

神奈川県高齢者福祉施設協議会



事故防止研修⑤

事故報告書の効果的な書き方
事故後のトラブル防止

育生会研修センター センター長
(株) 安全な介護 専任講師
川村 亜希



事故の経過記録



Aさんが書いた事故経過記録

昼食後トイレ誘導。立位で下衣の脱衣介助を行おうとしたところ、介護拒否。介護職員に暴力。その際バランスを崩した。支えようとしたが支えきれず介護職員と一緒に転倒した。

主観的な記録



分析ができない

Bさんが書いた事故経過記録

昼食後、ウトウトし、うつむいて目を閉じていた。「トイレに行きましょう」と声をかけた。返事がなかったが居室のトイレにお連れした。立っていただきズボンを脱ぎましょうと声をかけ、ズボンを下ろそうとしたところ、「何するの!!」と大きな声でいい、介護者の手をひっかいた。その時左にバランスを崩して介護職員と一緒にしりもちをついた。

客観的な記録



分析しやすい

分かりづらい記録・報告書の書き方

- ✗ 簡単に書いて、詳しくは口頭で説明しよう
⇒絶対忘れますよ！
⇒『書いてない事』を伝言していくことはキケン！
- ✗ 専門用語、略語を使って短い文章にまとめる
⇒本人、家族が見ても分かるように
⇒行政や司法に関する機関に提出する可能性





一番大切な事

誰が読んでも意味が解る

- 日本語が正しくなくても、意味がわかれば良い！
- 子供っぽい文章でも、正しいことが書かれていれば良い！
- 長い文章になっても、正しいことが大切！



経過記録の具体的な書き方

経過記録の基本は叙述体

- 出来事を時間の経過に沿って記録するのが叙述体
- 誰が読んでも事実が分かりやすい
- 介護職の記録の文体としては一番多く用いられている
(事故報告書や経過報告書)

ポイント

事実を客観的に捉えることが重要
事実（客観）と推測等（主観）をはっきり区別する
推測や考えを記載する場合はその根拠も記載する

時系列で書く

※事故前の利用者の様子

①事故発生（発見）

どのような状態を見たのか

②対応

どのような対処をしたのか

③利用者の様子

どのような反応をしたのか、
なんと言っているのか

④結果

受診の結果

経過観察の結果

5W1H

When：いつ

Where：どこで

Who：だれが

What：何を

Why：なぜ

How：どのように

事実を**客観的**にとらえる

・目撃していないことは見たままの事実を正確に書く

- × 廊下で転倒していた
- × 居室で尻もちをついていた
- × 車椅子からずり落ちていた
- 廊下で左側を下に横になっているところを発見した
- 居室のベッド脇に両膝を少し曲げて座った状態だった
- 車椅子前方の床に仰向けの状態でいるのを発見した

事実を**客観的**にとらえる

・目撃した場合は『どのように』その状態になったのか詳しく表現

- × 廊下を歩いている時突然転倒した
- × 車椅子から転落した
- × ベッドからずり落ちた
- 廊下を歩いている時膝から崩れるように左側臥位に倒れた
- 車椅子上で前のめりになり、右肩から床に落ちた
- ベッドで端座位になっている時お尻の位置が少しずつ前にずれてゆっくると床にお尻が着いた



主観と客観の区別

主観的な表現

- 何度もトイレに行った
- ナースコールが頻回だった

客観的な表現

- 13時から15時の間に8回トイレに行った
- ナースコールが2、3分おきに鳴ることが1時間続いた



主観と客観の区別

主観的な表現

- 昼食をほとんど残した
- とても機嫌が悪そうだった

客観的な表現

- 昼食はおかずを2、3口食べた
- お茶を出すと『いらない！』と大きな声を出した



書くべきではない表現

- 個人の感想
- 個人の気持ち
- 決めつけた内容
- 難しい専門用語

客観と主観の
明確な区別

意見や推測を書く場合



- ～だと考えた。
- ～ではないかと推測する。

⇒その考えに至った根拠も書く

- ～だと考える。なぜならば～だからだ。



事故後のトラブル防止

過失→損害賠償、訴訟、刑事告訴・告発

◆過失のある介護事故

- 事故防止のための基本的な対策が取られていない
- 予測することができていた事故が起きる
- 職員のミスや違反により大きな損害（重症）を与えた
- 同じ事故が繰り返されているのに適切な対策が取られていない
- 事故発生時の対応が不適切なために損害が大きくなった

事故発生時の対応ミス

事故発生
(防ぐことが困難)



適切な対応



過失なし

事故発生
(防ぐことが困難)



適切な対応を
しなかった



過失あり



過失が認められた事故発生時の対応ミス

- 事故後の外傷について医師の指示を仰がず、施設判断で様子観察したため悪化した
- 事故後救急車を要請せず、死亡した
- 痛みのある部位を無理に動かし骨折を悪化させた
- 窒息事故発生時に救急車要請が遅れて死亡した
- 溺水事故発生時に浴槽から引き上げられず、救出に時間がかかりその後死亡した



事故発生時のマニュアルを整備・周知

- 事故発生時の対応マニュアルはあるか？
- 事故発生時対応マニュアルの内容を知っているか？
- いざという時にマニュアル通りに動けるか？
- マニュアルの内容は、現状に則しているか？
- マニュアルの見直し、周知させる研修等を行っているか？



事故防止への取り組み

再発防止

- ・原因分析
- ・再発防止策
- ・ルール作り
- ・職員への周知
- ・実施、評価

事故

事故後のトラブル防止

- ・個別アセスメント
- ・ヒヤリハット活動
- ・危険発見活動

未然防止



おつかれさまでした

神奈川県高齢者福祉施設協議会