

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
68	A200901035 平成22年1月28日(大阪府) 平成22年2月18日	ACアダプター(便器洗淨リモコン用)	(火災) トイレ内の電源コンセントに接続していた当該製品が焼損し、周辺が汚損した。	○使用者は、週3回ホースで水を流して掃除をしていた。 ○リモコンは別保管し使用していなかったが、当該製品をコンセントに挿したままであった。 ○プラグ端子を固定する樹脂の焼損が最も著しく、プラグ端子が両極とも外れていた。 ○両極ともプラグ端子は根元で溶断していた。 ●当該製品の内部に水が浸入し、プラグ端子間でのトラッキングが発生し、火災に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「電気器具であることから、絶対に水をかけないことや長時間使用しない時はACアダプターを抜く」旨、記載されている。	
69	A200901036 平成21年12月(東京都) 平成22年2月18日	電気こんろ	(火災) 当該製品が焼損し、周辺が汚損する火災が発生した。	○使用者は、当該製品の上に煮物が入った鍋をかけたまま外出したと証言している。 ○使用者が帰宅したところ、鍋が焦げており、当該製品の周辺にススが付着していた。 ●当該製品で調理中にそのまま外出したため、鍋が過熱され火災に至ったものと推定される。	
70	A200901065 平成22年2月14日(石川県) 平成22年2月24日	電気ストーブ	(火災) 当該製品及び周辺が焼損する火災が発生した。	○当該製品の外郭及び内部ともに焼損等の異常は認められなかった。 ○当該製品のヒーターガードに繊維の炭化物の付着が認められた。 ○就寝時に布団に近い位置で使用していた。 ●当該製品に異常は認められず、当該製品を布団の近くで使用したまま就寝したため、布団が当該製品に接触し、火災に至ったものと推定される。	
71	A200901083 平成22年2月6日(千葉県) 平成22年2月26日	電気冷蔵庫	(火災) 火災が発生し、現場に当該製品があった。	○当該製品は、背面下部の焼損が著しかった。 ○当該製品の背面下部にあるコンプレッサー、PTC、過負荷リレーに異常は認められなかった。 ○リード線、電源コードに溶融痕は認められなかった。 ○庫内に設置されている他の電気部品にも溶融痕等の異常は認められなかった。 ●当該製品の内部に出火の痕跡が認められないことから、外部からの延焼によって焼損したものと推定される。	
72	A200901091 平成22年1月25日(北海道) 平成22年3月2日	解氷機	(火災) 当該製品を水道管に設置して使用したまま、その場を離れたところ、火災が発生し、建物が全焼した。	○使用者は、屋内の凍結した水道管を解氷させるため、水道管に当該製品を取り付け、そのまま放置していた。 ○事故現場では、当該製品を取り付けた水道管付近の焼損が著しかった。 ○製品の内部に出火の痕跡は認められなかった。 ●当該製品を水道管に取り付けたまま放置したため、水道管が過熱され、火災に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「解氷中は解氷場所を離れない」「解氷中は水道の蛇口を開いておく」旨、記載されている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
73	A200901116 平成22年2月28日(兵庫県) 平成22年3月11日	電気冷蔵庫	(火災) 火災が発生し、現場に当該製品があった。	<ul style="list-style-type: none"> ○当該製品の天板の上には、空気清浄機、ライターなどの可燃物が置かれていた。 ○当該製品の内部に出火の痕跡は認められなかった。 ○当該製品の天板付近の焼損が製品下部に比べ、著しかった。 ○製品下部にある電源コードに溶融痕が認められたが、周囲に可燃物がないため、二次痕であると推定される。 ●当該製品に出火の痕跡が認められないことから、外部からの延焼によって焼損したものと推定される。 	
74	A200901137 平成22年3月11日(香川県) 平成22年3月19日	コンセント付洗面台	(火災、軽傷1名) 当該製品及び周辺が焼損し、1名が火傷を負う火災が発生した。	<ul style="list-style-type: none"> ○当該製品の上には突張り棒で作られた棚があり、タオルが置かれていた。 ○事故現場において、焦げたタオルが確認された。 ○白熱電球にタオルをかける再現実験を行ったところ、タオルが焦げた。 ○当該製品の背面の壁の上部に強い焼け跡が認められることから、白熱電球がある本体上部の焼損が著しかったことが推定される。 ●当該製品の電球にタオルが被さっていたことによりタオルが過熱され、火災に至ったものと推定される。 	
75	A200901150 平成22年3月15日(神奈川県) 平成22年3月25日	食器洗い乾燥機	(火災) 当該製品及び周辺が焼損する火災が発生した。	<ul style="list-style-type: none"> ○壁コンセントの周辺のみが焼損していた。 ○壁コンセントに当該製品の電源プラグが接続された3口マルチタップが差し込まれており、3口マルチタップの電源プラグ部にトラッキング現象が発生していた。 ○当該製品本体は正常に作動し、異常は認められなかった。 ●当該製品を接続していた3口マルチタップのプラグ部で、トラッキング現象が発生し、火災に至ったものと推定される。 なお、3口マルチタップは焼損が著しく、メーカー、型式等は不明である。 	
76	A200901164 平成22年3月13日(東京都) 平成22年3月26日	発電機	(CO中毒、軽症1名) 当該製品を使用中、気分が悪くなり、2名が病院に搬送され、うち1名がCO中毒の疑いで入院した。	<ul style="list-style-type: none"> ○当該製品4台全てをトンネル内で使用していた。 ○当該事故に使用していた製品全て確認を行ったが、エンジンの運転状態に異常は認められなかった。 ○当該製品を、換気不十分なトンネル内で使用していた。 ●当該製品を排気がこもるようなトンネル内で使用していたため、CO中毒事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書及び本体表示には、「換気が不十分ですと、死亡することがあります。屋内やトンネル内等で運転する場合は、換気を十分に行ってください。」旨、記載されている。 	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
