

平成22年 第35回  
全国救護施設研究協議大会  
(第5分科会)

平成22年10月28日～29日

社会福祉法人 致知会  
救護施設 真和館



## テーマ名

# 服薬管理体制の確立

～薬に関する事故の撲滅～

活動期間 平成21年7月28日～平成22年10月末

構成人数 西村宏(リーダー) 岩下あゆみ(データ収集)  
田上雄次郎(データ収集) 平畑佳朗(PC操作)  
江崎美樹(書記) 全5名

・サークル名 : YWCサークル

# 社会福祉法人 致知会 (ちちかい)

## 救護施設 真和館 (しんわかん)



法人名 : 社会福祉法人 致知会  
 施設名 : 救護施設 真和館  
 所在地 : 熊本県阿蘇郡西原村大字鳥子3072番

法人設立 : 平成17年10月11日  
 施設開設 : 平成18年4月28日

入所定員 : 50名

平成22年度4月1日現在

	身体障害	精神障害	知的障害	重複障害		生活障害	合計	(内アルコール依存症)
				身体と精神	知的と精神			
男	8	33	6	4	5	5	43	(20)
女	2	11	0	2	0	0	11	(4)
計	10	44	6	6	5	5	54	(24)

※ 身体・知的・精神障害の数は手帳所持者の数であり、合計とは一致しない。

## QCとは

QCとは、Quality Control（クオリティ・コントロール）の略  
内容としては、主に製造業において現場の社員（職員）が小規模なグループ（サークル）をつくり、製品の品質向上や業務効率の改善活動を行うことが多いようですが、そのような活動をグループで行うことにより、仕事に対する改善意識や向上心、「気付き、考え、行動する」という社会人としての能力開発と人間形成にも繋がるとされています。

最近では、医療や福祉の現場でも導入が進み、真和館でも、19年度11月～3月で第1期活動、20年度は10月～3月までで第2期活動、平成21年9月～2月で第3期活動を行いました。

なお、真和館は日科連（日本科学技術連盟）の「QCサークル中部九州地区」に加盟しており、地区幹事会社のブリヂストン久留米工場や本田技研工業熊本製作所を含む約30社の会社から教えを受けたり、情報をいただいたりしております。

# 現状把握

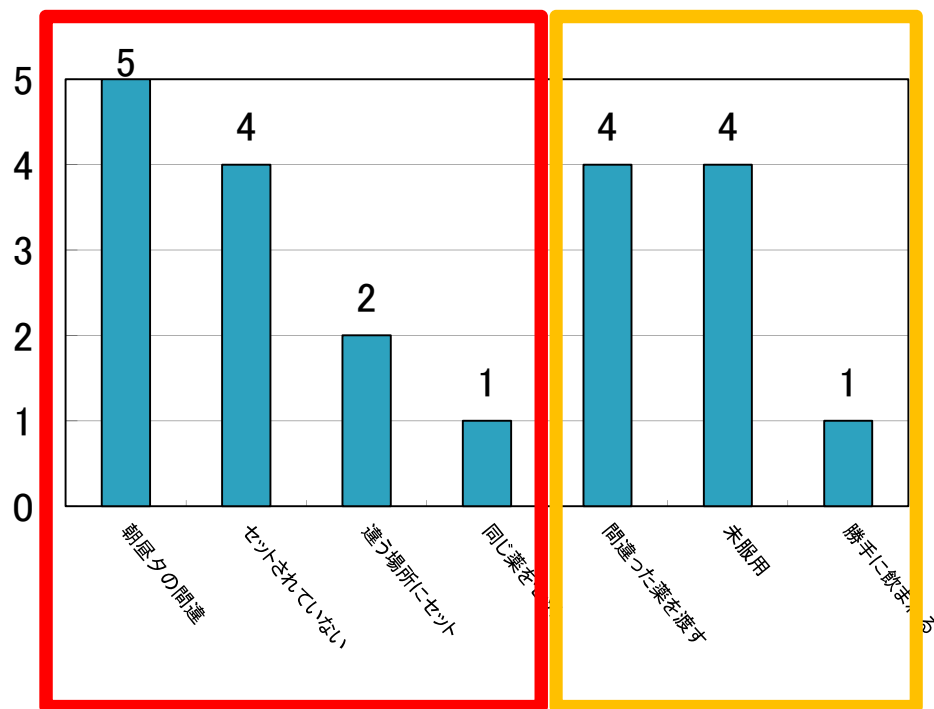
平成21年度 薬に関する事故報告書統計  
平成21年4月1日～10月1日まで

報告件数

事故件数	21件
------	-----

事故状況

朝・昼・夕が間違っ てセットされてい た(介護)	5件
薬がセットされてい なかった(医務)	4件
職員が間違っ た薬を渡す	4件
職員が薬を飲ませ ていなかった	4件
違う人にセットし ていた(介護)	2件
入所者が勝手に薬 を飲んだ	1件
同じ薬を2つセッ トしていた(医務)	1件
合計	21件



