

介護ベッド用手すりに関する事故でご意見を頂きたい事項

【議論のポイント】

介護ベッド用手すりについては、使用者や寝具の転落防止を目的とした製品であるが、ベッド上で予測できない行動をとる方や、自力で危険な状態から回避することができない方が使用する場合、ベッド柵類のすき間等に身体の一部(頭や首等)が挟まれる可能性があり、結果として死亡や重篤の事故が発生している。このような事故を未然に防ぐためには当該製品の改良だけでは限界があることから、注意喚起のあり方等今後の効果的な方法について、ご意見いただく。

【経緯】

- (1) 消費生活用製品安全法に基づく重大製品事故報告として受け付けた事故は36件。(平成22年8月末日現在)
- (2) 事故はベッド柵類のすき間で発生したものであり、死亡事故(15件)、重傷事故(21件)となっている。
- (3) 重大事故の主な発生箇所は、以下のとおり。
 - ・サイドレールの棧のすき間: 6件
 - ・手すり内のすき間: 7件
 - ・手すりのグリップ未固定・破損: 6件
 - ・サイドレール間のすき間: 6件
 - ・ヘッドボードとのすき間: 3件 等
- (4) JIS T 9205(病院用ベッド)、JIS T 9254(在宅用電動介護用ベッド)
 - ・サイドレールとサイドレール、ベッド用手すりとヘッドボード等の距離について、これまでの寸法規定から頸部・頭部の挟み込みを想定したジグの挟み込みによる寸法に改定(平成21年3月20日付施行)
 - 「分割サイドレール間、ベッド用手すりとヘッドボード間の距離: 直径60mmのジグを50Nの力で差し込み、ジグが入り込まないことを確認」
 - 「サイドレール内部の棧の隙間: 直径120mmのジグを50Nの力で差し込み、ジグが入り込まないことを確認」
- (5) 介護用ベッドのサイドレールに関する業界の取り組み
 - ・平成12年2月～ サイドレール生産開始
 - ・平成13年12月 医療・介護ベッド安全普及協議会設立
 - ・平成15年8月 全国の医療・介護施設向けに「ベッド安全使用マニュアル」を送付し注意喚起
 - ・平成20年3月 更なる注意喚起として、サイドレールや手すりに関する注意事項及び対処方法をパンフレット(「ベッド柵類ではさまれについてのご注意」)にまとめ、全国の医療・介護施設、販売業者及びレンタル業者へ送付。

なお、一部の社においては、平成13年10月からサイドレールのすき間を塞ぐ簡易スパーサーの無償提供を開始するとともに、上記JIS対応のサイドレールの利用のため、新製品の購入時に旧製品の取下りを実施。
 今後は、在宅介護における注意喚起を図るため、介護作業士(ケアマネージャー)や要介護者家族向けを対象としたパンフレットを作成・検討中。(資料7 - 参考資料)

【課題】

- (1) 介護用ベッドの安全な取り扱いについて、病院や介護施設だけでなく、在宅介護の場への普及・浸透。
- (2) サイドレールすき間への挟み込み事故を防止するための予防品(すき間を塞ぐ補助具等)の更なる利用促進。

