

介護施設・事業所向け | 施設内研修用（事故発生防止の研修・年2回以上＋新規採用時）

介護のヒヤリハット 研修スライド

2026年度版（2026年10月作成）

この資料の使い方

- 60分の事例検討研修（導入・事例検討・書き方ワーク・まとめ）でそのまま投影・配布できます。
- 内容：定義と事故との境目／ハインリッヒの法則と「責めない」原則／事例10選／報告書の書き方と記入例／委員会への流れ／運営指導で見られる記録
- P.11「自施設で確認すること」は研修後に管理者・事故発生防止委員会で記入してください。
- P.12の確認テストは解答（P.13）を隠して配布し、P.14の参加記録欄とあわせて研修記録として保存してください。

発行：e介護With 編集部（sotte株式会社）

本資料は2026年10月時点の公開情報（厚生労働省「介護保険施設等における事故の報告様式等について」、運営基準の解釈通知、職場のあんぜんサイト、自治体の事故報告集計・集団指導資料）をもとに作成しています。事例10選は実際の施設でよく報告される典型を編集部が整理したもので、固有の事例ではありません。市町村への報告範囲は自治体で異なります。

研修のねらい | 「集める・書く・直す」を全職員でそろえる

1

ヒヤリハットと事故の境目を説明できる

利用者に被害が出なかった出来事がヒヤリハット。市町村報告の対象ではなく、施設の中で集めて分析し、事故を防ぐ材料。

2

5分で書ける報告書を書ける

事実（見た・聞いた・した）と評価を分ける。要因は本人・職員・環境に分け、「不注意」「注意する」で終わらせない。

3

「責めない」原則を共有する

報告の目的は施設全体での情報共有と再発防止。職員の懲罰ではない。件数が増えることは見える化が進んだこと。

対象と位置づけ

- **対象**：全職員（介護・看護・相談員・送迎・事務を含む）
- **位置づけ**：事故発生防止の研修（解釈通知で年2回以上の定期実施と新規採用時）の1回分としてそのまま使える
- **記録**：研修内容の記録が必要。確認テストの答案を添える
- **新規採用者**：入職1週間以内に「報告書の書き方」だけの30分版を行うと、最初の報告のハードルが下がる

60分プログラム（事例検討）

時間	内容	使うスライド
導入（10分）	定義、ハインリッヒの法則、「責めない」原則を説明。自施設の直近3か月の件数と傾向（種別×時間帯×場所）を1枚で示す	P.3～P.4
事例検討（25分）	10事例、または自施設の報告から3事例を選び、4～5人の班で「本人・職員・環境」の要因と「手順・環境・情報共有」の対策を出す	P.5～P.6
書き方ワーク（15分）	悪い例の報告文を配り、事実・要因・提案に分けて書き直す	P.7～P.8
まとめ（10分）	各班の対策を1つずつ発表し、委員会に上げる候補を決める。確認テストを実施し、研修記録に添える	P.9～P.13

介護のヒヤリハットとは | 事故との境目と運営基準上の位置づけ

ヒヤリハット＝利用者にけがや健康被害が出なかったものの、事故につながる可能性があった出来事。「ベッドから足を下ろして立ち上がろうとしていた」「薬の袋を取り違えそうになり、配る直前に気づいた」などが典型。事故は、実際に利用者に被害が生じた出来事。

区分	利用者への影響	主な報告先	目的
ヒヤリハット	なし（事故には至らなかった）	施設内（事故発生防止委員会・安全対策担当者）	事故の芽を集めて、仕組みを直す
事故（軽微）	擦過傷など、施設内で応急処置	施設内。自治体の基準で市町村報告が必要な場合あり	再発防止策の検討と家族への説明
事故（報告対象）	死亡、または医師の診断を受けて治療が必要	市町村（第1報は遅くとも5日以内が目安）＋家族	国の標準様式で原因分析と再発防止策まで報告