**セットミス  
12件**

**誤薬  
9件**

< 考察 >

- 大きく、「セットミス」と「誤薬」の2つに分けられる。
- セットミスの方が件数が多い

# セットミスの現状把握

報告件数

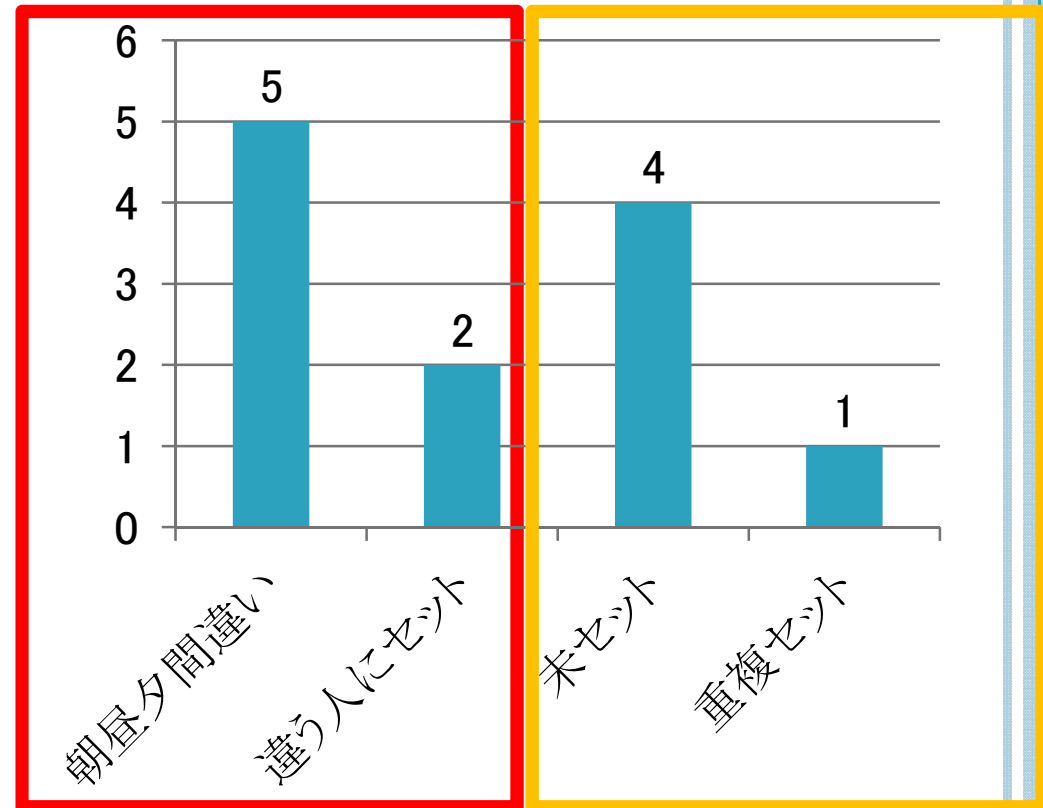
セットミス件数 12件

事故状況

朝・昼・夕が間違っ てセットされていた (介護)	5件
薬がセットされてい なかった(医務)	4件
違う人にセットして いた(介護)	2件
同じ薬を2つセット していた(医務)	1件
合計	12件

- ・介護職員のセットミスが多い
- ・ミスの内容は2種類しかない

平成21年度 薬に関する事故報告書統計  
平成21年4月1日～10月1日まで



介護のミス  
7件

医務のミス  
5件

# 薬セットの流れ



② 看護師によって、1回服用分ずつにホッチキスで止める。

③ 1回分にまとめられた薬を薬袋に戻し医務室で保管する。

① 薬を病院から受取る。  
(1人朝夕で別れており、1~6袋)

**セットミス事故  
(5件)**



⑥ 前日に夜に、宿直職員が1日分の薬を1F・2Fの朝・昼・夕食の6ケースに分ける。

**セットミス事故(7件)**



⑤ 1日分1ケースにセットされた薬を医務室に保管。

④ 看護師により、1日分の薬を1つの散薬ケースにセットする。



⑦ セットした散薬ケースは、各職員室で保管。

## < 考察 >

- ・看護師が1日分にセットした物を、介護職員が1食分ずつに再セットしている。
- ・ダブルチェックだがミスが防げていない!

