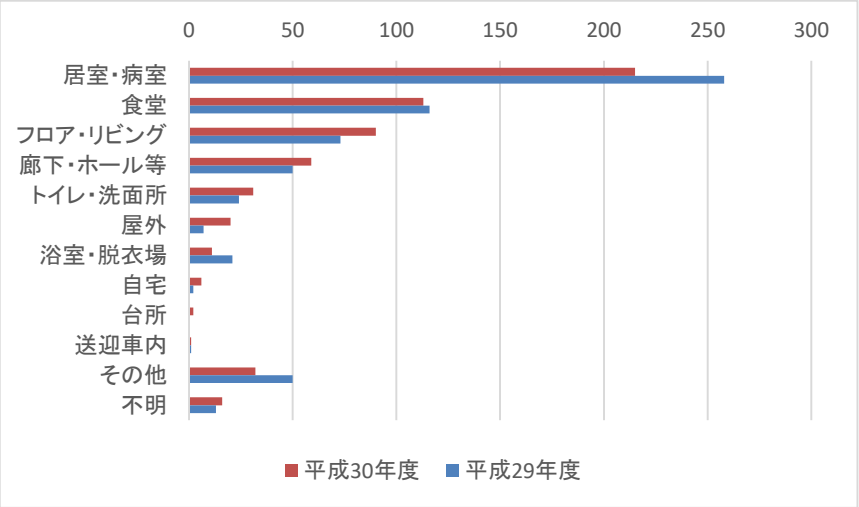


事故報告集計結果 平成30年度と平成29年度比較

R1介護保険施設等集団指導	
令和2年2月17日	市資料4-1

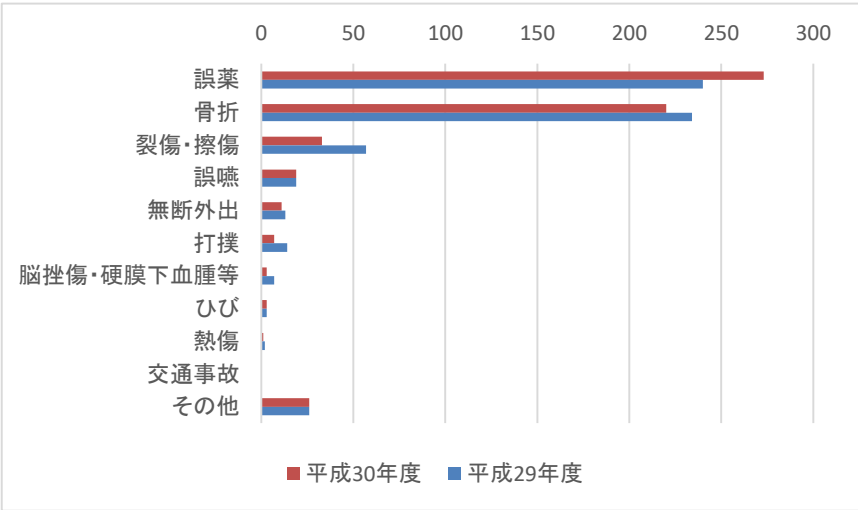
●場所別

区分	平成29年度	平成30年度
居室・病室	258	215
食堂	116	113
フロア・リビング	73	90
廊下・ホール等	50	59
トイレ・洗面所	24	31
屋外	7	20
浴室・脱衣場	21	11
自宅	2	6
台所	0	2
送迎車内	1	1
その他	50	32
不明	13	16
合計	615	596



●事故内容別

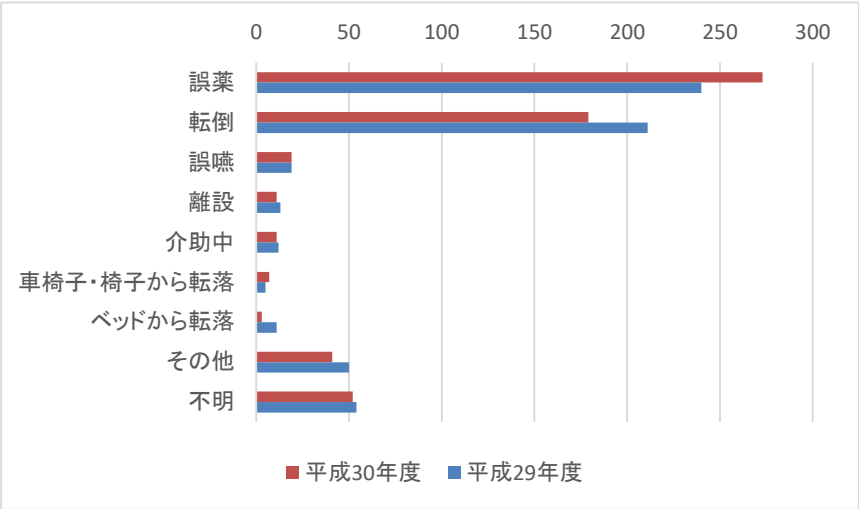
区分	平成29年度	平成30年度
誤薬	240	273
骨折	234	220
裂傷・擦傷	57	33
誤嚥	19	19
無断外出	13	11
打撲	14	7
脳挫傷・硬膜下血腫等	7	3
ひび	3	3
熱傷	2	1
交通事故	0	0
その他	26	26
合計	615	596



事故報告集計結果 平成30年度と平成29年度比較

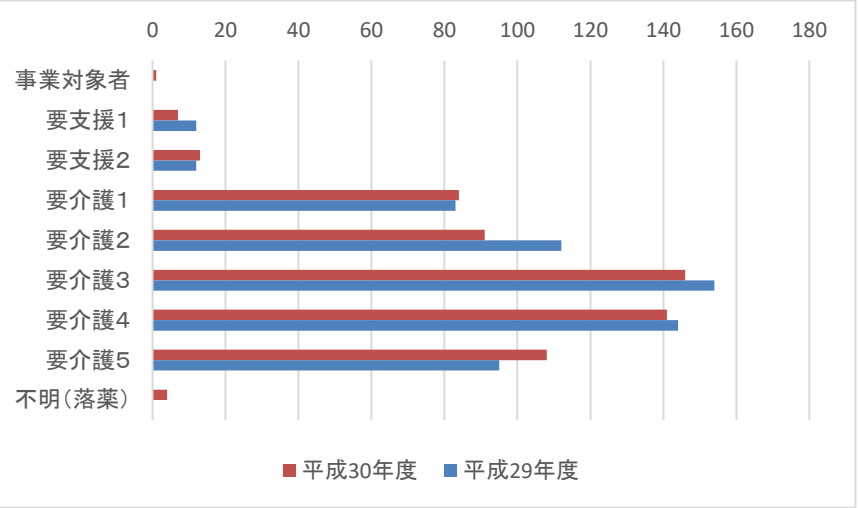
●事故原因別

区分	平成29年度	平成30年度
誤薬	240	273
転倒	211	179
誤嚥	19	19
離設	13	11
介助中	12	11
車椅子・椅子から転落	5	7
ベッドから転落	11	3
その他	50	41
不明	54	52
合計	615	596



