

# 「確認行為」に携わる看護師

公益社団法人神奈川県看護協会 医療安全情報No.39

令和6(2024)年2月発行

## I. はじめに

インシデント・アクシデントにおける発生要因として、確認不足が最も多くあげられます。確認不足は患者誤認、誤薬、誤伝達等を引き起こし、それらによって時に患者に重大な影響をもたらす結果となりうることもあります。各施設において確認不足を減らしていくことは重要課題と捉え取り組みを進めていますが、なかなか効果が得られず対応に苦慮しているというのが現状ではないでしょうか。今回私達は確認不足を減らしていくために「確認」について振り返るとともに、確認行為をどのように行っていけば効果的かについて検討することにしました。検討していく中で、病院、施設、訪問の現場では、それぞれ確認の状況が違っていたり、確認を誰と、どのように行っていくのか、そして確認を行う環境もさまざまであることに気付きました。

今号では病院、施設、訪問、それぞれの施設での確認行為の現状について紹介していきます。皆様も今一度確認行為について振り返る機会にいただければと思います。

## CONTENTS

I	はじめに	P. 1
II	病院編	
	1. 患者誤認防止への取り組み	P. 2
	2. チームで取り組む患者誤認防止	P. 5
III	福祉施設編	
	1. 介護分野の確認行為	P. 7
	2. 介護老人保健施設における確認行為	P. 8
	3. 特別養護老人ホームにおける内服薬の確認	P. 11
	4. 福祉施設編・まとめ	P. 13
IV	在宅編	
	在宅における看護師の確認行為 ～看護師が確認すること～	P. 14
V	おわりに	P. 15



患者誤認は、時に大きな医療事故に発展する可能性があります。医療従事者は、医療提供の様々な場面で患者誤認防止に取り組んでいますが、認証システムを導入しても、ルール違反やヒューマンエラーなどによりインシデントが発生しているのが現状です。各病院で、患者誤認防止のためにさまざまな対策を検討していると思いますが、ここでは、誤認防止作業の過程に患者参加を徹底させる取り組みや、多職種チームによる検討を始めた病院の取り組みを紹介します。

### Ⅱ-1. 患者誤認防止への取り組み

総合新川橋病院 和田 眞里子

医療安全における確認行為は重要です。確認行為の中でも患者確認に関する行為は最も重要と言えます。患者確認が上手くいかず誤認が生じると、重大事故につながる可能性があるからです。それらを踏まえ当院では「患者誤認防止ガイドライン」に患者誤認防止ルール（図1参照）を整備し、従業員が入職した時から意識するよう、入職時オリエンテーション等でしっかり伝えるようにしてきました。しかしながら2021年は、10月の時点で診療に関わる患者誤認インシデント報告件数が前年度を大きく上回る事態となりました。

そこで早急な患者誤認対策の見直しが必要であると考え、報告件数が増加に至った要因を分析、検証し対策の見直しを行いました。今回はその取り組みについて紹介いたします。

- 1) すべての医療行為、医療行為に関するすべての行為の最終行為時には確認できる帳票（診察券、伝票等）を用いて、指差し、声だしフルネーム確認を行う。
- 2) 患者とダブルチェックができる場合は、誤認防止の主旨を説明したうえで、可能な限り患者と確認を行う。場合によっては、帳票類の確認を患者自身に行ってもらう。
- 3) 患者とのダブルチェックが行えない場合は、家族や付き添い、そのほかの確認できる方法（医療者同士、ベッドネーム等）で、ダブルチェックを行う。
- 4) 入院患者、一部外来患者においてリストバンドによる患者認証が行える場合は、上記の代用、または追加してこれを行う。

【図1 患者誤認防止ルール（改訂前）】

#### 1. 患者誤認インシデントの要因分析と検証

2021年11月に実際現場でどのように患者確認が行われているか、ラウンドとインタビューにより検証した結果、以下の要因が明らかになりました。

- ① 2つの識別子（診察券、伝票等）を用いた患者確認ができていなかった。
- ② 2ステップの確認が行われていない。（患者が本人であること・患者に行う医療行為等が、患者自身と一致しているかどうかの照合。）
- ③ 患者に呼びかけただけで、確認したつもりになっていた。
- ④ 患者確認の手順が形骸化し「作業」になっていた。

以上の要因から、既存のルールでは、確認行為の表現が曖昧であったために、具体的な行動の統一が困難で、個人により様々な解釈を生んでいたことが判明しました。

また、汎用性の高いマニュアルでは具体的な行動にはつながらず、手順の統一が困難であることから、早急に患者確認行為が徹底できるような対策の見直しが必要と考えました。

## 2. 新たな対策 取り組み

2022年2月、全従業員対象の院内学習会において、患者誤認に関連したインシデントが増加していること、医療安全管理部門で要因を分析し患者誤認対策の見直しを行ったこと、今後現場で取り組むべき内容について伝達していきました。