ダブルチェックでミスが防げていないなら、セットは看護師のみが行い、エラープルーフ化を行う事でミスをなくそう。

## < 対策 >

# 薬のセットは看護師のみが行う事とする

平成22年1月3日～1月12日

薬に関する事故報告書統計

介護のセットミス事故件数

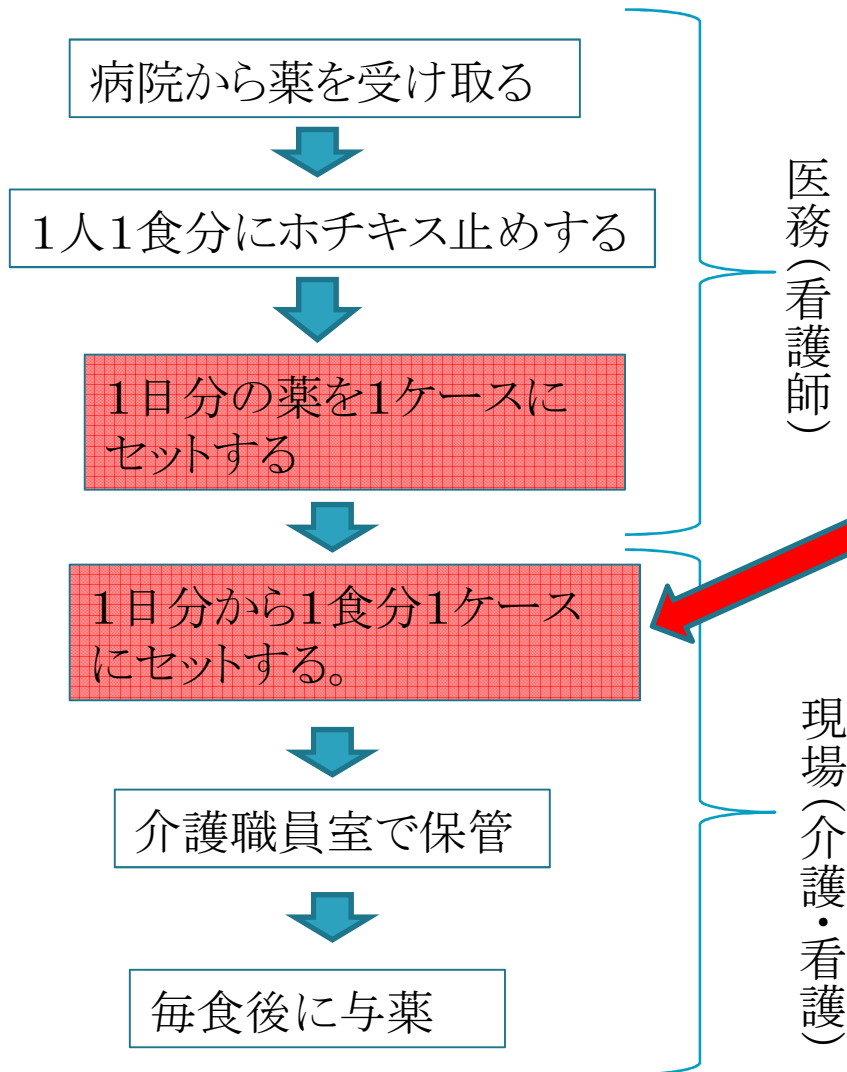
0件

- ・介護職員がセットすることがなくなったので、介護職員のセットミスは0件となった。

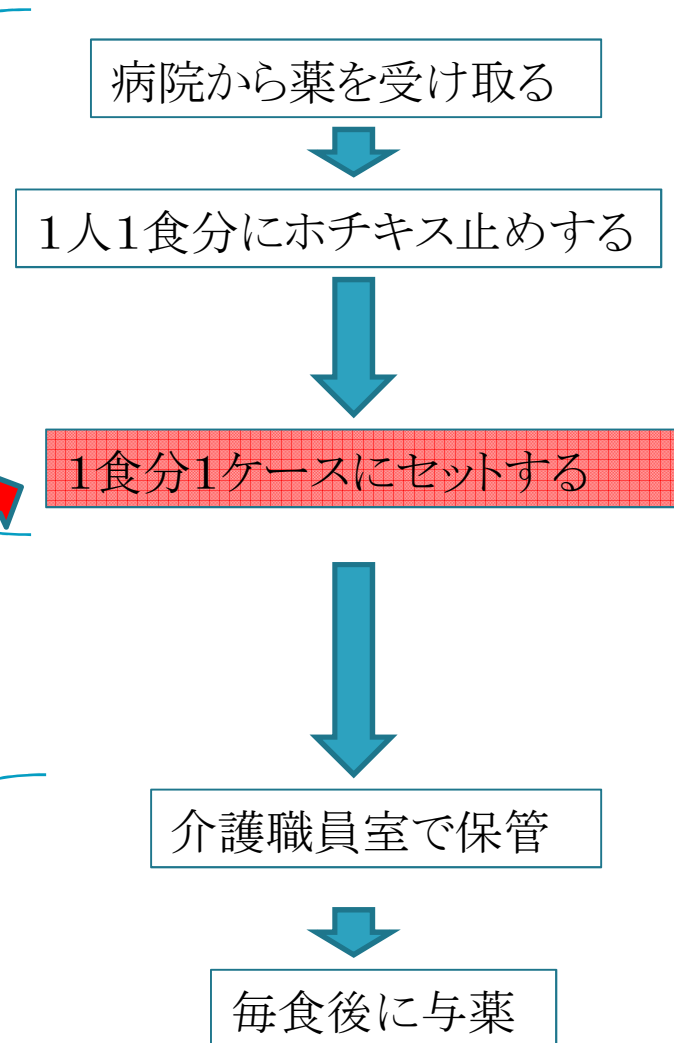


# 具体的なセットの流れ(1)

## <以前の服薬の手順>

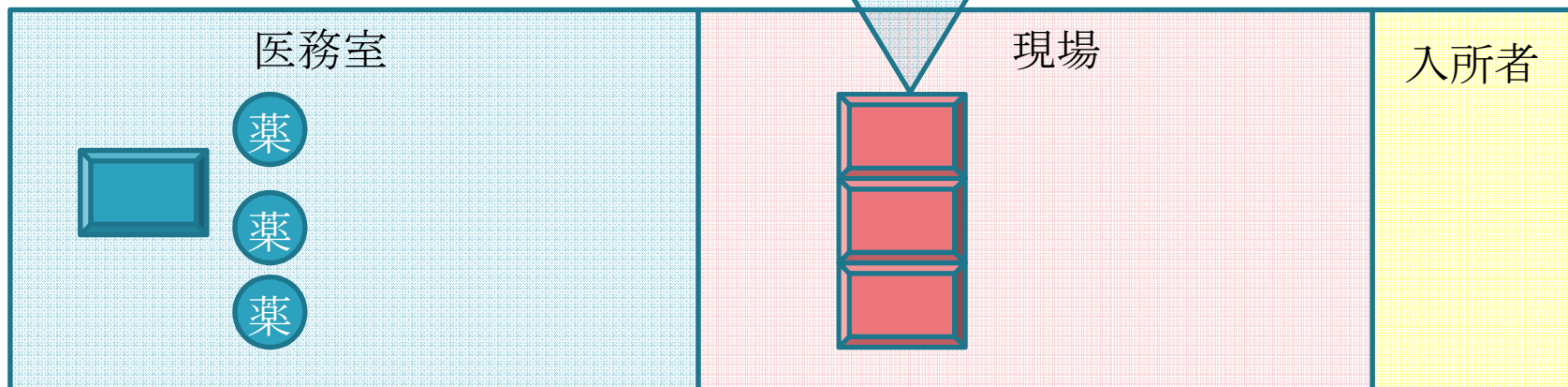


## <変更後の服薬の手順>



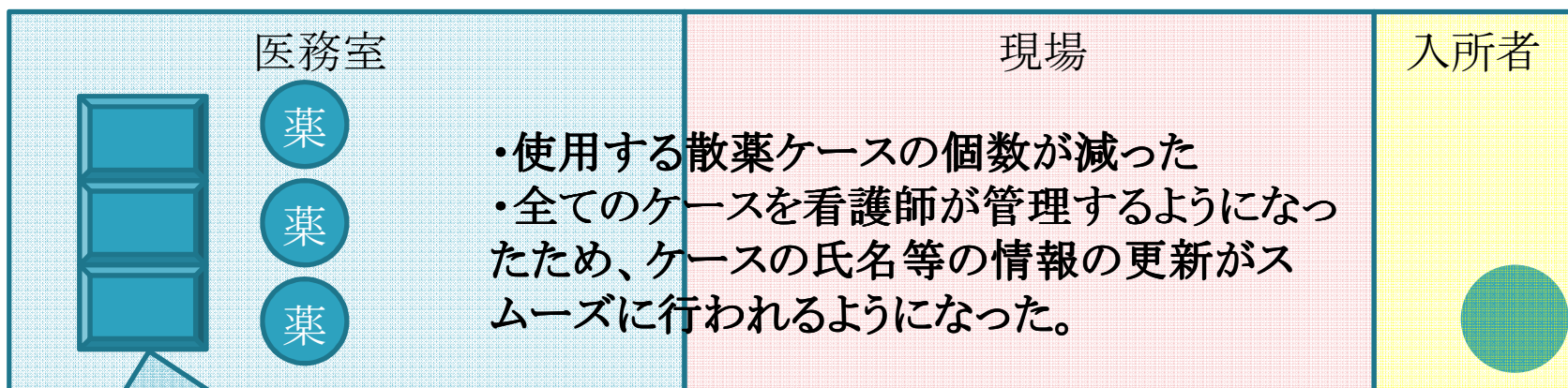
## 具体的な流れ(2) 波及効果

今までの散薬ケースの動き



変更後の散薬ケースの動き

対策4を行ったことに伴って変更



# 看護師セットミス現状把握(再調査)

報告件数

事故件数 22件

