

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

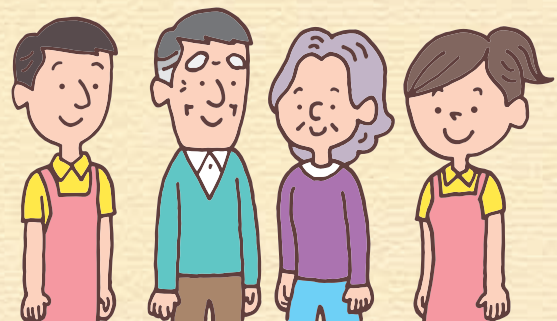
事故につながるリスクを  
把握しよう!

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

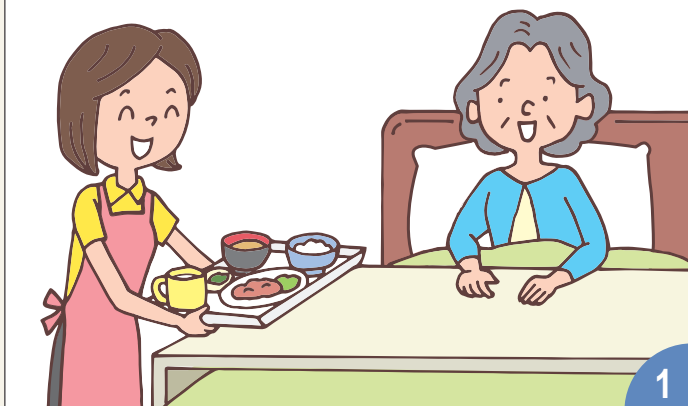
転倒アセスメントシートを作成して申し送り時に情報を共有、転倒リスクに配慮するようにしましょう。

**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。**



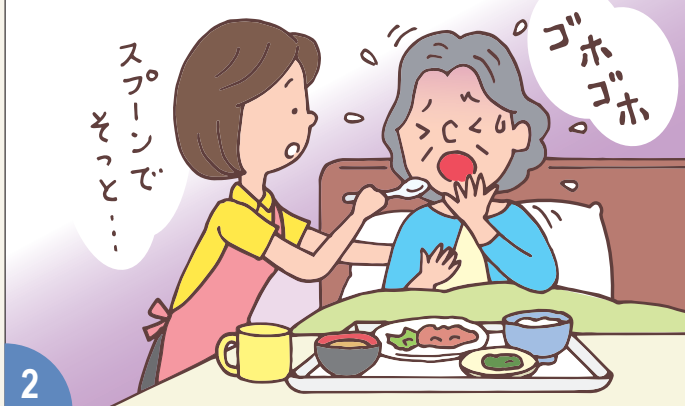
# 食事介助中、一旦落ち着いた むせ込みが、激しくなった!

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!



