






平成13年 7月 17日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成13年 7月 18日 決裁又は供覧済			福左				
介護福祉部長 	在宅サービス課長  保健担当課長 /	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		
<p>。事故報告書と供覧し、事故状況・家族への説明状況に 詳細が不明なため、詳細な報告書も提出するに連絡した。</p>							

介護保険事業者 事故報告書

横浜市提出用

平成 10 年 7 月 16 日

1 事業所の概要	法人名	社会福祉法人ふじ寿か會								
	事業所番号	1	4	7	0	7	0	0	0	7
	事業所(施設)名	訪問介護 ふじ寿か園								
	所在地	横浜市緑区西八軒町73番地2								
	電話番号	045(931)2141				FAX番号				
	記載者職氏名	管理者 前田 順裕								
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 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"/> 介護老人福祉施設						
	<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"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設								
2 対象者 (利用者)	氏名	[REDACTED]			被保険者番号	[REDACTED]				
	住所	[REDACTED]			要介護度	1				
3 事故の概要	①日時	平成 10 年 7 月 16 日(月)								
	②場所	JR中山駅北口 ローター								
	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)	複合型介護を利用している。本日は医療機関への付添、終了後タクシー乗り場に向う時お花を買った後、ハルパーがお花を買っている間にタクシー乗り場に行き(急ロータリーを横切った時)タクシーと接触し、転倒し頭部を打撲し、経過観察後入院した。									
4 事故時の対応	①対処の仕方	救急車にて下記病院受診								
	②治療した医療機関名・所在地	上白根総合病院								
	③治療の概要	2,3日の入院(経過観察)、現在意識レベル内頭無。								
	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)	入院								
	②家族への報告・説明	息子にレタマツキ一ととも説明した。								
	③損害賠償等の状況(損害保険利用の有無等)	違反かに報告する。タクシー会社の損害補償は取り立てず。								
6 再発防止に向けての今後の対応	本人が残り腰が曲がっている為付添を付けているが自分倒りにレた場合も断る。今後(充分)注意する。									

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。

Fax 641-6408

F A X 送 信

流川町 長寿社会課 御中

訪問介護 担当 様

本書を含め 2 枚送付いたします。

備考 介護保険事業者 事故報告書

社会福祉法人 ふじ寿か会
特別養護老人ホーム ふじ寿か園
電話 045(931)7141
FAX 045(931)7613

担当 前田 順啓

平成13年7月31日

介護保険事業者 事故報告書（経過報告）

社会福祉法人ふじ寿か会
理事長 前田 光 浩

事業所名 訪問介護ふじ寿か園
事業所番号 1473700307
所在地 横浜市緑区西八朔町773番地2
電話番号 045(931)7141
記載者職氏名 前田順啓

対象者（利用者）氏名

内容 平成13年7月16日付事故報告いたしました件につきましてその後の経過報告をいたします。








7月16日より7月19日まで病院入院
タクシー会社の損害補償による、経過観察は問題なしであった。

7月19日より7月23日までショートステイ（ふじ寿か園）
本人歩いて息子さんと来る。本人足が少し痛いといっていたが問題なしの様子
退所後は担当（事故当日の）ホームヘルパーがいつも通り伺っている。

本人も息子さんも今回のことを事故扱いするつもりはない。当方の保険会社も交通事故のみの意向で終わっている。（事故扱いでないので回答は得られない）

今後も相談には当園ケアマネジャーが当たっていますので問題ないと思われれます。

なお、参考資料としてホームヘルパーの事故報告書を添付します。

平成16年4月21日 起案・ <u>供覧</u>			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成16年4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 	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		
介護保険事業所からの事故報告を供覧します							