●介護度別

区分	平成29年度	平成30年度
事業対象者	0	1
要支援1	12	7
要支援2	12	13
要介護1	83	84
要介護2	112	91
要介護3	154	146
要介護4	144	141
要介護5	95	108
不明(落薬)	0	4
合計	612	595

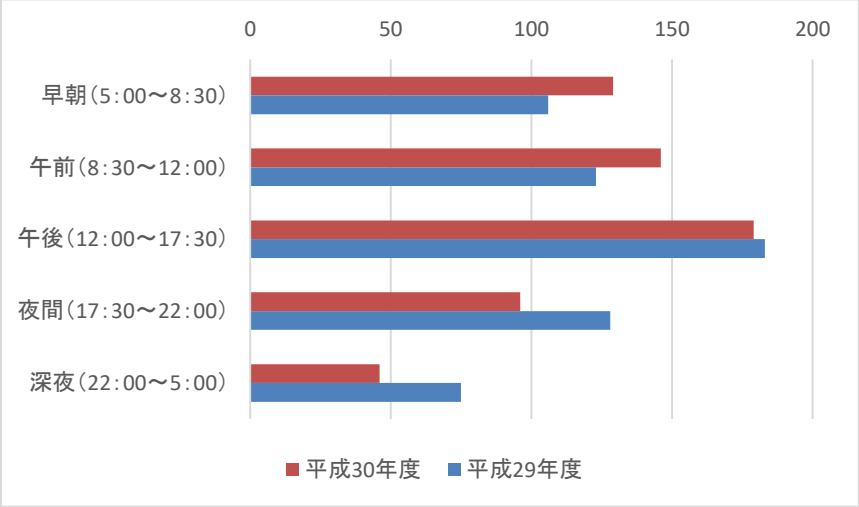


※利用者以外の事故等について、平成29年度3件、平成30年度1件は、含まれていません。

事故報告集計結果 平成30年度と平成29年度比較

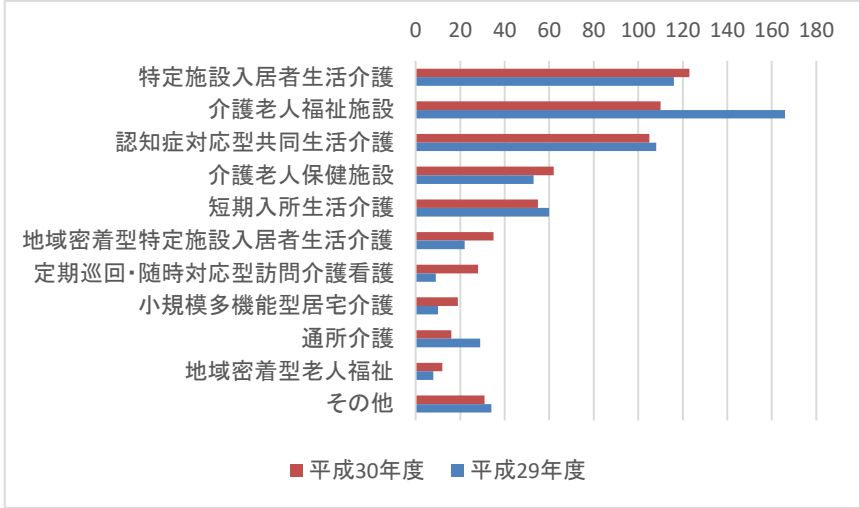
●発生時間別

区分	平成29年度	平成30年度
早朝(5:00～8:30)	106	129
午前(8:30～12:00)	123	146
午後(12:00～17:30)	183	179
夜間(17:30～22:00)	128	96
深夜(22:00～5:00)	75	46
合計	615	596



●サービス内容別

区分	平成29年度	平成30年度
特定施設入居者生活介護	116	123
介護老人福祉施設	166	110
認知症対応型共同生活介護	108	105
介護老人保健施設	53	62
短期入所生活介護	60	55
地域密着型特定施設入居者生活介護	22	35
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	9	28
小規模多機能型居宅介護	10	19
通所介護	29	16
地域密着型老人福祉	8	12
その他	34	31
合計	615	596



社会福祉施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領

1 目的

この要領は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）、生活保護法（昭和25年法律第144号）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）、介護保険法（平成9年法律第123号）および障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する施設および事業所において、事故等が発生した際の市への報告に当たり必要とされる事項を定め、もって当該施設および事業所の適正な運営を図ることを目的とする。

2 対象施設・事業所および報告先（担当課）

別表「事故報告の対象施設・事業所および報告先（担当課）」のとおり

3 報告が必要な事故等の対象

(1) 事業者および役員・職員に関する事故または不祥事

- ア 不適切な会計処理
- イ 不法行為等

(2) 利用者処遇等に関する事故または不祥事

- ア 虐待等の不適切な処遇（体罰等の懲戒権濫用行為を含む。）
- イ 利用者の無断外出または行方不明
- ウ サービス利用中の事故
 - ① 骨折、打撲および裂傷等で、医師の診察を受け、通院または入院を要することとなったもの。
 - ② 誤飲、誤食、誤嚥および誤薬。
 - ③ 死亡事故（原則、病気による死亡を除くが、死因等に疑義が生じる可能性があるときは報告すること。）
 - ④ 受診など送迎中の事故、利用者の単独外出での事故（医療機関に受診したもの）等。

エ 利用者によるサービス利用中の不法行為

(3) その他報告が必要な事故または不祥事

- ア 事件報道が行われた場合等
- イ その他必要と認められる場合

4 報告の方法

社会福祉施設等の施設長・管理者は、事故等が発生した場合は、発生時から

30日以内に別表の施設，事業所の種別に応じて別記様式により担当課に報告すること。

ただし，緊急な報告を要する事故等が発生した場合は，直ちに電話・ファックス等により事故等の概要（関係者の状況，事故等の内容，実施した措置等）を担当課に報告した後，事故発生後7日以内に別記様式により担当課に報告すること。

【緊急な報告を要する事故等】

ア 利用者の死亡事故

イ 役員・職員の不法行為（虐待，預り金着服，横領等）

ウ 利用者等の不法行為

エ 利用者等の失踪，行方不明（現在も捜査中のもの）

オ テレビ，新聞等で報道された事案（報道される可能性のある事案を含む。）

5 その他

- (1) 事故等が利用者の死亡事故，利用者への虐待または役員・職員の横領など重大なものであるときは，報告書提出後に，担当課が実地により調査を行う場合があること。

附 則

この要領は，平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成27年7月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成31年4月1日から施行する。

別表

事故報告の対象施設・事業所および報告先(担当課)

