

(苦情申立事例2)「施設の事故対応について」

相談者	利用者	サービスの種類
子	要介護3	介護老人保健施設

【苦情申立内容】

父は、入所中必要のない抗うつ剤を処方され服用していたことが判明し、現在副作用と同様の症状で入院している。抗うつ剤の服用に関しては、転記ミスから生じたとの回答だが、持参薬が終了した段階で施設が処方した薬が増えていれば疑問が生じるはずである。そういうこともなく薬や処方箋の再確認を行っていないようだった。

家族への詳細な事故説明と施設が考える解決案の回答や説明が全くない。施設はその場しのぎの回答を繰り返すだけで、質問事項に文書で回答を求めると拒否された。

施設が市に提出した事故報告書の記載内容に疑義があり、双方で確認し了解したにもかかわらず施設は修正に応じない。また、施設は処方箋の確認を全く行っていなかったと過失を認めながらも報告書にはその記載はなく、修正も行わないと主張している。これでは事故を正確に把握することも、改善してサービス内容を充実、向上させていくこともできない。

解決に向けて施設と協議を続けてきたが、施設の対応に納得できない。今回の事故を施設はどのように捉え、今後の施設運営をどのように改善していくつもりなのか。

サービスの質の向上と、今後、水面下で処理されてしまう事故が少しでも減少すること、また、利用者及びその家族が安心して施設を利用できるよう苦情申立を行いたい。

【調査結果】

1 利用者の心身の状況と施設の対応（看護・介護経過記録から）

- (1) 利用者は痰が絡み、咳嗽とむせ込みが見られたため、飲み込みの評価を行い、食事形態を調整しながら提供した。
- (2) 立ち上がりが悪くなりリハビリ担当者は安全な移乗動作の方法を検討した。ずり落ちや転落もあったため、看護師は家族に事故の説明と謝罪を行い、体調や病状に変化が感じられることを説明した。
- (3) 家族を交えてカンファレンスを開催し病院受診を予定した。医師は脳梗塞が新たに多発し、四肢筋力低下、認知症も進行していると診断し、活気の低下や嚥下障害、歩行機能障害などが考えられることから内服薬の変更を指示した。
- (4) 食事中呑み込みに時間がかかり、むせ込みも多く食事介助で様子を見た。頭が後ろに傾きうまく嚥下できないため、車椅子に背当てを付けた。活気なく嚥下状態が良くない日が続いたため、食事は全介助とし、医師の指示で血液検査を実施、結果で対応を検討することにした。
- (5) 血液検査の結果、電解質バランスが悪いため治療食を変更。傾眠傾向に対しては内服調整を検討し、医師に相談した結果、内服薬は中止となった。家族に内服を中止し様子を見ることを説明し、眠剤と抗うつ剤の2剤だけ中止となった。
- (6) 後日、家族から「何の薬が中止か」と聞かれ、ケアマネジャーは「睡眠剤と抗うつ剤」と回答したところ、「うつの薬があったか」と聞かれた。「持参薬にはなかったが、昨年〇月より1種類追加になっていた。今調べているが処方間違いかもしれない。報告が遅れて申し訳ない」と謝罪した。家族にうつの既往歴を確認すると、「ない」と言われた。
- (7) 看護師とケアマネジャーは、持参薬から施設の定期薬へ変更する時にパソコンへの入力ミスがあったことを家族に説明したところ、「いつからいつまで何の薬を飲んでいったのか。食事が摂りにくくなったことや転倒などは副作用ではないのか。検査等してもらえるのか、まだ聞きたいことがある」と言われた。家族には薬剤名だけ伝え改めて説明の場を持つことを伝える。
- (8) 咳嗽も多く痰は黄色で熱上昇あり、点滴と血液検査を実施。結果から誤嚥性肺炎を疑い、緊急入院となった。

