

福祉用具の 安全利用推進マニュアル



平成22年3月

社団法人 日本福祉用具供給協会

目次

はじめに	2
1. このマニュアルのねらい	3
2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果	4
3. 安全利用のための留意点	11
(1) アセスメント・用具選定	11
(2) 導入・利用指導	12
(3) モニタリング	13
4. 事例の紹介	14
(1) 特殊寝台	15
(2) 可搬型階段昇降機	16
(3) 特殊寝台	17
(4) 移動用リフト	18
(5) 認知症老人徘徊感知機器	19
(6) 床ずれ防止用具	20
(7) 入浴補助用具	21
(8) 特殊寝台および特殊寝台付属品	22
(9) 車いす	23
おわりに	24

はじめに

介護保険制度の施行開始以来、福祉用具の利用件数は増加していますが、利用者の裾野が拡大するとともに、福祉用具利用に伴う事故の増加が懸念されています。昨今、特殊寝台や電動3・4輪車の重大事故が報告され、福祉用具利用に伴う事故に対する社会的な関心が急速に高まっています。

福祉用具の安全な利用には、製品の安全性向上とともに、利用者に適合した用具を選定、導入し継続的に利用状況を確認するといった福祉用具専門相談員の役割、そして利用者側の意識喚起も重要と考えられます。事故を防ぐためには、福祉用具の利用に際して福祉用具の専門家や事業者が適切な情報を提供し、たとえば、事故の起こりやすい状況に関する情報や、利用者に適合した用具を正しく使用しなかった場合の危険性なども周知することが重要です。

この「**安全利用推進マニュアル**」は、福祉用具専門相談員の皆様が個々のケースで安全利用を推進する際に役立つように、現場での用具選定や利用指導をする際の参考にしていただくことを想定して作成しました。18年度以降に蓄積された事例をもとに事故やヒヤリ・ハットが発生しやすい状況や、福祉用具専門相談員の業務プロセスにおける留意事項、および具体的な事例などをご紹介します。

このマニュアルが提供する安全利用のためのノウハウが、少しでも多くの福祉用具関係者で共有され、個々のケースでの用具選定や安全利用の指導に役立てられることを祈念しています。

1. このマニュアルのねらい

このマニュアルは、福祉用具の安全利用を推進することを目的としたものです。平成18年度・19年度そして21年度に収集された約400件の事故やヒヤリ・ハット事例をもとに、特に安全性確保の観点から福祉用具の「アセスメント・選定」「導入・利用指導」「導入後のフォロー・モニタリング」の各段階における留意事項や、具体的な事例をご紹介します。

このマニュアルの構成は、次のとおりです。

事故、ヒヤリ・ハット事例の分析

実際の業務において情報源として活用していただくため、はじめに、事例の分析結果の中から、主なデータを示しています。

特に、報告件数の多かった「車いすおよび付属品」、「特殊寝台および付属品」、「歩行器・手すり」については、発生状況や原因について比較しました。また、事後の対策の実施状況についてもご紹介しています。

安全利用のための留意点

事例とともに寄せられた「アセスメント・選定」「導入・利用指導」「導入後のフォロー・モニタリング」の3つの段階における具体的な課題や改善点などに基づいて、各段階の業務を実施する中で、配慮すべき安全利用のための留意点を用具別に整理しました。

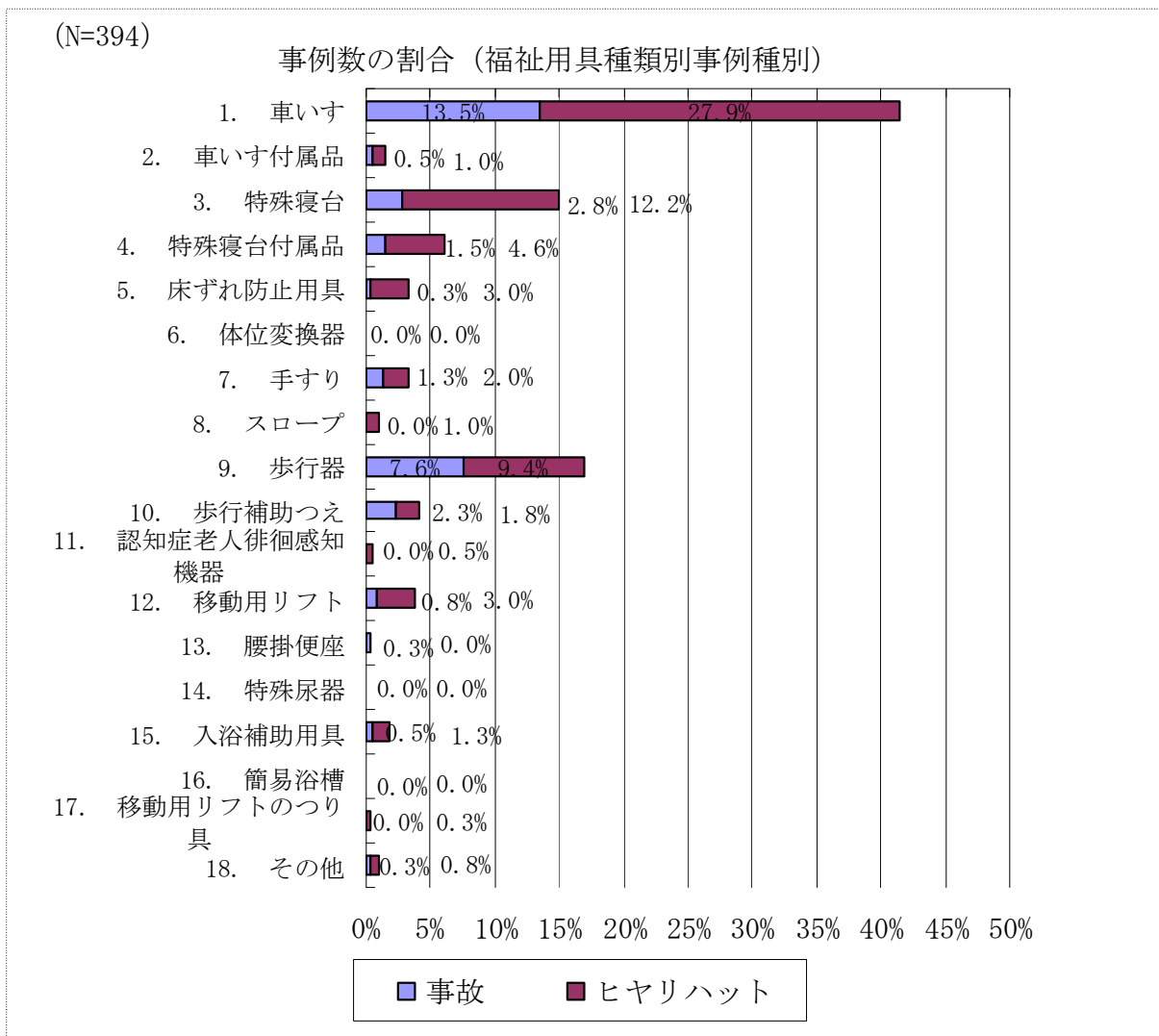
具体的な事故、ヒヤリ・ハット事例

ヒアリング調査によって収集した事例の中から、9つの事例を取り上げて、導入、事故の発生、事後の対応、防止対策の状況を具体的に示し、事故を防止するためのヒントや、適切な事故後の対応など、安全利用のためのポイントを整理しています。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

ここでは、平成18年度・19年度に収集した275事例と、21年度調査において収集した134事例、計409事例について、集計、分析した結果の中から、主なものをご紹介します。

