

# ヒヤリハット・アクシデント報告書（介護職員・指導看護師記入）

※指導看護師からの指示があった場合、あるいはご自身がヒヤリとしたことやハットとしたことがあった場合のすべてについてご記入下さい。

<b>介護職員 受講番号</b>		<b>介護職員 氏名</b>	
<b>実地研修 施設名又は居宅</b>		<b>指導看護師 氏名</b>	

<b>発生日時</b>	年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分 頃			
<b>発生場所</b>	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（具体的に )			
<b>ご利用者</b>	※実地研修 自己評価票に示すケアの利用者番号を記入。			
	番号	当日の状況		
<b>出来事の情報（1連のケアにつき1枚）</b>				
<b>ケアの種類</b>	<b>【たんの吸引】</b> 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 ) <b>【経管栄養】</b> ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 )			
<b>出来事の発生STEP</b>	<input type="checkbox"/> STEP 1 安全管理体制確保 <input type="checkbox"/> STEP 2-② 観察 <input type="checkbox"/> STEP 3 実施準備 <input type="checkbox"/> STEP 4 ケア実施 <input type="checkbox"/> STEP 5 結果確認報告 <input type="checkbox"/> STEP 6 片付け <input type="checkbox"/> STEP 7 評価記録			
<b>第1発見者 (○は1つ)</b>	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 指導看護師 <input type="checkbox"/> 指導看護師以外の看護職員	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職員	<input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> その他 (    )	
<b>出来事の発生状況</b>	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、利用者はどうなりましたか。			
<b>医師への報告</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり     { 1. 自施設の医師（配置医） 2. （配置医以外の医師で）実施施設と契約・提携している医師 3. 利用者のかかりつけ医・主治医 4. その他(    )			
<b>看護職員への報告</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり     { 1. 指導看護師 2. 指導看護師以外の看護職員			
<b>出来事への対応</b>	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応しましたか。			

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、出来事が起きましたか。
（当てはまる要因を全て）	<b>【人的要因】</b> <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（ _____ ） <b>【環境要因】</b> <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（ _____ ） <b>【管理・システムの要因】</b> <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、利用者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1    利用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（利用者観察の強化、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"/> 3 a    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"/> 3 b    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"/> 4 a    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"/> 4 b    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4 b をこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導看護師の助言等	指導看護師の方は以下の①②について具体的に内容を記載して下さい。（②は必須）
	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（今回実施したケアで介護職員の対応として評価できる点など）

指導看護師 報告書記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日