



高知市公式チャンネル



令和5年度 第1回 介護サービス事業所向け研修

～介護事故の防止などについて～

与薬事故



高知市介護保険課 事業係





**皆様こんにちは。
私はとある介護施設で働いている
介護職員です。**



**先日、私が勤める施設で
大変悲しい出来事がありました…**





朝食後、認知症のあるAさんや他の入居者の
服薬介助に入ろうとしていたところ…





廊下でBさんが転倒してしまいました。



介護職員



Bさん

それを見て焦った私は、
急いで転倒したBさんの元へ向かいました。

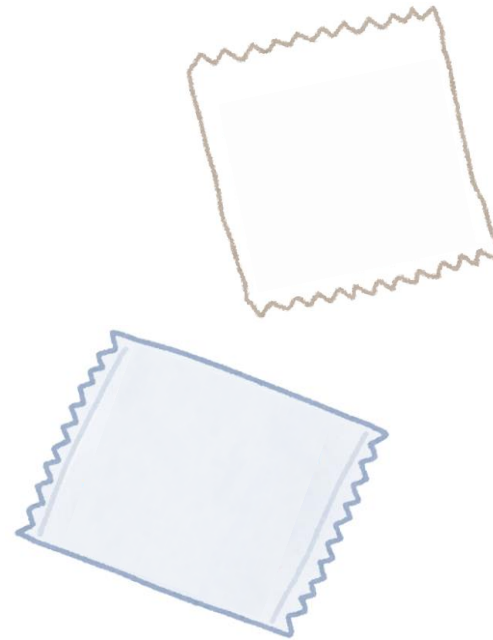




**この時…私はAさんや他の入居者の薬を、
Aさんの席に置きっぱなしにしていました。**



介護職員



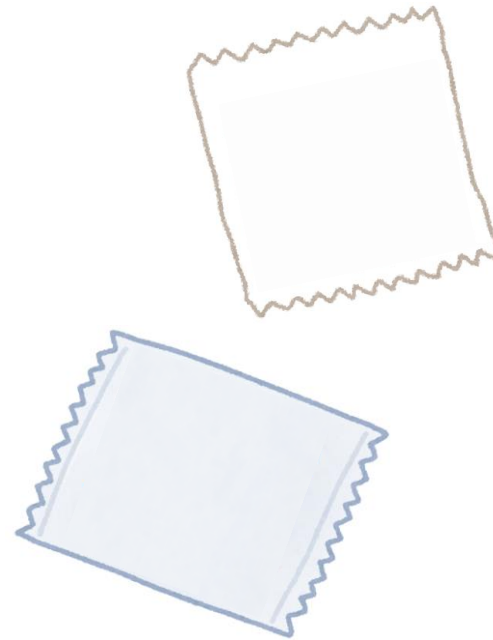
Aさん



私が転倒したBさんの対応を終え、Aさんの元に戻ると、
Aさんの薬の袋だけでなく
他の入居者の薬の袋も空になっていました。



介護職員



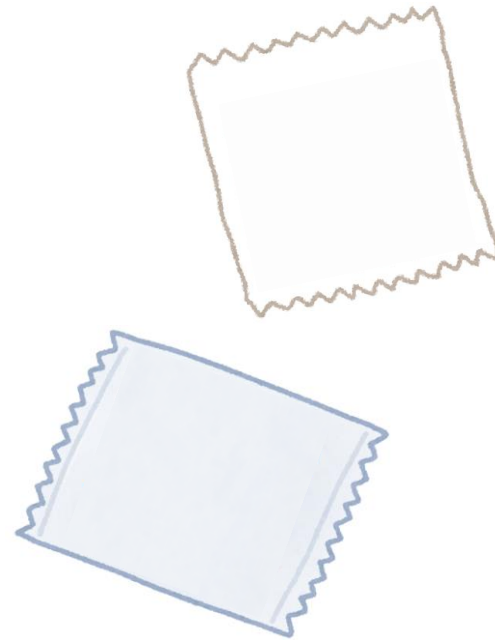
Aさん



Aさんに話を聞くと、
Aさんはテーブルに置いてあった他の入居者の薬を
自分の薬だと思い込み、飲んでしまったようです。



介護職員



Aさん



後でわかったことですが、Aさんが飲んでしまったのは…