市町村へ原則すべて報告する事故（国の通知）

- 「死亡に至った事故」と「医師の診断を受け、投薬・処置など何らかの治療が必要となった事故」の2つ
- 通知「介護保険施設等における事故の報告様式等について」は2021年（令和3年）に標準様式を示し、2024年（令和6年）11月29日に電子的な報告を前提とした内容へ改められた
- これ以外の事故の扱いは自治体ごとに異なる。ヒヤリハットは市町村報告の対象ではない

運営基準上の位置づけ（指針・報告体制）

- 特養の運営基準（第35条）は事故発生防止の措置を4つ求める：指針の整備／事故・ヒヤリハットの報告と分析を通じた改善策の周知／委員会と研修の定期的な実施／担当者の配置。老健・介護医療院にも同趣旨の規定
- 解釈通知は、指針に盛り込む項目として「ヒヤリ・ハット事例などの報告方法と、安全確保のための改善策」を明示

ヒヤリハットの集め方を決めていない施設は、**指針の項目が欠けている状態。**

ハインリッヒの法則と報告の目的 | 「責めない」が最初のルール

1：29：300の法則（職場のあんぜんサイト）

1

重い災害

29

軽傷

300

傷害のない事故

- 同じ人が起こした330件の災害のうち、重い災害が1件あれば、軽傷が29件、傷害のない事故が300件起きているという法則。300件の背後には**数千の不安全な行動や状態**があるとされる
- 比率は作業内容によって異なり、現在は数字そのものより「事故と災害の関係を示す考え方」として使われる
- 介護現場に当てはめると、**骨折1件の背後に、立ち上がりのヒヤリが数百件**ある。この300件を集めて仕組みを直すことが、重い1件を防ぐ近道

京都市の事故報告集計（2024年度・全サービス合計）

報告2,197件のうち**転倒が1,340件（61.0%）**。発生場所は居室（個室）40.4%、廊下17.8%。診断内容は**骨折が65.0%**。転倒に至る前のヒヤリハット（立ち上がり・ふらつき・履物のずれ）をどれだけ拾えるかが、事故件数に直結する。

報告の目的は懲罰ではない、と明文化する

- 解釈通知は、報告の目的を「施設全体で情報を共有し、再発を防ぐこと」とし、**職員の懲罰が目的ではない**と明記
- 江東区の2025年度集計資料も「事故報告は職員の処罰を目的としたものではない」ため、職員が報告しやすい組織づくりが大切だとしている

指針と報告様式に書く3つの明文化

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | 報告者の氏名を記録しなくてもよい |
| 2 | 報告を人事評価に使わない |
| 3 | 報告してくれたことに責任者が礼を言う |

件数が増えることは、事故が増えたことではなく、見える化が進んだこと。委員会でもこの読み方を共有する。

場面別ヒヤリハット事例10選（1） | 転倒・転落・誤薬・誤嚥

研修の事例検討に使える典型例です。要因の分け方は、国の事故報告標準様式の「本人要因・職員要因・環境要因」に合わせています。自施設の報告に置き換えて使ってください。

No.	場面	ヒヤリハットの内容	潜在要因（本人／職員／環境）	予防の打ち手
1	転倒（居室）	夜間、ベッドの端に座って立ち上がろうとしているところを巡視で発見	本人：トイレの訴えができない／環境：ベッドの高さが高く足が床に届かない	排泄パターンの把握と声かけの時間設定、ベッド高さの調整、離床センサー
2	転倒（廊下）	スリッパのかかとが脱げ、歩行中につまずきかけた	本人：履物が合っていない／職員：履物の確認が手順にない	かかとのある靴への変更、朝の申し送りに履物確認を追加
3	転落（ベッド）	体位交換後に柵を1本戻し忘れ、次の巡視で気づいた	職員：手順の抜け／環境：柵の着脱が分かりにくい	「退室前に柵を指差し確認」を手順化、低床ベッドの検討
4	誤薬	配薬時、同姓の利用者の薬袋を取り違えそうになり、服薬直前に気づいた	職員：氏名の確認が目視のみ／環境：同姓者の薬が隣に並んでいる	フルネーム＋顔写真の照合、同姓者の薬箱を離す、ダブルチェック
5	誤嚥	食事中にむせ込みが続いたが、咳で排出され、呼吸は安定した	本人：嚥下機能の低下／職員：食事形態が最新の評価と合っていない／環境：姿勢が崩れていた	食事形態の再評価、食前のポジショニング確認、看護職員への報告基準

