

第2回リスクマネジメント研修会

～新生園における誤薬防止対策～
新生園C棟の取り組みから

新生園 宮川 祐司

* 新生園の概要

- ・ 昭和43年1月 更生施設として開設
- ・ 平成6年9月 現在の場所に改築移転
- ・ 平成21年4月 指定障がい者支援施設に事業を移行し、現在に至る
- ・ 入所定員80名（現員81名）、生活介護87名の成人入所施設
（在宅3名、グループホーム3名が生活介護を利用・計87名）
- ・ 事業内容～施設入所支援、生活介護、短期入所（3名）一体型事業を展開
- ・ 入所施設の形態～5つの園舎に分散し、1つの寮に14～19名の利用者が構成
- ・ 入所利用者の男女比率～男子利用者74名、女子利用者7名
（女子利用者7名は本棟で居住）

* 事業目的・活動内容

施設入所支援～基本的な生活習慣の獲得をベースに生活スキルの向上、余暇活動の充実など個人のニーズに応じた支援を展開



- ・生活介護事業～ワークセンター「大地・製函」
 デイセンター「おおぞら」大きく2つに分けて活動を展開
- ・ワークセンター「大地・製函」

* 組み立て棟



* 仕組み棟



- ・デイセンター「おおぞら」

* おおぞら本棟



* 陶芸棟



・ 入所利用者平均年齢

令和3年10月現在53.5歳 最高齢78歳、最年少20歳
60歳以上は15名（全体の約18%）
70歳以上は5名（全体の約6%）

・ 知能指数（IQ）

指数16～35が最も多く26名（全体の約32%）
次いで36～50が14名（全体の約17%）
* 生活介護利用者含む

・ 障がい支援区分は、ほぼ大半が区分5または6である

平均では入所5.38・生活介護5.30
支援区分4～3名（全体の約4%）、支援区分5～47名（全体の約58%）
支援区分6～29名（全体の約36%）、重度加算28名（全体の約35%）
* 生活介護利用者含む

* 障がい種別として・・・

- ・ てんかん30名（全体の約37%）
- ・ 統合失調症13名（全体の約16%）
- ・ 自閉症25名（全体の約31%）
次いで、ダウン症や脳性麻痺など

・ 身体障害者手帳交付利用者～25名（全体の約31%）

主に上肢、下肢、関節、体幹、その他に5つの領域で身障手帳を所持（重複あり）

* 新生園を利用する方々の現状として・・・

- ・ 重度高齢化
- ・ 身体機能の衰えや変化
- ・ 服薬対象者の増加

* 現在の服薬対象者は 81 名中 66 名（令和 4 年 1 月現在）

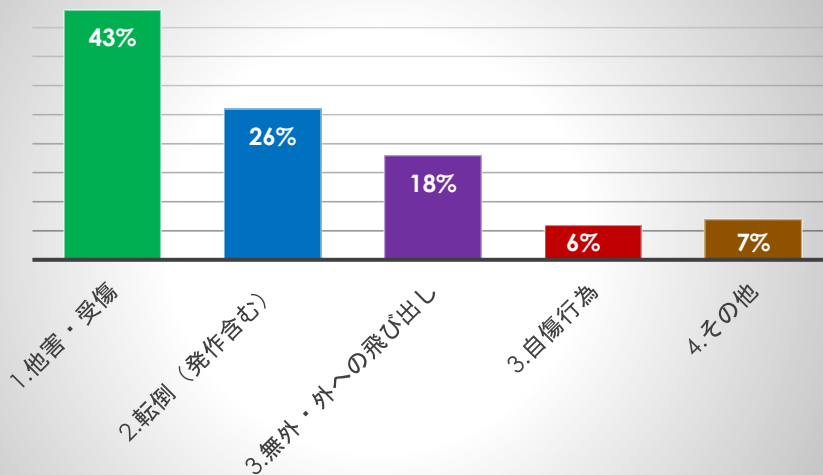
- ・ 最多で 1 日 5 回（朝・昼・夕・時間薬 2 回）の服薬支援
- ・ 服薬の内容として、主に精神科薬（てんかん含む）52 名【全体の約 79%】
- ・ 内科薬～①高血圧（13 名）②高脂血症（9 名）③高尿酸血症（6 名）
- ・ 泌尿器科～11 名、糖尿病～2 名投薬服用
- ・ その他、点眼薬（20 名）処置、軟膏塗布などの処置（29 名）

