

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 高齢者支援課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

「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」の策定について（周知）

計 63 枚（本紙を除く）

Vol.1436

令和7年11月7日

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3929）  
FAX：03-3595-3670

事務連絡  
令和7年11月7日

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室） 御中  
介護保険関係団体

厚生労働省老健局高齢者支援課

「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（周知）

介護保険行政の推進については、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
介護サービスに関わる事故の防止については、体制の整備や取り組みの実施に施設間で差が見られたことや、認知症を有する利用者が増加していたこと等を踏まえ、平成24年度老人保健健康増進等事業において「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」を作成し、周知を図ってきたところです。

今般、要介護度の高い高齢者の増加や介護テクノロジーの進歩等、介護現場を取り巻く環境がさらに変化していることを踏まえ、令和6年度老人保健健康増進等事業において上記ガイドラインの見直しを行い、新たに「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」を作成しました。本ガイドラインは介護保険施設サービスを主な対象としていますが、居宅系サービス、高齢者住まい等の居住系サービスの安全管理に関する内容も新たに盛り込んでおります。

都道府県・市区町村におかれましては、ガイドラインの内容について御了知いただき、管内の介護サービス事業者等に対して周知をお願いいたします。また介護保険関係団体におかれましては、各地方支部や会員事業所への周知について御協力いただきますようお願い申し上げます。

【別添】 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  
【厚生労働省ウェブサイト掲載先】

○[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](#)



【担当】

厚生労働省老健局高齢者支援課企画法令係  
TEL：03-5253-1111（内線 3929）



# 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



令和7年11月

厚生労働省 老健局

# はじめに

# リスクマネジメント強化に向けた取組の全体像

## 介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念

リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

介護現場における事故の特性と対応



本編 I を参照

文化・指針を組織に展開し、実態を踏まえてアップデート

## 事故予防のための体制整備のあり方



リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり

指針・業務手順書の整備

委員会の設置と運営

事故の未然防止のためのアセスメント

ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用

利用者・家族との連携、多職種連携

本編 II を参照

発生した事故の原因分析・再発防止の検討を踏まえて、仕組みをアップデート

## 事故発生時の対応におけるポイント・原因分析・再発防止、未然防止策の検討



事故発生時の全体像

原因分析・再発防止、未然防止策の検討

本編 III・IV を参照

## 事業者求められる義務と責任



事業者が負う安全配慮義務・説明責任

本編 V を参照

# 目次

## I. 介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念

## II. 事故予防のための体制整備のあり方

## III. 事故発生時の対応におけるポイント

## IV. 原因分析・再発防止、未然防止策の検討

## V. 事業者求められる義務と責任

## 巻末資料

# I

## 介護現場における リスクマネジメントの基本理念

- 1 リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成
- 2 介護現場における事故の特性と対応
- 3 利用者の状態に応じた事故予防
- 4 PDCAサイクルを通じた改善活動