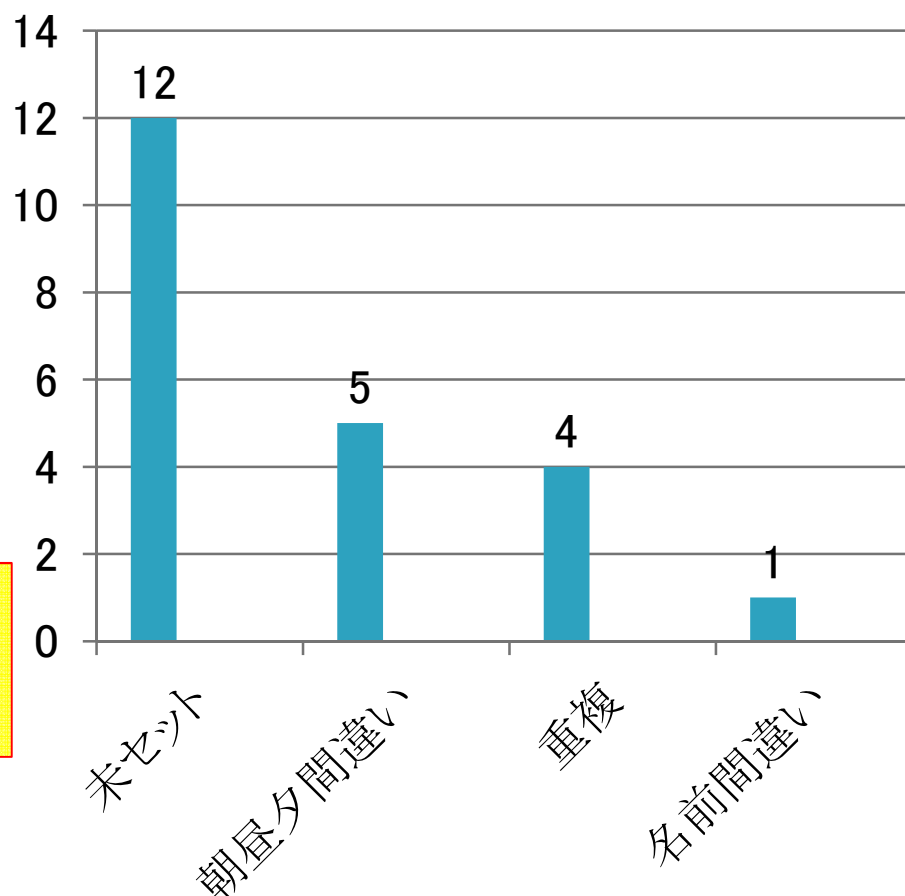
事故状況

未セット セット不十分	12
朝昼夕の入れ間違い	5
同じ薬を2個入れる(重複)	4
名前間違い	1
合計	22

・セットミス対策を行わず看護師にセットを一本化したことにより、ミスが急増した。

平成22年度 医務のセットミスの統計

平成22年4月1日～5月31日まで





# 対策立案(1-1)

9点以上採用

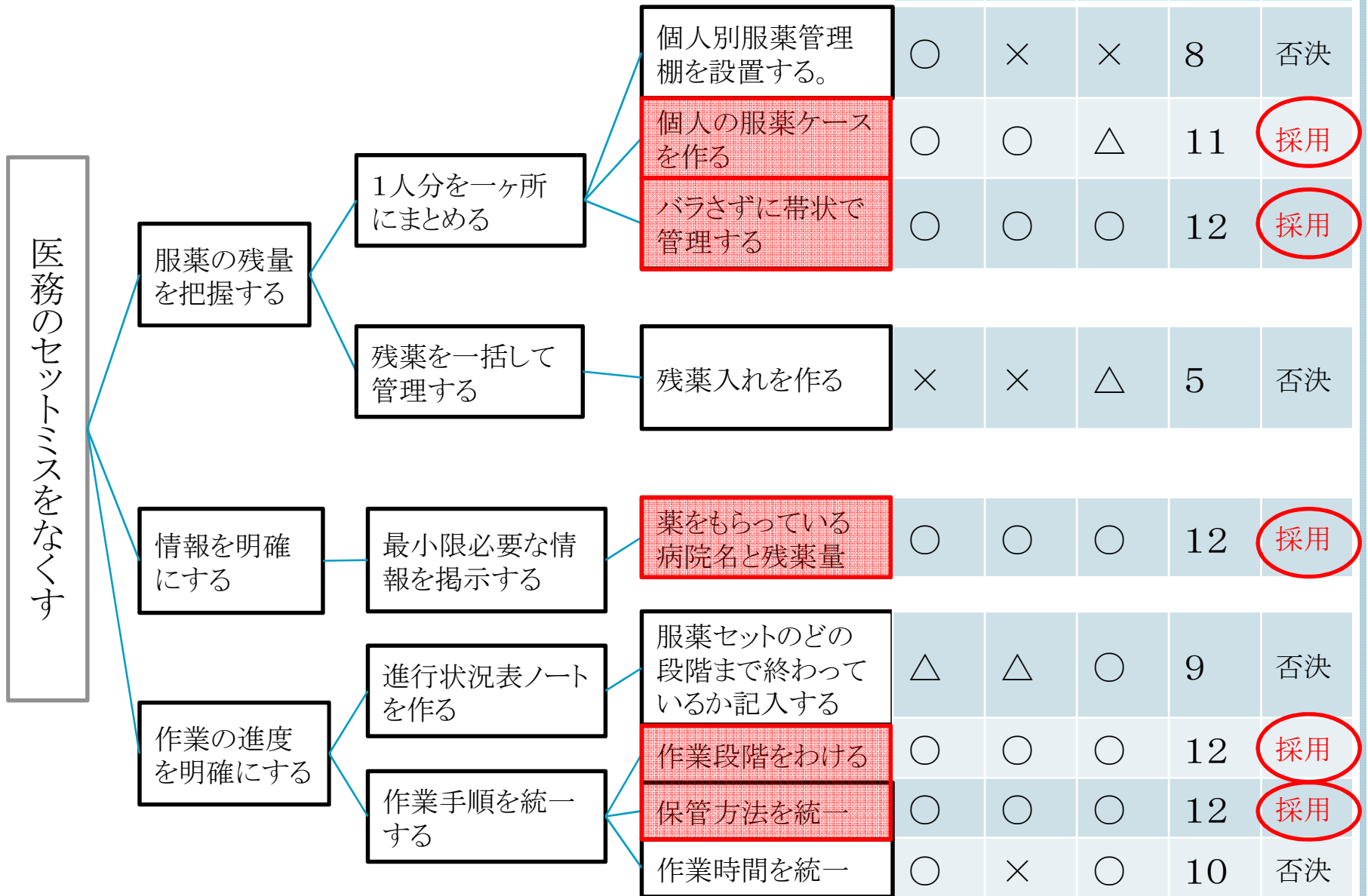
医務のセットミスをなくす

		効果	実現性	コスト	点数	結果	
文字のみで表示しない	色も使って表示する	朝:青 昼:赤 夕:緑 で分ける	○	○	○	9	採用
		ケースと薬袋を同色にする	○	○	○	9	採用
	マークをつける	飲んでいる薬の量を数字で記入する	○	○	○	9	採用
	ケースの名前を上から見えるようにする	ケースの底の部分に名前を書く	○	○	○	9	採用
セットすべき場所をわかるようにする	ケースの空の部分を見失くす	ケースを小さくする	○	○	○	9	採用
		不要な空スペースをなくす	○	○	○	9	採用

