

2-2 年齢および経験年数

対象となった看護師の年齢は 28.52 ± 5.14 (AV \pm SD) 歳であった。経験年数は 6.17 ± 4.71 (AV \pm SD) 年であり、2~4 年が最も多かった。

2-3. 受け持ち以外の患者の ADL 支援の実施

受け持ち患者以外の ADL 支援の実施について尋ねたところ、全員が「実施している」と回答した。

2-4. ADL 情報を他者にうまく伝えられなかった経験の有無

制限されている患者の ADL 情報を患者、家族、そして職員にうまく伝えられなかった経験があるかどうか尋ねたところ、91.3%があると回答していた。

2-5. ADL 支援の主観的評価

現在、患者の転倒・転落予防対策を含む、ADL 支援が適切にできていると思うかという問いに対して、「たいへんできている」「できている」「あまりできていない」「できていない」の 4 件法で尋ねたところ、「たいへんできている」または「できている」が 95%であった。

2-6. 試作のピクトグラムに関する意見

試作したピクトグラムについて、「気づきやすい」「興味を引く」「好感が持てる」「わかりやすい」の 4 項目について、「はい」「いいえ」「どちらともいえない」の 3 件法で尋ねた。その結果、4 項目ともに約 80%が「はい」と回答した。なかでも「興味を引く」は 91.3%と高かった。「好感が持てる」「興味を引く」では「いいえ」と回答した者はいなかった。

2-7. ADL 情報のベッドサイド表示について

今回、選定した移動、排泄、食事に関する情報をベッドサイドに表示することについて、「たいへんよい」「よい」「あまりよくない」「よくない」の 4 件法で尋ねたところ、「よくない」という回答はなく、「たいへんよい」または「よい」が 94.7%であった。

3. 考察

物的な環境調整、特に転倒・転落を予防することに重点をおいた調整のためには、患者の動きをどのように支援するかが明確ではない。臥位から座位、立位、歩行で支援が必要なのはどのときか。これは ADL 評価である。入院生活の場での ADL 評価の担い手は、平成 15~16 年度の三宅班の調査、および、本研究班の昨年度の調査でも病棟の患者の受け持ち看護師であることが明らかとなった。したがって、急性期病院における物的な環境調整の担い手は看護師であることが望ましいと推測された。しかし、急性期という場では生活機能を支援するような物の情報は入り難く、したがって、知識も乏しい。昨年の調査で、「物的対策は行っている」と約 9 割の看護師が回答しているものの、車椅子や杖などが患者に適したものかの評価に関する知識、実施率は低いものであった。看護師は介助方法など人的対策に結びつけやすい傾向がある、または、人的対策を得意と考えることができるのではないだろうか。また、生活機能を支援する物は、主に福祉現場や在宅で求められ、発展しており、急性期病院用には開発されていないのが実情である。これらのことから、急性期病院における物的な環境調整を誰が担うのが望ましいのか、継続的に検討が必要と考える。

一方で、急性期病院における患者の ADL 評価は看護師が行い、介助の要不要の判定が確実に

行われ、把握されていることは明らかとなった。この物的な環境調整に生かせる情報を、まずは広く発信する必要があるのではないかと考えた。生活機能の支援の担い手として、看護師、理学療法士、作業療法士の他、医療職ではないが看護助手なども関わっている場合もある。また、患者家族もその一員になり得る。たとえば、家で使っていた杖の方が持ちやすそうだと、あの服なら自分で着脱できるかも、家のトイレは横手すりしかないから、それで慣れているかもしれない、などの情報は貴重である。

2. ADL 情報の共有

以上のことから、発信相手は医療職種だけではなく、看護助手などの職員、そして患者とその家族までが含まれると考えられる。情報共有に関する研究論文を検索したところ、データベース「医学中央雑誌 Ver. 4」の 2002-2007 年、キーワードを「情報共有+安全+原著論文」としたところ 6 件であった。6 件すべてが急性期病院を対象にしており、共有しようとしている情報は、治療計画（クリティカルパスなど）、薬剤情報であり、生活機能に関するものは 1 件のみで、誤嚥アセスメントであった。次に、「情報共有+ADL+原著論文」で検索したところ、同じく 6 件あり、そのすべてが日本リハビリテーション看護学会のもので、そのうち 3 件の研究筆頭者がリハビリテーション部門に所属している方であった。また、これらリハビリテーション関連の論文での情報共有は医療スタッフ間のものがほとんどであった。このような結果から、ADL 情報を共有することの重要性、または問題としての優先度が高いと認識しているのは急性期病院ではなく、リハビリテーション関連医療施設・部門であると予想され、それはそれぞれの施設の役割の反映した結果であると考えられる。

しかし、急性期病院でも頻度の多い転倒・転落事故は動作支援に関係すること、平成 16 年度の厚生労働省における高齢者リハビリテーション研究会での報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」での急性期病院でのリハビリテーションに関する指針からも、急性期病院が患者の ADL 情報に関心を持たなければならないことは明らかである。そこで、改めて急性期病院での ADL 情報の共有方法について模索した。