# 1. リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

## Point

- 
- 

## リスクマネジメントとケアの質向上

### リスクマネジメントは介護の基本理念実現に向けた取組

- 
- 
- 

介護の基本理念（尊厳の保持を基本に据えた自立支援と自己決定の尊重）

### 高齢者の尊厳を支えるケア

高齢者個々に  
応じた  
ケアの実践

ケア技術の  
向上に向けた  
自己研鑽

職員教育

各種委員会  
の開催・実践

その他の  
取組

### リスクマネジメントの取組

### 施設運営の取組としてのリスクマネジメント

- 
- 

### リスクマネジメント強化を組織文化として醸成する

- 
-

# 1. リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

## Point

- 

### 生活の場としての介護施設等

---

介護施設等はいくまで生活の場であり、事故は起きうる

- 
- 
- 

本人・家族との認識共有の重要性

- 
- 

### 高齢者住まいにおけるリスクマネジメントのあり方

---

高齢者住まいにおける対応方針

- 
- 



**高齢者本人や家族に対する説明**

## 2. 介護現場における事故の特性と対応

### Point

- 
- 

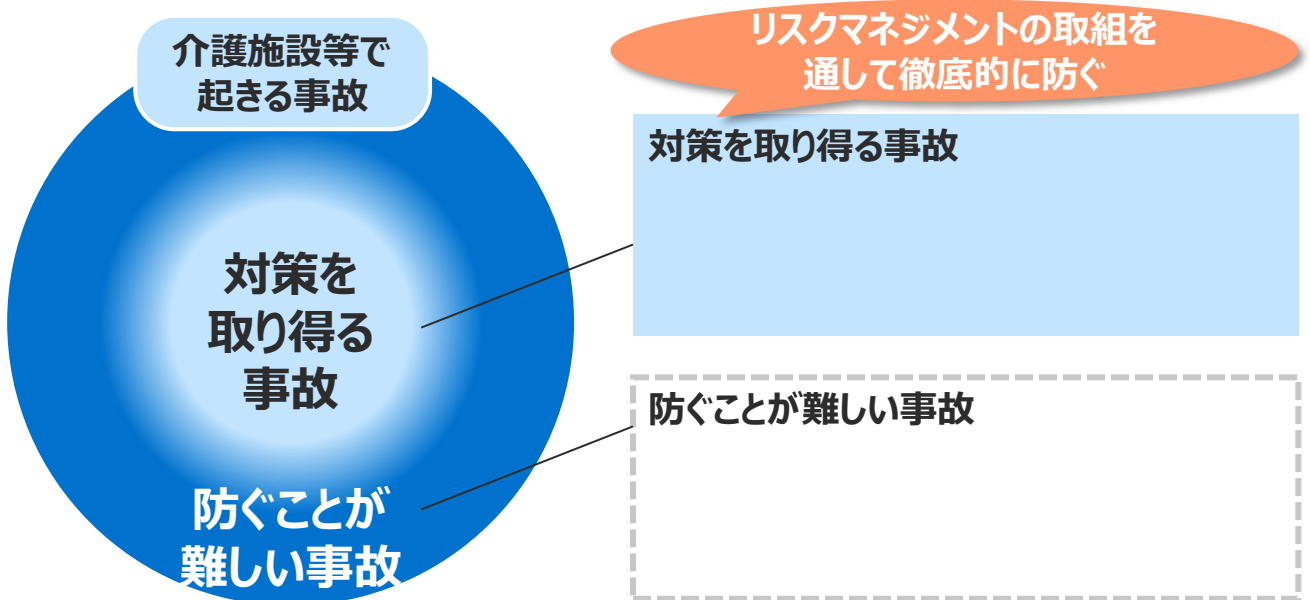
#### 対策を取り得る事故と防ぐことが難しい事故

「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」を徹底的に防ぐ取組を行う

- 
- 



### 3. 利用者の状態に応じた事故予防

#### Point

- 
- 

#### 介護度の高い高齢者に発生しうるリスクの情報共有を行う

- 
- 

##### 介護度の高い高齢者に発生しうるリスクの例

- 
- 
- 
- 

#### 認知症の高齢者の特徴を理解したアセスメントを行う

- 
- 

##### 認知症の主な行動・心理症状

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

#### 身体拘束の適正化

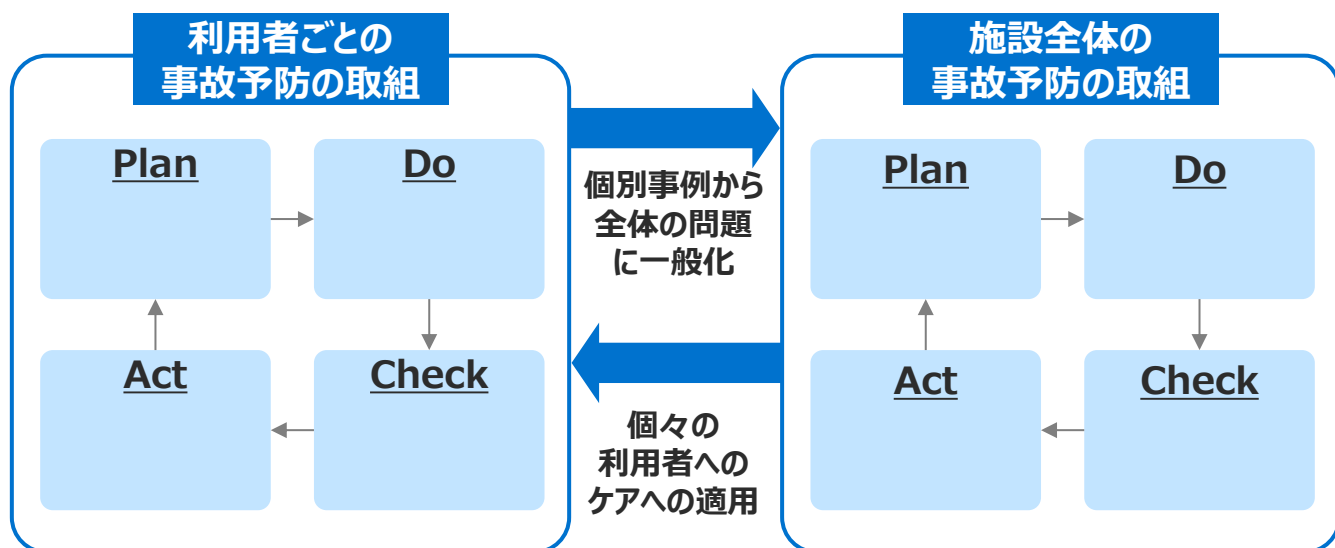
## 4. PDCAサイクルを通じた改善活動

### Point

- 

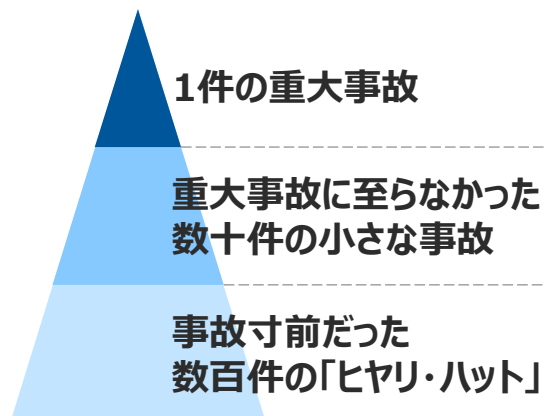
### リスクマネジメント強化のための改善活動

- 
- ✓
- ✓
- 



### ヒヤリ・ハット活用の重要性

- 
- 
- 



## II

# 事故予防のための体制整備のあり方

- 1 リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり
- 2 事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備
- 3 事故発生の防止のための委員会の設置と運営
- 4 リスクマネジメント強化に向けた教育・研修
- 5 事故の未然防止のためのアセスメント
- 6 ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用
- 7 利用者・家族との連携・多職種連携
- 8 介護テクノロジーの活用
- 9 その他留意事項

