

★の位置は、病室および病床位置

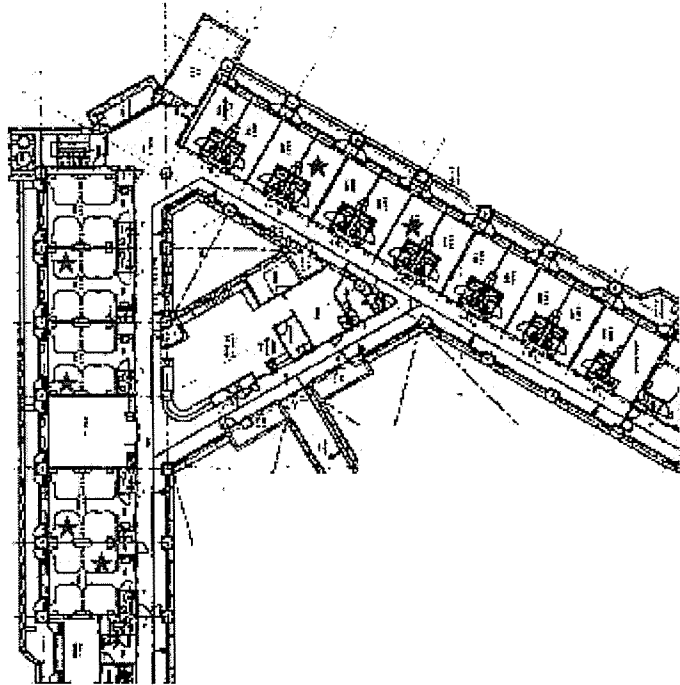


図 6-5 リスクのある患者の病床位置⑤

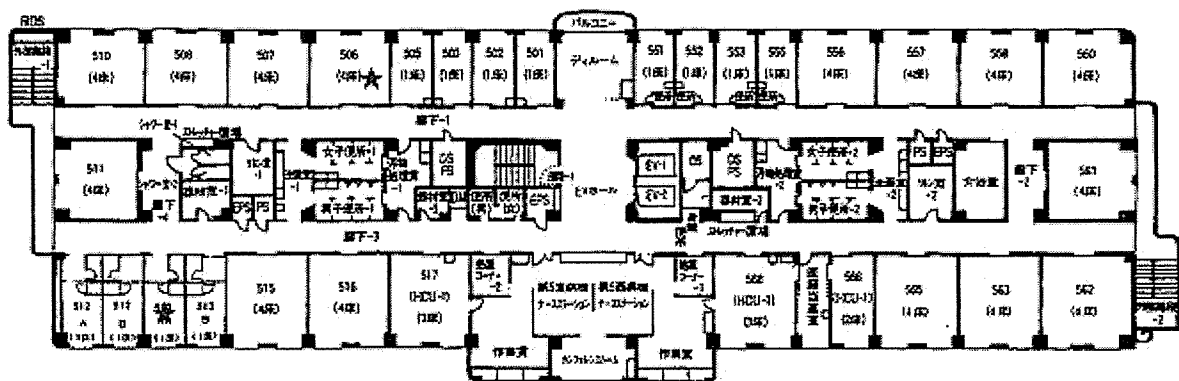


図 6-5 リスクのある患者の病床位置⑥

★の位置は、病室および病床位置

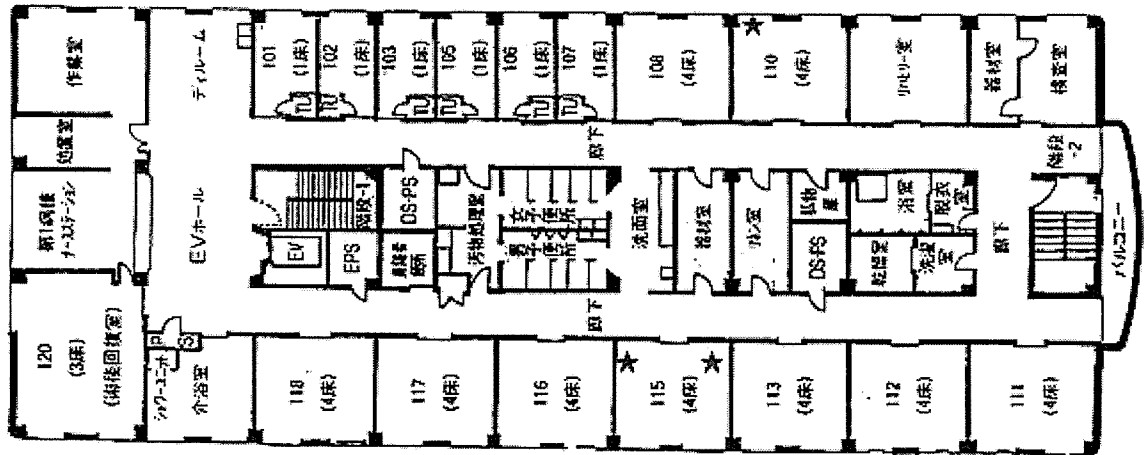


図 6-5 リスクのある患者の病床位置⑦

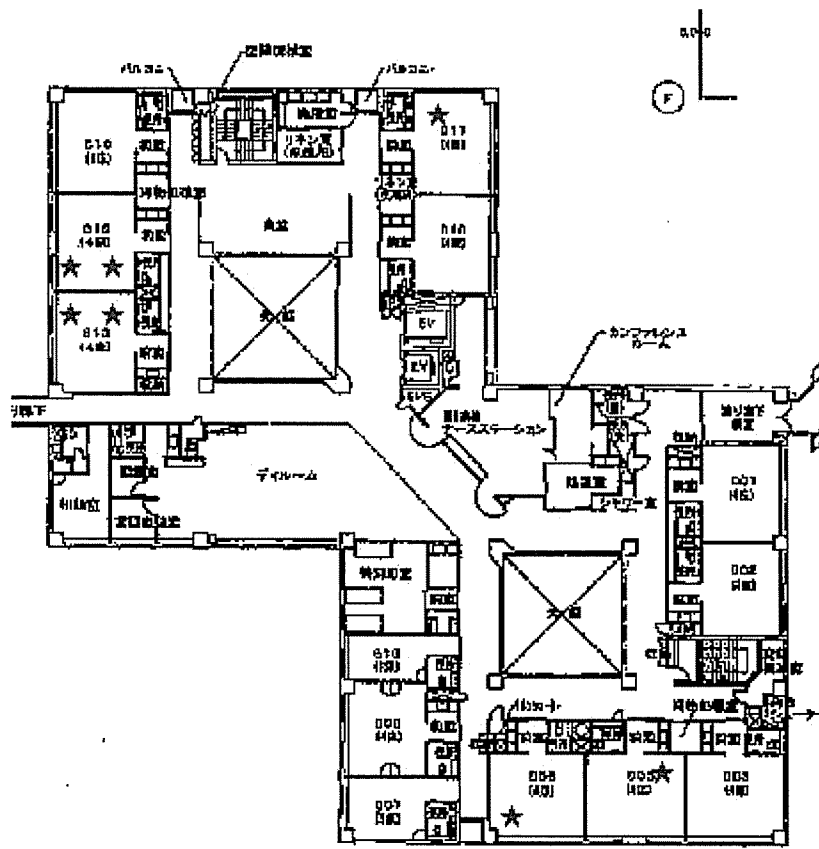


図 6-5 リスクのある患者の病床位置⑧

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、「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。

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 = 患者数	管理者	スタッフ	計
E-1	n = 56	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (3.6)
E-2	n = 56	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (1.8)
E-3	n = 63	0 (0.0)	5 (7.9)	5 (7.9)
F-1	n = 27	3 (11.1)	0 (0.0)	3 (11.1)
F-2	n = 30	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F-3	n = 28	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
G-1	n = 34	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
G-2	n = 30	6 (20.0)	0 (0.0)	6 (20.0)
G-3	n = 25	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

