

業務をこなすしかない現状があった。しかし、医療事故防止の面からも、一時的に人員を補助するなどの緩衝機能を病棟や病院単位で準備し、活用する必要性が増してきているといえた。

【準夜勤務帯の緊急手術のため、3人のうち2名が手術室に入った。残った1名が、すべての患者を受け持ち、余裕がない状態で業務を行っており、インシデントを起こした。その後夜勤婦長に連絡が入り、夜勤婦長が手術介助に入った。Case0110】

【ある高齢患者の手術前日、突然せん妄状態になった。せん妄状態の患者対応マニュアルに従い、その患者に対応・観察していたが、申し送り中に輸血ラインを抜去されてしまった。その後夜勤婦長がその患者に一晩付き添った。Case0117】

### Ⅲ-3. 業務量が多い

#### 1. 入院日数の短縮や病床回転率の増加より業務量が増加している

業務量増加の一つの要因として、入院日数の短縮や病床回転率の増加がある。病床数や患者の重症度そのものに大きな変化はないが、一定期間で行う看護業務量は増加することになり、看護職員の負担は増えるばかりとの報告がなされている。

【入院してから退院までの日数、入院してから手術・検査を行うまでの日数が短くなっている。そのため入院当日に大量の検査が行われることになるが、その手続きや準備などは前日に検査課に依頼できないため、緊急入院と同じように看護職員に任される。(病棟観察より)】

【この数年、入院日数の短縮をはかってきたが、もうこれ以上短縮はできない。(E看護部長より)】

#### 2. 治療効果が疑問視されている医療内容による業務量増加が見られていた

今までの慣習などにより、治療効果が疑問視されつつも行われている医療が少なからずあるとされている。安易な夜間の持続点滴や予防的な抗生物質の点滴・内服などの治療に対し、看護職員は多忙の中さらにその治療に関する業務に追われ、インシデントが生じている現状もみられた。

【帝王切開後の抗生物質の点滴は輸液量が増えるため、母乳管理に影響が出る。医師に内服の抗生物質に変更して欲しいと依頼したが変わらない。その抗生剤の点滴のための静脈ラインを取る必要があったので、その処置を医師に依頼したが、逆に看護婦が依頼されてしまった。静脈ライン挿入は医師の業務であるため、再度医師に依頼しようと思っていたが、他の業務に追われ、医師へ連絡したのが消灯後になってしまった。Case0116】

【A患者は抗生物質服用後に下痢が始まったため、当直医から絶食と点滴開始の指示が出た。日勤であったB看護職員は、準夜勤務である先輩のC看護職員にA患者の点滴開始の件について申し送りしたところ、抗生物質を中止すれば、点滴は必要ないのではという意見であった。しかし、B看護職員は、当直医にC看護職員の意見を告げることが出来なかった。そして、B看護職員は、勤務時間はすでに過ぎていたが、当直医による静脈ライン挿入の介助を行い、点滴ボトルをつなげた。しかし、点滴の速度調節を行うのを忘れてしまった。その後、残務業務を行い、勤務時間も過ぎていたので、その日の深夜勤務に備え帰宅した。Case0106】

### Ⅲ-4. 業務に優先順位をつけることの必要性、重要性について

看護は複数のメンバーで継続的に業務を行う交代制勤務によって行われているため、個人の判断で業務を延期するなどの決定を行いにくい。そのため次勤務者に業務を残すことなく引き継ぎたいという認識が強い。しかし、業務量が看護職員の能力を超えたり、超えそうになったりする場合に

は、安全に業務を行うためにも業務に優先順位をつけ、延期することが可能な業務は翌日に行うなど、業務を整理するルールづくりが必要となっていた。

【日勤の看護職員人数が1名少ない中、新人看護婦が学生指導の担当まで任された。通常より多い業務量に加え、学生と行う予定の清拭に気を取られ、昼の与薬を忘れた。Case0206】

【勤務開始後約20分で抗癌剤・制吐剤の準備をする予定であったが、最初に受け持ち患者のベッド周辺の整備に出かけた。点滴準備の必要性に気づき、途中でナースステーションに戻ってきたが、指定時間に間にあわず、焦っていた。そのため疑問に思った点滴の施行順番に疑問点を確認せずに点滴を施行した。Case0103】

【看護業務の優先度をどう考えるかが問題になる。看護婦はケアに目がいきがちだけれど、本来は治療業務・診療の補助業務の方が、優先順位が高い。(G看護部長より)】

### III-5. 業務中断について

#### 1. 業務が中断される場面、状況が多い

病棟での注射薬の調剤や患者に注射・与薬するときなどでは、注意を欠くことで重大なインシデント・アクシデントが生じることが多い。業務中断は、その看護職員の注意力を欠く大きな要因であった。

【職員・患者・家族など、多種多様な人々が注射・与薬業務中の看護職員に声をかけ、その業務を中断させていた。また誰が注射・与薬業務以外の突然の業務に対応するかが決まっていないため、結局その業務中の看護職員がナースコールなどに対応することもあった。(病棟観察より)】

【不穏患者の点滴をつなぎ変えていた。家族が話しかけるためにそれに対応しながら名前などの確認を行い、点滴をつないだ。その後、主治医から違う患者の点滴がつながっていると指摘された。Case0203】

【検温の間、ナースコール、後輩看護婦、看護学生、家族や他の患者、リネン業者、工事業者など、複数の人から声をかけられ、業務の中断が何度となく見られた。(病棟観察より)】

#### 2. 業務が中断されやすい環境がみられている

開放的な処置室では、注射・与薬業務最中でも、多数の人から声をかけられ、業務中断を余儀なくされていた。そのため、注意を欠いたニアミスが報告されており、隔離された環境の必要性が認められた。

【患者に与薬する段階で、ある薬が1包多いことに気づいた。準備中は、ナースコールなどがあり、作業の中断が多かったので、やはり注意不足になっていたと思われた。(病棟観察より)】

