

2. アンケート調査の実施

2-1. 調査の目的

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、「福祉用具の事故等に関して、再発防止の観点から、どのような内容の情報が収集されているのか実態把握を行うとともに、事故が起きる原因等の分析や情報提供の方法等について、介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化の取組を踏まえながら、更なる効果的な取組を今後検討していくべき」と指摘されたところである。

これを踏まえて、福祉用具貸与事業所の管理者および福祉用具専門相談員を対象に、福祉用具に関する安全性やサービスの向上に向けて、サービス事業所等が共有して活用できる手引き等の作成及び福祉用具専門相談員の知識や技術等、関係者との連携方法等の整理に向けた資料とするため、福祉用具専門相談員が把握している事故やヒヤリ・ハット情報等の収集及び、事故やヒヤリ・ハットの発生前後の取組・対応の実態の把握を目的として、アンケート調査を実施した。

2-2. 予備調査の実施

(1) 調査の目的

アンケート調査の項目を検討するにあたり、福祉用具貸与事業所（福祉用具専門相談員）を対象に、福祉用具に関する事故やヒヤリ・ハット情報の詳細と、その前後の対応内容等について把握するための予備調査を実施し、アンケート調査項目作成の参考情報とした。

(2) 調査対象

調査対象は、当会の会員企業1社（A社）、非会員1社（B社）の計2社とした。

(3) 主な調査項目

主な調査項目は以下のとおりである。

図表 2 予備調査 主な調査項目

主な調査項目
<ul style="list-style-type: none">・ ヒヤリ・ハット事例の発生状況、把握状況・ 事故やヒヤリ・ハットの発生前と発生後に実施していた取組・ 事故やヒヤリ・ハットの再発防止策・ 福祉用具専門相談員として実施している自己研鑽

(4) 予備調査結果

1) A社(協会会員)

項目	内容
ヒヤリ・ハット事例の発生状況、把握状況	<ul style="list-style-type: none"> ・会社として事故、ヒヤリ・ハット等の登録アプリを運用。昨年8月以降、本日までの重大事故含む登録件数は65件、うちヒヤリ・ハット13件、事故10件、重大事故4件(受診したもの)、死亡事故3件(いずれも火災が原因)。 ・把握したヒヤリ・ハットの多くは現場での再指導により対応完了しているため、実際の件数は不明。
事故やヒヤリ・ハットの発生前(アセスメント時)に実施していた取組	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が作成したフェイスシートから、利用者の身体状況等を確認、既往歴、疾病、障害について把握し、利用者像を想像する。 ・歩行器であれば通常のものと同速のものを利用者に試してもらい、歩行状況を確認した上で選定する工夫を実施。 ・利用者の居住環境(使用場所の広さ等)にも配慮して福祉用具を選定。 ・試用期間を設け、安全に使用できるかを確認。 ・福祉用具の選定時や追加を検討する際、訪問リハを利用している利用者の場合、訪問リハの医師の意見を確認することがある。サービス担当者会議の場でリハ職から意見を伺うことはあるが、個別に連絡をとり、意見を伺うということはなかなか難しい。
事故やヒヤリ・ハットの発生前(貸与開始～モニタリング時)に実施していた取組	<ul style="list-style-type: none"> ・利用状況に不安を感じるような利用者については、書類を持参する際などに合わせて利用状況等を確認。 ・どのような場所や時間に使うことが多いか、使用頻度はどの程度かなど、会話をしながら確認。 ・ベッドの場合、納品当初から介助者が変わっていないか、前回モニタリング時からの身体状況の変化を踏まえ、現状の福祉用具が安全に使えるかを確認。 ・福祉用具が破損していないか、よくぶつける場所などはないか確認。 ・訪問リハ等の訪問とタイミングが合えば話を聞くことはある。
事故やヒヤリ・ハットの発生後に実施した対応	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具の不具合の場合、商品を持ち帰れる場合、事業所に持ち帰り実機確認を行う。 ・介護支援専門員から連絡を受けたものでも、利用者宅での状況確認後、介護支援専門員にフィードバックする。 ・利用者が入院や受診した場合は、保険者に事故報告。 ・ヒヤリ・ハットが把握できた場合、その場で再説明・再指導。用具変更の必要性があれば介護支援専門員に相談。
事故やヒヤリ・ハットの再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具の設置方法ミスや福祉用具の不具合の場合、アプリへ登録し、本部からの通知に基づき全社として対応。 ・アプリに登録しない程度の事例は、朝礼の際に情報共有。 ・再発防止策の検討体制は、担当者(事故を把握した福祉用具専門相談員)と所属長(事業所長)で検討し、その内容をアプリに登録。
福祉用具専門相談員として実施している自己研鑽	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩の納品時に選定した用具を見せてもらうなど、商品知識を増やすようにしている。 ・SNSの関連トピックを登録し、福祉用具関連の情報を確認するなどしている。 ・専門相談員以外の福祉用具の資格を取得して福祉用具の理解を深めている。

2) B社（非会員）

項目	内容
ヒヤリ・ハット事例の発生状況、把握状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所全体として 23 年間で、事故は 0 件、ヒヤリ・ハットは 2カ月に 1 件程度を把握している。 ・ ヒヤリ・ハットは、介護支援専門員からの連絡や、モニタリング訪問時に利用者・家族との会話の中で利用状況等を含め聞き取ることがある。 ・ ヒヤリ・ハットは、福祉用具専門相談員自身が報告をするか判断しているため、事業所の管理者から聞き出す必要がある。
事故やヒヤリ・ハットの発生前に実施していた取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント時に、身体機能、疾患については特に深掘りして確認。 ・ 利用者の普段の生活や、疾患情報、身体状況の変化（利用開始当初から変わるケース有）をしっかりと把握することが重要。 ・ 訪問・納品直後は特に使用状況や使用場面等含め、様々な事象が発生することが多く、非常に重要な対応ポイント。
事故やヒヤリ・ハットの発生後に実施した対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員から事故発生について連絡受領後に利用者宅に訪問し、状況を把握。 ・ ヒヤリ・ハット把握後、なぜ発生したのか利用者・家族に詳しくヒアリングし、注意不足だったのか、身体機能の低下だったのか、利用中止を判断する必要があるのかなどを検討。
事故やヒヤリ・ハットの再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所として事故対応マニュアルを整備。 ・ 事故対応のフローに基づき事故防止に関する研修を年 1 回実施。
福祉用具専門相談員として実施している自己研鑽	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直近のヒヤリ・ハット、事故の情報を事例集等から把握。 ・ 毎月、厚生労働省の HP や日本福祉用具供給協会の HP 等で情報収集。 ・ 利用者・家族や介護支援専門員等から深く情報を把握できるよう、話しやすい状況をつくるためのコミュニケーション能力の向上やディスカッション能力、本音を見出すための能力向上を目指している。 ・ 商品知識の向上のため、メーカーが訪問してきた際の情報収集や展示会へ参加。

2-3. アンケート調査の実施

(1) 調査対象

- ・ 全国の福祉用具貸与事業所 1,000 か所に所属する事業所管理者 1 名および福祉用具専門相談員 2 名（事業所管理者が兼ねる場合を含む）
 - 調査対象とした福祉用具貸与事業所の抽出方法は以下の通り。
 - ①日本福祉用具供給協会の会員事業所（悉皆）
 - ②介護サービス情報公表システムに登録されている全国の福祉用具貸与事業所から無作為抽出
 - 各福祉用具貸与事業所で本調査に回答する福祉用具専門相談員の抽出条件は以下の通り。
 - ①事業所で過去 5 年（平成 29 年度から令和 3 年度）に発生した、福祉用具に関する事故（該当がなければヒヤリ・ハット）の事例を担当していた、もしくは詳細に把握している福祉用具専門相談員を 2 名選定。該当する福祉用具専門相談員が 3 名以上いる場合は、事故の発生時期が新しい順で 2 名を選定。
 - ②事業所で平成 29 年から令和 3 年の間に事故が発生していない場合や、事故の担当者が現在在籍している福祉用具専門相談員ではない場合は、福祉用具専門相談員としての経験が長い順に 2 名を選定。

(2) 調査時期

- ・ 令和 4 年 11 月 28 日（月）～令和 5 年 1 月 16 日（月）

(3) 調査方法

- ・ 管理者用調査票：郵送配布・郵送回収または WEB 回収
- ・ 福祉用具専門相談員用調査票：郵送配布・郵送回収または WEB 回収

(4) 調査内容

主な調査項目は以下のとおり。

図表 3 主な調査項目

調査票	主な調査項目
管理者用調査票	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の状況 ・ 事故防止に向けた事業所としての取組について ・ 事業所におけるヒヤリ・ハット事例の報告について
福祉用具専門相談員用調査票	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本情報 ・ 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について ・ 事故事例の報告内容 ・ ヒヤリ・ハット事例の概要 ・ 事故もしくはヒヤリ・ハット事例の発生（把握）後に福祉用具専門相談員として行った対応について ・ 事故もしくはヒヤリ・ハット事例の発生（把握）時の利用者の状況について ・ 事故もしくはヒヤリ・ハット事例の発生（把握）前までの対応について ・ 事故もしくはヒヤリ・ハット事例の発生（把握）後の対応を振り返り、検討や実施したほうがよかったと思うこと ・ 日頃から取り組んでいる事故やヒヤリ・ハット防止の取組について ・ 事業所におけるヒヤリ・ハット事例の報告について

1) 本調査で回答いただいた「事故」および「ヒヤリ・ハット」について

回答対象として各福祉用具貸与事業所で選定された福祉用具専門相談員は、過去5年（平成29年度から令和3年度）に経験した、もしくは、把握した事故またはヒヤリ・ハットの事例を1つ選んでいただき、その事例について概要や対応をご回答いただいた。

事例の選定条件は以下のとおり。

- ・ 過去5年（平成29年度から令和3年度）で自身が経験した、もしくは、把握した事故またはヒヤリ・ハットの事例のうち、管轄の自治体や貴事業所内での最終報告や対応が完了している事例であること。
- ・ 「事故」と「ヒヤリ・ハット」は、下表のとおり本調査で定める範囲（定義）にもとづいたものであり、事業所で定めている事故やヒヤリ・ハットの範囲と異なる場合でも、下表の範囲（定義）の区分から選定。

図表 4 本調査で定める事故とヒヤリ・ハットの範囲（定義）

	範囲（定義）
事故	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具の利用を原因とした死亡事故 ・ 福祉用具を利用したことで受傷し、医療機関（訪問看護含む）を受診、処置等を受けた事例 (例) 歩行器を使用中に体勢を崩して転倒、指と額に裂傷ができ受診した事例 ・ 福祉用具を利用して他人や器物を傷つけたり損害を与えたりした事例 (例) 電動車いすの使用中に人や物にぶつかり怪我をさせた、物を壊してしまった事例
ヒヤリ・ハット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の「事故」の範囲以外で、事故や怪我につながりそうになった事例 (例 1) ・手すりをつかみ損ね転倒し腕を打撲したが医療機関を受診しなかった事例 (例 2) ・車いすで歩道の段差を乗り越えようとして、後方へ転倒しそうになった事例 (例 3) ・電動車いすの使用中に人や物にぶつかりそうになった事例

(5) 回収状況

回収状況は以下のとおりである。

図表 5 回収状況

調査票種別	管理者用調査票	福祉用具専門相談員用調査票
発送数	1,000 件	2,000 件
回収数	359 件	650 件
回収率	35.9%	32.5%

2-4. 調査結果

(1) 管理者用調査

1) 事業所の状況

① 事業所の福祉用具専門相談員数

本調査に回答した福祉用具貸与事業所の福祉用具専門相談員数は、「3～4人」が38.4%と最も多く、次いで「5～9人」が26.2%、「2人」が17.0%であった。

図表 6 問 1 (1) 事業所の福祉用具専門相談員数

調査数	2人	3 ～ 4人	5 ～ 9人	10 ～ 19人	20 ～ 29人	30人以上	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
359 100.0%	61 17.0%	138 38.4%	94 26.2%	35 9.7%	13 3.6%	9 2.5%	10 2.8%	6.5	7.3	2	67

② 事業所としての定期モニタリングの頻度

事業所としての定期モニタリングの頻度は、「原則として6か月に1回」が81.6%と最も多かった。

「その他」の自由記述回答では、「5か月に1回」、「年1回程度」、「6ヶ月に1回が基本だが使用頻度に応じて毎月実施」、「サービス計画見直し時、更新時、変更申請時等」等の回答が挙げられた。

図表 7 問 1 (2) 事業所としての定期モニタリングの頻度

調査数	月に原則として1回	1回原則として3か月に	1回原則として6か月に	その他	無回答
359 100.0%	16 4.5%	39 10.9%	293 81.6%	10 2.8%	1 0.3%

③ 定期モニタリングの頻度が高くなるケースの把握状況

定期モニタリングの頻度が高くなるケースの把握状況は、「特にない」が 56.0%、「頻度が高いケースがある」が 43.2%であった。

図表 8 問 1 (3) 定期モニタリングの頻度が高くなるケースの把握状況

調査数	ある頻度が高いケースが	特にない	無回答
359 100.0%	155 43.2%	201 56.0%	3 0.8%

「頻度が高いケースがある」場合の具体例としては、利用者の状態・体調・希望等に関する内容が特に多く、「ADL変化が早い利用者で、福祉用具の入替等が必要な方（がん末等）」、「身体状況が不安定で病気や床ずれが出来易い方など頻回に訪問している」、「疾病があり身体状況の変化が著しい場合は、毎月、もしくは都度都度行っている」、「お客様の希望、使用頻度が極めて高い場合」といった回答が挙げられた。

その他には、福祉用具の種類・状態等に関する内容も多く、「4点杖の使用頻度が高く、ゴム先のすりへりが激しい方」、「導入間もない手すり系の適合確認。車いす、歩行器の適合確認」、「電動カート等操作の難しいレンタル品の場合、モニタリング頻度を短くするケースがある」、「車いす・歩行器・4点杖の使用頻度が高い方」、「ベスポジなどを設置している場合」といった回答が挙げられた。

また、利用者のサービス利用状況に関する内容（「他事業所から入れ替わったケースなど」、「ケアプラン変更（サービス利用増、体調の変化等）に伴う、ケアマネジャーよりの利用状況、照会」等）、集金等に関する内容（「定期的な納品や直接集金がある場合は基本的にその都度福祉用具の使用状況やプランに沿った使い方をしているなど確認」、「毎月の集金の為の訪問時」）の回答が挙げられていた。

④ 平成 29 年度から令和 3 年度（過去 5 年）の間で事業所で発生した事故、ヒヤリ・ハットの件数

平成 29 年度から令和 3 年度（過去 5 年）の間で事業所で発生した事故の件数は、「0 件」が 83.3%と最も多く、次いで「1 件」が 6.7%であった。

ヒヤリ・ハットの件数も同様に、「0 件」が 59.3%と最も多く、次いで「5～10 件」が 9.2%であった。

図表 9 問 1（4）平成 29 年度から令和 3 年度（過去 5 年）の間で事業所で発生した事故、ヒヤリ・ハットの件数

	調査数	0 件	1 件	2 件	3 件	5 件	11 件	16 件	21 件以上	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
事故の件数	359 100.0%	299 83.3%	24 6.7%	13 3.6%	11 3.1%	5 1.4%	-	-	-	7 1.9%	0.4	1.3	0	10
ヒヤリ・ハットの件数	359 100.0%	213 59.3%	31 8.6%	23 6.4%	25 7.0%	33 9.2%	6 1.7%	-	10 2.8%	18 5.0%	3.3	17.6	0	300

2) 事故防止に向けた事業所としての取組について

① 事故やヒヤリ・ハットの防止に向けた環境整備の取組

事故やヒヤリ・ハットの防止に向けた環境整備の取組は、「事故の範囲・定義を明確にして周知」が 60.7%と最も多く、次いで「ヒヤリ・ハットの範囲・定義を明確にして周知」が 45.4%であった。

図表 10 問 2（1）事故やヒヤリ・ハットの防止に向けた環境整備の取組【複数回答】

調査数	事故の範囲・定義を明確にして周知	ヒヤリ・ハットの範囲・定義を明確にして周知	事業所もしくは作業員が独自に作成したマニュアルを整備	他機関・団体等が作成したマニュアル	その他	特になし	無回答
359 100.0%	218 60.7%	163 45.4%	88 24.5%	103 28.7%	15 4.2%	34 9.5%	3 0.8%

a) 事故やヒヤリ・ハット等に関するマニュアル等の活用場面

上記「① 事故やヒヤリ・ハットの防止に向けた環境整備の取組」で「貴事業所もしくは法人が独自に作成した事故やヒヤリ・ハットに関するマニュアル等を整備」もしくは「他機関・団体等が作成した事故やヒヤリ・ハットに関するマニュアル等を整備」と回答した場合の、事故やヒヤリ・ハット等に関するマニュアル等の活用場面は、それぞれ以下のとおりであった。

- ・「事業所もしくは法人で独自に作成したマニュアル等」の活用場面は、「事故発生後の対応」が45.9%と最も多く、次いで「事故予防の取組」が43.0%であった。
- ・「福祉用具の効果的な導入のためのガイド」（一般社団法人日本福祉用具供給協会）の活用場面は、「アセスメント」が30.2%と最も多く、次いで「モニタリング・メンテナンス」が26.2%であった。
- ・「福祉用具の安全利用推進マニュアル」（一般社団法人日本福祉用具供給協会）の活用場面は、「事故予防の取組」が33.1%と最も多く、次いで「モニタリング・メンテナンス」が25.0%であった。
- ・「福祉用具利用施設で必要な保守・管理」（公益社団法人テクノエイド協会）の活用場面は、「事故予防の取組」が19.2%と最も多く、次いで「モニタリング・メンテナンス」が18.6%であった。
- ・「医療・介護連携に向けた福祉用具導入マニュアル」（一般社団法人日本作業療法士協会）の活用場面は、「アセスメント」が8.1%と最も多く、次いで「モニタリング・メンテナンス」が6.4%であった。
- ・メーカーが作成したマニュアル・説明書では、「モニタリング・メンテナンス」が18.6%と最も多く、次いで「事故予防の取組」が16.3%であった。

図表 11 問2(1)①事故やヒヤリ・ハットに関するマニュアル等について、
どのようなマニュアル等を主にどのような場面で活用していますか【複数回答】

	調査数	主に活用している場面				
		ア セ ス メ ン ト	ン モ テ ニ ナ タ リ ン グ ・ メ	事 故 予 防 の 取 組	事 故 発 生 後 の 対 応	無 回 答
事故やヒヤリ・ハットに関するマニュアル等						
事業所もしくは法人で独自に作成したマニュアル等	172 100.0%	60 34.9%	58 33.7%	74 43.0%	79 45.9%	75 43.6%
「福祉用具の効果的な導入のためのガイド」 （一般社団法人日本福祉用具供給協会）	172 100.0%	52 30.2%	45 26.2%	42 24.4%	28 16.3%	103 59.9%
「福祉用具の安全利用推進マニュアル」 （一般社団法人日本福祉用具供給協会）	172 100.0%	39 22.7%	43 25.0%	57 33.1%	35 20.3%	100 58.1%
「福祉用具利用施設で必要な保守・管理」 （公益社団法人テクノエイド協会）	172 100.0%	21 12.2%	32 18.6%	33 19.2%	19 11.0%	123 71.5%
「医療・介護連携に向けた福祉用具導入マニュアル」 （一般社団法人日本作業療法士協会）	172 100.0%	14 8.1%	11 6.4%	9 5.2%	5 2.9%	150 87.2%
メーカーが作成したマニュアル・説明書	172 100.0%	20 11.6%	32 18.6%	28 16.3%	13 7.6%	125 72.7%
その他	172 100.0%	14 8.1%	14 8.1%	21 12.2%	14 8.1%	148 86.0%

② 事業所として実施している、事故事例の情報収集に関する取組

事業所として実施している、事故事例の情報収集に関する情報収集先の範囲別の取組は以下のとおりであった。

- ・ 自法人内では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が47.4%と最も多く、次いで「定期的もしくは常時情報を収集できる機会がある」が33.4%であった。
- ・ 他の福祉用具貸与事業所では、「特になし・情報収集していない」が46.5%と最も多く、次いで「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が18.7%であった。
- ・ 介護支援専門員では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が43.5%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が18.7%であった。
- ・ 介護サービス事業所では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が37.9%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が27.0%であった。
- ・ レンタル卸業者では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が45.7%と最も多く、次いで「定期的もしくは常時情報を収集できる機会がある」が28.4%であった。
- ・ メーカーでは、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が42.1%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が20.1%であった。

図表 12 問2（2）事業所として実施している、事故事例の情報収集に関する取組

	調査数	会情定 が報期 あを的 る取も 集し できは る常 機時	い受事 るけ例 て発 情生 報時 収に 集連 し絡 てを	し特 てに いな し・ 情 報 収 集	無 回 答
自法人内	359 100.0%	120 33.4%	170 47.4%	21 5.8%	48 13.4%
他の福祉用具貸与事業所	359 100.0%	36 10.0%	67 18.7%	167 46.5%	89 24.8%
介護支援専門員	359 100.0%	51 14.2%	156 43.5%	67 18.7%	85 23.7%
介護サービス事業所	359 100.0%	32 8.9%	136 37.9%	97 27.0%	94 26.2%
レンタル卸事業者	359 100.0%	102 28.4%	164 45.7%	44 12.3%	49 13.6%
メーカー	359 100.0%	63 17.5%	151 42.1%	72 20.1%	73 20.3%
その他	359 100.0%	19 5.3%	9 2.5%	41 11.4%	290 80.8%

③ 事業所として実施している、ヒヤリ・ハット事例の情報収集に関する取組

事業所として実施している、ヒヤリ・ハット事例の情報収集に関する情報収集先の範囲別の取組は以下のとおりであり、事件事例の情報収集に関する取組と同様の傾向であった。

- ・ 自法人内では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が46.8%と最も多く、次いで「定期的もしくは常時情報を収集できる機会がある」が35.9%であった。
- ・ 他の福祉用具貸与事業所では、「特になし・情報収集していない」が47.6%と最も多く、次いで「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が19.5%であった。
- ・ 介護支援専門員では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が40.9%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が22.8%であった。
- ・ 介護サービス事業所では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が36.5%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が29.8%であった。
- ・ レンタル卸業者では、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が42.3%と最も多く、次いで「定期的もしくは常時情報を収集できる機会がある」が25.6%であった。
- ・ メーカーでは、「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」が39.3%と最も多く、次いで「特になし・情報収集していない」が24.0%であった。

図表 13 問2（3）事業所として実施している、ヒヤリ・ハット事例の情報収集に関する取組

	調査数	会情定 が報期 あを的 る取も 集し できは る常 機時	い受事 るけ例 て発 情生 報時 収に 集連 し絡 てを	し特 てに いな し・ 情 報 収 集	無 回 答
自法人内	359 100.0%	129 35.9%	168 46.8%	22 6.1%	40 11.1%
他の福祉用具貸与事業所	359 100.0%	28 7.8%	70 19.5%	171 47.6%	90 25.1%
介護支援専門員	359 100.0%	43 12.0%	147 40.9%	82 22.8%	87 24.2%
介護サービス事業所	359 100.0%	29 8.1%	131 36.5%	107 29.8%	92 25.6%
レンタル卸事業者	359 100.0%	92 25.6%	152 42.3%	58 16.2%	57 15.9%
メーカー	359 100.0%	58 16.2%	141 39.3%	86 24.0%	74 20.6%
その他	359 100.0%	12 3.3%	2 0.6%	62 17.3%	283 78.8%

④ 事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況

事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況は、令和元年度以前、令和元年度、令和2年度、令和3年度のいずれの年度でも同様の回答傾向であり、「法人もしくは事業所で事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催」が50%を超えており最も多く、次いで「法人や事業所以外（自治体やメーカー等）が主催する事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会への福祉用具専門相談員の参加を促進」が約20%であった。

図表 14 問2（4）事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況【複数回答】

	調査数	法人もしくは事業所では事業所での事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催	法人や事業所以外（自治体やメーカー等）が主催する事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会への福祉用具専門相談員の参加を促進	その他	法人もしくは事業所では事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催し	無回答
令和元年度以前	359 100.0%	205 57.1%	79 22.0%	13 3.6%	49 13.6%	64 17.8%
令和元年度	359 100.0%	195 54.3%	76 21.2%	12 3.3%	52 14.5%	69 19.2%
令和2年度	359 100.0%	202 56.3%	71 19.8%	14 3.9%	55 15.3%	59 16.4%
令和3年度	359 100.0%	211 58.8%	76 21.2%	14 3.9%	59 16.4%	42 11.7%

a) 研修・勉強会の内容

上記「④ 事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況」で「法人もしくは事業所で事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催」もしくは「法人や事業所以外（自治体やメーカー等）が主催する事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会への福祉用具専門相談員の参加を促進」と回答した場合の研修・勉強会の内容は、下表のとおりであった。

