

## 《主な重大事故の事例》

**【事例①】 入浴中の溺死事故**

## 《事故の概要》

シャワー浴中に職員が目を離した間に、利用者が浴槽に入った状態で発見され、死亡。

## 《原因》

- 入浴介助は基本1対1で実施。
- 入浴介助中にもかかわらず、内線電話対応や他利用者の対応を行った。
- 対応が終わり浴室に戻ると、利用者が浴槽内で沈んでいる状態で発見された。

## 《再発防止策》

- 1対1介助対象利用者の入浴時間帯については、必ず余剰職員を配置。
- 入浴介助マニュアルを改訂し、全職員に対して注意喚起。
- 非常用呼び出し装置の設置。

**【事例②】 送迎車両による利用者置き去り事故**

## 《事故の概要》

利用者を送迎車両から降車する際、最終確認を怠り、利用者の1人を車内で1時間以上置き去りにした。

## 《原因》

- 運転職員と添乗職員が、不穏になっていた他利用者の降車対応をしていた。
- 対応後、利用者全員降車したと思い込み、利用者が車内に残っていることに気付かぬまま職員が帰設してしまった。

## 《再発防止策》

- 降車人数確認の徹底と運航簿の見直しを実施。
- 送迎運転マニュアルの見直しを実施。
- 送迎車両に置き去り防止装置を設置。

**【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。

#### 【事例④】 大量服薬による死亡事故

##### 《事故の概要》

数日前から連絡がとれなかったため、グループホームの居室を訪問したところ、大量服薬が原因と思われる死亡が発覚した。

##### 《原因》

- 服薬管理が不十分で、怠薬により大量の薬が利用者の手元に残っていた。
- 関係構築が困難で、連絡がとれないことがしばしばあったため、数日連絡がとれないことに、大きな問題意識を持てなかった。
- アセスメントが不十分で、過去に自殺企図による入院があったことを把握できていなかった。
- 担当職員が休日であったことから、すぐに居室を訪問しなかった。

##### 《再発防止策》

- 毎日顔を合わせることや、職員が服薬の確認を行うことをサービス利用の原則とするなど、支援を行える環境を予め設定しておく。
- 利用者本位の視点に立った支援を基本としつつも、利用者の障害特性を理解し、利用者が抱えているリスクを適時適切に評価しながら、支援のアプローチを柔軟に見直す。
- 利用者家族、医療機関、区市町村、日中活動先、グループホームで可能な限りの連携を図り、多角的にアセスメントを行ったうえで個別支援計画を作成する。
- 支援者を固定して特定職員に負荷を集中させず、複数チームによる支援体制を構築する。

#### 【事例⑤】 利用者の状況確認を怠ったことによる死亡事故

##### 《事故の概要》

居室内の利用者に生じていた体調等の異変に適切な対応がされず、利用者が死亡した。

##### 《原因》

- 施錠された居室内で動けなくなっていた利用者から職員に支援を求める訴えがあったにも関わらず、速やかに状況確認をしなかった。
- 緊急時の連絡体制等が職員に周知徹底されていなかった。

##### 《再発防止策》

- 利用者の異変時の対応マニュアルを整備する。
- 緊急時の報告、連絡体制の周知徹底を図る。
- 事例を用いた全職員に対する研修を実施する。

#### 【事例⑥】 利用者の財産（金銭）の着服事故

##### 《事故の概要》

事業所が金銭管理をしていた利用者の口座から、本人の同意を得ることなく現金を引き出した。

##### 《原因》

- 利用者の金銭管理を特定の職員が単独で行っており、複数によるチェック体制がなかった。
- 法人としてのチェック機能がなく、不適切な出金を早期に把握できなかった。

##### 《再発防止策》

- 利用者の金銭管理について、単独での管理を禁止し、複数職員による確認体制を構築する。
- 金銭管理の手順書を整備し、金銭管理簿による入出金の都度、記録・確認を徹底する。
- 法人本部による定期的な点検の実施。