

令和4年度 福井県内の社会福祉施設における車椅子利用に関する実態調査

1. 調査の目的

令和3年の改正障がい者総合支援法（厚生労働省令第172号）により、令和5年4月から「身体拘束廃止未実施減算」が新設され、身体拘束の適正化が求められています。また、給与所得改善のための「特定処遇改善加算」の適用率は全国で約50%となっており、適用の促進も引き続き求められています。そこで、本調査では、車椅子利用状況の把握および、各制度への対策状況等と今後について実態を正確に調査し、適切な対策を推進することで、以下の2点に寄与することを目的とします。

- (1) **施設の健康な経営の推進**：「特定処遇改善加算」の適用促進および、「身体拘束廃止未実施減算」対策の要件を満たすことによる健康な経営の推進
 - (2) **労務環境の改善**：看護や介護、リハビリなどで必要となる個別支援計画やカンファレンス、各種委員会におけるエビデンス資料として活用することで、業務効率化および業務負担軽減。新人職員の教育時間の短縮や職員間のレベル格差の是正などによる労務環境の改善。
- 回答いただいた内容については、統計データとして活用し施設が特定されるような情報の出し方は致しません。

2. 調査概要

- (1) 調査実施主体：ふくいユニバーサルツーリズムアワード実行委員会
- (2) 調査対象：福井県内の社会福祉施設
- (3) 調査期間：令和4年8月20日～令和4年9月30日〆切
- (4) 回答方法：メールの場合、info@compath-fukui.jpへPDFで送付してください。
FAXの場合、FAX：0776-82-8560まで送付してください。

※本実態調査書は、以下の URL や QR コード、一般社団法人 Compath 公式 HP からダウンロード可能です。

【公式 HP】 https://compath-fukui.jp/news/		一般社団法人Compath <input type="text" value="検索"/>
---	---	---

(4) 調査項目

貴施設の基本情報			
ふりがな		記入日	令和 年 月 日
施設名			
ふりがな		施設住所	〒 ー 福井県
担当者名			
役職			
連絡先	() ー	メールアドレス	
貴施設の種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉施設 / <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)		

貴施設が「障害福祉施設」の場合は、提供しているサービスを以下の中から選びをお願いします。

●介護給付

- | | | | | |
|---------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 訪問系サービス | <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 同行援護 | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | <input type="checkbox"/> 行動援護 | |
| 通所系サービス | <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 生活介護 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | |
| 居住系サービス | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | | | |

●訓練等給付

- | | | | |
|---------|---|--------------------------------------|---|
| 通所系サービス | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型) | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (B型) |
| | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | <input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練) | <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) |
| 居住系サービス | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | <input type="checkbox"/> 自立訓練 (宿泊型) | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (包括型) |
| | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (日中サービス支援型) | | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (外部サービス利用型) |

●相談支援給付

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | <input type="checkbox"/> 特定相談支援 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

●通所支援

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|

●入所支援

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 | <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

●障害児相談支援

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害児相談支援 |
|----------------------------------|

3. 車椅子利用に関する実態調査

(1) 利用している車椅子の数について

①入所者が、施設内で使用している車椅子は何台ありますか。

なし 1～10台 10～20台 20～30台 30～40台 40～50台 50台以上

(2) 車椅子の点検と対応について

①個人所有の車椅子の点検は、誰が行っていますか。(複数回答可)

利用者および家族 施設職員 外部業者 行っていない(理由: _____)

②「①」で施設職員と答えた施設のみお答えください。点検により、以下のa～hの整備不良を発見した場合、誰がメンテナンス(改善、対策)を実施していますか。該当するものに☑をお願いします。

車椅子の整備不良内容	メンテナンス(改善、対策)の実施者
a.バックサポート(背もたれ)のぐらつき	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
b.シート(座面)の食べこぼし等による汚れ	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
c.アームサポート(肘置き)の破損によるぐらつき	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
d.レッグサポートの破損によるたわみ	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
e.フットサポート(足置き)のネジの緩みによるぐらつき	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
f.ブレーキの効きが悪い	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
g.キャスター(前輪)の異音や動作不良	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない
h.タイヤ(後輪)の空気圧の低下	<input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 施設職員 / <input type="checkbox"/> 外部業者 / <input type="checkbox"/> 実施していない

(3) 車椅子の転倒や転落に関するヒヤリハット事例について

車椅子の転倒や転落に関する代表的なヒヤリハット事例についてお聞きします。以下の①～⑤の事例について、過去に発生したことがあるかについて教えてください。また、有無に関わらず貴施設がとっている事故防止策または再発防止策があれば、該当するものに☑をお願いします。事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。