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



1 事業所の概要	法人名	センターズ株式会社		
	事業所(施設)名	センターズ株式会社 横浜緑営業所		
	事業所番号	1	4	73300422
	所在地	横浜市緑区中山町 322-12 "ホワイトヒルズ" 202		電話番号 045-930-3187 FAX番号 045-930-3188
	記載者職氏名	所長 林 久美子		
2 対象者	氏名・年齢・性別	[Redacted] 年齢: [Redacted] 性別: [Redacted]		
	被保険者番号	[Redacted]	サービス提供開始年月日	平成15年 8月 1日
3 事故の概要	住所	[Redacted]		
	発生日時	平成16年3月16日 10時頃		
	発生場所	荏田クリニック (透析通院中)		
	事故の種別	<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()		
	死亡に至った場合はその死亡年月日	平成 年 月 日		
4 事故発生時の対応	事故の内容	左鎖骨下にシャットが入っており、右腕が硬縮しているため、更衣の際、シャットを上げ、右腕から更衣した所「痛い」と訴えられた。その日は腕が腫れを伴った為、1日様子を見た所、痛みがひどく、腕に内出血が見られる事になった為受診。骨折と分かった。		
	対処の仕方	事故の翌日整形外科を受診する為、介助を行き、骨折と診断される		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 藤が丘病院 横浜市青葉区藤が丘 1-30 045-971-1151		
	治療の概要	手術をすることができず、固定し、骨が付くまで自宅療養を行う。		
5 事故後の対応	連絡先の関係機関	新緑訪問看護ステーション長津田(居宅介護支援)、緑区役所サービス課		
	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) 入院治療が必要な状態では無いとのことで、腕を固定し、完治するまで自宅療養することになった。 週3日透析に通院しているが、その際の移動等は、安全を考え、2名で対応している。		
	損害賠償等の状況	現在お客様と検討中。(当社の方で費用(治療費等)を負担させて頂く方向)		
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) 医療処置を受けている方のケアについては、関係機関との連絡を密に取り、ケア方法について検討する。又、体動時決して無理な力がかかす、ケアをさせて頂く。			

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。

介護保険サービス事故報告書

平成 10 年 1 月 / 〇

【横浜市提出用】

事業所名	医療法人社団 三喜会 新緑訪問看護ステーション		管理者名	源 隆 小百合
所在地	横浜市緑区十日市場町853-14		記載者名	源 隆 小百合
			電話番号	045-984-8800
			FAX番号	045-984-8917
事故が発生したサービスの種類	<input type="checkbox"/> 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	右大腿骨折 (平成11年10月10日) 多発性骨転移		
事故の状況	日時	平成 12 年 12 月 26 日 (火)		
	場所	自宅名所 近辺 公園		
	事故の内容	右大腿骨幹部骨折		
	事故発生の経緯及び対処等	訪問看護師 12月22日(水)訓練中、右の転換の際に足踏を踏むとつまずき転倒、受傷可。直後明らかな出血は無し。本人「又々、又々痛むよ!」と叫ぶ。言葉は通じず。本人の緊急連絡先は不明。救急車を呼ぶ。16:30 救急隊が到着。搬送中に死亡。17:00 死亡届提出。		
連絡した関係機関	横浜市長寿社会課、緑区新緑福祉保健センター課			
治療の状況	医療機関(所在地)	横浜市緑区十日市場町1726-7		
	(名称)	横浜新緑病院		
	治療概要	右大腿骨幹部骨折 観血的 整復固定術		
事故後の状況	利用者の状況(入院先)(病状等)	本人は骨転移。告知済み。比較的樂觀的。又、家族から「又々だよ!」と話される。		
	家族への説明状況	即家族に再三面談し説明。事故に「理解は出来ず、納得いかない」と言われ、最終的に13日の入院治療費10万円、駐車料料金の負担を要する。		
	損害賠償保険適用の状況	付帯している。被害に「はい」。		
今後の再発防止策	1) 法的な部分と充分に話し合う。2) 介護士の注意を促す。3) 介護士の注意を促す。			
その他特記事項	不可抗力による事故の発生。充分検討を要する。			