★の位置は、病室および病床位置

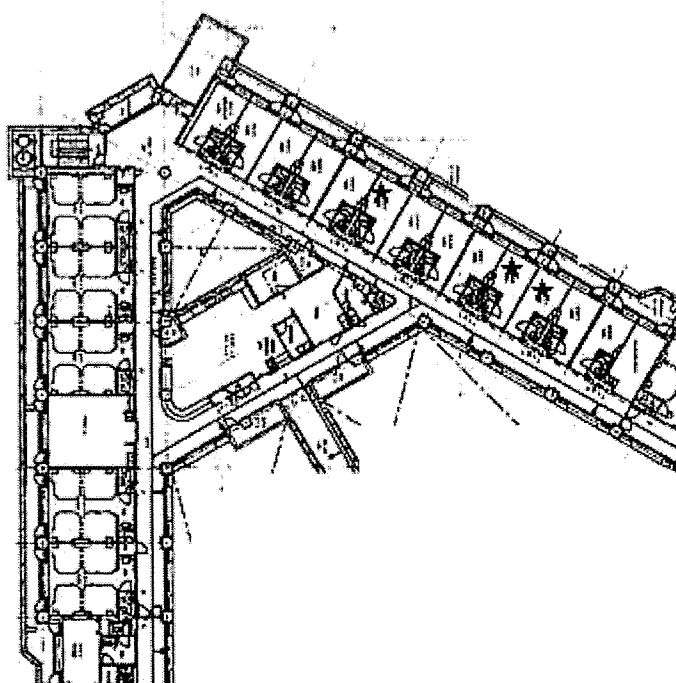


図 7-1 入院病床の誤認があった病床位置①

★の位置は、病室および病床位置

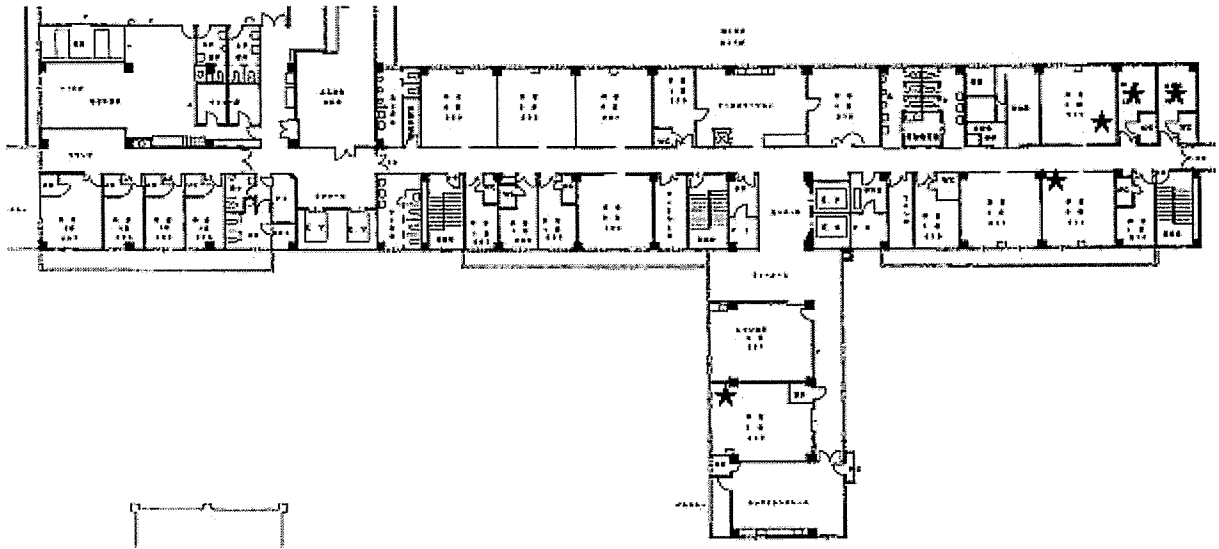


図 7-4 入院病床の誤認があった病床位置④

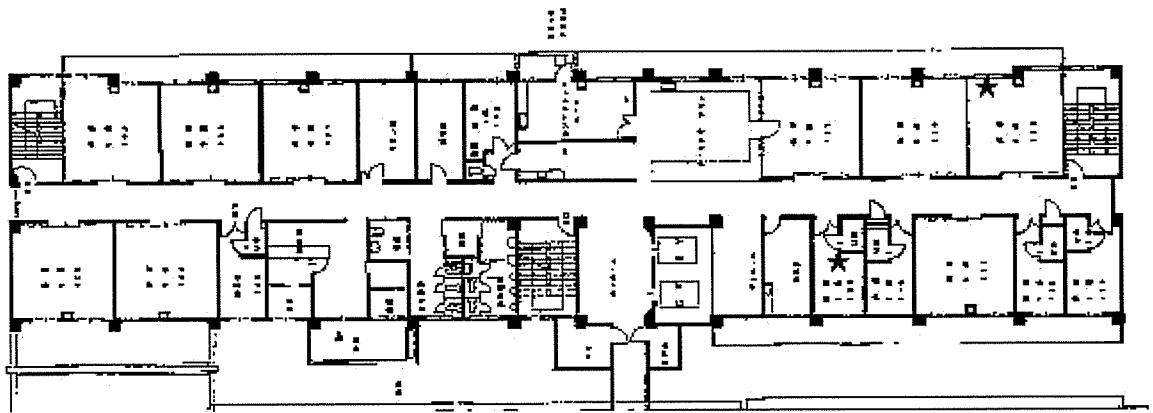


図 7-5 入院病床の誤認があった病床位置⑤

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（表12）。

表12 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	委員会組織の構成
安全委員、褥瘡委員、感染委員などで各計画を月1回チェックする 安全管理の必要な人は部屋を決めていて不穏の人はこことか、トイレに近いところはそういう人を入れる 要注意患者はナース・ステーション周辺の部屋にする 認知障害のある人は、ステーション内の観察室に移して導線が短くて済むようにあるいはつねに観察できるようにする 個室により、段差があるトイレとないトイレがあり患者さんの状態によって部屋を分けている 患者さんの誤認をしないように同姓の方同名の方のお部屋を分ける	委員会組織の構成 病床位置の配慮
移動等の注意をする患者は電子カルテの中に記載されているが、つねに開けているわけではないので、聞いて憶えている 同姓同名の患者は周知と共に管理板に書く 重症の患者さんは全員に申し送る ナースコールボードに担送マークを表示する 担送マークがついている患者は他チームでも意識してカルテなどを見る	要注意患者の把握
ベッド周りの環境(足下にものを置かないようにしていてコンセントがないように、柵の付ける位置、ギャッチアップのハンドル、車いすや歩行器の位置など)、導線、患者さんが転倒しないように、迷わないように引っかかるものがないか ベッドの高さ、柵、環境整備の状況のみる いらぬスタンド、車椅子等がベッド廻りにある場合は片付けてスタッフにも意識づけする ベッドがどうしてもダメな場合は畳にする ベッド周囲の配線に注意する ナースコールを枕元におく	ベッド周囲の配慮
