

社会福祉・介護事業の現場における 労働災害事例と防止対策

- 1 労働災害発生状況
- 2 労働災害事例と防止対策
- 3 化学物質管理の課題と対策

令和7年5月23日（金）

令和7年5月28日（水）

令和7年5月29日（木）

佐賀労働基準監督署 安全衛生課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

社会福祉施設の労働災害発生状況

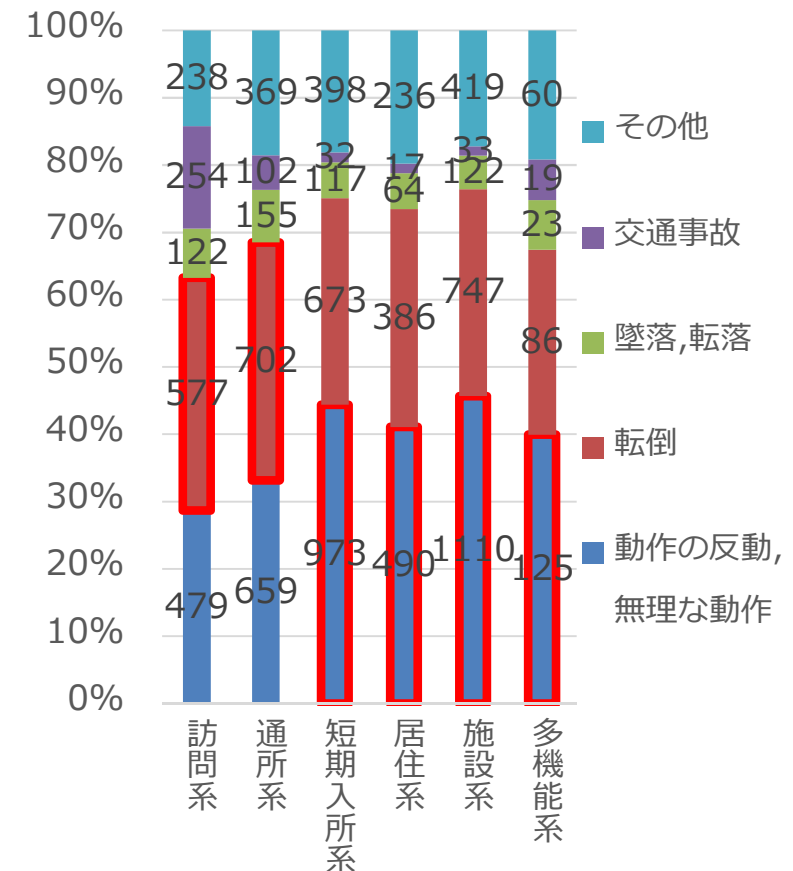
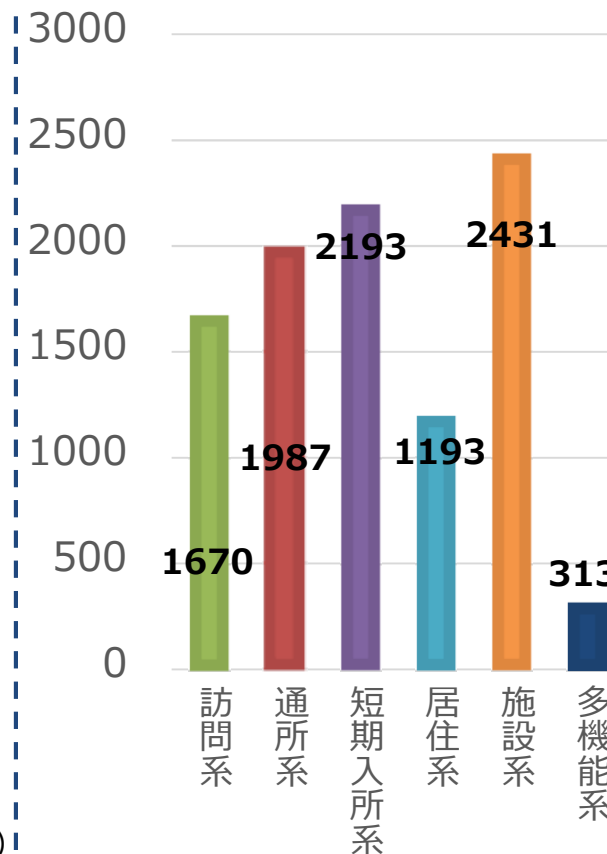
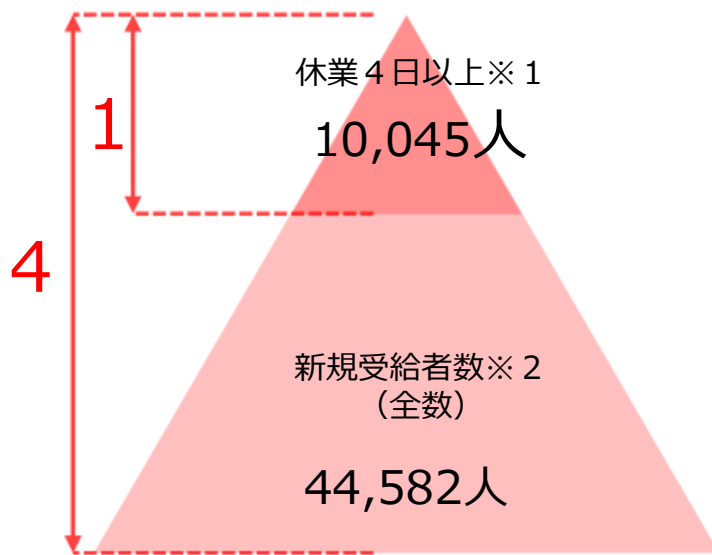
- 社会福祉施設の労働災害（休業4日以上）をサービス系統別で分類すると、施設系サービスを提供する施設が最多
- 事故の型別でみると、訪問系及び通所系サービスを提供する施設では、転倒が最多、短期入所系、居住系、施設系、多機能系サービスを提供する施設では、動作の反動・無理な動作が最多

