

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード (CCTAG5)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
1		下に落ちたモノを拾おうとして、前方へ転落しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	携帯電話を下に落とすとしてしまい、フットサポートに足を乗せたまま、利用者があわてて拾おうとした	これは意外に多く起こっている事例です。大切なモノを下に落とすと慌てたのかもしれません。足をフットサポートから下ろさず前かがみになったことなどが原因ですが、リーチャーなどモノを拾い上げる福祉用具もあるので、携帯しているとうっかりと安心です。	人：フットサポートから足を下ろすのを忘れていた 人：大切なモノを落とし、あわててしまう 環境：正しい動作を教えてくれる人がいなかった
2		フットサポートを踏んだ状態で立ち上がり、車いすごと転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	フットサポートに足を乗せたまま、タンスの上にあるモノを取ろうとして、転倒しそうになった	高いところにあるモノを取ろうとすると足元に注意がいらず、このような危険な事例が起こりやすくなります。フットサポートから足を下ろすことを習慣化することはもちろんですが、介助者も高いところにモノを置かないという気配りが大切です。	人：フットサポートから足を下ろすのを忘れていた 環境：手の届かない高い場所にモノを置いている
3		わずかな段差を上ろうとして、後方へ転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	手押しハンドルに重い荷物をかけて車いすで移動する場合、段差や上り坂を移動しようとする、重心が後方にかかりやすくなり、後方に転倒しやすくなる	手押しハンドルに重い荷物をかけて車いすで移動する場合、段差や上り坂を移動しようとする、重心が後方にかかりやすくなり、後方に転倒しやすくなります。介助者が後方においても、利用者や車いすの重みに耐えかねて一緒に転倒することもあります。手押しハンドルに重い荷物をひっかけない、または転倒防止装置が表書きされている車いすを選ぶ等の安全対策が必要です。	人：手押しハンドルに重い荷物をかけたまま段差や上り坂を移動しようとした モノ：転倒防止バーがなかった 環境：車いすが後方重心になる段差や上り坂があった
4		車いすを開く時に、手指を挟みそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が急いで開こうとして、指をシートパイプとフレームの隙間に挟んだ	車いすの操作に不慣れな人に起こりやすいヒヤリハットではないでしょうか。車いすの操作の説明をする人は、このようなことが起きないように注意を促してください。操作する人は、例え急いでも基本通りに操作し、習慣化することが大切です。	人：正しい開き方を理解していない 人：提供者からの注意喚起が欠けていた 管理：メンテナンス不足でスムーズに開閉しない
5		フットサポートが急に倒れ、身動きがとれず、前方へ転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	トイレへ立位移動をしようとした時、フットサポートが急に倒れ、前方へ倒れそうになった	大きなケガにつながることも危険な事例です。通常フットサポートを踏んだ時は、ある程度の固さで保持されており、容易に倒れるものではありませんが、メンテナンス不足などで倒れやすくなる場合もあります。常に安全な状態に福祉用具を保持することにも注意を払うべきです。また、そもそもフットサポートの固定がゆるい機種もありますので、可能であれば機種を変更するなど、予防的な対策をすることもお勧めします。	モノ：フットサポートの固定がゆるい機種だった 管理：フットサポートの定期的なメンテナンスを怠っていた
6		利用者の足がフットサポートから落ちてしまい、車いすに巻き込みそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	フットサポートから利用者の足が落ちてしまっていることに介助者が気づかず操作し、走行してしまった	車いすには本来レッグサポートなどの足が落ちない安全装置がありますが、介助者の都合などでそのような安全装置を外していることも多く、このような事例が起こり続けています。介助者からは死角になり見えない部分でもあり、レッグサポートは必ず取り付け、声をかけて確認するなど注意を促してください。	人：介助者がレッグサポートの大切さを理解していない 人：死角になっている箇所に注意がなかった モノ：レッグサポートの着脱が容易ではない機種であった 管理：レッグサポートの管理を怠っていた
7		ベッドへの移乗時、車いすのフットサポートに足が接触し、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が車いすを引たい際、フットサポートが利用者の足にあたってしまった	慌てて車いすを引たいこうとすると起こりやすい事例です。このような移乗方法のときは、利用者の足とフットサポートが接触していることが多くありますので、足を傷つけないよう注意し、慌てずにゆっくりと車いすを操作することを習慣にしてください。素早くやらないと本人が転倒してしまうような、この移乗方法自体が適切ではないと考えられます。また、夜間の介助のときのように薄暗い場所や狭い場所は特に注意が必要です。	人：利用者の足を確認せず車いすを移動させた 人：あわてていて手早く終了させることだけを考えていた 環境：利用者の足元が見えづらい
8		車いす上でずりこけ姿勢になり、すべり落ちそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	テーブルの前に移動させ、介助者が利用者から目を離した際、利用者がずりこけ姿勢になり、すべり落ちて首がテーブルに挟まりそうになった	利用者の体格に合わない車いすに長時間座ると、姿勢が崩れることがあります。特に、お尻が前方にずりこけ姿勢から床に落ちたり、首を机に挟んだりすることも注意が必要です。体格に合う車いすの利用や、クッション・パッドなどで姿勢が崩れない工夫をしましょう。	人：高齢者だから姿勢が崩れても仕方ないと思っていた モノ：車いすが利用者に合わせていない 環境：介助者から見えづかった
9		ブレーキの効きが悪くなり、移乗時に転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	ブレーキの効きが悪くなっているため、ベッドからの移乗時に、車いすが後方へスレスレ	重傷事故が多く報告されている事例です。車いすが動いてしまう要因には、ブレーキの調整不足、タイヤの空気圧の低下、タイヤの磨耗などが考えられます。また、ベッドの欄(サイドレール)を手すり代わりに利用することも適切ではありません。ベッド用グリップの利用をお勧めします。	人：ブレーキの効きが悪いことに気づかない 人：そもそもひとりでは安全に移乗できない人であった 管理：タイヤの空気圧や磨耗などの定期的な確認をしていなかった
10		利用者のつま先をベッドフレームにぶつけそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	利用者の片方の足がフットサポートからずり落ちていたが、介助者がそれに気づかず車いすを操作し、つま先をぶつけた	特に姿勢が崩れていると足の先端は介助者が思うよりもずっと先に突出していることがあります。足先は介助者からは死角になり見えないので、特に狭い場所での移動には注意しましょう。クッション・パッドを利用したり、車いすを調整するなど姿勢が崩れない工夫も必要です。	人：利用者の座位がずり落ちていることに気づかない モノ：車いすが利用者に合わせていない 環境：介助者から見えづかった
11		急ブレーキをかけたため、利用者が前方に転落しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が急いで車いすを押し、トイレ前までブレーキをかけたところ、利用者が前のめりになってしまった	介助者が車いすを急に減速するような場面ではこのような事例が起こりやすくなります。また、利用者の身体状況から前方に倒れやすいことが考えられる場合には姿勢を保持するクッションやディルト機構のついた車いすを使用するなど適合を検討する必要もあります。	人：姿勢を保持することができない 人：急な減速をした モノ：車いすが身体状況に合わせていなかった
12		ブレーキとタイヤの間に指を入れてしまい、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	利用者の指が、ブレーキとタイヤの間に入り込んでいたが、介助者が気づかずブレーキをかけた	ブレーキには指を挟みやすい箇所が数箇所あり、危険な場所です。利用者の指が指掛けから落ちると指を挟みやすくなりますので、まずは指が落ちないような工夫が必要です。また、介助者もブレーキをかける時にはしっかりと目視をするなど注意をしましょう。	人：ブレーキをかける際に、モノなどを挟んでいないか確認しない モノ：ブレーキの根元に指が入る隙間がある モノ：注意表示がされていない
13		踏切の溝にキャスタが入り、身動きがとれなくなる	車いす	122127(電動車いす)	踏切を渡るうしろで線路を斜めに渡ってしまい、キャスタが溝にはまる	踏切はこのような溝を何本も通らなければならない危険な場所なので、できる限り介助者をつけるなどの対策をすることが望ましいといえます。やむを得ず単独で通過する場合には、常にキャスタの向きに注意し溝に直行する角度で進行するよう心がけてください。	人：溝に対しての進行方向に注意を払わなかった 環境：安全を確認してくれる介助者がいなかった
14		わずかな段差を越えようとして、後方へ転倒しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	転倒防止バーを折りたたんだまま、勢いよく段差を越えようとし、バランスを崩した	電動車いすは大きな力で段差を乗り越えやすいため後方への転倒の危険が大変高いといえます。そのために転倒防止バーが装備されていますが、この事例のように転倒防止バーを折りたたんだまま走行している人を見かけます。とても重要な安全装置ですので、正しく機能する位置にして走行してください。	人：勢いをつけて段差を越えようとした 人：転倒防止バーの重要性を理解していない モノ：転倒防止バーの操作は、利用者が座った状態では操作できない構造になっている

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
15		ゆるやかなスロープをバックで上りきったとき、後方へ転倒しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	転倒防止バーを折りたたんだままバックでスロープを上ったが、上りきったところで速度のコントロールがうまくいかず後方にバランスを崩した	方向転換するスペースがないときなど、バックでスロープを上ることもありえますが、電動車いすはスロープを上りきり、平坦面に差し掛かると急加速をする場合があります。それに驚いて制動をかけたとき、後方にバランスを崩しやすくなります。このような危険を回避するために転倒防止バーが装備されていますので、常に正しい位置で利用することが大切です。	人：転倒防止バーを収納したまま利用していた人：速度のコントロールに慣れていなかった人：環境が狭い環境：スロープの角度が急であった
16		歩道と車道の段差で、片輪だけ乗り上げ、身体が放り出されそうになる	車いす	122127(電動車いす)	横断歩道(歩道と道路)の段差を斜めに登ろうとして車いすが大きく傾き振り落とされそうになった	傾斜路や段差へ斜めに侵入すると車いすは左右に大きく揺られ、バランスが崩れやすくなり危険が大きくなります。段差を通過するときには直行的な方向で、勢いをつけ安全な速度で進入してください。また信号横断のときは、渡り切るだけの時間的余裕があるかどうかを確認するなど、余裕をもって渡りましょう。	人：あわてて横断する人：段差を斜めに侵入する危険性を認識していない環境：段差が見えづかった
17		長年の使用でバッテリーが能力低下してあり線路の段差で立ち往生した	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	走行前にバッテリーを満充電したにもかかわらず、本来乗り越えられるはずの線路の段差でも立ち往生してしまった	大きな事故につながりかねない事例です。バッテリーは余裕をもって充電することはもちろんですが、経年による能力低下で、満充電して走行開始しても早めに電欠状態になったり本来の性能が発揮できない場合もあります。上り坂や段差で能力不足を感じるようなことがあれば、バッテリーの交換が必要な状態と考え、早めに点検を依頼しましょう。また機器の管理を扱う与事業者では、安全上重要な管理項目と認識しましょう。	人：バッテリーの劣化が車いすの性能低下につながることを知らなかった人：使い始めから年数がたったバッテリーであった人：経年での利用している車いすで、バッテリーの経年劣化を把握できなかった人：管理：貸与事業者ではバッテリーの使用年限の劣化が異なっていた
18		あぜ道を走行中に、バランスを崩しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	でこぼこ道の窪みを減速することなく通過しようとしたところ、車体が大きく揺れ転倒しそうになった	あぜ道を走行中にバランスを崩したり、ハンドルを取られて側面に転落するような事故が報告されています。また、雑草が車輪に絡みつき、走行できなくなるような場合もありますので、悪路の走行には速度を落とすなど特段の注意が必要です。使用環境に気をつけ、利用者の危険認知や操作能力を定期的に確認しましょう。	人：製品の性能を理解していない環境：雑草が生い茂り、タイヤに絡まりやすい環境：雨が降った後で、道がぬかるんでいる
19		長い下り坂で急ハンドルをとり、転倒しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	急に飛びこんできたボールを避けようとして、急ハンドルをとりバランスを崩した	基本的に「急発進」や「急ハンドル」など急の操作には危険が伴いやすいため注意です。特に下り坂では勢いが出ているので転倒事故につながりやすくなります。坂が多い地域での利用には、特に安定感のある機種を選ぶなど予防的な配慮も必要です。	人：下り坂でもいつもスピードが出ていることに気づかなかった人：急ハンドルによる安定性が低い機種の機種のあった環境：周囲の状況を見逃すことができず、子供がボール遊びをしている姿が見えなかった
20		電源を切り忘れて、降りるときに本体が動き出し、転倒しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	降りようとしてハンドルに手をかけたところ、アクセルレバーを押してしまい急発進、身体ごと持っていかれてしまった	降車前に電源を切ることを習慣化することが必要です。降車の際にはハンドルを手すり代わりにする人が多いので、アクセルレバーを誤操作しないように心がけましょう。また、ハンドルを手すり代わりにしないと立ち上がりやすい人では、このような危険がさらに増すと思われるので特に注意してください。	人：電源を切ったつもりでいた人：アクセルレバーを誤って触ってしまった人：乗降の際の危険についての説明が不足していた人：管理：降車時の注意喚起の表示が貼られていなかった
21		落ち葉を踏んだタイヤがスリップして、操作不能になる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	落ち葉の上を走行中、ブレーキをかけたが、タイヤがスリップして操作不能になった	落ち葉などすべりやすい路面状況に影響をうけるのは電動車いすも他の車と同様です。注意深く走行する。場合によっては走行を避けるなどの配慮が必要です。また、タイヤが磨り減っているなどの要因もありますので、定期的なメンテナンスを怠らないようにしましょう。	人：落ち葉の上ですべるという認識が欠けていた人：タイヤがすり減っていた人：管理：タイヤの磨耗等の定期的な確認を怠っていた
22		空気を注入するためのバルブが腿(もも)にあたり、痛みが生じる	車いす付属品	122406(シート(座)・背もたれ・車いす用パッド・クッション)	サイズの合っていないクッションを使用して空気を注入口が腿(もも)にあたってしまった、長時間車いすに座っていた	クッション自体は本来このようなことが起こらないように設計されていますが、利用者の座位姿勢、車いすのクッションの適合、クッションの間違った使い方などにより、このような危険が生じる場合もあります。利用者の中にははらこのような危険を訴えることが出来ない方もいらっしゃいますので、介助者も定期的な確認しましょう。	人：少し小さいサイズが違っていても大丈夫だろうと判断できなかった人：クッションが適切な位置からずれていた環境：福祉用具について適切なアドバイスのできる人が周囲にいなかった
23		ベッドの柵(サイドレール)とベッドの柵(サイドレール)の間に首を挟み、重傷事故に遭いそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッド上で姿勢を変えようと足を崩そうとした時バランスを崩し、首が挟まってしまった	死亡事故も複数報告されている危険な事例です。姿勢を崩し転倒につながるような行為をベッドの上で行うことは極力避けましょう。最近のベッドではこのような事故が起こりにくいよう対策が施されていますが、古いタイプのものでも危険を回避する対策用品が用意されていますので、その活用を考えましょう。	人：隙間に挟まるという認識が欠けていた人：隙間を埋める対策用品をつけていなかった人：やわらかいマットレスで、姿勢保持が困難だった
24		ベッドを下げたとき、利用者のかかとがフレームと床の間に挟まり、ケガをしそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	介助者はよそ見をして、利用者の足を挟みそうなる状況に気づいていない	ベッドの降車により挟み込みやすさにも差がありますが、どの機種でも起こりうる事例です。降車位置によってベッドの高さを下げる操作は極力避け、やむを得ず降車するときには利用者の足の位置に十分注意をしましょう。	人：利用者の足の位置を確認していなかった人：よそ見しながらベッドの操作をしていた人：挟み込みやすい構造のベッドだった
25		ベッドの背上げをしていた際に、腕をベッドの柵(サイドレール)に挟み、ケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドの柵(サイドレール)の隙間に利用者の腕が挟まっていることに気づかずベッドの背上げ操作をしていた	多くの事故が報告されている事例です。ベッドの柵(サイドレール)に限らず、ベッド用グリップでも起こります。介助者が操作する場合は、腕や足の位置を確認することが重要です。また、利用者の腕が麻痺を起こしている場合には、さらに注意が必要です。調整可能なベッドの柵(サイドレール)の中には入り込むような場合には、サイドレールカバーをつけるなどの対策を講じるべきでしょう。	人：よそ見しながらベッドの操作をしていた人：ベッドの柵(サイドレール)の隙間に腕が入っていたりもさほど危険に感じていなかった人：サイドレールカバーなどで腕が出ないように対処していなかった
26		ベッドの背を上げたところ、利用者の身体が足側に大きくズレる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	背上げ機能のみ使用していた	ベッドは簡単なスイッチ操作で背もたれの上下が可能ですが、背もたれだけの操作では身体が足方向に大きくズレます。この姿勢は腰部や胸が歪みやすくなり、ズレを抑えるために背を上げる前に足上げ操作をおこない、身体をズレを抑えます。ただしこの操作でも背や胸に強い圧迫を感じることがありますので、自身で身体を動かさない人では、背上げの後、背をマットレスとの間に開きを作り、身体の高さとの摩擦を軽減する介助が必要となります。	人：自分で寝る位置を調整できなかった人：足側にズレない操作方法を教えられていなかった人：提供者からの操作説明、注意喚起が不足していた人：ズレやすい構造のベッドだった
27		足側にズレた利用者の身体を、介助者が戻そうとして、ケガをしそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ヘッドボードを取り外し、利用者の頭側から力強く手で引寄せようとした	このような介助は、本人の痛み問題だけでなく、痛傷(床ずれ)の発生や悪化の原因となります。また、力任せの介助は介助者の腰痛の原因にもなります。足側にズレないベッド操作方法を習得し、寝位置の修正をする際にはスライディングシートを利用するなど、正しい介助方法で自身につけましょう。	人：ズレが痛傷(床ずれ)の要因であることを理解できていない人：スライディングシートなどを使わず移動させた環境：正しい介助方法や適切な用具を助言する人が周囲にいなかった
28		ベッドとポータブルトイレの間に入り込んでしまい、ケガをしそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	ポータブルトイレを利用しようとして、一人でベッドから移乗しようとしてうまくいかなかった	ひとりでは移乗できない人が、介助者を呼ばずに移乗したため、このような状態になってしまうことがあり、ポータブルトイレをベッドサイドに置くこと自体が事故のきっかけとなることも考えられます。また、キャスタ付きのベッドの場合は、移乗の際にベッドが動いてしまうことが考えられるため、キャスタのロックを確認するなど、安全を確保しましょう。	人：移乗をひとりで行える身体状態ではなかった人：ベッドのキャスタのロックを付け忘れていた環境：床面がすべりやすかった環境：ベッドとポータブルトイレの高さが適切ではなかった環境：ベッドとポータブルトイレの間に隙間があった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード (CCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
29		ベッド用グリップにパジャマが引っかかり、転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドから降りようとしたところ、大きく開いた袖口がベッド用グリップに引っかかりバランスを崩した	袖口が引っかかり転倒する事例のほか、襟が引っかかって窒息する事故報告が報告されています。洋服を引っ掛けやすい突起がないかベッドやベッド用グリップを確認し、リスクとして認識することが重要です。新しいタイプのベッドやベッド用グリップではこの点の改善が進んでいるので、可能であれば機種の変更をお勧めします。	人：袖口の広いパジャマを着ていた モノ：ベッド用グリップが引っかかりやすい形だった 環境：このようなリスクに対して注意を喚起してくれる人が周囲にいなかった
30		マットレスの下(床板のつなぎめ)に指を入れ、ケガをしそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	マットレスの下に利用者の指が入っているのに気づかず介助者が背上げをし、利用者の指が床板のつなぎめに挟まった	ベッドの可動部には挟み込みの危険がある箇所が多くあります。ベッドの操作は、手指がそのような危険箇所付近に近づいていないか必ず確認をしましょう。手指に感覚障害があったり、痛みを伝えられないような人の場合、骨折や切断などの重傷事故につながる恐れが大きく、特に注意が必要です。	人：ベッドには挟み込みやすい場所があることを知らなかった 人：利用者の腕などの位置に注意を払っていなかった モノ：指の挟み込みが生じる構造のベッドだった
31		マットレス上の手元スイッチが作動し、転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドの柵(サイドレール)にかけた手元スイッチが落ち、利用者の下敷きになっていることに気づかず、操作ボタンが押された	利用者自身で操作する場合、手元スイッチは常に手元に置いておきたいものではありますが、誤って身体の下に入り込んだりするような事故を引き起こしかねません。正しい格納場所に置くことを習慣づけてください。また、操作ボタンとは別に電源の入切が付いている手元スイッチでは、このような事故が起きにくくなります。	人：手元スイッチが身体の下にあることに気づかない モノ：手元スイッチをかけるフックが劣化している 環境：夜間でも明かりもなく手元スイッチが見えづらかった
32		ベッドの柵(サイドレール)にかけた手元スイッチに誤って触れてしまい、ケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	利用者が自分で体位を交換しようとして、ベッドの柵(サイドレール)をつかんだ時、ぶら下がっていた手元スイッチを操作させてしまう	寝返りや起き上がりにベッドの柵(サイドレール)を頼る人は多くいます。ベッドの操作を介助者が行っている場合、利用者に手元スイッチに触れてしまうことに対する危険性の認識が低いことも考えられますので、介助者は普段から利用者の動作を観察し、手元スイッチが利用者の手などに触れてしまうような場所に格納しないよう配慮すべきです。	人：手元スイッチだと気づかずに握ってしまった 人：まさか、手元スイッチを握ってしまうなんて想像していなかった 管理：寝返りする際、握りやすい箇所に手元スイッチがかけられていた
33		頭側の方に座って手元スイッチを操作してしまい、身体が横に倒れ、転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドの高さを上げるつもりが、背上げの操作ボタンを押してしまい、バランスを崩した	立ち上がりを楽にするために、ベッドの高さを上昇させようとして、間違えて背上げの操作ボタンを押したのかもしれません。すでに間違いに気づけば大事には至らないことはありますが、パニックになってしまうことも考えられます。頻繁にこのような操作ミスが起こるときには、操作ボタンに目印を付けるなどの予防策を講じてはいかがでしょうか。	人：適切な位置に座っていなかった 人：本人が起き上がることを考えずに家族が柵を設けてしまった モノ：背上げ・膝上げ・高さ調整の操作ボタンが区別しにくい
34		しっかりと固定されていないベッド用グリップにつかまり、前方に転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドから降りようとしてベッド用グリップのアームをつかんだ際、固定されていなかったため、勢いで前方に投げ出された	最新の製品ではロックが簡単に解除されないような構造になっていますが、旧式のものでは布団などの引っかかりで外れやすいものもあります。力をつける前にしっかりと確認をしましょう。外れやすい機種の場合、可能であれば、製品の交換を検討しましょう。また、介助者のロックの付け忘れなど、人為的なミスも考えられますので注意してください。	人：ロックをかけ忘れていた モノ：ロックが外れやすい旧式のものだった 管理：メンテナンスの際にロックが外れやすいことを見落としていた
35		酸素チューブがベッドの隙間に挟まり、酸素が十分に供給されなくなる		030318(酸素ユニット)	背上げの際、酸素チューブが可動部に挟まったが、介助者は気づかずに気がつかなくなった	ベッドには多くの挟み込みやすい箇所があり、背上げや高さ調整などの操作をするときには、酸素チューブが挟まれないか確認することが重要です。また、このようなヒヤリハットを起こさないためには確認しやすい環境も重要ですので、ベッド周りは整理整頓しておきましょう。	人：ベッドの可動部に酸素チューブが挟まることを想定していなかった モノ：使用上の注意を促す表示がなかった 環境：布団などで、酸素チューブの位置がわかりにくかった
36		手元スイッチのコードが断線し、ベッドが操作不能となる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	床板の隙間にコードが入り込み引っかかってしまったが、無理やり引っ張ったために断線した	ベッドの故障原因の多くが断線に起因しています。手元スイッチのコードを正しく配線・固定することで防げることがありますが、ケースも多いので、普段の点検から注意しましょう。キャス付きのベッドでは、手元スイッチのコードのほか、電源のコードの挟み込み・断線にも注意してください。	人：断線の恐れがある箇所から丁寧にコードを外さなかった モノ：手元スイッチのコードがベッド可動部の近くに入り込んでしまっていた
37		ベッドの柵(サイドレール)を差し込む際に指を入れ、ケガをしそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	利用者の指がサイドレール受けの穴に入っているのに気づかず、利用者の体位を変えようとした	まさかと思うような偶然から事故が起きることもあります。この事例も実際に起こっているヒヤリハットです。ベッドの柵(サイドレール)が不要な人であればサイドレール受けを収納しておくなど対応することも可能です。介護現場では先例を把握し、それを安全に活かすことが重要です。	人：利用者の指が穴に入ることを想定していなかった 人：介助する前に、腕や手の位置が安全な場所にあるか確認しなかった モノ：ちょうど指が入りやすい位置に穴があった
38		マットレス止めが利用者の腿(もも)にあたり、ケガをしそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	マットレス止めが中央寄りに取り付けられていたため、ベッドで熟睡した際に、腿(もも)にあたった	マットレス止めは正しく配置されていたのでしょうか？機種によっては、任意の位置に設置できるものもありますが、このようなことがないように配慮して設置すべきです。またマットレスの厚さや硬さなどに起因することも考えられます。	人：マットレス止めの位置を管理していなかった 環境：不適切な位置にマットレス止めを配置していた
39		マットレス止めがなく、移乗時にマットレスが大きくズレる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	マットレス止めがなく、移乗の際にマットレスが大きくズレた	横方向のマットレス止めが無いベッドではこのような危険が高まりますので、頻繁に起こるようであればベッドの機種変更を検討すべきでしょう。横方向のマットレス止めがあるにもかかわらずこのようなマットレスのズレが起こる場合は、そもそも無理な介助方法である可能性が高いと思われるので、介助方法の再検討が必要ではないでしょうか。	人：勢いをつけた移乗介助に危険が伴うという理解に欠けている 人：マットレス止めが外れかけていることに気づかなかった モノ：横方向のマットレス止めが付いていない
40		ベッドを上げ過ぎて、利用者の足が床から離れ、前方へ転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドを上げ過ぎてしまい、座位姿勢が保てなくなって、側方に座位が倒れ転落しそうになる	介助者が目撃した不注意が考えられますが、移乗のための流い座位姿勢の状態やベッドの高さを上げること自体にも危険が隠れています。利用者の座位姿勢が安定している状態(または臥位状態)であらかじめ高さ調整を行っておくことを習慣づけましょう。	人：利用者の姿勢に注意を払わずにベッドを高く上げ過ぎた モノ：座面部分が柔らかめのマットレスを使用していた 環境：座位姿勢を保つための手すりがなかった
41		寝返りをして、ベッドから転落しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドの柵(サイドレール)が付いていないベッドで熟睡していた	ベッドの柵(サイドレール)は転落防止の有効な手段です。布団のズレ落ちを予防することもできるため、利用することが基本です。また、介護用のベッドの柵は、一般用のベッドと比べると狭くなっていますので、万が一の転落の際、ケガを防ぐ観点からも、就寝の際にはベッドの高さを最も低い位置に設定することも重要です。	人：ベッドの柵(サイドレール)の設置を忘れていた モノ：ベッドの柵(サイドレール)がない
42		背膝運動の機能を使用して端座位をとろうとしたとき、バランスを崩し転倒しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	背膝運動の機能を使用したため、身体が多くの方向に動きやすくなり、端座位をとろうとしたとき、バランスを崩し転倒しそうになった	背膝運動の2モーターベッドの場合、あらかじめ寝返りして足をベッドの外に出しておくなどの利用者の能力が必要となります。そのような動作が難しい場合は、背膝の運動しない2モーターベッドや3モーターのベッドを選択し、起き上がり動作をしっかり練習することでこのようなヒヤリハットを予防しましょう。	人：最初に足を下ろさずに背上げをした 環境：利用しているベッドの特性について注意喚起してくれる専門家が周囲にいなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード (OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
43		ベッドを最大の高さにしたまま、介助者が目を離してしまい、利用者が落下しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドを高くしたまま、利用者が目を離し、利用者が落ちそうになった	介助者の不注意が大きな要因であると言わざるを得ません。介助者の腰痛予防などの目的でベッドの高さを上げることは大切ですが、たとえわずかな時間でも目を離す際には、安全な高さにしましょう。また、おむつ交換や更衣の介助の際には万全に準備をして、途中でベッドから離れることが無いよう注意しましょう	人：ベッドの高さを定位置に戻し忘れた 人：危険な状態を利用者から目を離してしまった 環境：安全な操作方法、介助手順を教えてくれる人が周囲にいなかった
44		ベッドの柵(サイドレール)に臀部をぶつけ、転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	夜間、利用者がベッドに戻って寝掛けようとした際に、誤ってベッドの柵(サイドレール)に接触した	柵の状態によっては昼間でも起こりえる事例です。利用者に注意を促すことも必要ですが、ベッドの柵(サイドレール)の長さを変更するなどの対応を検討しましょう。	モノ：夜間だとベッドの柵(サイドレール)が認識しづらい 環境：フットライトなどの照明をつけていなかった
45		背上げ時にベッド用テーブルが外れ、上のモノがズレ落ち、やけどを負いそうになる	特殊寝台付属品	180315(ベッド用テーブル)	マットレスと掛け布団の厚みで、ベッド用テーブルが押し上げられる	ベッドの柵(サイドレール)の高さ、マットレスの厚さ、ベッド用テーブルの設置位置など様々な要因が考えられますが、基本的には「ベッド用テーブルは簡単に外れる」という認識を持つことが大切です。目的にあった姿勢に整えてからベッド用テーブルを取り付ける手順で、このようなヒヤリ・ハットの防止につながります。	人：膝上げをするなどで、ベッド用テーブルに膝がぶつかることを予想できなかった 環境：マットレスと布団の厚みがある
46		ベッド用グリップにガタツキが生じ、利用者がバランスを崩し、転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	差し込み口のねじがゆるみ、ベッド用グリップをつかんだ際、前のめりになった	ベッド用グリップを差し込む受け口は、日常的に取り外しなどのねじの操作をする部分ではありませんが、使用頻度などの条件によってはねじがゆるむことも考えられます。また、設置時のねじの締め忘れも考えられます。ちょっとしたガタツキでも気になる点があれば、メンテナンスを依頼するよう心がけてください	人：ガタツキが生じていることに気づかない モノ：使用によって締めやすい構造のネジであった 管理：定期的な締め付け具合等を確認する約束事が作られていない
47		ベッドの高さを下げたとき、脇にあったポータブルトイレを破損させる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	介助者が、ポータブルトイレをベッドに近づけすぎたため、ベッドの床板下部にフレームの端が入り込んでいた	この状況では、ポータブルトイレの位置が介助者から死角になっていた様子が見えます。複数の介助者が関わる場合、床に印をつけてポータブルトイレの位置を決めておくなどの約束事をつくっておくことで、このようなリスクを軽減させることが可能です。	人：利用者に気を取られ、周りへの注意を怠った モノ：ベッドの昇降時、モノと接触する恐れがあることを説明していない 管理：ベッド周囲に物を置く際に、このような危険があることを周知する教育機会を設けていなかった
48		ベッド用テーブルに寄りかかり、転倒しそうになる	特殊寝台付属品	180315(ベッド用テーブル)	手すり代わりにベッド用テーブルをつかんだ際に、キャスタが動いてしまい、バランスを崩した	歩行に不安のある人は、手近ないようなモノに手を伸ばしてしまいがちです。ベッド用テーブルのような不安定なモノを歩行軌道に置くこと自体がヒヤリ・ハットの誘因となっています。ベッドの配置や床置き形手すりの配置などを工夫することで、歩行の安定を図ってください。	人：歩行軌道にベッド用テーブルを置くことの危険性を認識していない 環境：つまりやすい場所にベッド用テーブルが置かれていた
49		昇降レバーを誤ってさわってしまい、上に置いてあった食事が落ちそうになる	特殊寝台付属品	180315(ベッド用テーブル)	食事を乗せたベッド用テーブルを近づけようとして、誤って昇降レバーをさわってしまった	スプリング式のベッド用テーブルでは、簡単な片手操作でテーブルの上下が可能な反面、誤って昇降レバーなどに触れると急に上がってしまうことがあります。製品の特性をよく理解して使用することが大切です。	人：移動させる際に、誤って昇降レバーにさわってしまった モノ：下からの力で容易に上昇する構造のテーブルだった 環境：製品の側にこのような特性を説明してくれなかった
50		ベッド用グリップをベッドに固定するねじがゆるんでおり、前方へ転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドから立ち上がりうとアームをつかんで体重をかけた際、ベッド用グリップがはずれて前のめりになった	ねじのゆるみは定期的なメンテナンスで防止するものですが、何らかの理由で一使用し外し、再設置した際にねじの締め忘れのようなことも考えられます。ベッド用グリップは手すりとして身体を支える重要な付属品という認識を持つことが大切です。	人：ねじの締めつけが不十分であることに気づかなかった 環境：定期的なねじのゆるみを確認していなかった
51		ベッド用グリップのストッパー(開閉レバー)に指を挟み、ケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	利用者がストッパー付近に手を乗せていたのに気づかず、介助者がストッパーを動かしてしまった	介助者が手元を確認して操作すれば起こりえない事例ではありますが、事故は「まさか」というところで起こるものです。操作に慣れれば慣れるほど目視を怠りやすいものであり、慣れた操作ほど危険が潜んでいるということを確認しましょう。	人：操作方法の手順が把握できていない 人：安全を確認せず操作した モノ：挟み込みやすいデザインだった モノ：挟み込みに注意を促す表示が貼られていなかった
52		スライディングボードからすべり落ち、ケガをしそうになる	特殊寝台付属品	123003(スライディングボード・スライディングマット)	スライディングボードの設置位置が悪く、すべり出した時点で、前方へすべり落ちそうになった	スライディングボードは基本的に端座位が安定している人のための移乗用具です。座位の不安定な人に利用するとこのようなヒヤリ・ハットが起こりやすくなります。また、安全な利用には適切な移乗技術を身につけることが必要です。	人：スライディングボードがすべりやすいことを認識していない モノ：スライディングボードは前方にもすべる 環境：車いすとベッドの高さが適切でない
53		冬場から利用していた防水タイプのマットレスにムレが生じる	床ずれ防止用具	033306(褥瘡予防マットレス及びカバー)	マットレスカバーの透湿性が不十分で、夏場、大量に汗がマットレスにたまっていった	選定した時点で快適に使用できた福祉用具であっても、環境が変化することで不適切なものになってしまう事例です。特に床ずれ防止マットレスは、失禁などの対策から透湿性の低いものもありますので、高温多湿の環境での使用には注意が必要です。	人：夏場での使用を想定していなかった 管理：使用状況の確認を定期的に行っていた
54		ベッドの背上げをした際、身体がズレて、環境制御装置のスイッチが使用しづらくなる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドの背上げにより、身体が足側にズレてしまい、顔の近くに固定してある環境制御装置のスイッチと離れてしまった	わずかな動きをとらえるスイッチの位置は微妙な調整が必要で、ベッドの背上げ操作など姿勢を変える際にはその対応スイッチの位置の調整をする必要があります。またエアマットなどの利用でゆくりと徐々にスイッチの位置がずれてしまう場合は、テープで顔に固定するタイプのスイッチの利用が解決になる場合もあります。	モノ：エアマットだと、ベッドの背上げ時に身体がズレやすい 管理：環境制御装置のスイッチを利用者にしっかり固定していない
55		床置き形手すりとベッドの間に身体が挟まり、身動きがとれなくなる	手すり	181806(握りバー、握り)	床置き形手すりとしてベッドに隙間があり、転倒した際に首が挟まってしまった	歩行や立位に不安定な人では常に転倒の危険がありますが、転倒した際に首や顔などを挟み込んでしまうとさらに重大な事故につながります。このような人が生活する環境には、挟み込みやすい隙間を作らない予防策をとることで重傷事故を減らすことが可能です。	人：まさかこんな隙間に挟み込まれてしまうと気づいていなかった 環境：ベッドの柵(サイドレール)と床置き形手すりの間に入り込みやすい隙間があった 環境：このような事故の事例が発生していることを教えてくれる人がいなかった
56		吸着式の手すりが落下し、転倒しそうになる	手すり	181806(握りバー、握り)	浴室(ユニットバス)での立ち上りの際、力をかけた瞬間に落下した	吸着式の手すりは、壁の素材や構成によって吸着力が大きく異なります。また、固定してからの時間の経過や吸着面の劣化で吸着力は低下していきますので、使用する都度、確実に固定されていることを確認しましょう。製品に添付された固定方法や注意点をしっかりと守ることが安全な使用には不可欠です。	人：使用方法や使用状況の確認を十分にできていなかった 環境：壁面が吸着しにくい形状、材質、状態であった 管理：吸着面が古くなり劣化していた 管理：取り付けてから時間が経過していた