【隔離されている処置室での作業は、声がかげられることがないので、中断されることなく業務に集中できていた。(病棟観察より)】

## IV. 患者が自らの医療に参加できる体制について

### IV-1. 患者自身が治療方針・内容を熟知することが必要となっている

患者自身が積極的に治療に参加する姿勢は、より安全な医療の提供にもつながる。注射薬・内服

薬が患者に投与される時、患者と看護職員とが指示を確認することでダブルチェックとなり、ミスを防止する効果が観察されていた。また、どのような場面で患者が医療に参加できるか、患者が参加できるような働きかけをどのように医療者側が行うべきかなど、具体的な患者参加を推進するために検討する必要がある。

【医師の指示書の字が読みづらく、インシュリンの量を読み間違えた。看護職員が患者に施行しようとインシュリンの量について患者に説明を行ったところ、患者はインシュリンの変更量を医師から聞き記録していたため、患者から量の間違いについて指摘があり、誤薬を未然に防ぐことが出来た。Case0105】

【インシュリンの指示変更に関して、おそらくは患者は理解していない。毎回看護婦がインシュリン量を伝えても、気にとめている様子はなかった。Case0104】

## IV-2. 医療への参加が可能か、適切かについての判断が不明確となっている

意識障害や痴呆、病状などにより、患者による積極的な医療参加が困難な場合がある。どこまで、どのような形で患者自身が医療・治療に参加するか、その判断を医療者側が行う必要がある。しかし、その判断・評価方法は看護職員によってまちまちである場合が多く、インシデントにつながる事例が見られた。

【前勤務者が、内服薬の自己管理を患者に任せるという判断をした。しかし、その患者の病状から考えると自己管理には無理があるのではと思い、残薬を確認したところ、間違えて服薬していたことがわかった。Case0207】

【白血病で骨髄移植後の患者に、プレドニン内服を自己管理させていた。骨髄移植後から情緒不安定であり、気にしていたところ、ある日患者から間違えて内服したと報告があった。 Case0210】

## V. 「もの」と環境について

### V-1. ミスを引き起こしやすい環境がみられる

患者の状況に合わせた環境を一面的に重視しすぎたために、安全な看護業務が遂行出来ない職場環境となっているところがあった。安全性を考え、看護職員もより動きやすい環境づくりという視点と取り組みが必要である。今回のインシデント・レポートで見られた環境について以下に紹介する。

#### 1. 暗い

【消灯後の22時に輸液ポンプを使用中の点滴ラインすべてに対し、ライン磨耗予防のためにルートの変更をすることがその病棟ではルーチン業務となっていた。移動後間もない看護職員が、暗い病室で懐中電灯を小脇に抱えながらポンプのルートずらしを行ったところ、ルートを上下反対に取り付けた。(Case0209)】

#### 2. 遠い

【受け持ち患者たちの部屋が離れており、点滴速度が気にはなっていたが、他の業務が忙しく、点滴速度を確認するために訪室できなかった。数時間後に訪室したところ、点滴が早めに落ちているのを発見するCase0213】

### V-2. 指示書・処方箋・情報用紙・マニュアルの問題について

各種情報用紙・マニュアルは、医療・看護業務やルール変更などにより、その都度評価検討され、バージョンアップされることが必要である。見づらい指示書・処方箋、見落としやすい情報用紙、使われないマニュアル・評価が不十分なマニュアルのために、生じたインシデントが数例報告され

ている。このようなインシデントが生じた背景には以下の要因が考えられた。

- ・ 評価・再検討・バージョンアップがされていない
- ・ 評価する時期・期間が決まっていない
- ・ 誰が評価・再検討・バージョンアップするのかの責任が明確でない
- ・ 使用する側の使い勝手を考慮していない
- ・ 実際の使用方法が想定されずに作成されている
- ・ 所定の用紙・マニュアルの使い方が、職員内で周知されていない

【患者の内服薬自己管理能力をマニュアル通りに判定し、その患者には自己管理能力があると思われる、自己管理を開始した。途中新たに薬が加わったが、担当看護職員がその薬の服用方法を説明し、患者は引き続き自己管理を行っていた。しかし数日後、薬がなくなったとその患者から報告があり、服薬数が間違っていたことが判明した。Case0205】

【病棟看護職員と透析室担当看護婦の情報伝達不備によりインシデントが起きた。その解決には、人工透析時に必要な物品と申し送り内容が記載されたマニュアルが必要との意見が出た。しかし、数年前に作られたマニュアルが透析室内に保存されており、しかもその存在はおそらく透析室や病棟の看護職員にも忘れ去られている様子であった。Case0212】

### V-3. 薬剤そのものや注射・与薬業務に関わる周辺物品・機器の問題について

注射・与薬業務に関わるインシデントには、薬剤や周辺物品・機器の問題によるヒューマンエラーが数多く報告されている。今回のインシデントでは報告がなかったので割愛するが、これらについてももちろん改善される必要がある。

以上、看護職員のニアミスなどの発生状況や要因の結果のまとめを、図 V-1 に関連図として示した。

## E. ニアミス防止対策

ニアミス防止対策を以下に列挙する。

### I. チーム医療に必要な効果的な業務分担・情報伝達について

#### I-1. 各職種の専門性に基じた業務分担が必要である。

看護職の専門性に基じて、今まで受け持ってきた業務内容を見直す。治療行為に関する事項は医師の業務へ、入院患者への調剤業務も薬剤師の業務へ、委託できる業務は他者に依頼することは留意して良い事項である。