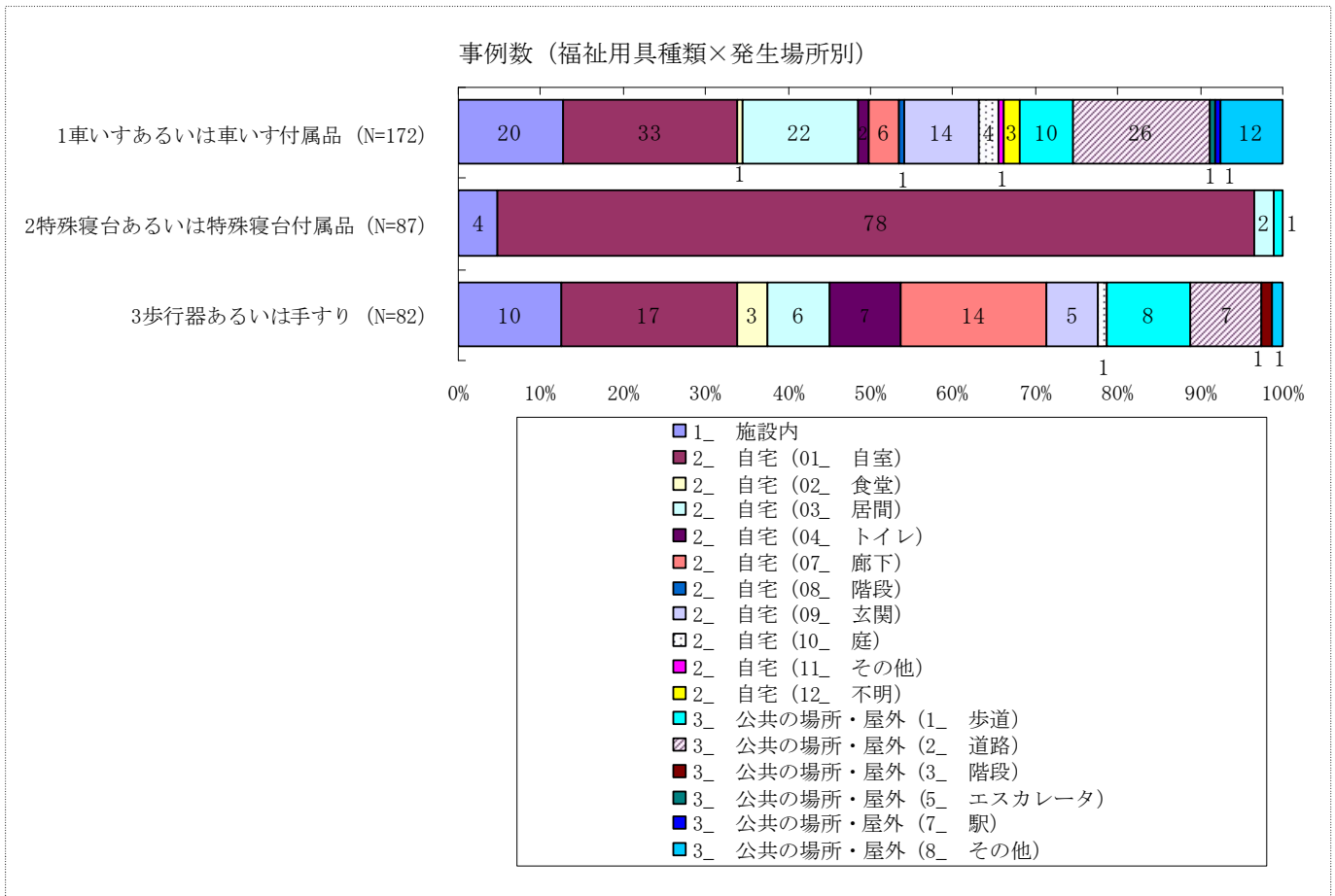
【用具別の事故、ヒヤリ・ハットの報告件数の割合】



- 事故、ヒヤリ・ハットともに、**車いす**に関する事例の報告件数が最も多く、全体の4割を占めています。次いで、**特殊寝台**、**歩行器**の事例が多く寄せられました。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【事故、ヒヤリ・ハットの発生場所】

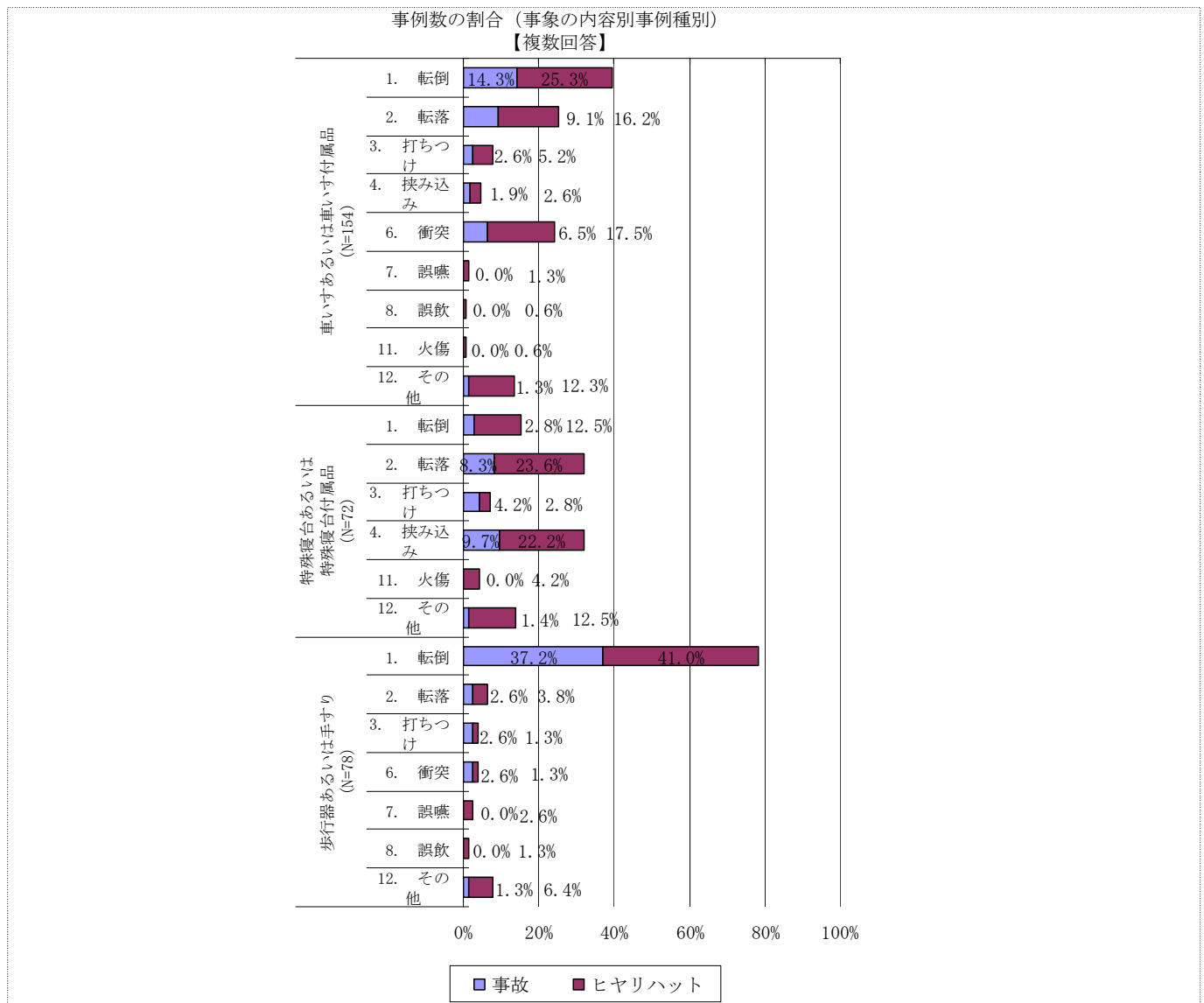


主な用具について、事故、ヒヤリ・ハットの発生場所を比較したグラフです。

- 特殊寝台に関する事例の大半は自室で発生していますが、車いす・付属品に関する事故、歩行器・手すりに関する事故は、居宅内外のさまざまな場所で発生しています。
- 車いす・付属品については、居宅内では、自室廊下や居間で、屋外では道路での件数が多くなっています。
- 歩行器・手すりについては、居宅内では自室やトイレ、屋外では歩道や道路で発生した事例が多くなっています。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【事故、ヒヤリ・ハットの内容】

