

	<p>3) 調理後の食品の適切な保管・取り扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・床面からの跳ね水等による汚染防止のため、床面から 60cm 以下には食品並びに移動性の調理器具、容器などは置かない。</li> <li>・調理後直ちに提供される食品以外の食品は病原菌の増殖を抑制するために、10℃以下又は 65℃以上で管理する。</li> <li>・加熱調理後の食品の冷却、非加熱調理食品の保管は清潔な場所で行い、衛生的な容器にふたをして保存する。</li> <li>・調理後の食品は、調理終了後から 2 時間以内に喫食する。検査などで食事時間が遅れる場合は、食待ち食（遅食）などで対応する。</li> <li>・食待ち食は常温保管可能なものにする。</li> </ul>
⑥運搬過程の不備	<p>1) 適切な配食車・運搬車の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・提供する食事の配送する運搬車や配膳車は密閉されたもの、保冷又は保温設備のあるものを用いる。</li> </ul> <p>2) 適切な運搬経路</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運搬車や、配膳車の通路は汚水溜、動物飼育場、廃棄物集積場など不潔な場所は避ける。また、昆虫などの発生していない場所を通る</li> </ul> <p>3) 運搬車の管理、環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟などで運搬車や、配膳車を一時停溜しておく場合は衛生管理的配慮をする。</li> <li>・配膳室や患者食堂がある場合は、その室の清掃・整理整頓や、室の温度・湿度の管理を十分に行う。</li> <li>・配膳と下膳はできるだけ同じ運搬車、配膳車ではなく専用のもとし、使用後は速やかに清掃する。</li> </ul>
⑦廃棄物の管理不備	<p>1) 廃棄物は専用の容器に入れ、調理場外に保管する。</p> <p>2) 保管場所は廃棄物搬出後、清掃を行い、害虫などが発生しないよう清潔に保つ。</p> <p>3) 厨芥や残飯は臭いや、液体が漏れないように速やかに処理し、非汚染作業区域には持ち込まない。</p>

《文献・資料》

- 1) 食品保健研究会 編集：食品衛生の手引，新日本法規
- 2) 大量調理施設衛生管理マニュアル 平成 9 年 3 月 24 日 厚生省生活衛生局策定
- 3) 食品中の残留農薬検査結果の公表について 平成 16 年 6 月 21 日 厚生労働省医薬食品局食品安全部基準審査課

5. 情報伝達エラー

1) 患者の取り違え

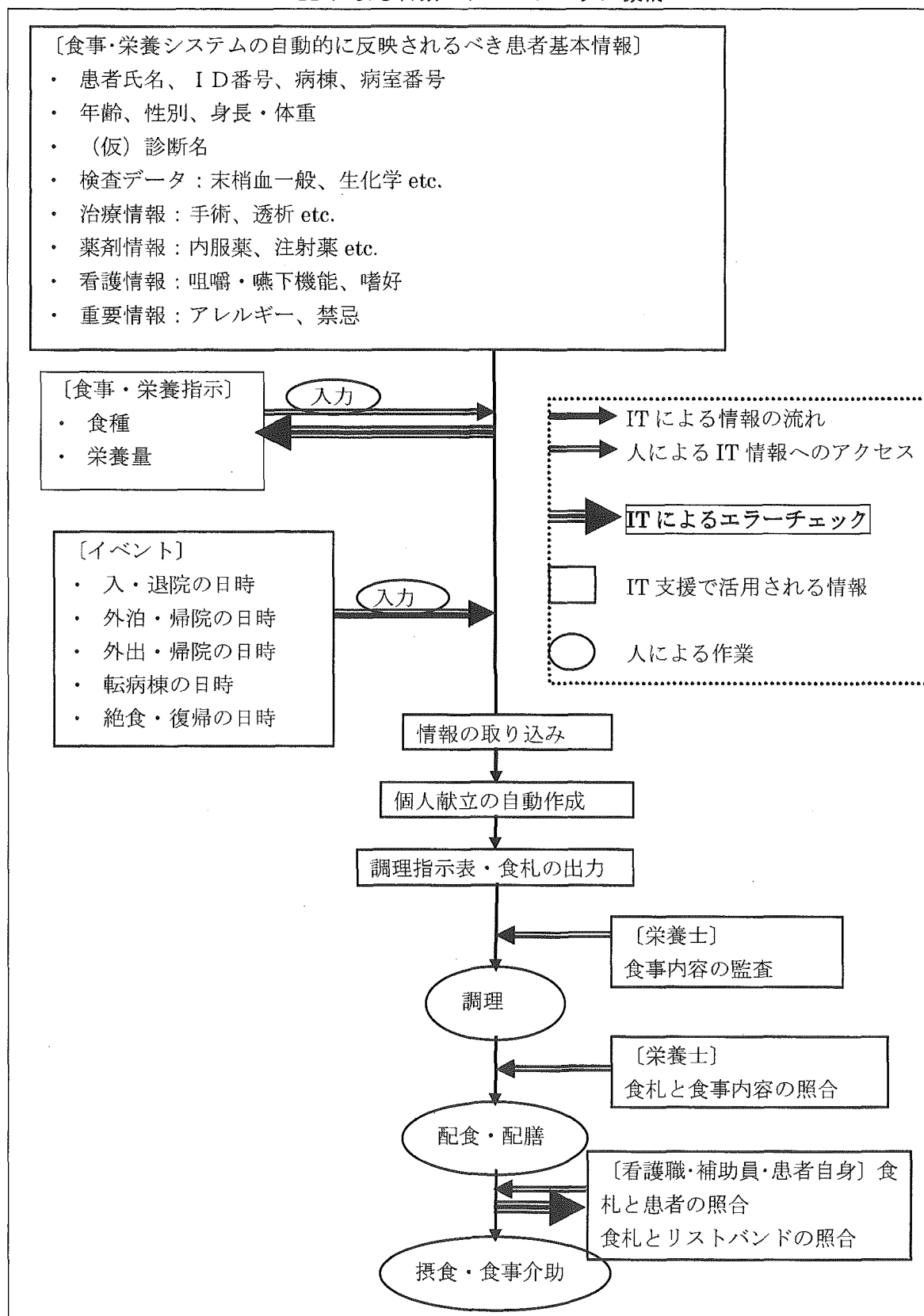
主な要因 *エビデンス	エビデンスに基づく対策
①通常の情報伝達システムの未整備	① IT による食事オーダーシステムを構築するのが望ましい。 ② IT システムがない場合、伝票での伝達になるが 必要項目を明確に記載する。 ③ 食事オーダー締め切り時間後の対応について ルールを作成する。
②患者確認方法の未整備	① 同姓同名患者や、同じ病棟内に同姓患者がいる ことの注意喚起が表示されるシステムを構築 する。 ② 配食時の名前の確認 ・食堂喫食の場合はリストバンドなどで確認 ・手渡す時にフルネームを読み上げ確認する。 ・病室喫食の場合はベッド上の名前を確認する。 ③ 食札は下膳するまで外さない。

