

昨今、介護記録の重要性が叫ばれています。

厚労省も H27 の介護保険の改正から、地域密着サービスで行われる運営推進会議で介護記録、介護計画書など帳簿類を提示して第三者からのチェック機能を受けるようにとの通知があるほど、今や介護記録というのは事業所内で共有するものではなく、社会に発信する材料としての役割になりつつあります。

また介護に関する帳簿類は実地指導の他、今増加しつつある介護裁判の判断材料となるなど、記録の重要性はますます増えています。

そこで、今回は介護事故が起きたときに書かなければならないヒヤリハットや事故報告書の書き方、いざ訴訟に持ち込まれたときに記録帳簿類としてどのようなものを揃えておかなければならないかについて解説していきたいと思います。

1) 介護事故・ヒヤリハット時の記録の重要性を認識する

介護記録やヒヤリハットに関連する記録を残す理由はどのようなものがあるのでしょうか。

それを理解するために、本来の介護記録の役割を考えてみましょう (図 1)

生活者の生活の証と提供者の支援の証を残す

記録を残すことで、確かにケアを提供していたという記録が残せます。また日々の記録を残すことで利用者の生活状況が把握できるのです。

利用者の状態や心理面・生活環境の把握

記録に残すことで利用者の生活状態と心理状態を知ることが出来ます。

ケアの連続性を可能にする

ある限られた時間(レクレーション時、入浴介助時等)だけを記録しても、利用者が何をケアしてもらいたいのかわかりません。1 日、2 日、3 日・・・常に観察、記録することで初めてケアが可能になってくるのです。

ケアの内容を明確にしてチームで共有する

介護計画書、介護記録、経過記録等記録類はスタッフ同士の情報の共有を図るほか、ケアの統一性を図ることが出来るのです

万が一の時「介護事故」から自分を守る

「ヒヤリハット」「事故報告書」などの記録がなければ、利用者に対し損害賠償を求められることがあります。適正なケアをしていたにもかかわらず、それを証明するものがなければ第三者から正当性は認められないのです。

支援の結果を社会に発信する

厚労省は H27 年改正でケア介護に積極的に出るようにとの通知がなされました。ケア会議の出席参加ならば本来であれば基準を満たさないところを特例を作り人員基準を満たすものとしました。この会議ではケアプラン、介護記録などを提示することが十分考えられます。

また運営推進会議(地域密着サービスなどで開催される会議)では第三者のチェック機能が強化されています。これらの機会では当然、介護記録などの帳簿類の提示があると思われます。

さらには個人情報保護法により利用者家族等から介護記録の提示を求められた場合は、その要求に応じなければいけないことが規定されています。

記録類を見直すことにより、今後のより良いケアを提供する為の重要な材料になる

例えば、定時のオムツ交換時に便集がして、失禁しているとします。そうした場合、介護記録を蓄積することによって、排便のリズムが見えてくると思います。介護記録を材料にしてリズムを知ることによって今後の排泄ケアに結び付けていく、今後の排泄ケアの対策をカンファレンス等で話し合うことが出来るのです。

研修材料となる

例えば新人職員が入職したとき、特定の利用者のケアでは他の利用者と違いこういう事に注意しなければならない事を事故報告書ならば今後の解決策を話し合う材料となるなどといった場合です。

このうち介護記録やヒヤリハット時に関連する記録を残す理由は、 ～ でしょうか。

しかし一番大きな理由は、これらの報告書を基に介護記録がきちんと書かれているかどうかで、訴訟に持ち込まれた場合、損害賠償の上で雲泥の差が出てくるほど記録というのは重要になってくるのです。

2) 自分を守るツールとなる 訴訟・開示などを見据えた記録の整備

自分・事業所を守るツールとして私たちにとって大切な材料はどのようなものになるのでしょうか。

それは以下の通りです。

- ・事故（ヒヤリハット）報告書
- ・介護記録(業務日誌)
- ・ケアプラン
- ・介護計画（個別計画）

これらは、訴訟に持ち込まれた場合、これらの記録帳簿類が証拠となって裁判官が判断を下すこととなります。

逆に言うと、これらの書類がなければ、ケアをしているという証拠になりません。逆に言い換えると：、私たちが裁判に勝つためには、この帳簿類しかないのです。

しかもただ書けばいいというモノでもありません。事実を書くこと、詳細を書くことを求められているのです。

書き方に関してはコ図 5 と 6 をご覧ください。

これらの書類ですが、国では統一した書類はありません。ですので必要に応じて様式を見直すことが必要です。

以下に各記録類でポイントとなる点を挙げていきたいと思います。

事故（ヒヤリハット）報告書(図 2,3)

ア) 略図を書くこと

事故の発生状況を説明するとき、文章のみではうまく説明できない事が多々あるでしょう。その際イラストを用いることによって、視覚的にも訴えることが出来るし、その時点でのスタッフの配置状況が一目瞭然で分かるのです。

イ) 回覧印

この欄を設けることが重要です。介護事業所というのは他職種が協力して一つのサービスを提供するという特殊性を有する職場です。

という事は情報共有されていなければなりません。情報共有していますよ、という事を証明する為には、回覧印を設けて各スタッフの印鑑を押してもらい、これしかないのです。

フェイスシート(図 4)

ア) 連絡先

この連絡先については 2 か所以上の欄を設けておくことをお勧めします。

なぜ、2 か所も設けておくことが必要なのでしょう。転倒などの事故が起きた場合一刻も早く利用者の家族に連絡を取らなければなりません。その時、通常の連絡先に連絡が取れば問題はないのですが、もし連絡が取れなかった場合、予備に控えておいた連絡先を取る必要性が出てくるからです。

連絡先を設ける際には出来れば固定電話の他に携帯電話を記載する欄も設けておきたいものです。今はほとんどの方が携帯を持っている時代です。固定電話よりも携帯の方がつながりやすい事もあるからです。

介護記録(業務日誌) (図 5)

介護をしたという証拠となるのがこの介護記録(業務日誌)です。

ココには介護計画、ケアプランに基づき実際に介護が行われていたかどうかが見られます。

もし事故が起きた場合、事故報告書を基にどういうケアを行っていたのか、転倒防止のための処置を行っていたのかどうかを裁判官は介護記録、ケアプラン等から読み取るのです。ですので記載内容は事実を書くことが非常に重要になってくるわけです。

