

到達目標：猪又委員資料

(第2回検討会資料)

## 新人看護師技術チェックリストの使い方について

この「新人看護師技術チェックリスト」は、厚生労働省の「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」(平成16年3月)の「新人看護職員研修到達目標」とH14年・15年の厚生科研の結果を受けて作成しました。

構成は1. 看護の基本的知識・技術チェックリスト 2. 安全な診療の補助業務に関する基本的知識・技術チェックリスト 3. 安全な看護ケアを提供するための知識・技術チェックリスト 4. 看護実践における管理的側面のチェックリスト 5. 看護職員として必要な基本的な姿勢と態度についてのチェックリストの5つから構成されます。1・4・5は厚生労働省の「新人看護職員研修到達目標」から2・3は厚生科研の結果より作成しています。

新人看護師の皆さんは、この技術チェックリストをスタンダードな技術の習得にお役立てください。そのセクションで追加のチェックリストが用意されているところもあります。手技が異なる場合もあると思いますが、まずスタンダードなものを習得し、なぜ異なるのか先輩看護師にエビデンスの説明をしてもらってください。

1. 入職オリエンテーション時に新人看護師のこのチェックリストの記入方法を説明し、0ヵ月を記入します。
2. このチェックリストは1・3・6ヶ月後に新人看護師と同僚(プリセプターを含む)で話し合っけてください(新人看護師とプリセプターの判断にはほとんど差が見られていません)。12ヶ月目は、新人看護師と新人教育研修担当者で話し合っけてください。
3. このチェックリストは教育でも確認しますので、1・3・6ヶ月のフォローアップ時回収し、その後、お返しします。
4. 評価の項目は一つ一つができていくだけではなく、一連の行為としてできているかも評価してください。
5. チェックを行うときには、できるだけ口頭だけでなく実際の場面できているかを確認してもらってください。
6. 評価基準は<文末が「知っている」の場合は、→「1:知らない」「2:聞いたことがある」「3:知っている」>  
<文末が「できる」の場合は→「0:未経験」「1:一人でできない」「2:指導があればできる」「3:一人でできる」>になっています。80%達成しているようであれば「3」と評価しましょう。
7. チェックリストの網掛けをした項目は、新人看護師が一年後に「3」になっていることが望ましい項目です。網掛けが無い項目は、一年後に「3」「または部署によっては「2」になっていることが望ましい項目です。
8. 厚労省の指針を基にしたチェックリストは抽象度が高くなっていますが、現時点では看護部の基準・手順、マニュアルを参照してご利用ください。

チェックリストは、フォローアップのときのみ付けるのではなく、日常で使ってもらえると有効です。

平成17年3月作成

平成20年3月改定

平成21年3月改定

看護部教育

出身校の種類 1.大学 2.短大・看専（3年課程） 3.短大・看専（2年課程） 4.その他

セクション（ ） 職員番号（ ） 氏名（ ）

## 1. 看護の基本的知識・技術評価表

0:未経験 1:一できない 2:指導があればできる 3:一人でできる

A. 環境調整技術		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	ベッド周囲の環境整備					96.6
2	基本的なベッドメイキング					98.6
3	基本的なリネン交換					100
B. 食事援助技術						
4	対象の個別性に応じた食事の工夫と援助				95.2	67.3
5	経管栄養法を手順に基づいて、安全に実施					82.3
6	栄養状態、体液、電解質のバランスについてのアセスメント				92.5	32.9
7	疾患別の食事の理解				93.9	35.4
C. 排泄援助技術						
8	排泄のアセスメントと援助				97.3	71.9
9	便器・尿器を当てる介助					88.4
10	オムツ交換					93.2
11	膀胱内留置カテーテル挿入中の観察(尿の性状・量など)					86.4
12	膀胱内留置カテーテルの挿入と取り扱い				86.3	61.6
13	摘便				69.9	60.3
14	浣腸					90.5
15	導尿				86.4	72.8
D. 活動・休息援助技術						
16	車椅子での安全な介助・移送					90.5
17	ストレッチャーでの安全な介助・移送					90.5
18	良肢位の保持				96.6	78.2
19	自動・他動運動の援助				82.8	54.5
20	ボディメカニクスの知識や技術を使った体位変換					84.3
21	食事、排泄、清潔、騒音などの環境を整えて、睡眠の質を高める援助					81.6
E. 清潔・衣生活援助技術						
22	清拭					94.6
23	洗髪					91.8
24	口腔ケア				89.8	77.6
25	陰部ケア					93.9
26	対象の個別性に応じた部位浴					81.0
27	入浴時の援助					80.3
28	寝衣交換などの衣生活支援					95.9