図表 15 問2(4)①研修・勉強会の内容【自由記述】

研修・勉強会のテーマ	研修・勉強会の内容
医療・疾病に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症とそのケア ・ 在宅・施設内での事例 ・ 新型コロナウイルス感染症について ・ 症状によってどんな用具が必要になってくるか ・ 褥瘡予防 ・ 疾患の特徴的な症状など ・ 感染症発生時の業務継続ガイドライン
個別の福祉用具に関する知識や情報、技術に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故防止と対応 ・ 対象者の福祉用具使用確認 ・ エアーマットのエラー表示の確認や緊急時の確認 ・ 各種商品について ・ 商品によって利点や欠点を理解する ・ ハンドル形電動車椅子導入に関する実態調査 ・ 福祉用具に関する知識向上 ・ メーカーによる使用方法についての注意事項や技術等の情報 ・ 卸会社主催の展示会への参加 ・ 報告事例を利用し発生状況、原因を各自の知識や意見で事故防止対策 ・ 新商品情報 ・ 電動ベッド、車いす、電動カー、ロボット ・ メーカー、卸事業者による研修 ・ 福祉用具の商品知識などの向上 ・ メーカーによる新商品の説明。使用上におけるの注意事項、事故予測確認 ・ 電動介護ベッドの安全な使い方 ・ 特殊寝台や車いす等福祉用具使用時の事故 ・ 在宅介護ベッド商品勉強会
アセスメントやモニタリングに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具点検に関するチェック項目 ・ 福祉用具使用方法と点検メンテナンス ・ 利用状況の把握の視点について ・ 納品した福祉用具に異常がないか、利用者の身体状況に変化がないか ・ モニタリングの仕方、モニタリングの定義 ・ 利用者の身体状況、変化及び利用時、利用場所の安全性、誤操作等の危険行動の把握 ・ やり方や書き方の確認 ・ 福祉用具サービス計画書実施状況の把握
福祉用具貸与計画の作成に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具支援に関する援助計画作成方法 ・ 福祉用具使用と身体状況の把握 ・ 事例となりうる事柄について検証 ・ 使用目的を把握し内容を記入 ・ 個別援助計画書の記入方法 ・ 作成方法、選定について ・ 福祉用具サービス計画書作成のガイドライン
事例検討	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具使用し、事故発生状況・対応と経過を把握し、その後の対応策を確認し、情報を共有する ・ ヒヤリハット報告書や事故報告書の共有

	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルを用いた学習 ・地域ケア会議 ・事例の共有 ・事故、ヒヤリハットの事例を確認 ・困難事例の検討会 ・ベッドの適正利用 ・厚生労働省の事故報告から、自らのサービスを重ねて、事例検討し、事故予測を話し合う ・ヒヤリハットあるある冊子
その他の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を交えて情報共有 ・新聞などの報道資料より実例の情報収集 ・苦情・事故発生時の対応について ・個人情報の取り扱い ・苦情・事故に関する内容

※内容が重複している回答は除外して記載。

⑤ 研修・勉強会を開催していない理由

上記「④ 事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況」で「法人もしくは事業所で事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催していない」場合の、研修・勉強会を開催していない理由は、いずれの年度でも「講師の確保が難しい、講師ができる職員がいない」が50%前後と最も多く、次いで「カリキュラムや研修内容の作成が難しい」が40%前後、「要望がない、参加希望者が少ない」が20%弱であった。

図表 16 問2(4)②研修・勉強会を開催していない理由【複数回答】

	調査数	講師の確保が難しい	カリキュラムの作成が難しい	要望が少ない、参加希望者が少ない	効果が把握しにくい	適切な受講者の選定が難しい	全員の確保が難しい	その他
令和元年度以前	49 100.0%	22 44.9%	17 34.7%	8 16.3%	4 8.2%	2 4.1%	4 8.2%	10 20.4%
令和元年度	52 100.0%	28 53.8%	20 38.5%	9 17.3%	3 5.8%	2 3.8%	4 7.7%	7 13.5%
令和2年度	55 100.0%	26 47.3%	21 38.2%	9 16.4%	3 5.5%	2 3.6%	5 9.1%	11 20.0%
令和3年度	59 100.0%	27 45.8%	22 37.3%	10 16.9%	2 3.4%	2 3.4%	7 11.9%	12 20.3%

3) 事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ

事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマは、「医療・疾病に関する内容」では、認知症や褥瘡に関する内容、疾患による用具の注意点等、疾病の種類による身体機能の特徴等についての回答が挙げられた。「個別の福祉用具に関する知識や情報、技術に関する内容」では、新製品の情報、用具の構造やフィッティングの理解等についての回答が挙げられた。「アセスメントやモニタリングに関する内容」では、モニタリングシートやアセスメントシートの記入方法、モニタリング時の質問方法・内容、注意ポイント、重要性等についての回答が挙げられた。「福祉用具貸与計画の作成に関する内容」では、福祉用具の選定、留意事項の効果的な記載の仕方・口頭注意の仕方、文章作成の方法についての回答が挙げられた。「事例検討」では、事故事例や困難事例をもとにした検討、種目・機種別商品による起こることが想定できるヒヤリ・ハット事例についての回答が挙げられた。主な回答一覧は以下のとおり。

図表 17 問2(5) 事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：
医療・疾病に関する内容【自由記述】

分類	内容
疾病・症状に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定疾患への対応 ・ 終末期ケア研修、末期がん等 ・ 疾病による用具の選定や、使用方法、注意点 ・ 疾病により行ってしまう可能性がある行動 ・ 各疾患におけるリスク管理 ・ 疾患に対する身体機能や残存能力の評価方法を身に着ける。 ・ 利用者の病状の急変に対応するための医療知識 ・ 疾病によるヒヤリハット ・ 医療・疾病の基礎知識 ・ 褥瘡、パーキンソン、ターミナル
身体状況に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病による身体状況の変化（退院後）について ・ 病名別の身体状況の把握 ・ 疾病の種類による身体機能の特徴 ・ 疾病の進行とともに起きる障害や危険 ・ 病気による身体状況の変化や進行の仕方。医療機関との密な情報共有
用具の選定に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病に関して導入が困難となり得る福祉用具・具体的な機種 ・ 病名によって気を付けなければならない福祉用具の選定など ・ 疾病に起因する誤った用具の使用方法（本来の意図通りに使用できない事例）
感染症に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ対策 ・ 各種感染症対策及び予防について
認知症に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病、認知症への理解 ・ 認知症による突発的な行動に対する応対
医療機器に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 吸引器等の医療機器の事故事例をもとにした研修 ・ 疾病の特性と福祉用具の安全利用について医療との連携、在宅医療器の取扱い
事例に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際に起きた、あるいは想定される事故、ヒヤリハットを疾患別にとりまとめ、研修に活用できれば良い ・ 特に重大事故に繋がる可能性があった事例

その他の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 再発防止、重傷化の予防 ・ 医療職による勉強会 ・ 事故を未然に防ぐリスクマネジメント ・ 寝たきりの方のエアーマット導入時における、拘縮などにより、安全な移乗するなど
--------	---

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

図表 18 問2(5) 事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：
個別の福祉用具に関する知識や情報、技術に関する内容【自由記述】

分類	内容
商品情報に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故対策を考慮した製品のセミナー ・ 新商品については都度実施し、合わせて旧商品についても比較などで実施 ・ メーカーによる研修会による情報収集 ・ 展示会への参加、新商品知識取得 ・ 介護ロボットの知識や情報 ・ それぞれの用具の構造やフィッティングの理解 ・ メーカー主催勉強会。レンタル卸事業所の情報提供。バリアフリー展での各種勉強会。 ・ 商品の特徴に応じたメリット、デメリットの把握と商品効果や変更の判断基準の確認
福祉用具の取り扱い・使用方法に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新商品の扱い方や修理方法を学ぶ ・ 適切な場所へ設置の必要性 ・ 用具の取扱い、選定 ・ 各々の福祉用具の注意事項の確認 ・ 点検・整備について、留意点について ・ 用具毎の事故に繋がる誤った使い方への理解 ・ 用具の使用 방법에特徴のあるものについて ・ 事故防止のための使い方
福祉用具の事故・ヒヤリハットに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッド、車いす、電動車いす、移動系の事故について ・ 用具別に分類されたテクノエイド協会の福祉用具ヒヤリハット情報を活用した研修ができれば良い ・ 福祉用具別で考えられるヒヤリハット事故 ・ 福祉用具使用時の事故
その他の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種による事例検討会 ・ 資格取得のサポート ・ 福祉用具取扱い事業者による実体験をまじえた指導 ・ 用具に対する選定能力向上 ・ 福祉用具プランナー等の資格取得 ・ 商品ごとのリスク管理 ・ 福祉用具選定時の効果的な組み合わせ ・ 重大事故につながりやすい電気駆動タイプの福祉用具に関する研修 ・ 利用者側の使い方、介護者の負担軽減

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

図表 19 問2（5）事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：

アセスメントやモニタリングに関する内容【自由記述】

分類	内容
アセスメント・モニタリングに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリング・アセスメント記入トレーニング ・ アセスメント・モニタリング研修、実例 ・ 相談員の誰が訪問しても問題点が出せるように統一したモニタリングと技術の向上を目的とした研修を実施したい ・ アセスメント、モニタリング実施時のポイント（用具種別や、疾病別、ケースの情報もとに）を深める ・ 利用者に合わせたアセスメント ・ 日々の利用状況・使い方の把握 ・ ケアプランにもとづいて福祉用具が利用されているかの確認 ・ 訪問時の聞き取り手順及び方法 ・ リスクのアセスメント方法 ・ アセスメントやモニタリングの重要性、ご利用環境の把握 ・ モニタリング時の異変察知 ・ 利用者、家族とのコミュニケーションや情報収集
その他の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種による事例検討会 ・ 利用者からの意見の収集 ・ 法律に定められた事故苦情対応の流れ ・ 医療事業者による勉強会 ・ 事故やヒヤリ・ハットの要因となる事が多い福祉用具に関するチェックポイントの明確化 ・ 疾病、用具以外に事故につながる要素（介護者の理解力や住環境等）について事故のリスクを減らす為の資料があれば活用したい ・ 適合スキルの向上 ・ 特殊寝台の利用時、置き型タイプの手すりの利用時の注意点について ・ 利用者・介護者・環境の理解と共有 ・ 在宅環境における事故注意点等 ・ 経験年数の多い相談員同行訪問による指導

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

図表 20 問2（5）事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：

福祉用具貸与計画の作成に関する内容【自由記述】

分類	内容
留意事項・注意事項に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 用具ごとの注意事項を分かりやすく記述 ・ 利用者に安全利用してもらう為の注意事項の喚起 ・ 事故、ヒヤリハット防止に繋がる、留意点記入法 ・ 手すりに関して設置場所による注意事項を留意事項への記載の徹底 ・ 体調の変化にあわせた対応 ・ 利用者情報の把握の仕方・注意点 ・ 留意事項の効果的な記載の仕方・口頭注意の仕方 ・ 用具使用時の具体的な注意点の記載 ・ 作成の重要性に関する内容 ・ 利用者の目線に立って在宅生活の継続を図れるような計画の作成。
作成・記載方法に関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画書選定理由の記入スキル向上トレーニング

<p>する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具選定の技術と説明力の向上 ・ 選定理由等が根拠に基づいた、内容を記載できているか等、記載内容の質を高める勉強会 ・ 文章作成の方法 ・ わかりやすい表現
<p>記載時のポイントに関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者に合った福祉用具の提案 ・ 計画書作成におけるポイント ・ 利用目的との事故リスク ・ リスク対応としての書き方
<p>その他の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例検討 ・ スタッフの経験年数に関わらずスキルアップのための勉強会 ・ 選定提案書の必要性の有無 ・ 利用者に適した福祉用具の選定 ・ 使える事よりも使えなかった点に注意しどう使用していくのか計画の見直しを考えていく方法を学べる研修を実施したい ・ 用具や利用情状が課題、目標について達成できているか ・ 選定提案と商品説明の違いの理解 ・ 具体的な目標設定研修

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

図表 21 問2（5）事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：
事例検討【自由記述】

分類	内容
<p>研修・勉強会の頻度や方法等に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ メーカー及びフランチャイズ本部と共有 ・ ケアマネ、他事業者との検討会 ・ 社内でのミーティング時でのディスカッション ・ 事例または事例集を参考に、搬入時の説明や対応等をどうすべきか検討する機会をもうける ・ 各職員の事例の情報共有を速やかに行う為にミーティングを増やす ・ 他事業所やメーカーから実際の事例を聞きたい ・ ファシリテーターを配置しKJ法によるグループワーク等企画、検討の余地がある ・ 定期的に重大事故の発生事例を共有できる研修会
<p>事故、ヒヤリ・ハットに関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具使用時による事故事例 ・ 他に考えられる事故事例の検証 ・ ヒヤリハット研修 ・ 事故内容を社内において情報を公開し、検討会をおこなう ・ 他事業所等の事故事例の検討 ・ 実際に発生した事故やヒヤリハットを題材として ・ 種目・機種別商品による起こることが想定できるヒヤリ・ハット事例
<p>その他の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例を元に今後の再発防止研修 ・ 成功、失敗事例を社内で検討 ・ 事前の注意すべき選定方法 ・ 困難事例や軽度者介護予防の介護保険（用具） ・ 危険を回避するための予測ができる練習

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

図表 22 問2（5）事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマ：

その他【自由記述】

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレスケア 感染症対策 ・ 運転方法

※主な内容を掲載。重複した内容・意味の通らない回答は除外した。

4) 事業所におけるヒヤリ・ハット事例の報告について

① 事業所で福祉用具専門相談員に求めているヒヤリ・ハット事例の報告

事業所で福祉用具専門相談員に求めているヒヤリ・ハット事例の報告は、「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」が 71.9%と最も多く、次いで「ヒヤリ・ハット事例は会議や打ち合わせ時に報告を求めている」が 15.3%であった。

「特定のヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」場合のヒヤリ・ハット事例の内容は、「出荷した福祉用具に関するヒヤリハット」、「用具の故障・対応」、「ケガにつながるおそれのある用具の不具合、トラブル」、「お客様宅での事故、スタッフ本人の事故につながるもの」、「ケガに繋がる事例や事故に繋がる事例」、「事故に繋がる可能性がある事例」といった回答が挙げられた。

図表 23 問3（1）事業所で福祉用具専門相談員に求めているヒヤリ・ハット事例の報告

調査数	すべての報告を速やかに求めている	特定の報告を速やかに求めている	ヒヤリ・ハット事例は会議や打ち合わせ時に報告を求めている	ヒヤリ・ハット事例は例外的に報告を求めている	無回答
359 100.0%	258 71.9%	13 3.6%	55 15.3%	27 7.5%	6 1.7%

② 事業所内での報告のしやすさ（雰囲気・環境等）について

上記「① 事業所で福祉用具専門相談員に求めているヒヤリ・ハット事例の報告」で「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」、「特定のヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」、「ヒヤリ・ハット事例は会議や打ち合わせ時に報告を求めている」のいずれかを回答した場合、事業所内での報告のしやすさ（雰囲気・環境等）は、「とても報告しやすい雰囲気・環境である」が 61.7%と最も多く、次いで「やや報告しやすい雰囲気・環境である」が 29.4%であった。

図表 24 問 3（1）①事業所内での報告のしやすさ（雰囲気・環境等）について

調査数	環境とても報告しやすい雰囲気・環境である	境ややあ報告しやすい雰囲気・環境である	境ややあ報告しづらい雰囲気・環境である	環境とても報告しづらい雰囲気・環境である	たたヒヤリ・ハット事例が発生しない
326 100.0%	201 61.7%	96 29.4%	9 2.8%	1 0.3%	19 5.8%

※集計対象は「① 事業所で福祉用具専門相談員に求めているヒヤリ・ハット事例の報告」で、「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」、「特定のヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」、「ヒヤリ・ハット事例は会議や打ち合わせ時に報告を求めている」のいずれかを回答したもののみ。

③ 報告しやすい環境づくりのために事業所として工夫していること

上記「② 事業所内での報告のしやすさ（雰囲気・環境等）について」で「とても報告しやすい雰囲気・環境である」もしくは「やや報告しやすい雰囲気・環境である」と回答した場合、報告しやすい環境づくりのために事業所として工夫していることは、「ヒヤリ・ハット用の報告様式を整備している」が 51.9%と最も多く、次いで「ヒヤリ・ハットを報告する定期的な機会を設けている（朝礼・会議等）」が 45.8%、「ヒヤリ・ハット報告のフローを定めている」が 23.2%と「管理者が率先してヒヤリ・ハット報告している」が 22.6%と概ね同程度であった。

「その他」の自由記述回答では、日頃からコミュニケーションを取る・聞き取りをするといった、話しやすい環境作りに関する内容が多く挙げられた。

図表 25 問3（1）②報告しやすい環境づくりのために事業所として工夫していること【複数回答】

調査数	式ヒヤリ・ハット用の報告様式を整備している	ロイヤリティを定めて報告している	（定期的・朝礼・会議等）を設けて報告している	て益福ヒヤリ・ハットを報告する機会を設けて報告している	さ福ヒヤリ・ハットを報告する機会を設けて報告している	ハ管ツ理者が率先してヒヤリ・ハット報告している	その他	無回答
297 100.0%	154 51.9%	69 23.2%	136 45.8%	44 14.8%	5 1.7%	67 22.6%	14 4.7%	6 2.0%

※集計対象は「② 事業所内での報告のしやすさ（雰囲気・環境等）について」で、「とても報告しやすい雰囲気・環境である」、「やや報告しやすい雰囲気・環境である」のいずれかを回答したもののみ。

図表 26 問3（1）②報告しやすい環境づくりのために事業所として工夫していること：その他（自由記述）

- ・ 定期的な、営業所、及び法人の主催するミーティングで報告の場を設けている
- ・ 何を、かくす必要がある。正直である事、ウソをつかない事が正しい姿
- ・ 形式でなく、口頭で自由に話せる雰囲気を作るよう努力している
- ・ 日々のコミュニケーション
- ・ 話しやすい環境を作れるように努めている
- ・ いつでも話せる機会を設けている
- ・ アプリ化し発生時にアプリで報告し全社員に通知、情報を共有している。
- ・ 日頃から訪問時等気付きなどあったかどうか聞くようにしている。
- ・ ヒヤリ・ハット報告により誰も不利益が生じず、事業所として問題改善になる事を周知している
- ・ 常に話を聴くことの環境を意識し、1人で問題を抱えずに共有することを、事業所内で心掛けています。
- ・ 日常的に頻繁にコミュニケーションを取るようにしている。
- ・ 事業所内の雰囲気作り。

(2) 福祉用具専門相談員用調査

1) 回答者について

① 福祉用具専門相談員としての経験年数

福祉用具専門相談員としての経験年数は、全体を見ると「10年以上」が42.6%と最も多く、次いで「5年以上～10年未満」が25.7%、「3年未満」が14.6%であった。

図表 27 問 1 1. 福祉用具専門相談員としての経験年数

	調査数	3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～10年未満	10年以上	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値	
全体	650 100.0%	95 14.6%	94 14.5%	167 25.7%	277 42.6%	17 2.6%	9.4	6.6	0.0	30.0	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	4 14.8%	2 7.4%	5 18.5%	15 55.6%	1 3.7%	10.7	6.2	2.0	23.0
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	17 11.0%	14 9.0%	38 24.5%	85 54.8%	1 0.6%	11.4	7.0	1.0	27.0
	事例報告なし	466 100.0%	74 15.9%	77 16.5%	124 26.6%	177 38.0%	14 3.0%	8.6	6.3	0.0	30.0

② 福祉用具専門相談員としての保有資格等

福祉用具専門相談員としての保有資格等は、全体を見ると、「福祉用具専門相談員指定講習修了」が85.5%と最も多く、次いで「福祉住環境コーディネーター1級・2級」が37.8%、「介護福祉士」が12.3%であった。

図表 28 問 1 2. 福祉用具専門相談員としての保有資格等【複数回答】

	調査数	福祉用具専門相談員指定講習修了	理学療法士	作業療法士	介護支援専門員	介護福祉士	社会福祉士	福祉用具プランナー	福祉用具選定士	福祉住環境コーディネーター1級・2級	無回答	
全体	650 100.0%	556 85.5%	7 1.1%	4 0.6%	29 4.5%	80 12.3%	10 1.5%	62 9.5%	60 9.2%	246 37.8%	16 2.5%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	23 85.2%	2 7.4%	-	2 7.4%	3 11.1%	1 3.7%	3 11.1%	5 18.5%	16 59.3%	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	136 87.7%	1 0.6%	-	9 5.8%	17 11.0%	4 2.6%	21 13.5%	21 13.5%	72 46.5%	3 1.9%
	事例報告なし	466 100.0%	396 85.0%	4 0.9%	4 0.9%	18 3.9%	59 12.7%	5 1.1%	38 8.2%	34 7.3%	158 33.9%	13 2.8%

2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について

本調査では、回答者が担当した、もしくは詳細に把握している、平成29年度から令和3年度に発生した福祉用具に関する事故もしくはヒヤリ・ハットの事例について回答いただくこととしており、回答いただいた事例の種類は、「事故」が4.2%、「ヒヤリ・ハット」が23.8%、「事故もしくはヒヤリ・ハットのいずれも把握している事例がない」が71.7%であった。

図表 29 問2 1. 本調査にご回答いただく事例の種類

調査数	事故	ヒヤリ・ハット	てハ事 いる トも 事 例 が ず は な れ も ヒ ヤ リ ・ ハ ッ ト の い づ れ も 把 握 し て い る 事 例 が な い	無回答
650 100.0%	27 4.2%	155 23.8%	466 71.7%	2 0.3%

3) 事故事例について

① 事故状況

a) 事故状況の程度

事故状況の程度は、「受診（外来・往診）」が40.7%と最も多く、次いで「その他」が37.0%、「入院」が14.8%であった。

図表 30 問2 1. ①事故状況の程度

調査数	受診（外来・往診）	入院	死亡	その他	無回答
27 100.0%	11 40.7%	4 14.8%	- -	10 37.0%	2 7.4%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

② 事故の対象者

a) 事故の対象者へのサービス提供開始年

事故の対象者へのサービス提供開始年は、「平成 30 年～令和 2 年」が 37.0%と最も多く、次いで「令和 3 年以降」と「平成 27 年～平成 29 年」がいずれも 18.5%であった。

図表 31 問 2 3. ②サービス提供開始日

調査数	〓平成 20 年	平成 21 年〓平成 23 年	平成 24 年〓平成 26 年	平成 27 年〓平成 29 年	平成 30 年〓令和 2 年	令和 3 年以降	無回答
27 100.0%	- -	- -	2 7.4%	5 18.5%	10 37.0%	5 18.5%	5 18.5%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

b) 事故の対象者の住宅の状況

事故の対象者の住宅の状況は、「自宅」が 92.6%、「施設」が 7.4%であった。

また、自宅の場合の住宅の状況は図表 33 のとおりであった。

図表 32 問 2 3. ③対象者 住宅の状況

調査数	自宅	施設
27 100.0%	25 92.6%	2 7.4%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

図表 33 問 2 3. ③対象者 住宅の状況_自宅

		調査数	平屋	2 階建て以上	その他	無回答
全体		25 100.0%	5 20.0%	9 36.0%	-	11 44.0%
自宅	持ち家	8 100.0%	-	4 50.0%	-	4 50.0%
	賃貸	6 100.0%	2 33.3%	2 33.3%	-	2 33.3%
	戸建て	1 100.0%	1 100.0%	-	-	-
	集合住宅(1階)	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	-	2 50.0%
	集合住宅(2階以上)	4 100.0%	-	2 50.0%	-	2 50.0%
	集合住宅(階数不明)	1 100.0%	-	-	-	1 100.0%

※集計対象は「b) 事故の対象者の住宅の状況」で「自宅」と回答したもののみ。

c) 身体状況

事故の対象者の要介護度と認知症高齢者日常生活自立度は下表のとおりであった。

図表 34 問 2 3. ④対象者 身体状況_要介護度

調査数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	自立	無回答
27 100.0%	2 7.4%	7 25.9%	5 18.5%	5 18.5%	4 14.8%	1 3.7%	1 3.7%	1 3.7%	1 3.7%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

