

医療的ケア実施におけるヒヤリハット・アクシデント報告書

|                                                            |                                                                    |  |      |       |                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|------|-------|-----------------|
| 記録者                                                        |                                                                    |  |      |       |                 |
| 発生日時                                                       | 令和      年      月      日（      曜日）      午前・午後      時      分頃        |  |      |       |                 |
| 発生場所・<br>発見者                                               | 発生場所：<br>発見者：                                                      |  |      |       |                 |
| 対象者                                                        | 氏名                                                                 |  | 生年月日 | 平成/令和 | 年      月      日 |
|                                                            | 病名                                                                 |  |      |       |                 |
| 医療的ケア<br>の内容                                               |                                                                    |  |      |       |                 |
| 内容                                                         | 【発生時の状況】                                                           |  |      |       |                 |
|                                                            | 救急救命措置の実施： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |  |      |       |                 |
|                                                            | 【発生原因・要因・背景（複数記入可）】                                                |  |      |       |                 |
|                                                            | 【分析】                                                               |  |      |       |                 |
|                                                            | 【保護者への説明】                                                          |  |      |       |                 |
|                                                            |                                                                    |  |      |       |                 |
| 今後の対策                                                      |                                                                    |  |      |       |                 |
| 報告書作成日：令和      年      月      日      ※情報共有のため教育委員会に提出してください |                                                                    |  |      |       |                 |

医療的ケア実施におけるヒヤリハット・アクシデント報告書【例】

記録者 ○○ ○○

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                 |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|---------------------------------|--|
| 発生日時                                        | 令和 7 年 1 月 ○日 ( 木 曜日) 午前・ <del>午後</del> 12 時 30 分頃                                                                                                                                                                                                            |       |      |                                 |  |
| 発生場所・<br>発見者                                | 発生場所：特別支援教室<br>発見者：                                                                                                                                                                                                                                           |       |      |                                 |  |
| 対象者                                         | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                            | ○○ 太郎 | 生年月日 | <del>平成</del> /令和 28 年 5 月 25 日 |  |
|                                             | 病名                                                                                                                                                                                                                                                            |       |      |                                 |  |
| 医療的ケア<br>の内容                                | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                        |       |      |                                 |  |
| 内容                                          | <b>【発生時の状況】</b><br>特別支援教室にて経鼻経管栄養実施中に、対象児がはげしく動いてしまい、固定していたテープが外れ、栄養チューブが既定の位置よりずれてしまった。対象児は咳き込んで嘔吐した。すぐに中止し、誤嚥の可能性がないか胸部の呼吸音や SPO <sub>2</sub> モニターを確認した。いずれも異常な値は確認されなかった。<br>救急救命措置の実施： <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |       |      |                                 |  |
|                                             | <b>【発生原因・要因・背景（複数記入可）】</b><br>対象児の好きな音楽が校内放送で流れたため、音楽に合わせて体を激しく動かした。<br>チューブを固定するテープが汗などでゆるんでいたことが推測される。                                                                                                                                                      |       |      |                                 |  |
|                                             | <b>【出来事への対応】</b><br>嘔吐は少量であり、注入内容は水であったため、対象児の体調が落ち着くまで様子を観察した。<br>チューブを規定位置まで再挿入、固定。エア音で正しく挿入されていることを確認した後、栄養剤を注入した。                                                                                                                                         |       |      |                                 |  |
|                                             | <b>【保護者への説明】</b><br>上記の事象が発生したことを処置後に親へ電話連絡を行った。                                                                                                                                                                                                              |       |      |                                 |  |
| 今後の対策                                       | 固定テープがしっかり粘着されているか、全身状態の観察の際に再確認する。<br>放送音に過度に反応しないような音量などの場の工夫を行う。<br>注入中体動が激しくならないよう声かけや工夫を行う。                                                                                                                                                              |       |      |                                 |  |
| 報告書作成日：令和 7 年 1 月 ○日 ※情報共有のため教育委員会に提出してください |                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |                                 |  |

|     |                |     |       |   |
|-----|----------------|-----|-------|---|
| 届出日 | 令和 7 年 1 月 ○○日 | 学校名 | ▲▲小学校 | 印 |
|     |                | 校長名 | ○○ ○○ |   |