リスクマネジメントの上で、記録の際に重要なのは“いつ起きたのか(When)”なのです。記載のポイントで他の生活場面(レクリエーション等)When は必要です。しかし、事故時にはこの“いつ”がとても重要になってくる場合があります。なぜなら、裁判官が“いつ事故が起きたのか”が判決を左右する場合も十分あり得るからなのです。

苦情報告書

案外知られていないかもしれませんが、この苦情報告書も厚労省はリスクマネジメント上の重要な書類として位置づけ、以下の通知を出しています。

同条第 2 項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について（1999 年 老企第 25 号）

この通知から読み取れることは以下のポイントです。

- ・利用者から苦情が出たら、内容を漏らさず記載
- ・苦情が出たらいつ出たものなのかをしっかりと明記
- ・記録があることにより今後の対応の基準につながる
- ・報告書には苦情内容だけでなく今後の対応も記載すること
- ・報告書をもとにカンファレンスなどで対応策を話し合う
- ・事業所・施設職員全員が共有する為、回覧印を押すこと（この印がないと、苦情を軽く見ていると行政から疑われてしまう）

事業所のみなさまは普段から ~ の点に注意して、普段から書類を作成して利用者別のファイルに保存しておくことが重要です。

3) 事故・ヒヤリハット発生直後に記録に残すべき情報

では、事故(ヒヤリハット発生直後にはどのような情報を残せばよいのでしょうか。

それは事故に対してスタッフがどのように関わったのか、事故直後の利用者の様子や今後につながる対策が記載されている事です。

これは介護記録を書く際のポイントが関連してきます。(図 5.6)

利用者の身体面・精神面・環境面 [周囲の状況など] をしっかりと観察して正確に！

これは、介護記録を書く基本となります。

利用者の言動、様子を観察し、確認された事実のみを記載すること、これがプロの記録と言えるのではないのでしょうか。

介護者としてどのような働きかけをし、利用者がどのような反応をしたかを記載する

ケアに携わる上で利用者から出た言葉を記載するほかスタッフとのやり取り、利用者に投げかけた言葉をそのまま記載することが重要です。

「見守り」もケアとして残す

見守りに関しては厚労省から以下の通知が出ています。

身体介護として区分される「自立生活支援の為の見守りの援助」とは自立支援、ADL 向上の観点から安全を確認しつつ、常時介助できる状態で行う見守りを言う。単なる見守り、声掛けは含まない。

介護報酬に係る Q&A について

平成 15 年 5 月 30 日厚労省老健局保健課：事務連絡

つまり“見守り”というのは普段は観察だけで良いけど、ヒヤリが生じたら、すぐさま介護に入れるようにする状態という事を言っています。

記載するポイントは、観察していて（見守りをしていて）感じた事、又見守りの結果ヒヤリハットが生じた場合、利用者とスタッフのやり取り、ヒヤリハットが生じた際の利用者の状況を記載すればよいのです。

ケアの目標や次のサービスに役立てることを意識する

単なる事実の羅列だけでは日記帳と同じです。

転倒が起こった、施設内を歩き回る、この事実に対して今後どういった対策を講じていけばよいのか、会議を開いて対策を講じていくといった今後の対策に結びつく記載が必要となってきます。

主観的な記載に注意

これは認知症の BPSD を記載する点のポイントになりますが、「暴力」「徘徊」「介護拒否」などのスタッフ自身が思った主観的観点から記載することはいけません。必ず本人から発せられた言葉やその時のスタッフとのやり取りを記載するようにしましょう。

ケアプランと関連した介護記録が記載されている事(図 7、8)

当然と言えば当然ですが、ケアプランに沿った内容の記載がなされている事が重要です。この点に関しては以下の点がチェックされます。

1. Plan 介護計画を立てる
2. Do ケアの実行
3. Check ケアを行った結果から今後の対策を話し合う
4. Action 話し合ったことを実行

4) 事故報告書・ヒヤリハット報告書の書き方

記録の整備の項目でも申し上げましたが、報告書のポイントは事故やヒヤリハットが生じたとき、利用者に接していた職員だけでなく、その他の職員の配置状況も略図に盛り込むことです。

そして、いつ(When)・だれが(Who)、どのように(How)、どこで(Where)を明確にすることが大切です。

特にいつ事故が起きたのか(When)は、訴訟に持ち込まれた場合、今後の裁判の行方を握る場合だってあります。そこ事を肝に銘じておいてください。

その他、リスクマネジメントの記載において重要なポイントは以下の通りです。

- ・多くのスタッフの様々な幅広い視点でとらえた日々の事実と本人にとっての事実の意味付け[根拠]が併せて記されている事
- ・記載された事実はスタッフの誤解がなく共有できる内容・表現であること
- ・本人にとって重要な生活の中の事実が記載されている事
- ・視覚に訴える方法【イラストを使う方法】

本人のみならず他スタッフにも理解しやすい リスクマネジメントでは非常に重要です。

そして記録は家族・親戚に見せるものだということを忘れずに!!という意識を持って記載することが重要です。事故報告書、ヒヤリハットの記載例に関しては図 2,3 をご覧ください。

5) 再発防止に活かす！事故報告書・ヒヤリハット報告書の活用

事故報告書、ヒヤリハット報告書はただ作成して、ファイルに保存して終わりではありません。

今後の事故やヒヤリハット防止策を話し合う材料になって初めて報告書の意味をなすのです。

では出来上がった事故報告書やヒヤリハット報告書を今後どのように活用していけばよいのでしょうか。それは以下の2点に集約されると思います。

- ・事故発生に至った状況から要因分析を行い、対策を検討していく。
- ・なぜ？なぜ？と繰り返し、発生状況に至った問題点を把握することが大切

例をあげます。職員が脱衣所でお風呂に入る為、洋服を脱ぐ介助を行っていた際、利用者が転倒したとします。この時、なぜ利用者が転倒したのか外堀から原因を突き止め、次第に内堀(核心)に原因を求めていきます。そして転倒した根本的な原因を突き止めていくのです。(図 9)