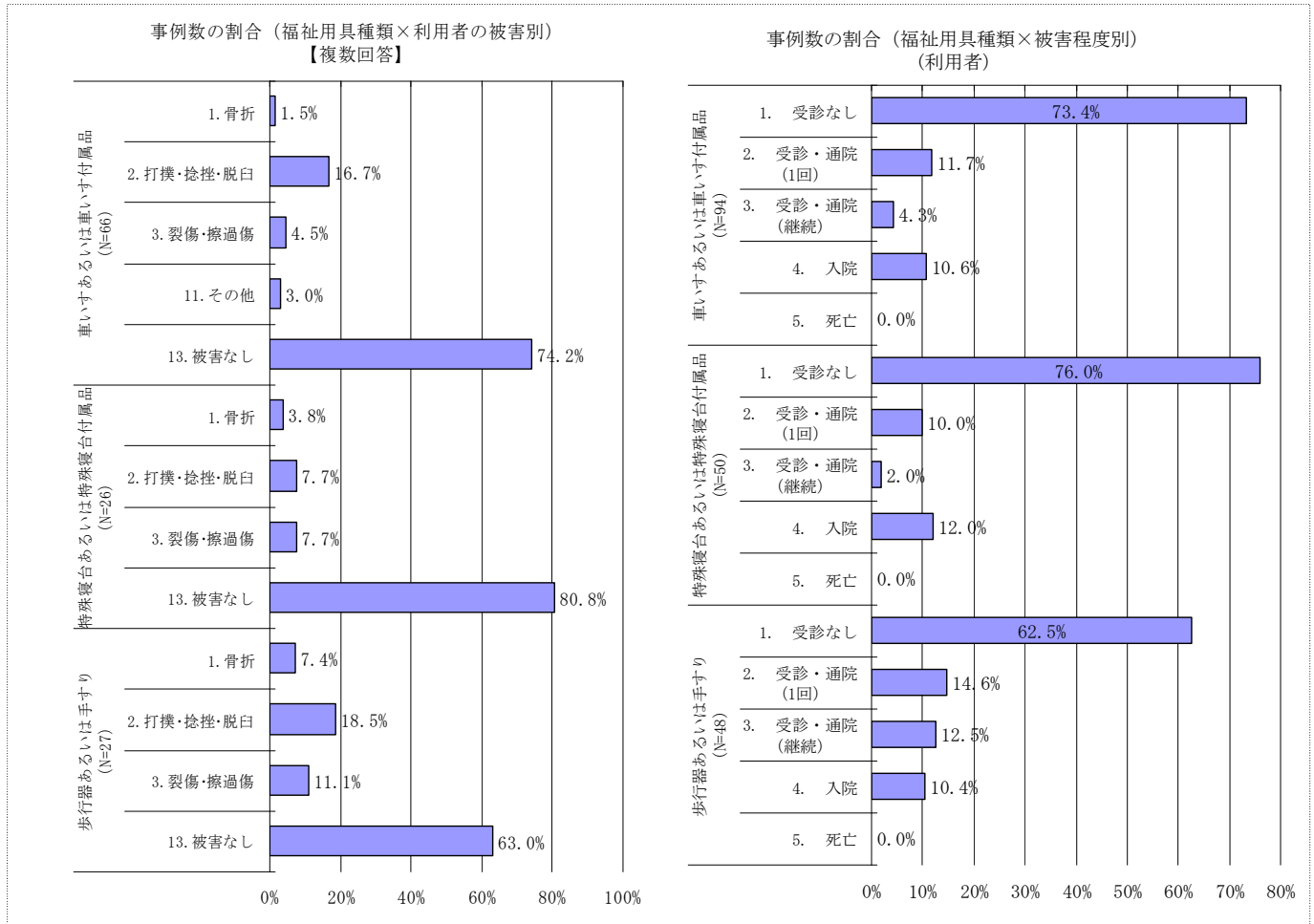


主な用具について、事故、ヒヤリ・ハットの内容を比較したグラフです。

- 車いす・付属品については、事故・ヒヤリハットとも、転倒、転落、衝突の件数が多いことがわかります。
- 特殊寝台・付属品については、転落と挟み込みがほぼ同数です。
- 歩行器・手すりについては、転倒が大半を占めています。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【事故、ヒヤリ・ハットの被害の内容と程度】

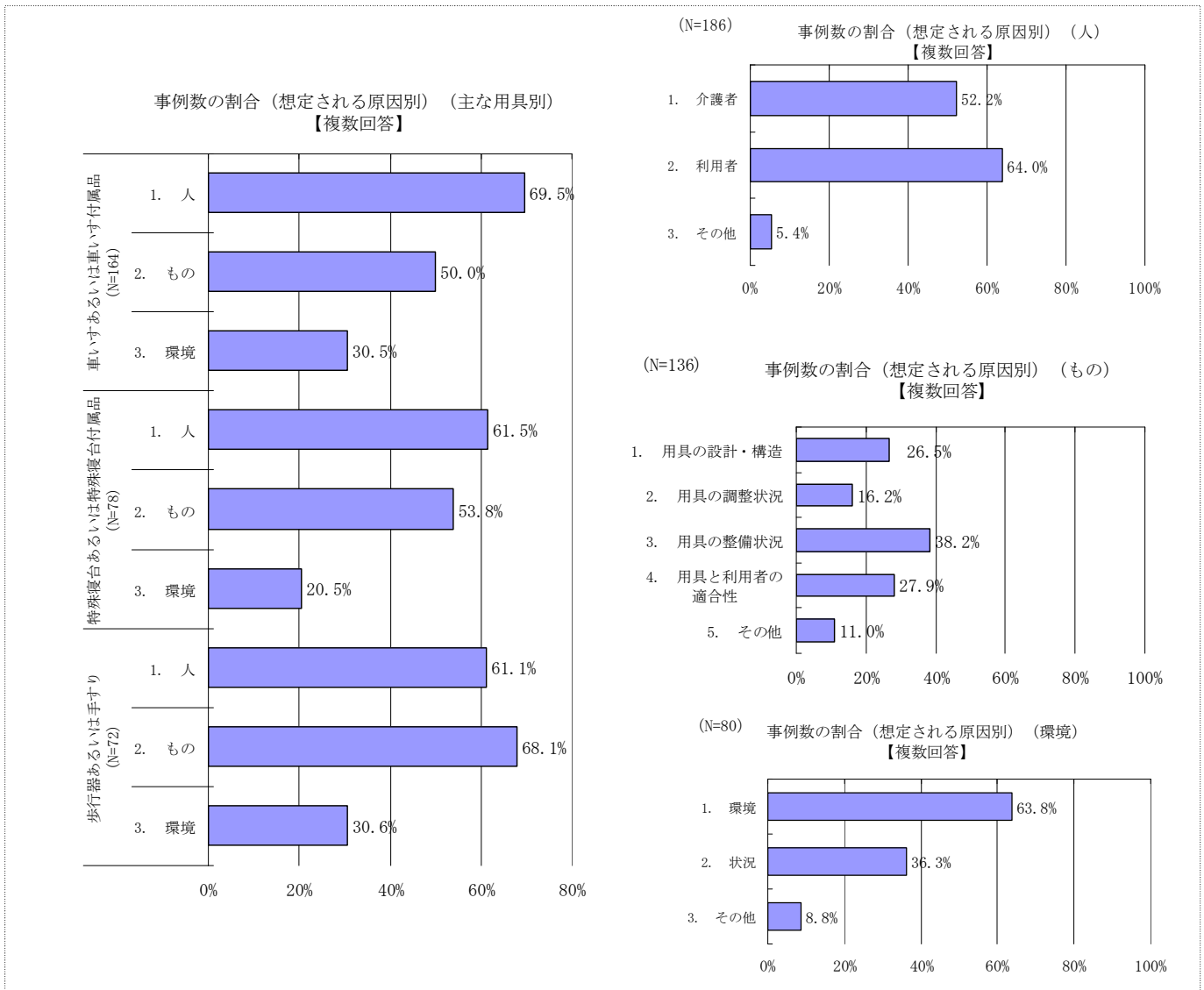


主な用具について、事故、ヒヤリ・ハットの被害の内容と程度を比較したグラフです。

- ヒヤリハット事例が多いため、被害なしの割合が高くなっています。被害があった中では、全体に、打撲・打撲・捻挫が多いことが分かります。車いす・付属品よりも、歩行器・手すりのほうが骨折の割合が高く見られます。
- 被害の程度については、受診なしが多くなっていますが、入院の事例もそれぞれ1割程度報告されています。用具別に比較すると、歩行器、手すりでは受診・通院の割合が若干高くなっています。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【事故、ヒヤリ・ハットの原因】