2 薬の管理について

- (1) アセスメントに8種類の薬剤が記載あり。ケアマネジャーは「持参薬」と回答したが、看護部長と薬剤師は把握していなかった。
- (2) 看護師が薬剤情報を見て、持参薬がいつまであるか確認した。
- (3) ケアマネジャーは家族に対し、入所前に持参薬が切れた時点で施設の処方薬に代わることと、持参薬と同じ薬がない場合は成分作用が同じ薬に代えることを説明しているため、施設の処方薬に代わる際に改めて説明はしないとのこと。
- (4) 薬は薬剤師が調剤室にて管理し、「相談員が入所前の判定会で調査票を記載する。調査票を見て、判定会の時と入所時で薬に変更があれば、相談員に確認する。薬剤情報がない場合は、薬袋を見て薬名を書く」とのことだった。また、薬剤師は週2日勤務し、内服処方をもとめて行う。
- (5) 医師は月2回回診し、毎日勤務ではないので、定期処方では看護副部長が書くと回答した。医師は「利用者の入所前のかかりつけ医の処方に準じて出す。熱発などの場合は処方するが家族には説明しない。血液検査の結果等で治療可能な時は薬を処方するが、改善しない場合は病院を受診してもらう」とのこと。
※ 薬の管理状況について確認した結果、各職種がどのような役割を果たし服薬管理を行っているのか、実際の状況は明らかにできなかった。

3 事故に至った経緯

(1) 抗うつ剤が処方された経緯

- ① 看護師が確認票に転記する際、抗うつ剤を記載し、その確認票を薬剤師に渡した。薬剤師は確認票を見て施設で処方できる薬か確認した。医師は確認票の内容をそのままカルテに記載し、抗うつ剤が定期薬として処方された。
- ② 看護部長は、原因はわからないがパソコンの入力ミスと回答し、処方が多かったので、他利用者の処方薬と間違っただのではないかと思うとのこと。処方箋と利用者の薬剤情報との確認は行っていなかったとのこと。

(2) 抗うつ剤を内服した期間

- ① 文書調査では内服した期間について2通りの異なる回答をしていたが、職員はこのことに気づいていなかった。
- ② 市提出の事故報告書とは別に施設で保管している事故報告書があり、内服した期間が記載されていたが異なっていた。
※ 持参薬は〇月〇日まであったと回答しているが、実際の服用期間は記載がなく不明。
※ 事故報告書の記載にあたって、内容に食い違いが見られ事実関係の検証が適切に行われたのか疑問がある。

(3) 誤薬にいつ、誰が気づいたのか

- ① 利用者のレベル低下に伴い、薬の見直しをすることになり、医師や看護師で薬の整理を行い、眠剤と抗うつ剤を中止した。
- ② ケアマネジャーは何故うつ病の病名がついたのか確認したところ、カルテと入所時の資料にはうつの病名がなかった。この時点で間違っただけで抗うつ剤が処方されたことに気づいた。しかし、気づいた際の状況について記録はない。
- ③ 看護部長と薬剤師はいつ、誰が誤薬に気づいたのか把握していなかった。
※ 市に提出した事故報告書には〇月〇日に誤薬に気づいたと記載あり。
※ 訪問調査時の聞き取りにおいて、職員は今回の事故について把握しておらず、職員間で事故の検証や情報の共有を行っていなかった。

(4) 事故報告書について

- ① 事故報告書は看護部長がヒヤリハット記録から概要をまとめて作成した。しかし、誰がいつ市に提出したのか把握していなかった。
- ② 事故原因について、「看護師のパソコンの入力ミス」と「確認票への記載ミス」と記載あり。施設内部の事故報告書には、「薬剤師に入所時渡した確認票とパソコン内に入力した内容が違っていた」と記載があった。

