事故防止指針

共通版（施設・在宅介護サービス共通）

第1章 総則

1. 目的

本指針は、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・訪問介護・訪問看護・看護小規模多機能居宅介護・通所介護・居宅介護支援等（以下「当事業所等」という。）において、利用者・入居者（以下「利用者等」という。）の安全を確保し、事故の発生及びその再発を防止することを目的として定めるものである。

2. 基本方針

当事業所等は、利用者等一人ひとりの尊厳を保持し、その方らしい生活を支えるために、以下の基本方針のもとリスクマネジメントに取り組む。

1. 利用者等の生命・身体・財産の安全を最優先とする
2. 事故発生時は迅速かつ適切に対応し、被害の拡大防止を図る
3. 事故の原因を多角的に分析し、再発防止策を組織全体で徹底する
4. 職員全員が安全意識を共有し、組織文化として根付かせる
5. 利用者等本人及び家族に対し、想定されるリスクについて事前に十分な説明を行い、理解と信頼を築く
6. 他のサービス提供事業者・ケアマネジャー・医療機関・行政等と連携し、利用者等の安全を多面的に支える
7. 介護・福祉サービスの提供の場では、適切な対策を講じた上でもなお防ぐことが難しい事故が存在することを認識し、過度な行動制限により利用者等の自立・尊厳を損なわないよう留意する
8. 身体拘束の禁止及び虐待防止を徹底し、利用者等の権利擁護を組織全体で推進する
9. ICT・見守り機器等のテクノロジーを適切に活用し、利用者等のプライバシーに配慮しながら安全確保に役立てる
10. 事故に関与した職員のメンタルヘルスに配慮し、報告しやすく支え合える組織風土を醸成する

3. 対象範囲

本指針は、雇用形態の如何を問わず、**派遣職員を含め当社の業務に従事するすべての者** 、当社に雇用されている労働者に適用する。

4. 関連指針との関係

本指針は、以下の関連指針と相互に連携するものとする。各指針の内容と本指針が矛盾する場合は、利用者等の安全・尊厳の保護を最優先として解釈・運用する。

関連指針	**本指針との関係**
身体拘束適正化指針	行動制限・安全対策における判断基準を相互参照する
虐待防止指針	不適切なケアの防止・発見・対応において連携する
感染症・食中毒対応指針	感染症起因の健康被害・事故対応において連携する
業務継続計画（BCP）	災害・緊急時の事故対応において連携する

5. 事業所等の形態に応じた適用

本指針は、有料老人ホーム（有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む。）及び在宅介護サービス事業所（訪問介護・訪問看護・看護小規模多機能居宅介護・通所介護・居宅介護支援）のいずれにも適用できるよう作成している。各事業所等においては、提供するサービスの種別・形態に応じて、本指針の該当部分を適宜読み替えて活用すること。

第2章　事故の定義及び分類

1. 事故の定義

本指針における「事故」とは、利用者等の生命・身体・財産に損害が生じた事象、又はそのおそれがある事象をいう。

2. 事故の分類

アクシデント（事故） 利用者等の身体に実際の損害が生じた事象。死亡・骨折・受診を要するけが・誤薬等が該当する。

インシデント（ヒヤリ・ハット） 実際の損害には至らなかったが、状況によっては損害が生じえた事象。「ヒヤリ」とした体験や「ハット」と気づいた事象をいう。

3. 事故の種別

事故には「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」がある。

**「対策を取り得る事故」とは、適切なアセスメント・環境整備・ケア手順の遵守・職員教育等の予防措置によって発生を防止または軽減できる事故をいう。これらについては、適切なリスク評価とアセスメントに基づき未然防止・再発防止に最大限努める。

**「防ぐことが難しい事故」とは、利用者等の状態・疾患の性質・生活行為の自由を尊重した結果として、十分な予防措置を講じた上でもなお発生を完全に防ぐことが困難な事故をいう。具体的には以下のような事象が含まれる。ただし、「防ぐことが難しい事故」に該当するか否かは、予防措置が十分に講じられていたことを前提とし、安易にこれに依拠して予防努力を怠ることは認められない。

- 重度の認知症や平衡感覚障害を有する利用者等が、十分な見守り・環境整備を行った上でも転倒した事例
- 嚥下機能の著しい低下がある利用者等が、適切な食形態・介助方法を講じた上でも誤嚥した事例
- 終末期における自然経過に伴う身体状態の変化

