株式会社シエラ　御中

ヒヤリハット・アクシデント報告書

喀痰吸引等研修（特定の者対象・第３号研修）　実地研修用

報告者	事業所名称	
	受講者氏名	受講番号（　　）
	事業所責任者氏名	
報告先	事業所名称	
	指導看護師氏名	

発生日時	令和　　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　□指導看護師　□指導看護師以外の看護職員 □医師　□介護支援専門員・相談支援専門員　□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
指導看護師への報告	□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。
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

受講者（介護職員）　報告書記入日　令和　　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 受講者（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受講者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　令和　　年　　月　　日

※事業所責任者が内容を確認のうえ、写しを株式会社シエラへ速やかに提出してください（TEL 070-9039-0296／siera.co.222@gmail.com）。