






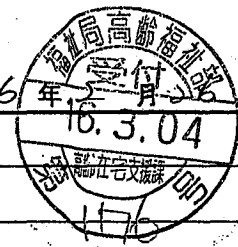


平成 16 年 3 月 5 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 16 年 3 月 10 日 決裁又は供覧済			福高在				
高齡福祉部長 	高齡在宅支援課長  保健担当課長	在宅支援係長  事業担当係長 担当係長 保健担当係長	起案者   	文書主任  文書担当者	公印承認		
事故報告書を供覧します。							

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 3 月 04 日



1 事業所の概要	法人名	株式会社 コムスン		
	事業所(施設)名	港南日野ケアセンター		
	事業所番号	1473100566		
2 対象者	所在地	横浜市港南区日野2-1-13 榎本ビル2階B区画	電話番号	045-840-6881
	記載者職氏名	[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 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] 様	年齢:	[Redacted]
	被保険者番号	[Redacted]	サービス提供開始年月日	2003年 7月 1日
	住所	[Redacted]		
	発生日時	2004年 2月 23日		
	発生場所	[Redacted] 様宅		
4 事故後の対応	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 type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input checked="" 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 ヘルパーとご本人が散歩を終え、玄関の門を入った所で、ご本人がつまづきふらついたまま後ろへ倒れ、とっさの事でヘルパーも支えきれず、後頭部が地面のセメント部分に当たり切れた。		
5 事故後の対応	対処の仕方	ご家族も不在だった為、センター責任者が駆けつけ救急車を呼び病院へ向かす		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 東中塚記念病院 TEL:825-2111		
6 再発防止に向けての今後の取り組み	治療の概要	後頭部3cm切傷の為、7針縫う。翌日から約1週間消毒の為通院。		
	連絡済の関係機関	横浜市下永谷地域ケアプラザ [Redacted] 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)	後頭部3cmの切傷の為、7針縫う。翌日から約1週間消毒の為通院。上記の事故内容についてはご家族に説明し、ご本人とご家族に訪問し謝罪させて頂きました。その後抜糸され、回復に向かっているとのことです。		
	損害賠償等の状況	コムスン側の保険が対応。		
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) 今回対応していたヘルパーはもちろんです。全スタッフに再度研修介助、外出介助について厳しく指導して行きます。			

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

144

横浜市

市(町・村)選出用

平成14年2月19日

1 事業所の概要	法人名	株式会社 ライフコミュニケーション										
	事業所番号	1	4	7	3	1	0	0	2	1	0	
	事業所(施設)名	ライフコミュニケーション上大岡										
	所在地	横浜市港南区大久保3-5-53										
	電話番号	045-842-6092					FAX番号 045-846-6093					
2 対象者(利用者)	記載者職氏名	施設長 内村 昌信										
	サービス種類(該当するサービスにレ)	居宅介護支援		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護		訪問入浴介護		<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 訪問看護 通所リハビリ		
		訪問リハビリ		居宅療養管理指導		通所介護						
		短期入所生活介護		短期入所療養介護		痴呆対応型共同生活介護						
		特定施設入所者生活介護		福祉用具貸与		介護老人福祉施設						
	介護老人保健施設		介護療養型医療施設		その他()							
3 事故の概要	2 対象者(利用者)	氏名	[Redacted]							被保険者番号	[Redacted]	
		住所	[Redacted]							要介護度	4	
	①日時	平成14年 2月 8日(金) 6:55頃										
	②場所	518号室、1階駐車場										
	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"/> 食中毒		<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事						
④事故の内容(経緯を記載)	入居者ぼうふ症状、切實症状があり、夜間不眠も数日続いていたため、当日一晩中担当ヘルパーが518号室(談話室)でマンツーマン対応をしていました。午前6時55分頃他の入居者#排せつ介助のため談話室を一旦離れ約5分もどると戻ると見当たらず、居室のエアコン噴出し口付近を乗り越え窓を開け避難通路にもたさと思われ、さらに避難通路のサコを乗り越え避難通路より落下したと思われ、施設内を探した後1階裏の駐車場に倒れているのを発見。											
4 事故時の対応	①対応の仕方	発見者(担当ヘルパー)による救急車手配と家族への連絡 救急車到着までの間、別のヘルパーによる心肺蘇生。										
	②治療した医療機関名・所在地	横浜南部病院 (横浜市港南区港南台3-2-10)										
	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)	転落による死亡										
	②家族への報告・説明	事故発見後すぐに一報を入れる 救急車到着後、受診先が横浜南部病院であることを報告 御契約者、御家族が病院到着後状況報告										
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)											
6 再発防止に向けた今後の対応	居室内のストッパーは設置済みであるが、未設置の談話室等には2月8日に設置を完了した。											

