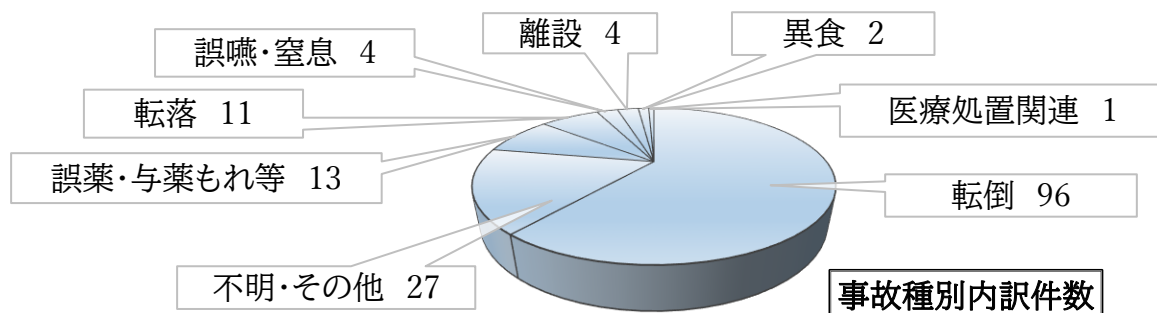


介護サービス事業所等における事故について

令和 6 年 10 月～令和 7 年 2 月までの令和 6 年度後期に松本市高齢福祉課にいただいた事故報告の件数は 158 件（うち死亡事故 3 件）でした。前年度同時期に比べて 22 件増加しました。

1 事故予防への取り組みをお願いします

期間中の事故後の状況内訳については、受診（外来、往診、自施設で応急処置）96 件、入院 48 件、死亡 3 件、その他 11 件でした。種別内訳件数は、下記のとおりです。事故はその後の生活に大きな影響を与えます。事故予防への取り組みをお願いいたします。



2 送迎の安全性を確保してください

送迎車の事故では、大勢の利用者がケガをする可能性があります。

冬期は降雪や路面凍結が予想されます。スリップ事故や立ち往生に巻き込まれないよう、計画的なサービスをお願いいたします。

3 誤薬防止に配慮してください

誤薬が多くみられます。誤薬防止のための氏名の読み上げやダブルチェックなど、それぞれの事業所で事故予防に努めていると思いますが、予防に配慮しているか、手順書の点検をお願いします。以下は 独立行政法人 福祉医療機構が運営する総合情報提供サイト「WAM NET」の 連載コラムからの引用になります。詳しくは、裏面あるいは、下記 URL にてご覧ください。

URL <https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/column/troubleshooting/trouble029.html>

トラブルに学ぶリスク対策事例 ②⑨：誤薬の原因は職員の確認ミスか？

「他人の薬と取り違えて服薬すると最悪の場合、死亡事故に至ります。取り違い誤薬の場合は、即受診して“迅速な医療処置”をしなければなりません。また、薬が直接身体に害を及ぼさなくても、誤薬でふらつきが起これば転倒につながるなどがありますから、間接被害の防止対策も講じなくてはなりません。薬の影響が出やすい高齢者ですから、万全の対処が必要なのです。」

株式会社 安全な介護 代表取締役 山田 滋（やまだ しげる）氏 執筆（WAM NET 連載コラムからの引用）

4 事故報告について

事故報告書の要領、事故報告書の様式の改定を行いました。詳しくは、添付をご覧ください。事故報告は個人情報です。電子メール等による送付の際には、誤送しないよう必要な措置をお願いします。当面、郵送・窓口も受け付けますが、FAX での送付はご遠慮ください。

事例②⑨：誤薬の原因は職員の確認ミスか？（WAM NET 連載コラムからの引用）

こんな事故が起きました！

特別養護老人ホームのショートステイで誤薬事故が起きました。契約社員で採用した女性職員が、認知症の利用者に他の利用者の薬を飲ませてしまいました。誤薬した職員はマニュアル通り、利用者の氏名を声に出して読み上げ、他の職員と二人で確認しましたが、それでも間違えてしまいました。職員は施設長に事故報告書を提出して「忙しかったので確認が疎かになってしまった。今後はもっと落ち着いて確認する」と、再発防止策を説明しました。施設長は「確認する前に深呼吸して落ち着くように」と、確認方法をアドバイスしましたが、翌月同じ職員がまた誤薬してしまいました。

事故原因と防止対策

この誤薬事故では、事故原因は「職員が忙しく確認が疎かになったこと」であり、「深呼吸して落ち着く」という再発防止策になってしまいました。誤薬事故は職員のミスが原因のようにみえますから、職員のミスを防ぐことが防止対策のように思えて、職員側の主観的な要因ばかり問題にしてしまうのです。

では、なぜ誤薬の防止対策は毎回「もっと注意深く確認する」などの、職員の主観的要因改善の対策になってしまうのでしょうか？それは「誤薬の原因は職員のミスである」と誤解して、改めて誤薬事故の原因を緻密に分析しようとしなからずです。誤薬事故の防止対策の考え方は、ミスの発生防止のチェック手順とミスを発見するチェックの仕組みを作ることですから、ミスの発生プロセスを分析して有効なチェック手順を検討しなくてはなりません。具体的には間違い方を分類して、間違い方に応じたチェック手順を新たに検討するのです。

誤薬の原因分析で重要なことは、間違い方。すなわち「何を」「どのように」間違えたのか？」を分析することなのです。本事例の場合「何を」間違えたのでしょうか。利用者を取り違えたのでしょうか？それとも薬を取り違えたのでしょうか？

AさんをBさんだと勘違いしてBさんの薬を飲ませるのが利用者の取り違えであり、Aさんの薬だと思ってBさんの薬をAさんに飲ませてしまうのが薬の取り違えです。前者の間違いが多ければ、本人確認手順を見直さなければなりませんし、後者の間違いが多ければ薬ボックスや薬袋の氏名確認手順を工夫しなくてはなりません。このように分析すると、このショートステイでの誤薬事故の原因は、前者の利用者の取り違えが多いということがわかります。

次に利用者を取り違えた場合、「どのようにして」AさんをBさんと取り違えたのかを確認して、間違いの発生ポイントを特定します。テーブルへの誘導時に利用者を取り違えているようであれば、本人確認は着席時に行わなくてはなりません。ちなみに、食事前に利用者を取り違えると、食膳も取り違えますから、誤食事故となり食事形態を間違えて誤嚥などの別のリスクにもつながります。どのように間違えたのかも効果的な再発防止策のためには重要な分析なのです。人が犯す間違いは「勘違い」、「思い違い」、「見間違い」、「取り違え」、「聞き違い」と実に多様なのですから。

トラブルを避ける事故対応

誤薬の事故対応で重要なことは、「飲み違い誤薬」と「取り違え誤薬」を区別して対応することです。他人の薬と取り違えて服薬すると最悪の場合、死亡事故に至ります。飲み違い誤薬はかかりつけ医に連絡して経過を観察しても構いませんが、取り違え誤薬の場合は、即受診して“迅速な医療処置”をしなければなりません。また、薬が直接身体に害を及ぼさなくても、誤薬でふらつきが起こり転倒につながるなどがありますから、間接被害の防止対策も講じなくてはなりません。薬の影響が出やすい高齢者ですから、万全の対処が必要なのです。

（株式会社 安全な介護 代表取締役 山田 滋（やまだ しげる）氏 執筆）