### <改善に向けた取り組み内容>


#### ① 見直した患者確認ルールの明文化と、院内周知

患者の確認手順『氏名（フルネーム）と生年月日の2点を患者自身に名乗ってもらう』を現場で確実に実施してもらうために、各部署から患者認証で困難となる場面（コミュニケーションが不可能な場合など）をとりまとめてもらい、場面に合わせた確認方法や患者にかける言葉等を院内統一の方法に組み込み明文化した。（図2,3参照）

また各部署の患者確認ルールの遵守状況を、医療安全管理委員会の院内ラウンドチームで定期的に評価表（図4参照）を用いて確認し、委員会で報告することとした。

確認場面	確認方法
栄養指導時 (外来・入院)	(i) 指導開始前に、患者自身にフルネームと生年月日を名乗っていただく。 『患者間違いを防ぐために、ご自身でフルネームと生年月日をお名乗り下さい。』 (ii) カルテ・オーダーリング画面の氏名と照合する。 ※ベッドサイドで実施する場合は、ベッドネーム・リストバンドで氏名を照合する。
アレルギーの 聞き取り時	(i) 患者自身にフルネームと生年月日を名乗っていただく。 『患者間違いを防ぐために、ご自身でフルネームと生年月日をお名乗り下さい。』 (ii) ベッドネーム・リストバンドの氏名と照合する。
糖尿病教室時	(i) 患者自身にフルネームと生年月日を名乗っていただく。 『患者間違いを防ぐために、ご自身でフルネームと生年月日をお名乗り下さい。』 (ii) リストバンドで氏名の照合をする。

【図2 総合新川橋病院 患者確認ルール（抜粋）】




【医療安全委員会からのお願い】

**患者確認手順として、以下の2ステップを遵守**

① 患者が本人であることの確認する  
【氏名（フルネーム）と生年月日の2点で本人確認を行う】

② 患者に行う医療行為等の患者情報が、患者自身と一致しているかどうか照合する

当院でも12月13日より、全診察室、検査室、病棟に患者誤認防止ポスターを掲示し、患者様の協力を求めています。



【図3 学習会での伝達事項】

② 患者の参画を促す

当院の患者確認ルールでは、患者から氏名（フルネーム）と生年月日を名乗っていただくことが重要であるため、来院される患者・家族が患者確認ルールを認識し協力していただくことが必須です。外来診察室入り口等にポスターを掲示するなどして、患者・家族にも患者確認ルールへの理解と協力をいただけるよう働きかけを行っています。

(図 5,6 参照)

院内ラウンド実施報告書（患者確認防止確認）

【日時】  
【実施場所】  
【メンバー】

◆患者確認防止に対する取り組みについて  
<十分にできている・一部できている・できていない>

確認項目	評価
(受付)	
患者様に氏名と生年月日を言ってもらっているか	
患者氏名を照合しているか	
生年月日を照合しているか	
(検査室)	
患者様に氏名と生年月日を言ってもらっているか	
患者氏名を照合しているか	
生年月日を照合しているか	
(診察室)	
患者様に氏名と生年月日を言ってもらっているか	
患者氏名を照合しているか	
生年月日を照合しているか	

◆その他、気付いた点

【図 4 院内ラウンド実施報告書】



【図 5 患者啓蒙用ポスター】



【図 6 ポスター掲示】

3. 取り組み後の評価

全従業員対象の院内学習会を開催した後で院内をラウンドし、各現場の患者誤認対策の実施状況を確認しました。事務部門や検査部門は、今回見直した新たな患者確認ルールが周知され遵守されていました。患者・家族も協力的であり、自らフルネームを名乗って診察室に入る姿も見受けられました。

しかし、医師の中には外来診察時の患者確認を省略している場面が見られ、新たなマニュアルの周知、浸透、行動変容には時間がかかるということ、継続して働きかけていく必要があることが分かりました。今後も定期的にラウンドを実施し、患者確認状況を現場にフィードバックしながら患者誤認防止対策に取り組んでいきたいと考えています。