社会福祉又は介護事業の労働災害発生状況

社会福祉施設のサービス系統別死傷者数

社会福祉施設の業態別・事故の型別死傷者数

全体の労働災害は、
休業4日以上の労働災害の約4倍



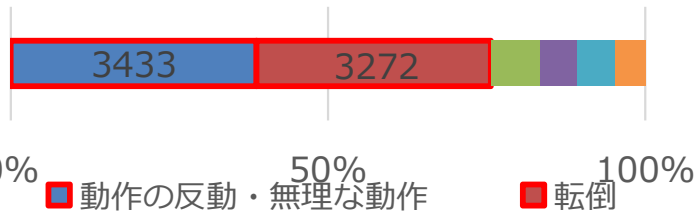
出典：令和元年労働者死傷病報告より。社会福祉施設で発生した休業4日以上の労働災害10,045件をサービス系統別で分類を行った結果、分類できた6,776件について、事業場のサービス系統別に“延べ件数”（複数のサービスを提供している事業場は各系統でカウント）を集計したもの。提供されているサービスが不明なものを除く。

※1 令和元年労働者死傷病報告より
※2 令和元年度労働者災害補償保険事業年報より
(新規受給者数は通勤災害を含む年度単位の集計)

社会福祉施設における「動作の反動・無理な動作」

- 社会福祉施設における動作の反動・無理な動作を作業別にみると介助作業での被災が84%
- 介助作業をより細かく分類すると、ベッド上での介助作業とベッド移乗作業を合わせて52%
- 介助作業を一人介助か複数人での介助か分類すると、一人介助での被災が89%