これらの事象については、利用者等本人及び家族に対してその旨を事前に十分説明し、理解と同意を得ることが重要である。

当事業所等において想定される主な事故の種別は以下のとおりである。

1. 転倒・転落
2. 誤嚥・窒息
3. 異食・誤飲
4. 誤薬・与薬漏れ
5. 内出血・皮膚剥離
6. 医療処置に関わる事故（チューブ抜去等）
7. 離設・行方不明（施設系サービス）
8. 送迎時の事故（通所介護・訪問系サービス）
9. 訪問先（自宅）での事故（訪問系サービス）

10. その他利用者等の生命・身体に関わる事故

第3章　事故防止のための体制整備

1. 管理者の責務

管理者は、リスクマネジメントに関する組織の理念・方針を明示し、職員全体に浸透させる責任を担う。事故防止の体制整備は管理者の責務であり、リーダーシップを発揮して組織全体の取組を主導する。また、取組が職員に根付いた段階においては、現場職員からのボトムアップによる改善提案が機能する仕組みを整備する。

2. 事故防止推進担当者の設置

本指針に掲げる措置を適切に実施するため、以下のとおり担当者を設置する。

【施設系サービス（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）】

役割	担当者	主な業務
事故防止推進責任者	施設管理者（支配人）	全体統括・最終意思決定・方針決定
事故防止推進担当者	介護担当責任者（サービス提供責任者リーダー）	日常的な指導・報告書管理・委員会運営

【在宅介護サービス事業所】

役割	担当者	主な業務
事故防止推進責任者	管理者	全体統括・最終意思決定・方針決定
事故防止推進担当者	サービス提供責任者、生活相談員等事故防止推進責任者が指名したもの	日常的な指導・報告書管理・委員会運営
各職場リーダー	リーダー職員	現場での指導・ヒヤリ・ハット収集・情報共有

3. 事故発生防止のための委員会の設置と運営

事故発生防止のための委員会（以下「安全対策委員会」という。）を設置し、事業所等内の安全確保・事故予防のための意思決定機関として機能させる。

委員会の構成

施設系サービスにおける委員会の構成は以下のとおりとする。

- 施設管理者（支配人）（委員長）
- 介護担当責任者（サービス提供責任者リーダー）
- 介護職員代表
- 厨房担当者
- 必要に応じて外部専門家（医師・看護師（社内訪問看護含む）・薬剤師・ケアマネジャー（社内含む）等）

在宅介護サービス事業所における委員会の構成は以下のとおりとする。

- 管理者（委員長）
- サービス提供責任者（訪問介護）／看護職員（訪問看護・看護小規模多機能居宅介護）／生活相談員、介護職員、看護師、機能訓練指導員等（通所介護）／介護支援専門員（居宅介護支援）
- 必要に応じて外部専門家（医師・薬剤師・ケアマネジャー等）

なお、テレビ電話装置等のICTツールを活用した開催も可とする。

委員会の役割

- 事業所等内で発生した事故・ヒヤリ・ハット事例の収集及び発生傾向の分析
- 事故分析、予防・再発防止策の検討・決定
- 事故予防・再発防止策の職員への周知・徹底
- 対策の効果検証及び必要に応じた見直し
- ICT・見守り機器の活用状況の確認及び適正利用の検討
- 身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会との情報共有・連携

開催頻度

定期開催は1回以上/3か月とする。ただし、重大事故発生時は速やかに臨時委員会を開催する。委員会の審議内容は議事録として記録し、事業所等内に保管する。

4. 複数事業所を運営する場合の統括管理

複数の施設・事業所を運営している場合、統括・管理部署が各事業所の事故発生状況を一元的に把握し、各事業所において本指針に掲げる措置が適切に講じられるよう指導・監督を行う。統括管理部署は以下の取組を行う。

- 各事業所からの事故報告を定期的に収集・集計する
- 事業所横断的な傾向分析を行い、全体的な改善策を策定する
- 各事業所の委員会・研修の実施状況を確認・指導する
- 好事例・改善事例を全事業所で共有する

5. 事故発生防止のための指針・業務手順書の整備

本指針を全職員に配布するとともに、事業所等内の閲覧しやすい場所に備え置く。指針の内容は、少なくとも年1回見直しを行う。また、本指針と併せて、各種ケアの実施手順・緊急時対応手順等の業務手順書を整備し、どの職員が担当しても標準的な方法で安全なケアが行えるようにする。業務手順書は、実態や最新のケアの知見・技術に合わせて継続的に見直す。