77	A201000002 平成22年3月21日(福井県) 平成22年4月1日	IH調理器	(火災) 電熱線ヒーターが併設されている当該製品の上に可燃を敷いた状態で揚げ物を調理中、可燃物が過熱・出火した。	○使用者が当該製品のトッププレートに禁止事項となっている新聞紙(可燃物)2枚を敷いていた。 ○使用者が誤って揚げ物キーではなく中央ヒーター(ラジエントヒーター)のスイッチを押してしまった。 ●原因は、使用者が誤って中央ヒーター(ラジエントヒーター)のスイッチを入れてしまったため、トッププレートに敷いていた新聞紙が発火し、火災に至ったものと推定される。	
78	A201000003 平成22年3月20日(栃木県) 平成22年4月1日	電気冷蔵庫	(火災) 火災が発生し、現場に当該製品があった。	○コンプレッサー、始動リレー、オーバーロードリレー及び運転コンデンサーにはほとんど焼損がなく、接触不良による異常過熱等の発火痕跡も認められず、制御基板はススや異物が付着しているものの基板母材及び実装部品は焼損しておらず異常は認められなかった。 ○電源コード、プラグ、配線類、霜取りヒーター、ファンモーターほかの各部にも熔融痕等の発火の痕跡は認められなかった。 ○なお、コンプレッサーカバーは、内側より外側に著しい鋼板の焼けが認められた。 ●当該製品内部の電気部品や配線、電源コード等に熔融痕等の発火の痕跡が認められないことから、外部からの延焼によって焼損したものと推定される。	
79	A201000017 平成21年11月23日(埼玉県) 平成22年4月6日	延長コード	火災 当該製品及び周辺が焼損する火災が発生した。	○当該製品は屋外の配電ボックス内に床暖房システム用のコントローラーの電源用として設置されていた。 ○当該製品(3口タップ)内部で、刃受け金具間が炭化し、金具が溶融していた。 ○刃受け金具の一部に腐食が認められた。 ●当該製品のタップ内に繰り返し水分が浸入したため、トラッキング現象が生じ出火し、火災に至ったものと推定される。 なお、当該製品パッケージには、「水のかかるところでは使用しない。」「ほこり、湿気の多いところではプラグを長時間差しっぱなしにしない。」旨、記載されている。	A200900717(床暖房システム用コントローラー)と同一事故
80	A201000043 平成22年4月2日(香川県) 平成22年4月15日	電気温風器(セラミックファンヒーター)	(火災) 当該製品を使用中、当該製品及び周辺が焼損する火災が発生した。	○当該製品は前面の外郭樹脂のみ焼損し、内部には焼損した部分がなかった。 ○当該製品の吹出し口の前にアロマオイルを染みこませたタオルが置かれ、焼損していた。 ○当該製品の温風吹出し口付近に、お店で使用しているタオルの切れ端が付着していた。 ●当該製品の直前にアロマオイルを染みこませたタオルを置いていたため、アロマオイルの酸化熱により自然発火し、火災に至ったものと推定される。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
81	A201000052 平成22年4月9日(広島県) 平成22年4月15日	充電電池(電動工具用)	(火災) 当該製品及び周辺が焼損する 火災が発生した。	<p>○充電終了後、電池カバーを取り付けずそのまま放置して火災が発生している。</p> <p>○当該製品の電池内部に出火の痕跡は認められなかった。</p> <p>○充電制御基板上の正極端子と負極端子及びそれにつながるプリントパターン箔が広範囲にわたって焼損していた。</p> <p>○充電制御基板の端子部周辺から、当該製品では使用されていないアルミニウムやナトリウム、塩素などの成分が検出された。</p> <p>○正極端子と負極端子は位置的に離れており、更に基板表面にはコーティングが施されて絶縁されているなど、外部から異物が侵入しても短絡が容易に起きる構造ではなかった。</p> <p>●当該製品の基板部において、外部から侵入した異物により短絡が起きて出火したと推定されるが、短絡が容易に起きる構造ではないことから、製品内部以外の物によって焼損したものと推定される。</p> <p>なお、取扱説明書には、「短絡するのを防ぐため、蓄電池は工具体体に差し込むか電池カバーを取り付けてください」旨、記載されている。</p>	
82	A201000061 平成22年1月26日(東京都) 平成22年4月20日	脚立(はしご兼用)	(重傷1名) 当該製品に登って作業中、転落し、重傷を負った。	<p>○使用者が、マンション駐車場の傾斜9°のスロープに、当該製品を脚立状態にして設置し、上から2番目の踏み棧に左足をかけ、右足で天板を跨ごうとした際、当該製品が倒れて転落した。</p> <p>○右側支柱下端部が内側に折れ曲がっていた。</p> <p>○当該製品の寸法、板厚、強度は、社内基準を満足していた。</p> <p>●当該製品には異常が認められないことから、使用者が当該製品を斜面に設置して作業中にバランスを崩して転落し、事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、取扱説明書には、「安定しない場所には設置しない」旨、記載されている。また、当該製品の各部の寸法は、JIS基準を満たしていた。</p>	
83	A201000096 平成21年6月(香川県) 平成22年4月28日	運動器具(バランスボール)	(重傷1名) 当該製品に腰掛けた際、転倒し、負傷した。 (肘骨折)	<p>○当該製品の表面に擦れ等は確認されなかった。</p> <p>○当該製品は、使用者の適応サイズである直径55cmに問題なく膨らませることができた。</p> <p>○事故は、使用者が当該製品を使って運動しているときではなく、休憩のために腰掛けたときに発生した。</p> <p>●当該製品には擦れ等の異常は確認されず、使用者が当該製品に腰掛けた際にバランスを崩したことにより、事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、取扱説明書には、「エクササイズ以外に使用しない」旨、記載されている。</p>	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
84	A201000142 平成22年4月20日(東京都) 平成22年5月17日	容器(OAクリーナー用)	(重傷1名) 当該製品から取り出したティッシュを当該製品に戻すため、取り出し口である十字切れ込み、指で押し込んだところ、負傷した。	○当該製品は、切込口が裏から表に向かって反りが認められた以外に、亀裂などの異常は認められなかった。 ○同等品にて被験者10名が、人差し指でクリーナー紙を切込口に押し込んだ際、指を負傷することはなかった。 ○切込口に試験指を押し込む際の荷重は同等品で10.7Nであり、他社の同型品の平均値15.2Nと比較して高い値ではなかった。 ●当該製品に異常は認められないため、使用者が、強い力でクリーナー紙を当該製品の切込口に押し込んだため、事故に至ったものと推定される。	