2) 食事の種類・形状・量・内容・頻度・速度等の間違い

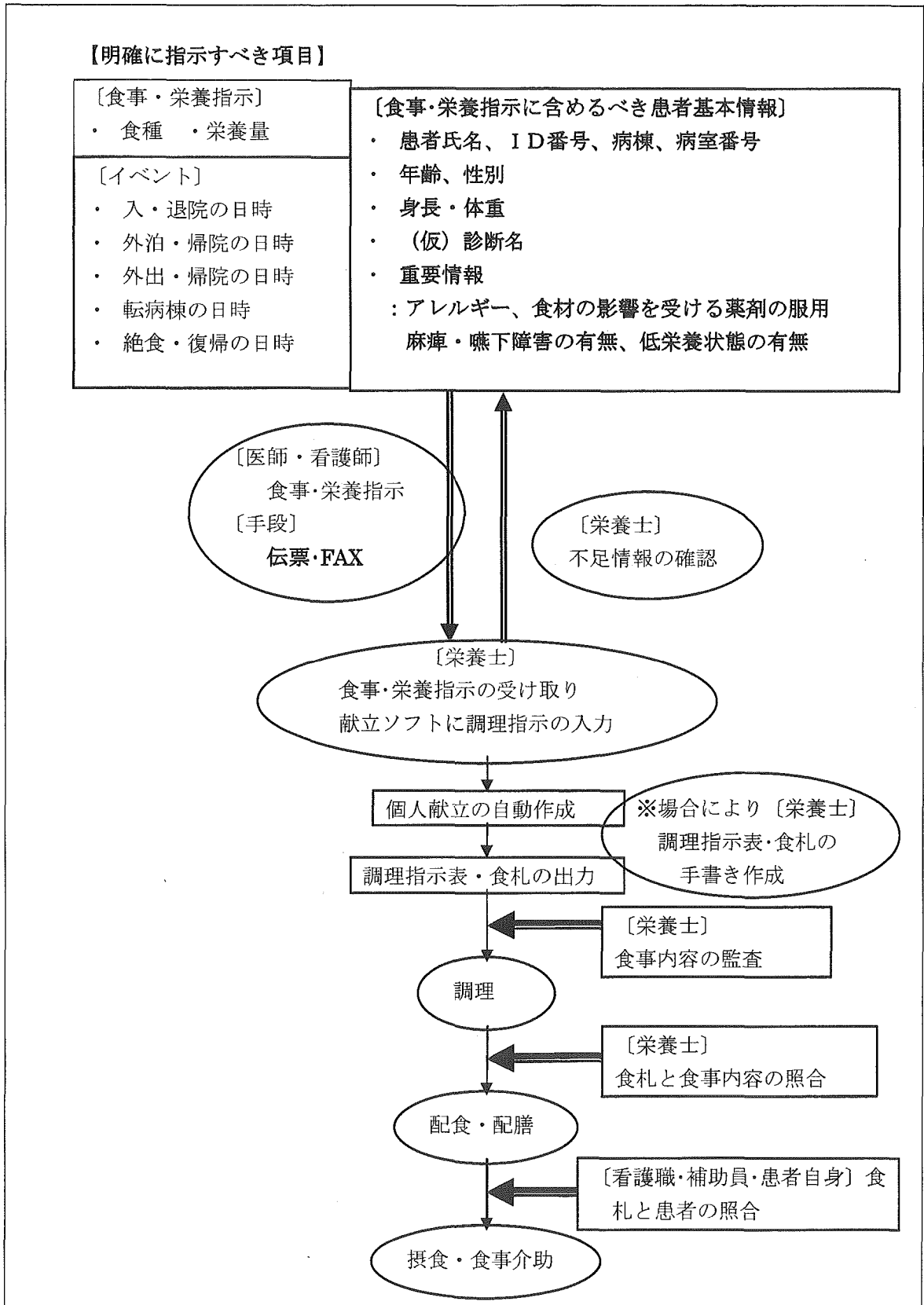
主な要因 *エビデンス	エビデンスに基づく対策
①通常の情報伝達システムの未整備	① IT による食事オーダーシステムを構築する。 ② 伝票による伝達の場合、指示内容を明確に記載。
②時間外における食事情報伝達システムの未整備	① 食事オーダー締め切り時間後の対応についてル ールを作成する。 ② 病棟においても治療上必要となる食事変更以外 は締め切り時間の遵守を徹底する。
③治療としての食事の重要性に関するス タッフの認識不足	① 医師は食事オーダー情報が医療スタッフに明確 に伝わるようカルテや、指示簿に記載する。また、 診療端末に入力する。 ② 医師が何らかの事情により診療端末への入力 ができず、医療スタッフがその指示を受け入力する 場合、後ほど医師が確認する。 ③ 医療スタッフは食事オーダーを診療端末に入力 するよう依頼された場合、指示内容、指示受け時 間、医師名を伝票に記載しておく。 ④ 調理・配食・配膳・摂食の各段階において、指示 事項が食札の内容と一致しているか、提供する食 事が食札通りか、指差し又は声だし確認を行う。
④患者との情報共有の不足	① 十分なインフォームド・コンセントの実施 ② 自己管理できない患者に対するケア基準の構築

\* 以下に情報伝達エラーを防止するための統合型医療情報システムによる支援システムの例、および、IT 支援が不十分な場合の対応策の例を示す。

統合型医療情報システムによる情報伝達エラー防止支援システムの例  
 : IT による自動エラー・チェック機構



医療情報システムによる支援がない場合、時間外の場合の情報伝達エラー防止対策例  
 : 人力によるエラーチェック機構



## 7. 医療機関の安全管理に共通する課題に関する

### 安全対策ガイドライン

#### 班組織

班 長	秋山 剛	NTT東日本関東病院医療安全管理室長
班 員	大井 利夫	J Aかみつが厚生連上都賀病院名誉院長
	重森 雅嘉	財団法人鉄道総合技術研究所人間科学研究部安全心理研究室
	横井 郁子	首都大学東京健康福祉学部准教授

# I・コミュニケーションエラー防止に関するガイドライン —認知心理学的な視点から—

重森雅嘉

(財団法人鉄道総合技術研究所人間科学研究部安全心理研究室)

## 1. コミュニケーションエラー

コミュニケーションエラーは、少なからず医療事故の原因となっている。厚生労働省で平成 16 年度に厚生労働省の医療安全ネットワーク整備事業における“ヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業”に報告された、ヒヤリハットの記述情報の事例、42,219 件の中にも、コミュニケーションが関係するものが約 20%(8,349 件)存在した (Table 1)。

ここでは、コミュニケーションの問題に関して、主に認知心理学的な観点からインシデント事例を分析することにより、コミュニケーションエラー防止のためのガイドラインについて検討する。

Table 1 コミュニケーションが関係するインシデント報告事例(平成 16 年度)

発生要因	報告数
報告等 060100*:忘れ	623
報告等 060200:不十分であった	692
報告等 060300:間違いであった	157
報告等 060400:不適切であった	245
報告等 069900:その他	456
システム 110100:連絡・報告システムの不備	505
システム 110200:指示伝達システムの不備	744
連携 120100:医師と看護婦の連携不適切	1064
連携 120200:医師と技術職の連携不適切	65
連携 120300:医師と事務職の連携不適切	26
連携 120400:医師間の連携不適切	66
連携 120500:看護婦間の連携不適切	2273
連携 120600:技術職間の連携不適切	111
連携 120700:多職種間の連携不適切	373
連携 129900:その他	260
記録等の記載 130100:字が汚かった	56
記録等の記載 130200:小さくて読みにくかった	79
記録等の記載 130300:記載の形式が統一されてなかった	103
記録等の記載 130400:記載方法がわかりにくかった	265
記録等の記載 130500:記載漏れ	273
記録等の記載 139900:その他	341
患者・家族への説明 410100:説明が不十分であった	1695
患者・家族への説明 410200:説明に誤りがあった	73
患者・家族への説明 410300:患者・家族の理解が不十分であった	1663
患者・家族への説明 419900:その他	373