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
57		トイレ用の手すりがズレて、転倒しそうになる	手すり	091224(トイレ用簡易手すり(背もたれ付きを含む。))	立ち上がる際に手すり部を頻りに握ることから、固定部がゆるんでいました	ねじなどによる固定をせずに設置できる手すりは気軽に導入できるメリットがありますが、製品により設置方法は様々で固定できる便器の形状やトイレの広さ、壁面の強度などに制約があります。環境に適合する適切な製品を選定し、正しく設置することや定期的なメンテナンスの確認がとても重要です。	人：ガタツキに気づいていたが、この程度なら問題ないと思ってしまった モ：環境に適合しない製品だった 管理：定期的な確認を怠っていた
58		スロープを収納する時に指を挟みそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	素手でスロープを持ち上げ、レールをスライドさせて収納しようとした	スライド式のレール形スロープではかなり頻りに起こるヒヤリハットで、経験された人も多いのではないだろうか。大型で重量もあり取り回しも大変ですが、他に代えられる製品が無いケースで選定することも多く、グループを着用するなど細心の注意を払って使用してください。	人：安全に設置収納できる体力がなかった モ：挟みやすい箇所に表示喚起の表示がされていなかった
59		スロープを上るときに介助者の足がすべり、車いすごと後方へ転倒しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	雨が降り、早く利用者を施設内に入れようと急いでスロープを上ろうとした	雨で地面がぬれている時や、冬で雪が降りている時などには特に注意が必要です。介助者の支える力に対してスロープの傾斜が大きすぎると危険性も高まりますので、余裕を持った角度設定をすることが大切です。	人：スロープ昇降の介助を安全に行う体力がなかった モ：段差の高さに対し短いスロープだった 環境：安全な傾斜のスロープを利用する広さがなかった 環境：雨で地面がぬれていた
60		歩行器から片方の手を離し、便蓋を開けようとした時、バランスを崩しケガをしそうになる	歩行器	120603(歩行器)	歩行器を片手だけで支えた状態でポータブルトイレの蓋を開けようとしたため、バランスを崩し転倒しそうになった	歩行器は4脚のフレームの中に身体を入れ、両手で支えて立位や歩行の安定を図る用具です。この事例のような片手での操作は適切ではありませんので、床置き形手すりのような安定性の高い用具を利用してください。	人：片手での使用が危険であることを認識していなかった 環境：ポータブルトイレがベッドから遠い位置に置かれていた
61		敷居を越えようとしてバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行器	120603(歩行器)	洋間から和室に入る途中、歩行器の脚が敷居にぶつかってバランスを崩した	段差のある環境で歩行器を使う場合、歩行器を段差の上を持ち上げられる位の安定と筋力が必要です。歩行器を選定した時点で安全に越えられた段差でも、機能の低下に伴い危険が増すこともありますので、定期的な状態の確認が必要です。	人：段差を越えるための立位の安定や筋力がなかった 環境：敷居の段差をなくす改修工事を行っていなかった
62		歩行車を折りたたもうとして、指を挟みそうになる	歩行器	120606(歩行車)	普段はベッド脇に歩行車を置いていたが、乗客の入室に伴い、片付けようとして折りたたんだ	見た目には簡単そうな操作にも危険は潜んでいます。歩行車のような大きな用具では、重さがかかったり動きが鈍いなどして思い通りに操作できないこともありますので、説明書きや注意書きを読むなどして慎重に取扱いをしてください。	人：指を挟むとは思っていなかった 人：折りたたむときに慣れおらずあわてていた モ：挟み込みやすい箇所に表示喚起の表示がなかった
63		歩行車で段差にひっかかり、前方へ転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩道の縁石を越えようとして進もうとしたが、キャスタが引っかかってしまった	見た目には越えられそうな小さな段差であってもキャスタが引っかかってしまうことがあります。また、同じ段差でも荷物がのっけたりすると越えられが難しくなります。段差を乗り越えようとしてひっかかって歩行車を押し戻す場面を見かけますが、危険です。段差は正面から慎重に越えるように操作しましょう。	人：勢いをつければ越えられる段差だと思った 人：段差を越えようとして勢いよく前進した モ：バッグに荷物を入れており歩行車が重たかった
64		側溝の蓋にキャスタが入り、身動きが取れなくなる	歩行器	120606(歩行車)	歩行車で側溝の蓋の上を通過した際に、後輪キャスタがはまってしまった	街で歩行車を利用する際には、段差や溝など様々な障害に注意して操作する必要があります。安全に使用するには、そのような障害に注意を払い、的確な判断をしながら進行することができる能力が必要で、用具を提供し操作の説明をする人はその点の確認も求められています。	人：このくらいの隙間であれば問題ないと思ってしまった 人：提供者からの注意喚起が欠けていた モ：キャスタが側溝の蓋に入ってしまう幅だった
65		キャスタがエレベータの隙間に入り、身動きがとれなくなる	歩行器	120606(歩行車)	エレベータに進入した際、前輪キャスタが引っかかり、何度も前輪キャスタを動かそうとしたが、溝にはまった	キャスタに限らず、杖や歩行器でも起こりうる事例です。街で歩行車を利用する際には、段差や溝など様々な障害に注意して、持ち上げるなどの操作をする必要があります。安全に使用するには、そのような障害に注意を払い、的確な判断をしながら進行することが必要です。	人：隙間がよく見えなかった 人：提供者からの注意喚起が欠けていた モ：ちょうど溝にはまり込みやすいキャスタだった
66		馬蹄形の歩行車でわずかな段差を越えようとして、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	施設の自動ドアから屋外へ出ようとしたところ、わずかな段差にキャスタが引っかかり、前方にバランスを崩した	馬蹄形の歩行車の多くは基本的には段差のない環境で使用する用具です。特に肘で身体を支えるタイプでは重心位置が高く、段差のつまづきや傾斜路の走行などでバランスを崩しやすく、利用者の身体状況とともに安全に使える環境であるかどうかの確認が重要です。	人：どの程度の段差を通過できるか把握していなかった 環境：施設と屋外の間になんかの段差があった
67		歩行車に座ろうとした時、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	ブレーキをかけたまま座ろうとした際、歩行車が動きバランスを崩した	歩行車のいす部分に腰掛ける際には、ブレーキを確実にかけることが重要です。ブレーキがかかっているにもかかわらず、歩行車自体は軽量であり、立ち座りの際には動きやすいため、過度にハンドルに頼ったり、勢いをつけて動作をする人には不向きな場合があります。	人：ブレーキをかけたつもりでいた 人：安全にゆっくりと座ることができる筋力がなかった モ：座るときは必ずブレーキをかけるよう注意喚起をする表示が目立たなかった 環境：このような危険に対し、注意を喚起してくれる人が周囲にいなかった
68		馬蹄形の歩行車の進行に利用者の足がついて行けず、前方へ転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行車に過度に寄りかかりながら歩行しているうちに、歩行車が進む速度に足がついていけなくなった	馬蹄形の歩行車は、肘で身体を支え立位がとれる人の歩行を補助する用具です。肘肘で支えても立位の安定しない人が過度に寄りかかり、前方に倒れかかると歩行車のみが前方に進み、この事例のような危険が発生してしまいます。利用者の立位・歩行能力をしっかりと見極めて使用することが重要です。	人：利用者の立位・歩行能力と歩行車が適合していなかった 環境：利用者の歩行や立位の能力を判断し、適切な移動手段をアドバイスしてくれる専門家が周囲にいなかった
69		歩行車のフレームを手すり代わりに使用してしまい、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	ベッドから立ち上がろうと、歩行車のフレームをつかんだ際、歩行車が動いて前方に倒れそうになった	歩行車はあくまで歩行の補助を目的としています。軽量で作られており、立ち座りの時などに手すりとして使用できるほどの安定性を備えていません。立ち座りに補助が必要な場合、ベッド付属品のベッド用グリップや床置き形手すりなどの、目的に則した福祉用具を使用しましょう。	人：手すり代わりに使用していた 人：このくらいなら大丈夫と思っていた 人：提供者からの注意喚起が欠けていた 環境：ほかに頼る場所がなかった
70		シルバーカーをエスカレーターで使っていて、転倒しそうになる	歩行器	120690(シルバーカー)	シルバーカーを使用してエスカレーターで使っていて、降り口で片側の解除が間に合わず、キャスタが引っかかりバランスを崩した	エスカレーターでは、シルバーカーは折りたたみ、手に持って利用することも必要ですので、立位や歩行の不安定な人の単独での利用は困難だと言えます。できるだけエレベータを利用し、やむを得ない場合は、シルバーカーを誰かに持ってもらうなど、安全な利用を心がけてください。	人：シルバーカーを使用したままエスカレーターに乗れると思った 人：ブレーキの解除が間に合わなかった 環境：近くに安全に利用できるエレベータがなかった 管理：シルバーカーを押したまま乗り込むことの危険性をアナウンスしていなかった








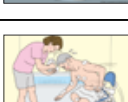





福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
71		前方のいすに座ろうとして、転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	立位を維持する力が弱い人が、ブレーキのかかっていないシルバーカーの座面に座ろうとしてバランスを崩した	シルバーカーの座面に座るときには、ブレーキをかけ忘れにご注意ください。ブレーキをかけていたとしても、本体自体が軽いため容易に動いてしまうことが考えられます。シルバーカーは、利用者が立ち座りや安定して行えることも考慮して選定しましょう。	人：ブレーキをかけた後でいた 人：立位を維持する体力がなかった モ：用具が利用者と適合していない
72		シルバーカーを持ち上げてバスに乗ろうとした際、つまずいて転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	折りたたみ、抱きかかえて、あわてて乗車しようとしていたが、十分に持ち上げられなかった	ほかの乗客が気になりあわててしまったのでしょうか？公共交通機関を利用する際には、軽量でコンパクトに折りたたむためのタイプが便利ですが、それでもバスのステップなどで持ち上げるには体力が必要になります。無理な利用は控えましょう。	人：他に意識が行き、足元の注意があるそになった モ：利用者が持ち上げるには重すぎた
73		本体が完全に開いておらず、歩行時にバランスを崩し、転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	介護者がタクシーからおろし、お金を払っている最中に、利用者が開き方が中途半端なまま操作してしまった	前後に折りたたむイラストのようなタイプのシルバーカーに起こりやすい事例です。開こうとした際に固定フックがしっかりとかかっていないことが原因と考えられますので、確認することが予防につながります。また、長期間の使用でフックが歪んでいる、動きが悪くなっていることもありますので、定期的なメンテナンスも必要です。	人：中途半端に開いたシルバーカーの危険性を認識していなかった 人：介護者が目を見てしまった モ：ロックが完全にかかっていないことが確認しづらかった 管理：ロックがかりづらくなっていることを放置していた
74		ハンドル部分に荷重をかけた歩行時、前方へ転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	利用者が、両腕をハンドルに乗せ寄りかかって歩行していた	シルバーカーは、基本的には自力での歩行が可能なが長距離の移動の際に途中で休憩したり、荷物を運んだりすることを補助する福祉用具です。過度に寄りかかり荷重をかけるバランスを崩しやすく危険です。また製品自体の強度も身体を支えるには不十分で、間違った使い方で破損や故障が起こりやすくなります。	人：自力での歩行ができない状態だった 人：寄りかかり身体を支えてくれる道具だと思込んでいた 人：提供者からの注意喚起が欠けていた モ：利用者の身体状況に合う用具ではなかった
75		狭い場所から後退し、後方へ転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	ATMを利用して、後退しようとしてシルバーカーを後ろ方向に引いた際、自分の体重を支えられなくなり、後方に転びそうになった	シルバーカーは自力での歩行が可能なが、長距離の移動の際に途中で座って休憩したり、荷物の運搬などの目的で使用します。向きが変えられないような狭いところに入っていく時には、後方への移動の際に邪魔になりますので、携帯せず広いところに置いておくようにしましょう。	人：後方へも安全に移動できると過信していた 人：提供者からの注意喚起が欠けていた モ：利用者の身体状況に合う用具ではなかった
76		シルバーカーに足がついて行けず、前方へ転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	坂道で本体の進む速度に足がついていけなくなった	自力での歩行が不安定な人がシルバーカーのハンドルに過度に寄りかかっていたり、荷物を積んだり重たくなっていることが考えられます。ブレーキ操作をするなど安全に利用してください。利用者の歩行能力によっては坂道の利用を控えることも必要です。	人：寄りかかり身体を支えてくれる道具だと思込んでいた 人：坂道でも安全に移動できると過信していた 人：ブレーキ操作に慣れていなかった 環境：身体機能を確認し、シルバーカーが安全に使えるかどうか判断してくれる人が周囲にいなかった
77		杖がすべり、転倒しそうになる		120303(ステッキ・T字杖)	雨が降った後、路面が雨でぬれており、転倒しそうになった	ぬれた路面では、すべらないことを一歩ずつ確認しながら慎重に歩行しましょう。杖の先ゴムがすり減っているときやすり減るのもちろんですが、見かけ上はすり減っていないようにも長く使用することで硬くなり、グリップが落ちることもあります。様々な路面の状況を考えて、杖の先ゴムは早めに交換しましょう。	モ：杖の先ゴムがすり減っていた モ：杖の長さが身体に適合していない 環境：雨が降った後で路面がぬれていた 管理：杖の先ゴムがすり減っていたり硬くなっていることを点検していなかった
78		排水溝の蓋に杖が入り、転倒しそうになる		120303(ステッキ・T字杖)	排水溝に落ち葉がたまっていて溝がよく見えないうちに杖をついてしまった	落ち葉で排水溝が見えづらかったことが直接の原因ですが、このような箇所を見落とす周囲の状況から推察して危険を認知することが大切です。その上で、杖をつく位置や歩行姿勢を変えなどの確かな判断をすることで安全に歩行することが可能となります。病院などの環境で安全に使用していたとしても市街と同様に使えとは限りません。	人：排水溝を確認する十分な視力がなかった 人：路面の状況に注意を払わず、ただ漫然と歩いていた 環境：落ち葉で排水溝が見えづらかった
79		妻の身長に合わせた低い手すりを無理に使い、バランスを崩し転倒しそうになる		120303(ステッキ・T字杖)	玄関の上りかまを上がる際に、手すりが低く長さも足りなかったため転倒しそうになった	半身麻痺の人に実際に起こった事例です。健側の杖をつきつ麻痺側の低い手すりを掴んだため麻痺側に転倒しそうになったと報告されています。杖の長さや手すりの高さには大きな差があったことも要因と考えられます。体格や身体状況、動作に合わせた手すりを利用することはかえって危険です。利用者に合った環境をつくり、無理のない動作で生活しましょう。	人：下肢の機能に左右差があった 人：杖だけでは不安で手すりも手が伸びてしまった 環境：他人に合わせた手すりの高さで、利用者の体格・動作には合っていないかった
80		ハンガーが利用者の頭にあたり、ケガをしそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123603(吊り上げ式床走行リフト)	リフトの操作に集中して利用者から目を離してしまい、ハンガーが利用者の頭にぶつかった	ハンガーは利用者の顔の近くまで接近し、見た目にも恐怖感につながるため、介護者は常に手で押さえ、おろさせないことが基本です。リフトを使った移乗介助には多くの注意点がありますので、それらをしっかりと把握し、練習した上で利用してください。	人：介護者に対する操作の指導が十分ではなかった 人：操作手順、注意点を忘れてしまった モ：ハンガーの色等で注意喚起するデザインになっていなかった 管理：正しい取扱い方法を伝える研修機会が設けられていなかった
81		つり具から転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト吊り具)	上着を装着してあらず、つり具から臀部がスリ出し、落ちそうになった	つり具の装着は見よう目まねでは難しく、的確な指導の下での練習が必要です。またつり具自体が利用者の体格や身体状況にあっていない場合にもこのような事例が起こりますので、利用者の身体特性にあったつり具を選びましょう。	人：つり具より体が小さかった 人：つり具がうまく装着できていなかった 環境：適切なつり具の選定ができる人が周囲にいなかった 管理：正しい取扱いの方法を伝える教育機会が確保されていなかった
82		車いすごとつり上げてしまい、バランスを崩し転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123603(吊り上げ式床走行リフト)	車いすのアームサポートにつり具を巻き込んでしまったことに気がつかず、転落しそうになった	アームサポートだけでなく、ブレーキレバーなども起こりうる事例です。つり具の装着後、確認することが重要です。万が一、巻き込んでしまっても、落ちる前に一度下げからやり直すことで事故を防げます。つられた状態で巻き込みを外すことは危険です。	人：介護者がつり具や利用者をよく見ていなかった 人：つり始めにいったん停止して確認する手順を忘れていた 環境：つり具で巻き込みやすい形状のアームサポートの車いすを使用していた
83		リフトを使用中、利用者の身体が回転してしまう	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123612(住宅用設置型リフト)	浴室でリフトを使用中、介護者が利用者の身体から手を離してしまっ	リフトでの移動介助は不慣れな利用者にとって、とても不安が大きいものです。このような不意な動きを予防するだけでなく、利用者が安心して移動できるためにも、介護者は常に利用者の身体を支え、無用な動きの無いよう注意しましょう。	人：リフトでの移乗介助に不慣れであった 人：介護者が利用者から目を離してしまっ モ：リフトがわずかに傾いて設置されていた
84		ストラップがはずれ、バランスを崩し転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト吊り具)	入浴介助の最中、何度か上げ下ろしするうちにストラップがフックから外れていた	とても危険な事例です。ストラップがフックにかかっていることを確認しながら昇降させることが基本ですが、浴室での利用の場合には、浴槽に降りたときにストラップがゆるみ、フックから外れかかってしまうことがあります。フックにかけたときだけでなく、一度ストラップがゆるむタイミングでも確認しましょう。	人：ストラップがフックにかかっていることを確認していなかった 人：最初に一度確認すればその後は外れないと思っていた 環境：このような利用方法の際に、途中でストラップが外れる可能性があることを教えてくれる人が周囲にいなかった 管理：ほかの人が経験したヒヤリハットを利用して危険を予防する取組をしていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード (CCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
85		段差解消機で昇降中に転落しそうになる	移動用リフト（つり具の部分を除く）	183006(段差解消機)	車いすのブレーキをかけた状態でリフトを操作したところ、車いすのブレーキが急ぎに動き出した	段差解消機のテーブル面はわずかに傾斜している場合が多いので、車いすのブレーキをかけることはとても重要です。うっかり忘れてしまうこともありますので、注意喚起のための表示を見やすいところにするなど対策も有効でしょう。	人：利用者があわていてブレーキをかけた状態がなかった モノ：注意喚起の表示がなかった
86		利用者の臀部がポータブルトイレの中に入り込んでしまう	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	やせている人が、体に合わない便座を使用していた	標準的な大きさの便座でも、お尻の肉が落ちている人にとっては大きすぎる場合があります。無理をして使用し続けると、痛みが出たり皮膚に傷を作る原因にもなります。小さなサイズの便座や、便座の上に置くパッドなどの利用をお勧めします。	人：利用者のお尻のサイズと便座のサイズが合っていない 環境：部屋が暗くて見えづかった
87		ポータブルトイレの中蓋を取ろうとして、転倒しそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	夜間、ニオイが気になり、本体の後ろにある中蓋を取ろうとして、転倒しそうになった	中蓋の開閉も含め、利用者がどの程度の操作を行うのか、あらかじめ想定し、利用者が行わない操作についてどう対処するのかを決めておくことが大切です。この事例では、利用者の歩行能力から中蓋を取りに行くことが危険であったと考えられます。	人：中蓋の開閉について、利用者が行うことを想定していなかった モノ：中蓋が取り出しにくいところに収納される製品だった 環境：部屋が暗くて見えづかった
88		ポータブルトイレを支えに床から立ち上がろうとして、転倒しそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	ポータブルトイレに手をかけ、布団から一人で立ち上がろうとしたところ、パランスを崩してしまった	ポータブルトイレを手すり代わりに立ち上がろうとすることに問題があります。利用者の身体状況のゆっくりとした変化は見落とされがちです。利用者は大丈夫だろうと考えていても、トイレに頼っているようであれば、それが安全かどうかを確認する必要があります。立ち上がりのときには、床置き形手すりなど目的にあつたものを活用してください。	人：ポータブルトイレを手すりとして使ってしまった 環境：他に頼るものがなかった
89		ポータブルトイレを支えにベッドから立ち上がろうとして、転倒しそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	ポータブルトイレの肘掛けに体重をかけてベッドから立ち上がろうとしたところ、ポータブルトイレが倒れてしまった	ベッドから立ち上がる時に、ポータブルトイレに限らず、家具をつかまり立ち上がる場面を多く見かけますが、それが安全であるかどうかは常に注意を払い確認する必要があります。木製のような重量のあるポータブルトイレを利用することで安定感が増しますが、基本的にはベッド用グリップや床置き形手すりなどを活用してください。	人：立ち上がる時に何か支えが必要だった モノ：立ち上がりの補助となるほど安定はしていなかった 環境：立ち上がりのためのベッド用グリップなどが設置されていなかった
90		ポータブルトイレの便蓋を閉じようとして、指を挟みそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	折りたたみ式の便蓋で、開め方がよくわからなかった	折りたたみ式の便蓋には機構上、指を挟みやすい部分があります。利用者および介護者は、安全な開閉操作方法を習得し、たとえ簡単な操作でもゆっくりと確実に行うことで危険を低減することができます。	人：隙間があることに気がつかなかった 人：安全な開閉操作を習得していなかった モノ：便蓋に指を挟む隙間がある
91		ポータブルトイレの便蓋がわれ、ケガをしそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	誤って便蓋の上に座ってしまった	便蓋を開き忘れられる単純な失敗のほか、夜間によく見えないことが原因であったり、寝ぼけていた可能性もあります。注意をすれば解決できる事例ではありますが、注意が不十分になりがちで利用者も、あらかじめ便蓋を開けておくなど、予防策を講じることも必要でしょう。	人：便蓋が下がっていることに気がつかなかった 人：寝ぼけていて注意力が欠けていた 環境：部屋が暗くて見えづかった
92		背中を洗う際に利用者が前方にすべり落ちそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	肘掛けにつかまり前傾姿勢をとって背中を洗ってもらおうとした際にお尻がすべってしまった	座位姿勢の不安定な利用者に限らず、石けんなどの影響ですべりやすい浴室内では、このような事例の危険が高まります。入浴用いすの肘掛けだけではなく、壁に取り付けるタイプの手すりを利用するなどして座位姿勢の安定をはかります。また、背中を洗うときに利用者が無理な姿勢にならないような介助方法についても検討する必要があります。	人：座位姿勢が安定しなかった 環境：石けんで浴室内がすべりやすくなった 環境：壁に取り付けた手すりなどがなかった
93		座面を回転させた際に、足がキャスタにあたりケガをしそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	シャワーキャリーの足を踏んで座面を回したところ、足がキャスタにあたりケガをしそうになった	座面が回転するなど、機能が多いシャワーキャリーでは、その分注意をするポイントも増えます。特に浴室内ではスペースが十分でなかったり、介護者から見えない箇所もあるなど危険が高まりますので、日ごろから危険箇所を認識し、十分注意して利用しましょう。	人：介護者から利用者の足元が見えにくかった モノ：足を踏んで座面が回転する
94		排水口によって入浴用いすにガタツキが生じ、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	排水口が滑りやすいため一段低くなっていることに気がつかず入浴用いすを設置していたため、ガタツキが生じているから落ちそうになった	浴室の床には排水のための水勾配があり、入浴用いすの多少のガタツキはやむを得ないところもあります。その上で利用者の座位の状況を確認し、必要に応じ手すりなどの補助を検討しましょう。	人：ガタツキが生じていることに気がつかない 環境：浴室にわずかな水勾配がある
95		シャワーキャリーで敷居を越えようとして、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴室と廊下の間にわずかな段差があったが、注意せずに通り過ぎようとしてしまった	シャワーキャリーは車いすに比べ、キャスタのサイズが小さいことや重さの分布が前寄りになっているなどの理由から段差が越えにくくなっています。移動範囲に段差がある場合には、段差を撤去することをお勧めしますが、それが難しい場合には、簡易スロープの設置を検討してください。	人：これくらいの段差なら越えられると思った モノ：キャスタのサイズが小さい 環境：段差の撤去を怠っていた
96		シャワーキャリーが動き、足を浴槽の縁にぶつけそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	ブレーキをかけたまま、シャワーキャリーが動いてしまった	洗い場には排水のための水勾配があるので、ブレーキをかけたままでも容易に動いてしまいます。浴槽の縁にぶつかりやすくなるほか、排水溝にキャスタが落ちるなどの危険があるので、ブレーキのかけ忘れやゆるみや劣化、破損に注意しましょう。水勾配が大きい場合は、すのこ等で調整しましょう。	人：ブレーキをかけたまま動いてしまった 人：利用者から目を離してしまっていた 環境：浴室にわずかな水勾配がある 管理：水勾配対策ができていなかった
97		シャワーキャリーが介護者の足にあたり、ケガをしそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴室で強引にシャワーキャリーの向きを変えようとした	シャワーキャリーのフレームには突起状の部分も多くあり、また介護者は狭い浴室で無理な姿勢をとらなければならないことから、このような事例が多く発生しているものと思われます。安全を確認し、あわてず操作することを心がけてください。	人：介助に集中して、足元があるそになっていた 環境：浴室が狭い
98		入浴用いすに座った利用者の身体を洗う際に後方へ転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	前方からの介助で足部を洗おうと足をもち上げてしまった	居室での座位ではしっかり座れる人であっても、股関節の硬い方が多い高齢者では、足をもち上げる際に後方に倒れる傾向があります。入浴時の介助方法を検討し、背もたれ付の入浴用いすを利用することで、このような危険は回避できるでしょう。	人：介護者二人の意思確認がおろそかだった モノ：入浴用いすに背もたれが付いていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
99		リクライニングさせたとき、利用者の身体が前方へすべり落ちそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	洗体中、泡のついたすべりやすい状態でリクライニングをしたところ、利用者が前方へすべり出した	入浴などすべりやすい環境の下では、リクライニングで寝かせるときだけではなく、起こしていくときにも体が前方へすべりやすくなります。それを防止するためには、座面のディルト機能を有効に使うと効果的ですが、股関節の曲がりにくい利用者ではうまく機能しないケースもあり、ベルトなどを併用することもあります。	人：洗体中にリクライニングさせたモリ：ディルト機能のないシャワーチェアだった 環境：全身に石けんがついてすべりやすかった
100		浴槽手すり急に動いてバランスを崩し、転倒しそうになる	入浴補助用具	181806(握りバー、握り)	ねじのゆるみからガタツキが生じていたが、そのまま使い続けていたため、突然大きくズレて前方に転倒しそうになった	浴槽手すりは、浴槽の素材や形状によって適合しない場合もあり、本来固定できない浴槽に利用すると、このような事例が発生しやすくなると考えられます。また、適合する浴槽においても、ねじのゆるみや固定部分のゴムの劣化などで固定が不十分になりますので、定期的なメンテナンスが必要で、使用前には必ずしっかりと固定されていることを確認してください。	人：ガタツキが生じていることに気がつかなかった 管理：定期的なメンテナンスをしていなかった
101		浴槽内いす急に動き、バランスを崩して浴槽内でおぼれそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴槽内いすから立ち上がろうと勢いをつけて動いた瞬間、いす本体が傾きすべった	浴槽内いすは浴槽内での踏み台として使用することもある福祉用具です。不十分な固定では横方向に意図しなく立ち上がり、利用者や、勢いをつけて立ち上がろうとすると突然すべり出す可能性もあり、身体機能や使用状況に合わせて選定するとともに、十分な固定力を確保しているかどうか、使用の前後確認することが重要です。	人：利用の前に確実に固定されているか確認をしなかった 人：勢いよく立ち上がろうとした モリ：吸盤が古くなり、吸着力が落ちていた 環境：浴槽に湯がはっており、中の様子がよく見えにくい
102		浴槽内いすの天板が外れ、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴槽内いすを踏み台にして浴槽をまたごうと足をかけたところ、天板が外れて足を踏み外した	浴槽内いすは、浴槽内で踏み台として使用することも想定して設計されていますので、使用方法自体に問題はありませんが、この事例では、清掃などにより、一度分解した後の組み立てが不適切であったことが考えられます。取扱説明書の表記に従い、正しく確実に組み立てましょう。	人：天板の端に足を乗せてしまった 管理：天板の固定が不十分で外れかけていることに気がつかなかった
103		浴槽内いすの端を踏み、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴槽内いすを踏み台にして浴槽をまたごうと足をかけたところ、天板が外れて足を踏み外した	お湯の中に設置されているため、位置が確認できないことも原因であると考えられます。踏み台として使用する場合は、浴槽への出入りの安定をはかる為には手すりなどを併用することが有効ですので、入浴の動作全体が安全に行われるような環境づくりを心掛けて下さい。	人：浴槽への出入りが安定せずらついた 環境：浴槽に湯がはっており、中の様子がよく見えにくい 環境：手すりなど身体を支えるものがなかった
104		湯をはり始めたところ、浴槽内いすが水面に浮いてくる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	滑ってすべり止めマットの上に吸盤タイプの浴槽内いすを設置していたため、吸盤が機能しなかった	吸盤タイプの浴槽内いすに起こる事例です。この事例のように、すべり止めマットの上に設置してしまっただけでは、吸盤の固定が不十分だったことや、吸盤自体の劣化なども原因として考えられます。また施設などで吐水の圧力で吸盤がはがれてしまうこともあります。正しい使い方に加入定期的なメンテナンスと必要に応じた部品交換が大切です。	人：すべり止めマットの上に設置できると勘違いしていた モリ：繰り返し使用し吸盤が劣化していた
105		つり具のストラップの掛け位置が左右で異なり、利用者のバランスが崩れる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト用吊具)	ストラップの掛け位置が左右で異なっており、バランスが崩れた状態で吊り上げてしまった	つり具は左右対称にストラップをかけることが基本です。製品によっては色分けによってわかりやすい工夫がされているものもありますが、そのような製品でない場合でも、目印をつけてわかりやすくするなどの工夫が、このようなヒヤリハットの予防に有効でしょう。また安全確保の意味からも、つり始めにいったん停止し、姿勢を確認してから吊り上げて下さい。	人：ストラップの掛け位置を左右対称にする大切さを理解していなかった モリ：ストラップのデザインが同じで判別しづかった
106		つり具を抜こうとして、前方へ落ちそうになる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト用吊具)	利用者がずっこけ姿勢の状態、介助者が斜め前方からつり具を強引に抜こうとしたため、利用者もとも動いてしまった	つり具を正しく使用し、適切な操作方法で移乗すればこのようなことは起こりません。適切なつり具の見直しと正しい操作方法を習得しましょう。自己流にならず手順通りに実施することを心がけてください。	人：つり具を斜めから強引に引き抜いた 人：リフト移乗の正しい使用方法を教わっていないかった 管理：正しい操作方法を伝える研修機会が確保されていないかった
107		サイズの合わない紙おむつが腰を締めつけ、皮膚がむけそうになる		093003(おむつ)	太めの人が、小さめのパンツタイプの紙おむつを無理に使用していた	利用者の体格にあったサイズを利用することが基本です。特に皮膚の弱い人の場合は、パンツタイプの紙おむつではなく、テープ式の紙おむつで対応させるをえない場合もあり、皮膚の状態を正確に把握するために日ごとの観察も重要です。	人：身体と紙おむつのサイズが不適合だった 人：皮膚の弱い利用者だった 管理：おむつ交換の際には、利用者の皮膚の状態を確認するように指導していなかった
108		パッドを当てている最中、バランスを崩し転倒しそうになる		093003(おむつ)	立位でパッドを下げてパッドを装着していたため、前めりになり転倒しそうになった	立位で前めりになる姿勢はバランスを崩しやすいので、パッドはできるだけ着座した姿勢で交換することをお勧めします。どうしても、立位で行わなければならない場合は、袋から取り出したパッドをはがす作業は座った状態で、手すりなどで安定させた立位の状態で片手で行う方が安全でしょう。	人：立位を維持する力が弱かった 人：安全なパッドの交換方法について、教えてくれる人がいなかった 環境：手すりがなかった
109		尿とりパッドを数枚重ねて使用し、尿が漏れそうになる		093003(おむつ)	尿漏れが多いため、尿とりパッドを数枚重ねて使用していた	尿とりパッドの吸収量には限界があり、たとえ複数の尿とりパッドを重ねて使用したとしても、効果は期待できません。尿量の把握と、それにあった吸収量の紙おむつの使用が適当でしょう。また、おむつの当て方によっては漏れ具合も変わってきますので、一度介護用品の専門店などで適切な方法を学ぶことをお勧めします。	人：重ねて使用しても効果がないことを知らなかった 環境：適切な使用方法を教えてくれる人が周囲にいなかった
110		福祉車両の昇降リフトから、転落しそうになる		121218(自動車用車いすリフト)	リフトで昇降中、ブレーキをかけた状態でいたため車いすが後ろに動き出した	車両が傾斜地に停車しているなど、リフトのテーブル面が水平でない場合があり、車いすの固定操作は重要です。車いすのブレーキを確実にかけるためにはタイヤの空気圧を適正にする必要もあり、日ごとのメンテナンスが必要です。	人：車両を傾斜地に停車していた 人：利用者から目を離していた 環境：リフトのテーブル面が水平ではなかった 管理：車いすの空気圧が低下しており、ブレーキの効きが弱くなっていた
111		リフトでの入浴中、利用者の身体が浮き、頭部が沈みそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123618(据置型リフト)	入浴用リフトで利用者が浴槽に入っていたところ、身体が浮いて水位姿勢が崩れ、頭部が沈みそうになってしまった	お湯の中では、浮力の影響により姿勢が保持しにくくなります。特に大型の浴槽では、背骨が前にずれ頭部が沈みそうになりますので、介助者は利用者の姿勢を見ながらリフトの操作をしなければなりません。場合によってはベルトの着用も検討すべきでしょう。	人：浮力が姿勢が保持しにくかった 人：利用者から目を離していた 環境：浴槽が大きくて足の踏み込みがきかなかった 管理：このような危険があることの教育をしていなかった
112		可動式の手すりが使用可能な状態になっておらず、バランスを崩し転倒しそうになる		181803(手すり、支持用手すり)	介助者が可動式手すりを使用可能な状態に戻し忘れてしまった。利用者が手すりを操作しようとしたが、バランスを崩し転倒しそうになった	歩行が不安定な利用者にとって手すりの連続性は極めて重要な移動環境です。可動式手すりは蓋をなくして空間に設置することにより、空間の機能性を維持できるメリットもありますが、戻し忘れと伝えなくなるリスクがあります。手すりを設置する場合は、動線に無理が生じないよう計画し、利用者・家族に説明し、理解してもらったことが必要です。	人：介護者が手すりを利用可能な状態にするのを忘れて外した 人：利用者から目を離していた 人：利用者は手すりによる動線の連続性が確保できていなかったが、無理をして移動してしまっ 管理：注意喚起が不十分だった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード (CCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
113		段差を越えた衝撃で足が落ちてしまい、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	段差を越えた衝撃で利用者の足がフットサポートから落ちてしまったが、介助者はよそ見をして気づかず操作してしまっていた	車いすを利用する人の身体状況には、大きな個人差があります。座位の不安定な人では、少しの段差の衝撃でも、足や膝が落ちしてしまうことがあります。特に足は地面との間に挟まってしまい捻挫や骨折を引き起こすこともあります。レッグサポートはこのような危険を高く目的で考慮されている安全部品なので、利用者や介助者の都合などで外したままにしておくことのないよう注意しましょう。	人：介助者がレッグサポートの大切さを理解していない 人：レッグサポートを装着していなかった 人：死角になっている箇所に注意がいかなかった 管理：レッグサポートの管理を怠っていた
114		ブレーキをかけずに立ち上がり、後ろに転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	ベッドに移ろうと立ち上がったが、ブレーキを忘れていたため、車いすが後ろに移動し、転倒しそうになった	かなりの頻度で発生しているヒヤリ・ハットで、骨折など大きなケガにつながるケースも多くあります。高齢者の中には、日ごろからブレーキをかけない移動が常習化している人もいます。たとえ転ばなかったとしてもその行為自体が危険だと認識をもって、ブレーキかけを習慣化するよう周囲の声かけも大切です。	人：ブレーキをかけなくても大丈夫だと思っていた 人：ブレーキを忘れていた 管理：メンテナンス不足でブレーキが固くなってしまった 管理：メンテナンス不足でブレーキが壊れていた
115		ベッドの柵(サイドレール)に手押しハンドルが引っかかり、動けなくなる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッド付近で車いすの方向転換をした際に、手押しハンドルがベッドの柵(サイドレール)に引っかかって動けなくなりました	ベッドの高さや車いすの形状などの条件が、悪い状況で重なることで起こってしまう事例です。車いすをくぐって簡単に脱出できることもありますが、強固に挟まってしまい抜け出すことが困難な場合もあります。製品の組み合わせによっては、このような事例が発生する場合がありますので、一度確認しておくことと良いのではないのでしょうか。	人：介助ハンドルが引っかかることを認識していなかった 人：狭い空間で方向転換をした 環境：方向転換をするための十分な場所がなかった
116		運搬時に肘掛けが跳ね上がり、バランスを崩して転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が肘掛けを握って車いすを持ち上げようとしたが、踏ね上げタイプの車いすであったため、不意にロックが外れてバランスを崩した	街のバリアフリー化が進んだとはいえ、車いすを持ち上げなければならぬ場面は多くあります。一方で車いすの高機能化に伴い可動や取り外し式の箇所も多くなっているため、そのような箇所を持ち上げないような注意が必要になってきています。持ち上げざるを得ない場合は、持ち上げるときに握る場所を事業者を確認しておきましょう。	人：肘掛けが跳ね上がる車いすだと知らなかった 人：車いすの正しい運搬方法を知らなかった モ：肘掛けが跳ね上がる車いすだった 環境：スロープがない場所であった
117		前向きで下りたところフットサポートが地面にひっかかり、転落しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	前向きで下りたため、フットサポートが地面にぶつかってしまった	スロープを下りるときには、車いすを後向きに介助することが基本です。それは万が一このような事象が起こっても、利用者が転落することを防ぐという観点からです。どうしても前向きに介助したい場合は、フットサポート下の隙間が路面に干渉しないことを確認しましょう。	人：正しい介助方法を理解していなかった モ：フットサポートが低い位置にある車いすだった 管理：ねじのゆるみからフットサポートが下がっていた
118		はみ出していた肘が建具枠と接触し、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	利用者の肘が車いすの肘掛けよりも外に出ていることを気にせず、狭い箇所を通過しようとした	介助者の不注意が大きな要因ではありますが、あわてているような場面では起こりがちな事例です。ドア通過の手前ではいったん停止し、腕の位置や身体の傾きを確認しうすえでゆくりと進行するようしましょう。	人：利用者の肘がはみ出していることに気がついていなかった 環境：ドアの幅員が狭い
119		レクリエーションに夢中になり、前のめりになって転落しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	風船に触ろうとして、車いす上で身を乗り出してしまった	前のめりになったはずみで、車いすのフットサポートに体重をかけてしまったことが原因と考えられます。これは車いすの特性でもあるので、フットサポートを踏んで足を床に押し、必要に応じて利用してしっかりと足が床につき環境を整えて、安全にレクリエーションを楽しみましょう。	人：レクリエーションに夢中になってしまった 人：車いすがひっくり返ることを想定していなかった モ：車いすはこの原理で傾くことがある
120		自力でスロープを上っているときに、後方へひっくり返りそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	利用者が一人でスロープを上ろうとしたが、バランスを崩してひっくり返りそうになった	虚勢な高齢者というより、腕の力の強い若い障害者に起こりがちな事例です。スロープの上では車いすの重心位置が後方に偏り、さらに勢いよく前進させようとすると意外と簡単にバランスを崩します。転倒しないためには、上半身を前傾させて重心を調整するなどの操作技術が必要です。車いすによっても重心位置は違うので、転倒のしやすさも異なってきます。また、このような事故を防ぐための転倒防止バーが付属する車いすもあります。	人：介助者が来るのを待てなかった 人：一人で上る危険性を認識していなかった 人：利用者が一人でスロープを上っていることに気がなかった モ：転倒防止バーがない車いすだった 環境：一人で上るにはスロープの角度が急すぎた
121		酸素ボンベの重みでひっくり返りそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	酸素ボンベの重みで、車いすの重心が後方寄りになっていることを意識せず、勢いよく座ってしまった	車いすの後方への転倒は意外に多く発生しているヒヤリ・ハットです。危険度合いは車いすの重心位置に関係し、このような事象の起こりやすい車いすには転倒防止バーが付属していることが一般的です。製品自体は安定性の高い車いすでも、酸素ボンベや呼吸器などの後付けで重心位置が変わり、転倒の危険が増しているとの認識を持つことが大切です。	人：勢いよく座ってしまった モ：酸素ボンベの重みで重心位置が後方寄りになっていた モ：転倒防止バーがない車いすだった
122		足がすべって地面に転がり落ちそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	坂を上る途中で、足に思いきり力を入れた途端、足がすべってしまった	足の駆動で坂を上ろうとしていたのでしょうか。足力を入れると身体は前のめりになりますが、この姿勢で足がすべり前方に転げ落ちる状況が想像できます。自分の力で進行する姿勢は大切ですが、一方で安全管理も自立した生活の大切な要素です。無理をしない判断力も必要です。	人：一人で坂を上りきる体力がなかった 人：上ることに夢中になり、前傾姿勢になっていた モ：すべりやすい靴を履いていた 環境：すべりやすい路面だった 環境：一人で上るには坂の傾斜が急すぎた
123		かかととキャストがぶつかり、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	レッグサポートを外しており、かかとの位置が後方になっていたため、かかととキャストがぶつかった	車いすは、このような事象は簡単に起こらないよう設計されていますが、レッグサポートを外した状態では容易に発生します。接触による皮膚の損傷や、車いすの進行方向が定まらないことによる危険が考えられますので、レッグサポートは必ず装着した上で車いすを利用しましょう。	人：介助者がレッグサポートの大切さを理解していない 人：死角になっている箇所に注意がいかなかった 管理：レッグサポートの管理を怠っていた
124		テーブルに手をぶつけ、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が、テーブルの高さと車いすに乗せている利用者の手の位置関係を確認しなかったため、利用者の手が食卓テーブルにぶつかってしまった	介助者の不注意が原因で起こる事例ですが、雑念がらむ頻度で発生します。注意を払うことが何より大切ではありますが、身体に合っていない車いすを利用するとアームサポートをしっかり握って身体を支えることにつながり、このような事例も起こりやすくなると思われます。	人：テーブルと肘掛けの位置関係を確認していない モ：アームサポートの位置が高すぎた 環境：テーブルの高さが低すぎた
125		手に持っていた杖が車いすと花壇との間に挟まり、杖が曲がる	120303(ステッキ・T字杖)	利用者が手に持っていた杖が、車いすの外にはみ出していることに介助者が気づかず、歩道の端を走行したために杖が花壇に引っかかってしまった	このような事例に限らず歩道の縁石や電柱など、街には様々な障害物があります。また、軽率車間にもぶつかる危険があります。特に子どもなどを働つけてしまうような危険もあります。杖は手に持たず、専用のホルダーを装着するとより安全です。	人：杖を手に持っていた 人：死角になっている箇所に注意がいかなかった モ：車いすに杖ホルダーが装着されていなかった 環境：歩道が狭かった	
126		手押しハンドルにブレーキがついておらず、ひっくり返りそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	スロープを下りている際、車いすと利用者の重さを身体で受け止めきれなくなり、ひっくり返りそうになった	ゆるやかさに見るスロープでも、実際に介助してみると想像以上の重さがかかります。特に下りでは、身体で重さを受け止めるのではなく、ブレーキをかけながらスピードをコントロールすることで、身体的にも安全に介助することが可能です。スロープでの介助が必要なときにはブレーキのついた製品を選ぶことが基本です。	人：車いすと利用者の重さを受け止める体力がなかった 人：手押しハンドルにブレーキがついている車いすがあることを知らなかった 人：外出する機会があるにもかかわらず、ブレーキが壊れていた モ：ブレーキがついていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(OCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
127		フット・レッグサポートを外した箇所に接触し、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介助者が足をよく見なかったため、車いすの突起部分に利用者の脚がぶつかった	フット・レッグサポートの取り外しは、移乗を安全に行ううえで大切なことで、取り外した後に現れる突起物などの危険箇所は製品によって大きな差があるのが現状です。突起イコール危険とまでは言い切れませんが、移乗の方法や皮膚の状況によっては、突起の多少も製品の選定ポイントとして重要でしょう。	人：車いすには突起している箇所があることを認識してない 人：死角になっている箇所に注意がいかなかった モノ：車いすには突起している箇所がある環境：狭い場所で移乗介助をしていた
128		段差解消機のスロープにさしかかったところで、後方に転倒しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	段差解消機から降りようとしてスロープにさしかかったところ、車いすが後方に傾いてしまった	車いすの後方への転倒は意外に多く発生しているヒヤリ・ハットです。危険度合いは車いすの重心位置に関係し、このような事故の起こりやすい車いすには転倒防止バーが付属していることが一般的です。しかし、転倒防止バーは介助の邪魔になるなどの理由で取り外されていることも少なくありません。安全意識の再確認が必要です。	人：転倒の危険性を理解していなかった 人：勢いをつけてスロープを下りた モノ：重心位置が後方寄りになっている車いすだった モノ：転倒防止バーがついていなかった モノ：スロープの傾斜がきつかった 管理：介助で邪魔だった転倒防止バーを外していた
129		座った勢いで車いすが横にぐらつき、転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	ブレーキがかかっていることに安心してしまい、勢いよく座ってしまった	ベッドから車いすへの移乗の際、ブレーキがかかっているからと言って安心できるわけではありません。この事例では、そもそも強力で移乗可能な人でないのかどうか問われるでしょう。移乗に限らず、様々な生活動作は単にできるかどうかではなく、安全で苦痛なくできるかという観点での確認も大切な視点です。	人：一人で立位移乗できる体力がなかった 人：勢いよく座ってしまった モノ：安定性の良い車いすであった 環境：本人の移乗能力を確認し、適切な方法を提案してくれる人が周囲にいなかった
130		車いすを歩行器のように使用し、キャストが浮いてひっくり返りそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	リハビリのつもりで車いすから降りて操作していたが、足がついていかず車いすが傾いてしまった	車いすは、歩行訓練用には設計されていないので、人が座っていない状態ではバランスが悪く、このように後方へ転倒しやすいものもあります。歩行を補助する目的では歩行器や歩行車を利用することが基本ですが、あえて車いすを利用するのであれば、重りを積んで後方に転倒しないようバランスを取るなど工夫をする必要があるでしょう。	人：リハビリ目的で歩行車の代わりに車いすを使っていた 人：車いすに過度に寄りかかってしまった 環境：適切な訓練方法を指導してくれる人が周囲にいなかった
131		麻痺側のブレーキをかけるときに、手がずって転落しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	麻痺側のブレーキレバーが短く、身を乗り出して操作しようとしてバランスを崩した	半身に麻痺のある人は、麻痺のある側に倒れやすいという身体的な特徴があります。この事例も、手がずってかき寄せたことにはあつたにせよ、普段から危険な姿勢での操作をおこなっていたことが考えられます。ブレーキの柄を長くするなど簡単な工夫で改善できることもありますので、普段からの危険を見逃さず、適切に対応しておくことが必要です。	人：片麻痺の利用者であることを知らずに車いすを提供した 人：片麻痺の利用者には短すぎるブレーキレバーだった モノ：ブレーキが固かった
132		片側のフットサポートに足をのせて立ち上がり、車いすが傾いて転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	うっかり片側の足をフットサポートに乗せたまま立ち上がり、車いすが傾いて転倒してしまっ	フットサポートの上に立ってしまう、体重をかけてしまうことで車いすが傾き転倒につながる事例は多く報告されています。立ち上がり際には、必ずフットサポートを踏まえ、足を床について行うことを習慣化するよう、日常の声かけなどから注意することが大切です。	人：フットサポートから足を下すのを忘れていた 環境：フットプレートの上に立ってしまうことの危険性を指摘してくれる人がいなかった
133		導尿チューブがブレーキレバーに引っかかって外れそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	導尿チューブがブレーキレバーに引っかかっていることに気づかず走行した	カテーテルが抜けしてしまうなど大きな事故につながりかねない事例で、他の人が操作する車いすだけではなく、手すりや家具類に引っかかってしまうことも考えられます。導尿チューブをはじめ、酸素コネクタや呼吸器などのチューブ類は、いざれも命に係わる大切な役割を果たしています。これらのチューブ類が車いすの外側にはみ出した状態で放置しないよう、紐などで処理しておくことが大切です。	人：導尿チューブにブレーキレバーが引っかかっていることに気づいていない 人：導尿チューブが引っかかりやすい状態で放置していた モノ：ブレーキレバーはひも状のモノを引っかけやすい 環境：他に通れる通路がなかった
134		車いすをのりとうと身を乗り出さず、転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドから離れた位置に車いすがあったため、身を乗り出し出ると転倒しそうになった	身を乗り出すような位置に車いすを置いてあることと自身が、この転倒事例の誘因になっています。介助者が無意識に置ってしまったのかも知れませんが、利用者の状態から一人で移乗が無理な時には、利用者から見えにくい位置に車いすの置き場所を決めておくなど、心理面も考えた予防対策を検討することが重要です。	人：手が届きそうだったので、自分で何とかしようと 人：車いすを遠い場所に置いてしまった 管理：利用者の心理面まで考えた安全確保の教育がなされていなかった
135		身体が前方にずれ、臀部が車いすの座面から転落しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	片麻痺の利用者が手すりをきつて移動していたが、徐々に身体だけ前方にずれてしまい、車いすから落ちそうになった	車いすで移動する際、手でタイヤを回転させずに足を踏んだり、手すりを引き付けたりすることがありますが、身体が前方にズレやすいという問題があります。この事例でも、そのような移動方法を続けたために、臀部が車いすの座面から前方にズレ落ちてしまったものと考えられます。このような移動方法は、車いすからの転落の問題だけではなく、姿勢の崩れやズレを原因とする皮膚の損傷といった問題も引き起こしかねません。片麻痺などの症状から、やむなくこのような移動方法となる場合には、車いすの調整や車いす用クッションの使用などで、姿勢の崩れを防止する工夫が必要でしょう。	人：手でこの部分が固くなくて、ついつい手すりを利用した 人：身体がズレていることを気にとめていなかった 人：ずっこけ姿勢になっていたが、いつものことなので大丈夫と思った モノ：車いすの座面高さや角度などが身体に合っていない モノ：クッションが身体の前の方へのズレを防ぐ形状になっていなかった モノ：スロープの傾斜がきつかった
136		簡易スロープを前向きで下りたところ、前方へ転落しそうになる	スロープ	183018(固定用スロープ)	簡易スロープの傾斜が思ったよりきつくて、不意に傾いてバランスを崩した	段差の高さでもありますが、車いすでは傾斜は後ろ向きを下りることが基本です。車いすの前輪は前向きで前方に倒れやすくなり、また前輪であるキャストは小径のため重さがかかると前へ進みにくくなることもあります。やむなく前向きで下りる際は、バックサポート側に身体をあずけ、後方に重心をかけることを意識して、ゆっくりと進行しましょう。	人：傾斜が思ったよりきつかった 人：急いでおり、目線で確認するのを怠った モノ：スロープの傾斜がきつかった
137		移乗時にブレーキレバーが引っかかり、転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	利用者の臀部がブレーキレバーを越えられずに引っかかってしまい、転倒しそうになった	移乗をしやすくする工夫として、車いすの肘掛けが跳ね上がる製品がありますが、そのような車いすでもブレーキレバーの先端が邪魔になる場合があります。しっかりと立位が取れない利用者の移乗では、先端が臀部に引っかかり、バランスを崩したり皮膚を損傷させる原因になりますので、小さなことと軽視せず、適切な車いすを選定しましょう。	人：ブレーキレバーが引っかかると思わなかった 人：立位移乗するには不向きな車いすを提供していた モノ：ブレーキレバーが長すぎた
138		足がずってバランスを崩し、転落しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	移動するため足で床を踏もうと力をいれたところ、足がずってしまってバランスを崩し、転落しそうになった	車いすを前進させようとして足で床を踏んでく場合、その反動で上半身が前傾してしまう場合があります。また、臀部の位置が座面の前方にズレて、ずり落ちそうになることもあります。いざいざでも、足こぎがしやすいように車いすを身体に合わせ選定したり調整することが大切です。	モノ：ずりやすい靴を履いていた モノ：車いすが利用者に合っていない 環境：足がずりやすい路面だった
139		タイヤに指が入っていることに気づかず操作したため、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	利用者の指がタイヤのスポーク内に入っていることに気づかず車いすを操作してしまっ	車いすの後ろに立つと死角となり見えづらい箇所があり、利用者の腕や手の位置も見逃しうい場合があります。腕はアームサポートや縁の上に置くことを基本として、移動前に確認することを習慣づけることが大切です。また、走行中の振動などで腕が落ちてしまっということもありますが、タイヤに巻き込まれたり脱臼したりという危険があります。経験のある場合には放置せず、クッションなどで腕を保持するなどの工夫をしましょう。	人：死角になっている箇所に注意がいかなかった 人：急いでおり、目線で確認するのを怠った モノ：アームサポートの高さが利用者ど合っていない モノ：アームサポートの高さが利用者ど合っていない
140		角をうまく回れず、足がぶつかってケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	廊下の角で死角になっていたため介助者には前方が見えず、利用者のつま先を壁にぶつけてしまっ	車いすの後ろからでは、足先は死角になり見えづらいうことと多くあります。また、利用者の足先が壁や床にぶつかる危険があります。つま先はフットサポートから飛び出し、想像以上に前方に飛び出していることがあります。足先の位置を確認して走行することももちろんですが、座位姿勢を直したり、万一接触してもケガをしにくいように靴を履いたりする対策が必要です。	人：死角になっている箇所に注意がいかなかった 人：利用者の姿勢が崩れていても気づけなかった モノ：車いすが利用者に合っていない 環境：狭い通路だった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(OCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
141		腕をバックサポートとフレームの間に挟んでしまい、ケガをしそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	利用者の腕が垂れ下がっていることに気づかずバックサポートを戻したため、利用者の腕がバックサポートとアームサポートの間に挟まってしまった	リクライニング機能の付いた車いすでは注意が必要なポイントです。特に旧式のモデルでは、安全対策が施されていない製品もあります。また、背を下げる際にも腕をアームサポートとクッションやフレームの間に挟みこんでしまう事例も報告されています。介護者は車いすの特性をよく理解し、危険を未然に察知することが大切です。また、車いすを提供する事業者の担当者は、車いすごとの危険箇所を整理した上で、安全な使用のための情報提供を心がけてください。	人：利用者の腕が垂れ下がっていることを見落とした モノ：バックサポートとアームサポートで挟み込む可能性がある車いすだった 環境：リクライニング操作の際には、腕をお腹の上のせ確認する等の手順があまりないになっていた
142		街路樹のくぼみにキャストがはまりこみ、転落しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	前方が見えなくなったため、キャストが樹木のくぼみに落ちてしまった	屋外とは異なり、歩道などの屋外では様々な環境が車いすでの移動の障害となります。この事例では、街路樹の根元にあるくぼみにキャストがはまり込み、車いすが傾き、急に止まった勢いで利用者が前方に倒れかかっています。介護者からは、利用者の足元付近は死角となり見にくいものですが、少し先の路面状況を把握して余裕をもって障害物を避けるような介助を心がけましょう。	人：よそ見をされていて前方をよく見ていなかった 人：死角になっている箇所に注意がいかなかった 環境：歩道がわずかに傾斜しており、ハンドルのとられてしまった 環境：歩道の有効幅員が狭かった
143		手押しハンドルに服が引っかかり、転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	二人介助で利用者を抱えてベッドに移そうとしたところ、介助者の服の袖口が広がったため手押しハンドルに引っかかり、車いすごと転倒しそうになった	手押しハンドルに限らず、車いすにはブレーキレバーなど多くの突起物が付いています。引っかかりやすい箇所としては、袖口のほか、上着やズボンの裾などがあげられます。専門職の人はあらかじめ引っかかりにくい形の制服を着用していますので、このようなヒヤリハットは経験していかねませんが、看護等で家族が行う介護では注意しなければならないポイントです。	人：介助に不適切な服を着ていた 人：強引な介助方法で移乗しようとした モノ：車いすには引っかかりやすい箇所がある 環境：狭い場所での移乗していた
144		傾斜に気づかず流れてしまい、車道に飛び出しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	歩道に傾斜がついていたが、気づくのが遅れたために、車いすが車道へ流れてしまった	歩道で車いすを利用した人であれば、だれもが経験をしているのではないのでしょうか。歩道には、車両の乗り込みのために道路に向かって傾斜になっている箇所が多くあります。見た目にはゆるやかなに見える傾斜ですが、車いすへの影響は大きく、簡単に車道に飛び出してしまいます。慎重に走行しましょう。	人：歩道にはわずかな傾斜があることを意識していない 人：傾斜のあるところを走行してしまった 環境：歩道にはわずかな傾斜がついている
145		ベッドが車いすの座面よりも高い状態で移乗し、転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドの高さを調整せずに移乗してしまい、臀部が上がりきらずにぶつかって転落しそうになった	移乗の際には、ベッドと車いす座面の高さを合わせる基本が基本です。移乗する先の方を少し低めに設定しておくことで移乗が楽になります。また、肘掛けの跳ね上げなど車いすにも移乗を助ける機能があります。認知症とまではいなくても、こういった機能やベッドの高さを確認するなどの事前の準備を忘れてしまいがちなため、周囲の見守りも大切です。	人：これぐらいなら大丈夫だろうと強引に移乗した 人：強引な介助方法で移乗しようとした 人：ベッドの高さが上がっていることに気がつかなかった 人：介護者が高さを戻すのを忘れていた モノ：車いすの座面よりも低くないベッドを使っていた
146		ブレーキの効きが左右で違い、車いすが回転して投げ出されそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	左右同時にブレーキをかけたが、左側のブレーキが効いておらず、車体が右に回転してしまっ	多くの車いすは左右別々のブレーキを備えており、まっすぐに止まるには左右を均等に握る必要があります。しかし、ブレーキの調整がきちんとしていない場合は、この事例のようにブレーキ操作が進行方向を乱してしまうことがあります。ブレーキはタイヤの空気圧も影響し、日ごとのメンテナンスが重要です。	人：左右違う力でブレーキをかけた 人：不具合に気づいてはいたがブレーキ調整ができなかった 環境：傾斜がついている場所だった 管理：定期メンテナンスをしていなかった
147		手押しハンドルが倒れてバランスを崩し、転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介護者が車いすを押し出した瞬間に手押しハンドルが根元から倒れてしまい、バランスを崩してしまっ	手押しハンドルの折りたたみは、車いすを自動車のトランクなどに収納する際にコンパクトに折りたたむための便利な機能です。使用時には簡単な操作でロックがかり折れ曲がらないようになっていますが、この事例ではそのロックが不完全であった、またはロック機構自体が壊れていたのかもしれない。確実な操作とメンテナンスが求められます。	人：手押しハンドルのロックをちゃんとかけていなかった 人：不具合に気づいてはいたがそのままにしていた 管理：定期メンテナンスをしていなかった
148		アームサポートが倒れてしまい、転落しそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	アームサポートがしっかり固定されていなかったため落ちてしまい、転落しそうになった	移乗の妨げにならないよう多くの車いすで肘掛けが収納または取り外し可能になっていますが、その方式は様々です。収納された場合は使用位置でロックがかかる機構になっていますが、この事例ではそのロックが不完全であった、またはロック機構自体が壊れていたのかもしれない。確実な操作とメンテナンスが求められます。	人：ロックがかかっていることを確認していなかった 管理：定期メンテナンスをしておらず、故障箇所を見落としていた
149		階段を踏み外し、転倒しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	足元をよく見ずに階段を下りたため、足を踏み外して転倒しそうになった	この事例のようなレール形のスロープで起こりやすい事例です。スロープで足元を下りる場合、介護者は後ろ向きになることが基本となりますが、レール形のスロープでは、足元が狭くまた見づらいために注意が必要です。車いすの手押しハンドルにブレーキが付いていると、介助にも少し余裕が生まれます。介助力と段差の高さに合わせて、スロープの形態や車いすの機能を選定しましょう。	人：スロープにタイヤを乗せることに気をとられていた 人：足元をよく見ていなかった モノ：短めのスロープで、角度が急だった 環境：敷地の関係で、緩やかな長めのスロープを利用できなかった
150		ブレーキをかけたことにより車いすが移動し、転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	傾斜のある駐車場にブレーキをかけずに放置してしまっ	介護者が車いすのブレーキをかけたまま、車を取りに行ったのでしょうか。介護者の見目には傾斜を感じないような場所であったり、車いすは動き出しやすいためです。車のホーンではエスケープ待ちをしていた車いすが動きだし、利用者ごと道路に転落するという事故も起こっています。介護者は平坦な場所でも常にブレーキをかけるよう、日ごろから習慣づけておくことが事故を未然に防ぐことにつながります。	人：ブレーキをかけた後で忘れていた 人：傾斜があることに気づかなかった 人：離れた位置で車いすを停めたので目視できなかった 管理：ブレーキが故障していた
151		肘掛けを跳ね上げたまま目を離してしまい、転落しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	介護者が車いすの肘掛けを跳ね上げた状態で目を離してしまい、利用者の姿勢が崩れて転落しそうになった	肘掛けを跳ね上げ、まさにこれから移乗しようというタイミングで目を離してしまったことなど原因がいろいろあります。この状態で放置された利用者は、介護者がいなくても移乗を始めてしまったのかもしれない。安全に動作ができない利用者が勝手に動いてしまっ	人：利用者が危険な状態を目を離していた 人：わずかな時間でも座位姿勢を保つことができなかった 管理：危険を予測する教育機会を作っていなかった
152		フットサポートに衣服が引っかかり、転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	裾が広がったズボンで覆っていたため、フットサポートに引っかかり、転倒しそうになった	服装の問題はなかったでしょうか。車いすにはブレーキレバーや手押しハンドルなど衣服を引っかかりやすい突起箇所が多くあります。安全な介助のためには衣服の選定にも配慮する必要があります。ことを感じさせられる事例です。	人：モノを引っ掛けやすい服を着ていた 人：足元をよく見ずに移乗した モノ：引っかかりやすい箇所がある
153		勢いよく座ったことで車体が傾き、ひっくり返りそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	ブレーキがかかっていたが、勢いよく座ったことで車体が傾いてしまっ	例えブレーキをかけていても、勢いよく座ると後方へ転倒する危険があります。車いすに座るときにはしっかりと動作することが基本ではありますが、障害によっては、手すりか手を離すタイミングが合わずにゆくりとした動作が困難な場合もあります。車いすの安定性は機種ごとに異なりますので、必要に応じて安定性の高い車いすを選定しましょう。	人：ブレーキがかかっていることに安心してしまっ
154		誤ってリクライニングレバーを握ってしまい、転倒しそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	ブレーキをかけた後、誤って近く付いていたリクライニングレバーを操作してしまっ	リクライニングやリフト機構の付いた車いすでは、経験した人も多いのではないのでしょうか。このような機能の操作レバーがブレーキの操作レバーと似ていることが混乱の原因です。形状や色を変えることで、間違いを防ぐ対策をしている車いすもありますが、別荘にない機種もあり、利用者側でわかりやすいマークをつけておくなどの工夫をすることもヒヤリハット防止には役立っています。	人：操作に慣れていなかった モノ：操作レバーが同じ箇所にくっついておりわかりづらい