その根本的な原因が

滑りやすいマットを使っていたからなのか、
マットに水がかかっていてすべりやすかったのか、
スタッフがうっかりミスをしていたのか

等を突き止めるのです。

そうすることで、もし や ならすべり防止の付いたマットに変える、 なら職員の配置を見直すため今後のカンファレスで話し合う。そして話し合った結果決まったことをリスクマニュアルに盛り込んで職員全員に周知する、こういう対策を講じることが出来るのです。

6) 事故やヒヤリハットを減らすために

では今後、事故やヒヤリハットを減らすために私たちにできることはどのような事でしょうか。

各報告書が事故かヒヤリハットかを区別するだけではなく、それぞれに何が必要かを知り、これを強化し、活かすための方法を考えることが大切です。

事故やヒヤリハットを減らすための各報告書活用のポイントは以下の2点に集約されます。

- ・ヒヤリハット報告書に対しては「発見」が大切
- ・事故報告書に対しては「状況の把握」と「方法」が大切

このうちヒヤリハットに対して「発見」を養うためには【予防危険予知トレーニング (KYT)】が有効です。

- ・入浴時、食事介助、乗降介助など日常的な介助を題材としたイラストを用いて起こりうるヒヤリハットを皆で話し合う
- ・30分程度、数人の職員が集まっておこなう。
- ・材料は職員が撮影した写真または動画、イラストをつかう。
- ・「事故になるかもしれない」、「苦情になるかもしれない」状況を、自由に発言し合う
- ・このような機会を手軽にもてる環境を作り、間隔を決めて実施すること。

このようにすることで「発見」という能力が養われると思います。

業務が終わった後30分でもいいですから、月に1回程度開催して皆で意見を出し合う、そうすることで事業所特有の問題になっている事柄が浮かび上がってきます、その問題点に対して解決法を話し合いマニュアル作成につないでいく、この流れが大切です

介護事故が365日24時間のありとあらゆる生活場面で起こるかもしれないという特徴を持っていることが、こうした「状況の発見力」を高める方法が有効であるという職員の危機意識を持つことが大切です。

その危機意識があって初めてこの【予防危険予知トレーニング (KYT)】は有効的なものとなるのではないのでしょうか

次に実際事故が起こってしまった場合、防止策として大切なことは「状況の把握」と「方法」がポイントとなってきます。

状況把握で大切な事、それは「ビジュアル化」です。

ビジュアル化とは、先の事故報告書の書き方で申し上げた繰り返しになりますが、事故発生状況を簡単な略図で表すことによって、発生状況の他、事故を起こした利用者の介助をしていたスタッフのみならず、他のスタッフはどうしていたのか一目瞭然となるのです。

6) まとめ

いかがでしたでしょうか。

今回は事故（ヒヤリハット）報告書と介護記録との関連性、そして介護事故（ヒヤリハット）を減らすための術に介護記録等の帳簿類の活用法をご紹介してきました。

リスクマネジメントを実行させるために万全だという事はありません。もっと他の対策もあるでしょう。

あくまでの参考程度にお読みいただけたらと思います。

ではリスクマネジメントを実行するためにどのような事を私たちはやっていかなければいけないのでしょうか。

・「完璧」よりも「減災」を目指して

人間である以上、全く事故が起こらないという事はない!!と心得ておきましょう。介護事故をいかに最小限にとどめるかという考えが大事です。

減災を目指す参考になるのが“ハインリッヒの法則”です。(図 10) この法則には以下の事を説明したものです。
「1 件の重大事故の背景には、29 件の軽微なケガを伴う災害があり、その背景に 300 件の無傷の災害がある」
この法則を“リスクマネジメントの 4 つの領域”に当てはめると図 11 のようになります。
“リスクマネジメントの 4 つの領域”は事故の種類を 4 つの領域に分け、心理的ダメージと事故が起こる回数から、どういう事故がどの領域に当てはまるかを表したものです。

これらから言えることは

ヒヤリハットを徹底的に潰していくことで重大事故は限りなく防ぐことが出来るという事が言えるのです。

・万が一に備え、証拠類（ケア計画書、介護記録など）準備万全に

情報開示の際、また裁判に持ち込まれた場合、介護記録が有力な証拠となります。そのためには具体的に起こった事実だけを記載することと介護記録はケアプランに沿ったケアを記録することがとても大切です。

・普段から予防危険予知トレーニング（KYT）を開催しておく

リスクマネジメントを回避するには、月に 1 回程度で良いから移乗時、入浴介助などのイラストからこういった箇所が事故につながりやすいかという「発見の能力」を養っておきましょう。

・リスクにつながりやすい事例を全職員に周知しておく

リスクにつながりやすい事例を「リスクマニュアル集」などを作成し、全スタッフに周知徹底させておくことが大切です。そのことで全スタッフに危機意識を植え付けることが出来るのです。またこの周知徹底は、リスクマネジメント対策だけでなく、行政の指導、監査対策にもなることを覚えておきましょう。

・説明責任（アカウンタビリティ）にも注意

ヒヤリハット、事故は何も利用者の身体に係ることではありません。スタッフの説明責任にもヒヤリハットにつながる可能性が十分あります。担当者は面談の際、利用者に説明するときは、専門用語を使わずに、分かりやすく説明する義務があるのです。

各自リスクマネジメントを意識している場合 発生の確率が少ないと言えます。しかし介護現場というのは 24 時間 365 日あらゆる場面で起こりうるというリスクをはらんでいるのです。

介護事故、ヒヤリハットはリスクマネジメントを意識していないと忘れたころにやってくるという事を常に意識したいものです。

医療機関では訴訟のオンパレードだと言われています。

あるとき当事業所が開催するセミナーで病院の看護師が受講生として参加されていました。その方の話では「今病院では医療事故といってすぐ訴訟に持ち込まれるケースが多いんです。ですからカルテの記載には特に注意を払っています。特にモニターの表示内容と時間、この 2 点の記載に関しては確認するにも 1 人で確認するのではなく、3,4 人で確認を行い、徹底を図っています。それくらい神経を使うんですよ。普段従順な患者さんの家族の方がいきなりモンスターになる傾向がありますからね。怖いんですよ。」