* 新生園における事故・ヒヤリハット報告から

- ・ 平成 27 年度～①障害物に躓いての転倒（発作含む）
 - ②足のもつれから物や人に接触
 - ③他害・加害行為
 - ④受傷

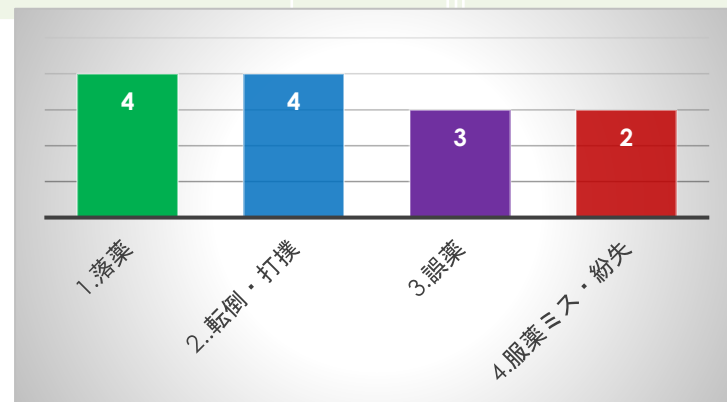
令和3年度 ヒヤリハット報告書前期の 集計結果から（4月～9月末まで）

種 別	件数	全体割合
1.他害・受傷	48	40.6%
2.転倒（発作含む）	36	30.5%
3.無外・外への飛び出し	15	12.7%
3.自傷行為	9	8.6%
4.その他	10	8.4%
計	118	



令和3年 事故報告書振興局提出事案 （4月～12月末まで）

種 別	件数
1.落薬	4
2.転倒・打撲	4
3.誤薬	3
4.服薬ミス・紛失	2
計	13



* 投薬関係のミスが増加している。

◆ 誤薬・落薬について

法人の事故定義が統一されたことで

ここ1年で増加してきているものが誤薬・落薬・服薬忘れ

○『慣れ』『不注意』など《ヒューマンエラー》が背景要因として
挙げられる・・・

未然に事故を予防する、防止するという視点はとても重要
必要な確認作業ではあるが、どれだけ入念に準備を行い、対策を
講じていても最終的には職員の手と目によるもの。

⇒「慣れ」・「不注意」から生じている可能性はないだろうか。

○日々の習慣的な動作から生じている可能性も考えられるため、
今一度、職員側の意識の変革を促していく必要がある。

◆ヒューマンエラーの種別

- ・ラプス～やるべきことを忘れている（ど忘れ・やり忘れ）

例：ご人の薬を服用させていなかった
投薬作成日に作っていなかった
口に入れた薬を確実に飲み込むまで見守りしなければならない場面で目を離したときに落薬

- ・スリップ～やるべきことを間違えている（計画・実行ミス）

例：Aさんの薬をBさんに誤って飲ませてしまった
投薬を準備したが、朝と夕の薬を逆に配薬していた

- ・ミステイク～そもそも、やるべきことを知らなかった・

知らされていなかった（引き継ぎ不足）

例：臨時薬が出ていたことを知らなかった
薬が変更、または追加になっていたことを知らなかった
服薬時間が変更になったことを知らなかった

ヒューマンエラーの12パターン

無知
経験不足
不慣れ

危険軽視
慣れ

不注意

連絡不足

集団欠陥

近道行動
省略行動

場面行動本能

パニック

錯覚

機能低下

疲労

意識低下

<C棟でこれまでに発生した服薬に関するミス>

①飲ませ忘れ

- ・ 支援員間での連携不足。投薬トレイに服用しなければならない投薬を準備しておらず、支援員の誰かが服用させていると思い込んでいた。

《対処として》

- ・ 支援員間で服薬の際の確認、声の掛け合いを徹底することを基本とした。

②服用後の空袋に錠剤が残っていた

③食堂の床に薬が落ちていた

- ・ ご自身で服薬できる方の見守りや服用時の確認不足。また、服薬支援の途中に他利用者の支援にあたらなければならない状況が重なり、服薬時のタイムラグが生じてしまっていた。