班ワークの問い 「手順」「環境」「情報共有」のどこを直せばよいか。職員個人の「不注意」で終わらせず、本人・環境・職員全員に共通する要因と、職員個人の要因を分けて検討する。

場面別ヒヤリハット事例10選（2） | 入浴・送迎・離設・異食・移乗

No.	場面	ヒヤリハットの内容	潜在要因（本人／職員／環境）	予防の打ち手
6	入浴	浴室で移乗中に足元が滑り、職員が支えて転倒を防いだ	環境：床の水はけが悪い、滑り止めマットがずれていた／職員：1人介助だった	床・マットの点検を入浴前の手順に追加、移乗は2人対応の基準を明確化
7	送迎	車いすを固定しないまま発車しそうになり、同乗職員が気づいた	職員：固定確認の声出しがない／環境：出発時刻に追われていた	出発前チェックリストの声出し確認、送迎時間の余裕を確保
8	離設	夕方、玄関で外に出ようとしている利用者を事務職員が発見	本人：夕方の帰宅要求／環境：玄関が見通せない配置／職員：日中と夜勤の引継ぎの隙間	夕方の見守り配置の見直し、玄関センサー、帰宅要求時の対応手順の共有
9	異食	テーブル上の消毒用ウェットティッシュを口に入れようとしていた	本人：認知機能の低下／環境：口に入れられる物が手の届く所にあった	消毒用品・洗剤・小物の置き場所の見直し、食事前後のテーブル点検
10	移乗	車いすのブレーキをかけ忘れた状態で立ち上がらせ、車いすが動いた	職員：声出し確認がない／環境：ブレーキのかかり具合が弱い	「ブレーキ・フットレスト・足の位置」の3点声出し、車いすの定期点検

10事例に共通すること 職員個人の「不注意」で終わらせていない。江東区の資料は、再発防止策について「『注意する』といった対応策ではなく、根本的な原因を理解し、解決することが必要」としている。

事例検討の進め方（25分） 3事例を選び、4～5人の班で①本人・職員・環境の要因、②手順・環境・情報共有の対策を付箋で出す。各班1つずつ発表し、委員会に上げる候補を決める。

ヒヤリハット報告書の書き方 | 8項目・5分で書ける書式

報告書は「5分で書ける」ことが最優先。項目が多いと、忙しい日に書かれなくなります。国の事故報告標準様式と項目の考え方をそろえておくと、事故になったときに転記しやすくなります。

項目	書くこと	書き方のポイント
1 発生日時・場所	日付、時刻（24時間表記）、場所（居室・廊下・トイレ・浴室など）	標準様式の発生場所の区分に合わせると集計しやすい
2 対象者	利用者名（または記号）、要介護度、認知症の状況	個人情報の扱いは施設のルールに従う
3 種別	転倒・転落・誤薬・誤嚥・異食・離設・移乗・送迎・その他	チェック式にする
4 何が起きたか（事実）	見たこと・聞いたこと・したことを時系列で	評価や推測を混ぜない。「～しようとしていた」「～に気づいた」で書く
5 その場の対応	声かけ、介助、看護職員への報告など	結果（けがなし、バイタル異常なし）も書く
6 考えられる要因	本人要因・職員要因・環境要因に分けて	「不注意」で終わらせず、手順・環境・情報の視点で
7 提案	報告者が思う防止策	1行でよい。採用の判断は委員会で行う
8 報告者	記名か無記名かは施設の方針で	無記名も認めると、報告のハードルが下がる