4 事故後の対応について

(1) 家族への対応

- ① 話し合いで、家族に誤薬に至ったこととお詫びし、原因、経過について説明した。家族から記録等の写しを要望され渡した。

- ② 2回目の話し合いで、家族から事故報告書の言葉の指摘や看介護記録の疑問点と抗うつ剤の影響について質問あり。
医師から「今回、抗うつ剤は少量で子供でも服用するような薬で、大きな影響はなかったのではないと思うが、立証は困難である」と説明したが、家族は「薬が原因で誤嚥性肺炎になった」と言い納得は得られなかった。
- ③ 家族から、入所費用、入院費用、再入所した場合の費用とその他、医療行為が必要な場合の支払いを要望された。家族と話し合い、施設長は誤薬のお詫びと家族に迷惑をかけたとして金銭を渡した。要望に対して、薬の服用量は極めて少量のため影響は不透明で補償はしかねる。再入所に関しては従来通り施設内で判定会を行うことを説明した。家族から、契約書の重要事項の内容について回答を求められた。
- ④ 家族より書類と金銭の入ったままの封筒が返され、入院中の利用者に対し謝罪を要望されたため、出向いて心電図に関する書類と契約書の内容に関して回答した。
- ⑤ 家族より、過失についてと損害賠償等について、施設が全て否定したことの説明と施設長の署名捺印を要望されたが、署名捺印せずに書類を渡した。
- ⑥ 入院中の利用者にも面会し謝罪した。施設長は用事で同席できなかったことを伝えると、家族から何の用事か聞かれ「施設長は来られない」と返事をすると、施設長にこのことを報告し、連絡するように言われたため、再度電話連絡をした。後日、施設長が謝罪に行くことを伝えた。
- ⑦ 施設長と看護部長が謝罪に出向くと、家族より前回来なかった理由を聞かれた。「誤薬については謝罪を受け取った、後は和解ですね」と言われた。

(2) 施設の対応

- ① 事故対策会議を開催し、誤薬のことと利用者の今後のこと、家族との話し合いと謝罪について話し合った。要望についてはその都度検討した。
- ② 医師は、「脳梗塞の後遺症による誤嚥性肺炎だったため病院を紹介した」と説明し、家族に十分聞いてもらえたと感じているが、抗うつ剤はインターネットに副作用があるように書いてあり、納得されなかった。夜尿症、脳卒中、尿失禁でも内服するため違和感はなく、量も少なく問題はない。副作用の出方で判断する。また、病院受診でも処方に変更はなく、結果は認知症の悪化と脳梗塞の後遺症と判断されていた。
- ③ ケアマネジャーは「入所時から、利用者の嚥下状態などレベル低下を感じており、抗うつ剤は気持ちを上げる薬で不思議に感じなかった。また、受診の結果から、レベル低下は脳の委縮とっており、水分摂取と嚥下機能の診断を検討した。抗うつ剤が原因との認識はなかった」とのこと。薬を止めて、一週間後に誤嚥性肺炎で入院となったため、利用者の入所中の状態変化について検証は行っていない。
- ④ 施設長は、なぜ事故が起こったか話し合い、確認不足だったと反省し、気をつけるよう注意した。家族に十分説明をするよう指示し、看護部長と職員が対応した。家族から、入所費や入院費等、今後の負担まで求められたので、それはできないと返答し、法的なことは対応すると伝えた。また、退院後の入所については判定会があるので相談してほしいと返答した。

5 苦情対応について

- (1) 「苦情・相談に関するマニュアル」に、「当方に過失がある場合」について記載があるため施設長に確認したところ、「過去に事例がなく、今回、誤薬医療事故として取り扱い、苦情としては対応していなかった。軽い案件は苦情、重い案件は事故と捉えている」と回答した。
- (2) 家族より、重要事項説明書の「事故発生時の対応及び損害賠償」について回答を求められた。事務職員は「施設では保険に加入しているが、今回保険対応ではないとの考えで問い合わせは行っていない。今後も確認することは考えていない」と回答した。
- (3) 支援相談員は「入所時に、契約書の説明を行っているが、損害賠償が発生した事案が今までないため、今回のことは、誰が、いつ、どこに相談すれば良いのかわからなかった。必要なことなのでどう対応するのか上層部に話した」と回答した。
- (4) 支援相談員は「家族は当初話を聞きたいと事実を確認されていたが、ある日を境に施設を信用できない気持ちや怒りが現れ、組織としての謝罪を求めたい様子だった」とのこと。家族から「弱い立場の人や自分の身内にこのようなことをされたらどうす