○=3点 △=2点 ×=1点

○=3点 △=2点 ×=1点

# 対策立案(1-2)



# 対策一覧

いつ	誰が	どこで	なぜ	何を	どのように
6月4日	看護師が	医務室で	各入所者の薬の残量を把握できるように	薬を	入所者別に個別の入れ物で管理する
	看護師が	医務室で	完成品と未完成品の区別をつけるため	未完成品の薬を	袋に入れて混ざらないように管理する
	看護師が	医務室で	朝昼夕のケースを見間違わないため	散薬ケースを	朝＝緑色 昼＝赤色 夕＝青色にする。
6月10日	看護師が	医務室で	セットの時名前が見やすいように	ケースの名前を	上から名前がわかるようにしておく
	看護師が	医務室で	ケースのセット箇所を見やすくするため	散薬ケースの空いている箇所に	フタをする。
	看護師が	医務室で	セットする時の薬の量が判りやすいように	ケースの名前の横に	薬の個数を数字化したものを記しておく
薬受け取り後	看護師が	医務室で	朝昼夕を間違わないように	薬袋を	朝＝緑色 昼＝赤色 夕＝青色
6月10日	看護師が	医務室で	統一した作業を行うため	薬セット作業の手順書を	作成する

管理

道具

作業

# 対策の実施（個別薬ケースの購入）

## ★個人ケースの条件

- 1、1人分の薬が全て入れることのできる容量
- 2、完成品と未完成品の薬を分けて入れることができる形  
※中に仕切りがあるとよい
- 3、全入所者分を医務室の棚で保管できるサイズ  
※保管に場所をとらないもの。
- 4、開け閉めが楽で薬の出し入れがしやすいもの  
※チャック式でもよい



1個105円



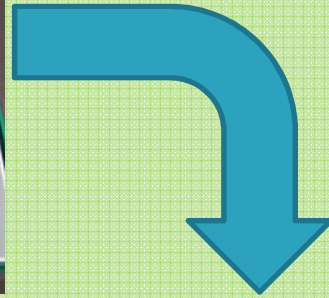
現在、医務室の大きさは4㎡ほどしかなく、物品の保管や作業スペースが狭かったため、改修工事を行い拡張することとなりました。



# 散薬ケースの変更



(以前のケース)

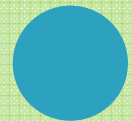
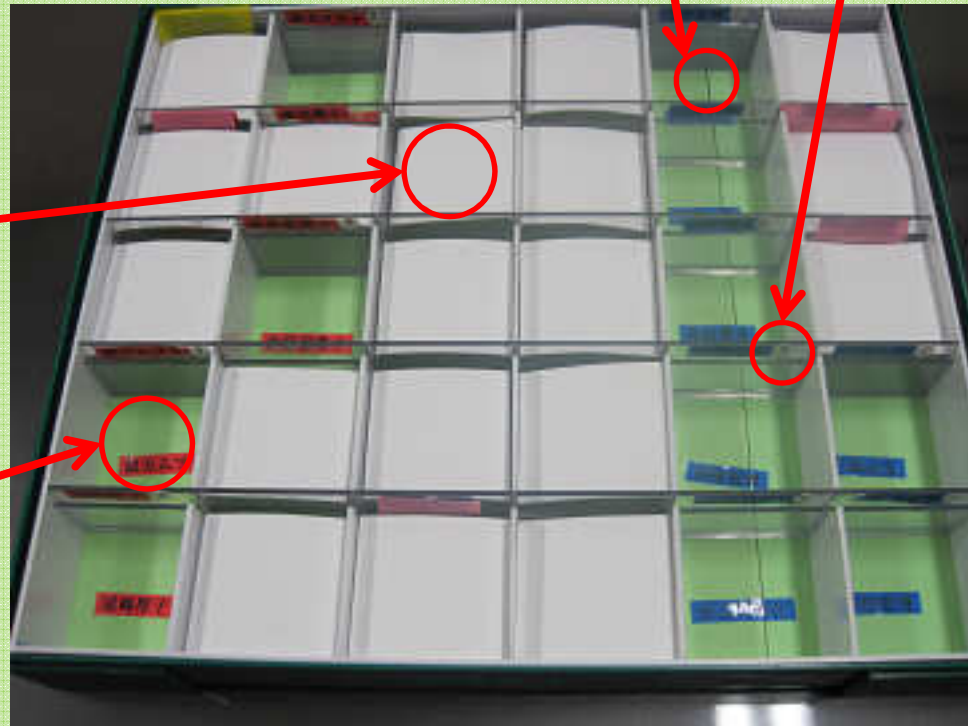