禁忌薬でした



介護職員



**私はすぐに看護職員を呼び、
Aさんが複数の入居者の薬を一緒に飲んでしまった
ことを報告しました。**



介護職員



看護職員はAさんの状態が非常に悪いことを確認し、大至急病院に連れていく必要があると判断しました。





そして、Aさんはすぐに救急搬送されました。





**救急車が病院に到着した頃には、
Aさんの状態はさらに悪化しており、結果的に
Aさんは入院することになってしまいました。**





介護職員



**Aさんが入院することを知った私は、
自分の行動を後悔し、責任を感じていました。**





介護職員



Aさんが入院することになってしまった。
転倒したBさんの対応は、他の職員に
任せるべきだったかな…。





介護職員



急いでいたとはいえ、薬は離れたところに置くか、
自分で持っておけばよかった…。



介護職員



事故
報告書



市職員

後日、私は市役所に
事故報告書を提出しに行きました。



介護職員



事故
報告書



市職員

事故報告書を提出しに来ました。
よろしくお願いします。



介護職員



事故
報告書



市職員



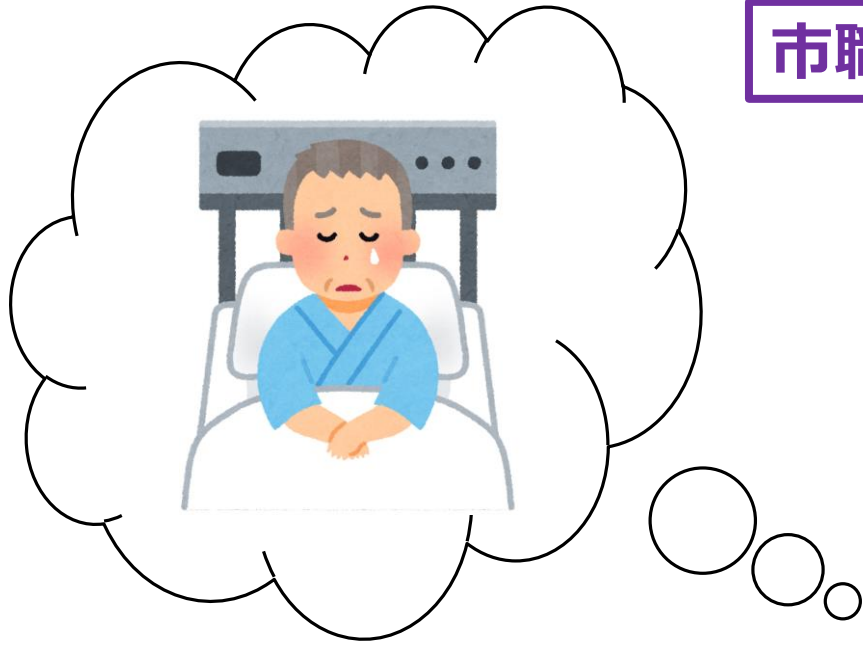
事故報告書のご提出、ありがとうございます。
なるほど…。このような事故があったのですね。



数日後...