#### I-2. 部署内・多部署間での効果的な情報伝達方法を検討する。

部署内でのルール変更や連絡事項の伝達・周知方法を検討するとともに、多部署に関わるルール変更や連絡事項に関する責任の所在を明確にすることが大切となる。

#### I-3. 必要な情報は何かということを検討する中で情報収集を行う。

より効率的・効果的で、専門性を十分発揮するための必要な情報の把握と情報収集がポイントとなる。

#### I-4. どの部門にどの専門職・職種が必要かを検討し、適切な人数を配置する。

安全で効果的な業務が遂行できるよう、適切な人数配置（医師・薬剤師・他職種）を検討する。

#### I-5. 休日や夜間でも医療水準の低下が生じないような業務遂行ができるように体制を作る。

休日・夜間の少ない人数の看護職員に頼らずとも、他職種の休日・夜間業務に対処できる方法を検討する。人員配置やマニュアル整備などの検討が検討課題となる。

#### I-6. 交代制勤務での情報伝達・業務引継のあり方を検討する。

- ・看護提供方式や病棟・疾患に応じた、使いやすく、見やすく、わかりやすく、確実に情報が伝わる情報用紙の検討が必要である。また、情報用紙の使い方のルールを決め、それを周知させるとともに、適切な経過時間の中で、情報用紙やその使い方のルールを見直し、改訂をはかる。
- ・また、定時に情報伝達できなかつた場合の、具体的方法についてルール化することも大切となる。情報用紙と口頭の両方で伝達するなど考慮してよい。
- ・交代時期のどの時点で業務を引き継ぎするのかを明確化しておくことが必要である（時間で区切る、業務内容で区切るなどを決める）。
- ・業務引継の具体的な方法を検討する（実際業務が行われている場で引き継ぐなど）。

## II. 管理体制の検討について

### II-1. 新人（中途採用者・院内異動者）への対応・教育の在り方の検討する。

- ・新人を定数として数えるのではなく、医師の場合のような研修期間などを設ける。中途採用者や院内異動者についても、必要に応じ業務に慣れるための適切な期間を考慮しても良いだろう。
- ・新人看護職員や中途採用者・院内異動者についての効果的な教育方法（教育期間や教育内容、順序などを含め）を検討する。看護職員の看護業務に必要な能力やその評価判定方法の開発が求められている。その際、簡便法としてチェックリストの導入は考慮されても良い。

### II-2. 教育担当スタッフの教育時間などの保障と環境整備が必要である。

チェックリストや能力・評価判定方法など、具体的な教育・サポート手段を開発・充実させる。教育担当スタッフの業務が過多にならないように看護業務の分担のあり方を検討することが実効的である。また、新人などに手本を提示できるように、さらに、教育対象者と同様に患者を看護でき、患者情報が得られるようにすることなど、実効性があがる工夫が必要となる。

### II-3. 中間管理職員（婦長・主任）の管理能力の育成とそのための教育方法の検討が必要となる。

その際、管理職による、婦長・主任による管理状況の把握方法の検討や、具体的な管理能力の育成・教育方法の検討が必要となる。

### II-4. 病院組織としてリスクマネジメントに取り組むことが必要である。

病院全体の組織として、リスクマネジメント委員会を位置づけ、すべての部署から部署の代表者として委員を選出する。また、対策は各部署内のみにとどまらず、病院組織全体として取り組む、などが留意点となる。

### II-5. リスクマネジメントの具体的な方法を検討することが大切となる。

- ・リスクマネジメント担当者（リスクマネジャー）を配置・活用する中で、ニアミス、インシデント、アクシデント事例解析からリスクを列挙し、そのリスクの関係や構造を検討する。
- ・インシデント・レポートの活用方法を検討すべきである。  
留意点は次のとおりである。
- ・分析方法（対策を念頭に置いて、背景やヒューマンエラーの特性について分析）
- ・原因究明（個人に寄与する原因追及ではなく、生じた背景に焦点を当てる）
- ・対策（個人への注意喚起より、具体的に対処できる背景要因への対応を検討）
- ・評価（対策後の評価方法・評価期間を決めておく）
- ・情報共有（他の職員・他部署への情報共有・注意喚起・対策やルールの周知）

## III. 人（看護職員・患者）の問題への対処

### III-1. 採用している看護提供方式の問題点を把握し、問題点に応じた対応策を検討・実施・評価することが求められる。新人教育のあり方、カンファレンスの活用、指導者、情報の伝達と共有の方法の検討などが必要となる。

### III-2. 看護職員の不足への対応として、看護度に応じた看護職員の配置が必要となっている。当面の策として、とりわけ急な事態に対処できるように、人員などで緩衝機能を準備することも必要である。これには各病棟の余剰人員や、夜勤婦長の活用なども一例である。

Ⅲ-3. 業務量の増加に対しては、医師や薬剤師など他の専門職とも相談し、極端な入院日数の短縮や病床数回転率の増加は、医療事故を引き起こしかねないので、看護職員をはじめスタッフの人数、業務内容・医療行為を考慮して、具体的に歯止めを作ることは安全上大切となる。また、業務に優先順位をつけて、業務を無理な形では行わない、という姿勢や習慣も医療事故防止の上からも大切である。

Ⅲ-4. 業務中断への対応としては、注射・与薬業務中の看護職員はナースコールに対応しないこととし、ナースコール対応担当者の設定など、業務を中断させないルール作りが大切となる。これらの対策とともに隔離された処置室の作成や遮断方法の検討など業務が中断されないような環境作りも重視すべきである。

#### Ⅳ. 医療事故防止の視点からも、医療への患者参加への推進が求められる

ポイントは次のとおりである。

- 1) 医療者側が、患者自らが医療に参加できるような働きかけを行う。
- 2) 具体的な関わり方（注射薬と一緒に確認するなど）について説明・教育を行う
- 3) どの程度参加可能か、参加することが適切かについての判断方法を検討する

#### Ⅴ. 医療事故を招きやすい環境を改善し、防止策に有効な環境づくりを行う

##### V-1. 病棟環境の見直し

安全な作業ができるように消灯後の処置は極力避けるように業務を調整するとともに、処置を行う際には明るさを確保することが安全上大切となる。

##### V-2. 指示書・処方箋・情報用紙・マニュアルの使い方・あり方

評価・見直し・改訂を行うことが大切であり、その際、評価と再検討の時期を決めておき、評価担当の責任者を明確にする。なお、使用する側の意見を取り入れること、変更後の使用方法や使用に関するルール周知を徹底させることはもちろんである。