	管理番号	事故発生日	報告受理日	製品名	被害状況	事故内容	事故発生都道府県	備考	事故の原因
1	A200700101	平成19年5月10日	平成19年6月7日	介護ベッド用手すり	死亡1名	着衣がベッドの手すりの固定用ノブに引っかかり、頸部圧迫を起こし、窒息により死亡した。	兵庫県		当該事故は、スイングアームを固定せずに使用した際に、固定ノブが着衣の首部分に引っかかることよって発生したものと推定される。固定ノブの形状は、球状であり引っかかる等による危険性は低いものと考えられるが、事故発生時の被害者の状態及び行動が明らかでないため、原因の特定には至らなかった。
2	A200700615	平成19年10月22日	平成19年11月15日	介護ベッド用手すり	重傷1名	使用者が当該製品を使用して、立ち上がろうとした際に、当該製品の隙間に腕が挟まり怪我を負った。	大阪府		事故原因は、当該製品を掴んで立ち上がろうとしたが、踏ん張りがきかず、床へずり落ちてしまい事故に至ったと思われる。製品の性質上、隙間が発生するものであるが、狭み込みのリスクについての十分な周知等が望まれる。
3	A200700717	平成19年11月4日	平成19年12月17日	介護ベッド用手すり	重傷1名	手すりに掴まりベッドから立ち上がるようとした際、固定されていたはずの手すりが動き、転倒し、肋骨にひびが入った。	東京都		事故原因は、使用に伴うロックレバー部の摩耗と手すりに掴まることでロックレバーに負荷が掛かっていたことにより、固定されていたロックが解除されてしまい事故に至ったものと思われる。
4	A200700861	平成19年12月25日	平成20年1月21日	介護ベッド用手すり	死亡1名	当該製品の隙間で首を吊った状態で発見され、病院に運ばれたが死亡した。	愛知県		事故原因は、目撃者がおらず、事故の発生状況が不明であるものの、手すりのサイドレール部が製造時とは逆の方向で取り付けられていたことから、当該隙間が増大しており、事故に至ったと思われる。サイドレール部の逆方向の取り付けによる狭み込みの増大についての十分な周知等が望まれる。
5	A200700887	平成20年1月21日	平成20年1月29日	介護ベッド用手すり	死亡1名	ベッドの手すりと手すりの間に、ベッドの外側から首が挟まった状態で発見され、病院に運ばれたが死亡した。	香川県		ベッドに戻る際に事故が発生したと思われるが、目撃者がおらず、事故の発生状況の詳細が判らず、事故原因の特定には至らなかった。ベッドには複数の手すりを組み合わせて使用するため、製品の形状等により、手すり同士の間隙は千差万別であり、隙間をなくすることは不可能であり、隙間の狭み込みリスクについての十分な周知等が望まれる。
6	A200701000	平成20年2月9日	平成20年2月18日	介護ベッド用手すり	死亡1名	寝間着の襟首の部分が当該製品のグリップ部に引っ掛かった状態で発見され、病院に搬送されたが死亡した。	島根県		調査の結果、自立歩行のできない使用者がベッドから起き上がろうとして、手すり側に倒れ込んでしまい、寝間着の襟の部分が手すりに引っかかったものと考えられ、製品に起因する事故でないかと判断した。
7	A200701134	平成20年2月17日	平成20年3月17日	介護ベッド用手すり	死亡1名	手すり同士の間隙に首が挟まった状態で発見され、死亡した。	広島県		事故原因は、手すりの角部には丸みがあり、2本の手すりの隙間は、上から下にかけて狭くなっていることから、首が入り込んで挟まってしまったと考えられる。当該品については、過去に同一事故があり、狭み込みを防止する安全対策として、2本の手すり上部を連結する簡易部品(樹脂製)を無料で配布していたが、事故時は簡易部品は使用されていなかったことから、構造上の問題はあるものの、取扱いにも問題があったと考えられる。