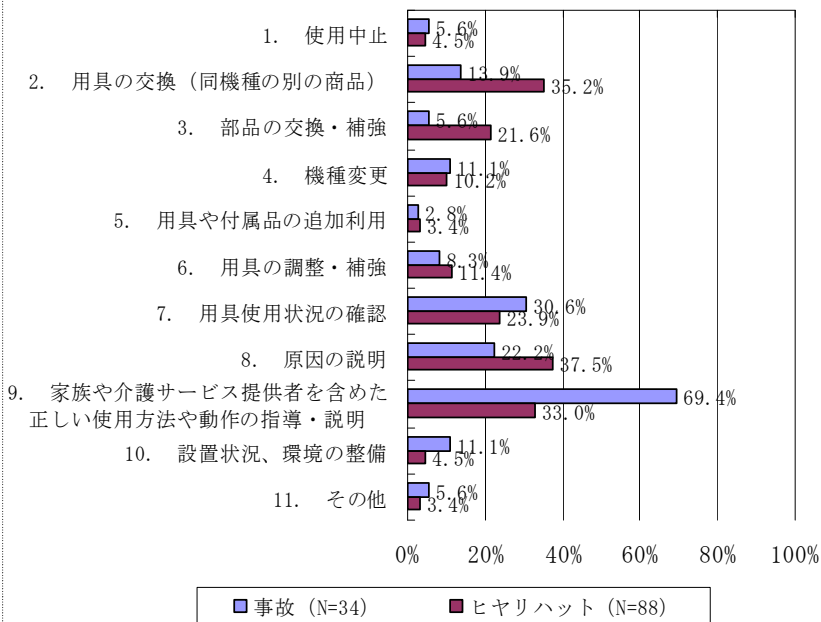
主な用具について、事故、ヒヤリ・ハットの原因を比較したグラフです。

- 車いす・付属品と特殊寝台・付属品については「人」を原因とする割合が最も大きいのにに対して、歩行器・手すりの場合は、「もの」の割合が高く約7割を占めています。
- 「人」については「利用者」（予測不能な動作をした、体調が悪かった、正しい使用方法を知らなかった（誤解していた）、使用方法を習熟していなかった等）、 「もの」については「用具の整備状況」、「環境」については、「（物理的な）環境」の割合が高くなっています。

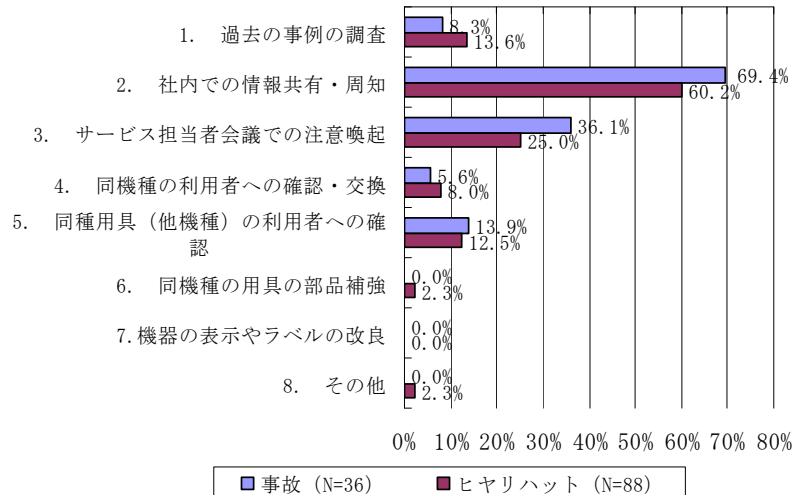
2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【対応策・再発防止策】

事故数の割合（事故・ヒヤリハット）（事故の対応別・事例種別）（対利用者）【複数回答】



事例数の割合（事故・ヒヤリハット）（今後の再発防止策・改善策別・事例種別）（周知・同機種利用者の確認）【複数回答】



■ 再発防止策として、事故の場合は、約7割のケースで正しい使用方法や操作の指導・説明を行い、約8割のケースで社内での情報共有は行われています。

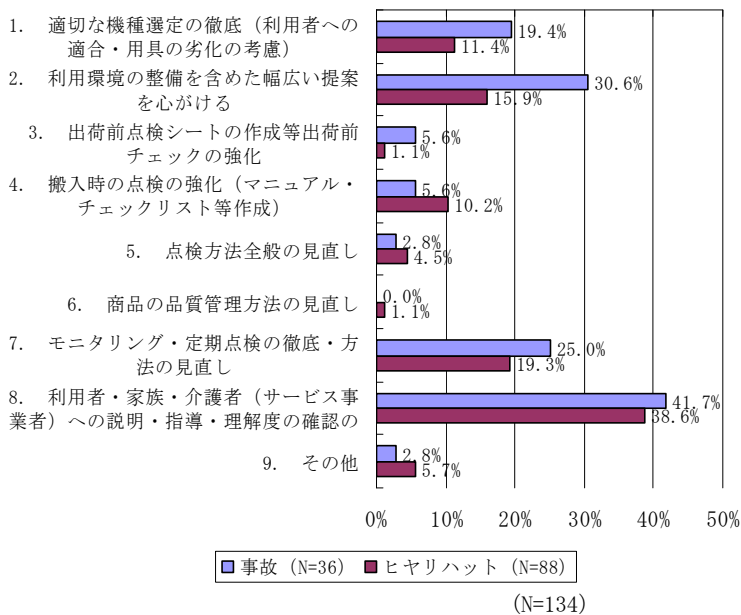
■ 事故では36.1%、ヒヤリ・ハットでは25.0%のケースで、サービス担当者会議での注意喚起が行われています。

2. 事故、ヒヤリ・ハット事例の分析結果

【対応策・再発防止策（続き）】

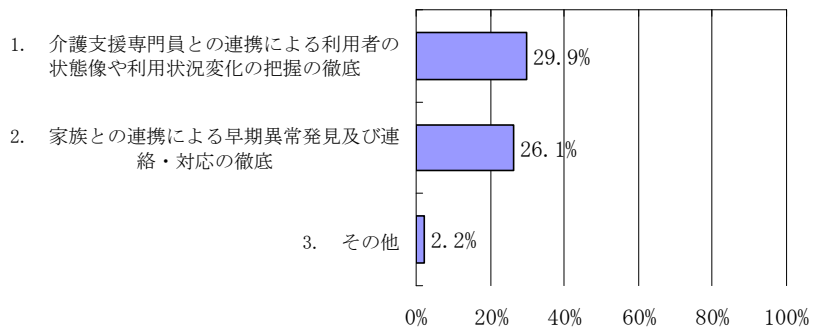
事例数の割合（事故・ヒヤリハット）（今後の再発防止策・改善策別・事例種別）（サービスプロセスの見直し）

【複数回答】



事例数の割合（今後の再発防止策・改善策別）（連携強化）

【複数回答】



- サービスプロセスの見直しとしては、事故の場合は、導入後のプロセスである「利用者・家族・介護者への説明・指導・理解度の確認の徹底」が約4割となっています。
- 選定前のプロセスである「利用環境の整備を含めた幅広い提案」についても、約3割のケースで行われています。
- 関係者との連携強化については、介護支援専門員との連携が約3割、家族との連携は約4分の1のケースで取り組まれています。

3. 安全利用のための留意点

ここでは3つの段階にわけて、安全利用のための留意点を整理しています。

アセスメント・用具選定

利用者に適合し、利用者が安全に使いこなすことができる適切な用具を選定するため、アセスメント・用具選定の段階では以下の点に留意しましょう。

利用者の状態像、動作能力、理解力などの正確な把握

⇒利用者の状態像や能力等については、関係者から情報収集するほか、利用者から具体的な話を聞き取ったり、実際の動作を確認するなどして、正確に把握しておくことが重要です。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 利用者の歩行状態について、実際の動作を十分に確認しなかったため、用具と能力が適合せず無理な動作となり転倒につながった。
(歩行器)
- × 車の運転経験があるため操作可能と判断したが、操作ミスが発生した。
(電動車いす)

利用者の使用目的、使用場面の把握と使用状況の想定

⇒導入後、利用者や家族は、生活のなかで用具をどのような場面でどのように利用しようと考えているのか聞き取って、用具の使用状況を具体的に想定したうえで選定が必要となります。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 歩行状況にあった用具を選定したが、歩行範囲まで十分に予測していなかった。用具利用により行動範囲が拡大し、外出先で歩行しにくく転倒しそうになった。
(歩行器)
- × 使用頻度や使用状況が想定範囲を超えていた。外出時に前輪が外れた。
(電動車いす)

利用者の状態像の変化の予測

⇒利用者の現在の状態像を正しく把握するのみではなく、今後どのように変化するかを予測することが重要です。それに基づいて適切な用具を選定し、利用上の注意喚起や、状態変化の観察に留意します。

【関連する事故・ヒヤリハットの例】

- × 独居の利用者が、独力でのギャッジアップ後、バランスを崩して倒れていた。今後ADL低下により座位の保持が困難となった場合に、用具の使い方を見直す必要がある。
(特殊寝台)