※「自立」は、事故の対象者として福祉用具貸与の対象利用者ではなく第三者（家族等）である。

図表 35 問 2 3. ⑤対象者 身体状況_認知症高齢者日常生活自立度

調査数	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	無回答
27 100.0%	4 14.8%	2 7.4%	1 3.7%	-	-	-	-	20 74.1%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

③ 事故事例の概要

a) 事故事例の発生年・時間帯

事故事例の発生年は、「令和4年」が33.3%と最も多く、次いで「令和3年」が25.9%、「令和2年」が18.5%であった。

事故事例の発生時間帯は、「9時～12時」が44.4%と最も多かった。

図表 36 問 2 4. ①事故の概要 発生年

調査数	平成 2 9 年	平成 3 0 年	令和 元 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	無回答
27 100.0%	1 3.7%	1 3.7%	2 7.4%	5 18.5%	7 25.9%	9 33.3%	2 7.4%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

図表 37 問 2 4. ②事故の概要 発生時間帯

調査数	0 時 ～ 3 時	3 時 ～ 6 時	6 時 ～ 9 時	9 時 ～ 1 2 時	1 2 時 ～ 1 5 時	1 5 時 ～ 1 8 時	1 8 時 ～ 2 1 時	2 1 時 ～ 2 4 時	無回答
27 100.0%	1 3.7%	-	2 7.4%	12 44.4%	2 7.4%	3 11.1%	2 7.4%	-	5 18.5%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

b) 事故事例の発生場所

事故事例の発生場所の状況は、下表のとおりであった。

図表 38 問2 4. ③事故の概要 発生場所

調査数	自宅 居間	自宅 寝室	自宅 台所	自宅 浴室	自宅 洗面・脱衣所	自宅 トイレ	自宅 廊下	自宅 ルコニ ペランダ・バ ルコニ	自宅 玄関内	自宅 玄関外	自宅 勝手口	自宅 庭	自宅 駐車場
27 100.0%	2 7.4%	5 18.5%	-	1 3.7%	-	-	1 3.7%	-	1 3.7%	-	-	1 3.7%	-
調査数	自宅 自宅以外	自宅 その他	施設 居室 (多床 居室)	施設 居室 (個室)	施設 トイレ	施設 食堂等 共用部	施設 浴室・ 脱衣室	施設 廊下	施設 機能 訓練室	建物外 施設敷 地内の	施設 敷地外	施設 その他	無回 答
27 100.0%	7 25.9%	5 18.5%	-	3 11.1%	-	-	-	-	-	-	-	-	1 3.7%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

c) 事故の種別

事故の種別は、「転倒」が37.0%と最も多く、次いで「交通事故」が29.6%、「挟み込み」が11.1%であった。

図表 39 問2 4. ④事故の概要 事故の種別【複数回答】

調査数	転倒	挟み 込み	誤 嚥・ 窒息	不 明	転 落	交 通 事 故	そ の 他
27 100.0%	10 37.0%	3 11.1%	-	1 3.7%	2 7.4%	8 29.6%	4 14.8%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

d) 事故事例の提供種目

事故事例の提供種目は、「車いす」が37.0%と最も多く、次いで「歩行器」と「手すり」がそれぞれ14.8%であった。

図表 40 問2 4. ⑤事故の概要 提供種目

調査数	車いす	特殊 寝台	床 ずれ 防止 用具	体 位 変 換 器	手 す り	ス ロ ー プ	歩 行 器
27 100.0%	10 37.0%	3 11.1%	1 3.7%	-	4 14.8%	-	4 14.8%
調査数	歩 行 補 助 つ え	認 知 症 徘徊 感知 機器	移 動 用 リ フ ト	自 動 排 泄 処 理 装 置	そ の 他	無 回 答	
27 100.0%	1 3.7%	-	2 7.4%	-	2 7.4%	1 3.7%	

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

e) 事故情報の把握方法

事故事例の情報の把握方法は、「利用者本人からの連絡」が 33.3%と最も多く、次いで「介護支援専門員からの連絡」と「家族等の介護者からの連絡」がそれぞれ 29.6%であった。

図表 41 問 2 4. ⑥事故の概要 事故情報の把握方法【複数回答】

調査数	福祉用具専門相談員による聞き取りもしくは発見	利用者本人からの連絡	介護支援専門員からの連絡	家族等の介護者からの連絡	他の介護サービス事業所からの連絡	その他
27 100.0%	4 14.8%	9 33.3%	8 29.6%	8 29.6%	2 7.4%	1 3.7%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

④ 事故発生時の対応

a) 事故事例の受診状況

受診状況は、「受診（外来・往診）」が 37.0%と最も多かった。

図表 42 問 2 5. ①事故発生時の対応 受診方法

調査数	受診（外来・往診）	救急搬送	施設内の医師（配置含む）が対応	その他	無回答
27 100.0%	10 37.0%	4 14.8%	- -	11 40.7%	2 7.4%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

b) 事故事例の診断内容

診断内容は、「打撲・捻挫・脱臼」が 37.0%と最も多かった。

図表 43 問 2 5. ②事故発生時の対応 診断内容

調査数	切傷・擦過傷	打撲・捻挫・脱臼	骨折	その他	無回答
27 100.0%	2 7.4%	10 37.0%	- -	8 29.6%	7 25.9%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

⑤ 事故発生後の状況

a) 事故を報告した対象者の家族等の続柄

事故を報告した対象者の家族等の続柄は、「子、子の配偶者」が 29.6%と最も多く、次いで「配偶者」が 25.9%であった。

「その他」の回答内容は、知人、親類、対象者の姉妹、介護支援専門員、身寄りがなく報告者なし、等であった。

図表 44 問2 6. ①事故発生後の状況 報告した家族等の続柄【複数回答】

調査数	配偶者	子、子の配偶者	その他	無回答
27	7	8	10	4
100.0%	25.9%	29.6%	37.0%	14.8%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

b) 連絡した関係機関

事故事例について連絡した関係機関は、「警察」が 18.5%、「他の自治体」が 7.4%であった。

図表 45 問2 6. ②事故発生後の状況 連絡した関係機関（連絡した場合のみ）【複数回答】

調査数	他の自治体	警察	その他	無回答
27	2	5	7	14
100.0%	7.4%	18.5%	25.9%	51.9%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

c) 事故の原因分析の連携先

事故の原因分析の連携先は、「レンタル卸」が 48.1%と最も多く、次いで「メーカー」が 25.9%であった。

図表 46 問2 7. ①事故の原因分析 7. 事故の原因分析_連携先【複数回答】

調査数	メーカー	レンタル卸	その他	無回答
27	7	13	3	8
100.0%	25.9%	48.1%	11.1%	29.6%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」と回答したもののみ。

d) 事故事例の原因分析

事故事例発生時の状況・事故内容の詳細別の、事故事例の原因分析および再発防止策は、下表のとおりであった。

図表 47 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・問2 8. 再発防止策：提供種目 車いす【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 歩道を（ハンドル形電動車椅子）で移動中に前方より中学生が自転車に乗って（10名程度）向って来た。ご本人は危険を感じて歩道の端に寄せて（ハンドル形電動車いす）を停止させたが、10名程度の中学生の一人が（先頭を走行）前方を見ておらず（ハンドル形電動車椅子）と衝突した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様は安全に（ハンドル形電動車椅子）を操作されており、身の危険を感じて前方より向って来た自転車の集団を避けようと歩道の端に寄せて停車されており、自転車の運転者の前方不注意が事故の主要原因であります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運転の操作方法の再確認とご指導をさせていただき、又レンタル卸業者にも（ハンドル形電動車椅子）に不備がないか点検していただいた。今回はもらい事故でしたが、逆に利用者様自身が衝突されることもあるかもしれませんので、安全運転に常に注意していただくようにご指導をし、危険を感じた時はすぐに停止していただくようにお話しいたしました。
<ul style="list-style-type: none"> ・ カートに乗った状態で、自転車に乗った友人と会話していた時、道の端によろうとした時、自転車に接触し、そこに走ってきた車に自転車が接触 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アクセル操作ミス 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 再度操作指導、操作技術確認
<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルパー訪問時、いつもは娘様が玄関を開けられるが、おらず本人が開けに行き、その時に転倒。転倒時近くにあった車イスにつかまり車イスも倒れてきてしまい車イスの下敷きになってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者不在だったため本人が対応した事による転倒だったことと、本人のADL低下による歩行状態の不安定さ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 玄関手すりの提案。室内歩行器の貸与による歩行状態の改善。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 交差点で自転車が飛び出して来て、それをよけようとハンドルを切り少し縁石に車体がぶつかり車体に少し傷がついた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自転車がスピードを出し死角からの飛び出し又、自転車は携帯を見ていたとのこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自転車の人が携帯を見ながらの運転が増えているためこちらが交差点で気をつけ止まって運転していても当たられる可能性が有るため、交差点ではいつでも止まれるように低速に走るように説明
<ul style="list-style-type: none"> ・ （商業施設）に買い物カートのまま利用中商品にカートがあたり慌ててバックした所買い物客に接触し買い物客が足を打撲 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出、（商業施設）での買い物時カートを利用したが幅が狭くカートの利用期間も短く運転のミスがあり商品にあたり慌ててしまい急いでバックしたため事故が発生 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 性格的に横着なところがあり丁寧な運転を心がけて頂き幅が狭いところには今後行かないようにする 定期的に訪問確認させて頂く毎月点検予定

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
<ul style="list-style-type: none"> 横断歩道を送行中に、右折してきた車と接触事故が起こる 	<ul style="list-style-type: none"> 本人様は、青信号を確認し、横断歩道を渡られており、問題はない。今回は相手方が右折時に歩行者等の確認不足が原因。 	<ul style="list-style-type: none"> 今回は、聞き取りをしながら、地図上で、危険箇所の確認。事故発生場所とその他の箇所も含めて行いました。交差点での運転の仕方の確認を行いました。(ハンドル形電動車椅子) 卸さんからも同様に運転等での説明を行っています。
<ul style="list-style-type: none"> 支払いの為近隣の郵便局に立ち寄る。(ハンドル形電動車椅子)を玄関ポーチに停車させたのち、電源を切らずに動かそうとしたところ、誤ってレバーに接触、(ハンドル形電動車椅子)が前進し、玄関のガラス1枚を破損させた。本人にケガはなく、他に(ハンドル形電動車いす)に傷がついた。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人…(ハンドル形電動車椅子)の操作ミスがあった。※ただし高齢ではあるが管理・操作に大きな問題はない当日たまたま雨で玄関付近まで(ハンドル形電動車いす)を動かした。 利用方法…使用方法の注意点への説明が不足していた。ブレーキ等への説明不足 環境…当日天候雨がかった 	<ul style="list-style-type: none"> 使用方法、特に事故につながりやすいミス＝操作について本人に再度説明 定期訪問により利用状況の把握 3カ月がたち利用状況を確認、問題ないことを確認する
<ul style="list-style-type: none"> 帰宅途中で操作を誤って溝に(ハンドル形電動車椅子)ごと転落した。 	<ul style="list-style-type: none"> 帰宅時間が遅かったためまわりが暗く溝に気づくのがおくれた。長年(ハンドル形電動車椅子)を利用しているので操作にはなれているが当日は暗かったので操作を誤った。 	<ul style="list-style-type: none"> (ハンドル形電動車椅子)の操作の再度の確認。なるべく暗い時間帯や、体調のすぐれない時は乗らない。
<ul style="list-style-type: none"> 車道を走っていて(左側)、後ろから来た乗用車にぶつけられた。 	<ul style="list-style-type: none"> 夜は乗らない。歩道がしっかり整備されているため、必ず歩道を走行するよう指導したが、それを無視して走っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 再三注意したが、守らなかったため、ケアマネジャーさんとの取り決めで、レンタルを中止した。
<ul style="list-style-type: none"> 商業施設内にて電動カートを利用中、バックで切りかえそうとしたが、ギアを前進にしたまま発進してしまい、そのまま歩行者と衝突してしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者本人の操作ミスが原因と考えられ、利用開始から2年が経過し、慣れもあってミスが起きた可能性が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉用具専門相談員、ケアマネジャー、メーカー担当者と共に、改めて運転操作確認を行い、結果継続利用を行わないという結論に至った。

※固有名詞はカッコ書きで抽象化した。

図表 48 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・

問2 8. 再発防止策：提供種目 特殊寝台【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助者(息子)がオムツ交換を行う際に特殊寝台の高さ調整機能を活用し、上限まで高さを上げた。オムツ交換が終わり、元の高さに下げた。その際にテーブルや車いすが特殊寝台に挟まりベッドが一時的に浮いてしまった。その下に介助者(息子)の右足親指が挟まってしまい爪が割れる怪我をした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッドサイドにテーブルが置かれていた。ベッドの高さ調整時にテーブルが挟み込んだ可能性が高いと思われる。・納品時には使用時の注意点としてベッド周りに物を置かないように注意した。・メーカーに訪問してもらい製品の不備はなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台の注意事項を再度、説明した。ベッド周りや下に物を置かない様に促した。注意事項説明時にはより具体的な説明も踏まえて行う。 ・ 特にベッドを下げる際は周囲の確認をして頂く。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 朝施設スタッフが巡回で部屋に訪問したときに、ベッドの頭側のフレームとサイドレールの上に足を挟まれた状態で発見される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人要因 認知症で部屋の中で何をするかわからない状態の人で、発見された状態も何が起こったらこの状態になるのかわからない状態で発見された。ベッドの頭側のボードの上に上って転落した勢いでベッドボードとサイドレールの間に転落してしまい、大腿部を挟んでしまったのか？サイドレールの上に乗ってしまいバランスを崩して転落をしてしまったのか？ 勢いが強くないとまず挟まらない状態としか推測できない状態で発見されたため具体的要因は不明だが、認知症で何をするかわからない状態であった本人要因が強いものと判断する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回のご利用者様に対しては入院後、そのまま利用中止になったため事故後の再発防止対策は何もしてません。認知症のため本当にどういう行動をされるか予測不能な方で、事故がどうやって起こったのかも推測しかできない状態のため、対策がとれず。今回の件以降、施設側と相談し、身体が元気で認知症状の進行が進んでる方に対して、巡回の回数を増やして対応していただいたり、徘徊感知器が必要な方は徘徊感知器を早めに導入していくことを実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 妹様による当該商品の昇降操作を行った。下降時にイスがあることに気づかずベッド柵と椅子が挟まり、ベッド柵が破損。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台の操作時に周囲の確認不足による事故 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 翌月の訪問時に再度注意事項の確認を妹様と行った。

図表 49 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・

問2 8. 再発防止策：提供種目 手すり【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッドから立ち上がる際にふらつき転倒。その際にベッド前に設置したベストポジショニングバーとベッドに狭まる事故 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッドからの立ち上がりとして手すりを導入。ベッドからおよそ35cm離れた箇所に設置(危険な隙間非該当)。ベッドに端座位の状態から手すりを掴んで立ち上がるもその際にふらつき転倒。ベッドに手すりの間に身体腹部が狭まれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 愛用していたベッドと手すりの継続を本人は希望されていたが娘やケアマネジャー、福祉用具専門相談員が有効策を話し合い本人に伝える。ようやく本人も納得し特殊寝台と同付属品である介助バーの導入に至った。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 手すり利用し移動中に、袖が跳ね上げのフックに引掛り、手すりが不安定な状態になり転倒。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 跳ね上げのクロスバーのフックに、袖が、引掛り、クロスバーがぐらついた為、支持できなくなり、バランスを崩して転倒された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症があり、理解力も乏しいので、最小限の機能の手すりに対応。固定式のクロスバーに変更設置致しました。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッドから起き上がり移動しようとした際にお試しで置かせていただいた手すりのベース部分につまづき転倒され箆箆で顎を殴打。腫れてしまい、口腔内違和感が続き食事食べにくい状態が続いた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手すりのベース部分、厚さ1.3cm、ベッドから16cm程出してしまう事で、今までなかった段差が生じそれに躓かれた。また薄い分目に入り辛く躓かれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ お試しで福祉用具を納品させていただく場合でも留意事項、使用方法等を説明させていただき、お互いの確認の為に書面に残しサインを頂く事で利用者様にもしっかりと説明が出来、利用者様控えで何度も留意事項を確認する事が出来る。また書面である事でスムーズに話し合い等進める事が出来る。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 布団から立ち上がり時に手すりを利用。支えにした際に、手すりのベースが動いたことが原因で転倒。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 立ち上がり時に手すりを掴んだ際、水平方向に力がかかったことが原因でベースが動いてしまい、転倒したと思われる。 ・ 事故発生時の本人様の記憶が曖昧であるため、原因分析が困難な状態。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用方法と注意事項の再説明を行った。 ・ ベースが動きにくいよう、重量の重い手摺への変更の提案を行った。

図表 50 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・

問2 8. 再発防止策：提供種目 歩行器【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
・ 歩行器のネジで左足の薬指を切った。	・ 歩行器を利用する際にくつ下等はない。はだしにサンダルで過ごされていた。何かに触れると皮膚がさけてしまう状態。歩行器のネジにバリがあった。メンテナンスの問題があった。	・ 事故対応記録を事業所内で回覧し、同様の事故が発生しない様に情報を共有した。特にネジ部分については写真でわかりやすく説明を行った。
・ アームフィットの後脚が断裂、転倒した	・ 製品要因として後車輪のフレーム上部に経年劣化あり	・ 機種を変更
・ 朝、居室にて歩行器（前腕支持型）を利用し、冷蔵庫まで物を取りに行く際転倒。居室にて1人だった為、その場を見てる人はいない。右側面に倒れた可能性あり、歩行器右足破損	・ メーカー：製品の安全性を確認はしていましたが、更に歩行器本体の厚みを増した、改良版をその後開発、のち、交換対応いたしました。 ・ 冷蔵庫の物を取る時は、職員を呼び、極力、自分で物を取らないようにし、不安定な姿勢を取らないよう注意喚起	—
・ 歩行器を使って通院に行く途中にある踏切にて、線路の溝にタイヤを取られることで、転倒する。そのまま病院受診され、軽い打撲程度で入院治療はなし。	・ 抑速ブレーキの不具合などを考慮しましたが、目立った異常はありませんでした。道路に対して線路がやや斜めに横切っており、直進して進んでいても、タイヤの角度が曲がり、タイヤが溝に引っかかる可能性がありました。	—

図表 51 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・

問2 8. 再発防止策：提供種目 歩行補助つえ【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
・ 外の空気を吸いたいため知人男性と外出する際にデモ中の4点杖を使用した所、マンション敷地内でうつ伏せにて転倒、両脇や膝を打った模様で痛みを訴えられる。	・ 本人・環境要因：身体機能の低下やふらつき等から転倒リスクが高い状態であったため4点杖の利用スタートしたが、目の見えづらさがある中で視野の良くない夜間での外出により、杖を蹴ってしまった可能性がある。 ・ 職員要因：夜間視野が悪くなった状態での使用に関し、十分に注意喚起を行えていなかった可能性がある。 ・ その他要因：デモ当初にフィッティング設定した4点杖の可動仕様が固定仕様に変更されていた。誰がどの段階で変更したのか不明である。	・ 身体機能の低下などから転倒リスクを高まっていたため、4点杖の利用をスタートしたが、目の見えづらさなど本人にしかわからない状況を出来るだけ把握し、夜間での使用場面等など最大リスクを想定した事前説明を行う。 ・ 杖の可動設定変更が転倒の主要因であるとは断定できないが、当初設定した仕様を変更した場合のリスクを明確に行う。

図表 52 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・
問2 8. 再発防止策：提供種目 移動用リフト【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
<ul style="list-style-type: none"> 引越しにあわせて、ご要望に応じ前日に昇降座椅子を本人不在の状態で新居に納品したが、その際座椅子の土台となる脚部を納品担当者が付け忘れてしまった。それが原因で本人が座椅子に腰かけた際に座椅子が傾き本人は前方に滑り落ち床に転落、尻もちをついた。 	<ul style="list-style-type: none"> 納品時に転倒防止用の脚パーツの取り付けおよび動作確認を怠っていた。 担当者の商品知識不足の為に脚パーツ取り付けの手順が抜けてしまっていた。転居という住環境が変わる場面でより気を付けて納品する必要があるにもかかわらず、最終確認を怠ってしまったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> 納品の際には商品に関する知識を再度、確実に確認してから納品にあたる。 不慣れで初めて扱う商品については先輩社員の同行を依頼し安全確実に不備なく納品が行えるようにする。 お客様周囲の環境が変わる場合には、用具適合場面に必ず立ち会う。 昇降座椅子組立納品チェックシートを作成し抜け漏れ防止を図った。
<ul style="list-style-type: none"> 移乗用リフトをお試し利用している際、リフト作動中に本人が大きく姿勢を修正し、右足の位置がずれてしまった。ずれた右足がリフト下部の隙間に狭まっていることに気付かず操作を続行したことで本人の右足親指付根に怪我を負わせてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> リフト操作デモの際に、本人の酸素カニューレや呼吸の状態、介助者への操作指導など気にかける点が多い中、本人が大きく姿勢を修正したタイミングで足元の位置が変わっていたことに気が付かなかったことが原因。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉用具専門相談員として、取扱経験が少ない機種であったため、利用者に実際にデモをする前に取扱説明をしっかりと読み込み、自ら操作する側される側を実際に体験した上で、想定される事故・ヒヤリハットを把握し、そこから相手に使用方法だけでなく使用上の注意点をしっかりと伝えるよう、プロセスを踏んで事前準備を万端にすることで、心に余裕を持ち、広範囲に配慮しながら、実際のデモンストラーションが安全に行えるようにしていく。

図表 53 問2 4. ⑥事故の概要 発生時状況、事故内容の詳細・問2 7. 事故の原因分析・
問2 8. 再発防止策：提供種目 その他（無回答含む）【自由記述回答】

発生時の状況、事故内容の詳細 (自由記述)	原因分析 (自由記述)	再発防止策 (自由記述)
・入浴グリップに体重をかけると入浴グリップが動き、バランスをくずし壁に肩を打ち、浴槽内に転落。頭、首を打つ痛みの為、夜寝られず翌日病院受診	・入浴グリップのすべり止めがしっかりきいていなかった。浴槽が古く、ホーローの為、固定がしっかりされていなかった。浴槽外側に段差があり、またRもあった為、グリップがききにくくなっていた。	・固定がしっかりされているか、しっかり確認する。合っていない、危ないと感じた場合は他の商品を提案する。
・ハンドル形電動車いすを利用中に自動車にぶつけられた。	-	・安全運転の冊子を要してお渡しした。
・タックルブレーキをかけたつもりがかかっておらず立ち上がろうとして転倒	・本人が駐車ブレーキをかけたと勘違いをした。高齢者専用賃貸住宅のため職員の身回りの際に気付く。今まではご自身で駐車ブレーキをかけれていたが、認知面の低下により把握できず気がつけなかった。個室となり本人の行動がわかりにくかった	・本人に声かけしても再発する可能性があるので自動ブレーキ付のタイプへ変更

4) ヒヤリ・ハット事例について

① ヒヤリ・ハット事例の対象者

a) サービス提供開始時期

ヒヤリ・ハット事例の対象者へのサービス提供開始時期は、「令和3年以降」が36.1%と最も多く、次いで「平成30年～令和2年」が27.7%、「平成27年～平成29年」が15.5%であった。

図表 54 問2 1. ①対象者 サービス提供開始年

調査数	平成20年	平成21年～平成23年	平成24年～平成26年	平成27年～平成29年	平成30年～令和2年	令和3年以降	無回答
155	11	3	7	24	43	56	11
100.0%	7.1%	1.9%	4.5%	15.5%	27.7%	36.1%	7.1%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) 住宅の状況

ヒヤリ・ハット事例の対象者の住宅の状況は、「自宅」が 51.6%、「施設」が 5.2%であった。

図表 55 問 2 1. ②対象者 住宅の状況

調査数	自宅	施設	無回答
155 100.0%	80 51.6%	8 5.2%	67 43.2%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

図表 56 問 2 1. ③対象者 住宅の状況_自宅

		調査数	平屋	2階建て以上	その他	無回答
全体		80 100.0%	11 13.8%	56 70.0%	-	13 16.3%
自宅	持ち家	48 100.0%	11 22.9%	36 75.0%	-	1 2.1%
	賃貸	7 100.0%	-	6 85.7%	-	1 14.3%
	戸建て	4 100.0%	-	4 100.0%	-	-
	集合住宅(1階)	5 100.0%	-	5 100.0%	-	-
	集合住宅(2階以上)	9 100.0%	-	6 66.7%	-	3 33.3%
	集合住宅(階数不明)	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-