今回の看護師を対象とした調査では、患者の ADL 支援を実施している職種として、看護師、病棟担当の理学・作業療法士、薬剤師、栄養士、看護助手、クラークがあげられた。調査を行った病院では転倒・転落対策の一環として、病棟担当の理学・作業療法士を配置していた。また、薬剤師や栄養士も担当病棟を持ち、適宜ラウンドし生活相談を受けていた。そして、看護助手やクラークが移送などを行うこともあった。職員の配置が一般の急性期病院とはやや異なったものの、ADL 支援実施者として医療職以外にも関わる可能性が明らかとなり、情報共有の対象として検討する必要性が示唆された。

3. 気持ち良く情報を伝えるツールとしてのピクトグラム

専門職だけを対象にしない情報共有の一つの媒体として、今回の調査では、公共性の高いピクトグラムを採用した。ピクトグラムそのものに関する印象は患者、看護師ともに良好であった。特に、「好感がもてる」「興味を引く」といったことは両者ともに高い値を示していた。生活の場でのツールとして、「好感が持てる」といった印象は重要ではないかと考える。表示したピクトグラムの内容に関係した「わかりやすい」「気づきやすい」はやや低い値を示した。

転倒・転落予防に端を発しての生活情報発信について検討するにあたり、発信したい情報はどうしても制限、禁止情報に偏る傾向があった。専門家との話し合いで、生活・療養の場であることを意識した情報の形として、目立つ禁止表示はできるだけ使用したくないという考えでまとめ、今回の色調、デザインとなった。このことが「気づきやす」などの評価を下げることに関連している可能性もある。視認性を含め、デザインの改良の必要性が示唆された。

現在、くすりの適正使用協議会では「医薬品の扱い方を示すビジュアル文字の開発」を提言し、くすりの絵文字(ピクトグラム)を開発、推奨しており、日本語版のほか、英語版、韓国語版、中国語版も作成され、ダウンロードできるようにしている。ピクトグラムを用いたのみ方の説明は、くすりをのむ本人の行動に働きかける、年齢、国籍を問わない説明方法であり、この効果は興味深い。転倒・転落事故も看護師が関わる事故と、患者自らの動きによるものと大別して検討されることもある。今回のピクトグラムのベッドサイド表示は、看護師を初めとする職員の迅速な対応を目的としたが、患者・家族への理解を深める役割も果たす可能性もあると考える。また、身体状況と生活機能の制限の関係が患者・家族にもわかりやすく、視覚情報が励みになる、退院後の生活支援が想像できるなどの役割も果たす可能性もあり、これは、リハビリテーション関連病院では日常的に実施されていることでもある。ただ、急性期という特徴を生かした患者・家族も含めた生活機能の情報共有の方法が必要であり、身体状況の変化の早さから、電子カルテなどシステムに組み込むことを想定することがより現実的であると考えられる。看護師からの意見でも「安静度は頻繁に変わるので、(ベッドサイド情報が)最新情報であるか保証が必要」とあった。ベッドサイドに情報を取り出すのであれば、中央に集まる情報と連動させることが望ましいであろう。そうでない場合、情報を取り出し表示するという業務が増え、安全で効率的な情報共有とは言えなくなってしまうであろう。

4. ADL 情報のベッドサイド表示

本調査の前に、プレテストを医療職、一般の方々に行ったところ、「患者さんさえよければ」「患者さんによる」「個人情報保護法で問題」といった意見が聴かれたため、本調査において患者から直接研究者がインタビューし、意見を聴くことが必須と考え実施した。ADL 情報のベッドサイド表示については「よくない」という回答はなく、ほとんどの患者が ADL 情報をベッドサイドに表示することに好意的であった。表示の必要性として、看護していく上で必要といった、職員の側に立った意見も聴かれた。また、「対処が早い」「すぐに対応してくれる」といった意見がみられた。このような意見が出る背景として、以下のような状況が推測される。排泄介助の依頼をできるだけ我慢した上でナースコールを押す。コールを受けた看護師は、複数床の部屋では会話が他の患者に聞こえるため、コールを受けたときは内容を問わず病室へ向かう。そして、トイレ介助と知るとその介助方法、または蓄尿中かを確認するために、もう一度ステーションに戻り、結果的には実際の介助までに数分の時間を要してしまう。多くの患者はこのような経験をしている、またはやり取りを見ているのではないかと思われる。

「面会人には知られたくない」という意見は予想外に少なかった。この意見は20代の方からであった。代替案として、ベッドサイドモニタを使用する方法を希望された。コンピュータとしても使用できるベッドサイドのテレビを活用することも一案であるが、常時表示しておくことで、瞬時に対応できる

という点では劣ってしまう。ピクトグラムに採用する情報の種類、デザインなどでこのような意見に対応できるか、視認性ととも検討が必要である。

表示場所は調査病院で、現在ネームプレートが表示されている付近、頭部側の壁を選択される方が多かった。その理由として、必ず眼にする、ということであり、医療者、第三者に認識されることを前提としていた。

