福祉教育ラボ

介護施設の法定研修シリーズ｜公開研修教材｜約 60 分

事故発生の防止のための研修

責める報告から、守る仕組みへ

単元 1 基礎｜単元 2 事例｜単元 3 自施設で確かめる

特養・老健・介護医療院の職員研修用（解釈通知：年 2 回以上＋新規採用時）

2026 年 11 月 17 日時点の法令・国の資料にもとづく｜CC BY 4.0

講師用ガイドは巻末に



この研修について

ねらい

事故を「誰かのミス」で終わらせず、報告・分析・改善の仕組みで、利用者の安全と生活を守れるようになる。

使い方

- 新規採用時：導入と単元 1 を中心に
- 年 2 回の研修：1 回目は事例 A、2 回目は事例 B
- 単元ごとに切り離して使えます

持ち物：筆記用具、巻末シート（印刷して配布）

導入 5 分
約束、根拠の示し方、事前チェック

単元 1 基礎 15 分
法令の 4 つの措置、起きたときの対応

単元 2 事例 20 分
誤嚥（事例 A）／誤薬（事例 B）

単元 3 自施設で確かめる 15 分
指針・委員会・担当者・連絡先

まとめ 5 分
事後チェック、相談先

 ｜CC BY 4.0

はじめに：この研修の約束

1 **場面と人物は架空**
ある介護施設の架空の場面で考えます

2 **自分の体験は話さなくてよい**
ワークは、架空の場面で取り組みます

3 **誰のことか分かる話をしない**
利用者・職員の名前、日時、部屋などは出しません

4 **記入シートは提出しない**
研修実施記録だけは、施設の記録として残します

5 **安全と通報が先**
事故の背景に虐待が疑われるときは、市町村へ通報

6 **無理をしない・誰も責めない**
つらくなったら休んでよい。ミス探しはしません

つらいときの相談先　職場の相談窓口・産業医／こころの耳（厚生労働省）／事故防止の担当者

 ｜ CC BY 4.0

この教材の根拠の示し方

法令	法律・省令（基準省令）の条文。 e-Gov 法令検索で確認
国の通知	厚生労働省の解釈通知・事務連絡・ Q&A 。法令の解釈と運用の考え方
国の手引き	厚生労働省の手引き・ガイドライン・マニュアル
自治体の資料	都道府県・市町村の集団指導資料など。地域で違うことがある
FEL の整理	福祉教育ラボが、上の資料をもとに研修のために整理したもの

「義務」と「努力義務」「望ましい取り組み」は区別して示します。
法令・通知は改正されます。使う時点で、 e-Gov 法令検索と厚生労働省の最新の通知を確かめてください。

 ｜ CC BY 4.0

事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

1. 事故の報告は、誰のミスだったかをはっきりさせるために行う。 ○ ×
2. けがのなかった「ヒヤリ・ハット」も、報告して分析する対象になる。 ○ ×
3. 施設の事故防止の研修は、年 2 回以上と、新規採用時に行う。 ○ ×
4. 事故の記録では、見たこと（事実）と、自分の推測を分けて書く。 ○ ×
5. 市町村への事故報告の第 1 報は、原因分析が終わってから出す。 ○ ×

答えは研修の最後に確かめます

この研修の地図：４つの層と３つの単元

1	法令	何が義務か（基準省令の条文）	単元 1
2	国の通知・手引き	解釈通知、事故の報告様式、国のガイドライン	単元 1 ・ 2
3	事例	架空の場面を、グループで考える	単元 2
4	自施設で確かめる	指針・委員会・担当者・連絡先・様式を書き込む	単元 3

どの層よりも先に：利用者の救命と安全の確保。医療的な判断は、施設の手順と医療職の指示に従います

 ｜ CC BY 4.0

単元 1
基礎

目安 15 分｜法令と国の資料で確かめる

時間配分の目安

場面と最初の問い	**2 分**
法令（4 つの措置・起きたとき）	**3 分**
国の通知（指針・報告・研修など）	**5 分**
国のガイドライン（流れ・考え方）	**4 分**
まとめ	**1 分**

この単元でできるようになること

- 法令が施設に求める 4 つの措置を説明できる
- 事故が起きたときの連絡・記録・賠償の義務を説明できる
- 研修・委員会・担当者について、国の通知の求めを説明できる
- 事故報告の目的は責任追及でないことを説明できる

場面 1 ｜夜の居室で



場面と人物は架空です

介護施設｜夜勤 2:40

夜勤の介護職員ハルカさんが見回りに行くと、ミヨさん（88 歳）がベッドの脇の床に座り込んでいました。
「トイレに行こうとしたの」とミヨさん。見たところ、けがはなさそうです。
ハルカさんは、ほっとしながらも迷っています。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

**けががなさそうなら、
報告しなくてもよいでしょうか？**

｜ CC BY 4.0

法令｜施設に求められる 4 つの措置

① 指針を整える

事故が起きたときの対応や、報告の方法などを書いた指針

② 報告と分析の体制

事故や、事故に至る危険性がある事態を報告し、分析して、改善策を職員に周知徹底する

③ 委員会と研修

事故発生の防止のための委員会（オンライン可）と、従業者への研修を定期的に行う

④ 担当者を置く

① ～③の措置を適切に実施するための担当者

出典：基準省令（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 35 条第 1 項。老健 第 36 条、介護医療院 第 40 条も同じ構成

 ｜ CC BY 4.0

法令｜事故が起きたときに求められること



第 2 項

連絡と必要な措置

速やかに市町村、入所者の家族等に連絡し、必要な措置を講じる



第 3 項・第 37 条

記録する

事故の状況と、事故に際して採った処置を記録する（省令では完結の日から 2 年間保存）



第 4 項

損害賠償

賠償すべき事故が起きたときは、損害賠償を速やかに行う

記録の保存年限は、条例で延ばしている指定権者があります。自施設の指定権者の資料で確かめます

出典：基準省令（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 35 条第 2 ～ 4 項、第 37 条第 2 項