受け付けの基準 事実・対応・要因の3項目が埋まっていれば受け付ける。完成度より件数を優先する。

記入例 | 事実と評価を分ける（書き方ワーク用）

悪い例

「夜勤中、Aさんが勝手に起きて転びそうになった。見守りが足りなかった。今後は注意する。」

- 時刻も場所も、Aさんが何をしようとしていたのかもない
- 「勝手に」「注意する」は評価と決意であり、仕組みの改善につながらない

ワーク（15分）

この悪い例を、事実・要因・提案に分けて書き直してください。右の良い例は書き直しの後に見せます。

書き直し：

良い例

「10月15日 2時10分、居室（個室）。巡視時、Aさんがベッドの端に座り、床に足を下ろそうとしていた。声をかけると『トイレ』と答えた。トイレまで付き添い、排泄後に再入床。けがなし。」

要因：本人＝夜間のトイレの訴えができない。環境＝ベッドが高く、足が床に届くまで前傾になる。職員＝1時の巡視で排泄の声かけをしていない。

提案：1時の巡視でトイレの声かけを追加。ベッド高さを再調整。」

- 事実（見たこと・言われたこと・したこと）と要因と提案が分かれている
- 委員会がこの報告を読めば、「1時の声かけ」「ベッドの高さ」という具体策にすぐ移れる
- 事故になった場合の市町村報告でも、「事実と評価を分ける」書き方がそのまま生きる

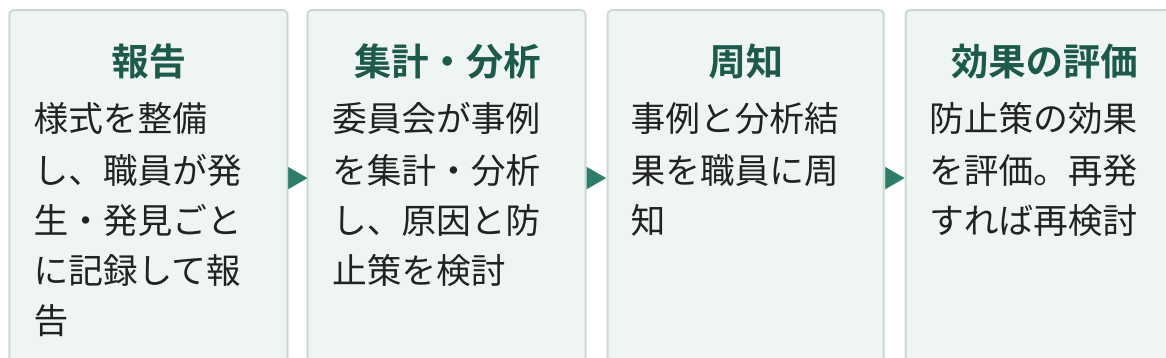
報告が集まる仕組みと、事故発生防止委員会への流れ

報告が定着している施設の共通点3つ

1	その場で書ける 詰所・夜勤室・送迎車に用紙（または端末）を置き、発見から10分以内に書くルールにする。記憶が新しいうちに書くと事実の精度が上がる
2	短くてよい 事実・対応・要因の3項目が埋まっていれば受け付ける。完成度より件数を優先
3	返事をする 委員会で検討した結果（採用した対策、見送った理由）を報告者と全職員に戻す。返事がない報告は続かない

見守りセンサーや記録ソフトを導入している施設は、ヒヤリハットの入力項目をソフト側に作ると集計の手間が減ります。

解釈通知が示す循環（月1回を目安に集計して委員会へ）



集計は「種別×時間帯×場所」の3軸で

件数を数えるだけでは対策は出ない。「転倒×夜間（0～6時）×居室」のように3軸でクロスすると、「夜勤帯の巡視間隔」「居室のベッド高さ」といった具体的な論点に落ちる。京都市の集計（転倒約6割・居室約4割・骨折約6割半）と自施設の傾向を比べる。