一方、看護師はADL情報のベッドサイド表示について「あまりよくない」が4%、無回答17%であり、これらの回答をいただいた方は、「患者による」という理由であり、「看護師としては便利」としていった。また、「理想はミーティングでの情報共有」との意見もあり、便利であることは認めるものの、患者・家族の意見、本来の専門職としてもあるべき姿、といったものとの間で意見が揺れ動き、判断しにくいものであることが推測された。また、いくつかの条件を示した上で表示を賛成とした意見は、患者からのインタビューよりも多く聴かれた。表示時の説明、表示情報の選択(特に、排泄に関する情報)が主なものである。意見は述べるものの「患者による」という言葉が繰り返されたことから、看護師は患者がどう感じているか、ということに敏感になっていると考えられる。以上のことから、導入にあたっては、患者意見のデータ数を増やし、患者へ配慮すべき点を整理し、ピクトグラムの種類、デザインおよび視認性を検討した上で、ガイドラインを作成する必要がある。

ちなみに、文字でいくつかの情報をベッドサイドに表示していた今回の調査病院では、これら表示に関する苦情はないとのことであった。

5. ベッドサイド表示とコミュニケーション

看護師のインタビューから、医療職以外の方との情報共有の方法としては「直接話す」だけであった。看護助手などが、お茶を配る、部屋を通りかかったときに患者から「水くんで」と声をかけられる、など生活支援に関わっているのが現状である。医療職以外の職員も情報共有者として積極的な関わりが必要と考える。また、今後、院内ボランティアなど一般の方々の関わりも考慮すると、生活支援情報発信は簡便で理解しやすいものが望まれる。

今回の調査施設では、すでにいくつかの情報が文字によりベッドサイド表示されていた。このベッドサイド表示が情報共有方法としてあげていた方が14人いた。ベッドサイド表示がきっかけとなり声をかけあっている(5人)、などコミュニケーションツールとしても有用な可能性が示唆された。

情報共有の場として、勤務交代時の引き継ぎやミーティングがあるが、看護学生でも看護師の引き継ぎを理解することに時間がかかっている。ピクトグラムという絵文字を使用するなど、専門職が発信する、専門職と一般の方々が共有する情報の表現方法には工夫が必要であろう。

・本研究の限界

調査対象の病院では、いくつかの情報を言葉でベッドサイドに表示していた。内容はADL情報に限定されておらず、水分制限、食事制限などであった。内容、表示方法は異なるが、すでに表示があったことが、今回の結果に影響を与えていることは否めない。

3. 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

[平成17年度]

・患者の氏名，顔，性別，疾患名の認知状況：病室と病床の位置を示し，その患者の名前，顔，性別，疾患名等を知っているかの問いでは，いずれの認知状況も管理者が知っている割合が高かった。

・患者把握の内容とデータ数：看護職の患者把握の内容は，137 ラベルに分類され，【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。

・看護職役割別の患者把握の内容とデータ数：看護職役割別にみた患者把握の状況は，全体では，管理者の患者把握のデータ数が最も多く，次いでスタッフ，リーダーの順であった。管理者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] [患者の状態：症状] [退院の見通し] [年齢・年代] [事故リスクの予測と対応] の順であった。リーダー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：症状] [患者の状態：移動レベル] [治療内容：化学療法] の順であった。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。

・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に近い位置や物音の聞こえる距離などとなっていた。

・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。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。

・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。

・看護職の患者把握の構造：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。患者把握の内容は、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。

・看護職の患者把握の量：看護職の患者把握の総量に一定量があることが示唆され、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、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ている場合、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。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。

・看護職の役割による患者把握の違い：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。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。

・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。

・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。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つた。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つたことから、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。

【平成 18 年度】

1. 調査対象の概要

調査対象は、3病院 9 病棟に所属し、調査当日に日勤に従事した看護管理者（看護単位の責任者）、看護師各 1 名。計 18 名の看護職であつた。

2. 患者の氏名、顔、性別、疾患名の認知状況

病室と病床の位置を示し、その患者の名前、顔、性別、疾患名等を知っているかの問いに対し患者の氏名、顔、性別、疾患名の認知状況は、管理者が知っている割合が高かつた。

E-1、E-2 のスタッフの認知は、病棟を二分割したチーム内の患者の実在患者の半数程度であり、看護単位の大きな病棟で低い傾向にあつた。

3. 患者把握の内容とデータ数

3 施設 9 病棟の看護職からえられた患者把握の内容は、計 5261 データとなつた。データから【年齢・年代】【性別】【疾患名・入院理由】など 112 ラベルを形成した。さらに、【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 つのカテゴリーに分類された。各カテゴリーの構成は、以下のとおりとなつた。

【患者の背景】患者の年齢・年代、性別、職業などの 10 ラベル

【患者の状態】既往症、身体機能、痛みなどの 26 のラベル

【家族の情報】家族の状況、介護、面会、家族の反応の 4 ラベル

【医療情報】疾患名・入院理由、診療科名、などの 10 ラベル

【治療内容】手術、術式、化学療法、放射線療法などの 38 ラベル

【看護情報】今後の見通し、看護師の対応、看護師の判断などの 11 ラベル

【管理情報】入院形態、ベッド移動、患者の動態、患者の療養環境などの 7 ラベル

【リスク】 転倒の経験、事故リスクの予測と対応、感染症などの 6 ラベル

各カテゴリのデータ数は、【患者の背景】915 データ、【患者の状態】1336 データ、【家族の情報】358 データ、【医療情報】1217 データ、【治療内容】843 データ、【看護情報】476 データ、【管理情報】77 データ、【リスク】39 データであり、【患者の状態】データが最も多かった。

