

喀痰吸引等業務(特定行為業務)ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名称	
	受講者氏名	
	事業所責任者氏名	
被報告者状況	事業所名称	
	指導看護師氏名	

発生日時	平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃	
発生場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
対象者	氏名: (男・女)	年齢:
	当日の状況	

出来事の情報(1連の行為につき1枚)		
行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) 【経管栄養】 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管)	
第1発見者 (○は1つ)	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 ()
出来事の発生状況	※誰が、何をを行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。	
医師への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
連携看護職員への報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。	

救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的な処置: _____)	
出来事が発生した背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。	
(当てはまる要因を全て)	【人的要因】 <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他(_____) 【環境要因】 <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他(_____) 【管理・システムの要因】 <input type="checkbox"/> 連携(コミュニケーション)の不備 <input type="checkbox"/> 医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
出来事の影響度分類 (レベル0～5のうち一つ)	<input type="checkbox"/> 0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった
	<input type="checkbox"/> 1	対象者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
	<input type="checkbox"/> 2	処置や治療は行わなかった(対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
	<input type="checkbox"/> 3a	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
	<input type="checkbox"/> 3b	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
	<input type="checkbox"/> 4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない
	<input type="checkbox"/> 4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う
<input type="checkbox"/> 5	レベル4bをこえる影響を与えた	

受講者 報告書記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師・指導看護師の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他(今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など)

医師・指導看護師 報告書記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日