利用環境・介護環境の把握

⇒用具が利用される環境や、用具を取り扱う介護者の状況などについても、十分に情報収集したうえで、用具選定を行う必要があります。また、ここで把握した内容を踏まえ、利用指導の際の注意喚起に配慮します。

【関連する事故・ヒヤリハットの例】

- × 使用する介護者の理解力を十分に確認しなかったため、導入後、介護者が正しく操作できなかった(移動用リフト)
- × 居室の構造により、徘徊感知機のセンサーの感知範囲を介護者が頻回に往復することを把握していなかった。電源切り忘れによる電池消耗につながった。
(認知症高齢者徘徊感知機)

3. 安全利用のための留意点

導入・利用指導

利用者が正しく安全に用具を利用することができるようにするため、導入・利用指導の段階では以下の点に留意しましょう。

利用者、介護者の十分・確実な理解の確認

⇒用具を使用する利用者、介護者に対して、使用方法や使用上の注意事項、想定されるリスクなどを丁寧にわかりやすく説明します。そのうえで、必ず、確実に理解されていることを確認しましょう。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 家族に対する事故のリスクに対する説明が不十分であった。タイヤの状態を確認せずパンクに気づかず段差を下っているときにぐらついた（車いす）
- × 挟み込みの危険性や防止方法について説明したが確実に理解されなかった。ベッド柵の間隔が広く、に体が入ってしまった。（特殊寝台）

関係者全員に対する説明、注意喚起の徹底

⇒用具を取り扱うことが想定される関係者（家族、ヘルパー等）の全員に対して、説明や注意喚起を行うことが重要です。全員への説明が困難な場合には、確実に伝わるよう配慮をします。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 通常は家族が行う浴槽台の高さ調節をヘルパーが行った際に、手順を誤って用具が破損した
（入浴補助用具）
- × 車いす使用前の点検項目について、関係者に周知されていなかったため、説明を受けていない介護者が点検しないまま外出してしまった。（車いす）

確実な組み立て、設置後の点検の実施

⇒導入した用具を、利用者が安全に使い始めることができるよう、組み立て・設置の手順や設置後の点検項目を明確にしておき、確実に実施することが重要です。

【関連する事故・ヒヤリハットの例】

- × 移動用リフトの設置面との間に隙間があり、車いすで移動した際に破損した。（移動用リフト）
- × 部品の取り付け漏れがあった。（特殊寝台）
- × 取りつけ作業時に部品が落下し、利用者に当たった（手すり）

認知症の利用者や高齢の介護者など、丁寧に説明しても十分な理解が難しい場合や、時間の経過とともに忘れてしまうことが予想される場合には、モニタリング時に繰り返し確認するほか、他のサービス事業者と連携して、絶えず注意喚起を継続することが重要です。

安全上の注意事項を伝える場合には、具体的な事故の事例などを紹介しながら、注意の必要性、重要性を印象づけるとよいでしょう。

利用者の使用方法については、完全に想定することは難しく、そのことについて事前に注意を促すことができない場合もあります。想定されている使用の範囲を明確につたえ、それを超えた場合には、故障や事故が起こりうることを伝えましょう。

3. 安全利用のための留意点

モニタリング（導入後のフォローも含む）

利用者が、常にその時点での状態に適合した用具を、安全に使い続けることができるよう、モニタリングの段階では以下の点に留意しましょう。

利用者および利用状況確認の徹底

⇒用具の状態確認や整備のみではなく、利用者の状態や利用状況について確認しましょう。利用者の変化や利用状況によって、用具の見直や利用上の注意喚起などが必要なケースがあります。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 車いすへの昇降時、フットプレートに乗ることが習慣化し、車いすが前掲してフットプレートが床と衝突を繰り返すうちに亀裂にいたった。
(車いす)
- × ロックブレーキのない歩行者を使用していたところ、転倒した。歩行能力が低下していたためと考えられる(ブレーキ付に機種変更) (電動車いす)

利用者・介護者への継続的な注意喚起

⇒導入時に説明や注意喚起を行っても、時間の経過とともに忘れられてしまうこともあります。また、利用状況が変化することで新たな注意事項が出てくることもあります。継続することが重要です。

【関連する事故、ヒヤリ・ハットの例】

- × 数年間問題なく使用してきたが、操作のうっかりミスにより壁に衝突した。
(電動車いす)
- × ベッド下にものを置かないよう注意喚起しているが、いつの間にか置かれ、操作時に接触した。
(特殊寝台)

確実な点検・メンテナンスの実施

⇒用具の整備不良や部品の欠損などは、大きな事故につながる可能性があります。点検項目、範囲、手順などは明確に定め、漏れなく、確実に点検することが重要です。

【関連する事故・ヒヤリハットの例】

- × 運転中にシートが傾いた。固定ボルトが脱落していた。締め付け点検を行っていなかった。(電動車いす)
- × 点検時にネジの紛失に気付かなかった。
(歩行者)
- × 自宅玄関の段差をスロープにて昇降中左前輪が脱落。ねじの緩みが原因。
(車いす)

介護支援専門員や他のサービス事業者との情報共有と連携

⇒介護支援専門員や他のサービス事業者と連携し、常に利用者の状態に即した適切な用具を適切な状態で提供し、適切な利用を促進することが重要です。利用者との接点のある他の事業者から情報収集するとともに、注意事項を発信し、利用者への働きかけを促します。

【関連する事故・ヒヤリハットの例】

- × モニタリング期間の間に状態が大きく変化して、バランスを崩すことがあることを認識していなかった(車いす)
- 他事業者から用具の委譲の兆候の通報
- サービス担当者会議での注意喚起

4. 事例の紹介

以下では、9つの事例を通して、安全利用を推進するためのポイントをご紹介します。

事例
1

【特殊寝台】

介護者への注意喚起や利用環境の整備が求められる事例

事例
2

【可搬型階段昇降機】

操作スキルと製品の安全設計が求められる事例

事例
3

【特殊寝台】

利用状況の予測や正しい利用方法の説明が求められる事例

事例
4

【移動用リフト】

利用環境の確認と導入・設置時の配慮が求められる事例

事例
5

【認知症老人徘徊感知機器】

利用者の居住環境、介護環境の把握と介護者への注意喚起が重要となる事例

事例
6

【床ずれ防止用具】

利用者の居住環境、介護環境の把握が重要となる事例

事例
7

【入浴補助用具】

介護者全員への利用指導・注意の徹底が求められる事例

事例
8

【特殊寝台および特殊寝台付属品】

利用者の状態像の把握や変化の予測が重要となる事例

事例
9

【車いす】

利用者・介護者の正しい操作や機器状態の確認の徹底が重要となる事例

【特殊寝台】 介護者への注意喚起や利用環境の整備が求められる事例

利用者の状態

- ◆年齢：92歳
- ◆性別：女性
- ◆要介護度：要介護4
- ◆主な介護者：姪
- ◆用具の利用期間は3か月

事例の経緯

福祉用具の導入

3か月後

- ・利用者はほぼ寝たきりの状態であり、特殊寝台を導入。
- ・主な介護者は姪（60歳代）であり、導入時に基本的な注意事項は伝達していた。

導入時には、操作方法とともに、操作時の注意事項としてベッド下を確認することを伝えていました。上下の操作は、日常的に行われ、操作には慣れていました。

事例の発生

- ・リモコンのコードの断線、ショート

- ・掃除をしていた姪が、（利用者が使用していない時に）ベッドを下げようとした。
- ・リモコンのコードがフレームに挟まっていることに気づかずに操作したため、断線し、ショート。

操作する際には**ベッドの動きと手元のリモコンに意識が集中しがち**で、ベッド下のコードの状態にまで注意が及びにくいことが考えられます。

事後の対応

- ・ケアマネジャーが訪問、状況確認
- ・破損したモータ部分の部品交換

- ・ケアマネジャーより連絡を受け、翌日、利用者宅を訪問。
- ・福祉用具専門相談員が訪問し、確認するまでの間、ベッドを使用しないよう指示。
- ・状況確認し、破損したモータ部分の部品を交換。

事故発生後は、迅速・適切な対応が重要です。原因を特定し、**適切な対応をとるまでの間の安全確保**も必要です。

再発防止策

- ・利用者、家族への再度の注意喚起
- ・リモコンをベッド外側に固定
- ・他の利用者への注意喚起

- ・たるんだコードが挟まることのないよう、ロックタイを利用し、リモコンをベッドフレームに固定
- ・利用者、家族へ再度注意喚起。
- ・他の利用者への注意喚起。