ラベルのうち、データ数の多かったのは、[疾患名・入院理由]615 データ、[年齢・年代]261 データ、[性別]255 データ、[家族の状況]234 データなどであった。

なお、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、当初、その病床に入院中であると考えていた患者と実在する患者が異なった場合、一次情報のうちの誤情報はデータから削除した。

全データのうち、一次情報の占める割合は、すべてのカテゴリで9割以上であった。

各病棟のデータ数は、E-1病棟 367 データ、E-2病棟 532 データ、E-3病棟 635 データ、F-1病棟 465 データ、F-2病棟 539 データ、F-3病棟 330 データ、G-1病棟 769 データ、G-2病棟 684 データ、G-3病棟 940 データであった。

患者別のデータ数は、1 から 54 まで平均 17.3 データであった。

全ラベルのうち、データ数の多かったものは、[疾患名・入院理由][年齢・年代][性別][家族の状況][患者の状態:移動レベル]などであった。

4. 看護職役割別の患者把握の内容とデータ数

看護職役割別にみた患者把握の状況は、全体では、管理者の患者把握のデータ数が多かった。しかし、G病院ではスタッフの方が患者把握のデータ数が多かった。

管理者の把握の内容は、【患者の背景】595 データ(22.0%)、【患者の状態】546 データ(20.2%)、【家族の情報】236 データ(8.7%)、【医療情報】638 データ(23.6%)、【治療内容】351 データ(13.0%)、【看護情報】275 データ(10.2%)、【管理情報】48 データ(1.8%)、【リスク】19 データ(0.7%)であった。

スタッフの把握の内容は、【患者の背景】320 データ(12.5%)、【患者の状態】790 データ(30.9%)、【家族の情報】122 データ(4.8%)、【医療情報】579 データ(22.7%)、【治療内容】492 データ(19.3%)、【看護情報】201 データ(7.9%)、【管理情報】29 データ(1.1%)、【リスク】20 データ(0.8%)、であった。

管理者とスタッフの把握内容カテゴリの順位に違いはなかった。

管理者とスタッフの把握数を比較すると、【患者の背景】【家族の情報】【看護情報】【管理情報】のデータ数は、管理者の方が多く、【患者の状態】【治療内容】のデータ数は、スタッフの方が多かった。

看護職役割別にみた患者把握の内容の割合は以下のとおりである。

管理者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][年齢・年代][性別][家族の状況][診療科名][退院の見通し]の順であった。

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][患者の状態:移動レベル][日常生活の状況:食事][患者の状態:症状][医学的所見]の順であった。

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あった患者は33名(9.4%)であり、病棟別では、E-1病棟2名(3.6%)、E-2病棟3名(5.2%)、E-3病棟5名(7.9%)、F-1病棟5名(18.5%)、F-2病棟6名(20.0%)、F-3病棟0名(0.0%)、G-1病棟2名(5.9%)、G-2病棟3名(10.0%)、G-3病棟7名(28.0%)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に近い位置や物音の聞こえる距離などになっていた。

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り、患者の入院病床の誤認があった。

入院病床の誤認の理由として本人から得た回答は、「空いているベッドの位置がどこかわからなくなった」「ベッド移動前の患者の情報を話した」「入院日・疾患名・入院目的が他の患者とおなじ」などであった。

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、病床位置の配慮、要注意患者の周知、ベッド周囲の配慮、転倒防止対策、感染防止対策、誤薬防止対策などが挙げられた。

8. 病棟管理者の部下に関する把握

病棟管理者が把握している部下に関する情報は、計 1249 データとなった。データから[年齢・年代][将来の目標][人格特性][看護師歴]など 50 ラベルを形成した。さらに、【背景】【意向】【仕事ぶり】【経歴】【管理的対応】【役割】【評価】【労務】【エピソード】の 9 つのカテゴリーに分類された。各カテゴリーの構成は、以下のとおりとなった。

【背景】背景は、年齢・年代、性別、家族の状況などの 15 ラベルで構成した。

【意向】意向は、将来の目標、勤務の継続意思、異動希望など 7 のラベルで構成した。

【仕事ぶり】仕事ぶりは、人格特性、実践能力、行動特性などの 9 ラベルで構成した。

【経歴】経歴は、看護師歴、職務経験、採用時期・勤務歴などの 7 ラベルで構成した。

【管理的対応】管理的対応は、育成プラン、管理者の対応、役割期待など 4 ラベルで構成した。

【役割】役割は、1 ラベルで構成した。

【評価】評価は、人物評価、患者の評価、同僚評価の 3 ラベルで構成した。

【労務】労務は、退職予定、勤務形態、職務の 3 ラベルで構成した。

【エピソード】エピソードは、1 ラベルで構成した。

各カテゴリーのデータ数は、【背景】455 データ(36.4%)、【意向】58 データ(4.6%)、【仕事ぶり】190 データ(15.2%)、【経歴】352 データ(28.2%)、【管理的対応】33 データ(2.6%)、【役割】86 データ(6.9%)、【評価】38 データ(3.0%)、【労務】33 データ(2.6%)、【エピソード】4 データ(0.3%)であり、【背景】【経歴】の順にデータが多かった。

