介護事故防止ハンドブック

～日々の「気づき」が安全なケアにつながる～

介護現場での事故を未然に防ぐために



横浜市

健康福祉局　介護事業指導課・高齢施設課

介護事故を防ぐために大切な考え方

はじめに

本ハンドブックは、横浜市内の介護事業所等から報告された過去の事故事例データを分析し、現場で発生しやすい事故の傾向と、すぐに実践できる再発防止策をまとめたものです。
各事業所におけるリスクマネジメントの強化や、職員の皆様の日々のケアの質の向上に役立てていただければ幸いです。
※分析の詳細は「令和８年度介護保険事業者等事故報告分析・再発防止啓発事業調査結果報告書」をご覧ください。



介護事故にはさまざまな要因があります

事故の性質を見極め、それぞれに応じた対策を行うことが大切です。

介護事業所等で起きる事故

対策を取り得る事故



徹底的に防ぐ

必要な対策を確実に行うことで、防ぐことができる可能性が高い事故です。

職員のケアや確認方法、手順・環境などを見直し、事故の未然防止・再発防止に取り組みます。

防ぐことが難しい事故



リスクを評価し重大化を防ぐ

利用者の加齢に伴う身体機能・認知機能の低下などにより、十分な対策を行っていても起こり得る事故です。

利用者一人ひとりの状態や生活環境を踏まえ、リスクを評価し、事故の発生や重大化をできる限り防ぐことが重要です。

※参考：厚生労働省「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」

事故防止のために現場で取り組むこと

職員一人ひとりの注意だけに頼るのではなく、事業所全体で事故を防ぐための仕組みを整え、継続的に見直していくことが重要です。

事故発生防止に向けた体制づくり

- ☑ 事故発生防止のための**指針を整備する。**
- ☑ 安全に業務を行うための**業務手順書を整備する。**
- ☑ **事故防止の目的や考え方を職員全体に浸透させる。**
- ☑ 事故やヒヤリハットを振り返り、**手順や体制の改善につなげる。**