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
155		バックサポートが倒れていたことで傾き弱くなっており、ひっくり返りそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	利用者に転下をはかせるため、介助者が足を持ち上げたところ、車いすごとひっくり返りそうになった	リクライニング式の車いすでは、バックサポートを倒した際に重心が傾り後方に転倒しやすくなります。静止している時には転倒しなくても、前方で足を持ち上げるような介助を行ったり、段差を越えようとした際にバランスを崩しそうになりあわてることが多いようです。一般には安全蓋として転倒防止バーなどが装着されていますので、しっかりと機能しているか白子の確認を大切にしてください。	人：介助方法が不適切だった 人：転倒防止バーを外していた 人：介助者がバランスを崩すと思っていなかった 環境：転倒防止バーの重要性やこのような介護方法の危険性について教えてくれる人が周囲にいなかった
156		急発進してしまい、人とぶつかりそうになる	車いす	122127(電動車いす)	運転に慣れず、ジョイスティックを思い切り押し倒したため、急発進してしまった	ジョイスティックの操作では、レバーの倒し具合によって駆動輪にかかる力が変わります。操作に不慣れな人ではその倒し具合がつかめず、このような急発進が起こってしまいがちです。操作方法は簡単でも安全な走行には練習が必要です。展示場などで不慣れな人が試走する場合などは特に注意しましょう。	人：操作に慣れがなかった 人：操作に不慣れな利用者から目を離していた 環境：狭い場所で試運転をしていた
157		誤ってジョイスティックを触ってしまい、転倒しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	電源スイッチを切らずにベッドに移乗しようとして、臀部がジョイスティックに接触し、車いすが進んでしまった	電動車いすのジョイスティックは軽い力で反応するので、移乗の時は必ず電源を切り、ブレーキのロックをかける安全操作が重要となります。この事例では、安全操作が行われず、移乗動作を行ったため、臀部がジョイスティックに接触してしまいました。介助での移乗であっても同じリスクは生じるので、介助者も安全操作の確認が必要です。	人：電源スイッチを切り忘れて移乗しようとした 人：ブレーキをかけた状態 人：ジョイスティックが、臀部に接触しやすい位置にあった
158		介助による段差乗り越え後、転倒防止バーが収納されたまま走行してしまい、小さな段差でひっくり返りそうになる	車いす	122127(電動車いす)	介助によって段差を越えた後、転倒防止バーを収納したまま走行したため、すぐ近くに小さな段差を乗り越えた際にひっくり返りそうになった	転倒防止バーを収納したまま走行している人を見かけます。段差乗り越えの介助の際に邪魔になるという理由ですが、転倒防止バーは後方への転倒を防ぐ重要な安全装置であるという認識を再確認し、適切に操作してほしいと感じます。また収納せざるべき程度の段差を乗り越えられるよう調整できる機種もあります。	人：転倒防止バーが収納されていることを忘れていた 環境：転倒防止バーが収納されていることの危険性を指摘する専門職が周囲にいなかった
159		大きな石を踏んでしまい、転倒しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	舗装されていない道路を走行中、大きな石を踏んでしまい、車いすごと転倒しそうになった	施設内とは異なり、一般の道路では様々な状況に遭遇します。大きな石もその一つ、利用者には、そのような様々な状況を的確に把握して安全に走行できる認知、判断、運動機能が求められます。十分な心身機能を持たない場合、利用を制限することも必要です。	人：障害物を避ける操作ができなかった 人：不整地を慎重に走行しなかった 環境：舗装されていない場所だった
160		突然の大雨に打たれたが雨宿りできず、車体が止まって立ち往生する	車いす	122127(電動車いす)	天気が悪い日に出外したため大雨に打たれてしまい、故障してしまった	施設内とは異なり、一般の道路では様々な状況に遭遇します。天候の変化もその一つ、利用者には、そのような様々な状況を的確に把握して安全に走行できる認知、判断、運動機能が求められます。雨に弱いという電動車いすの特性を理解し、天候の変化を予測する注意深さが必要だったのではないのでしょうか。	人：電動車いすに雨に弱いことを知らなかった 人：天気予報を見ていなかった 人：防滴加工されていない 環境：予測できない雨に打たれた 環境：雨宿りできる場所がなかった
161		勢いよく段差を下りたため、前方へ転落しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	段差があったにも関わらず、速度を落とさず走行したため、前方へ転落しそうになった	段差に気づかなかったのでしょうか？車いすであっても常に前方の路面状況に注意を払うのは歩行と同じです。もしくは、「これくらいの段差なら・・・」と過信してしまっただけかもしれません。いずれにしても、安全な利用には様々な路面状況の的確に把握し判断する能力が求められます。	人：これくらいなら大丈夫だろうと強引に走行した 人：前方をよく見えず、段差があることを見落とした 環境：薄暗い場所で段差が見えづかった
162		載せていた歩行車がガードレールに接触し、バランスを崩して転倒しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	外出先で使用する歩行車を運転席のせて走行したが、車体からはみ出たためガードレールと接触してしまった	走行中の接触ではかなり大きな衝撃が予想されます。利用者のケガなど、歩行車への加害も考えられる危険な事例です。電動車いすは、歩行に何らかの補助が必要な人が利用するものであり、歩行補助具を積載しての走行は想定されるところですが、歩行車の安全な積載については難しいというのが現状のようです。メーカーの開発努力が期待されるところです。	人：壁際を走行していた 人：歩行車を収納する場所がない 人：歩行車が車幅からはみ出していた 環境：歩道が狭かった
163		後進のつもりが前進してしまい、人とぶつかりそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	バックしようとしたが、アクセルレバーの操作を間違えてしまい、前進してしまった	ハンドル形電動車いすは、操作自体はそれほど難しいものではありませんが、機種ごとに操作方法やスイッチ類の機能、配置が異なると、この事例は、機種を判断して間もないころに発生しており、前の機種との違いが原因だったことが考えられます。操作には慣れていると過信せず、安全な場所で練習するなどの注意深さも必要でしょう。	人：操作に不慣れだった 人：操作方法をしっかりと説明していなかった 人：前進と後進の区別がわかりづらい構造だった
164		高速ギアで発進したため、不意に車道へ飛び出しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	前進しようと思ったが、高速ギアに入ったままアクセルレバーを押したため、意図せず車道へ飛び出してしまった	ハンドル形電動車いすでは、ダイヤルなどのスイッチによって速度を選択できるようになっていますが、慣れによる過信から最高速度の設定にしたまま利用している人を見かけます。この事例もそのような過信が原因だったと考えられます。「もし車道に幼児が歩いていたら・・・」周囲の安全を守るのも運転者の責務、面倒がらず、「安全第一」の心で利用してください。	人：速度調整をしなかった 人：過信していた 人：速度の注意喚起する表示が付いていなかった 管理：安全な運転操作についての講習を義務付けていなかった
165		溝に気づかず走行し、脱輪しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	歩道にあった溝に気づかず走行してしまい、タイヤが溝にはまり込んでしまった	ハンドル形電動車いすは、操作自体はそれほど難しいことではなく、足腰の弱った高齢者にとって手軽な乗り物として人気があります。しかし、操作が簡単だからと言って安全なわけではありません。車両である以上は歩行者など周囲の状況や道路の凹凸などの環境を把握し、的確な判断をして運転する必要があります。発生する事故の多くは、誤った状況判断によるものであると考えられます。	人：よそを見ている前方をよく見ていなかった 環境：歩道がわずかに傾斜しており、ハンドルをとられてしまった 環境：歩道の有効幅員が狭かった
166		停車時、無意識に片足を地につけようとしてしまい、転落しそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	原動付三バイクに乗っていたことで、停止時に足を地につけてしまった	自転車やバイクでは、停車のタイミングで片足を地面にかけ安定をはかるものですが、そのような習慣がついてしまったかもしれません。もちろん、ハンドル形電動車いすは安定しており足を出す必要はありません。アクセルレバーから手を離しても勝手に少し動きまわりますので、確実に停止したことを確認してから足を地面につけるようにしましょう。	人：身体が勝手に反応して足が出てしまった 環境：安全な運転操作を教えてくれる人がいなかった
167		満充電のつもりだったが、横断歩道の真ん中で止まってしまった	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	満充電のつもりで外出したが、突然バッテリー残量がなくなってしまう、停止してしまっ	電動車いすでも最も困る場面のひとつです。日ごろから充電残量については細心の注意を払うことはもちろんですが、長期使用し劣化が進んだバッテリーでは十分な充電量でも満充電を示してしまうこともあり、早めのメンテナンスや交換が大切です。万が一このような場所で止まってしまったら、周囲に非常事態を示すために叫びを飛ばしましょう。電動車いすを手動で動かすにはクラッチを切る必要があるため、その操作方法についても事前に確認をしておきましょう。	人：バッテリー残量を十分に確認していなかった 人：走行可能距離以上に走行していた 人：バッテリーが充電できていなかった 人：冬場でバッテリーが弱っていた 管理：メンテナンスをしてもらえず、バッテリーの定期交換をしていなかった
168		ブレーキのつもりでアクセルレバーを押してしまい、壁に激突してケガをしそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	操作に慣れず、ブレーキのつもりでアクセルレバーを強く握ってしまい、壁にぶつかりそうになった	ハンドル形の電動車いすは、手動で動かす時のためにブレーキが装着されていますが、電動での運転時はアクセルレバーから手を離すだけで停止するため、ブレーキの操作をする必要はありません。しかし、緊急時にあわててしまい、ブレーキを誤ってアクセルレバーを強く握りしめてしまうことが原因となる事故が発生しています。緊急時にもあわてず正しい操作ができるよう、常に落ち着いてゆっくりと操作することが安全の第一歩です。	人：身体が勝手に反応して、とっさに握ってしまった 人：慌てた時とっさに握りやすい位置にアクセルレバーが付いていた 人：アクセルレバーとブレーキレバーの区別の表示が判別しにくかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(OCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
183		ベッドの柵(サイドレール)が抜けてしまい、転落しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	手持ち無沙汰でベッドの柵(サイドレール)を動かしているうちに抜けてしまい、バランスを崩して転落しそうになった	ベッドの柵(サイドレール)は柵方向へは固定されているものの、縦方向は固定されていないので、引き抜けば簡単に外れる可能性があります。この事例では、認知症のある利用者がベッドの柵(サイドレール)を引き抜いてしまった拍子に後ろに倒れ、ベッドから転落してしまいました。幸い大怪我には至らなかったとのことですが、担当の事業者はベッドの柵(サイドレール)を固定する必要性を感じたとのことでした。	人：ベッドの柵(サイドレール)が簡単に外れることを知らなかった 人：認知症状があった モ：ベッドの柵(サイドレール)が一般的には固定されていない
184		電話機と間違えて操作し続けたため、ベッドが最大高まであがってしまう	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	手元スイッチを受話音と間違えており、操作ボタンを押しているうちにベッドの高さが上がってしまった	事故にならなければ、ひやりとしなければ見過ごしてしまうようなことでも、実は「ひとつ間違えは…」という危険な場面はたくさんあります。この事例も、手元スイッチのコードが体に巻きつき、最大高さのベッドから降りようとするなど「ひとつ間違えは…」の場面を想像すると、単なる笑い話では済まされない危険を感じます。	人：手元スイッチを受話音と間違えていた 人：利用者が触れる位置に手元スイッチを置いていた 人：認知症状があった モ：手元スイッチに誤操作防止のためのロック機構がなかった
185		運搬のためボードを持とうとしたところ、外れて転倒しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドを動かそうとして、ボードをつかんで持ち上げようとしたところ、ボードが抜けてしまい転倒しそうになった	多くのベッドでは、洗髪などの目的でヘッドボードやフットボードが簡単に取り外せるよう構造になっています。ベッドを熟知した人であれば、運搬前にロックを確認するなど安全を確保するのですが、在宅では家族がベッドを移動する場面もありますので、注意喚起することが大切です。	人：ベッドの正しい運搬方法を理解していなかった 管理：ボードがしっかりと固定されていないかった
186		停電した時の対応がわからず、バランスを崩しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	背上げさせた状態で停電になってしまったが、緊急対応の方法がわからずあわてているうちに、利用者の身体が崩れた	ベッドの背を上げている状態で停電したため、背を下げることで、徐々に体幹が崩れて転落しそうになった事例です。停電時の対応方法は製造者によって異なります。日ごろから取扱説明書を把握するなど、万一の時にあわてない準備をしておくことが大切です。	人：介護者が停電時の対応を理解していなかった 人：関係者が停電時の対応を説明していなかった モ：停電時の対応ができないベッドだった
187		ベッドの背上げ時、酸素チューブが引っかかってしまい抜けるようになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	酸素チューブがベッドに引っかかっていることに気づかず操作したため、酸素チューブが抜けそうになった	利用者の心身の状況によっては、呼吸器や酸素吸入、導尿など様々なチューブが、採られたり、引っかかたりする危険を持っています。介護用のベッドでは様々な動きがあることで、その危険が一層高まっていますので、チューブの取り回しを検討し、必要に応じて固定するなどの対策をあらかじめ講じておく必要があります。	人：酸素チューブが引っかかっていることを見落とした 管理：酸素チューブの配線が悪かった
188		電話に夢中で肘で操作ボタンを押していることに気づかず、転落しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッドに腰掛けて電話をしていたが、肘で操作ボタンを押していることに気づかなくなった	「まさか」という偶然が引き起こすヒヤリ・ハットは多くあります。この事例では、手すりに寄りかかった際に、肘で手元スイッチの操作ボタンを押し、脚側が上がってしまったそうです。利用者にとっては不意の動きで、すぐに是对処できず、バランスを崩して転落しそうになったのでした。手元スイッチの格納場所の問題があったのかもかもしれません。	人：手元スイッチを肘で押していることに気がつかなかった モ：手元スイッチに誤操作防止のためのロック機構がなかった
189		上下逆さまに使用しており、思わぬ方向に動いて転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	上下逆さまに寝ていたことに気づかずに、ベッドの背上げ操作をしたため、利用者の脚が上がってしまった	この事例は、利用者がそもそも介護用のベッドに上下があることを理解していなかったそうです。ベッドを搬入した際に目録を確認していたのですが、その後何らかの理由で寝向きを変えていたのようです。そもそも、背上げの機能が必要な人であったのか、疑問を感じる事例です。	人：寝る向きを変えたことを伝えていなかった 人：納品時に寝る向きを説明していなかった 人：ベッドの方向を変えるのが面倒だった モ：よそ見をしてベッドを操作した モ：上下の判断がしづらいデザインのベッドだった
190		寝返りさせたと、拘縮がひどいためベッドの柵(サイドレール)にぶつかってしまいケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	寝返りさせることに取られ、足元をよく見ず寝返りさせてしまい、利用者の脚がベッドの柵(サイドレール)にぶつかってしまった	特に膝関節の屈曲拘縮がある人の寝返りを介助する場合、膝の動きに注意します。寝返りする前には身体を修正するなど準備が必要な場合もあります。介護用のベッドというより介助方法に起因する事例と言えそうです。	人：寝返りさせることだけに集中して利用者を見ていなかった モ：ベッドの幅が狭かった
191		ベッド組立時に、立てかけていた部品が倒れたり、壁にぶつけてしまう	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	事業者のベッド搬入の際の組立時に、壁に立てかけていた部品が倒れてきた	ベッドを搬入・搬出する時と事業者職員の労働災害の予防も大切です。同時に利用者や家族のケガや住宅・家具等の破壊の予防を考慮する必要があります。搬入場所の見直しやうえで安全かつ効率的な組立の工夫を行うことや、事前に組立練習をして、現場でスムーズに対応できるように準備しておきましょう。壁を傷つけない配慮も大切なサービスの1つです。	人：安全かつ効率的な組立を習得していなかった 管理：納品する部品が狭く、パーツを立て掛けしないと作業するスペースを確保できなかった 管理：搬入・組立の事前の社内研修が不十分だった
192		敷布団と一緒に床へすり落ちそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドから立ち上がるうと力を入れたところ、マットレスからはみ出していた敷布団もともすり落ちそうになった	介護ベッドではマットレスの上に敷布団を敷く必要はありません。この事例では、敷布団が大きすぎて崩れ落ちており、そこに座ったことにより、すり落ちそうになったとのことでした。どうしても敷く場合には、サイズを合わせズレないような工夫も必要です。布団だけではなく、サイズの合わないマットレスを使用している場合も同様の危険があります。道具は介護ベッドと適合するものを利用しましょう。	人：マットレスの上には敷布団を敷くものと思っていた 人：敷布団は必要ないことを利用者に伝えていなかった モ：提供されたマットレスが硬くて眠れず、やむなく使用していた 管理：介護用のベッドは一般ベッドよりも幅が狭く、一般の道具では適合しないものが多いとの説明が不十分であった
193		幼児が降り込んでいたり、ゴミ箱があることに気づかず、狭み込みそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドの高さを下げている時に幼児やゴミ箱に気づかず操作しようとした	置かれた状態の要介護者の場合、ベッドを介護者に合わせ高めに設定することがある。その際にベッド下に空間ができるために、子供が降り込んだり、荷物を置いてしまったりすることがある。もともとベッド下をおむつ等の収納場所として使っているケースもあり、ベッドを下すときには狭み込みの危険がないか慎重に行う必要がある。	人：幼児やゴミ箱がベッドの下にいたことを想定していなかった 人：幼児がいるにもかかわらず目を離した モ：安全装置がいないベッドだった 管理：部屋が狭くて、ゴミ箱や介護用品を置く場所のゆとりがなかった
194		背ボトムと定側に設置していたベッド用グリッパの間に首を挟まれ、ケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	背上げ中に姿勢が崩れて身体が傾倒れなくなった。ベッド用グリッパとの隙間に挟まれてしまった	介護用のベッドでは首を挟む事故が多く発生しています。製造者では安全な製品づくりに努めていますが、狭み込み部分を完全になくすことは困難です。この事例では手元スイッチを操作していますが、安全を確保できない人が操作することは危険です。手元スイッチを手の届かない場所に格納するなど注意しましょう。また、狭み込み原因ができていたところに倒れかけて首を挟むことも考えられます。介護者は姿勢の崩れなども想定して、背もたれの角度などの調整をしてください。	人：このような狭み込みが起こることを想定していなかった モ：付属品の組み合わせによっては狭み込み易い箇所ができてしまう
195		ベッド用グリッパを握ったままの状態を背上げをしたため、手をひねりそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	利用者がベッド用グリッパをつかんでいる状態で背上げ操作をしたため、利用者の手をひねってしまった	介護者の不注意から起きる事例です。利用者はベッドの背を上げると身体がすり落ちそうになる感覚から、ベッドの柵(サイドレール)などに寄りかかるとなり、介護者が手の位置を確認することはもちろんですが、身体がズレ落ちないように膝を上げてから背中を上げるなど、基本的な操作手順を順守することも大切です。	人：利用者の状態を確認せずにベッドを操作した 人：身体がズレるため肩がつかまりやすかった 管理：このような危険があることを周知する安全のための研修が行われていなかった
196		操作ボタンの配置を間違えて認識していたことで、誤操作をして転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	病院で使用していたベッドと操作ボタンの配置が違っていたため、意図せぬ箇所が動いてしまった	手元スイッチの上下を逆さまに持ってしまった矢印が反対になってしまったことで、適切な操作ができなくなることもあります。また、ベッドの機種が変更になることで、併用していたボタン配置が変わってしまうこともあります。ベッドを提供する担当者も、「手元スイッチの操作は簡単だ」と決めつけず、丁寧に説明をし、場合によっては目印をつけて注意を促すなどの対応が求められます。	人：思い込みで操作ボタンを押した 人：操作ボタンの配置が製造者で違うことを知らなかった モ：製造者で操作ボタンの配置などが統一されていない