 ｜ CC BY 4.0

国の通知｜指針に盛り込む７つの項目

1. 事故発生の防止に関する基本的な考え方
2. 委員会その他、施設内の組織に関すること
3. 職員研修に関する基本方針
4. ヒヤリ・ハットなどの報告方法など、改善のための方策
5. 事故などが起きたときの対応に関する基本方針
6. 入所者等に対する指針の閲覧に関する基本方針
7. その他、事故発生の防止の推進のために必要な基本方針

出典：「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について」（平成 12 年老企第 43 号）第 4 の 37(1)（要旨）。老健（老企第 44 号）にも同じ趣旨の記載

 ｜ CC BY 4.0

国の通知｜報告と分析は、６つの段階で

1. 報告の様式を整える
2. 起きるたびに状況と背景を記録し報告
3. 委員会で集計・分析
4. 原因をまとめ防止策を考える
5. 分析の結果を職員に周知
6. 防止策の効果を評価

報告と分析の目的は、職員の懲罰ではなく、施設全体で情報を共有し、再発を防ぐこと

出典：「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について」（平成 12 年老企第 43 号）第 4 の 37(2)（要旨）。老健（老企第 44 号）にも同じ趣旨の記載

 ｜CC BY 4.0

国の通知｜研修・委員会・担当者

研修

- 指針にもとづくプログラム
- 年 2 回以上、定期的に
- 新規採用時には必ず
- 実施内容を記録する

委員会

- 幅広い職種で構成
- 役割分担を明確に
- 専任の安全対策担当者
- オンラインも可

担当者

- 委員会の安全対策担当者と同じ人が望ましい
- ほかの委員会の担当者との兼務は、職務に支障がなければ可（令和 6 年度改正）

年 2 回以上・新規採用時は、解釈通知で「重要である」とされています。記録は巻末シート 3 へ

出典：「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について」（平成 12 年老企第 43 号）第 4 の 37(3) 〜 (5)（令和 3 年度・ 6 年度改正の新旧対照表を含む）。老健（老企第 44 号）も同じ趣旨。介護医療院は同院の解釈通知で確かめる

 ｜ CC BY 4.0

国の通知｜体制がないと減算、整えると加算

安全管理体制未実施減算

5 単位／日

運営基準の事故防止の措置（指針・報告と分析・委員会と研修・担当者）が講じられていないとき

安全対策体制加算

20 単位（入所時に 1 回）

- 外部の研修を受けた担当者を配置
- 施設内に安全対策部門を設置
- 組織的に安全対策を行う体制

加算をとらない施設も、 4 つの措置は義務。単位数は令和 3 年度に新設、令和 8 年 7 月の厚生労働省資料でも同じ。算定は最新の告示と指定権者の資料で

出典：厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会 第 260 回（令和 8 年 7 月 9 日）資料 1 （介護老人福祉施設）

 ｜ CC BY 4.0

国の通知｜市町村への事故報告

原則として全て報告する事故

- ① 死亡に至った事故
- ② 医師（施設の勤務医・配置医を含む）の診断を受け、投薬・処置など何らかの治療が必要となった事故

それ以外は、各自治体の取扱いによる

いつ・どうやって

- 第 1 報：事故発生後速やかに、遅くとも 5 日以内を目安
- 状況が変わったら追加の報告
- 原因分析・再発防止策は、作成次第報告
- 原則、電子メールなどの電磁的方法で

報告の範囲と様式は、指定権者（市町村）によって違うことがあります。自施設の分を確かめます

出典：「介護保険施設等における事故の報告様式等について」（令和 6 年 11 月 29 日 老高発 1129 第 1 号ほか）

 ｜ CC BY 4.0

国の手引き｜事故が起きたときの流れ

1

救命・安全の確保

まず利用者の安全。医療職に連絡し指示に従う

2

上司・リーダーへ報告

迅速に。被害の拡大を防ぐ

3

記録

事実と推論を分けて、できるだけ記録

4

家族へ連絡・説明

できるだけ早く、事実関係を正確に

5

原因の分析

記憶が鮮明なうちに、多職種で

市町村への事故報告（スライド 15 ）は施設の手順で行います。事故の背景に虐待が疑われるときは、施設内の報告とは別に、気づいた職員が市町村へ通報します（高齢者虐待防止法第 21 条）

出典：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」（令和 7 年 11 月） 3 章、取組の全体像／下の帯：高齢者虐待防止法 第 21 条（法令）

 ｜ CC BY 4.0

国の手引き｜報告は、責めるためではない

**事故報告の目的は、職員の責任追及ではなく、
原因分析や再発防止策の検討を通じて、利用者のケアの向上につなげること**

事実と推論を分ける

見たこと・聞いたこと（事実）と、考えたこと（推論）を明確に分けて報告・分析する

多職種で、組織全体で

発見者・当事者だけでなく、管理者や委員会メンバーを中心に、多職種で多面的に

原因を 4 つに分けて見る

- 利用者本人
- 環境面
- 職員全員に共通
- 職員個人

出典：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」（令和 7 年 11 月） 取組の全体像、 2-6 、 3-1 ・ 3-4

 ｜ CC BY 4.0

国の手引き｜防げる事故と、防ぐことが難しい事故

対策を取り得る事故

起こさない前提で、未然防止と再発防止に取り組む（例：手順や確認の不足による事故）

防ぐことが難しい事故

利用者の活動や加齢による機能低下に伴う事故。自宅でも施設でも起こりうる

事前に説明する

生活の場では事故が起きうることを、契約時・入所時に本人と家族へ十分に説明し、リスクの情報を共有する

安全配慮義務と説明責任

- 予見できる危険を予見し、回避する
- 事故のあとは、事実を速やかに説明する

出典：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」（令和 7 年 11 月） 1-1 ・ 1-2 、 2-7 、 5-2 ・ 5-4

