

ヒヤリハット報告書

平成 22年 10月 1日

1 事業所の概要	事業所名	グループホーム西予		記載(報告)者	西予 一郎			
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 基準該当サービス施設(短期入所)		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> その他()				
2 ヒヤリハット対象者	氏名	西予 三郎			性別	男・女	年齢	85 歳
	介護度	要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5	障害 自立度	自立 ㊦・A・B・C	認知症 自立度	自立・I ㊦・Ⅲ・Ⅳ以上		
3 ヒヤリハットの状況	発生日時	平成 22 年 10 月 1 日 金 曜日 午前 10 時 30 分						
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()						
4 事故防止に向けての対応	具体的内容	○○氏の服薬を行うため、△△薬を机に用意していたが、同じ机に用意していた□□氏の××薬と間違えて服薬させようとした。						
服薬管理を強化し、同じ机に2名以上の薬を置くことがないようにするとともに、誰の薬か分かるように入居者別に入れ物を用意する。								

注) 記載しきれない場合、別紙(任意)に記載の上、この報告書に添付して下さい。

管理者	計画作成担当者	計画作成担当者	係員	確認