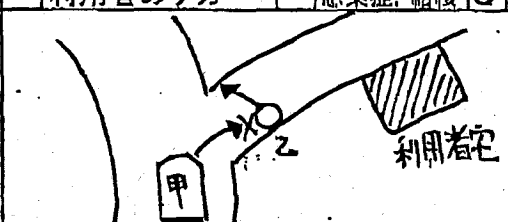


介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 14年 1月 23日

法人名		社会福祉法人 清光会											
事業所番号		1 4 7 0 6 0 0 0 2 2											
1 事業所の概要	事業所(施設)名		さわやか苑										
	所在地		横浜市保土ヶ谷区上菅田町1723-1										
	電話番号		045-381-3567				FAX番号		045-381-2817				
	記載者職氏名		[Redacted]										
	サービス種類 (該当するサービスにレ)		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
2 対象者(利用者)	氏名	[Redacted]								被保険者番号		[Redacted]	
	住所	[Redacted]								要介護度		[Redacted]	
3 事故の概要	①日時		平成 14年 1月 22日(火)										
	②場所		[Redacted]										
	③事故の種別 (該当するものにレ)		<input type="checkbox"/> 利用者の死亡 <input type="checkbox"/> 利用者のケガ		<input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症、結核		<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input checked="" type="checkbox"/> その他(歩行者との接触事故)						
	④事故の内容 (経緯を記載)		 <p>・甲(巡回車)が利用者宅へ向かおうと右折した際、右折先の道路を2([Redacted])が横断しており、それに気付いた甲がブレーキとアクセルを間違え、2に接触。</p>										
4 事故時の対応	①対処の仕方		救急車の手配及び警察による事故処理										
	②治療した医療機関名・所在地		東戸塚記念病院：横浜市戸塚区品濃町548-7 045-825-2111										
	③治療の概要		特に治療の必要は無..ようであるが、週に1回、東戸塚記念HPIにしばらくの間通院の予定。										
5 事故後の対応	④連絡した関係機関名・所在地		保土ヶ谷警察署										
	①利用者の状況(病状、入院の有無等)		右半身打撲。事故当日は、専門の医師からお帰りしている。本日、再度受診予定。再受診の結果、右側肋骨が1本骨接。全治4週間との診断。その他、左下肢にも腫れがみられるが、骨接は無..とのこと。										
	②家族への報告・説明		事故現場が被害者の自宅付近だった為、ご主人が立ち合っている。病院より帰宅後、事故を起こした職員2名が被害者宅を訪問し、ご主人への謝罪・説明を行っている。本日15:30:責任者([Redacted]) 同伴により再度被害者宅へ謝罪に向う。										
③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)		あ..お..換保(任意保険)利用。事故当日保険会社へ連絡。											
6 再発防止に向けた今後の対応		安全運転の周知徹底。											







注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

介護保険事故報告

整理番号

124



16年 11 月 22日 <input type="checkbox"/> 起案 <input checked="" type="checkbox"/> 供覧			記号		
16年 11 月 29日 決裁又は供覧済み			保存期間・追番号		年 -
高齢福祉部長 	高齢在宅支援課長 	在宅支援係長 	起案者 長久  水川 	文書主任 	公印承認

介護保険事業所からの事故報告を供覧します。

サービス種類

訪問介護

事故の種類別

やけど

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)