## II-2. チームで取り組む患者誤認防止

横浜市立みなと赤十字病院 三上 久美子

### 1. 患者誤認対策チームの立ち上げ

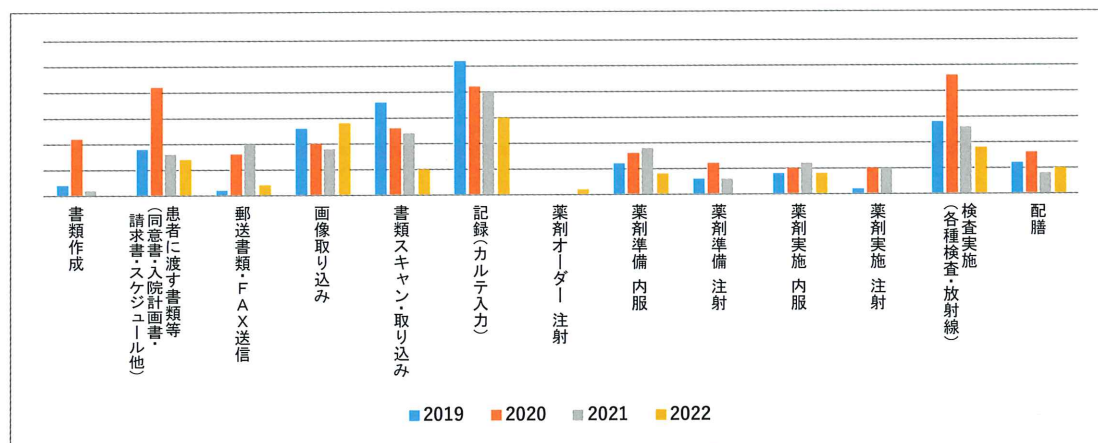
当院において報告される全インシデント・アクシデント事例の発生要因は、確認不足が要因の26%を占め、最多となっています。これは、職種・行為を問わず確認を必要とする場面は多岐にわたるためです。特に、患者誤認は不必要な処置や治療の実施につながり、重篤な有害事象が発生する可能性があるため、何とか抑えたいと取り組んできました。

これまで同一項目の事例を分析することはありましたが、確認不足による様々な形のインシデント・アクシデントを検討するためには、多くの業務を理解するために多職種による継続的な検討が必要でした。そこで、2019年度から多職種構成による患者誤認対策チームを立ち上げました。

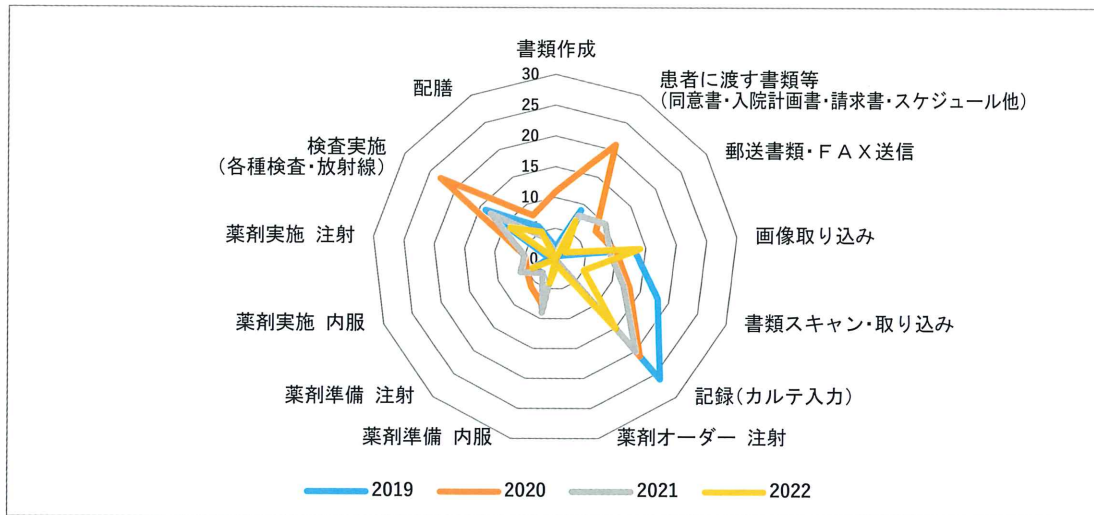
### 2. 患者誤認対策チーム活動

報告事象は、書類の作成やカルテ記載、薬剤など様々な場面で発生しており、全部で44もの項目が抽出されました。すべての項目について分析・対策を立案するのは時間的にも難しかったため、代表的な事例を選び検討しました。現状を確認すると、ルールの不備やマイルールが横行している実態が見えてきました。そこで、当該事例にかかわる業務手順を修正するとともに、慣れからマイルールをつくり出さないよう今後事象発生時は、必ず手順と照らし合わせて振り返るようにしました。その後、発生件数の推移把握と個々の事例調査、対策を検討していましたが、おおよその傾向は把握できたため、2023年度からは、患者への影響度が高くなるものや個人情報漏洩に関わるもの等を中心に、患者誤認対策チームで介入すべき項目を13項目に絞り込みました。