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(OCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
197		寝返りをする際に手元スイッチを誤ってつかんでしまい、フックが切れて、バランスを崩しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール, ベッド固定式起き上がり手すり)	寝返りするためのベッドの柵(サイドレール)をつかもうとしたが、誤って手元スイッチをつかんだため、フックが切れてひっくり返ってしまった	寝返りをする際などに、ベッドの柵(サイドレール)に掛けてある手元スイッチを引っ張ってしまうことがあります。このような事故につながりかねない事例のほか、前線などの故障にもつながります。利用者は、わらにもすがら思いで掴んでしまうので、そのような場所に手元スイッチを格納しないなど、介護者の配慮も大切です。	人：ベッドの柵(サイドレール)でよくつかむ場所に手元スイッチを格納していた 人：手元スイッチを引っ張っても大丈夫なものだと油断していた モ：引っ張る人はいないという前提で設計されていた
198		杖が倒れて挟まってしまい、頭部が下がらなくなってしまう		120303(ステッキ・T字杖)	ベッドに立てかけていた杖が倒れて、背ボトムとフレームの間に挟まってしまった	杖の位置が介護者からは見えず、そのまま操作ボタンを押し続けてしまうかもしれません。多くのベッドでは、この状態でモーターは動き続けますが、背もたれは支えを失っているため、杖が外れた瞬間に落下することが予測され、とても危険な状態であると言えます。介護用のベッドでは可動部の周囲に障害となるようなものを置かないことが大切です。	人：杖を安定した場所に立てかけていなかった 人：ベッドの可動部付近に杖を立てかけた モ：安全装置がついていないベッドだった
199		足側が上がった状態でベッド上に乗り込んだため、部品が破損してしまう	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	リハビリのためベッドに乗り込んだことで、脚ボトムの部品が壊れた	リハビリなどの目的でベッド上に介護者が乗ることがありますが、その時ベッドは、背や足を下げた状態にすることが基本です。背や脚が上がった状態は無理な力をかけると、部品の変形などの故障につながります。介護者のみならず、子どもがベッドの上で飛び跳ねるようなことが原因で同様の故障が起こることもありますので、注意が必要です。	人：足側が上がっていることに気づかなかった 人：まさか破損するとは思っていなかった モ：リハビリなどの目的で利用者以外の人がベッドに乗り込むことを想定して作られていない
200		座った時にバランスを崩し、後方へ転倒しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	勢いよく座ったところ、反動で姿勢が保てず後方にひっくり返ってしまった	座る動作では、お辞儀をするように頭を下げながら臀部をゆっくりとおろしていくことが基本ですが、股関節が固くなった高齢者では、バランスがうまくとれず後方へ倒れこんでしまうことがあります。ベッドでは、高さや手すりの有無、マットレスの固さなどが影響しますので、利用者の動作の観察から必要性を判断し、安全な環境を整えることが大切です。	人：勢いよく座ってしまった 人：立位や座位を保てる体力がなかった モ：柔らかめのマットレスだった モ：ベッド用手すりを利用していなかった 環境：ベッド回りの手すりなどの環境と本人の移乗能力の適合の判断ができる人が周囲にいなかった
201		キャスタのロックがかかっておらず、ベッドが移動して転倒しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	ベッドのキャスタのロックがかかっていなかったため、ベッドに懸掛したはずみでベッドが動いてバランスを崩した	キャスタ付のベッドは、掃除の際に動かせるなど便利面もありますが、立ち座りの際に不意に動いてしまえば危険です。ロックのかけ忘れに注意しましょう。	人：キャスタのロックをかけ忘れた 環境：ベッドを部屋の隅に寄せたため、壁側のロックがかけられなかった
202		ついた手がすべってしまい、転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	起き上がりマットレスに手をついたところ、マットレスの端に手をついたため手がすべり、転落しそうになった	寝返りから起き上がりをするときでしょうか、この状態からの転倒・転落では、大ケガにつながりかねません。利用者の握力など身体状況も要因ではありますが、マットレスの素材や造りなどによっても異なります。このようなことが頻発に起こるようでしたら、マットレスの交換を検討してはいかがでしょうか。	人：手をマットレスの端につけてしまった モ：すべり易い生地でのマットレスだった モ：マットレスの端が高かった
203		寝返りさせるところ、顔がベッドの柵(サイドレール)にぶつかってしまいケガをしそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール, ベッド固定式起き上がり手すり)	寝返りさせることに気を取られ、状況を確認せずに寝返りさせてしまい、利用者の顔がベッドの柵(サイドレール)にぶつかってしまった	介護者の不注意が大きな要因ではありますが、ベッドの柵にも注目してください。介護用のベッドは一般のベッドよりも幅が狭く、寝返りさせる前に位置をずらすなど介護の手間もかかります。部屋が狭いなどの理由で柵の狭いところを通過する時がありますが、このような場合も理解した上で、総合的に判断して適切なものを選定しましょう。	人：目録を見誤った 人：介護方法が違った モ：介護用のベッドは幅が狭い
204		落ちた手元スイッチを拾おうとして、ベッドの柵(サイドレール)から腕が抜けなくなったり転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール, ベッド固定式起き上がり手すり)	手元スイッチが落ちてしまったので、寝たまま腕を伸ばして取るようとしたが、腕がベッドの柵(サイドレール)にはまり込んで抜けなくなり転倒しそうになった	落ちたモノを自ら拾おうとする判断が適切ではなかったことが要因ですが、利用者が認知症など適切な判断ができない人であったとすると、家族など周囲の介護者の対応に問題があった可能性も出てきます。適切な操作が困難な人の利用では、手元スイッチを目の届かない場所に格納するなど、事故を未然に防ぐための配慮が必要です。	人：自分で取れると思った 人：後先考えず、ついつい手を伸ばしてしまった モ：ベッドの柵(サイドレール)に腕が入り込む隙間があった 環境：手元スイッチの格納場所が悪かった 環境：呼出プザーなどがなく、助けを呼ぶ手段がなかった
205		床置き形手すりとマットレスの隙間に足が入り込み、抜けなくなってしまう	特殊寝台付属品	123009(床置き式起き上がり用手すり)	寝ている間に足が床置き形手すりとマットレスの隙間に入り込んでしまった	この事例のような床置き形の手すりに限らず、ベッドの周囲に物を置くときには、隙間が狭まりこむ危険性がないか、確認することが大切です。使い慣れた家具のベッドを使い続けたいという希望も無視はできませんが、立ち上がりを手すりが必要な場合には、介護用のベッドにベッド用グリップを付与させる方法がより安全です。事故を防ぐという観点から用具を選定する視点も重要です。	人：ベッドに固定するベッド用グリップを使用しなかった モ：ベッドが床置き形手すりの隙間にちょうど入り込む高さだった モ：足が入り込む隙間がある手すりだった
206		アームが開いており、転落しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール, ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッド用グリップのアームを閉じ忘れてしまい、寝返りした際に足が落ちてしまい、転落しそうになった	ベッド用グリップの多くは「柵」としての役割も果たす構造ですが、立ち上がり補助の手すりの位置では、ベッドの柵(サイドレール)よりも短くなりベッドから落ちるリスクも高まります。この事例でも、音は「閉」として機能する位置にセットして就寝していたが、たまたまその日は忘れてしまっていたと報告されており、整備スタッフの事故につながるかもしれないことを示しています。	人：ベッド用グリップのアームを開いたまま寝てしまった 人：転落防止の対策を怠った モ：寝相が悪かった モ：足元にベッドの柵(サイドレール)が設置されていない
207		膝がベッド用グリップのアームとマットレスの隙間に入り込み、抜けなくなってしまう	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール, ベッド固定式起き上がり手すり)	不意に膝がベッド用グリップのアームとマットレスの隙間に入り込んでしまい、抜けなくなりました	認知機能に問題がない、自力で寝返りから起き上がりができる人の事例と報告されています。この製品には、このような事例を防ぐためのカバーが用意されていますが、その必要性が付かなかったことが大きな要因と見えます。安全を確認するためのカバーなどのオプション品がある場合には、利用者の体格や動作などを確認し、必要性を検討しておくべきでしょう。	人：膝が入り込むことを想定していなかった モ：膝が入り込む隙間があった
208		シートを無理やり引き抜いたため、転落しそうになる	特殊寝台付属品	123306(体位変換用シート)	スライディングシートを使用後、利用者の身体から強引に引き抜こうとしたが、シートごと落とそうになった	介護現場での事故事例を検証すると、この事例のように「無理やり」で「思い切り」といった力任せの介助方法が引き金となっている事例が目立ちます。これは、正しい介助方法を身につけて自己流で行っている人に多くみられ、スライディングシートを引き抜く際にも、下側を回転させるように引き抜くなど正しい方法があります。このような自己流の介助では利用者へのケガをさせるのみでなく、介護者本人も腰痛などの危険が高まると言えます。安全な介助を行うには、正しい介助動作、正しい用具の使い方を習得することが大切です。	人：面倒くさかったので、手順通りに処理しなかった 環境：正しい取扱い方法を教えてくれる人が周囲にいなかった 管理：用具の正しい利用方法をスタッフに伝える教育機会を設けていなかった
209		勢いよく押ししてしまったため、頭をぶつけそうになる	特殊寝台付属品	123306(体位変換用シート)	介護者が普段通りの力で動かしたため、利用者が勢いよくすべり、ベッドのボードに頭がぶつかってしまった	この事例では、介護者はスライディングシートの使用に慣れておらず、普段通りの力加減で押してしまったようです。はじめて福祉用具を使う際には、その製品の特長をよく理解して、必要に応じて練習を行うなどの準備をすることが大切です。	人：こんなにもすべるとは想定していなかった 人：練習済みの状態で使った モ：安全に対する注意書きが取説説明書に書かれていなかった 管理：安全な使い方を教えてくれる人がいなかった
210		シートごと、ベッドから転落しそうになる	特殊寝台付属品	123306(体位変換用シート)	使用したスライディングシートをそのままにしておいたため、利用者がスライディングシートごとベッドから落ちそうになった	スライディングシートを使った後にそのまま除去し忘れ、シートを開いたまま体位交換をして、目を離してしまえばベッドからすべり落ちそうになったとのこと。ちょっとした不注意ですが大ケガにつながる事例です。福祉用具を安全に利用するには、用具の特性を理解し、危険を予測することが大切です。	人：すぐ後に使用するつもりで、そのままにしていた モ：スライディングシートは大きくすべる

