

【4】共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」 (第 13 回報告書) について

(1) 発生状況

第 13 回報告書では分析対象期間 (平成 20 年 1 月～3 月) において、ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故が報告されたことから「共有すべき事例」として取り上げた。その後、第 26 回報告書 (分析対象期間:平成 23 年 4 月～6 月) においても類似事例が報告されたため「再発・類似事例の発生状況」(第 26 回報告書 162～166 頁) の項目で事例の概要や背景・要因、改善策などを取りまとめた。

このたび、本報告書分析対象期間 (平成 25 年 1 月～3 月) においても類似の事例が 1 件報告されたため再び取りあげた。

これまでに報告された「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」の件数の推移を図表Ⅲ-3-12 に示す。

図表Ⅲ-3-12 「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成 16 年				2	2
平成 17 年	3	0	3	3	9
平成 18 年	5	1	3	0	9
平成 19 年	1	10	6	2	19
平成 20 年	2	1	2	1	6
平成 21 年	0	1	0	1	2
平成 22 年	0	1	3	0	4
平成 23 年	1	1	19	8	29
平成 24 年	1	4	2	3	10
平成 25 年	1	—	—	—	1

(2) 事例概要

報告された医療事故の概要を以下に示す。

事例

【内容】

夜間、離床センサーが鳴り訪室すると、ベッド柵の一部が外れグラグラになっており、患者は、そのすき間よりすり抜け患者が転落していた。その後、入眠していたが、朝になり左鎖骨周囲の腫脹が見られ、疼痛の訴えもあった。エックス線の結果、左鎖骨骨折と診断された。

【背景・要因】

術後 15 日目の患者。入院時よりソワソワする姿があり、転落予防として離床センサーとベッド柵 4 点を設置していた。ナースコールを押すこともあったが、理解力低下や難聴にてコミュニケーションは難しかった。看護師は他の患者のナースコールの対応に追われており、急いで訪室したが、すでに転倒していた。リスクがあるとはわかっていたが、他の患者の対応ですぐに訪室出来なかったことが要因と考える。柵が外れやすかった (固定が甘かった) ことも要因と考える。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- 4箇所の柵を抜けにくいように重ねて取り付ける。
- 柵とベッドを紐などで結びつける。
- 離床センサーの紐を短くしてセンサーがすぐに作動しやすくする。
- ミトンを使用する。
- 家族の協力を得る。

(4) ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の現状

ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の各年の報告件数の推移をみると平成19年は19件と多いが、平成20年は6件、平成21年は2件、平成22年は4件と減少していた。しかし平成23年には29件、平成24年は10件と増加している(図表Ⅲ-3-12)。

そこで、本報告書では平成22年以降報告された事例44件について、事故の発生原因となったベッドの構造や機能に着目し、「ベッドのボードとサイドレールのすき間」「サイドレールとサイドレールのすき間」「サイドレールの空間」「サイドレールの空間とベッド操作」「サイドレールの未装着」「サイドレールカバーの未装着」「患者によるベッドの操作」に分類し、生じた事象の内容とともに図表Ⅲ-3-13に示した。

図表Ⅲ-3-13 ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の分類

	転落	挟み込み				打撲	縊首	合計
		首	手指	上肢	下肢			
ベッドのボードとサイドレールのすき間	1	0	1	0	0	0	0	2
サイドレールとサイドレールのすき間	3	0	0	0	0	0	0	3
サイドレールの空間	0	0	1	1	1	0	0	3
サイドレールの空間とベッド操作	0	1	1	2	1	0	0	5
サイドレールの未装着	3	0	0	0	0	0	0	3
サイドレールカバーの未装着	0	0	0	0	0	1	0	1
患者によるベッドの操作	21	0	0	0	0	0	0	21
その他	4	0	0	0	0	1	1	6
合 計	32	1	3	3	2	2	1	44

発生原因となったベッドの構造や機能では「患者によるベッドの操作」が21件と最も多く、次に「サイドレールの空間とベッド操作」が5件であった。生じた事象の内容では「転落」が32件であり、次いで「挟み込み」が9件であった。報告件数が最も多かった患者によるベッドの操作の結果、転落した医療事故の事例を次に再掲する。

図表Ⅲ - 3 - 1 4 患者によるベッドの操作の結果、転倒した事例 (第 26 報告書 163 頁より抜粋)