入院患者のADL、転倒、転落の状況はチェックする ベッドの柵や離床センサーをつける 履き物、スリッパ禁止 最終手段として家族に承諾を求めて抑制することもある 入院時に65歳以上、眠剤を飲んでいて、車椅子での入院などの関連因子が1つでもあれば計画を立てる コミュニケーションがとれるのか、訴えられるか、ナースコールができるか、歩行はどうか、自分で動くことができるか アナムネ聴取時に入院時のADL状況をチェックし、看護計画に転倒リスク状態という項目をたてる 内服薬の使用、眠剤の使用を確認する 整形外科の患者は必ず転倒リスク計画を立て、3日目に評価をする 認知症は長谷川式チェックする 移動状況が変わるときはリハビリテーションスタッフと一緒にカンファレンスをする 移動状況はリーダーが確認してクラークが移動状況表を出し助手にも知らせる 休み明けのスタッフの勤務の場合は注意して申し送る 車椅子を本人のところに置かない、夜間は車椅子を引き上げて呼ばれたら持って行く 病室の前の手指消毒剤を必ず使用する 必ず手洗いを 採血時は必ず感染ボックスを持って行く 感染症(MRSA、肝炎、CV、抗菌感染症など)の患者リストをナース・ステーションの手洗い場に明示する 感染症がある患者さんはミーティングに出す	転倒防止対策
誤薬については内服薬の飲み忘れや飲み間違いは受け持ちが責任をもって電子カルテの確認も含めて確認をする 自己管理薬のカラーを回収し、確認してワークシートに押印する 点滴ボトルに記載されている患者名は意識的にみる 複数の患者の点滴を同時に所持しない 1トレー1患者分として指さし呼称して確認する 点滴や内服は毎回バーコードチェックやリストバンドでチェックしたり名前を呼ぶことを徹底する マニュアルの遵守、ダブルチェックの徹底、指示に変更に注意する	誤薬防止対策
廊下にものを置かない 車椅子などが廊下にていているときは片付けるよう指導する 妊婦もいるので床ぬれとかには掃除の方々に注意をしている	事故防止対策
インシデントレポートが出たときには申し送りの場で報告する 朝の申し送りや夜勤への引継で全体の申し送りで把握する 事故の連絡ノートを開覧後はサインする 毎朝、必ずインシデントの確認をする インシデントの内容によって転倒による外傷などがあつた場合には事実の確認として患者さんや担当ナースに聞き取り、記録の確認をする 転倒が発生した場合はその日にリハビリと一緒に分析会議をし、その場で計画を修正する	インシデント等発生後の対応
転棟してくる患者には環境の変化についてオリエンテーションをしっかりする	患者への注意喚起
徘徊には防犯用のセンサー(夜間通ると鳴るセンサー)の使用	離棟予防
看護師が暴力を受けそうな場合は逃げるようにしている 患者さんを見ていて暴力的だとかわかるので暴力を揮われぬような対応をとるしかない 実際に受けてしまったら報告書を書く	DV対策
連絡ミスによるトラブルに注意する。例えば医師から説明をしてもらうときに立ち会うとか、医療者間の情報交換も記録に残す	トラブル対策