## F. 調査研究のまとめ

今回の調査研究では、ヒヤリとかハットした事例はもとより、作業手順や判断の混乱や見間違い、聞き違い、疲労や覚醒低下、自分が危険だと感じたり、気づいたこと、思うようにいかなかった場面、患者からのクレーム、また、反対に以前の経験から学んで事故などに対処している事柄などを広く集め、それらの実態とその時の状況や事態、背景要因およびそれらの構造を明らかにし、実行可能性のある医療事故防止対策を提言することを目的とした。

## I. マイクロ・エラーの出現結果

今回の調査で用いた「マイクロ・エラー」という指標は、「ニアミス」に加え、「ミスやニアミスが起きないようにしたことも含めて、業務の中で特に注意した点、工夫したこと」を含めたものと定義し、調査研究がなされた。

3病院6病棟全体でのマイクロ・エラー発生の時刻変動は、10時台の件数が最も多く、ついで17時台であり、午前中と夕方に件数が多い2峰性の日内変動を示していた。このうち、「特別な工夫、注意点」の件数は午前中と17時台には10~20件を示していたが、その他の時刻では各々の時間帯で数件程度であった。

ニアミスの内容では、「医師関連」のニアミスは9~11時台と午後の14時台から17時台に多く、また「薬剤準備関連」では日勤と準夜では勤務開始後の1、2時間に多く、また「患者への与薬関連」では時刻の特徴は少なくなっていた。

C病院では調査期間中にインシデント・レポートの提出はなかったが、A病院とB病院では、看護職員1人・勤務日あたりにおいても、患者1人・日あたりで計算してもほぼ同じ傾向が見られ、看護職員1人・勤務日あたりのインシデント・レポートの提出件数は、0.025と0.028であった。A病院での病棟間の出現頻度の差は大きく、0.006～0.062と10倍の開きが見られていた。

一方、看護職員1人・勤務日あたりのマイクロ・エラーの発生件数を比較してみると、A病院での0.83、B病院の場合で0.63、C病院で0.78となりほぼ同値を示していた。A病院の4病棟の値も0.47～1.87であり、その格差は4倍程度であった。

マイクロ・エラーの発生件数と多忙感の関係を検討すると、日勤帯では、両者とも朝の10時と午後の14時にピークを有する変化がみられていた。中勤では18時の多忙感マイクロ・エラーの発生件数のピークと同期していた。多忙感は14時にもうひとつのピークを示していたが、マイクロ・エラーの発生は皆無であった。夜間帯の2時～4時にかけて多忙感が増していたが、マイクロ・エラーの発生はなかった。一方、朝の6時以降、多忙感が増しており、マイクロ・エラーの件数も中程度の発生が見られていた。

## II. 面接結果

1. 現在活用されているインシデント・レポートからだけでは、インシデントが発生した状況や背景について把握することが困難であった。したがって、インシデントに関わった看護職員に対する面接を行うことで、インシデントが起きた時の状況や要因などの把握につとめた。インシデント事例についての面接などでインシデントの発生状況の把握を十分に行うことが、組織的な解決策立案のためには必要であることが判明した。

2. インシデントが生じた原因や状況を、類似事例ごとにまとめた。これにより事例の特徴や改善策・対応策への示唆が得られた。

3. インシデント事例に対する面接調査および病棟観察調査などの結果から、以下の結果を得た。

- 1) チーム医療に必要な情報伝達・業務分担のあり方の問題として、
  - ・ 業務分担が不明確で、看護職員に対して他職種の専門業務が依頼、委託されていた。
  - ・ 他部署、とりわけ医師や薬剤師にルール変更や連絡事項などの情報が伝達されづらく、そのためもあってか、看護職員がその情報伝達の係となっていた。
  - ・ 薬剤師が患者の病名、状態、薬歴を把握できていないなど、専門性を発揮するために必要な患者情報が不十分であったり、欠如している現状が見られた。
  - ・ 他職種の人数が不足していたり、人員削減がなされている現状が見られた。また、休日・夜間では、他職種での業務短縮や停止により、看護職員が行う業務をさらに増加させる要因となっていた。
- 2) 管理体制の問題としては、
  - ・ 新人看護職員が定数化され、また、新人看護職員に対する教育方法や教育期間、新人の看護職員の「能力」把握や評価方法などが未確立のため、新人に対して効果的な教育が行われず、病棟では新人の存在が業務上の負担となって現れていた。中途採用や院内異動者の場合も新人看護職員の場合と同様な問題が見られていた。
  - ・ 新人に対する教育やサポートを実際に担う看護職員への時間保証や環境などの条件整備も不十分なため、新人に効果的な教育が行われていなかった。また、新人看護職員に対する教育やサポート場面で、教育・サポート担当の看護職員と他の看護職員との看護業務の分担範囲が不明確なために、病棟内で混乱が生じている事態も見られていた。
  - ・ 中間管理職（婦長・主任）の一般看護職員への教育やサポート機能の重要性が増しているが、その管理能力の向上の施策やそれにふさわしい教育などの方法が確立されていなかった。