85	A201000153 平成22年5月5日(熊本県) 平成22年5月20日	IH調理器	(火災) 当該製品で調理中、その場を離れたところ、当該製品の上に別に置いていた天ぷら鍋から出火する火災が発生した。	○当該製品に内部焼損、変色等の異常は認められなかった。 ○ラジエントヒーター口に調理油が入った天ぷら鍋が置いてあった。 ○IHこまろ口は調理中のまま、放置され、調理者以外の家人が火力の調節を行った。 ○当該製品には異常がなく、修理することなく継続使用中である。 ●当該製品のラジエントヒーター上に調理油が入った天ぷら鍋を放置したままであったため、IHこまろ口の火力調節を行った際、誤ってラジエントヒーター口のスイッチを操作し調理油が過熱し、火災に至ったものと推定される。	
86	A201000164 平成22年5月11日(宮城県) 平成22年5月21日	電気マット	(火災) 当該製品を使用中、製品及び周辺を焼損する火災が発生した。	○当該製品の焼損部は、ヒーターが折れ曲がり交差した状態であった。 ○電源コード、サーモスタット、温度ヒューズ及び圧着端子に異常は認められなかった。 ○消費者は普段から布団の中に当該製品を入れ足下を暖めており、暑くなると蹴飛ばしベッドと窓のカーテンの間に落としていた。 ●当該製品の一面に繰り返し外力が加わったため、ヒーター線が折れ曲がり交差した状態になり異常過熱し、火災に至ったものと推定される。	
87	A201000169 平成22年5月18日(東京都) 平成22年5月24日	電気冷凍庫	(火災) 当該製品から発煙する火災が発生し、当該製品の端子部が焼損した。	○当該製品は、飲食店厨房内の作業台として使用され、日頃から水洗いされていた。 ○外観に異常は認められず、操作盤内部の急冷スイッチに接続しているコネクタ一部に溶融痕が認められた。 ○操作盤の各スイッチの周囲には、約1mm前後の隙間が確認された。 ●当該製品が厨房内に設置されていたことから、操作盤に水が浸入しコネクタ一部がショートし焼損に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書及び本体表示には、「湿気が多いところや、水のかかり易い場所に据付けないでください。」「製品に直接水を掛けたり水洗いをすると、ショートや感電の原因になるので絶対にやらない。」の旨、警告表記されている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
88	A201000182 平成22年5月17日(和歌山県) 平成22年5月31日	電動車いす(ハンドル形)	(死亡1名) 道路から川に転落し、死亡した状態で発見された。現場に当該製品があった。	<p>○当該製品は、フロント右前部が損傷し、ハンドルやシート肘掛けが変形していた。</p> <p>○操作スイッチは、クラッチが走行位置、進行方向が前進、速度設定が2km/hになっており、アクセル操作で走行できる設定であった。</p> <p>○当該製品は、転落で破損したシートセンサーを交換すると走行可能であり、アクセル操作で正常に加速、減速した。</p> <p>○ハンドルは変形していたが、通常どおり曲がることは可能で、電磁ブレーキも正常に作動して停止することが確認できた。</p> <p>●当該製品は、転落による変形が認められるが、走行に異常は認められないため、製品に起因しない事故と推定される。</p> <p>なお、詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。</p>	
89	A201000189 平成22年5月23日(千葉県) 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。	<p>○使用者が、病院で夕食を済ませた後、ベッドの上に座っていたが、約1時間離れていた間に、当該製品とベッドのフットボードとの隙間に首が入り込んで亡くなった。</p> <p>なお、頭部はベッドの外に出て、身体がベッド上に横たわった状態であった。</p> <p>○当該製品には、変形などの異常が認められなかった。</p> <p>○当該製品とベッドのフットボードとの隙間は、最大で50.3mmであった。(当時のJISは、隙間は60mm以下または235mm以上)</p> <p>●当該製品には、変形などの異常が認められないことから、管理者が、当該製品とベッドのフットボードとの隙間を埋める養生をしていなかったため、何らかの要因で使用者の首が、隙間に入り込んだことにより事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、使用者が、隙間に乗りかかったなどの状況は不明のため、事故原因の特定には至らなかった。また、当該病院には、2003年と2008年に、業界団体からベッドへの挟まれ事故の注意喚起文書を送付するとともに、古い製品に対しては、当該隙間をクッションなどで埋めるように提案していた。</p>	
90	A201000195 平成22年5月24日(神奈川県) 平成22年6月3日	延長コード	(火災、軽傷1名) 当該製品に水槽用ポンプを接続して使用していたところ、異臭がしたため確認すると、当該製品及び周辺が焼損する火災が発生しており、1名が負傷した。	<p>○当該製品を熱帯魚用水槽の近くで使用していた。</p> <p>○当該製品内部の配線金具に、短絡による溶融痕が認められた。</p> <p>●当該製品内部の配線金具に溶融痕がみられたことから、当該製品内部に水が浸入し、トラッキング現象が生じて、火災に至ったものと推定される。</p> <p>なお、取扱説明書には、「水のかかるところでは使わない。感電、火災の原因となる。」旨、記載されている。</p>	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
91	A201000198 平成22年4月10日(兵庫県) 平成22年6月4日	介護ベッド	(重傷1名) 当該製品のヘッドボード(頭部側のついたて)と介護ベッド用手すりの間に左手上腕部を挟んだ状態で負傷した使用者が発見された。	○当該製品のヘッドボードと手すり間の隙間に、当該製品の外側から使用者の左手上腕部が挟み込まれていた。 ○当該製品の各部に破損や変形、機能の異常等は認められなかった。 ○当該製品のヘッドボードと手すり間の隙間は約20mmであった。さらにヘッドボードの上端をベッドの外側に手で押し広げた場合、支持部のたわみによりその隙間は約30mmに拡大したが、それ以上に広がることはなかった。 ●使用者が、当該製品のヘッドボード又は手すりにつかまって歩いていた際、何らかの要因で転倒したなどにより、当該製品のヘッドボードと手すり間の隙間に上腕部を挟み込んだものと推定される。 なお、同等品は、JISのヘッドボードと手すりの隙間寸法の基準(直径60mmの円筒が入り込まないこと)を満たしていた。	