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

0:未経験 1:一できない 2:指導があればできる 3:一人でできる

F. 呼吸・循環を整える技術 <small>註) チェックリスト呼吸編で代用</small>		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
29	酸素吸入療法中の管理(対象者の観察と指示量・加湿の確認など)	VIIA (P11)で確認				85.0
30	血液ガス分析データの解釈				90.5	32.0
31	気道内吸引の実施	VIIB (P11)で確認				81.5
32	ネブライザーの実施					86.4
33	呼吸理学療法				66.0	27.9
34	体温調節方法の選択(温罨法、冷罨法)					87.8
<b>G. 創傷管理技術</b>						
35	創傷(手術創を含む)処置の介助と観察				92.5	59.6
36	褥創の処置と観察				85.7	40.1
37	褥創の予防ケア	II (P13~14)で確認			93.9	68.0
38	滅菌物の取り扱いができる				97.3	72.8
<b>H. 与薬の技術</b>						
39	原理・原則に基づいた与薬(与薬までに少なくとも3回は患者名・指示内容と照合、複数で確認)	II~VII (P7・8・10)で確認				97.3
40	経口薬の与薬	VII (P10)で確認				89.8
41	外用薬の与薬(点眼・塗布・坐薬など)					93.9
42	皮下注射				77.6	71.2
43	皮内注射				19.1	11.6
44	筋肉内注射				74.8	63.3
45	静脈内注射の準備と介助				78.9	67.3
46	点滴静脈注射の準備と介助・管理	IIAB (P7)・III (P8)で確認				85.7
	ヘパリン生食ロックの実施	II C (P7)で確認				
47	中心静脈栄養の準備と介助・管理				74.0	46.6
48	輸液・シリンジポンプの準備と管理	IVABC (P8)で確認				84.4
49	輸血の種類、血液型、氏名の確認、取り扱い	V (P9)で確認			91.2	60.5
50	輸血中、輸血後の副作用の観察とバイタルサインの測定				85.7	66.0
51	抗生物質の用法と副作用についてのアセスメント				96.0	45.6
52	インスリンの種類、用法と副作用についてのアセスメント	C (P5)で確認			88.4	61.2
53	麻薬の主作用・副作用の観察、取り扱い	E (P6)で確認			88.3	37.9
54	向精神薬の主作用、副作用の観察、取り扱い				81.5	32.9
55	毒薬、劇薬の取り扱い				82.3	36.7
56	消毒薬の種類と作用、用途、取り扱い				95.9	39.7
<b>I. 救命救急処置技術</b>						
57	意識レベルの観察				81.0	55.1
58	呼吸状態の確認				88.4	67.3
59	脈拍の確認				87.8	76.1
60	気道確保				55.5	25.3
61	気管内挿管の準備と介助				41.8	8.2

0:未経験 1:一できない 2:指導があればできる 3:一人でできる

		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
62	口腔内の観察、異物除去				63.0	32.8
63	人工呼吸の準備と方法				53.1	15.1
64	心臓マッサージ				52.1	19.2
65	チームメンバーへの応援要請				77.4	57.5
66	救急カートの場所と物品内容の把握				94.6	63.9
67	除細動器の準備と必要性の把握				63.9	22.4
68	止血の介助				52.7	21.9

### J. 症状・生体機能管理技術

69	呼吸・脈拍・体温・血圧を正しく測定					98.6
70	呼吸・脈拍・体温・血圧測定値の評価、記録と報告					93.2
71	身長・体重を正しく測定					95.9
72	身長・体重測定値の評価(栄養や発達の状態)				96.6	65.3
73	症状、病態を正確に観察				98.0	23.1
74	観察した症状、アセスメントの記録と報告				97.3	58.2
75	静脈血の採血と検体の取り扱い				67.3	36.7
76	動脈血採血(血液ガス)の準備と検体の取り扱い				47.6	17.9
77	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い					85.0
78	血糖測定と検体の取り扱い					85.7
79	心電図(12誘導)の測定				58.9	18.5
80	24時間持続心電図モニターの管理				88.4	55.1

### K. 感染防止の技術

81	スタンダードプリコション(標準予防策)が実施できる					90.5
82	洗浄、消毒、滅菌のうち、適切な方法の選択				93.8	49.7
83	無菌的な気管内吸引				80.7	71.0
84	適切な手洗いの方法					99.3
85	防護用具(ガウン、手袋、ゴーグルなど)の使用方法					83.7
86	使い捨て注射器、注射針、刃などを耐貫通性の専用廃棄容器に廃棄					99.3

### L. 安全管理の技術

87	当該施設における医療安全管理体制の理解				93.8	45.9
88	対象に応じた転倒・転落予防策の実施			3-I (P13)で確認	100	70.7
89	対象に応じた抑制ができる			3-I (P13)で確認	97.3	60.5
90	誤薬防止のために手順を守り与薬できる			II AB (P7)・VII (P10)で確認		92.5
91	インシデント(ヒヤリ・ハット)事例や事故防止の報告					89.1