# 1. リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり

## Point

- 
- 

### 管理者としての理念・方針の明示

#### 事故予防の体制整備に向けた理念や方針を示す

- 
- 

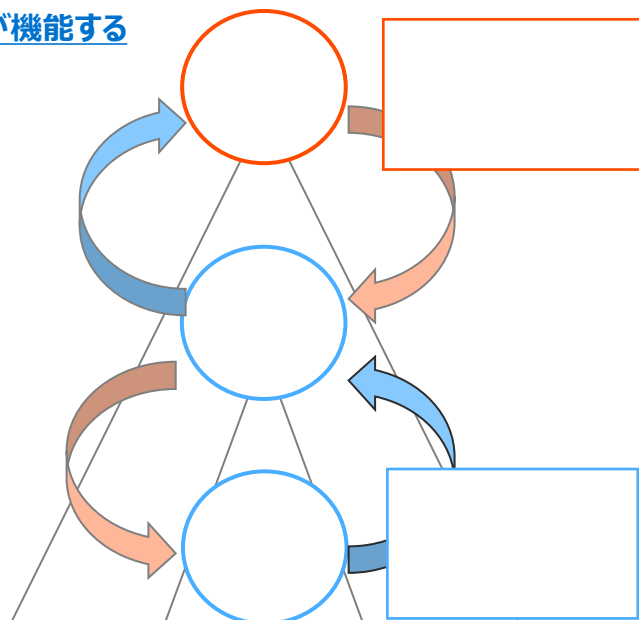
#### リスクマネジメント体制の強化に向けた施設管理者の役割

- 
- 
- 

### 職員の役割に応じた改善活動・体制づくり

#### 取組が職員に根付くとボトムアップ型の改善提案が機能する

- 
- 
- 
- 



## 2. 事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備

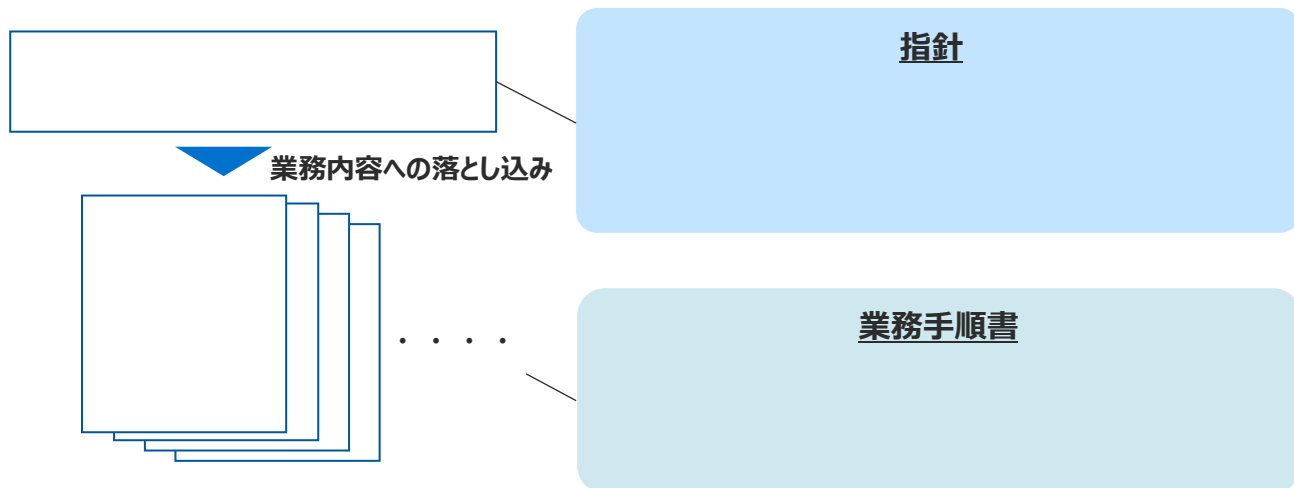
### Point

- 
- 

### 指針・業務手順書の意義

指針・業務手順書の整備を通じて事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる

- 
- 



### 業務手順書に沿ったケアを行うための工夫

業務手順書が活用しやすくなるような工夫が大切

- 
- 

業務手順書の内容は継続的な見直しにより整備

- 
-

## 3. 事故発生防止のための委員会の設置と運営

### Point

- 
- 

#### 事故発生防止のための委員会が果たすべき機能

---

##### 事故発生防止のための委員会の役割

- 
- 
- 

#### 事故発生防止のための委員会の運営のポイント

---

##### 委員会の目的や役割の明文化

- 
- 

##### バランスの取れたメンバー構成

- 
- 

##### 適切なタイミングでの開催

- 
-

## 4. リスクマネジメント強化に向けた教育・研修

### Point

- 
- 

#### 研修実施の意義

---

##### 研修の意義・目的

- 
- 

#### 研修運用上の工夫

---

##### 職員が参加しやすい研修計画づくり

- 
- 

##### 研修における地域資源の活用

- 
- 

#### 研修テーマの設定

---

##### 現場に役立つ研修内容の検討

- 
- 

##### 職員の研修の実施・運営への参画

-

## 5. 事故の未然防止のためのアセスメント

### Point

- 
- 

#### サービス利用開始直後は特に注意が必要

##### サービス利用開始直後は事故のリスクが高い

- 
- 
- 

#### 十分なリスクアセスメントを行い事故の未然防止につなげる

##### サービス利用開始前の情報収集

- 
- 

##### 多職種による居室環境も含めたアセスメントを行う

- 
- 

##### 利用者の行動パターンを把握する

- 
- 

#### <リスクアセスメントのポイント>

##### 事前の情報収集

- ケアマネジャーからの事前情報や利用者本人・家族との面談、健康状況などから想定されるリスクを検討する

##### アセスメントの実施

- 専門職と連携し多職種でアセスメントを行う
- 居室環境も含めてアセスメントを行う

##### 行動パターンの把握

- 1週間程度利用者に付き添い、実際の生活における行動パターンを把握する
- 家族にも協力してもらう

## 6. ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用

### Point

- 
- 

#### ヒヤリ・ハット/事故事例はケアの質を確認する情報源

施設内の事故情報とヒヤリ・ハット事例を一元的に収集・管理する仕組みの整備が重要

- 
- 
- 

#### ヒヤリ・ハット/事故情報の一元的な収集・管理のための運用上の工夫

ヒヤリ・ハット/事故情報の職員からの報告の仕組みを構築することが必要

- 
- 

報告を活性化するための動機づけや様式整備を行う

- 
- 



### 報告を活性化させるためのチェックポイント

職員に報告の重要性が理解されているか？

職員への責任追及が行われていないか？

職員が書きやすい様式を使っているか？