92	A201000202 平成22年2月8日(東京都) 平成22年6月7日	湯たんぽカバー	(重傷1名) 当該製品に入れた湯たんぽを使用中、低温火傷を負った。	○当該製品には、破損などの異常は認められなかった。 ○使用者は、当該製品を寝床に入れたまま使用していた。 ●当該製品を被せた湯たんぽを、使用者は就寝時に布団の中に入れて長時間当該製品に触れ続けたため、事故に至ったものと推定される。 なお、本体表示には、「カバーは、必ずしも低温やけどを防止するものではありません。湯たんぽの使用上の注意を必ずお読みになりご使用下さい。」旨、湯たんぽの取扱説明書には、「湯たんぽは直接身体に触れないような位置に置いてご使用ください。(直接触れると低温やけどの原因となります)」「布団から出して使用する 布団があたたまったら、湯たんぽを布団から取り出し就寝すると、低温やけどの危険性はありません。このような使い方をお勧めします。」「就寝時は布団の外に出すか、身体から離して置いてください。」旨、それぞれ記載されている。	・A201000224(湯たんぽ)と同一事故
93	A201000207 平成22年3月15日(神奈川県) 平成22年6月10日	靴(ローラー付)	(重傷1名) 自宅前の道路で当該製品を履いて滑っていたところ、転倒し、負傷した。	○当該製品のローラーには異常は認められず、円滑に回転した。 ○当該製品の底面に摩耗はほとんどなく、傷みや泥の付着等もなかった。 ○靴ひもには緩みがなかった。 ○ベルクロ部分に破損等がなく、正常にマジックテープで固定可能であった。 ○使用者は、事故発生当時、手首用プロテクターを装着していなかった。 ●当該製品には異常が認められないことから、使用者が、当該製品を使用中に転倒し、事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「使用する際は必ずプロテクター(ヘルメット、ひじパッド、ひざパッド、リストガード)を着用する」旨、記載されている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
94	A201000224 平成22年2月8日(東京都) 平成22年6月16日	湯たんぼ	(重傷1名) 当該製品を湯たんぼカバーに入れて使用中、低温火傷を負った。	○当該製品には、破損などの異常は認められなかった。 ○使用者は、当該製品を寝床に入れたまま使用していた。 ●当該製品を使用者が就寝時に布団の中に入れて長時間当該製品に触れ続けたため、事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「湯たんぼは直接身体に触れないような位置に置いてご使用ください。(直接触れると低温やけどの原因となります)」「布団から出して使用する布団があたたまったら、湯たんぼを布団から取り出し就寝すると、低温やけどの危険性はありません。このような使い方をお勧めします。」「就寝時は布団の外に出すか、身体から離して置いてください。」、湯たんぼカバーの裏地のラベルには「カバーは、必ずしも低温やけどを防止するものではありません。湯たんぼの使用上の注意を必ずお読みになりご使用下さい。」旨、それぞれ記載されている。	・A201000202(湯たんぼカバー)と同一事故
95	A201000234 平成22年5月21日(岐阜県) 平成22年6月18日	発電機	(CO中毒、死亡1名) 当該製品を使用して作業中、一酸化炭素中毒が発生し、1名が死亡した。	○当該製品はビルの解体工事現場のアスベスト除去作業に使用されていた。 ○当該製品はビルの最上階に2台設置されており、各階のビル開口部はアスベストの飛散を防止するため目張りがされていた。 ○事故時、アスベスト除去作業は設置階の下で行われており、当該製品を停止するために最上階に上がった作業員が一酸化炭素中毒で倒れていた。 ○当該製品の排気ガス中の一酸化炭素濃度に異常は認められなかった。 ●当該製品は、換気の不十分な場所に設置され、排出された排気ガスの換気ができなかつたところへ、当該製品を停止させようと設置場所に入った作業員が一酸化炭素中毒となり、事故に至ったものと推定される。 なお、本体表示及び取扱説明書には、「排気ガスによる中毒の恐れがあるので、換気の悪い場所で使用しない」旨、記載されている。	A201000235(発電機)と同一事故
96	A201000235 平成22年5月21日(岐阜県) 平成22年6月18日	発電機	(CO中毒、死亡1名) 当該製品を使用して作業中、一酸化炭素中毒が発生し、1名が死亡した。	○当該製品はビルの解体工事現場のアスベスト除去作業に使用されていた。 ○当該製品はビルの最上階に2台設置されており、各階のビル開口部はアスベストの飛散を防止するため目張りがされていた。 ○事故時、アスベスト除去作業は設置階の下で行われており、当該製品を停止するために最上階に上がった作業員が一酸化炭素中毒で倒れていた。 ○当該製品の排気ガス中の一酸化炭素濃度に異常は認められなかった。 ●当該製品は、換気の不十分な場所に設置され、排出された排気ガスの換気ができなかつたところへ、当該製品を停止させようと設置場所に入った作業員が一酸化炭素中毒となり、事故に至ったものと推定される。 なお、本体表示及び取扱説明書には、「排気ガスによる中毒のおそれがあるので、換気の悪い場所で使用しない」旨、記載されている。	A201000234(発電機)と同一事故

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
97	A201000249 平成22年5月25日(千葉県) 平成22年6月24日	衝立	(重傷1名) 当該製品を持ち上げた際、当該製品の下部が外れて落下し、足を負傷した。	○当該製品は、天井突張式の金属製衝立であり、使用者が、購入した当該製品を梱包用段ボール箱から取り出して持ち上げたときに、当該製品が分離して下部の部品が足に当たって骨折した。 ○当該製品は中央部で上下が連結されているものであるが、連結部が変形して上下の連結が外れていた。 ○当該製品が梱包されていた段ボールを確認すると、連結部のあった中央部分に折れ跡が付いていた。 ●当該製品は、運送時の取扱い不備により、連結部に外力が加わり、連結部が変形して上下が外れる状態になっていたため、使用者が上部を持ち上げたときに、下部が外れて落下し、事故に至ったものと推定される。	
98	A201000372 平成22年7月21日(愛知県) 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。	○介護ベッド左側に取り付けられた2つの手すりのすき間から、右半身麻痺の使用者の下半身が床にずり落ち、足側に付いていた当該製品の縦棧のすき間に使用者の右腕が挟まっていた。 ○手すりの頭側は、スイングアーム式手すりであったが、アームは閉じた状態になっていた。 ○2つの手すりの取付け方に問題はなかった。 ○使用者は左側の2つの手すりを利用し、寝返りなどの動作を行っていた。 ●当該製品には、異常が認められないことから、使用者が動いたときに、下半身が2つの手すりの間から出たため、下半身が床側にずり落ちて、その過程で右腕が当該製品の縦棧に引っ掛かり、右上腕部を骨折する事故に至ったものと推定される。 なお、当該製品の縦棧のすき間及び手すり間のすき間は、JIS基準を満たしていた。	