<p>【内容】</p> <p>患者には認知面の問題があり、短期記憶障害が認められ、ナースコールを適切に押して看護師を呼ぶことができなかった。ベッド柵 4 箇所全てを拳上し、離床センサーを装着して転倒・転落を予防していたが、足側の 1 箇所が下がっていて患者が降りして転落したと考えられた。</p> <p>【背景・要因】</p> <p>患者が使用していたベッドは、患者がベッド上からベッド柵レバーを操作して柵を下ろすことが可能である。当院では期間中に、患者自身がベッド柵を下げて、ベッド柵が降りる勢いに誘導されて転落した事例が 15 件発生した。そのうち 1 件は、3 箇所の切創を生じて縫合処置が必要となった。今回、骨折に至った事例が発生した。</p>
--

第 26 回報告書分析対象期間 (平成 23 年 4～6 月) に報告された事例は、患者の認知や記憶障害の発生要因があった。そこで、「患者によるベッド操作」に分類された 21 件の事例の直前の患者の状態を図表Ⅲ - 3 - 1 5 に整理した。「認知症・健忘」が 8 件と多いが、意識障害や精神障害は 0 件であり、患者によるベッド操作による医療事故は、必ずしも認知能力が低下している患者に生じたものではなかった。

図表Ⅲ - 3 - 1 5 直前の患者の状態 (患者によるベッド操作)

直前の患者の状態	件数
認知症・健忘	8
睡眠中	7
歩行障害	4
床上安静	4
上肢障害	3
下肢障害	3
薬剤の影響下	2
視覚障害	1
意識障害	0
聴覚障害	0
構音障害	0
精神障害	0
麻酔中・麻酔前後	0
その他	0

※直前の患者の状態は、複数回答が可能である。

(5) サイドレール等に関連した事例のイメージ

報告された事例の内容から①「ベッドのボードとサイドレールのすき間」、②「サイドレールとサイドレールのすき間」、③「サイドレールの空間」、④「サイドレールの空間とベッド操作」の具体的な事例がイメージできるよう、事例概要とともにイラストを作成したので、医療機関内の教育や研修会などの資料にしていきたい。

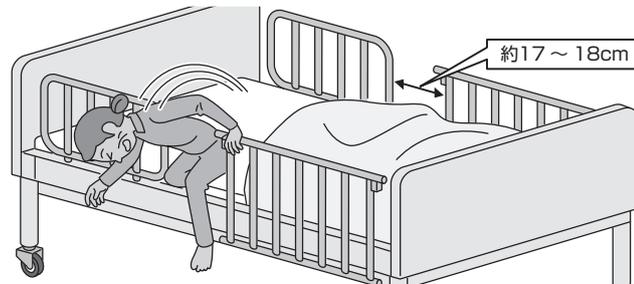
<①ベッドのボードとサイドレールのすき間の事例 (イメージ図) >

事例概要：検温のため、右側臥位から、仰臥位にしたところ、右手第4指の腫張と内出血による皮膚色の変化を発見した。患者がベッドのサイドレールのすき間から手足を出す危険性があったため、ベッドの四方をアクリル板で保護していたが、アクリル板とベッドのすき間に指を入れてしまった。



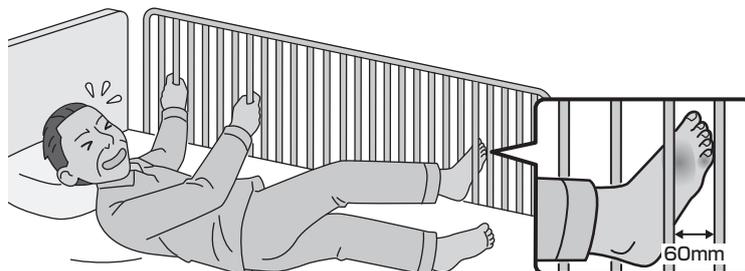
<②サイドレールとサイドレールのすき間の事例 (イメージ図) >

事例概要：看護師を呼ぶ声で訪床すると、ベッドサイドに座り込み右頭頂部から出血がみられた。サイドレール4箇所設置していたが、柵の種類が前後で異なっていた（1箇所はベッドに作り付けのスライド式サイドレールで本来は対になっているが、柵自体の幅が短く頭部や足元にすき間ができ、そこからの転落事例があった。そのため上半身部分の柵を取り外し差込式のベッド柵を設置していた）。それでも約17～18cm程のすき間があったがその幅なら安全という認識でいた。しかし患者は小柄で痩せており、そのすき間から降りようとして転落した。