ご本人・ご家族とのリスク共有

介護施設等は「生活の場」であり、必要な対策を行っていても事故が起こる可能性があります。

- **どのような事故のリスクがあるのか。**
- **どのような対策を行うのか。**

をご本人・ご家族へ説明し、理解を得ておくことが大切です。
万が一事故が発生した場合には、事故の状況やその後の対応について、速やかに丁寧な説明を行います。



ヒヤリハットから学ぶ

事故に至らなかったヒヤリハットも、重大な事故を防ぐための重要な情報です。

- 「いつもと違う」と感じたこと
- 手順どおりに行えなかったこと
- 確認しにくかった場面
- 事故にはならなかったが危険を感じたこと

職員間で共有し原因を振り返ることで、事故が起こる前に手順や環境を改善することができます。

対策を実施した後も、確認と見直しを繰り返し、より安全なケアにつなげていきます。

実施 → 確認 → 見直し → 改善

①　誤薬・与薬もれ

サービス問わず発生が多い。容体変化に関わるケースもあります。

服薬前の確認を確実に。記録や他の業務と切り離し、確認できる環境をつくりましょう。

1 利用者Aの薬を、名前の似た利用者Bに誤って服薬させてしまった。



■防止ポイント
・氏名を記載した利用者ごとの配薬トレイや一包化など、取り違えにくい仕組みとする。
・服薬直前には本人の氏名と薬の内容を確認する。

2 昼食後薬と夕食後薬を取り違えて服薬させてしまった。



■防止ポイント
・薬袋の日時、服用時間、内容を確認する。
・準備時と服用時のダブルチェックを徹底する。



3 配薬したつもりだったが、実際は渡し忘れていた。



■防止ポイント
・利用者が薬を飲み込むところまで確認する。
・担当者や確認方法を明確にする。



4 薬の変更を知らず、以前の薬をそのまま服薬させてしまった。



■防止ポイント
・変更、中止情報を職員間で共有する。
・変更時は薬のセット状況も確認する。



手順と確認方法をそろえ、ミスが起きにくい環境をつくりましょう。

5 同じ薬を２回服薬させてしまった。



■防止ポイント
・服薬前に利用者、薬名、時間を確認する。
・服薬後はその場で記録し、複数職員で確認する。



6 錠剤を粉砕する指示があったにもかかわらず、そのまま提供してしまった。



■防止ポイント
・服薬指示内容を薬袋や服薬管理表へ分かりやすく表示する。
・職員同士による確認や指差し呼称を行う。



誤薬・与薬もれを防ぐために大切なこと

服薬前の基本確認を徹底する	手順を決めて誰でも同じ方法で行う	「ながら業務」をしない	情報変更を確実に共有する	一人の注意力だけに頼らない
				
本人・薬・時間の確認を必ず行う	手順書やチェックリストを活用する	配薬中は他の業務と切り離して行う	変更・中止情報をすぐに伝える	ダブルチェックや声かけでミスを防ぐ

② 転倒・転落

施設系サービスでは最多。骨折や頭を打ち入院となるケースもあります。

利用者の状態と生活環境を確認し、転倒・転落につながる要因を減らしましょう。

1 車椅子のブレーキをかけずに立ち上がり転倒した。



■防止ポイント
・立ち上がる前に車椅子のブレーキや足元を確認する。
・身体状況に応じた介助位置や支え方を職員間で統一する。



2 浴室で床が濡れていたため滑って転倒した。



■防止ポイント
・床の濡れや滑りやすい場所を確認する。
・滑り止めなど、足元環境を整える。



3 片足のみ靴を履いた状態で立ち上がり、バランスを崩して転倒した。



■防止ポイント
・靴やスリッパが正しく履けているか確認する。
・立ち上がる前に足元の状態を確認する。



4 送迎車への乗降時に段差で足を踏み外して転倒した。



■防止ポイント
・乗降時の段差や足元を確認する。
・必要に応じて介助位置や支え方を統一する。



見守りが必要な場面を共有し、介助方法を職員間で統一しましょう。

5 ベッドから一人で起き上がろうとして転落した。



■防止ポイント
・身体状況に合わせてベッド周辺の環境を見直す。
・ベッド柵やナースコール等を利用者に合った位置に配置する。



6 夜間に一人でトイレへ向かう途中につまずき、転倒した。



■防止ポイント
・夜間の排泄や移動パターンを把握する。
・必要に応じて見守り方法やベッド周辺の環境を見直す。



転倒・転落を防ぐために大切なこと

利用者の状態を把握する	介助方法をそろえる	足元環境を整える	動きやすい環境をつくる	見守りを仕組みにする
				
身体機能やふらつき行動パターンを確認する	移乗・歩行時の支え方や介助手順を統一する	床・段差・履物などつまずきや滑りの原因を減らす	家具や福祉用具の位置・距離を見直す	必要な場面を担当と共有し、すぐ対応できる体制を整える

③　誤嚥・窒息

窒息による死亡など、重大事故になる危険性があります。

嚥下状態を確認し、一人ひとりに合った食事形態・姿勢・見守りを徹底しましょう。

1 肉片を十分に噛めず、喉に詰まらせた。



■防止ポイント
・嚥下状態に合った食事形態を選ぶ。
・食材の大きさ・硬さ・切り方を調整する。



2 とろみが不足した飲料を飲み、誤嚥した。



■防止ポイント
・嚥下状態に合ったとろみの程度を確認する。
・決められた方法でとろみを調整する。



3 食べるスピードが速く、食物を喉に詰まらせた。



■防止ポイント
・一口量や食べるペースを確認する。
・必要に応じて少量ずつ提供する。



4 義歯が合わず、十分に噛めないまま飲み込み誤嚥した。



■防止ポイント
・義歯の状態や装着状況を確認する。
・噛みにくさがあれば食事形態を見直す。



むせや呼吸・顔色の変化を見逃さず、異変を感じたらすぐに対応しましょう。

5 服薬時に錠剤が喉に詰まり、窒息状態になった。



■防止ポイント
・服薬時の飲み込みの状態を確認する。
・必要に応じて服薬方法を専門職と検討する。



6 食後に嘔吐し、吐物を誤嚥した。



■防止ポイント
・食後の体調や嘔吐の有無を確認する。
・嘔吐時は誤嚥を防ぐ姿勢をとり、状態を確認する。



誤嚥・窒息を防ぐために大切なこと

嚥下状態を把握する	食事形態を合わせる	姿勢を整える	食事中を観察する	多職種で共有する
				
むせや飲み込みの変化を確認する	大きさ・硬さ・切り方を調整する	安定した姿勢で食事できるようにする	むせ・呼吸・顔色の変化を見逃さない	状態変化を共有し食事や介助を見直す