\*発生要因中の数字は、分類コード。

コミュニケーションには情報の発信者と受信者が存在する。コミュニケーションエラーが発生するときは、これらのどちらか、もしくは両方に問題がある。また、コミュニケーションエラーはコミュニケーションに関するヒューマンエラーであるため、ヒューマンエラーと同様の種類を想定できる。ヒューマンエラーは、視点によりさまざまな分類の仕方があるが、一般的に受け入れられているスキル、ルール、知識ベースの分類(Reason, 1990)に対応させ、うっかりミス(スリップ・ラプス)、判断ミス(ミステイク)、知識不足<sup>1</sup>の3種類に分けて、情報の発信者と受信者のそれぞれの問題を考察する(Table 2)。

Table 2 コミュニケーションエラーの分類

	発信者	受信者
うっかりミス (スリップ・ラプス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告忘れ、入力忘れ (展望的記憶エラー)</li> <li>・報告間違い (入力間違い、言い間違いなど)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見逃し、聞き逃し</li> <li>・見間違い、聞き違い</li> </ul>
判断ミス (ミステイク)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝わったと思った</li> <li>・伝えなくてもよいと思った</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未確認(確認しなくてもよい)</li> </ul>
知識不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告することを知らなかった</li> <li>・危険感受性の低下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・違う意味に理解した</li> </ul>

## 2. 発信者の問題

### 1) うっかりミス(スリップ・ラプス)

#### (1) 報告忘れ、入力忘れ(展望的記憶エラー)

報告に限らず、「後で、何かをしよう」と思い、実行時に適切に思い出すこと(想起)に関する記憶を展望的記憶(prospective memory)という(e.g. Brandimonte, Einstein, & McDaniel, 1996; 小林, 1996; 梅田・小谷津, 1998)。展望的記憶に限らず、記憶の想起には、思い出すための手がかりが必要であるが、展望的記憶の想起は手がかりが少ないことが多い。そのため、手がかりに頼らずに自分からしなければならないことを思い出す自発的想起が要求される程度が大きい(Harris, 1984)。したがって、展望的記憶の想起エラーの発生可能性は他の記憶課題よりも高い。特に、複数の仕事を同時に行う(注意分割)場面では、自発的想起力が低下するため、展望的記憶の想起エラーは生じやすい(Marsh and Hicks, 1998)。

医療において、報告に関する展望的記憶エラー(報告忘れ)が発生する場面としては、引き継ぎ時や変更の発生時などがある。

《例》

#### 引き継ぎ時

- ・申送りの指示を忘れ、後勤者が点滴を実施しなかった(2004-00165542)。

#### 急な引き継ぎ時

- ・リーダーが夕食前薬を与薬使用としてセットしている途中で他業務が入り、変わった看護師が、すでに本日夕分をセットしてあることに気づかず再びセットしてしまった(2004-00143225)。

#### 休憩時の引き継ぎ

<sup>1</sup> 知識不足は、Reason の知識ベースのミステイクに厳密に対応するものではなく、また知識不足による過誤をエラーととらえられるかについては問題があるが、インシデント事例を検討した結果、知識ベースのミステイクに対応するものはなく、またエラーであるかエラーでないかに関わりなく、知識不足による報告漏れ、報告間違いが重大な事故に繋がる可能性があったので、これらをここで併せて検討する。

- ・12時30分の休憩交代時に出た指示を、休憩から戻った受け持ちナースに伝えるのを忘れ、13時30分に投与される利尿剤が16時に投与された(2004-00156947)。

#### 変更時

- ・全粥食から普通食に変更しておかなくてはならなかったが栄養課への連絡を忘れてしまった(2004-00157631)。
- ・ドフトレックス 3ml/h から 2ml/h に減量の指示が出たが、指示を受けた看護師は夜勤者に指示変更を伝えわすれた(2004-00166604)

報告に関する展望的記憶エラーの発生には、報告することを思い出させる手がかりの要因と報告することに注意を向けていられない注意分割の要因の2つが関係している。

手がかりの要因 報告すべきときに報告すべきことを思い出すためには、報告すべきこと思い出させるための適切な手がかりが必要となる。手がかりの有効性に関しては、以下の3点を考慮すべきことが先行研究から示唆されている。

#### a) 手がかりの熟知性(familiarity)の低さ(目新しさ)

普段見かけるものよりも、普段見かけないものの方が展望的記憶を想起させる手がかりとしては有効である(Einstein and McDaniel, 1990)。普段見かけるものは、その他の多くの記憶表象の手がかりとして機能しており、その場面で想起すべき展望的記憶表象の手がかりとしての働きが小さくなる。これに対し、普段見かけないものは、他の事象の記憶表象との結びつきが弱く、新しい記憶表象の手がかりとして手がかりと記憶表象の結びつきを形成しやすい。

#### b) 手がかりの示差性(distinctiveness)(目立ちやすさ)

手がかりが目立ちやすいほど、展望的記憶を想起させるのに有効である(McDaniel and Einstein, 1993; Einstein & McDaniel, 1996)。

#### c) 手がかりの特定性(specificity)(具体性)

手がかりがイメージしやすい、すなわち手がかりの具体性が高いほど、展望的記憶は想起されやすい(Einstein, McDaniel, Richardson, Guynn, and Cunfer, 1995)。

医療場面では、報告すべきことの想起に関して、まだ記憶と経験に頼っている部分が多い。特に、何を報告するだけでなく、報告すべき対象者に関する手がかりが不足していることが多い。また、カルテやメモなどの書面による指示は、それらの書類自体が手がかりの機能を果たすが、口頭指示をさらに引き継ぐ場合には積極的にメモしたり、書面による指示に移し替えたりする工夫をしなければ、まったく手がかりがなくなってしまう。

#### 《例》

##### 報告対象の手がかりがない事例

- ・検査前日の夕方の回診で医師が患者さんに、造影検査の説明を行ったが、それを看護師に伝達しなかったため、検査当日、経腸栄養や食事が通常通り実施されそうになった(2004-00143393)。
- ・CT予約していたが、医師から中止と口頭指示があった。しかし、CT検査室への連絡を忘れていた(2004-00143863)。
- ・医師から禁食の指示が出たが、栄養課および他のスタッフへの連絡を忘れてしまったため、食事が配膳されてしまった(2004-00159007)。

##### 口頭指示の引き継ぎ忘れ

- ・退院の患児に内服させるK2シロップを医師より口頭にて指示を受けた。その後、内服確認を受け持ち看護師に伝達しなかった為に内服薬を持たずに、患児は退院してしまった(2004-00166095)。
- ・受け持ち患児の酸素を中止するよう医師より口頭にて指示を受ける。しかし、看護記録に記載し忘れ、他の看護師が酸素を中止になったと分からず、酸素を再開してしまった



(2004-00166101)。

注意分割の問題 注意分割を行うと展望的記憶エラーが増える(Marsh and Hicks, 1998)。医療では、注意分割場面が頻繁に生じるため、できるだけ記憶に頼った部分を減らすことが望ましい。特に、指示変更が多岐にわたる場合は、変更により生じる仕事に注意を奪われ、報告が忘れられることが多い。