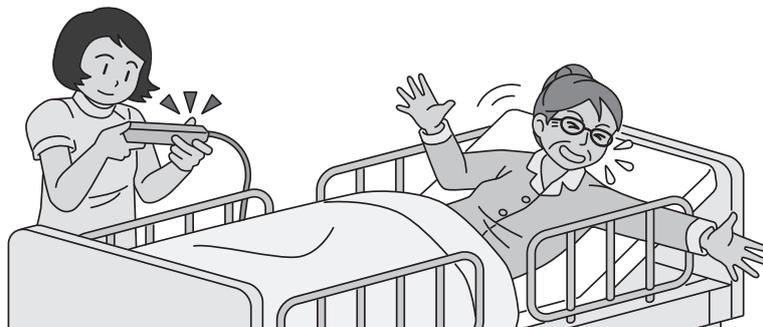
<③サイドレールの空間の事例 (イメージ図) >

事例概要：オムツ交換、体位変換のため訪室時、患者の右足第5趾と足背に腫脹と内出血があり、右第5趾基節骨骨折が判明した。患者は高いベッド柵を使用。ベッド柵に足をかける行為があった。サイドレールのすき間が約6cmと狭く足を挟んでしまう可能性があったが、患者が柵に掴まっていたので、サイドレールにスポンジ等を巻き付けていなかった。



<④サイドレールの空間とベッド操作の事例(イメージ図)>

事例概要：朝食介助のために患者を仰臥位にしベッドの上半身を上げる操作をした。20～30度挙げたところで痛いと言った患者が訴えた。患者の左肘がベッド柵とマットの間に挟まっていた。被覆材の内部に血液が滲んでいた。上肢の位置を確認してからベッドアップしなかった。



(6) ベッドのサイドレールや手すりに関連した注意喚起

ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故には、医療・介護ベッドのサイドレールや手すりのすき間に頭などを挟む事故、患者がつかまった際、固定されているはずのサイドレール等が可動したために転倒した事故、ベッドのサイドレールの操作の事故などの事例が発生しており、関係省庁である経済産業省、厚生労働省からはもとより、介護・医療ベッドに関係する団体や製造事業者からも繰り返し注意喚起がなされている。

主な注意喚起を紹介する。

①平成20年2月 経済産業省「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について(注意喚起)」

平成19年、改正消費生活用製品安全法が施行され、消費生活用製品に係る重大製品事故に関して、国に対する報告書の提出が製造事業者・輸入事業者に対して義務付けられた。介護ベッド用手すりに関する重大製品事故について、平成20年2月1日までに5件の報告がなされた。そこで経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室製品安全課製品事故対策室は平成20年2月15日付で「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について(注意喚起)」¹⁾を発出した。

②平成20年2月 日本福祉用具・生活支援用具協会および医療・介護ベッド安全普及協議会「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」

経済産業省の注意喚起を受け、日本福祉用具・生活支援用具協会と医療・介護ベッド安全普及協議会は介護ベッドを使用している関係者に対し、平成20年2月15日付「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」²⁾を送付した。

その内容は、サイドレールや手すりは用途により形状や構造が異なり、いろいろなすき間を内包している、製品内部のすき間だけでなくベッド本体との組み合わせよりすき間が生じることがある、と危険性を述べるとともに、すき間は使用する患者の視野が確保され、閉塞感が軽減され療養環境が向上される、と有用性も述べている。

また、事故事例をサイドレールとサイドレールの間に首を挟まれ死亡したなど「(サイドレール等の)すき間による事故事例」と、手すりに捉まりベッドから立ち上がろうとした際、固定されていたはず

の手すりが動き転倒したなどの「(サイドレール等の) すき間以外の事故事例」と分類し、それぞれについて注意事項を掲載した。本報告書では「すき間以外の事故事例」への注意事項を次に紹介する。

<すき間以外の事故事例への注意事項>

- 思わぬけがをしないように、製品に異常(手すり本体がぐらついたり、ストッパーの固定が出来ないなど)がないか定期的に点検してください。
- サイドレールや手すりの操作がうまくできない方には、転落等の事故を防止するためにも操作させないでください。
- 固定(ロック)は確実に行ってください。
- ベッドの上からサイドレールや手すりを操作する際は転落に注意してください。

③平成20年3月厚生労働省「医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について(注意喚起)」

医療機関においてもベッドのサイドレールに係る重大製品事故に関する事例が2件発生し、厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課は平成20年3月11日付「医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について(注意喚起)」³⁾を発出し、「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」²⁾を広く注意喚起した。