名前の横に薬の個数を数字で示す

朝のケースは底を緑にする。

不要な箇所にはフタをする

底に名前を貼る



# 対策の実施 薬のセット手順を統一



1、病院から薬を受け取る



2、朝→青 昼→赤 夕→緑  
で薬袋に色をつける  
※帯はできる限り切らない



3、色付けの  
終わったものは、朝・昼・夕  
に分けて袋に入れ  
る



4、朝・昼・夕の1  
回服用分をホチキス止  
めする。  
※2カ所以上から薬を  
もらっている人は、そ  
れも合せる。



6、対策の実施(1-1)で購  
入した個人別のケース  
に入れて保管



対策前の薬  
の管理状況

# 効果の確認(1) 平成22年度 医務のセットミスの統計

平成22年6月10日～6月20日まで

報告件数

事故件数	1件
------	----

事故状況

未セット セット不十分	0
朝昼夕の入れ間違い	1
同じ薬を2個入れる(重複)	0
名前間違い	0
合計	1

全ての対策がとれてはいないが、10日間の確認を行った

結果は、**1件**セットミスであった。

※セットミスの起こった薬は、対策実施以前に病院から受け取っていた色分けしていない薬であった。



# 誤薬の現状把握

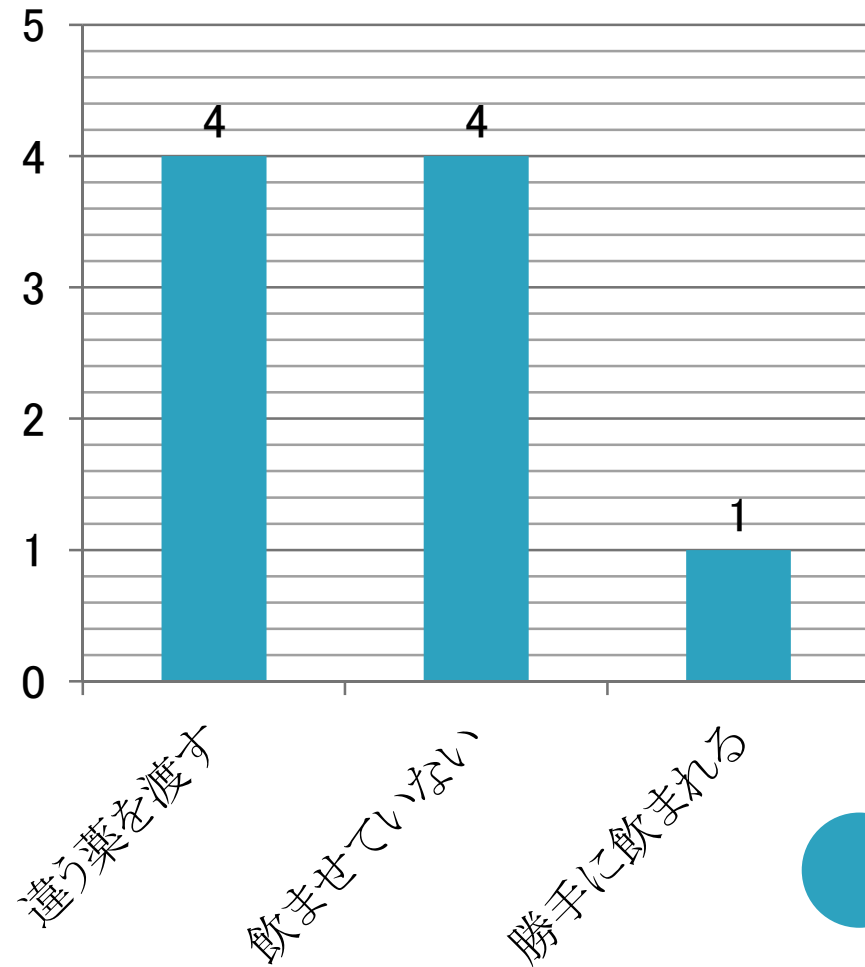
平成21年度 薬に関する事故報告書統計  
平成21年4月1日～10月1日まで

報告件数

誤薬事故件数	9件
--------	----

事故状況

職員が間違っただ薬を渡す	4件
職員が薬を飲ませていなかった	4件
入所者が勝手に薬を飲んだ	1件
合計	9件



全ての事故は現場で薬を  
飲ませる時に起きている

## 誤薬の現状把握(2) 服薬の流れ



①食事終了後、服薬が必要な入所者が職員室へ集まる



②与薬を担当する職員が朝・昼・夕に合った散薬ケースを準備する。

**勝手に飲まれる  
(1件)**



**未服用  
(4件)**

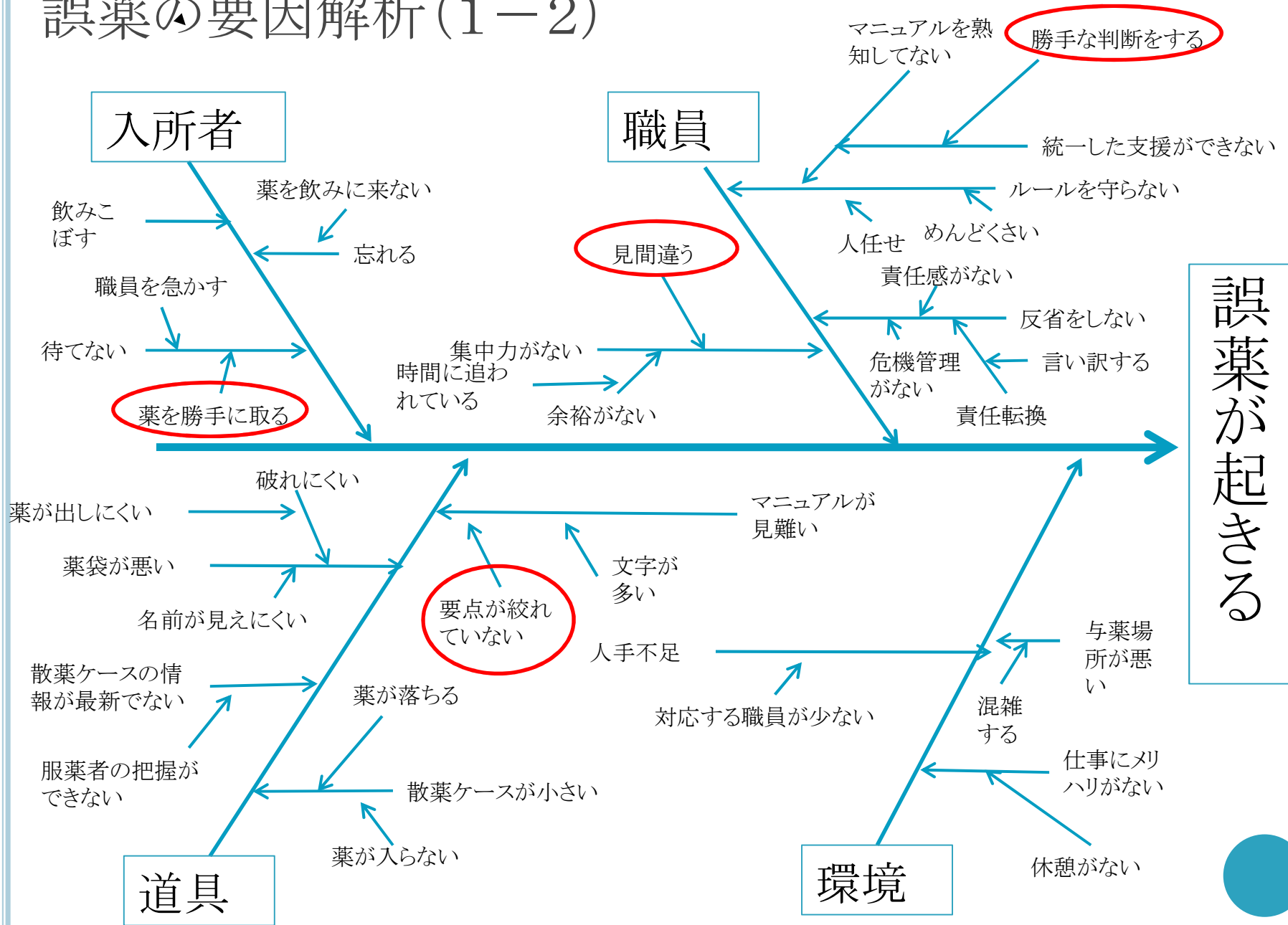
散薬ケースに薬が余っていれば、飲みに来ていない入所者へ声かけし服用してもらう。



③薬袋の名前と本人を確認し服用してもらう。

**間違った薬を渡す  
(4件)**

# 誤薬の要因解析(1-2)

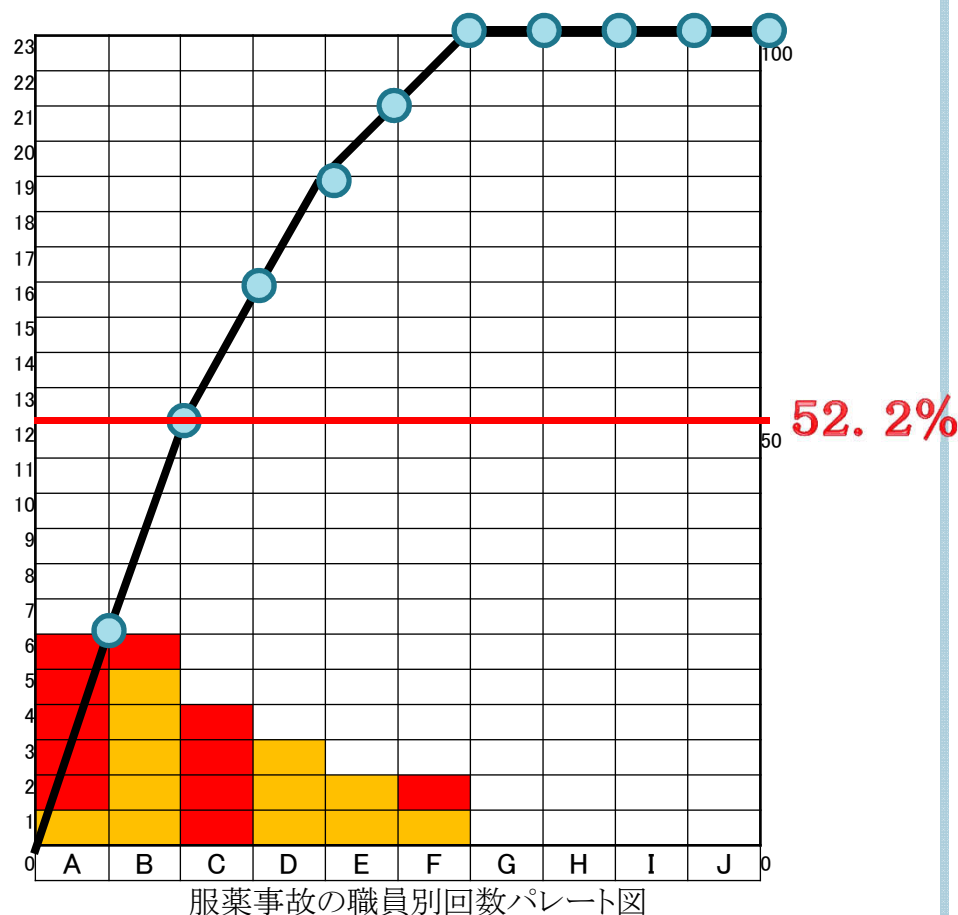


服薬事故が起きる特性要因図

# 要因の検証(1) 事故を起こした職員の統計

4月30日	誤薬	Bさん
4月2日	誤薬	Bさん
5月22日	介護セットミス	Bさん
5月23日	介護セットミス	Aさん
6月17日	誤薬	Eさん
6月17日	看護セットミス	Cさん
6月30日	未服用	Bさん・Dさん
6月30日	未服用	Bさん・Dさん
6月30日	未服用	Bさん・Dさん
8月1日	未服用	Eさん
