







平成 15 年 7 月 23 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 15 年 7 月 23 日 決裁又は供覧済			福高在				
高齢福祉部長 	高齢在宅支援課長  保健担当課長	在宅支援係長  事業担当係長 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/>							

再提出

50








# 介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町村)

平成 15年 7月 16日

横浜市提出用

1 事業所の概要	法人名	有限会社 ヤスカイ		
	事業所(施設)名	ヘルパーステーション カイ		
	事業所番号	1	4	7
	所在地	磯子区西町 12-22-206		電話番号 045-762-2371 FAX番号 045-762-2372
2 対象者	記載者職氏名	所長 渡邊		
	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		
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	H.15年 6月 10日
	住所	[Redacted]		
	発生日時	H.15.6.27		
4 事故の対応	発生場所	利用者宅		
	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 type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input checked="" 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 ヘルパーによる利用者宅での現金の窃盗。 (合計¥10,000-)		
5 事故後の対応	対処の仕方	利用者からの事実確認 → ヘルパーからの事実確認 → 会議 → 弁護士に相談 → 会議 → 示談		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)		
	治療の概要			
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	ケアマネージャー		
	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) 示談成立後、サービスを継続していましたが、先日前に亡くなりました。		
	損害賠償等の状況	全額弁済済み		
	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) ① 研修、会議等での教育、指導の徹底 ② 採用時の基準の見直し		

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 7 月 23 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 15 年 7 月 23 日 決裁又は供覧済			福高在				
高齢福祉部長  	高齢在宅支援課長   保健担当課長	在宅支援係長  事業担当係長  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。							
-----							
-----							

再提出

51

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 15 年 7 月 16 日

1 事業所の概要	法人名	有限会社 サスカッパ		
	事業所(施設)名	イルパーステーション かい		
	事業所番号	1470700368		
	所在地	磯子区西町12-22-206	電話番号	045-762-2371
			FAX番号	045-762-2372
	記載者職氏名	所長 渡邊		
	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
2 対象者	氏名・年齢・性別	■■■■■	年齢: ■■■ 歳	性別: ■■■
	被保険者番号	■■■■■	サービス提供開始年月日	H.14 年 6 月 4 日
	住所	■■■■■		
3 事故の概要	発生日時	H.15.6.10 頃 ~ 6.30		
	発生場所	利用者宅		
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いものを)	<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 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 checked="" 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		
	事故の内容	イルパースによる利用者宅での現金の窃盗。 (合計468000-)		
4 事故対応	対処の仕方	利用者からの事実確認 → イルパースからの事実確認 → 会議 → 弁護士に相談		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) → 会議 → 示談 → 示談書		
	治療の概要			
	連絡済の関係機関	ケアマネージャー		
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) 示談成立後、サービスを継続中。		
	損害賠償等の状況	全額弁済済み		
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) ① 研修・会議等での教育・指導の徹底 ② 採用時の基準の見直し		

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。

# 介護保険事業者 事故報告書

1091

横浜市提出用

平成 14年 1月 4日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 秀峰会									
	事業所番号	1	4	7	0	7	0	0	1	3	7
	事業所(施設)名	磯風の謡									
	所在地	〒235-0023 横浜市磯子区森5-5-53									
	電話番号	TEL 045-751-3333		FAX番号	FAX 045-751-3454						
2 対象者(利用者)	記載者職氏名	業務課 [REDACTED]									
	サービス種類 (該当するサービスにレ)	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援 <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	①日時	平成 14年 1月 2日(水)									
	②場所	利用者宅									
4 事故時の対応	③事故の種別 (該当するものにレ)	<input checked="" 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 type="checkbox"/> その他( )							
	④事故の内容 (経緯を記載)	別紙参照 ( [REDACTED] の事故報告 )									
	①対処の仕方	救急車要請及び心マッサージ 病院へ搬送付済									
	②治療した医療機関名・所在地	済生会南部病院									
5 事故後の対応	③治療の概要	-									
	④連絡した関係機関名・所在地	救急車対応。磯子警察署、民生委員(新川様)									
	①利用者の状況(病状、入院の有無等)	南部病院医師より同日 12:35 死亡確認									
6 再発防止に向けた今後の対応	②家族への報告・説明	[REDACTED] 様妹( [REDACTED] 様)に状況連絡。 磯子警察署員立会のもと所持品確認後渡す。									
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)										

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。



平成14年1月2日

松尾俊与施設長殿

記録: [REDACTED]

