



侑愛荘 ユニット3 投薬マニュアルにおける取り組みについて

侑愛荘 ユニット3 千葉一茂 山本賢蔵

発表内容

- 1 侑愛荘の概要 ユニット3の紹介
- 2 侑愛荘 令和5年度(12月まで)の誤薬事故状況
- 3 ユニット3で発生した服薬対象間違い事故、要因分析
- 4 ユニット3 独自の服薬介助の取り組み
- 5 課題と今後の取り組み

侑愛荘の概要



定員 80名(現在78名 平均年齢 78歳)

事業所の紹介

長い人生を生きて、高齢期になった方々に、安心感のあるゆったりした暮らしを過ごして頂く事、そして笑顔に満ちた毎日を送って頂く事が侑愛荘の目標。

支援(活動)の特徴

高齢期支援にとって大切なことは、「生活空間と介護空間との一致」。老化現象の進行とともに身体介護が必要になった場合でも、気持ちよく、適切な介護を受けることができ、無理のない活動プログラムで心身を活発に保つ事が重要。一日一日の充実感、利用者の方々の笑顔を大切に、侑愛荘は利用者の方々に寄り添う支援を心がけている。



ユニット3の環境

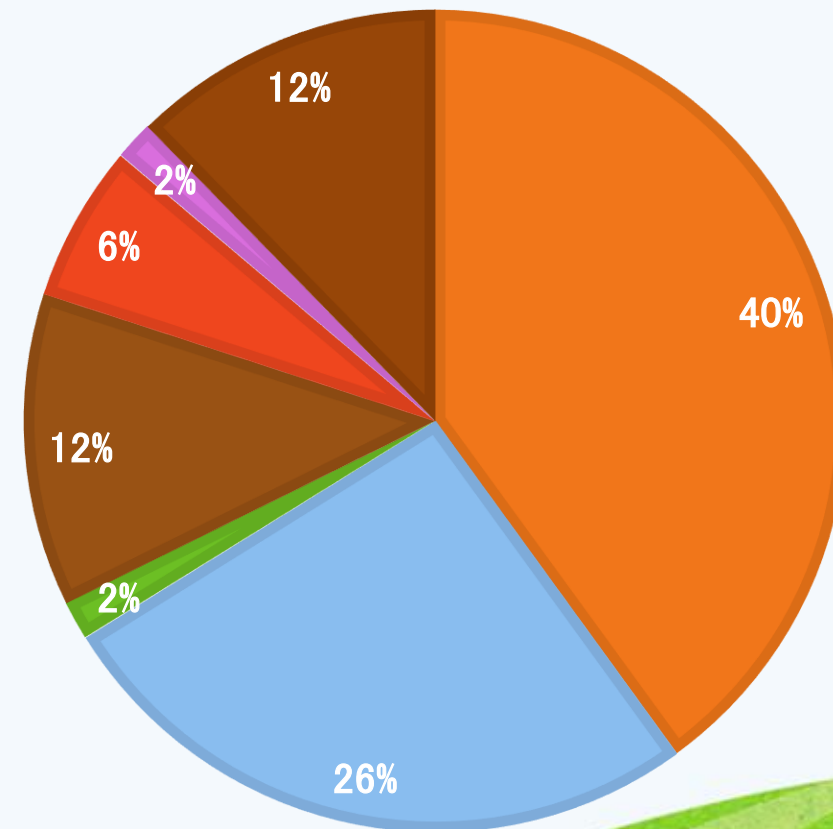
- ・そよかぜ寮10名(3名が要食事介助)、うらら寮12名(3名が要食事介助)の利用者が食堂で食事を食べている。
- ・昼食は、パートナー職員含め2つの寮の職員で対応可能。朝食、夕食は基本的に職員が3名体制で日中と比べ手薄な状態。
- ・食事中に、利用者のトラブルや、失禁の対応に追われる事も多く、一人で複数の利用者の服薬介助を行う事が多い。(特に朝食、夕食)
- ・ほぼ全員が薬を服用しており、服薬介助を待ちきれずに落ち着かなくなってしまう利用者が何人いる。

