) 保有する資格をお答えください

※選択肢のうち該当する資格**すべてに○**をつけてください。⑪その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 介護支援専門員 ②() 福祉用具専門相談員指定講習修了 ③() 保健師・看護師
- ④() 理学療法士・作業療法士 ⑤() 社会福祉士 ⑥() 介護福祉士
- ⑦() 訪問介護員(ヘルパー等) ⑧() 福祉住環境コーディネーター ⑨() 建築士
- ⑩() 福祉用具プランナー ⑪() その他

(4) 管理責任者ですか？

- ①() はい ②() いいえ

(5) 今現在、担当している利用者の人数をお答えください。

※**数字を記入**してください。管理責任者の方で、担当を持っていない場合は、0を記入し、次の質問にお答えください。**事務職の方で、担当を持っていない場合は、「該当しない」を選択してください。**

人

() 該当しない ➡ アンケートは終了です

「質問2」にお答えください

- 平成28年2月17日(水)までに投函してください。
- 回答者様個人ごとに返送してください。事業所で取りまとめる必要はありません。
- 返信用封筒への差出人の記載および切手は不要です。

本調査では、記入された内容は統計的に処理されますので、貴事業所および、あなた様個人に不利益をもたらすことはありません。また、ご回答いただいた内容は、本調査以外の目的に使用することはありません。

質問
2

平成27年1月1日から12月31日の間に発生した、あなたが担当した利用者がかかわった住宅内での事故についてお伺いします。「利用者単独」、「家族の介護中」、「看護または介護業務中」など、事故の種類や大小にかかわらず、すべてを含めてお答えください。

- (1) 利用者がかかわった事故のうち「医療的な処置が必要な事故」はありましたか？
 ※「医療的な処置」とは、死亡または入院や通院などです。また、往診や施設内での受診を含みます。
- ①()あった
 ②()なかった

アンケートは終了です

(1)で医療的な処置が必要な事故が「あった」とお答えいただいた方にお伺いします。

- (2) 「医療的な処置が必要な事故」は何件くらいありましたか？ およそ 件
- (3) それら事故の内、保険者に報告されていない事故はありますか？
 ※誰が報告したのかは問いません。
- ①()ある
 ②()ない
 ③()わからない

(3)で保険者に報告されていない事故が「ある」とお答えいただいた方にお伺いします。

- (4) 保険者に報告されなかった理由について思い当たるものをお答えください。
 ※選択肢のうち、思い当たるものすべてに○をつけてください。⑩その他を選んだ方は具体的に記入してください。
- ①() サービス提供中ではなかったため
 ②() 明らかに本人または家族の過失であったため
 ③() 家族が報告をしないよう求めたため
 ④() 明らかに福祉用具の欠陥が原因であり、製造事業者等に報告したため
 ⑤() ヘルパー等サービス提供をしていた事業者が報告をしなかったため
 ⑥() 把握した時には、すでに事故の発生から時間が経過していたため
 ⑦() 業務が忙しく報告する暇がなかったため
 ⑧() 管理責任者の判断で報告をしなかったため
 ⑨() 報告の義務があることを知らなかったため
 ⑩() その他

裏面の「質問3」にお答えください

「介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート」 （裏面）

質問
3

問2の(1)で「医療的な処置が必要な事故」が「①あった」とお答えいただいた方に、その事故についてお伺す。「医療的な処置が必要な事故」に該当する事故が複数回あった方は、一番最近の事故についてお答えく

(1) 医療的な処置を受けたのは誰ですか？

※選択肢のうち該当する**すべてに○**をつけ、④その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() サービス利用者本人
②() 家族
③() サービス提供事業者
④() その他

(2) その事故での医療的な処置の程度はどれくらいでしたか？
複数の人がケガをした場合には、より重度のケガを負った人の程度でお答えください。

※選択肢のうち該当する**ひとつに○**をつけ、⑤その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 死亡(事故に起因し、事故後おおむね1週間以内の死亡も含む)
②() 入院(手術など医療的処置のための入院のほか、検査や経過観察のための入院も含む)
③() 通院(医療機関への通院のほか、往診など在宅、または施設内での医療的処置を含む)
④() わからない
⑤() その他

(3) その事故が発生した場面にいた人は誰ですか？

※選択肢のうち該当する**すべてに○**をつけ、④その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() サービス利用者本人
②() 家族
③() サービス提供事業者
④() その他

(4) その事故が発生した場所はどこですか？

※選択肢のうち該当する**ひとつに○**をつけ、⑦選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 居室・寝室
②() 浴室・脱衣室
③() トイレ
④() 食堂・台所
⑤() 廊下・玄関・階段
⑥() 玄関外・庭・駐車場等
⑦() その他