報告へのフィードバックを行っているか？

## 7. 利用者・家族との連携、多職種連携

### Point

- 
- 

#### 利用者本人・家族との連携

家族との信頼関係構築はケアの質向上やリスクに対する理解につながる

- 
- 

#### 職員間の連携

多職種連携と密な情報連携が重要

- 
- 

#### 医療機関との連携

日々の取組から医療機関と連携する

- 
- 

#### 行政との連携

事業所運営に対する理解と協力を得る

- 
-

## 8. 介護テクノロジーの活用

### Point

- 
- 

### 介護テクノロジーとリスクマネジメントの関係性

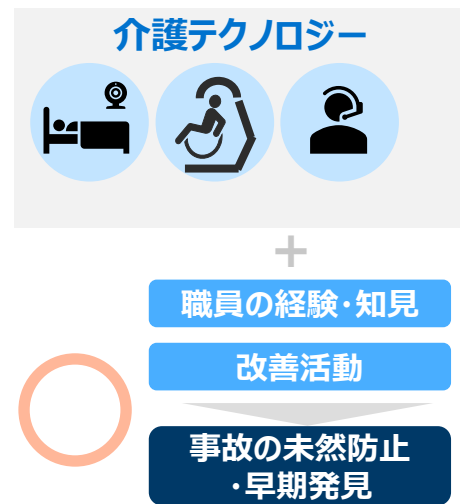
#### 介護テクノロジーとは

- 
- 



#### 介護テクノロジーのリスクマネジメントへの活用

- 
- 



### 介護テクノロジーにより期待できる効果

#### 見守り機器による個別リスクに応じた転倒対策

- 
- 

#### 介護記録ソフトによる事故情報の集計・管理

- 

#### リフト及び移乗支援機器による皮膚剥離・内出血・拘縮予防

- 

#### インカムによる早期応援要請による事故の早期対応

-

## 9. その他留意事項

### Point

- 
- 

### ショートステイ（短期入所生活介護）における利用者のリスク管理

#### ショートステイ（短期入所生活介護）において考慮すべきリスク

- 
- 

#### 利用前訪問での情報収集が重要

- 

### 業務委託や介護助手の雇用も有効な安全対策のひとつ

#### 人的リソース不足により十分な対策を打てないこともある

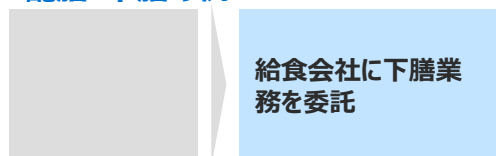
- 
- 

#### 業務を外出しすることも有効

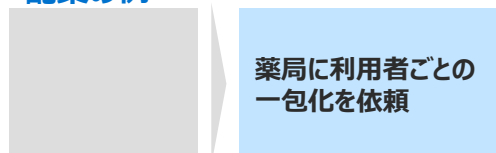
- 
- 

#### アウトソーシングの事例

##### 配膳・下膳の例



##### 配薬の例



# Ⅲ

## 事故発生時の対応におけるポイント

- 1 事故発生時の全体像
- 2 事故発生時の対応（初動対応）
- 3 事故発生時の対応（事故報告）
- 4 原因分析・再発防止策の検討

# 事故発生前後のプロセス



※

# 1. 事故発生時の全体像

## Point

- 
- 

### 事故発生時の対応プロセス

---

#### 事故報告の目的と意義

- 
- 
- 

#### 事故報告の流れの典型例

- 
- 
- 
- 
- 
- 

### 再発防止策は常にアップデートする

---

#### 再発防止策の有効性は実行してみないと分からない

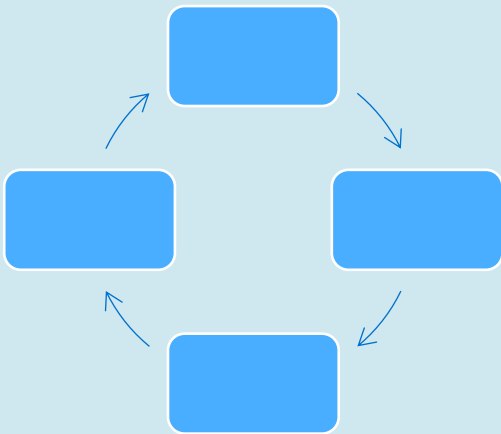
- 

#### 事故情報を集計・分析して有効性の評価に活用する

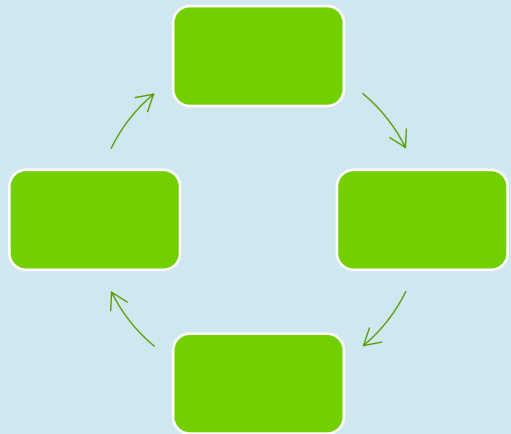
-

## 📄 PDCAサイクルとOODAループ°

PDCAサイクル



OODAループ°



<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li></ul>	概要	<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li></ul>	メリット	<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li></ul>	デメリット	<ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li></ul>

## 2. 事故発生時の対応（初動対応）

### Point

- 
- 

#### 利用者の救命や安全確保を行い迅速に初期報告

##### 利用者の救命・安全確保を第一に行う

- 
- 
- 

##### 現場リーダーや上司へ迅速に報告する

- 

#### 状況把握を正確に行う

##### 看護職員と連携して利用者の状態を正確に把握する

- 
- 
- 

##### 事実確認を行うべき例

“転落”

“誤嚥”