ラベルのうち、データ数の多かったのは、[看護師歴]171 データ、[職務経験]95 データ、[年齢・年代]93 データ、[役割]86 データなどであった。

部下一人あたりのデータ数は、1 から 12 データで平均 5.4 データであった。

管理者により、部下に関する把握内容の割合にはばらつきがあるが、【背景】【経歴】【仕事ぶり】が多くを占めており、[看護師歴][職務経験]は把握データの上位にあがっていた。

9. 病棟管理者の病院・病棟、看護部門に関する把握内容

病棟管理者が病院・病棟、看護部門等に関して把握している内容として、病棟内運営については、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内容が挙げられた。また、組織全体の状況として、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が挙げられた。

10. 考察

10-1. 看護職の患者把握の構造

本研究では、平成 17 年度に引き続き、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。今年度新たに加えたデータラベルやカテゴリーはなく、患者把握を構成するカテゴリーは収束したと考える。

1998 年に Werley ら (1988) によって看護ミニマムデータセット (Nursing Minimum Data Set :NMDS) が報告されたが、これはニーズにもとづいたサービス提供のために、同一の定義と分類を用いた必要最小限の情報のセットで、「臨床上的判断、管理あるいは保健政策上の意思決定に役立つように看護ケア情報を提供する」という目的がある (太田, 1999)。NMDS には 3 つの要素 (看護ケアの要素、患者/クライアントの人口統計学的データ、サービスの要素) と 16 の項目が含まれ、看護判断や看護実践をするため必要最低限の情報である。この度、本調査において得られた把握のカテゴリーは、日々の看護実践を行うための記憶された必要最低限の情報といえる。NMDS と比較すると、看護ケアの要素に該当するカテゴリーは、【患者の状態】【看護情報】で、把握に関する全体の情報のうち 34.4%に相当する。特に【患者の状態】に含まれるデータの詳細をみると、看護職の「モニタリング」機能に由来する把握であると考えられる。しかしながら看護診断名や看護問題をもって把握していたケースはなく、「疾患名・入院理由」「治療の内容」などの医学的側面による把握が主流で、いわゆる診療の補助としての機能が大きいことが示唆された。看護ケア関連要素のうち、看護アウトカム、看護ケア度に関連することを予測できる把握データはなかった。

最もデータ数の多かったものは、【患者の状態】であり、全データの 25.4%を占めていた。次いで【医療情報】23.1%、【患者の背景】17.4%、【治療内容】16.0%、【看護情報】9.0%、【家族の情報】6.8%、【管理情報】1.5%、【リスク】0.7%の順であった。

昨年度同様、【患者の状態】【医療情報】【治療内容】のデータが多かった。そして、第一に述べられた内容は【医療情報】や【治療内容】が多かったことから、これらが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。

10-2. 安全管理のための把握

【リスク】に関する把握は、データ数としてはもっとも低い結果で、全データの0.7%であった。しかし、これは、データ整理の手法上、明らかに[事故:転倒の経験][感染症]などをしめすデータのみを集計した数であり、治療方法や検査などに付随するリスクの予測は、治療、検査のデータラベルに包含された結果である。患者の療養生活において治療や検査など実施にともなうリスクの存在は明らかであり、看護職は、その職務上当然のこととしてそれらのリスクを認識している。このような看護職の暗黙のリスク認知の程度については、看護職としての専門的知識や能力により異なることが予測されるが、あらためて治療方法や検査などに付随するリスクについても検討を重ねる必要がある。

前年度の調査にあっても、リスクに関するデータラベル数の全体に対する割合は4.4%で、今回さらにその割合は低い結果であった。前年度の考察において、メモなどを参照しながら用いられる短期的に記憶される情報と、比較的長期的に記憶される情報があることを述べたが、リスク情報については、記憶としてストックするよりも、“Alert”としての警報情報をきっかけに、注意が喚起されるような、把握方法であるといえることができる。リスクのアセスメントは入院時にチェックするが、その後入院期間中の再アセスメントは報告されなかった。そこでハイリスクとアセスメントされた患者に対し、特定の病室や病床を用いること、サイン、マーク、ハイリスク者リストを掲示すること、警報を用いること、ミーティングや申し送りを通して口頭で注意喚起すること、などが用いられている。警報情報の発信についてさらに探求する必要がある。

また、事故のハイリスク者の把握は、直接的にハイリスク者を特定して認識するというよりも、疾患名、手術、既往歴、日常生活動作、服薬中の薬、など、多岐にわたる状況を把握しているうえで、何かしらの注意喚起サインが発生することで、記憶としてストックされている情報を引き出し、日々の看護者の行為に反映しているといえる。ハイリスク患者を特定する把握方法では、他の人の判断にゆだねてしまい自らの判断が行われなくなるのではという懸念や、病状の変化が激しいなかにあつてハイリスク者という情報更新の確実性への懸念があり、事故発生を予測する情報の把握と警報情報を用いることは有意義であると考えられる。

看護職が病棟全体の患者の把握について、病床規模が大きな病棟ではチーム以外の患者については把握情報がなく、ベッド位置、顔、名前、性別を知らないというケースが約半数であった。入院中には患者が病棟内、病棟外へと移動することもあり、また、チーム内の受け持ち患者以外にも看護サービスを提供する機会もある。安全管理においては病棟全体の把握が必要であると思われる。病床規模が小さい病棟では、チームに分かれているにもかかわらず、80%以上の把握率であり、全体の把握は看護体制よりも、病床規模が影響すると考える。

