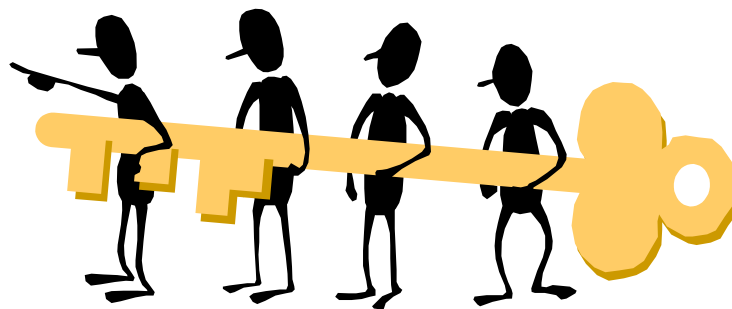


介護事故報告書

～書式例・記入例～



高住経ネットが独自の視点で策定した、介護事故報告書の書式です。

主に、介護保険施設、高齢者住宅を対象としていますが、
その他通所サービス、短期入所サービス等でも、活用いただけます。

事故報告書は、反省文や始末書ではなく、
とりあえず、書けばよい、あれば良い・・・というものではありません。
その役割や目的、活用方法をしっかり理解して、策定することが必要です。

コラム『介護事故報告書策定のポイント』をお読みいただき、
合わせて勉強会などで、ご使用いただければと思います。

介護事故報告書策定のポイント

① 事故報告書策定の目的

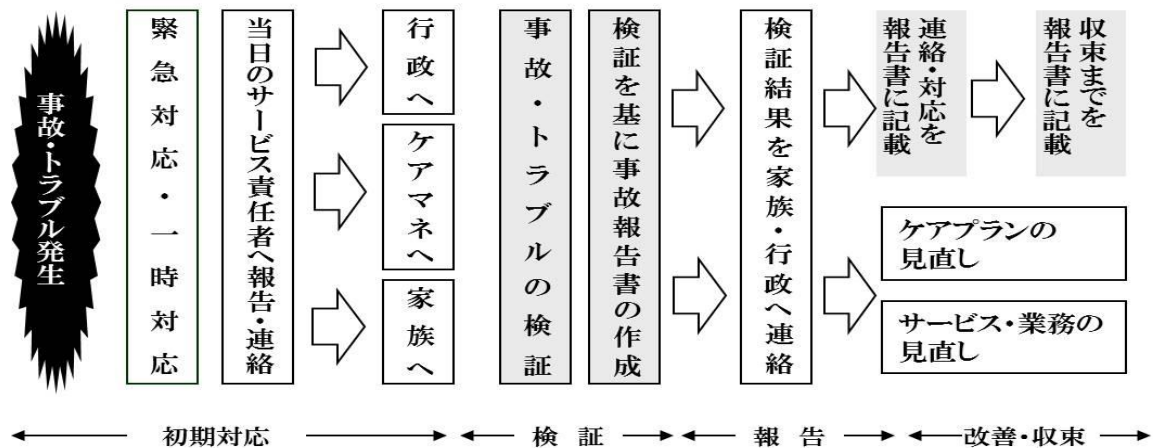
- ① 事故・トラブルの発生状況・原因を明らかにし、同様の事故の発生を予防すること。
- ② 事故後の初期対応が適切だったのかを検証し、事故の拡大を予防すること。
- ③ 情報を集約し、家族・行政に正確な情報を連絡・報告すること。
- ④ 裁判などに備え、事故発生から対応方法、収束までの情報を一元的に管理すること。

② 事故報告書の原則

- 【迅速性】・・・ 事故・トラブル・クレームの連絡、報告は迅速に行うこと。
- 【客観性】・・・ 曖昧な言葉・表現や主観的な意見ではなく、客観的事実に示すこと。
- 【連続性】・・・ 発生・対応・収束までを一つの流れとしてわかるように整理すること。
- 【共有化】・・・ 事故予防・サービス向上・チームケアのために活用すること

③ 発生から収束までの流れ

事故報告書策定と対応・改善の流れ



④ 報告の前には検証を行う

- 【時期】 初期対応終了後、他の業務に優先しできるだけ迅速に(夜勤帯は除く)
- 【検証者】 第三者である管理者・介護主任などを中心に、関係者全員
- 【時間】 10分程度(長い時間をとらない)
- 【内容】 事故発生時・発見時の状況把握 / 初期対応の内容・状況把握
(個人の責任を問うものではなく、事故原因は検証者が判断する)

