

スタッフの患者把握データのうちラベル数の多かったものは、[疾患名・入院理由] [医学的所見] [患者の状態：移動レベル] [患者の状態：症状] [家族の状況] の順であった（表10）。

表10 看護職役割別 患者把握データ [ラベル] 上位20

病棟管理者		データ数	リーダー		データ数	スタッフ		データ数
1	疾患名・入院理由	255	疾患名・入院理由	191	疾患名・入院理由	179		
2	患者の状態：症状	56	医学的所見	67	医学的所見	66		
3	退院の見通し	56	患者の状態：症状	52	患者の状態：移動レベル	48		
4	年齢・年代	50	患者の状態：移動レベル	32	患者の状態：症状	45		
5	事故リスクの予測と対応	49	治療内容：化学療法	30	家族の状況	33		
6	医学的所見	47	診療科名	25	治療内容：手術	32		
7	患者の状態：移動レベル	45	治療内容：手術	25	治療経過	31		
8	入院中の経過	44	入院日・入院後日数	24	日常生活の状況：食事	29		
9	医学的判断	34	治療内容：血糖コントロール	24	年齢・年代	26		
10	治療内容：化学療法	32	日常生活の状況：食事	23	事故リスクの予測と対応	26		
11	治療経過	31	退院の見通し	23	治療内容：化学療法	24		
12	治療方針	29	入院中の経過	22	性別	23		
13	家族の状況	27	事故リスクの予測と対応	22	日常生活の状況：セルフケア	23		
14	入院日・入院後日数	26	性別	21	患者の状態：痛み	22		
15	入院前の経過	25	治療方針	18	患者の状態：ADL	22		
16	患者の状態：精神的	22	入院前の経過	16	退院の見通し	22		
17	手術日・手術後日数	22	医学的判断	16	治療内容：術式	20		
18	日常生活の状況：食事	21	治療内容：術式	16	治療内容：血糖コントロール	20		
19	治療内容：手術	21	治療内容：与薬	16	患者の状態：コーピング	19		
20	診療科名	20	疼痛緩和の方法	16	患者の状態：精神的	18		

看護職役割別病棟別の患者別のデータ数は、図 5-1～3 のとおりであった。

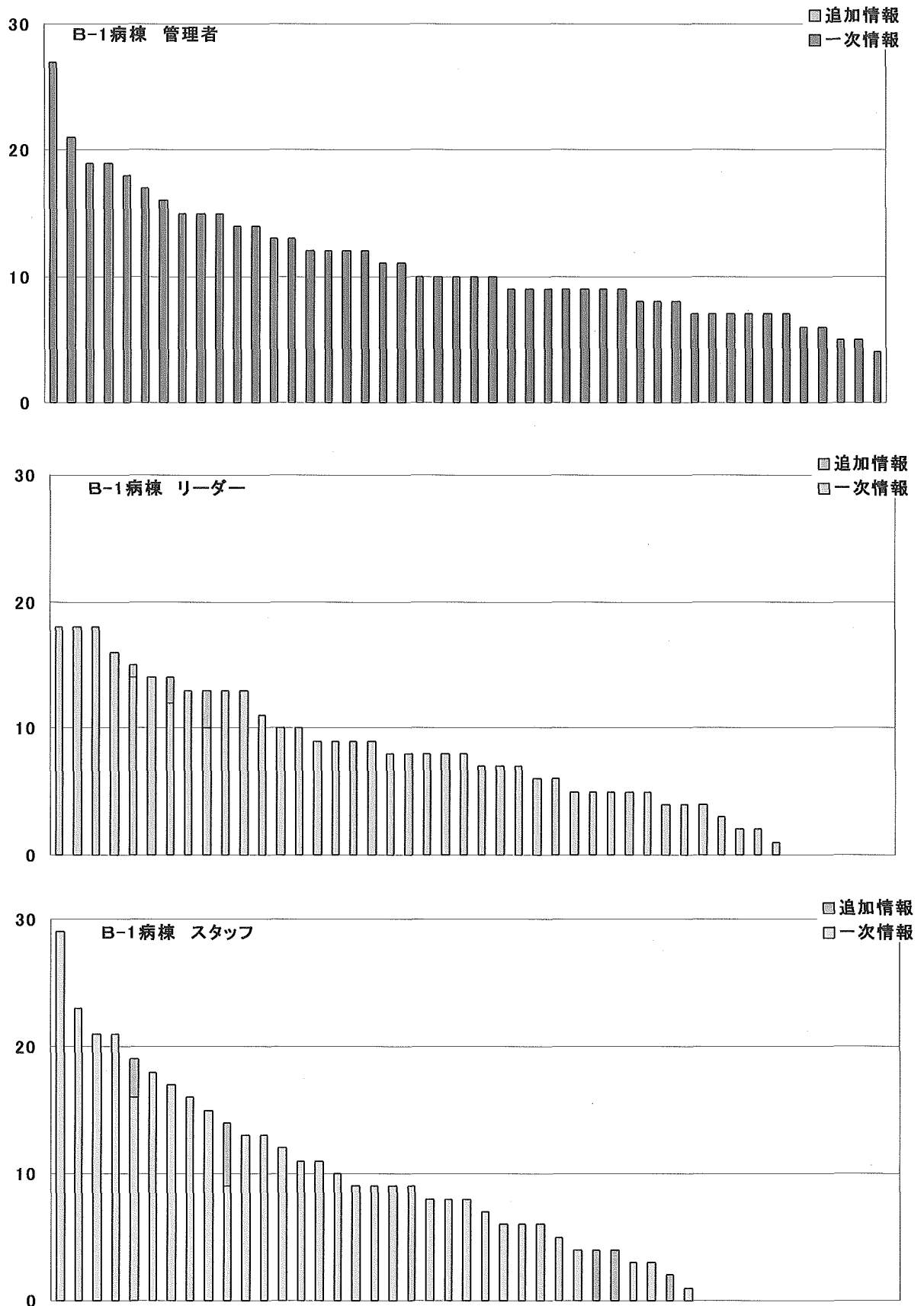


図 5-1 看護職役割別の患者把握データ数 (B-1 病棟)