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 (表 14)。

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 (表 13)。

表 13 部下一人あたりのデータ数

	n = 看護師数	最小	最大	平均	中央値	最頻値	SD
全体	n = 235	1	12	5.4	5.0	4.0	2.3
E-1	n = 38	1	7	3.6	4.0	4.0	1.7
E-2	n = 40	1	9	4.3	4.0	4.0	1.5
E-3	n = 42	2	9	5.8	6.0	7.0	1.6
F-1	n = 18	6	12	8.6	8.0	9.0	1.7
F-2	n = 18	5	11	8.3	8.0	7.0	1.9
F-3	n = 19	1	5	3.3	3.0	3.0	1.1
G-1	n = 19	2	9	5.1	5.0	5.0	1.8
G-2	n = 19	3	8	5.4	5.0	7.0	1.8
G-3	n = 22	5	12	7.1	6.0	6.0	2.0

表 14 管理者の部下の把握データ

カテゴリ	ラベル	データ数 (%)	データ数 (%)
背景	年齢・年代	93 (7.4)	455 (36.4)
背景	家族の状況	70 (5.6)	
背景	性別	62 (5.0)	
背景	私生活の状況	37 (3.0)	
背景	免許・資格	33 (2.6)	
背景	出身地	30 (2.4)	
背景	婚姻の有無	30 (2.4)	
背景	出身校	20 (1.6)	
背景	身体状況	19 (1.5)	
背景	住居の状況	16 (1.3)	
背景	住所	11 (0.9)	
背景	趣味	11 (0.9)	
背景	学歴	10 (0.8)	
背景	通勤形態	7 (0.6)	
背景	外見	6 (0.5)	
意向	将来の目標	27 (2.2)	58 (4.6)
意向	キャリアアップへの意向	9 (0.7)	
意向	勤務の継続意思	7 (0.6)	
意向	異動希望	7 (0.6)	
意向	退職後の予定	5 (0.4)	
意向	勤務希望の状況	2 (0.2)	
意向	職務満足	1 (0.1)	
仕事ぶり	人格特性	66 (5.3)	190 (15.2)
仕事ぶり	実践能力	40 (3.2)	
仕事ぶり	仕事ぶり	27 (2.2)	
仕事ぶり	行動特性	27 (2.2)	
仕事ぶり	業務の状況	11 (0.9)	
仕事ぶり	職場適応の状況	9 (0.7)	
仕事ぶり	看護研究	4 (0.3)	
仕事ぶり	態度	4 (0.3)	
仕事ぶり	特技	2 (0.2)	
経歴	看護師歴	171 (13.7)	352 (28.2)
経歴	職務経験	95 (7.6)	
経歴	採用時期・勤務歴	36 (2.9)	
経歴	異動状況	23 (1.8)	
経歴	就職の経緯	18 (1.4)	
経歴	異動の経緯	5 (0.4)	
経歴	経歴	4 (0.3)	
管理的対応	育成プラン	15 (1.2)	33 (2.6)
管理的対応	管理者の対応	13 (1.0)	
管理的対応	役割期待	3 (0.2)	
管理的対応	キャリアアップの示唆	2 (0.2)	
役割	役割	86 (6.9)	86 (6.9)
評価	人物評価	31 (2.5)	38 (3.0)
評価	患者の評価	4 (0.3)	
評価	同僚評価	3 (0.2)	
労務	退職予定	20 (1.6)	33 (2.6)
労務	勤務形態	12 (1.0)	
労務	職務	1 (0.1)	
エピソード	エピソード	4 (0.3)	4 (0.3)
	計	1249 (100.0)	1249 (100.0)