事故報告書(書式例)

入居者名			
場所・内容			
怪我・骨折等		入院	有 ・ 無

発 生			
発 見			
検 証			
報告書作成			

発生状況	
------	--

初期対応	
------	--

発生原因	スタッフ	
	建物・設備・備品	
	入居者	

対応課題	
------	--

家族	
----	--

行政	連絡 要 ・ 不要	

保険	連絡 要 ・ 不要	

対応・予防	
-------	--

課 題	
-----	--

管理者	
-----	--

事故報告書(記入例)

NO. 2012-02A2

・整理番号
・管理しやすいよう
事業所で工夫

入居者名	208号 稲垣 さと さま
場所・内容	居室トイレ内 夜間、便座から車椅子への移乗時に、車椅子ブレーキ不十分で発生した転倒事故
怪我・骨折等	左ふくらはぎ外側に切り傷

・報告書のトップ
・概要が一目でわかる

発生	4月23日 23:35頃 (本人談より推定)
発見	4月23日 23:40 内海 (2F 夜勤)
検証	4月24日 08:00 (15分程度) 道佛、田辺(3F 夜勤)、内海、稲垣さま
報告書作成	4月24日 17:30 (9:00 管理者へ口頭報告) 道佛 (当日リーダー)

・検証・報告時間の意識
・報告者は発見者以外
(リーダーなど)

発生・発見状況	23:40 【内海】 213号の菊地さま排泄介助後、スタッフルームへ戻る。 208号室の方向から、「誰かチョッと来て・・・」の音が聞こえ、かけつける。 208号室で、稲垣さまが居室内のトイレ内で、転倒しているのを発見 (車いすがドアの外にでている) 稲垣さま「排泄後、車いすに移ろうとしたところ車いすが動いて転倒した」とのこと (移乗排泄自立)
	23:45 【内海】 コールで、3F 夜勤 田辺に応援依頼 【内海・田辺】 2名で身体状況の確認。 頭部打撲はないが、左ふくらはぎ外側に小さな切り傷を発見 (車いすのフットレストのネジが飛び出ており、転倒時、怪我をした様子)

・客観的事実のみ箇条書
・事故発生・発見直前の
行動から記入
・時間の意識付け
・枠内に収まらない場合、
抜粋せず別紙記入

初期対応	23:50 【田辺】 通常業務に戻る
	23:50 【内海】 切り傷を消毒・処置し、バンドエイドを貼る。 フットレストのネジはテープで応急処置 気分は悪くないか、痛いところはないかを確認。 稲垣さま「痛いところはない」と回答 気分が悪くなったり、痛いところがでてきたら、必ずコールして欲しいと伝える。 その後ベッドで入眠
	02:00 【内海】 巡回時にも、ぐっすりとお休み。 大きな変化なし。
	07:00 【内海】 起床時、声かけ 特段の変化なし。 08:00 【田辺】 検証時、稲垣さまに声かけ、特段の変化なし。

・客観的事実のみ箇条書
・勤務内の継続関連動作
すべて記入
・時間の意識付け
・枠内に収まらない場合、
抜粋せず別紙記入

発生原因	スタッフ	
	建物・設備・備品	車いすのフットレストのネジの緩み(出っ張り) (車いすのブレーキの機能を確認したが、問題なし)
	入居者	車いすのブレーキのかけ忘れ (十分にかかっていた)

・事故の3要素から
原因となる要素
すべてを検証・記入

対応課題	転倒時の頭部打撲の可能性に対する確認が不十分 (本人の意識があり、大丈夫だというだけでは見落とす可能性がある)
------	--

家族	4/24 9:00 【道佛】 次女(保証人)、稲垣友子さまに電話。 転倒事故について連絡。 「了解しました、お世話おかけします」とのこと。 4/29 午後に来訪予定、その時に詳細にお話させていただく (道佛が当日出勤のため対応)
----	--