介護の世界では病院のカルテが介護記録等の帳簿類に該当します。

お話をお聞きして、病院の危機意識が福祉の世界とは比べものにならないなあと感じたと同時にリスクマネジメント管理が徹底していることに驚きました。

今後は、福祉事業所でも訴訟のオンパレードになってくることは確実に言えます。

そのためには、われわれの身を守るには介護記録や各報告書等の帳簿類、これしかないのです。

そのことを頭の隅において業務に励んでいただきたいものです。

参考・引用文献

- ・ 厚生省老人保健福祉局企画課長 老企第 25 号 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について 平成 11 年 9 月 17 日
- ・ 厚生労働老健局老人保険課 事務連絡 介護報酬に係る Q&A について 平成 15 年 5 月 30 日
- ・ 【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料 リスクマネジメントとコンプライアンス P.22 2016
- ・ 【福岡シティ福祉サービス】ビズアップ総研 Web セミナー収録用資料 P.3,4 2016
- ・ 【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料 介護記録の書き方 P.1 2016

図 1 介護記録の役割

記録の役割

- ・生活者の生活の証と提供者の支援の証を残す
- ・利用者の状態や心理面・生活環境の把握
- ・ケアの連続性を可能にする



利用者の生活を点ではなく面でとらえる



ケアの前後で記録から何が問題なのか、何が起きているのかをつかむことができる

- ・ケアの内容を明確にしてチームで共有する



チーム全体のスキルを高めサービスの質の均一化

記録の標準化が重要
同一組織において記録の
ルールを定める。

- ・万が一の時「介護事故」から自分を守る

「ヒヤリパット」「事故報告書」などの記録がなければ、利用者に対し損害賠償を求められることがある
適正なケアをしていたにもかかわらず、それを証明するものがなければ第三者から正当性は認められない

- ・支援の結果を社会に発信する

社会に対し情報公開やより効果的なPR活動を行う。どういう支援を行っているのかを明らかにしなければならない



記録を残すこと

利用者・家族の信頼関係を築く

記録を残していない



ケアをしている

図2 ヒヤリハット報告書

平成 年 月 日 ()

担当	副主任	在宅課長	施設長

必ず回覧印を押

ヒヤリハット・事故報告書

報告者名 ○ ○

発生日時	平成 年 ○ 月 日 () ○ 時 ○ 分		
氏 名	男・女 M・T・S 年 月 日生		
分 類	事故・状況 ヒヤリハット ・苦情・トラブル・ミス・その他 ()		
区 分	☒ 転倒 ☐ 転落 ☐ 衝突 ☐ ずり落ち ☐ 内出血 ☐ 皮むけ ☐ 誤嚥・誤飲 ☐ 異食 ☐ 誤薬 ☐ 暴行 ☐ 自虐行為 ☐ 器物破損 ☐ 紛失・盗難 ☐ 車両事故 ☐ その他<言動・医療処置> ()		
ケガの状況	☐ 打撲 ☐ 捻挫 ☐ 骨折 ☐ 切り傷 ☐ 火傷 ☐ 擦過傷 ☐ 精神的被害 ☐ 発熱 ☐ その他 ()	部 位	☐ ＜左側 右側＞ ☐ 頭部(前後) ☐ 顔面 ☐ 背部 ☐ 頸部 ☐ 肩部 ☐ 腕 ☐ 手/手首 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 腰部 ☐ 脚/足 ☐ その他 ()
発生場所	階 ☐ 居室 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ 浴室・更衣室 ☐ 食堂 ☐ エレベーター内 ☐ ベランダ ☐ 屋外(施設内・敷地外) ☐ その他 () 詳細:		
家族への連絡	○○ 平成 ○○ 年 ○○ 月 日 () ○ 保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)		
発生内容	略図 発生状況		
原因	転倒した利用者にかかわった職員だけでなく		
対策			
報告	☐ 医務 ☒ 副主任 ☐ 課長 ☐ その他		
備考			

図3 事故報告書

平成 年 月 日 ()

担当	副主任	在宅課長	施設長
			必ず回覧印を押す欄を設ける

ヒヤリハット・事故報告書

報告者名 ○ ○

発生日時	平成 年 ○ 月 日 () ○ 時 ○ 分		
氏 名	男・女 M・T・S 年 月 日生		
分 類	事故・状況・ヒヤリハット・苦情・トラブル・ミス・その他 ()		
区 分	☒ 転倒 ☐ 転落 ☐ 衝突 ☐ ずり落ち ☐ 内出血 ☐ 皮むけ ☐ 誤嚥・誤飲 ☐ 異食 ☐ 誤薬 ☐ 暴行 ☐ 自虐行為 ☐ 器物破損 ☐ 紛失・盗難 ☐ 車両事故 ☐ その他<言動・医療処置> ()		
ケガの状況	☐ 打撲 ☐ 捻挫 ☐ 骨折 ☒ 切り傷 ☐ 火傷 ☐ 擦過傷 ☐ 精神的被害 ☐ 発熱 ☐ その他 ()	部 位	☐ ＜左側 右側＞ ☐ 頭部(前後) ☐ 顔面 ☐ 背部 ☐ 頸部 ☐ 肩部 ☐ 腕 ☒ 手／手首 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 腰部 ☐ 脚／足 ☐ その他 ()
発生場所	階 ☒ 居室 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ 浴室・更衣室 ☐ 食堂 ☐ エレベーター内 ☐ ベランダ ☐ 屋外(施設内・敷地外) ☐ その他 () 詳細:		
家族への連絡	○○ 平成 ○○ 年 ○○ 月 日 () ○ 保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)		
発生内容	略図 発生状況 ・スタッフ(鈴木)が巡回で居室にお伺いしたところ、ベットから転落しているところを発見。 ・「どうされました」と聞くと「いやあ、トイレに行こうとしてね、車いすに乗ろうとしたんだけど、ブレーキがかけていなかったようなんだよ」とおっしゃる。 ・車いすがいつもはベット脇にあるが、ベットから離れていた。またフットレストが上げられていないことから、自身で車いすに移乗しようとして足首がフットレストに引っかかり、転倒したものと推測される。		
原因	・フットレストが上げられていなかったこと ・ブレーキが効いていなかったこと ・歩行介助が必要なはずだが、職員に迷惑をかけると思い、自分でトイレに行こうとしたこと ・職員が、まだ十分排尿介助のリズムをつかんでいなかったこと ・夜勤の巡回間隔が1時間おきだった為、間隔を頻度に行う必要があった。		
対策	・看護師に報告するとともに、ケアマネにも報告、同時にご家族にも報告を入れる。 ・本人にも車いすをベット脇に保管しておく時のアドバイスをするとともに、職員が頻度に巡回実施、特にブレーキとフットレストに注意する。 ・歩行に困難を伴う為、ご本人にトイレに行くときは必ず、職員を呼ぶようにアドバイスを施す。 ・観察記録を蓄積していき、排泄パターンをつかむとともに、そのパターンに応じた巡回を今後、カンファレンス等で話し合う事にする。 ・夜勤体制について職員の巡回回数の関係からの検討が必要		
報告	☐ 医務 ☒ 副主任 ☐ 課長 ☐ その他		
備考			