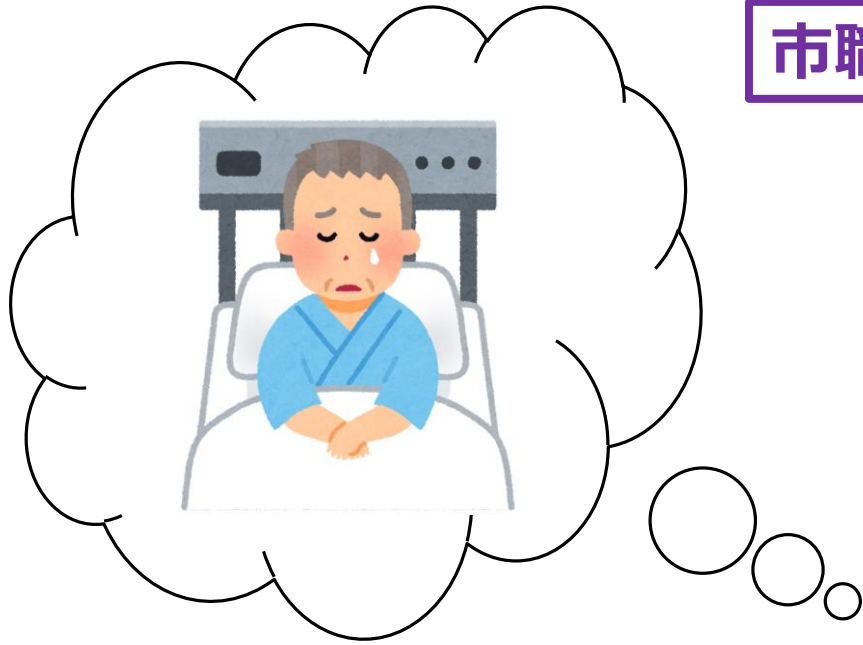
市職員



皆様こんにちは。
先日、事故報告書を受け取った市職員です。



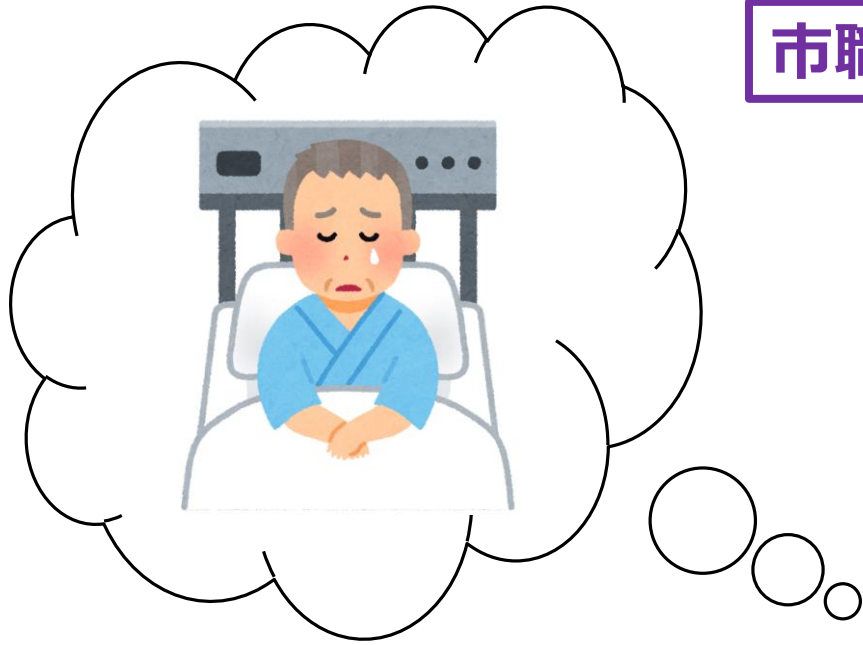
市職員



事故報告書を受け取った数日後、
その事故があった施設の施設長から電話があり、



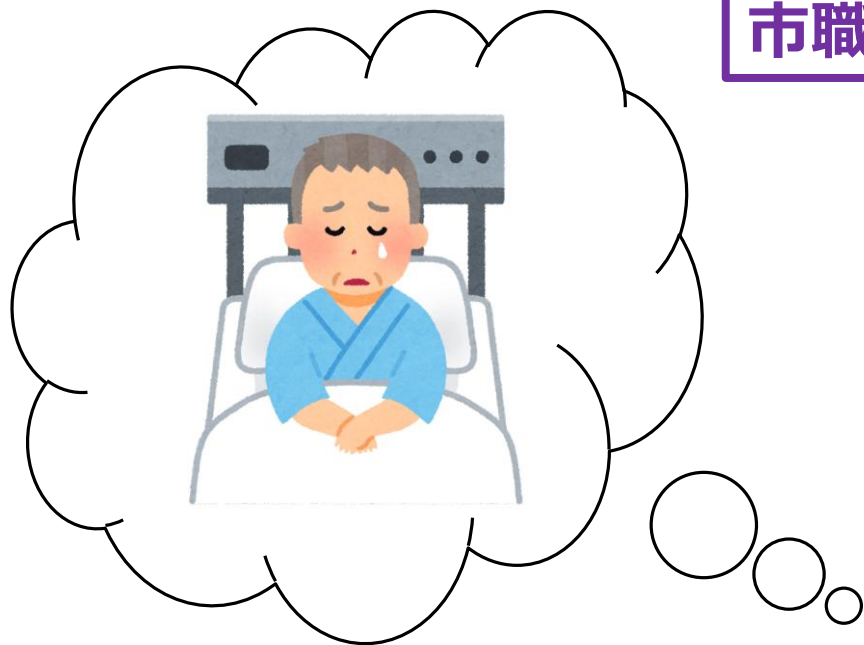
市職員



**Aさんの入院が長引いていることや、
介護職員が今も事故のことを後悔し、
落ち込んでいることを聞きました。**



市職員



このような事態を防ぐために、あらためて皆様と
『介護事故の防止』
について考えていきたいと思えます。
よろしくお願いいたします。



よろしく
お願いします！

よろしく
お願いします！

令和5年度
第1回 介護サービス事業所向け
研修
～介護事故の防止などについて～
与薬事故



皆様こんにちは。
高知市介護保険課事業係です。
今回は、与薬事故の防止などを
テーマにお話します。
よろしくお願いします！



介護事故の種類



介護事故といっても色々な種類があり、イメージしやすいのは転倒事故ですが、他にどのようなものがあるでしょうか？

えーっと、利用者施設を出てしまう【離設】とか。

あと、薬の服用間違いや服用抜かりでしょうか。



事故の種類	状況等（例）
転倒	独歩時に廊下で転倒 介助中に利用者と介助者が一緒に転倒 等
転落	ベッドから転落 階段から転落 等
誤嚥・窒息	食べ物を喉に詰まらせる 餅を喉に詰まらせて窒息 等
誤飲	洗剤を飲み込む 消臭剤を飲み込む 等
異食	オムツを食べる 新聞紙を口に入れる 等
誤薬・与薬もれ等	服薬抜かり 他者の薬を服用する 等
医療処置関連	チューブ抜去 等
離設	無断で施設から外に出て行く 等
熱傷	熱いお茶が体にかかり火傷する 等
利用者同士のトラブル	利用者同士がケンカし受傷する 等
紛失・破損	利用者の財布が無くなる 施設の備品を壊した 等



そうですね。他にも、
 食べてはいけないものを口にする異食や、
 熱いお茶などによる熱傷など、
 色々な種類があります。



事故の種類	状況等（例）
転倒	独歩時に廊下で転倒 介助中に利用者と介助者が一緒に転倒 等
転落	ベッドから転落 階段から転落 等
誤嚥・窒息	食べ物を喉に詰まらせる 餅を喉に詰まらせて窒息 等
誤飲	洗剤を飲み込む 消臭剤を飲み込む 等
異食	オムツを食べる 新聞紙を口に入れる 等
誤薬・与薬もれ等	服薬抜かり 他者の薬を服用する 等
医療処置関連	チューブ抜去 等
離設	無断で施設から外に出て行く 等
熱傷	熱いお茶が体にかかり火傷する 等
利用者同士のトラブル	利用者同士がケンカし受傷する 等
紛失・破損	利用者の財布が無くなる 施設の備品を壊した 等