・家族連絡の日時・対応
・次回来訪時も確認
・来訪時の内容は、
追加報告

行政	連絡 要 (不要)
----	-----------

保険	連絡 要 (不要)
----	-----------

対応・予防	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 日勤帯、田中看護師に、切り傷の処置と状態チェックを依頼 ⇒ 処置済み、変化なし (9:00) ◆ 稲垣さま 車いすのフットレストのネジの飛び出しを修繕 (岩城事務員 13:00) ◆ 稲垣さまに、車いすのブレーキのかけ方の注意事項についてお話す (道佛 13:00) ◆ 全車いすのブレーキ 及び ネジの飛び出しなど危険箇所がないか、岩城事務員に総点検を依頼 (9:00) ⇒ 岩城事務員より連絡あり、26日、27日の午後より、車いす業者の〇〇さんと一斉点検予定。 ◆ 本日から3日間 の2Fの夜勤者に、稲垣さま 入眠時の声かけ(21:00)、23:30頃に巡回を行うよう申し送り。
-------	---

・時間・担当者の意識付け
・その日中にできることは
すべて対応すること
・申し送りは、指示内容を
明確にすること

課題	<ul style="list-style-type: none"> ◇ リスクマネジメントの委員会 (4/27開催) の議題として取り上げる予定 ◇ 【要検討】 居室内トイレの緊急コールは、転倒すると手が届かないため、工夫が必要ではないか。 ◇ 稲垣さま、同様の転倒が続くようであれば、ケアプラン変更 (ポータブルトイレ利用) なども検討が必要か。
----	--

・原因詳細、初期対応は
委員会で検討
・対応・予防以外に
気づいた点について記入

管理者	<ul style="list-style-type: none"> ① 4/29 出勤しているため、家族が来られたら、連絡してください。 ② 緊急コール取り替えは難しいですが、他に何か良い方法がないか、リスクマネジメント委員会で検討してください。 ③ 事故リスクの排除は重要ですが、本人のお気持ちやご家族の意向などにも、十分留意して対応してください。 ④ 車いすのブレーキかけ忘れ防止の補助員が出ているようです。委員会で合わせて検討してください。
-----	--

・委員会での議論の明確な
指針を与える
・管理者ができることを
明確に伝える

4月24日【道佛】

- ◆ 夜勤スタッフへ、昨日の転倒と入眠時の声かけ(21:00)、巡回(23:30)を行うように申し送り

4月26日・27日【岩城事務員より】

- ◆ 車いす業者の〇〇さんと、車いすの点検終了（フットレストの他、空気圧などもすべて点検）
- ◆ 2台の車いすに修繕の必要性があり、当日修繕済み
- ◆ 〇〇さんに、半年に一度、車いすの定期点検をおこなっていただくことを依頼・応諾(事務所で調整)
- ◆ 〇〇さんに、車いすかけ忘れ防止補助具と、トイレの緊急コールの課題について情報を依頼

4月27日【リスクマネジメント委員会 内海より】

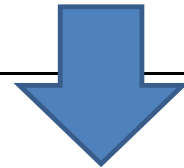
- ◆ 転倒時の頭部打撲の可能性に対するチェックポイント・対応について検討
⇒ 看護師より、短時間の研修を行うこととする（5月29日から4日間・・・全スタッフ研修に参加のこと）
- ◆ ケアプランの変更については、しばらく様子を見て、次回のカンファレンスで検討する

4月29日【道佛より】

- ◆ 稲垣さま ご家族(保証人 次女さま)来訪
⇒ 転倒とその後の対応について、道佛より説明（管理者同席し、転倒を謝罪）
⇒ 『お手数をおかけします・・・、丁寧に対応していただき感謝している』との言葉をいただく。
⇒ 居室にて、ご家族と一緒に、『夜間のトイレの時は、スタッフに声かけしてほしい・・・』と、稲垣さまに伝える。
⇒ 『車いすに乗る時はブレーキを確認します。夜間は声かけします・・・』とのこと

・客観的事実のみ箇条書
・関連事項や面談内容を
継続・追記する
・家族への説明
及び対応は重要

・家族への説明において、
トラブルの可能性ある時は
必ず複数人で対応する
(言った・言わない・・・など)



継続・追記

事故報告書(記入例)