### M. 安楽確保の技術

92	対象に合わせた安楽な体位の保持					86.4
93	対象に合わせた適切な温電法または冷電法の実施					89.1
94	対象に合わせたリラクゼーション(指圧、マッサージ、音、香りの工夫等)				83.0	57.8

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

0:未経験 1:一できない 2:指導があればできる 3:一人でできる

N. コミュニケーション技術		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
95	プリセプター、先輩看護師に自分の考えが言える					87.0
96	対象者の話が聴ける					94.5
97	電話の応対ができる					84.4
O. その他						
98	死後の処置				51.7	13.8
P. 看護記録						
99	患者の情報を看護記録から読み取れる					84.9
100	看護記録記載基準に沿って記録ができる				98.6	78.1
Q. KNS ・ 物品管理						
101	KNSを正しく理解し、入力できる					87.1
102	物品管理(中材物品・資材庫物品)を理解し、正しい物品の取り扱いができる				96.6	63.9
103	薬品(定時・臨時)の請求・保管方法がわかる				91.8	73.5
R. 看護研究						
104	看護研究に発表会に参加する	YES			NO	

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

## 2. 安全な診療補助業務に関する基本的知識・技術評価表

### 《注射編》

#### 1. 身体への侵襲を引き起こす薬剤の取り扱いができる知識の習得

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人で行える

A. 輸液療法に関する基本的知識がある		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	投与する血管の名前と走行を述べる→知っている				82.8	31.0
2	輸液療法の方法の違いを薬剤の効用、治療目的で述べる→知っている				81.5	28.1
3	同一名称輸液(ソルデム・高カロリー輸液等)の組成の違いを知っている				89.1	43.5
4	通常の輸液と高カロリー輸液の組成の違いを述べる→知っている				86.4	44.2
5	注射以外の目的で注射器を使用してはいけない理由を知っている				94.6	73.5
6	胃管注入剤の静脈内投与は生命を脅かす危険がある理由を知っている				92.5	71.4
7	高カロリー輸液を末梢から点滴してはいけない理由を知っている				96.6	78.1
8	隔壁のある二層製輸液バッグの開通をしないで投与するとどのような危険がおよぶか知っている				91.7	64.8
9	薬剤の単位[mL][mg][mEq][U][IU]の量が全く違うことを理解して区別できる→知っている				89.0	56.8
10	[mL]のものを[mg]に換算できる→する方法を知っている				89.8	76.9
11	体重あたりの薬剤の用量を計算できる→する方法を知っている				57.9	26.9
B. 医師や先輩看護師からの指示を理解できる						
1	注射薬は医師の指示による指示注射ワークシートをもとに作ることを知っている					100
2	指示注射ワークシートから、用法・用量を正しく読みとれることができる					98.0
3	医師の指示を指示注射ワークシートに転記する際患者名・薬剤の転記ミスが起こりうることを知っている					96.6
4	投与する患者になぜその薬剤が輸液療法されるのか述べる→述べる→知っている				95.2	55.1
5	薬の内容や投与方法がわからないときには医師や先輩看護師に尋ねたり、医薬品集(北里大学病院・東病院薬剤部出版)などで確認することができる					95.9
C. インスリン療法に関する基本的知識を持っている						
1	インスリンの1mL中の単位数を知っている				84.1	67.6
2	インスリン製剤はバイアル、カートリッジ、ディスポーザブルなど種類があることを知っている。					80.3
3	インスリン注射は専用注射器を使用する理由を知っている				90.3	79.3
4	インスリンは単独で静脈注射できない理由を知っている				80.4	60.1
5	インスリンの種類と作用発現時間の違いについて知っている				93.9	63.3
6	インスリン投与前、食事摂取状態、絶食の有無の確認をする必要があることを知っている					87.1
7	低血糖症状・高血糖症状について知っている				99.3	78.2
8	低血糖症状や対処方法について患者に説明ができる				92.5	68.7
D. 使い方を誤ると死に至る可能性のある薬剤の基本的な知識をもっている						
以下の薬剤の薬効を知っている						
1	プレドバ(塩酸ドパミン)・昇圧剤				87.5	60.4
2	ドブボン(塩酸ドブタミン)・昇圧剤				81.8	47.6