**[REDACTED] 氏事故報告**

氏名 [REDACTED] 様

生年月日 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 ([REDACTED] 歳)

住所 [REDACTED] TEL [REDACTED]

## 概要

担当ヘルパーが休みのため、[REDACTED] が複合介護の代替として9時～12時までの活動に入る。訪問時の状態は普段と変わりなく会話を交わした。買物を頼まれ出かける。帰宅し声をかけながら入室するがテレビを見ながらうたた寝された様子が返事が11時30分頃なかったが昼食の調理にとりかかった。10分位後に再び呼びかけをするが反応がないので救急車要請した。その間に救急隊と電話で指示を受けながら心臓マッサージをおこなう。済生会南部病院に搬送。12時35分死亡確認(医師)







## 1月2日

- 9:00 [REDACTED] 氏宅の訪問活動に入る。[REDACTED] 氏自ら鍵を開け、出迎えてくださる。最近の様子などを伺いながら談話する。
- 10:30頃 買物を頼まれ京急ストア屏風ヶ浦店へ出かける。(片道徒歩で25分位の距離) 刺身、トマト、グレープフルーツ、バナナを購入。
- 11:30頃 [REDACTED] 氏より預かった鍵を使用して鍵を開け玄関に入る。声をかけリビングへ入室。ストーブ、テレビが付いたままうたた寝されている様子。購入品を冷蔵庫にしまい調理に取り掛かる。調理中、背後よりカタカタと音が鳴り目を覚まされた気配を感じた。振り向くと目を開きテレビを見ている様子。ストーブのタンクに給油するように頼まれていたため給油する。
- 11:40 [REDACTED] 氏に声をかけるが(難聴)返事がないため右肩をたたき呼びかける。
- 11:50 反応がないので脈を取るが微弱、呼吸は感じられなかったため救急車要請
- 11:53 電話で救急隊の指導のもと気道確保し心マッサージを開始、口腔内に1cm位のモチが2～3個あったため下入歯をはずし、かき出しながら救急隊が到着するまで心マッサージを続ける。  
:ヘルパー買物外出中にご自分でモチを調理し食べたもよう。
- 12:00 救急車到着
- 12:05 救急車で済生会南部病院へ搬送、車内より磯風の謠へ一報入れる
- 12:10 [REDACTED] 氏救急治療室へ入る。  
[REDACTED] に状況説明し応援を求めご家族の連絡先を調べてもらう。[REDACTED] が [REDACTED] に連絡し、病院へ駆けつける。
- 12:20 [REDACTED] より施設長へ一報  
[REDACTED] 氏の民生委員に連絡するが留守  
[REDACTED] 氏のご身内に電話するが留守のため連絡とれず  
磯風の謠に電話で経過報告  
理事長より磯風の謠に連絡入る(1月4日に横浜市福祉局へ連絡する様指示有)
- 12:35 医師より [REDACTED] 氏死亡確認の立会い依頼あり立会う。  
[REDACTED] 氏死亡確認、磯風の謠にご逝去の報告
- 12:40 霊安室へ移動
- 12:50 磯子警察署、担当官が南部病院到着
- 13:10 [REDACTED]、事情聴取受ける  
鑑識医より外傷は無く、死因は窒息によるものと説明受ける。(気道に10cmのモチが詰まっていた)
- 13:15 [REDACTED] が施設長と民生委員に経過報告
- 14:00 現場検証のため [REDACTED] 氏宅へ向かう
- 14:10 磯風の謠に電話で経過報告、[REDACTED] 氏の妹([REDACTED] 様)の連絡先がわかる。
- 14:15 [REDACTED] 様に状況を電話連絡

2/2

- 14:30 ■■■氏宅到着  
磯子警察署員が現場検証
- 氏の所持品を、磯子警察署刑事課前園部長立会いの元確認、一時保管を依頼される。
- 15:30 磯風の謄到着、施設長に電話報告
- 15:35 ■■■氏の所持品一覧表を2部作成
- 16:35 ■■■様磯子警察署に到着の連絡入る
- 16:45 施設長に経過連絡
- 17:05 磯子警察署到着、前園部長立会いのもと■■■様と■■■氏の所持品確認  
所持品一覧表にサインを頂き■■■様にお渡りする。
- 17:45 施設長、磯風の謄へ終了報告

以上

平成14年3月27日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成14年3月27日 決裁又は供覧済			福左				
介護福祉部長 	在宅サービス課長 	在宅サービス係長  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		
磯風の議から事故報告ありとの							