4年間の推移を図1に、どのような項目が多いのかを図2に示します。図1のとおり年度によって発生件数に差はありますが、傾向は大きく変わらないと思います。図2のとおりレーザーチャットにして、報告件数の特徴を見ると、薬剤に関するものが比較的少なく、検査の実施や患者情報の記録など、患者情報の取り扱い時に多くなっている傾向が見受けられます。



【図1 13項目の年度推移】



【図2 項目別報告数】

### 3. 患者誤認対策チーム介入例の紹介

今回は、CT撮影時に患者誤認から誤撮影につながる可能性があった事例への取り組みを紹介します。

#### CT撮影時の患者誤認事例

##### 事例概要

- ・ 技師Aが2名の患者をほぼ同時にフルネームで呼び入れ、検査衣へ更衣してもらった。技師Bは更衣室からでた患者を見て、先に呼び入れた患者が先に更衣を終えたと思い込んだ。技師Aが撮影直前にガントリーに表示されている患者氏名を確認したところ誤りに気づき誤撮影には至らなかったが、そのまま撮影する可能性があった。

##### 背景要因

- ・ 通常技師は2名で担当するが、1名の時もある。
- ・ 業務フローはあるが、担当技師2名の役割分担が不明確だった。
- ・ 撮影を効率的に実施しなければならなかった。
- ・ 担当技師の数によらず、撮影直前に患者氏名、撮影部位の最終確認をすることになっていた。

##### 対策案

- ・ 担当者の数の変更に合わせて業務フローに改訂した。
- ・ 確認するタイミングを明確にした。
- ・ 確認時に突合する情報を明確にした。

### 4. 今後の展望

チームの介入により事象が発生した部署のみでの検討と違い客観的な対策立案につながることはメリットと言えます。しかし、現在の報告は他部署のスタッフも理解できるような内容とは言い難く、事象を把握するところに時間を要している現状があります。介入できる事例数には限度があるため、各部署のリスクマネージャーと連携し活動を広げていきたいと思えます。



### Ⅲ-1. 介護分野の確認行為

介護老人保健施設 柴田 淑子

介護分野における大型施設は、介護老人福祉施設(以下特養)と介護老人保健施設(以下老健)に大別されます。特養は終の棲家であり、老健は在宅復帰を目的とした施設です。共通する役割は、医療の提供の場ではなく、高齢者が安全に安心して過ごすための生活支援を提供することです。その為、職員配置人数で見ると介護職員に比べ看護師の配置人数は、ごくわずかであり、その限られた配置で生活支援全般の安全確認を担っています。(表 1)

基本的に治療を行わない介護施設における、看護師の重要な役割として服薬確認があります。もともと高齢者はいくつかの持病を持っており、複雑な内服薬を持参しての入所になります。持参薬は多種多様で施設利用中には継続するだけでなく切り替えもあります。

本人確認を個々の顔での確認に頼らざるを得ない介護分野ですが、あつてはならない事故の一つが誤薬です。生活の場である介護分野では、個別にリストバンドをつけることもできず、フルネームをお答えいただくこともできません。認知症状が加われば、確認行為はさらに困難になります。誤薬については行政への報告も義務付けられており(表 2) 看護師にとっては重要な確認行為と言えるでしょう。

【表 1 施設サービス概要と人員配置の比較】

	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
施設目的	入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行う	入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う
対象者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者	身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅において適切な介護を受けることが困難な要介護者(要介護度3以上の方が対象)
医師の配置基準	常勤換算で1人以上	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数。嘱託医可。
人員配置基準の例 (入所定員100名)	医師・1名 看護職員・10名 介護職員・24名 理学療法士or作業療法士or言語聴覚士・1名 ケアマネージャー・1名	看護職員・3名 介護職員・31名 ケアマネージャー・1名

出典 岡本充子他: エンドライフを見据えた“高齢者看護の基本” 100 日本看護協会出版 2018. P110 引用一部改編

【表 2 介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領 (一部抜粋)】

介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

制定 平成 13 年 6 月 29 日福事第 112 号(局長決裁)  
最近改正 平成 31 年 3 月 29 日健介事第 1635 号(局長決裁)

3. 報告の範囲

各事業者は、次の(1)から(4)までの場合に、別表の介護保険サービスの種類に応じた 所管課 (以下、「所管課」という。)へ報告を行う。

(1) サービスの提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生


(2) 食中毒及び感染症、結核の発生

(3) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生

(4) その他

ア 誤薬 違う薬を与薬した、時間や量の誤り、与薬もれなど

イ 徘徊・行方不明



## Ⅲ-2. 介護老人保健施設における確認行為

### 1. 老健施設における受け入れ要件

老健は入所者が自立した日常生活を送れるよう支援し、ADL の改善を目的とした在宅復帰や在宅療養へとつなげる施設です。平成 30 年の介護保険法改正以降、老健施設の在り方や役割を明確にするために、「基本型」「加算型」「在宅強化型」「超強化型」「その他」の 5 種類の区分が設けられました。(5 種類の老健区分、サービスの質の違い等については右の QR コードからご覧ください。)

※厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会 (第221回) 資料2

また、施設毎に提供できる受け入れ要件を提示した入所基準を設けているため、利用目的も施設により幾分異なります。そのため看護師に求められる役割にも違いが出てきます。(5 種類の老健区分等 QR コード、表 3)



【 QRコード  
5種類の老健区分等 】

【表 3 受け入れ要件一覧 (具体的な医療行為)】

・インシュリンの注射	・自己尿道補助のためのカテーテル準備
・皮膚への軟膏の塗布や湿布を貼る	・人工肛門などストマ器具に溜まる排泄物の廃棄
・褥瘡(床ずれ)の対処	・経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養など)
・軽微な怪我の処置(擦り傷や切り傷など)	・IVH(中心静脈栄養)
・痰(たん)の吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部など)	・在宅酸素
	・人工呼吸器などの管理

※具体的な医療行為の受け入れは施設によって異なるので注意する

### 2. 確認行為の一つである服薬確認

一般的に老健では服薬に関する業務は看護師が行います。しかし、時間帯によっては介護職員にゆだねることもあります。朝の服薬は主に夜勤看護師が 1 人で行っていますが、早出勤看護師が加わる場合もあります。昼はユニット担当の看護師が行い、夕は夜勤看護師と遅出勤看護師の 2 名で入所者全員の服薬確認を行っています。いずれにしても朝・夕は 1~2 名で 100 人余りの服薬確認を行っているのが現状です。(表 1 配置基準再見)

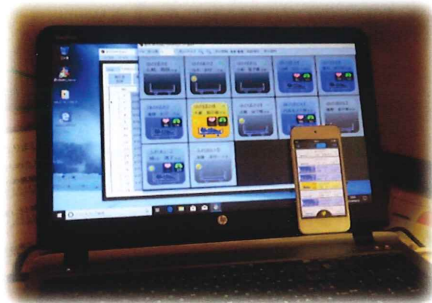
### 3. 服薬行為の現状

安全な服薬確認をするためには、6 つの Right(6R)に則した確認が原則です。(表 4) 特に実施直前が最も重要です。現状の服薬までのプロセスは、施設医師の指示を受け、準備段階で 6R に即した確認を行います。まず薬剤師が行い、次に看護師がチェックするのが一般的です。この時点での誤りは、薬剤師・看護師によるダブルチェックで未然に防ぐことができます。また副作用の強い薬などは目につきやすい工夫(ラインを引く)はしますが、入所者によっては気にされる場合もあるので、その都度看護師と介護職員で情報共有しながら確認しています。内容は引継ぎだけでなく電子媒体を用いても共有しています。(写真 1)



【表4 安全な与薬のための確認ポイント(6R)】

1. 正しい患者・利用者 (Right Patient)
2. 正しい薬品・薬剤 (Right Drug)
3. 正しい目的 (Right Purpose)
4. 正しい用量 (Right Dose)
5. 正しい用法 (Right Route)
6. 正しい投与時間 (Right Time)



【写真1 情報共有機器 (例)】

【表5 確認行為が不十分になる要因】

- ・朝食後薬を夜勤者が配っているが、寝不足で注意力が鈍っていた
- ・薬の袋で名前をダブルチェックした職員と、飲ませた職員が違った
- ・薬を手にとって与薬しようとしたとき、他の用事が入り薬を飲ませ忘れた
- ・苗字が同じだったため思い込みで間違えた
- ・名前が同じだったので思い込みで間違えた
- ・薬ボックスに残っている薬を職員がみつけたので誤りに気付いた
- ・利用者が飲み込んだのを確認しなかったら後から薬を吐き出していた

**申し送りだけでなく  
PCでも確認できる  
正しい情報共有を!**



#### 4. 誤薬とは何か。どんな時に起こるのか

施設における誤薬の取り扱いは、介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領に誤薬の範囲として、「誤薬 違う薬を与薬した、時間や量の誤り、与薬もれなど」と明示されています。(表2)

さらに横浜市の2023年8月8日更新の「介護保険事業所からの事故報告について」では、報告の範囲を、誤薬は落薬も含むと明示されており、事故が発生した場合、施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受けるとともに所管課へ報告することが求められています。