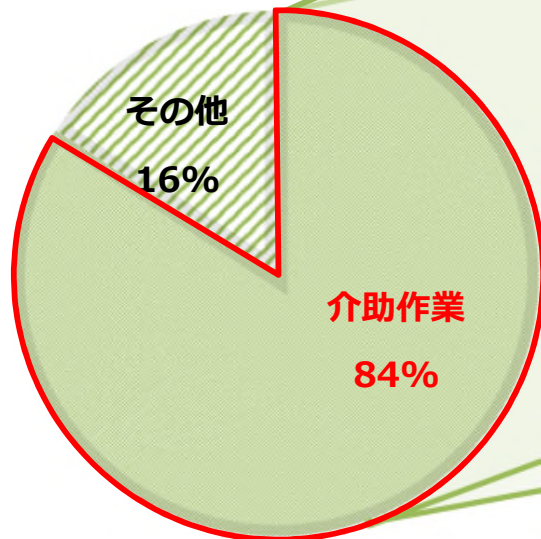
事故の型別



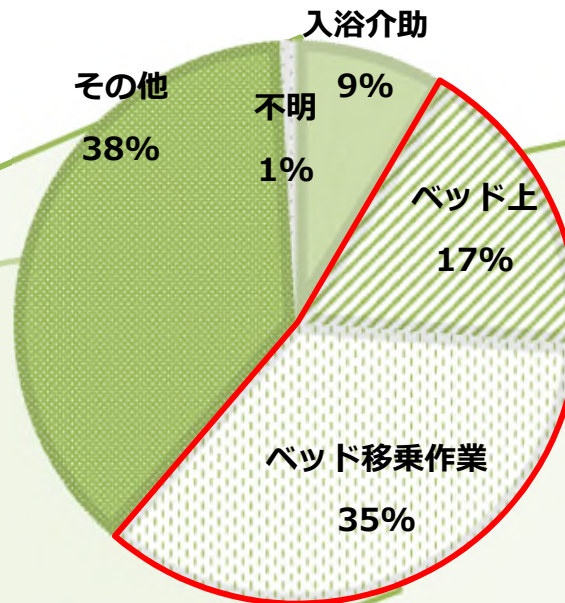
動作の反動・無理な動作が39%、転倒が37%

出典：令和元年労働者死傷病報告より。

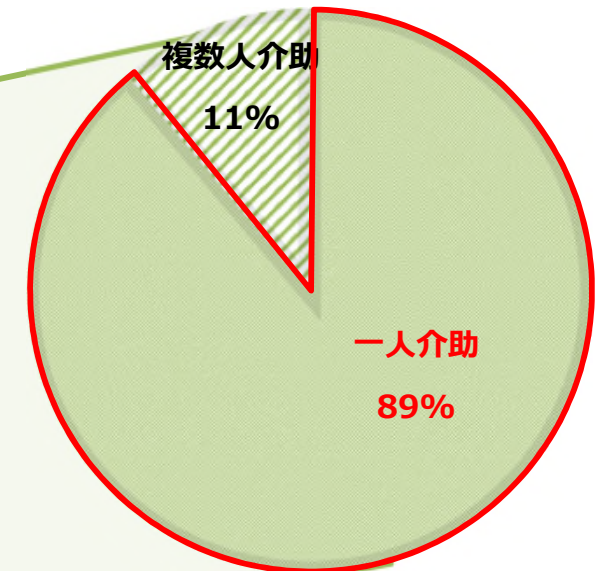
動作の反動・無理な動作 作業別



動作の反動・無理な動作 介助作業別



動作の反動・無理な動作
一人介助・複数人介助別

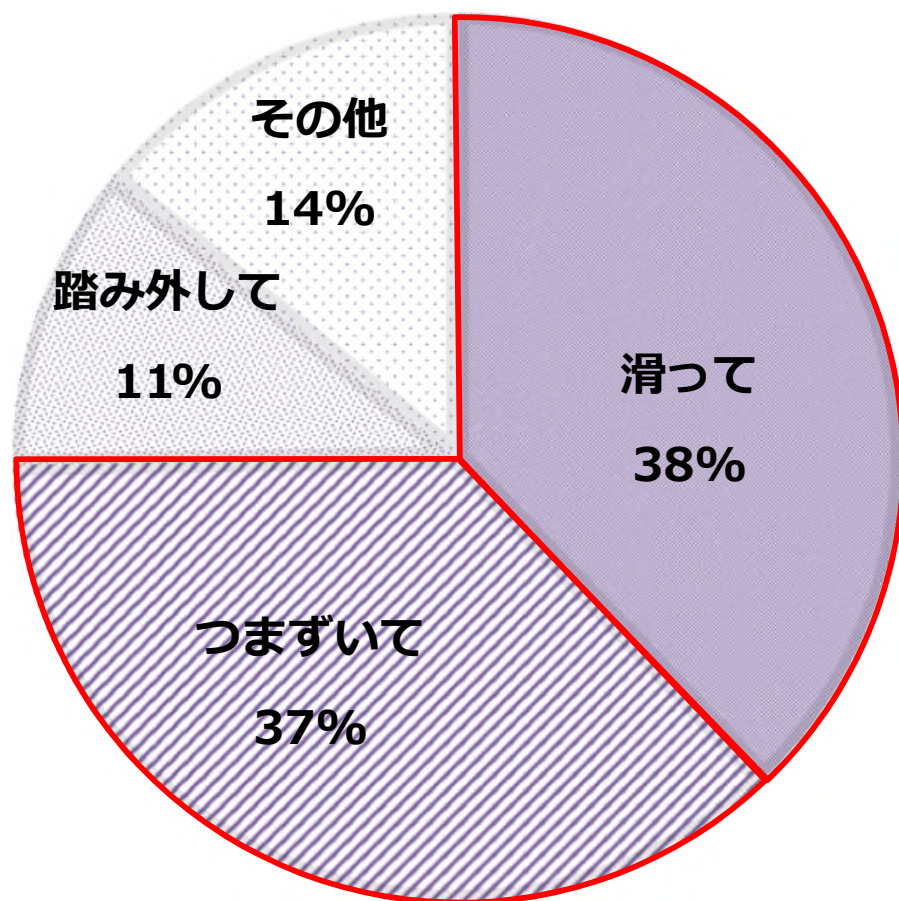


出典：令和元年労働者死傷病報告より。社会福祉施設で発生した休業4日以上労働災害10,045件から抽出した767件のうち動作の反動・無理な動作の268件を集計したもの。