※集計対象は「b) 住宅の状況」で「自宅」と回答したもののみ。

c) ヒヤリ・ハット事例の対象者の身体状況

ヒヤリ・ハット事例の対象者の身体状況は、要介護度は「要介護4」が 20.6%と最も多く、次いで「要介護3」が 20.0%、「要介護2」が 17.4%であった。

認知症高齢者日常生活自立度は、「I」が 25.2%と最も多く、次いで「IIa」が 15.5%、「IIb」が 8.4%であった。

図表 57 問 2 1. ④対象者 要介護度

調査数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	自立	無回答
155 100.0%	8 5.2%	17 11.0%	16 10.3%	27 17.4%	31 20.0%	32 20.6%	17 11.0%	-	7 4.5%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

図表 58 問2 1. ⑤対象者 認知症高齢者日常生活自立度

調査数	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	無回答
155 100.0%	39 25.2%	24 15.5%	13 8.4%	12 7.7%	4 2.6%	5 3.2%	-	58 37.4%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

② ヒヤリ・ハットの概要

a) 発生時期

ヒヤリ・ハット事例の発生時期は、「令和4年」が58.1%と最も多く、次いで「令和3年」が16.8%、「令和2年」が7.1%であった。

図表 59 問2 2. ⑥ヒヤリ・ハットの概要 発生年

調査数	平成 2 9 年	平成 3 0 年	令和 元 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	無回答
155 100.0%	6 3.9%	5 3.2%	8 5.2%	11 7.1%	26 16.8%	90 58.1%	9 5.8%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) 発生時間帯

ヒヤリ・ハット事例の発生時間帯は、「午前」が45.2%、「午後」が40.6%であった。

図表 60 問2 2. ⑦ヒヤリ・ハットの概要 発生時間帯

調査数	午前	午後	無回答
155 100.0%	70 45.2%	63 40.6%	22 14.2%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

図表 61 問2 2. ⑦ヒヤリ・ハットの概要 発生時間帯

調査数	0時 ～ 3時	3時 ～ 6時	6時 ～ 9時	9時 ～ 12時	12時 ～ 15時	15時 ～ 18時	18時 ～ 21時	21時 ～ 24時	午前 時間 不明	午後 時間 不明	無回答
155 100.0%	2 1.3%	2 1.3%	6 3.9%	38 24.5%	19 12.3%	17 11.0%	6 3.9%	1 0.6%	22 14.2%	20 12.9%	22 14.2%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

c) 発生場所

ヒヤリ・ハット事例の発生場所は、「自宅 寝室」が 26.5%と最も多く、次いで「自宅 居間」が 13.5%であった。

図表 62 問 2 2. ⑨ヒヤリ・ハットの概要 発生場所

調査数	自宅 居間	自宅 寝室	自宅 台所	自宅 浴室	自宅 洗面・脱衣所	自宅 トイレ	自宅 廊下	自宅 ベランダ・バルコニー	自宅 玄関内	自宅 玄関外	自宅 勝手口	自宅 庭	自宅 駐車場
155 100.0%	21 13.5%	41 26.5%	4 2.6%	1 0.6%	3 1.9%	10 6.5%	6 3.9%	1 0.6%	8 5.2%	6 3.9%	-	5 3.2%	4 2.6%
調査数	自宅 自宅以外	自宅 その他	施設 居室（多床）	施設 居室（個室）	施設 トイレ	施設 食堂等共用部	施設 浴室・脱衣室	施設 廊下	施設 機能訓練室	施設 敷地内 建物外	施設 敷地外	施設 その他	無回答
155 100.0%	15 9.7%	8 5.2%	2 1.3%	11 7.1%	-	3 1.9%	1 0.6%	2 1.3%	1 0.6%	-	-	1 0.6%	1 0.6%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

d) 提供種目

ヒヤリ・ハット事例の対象者への提供種目は、「車いす」が 32.3%と最も多く、次いで「歩行器」が 30.3%、「特殊寝台」が 27.1%であった。

図表 63 問 2 2. ⑩ヒヤリ・ハットの概要 提供種目【複数回答】

調査数	車いす	特殊寝台	床ずれ防止用具	体位変換器	手すり	スロープ	歩行器	歩行補助つえ	認知症徘徊感知機器	移動用リフト	自動排泄処理装置	その他	無回答
155 100.0%	50 32.3%	42 27.1%	7 4.5%	2 1.3%	30 19.4%	10 6.5%	47 30.3%	4 2.6%	3 1.9%	2 1.3%	-	6 3.9%	1 0.6%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

e) ヒヤリ・ハット情報の把握方法

ヒヤリ・ハット情報の把握方法は、「家族等の介護者からの連絡」が29.0%と最も多く、次いで「介護支援専門員からの連絡」が25.8%、「モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り」が24.5%であった。

図表 64 問2 2. ⑪ヒヤリ・ハットの概要 ヒヤリ・ハット情報の把握方法【複数回答】

調査数	モニタリング訪問時の聞き取りの利用	モニタリング時以外の訪問	利用者本人からの連絡	家族等の介護者からの連絡	介護支援専門員からの連絡	他の介護サービス事業所からの連絡	その他	無回答
155	38	12	28	45	40	16	10	3
100.0%	24.5%	7.7%	18.1%	29.0%	25.8%	10.3%	6.5%	1.9%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

f) 聞き取れた理由

ヒヤリ・ハット情報の把握方法が「モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り」の場合の聞き取れた理由は、「モニタリング時の確認項目になっているため」が50.0%と最も多く、次いで「貸与品の破損や傷等があったため」が28.9%であった。

図表 65 問2 2. ⑫ヒヤリ・ハットの概要 聞き取れた理由【複数回答】

調査数	モニタリング時の確認項目	貸与品の破損や傷等があったため	貸与品の使用場所・頻度に変化があったため	利用者の身体状況に変化があったため	介護者の変更があったため	その他	無回答
38	19	11	6	5	2	6	1
100.0%	50.0%	28.9%	15.8%	13.2%	5.3%	15.8%	2.6%

※集計対象は「e) ヒヤリ・ハット情報の把握方法」で「モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り」と回答したもののみ。

③ ヒヤリ・ハットが発生した原因

a) ヒヤリ・ハット事例の発生原因

ヒヤリ・ハット事例の発生原因は、「事前のリスク把握が不足していた（転倒リスクに気づいていなかった等）」と「利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった」がいずれも 19.4%と最も多く、次いで「貸与品に不具合があった」が 17.4%であった。

図表 66 問2 2. ⑬ヒヤリ・ハットの概要 3. ヒヤリ・ハットが発生した原因【複数回答】

調査数	た（事前の転倒のリスクに把握が不足していた）	のモ（変化を把握しきれない、身体状況）	く利用（利用者・家族等に操作が正しく認識）	想定（想定外の場所）	想定（想定外の使用方法）	貸与（貸与品に不具合があった）	その他	無回答
155	30	10	30	5	18	27	57	4
100.0%	19.4%	6.5%	19.4%	3.2%	11.6%	17.4%	36.8%	2.6%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

「その他」の場合の回答は、おおよそ、操作方法に関する内容、納品時の確認不足や福祉用具の不備・経年劣化等に関する内容、コミュニケーションに関する内容、利用者の体調・状態に関する内容に分類した。分類結果は以下のとおり。

図表 67 問2 2. ⑬ヒヤリ・ハットの概要 3. ヒヤリ・ハットが発生した原因「その他」の内容【自由記述】

分類	内容（自由記述）
操作方法に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普段はブレーキをかけてからイスに座っているが、その時だけ忘れてしまった。 ・ 自宅内の敷居（2m）の途中でブレーキをかけられていたので、ブレーキのききがあまく、利用しようとした時に動いた為。 ・ 普段は、問題なくできている車いすのブレーキの掛け忘れが原因。毎晩トイレに行っているの、同動作は慣れているつもりが、普段しないイレギュラーな行為だったことが要因。 ・ デイサービス送迎員に操作方法が正しく認識いただけていなかった。 ・ 何度か路上で練習を行なったが、練習をもっとやるべきだった。 ・ 慎重に行う必要があった ・ 操作方法に認識はあったが、力まかせに使用されていた。 ・ 職員の車いす機能、操作方法が熟知されていなかった ・ 利用者が理解はしていたが忘れていた ・ 原因不明だが、メーカーの検証の結果、マットレスと足ボードの間にクッションを挟んでいたのが原因でモーターに負荷がかかったのではないかと ・ リモコンを移動して使用する際にコードが挟み込まれた状態で使用してしまった。

分類	内容（自由記述）
納品時の確認不足や福祉用具の不備・経年劣化等に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 足元へ取付するサイドレールの提案をしていなかった。 ・ 歩行器が新品で座面の端が尖っていた ・ 連結ピンが外れた。固定するスナップピンが外れた為 ・ 車いすクッションキャスターの点検の方法・加水分解の事業所としての知識不足 ・ 天井の強度の確認が足りなかった。 ・ 調整後の確認不足、調整を行った用具に対する認識不足。 ・ キャスター輪の旋回角度が左右で異なっており、強い負荷がかかったため、金属疲労を起こし、折れた可能性が高い。 ・ 可動部プラスチック部品に耐久性が足りない。 ・ 搬入事前確認のチェックもれ ・ ゴムの劣化による不具合 ・ 車輪が外れた ・ ズレが生じて外れてしまった。 ・ 納品を行った職員の怠慢 ・ 利用者が使用する上でのリスクをきちんと把握していなかった。 ・ ベッドを移動した際にドアなどにぶつけてしまった。搬入時からアクセサリフレームにカバーがしっかりとハマっていなかった。 ・ 出庫前の整備にてネジロック剤の塗布忘れ。点検時の未確認項目であったため、見過ごしていた。 ・ ワイヤー摩耗の可能性 ・ モーター止め用ピン欠落 ・ 経年劣化の可能性。メーカーに問い合わせたが原因不明
コミュニケーションに関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ エアーマットの取り扱い説明を聞いていない親戚の方が、介護の応援の為訪問。ベッドメイキング時に、エアーマットレスの上に、敷布団を敷いてしまった事による。 ・ 不具合あった場合は連絡いただく様に契約時及び納品時にお伝えしていたが、利用者の状態・性格を踏まえて定期的にお伝えするべきであった。 ・ 点検を断られていたため ・ 施設内のベッド移動や位置調整の際に相談員が同席できなかった。 ・ 介護者への操作説明不足(実演しなかったこと) ・ 車いす上の体位保持能力を計算していなかった。また、ベッド上に移乗してサービスは終了（ヘルパー）のはずであった。
利用者の体調・状態に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 天候不良の為視界が悪かったと思われる。 ・ いつもはできていた動作だったがこの時は本人の力が抜けた様子 ・ 身体状況の変化を把握しきれていなかった ・ 本人様の自分のペースや意欲が左右した結果、本人様は何でこうなったかの記憶がないと悩まれた。家族様もおどろかされていた。 ・ 車いす上の体位保持能力を計算していなかった。また、ベッド上に移乗してサービスは終了（ヘルパー）のはずであった。 ・ 長年同じ行動はされていたが本人が思っているほどに体力面では低下しているが本人はまだやれるとの意識が強くあると思われる ・ 本人が自身の能力を過信していた事で油断した事に起因する ・ 薬が慢性化して効きが悪くなってきた ・ 認知症の症状を利用者家族も把握しきれていなかった。

分類	内容（自由記述）
その他の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が入院している千葉の病院に見舞いに行き、普段通らない道の側溝にはまり、無理に戻そうとして想定外の負荷がタイヤに掛かった。 ・ 環境や部屋の間取り ・ 相手方の前方不注意（前を見ずに歩いていた）、不特定多数の人が集まる商業施設内での買い物。 ・ ベッドメーカーに状況を報告してRピン外れについての想定される原因を問合せたが不明 ・ 固定ピンのカバーが振動などで、外れて、固定ピンが抜けてしまった。 ・ 利用者本人が無理をして手すりを持ち上げて玄関まで運んで来られた。（家の中に入ってほしくないの） ・ 施設の為、本人、家族に了承を得てベルトを使用。立ち上がろうとして後方へ転倒。 ・ ヒヤリ・ハット報告書の確認 ・ 詳細な原因は不明。思いがけず力が加わったのではないか。 ・ 予測不可能な天災 ・ 方向転換の際、躓いた為。 ・ 組み立て方法の把握が不十分だった

b) 発生した原因別のヒヤリ・ハットの内容の詳細

ヒヤリ・ハットの内容の詳細を、ヒヤリ・ハットが発生した原因の回答別に整理した結果は以下のとおり。

図表 68 問2 2. 発生時状況、ヒヤリ・ハット内容の詳細【自由記述】・
問3. ヒヤリ・ハットが発生した原因【複数回答】

ヒヤリ・ハットが 発生した原因	発生時状況、ヒヤリ・ハット内容の詳細（自由記述）
事前のリスク把握が不足していた（転倒リスクに気づいていなかった等）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 左マヒ（左半空間無視）で車イスが左に寄って行ってしまい、左前輪が脱落した。 ・ 手すりとベッドのすき間に足がはさまった ・ 特殊寝台納品当日の夜間に、ご利用様が特殊寝台より転落。ベッド高さも30cm程度に設定しており、怪我はなかったが、別居の家族が発見するまでに、数時間経過してしまっていた。 ・ 初めて特殊寝台を使用し、ベッドより降りる時、フトンと感違いし段差でよろけ、転倒しそうになる ・ 玄関外に段差があり、後ろ向きに車イスを自走した所、後ろに倒れそうになった。 ・ 廊下を歩行器で歩行中、タイヤが柱に当たり、本人も転倒しそうになったが、かろうじて転倒しなかった。 ・ 抑速ブレーキ力の設定が左右で違っていた。（右が中、左が強） ・ 介護ベッド、サイドレール（2本）レンタル頂いていたが、ベッドからの転落があったと御家族様より御連絡頂く。 ・ 自宅トイレへ行こうと歩行器を利用した際にトイレ内がせまく、歩行器ごと中に入ってしまい身動きがとれなくなってしまった。 ・ トイレ立ち座りのための手すり利用。本人様体重が100kg近くあるため手すりを全体重のせ立ち座りをする。手すりは天井につばているタイプですが、3cmほどのずれがおきる。ねじのゆるみ等はないがズレたことに関し、本人様も心配をされていた。 ・ 施設職員の目がないタイミングでの、ベッドやイスから一人で立上り、歩行器

	<p>に手を付いて歩き出す時に転倒しそうになった。性急な歩行をする方で、前方へ歩行器だけ押し出してしまいう事もある。ブレーキ付の歩行器に変更したが、うまく使用できなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外出中につかれて歩行器に座り、休んでいたが家族が歩行器に座ったまま押しでししまい転倒してしまった ・ ベッドの高さを最低に設定し(床から背板まで 15 cm)、背上げ機能を使用する際に、ベッドにリハビリテーブルが挟まる。(天面がサイドレール上部、脚部がベッドフレーム下部に入り込み干渉した状態) その状態のまま介護者(娘様)が気づかず背上げ機能を使用し続け、異音に気づき停止したが、背上げフレームが変形した。(左手側の頭側フレームが上に 15 cm程歪んだ) 利用者様はベッド上で横になっていたが挟み込み等はなく、怪我はなかった。 ・ 袖口の大きく開いたシャツを着用していた。車いす利用中、体が前方にずり下がった際に、ひじ掛け後部の棒状に突出した部分が袖口に引っ掛かって身動きが取れなくなった。 ・ トイレ内で車いす、便器からの立ち上がり・回転動作を行っているが体重が 80 kg、下肢麻痺のため、手すり把持しながらかなりの強い力でねじる行為があり、手すりが傾いた。 ・ 電動車いすで外出時に道路からお店の急な段差スロープを上がろうとしてバランスを崩し転倒してしまった。 ・ 夜にトイレに行こうとベッドからの立ち上がる時に歩行器を掴み損ね転倒。臀部・腰部を打ち、なかなか立ち上がれなかったが怪我はなかった。 ・ 特殊寝台に端坐位で腰掛けておられ、立ち上がり時に誤って昇降サイドテーブルに手を伸ばして動作を行った。その結果、サイドテーブルが動いてしまい転倒しそうになった。 ・ タックルブレーキが破損したまま使用して転倒しそうになった。 ・ 電動車いすにて外出しようとしたところ、前輪キャスターが外れ、転倒等はなく怪我もなかったが外出が出来なかった。 ・ 支柱タイプの手すりを床と天井で押さえて設置していましたが、設置後 5 年 7 カ月が経過して天井の破損が生じました。天井下地に対して設置方法が適していなかった事が原因です。 ・ トイレ内で手すり等が無く、便器からの立ち座りで体がふらついて転倒の危険があった ・ 台所に設置していた手摺を握った後に天井に穴があき、固定されていた手摺が外れてしまった。 ・ 天井強度不足により、手すりにぐらつきが出た。 ・ 夜間から明け方にかけて、特殊寝台からポータブルトイレにご自分で移動しようと試みて上手く行かず、畳に座り込みポータブルトイレや特殊寝台に戻れなくなりました。 ・ 夜間にトイレに行く際に歩行器を使って居間からトイレに行く際に自分の意識よりも先に歩行器が進んでしまったため、転倒しそうになった。以降、歩行器使用の際に恐怖心が発生した。 ・ 昼食後、居室ベッドにて睡眠。介護員が他の居室の利用者へのサービスに入った際、物音がし駆け付けた際、サイドレールを外し掛布団を足元側に集め、足元側ボードを跨ぐ形で足が出ていてベッド上に横たわっていた。 ・ 夜間に洋式トイレ便座から車いすへ移乗動作時、駐車ブレーキのかけ忘れにより車いすが意図せず動いたことで座り損ね転倒 ・ 自宅内で転倒をし、起き上がろうと設置していた手すりに掴まったが、下の部分を思い切り掴まってしまう、外れることはなかったが、テコの原理で下部分が動き、斜めになってしまった。 ・ スロープ凍結による滑り。少し滑って転倒しそうになった。
--	---

<p>モニタリング訪問時等、身体状況の変化を把握しきれいでなかった</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歩行器の後輪に足があたり歩きにくい、こけそうになった ・ 廊下と居室の間に6cmの段差が有り、歩行器を持ち上げて以前は移動出来ていたが、だんだん筋力の低下が見られ歩行器を持ち上げる事が困難になっており、前輪が段差に引っかかり前方に歩行を一緒に転倒してしまった。怪我はしなかった。 ・ デイサービスから帰宅後に玄関まで施設職員に送られ自宅内に入る所まで確認をされていたが、数分後自宅から外に出てしまい徘徊してしまう。センサーが反応して家族に連絡をしたが家族が気がつくのが遅かった。 ・ 一人で玄関外から外へ歩行器で移動する際に身体のバランスが崩れ、歩行器と一緒に移動速度があがり少し先の建物壁面にぶつかりそうになった。 ・ モニタリングにお伺いした際に車椅子に乗っておられ空気補充を行うために下にかがみながら、お話してましたら、手を出されたようなかたちで避けたのであたりませんでした。認知度は把握して距離感も考えながら行くべきでした。 ・ 歩行状態が不安定で、以前は歩行していた箇所を車椅子で移動し、壁や家具に車椅子の側面が当たり、壁等が傷ついた。 ・ 和室から洋室への移動の際、敷居を超えようとしてバランスを崩し、転倒しそうになる。 ・ 介護ベッド、サイドレール（2本）レンタル頂いていたが、ベッドからの転落があったと御家族様より御連絡頂く。 ・ 袖口の大きく開いたシャツを着用していた。車いす利用中、体が前方にずり下がった際に、ひじ掛け後部の棒状に突出した部分が袖口に引っ掛かって身動きが取れなくなった。 ・ タックルブレーキが破損したまま使用して転倒しそうになった。
<p>利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 座ろうとしたが、ブレーキを掛け忘れ、転倒してしまった。 ・ ご本人よりご連絡（t e l）頂き、ブレーキをかけたつもりが、動いてしまい転倒はしなかったが手を軽くぶつけた。ブレーキに違和感がある為見て欲しい ・ 散歩中、自宅近くの道路にて、歩道に入ろうとし、歩道境界コンクリートブロックを勢いをつけて乗り越えようとして転倒しそうになった。 ・ ベッドに座ろうとした時に、歩行器のブレーキをかけていなかった為歩行器が少し動き転倒しそうになった。 ・ 車いす ブレーキのかけ忘れによる転倒の危険性。 ・ 定期点検時に伺った所、座面が陥没していた。御利用者本人様よりお話がありました。 ・ 車いす納品時、ベッドから車いすに移乗した際、右側の駐車ブレーキかけ忘れにより車いすが動いてしまった。 ・ 夜間トイレに行く際、ベッドから立ち上がる為に手すりにつかまりそこね転倒しそうになった。 ・ デイサービスに行く前、ご主人の介助中に車いす背もたれ部のフレーム右側(座って)が折れた。 ・ 前輪の可動制限が左右変わっており、移動時のバランスがとりくい状況だった。(右側90度、左側360度) ・ 認知症の症状がある方で、介助バーの固定を外してしまい、固定されていない状態で、使用されることがあった。 ・ 段差昇降用の支えとして手すりとアームを繋げたが、利用者の支えに手を伸ばす向きが悪く、手をひねりそうになる。 ・ 車いすからベッドに移乗する際に車いすのフットサポート上で立ち上がろうとしてしまい、前方に転倒しそうになった。 ・ デイサービスの送迎時にバックサーポートが折れる ・ 家族が雪のついた靴でベースプレートに上がっていた為、溶けた雪でベース

	<p>プレートが濡れてしまい、ベースプレートに貼っていたマットが滑るようになっていた。外出しようとベースプレートに上がった時に滑って転倒しそうになった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 右側フットサポートが開閉しないと連絡を受け状況確認をするとフットサポートの爪が欠けていた。車いすからベッドへ移乗する際、フットサポートを付けたまま移乗したためベッドに接触し破損したと思われる。 ・ ブレーキワイヤーが外れ、左のブレーキが利かない。どこかに引っ掛かり外れたと思われる。 ・ 介助用車いす貸与開始したが、本人より自走用への変更希望あり、自走用持参をし、妻に車いすの使用を実際にやってもらった際に、車いすが軽量で高齢の妻が操作するには不安定な状況見られた。段差昇降時のティッピングバーの使い方がうまくできず、フットレスト下部が段差に当たってしまう状況見られ、道路の水勾配があるほうに車いすが寄ってってしまう状況も見られた。 ・ 駐車ブレーキをせずに、イスに座ろうとしたため、しりもちをつきそうになった。 ・ 車椅子からずり落ちた。 ・ レンタル中の四点杖が根元から折れたので交換希望される。 ・ 明け方4時頃センサー設置されている玄関より本人が外出してしまい、行方不明となる。ケアマネジャーより11時頃一報を受け、管理者含めスタッフ計4名が捜索に加わる。15時頃警察に保護される。センサー受信器は充電されていたが、電源が入っていない状態となっていた。動作確認では異常所見なし。 ・ ひ孫さんが手すりの隙間に頭を入れてしまい、頭を外すのに苦労した。けがなし。 ・ 電動車いすでの外出時、帰宅途中でバッテリーが切れ、所持品の携帯電話より連絡あり。至急予備のバッテリーを持っていき無事帰宅することができた。炎天下の中の為、熱中症の危険性があつたが健康状態は良好。 ・ 点検の際に使用方法を再確認したが、歩行器が完全に開いていない状況で利用しようになった。利用前に制止し、再度説明などを行った。 ・ デイサービスから帰宅後に玄関まで施設職員に送られ自宅内に入る所まで確認をされていたが、数分後自宅から外に出てしまい徘徊してしまう。センサーが反応して家族に連絡をしたが家族が気がつくのが遅かった。 ・ 外出中につかれて歩行器に座り、休んでいたが家族が歩行器に座ったまま押しつけてしまい転倒してしまった ・ 一人で玄関外から外へ歩行器で移動する際に身体のバランスが崩れ、歩行器と一緒に移動速度があがり少し先の建物壁面にぶつかりそうになった。 ・ 特殊寝台に端坐位で腰掛けておられ、立ち上がり時に誤って昇降サイドテーブルに手を伸ばして動作を行った。その結果、サイドテーブルが動いてしまい転倒しそうになった。 ・ 夜間にトイレに行く際に歩行器を使って居間からトイレに行く際に自分の意識よりも先に歩行器が進んでしまったため、転倒しそうになった。以降、歩行器使用の際に恐怖心が発生した。
<p>想定外の場所で使用されていた</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在、有料老人ホームにて生活中。有料老人ホームが準備をしている、特殊寝台を利用中、寝台から歩行器、歩行補助杖への移動の際の転倒防止の為、手すりを利用設置していたが、有料老人ホーム職員が、ベッドサイドへ移動し、移動の際のささえがなくなり転倒。 ・ 庭家の敷地のフェンスにゴーヤが実っているのを収穫していたら急に加速し始め止まらなくなったので、キーを切っても直ぐには止まらず、ちょっと間があつたが止まった。刈った草の上を走らせており、タイヤが草とともに滑ったのが原因かと思われる ・ 歩行状態が不安定で、以前は歩行していた箇所を車椅子で移動し、壁や家具に