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護プログラム：
分類コード(CCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
211		エアマットの沈み込みからバランスを崩し、転落しそうになる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	端座位をとった際、エアマットの空気が流れてしまっ、傾斜がついてしまったが沈み込みのため、座位が崩れてベッドから転倒しそうになる	エアマットは、床ずれを防止するため一般のマットレスとは違いかなり柔らかく、広い面積で身体を支える構造になっており、座位が崩れてベッドからの転落につながる危険があります。そのような特性をよく理解し、手すりを使った立ち上がり動作を練習するなど、予め安全な使い方を検討しておきましょう。	人：エアマットの特性を理解していなかった モ：特定の箇所に圧力が集中するとマットが大きく沈み込み構造だった
212		ホースがベッドの柵(サイドレール)とベッドの隙間に挟まり、空気が流れなくなる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	ポンプとエアマットをつなぐホースがベッドとベッドの柵(サイドレール)の間に挟まっており、空気の流れが悪くなっていた	エアマットはホースによってポンプとつながれており、その空気の流路が遮断されると、エアマット本来の性能を発揮できません。ホースの経路は、ベッドを動かしている時だけでなく、膝上げや高さ調節の動作を行なったうえで、狭み込みなどに注意して決定しましょう。	人：ホースを狭み込みのようなかたちでベッドの柵(サイドレール)を取り付けた 管理：ホースの取り回しを日常的に確認していなかった
213		介護者の手が触れて電源が落ちてしまい、空気が流れなくなる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	不意に介護者の手がエアマットのポンプに触れて電源が落ちてしまったが、介護者がそれに気づかなかったため、空気が流れなくなりました	この事例は、介護者が掃除中、無意識のうちスイッチに手を触れてしまったことが原因でした。気づくのが遅ければ、床ずれを悪化させるなどの大きな事故につながる恐れがありますので、簡単に電源が切れない誤操作防止機能を設けている製品もあります。製品を交換しないまでも、ポンプの設置位置など対策を検討すべきでしょう。	人：誤操作防止のロック機能を使用しなかった モ：誤操作防止のロック機能がついていなかった 環境：人の手に簡単に触れてしまう場所にポンプがあった
214		背側をあけたまま長時間放置してしまい、臀部が底つきしてしまう	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	食事後も背あけ姿勢のまま放置してしまい、エアマットが底つきして臀部に痛みが生じた	エアマットを使っていざすれば床ずれの危険はない、という安易な考えが、介護者の中にあつたのではないのでしょうか。エアマット上であっても、背を上げる姿勢では臀部に重さが集中し、危険な圧がかかっています。30度以上の背上げにはロックが作動することを理解し、圧設定の切り替えや時間の管理など、床ずれを起こさない配慮が必要です。	人：背下げを忘れていた モ：特定の箇所に圧力が集中するとマットが大きく沈み込み構造だった 環境：呼出ブザーなどがなく、助けを呼ぶ手段がなかった
215		ホースが折れ曲がっており、空気が流れなくなる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	ポンプとマットをつなぐホースが途中で折れ曲がっていたため、空気が流れなくなっていた	この事例では、エアマットの取り扱いに不慣れた家族がシーツを交換した際に、ホースをシーツに巻き込んでしまったことが原因と報告されています。納品した事業者も、シーツ交換の際の注意事項を説明していなかったようです。福祉用具は、ほとんどの家族にとって初めての道具です。スイッチなどの操作方法だけでなく、実際に使用する様々な場面を想定しての説明が求められます。	人：シーツ交換の際、ホースをいっしょに巻き込んでしまった 管理：ホースの取り回しを日常的に確認していなかった
216		引っかけてホースが抜けてしまい、空気が流れなくなる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	介護者が掃除機のスズレでポンプとエアマットをつなぐホースを引っかけてしまい、ホースがポンプから抜けてしまった	最近では、掃除機などの現場で簡単に抜けてしまわないように工夫された製品も多くなっていますが、この事例のように抜け易いものも流通しています。介護者は、万が一ホースが外れてしまったような危険が起こるのかを理解した上で、たとえ掃除機といった身体にかかわらない介助であっても危険が潜んでいることを常に意識する姿勢が大切だと感じます。その上で、ポンプの置き場所など危険を未然に回避する方法を考えましょう。	人：注意して掃除をしなかった モ：ポンプを床に置いていた モ：ホースがポンプから外れ易い構造だった
217		電源コードが抜けたことで、ポンプの設定が変わる	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	介護者の足がポンプの電源コードに引っかかってしまい、電源コードが抜けたため、設定がリセットされた	エアマットは、体重や体格など利用者の情報を入力することによって適切な圧管理が可能になります。多くの製品は、電源が切れてしまつてもその設定は解除され、再度電源を入れても設定は復帰しません。エアマットを使い始めるときには、事業者が設定をすることが多いと思いますが、この事例のような場面のみではなく、ベッドの移動やショートステイなど一時的に電源を切ることも考えられるので、電源再投入の際に必要な操作についても、家族にしっかりと把握してもらい必要があります。	人：一度電源が落ちると設定がリセットされることを知らなかった 人：電源コードが人の動線上に配線されていた モ：電源が切れると設定がリセットされてしまつて機種が違った モ：設定の表示が見えず、リセットに気が付かなかった
218		前方がよく見えず、転落しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	スロープを使って階段を越えようとしたが、前方がよく見えないまま車いすを押上げたため、車いすごとスロープから転落しそうになった	後方から介助する視線では、利用者の足元付近は死角となることが多く、スロープなど降られた幅の中で進行しなければならぬときなどは神経を使います。スロープでは中心をまっすぐに進むことが基本ですが、余裕を持った角度の設定や、脱輪止めの側面があるスロープなど、より安全性を高める選定も重要です。	人：前方がよく見えなかった 人：斜め方向に上がっていたが気にしなかった モ：側面がないタイプのスロープだった
219		上下を間違えて設置したことにより、キャスタが引っかかってしまう	スロープ	183015(携帯用スロープ)	スロープを使って階段を下りようとしたが、スロープの設置を上下逆さまにしたため、車いすのキャスタが引っかかってしまった	ほとんどの製品では、スロープの先端、下端の指定があり、スロープに乗込み易い工夫が施されています。特にキャスタは小径のため段差の影響を受け引っかかり易いので、上下を正しく設置するよう注意しましょう。スロープに適切な表示がわかりにくい場合もありますので、シールなどでわかり易く表示しておくことも、うっかりミスを防ぐポイントとなります。	人：よく確認せずにスロープを設置した 人：そもそも上下を間違えて認識していた モ：上下があるスロープと知られていなかった モ：上下がわかりにくい構造だった
220		折り畳みをした際に、手を挟みそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	折り畳み式のスロープを片付けようとして、指をスロープの折れ目に挟み込んでしまった	スロープを扱う人の中にはこの経験をした人も多くいると思います。スロープは大型で重量も持ちにくい福祉用具で、不用意に扱うと痛い目に遭います。取り扱いは手順を守ることによって安全を確保できる場合がほとんどですが、面倒くさらずに基本的に忠実に取り扱いを行いましょう。	人：時間がなくてあわてて折り畳んだ 人：面倒がって保護するクローブを装着していなかった モ：重量があり扱いづらい 環境：狭い場所での作業を強いられた
221		裏面を間違えて設置していたため、スロープがガタつく	スロープ	183015(携帯用スロープ)	スロープ面を裏表反対に設置して走行したため、スロープがガタついた	裏面にはすべり止めの加工はなされておらず、また上端、下端には段差ができ、キャスタが引っかかりやすくなるなど、すべりそうになること以外にも不都合点があります。注意すべきは防犯のことですので、あわてずに確認するよう心がけてください。	人：よく確認せずにスロープを設置した 人：普段スロープを使わない人に設置をお願いした モ：裏面でも走行出来てしまう構造だった
222		フットサポートの位置が低すぎたため、スロープにぶつかってしまう	スロープ	183015(携帯用スロープ)	車いすのフットサポートを極端に下げたため、スロープに乗り込む際にぶつかってしまった	スロープを利用する際には、実際に利用する傾斜において、フットサポートや転倒防止バーが干渉しないかどうか確認することが大切です。干渉する場合、車いすの調整やスロープ角度の緩和などで対策を講じます。	人：フットサポートを下げることによる影響を考慮していなかった 環境：スロープの角度が急だった
223		うまくキャスタを乗せられず、操作を繰り返すうちにスロープが外れてしまう	スロープ	183015(携帯用スロープ)	左右それぞれのスロープにキャスタをうまく乗せられず、操作を繰り返すうちにキャスタがはみ出てしまった	特にレール形のスロープでありがちな事例です。レール形スロープの設置は、左右のレールが車いすのタイヤ幅と一致していることが安全使用には重要なポイントです。床と段上に印をつける工夫は、簡単ではありますが効果も大きいです。	人：操作に不慣れだった 環境：スロープの設置位置が合っていなかった 環境：狭い場所だった
224		手すりのベース部分に足をひっかけ、転倒しそうになる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	手すりにつかまっていたところ、すり足で歩いていたため、車いすのベース部分に足をひっかけ、転倒しそうになった	特にすり足の高齢者の場合、ほんの2-3cmの段差でも足を引っかけてしまうことがあります。また、白内障など視覚障害が原因で、段差を確認しづらい場合もあります。いづれにしても、段差を認識しやすい工夫をすることで、安全を高めることが可能です。	人：すり足で歩いていた 人：段差があることに気づいていなかった モ：注意表示がなかった モ：視力が衰えた利用者にはベースが見えづらい色だった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(CCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
225		ベースごと大きく傾き、ひっくり返りそうになる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	手すりを引っ張るようになり立ち上がりそうとしたため、手すりが傾いてひっくり返りそうになった	床置き形の手すりは、比較的導入が簡単で効果が大いことから、特に在宅での利用が進んでいます。ただし、手すりを引く(押す)方向によっては不安定になることがあり、使い方には注意が必要です。	人：手すりが倒れると思っていなかった 人：力のかけ方によっては倒れてしまう手すりであることを説明していなかった 環境：立ち上がりの動作と床置き手すりの特徴から、安全な使用ができるかどうかの判断をする人が関与していなかった
226		ベッドと床置き形手すりとの隙間に体が挟まり、ケガをしそうになる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	寝返りが原因でベッドから転落した際、横に設置していた床置き形手すりとの隙間に体が挟まってしまった	床置き形手すりは、手すりの付置しない木製ベッドに組み合わせて使用されることが多くありますが、ベッドに固定されているわけではありませんが、どうしても隙間ができやすくなります。このような隙間のリスクを認識して、危険が予想される場合は介護用のベッドを利用するなどの対応が求められます。	人：転落防止対策を怠った モ：ベッドと床置き形手すりには設置位置によって挟み込む隙間ができる
227		支柱に足をぶつけ、ケガをしそうになる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	利用者の身体が手すり本体に近づきすぎたため、支柱に足をぶつけて利用者のつま先が手すりの支柱にぶつかった	脚力が弱く歩行が不安定な人ほど手すりに身体を近づける傾向があります。頻繁にこのようなヒヤリ・ハットが起こるようであれば、利用者の歩行能力を判断し、突っ張りタイプなど、ほかのタイプで足元の邪魔にならない形状のものに交換する方が良いと思われやすくなります。また、床置き形手すりの足元をぶつけやすい箇所は多くありますので、屋内であってもルームシューズの着用をお勧めします。	人：足元をよく見ずに歩いた 人：足を保護するルームシューズを履いていなかった モ：足元に近いところに手すりの支柱があった 環境：歩行の動作と環境を定期的に確認する姿勢ができていなかった
228		床面とベースのわずかな段差につまづき、転倒しそうになる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	ベッドへ戻るうとした際、床置き形手すりのベースにあるわずかな段差につまづき転倒しそうになった	特に足元の高齢者の場合、ほんの2～3cmの段差でも足を引っかけてしまうことがあります。また、白内障など視覚の障害が原因で、段差を認識しづらい場合もあります。いざいざしても、段差を認識しやすい工夫をすることで、安全を高めることが可能です。	人：すり足で歩いていた 人：段差があることに気づいていなかった モ：視力が衰えた利用者にベースが見えづらい色だった 環境：部屋が暗くて足元が見えなかった
229		床置き形手すりが外れてしまい、転倒しそうになる	手すり	181806(握りバー、握り)	ベッドから立ち上がる際、床置き形手すりのグリップを持ったところ、急に手すりが外れてしまいバランスを崩した	このタイプの手すりは、適切に設置すれば使用上問題のない強度での固定が可能です。外れてしまった原因としては、天井の強度不足や不適切な設置方法が考えられます。取扱説明書をよく理解したうえでの設置や、日常からゆるみを確認を行う、くらつきなどがある場合にはメンテナンスを依頼するなど対策が必要です。	人：設置方法が悪かった 人：設置できない箇所に取り付けていた 管理：定期メンテナンスをしていなかった
230		玄関マットにキャストが引っかかってバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	玄関マットのわずかな段差にキャストが引っかかり、歩行車ごと転倒しそうになった	床と玄関マットのわずかな段差や玄関マットの柔らかさによる抵抗により、キャストがうまく前進できなかったことが原因と考えられます。このタイプの歩行車は段差に対して乗り越えにくいという特性を持っていますので、移動範囲には段差を作らない工夫が必要です。	人：路面状況を確認していなかった 人：キャストの回転速度の変化に身体が順応しなかった 管理：歩行車での安全な移動ができる路面の状態であるか、確認できていなかった
231		床面がカーペットに変わったことでキャストがうまく回転せず、転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	床面がカーペットに変わったことで、キャストがスムーズに回らなくなり、転倒しそうになった	床面の材質によりキャストの転がりに対する抵抗が異なりますので、材質の変わり目を通過する際には注意が必要です。急に抵抗が大きくなって前方へバランスを崩すほか、急に抵抗が小さくなって歩行車のみが前方へ勢いを増してしまうなどの危険が想定されています。	人：床面が変わったのを確認していなかった 人：キャストの回転速度の変化に身体が順応しなかった モ：床面が変わってキャストに対する摩擦力が増えた
232		不安定な場所で腰掛けたことで本体ごと傾き、転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	傾斜がある場所で歩行車と停車せずに腰掛けたため、バランスを崩して転倒しそうになった	傾斜のある場所ではいかにブレーキを確実に操作しても転倒の危険が大きくなります。安全に利用するためには、その場に応じて危険を認識し、適切な判断ができる認知機能も重要です。	人：路面状況をよく確認せずに歩行車を停めた 人：ブレーキを付けた状態 環境：傾斜のある場所だった
233		スリッパを直そうと前かがみになり、歩行車ごと転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	スリッパが脱ぎ捨てられていたことが気になり、指を伸ばして手を伸ばしたところ、バランスを崩して土間に転倒しそうになった	大きなケガにつながりかねない危険な事例です。歩行車ではスリッパ自体が移動の妨げとなることを考えられますので、安全な利用のためにはこまめに片づけるなど家族の配慮も大切です。	人：性格上、脱ぎ捨てられたスリッパが気になった モ：ブレーキがついていなかった
234		歩道と道路の段差にキャストが引っかかり、転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	前をよく見ていなかったため、車道と歩道の段差にキャストがとられてしまい、転倒しそうになった	歩行車にゴミをのせ集積所まで移動しようとしていた場面での出来事ですが、歩道歩いていたにもかかわらず傾斜に向かって傾いてしまった原因はハンドルをとられ段差に引っかかってしまったことです。段差による転倒のみならず、車道との接触など危険な状況につながることも、行動する範囲にこのような場所があるかどうか、ある程度の傾斜があっても必ず安全に進行できる身体能力を有しているかどうかを確認する必要があります。	人：前方をよく見ずに歩いていた 人：歩道にはわずかな傾斜があることを意識していない 人：まっすぐ歩いているつもりだったが、ハンドルがとられてしまった 環境：歩道にはわずかな傾斜がついている
235		散歩中、犬に引張られてバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	歩行車を使って犬の散歩に出かけたが、犬が突然走り出したため歩行車が先に進んでしまい、転倒しそうになった	歩行車に程度の障害があっても散歩に出かけようとする意欲は大きいです。それは安全であることその言葉でもありません。犬を連れての散歩が安全であるかどうかはその人の歩行機能によることなので一概には判断できませんが、危険を伴うようであれば無理をしないほうが賢明でしょう。	人：無理をしても犬と散歩に行きたかった 人：利用者が犬を散歩に連れ出すとは思わなかった 人：リードを歩行車に巻き付けていた 環境：犬の力を判断し、危険を知らせてくれる人が周囲にいなかった
236		反対側から押していたため、うまく操作できずバランスを崩して転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	歩行車を反対側から押して使用していたため、うまく操作できずバランスを崩し、転倒しそうになった	安全のためには正しい使い方をすることが最も重要なポイントであることは言えます。人々の足でもありますが、なぜ反対側から押してしまっただけが気になります。前後の判断ができないような認知機能の問題であれば歩行車を安全に取り扱えない状態とは言えません。前後の判断がしにくい形状の歩行車もありましたので、使用前にしっかりと理解していただくことが大切です。	人：歩行車の前後を理解していなかった 人：認知状態だった モ：反対側から押せる構造ではない 環境：狭い場所で、やむを得ず反対側から押した
237		脚部が誤って装着されており、バランスを崩して転倒しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	脚の高さ調節をするプッシュボタンがロックされており、加重をかけた際に脚が下がってしまい、転倒しそうになった	歩行車の高さ調節については、基本的には提供した専門家が利用者の身体と適合させるものです。何らかの都合で高さ再調整したり、脚部を組み替えたりする際には、正しい組み合わせと高さにも注意しましょう。	人：高さ調節をした後、ロックがかかっているかの確認を怠った モ：障害物にぶつかるとして、プッシュボタンが押し込まれていた
238		人の足をひいた衝撃で、バランスを崩しそうになる	歩行者	120606(歩行車)	ベンチに座っていた人の足を歩行車でひいてしまい、キャストが浮いたことでバランスを崩しそうになった	屋外での歩行車の利用では、段差や放置自転車など様々な障害物があることが多くあります。歩行車や杖を利用している人は、少しの段差や凹凸でもバランスを崩し転倒しやすいので、周囲の人の見守りや協力が安全を確保する上で大切になります。	人：前方をよく確認せず歩いていた 人：目測で歩いた 人：とっさに障害物を避ける能力がなかった 環境：路面の状態から、ベンチの近くが一番通りやすかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
239		床からの立ち上がりに歩行器を使い、バランスを崩して転倒しそうになる	歩行器	120603(歩行器)	歩行器の片側に過度に力が加わったことで歩行器が傾いてしまい、本体ごと転倒しそうになった	布団からの立ち上がりに歩行器を手掛かりにして行うとした事例です。このような使用方を想定して製品化された歩行器もありますが、基本的には軽量に作られているので安定する使い方には限界があります。利用者の立ち上がり能力をしっかりと把握して、歩行器の代用ではなく床置き形手すりを利用する判断も必要でしょう。	人：利用者の身体状況の変化を把握していなかった モ：想定以上の加重がかかり倒れた
240		前かごに入れた荷物が重すぎてバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行車につけた前かごに荷物をたくさん載せていたため、重みでバランスを崩し、転倒しそうになった	歩行車やシルパーカーのかごにどの程度の重さの荷物を積むことができるのかは、製品ごとに耐荷重として決められていますが、それはあくまで製品としての限度であり、それを操作する人によっては、軽量でも歩行バランスを崩してしまうことがあります。ご自身の能力に合わせ、無理をしない範囲での荷物を積載しましょう。	人：かごに荷物を乗せすぎた 人：かごを取り付けていた モ：想定以上の加重がかかり倒れた
241		ブレーキを解除してから立ち上がろうとしたため、車体が動き後方に転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	操作を間違えて、立ち上がる前にブレーキを解除していたため車体が後方に動き、転倒しそうになった	歩行車からの立ち上がりでは、多くの場合ハンドルの部分を手すり代わりに使ってしまう。その手すりが不意に動いてしまうと転倒し大きなケガにつながりかねません。歩行車からの立ち上がりは必ずブレーキをしっかりとかけた状態で行うよう留意化させることが大切で、周囲の家族などが日ごろから声をかけ注意を促すことも役に立ちます。	人：手順を間違えて覚えていた モ：意図せずブレーキが解除されていた
242		本体と壁の間に指を挟み、ケガをしそうになる	歩行器	120606(歩行車)	ドアを避けようとして壁際を歩いていたため、歩行車のグリップを握っていた指が壁にこすれてしまった	廊下の狭いところを通ようとしたのでしょうか、狭くはなくても歩行の進路が定まらず、壁に寄ってしまっただけのこともありません。壁がブロックなどで容易に皮膚を傷つけてしまいます。このようなことが頻発に起こるようであれば、壁側に緩衝材を取り付けるなど利用者の歩く意欲を大切にされた対策をとることが大切です。	人：進行方向をうまく制御できなかった 人：前方をよく見ていなかった モ：簡単に進路を変更できる構造ではなかった 環境：狭い通路だった
243		片側のハンドルが急に下がり、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	片側のハンドルが急に下がったため、バランスを崩して転倒しそうになった	なぜハンドルの高さが変わってしまったのでしょうか、普段の使用で固定なしがゆりみ、片方が下がってしまったのかもしれない。このようなことがないよう日常のメンテナンスは重要ですが、利用者がそのメンテナンスを行えない場合が多くありますので、家族などの協力も安全を確保する体制づくりも大切です。	人：ハンドルの高さが合っていないことに気づかなかった 人：ぬじのゆるみに気づかなかった モ：左右でハンドルの高さが変えられる歩行車だった 管理：定期メンテナンスをしていなかった
244		座面に座って走行中、バランスを崩して転落しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行車のいすりに利用者を座らせて、介助者が後ろから押したがうまく走りできず、バランスを崩して転倒しそうになった	基本的な使用方法の間違いが原因と考えられます。歩行車やシルパーカーに付属するいすりは、利用者が歩行の場合に座って休憩をする目的で設計されています。車いすのように利用者を座らせたまま介助によって移動する用具ではありませんので、バランスを崩すほかにもキャストが外れてしまったり、本体フレームが変形してしまうようなことが起こります。絶対にやめましょう。	人：間違った使用方法とは思っていなかった モ：人が座った状態で走行する目的の製品ではないこと表示がなかった 環境：正しい取扱いを説明してくれる人が周囲にいなかった
245		方向転換をしようとして、本体内で足がもつれ転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	進行方向を変えようとして歩行車内で身体の向きを変えたところ、足がもつれて転倒しそうになった	そもそも下駄の機能が歩行車を安全に利用できるレベルであったのかどうかを検討する必要があります。機能的には問題がなかったとしても、床面の状況や回転しようとした場所の広さなどで方向転換のしやすさは変わってきますので、実際に使用する場面において適合を判断することが大切です。	人：あわてて方向転換をしたので足がもつれてしまった 人：使用開始時の練習が不足していた 環境：利用者の本人の立位、歩行機能を十分に評価し、安全な利用をアドバイスできる専門職が周囲にいなかった
246		ドアの開閉時にバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	ドアを開けようとして足がもつれ、転倒しそうになった	手前側に引かなければならないドアでは、歩行車が邪魔になって遠く手を伸ばすが、ドアノブを引きながら歩行車を後退させなければならぬ複雑な動作を求められることがあります。ドアの開閉は歩行車で補助できる範囲を超えていると判断し、歩行車から安全に手を放しドアの開閉やその次の動作に移れるような環境作りが大切です。	人：ドアを開けるための動作が困難だった 環境：開き戸だった
247		ブレーキがかかった状態で歩きだそうとして、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	ブレーキを解除せずに歩き出したため、身体が前に倒れて、転倒しそうになった	ブレーキをかけ忘れる危険と同時に、外し忘れる危険もあるのだと気づかせてくれる事例です。ブレーキの形状には様々なタイプがありますが、移動しようとした時に指をブレーキレバーにかけたと同時にブレーキが解除される機構の製品もあり、事故を予防する観点からは、そのような安全性の高い製品を選定することも大切です。	人：ブレーキの解除を忘れていた モ：ブレーキの解除方法が簡単ではなかった 環境：正しい取扱いを教えられる人がいなかった
248		立ち上がった際に車体が前に進み、前方へ転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	馬蹄形の歩行車を手すり代わりにしてベッドから立ち上がったため、車体が先に進んでしまい、前方へ転倒しそうになった	馬蹄形歩行車のような固定されていないものを補助として立ち上がりごと自体危険が伴います。立ち上がりにはベッド固定のベッド用グリップや床置き形手すりなど固定性の高いものを補助として利用しましょう。また、立ち上がり以外の動作でも、「勢いをつけて転倒」という例が自立的に起こることも、ゆっくと確実に動作することも大切です。	人：利用者の身体状況の変化を把握していなかった 人：危険とは思っていたが、他に頼るものがなかった 環境：手すりなど、安全な立ち上がりをするための環境が整っていなかった
249		ベッドフレームに引っかかっていたため支柱が折れ、転倒しそうになる	歩行補助杖	120318(四脚杖)	四脚杖のベースがベッドのフレームの下に寄り込んだ状態で立ち上がろうとしており、四脚杖の支柱が折れそうになる	この事例のような介護用のベッドだけではなく、一般家具の大規模なベッドでも、多点杖のベースの高さとベッド下部の隙間の関係によっては起こりうる事例です。体重を支え頑丈な杖でも、想定外の方向からテコの作用で増大された力がかかることで簡単に変形、破壊してしまいます。ベッドサイドで四脚杖を使う場合は、このようなことが起こる可能性があるかどうか、一度確認することをお勧めします。	人：下をよく確認せずに立ち上がろうとした 人：立ち上がり方法について検討していなかった 環境：このような危険を予測して安全な使用を助言してくれる人が周囲にいなかった
250		ふらつきのためベースにつまづき、転倒しそうになる	歩行補助杖	120318(四脚杖)	利用者の足元がおぼつかず、歩行中に四脚杖のベースにつまづいてしまい、転倒しそうになった	多点杖はベースとなる面が広く歩行を安定させますが、一方で足元近く不安定な歩行では足が絡んだり、また杖を送るときに足にぶつけてしまったりということもあります。歩行の状態とそれに合う歩行補助用具について、さらには歩行する場所の広さなど環境について、総合的に考え適合を図って利用することが大切です。	人：体調が悪いのに無理して歩行していた 人：一本杖の感覚で使用した 管理：歩行の能力と歩行補助用具の適合について検討し安全管理できる体制が整っていなかった
251		暗くて足元がよく見えず、ベースでつまづきそうになった	歩行補助杖	120318(四脚杖)	夜間で電灯をつけずに使用したため、左に反対に倒れてしまい、ベースにつまづきそうになった	夜間トイレに行こうとして起きる転倒事故は高い頻度で発生しています。暗くてよく見えない上に、自覚めが強く身体が動きにくい状態であるという理由もあります。特に聴覚障害者などの服用がある人は注意です。しかしながら安易なポータブルトイレの導入は自尊心や自立心を損なうこともあります。手すりなどの整備で、夜間でも安全にトイレに行ける環境作りが重要です。	人：寝ぼけていた 人：面倒がって電灯をつけなかった モ：倒れ場所だと識別しにくい色だった 環境：簡単に電灯がつけられない部屋だった
252		杖の先ゴムが外れてしまい、バランスを崩し転倒しそうになる	歩行補助杖	120318(四脚杖)	大きな庭石にぶつかった衝撃で杖の先ゴムが外れてしまい、四脚杖のバランスが崩れ、転倒しそうになった	通常、杖の先ゴムは石にぶつかった程度の力で外れることはないと考えられます。劣化などが原因で外れかかっていたのを見落としてしまっていたのかもしれませんが、杖の先ゴムは小さな、そして比較的安価な部品で軽視しがちですが、命を守る重要な役割を担っている意識をもって、日ごろから確認をしましょう。	人：足元をよく見ていなかった 人：杖の先ゴムの劣化に気づかなかった 管理：定期メンテナンスをしていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(CCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
253		段差を越えようとしてバランスを崩し、転倒しそうになる	歩行補助杖	120318(四脚杖)	段差を越える際に四脚杖の脚が1箇所しか段差を越えられず、傾きが生じて転倒しそうになった	多脚杖はベースが大きい分、段差ではより速く杖を送る必要があります。特に下り方向では速く杖を送る分、身体の前傾も大きくなりますので注意が必要です。また段差にロープを設置することもありますが、杖の送りにはさらに速くなることから、かえって危険度を増す結果になることがあります。	人：段差を越える練習をしていなかった 人：杖を速くへたくすることができなかった 環境：段差があった
254		ナースコールとの接続を忘れ、徘徊に気づくのが遅れる	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	離床感知マットとナースコールの接続がOFFになっており、利用者が徘徊していることに気づくのが遅れてしまった	介助の都合で機能を停止させることがありますので、その際に入れ忘れたのかも知れません。また、新しい入居者や入居当初より入れ忘れていたという報告もあります。頻発に起こるようであれば、注意を促す表示を見やすいところに貼っておくなどの工夫が必要でしょう。また、介助方法の変更やセンサーの変更で機能停止させずに済む方法もあるかも知れませんが、一度事業者にご相談してはいかがでしょうか。	人：一時的に停止させた機能を再び入れるのを忘れていた モ：接続のON-OFF表示がわかりにくかった 管理：新しい入居者を受け入れる際のナースコール設定手順や起動確認ルールが定められていなかった
255		電源コードが抜けてしまい、徘徊に気づくのが遅れてしまう	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	電源コードの配線が床上に放置され、抜けたことに気づかず徘徊感知機器が作動しなかった	電源コードが床上に放置されると足にかり転倒を誘発する原因にもなり危険です。また自立した場所に配線があると認知症の本人が電源コードを抜いてしまったり、センサーを外してしまうこともあります。そのようなことも想定して設置することが必要です。接続部分の不具合が原因で差し込みが容易に外れてしまうこともありますので、頻回に発生するようであれば点検を依頼するべきかも知れません。	モ：長年の使用で劣化があり外れやすくなっていた 環境：電源コードが歩行などで触れやすい位置に放置されていた 管理：接続部分がベッドの奥にあり、外れているかどうかの目視がしづかった 管理：コードの管理を怠った
256		マットにつまずき、転倒しそうになる	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	利用者が、設置していた徘徊感知機器のマットのわずかな段差につまずき、転倒しそうになった	特定より足の高齢者の場合、ほんのわずかな段差でも足を引っかけたまま倒れることがあります。特にマット形状のものでは、脚部が浮き上がっていることがありつまずきやすいことがありますが、極力段差を少なくした設置方法をとる必要があります。	人：つまずくような場所にマットを敷いていた 人：すり足で歩行が不安定な利用者だった モ：マットの一部が浮き上がりやすい形状の製品であった 管理：一定期間ごとに利用者の歩行状態の変化を確認するルールが出来ていなかった
257		昇降中に子どもが下に潜り込み、挟み込みそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	段差解消機を利用して下りている際、子どもが本体の下に潜り込んでいることに気づかず、挟み込みそうになった	子どものいる環境では、より安全性の高い製品を選定するなどの配慮が求められますが、安全は絶対ではありません。段差解消機に限らず、福祉用具には子どもにとって危険なものも多くありますので、ふざけた遊びなどにならないよう教育することが基本です。	人：死角になっている箇所に注意がなかった 人：危険な場所であることを子どもに伝えていなかった モ：安全装置がない段差解消機だった
258		本体と上がりかまちの隙間に足が挟まり、ケガをしそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	利用者の足が、上がりかまちのわずかな隙間に潜り込んでいることに気づかず操作したため、足を挟み込んでしまった	挟み込み箇所でありながら、安全対策がほとんど施されていない部分です。足が出ないような段差解消機もありますが、テールリクライニング機構を備えた全長の長い車いすの利用では役に立たず、危険にさらされている場合もあります。設置時にかまちの隙間を埋める対策をすることで解決できます。	人：車いすの位置をテーブル面の前方に寄せすぎた 人：上がりかまちの隙間に挟み込むことを想定していなかった 人：よく確認せずに操作した 環境：足を挟む隙間があった 管理：このような危険が取扱説明書等に記載されていなかった
259		足を踏み外して転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	足をよく見ないまま、段差解消機のいすから降りたため、足を踏み外して転倒しそうになった	安用のいす式昇降リフトは、上昇しながら上段の床に近づいていくように動きますが、厳密に、機構上床面に到達することはありません。そこで、安全に立ち座りができるような床面に向けていすが回転するようにしていますが、事例ではこの回転が十分であったようです。十分に回転すればは床の上につくのですが、回転が十分であったにもかかわらず、無理を押し降ろしてしまっただけで、「時間がかかる」「面倒くさい」と、基本的な操作を怠ってしまうことがあります。そんな気持ちの隙にこそ「ヒヤリハット」は潜んでいるものです。	人：足をよく見ていなかった モ：いすの回転が十分なかった モ：昇降高さが十分でなかった 環境：昇降リフトの性能に対しより粗差が大きすぎた
260		浴槽縁面と座面との間に高低差ができ、転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123618(据置型リフト)	リフトの座面と浴槽縁の高さが合っていないまま利用者が浴槽へ降りようとしたため、転落しそうになった	入浴リフトの利用ではあらかじめ浴槽縁と座面の高さが合うように設定しておくことが大切です。また、座面に腰をかけた体の向きを浴槽縁と合わせるなど、合わせて座面に手すりを取り付けるなど、単にリフトの導入のみではない総合的な環境作りが重要です。	人：リフトの座面を上げすぎていることに気づかなかった モ：リフトの座面が上がりすぎて止まらないうま組みだった
261		利用者を降ろそうとしたところ、本体が倒れそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123615(機器用設置型リフト)	本来使用してはいけない範囲までリフトのアームを傾けて利用者を降ろそうとしたため、本体ごと傾いてしまった	この事例のような据置式リフトは、ベッドの置きを利用するもの、広いベースの面積を確保することにより自立するものがあります。いすの製品でも荷重をかけた移動できる範囲は限られており、支柱を中心にベッドの反対側まで移動することができません。据置式リフトを利用する際には「オールタイム」や車いすなどの配置についても検討し、使用上の注意点をよく理解し、うえで取り扱うことが大切です。	人：リフトが倒れることを想定できなかった 人：使用上の注意をしっかりと伝えていなかった 人：商品の特性を理解してなかった モ：荷重をかけた移動できる範囲が限られていた
262		腕(わき)付近にしがわができたままつり上げ、利用者が痛がる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト用吊具)	つり具の装着がうまくいっておらず、腕(わき)あたりにしわが寄った状態で利用者をつり上げたため、利用者の腕(わき)が圧迫されて痛がった	つり具は強い力で身体を圧迫しますが、丁寧な装着であれば一般には問題を起こしません。しかし、不適切な装着による大きなしわ、折り目や、皮膚表面をこすりつけるような構造的なズレにより、皮膚にダメージを与える場合があります。正しい取扱いをおこなわず、丁寧に装着することが重要です。	人：しわが寄ると痛みが生じることが知らなかった 人：痛みを伝えることができなかった
263		座面が回転してバランスを崩し、転倒しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	180912(起立・看座補助機構付き座椅子)	回転する座面が固定されていない状態で踏みつけたため、不意に座面が回転して倒れとされそうになった	昇降座いすは、あらかじめ決まった角度に座面が回転すると自動的に固定される機構になっていますが、中途半端な角度では固定が効かないため、立ち座りなどの動作は必ず固定された角度で行うことが基本です。福祉用具担当者は、このような取扱上の注意点がしっかりと理解されているかを、利用者や家族からなどの情報で確認しますが、「急いでいたため忘れられてしまった」ということもありますので、注意を継続させる声かけが大切です。	人：固定されていないとは知らずに座った 人：固定されていない状態だったのを忘れて勢いよく座ってしまった モ：座ったまま モ：取扱い説明書の文字が小さく、注意書きがわかりにくかった モ：製品に注意喚起の表示ができていなかった
264		肘掛けを跳ね上げた方へ転落しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	移乗するためシャワーチェアの肘掛けを跳ね上げたが、別用のため目を離してしまい、利用者の座位姿勢が崩れて転落しそうになった	座位バランスの取れない人にとって、たとえ一眼でも肘掛けの無い状態ではかなりの転倒の危険性はあります。特に片麻痺の障害を持つ人の麻痺側への転倒にはより注意が必要です。この事例の当事者であった介助者は、「一眼であれば大丈夫であろうという油断があった」と反省の弁を書いています。同じような事故が起きないようにこの反省を共有したいものです。	人：移乗する際の手順を誤った 人：危険な状態を利用者から目を離してしまった 管理：安全な介助手順を話し合っていた
265		フットサポートに足をのせたまま立ち上がり、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	不意に利用者がシャワーチェアのフットサポートに足を乗せた状態で立ち上がったため、車体が前傾し転倒しそうになった	車いすで多く起こるヒヤリハット事例ですが、フットサポートのあるシャワーチェアでも同様のことが起きています。特に片麻痺の障害を持つ人も小型なので、立ち上がるうしろはなくても、背中を流したり、靴下をはくような身体を前傾させる場面でも前方にバランスを崩すことがあり、注意が必要です。	人：まさか立ち上がるとは思っていなかった 人：利用者から目を離していた 管理：このような危険を予知することを学ぶ研修が行われていなかった
266		足がすべってひっくり返りそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	入浴いすから立ち上がりうしろとしたところ、浴室床がべたべたになっていたため、足をすべらした	身体を洗って立ち上がるうしろした際、足をすべらして転倒しうしろになった事例です。浴室では足の床が石けんの泡で濡れやすくなっていることが多く、転倒の危険が高い場所であるといえます。また、足の低下や関節が動かしにくくなった高齢者の中には、立ち上がりに勢いをつけるなど足をすべらさせない動作をする人が多く、より安全な環境作りが求められます。手すりの設置やすべり止めマットの利用などを検討しましょう。	人：足をよく見ていなかった 人：脚力が低下し、関節も動かしにくくなっていた 環境：排水が悪く、石けんの泡が溜まりやすかった 管理：床の掃除が行き届かず、すべりやすくなっていた