委員会の構成と担当者

解釈通知は、委員会を施設長（管理者）・事務長・医師・看護職員・介護職員・生活相談員など幅広い職種で構成し、責務と役割分担を明確にするよう求める。テレビ電話装置等での開催可。運営基準は事故防止の措置を適切に実施するための**担当者（安全対策担当者）**を置くことも求めている。

運営指導で確認される記録 | 指針・様式・委員会・研修の4点セット

確認される4点セット

1	指針（ヒヤリハットの報告方法を含む）
2	報告様式と報告の実績
3	委員会の開催記録（議事録）
4	研修の記録（年2回以上＋新規採用時）

加えて、事故が起きた場合の市町村への報告と家族への連絡、事故の状況と処置の記録（国の基準で**2年間保存**）も見られる。

安全管理体制未実施減算

特養・老健・介護医療院では、事故発生防止の措置が講じられていない場合、**安全管理体制未実施減算（1日につき5単位・入所者全員）**が適用される。基準を満たさない事実が生じた月の翌月から、解消された月まで続く。

ヒヤリハットの仕組みは「あると望ましいもの」ではなく、**減算を避けるための運営基準の一部**。

報告件数が多いこと自体は不利にならない。確認されるのは、報告を集計・分析し、委員会で対策を検討し、職員に周知しているかどうか。ヒヤリハット報告書の保存年限は国の基準にないが、委員会の記録と合わせて保存している施設が多い（自治体の条例で長く定めている場合あり）。

自施設で確認すること | 研修後に管理者・事故発生防止委員会で点検

研修で学んだ内容を自施設の体制に当てはめて確認します。□に✓を入れ、不足があれば対応期限と担当を決めてください。

	確認事項	確認日	担当
☐	指針に「ヒヤリ・ハット事例を含む報告方法」が書かれている（なければ追記する）		
☐	報告書を8項目・5分で書ける様式に見直し、「懲罰目的ではない」と様式に明記した		
☐	詰所・夜勤室・送迎車に用紙（または入力端末）を置き、発見から10分以内に書くルールを決めた		
☐	直近3か月の報告を「種別×時間帯×場所」で集計し、次回の事故発生防止委員会に出す		
☐	委員会の検討結果を報告者と全職員に戻す「返事」の仕組み（掲示・申し送り）を決めた		
☐	年間研修計画に、ヒヤリハット事例検討（60分・確認テスト付き）を年2回分として組み込んだ		
☐	新規採用者に入職1週間以内の「報告書の書き方」30分版を行う手順がある		
☐	委員会は幅広い職種で構成され、安全対策担当者が決まっている。議事録に集計・分析・対策・周知が残っている		
☐	事故の状況と処置の記録を2年間保存するルールがあり、市町村報告（死亡・治療が必要な事故）の手順を全職員が知っている		
☐	利用者に身体的影響（擦過傷・痛みの訴え・バイタルの変化）があれば事故として扱い、看護職員に報告する基準を共有した		