(注) 記入欄が不足する場合は資料を添付してください。

介護保険サービス事故報告書

【横浜市提出用】

253

事業所名	総合福祉 ツクイ 横浜緑		管理者名	高村直子
			記載者名	高村直子
所在地	〒226-0013 横浜市緑区寺山町97 田辺ビル1階		電話番号	045-929-2061
			FAX番号	045-929-2062
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 type="checkbox"/> ケガ <input checked="" 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] 生年月日 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 ([REDACTED] 歳)		
	住所	[REDACTED]		
	既往症等の状況	現病名:末梢神経障害 H13.11:心筋梗塞		
事故の状況	日時	平成14年10月5日(土)		
	場所	利用居宅浴室		
	事故の内容	訪問介護でヘルパー派遣中にご利用者が入浴され、入浴中に浴槽内で意識不明の状態を察見した。		
	事故発生の経緯及び対処等	ヘルパー派遣時間 16:00~18:00、訪問時庭に用2台を止め、ヒモで機嫌よく遊ばせ、17:30頃入浴途中声かけに反応しなかった。ヘルパーは別室に2機を動かして続けた。17:52頃様子を見、浴槽内で意識不明の状態を察見、浴槽より引き上げ、119番通報する。救急隊員の指示で救急車到着まで、マスクやマウスを続ける。救急車に2分後病院に搬送し、ヘルパーが付き添う。		
	連絡した関係機関	119番、ツクイ横浜緑営業所、長女 [REDACTED] 様、長男 [REDACTED] 様		
治療の状況	医療機関(所在地)(名称)	横浜市港北区小机 3211-1 横浜労災病院		
	治療概要	救命処置後死亡確認		
事故後の状況	利用者の状況(入院先)(病状等)	司法解剖の結果 死因は心不全		
	家族への説明状況	死亡確認後、ご家族が到着され、病院、警察の関係者より説明があった。その後主任ヘルパーおよび担当ヘルパーから上記の察見時対応の対応について報告する。ご家族よりヘルパーの労をねぎらうお言葉があった。		
	損害賠償保険適用の状況	損害賠償なし		
今後の再発防止策	ヘルパーは入浴の際、注意を怠らないうえに、ご利用者のプライバシーを考慮し、時々声かけをするようにしていたが、既往症に心筋梗塞があるため入浴の見守りが必要だったと気づいた。サービス内容はプラスチックアマネージメントと窓口に連絡をとり、身体拭きに配慮した。ケアプランを見直す必要があると思われる。			
その他特記事項	サービス計画は家事援助であった。			

(注) 記入欄が不足する場合は資料を添付してください。

平成14年10月9日

総合福祉ツクイ横浜緑
管理者 高村 直子

様への訪問介護についての対応報告

訪問介護でヘルパー派遣中に、ご利用者が心不全のため、死亡されました。
ヘルパーの活動中でしたので、以下対応を報告いたします。

利用者名: 様 (独居)
住所: (Tel:)
派遣日時: 平成14年10月5日(土) 16:00~18:00
担当ヘルパー: ヘルパー
ケアマネージャー: 横浜市福祉サービス協会港北事務所 様

経 過

- 16:00 植木屋さんがきていて、様は、庭に出て会話をなさっていた。
ヘルパーは掃除、調理等の援助活動をおこなう。
- 17:30頃 様は入浴開始。
ヘルパーの声かけで「大丈夫だよ」との返事あり。
- 17:50頃 なかなか出てこられないので様子を見に行く。
浴槽内で意識不明の状態を発見。
浴槽より引き上げ、意識状態を確認し、119番通報する。
救急隊員より指示があり、救急車到着まで、マウス トウ マウスを続ける。
救急車到着後、労災病院に搬送。ヘルパー付き添う。
- 18:20 ヘルパーより事務所に連絡。
主任ヘルパーより家族(息子・娘)に連絡。
病院到着後、救急隊員より事情聴取。
- 19:00頃 死亡確認
- 19:30~ 警察事情聴取(ヘルパー・主任)
- 20:00頃 家族到着
- 21:00頃~ 現場検証(ヘルパー・主任)

司法解剖の結果、死因は心不全とのことでした。

なお、家族及び警察より、ヘルパーに労をねぎらうお言葉がありました。

今後とも、親身になった訪問介護を行っていく所存です。

介護保険事故報告



整理番号

35

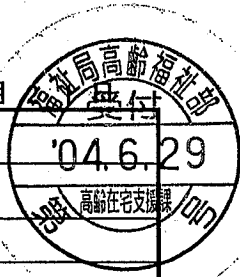
16年 6月29日		□ 起案 ■ 供覧		記号	
16年 7月12日		決裁又は供覧済み		保存期間・追番号	年 -
高齢福祉部長	高齢在宅支援課長	在宅支援係長 保健担当係長	起案者	文書主任	公印承認