令和5年度 月別の誤薬ヒヤリ・事故発生状況

全体数	65
落薬	26
服用忘れ	17
時間・時期	1
対象間違い	8
紛失	4
服薬量	1
その他	8

事故内容内訳(全体数65件)

落薬 服用忘れ 時間・時期 対象間違い 紛失 服薬量 その他



令和5年度 月別の誤薬ヒヤリ・事故発生状況

月別誤薬事故発生状況		
月	件数	
4月	7	
5月	7	
6月	9	
7月	6	
8月	0	
9月	9	投薬強化月間
10月	12	
11月	8	
12月	7	



誤薬事故 内訳別の考察①

- 落薬事故

年間の誤薬事故は全体で65件。1番目に多いのが落薬事故(26件)で全体の4割。大きく2つケースに分かれ、一度口に入り溶けた錠剤が確認されるケースと口腔内に入らず、そのままの状態で発見されるケース。前者は飲み込み確認が出来ず、時間が経過後に口腔内より落ちたと考えられる。飲み込み確認の徹底、オブラート等を使用して利用者の方が飲み込みしやすい方法を検討する事が必要。又、コップ内に溶けた投薬が残っているケースも確認されており、服薬後にコップの中を確認する必要がある。後者は複数の投薬を一まとめにする際にこぼれ落ちる事、口に入れようとした際に落薬したと考えられる。

誤薬事故 内訳別の考察②

- 服薬忘れ

2番目に多いのが服用忘れ(17件)。内容として、医療面での指示(血圧、排便等)があるが、それを忘れてしまい服用していないケースが多い。その他、週1回のみの服薬を忘れてしまう、臨時薬のマッチングを忘れてしまい服用出来ない、突発的な利用者対応を行ってその後忘れてしまったというケースもある。要因として引継ぎ漏れや最終確認不足が考えられるため、引継ぎ方法、最終確認の仕方を検討していかなければならない。

誤薬事故 内訳別の考察③

- ・ 服用時間・時期

時間・時期についての事故報告は12件。決められた時間に服用してもらう事を忘れてしまった事が挙げられる。服用忘れの項目と共通する点が多く、同様の対応、対応の検討が必要である。

- ・ 対象間違い

対象間違いの事故は8件。いずれも重大事故の為、渡島総合局に報告書を提出。要因としてチェック表の確認を怠った事、服薬介助を行う際に突発的な対応を行わなければならない状況、直前の声出し確認が行わなかった事が要因として挙げられる。投薬マニュアルの手順を遵守する事が誤薬事故防止に繋がる為、全体に周知していかなければならない。

誤薬事故 内訳別の考察④

- ・ 紛失・服薬量・その他

紛失は、残薬数の確認や投薬ボックスに入れる際に紛失させてしまう事がある。服薬量については、下剤の量を間違える事、薬包が破れてしまう等が挙げられる。その他に関しては外出時に薬を持っていくのを忘れる、各種バイタル測定忘れ等が挙げられている。

令和5年度の誤薬事故全体を通して

- 事故要因として挙げられる事は、大きな原因の一つとして人的要因が挙げられる。その他、引継ぎ漏れ、チェック不足、直前の声出し確認を怠る、投薬マニュアルを順守していない事等が挙げられる。環境要因としては、食事後の慌ただしい状況（服薬介助を待ってられない利用者、排泄介助等）、遅番、早番の時間帯で職員数が少なく焦りやすい状況等が挙げられる。

ユニット3で発生した服薬対象間違い事故①

2023年9月2日(土)8:15

利用者Aが介助で薬を服用後、利用者Bの投薬準備を行うとするも薬が見当たらず、搜索するとゴミ箱の中から利用者Bの薬袋(破った状態)を発見。状況的に、利用者Aの投薬介助時に、利用者Bの薬と一緒にオブラートに入れて服用させてしまった事が判明。看護師に報告を行ったところ、利用者Bは糖尿病薬を服用しており糖分の多い物を摂るようにして欲しい事、こまめにバイタル測定を行うようにとの指示が出る。