《例》

- ・術中に追加で50枚ガーゼを出した時に最初の出し数を聞いていないことに気が付いたが、他の用事で声をかけられ、後で聞こうと思いそのまま忘れてしまった(2004-00241783)。
- ・24時更新の持続点滴を12時と間違えて、点滴速度を速めた。そのことを当直者に申し送りするのを忘れた。速度を速めた時点で主治医又は上司に報告していれば未然に防げたかもしれないが、当日は大変忙しく休憩時間も30分ほどしかとれなかった(2004-00161986)。
- ・外来にて手術の説明を患者様に行った。その後病棟へ連絡する為の伝達版に記載する手順となっていたが、他の業務も一緒に行っていた為、記入するのを後回しにしてしまい、結局、記載するのを忘れてしまった(2004-00227755)。
- ・日常的に至急検体が多く、また、項目の変更および追加などの電話対応も多いことから、日常の担当部署以外の至急検体への対応が遅れたり、忘れてしまったりすることもある(2005-00269200)。

#### 【対策・ガイドライン】

○後で、をなくす(展望的記憶を必要とする場面を作らない)

対策の第一は展望的記憶を必要とする場面を作らないことである。このためには、業務管理上は、不定期な指示変更等の発生をなくすことや報告・引き継ぎまでの時間間隔ができるだけあかないような工夫がある。もちろん、これらを完全になくすことは不可能かもしれないが、指示変更の時機をある程度限定することやユビキタス、ネットワークシステムなどを利用し報告事象が発生した場合に、すぐに報告可能なシステムを構築することなどで展望的記憶に依存した報告を減少させることはできる。しかし、指示変更等の時機を限定することは、患者の病状にあわせた細かいケアを制限することでもあり、医療効率は低下する。コミュニケーションエラーにより発生するコストと効率低下によるコストを勘案することによりバランスをとる必要がある。

また、作業員自身の対策としては、すぐにできる報告を後回しにすることがないように意識して業務にあたることも重要である。

《例》

#### 後回しにしたために生じた報告忘れ

- ・リーダー業務を行い抗生剤の指示を受けたが、注射係に伝えるのを忘れ、2回分投与されなかった。朝に指示を確認し翌日の注射のことであったため、急がなくていいと思って後回しにしてしまった(2004-00199377)。
- ・外来にて手術の説明を患者様に行った。その後病棟へ連絡する為の伝達版に記載する手順となっていたが、他の業務も一緒に行っていた為、記入するのを後回しにしてしまい、結局、記載するのを忘れてしまった(2004-00227755)。
- ・蓄尿測定の指示があり蓄尿していたが蓄尿袋に「蓄尿検査あり」の紙を後から貼ろうと思い、忘れて処分してしまった(2005-00300013)。
- ・午前中、ソーシャルワーカー氏から電話があり、A氏のことで保健センターの方が14時頃に来るので、来棟されたらB看護師と主治医に電話をするようにという内容で、すぐにクラーク氏に伝えようとしたが不在のため後で伝えようとした。13時30過ぎからのカンファレンス中、クラーク氏に伝えようと思ったが、カンファレンス後にしようと思った。しかし、14時から講義があり、そのことに気を取られて伝えるのを忘れていた。私がいないうちに上記の方が来棟され、誰も知らないうちに

話が終わっていた(2004-00149009)。

#### 指示時機の問題による報告忘れ

- ・医師より以前提出された患者様の薬物濃度カルバマゼピンの問い合わせがあり、確認したが測定されていなかった。当直時に汎用依頼書で提出されていたために引継ぎがうまくなされなかった。休日に出来ない検査であった(2004-00170805)。

#### ○手がかりの利用

いつ、誰(と誰)に、何(と何)を報告する必要があるのかを報告する必要がある場面で適切に想起することができるよう、展望的記憶を必要とする報告事象(後で報告しなければならない場面)が発生したときに、手がかりを準備する体制を整えておく必要がある。

このうち、報告されたインシデントでは、特に誰(と誰)に報告するのかを想起させる手がかりが欠落している場面が多く見られた。報告すべき対象者が複数いる場合に、一部の対象者に報告し、他の対象者を想起できなかったために、報告忘れが発生している。

特に口頭指示の引き継ぎについては、手がかりを残さない事例がいくつか見られている。口頭で指示された内容を引き継ぐ必要がある場合には、指示を受けた時点で、必ずメモをとるなど手がかりを用意する手順を徹底する。メモには、上述の、いつ、誰に、何を報告するのかが明示されている必要がある。

手がかりのうち、いつに関する手がかりは形として残しにくい。後で思い出せるようにメモしておいても、メモ自体を適切な時機に見るとは限らない。したがって、メモを用いて「いつ」に関する手がかりを残すのであれば、定期的にメモをみる習慣を身につけなければならない。この意味では、アラーム付きのタイマーが有効であるが、これは逆に「いつ」に関する想起は促すが、他の「誰に」と「何を」という情報の手がかりにはならない。また、複数の事象の手がかりを同時に設定し分けるのも困難な場合が多い。「誰に」、「何を」伝えるべき必要があるのかという情報を入力可能で、それらが適切な時機にアラームにより知らされ、そのような情報が複数設定し分けられるような電子機器を利用することが対策のひとつとなる。

また、場面としては、急な作業交替や休憩時の引き継ぎや報告が安易におこなわれている。基本的に作業途中での交替はないようにすべきであるが、やむを得ない場合は引き継ぎ用のチェックリストなどを使用し、作業全体の中での進捗や引き継ぐべき内容に漏れがないようにすべきである。もちろん、作業途中での交替は急な事情が関係するであろうが、逆に事故が発生するのは、このような場面であることを認識し、管理者が引き継ぎ手順を明確にしておくべきである。

#### (2) 報告間違い(入力間違い、言い間違いなど)

展望的記憶エラーと同様に、「～し間違い」は、注意がやるべきことに十分に向けられていないときに、直前に行っていたことや普段よく行っていることなどが思い浮かびやすいものがうっかり紛れ込んでできてしまうために生じる(Baas, 1992; Norman, 1981; Reason, 1990; 重森, 2005)。注意に関しては、展望的記憶と同様、複数の仕事が並列に行われていたり、別の仕事が気になっていたり、仕事上のこと以外にも、家庭のことや体調のことなどに注意がそれている場合には、目の前の作業に注意が十分向けられておらず、うっかりミスを目撃しやすい状況といえる。

また作業場所が整理されていなかったり、機器のスイッチ類が見にくかったりする場合には、同様に必要とする対象以外に注意がそれてしまいやすい状況といえる。

《例》

#### 割り込みやすいものが割り込む

- ・予約の入っているはずの患者様の予約が入っていないとの連絡が受付からあり、当日予約をしていた。予約表を確認してみると、同姓同名の患者様を間違えて入力していたことに初めて気が付いた。(2004-00188481)
- ・同日退院される2名の患者のサマリーの記載が逆だった。無意識に書間違えた、同時に2名の

記載をしようとしていたため入れ違ってしまった。(2004-00140381)

- ・名前のよく似た薬“バナール”と“ハルナール”を処方箋に医師が書き間違えた。(2004-00167734)

#### 慌て、注意欠如

- ・医師より未入力を指摘され、慌てて入力しているが、手入力時、入力ミスをしてしまった。緊急用の検査システムのプログラムの順番が異なり、RLTの項目にMCVのデータを入力してしまった。(2004-00256992)
- ・入院中の臨時処方を調剤していて処方箋に合わせ薬袋を作成(手書き)した。そのときに名前を書き間違えた。点滴管理が多い療養型病棟で看護師の業務が多忙であり、注意力に欠けたと思われる。(2004-00143951)
- ・医師より点滴の指示があり、リーダーナースと指示薬剤を確認し作成したが、薬剤記載の量を書き間違えてしまった。余裕がなく、ゆとりを持って薬剤準備できず、薬剤の量を書き間違えてしまった。(2004-00169393)