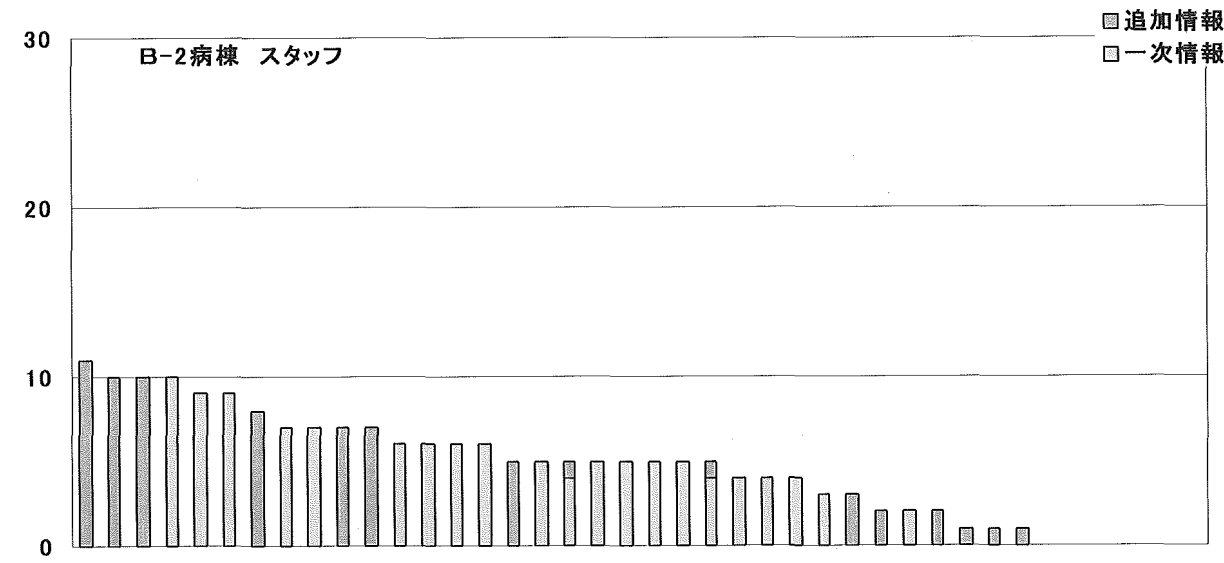
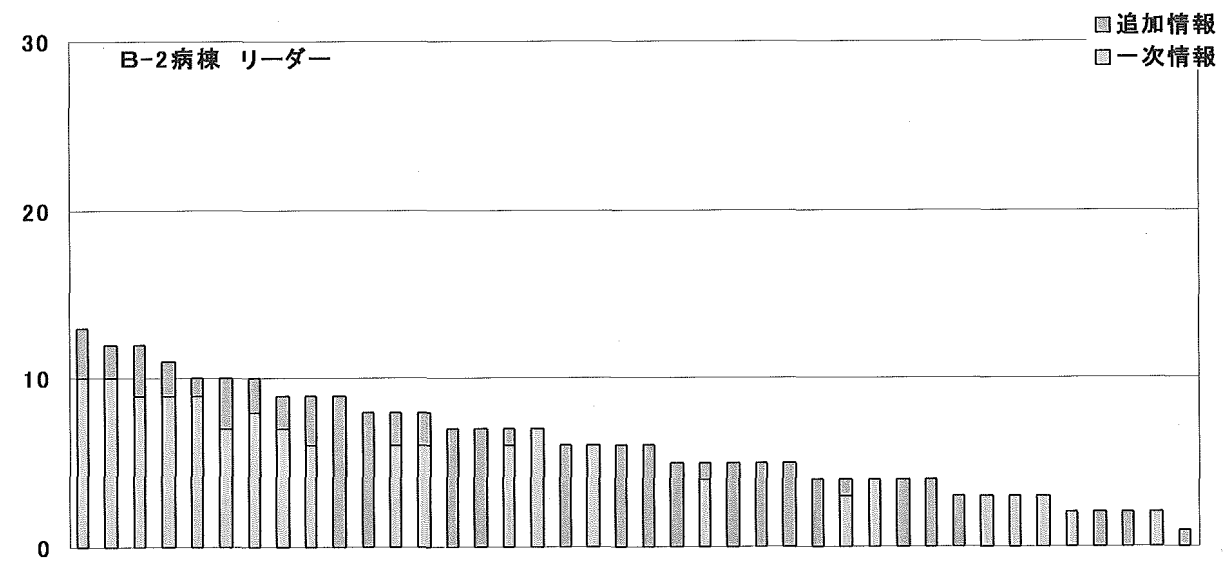
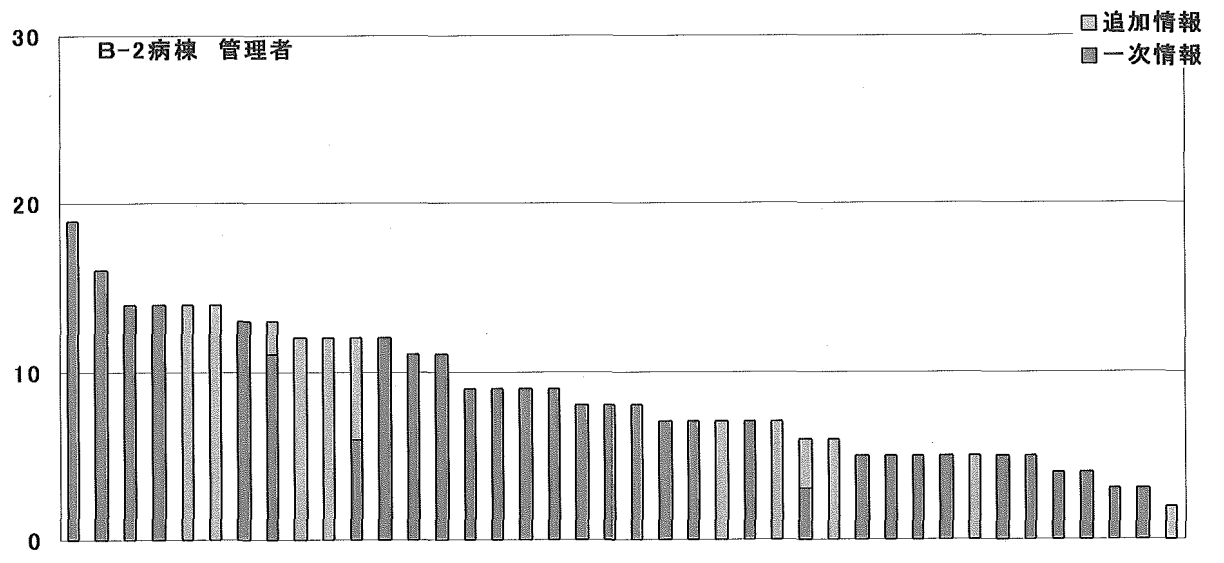


図 5-2 看護職役割割別の患者把握データ数 (B-2 病棟)

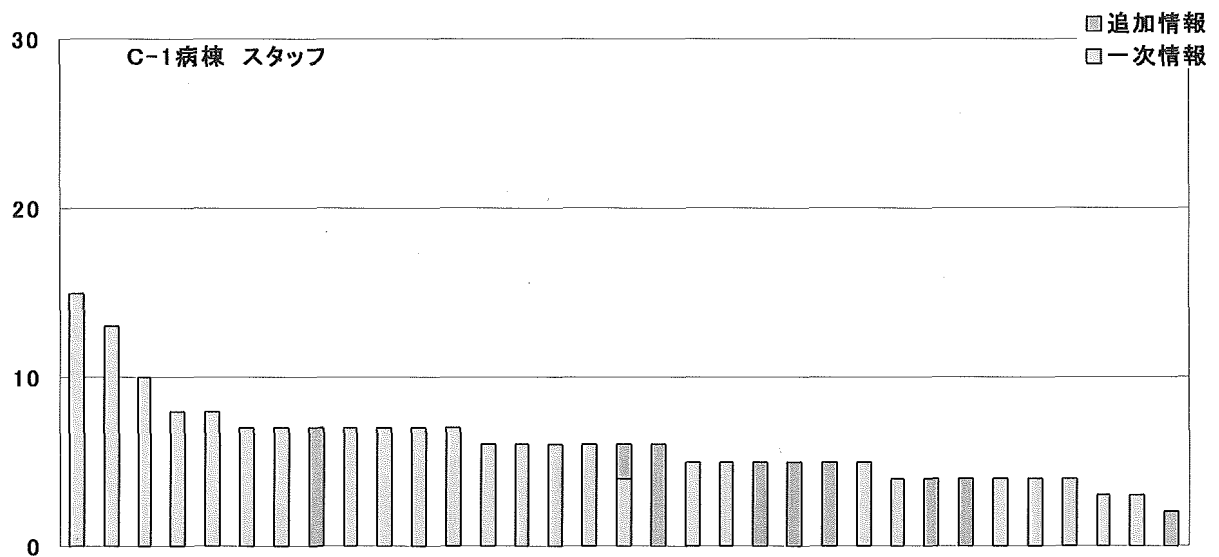
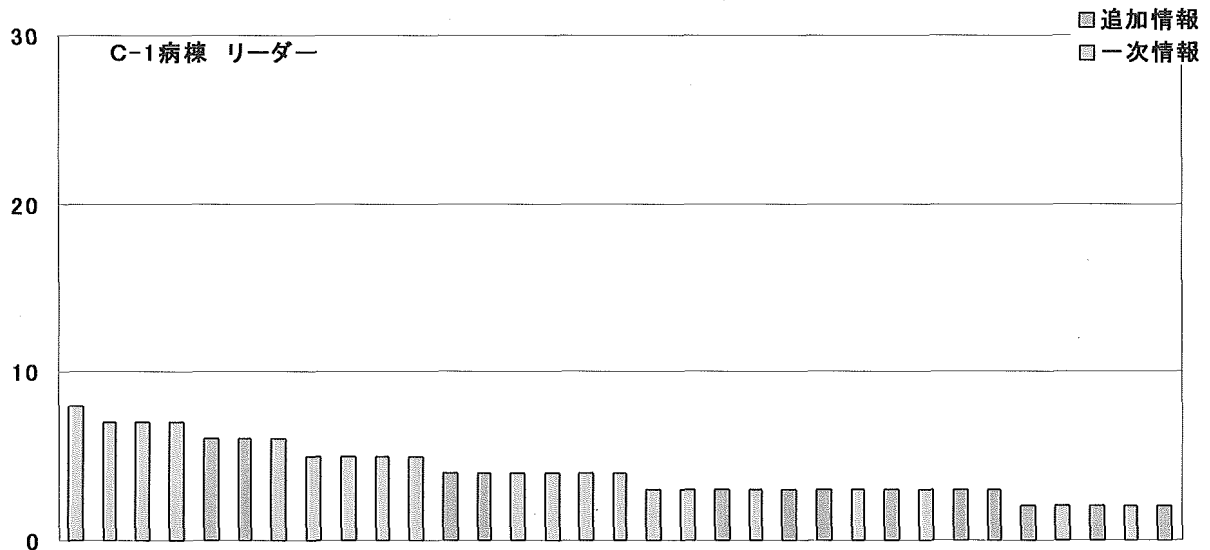
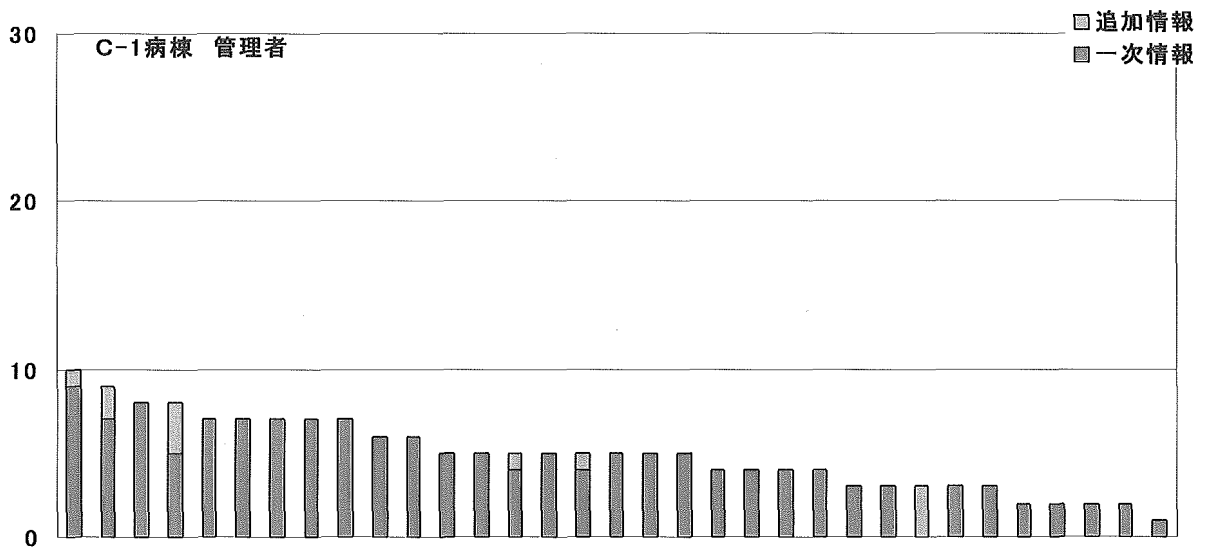