1 老人福祉法, 介護保険法関係施設等

対象施設・事業所		報告先(担当課)	
		保健福祉部	
		指導監査課	高齢福祉課
老人福祉法	介護保険法	高齢者担当	高齢者・介護総合相談窓口
老人居宅介護等事業	訪問介護 介護予防訪問介護 第1号訪問事業(国基準訪問型サービス)	○	
	訪問入浴介護 介護予防訪問入浴介護	○	
	訪問看護 介護予防訪問看護	○	
	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション	○	
老人デイサービス事業	通所介護(宿泊サービス含む) 介護予防通所介護(宿泊サービス含む) 第1号通所事業(国基準通所型サービス)(宿泊サービス含む)	○	
	通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション	○	
老人短期入所事業	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	○	
	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	○	
	福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与	○	
	特定福祉用具販売 特定介護予防福祉用具販売	○	
	居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	○	
	居宅介護支援	○	
	介護予防支援	○	
	介護老人保健施設	○	
	介護療養型医療施設	○	
	介護医療院	○	
	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○	
老人居宅介護等事業	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	
	夜間対応型訪問介護	○	
老人デイサービス事業	認知症対応型通所介護(宿泊サービス含む) 介護予防認知症対応型通所介護(宿泊サービス含む) 地域密着型通所介護(宿泊サービス含む)	○	
小規模多機能型居宅介護事業	小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	○	
認知症対応型老人共同生活援助事業	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護	○	
複合型サービス福祉事業	複合型サービス	○	
	第1号訪問事業(訪問型サービスA)	○	
	第1号通所事業(通所型サービスC)(宿泊サービス含む)	○	

対象施設・事業所		報告先(担当課)	
		保健福祉部	
		指導監査課	高齢福祉課
老人福祉法	介護保険法	高齢者担当	高齢者・介護総合相談窓口
養護老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
特別養護老人ホーム	介護老人福祉施設	○	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	
軽費老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
有料老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
生活支援ハウス			○
老人福祉センター	※総合福祉センター内老人福祉センターについては、保健福祉部地域福祉課(地域福祉担当)へ、湯川・谷地頭・美原老人福祉センターについては、保健福祉部地域福祉課(福祉推進担当)へ報告すること。		

2 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律関係施設等

対象施設・事業所			報告先(担当課)		
			保健福祉部		
			指導監査課	障がい保健福祉課	
			障害等担当	社会参加・事業担当	相談支援・精神保健担当
事業所	居宅介護等	居宅介護	○		
		重度訪問介護	○		
		行動援護	○		
		同行援護	○		
	重度障害者等包括支援		○		
	療養介護		○		
	生活介護		○		
	自立訓練		○		
	就労移行支援		○		
	就労継続支援(A型)		○		
	就労継続支援(B型)		○		
	短期入所		○		
	共同生活援助		○		
	就労定着支援		○		
	自立生活援助		○		
	一般相談支援		○		
	特定相談支援		○		

対象施設・事業所		報告先(担当課)		
		保健福祉部		
		指導監査課	障がい保健福祉課	
		障害等担当	社会参加・事業担当	相談支援・精神保健担当
施設	障害者支援施設	○		
	地域活動支援センター		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)
	福祉ホーム			○
支援事業所 地域生活	移動支援		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)
	日中一時支援		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)
	訪問入浴		○	

3 児童福祉法関係施設

対象施設・事業所		報告先(担当課)				
		保健福祉部		子ども未来部		
		指導監査課	障がい保健福祉課	子どもサービス課	子育て支援課	次世代育成課
		障害等担当	給付管理担当	指導監査担当	母子児童担当	青少年担当
施設	保育所			○		
	認定こども園			○		
	認可外保育施設			○		
	母子生活支援施設				○	
事業所	児童発達支援	○				
	医療型児童発達支援	○				
	放課後等デイサービス	○				
	居宅訪問型児童発達支援	○				
	保育所等訪問支援	○				
	障害児相談支援	○				
	一時預かり			○		
	病児保育			○		
	放課後児童クラブ					○

4 生活保護法関係施設

対象施設	報告先(担当課)	
	保健福祉部	
	指導監査課	
	法人担当	
救護施設	○	

5 報告先(担当課)電話・FAX番号

報告先(担当課)	電話番号	FAX番号
保健福祉部 指導監査課(法人担当)	21-3262	21-3928
保健福祉部 指導監査課(高齢者担当)	21-3926	
	21-3927	
	21-3923	
保健福祉部 指導監査課(障害等担当)	21-3925	26-4090
保健福祉部 地域福祉課(地域福祉担当)	21-3293	
保健福祉部 地域福祉課(福祉推進担当)	21-3022	
保健福祉部 高齢福祉課(高齢者・介護総合相談窓口)	21-3025	26-5936
保健福祉部 障がい保健福祉課(社会参加・事業担当)	21-3263	27-2770
保健福祉部 障がい保健福祉課(給付管理担当)	21-3254	
保健福祉部 障がい保健福祉課(相談支援・精神保健担当)	21-3077	
子ども未来部 子どもサービス課(指導監査担当)	21-3059	22-2340
子ども未来部 子育て支援課(母子児童担当)	21-3273	27-6262
子ども未来部 次世代育成課(青少年担当)	32-1527	32-1506

別記様式

社会福祉施設等における事故等の発生状況報告書

年 月 日

函館市長 様

法人所在地

法 人 名

代表者氏名

印

1 事故等が発生した施設・事業所

(1) 種 別

(2) 名 称

(3) 所在地

2 事故等の分類

該当する□にチェックを入れてください。

利用者処遇等に関するもの	事業者および役職員に関するもの
☐ 死亡事故 ☐ 不法行為 ☐ 虐待 ☐ 無断外出 ☐ 失踪・行方不明 ☐ その他 ☐ 骨折・打撲・裂傷等 ☐ 誤飲・誤食・誤嚥・誤薬	☐ 不適切な会計処理 ☐ 不法行為等 ☐ その他 ☐ 事件報道が行われた場合等 ☐ その他必要と認められる場合

3 被害者等の状況

(1) 被害を受けた利用者または職員等の氏名等

住 所

(職) 氏名

(男・女)

年

月

日生

(歳)

※身体状況 (身体障害者手帳, 療育手帳等の状況等)

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

(2) 傷病名等

ア 傷病名・部位

イ 傷病の程度

全治

日 (月)

(3) 入所・利用開始 (採用) 年月日

年

月

日

4 事故等の発生の日時・場所

(1) 日 時 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (頃)

(2) 場 所

5 当該事故関係者の状況

(1) 当該事故関係者の住所・氏名等

住 所

(職) 氏名

(男・女)

年

月

日生

(歳)

