

介護施設の事故発生時対応研修 | 初動対応の基本と事故後の対応

研修日 年 月 日

なぜ「事故発生時の対応研修」が重要なのか

事故をゼロにするのは不可能

事故が起きた時にどう対応する??



介護施設や福祉施設では、転倒・誤嚥・入浴中の事故など、事故を完全にゼロにすることは難しいのが現実です。

「事故を起こさないこと」はもちろん大事ですが、

「事故が起きたときにどう対応するか」
がより重要となります。

事故は「誰にでも起こりうるもの」

事故が起きると、つい

「誰の責任か」
「なぜ防げなかったのか」
と考えてしまいがちです。

しかし多くの事故は、

- 体調や身体状況の変化
- 環境のわずかな違い
- 一瞬の判断ミス

といった複数の要因が重なって発生します。

事故後の対応が、その後を大きく左右する

事故そのものよりも、
事故が起きた「あと」の対応が、
利用者・家族・施設の信頼関係に大きな影響を与えます。

不適切な対応をしてしまうと、

- 症状の悪化・重症化
- 家族からの不信感
- クレームやトラブル
- 職員の精神的な負担増加

につながる可能性があります。

初動対応は「知っているかどうか」で差が出る

事故発生時の対応をあらかじめ知っておくことで、

- 落ち着いて行動できる
- 優先順位を判断できる
- 周囲に助けを求めやすくなる

といったことにも繋がります。

施設で起こりやすい事故の種類

事故は特別な場面だけで起こるものではなく、
日常のケアの延長線上で発生することがほとんどです。

転倒・転落事故

施設内で多い事故のひとつが、
転倒・転落事故です。

▼ 起こりやすい場面

- トイレへの移動時
- ベッドからの起き上がり
- 車椅子からの立ち上がり

利用者の体調は日々変化するため、今日は事故につながることもあります。

誤嚥・窒息事故

食事の場面では、
誤嚥や窒息のリスクがあります。

▼ 起こりやすい場面

- 食事介助中
- 急いで食べてしまったとき
- 義歯の不具合があるとき
- 体調不良や眠気があるとき

誤嚥は、一見すると軽そうに見えても、後から症状が悪化することもあるため注意が必要です。

入浴中の事故

入浴時は、事故のリスクが非常に高くなります。

▼ 起こりやすい事故

- 浴室内での転倒
- 血圧の急変
- 湯温による体調不良

送迎時の事故

送迎時は、「慣れているから」と思いやすい分、油断が事故につながりやすくなります。

▼ 起こりやすい場面

- 車への乗り降り
- シートベルトの着用確認不足
- 雨天・路面状況の悪化

服薬ミス・誤飲事故

施設では服薬ミスは特に注意が必要です。

▼ 具体例

- 薬の飲み忘れ
- 他利用者の薬を飲んでしまう
- 服薬介助時の確認不足

服薬は **小さなミスが大きな事故** につながるため、複数人での確認やルールの徹底が重要です。

その他の事故

上記以外にも、施設ではさまざまな事故が起こる可能性があります。

- 医療機器の取り扱いミス
- レクリエーション中のケガ
- 物品の誤使用

これらもすべて、日常業務の中で起こりうる事故です。

事故発生時の初動対応(最も重要なポイント)

事故発生直後にまず何をすべきか、どの順番で動くべきかを整理します。

初動対応の基本は「3つの優先順位」

▼ 次の3つを意識して行動します。

1. 利用者の安全確保
2. 状態の観察
3. 報告・応援要請

1. 利用者の安全を確保する

事故が起きた直後は、まず**利用者の安全を守ること**が最優先です。

▼ 安全を守る際のポイント

- 割れたガラスを避ける
- 車椅子のブレーキをかける
- 周囲の家具にぶつからないようスペースを作る

2. 状態の観察を行う

安全を確保したら、利用者の状態を観察します。

▼ 観察のポイント(例)

- 表情や反応
- 意識レベルの変化
- 呼吸の様子
- 出血・腫れ・痛み

3. 速やかに報告・応援要請を行う

事故発生時は、
早めの報告と応援要請 が事故の拡大を防ぎます。

▼ 報告の基本

- 上司・リーダー
- 看護職員
- 管理者

施設のルールに従い、
決められた流れで報告します。

報告時に伝える内容

- いつ
- どこで
- 何が起きたか
- 利用者の現在の状態
- すでに行った対応

事実を簡潔に伝えることが大切です。

判断に迷いやすい場面での考え方

▼ 事故対応では、判断に迷いやすい場面があります。

- 起こしてよいか分からない
- 様子見でいいのか判断できない
- 救急要請が必要か迷う

これらの場合、正確な状態把握には医学的知見が不可欠なため
早めに看護職・医師・管理者へつなぐ ことが重要です。

迷わなくてもいいように、判断基準を事前に決めておきましょう。

Q
看護師等が不在で、医療機関を受診するべきかどうか判断に迷う際は、どうしたらいいですか？

A
救急車を呼ぶべきかどうかを電話で相談できる救急相談窓口「#7119」を利用する方法もあります。

▶【総務省消防庁】救急安心センター事業（#7119）ってナニ？
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate007.html>