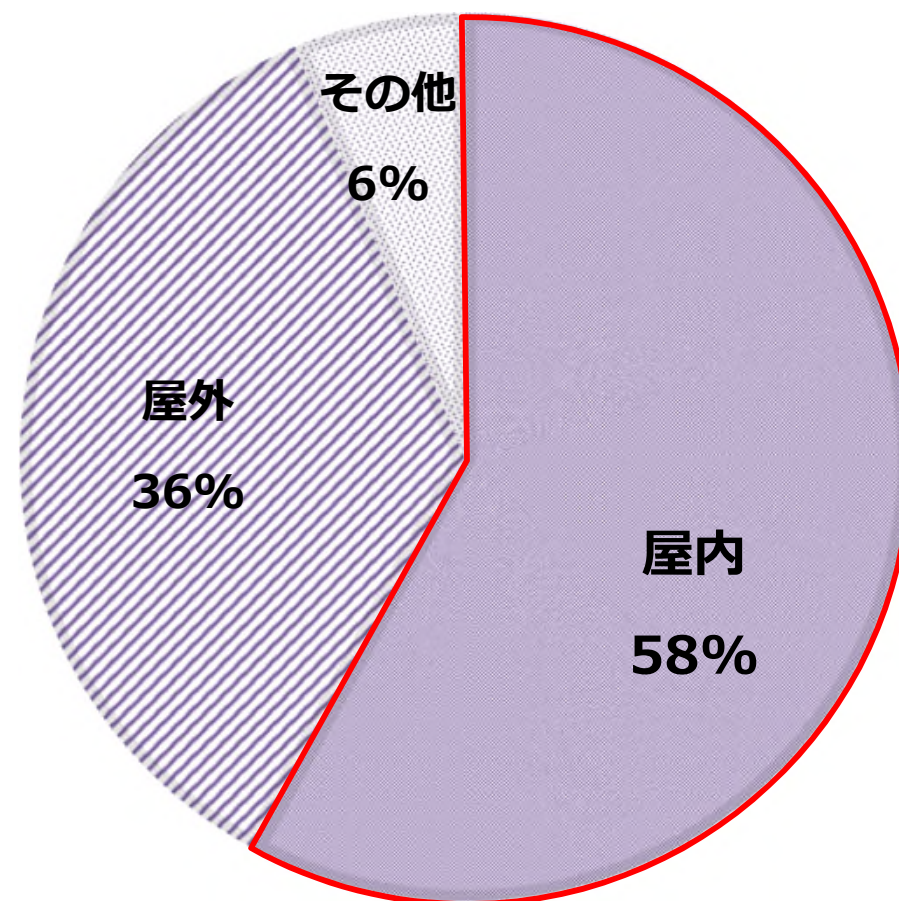
社会福祉施設における「転倒」

- 社会福祉施設における転倒を要因別にみると滑りによるものが38%、つまづきによるものが37%
- 場所別にみると、屋内での転倒が58%、屋外での転倒が36%

転倒 要因別



転倒 場所別



労働災害事例と防止対策 ①

洗濯物を持ち、脱衣所に向かっていたところ、扇風機の電源コードにつまずき、転倒した

業種	社会福祉施設	
事業場規模	30～99人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	通路	
災害の種類(事故の型)	転倒	
被害者数	死亡者数:0人 不休者数:0人	休業者数:1人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	物の置き方、作業場所の欠陥	
発生要因(人)	職場的原因	
発生要因(管理)	不安全な放置	



原因

1. 扇風機の電源コードが、歩行する床にあった
2. 被災者は、足元がよく見えないほどの洗濯物を抱え込んでいた
3. 被災者は、周辺にいる施設利用者に気をとられ、電源コードに足を引っかけた

対策

1. 扇風機の電源コードは、足を引っかけてしまうことがないように、歩行する床に放置しない
2. 配線を、床に固定した躓きにくい形状のモールで覆う
3. ホールに洗濯物等の物を運ぶ際は、足元が見えないほど抱え込むことはせず、足元をよく見て歩く
4. 転倒災害防止のための指針を整備し、労働者に徹底させる
5. 転倒災害防止のための委員会等を組織し、職場における安全衛生教育や研修を定期的実施する

労働災害事例と防止対策 ②

入浴介助中、入居者を立位にして支えようとしたところ、支えきれず、入居者を抱えたまま倒れ、壁に激突した

業種	社会福祉施設	
事業場規模	30～99人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	その他の起因物	
災害の種類(事故の型)	転倒	
被害者数	死亡者数:0人 不休者数:0人	休業者数:1人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	作業方法の欠陥	
発生要因(人)	職場的原因	
発生要因(管理)	その他の不安全な行為	



