



介護リスクマネジメントNEWS

入居者に薬剤を重複して投与してしまった事例

経過観察をしたが体調不良等は発生せず

発生時・発見時の状況

サービス種別 入所施設 トラクレ種別 誤与薬 発生場所 居室
 介護状況 見守り・介助中 本人の状態 体調不良などは発生していない

- Aさんは、事故当時、要支援1、S5年生まれの92歳の女性。糖尿病のため血糖管理が必要な入居者で、トレシーバとマンジャロ（共に糖尿病薬）を併用していた。
- トレシーバ投与は毎日行われ、ケアスタッフが見守りをしていた。Aさんには認知症があったが、スタッフの見守りがあればAさん自身で投与を行うことができた。また、マンジャロの投与は、週1回金曜日に看護師が行っていた。
- 薬の管理については、トレシーバは施設の健康管理室にある施錠した棚に、マンジャロは健康管理室の冷蔵庫にそれぞれ保管されていた。薬の準備は、いずれも看護師が行うことになっており、Aさんの名札がかごに入れて準備しておくルールになっていた。
- 事故当日、健康管理室に行ったケアスタッフXは、トレシーバとマンジャロが一緒にかごに入れているのを発見した。いつもはかごに入っていないマンジャロが入っていたため、ケアスタッフXがPHSで看護師Yに確認したところ、「打ちにいっからそのままにしておいて」とのことであった。
- ケアスタッフXは、「トレシーバだけ打ってもよいか」と看護師Yに確認したところ、「打ってよい」との返事だったため、トレシーバを別のかごに入れてAさんの居室に移動し、Aさんが自身で投与するのを見守った。その後、ケアスタッフXは健康管理室に戻り、ホワイトボードのAさんの欄にあるマグネットを裏返して「済」にし、Aさんのトレシーバ投与が済んだことを表示した。さらに、看護師YにPHSでトレシーバの投与が済んだことを報告し、これまでの経過を介護記録に記載した。
- その後、看護師ZがAさんのマンジャロ投与のため、健康管理室にかごを取りに行った。その際、マグネットを確認したところAさんのトレシーバの投与が「済」になっていなかったことから、看護師Zはトレシーバを準備してAさんの居室に向かい、マンジャロとトレシーバの投与を行った。Aさんからトレシーバ投与が2回目であるという指摘はなかった。
- 看護師Zから投与が終わったとの報告を受けた看護師Yが重複して投与したことに気づき、医師に連絡。Aさんの経過観察を行ったが体調不良等は生じなかった。

考えられる事故の原因

- 投与する担当が異なる薬剤を同じかごに準備したり、看護師Zがトレシーバをひとりで準備しており、薬剤の準備方法が適切でなかった。
- トレシーバはケアスタッフ、マンジャロは看護師が投与するという役割分担が守られていなかった。
- ホワイトボードのマグネットを使った情報伝達や看護師間の情報伝達がうまくいっておらず、与薬済みであることが共有されていなかった。

皆さんで考えてみましょう！

Q. **トラブル予防の観点から、何ができたでしょうか？**



入居者に薬剤を重複して投与してしまった事例

経過観察をしたが体調不良等は発生せず

今回のトラクレを予防する観点から、なにができるか考えてみましょう！

事故予防に向けたポイント

今回のトラクレ事例から、事故予防のための対策を3つ考えました。これ以外にも様々な対策が考えられると思います。みなさんで意見を出し合ってみてください。

ポイント①：薬剤を準備する手順の明確化

薬剤を準備する際の手順の確認と見直しを行いました。重複して薬剤を準備することがないように異なる職員が2名以上でチェックする体制を整えました。また、トレシーバとマンジャロの2種類を投与する金曜日は、投与する職員が異なることをふまえて、薬剤を準備するかごは別々にすることを職員全員に共有しました。

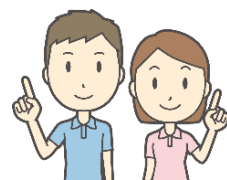
ポイント②：薬剤投与の責任と役割分担の明確化

金曜日にトレシーバとマンジャロを投与する現在の役割分担が一部で形骸化している実態が分かったため、薬剤を投与する責任の所在と役割分担を再度徹底することで投与ミスを防ぐようにしました。一方で、金曜日にケアスタッフと看護師で分けて投与を実施している現状に課題がある可能性があるため、1か月後に役割分担が適正かどうか確認することにしました。

ポイント③：与薬済みの情報伝達方法の見直し

確実かつ迅速な情報伝達を実施することで、薬剤の重複投与を防ぐための見直しを行いました。与薬済みの情報の確認は、ホワイトボードのマグネットのように表示を変え忘れたり、はがれて落ちたり、見間違える可能性があるものだけに頼るのではなく、介護記録の確認も併用することにしました。投与する担当者は投与前に「かごの内容」、「ホワイトボードの表示」、「介護記録の記載」の3点を確認し、不整合がある場合には解消されるまで投与をいったん中止することにしました。

安全な服薬管理を実現するために、薬剤の準備手順を明確にし、職員間でのチェック体制を強化すること。責任と役割を明確にし、与薬済み情報の伝達方法を見直すことで、誤与薬のリスクを低減していきましょう！



<情報提供元>

東京海上日動ベターライフサービス株式会社
ソリューション事業部

◆許可なく、転送・転載・複写はご遠慮願います。