##### 確認方法のルール例

###### 転倒転落

- 
- 
- 

###### 誤嚥

###### 比較的早期

- 
- 
- 

###### 発見が遅れたとき

- 
- 



### 事故の損害を最小限に抑える早期発見対策

### 3. 事故発生時の対応（事故報告）

#### Point

- 
- 

#### 事故発生時の対応手順はあらかじめ定めておく

##### 基本的な対応手順をマニュアルやフロー図で作成し平時から職員に周知・訓練を行う

- 
- 

##### 利用者・家族に対しては誠実な対応が重要

- 
- 
- 

##### 行政には適切なタイミングで報告を行う

- 
- 



#### 職員への情報共有で繰り返しの事故発生を防ぐ

## 4. 原因分析・再発防止策の検討

### Point

- 
- 

**原因分析・再発防止策の検討は組織全体で多職種・多部門の職員により行う**

原因分析・再発防止策の検討を施設全体で行う

- 

分析・検討にあたっては多職種・部門のメンバーの専門性を活用

- 
- 
- 

**根本的な原因理解と再発防止策**

根本的な原因理解は妥当性の高い再発防止策の検討につながる

- 
- 
- 

**分析した根本要因**

**再発防止策の  
方法例**




## RCA（根本原因分析）を行うための手法

RCAを実施すべき事案の検討

発生頻度の高い事案  
影響度の高い事案

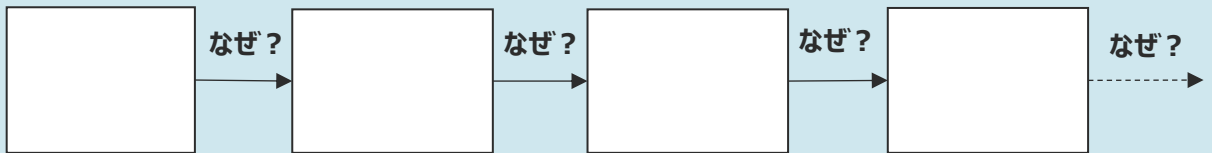
RCAを行うための分析手法

「なぜなぜ分析」 「SHELL分析」

### なぜなぜ分析

発生した事象

ポイント：なぜ？の問いかけを繰り返し行う



### SHELL分析

発生した事象：

ポイント：観点ごとに要因を分析

S	
H	
E	
L	
L	

# IV

## 原因分析・再発防止、未然防止策の検討

- 1 転倒
- 2 転落
- 3 誤嚥・窒息
- 4 異食
- 5 誤薬・与薬漏れ
- 6 内出血・皮膚剥離
- 7 医療処置における事故
- 8 外出・送迎時の事故
- 9 サービス種別ごとの特性に応じた留意点