単元１のまとめ

最初の問い　けががなさそうなら、報告しなくてもよい？

報告します。医療職に状態を確かめてもらい、記録します。けががなくても、事故（転倒の可能性）またはヒヤリ・ハットとして報告と分析の対象です。どちらに当たるかは施設の定義で。

1. 法令は、指針・報告と分析・委員会と研修・担当者の４つを、施設に義務づけている
2. 起きたら、安全の確保→報告→記録→家族と市町村へ連絡。報告の範囲は指定権者で確かめる
3. 報告の目的は責任追及ではなく、事実と推論を分けて、多職種で原因を考えること

 ｜ CC BY 4.0

単元 2
事例

目安 20 分｜ 1 回目は事例 A 、 2 回目は事例 B

時間配分の目安

事例の場面と最初の問い	**2 分**
ワーク：個人で考える	**4 分**
ワーク：グループで話し合う	**8 分**
考え方の確認	**5 分**
まとめ	**1 分**

この単元でできるようになること

- 事故の場面で、事実と推測を分けて記録できる
- 原因を、本人・環境・職員全員・職員個人の 4 つの視点で考えられる
- 「もっと気をつける」でない再発防止策を考えられる

事例 A ｜昼の食堂で



場面と人物は架空です

介護施設｜昼食 12:15

タケシさん（84 歳）は、最近きざみ食に変わりました。
前かがみの姿勢で食べていたとき、強くむせ込みました。
介護職員のユウカさんは、同じテーブルの 3 人の食事を手伝っていました。すぐにそばへ行き、施設の手順どおり看護職員を呼びました。
しばらくして、むせはおさまりました。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

**むせがおさまったら、
これで終わりにしてよいでしょうか？**

 ｜ CC BY 4.0

事例 A ｜ワーク：むせ込みの背景を考える

ワーク｜ 12 分｜個人→グループ

巻末シート 1 を使います

① 記録を書くとしたら、何が「事実」で、何が「推測」でしょうか

② なぜ起きやすかったのか。本人・環境・職員全員に共通・職員個人の 4 つの視点で書き出す

③ 「もっと気をつける」以外の再発防止策を 1 つ。誰が、いつまでに、何を変えるか

人を責める言葉ではなく、「なぜ、そうなりやすかったか」で話し合います

CC BY 4.0

記録のコツ｜事実と推測を分けて書く

事実（見たこと・聞いたこと・したこと）

- 12:15 前かがみで食事中、強くむせ込む
- 12:16 施設の手順により看護職員を呼ぶ
- 看護職員が状態を確認（内容は看護記録へ）
- 12:25 むせがおさまる。本人「もう大丈夫」

推測（考えたこと）は、そうと分かるように

- （推測）きざみ食が合っていない可能性
- （推測）姿勢が前かがみすぎた可能性
- 事例 B なら：（推測）名前の取り違え
- 「様子を見た」→誰が・何分ごとに・何を確かめたか

推測は書いてよい。ただし事実と混ぜない。分析は委員会と多職種で行う

出典：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」（令和 7 年 11 月） 取組の全体像、 2-6 。
記録の例は福祉教育ラボが作成した架空のもの

 ｜ CC BY 4.0

事例 A の考え方｜国のガイドラインの観点で

ガイドラインが挙げる観点

- 一律でなく、個々の状態に合わせた食事
- きざみ食は口の中でばらけやすい
- 食事の姿勢と、定期的なアセスメント

再発防止策の例

- リハビリ職など専門職の助言を受ける
- 食事の会議で食形態を見直す
- 食べるペースが早い人には少量ずつ

報告と共有

おさまった場面も、ヒヤリ・ハットまたは事故として報告し、記録します。家族への連絡、市町村への報告の要否は、施設の手順（治療が必要となったかなど）で判断します。

出典：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」（令和 7 年 11 月） 4 章「誤嚥・窒息」

 ｜ CC BY 4.0

事例 B ｜朝の配薬で



場面と人物は架空です

介護施設｜朝食後 8:30

介護職員のミサキさんは、この施設に来て 2 週間です。朝食後、施設の手順にそって、看護職員がセットした薬を配っています。
フロアには、キヨコさんとキヨミさんという、よく似た名前の利用者がいます。ミサキさんは、まだ顔と名前が一致しきっていません。下膳も頼まれています。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

「もっと気をつける」で、誤薬は防げるでしょうか？

｜ CC BY 4.0

事例 B ｜ワーク：間違いが起きやすい条件を探す

ワーク｜ 12 分｜個人→グループ

巻末シート 1 を使います

① この場面で、間違いが起きやすい条件はいくつありますか（本人・環境・職員全員・職員個人）

② ミサキさん一人の注意に頼らない確認の方法を、 2 つ考える

③ その方法を、施設のどの手順書・どの場で共有するか

新しい職員の「うっかり」を責めず、間違いが起きにくい手順を考えます

 ｜ CC BY 4.0

事例 B の考え方｜国のガイドラインの観点で

起きやすい条件

- 名前と顔が一致していない
- 配薬と下膳などの並行作業
- 交代時の担当・引き継ぎがあいまい

多段階の確認

- 印字された名前を声に出して読む
- 準備のときと配るときに、それぞれ確かめる
- 飲み込みまで確かめることを手順に

仕組みにする

服薬業務の担当を決め、その間は他の業務をしない、といったルールを手順書にし、全員で共有します。誤薬が起きたときは、施設の手順と医療職・医師の指示に従います。

出典：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」（令和 7 年 11 月） 4 章「誤薬・与薬漏れ」