第4章 事故未然防止のためのアセスメント

1. サービス利用（入居）開始時のリスクアセスメント

サービス利用（入居）開始時は事故の発生リスクが高い時期であることを踏まえ、以下の取組を行う。

- ケアマネジャーや前施設等との連携（施設系）、又はケアマネジャー・医療機関・家族等との連携（在宅系）により、心身の状態・既往歴・服薬状況・生活習慣・行動パターン・生活環境等の情報を収集する
- 介護職員・社内外の看護職員・機能訓練指導員等の多職種が連携し、身体機能・認知機能・口腔機能・嚥下機能・皮膚状態等を多角的にアセスメントする
- 居室・自宅環境（段差・家具配置・動線・使用している福祉用具等）も含めて環境整備・環境確認を行う
- サービス利用（入居）後1週間程度は行動パターンを継続的に記録し、注意すべきリスクを洗い出し、職員間で情報共有する

2. 継続的なアセスメントと見直し

利用者等の状態変化（体調不良・入院・服薬変更等）があった場合は、速やかにアセスメントを見直し、ケアプランや対応策に反映する。

3. 他サービス事業者・医療機関等との情報共有（在宅系サービスに特に重要）

利用者は複数の事業者のサービスを受けていることが多い。他のサービス提供事業者で発生したリスク要因が自事業所でのサービス提供時の事故につながることを認識し、ケアマネジャーや他の事業者と積極的に情報共有を行う。特に食形態の変更・移動介助方法の変更等の重要な変更事項は、関係事業者間で確実に共有する。

4. 利用者等・家族への説明

サービス利用（入居）開始時に、利用者等本人及び家族に対して、想定されるリスク・事業所等が講じている予防策・「防ぐことが難しい事故」が存在することについて十分に説明し、理解を得る。説明の際には以下の点に留意する。

- 専門用語を避け、利用者等・家族が理解しやすい言葉・表現で説明する
- 説明の内容・日時・説明者・同席者を記録として残す
- 認知症等により適切な理解・判断が困難な利用者等に対しても、その方の権利・尊厳に十分配慮した丁寧な対応を行う
- 家族の理解が得られた場合も、利用者等本人への説明を省略することなく、その方の意思・意向を最大限尊重する

第5章 ヒヤリ・ハット及び事故情報の管理と活用

1. 報告体制の整備

ヒヤリ・ハット及び事故が発生した場合、発見・関与した職員は速やかに報告する。報告の目的は職員の責任追及ではなく、ケアの質向上と再発防止であることを全職員に周知し、報告しやすい環境・雰囲気を醸成する。但し、事故の隠蔽・虚偽報告や故意・重大な過失はこの限りでない 。報告が実際のケア改善に役立ち、利用者等の安全が高まることを職員が実感できる仕組みを構築する。

2. 情報の一元管理

事業所等内で発生した事故及びヒヤリ・ハット事例を一元的に収集・管理・分析する仕組みを整備し、発生状況を定期的に集計・傾向分析する。

3. 報告様式

事故及びヒヤリ・ハットの報告には所定の報告様式を用いる。様式には以下の事項を記載する。

- 発生日時・場所・サービス種別
- 当事者（利用者等・職員）の状況
- 事故・ヒヤリ・ハットの経緯・状況（時系列に沿って記載）
- 初期対応の内容
- 家族・行政等への報告状況
- 原因の分析（直接原因・間接原因、事実と推測を明確に区別すること）
- 再発防止策
- 担当者・確認者の署名

第6章　事故発生時の対応

1. 初動対応

事故が発生した場合、発見した職員は以下の手順で対応する。

(1) 利用者等の救命・安全確保を最優先とする

意識・呼吸・バイタルサインを確認し、必要に応じて応急処置を行う。緊急性が高いと判断した場合は、直ちに救急車を要請する。看護職員が不在の場合は電話等で管理者・看護職員に連絡し、状態把握・対応の指示を受ける。