図 5-3 看護職役割別の患者把握データ数 (C-1 病棟)

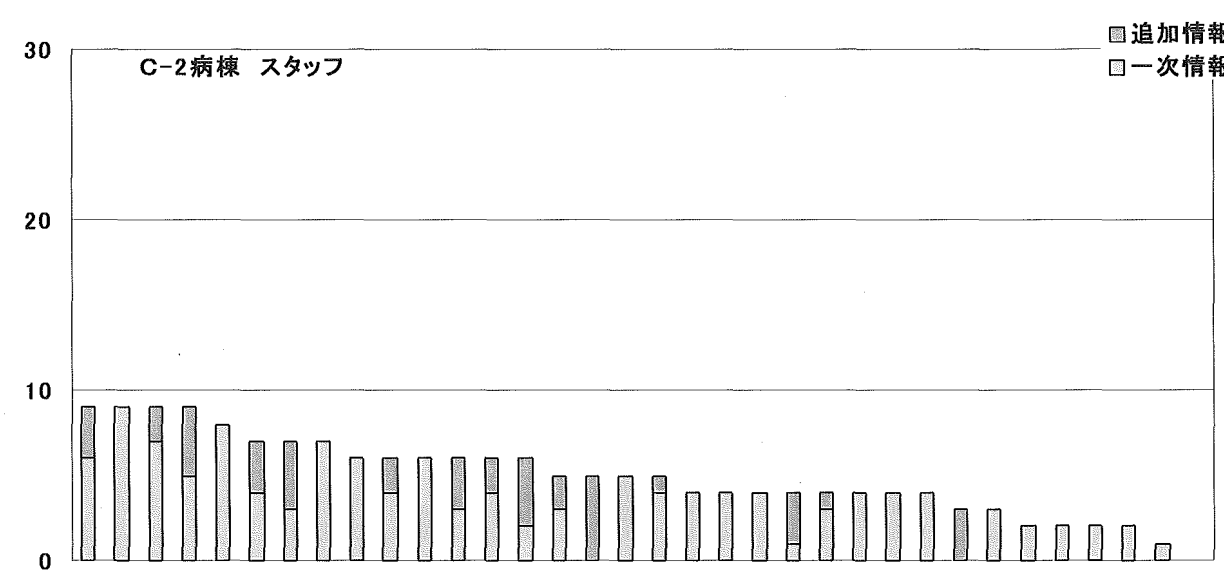
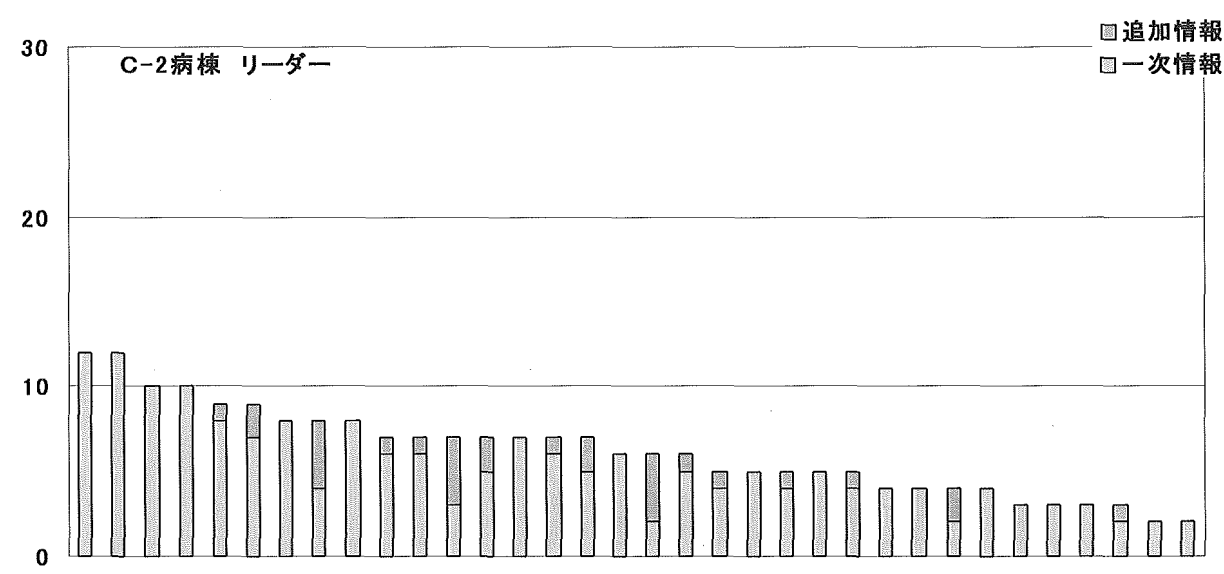
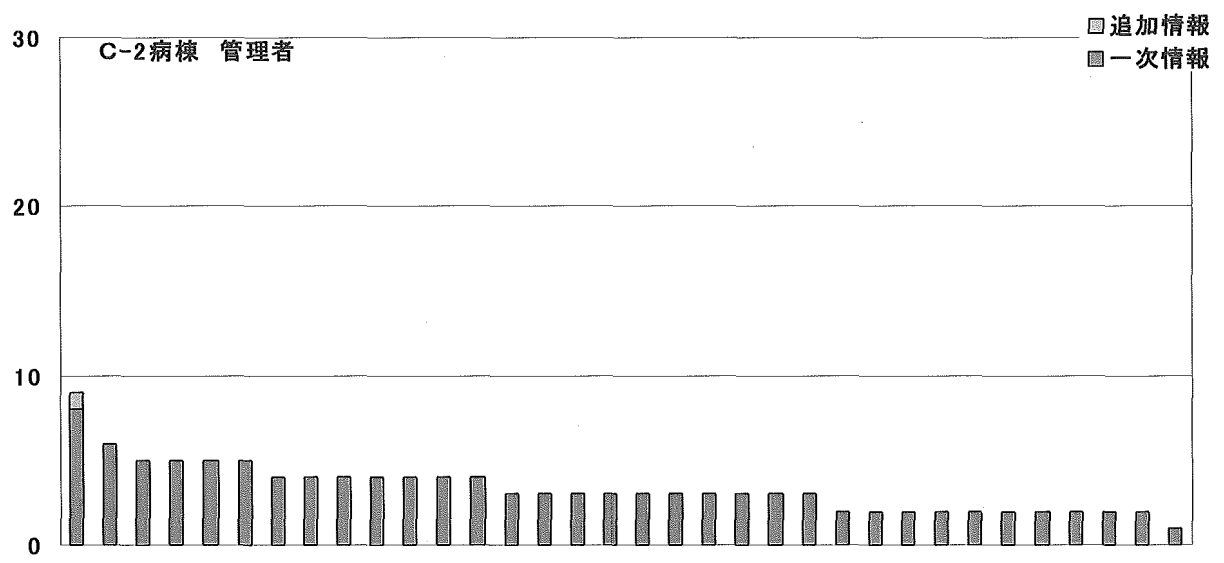


図 5-4 看護職役割別の患者把握データ数 (C-2 病棟)

