

主題	高齢者に対して安全な服薬介助の取り組みと今後の課題
副題	薬のボックスを工夫した取り組み。
薬のボックス	安全な服薬介助

研究期間	6か月	事業所	特別養護老人ホーム 青陽園
発表者：藤巻 裕史（ふじまきひろし）			アドバイザー：川満英子（かわみつえいこ）
共同研究者：桐山 陽義			

電 話	042-654-4025	メール	
FAX	042-654-4086	URL	

今回発表の事業所やサービスの紹介	社会福祉法人東京玉葉会が母体となっている特別養護老人ホームです。昭和41年に開設し東京都では8番目、八王子市最初にでき、長期入所140床・ショートステイ20床の施設です。入所者の平均介護度は4.2です。
------------------	---

《1. 研究前の状況と課題》

服薬介助を行う際のリスクに対する取組は以前からおこなっていたが、配薬、服薬介助のミスが減らなかった。そこで、各課会議・リスク委員会をとおして、服薬ミスの原因を検討した中、以下の課題が上がった。

① 服薬介助の流れ

医務課にてチェックされた内服薬を介護が2名にて確認しながら朝・昼・夕兼用の配薬ボックスにセットしていた。配薬時は、1名対応にて利用者と呼名し、確認後服薬介助をおこなっていた。服用後の薬袋は、再度同じ配薬ボックスの中に戻すことで、服薬済みと服薬前の薬が混在していた。

② 問題点

飲み忘れ・落薬・配薬ミスが多く事故報告書にあげられた。

《2. 研究の目標と期待する成果・目的》

- ① 薬を入れるボックスを改善。ボックスは、朝・昼・夕兼用をやめそれぞれ色分けし、服薬混乱を防ぐことができる。
- ② 服用後の袋は、回収専用ボックスを使用することで飲み忘れがなくなる。
- ③ 職員の服薬時のリスクに関する意識づけを行い全員に周知することでミスがなくなる。

《3. 具体的な取り組みの内容》

- ① 医務課にてボックス内にセットされた内服を介護でさらにチェックを行う。
朝薬、昼薬、夕薬と別々の配薬ボックスに色分け（朝→赤 昼→緑 タ→黒）する。
- ① 服薬ミス全てを報告書としてあげ
それにおける対策防止と業務改善を行う。
- ② 服薬後の薬袋は回収専用ボックスを使用し回収する
- ③ 利用者1人1人、個別で服用方法を決め
介護者全員が、一人のご利用者に対して
同じ方法で服薬介助を行う。
- ④ 服薬介助時のトラブルはすべて、事故報告としてあげ、他部署を含めて施設全員が報告書の回覧にて周知出来る様にする。そして、事故防止委員会としても、事故の再検証を行っていく。

《4. 取り組みの結果と考察》

- ① ご利用者の薬の取り違いが減少。
- ② 服薬忘れや落薬が減った。
- ③ 対策防止と業務改善が以前より行いやすくなった。
- ④ 職員間でリスクに対しての意識が高まり、服薬のトラブルを軽減する事が出来た。

考察

配薬ボックスを3食別々に分け、色分けを行い、回収専用ボックスを使用する事で配薬介助時のリスクが減少した。これは、目で見える刺激により理解しやすくなったために職員の混乱を防げたものと考ええる。一方で、どんなに注意深く服薬介助をしても錯覚などで失敗する事はある。また、基本的な確認を省略することにより、思い込みが生じ事故につながるのではないかな。

《5. まとめ、結論》

今回の研究により、目で見える情報は大きなものである事が理解できた。しかし、その反面錯覚や思い込みによりトラブルや事故につながってしまう。このことから、高齢者に安全に服薬介助するために、指さし確認・声出し確認・2人以上での確認も必要なことが理解できた。研究期間が短かった為今後も、継続を行いさらなる服薬事故の防止に努めたい。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

本研究発表を行うにあたり、ご本人（ご家族）に口頭にて確認をし、本研究発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

- ・海保博之・田辺文也『ヒューマン・エラー 誤りからみる人と社会の深層』新曜社、1996年。
- ・小松原明哲『ヒューマンエラー』初版、丸善、2003年、
- ・小松原明哲『ヒューマンエラー』第2版、丸善、2008年

《8. 提案と発信》

【メモ欄】