図4 フェイスシート

必ず記載

取扱注意

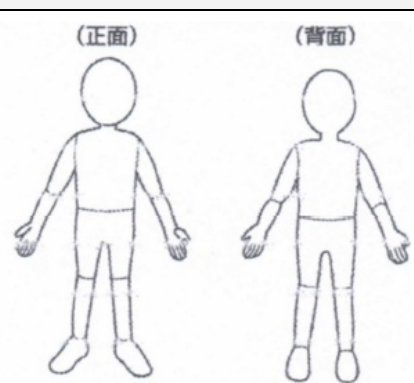
利用 開始日	平成 年 月 日		記入日	平成 年 月 日		記録者・場所	
フリガナ			男 女	昭和	年 月 日生 (歳)		
利用者 氏名				大正			
				平成			
利用者 現住所	〒			要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
				電話 ()	—		
身元 引受人	氏名			男・女	歳	続柄	
	住所			電話			
家族構成				氏名		続柄	連絡先
連絡欄は2か所以上設ける できれば携帯も							
生 活 状 況	歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		障害など部位 			
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	着脱衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
疾 患 等	褥瘡	☐ 有 ☐ 無 (部位)					
	皮膚疾患	☐ 有 ☐ 無 (部位)					
	内服薬	☐ 有 (朝・昼・晩) ☐ 無					
	既往歴						
身 体 状 況	視力	☐ 見える ☐ 少し見えにくい ☐ ほとんど見えない ☐ 見えない				眼鏡の有無	☐ 有 ☐ 無
	聴力	☐ 見える ☐ 少し見えにくい ☐ ほとんど見えない ☐ 見えない				補聴器	☐ 有 ☐ 無
	歯	義歯及び治療の有無	☐ 有 ☐ 無	総義歯 (上・下) 部分義歯 (上・下)			
	運動機能	☐ 問題なし ☐ 低下を認める ☐ 極度な低下を認める					
精 神 面	意思表示	☐ 問題なし ☐ 普段は問題なし ☐ 困難がある ☐ ほとんど表示できない					
	話しの了解	☐ 問題なし ☐ 普段は問題なし ☐ 困難がある ☐ ほとんど表示できない					
	認知症	☐ 有・ ☐ 無 (軽度・中度・重度) ☐ ひどい物忘れ ☐ 徘徊 ☐ 感情の起伏が目立つ					
特 記 事 項							

図5 リスクマネジメントにおける介護記録例

事故(骨折)

適切でない記録例

田中（介護職）が夜間に居室を巡回中、加藤さんがベットの横の床に転倒しているところを発見した。



適切な記録例

AM2:00 田中（介護職）が夜間巡回中、加藤さんがベットの横の床に寝ているのを発見した。

転倒を目撃していなく、巡回中、床の上につぶせの状態の利用者を発見したに過ぎない。この時点で転倒と記録するのは早計というもの。この段階では、事実をありのままに記録。

特に外傷もなく意識もあったが、すぐに高田看護師に連絡し、高田看護師も同様に確認を行う。しかしながら特別異常は見られなかった。高田看護師から、斉藤施設長及び鈴木医師に連絡後、その後の指示もあり、ベットへ移動し、安静にして様子を見ることとし、バイタルサイン等その後の状態確認を行った。朝まで特段の変化や訴えもなく加藤さん本人もその後、良眠状態で異常も見られなかったが、就寝時、通常ベットサイドに設置してる車いすが壁際に放置されていたことから考察すると、自力でベットから車いすに移乗しようとして失敗し、転倒したと推測される。

事故（誤嚥）

適切でない記録例

PM12:15 昼食の介助中、Aさんが誤嚥した。すぐさま看護師に連絡し、バイタルを行うが異常なし。

異常がないから
どうしたのか

具体的な状況の記載なし

何を測ったのか。また
その数値は？

適切な記録例

PM12:15

Aさんの食事介助を行っていたところ、突然、せき込み初め、次第に激しくなってきた。と同時にみるみる顔が真っ赤になっている。口の中に入れたものはこんにやく。慌ててスタッフ(鈴木)が声をかける。「Aさん、大丈夫ですか。今食べたモノはいてください！」鈴木は背中をたたきAさんは食べたモノを吐いて何とか事なきを得た。あとで聞くと「こんにやくが喉につかえたみたいで苦しかったんだよ」という。すぐ看護師に連絡、バイタルを行う。

血圧 ○○ 体温 ××

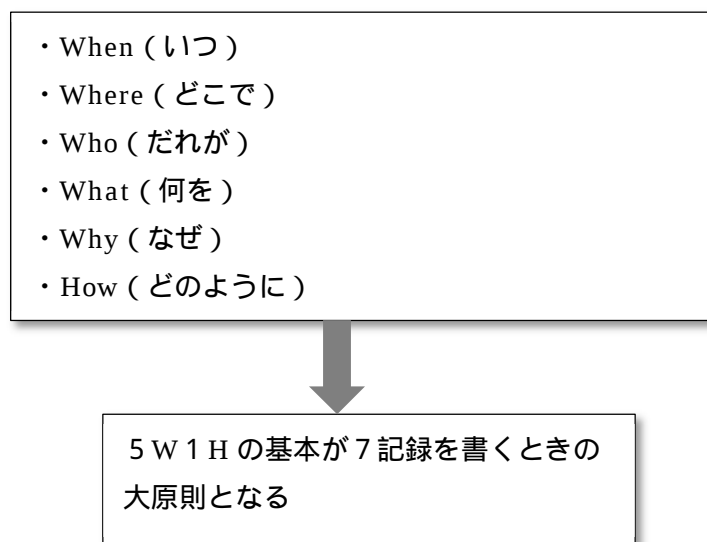
具体的な数値

スタッフとのやり取りを記載

幸い異常は無し、本人に聞くももう大丈夫だという。念のため1日Aさんの様子を注視することにする。この方は普段から早く食べる癖がある。食事前の嚥下運動をすること、こんにやくなどはのどに詰まらせやすいので利用者に注意を施すことを徹底するとともにスタッフにもこんにやくの食事介助の際は喉につかえやすく誤嚥を起こしやすい事を十分認識してもらう事を徹底すること、そして誤嚥が起こった場合の応急手当法を今後のカンファで話し合う必要がある