99	A201000395 平成22年7月22日(三重県) 平成22年8月6日	芝刈機(歩行型)	(火災) 当該製品を始動させようとしたところ、当該製品が焼損する火災が発生した。	○始動時に、当該製品左側のキャブレターに取り付けられているエアクリナーが吹き飛び、エアクリナーのハウジングが焼損した。 ○吹き飛んだエアクリナーは、下部に焼損・溶融が認められた。 ○燃料パイプは接続部にガソリン漏れがなく、異常は認められなかった。 ○点火プラグは電極部にスス付着や摩耗がなく、異常は認められなかった。 ●当該製品には異常が認められないことから、使用者が当該製品を誤って左側に倒してキャブレターからエアクリナー側にガソリンが漏れた可能性や整備不良によるバックファイヤーによって事故に至ったものと推定されるが、使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。	
100	A201000399 平成22年6月18日(東京都) 平成22年8月9日	自転車	(重傷1名) 当該製品で坂道を走行中、突然チェーンがロックし急制動がかかり、転倒して負傷した。	○使用者が、当該製品に乗車して上り坂を走行中、突然チェーンがロックして転倒した。 なお、平坦路で変速機を操作したが、上り坂では変速を行っていない。 ○当該製品を走行させて変速操作を行い、チェーンの状況や車輪を含めた各部の挙動を観察した結果、車輪のロックは発生しなかった。 ●当該製品は、チェーンのロックに至る異常が認められないことから、製品に起因しない事故と考えられるが使用状況が不明なため、事故原因の特定には至らなかった。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
101	A201000408 平成22年6月中旬(福島県) 平成22年8月12日	ユニットバス	(重傷1名) 浴室内の清掃をするため、当該製品のエプロン(浴槽の側面をカバーする化粧板)に触れたところ、エプロンが脱落して右手を負傷した。	○使用者が、清掃しようとして当該製品のエプロンに触ったところ、エプロンが落下した。 ○設置業者が当該製品を設置後、住宅メーカーが手配した水道工業者が工事の際に当該製品のエプロンを取り外して給排水工事を行った後、再度取付けを行っていた。 ○当該製品のエプロンに破損は認められず、事故後にエプロンは正常に取付け可能であった。 ○当該製品は、修理等することなく現在も使用者宅で使用されている。 ●当該製品は、事故後に正常に取付け可能であったことから、水道工業者による取付けの不具合の可能性が考えられるが、取付け時の詳細が不明であるため、事故原因の特定には至らなかった。	
102	A201000439 平成22年8月4日(長崎県) 平成22年8月25日	電動車いす(ハンドル形)	(死亡1名) 当該製品の使用者が農道から転落し、死亡した状態で発見された。現場に当該製品があった。	○当該製品の外観は、ハンドルなどに転落の際に生じたと思われる変形や傷が認められたが、全体的に破損等の異常は認められなかった。 ○制御部品や駆動部品には、異常は認められず、走行試験でも異常は認められなかった。 ●当該製品には、異常は認められないため、使用者が、農道脇を走行中に操作を誤って道を外れて崖に転落した可能性が考えられるが、事故当時の使用状況などが不明のため、事故原因の特定には至らなかった。	
103	A201000474 平成22年6月28日(宮城県) 平成22年9月2日	脚立(三脚)	(重傷1名) 当該製品の上から2段目の踏ざん(脚を乗せる部分)に立って剪定作業中、転倒し、負傷した。	○当該製品は、後支柱の開き止めフック近傍の高さ調整用ロック穴で破断が認められた。また、破断面には、延性破壊の痕跡が認められた。 ○後支柱の開き止めフックは、下方へ引っ張られたような変形が認められた。 ○後支柱の寸法や硬さは設計基準値を満たしていた。 ●当該製品には、強度に問題が認められないため、使用者が作業中に不安定になり、バランスを崩すなどで当該製品が転倒又は使用者が転落し、身体が開き止め金具のチェーンに衝突して後支柱が破断し、開き止めフックが変形したものと推定される。 なお、当該製品は、SGとAマーク(軽金属協会)の強度を満たしていた。また、取扱説明書には、「上から3段目以上の踏み栈には、乗らない旨、警告・禁止表記されており、本体の上から3段目の踏み栈には、この踏み栈から上に乗るな」旨、記載されている。	
104	A201000528 平成22年9月6日(東京都) 平成22年9月17日	エアコン(室外機)	(火災) 当該製品及び周辺を焼損する火災が発生した。	○一戸建住宅の一階ガレージ内に設置していた当該製品から出火している。 ○当該製品背面の熱交換器の銅管が破裂し、アルミフィンが焼損していたが、内側は焼損していなかった。 ○当該製品内部の電気部品に出火の痕跡は認められなかった。 ●当該製品に出火の痕跡が認められないことから、外部からの延焼によって焼損したものと推定される。	・使用期間:不明(製造期間から約4~8年と推定)

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
105	A201000531 平成22年9月6日(神奈川県) 平成22年9月21日	介護ベッド用手すり	(重傷1名) 施設で当該製品の外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入った状態で発見され、骨折と診断された。	○使用者は、1人でベッドからポータブルトイレに移動しようとしていた。 ○当該製品は、事故時にグリップ部が開けられ、ロックされていた。 ●使用者が当該製品を使用して1人でベッドから立ち上がる際に、何らかの理由で上体が倒れてグリップ部内側のすき間に頭部が入り込んでしまった事故と推定される。 なお、当該製品のグリップ部内側に頭や手足がすき間に入り込むおそれがあるため、事業者はすき間を埋めるためのT字型の簡易部品を無償で配布していたが、当該施設では簡易部品を入手していなかった。	
106	A201000560 平成22年6月18日(石川県) 平成22年9月30日	脚立(はしご兼用)	(重傷1名) 当該製品をトラックの荷台にはしご状に設置して作業中、作業者が転落し、負傷した。当該製品の支柱部分が破損していた。	○使用者は、当該製品をトラックの荷台の上から建物の垂れ壁に立て掛けて、下から4段目の踏ざんに乗って作業していた。また、当該製品が立て掛けられた垂れ壁には縦方向の傷が認められた。 ○建物の天井高さ及びトラックの荷台の高さから、当該製品は67度以下の角度でしか設置できない状況で使用されていた。 ○当該製品の使用時に補助者はいなかった。 ○当該製品の下から4段目の踏ざんの直上部の支柱が変形し、上側2箇所支柱端具が外れていた。 ○当該製品の支柱の形状、肉厚及び硬度は、設計どおりであった。 ●使用者が当該製品をトラックの荷台から建物の垂れ壁に立て掛け、不適切な角度で使用していたため、当該製品の支柱端具が滑り、当該製品が倒れてトラックの荷台から落下して事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「はしごの立て掛け角度を約75度とする。建物の突き出た壁にはしごの先端を立て掛けて使用しない。使用の際には補助者をつける。安定しない場所では使用しない。」旨、記載されている。	