この表のいずれかに該当する場合、
【事故】となることに
留意してください。



ちなみには、
高知市では、
どの種類の
介護事故が
多いのですか？

転倒・転落 309件

与薬事故 289件

離設 35件

誤嚥・誤飲 20件



令和4年度の事故報告で一番多いのは、
転倒・転落です。



転倒・転落 309件



与薬事故 289件



離設 35件



誤嚥・誤飲 20件



次に多いのが、与薬事故です。



転倒・転落 309件



与薬事故 289件



離設 35件



誤嚥・誤飲 20件



その次に多いのが離設、
誤嚥・誤飲です。



事故件数

令和元年度	転倒・転落 303件	与薬事故 293件	離設 34件	誤嚥・誤飲 11件
令和2年度	転倒・転落 320件	与薬事故 254件	離設 40件	誤嚥・誤飲 22件
令和3年度	転倒・転落 330件	与薬事故 306件	離設 30件	誤嚥・誤飲 17件
令和4年度	転倒・転落 309件	与薬事故 289件	離設 35件	誤嚥・誤飲 20件

1位

2位

3位

4位

また、令和元年度から令和4年度までの事故報告を見てみると、



事故件数

令和元年度	転倒・転落 303件	与薬事故 293件	離設 34件	誤嚥・誤飲 11件
令和2年度	転倒・転落 320件	与薬事故 254件	離設 40件	誤嚥・誤飲 22件
令和3年度	転倒・転落 330件	与薬事故 306件	離設 30件	誤嚥・誤飲 17件
令和4年度	転倒・転落 309件	与薬事故 289件	離設 35件	誤嚥・誤飲 20件

1位

2位

3位

4位

本当ですね！

転倒・転落と与薬事故は、常に1位・2位を占めています。





与薬事故



転倒・転落事故



そのため、
第1回目の研修では【与薬事故】、
第2回目の研修では【転倒・転落事故】
を取り上げます。



具体的な話に入る前に、そもそも
介護事故を100%防ぐことは
できるでしょうか？



うーん…
100%は難しい
と思います。

職員が24時間ずつ
と付きつきりなん
てできないし…



事故は いつでも 起こり得るもの



その通りです。ですから、
【事故はいつでも起こり得るもの】
と認識する事が重要です。



事故は いつでも 起こり得るもの

わかりました！



- ・事故につながるやらないようにすること
 - ・事故が起きても損害を生じさせないこと
 - ・損害を軽く済ませること
- を目標に、お話を聞いてください。



与薬事故

与薬事故の種類	状況等（例）
誤薬	昼食後に朝食後薬を服用 他者の薬を服用 等
与薬漏れ	朝食後の薬の飲み忘れ インシュリン注射抜かり 等
落薬	錠剤が床に落ちていた 等
重複服用	食後薬を服用しているのにまだ 服用していないと判断して同じ 薬をもう一度服用させる 等