平成16年11月9日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団									
	事業所(施設)名	せいれいヘルパーステーション横浜									
	事業所番号	1	4	7	0	6	0	0	5	4	3
	所在地	横浜市保土ヶ谷区岩井町215		電話番号	045-730-5862						
					FAX番号	045-713-3161					
2 対象者	記載者職氏名	サービス提供責任者 [REDACTED]									
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ						
3 事故の概要	氏名・年齢・性別	[REDACTED]	年齢:	[REDACTED]歳	性別:	[REDACTED]	要介護度	5			
	被保険者番号	[REDACTED]	サービス提供開始日	H12年	4月	19日					
	住所	[REDACTED]									
	保険者名	南区									
4 事故発生時の対応	発生日時	平成16年10月6日 11時30分									
	発生場所	利用者宅									
	事故の種別 (複数の場合は、もつとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん	<input checked="" type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他()	死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日						
5 事故発生後の対応	事故の内容	上半身を拭いている間、足浴をして湯が冷めないように両足をタオルで巻いた。湯が冷めたので足し湯をしようとかんの湯を入れるとき、足を出すのを忘れ湯を入れてしまった。「熱い」と利用者さんに言われ、『しまった』と思ったが利用者さんが「大丈夫、大丈夫」と何度も言うので大事には至らなかったと思い水で流さなかった。足浴が終わった後も特に以上はなく、帰りに見たときも表面はピンク色になっていたが、何も水疱はなく、又本人に聞くと「大丈夫」だと言われ、そのまま帰った。									
	対処の仕方	訪問看護師より連絡を受けた翌朝、往診医に連絡し、指示を仰ぐ。その後、訪問看護ステーションに連絡し、医師の指示どおり処置を行ってもらった。10月21日、往診医、定時往診をする。									
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 碧水脳神経外科クリニック 横浜市南区白妙町2-7 045-252-0007									
	治療の概要	往診医に熱傷部位の写真を持参し、処置の指示を受ける。									
6 再発防止に向けての今後の取り組み	連絡済の関係機関	南区メディカルセンター訪問看護ステーション									
	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 10月7日の夕方、訪問看護師より水泡形成有り、熱傷していると報告を受ける。すぐに当事者に事実確認し、その後、利用者宅を訪問し、謝罪する。 即時往診医の指示を仰ぎ、翌日の訪問看護の訪問に間に合うよう、治療につなげる旨説明を行い、承諾を得る。家族は、日頃の訪問介護状況を考慮して下さり、大きな問題とはならなかった。 H16年11月現在、熱傷部完治し、足浴、散歩ができるよう改善した。									
	損害賠償等の状況										
	再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること) 事故報告書を上げ、ヘルパー会議にて事例検討を行った。 ※足浴のお湯の温度を確認する。足し湯用の湯はやや熱めものを用意する。足し湯の際は、必ず足を出した上で熱湯が跳ねないように桶の淵を伝って流すようにするか、あるいは本人から離れた場所で熱湯を入れる。再度、湯の温度を確認したうえで足浴を継続する。 ケア中の利用者の訴えや、表情の変化を捉え、起こりうる状態を予測した上での的確な判断、対応を行っていくよう指導を行った。									








注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

介護保険事故報告



整理番号

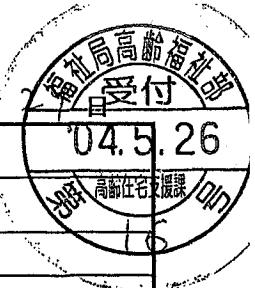
16

16年 5月26日			□ 起案 ■ 供覧			記号		
16年 5月31日			決裁又は供覧済み			保存期間・追番号		
高齡福祉部長	高齡在宅支援課長	在宅支援係長	起案者		文書主任	公印承認		
			  					
<p>介護保険事業所からの事故報告を供覧します。</p> <p>サービス種類 <input type="text" value="訪問介護"/> 事故の種類別 <input type="text" value="骨折"/></p>								

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)