※身体状況（身体障害者手帳，療育手帳等の状況等）

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

（２）採用（入所・利用開始）年月日（職員の場合は略歴） 年 月 日

6 事故等の概要（必要に応じて見取り図を添付）

7 施設等が事故等を認知した日時および家族への対応等

（１）事故認知日時 年 月 日（午前・午後） 時 分（頃）

（２）認知した経緯

（３）家族への連絡 年 月 日（午前・午後） 時 分（頃）

氏名（続柄）

8 施設・事業所の対応（対処の方法，受診医療機関，治療内容，治癒または治療予定，損害賠償（施設保険利用の有無）等）

（１）事故発生時

（２）今後

9 事故の原因分析と再発防止策（発生要因および再発防止策を具体的に記載すること）

（１）原因

（２）再発防止策

10 前回事故発生年月日（事故報告したもの） 年 月 日

〔 連絡先
担当者 〕

注）・報告書提出時に確定していない事項があれば，その旨記載し，別途報告すること。

・事故の対応を協議した事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

イラストで見る

R1介護保険施設等集団指導

令和2年2月17日

市資料4-3

介護事故事例集

知っていますか？介護現場の隠れたリスク



こうなる前に
知っておこう



公益財団法人 介護労働安定センター

はじめに

介護に従事する皆様は、ご利用者の安全や財物の保全には細心の注意を払って業務をされていると思います。しかし、ご利用者の移動・移乗や入浴などの身体に触れる業務、施設内での見守りの他、ご利用者宅での介護など、介護の現場では様々な状況で業務を行うため、経験豊富な介護職員の方であっても介護事故の発生を予測することは困難です。このため、本書は介護現場で発生する事故をイラストでまとめ、類似した状況に遭遇した際の注意を促すことを目的といたしました。介護に従事する皆様が安心してお仕事をするための一助となれば幸いです。

CONTENTS

ご利用者の事故

P.1

事例 1

ご利用者の後ろから
声をかけたら
転倒してしまった!

P.2

事例 2

食事介助中、一旦
落ち着いたむせ込みが、
激しくなった!

P.3

事例 3

車いすが石にぶつかり
ご利用者が転落!

事例 4

ご利用者がソファから
立ち上がる時に転倒!

P.4

事例 5

タンスの引き出しを引いた
はずみで転倒!

事例 6

ご利用者が、送迎車の
ステップを踏みはずし転倒!

財物の紛失・破損

P.5

事例 1

ご利用者の
補聴器を
紛失してしまった!

P.6

事例 2

ご利用者宅の窓を
閉め忘れ雨で居間が
びしょ濡れに!

P.7

事例 3

ご利用者の補聴器を
トイレに水没させてしまった!

事例 4

ご利用者の荷物を
置き忘れてしまった!

P.8

事例 5

壁に車いすをぶつけて
傷つけてしまった!

事例 6

清拭中、ベッド脇にあった
花瓶を割ってしまった!



介護職員の事故

P.9

事例1

訪問先へ向かう途中
自動車をぶつけてし
まった!

P.10

事例2

力任せの移乗により
腰を痛めて動けなく
なった!

P.11

事例3

ベッドから車いすへの移乗時
で利用者と一緒に転倒!

事例4

冬の訪問先の玄関先で
すべって転んでしまった!

P.12

事例5

介助に集中して無理な
姿勢になり、腰を痛めた!

事例6

忘れ物に気を取られ
お風呂場ですべって転倒!

P.13

賠償責任の仕組みを
知っておこう!

P.15

個人情報の取り扱いに
気をつけよう!

P.17

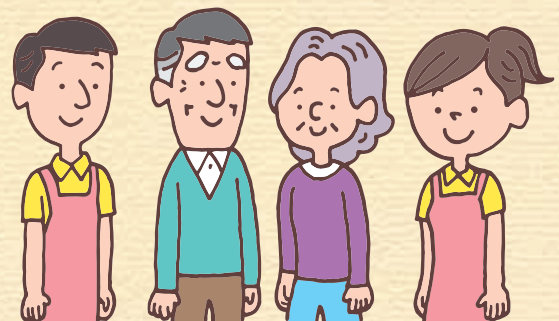
事故につながるリスクを
把握しよう!

P.18

介護事故・事故再発を
防止するには報告が大切!

P.19

事故が発生したときの
対応方法を知っておこう!



ご利用者の後ろから声をかけたら 転倒してしまった!



なぜ事故が起きてしまったのか？

高齢者は通常と変わりなく見えても、足腰やバランス感覚は衰え、転倒しやすくなるという認識が不足していた。また、その可能性についての情報共有がなされていなかった。

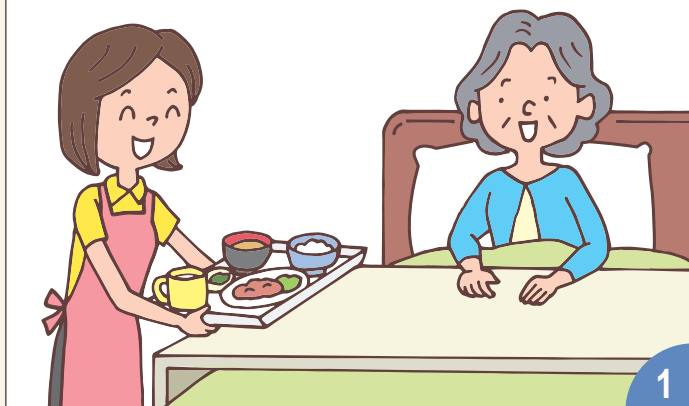
事故防止に向けて

転倒アセスメントシートを作成して申し送り時に情報を共有、
転倒リスクに配慮するようにしましょう。

**つねに転倒の危険があると意識。
注意して行動しましょう。**

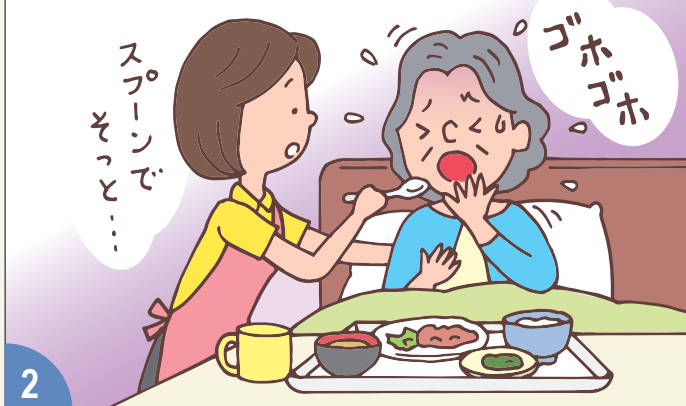
食事介助中、一旦落ち着いた むせ込みが、激しくなった!

誤嚥のリスクを把握しないまま



1

食事を介助したら、むせてしまい



2

落ち着いたと判断して再開すると



3

さらにむせ込みを激しくさせてしまいました。



4

なぜ事故が起きてしまったのか?

誤嚥リスクに対する認識が足りなかったため、適切な対応が行えなかった。
高齢者の誤嚥は、命に係わる大きな事故につながります。

事故防止に向けて

一度むせ込むと、むせやすくなる場合があります。
むせ込んだときは、看護師に相談するなど慎重に対応しましょう。

食事介助中は“むせ込み”注意。
誤嚥リスクを意識しましょう。

車いすが石にぶつかり ご利用者が転落!