なぜ与薬事故が多いのでしょうか？

服用前の薬の確認漏れが、
主な原因のようです。



与薬事故

与薬事故の種類	状況等（例）
誤薬	昼食後に朝食後薬を服用 他者の薬を服用 等
与薬漏れ	朝食後の薬の飲み忘れ インシュリン注射抜かり 等
落薬	錠剤が床に落ちていた 等
重複服用	食後薬を服用しているのにまだ 服用していないと判断して同じ 薬をもう一度服用させる 等

担当職員に確認漏れの責任を問うよりも、与薬事故が生じないように**原因を分析し、再発防止策を考える**ことが重要です。



与薬事故は、
どの事業所でも
同じくらい
起こっているの
ですか？

①訪問系

：巡回訪問、訪問リハ、訪問介護など

②通所系

：通所リハ、地域通所、小規模居宅
など

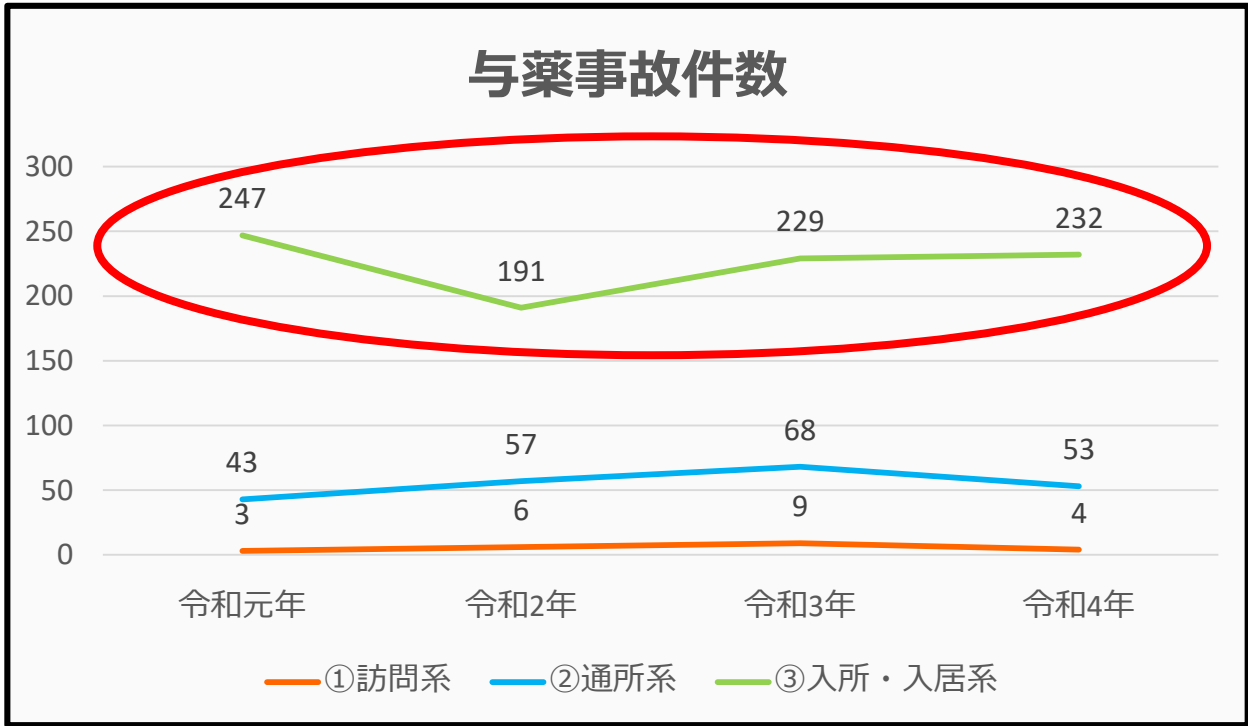
③入所・入居系

：医療院、認知症グループホームなど

事業所を
①訪問系、②通所系、③入所・入居系
の3つに分けてみると、



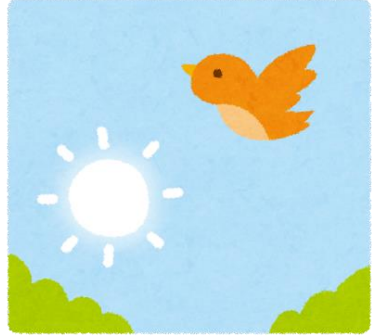
与薬事故は、
どの事業所でも
同じくらい
起こっているの
ですか？



与薬事故は
③入所・入居系の事業所
で多く起こっています。



入所・入居系の事業所は
他の事業所よりも定員数が多く、
入居者が施設で過ごされる時間も長い
ことから、
与薬事故が起こる確率が高くなっている
ものと考えられます。