 ｜ CC BY 4.0

単元２のまとめ

最初の問い　「むせがおさまったら終わり？」「気をつければ防げる？」

どちらも、報告・記録・分析につなげ、一人の注意に頼らない仕組みに変えることが答えです。

1. 記録は、事実と推測を分けて書く。あいまいな言葉は具体的に
2. 原因は、本人・環境・職員全員に共通・職員個人の４つの視点で考える
3. 再発防止策は「もっと気をつける」でなく、手順と仕組みの言葉で書く

｜ CC BY 4.0

単元 3
自施設で確かめる

目安 15 分｜巻末シート 2 を使う

時間配分の目安

法令が求める仕組みの観点	**3 分**
巻末シート 2 を書く（個人）	**5 分**
グループで共有	**4 分**
明日からの行動目標	**2 分**
まとめ	**1 分**

この単元でできるようになること

- 自施設の指針・委員会・担当者・研修を確かめられる
- 事故が起きたときの連絡先と報告の範囲を確かめられる
- 明日からの行動目標を 1 つ決められる

自施設の仕組みを確かめる 8 つの観点

1 指針
7 つの項目があるか。利用者・家族が閲覧できるか

2 報告様式
ヒヤリ・ハットも報告できるか。事実と推測を分ける欄があるか

3 委員会
幅広い職種か。いつ開くか。分析の結果をどう周知するか

4 研修
年 2 回以上＋新規採用時。記録はどこにあるか

5 担当者
誰か。委員会の安全対策担当者と同じ人か

6 連絡先
医療職・上司・家族・市町村。夜間はどうするか

7 市町村への報告
範囲・様式・第 1 報の期限（指定権者の資料で）

8 記録と賠償
記録の保存年限（指定権者の条例で）、損害賠償保険

出典：基準省令 第 35 条・第 37 条、解釈通知（老企第 43 号）第 4 の 37 、事故の報告様式通知（令和 6 年 11 月 29 日）をもとに福祉教育ラボが整理

 ｜ CC BY 4.0

ワーク｜巻末シート 2 で、自施設の分を書き込む

ワーク｜ 9 分｜個人→グループ

巻末シート 2 を使います

1 書く（ 5 分）

8 つの観点について、自分の施設の分を書き込む。分からない欄は空欄でよい

2 確かめる

指針・手順書・委員会の記録など、手元の資料で確かめる

3 共有する（ 4 分）

「分からなかった欄」をグループで出し合い、誰に確かめるかを決める

「分からなかった欄」は、委員会や担当者に確かめて埋めます。分からないことが分かるのも成果です

明日からの行動目標を、１つだけ

ワーク｜２分｜個人

（どんな場面）のとき、（どんな行動）をする。そのために、（前もって準備すること）。

例

「ヒヤッとした」とき、その日のうちに報告する。そのために、報告様式の置き場所を確かめておく。

記録を書くとき、事実と推測を分けて書く。そのために「（推測）」と書き添える習慣をつける。

配薬のとき、名前を声に出して読み上げる。そのために、チームで読み上げることを申し合わせる。

 ｜ CC BY 4.0

単元３のまとめ

最初の問い　自分の施設の仕組みを、どこまで知っていましたか？

知らなかった欄が見つかったなら、それが改善の入り口です。委員会と担当者につなぎます。

1. 指針・報告様式・委員会・研修・担当者は、どれも自分の施設に「ある」はずの仕組み
2. 連絡先、市町村への報告の範囲、記録の保存年限は、指定権者の資料で確かめておく
3. 分からなかった欄は、委員会や担当者に確かめて埋める

｜ CC BY 4.0

事故を、仕組みでふせぐ

まず、安全

救命と安全の確保。医療的な判断は、施設の手順と医療職の指示で

報告は、守るため

責任追及ではなく、事実と推論を分けて、多職種で原因を考える

仕組みで、ふせぐ

一人の注意に頼らず、指針・手順・委員会・研修で改善を回す

「誰が悪かったか」ではなく、「なぜ起きやすかったか」を問う。

報告してくれた人を責めない職場が、次の事故を防ぎます。事故の背景に虐待が疑われるときは、施設内の報告とは別に、市町村へ通報します。

 ｜ CC BY 4.0

事後チェック｜もう一度、〇か × か

1	事故の報告は、誰のミスだったかをはっきりさせるために行う。	○	×
2	けがのなかった「ヒヤリ・ハット」も、報告して分析する対象になる。	○	×
3	施設の事故防止の研修は、年 2 回以上と、新規採用時に行う。	○	×
4	事故の記録では、見たこと（事実）と、自分の推測を分けて書く。	○	×
5	市町村への事故報告の第 1 報は、原因分析が終わってから出す。	○	×

答えが変わった問題に、印をつけてみましょう

 ｜ CC BY 4.0

答えと理由

1	事故の報告は、誰のミスだったかをはっきりさせるために行う。	×	目的は責任追及ではなく、原因分析と再発防止でケアをよくすること（スライド 17 ）
2	けがのなかった「ヒヤリ・ハット」も、報告して分析する対象になる。	○	省令は「事故に至る危険性がある事態」の報告と分析も求める（スライド 9 ）
3	施設の事故防止の研修は、年 2 回以上と、新規採用時に行う。	○	解釈通知：定期的な教育（年 2 回以上）＋新規採用時には必ず（スライド 13 ）
4	事故の記録では、見たこと（事実）と、自分の推測を分けて書く。	○	国のガイドライン：事実と推論を明確に分ける（スライド 23 ）
5	市町村への事故報告の第 1 報は、原因分析が終わってから出す。	×	第 1 報は遅くとも 5 日以内が目安。原因分析は作成次第報告（スライド 15 ）