- 3) 看護職員が抱える問題としては、
- ・ モジュール型の看護提供方式を採用する病院・病棟が増えているが、現状ではその看護提供方式により生じる問題点や、その改善策についての検討が不十分であった。
  - ・ 看護職員が不足している状況下で、看護の必要度合いに応じた職員配置の必要性や、職員の有効活用などの業務量増加に対する緩衝機能が求められていた。
  - ・ 入院日数短縮・病床回転率増加などにより、看護職員の業務量がますます増加している現状が見られた。また、そのための対策としても、看護業務に優先順位をつける方策があがっていた。
  - ・ 看護職員が受け持つ業務が多種多様であり、注意を必要とする場でも頻繁に業務中断がなされていた。また、開放的な環境も業務が中断される大きな要因であった。
- 4) 患者が自らの医療に参加できる体制を医療従事者としても働きかけ、医療ミス防止の観点からも、患者自身が自らの治療方針・内容を熟知し、医療従事者と対話する必要性が認められた。また、患者が医療に参加するにあたって、その参加内容や、参加能力の具体的判定方法の検討が必要となっていた。
- 5) 「もの」・環境としては
- ・ ミスを引き起こしやすい環境を見つけ出し、その改善・対応が求められていた。
  - ・ 指示書・処方箋・情報用紙・マニュアルの不備はインシデントを招く要因であるため、見直しと改訂が求められていた。
  - ・ 薬剤そのものや注射・与薬業務に関わる周辺物品・機器についての問題は、今回の結果からは認められなかった。しかし、インシデントの重要な要因であるため、引き続き改善・対応が求められる。

以上の結果をふまえ、ニアミス防止策を提言した。



ワーク・シート様式 2-1 (病棟責任者・調査前用)

記載日 2001年 月 日

問1. 記載者 (病棟責任者)

1. 氏名 ( )
2. 役職 ( )
3. 年齢 ( ) 歳
4. 性別 女 男
5. 病棟名 ( )
6. 看護職員経験年数 ( ) 年
7. 当病棟での責任者年数 ( ) 年

問2. 病棟の勤務状況

1. 当病棟での満床数; ( ) 床
2. 平均患者在院日数 (先月); ( ) 日
3. 夜勤体制; (3交代 変則3交代 2交代 当直 その他 ( ) )
4. 各勤務帯 (日勤・準夜・深夜)の看護職員数; 日勤 ( ) 名 準夜 ( ) 名 深夜 ( ) 名
5. 看護職員1人当たりの、1ヶ月の日勤・準夜・深夜の回数;  
日勤 ( ) 回 準夜 ( ) 回 深夜 ( ) 回
6. 一日の時間外労働 (先月平均); ( ) 時間 ( ) 分
7. 土/日曜・祭日の日勤の人数; 土曜日 ( ) 名 日曜日・祭日 ( ) 名
8. 当病棟の担当医師の数;  
( ) 科 ( ) 名, ( ) 科 ( ) 名, ( ) 科 ( ) 名
9. 当病棟の各勤務帯での職員数 (事務員、看護助手など);  
日勤; 看護助手 ( ) 名 事務員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 名  
準夜; 看護助手 ( ) 名 事務員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 名  
深夜; 看護助手 ( ) 名 事務員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 名  
土曜日; 看護助手 ( ) 名 事務員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 名  
日曜日・祭日; 看護助手 ( ) 名 事務員 ( ) 名 その他 ( ) ( ) 名
10. 看護体制; 機能別、チームナーシング、プライマリナーシング、モジュールナーシング
11. 申し送りの有無; あり なし
12. 学生実習の受け入れの有無 (調査期間中の予定); あり なし  
a. 受け入れ人数; ( ) 名 / 日  
b. 教官付き添いの有無; 1日中, 半日, 1~2回 / 日, 数日に1回, 開始時のみ, その他 ( )  
c. 1勤務帯における、学生実習を担当する病棟看護職員数; ( ) 名
13. 以下の業務の中で主に看護職員が行っているものに○を付けて下さい。(各勤務毎にお答えください)

業務内容	日	準	深	業務内容	日	準	深
配膳				検体の容器の準備			
薬剤の分包				検体の搬送			
点滴・注射薬のミキシング				回診や術後処置の介助			
病棟配置薬剤の在庫管理				ベッドメーカー			
医療材料・滅菌物の在庫管理				患者のストレッチャー移動			
医療機器等の保守・点検				電話受け			
薬品の搬送				入退院等の事務手続き			

14. 応援体制；

病棟へ行く ( ) 名 外来へ行く ( ) 名 手術室へ行く ( ) 名  
病棟から来る ( ) 名 外来から来る ( ) 名 手術室から来る ( ) 名  
その他 ( ) ( ) 名

問3. 与薬業務（内服薬・注射薬投与、輸液ポンプ作業など）に関するミスが起きないように、日頃から病棟で「工夫している点や決まりごと」はありますか。ありましたら具体的にお書き下さい。

1. 医師から指示を受けるとき
2. 薬剤を所定の場所に保管するとき、または薬剤を取り出すとき
3. 指示に従って薬剤を準備するとき
4. 患者に与薬するとき
5. 記録するとき
6. その他

問4. 今までの病棟での経験の中で「ミスを起こしたとき」や「ひやりとしたり、ハッとしたとき」を思い出してください。その時の、あなたや担当看護職員（達）の行動や周囲の状況が、「通常」と異なるのはどのような場面でしたか。（いくつでも、どんな些細なことでも、お書き下さい。）

- 例)
- ・ 抗生剤の準備をしていた看護職員がナースコールで呼ばれた後、作業を再開した時、抗生剤を溶解したか忘れてしまい、2倍量溶いた。
  - ・ 緊急入院で忙しいとき、ある看護職員が患者のフルネームを患者に確認せずに、与薬を行っていた。



2. ベット上安静で歩行を禁止されている患者の口腔ケア
  - a) 歯ブラシまたはうがいなどの口腔ケアを朝夕に行う
  - b) 歯ブラシまたはうがいなどの口腔ケアを毎食後に行う
  - c) 歯ブラシまたはうがいなどの口腔ケアを一日一回行う
  - d) 行いたいと思っているが、時間や人員の関係で実施していない
  - e) その他 ( )
  
3. 床上排泄の患者の陰部洗浄
  - a) 汚れのひどいときに行っている
  - b) 毎日最低一回は行っている
  - c) 排泄のたびごとに行っている
  - d) 行いたいと思っているが、時間や人員の関係で実施していない
  - e) その他 ( )
  