④平成22年10月消費者庁消費者安全課「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」

消費者庁消費者安全課は、不意な動作により頭や首、手足などがすき間に入る込むことを防止する当該製品のすき間を埋めるための簡易部品を入手せずに、介護用ベッドの手すり外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入り重症を負った事故の発生を受け、医療・介護ベッド用サイドレールやベッド用手すりに関する事故防止のための適切な実施について、平成22年10月1日「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」⁴⁾を発出した。具体的な事例の内容やベッド用サイドレールの写真を掲載して、特に介護ベッド上で予測のできない行動をとる可能性のある利用者や、自力で危ない状態から回避することができない利用者に対し、すき間を埋めるための簡易部品を入手し使用するよう消費者へ周知及び注意喚起を行った。

厚生労働省は上記注意喚起について、医療機関並びに介護保険指定事業者及び老人福祉施設等においても、手すりに関連した事故の発生防止を図る観点及び消費者保護のために、各都道府県に対し同年10月8日付事務連絡「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」⁵⁾を発出し、注意喚起を行った。

⑤平成23年2月厚生労働省「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について(再依頼)」

平成22年12月21日付け「消費生活用製品の重大製品事故に係る公表について」にて消費者庁

が公表した死亡事故(管理番号 A201000777)において、平成 22 年 10 月、厚生労働省が発出した事務連絡文書が医療機関に送付されておらず、当該事故が発生した医療機関では注意喚起の内容を知らなかったことが判明し、平成 23 年 2 月 9 日厚生労働省は都道府県等に対し、厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・振興課・老人保健課事務連絡「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る 施設管理者への注意喚起の徹底について(再依頼)」⁶⁾を発出し、再度注意喚起を行った。

⑥平成 23 年 3 月日本看護協会「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」

公益財団法人日本看護協会は患者が電動ベッドの外側にあるベッド柵(サイドレール)のレバーを操作した際、ベッド柵とともにベッドから転落した事例が複数報告されていることに対して、平成 23 年 3 月 7 日、医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」⁷⁾を発出した。医療看護安全情報では、事例の紹介、必要とされる医療機関の対応、事故が起こった事例の具体的なベッド柵の状況を掲載し、患者の安全のために患者の A D L に応じた安全なベッドの検討をすることを注意喚起した。

同様の事例について、厚生労働省は、消費者庁消費者安全課から対象となるベッドを配置している医療機関に対し注意の呼び掛けの依頼を受け、各都道府県に対し医政総発第 1101 第 1 号平成 23 年 11 月 1 日付厚生労働省医政局総務課長通知「医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について」⁸⁾を発出し、注意喚起を行った。

⑦平成 24 年 6 月厚生労働省「医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について」

その後もベッドとの因果関係は必ずしも明らかではないものの、結果的にベッド用の手すりのすき間に、首や手足が入り込んだ状態で発見された死亡事故等が発生していることより、平成 24 年 6 月 6 日厚生労働省は都道府県等に対し、医政総発 0606 第 5 号、障企自発 0606 第 1 号、障障発 0606 第 1 号、老高発 0606 第 1 号、老振発 0606 第 1 号、老老発 0606 第 1 号、24 製安第 13 号「医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について」⁹⁾を発出し、医療・介護ベッドの不適切な使用状況やサイドレール等の過度なすき間の有無を確認し、適切な使用方法の徹底やすき間を埋める等の措置を講ずることや安全対策が強化された新 J I S 対応のベッドを使用することが重要である通知を発出した。また、安全性の確保がなされるよう医療・介護ベッド安全普及協議会作成の「医療・介護ベッド安全点検チェック表」¹⁰⁾を参考に

- 1) ボードとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなすき間はないか、
- 2) サイドレールとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなすき間はないか、
- 3) サイドレール等に頭を閉じ込みそうな空間はないか、
- 4) 利用者の状態を確認しながら、ベッドの操作を行っているか、

の 4 点について、点検するよう述べている。

<医療・介護ベッド安全点検チェック表>

医療・介護ベッド安全点検チェック表
医療・介護ベッドを安全にお使いいただくために

① 近年、医療・介護ベッドのサイドレールやベッド用グリップによる死亡事故等が報告されています。事故の多くは利用者の首や手足がサイドレール等のすき間や、内部の空間に入り込んだことによるものです。これらの事故の多くは、利用者の身体状況や使用状況によると思われるものであり、危険な部分があるかどうかの確認と正しい使い方を要して未然に防ぐことができます。