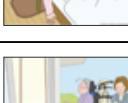




福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(CCTAG95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
267		前かがみになったところ、入浴用いすが前傾して転落しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	利用者が前かがみになったところ、突然入浴用いすのバランスが崩れて前傾し、座面から投げ出されてしまった	床に置いた洗面器に手を伸ばすなど、無理な姿勢で前かがみになったことなどが直接の原因ですが、浴室床の水勾配によって自身の安定感が欠けていた、利用者の脚力が低下しており、身体を支えられなかったことなども要因として考えられます。入浴用いすは、浴室での立ち回りを補助する目的では効果的な福祉用具ですが、床に置いたものを取り扱うことになったといった短所もあります。立ち座りだけでなく動作全般に気を配り、すべての動作が安全に行われるよう、洗面器置台の利用などを合わせて検討する必要があります。	人：かがまなければ取れないモノを床に置いていた 人：立ち上がりのことだけを考慮して、床の洗面器に手が届きにくくなることを認めていなかった 環境：浴盆だったので床面に排水のための勾配が付いていた
268		台車部と固定をするロックをかけた忘れ、座面が倒れそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	座面を台車部に降ろす際、固定するためのロックをかけた忘れ、座面が後方へ倒れそうになった	座面が台車部から分離する入浴用リフト用のシャワーチェアでは、ロックのかけ忘れより座面だけが転倒する危険があります。正しき操作手順では、座面はリフトによって吊り上げられておりバランスを崩すことはありませんので、介護者はその特性をよく理解して操作手順を守ることが大切です。安全な操作手順を理解していない人がよく見かねて操作にあたることがないように、しっかりとした管理も求められます。	人：正しい操作手順を理解していなかった 人：あわてていて操作手順を間違えた 人：短時間ならロックをかけていなくても大丈夫だと思った モノ：このような危険に対し注意喚起を表示がなかった 管理：操作者が入れ替わった際に、注意点を申し送る体制ができていなかった
269		入浴用いすにつかまって浴槽をまたぎ、本体ごと転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴槽から出る際につかまってしまうものがなかったため、近くにあった入浴用いすにつかまってしまう、本体ごと転倒しそうになった	動作の不安定な人は、動作の際に手近なモノに何でも掴まり頼ってしまいがちです。この事例もそのような場面で起きたものですが、普段から入浴用いすにつかまり頼っている動作が見え隠れしていたのかもしれません。以前はそれほど不安定でできていた人が、身体機能の衰えとともに徐々に不安定で危険な動作になり、それに気づかずにいるとある日突然事故という形で表面化することがあります。そうなるのは遅いので、日常の動作を見極め、危険を判断することが大切です。	人：利用者の身体状況の変化を見逃していた 環境：他につかまえるものがなかった
270		脚の高さが違う状態で座ったため、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	入浴用いすの脚が1箇所だけ長さが違っていたため、腰掛けた途端に傾いて転倒しそうになった	介護者が脚の長さを調整する際、1本だけ短く調整してしまったり、調節機構の経年変化や水垢などの汚れでしっかりと固定されない状態でも座ってしまったことが原因として考えられます。調整後の確認が大切なことではありますが、長期間使用している製品では、定期的な点検や清掃を行い、使用前に前記しない劣化がある場合には買い替えることも必要です。	人：あわてていて調節後の確認をしていなかった モノ：長さの調節の際、目安となるようなメモリーが付いていなかった モノ：調節機構に水垢汚れがあり、しっかりと固定できない状態であった 管理：脚の調節機構を点検確認していなかった
271		座面が回転してバランスを崩し、転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	座面が回転する入浴用いすだったが、座面が固定されない状態で立ち上がったためバランスを崩し、身体が投げ出されてしまった	座面が回転する入浴用いすでは、決まった回転角度で自動的にロックがかかる仕組みになっているものが主流ですが、中途半端な角度で固定されません。また、石けんカスや経年変化で正常に機能しないケースもあり、座面が回転して転倒することや事故報告されています。立ち座りなど動作をする前に、座面がしっかりと固定されているかどうかを確認することで、このような危険を回避できます。	人：座面が固定されていると思った 人：ロック機構が壊れていたがそのまま使用していた 管理：用具が壊れていないかどうか定期的に点検する体制が整っていないかった
272		介護者の足がいすの脚に接触し、バランスを崩して転落しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	介護者の足で入浴用いすの脚を踏飛ばしてしまい、衝撃で本体が傾き利用者が転落しそうになった	介護者は、狭い浴室で介護に夢中になり足元に注意が及ばなかったとコメントしていますが、いすを転倒させるほどの力の振動したわけではなく、そもそも座面のバランスが悪く、少の振動でも崩れる可能性があると考えられるべきと思われます。直接的には介護者の不注意ではありますが、その原因のみで終わらせることなく、利用者の状態と入浴用いすの不適合を原因として対応することが必要です。	人：洗池中に集中して足元をよく見ていなかった モノ：入浴用いすの足が構造上座面よりも広がっていた
273		ふらついたはずみで入浴用いすをつかんでしまい、本体ごと転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	浴槽でのぼせてしまい、立ちくらみがしたため近くにあった入浴用いすをつかんでしまい、本体ごと転倒しそうになった	日常では杖をついて歩行する人も、入浴時では杖をつかないことがほとんどで、浴室の中の歩行の安全をいかに確保するのが課題となります。この事例では、手すりなどがなく、入浴用いすの背もたれなどに頼ることになってしまったわけですが、それでは十分ではないのは明らかです。壁に住宅改修で手すりを取り付けたり、浴槽手すりを利用することをと早く検討すべきだった事例とも言えるでしょう。	人：のぼせてしまった 環境：他につかまえるものがなかった
274		本体が外れてバランスを崩し、溺れそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	バスボードと浴槽の幅が合っていない、バスボードに乗ったところ外れてしまった	安全な浴槽のまま動作のために使用されるバスボードは、容易に外れたりしないよう、浴槽の形状や大きさに合わせたものを選定する必要があります。また、日常的に付け合せるため、使用中にガタついたりズレたりしないよう、日ごとの確認も重要です。この事例では、バスボードに付属する手すりへの力がかかり外れてしまったと報告されていますが、そもそもサイズが合っていないか、もしくは固定が弱かったなどといった可能性も含め、予防策を検討すべきでしょう。	人：しっかりと浴槽に固定していなかった モノ：バスボードが浴槽の幅に合っていないかった
275		浅く腰掛けたため臀部がすべり落ち、溺れそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	バスボードに腰掛けようとしたが、深く腰掛けることができず、臀部がすべり落ちてしまった	バスボードは浴槽の縁に架けられているため、座ろうとする際、浴槽が足元を邪魔して深く腰掛けれられません。そのままのお尻の位置で身体を回転させると、どうしてもバスボードからすべり落ちてしまう可能性があります。安全な利用には、腰を下ろした後もう一度深く腰掛けたお尻を後退させ、その後身体を回転させるようにすると良いでしょう。そのためにも壁に手すりを取り付けるなど、バスボードの導入に合わせた動作確認や手すり環境づくりを検討する必要があります。	人：バスボードに浅く腰掛けていた 環境：安全な使い方の動作方法を教えてくれる人が周囲にいなかった 環境：バスボードでの動作に合わせた手すりなどの環境が整えられていなかった
276		方向転換をしたときに本体が外れてしまい、溺れそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	バスボード上で方向転換したところ、加えて浴槽縁からバスボードが外れてしまい、バランスを崩した	身体を方向転換をしただけでバスボード本体が外れてしまうようであれば、浴槽と合わせた調整に不備があったか、もしくは浴槽の形状や大きさが適切でなかったことが考えられます。浴槽には様々な形状や大きさがあり、すべての浴槽にバスボードが適合するわけではありません。取扱説明書をよく理解し、無理な使用は控えるよう注意しましょう。	人：浴槽にしっかりと固定していなかった 管理：浴槽に合わないバスボードを設置していた
277		しっかりと固定されておらず、転倒しそうになる	182418(階段)		固定されていない踏み台に足をかけたが、踏み台の端を踏んだために浮き上がってしまい、転倒しそうになった	玄関踏み台は、固定をするとお掃除の際に邪魔になるなどの理由で固定を嫌う傾向があります。安全に利用するために高さや固定することを勧めます。特に踏み面が狭いものや高さのあるものは転倒する可能性が高く、より注意が必要です。また、踏み台での動作は段差の昇降になりますので、単に踏み台を購入するだけでなく、手すりなどと併用するなど全体として安全な環境を整えるという視点が必要です。	人：取り外しができるよう踏み台を固定していなかった 人：踏み台の端を踏んでしまった モノ：端を踏むと簡単に倒れる踏み台だった
278		座面に浅く座ったため、本体が後方に倒れて転倒しそうになる	120690(シルバーカー)		シルバーカーのいすに浅く腰掛けたため、臀部で本体を押し出すような力が加わり、尻もちつきそうになった	ブレーキがしっかりとかかっていたのかどうか気がなるところですが、シルバーカーは軽量に作られているので、たまたまブレーキがかかっていたとしても、床のすべり易さや座面の位置によってはこのようなことが起こり得ます。この事例では、洋服を整えようとして前かがみになった拍子に後ろに動き出したのかも考えられます。シルバーカーは安全なためにも、必ずしもその場その場の状況を確認して、安全に使用するよう心がけましょう。	人：いすに浅く腰掛けてしまった 人：ブレーキを忘れていた 環境：すべり易い床面だった
279		座面の端に座ってしまい、バランスを崩して転倒しそうになる	120690(シルバーカー)		休憩をとるためにいすに座ろうとしたが、いすの端に腰掛けたため、本体ごと転倒してしまった	小型のシルバーカーでいす自体が小さかったことが要因の一つと考えられます。シルバーカーには様々なサイズがあり、歩行や座るとき安定感、ひじ掛けの有無、ブレーキのかけ易さなど、安全性を第一に選ぶことが大切です。見た目や機能とどわかれて、利用者の能力にそぐわない製品を選定すると、この事例のようなヒヤリハットが起きる可能性があります。提供中には、機能面のみを強調した説明にならず、安全につながる製品の特長、危険につながる短所などを分かりやすく説明することが求められます。	人：いすの端に腰掛けてしまった モノ：シルバーカーが利用者にとっていない
280		立てかけていた杖が足元に倒れ、転倒しそうになる	120303(ステッキ・T字杖)		杖をいすの足元に立てかけた杖が足で引っかかってしまい、転倒しそうになった	杖をいすの足元に立てかけた杖が足で引っかかってしまった事例です。テールや壁などに立てかけた杖が倒れてしまったことは多くの人が経験していると思いますが、この事例からひとつ間違えと動作の妨げになり、大ケガにつながるかもしれないヒヤリハットだということがわかります。安全な杖を選ぶことも、杖を倒れにくくする工夫など、万が一に備えた対応が大切です。	人：杖を安定した場所に立てかけていなかった 人：杖が倒れても、その後大事に至るようなことはないと思っていた 環境：杖が倒れて危険な状態になる可能性があることを予測できて指摘してくれる人がいなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
281		裏表を間違えて、マットごとすべりそうになる		093306(滑り止め用品)	浴室用のすべり止めマットに裏表があることを知らず、裏返して置いてしまったため、マットごとすべってしまった	入浴を安全に行うためのすべり止めマットで、吸盤ではないタイプでは、裏と表の違いが分かりづらいものがあります。間違えて反対に置いてしまうと、滑り止めの効果がいばかりか、かえって滑りやすくなる時もあり、とても危険です。また、種類によっては使用を浴槽内に限定しているものもあります。製品自体にはこのような使用上の注意点が表示されず、開封して使い始めるとわからなくなってしまうことも多く、納入時のしっかりとした説明が大切です。	人：裏表のある製品だということを知らなかった 人：裏返して設置したこと気がなかった モ：製品本体に注意事項の表記が無かった モ：パッケージに記載されていた注意事項を捨ててしまった
282		ぬめりが生じていたことから、すべって転倒しそうになる		093306(滑り止め用品)	すべり止めマットを敷きっぱなしにしてため、本体にぬめりが生じており、足がすべってしまった	この事例のすべり止めマットは吸着式であったと報告されていますが、たとえ吸着式であっても、長時間貼りつけたままにしておいたり、ぬめりや入浴剤などの影響ですべり易くなることがあります。掃除の際には取り外し、洗浄することが必要ですが、老若婦世帯などでは取り外しが困難であることもあり、導入に際しては日常のお手入れが確実に行われるのかを確認することも大切です。必要に応じてヘルパーの導入などと組み合わせることも検討すべきでしょう。	人：面倒くさかったため、敷いたままにしていた 人：その程度マットを取り外す体力がなかった モ：石けんカスなどが付着してすべり易くなった 環境：定期的メンテナンスをしていなかった
283		ステップが足と接触し、ケガをしそうになる		120903(二・リングカ)	車間に乗り込むため車いすで待機していたところ、自動で出てきたステップが利用者の足と接触してしまった	車に乗り込むためのステップはドアの開閉に連動するものが一般的ですが、この事例の福祉車両は、サイドブレーキと連動してステップが出てくる構造であったため、運転手である介助者は運転席にいて、車いすと車両の間隔を把握できなかったとのことでした。このような製品の構造に起因する危険性をあらかじめ想定することで、注意を喚起し、ミラーで確認するなど安全確認が可能となります。普段から想定される危険性を話し合い、認識しておくことが事故防止には有効です。	人：利用者の足がステップとぶつかってしまう位置に車いすを停めてしまった 人：ステップが自動で出てくることを知らなかった モ：ステップが出てくることを表示する注意喚起がなかった
284		振動や急加減速で姿勢が崩れ、転落しそうになる		121224(車いす固定装置)	福祉車両に搭乗中、振動や急加減速で車いすを固定している部品が外れ、車いすが揺れて転落しそうになった	フックの固定位置の誤り、スイッチの押し忘れなどにより、車内で車いすが動いてしまう事例があります。固定不良は重大事故につながるため、固定操作後の確認手順を標準化し、必ず目視とともに車いすを押すなどして動かないことを確認する必要があります。また、ワンタッチで固定可能な開閉固定システムも開発されており、ヒューマンエラーを減らす対策として有効です。	人：車いすを固定するベルトに緩みがあったにも気がなかった モ：固定方法が複雑で、しっかり固定されているかの確認も簡単ではなかった 環境：車内が暗く、固定の目視確認がしにくかった モ：しっかり固定されたかどうかの確認ルールが徹底されていなかった
285		振動でヘッドサポートの調整ねじがゆるみ、首が倒れそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	ヘッドサポートの調整ねじがゆるんでいたため、移動中の振動でヘッドサポートが倒れてしまった	頻りに調整をするので、普段からあまりねじをきつくはめていなかったようです。報告された事例は、初めての介護タクシーでの移動中で、この経験をきっかけに、移動前ねじを確認、締めなおすことを習慣にしているそうです。	人：しっかりと調整ねじを締めいかなかった モ：振動で調整ねじがゆるんでしまう
286		段差を乗り越えようとしてアクセルレバーを強く押し込んだため、急発進してしまう	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	段差がなかなか乗り越えられなかったため、思い切りアクセルレバーを押しこんだところ、段差を乗り越えて自転車に衝突してしまった	ハンドル形電動車いすのカテゴリーには、乗り越えられる段差の高さが制限されていますが、その操作となる単踏でありません。助走をつけること大きな振動が利用者や振り落とされそうになる危険がある一方、助走してはなかなか乗り越えられず、この事例のように多めにアクセルを押し込んでしまいがちです。段差を上昇し過ぎるから運転姿勢を良くすることも大切ですが、段差を通過しない安全なルートを選択する冷静さを保つことも重要です。	人：段差をなかなか乗り越えられず、イライラしていた 人：段差を越えた後の事故を想定していなかった 人：前方に自転車がある場所を通過しようとした環境：他に通る道がなかった
287		雨のため介助者の足がすべり、転倒しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	雨のためスロープの路面がぬれており、介助者の足がすべってしまった	可傾式スロープの走行面にはすべり止めが施されていますが、雨天時などでぬれている時は十分な効果を発揮できません。また、スロープの長さが短く傾斜が急な時は、ぬれることによっても危険が増すと考えられます。安全を確認する観点から、スロープの傾斜は余裕をもってゆるやかに設定し、またぬれている時は使用を控えるなどの配慮が必要です。	人：すべり易い靴を履いていた 人：雨だたがどうして外出しなければならなかった モ：雨などでぬれるとすべり易くなる
288		傘を持ちながら下りようとして、脱輪しそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	片手に傘を持ちながらスロープを下りようとしたため、うまく操作できず地面に転落しそうになった	スロープの走行面がぬれていてすべり易くなっている要因もありますが、この事例で重視する点は、車いすのブレーキを左右均等にかけなかったことだと思います。ブレーキは左右別々に機能するものが多く、均等に握らないとまっすぐ止まれない可能性があります。また、調整不足などで左右の効きに差があると同様の危険が起こりやすいので、メンテナンスの際には確認するようにしましょう。	人：傘をさしながら車いす介助をしていた モ：雨などでぬれるとすべり易くなる
289		転倒した際、手すりの隙間に頭を挟んでしまう	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	転倒したはずみで首が床置き手すりの隙間に入り込んでしまい、抜けなくなってしまった	実際に死亡事故が起こってしまった事例です。手すりは転倒を防止し、立ち上がり補助する目的で使用するものですが、設置が不適切であったり、本来手すりを安全に使用できない人に利用したりすることで、かえって危険になってしまうことがあります。適切な配置を検討し、十分に説明することはもちろんですが、利用すること自体が適切かどうかの判断が重要です。	モ：ちょうど頭が入り込んでしまう隙間があった 環境：設置場所が悪かった
290		上昇する際の車いすの向きを誤り、足先がサッシ枠に挟まれそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	車いす昇降機で昇降をする際に、本来上段側に到着した後に行う方向転換を下段側でおこなったため、足先がテーブルからはみ出し、サッシ枠に挟み込みそうになる	テーブル面上での方向転換を想定した車いす昇降機機種では一般的には上昇し上段床面に到達した後に行う方向転換は操作可能となります。このケースは誤って下段で方向転換をしたことで足を挟み込みやすい状況を作ってしまったことが直接の原因です。サッシ枠の下に足が入りにくいように板を設置することも工夫することも大切です。	人：利用者の足が挟まれる危険があることを知らなかった 人：操作手順を理解していなかった 人：上段が上がってからの介助を横着しようとした モ：車いすが全長の長い機種だった 環境：サッシ枠が挟み込みやすい形状だった
291		ボールが挟まれていることに気づかず、テーブル面が傾いて転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183006(段差解消機)	段差解消機を使用中、近くで子どもが遊んでいたボールがテーブル下に入っていたことに気づかず、リフトで下降していたボールが挟まれている間にテーブル面が傾いて転落しそうになった	介護保険でレンタルされる機種は、基本的には床面に固定されていないので、テーブル下に障害物があるとそこに乗り上げバランスを崩す恐れがあります。子どもやペットのいる家庭では、テーブル下に異物が入り込む危険性も高くなると思われるので、転落でテーブル下を確認している機種など、安全性の高い機種を選定することをお勧めします。	環境：床にボールが落ちていた 人：ボールがあることに気づかなかった モ：安全装置がない段差解消機だった
292		入浴中にバッテリーが切れて、浴槽から出られなくなる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123618(据置型リフト)	浴槽から出ようとして座面を上昇させていた途中でバッテリーが切れ、浴槽から出られなくなりました	バッテリーで駆動する福祉用具は多くありますが、入浴用のリフトは、バッテリーの残量が少なくなると上昇する動作の時に動かない可能性が高く、また手動操作などの非常時の対応策もありません。特に注意が必要な用具であるといえます。使用頻度に応じた充電を行うことが必要ですが、バッテリー自体にも寿命があり、数年たったものでは駆動できる時間も少なくなるので、早めの交換が大切です。	人：バッテリー残量を把握していなかった 人：不足の事態に備えて予備のバッテリーを用意していなかった モ：緊急時に手動で操作ができる仕様ではなかった
293		傾斜地に駐車したため、車いすが後方に動き転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	121218(自動車用車いすリフト)	駐車した場所がわずかに傾斜がついていたことに気づかず、リフトで下降中にブレーキをかけたまま車いすが後方に動いて転落しそうになった	事故は複数の要因が重なって起きてしまうものです。これは実際に死亡事故につながってしまったケースで、普段駐車しているスペースが傾斜地に停めたこと、車いすタイヤの空気が不十分でブレーキが十分に効かなくなっていたこと、介助者がよく見を怠ったことなどの要因が重なって重大な事故につながりました。これらを防ぐためには、傾斜地に駐車する際は必ずリフトとして認識し、重大な事故を未然に防ぐことが重要です。	人：傾斜のある場所に車を停めてしまった 人：傾斜のあることに気づかなかった 人：車いすのブレーキをかけたままにしていた モ：傾斜地での使用を制限する機能や表示がなかった
294		歩行器がベッドや床に落ちた布団に引っかかり転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	夜間トイレへ行くこととした際、床に落ちた布団に引っかかって転倒しそうになった	夜間の暗い中での移動において、障害物を予想・認識できなかったことが原因です。動線を確認できる明るくなるような工夫することや、日頃から動線上に障害物が邪魔しないようベッド布巾止めを設置する、ベッド間のスペースを広くとるなどの対策も必要です。こたつ布団やカーペットの縁でも引っかかることがあります。	人：床の障害物を予想・確認していなかった 人：寝ぼけていた 環境：暗く周囲の状況を確認できなかった 環境：動線上に障害物があった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTAG5)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
295		スカートの裏地が滑りやすく、ベッドの端に腰かけた際に滑り落ちそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	裏地の滑りやすいスカートをはいってベッドに移ろうとした際、裏地が滑って床に落ちそうになった	普段は問題なくできている動作でも、洋服一つ変わるだけで危険となることがあります。おしやれば大切なことです。裏地が滑る以外にもスカートの裾が引かれるなど、いつもとは違う条件であることを意識し、危険を予測した上で普段よりも注意して行動することが大切です。	人：洋服の違いを特別には意識していなかった 人：スカートの裾が邪魔になりいつも通りの介助ができなかったが、大丈夫だろうと過信した
296		歩行を始めようとした瞬間に転倒しそうになる		120690(シルバーカー)	ベッド用すりすりシルバーカーの両方に指まって立ち上がり、シルバーカーの向きを変えようとしたところバランスが崩れて転倒しそうになった	寝ていて起きた直後は、膝に力が入りにくかったり、痛みが生じやすかったり、立位バランスがうまくとれなかったりすることがあります。フラフラしやすい人は、立ち上って足踏みや膝の軽い屈伸運動などの準備運動をしてから歩くようにしましょう。本人の脚の力が弱い場合や立位バランスが悪い場合は、安定感のある歩行シューズの変更を検討しましょう。	人：立ち上がりすぎてすぐに歩き出そうとしてしまった 人：脚の力の低下や立位バランスの低下があった モノ：小型で軽量なシルバーカーであった
297		転倒防止装置を解除したのち、戻すのを忘れて転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	便器からの移乗で車いす座面に座った瞬間、勢いがありすぎてそのまま後方に転倒しそうになった	転倒防止装置を元に戻すことを忘れてしまったことなどが原因です。忘れたいように工夫することが基本ですが、「忘れる」ということにはなりません。忘れたいこととやらせたいこととは異なります。転倒防止装置を解除する場所としては玄関などの段差部分がありますが、そのような場所を解除しなくて済むような環境を整えることも一案です。移乗についても、お辞儀をしながゆっくりと座るといった、勢いのつかないような方法を検討しましょう。安定性の高い車いすもありますが、自乗での走行性が低下するなどの欠点もあることに留意して選定しましょう。	人：転倒防止装置の重要性の認識が甘かった 人：勢いのつかない移乗動作ができていなかった モノ：後方に重心を崩しやすい車いすであった 環境：移乗のための手すりがない
298		エレベーターのドアレールの隙間にキャスターがはまり込み転倒しそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	施設内での車いす単独移動の許可が出ていたので、エレベーターを利用してしたが、入り口付近で方向転換をしようとしてキャスターが挟まってしまった	車いす等での一人での移動を許可する場合は、単に基本操作の可否だけで判断するのではなく、段差や溝など住環境の危険も理解して安全に移動できる操作技術の修得が必要になります。また、ドアレールの隙間など環境的に危険な場所に関しては注意喚起を促すような表示も考えましょう。	人：車いすの操作に不慣れであった 人：ドアの隙間があることに気が付かなかった モノ：キャスターが細く、はましやすいサイズであった 環境：回転できそうな広さがあった
299		キャスターを持ち上げて段差をあがろうとしたら、車いすが横にずれ転倒しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	段差をあがろうとしてティップングレバーを操作しキャスターを段上らせたところ、ハンドルを持ち上げた。段差には左右方向の傾斜があった	大車輪が段差の角(段鼻)に当たっていきま持ち上げる誤った方法で段差昇降を行うと、車いすの動きが不安定になります。特に段上り傾斜がある場合、大車輪を持ち上げようと低い方向へ流れます。大車輪を段差の角にしっかりと当て、車いすを持ち上げず前方に押し出す正しい操作法の習得が大切です。	人：正しい操作方法を習得できていなかった 環境：段差上に傾斜があった モノ：正しい操作方法を教えてくれる人がいなかった
300		車いすのアームサポートを下ろしたまま介助者が目を離したら、本人が落ちそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	車いすに移乗する際を下ろしたアームサポートを下げたまま、介助者が上着を取ろうとしたとき、本人は介助者に声をかけようとして身を乗り出した	アームサポートを下げたり、跳ね上げができる車いすは、移乗の場面ではとても便利ではありますが、その際の転倒・転落に注意が必要で、機能が正しい利用と同時に安全な利用に意識を払うポイントが多いことも事実です。介護者は移乗が終わったらすぐに元に戻し、次の作業に移る習慣を身につけるよう心がけましょう。	人：本人の座位バランスが悪かった 人：介護者が「少しの間であれば大丈夫」と油断していた モノ：アームサポートの操作が簡単ではなかった
301		側壁に車いすのキャスターが接触し、操作に手間取っていたら突然スロープが段から外れ、落下してしまう	スロープ	183015(携帯用スロープ)	段差を降りようとして可変型スロープを設置し、後ろ向きで車いすを操作していたが、中ほどでキャスターが側壁に接触し、無理に動かそうとしたところ、スロープがズレ、段差から落下してしまった	「無理に引っ張る」などの力ずくの介助は、しばしば事故の原因になっています。このケースでもキャスターが接触した後に落ちてしまったので、少し前進させてからスロープの真ん中に戻ることで安全に下りられたと考えられます。また、スロープの角度が介助者の体力に見合うかな角度であったのかも確認する必要があります。	人：引っ張ればなんとかなると思ってしまった 人：キャスターの向きを修正するために車いすを少し前に戻すだけの力がなかった モノ：スロープが短く、角度が急だった モノ：スロープに適正な段差へのかけ幅の表記がなかった 環境：段鼻の床面が滑りやすかった
302		徘徊を感じしようとマットを敷いたが、そこをよけて部屋から出てしまう	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	部屋の出入りは引違いの戸のため左右どちらからでもできたが、日常の動線から片方の環境を設置していた。夜間、音段とは違う方向から出てしまった	認知症があるとはいえ、音程とは様子の違うマットの存在を不審に思ったのかもしれませんが、徘徊感知のセンサーには、マット状のものほかに複数のタイプがありますので、部屋の環境によって選定するとよいでしょう。	人：音段通りの行動をすと思い込んでいた モノ：マットの大きさが不足していた 環境：複数の出入り口があった
303		送迎車に乗車中、急ブレーキ。車いすは固定されていたが、人の体は前方に投げ出されそうになる		121209(シートベルト)	車いすの固定はしっかりとしていたが、本人が着席しているが、シートベルトはつけていなかった。まさか、急ブレーキがかかることは考えていなかった	車内に乗車中のシートベルトは、一般の座席でも車いすでも同様に必要な安全装置です。車いすにも座位保持用の安全ベルトが装着されている場合がありますが、車両のものは目的の違いがあるので、必ず車両のシートベルトを装着しましょう。	人：車いすのシートベルトをしていたので、大丈夫と想っていた 人：送迎で忙しく、シートベルトが面倒くさくなって義務を怠った モノ：操作が複雑で、操作しにくいシートベルトだった
304		ポータブルトイレからベッドに移ろうとした際に転倒し、アームサポートと背もたれの間の隙間に首を挟み、重大事故に遭いそうになる	腰掛便座	091203(ポータブルトイレ)	ポータブルトイレをベッドから離して設置してあり、移動用すりすりがないが、中ほどでキャスターが側壁に接触し、無理に動かそうとしたところ、スロープがズレ、段差から落下してしまった	転倒の状況は不明ですが、なんらかの拍子で首が挟まってしまったものと考えられます。隙間に閉まる事故の報告は多く、ポータブルトイレに限らず、音程から危険な隙間の把握に努め、タオルなどを詰めておくなどの対策を検討しましょう。	人：まさか、こんな隙間に首が挟まればとは考えもなかった 人：転倒しやすい脆弱な状態で、ひとりで排泄動作をしていた モノ：首が挟まれやすい隙間があった 環境：手すり等安全な移動動作ができる環境になっていなかった
305		勢いをつけてスロープを上った際、最上部で本人が車いすから落ちそうになる	スロープ	183015(携帯用スロープ)	勢いをつけてスロープを上ったが、最上部で急減速したこと、スロープの段差で車いすが前傾したこと、本人が車いすから落ちそうになった。シートベルトは付けていなかった	勢いをつけてスロープを上ると、最上端部での減速と可変型スロープの厚み分の段差によって、本人が前方に投げ出される力が大きくなります。適切な速度で登坂することや、段差部分も注意して越えることが大切です。介護者が引っ張り、力をつけて上ることは、本来あるべきではありませんが、やむを得ず必要な場合は、このような危険があることを理解し、一時的にベルトを装着するなど万が一に備えた対応も必要です。	人：ゆっくりとした速度で介助するのに十分な体力がなかった 人：勢いをつけて方が楽に上り切れると思いスピードを出しすぎた 環境：段鼻の奥行きがない狭い場所、緩やかなスロープを選択できなかった
306		バックで段差スロープに対して斜めに段差を下ろうとした際に、バランスを崩し転倒しそうになる	スロープ	183018(固定用スロープ)	自宅からトイレに行くこと車いすをバックで急減速した際に、トイレへ向かう方向転換を急ぎスロープを斜めに走行する形となっていた。転倒防止装置を取り付けていなかった	車いすはバックで移動しているときに急減速すると、後方に転倒しやすいという特性があります。この事例では、スロープ上ですぐに大車輪が下りたことで重心が後方に偏り転倒しやすいう状態であったこと、斜め方向への移動で姿勢を崩し、本人の身体が倒れ重心が前方へも倒れてしまったことなどが考えられます。このような車いすの特性と移動する環境を考慮し、転倒防止装置を装着する、段差スロープではない方法で段差を解消することなどを検討しましょう。	人：こんな簡単に転倒してしまうとは思ってなかった モノ：転倒防止装置が付いていなかった 環境：まさかすぐに降りてから方向転換するには廊下が狭かった
307		段差スロープを強引にバックで上ろうとしたところ、横方向に転倒しそうになる	スロープ	183018(固定用スロープ)	車いす後輪から段差スロープに斜め方向から昇ろうとした際、音程から勢いをつけて越えられず、その時強引に行ったら、横斜め方向に転倒しそうになった。転倒防止装置は装着していたが効かなかった	「勢いをつけて」「強引に」といった動作で事故が起こることがあります。特にスロープでは、介護者や本人の体力の限界ギリギリを前提とした環境設定が誘因となっているケースが多く見られ、事故予防には、本人や介護者の体力を踏まえ、余裕を持った動作で活動できる環境設定が大切です。	人：慣れていたもので、まさか転倒するとは思ってなかった 人：転倒防止装置を過信していた 環境：段差スロープの角度が急だった
308		浴槽縁に腰掛けていたら、バランスを崩し滑り落ちそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	洗剤後、入浴用いすを片付けるために浴槽縁に腰掛けていたが、介護者が目を離したときに滑り落ちそうになった。滑らぬように滑り止めマットを浴槽縁に張り付けていたが、手すり等なかった	本来形状ではない浴槽縁に腰掛けていたことなどが原因と考えられますが、それにつながる原因として、片足の固定が不適切であった可能性があります。座位で浴槽を跨ぐのであれば、それに適した形状の入浴用いすやバスボード等の適切な用具の選定と使用をすべきです。入浴用いすを片付けなければならぬ理由も検討し、適切な用具の利用で解消されるかもしれません。	人：慣れている介護手順で、危険があると感じられなかった 人：座位バランスに余裕がない状態であった 環境：床面タイルが滑りやすかった 環境：狭くて椅子があると入浴中本人の身体を支えられなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(OCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
309		片脚タイプのベッド用テーブルを使用中に背上げをしたら、本人が挟まれそうになる	特殊寝台付属品	180315(ベッド用テーブル)	テーブルを装着した状態で、介護者は背を下げる操作をするつもりだったが、ボタンを間違え上げてしまっていることに気が付かないまま、テーブルとベッドの間に本人が挟まれそうになった。	リモコン操作の最中は、本人の身体や用具の挙動から目を離すことは厳禁です。本人は危険を予測できない、または危険を知らせてあげられない場合もあります。また片脚式のテーブルでは、下からの力が加わるとテーブル面が上昇し、挟み込む力を軽減する機能を持つものもありますが、背上げのように傾いた方向からの力ではその安全機能が作用しないケースもあります。安全機能が確実に効果を上げることが望めますが、それに頼りすぎにならない注意も必要です。	人：次の作業の準備に気を取られてしまっていたモノ；操作ボタンの配置がわかりにくかった環境；ベッドテーブルを外してからベッド操作をすべきだったが、部屋が狭くスペースが十分ではなかった
310		福祉車両に乗り込もうと後方のスロープを上がっていた時に本人の頭をぶつけそうになる		120903(二・リングカ)	スロープ式の福祉車両で送迎の際、車いすからスロープから脱輪しないよう注意を払っていたら、開口部の上の特に本人の頭をぶつけそうになってしまった	介護現場で頭をぶつけそうになるという場所はあまりなく、どうしても頭には注意が向かないこともあるでしょう。車両の大きさや本人の背の高さに関連することもあるんですが、車いすの座面高さも影響することから、普段の慣れた介護でも車いすが変わった時などにも注意が必要ですよ。	人：スロープ面ばかりに気を配っていた人；まさか頭をぶつけようとは思っていなかったモノ；小さな車で、開口が低かったモノ；音鼓とは違う車いすを利用していただけ；雨が降っていたので急いで中に入ろうとした
311		キャスタにゴミが絡まり、転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行器のキャスタの輪の部分にゴミ等が絡まって動きが悪くなり、歩こうとしたが急制動がかり、前方へバランスを崩した	人の長い髪や動物の毛、糸くず、ホコリなどが散乱している自宅等においては、長期間の歩行器の使用で、キャスタの部分に髪の毛やほこり等が絡まってくる。その結果、キャスタの回転が鈍ったり、急制動を起こしてバランスを崩すようになることがあります。定期的にキャスタの輪のゴミ等をとり、左右の回転を確認しましょう。	人：キャスタのメンテナンスができていなかった人；本人が虚弱なために掃除ができていなかった環境；人の長い髪や動物の毛、糸くず、ホコリなどが散乱していた環境；定期的なメンテナンスのルールを決めていなかった
312		ポータブルトイレに移乗する際に、ベッド柵の中に足を入れ込んで転倒しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	夜間ポータブルトイレに移乗しようとして起き上がったが、足がベッド柵に引っかかり、バランスを崩した	夜間の暗い中でポータブルトイレへの移乗において、ベッド柵に引っかからないよう足を下ろさなかったことによる生じます。ベッド柵の幅は以前に比べて狭くなっており、足が挟まりにくくなっています。足元に幅の長いベッド柵を設置すると、足を深く曲げて起きないと足が引っかかりやすくなります。	人：関節が固く、足を十分に引き付けられない状態で無理に下りようとした人；脚が固くて踏みやすかったモノ；足元へ幅の長いベッド柵を設置した環境；暗くて足元を確認できなかった
313		子供がティッピングレバーの上に立ち体重をかけたので、車いすが後方に転倒しそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	子供がお手伝いのつもりや、遊びでティッピングレバーの上に立ち体重をかけたので、車いすが後方に転倒しそうになった	子供が日頃の利用者の車いすや介助に興味を持ち、お手伝いのつもりや、遊びでティッピングレバーに寄り乗ったことで起こります。必要に応じて子供にも福祉用具の使い方や危険性を説明する必要があります。子供の純真無垢な気持ちを大切にし、将来、介護や医療、福祉を担う人材となるよう、大切に対応しましょう。	人：福祉用具の説明を子供にしていなかった人；子どもの行動を見守る人がそばにいなかったモノ；注意喚起表示がなかった
314		ブレーキ操作のワイヤーが切れ、ブレーキが掛けられなくなる	歩行器	120606(歩行車)	歩行器のブレーキワイヤーが歩行中に切れて、転倒しそうになった	歩行器のブレーキは、長期間の使用や負担のかかる使用で劣化が早くあります。特にブレーキを握りしめたままでの歩行は、ブレーキワイヤーだけでなく、タイヤ等にも急激な劣化を生じさせます。パーキンソン症候群など、歩行が加速する傾向の人や下り坂のある環境で暮らしている人が使う歩行器は要注意です。即速ブレーキ付きの歩行器を検討しましょう。	人：パーキンソン症候群など、歩行が加速する傾向だった人；ブレーキ部分等メンテナンス不足だった環境；下り坂のある環境で暮らしていた
315		座面高さ調整時に、フレームの隙間に指を挟みそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行器の座面の高さを調整しようとして、指を挟みそうになった	歩行器の座面を調整する際の指の持て行き方が悪く、挟みそうになった事例です。歩行器の構造や機構による場合が多く、説明書通りの調整方法で行えば危険は少なくなります。ただし、実際には説明書を見ずに使われることが少なくなく、メーカーレベルでの工夫も求められます。	人：説明書にある安全な調整方法を知らないで強迫でやろうとした人；指を挟み込みやすい構造や機構だった環境；十分な明るさがなく、細部が見えなかった管理；メーカーからの注意喚起が不足していた
316		抑速ブレーキの左右調整が不一致で、直進性が損なわれる	歩行器	120606(歩行車)	抑速ブレーキ付の歩行器での歩行面などで、左右調整が不一致のため直進性が損なわれ、歩道から脱輪し転倒しそうになった	抑速ブレーキ付の歩行器は、歩行が加速するパーキンソン症候群の人に多く利用されますが、その抑速機構の調整ミスが原因です。調整後は必ず直進性のチェックを行い、使用時のトラブルを未然に防ぐことが必須です。	人：抑速ブレーキの調整を間違えた人；調整後、直進性の確認が不十分だった
317		無理な介助で移乗中に車いすのブレーキレバーにお尻を強打し、ブレーキレバーが曲がってしまう	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	ベッド・車いす間での無理な介助での移乗中に車いすの延長ブレーキがお尻がぶつかり、ブレーキレバーが曲がってしまった	延長ブレーキを使っている場合に起こりやすいトラブルです。車いす・ベッド間の移乗介助の方法やその際の車いすの準備に関し、再検討が必要です。	人：力まかせに移乗させようとした人；本人の身体機能から、そもそも持ち上げる介助方法が適切ではなかった環境；介助者から延長ブレーキが見えにくかった
318		介護者がコンセントを抜いてしまっ、空気が抜けてしまう	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	介護者が電気シェーバーの充電をしようとして、エアマットのコンセントを抜いたままにしてしまい、空気が抜けてしまった	コンセントが一口しなく、介護者がついシェーバーを優先してしまったことがエアマットの空気不足の原因です。福祉用具の使用と日常のケアがうまくいくよう、コンセントの工夫が必要です。エアマット使用者のエア不足による低付きは褥瘡の危険性が高いのでより注意が必要です。	人：エアマットの電源よりもシェーバーの充電を優先した人；介助者への注意喚起が不足した環境；コンセントが一口しなかった
319		ベッドの上に立ち上がり、窓から転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	認知機能の低下や一時的な不穏症状などにより、ベッドの上に立ち上がり、窓から転落しそうになった	認知機能の低下や一時的な不穏症状などがあり、外出したい欲求の強い人におこる現象です。ベッドの高さが窓枠と近くなると、ベッドを踏み台にして窓から出ようとする事例があります。そのような場合、ベッドを窓から離すか、ベッドの低床設定、感知器の設置等を検討しましょう。	人：認知機能の低下や一時的な不穏症状、外出したい衝動などがあつた人；介助者の行動を予測した対応が不足していた環境；窓に足がかけやすい高さにベッド高が設定されていた
320		リクライニング車いすにバスタオルを敷いて座っていたところ、ずり落ちそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	リクライニング車いすにバスタオルを敷いて座っていたところ、ずり落ちそうになる	重量の全身性機能障害のある人の車いす座席の時に、移乗時に使用したバスタオルを敷きっぱなしにすることはよくありますが、一度リクライニングを倒した状態から戻そうとすると、前方へずり落ちていくことがあります。また、着衣の素材によってもずりやすくなります。チャイルド機能のある車いすに変更し、座面を後方に少しシフトした状態から、リクライニングを戻すと、前方へのずり落ちは防げます。	人：ずり落ちない介助方法をしなかったモノ；車いすにチャイルド機能がついていなかったモノ；タオルを敷くことでもずりやすくなっていた
321		ベッド柵を外してしまわぬよう紐でしばっていたが、ベッドのベースフレームとしばっていた紐が破損しそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	ベッド柵を外してしまわぬよう紐でしばっていたが、ベッドのベースフレームとしばっていた紐が破損しそうになった	認知機能の低下やせん妄状態のある人等は、ベッド柵を自ら外し危険な行動を取る場合があります。それを予防するためにベッド柵を紐で縛っていたことが原因です。この場合、ベッドのベースフレームに縛っていたために紐が破損しそうでしたが、ベッドフレームであれば予防できました。	人：ベッド柵をベルトで固定していたことを忘れたモノ；ベッド柵をベースフレームに固定していたモノ；引き上げれば簡単に外せる構造のベッド柵だった
322		柵を外しておむつ交換中に目を離す、または交換後に柵を戻し忘れ、本人がベッドから落ちそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固定式起き上がり手すり)	認知機能の低下やせん妄状態のある人等のオムツ交換、または交換後、目を離したり、他の作業をしてしまい、本人がベッドから落ちそうになった	認知機能の低下やせん妄状態のある人等は、予測できない動作をする場合があります。また、本人から離れて作業をする時は、少しの間であってもベッド柵を戻してから行うように気を付けます。ご家族にも注意喚起が必要です。	人：本人が安全に起き上がる認知機能、動作機能が不足していた人；柵を戻す必要がなくなり、目を離した又は柵を戻し忘れた人；介護者がうっかり、目を離した又は柵を戻し忘れた管理；介護者が本人から離れる時は、必ず柵を戻すという指導が不足していた

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
323		左右のフットサポートの間に足首が挟まりケガをしそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	車いすで過ごしていた時に、左右のフットサポートの間に足首が挟まり、ケガをしそうになった	足首は筋肉や脂肪組織が少なく、傷になりやすい部分です。外出時には靴を履いているので落ちにくいですが、自宅内で靴下を履いている場合は滑って落ちやすくなります。下肢の麻痺や感覚障害、筋力低下のある人では起こりやすい事例です。	人：下肢の麻痺や筋力低下でうまく足の位置がフットサポート上に保持できなかった モ：靴下がフットサポート上で滑りやすかった モ：左右のフットサポートの間に足首が落ち込みやすい構造だった 管理：介護者の注意が不足していた
324		リフトのハンガーのフックにきちんと架けたはずのスリングシートベルトが外れ、転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分)	123621(吊り上げ式リフト用吊具)	ベッドから車いすにリフトで移乗させようとして、リフトのハンガーのフックにきちんと架けたはずのスリングシートベルトが突然外れ、転落しそうになった	ベッド・車いす間の移乗の際、(1)リフトハンガーのフックにスリングシートをきちんと引っかけても、(2)一度つり上げた後に、姿勢の調整等の目的でベッドや車いすにお尻をおろし、ハンガーを必要以上に下げると、(3)ベルトが緩み、ハンガーフックから外れ、(4)外れた状態で不適切な位置に落ちたまま再度持ち上げて、少しの衝撃で落下することがあります。ひとたび起これば、重大事故になりますので、一度下した場合には、最初から全て安全確認をしましょう。	人：ハンガーフックに引っかけたベルトは外れないと思いがちだった 人：外れた状態であっても利用者を吊り上げることができてしまうという事を知らなかった モ：このような状況が起きやすいハンガーの形状であった 管理：メーカーやリフト操作教育での使い方の注意喚起が不足していた
325		歩行車から椅子に移ろうとした際に、歩行車が移動し転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	脊髄小脳変性症の人が、ブレーキ機能のない歩行車からテーブルの椅子に移ろうとした際に、テーブルに伝う前に歩行車が動いてバランスを崩しそうになった	脊髄小脳変性症の人には、手足や動作のふらつき(失調症状)が徐々に進行するため、以前は安全にできていたようなこともできなくなることがあります。歩行車がテーブルに接近しにくい環境要因も誘因になっています。定期的なリハビリ専門職の生活動作の評価・助言を受けつつ、ブレーキ機能の付いた歩行車や安定したテーブルなどの環境調整の見直しが必要です。	人：手足や動作のふらつき、病状の進行が影響した 人：歩行車にブレーキがなく、テーブルに接近しにくい形状だった モ：歩行車が接近しにくいテーブルの脚の構造だった 管理：定期的な病状評価と生活動作の確認が不十分だった
326		フットボードに尖足(せんそく)で足首が下向きに固まる)の足先があたり、褥瘡になりそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	大柄の身長を考慮してベッドを選定したが、20度着上げた状態で過ごす際に、尖足のたつフットボードに足先があたり褥瘡になりそうになった	大柄の身長を考慮してベッドの選定に配慮したが、背上げ状態で過ごす際、足の尖足と、背上げた時の足元へのずれが考慮されておらず、足先がフットボードにあたって褥瘡になりそうになった事例です。住環境の広さにもよりますが、尖足による下肢の延長や身体へのずれも考慮したベッド長の選定が必要です。また、背上げ時に尖足なくすような介護方法、ずれたら戻す介護習慣をつける必要があります。	人：尖足のため下肢が伸びていた モ：ベッド長があっていた モ：背上げ時に足元へ身体がずれやすいベッドの状況であった 管理：背上げ時の指しえない介護方法、ずれた時に戻す介護方法を指導されていなかった
327		かかと褥瘡予防のクッションの不適切な使い方によって尖足(せんそく)で足首が下向きに固まる)を助長しそうになる	特殊寝台	033303(褥瘡予防クッション)	かかと褥瘡予防のために足首にクッションを徐圧目的で敷いたが、足の重みと布団の重さで尖足を助長した	ベッド利用の要介護者のかかとの褥瘡予防のために足首にクッションを徐圧目的で敷くことがありますが、クッションで足首が垂れ下がるように調節することが大切です。足の重みと布団の重さで尖足を助長することがあります。日中足先を床やフットレストにつけた座位をとることが予防につながります。	人：クッションの使い方が不適切だった モ：布団が重かった 管理：褥瘡予防の適切な姿勢管理ができていなかった
328		クッションの併用によりエアマットの機能が十分に活かせていない	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	環返り機能のある高機能エアマットを導入したが、従来のクッションによる姿勢保持も併用したため、エアマットの効果が十分に発揮されなかった	状態の悪化に伴い環返り機能のある高機能エアマットを導入したが、従来のクッションによる姿勢保持も併用したため、エアマットの徐圧機能が十分に発揮されなかった事例です。エアマット導入時は、再度専門職による評価を行った上で、適切な姿勢管理や徐圧・減圧方法を検討する必要があります。	人：福祉用具導入時の説明が不十分だった 人：家族の認識・理解が不足した モ：高機能エアマットを使用しているにもかかわらず、徐圧用クッションを併用していた 管理：専門職による評価を行った上で、適切な徐圧環境を再設定できていない
329		昇降座椅子を上昇させた際に足が浮いてしまい転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	180912(起立・看座補助機構付き座椅子)	立ち上がり補助のために昇降座椅子を導入したが、操作が立ち上がり方を理解できていなかったため、上げた際に足が浮いてしまい転落しそうになった	納品時の説明と試用が不十分で、昇降操作や立ち上がり動作の方法が十分に理解できていなかったために生じたもので、認知機能の低下した高齢者においては危険を予測できない人もいるため、状態に応じた選定が重要になります。	人：昇降操作と立ち上がり方がきちんと理解できていなかった 人：昇降・固定設定をしなかった 管理：試用の際に、操作や動作方法の確認・練習ができていなかった
330		クッションにビニールでカバーをしていないのに、お尻がずり、転落しそうになる	車いす付属品	122406(シート(座)・背もたれ・車いす用パッド・クッション)	納品後の車いすクッションにビニールでカバーをしていないのに、お尻がずり、転落しそうになった	失敗で汚すことを気にして、納品後の車いすクッションにビニールでカバーをして使用する人がいます。しかし、ビニールの為にお尻がずりやすくなり、ずり落ち転落の原因となるので、既定の使用方法を守るよう説明する必要があります。	人：借物汚しはほいほいという気を使った 人：ビニールによるカバーが滑りやすいことを予測できなかった モ：ビニールでカバーをしていたので滑りやすくなっていた 管理：既定の使い方を使用者にきちんと理解してもらえていなかった
331		エアクッションの空気が減ったことに気付かず、座骨・仙骨が底つきするイラストではクッションカバーを省略しています	車いす付属品	122406(シート(座)・背もたれ・車いす用パッド・クッション)	褥瘡予防にエアクッションを使用していたが、空気が減っていることに気付かず、座骨・仙骨が底つきしていた	褥瘡予防用のエアクッションは空気圧の調整方法を習得しないと適切に行えないので注意が必要です。定期的なメンテナンスができていない状況であれば、空気圧調整の必要のないクッションを選定する必要があります。	人：空気圧が減っていることに気がつかなかった 人：空気圧が減っていた 管理：専門家による定期的なメンテナンスができていなかった
332		ミニスロープを介助で斜めにあげようと、側方へ転倒しそうになる	スロープ	183018(固定用スロープ)	廊下から居室へミニスロープを介助で斜めにあげようと、側方へ重心が傾き過ぎて転倒しそうになった	室内の段差解消にミニスロープを良く使いますが、介助で斜めに上げようとすると側方へ重心が傾き過ぎて転倒しやすくなる事例です。なるべくミニスロープに対して直角に車いすの向きを整え上げるのが原則ですが、廊下幅が狭い為にはやむを得ない場合はゆっくり介助します。また、斜めに上らないといけない段差を、床かさ上げの法定改修で解消し、他の問題のない場所へミニスロープで直進で移動できるようにする工夫もあります。	人：ミニスロープに斜めに上るとした 人：ミニスロープの傾度がきつかった 環境：周囲するための廊下幅が狭かった 管理：介助方法の確認が出来ていなかった
333		ひざ掛けがキャスターに絡まり、前方に転落しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	ひざ掛けがキャスターに絡んで車いすは急停止、利用者が前方へ飛ばされるように転落しそうになった	寒い季節や雨・雪で体温調整がうまくできない人が、ひざ掛け等で防寒対策をする場面は多くあります。介護者も利用者もひざ掛けがずり落ちていることに気が付かなかったために生じてしまいました。また、マフラーが大車輪に絡まるという事例もありません。キャスターや大車輪に絡まないような予測的な対応が大切です。	人：介護者も利用者も、ひざ掛けが絡まる事を予測できていなかった 人：防寒対策が不十分だった モ：ひざ掛けの固定が不十分だった 管理：キャスターに絡まる危険性を指導されていなかった
334		延長した駐車ブレーキに腕がぶつかり、車いすが進んでしまう	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	床に落ちたものを拾おうと前に屈んだ際に、ラップの窓で延長した駐車ブレーキに腕がぶつかりました。その結果、ロックが外れ車いすが進んでバランスを崩し転倒しそうになった	片麻痺者の麻痺側のブレーキ操作を行いやすくする場合、本来はメーカーオプションの延長ブレーキを使用できます。しかし、簡易な対処としてラップ窓を使いブレーキを延長する方法が良く見られます。本事例では、前に屈んだ際にラップ窓に腕が当たり、延長ブレーキが外れ、車いすが進んでバランスを崩し転倒しそうになっています。特に冬場で厚手の上着を着ると、腕が大きくなるので、接触しやすくなります。安易な使用は禁じます。	人：ラップ窓に腕が当たり、駐車ブレーキが外れた 人：車いすの動きが止まらなくなった モ：ラップの窓が腕に当たりやすくなっていた モ：軽い力で延長ブレーキが外れるようになっていた 管理：延長ブレーキを使用する際の注意喚起が十分されていなかった
335		座面が前方に傾斜していたため、転落しそうになる	車いす	122190(姿勢変換機能付き車いす)	座位姿勢が前傾になり、転落の危険性のある状態で前傾姿勢のまま長時間を過ごすに傾斜から転落しそうになった。普段よりもティルト角度が浅く、足がフットレストから落ちていた。	重度障害のため前傾姿勢になりやすく、ティルト角度が浅かったことが原因で転落しやすくなっています。転落の原因は、身体を突然起こす人もいます。介護者が目を離す際の安全対策の徹底が必要です。	人：座位が前傾姿勢になりやすかった 人：介護者によるティルト角度の設定が浅かった モ：介護者が前傾姿勢のまま モ：レックサポートが装着されていなかった 管理：事例から離れる際の安全対策が徹底できていなかった
336		急坂を登っているとき、前輪が浮いて後方に倒れそうになる	車いす	122127(電動車いす)	リクライニング別動式電動車いすの利用者がリクライニングした状態で上り坂を登っていて、前輪が浮いて後方に転倒しそうになった。転倒防止バーは解除してあった	簡易電動車いすの転倒防止バーは屋外での段差移動の際に引っかかることがあり、解除している人が少なくありませんが、重心が後方にかかると、車いすごと後方に転倒するため非常に危険です。この利用者の場合、リクライニングしていた、急な坂に上がったことが後方重心の原因です。転倒防止バーを解除したままでの移動は行うべきではありません。段差昇降後、転倒防止バーは速やかに再設定をしましょう。	人：転倒防止を解除し、リクライニングした状態で急坂を登った モ：転倒防止バーが解除されていた 環境：急な上り坂だった 管理：転倒防止バーの安全対策の徹底が介護者でできていなかった