10-3. 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、ばらつきがあつたが、昨年度の結果に基づき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)として比較した。

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

昨年度の調査結果では、看護職の患者把握の総量に一定量があることが示唆され、今年度の調査にあたっては、平均在院日数の短かく、かつ病床規模が大きく病棟と小さい病棟の比較を行うことを念頭に実施した。

結果、一患者あたりの把握量はE-1病棟0.7データ、G-1病棟2.3データであった。E-1病棟は整形外科病棟、G-1病棟は呼吸器科病棟であり再入院の患者が多いことを勘案してもあきらかに病床規模の小さいG-1病棟では看護職の把握データが多いという結果であった。さらにいえば、E-1病棟では、病床規模が大きいため、看護スタッフを2分してチームナーシングを行っており、スタッフのヒアリングデータとして得られた患者の情報は、調査当日の入院患者の約半数であった。一方のG-1病棟では入院患者すべてのデータを得ることができた。

管理者およびスタッフの一患者あたりの把握量を比較してもその差は明らかであった。

看護職は、安全な医療・看護サービスの提供をするために限られた資源の中で多様な工夫をし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。

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。

10-4. 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。

10-5. 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。

10-6. 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。

10-7. 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。

D. 結論

物的環境という視点から病棟における療養環境の安全性について考察した結果、以下が明らかとなった。

研究課題1では、離床センサー、床敷きセンサー、衝撃吸収マット、電動ベッド、ベッド柵、介助バーなどベッドに設置する手すり、ナースコールといった入院生活に関わる身の回りの療養具や介助用具を対象として調査した結果、誤報や誤操作を避けるための機能、安全性への配慮、患者の快適性・利便性への配慮、設置・収納（移動）のしやすさ、メンテナンスへの配慮、故障や破損を防ぐつくりの6点が転倒・転落への物的対策となる諸物品の性能を評価する評価軸として得られ、それぞれの評価軸について具体的に求められる性能を検討することができた。また車いすに求められる性能として「ブレーキのかけ忘れをなくす」、「フットレストの上げ忘れをなくす」、「車いすからの離床を防止する」、「車いすの転倒を防止する」、「座位バランスが確保できる」があげられ、点滴スタンドに求められる性能としては「キャスターが滑りが適度であること」、「電源コードに引っ張られないようにする」、「点滴スタンドのルートが引っ張られないようにする」、「電源コードに躓かないようにする」、「点滴スタンドのフックがキュービクルカーテンの編み目などに引っかからないようにする」、「倒れにくいこと」、「点滴スタンドの脚は、体の一部がぶつかっても傷害を負わないようなものとする」があげられた。また車いすの場合は患者の状態によって求められるタイプを3つに整理した。

研究課題2では、看護師の転倒・転落防止のための環境調整に対する認識および実践状況について調べたところ、9割の看護師が物的対策を患者の状況に合わせ実施していると回答した。しかし、患者の状況を査定する認知・理解に関する評価ツール等の知識・実践ともに低い傾向がみられた。一方でトイレ環境、ベッド環境の問題を指摘していた。また、移動支援用具など福祉機器の知識、調整には自信がないという回答が目立った。これらの回答は基本属性にも影響される部分があり、導入手法としては対象別、内容別などいくつかのパターンが必要であることが示唆された。また、看護師が把握している患者のADL情報をピクトグラムにしベッドサイドに表示する方法を試みたところ、患者および看護師の評価ではピクトグラムが受け入れられやすい方法であることが示された。またADL情報をベッドサイドに表示することについては、看護師はすぐに対応できてよいなど業務の効率性などの面でおおよそ賛成しているものの、患者や家族の感情を危惧している意見が目立った。また、現在のADL支援者は看護師や理学・作業療法士など医療者だけではなく、看護助手や患者家族なども介助の担い手であり、専門職者でない方々ともADL情報を共有していく必要性が示された。一方、患者ではほとんどがADL情報のベッドサイド表示を「よい」と回答した。その理由として、対処が早いなど看護師と同様の意見が目立った。しかし、20代の患者で排泄に関すること、病状に関することが面会者に知られたくないという意見が聴かれ、表示する情報の選択、ピクトグラムのデザインの検討の必要性が示された。

研究課題3では、看護職の患者把握の概念について整理し、その上で内容と量、および対応や事故との関係について分析したところ、看護職の患者把握の内容は、137 ラベルに分類され、【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 カテゴリーに整理できた。また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。そして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。また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。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。こうした中で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に近い位置や物音の聞こえる距離などとなっていた。一方、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。

これらの研究成果より、入院患者の転倒・転落への物的対策として用いられる諸物品への具体的な評価方法と、そうした物的対策を現場で導入する手法及び情報を伝える手法、そして患者把握と看護スタッフ把握の概念の理解が得られた。こうした中で転倒・転落はより多角的な視点から取り組む必要があることが明らかとなった。

E. 研究発表

1. 論文発表

特記すべきものなし

2. 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講演抄録集，p54，2006年8月，東京

須田眞史，笈 淳夫「転倒・転落に用いられる物品の適正評価に関する研究」第44回日本病院管理学会学術総会演題抄録集，p173，2006年10月，名古屋

横井郁子，村田加奈子，清水裕子「転倒・転落に対する物的対策の適切な導入手法に関する研究」第44回日本病院管理学会学術総会演題抄録集，p174，2006年10月，名古屋