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
3	ボスミン、エピネフリン注0.1%シリンジ・昇圧剤・心停止時補助薬				81.8	44.8
4	リドカイン静注用2%シリンジ・抗不整脈剤				75.1	38.6
5	サリベックス注0.1%・Ca拮抗剤				71.3	43.4
6	ニトロール・冠血管拡張薬				83.3	48.6
7	マスキュラックス・筋弛緩薬				78.6	49.7
8	硫酸アトロピン・副交感神経抑制薬				73.1	43.4
9	キシロカインには抗不整脈剤と局所麻酔剤があることを知っている				80.0	50.3
10	プレドバ、ドブポン、ノルアドリナリン、ボスミンは滴下速度を厳守しなければ危険だと知っている				88.4	63.1
11	プレドバ、ドブポン、ノルアドリナリンは患者の体重、投与速度により $1\mu\text{g}/\text{min}/\text{kg}=1\gamma$ という単位で投与量が考えられていることを知っている				56.5	27.9
12	サリベックス注0.1%、ヘルベッサーは滴下速度を厳守しなければ危険だと知っている				66.0	38.9
13	ネオフィリンの急速静注の危険性を知っている				65.5	35.9
14	KCL 注20mEq キットやアスパラカリウム注 10mEq は原則的には原液で使わないことを知っている				85.6	61.0
15	KCL 注20mEq キットやアスパラカリウム注 10mEq の静注は禁忌で、点滴で投与しなければならない事を知っている				81.6	59.9
16	マスキュラックス・プロポフォール注・ディプリパン・ドルミカム・ロヒプノールなど、投与時、呼吸停止に備え、挿管チューブの準備と加圧バックを必ず準備することを知っている				68.0	39.5
<b>E. 麻薬・向精神薬の取り扱いに関する知識がある</b>						
1	麻薬・向精神薬は移動困難な保管庫に施錠して保管、管理しなければいけない理由を知っている					90.3
2	麻薬・向精神薬の空アンプルを捨ててはいけない事を知っている					95.9
3	麻薬・向精神薬には麻薬・向精神薬取締法が適応されていることを知っている					91.7
4	麻薬・向精神薬を使用するときには必ずダブルチェックが必要であることを知っている					98.0
5	ホリゾンの急速静注は呼吸抑制の危険性があると知っている				77.1	45.1
6	ペンタジンに 15mg とノセゴン 30mg は、同じ薬で量が違うだけであると知っている。				55.2	25.2
7	麻薬・向精神薬投与直後の意識状態・呼吸状態が観察できる				76.9	46.9
<b>F. 抗がん剤の取り扱いに関する知識がある</b>						
1	抗がん剤を扱うときには看護師自身も身体の防御を行う必要があることを知っている				80.8	71.2
2	抗がん剤の投与量の誤りは非常に危険だと知っている				92.5	79.5
3	抗がん剤の点滴漏れは組織壊死の危険性があると知っている					81.5
4	抗がん剤注入時の静脈炎の危険性について理解している				82.2	58.9
5	抗がん剤の液体が身体に付着したときの処理の仕方を知っている				58.0	37.0

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

## II. 単独ルートで投与される点滴療法を受ける患者の管理が安全にできる

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人で行える

A. 安全な輸液療法の準備ができる		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	点滴準備と実施者が異なると、ミスが起こりやすいことを知っている					99.3
2	注射薬を準備する前に手洗いができる					99.3
3	一患者に一トレイで準備している					95.9
4	薬を作る時は声をだして 6Rを三回指示注射ワークシートで確認する事ができる(準備時・作成時・作成終了時) (6R:正しい患者・薬剤・投与量・方法・時間・速度)					95.9
5	注射薬を準備する時は中断せず、作り終えることができる					93.2
6	注射薬の準備する時に声をかけられたら、断ったり他に依頼したりすることができる					93.2
7	点滴ルート(成人用・小児用)の流速を述べる事ができる					98.7
8	薬剤の種類・滴下量と患者の属性により適切な点滴ルート(成人用・小児用)を選択できる					89.8
9	三方活栓の正しい使い方を知っている					99.3
10	三方活栓を使って空気を抜ける					93.8
B. 安全な輸液療法の実施と患者観察・管理ができる						
1	病室に行き患者に挨拶することができる					96.6
2	輸液療法と薬剤について患者に説明することができる				93.8	79.5
3	輸液を投与する前に患者の状態を確認できる					87.7
4	意識のはっきりした患者に注射薬を投与する時、患者に氏名を言い、患者の確認をする事ができる					93.8
5	患者と共に指示注射ワークシートで薬剤の確認を行うことができる					87.4
6	投与中の患者の異常、過剰投与、過少投与やルートのはずれ、閉塞がおこったときには速やかに報告できる。					97.3
7	末梢静脈からの点滴注入速度は、体位により影響されることを知っている					98.6
8	過剰投与の危険な理由を述べる事ができる					87.6
9	注射・点滴時、空気が血管に混入すると危険な理由を知っている					92.5
10	患者の輸液ルートを確認し、意識状態、体位変換・移動に気を配りながら、接続がはずれたり、転倒の原因にならないようなルートの固定と配置ができる。					89.8
11	点滴ルートが複数ある場合、各々の挿入部根元を両手でたどって確認することができる					97.3
12	点滴ルートの種類ごとに点滴滴下量と速度を計算し、調整できる。					85.0
13	点滴の投与量が確実に投与されているか、定期的に確認することができる					95.9
14	投与中の患者の状態や刺入部の確認ができる					96.6
C. 輸液療法を安全に終了することができる						
1	ヘパリンロックをする理由を知っている		—			96.6
2	ヘパリンロック用の注射を準備できる		—			93.9
3	一人で安全にヘパリンロックができる		—			93.2
4	注射投与・ヘパリンロックについて指示注射ワークシートや看護記録に正確に記録ができる		—			95.2