施設内で救急車を呼ぶべき判断基準（参考）

観察において以下のような明確な緊急状態が確認された場合は、
ただちに救急要請 を行いましょう。
※ただし、施設・事業所の緊急対応マニュアルを優先してください。

緊急搬送が必要な症状とは？（総務省リーフレット参照）

総務省消防庁では救急車を呼ぶべき症状としてリーフレットを作成しています。
この症状がある場合は **明確な緊急状態** です。

報告・連絡・記録の基本

事故が発生したあとの

非常に重要な報告・連絡・記録



報告・連絡・記録は、
事故対応の中でも非常に重要な工程です。

1. 報告は「早く・正確に」が基本

事故が起きた場合、
まずは事故対応マニュアルに沿って速やかに報告します。

▼ 一般的な報告先(例)

- 上司・リーダー
- 看護職員
- 管理者

2. 報告時に伝えるべき内容

報告の際は、
感情や推測ではなく事実を中心に伝えます。

▼ 基本の伝達項目

- いつ(日時)
- どこで(場所)
- 誰が(利用者)

- 何が起きたか(事故内容)
- 発見時の状態
- その後の変化
- すでに行った対応

「なぜ起きたか」「誰の責任か」は、この時点で無理に考える必要はありません。

3. 連絡は「関係者全体」を意識する

事故対応では、
現場だけでなく **関係者への連絡** も重要です。

▼ 連絡が必要になる主な相手

- 家族
- 医療機関
- 関係サービス(訪問看護・ケアマネなど)
- 必要に応じて行政機関

行政への報告が必要な事故とは？

市町村によって細かいルールは異なりますが、
一般的に「**報告が必要な事故**」は次の4つに分類されます。

▼ 介護施設で報告が必要な4つの事故

【事故の種類】	【具体例】
1:死亡事故や医師の診断・治療が必要となった事故(投薬・処置など)	誤嚥による死亡、転倒や滑落による骨折など・サービスの提供による利用者等のケガの発生 ・施設側の過失の有無を問わない。
2:食中毒、感染症の発生	施設で発生したO157 やノロウィルス、インフルエンザによる集団感染など ※この場合は保健所への報告も必要です。
3:職員の法令違反や不祥事	職員による利用者への虐待や窃盗など
4:その他、報告が必要と認められる事故	地震や火災、風水害などで施設の設備が破損し、サービス提供に影響が出た場合など

市町村への連絡・報告の流れ

【第一報の連絡】

原則として、最初の報告は電話で早めに行います。

日中であればその日のうちに、夜間の場合は翌日には必ず連絡します。

【経過報告と再発防止】

第一報の後も、事故対応の進捗について随時報告を行います。

最終的には、再発防止策を盛り込んだ事故報告書を提出します。

なお、報告書の様式は市町村ごとに異なるため、指定された様式を確認して正しく記入してください。

【厚生労働省】介護保険施設などにおける事故報告様式等について

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku-files/documents/2024/1202092706494/ksvol.1332.pdf>