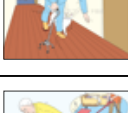



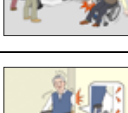


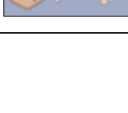
福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード（CCTA95）：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
337		アームサポートがなかなかは まらず指を挟みそうになる	車いす	122106(後輪駆 動式車いす)	固定ボタンを押しながら勢いよく差し 込んだ。 フレームのゆがみや固定ボタンの動き が悪くなっていた。	古い病院や施設では旧式の車いす等の福祉用具が現在でも使われて いる場合が少なくありません。修理対応で解決する場合もありま すが、耐用年数を超えての使用は安全対策が不十分となるのでそ れ自体が危険行為です。	人：ボタンの指の押し込み具合とアームサポートの 差し込み方が悪かった モ：旧式のもので、着脱しづらかった 環境：耐用年数を超えて、古い福祉用具を使っ ている施設であった 管理：耐用年数を超えた福祉用具を交換できてい なかった
338		介助のために外していたサイ ドレールを、ベッドの下降操 作により狭み込み、変形しそ うになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド 用サイドレ ール、ベッド固 定式起き上がり 手すり)	おむつ交換の介助の際、サイドレール を外して保管していた。 クアが終わりベッドを下降させる際に 狭んでしまい変形しそうになった。	介護者がベッドの高さを高くしておむつ交換等の介助をすること が良くあります。狭い部屋では、サイドレールを速くに下げな かったり、誤ってゴミ箱や未使用のおむつがベッド下に収納され ていることがあります。ベッド昇降の際は、狭み込みには注意し ましょう。	人：ベッドの下を確認せずにベッドを下げた 環境：部屋が狭く、ベッド下や横にモノを置か ざる見えない状況があった 管理：ベッド下にベッド網やゴミ箱等を置かない 注意喚起や指導が不十分だった
339		手すりにかけたタオルや服で、 滑って転倒しそうになる	手すり	123009(床置き 式起き上がり用 手すり)	ベッドサイドに設置した手すりにタオル や服をかけていたため、きちんと握れ ず滑って転倒しそうになった。	歩行が不安定になると、服をハンガーに掛けたり、タオルをタ オル掛けに掛けたりする動作が困難になるため、ついベッド網 や移乗・移動用手すりに掛けてしまうことがあります。手すりに 衣服やタオルを掛けている手が滑ったり、握り損ねる原因とな るので、常に収納するカゴ等を準備して、手すりに掛かなくて いい環境を作りましょう。	人：危険を予測できず、手すりにタオルや服を掛 けてしまった モ：手すりが物干しに見える 環境：タオルや服を収納する場所が手近になっ た管理：手すりにタオルや服を掛けていると、手す りを使う場面が危険であることを利用者へ周知でき ていなかった
340		つかももうとした手すりが無く、 バランスを崩して転倒しそ うになる	手すり	123009(床置き 式起き上がり用 手すり)	寝室内の移動に床置き手すりを使用し ていたが、家族が位置から移動させて いたため、夜間にトイレへ行く際、手す りをつかみ損ねて転倒しそうになっ た。	寝室や居室を利用者だけでなく、家族も共有する場合、床置き手 すりやポータブルトイレ等、設置した福祉用具が日常生活の邪魔に なりかねない。家族が一時的に場所を変えることがあります。利用 者に身体機能の余裕がない場合、微妙に位置が変わること で転倒やケガにつながるため、慎重に行う必要があります。特に夜間で薄暗い中での動作も事故の誘因になります。	人：家族が手すりを移動していた 人：本人が手すりが無いことに気づけなかつ た環境：寝室が家族との共有スペースだった。夜間で 薄暗かった 管理：福祉用具の設置位置を変更する場合、転倒等 の危険が生じることを注意喚起する必要があった
341		暖房でベース部分が熱くなり、 足を火傷しそうになる	手すり	123009(床置き 式起き上がり用 手すり)	床置き手すりの近くに暖房を設置してい たため、ベースや支柱部が高温になっ ていた。そこに素足をのせてしまい火傷 しそうになった。 同居家族は認知症で危険性の理解が困 難だった。	トイレや脱衣所等で寒さ対策、ヒートショック対策として、 暖房をすることが一般化してきましたが、狭い空間にヒーター 等の暖房器具と福祉用具を置くことになり、その結果 、金属部分が高温となり、火傷や火事の原因になることがありま す。狭い空間における暖房は、必ず危険性の事前評価が必要です。	人：暖房器具で手すりの金属部分が熱くなること を予測できていなかった モ：ヒーターの熱により、金属部分が高温とな った モ：金属部分がむき出しでカバーがなく、より 高温となった 環境：トイレ内が狭かったため、ヒーターと手すり が接近していた 管理：事前に予測し、火傷の危険性を回避した対策 をアドバイスする必要があった
342		便器固定型の手すりの脚部に車 いすのキャスターがぶつかり 、利用者が転落しそ うになる	手すり	091224(トイレ 用簡易手すり(背 もたれ付き を含む。))	トイレは狭く、借家のため、工事不要の 便器固定型の手すりを使用していた。 本人は下肢衰微で内背。家族が操作する 簡易車いすに浅く座っていたため、ぶつ かった際に転倒しそうになった。	賃貸住宅等で壁面手すりだけでなく、福祉用具の設置型手すりを選んだ ために起こったヒヤリハットです。車いすのキャスターが、手す りの脚部にぶつかり、勢いで前方へ転倒しそうになりました。 狭いトイレでは、キャスターがぶつかることも想定して慎重に 便器に近づける等の助動アドバイスが必要です。	人：介護者で車いすの座位置やトイレ内での介助の仕 方を徹底できていなかった 人：利用者に最適な身体機能低下があり、安定した 座位置を保てなかった 環境：構内便器に接近する空間だった。 管理：車いす脚部と車いすキャスターが接触しやす い環境だった 管理：介護者への助動方法のアドバイスをする必要 があった
343		ポータブルトイレが動き、転 倒しそうになる	腰掛便座	091203(ポータ ブルトイレ)	ひじ掛けのないポータブルトイレを使用 しており、座位安定と立ち上がりの補 助にポータブルトイレ用手すりを導入し た。トイレと手すりが固定できず、使 用のたびに動いてしまい転倒しそ うになった。	家族が購入したひじ掛けなしのポータブルトイレによって問題 が生じました。本人の起立動作や移乗能力と、ポータブルタイ レの形状や機能が適合していなかったことが原因です。結果とし て、ひじ掛け付きポータブルトイレに変更することになりました。	人：利用者の起立動作・移乗能力が低かつた 人：支保板がニーズ把握やアドバイスがなかつた モ：耐衝撃的な軽量の不安定なポータブルタイ レだった
344		歩行器のグリップに、カーデ イガンのポケットが引っ掛 り転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行器を利用しようとして立ち上 がった際に、ボタンを握りすぎていた カーデイガンのポケットがグリップ に引っ掛かり歩行器ごと転倒しそ うになった。	日常生活の移動時に、衣服が何かに引っかかり衣服が破れたり、 バランスを崩す場面は少なからず見られます。引っかかる対象 物としては歩行器のグリップ以外にも、手すりの端、ドアノブ などがあります。今回は、カーデイガンのポケットが引っ掛かり ましたが、服自体や袖、身に付けているポロシャツ等が引っ掛 かりの原因となることがあるの注意が必要ですよ。	人：カーデイガンのボタンを留めていなかった 人：バランスが崩れなかった モ：引っ掛かりやすい環境だった 管理：服が引っ掛からないよう、注意喚起や工夫 が必要
345		前輪固定のシルバーカーで方 向転換の際、バランスを崩 して転倒しそうになる	腰掛便座	120690(シルバ ーカー)	利用者宅廊下や屋外、 前輪キャスターを固定したまま使用中 、横に曲がるようにしてシルバーカーご と向きを変えていた最中にバランスを 崩し転倒しそうになった。	シルバーカーは福祉用具でなく、荷物運搬用の生活用具です。歩 行が不安定になっている人へは、福祉用具の屋外用歩行器を選 定する必要があります。但し、段階的に歩行機能が低下してい る高齢者の場合は、介護認定を受ける前から使っている場合が多 いため、適切なアセスメントの上で、切り替えることも重要です。	人：立位バランスが低下していた 人：シルバーカーの前輪が固定されていた モ：シルバーカーでなく、他の屋外用歩行器が 適切だった 環境：シルバーカーの認知度が高い 管理：適切なアセスメントの上で、歩行器へ切 り替えることが重要
346		ロフトランド杖のカフから 腕が抜けず転倒しそ うになる	歩行補助杖	120309(ロフト ランドクラ ッチ)	冬場で厚手のコートを着用して歩行しよ うとした際、杖がもつれ、カフから腕 が抜けず、杖先が右側の動作を妨げ 転倒しそうになった。	ロフトランド杖の前腕カフの構造が、腕が抜けにくいタイプ だったことや、冬場で腕より腕が太くなったことによ って起こりました。転倒時の危険性が高いため、腕が抜けにくい タイプは注意が必要です。旧式の円筒型は販売禁止となってい ます。	人：危険性を予測できていなかった 人：前腕カフが腕に抜けにくいタイプだった 環境：冬で寒く、着ぶくれしていた 管理：腕が抜けにくいタイプは、転倒時に危険であ るという注意喚起ができていなかった
347		ポータブルトイレの踏み込みに 脚をひっかけた起き上がり、 下腿前面をけがしそ うになる	腰掛便座	091203(ポータ ブルトイレ)	起き上がり動作をポータブルトイレ前 面の踏み込みに足を引っ掛け、てこに して行っていた。	背中の拘縮による可動制限がある人が行う代償的なテコによる 起き上がり動作です。反動をつけて起き上がるような場合は 起こりやすいので、下腿前面のケガにつながることを推測されま す。反動を使った起き上がりは、雑音等に悪影響を及ぼすこと もあるので、電動ベッドの背上げ機能を活用する起き上がり方法 を指導しましょう。	人：戻りからの起き上がりが困難な身体状況が あった モ：ポータブルトイレの踏み込みに代償に使いやす かつた モ：電動ベッドの背上げ機能が使えていなかった
348		介助動作中に入浴用介助ベル トが破断してしまう	入浴補助用具	123624(簡易リ フト)	入浴ベルトを使って入浴介助中、浴槽か らの立ち上がり助けようと介助ベル トを持ち上げた時、ベルトが破断した。	ナロンやポリエステルなどの生体製品の場合、経年劣化が必 ず起こります。特に使用状況や保管状況によって、破断すること があります。特に持ち上げ助動等の誤った使用方法により破断 リスクは高くなります。それぞれの福祉用具の耐用年数を基本とし 、なお定期的な生地や縫い目の劣化状況を確認する必要がある です。	人：間違った持ち上げ介助をおこなった 人：グリップに接近しすぎて支持基底面が狭くな った 環境：保管状況に問題が潜んでいる可能性があ った 管理：定期的な劣化の評価ができていなかった
349		スリングシート使用時に、誤 って両腕を外に出していたた め、けがしそ うになる	移動用リフト(つ り具の部分)	123621(吊り上 げ式リフト用吊 具)	腕を外に出すリフト用と、中に入れる ハイバックのスリングシートを使い分 けていたが、使用方法を混乱してしま った。	生活場面によってスリングシートを使い分けることがあります が、介護者が不慣れな場合、差支方法を開発するといった初歩的 なミスが起きます。事前に使用方法の実践研修をしっかりと行う必 要があります。	人：介護者が不慣れで誤った使用方法をとってしま った 人：本人が間違いを訴えることができなかった モ：スリングシートを2種類使っていた 環境：日常的にリフトを活用する施設だった 管理：研修体制に課題があった
350		移乗の際に、ベッド用グ リップに近づきすぎ後方へ転倒 しそ うになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド 用サイドレ ール、ベッド固 定式起き上がり 手すり)	移乗時の立位保持の位置がグリップに近 すぎ、支持基底面が狭くなり、後方重 心になったため後方へ転倒しそ うになった。	立位機能の低下した要介護者の場合、グリップとの位置関係で 支持基底面の広さが変わり、立位の安定性が変化します。移乗先 のポータブルトイレや車いすの位置が近づくと、両足の間隔が 狭くなり、グリップ寄りになり、不安定になりやすいま す。適切な移乗空間を確保できるよう、車いすやポータブルタイ レを置く位置は、介護者がわかりやすいようにマーキングを おきましょう。	人：立位機能が低下していた 人：グリップに接近しすぎて支持基底面が狭くな った モ：移乗先の車いすやポータブルトイレの位置が 前方すぎた 環境：移乗時の足元スペースがせまくなっていた 管理：マーキングができていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
 主な利用場所：
 介護保険の種目：
 介護テクノロジー：
 分類コード(COCTA95)：
 CASE：
 フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
351		玄関掃除で床を濡らしたため、突っ張り型手すりはずれてしまう	手すり	181806(握りバー、握り)	玄関上り框の昇降補助として突っ張り型手すり土間に設置したが、家族が掃除の際に土間に水をまき、ずれやすくなった。	突っ張りがゆるむと外れることは取り付け時に説明しますが、玄関に水をまいて掃除することまで予測できなかったようです。床が濡れ、摩擦が減ったことでずれやすくなったと考えられます。設置時の説明に土台が濡れるとずれることを加えましょう。	人：玄関土間に水を撒いて掃除した人；昇降時に手すりを引っ張った人；手すりの土台が濡れて滑りやすくなった人 環境：濡りやすいタイル床だった 管理：水に濡れると土台が滑ることを伝えられていなかった
352		車いすの乗降時に、フットプレートに足を引っ掛け、ケガをしそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	車いすからベッドへの乗降時に、フットプレートに足を引っ掛け、ケガをしようになった	自力立位が困難な利用者を、立位移乗させようとして、足元確認が不十分となり、フットプレートに足を引っ掛けてケガをしようになった事例です。車いすのームサポートやフットプレートの取り外しができず、移乗方法の選択が適切でないことが原因です。新しい車いすの導入ができていない病院や施設で見られる問題です。消費庁からの注意喚起「手動車いすのフットサポートの事故に関する情報提供(平成 29 年 3 月 14 日)」も参照してください。	人：介助者が足元への注意が不十分だった人；ームサポートやフットプレートが取り外しできなかった 環境：調整式の車いすが備品として準備されていない 管理：移乗方法の選択が不適切であった
353		フットプレートの裏面に足がこすれてケガしそうになる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	片麻痺者の自力での足こぎ移動時に、フットプレートの裏面に足がこすれてケガしそうになった	片麻痺者の自力での足こぎ移動時に、フットプレートの裏面に足がこすれてケガしそうになった事例です。車いすのフットサポートが取り外せないタイプの場合、足元空間が狭くなり、接触しやすくなります。着脱可能な車いすに変更したり、フットプレートカバーを装着する対策もあります。	人：フットプレートへの接触に関して注意不足だった人；フットサポートの着脱が可能な車いすやフットプレートカバーの選定がされていなかった人；車いすのフットプレートが足に接触しやすいつ造りであった
354		ベッド高を下げる際に、車いすのフットプレートがベッドに挟まれそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	ベッド高を下げる際に、車いすのフットプレートが介護用ベッドに挟まれそうになった	介護用ベッドの高さを下げる際に、車いすのフットプレートがベッドに挟まれそうになった事例です。移乗の際にベッドに車いすを接近させすぎたために、起こってしまいました。介護者はベッドを下げる際、常に何かを挟み込まないか細心の注意が必要です。	人：ベッド下降時の挟み込みへの注意不足だった人；介助者の車いすの停車位置が前すぎた 管理：挟み込みの確認を介助者に指導できていなかった
355		寝返りをした際にサイドレールを乗り越え転落しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	マットレスとエアマットの間違った重ね使用のために、ベッド側を乗り越えようとした	マットレスとエアマットの間違った重ね使用のために、ベッド側を乗り越えようとした事例です。エアマットには、マットレスの上に重ねて使うオーバータイプとマットレスなしで使うリブタイプがあります。また、ベッド側もマットレスの厚みに合わせた高いタイプもあり、それらの選定がうまくできていなかったことが原因です。	人：危険を見せず、背上げをしたままにしていた人；リブタイプのエアマットを重ね使用しないことを知らなかった人；ベッド側の高さの選定ができていなかった 管理：マットレスやベッド側の正しい使い方の指導ができていなかった
356		立ち上がる際にブレーキのロックが解除され転倒しそうになる	歩行器	120606(歩行車)	歩行車から立ち上がるようにして腰がブレーキに当たり、ロックが解除され、ふたつき転倒しそうになった	歩行車で座って休憩した後、立ち上がるようにして腰がブレーキに当たり、ロックが解除されてふたつき転倒した事例です。歩行器の幅が狭い場合や、利用者がふたつき転倒した場合、冬季でふたつきになっている場合などに、ブレーキレバーに引っかかりやすくなります。利用者がブレーキが外れる可能性を理解した上で、慎重に動作をする言質が必要です。	人：歩行車の幅が狭く、腰がブレーキに当たってしまった人；リスクを予測して選定できなかった人；歩行車の幅が狭く、ブレーキレバーが引っ掛かりやすかった 管理：導入の際の使用上の注意喚起が不十分だった
357		ペットの猫に気を取られて転倒しそうになる	歩行補助杖	120318(四脚杖)	トイレに行く途中、足元に絡みついてきた猫に気を取られて、転倒しそうになった	トイレに行く途中、足元に絡みついてきた猫に気を取られて、転倒しそうになった事例です。床に寝そべった犬を避けようとして、ふたつき転倒した事例です。ペットは癒しになりますが、時として転倒を誘発することがあり、注意が必要です。	人：動物に気を取られてしまった 環境：ペットが動作の邪魔をしていた 管理：ペットによる転倒を予測した注意喚起が不十分だった
358		離床を感知できず、自力移乗で転倒しそうになった	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	センサーマットが位置になかったため、離床を感知できず、介助レベルの利用者が自力で移乗し転倒しそうになった	コールボタンで介護職員を呼ぶことができないため、センサーマットで離床確認をしていました。誰かがセンサーマットを動かしたため、位置になく、離床を感知できず、介助レベルの利用者が自力で移乗し転倒しそうになりました。定期的にセンサーマットの設置状況の確認が必要です。	人：利用者がコールボタンで介護職員を呼べなかった人；誰かがセンサーマットを移動し、戻し忘れていた 管理：センサーマットの設置状況の確認が必要
359		施設入口の徘徊感知機器の音に気が付かず、屋外を徘徊していた	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	施設入口の徘徊感知機器の音に気が付かず、認知機能の低下した高齢者が、屋外を徘徊していた	職員が他の作業をしていて、女性の徘徊感知機器の音に気が付かなかった事例です。徘徊感知機器は電源接続の音もありますが、電池切れの場合、いつの間にか電池が弱くなり、音が小さくなったり、ならなくなったりします。定期的な音量チェックが必要です。	人：センサーの音量チェックができていなかった人；騒がしい状況での作業により、機器の音が聞こえなかった 環境：まわりが騒がしかった
360		床走行リフトの支柱に足をぶつけて、ケガをしそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123603(吊り上げ式床走行リフト)	床走行リフトを使い、ベッドから車いすに移乗する際、拘縮して動かせない足がリフトにぶつかりケガをしようになった	床走行リフトを使った重度者のベッドから車いすへの乗降時に、拘縮して動かせない足がリフトにぶつかりケガをしようになった事例です。構造上、脚が接触する場所があるため、リフトに乗りかかリフトを貼るなどの工夫が必要です。	人：下肢が拘縮で動かせなかった人；脚がぶつかる構造になっており、パッド等の工夫ができていなかった 環境：床走行リフトが選択できなかった
361		昇降リフトが利用者の車いすに接触し、転倒しそうになった	車いすリフト	121218(自動車用車いすリフト)	送迎車間の昇降リフトが待機していた利用者の車いすに接触し、転倒しそうになった	送迎車間の昇降リフトが待機していた車いすに接触し、転倒しそうになった事例です。リフト操作をしていた人が別のことに気を取られていたことと、車いす利用者を連れてきた介護職員の待機位置が悪かったために生じました。リフトの操作によっては、挟み込み等の重大事故につながるリスクがあります。圧迫力が強いので、慎重な操作や安全確認が必要です。	人：リフト操作をしていた人が別のことに気を取られていた人；車いす利用者の待機位置が悪かった 管理：重大事故を予防する慎重な操作や安全確認が不足していた
362		廊下の曲がり角で小回りをしすぎて腕を壁にぶつける	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	車いすを自分でごく際近く、車幅の感覚がわからず腕を壁にぶつけてしまった	車いすには内輪差があり、狭い廊下の角や、できるだけ短い距離で移動しようとしたときなど、内側の壁にぶつかったり手や腕を挟んでしまうことがあります。よ見かける光景ではありますが、本人のゆくりとした駆動でも、内出血や皮膚剥離につながる事故となる可能性もあり、軽視すべきではありません。小回り性能の高い輪の車いすの利用や、角にクッションを貼るなどの対策を検討しましょう。	人：車いすの操作練習が不足していた人；小回りの利かない車いすだった 環境：直角の角にクッション材などの注意喚起物がなかった 管理：狭い環境と本人の操作技術で安全に使えるかどうか、確認・フォローができていなかった
363		廊下に置いた荷物の横を通り抜けようとして歩行車ごと転びそうになる	歩行器	120606(歩行車)	家族が何気なく置いた洗濯かごの横を強引に通り抜けようとしてバランスを崩した	「うっかり」ということもあるかと思いますが、動線上に障害となる可能性がある配慮が欠けています。危険の回避ができない理由は、性格からくるものもあります。認知機能の低下から先に進むことに執着して、障害物回避のための適切な判断ができない場合もあります。	人：障害物回避の判断能力が低下していた人；強引に通り抜けようとするなどとは思っていなかった 環境：洗濯かごを一時的に置いておく場所がなかった 管理：荷物の整理整頓ができていなかった
364		起き上がり時にベッドと手すりの隙間に足が挟まる	手すり	123009(床置き式起き上がり用手すり)	トイレに行く途中で慌てて起き上がったところ、ベッドと手すりの間に足が挟まった	家庭のベッドと組み合わせて使うことのない床置き式手すりは、安全利用のためにはベッドとの隙間を空けて設置することが大切ですが、隙間を空けて設置しても置き場所によっては手すりの空間に足など体の一部が入り込んで挟まってしまう危険性があります。この事例は冬の布団にえんた直後に発生しており、足元にもそのような状況になっていたにもかかわらず、布団の厚さが増したことで足が挟まなくなったものと思われます。	人：急いでトイレに行くことと慌てていた人；ベッドの高さと手すり機構の間隔が広く空いていた人；手すりを置く位置が足と交差する位置だった 管理：ベッドでの起き上がり動作や、トイレへの動線の検討をせずに手すりの位置を決めてしまった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
380		電動車いすで熱湯を運んでいたところ、急停止してこぼし火傷をしそうになる	車いす	122127(電動車いす)	電動車いすで熱湯が入ったカップを持ちながら操作していたところ、車いすで急停止し熱湯をこぼして火傷しそうになる。	熱湯を運ぶという場面では、歩行可能な人でも慎重になるものですが、電動車いすを利用するうえでも同様に慎重な操作が必要ですが、機器の突然の故障という要素もあり得ますので、トレイに乗せて運ぶなど一層慎重な対応が求められます。急停止の原因が何であれ、このようなことも想定したリスク管理と対応を心がけたいものです。	人：まさかこのタイミングで故障するとは思っていませんでした。 モ：トレリなどを使わず、直接手で持っていた環境；台所から居室まで離れていて、熱湯を運ばなければならなかった。 環境：手伝わてくれる人がいなかった
381		電動車いすで走行中、足がフットプレートと地面の間に巻き込まれそうになる	車いす	122127(電動車いす)	電動車いすのフットプレートが定位置からズレたまま利用していた結果、前方から足が脱落し地面と接触、巻き込まれそうになる	電動車いすに限らず、フットプレートの方から足が落ちるといってヒヤリハットは、そもそも座位が崩れ脚部位置が前方に滑り出ている状態が起こりやすくなります。さらにこのケースではフットプレートが適切な位置からズレており、日常的な保守点検にも問題があったと考えられます。	人：股関節が固く、膝を座面奥に入れた適切な座位が取りづらかった モ：狭い場所を通ることが多く、頻繁にフットプレートを壁にぶつけていた モ：フットプレートが日常の走行で壁にぶつくとして後方にズレており、足が落ちやすい状態だった 環境：車いすを点検整備してくれる人がいなかった 管理：購入して利用している車いすで、保守点検が行われていなかった
382		自動ドアを電動車いすで通過しようとしたら挟まれそうになる	車いす	122127(電動車いす)	電動車いすを利用して歩行中に続いて自動ドアを通過しようとしたが、ドアが閉まり始めて挟まれそうになる	運転者が立った状態で利用する電動車いすは、自動ドアの上部に設けられたセンサーでは適切に反応しないことがあります。歩行者が通過したことでも人がいないと判断され閉まり始めたことが考えられます。本来は、車いすの利用者を想定したセンサーの調整が望めますが、センサーの特性を知った上で自主的な注意も大切です	人：通過中に閉り始めるとは思っていなかった モ：子供の利用などでは閉まり始めることがあると気づいていたが大事になるとは思っていなかった モ：子供や車いす利用者の高さでは反応しなかった 管理：付近のセンサーの特性を知った上で自主的な注意も大切で、狭い範囲で反応するように調整されていた
383		警告ブザーに驚き、運転操作を誤りそうになった	車いす	122127(電動車いす)	傾斜路を運転操作中、傾斜路の警告のブザーが突然鳴り出したが、警告ブザーが鳴ることを知らなかったで慌ててしまい、運転を誤りそうになった。	警告ブザーは安全の確保のために備わる装置ですが、その存在を事前に知らなかったことでも慌ててしまい、事故になりそうになった事例です。納車時に警告ブザーの説明があり、どのような音が鳴るのか一度体験しておくことで、突然の音にも落ち着いて対処できるようにしたいと思います。	人：電動車いすの運転が不慣れで、緊張して操作してしまっていた モ：取扱説明書を読んでいなかった モ：操作の概略が示された簡易的な説明書に警告ブザーの記載がなかった 環境：走行中に発生する傾斜の坂道だった 管理：取扱説明書を読むように口頭で指示したが、実際に読んで確認しなかった
384		電動車いすが下り坂で止まらず、電柱にぶつかりそうになる	車いす	122127(電動車いす)	下り坂を走行中、車道に停止した自動車と衝突し、電柱にぶつかりそうになる	電動車いすの制動装置が故障していたか、許容限度を超えた角度の下り坂だったことなどが原因だと疑われます。電動車いすに関する規格では、利用できる傾斜路の角度は、種類により10～15度とされており、これを超える角度では制動距離が伸びることやブレーキ装置の故障につながる恐れがあります。利用者本人の身体状況や用具等者など各要素が生体範囲にそのような傾斜路がないかを確認するなどの配慮が望まれます。	人：このくらい傾斜路なら大丈夫と思い無理をした 人：許容限度を超える傾斜路ではブレーキが効かない恐れがあることを説明してなかった モ：角度超過の警告ブザーが鳴っていた 環境：許容限度を超える角度の傾斜路だった 管理：定期的な点検の決まりがなかった
385		踏切で降りてきた遮断棒に引っ掛かって転倒し、電車にはねられそうになる	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	踏切を降り終える直前に降りてきた遮断棒に身体が引っ掛かって転倒し、列車にはねられそうになった。	遮断棒は、踏切内に取り残されないように車両であれば押し上げて、歩行者であればくり抜いて通過することができます。全高1m程度のハンドル型電動車いすでは車体がくり抜けても運転者が挟まれることが考えられます。踏切内に取り残されようとする余裕をもって降りることが大切ですが、万が一押し込まれたら、速速周囲の人に助けを求めましょう。	人：耳が遠く、警報音が鳴っているのが聞こえなかった 環境：降りきるのに時間がかかるとの幅の広い踏切だった 環境：遮断棒が、車いすのハンドル部はくり抜けて、身体に直接当たる高さだった 管理：踏切内に取り残された場合の脱出方法について検討してなかった
386		乗合バスの急ブレーキで車いすが動き、足を負傷しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	車いす固定が十分ではなく、急ブレーキで車いすが動き、車内の壁に足をぶつけて怪我をしそうになる	公共交通機関でもバリアフリー化が進んでいますが、それらを事前に知らなかったことでも慌ててしまい、事故になりそうになった事例です。納車時に警告ブザーの説明があり、どのような音が鳴るのか一度体験しておくことで、突然の音にも落ち着いて対処できるようにしたいと思います。	人：車いすの乗降者が少なく、運転手が固定方法を覚えていなかった 人：固定は運転手に任せおけば大丈夫だろうと思いがちだった モ：固定箇所がわかりづらい車いすだった 環境：運行が遅くあり、短時間で固定を完了できなかった 管理：多様な車いすの形状を前提とした研修が行われていなかった
387		可搬型階段昇降機(リフトアップ式)を利用中の本人が手すりを握ってしまい、バランスを崩しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183012(自走式階段昇降機)	階段を登っているとき、本人が手すりにかまってしまうと、バランスを崩しそうになる	リフトアップ式の可搬型階段昇降機は、階段上で介助者がバランスを取りながら操作しますが、本人が手すりにかまると力が加わると容易にバランスが崩れてしまいます。恐怖感など無意識に手が出してしまうとも考えられるので、可能性のある場合には手が出さないようホルダーを利用するなど、事前に対策を検討することが大切です。万が一かまってしまう場合は、いったん操作を止め安全な状態に静止させてから対処します。	人：本人は思い始めて日が経ち、怖かった モ：バランスを崩しそうになった時に、自動的に停止するなどの機能がなかった 環境：つかまりやすい位置に手すりがあった 管理：想定される危険の検討がなされていなかった
388		可搬型階段昇降機(リフトアップ式)を操作中、本人の姿勢を支えようと手を伸ばしたら、昇降機が前方に傾いた	移動用リフト(つり具の部分を除く)	183012(自走式階段昇降機)	本人の座位が崩れてしまい直そうと後ろから手伸ばした。昇降機のハンドルを握り出してしまい、前方に傾きそうになった	リフトアップ式の可搬型階段昇降機の座面は扇形の形状のものも多く、座位の崩れやすい利用者は注意が必要です。ベルトの使用は任意となっている場合もありますが、必要を確認し、座位が崩れた際に後ろから手を伸ばすなど、事前に対策を検討することが大切です。万が一傾いてしまった場合は、いったん操作を止め安全な状態に静止させてから対処します。	人：股関節が固く、座位が崩れやすい心身機能状態であった モ：本人の身体状況の変化に気が付かなかった モ：ほかの外出手段がなく無理に手を伸ばした モ：持ち上げる力が小さかった 環境：海側の左右に花が置いてあり、横からのサポートが出来なかった
389		車いすでエスカレーター利用中、転落しそうになる	車いす	122103(介助用車いす)	エスカレーターで上階へ移動する際、上階の段差とフロアの段差部分で立ち止まり、介助者だけが後ろから登っていき、人を巻き込む事故につながりかねません。事前に移動ルートを確認するなどエレベーターなど安全な移動手段を選びましょう。エレベーターの無いフロアの場合、施設の管理者に相談するなどの対応も検討するよいかもしれません。	人：車いす利用でもエスカレーターが利用できると思っていた モ：小さな段差でも引っ掛けやすい様子の車いすだった 環境：エレベーターなどより安全な移動手段が周囲になかった 管理：エスカレーターを車いすで利用しようとする人がいることを想定してなかった 管理：車いすでの利用を禁止する表示がなかった	
390		ベッドの移動でコンセントが変形し、火災になりそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	電源プラグが変形していることには気づいていないが、放置していたら発煙し火災になりそうになった。	ベッドの移動だけでなく、介助者が電源コードに足を引っ掛けてしまったり電源プラグに無理な力が加わると変換や変形が起き、発煙、発火や火災につながる場合があります。日頃から変形がないか点検することも重要ですが、配線の工夫や、頻繁に起こる不慮では、注意喚起の表示をするなどの対応をすべきです。変形を発見したら使用を中止するなど取扱説明書の指示に従いましょう。	人：ベッドを移動する際にコンセントを外し忘れてしまっていた 人：電源プラグの変形くらいでは大事にはならないと思っていた モ：コンセントが短く、少しの移動でも電源プラグが抜けてしまった 環境：コンセントの位置が見えづらかった 管理：日常的に外し忘れがあったが、注意喚起がなかった
391		介護ベッドの背を上げる際に背板とベッド欄の間に腕が挟まりそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	家族が介護ベッドの背上げの操作をしたところ、利用者の腕がベッド欄と上昇していた背板の隙間に挟まり、怪我をしそうになった。	介護ベッドの背上げの可動部分とベッド欄の間には隙間があり、背上げ操作の際に腕の位置を確認するなど、挟み込みを予防する注意が必要です。このケースでは介助者の立ち位置と反対側の腕が挟まれそうになっており、腕の位置が見えづらかったことが考えられます。介護ベッドは手元スイッチのボタンを押すだけの操作で、事前の安全確認が大切なことも合わせて説明する必要があります。	人：(利用者)腕が挟まれていることを介助者に伝えることがなかった 人：(介助者)腕が挟まる隙間があることを知らなかった モ：腕が挟まる隙間があった 環境：ベッドの片側からしか操作ができなかった 管理：ベッド納品時の操作説明内容が担当者任せになっていた
392		介護用ベッドの昇降機構に挟まった異物を取り除いたとたん寝床のフレームが落下した	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	家族が昇降機構がある介護用ベッドの下部に異物が入ったことにより、昇降機構のフレーム部分が落下し怪我をしそうになる	介護用ベッドの昇降機構にはいくつかの種類がありますが、ベッド下に大型のフレームを備える形式のものでは、レールに異物が挟まると動力部分のみが収縮し寝床フレームに変えがたい状態になります。この状態で異物を取り除くと寝床フレーム部分は一気に下降し大変危険です。ベッド下に障害物がないことを常に確認し、荷物を置くことの危険性を説明することも大切です。	人：ベッドの納品した事業者が異物を挟み込む危険性について説明してなかった モ：昇降機構やレールの位置が異物を挟みやすい形状だった 環境：ベッド下に収納しないモノがあふれる狭い部屋だった 管理：事業者に対して昇降機構への異物挟み込みリスクの重大さを伝える研修がなかった
393		リフトの利用で吊り具の装着方法を間違え、転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分)	123603(吊り上げ式床走行リフト)	移動用リフトを使用して移乗を行うと、リフトの下部に吊り具の装着方法を間違え、転落しそうになる	導入前の試用貸出中に起きたヒヤリハットです。貸出前の説明でも確認はされましたが、写真入りの取扱説明書も添えられなかった。家族介護者が使用する際に忘れて、誤った装着をしてしまったことが原因です。吊り具の装着は実演を見ただけでは覚えられないことも多く、実際に何回か体験練習しておくことが大切です。	人：事前の実演や説明をよく聞いていなかった モ：見やすい位置に使い方の注意の表示がなかった 環境：出かける前日短時間で移乗する必要があった 管理：実演説明はしたが、家族が安全に使える判断の基準が決まっていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(CCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
394		単独で移乗しようとしていたところ、リフトが故障し止まってしまった	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123618(据置型リフト)	門型のリフトで介助なし単独での移乗をしていたところ突然動かなくなり宙吊り状態になってしまう	多くの機種では故障なども想定し、「操作は必ず介助者が行う」と取扱説明書に記載されており、不適切な使用方法の結果のヒヤリハットと考えられます。一方でやむを得ず単独使用になる時には緊急時に連絡ができる機器を備えるなど、支援者が駆けつけられる体制についても考慮しましょう。	人：バッテリーが劣化しても突然止まるようなことはいないと考えていた 人：本人の自立した生活を考えず、問題のある使用とわかっていても止めることができなかった モ：バッテリーが劣化していた 環境：訪問介護の利用時間に制約があり、単独でリフト利用せざるを得なかった 管理：バッテリーの交換時期を管理していなかった 管理：緊急時に支援者を呼ぶ体制がなかった
395		機械浴槽のストレッチャーの隙間に腕が挟まり怪我をしそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	093312(入浴担架・おむつ交換台)	介護施設で浴室用ストレッチャーの欄の隙間に利用者の腕が挟まっていることに職員が気が付かず怪我をしそうになる	浴室用リフトやストレッチャーでは、利用者の転落を防ぐ目的で欄と可動する部品も多く、身体の一部を挟み込みやすい隙間が多くあります。また利用者は服を着ていないため、小さな油断が大きな怪けにつながることも多く、ふたんからの危険箇所を意図した操作訓練や、注意点の表示など安全性の向上に努めましょう。	人：挟まりやすい隙間があることを意識せずに介助していた モ：腕が挟まりやすい箇所に隙間があった 管理：挟まりやすい隙間があることを前捉とせず操作訓練を行っていた
396		入浴用ストレッチャーの欄のストッパーを忘れ、利用者が転落しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	093312(入浴担架・おむつ交換台)	介護施設で入浴用ストレッチャーの欄のストッパーと安全ベルトを忘れてその場から離れたところ、利用者がストレッチャーから落下しそうになる	入浴用のストレッチャーは、一般のストレッチャーよりも欄の狭いものが多く、転落の危険はより高いといえます。欄のストッパーを忘れ安全ベルト装着を怠らないこと、小さな油断が大きな怪けにつながることも多く、ふたんからの危険箇所を事前に身念に考慮しておくなど、より安全で効率的な介護作業のために物の配置や手順を検討しておくことも大切です。	人：少しくらいなら離れても大丈夫だろうと思ってしまった モ：ストレッチャーのクッションが固く寝心地が悪かった モ：欄のストッパー操作が片手でできない、面倒な手順のものだった 環境：タオルなどの備品が離れた欄に置いてあった 管理：現場での作業手順を確認したことなかった
397		車載式ストレッチャーの脚が固定されず転倒しそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	122718(ストレッチャー・遊具用カート)	通院介護で車庫から降りる際、ストレッチャーの脚が固定されず転倒、怪我をしそうになる	車庫に積載可能なストレッチャーには脚部が自動で開閉する機構がありますが、車庫床高さとの適合が合わず、地面の凹凸状況によっては脚が完全に開き切れない、またはロックされないこともあります。脚の状態やロック状況を確認することは大切ですが、路面などの状況から危険性を判断できるなど、研修などであらかじめ危険性を予見できる知識を得ることも重要です。	人：どんな環境でも脚は自動で完全に開閉するものと思っていた モ：長期間の使用からフレームにゆがみが起こり、脚のロックが効きにくかった 環境：路面の状況が見えづらい薄暗い時間帯だった 管理：危険を予見できるように操作説明を実施していなかった
398		福祉車両の回転リフト式の助手席を下す際、腕が挟まり怪我をしそうになる	特殊寝台	120903(二・リソングカ)	助手席が回転リフト式になっている福祉車両で、後部の荷物を取り出すと目を離しながら操作してしまい、右前脚がダッシュボードとひしひしと腕の間に挟まり怪我をしそうになってしまう	福祉車両で起こりやすいヒヤリハットのひとつです。座席を動かす前に必ず腕をひしひしと腕の内側に入れることが求められますが、本人任せにせず「手掛け」や「確認」が必要です。また途中で腕を出してしまうことも考えられるので、操作中は動きから目を離さないことが大切です。異物を挟み込むと自動停止する安全装置が備わっている場合は、皮膚の弱い高齢者等では怪けにつながる危険な場合があります。	人：腕をひしひしと腕の内側に入れるよう声掛けをしなかった 人：時間に遅れ慌てていた モ：腕が挟まっても操作できるワイヤレスリモコン式だった 管理：送迎の時間に余裕がない運行計画であった
399		介護ベッドの背上げ機構部分の固定が外れ、背もたれが落下した	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	介護ベッドの背上げ機構のモーターと背の床板をつなぐ連結ピンが外れ、背上げの際に突然落下してしまう	在宅用の介護ベッドは配達を考慮して組立式が採用されており、連結ピンによる接続を行う箇所が多くなります。このケースはこの連結ピンが脱落してしまったことが原因ですが、通常の使用状態では自然に脱落することは考えづらく、組み立てミスの可能性もあります。連結ピンの不具合は利用時には気づきにくい箇所でもあり、福祉用具の貸与事業者には組立後の設置状況点検、動作確認等も含めた適切な管理・点検が求められます。	人：組立に不慣れにもかかわらず、説明書を読まなかった モ：連結ピンを外れかけていても、特に異音等が発生しない構造だった 管理：納品組立後の確認事項やモニタリングの際の点検項目に連結ピンの状態確認が含まれていなかった
400		サイドレール受けの樹脂カバーが破損していることに気づかず足を怪我しそうになる	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	サイドレール差し込み部の樹脂カバー下面が破損して鋭利な凸部があり、立ち上がりで足を突きこむ際に皮膚を引っかいた	サイドレール受けなどの樹脂部分は破損すると鋭利な状態となり、そのまま放置しておくことは危険です。車いすのフレームやパーツなどでも同様の事故が起こっており、利用中に気づいたら貸与事業者や連絡するなど、早急な対応が必要です。また、用具を管理する事業者などでは、破損し出した際の点検やモニタリング時に見逃さないよう、点検項目として明確化するなど、使用状況によっては早めにモニタリングを実施するといでしょう。	人：納品時の点検で破損に気づかなかった 人：破損していることに気づいたが、借りているものなので修理しなかった モ：車いすなどの接点で破損しやすい箇所だった 管理：点検項目に入らなず、チェックされなかった
401		介護ベッドのキャスターが誤った位置に取り付けられており、足をぶつけた	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	本来内側に向けて取り付けられるはずのキャスターが外側を向いており、介助者が足をぶつけた	キャスターはオプションとして後付けされたものであり、組み立て担当者が組立説明書を確認せず、先入観で作業してしまっただけで誤った位置に取り付けられてしまったと考えられます。また、ベッド側でも、誤った取り付けができていない設計や取り付け方を表示するなどで人のミスを未然に防ぐ配慮がなされているとより安心して選定ができると思われます。	人：外に側面に取り付けられたほうが安定感があるように思え、先入観を持ってしまった 人：組み立ての説明を確認しなかった モ：誤った位置での組み立てができてしまう設計だった 環境：説明書を確認する時間的な余裕がなかった
402		背もたれのカバーがズレ、ポケット部分が背中にあたっていた	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	車いすの背もたれカバー固定が不十分でズレ、本来は背面にあるポケットが体側に当たっていた	背もたれカバーは一般的に面ファスナーで固定されており、劣化や管理状態で固定力が低下しているものと考えられます。モニタリングの際に利用者が座ったままの状態を確認していた場合、面ファスナーの状況に気づかなかったことも考えられますが、そもそも乗る人の生活機能と車いすのサイズや機能の適合性があるかどうかを確認していないことが影響も大きいと考えられます。	人：脱開が固くさっくこぼれで座っていた 人：車いすでの座位姿勢を考慮せずに供給していた モ：背もたれカバーの面ファスナーが劣化していた モ：乗る人の生活機能に合わない車いすであった 後輪の位置が確認できなかった 管理：後輪の位置の大切さが選定担当者に教育されていなかった
403		対向する自転車を避けようとして路肩の広い箇所に入ったらレールの隙間に脱輪した	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	路切内の通過路に設けられたスペースではレールの隙間が広いこと気づかず、対向の自転車をやり過りこそうして脱輪してしまう	路切内の通過路では路幅部分が広くなっている場合があり、歩行者や自転車のすれ違いの際に退避場所として利用することもあり、またそのような箇所ではレールの隙間が広く、また車いすの運転者から死角で見えづらいため、容易に脱輪してしまうことが考えられます。路切内でのすれ違いは避け、対向する人や車と十分な距離を確保し、安全な領域を通行できるように、譲り合って横断しましょう。	人：対向してくる自転車に対し自分が避けなければという気持ちになってしまった 人：路切内の通過の形状が通常の走行部分と異なっていることを知らなかった 人：自転車が譲ってくれたらいいと思い込み、横断を優先した モ：足元の路面状況を確認しづらい形状の車いすだった 管理：路切内の両端部分への注意喚起が行われていない
404		集合住宅の階段付近でUターンをしようとして転落しそうになった	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	ハンドル型電動車いすは操作中、集合住宅の上層階で、エレベーターに向けて方向転換しようとしていたところ、誤って階段部分に脱輪、転落しそうになる	歩行の困難さや充電のため、集合住宅にある自宅の玄関先までハンドル型電動車いすで移動する必要があるため考えられます。階段付近などで切り直しを行なう際、ハンドルに取り付けられたバックミラーでは後進方向や床面の状況が映らず確認できません。狭いスペースで方向転換をする場合、とりまわりの様子などを安全を確認した上で横断し、日々の利用では介助者や後方を確認してもらうなど、十分に注意しましょう。	人：適切な固定方法を理解していなかった 人：部屋の形状に気づいてもらえず引込めるので大丈夫だと思っていた モ：不十分な接続でも引込める構造だった モ：不適切な装着で部屋に脱輪しやすかった 管理：脱衣室が狭く、椅子を使用することができなかった 管理：作業手順を確認したことなかった
405		走行中車いすけん引装置が外れ、バランスを崩し転倒しそうになる	車いす付属品	122489(その他の車いす用品)	車いすの接続固定が不十分だったため段差の振動で片方が外れ、バランスを崩した	車いすけん引装置は、不整地や段差部の通過の際に効果を発揮する用具で、非常時の避難器具としても活用されています。車いすの接続固定部分には強い力がかかるので、確実な装着と十分な締め込みが求められます。万が一装着が不十分でも外れにくい構造になっていますが、そのまま使い続けると接続部分が変形するなどして、振動などで外れてしまうこともあり危険です。変形がないかなど日ごとの点検も重要です。	人：適切な固定方法を理解していなかった 人：部屋の形状に気づいてもらえず引込めるので大丈夫だと思っていた モ：不十分な接続でも引込める構造だった モ：不適切な装着で部屋に脱輪しやすかった 管理：脱衣室が狭く、椅子を使用することができなかった 管理：作業手順を確認したことなかった
406		吊り上げ式リフトのベルトがねじれていることに気づかず操作した	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123612(住宅用設置型リフト)	ベルトがねじれていることに気が付かず巻き上げ操作をし、機器が故障しそうな状態をつくってしまう	ベルト巻き上げ式の移動用リフトでは、ベルトがねじれたまま巻き上げると機器内部で絡みつくなど故障の原因となります。ねじれたままの状態では巻き上げられない予防機構が備わった機種もありますが、安全な利用を行う上での注意ポイントです。また、無理に横方向から持ち上げる、ベルトがたるんだ状態で上下操作をすることも故障の原因となります。	人：リフトの操作に不慣れでベルトの状態まで気が付かなかった 人：ベルトのねじれが故障の原因になるとまで知らなかった モ：ねじれた状態での巻き上げを予防する機構が故障していた 管理：リフトの活用研修で、ベルトのねじれの注意点が伝達されなかった
407		歩行器を手すり代わりに立たせていたら、ブレーキがかかっておらず転びそうになった	歩行器	120606(歩行車)	入浴後、歩行器を手すり代わりに頼らせて目を離したところ、ブレーキがかかっていなかったため転倒しそうになった	入浴後、歩行器を手すり代わりに頼らせて目を離したところ、ブレーキがかかっていなかったため転倒しそうになった	人：いつもの手順だったので、ブレーキにも特段の注意を払わなかった 環境：脱衣室が狭く、椅子を使用することができなかった 管理：作業手順を確認したことなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護サービスコード：
分類コード(CCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
408		ロックが不十分だった座面が突然折れたため、転落しそうになる		120690(シルバーカー)	座面の固定ロックが十分にかけられていない状態に気が付かず座るようになって、突然折れたため転落しそうになる	本日は構造上、ロックが不完全な状態で保持されないような機構になっていないと考えられますが、長年の使用による劣化や歪みなどが原因で、このような状態となることもあります。シルバーカーは介護保険の買付対象ではなくモニタリングでの点検も無いことから、ユーザー自身が日常点検することが求められます。歪みがあったり劣化していることがわかったら、危険な状態と認識し新しいものにすることも大切です。	人：歪みがあることに気が付かなかった 人：長年の使用で歪みが出ていた 環境：家族など日常点検してくれる人が身近にいなかった 管理：危険な状態である歪みの程度が具体的に示されていない
409		床置き型手すりの設置位置を家族が移動してしまい転倒しそうになった	手すり	123009(床置き型式起き上がり用手すり)	リビングのフローリング床に設置した床置き型手すりを家族が寝室のじゅうたん床に移動してしまい、安定せず転倒しそうになる	床置き型の手すりは、床の状態や力をかける方向により安定せず転倒しやすくなります。またベッドと隙間をあけて設置したことにより挟まって抜けられなくなる事故も発生しています。設置箇所はケアプランに基づいており利用者の自己判断での移動はできません。また床がじゅうたん床の場合は設置できない製品もあるため、ほかの場所でも利用した場合には、必ずケアマネや福祉用具貸与事業者にご相談しましょう。	人：どのような床でも利用できると思っていた 人：使用場所を移動するくらいは些細なことだと思っていた 人：勝手に場所を移動してはいけないことを説明できなかった 人：力の方向によっては安定を欠く形状であった モ：じゅうたんが滑りやすかった
410		階段昇降機の椅子への乗り方が悪く、壁から突き出た梁に挟まれそうになる		183009(階段昇降機)	いす式の階段昇降機で上階への移動中、背もたれよりも後方に頭を出してしまい、背もたれと梁の間に挟まれそうになる	昇降機は原則としてメーカーの施工基準にのっとり取り付けられますが、家屋の形状によっては様々な危険箇所が考えられます。この例のような壁からの突起箇所は、階段のらせん部分での壁との接触、立位で乗る場合の天井などです。また、座位の安定や姿勢によっても挟まれやすい条件がありますので、個別のケースごとに想定される危険に対する検討が必要です。	人：股関節が曲がりづらく、頭が後方に倒れる座り姿勢だった 人：背もたれが低く後ろにのぞりやすい形状の椅子だった 環境：階段が狭く梁の突き出しと椅子の間に余裕を持てなかった 管理：梁の突き出しの解消ができていなかった 管理：施工基準に不適合な座り姿勢での利用の想定がなく、注意喚起を怠っていた
411		スロープに乗り込む段差が大きく勢いをつけたり脱輪してしまっ	スロープ	183015(携帯用スロープ)	スロープの長さが不適切で上段昇り込み口に段差ができており、勢いをつけて越えようとして脱輪してしまっ	段差高さに対しスロープが短すぎ、段上りスロープの端部が床から浮いた状態で乗り込み口段差が生じていたことが考えられます。適切な長さのスロープを選定することが基本です。玄関の広さ等の関係で適切なスロープを選定できないことも少なくありませんが、そもそも勢いをつける操作自体安全ではなくより慎重に操作することも必要です。また段差解消機などほかの手段を検討することも大切です。	人：慣れが出て慎重さを欠いていた 人：ゆっくり慎重に操作したかたが体力がなくなっていた モ：段差に対しスロープが短かった 環境：段差が足りず適切な長さのスロープを選定できなかった 管理：不適切な長さのスロープ利用の危険性が知られていなかった
412		入床している利用者のセンサーが離床状態を示していたが、確認対応しなかった		21519(見守り機器)	心拍や呼吸を読み取るセンサーを利用している入居者が臥床しているのに離床と表示されたが、重大なことと認識せずに対応しなかった	心拍や呼吸を読み取るセンサーでは、それらが読み取れない状態を離床と判断し表示するケースがあります。入床しているにもかかわらず離床と表示されている場合は心拍や呼吸が停止している状態を示し、亡くなっていることも考えられ、入室してベッド上で状態を確認する必要があります。見守りセンサーの利用では、機器の特性を理解し状態に応じた対応の確認を必須にするなどマニュアル化しておくことも重要です。	人：部屋の入り口から入床していることが見えたとの離床表示が誤りだと思いついてしまった 人：昨日まで元来だったので急変だと気づかなかった モ：離床の通知を主目的に設計された機器ではなかった 管理：実質的な離床センサーとして活用しており、心拍や呼吸の状態ごとの対応ルールを決めていなかった
413		福祉車両のスロープ上に前輪を乗せて目を離したら後方に転倒しそうになる		120903(二・リングカ)	送迎の際、スロープに前輪のみを乗せた状態でベルトを取り車内に入ったところ、車いすがバランスを崩し後方に転倒しそうになる	車いすの後方への転倒は様々な場面で起こっています。福祉車両のスロープは車種ごとに傾斜角が異なり、傾斜の強いタイプではスロープへの転倒リスクが高まります。車いすの大きさや種類によっても転倒しやすさは異なりますが、どのような車種、車いすであっても、その場を離れる場合は平坦な場所に慎重に置くことが大切です。また、このような事態を防ぐ点からも送迎計画には余裕を持ちたいものです。	人：スロープ端部に車いすの前輪を載せておいた方が効率良く乗り込むことができると思った 人：送迎計画に余裕がなく作業効率を優先させてしまった モ：スロープの傾斜角が大きいタイプの福祉車両であった モ：車いすが体格に対し小型で、後方に転倒しやすい重心バランスであった 管理：車向への乗り込みに対する手順が決まらなかった
414		内側に架けられたエアマットのモーター部に足が接触して火傷のような症状がで	床ずれ防止用具	033309(特殊な褥瘡予防装置)	利用者の小指に火傷のような症状があり原因を調べたところエアマットのモーター部の接触が疑われた。エアマットは旧式でモーターは40度近い温度だった	エアマットのモーター部に限らず皮膚への部分的な接触は血流を阻害し、褥瘡を生じさせる危険要因となります。このケースではエアマットのモーター部分がマット内側に覆われ接触しやすくなったこと、温度上昇も認められ低温火傷の可能性など皮膚に危険を及ぼす要因が複数存在したことがわかります。製品の特性が異なる場合でも複数の要因を予測して対応することは大切です。	人：旧式のモーターでフットボードの内側に架けたり、マトレスに置くことができる形状であった モ：フックが破損して外側に架けることが出来なかった 環境：部屋が狭くエアマットのモーターを外側に架ける十分なスペースがなかった 管理：体温交換の際などに、足先等どこかに接触しているかを確認することが徹底できていなかった
415		シャワーのあと車いすに移乗する際にフットサポートが接触してしまっ	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	シャワー後の移乗で、本人に立位になって入れ替わった際に、フットサポートが接触、怪我をさせそうになる	シャワーチェアに車いすの入れ替えで利用者の脚にフットプレートが接触させようとするケースの多くに、本人の立位が不安定で急いで入れ替わろうとした、または介助者が利用者を支えながら片手で車いすを操作していた、という反省が聞かれます。このような場面でも「立位不安定」「片手操作」に関する危険性を常に意識し、あらかじめ危険が予測される場合にも、車いすの移乗方法自体が適切でなかったと判断されます。	人：限られた時間内で終了させようとしていた 環境：浴槽が狭く2名介助ができなかった モ：介助の速さを評価する職場の雰囲気があった 環境：移乗支援の用具が用意できていなかった 管理：立位が不安定になってきていることに対して日常の介助方法の見直しを行っていなかった
416		機械式浴槽が上昇した際に、反対側で洗身していた利用者の脚を挟んでしまっ		093312(入浴担架・おむつ交換台)	昇降式の機械浴槽で、側面にストレッチャーを接続して2名同時に介助を行っていたところ、片方の入浴浴槽を昇降させた際、反対側の利用者の脚を挟み込んでしまっ	機械浴槽の左右にストレッチャーを接続して2名の利用者を同時に入浴介助する場合、各々の介助者が反対側の利用者の姿勢などに注意を払う必要があることからより慎重な安全確認を求められます。浴槽から離れた場所で洗身し、湯につかる時に浴槽に接続するなど手順を見直すことで安全性を高めることが出来ます。また、ストレッチャーから足が出ていること自体が安全ではないという認識も必要です。	人：機械浴槽の左右で同時に洗身を行うことで同時の効率を高めるようにしていた 環境：浴槽から離れた場所で洗身するスペースがなかった 管理：現場でどのような入浴手順を行っているか管理が徹底できていなかった 管理：2名同時の入浴手順に対しての危険予測が出来ていなかった
417		運転席から操作した電動スライドドアに利用者の手を挟んでしまっ		120903(二・リングカ)	乗車の順番を待っていた利用者が車内から運転席から操作した電動スライドドアを閉めたところ、挟んでしまっ	福祉車両のみならず、スライドドアに手を挟む事故には注意が必要で、特に運転席から操作可能な電動式の場合、運転席からは死角となるところに手が届きやすい構造となりがちです。運転席から操作する際には安全確認が求められます。乗車する利用者の認知機能などの状態によっては運転席からの操作を避け、ドアサイドで目視しながら開閉する手順をルール化することも検討しましょう。	人(介護者)：出発が遅れており焦っていた 人(介護者)：ドアが動き始めれば手を離すだろうと思っていた 人(利用者)：ドアが自動で閉ると思っていた モ：運転席からドアまわりが死角となっていて見えなかった 管理：余裕のある送迎計画が立てられていなかった
418		傾斜地でリフトを操作したところ故障した		121218(自動車用車いすリフト)	左右の高さに差が大きい傾斜地でリフトを下ろした際、片方が最初に接地したが、そのまま操作し続けたところ動かなくなってしまっ	福祉車両のリフトには油圧式や機械式など複数の種類がありますが、いずれの機種でも左右の負荷に差が生じると故障の原因となります。また、このような地面での利用は、車いすの走行が不安定になるなど好ましくない状態を生じ、車いすの走行が不安定になると事故は発生しやすいので、日頃から路面状況などの環境にも気を配り安全な送迎を心がけましょう。	人：左右の高さの差で機械が故障してしまうと焦っていた 環境：近くに平らに駐車できる適切な送迎場所がなかった 管理：送迎計画に余裕がなく、安全な場所に車を移動させる時間がなかった
419		全長の長いリクライニング車いすですら車間との間に足を挟みそうになった		121218(自動車用車いすリフト)	リクライニング車いすのフットサポートを上げたままリフトを昇降させたところ、車間後部端部に足を挟み込みそうになった	膝が曲がりにくい本人の身体状況、車いすの形状、リフトの大きさや昇降機の固定装置の有無などさまざまな条件が関係しますが、結果として重大な事故につながる危険な事例です。リクライニング車いすは全長が長くなるのでリフトを利用する際には可能な限りフットサポートは降ろし、操作中は常に目視確認するなど注意が必要です。リフトに乗り込む際の固定装置がある場合には固定してから昇降機を行うと危険の回避にもつながります。	人：足先が車間後部端まで出ているとは思わなかった 管理：荷重に気を配らなかった 人：車いすの全長が長くリフトの前寄りに車いすを乗せるとフットサポートを閉めるときに都合が良いと焦っていた モ：車間後部端との挟み込みに対して安全装置が働いていなかった 管理：膝が曲がりにくい利用者を想定したリフト操作の注意点を考えていなかった
420		腋下に入れたパッドの挿入が不十分で外れ、転倒しそうになった	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123606(台座式床走行リフト)	ベッドからの立ち上がりを介助する際、スタンディングリフトの腋下パッドの挿入が不十分だったため、外れ、後方にバランスを崩した	腋下にパッドを挿入する構造のスタンディングリフトでは、腋下パッドを十分に挿入し、同時に両脇に身体を密着させた状態で体重を膝下と胸に分散させることが大切です。そのためには、まず最初にベッド上で浅めの屈曲位となり手すりをしっかりと握るなど基本的な使い方を理解することが重要です。屈曲位がとれない場合などは両脇にベルトを巻きつけるタイプのリフトを選定するなど、身体機能に適合した機種を選定しましょう。	人：腋下パッドに身体を密着させることの重要性を認識していなかった モ：背中をサポートするベルトの無い機種であった 管理：適切な使用方法の伝達が行われていなかった 管理：使用されている機種がどの程度の身体機能の被介護者に適合するか管理されず、現場まで行ってしまった
421		リモコンが壊れリフトが動かなくなった	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123615(機器用設置型リフト)	長年使用しているリフトのリモコンのコードが断線してしまい浴槽から出られなくなった	有線リモコンの断線は、使用頻度の高い施設介護の現場では比較的に発生しやすい故障です。突然故障で浴槽から出られなくなる二次的な事故につながることも考えられることから、断線による故障は想定されるものとして、予兆があった段階で使用を避け、可能な限り予備品を用意し定期的な交換するなどのあらかじめ対策しておくことも大切です。	人：時々動かなくなるとあるなど断線の予兆があったが、特に気にしなかった モ：リモコンコードが短く、引っ張られる力が弱かった 環境：リモコンの操作位置が近く、コードに引っ張られる力があった 管理：経年での断線などの変化があることが想定できていなかった