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)



文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人でできる

### Ⅲ. 時間や症状により側管より薬剤を与薬される患者の管理が安全にできる

		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	投与する患者になぜその薬剤が定時薬や臨時薬として投与されるのか述べることができる				95.9	60.3
2	点滴ルートを両手でたどって投与するルートの三方活栓を確認することができる					98.6
3	三方活栓を正しく使って、側管からの与薬用の注射器およびルートを接続できる					97.3
4	側管からいく薬剤の与薬を指示注射ワークシートの指示に従って実施することができる					95.2
5	側管からいく薬剤とメインルートの薬剤の与薬の管理が同時にできる					91.8
6	点滴の接続部がはずれていないか定期的に観察することができる					95.2
7	与薬の終了を確認し、三方活栓を閉じることができる					96.6

### Ⅳ. 輸液・シリンジポンプを使った与薬を受ける患者の管理が安全にできる

A. 輸液・シリンジポンプに関する基本的知識がある		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	輸液ポンプ・シリンジポンプ使用時、誤った注入量の設定が致命的な事故を引き起こすことを知っている					93.2
2	輸液ポンプ・シリンジポンプ使用時、専用輸液セット・注射器があることを知っている					91.8
3	ライン複数挿入時は投与経路を間違える可能性があることを知っている					95.2
4	指示された薬剤がなぜ輸液・シリンジポンプを使用するのか意味がわかる					88.4
5	輸液・シリンジポンプのアラームの見方と対処方法がわかる					87.1
6	輸液ポンプ・シリンジポンプ使用中無停電コンセントに接続する意味がわかる					93.9
B. 輸液・シリンジポンプの安全な準備と実施ができる						
1	落下の危険がないように輸液及シリンジポンプの固定をおこなうことができる					85.7
2	輸液及シリンジポンプ使用にあたって患者に注意事項を伝えることができる				89.7	72.4
3	輸液ポンプ・シリンジポンプ使用中電源が確保されているか確認している					91.8
4	輸液ポンプ・シリンジポンプが交流電源かバッテリー電源か区別がつく					85.0
5	輸液ポンプ・シリンジポンプのバッテリーの充電の量が確認できる					90.5
6	輸液シリンジポンプを使用するとき点滴ルートや注射器を確実にポンプにセットできる					89.8
7	ポンプからルートや注射器を取り外す時、クレンメや三方活栓が解放されたままだとフリーフローとなり過剰投与の危険があることを知っている					92.5
8	輸液・シリンジポンプの指示通りの正確な点滴速度の設定ができる					93.2
9	シリンジポンプに注射器をセットする時、機械のあそびを取る事ができる					88.4
10	輸液・シリンジポンプのスタートボタンを押し、確実にスタートしたことを確認できる					95.2
C. 輸液・シリンジポンプを使った与薬の安全な観察・管理ができる						
1	輸液・シリンジポンプの薬剤がなくなる前に、次の薬剤を準備できる					87.1
2	薬剤がなくなったら、停止ボタンを押し、三方活栓を閉じて患者に影響を与えないようにできる					85.7
3	薬剤をセットしたらスタートボタンを押し、確実に再スタートしたことを確認し、三方活栓を開放することができる					89.1
4	輸液・シリンジポンプが正常に作動していることと、与薬されているかを指差し					93.2

H19年度1年後に「3」の割合  
 (左隣は「3+2」の割合)