→その後、利用者Aに関しては不調の訴え、体調やバイタルの変化もなく過ごしている。

ユニット3で発生した服薬対象間違い事故②

2023年10月11日(水)17:00

利用者Aに介助で夕食後薬を服用後、利用者Cの薬を準備しようとした際に薬袋が破れており錠剤が無くなっている事に気がついている。状況的に、利用者Aの投薬介助時に、利用者Cの薬と一緒にオブラートに入れて服用させてしまった事が判明。看護師、管理職へ状況を報告行い、水分を多めに摂り、こまめにバイタル測定を行うよう指示が出ている。

→その後、利用者Aは不調の訴え、体調やバイタルの変化もなく過ごしている。

服薬対象間違い事故を受けて

服薬対象間違い①と②の利用者Aは同じ方で、1か月の間に同様の事故を2回起こしてしまっている。今回の事故は、利用者の生命に関わる重大な事故であるため、今後絶対に起こしてはいけない事故であると痛感する。人的、環境、連携、全ての部分において、刷新が必要となり、職員全体で話し合いが行われた。

服薬対象間違い事故の要因分析(人的・連携)

- ・服薬介助を行っていた職員は、いずれも5年以上勤務のベテランで、服薬介助迄の一連の流れは熟知していたが、慣れや大丈夫であろうという慢心から最終的な基本動作(薬袋と利用者の顔を見ての呼称)を怠ってしまっている。
- ・基本的な、服薬チェックの方法として配薬袋から取り出しから服薬介助迄、一人の職員で行っており、他の職員が服薬対象間違いに気が付く事が出来なかった。

服薬対象間違い事故の要因分析（環境要因）

朝食時、夕食時という事もあり、3名体制での勤務。服薬介助動作に入っている途中に他利用者に声をかけられていた。配薬袋に、寮利用者全員の薬がまとめて入っており、取違いや複数の利用者の薬を同時に取り出してしまう可能性が高い。配薬ケースを利用者の座っていたテーブル上の空スペースに置いており、薬の取違いが起きやすい状況だった。

上記の要因を踏まえてマニュアル変更を行っている。

従来の服薬介助のチェック体制

- ・服薬対象の傍に行き、利用者と薬袋に記載している名前が相違無いか確認後、名前の呼称を行った後に服薬介助を行う。
- ・服薬介助後に、利用者に口を開けてもらい口腔内確認、破った薬袋にのませ忘れの錠剤が無いか確認、コップ内に落とした錠剤が無いかを確認する。
- ・破った薬袋は、必ず指定のゴミ箱に入れる。ゴミを捨てる際には、錠剤が残っていないかを確認する。

チェック体制の変更(人的・連携要因)

- 1 投薬チェック表を確認しながら1週間分の投薬BOXから配薬BOXへ入れる。
- 2 投薬BOXから服薬対象利用者のケースを取り出し、薬袋の氏名、病院、科、錠剤数を確認する。
- 3 ケースに薬を入れたまま他職員の所に行き、確認してもらう。
自分「～さんの食前or食後薬行きます」 他職員「お願いします」
- 4 服薬対象利用者のところに行き、ケースから薬を取り出す。再度、全ての薬袋の名前と本人の顔を確認してから、名前を呼称後に服薬介助を行う。(口腔、薬袋、コップに飲み忘れが無いか確認)
- 5 服薬介助後、薬袋をケースに入れて、配薬BOXに戻す。