#### 電子カルテやオーダリングシステムにおける入力間違い

- ・妊娠検査のため採尿したが、検査依頼入力項目を間違え、妊娠検査が実施されなかった。(2004-00164759)
- ・ダウン時のデータをコンピューターへ入力する際の間違い。測定機器の表示単位とコンピューター上の単位が違うために入力時に単位を間違え入力した。(2004-00149622)
- ・検査データの数値が低い事で、再検しているが、手入力するのを忘れてしまった。医師より未入力を指摘され、慌てて入力しているが、手入力時、入力ミスをしてしまった。緊急用の検査システムのプログラムの順番が異なり、RLTの項目にMCVのデータを入力してしまった。(2004-00256992)
- ・レントゲン検査(注腸造影検査)の際に患者さんの名前入力を誤り、本来検査すべき患者さんの取り違えは生じなかったものの、別人の名前が表示された状態で撮影が行われた。(2004-00140141)

#### **【対策・ガイドライン】**

##### ○並列作業の禁止

複数の指示や伝達や入力を並列して行うことにより、相互の情報が割り込みやすくなる(入れ替わりやすくなる)。指示や伝達、入力は、ひとつの作業が完了してから次のものを継時的に行う手順とする。

##### ○作業時間同定

短時間に作業を行おうとすると、直面している作業への注意が不足する。急いでできる作業であっても、安全上の必要最低限の作業時間や手順を決め、緊急の場合でも決められた作業時間や手順が省略されないように管理する。

##### ○機器のユーザビリティ

十分に注意すれば間違えないが、急いでいたり、注意が何かによっていたりする場合に、入力間違いが発生する可能性のある機器は危険である。ユーザビリティの評価に際しては、急いで扱った場合や注意が十分に向けられていない場面でのエラーの可能性についても評価されている必要がある。また、使用段階で見つけられたインシデントは、医療機器メーカーや厚生労働省で収集し、情報公開や改善要求を行う制度が求められる。

##### ○自由度の低下

現状の薬品数や薬品名の意味などを考慮すると、薬品名の類似度を低下させることは難しい。院内や各科で使用する薬品の数を制限することにより薬品名の類似性を低下させることができる。患者や病状にあわせた細かいケアは、このような自由度の低下により制限されるが、これも効率と安全のバランスを考慮して判断されるべきものである。

## 2) ミステイク(判断間違い, 伝わったと思った, 伝えなくてもよいと思った)

発信者側の問題で、伝えるべき内容が伝わらない事象が発生する別の原因に、ミステイク(判断間違い)がある。これは、発信者は伝えたと思っていたが、実際には受信者に伝わっていなかったというものである。これには、発信者の伝え方の問題と伝わった内容が伝わったかどうかの確認が十分にできていない問題の2つの要因が関係する。

伝え方の問題としては、発信者が受信者の立場に立って、受信者が理解しやすい言葉で伝えていないこと。特に、医師から看護師、ベテランから新人、医師・看護師から患者・患者の家族に対する伝達において、伝えつもりだが伝えていなかったという問題が多く発生している。

また、新たな取り決めをマニュアル化した場合にも、マニュアル内容が周知したつもりで伝わっていなかったことが原因のインシデントがいくつか発生している。

《例》

### 伝わったと思った

- ・内服薬を配薬している時に違う患者の薬が紛れ込んでいた。担当看護師に伝えたがうまく伝わっていなかったために内服の飲ませ忘れとなった(2004-00166854)。
- ・膀胱留置カテーテルを挿入している患者の24時間尿量で、採尿をする際カメに移していた尿を見落とし、正確な全尿の一部を採取できなかった。前日の勤務者がウロガードからカメに開けておいた尿量の伝達が不十分で、採尿する看護師(新採用者)には伝わっていなかった。リーダーは、新人看護師がカメに尿がある事を知っていると思いこんでいたが、新人は情報収集ができていなかった(2004-00199309)。
- ・γグロブリンを大量投与のため、グロベニン14 バイアルを当日2回に分けて投薬する必要がある。冷所保存の薬なので、夜勤の看護師に解るようにとメモを書いて注射ワゴンに置いたが、紛失してしまった。日勤受け持ち看護師には、口頭で本日2回施行と伝えたが、伝わっていなかった(2004-00160718)。
- ・薬内服継続の指示が患者様に十分伝わっていなかったため内服していなかった(2004-00206915)。
- ・自己抜去の危険性のアセスメントの上、必要最小限の抑制を行っていたが、家族には必要性がきちんと伝わっていなかったようである(2004-00158992)。
- ・外注業者から医療ガスの点検の際2年目看護師に「酸素を使用していないか」質問があった。看護師は業者と一緒に病室を確認し、「ここ(病室を指し)以外は使用していません」と返事をした。外注業者は使用していないと認識し、酸素の元栓を閉鎖して点検を行った。人工呼吸器を使用していた患者のアラームがなり、酸素が止められている事が発見された。(2004-00167210)

また、主に役割分担が不明確であることに起因した、伝えなくてもよいと思ったという誤った判断による報告漏れも頻繁に発生している。

《例》

### 伝えなくてもよいと思った(役割分担)

- ・昼後薬を渡しておらず、リーダーに報告は行うが、リーダーからスタッフに伝えてもらえると思いきみ、スタッフに直接伝えずに休憩に入る(2005-00296868)。
- ・リハビリ開始の指示があり、指示伝票を提出したと思っていたが、理学療法士に患者の状態を聞いたところ、指示伝票が提出されていないことが、わかった。いつ・誰が、リハビリ指示箋を提出するのか決まっていなかった(2004-00227704)。
- ・配薬前は、リーダーナースと受け持ちナースでダブルチェックを行った。その後指示が変更になり、配薬の時点で患者用PCを見た受け持ちナースは中止薬があることに気づいたが、リーダーが外していると思込み、投与させた。(2004-00155137)

## 【対策・ガイドライン】

### ○マニュアル化，電子化

すべての伝達・報告場面で必要な伝達・報告内容の伝え方をマニュアル化し，伝達・報告は伝達・報告書式を用いて，マニュアル通り行う。医師から看護師，看護師同士，医師，看護師から他の医療関係者，医師，看護師から患者などのさまざまな伝達・報告対象に対して，すべての場面の報告・伝達をマニュアル化する。これにより，伝え方にばらつきがなくなり，誰がどのような場面で報告しても，同じ質の報告を行うことができる。

### ○他者観点取得

すべての伝達・報告をマニュアル化することができればよいが，実際には何をどのように報告すべきか，人の判断に任される曖昧な部分が残ることが多い。この場合には，発信者の情報の提示レベルを上げるか，発信者が受信者にどのように伝わったかを確認することにより，伝達・報告の質を高めることができる。

前者は，伝達や報告について受信者の立場で，考えられなければならない。これに関しては，各種アサーション・トレーニング(平木・野末・沢崎，2002)やコックピット・リソース・マネージメント(Cockpit Resource Management, CRM)訓練(International Civil Aviation Organization, 1989; 相馬，2003)などの訓練が考案されている。このような研修や訓練を受けることを義務化し，コミュニケーション能力を高めることが事故防止に繋がる。

### ○伝わったかどうかの確認

発信者が提示した情報が，少なくとも表面的に伝わったかどうかを確認する手段として，復唱がある。返事だけは，何が受け取られたか確認することはできない。発信者が提示した情報をそのまま繰り返すことにより，音声的な知覚レベルでは正確に伝わったことが確認できる。

