

て業務を行っている。採用する看護方式の選定もその一つであり、今回の調査対象はいずれの施設もチームナーシングを採用していたが、E病院は一看護単位を二分割し、G病院はチーム分割なしであった。E-1 病棟、G-1 病棟ともに、【医療情報】【患者の状態】【治療内容】の順に把握データが多く、看護職の患者把握は【医療情報】が優先され、【家族の情報】の優先順位が低いことが昨年度に引き続き示された。しかし、病床規模が小さければ管理者のみならずスタッフもすべての患者の情報を把握していることが明らかになり、結果として【家族の情報】のデータ数も多くなった(表 20)。

平均在院日数が短い状況下で患者が円滑に退院するためには、退院後の生活を支援する家族の情報は重要である。また、入院中の患者の安全な療養生活を守るためにも看護単位のすべての患者を把握する職員は重要であり、これらのことから安全で円滑なサービス提供のためには病床規模が小さいことが好ましいと考えられる。

表 20 平均在院日数の異なる病棟の患者把握

	E-1	G-1	
患者数	56	34	
患者の背景	49 (13.4)	123 (16.0)	**
患者の状態	92 (25.1)	159 (20.7)	
家族の情報	3 (0.8)	75 (9.8)	
医療情報	110 (30.0)	201 (26.1)	
治療内容	67 (18.3)	135 (17.6)	
看護情報	33 (9.0)	67 (8.7)	
管理情報	11 (3.0)	7 (0.9)	
リスク	2 (0.5)	2 (0.3)	
	367 (100.0)	769 (100.0)	

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

4. 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。

その結果、病棟管理者とスタッフの間で、患者の把握カテゴリーの順位に相違はなかった。しかし両者の間でデータ数の違いが見られ、スタッフでは、患者の状態、医学的所見など、看護ケアに直接的に必要な情報や、短期的に変化する短期情報であったのに対し、看護管理者では、「家族の状況」、「診療科」、「退院の見通し」などの病床管理に必要な情報の把握、および基礎情報などが特徴であった。

昨年の結果に引き続き、病棟管理者とスタッフにおける患者把握については、役割と業務の分担ができていた。

5. 病棟管理者による管理的把握について

今年度の調査では、病棟管理者に管理的視点での把握を尋ねた。

患者の氏名、顔、性別、疾患名に関する基礎情報の把握については、病床規模にかかわらず80%以上の把握状況であったが、対象者によってばらつきも多く見られた。病床規模が大きくなるとスタッフは分割して把握することができるが、病棟管理者は全体の把握を分割することはできな

いため、把握する病床の規模は制約される。

部下の把握内容は、【背景】、【仕事ぶり】、【経歴】の順であった。管理者は部下の背景や経歴などをふまえて実際の仕事ぶりを把握した上で、役割の付与、キャリアアップの支援など、労務管理などの管理的関わりを行っているといえる。安全管理の面から管理的把握を分析すると、態度、実践能力、行動特性などの【仕事ぶり】に関する把握の中に、注意力、集中力に関する記述があり、役割付与、仕事のアサインメント、仕事の監督、などを通して安全管理へ生かしている。

6. 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〕などがあつた。

【リスク】の情報を把握されていた患者は、33名で9.4%であつた。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。一方で、病床規模の小さい病棟では、リスクの高い患者は、毎日申し送りで情報交換され管理者及びスタッフの記憶に残されていることから、ナースコールボードへの表示などの「誰がみてもわかる」表示をされている状況が少ない傾向にあつた。

療養環境の安全のためには、組織としてのしくみと各職員の対応、患者・家族の協力などの一体となった取り組みが必要であり、これらの対応については、組織の状況に応じた対応が必要である。

7. 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も、昨年同様、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。

入院病床の誤認の理由は、病棟内の入退院やベッド移動、入院日・疾患名・入院目的が他の患者とおなじなどであり、これらの状況に、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ることが重なることによる影響が考えられた。

また、昨年の調査では電子カルテの導入や申し送りの廃止による申し送りの廃止がその原因とも考えられたが、今回の調査結果から、電子カルテの導入や申し送りの廃止をしていても、病床規模が小さければ患者の誤認が少ないことが明らかになった。

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【患者の状態】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) 平均在院日数が極端に短い(10日以内)場合、看護職の一患者あたりの把握の量は病床規模が小さい方が多かった。
- 5) 看護職の役割別にみた患者把握の内容は、【患者の状態】【治療内容】はスタッフの把握量が多く、【患者の背景】【家族の情報】【看護情報】は管理者の把握量が多かった。
- 6) 患者把握の方法は、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ことなるが、病床規模が小さい場合、管理者、スタッフともに、入院中のすべての患者の情報を把握していた。
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、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。
- 8) 管理者の病棟運営のための把握内容は、インシデントの発生状況、患者の状態、ベッドコントロール、サービスの質保証などに関する病棟内運営に関する内容と、病院経営に関する事項、病院の理念、看護部の方針、人事の動向などの内容などの組織全体の状況があった。

F. 健康危険情報

(省略)

G. 研究発表

〈学会発表〉

鄭佳紅、上泉和子、笈淳夫：療養環境の安全性に影響を及ぼす看護職の患者把握に関する研究、第10回日本看護管理学会年次大会、2006年8月、東京

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

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