NO. 2012-03B2

・整理番号
・管理しやすいよう
事業所で工夫

入居者名	315号 安田 勲 さま		
場所・内容	食堂内、夕食後の服薬確認が不十分で、決められた薬を飲んでいなかったことが後刻判明した事故		
怪我・骨折等	特になし(状態変化なし)	入院	有・ 無

・報告書のトップ
・概要が一目でわかる

発生	5月23日 18:30頃 (状況及び本人談より推定)	
発見	5月23日 21:00	田代 (3F 夜勤)
検証	5月24日 08:15 (15分程度)	西山、田代、内海(2階夜勤)、安田さま
報告書作成	5月24日 17:30 (8:45 管理者へ口頭報告)	西山 (当日リーダー)

・検証・報告時間の意識
・報告者は発見者以外
(リーダーなど)

発生・発見状況	21:00 【田代】 夜勤時、食堂の清掃をしているときに、一粒の薬が食堂内に落ちていることを発見 ⇒ 現状、夕食時に看護師が本人に薬を渡し、本人が服薬(介助不要)、スタッフが口頭で確認している。
	21:15 【田代】 コールで、2F夜勤 内海に応援・確認依頼 薬剤名 ○○○○○○、安田さまの前立腺の腫れを改善し、排尿を促進する薬だと判明
	21:15 【田代・内海】 2名で安田さんの居室を訪問。事情を説明し、服薬の有無について確認。 『そう言えば、飲もうとしてすべて落ちたかも』と、記憶は曖昧なところもあり、はっきりしない。 同じ薬を使用している利用者は、そのフロア(食堂)にはいないため、安田さんの薬であると判断

・客観的事実のみ箇条書
・事故発生・発見直前の行動から記入
・時間の意識付け
・枠内に収まらない場合、抜粋せず別紙記入

初期対応	21:25 【内海】 通常業務に戻る
	21:30 【内海】 気分は悪くないか、尿はでているか確認。安田さま「気分は悪くない」と回答。 トイレに排尿を確認。 気分が悪くなったり、いつもと違う様子であればコールして欲しいと伝える。
	21:40 【内海】 看護師(田中)に電話で状況説明。『今日は服薬させず、そのまま様子を見ること』と指示を受ける
	24:00 【内海】 巡回時にも、ぐっすりとお休みの様子。特段の変化なし。 07:00 【田辺】 起床時、声かけ、特段の変化なし。

・客観的事実のみ箇条書
・勤務内の継続関連動作
すべて記入
・時間の意識付け
・枠内に収まらない場合、抜粋せず別紙記入

発生原因	スタッフ	服薬確認のミス(誰が確認するのか、確認したのかが、曖昧になっている)
	建物・設備・備品	
	入居者	服薬時に、薬を床に落としてしまった。確実に薬を飲んだか否かの理解が乏しい

・事故の3要素から
原因となる要素
すべてを検証・記入

課題	服薬ミスの対応方法を決定できるのは、看護師ではなく、処方した医師であり、初期対応に問題あり。 (服薬ミスの対応を看護師が指示し、それが原因で状態が急変した場合、個人責任を問われる可能性がある)
----	---

家族	5/24 9:00 【西山】 安田 智慧さま(妻・保証人)に電話。転倒事故について連絡。 「了解しました」「家でも飲まないことも多く、問題ないと思います。」とのこと。
----	--

・家族連絡の日時・応対
・次回来訪時も確認
・来訪時の内容は、追加報告

行政	連絡 要 不要
----	----------------

保険	連絡 要 不要
----	----------------

対応・予防	◆ 朝の申し送り、夕の申し送りで、服薬確認の重要性あらためて説明・指示。
	◆ 安田さまの服薬を確実に確認するように、夜勤者に指示(3階フロア担当 阿部)
	◆ 服薬確認の方法の見直しについて、臨時のリスクマネジメント委員会の開催を提案 ⇒ 5/25 17:30~ (管理者、田中看護師、西山、リスクマネジメント委員)(30分限定)
	◆ 田中看護師には、夜間・勤務外の対応に感謝と、その課題・取り組みの強化について話をする ◆ 本日から一週間、朝礼時、夜間申し送り時に、服薬確認の重要性について申し送りを行う。