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。

介護保険サービス事故報告書











平成 12 年 12 月 14 日

【横浜市提出用】

事業所名	野鹿苑		管理者名	十川 マチキ
所在地	港南区野鹿 5-56-2		記載者名	越川 (介護保険事務員)
			電話番号	892-8581
			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	[Redacted]		
	住所	[Redacted]		
	既往症等の状況			
事故の状況	日時	平成 12 年 12 月 11 日 (月) 11 時		
	場所	奥皮膚科		
	事故の内容	転倒		
	事故発生の経緯及び対処等	利用者の皮膚科通院のため、ヘルメットを被り外出。病院へ出る際、ヘルメットがくつを叩き壊した際に、杖にたどり着き転倒。左側頭部と打撲。一度帰宅し、同居長男も同行し、磯子中央HP受診。0.5cmの切傷と、7mmの擦り傷。以後、特になし。		
	連絡した関係機関			
治療の状況	医療機関(所在地)(名称)	磯子中央HP		
	治療概要	0.5cm 切傷、7mm 擦り傷		
事故後の状況	利用者の状況(入院先)(病状等)	異常はなし		
	家族への説明状況	発症時の同居長男が外出中で連絡できず、利用者が帰宅直後、長男も帰宅したため状況を説明済。		
	損害賠償保険適用の状況	[Redacted]		
今後の再発防止策	外出時のヘルメットを離脱防止のため、ヘルメットに固定装置を付ける。			
その他特記事項				

記入する報告書の報告書の提出は省略

(注) 記入欄が不足する場合は資料を添付してください。

13年 8月 13日 <input type="checkbox"/> 起案 <input checked="" type="checkbox"/> 供覧				記号	福 在	
13年 8月 16日 決裁又は供覧済み				保存期間・追番号	3年 - 10	
介護保険担当理事 	介護福祉部長  	保健担当課長  在宅サービス課長 	保健担当係長  在宅サービス係長 	起案者  長久 石原  	文書主任	公印承認
<p>港南区の長田(おさだ)訪問看護ステーションから、「介護保険事業者 事故報告書」の報告がありましたので、供覧します。</p>						

介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 13 年 8 月 10 日

1 事業所の概要	法人名	医療法人 成仁会										
	事業所番号	1	4	6	3	1	9	0	0	5	5	
	事業所(施設)名	長田訪問看護ステーション										
	所在地	横浜市港南区丸山台1丁目16番13号										
	電話番号	045-841-0608					FAX番号	045-841-0096				
	記載者職氏名	所長 野口 まゆみ										
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 13 年 8 月 8 日(水)										
	②場所	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"/> 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)	ポータブルトイレよりベッドへ介助にて移動中 足がうまく運ばず 上半身はベッドの上も両膝が床(タタミ)に着く状態となった										
4 事故時の対応	①対処の仕方	冷湿布をし疼痛等の症状がみられたら連絡にもうぐこととした。										
	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)	当日 左膝痛と発熱がみられ、翌日 長田病院受診し、左膝骨折疑いにて入院となる (左膝は変性性膝関節症の既往あり 拘縮があった)										
	②家族への報告・説明	疼痛・発熱は翌朝には軽減していたが、状況を主治医に報告し、指示を受け病院の方へ受診治療を受けて下さい。										
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)	検討中										
6 再発防止に向けての今後の対応	今回の状況について問題点を検討し、今後十分注意し再発予防についてカンファレンスを行った。											

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

平成13年8月29日(水)

医療法人 成仁会 長田訪問看護ステーションへ、事故報告書(H13.8.10 付)のその後の経過を確認するため、野口まゆみ所長あてに電話

その後の経過










- ・事故報告書では、「左膝骨折疑い」ということだったが、骨折はしておらず、打撲の診断だった。
- ・今回の教訓を生かして、事故等の緊急時の対応をマニュアル化しようと考えている。
- ・8月中のその後の経過をまとめて、横浜市あて報告しようと考えている。

指示事項

- ・事故報告書の「5 事故後の対応」「6 再発防止に向けての今後の対応」について、経過を再度報告すること。報告用の書式は自由。

矢島



13年 9月 6日 <input type="checkbox"/> 起案 <input checked="" type="checkbox"/> 供覧				記号	福 在	
13年 9月 10日 決裁又は供覧済み				保存期間・追番号		年 一
介護保険担当理事	介護福祉部長	保健担当課長	保健担当係長	起案者	文書主任	公印承認
/		 在宅サービス課長 	 在宅サービス係長 	 石久  石原 		
<p>港南区の長田(おさだ)訪問看護ステーションから、訪問看護に関する「介護保険事業者 事故報告書」の報告がありましたので、供覧します。(8月10日付で報告された事故に関するその後の対応について)</p>						