確認できる					
-------	--	--	--	--	--

V. 血液製剤を実施される患者の管理が安全にできる

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人でできる

A. 血液製剤に関する基本的知識がある		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	輸血伝票と輸血用血液製剤(以下血液製剤)の確認の方法がわかる				90.5	63.9
2	血液製剤による使用期限の違いを知っている				87.1	42.8
3	血液の放射線照射の輸血後移植片宿主病予防の必要性を知っている				92.5	59.2
4	放射線照射血液は速やかに使用する理由を知っている				75.9	40.0
5	血液製剤による保存方法の違いを知っている				89.8	54.4
6	新鮮凍結血漿の解凍法と、速やかな使用の必要性を知っている				83.6	50.0
7	血液製剤投与による副作用を知っている				93.1	62.8
B. 血液製剤投与の準備と実施ができる						
1	輸血製剤受け渡し・準備・実施時に血液本体と伝票をダブルチェックする事が出来る				91.2	73.5
2	輸血の準備は危険防止のために一患者ごとに行うことを知っている				97.3	83.7
3	血液製剤の種類によって輸血のルートを選択できる				82.2	47.3
4	血液バッグに輸血フィルターまたは輸血セットを接続できる				86.4	65.3
5	血液型の確認、血液型バンド装着の確認、伝票の確認ができる				93.2	76.2
C. 血液製剤投与時の安全な観察・管理ができる						
1	輸血開始5分間はゆっくり滴下する理由を知っている				93.9	78.2
2	異常の早期発見のため、輸血開始後15分間患者の側で観察する必要性を知っている				93.8	75.3
3	輸血中15分から20分ごとの観察を実施できる				85.0	71.2
4	輸血中の注意事項について患者に説明できる				83.3	63.2
5	患者に異常が起こった場合、速やかに輸血を中止し医師に報告する必要性があることを知っている					81.5

VI. 複数の患者の注射・輸液・輸血の管理が同時にできる

1	注射薬を準備する時、複数でなく患者ひとりずつ注射薬を作ることができる					96.6
2	薬剤を準備する時、一人の患者に一つのトレイを使用できる					95.2
3	始業時に予定された注射・輸液・輸血療法の準備・実施のタイムスケジュールを立てることができる					87.1
4	一つの行為を開始するときは、手指の洗浄・消毒を行う					98.0
5	患者とコミュニケーションをとりながら、注射・輸液・輸血の実施ができる					87.6
6	患者ラウンドのとき、点滴ルートを手繰ってどこに挿入されているか確認できる					95.2
7	患者ラウンドのとき、輸液ルート類がからまないように整理できる					95.2
8	患者ラウンドのとき、現在実施されている輸液・血液製剤について指示注射ワークシートを用いて確認ができる					95.2
9	患者の体位や移動に気を配りながら、輸液速度の調節や接続の確認ができる					89.8
10	わからないことは、理解できるまで実施しない					91.8
11	優先順位の判断ができないときには先輩ナースに相談できる					92.5

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

《内服編》

VII. 内服薬を安全かつ確実に与薬できる

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人でできる

A. 内服薬投与に関する基本的知識がある		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	与薬ケースにセットする際処方箋や患者の名前の確認を怠るとどのような危険が考えられるか知っている					97.3
2	準備と投与者は同じ看護師が行う必要性を理解している					99.3
3	1回量のセットを誤るとどのような影響があるか知っている					93.1
4	商品名は同じでも、1錠の用量が種々異なる薬があることを知っている					84.9
5	看護師が指示の転記をしてはいけないことを知っている					90.5
6	口頭指示は言い間違いや聞き間違いなどのミスを犯しやすい事を知っている					99.3
7	薬剤は患者の勝手に取れる場所に保管・放置してはいけないことを知っている					97.3
B. 医師や先輩看護師からの指示を理解できる						
1	処方箋、指示看護ワークシートから、用法・用量を正しく読みとれる					93.2
2	薬効を理解していない薬は投与しないようにしている(作用・副作用・禁忌)				97.3	76.2
3	与薬時(投与時)は患者のそのときの状況(検査・手術など)・病態を理解している				96.5	56.3
C. 内服薬投与の準備が安全に行える						
1	内服薬をセットする際は患者一人ずつ行うことができる					81.0
2	内服薬をセットする際業務を中断しないで行える				83.6	72.6
3	内服薬を準備する際に、指示看護ワークシート、処方箋、薬剤が一致しているか確認できる					88.4
D. 内服薬投与が安全にできる						
1	受け持ち患者以外の与薬はできるだけ行わないようにしている					82.1
2	投与する際、患者氏名と投与する薬剤の対象者が一致しているか確認できる					93.9
3	患者の意識がない場合、指示看護ワークシートと患者識別リストバンドで確認できる					89.8
4	自己の管理下において間違いなく内服できると判断された(J-RACT参照)場合、退院指導の目的で行う場合、患者に説明ができる				59.0	37.5
E. 胃管・胃瘻・腸瘻からの内服薬投与が安全確実にできる						
1	経管栄養ルートには三方活栓・注射器は使用禁止であることを知っている				87.0	78.1
2	胃管・胃瘻・腸瘻から投与する場合、緑色のカテーテルチップを使用している					82.9
3	胃管が胃内に入っているか、胃の内容物の吸引で確認できる。(EDチューブの場合は3箇所胃泡音で確認できる。)					81.6
4	ルート閉塞防止のため、簡易懸濁法を用いて薬剤を投与し、その後白湯を注入している				82.2	79.5

