（様式１－１）

 平成　　年　　月　　日

**実地研修実施体制確認書**

（利用者の居宅等で行う場合）

　社会福祉法人みずうみ　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　㊞

　実地研修の実施にあたり、国の喀痰吸引等研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしていることを確認しましたので、報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | チェック |
| （１）利用者の同意  | 　 |
| 　利用者（利用者本人から同意を得ることが困難な場合にはその家族等）に対して、利用者のかかりつけ医等の医師や訪問看護事業所等の医療従事者と連携の上、指導看護師の指導を受けながら介護職員等がたんの吸引等の実地研修の実施を行うことについて、わかりやすく説明を行い、利用者等の書面による同意を得ていること。 |
| （２）医療機関関係者による的確な医学管理  | 　 |
| ①指導をする者が医師以外の場合、利用者のかかりつけ医等の医師から指導看護師等に対し書面による必要な指示があること。  |
| ②家族、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、保健所の保健師等、介護職員等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれ役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実習を行うこと。 |
| ③利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。 |
| （３）たんの吸引等の水準の確保  | 　 |
| ①実地研修においては、指導看護師等が介護職員等を指導すること。  |
| ②介護職員等は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であって、現場演習における評価基準を満たした者であること。  |
| ③たんの吸引等については、利用者のかかりつけ医等の医師に承認された介護職員等が、指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。  |
| ④利用者に関するたんの吸引等について、利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。 |
| ※在宅等においては、医師、看護師等と連携した本人・家族・経験のある介護職員等が、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指示の下、指導の補助を行うことができる。 |
| 項　　目 | チェック |
| （４）体制整備  | 　 |
| ①たんの吸引を実施する事業者は、適切な医学管理に基づいた安全の確保のための体制の整備を行うため、在宅の場合には、利用者ごとに医療関係者を含めた定期的なケア・カンファレンスを実施するなど、訪問看護事業所等との連携による安全確保体制を整備すること。また、施設等の場合には、関係者からなる安全委員会を設置すること。  |
| ②適切な医学管理の下で、当該利用者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該介護職員等は、利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師の指導の下で、家族、利用者のかかりつけ医等の医師及び訪問看護師との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を図ることができる体制の整備がなされていること。 |
| ③たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。  |
| ④指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理･保管されていること。 |
| ⑤ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、たんの吸引等を実施する事業者や利用者のかかりつけ医等の医師、指導看護師等、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。 |
| ⑥緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに夜間をはじめ緊急時に利用者のかかりつけ医等の医師及び指導看護師等との連絡体制が構築されていること。 |
| ⑦感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。 |
| （５）地域における体制整備  | 　 |
| 　医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。 |

（様式１－２）

 平成　　年　　月　　日

**実地研修実施体制確認書**

（利用者が入院中の医療機関で行う場合）

　社会福祉法人みずうみ　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　㊞

　実地研修の実施にあたり、国の喀痰吸引等研修事業実施要綱に定める下記の要件を満たしていることを確認しましたので、報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | チェック |
| （１）利用者の同意  | 　 |
| 　利用者（利用者本人から同意を得ることが困難な場合にはその家族等）に対して、利用者が入院中の医療機関の医師や訪問看護事業所等の医療従事者と連携の上、指導看護師の指導を受けながら介護職員等がたんの吸引等の実地研修の実施を行うことについて、わかりやすく説明を行い、利用者等から書面により同意を得ていること。 |
| （２）医療機関関係者による的確な医学管理  | 　 |
| ①指導をする者が医師以外の場合、利用者の入院中の医療機関の医師から指導看護師等に対し書面による必要な指示があること。  |
| ②家族、利用者の入院中の医療機関の医師、退院後のかかりつけ医、指導看護師等、訪問看護事業所、保健所の保健師等、介護職員等利用者の在宅療養に関わる者は、それぞれ役割や連携体制などの状況を把握・確認の上、実地研修を行うこと。 |
| ③利用者の入院中の医療機関の医師、指導看護師等及び介護職員等の参加の下、たんの吸引等が必要な利用者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。 |
| （３）たんの吸引等の水準の確保  | 　 |
| ①実地研修においては、指導看護師等が介護職員等を指導すること。  |
| ②介護職員等は基本研修を受け、基本研修の到達目標を達成した者であって、現場演習における評価基準を満たした者であること。  |
| ③たんの吸引等については、利用者が入院中の医療機関の医師から承認された介護職員等が、指導看護師の指導の下、承認された行為について行うこと。  |
| ④利用者に関するたんの吸引等について、利用者が入院中の医療機関の医師、指導看護師及び介護職員等の参加の下、技術の手順書が整備されていること。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | チェック |
| （４）体制整備  | 　 |
| ①たんの吸引を実施する事業者は、適切な医学管理に基づいた安全の確保のための体制の整備を行うため、在宅の場合には、利用者ごとに医療関係者を含めた定期的なケア・カンファレンスを実施するなど、訪問看護事業所等との連携による安全確保体制を整備すること。また、施設等の場合には、関係者からなる安全委員会を設置すること。  |
| ②利用者が退院後の生活においても引き続き安全実施体制が確保されるよう、利用者が入院する医療機関の医師、指導看護師、退院後のかかりつけ医、訪問看護事業所及び介護職員等の参加による会議を設け、研修実施計画書及び、研修実施報告書の情報を共有するとともに、居宅における夜間及び緊急時の対応について連絡体制を構築すること。 |
| ③たんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備されていること。  |
| ④指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理･保管されていること。 |
| ⑤ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、たんの吸引等を実施する事業者や利用者が入院する医療機関の医師、指導看護師、退院後のかかりつけ医、介護職員等の参加の下で、実施体制の評価、検証を行うこと。 |
| ⑥緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに夜間をはじめ緊急時に利用者が入院する医療機関、指導看護師、退院後のかかりつけ医、訪問看護事業所等との連絡体制が構築されていること。 |
| ⑦感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。 |
| （５）地域における体制整備  | 　 |
| 　医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。 |