<p><u>①フットサポートを踏んだ状態で立ち上がり、車椅子ごと転倒しそうになる。</u></p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p> <p>【有無に関わらず、貴施設がとっている事故防止策、再発防止策に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能や能力の把握 <input type="checkbox"/>機能や能力に合わせた車椅子に変更 <input type="checkbox"/>安全確認のための見守り <input type="checkbox"/>安全確認のための声かけ <input type="checkbox"/>とっていない <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>【事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事例対策の検討が不十分 <input type="checkbox"/>情報共有化が不十分 <input type="checkbox"/>人員不足 <input type="checkbox"/>職員の知識、技術不足 <input type="checkbox"/>マニュアルの不備 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>	
<p><u>②車椅子利用者が駆動中に、転倒しそうになったことがある。</u></p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p> <p>【有無に関わらず、貴施設がとっている事故防止策、再発防止策に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能や能力の把握 <input type="checkbox"/>機能や能力に合わせた車椅子に変更 <input type="checkbox"/>安全確認のための見守り <input type="checkbox"/>安全確認のための声かけ <input type="checkbox"/>とっていない <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>【事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事例対策の検討が不十分 <input type="checkbox"/>情報共有化が不十分 <input type="checkbox"/>人員不足 <input type="checkbox"/>職員の知識、技術不足 <input type="checkbox"/>マニュアルの不備 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>	
<p><u>③座った勢いで車椅子がぐらついたり、後方に転倒しそうになったことがある。</u></p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p> <p>【有無に関わらず、貴施設がとっている事故防止策、再発防止策に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能や能力の把握 <input type="checkbox"/>機能や能力に合わせた車椅子に変更 <input type="checkbox"/>安全確認のための見守り <input type="checkbox"/>安全確認のための声かけ <input type="checkbox"/>とっていない <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>【事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事例対策の検討が不十分 <input type="checkbox"/>情報共有化が不十分 <input type="checkbox"/>人員不足 <input type="checkbox"/>職員の知識、技術不足 <input type="checkbox"/>マニュアルの不備 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>	

<p>④車椅子乗車中に仙骨座りになる等、姿勢が崩れて転落しそうになったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p> <p>【有無に関わらず、貴施設がとっている事故防止策、再発防止策に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能や能力の把握 <input type="checkbox"/>機能や能力に合わせた車椅子に変更 <input type="checkbox"/>安全確認のための見守り</p> <p><input type="checkbox"/>安全確認のための声かけ <input type="checkbox"/>とっていない <input type="checkbox"/>その他（<input type="checkbox"/>ベルトの使用）</p> <p>【事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事例対策の検討が不十分 <input type="checkbox"/>情報共有が不十分 <input type="checkbox"/>人員不足</p> <p><input type="checkbox"/>職員の知識、技術不足 <input type="checkbox"/>マニュアルの不備 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	
<p>⑤アームサポートが外れたり、下がってしまい転落しそうになったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p> <p>【有無に関わらず、貴施設がとっている事故防止策、再発防止策に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能や能力の把握 <input type="checkbox"/>機能や能力に合わせた車椅子に変更 <input type="checkbox"/>安全確認のための見守り</p> <p><input type="checkbox"/>安全確認のための声かけ <input type="checkbox"/>とっていない <input type="checkbox"/>その他（<input type="checkbox"/>ベルトの使用）</p> <p>【事故防止策、再発防止策をとっていないと答えた施設は、その理由に☑をお願いします。複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事例対策の検討が不十分 <input type="checkbox"/>情報共有が不十分 <input type="checkbox"/>人員不足</p> <p><input type="checkbox"/>職員の知識、技術不足 <input type="checkbox"/>マニュアルの不備 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	

(4)車椅子利用者の介助中に関するヒヤリハット事例について

車椅子利用者の介助中に発生する代表的なヒヤリハット事例についてお聞きします。以下の①～⑤の事例で、事故防止または再発防止策として施設側でとれる対策もしくは、すでにとっている対策について該当するものに☑をお願いします。

<p>①アームサポートの位置が高く、テーブルに手を挟みそうになった。【複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事故を未然に防止するため、利用者へ何をするかの前声かけを行い、事故防止を図っている</p> <p><input type="checkbox"/>テーブルにぶつからないように、車椅子に応じてアームサポートの高さを調整している</p> <p><input type="checkbox"/>昇降式テーブルを使用し、車椅子に対応できるよう対策している</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子介助マニュアルを整備し、適切な介助方針を定めている</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	
<p>②ベッドから車椅子に移乗しリクライニングを起こす際に、肩や腕が挟まりそうになった。【複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事故を未然に防止するため、利用者へ何をするかの前声かけを行い、事故防止を図っている</p> <p><input type="checkbox"/>ベッドから車椅子に移乗しリクライニングを起こす際、肩や腕の位置を確認し介助を行っている</p> <p><input type="checkbox"/>ティルト式車椅子（挟む可能性が少ない車椅子）を利用し事故の発生を防いでいる</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子介助マニュアルを整備し、適切な介助方針を定めている</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	
<p>③車椅子で移動中に、はみ出した肘などの体の一部が壁等に接触しけがをしそうになった。【複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事故を未然に防止するため、利用者への声かけ等により、起こりうる危険を事前に伝えている</p> <p><input type="checkbox"/>利用者や周りの障害物等に注意しながら、車椅子を動かしている</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子介助マニュアルを整備し、適切な介助方針を定めている</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	
<p>④車椅子で移動中に、車椅子のタイヤのすき間に手や指を挟みそうになった。【複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>事故を未然に防止するため、利用者へ何をするか前もって声かけ等を行い、移動する</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子のタイヤのすき間に手や指を挟まないよう、注意しながらゆっくり移動する</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子介助マニュアルを整備し、適切な介助方針を定めている</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	
<p>⑤車椅子で移動中に、足がフットサポート(足置き)から落ちてけがをしそうになった。【複数回答可】</p> <p><input type="checkbox"/>靴下や靴を滑りにくいものにし、フットサポート（足置き）から足が落ちないように対策する</p> <p><input type="checkbox"/>利用者の足の動きに注意しながら車椅子を動かしている</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子介助マニュアルを整備し、適切な介助方針を定めている</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	