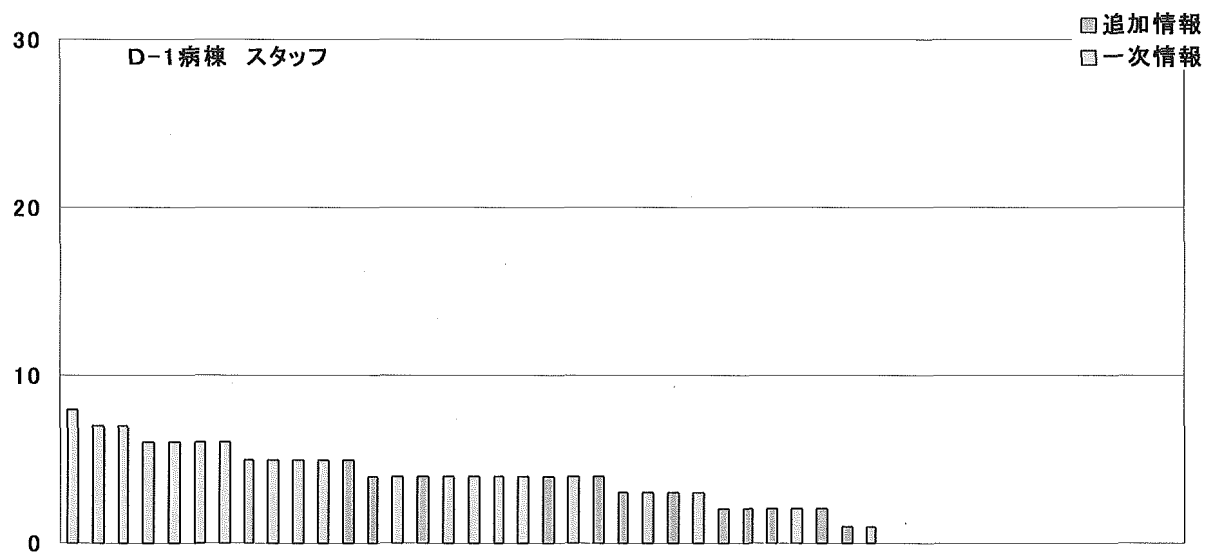
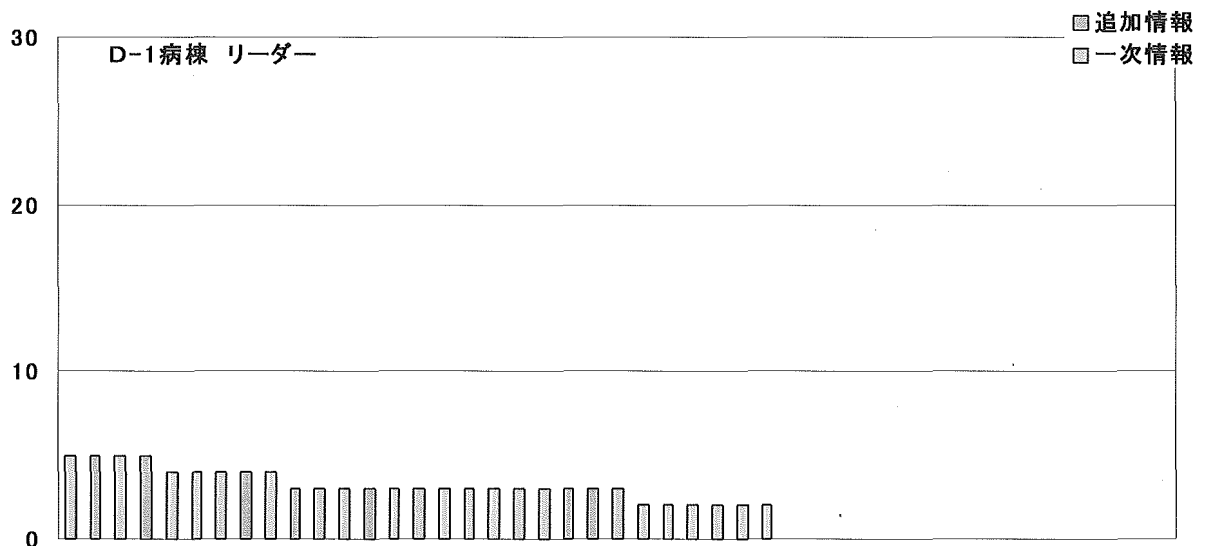
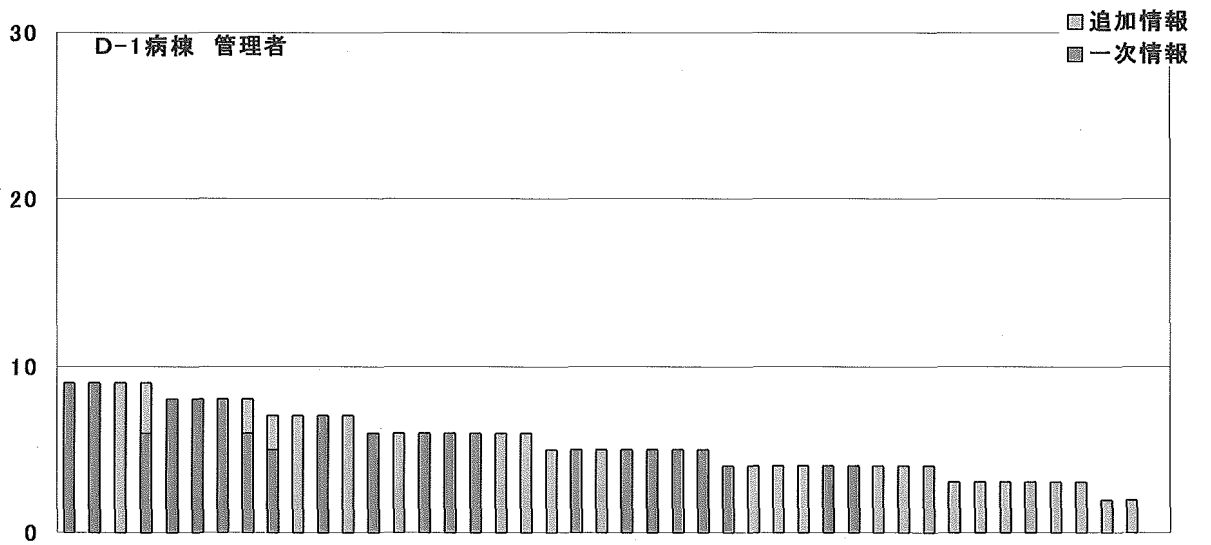


図 5-5 看護職役割別別の患者把握データ数 (D-1 病棟)