管理者一人あたりの把握データの構成は表 15 および図 8 のとおりであった。

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][職務経歴]は把握データの上位にあがっていた(表 16)。

表 15 管理者あたりの把握データ【カテゴリ】数

	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	計
E-1 n= 38	27 (19.6)	3 (2.2)	18 (13.0)	54 (39.1)	9 (6.5)	16 (11.6)	2 (1.4)	9 (6.5)	0 (0.0)	138 (100.0)
E-2 n= 40	60 (35.9)	16 (9.6)	3 (1.8)	70 (41.9)	0 (0.0)	18 (10.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	167 (100.0)
E-3 n= 42	127 (52.3)	12 (4.9)	11 (4.5)	60 (24.7)	1 (0.4)	30 (12.3)	1 (0.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	243 (100.0)
F-1 n= 18	74 (50.7)	6 (4.1)	28 (19.2)	18 (12.3)	3 (2.1)	2 (1.4)	11 (7.5)	3 (2.1)	1 (0.7)	146 (100.0)
F-2 n= 18	59 (41.8)	8 (5.7)	22 (15.6)	35 (24.8)	3 (2.1)	5 (3.5)	4 (2.8)	5 (3.5)	0 (0.0)	141 (100.0)
F-3 n= 19	5 (8.5)	3 (5.1)	28 (47.5)	16 (27.1)	0 (0.0)	1 (1.7)	4 (6.8)	2 (3.4)	0 (0.0)	59 (100.0)
G-1 n= 19	17 (15.7)	3 (2.8)	34 (31.5)	26 (24.1)	7 (6.5)	5 (4.6)	9 (8.3)	5 (4.6)	2 (1.9)	108 (100.0)
G-2 n= 19	58 (59.8)	1 (1.0)	0 (0.0)	35 (36.1)	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (2.1)	0 (0.0)	97 (100.0)
G-3 n= 22	28 (18.7)	6 (4.0)	46 (30.7)	38 (25.3)	10 (6.7)	8 (5.3)	7 (4.7)	6 (4.0)	1 (0.7)	150 (100.0)
計	455 (36.4)	58 (4.6)	190 (15.2)	352 (28.2)	33 (2.6)	86 (6.9)	38 (3.0)	33 (2.6)	4 (0.3)	1249 (100.0)

表 16 部下に関する把握データ [ラベル] 上位 10

	E-1	E-2	E-3	F-1	F-2
1位	看護師歴 35	年齢・年代 34	年齢・年代 42	私生活の状況 21	職務経歴 19
2位	役割 16	職務経歴 24	性別 40	人格特性 13	看護師歴 11
3位	実践能力 11	看護師歴 23	看護師歴 32	看護師歴 12	人格特性 11
4位	家族の状況 10	役割 18	役割 30	家族の状況 12	家族の状況 10
5位	異動状況 7	採用時期・勤務歴 14	職務経歴 19	年齢・年代 10	住居の状況 8
6位	育成プラン 6	将来の目標 13	家族の状況 17	人物評価 9	住所 6
7位	婚姻の有無 6	性別 13	将来の目標 7	行動特性 7	出身地 6
8位	退職予定 5	異動状況 5	婚姻の有無 7	趣味 7	退職予定 5
9位	採用時期・勤務歴 5	家族の状況 5	出身地 6	身体状況 7	役割 5
10位	職務経歴 5	就職の経緯 4	私生活の状況 6	職務経歴 5	仕事ぶり 5