(5)車椅子上での床ずれ予防について

①車椅子利用者の身体に床ずれが発見された場合、施設側で独自に床ずれ予防の対策はとれていますか。

- 十分な対策がとれている やや対策がとれている 対策が不十分 予防をしたいが対策がとれていない
床ずれの人がいない その他

()

②「①」で対策がとれていると答えた施設に質問です。具体的な内容を教えてください。(複数回答可)

- クッション等で除圧
ズレや定期的な座り直し(姿勢の調整)
移乗をサポートする道具(トランスファーボードなど)の使用
スキンケア
栄養面の管理
その他()

(6)令和3年度障害者総合支援法改正における加算と減算について

①職員の給与所得改善のため、「特定処遇改善加算」が2019年に新設されましたが、適用している施設は全国で約50%となっています。貴施設では、特定処遇改善加算を適用していますか。

- 適用している
適用していない(処遇改善加算のみ適用している施設も含む)
特定処遇改善加算制度を知らない

②「①」で適用していない、制度を知らないと答えた施設のみお答えください。厚生労働省は、「特定処遇改善加算」の適用促進を引き続き求めています。その適用要件である「職場環境等要件」のエビデンスの一つとして、「車椅子適合評価点検」が推奨されていますが、貴施設で「特定処遇改善加算」の適用についての今後の予定を教えてください。

- 「車椅子適合評価点検」を利用して加算適用を考えたい
「車椅子適合評価点検」とは別のもので加算適用を考えている⇒(内容:)
「特定処遇改善加算」の適用については考えていない⇒(理由:)
どちらでもない⇒(理由:)

③令和3年度の障害者総合支援法改正により、令和5年4月からエビデンスがない身体拘束の廃止を推進するため、「身体拘束廃止未実施減算」が開始されます。この新たな制度により、対策を講じていない施設は減算が適用され、施設収益の悪化が懸念されています。貴施設では、現在、それらに対し対策を実施していますか。

- 現在対策を実施している⇒(内容:)
対策を実施していない⇒(理由: 対策を実施したいが具体的な方法がわからない 制度のことがわからない)

④「③」で対策をしていないと答えた施設のみお答えください。「身体拘束廃止未実施減算」対策には、第三者や専門業者によるエビデンスが求められています。そのエビデンスの一つとして「車椅子適合評価点検」が推奨されていますが、貴施設での「身体拘束廃止未実施減算」対策について、今後の予定を教えてください。

- 「車椅子適合評価点検」を利用して減算対策をしていきたいと考えている
「車椅子適合評価点検」とは別のもので減算対策を考えている⇒(内容:)
対策は考えていない又は未定⇒(理由:)

⑤上記の、「特定処遇改善加算」や「身体拘束廃止未実施減算」について、すでに別のもので対策している場合でも、「車椅子適合評価点検」は潜在化した車椅子使用者のリスクを見える化できます。具体的には、看護や介護、リハビリなどで必要となる個別支援計画作成や、カンファレンス、各種委員会(虐待防止委員会、事故防止委員会、安全管理委員会、褥瘡対策委員会、リスクマネジメント委員会など)でもエビデンスとして活用することが可能です。また、新人職員の教育時間の短縮や職員間のレベル格差の是正などの副次的効果を得ることが可能です。以上を踏まえ、貴施設では、今後「車椅子適合評価点検」を活用したいと思いませんか。

- 説明を受け、ぜひ活用したい
説明を受け、メリットが感じられた場合に限り活用したい
活用したいとは思わない⇒(理由:)
どちらでもない⇒(理由:)

⑥「特定処遇改善加算」や「身体拘束廃止未実施減算」対策を満たすためには、年2回の研修も必要となります。オンラインで施設職員が車椅子の不具合や適合について、対応できるようになる研修や勉強会があれば参加したいですか？

- 参加したい
参加したいとは思わない⇒(理由:)

実態調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。