横浜市提出用

平成16年5月



1 事業所の概要	法人名	有限会社サンライズケア									
	事業所(施設)名	サンライズケア									
	事業所番号	1	4	7	0	6	0	0	4	8	5
	所在地	横浜市保土ヶ谷区上菅田町662万葉マンション301		電話番号	045-372-2120		FAX番号		045-373-8820		
2 対象者	記載者職氏名	代表取締役 安食 美奈									
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他									
3 事故の概要	氏名・年齢・性別	[REDACTED]		年齢	[REDACTED] 歳	性別	[REDACTED]				
	被保険者番号	[REDACTED]	サービス提供開始年月日	平成16	年	4	月	30	日		
	住所	[REDACTED]									
4 事故発生時の対応	発生日時	平成16年5月11日火曜日 午前9時45分頃									
	発生場所	横浜市南区浦舟町4-57 横浜市大医療センター前バス停留所									
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷			<input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒			<input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他()			
5 事故後の対応	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日 ヘルパー付き添いによる通院介助中に事故発生。バスを降りる際にステップ最下段の滑り止めに靴のつま先が引掛かり前のめりに転倒し、歩道の段差に胸部から腹部にかけて打撲した。									
6 再発防止に向けての今後の取り組み	対処の仕方	近くにいた病院警備の方に応援を頼み車椅子を持ってきて頂き、自力歩行可能であったが車椅子に乗せ整形外科にて受診をお願いした。診察中、家族とサービス提供責任者に電話連絡した。									
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 横浜市大医療センター 横浜市南区浦舟町4-57 (045)-261-5656									
	治療の概要	整形外科にて胸部レントゲンと採血を行い当初診察予定であった消化器科にて腹部CT検査を行った。検査結果、肋骨骨折判明(1箇所)入院、通院は必要無く胸部ベルトで固定し痛み止めとして坐薬と湿布を使用していくことになった。									
7 その他	連絡済の関係機関	西区福祉保健サービス課、ケアマネジメントセンター・クルー(居宅支援事業者)、福祉局高齢者在宅支援課									
	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 5/11:午後6時50分頃、サンライズケア担当ヘルパー、サービス提供責任者、代表、顧問でご自宅を訪問し今回の事故についての状況説明と今後の対応について相談し謝罪を行った。対応については意見を伺い後日書面にて確認をすることになった。ご本人は痛みがひどく休まれていたが会話は可能であった 5/12:事故報告をもとに今回の事故についての原因と対策をサービス提供者、代表で協議し対応策原案を作成 5/13:対策原案の中で判断しかねる所があったため福祉局高齢者在宅支援課へ連絡し確認する。損害保険会社へ事故対応について相談。(賠償金の算定方法や話し合いの進め方など) 午後6時30分頃再度ご自宅を訪問し対策原案を提示する。主介護者である息子さんが不在であったため書類を預け後日連絡を頂くことにする。ご本人は痛みは変わらずあるものの坐薬を使用し少しずつであるが動けるようになってきた。 5/14:主介護者嫁より電話があり原案について理解できたが追加してもらいたいと申し出があり承る。対策原案をサービス提供責任者、代表で再度見直し協議する。 5/18:対策案完成。主介護者に連絡し明日訪問の約束をする 5/19:午後6時30分訪問、ご本人、夫、主介護者(息子)息子の嫁同席の元、対策について説明し書面にて了承を得る。ご本人は簡単な家事をできるようになっており話し合いも椅子に座り参加。夜間は痛み止めの坐薬を使用しないと眠れないと訴えあり。今後の対応として整形外科受診費用、タクシー料金(他科受診時未完治するまで負担する)、薬代をサンライズケアで負担し身体の保清や着替えを介護保険外にてサービス提供責任者が行う。整形外科受診については最低月1回は行い通院介助はサービス提供責任者がヘルパーと共に同行する。									
8 損害賠償等の状況	損害賠償等の状況	慰謝料を含めた損害賠償を行う。治療が終了後ご家族も含めて納得がいくまで話し合い示談書を交わすことになっている。									
9 再発防止に向けての今後の取り組み	再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること) 全ての利用者の介護計画を見直し利用者毎に危険箇所点検票を作成する。特に通院付き添いがある場合には必ずサービス提供前にサービス提供責任者が自宅から病院までのルート確認をし危険箇所の把握、安全の確認を行う。サービス提供の初回はサービス提供責任者が同行しヘルパー付き添いによる介助の安全を確認する。事故防止・対応マニュアルを見直し最新版をサービス提供責任者から全訪問介護員に配布し安全配慮について再確認を行う。事故報告兼ヒヤリハット報告書を新たに作成し活用していく。サービス提供責任者についてはウィリング横浜主催研修「ヒューマンエラー防止プログラム」申し込み中									