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

《医療ガス・人工呼吸器編》

VIII. 医療ガス使用した患者の管理が安全かつ確実に行える

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人できる

A. 酸素マスクやカヌラを使用した酸素の投与が安全にできる		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	酸素ボンベを間違わずに選択できる					81.6
2	酸素ボンベを安全に保管・管理する方法や必要性がわかる					80.3
3	中央配管アウトレットの点検ができる				68.7	48.3
4	酸素ボンベの残量を確認し、流量から残時間の予測できる				87.7	56.2
5	酸素のアダプターを選択できる				82.8	64.1
6	酸素ラインの点検ができる(患者側・流量計側・ラインの水・接続・圧迫など)					85.7
7	酸素開始の際、チューブに水が入っていないことを確認できる					87.0
8	マスクとカヌラの選択基準がわかる				93.9	74.8
B. 清潔・安全で効果的な喀痰の吸引ができる						
1	呼吸音を聴取し、喀痰の貯留を確認できる					83.0
2	気管内吸引の準備ができる					75.5
3	患者に適した吸引カテーテルを選択できる				92.5	65.1
4	滅菌手袋の正しい使い方ができる					83.0
5	閉鎖式気管内吸引チューブを使った吸引ができる				59.7	47.9
6	閉鎖式気管内吸引チューブの交換ができる				53.1	39.2
7	吸引時の呼吸状態を観察し、吸引ができる				91.1	79.5
8	吸引後に呼吸音を聴取し、効果を確認できる				94.5	78.8

IX. 人工呼吸器を使用した患者の管理が安全かつ確実に行える

A. 気管内挿管の準備ができる						
1	なぜその患者が気管内挿管の必要性があるのか知っている				78.6	42.1
2	気管内挿管の必要物品が準備できる				54.8	23.3
3	気管内挿管の手順を知っている				58.2	24.7
4	気管内チューブの種類は、体格や年齢に応じていなければ危険だと知っている				72.8	48.3
5	気管チューブのカフairの適量を知っている				71.2	39.7
6	チューブが気管内に入っていることが確認できる				54.1	37.0
7	気管内チューブが入りすぎると、片肺挿管となり危険だと知っている				80.3	57.8
8	片肺挿管時の症状を知っている				59.7	34.7
9	気管内チューブは十分固定しないと危険だと知っている				86.4	66.7
B. 人工呼吸器の基本的知識がある						
1	自然呼吸と人工呼吸の違いについて知っている				87.1	61.9
2	人工呼吸器使用による合併症を知っている				76.0	34.9
3	人工呼吸器の回路の仕組みを知っている				61.9	23.1
4	人工呼吸器の各モードの違いについて知っている				61.9	33.3
5	患者の特性にあわせた人工呼吸器使用時の正常な気道内圧・1回換気量について知っている				55.2	21.4
6	加温加湿器の必要性を知っている				87.7	67.1
7	加温加湿器に水道水が不適当な理由を知っている				83.7	63.3
8	加温加湿器の温度が適温でないときのような危険があるか知っている				76.9	54.4

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人できる

		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
9	蛇管内への水の貯留が危険である理由を知っている				65.9	64.6
10	気道内圧が低下した場合、カフの破損等原因があると知っている				76.7	53.4
11	気道内圧が亢進した場合、喀痰の貯留の可能性があると知っている				84.2	61.0
<b>C. 人工呼吸器装着中の患者の安全な管理ができる</b>						
1	使用している患者がなぜ人工呼吸器を使用するのか確認している				61.9	40.0
2	人工呼吸器使用時電源は、無停電コンセントに接続できる				68.0	61.2
3	人工呼吸器使用時電源が入っていることを確認している				65.3	55.8
4	体交時など気管チューブが伸展し抜去しないよう管理ができる				68.7	49.7
5	蛇管内に水が貯留していないか確認している				65.3	53.1
6	口腔ケア、チューブの再固定は2名で行っている				54.5	41.4
7	喀痰吸引や回路交換前後で、気道内圧等確認する必要性を知っている				68.7	49.7
8	喀痰吸引や回路交換前後、気道内圧・換気量等確認している				57.8	45.6
9	喀痰吸引や回路交換後、患者の呼吸状態を確認している				59.2	49.0
10	気管チューブの患者による自己抜去のリスクを知っている				82.9	63.0
<b>D. 人工呼吸器のアラームの管理ができる</b>						
1	アラームの設定と確認ができる				57.9	35.9
2	アラームがどのような状況下で作動するか知っている				72.4	44.1
3	緊急度の高いアラーム作動について知っている				57.1	33.3
4	アラームの見方、対処方法がわかる				61.0	32.9
5	アラームを一時切断了場合、復帰後アラームの設定の確認の必要性を知っている				71.0	51.7
6	アラームの意味が分からないまま、アラームを切断了り無視したりする危険性を 知っている				80.1	67.8