（様式２）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

平成　　年　　月　　日

実地研修説明書

（利用者名・家族名）　　様

　在宅や、高齢者施設、障害者（児）施設等において、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケアを必要とする方が増加していることを踏まえ、法律の改正により、平成２４年４月から**一定の研修を受けた介護職員等**は、一定の条件の下で『たんの吸引等』の行為を実施できることになりました。

　これを受け、平成２４年４月１日から施行されたこの制度が安全に提供されるため、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的として研修事業を実施しています。

　この研修事業では、以下のケアについて、介護職員等が、医師の指示のもとで指導看護師の指導を受けながら実施いたします。

 　 ①口腔内のたんの吸引

　　 ※口腔内とは、咽頭の手前までを限度としています。

 ②鼻腔内のたんの吸引

 ③気管カニューレ内部のたんの吸引

　　④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

　　　※胃ろう又は腸ろうの状態に問題がないことの確認は、指導看護師が１日１回以上

　　　　行います。

　　⑤鼻からの経管栄養

　　　※栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、指導看護師が毎回

　　　　行います。

　実地研修の実施にあたっては、以下の基本的な考えで臨むこととしておりますので、ご理解・ご協力をくださいますようお願いします。

１．実地研修を行う介護職員等は、実務経験を３年以上の指導看護師から指導を受けながら上記のケアを実施し、そのケアの習得状況を指導看護師が評価します。

　　また、介護職員等は、基本研修（講義及びたんの吸引と経管栄養についてのシュミュレーター演習からなる９時間以上の研修）を修了しています

２．医療、介護等の関係者による連携体制を構築するなど必要な安全管理体制を確保した

　上で、医師、看護師等の指導の下に実施します。

３．この実地研修の実施に同意するかどうかは、あなたの自由です。同意しない場合も、

　あなたがサービスを受ける上で不利益になることはありません。また、同意した後でも、

　いつでも断ることができ、その場合も同様に不利益になることはありません。

４．利用者様・ご家族様は、実地研修に関する意見や質問があれば、いつでも当事業所の

　管理者や看護師等にお尋ねください。

５．実地研修を通して知り得た情報は、これを他者に漏らすことがないようプライバシー

　の保護に十分配慮します。

施設・事業所名

施設・事業所の長　　　　　　　　　　　　印

（様式3）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等研修（特定行為業務）の提供に係る同意書**　下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等研修（特定行為業務）の実施に同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引等（特定行為）の種別 | １．口腔内の喀痰吸引２．鼻腔内の喀痰吸引３．気管カニューレ内部の喀痰吸引４．胃ろうによる経管栄養５．腸ろうによる経管栄養６．経鼻経管栄養 |
| 提供を受ける期間 | 年　月　日　～　　年　月　日 |
| 提供を受ける頻度 |  |
| 提供体制 | 実施する事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連携する看護職員等の事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当看護職員氏名 |  |
| 担当医師の医療機関等（※１） | 医療機関名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当医師氏名 |  |
| 指導看護師名（※２） |  |