	F-3	G-1	G-2	G-3	計
1位	人格特性 14	看護師歴 14	看護師歴 16	看護師歴 20	看護師歴 171
2位	看護師歴 8	人格特性 12	免許・資格 14	人格特性 13	職務経歴 95
3位	行動特性 8	実践能力 10	職務経歴 9	実践能力 11	年齢・年代 93
4位	採用時期・勤務歴 6	人物評価 6	家族の状況 9	職務経歴 9	役割 86
5位	人物評価 4	役割 5	住居の状況 7	役割 8	家族の状況 70
6位	仕事ぶり 4	職務経歴 5	出身校 6	仕事ぶり 8	人格特性 66
7位	将来の目標 3	退職予定 3	出身地 6	管理者の対応 7	性別 62
8位	勤務形態 1	同僚評価 3	就職の経緯 4	出身校 7	実践能力 40
9位	退職予定 1	育成プラン 3	私生活の状況 4	人物評価 6	私生活の状況 37
10位	役割 1	就職の経緯 3	学歴 3	行動特性 5	採用時期・勤務歴 36

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(表 17)。

表 17-1 病院・病棟、看護部門等に関する把握

病棟内運営事項	インシデント等の発生状況	インシデントの確認
	患者の状態	<p>申し送りで患者の状況を聞く 気になる患者・家族には自分で関わる、自分の目で見て確認する 特に長期入院(30日以上)患者の状況を確認する スタッフの中にミーティングに入り、医師からの病状説明や医療者ミーティングの場での内容は把握する 告知や延命処置をするかどうかについては必ず入り、情報収集をする できるだけ病室ラウンドし、状況を把握、必要時スタッフに指導・確認、情報を提供・共有する 当日入退院の患者と検査(心カテ、ラジオ波、肝生検など侵襲が大きいものや、心外の手術など)がある患者さんは把握する 入退院患者および気になる患者の状況確認をする 事故があった事例、死亡退院の方は意識している 特記の患者(病状の変化、ご家族のクレーム、転倒、ルートの抜去など)はカルテも開けて状況を確認する 前日の入退院状況、今日の検査リストの確認</p>
	ベッドコントロール	<p>患者の数、重傷者の数、空室状況、元気部屋の数、重傷者の部屋の空室数を確認する 個室一つは緊急事態のためにあけられるようにする 当日の入院予約と退院予定の確認 入退院患者とベッドコントロール、退院の見込みとか入院患者さんのレベルとか、自宅退院できるのか、MSWIに介入してもらう必要があるのか 高齢で認知度の悪い方はステーションの近くに 手術患者の病床コントロールは注意する</p>
	サービスの質保証	<p>経験年数の浅いものが半数を占めているので患者さんへの対応には注意を払っている その日の勤務者の確認 本日のスタッフの人数、リーダーは誰か、経験年数はどれくらいか 勤務表は、バランスが良くなるように、リーダーと中堅と1年目というように配置する 患者さんが自分の病気や治療について理解しているかどうか 患者さんの経済面の問題や退院に向けてできることについては確認する 前回入院時に問題があった患者への対応の確認 新しい診療科の患者の受け入れのための勉強会の計画やICUへの研修、ICUとの合同で勉強会の実施 スタッフの緊急時の経験を増やす目的でCPRで入ってきたら、連絡をもらって見学させてもらったり、手伝わせてもらったりして実践の経験を積ませる 看護計画のチェック(転倒転落、褥瘡、NSTも含む)</p>
	仕事量の把握	<p>仕事の全体量を把握する 夜間勤務中に休憩が取れたか スタッフが前日に早く帰れたかとか休憩とれたかとか、仕事が終わっていなければ何故終わっていないのか その日のスケジュール、業務量とスタッフ構成をみながら配分してもらうように調整する 本日の入退院、検査、手術件数 医師の指示の受け漏れがないか、時間内に受けられているか</p>
	職員の教育	<p>新人は月に1回はプリセプターと同じになるようにする</p>
	職員の健康管理	<p>職員の健康状態 スタッフの病休がないか確認する</p>
	職務満足	<p>スタッフのモチベーションの低下があったため、勤務希望や休みを増やすよう工夫した</p>
	人間関係	<p>人間関係のトラブルがないか</p>
	組織内の決定事項等の確認	<p>会議のチェック 委員会会議録に目を通し担当に渡す 院内の事務連絡事項の確認をし、それを病棟に流す 師長会で看護部の決定事項は決まるため、スタッフに情報を流す</p>
	医師の異動	<p>医師のローテーション予定、人員減、診療科のセンター化構想の動向</p>
	医師のスケジュール	<p>医師の外来日、回診時間、出張や研修等での不在時の代理が誰かの確認をする 医師の休みの状況</p>
	他部門との連携	<p>リハビリテーションスタッフとの連携の状況、今週からPTが朝のミーティングにも入ってくれているので今後評価する 患者の退院調整とか、ソーシャルワーカーは転院先とのやりとりを安心して任せられる 担当薬剤師の退職と看護業務への影響 地域につなげたい場合はケアマネジャーがいる</p>
	外注業者	<p>委託業者との業務分担</p>
	物品管理	<p>消化器の位置とか、湯沸かし室の設備、トイレ、シャワー室は必ず覗く モニターが15台あり、それがちゃんと作動しているかのチェック 物品の在庫があまりないようにする 物品・設備の点検はスタッフがを行い、結果の報告をうける</p>
	空間利用	<p>病棟内の物品の整備により、空きスペースを確保し、眼科の業務拡大に向けて眼科の診察室をつくった 処置室があるが、病室として使われている状況があり不便だったのでリネン室と処置室をつくった</p>