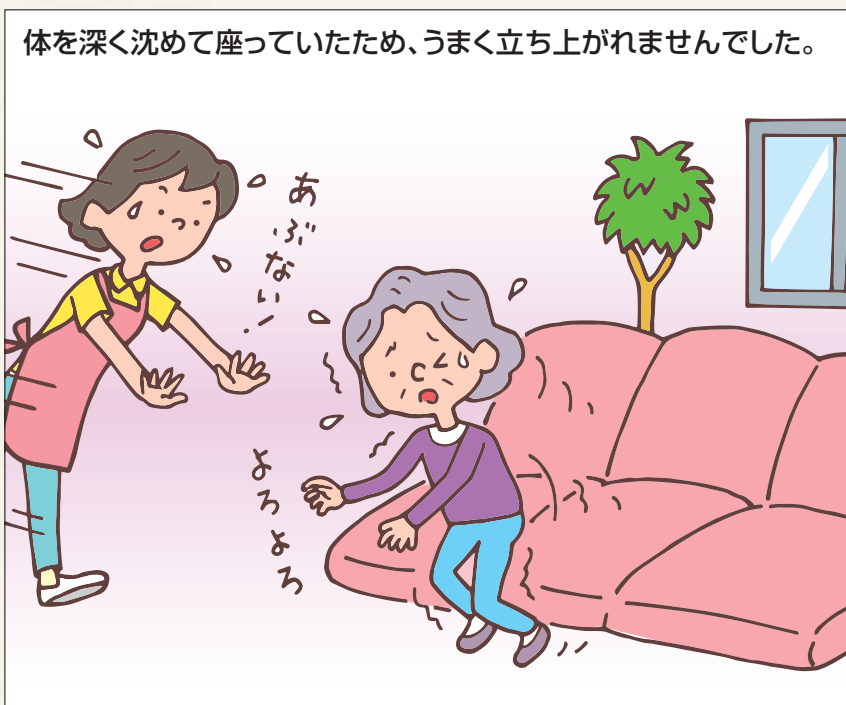
事故防止に向けて

どんなときでも車いすのハンドクリップをしっかり持って、ゆっくり進むこと。ご利用者の様子と進行方向の状況にも注意しましょう。

MEMO

天候の変化や、ご利用者の様子など、突然の事態に慌ててしまいがちですが、つねに落ち着いた行動が大切です。

ご利用者がソファから 立ち上がる時に転倒!



事故防止に向けて

ご利用者の足腰の状態を把握して、立ち上がりにくくないかソファやイスの高さは適切かを確認しましょう。

MEMO

体が沈み込まないソファや、ご利用者に合った高さのイスにするなど環境を整えることも大切です。

タンスの引き出しを引いた はずみで転倒!

タンスの上段を勢いよく引き出し、
後ろ向きに倒れそうになりました。



事故防止に向けて

部屋の中には転倒につながる危険がたくさんあります。タンスを背の低いものに変えるなど利用者にあつた環境にすることが大切です。

MEMO

電気コードや床濡れなど行動範囲に障害となるものに注意しましょう。

ご利用者が、送迎車のステップを 踏みはずし転倒!

ご利用者が家族に気を取られ、ステップを踏みはずしてしまいました。



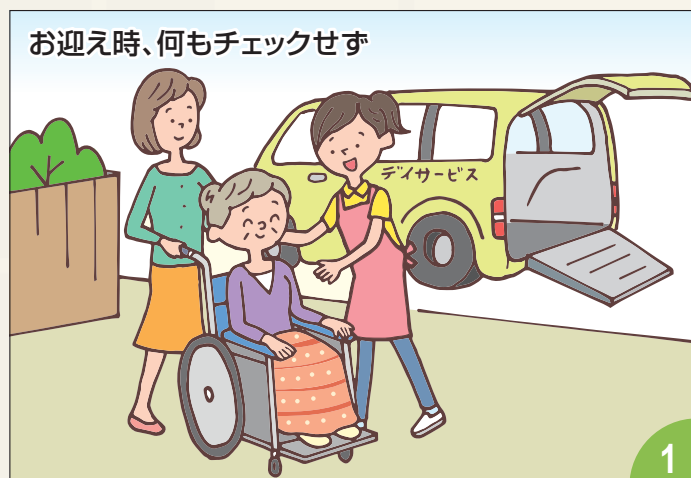
事故防止に向けて

デイサービスでは、送迎車の乗降時の転倒事故が多く発生しています。乗降時は、必ずご利用者を見て、お声かけをしてから介助をしましょう。

MEMO

ご利用者が別のことに気を取られ、事故につながることも。安心感から気を取られがちなご帰宅時は要注意。

ご利用者の 補聴器を紛失してしまった!



なぜ事故が起きてしまったのか?

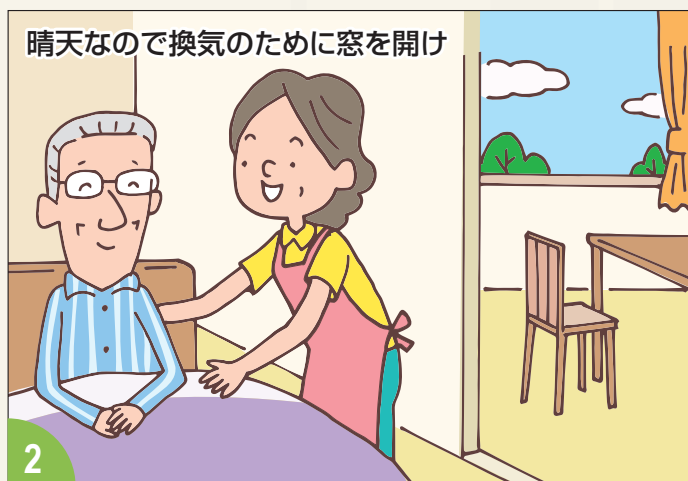
事業所内で紛失したのか、もともと着けていなかったかどうか分からないが、自宅を出る際に、家族やご利用者に確認しなかったため、クレームにつながった。

事故防止に向けて

持ち物チェックシートを作成し、
お迎えの際に確認することにしましょう。

**事前に持ち物をチェック
するようにしましょう。**

ご利用者宅の窓を閉め忘れ 雨で居間がびしょ濡れに!



なぜ事故が起きてしまったのか?

訪問先から帰るときに、訪問前の状態に戻っているか、点検をしなかった。

電気ストーブの消し忘れやガスの元栓のしめ忘れなど、重大な事故につながる場合があります。

事故防止に向けて

チェックシートを作成し、
部屋の状態が元通りになっているか確認するようにしましょう。

退室するときは、
もう一度立ち止まって確認。

事例

3

財物の
紛失・破損

ご利用者の補聴器を トイレに水没させてしまった!

便座に座った瞬間に、補聴器が耳から外れてしまいました。



事故防止に向けて

排せつ介助のようにご利用者の体が大きく動く場合は、身に着けているもの(特に補聴器のような小さなもの)に注意しましょう。

MEMO

補聴器のほか、メガネや腕時計、入歯などの破損や水没の事故が多く発生しています。

事例

4

財物の
紛失・破損

ご利用者の荷物を 置き忘れてしまった!