《対処として》

- ・ 服薬時のタイムラグを作らないよう支援員間で連携体制を取って対応にあたる。確実に飲み込んだかどうかまで確認するよう徹底した。

④居室の床に少し溶けた状態で1錠落ちていた

- ・就床薬を口に運んだところまで確認していたが、実際には確実に飲み込んでおらず、そのまま口内に残っていた。ご本人が後に吐き出したものと思われる。個々の特性を考慮した支援や対応が統一されていなかったことで招いたケース。

《対処として》

- ・服薬場所を設定し、ご本人の了承をいただき、その場で服用してもらうことを基本とした。

⑤投薬準備の際の配薬ミス

- A) 臨時薬として追加処方されていたが、支援員皆に周知されておらず、確認不足、連携不足などから招いたケース。
- B) 配薬の際に重複して投薬を準備していたり、時間帯を間違えて（朝⇔夕）準備していた。

《対処として》

- ・投薬作成の際、処方の追加・変更・中止・投薬の残数をチェックできるよう、投薬確認表を活用し、支援員間で共有している。
- ・複数で準備した投薬を確認しあえるよう、ダブルチェック方式（投薬準備・準備された投薬に間違いはないかの確認）で配薬の確認を行うことを基本とした。

◎現在の投薬管理マニュアルとC棟の投薬管理、取扱いについて ＜投薬の受け取り＞

- ・看護師より投薬を受け取った支援員が投薬内容や日数などを確認し、分包を行う。必要な書類に記載して保管する。（投薬確認表を用いて支援員間で情報を共有）

【保管袋】



【保管ケース】



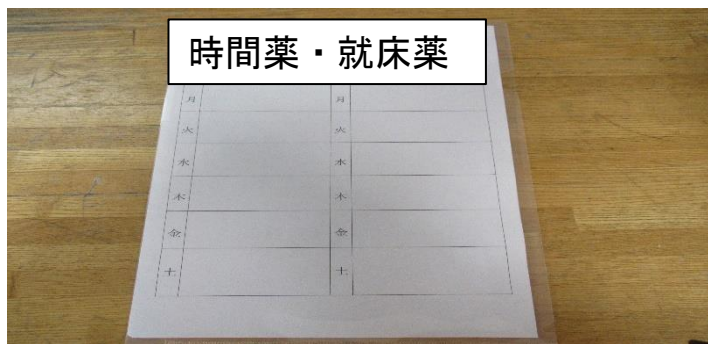
◎保管について

- ・個人ごとに投薬保管袋を用意
利用する方の個人写真、投薬処方内容
留意点等について記載。
その中でも科目や時間帯に分けた袋を
準備し、個別で保管
 - ・朝の投薬（黄色）
 - ・昼の投薬（赤色）
 - ・夕の投薬（青色）
 - ・就床時の投薬（黒色）
- * 時間帯によって色分けし区別化を図る。

* 処方の変更や中止、追加等が出ている場合は、その都度、個人用袋の記載内容の確認を行い、遅滞なく変更しておく。

<箱分け（配薬）>

・配薬は勤務室内テーブルの引き出しを使用して2週間単位で作成。基本は月曜日から2週目の日曜日までの投薬を作成し保管。配薬を行う日は2週目の週末、日中の時間帯に作成し、ダブルチェック方式で確認。

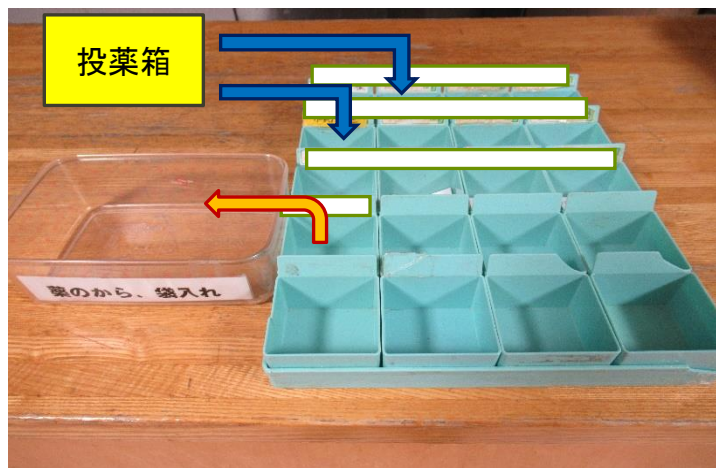


- ・投薬を入れて保管する箱も同様に色分けし明確化を図る。
 - ・朝の投薬箱は黄色テープ
 - ・昼の投薬箱は赤色テープ
 - ・夜の投薬箱は青色テープ
-
- ・就床薬（黒色）や時間薬については個人用ボードを使用し、2週分の投薬を貼り付けておく。