入所・入居系の事業所で
与薬事故が多いのは、
なぜなのでしょう？



令和4年度 与薬事故

時間帯：午前8時

発生場所：食堂等共用部

ちなみに、令和4年度において、
与薬事故が最も多い時間帯は
午前8時です。



令和4年度 与薬事故

時間帯：午前8時

発生場所：食堂等共用部

また、与薬事故が最も多く
起こっている場所は
食堂等共用部です。



この時間帯や場所での与薬事故が多くなっている理由は、何だと思えますか？



令和4年度 与薬事故

時間帯：**午前8時**

発生場所：**食堂等共用部**



食堂で事故が多いのは、内服薬を食前・食後に食堂で服用することが多いからだと思います。

午前8時に多いのは…

うん、わかりません。



①手薄な状態



この時間帯は、夜勤明けの職員さんや、早出の職員さんのみになり、**手薄な状態**になります。



①手薄な状態

②食事前後の忙しい時間帯



また、利用者の内服薬は食前・食後に飲むことが多いため、与薬は**食事前後の忙しい時間帯**に行わなければなりません。



①手薄な状態

②食事前後の忙しい時間帯



これらの理由から、8時頃に与薬事故が多く起こっていると考えられます。

なるほしょー！



<原因分析・再発防止策>

では次に、与薬事故の
原因分析と再発防止策について
考えてみましょう。



<原因分析・再発防止策>

- ①利用者要因
- ②職員要因
- ③環境要因

事故の原因や再発防止策について考える際には、
①利用者 ②職員 ③環境
この3つの視点から考えるところがポイントです。



<原因分析>

- ・ 服薬マニュアルが守られていなかった
- ・ ダブルチェックができていなかった
- ・ 職員が油断していた

<再発防止策>

- ・ 服薬マニュアルの周知・徹底
- ・ ダブルチェックの周知・徹底
- ・ 再度、職員への指導を行う



ここで、高知市に提出される事故報告書によく書かれている内容を紹介します。



<原因分析>

- ・ 服薬マニュアルが守られていなかった
- ・ ダブルチェックができていなかった
- ・ 職員が油断していた

<再発防止策>

- ・ 服薬マニュアルの周知・徹底
- ・ ダブルチェックの周知・徹底
- ・ 再度、職員への指導を行う



このように、原因分析や再発防止策の欄が一言で終わっており、定型文のようになってしまっているものがしばしば見られます。



<原因分析>

- 服薬マニュアルが守られていなかった
- ダブルチェックができていなかった
- 職員が油断していた

<再発防止策>

- 服薬マニュアルの周知・徹底
- ダブルチェックの周知・徹底