しかし，復唱だけでは，発信者の意図した内容が正確に伝わっているかどうかは確認できない。複雑な内容の場合，単純に提示した情報を繰り返して復唱させるのではなく，確認のための質問を発信者から提供し返答させるなど，内容が正確に伝わっていることの確認も必要である。

特に，規定やマニュアルの改訂や追加が行われたときに，規定やマニュアル類の配布や一方的な講習会だけでは，内容が正確に伝わったことが確認されていない。これらも，質問項目に答えられるかどうか，マニュアル通りに実施できるかどうかを実際に実施させることにより確認する必要がある。

#### 《例》

- ・マニュアルにそった確認ができていなかった。B 氏の採血は医師に依頼していたにも関わらず，検体をまとめておいていた。慌てていた(2004-00149038)。
- ・NIPPV を使用中の患者がいた。昼当番で食後に酸素(経鼻)をNIPPV に代えるようにいわれていた。スタートボタンを押すだけと思っていてチューブをつながなかった。新人でマニュアルの不徹底と先輩看護師の教育不足であった(2004-00160563)。
- ・術中に5枚テグーゼの束をさばいたとき，4枚しかなかった為50枚術野に出していたトータルのガーゼ枚数を1テグーゼ(不足の分)除外し45枚とカウントするべきを46枚とカウントしたため1枚不足と主治医に報告しレントゲン撮影し読影後異物がなく，枚数カウントに不備があった事が判明した。思い込みによるミス。マニュアルを理解していなかった(2004-00177621)。

また，単純な復唱も含めて，規則になっても次第に行われなくなることも多い。これに関しても定期的に訓練する必要があるかもしれない。

#### 《例》

- ・ブロック施行時に「フェノールブロック」と指示され，本来投与すべきは「5%フェノール注射液」であったが，「15%フェノールグリセリン注射液」を準備している途中で別の医師より指摘され，間違いがわかった。原因として，口頭指示で情報伝達が不十分だったこと，複数の規格が存在しているにもかかわらず薬剤名の復唱確認を怠ったことがあげられる(2004-00141492)。
- ・塩カルルのラベルを貼ったと思い込み，注意を怠った。時間がないと焦っていたため，十分な確認

をせずに出してしまった。また本来ダブルチェックするはずのつもりも忙しく、麻酔医用の薬が正しい準備されているか確認できなかった。(マニュアル通りしなかった)(2004-00154866)

- ・オキシコンチン20mg2錠分2投与を調剤時、「9時の一回分だけ先に受けて」と言われて、一錠のみ分包しマニュアルのダブルチェックせずに手渡した。残りを分包しダブルチェックした際、オキシコンチン5mgを間違っ分けて分包している事に気づき、病棟へ連絡したがすでに服用した後であった(2004-00155041)。

誰が誰にどのような場面で何を伝えなければならないか、役割分担が明確に決められている必要がある。従来は、このような役割分担が曖昧であっても、その場の状況に合わせて柔軟に対応可能であったかもしれないが、そのような臨機応変な対応は望めなくなりつつある。役割分担を明確にすることは、状況に応じた柔軟性が低下することにもつながり、効率は低下するが、業務の多忙さからくる依存心が楽観的な推測を生むことにより、誰かが伝えてくれているだろうという思い込みを持つ危険を減らすためには、責任の所在を明確にしておく必要がある。

また、伝達事項が発生したという認識を誰もが持つことができるために、マニュアルには誰が見ても的確に状況認識できるよう、伝達・報告が発生する場面は具体的に記す必要がある。

#### 4) 知識不足(報告することを知らなかった)、危険感受性の低下(危険であることを知らなかった)

報告すべきことが、認識されずに報告されないことも複数発生している。特に、問題が発生しているにもかかわらず、問題として認識されていないために報告されない場合が多い。

これらは、報告すべきかどうかの判断の基盤となる知識不足の問題だけではなく、危険であることを感じ取る能力(危険感受性)が低いことにも起因する。

《例》

- ・下血を繰り返し出血したにもかかわらず、緊急であることを判断できず医師への報告が遅れてしまった(2004-00169383)。
- ・通常の状態呼吸器使用していたが、突然換気量表示がバックアップ表示に切り替わりその後再度換気量表示に戻った。器械の故障が問題器械が作動中異常を発したが報告の遅れがある。報告が必要との認識がない。(2004-00154357)
- ・麻酔導入前に麻酔科のA医師よりボルタレン座薬50mgの指示あり実施した。手術終了間近、麻酔科B医師よりボルタレン62, 5mgの指示があった。2人の麻酔科医師が座薬の使用の事を知っていると思い、少し量が多いことや、時間間隔が短いと不安に感じたがB医師に手術前の50mgの実施は報告せず62, 5mg挿入した。(2004-00165434)
- ・受け持ちのスタッフが忙しく血糖チェックができないため、かわりにチェックしたところ59で低血糖症状みられなかった。患者様のワークシートにスケールが記載してあり、確認したところ70以上100未満は処置なし以降の項目しか確認できなかった。患者様に確認したところ低血糖症状もみられないため、低めだなと感じたがすぐに食事が来るため何も処置せずにいた。その後、受け持ちのスタッフに血糖値を伝えたと、70以下の場合には50%ブドウ糖の静脈注射の指示があったことを伝えられた。(2004-00242071)

#### 【対策・ガイドライン】

##### ○具体的な知識教育とテスト

報告すべき重要な事象であるかどうかを知識不足により判断できないという問題を補うのは、知識を教育することである。ただし、抽象的な知識では、重要な事象に遭遇しても、それが重要な事象であるかどうか判断できない。学習される知識は具体的なものであり、かつそれらの知識が利用可能な程度に学習されたかどうかを現実に近い場面でテストし確認する必要がある。

##### ○危険感受性向上

危険感受性は、年齢や経験などにより個人差がある(重森・原田, 2004; 蓮花, 2000)。危険に対する意

識を高めるためには、何が危険であるかを知識として具体的に教育するとともに、事故やインシデント情報が事故原因や兆候などの情報とともに周知されることが必要である。また、危険感受性そのものを高める訓練として、危険予知訓練(KYT)(田辺, 1992; 東京医科大学病院看護部安全対策委員会, 2003)や前述のコックピット・リソース・マネージメント(CRM)訓練などが用いられることが多い。また事故やインシデントの分析自体を実施することも危険感受性を高める効果があると考えられる(重森, 2002)。

## 2. 受信者の問題

受信者の問題は、すでに、発信者の問題で述べたことと重複することが多い。したがって、特に受信者の問題として取り上げられるべき点についてのみ考察する。

### 1) 見逃し, 聞き逃し, 見間違い, 聞き間違い

見逃しや確認忘れ, 聞き間違い, 見間違いなどが発生する要因は、すでに展望的記憶エラーや報告間違いで考察したことと同様である。

焦っていたり、何か他のことに気をとられていたり、同時に複数の仕事をこなしているなど、注意が情報の受け取りに十分に向けられていないときに、見るべきものが省略されたり、確認することが忘れられたり、また目につきやすいものや普段よく目にしていたり耳にしていたりする情報が見えたり、聞こえたりする。