4. 入浴できない患者の清拭方法
  - a) 蒸しタオルを2~3本使って清拭する
  - b) 蒸しタオルを必要なだけ使って清拭する
  - c) 温湯(蒸しタオル)と石鹸(浴剤)を使って清拭する
  - d) 看護職員によって色々な方法で清拭している
  - e) その他 ( )
  
5. 入浴できない患者の清拭頻度
  - a) 一週間に一回行っている
  - b) 隔日に行っている
  - c) 毎日行っている
  - d) 行いたいと思っているが、時間や人員の関係で実施していない
  - e) その他 ( )
  
6. 一人で動けない患者の体位変換
  - a) 通常3~4時間毎に変換している
  - b) 通常1~2時間毎に変換している
  - c) エアーマットレスを使用するので、特定の患者以外は変換しない
  - d) 患者が希望するときに変換する
  - e) その他 ( )

問8. その他、与薬業務に関することでは気がつけている点や、ひやりとしたりハットした時、改善点など、何かお気づきの点がありましたら、ご自由にお書きください。

以上です。お忙しいところご記入いただき、ありがとうございました。

ワーク・シート様式2-2 (病棟責任者-調査日用)

問1. 記入者

1. 調査日 2001年 月 日 曜日 記載時刻 時 分
2. 病棟 ( )
3. 勤務帯 ( )
4. 氏名 ( )
5. 役割 ( 婦長 主任 コーディネーター 責番 受持ち その他( ) )


問2. 受け持ち患者さんの状況についてお伺い致します。(該当しないところには0を記入して下さい)

1. 患者総数	名		
2. 新入院患者数	名	.....うち緊急入院患者数	名
3. 転入患者数	名		
4. 退院患者数	名	.....うち緊急退院患者数	名
5. 転出患者数	名	6. 病棟内ベット移動件数	名
7. 本日手術をうけた(うけている)患者数	名	8. ICUまたはCCUから帰室した患者数	名
9. (心電図・SATなどの)モニター装着患者数	名	10. クリーンルーム入室患者数	名
11. 輸液、輸血、注射を実施した患者の総数	件	12. IVHあるいは微量調節輸液実施中の患者数	名
13. 輸液及び輸血を2本以下(または4時間以内)実施した患者数	名	14. 輸液及び輸血を3本以上(又は8時間以上)実施した患者数	名
15. 本日に気管切開を実施した患者数	名	16. 気管カニューレ挿入中や挿管中の患者数	名
17. 本日に人工呼吸器を装着または挿管した患者数	名	18. 以前に装着した人工呼吸器使用中の患者数	名
19. 一人以上の看護婦がについて実施する特殊検査件数	件	20. 緊急で行った特殊検査(CT, CAG, アンギオ, 内視鏡, ルンパール, その他( ))の件数	件
21. 尿道留置カテーテル装着中の患者数	名	22. 死後の処置	名
23. オムツ使用患者数	名	24. 経管栄養の患者数	名
25. 発熱(38.0℃以上)している患者数	名	26. 多量に出血した患者数	名
27. 持続的に強い痛みのある患者数	名	28. 血糖測定・インシュリン注射が必要な患者数	名
29. 医師と共に回診・術後の処置の介助が必要な患者数	名	30. 抗がん剤を投与中の患者数	名

問3. 病棟内の患者さんのADL程度についてお伺いします。

ADLの程度 (合計人数が本日の患者総数になります)		
1. 体動・移動に介助の必要がなく、意思の疎通にも問題のない患者		名
2. 介助すれば椅子やポータブルトイレに移動可能		名
3. 全面介助で床上排泄、意志の表現はでき、移動が必要な時はストレッチャー		名
4. 移動は可能であるが断続的な見当識障害があつて目を離せない		名
5. 当面生命の危機はないが、全面介助を必要とし意思疎通困難患者		名
6. 体動不能で全面介助、生命の危機があつて1時間ごと以内の観察が必要		名
7. その他の状況で、患者訪室が頻回に必要な患者(どのような状況か具体的にお書き下さい) ( )		名
合計		名

問4. 本日の病棟全体の忙しさなどの様子についてお伺いいたします。

(該当する場所に立て線を入れてください) 例) 

1. (病棟全体の) 本日の急がされ感 (時間に追い立てられる感じ) の程度は

まったく感じなかった \_\_\_\_\_ 非常に感じた

2. (病棟全体の) 本日の忙しさの程度は

非常にひまだった \_\_\_\_\_ 非常に忙しかった

3. (看護婦たちの) 本日の疲れの程度は

まったく疲れていない \_\_\_\_\_ 非常に疲れている

問5. 与薬業務 (内服薬・注射薬投与、輸液ポンプ作業など) で、本日特に、あなたが職員長 (責任者) として注意した点、工夫した点 (ミスやニアミスが起きないことも含め) がありましたか。それほどのような内容ですか。

( 1. なかった 2. あった )

<内容>

- 例) ・特に忙しくばたばたしている勤務で、確認作業がおろそかになりやすいため、看護職員たちに与薬するときには患者の氏名を確認するようにと、声をかけた。
- ・抗生剤を略語で書く医師がいるので、フルネームを書くように医師たちに伝えた。
  - ・形態の似た薬品が隣り合わせに並んでいたため、場所を変更し、変更したことを看護職員たちに知らせた。

問6. 本日の与薬業務に関する事で、医師や他の看護職員、他の医療従事者が、「ニアミスを起こした」「ミスを招くかもしれない」、とあなたが気づいたことがありますか。

(1. なかった 2. あった) ←ありましたら、

a.誰の行為によっておきたのか、b.その時刻、c.内容をお書きください。

a. 誰か (医師 他の看護職員 他の医療従事者)                      b. 時刻 (                      時頃)

c. 内容

問7. 本日の病棟の中で通常と違っていたり、特別な出来事がありましたか。

( 1. なかった 2. あった ) ←ありましたら、その具体的な内容をお書きください。

< 内容 >

- 例) ・急変した患者さんのために、非常に忙しかった。
- ・看護職員が一人急病のために欠勤し、少ない看護職員で業務を行った。

以上です。お疲れのところご記入いただき、ありがとうございました。

問1. 与薬業務（内服薬・注射薬投与、輸液ポンプ作業など）に関するミスが起きないように、日頃から「あなた自身が工夫している点や決まりごと」はありますか。ありましたら具体的にお書き下さい。