F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

特記すべきものなし

2. 実用新案登録

特記すべきものなし

3. その他

特記すべきものなし

II. 分担研究報告

1-1. 【平成 17 年度】患者の入院生活における物的環境の適正評価に関する研究

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

患者の入院生活における物的環境の適正評価に関する研究
分担研究者 笥 淳夫 国立保健医療科学院施設科学部長

研究要旨

本研究は、入院患者の転倒・転落への物的対策に用いられる諸物品について、患者の入院生活の安全性という視点から性能の評価を行い、質の向上を図ることを目的とする。具体的には、医療現場の意見を聞きながら、転倒・転落への物的対策に用いられる諸物品—離床センサー、床敷きセンサー、衝撃吸収マット、電動ベッド、ベッド柵、介助バーなどベッドに設置する手すり、ナースコール—について、性能を評価するにあたって重視されている事項や不満・改善要求点をまとめ、各物品の性能の評価軸と求められる性能を検討する。

その結果、誤報や誤操作を避けるための機能、安全性への配慮、患者の快適性・利便性への配慮、設置・収納（移動）のしやすさ、メンテナンスへの配慮、故障や破損を防ぐつくりの6点が転倒・転落への物的対策となるこれら諸物品の性能を評価する評価軸として得られ、それぞれの評価軸について具体的に求められる性能を検討することができた。

研究協力者

須田真史：国立保健医療科学院

A. 研究目的

本研究は、物的環境に着目し物的環境の質などを検討することにより、安全な病棟環境を考察しようとするものである。療養環境の安全性を物的環境の視点から捉えた研究が、平成14年度および15～16年度に三宅研究班によってそれぞれ実施された。平成14年度の研究では、ベッド、車いす、点滴スタンド、オーバーベッドテーブル、ポータブルトイレなどの安全性向上のためには、医療従事者・メーカー・行政が情報交換できる場が必要であること、平成15～16年度の研究では、転倒・転落のリスクのある患者に対して適切な物的対策をアセスメントする手法がそれぞれ明らかにされているが、物的対策に用いられる諸物品の性能などについては検討の余地を残している。そこで本研究では、入院患者の転倒・転落への物的対策に用いら

れる諸物品について、患者の入院生活の安全性という視点から性能の評価を行い、質の向上を図ることを目的とする。具体的には、医療現場の意見を聞きながら、転倒・転落への物的対策に用いられる諸物品—離床センサー、床敷きセンサー、衝撃吸収マット、電動ベッド、ベッド柵、介助バーなどベッドに設置する手すり、ナースコール—について、その効果、汎用性、改善点、性能など多角的側面から評価を行い、各物品に求められる性能を検討する。

B. 研究方法

1. 調査方法

日本赤十字社の医療施設で、下記の条件すべてに合致する病院の各病棟を対象に、アンケート調査を実施した。

- ・病床規模が300床以上
- ・専任リスクマネージャーを配置している
- ・転倒・転落対策となる物品を導入している

調査対象となった病院は 37 病院であり、その中で回答が得られたのは 27 病院、計 294 病棟である。

アンケートは、調査対象となる病院の各病棟において、安全対策担当者など 1 名に代表するかたちで回答してもらった。調査内容は、当該病棟において転倒・転落対策となる諸物品の導入状況、回答者の諸物品の使用経験、これら諸物品の性能を評価するにあたって重視する点、これら諸物品を使用していて不便や不満に感じる点、改善して欲しい点などである。

回答方法は、物品の性能を評価するにあたって重視する点については、調査者が示した選択肢に「特に重視する項目」の順に優先順位をつけてもらい、その上位 3 つまでに入る項目を選択した理由とあわせて回答する方式とし、諸物品を使用していて不便や不満に感じる点、改善して欲しい点については、自由回答方式とした。

2. 分析方法

アンケートで得られた「諸物品の性能を評価するにあたって重視する点」および「諸物品を使用していて不便や不満に感じる点、改善して欲しい点」についての回答内容は多岐広範に及ぶため、回答が多かった内容を抽出し、それについて以下の分析方法で重点的に分析を行うことにより、各物品に求められる性能を検討することとする。

アンケートで得られた「諸物品の性能を評価するにあたって重視する点」の回答については、選択肢を回答数が多い順に並び替え、さらに回答数の累積比率をとりパレート図を作成し、ABC 分析を行う。ABC 分析では、回答数の累積比率が 70%に入る選択肢を A、90%に入るものを B、それ以上のものを C とする。また、「諸物品を使用していて不便や不満に感じる点、改善して欲しい点」の回答については、同義あるいは類似したものごとに分類を行い、回答数が多い順に並び替え、同様にパレート図を作成し、ABC 分析を行う。このようにして得られた A に該当する回答について分析を行い、各物品の性能を評価する評価

軸をまとめ、さらにそれぞれの評価軸について具体的に求められる性能を検討する。なお、ABC 分析で B、C に該当する回答についても性能を検討すべき点は当然あるが、本研究では、前述の通りより重点的に各物品の性能を検討することに主眼をおいている。

(倫理面への配慮)