 ｜ CC BY 4.0

相談先と、この教材を使うときに

迷ったとき・困ったときの相談先

- 施設の事故防止の担当者・委員会
- 医療的な判断：看護職員・配置医（施設の手順で）
- 報告の範囲・様式：市町村の介護保険の担当窓口
- 自分がつらいとき：職場の相談窓口・産業医、こころの耳（厚生労働省）

事故が起きたとき（施設の手順で）

利用者の救命と安全の確保 → 医療職・上司へ報告 → 記録 → 家族へ連絡 → 市町村へ報告。事故の背景に虐待が疑われるときは、事故報告とは別に市町村へ通報します。

この教材について

- CC BY 4.0 ：出典（福祉教育ラボ・教材名・ URL ）とライセンスを示し、改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます（引用した第三者の文章とロゴは対象外）
- 法令・通知は改正されます。使う時点で e-Gov 法令検索と厚生労働省の最新の通知を確かめてください
- 講師用ガイドはこの PDF の最後に。施設に合わせたカスタマイズの相談： fukushi-edu-lab.com/contact/

出典

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）第 35 条・第 37 条（ e-Gov 法令検索）
https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100039

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 36 条（ e-Gov 法令検索）
https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100040

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第 5 号）第 40 条（ e-Gov 法令検索）
https://laws.e-gov.go.jp/law/430M60000100005

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）第 21 条（ e-Gov 法令検索）
https://laws.e-gov.go.jp/law/417AC1000000124

厚生労働省「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について」（平成 12 年 3 月 17 日 老企第 43 号）第 4 の 37 。令和 3 年度改正 新旧対照表
https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000750730.pdf ／令和 6 年度改正 新旧対照表（別紙 14 ） https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227943.pdf ／通知本文（東京都福祉局掲載） https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/info_69_6

厚生労働省 老健局「介護保険施設等における事故の報告様式等について」（令和 6 年 11 月 29 日 老高発 1129 第 1 号・老認発 1129 第 1 号・老老発 1129 第 1 号、介護保険最新情報 Vol.1332 ） https://www.mhlw.go.jp/content/001342369.pdf

厚生労働省 老健局「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）
https://www.mhlw.go.jp/content/001569590.pdf

厚生労働省「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日 老企第 44 号）。京都府掲載の資料（ WAM NET ）
https://www.wam.go.jp/wamappl/26KYOTO/26bb01kj.nsf/6b16380d97f55135492567d0000714b4/e174f22099e542464925735d000529d1/$FILE/%E5%8F%82%E8%80%83%EF%BC%88%E8%80%81%E5%81%A5%EF%BC%89(153KB).pdf

厚生労働省「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成 30 年 3 月 22 日 老老発 0322 第 1 号）新旧対照表（抄）
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000869815.pdf

厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会 第 260 回（令和 8 年 7 月 9 日）資料 1 （安全管理体制未実施減算・安全対策体制加算の単位数）
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001720275.pdf

場面・人物・記録の例はすべて架空です。挿絵は福祉教育ラボが生成 AI で作成しました。 URL と版は 2026 年 11 月 17 日時点で確かめたものです。

巻末シート１｜事例ワークシート

事例 A（むせ込み）または事例 B（配薬）について書きます。架空の場面です。このシートは提出しません。

書く項目	書いてみよう
事実（見たこと・したこと）	
推測（そうと分かるように）	
原因：利用者本人	
原因：環境	
原因：職員全員に共通	
原因：職員個人	
再発防止策（誰が・いつまでに・何を）	
共有する場（手順書・委員会など）	

人を責める言葉でなく、「なぜ起きやすかったか」で書く

｜CC BY 4.0

巻末シート２｜自施設の確認シート

自分の施設の分を書き込みます。分からない欄は空欄でよく、研修のあと担当者・委員会に確かめます。

観点	自分の施設では	確かめた資料
指針（７項目・閲覧できるか）		
報告様式（ヒヤリ・ハットも）		
委員会（構成・開く時期）		
研修（年２回以上＋新規採用時・記録）		
担当者		
連絡先（医療職・上司・家族・夜間）		
市町村への報告の範囲・様式・期限		指定権者の資料で確かめる
記録の保存年限・損害賠償保険		指定権者の条例で確かめる

空欄は「次に確かめること」。委員会・担当者につなぐ

巻末シート３｜研修実施記録

施設の記録として残します（解釈通知：研修の実施内容を記録する）。

項目	記入欄
実施日・時間	年　月　日（　）　：　～　：　（　分）
講師	
内容（使った単元・事例）	導入／単元１／単元２（事例Ａ・事例Ｂ）／単元３／まとめ
参加者数	名（職種：　）
研修の区分	定期（年２回の　回目）／新規採用時
不参加者への伝達研修の日と方法	
使った資料	福祉教育ラボ「事故発生の防止のための研修」（２026 年 11 月版）
次回への申し送り	

講師用ガイド（１／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 1　表紙

福祉教育ラボの公開研修教材「介護施設の法定研修シリーズ」の 1 本です。特養・老健・介護医療院の基準省令が求める「事故発生の防止のための研修」（年 2 回以上＋新規採用時）に使えるよう、約 60 分で組み立てています。

4 つの層（法令／国の通知・手引き／事例／自施設で確かめる）で進めます。単元ごとに切り離して使えます。

スライド 2　この研修について

研修のねらいと時間配分を示します。合計 60 分（導入 5 ＋単元 1 15 ＋単元 2 20 ＋単元 3 15 ＋まとめ 5 ）。

基準省令は、事故発生の防止のための研修を「定期的に」行うことを求め、解釈通知は年 2 回以上と新規採用時の実施、研修内容の記録を求めています（スライド 13 ）。年 2 回の定期研修では、 1 回目は事例 A 、 2 回目は事例 B を使うと、同じ教材で 2 回目も新しい問いになります。

