







平成 15 年 6 月 24 日 起案・(供覧)			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 15 年 6 月 26 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 (事業者→市町村)

横浜市提出用

平成 15年 6月 16日

37

1 事業所の概要	法人名	株式会社 ックイ		
	事業所(施設)名	総合福祉 ックイ 横浜泉		
	事業所番号	1473600268		
	所在地	〒246-0015 横浜市泉区中田西1-1-26 3階 TEL 電話番号045-801-4230 FAX番号045-801-4235		
	記載者職氏名	管理者 高橋 美里		
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 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] 才 性別: [redacted]		
	被保険者番号	[redacted]	サービス提供開始年月日	13年 月 日
	住所	[redacted]		
	発生日時	平成15年6月14日		
3 事故の概要	発生場所	自宅		
	事故の種別 (種類の場合は、もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input checked="" 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 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	6/13 皮膚の異常、かゆみが見られ、翌日(6/14)病院にて検査。 6/16 肝マメネより「疥癬」との報告。(*6/13 ヘルピー派遣 6/14 病院に行くので、キャンセル)		
	対処の仕方			
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) フクイクリニック 泉区中田西1-1-27 TEL045-800-5239		
4 事故発生時の対応	治療の概要	毎日(シャワー浴→610111フ→薬用せっけん→洗い流す→オイラックス塗布) 知れ方は、オイラックスのみ。		
	連絡済の関係機関			
	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) 完治するまで、DS休み。訪問看護、訪問介護は現状通りの ケア内容で、予付着、着用にて対応予定。 (*CM [redacted] 様 T和界地域ケアセンター) 毎日の入浴は家族対応。 発症部位…腕部、腰部、太腿部		
	損害賠償等の状況	なし。		
	6 再発防止に向けての今後の取り組み	完治するまで予付着、着用にて対応。また、2次感染、ヘルピーが媒介者になり たというよう、対応ヘルピーは、その対応日は、他利用者宅訪問を中止。 再発防止に向けて、ご家族への指導・情報提供を行う。		

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。

介護保険サービス事故報告書

平成12年12月13日 16:30

【横浜市提出用】

電話報告
受付。
介護保険体
系久々に
連絡。
報告書の
提出の旨略

事業所名	横浜西部介護保険センター (新崎会)		管理者名	佐野 龍一郎
			記載者名	██████ (47歳)
所在地	泉区和泉町 2863-2 泉ビル2F		電話番号	800-5820
			FAX番号	
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	██████	生年月日	██████ 年 █████ 月 █████ 日 (████ 歳)
	住所	██████ (tel. █████)		
	既往症等の状況	新設 1		
事故の状況	日時	平成12年12月13日 (水) 9:47		
	場所	自宅(泉区和泉) 出口付近		
	事故の内容	転倒による生傷 (顔(右前頭部), 鼻)		
	事故発生の経緯及び対処等	美容院に行くための介助の際、APから1Fに下り、本人をホストに呼び寄せ、直ぐに上らせようとしたところ、他の歩行者の動きでつまずき、本人は転倒した。直ぐに和泉山診療所に搬送して行き、外傷部の手当てあり。		
	連絡した関係機関	長女 (██████)		
治療の状況	医療機関(所在地)(名称)	和泉山診療所		
	治療概要	外傷手当		
事故後の状況	利用者の状況(入院先)(病状等)	特に変化は認めず。予定していた美容院へ行くのを、様子観察可也。異常なく、12月15日に帰る。		
	家族への説明状況	転倒直後、通院後、ヘルメット着用等の3日 補償報告		
	損害賠償保険適用の状況	/		
今後の再発防止策	車を利用せず、和泉ビル移動用の車に車椅子を載せておいた。			
その他特記事項	ヘルメットが活動中に車にぶつかるのを防ぐため、介護保険の購入で認められている。今後介護保険系に入社し、業務内容と明確に分けておきたい。			

記録
越前

(注) 記入欄が不足する場合は資料を添付してください。 → 搬送中の保険金請求書の提出