介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 14年 02月 25日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 秀峰会									
	事業所番号	1	4	7	0	7	0	0	1	3	7
	事業所(施設)名	磯風の謠									
	所在地	〒235-0023 横浜市磯子区森5-5-53									
	電話番号	TEL 045-751-3333		FAX番号	FAX 045-751-3454						
2 対象者(利用者)	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						
	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 14年 02月 22日(金) 17:10頃									
	②場所	[REDACTED] 様宅 応接室									
	③事故の種別(該当するものにレ)	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の死亡 <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他( )							
	④事故の内容(控筆を記載)	13:00 [REDACTED] 様宅 訪問介護活動開始 17:00頃まで 通常通り 複合型介護の活動をした。 (室内歩行訓練、体温測定、定期的トイレ誘導、おやつ提供、室内清掃) 17:00 [REDACTED] 様の尿意訴えにより トイレ誘導 介助。以降は事故経過参照(報告書) 台所片付け中、物音と振り向きと [REDACTED] 様が仰臥状態で倒れるのを発見									
4 事故時の対応	①対処の仕方	応急処置、御家族 主任ヘルパー 訪問看護に連絡 報告状況説明。主任ヘルパーも同伴病院へ 居宅介護支援事業所へ連絡									
	②治療した医療機関名・所在地	磯子中央病院									
	③治療の概要	レントゲン撮影、採血、心電図									
	④連絡した関係機関名・所在地	3/25、9時30分 磯子区 福祉サービス課に電話報告 16時 福祉局 在宅サービス課に電話通報									
5 事故後の対応	①利用者の状況(病状、入院の有無等)	右股関節骨折の為入院 (3/27 手術予定)									
	②家族への報告・説明	御子息、御主人に報告、説明と実施 3/25 施設長、主任ヘルパーが病院に見舞訪問									
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)	確認中									
6 再発防止に向けての今後の対応	原因究明のに対応策検討実施										

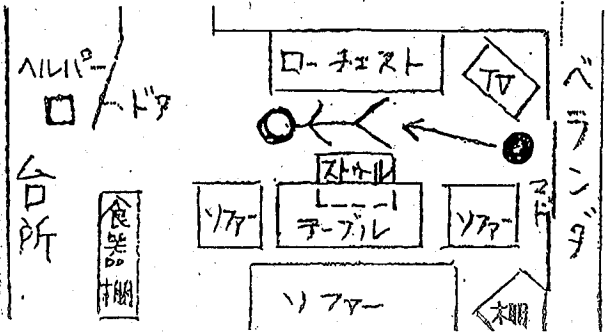
注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

様 事故報告

日時 2002年3月22日 17時10分頃  
場所 宅 応接室  
内容 転倒事故








事故経過 (時刻はおおよそで多少のズレ有り)

- 17:00 ソファにて「おしっこ」という言葉を発したので、急ぎトイレ誘導する  
尿パッド交換し応接室に戻る  
ずっと座っていたので少し歩いてもらおうと思い、窓際までの歩行を見守りその場に窓の方を向いて立つのを確認
- 17:08 今までそこには佇むことが多かったのですが、その場を離れ台所に出しっ放しにして置いた食材を片付けに行く
- 17:10 片付け途中で物音がしたので振り向くと、利用者がローチェスト脇に仰向けに倒れていたの  
で慌てて近寄る (下図参照)  
上半身を抱き起こし、異状の有無を調べる  
鼻の頭、目頭の線から約1cm,下の部分が4mm程切れ出血しているのを見る  
数十秒経って右鼻腔から出血、右手でティッシュを使い小鼻の上部を押さえ止血し、左手で上半身を支え、顔を俯きにしてしばらく鼻を押さえる
- 17:20 事務室にいる息子の氏に声を掛け状況を報告し、傷薬を取ってもらい傷につける
- 17:30 鼻腔からの出血が止まり、利用者の様子が幾分落ち着いたので、氏に手伝ってもらい1人掛けのソファに座ってもらう  
着衣をめくり他の傷の有無を調べ、体を触り反応を見る この時点では特に痛みを訴える反応は見られず 興奮のためかおしゃべりをずっと続ける
- 17:40 磯風に連絡 主任ヘルパーがいる桜樹の森に連絡 折返しの電話を待つ  
訪問看護婦の看護婦に連絡 折り返しの電話を待つ  
利用者の鼻の傷口に傷テープを貼り、冷却剤で冷やし続ける
- 17:50 主任ヘルパーから電話あり 状況報告する  
2回目の電話で宅を訪問するとの連絡有り  
看護婦より電話あり 訪問してくれるよう依頼する  
利用者の鼻を冷やし続ける
- 18:30 氏帰宅される 状況説明する 氏が鼻の傷口を見て治療される
- 18:40 看護婦訪問 状況説明する  
看護婦が利用者の様子を見て処置をする
- 19:00 主任ヘルパー訪問 状況説明する
- 19:30 看護婦が異状の有無を確認 歩行時足の痛みを訴えるので病院での診察を氏に提案
- 19:45 氏 看護婦 主任が付き添い磯子中央病院へ向かう
- 20:30 右股関節骨折と判明 入院となる