原因

1. 入居者の様態に合わせ、複数で入浴介助を行わず、一人で介助を行った
2. 浴室内手すり、リフト、シャワーチェア、入浴ベルト等の介助器具が設置されていなかった

対策

1. 浴室内手すり、リフト、シャワーチェア等を設置し、被介助者の安全及び残存機能維持に配慮した介助を行う
2. 入浴介助の際は、被介助者の介助必要度に応じ、複数の介助者で介助を行う。尚、立位姿勢を支える場合、被介助者自身で姿勢を保持できるように、適正な姿勢が保てるように、被介助者を指導する
3. 臀部を洗浄する際、被介助者の介助必要度に合わせて入浴ベルトを使用して被介助者を抱え、もう一人の介助者が洗浄する
4. 災害報告のための様式を整備し、事業場で発生した災害とその分析を通じた改善策について、労働者に周知徹底を図る
5. 転倒災害防止のための委員会等を組織し、職場における安全衛生教育や研修を定期的実施する

労働災害事例と防止対策 ③

被介助者の体位交換の際、腰に痛みを感じた

業種	保健・衛生業	
事業場規模	30～99人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	起因物なし	
災害の種類(事故の型)	動作の反動、無理な動作	
被害者数	死亡者数:0人 不休者数:0人	休業者数:1人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	作業方法の欠陥	
発生要因(人)	職場的原因	
発生要因(管理)	その他及び不安全な行動のないもの	



原因

1. 被介助者に十分身体を近づけることなく体位交換を行った
2. 腰部に負担をかけることのない程度まで、ベッドの高さを上げることなく体位交換を行った
3. スライディングボードやスライディングシート等、介助を補助する器具を使用しなかった

対策

1. 体位交換の際、被介助者が介助者の身体から遠いところにあると、腰への負担がその距離に応じて大きくなるため、常に被介助者に介助者の身体を近づける
2. 持ち上げる動作の際は、膝を曲げた姿勢から下肢を伸ばす筋力を使うことを心掛け、上体を起こす力だけで持ち上げない
3. 体位交換等ベッドにおける介助作業は、腰部への負担を軽減するため、ベッドの高さを上げるように配慮する
4. スライディングボードやスライディングシート等の補助具を利用する、被介助者の自然な動きや残存能力を活かすなどの介助を行い、腰部への負担軽減を図る

労働災害事例と防止対策 ④

高齢者通所介護施設におけるトイレ介助の際、腰痛を発症した

業種	社会福祉施設	
事業場規模	—	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	起因物なし	
災害の種類(事故の型)	動作の反動、無理な動作	
被害者数	死亡者数:0人 不休者数:0人	休業者数:1人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	作業方法の欠陥	
発生要因(人)	職場的原因	
発生要因(管理)	その他及び不安全な行動のないもの	



原因

1. トイレ誘導は、腰部に著しく負担がかかる介助であるにもかかわらず、スタンディングマシン等の福祉用具を活用しなかった

対策

1. 介助にあたり、個々の介助作業（移乗、入浴、トイレ、おむつ交換、食事、移動等）毎に、利用者の状態、福祉用具の有無、介助作業の環境（広さ、配置）等に応じた作業標準を策定すること。尚、作業標準の策定については、厚生労働省による「介護作業者の腰痛予防チェックリスト」を参照の
2. 利用者が維持している機能はそれぞれ異なることから、まず、立位保持、座位保持が可能かどうか、全介助が必要かどうかについて確認
3. 頭部保持、及び手・腕の残存機能等を合わせて確認し、利用者には、可能な範囲で介助への協力をお願い
4. 利用者の抱きかかえ等に伴う腰部負担の低減のため、利用者の残存機能に応じ、スタンディングマシン、スライディングボード、スライディングシート、リフト等福祉用具を利用
5. 利用者の心身の状態は日々変化するため、適用する作業標準は、利用者の状況により適宜見直す
6. チェックリスト、作業標準及び利用者の心身の状態を勘案したリスクアセスメントを行うことにより、腰痛発生のリスクの低減を図る
7. 労働安全衛生マネジメントシステムを通じ、よりリスクを低減することのできる方法を、介護施設の運営責任者が率先して取り組み、介助の改善を図る

労働災害事例と防止対策 ⑤

小型バンで作業者を送迎中、運転を誤って道路脇の排水路に転落

業種	鉄道・軌道・水運・航空業	
事業場規模	30～99人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	トラック	
災害の種類(事故の型)	交通事故(道路)	
被害者数	死亡者数:0人 不慮者数:0人	休業者数:3人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	交通の危険	
発生要因(人)	無意識行動	
発生要因(管理)	その他	



原因

1. 運転者が運転中に前屈みになり、ハンドル操作を誤ったこと（Aは運転中に喫煙していたタバコを落とし、それを拾うために前屈みになり、ハンドル操作を誤った）
2. バンの車内でシートベルトをしていなかったこと（バンに乗っていた3人はいずれもシートベルトをしていなかったため、バンが排水路に転落した衝撃で負傷した）
3. 運転者が長時間労働を行っていたこと（Z社の所定労働時間は7.5時間であるが、残業時間は最近3カ月間の月平均が100時間を超えていた。さらに、作業終了時間はほとんど深夜の上、Aは往復の運転を含めると日平均で約16時間の労働を行っていたことも運転を誤った一因として否定できない）