8月4日	介護セットミス	Aさん
7月30日	介護セットミス	Fさん
7月31日	介護セットミス	Aさん
8月11日	看護セットミス	Cさん
8月13日	介護セットミス	Aさん
8月16日	勝手に薬を飲まれる	Fさん
9月6日	看護セットミス	Cさん
9月15日	誤薬	Aさん
9月16日	介護セットミス	Aさん
10月1日	看護セットミス	Cさん

担当者	事故回数	割合
Aさん	6	26.1%
Bさん	6	26.1%
Cさん	4	17.4%
Dさん	3	13.0%
Eさん	2	8.7%
Fさん	2	8.7%
Gさん	0	0.0%
Hさん	0	0.0%
Iさん	0	0.0%
Jさん	0	0.0%
	23	100.0%



## < 考察 >

- ・事故を起こした職員にはかなりの偏りが見られる
- ・職員の判断に問題があるように思える。

# 要因の検証(2) 職員の与薬の状況の調査

「チェック表に基づいて介護職員をランダムに9回調査(実員5名)」

●=現マニュアルに記載されている項目      5点=守られている。      3点=留意はしている。      0点=守られていない

項目	5点	3点	0点
●与薬時間は決められた時間を守っているか	6	0	3
●散薬ケースは入所者の手の届かない所に置いているか	5	0	4
与薬の場所は決められた場所で行っているか	9	0	0
準備物等は用意しているか	6	1	2
事前に散薬ケースのセットを確認しているか	0	1	8
●名前の読み上げを行って渡しているか	2	0	7
●本人に薬を見せて確認をしているか	1	0	8
飲み溢し(忘れ)を確認しているか	4	3	2
同時に渡す人数は確認できる範囲か			
実施中の移動に無駄な動きはないか			
与薬に集中しているか。「ながら作業」になっていないか			

マニュアルなのに  
満点がない！

マニュアルが半分以上  
守られていない！

総合点数 (55点満点)			マニュアル記載部分の点数 (20点満点)			
最高点	最低点	平均点	最高点	最低点	平均点	達成度
45	20	32.2	15	0	7.8	39%



# 要因の検証3 マニュアル

## (表) 現マニュアル (裏)

看護師は医師の指示のもと、処方箋・服薬情報に従う。また、マニュアルは医務を中心に作成し、職員はマニュアルに従う。

<服薬管理のタイプ>

- ・医務管理
- ・お薬カレンダーによる管理（要医務指導）
- ・自己管理

<管理方法の基準>

原則として入所時はすべて医務管理とし、入所後の生活状況から自己管理が可能とみなした場合、看護師の判断で管理方法を決定する。

<薬受け後について>

- ①外来受診時処方箋はすべて医務へ持ち帰り、処方内容確認後仕分けする。
- ②看護師は薬局から受けた服薬情報を、内容変更の有無に関わらず、常時最新のものに更新し、各入所者の個人ファイルに綴じる。