	管理番号	事故発生日	報告受理日	製品名	被害状況	事故内容	事故発生都道府県	備考	事故の原因
8	A200701156	平成20年1月8日	平成20年3月21日	介護ベッド用手すり	死亡1名	施設において、ベッドの頭側のボードと当該製品の隙間に、首が挟まった状態で発見された。被害者が高さの低いフットボード側から昇降を行うのを防ぐためにベッドのヘッドボードとフットボードを逆に取り付けていた。	島根県		調査の結果、高さが低いフットボードが頭側に取り付けられていたことから、ボードと手すりの間に頭を乗せやすい状態になり、首が沈み込んだものと判断した。
9	A200701164	平成20年2月28日	平成20年3月26日	介護ベッド用手すり	死亡1名	他社製のベッドの上に2枚重ねて敷かれたマットレスと当該製品の隙間に挟まった状態で発見された。	三重県		調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は認められなかった。横幅の短いマットレスが使用されていたため、すき間が広がっており、ベットからずり落ちた際に、当該製品の横棧とマットレスのすき間に入り、下側の横棧に胸部が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすき間に関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。
10	A200800074	平成20年4月11日	平成20年4月18日	介護ベッド用手すり	死亡1名	ベッドの頭側ボードと当該製品の間に頭部が入った状態で被害者が発見された。	兵庫県		調査の結果、当該製品にくらつき、変形等構造上の問題は認められなかったこと、当該製品とベッドの頭側ボードのすき間は約5.2mmで、当時のJIS T 9254(在宅用電動介護用ベッド)のサイドレールの基準値を満たしていたことから、身体能力が低下していた使用者(要介護者)がボードに寄りかかっていたところ体勢を崩し、ボードと当該製品の間に首が入ってしまったものと推定。
11	A200800160	平成20年4月16日	平成20年5月15日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品に掴まり、ベッドから立ち上がろうとした際、転倒し重傷を負った。	埼玉県		調査の結果、ベッドに適切に固定された当該製品は、立ち上がるために当該製品に相当な荷重をかけた場合、荷重に応じた緩慢なアーム部の変位は確認されるものの、くらつきを生じさせるほどの急激な変位は認められなかった。また、アーム部へ荷重した場合、アーム部反対側の差し込み部が1cm程度持ち上がる事が確認されたが、一度持ち上がるとその状態で維持されることが確認された。結論としては、わずかなアーム部の変位が転倒の原因であると特定するには至らなかったことから、製品に起因して生じた事故かどうか不明であると判断した。
12	A200800192	平成20年3月30日	平成20年5月23日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品のスイングアーム部を持って立ち上がろうとした際、可動部のカバーが外れたため、驚いて転倒し重傷を負った。本体とスイングアームを連結しているボルトが破損していた。	兵庫県		調査の結果、締めすぎによりボルトが破損したものであった。ネジの十字穴がつぶれており、販売以後に締めすぎられ折損したもので、製品に起因する事故ではないと判断した。
13	A200800211	平成20年5月25日	平成20年5月30日	介護ベッド用手すり	死亡1名	当該製品のスイングアーム内の隙間に頭が入った状態で発見された。	兵庫県		事故原因は、当該製品のアーム内には頭部を横にすれば入り込めるほどのすき間があった。スイングアームが90度を開いた状態で固定されており、どのような経緯で入り込んだか不明であるが、頭部がすき間に入り込み、抜けなくなったものと考えられる。

管理番号	事故発生日	報告受理日	製品名	被害状況	事故内容	事故発生都道府県	備考	事故の原因
14 A200800235	平成20年5月22日	平成20年6月5日	介護ベッド用手すり	重傷1名	使用者が、当該製品のベッドサイドレールの間に首が挟まった状態で発見され、数日後に死亡した。	兵庫県		(6/29 第三者委員会審議) 調査の結果、当該製品の分割されたサイドレール間の寸法は70mmであった。(JIS改正前の商品、当時のJISは60mm以下) レンタル事業者は当該製品のすき間を塞ぐ部品を取り付けた状態で納品をしていた。 事故当時、当該製品の設置時に取り付けられていたすき間防止用部品はずれた位置にあった。 上記のことから、製品に起因しない事故と判断される。原因は、当該製品のすき間防止用部品が動かされてずれていたため、すき間に首が入り込んで圧迫され事故に至ったものと推定される。なお、レンタル事業者は当該製品の納入時にすき間防止用部品を設置して使用者などに注意喚起を行っていた。
15 A200800241	平成20年3月10日	平成20年6月6日	介護ベッド用手すり	死亡1名	頭側に設置してあった当該製品の縦柵と縦柵の間に片足が引っかかり、仰向けになった上半身が床に落ちている状態で発見された。	兵庫県		調査の結果、使用者がベッドの上に乗ったままシーツを直していた際に、誤って縦柵と縦柵の間に片足が入ってしまい、手すりが装着されていなかった足側から滑り落ちたものと判断した。
16 A200800396	平成19年12月	平成20年7月16日	介護ベッド用手すり	重傷1名	施設のベッドに設置した当該製品の下側の横柵に顎が引っかかった状態で発見された。	鹿児島県		調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は見られず、ベッドからずり落ちた際に、当該製品の横柵とマットレスのすき間に入り、下側の横柵に顎が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすき間に関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。
17 A200800562	平成20年8月25日	平成20年9月2日	介護ベッド用手すり	重傷1名	施設で、使用者が当該製品と電動ベッドに挟まれて腕を骨折した。	福岡県		調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品のすき間に腕を入れて、電動ベッドのスイッチを操作したため、当該製品と電動ベッドの背ボトムに腕を挟まれたものと判断した。
18 A200800612	平成20年8月25日	平成20年9月12日	介護ベッド用手すり	死亡1名	ベッドの外側に体がある状態で、当該製品のベッド内側とマットレスの端の隙間に右腕が入り込み重傷を負った。	大阪府		調査の結果、当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかった。 使用者(要介護者)がポータブルトイレから戻った際に、マットレスとサイドレールとの間に右腕が挟まり、自力で動くことができず腕が麻痺したものと推定。なお、当該製品とマットレスのすき間は約35mmで、JIS T 9254(在宅用電動介護用ベッド)のサイドレールの基準値を満たしていた。また、当該製品に使用されていたサイドレールは手すり(介助バー)と併用を意図したタイプのものであったが、使用者の意図によりサイドレールが2本並べて設置されており、両方のすき間(約530mm)をふさぐ補助具(約60mm)を取り付けることはできない状態にあった。
19 A200800837	平成20年11月8日	平成20年11月19日	介護ベッド用手すり	重傷1名	施設で、当該製品の固定レバー部に衣服の襟が引っかかり、窒息状態となり、その後入院先で死亡した。	大阪府		調査の結果、当該製品の固定レバー部は、他の製品に比較して、衣服等が引っかかり易いものとは認められなかった。使用者が、ベッドの端でかがみ、ベッドの下にあるものを拾おうとした際にベッドから逆さに転落し、襟をかけてしまったものと判断した。
20 A200800948	平成20年11月4日	平成20年12月10日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品を使って立ち上がるうとした際に、スイングアーム部の固定ロックが掛かっていなかったため、転倒して骨折した。現在、原因を調査中。	福井県		(調査中)
21 A200800956	平成20年11月29日	平成20年12月11日	介護ベッド用手すり	重傷1名	施設で、当該製品の内部のすきまと電動ベッドの背ボトムの間で右腕が挟まれた状態で発見された。	東京都		調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品の柵の間に腕を入れたまま、電動ベッドのスイッチを操作したと判断した。