107	A201000637 平成22年10月22日(埼玉県) 平成22年11月4日	自転車	(重傷1名) 当該自転車で走行中、チェーンが外れ、バランスを崩して転倒し、負傷した。	○使用者が、当該製品に座った姿勢で普通で平坦な道を走行していた際に、チェーンが外れてバランスを崩し、転倒した。 ○当該製品のチェーンは伸びており、大きなたるみ(チェーン中央で約55mm)が発生していた。 ○使用者は、購入して以降、チェーンの調整や注油を行っておらず、チェーンは錆びていた。 ●当該製品は、使用者の整備が不十分であったため、チェーンが伸びて大きなたるみ(チェーン中央で約55mm)が発生していた。そのため、走行中にチェーンに横振れが生じ、プーリーの歯にチェーンが掛からなくなり、チェーンが外れて事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「チェーンの張りはチェーン中央で約15mmの遊びが必要、チェーンのたるみすぎがある場合は販売店に相談する旨、たるみが大きくなると走行時にチェーンが外れやすくなり危険なのですぐに販売店で調整を受ける」旨、記載されている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
108	A201000638 平成22年10月27日(香川県) 平成22年11月4日	エアコン	(火災) 異音がしたので確認すると、当該製品及び周辺を焼損する火災が発生していた。当該製品は事故発生時、使用されていなかった。	○当該製品の電源プラグは、壁コンセントから分岐された屋内配線に埋込式1口コンセントが付けられており、焼損が著しかった。 ○1口コンセントと当該製品の電源プラグは室内機本体裏側と壁との間の挟まれた状態で置かれており、電源プラグを抜いて掃除ができる状況ではなかった。 ○電源プラグにはスパーク痕がみられ、プラグ刃と電源コードとのカシメ部付近に溶融痕が認められた。 ●当該製品の電源プラグが抜き差しできない状態で設置されていたため、電源プラグ部にホコリが付着し、当該製品の電源プラグ部においてトラッキングが発生し、火災に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には「長期間ご使用にならない場合は安全のため電源プラグをコンセントから抜いて下さい」旨、記載されている。	・使用期間:不明(製造期間から約14~15年と推定)
109	A201000652 平成22年10月21日(山形県) 平成22年11月9日	卓球台	(重傷1名) 当該製品を開く際に、当該製品が倒れ、足が下敷きになり、負傷した。	○使用者は1人で折り畳まれた当該製品の正面側に立ち、脚部キャスター付近のフレームに足を掛け、天板上部に手を掛けて手前に引いたときに当該製品とともに転倒した。 ○当該製品の固定ノブに変形などの異常は認められず、正常にロック及びロック解除が可能であった。 ○当該製品のガスダンパーは正常であった。 ○当該製品は、事故発生前まで問題なく使用されていた。 ○現場は体育館の中であり、床は平坦で傾斜や突起物はなかった。 ●当該製品の設置作業を1で行い、当該製品のキャスター付近のフレームに足を掛けて天板を手前に引いたため、キャスターが動くなどしたことにより使用者がバランスを崩して当該製品とともに転倒した可能性が考えられるが、事故当時の詳細な状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。 なお、取扱説明書には、「安全のため必ず大人2人1組で操作してください。卓球台の側面に立ち、両手でゆっくり左右に開く。」旨、記載されている。	
110	A201000655 平成22年7月10日(福岡県) 平成22年11月10日	自転車用シートポスト	(重傷1名) 自転車で走行中、転倒し、負傷した。当該製品(サドルを支えるための棒状の部品)のネジが破断していた。	○使用者が、山間部の舗装された下り坂を38km/hで走行中、減速せずに工事現場の段差(約5cm)を越えた際に、転倒して骨折した。 ○当該製品のサドル固定ボルトは、破断しており、サドルがシートポストから外れていた。 ○破断面には、疲労破壊が進んだ後に延性破壊した痕跡が認められた。 なお、気泡や不純物などの異常は認められなかった。 ○ボルトは、寸法や硬さが設計基準どおりであった。 ○当該製品の取付け金具と他の接触部には、摩耗痕は認められなかった。 ●当該製品のサドル固定ボルトには、緩みや強度に問題は認められないため、何らかの過大な衝撃などでボルトに亀裂が生じ、使用を続けるうちに疲労破壊が進んで亀裂が拡大していたところへ事故時の段差越えの衝撃でボルトが破断し、事故に至ったものと推定される。 なお、亀裂が生じた原因については、使用状況が不明のため、特定に至らなかった。	・A201000662(自転車用リム)と同一案件

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
111	A201000662 平成22年7月10日(福岡県) 平成22年11月11日	自転車用リム	(重傷1名) 自転車で走行中、転倒して負傷した。当該製品が破損していた。	<p>○使用者が、山間部の舗装された下り坂を38km/hで走行中、減速せずに工事現場の段差を越えた際に、転倒して骨折した。</p> <p>○当該製品には、リム横の打痕を中心に両側約10cmの範囲で「く」字形の変形が1ヶ所認められた。</p> <p>○変形部以外では、リム振れやスポークの張力に異常は認められなかった。</p> <p>○当該製品及び後輪リムの材料強度及び化学成分は設計基準を満たしていた。</p> <p>●当該製品には、組立や強度に異常が認められないため、当該製品に外部から何らかの衝撃が加わって変形したものと推定されるが、詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。</p>	・A201000655(自転車用シートポスト)と同一案件