今後の対応策を記載

図 6 記録の書き方の基本

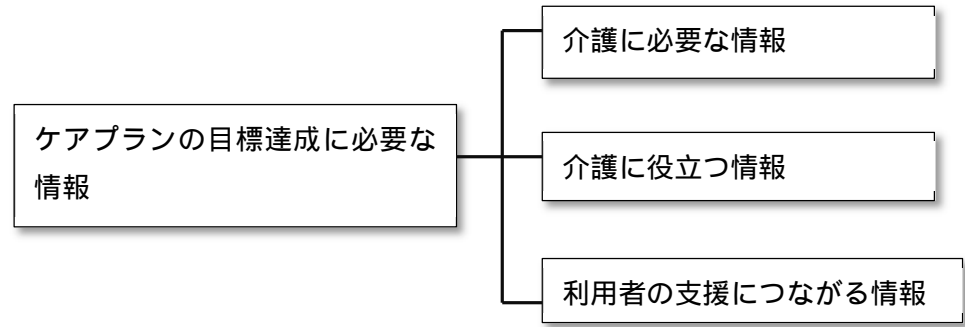


記録を書くときの10の心得

利用者の身体面・精神面・環境面〔周囲の状況など〕をしっかりと観察して正確に！
介護者としてどのような働きかけをし、利用者がどのような反応をしたかを記載する
「見守り」もケアとして残す
「特に変化なし」「特変なし」は禁句
ケアの目標や次のサービスに役立てることを意識する
正確な情報、または確認できた情報を記載する
主観的な記載に注意
ツールを上手に利用する
時間を確保する
記録をためない

図 7 ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



.....