したがって、ガイドラインも発信者の展望的記憶エラーや報告間違いと共通する。

《例》

#### 見逃し

- ・手術終了し帰室直後に血糖測定の指示が出ていたが、見落としてしまい、血糖測定しなかった。(2005-00297278)
- ・入院時、患者が持参した抗血栓薬の内服中止の指示を見落とし、6日間内服が続行された。(2004-00199320)
- ・急性虫垂炎OP当日の患児が、17時ナースコールあり訪室すると痛みを強く訴えられた。その日の受け持ちNsに伝えナースステーションに戻り2人でワークシートに書かれている疼痛時の指示ボルタレンSP(25)を確認した。その時16:30ボルタレンSP(25)挿入の記述があったにも関わらず見落としていた。(2004-00188505)
- ・小腸透視の前処置として、眠前にマグコロールを与薬すべきところ、処置を見落とし与薬しなかった。(2004-00215819)

#### 聞き逃し

- ・op室NSより「Tピースを用意して迎えに来てください」と連絡を受けたが、Tピースが何か分からずパニックになり「Tピースですね。」と復唱したが「迎えに来てください」という言葉を聞き逃してしまった。その後他のNSに「Tピース準備してくださいと言われました」と伝えてしまったため、誰もOP室へ迎えに行かずICUでTピースの準備をしてしまった。(2004-00211056)
- ・心カテ後に透析を行うことになっていたが、止血が困難であり透析を1時間後に施行する、という医師間の会話を聞き逃し申し送りしなかった直後に透析が行われた。(2005-00261370)

#### 見間違い

- ・本日ヒューマカートRを朝16単位・昼14単位・夕12単位・眠前ヒューマカートN6単位の指示がでていたが、準夜の情報収集時夕16単位と間違った情報収集していた。又実施時電子カルテの注射欄を確認せず、注射伝票の見間違いで16単位皮下注してしまった。(2004-00143928)
- ・150mg投与するところを指示箋の見間違いにより、50mgしか投与しなかった。(2004-00159467)
- ・看護ワークシートに記載しているエンシュアとエンシュアHを見間違えて注入した。40ml入った時に気づき医師に報告し残量を破棄しエンシュアHにつなぎ変えて注入した。(2004-00163318)

- ・サイレースをセレネースと見間違えアンプルカットした(2004-00167456)。

#### 聞き違い

- ・「RP」検査のある患者様に対し前投薬を打つことなく「RP」検査に行った。検査に呼ばれたことを電話報告を受けた看護師から「RI」に行くように聞き違いそのまま、他看護師に「RI」に行くよう伝え患者様とカルテをおろした。(2004-00238667)
- ・準備作業を引き継ぐ際に申し送りを聞き違い、すでにヘパリンを混注済みであったヘパリン加生理食塩水に記入されたヘパリン30000をヘパリン30000単位分混注すると誤解した。この作業の前に急に病棟から呼吸器の回路交換が入り、あせりがあった。(2004-00157128)
- ・日勤から準夜勤で患者の尿量の申し送りを受けたが、560ml. を160ml. と聞き違えた。(2004-00171351)
- ・夕方の血糖チェックの結果でインシュリンのヒューマリンR6単位を注射するのを、聞き違えてノボリンR6単位を注射してしまった。(2004-00176055)

#### 2) 未確認(確認しなくてもよいと思った)

マニュアルや指示箋等を確認せずに作業を行い、伝わるべき情報が伝わっていない事例が目立った。マニュアルに関しては、マニュアルの内容が分かっているかと思っていることによって生じる場合と、面倒なために生じる場合、もしくはその両方が原因で発生する。

指示箋等に関しては、いつも通りだろうという判断で省略される場合が多い。本来、通常とは異なる指示があったかもしれないという記憶や判断が生じたときのみ、作業前に指示等を確認するという手順自体が間違っている。

《例》

#### マニュアルの未確認

- ・緊急輸血が必要となり、どの様に血液を取り寄せるかの方法を看護師に確認して、当直事務を通し血液センターからMAPを取り寄せた。事務当直は、そのまま届いた血液を病棟へ払い出した。伝票は1単位であったが、2単位払い出され、クロスマッチ試験も実施されないまま、病棟にわたった。主治医はクロスマッチがされていないので、検査課に連絡してクロスマッチを実施し、輸血が行われた。休日の場合の輸血実施のマニュアルがあったが、マニュアルを確認していなかった。検査技師はマニュアル通りでないと思ったが、問題にしなかった。(2004-00166415)
- ・医師より「ケナコルト準備して」と言われ、蒸留水1mlをバイアルに刺した後でマニュアルを確認すると溶解済みのバイアルであることが分かった。(2004-00229736)
- ・マグコロール服用の指示あったが2Lで1袋を溶かしラキソベロンを入れ与薬してしまった。マニュアルを確認せず自己の思い込みにより行動してしまった。(2005-00262275)

#### 指示箋等の未確認

- ・抗生剤が1日2回投与する指示に対し、時間設定を1回しかしなかった。指示の読み方の不備。前日開始となっており、開始日は1日1回であったため、投与回数をきちんと見ずに、時間設定だけを行った。(2004-00139967)
- ・全身麻酔手術のため、病棟より抗生剤を持参されていた。申し送りの際に、病棟看護師と、その物を指示表で指差しながら照らし合わせ確認をした。実際溶解する時に、指示表を見ずにセフゾン0.8gのところを1g溶解し施行した。(2004-00148994)
- ・1日2回の指示の利尿剤の注射を忘れ、翌日の受け持ち勤務者が気づいた。日勤帯では注射はないという思い込みで、指示書をよく見ずに処理してしまった。(2004-00154509)
- ・腰椎麻酔による手術の際には、アナペインが必ず必要と思い、医師の薬品オーダーを見ず準備していた。患者入室直前に麻酔科医より指示していないことを指摘された。(2004-00158079)



### 【対策・ガイドライン】

#### ○マニュアルの簡便化

作業手順や機器の取り扱いの詳しいマニュアルとは別に実際に作業前や作業中に参照可能な簡便なマニュアルが機器や手順に付随して配備されていると、マニュアルを見なかったというような自体は発生しにくい。その際にも、多くの機器や手順に共通ではない部分、通常の手続きとは異なる部分のみを強調し、瞬時に必要事項に目を通せるような工夫がある。

#### ○作業手順の遵守

指示等を見ずに作業を行うこと自体が、間違いであり、判断ミスというよりも違反に近い。手順の遵守の徹底が求められる。

このような作業手順の省略等は、効率的な作業を意識的にも無意識的にも追求するために生じるものと考えられる。無意識の省略は、本人も気づきにくいものであり、作業員同士や管理者がお互いの作業中の省略に気づき、指摘しあうことが防止につながる。このためには、前述のアサーション・トレーニングやCRMトレーニングなどが有効である。

### 3) 違う意味に理解した

知識不足から伝えられた情報を誤って理解するケースが見られる。伝えられた内容が分からない場合には、指示通りに作業することができないために、受信者からの内容確認が自ずと生じるが、誤って理解された場合には、エラーが発生するまで問題が明らかにならないことが多い。

したがって、伝達・報告の際には、必ず復唱を行うこと、複雑な内容の伝達・報告の際には、正しく理解されたかどうか、発信者が伝達した内容に関連する質問をいくつかするなどして確認する必要がある。