リモコンを固定することによって、コードが挟まることのないような構造としました。

ポイント

- ・リモコンのコードをフレームに挟む事例はときどき発生しています。ベッドを上下する際には、コードが挟まれているか必ず確認するよう、**介助者や家族などに繰り返し注意**を促しましょう。
- ・**サービス担当者会議**などを通して、関係者に注意喚起することも必要です。
- ・この事例では、ロックタイを利用して、リモコンをベッドフレームに固定する方法で再発防止を図っています。ベッドの配置、コンセントとの位置関係や利用者の動作を考慮して、できるだけ**挟み込みが発生しにくくなるように工夫**をしましょう。

【可搬型階段昇降機】

操作スキルと製品の安全設計が求められる事例

利用者の状態

- ◆年齢：66歳
- ◆性別：男性
- ◆要介護度：要介護3
- ◆主な介護者：配偶者・ヘルパー
- ◆用具の利用期間：1か月

事例の経緯

福祉用具の導入

1か月後

- ・脊柱間狭窄脊柱、両ひざ痛等の疾患があり、車いすで移動。
- ・集合住宅3階に在住。
- ・通院、通所等外出の際、介助者の負担軽減のため、可搬型階段昇降機を導入。

これまで、介助者は利用者をおびっけて階段を昇降していました。導入にあたり、ヘルパーが、**操作トレーニングを受講**し、認定を受けています。

事例の発生

- ・階段昇降中に転落、壁に激突

- ・デイサービスへの送迎のため、ヘルパーが介助。
- ・階段を昇降中にバランスを崩し、利用者と昇降機が前方に投げだされた。
- ・踊り場の壁に激突。頭部、右半身の打撲と右親指の切傷。

階段へのひきつけが甘く、アームが空回りして4段目に上がりず衝撃がかかり、利用者の身体が前方へ飛びでてバランスを崩したと考えられます。

事後の対応

- ・救急車での病院搬送への付添
- ・介護支援専門員、メーカーへ連絡
- ・原因確認まで、同機種出荷停止

- ・救急車での病院への搬送付き添い、見舞、家族への説明
- ・介護支援専門員、メーカーへの連絡
- ・社内へ周知および原因究明までの間新規貸与・出荷停止
- ・同機種利用者への注意喚起、操作方法の再確認

利用者への対応とともに、社内情報システムを活用して、**同種事故防止のための対応が迅速に行われました**。事業所からは、保険者、厚生労働省、メーカーから経済産業省に報告されました。

再発防止策

- ・安全性の高い改良機種への切り替え
- ・利用指導の徹底

- ・安全装置を装着した改良機種への切り替え
- ・同機種利用者に対し、改良機種への順次切り換え推進
- ・介助者への利用指導の徹底

同機種の事故情報は把握されており、改良機種が開発されていました。順次、切り替えを進めています。

ポイント

- ・可搬型階段昇降機の取り扱いには大きな力は不要ですが、一定の操作スキルが必要とされます。メーカーが定める講習を受講し、認定を受けた者ののみが使用可能となっています。
- ・メーカーでは、同種の転落事故を防ぐため、**安全装置を装着し改良した機種を開発**するほか、講習、認定の仕組みも見直しています。
- ・この事例では、社内の情報システムを基盤として、**事故の周知、同機種・類似機種の出荷停止および解除、利用者への注意喚起指示など、迅速な組織的対応**を行いました。

【特殊寝台】

利用状況の予測や正しい利用方法の説明が求められる事例

利用者の状態

- ◆年齢：55歳 ◆性別：男性 ◆要介護度：要介護5 ◆主な介護者：配偶者
- ◆その他：利用者、介護者ともにリハビリに意欲的

事例の経緯

福祉用具の導入

- ・介護者である配偶者より福祉用具をレンタルしたい旨の連絡を受け、特殊寝台を導入。

事例発生後、現場視察、利用者・家族へのヒアリングにより、利用者、介護者ともにリハビリに積極的であり、ベッドが背上げの状態のまま、頻繁にリハビリを行っていたため、用具の過剰な負荷がかかっていたことがわかりました。

↓ 10か月後

事例の発生

- ・操作時に異音発生
- ・ボルトにゆるみ

- ・介護者より、特殊寝台の操作時に異音が発生する旨の連絡を受ける。

↓

事後の対応

- ・用具の調整、補強
- ・用具使用状況の確認
- ・原因および正しい使用方法や動作の指導、説明

- ・長期間潤滑を維持できるようにスプレータイプからグリースタイプの潤滑油に変更。
- ・原因を説明
- ・背上げの状態ではリハビリを行わない等の使用方法、動作方法に関する指導、説明。

用具のメンテナンスとともに、利用者・家族に対して、原因を説明した上で、**あらためて用具の正しい使用方法**について理解を求めました。

↓

再発防止策

- ・社内での情報共有・周知
- ・点検方法全般の見直し

- ・利用者の身体状況をアセスメントする際、利用状況まで推測した上で適切な使用方法を説明する必要性あり。
- ・社内での情報共有・周知。

想定外の使用方法をあらかじめ予測することは困難ですが、**アセスメント時に、利用の目的や意図などを聞き取って**、できるだけ事前に利用状況を想定しましょう。



ポイント

- ・アセスメントにおいては、利用者の身体状況とともに、用具の使用目的や使用環境、使用頻度等をヒアリングして把握することが重要です。
- ・ヒアリングした情報から利用状況を推測した上で、適切な使用の範囲や方法、使用する上での注意事項などをわかりやすく説明する必要があります。
- ・こうした事例を引用しながら、想定された使用の範囲を超えると、用具の故障や事故につながる可能性があることを説明するとよいでしょう。

【移動用リフト】

利用環境の確認と導入・設置時の配慮が求められる事例

利用者の状態

- ◆年齢：76歳 ◆性別：男性 ◆要介護度：要介護3 ◆主な介護者：配偶者
- ◆その他：退院後の在宅生活に備えて用具導入を検討

事例の経緯

福祉用具の導入

- ・入院時に相談
- ・退院後、車いすにより居宅からの出入りを容易にするために、退院にあわせて導入・設置。

現場視察により、地面が傾斜しており、フラップ板と地面の間に隙間があき、フラップ板の一部に負荷が集中したことが判明しました。

直後

事例の発生

移動用リフトから降りる際にフラップ板がはずれる

- ・デイサービスに行くため、移動用リフトから車いすで降りる際、移動用リフトのフラップ板が外れた。
- ・利用者には被害なし。

事後の対応

- ・再度設置、調整
- ・用具の補強
- ・事業所内での周知

- ・現場を視察し、利用者、家族に対して原因を説明
- ・移動用リフト自体を地面の傾斜に合わせ少し斜めに設置し、さらにフラップ版と地面の間の隙間に当て物をする事で、負荷の一点集中を回避。
- ・事業所内で事例を周知。

連絡を受けた直後に訪問し、迅速に対応しました。（利用者がデイサービスから帰宅時、家に入る際に支障が出ないよう）

再発防止策

- ・社内での情報共有・周知
- ・導入・設置方法の見直し

- ・社内での情報共有・周知。
- ・同種製品を導入する際の、設置方法の見直し
- ・設置後の点検の強化。

社内では情報共有し、同種製品設置の際には、十分注意することとしました。

ポイント

- ・この事例に限らず一般に、家屋周辺の地面は若干の傾斜がついている場合が多いと考えられます。移動用リフトを自宅で設置する場合は、地面の傾斜に十分注意が必要です。
- ・移動用リフトの導入時は、**利用者の使用環境、用具の設置環境をしっかりと確認**した上で、安全に配慮して、設置することが求められます。
- ・移動用リフトの設置後は、必ず、フラップ板と地面との間に隙間が空いている箇所がないかなど、**安全面の確認を徹底**します。

【認知症老人徘徊感知機器】

居住環境、介護環境の把握と介護者への注意喚起が重要となる事例

利用者の状態

- ◆年齢：80歳 ◆性別：女性 ◆要介護度：要介護4 ◆主な介護者：子
- ◆その他：利用者は歩行能力が低く、夜中に一人でトイレに行く。転倒の恐れがある。

事例の経緯

福祉用具の導入

- ・利用者は、歩行能力が低い。
- ・夜中にトイレに立って行くため、転倒の危険があり、認知症老人徘徊感知機器を導入。

現場視察とヒアリングより、受信側の電源は切っていましたが、送信機側の電源を常に入れていたこと、このため1日に数百回の送信が行われ電池が消耗していたことがわかりました。