ベンチから立ち上がる際に確認せず、カバンを置き忘れました。



事故防止に向けて

ご利用者の持ち物は「すべて宝物」という意識を持って、肌身離さずに持ち歩きましょう。

MEMO

ご利用者から預かったお財布や鍵などの紛失は多く発生しています。

事例

5

財物の
紛失・破損

壁に車いすをぶつけて 傷つけてしまった!

ポータブルトイレを避けようとして、車いすをぶつけました。



事故防止に向けて

車いすで室内を移動する場合は、**急がず、慌てずに**。曲がり角や方向転換をする際には、後ろや横をよく見ましょう。

MEMO

ご利用者の家では、家具やポータブルトイレなどで狭くなっていることもあります。

事例

6

財物の
紛失・破損

清拭中、ベッド脇にあった 花瓶を割ってしまった!

無理な体勢で体を拭いていたら、体がタンスにぶつかり花瓶を落としてしまった。



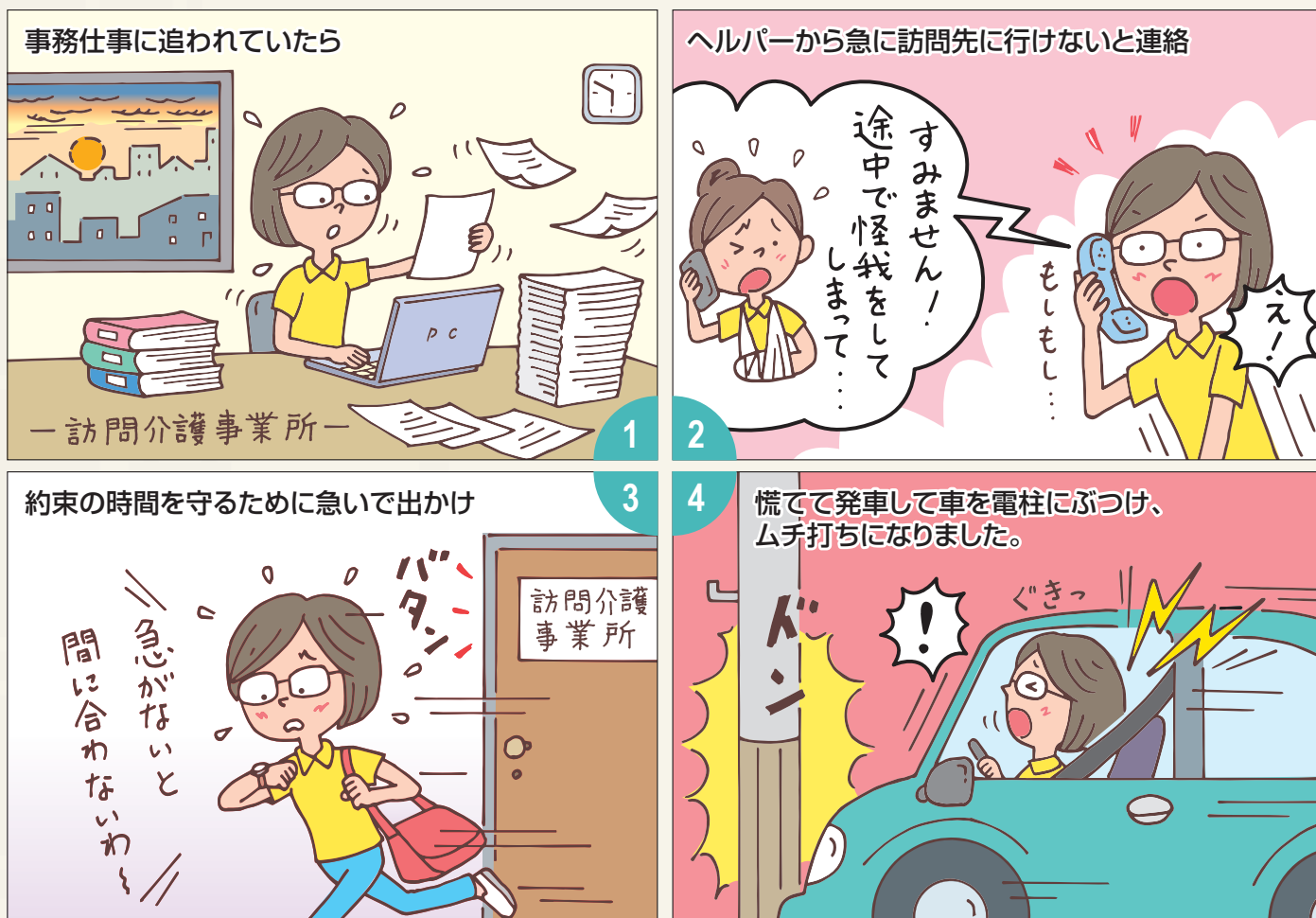
事故防止に向けて

業務前は、必ず**ご利用者の周りに何があるか確認**し、危ないものは移動させておきましょう。

MEMO

介護サービスは、さまざまな場所で提供されます。まずは現場の状況をきちんと把握しましょう。

訪問先へ向かう途中 自動車をぶつけてしまった!



なぜ事故が起きてしまったのか?

ご利用者を待たせたくないという気持ちから、約束の訪問時間に間に合わせようと慌ててしまった。そのため、集中力や判断力が欠けてしまった。業務中の運転は、このような状況が多くあることを自覚しましょう。

事故防止に向けて

事業所全体で交通安全講習を行い、運転時には自身の心理状態を見つめ直すことを心がけるようにしましょう。

運転するときは、どんなときでも
「心のゆとり」が大切です!

力任せの移乗により 腰を痛めて動けなくなった!

体力自慢の男子職員



体の大きなご利用者の移乗を担当



小柄なご利用者を少し無理な姿勢で

力任せに抱き起こすと、
腰に激痛が走り動けなくなりました。

なぜ事故が起きてしまったのか?

体力の過信や介助の経験不足から、力任せの移乗介助をしてしまった。忙しいときは、ベテラン職員でも力に頼った移乗介助をしてしまいがちなので注意しましょう。

事故防止に向けて

腰に負担がかからない、介護技術の習得や福祉機器を活用する持ち上げない介護（ノーリフティングケア）の取り組みが大切です

健康に働き続けることが大切。
腰に負担をかけない介護を実践。

ベッドから車いすへの移乗時
ご利用者と一緒に転倒!

ご利用者を抱き上げたときにバランスを崩して、
腕を骨折しました。



事故防止に向けて

まずベッドと車いすの位置
や高さ、物が落ちていないか
を確認。ご利用者の身体能
力を把握し、動作のたびに
声をかけて移乗しましょう。

MEMO

ベッドから車いすへの移乗で起きる
事故は多発しています。ご利用者
のケガにもつながるので、注意しま
しょう。

冬場の訪問先の玄関先で
すべて転んでしまった!