※追加処方 of 臨時薬、頓服薬については引継ぎをしっかりと行い、定期の投薬にホチキスでとめてから箱に入れるようにする。定期薬の無い利用者に臨時薬が出た場合は、投薬に名前と一包ごとに日付を記入し箱に入れ、投薬期間についても分かりやすく記入し、職員間で情報共有（C棟独自で活用している投薬確認表を用いて）

<投薬支援の準備>

【投薬トレイ】



- ・投薬支援の際は、毎食ごと勤務室内のテーブル引き出しに配薬している投薬箱から投薬トレイに移し、準備しておく。
- ・利用する方が不在時は、カードなどをトレイの氏名部分に差し込み、投薬の入れ忘れやヒューマンエラーによるミスではない事を明示する。
- ・臨時薬など追加処方の場合は、カードなどに記入して誰が見てもわかりやすいように明記しておく。

<投薬支援>

- ・薬包の名前、トレイ上の氏名、投薬袋に印字されている氏名に相違ないかを確認し、氏名を読んでから服薬介助にあたる、または手渡し、見守りなど個別に必要な服薬支援や対応を行う。
- ・ご自身で服薬できない方は介助にて行き、確実に飲み込んだことを確認する。
- ・ご自身で服用できる方は、手渡してから服用するまでのタイムラグを作らないよう徹底している。
- ・必ず2名以上の支援員で服薬介助にあたる。互いに声掛け行き、確認し合う。
- ・服用後は空袋入れ専用ケースに薬包を入れ、残薬のチェックを必ず行う。

<日中活動がある日の昼食薬の投薬管理>

※新生園では活動がある日の昼食はE棟内の食堂で摂取している。

昼食薬



【職員室で保管】

- ・各寮の夜勤者が夕方の打ち合わせの際に翌日の昼食薬を投薬ケースに入れておく。
- ・翌日の朝の打ち合わせ終了後に薬包に記載されている氏名と投薬ケースの氏名を照らし合わせて確認し、E棟食堂へ運ぶ。

E棟食堂



- ・作業帯は4グループで分散。
(デイセンター⇒農場⇒TG⇒製函)
- ・混雑を避けるよう各作業帯で時間を設定し、上記の順番で摂取している。
- ・昼食摂取時は、各寮1名の支援員は必ず食堂に入り、個々の食事摂取状況を確認する。
- ・投薬当番が決まっており、各寮持ち回りで服薬支援の対応にあたっている。
服薬介助が必要な方には、投薬ケースの氏名横に赤字で○を明示し、周知を図っている。
- ・投薬服用後は、服用済みケースに空の薬包を入れ、残薬のチェックを確実に行う。

・もう少し職員がいれば・

現状をすぐには大きく変えられないので、職員が一丸となり、抱えている課題を皆で克服していきたい。

・そのためには・

- 職員間の連携・連絡・協力体制の強化
- 職員間のコミュニケーションをより綿密に
- 引き継ぎ漏れや確認不足がないよう、全体で情報を共有できる環境設定

* 職員のアイデアと工夫次第でソフト面の改善・意識向上に繋げていけることはたくさんある！

◎さいごに

服薬支援が必要となる方は、今後も増加を辿り、投薬の内容、投薬の種類、服薬の時間など含めて、あらゆる面で複雑化していくものと推測される。

法人として提起された新服薬管理マニュアル（ガイドライン）を補足・修正を図りつつ、現状に即した服薬支援を行えるよう環境を整え、実践していきたいと考えている。

服薬支援においては、1名につき、1日3回服薬支援を行っていると、1ヶ月で約90回、1年で約1100回服薬していることとなる。

この膨大な回数の服薬支援行為を行うなかで、1件でも投薬関連の事故を出さないよう、または減少していけるよう、職員の意識向上、各部署末端まで周知徹底を図れるようにリスクマネージャーとして働きかけていきたい。

利用する方々ひとりひとりが安心、安全な暮らしを送っていただけるよう、まずはソフト面から着手し、職員の意識改革を講じていくと共に、多角的な視点、柔軟な視点から質の高い支援を提供できるよう、創意工夫を凝らしていきたい。