研修の実施記録は巻末シート 3 に残します。

スライド 3　はじめに：この研修の約束

最初に全員で確かめます。とくに 5 と 6 を明確に伝えてください。

5 ：事故の背景に虐待が疑われるときは、事故報告とは別に、高齢者虐待防止法第 21 条にもとづく市町村への通報が必要です。施設内の報告は通報の代わりになりません。ワークの中で虐待が疑われる話が出たら、グループで詳しく聞かず、講師が休憩時間などに個別に引き取ります。

6 ：事故の当事者になった経験がある人もいます。つらくなったら休んでかまいません。また、架空の人物も含めて、誰かを責める話にしないことを確かめます。

講師用ガイド（２／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 4　この教材の根拠の示し方

スライドの右上などにある札は、その内容の根拠の種類を示します。法令は「守らなければならないこと」です。国の通知は、法令の解釈や運用の考え方を示すもので、指導の基準にもなります。国の手引きは「国が示す考え方や進め方」、FEL の整理は「研修のためのまとめ方」です。札が違うものを混ぜて受け取らないよう、最初に確かめます。

指定権者（都道府県・市町村）が条例や集団指導で独自に定めていることがあります。自分の施設の扱いは、巻末シートで確かめます。

国の通知は、法令の読み方と運用の基準です。通知の中にも「必要である」「重要である」「望ましい」の書き分けがあります。たとえば、研修の年２回以上・新規採用時は解釈通知で「重要である」、担当者を委員会の安全対策担当者と同じ人にすることは「望ましい」とされています。

この研修では、市町村への事故報告の範囲や記録の保存年限など、指定権者で扱いが違うことがある点は「自施設の指定権者の資料で確かめる」としています。

スライド 5　事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

答えはまだ言いません。研修の最後に同じ問題でもう一度答えます（スライド 35 ・ 36 ）。紙に〇 × を書いてもらうか、手を挙げてもらいます。時間の目安は１分半。

スライド 6　この研修の地図：４つの層と３つの単元

この研修は、４つの層を行き来しながら進みます。単元１で法令と国の資料を、単元２で事例を、単元３で自分の施設の仕組みを確かめます。どの層でも、利用者の安全の確保が先です。

スライド 7　単元１ 基礎

時間配分の目安：２＋３＋５＋４＋１＝15 分。

新規採用時の研修では、この単元を中心に使います。条文や通知の文言を読み上げるより、「なぜそうなっているか」を場面１とつないで話してください。

講師用ガイド（３／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 8　場面 1｜夜の居室で

「報告しなくてよいと思う」「報告したほうがよい」で手を挙げてもらいます。どちらの答えも否定しません。答えは単元 1 の終わり（スライド 19 ）で確かめます。

講師の補足：床に座り込んでいた経緯は、誰も見ていません。見えないけがや、あとから出る症状もありえます。状態の確認は、施設の手順と看護職員など医療職の指示に従います。

スライド 9　法令｜施設に求められる 4 つの措置

基準省令は、事故の発生と再発を防ぐため、 4 つの措置を義務としています。特養は第 35 条、老健は第 36 条、介護医療院は第 40 条に、同じ構成の規定があります。

② に「事故に至る危険性がある事態」とあるのがポイントです。ヒヤリ・ハットも報告と分析の対象です（事前チェック 2 ）。

③ の研修が、まさにこの研修です。

スライド 10　法令｜事故が起きたときに求められること

第 35 条第 2 ～ 4 項です。

連絡先は「市町村」と「入所者の家族等」の両方が書かれています。市町村へ何をどこまで報告するかは、国の報告様式通知（スライド 15 ）と、指定権者の取扱いで決まります。

記録は、省令では完結の日から 2 年間の保存です（第 37 条）。条例で年限を延ばしている指定権者もあるので、巻末シート 2 で確かめます。

スライド 11　国の通知｜指針に盛り込む 7 つの項目

解釈通知は、指針に盛り込む項目として 7 つを挙げています。自施設の指針に、この 7 つがあるかを単元 3 で確かめます。

6 の「入所者等に対する指針の閲覧」は見落とされがちです。利用者や家族が指針を見られるようにしておきます。

スライド 12　国の通知｜報告と分析は、 6 つの段階で

解釈通知は、報告と分析を通じた改善の手順を 6 段階で示しています。ポイントは 2 つ。

・報告の目的は、職員の懲罰ではないこと。

・最後の「効果を評価する」まで回すこと。報告書を書いて終わりにしません。

講師用ガイド（４／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 13　国の通知｜研修・委員会・担当者

研修：解釈通知は、指針にもとづく研修プログラムをつくり、定期的な教育（年２回以上）を開き、新規採用時には必ず研修を行うこと、研修内容を記録することが必要としています（事前チェック３）。通知の書き方は、年２回以上・新規採用時が「重要である」、記録が「必要である」です。

委員会：幅広い職種で構成し、専任の安全対策を担当する者を決めておきます。

担当者：令和６年度の改正で、担当者は「専任」でなくてもよくなり、身体的拘束等適正化・感染対策・虐待防止などの担当者との兼務も、職務に支障がなければ差し支えないとされました。

