

3) その他～事故報告

●事故の概要～

- ☐種別：誤与薬
- ☐発生日時：2025 年 7 月 24 日（木）
- ☐発生場所：食堂
- ☐被害者：利用者 D 様
- ☐発生者：職員 E
他利用者様：F
- ☐発生内容：夕食後の服薬時、利用者 F 様の内服薬を、利用者 D 様に与薬した

●事故発生時の対応～

- ☐直後の対応：発生後、当該職員 E 本人が薬袋が違うことに気づく、また、薬ケースを確認すると D 様の内服薬が残っており誤薬と認識した。

●事故の原因分析

- ☐職員要因：
 - ・D 様の与薬時、対応職員 C が薬ケースから取り出す際、不用意に利用者 F 様の内服薬を D 様のだと思い込み取り出した。
 - ・薬ケースから薬を取り出す際、周りの職員が確認できるように声出しを行うことになっていたが、それがなかった。
 - ・対応時、薬袋の名前と顔の確認を怠った。
- ☐管理環境要因：
 - ・決め事として服薬支援時には必ず薬の名前と本人にも確認することになっていたが、マニュアル通りに薬を確認することができていなかった。

●事故発生時の対応～

発生時の対応

- ・発生後、当該職員 E が薬袋が違うことに気づき、また確認すると D 様の内服薬が残っており誤薬と認識した。
- ・F 様には翌日分の F 様の内服薬を与薬した。
- ・かかりつけ医に連絡、報告し、D 様の「飲んだ薬と本人がいつも飲んでいる薬と影響はあまりなく、また、飲んでも急変する薬は入っていないので様子見て下さい」と様子観察の指示を受けた。
- ・御家族に連絡を行い事故の経緯を説明し、謝罪と今後の対策と対応について説明しました。

●再発防止策～

□再発防止策

- ・食事を終え、服薬と送迎（誘導）を待っている利用者様が数名いたわけでもなく、当時D様も食事を終え待っていた訳でもなかった。基本的には焦らず落ち着いた気持ちで与薬を行う。
- ・服薬介助の時はマニュアルの「再度、顔と薬袋の名前の確認、本人にも確認してもらう」を厳守する。
- ・薬を取り出す際は、他の職員にも声を掛け合いながら、他の職員もその確認を行う。

事故後の経過

- ・D様の様子～夜間は、入眠される。
- ・翌日午前、午後ともに血圧等異常なし。その後も特に異状なく過ごされる。

※服薬介助は介護業務の中でも、相当な集中力が求められます。慣れにまかせて流れ作業のように進めてしまえば、思わぬミスを起こす恐れがあります。新人もベテランも関係なく、服薬介助に油断は禁物です。

誤薬は薬の種類や内容によっては利用者様の命にかかわる事故で、絶対にミスが許されないという心持ちで取り組む意識が必要不可欠です。まずは確実にミスが起こらないように、常に手順と確認を徹底します。

つどい管理者