※ 3の他職員は、きちんと服薬介助が出来ているか目視する。 1～5の途中で急な事が発生した場合、ケースを配薬BOXへ戻す。時間を置き最初から始める。

※マーカ一部分が大きな変更部分。

薬の保管方法

うらら寮

そよかぜ寮



1週間分の投薬BOX

- ・そよかぜ寮とうらら寮、それぞれの寮の薬を分けて保管。

- ・食事前に寮利用者全員分の薬を、チェック表を見ながらまとめて一つの配薬袋に入れておく。

薬のチェック

食前薬チェック表

食前薬 服薬時チェックを付けて下さい R5. 12.07更新

氏名	病院・医師名	起床時	確認	朝食前	確認	昼食前	確認	夕食前	確認
阿部 修大	藤原Dr			1包		1包		1包	
佐々木 健男	藤原Dr			1包 (塩)		1包 (塩)		1包 (塩)	
奥地 幸男	平田内科			グーフェイス錠 2錠					

投薬変更

食後薬チェック表

食後薬 服用時にチェックをつけて下さい

氏名	病院・医師名	朝食後	確認	昼食後	確認	夕食後	確認
阿部 修大	大塚医師	錠剤 1錠 散剤 1包		錠剤 2錠 散剤 1包		錠剤 1錠 散剤 1包	
佐々木 健男	藤原医師	錠剤 3錠・散剤 1包 (一包化)		錠剤 1包・錠剤 2錠 (一包化)		錠剤 6錠・散剤 1包 (一包化)	
	藤原医師	錠剤 3錠・1cap (一包化)		錠剤 2錠		錠剤 2錠・1cap (一包化)	
	面館泌尿器	錠剤 1錠 (シート)				錠剤 1錠 (シート)	
	新都市病院	錠剤 2錠				錠剤 2錠	
杉林 章子	大塚医師	錠剤 4錠・1cap (一包化)		錠剤 2錠・1cap (一包化)		アロゼン (0.5g) 2包	
奥地 健二	大塚医師	錠剤 5錠		錠剤 5錠		錠剤 5錠	
萬年 千鶴	大塚医師	錠剤 1包・漢方 1包		錠剤 1包・漢方 1包		錠剤 1包・漢方 1包	
	面館泌尿器	錠剤 1錠		錠剤 1錠		錠剤 1錠	
	医師会病院	錠剤 2錠		錠剤 1錠		錠剤 1錠	
	大塚医師	錠剤 1錠 (シート)		錠剤 1錠		錠剤 4錠	
井谷 重	血圧	※110以下で服用 (エドリン製薬製 TW115)				※110以下で服用 (エドリン製薬製 TW115)	
奥地 幸男	平田博巳内科	アミティーズ 1cap (シート)		錠剤 3錠		アミティーズ 1cap (シート)	
	なるかわ病院	錠剤 2錠				錠剤 2錠・センゾド錠 2錠	
	面館泌尿器科	錠剤 5錠・1cap (一包化)		錠剤 3錠・漢方 1包		錠剤 6錠・アロゼン 1包	
	海老沢医院	錠剤 4錠・漢方 1包				錠剤 4錠・漢方 1包	
		錠剤 2錠				錠剤 4錠	
東 吉雄		錠剤 4・5錠		錠剤 1錠			
		錠剤 0・5錠 白色				錠剤 2錠 (漢方)	
中尾 光秀	高橋皮膚科	錠剤 1錠				錠剤 1錠	
	藤原医師	錠剤 4錠・散剤 1包		錠剤 1錠・散剤 1包		錠剤 2錠・散剤 1包	
中村英俊	平田博巳内科	1cap 錠剤6錠		錠剤 2錠		錠剤 5錠	
	ゆうあい金診療所石川	錠剤 2錠				錠剤 3錠	
	岡本ひばり科医院	錠剤 3錠				錠剤 2錠	
	上健整形	1cap 錠剤1錠				錠剤 1錠	