	管理番号	事故発生日	報告受理日	製品名	被害状況	事故内容	事故発生都道府県	備考	事故の原因
22	A200801143	平成21年1月14日	平成21年1月23日	介護ベッド用手すり	重傷1名	アームが開いた状態で固定された当該製品の本体フレームの内部の隙間にスイングアーム越しに左腕が入り込んだ状態で発見された。左腕は骨折していた。	東京都		調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に不具合は認められなかった。使用者が誤ってスイングアーム越しに腕をフレーム内部のすき間に入れたものと判断した。
23	A200801151	平成21年1月6日	平成21年1月26日	介護ベッド用手すり	重傷1名	寝ている際に、当該製品のサイドレール横の隙間に腕が入り、起きた時に、腕を抜くことができずに骨折した。	東京都		調査の結果、就寝中に左腕を当該製品の横木の間にに入れてしまい、目が覚めた際に左腕が動かないことに驚き、慌てて引き抜こうとした際に手首をひねってしまったものと判断した。
24	A200801170	平成21年1月17日	平成21年1月28日	介護ベッド用手すり	重傷1名	2本並べて設置された当該製品の隙間に首が乗った、うつぶせの状態で見られた。	岡山県		調査の結果、当該2本の製品の隙間に首が入ったものではなく、隙間の上に首が乗った状態であった。使用者が病気を発症し、このような状態になったものと判断した。
25	A200801269	平成21年2月4日	平成21年2月20日	介護ベッド用手すり	重傷1名	ベッドの内側から当該製品上部の隙間に足が挟まり、頭が床についた状態で発見された。足を骨折する重傷を負った。	山口県		当該製品に変形などの異常は認められなかった。使用者がサイドレールを跨ごうとして、右足が当該製品の上部横木の隙間に挟まった状態でベッドの外側に倒れたものと判断した。
26	A200801270	平成20年12月8日	平成21年2月20日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品を使用して立ち上がろうとしたところ、ロックされていたスイングアームのロックが解除され、アームが動き、転倒し重傷を負った。	兵庫県		事故原因は、スイングアームのロック機構が摩耗したことにより、スイングアームに掴まって立ち上がろうとした際に固定していたロックが解除されてしまったものと考えられる。
27	A200801378	平成21年3月4日	平成21年3月23日	介護ベッド用手すり	重傷1名	ベッド脇の床に座り込み、左腕を当該製品に入れ、ねじれた状態(骨折)で発見された。	和歌山県		調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に異常は認められなかった。使用者がスイングアームのロックを解除した際にスイングアームが動き、誤って腕が挟まったものと判断した。
28	A200900192	平成21年6月1日	平成21年6月11日	介護ベッド用手すり	重傷1名	開いた状態で固定された当該製品に腕を絡ませ重傷を負った。	福岡県		調査の結果、事故品の各部に異常は認められなかった。使用者がベッドの脇で床に転倒し、スイングアームに手を掛けて起きあがろうとした際、開いた状態で固定されていた本体上部パイプとスイングアーム上部パイプの間に手首付近を入れ起きあがろうとしたが起き上がれず、倒れ込んで手首付近に無理な力が加わったものと判断した。
29	A200900202	平成21年4月15日	平成21年6月12日	介護ベッド用手すり	死亡1名	ベッドの片側に2本設置されていた当該製品の間に、仰向けで首がある状態で発見され、翌日、死亡した。	三重県		調査の結果、2本設置されていた当該製品の間に首が入り込んだものであるが、当該事故防止のために無償提供されていた挟み込み防止部品(スペーサー)を使用していなかった施設の管理上の問題と判断した。 なお、医療・介護ベッド安全普及協議会で作成されたマニュアル等で介護の際における注意として、手すりの間のすき間を無くすように当該スペーサーの使用について推奨するとともに、無償で配布されている。介護上、取り外しが可能なものであるため、取り外した後は忘れずに再度使用することも重要である。さらに、同様の事故を防止するためには、利用者に対して、広く注意喚起すべきである。