# 1. 転倒：再発防止/未然防止の具体策

## Point

- 
- 

### 転倒事故の考え方

---

転倒の原因は様々であり「防ぐことが難しい転倒」の場合もある

- 

過度な転倒防止策は身体拘束につながるリスクがある

- 

転倒は発生しうることを本人・家族にも理解してもらう

- 
- 

### 利用者の個別リスクに応じた転倒防止策

---

生活環境も含めて利用者のアセスメントを行う

- 
- 
- 

見守り機器などの介護テクノロジーを活用する

- 
-

# 1. 転倒：ケーススタディ

## 利用者の行動パターン分析と環境調整により転倒防止を講じた実践事例

	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>		

### 事故状況：食事準備中での転倒

	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>				

### 原因分析：稼働ひっ迫により職員が目を離したことによって発生

#### 食事準備時の稼働のひっ迫

- 

#### 歩き出してしまった際の動線確保が不十分

- 

### 再発防止策：行動パターン分析による注意すべき利用者の抽出と環境調整を実施

#### 行動パターンを分析し、より注意すべき利用者を抽出

- 

#### 歩き出してしまった際のリスクを低減

-

## 2. 転落：再発防止/未然防止の具体策

### Point

- 
- 

#### ベッド周辺環境整備は転落対策の基本

---

##### 転落事故のうちベッドからの転落が多い

- 
- 

##### リハビリテーション専門職と連携して原因分析・再発防止策を検討

- 
- 

#### 発生原因はベッド周囲の環境だけとは限らない

---

##### せん妄やBPSDが原因の場合がある

- 
- 
- 

##### 排泄ケアや生活リズムを整えることも未然防止策となりうる

- 
- 
-

## 2. 転落：ケーススタディ

### ベッド周囲の環境以外にも目を向け転落の再発防止策を立案した実践事例

	✓		
	✓		

### 事故状況：巡回時にベッド付近に仰向けで倒れている利用者を発見

•					
•					
•					

### 原因分析：薬の変更による副作用やせん妄による意識障害によって発生

#### 薬の変更が意識障害をもたらした可能性

- 
- 

#### 高さ調整不可のベッドの利用

- 

### 再発防止策：薬の追加や変更後数日の巡回数増加をルール化

#### 薬の追加・変更があった利用者に対する巡回の強化

- 

#### 高さ調整ができるベッドの導入とベッドで過ごす際の低床のルール化

-

### 3. 誤嚥・窒息：再発防止/未然防止の具体策

#### Point

- 
- 

#### 多職種連携による口腔機能・嚥下機能アセスメント

専門職による口腔機能・嚥下機能アセスメントの結果を職員間で情報共有することが重要

- 
- 
- 
- 

【参考：パタカラ体操】

発音	方法（コツ）	期待される効果

#### 個々の利用者に合わせた食事管理（食材のサイズ、形状、切り方等）

利用者の嚥下機能に合わせた適切な食事提供が重要

- 
- 
- 
-

### 3. 誤嚥・窒息：ケーススタディ

#### 専門職の助言および職員間での定期的な情報共有により誤嚥発生ゼロとした事例

	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>		

#### 事故状況：嚥下機能が低下した利用者にきざみ食を提供し、誤嚥が発生


#### 原因分析：誤嚥メカニズムの知見欠如によって発生

##### 不適切な姿勢による食事提供

- 

##### 利用者個々の嚥下機能の認識不足

- 

#### 再発防止策：専門職による助言および職員間での定期的な情報共有の場の設定

##### 専門職による助言

- 

##### 職員間での定期的な情報共有の場の設定

-

## 4. 異食：再発防止/未然防止の具体策

### Point

- 
- 

#### 異食により生命に関わる物品を明確にして管理する

##### 生命に関わる物品は利用者が触れないようにする

- 
- 

#### 何が危険なのか、正しい知識を持って対応する

##### 異食すると危険なものを徹底管理する

- 
- 

#### 異食・誤飲すると生命に関わる毒性の強い物品の例

塩素系漂白剤  
アルカリ性洗浄剤



防虫剤



殺虫剤



電池類



タバコ・灰皿の水



薬



#### 異食するとけがや窒息する恐れのある物品の例

紙オムツの吸水性ポリマー



ナイフ類



針・画鋲



## 4. 異食：ケーススタディ

### 保管場所・方法の見直しにより危険な物品の異食の再発防止を講じた実践事例

	✓		