誤薬は生命に重大な危険を及ぼす可能性があるため日々の薬の取り扱いには注意を怠りませんが、やはり危険は伴います。施設における報告内容は、他の利用者の薬を間違えそうになった事例が一番多く、違う薬を飲ませてしまった例は幸いにもわずかです。次いで、薬を飲ませ忘れた、薬を飲む時間を間違えた、薬を多く飲ませてしまった等もあります。その他には、薬が床に落ちていた(いつのものか誰のものかもわからない)という報告もあり、これらすべてが誤薬としての扱いになります。

本来であれば服薬時には名前呼びかけて話しかけ、本人であることを確認することが望ましいのですが、施設では認知レベルの低下した方が多く、職員による顔で本人を確認する方法が適切です。この確認行為が不十分な時に誤薬は発生します。(表5)

リストバンドもなく、フルネームをお答えいただくことも難しいのが介護の実態です。

## 5. 誤薬防止策と事故対応

最後の砦となるのは、薬包に書かれた名前と指示された服用日と服用時間が入所者と一致しているかを、看護師と介護職員で確認することです。本人に名乗ってもらうのは難しいため、携わる職員が入所者を間違いなく記憶していることが重要なポイントです。その為にもユニット専従である介護職員との連携は不可欠です。

調剤方法は一回量包装としています。与薬ケースに分けて準備し一回分だけを持ち運びます。PTP 包装シートは誤飲の危険性がある為、緊急薬でも一回量包装を用います。その他、同姓者はユニットを変える、同姓同名でもないが間違いやすい姓名は色分けをするなども有効です。認知症の方も多く、できる限り接触の多い介護職員と共に確認することも大事です。服薬の最終確認は終了後の薬包でその都度行って飲み忘れのないようにしています。

誤薬を発見したら、誤薬した薬の内容確認が第一です。施設の運用上、夜間医師はオンコール、看護師は施設内で一人の勤務体制です。看護師不在の施設もあります。いずれにしても緊急時に備えた誤薬発生時の行動指針と手順書(表6)を整備し施設内で周知することが重要です。

【表6 誤薬発生時の行動指針と手順書】

### 誤薬発生時の行動指針

「安全確保の行動」 「必要な手順を遂行する」 「考え・伝える」 「失敗を生かす」

### 誤薬発生時の行動手順

1. バイタルサインの測定、体調確認
2. 誰の薬でどのような種類の薬をどれくらいの量を飲んだのか確認する
3. 施設医師に報告し、指示を受ける
4. 対象者の経過観察・必要時はバイタルサインの測定を継続する
5. 観察を密にし、その後の副作用がでていないか観察する
6. ご家族に誤薬が起きた事を伝え、施設医師からも説明を行う
7. 誤薬が起きた場面と行動を再現し原因を追究する
8. 分析の結果から誤薬が起こらない対策を提示する
9. 誤薬の内容を行政に届け出をする(書式に従い施設責任者が行う)
10. 他の利用者の薬を飲ませてしまった場合は、1回分を医師に報告して新たに処方してもらう

※ 持病との関連があれば、緊急受診の必要がある

## 6. 今後の課題

正しい服薬確認は原則ですが、入所者自身の意思による服薬拒否や自宅で行っている服薬方法を望む場合は、否定せず、理由を尋ねる・時間をおく・場所を変えるなどで対処しています。医師や薬剤師に相談することもできるので、剤型を変える・とろみをつけるなど、個々に合わせた対応も重要です。

このように決められた工程を変えることは新たな誤薬に繋がる可能性も含んでいます。

予期しても予期しなくても起こり得る事態に備えて、職種を超えた情報共有の在り方と、職員への教育、連携が必要と思われます。

### Ⅲ-3. 特別養護老人ホームにおける内服薬の確認

特別養護老人ホーム ジョイヴィレッジ 遠藤 美穂子

当施設には、要介護3以上の高齢者が120名入居しており、多職種協働で入居者の生活支援を行なっています。支援の一つである服薬支援は、薬の内容確認から入居者が服薬するまでの過程を、看護師と介護士が協働して行なっています。内服薬の準備、確認においては、介護士の年齢や経験値が様々であることや、外国人の介護士もいることを考慮する必要があります。正しく準備をして各ユニットへ届け、間違えが起きないように服薬支援の方法を工夫しています。

なお、介護士が行う服薬介助においては、平成17年7月26日に厚生労働省医政局長から『医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）』が発出されています。（表1 最新通知）

【表1 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2）抜粋】

<p>医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2）</p> <p style="text-align: right;">医政発 1201 第4号 令和4年12月1日</p> <p>医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるもの及び当該行為を介護職員が行うに当たっての患者や家族、医療従事者等の合意形成や協力に関する事項について別紙のとおり列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際や、ケアの提供体制について検討する際の参考とされたい。</p> <p>（服薬等介助関係）</p> <p>15 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。</p> <p>具体的には、水虫や爪白癬に患った爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）、吸入薬の吸入及び分包された液剤の内服を介助すること。</p> <p>① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること</p> <p>② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと</p> <p>③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと</p>
--