窓際から台所に向かって歩く途中  
スツールに引っ掛かり転倒し、  
ローチェストに当たったものと思われる。

以上 2002年3月23日

平成 15 年 9 月 25 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 15 年 9 月 30 日 決裁又は供覧済			福高在				
高齢福祉部長 	高齢在宅支援課長   保健担当課長	在宅支援係長  事業担当係長  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 9月 15日

84

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人 秀峰会									
	事業所番号	1	4	7	0	7	0	0	1	3	7
	事業所(施設)名	磯風の謡									
	所在地	〒235-0023 横浜市磯子区森5-5-53									
	電話番号	TEL 045-751-3333		FAX番号	FAX 045-751-3454						
2 対象者(利用者)	記載者職氏名	訪問介護サービス提供責任者									
	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 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	[Redacted]		被保険者番号	[Redacted]						
	住所	[Redacted]		要介護度	3						
	①日時	平成 15年 9月 11日(木)									
3 事故の概要	②場所	[Redacted] 様の自宅									
	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(自薬の点眼ミス)							
	④事故の内容(経緯を記載)	9:45 ・ヘルパー訪問 10:30 ・本人の希望で点眼薬を冷蔵庫から取り出す → サポートしながら点眼 ・痛みで異常に泣く。(目薬の下剤(ネババン)とを間違えたことに泣く) ・磯風の謡にTEL。主介護者及び看護婦に事情説明、対応方法を尋ねる。 12:00 ・清水で洗眼 ・磯風の謡看護婦に経過、状態を報告 ・家族、アマネジャーに報告、説明、お詫言、眼科の予約。 14:30 ・日本眼科へ予約									
	①対処の仕方	ヘルパーに点眼洗眼器等を使って洗眼し、磯風の謡に連絡。家族、アマネジャーに連絡。眼科へ職員にてお連れし、受診洗眼。									
4 事故時の対応	②治療した医療機関名・所在地	横浜赤十字病院 眼科 守屋 医師									
	③治療の概要	9/11 14:30 洗眼、検査、診察、点眼薬の処方 9/12 11:00 視力検査、診察、点眼薬の処方									
	④連絡した関係機関名・所在地	南介護保険センター [Redacted] アマネジャー									
	①利用者の状況(病状、入院の有無等)	2回の受診の結果、今日の誤点眼に及ぶ影響、異常は見当たらないとのことで、入院、通院は無し。またお子白内症の検診も、H16.3月頃に受ける指示と目薬の処方があり、その後変化は無い。									
5 事故後の対応	②家族への報告・説明	9/11 事故直後、主介護者の長女に報告、説明、お詫言、眼科診察後の結果報告 9/12 2回目の受診結果の報告、説明 9/20 その後の経過確認とお詫言の為に御礼									
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)	無し (診療費薬代は磯風の謡にて負担処理)									
	④再発防止に向けての今後の対応	点眼についてはサービス内容外であること、保管場所から持ってくる際も家族も主任によく確認した上で、本人にお渡しすることを再度各ヘルパー徹底し、ご家族にも保管場所を分けて頂くよう注意を促す。									

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

88

16年 9月17日		□ 起案 ■ 供覧		記号	
16年 9月27日		決裁又は供覧済み		保存期間・追番号	
高齢福祉部長	高齢在宅支援課長	在宅支援係長	起案者	文書主任	公印承認
		 保健担当係長			