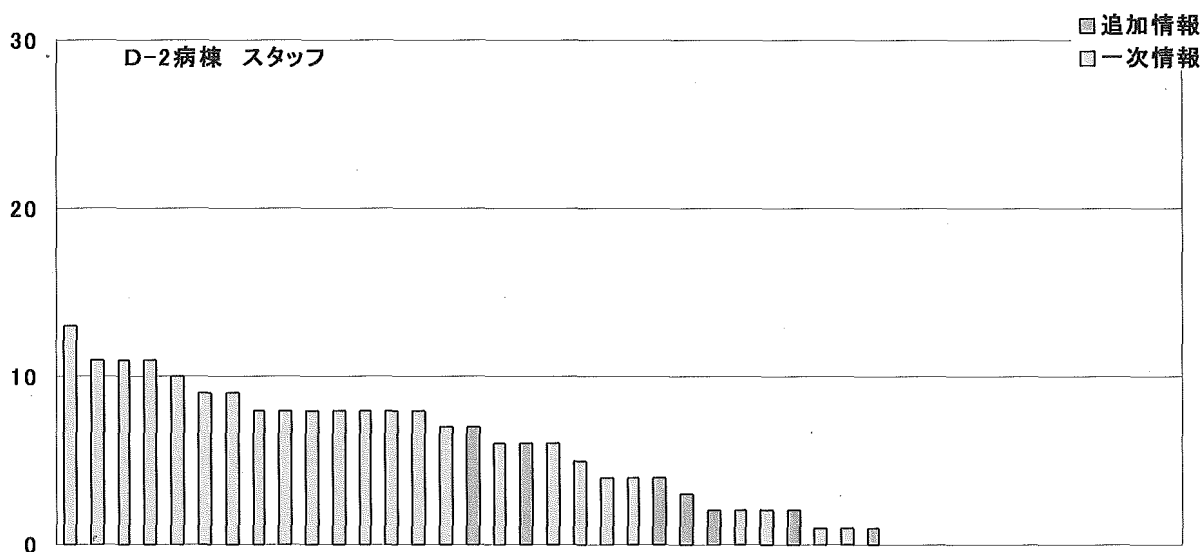
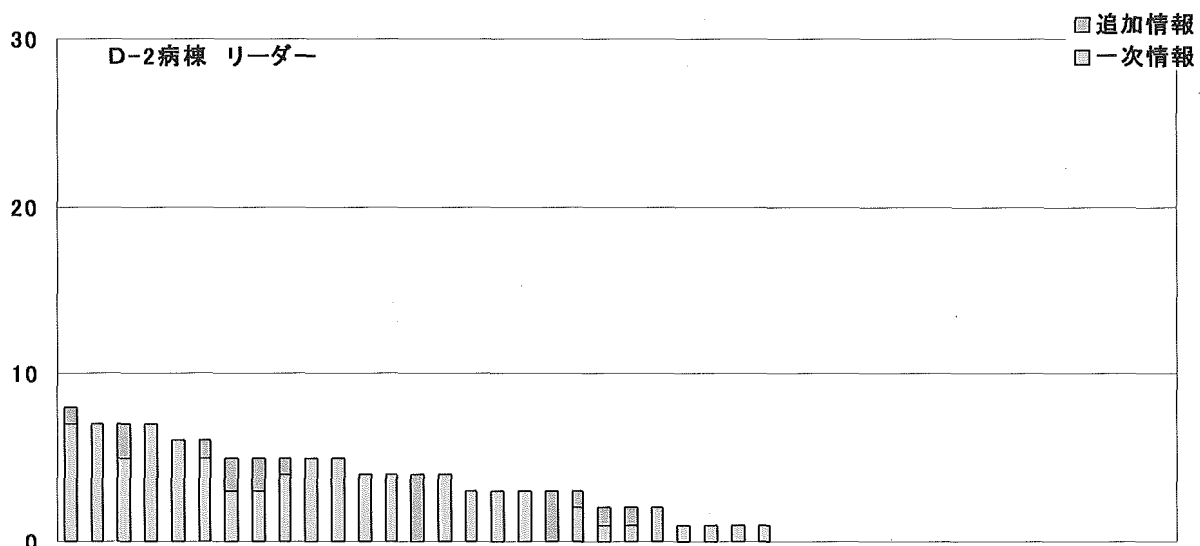
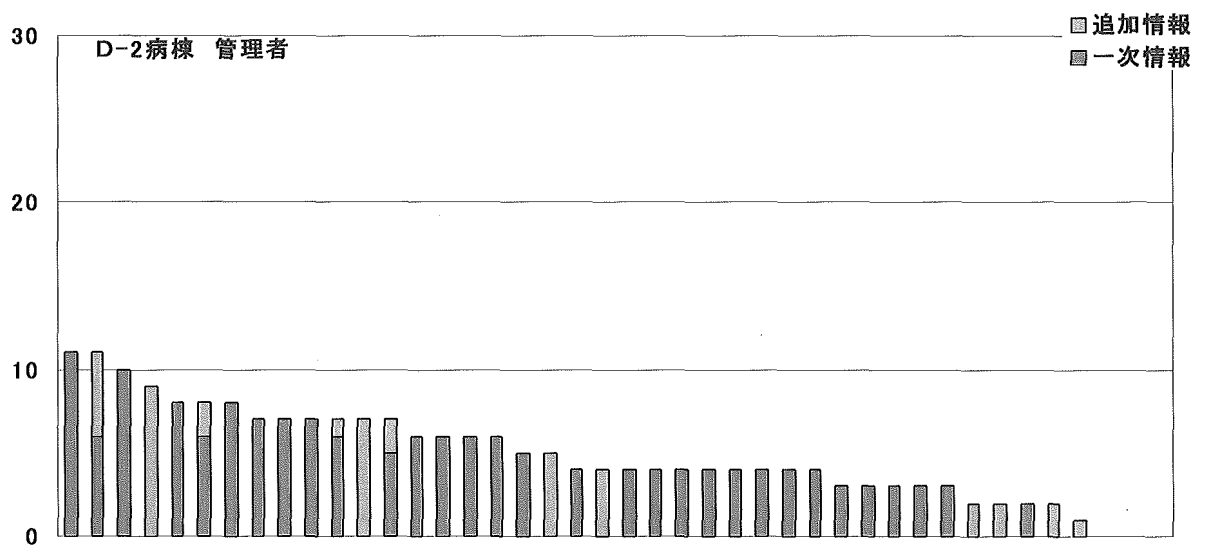


図 5-6 看護職役割別の患者把握データ数 (D-2 病棟)

## 5. リスクのある患者の病床位置

患者把握データのうち、【リスク】についてのデータが2つ以上あった患者は33名(13.6%)であり、病棟別では、B-1病棟11名(23.9%)、B-2病棟11名(27.5%)、C-1病棟0名、C-2病棟3名(8.8%)、D-1病棟4名(8.9%)、D-2病棟4名(9.3%)であった。