	<p>車椅子の側面が当たり、壁等が傷ついた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・点検の際に使用方法を再確認したが、歩行器が完全に開いていない状況で利用しそうになった。利用前に制止し、再度説明などを行った。
想定外の使用方法で使われていた	<ul style="list-style-type: none"> ・昇降機の上で車いすに座っていたが、本人だけ転落。本人・家族に状況を確認したが、なぜ落ちたかわからないとの事。ケガはなく、車いすから体をのりださないように説明する。 ・特殊寝台からのずり落ちが発生。 ・利用者本人のふくらはぎに10mm以内の水疱ができる。 ・車いすでの座り直しの際に勢いよく座り直したことで後方に転倒しそうになった ・ベッド横に床と壁につっぱり設置。車いすからベッドへ自身で移動するが、車いす停める際、手すりに勢いよくぶつかって停める。そのため少しずつ手すりずれが生じて、手すりがはずれた。 ・（歩行車）の座面上に、熱いヤカンを置いてしまい座面が溶けてしまった。・座面には、ヤカンの側面の跡が残っている。 ・電動アシスト付車いすの充電器のコードをアイロンで焦がしたと連絡がご家族様から連絡をいただく。 ・訪問ヘルパーが、本人希望により、車いす上でサービスを終了した所、サービス終了約1時間後にずり落ちかける状態のまま、自力で体勢をなおせず、相談員に家族から連絡がある。 ・歩行器フィッティング時にイスから立ち上がろうとした際、歩行器を支えにしようとして転倒しそうになる。 ・外出の際、歩行器を利用しようとしたところ、左側前輪キャスターが折れている事に気づき、弊社にお電話をいただきました。相談員が確認のため、訪問したところ、キャスター上部部分から折れており、商品を交換させていただきました。 ・電動4輪カート試乗時に概ね問題なく利用できていたが、本人が自身の運転能力を過信し、説明中に操作され、危く電柱にぶつかりそうになった。 ・歩行器の保管場所を移動中、ドスンと置いたらキャスター部が折れた。 ・車いす乗車時に自室にある冷蔵庫の中の物を取ろうとして身体が前方（中腰状態になり）へ移動し過ぎて、右フットプレート側にずり落ち、衝撃により樹脂プレート部が破損。 ・車椅子→ベッドへ移乗時、ベッドのリモコン操作時（高さ調整時）、車椅子がベッドに狭まり、怪我をしそうになった。幸い車椅子のブレーキが破損だけで済んだ。 ・当該手すりのステップ台が斜めになっており、玄関昇降時にステップ台に躓き転倒した。対象者は脳梗塞による既往症で左半身麻痺がある。ステップ台が斜めになっていることは、数年前のモニタリング時に把握しており、正しく設置したい旨対象者本人に強く伝えているが、家族の支援が望めない状況や、対象者本人の強い意向もあり、ケアマネジャーやデイサービス送迎担当者も使用環境については了承済みであった。 ・ベッドからの立ち上がり時にベッドサイドテーブルにつかまってしまい、転倒しそうになる。 ・自宅トイレへ行こうと歩行器を利用した際にトイレ内がせまく、歩行器ごと中に入ってしまい身動きがとれなくなってしまう。
貸与品に不具合があった	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行器を自宅内で使用しているが、居間のイスに座る際、駐車ブレーキをかけようとしたら、ブレーキ自体が外れてしまった。それほど体重をかけていなかった為、幸いにも転倒、怪我につながることはなかったが、ケアマネを通じて当社に連絡が入る。 ・2020年8月より当該商品を利用。2021年12月にタイヤのまもう、汚

	<p>れの為交換（本体ごと）2022年1月10日外出時に歩行器に腰をおろした際に背もたれベルトのネジが外れ、あやうく転倒しそうになった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの背上げをしたところ突然背部が後ろに倒れた。 ・施設からセンサーが反応しないと言われる ・電動ベッドのリモコン操作ができなくなった。 ・ベッド背上げ時に転がるローラーが溝から脱輪しかけていた ・マジックテープで座面が止まっている歩行器のマジック部分が裂化して座面が倒れて腰が引けた ・ベッド納品後、動作確認を行うとガガガガと異音があり。後日同じ商品にて交換。 ・歩行器を利用中、ブレーキの掛りが悪く、歩速が上ってしまい転倒 ・通院途中突然停止 ・ベッドが動かなくなる エラーコードU-01が表示 昇降動作が出来ない ・歩行器がうまく動かないと連絡が入った ・「前輪が外れた」リコールではないが、点検を卸業者より依頼されていた案件。外出先ではなく帰宅後で乗車していなかったが、片付けようと車イスを持ち上げた際、車輪が落ちた。 ・14時頃に（ベッド用手すり）を使いご本人を寝かせて、旦那様がいつも通り（ベッド用手すり）を戻そうとした際に動かなくなり、レバー部分が破損するという事例が発生。その後、事務所に連絡があり、同日夕方に交換対応。事故や怪我には繋がりませんでした。 ・歩行器使用時ブレーキがゆるくなっており、ブレーキがかかりきらず転倒しそうになった。（ご家族様の支えにより転倒しなかったとお話） ・車いすの左ハンドルのシャフトが折れた。 ・モニタリング訪問時、脱衣場に設置してある（突っ張り型手すり）の上部丸形ストッパー（旧型）のカバー部分が脱落していた。ご利用者様にけがはなかった。 ・ベッドサイドレールがアクセサリーフレームから抜けなくなってしまったと連絡を受け、施設へ訪問。アクセサリーフレームのカバーがずれていた。 ・車いすを使って通院時、前輪キャスターがグラグラして安定した走行が出来ず、本人が車いすから落ちそうになった。連絡を受けてすぐに現地へ代替品を持参し訪問交換。本人に怪我等は無かった。 ・歩行器の肘置きに肘を置いて歩行中に、左の肘置きが支柱ごと下がった。 ・施設スタッフより、ベッドの昇降動作時の傾きが大きいとの報告を受け点検に伺う。ベッドの脚座（プラスチックの部品）に亀裂が入り、ぐらつきが大きくなっている。 ・電動ベッドが昇降しなくなった。背角度も変更できなかった。姿勢が変えられなくなった。 ・本人様と話をしている際に後輪が回り動きやすいと言われたので確認してみると後輪の固定部分の部品が破損していた。転倒につながるとお話しさせて頂き、納得して頂いた上で商品を交換した。 ・朝起きる際にベッドの昇降で下げる機能が機能せずベッド上で臥床した状態で何度も上げて下げる操作を繰り返した結果ベッドが高さ55cm（一番高い位置）まで上昇し降りられなくなり、駆け付けた時には足を床に押し当て落ちかけている状態だった。 ・介護テーブルの部品が破損し、正常に使用出来ない状況。ご家族様、ご利用者様も異常には気づかず使用していた。 ・散歩中に休憩で座ろうとしたら、片側のブレーキロックしか上手く作動せず少し、動いてしまった。転倒はしていない。 ・ベッドのオプション受け支持部の破損により取り付けしていた（ベッド用手す
--	--

	<p>り)が使用できない状況であった。幸い怪我等はなかったが大事故(大怪我)に繋がる可能性があった。</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービスへの送迎の為家族介助で玄関外のスロープを降りている最中に、スロープより脱輪し、転落した。スロープのエッジあり。 ・ 長女の介助により、対面式のトイレ内で座面に座れず、便器と車いす座面部にはさまり、動けない状態となった ・ 外出先で左前輪キャスターのゴム部分が車軸から外れ、車体が傾き転倒しそうになった。 ・ 歩行器を使用したいとの相談があり、セーフティーアームスイングキャスタータイプを試したところ足が出る前に立位保持が困難になり座ってしまった。ベッドサイド端座位からの立ち上がりだったため、ベッドに座ってしまいケガはなし。 ・ 家族様が、ほんの数分、目を離された時にポータブルトイレに座っていたはずが、車いすのフットレストと車いす本体にはさまり身動きが取れなくなったと電話があり、15分後につける。自分でポータブルトイレから車いすへ移乗されて、失敗したと思われる。 ・ 歩行器を使用して散歩中に、歩行器のイスに座る時に駐車ブレーキをかけないで座ろうとしてしまい、尻もちをつきそうになった。 ・ 歩行器から荷物を取ろうとして歩行器の座面端で手を切ってしまった(1cm切傷) ・ 2015年4月からレンタルして頂いていた車いす前輪から、乗っていると音がする。メンテナンスで交換したが6月に2回同じ現象で交換した。前輪キャスターの加水分解 ・ (商業施設)で買い物中、前を見ず歩いて来た女性と接触、その場で「あなたから当たって来られましたよね?」と確認、女性も「前を見てなくて…」と別れる。右足首下に軽擦過傷。その後買い物継続中に男性が来て「車いすで怪我させておいて賠償しろ…」的な物言い。女性が2~3日何事もなければこれで…とTELNo.を交換し別れる。4日後相手方に連絡、男性が出て傷跡が残る、保険会社はどこだ等聞いて来る。その間こちらも卸先に連絡、保険等の確認。6日後、再度連絡、病院に行くか決めていない、どこの保険会社か教えてくれないともう電話には出ないと、こちらとしても診断書等ないと何もできない弁護士に相談するも立証責任は相手側こちらの不利になる事はないので何もなくていいとの事。その後相手側からも何もなく、こちら連絡せずに終わっている。 ・ 脱衣所にあるつっぱり棒につかまろうとしたところ、天井が破損してて手すりがグラグラしていたため、転倒しそうになった。 ・ 訪問行い点検行い特殊寝台の下にRピンが落ちているのを発見する。(ベッド高さ調節用モーターとベースユニットの接続するピンが外れない様にするRピン) ・ 1人でトイレに行き、排泄を終えベッドに戻り、リハビリパンツとパジャマのズボンを着替えたところ、きちんと着衣できなかった(ズボンをあげられなかった)ため、トイレに戻り設置している(突っ張り型手すり)を支えにして、着衣を整える。その後、車いすに戻ったところ、すかされて尻もちをついてしまったとの事。右手で手すりを最後まで把持できていたため、強い衝撃は免れ、ゆっくりとすべっていくような動きだった。左でん部がわずかに痛む程度。本人は問題なしとの事。 ・ デイサービス、送迎時、車いすを送迎車から出し入れする際、持つ所が悪く、左スカートガードがフレームから外れてしまった。 ・ 自室で家具の開閉を行う際、車いすから立ち上がろうとする際転倒しそうになった。

- ・通所先の施設にて、上記商品のハンドル高さ調整ピンの欠損が発覚。片側の固定ピンが欠損している為、ハンドルのグラつきが有。
- ・トイレ用手すりの状態確認時現場での作業を断われ本人が無理をして玄関まで持ち上げて運んで来られた。
- ・（突っ張り型手すり）のアームの位置を変えて欲しいとのことで訪問、調整（位置・高さ）しかし、使用しているうちにアームの位置がずれて、利用者様が尻もちをついたとのこと。
- ・自宅から歯医者までの道のりを電動カートで走行中、に電車の踏切りで脱輪してしまい、近くに居た男性2人に助けってもらった。
- ・左右フレームの可動部（プラスチック）が割れており、ぐらつきがあった。
- ・搬入・設置時にネジの不足
- ・認知症があり、車いす利用時、立ち上がり転倒、怪我無し。
- ・6ヶ月ごとの定期点検に伺う為、日程調整で、TELしたところ杖ゴムが抜け落ちると、お話がありました
- ・12月末に設置した手すりを翌年1月に位置変更希望の為訪問。取り外す際に上部部品が天井にはりつき、その後落下し、自身の頭に落ちてきた。
- ・自宅内で使用中、力まかせに狭い場所を走行していた。車イスが壁などにぶつかっていても、方向転換などを行わずに使用していた。
- ・固定用アングルが片側外れている状態
- ・職員がご本人を寝台から車いすへの移乗中、利用者の足がエレベーターのフットサポート部分に絡まって抜けない事例が発生。
- ・ブレーキを掛けないまま立ち上がろうとした為、あやうく転倒しそうになった
- ・歩行器の高さ調整ピンをなくしてしまったとのこと。事業所及びケアマネジャーに連絡せず、自身でなじみの自転車屋さんを持って行って修理してもらったとのこと。高さ調整ピンの代わりにボルトで固定されており、高さ調整ができない状態であった。固定されている為、がたつきなく数回使用したが問題なかったと本人からうかがう。その間に転倒等の事故はない。
- ・ご家族様が、ご本人様の状態にあわせて、サイドレールの設置場所を変更されたことで、不適切な隙間が発生し、上半身がサイドレールの間に挟まってしまったと聞きました。
- ・該当商品の納品後（四カ月後）に訪問し、設置状況を確認すると取り付け部位が緩んでおり、継続使用するには危険を伴う状況であった。
- ・パーキンソン病で薬の調整中が数年続いており、薬が効いているときは歩行器での歩行は安定しているが、薬があまり効いていない時はすくみ足で歩行器だけが先に進んでいき、転倒しそうになる。
- ・片道1km以内のスーパーへ（ハンドル形電動車いす）で歩道と車道の区別のない道路を邪魔にならないよう道の端を走行。雑草で側溝と道の線がわかりにくいため溝蓋の上を走行し、溝蓋のない箇所に気づかず車輪がはまり転倒。横のフェンスに前カゴやミラーが引っかかり怪我もなく通行人の方に助けをいただいた。
- ・ヘッドボードとサイドグリップの間に、腕がはさまってしまったとの事。⇒怪我などはしていない事を確認。
- ・疾患がALSで、たん吸引の際などベッドを背上げしないといけないが、通電しなくなりベッドが動かなくなってしまった。
- ・トイレ内で便座からの立位着座動作負担軽減のため設置。築40年以上の家屋であるが設置当初は梁を確認済み。利用者家族から1年間の間に定期点検を問題ないとの事で二度断られている。その後の定期点検時に確認したところ天井の葉損を確認した。
- ・車いすを利用中気が付いたら、ブレーキレバーが折れていた。
- ・リクライニングワイヤーが切れて、車いすの背もたれを起こせなくなった

	<ul style="list-style-type: none"> ・手元スイッチのコードがベッド本体に挟まっている状態で動かした為、コードが断線してしまい使用不能となった。 ・有料老人ホームの2階で生活していたが、大雨の影響で施設が床上浸水。移動手段であるエレベーターの動きが不安定になって、配食（施設の商事）も届かない状態となる ・オムツ交換の為ベッドを高くしようとしたが上がり数センチ下がったと家族から連絡あり。 ・庭を歩行で移動中に左前輪のダブルキャストの外側キャストが外れた。転倒なし、けがなし ・廊下を歩行器を利用中に進路変更をしようとし転倒しそうになった。 ・ベッド設置完了後に作動確認中、コードがベッド下のフレームに引っ掛かりコードがちぎれそうになった。
--	--

※「a) ヒヤリ・ハット事例の発生原因」の回答内容別に分類。分類ごとに記載の重複あり。
 ※固有名詞はカッコ書きで抽象化した。

c) ヒヤリ・ハット事例発生後の連携先

ヒヤリ・ハット事例発生後の連携先は、「レンタル卸」が42.6%と最も多く、次いで「なし」が30.3%、「メーカー」が14.8%であった。

図表 69 問2 3. ⑭ヒヤリ・ハットが発生した原因 ヒヤリ・ハットが発生した原因 連携先
 【複数回答】

調査数	メーカー	レンタル卸	なし	その他	無回答
155	23	66	47	12	21
100.0%	14.8%	42.6%	30.3%	7.7%	13.5%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

④ ヒヤリ・ハット把握後の対応・再発防止策

a) ヒヤリ・ハット把握後の対応内容

ヒヤリ・ハット把握後の対応内容は、「使用方法の再指導」が43.2%と最も多く、次いで「注意喚起」が38.7%、「用具の変更の提案」が31.6%であった。

図表 70 問2 4. ①ヒヤリ・ハット把握後の対応内容【複数回答】

調査数	用具の使用中止の提案	用具の変更の提案	使用方法の再指導	注意喚起	特になし	その他	無回答
155	4	49	67	60	2	33	3
100.0%	2.6%	31.6%	43.2%	38.7%	1.3%	21.3%	1.9%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) ヒヤリ・ハットの再発防止策

ヒヤリ・ハットの再発防止策を、ヒヤリ・ハット把握後の対応内容別に整理した結果は以下のとおり。

図表 71 問2 4. ヒヤリ・ハット把握後の再発防止策【自由記述】

ヒヤリ・ハット把握後の対応内容	再発防止策（自由記述）
用具の使用中止の提案	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現場検証を行ない、危険箇所の確認、運転の再指導 ・ 手すりを設置する時に天井の強度が十分なのか慎重に判断する。
用具の変更の提案	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用方法を聞き取り、ヒヤリハットが発生しないように、用具の見なおしを図る ・ ケアマネからの連絡を受けて、すぐに交換品を用意し自宅訪問。歩行器の状態を確認し交換対応。使用方法に問題は無く、ブレーキ固定部の劣化によるものと判断。同一機種継続利用希望あり。半年に1度モニタリングを実施しているが、コロナ禍による利用者の希望で、過去2回、電話によるモニタリングとなっており、実際に用具を点検することができていなかった。今後は訪問でのモニタリング・点検をさせていただきたい旨伝え、使用時に違和感があるようなら、連絡を頂くようお願いする。 ・ 転倒防止バー付の機種へ変更 ・ 同時期生産されたベッドの点検及びスナップピンの交換 ・ 環境や商品の交換で対応、マットの上に何も置かないように伝える後日、何度もあったためメーカーに来てもらった。 ・ 納品後の動作確認の徹底 ・ 段差にスロープを設置、現在利用している歩行器だと前輪の車輪が小さい為車輪が大きいタイプへ変更した ・ サイドレールを1本追加し様子見頂き、その後は問題なかった。 ・ 自動ブレーキ付車イスに変更 ・ オプション品により、U型アームを取付け力を分散するようにした。改善されたが、ほんのわずか動く時もみられたので、2～3週間に1度モニタリングを行った。 ・ 車いすを立ち止まり機能付車いすへ変更。ベルトの使用中止の提案を行う。 ・ 点検依頼を任せられた案件については、必ず卸業者同行の元で点検を実施する。 ・ 再発リスクの高い衣服は避けていただく。座位の変化に合わせて、車いす・クッション類の再選定。 ・ （突っ張り型手すり）から（突っ張り型手すり）に変更しモニタリングを6ヵ月に1度から3ヶ月に1度に変更。 ・ 敷居等の段差を超える際、ハンドル部のみを操作して行うのではなく、ティッピングバーをしっかりと踏んで、ハンドル操作と同時に行うように指導。 ・ 歩行器の変更の提案をし、抑速ブレーキ付歩行器に変更し、葉の効きが悪い時でも歩行が安定した。 ・ 利用者のADLの再確認と福祉用具の選定の徹底 ・ テーブルの商品変更を提案し、ストッパー付きのテーブルを提供した。 ・ 病気の後遺症の為、折れたが側のバックサポートに体重をかける癖があるのでサポートが出る用具の紹介とデイの職員が無理やり車いすを回転させないように依頼する。

	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング時のみではなく、商品の納品時にも点検をしていくようにする。また、事業所内での会議でも報告していくようにしている。 ・設置確認は特に問題ありませんでしたが、点検時の徹底がされていませんでした。今後は設置場所の安全を確認していきます。 ・（突っ張り型手すり）の採用時に、天井の強度要確認する。 ・車いすの変更 ・折れた杖と同機種の使用は今後控える。無茶な使用は避けていただくよう納品時にお伝えする。 ・ご利用者様・ご家族様に少しでも異変を感じた場合は速やかに連絡を頂けるよう伝えた。 ・ご本人の使用状況・動作を改めてアセスメントをして別の商品を提案 ・ベッドの設置位置の変更でサイドレールの取付位置も変更。介護員へ就寝時等のベッドの高さ調節の再指導 ・手すりを設置する時に天井の強度が十分なのか慎重に判断する。
<p>使用方法の再指導</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当刻在庫品の全てを再点検実施。 ・車いす・昇降機の使用説明を再指導を行い、訪問時に再度説明をおこなっている。 ・利用者様が長くご利用頂いていたり、すると間違った利用に変わってしまったたり、思い込みがある為利用方法の確認を行う（モニタリング時等）必要がある ・車いすに転倒防止バー取付 ・本人、ご家族様に使用方法の再度指導を行いました。 ・翌日に、充電器の交換に伺い、置き場所の変更をして再発を防ぐ ・デイサービス利用されている事業所にも連絡をし、操作方法の説明も必要である。 ・使用時に、キャスター輪の設定を確認していただき、ご利用いただくよう、ご本人、ご家族、通所リハビリのスタッフにお伝えしました。 ・歩行器の保管場所が屋外倉庫の軒下であった為保管方法を再度説明し異変や気になった事は早めに連絡下さいと伝えました。 ・採用に至るまで合計3回程試乗及び指導を行った。その後モニタリングを行った。 ・壁や物にぶつかった際は、方向を変えるなど無理矢理力まかせには使用しないで下さいと。 ・他サービスにて訪問看護が外部から来所している為、テープでしるしをはり、移動した場合にも元に戻すようにした。施設への出入の制限がある為、施設職員へ電話連絡し状況を確認している ・低床ベッドとの組み合わせでリハビリテーブルをご利用頂く際の危険操作として営業所として説明の徹底を行う事を周知した。 ・ケアマネジャーへの報告。 ・何度も通っている所だったので油断があったように思う。段差や急なスロープを通る時の進入角度や速度などを再指導させて頂き注意喚起をおこなった。 ・月一回、メーカーによる使用状況やカートの点検を行っている。（ハンドル形電動車いす）走行時や使用上の注意を頻繁にお伝えし、利用者の状態や利用状況の変化を介護支援専門員と連携し共有し見守って行く。 ・介護支援専門員と利用者の身体状況の変化や自宅での様子を再確認。 ・動きに合わせて、昇るときと降りる時で逆向きに活用するよう指導。 ・ご本人とご家族に使用方法を再指導し、ワイヤーが引っ掛かりやすい場所がないか確認しました。デイサービスの方にも情報共有をし、再発

	<p>防止に努めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・天井の修復及び手すり再設置。 ・ベッドの移動や位置調整が必要な場合は、貸与の担当者に相談をしていただくよう施設職員や、家族にお知らせする。 ・社内での保管、運搬の際には商品の状態に注意して、異常を発見した場合は社内で情報を共有する。 ・各サービス事業所にリモコンを移動して使用する際のベッドの挟み込みには十分注意して下さいと再度ご説明させていただく。 ・商品の確認と定期点検の徹底 ・家族の使用方法・能力・理解力によっては使用中止を検討する。 ・電動車いすの走行可能距離を再度理解していただき再発防止に努める。 ・上から 60 c m、下から 60 c m 部分は、強い力で掴まないことを導入時にお伝えすることを事業所内で周知しました。 ・注意点を記載した案内用紙を作成した。 ・同商品使用している方への再注意 ・環境や商品の交換で対応、マットの上に何も置かないように伝える後日、何度もあったためメーカーに来てもらった。 ・現場検証を行ない、危険箇所の確認、運転の再指導 ・車いすを立ち止まり機能付車いすへ変更。ベルトの使用中止の提案を行う。 ・利用者の ADL の再確認と福祉用具の選定の徹底 ・病気の後遺症の為、折れたが側のバックサポートに体重をかける癖があるのでサポートが出る用具の紹介とデイの職員が無理やり車いすを回転させないように依頼する。 ・車いすの変更 ・ベッドの設置位置の変更でサイドレールの取付位置も変更。介護員へ就寝時等のベッドの高さ調節の再指導
注意喚起	<ul style="list-style-type: none"> ・転落防止のサイドレールで対応 ・本人様と家族様に本人様の申し訳なかったの気持ちと迷惑をかけた認識があり、先読み出来ない事柄であって、誰にも責がないので、お気を付けください ・ご本人に歩行器に座る際の注意事項を再度説明をした。 ・同タイプの歩行器はどれも座面端が尖っていたため、その部分にテープを貼って対策を取った ・卸先の事故対応担当者及び保険会社等とのスムーズな連携構築。 ・本人の意識的なものは問題ないが、トイレの目に入る場所に「ブレーキを掛ける」の貼り紙をする事となる。機種変更や環境の再検討と現場検証を行ったが、用具の直接の起因は考えにくく、現状で問題ない事を確認。 ・再度操作方法の説明、駐車ブレーキの分かるように色のついた目印を付けました。 ・利用者の方の情報把握に努めそれを元にモニタリング訪問時に対応する。 ・取扱い商品の中に代替品となるものがない為、継続して利用。月 1 回オムツ納品時に点検する ・定期的なモニタリングの実施と再度レンタル規約の説明。 ・定期モニタリングの間隔を短くする。メーカー担当者との連携を密にし、少しでもおかしい現象があればメーカー同行で対応する。 ・卸から届いた用具はきちんと整備されてきていると思いがちだが、使