【 QRコード：  
医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2） 】

## 1. 内服薬の準備からユニットへ届けるまで

看護師は、翌日の昼、夕、寝る前、明後日の朝の薬を配薬箱へセットします。

### 01 薬を管理している医務室

一人の入居者に対して、一つの引き出しがあり、全ての入居者の内服薬、外用薬を保管しています。



### 02 10名分の配薬箱

1ユニット、10名分の内服がセットされる配薬箱です。薬情と照らし合わせて内服薬をセットします。翌日、ユニットへ届ける時に、もう一度確認します。(ダブルチェック)



### 03 配薬箱に内服薬をセットした状態

10名分の薬を、朝、昼、夕で分けてセットしているのは、介護士が取り間違えないようにするための工夫です。



### 04 薬包の色別

薬包には、氏名、服薬時間の印字のほか、色をつけて服薬時間を示しています。

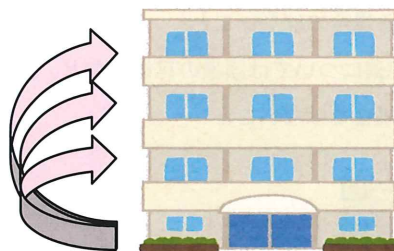
赤：朝食後      黄：昼食後

青：夕食後      緑：就寝前



### 05 確認した内服薬

各ユニットへ届けます。



1階・医務室

## 2. ユニットでの管理

### point! 配薬箱の工夫

ユニットでは、誤薬防止策としてカバーを被せて保管します。違う時間の薬を取り出すことを防ぐための工夫です。



毎回、入居者の氏名、服薬時間を読み上げて服薬介助を行います。細心の注意と工夫で、誤薬が起きないように目指してはいますが、エラーが起きてしまうことがあります。その場面としては、以下のようなことがあります。

- ・ 2人分の薬を手にした
- ・ 服薬介助の直前に他者から声をかけられた
- ・ 服薬時間の間違い
- ・ 貼付剤の貼り忘れ
- ・ 起床時薬の飲ませ忘れ

などがあります。

特別養護老人ホームは生活の場です。高齢であっても健やかで、安定した体調を維持することは施設看護師の役割のひとつです。処方された薬を、正しく入居者のもとに届け内服できるように、多職種協働で「確認」を行なっています。

## Ⅲ-4. 福祉施設編・まとめ

介護施設で高齢者が安全に安心して過ごせるためには数多くの確認行為を必要とします。その中でも、服薬確認は薬剤の取り扱い方法や薬の知識など高い専門性が必要となるため、看護師の重要な役割といえます。

「医療中心の場」ではなく「生活の場」であることから、看護師の配置基準も業務役割も病院とは一部異なっています。

介護施設における誤薬はすべてがヒューマンエラーだとの指摘もあるため、その時間に係った職員全員の責任と自覚し、多職種を巻き込んで意識づけることこそが適切な服薬確認につながると思います。とりわけ個々の顔で本人を確認することはすべての確認行為に有益です。

「生活の場」であるからこそ、リストバンドやご本人の回答を期待するのではなく、自信をもって個人の顔で確認しお声がけできることが必須です。それ以外にも安全確保のためのシステムの整備や手順の遵守など、看護師による教育的役割は大きいと言えます。



### IV. 在宅における看護師の確認行為 ～看護師が確認すること～

神奈川県医師会訪問看護ステーション 木村 光代  
(株) 東急イーライフデザイン 堺 恭子

在宅看護で最も重要なことは、利用者の意向または家族の代理意思決定を尊重した在宅療養を支援することです。在宅では治療は生活に附随するものであり、できる限り必要な情報を提供し、本人や家族の意向を導き出すための確認のスキルが求められます。ヒューマンエラーとして起こりやすい「思い込み」で突き進まないように、じっくりと時間をかけて、利用者の言葉を反芻しながら確認、選別し真のニーズやリスクを検討したうえで、協議して方向性を決めてゆくことが重要であると思われます。時間の経過や状況によって変化する利用者の気持ちに寄り添い、医療と生活をつなぐ専門職として、多職種チームにアプローチしていくことが求められます。

#### 1. 利用者の状態がどの段階にあるのか確認する

病気の経過予測や、治療中に起り得る身体的、精神的、経済的負担をアセスメントします。退院前カンファレンスや退院時看護要約によってある程度の把握は可能ですが、全ての情報が得られるわけではありません。訪問診療が導入されていない場合には、治療経過の詳細な把握が難しいこともあります。退院後の治療経過、治療に対する本人の意向を確認するために病院や施設の看護師、訪問看護師が連携して、情報を集約する必要があります。