	✓		

### 事故状況：脱衣所にて入浴待ちの際に浴槽洗剤を異食

•					
•					
•					

### 原因分析：詰め替え用の浴槽洗剤の管理不足によって発生

<b>詰め替え用浴槽洗剤の管理不足</b>
•
•
•

### 再発防止策：詰め替え用の物品の管理強化を実施

<b>詰め替え用の物品の置き場所、保管容器を変更</b>
•
•

## 5. 誤薬・与薬漏れ：再発防止/未然防止の具体策

### Point

- 
- 

#### 服薬事故は重大事故につながりかねないため、多段階チェックが基本

##### 誤薬・与薬漏れは重大事故につながりかねない

- 
- 

##### 多段階確認など基本的な事項の徹底でヒューマンエラーが起こりにくい環境整備が重要

- 
- 

#### 配薬準備と配薬前のそれぞれで対策を講じる

##### 配薬準備と配薬時それぞれでヒューマンエラー発生の構造が異なる

- 
- 
- 
- 



### ICT活用や薬局との連携でヒューマンエラーを防止

事例①：服薬管理システムの導入

事例②：薬局との連携

## 5. 誤薬・与薬漏れ：ケーススタディ

### 食事後の配薬ミスの再発防止を講じた実践事例

	✓ ✓		

### 事故状況：朝食後に異なる薬を利用者に配薬、誤薬が発生

<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>					

### 原因分析：配薬を食事の下膳と並行して行っており、配薬ミスが発生

他の業務を並行して行っていたことによりミスの発生リスクが高い状況であった

- 
- 

服薬業務の専任職員が決められていなかった

- 

### 再発防止策：服薬業務中は他の業務を行わないことをチーム内で徹底

ルールの徹底とマニュアル作成で発生リスクの低減

- 
-

## 6. 内出血・皮膚剥離：再発防止/未然防止の具体策

### Point

- 
- 

#### 利用者個々の皮膚状態の理解

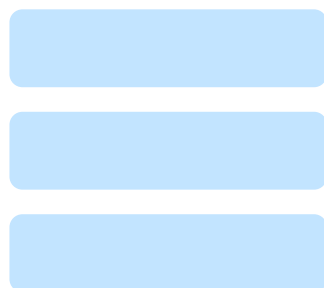
##### 内出血・皮膚剥離は最も頻発するけが

- 
- 

##### 利用者個々の皮膚状態を確認しリスクを把握する

- 
- 
- 
- 

##### 高齢者の皮膚の特徴



内出血や皮膚剥離  
がしやすい



#### リフトや移乗支援機器の活用

##### 無理な移乗介助が内出血や皮膚剥離を引き起こすこともある

- 

##### リフトや移乗支援機器は利用者にとってもやさしい

- 
-

## 6. 内出血・皮膚剥離：ケーススタディ

### 臥床誘導の工夫とシーティングの強化で皮膚剥離・褥瘡防止を行った実践事例

	✓				
	✓				

### 事故状況：繰り返していた臀部の皮膚剥離が褥瘡化

•					
•					

### 原因分析：長時間の車いす座位によって発生

長時間の車いす座位と除圧不足により皮膚剥離が常態化

- 
- 

適切な車いす座位姿勢のためのアセスメントや対応の不足

- 

### 再発防止策：臥床誘導の声掛けの工夫とシーティングの強化を実施

除圧誘導に向けた声掛けの工夫

- 

施設全体でのシーティングの強化

-



## 7. 医療処置における事故：ケーススタディ

### チューブ自己抜去の原因分析により再発防止に取り組んだ実践事例

	・		
	・		
	・		
	・		

#### 事故状況：経鼻経管栄養チューブの自己抜去


#### 原因分析：チューブが当たっている部分のかゆみによって発生


#### 再発防止策：清潔を保つケア等を実施


## 8. 外出・送迎時の事故：再発防止/未然防止の具体策

### Point

- 
- 

#### 外出・送迎時の事故は対応のルール化が重要

##### 外出・送迎時には様々な事故が発生しうる

- 
- 

##### 細かなマニュアルを作成しルール化する

- 

#### 責任範囲があいまいな自宅内におけるリスク管理

##### 自宅へは最後まで送り届ける

- 
- 
-

## 8. 外出・送迎時の事故：ケーススタディ

### 送迎時の声掛け方法を具体的に示したマニュアルを作成した実践事例


### 事故状況：送迎車両のスライドドアでの指の挟み


### 原因分析：利用者には伝わっていない一方的な声掛けによって発生

ドアを閉める声掛けは行っていたがHさんの反応は未確認

- 
- 
- 
- 自動開閉機能のない送迎車両の利用
- 

### 再発防止策：声掛けの方法を具体的に示したマニュアル作成を実施

送迎時の声掛けに関するマニュアルを作成

- 
- 
- 
- 自動開閉機能付きの送迎車両への入替
-

## 9. サービス種別ごとの特性に応じた留意点

### Point

- 
- 