福祉用具ヒヤリハット情報

利用シーン：
主な利用場所：
介護保険の種目：
介護テクノロジー：
分類コード(OCTA95)：
CASE：
フリーワード：

Case	画像	タイトル	介護保険の種目	分類コード	場面の説明	解説	参考要因
422		脚部が突然外れて落下し、利用者の足先が挟まれた	特殊寝台	181209(電動ギヤッチベッド)	車いすからベッドに移乗しようとしたところ、特殊寝台の脚部が外れベースフレームが落下、利用者の足先が挟まれた	主宅で使用される特殊寝台では、脚部品の固定にプッシュリベットという繰り返し着脱できる樹脂部品が採用されている機種が多くあります。この事例はプッシュリベットの外れた状態で使用していたことが原因であり、その要因として組立時のミスや、繰り返し使用での劣化などから固定力が不十分になっていたことも考えられます。寝台組立作業はもろいですが、劣化した際には消耗品という意識で交換することも考慮しましょう。	人：プッシュリベットが外れることを想定していなかった モ：繰り返し使用で変形すると固定力が落ちる構造であった 管理：組立に十分な時間が確保されていなかった 管理：組立後のチェック項目に部品の劣化や劣化の項目がなかった 管理：プッシュリベットを消耗品として扱っていなかった
423		足浴をしようとする利用者の足を持ち上げた後に後方へ転倒しそうになる	入浴補助用具	093303(入浴用チェア)	一般的なバケツで足浴をしようとして、シャワーチェアに乗った利用者の足をもち上げたところ、シャワーチェアごと後方へ転倒しそうになる	一般的なバケツを使用し、足を高く持ち上げたことが直接の要因ですが、前後の距離が短い小型のシャワーチェアの後ろへ転倒しやすいという特性が影響している可能性があります。特に股関節が曲げにくい利用者は背もたれにもたれやすく、その姿勢で足を上げると重心が後方へ移動し転倒リスクが高まります。そのため、クワライニングタイプなど姿勢保持に適した用具の選定が重要です。	人：二人作業で、「もう一人がしっかりと対応するだろう」と判断があった モ：足浴用のバケツを使うと、高さのある一般的なもので代用していた モ：シャワーチェアが後方に重心が移ると転倒しやすい構造だった 環境：浴室が狭く他の用具もあつたため、作業動線や姿勢が制約されていた 管理：バケツ等の備品選定や使用基準が明確でなかった
424		ストレッチャーでの入浴介助で側臥位にする際、身体の重みを支えきれずに転落しそうになる		093312(入浴担架・おむつ交換台)	ストレッチャー上で洗身し、皮膚の状態を確認するため側臥位にしようとした際、一人介助で手前に引き寄せた姿勢を支えきれずに本人が転落、介助者も転倒しそうになる	機種浴での入浴介助では、背中や腰の洗浄や皮膚確認のために狭いストレッチャー上で側臥位を取ることがありますが、側臥位は不安定になりやすく転落防止機能も解除したまま行うと、身体が傾きやすくなり転落の危険が高まります。浴室は足元が滑りやすく、介助者が支えきれない場合もあります。傾いた介助でも手前の床守と無理のない姿勢で、滑りやすい履物の利用など安全対策を徹底することで事故を防ぎましょう。	人：足元が滑りやすく、介助者の姿勢も不安定であった モ：横のついでにストレッチャーで側臥位にした 環境：床が濡れていて滑りやすかった 管理：滑りやすい床面を想定した履物を用意するなど、リスクの分析が不十分であった
425		下り坂で片側のブレーキ操作のみで停止しようとしてバランスを崩しそうになった	歩行器	120606(歩行車)	片側のブレーキ操作のみで停止しようとした際、歩行車が急旋回し身体が外側に振られ、バランスを崩し転倒しそうになる	理力低下や麻痺などの影響により、片側ブレーキのみで減速していた事例です。平地では左右差を感じにくいものの、下り坂で片側のみを制動すると進行方向が崩れ、身体が振られてバランスを崩しやすくなります。このような利用者には、片手で両輪を制動できる機種や両輪機能付タイプの選定が望まれます。また、片側制動にブレーキの他に、タイヤの摩耗状況などから利用状況を確認することも重要です。	人：「これくらい坂道は問題ない」と過信した 人：片側のみブレーキを制動することの危険性を理解していなかった モ：左右が独立した制動ブレーキの機種であった 環境：急な坂道だった 管理：メーカー間で左右のブレーキパッドの摩耗具合を見落とされていた
426		不十分な固定で上り坂を発生しようとした際、車いすが後方に転倒し、頭をガラスにぶつけそうになる	車いす	121224(車いす固定装置)	一人介助での送迎で、ベルトのフックは架けたが固定のスイッチを入れ忘れて、固定が不十分な状態のまま発進、途中の坂道で車いすが後方に転倒してしまふ	福祉車両では、車いす固定操作でのスイッチの押し忘れによる固定不良が発生しており、警告機能のない車両では特に注意が必要です。声出し・指差しと同時に車いすの力をかけて動かさないことを確認しましょう。明確な手順を定め安全確認を徹底することが必要です。運転者への注意表示も有効です。また、ヒューマンエラーを防ぐために、車いすの固定装置に、フックタイプで固定可能な簡易固定システムを導入することも有効です。	人：送迎スケジュールが遅れており慌てていた 人：坂道の発生は車いすが後方に倒れやすくなることを認識していなかった モ：警告機能のない旧タイプの車両だった 管理：車いす固定の手順がマニュアル化されていなかった
427		ラップの芯で代用したブレーキ延長棒がテーブルに引っ掛かり動きなくなる	車いす	122106(後輪駆動式車いす)	車いすを自走する際、ラップの芯で延長したブレーキ棒がテーブル角に干渉し、ブレーキがかかっていたことに気づかず、無理に進もうとして転落しそうになる	片麻痺の利用者が車いすを自走する際、麻痺側ブレーキを操作しやすくなるためにラップの芯などでブレーキ棒を延長することがありますが、テーブルなどに干渉し意図せずブレーキがかかってしまうことがあります。転倒や転落のリスクが高まりますので、延長は基本的にメーカーの純正部品を使用し、ラップの芯で工夫する際にはテーブルなどの干渉を事前に確認しましょう。	人：麻痺側に注意が払われていなかった 人：誰も気づいていない工夫なので、危険を予測していなかった 人：延長したブレーキ棒がテーブルに干渉する可能性を認識できなかった モ：ラップの芯で工夫したブレーキ延長棒が長すぎた 環境：通路が狭く延長棒が周囲の家具と干渉しやすかった 管理：ブレーキ延長の方法や安全確認が現場で大きく異なる場合も「これくらいは大丈夫」と過信していた 人：腕力が弱く警告が響き取りづらかった 環境：山中の急坂であったが、坂に迂回できる安全な経路が無かった 管理：急な坂道で、坂道走行の注意点や警告音について説明していなかった
428		許容範囲を超える急坂を警告灯表示を無視して下り転倒した	車いす	122124(電動三輪車・電動四輪車)	山中の急坂で、電動車いすの許容範囲を超える急坂を下る際、警告表示を無視して下り、警告表示に従わず、速度設定を低速にしかつて転倒してしまふ	山中の急坂で、電動車いすの許容範囲を超える坂を下る際、警告表示に従わず、低速設定にしかつて転倒した事例です。一般にハンド型電動車いすの許容傾斜は約10度とされており、それを下る坂道での走行は避ける必要があります。下り坂では速度を低く設定し、警告灯などの表示に気づくことが重要で、また、用具使用時には利用者の確認を行い、走行環境を把握することが事故防止につながります。	人：急な坂道で、坂道走行の注意点や警告音について説明していなかった
429		駅のホームを走行中、操作を誤って転落しそうになる	車いす	122127(電動車いす)	駅のホームで駅員の誘導を受けながら車庫位置に向かう途中、人混みで操作を誤り、転落しそうになる	駅のホームは雨水を排水するための傾斜や混雑により、操作ミスが起きやすい環境です。安全な走行のために、速度を低速に設定し線路側を避ける必要があります。状況によっては手動操作に切り替え、介助を受けることも考慮しましょう。混雑や視界不良が予想される場合は、事前に誘導方法を確保するなど駅側との連携を図ることが重要です。	人：脳機能の障害により線路側の認識ができなかった 人：誘導する駅員の歩き姿に合わせようとした速度で操作した モ：走行が静かすぎて気づきにくい車いすだった 管理：急な坂道で、坂道走行の注意点や警告音について説明していなかった
430		足の位置を確認せずに移乗介助したところ、膝を無理にひねってしまった	特殊寝台付属品	123003(スライディングボード・スライディングマット)	スライディングボードを利用して車いすへ移乗しようとした際、足の位置を調整せずに一度に大きく動かした結果、脚となっていた膝を無理にひねってしまった	スライディングボードでのベッドから車いすへの移乗では、事前に足の位置と方向を整えることが必要です。準備せずに上半身だけを膝と膝をねじり怪我につながる可能性があります。本人の脚の状態に応じて、数回に分け少しずつ移動させる方法も考慮しましょう。介助者は定期的にご利用者の身体機能の変化などを確認し、移乗方法を見直しましょう。適切な用具の選定と丁寧な動作を確認することが安全な移乗の基本です。	人：介護者がほかの利用者での使用経験だけで判断して使ってしまった 人：膝に負担があり禁忌の場合もあることを理解していなかった モ：膝の伸展に合わせて途中でロックできる機種がなかった 管理：誰にどの機種を使い、どのような介助をするのが職員個人の判断に任せられていた 管理：療法士などの専門職が事前に用具の適用を評価するルールがなかった
431		本人の膝の状態を確認せずにスタンディングリフトを利用し、膝を痛めそうになる	移動用リフト(つり具の部分を除く)	123606(台座式床走行リフト)	移乗介助で、伸ばすことができない膝の状態を確認せずに介助者の自力判断で立ち上げられたところ、無理に伸ばしてしまい怪我をさせそうになる	スタンディングリフトは一般に「あ血」と言われる膝蓋骨の下を固定した棒を持ち上げる構造で、移乗の際に膝の伸展を伴います。特に任意の位置でロックができない機種では、利用者の膝の状態に応じた調整が必要であるため、使用前に膝の伸展に制限がないか確認が必要です。スタンディングリフトは、電動・手動、ベルト使用の有無、サポート位置(前側・背中側)など特徴や適応が多岐にわたるため、正しく理解して活用しましょう。	人：本人がベッド欄を握ってしまう事を想定していなかった 人：勢いをつけて介助に気づいており、ゆっくりとした動作でできなかった 人：認知能力に低下があり、危険を介助者に知らせることができなかった 管理：これら何をやるのかの掛けが周知徹底できていなかった 管理：移乗の方法が現場で異なっていた
432		就寝の介助で、端座位から臥位にする際、本人が欄につかまっていたことに気づかず手首をひねりそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固式起き上がり手すり)	端座位から臥位への介助をする際、本人がベッド欄を手を伸ばして握っていたことに気づかず手首をひねりそうになる	本人は不安定な姿勢や動作から無意識に手すりを握ることがありますが、握っている状態に気づかず臥位への介助を行うと手首をひねるなど怪我につながる危険があります。本人の自立動作でも、握る場所によって関節に負担がかかります。必要に応じて、移乗前に利用者の手の位置を胸の前に入ると、関節の過伸展や捻挫による怪我を防ぎましょう。力まかせな動作を避けることも重要です。身体機能の変化に合わせて、移乗方法を定期的に見直すことも必要です。	人：本人がベッド欄を握ってしまう事を想定していなかった 人：勢いをつけて介助に気づいており、ゆっくりとした動作でできなかった 人：認知能力に低下があり、危険を介助者に知らせることができなかった 管理：これら何をやるのかの掛けが周知徹底できていなかった 管理：移乗の方法が現場で異なっていた
433		車いすへ移乗する際に、本人の手を欄にぶつけそうになる	特殊寝台付属品	181227(ベッド用サイドレール、ベッド固式起き上がり手すり)	ベッドから車いすへ移乗しようとした際、本人の手が欄にぶつかりそうになった	勢いをつけた移乗介助では遠心力によって腕が振られ、周囲にあるベッド欄などに接触しやすくなります。特に上肢麻痺のある場合は健側の手で押さえてもらうなどの予防策を考慮することも大切です。そもそも勢いをつけた介助動作は、無理な持ち上げ動作であるため、移乗方法を再見直すべきです。スタンディングリフトの立ち上がり部分が、利用者の手を見守ることが必要です。自力での立ち上がりが必要な利用者の場合は、介助者の手や杖の位置だけに頼らず、適切な用具の整備などの支援体制を整えることが必要です。	人：介護者がほかの利用者での使用経験だけで判断して使ってしまった 人：膝に負担があり禁忌の場合もあることを理解していなかった モ：膝の伸展に合わせて途中でロックできる機種がなかった 管理：誰にどの機種を使い、どのような介助をするのが職員個人の判断に任せられていた 管理：療法士などの専門職が事前に用具の適用を評価するルールがなかった
434		ベッド下のセンサーマットを無理にまたぎ越そうとして転倒しそうになる	認知症徘徊感知機器	215190(徘徊老人監視システム)	介助職員が気づかずにトイレに行こうとした際、センサーマットを無理にまたぎ越そうとして転倒しそうになった	ベッド足元に置くマット型センサーは、利用者が離床を知られることを避け、誤報・足音や対応側からの場合が多いです。マットの色によっては認知機能の影響で段差のような見え方になり、不安定な状態を誘発することもあります。このように状況が複雑化する場合は、マットの下に動くタイプやセンサー型など、利用者に気づかれないセンサーへの変更を検討することが望まれます。	人：利用者がセンサーマットを踏むと離床を知られることがわかった 人：感知能力を低下していることへの理解や行動の予測が不十分だった モ：センサーがある事が一目で分かりやすいものだった 環境：マットが段差のように見える床の色合いだった 管理：センサーがあれば大丈夫と判断し、個別のリスクアセスメントが不足していた
435		来客のある部屋でのコールが継続的に反応し未対応で放置していたため、別の部屋での離床を感知できなかった		215191(見守り機器)	来客のある部屋でのコールが継続的に反応し未対応で放置していたため、別の部屋での離床を感知できなかった	離床センサーやナースコールは、感知解除されないままの感知が継続すること、新たな呼び出しに気づかない状態でも発生します。そのため、機器の特性を理解した設定や運用ルールの整備が必要で、また離床や転倒の検知は、来訪者の動きを誤検知することもあります。来訪者の退室を把握できるように「誤検知」と思われにくい対応した事例もあつたため、来客者の対応方法を含め、機器特性を理解した運用が重要です。	人：機器の特性を理解せず、必ずコールは来るものと思っていた モ：機器の感知を受け取る機能を保持しない受信機があった 管理：来客のような誤検知が起こりやすい状況での対応方法が決められていなかった