医療的ケア等におけるヒヤリハットシート

No１７

ヒヤリハット・アクシデント報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告者状況 | 保育園名 |  |
| 氏名 | 保育士等氏名　　　　　　　　　看護師等氏名 |
| 保育園園長名 |  |
| 被報告者状況 | 訪問看護師 | 看護師氏名 |
| 看護師等 | 看護師等氏名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生日時 | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　午前・午後　　　時　　分頃 | | |
| 発生場所と状況 |  | | |
|  | | |
| 児童 | 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　 □なし 　□ あり  ②部位　 （ □ 口腔　　　　　　　　□ 鼻腔　　　　　　□ 気管カニューレ内　）  【経管栄養】（　□ 胃ろう　　　　　　　□ 腸ろう 　　　　 □ 経鼻経管　） | | |
| 第１発見者 | □記入者自身　□記入者以外の職員　□訪問看護師　□訪問看護師以外の看護師等  □その他 | | |
| 出来事の  発生状況 | ※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。 | | |
|  | | |
| 主治医への  報告 | □なし　□あり | | |
| 訪問看護師  への報告 | □なし　□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記入する | | |
|  | | |
| 救急救命  処置の実施 | □なし  □あり（具体的な処置：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 出来事が  発生した  背景・要因と  今後の  取り組み | ※なぜ、どのような背景や要因により、出来事が起きたか。当てはまる要因をチェックしながら下記で振り返りながら今後の取り組みまで記入する | | |
|  | | |
| （当てはまる要因を全て） | **【人的要因】**  □判断誤り　　□知識誤り　□確認不十分　□観察不十分　　□知識不足　□未熟な技術  □技術間違い　□寝不足　　□体調不良　　□慌てていた　　□緊張していた  □思いこみ　　□忘れた　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **【環境要因】**  □不十分な照明　□業務の中断　□緊急時　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  **【管理・システム的要因】**  □連携（コミュニケーション）の不備　□医療材料・医療機器の不具合　□多忙  □その他（ | | |
| 出来事の  影響度分類  （レベル０～５のうち一つ） | □　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 | |
| □　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） | |
| □　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） | |
| □　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） | |
| □　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） | |
| □　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 | |
| □　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 | |
| □　５ | レベル４ｂをこえる影響を与えた | |

保育士・看護師等　報告書記入日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医師・訪問看護師等の助言等 | 1. 医師又は看護師が出来事への対応として実施した医療処置等について |
| 1. 助言・指導内容等について |
| 1. その他（今回実施した行為の対応として評価できる点など） |

医師・看護師・訪問看護師等　報告書記入日　令和　　　年　　　　月　　　日