荷物で両手がふさがっていたため、
体を支えられず足を骨折しました。



事故防止に向けて

訪問介護は、訪問先、時間、
天候など、異なる状況で
サービスを提供します。外
に出る際は転倒事故が多
いことを意識しましょう。

MEMO

訪問介護に限らず、室内から外へ出
る際は転倒事故に要注意。特に冬
場は降雪や凍結で足元はすべりや
すくなっています。

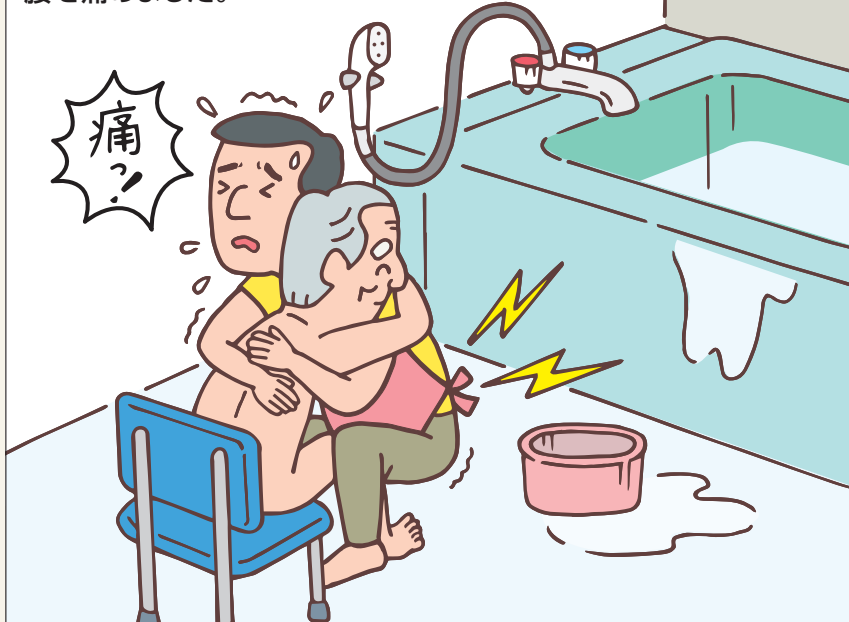
事例

5

介護職員の
事故

介助に集中して無理な姿勢になり、
腰を痛めた!

立ち上がりを介助中、かがんで持ち上げようとして
腰を痛めました。



事故防止に向けて

入浴介助は腰に負担がかかる動作がたくさんあるので、腰を落として安定した姿勢で行いましょう。

MEMO

入浴時は転倒のリスクも高いので、力任せにがんばろうとせず、入浴用の介助グッズを利用しましょう。

事例

6

介護職員の
事故

忘れ物に気を取られ
お風呂場ですべて転倒!

着替えを慌てて取りに行く途中、濡れていた脱衣所ですべて
しまいました。



事故防止に向けて

普段気をつけていることとは違う、想定外のことが起きることが多々あります。慌てたときにこそ事故が起きるもの。いつもより慎重になるように心がけましょう。

MEMO

浴室、台所などすべりやすい場所はとくに注意!階段や段差のあるところも気をつけましょう。

賠償責任の仕組みを 知っておこう!

責任認定は、事実・結果・因果関係・過失から判断されます

事故が起きて訴訟となった場合、事業所に賠償金を払う義務があるかを決定するのは裁判所です。裁判や賠償などと言われると不安になりますが、賠償責任の仕組みを理解して、いざというときに備えましょう。

賠償責任の
仕組み

職員が置き忘れたモップにつまずき ご利用者が転倒してしまった!

3

因果関係

骨折は転んだことが原因!

1

事 実

部屋に置き忘れたモップにつまずき転んでしまった!



2

結 果

骨折した!



4

過 失

転倒を予見できたのに、
対応が不十分だった。



責任認定のポイント

責任を認定するときは、左ページの事例にある

①事実、②結果、③因果関係、④過失までを順番に検討します。

特に重要なのは**④過失**で、介護者が**事故を予見できたのか**が、ポイントになります。

POINT

事故を予見(予測)することができたか？

職員は、部屋にモップを出しっぱなしにしており、このままででは歩行中のご利用者が転倒するおそれがあることを知っていた。

『転倒を予見できた』

結果 予見可能性に基づく、結果回避義務違反に問われます。

ここで重要なのは

「具体的に」起こることが予見できたか否かで判断されるのです。

／事故が**起きて**しまった場合／

ご利用者家族へ誠意ある対応

事故に関する現場の保全と記録の保管が重要

法的責任を調査・認定するには、事例の①～④までの要素に基づき「証拠」が必要となります。文書での記録や事故を再現した写真を保管するなどの工夫をし、ご利用者家族にきちんと説明できるようにしましょう。ご利用者家族に示すことで事業所としての誠意を伝えられます。

個人情報の取り扱いに 気をつけよう!

職場にあふれている個人情報を漏えいさせないために

介護現場における事故とは対人、対物だけでなく、ご利用者の個人情報が外部に漏えいしてしまうことも重大な事故となります。情報漏えいにはどんなリスクがあるのかを把握し、事故を未然に防ぎましょう。

情報漏えい 事例

ファックスを誤送信し 他人にご利用者の情報を漏えいしてしまった。

忙しかったので、送信前に送付状と送る内容を確認しないまま、直接ファックス番号を入力して送ったところ、違う宛先に送信してしまった。



事故防止に向けて

ファックス番号は必ず短縮番号に登録し、登録の際はダブルチェックが大切。直接送る場合も、別の人に確認してもらいましょう。また、送付状と送る内容が合っているか、**送信前の確認**を徹底しましょう。

事故を**未然**に防ぐことが重要

介護事業所には、ご利用者の身体的なことやご家庭の事情など、とても個人的な情報を扱っています。情報には継続的に蓄積するものや共有を求められる内容が多く、取り扱いには厳重な注意が必要です。

- ✓ **情報持出しルール**を決めて守る
- ✓ 情報保管箇所には**必ず施錠する**
- ✓ 外部接続可能な**端末は限定する**
- ✓ ファックス**送信先の確認を徹底**
- ✓ **ID、パスワード**による**管理の徹底**



介護事業所には 【重要な個人情報】がいっぱい

ご利用者の情報

- ご利用者家族の情報
- 職員に関する情報
- その他さまざまな情報

「ご利用者の情報」が使われているもの

日常のサービス

ケアプラン作成

介護保険請求業務

自治体との連携

その他

情報漏えいのリスク

インターネット上の
情報漏えい
メール誤送信



パソコン



USB



タブレット

不正アクセス
外部からの
攻撃・侵入



パソコン



USB



タブレット

盗難
紛失
置き忘れ



携帯電話(スマートフォン)



USB



タブレット



書類(ファイルなど)

ファックス
誤送信



書類(ファイルなど)