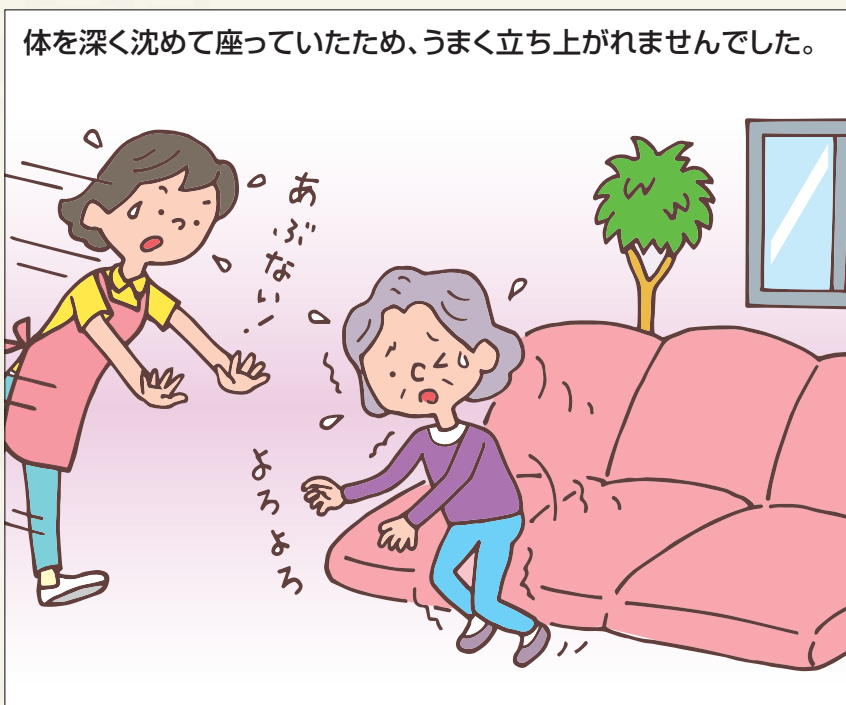
### 事故防止に向けて

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

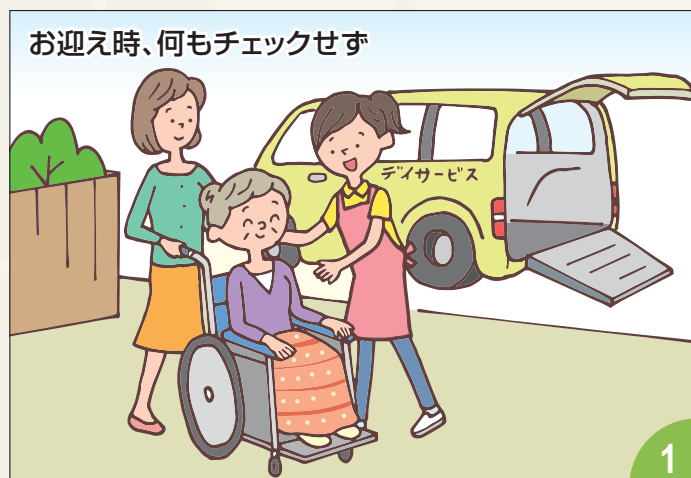
デイサービスでは、送迎車の乗降時の転倒事故が多く発生しています。乗降時は、必ずご利用者を見て、お声かけをしてから介助をしましょう。

## 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?

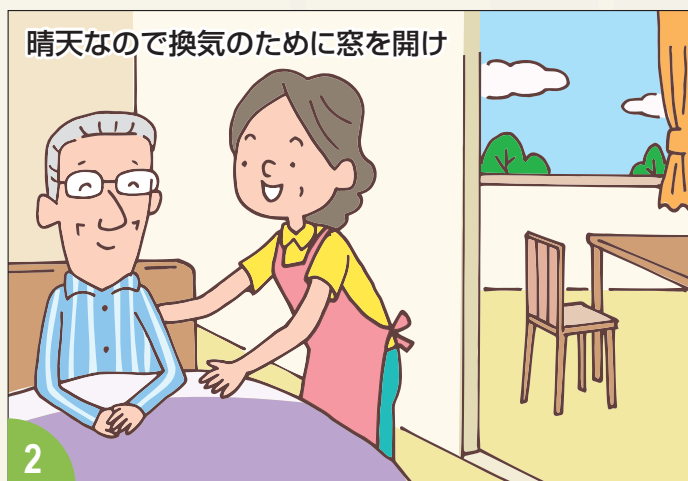
事業所内で紛失したのか、もともと着けていなかったかどうか分からないが、自宅を出る際に、家族やご利用者に確認しなかったため、クレームにつながった。