- 再度、職員への指導を行う



例えば、「服薬マニュアルが守られていなかった」という原因分析がありますが、これのみでは不十分であると考えられます。



<原因分析>

- ・ 服薬マニュアルが守られていなかった
- ・ ダブルチェックができていなかった
- ・ 職員が油断していた

<再発防止策>

- ・ 服薬マニュアルの周知・徹底
- ・ ダブルチェックの周知・徹底
- ・ 再度、職員への指導を行う



「服薬マニュアルが守られていなかった」という記載のみだと、具体的に「何が、どのように守られていなかったのか」ということが分かりにくいためです。





冒頭では、認知症のある入居者のAさんが他の入居者の薬も飲んでしまい、結果的に入院することになってしまった、という事故がありました。



先ほどお話しした3つの視点から、
事故の原因や再発防止策を考えて
みましょう。
まず、利用者要因はどうでしょうか。



もし、日頃から
目に入ったものを口に入れ
てしまう傾向が
Aさんにあったのなら、
それが要因かもしれないと
思いました。



利用者要因：認知症もあり、目に入ったものを
何でも口に入れてしまう
傾向にあった

再発防止策：Aさんの周りには、薬など
口に入れられる大きさの
物を置かない 等

そうですね。入居者のAさんは
認知症ということもあり、
目に入ったものを口に入れてしまう
傾向があったようです。



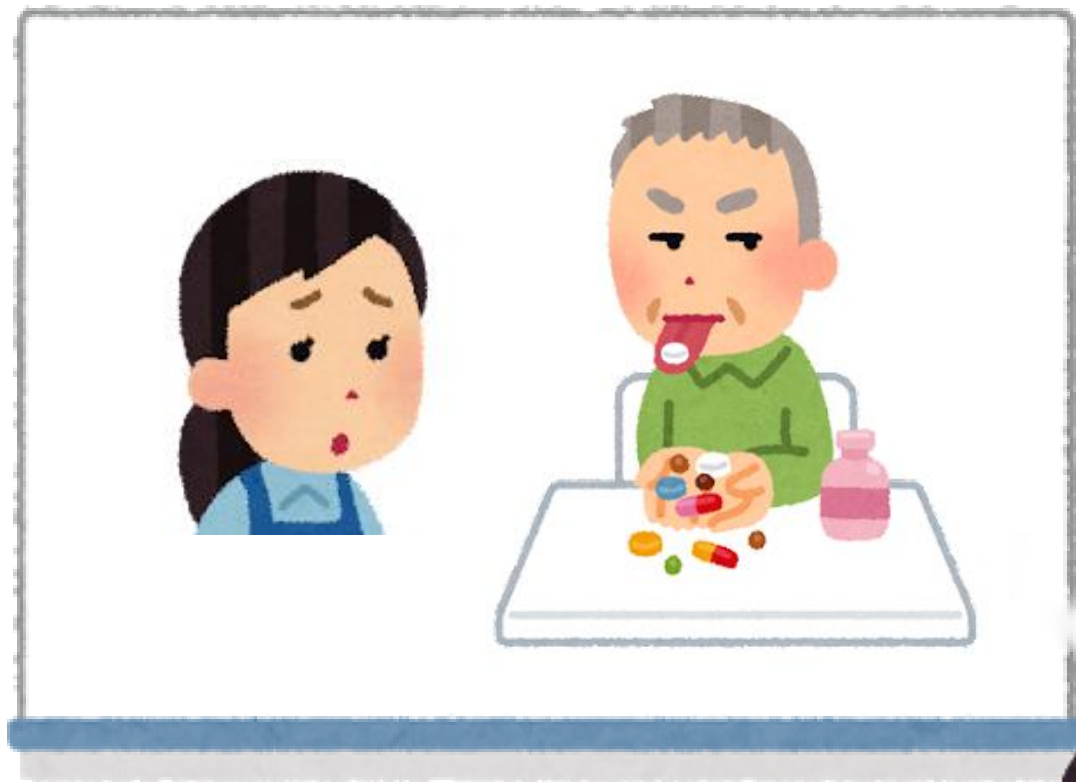
利用者要因：認知症もあり、目に入ったものを何でも口に入れてしまう傾向にあった

再発防止策：Aさんの周りには、薬など口に入れられる大きさの物を置かない 等

利用者要因という視点からは、例えばこのような対応が有効なのではないかと考えました。



次に、職員要因はどついででしょうか。



職員要因は：慌てていたとはいえ、薬をAさんの席に置きっぱなしにしてしまったことでしょうか。

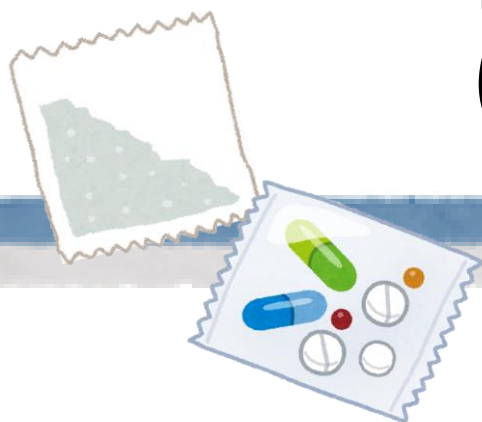
薬をどこか離れたところに置いておく方がよかったですかもしれません。



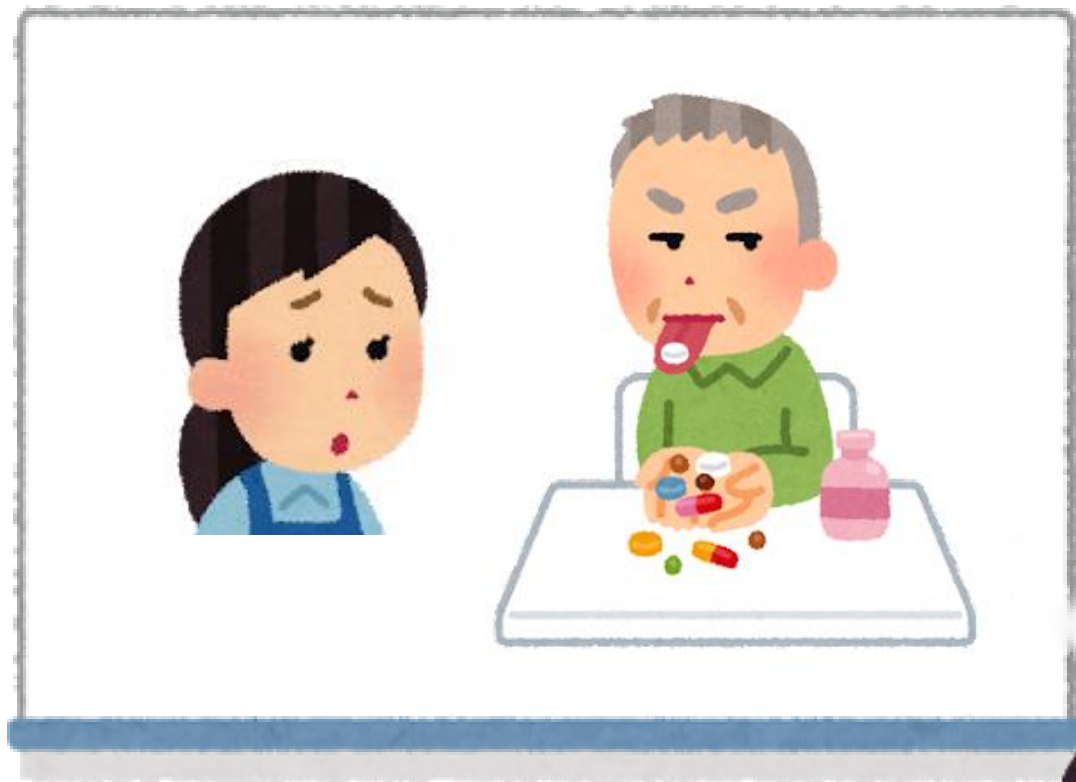
職員要因：他の利用者が転倒したことで慌てており、薬を置きっぱなしにしたまま利用者の元を離れてしまった

再発防止策：薬は席に置かず、自分で持っておくか利用者から離れた場所に置く
可能な場合、服薬介助中のトラブルの対応は他の職員に任せる 等

そうですね。職員要因と再発防止策の一例をお示しすると、このような感じですよ。



最後に、環境要因はどのようにでしょうか。



環境要因は…