	管理番号	事故発生日	報告受理日	製品名	被害状況	事故内容	事故発生都道府県	備考	事故の原因
30	A200900328	平成21年6月14日	平成21年7月22日	介護ベッド用手すり	死亡1名	施設で、当該製品を他社製ベッド(特注品)に設置して使用していたところ、当該製品とベッドの頭側柵部分の間に首が挟み込まれた状態で発見され、数日後に死亡した。	神奈川県		調査の結果、当該製品は、適合する介護ベッドと組み合わせて使用した場合に問題となる隙間は生じないものであった。当該製品が特注の一般用木製ベッドに取り付けられたため、ベッドの柵部分との間に首が沈み込む可能性のある隙間が生じたものと判断した。 なお、取扱説明書に、適合する介護ベッドが記載されており、適合品以外の製品と組み合わせないよう注意記載がなされていた。
31	A200900397	平成21年8月6日	平成21年8月17日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品の内部のすき間に左足が入った状態で発見され、脊椎が圧迫骨折していた。	山口県	新JIS対応製品	調査の結果、当該製品にぐらつき、変形は認められなかった。当該製品の設計図から、JIS(JIS T 9205病院用ベッド、JIS T 9254在宅用電動介護用ベッド)の基準値を満足していた。当該製品は事故に関係していないものと推定。
32	A200900755	平成21年10月27日	平成21年12月14日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品のベッドと手すりのすき間に、右腕の肘が深く入り込んだ状態で発見された。なお、事故品の手すりは中央側と端側が逆に設置されていた。	東京都		調査の結果、当該製品にぐらつき、変形は認められなかった。当該製品の設計図から、JIS(JIS T 9254在宅用電動介護用ベッド)の基準値を満足していた。使用者がベッドから降りようとして滑り落ち、偶発的に当該製品の外枠と縦柵の間に肘が入り込み事故に至ったものと推定され、当該製品は事故に関係していないものと推定。
33	A200900866	平成21年11月18日	平成22年1月13日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品のすき間に足が挟まったまま、床に仰向けになった状態で発見され、重傷を負った。現在、原因を調査中。	神奈川県	新JIS対応製品	(調査中)
34	A200901171	平成22年3月10日	平成22年3月30日	介護ベッド用手すり	死亡1名	介護ベッドの背を上げ、利用者を長座位の状態にして、その場を離れ、戻ったところ、当該製品に寄りかかる状態で死亡しているのが発見された。現在、原因を調査中。	兵庫県		(調査中)
35	A201000189	平成22年5月23日	平成22年6月2日	介護ベッド用手すり	死亡1名	介護ベッドのフットボード(足側のついたて)と当該製品の間で首が挟まれている状態で発見され、死亡が確認された。現在、原因を調査中。	千葉県		(調査中)
36	A201000372	平成22年7月21日	平成22年8月2日	介護ベッド用手すり	重傷1名	当該製品のすき間に上腕部が挟まった状態で、床に転落している利用者が発見された。利用者は腕を負傷していた。現在、原因を調査中。	愛知県		(調査中)