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 事故の種類別









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 6 月



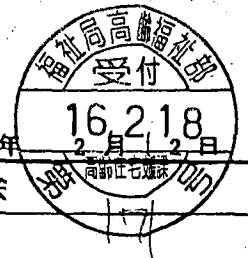
1 事業所の概要	法人名	株式会社 ツクイ									
	事業所(施設)名	総合福祉ツクイ十日市場									
	事業所番号	1	4	7	3	3	0	0	6	6	1
	所在地	横浜市緑区十日市場町 819-9 リトルバレー 201		電話番号	045-989-5288		FAX番号	045-989-5289			
	記載者職氏名	東神奈川圏統轄本部 [REDACTED]									
2 対象者	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他									
	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 5 月 3 日							
	住所	[REDACTED]									
	発生日時	平成16年 6 月 12日									
3 事故の概要	発生場所	[REDACTED] 様宅									
	事故の種類 (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 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 checked="" 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	ヘルパーが規則違反だと知りながら、利用者から金銭を借用した。ヘルパーの夫がアルツハイマーと診断され入院し費用がかかり、家賃を3ヶ月間滞納したため退去勧告が出された。つい利用者にとそのことを話すと、利用者よりお金を貸すとの申し出がありお借りしてしまった。									
	対処の仕方	ヘルパーより全額返済が済んでいる。									
4 事故発生時	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										
対応	連絡済の関係機関	居宅介護支援事業所(新緑訪問看護ステーション長津田居宅介護支援センター)									
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) ヘルパーより全額返済したいとの相談を受け、事業所がご利用者に連絡。ヘルパーの処分を気にされ、ご自分を攻められていた為、ヘルパーから直接返却を避け、事業所が代わりに訪問をした。ヘルパーの職業倫理、ヘルパーの誓約書項目についてご説明をした。お詫びと説明後、ご本人は安心された様子。今回の件は、家族には秘密にしてほしいと希望される。									
	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	(できるだけ具体的に記載すること) 十日市場はもちろん、神奈川県内の事業所に再発防止を周知徹底する為、6月22日サービス提供責任者研修後、ご利用者宅へのモニタリングを実施予定。各事業所訪問介護員には職業倫理と介護サービスにおける危険事象について研修を実施する。									

注)記載きれない場合は、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 16 年 2 月 23 日 起案・供覧			記号	保存期間	追番号	作成	廃棄
平成 16 年 3 月 8 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。							

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



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	緑事務所	
	事業所番号	1 4 7 3 3 0 0 5 6 2	
	所在地	〒226-0003 横浜市緑区鴨居1-4-6 山友工業ビル2F	電話番号 045-929-5666 FAX番号 045-929-5653
2 対象者	記載者職氏名	事務担当 [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"/> 通所ハビリ	
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13年 3月 3日
	住所	[REDACTED]	
	発生日時	平成16年2月2日	
4 事故発生時の対応	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 checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" 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 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 ヘルパーがご利用者を自室からトイレへ歩行介助途中、引き戸を開けようとしてご利用者から手を離注意をそらした時、ご利用者が右側へ転倒した。すぐに同居の家族に報告、家族の手借りトイレを済ませベットへ戻るが右手が腫れ、腎部の痛みを訴える。	
5 事故後の対応	対処の仕方	たまたまその日の午後定期健診の為家族と通院、ヘルパーからの連絡を受けサービス提供責任者も同行させていただき、通院時間までの間とりあえず応急手当として右手に湿布をした。	
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等) 横浜新緑総合病院 緑区十日市場1726-7 電話045-984-2400	
	治療の概要	痛みのある右手と右腎部のレントゲンと、CT・診察を行なった。	
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	担当の十日市場地域ケアプラザのケアマネに報告	
	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) 右腎部は打撲・右手親指骨にヒビ、ギプスで固定した。 CTIに付いては異常なし	
	損害賠償等の状況	完治するまでの治療費を負担させていただき、ご利用者・ご家族了解される。	
	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) ヘルパーにご利用者の安全を第一に留意し、今後このような事が無いよう注意した。 また、他曜日活動ヘルパーにも同様に指導した。	

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