このたび「医療・介護ベッド安全普及協議会」では、サイドレール等による事故を未然防止していただくために、「医療・介護ベッド安全点検チェック表」を作成いたしました。医療・介護ベッドでサイドレール等をご利用の際には、このチェック表で点検項目を確認し、必要に応じて対応を行ってください。

また、事故事例とその対応策を紹介した動画「医療・介護ベッドに潜む危険」もホームページで見ることができますので、合わせてご利用下さい。

サイドレール



サイドレールは、ベッドで寝ている人の転落や後方の落下を予防するための製品です。

ベッド用グリップ



ベッド用グリップは、ベッド上での起き上がりやベッドからの落ちあがりなどの動作を補助するための製品です。

※すき間を埋める対応品(スプーサー、サイドレールカバー等)のご利用は、各メーカーにお問い合わせください。
※製品事故の未然防止のため、安全対策が強化された2009年改正のJIS規格が要求する寸法を満たす製品を使用することも一つの方法です。

特にご注意ください方

- ・発作、痙攣、症状などにより、自分の体を支えられずサイドレール等に倒れ込む可能性がある方
- ・自力で危険な状態から回復することができないと思われる方
- ・認知機能障害などにより、ベッド上で予測できない行動をとるとされる方
- ・片手などの障害などにより、体位を自分で保持できない方

留意事項

組み込み事故予防の観点から、ベッドの利用開始前に、ベッドやサイドレール等におけるすき間を確認し、ベッド利用者の心身の状況や、利用環境から、組み込み事故の危険性がある場合は、以下の対応を行ってください。

- ・クッション材や毛布などをすき間に埋める
- ・すき間を埋める対応品を使用する(対応品については各メーカーにご相談ください)
- ・サイドレール等の全体をカバーや毛布で覆う
- ・危険な状態になっていないか、定期的にベッド利用者の目視確認を行う

●製品や対応品に関するお問合せは、各メーカーにお問い合わせ下さい。

協議会会員	お問い合わせ先	ホームページ
アイン精機株式会社	0568-24-8882	http://www.aisin.co.jp/product/welfare/index.html
シーホネス株式会社	0120-20-1001	http://www.seehonence.co.jp/
パラマウントベッド株式会社	0120-36-4803	http://www.paramount.co.jp/
株式会社プラッツ	0120-77-3433	http://www.platz-td.co.jp/
フランスベッド株式会社	0120-39-2824	http://www.francebed.co.jp/
株式会社モルテン	03-3625-8510	http://www.molten.co.jp/health
株式会社ランダルコーポレーション	048-475-3662	http://www.lundal.co.jp

医療・介護ベッド安全普及協議会【ホームページ】<http://www.bed-sizen.org/>【お問い合わせ先】03-3648-5510
ホームページではページを正しく安全にご利用いただくための動画(1分30秒)を掲載しています。

医療・介護ベッド安全チェック表

氏名 _____ 記入日: 年 月 日

※チェック項目ごとに危険がないか確認し、必要に応じて対応を行ってください。
※チェック項目が該当しない、もしくは対応しただけを入れましょう。

チェック項目	事故事例と対応方法	チェック欄
① ボードとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなき間はありますか? (首の挟み込みに対して、より安全であるためのすき間寸法の目安は、直径8cmの物が入り込まないこと、もしくは23.5cm以上です。)	<p>＜事故事例＞ 無理な力でベッドの下にある物を取ろうとした時に、ヘッドボードとサイドレールのすき間に首を挟み込んでしまった。</p> <p>【対応方法】 ●ベッド周りの整理整頓し、利用者が身を乗り出さないように配慮しましょう。 ●ボードとサイドレール等のすき間をクッション材や毛布等を入れて埋めましょう。 ●JIS規格が要求する寸法を満たすサイドレール等に交換しましょう。</p>	□
② サイドレールとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなき間はありますか? (首の挟み込みに対して、より安全であるためのすき間寸法の目安は、直径8cmの物が入り込まないこと、もしくは23.5cm以上です。)	<p>＜事故事例＞ ベッドの背中を上げた状態で、目を離している間に利用者がバランスを崩し、2本のサイドレールのすき間に首を挟み込んでしまった。</p> <p>【対応方法】 ●利用前から目を離す際は、ベッドの背中を必ずフラットに戻しましょう。 ●すき間を埋める対応品を利用しましょう。 ●JIS規格が要求する寸法を満たすサイドレール等に交換しましょう。</p>	□
③ サイドレール等に頭を押し込みそうな空間はありませんか? (頭の押し込みに対して、より安全であるための目安は、直径12cmの物が通らないことです。)	<p>＜事故事例＞ ベッドから起き上がる際にバランスを崩し、サイドレール内の空間に頭が入り込んでしまった。</p> <p>【対応方法】 ●カバーで覆われたサイドレール等や後付けカバーが必要に応じて利用しましょう。 ●すき間が小さく、より安全なサイドレール等に交換しましょう。</p>	□
④ 利用者の状態を確認しながら、ベッドの操作を行っていますか?	<p>＜事故事例＞ 利用者の手や足がサイドレールの中に入っている状態で、介護する方がベッド操作をし、手や足を挟んでしまった。</p> <p>【対応方法】 ●ベッド操作する前と、操作中最低1度は動作を止めて利用者の状態を確認しましょう。(※看護・介護する方が立っている場所と反対側は、布団などの死角となり特に注意が必要です) ●カバーで覆われたサイドレール等や後付けカバーが必要に応じて利用しましょう。</p>	□