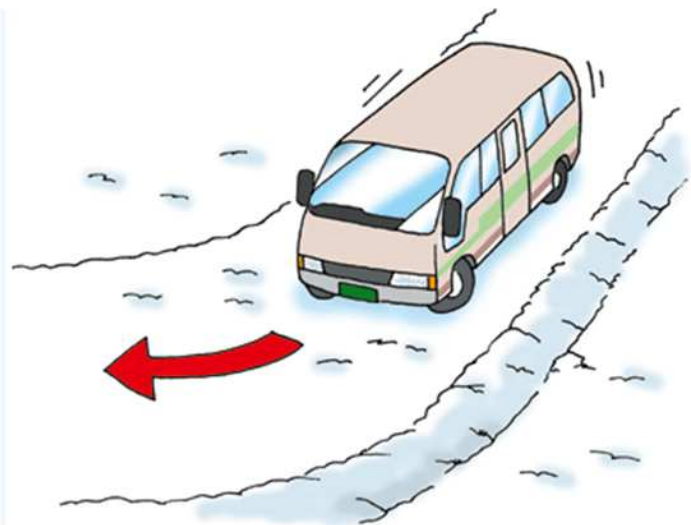
対策

1. 運転手に対して適切な交通安全教育を実施すること（運転業務に従事する作業者に対し、交通KYT等の交通安全教育を実施し、運転中の喫煙やわき見運転の防止を図る）
2. 車両に乗車する者には、シートベルトを着用させること（車両に乗車する者には、乗車位置に関わらず必ずシートベルトを着用することを徹底する）
3. 作業者の長時間労働を防止すること（作業者の残業時間が長時間とならないように、必要な人員の配置、就業場所の変更、作業の転換、深夜業の回数の減少等の措置を講じる。特に、自動車運転以外の作業を行い、当該作業を終了した作業者を運転業務に就かせる場合、自動車運転以外の作業を軽減するように配慮する）

労働災害事例と防止対策 ⑥

送迎用マイクロバスで走行中、雪道でスリップし、道路わきに横転

業種	肉製品、乳製品製造業	
事業場規模	300～999人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	乗用車、バス、バイク	
災害の種類(事故の型)	交通事故(道路)	
被害者数	死亡者数:0人 不慮者数:0人	休業者数:6人 行方不明者数:0人
発生要因(物)	作業環境の欠陥(部外の)	
発生要因(人)	危険感覚	
発生要因(管理)	不慮の危険に対する措置の不履行	



原因

1. 十分減速することなく、カーブに進入したこと（マイクロバスは、制限速度で走行していたが、カーブの手前で十分減速しなかったため、凍結して粉雪が積もった路面でスリップし、横転した。マイクロバスはスタッドレスタイヤを装着していたが、現場は凍結路面の上に粉雪が積もったカーブで、スタッドレスタイヤではスリップを防ぐことができなかった）
2. 会社として、交通安全教育や交通事故防止のための取り組みをしていなかったこと（Z社では、自家用車で通勤する者を含め自動車による通勤が全てであったのに、マイクロバスの運転者を含め交通安全に対する安全教育を実施していなかった。また、会社として交通事故防止のための取り組みもしていなかった。このため、雪道での安全運転、チェーンの装着等について運転手の認識が不十分であった）

対策

1. 交通安全について会社としての取り組みを行うこと
会社の経営者は、従業員の自動車による通勤時を含めた交通安全のため、次のような取り組みを行うことが重要である。
 - ① 道路の危険マップの作成（事業場の周辺には積雪や凍結による事故を含め交通災害が発生しやすい場所があるので、その情報の収集および自動車運転者のヒヤリ・ハット経験の報告等をもとに道路の危険マップを作成し、通勤用バスの運転者および自家用車による通勤者に示して、運転時の注意を呼びかける）
 - ② 自動車運転者に対する交通安全教育を実施すること（自動車を運転する者に対しては、定期的に交通安全についての教育を実施する。特に、積雪、路面凍結のおそれのある地域においては、使用するタイヤの交換、チェーンの装着、急ブレーキを使わなくても良い安全速度の保持、カーブに入る前の減速運転、交通KY等について実地訓練を含めた交通安全教育を実施する）