#### 《例》

- ・電気治療実施日は、治療終了後に朝薬を内服するよう医師より指示があり、ワークシートのケア項目に「ECT日の朝薬は覚醒してから服用」と入力。しかし、当日の深夜看護師(新人)が「覚醒してから服用」の意味を朝起きてから服用と解釈し、起床後に内服させた。(2004-00207981)
- ・ワーファリンを3錠分1朝食後と医師はカルテに記載していたが医事課員が処方箋入力の際に1錠分1朝食後と思い込んで入力し、実際過少投与となった。(2004-00163980)
- ・患者様が検査後に目の下がピクつくと言われたので、主治医から口頭でアタラックスPを注射するように指示を受けた。入力は後で行うからと言われ、アタラックスPを急いで筋注した。しかし、後で指示シートを確認したところアタラックスPは静注の指示であった。(2005-00300289)

## 参考文献

- Baas, B. J. 1992 The many uses of error: Twelve steps to a unified framework. In B. J. Baars (Ed.), *Experimental slips and human error: Exploring the architecture of volition*. NY: Plenum Press, Pp.3-34.
- Brandimonte, M. A., Einstein, G. O., & McDaniel, M. A. (Eds.) 1996 *Prospective memory: Theory and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Einstein, G. O. and McDaniel, M. A. 1990 Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 16, 717-727.
- Einstein, G. O. and McDaniel, M. A. 1996 Retrieval processes in prospective memory: Theoretical approaches and some new empirical findings. In M. Brandimonte, G. O. Einstein, & M. A. McDaniel (Eds.), *Prospective memory: Theory and applications*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pp.115-141.
- Einstein, G. O., McDaniel, M. A., Richardson, S. L., Guynn, M. J., and Cunfer, A. R. 1995 Aging and prospective memory: Examining the influences of self-initiated retrieval processes *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21, 996-1007.
- Harris, J. E. 1984 Remembering to do things: A forgotten topic. In J. E. Harris & P. E. Morris (Eds.), *Everyday memory: Actions and absent-mindedness*, NY: Academic Press, Pp.71-91.
- 平木典子・野末聖香・沢崎達夫 2002 ナースのためのアサーション・トレーニング講座. 金子書房.
- International Civil Aviation Organization 1989 Human factor digest No.2 Flight crew training: Cockpit Resource Management (CRM) and Line-Oriented Flight Training (LOFT). ICAO Circular, CIRCULAR 217-AN/132, International Civil Aviation organization, Montreal, Canada.
- 小林敬一 1996 展望的記憶にいかにかにアプローチするか? -研究の現状と課題-. *心理学評論*, 39, 205-222.
- Marsh, R. L., and Hicks, J. L. 1998 Event-based prospective memory and executive control of working memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 24, 334-349.
- McDaniel, M. A. and Einstein, G. O. 1993 The importance of cue familiarity and cue distinctiveness in prospective memory. *Memory*, 1, 23-41.
- Norman, D. A. 1981 Categorization of action slips. *Psychological Review*, 88, 1-15.
- Reason, J. 1990 *Human error*. Cambridge University Press.
- 蓮花一己 2000 ハザード知覚とリスク知覚. 高木修(監)・蓮花一己(編), *交通行動の社会心理学*, 北大路書房, Pp.36-48.
- 相馬孝博 2003 CRM(Crew Resource Management)の医療分野への応用について. *病院*, 62.
- 重森雅嘉 2003 医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか. *看護教育*, 43, 933-938.
- 重森雅嘉 2006 ヒューマンエラーの起こしやすさを測る. 太田信夫(編), *記憶の心理学と現代社会*, 有斐閣(印刷中).
- 重森雅嘉・原田悦子 2004 経験が教える危険ーリスク認知における職業経験・スポーツ経験の効果ー. *看護研究*, 37, 69-75.
- 田辺肇 1992 テキスト危険予知訓練. 中央労働災害防止協会.
- 東京医科大学病院看護部安全対策委員会(監) 2003 こうすればできる安全な看護. *ディジットブレーン*.
- 梅田聡・小谷津孝明 1998 展望的記憶研究の理論的考察. *心理学研究*, 69, 317-333.

## Ⅱ・医療用具の選定, 見直し, 管理を効率的に行うための組織 (患者が療養上使用する用具を含む)

横井郁子 首都大学東京 健康福祉学部看護学科

### 1. 目的

医療用具を選定する委員会には医師, 看護師などの医療スタッフが委員として加わる必要がある。医療用具に関する事故, インシデントが発生した場合は, 委員会での用具の見直しについて検討する。委員会で使用が認められた用具については, 病院内スタッフ, あるいはアウトソース会社に管理を委託する。管理についてチェックする項目は, 委員会が定める。

### 2. 上記提案の必要性を明らかにする現状分析

都市部にある500床以上の2病院の看護師を対象に転倒・転落対策に絡めた療養環境調整の現状に関して質問紙調査を行った(平成17年度厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業「安全な療養環境を構築するための物的対策に関する研究」主任研究者: 筧淳夫 より)。その結果の一部を下記に示す。

#### 1) 看護師による転倒・転落対策としての物的対策実施状況

##### (1) 患者の状態に合わせた物的対策

回答した看護師の約9割が患者の状態に応じた転倒・転落対策としての物的対策を実施していると回答した。

表1. 「私は転倒・転落対策として, 患者に合わせたベッド周辺の物品の配置や動きやすい福祉機器の導入など, 療養生活上物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	79	12.5	12.5	12.5
	おおむねそうだ	318	50.2	50.4	62.9
	ややそうだ	167	26.4	26.5	89.4
	どちらともいえない	53	8.4	8.4	97.8
	ややそうではない	7	1.1	1.1	98.9
	おおむねそうではない	5	0.8	0.8	99.7
	全くそうではない	2	0.3	0.3	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計	633	100.0			

表2. 「私は患者の認知・理解の程度の査定をもとに療養生活上の物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	69	10.9	10.9	10.9
	おおむねそうだ	318	50.2	50.4	61.3
	ややそうだ	197	31.1	31.2	92.6
	どちらともいえない	36	5.7	5.7	98.3
	ややそうではない	7	1.1	1.1	99.4

	おおむねそうではない	4	0.6	0.6	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計		633	100.0		

表 3. 「私は患者の動作能力の査定をもとに療養生活上の物的な調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	69	10.9	10.9	10.9
	おおむねそうだ	303	47.9	48.0	59.0
	ややそうだ	212	33.5	33.6	92.6
	どちらともいえない	35	5.5	5.5	98.1
	ややそうではない	9	1.4	1.4	99.5
	おおむねそうではない	3	0.5	0.5	100.0
	合計	631	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	0.3		
合計		633	100.0		

表 4. 「私は患者が転倒・転落による傷害を予測しながら、転倒・転落対策の環境調整を行っている」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	114	18.0	18.0	18.0
	おおむねそうだ	328	51.8	51.9	69.9
	ややそうだ	166	26.2	26.3	96.2
	どちらともいえない	17	2.7	2.7	98.9
	ややそうではない	6	0.9	0.9	99.8
	おおむねそうではない	1	0.2	0.2	100.0
	合計	632	99.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	0.2		
合計		633	100.0		

(2) 用具の取り扱いに対する負担感と効率性

一方、用具の取り扱いに対する負担感について、約 3 割の看護師が感じていることが示された。

ME 機器以外の療養具に関する設置および保守点検の明確な担当部署はなく、各病棟看護師に任されているのが現状である。すでに用具に対する負担感を 3 割程ではあるが感じている看護師に任せるよりは、それら療養具の修繕、電気系の専門家に委託するほうが効率的であり、今後より高度医療が提供される場となる病院においては有効な人的活用と考える。

表 5. 「私は療養具など用具を取り扱うことに負担は感じない」

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	全くそうだ	85	13.4	13.6	13.6
	おおむねそうだ	206	32.5	32.9	46.4