(5) その事故は、保険者に報告されましたか？

※誰が報告したのかは問いません。

- ①() 報告された
②() 報告されなかった
③() わからない

(6) その事故の際に福祉用具を利用していました

- ①() 利用していた、または利用しようとしていた
②() 利用していなかった
③() わからない

アンケートは終了です

【このアンケートに関するお問い合わせ先】

公益財団法人 テクノエイド協会

普及部 担当 根石・寺光

TEL 03-3266-6884 FAX 03-3266-6885

【アンケート回収方法】

添付の返信用封筒をご利用いただき
してください。事業所で取りまとめる必
差出人の記載および切手は不要です

(6)で「①利用していた、または利用しようとしていた」とお答えいただいた方にお伺いします。

引き続き

(7) その福祉用具を教えてください。福祉用具は介護保険の対象外のものも含み、購入貸与など利用の形態は問いません。

※選択肢のうち該当するすべてに○をつけ、その他を選んだ方は具体的に記入してください。例えば「ベッドから車いすへの移乗中」の事故であれば、特殊寝台と車いすの両方に○をつけてください。⑦その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 特殊寝台および特殊寝台付属品
- ②() 車いすおよび車いす付属品(電動車いすを含む)
- ③() 排泄関連用具(ポータブルトイレ・紙おむつ等含む)
- ④() 入浴関連用具(シャワーいす・浴槽内いす等含む)
- ⑤() 移乗関連用具(リフト・シート・ボード等含む)
- ⑥() 歩行補助関連(杖・歩行器・シルバーカー等含む)
- ⑦() その他

(8) その事故の要因のうち、福祉用具に関する要因の有無について、あなたはどのように思いますか？

※選択肢のうち該当するひとつに○をつけてください。

- ①() 福祉用具に関する要因が含まれていたと思う
- ②() 福祉用具に関する要因は含まれていなかったと思う
- ③() わからない

アンケートは終了です

(8)で「①福祉用具に関する要因があったと思う」とお答えいただいた方にお伺いします。

(9) それは、主にどのような要因だと思いますか？

※選択肢のうち最も該当すると思うものひとつに○をつけ、⑦その他を選んだ方は具体的に記入してください。

- ①() 福祉用具に構造や機能の問題があった
- ②() 福祉用具に故障や破損があった
- ③() 福祉用具を誤った方法で使用した
- ④() 福祉用具が利用者等の身体機能に合わなかった
- ⑤() 福祉用具の使用に適さない環境だった
- ⑥() わからない
- ⑦() その他

にお答えください

いしま
ださい。

その他を

か？
ていた

す

、回答者様個人ごとに返送
要はありません。

アンケートにご協力ありがとうございました。
平成28年2月17日(水)まで
にご投函をお願いいたします。

3. 事業総括

(1) 福祉用具臨床的評価

福祉用具を利用する人の状態像や使用場面に着目して、製品の「安全性」や「利便性（使い勝手）」等の評価し、認証された用具について情報提供しており、平成 27 年度は、歩行車 1 件と特殊寝台 2 件が認証され、合計 193 件となった。

(2) 福祉用具ヒヤリハット等検証

1) 福祉用具安全推進員研修会の開催

東京と大阪で開催し、116 名が受講した。受講者は大変熱心に参加し、福祉用具使用のリスク回避並びに福祉用具の安全性への認識は高まった。アンケート結果より研修内容については好評で、各地で開催してほしいとの意見があった。

今後は、福祉用具の事故・ヒヤリハット情報収集のためのキーパーソンとして具体的な役割等を検討する。

2) 福祉用具ヒヤリハット等事例収集及び提供

「製品に起因しない事故」や「ヒヤリハット情報」等を福祉用具安全推進員の受講者から新しく 25 事例を収集した。その内容を委員会で精査・検証し、類似の事例等を除く 14 事例を追加で掲載し、合計 324 事例を協会ホームページから情報提供した。

3) 福祉用具の安全な利用を考えるための教材作成

高齢化の進展に伴い利用者のニーズも多様化するなか、様々な福祉用具が生活支援、自立支援の場面で活用されている一方で、高齢者等福祉用具の扱いに不慣れな方が利用することが多いため、使い方や使い勝手等ヒューマンエラーによる事故を防ぐ安全教育が各地で行えるように、福祉用具ヒヤリハット等事例のコンテンツを活用した教材を作成し、市町村や教育機関等に配布した。

4) 介護保険制度における住宅内での事故についてのアンケート調査

平成 25,26 年度の調査結果において、福祉用具の事故報告、特に在宅における事故報告が非常に少ないことが明らかになったことから、平成 27 年度は、在宅での福祉用具事故の保険者への報告が非常に少ない理由等を調査し、今後の事故発生の予防に向けた対策を講じる。