	<p>用前にきちんと確認し、ご利用者様も使用前にぐらつき等がないか確認後ご使用下さいとご説明するということを再発防止策として実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ キャスター交換時にねじロックを塗布してあるため、点検時に増し締めはしない事と、交換時のネジロック塗布の確認(当該商品にもネジロックは塗布してあった) ・ 用具の搬入・設置時は取り扱い方法や説明書をよく確認し、これまでの経験や思い込みにとらわれない様に注意喚起した。 ・ 当刻在庫品の全てを再点検実施。 ・ 車いすに転倒防止バー取付 ・ 本人、ご家族様に使用方法の再度指導を行いました。 ・ 他サービスにて訪問看護が外部から来所している為、テープでしるしをはり、移動した場合にも元に戻すようにした。施設への出入の制限がある為、施設職員へ電話連絡し状況を確認している ・ 低床ベッドとの組み合わせでリハビリテーブルをご利用頂く際の危険操作として営業所として説明の徹底を行う事を周知した。 ・ ケアマネジャーへの報告。 ・ 何度も通っている所だったので油断があったように思う。段差や急なスロープを通る時の進入角度や速度などを再指導させて頂き注意喚起をおこなった。 ・ 月一回、メーカーによる使用状況やカートの点検を行っている。(ハンドル形電動車いす) 走行時や使用上の注意を頻繁にお伝えし、利用者の状態や利用状況の変化を介護支援専門員と連携し共有し見守って行く。 ・ 天井の修復及び手すり再設置。 ・ 各サービス事業所にリモコンを移動して使用する際のベッドの挟み込みには十分注意して下さいと再度ご説明させていただく。 ・ 家族の使用法・能力・理解力によっては使用中止を検討する。 ・ 電動車いすの走行可能距離を再度理解していただき再発防止に努める。 ・ 環境や商品の交換で対応、マットの上に何も置かないように伝える後日、何度もあったためメーカーに来てもらった。 ・ 現場検証を行ない、危険箇所の確認、運転の再指導 ・ 車いすを立ち止まり機能付車いすへ変更。ベルトの使用中止の提案を行う。 ・ 病気の後遺症の為、折れたが側のバックサポートに体重をかける癖があるのでサポートが出る用具の紹介とデイの職員が無理やり車いすを回転させないように依頼する。
特になし	<ul style="list-style-type: none"> ・ なるべく複数人でお伺いする。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 卸し会社に報告し、メンテナンス項目としての追加してもらう。納品前の状態チェックの確認 ・ モニタリング時の座面の上げ下げ、マジックテープの粘着力の確認を徹底する。 ・ Rピンの開きがない事を確認した上で取り付けることを社内で共有している ・ 固定ピンが欠損しないように固定カバーをテーピング ・ 用具の定期点検をしっかり行ない、不具合がないかを確認する。長く使用しているものについては交換を検討する。用具使用に対する知識をメーカーさん等を通して学ぶ。 ・ 劣化については、何か不具合があれば連絡いただくように伝える

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発生2ヶ月前にモニタリング・点検は行っていたが、その際は問題がなかった。今後は更に車輪まわりの点検を強化する ・ 固定部のズレが生じ外れてしまった 固定位置が曲線でズレやすい可能性が考えられ、今回は接地面の大きい位置に固定 ・ 先輩が対応後、ヒヤリハットの報告書を回覧された報告書を読みました。今後、同様の事故が起きないように注意してほしいとお願いしておられました。現在も、同じ商品を納品する際には、こういったリスクもありますと、利用者にご家族様にお伝えするようにしています。 ・ 納品担当者への指導、取り付け方法の再確認 ・ 商品の納品時に卸業者のみの点検だけだったので、今後は必ず福祉用具専門相談員（現場対応の物）の目視による確認の実施。 ・ メーカーより 商品自体の欠陥が考えられるとの回答。安全面を強化し再発防止に努めるとのこと。 事業所としては定期点検を継続して使用期間の長いものは随時交換していく。 ・ ストッパーが旧型であったため、従来品への交換を行った。 ・ 整備時のマニュアル項目の見直し。点検時の未項目内容の箇所であっても点検の実施。 社内での情報共有。 ・ メーカーによる事故原因の検証の結果、商品不良であったことが発覚した。弊社が保有している同機種を全て点検し、同様の不良商品が無いことを確認した。 ・ 福祉用具の公休日（土曜日）に起きた事例で社内（他事業所）から担当者への連絡、対応に遅れが出てしまった。連絡方法について確認・徹底し、緊急を要する場合には福祉用具内で早急に動ける者が対応できるようにした。 ・ 固定ピンが納品時から確実に止めてあったかから考えて、確実に固定してあるかの確認をし、モニタリング時も隅々まで確認をし記録をつける
--	--

※分類ごとに記載の重複あり。

5) 事例発生（把握）後に福祉用具専門相談員として行った対応

① ヒヤリ・ハット事例の状況把握について

a) ヒヤリ・ハット事例の把握後の報告・情報共有の相手

ヒヤリ・ハット事例の把握後の報告・情報共有の相手は、「事業所の管理者」が83.2%と最も多く、次いで「他の福祉用具相談員」が61.9%であった。

図表 72 問3 1. (1) ヒヤリ・ハット事例の把握後（第1報把握後）の報告・情報共有の相手【複数回答】

調査数	事業所の管理者	法人の担当部署	他の福祉用具専門相談員	その他	わからない・覚えていない	無回答
155	129	22	96	28	-	5
100.0%	83.2%	14.2%	61.9%	18.1%	-	3.2%

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) ヒヤリ・ハット事例の把握後の状況確認の実施状況

ヒヤリ・ハット事例の把握後の状況確認の実施状況は、「利用者・家族等に聞き取りを行った」が70.3%と最も多く、次いで「利用者宅等に訪問し、福祉用具の現物を確認した」が69.7%、「発生場所に訪問し、現場を確認した」が56.8%であった。

図表 73 問3 1. (2) ヒヤリ・ハット事例の把握後の状況確認の実施状況【複数回答】

調査数	発生場所を確認した	利用者宅等に福祉用具の現物を訪問し、確認した	利用者・家族等に聞き取りを行った	介護支援専門員に聞き取りを行った	その他	特になし	わからない・覚えていない	無回答
155 100.0%	88 56.8%	108 69.7%	109 70.3%	45 29.0%	15 9.7%	5 3.2%	- -	5 3.2%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

c) ヒヤリ・ハット事例の把握後の事業所内での対応事項

ヒヤリ・ハット事例の把握後の事業所内での対応事項は、「会議等での情報共有」が65.2%と最も多く、次いで「報告書の作成（報告用のシステム・アプリ等への登録も含む）」が55.5%であった。

図表 74 問3 1. (3) ヒヤリ・ハット事例の把握後の事業所内での対応事項【複数回答】

調査数	報告書の作成（報告用のシステム・アプリ等への登録も含む）	会議等での情報共有	その他	特になし	わからない・覚えていない	無回答
155 100.0%	86 55.5%	101 65.2%	14 9.0%	8 5.2%	1 0.6%	3 1.9%

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

② 事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討について

a) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施の有無

事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施の有無は、全体を見ると「実施した」が78.6%、「実施していない」が9.9%であった。

事故事例を報告した回答者では、「実施した」が77.8%、「実施していない」が11.1%であった。ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「実施した」が78.7%、「実施していない」が9.7%であった。

図表 75 問3 2. (1) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施の有無

		調査数	実施した	実施していない	わからない・覚えていない	無回答
全体		182 100.0%	143 78.6%	18 9.9%	12 6.6%	9 4.9%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	21 77.8%	3 11.1%	2 7.4%	1 3.7%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	122 78.7%	15 9.7%	10 6.5%	8 5.2%
	事例報告なし	-	-	-	-	-

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析を実施した場合、一緒に実施した相手

事故、ヒヤリ・ハットの要因分析を実施した場合の、一緒に実施した相手は、事故事例を報告した回答者では「事業所の管理者」が81.0%と最も多く、次いで「事業所内の他の福祉用具専門相談員」と「介護支援専門員」がいずれも61.9%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「事業所の管理者」が68.9%と最も多く、次いで「事業所内の他の福祉用具専門相談員」が61.5%、「介護支援専門員」が34.4%であった。

図表 76 問3 2. (1) ①要因分析を実施した場合、一緒に実施した相手【複数回答】

		調査数	事業所の管理者	事業所内 の他の 福祉用具 専門相談員	法人内 の福祉 用具専門 相談員等	介護支援 専門員	他業 界の サービス 事業者の 職員	その他	一緒に 検討した 相手はい ない	わから ない・覚 えていな い
全体		143 100.0%	101 70.6%	88 61.5%	13 9.1%	55 38.5%	14 9.8%	25 17.5%	3 2.1%	-
事例の種類	事故事例報告	21 100.0%	17 81.0%	13 61.9%	3 14.3%	13 61.9%	4 19.0%	3 14.3%	-	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	122 100.0%	84 68.9%	75 61.5%	10 8.2%	42 34.4%	10 8.2%	22 18.0%	3 2.5%	-
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「a) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施の有無」で「実施した」と回答したもののみ。

c) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析を実施した場合、分析結果の共有先

事故、ヒヤリ・ハットの要因分析を実施した場合の、分析結果の共有先は、事故事例を報告した回答者では「利用者・家族等」が85.5%と最も多く、次いで「介護支援専門員」が71.4%、「事業所内の他の福祉用具専門相談員」が70.6%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「利用者・家族等」が73.8%と最も多く、次いで「介護支援専門員」と「事業所内の他の福祉用具専門相談員」がいずれも71.3%であった。

図表 77 問3 2. (1) ②要因分析を実施した場合、分析結果の共有先【複数回答】

		調査数	利用者・家族等	介護支援専門員	他介護サービス事業者の職員	事業所内の他の福祉用具専門相談員	法人内の他の福祉用具専門相談員等	その他	共有していない
全体		143 100.0%	108 75.5%	102 71.3%	29 20.3%	101 70.6%	18 12.6%	11 7.7%	4 2.8%
事例の種類	事故事例報告	21 100.0%	18 85.7%	15 71.4%	4 19.0%	14 66.7%	7 33.3%	1 4.8%	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	122 100.0%	90 73.8%	87 71.3%	25 20.5%	87 71.3%	11 9.0%	10 8.2%	4 3.3%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「a) 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施の有無」で「実施した」と回答したもののみ。

d) 事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討の有無

事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討の有無は、事故事例を報告した回答者とヒヤリ・ハット事例を報告した回答者のいずれも「実施した」のほうが多かった。

図表 78 問3 2. (2) 事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討の有無

		調査数	実施した	実施していない	わからない・覚えていない	無回答
全体		182 100.0%	145 79.7%	18 9.9%	6 3.3%	13 7.1%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	19 70.4%	5 18.5%	-	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	126 81.3%	13 8.4%	6 3.9%	10 6.5%
	事例報告なし	-	-	-	-	-

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

e) 再発防止策の検討を実施した場合、一緒に検討した相手

事故事例を報告した回答者では「事業所の管理者」が78.9%と最も多く、次いで「事業所内の他の福祉用具専門相談員」が73.7%、「介護支援専門員」が57.9%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「事業所内の他の福祉用具専門相談員」が75.4%と最も多く、次いで「事業所の管理者」が68.3%、「介護支援専門員」が30.2%であった。

図表 79 問3 2. (2) ①再発防止策の検討を実施した場合、一緒に検討した相手【複数回答】

	調査数	事業所の管理者	事業所内の他の福祉用具専門相談員	法人内の福祉用具専門相談員等	介護支援専門員	他の介護サービス事業者	その他	一緒に検討した相手は	わからない・覚えていない
全体	145 100.0%	101 69.7%	109 75.2%	18 12.4%	49 33.8%	18 12.4%	19 13.1%	2 1.4%	-
事例の種類	事故事例報告	19 100.0%	15 78.9%	14 73.7%	3 15.8%	11 57.9%	3 15.8%	2 10.5%	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	126 100.0%	86 68.3%	95 75.4%	15 11.9%	38 30.2%	15 11.9%	17 13.5%	2 1.6%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「d) 事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討の有無」で「実施した」と回答したもののみ。

f) 再発防止策の検討を実施した場合、再発防止策の共有先

事故事例を報告した回答者では「介護支援専門員」と「事業所内の他の福祉用具専門相談員」がいずれも73.7%と最も多く、次いで「利用者・家族等」が68.4%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「利用者・家族等」が76.2%と最も多く、次いで「事業所内の他の福祉用具専門相談員」が65.9%、「介護支援専門員」が61.1%であった。

図表 80 問3 2. (2) ②再発防止策の共有先【複数回答】

	調査数	利用者・家族等	介護支援専門員	他の介護サービス事業者の職員	事業所内の他の福祉用具専門相談員	法人内の他の福祉用具専門相談員等	その他	共有していない
全体	145 100.0%	109 75.2%	91 62.8%	32 22.1%	97 66.9%	16 11.0%	14 9.7%	3 2.1%
事例の種類	事故事例報告	19 100.0%	13 68.4%	14 73.7%	4 21.1%	14 73.7%	4 21.1%	2 10.5%
	ヒヤリ・ハット事例報告	126 100.0%	96 76.2%	77 61.1%	28 22.2%	83 65.9%	12 9.5%	12 9.5%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「d) 事故、ヒヤリ・ハットの再発防止策の検討の有無」で「実施した」と回答したもののみ。

③ 事故報告書もしくはヒヤリ・ハット報告様式等の作成後に、福祉用具専門相談員として対応したこと

a) 利用者・家族等に対して実施したこと

利用者・家族等に対して実施したことは、事故事例を報告した回答者とヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、どちらも「定期モニタリング以外での連絡や訪問する機会を増やした」、「使用方法や操作法の注意事項等を記載した資料を配布した」、「特になし」の順で多かった。

図表 81 問3 3. (1) 利用者・家族等に対して実施したこと【複数回答】

	調査数	を増やしたモニタリングの頻度	定期連絡や訪問する機会以外で	使用項目等を記載した資料	使用項目等を福祉用具の貼	その他	特になし	無回答	
全体	182 100.0%	24 13.2%	59 32.4%	41 22.5%	4 2.2%	36 19.8%	37 20.3%	7 3.8%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	3 11.1%	9 33.3%	7 25.9%	-	5 18.5%	4 14.8%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	21 13.5%	50 32.3%	34 21.9%	4 2.6%	31 20.0%	33 21.3%	4 2.6%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

b) 介護支援専門員に対して実施したこと

介護支援専門員に対して実施したことは、事故事例を報告した回答者では「利用者の状態に関する確認」が74.1%と最も多く、次いで「当該福祉用具の注意事項の再共有」が66.7%、「福祉用具の再選定について相談」が33.3%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「当該福祉用具の注意事項の再共有」が60.0%と最も多く、次いで「利用者の状態に関する確認」が47.7%、「福祉用具の再選定について相談」が30.3%であった。

図表 82 問3 3. (2) 介護支援専門員に対して実施したこと【複数回答】

	調査数	当該福祉用具の注意事項	利用者の状態に関する確認	福祉用具の再選定について	その他	特になし	無回答	
全体	182 100.0%	111 61.0%	94 51.6%	56 30.8%	9 4.9%	16 8.8%	7 3.8%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	18 66.7%	20 74.1%	9 33.3%	1 3.7%	1 11.1%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	93 60.0%	74 47.7%	47 30.3%	8 5.2%	15 9.7%	4 2.6%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

c) 他介護サービス事業者職員等に対して実施したこと

他介護サービス事業者職員等に対して実施したことは、事故事例を報告した回答者とヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、どちらも「特になし」、「当該福祉用具の注意事項の再共有」、「利用者の状態に関する確認・共有の頻度を増やした」の順で多かった。

図表 83 問3 3. (3) 他介護サービス事業者職員等に対して実施したこと【複数回答】

		調査数	の当該福祉用具の注意事項	た認利用者の状態に関する確認	その他	特になし	無回答
全体		182 100.0%	69 37.9%	31 17.0%	4 2.2%	87 47.8%	7 3.8%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	8 29.6%	4 14.8%	-	15 55.6%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	61 39.4%	27 17.4%	4 2.6%	72 46.5%	4 2.6%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

d) メーカーやレンタル卸業者等に対して実施したこと

事故事例を報告した回答者では「当該福祉用具と同じ種類の福祉用具の事故・ヒヤリ・ハット事例・情報の確認」が48.4%と最も多く、次いで「特になし」が37.0%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「特になし」が50.3%と最も多く、次いで「当該福祉用具と同じ種類の福祉用具の事故・ヒヤリ・ハット事例・情報の確認」が40.6%であった。

図表 84 問3 3. (4) メーカーやレンタル卸業者等に対して実施したこと【複数回答】

		調査数	ハ福祉用具の事故・情報の確認	ハ福祉用具の事故・情報の確認	その他	特になし	無回答
全体		182 100.0%	76 41.8%	13 7.1%	8 4.4%	88 48.4%	11 6.0%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	13 48.1%	1 3.7%	1 3.7%	10 37.0%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	63 40.6%	12 7.7%	7 4.5%	78 50.3%	8 5.2%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

6) 事例の発生（把握）時の利用者の状況について

① 他の介護保険サービスの利用状況について

事例の発生（把握）時の利用者の他の介護保険サービスの利用状況は、事故事例を報告した回答者では「訪問介護」が33.3%と最も多く、次いで「通所介護」が25.9%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「通所介護」が41.3%と最も多く、次いで「訪問介護」が40.0%であった。

図表 85 問4 1. 他の介護保険サービスの利用状況 【複数回答】

		調査数	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	通所介護
全体		182 100.0%	71 39.0%	10 5.5%	33 18.1%	25 13.7%	-	1 0.5%	71 39.0%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	9 33.3%	2 7.4%	5 18.5%	2 7.4%	-	-	7 25.9%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	62 40.0%	8 5.2%	28 18.1%	23 14.8%	-	1 0.6%	64 41.3%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-
		調査数	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	その他	把握していない・覚えがない	無回答	
全体		182 100.0%	17 9.3%	8 4.4%	1 0.5%	24 13.2%	17 9.3%	9 4.9%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	2 7.4%	-	-	7 25.9%	2 7.4%	3 11.1%	
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	15 9.7%	8 5.2%	1 0.6%	17 11.0%	15 9.7%	6 3.9%	
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

7) 事例の発生（把握）前までの対応について

① 福祉用具貸与開始まで（納品前まで）の対応

福祉用具貸与開始まで（納品前まで）の対応で、福祉用具貸与開始まで（納品まで）に不足していたと考えられる対応等は、事故事例を報告した回答者では「特に不足していた対応やさらにすべきだった対応はない」が37.0%と最も多く、次いで「利用者についての情報収集」が33.3%、「福祉用具の試用に関する対応」が22.2%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「福祉用具の使用環境についての情報収集」が27.1%と最も多く、次いで「特に不足していた対応やさらにすべきだった対応はない」が25.2%、「利用者についての情報収集」が24.5%であった。

図表 86 問5 1. 福祉用具貸与開始まで（納品まで）に不足していたと考えられる対応等について 【複数回答】

		調査数	収 集 用 者 に つ い て の 情 報	利 用 者 の 情 報 の 家 族 等 に つ い て	福 祉 用 具 の 情 報 使 用 環 境 に	介 護 支 援 専 門 員 と の 相 談 、 情 報 共 有	共 他 職 種 と の 相 談 、 情 報	情 報 共 有 メ ー カ ー 等 と の 相 談 、	福 祉 用 具 の 試 用 に 関 す
全体		182 100.0%	47 25.8%	21 11.5%	45 24.7%	17 9.3%	13 7.1%	10 5.5%	25 13.7%
事例の 種類	事故事例報告	27 100.0%	9 33.3%	4 14.8%	3 11.1%	4 14.8%	-	1 3.7%	6 22.2%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	38 24.5%	17 11.0%	42 27.1%	13 8.4%	13 8.4%	9 5.8%	19 12.3%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-
		調査数	選 択 異 な る 機 種 の 検 討 ・	そ の 他	だ だ 特 や に 不 足 し て は す べ い き た 対 応	い わ か ら な い ・ 覚 え て	無 回 答		
全体		182 100.0%	16 8.8%	14 7.7%	49 26.9%	8 4.4%	8 4.4%		
事例の 種類	事故事例報告	27 100.0%	3 11.1%	3 11.1%	10 37.0%	-	2 7.4%		
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	13 8.4%	11 7.1%	39 25.2%	8 5.2%	6 3.9%		
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-		

※集計対象は「2) 事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

福祉用具貸与開始まで（納品まで）に不足していたと考えられる対応等の具体的な内容は、以下のとおりであった。

図表 87 問5 1. 福祉用具貸与開始まで（納品まで）に不足していたと考えられる
対応等の具体的な内容【自由記述】

項目	具体的な内容（自由記述）
利用者についての情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後ということで利用者様の情報不足 ・ 右側臥位での時間が長く、ベッド右側が転落の恐れがあった。 ・ 100kgを越えていた。 ・ 現状の身体状態の把握 ・ 目の見えづらさについて ・ 歩行状況が疲れて来ると姿勢が変わる事を把握していなかった ・ フェースシートやケアプランの確認 ・ 本人の具体的な介護状況が深く確認出来ていなかった。 ・ 座位保持の持続能力 ・ 基本情報等の受取り・聞き取り ・ 身体の状態把握が不十分だった。 ・ 体重の増加や下肢筋力の低下の状況 ・ 事故の可能性のある、危険な動きなどの把握が不足していた。 ・ 退院してからの用具納品で、身体状態がしっかり確認できてなかった。 ・ 本人の性格の把握は必要であったと思う。 ・ 高齢である為、ADLの確認 ・ 筋力・体力、姿勢維持の度合い ・ どの程度の力で手すりの把持・回転を行うか ・ パーキンソン病の進行状況 ・ 用具使用方法が荒めで、把握できていなかった。 ・ 性格 ・ 介護支援専門員より利用者様の情報が後から貰った為。 ・ 認知症などの経過 ・ 認知度、性格 ・ 夜間どの位動かれるかの確認 ・ 疾病、動作の事前確認等 ・ 介護支援専門員から聞いていた情報と実際の利用者の状況が違った為。(コロナウィルス対策の為、退院時のカンファに参加出来ず本人に会えて居なかった) ・ 利用環境などの情報 ・ 夜間トレイに行く際、眠剤の影響で意識が朦朧としていることがある。 ・ 身体状況の把握
利用者の家族等についての情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居 ・ 生活スタイルの把握不足 ・ 基本情報等の受取り・聞き取り ・ 他の人も使用するかどうか ・ 最近のご本人様の様子を聞き取り ・ 介助操作を行うご主人への車いす操作について ・ ご家族の訪問頻度が少なく、本人任せになっていた。 ・ 自宅の出入りを拒むことが多い ・ 高齢である介護者の使用方法の理解力。 ・ 訪問頻度等の確認