(2) 上司・管理者への迅速な報告

口頭でも構わないので、速やかに現場リーダー・管理者に報告し、指示を仰ぐ。他の利用者等にも危険が及ぶ可能性がある場合は、速やかに環境を整備する。

(3) 記録の保全

事故発生時の状況を可能な限り記録に残す。後の原因分析・報告書作成に備え、事実を正確に記録する。

2. 在宅系サービスにおける訪問中の緊急時対応（新設）

訪問介護・訪問看護・看護小規模多機能居宅介護において、職員が訪問先（利用者等の自宅等）で事故に遭遇した場合は、以下のフローに従い対応する。

【訪問中の緊急事態発生時フロー】

利用者等の状態急変・事故発生

↓

①意識・呼吸・バイタル確認

↓

┌──── 緊急性あり ────┐

↓ ↓

②119番通報 ③管理者・看護職員に

（救急要請） 即時連絡（電話）

↓ ↓

④事業所への状況報告・記録作成

↓

⑤管理者の指示のもと行政報告の要否確認

訪問職員は、緊急時が発生した際は速やかに事業所へ連絡をする。連絡を受けた事業所は、ケアマネージャー・家族へ連絡をする。

3. 利用者等・家族への報告

事故発生後、可能な限り早急に利用者等本人及び家族・緊急連絡先に対して、事故の状況・対応内容・今後の方針について誠実に説明する。虚偽の説明を行わず、求められた情報は可能な限り開示する。家族対応の窓口となる職員（管理者等）をあらかじめ定めておく。事故情報は職員に対しても開示し、各職員が個人的な判断や推測のもとに家族等に回答することがないよう徹底する。

4. 関係機関への連絡（在宅系サービス）

訪問介護・訪問看護・通所介護において事故が発生した場合は、担当ケアマネジャーにも速やかに連絡し、状況を共有する。

5. 行政への報告

以下に該当する事故が発生した場合、速やかに所管の行政機関（都道府県・市区町村等）へ報告する。

- 死亡に至った事故
- 医師（施設の勤務医・配置医を含む。）の診断を受け、投薬・処置等何らかの治療が必要となった事故
- その他行政機関が定める報告対象の事故

> **【重要】報告基準・期限・様式について** 行政への報告基準・期限・報告様式は、介護保険法関連省令・通知及び各都道府県・市区町村の定めによる。本指針における「5日以内を目安」は一般的な目安であり、各事業所等は管轄行政機関の最新の定めを定期的に確認し、これに準拠して対応すること。法令・通知の改正があった場合は、速やかに本指針の該当箇所を更新する。

報告先	報告内容	報告時期
管理者・責任者	事故の概要・対応状況	事故発生直後（速やかに）
利用者等家族・緊急連絡先	事故状況・今後の対応	事故発生後できる限り早急に
担当ケアマネジャー（在宅系サービス）	事故状況・対応内容	事故発生後速やかに
都道府県・市区町村等	事故報告書	管轄行政機関の定めによる（目安：5日以内）
国保連等（訪問介護等）	所定の報告書	定められた期日内

第7章 原因分析及び再発防止策の検討

1. 原因分析の実施

事故発生後、事故発見者・関与職員を含む多職種・多部門のメンバーで、事故の原因分析を行う。原因分析にあたっては事実と推測を明確に区別し、以下の観点から根本原因を探る。

- 利用者等本人の要因（身体状況・認知機能・行動パターン等）
- 環境・設備の要因（施設・自宅・送迎車両等の環境・備品の状態等）

- 職員全員に共通する要因（業務手順・知識・技術等）
- 職員個人の要因（スキル・注意力等）

繰り返し発生している事故や重大事故につながりかねない事故については、「なぜなぜ分析」や「SHELL分析」等の根本原因分析（RCA）の手法を活用し、根本原因の深掘りを行う。

2. 再発防止策の検討・実施・評価

分析した根本原因に対応する再発防止策を職員個人ではなく事業所等全体で検討し、実施する。再発防止策は職員全体にフィードバックし、業務手順書の見直しやルール化を通じて徹底する。実施後は一定期間の効果検証を行い、必要に応じて対策を見直す。事故情報を集計・分析し、再発防止策の有効性の評価に継続的に活用する。

第8章 職員教育・研修

事業所等において、事故防止に関する研修を定期的に実施する。また、事故発生後には臨時の研修・カンファレンスを速やかに実施する。新入職員には入社・受け入れ時に事故防止研修アプリを受講し、その研修記録を残す。

研修内容は以下を含むものとする。

- 事故防止に関する基本的知識・当事業所等の指針・業務手順
- ヒヤリ・ハットの収集・分析方法と報告の重要性
- 緊急時の対応手順（救急対応・連絡体制）
- サービス種別・事故種別ごとのリスクと予防策
- 認知症の理解と対応
- 事故報告書の作成方法
- 身体拘束の禁止・適正化と虐待防止（施設系サービス・全サービス共通）
- ICT・見守り機器の適正な活用方法とプライバシーへの配慮
- 他事業所・医療機関との連携の重要性（在宅系サービス）
- 事故発生後の職員メンタルヘルスケアに関する知識