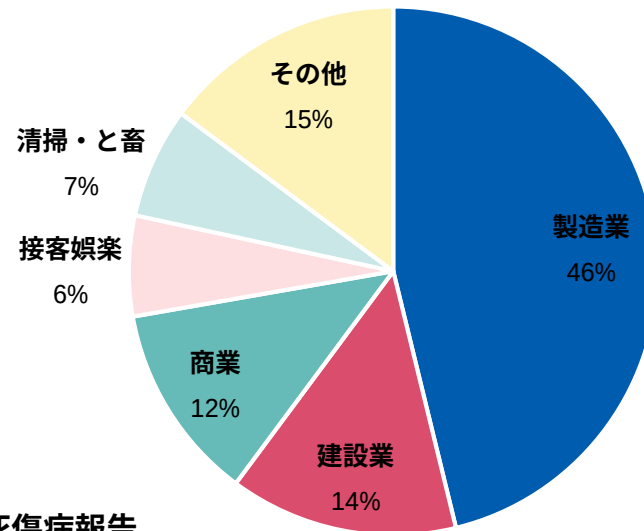
職場における化学物質管理の課題（全国版）

個別規制の対象外となっている化学物質による労働災害が全体の約8割

＜化学物質による労働災害発生状況（令和3年）＞

起因物	件数
有害物	156
爆発性の物等	13
可燃性のガス	38
引火性の物等	16
その他の危険物、有害物	249
合計	472

出典：労働者死傷病報告



出典：労働者死傷病報告

	件数 (平成30年)	障害内容別の件数(重複あり)		
		中毒等	眼障害	皮膚障害
特別規則対象物質	77 (18.5%)	38 (42.2%)	18 (20.0%)	34 (37.8%)
特別規則以外のSDS交付義務対象物質	114 (27.4%)	15 (11.5%)	40 (30.8%)	75 (57.7%)
SDS交付義務対象外物質	63 (15.1%)	5 (7.5%)	27 (40.3%)	35 (52.2%)
物質名が特定できていないもの	162 (38.9%)	10 (5.8%)	46 (26.7%)	116 (67.4%)
合計	416	68 (14.8%)	131 (28.5%)	260 (56.6%)

出典：労働者死傷病報告

化学物質の性状に関連の強い労働災害（有害物等との接触、爆発、火災によるもの）が年間約500件発生

製造業のみならず、**建設業、第三次産業**における労働災害も多い

○ 作業環境測定の結果が、直ちに改善を必要とする**第三管理区分**と評価された事業場の割合が増加傾向。

有害作業の種類	作業環境測定の結果 第三管理区分の割合				
	H8年	H13年	H18年	H26年	R元年
粉じん作業	5.7%	5.6%	7.4%	7.7%	6.6%
有機溶剤業務	3.8%	3.3%	4.3%	5.0%	3.7%
特定化学物質の製造・取扱い業務	1.2%	1.2%	2.9%	5.7%	4.2%

職場における化学物質管理の課題（佐賀局版）

個別規制の対象外となっている化学物質による労働災害は全体の**約6割**

＜化学物質による労働災害発生状況（平成26年度から令和5年度まで）＞

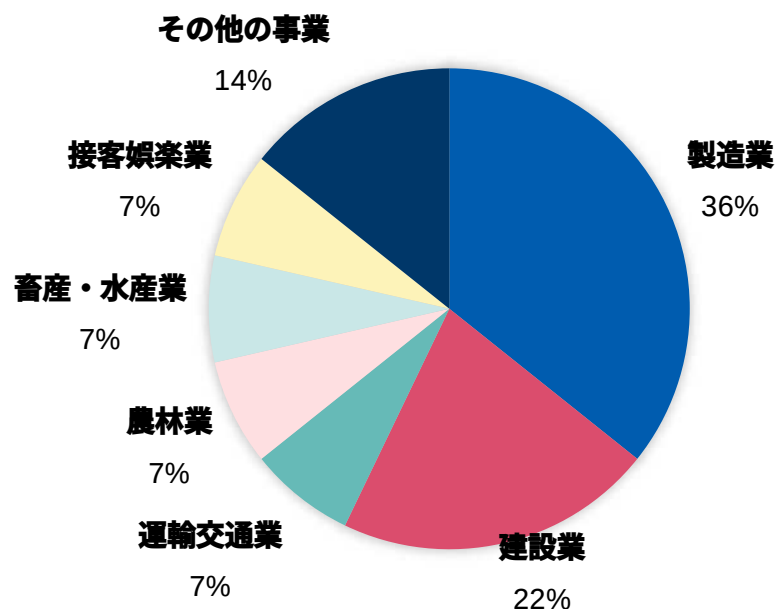
	件数 (25件)	障害内容別の件数(重複あり)		
		中毒	眼障害	皮膚障害
特別規則対象物質	11件(44%)	9件	0件	2件
特定リスクアセスメント対象物	9件(32%)	3件	1件	5件
判断不明（物質名が特定できていないもの）	5件(24%)	1件	0件	4件
合計	25件（100%）	13件 (52%)	1件 (4%)	11件 (44%)