介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 13 年 9 月 3 日

1 事業 所 の 概 要	法人名	医療法人 成仁会										
	事業所番号	1	4	6	3	1	9	0	0	5	5	
	事業所(施設)名	長田訪問看護 スター202										
	所在地	横浜市港南区丸山台1-16-13										
	電話番号	045-841-0608					FAX番号	841-0096				
	記載者職氏名	所長 野口 ちゆみ										
サービス種類 (該当するサービス にレ)	居宅介護支援	<input type="checkbox"/>			訪問介護	<input type="checkbox"/>			訪問入浴介護	<input checked="" 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"/>		
	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()	<input type="checkbox"/>		
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 13 年 8 月 8 日(水)										
	②場所	自宅										
	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"/>			<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事	<input type="checkbox"/>	
	④事故の内容 (経緯を記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者のケガ 感染症、結核 その他() ホータグロトレスよりベッドへ介脚の移動中、足がスムーズに廻らず、上半身はベッドうつ伏せ状態も両膝関節が屈曲し、床に着く状態となった。										
4 事故 時 の 対 応	①対処の仕方	冷湿布貼布し、疼痛等の症状が軽減するまで連絡に専らとす。										
	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)	当日、左膝痛・発熱がみられ、翌日長田病院受診し、左膝骨折疑いにて入院となり検査の結果、骨折は打撲で軽と診断、疼痛緩和のため安静目的にて入院中(リハビリ)おこなっている。										
	②家族への報告・説明	疼痛・発熱がなおすため(翌朝には軽減したため)主治医に報告、指示を受け、病院の方へ受診して治療を受けて下さい。										
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)	無										
6 再発防止に向けての今後の対応	今日の状況分析と再発防止のためのカンファレンスで検討。再確認し「事故防止マニュアル」作製について検討中											

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。

介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 13 年 10 月 26 日

1 事業所の概要		法人名	医療法人 敬生会										
		事業所番号	1	4	6	3	1	9	0	0	6	3	
		事業所(施設)名	ともろ-訪問看護ステーション野庭										
		所在地	〒234-0066 横浜市港南区野庭町610-2-201										
		電話番号	電話 045-845-5133				FAX番号	FAX 045-845-5193					
		記載者職氏名	[Redacted]										
		サービス種類 (該当するサービスにレ)	<input checked="" type="checkbox"/>	居宅介護支援 訪問リハビリ 短期入所生活介護 特定施設入所者生活介護 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/>	訪問介護 居宅療養管理指導 短期入所療養介護 福祉用具貸与 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護 通所介護 痴呆対応型共同生活介護 介護老人福祉施設 その他()		<input checked="" type="checkbox"/>	訪問看護 通所リハビリ
2 対象者(利用者)		氏名	[Redacted] 様				被保険者番号	[Redacted]					
		住所	[Redacted]								要介護度	4	
3 事故の概要		①日時	平成 13 年 6 月 1 日(金)										
		②場所	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 利用者のケガ		<input type="checkbox"/>	食中毒 感染症, 結核		<input type="checkbox"/>	職員の法令違反・不祥事 その他(心停止, 呼吸停止)			
		④事故の内容 (経緯を記載)	入浴介助後 急激な血圧下降, 心停止, 呼吸停止状態となり。入浴前のバイタルサインには異常なく, 入浴中も異常は見られなかった。急変後, ために担当看護婦が CPR を開始, 5分位で呼吸, 意識は回復した。										
4 事故時の対応		①対処の仕方	急変直後心マッサージ, 同時に救急車を依頼した。										
		②治療した医療機関名・所在地	横浜市立大学病院へ入院 (トリアージの病院)										
		③治療の概要	市大病院へ救急搬送した。										
		④連絡した関係機関名・所在地	市大病院主治医に文書で報告(所在地は, 金沢区・補浦)										
5 事故後の対応		①利用者の状況(病状, 入院の有無等)	検査の結果, 症候性心臓とみられた。しかし(その後)状態が不安定となり, 7/18, 急変し 病院で死亡。										
		②家族への報告・説明	家族が事故時に同居していたため状況は全て把握できていた。入院後, 電話で何回か状態について話を聞いた。										
		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		急変時の対応方法をトレーニングとして意識統一していく。											

注)記載しきれない場合は, 任意の別紙に記載の上, 添付すること。