事例

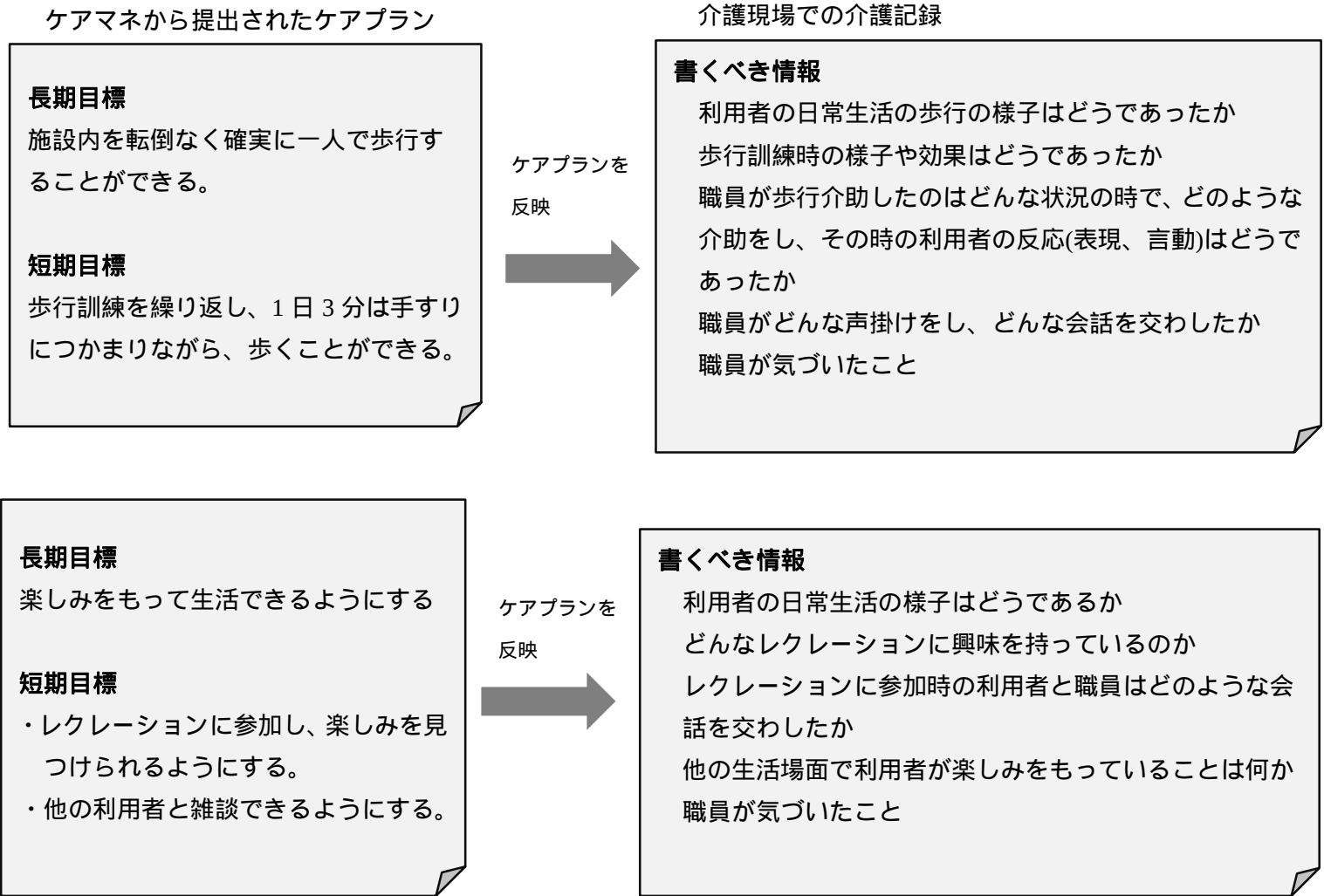


図 8 介護ケアマネジメントの流れ PDCA サイクル

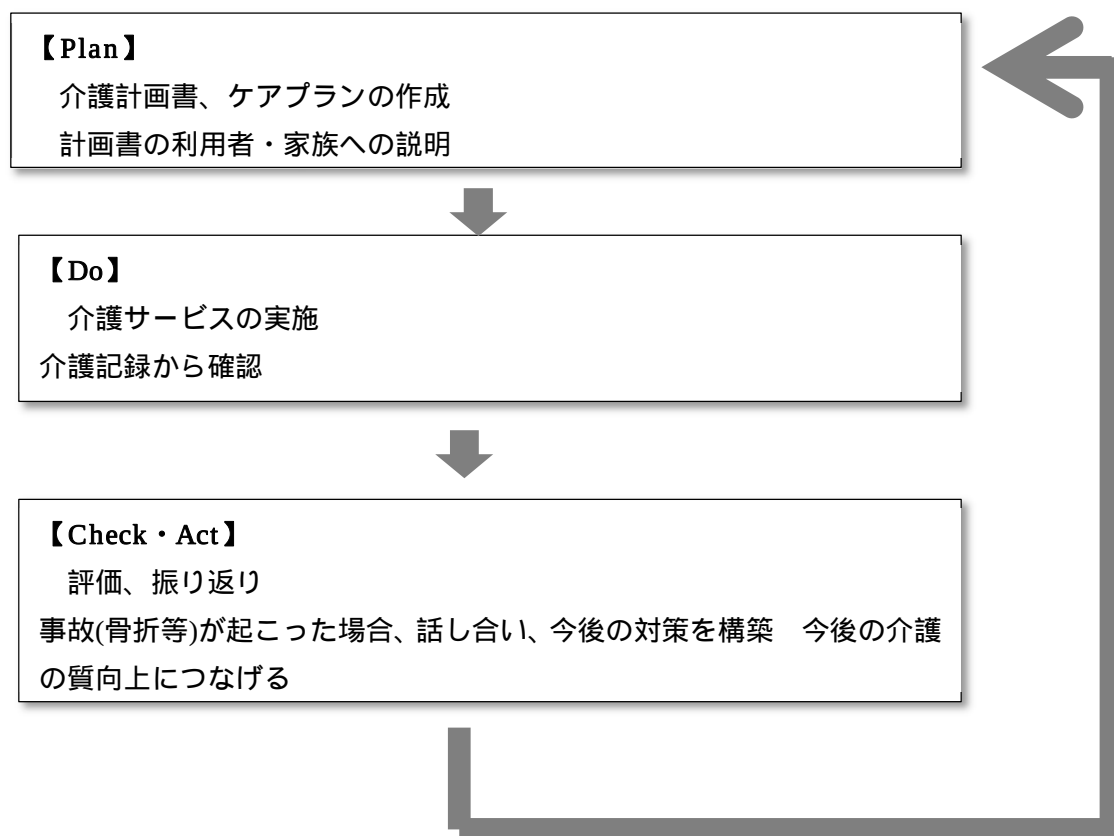
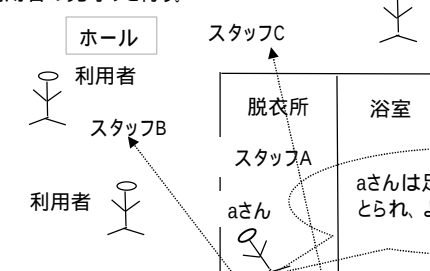


図9 事故報告書を活かす

	略図	発生状況
発生内容	スタッフBとCはホール介助に入り、3名の利用者の見守りを行う。  利用者 ホール スタッフC 脱衣所 浴室 スタッフB スタッフA aさん aさんは足ふきマットに足をとられ、よろけそうになった	・デイケア入浴時、脱衣室でよろけそうになった。 ・「なんか知らないけど、すべちゃったんだよね」と本人はおっしゃる。 ・スタッフがaさんの着脱介助に入っていたため、よろけそうになったところを支えることで、転倒を予防することができた。
原因	・スタッフがよそ見をしていたすきによるけてしまった事。 ・普段から歩行が不安定なため、他の利用者よりも厚い介助が必要にもかかわらず、スタッフ1人で対応していたこと。 ・脱衣室という性質柄、足ふきマットが滑りやすくなっていたこと。 ・スタッフにはフロア介助よりも入浴介助の際の方が転倒のリスクが高いという意識が薄いこと。 転倒した利用者にかかわった職員だけでなく他の職員もどうだったかも記載 転倒した根本原因を追究	
対策	・入浴介助に入るときはスタッフは特に歩行に注意を払い、必ず2人体制にすること ・足ふきマットについて、滑りにくいようにマットの裏に処理を施すこと ・1日の利用者が少ない、多いにかかわらず、歩行に注意を要する利用者の入浴介助に入るときはフロアスタッフから1人入浴介助に入る、もしくは勤務シフトを見直し1日のサービス提供に入るスタッフの人材配置を今後の課題とし、少なくとも2人体制に持つていくことにする。 ・入浴時は特に転倒しやすい、事故につながりやすい事を全スタッフに周知する。	