### 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。



事例

3

介護職員の  
事故

## 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。

事例

4

介護職員の  
事故

## 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。

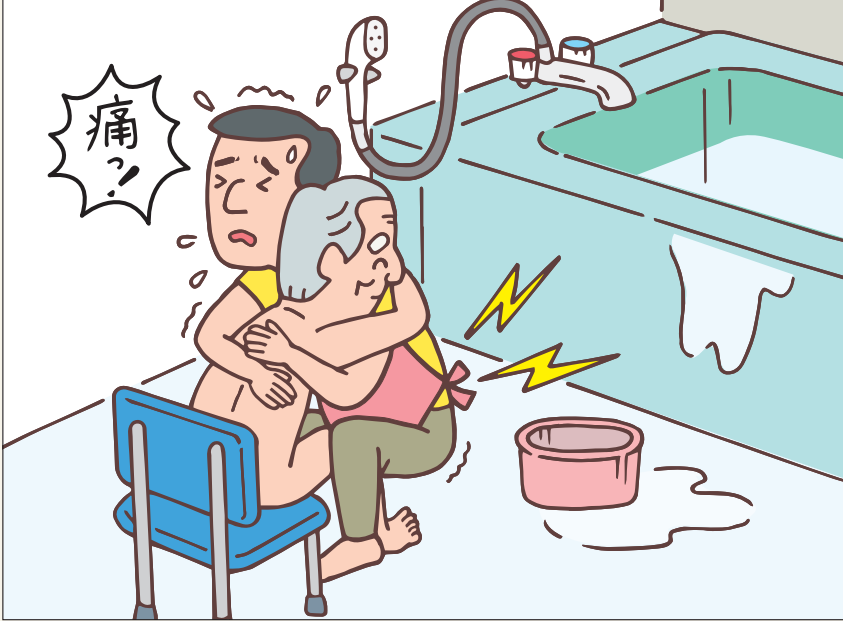
事例

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

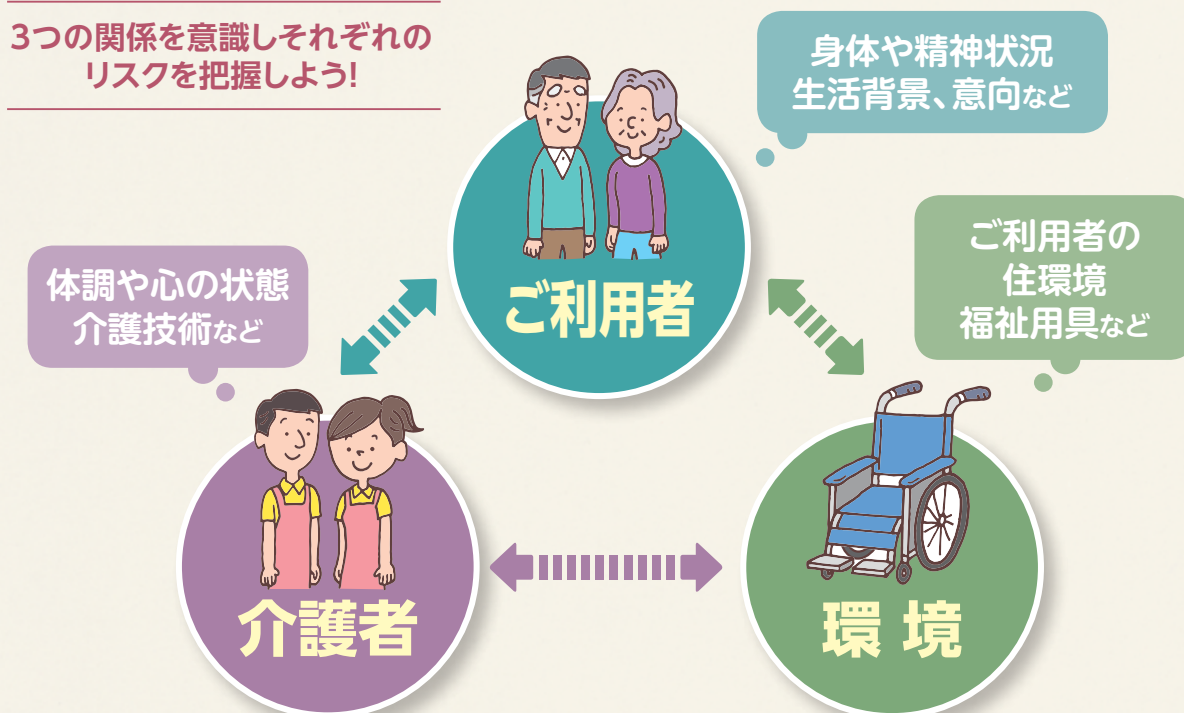
賠償金

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、事故防止につなぐ  
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**