・時間・担当者の意識付け
・その日中に行えることは
すべて対応すること
・申し送りは、指示内容を
明確にすること

課題	◇ リスクマネジメントの委員会(5/25臨時開催)で検証・検討 ⇒ 服薬管理の方法、服薬確認の方法、誤薬(飲み忘れ)時の対応について、協議 ⇒ 安田さまの服薬管理・服薬確認の方法の見直し(ケアプラン見直し)が必要か
----	---

・原因詳細、初期対応は
委員会では検討
・対応・予防以外に
気づいた点について記入

管理者	① 安田さま個人の問題ではなく、服薬管理・服薬確認のシステム的な課題として捉えること。 ② RM委員会では、服薬確認の徹底だけでなく、誤薬時の対応についても十分検討してください。 ③ RM委員会の臨時開催ですので、必ず、参加スタッフは残業手当を申請してください。
-----	---

・委員会での議論の明確な
指針を与える
・管理者ができることを
明確に伝える

5月24日【西山】

- ◆ 朝礼で、誤薬事故の発生と、服薬介助不要の利用者をピックアップし、確実に服薬確認するように指示
- ◆ 夜勤申し送りで、安田さまの誤薬事故を説明し、確実に服薬確認するように指示

5月25日【リスクマネジメント委員会 臨時開催】

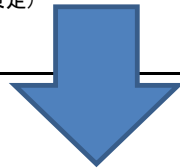
- ◆ 誤薬(飲み忘れ)が起こりやすいのは、服薬介助が不要(服薬自立)の高齢者
 - ⇒ 現状、口頭確認としているが、『飲まれましたか?』『はい』程度の確認しか行っていない。
 - ⇒ 服薬確認は重要であり、服薬時に目で実施確認できるよう、スタッフを確定させることが必要。
 - ⇒ 服薬自立の利用者をピックアップし、自立度と本人希望に合わせ、ケアプランの変更を行う
- ◆ 誤薬時(飲み忘れ等)の発見時、対応について
 - ⇒ 誤薬(飲み忘れ)を発見した場合、看護師ではなく、処方した医師に確認しなければならない。
 - ⇒ 管理者から山下医師(協力診療所の医師)に、夜間でも連絡して良いか、確認してほしい。
 - ⇒ 次回の診察時(5月27日)に、管理者・田中看護師とともに、医師に確認。

5月27日【管理者】

- ◆ 誤薬時の対応について、山下医師に相談(田中看護師・西山リーダー同席)
 - ⇒ 誤薬時に、不安であれば、いつでも携帯電話にご連絡いただければ良いとのこと。
 - ⇒ 服薬管理に、特に注意が必要な利用者・薬についてピックアップしたいと田中看護師より相談
 - ⇒ 服薬管理が必要な高齢者と薬を洗い出し、服薬管理のケアプラン見直しに役立てることとする。
(当日中に、田中看護師と共同で洗い出し、田中看護師が資料策定)
 - ⇒ 次回リスクマネジメント委員会(6月2日)に提出し、マニュアル見直しについて検討。

・客観的事実のみ箇条書
・関連事項や面談内容を
継続・追記する
・家族への説明
及び対応は重要

・外部事業者との協議の際は、
担当者と管理者が出席し、
取り組みを説明すること。



継続・追記

高齢者住宅事業者・介護保険施設のサービスの質を図る大きな指標となるのが、
介護事故やトラブルについて書かれた『介護事故報告書』です。
それは、『事故報告書の多いところは事故が多い』といった安直なものではありません。

介護事故報告書には、

- 『発生した事故の原因をどのようにとらえているか』
- 『状況を正確に把握できているか』
- 『初期対応の可否・課題が検討されているか』
- 『連絡・報告は適切に行われているか』
- 『類似事故の予防策、対応の不備は修正されているか』
- 『介護リーダーは、事故予防やスタッフ教育のノウハウがあるか』
- 『管理者は、適切にサービス管理・経営管理ができているか』
- 『サービス向上、リスクマネジメントがシステムとして構築されているか』

といった、経営管理・サービス管理のノウハウがすべて集約されています。

つまり、その高齢者住宅・介護保険施設のサービスレベル、介護リーダーの能力、
管理者の質は、この介護事故報告書さえ見れば一目瞭然なのです。

介護事故報告書は、高齢者介護のプロである『介護リーダー』のサービス管理の一里塚であり、
サービス向上の手段・目標であり、かつ、ゴールなのです。