事故発生に至った状況から要因分析を行い、対策を検討していく。

なぜ？なぜ？と繰り返し、発生状況に至った問題点を把握することが大切

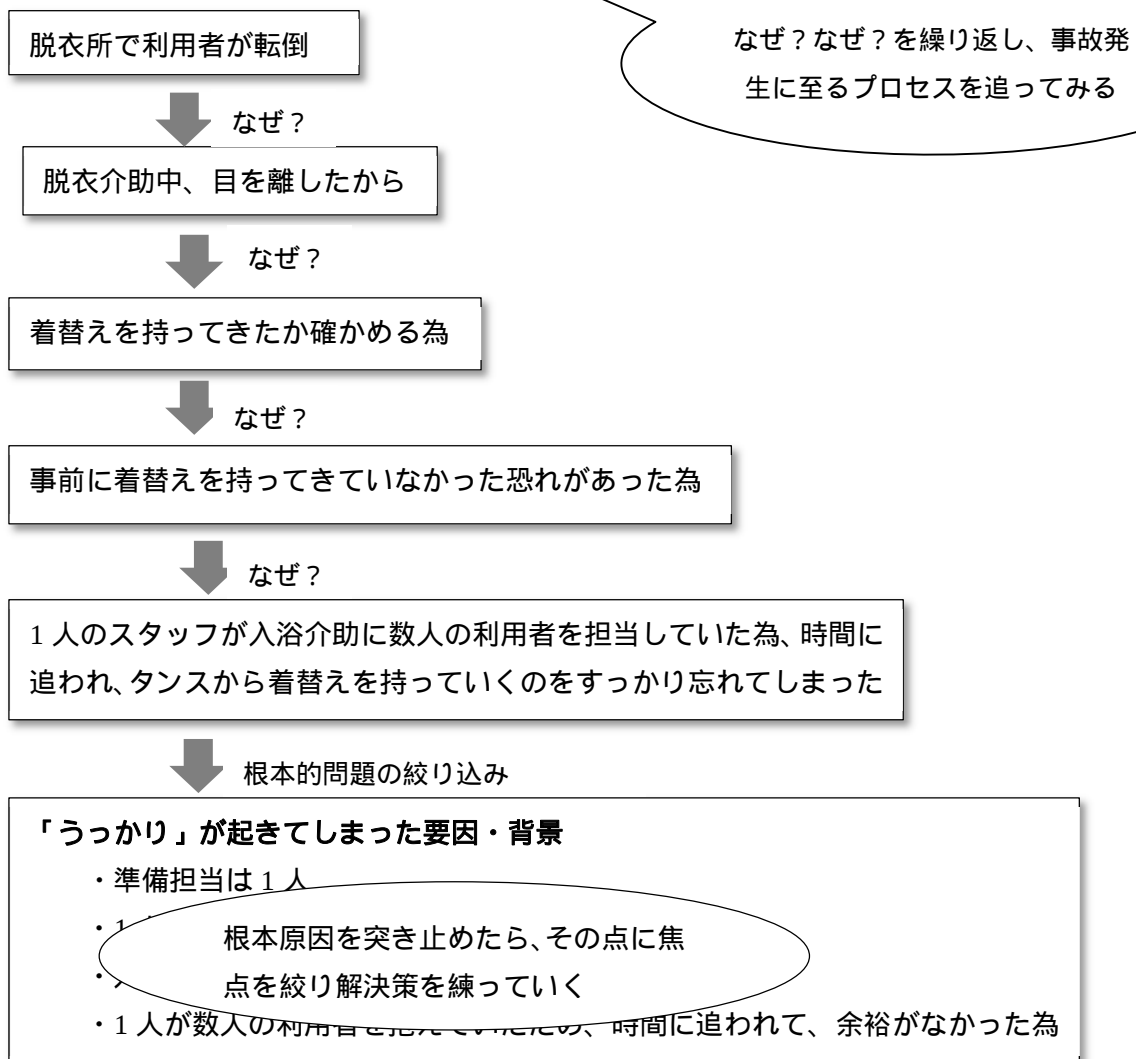


図 10 「ハインリッヒの法則」について

「1 件の重大事故の背景には、29 件の軽微なケガを伴う災害があり、その背景に 300 件の無傷の災害がある」

つまり、介護保険施設などにおける事故も、重大な入院に至るような事故、死亡事故の影には、29 件の軽易な事故とケガを伴わない 300 件の事故があるということ。このケガに至らない 300 件の事故を「ヒヤリハット事故」と呼んでいる。文字通り、「突発的な事象やミスで、ヒヤリとしたり、ハットしたりしたもの」となる。

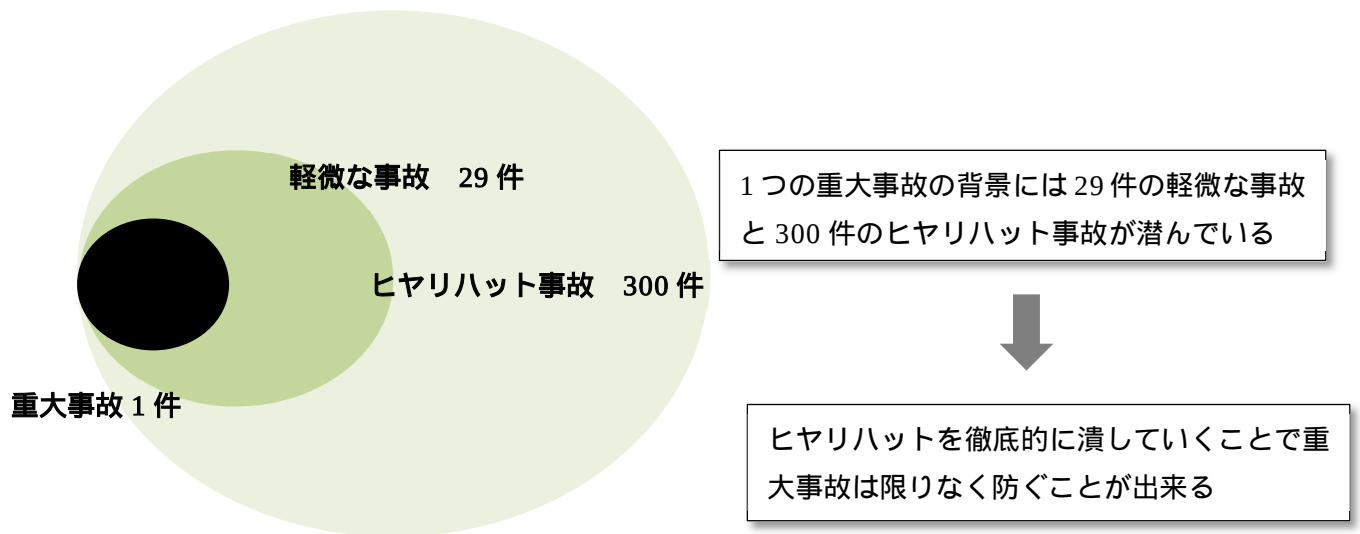


図 11 リスクマネジメントにおける 4 つの領域とハインリッヒの法則との関係