#### 通所系サービスにおける事故の特徴と対策

---

##### 環境の違いがリスクとなる

- 
- 

##### 家族との情報共有が最も重要

- 
- 
- 

#### 訪問系サービスにおける事故の特徴と対策

---

##### 1人でサービス提供することによるリスク

- 
- 

##### 他のサービス提供事業者との連携が重要

- 
- 
-



## 介護施設内での転倒に関するステートメント

「介護施設内での転倒に関するステートメント」より抜粋  
(一般社団法人日本老年医学会、公益社団法人全国老人保健施設協会)

- ステートメント1 【転倒すべてが過失による事故ではない】
- ステートメント2 【ケアやリハビリテーションは原則として継続する】
- ステートメント3 【転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る】
- ステートメント4 【転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る】

V

## 事業者求められる義務と責任

- 1 事業者の事故防止体制等の基準
- 2 事業者が負う安全配慮義務
- 3 適切な介護サービスのあり方
- 4 事業者の説明責任
- 5 損害賠償への備え

# 1. 事業者の事故防止体制等の基準

## Point

- 

### 事故防止体制等の基準やそれに関わる加算・減算

#### 事故防止体制等の基準

- 
- 

#### 事故防止体制等に関わる加算・減算

- 
- 

「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」より抜粋、一部改変

- 

➤ <u>ための指針を整備すること。</u>	<u>事故発生の防止の</u>
➤ <u>れ、その分析を通じた改善策を、従事者に周知徹底する体制を整備すること。</u>	<u>当該事実が報告さ</u>
➤ <u>事故発生の防止のための委員会</u>	<u>職員に対する研修を定期的に行うこと。</u>
➤	<u>担当者を置くこと。</u>

- 

- 

- 



## 2. 事業者が負う安全配慮義務

### Point

- 
- 

### 安全配慮義務違反とは

---

#### 安全配慮義務の意義

- 

#### 事故発生時の法的責任の有無の判断材料

- 
- 
- 

### 利用者ごとのリスク評価

---

#### 個別のリスク評価は利用者情報の収集が重要

- 



情報収集と逐次の見直しで適切なリスク評価

### 3. 適切な介護サービスのあり方

#### Point

- 

#### 「適切な介護サービス」とは

- 
- 
-

## 4. 事業者の説明責任

### Point

- 
- 

#### 事業者に求められる説明責任

---

##### 「リスクの説明責任」と「事故発生時の説明責任」

- 
- 

##### 理解と納得を得られるような努力を行う

- 
- 
-

## 5. 損害賠償への備え

### Point

- 

### 事業者の賠償責任

---

#### 損害賠償への備え

- 

- 

- 

#### 「防ぐことが難しい事故」への賠償に対する考え方

- 

-

## 卷末資料

# 参考資料1. 関係法規及び基準

## 福祉サービスの基本的理念

- 

## 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第39号)

- 

指針を整備すること。

報告

その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。

委員会

及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

担当者を置くこと。

速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行う

記録

き事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

賠償すべ

- 

-

## 参考資料2. 事故発生時の対応

### 事故発生時の介護保険サービス事業者の対応

- 
- 
- 

### 事故報告様式の標準化

- 
- 
- 
-

# 参考資料3. 安全対策体制加算・減算

## 安全対策体制加算

### 令和3年度介護報酬改定における安全管理体制未実施減算の新設

•

•

•

### 令和3年度介護報酬改定における安全対策体制加算の新設




•


•

## 参考資料4-1. 本ガイドラインにおける引用・参考文献

## 参考資料4-2. 本ガイドラインにおける引用・参考文献

### 検討委員会委員

氏名	所属

### オブザーバー

氏名	所属

### 事務局

