

《主な重大事故の事例》

【事例①】 利用者が踏切に立ち入り電車に轢かれる死亡事故**《事故の概要》**

余暇支援中に利用者が踏切内で立ち往生し、電車に轢かれて死亡。

《原因》

- 利用者は電車が好きで、これまでも余暇支援中に踏切で電車の見学をする余暇支援を実施。
- 支援員は車を踏切付近に停車させ、利用者だけ降りて電車見学を実施。
- 支援員が適切な見守りを怠り、踏切の警報音が鳴っているにも関わらず、利用者が踏切から退避していない状況に支援員が気付けなかった。

《再発防止策》

- 外出支援時には支援員の他、添乗員を付けるなど、見守り体制を強化
- 外出支援時の見守りや安全対策についてマニュアルの見直しをし、全職員に対して注意喚起

【事例②】 送迎車両による交通事故（死亡事故）**《事故の概要》**

利用者を送迎中に運転手の前方不注意により、衝突を回避するため、車両が歩道に乗り上げ、運転手がパニックになり、そのまま走行し、歩行者を轢いて死亡させた。

《原因》

- 前方に車両が停車しているにもかかわらず、速度を落とさずに走行していたため、急な右折車に対応できなかった。
- 衝突を回避するため左にハンドルを切り、歩道をそのまま走行。
- 前方に歩行者がいるにもかかわらず、運転手が混乱し、ブレーキを踏まなかった。

《再発防止策》

- 安全運転管理責任者の届出をし、運転者の適性を定期的に把握
- 安全運転指導を適切に実施するため、研修の実施などを検討
- 自動ブレーキ等、安全装置が装備された車両の導入

【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。