※すき間を埋める対応品、カバーで覆われたサイドレール等や後付けカバーは各メーカーにお問い合わせ下さい。

(7) まとめ

第 1 3 回報告書ではベッドのサイドレールや手すりに関連した事例について掲載し、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。第 2 6 回報告書では患者が自らベッド柵を降ろした際に、ベッド柵が降下する力が患者に加わることで転倒した事例を掲載し、患者の ADL に応じた安全なベッドの検討を医療・介護ベッドに関わる機関で行っていくことの重要性が示唆されたことを述べた。

しかし、本報告書分析対象期間において、ベッド柵の一部が外れグラグラになっていたすき間から、患者がすり抜け転落した事例が報告された。

本報告書では報告された事例の内容とともに、経済産業省、厚生労働省、医療・介護ベッドに関わる団体、日本看護協会などさまざまな団体・機関からなされてきた注意喚起とその内容を整理して紹介するとともに、安全性の確保がなされるよう平成 2 4 年に公表された医療・介護ベッド安全普及協議会作成の「医療・介護ベッド安全点検チェック表」を参考に点検することを紹介した。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

(8) 参考文献

1. 経済産業省. 介護ベッド用手すりによる重大製品事故について (注意喚起). 平成 2 0 年 2 月 1 5 日付経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室製品安全課製品事故対策室.
2. 日本福祉用具・生活支援用具協会. 介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意 (online), available from <http://www.jaspa.gr.jp/news/20080205.pdf> (last accessed 2013-03-21)

III
1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]
3-[4]
共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」
(第13回報告書)について

3. 厚生労働省. 医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について (注意喚起). 平成 20 年 3 月 11 日付厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発第 3 1 1 0 0 1 号 . (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/080311-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
4. 消費者庁 .News Release. 介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について .平成 22 年 1 0 月 1 日付 . (online) ,available from http://www.caa.go.jp/safety/pdf/101001kouhyou_2.pdf (last accessed 2013-03-21)
5. 厚生労働省 . 医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者に対する注意喚起について .平成 22 年 1 0 月 8 日付厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・老健局振興課、老健局老人保健課事務連絡 . (online) ,available from http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/101008_1a.pdf (last accessed 2013-03-21)
6. 厚生労働省 . 医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について (再依頼) .平成 23 年 2 月 9 日付厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・老健局振興課、老健局老人保健課事務連絡 . (online) ,available from http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/110209_1.pdf (last accessed 2013-03-21)
7. 公益財団法人日本看護協会 医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」. (online) ,available from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2011/20110307.pdf> (last accessed 2013-03-21)
8. 厚生労働省. 医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について .平成 23 年 1 1 月 1 日付厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発第 1 1 0 1 第 1 号 . (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/111101-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
9. 厚生労働省. 医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について .平成 24 年 6 月 6 日付厚生労働省医政局総務課長等通知 医政総発第 0 6 0 6 第 5 号 障企自発 0 6 0 6 第 1 号 障障発 0 6 0 6 第 1 号 老高発 0 6 0 6 第 1 号 老振発 0 6 0 6 第 1 号 老老発 0 6 0 6 第 1 号 2 4 製安第 1 3 号 . (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/120606-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
10. 医療・介護ベッド安全普及協議会. 医療・介護ベッド安全点検チェック表. (online) ,available from <http://www.bed-anzen.org/use/check.html> (last accessed 2013-03-21)