112	A201000772 平成22年11月25日(北海道) 平成22年12月17日	折りたたみテーブル(会議用)	(重傷1名) 当該製品を動かそうとした際、当該製品が転倒し、天板が開いた状態で足に当たり、負傷した。(右足指の骨折)	<p>○使用者が、折り畳まれていた当該製品でキャスターロックを外さないまま、動かそうとしたところ、当該製品の天板ロックが外れて天板が開き、勢いで当該製品が倒れて足に当たり、サンダル履きの右足の指を骨折した。</p> <p>○当該製品を約15年使用している間に、何度か倒したことがあった。</p> <p>○当該製品の天板ロック用フックは、いびつに変形しており、工具で挟まれたとみられる多数の傷跡が認められ外れやすくなっていた。</p> <p>○天板は、フレームとの取付け位置をずらして上下逆向きに再取付けされていた。</p> <p>○事故現場にあった同等品を調査した結果、天板にガタツキがあり、転倒による傷跡が認められ外れやすくなっていた</p> <p>●当該製品は、長期間使用している間に何度も転倒して天板ロック用フックに変形が生じ、その都度修繕を行っていたが十分ではなく、天板も外れて取付けが十分でなかったために、フックが外れやすくなっていたところへ、キャスターロックを外さないまま当該製品を動かそうとして天板に回転力が加わり、フックが外れて天板が開いた勢いで当該製品が転倒し、事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、本体表示には、「移動の際には、左右方向に動かし、前後の転倒に注意する」旨、記載されている。</p>	
113	A201000807 平成22年12月17日(長崎県) 平成22年12月28日	電動車いす(ハンドル形)	(死亡1名) 使用者(80歳代男性)及び当該製品が道路から転落した状態で発見され、使用者は病院に搬送されたがまもなく死亡した。	<p>○事故当時、当該製品のキースイッチは入、前進後退スイッチは前進、車速ダイヤルは6km/h(最高速)であった。</p> <p>○当該製品には、転落時の後部樹脂製カバーの破損以外、各部に異常はなく、各種ブレーキや走行スイッチ、走行機構等の作動及び実走行に異常は認められなかった。</p> <p>○制御装置に故障が生じた場合に記録される故障履歴はなかった。</p> <p>●使用者が、当該製品でガードレールのない下り坂を走行中に何らかの理由で道を外れ、当該製品とともに転落し、事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、当該製品は、走行性能、安定性能、制動性能、降坂速度性能等はJISの基準を満たしている。</p>	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
114	A201000808 平成22年12月20日(熊本県) 平成22年12月28日	電動車いす(ハンドル形)	(死亡1名) 左カーブの急な下り坂で、当該製品の下敷きになっている使用者(80歳代男性)が発見され、病院に搬送されたが翌日死亡した。	○事故当時、当該製品のキースイッチは「入」、前進後退スイッチは「前進」、車速ダイヤルは5.5km/hであった。 ○当該製品には、事故時の変形や傷以外、各部に異常はなく各種ブレーキや走行スイッチ、走行機構等の作動及び突走行に異常は認められなかった。 ○制御装置に故障が生じた場合に記録される故障履歴はなかった。 ●当該製品に事故に繋がるような異常は認められないため、製品に起因しない事故と推定されるが、使用時の状況が不明のため事故原因の特定には至らなかった。 なお、当該製品は、走行性能、安定性能、制動性能等はJISの基準を満たしている。	
115	A201000908 平成23年1月19日(福島県) 平成23年1月31日	介護ベッド用手すり	(死亡1名) 使用者(70歳代男性)の左腕が、ベッドのヘッドボード(頭側のついたて)と当該製品の間から外に出て、首が当該製品とヘッドボードのすき間にあった状態で発見され、窒息による死亡が確認された。	○当該製品がベッドの右側に2本、ベッドの左頭側に1本設置されており、右側の2本の間には事業者が提供したスペーサーが使用されていた。 ○当該製品とヘッドボードの隙間は約70mmであったが、スペーサー等により隙間を埋める措置はとられていなかった。 ○当該製品及びヘッドボードには変形や折損等の異常は認められなかった。 ●当該施設の管理者が、当該製品とヘッドボードの隙間を埋める措置をとっていなかったため、何らかの要因により当該製品とヘッドボードの隙間に使用者の首が入り込んで挟まれ、事故に至ったものと推定される。 なお、事業者は当該施設に対して、事故情報の提供や注意喚起の文書を配付するとともに、安全勉強会を開催して事故事例と対策などの説明を行っていた。	
116	A201000937 平成23年1月12日(神奈川県) 平成23年2月9日	はしご兼用脚立	(重傷1名) 当該製品を脚立状態で使用し降りる際、下から1段目の踏ざんを踏んだ時に、足が滑り、落下し、1名が負傷した。(右足大腿骨骨折)	○当該製品の下から1段目の踏みざんの中央付近に凹みが認められた。 なお、当該製品の変形していない側の下から1段目の踏みざんを用いて荷重を加えた結果、同様な変形が生じるときの荷重は3,008N(約307kg)であることが確認された ○当該製品の踏みざんについて、寸法・肉厚及び硬さを測定した結果、設計仕様を満足していた。 ○当該製品には、傷やぐらつきは認められなかった。 ○事故当時、使用者は靴下を履いて作業していた。 ●使用者が当該製品から降りる際、踏みざんから足を滑らせたため、バランスを崩して当該製品から落下し、踏みざんに身体が当たり、事故に至ったものと推定される。 なお、当該製品は、SG製品でありSG基準に定める強度を満たしている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
117	A201000987 平成23年1月26日(福井県) 平成23年2月23日	車庫	(重傷1名) 居住者が除雪作業のため、ベランダから当該製品の屋根の上に移動したところ、当該製品の折板(屋根の波状の板)を踏み抜き、転落し、負傷した。(骨折)	○使用者は除雪のため当該製品の屋根の上に乗った際、明かり取りのために屋根の一部に使用された板厚1.5mmのポリカーボネート製の折板を踏み抜いて転落した。 ○破損した折板は板厚が1.5mmで、施工要領書で指定されたポリカーボネート製折板(板厚2mm)より薄かった。 ●当該製品の明かり取り用として、施工業者が屋根の一部に指定部品より板厚の薄い折板を取り付けたため、使用者が除雪のため当該製品の屋根の上に乗った際、板厚の薄い折板が破損して事故に至ったものと推定される。 なお、施工要領書で指定されたポリカーボネート製折板を用いて、約1mの積雪時に体重75kgの大人が当該製品の屋根の上に乗った場合を想定した強度試験を行ったところ、折板が破損することはなかった。さらに、施工要領書には、「当該製品を改造・変更しない旨及び設置時に指定部品を使用する」旨、記載されている。	