- るか」と言われ、辛かった。施設内では同じ方向性で苦情対応をしなければならず、家族との溝が深まったことは残念だった。どうして良いかわからなくなったと回答。
- (5) 家族から「もっと早く謝罪にくるべきだった、誤薬が原因でこのような状態になった」と言われた。施設の対応や謝罪に誠意がなかったと思っている。話し合いの場で「薬を利用者と同様飲んでほしい」と言われたが、もっともなことだと理解しているとのこと。
- (6) 事故当初から対応していたケアマネジャーと支援相談員によると、途中から看護部長と施設長が対応することになったと回答し、その後の状況はわからないとのこと。
- (7) 看護部長によると、家族から第三者を立てるよう文書が届いたため、日程調整の連絡をしたところ、後で連絡をするということだったが、その後連絡はない。施設としては家族の希望を聞かないと分からない。施設も対応できることとできないことがあるので連絡を待っている状況とのこと。
- ※ 家族によると、施設長の謝罪を受け、事故に対して誠意ある対応を要求し和解に向けて回答を要望した。持ち帰り検討すると返答したのに回答がなく、検討したことを連絡するよう文書で要求した。しかし、回答はなく施設に連絡し、看護部長に話し合いの日程について翌日電話連絡をくれるよう依頼したが、それ以降連絡がないと言われている。双方の回答に食い違いがあった。

【指導及び助言】

1 事故対応について

施設では、なぜ持参薬にない抗うつ剤を利用者に長期間服用させるに至ったのか、調査において職員からは明確な回答は得られず、職員間で事故の検証を十分行ったとは認められなかった。また、施設は過失を認めながらも、家族に対して「薬の副作用が原因で誤嚥性肺炎を発生した事実が証明できないため、契約書にある損害賠償の責任はない」と施設側の一方的な結論と受け取れる説明を行っており、根拠に基づく説明等はしないまま解決に向けた検討も行っていなかった。

今回のような介護従事者側による事故の要因は、事業者の努力で改善することができるものである。つまり、職員の資質を向上し、管理運営体制を改善されれば事故や苦情を減少させることに繋がる。早急に事故の検証のあり方を見直し、職員が事故内容を詳細に把握できる事故報告書を作成するなど再発防止のために必要な措置を講じ、利用者が安全に安心してサービスを受けられるようにすること。

今後は、責任ある立場の管理者が誠意を持って対応することが重要であるため、事故を組織として重く受け止め、家族の心情に十分配慮しながら、懇切丁寧に納得が得られるよう説明を行うことと、家族と話し合いを行い和解に向けて努力すること。

2 薬剤等の取り扱いについて

今回の誤薬事故は施設側のリスクマネジメントについての認識の甘さやチェック体制の不備から起こったと思われる。誤薬は本人だけでなく家族にとっても重大なことと理解し、服薬等を安全かつ適切に提供できるよう施設内での業務内容を見直し、同じミスを繰り返さないよう、職員各自の役割分担と責任の所在を明確にすること。

また、貴施設では、入所前に家族に簡単な説明を行ったとして、施設で処方した薬について具体的な薬剤名やその作用、副作用等について説明していなかった。

今後は、事故を防ぐためにも、薬剤投与については、本人及び家族に理解が得られるように、十分説明を行うこと。

3 施設サービス計画の作成について

介護記録では、利用者の心身の状況に合わせて各職種が連携し適宜カンファレンス等を開催し、対応の見直しを行っていることが確認できた。しかし、ケアマネジャーは、アセスメントや施設サービス計画は入所当時の記載のままで見直しを行っておらず、内服薬等の医療情報について確認を行っていなかった。