6か月後

事例の発生

- ・利用者の離床時に動作せず
- ・（極端に短期間で）電池の消耗

- ・新品の電池を入れて導入したが、導入後6か月程度で送信機側の電池が切れた。

集合住宅のため家が狭く、介護者が頻繁に認知症老人徘徊感知機器上を通る環境でした。

事後の対応

- ・用具の交換（同機種と交換）

- ・現場を視察し、関係者・利用者からヒアリング
- ・原因・正しい使い方を利用者（家族）に説明。
- ・商品を交換
- ・事例の周知・徹底

現場確認や利用状況の聞き取りにより、原因を正しく把握し、適切な対応ができました。

再発防止策

- ・事業所内での情報共有・周知
- ・利用環境の整備を含めた幅広い提案を心がける

- ・事業所内での情報共有・周知徹底
- ・他の利用者でも用具の使用環境を把握の上、幅広い提案、注意喚起。

同様のことは、他の家庭でも起こる可能性があります。事例および注意事項を周知徹底することが重要です。



ポイント

- ・使わない時には電源を切ることは当たり前と思えても、利用者にとっては当たり前でない場合もあります。この事例では、**受信側の電源を切っていましたが、送信側を切り忘れていました。**
- ・介護者にとっては、介護者側に設置される受信機に注意が向き、送信側の確認や操作を忘れることがあります。送信側への注意を促す工夫や、受信側で一元的に監視、操作できる仕組みにするなど、設計面での工夫の余地もあります。
- ・**利用者の目線での器具の設置、利用方法の説明をしましょう。**

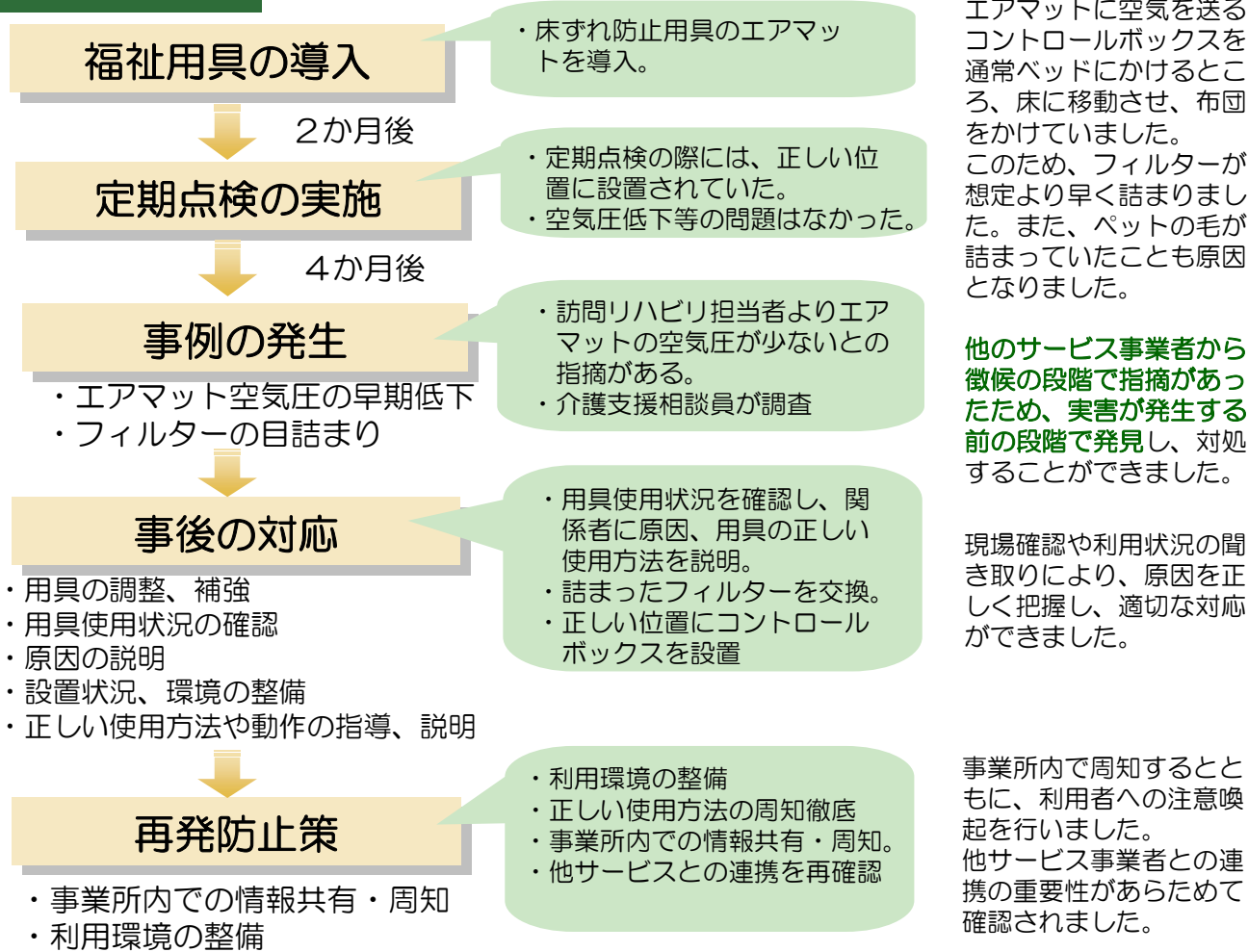
【床ずれ防止用具】

利用者の**居住環境、介護環境の把握**が重要となる事例

利用者の状態

- ◆年齢：90歳 ◆性別：男性 ◆要介護度：要介護5 ◆主な介護者：子
- ◆その他：犬を飼っている

事例の経緯



ポイント

- ・空気を送る機械に布団をかぶせる等、通常は想定できない状態で実際に使われていました。福祉用具貸与事業者の常識は、必ずしも利用者にとっての常識ではありません。
- ・なぜ、ベッド柵からコントロールボックスを外したのか、その理由を理解して対応を検討することも重要です。
- ・利用者の使用環境（家庭にペットがいる等）をしっかりと把握した上での用具の導入、設置、さらには利用者や家族への説明が重要です。
- ・利用者の生活を支える他のサービス事業者と連携することにより、事故の兆候を把握し、未然に防ぐことができます。

【入浴補助用具】

介護者全員への**利用指導・注意の徹底**が求められる事例

利用者の状態

- ◆年齢：82歳 ◆性別：女性 ◆要介護度：要介護3
- ◆主な介護者：家族、ヘルパー

事例の経緯

福祉用具の導入

6か月後

事例の発生

- ・浴槽台のオープナーの破損

事後の対応

- ・用具使用状況の確認
- ・メーカーへ報告・調査依頼
- ・原因の説明
- ・正しい使用方法や動作の指導、説明
- ・用具の無償修理

再発防止策

- ・手順の確認、説明
- ・社内での情報共有・周知

- ・浴槽台を導入。
- ・導入時には、高さ調節の方法説明の際に、用具の構造と手順、留意点などを家族に説明。
- ・家族も十分に理解していた。

通常は家族が取り扱っており、ヘルパーは高さ調節の際の手順や注意事項などの説明を受けていませんでした。

- ・ヘルパーの介助により入浴が終わり、ヘルパーが浴槽台を外そうとした。
- ・手順に誤りがあったため、オープナーが外れ吸盤が浴槽内に残った。

オープナーと吸盤をつなぐ鎖を長くせず、浴槽台の脚を高くしたため、鎖の張力によりオープナーが破損しました。

- ・メーカーに一報し、原因調査のため、用具を送付。
- ・メーカー調査により原因判明
- ・回答結果を家族に説明
- ・用具の無償修理。

当初、破損の原因がわからなかったため、メーカーに用具を送付し、メーカーに調査を依頼しました。用具は無償で修理しました。

- ・社内での情報共有
- ・浴槽台の取り扱い手順の再確認
- ・利用者、介護者への周知徹底

用具を取り扱う可能性のある関係者全員が、使い方や注意事項を理解している必要があります。直接説明ができない場合でも、確実に伝わるよう配慮が必要です。



ポイント

- ・この事例のように、**通常想定される利用者や介護者以外の関係者（ヘルパー等）が用具の操作、調節等を行う可能性**もあります。あらかじめ、利用者の介護環境（どのような介護者がどの程度の頻度で来て、どのような介護を行うか等）を把握することが重要です。
- ・用具を取り扱う可能性のある関係者には、導入時に直接、操作方法の説明や注意喚起を行うことが理想的ですが、実際には難しい場合もあります。
- ・説明を受けていない関係者が操作、調節を行う必要が生じた場合には、正しい操作方法や注意事項が確実に伝達される工夫が必要です。導入説明時には、通常以外の関係者の操作による事故が発生しやすことを強調して、**必ず正しい操作方法を伝達することの重要性**を伝えましょう。