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

平成 15 年 4 月 11 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 15 年 4 月 14 日 決裁又は供覧済			福在				
高齢福祉社部長 	高齢在宅支援課長  保健担当課長	在宅支援係長  担当係長 担当係長 保健担当係長	起案者 	文書主任  文書担当者	公印承認		
事故報告書を供覧します。							
<hr/>							
<hr/>							

介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 15 年 3 月 26 日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会									
	事業所番号	1	4	7	0	6	0	0	5	1	9
	事業所(施設)名	保土ヶ谷事務所									
	所在地	保土ヶ谷区天王町1-16-6 ユタカハイツ1・2階									
	電話番号	045(348)0085			FAX番号	045(332)2052					
	記載者職氏名	[REDACTED]									
サービス種類 (該当するサービスに)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護							
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ							
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護								
	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設								
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> その他()								
2 対象者 (利用者)	氏名	[REDACTED]			被保険者番号	[REDACTED]					
	住所	[REDACTED]			要介護度	5					
3 事故の概要	①日時	平成 15 年 3 月 19 日(水)									
	②場所	[REDACTED]									
	③事故の種別 (該当するものに)	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の死亡	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事							
		<input checked="" type="checkbox"/> 利用者のケガ	<input type="checkbox"/> 感染症、結核	<input type="checkbox"/> その他()							
④事故の内容 (経緯を記載)	清拭のため、ベッドから車イスへ移乗の際、利用者が立位から体勢をくずし、その場でハルパーと二人でししゃがみ込む形となった。見ていた利用者の妻がハルパーと共に利用者を引き上げるように車イスへ座らせた。その後清拭のためズボレを脱がせるとき、マヒ側右膝に擦れによる傷があり、傷を復したことに気づいた。										
4 事故時の対応	①対処の仕方	地区担当が当日夕、利用者宅へ訪問、傷の状態を確認する。利用者妻が消毒し、傷部分に軟膏を塗布、ガーゼをあてていた。利用者も利用者妻も、直院等の希望なく、様子を見るだけよいとのこと。									
	②治療した医療機関名・所在地										
	③治療の概要										
	④連絡した関係機関名・所在地										
5 事故後の対応	①利用者の状況(病状、入院の有無等)	3/25、利用者宅へTELにて確認。傷がカサグタとなり見治状態でありとのこと。									
	②家族への報告・説明										
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)										
6 再発防止に向けての今後の対応	移乗の際の声かけで利用者も立位を続けられず、気を振らす声かけに留意するようハルパーを指導した。										







注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

介護保険事故報告



整理番号

59

16年 8月 12日 <input type="checkbox"/> 起案 <input checked="" type="checkbox"/> 供覧			記号		
16年 8月 16日 決裁又は供覧済み			保存期間・追番号		年 -
高齡福祉部長 	高齡在宅支援課長 	在宅支援係長 保健担当係長  /	起案者  	文書主任 	公印承認

介護保険事業所からの事故報告を供覧します。

サービス種類

訪問介護

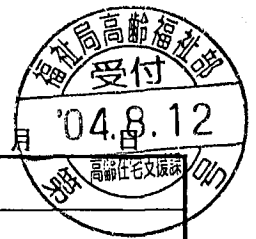
事故の種類別

打撲・捻挫・脱臼

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)

