|  |
| --- |
| 取組みテーマ  （２）『与薬』に関するサービス改善への取組み  ～平成25年度のサービス改善支援員の訪問を通じた、集中的な取組み～ |
|  |
| １　施設種別 |
| 障がい者支援施設（旧　知的障がい者入所更生施設） |
| ２　概要（背景） |
| 平成23年度に利用者への服薬時の支援でミスが相次ぎ、大きな事故には至っていないもののリスクは高いと判断し、施設全体で話合いを行い、服薬時の支援方法や薬の管理方法を含めて改善に努めてきた。  平成24年度7月から「ヒヤリハット報告」を、『気づき表』という形で集約する取組みを新たに開始し、１年が経過した。その取組みの中で多く報告されるのが、服薬の支援に関する内容である。  平成25年度サービス改善支援員派遣事業を受けるにあたり、「ヒヤリハット」の取組みをより充実させるための助言を受けたいと希望した。  第1回目の訪問の打ち合わせにより、『与薬』をテーマに、事故報告・ヒヤリハット報告の分析から、現在の薬の管理や支援方法について見直す取組みを行うこととした。  具体的な手順として、以下の取組みを行う。   1. ヒヤリハット・事故報告の件数・原因と対策の洗い出し 2. 9月のチーフ会で、①の資料をもとに意見交換 3. 各棟会議で意見交換 4. 9月寮内研修でグループ討議 5. 10月チーフ会で今回の取組みについて振り返る 6. 2回目の訪問で報告し助言を受ける |
| ３　取組み経過 |
| 1. ヒヤリハット・事故報告の中の『与薬』に関する項目を洗い出し、分析するための資料を作成した。   【資料１】＜事故件数に関する状況＞   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 年度 | 平成23年度 | 平成24年度 | 平成25年度(８月まで) | | 事故件数 | 24（12） | 6（２） | ３（１） | | ヒヤリハット件数 |  | (７月から)  ４０ | １９ |   　※事故件数：（　）内は、与薬に関する事故の数字である  　※ヒヤリハット件数：個別事例に特定されない内容のみの集計で、個別事例に関するヒヤリハットは別に集計  ②　9月10日　チーフ会での意見交換  　資料１をもとに意見交換を行う。(管理者・サービス管理責任者・チーフ3名・地域移行担当  合計6名)  　平成24年7月～平成25年8月までの期間で『与薬』に関する事故は3件、ヒヤリハット件数  36件であった。実際にあったことすべてがヒヤリハット報告として出されていないとは思うが、全体としてヒヤリハット報告数は増えてきている。『与薬』に関するヒヤリハットは今年度になって増えているが、ミスが増えたということより報告する習慣がついてきたと評価できると考えている。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 月 | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 事故 | １ | ０ | １ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | １ | | ヒヤリハット | ０ | ４ | １ | ４ | １ | ３ | ２ | ２ | ３ | ０ | ２ | ３ | ６ | ５ |   (件数)  　　事故発生が少なくなったのは、ヒヤリハット報告で注意喚起されることと、改善対策がなされることで、より予防に繋がっていると思われる。また現在のマニュアルに沿って支援することで、複数チェックが入り、事前にミスを発見し修正できていると思われる。  ○今後改善すべきと思われる点は、以下のとおりである。  ・複数科から期間が異なる薬が処方されることで、科が違う薬との日付の差異が生じたり、忘れやすいことがある。⇒　薬の存在を忘れない情報表示  ・科目が多くなると包装数が多くなり、組み合わせる際に破損などのミスが生じる。  ・臨時の処方があることの引き継ぎ方法  ・複数ある包装を1包化できないか。薬の数が多く、支援しているうちに錠剤を落としたり、飲み込み確認ができずに利用者の口から落ちていることがある。  ・帰宅時の薬の準備についてはチーフまたは正規職員が担当するが、家族に引き継ぐ際の確認が十分にできないことがある。チーフだけが担当できないので、誰にでもできるよう準備の仕方をマニュアル化している棟もあった。  ・与薬の支援は、落ち着いて行うことが一番で、それができるように職員間で協力をしあうことが大切である。    ③各棟で意見交換  　　７月に「健康支援マニュアル」に沿って職員全員が自己チェックを実施した結果もあり、改めて以下のとおり気を付ける点が洗い出された。  ・利用者の不調に気づき受診したり、様子を観察したが、結果の記録があいまいになり、いつ、どのように終結したかが不明なことがある。経過の記録をとることで臨時の投薬の情報を共有できるようにする。  ・利用者個々の健康台帳が整理されていない場合は、服薬状況や通院等の履歴などが、すぐにわからないので、入院時にそなえて作成することとした。服薬状況がすぐに確認できる資料があると、正しい情報を確認しやすい。  ・長期にわたり使用している外用薬は日付を記載せず使っている場合があるので、明記すべきである。  ④9月26日　職員間でのグループ討議(6名)  資料１を整理して事故の原因を整理した資料を作成しグループ討議を行った。  事故の３件は、与薬の時点で、対象者を間違えている。新規入所者や名前が似ている場合に間違いやすいことから、すぐに顔写真を貼ったり、差別化しやすい対策をとった。  食事場面で服薬支援を行うため、食堂の席が近いとより間違いやすいこともわかった。    原因を整理すると、ミスする要因がたくさんあり、薬の個別セットや、各回ごとの服薬の準備など服薬支援マニュアルの手順一つ一つが、正しいチェック機能を果たし、事故を防いでいることが認識できた。マンネリ化することなく、各自がその役割を認識し果たすことが大事であること、また「人は間違いを犯す可能性がある」ことを前提に、間違いに至った場合は、速やかに報告し、他者にも留意を呼びかけ、お互いに改善することが予防の最善策であることが再認識された。また各棟の創意工夫を情報交換できる良い機会となった。  その他、飲み込みに支障がある利用者に対する支援(ゼリーの使用など)や、家族が服薬を望まないケースなどの悩みも出た。  　 なお、生活支援員と看護師の役割分担や連携について、服薬の手法等を再検討することが必要なことを確認した。  ⑤10月８日チーフ会での意見交換  ・職員が慣れた方法にこだわり、支援方法を変更することで新たな事故を起こさないかと不安を抱くことがある。改善の理由を十分に議論し、効率性や安全性を検証する必要がある。  ・引き継ぎの時間が十分に取れず、記録での引き継ぎだけでは間違いが起こりやすい。  　数日間を振り返るように記録を見ることができない場合もあり、出勤していない日の状況を確実に把握するための引き継ぎの工夫が必要である。  ・施設内でも対象者が異なると支援方法も異なるが、基本はマニュアルでおさえる。  ・同法人の他施設の有効な方法など情報交換は大事である。 |
| ４　施設の振り返り・感想 |
| これまでもリスク管理として標準化を図り、各職員が振り返りを行い毎年マニュアルの更新を行ってきた。それでも事故は無くせていないが、ゼロを目指してヒヤリハットの視点での取組みも開始した。今回サービス改善支援員の訪問をきっかけに、ひとつひとつの取組みについて、その都度意見交換を行うことで課題や改善点がより意識化できた。今回はチーフを中心に行ったが、今後は現場職員間で議論を行うことで、自分たちの支援方法の良い点や課題点も意識でき、マンネリ化を防ぎ気分一新できるよい機会となり、取組みの成果が期待できると思われる。  　福祉は「ひと」といわれる。現場の職員ひとりひとりが意識しないと事故は無くせない。改めて職員間の意識的な「報告・連絡・相談」等がうまく図れる職場の土壌づくりが重要と感じた。 |

**説明: C:\Users\KodamaR\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\ZUUHU4T3\MC900405972[1].wmfポイント**

・サービス改善支援員派遣事業において、H25年度に施設自らがテーマを焦点化し取り組んだ経過をまとめた事例である。当事業を施設が効果的に活用し、施設全体で「ヒヤリハット・事故報告」の中の「与薬」の項目に絞り、具体的な原因分析を実施している。

・事故・ヒヤリハットの原因分析を通じて、マニュアル通りに実施できているか、さらにマニュアルの手順の目的を改めて認識し、その手順、目的を職員間で周知できる機会としている。

・「人は間違いを犯す可能性がある」を前提に、マニュアルの理解、見直し、周知を繰り返すことが重要になる。