	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご家族の関係 ・ 福祉用具の取り扱いに関する認識・能力 ・ 小さな子供が手すりですり遊びないようにもっと強く注意喚起しておくべきだった ・ 利用者と家族の関係性と性格
福祉用具の使用環境についての情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 環境に問題はなかった ・ (地方) まで見舞に行くことがある。 ・ 外出時に行く所、どこに危険箇所があり、その対処方法。 ・ 手すりにぶつかり続けていることを知らなかった ・ 居住スペースなどの確認不足 ・ センサーマットの環境について ・ 福祉用具サービス計画書の確認 ・ 外出先の詳細把握 (当社からのレンタル前から同機種をレンタル使用されており、扱いも慣れておられた為、状況把握が甘い面もあったと反省) あらゆる状況での起こり得る可能性のある事の想定不足 ・ 他に、リフト等もあり設置場所の調査 ・ 施設内での転倒の可能性のある箇所と、歩行器の特性を複合的に判断していなかった。 ・ 有料老人ホームの状況 ・ 床材、どんな衣服か ・ 集合住宅トイレ内での (突っ張り型手すり) の使用について ・ 車椅子に何かご不満があるのでは車椅子変更の提案 ・ 室内に敷居段差が多く、介助での敷居を越えることが多い事 ・ 利用者の行動範囲や使用場所などもう少し詳しく把握していればよかった。 ・ 動線に物が多く置いてあり、把握しきれていなかった ・ 用具自体の点検が足りなかった。 ・ 実際の動きを想定した案内。 ・ 想定される使用場所や頻度等をもっと細かく把握しておく必要があった ・ 福祉用具の設置場所の判断が不十分だった。 ・ 介護支援専門員より情報提供 ・ 設置場所などの確認 ・ 天井強度 ・ 家屋など事前把握できる事 ・ 利用者の走行可能距離を超える娘宅への訪問 ・ いっどこで利用するか確認
介護支援専門員との相談、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネに連絡し、今後のレンタル使用の相談を行う ・ 基本情報の受取り ・ お客様情報を知る事で対策をする。 ・ 訪問介護職員に室内での使用状況の確認等。 ・ 病気の進行状況や薬の具合 ・ 用具の使用法や使用場所の情報共有 ・ 上記に対する使用上のリスクを共有できていなかった。 ・ 聞いていた情報と本人の状態が違った。 ・ 生活状況、身体状況の把握不足
他職種との相談、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問リハビリ担当者にも連絡した ・ 他職種と情報共有にて対策をする。 ・ 歩行器導入後に担当会議にて、他職種の方と面識をもった為 ・ 認知症があり転倒の恐れがあるにもかかわらず家族の要望により、自走を重視した商品を選定。転倒に繋がる恐れがある事を施設職員との情報共有が不足していた。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院カンファに参加出来ず、介護支援専門員の情報のみで相談選定した為
メーカー等との相談、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 耐久性等の把握 ・ 説明をさらにていねいに行う必要があったと思う。 ・ ズレがあるかを確認 ・ 低床ベッド使用時にリハビリテーブルが挟まる危険性がある事を知らなかった。 ・ リクライニング動作の注意点 ・ 利用、設置場所などの再確認
福祉用具の試用に関する対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前に使用期間の実施を行う ・ 商品が新しくなっていたため、利用者が使用する事を想定して細部を確認する事 ・ 納品前操作確認をもっと細かい部分まで行うべきであった。 ・ 使用方法、設定の確認 ・ 手すり等かなり重い物であり自分で動かさない事等事前の説明不足 ・ 少しでも危ないと思ったりしたら、変更をする ・ 試用を慎重に行うべきであったと思う。 ・ 事故の発生の当日の昼に徘徊感知器を試す予定だった。 ・ 留意事項を説明したが記録を残していなかった ・ 実際の使用方法を室内で行ってしまい、実際に介護者が正しい操作ができるか確認をしなかった。 ・ デモ利用における説明の徹底 ・ 10日モニタリングの訪問
異なる機種を検討・選択	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2種類の歩行器で確認する ・ 難しいと思ったら中止を提案する ・ サイドテーブルやオーバーベッドテーブルであれば天板が持ち上がる為、同様のケースは回避できたのではないか。 ・ 考えられるリスクに対応しているか ・ 体重 80 kg ・ 下肢麻痺のため手すり径の太い商品の選択 ・ 介護支援専門員・介護者が希望する軽量の介助用車いすを納品したが、重さがあり安定して押すことができる自走用を選択するべきだった。 ・ 置き型手すり等 ・ 安全ブレーキ機能の付いた機種への変更提案
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 念入りな点検 ・ 前任者からの引き継ぎ ・ 納品時の商品安全状態確認 ・ 商品メンテナンス ・ 用具の構造、考えられる危険性 ・ 職員への徹底した指導 ・ レンタル卸との点検項目の確認不足。 ・ マットレスとフットボードの間にクッションを入れられない方がよいとメーカーから指摘されていたが、利用者の身体状況からそうするしかなく、問題を放置してしまった。 ・ 保管や運搬の際に、破損等の無いよう丁寧に取り扱う。 ・ 特殊寝台の設置位置の提案 ・ 使用方法の説明（実施はしたが練習は不足していた可能性あり） ・ 説明書等による組み立て方法の確認

※固有名詞はカッコ書きで抽象化した。

② 福祉用具貸与開始時（納品時・操作方法等説明時）の対応について

福祉用具貸与開始時（納品時・操作方法等説明時）に不足していたと考えられる対応等は、事件事例を報告した回答者では「特に不足していた対応やさらにすべきだった対応はない」が40.7%と最も多く、次いで「利用者・家族等への説明内容」が29.6%であった。

ヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、「利用者・家族等への説明内容」が33.5%と最も多く、次いで「特に不足していた対応やさらにすべきだった対応はない」が32.9%であった。

図表 88 問5 2. 福祉用具貸与開始時（納品時・操作方法等説明時）に不足していたと考えられる対応等について 【複数回答】

	調査数	の福祉用具貸与・販売計画	利用者・家族等への説明	関係者との情報共有	その他	はさ特 ならに い不足 すして べき だいた った た対応 や	いわ から ない ・覚 えて いな	無回答	
全体	182 100.0%	9 4.9%	60 33.0%	30 16.5%	18 9.9%	62 34.1%	11 6.0%	10 5.5%	
事 例 の 種 類	事件事例報告	27 100.0%	2 7.4%	8 29.6%	2 7.4%	4 14.8%	11 40.7%	1 3.7%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	7 4.5%	52 33.5%	28 18.1%	14 9.0%	51 32.9%	10 6.5%	7 4.5%
	事例報告なし	-	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

福祉用具貸与開始時（納品時・操作方法等説明時）に不足していたと考えられる対応等の具体的な内容は、以下のとおりであった。

図表 89 問5 2. 福祉用具貸与開始時（納品時・操作方法等説明時）に不足していたと考えられる対応等の具体的な内容 【複数回答】

項目	具体的な内容（自由記述）
福祉用具貸与・販売計画の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画書への留意事項へねじれの力には突っ張り力が対応できない例もあること ・ 敷居等の段差越えをする場合の操作方法を詳細に記載する事 ・ 留意事項に明記することが不足していた ・ 注意喚起の説明不足
利用者・家族等への説明内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台付属品、サイドレールの提案 ・ 利用者への説明 ・ 利用者様の福祉用具利用前の生活の用様と使用時の違い ・ ゆっくり対応 ・ 車いすの基本的な説明はしたが、取り扱いをしたことのない機種のため、不慣れな所があった。 ・ 勢いをつけての段差の乗り越えの危険性 ・ 夜間での使用場面など最大リスクについて

	<ul style="list-style-type: none"> ・充電器の使用方法の説明不足 ・本人不在での納品の為、説明が出来ていなかった。 ・移乗用リフトの可動部や適切な足の位置についてもっと十分に伝える必要があった ・注意事項の説明はしたが具体的な事例をふまえながら説明したら理解が深められたと思う。 ・ブレーキ設定の確認 ・天井の破損のリスクについて事前に説明しておいた方が良かった。 ・リフトスリングシートの説明・選定と使用方法の指導 ・操作方法説明を分かりやすくする。 ・福祉用具は重い物が多く運ぶと体に負担がかかる事の伝達不足 ・アームがずれる可能性があるというこの説明 ・本人様にどのように使うかシミュレーションしてもら ・説明してからためしてもらったがしっかりと利用者が理解してもらうまで説明が不足していた。 ・様々な状況を想定しておくべきであった。 ・ベッドを動かす際に体の一部等挟み込みが無いよう注意をしていたが、テーブルが今回のケースのような形で挟まる事は伝えていなかった。 ・不具合時の対応について ・車いす・便器から直線的な立ち座りには強くねじれ力には注意すること ・敷居等の段差越えをする場合の操作方法を詳細に説明をする事 ・何年も使用して頂いていたので利用者に慢心があったと思うが定期的に使用方法や注意事項など点検時に確認しておく必要があった。 ・利用者本人の認知能力の確認 ・実際の動きを行う。 ・ベッドが動かなく前にベッドから異音があることがあり、その際にマットレスとフットボードの間にクッションは入れない方がよいとメーカーから指摘されていたので、クッションを入れて使用しているとベッドが壊れる可能性がある」と説明すべきだった。 ・福祉用具を設置した場所の判断が適していなかった ・留意事項の十分な説明 ・軽量の介助用車いすのデメリット ・利用方法についての説明。 ・用具に少しでも不具合や違和感を感じたらすぐに連絡をいただくこと（不具合があつてすぐに連絡をもらって対応ができたとも言えますが） ・操作方法の理解を得られていたか時間をおいて再確認 ・手すりでの挟み込みの危険性と注意喚起 ・使用方法と注意点の不足（実施はしたが不足していた可能性） ・走行可能距離について説明していたが利用者の把握が充分でなかった。 ・使用方法の説明をもっと丁寧にする必要があった ・天候による使用方法
関係者との情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台付属品、サイドレールの提案 ・ベッド上で動かれたり、下りたりしようとするのか、色々な情報共有ができていなかった。 ・歩行器導入後に担当会会議にて、他職種の方と面識をもった為 ・御家族と身体状況のはあく ・施設職員との共有が不足していた。 ・職員へ間違った使用時の注意喚起等。 ・転倒に繋がる恐れがある事の情報共有。 ・有料老人ホーム職員への注意 他サービスとの共有不足

	<ul style="list-style-type: none"> ・貸与開始時は薬の調整もうまくいっていたので、その後の進行状況の共有 ・各サービス事業所に事前のリスク共有ができていなかった。 ・レンタル卸との点検項目の確認不足。 ・施設職員にベッドの位置調整の際に相談して頂くよう伝える。 ・介護者の介護力の確認 ・担当者会議等の機会に具体的に検討 ・日常生活動作の状況
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・交換、納品前の商品状態の最終チェック不足 ・納品担当者の用具の組立方法、使用方法の理解、納品時の動作確認が不足していた。 ・少し悩むところであるが…緊急時の為に当該品の取り外し方法 ・歩行状態の変化予測 ・前述の如く、外出利用先の状況把握。 ・商品説明以外の保管の仕方の説明が十分ではなかった。 ・経年劣化の説明 ・福祉用具の正しい設置方法の確認 ・お客様情報の確認 ・性格上、無茶なこともされるので、過剰でも使用上の注意を重ねておくべきだった ・使用時の注意喚起。 ・住環境の確認 ・夜間の移動に関して不安な点はないか、どの位リスクがあるかの確認 ・機種ごとの十分な知識

③ 福祉用具貸与中（納品後、サービス提供中）に不足していたと考えられる対応等

福祉用具貸与中（納品後、サービス提供中）に不足していたと考えられる対応等について、事故事例を報告した回答者とヒヤリ・ハット事例を報告した回答者では、どちらも「使用方法の再指導・注意喚起」、「特に不足していた対応やさらにすべきだった対応はない」、「利用者・家族からの情報収集」の順で多かった。

図表 90 問5 3. 福祉用具貸与中（納品後、サービス提供中）に不足していたと考えられる対応等について 【複数回答】

		調査数	起使用 方法の 再指導・ 注意喚	ン福 社用 具の 修理・ メンテ ナ	福 社用 具の 使用中 止の 検討	討福 社用 具の 追加 や変更 の 検討	福 社用 具の 交換 の 検討	集利用 者・ 家族 から の 情報 収集	情報 共有 介護 支援 専門 員と の 相談
全体		182 100.0%	71 39.0%	21 11.5%	5 2.7%	15 8.2%	16 8.8%	29 15.9%	11 6.0%
事 例 の 種 類	事故事例報告	27 100.0%	9 33.3%	2 7.4%	1 3.7%	1 3.7%	2 7.4%	4 14.8%	2 7.4%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	62 40.0%	19 12.3%	4 2.6%	14 9.0%	14 9.0%	25 16.1%	9 5.8%
	事例報告なし	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
		調査 数	共他 職種 との 相談 、 情報	そ の 他	対や特 応さは に不足 しない すして べき だった 対応	なわ いから ない・ 覚えて い	無 回 答		
全体		182 100.0%	7 3.8%	9 4.9%	51 28.0%	3 1.6%	8 4.4%		
事 例 の 種 類	事故事例報告	27 100.0%	2 7.4%	3 11.1%	7 25.9%	1 3.7%	3 11.1%		
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	5 3.2%	6 3.9%	44 28.4%	2 1.3%	5 3.2%		
	事例報告なし	- -	- -	- -	- -	- -	- -		

※集計対象は「2）事故もしくはヒヤリ・ハット事例について」で「事故」もしくは「ヒヤリ・ハット」と回答したもののみ。

福祉用具貸与中（納品後・サービス提供中）に不足していたと考えられる対応等の具体的な内容は、以下のとおりであった。

図表 91 問5 2. 福祉用具貸与中（納品後・サービス提供中）に
不足していたと考えられる対応等の具体的な内容 【複数回答】

項目	具体的な内容（自由記述）
使用方法の再指導・注意喚起	<ul style="list-style-type: none"> ・ ブレーキのかけて良い場所の説明 ・ 利用者様へのベッド離床時の注意 ・ 取扱説明書を使用し、注意喚起 ・ ご利用者本人の歩行動作を確認し、想定される危険性を認識して頂く事 ・ 歩容にあわせた再指導 ・ 利用開始から3年半経過しているのので、定期的に運転講習を取り入れておくべきだった。 ・ 操作方法のみならず、使用環境での周辺に対する注意喚起。 ・ 再度訪問した際に福祉用具の説明をする。 ・ モニタリング時に用具の扱いには気を付ける事の指導・伝達が不足していた。 ・ アーム部分のぐらつきやずれ等が起きる場合があるということへの注意喚起が不足していた。 ・ スピードの出しすぎ注意、レバー操作注意 ・ 操作方法や利用する時間帯等 ・ 危険箇所の確認、運転の再指導 ・ 体重増加による危険性 ・ こちらからの積極的な、使用状況の確認等が不足していた。 ・ 利用者がしっかりと利用方法が分るまでの説明不足 ・ 現在は問題なく活用できているが、指導は重要である。 ・ モニタリング訪問時に点検＋使用方法の再指導が必要。 ・ サービス共有の不足と注意不足 ・ 引っ掛かりなどが起きないか ・ 他のサービスを利用せず貸与のみ独居のため、注意喚起をもっと強くすべきであった ・ 室内のスロープを配置している場所以外の敷居越えをする際の車いす操作方法 ・ 電動車いす使用時の注意場所や使用方法など ・ 訪問時に毎回注意点をお伝えする必要があった。 ・ しつこい位の指導と、注意喚起 ・ 使用時の注意喚起。 ・ 訪問時に、毎度、注意喚起を行うこと。 ・ 使用方法の確認 ・ マットレスとフットボードの間にクッションを入れることによってベッドが壊れるかもしれないという注意喚起 ・ 敷居の跨ぎ方等 ・ コメントの明確さ ・ 駐車ブレーキについて ・ ベッドのリモコン操作時は周辺を確認し、接触しそうな物がないかを確認する。 ・ 使い方が忘れてしまった等再指導の必要性 ・ 家族の理解度を再確認 ・ 挟み込みの可能性

	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット事例の共有・注意喚起 ・走行可能距離、バッテリー残量の確認
福祉用具の修理・メンテナンス	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的なネジ等での取扱では無かった為点検箇所から除外していた ・転倒防止バー取付 ・ネジ山の確認 ・出荷時の動作確認不足 ・設置後の確認 ・定期モニタリング時、背フレームの破損がないかの確認 ・納品時の点検 ・搬入時、福祉用具の不備の確認。 ・点検方法 ・レンタル卸業者による毎月の定期訪問の点検に任せきっていた。 ・モニタリングまでの期間で不具合が起きていた ・車輪が外れる可能性が予見できなかった。メーカーに聞いても通常起こらない事だという回答で原因は不明
福祉用具の使用中止の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・手すりがグラグラしたり、異常を感じた時にすぐに連絡をしてもらうようにもってしておけば良かった。 ・危険な事を説明し、同意を得る ・設置場所の確認
福祉用具の追加・変更・交換の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・他の車いすを検討したが、体格や体重制限により、機種が見つからなかった。 ・徐々に低下する筋力などに対応しているか ・他タイプの用具の選定 ・ベッドからの立ち上がり時に使用する手すりの設置を検討 ・ベッド柵を抜かないように説明。 ・安全な福祉用具の選定ができていなかった ・故障が少ない新型の機種の検討(何回かおすすめしたがご本人の拒否があり検討が泊まっていた) ・安全ブレーキ機能付きの機種への変更検討 ・他業者からの引き継ぎであったため、安易に同機種ですすめてしまいました。 ・アーム部分に全体重をかけるので、用具自体の機能低下についての認識が不足していた。 ・他の方法を提案する。用具だけでなく他のサービスの検討など ・トイレ内を広く動線を取るため、圧迫感のない商品を選定してしまったこと ・異音がした段階で交換すべきだった ・本人や家族との会話をもっと増やしていれば早い段階で気づけていたのではないか。
利用者・家族からの情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・6ヶ月モニタリングの前だったので筋力低下をしている事に気づけなかった。 ・利用状況の確認は引き続き必要と思われる。 ・進行状況の収集 ・ご本人の利用の様子などわかる範囲で聞き取る必要があった。 ・走行経路情報の把握不足 ・使用状況等 ・納品後の利用状況確認をするべきだった ・使用してみて不安な点はないかの確認 ・小さな子供やペットがいるかどうか ・夜間の排泄状況の確認 ・訪問をしなくても電話などで、利用状況をこまめに確認する必要があった ・歩行器利用中の状況について
介護支援専門員と	<ul style="list-style-type: none"> ・利用状況の確認は引き続き必要と思われる。

の相談、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・各サービス事業所に危険な部分を伝え、共有する必要があった。 ・把握していた走行経路以外の経路を走行していた。使用状況の変化の情報共有ができていなかった。 ・モニタリングでの報告 ・娘宅への訪問があること。 ・身体状況の変化について
他職種との相談、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリとの情報共有不足 ・通所リハビリに利用の際、使用されていたので、サービス事業所内での利用状況の確認が必要であった。 ・ADL低下の度合 ・転倒するまでに危険なことが無かったかなど
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・引き継ぎ直後であり前任者との詳細な内容把握が不足していた。 ・商品知識の理解の不足 ・定期的な連絡やモニタリング必要時の再選定を行っていたが前段階で特殊寝台の利用を強くすすめるべきであったのでは。 ・最終的には正式利用につながらなかった。 ・自宅環境認識 ・商品保管場所の確認 ・杖ゴムの耐応年数について ・点検作業が不足していたかもしれない ・定期点検の際に部品に亀裂等が無いか確認する。 ・まずは利用者の安全確認のため訪問、その後の確な判断・対応を迅速に行う

8) 事例の発生（把握）後の対応を振り返り、検討や実施したほうがよかったと思うこと

事例の発生（把握）後の対応を振り返り、検討や実施したほうがよかったと思うことについて、下表の回答が挙げられた。

図表 92 問6 事例の発生（把握）後の対応を振り返り、検討や実施したほうがよかったと思うこと【自由記述】

分類	内容（自由記述）
モニタリング時等での注意喚起・指導・リスクや事例の説明に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台導入時に、転落や、ずれ落ちに対する注意や、説明を検討すべきでした。 ・事故が発生した場合はできるだけ早くご連絡をしていただく事。出来れば事故の相手方の情報も聴いていただいていたことが重要と感じたので他のご利用中の各々にもその事をお伝えしてお願いすることが大切だと思いました。 ・事例を共有し、過去に問題が発生した事がない商品であってもヒヤリハットを意識し、万々に備える ・説明が家族のみだったので、外部（親戚）の方まで、周知する様にすれば良かったと思いました。 ・利用者への注意喚起の徹底を実施したほうがよい。 ・利用者様の特性をこちらがもっと良く把握してより説明、理解をしてご利用して頂くと良かった。 ・利用者の弁償が発生し、細かな気くばり、説明に、時間をかけるべきだった。 ・（ハンドル形電動車いす）に関しては、レンタル導入前に試運転をして危険箇所の確認や交差点や事故が起きそうな場所での運転の仕方など確認を行っているが、定期的に運転講習を行っていくようにしたい

	<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返しになりますが、外出先の詳細把握と、その状況下に於ける注意喚起の徹底。 ・説明不足だった点があったと思います。福祉用具の説明を分かりやすく、1度ではなく、再度説明をする必要があったと思います。 ・用具の納品時は利用者の方も準備して待っておられるのでその時にいかに重たい物であるかのアクションをしておけばよかったと思います。 ・口答での注意や事故、不具合の確認のほか、操作しておられる様子を確認すべきであった ・説明し理解できたとしても、もう一度注意するところはしっかりと説明をする。 ・日常生活(特に室内)でのご主人の車いす操作頻度が操作方法上での注意事項の再説明と再確認 ・利用開始してから何年も使っていて頂いた為、注意事項などは、理解頂いているものと思いモニタリング時などには特に注意喚起などはしていなかった。今後は定期的に使用方法など確認して行くようにします。 ・たびたびの、指導と注意喚起 ・高次脳機能障害をお持ちであると認識はしていたが、事例発生の間により分かりやすくなるよう注意事項を貼る等を行っていただければと思う。 ・納品時、車いすの使用方法を丁寧に説明し、理解していただいているか確認をし、ご家族様と一緒に動作確認をする。 ・注意事項の説明時に実際にあった事例等を明確に説明して納得していただく必要性。 ・定期にくりかえし使用方法を指導する ・納品後に使用状況について再度訪問等の対応によって確認と正しい使用方法ができているかの確認及び注意喚起の再徹底 ・納品時の使用方法の説明を丁寧に行い、こまめな確認が必要だった
<p>身体状況や使用環境の確認に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング時、しっかり点検は行うようにしているが、利用者様の実際の利用状況も確認した方が良かった。長く使用されている用具に対しては、利用者様やご家族、ケアマネージャーからの依頼や訴えがなくても、交換の検討をしていくべきだと思った ・利用開始時からの身体状態の変化を鑑みて、現状考えられるリスクを多職種と検討し、適宜機種の新選定を行うこと ・進行性の病気はモニタリングをふやしたり、介護支援専門員との更なる情報収集を行う。 ・ご利用者状況の聞き取り。腰部骨折により、ベッドでの生活が主になってしまった。ベッド上での動作や食事（水分補給の方法）など、聞き取りをする必要があった。今回の転落は、ベッド脇のテーブルより、飲料を取ろうとした際に起きたヒヤリハット。 ・ベッド離床時差の注意と家族の介助の要請 ・実際の道路にて、段差を越える様子を見て、危険箇所をどの様に通過するかを実技指導し、安全歩行できる対応をする。 ・本人にしかわからない状況（目の見えづらさなど）を出来るだけ把握し、最大リスクを想定した説明など行えれば良かった。 ・事前の家屋調査の必要性を感じた ・幸いケガは無かったものの、もう少し突き詰めて転落のリスクがないかを、追求しておけば良かったと思います。 ・操作方法や利用する時間帯についての把握 ・危険箇所の確認や、レンタル前の運転の練習を、もっと行うべきだった。 ・ご利用者が歩行器をご使用になられる場所を把握した後、留意事項の説明をした方が良かった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 納品後、短期間で不具合が発生したが、ほぼ毎日ヘルパーさんが昇降・背上げ動作を使用されておられ、1月2日に突然不具合発生に致った。レンタル品も自費対応の長期使用品であった為、経年劣化による事が分かっている。 ・ リハビリテーブルは通常端座位時に使用する事が目的の為、ベッド下部やサイドレール上部に干渉する事は可能性として低い事を考えていたが、今回のケースのように高さによってはリスクがある事が分かった。ベッドを最低床まで下げた際に、干渉するリスクがあるかどうかを納品時に確認し、危険な状態になるかどうかを説明、または再提案を行う用にすればよかったと思います。 ・ 貸与開始が2月でヒヤリハット発生が7月であり、6ヶ月毎の定期モニタリングが未実施でした。利用者の身体状況・使用頻度をしっかり見極める必要がありました。 ・ ご家族様にご様子を細かくお聞きし変化などに対応できるようにする ・ 歩行器の移動範囲にワイヤーを引っ掛けてしまうような場所がないか確認する。 ・ 住環境に合った福祉用具の選定 ・ 元気な認知症の方に対するの対応の仕方の検討 ・ 実際に使用する場所で実際に本人・介護者に操作をしてもらうこと。使用状況の確認を納品後数日で行うべきだった。 ・ 住宅の天井の強度を確認すれば良かった。 ・ その家で生活する人だけでなく、訪ねてくるひ孫さんがいるという情報まで把握していなかった。小さな子供さんが遊ばないように、どんな方にも伝える必要があるのかもしれない ・ 利用者様の生活行動範囲を全て把握しておく必要があった。 ・ 退院時、退院カンファに参加出来ず入院時の生活状況や本人を見ずに納品、設置してしまった為、今回の状況になったと思うので、介護支援専門員、介護員ともっと密に情報共有出来れば良かったと思う。 ・ 進路変更の際にふらついたのが原因の為、廊下へ物を置いたりし歩行の妨げになる物を寄せて貰うべきだった。
<p>他職種や家族等とのコミュニケーション、情報共有に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 導入時や、担当者会議時等、ケアマネや他事業所にも、利用者が用具を利用している際に違和感や不具合の訴えがあったり、気になることがあった場合は当社に連絡を頂くよう促すことも必要かもしれない。 ・ 施設の環境や何度も問題が起きた際は交換だけでなくメーカーに聞くこと ・ 介護支援専門員を通してだけでなく、現場の職員との情報の共有や、状況確認をさらに行っておけばよかった。 ・ パーキンソン病及び認知症の疾患があり、投薬の効きが悪くなると、ADLの低下が著明となる場合があり、使用状況に危険な場面が想定される事も考え、訪問介護及び施設職員に福祉用具の使用方法が適切か判断して頂く事も必要と感じた。 ・ 福祉用具相談員と家族、担当ケアマネージャーで点検した後に卸業者の整備の方に再チェックしてもらうよう依頼すべきだった。(実施は難しいと言われたが…) ・ 現在、コロナ禍で、他サービスとの関わりが少なく、今回の転倒が発生したと思われま。介護支援専門員を中心に注意喚起を進めていきたい。 ・ 車いす介助をする職員が日、時間によって異なる為、機能、操作方法の知識、技術に差が生じると思われます。操作方法等の説明を周知できる環境が出来ればと感じた。 ・ 福祉用具の使用方法について、改造等強いこだわりがある利用者への対