④　離設・行方不明

施設外での事故を防ぐため、必要な対策を取りましょう。

利用者の行動傾向を把握し、出入口の管理・所在確認・見守りの仕組みを整えましょう。

1 認知症の利用者が玄関から一人で外出し、行方不明となった。



■防止ポイント
・玄関や出入口の施錠・閉扉を確認する。
・外出傾向のある利用者を職員間で共有する。



2 デイサービス利用中、トイレへ行くと言って施設外に出て徘徊してしまった。



■防止ポイント
・利用者の行動や移動先を確認する。
・見守りが必要な場面を職員間で共有する。



3 送迎を待つ間にその場から離れ、行方不明となった。



■防止ポイント
・送迎前後の待機場所と見守り方法を決める。
・職員が離れる際の引き継ぎを徹底する。



4 無施錠の窓など玄関以外から外出してしまった。



■防止ポイント
・玄関だけでなく、窓・門・ドアの施錠を確認する。
・ロック機能や出入口の設備を定期的に点検する。



所在確認を仕組みにし、離設に早く気づいて対応できる体制を整えましょう。

5 職員が他の業務に対応している間に移動し、離設に気づくのが遅れた。



■防止ポイント
・見守りが手薄になる時間帯を共有する。
・巡視や所在確認の担当・タイミングを決める。



6 夜間に利用者が居室を離れ、所在確認まで時間がかかった。



■防止ポイント
・夜間の巡視や所在確認のタイミングを決める。
・必要に応じてセンサー等を活用し、早期発見につなげる。



離設・行方不明を防ぐために大切なこと

行動傾向を把握する	出入口を確認する	所在確認を仕組みにする	見守りを途切れさせない	発生時に備える
				
外出しようとする時間やきっかけを共有する	玄関・窓・門などの施錠・閉扉を確認する	巡視・人数確認のタイミングと担当を決める	多忙な時間帯も担当を明確にする	連絡・捜索手順と関係機関との連携を確認する

― 事故再発防止につなげるために ―

事故が発生したときは、必要な対応を行ったうえで、事故の原因を振り返り、
同じ事故を繰り返さないための取組につなげることが大切です。



1 原因を分析する

何が起きたのか、なぜ起きたのかを振り返ります

事故の状況や経緯を整理し、本人の状態、職員の対応、設備・環境、情報共有や業務体制など、さまざまな視点から原因を確認します。



2 再発防止策を検討する

原因に応じた具体的な対策を考えます

手順や環境、情報共有の方法などを見直し、同じ事故を繰り返さないための対策を検討します。決めた対策は職員間で共有し、実践につなげます。



3 ご本人・ご家族へ説明する

事故の状況と今後の対応を丁寧に説明します

事故の事実やその後の対応、再発防止策について、ご本人・ご家族へ分かりやすく説明します。



4 行政へ報告する・記録する

行政への報告や記録を行います

行政への報告対象でない事故についても、事業所で記録を残します。

日々の「気づき」を、事故防止につなげましょう

事故やヒヤリハットを振り返り、利用者一人ひとりの状態に応じて、手順や環境を継続的に見直すことが大切です

横浜市への事故報告・相談

事故報告の対象・報告方法などは、

横浜市　介護　事故報告

等で検索してください。

横浜市健康福祉局介護事業指導課･高齢施設課　令和8年9月作成

横浜市中区本町6-50-10

居宅･密着サービスについて　介護事業指導課：045-671-3413

施設系サービスについて　高齢施設課：045-671-3923