1. 医師から指示を受けるとき
2. 薬剤を所定の場所に保管するとき、または薬剤を取り出すとき
3. 指示に従って薬剤を準備するとき
4. 患者に与薬するとき
5. 記録するとき
6. その他

問2. 今までの経験の中で、「ミスを起こしたとき」や「ひやりとしたりハットした」時のことを思い出してください。その時、あなたの行動や周囲の状況が「通常」と異なる点はどのようなことでしたか。（いくつでも、どんな些細なことでも、お書き下さい。）

- 例
- ・ 抗生剤を溶解していたとき、病室で患者さんが急変して処置を行っていたため、抗生剤を溶解したかどうか忘れてしまい、2倍量溶いた。
  - ・ 検査が終了し迎えに来るように連絡があり、急いで他の患者に処置を終了させようと、違う患者の処置を静脈注射しそうになった。

問3. 日頃の与薬業務の中で、医師、他の看護職員、他の医療従事者、患者・家族の行動が原因で、「ミスが起こるかもしれない」、「ひやりとしたり、ハットした」と感じたときは、どのような時ですか。誰のどのような行動によって感じたかをお書きください。

1. 医師
2. 他の看護職員
3. 他の医療従事者（看護助手、薬剤師、検査技師、栄養士、事務員、他）
4. 患者・家族

問4. 与薬業務に関するミスが起きないように、改善したほうが良いと思われる病棟や病院の「設備・システム・チェック方法など」がありますか。

1. 医師からの指示受け
2. 薬剤の保管
3. 内服薬・注射薬の準備
4. 患者への与薬実施
5. 与薬に関する記録
6. その他

問5. その他、与薬業務に関することで気をつけている点や、ひやりとしたりハットした時、改善点など、何かお気づきの点がありましたら、ご自由にお書きください。

以上です。お忙しいところご記入いただき、ありがとうございました。



ワーク・シート様式 2-4 (看護職員一調査日用)

A. 勤務開始前に記入してください。2001年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日			
記載時刻 時 分			
1. 本日の勤務 ( )	2. 出宅時間	時	分
3. タイムカード打刻時間 時 分	4. 実質勤務開始時間	時	分
5. 本日の役割 ( )			

問1. 睡眠時間

1. 前日の就床時刻 時 分                      2. 本日の起床時刻 時 分  
 3. 出勤前に仮眠をとった方は 仮眠時刻 ( 時 分 ~ 時 分)

問2. 今のからだの様子についてお伺いします (該当する場所に立て線を入れてください)

1. 身体の疲労感の程度は

まったく疲れていない \_\_\_\_\_ 非常に疲れている

2. 気疲れ感の程度は

まったくない \_\_\_\_\_ 非常にある

3. 仕事での充実感の程度は

非常に充実している \_\_\_\_\_ 非常に空しい

4. 眠気の程度は

まったく眠たくない \_\_\_\_\_ 非常に眠たい

B. 勤務終了後に記入してください。					
1. 勤務終了時間	時	分	2. 実質退勤時刻	時	分
3. 記載時刻	時	分			

問3. 患者さんの状況についてお伺い致します。

(受け持ちの患者さんのみについてうかがいます。該当しないところには0を記入して下さい)

1. 受け持ち患者総数	名		
2. 新入院患者数	名	.....うち緊急入院患者数	名
3. 転入患者数	名		
4. 退院患者数	名	.....うち緊急入院患者数	名
5. 転出患者数	名	6. 病棟内ベット移動件数	名
7. 本日手術をうけた(うけている)患者数	名	8. ICUまたはCCUから帰室した患者数	名
9. (心電図・SATなどの)モニター装着患者数	名	10. クリーンルーム入室患者数	名
11. 輸液、輸血、注射を実施した患者の総数	件	12. IVHあるいは微量調節輸液実施中の患者数	名

13. 輸液及び輸血を2本以下（または4時間以内）実施した患者数	名	14. 輸液及び輸血を3本以上（又は8時間以上）実施した患者数	名
15. 本日に気管切開を実施した患者数	名	16. 気管カニューレ挿入中や挿管中の患者数	名
17. 本日に人工呼吸器を装着または挿管した患者数	名	18. 以前に装着した人工呼吸器使用中の患者数	名
19. 一人以上の看護婦がついて実施する特殊検査件数	件	20. 緊急で行った特殊検査（CT、CAG、アンギオ、内視鏡、ルンバール、その他（ ）の件数	件
21. 尿道留置カテーテル装着中の患者数	名	22. 死後の処置	名
23. オムツ使用患者数	名	24. 経管栄養の患者数	名
25. 発熱（38.0℃以上）している患者数	名	26. 多量に出血した患者数	名
27. 持続的に強い痛みのある患者数	名	28. 血糖測定・インシュリン注射が必要な患者数	名
29. 医師と共に回診・術後の処置の介助が必要な患者数	名	30. 抗がん剤を投与中の患者数	名

問4. 病棟内の患者さんのADL程度についてお伺いします。

ADLの程度（合計人数が本日のあなたの受け持ちの患者総数になります）		
1. 体動・移動に介助の必要がなく、意思の疎通にも問題のない患者		名
2. 介助すれば椅子やポータブルトイレに移動可能		名
3. 全面介助で床上排泄、意志の表現はでき、移動が必要な時はストレッチャー		名
4. 移動は可能であるが断続的な見当識障害があって目を離せない		名
5. 当面生命の危機はないが、全面介助を必要とし意思疎通困難患者		名
6. 体動不能で全面介助、生命の危機があって1時間ごと以内の観察が必要		名
7. その他の状況で、患者訪室が頻回に必要な患者（どのような状況か具体的にお書き下さい）		名
合 計		名