スライド 14　国の通知｜体制がないと減算、整えると加算

令和３年度の介護報酬改定で新設された減算と加算です。

減算は、スライド９の４つの措置が講じられていないときに、入所者全員について所定単位数から減算されます。加算をとるかどうかに関係なく、４つの措置は義務です。

単位数は令和３年度に新設されたもので、令和８年７月の介護給付費分科会資料（厚生労働省）でも同じです。算定の可否は、最新の告示と指定権者の資料で確かめてください。

スライド 15　国の通知｜市町村への事故報告

令和６年 11 月 29 日の通知で、国の標準の報告様式が改められました（令和３年３月の通知は廃止）。電子的な報告と受付を想定した様式です。

①② は原則として全て報告します。それ以外の事故を報告するかは、各自治体の取扱いによります。自施設の市町村の範囲と様式（独自の項目があるか）は、巻末シート２で確かめます。

第１報は、原因分析が終わるのを待ちません（事前チェック５）。

講師用ガイド（5 ／ 10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 16　国の手引き｜事故が起きたときの流れ

国のガイドラインが示す、事故が起きたときの流れです（下の帯の通報は、ガイドラインではなく高齢者虐待防止法第 21 条によるものです）。

まず利用者の救命と安全の確保。状態の確認や医療的な対応は、施設の手順と看護職員など医療職の指示に従います（この研修では手技は扱いません）。

家族には、できるだけ早く、発生前後の事実関係を正確に説明します。個人的な推測で答えず、施設として窓口を決めて一元化します。

虐待が疑われるときの通報は、施設内の報告や上司の判断を待ちません。通報したことを理由に、解雇その他の不利益な取扱いを受けません（第 21 条第 7 項）。

スライド 17　国の手引き｜報告は、責めるためではない

国のガイドラインは、事故報告の目的が職員の責任追及ではないことを、はっきり書いています。個人を責めると、報告が出にくくなり、同じ事故がくり返されます。

原因の分類（利用者本人／環境面／職員全員に共通／職員個人）は、単元 2 のワークで使います。「職員個人」は分類の 1 つにすぎません。

スライド 18　国の手引き｜防げる事故と、防ぐことが難しい事故

国のガイドラインは、事故を「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」に分けて考えます。前者は起こさない前提で未然防止・再発防止に取り組みます。

後者は、自宅でも起こりうる事故です。だからといって行動を制限すると、自立の支援につながりません（身体的拘束等の研修ともつながります）。

事業者には、利用者の安全に配慮する義務（安全配慮義務）と、リスクや事故について説明する責任があります。自己防衛的な説明や、責任を転嫁する説明は適切でないとされています。

講師用ガイド（６／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 19　単元 1 のまとめ

場面 1 の答え：報告します。見えないけがや、あとから出る症状もありえます。状態の確認は医療職の指示に従います。

誰も見ていない座り込みは、転倒の可能性があるため、施設の定義によって事故（転倒）として扱うことが多くあります。ヒヤリ・ハットに当たる場合でも、省令は「事故に至る危険性がある事態」の報告と分析を求めています。座り込みの背景（夜間のトイレ、ベッドの高さ、照明など）を分析すれば、次の転倒を防ぐ手がかりになります。

市町村への報告が必要かは、治療が必要となったかなどの国の基準と、自治体の取扱いで決まります。

スライド 20　単元 2 事例

時間配分の目安：２＋４＋８＋５＋１＝20 分。１回の研修では、事例 A と B のどちらか一方を使います（年 2 回の定期研修で 1 回目 A 、 2 回目 B ）。両方を使う場合は 40 分を見込んでください。

事例 B の回でも、スライド 23 （記録のコツ）は使います。記録の例は事例 A のものですが、考え方は同じで、事例 B の推測の例も載せています。

ワークでは、架空の人物を責める話にならないよう、「なぜ、そうなりやすかったのか」を問い続けてください。

スライド 21　事例 A ｜昼の食堂で

「終わりでよい」「まだ何かある」で手を挙げてもらいます。

講師の補足：むせた場面で何をするか（観察・処置）は、施設の手順と医療職の指示に従います。この研修では手技は扱いません。

答えの方向：事故・ヒヤリ・ハットとして報告し、記録し、原因を分析して再発防止策を考えます。家族への連絡、市町村への報告の要否も施設の手順で判断します。

講師用ガイド（7 ／ 10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 22　事例 A ｜ワーク：むせ込みの背景を考える

個人で 4 分、グループで 8 分。巻末シート 1 を使います。

① の答えの例：事実＝ 12:15 、前かがみの姿勢で食事中に強くむせ込んだ／看護職員を呼んだ／しばらくしておさまった。推測＝「きざみ食が合っていないのかもしれない」（推測であると分かるように書く）。

② の答えの例：本人＝嚥下の力の変化、食形態の変更直後／環境＝姿勢、テーブルや椅子の高さ／職員全員に共通＝食事の介助が重なる時間帯、食形態を見直す仕組み／職員個人＝食事の姿勢についての知識。

「ユウカさんがもっと気をつける」で終わらないよう、③は仕組みの言葉で書いてもらいます。

スライド 23　記録のコツ｜事実と推測を分けて書く

国のガイドラインは、事実と推論を明確に分けることを求めています。推測を書いてはいけないのではなく、推測だと分かるように分けて書きます。

問いかけ：「様子を見た」はどう書き直す？→何分ごとに、誰が、何を確かめたかを書く。

家族への説明でも、推測を事実のように伝えないことが大切です（スライド 16 ）。

スライド 24　事例 A の考え方｜国のガイドラインの観点で

国のガイドラインは、誤嚥の事例で、嚥下機能の低下、前かがみになりすぎた姿勢、定期的なアセスメントの不足を要因に挙げ、専門職の助言と食形態の見直しを再発防止策の例にしています。