当該患者の病床位置は、ナースステーションの出入り口に近い位置や物音の聞こえる距離などとなっていた(図6)。

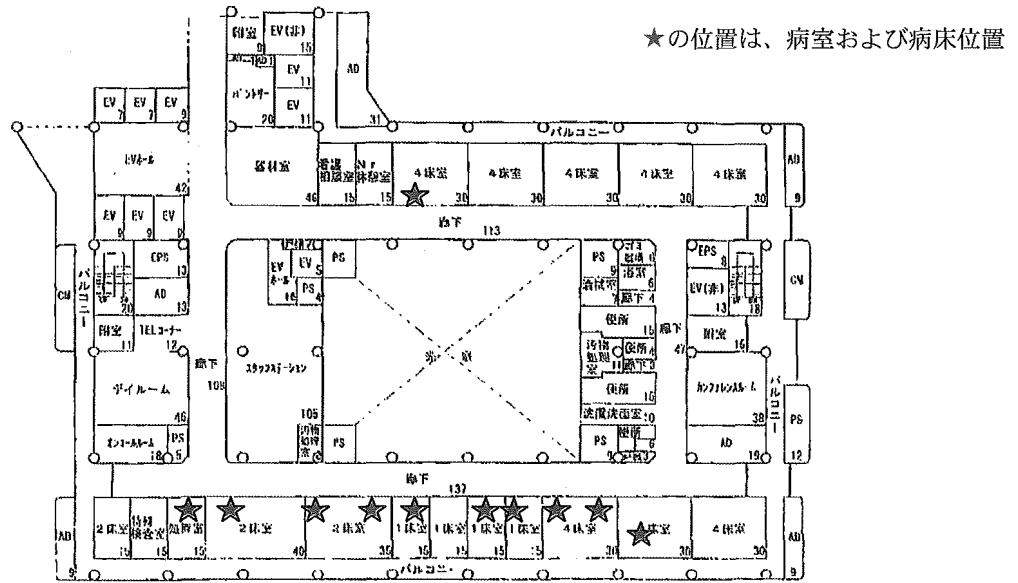


図6-1 リスクのある患者の病床位置①

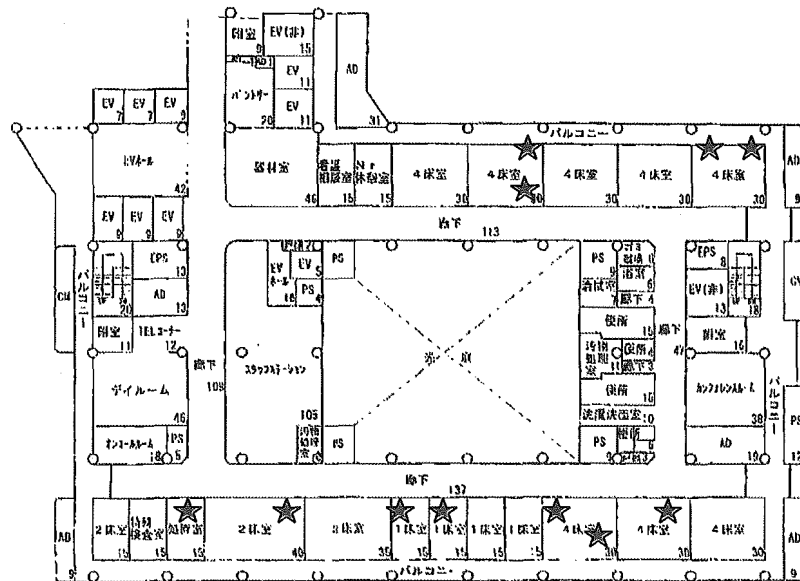


図6-2 リスクのある患者の病床位置②



★の位置は、病室および病床位置

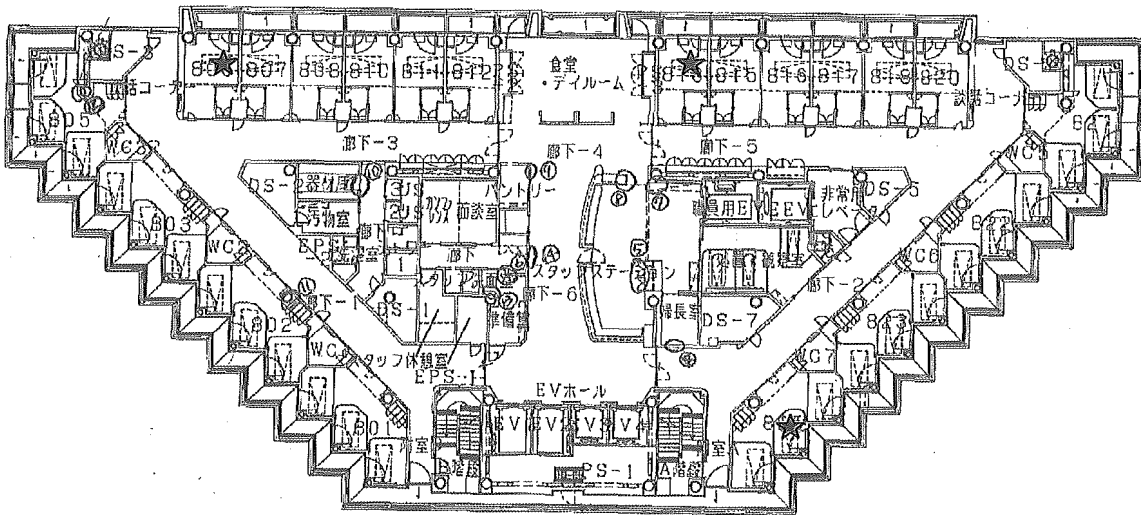


図 6-3 リスクのある患者の病床位置③

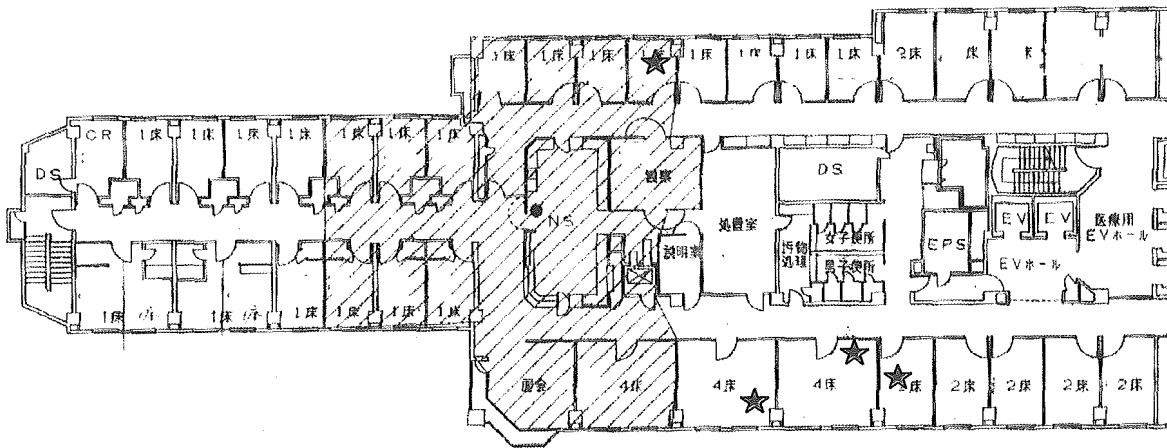


図 6-4 リスクのある患者の病床位置④

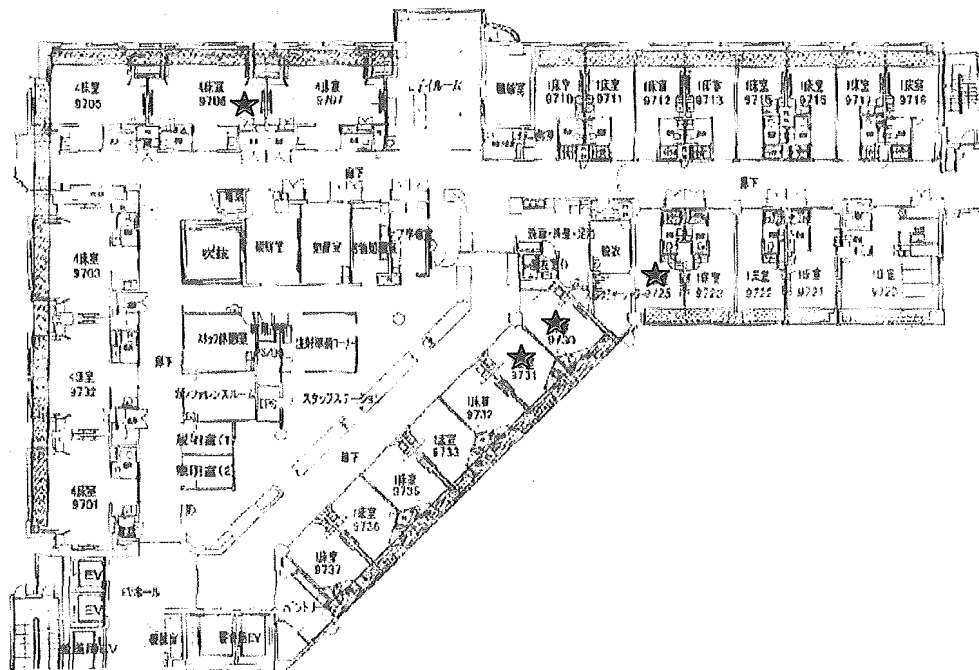


図 6-5 リスクのある患者の病床位置⑤

## 6. 病床位置と患者の特定に関する把握

調査の手法上、メモ等の資料を用いずに回答を得た一次情報と、その後にメモ等をみながら追加情報として回答を得たことによって、患者の入院病床の誤認があった（表 11）。

入院病床の誤認の理由として本人から得た回答は、「ベッド移動があったため記憶が混乱した」「入退院が激しい」「退院した患者の情報を話した」「入院日・疾患名・入院目的がおなじだと混乱する」「病室・病床の構造がおなじなので混乱する」「もともと病室名・病床位置では患者を把握していない」などであった。

入院病床の誤認があった病床位置は、図 7 のとおりであった。

表 11 患者の入院病床の誤認の状況 (%)

	n = 実在患者数	管理者	リーダー	スタッフ	計
B-1	n = 46	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (2.2)	2 (4.3)
B-2	n = 40	11 (27.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	15 (37.5)
C-1	n = 34	2 (5.9)	1 (2.9)	1 (2.9)	4 (11.8)
C-2	n = 34	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	2 (5.9)
D-1	n = 45	7 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (15.6)
D-2	n = 43	0 (0.0)	3 (7.0)	0 (0.0)	3 (7.0)