問5. 本日以下のような看護業務を何件行いましたか。受け持ち外の患者さんも含め、あなた自身が行った業務の総数でお答え下さい。一人の患者さんに数人で関わった場合、それぞれの看護婦がそれぞれ1件と数えてください。行わなかったものは0件とお書き下さい。

1. 食事の全面的介助（20分以内）	件	2. 食事の全面的介助（20分以上）	件
3. 移動の介助（20分以内）	件	4. 移動の介助（20分以上）	件
5. トイレ介助・尿器・便器介助（20分以内）	件	6. トイレ介助・尿器・便器介助（20分以上）	件
7. 清拭・入浴の介助（20分以内）	件	8. 清拭・入浴の介助（20分以上）	件
9. 洗面・口腔ケアの介助	件	10. 体位変換	件
11. 疼痛のコントロール	件	12. 入眠困難な患者への対応	件
13. 抑鬱状態・不安を抱えている患者への対応	件	14. 手術・検査の説明・指導	件
15. 薬品自己管理（内服薬・インシュリンなど）の指導・教育	件	16. 疾病・健康の自己管理に必要な生活指導・教育	件
17. 自宅退院・転院のための調整	件	合 計	
			件

問6. 本日のあなたの勤務での様子についてお伺いします。

1. 問5の看護業務の中で、忙しさのために予定の時刻に行えなかったものがありましたか。

1. なかった 2. あった ←ありましたら (1)その内容を問5の1~17の番号で

(2)どのように対処されたかを下のリストから選び、  
a~cの番号でお答え下さい。

- ・業務内容 ( ) 対処方法 ( )
- ・業務内容 ( ) 対処方法 ( )
- ・業務内容 ( ) 対処方法 ( )
- ・業務内容 ( ) 対処方法 ( )

対処方法リスト

- a. 予定外の時刻であったが自らすべて行った
- b. 予定の時刻に数列できず他のスタッフに依頼した
- c. 半数以上が予定の時刻にできず他のスタッフが行った

2. 急がされ感 (時間指定の指示や業務等で時間に追い立てられる感じ) の程度は

まったく感じなかった \_\_\_\_\_ 非常に感じた

3. 忙しさの程度は

非常にひまだった \_\_\_\_\_ 非常に忙しかった

4. 多忙であったと感じましたか

1. 感じなかった 2. 感じた ←その理由を下記の中からお選び下さい (複数回答可)

- a. 患者の急変や緊急入院があった
- b. 割り振られた業務量自体が多かった
- c. ナースコールが多かった
- d. 医師や他のスタッフとのコミュニケーションがうまく行かなかった
- e. 電話などで業務が中断されることが多かった
- f. 自分の看護計画や手順に不備があった
- g. 新卒スタッフのフォローをする機会が多かった
- h. 同僚スタッフのフォローをする機会が多かった
- i. 会議や研修などで時間をとられた
- j. その他 ( )

5. あなたが受けたナースコールはおおよそどのくらいでしたか

- a. 0~3回    b. 4~6回    c. 7~10回    d. 11~14回    e. 15~20回    f. 21~25回
- g. 25~30回    h. 30回以上

6. 所定通りに休憩はとれましたか

a. 休憩時間 ( 時 分 ~ 時 分)

それは、(1. 所定通りに取れた 2. 所定外であった)

b. 夜勤の場合の休憩の取り方は、

(1. 起きていた 2. 座って目をつぶって休んだ 3. 横になった)

7. 患者さんに十分な看護が提供できましたか

a. かなりできた    b. ある程度できた    c. 少ししかできなかった    d. できなかった

(少ししか) できなかった理由は; ( )

問7. 今のからだの様子についてお伺いします。(該当する場所に立て線を入れてください)

1. 身体の疲労感の程度は

まったく疲れていない \_\_\_\_\_ 非常に疲れている

2. 気疲れ感の程度は

まったくない \_\_\_\_\_ 非常にある

3. 仕事での充実感の程度は

非常に充実している \_\_\_\_\_ 非常に空しい

4. 眠気の程度は

まったく眠たくない \_\_\_\_\_ 非常に眠たい

問8. 与薬業務(内服薬・注射薬投与、輸液ポンプ作業など)で、本日特に注意した点、工夫した点(ミスやニアミスが起きないようにしたことも含めて)がありますか。それは何時頃どのような内容でしたか。

(1. なかった 2. あった) ←ありましたら、a. その時刻、b. 内容をお書きください。

a. 時刻 ( 時頃)

b. 内容

問9. あなた自身が本で行った与薬業務のなかで、「ひやりとしたり、ハットした」と感じたことがありましたか。あった場合はその時刻と件数、原因・内容を場面ごとにお答え下さい。

1. 医師から指示を受けるとき

1. なし 2. あり ←あった場合はその時刻と件数、その内容・原因を下記から選んでお書きください。

時刻 ( 時頃) 件数 ( ) 件 内容・原因 ( )

時刻 ( 時頃) 件数 ( ) 件 内容・原因 ( )

< 内容・原因 >

a. 医師の指示間違いや指示の不十分

b. 医師の字が読みにくい

c. 略語の使用

d. 用量の書き方がまちまち

e. 口頭指示

f. 転記間違い

g. 医師から指示出しの連絡がなかった

h. 指示受けわすれ

i. 指示受け終了サインし忘れ

j. 指示受け中の中断

k. 医師から患者への指示の説明し忘れ・説明不十分

l. 指示に疑問があったが、確認できなかった

m. その他(具体的に)

( )

2. 薬剤を準備するとき

(1) 薬剤を保管場所から取り出すとき

1. なし 2. あり ←あった場合はその時刻と件数、その内容・原因を下記から選んでお書きください。

時刻 ( 時頃) 件数 ( ) 件 内容・原因 ( )

時刻 ( 時頃) 件数 ( ) 件 内容・原因 ( )