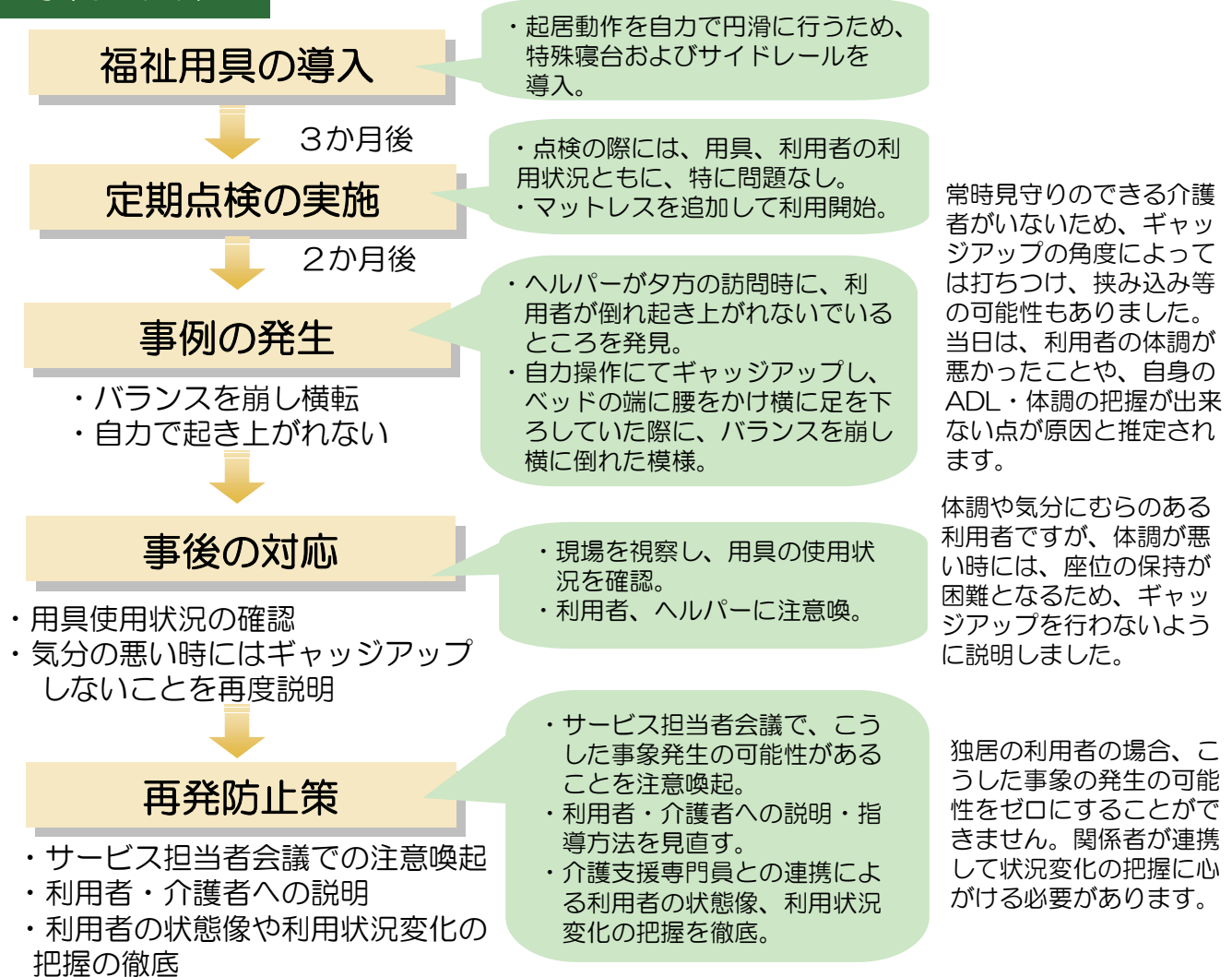
【特殊寝台および特殊寝台付属品】

利用者の**状態像の把握**や**変化の予測**が重要となる事例

利用者の状態

- ◆年齢：87歳 ◆性別：男性 ◆要介護度：要介護4 ◆主な介護者：ヘルパー
- ◆その他：独居。毎日朝・夕の2回、ヘルパー（訪問介護）が訪問

事例の経緯



ポイント

- ・特に、常時見守りができる介護者がいない**独居の利用者**に対しては、**起こりうる危険性を事前に想定しておく**必要があります。
- ・用具使用の注意点に関する指導、説明を徹底するとともに、転倒した場合の通報手段など、万一の場合の対応についても検討しておくことが必要です。
- ・**利用者の状態像や利用状況の変化を確実に把握できるように、介護支援専門員やヘルパー等の関係者と連携し、連携、連絡の体制を強化し、常に連絡をとることが重要**です。

【車いす】

利用者・介護者の**正しい操作や機器状態の確認の徹底**が重要となる事例

利用者の状態

- ◆年齢：82歳 ◆性別：女性 ◆要介護度：要介護4 ◆主な介護者：子の配偶者
- ◆その他：利用期間が2年であり、介助には慣れていた。点検時には問題はなかった。

事例の経緯

福祉用具の導入

- ・歩行状態の低下に伴って、移動の手段として介助式の車いすを導入。

利用者が車いすから立ち上がる際に、介護者は片方のブレーキをかけ忘れていたことに気づいていました。車いすに移乗する際、動作の安全性に注意が向き、ブレーキの確認を失念していました。

2年

事例の発生

- ・介護者のブレーキ（片側）のかけ忘れ
- ・車いすに座ろうとした際、車いすが旋回

- ・車いすへの移乗場面において、車いすに座る際に、介護者はブレーキがかかっていないことを忘れていた。
- ・利用者が座ろうとした際に、車いすが旋回し、転倒しそうになった。

事後の対応

- ・用具使用状況の確認
- ・正しい使用方法や動作の指導、説明

- ・用具の使用状況を確認
- ・利用者、介護者に対して、座る動作や立つ動作の際には、ブレーキのかけ忘れがないことの確認を徹底するよう指導、説明。

再発防止策

- ・安全な用具の導入について検討
- ・事業所内での情報共有・周知
- ・利用者、介護者への定期的な注意喚起

- ・ブレーキのかけ忘れが発生しない安全な用具の導入についても検討。
- ・事業所内での情報共有
- ・利用者、介護者に対しての定期的な注意喚起を徹底。

注意喚起には限界があります。かけ忘れが発生しない構造となっている機器の導入は有効な対策となります。



ポイント

- ・移乗の際には、必ず**ブレーキがかかっていることを確認**することは基本です。介護動作の際には、利用者、介護者ともに必ず、注意、確認を徹底する必要があります。導入時の説明だけでなく、定期的に指導し、注意喚起を行っていくことが必要です。
- ・**ブレーキのかけ忘れが起こりにくい構造**として、ワンタッチで両ブレーキをかけられる用具、立ち上がったらブレーキがかかる用具等があります。用具の利用場面や、使用する介護者、利用者にあわせて、介護者、利用者にとって、安全で適切な用具の導入を提案しましょう。

おわりに

このガイドブックは、平成21年度福祉医療機構基金助成事業として、日本福祉用具供給協会が実施した「福祉用具の安全利用推進のためのヒヤリ・ハット事例分析と安全利用推進マニュアルの作成事業」の成果であり、事業の一環として実施したアンケート調査やヒアリング調査の結果に基づいて、作成されたものです。

調査にご協力いただきました事業者の皆様には厚く御礼申し上げます。このマニュアルが少しでも多くの福祉用具関係者の皆様により、個々のケースにおいて、安全な用具利用の推進に役立てていただければ幸いです。

平成22年3月

社団法人日本福祉用具供給協会



福祉用具の安全利用推進マニュアル

平成22年3月 発行

発行者 社団法人日本福祉用具供給協会
〒105-0013 東京都港区浜松町2丁目7番地15号 三電舎ビル4階
TEL 03-6721-5222
FAX 03-3434-3414

本事業は、平成21年度福祉医療機構基金助成事業の補助金を受け、行ったものです。