資料：労働者死傷病報告

事業場における
自律的な管理活動

死傷病報告に、物質名が特定されないまま提出されているものがある。

＜業種別労働災害発生状況＞



全業種

製造業のみならず、**建設業、運輸交通業、農林水産業、接客娯楽業**において、化学物質の労働災害が発生している

職場における化学物質による職業性疾病事例

職場のあんぜんサイトから（災害発生事例）

ガスコンロの不完全燃焼で一酸化炭素（CO）中毒

業種	その他の小売業	
事業場規模	5～15人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	危険物、有害物等	
災害の種類(事故の型)	有害物等との接触	
被害者数	死亡者数：0人 不休者数：0人	休業者数：2人 行方不明者数：0人
発生要因(物)	作業方法の欠陥	
	職場的原因	
	ガスコンロの仕様と換気装置の取付	

ガスコンロではなく、
電気コンロ？

換気装置をつけ忘れた
ときに稼働するガス
探知機、警報機を
付けるか？

ガスコンロの仕様に合わない寸法

教育は行われていたが作業者が換気装置を稼働させていなかったこと

日常のガス使用時の作業標準が作成されていなかったこと



対策

作業のリスクアセスメントを行い、リスク低減措置を実施すること

ガス使用時の作業標準を定め、作業者に周知すること

作業者に対し、不完全燃焼及び不完全燃焼より発生する一酸化炭素による中毒の危険性と、一酸化炭素中毒に対する予防措置などを十分に教育すること

職場における化学物質による職業性疾病事例

職場のあんぜんサイトから（災害発生事例）

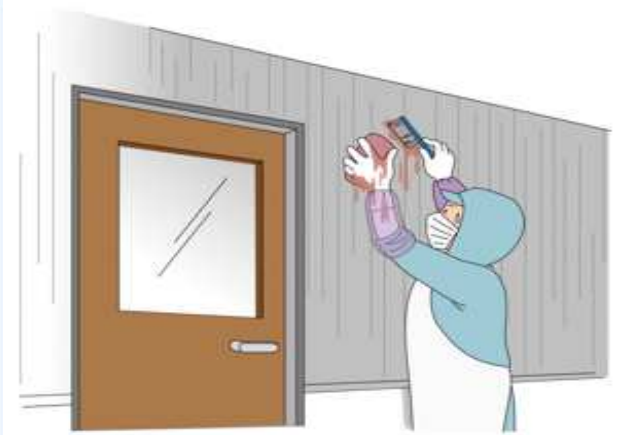
壁面に付着したカビや油分をこすり落とす作業中、
次亜塩素酸ナトリウムによる化学熱傷を負う

業種	食料品製造業		
事業場規模	100～299人		
機械設備・有害物質の種類(起因物)	危険物、有害物等		
災害の種類(事故の型)	有害物等との接触		
被害者数	死亡者数：0人 不休者数：0人	休業者数：4人 行方不明者数：0人	
発生要因(物)	作業方法の欠陥		
	職場的原因		
	保護具、服装の欠陥		

労働者が使用する
洗剤のSDSは取り
寄せていたか？

不慣れな労働者が安全に作業を遂行できる作業標準が作成されておらず、またこれに基づいた作業が実施されていなかったこと

作業状況に応じた保護具が選定されず、着用方法についても明確に定められていなかったこと



対策

作業に関するリスクアセスメントを実施し、リスク低減措置を講じること

使用説明書の内容を遵守した作業標準を作成すること

次亜塩素酸ナトリウムに関する化学的性質、有害性、取扱上の注意事項等について、関係作業者に十分な教育を実施すること

職場における化学物質による職業性疾病事例

職場のあんぜんサイトから（災害発生事例）

次亜塩素酸ナトリウムを加湿器に誤って投入したことによる中毒

業種	社会福祉施設	
事業場規模	16～29人	
機械設備・有害物質の種類(起因物)	有害物	
災害の種類(事故の型)	有害物等との接触	
被害者数	死亡者数：0人 不休者数：0人	休業者数：1人 行方不明者数：0人
発生要因(物)	知らない、分からないまま使うこと のリスク	
発生要因(人)		
発生要因(管理)		

原因

薬品の使用方法についての情報共有が不足していたこと

異臭がする際の対策が検討されていなかったこと

容器の外観や名称が似ていたため、化学物質を取り違えたこと

対策

次亜塩素酸水と次亜塩素酸ナトリウムのような、名称が似ているが異なる物質について、使用時の注意事項を明確に掲示し、手順書を作業者で共有して作業を行う

外観や名称が似た化学物質の取り違えが起こらないように、収納場所を別にし、それぞれ目立つ場所にラベルを貼る。こぼれた薬品や時間経過によりラベルが色褪せた場合は速やかに貼りかえ、取り違えを防止する

福祉施設や病院等の交代勤務のある職場では、特に注意して情報共有を行う



心身ともに、
ご安全に。