★の位置は、病室および病床位置

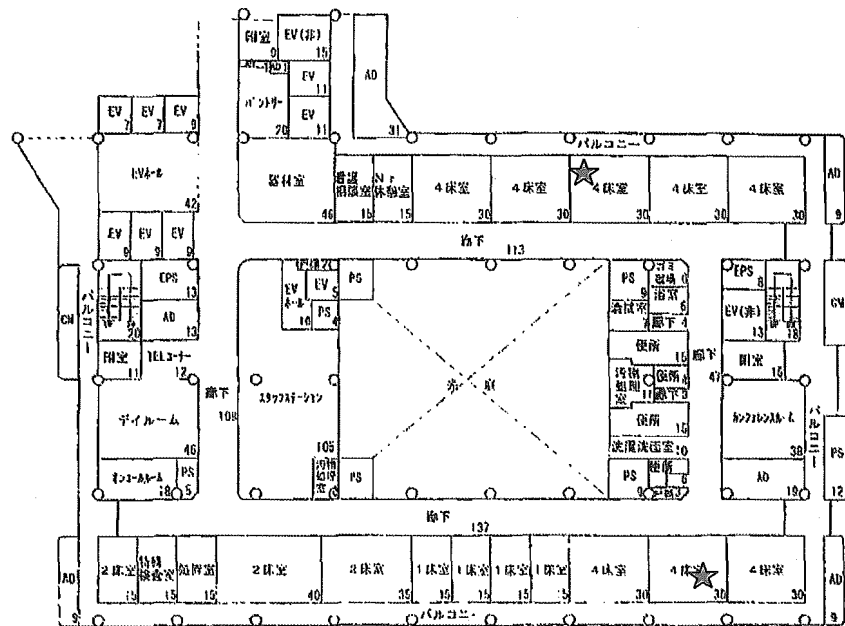


図 7-1 入院病床の誤認があった病床位置①

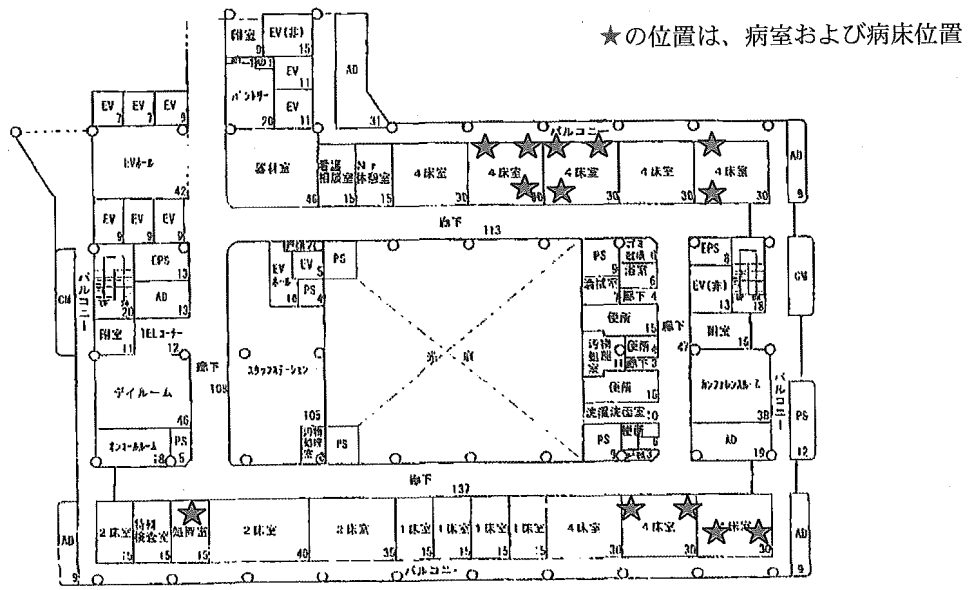


図 7-2 入院病床の誤認があった病床位置②

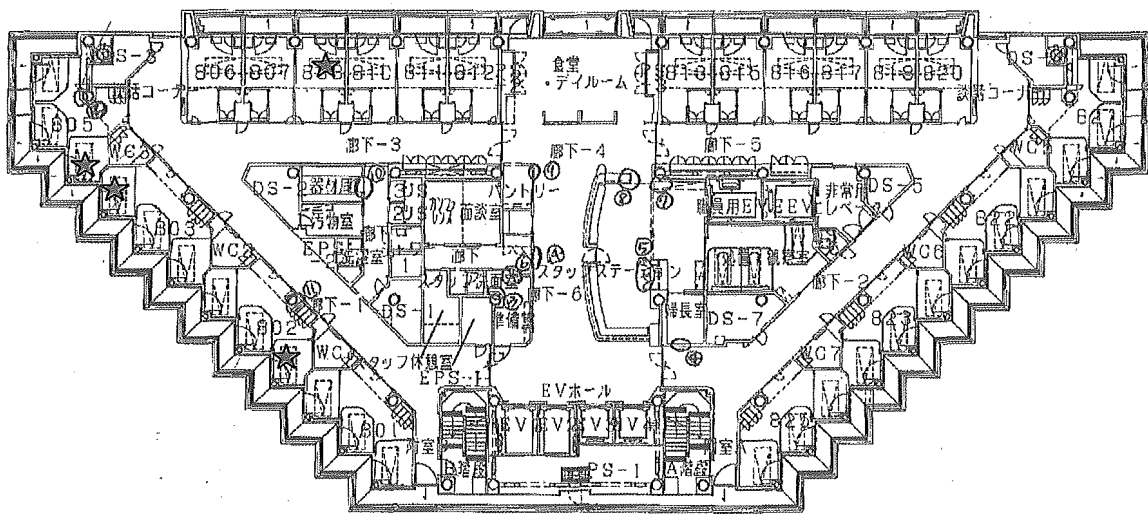


図 7-3 入院病床の誤認があった病床位置③



## 7. 安全管理のために把握している内容や対応

安全管理のために把握している内容や対応として、ベッド周囲の配慮、廊下やトイレの配慮、患者誤認防止のための対応、離床センサー等の設置、転倒予防策、病床管理運営上の配慮、職員への注意喚起などが挙げられた（表12）。

表12 安全管理のために把握している内容や対応

<p>ベッドまわりのコンセントの配置に気をつけている。感染の意味からもコードを下に置くことは指摘している。その他、ベッドサイドの尿器の位置、ゴミ箱の位置も気にしている。ベッドサイドの瀬戸物、めがね、食器などの危険物除去や環境整備を行う。ものが多ければ、家族に整理してもらう。コード類、チューブ類の固定や接続を確認する。輸液ポンプや点滴ルートなどはできるだけシンプルにする。ゴミは感染の原因になるので気をつける。ベッドの位置、移動しやすさを考慮する。たとえば、ドレーン等が入っている患者のライントラブルや麻痺がある患者が移動しやすいように配慮する。足下に滑り止めマットを敷く。</p>	<p>ベッド周囲の配慮</p>
<p>一番は環境整備。廊下に出ているポータブルや車椅子を収納すること。</p>	<p>廊下の配慮</p>
<p>トイレの整理整頓</p>	<p>トイレの配慮</p>
<p>患者誤認防止のため、リストバンドをつけているか気をつける。点滴や与薬の際に確認する。同姓同名患者や間違いやすい名前前の患者は病室を離す。</p>	<p>患者誤認防止のための対応</p>
<p>離床センサー使用者は、ナースステーション内のナースコールボードに表示し、コールが鳴ったらすぐに訪室する。HRモニターを利用して意図的にアラーム設定を下げて患者の体動を感知させている。</p>	<p>離床センサー等の設置</p>
<p>高齢者に注意する。患者が入院してきた時点で、どれくらいの安静度なのか、歩行状態などを査定して大丈夫だと思ったよりも少し低めに設定して対応する。既往症や、ステロイドの大量投与は筋力低下があるので履き物の変更をすすめる。病院内の統一の転倒の対応策にのっとる。ベッド柵は原則2本で歩行状態が危ないとか、安静の指示が守れないということがあった場合にふやす。</p>	<p>転倒予防策</p>
<p>必要に応じて観察室に移動させる。転倒・転落の危険がある方は、なるべくスタッフステーションの近くの部屋する。部屋毎にADLの介助が必要な部屋と、頻回に訪室する部屋とその他の部屋にわけている。治療内容や患者の状態によって病室をわける。易感染状態の患者と感染症のある患者はわける。</p>	<p>病床管理運営上の配慮</p>
<p>院内感染、手洗いの徹底。感染症保有者は毎朝確認する。転倒リスクのある方に関しては朝のミーティングの時に全スタッフに注意を促す。同姓者を毎朝確認する。経験の少ないスタッフやエラーを起こしやすいスタッフについては、点滴や与薬などのひとつひとつをチェックする。</p>	<p>職員の注意喚起</p>

## D. 考察

### 1. 看護職の患者把握の構造

本研究では、看護職の患者把握とは、看護職が業務を行う上で記憶としてストックしている患者情報であると定義し、その内容を探求した。調査の結果、看護職の患者把握の内容は、【患者の背景】【患者の状態】【家族の情報】【医療情報】【治療内容】【看護情報】【管理情報】【リスク】の8カテゴリーを構成した。

もっともデータ数の多かったものは、【医療情報】であり、全データの29.4%を占めた。次いで【患者の状態】24.6%、【治療内容】20.3%、【患者の背景】8.8%、【看護情報】7.4%、【リスク】4.4%、【家族の情報】2.7%、【管理情報】2.4%の順であった。

把握内容の実態から考察すると、患者把握は、①看護実践、②判断、③ケアや治療の評価、④患者管理などを目的に行われていると考えられる。【医療情報】や【治療内容】のデータが多かったことは、「看護実践」の中でも保健師助産師看護師法の看護師の業務に規定される「診療の補助」に関する把握が多いことを示しているとともに必須の情報であるといえる。そして、【医療情報】や【治療内容】が患者把握の内容として第一に述べられた内容であったことから、患者把握の基本となっていると考えられる。【患者の状態】【看護情報】は「療養の世話」に関する実践のために必要となる情報である。「判断」を目的とした把握は、主に転倒予防や事故防止のためのアセスメントなどの【リスク】に関する把握であり、「ケアや治療の評価」を目的とした把握には、【医療情報】【患者の状態】【看護情報】などに含まれる内容があった。「患者管理」を目的とした把握として【管理情報】があり、これには患者の動態、病床位置、療養環境の選択などが含まれていた。

患者把握の内容をみると、その日の患者の状態把握のために必要な検査データや処方量など短期的な記憶として把握され、当日のメモなどに記録し確認したりしながら用いられる情報と、日常生活の援助、療養の継続や家族看護の提供のために必要となる長期的な記憶として蓄積され、把握される情報があると考えられる。そこで、記憶という情報のストックと記録などの記憶を補完する情報を併用した把握の方法を検討していく必要がある、カルテ、電子カルテ、情報ボードなど、患者把握のためのさまざまな情報源をどのように活用するか探求する必要がある。