本研究の実施においては、調査対象となる施設および個人には、研究の趣旨、内容等を詳細に説明した上で同意を得る。同意は自由意志により、途中いつでも中止することができ、そのことによって何ら不利益にならないことを保証する。さらにデータの取扱については、研究を実施している担当者以外には元データを取り扱うことがないよう配慮する。

C. 研究結果および考察

1. 離床センサーについて

1-1. 使用状況

アンケート全回答 294 件のうち、現在自身の病棟において離床センサーを使用しているとの回答は 76 件あった。また、現在は使用していないが、過去に使ったことがあるとの回答は 39 件あった。この 2 つの回答をあわせると、離床センサーの使用経験があるとの回答は 115 件であり、全回答の約 39.2%の割合を占める(資料 1-1)。

1-2. 性能を評価するにあたって重視する点

離床センサーの使用経験がある 115 人については、さらに離床センサーの性能を評価するにあたって、調査者が示した選択肢に「特に重視する項目」の順に優先順位をつけてもらい、その上位 3 つまでに入る項目を、選択した理由とあわせて回答してもらった。その結果、のべ 335 件の回答があった(資料 1-1、1-3)。

最も回答数が多かったのは「センサー部の設置が簡便であること(56人)」で、以下「オン・オフの状態が目視で確認できること(40人)」、「硬さや厚みなどで寝心地に不快感を与えないこと(39人)」、「反応感度が高いこと(34人)」、「配線の接続・設置が簡便であること(32人)」、「患者がスイッチの操作を

できないこと (31人)」であった。以上がABC分析でAに位置づけられる選択肢であった。

これら項目の選択理由は、「センサー部の設置が簡便であること」では、「設置に手間取ってしまうと、夜間など人手が少ない時に設置をさけてしまいかねない」、「設置が難しいと使用頻度が低下したり、時間がかかる」、「新人、ベテラン問わず使いやすいこと」などの意見があった。

「オン・オフの状態が目で確認できること」では、「毎回の訪床時に確認が必要なので簡便さが大切」、「オフにしたままでオンに戻さずセンサーが作動せず、インシデントに結びついた事があった」、「夜間使用することが多いので、患者に迷惑がいかずチェックできる方が良い」などの意見があった。

「硬さや厚みなどで寝心地に不快感を与えないこと」では、「離床センサーを使用している事で眠れなかったり、床ずれができたのでは逆効果である」、「患者に不快感を与えるものは、出来る限り使用したくない」、「患者の安静妨げる要因となり、不穏を助長させてしまう」などの意見があった。

「反応感度が高いこと」では、「離床にすぐに反応しないと対応が遅れが出て危険である」、「患者の体動をできるだけ適切に感知するため」などの意見があった。

「配線の接続・設置が簡便であること」では、「これまで使用したセンサーは配線が複雑で、上手く作動しないことがあった」、「センサーが複雑だと活用しにくく、対策が不十分となる」などの意見があった。

「患者がスイッチの操作をできないこと」では、「患者が操作して、転倒されたり、離床されたりすることがあった」、「看護師の操作を見て患者がスイッチをオフにしてしまい効果がないことがある」などの意見があった。

1-3. 不満点や改善要求点

また、離床センサーの使用経験がある115人については、さらに離床センサーの使用にあたって不満に感じる点や改善して欲しい点について自由回答をしてもらった。その結果、71人の看護師よりのべ98件の回答があった。

これら回答を同義あるいは類似したものごとに分類した結果、14種の回答に集約することができた(資料1-1、1-4)。

最も回答数が多かったのは「不必要な反応が多い(40人)」で、以下「寝心地が悪い(11人)」、「センサーの設置位置の微調整が難しい(10人)」、「センサー部分の設置作業に手間がかかる(7人)」、「故障・不具合がみられる(5人)」であった。以上がABC分析でAに位置づけられる回答であった。

これら各項目の具体的な回答は、「不必要な反応が多い」および「センサーの設置位置の微調整が難しい」では、「寝返りをするだけでも鳴るため、訪室回数が非常に増え、ナースが少なくなる夜勤は対応に苦慮することが多い」、「寝返りやちょっとした坐位などですぐセンサーが感知し、鳴りっぱなしの状態となり、結局上手く使い切れなかった経験がある」、「設置位置によって、寝返りをうっただけで、センサーが鳴る時があり、患者からクレームがきたことがある」、「あてかたにより、キャッチが敏感であったりなかったり…。患者の動きに応じて適切な場所を選択するのが難しい」などの意見があった。

「寝心地が悪い」では、「マットの下に敷いても、硬くて寝にくいと患者より言われたことがある」、「患者が臥床した時異物感があり、かえって不穏となり危険で効果を果たさない」、「褥瘡のリスクが高い人に使用する割には固い」などの意見があった。

「センサー部分の設置作業に手間がかかる」では、「設置作業が大変。患者さんが臥床している状態では困難」、「絶対安静の患者が使用対象となるが、設置しようとする時に、ベッド交換しなければならない時もあり、設置に大変な思いをする」、「体が大きい人や体重の多い人は敷くのが大変」などの意見があった。

「故障・不具合がみられる」では、「ギャッチアップする時に腰の部分にセンサーマットがあると、壊れやすい。しかし、一番設置しておきたい所です」、「接続部がすぐはずれる」、「コードがベッドの間に入り込みやすく