118	A201000998 平成23年2月18日(富山県) 平成23年2月24日	蓄熱式電気暖房器	(火災) 当該製品を使用中、外出し戻ったところ、異臭がしたため確認すると、当該製品及び周辺が焼損する火災が発生していた。	○使用者は、マットレスを当該製品の前に立てかけたまま外出した。 ○当該製品の焼損箇所は、外郭前面、外郭天板及び側面で、前面にはマットレスの炭化物が、天板にはタオルケットの炭化物が残存していた。 ○当該製品内部の基板、送風機、ヒーター等の電気部品に、異常過熱の痕跡は認められなかった。 ●マットレスが当該製品の温風吹出口を塞ぐように置かれていたため、本体の表面温度が高くなり、マットレスが過熱され、火災に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書及び本体表示には「温風吹出口の近くに暖気をさえぎる物を置かない。」「洗濯物の乾燥など暖房器以外の用途に使用しない。」旨、記載されている。	
119	A201001024 平成23年2月19日(富山県) 平成23年3月2日	電気ストーブ(ハロゲンヒーター)	(火災) 当該製品を使用中、異常に気付き確認すると、当該製品の電源コード部から出火する火災が発生しており、当該製品が焼損した。	○当該製品の電源プラグのコードプロテクター部分が焼損していた。 ○焼損箇所では、半断線が起きて溶融痕が認められ、芯線が一方向へ曲げられた痕跡も認められた。 ○他の部分に溶融及び焼損等、発熱の痕跡は認められなかった。 ●当該製品のコードプロテクター端部で繰り返し屈曲又は曲がった状態での張力が加わったため、コード内部の芯線が断線し、スパークが生じ、火災に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「電源コードを無理に曲げたりしない」旨、記載されている。	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
120	A201001088 平成23年2月23日(熊本県) 平成23年3月15日	介護ベッド用手すり	(死亡1名) 当該製品の上横棧に首が乗り、 体をねじるような体勢の使用者 が発見され、死亡が確認され た。	<p>○当該製品の上横棧に使用者の首が乗った状態で発見された。</p> <p>○当該製品はベッドの左頭部側に取り付けられており、ベッド左側の足側には、別のサイドレールが取り付けられていた。</p> <p>○当該製品を取り付けたベッドの背ボトムは発見時には最も立った状態(約75度)であった。</p> <p>なお、事故の1時間前に確認した時には、ベッドの背ボトムは水平であった。</p> <p>○当該製品に変形などの異常は認められず、ベッド及び手元スイッチの動作についても異常は認められなかった。</p> <p>●当該製品には事故に繋がる異常は認められないことから、製品に起因しない事故と推定されるが、事故当時の状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。</p>	
121	A201001116 平成23年2月11日(大阪府) 平成23年3月24日	踏み台(アルミ合金製)	(重傷1名) 当該製品を使用中、転倒し、負 傷した。 (胸骨骨折)	<p>○当該製品の脚立の下から1段目の踏みざん取付け部で、前支柱右側が内側に折損していた。</p> <p>○当該製品の支柱の肉厚及び硬さに異常は認められなかった。</p> <p>○破断面には腐食や汚れは認められず、延性破壊の特徴を示していた。</p> <p>○当該製品は、破断面以外に変形などの異常は認められなかった。</p> <p>●使用者が当該製品に乗って作業中、何らかの要因によりバランスを崩すなどして転倒した際、横倒しになった当該製品の支柱端部に接触し、事故に至ったものと推定される。</p>	
122	A201001132 平成23年3月18日(愛媛県) 平成23年3月29日	介護ベッド	(死亡1名) 当該製品のヘッドボード(頭部側 のついたて)と手すりの間に腹部 が挟まっている状態の利用者が 発見され、病院に搬送された が、翌日死亡した。	<p>○当該製品のヘッドボードとベッド用グリップのすき間に使用者の腹部が入り込んでいた。</p> <p>○当該製品及び当該製品のベッド用グリップに変形等の異常は認められず、取付や設置方法にも問題は認められなかった。</p> <p>○当該製品に取り付けられたベッド用グリップは、ヘッドボード側の角部に丸みがあり、ベッド用グリップと当該製品のヘッドボードの間のすき間は上から下にかけて狭くなっており、上端部のすき間が173mm、最も狭い部分のすき間が約60mmであった。</p> <p>●当該製品の外側にいた使用者が、何らかの要因によりベッド側に倒れ込んだ際、当該製品のヘッドボードとベッド用グリップのすき間に腹部が入り込んで挟まり、事故に至ったものと推定される。</p> <p>なお、事業者はレンタル事業者に対して、パンフレットを用いて当該製品と手すりのすき間の挟み込みについて注意喚起を実施していた。また、レンタル事業者は使用者に対して同様に、挟み込みについて注意喚起を実施していた。</p>	

	管理番号 事故発生日/報告受理日	製品名	事故内容	判断理由	備考
123	A201100104 平成23年2月16日(福井県) 平成23年5月9日	靴(ブーツ)	(重傷1名) 当該製品を履いて湿った鉄板のような物に乗った際、足を滑らせ転倒し、負傷した。	○使用者は、当該製品を初めて使用した日に、道路と家をつなぐ平らな湿った鉄板のような物に乗った際、滑って転倒した。 ○当該製品の外観、構造に異常は認められず、靴底には変形や摩耗、劣化なども認められなかった。 ○当該製品の防滑性能試験をステンレス板と縞鋼板上で実施したところ、社内基準を満たしていた。 ●当該製品は、靴底の摩耗などの異常は認められなかったことから、当該製品を使用中に濡れるなどして滑りやすくなった鉄板状の物の上に乗った際、誤って足を滑らせて転倒し、事故に至ったものと推定される。	
124	A201100205 平成23年6月9日(三重県) 平成23年6月23日	介護ベッド用手すり	(死亡1名) 施設で当該製品を片側のベッドサイドに2本設置して使用していたところ、利用者(70歳代女性)が、2本設置したすき間に首が入り込んだ状態で発見され、病院へ搬送後、翌々日に死亡した。	○使用者が、施設で寝かせられてから約30分後にスタッフが確認したところ、ベッド右側に2本並べていた当該製品のすき間に首が入り込み、亡くなっていた。 ○使用者の顔が、ベッド頭側を向いた状態であり、身体は横向きで足は当該製品と反対の壁の方にあつた。 ○当該製品をベッド片側に2本設置すると、手すり間の最小隙間は70mmであつた。 ●当該製品を2本並べた隙間を埋める措置をとっていなかったため、何らかの要因で当該製品の隙間に使用者の首が誤って入り込み、事故に至ったものと推定される。 なお、事業者は安全対策として、当該製品の隙間を埋める簡易部品を無償で配布している案内を当該施設に対して行っていたが、当該施設は簡易部品を入手していなかった。	