<薬の仕分け方法>

【医務】

- ・専用の散薬トレーを使用（1階：青トレー・2階：赤トレー）
- ・定期薬は切り離し、手前から順に朝昼夕の順に重ねて入れる。
- ・臨時薬については、定期薬と区別がつくよう必ず印と表示する。
- ・氏名は必ずフルネームで書く。
- ・同姓・同名者については、誤薬防止のため氏名にラインを引くなどして注意を呼びかける。
- ・お薬カレンダー使用者については、週一回（毎週火曜日）を薬の補充日とする。
- ・自己管理者を対象に、残薬チェックを1回/月行う（定期受診前までに）。

（【介護】  
（遅出者）

- ・夕食後、18：30から2階の薬渡しに入るトイレ誘導等で時間が過ぎた場合は介護業務を優先）。
- ・退院時に、2階の散薬トレー空き箱を医務室へ降ろす。

（宿直者）

- ・夕食後の1階の薬は東西すべて宿直者1人で受け持つ。
- ・専用の散薬トレーを使用し、翌日の1階、2階の薬の仕分けをする。2階の分は医務室の机に保管し、1階の分は静養室に保管。

（2階早出者）

- ・出勤時、医務室から2階の散薬トレーを持って上がる。

<薬の与薬時間>

【1階】毎食後、適宜スタッフルームにて与薬（一部の入所者を除く）

【2階】朝：7：45～、昼：12：30～、夕：18：30～

- ・2階スタッフルームに時間を表示した掲示版を設置。また、昼食後は可能な限り看護師が各階に立ち会う。

<与薬時の留意点>

- ・カウンター越しに入所者の手が届く場所にトレーを置かない。
- ・誤薬防止のため、渡す前に必ず対象者の名前をフルネームで声に出して読み、本人にも確認をとる。
- ・原則として、昼食後は職員がペアとなって立ち会う。
- ・上手く口に運べない利用者は職員が介助する。

<インスリンについて>

原則として、インスリン注射は看護師が施行。ただし、下記のような場合は例外とする。

- ・朝食前は2階早出者が施行（看護師が宿直明け、警備明けでいる場合は看護師が施行）。
- ・通院等で看護師不在の場合（日勤リーダーの指示で介護職員が施行）。

H, 21年5月29日 改正

見にくい  
要点が分かりにくい  
覚えられない

A4サイズ両面 約950文字 のマニュアル。

# 対策の実施1

いつ	誰が	どこで	なぜ	何を	どのように
服薬時	服薬担当者が	服薬場所で	入所者に薬を勝手に取られないために	散薬ケース(薬)を	入所者の手の届かない位置に準備する
服薬時	服薬担当者が	服薬場所で	入所者に薬を勝手に取られないために	服薬場所を	持ち場から離れないようにする
薬袋確認時	服薬担当者が	服薬場所で	薬袋を見間違わないために	薬袋の文字を	指差呼称して確認する
H21年1月6日	サークルメンバー	会議室で	要点の絞れた見やすいマニュアルを作るため	マニュアルを	作り直す
1月10日	与薬に係る職員	与薬場所で	事故を起こさないために統一した対応をするために	与薬についての勉強会を	行う

# 対策の実施1-2

# 新マニュアル

## 与薬手順書

- 1、服薬場所 1階・2階 各職員室
- 2、服薬時間 ( )内は土日体制時

	1階	2階
朝	食介終了後随時	7:45
昼	食介終了後随時	12:30
夕	食介終了後随時	18:10 (17:40)
眠前	20:00	20:00

### 3、手順

#### ① 準備

- ・散薬トレイは入所者の手の届かない位置に置く
- ・目薬、その他必要物(水・屑入れ)を用意する。

#### ② 入所者を集める

- ・コップを持参させる

#### ③ 薬を飲ませる

- ・入所者の顔と薬袋の名前を「指差呼称」して確認する。
- ・同時対応は落薬、残薬が確実に目視できる程度の人数にする。
  - ・必要なら口の中まで入れる
  - ・与薬中は持ち場を離れない
  - ※離れる場合は散薬ケース等を鍵のかかる場所へ戻してから動く。

#### ④ 片付け

- ・散薬ケースが「空」になっている事を確認する
- ・目薬、その他も所定の位置へ戻す。
  - ※眠前薬については看護師の指示のあった入所者以外は無理に飲ませる必要はない。

対策1の要点の絞れたマニュアル作成

変更前

約950文字



変更後

約300文字

A4用紙片面  
表を使用  
3項目

## 対策の実施1-3 内部勉強会の実施

対策1の実施を基に、看護師指導のもと与薬の勉強会を行った。

指差呼称を必ず行ってください。



散薬ケースはどこに置いたがいいですか？

散薬ケースは「入所者の手の届かない位置」なので、静養室の机の上が適しています。

# 誤薬対策の効果の確認1

平成22年1月3日～1月12日

薬に関する事故報告書統計

誤薬事故件数

0件

与薬事の誤薬事故は無かった。

# 効果の確認(1) 職員の与薬の状況(方法)の調査

「チェック表に基づいて介護職員をランダムに8回調査(実員5名)」

調査期間1月10日～1月13日

項目	5点	3点	0点
●与薬時間は決められた時間を守っているか	5	3	0
●散薬ケースは入所者の手の届かない所に置いているか	6	0	0
●薬の場所は決められた場所で行っているか	6	0	0
●準備物等は用意しているか	5	1	0
事前に散薬ケースのセットを確認しているか	0	6	0
●名前の読み上げを行って渡しているか	1	2	3
本人に薬を見せて確認をしているか	0	0	6
●飲み溢し(忘れ)を確認しているか	2	2	2
●同時に渡す人数は確認できる範囲か	4	1	1
●実施中の移動に無駄な動きはないか	5	0	1
与薬に集中しているか。「ながら作業」になっていないか	4	1	1

総合

対策前32.2点から**7.3点アップ**

マニュアル記載部分

(40点満点)

**40%対策前39%!**

最高点	最低点	平均点	達成度
53	25	31.8	79.5%

39.5

40

79.5%

満点者が出た(1名)

## 反省と課題

- 続きの活動であったが、思うように活動できず、期間が守れなかった。
- 活動期間が長かったため、中弛みしてしまった。
- 部署の違うメンバーでの活動であったため、全員で集まって話し合う時間の確保が難しかった。
- 一年間の活動により、事故件数は大幅に減少したが、不確実な要素も多いため、今後もSDCAやPDCAサイクルをしっかりと行う。

ご静聴ありがとうございました。