同意日 平成　　年　　月　　日 　　　　　　住 　　所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　  　　　　　　氏 　　名 　　　　　　　　　　 　 　 　 印署名代行者 　　　　　　　　　　　私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました｡ 　　　　　　　　　　　代行者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代行者氏名　 　 　　　　　　　　　　印本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称 　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　事業所住所　 　 　　 　　　　　　　印代表者名　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

備考（※１）居宅等の場合はかかりつけ医、入院中の医療機関の場合は当該医療機関の情報を記入すること。

（※２）利用者が入院中の医療機関の看護師が指導に当たる場合に記入すること。

（様式４－１）訪問看護事業所等へ指導看護師の派遣依頼をする場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （訪問介護事業所等記入）介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）指導看護師の派遣依頼書当事業所は、標記研修の実地研修における指導及び評価を、貴事業所（訪問看護事業所等の名称）　　　　　　　　　　　に依頼するにあたり以下のことをお約束しますので、指導看護師の派遣をお願いいたします。１　実地研修受講者は標記研修の「基本研修」を受講修了した介護職員です。２　本研修は、今後、当事業所介護職員等が実地研修対象者（以下「利用者」という）のたんの吸引等のケアをより安全に提供するために、実施するものです。３　本研修に対する利用者（利用者本人が同意を得ることが困難な場合にはその家族等）の同意及び利用者のかかりつけ医等の指示を得ることは、全て当事業所で行います。４　実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を社会福祉法人みずうみに報告の上、必要な措置を講じます。５　当該研修に係る事項及び研修後において、貴事業所の不利益になることはいたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修対象者氏名 |  |
| 実地研修受講者氏名 |  |

　　　　　年　　　月　　　日（甲）事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印事業所住所　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 |
| （指導看護師の事業所記入）介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）指導看護師の派遣「承諾書」当（訪問看護事業所等の名称）は、社会福祉法人みずうみが実施した標記研修「基本研修」を受講修了した（訪問介護事業所等名称）の上記の介護職員等が、実地研修を行う際に、指導看護師を派遣し、実地研修に必要な指導及び評価（評価票作成含む）を行うことを承諾します。　　　　　年　　　月　　　日（乙）事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当指導看護師氏名 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印事業所住所　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 |
| ※２通を作成し、甲乙ともに1通を保管する。（コピーを社会福祉法人みずうみへ送付） |

（様式４－２）医療機関に指導看護師の協力依頼をする場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （訪問介護事業所等記入）介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）指導看護師の協力依頼書当事業所は、標記研修の実地研修における指導及び評価を、貴院（利用者が入院する医療機関の名称）に依頼するにあたり以下のことをお約束しますので、指導看護師の指導についてご協力をお願いいたします。１　実地研修受講者は標記研修の「基本研修」を受講修了した介護職員です。２　本研修は、今後、当事業所介護職員等が実地研修対象者（以下「利用者」という）のたんの吸引等のケアをより安全に提供するために、実施するものです。３　本研修に対する利用者（利用者本人が同意を得ることが困難な場合にはその家族等）から同意を得た上で実施します。４　実地研修において事故が発生した場合は、速やかにその状況を社会福祉法人みずうみに報告の上、必要な措置を講じます。５　実地研修にかかる情報は、退院後のかかりつけ医及び訪問看護事業所と共有し、退院後の生活に支障がないように体制を整えます。６　当該研修に係る事項及び研修後において、貴院の不利益になることはいたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 実地研修対象者氏名 |  |
| 実地研修受講者氏名 |  |

　　　　　年　　　月　　　日（甲）事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印事業所住所　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 |
| （医療機関記入）介護職員等によるたんの吸引等研修（特定の者対象）指導看護師の協力「承諾書」当（医療機関の名称）は、社会福祉法人みずうみが実施した標記研修「基本研修」を受講修了した（訪問介護事業所等名称）の上記の介護職員等が、実地研修を行う際に、指導看護師の指導について協力し、実地研修に必要な指導及び評価（評価票作成含む）を行うことを承諾します。　　　　　年　　　月　　　日（乙）医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当指導看護師氏名 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印医療機関住所　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 |
| ※２通を作成し、甲乙ともに1通を保管する。（コピーを社会福祉法人みずうみへ送付） |