横浜市提出用

平成 年 月



1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会		
	事業所(施設)名	横浜市福祉サービス協会 保土ヶ谷事務所		
	事業所番号	1 4 7 0 6 0 0 5 1 9		
	所在地	〒240-0003 横浜市保土ヶ谷区天王町1-16-6 ユタカハイツ1・2F	電話番号	045-348-0085
			FAX番号	045-332-2052
2 対象者	記載者職氏名	[Redacted] (事務)		
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名・年齢・性別	[Redacted]	年齢:	[Redacted]
	被保険者番号	[Redacted]	サービス提供開始年月日	平成 16 年 7 月 13 日
3 事故の概要	住所	[Redacted]		
	発生日時	平成16年 7月 13日(火) 午後12時頃		
	発生場所	[Redacted]		
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input checked="" type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異食・誤えん		
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日 車椅子上で上半身の清拭をした後、リビングルームから寝室に移動し、ベッドに横になっていた とき下半身の清拭を行った。使用したタオルを洗面所に戻すためその場を離れたその一瞬、 ベッドから転落してしまった。右ほほを打撲してしまい、5cm程のアザができてしまった。 なお、ベッド柵は家族の要望により、壁側にしかされていない。(特別養護老人ホームから退所されて初めての ヘルパー派遣での事故である。)		
4 事故発生時の対応	対処の仕方	すぐに家族に声をかけ、打撲した右ほほ以外に打撲した箇所がないか確認した。家族の手により 昭和医科大学を受診し、数時間後電話にて結果を伺った。		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 昭和医科大学病院		
	治療の概要	レントゲン検査で骨折等はなく、打撲と診断。		
	連絡済の関係機関	居宅介護支援専門員(横浜市福祉サービス協会 保土ヶ谷事務所)		
5 事故後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 受診の結果、骨には異常なく右ほほの打撲のみ。		
	損害賠償等の状況	家族は『見舞いも謝罪も不要。しかしこういう利用者がいることを管理者も知っておいて欲しい。』 と話されたので、直ちに所長自身が訪問。再度謝罪をしてサービス提供上の要望や注意事項など をお聞きした。		
6	再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること) 利用者の身体状況をしっかり把握し対応しなければならない。常に声掛け等をして、コミュニケー ションを取ることが必要である。その場を離れる必要がないように、清拭に必要な物をベッド上に 予めきちんと準備しておく。やむを得ず離れる必要のある時は、家族にそばについてもらうようお 願いして作業する。家族が不在の場合は、柵を使えるよう今後お願いしていく。(施設から退所さ れた直後なので、しばらく在宅で家族が介護してみて、家族にお願いする。)		






注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

介護保険事故報告



整理番号

125

16年 11 月 22日 □ 起案 ■ 供覧			記号		
16年 11 月 29日 決裁又は供覧済み			保存期間・追番号		年 -
高齢福祉部長 	高齢在宅支援課長 	在宅支援係長 保健担当係長  X	起案者  長久 水川	文書主任 	公印承認

介護保険事業所からの事故報告を供覧します。

サービス種類

訪問介護

事故の種類別

骨折

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)

横浜市提出用

平成 16年 11月 15日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会									
	事業所(施設)名	横浜市福祉サービス協会 保土ヶ谷事務所									
	事業所番号	1	4	7	0	6	0	0	5	1	9
	所在地	横浜市保土ヶ谷区天王町1-16-6 ユタカハイツ1・2階		電話番号	045-348-0085		FAX番号	045-332-2052			
	記載者職氏名	管理者補佐 [REDACTED]									
2 対象者	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ									
	氏名・年齢・性別	[REDACTED]	年齢:	[REDACTED]	性別:	[REDACTED]					
3 事故の概要	被保険者番号	[REDACTED]	サービス提供開始年月日	平成13年 10月 24日							
	住所	[REDACTED]									
	発生日時	平成16年10月30日(土)15:15頃									
	発生場所	横浜市西区高島2-5-15 横浜第一病院内(整形外科待合室)									
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他()									
事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日 病院内で歩行介助後、椅子に座らせる介助をする際に、おしりが座面まで10cm程のところ、大丈夫だと思い、介助の手を離れたところ、前方に転倒し、大腿骨を骨折した。										
4 事故発生時の対応	対処の仕方	病院内の整形外科待合室での転倒であったため、そのまま整形外科受診し、入院となった。									
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 横浜第一病院、横浜市西区高島2-5-15、045-453-6711									
	治療の概要	手術により、骨折部位の接合をおこなった。									
	連絡済の関係機関	清水ヶ丘セツルメント診療所(居宅介護支援事業者)									
5 事故後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 大腿骨骨折により入院。姪に連絡をとり、上記「事故の内容」と同様の説明を行なった。									
	損害賠償等の状況	11月15日現在、お客様側には損害賠償の要望がないが、今後賠償の要望が出た場合には、介護事業者総合保険により対応する予定									
6 再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること) きちんと座位をとれるだろうという予測ではなく、確実に座位が取れて安定したことが確認できるまで、介助の手を離さないことの徹底を図る。動作の一つ一つの確実な完了の確認を図るよう、周知していく。										