臨時薬 服用期間: 11/15 ~ 12/15
氏名: 奥地 幸男
医師機関名: 大塚Dr
症状: ①カミフラミン錠 ②カミフラミン錠 ③カミフラミン錠 ④カミフラミン錠 ⑤カミフラミン錠 ⑥カミフラミン錠 ⑦カミフラミン錠 ⑧カミフラミン錠 ⑨カミフラミン錠 ⑩カミフラミン錠 ⑪カミフラミン錠 ⑫カミフラミン錠 ⑬カミフラミン錠 ⑭カミフラミン錠 ⑮カミフラミン錠 ⑯カミフラミン錠 ⑰カミフラミン錠 ⑱カミフラミン錠 ⑲カミフラミン錠 ⑳カミフラミン錠 ㉑カミフラミン錠 ㉒カミフラミン錠 ㉓カミフラミン錠 ㉔カミフラミン錠 ㉕カミフラミン錠 ㉖カミフラミン錠 ㉗カミフラミン錠 ㉘カミフラミン錠 ㉙カミフラミン錠 ㉚カミフラミン錠 ㉛カミフラミン錠 ㉜カミフラミン錠 ㉝カミフラミン錠 ㉞カミフラミン錠 ㉟カミフラミン錠 ㊱カミフラミン錠 ㊲カミフラミン錠 ㊳カミフラミン錠 ㊴カミフラミン錠 ㊵カミフラミン錠 ㊶カミフラミン錠 ㊷カミフラミン錠 ㊸カミフラミン錠 ㊹カミフラミン錠 ㊺カミフラミン錠 ㊻カミフラミン錠 ㊼カミフラミン錠 ㊽カミフラミン錠 ㊾カミフラミン錠 ㊿カミフラミン錠

臨時薬 服用期間: 11/15 ~ 12/15
氏名: 奥地 幸男
医師機関名: 大塚Dr
症状: ①カミフラミン錠 ②カミフラミン錠 ③カミフラミン錠 ④カミフラミン錠 ⑤カミフラミン錠 ⑥カミフラミン錠 ⑦カミフラミン錠 ⑧カミフラミン錠 ⑨カミフラミン錠 ⑩カミフラミン錠 ⑪カミフラミン錠 ⑫カミフラミン錠 ⑬カミフラミン錠 ⑭カミフラミン錠 ⑮カミフラミン錠 ⑯カミフラミン錠 ⑰カミフラミン錠 ⑱カミフラミン錠 ⑲カミフラミン錠 ⑳カミフラミン錠 ㉑カミフラミン錠 ㉒カミフラミン錠 ㉓カミフラミン錠 ㉔カミフラミン錠 ㉕カミフラミン錠 ㉖カミフラミン錠 ㉗カミフラミン錠 ㉘カミフラミン錠 ㉙カミフラミン錠 ㉚カミフラミン錠 ㉛カミフラミン錠 ㉜カミフラミン錠 ㉝カミフラミン錠 ㉞カミフラミン錠 ㉟カミフラミン錠 ㊱カミフラミン錠 ㊲カミフラミン錠 ㊳カミフラミン錠 ㊴カミフラミン錠 ㊵カミフラミン錠 ㊶カミフラミン錠 ㊷カミフラミン錠 ㊸カミフラミン錠 ㊹カミフラミン錠 ㊺カミフラミン錠 ㊻カミフラミン錠 ㊼カミフラミン錠 ㊽カミフラミン錠 ㊾カミフラミン錠 ㊿カミフラミン錠

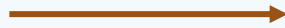
投薬変更 服用期間: 11/15 ~ 12/15
氏名: 奥地 幸男
医師機関名: 大塚Dr
症状: ①カミフラミン錠 ②カミフラミン錠 ③カミフラミン錠 ④カミフラミン錠 ⑤カミフラミン錠 ⑥カミフラミン錠 ⑦カミフラミン錠 ⑧カミフラミン錠 ⑨カミフラミン錠 ⑩カミフラミン錠 ⑪カミフラミン錠 ⑫カミフラミン錠 ⑬カミフラミン錠 ⑭カミフラミン錠 ⑮カミフラミン錠 ⑯カミフラミン錠 ⑰カミフラミン錠 ⑱カミフラミン錠 ⑲カミフラミン錠 ⑳カミフラミン錠 ㉑カミフラミン錠 ㉒カミフラミン錠 ㉓カミフラミン錠 ㉔カミフラミン錠 ㉕カミフラミン錠 ㉖カミフラミン錠 ㉗カミフラミン錠 ㉘カミフラミン錠 ㉙カミフラミン錠 ㉚カミフラミン錠 ㉛カミフラミン錠 ㉜カミフラミン錠 ㉝カミフラミン錠 ㉞カミフラミン錠 ㉟カミフラミン錠 ㊱カミフラミン錠 ㊲カミフラミン錠 ㊳カミフラミン錠 ㊴カミフラミン錠 ㊵カミフラミン錠 ㊶カミフラミン錠 ㊷カミフラミン錠 ㊸カミフラミン錠 ㊹カミフラミン錠 ㊺カミフラミン錠 ㊻カミフラミン錠 ㊼カミフラミン錠 ㊽カミフラミン錠 ㊾カミフラミン錠 ㊿カミフラミン錠