転倒したBさんの対応がで
きる他の職員がいなかった
ことでしょうか？

ただ、どうしても
人員が不足している場合、
どうすればよいのか
わからないです。



環境要因：職員が服薬介助をしているときに別のトラブルがあったが、それに対応できる他の職員がいなかった

再発防止策：（人員体制の充実はすぐには難しいため）利用者の手の届かない場所に薬などを一時的に置いておくためのスペースを作る 等



そうですね。人員不足はすぐに解決できる問題ではありません。そのため、当面の間は少ない人員でも事故を起こさないための工夫を考えることが大切だと思います。





<原因分析・再発防止策>

- ①利用者要因
- ②職員要因
- ③環境要因



ここまで、与薬事故の
原因分析や**再発防止策**について
皆様とともに考えてきましたか…



**原因分析や再発防止策に
『正解』
はありません！**





だからこそ、皆様には先ほどお話しした
3つの視点を参考にしつつ、
様々な視点から
事故の原因や防止策について
考えていただけるとありがたいです！



そして何より、
「利用者や介護職員のために」
という気持ちを
忘れないようにしましょー！



わかりました！



まとめ

- ☑ 介護事故の**原因分析**や**再発防止策**に**正解はない**
- ☑ **「利用者や、介護職員のために」**という気持ちを大切に

ここまで、
与薬事故の防止などを
テーマにお話ししました。
お話は以上になります。

与薬事故や、
その防止策などについて
よくわかりました！

ありがとう
ございました！





市職員



ここまでご視聴いただき、ありがとうございました。





市職員



今回は与薬事故を取り上げ、
事故の原因分析や再発防止策などについて
ご紹介しましたが、
それ以上に大切なのが…



**“利用者や介護職員が
つらい思いをしないために”**



“利用者や介護職員が
つらい思いをしないために”

市職員



という気持ちではないでしょうか。
冒頭のエピソードでは、誤薬事故によって
利用者も介護職員もつらい思いをしていましたよね？



“利用者や介護職員が
つらい思いをしないために”

市職員



“誰にもつらい思いをしてほしくない”
という気持ちを大切にしながら、
様々な視点から事故を分析し、
再発防止策に活かしていただけるとありがたいです！



ご視聴ありがとうございました

アンケートにご協力ください♪

【アンケートの回答方法】

- ① 右のQRコードを読み取り，webで回答
（簡単です！）
- ② 高知市HPからアンケート用紙をダウンロードし，FAXまたはメールで回答