今後は、ケアマネジャーは、利用者の状況やニーズに合わせた施設サービス計画を作成し、療養上必要な事項について中心的役割を果たせるよう、その都度確認を行い、職員が最新の情報を共有し、適切な介護サービスが提供できるように体制を整えること。

4 利用者または家族からの申し出に対する施設の対応について

施設では、今回は苦情として捉えていなかったと回答し、苦情相談のマニュアルは作成しているにもかかわらず機能していない。申立人によると、施設長から改めて謝罪を受け、和解に向けた協議を求めたにもかかわらずその後対応されていないことに、不信感が一層増幅し、結果的に事故対応のまずさから今回の苦情申立てに至ったものと思われる。

今後は、家族からの苦情を組織として真摯に受け止め、再度事実関係の確認を行い、対応策を協議し、利用者及び家族等に対して適切かつ懇切丁寧に説明を行うこと。

【改善状況報告】

1 事故対応について

事故報告書に職員は目を通し確認印を押す。事故内容等を把握し、意見を求める。関係職員で話し合い、結果は回覧し周知徹底を図る。

2 薬剤等の取扱いについて

(1) 定期薬処方マニュアルを業務内容に含め実施する。持参した薬剤情報書は確認表に転記し、薬剤師に依頼する際に添付。薬剤師は確認表、薬剤情報書、入所判定会議での調査票も含めて確認を行い、チェック表を作成して正確に提供できるようにした。

(2) 週1回内服薬を調剤する時に薬剤師が定期処方箋と照合し確認。定期カンファレンス時にカルテ内の薬情報を看護師が確認する。また、定期処方に変更があれば薬剤師がその都度過去の処方内容と確認する。

3 施設サービス計画の作成について

(1) 各フロアの介護支援専門員が中心的役割を担う。入所前の面談や入所時カンファレンス、その後も家族、本人と関わりを持ちながら、他職種との連携に努め、口頭や文書（看護介護記録、管理日誌、ケア展開表）、ミニカンファレンスでの話し合いを通じて情報提供やケア展開の統一を図っている。

(2) 入所後2週間をめどにカンファレンスを行い、大幅な状態変化がなくても最低3か月に1回は家族、本人を交え話し合いの場を持つ。

(3) 職員へのケアプランの提示は、家族の同意を得て交付した時に、看護介護記録に入れてあるカーデックスに差し替える。看護介護記録にカンファレンス内容を明記し申し送りで伝え、職員自身も業務に入る前に記録を確認するので把握できる。

(4) カンファレンスでは、家族にケアプランに沿って実施した結果の報告と提供できなかった部分については理由を担当者やケアマネから説明する。

(5) 業務中のミニカンファレンスだけでなく、業務後のフロア会の中でも他職種との情報交換の機会を持ち、ケアマネも意見を言うことができる。

入所者の薬剤については、アセスメントの時点で確認し、必要性や経緯等について病歴や薬剤情報書を調べる。支援相談員と連携し、前医、前施設等とも連絡を取っている。また、医師や看護師とも連携を図り、処方にミスがないか危機感を持って業務にあたる。

4 利用者または家族からの申し出に対する施設の対応について

(1) 苦情を受けた職員は担当者に報告、担当者は内容を整理し、看介護記録に明記してある事柄を参考に、相談者の意向を正確に把握する。

苦情処理委員会は会議で苦情内容について情報を共有し対応を検討し回答する。回答や対応策を掲示し、職員には検討した結果を回覧し周知徹底を図る。

今後は事故発生と同時に家族からの申し出は苦情として捉え、随時職員で対応策を検討し家族に説明と対応を行う。

(2) 定期薬処方マニュアルに沿って実施するとともに、医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、支援相談員が連携して行う。

(3) 家族と話し合いの場を設け、疑問に回答した。和解案について申し出があったため、施設長より弁護士に相談のうえ、解決に向けて協議をしていくと家族に伝えた。後日、和解した。