食形態や姿勢をどう変えるかは、利用者ごとに多職種（医師・看護職員・リハビリ職・管理栄養士など）で判断します。この研修では一律の答えを示しません。

ワークで出た策が「もっと気をつける」になっていたら、「それを、仕組みにするとしたら？」と問い返してください。

講師用ガイド（８／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 25　事例 B｜朝の配薬で

「防げる」「それだけでは難しい」で手を挙げてもらいます。

講師の補足：誰が配薬するか、どの段階で何を確かめるかは、施設の手順によります。この事例では、手順のどこで間違いが起きやすいかを考えます。

事例 B だけを使う回でも、ワークのあとにスライド 23（記録のコツ）を使います。

もし誤薬が起きたときの対応（状態の観察、医師への連絡など）は、施設の手順と医療職・医師の指示に従います。

スライド 26　事例 B｜ワーク：間違いが起きやすい条件を探す

個人で 4 分、グループで 8 分。巻末シート 1 を使います。

① の答えの例：よく似た名前、顔と名前が一致していない新しい職員、配薬と下膳の並行、配った薬から目を離す時間、交代時の担当・引き継ぎがあいまい。

② の答えの例：名前を声に出して読み上げる、本人確認を複数の段階で、服薬業務中は他の業務をしない、飲み込みまで確かめる、新しい職員には顔と名前を確かめる方法を用意する。

③ ：施設の指針・手順書のどこに書けばよいか、を考えると単元 3 につながります。

スライド 27　事例 B の考え方｜国のガイドラインの観点で

国のガイドラインは、服薬事故は重大事故につながる恐れがあるとして、多段階での確認を求めています。事例では、配薬と下膳を同じ職員が並行していたこと、配った薬から目を離す時間があったこと、交代時の担当と引き継ぎがあいまいだったことを要因に挙げています。

具体的な手順（誰が、どの段階で確かめるか）は、施設ごとに医療職と決めます。

事前チェック 1 の答え（ × ）にもつながります。

スライド 28　単元 2 のまとめ

事例 A ・ B の最初の問いへの答えを確かめます。

事例 A ：おさまっても、報告・記録・分析をします。食形態や姿勢の見直しは多職種で。

事例 B ：一人の注意に頼る対策は続きません。間違いが起きにくい手順にします。

単元 3 では、これらを自分の施設の指針・手順・委員会で確かめます。

講師用ガイド（９／10）｜話す要点と、問いの答え

スライド 29　単元 3 自施設で確かめる
時間配分の目安：３＋５＋４＋２＋１＝15 分。
前もって、施設の指針、報告様式、委員会の議事録、研修の記録、市町村の事故報告の要領（指定権者の資料）を用意しておくと、ワークで確かめやすくなります。
スライド 30　自施設の仕組みを確かめる 8 つの観点
単元 1 の内容を、自分の施設で確かめる観点に並べ直しました。
1 〜 5 は法令・通知の求め、 6 〜 8 は事故が起きたときにすぐ必要になる情報です。
「市町村への報告の範囲・様式」「記録の保存年限」は指定権者によって違うことがあるので、指定権者の資料で確かめます。
スライド 31　ワーク｜巻末シート 2 で、自施設の分を書き込む
個人で 5 分、グループで 4 分。
分からない欄は、空欄のままでかまいません。「分からなかった」こと自体が大切な発見です。研修のあと、担当者や委員会に確かめて埋めてもらいます。
講師は、グループで出た「分からなかった欄」を集めて、委員会に伝えます。
スライド 32　明日からの行動目標を、 1 つだけ
個人で 2 分。小さく具体的にします。書いた目標は提出しなくてかまいません。
次回の研修（年 2 回の 2 回目）の最初に、「試してみてどうだったか」を話す時間をつくると、研修の効果を確かめやすくなります。
スライド 33　単元 3 のまとめ
単元 3 のまとめです。シート 2 の空欄は、研修のあとで埋めることを確認して終わります。
講師は、グループで集めた「分からなかった欄」を事故防止の担当者・委員会に伝えてください。
スライド 34　事故を、仕組みでふせぐ
研修全体のまとめです。安全の確保が先、報告は責めるためではない、仕組みで防ぐ、の 3 つを繰り返して伝えます。

CC BY 4.0

講師用ガイド（ 10 ／ 10 ）｜話す要点と、問いの答え

スライド 35　事後チェック｜もう一度、〇か × か
研修のはじめと同じ問題です。答えが変わったところに印をつけてもらいます。時間の目安は 1 分。
スライド 36　答えと理由
答えが変わった問題を、隣の人と 1 つ話してもらいます。まちがえた問題があっても、どこで考えが変わったかを確かめることが目的です。
問題 5 ：第 1 報は事故発生後速やかに、遅くとも 5 日以内を目安に出し、原因分析・再発防止策は作成次第報告します。
スライド 37　相談先と、この教材を使うときに
研修の最後に、相談先と、自分の施設の連絡先・手順を確かめます。
この教材は CC BY 4.0 です。出典（福祉教育ラボ・教材名・ URL ）とライセンスを示し、改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます。引用した第三者の文章と福祉教育ラボのロゴは、このライセンスの対象外です。施設に合わせたカスタマイズの相談は、福祉教育ラボのお問い合わせから受け付けています。
事故の当事者になった職員が、強い自責の念をもつことがあります。研修のあとで個別に声をかけ、相談先を伝えてください。
スライド 39　巻末シート 1 ｜事例ワークシート
単元 2 のワークで使います。 A4 横で印刷してください。原因の 4 つの視点は、国のガイドライン（ 3-4 ）の分類によります。
スライド 40　巻末シート 2 ｜自施設の確認シート
単元 3 のワークで使います。 7 ・ 8 行目は指定権者（都道府県・市町村）によって扱いが違うことがあるため、指定権者の要領・条例・集団指導資料で確かめます。
スライド 41　巻末シート 3 ｜研修実施記録
研修の記録は、運営指導などで確認されることがあります。施設の様式があれば、そちらを優先してください。