研修の実施状況・参加者・内容は記録として保管する。

第9章　ICT・見守り機器の適正活用

1. 活用の目的と基本姿勢

センサー・見守りカメラ・離床検知システム等のICT・見守り機器（以下「見守り機器等」という。）は、利用者等の安全確保・職員の業務効率化に有効な手段であるが、その活用にあたっては以下の基本姿勢を徹底する。

- 見守り機器等はあくまで補助的手段であり、人的ケアの代替とはならないことを認識する
- 機器の導入・運用にあたっては、利用者等本人及び家族に対して目的・方法・記録の取扱いを十分に説明し、同意を得る
- 利用者等のプライバシー・尊厳に最大限配慮し、必要最小限の情報収集にとどめる
- 機器の過信による監視体制の形骸化・職員の注意力低下を防ぐため、定期的に運用を見直す

2. 見守り機器等の導入・運用手順

見守り機器等を新たに導入する際は、以下の手順に従う。

1. 導入目的・対象者・設置場所・記録の保管方法を明確にする
2. 利用者等本人及び家族への説明と同意取得
3. 職員への操作方法・運用ルールの研修
4. 試行運用と効果検証
5. 安全対策委員会での評価・運用方針の確定

3. 情報管理

見守り機器等により収集された情報（映像・センサーデータ等）は、個人情報保護法及び関連法令・社内規程に基づき適切に管理し、目的外使用・不正アクセスを防止する。

第10章　事業者の義務と責任

1. 安全配慮義務

当事業所等は、介護サービス契約に基づき、利用者等の生命・身体・財産の安全に配慮してサービスを行わなければならない義務（安全配慮義務）を負う。事故発生時の法的責任の有無は、安全配慮義務違反が認められるか否かによって判断されることを全職員が認識する。

2. 説明責任

当事業所等は、予想されるリスクについて利用者等本人及び家族に事前に説明して理解を得る「リスクの説明責任」と、事故発生時に利用者等本人又は家族に対して迅速に事実を報告する「事故発生時の説明責任」を果たす。利用者等や家族が理解しやすい形で情報を提供し、理解と納得を得られるよう努める。

3. 損害賠償への備え

当事業所等は、利用者等へのサービス提供に伴い賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害賠償責任保険に加入するものとする。事故が発生し賠償すべき場合には、速やかに損害賠償を行う。なお、損害賠償保険に加入しているからといって安易に過失を認めるのではなく、安全配慮義務に配慮してどのような措置を講じたかを丁寧に説明した上で適切に対応するものとする。

4. 身体拘束の禁止と虐待防止（新設）

当事業所等は、利用者等に対する身体拘束を原則として禁止する。やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束適正化指針に基づき、切迫性・非代替性・一時性の三要件を満たすことを多職種で確認・記録し、本人及び家族への説明と同意を得た上で実施する。また、虐待防止指針と連携し、不適切なケアの早期発見・対応・報告体制を整備する。

5. 職員のメンタルヘルスケア（新設）

重大事故に関与した職員は、強いストレス・自責感・精神的ダメージを受けることがある。当事業所等は、事故発生後の職員に対して以下の支援を行う。

- 管理者による事故後の個別面談の実施（事故発生後速やかに）
- 必要に応じた外部相談窓口（EAP・産業カウンセラー等）の案内
- チーム全体での振り返りカンファレンスの実施（個人責任追及でなく組織改善の視点で行う）
- 長期的なフォローアップ体制の整備

職員が安心して事故・ヒヤリ・ハットを報告できる組織風土の醸成は、利用者等の安全向上に直結することを組織全体で共有する。

第11章 指針の見直し

本指針は、事故発生状況・法令改正・委員会での検討結果等を踏まえ、少なくとも年1回見直しを行い、常に実効性のある内容に更新するものとする。見直しにあたっては以下の事項を確認する。

- 介護保険法関連省令・通知・各行政機関の報告基準等の最新の動向
- 事業所等内における事故・ヒヤリ・ハットの発生傾向と対策の効果
- 職員・利用者等・家族からの意見・要望
- 関連指針（身体拘束適正化指針・虐待防止指針等）の改定状況
- ICT・見守り機器の活用状況と技術動向

制定日　　：　2026年　9月 29日
最終改定日：　2026年　9月 29日
事業所等名：

管理者氏名：

本指針は全職員に周知し、事業所等内に掲示または閲覧できる場所に備え置くこととする。