訴 訟

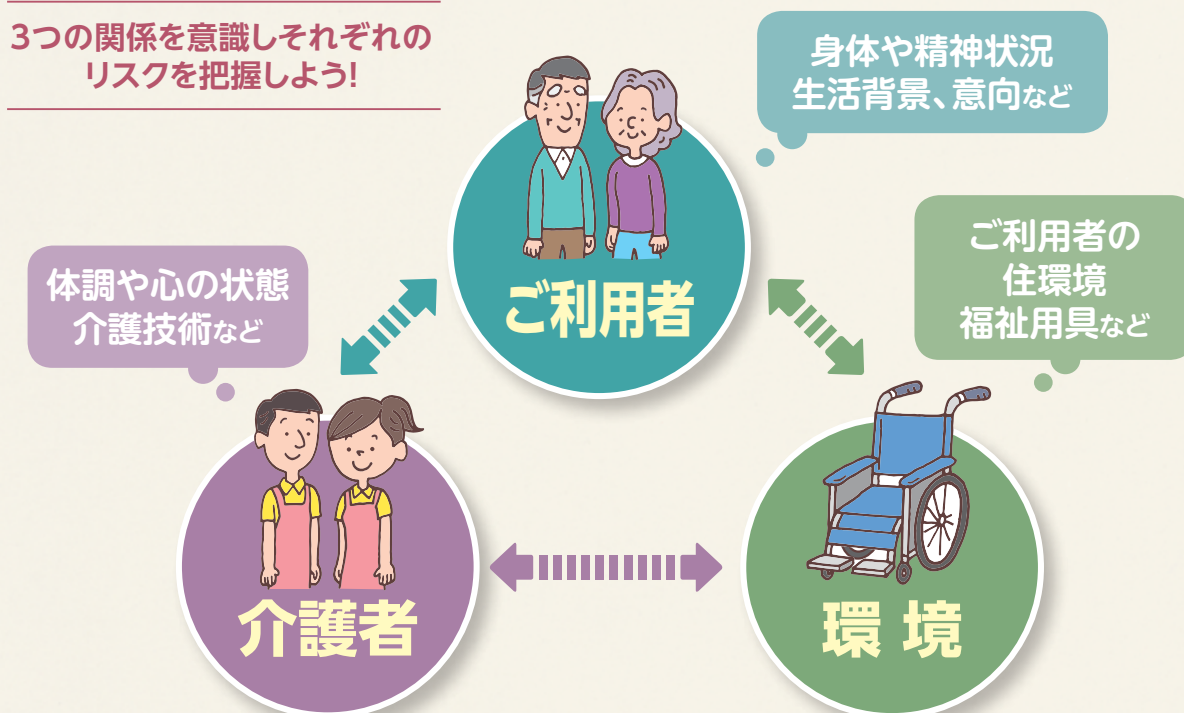
賠償金

信用低下

事故につながるリスクを 把握しよう!

介護現場における事故の要因は3つあります。「ご利用者」の身体的なリスク、「介護者」自身の心と身体
のリスク、そして住環境や福祉用具など、ご利用者と私たちを取り巻く「環境」です。どれかひとつが
要因となるのではなく、複数が絡み合って事故へとつながることが多いため、3つの関係をきちんと
意識してリスクを把握することが大切です。

3つの関係を意識しそれぞれの
リスクを把握しよう!



ご利用者へのリスク対策

身体の状態や 価値観を把握し適切な ケアプランを立てる

サービス開始前に、ご利用者本人や家族に価値観、人生観、興味があることなどをヒアリング。情報を的確に把握しアセスメントシートに反映して、事業所内で情報を共有しましょう。利用開始後もケアプランの見直し時やご利用者の状況に応じて、アセスメントシートを更新することが大切です。

介護者へのリスク対策

体調や心の状態を整え 介護技術・知識を 向上させる

介護者自身の体調・精神面の管理や、モチベーション維持も大切です。健康診断やストレスチェックを受けて、身体の不調や仕事の悩み、不安があれば上司に相談しましょう。社内外の研修に参加して、修得した技術を事業所内で共有することも、事故防止につながります。

環境へのリスク対策

日々、変動する 状況を認識し 個々に合わせ 環境を整える

環境リスクは、昼と夜で変わったり、改善後もご利用者や介護者の状況の変化で再発する可能性があります。日々変動するリスクという認識を持つことが大切です。ご利用者に応じて家具の配置を検討したり、歩行誘導(足あと)シールを床に貼って、行き先をわかりやすくしましょう。

介護事故・事故再発を 防止するには報告が大切!

ヒヤリハットや万一事故が起きてしまった場合、誰もが驚いて慌ててしまいます。ただそこで大切なのは落ち着いて行動することと、的確に事故の報告をすることが大切です。

報告されたヒヤリハットや、事故事例を収集して検証していく仕組みは、事故の再発防止や未然に防ぐために大切です。きちんと報告して事故防止、再発防止につなげましょう。

事故防止対策ができるまで

A

実際に発生した事故やヒヤリハットの報告

実際に発生した事故や日々のヒヤリハットを、報告書に記入し、部署内(現場)で、内容を共有します。

B

事故やヒヤリハットの分析

部署内(現場)で、分析・対策案を検討・検証し安全委員会などの専門部署に報告します。

C

報告された分析・対策案を委員会で検討

安全委員会などの専門部署や管理職が、報告された分析・対策案を検討します。

D

事故防止策の実施へ

委員会で検討された結果は職員会議などでフィードバックされます。必要に応じて、危機意識訓練やグループワーク研修などが行われます。

チェックシート・
確認カードの
作成



事故が発生したときの 対応方法を知っておこう!

実際に現場で事故が起こると、ご利用者のご家族だけでなく各自治体にも報告しなくてはなりません。自治体によって事故発生時の取り扱いは違いますので、各自治体の取り扱い要領に沿って対応しましょう。

介護事故発生

ご利用者へ必要な処置を
迅速に実施

事業所ごとの
事故対応マニュアルに
従いましょう。

自治体への報告が必要となる事故

- 1 ケガや死亡事故
- 2 感染症、食中毒、結核または疥癬
- 3 職員の法令違反または不祥事
- 4 災害によりサービス提供に影響する重大事故
- 5 その他、各自治体等が報告を求める事故

介護事業所

- 1 該当地域の被保険者にサービスを提供していた事業所
- 2 所在地が該当地域にある介護事業所

第一報

経過報告

最終報告

事業者が所在する
自治体等の介護保険課など

※感染症と食中毒については保健所へも報告

※事故が長期化する場合に経過報告

第一報

経過報告

ご利用者の
家族

経過報告

居宅介護
支援事業所

※居宅サービス利用の場合に報告

事故発生報告書に記載すべき事項

- 1 事故報告日
- 2 サービス事業者等の名称、所在地、管理者名、サービス種別など
- 3 事故に関係するご利用者の氏名、住所、電話番号、年齢、性別など
- 4 事故発生日時、場所、事故の範囲、事故の概要や具体的な対応状況
- 5 受診した医療機関名、入院の有無、診断名、病状や治療の概要
- 6 事故に関係するご利用者家族への連絡状況等
- 7 事故の原因や再発防止策への具体的な取り組み
- 8 その他、報告に必要な事項

参考:「新宿区介護保険サービス事業者等における事故発生時の報告取扱要領」



公益財団法人 介護労働安定センター

<http://www.kaigo-center.or.jp/>

〒116-0002 東京都荒川区荒川7-50-9 センターまちや5階

TEL 03-5901-3041 (代) **FAX 03-5901-3042**