	<p>応や他事業所との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 導入時に本人はもとより、ご家族や関わるサービス事業所へヒヤリハットを共有し、普段から見守りの目が多い体制を作ることでリスク軽減を図るべきだった。 ・ 家族の方には使用方法の説明はしやすいがデイなどの職員には使用時の注意喚起をしてもなかなか直してもらえない。 ・ ベッドの移動は家族や施設職員だけで行わず、貸与事業所に連絡をいただくよう説明する。
福祉用具の商品情報・昨日・耐久性等の確認や情報収集に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 100kg 越えの利用者が車いすに乗ったまま操作しようとしたときに掛かる負荷の検討 ・ メンテナンスの手順の見直し ・ 弱い部品を把握し、共有することで事故を防ぐことが出来る。 ・ 定期的なメンテナンスを怠らない。 ・ 使用前の点検の大切さ ・ レンタル卸業者の点検に一任せず、自分の目でも細部まで点検を実施すべきであった。 ・ マットレスとフットボードの間にクッションを入れることでモーターに負荷がかかりベッドに異常が出る可能性があることまで考えが及ばなかった。身体状況からクッションを入れるしか仕方がなかったが、他に方法がなかったかメーカーから指摘を受けた時にもっと検討すべきだった。 ・ 取り扱い説明書の再確認
モニタリングやコミュニケーションの機会に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6ヶ月モニタリングよりももう少し早いサイクルでモニタリングが出来ていれば良かったが、担当している利用者類を考えると6ヶ月以内のモニタリングは難しいので、ケアマネをもう少し密に情報共有をしていれば良かったと思います ・ お客様とのコミュニケーションを多くすることで気づくことが多くなり、事故やヒヤリハットも減らしていけるのではと考える。 ・ 定期的に電話連絡をおこない、近況の把握をおこなう。
モニタリングや点検の項目の再検討に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 納品前の操作確認時にメーカーが提示している注意点以外のことも想定し操作確認を実施した方が良かったと思った。 ・ モニタリング、メンテナンスの徹底 ・ モニタリング時の点検内容を再確認する ・ モニタリング時の点検方法の見直し ・ モニタリング時の確認方法をもっとしっかりした方法に改めるべきだった
福祉用具の変更・交換・使用中止に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ キャスターを異なる仕様（素材）のものに変更。 ・ 機種変更の提案、使用方法の再確認。 ・ ベッドからの立ち上がりを使用する手すりの設置を検討するべきだった。 ・ （ベッド用手すり）の固定レバーを見えないようにした方がよかったかもしれない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当時、引き継いだばかりでまた商品知識もないまま漠然と納品作業にあたってしまっていたと思います。今思い返せばきちんと情報収集等事前準備を行っておくべきだったと感じました。 ・ メーカー説明会による詳しい説明を課員全体に行う。 ・ 状況判断を正しくおこなうために時間に余裕をもって行動する。 ・ 点検結果に不具合がなくても、経年で個品を廃却した方が良いのか？ 実稼働月数は少なくても購入から経年している商品や、購入からずっと休みなく稼働している商品もあり、一概に判断しづらい 新品のまま2年～

	<p>3年箱で保管となっている商品もある。仕入原価に到達せず廃却しなければならぬものが多くなれば、幅広い商品を揃えて提供できなくなる歩行器のタイヤが外れる不具合は20年で1回か2回しか起こっておらずいずれも原因不明。過度なリスク排除は収益性を圧迫して事業が継続できないため難しさを感じる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング時の質を向上させて、より具体的な情報収集を図るべきだったと考えました。通院の経路についてや、歩行器利用時の使い勝手など
--	--

※固有名詞はカッコ書きで抽象化した。

9) 日頃から取り組んでいる事故やヒヤリ・ハット防止の取組

① 事故防止の取組

日頃から取り組んでいる事故防止の取組は、全体を見ると「事業所で開催している勉強会・研修に参加している」が72.0%と最も多く、次いで「訪問やモニタリング時に積極的に事故やヒヤリ・ハットに関する情報収集や使用状況の確認等をしている」が60.0%、「管理者や経験豊富な福祉用具相談員に相談する・助言を受けている」が56.6%であった。

図表 93 問7 1. 事故防止の取組 【複数回答】

	調査数	事業所で開催している勉強会・研修	事業所外で開催される勉強会・研修	スキルアップのための資格等取得	訪問やモニタリング時に積極的に報告や情報共有	有事を積極的にヒヤリ・ハット報告や情報共有	管理者や経験豊富な福祉用具相談員に相談する・助言を受けている	その他	無回答	
全体	650 100.0%	468 72.0%	352 54.2%	99 15.2%	390 60.0%	276 42.5%	368 56.6%	6 0.9%	14 2.2%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	20 74.1%	16 59.3%	5 18.5%	14 51.9%	11 40.7%	15 55.6%	1 3.7%	2 7.4%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	110 71.0%	80 51.6%	24 15.5%	83 53.5%	65 41.9%	86 55.5%	4 2.6%	6 3.9%
	事例報告なし	466 100.0%	337 72.3%	255 54.7%	70 15.0%	293 62.9%	200 42.9%	266 57.1%	1 0.2%	6 1.3%

「事業所で開催している勉強会・研修に参加している」場合の勉強会・研修のテーマは、「福祉用具の新品に関する内容」が86.8%と最も多く、次いで「事故やヒヤリ・ハットに関する内容」が54.9%、「利用者の疾病・身体状況に関する内容」が42.9%であった。

「事業所外で開催される勉強会・研修等に参加している」場合の勉強会・研修のテーマは、「福祉用具の新品に関する内容」が90.3%と最も多く、次いで「利用者の疾病・身体状況に関する内容」が38.1%、「事故やヒヤリ・ハットに関する内容」が29.8%、であった。

図表 94 問7 1. 事業所で開催している勉強会・研修のテーマ 【複数回答】

	調査数	福祉用具の新品に関する内容	利用者の疾病・身体状況に関する内容	事故やヒヤリ・ハットに関する内容	その他	無回答	
全体	468 100.0%	406 86.8%	201 42.9%	257 54.9%	11 2.4%	2 0.4%	
事例の種類	事故事例報告	20 100.0%	18 90.0%	7 35.0%	13 65.0%	1 5.0%	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	110 100.0%	103 93.6%	41 37.3%	62 56.4%	4 3.6%	-
	事例報告なし	337 100.0%	285 84.6%	153 45.4%	181 53.7%	6 1.8%	2 0.6%

※集計対象は「① 事故防止の取組」で「事業所で開催している勉強会・研修に参加している」と回答したもののみ。

図表 95 問7 2. 事業所外で開催される勉強会・研修のテーマ 【複数回答】

	調査数	福祉用具の新品に関する内容	利用者の疾病・身体状況に関する内容	事故やヒヤリ・ハットに関する内容	その他	無回答	
全体	352 100.0%	318 90.3%	134 38.1%	105 29.8%	13 3.7%	1 0.3%	
事例の種類	事故事例報告	16 100.0%	15 93.8%	9 56.3%	5 31.3%	-	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	80 100.0%	72 90.0%	33 41.3%	22 27.5%	5 6.3%	-
	事例報告なし	255 100.0%	230 90.2%	92 36.1%	78 30.6%	8 3.1%	1 0.4%

※集計対象は「① 事故防止の取組」で「事業所外で開催している勉強会・研修に参加している」と回答したもののみ。

② 福祉用具専門相談員として自己研鑽していること

福祉用具専門相談員として自己研鑽していることは、全体を見ると、「福祉用具メーカーの展示会等への参加による情報収集」が63.2%と最も多く、次いで「ウェブサイト（SNS含む）の閲覧による情報収集」が51.1%、「福祉用具のマニュアル等の確認」が48.5%であった。

図表 96 問7 2. 福祉用具専門相談員として自己研鑽していること 【複数回答】

		調査数	ウェブ サイト による 情報 収集 (SNS 含む)	福祉 用具 メー カー の展 示会 等	福祉 用具 専門 相談 員以 外の 福 祉	介 護 関 連 の 資 格 取 得	会 社 ・ 業 所 外 で 開 催 さ れ る 勉 強	学 会 活 動 へ の 参 加	自 主 研 究 の 取 組
全体		650 100.0%	332 51.1%	411 63.2%	116 17.8%	66 10.2%	269 41.4%	6 0.9%	20 3.1%
事例 の 種 類	事件事例報告	27 100.0%	16 59.3%	20 74.1%	5 18.5%	4 14.8%	13 48.1%	-	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	87 56.1%	108 69.7%	29 18.7%	16 10.3%	65 41.9%	-	1 0.6%
	事例報告なし	466 100.0%	229 49.1%	282 60.5%	82 17.6%	46 9.9%	190 40.8%	6 1.3%	19 4.1%
		調査数	福祉 用具 のマ ニ ュ ア ル 等 の 確 認	福祉 用具 の 事 故 ・ ヒ ヤ リ ・	他 の 福 祉 用 具 専 門 相 談 員 が 取	社 内 の 福 祉 用 具 専 門 相 談 員 の 福	そ の 他	無 回 答	
全体		650 100.0%	315 48.5%	267 41.1%	282 43.4%	248 38.2%	7 1.1%	13 2.0%	
事例 の 種 類	事件事例報告	27 100.0%	11 40.7%	11 40.7%	14 51.9%	10 37.0%	-	2 7.4%	
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	66 42.6%	56 36.1%	69 44.5%	51 32.9%	2 1.3%	8 5.2%	
	事例報告なし	466 100.0%	237 50.9%	200 42.9%	198 42.5%	185 39.7%	5 1.1%	3 0.6%	

10) 事業所におけるヒヤリ・ハット事例の報告について

事業所から求められているヒヤリ・ハット事例の報告は、「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求められている」が63.4%と最も多く、次いで「ヒヤリ・ハット事例は会議や打ち合わせ時に報告を求められている」が16.6%であった。

「特定のヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求められている」場合の報告を求められているヒヤリ・ハット事例の内容は、事故に繋がる可能性があるもの、利用者のクレームや怪我が発生したもの、といった回答が挙げられた。

図表 97 問8 1. 事業所から求められているヒヤリ・ハット事例の報告

	調査数	速やかな報告を求められている	特定の報告を求められていない	ヒヤリ・ハット事例を求められている	ヒヤリ・ハット事例を求められていない	無回答	
全体	650 100.0%	412 63.4%	10 1.5%	108 16.6%	55 8.5%	65 10.0%	
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	19 70.4%	- -	2 7.4%	3 11.1%	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	89 57.4%	6 3.9%	33 21.3%	13 8.4%	14 9.0%
	事例報告なし	466 100.0%	304 65.2%	4 0.9%	72 15.5%	39 8.4%	47 10.1%

【参考】

事業所でのヒヤリ・ハット事例の報告状況について、管理者と福祉用具専門相談員の認識の相違を見るため、同一事業所の管理者と福祉用具専門相談員の回答内容をクロス集計したものが下表のとおりである。「管理者と福祉用具専門相談員で同一の認識」（管理者と福祉用具専門相談員で同一の回答だった場合）が過半数を超えていた。

図表 98 事業所でのヒヤリ・ハット事例の報告状況について
管理者と福祉用具専門相談員の認識の相違

調査数	管理者と福祉用具専門相談員が同一の認識	管理者と福祉用具専門相談員が異なる認識	無回答
650 100.0%	381 58.6%	163 25.1%	106 16.3%

11) ヒヤリ・ハット事例を把握した際、事業所（管理者）への報告のしやすさ

ヒヤリ・ハット事例を把握した際の事業所（管理者）への報告のしやすさは、「とても報告しやすい雰囲気・環境である」が64.6%と最も多く、次いで「やや報告しやすい雰囲気・環境である」が17.5%であった。

図表 99 問8 2. ヒヤリ・ハット事例を把握した際、事業所（管理者）への報告のしやすさ

	調査数	気とても環境である しやすい雰囲気	環 境 で あ る や や 報 告 し や す い 雰 囲 気 ・	環 境 で あ る や や 報 告 し づ ら い 雰 囲 気 ・	気とても環境である しやすい雰囲気	なし ヒヤリ・ハット事例が 発生 た こ と わ か ら な い	無回答
全体	650 100.0%	420 64.6%	114 17.5%	11 1.7%	-	43 6.6%	62 9.5%
事例の種類	事故事例報告	27 100.0%	14 51.9%	7 25.9%	3 11.1%	-	3 11.1%
	ヒヤリ・ハット事例報告	155 100.0%	106 68.4%	32 20.6%	4 2.6%	-	12 7.7%
	事例報告なし	466 100.0%	299 64.2%	75 16.1%	4 0.9%	-	46 9.9%

【参考】

ヒヤリ・ハット事例の事業所（管理者）への報告のしやすさについて、管理者と福祉用具専門相談員の認識の相違を見るため、同一事業所の管理者と福祉用具専門相談員の回答内容をクロス集計したものが下表のとおりである。「管理者と福祉用具専門相談員で同一の認識」（管理者と福祉用具専門相談員で同一の回答だった場合）が過半数を超えていた。

図表 100 ヒヤリ・ハット事例の事業所（管理者）への報告のしやすさについて
管理者と福祉用具専門相談員の認識の相違

調査数	員管 が理 者 と の 福 祉 用 具 専 門 相 談	員管 で 異 な る 福 祉 用 具 専 門 相 談	無 回 答
650 100.0%	360 55.4%	149 22.9%	141 21.7%

① 報告しづらいと感じる理由

「やや報告しづらい雰囲気・環境である」の場合、報告しづらいと感じる理由は、「報告や記録の入力が手間なため」が 54.5%と最も多かった。

図表 101 問8 (1) 報告しづらいと感じる理由 【複数回答】

		調査数	た報告や記録の入力が手間な	て報告しないため事例が活用され	他の福祉用具専門相談員が	め報告を受けられることがあから	が自分の評価が下がる可能性	その他
全体		11 100.0%	6 54.5%	3 27.3%	3 27.3%	3 27.3%	1 9.1%	1 9.1%
事例の種類	事件事例報告	3 100.0%	2 66.7%	-	1 33.3%	1 33.3%	-	-
	ヒヤリ・ハット事例報告	4 100.0%	2 50.0%	1 25.0%	2 50.0%	1 25.0%	-	-
	事例報告なし	4 100.0%	2 50.0%	2 50.0%	-	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%

※集計対象は「1 1）ヒヤリ・ハット事例を把握した際、事業所（管理者）への報告のしやすさ」で「やや報告しづらい雰囲気・環境である」と回答したもののみ。

2-5. 調査結果のまとめ

(1) 管理者用調査結果

- ・ 事業所としての定期モニタリングの頻度は、「原則として6か月に1回」が回答の8割以上と最も多かった(図表7)。定期モニタリングの頻度が高くなるケースは、利用者の状態・体調・希望等に関する内容が特に多く、身体状況の変化が速い場合や、福祉用具の使用頻度が高い場合等が挙げられた。その他には、特定の種類の福祉用具(手すり、車いす、歩行器、歩行補助つえ(4点杖)等)の場合が挙げられた(図表8)。
- ・ 事業所としての事故やヒヤリ・ハットの防止に向けた環境整備の取組は、回答の6割以上が「事故の範囲・定義を明確にして周知」、回答の半数近くが「ヒヤリ・ハットの範囲・定義を明確にして周知」であった(図表10)。
- ・ 事故やヒヤリ・ハット等に関するマニュアル等の活用状況は、事故予防の取組では、「事業所もしくは法人で独自に作成したマニュアル等」、「福祉用具の安全利用推進マニュアル」(一般社団法人日本福祉用具供給協会)が、事故発生後の対応では、「事業所もしくは法人で独自に作成したマニュアル等」多く挙げられていた(図表11)。
- ・ 事象事例の情報収集の範囲とヒヤリ・ハット事例の情報収集に関する情報収集先の範囲は、それぞれ概ね同様の傾向で、「定期的もしくは常時情報を収集できる機会がある」は自法人内の他、レンタル卸事業者との回答が多く挙げられた。「事例発生時に連絡を受けて情報収集している」は自法人内、介護支援専門員、レンタル卸事業者、メーカーがそれぞれ4割前後であった。他の福祉用具貸与事業所とは、事故とヒヤリ・ハットのどちらも情報収集の範囲としていないという回答が5割近くであった(図表12)。
- ・ 事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会の開催状況は、令和元年度以前、令和元年度、令和2年度、令和3年度のいずれの年度でも同様の傾向で、「法人もしくは事業所で事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催」が過半数であった。一方、「法人もしくは事業所で事故防止や事故発生時の対応等に関する研修・勉強会を開催していない」の回答が1割以上あった(図表14)。研修・勉強会を開催していない理由は、いずれの年度でも「講師の確保が難しい、講師ができる職員がいない」が過半数で最も多く、次いで「カリキュラムや研修内容の作成が難しい」が4割前後であった(図表16)。
- ・ 事業所でのヒヤリ・ハット事例の報告状況は、回答の7割以上で「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求めている」であった(図表23)。また、事業所内での報告のしやすさ(雰囲気・環境等)は、「とても報告しやすい」と「やや報告しやすい」を合計すると、回答の約9割であった(図表24)。報告しやすい環境づくりのために事業所として工夫していることは、「ヒヤリ・ハット用の報告様式を整備している」と「ヒヤリ・ハットを報告する定期的な機会を設けている(朝礼・会議等)」がそれぞれ約半数程度であった。「ヒヤリ・ハット報告のフローを定めている」は約2割強であった(図表25)。
- ・ 研修・勉強会の内容は、医療・疾病に関する内では認知症、感染症、疾病の特徴等について、個別の福祉用具に関する知識や情報、技術に関する内容では商品情報、使用方法、注意事項等について、アセスメントやモニタリングに関する内容では点検時のチェック項目、モニタリング時の確認事項について、福祉用具貸与計画の作成に関する内容では計画書の作成方法等について、事例検討では事故やヒヤリ・ハットの事例の共有や確認等であった

(図表 15)。

- ・ 事故防止のために特に重要と考える研修・勉強会のテーマは、医療・疾病に関する内容では認知症や褥瘡に関する内容、疾患による用具の注意点や身体機能の特徴等について、個別の福祉用具に関する知識や情報、技術に関する内容では新製品の情報、用具の構造やフィッティングの理解等について、アセスメントやモニタリングに関する内容では記入方法、モニタリング時の質問方法・内容等について、福祉用具貸与計画の作成に関する内容では福祉用具の選定、留意事項の効果的な記載の仕方・口頭注意の仕方、等について、事例検討では、事故事例や困難事例をもとにした検討、種目・機種別商品による起こることが想定できるヒヤリ・ハット事例等が挙げられた(図表 17、図表 18、図表 19、図表 20、図表 21、図表 22)。

(2) 福祉用具専門相談員用調査

- ・ 事故事例の概要について
 - 事故事例の提供種目は、「車いす」、「歩行器」、「手すり」の順で多く(図表 40)、事故の種別は「転倒」、「交通事故」、「挟み込み」の順が多かった(図表 39)。
 - 事故の対象者の住宅の状況は、「自宅」が9割以上(図表 32)、事故の発生時間帯は、「9時～12時」が約半数であった(図表 37)。
 - 事故事例の情報の把握方法は、「利用者本人からの連絡」、「家族等の介護者からの連絡」、「介護支援専門員からの連絡」がそれぞれ約3割であり(図表 41)、事故の原因分析結果の連携先は、「レンタル卸」が約半数のほか、「メーカー」も多く挙げられていた(図表 46)。
- ・ ヒヤリ・ハット事例の概要について
 - ヒヤリ・ハット事例の提供種目は、「車いす」、「歩行器」、「特殊寝台」の順が多かった(図表 63)。
 - ヒヤリ・ハット事例の対象者の住宅の状況は、「自宅」が過半数であり(図表 55)、発生場所は、「自宅 寝室」、「自宅 居間」の順で多く、発生時間帯は「午前」と「午後」が概ね同程度であった(図表 60～図表 62)。
 - ヒヤリ・ハット情報の把握方法は、「家族等の介護者からの連絡」、「介護支援専門員からの連絡」、「モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り」順が多かった(図表 64)。「モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り」で聞き取れた理由は、「モニタリング時の確認項目になっているため」が半数だったほか、「貸与品の破損や傷等があったため」も多く挙げられていた(図表 65)。
 - 発生原因は、「事前のリスク把握が不足していた(転倒リスクに気づいていなかった等)」、「利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった」、「貸与品に不具合があった」が概ね同程度であったほか(図表 66)、操作方法に関する内容や納品時の確認不足や福祉用具の不備・経年劣化等に関する内容、コミュニケーションに関する内容、利用者の体調・状態に関する内容が挙げられた(図表 67)。
 - 事例発生後の連携先は、「レンタル卸」が約4割と最も多かったが、「なし」が約3割であった(図表 69)。

- ・ 事故、ヒヤリ・ハットの要因分析の実施状況は、事故、ヒヤリ・ハットのどちらも7割以上が「実施した」であった（図表 75）。
- ・ 事故、ヒヤリ・ハット事例について福祉用具専門相談員として利用者・家族等に対しては、「定期モニタリング以外での連絡や訪問する機会を増やした」と「使用方法や操作方法の注意事項等を記載した資料を配布した」が（図表 81）、介護支援専門員に対しては「利用者の状態に関する確認」、「当該福祉用具の注意事項の再共有」が多く挙げられていた（図表 82）。他介護サービス事業者職員等に対して実施したことは、事故事例の場合は「当該福祉用具と同じ種類の福祉用具の事故・ヒヤリ・ハット事例・情報の確認」、「特になし」の順で多かったが、ヒヤリ・ハット事例の場合は「特になし」、「当該福祉用具と同じ種類の福祉用具の事故・ヒヤリ・ハット事例・情報の確認」の順で多かった（図表 83）。
- ・ 事例の発生（把握）後の対応を振り返り、検討や実施したほうがよかったと思うことは、モニタリング時等での注意喚起・指導・リスクを徹底する・繰り返し説明する等、身体状況や使用環境の確認に関する内容では利用者の身体状況の変化、使用環境や動線を確認する等、情報共有に関する内容では他職種の使用状況、福祉用具の注意事項を共有する等、モニタリングやコミュニケーションの機会に関する内容ではコミュニケーション頻度を上げる等、が多く挙げられていた（図表 92）。
- ・ 事故防止の取組について、福祉用具専門相談員として自己研鑽していることは、「福祉用具メーカーの展示会等への参加による情報収集」、「ウェブサイト（SNS 含む）の閲覧による情報収集」、「福祉用具のマニュアル等の確認」が多く挙げられていた（図表 96）。
- ・ 事業所から求められているヒヤリ・ハット事例の報告について福祉用具専門相談員の認識は、「すべてのヒヤリ・ハット事例の速やかな報告を求められている」が6割以上であり（図表 97）、ヒヤリ・ハット事例の事業所（管理者）への報告のしやすさは、「とても報告しやすい雰囲気・環境である」が6割以上であった（図表 99）。