注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

介護保険事故報告



整理番号

126

16年 11月 22日 <input type="checkbox"/> 起案 <input checked="" type="checkbox"/> 供覧			記号		
16年 11月 29日 決裁又は供覧済み			保存期間・追番号		年 -
高齢福祉部長 	高齢在宅支援課長 	在宅支援係長  保健担当係長 	起案者  長久 水川 	文書主任 	公印承認
介護保険事業所からの事故報告を供覧します。					
サービス種類		訪問介護	事故の種類別		骨折

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)
横浜市提出用

平成 16 年 11 月 15 日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会									
	事業所(施設)名	横浜市福祉サービス協会 保土ヶ谷事務所									
	事業所番号	1	4	7	0	6	0	0	5	1	9
	所在地	横浜市保土ヶ谷区天王町1-16-6 ユタカハイツ1・2階			電話番号 045-348-0085 FAX番号 045-332-2052						
	記載者職氏名	管理者補佐 [REDACTED]									
2 対象者	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ									
	氏名・年齢・性別	[REDACTED]	年齢: [REDACTED]	性別: [REDACTED]							
3 事故の概要	被保険者番号	[REDACTED]	サービス提供開始年月日	平成15年 7月 21日							
	住所	[REDACTED]									
	発生日時	平成16年11月8日(月)11:05頃									
	発生場所	[REDACTED] 宅の庭									
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他()									
事故の内容	<p>ヘルパーが居室を掃除中に、[REDACTED]様が回覧版を届けに2軒隣の家まで行き、その家の庭で転倒した。ヘルパーは玄関が開く音には気付いていたが、庭に出ているものと思い、掃除を継続していたところ、2軒隣の[REDACTED]様が、[REDACTED]様が転倒した旨をヘルパーに伝えに来た。[REDACTED]様の意識ははつきりしているものの、左足に力が入らず動けないとのことで、救急車対応となる。</p> <p>死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日</p>										
4 事故発生時の対応	対処の仕方	救急車を呼び、病院に付き添った。									
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 横浜桐峰会病院、横浜市瀬谷区瀬谷1-29-1, 045-303-1151									
	治療の概要	左大腿骨骨折の診断が出るが、手術については未定。入院は長期になる見込み。									
5 事故後の対応	連絡済の関係機関	横浜市二ツ橋地域ケアプラザ(居宅介護支援事業者)									
	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 横浜桐峰会病院に入院中。家族との連絡は弟が窓口となっている。上記「事故の内容」と同様の説明を行なった。									
6 再発防止に向けての今後の取り組み	損害賠償等の状況	介護事業者総合保険による対応を考えているが、お客様・ご家族ともに、お客様自身に転倒の責任があると捉えており、救急対応してもらったと恐縮しているので、落ち着いた頃に相談することとする。									
	再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること) 活動中は、声かけ等によりお客様の居所を常に確認・把握するとともに、これから何をしようとしているのかも、声をかけて確認をすることを徹底する。事務所だよりにてヘルパーに注意喚起する。									

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。