- ・配薬袋から対象利用者の薬袋を取り出す。投薬チェック表で病院名、科、錠数に相違無いか確認後にチェックを入れる。

変更後のケース

配薬ケースの変更

従来の配薬ケース



配薬ケースの変更



- ・利用者毎に薬を一つのケースに入れる。
- ・ケースの蓋に利用者の名前をつける。

環境要因の改善

変更前



変更後



システム変更後に起きてしまった誤薬事故

令和6年1月18日(木)

夕食時、利用者Bの食後薬を確認した後、利用者Aの食事が終了しているのを確認する。先に利用者Aの食後薬を服用して頂こうとした際、そのまま利用者Bの食後薬持って介助に向かってしまう。利用者Aに粉薬以外のメリスロン錠・ボラキス錠・セパゾン錠は服用させてしまってから誤薬に気がつき管理職・看護師に報告する。看護師より利用者Aがもともと服用している薬であるベタニス錠・ロフラゼプエチル錠を中止して服用、水分を多めに摂ってもらうように指示を受ける。その後、定期的な血圧測定を行うも目立った体調の変化はなし。

同じ事故を繰り返さないために

結果として同様の事故を3回起こしてしまっており、事故の重大さをユニット全体で痛感する事となる。3回目の誤薬事故に関しては、支援員の意識が別の利用者に向いてしまっていた事と、焦りのためにマニュアルを守っていなかった事が大きな要因として挙げられる。

今後の対応として

利用者Aは、ユニット3利用者全体で一番早く食事を終えることもあり、利用者Aの服薬介助が終了するまでは、他の利用者の介助に入らない事としている。

※意識が別の利用者に向かないようにする事、マニュアルを徹底する事を再確認している。また、ガイドラインの冒頭部分を追加し、共通認識を持てるようにしている。

マニュアル追加項目

侑愛荘では、利用者の生活、生命を守るために必要不可欠な薬についてマニュアルを作成しており、統一した支援が出来るようにしている。

薬の目的

- ・薬は治療の一環
- ・その人の症状や病態に合わせて、それを治したり軽くする目的
- ・そのための用法、用量が決められている。
- ・薬の有効時間（有効濃度が保たれている時間）から、効果的に血中濃度を維持し、かつ安全に使うために、用法や用量は守らなければならない。

マニュアル追加項目

薬の理解

- ・薬（効果）、副作用等の理解と把握を全職員に徹底する。
- ・形での投与作用で終わらず、疾病との因果関係を理解することで、体調変化や誤薬事故の際に、早期発見に繋がる可能性を高める。

マニュアル追加項目

誤薬

- ・利用者が誤った種類、量、時間または方法で薬を服用すること。
- ・他人の薬を別の人に服用させた。
- ・投薬の時間、量を間違えた。
- ・飲ませ忘れた（未服用）。
- ・薬が服用されず、床に落ちていた。
- ・処方されていた投薬が何らかの形で紛失した。

※誤薬は薬の内容や量によっては生命に重大な危機を及ぼす決して起こってはならない事故

新しい服薬介助の流れ(動画視聴)





今後の課題と取り組み