

福祉監 第3006号  
平成27年2月20日

各老人福祉施設等の施設長 様

埼玉県福祉部福祉監査課長 岡村 和典  
(公印省略)

老人福祉施設等における誤薬事故及び配膳誤りを  
原因とする誤嚥事故について (通知)

本県福祉行政の推進につきましては、日頃、格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、有料老人ホームにおいて、服薬する患者である入居者とは別の入居者に対して、厳格な安全管理方策が必要な医薬品の使用の介助を行った事例に関して、厚生労働省から注意喚起等に関する通知（「老人保健施設等における医薬品の使用の介助について（老人福祉施設等への注意喚起及び周知徹底依頼）」平成26年10月1日付け）が発出されているところです。

そうした中、本年度、県内の老人福祉施設等でも利用者への誤薬事故や配膳誤りを原因とする誤嚥事故が複数発生しており、死亡にいたる事例も報告されています。

各施設におかれましては、医薬品の使用の介助の安全管理及び利用者に対する配膳のチェック体制を再確認するとともに、内部における情報共有・マニュアルの見直し等必要な安全管理対策を講じていただくようお願いします。

なお、別添のとおり県内で発生した事例の具体的な状況をお知らせしますので、今後の業務改善の参考としてください。

担 当

特別調査・指導担当 TEL048(830)3447(直通)

高齢施設担当 TEL048(830)3449(直通)

## 県内で発生した事故情報

## 事例

- ケース1 別の入所者の薬を飲ませてしまった。
- ケース2 2食分の薬（2倍量）を飲ませてしまった。
- ケース3 きざみ食を提供すべき人に常食を提供してしまった。

## 事例から見た問題点

- 1 本人に名前を聞くことを、本人確認の最終手段としていた。
  - ・返事をしたからと言って、〇〇さんである保証はない。  
認知症、耳が遠いなどで自分の名前ではなくても返事をする可能性がある。
  - ・声に出して本人確認するという行為は、口に出すことで自分自身に対して確認する、あるいは、他の職員にチェックをしてもらうという趣旨としては意味がある。
- 2 本人の顔と名前を一致させる仕組みが確立されていなかった。
  - ・シフト上、ベテラン職員の配置が担保されていなかった。
  - ・ショートステイ、新規入所者の本人確認の仕組みがあいまいだった。

施設によって、食堂に入所者の写真と氏名を掲示してあるケースや写真を添付したカードを作成して、介護職員がそれをいつでも見ることができるようにしているケースがある。

実際に事故が発生した施設では、今後、誕生日ごとに更新した写真を名前とともにテーブルに張ることを予定している。

- 3 本人確認用の資料・データが適切に管理・更新されていなかった。
  - ・食堂の座席配置図を本人確認の資料としていたが適切に更新されていなかった。
  - ・車イスに名札を付けることになっていたが複数の車イスに名札を付けていなかった。
  - ・テーブルに名札を張ることになっていたが実行していなかった。
- 4 ダブルチェックの体制が確立されていなかった。
  - ・配薬・配膳を介護職員一人で行っていた。
  - ・複数の職種（看護職員と介護職員、調理員と介護職員など）が情報を共有（Aさんは高血圧で薬は〇〇。Bさんは刻み食、今日の献立で刻み食の人は、お稲荷さんの油揚げを刻んでちらしずし風にしてある。など）して、相互チェックを行うという仕組みがなかった。

5 リスクを軽視して業務効率を優先していた。

- ・特別に医師の指示があるもの以外、通常食後に服薬するような薬もすべて食前に服薬させていた。(ケース1では、服薬直後に誤薬に気付いている。食後の服薬であれば結果として誤薬には至らなかった。)
- ・配薬・配膳を介護職員一人で行っていた。  
(声に出して本人確認を行っても、それをチェックする介護職員が周囲にいなかった)

6 誤薬をなくすための検討会を関係職種合同で実施していない。

- ・ケース1では、看護職員、介護職員、調理員、栄養士などが、配薬に関連していたが、介護職員だけで改善策を検討していた。

## 誤薬事故の初期対応について

○速やかに医師の指示を仰ぐ

- ・誤って飲ませた薬の名称、量、患者の持病などを報告
- ・救急車を呼ぶ必要があるか? ないか?
- ・食事を与えた方が良いか? 与えない方が良いか?
- ・安静にする必要があるか? ないか?
- ・その他留意事項はあるか? など

○安易な経過観察はせず、速やかに医療機関を受診する

○薬によって対応は異なる

- ・胃洗浄が必要
- ・食事をしてはいけない
- ・血糖値を上げるために糖分を摂取させなければならない など

○誤薬の影響を判断する行為は医師法上の「診断」に該当する可能性がある。

→看護師が判断し健康被害発生の場合、医師法違反と業務上過失傷害に問われる恐れ

(参 考)

## ある施設の誤薬防止マニュアル（一部抜粋）

- 1 看護師が薬をセットする。
- 2 薬をセットする際、以下を確認
  - ①入所者氏名、②薬の名前、③与薬すべきタイミング（食前、食間、食後）、④錠数
- 3 セット後、別の看護師がダブルチェックする。
- 4 介護職員は、自らの勤務時間帯の服薬スケジュールを確認する。
- 5 配薬は1回につき、1人分ずつ入所者に届ける。  
（右手にAさんの分、左手にBさんの分を持って移動する行為は厳禁。）
- 6 薬は以下のタイミングで指さし、声だし確認を行う。
  - ①1人分の薬を取り出すとき、②本人に薬を渡すとき、③薬の空袋を戻すとき の3回  
声に出す内容は
  - ①入所者氏名、②薬の名前、③与薬すべきタイミング（食前、食間、食後）、④錠数
- 7 本人が服用しやすい方法に配慮するとともに、取りこぼし飲み残しがないか確認する。  
咽頭部や食道部に残らないよう、多めの水、または白湯で服用してもらう
- 8 全員が服用したか否か確認する。