表 17-2 病院・病棟、看護部門等に関する把握

組織の状況	病院経営に関する事項	院長の交代、診療科の廃止予定(見込み)と患者への対応 救急車の搬送件数への影響による患者数の減少 急性期で在院日数が問われるので退院調整が重要 亜急性期病棟なので入院期間は90日を過ぎるといけないので注意している
	病院の理念、看護部の方針	病院の理念、看護部の目標、各病棟目標はみている 今年の目標が固定チームナーシングの充実、クリニカルラダーの確立で、それをもとに各病棟が目標を設定している
	開設者	開設者の組織体系、決済の管轄
	病床管理	関連病棟のベッドの状況 病院全体の空室状況 入退院、ベッド調整
	職員教育	看護部内の教育、研究発表等の活用 教育研修について
	人事の動向	新年度に向けた異動状況、人事 新採用者の数、退職者の数、自病棟への配置人数、異動、昇格の予定
	電子カルテ	電子カルテの看護記録システムの構造(看護診断、NOC、NIC)
	外注業者	業務委託の状況
	院内の委員会組織 業務改善	どういった委員会があるか、委員会の機能と役割 看護部内のQC活動とその結果
	看護部の対応	部下の不満とや要望に対する組織の対応・姿勢
	安全管理に関する委員会組織	病棟内では病院の安全管理委員会に1人、NSTIに1人、看護部門の委員会があり、各病棟単位で委員会の活動を橋渡しするリンクナースが存在、記録・感染対策・看護基準手順・業務・教育委員会のリンクナースが病棟に1人、接遇 1人、橋創対策委員会 1人いる
	緊急時の連絡体制	緊急時、災害時の組織の連絡体制

D. 考察

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、「臨床上の判断、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うことができる。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。

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うことが出来る。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っ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。

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、ばらつきがあったが、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（表 18）。

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

表 18 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
E-1	n = 56	9.7	367	0.7
E-2	n = 56	10.0	532	1.0
E-3	n = 63	10.9	635	0.9
F-1	n = 27	21.0	465	0.8
F-2	n = 30	21.0	539	0.9
F-3	n = 28	12.0	330	1.0
G-1	n = 34	9.8	769	2.3
G-2	n = 30	20.0	684	1.1
G-3	n = 25	一般 14.0 亜急性期 30	940	1.6 *

*G-3は、亜急性期病床との混合であるため、調査当日の患者比率の割合で平均在院日数の調整後計算した

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(表 19)。

表 19 病棟別一患者あたりのデータ数比較

		把握データが得られた患者	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
全体	E-1	56	9.7	367	0.7
	G-1	34	9.8	769	2.3
病棟管理者	E-1	56	9.7	223	0.4
	G-1	34	9.8	294	0.9
スタッフ	E-1	26	9.7	144	0.6
	G-1	34	9.8	475	1.4

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(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、その後には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

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者指名	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

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	ページ	出版年
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
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	p. 173	2006年10月
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	p. 174	2006年10月