（様式５）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

**介護職員等喀痰吸引等指示書（実地研修用）**

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日　　　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 | 電話（　　　　）　　－　　　　　 |
| 要介護認定状況 | 要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　） |
| 障害支援区分 | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ |
| 主たる疾患(障害)名 |  |  |  |
| 実施行為種別 | 　口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養　 |
| 指示内容 | 具体的な提供内容 |
| 喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む） |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） |
| その他留意事項（介護職員等） |  |
| その他留意事項（看護職員） |  |
| （参考）使用医療機器等 | 1．経鼻胃管 | サイズ：　　　　Fr、種類： |
| 2．胃ろう・腸ろうカテーテル | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　　　　Fr、　　　　cm |
| 3．吸引器 |  |
| 4．人工呼吸器 | 機種： |
| 5.気管カニューレ | サイズ：外径　　　mm、長さ　　　mm |
| 6．その他 |  |
| 緊急時の連絡先不在時の対応法 |

※１．｢事業者種別｣欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。

２．｢要介護認定状況｣または｢障害支援区分｣欄、｢実施行為種別｣欄」、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成　　　年　　月　　日

機関名

住所

電話

（FAX）

医師氏名

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　殿

（ 様式７）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

喀痰吸引等研修（特定行為業務）計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 作成日 |  |
| 承認者氏名① | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 承認日 |  |
| 承認者氏名② | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 承認日 |  |
|  |
| 基本情報 | 対 象 者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 要介護認定状況 | 要支援（　１　２　）　　要介護（　１　２　３　４　５　） |
| 障害支援区分 | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ |
| 障害名 |  |
| 住所 |  |
| 実施する事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連携する看護職員等の事業所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当看護職員氏名 |  |
| 担当医師の医療機関等(※１) | 医療機関名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当医師氏名 |  |
| 指導看護師名(※２) |  |
|  |
| 研修実施計画 | 計画期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 目標 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 実施行為 | 実 施 頻 度 / 留 意 点 |
| 口腔内の喀痰吸引 |  |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  |
| 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  |
| 経鼻経管栄養 |  |
| 結果報告予定年月日 | 　　　　　　　　　年　　月　　日 |

備考

（※１）居宅等の場合はかかりつけ医、入院中の医療機関の場合は当該医療機関の情報を記入すること。

（※２）利用者が入院中の医療機関の看護師が指導に当たる場合に記入すること。

（様式８）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

喀痰吸引等研修（特定行為業務）実施状況報告書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 要介護認定状況 | 要支援（　１　２　）　　要介護（　１　２　３　４　５　） |
| 障害支援区分 | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ |
| 住所 |  |
| 事 業 所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連 携事 業 所 | 事業所名称 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 担当看護職員氏名 |  |
| 医療機関の指導看護師(※1) |  |
|  |  |
| 研修実施結果 | 実施期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 実施日（実施日に○） | （喀痰吸引）　平成　　　年　　月 1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  | （経管栄養）　平成　　　年　　月 1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  |
|  |  |
| 実施行為 | 実施結果 | 特記すべき事項 |
| 喀痰吸引 | 口腔内の喀痰吸引 |  |  |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  |  |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  |  |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  |  |
| 経鼻経管栄養 |  |  |

上記のとおり、喀痰吸引等の研修実施結果について報告いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　○　○　○　○　　　殿

備考　（※１）利用者が入院中の医療機関の看護師が指導に当たる場合は記入すること。

（様式９）利用者の居宅等で行う場合／利用者が入院中の医療機関で行う場合　共通

喀痰吸引等研修（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 |  |
| 介護職員氏名 |  |
| 責任者氏名 |  |
| 被報告者状況（※１） | 事業所名称（又は医療機関名） |  |
| 連携看護職員氏名（又は指導看護師名） |  |
| 責任者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　午前・午後　　　時　　分頃　 |
| 発生場所 |  |
| □ ベッド上　　□ 車椅子　　□ 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　 □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（○は１つ） | □記入者自身□記入者以外の介護職員□連携看護職員□連携看護職員以外の看護職員 | □医師□介護支援専門員 | □家族や訪問者□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。 |
|  |
| 医師への報告 | □なし　□あり  |
| 連携看護職員への報告 | □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。 |
|  |
| 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 | ※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】**□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 |

介護職員　報告書記入日　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医師・連携看護職員の助言等 | 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・連携看護職員　報告書記入日　平成　　　年　　　　月　　　日

備考　（※１）利用者が入院中の医療機関の看護師が指導に当たる場合は医療機関名、当該医療機関の指導看護師名を記入すること。