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

異食・誤えん

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 9 月



1 事業所の概要

2 対象者

3 事故の概要

4 事故発生の対応

5 事故後の対応

6 再発防止に向けての今後の取り組み

法人名	NPO法人 汐見台福祉コミュニティ		
事業所(施設)名	NPO法人 汐見台福祉コミュニティ ホームサービス部会		
事業所番号	1	470700517	
所在地	横浜市磯子区汐見台2-4-6 訪問 福祉センター内	電話番号 045-752-4877	FAX番号 045-752-4890
記載者職氏名	介護サービス事業所管理者 東宮 瑠璃		
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		
氏名・年齢・性別	[Redacted] 年齢: [Redacted] 才 性別: [Redacted]		
被保険者番号	[Redacted]	サービス提供開始年月日	平成13年 9月 20日
住所	[Redacted]		
発生日時	平成16年 9月 4日		
発生場所	[Redacted] 採宅		
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"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input checked="" type="checkbox"/> 異食・誤えん <input 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		
事故の内容	3年向 [Redacted] 採宅にて活動していたヘルパーが退職をした為、9月10日 月~土曜を3.4名でお世話するにになり、初めてのヘルパーが 1日分として3種類の薬 各1錠を用意するべきと:3錠、各4錠、 4日分を与え(ました)。		
対処の仕方	至急ヘルパーが採宅の病院と当事務所へ連絡		
治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 森の丘 医院、磯子区森の丘1-13-11 TEL 846-1778		
治療の概要	担当医師が診察中のため、まず看護師が採宅へ下り血圧、脈拍等を測定、その後、医師も往診に再度診察。		
連絡済の関係機関	居宅介護支援センター (森の丘介護支援センター)		
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の [Redacted] さんは、体調や気分も(ほとんど)変化がなく、先生の往診時にも多少血圧が上っていたが、「こんな事で人の出入りが多かったから(お)、心臓はな...と思...ます」とのことでした。</li> <li>即家族へも当日、医師やヘルパーから事情を説明して頂き、了解を得ました。その後、引き続き(家族)ヘルパーで採宅を見守りに(ました)。</li> </ul>		
損害賠償等の状況	管理者がすぐに為せかけ、事情を知ると共に、即家族へ謝罪をし、医師の往診料等費用にかかわる事は当事務所で支払う事を話し合いました。		
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) 9月7日(水)にサービス提供部会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>採宅のヘルパー全員を召集し、決して再発しない採宅に合...お...す。</li> <li>医院の提案で今後(薬)の量を1包にし(内)送りの薬に(ます)。</li> </ul>		

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。と9事...した。

介護保険サービス事故報告書

【横浜市提出用】

事業所名	Tにすけあい石碇子		管理者名	戸田香代子
			記載者名	戸田香代子
所在地	〒235-0045 横浜市石碇子E洋光台5-8-22-A01		電話番号	045-834-3119
			FAX番号	045-834-3154
事故が発生したサービスの種類	<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( )			
事故の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他( )			
利用者	氏名	[REDACTED]		
	住所	[REDACTED]		
	既往症等の状況	リウマチ		
事故の状況	日時	平成14年 5月 22日 (水) 午後 12:30		
	場所	利用者宅		
	事故の内容	散歩へ出掛けようとして、玄関の上でリフトで転倒、骨折		
	事故発生の経緯及び対処等	通常のワークを終え、散歩へ出掛ける準備をする。ワーカーが [REDACTED] を玄関の上まで誘導し、手すりにつかまって待ってもらい、背負う為、背中を何処に何秒かの間に おしりをつくように倒れた。トイに支えたので、頭は打たずに、膝をひねったように横向きに転倒。		
連絡した関係機関	Tにすけあい石碇子の事務所、救急車			
治療の状況	医療機関(所在地)(名称)	神奈川県衛生看護専門学校附属病院(通称 汐見台病院)		
	治療概要	レントゲン検査の結果 右膝骨折 添え板で固定 → 石膏固定		
事故後の状況	利用者の状況(入院先)(病状等)	そのまま 汐見台病院 内科に入院(整形外科に空きがなかった為)		
	家族への説明状況	ワーカーは入院に必要な用品を取りに [REDACTED] 宅へ帰り、ご主人にメモを置いて(ご主人に連絡がつかない為)病院へ戻る。夕方6時半すぎ、病室でご主人とお会いし事故の説明をする		
	損害賠償保険適用の状況	退院後、治療費、入院諸費用について保険適用		
今後の再発防止策	特に 散歩など外出する際、車椅子に乗るまでワーカー1人では危険な為、今後ご希望がある時には2人体制をとりたい。併せてお話ししているので、整理してほしい			
その他特記事項	引き続き入院中			

(注) 記入欄が不足する場合は資料を添付してください。