4. 記録は「正確・客観・時系列」で残す

事故の記録は、

施設を守る重要な資料 になります。

▼ 記録時のポイント

- 時系列で整理する
- 見たまま・聞いたままを書く
- 主観や感情を入れない
- 推測や断定表現を避ける

▼ 避けたい表現の例

- 「たぶん〇〇だと思う」
- 「問題なさそうだった」
- 「いつものことなので」

代わりに、

- 「〇時〇分、〇〇の様子を確認」
- 「〇〇と訴えあり」

など、

具体的で客観的な表現 を心がけます。

5. 報告・記録は「責めるため」ではない

事故報告や記録に対して、

- 書くのが怖い
- 責任を問われそう
- 注意されるのでは

と感じる職員も少なくありません。

しかし、本来の目的は
事故の再発を防ぎ、より安全なケアにつなげることです。

正しく報告・記録を行うことで、

- 情報が共有される
- 改善点が見える
- 同じ事故を防げる

という前向きな結果につながります。

家族への説明と対応の考え方

事故が発生した際、
家族への対応は事故対応の中でも非常に重要な場面です。

家族連絡は「早め・正確」が基本

事故が発生した場合、
家族への連絡は **できるだけ早く行うこと** が大切です。

▼ 連絡時に伝える基本内容

- 事故が起きた日時
- 起きた状況(事実のみ)
- 利用者の現在の状態
- 施設で行った対応
- 今後の対応予定

今後の対応と再発防止を伝える

家族が知りたいのは、
「これからどうなるのか」という事です。

- 今後の経過観察
- 医療機関との連携
- 再発防止に向けた取り組み

を伝えるようにしましょう。

事故後の振り返りと再発防止の考え方

事故対応は、
事故が起きたその瞬間だけで終わるものではありません。

事故後の振り返りと再発防止の取り組み まで含めて、
はじめて「事故対応」と言えます。

事故の経過を整理する

振り返りを行う際は、
まず 事故の経過を時系列で整理 します。

▼ 整理するポイント

- 事故が起きた状況
- 事故前の利用者の状態
- 事故発生時の行動
- 初動対応の流れ
- 事故後の経過

「事実」と「感じたこと」を分けて整理することで、
冷静な振り返りが可能になります。

再発防止は「環境・人・仕組み」から考える

事故の原因を
「個人の注意不足」だけで終わらせてしまうと、
再発防止にはつながりません。

再発防止を考えるときは、
次の3つの視点が重要です。

① 環境

- 床の状態
- 動線
- 物の配置

② 人

- 利用者の状態変化
- 職員の配置
- 経験や引き継ぎ状況

③ 仕組み

- マニュアルの内容
- 情報共有の方法
- ルールの分かりやすさ

振り返りはチームで共有する

事故の振り返りは、
関わった職員だけでなく、
チーム全体で共有することが大切です。

- 他の職員も同じ状況に遭遇する可能性がある
- 情報を共有することで事故を防げる
- 安全意識が高まる

ヒヤリハットを活かした事故防止の取り組み

ヒヤリハットを活かした取り組み



介護施設では、日々のケアの中で「危なかった」「ヒヤッとした」という場面が起こることがあります。

このような事故には至らなかったものの、危険が潜んでいた出来事をヒヤリハットと呼びます。

ヒヤリハットは小さな出来事に見えるかもしれませんが、その背景には **転倒・転落・誤嚥などの事故につながる要因** が隠れている場合があります。

施設で起こりやすいヒヤリハットの具体例

介護施設では、次のような場面でヒヤリハットが発生することがあります。

▼ 移動・移乗場面

- 車椅子のブレーキをかける前に立ち上がろうとした
- 移乗介助中に体勢が崩れそうになった

▼ 環境による危険

- 廊下に置かれていた物につまずきそうになった
- 床が濡れていて滑りそうになった

▼ 食事や入浴の場面

- 食事中にむせ込みが見られた
- 入浴時に浴槽内で姿勢が崩れそうになった

「危険だった場面」をそのままにしておくと、同じ状況で **実際の事故が起きる可能性** があります。

ヒヤリハット報告が重要な理由

ヒヤリハットは、事故を未然に防ぐための重要な情報です。

職員が気づいたことを報告し共有することで、

- 危険が起きた原因を分析できる
- 環境や介助方法の見直しができる
- 同じような状況での事故を防ぐことができる

といった効果が期待できます。

ヒヤリハット報告を積み重ねることで、
施設全体の安全意識が高まり、事故の発生リスクを下げるにつながります。

ヒヤリハットは「気づき」を共有するためのもの

ヒヤリハット報告は、
職員全員で情報を共有することが大切です。

小さな気づきを共有することで、

- 危険な環境の改善
- 介助方法の見直し
- 職員の安全意識の向上

につながり、利用者の安全を守るにつながります。

まとめ ～事故対応は「その後」を守る力～

利用者の体調の変化や環境の影響、一瞬の判断の違いによって、
事故は起こってしまう可能性があります。

大切なのは「責めない」「隠さない」「共有する」

事故が起きたとき、

- 責められるのでは
- 怒られるのでは
- 評価が下がるのでは

と不安になる気持ちは、誰にでもあります。

しかし、
事故を隠したり、報告を遅らせたりすると、
利用者の安全や施設の信頼を
大きく損なってしまう可能性があります。
事故対応で大切なのは、

- 責めない
- 隠さない
- 正しく共有する

という姿勢です。

利用者が安心して過ごせる施設、
職員が安心して働ける職場をつくるために、
事故対応を“みんなで守る力”として日々のケアに活かしていきましょう。

参考資料

【厚生労働省】介護現場におけるリスクマネジメント及び、介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドラインについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/boushi/kaigo_jiko.html

【総務省消防庁】救急安心センター事業(#7119)ってナニ？

<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate007.html>

【厚生労働省】上手な医療のかかり方

<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/urgency.html>

【厚生労働省】介護保険施設などにおける事故報告様式等について

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2024/1202092706494/ksvol.1332.pdf>

◎ ケアパワーラボ

本資料は、**介護の現場での共有・活用**を目的として作成しています。以下のようなご利用はご自由にどうぞ：

- ・印刷して使用
- ・職場内での回覧・配布
- ・個人での保存・参照

ご遠慮いただきたいご利用

以下の用途でのご使用はお控えください：

- ・無断転載 (Web サイト・SNS 等への投稿など)
- ・無断での再配布・再編集 (PDF 配布、内容の加工などを含む)
- ・商用利用 (有料教材・商品の一部としての使用など)

文章・図表などの無断引用 (出典・文脈の明示がないままの一部使用など)

外部でのご紹介・引用について

外部メディア・資料・SNS 等で当資料の一部を引用・掲載される場合は、必ず以下のように**出典を明記**してください：

出典：<https://care-power-lab.com>

※文脈を歪める形での引用や、誤解を招く編集はご遠慮ください。不明点がある場合は、お気軽にご連絡ください：info@care-power-lab.com

★リンク・ご紹介は大歓迎です！

皆さまのつながりが、介護現場の力になります。

研修依頼・質問などは問い合わせフォーム・公式LINEから



ケアパワーラボ公式ライン