### 2. 看護職の患者把握の量

各対象者から得られたデータ数は、ばらつきがあったが、これを当該病棟の平均在院日数および病床数に照らして、下記の式を用いて一患者につき入院一日あたりの把握データ数( $d$ )として比較すると、その差はほとんどなかった(表13)。

$$d = \text{データ数} / \text{実在患者数} / \text{平均在院日数}$$

これは、看護職の患者把握の総量に一定量があることを示唆しており、平均在院日数がさらに短縮し、一ヶ月あたりの患者数が増えれば、一患者あたりの把握量が減る可能性がある。平均在院日数は、今後さらに短縮化することが予測されたため、看護サービスの質を保証し患者の安全を守るために、最低限必要な患者把握のあり方を抽出していくことが重要となる。

また、今回の調査のデータの中において、調査当日の緊急入院患者についての把握は「いま、〇〇科の急患の男性がはいった」などのように、【診療科】と【性別】についての患者把握からはじまった。看護職の患者把握内容は経時的に増加するのは明らかであり、入院が長期となれば、

表 13 病棟別一患者あたりのデータ数比較

n = 実在患者数		平均在院日数	データ数	一患者一日あたりの把握データ数
B-1	n = 46	32	1235	0.8
B-2	n = 40	17	778	1.1
C-1	n = 34	22	497	0.7
C-2	n = 34	14	492	1.0
D-1	n = 45	14	460	0.7
D-2	n = 43	14	505	0.8

把握の量は増えることになる。また、採用する看護方式によって患者を担当するチームを分け手いる場合、その担当が異なるとリーダー、スタッフの看護職の中には、当該病棟内に入院中の患者についての把握データがなく、氏名や顔などについてもわからないこともあったが、入院が長期になることによって他チームでもその患者を把握するようになり、そのことが平均在院日数の長い病棟における把握量の増加につながっている。

本調査においてもっとも平均在院日数が長かったB-1病棟と平均在院日数が短く実在患者数の少なかったC-2病棟の患者把握の内容と量について検討した結果では、【患者の状態】【家族の情報】は、平均在院日数の長いB-1病棟に多く、【医療情報】【治療内容】は平均在院日数の短いC-2病棟が多かった(表 14)。つまり、平均在院日数の短い病棟では【医療情報】等の比率が高くなり、平均在院日数の長期化にともなって【患者の状態】等の把握が増えることにより相対的に【医療情報】等の割合が低くなっていると考えられる。

このことから看護職の患者把握は【医療情報】が優先されていることが示唆された。

表 14 平均在院日数の異なる病棟の患者把握

	B-1	C-2	
患者数	46	34	
患者の背景	119 (9.6)	56 (11.3)	
患者の状態	321 (26.0)	64 (12.9)	**
家族の情報	37 (3.0)	1 (0.2)	**
医療情報	359 (29.1)	171 (34.4)	*
治療内容	206 (16.7)	133 (26.8)	**
看護情報	102 (8.3)	48 (9.7)	
管理情報	23 (1.9)	3 (0.6)	
リスク	68 (5.5)	16 (3.2)	
計	1235 (100.0)	497 (100.0)	

\* ; p<.05 , \*\* ; p<.001

### 3. 看護職の役割による患者把握の違い

本研究では、看護職の役割によって患者把握の内容に違いがあるのではないかという仮説をもとに調査を行った。

結果、管理者は患者把握のうち【管理情報】がリーダーおよびスタッフに比べて多く、患者把

握全体の量も、リーダーおよびスタッフに比べて多いことが明らかとなった。管理者は、病棟全体を管理する役割あり、また日勤中心の勤務形態であることが、病棟全体を把握することとなり経過の把握がしやすい状況にあるためと考えられる。一方で、今回の調査対象のすべての病棟の看護提供方式が病棟内の患者を複数のチームに分け、同時に看護職も複数のチームに分割して看護サービスの提供を行っていたため、各リーダーおよびスタッフは、日常の勤務においては自分の所属するチーム内の患者を中心に把握をするため把握の内容に違いがあった。具体的な治療内容、当日の検査データなどは、リーダーやスタッフの方が多く把握されており、役割と業務の分担ができていない結果であると考えられる。

リーダーとスタッフの患者把握は、内容・量ともに明らかな差は見いだせなかった。これは、日常の勤務においてリーダーとスタッフの両方の役割を交代で行っているためであると考えられ、むしろ、看護職としての経験(熟練度)と患者把握の状況に違いがあるのではないかと考えられた。

看護職の患者把握の量の基準量が見いだせるのであれば、当該病棟の患者数に応じて必要数の看護職の配置を行うことで患者の安全に寄与することが可能であると考えられる。しかし、本研究で明らかにした管理者の患者把握の内容は多岐にわたり、その量もリーダーやスタッフに比べて多かった。つまり、管理者もその役割に応じた患者把握を行っている。本調査は、「患者把握」の内容のみをデータとして収集したが、管理者は「患者把握」以外にも管轄下の看護職の把握や病棟運営のための把握など他の管理情報についても把握の必要がある。これらのことを勘案すると、病床規模は管理者の「把握」の内容と量によって制約されるため、適正な病床規模の推計が必要となる。

#### 4. 患者の療養生活の安全対策

患者の療養生活の安全のための患者把握の内容として、転倒・転落などの事故に関連した「事故：転倒の経験」「事故リスクの予測」「事故リスクの予測と対応」や患者の状態の急変の可能性のリスクを含む「リスクの予測と対応」、および「感染症」などがあった。

【リスク】の情報を把握されていた患者は、複数の看護職に認識されており、データが2つ以上あった患者は33名で13.6%であった。この【リスク】の把握の比率が、入院患者に対する事故リスクの高い患者の割合として妥当かどうかは、今後、調査をつづける必要がある。

リスクの高い患者に対する対策としては、病棟全体で共通認識を持つために「申し送りの際に全体に注意を促す」「離床センサーやモニター等の装着患者は印をつける」「リスクの高い患者の病床の位置は、ナースステーションの出入り口に近い位置や物音の聞こえる距離に配置する」などの対応をしていた。

#### 5. 病床位置と患者の特定に関する把握

今回の調査において、看護職の患者把握のなかに患者の入院病床の誤認が認められた。

患者の入院病床の誤認の理由として、本研究では、調査の手法上、病室と病床位置により患者を特定し、メモ等の資料を用いずに回答を得た一次情報と、その後にメモ等をみながら追加情報として回答を得たことによることが考えられた。当初、患者把握の方法として、病室と病床位置によって把握することが少なくないと考えていたが、当該病棟の看護提供方式や病棟構造によって、病室と病床位置による患者の特定を行っていないことが考えられた。



また、病棟内の入退院やベッド移動が激しい病棟は患者の入院病床の誤認の比率が高かった。

その他、入院病床を誤認した病床位置は、おなじタイプの病室が続いていて病床位置として目立った特徴がない病床であり、一方で病棟内の角部屋などの特徴的な病床では誤認がなかったことから、類似的構造を持つ病棟・病床は患者の入院病床の誤認に影響を及ぼすと考えられた。

また、電子カルテの導入や申し送りの廃止によって、病室や病床位置の順に患者の申し送りを行うこともなくなっていることもその要因として考えられた。

## E. 結論

- 1) 看護職の患者把握の内容は、【患者の背景】【患者の状態】【家族の情報】【医療情報】【治療内容】【看護情報】【管理情報】【リスク】の8カテゴリーを構成した。
- 2) 看護職の患者把握のうち、最も多く把握されていたのは【医療情報】であった。
- 3) 看護職の患者把握の量は、病床規模・平均在院日数によりばらつきがあったが、一患者につき一入院日あたりの量はほとんど変わらなかった。
- 4) 看護職の役割別にみた患者把握の内容は、【患者の状態】はスタッフの把握量が多く、【管理情報】は管理者の把握量が多かった。
- 5) 患者の療養環境の安全に寄与する病床規模を検討する上では、リーダーやスタッフの患者把握の量よりも、病床規模は管理者の「把握」の内容と量によって制約される。
- 6) 患者把握の方法として、病室と病床位置は患者の特定と関連すると考えていたが、当該病棟で採用している看護提供方式や電子カルテの導入、申し送りの廃止などによって、病室と病床位置による患者の特定をおこなうことが少なくなっていた。  
患者の入院病床の誤認の理由として、入退院やベッド移動の激しさ、特徴がなく類似的構造を持つ病床などが考えられた。
- 7) 患者の療養環境の安全のための対策として、ベッド周囲の配慮、転倒予防策、離床センサー等の設置、病床運営上の配慮などが挙げられ、リスクの高い患者の病床の位置は、ナースステーションの出入り口に近い位置や物音の聞こえる距離などとなっていた。

## F. 健康危険情報

(省略)

## G. 研究発表

未

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究協力者 : 青森県立保健大学 講師 鄭 佳紅  
青森県立中央病院 看護師 村上 成明  
兵庫県立成人病センター看護師 大塚奈央子

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版年	ページ
なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし	なし	なし	なし	なし	なし