対応が必要な項目・期限・担当：

確認テスト（5問） | 解答は次のページ。配布時はP.13を隠してください

氏名： _____ 実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 得点： _____ /5

問1 ヒヤリハットの定義として正しいものはどれですか。

- A 利用者がけがをした出来事
- B 事故には至らなかったが、事故につながる可能性があった出来事
- C 職員が叱責された出来事

問2 ハインリッヒの法則で、重い災害1件の背後にあるとされる無傷害事故の件数はどれですか。

- A 29件
- B 300件
- C 3,000件

問3 ヒヤリハット報告の目的として、解釈通知の考え方に合うものはどれですか。

- A 報告者の責任を明確にする
- B 施設全体で情報を共有し、再発を防ぐ
- C 人事評価の材料にする

問4 報告書の「何が起きたか」の欄に書くべきものはどれですか。

- A 見たこと・聞いたこと・したことを時系列で
- B 誰が悪かったか
- C 今後の決意

問5 事故発生防止の研修について、解釈通知が求める頻度はどれですか。

- A 年1回
- B 年2回以上と新規採用時
- C 3年に1回

解答と解説

問	正答	解説
問1	B	利用者への被害がなかった点が事故との違いです。市町村への報告対象ではなく、施設内で集めて分析します。
問2	B	1（重い災害）：29（軽傷）：300（無傷害事故）です。比率は作業内容で異なり、考え方として使います。
問3	B	解釈通知は、職員の懲罰が目的ではないと明記しています。
問4	A	事実と評価を分けます。要因と提案は別の欄に書きます。
問5	B	定期的な研修（年2回以上）に加え、新規採用時に実施し、内容を記録します。

振り返り（まとめの10分で） 各班の対策を1つずつ発表し、委員会に上げる候補を決めてください。確認テストの答えは研修記録に添えます。

参加記録欄 | 研修記録として保存（実施日・内容・参加者）

研修名	ヒヤリハット事例検討研修（定義・ハインリッヒの法則・事例検討・報告書の書き方・委員会への流れ） ☐ 事故発生防止の定期研修（年2回以上） ☐ 新規採用時研修		
実施日時	年 月 日（ ） : ~ :	講師	
会場・形式	☐ 集合研修 ☐ オンライン ☐ 動画視聴（個別）	管理者確認	署名：

No.	氏名（署名）	職種	No.	氏名（署名）	職種
1			12		
2			13		
3			14		
4			15		
5			16		
6			17		
7			18		
8			19		
9			20		
10			21		
11			22		

欠席者のフォロー（資料配布・動画視聴・確認テスト提出の日付）：_____

出典（一次情報）

本資料は、e介護With「介護のヒヤリハットとは | 事例10選・報告書の書き方と研修での活かし方」（2026年10月）の要点をスライド化したものです。本文で参照した一次情報は次のとおりです（2026年10月時点）。

- 厚生労働省 職場のあんぜんサイト：ハインリッヒの法則（1：29：300の法則）
https://anzeninfo.mhlw.go.jp/yougo/yougo24_1.html
- 厚生労働省：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・介護保険最新情報Vol.1332・別紙様式つき）
<https://www.mhlw.go.jp/content/001342369.pdf>
- 東京都福祉局掲載：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（老企第43号）事故発生の防止及び発生時の対応 新旧対照
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/info_69_6
- 和歌山県：事故発生時の報告取扱要領等の一部改正及び事故発生の未然防止等の徹底について（令和3年5月20日）
[https://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/careprov/careref/01kaigodenetR3/jikohasseijinotaiou/tsuchi\(R3.5\).pdf](https://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/careprov/careref/01kaigodenetR3/jikohasseijinotaiou/tsuchi(R3.5).pdf)
- 福岡県：介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化に係る安全管理体制未実施減算及び安全対策体制加算の取扱いについて（令和3年9月28日・福岡市ホームページ掲載）
<https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/documents/030928risk.pdf>
- 京都市：介護保険事業所・施設における事故報告について（令和6年度分）
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000259/259960/R6shuukei.pdf>
- 江東区：令和7年度 介護保険事業者における事故報告 集計・分析結果
<https://www.city.koto.lg.jp/210106/documents/20260716152950.pdf>
- 板橋区：介護保険事業における事故発生時の報告について（令和6年度集団指導）
https://www.city.itabashi.tokyo.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/003/742/2024110801.pdf

発行：e介護With 編集部（sotte株式会社） 作成：2026年10月 ※本資料の無断転載・改変はご遠慮ください。施設内研修での投影・配布は自由です。通知・様式の改正があった場合は、e介護Withの記事ページで最新版を配布します。