

## 《主な重大事故の事例》

**【事例①】 無断外出後の死亡事故****《事故の概要》**

利用者が施設を無断外出し、翌日に施設付近の川で死亡しているところを発見された。

**《原因》**

- 利用者はこれまでも無断外出を繰り返していた。
- 本人の居室は窓が全開にならないよう対策されていたが、隣室は対策がされていなかった。
- 職員が少ない夜間帯に職員は他利用者の個別支援のため、当該利用者の様子に十分な注意ができなかった。

**《再発防止策》**

- 本人の居室のみならず、1階の全ての居室に窓が全開にならない対策を実施。
- 無断外出の特性のある利用者の居室に見守りカメラを設置し、居室から出た際はブザーが鳴るシステムを導入。

**【事例②】 送迎車両での利用者置き去り事故****《事故の概要》**

送迎を終了したバスの車内に利用者が置き去りにされ、バスの駐車場にて利用者が発見された。

**《原因》**

- 運転手がバスの最後列まで歩いて確認をせず、運転席で目視のみの確認しか行わなかった。
- 利用者名簿を用いた乗降車マニュアルはあったものの、名簿のチェックや行動についての確認が不十分であり、送迎を委託している会社と事業所の役割分担も不明確であった。
- 置き去り事故を起こしたバス車両は、代車であり運転手が車両の構造（死角）を十分に認識できていなかった。

**《再発防止策》**

- 新たに送迎バス運行マニュアルを作成し、事業所職員、委託会社の運転手で共有した。
- 事業所内に降車確認責任者を新たに設置し、委託先運転手だけでなく、事業所職員が最終的に降車確認を実施する。
- 送迎車両に置き去り防止の安全装置を設置し、ヒューマンエラーを防止する。

**【事例③】 誤嚥による窒息死亡事故****《事故の概要》**

おやつのおやつの黒糖パンを誤嚥し、窒息により死亡した。

**《原因》**

- 過去に誤嚥事故を起こしていたにもかかわらず、職員の見守りが不十分であった。
- 当日のおやつが非常食用のパンであったため、通常のパンよりも少し硬かった。

**《再発防止策》**

- 利用者の嚥下状態を再点検し、注意が必要な利用者の食事支援には特に慎重に支援する等マニュアルの見直しを実施。
- 嚥下状態により提供のお盆の色を分け、職員が視覚的に判別しやすくする。
- 利用者の嚥下機能に応じたおやつを提供する。