#### 2. 利用者の思いや体調をキャッチして生活と医療を調整する

内服薬の管理は慢性疾患とともに生きる利用者に欠かせない治療であり、正しく服用できているか利用者と共に確認します。看護師がいる場合は、利用者や看護師または家族とのダブルチェック、その際に声出し確認を行います。また時間差のダブルチェックとして、訪問時に残薬を確認するなど複数の方法を組み合わせています。利用者の希望があればお薬カレンダーや服薬支援ロボットを活用する場合がありますが、確認する頻度や確認方法も利用者や相談したうえで決めます。時に内服したかどうか確認できないという現状そのものを受け止めることもあります。一方的にこちらの都合で管理することは、本人や家族に記録などの負担や意欲の低下につながる可能性があります。

複数の薬を内服している場合には医師へ連絡し、最低限必要な薬剤が選定されるようポリファーマシー対策を講じます。また臨床実践で感じる『なにか変だな…』という違和感をそのままにせず、バイタルサインをはじめ異変を示す数値の有無、治療による副作用や症状の変化も見逃さないよう違和感のレベルで見直し、それらが生活にどのように影響しているのかを含めて全体像を捉えて言語化し、医師に伝えています。十分に伝わらなかった場合にはツーチャレンジルール※1で再度確認する勇気も大切です。ここで重要な点は、医師と利用者の生活に密着している看護師がしっかりと連携をとることです。

※1 ツーチャレンジルール 基本的な安全上のルール違反を発見、あるいは危険性を察知した人が、その行為をいったん止めさせるために緊急の対処や行為の停止の提案を繰り返し最低2回は提案すること

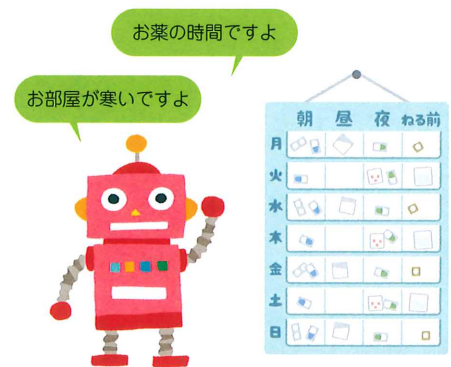
### 3. 常に最新の利用者の思いや病気に対する認識を確認する

在宅では利用者のきもちを引き出すのは医療職だけではありません。日々、顔を合わせる介護士や施設の運営スタッフなど日常生活の中で関わるひとのなかで、揺れ動くきもちや不安なきもちを表出することも少なくありません。医師や看護師に見せない利用者の声を集め、多角的な視点から利用者の本心やニーズを確認することが重要です。

このように話す時には相手の立場に立って発信の仕方を工夫し、話を聞くときには相手の言葉を復唱や言い換えで、相違ないか意図的に再確認します。日本には空気を読むという文化がありますが、大切な事は省略せずに言語化しています。

### 4. まとめと展望

利用者の望む生活を支えるには、生活の中で医療が継続されるよう利用者のセルフケアを確認します。疾患そのものや生活に影響する治療や副作用についてアセスメント能力が求められます。看護師が生活のすべてを把握することは不可能ですし、プライバシーを守ることも大切にしています。利用者・家族の信頼を得ながら、利用者の生活を守る良質なケアを担保するためには、多職種とのコミュニケーション能力が重要であるといえます。今後は医療職間の情報共有のシステム化や病院、施設、訪問看護など利用者の療養場所に関わらず看護師同士の連携を強化する体制作りを目指していきます。



## V. おわりに

2003年に厚生労働省から『安全な医療を提供するための10の要点』が策定され、この要点の6番に“先の危険を考えて 要点おさえて しっかり確認”とあり、解説では漫然とその作業を行わず、危険を見通しながら行うのが「確認」であると書かれています。

医療・介護の現場ではインシデント・アクシデントを防ぐために常に確認するという行為が行われていますが、この確認するという言葉だけで、職員がみな同じイメージを持てるとは限りません。今回確認行為を振り返り、病院施設と介護施設、在宅では「確認」する内容や意味に違いがあることが分かりました。

病院では確実な治療が行われるための確認が、介護施設では安全な生活を送れるための確認が、そして在宅では自分らしく生活できるための意思決定に関わる確認が求められます。

私たち看護師は対象者の人生のあらゆる部分に携わります。その中で行われている確認行為が、単なる作業にとどまらず、安全な医療や安全な生活につながっているのか、改めて振り返ってみましょう。



【QRコード：安全な医療を提供するための10の要点(厚生労働省)】