《ドレーン編》

X. ドレーンの取り扱いが安全にできる

<b>A. ドレーンの安全な管理ができる</b>		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	ドレーンの挿入部位とドレナージの仕組みがわかる				79.2	35.4
2	ドレーンの整理を行い、接続の緩みはずれなどを確認できる				78.8	54.1
3	患者の意識状態、体交・移動を考えたドレーンの固定と整理ができる				75.2	50.3
4	胸腔ドレーンのウォーターシールの意味がわかる				55.9	39.3
5	胸腔ドレーンのウォーターシールに指示量の水が入っていることが確認できる				57.9	42.8
6	胸腔ドレーンの接続が外れたときの危険性を知っている				62.3	41.1
7	air リークがわかる				60.0	38.6
8	胸腔ドレーンの廃液バックの交換を行うときに吸気時にクランプできる				41.3	25.2
9	排液バックの交換後、ドレーンのクランプを解除し、呼吸状態を観察できる				46.5	27.1

《救急蘇生カート編》

XI. 救急蘇生カートの取り扱いができる

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)

<b>A. 救急蘇生カートの取り扱いに関する知識がある</b>						
1	救急蘇生カートの保管場所がわかる					93.9
2	救急蘇生カート運用基準を知っている				62.1	34.5
3	救急蘇生カート内の薬品・物品一覧表に沿って点検ができる				85.7	72.8
4	救急蘇生カート内の薬品(ファーストライン薬品)、物品の名前と使用目的を知っている				71.9	27.4

### 3. 安全な看護ケアを提供するための知識・技術評価表

#### 《運動・移動編》

##### I. 患者の転倒・転落を防止できる

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人で行える

A. 転倒・転落を引き起こしやすい患者の因子を知っている		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	患者の意識状態が転倒・転落に関連していることを知っている					98.6
2	眠剤の服用により不穏状態になったり、転倒・転落しやすくなったりすることを知っている					97.9
3	心臓血管系の疾患をもつ患者が不穏状態になりやすいことを知っている				69.0	32.4
4	抗がん剤投与中の患者・電解質に変調をきたしている患者が(下痢・浮腫など)ふらつきやすいことを知っている				84.8	53.1
5	排泄行動をとろうとするときに転倒・転落が起こりやすいことを知っている					93.8
6	小児や不穏状態の患者は予期せぬ行動をとることがあると知っている					97.3
7	患者・家族に転倒・転落防止対策についての指導ができる				91.1	71.9
8	転倒・転落アセスメントスコア記録が正確に記載できる				72.2	58.3
B. 患者のベッド転落を防ぐための基本的行動がとれる						
1	患者のADLを確認できる					84.9
2	転倒・転落に関する患者の情報収集ができる					82.9
3	ベッド柵を安全に使用することができる					95.2
4	わずかな時間でもベッドを離れるときにはベッド柵を戻すことができる					94.6
5	ベッドの周囲を転倒・転落の視点で環境整備できる					90.5
6	体位の崩れはその都度直すようにしている					91.8
7	抑制を行うときには患者や家族の理解が必要なことを知っている					98.0
C. 患者の移動が安全にできる						
1	転倒・転落のリスクの高い患者に、移動のときに看護師を呼ぶように説明ができる					93.8
2	患者の移動は基本的に1人で行わないことを知っている					91.7
3	患者の移動・体位変換のときに他のスタッフに応援を要請することができる					96.6
4	車椅子移動のとき寝衣や靴下で皮膚の保護ができる					83.6
5	車椅子移動時、患者の足の位置には常に注意を払っている					87.0
6	車椅子移動のとき患者の重心や軸足を意識して移動ができる					81.5
7	ストレッチャー移動時は患者の足側を進行方向に向けて移動している					94.5
8	ストレッチャー移動時、コーナーを回るときにはストレッチャーの先頭に回り、障害物の確認を必ず行っている					81.0

#### 《皮膚の保護編》

##### II. スキントラブル・褥瘡発生を予防できる

A. スキントラブルを予防できる		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	スキントラブル発生には患者のADL・栄養状態・失禁による湿潤が大きく影響していることを理解し、情報収集・観察ができる				98.6	78.8
2	スキントラブル発生にはステロイド・抗がん剤投与などの治療内容が大きく影響していることを知っている				91.7	64.8
3	蒸しタオルは熱傷させる危険があるため、ベッド内に置かない事を知っている					93.9

		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
4	蒸しタオル、湯たんぽ、ホットパックは罨法として使用しないことを知っている				89.0	77.2
5	蒸しタオルを清拭に使用時は清拭用のカゴと、カゴ用のフックを用いている					86.4
6	ルート類を固定しているテープをはがす際にスキントラブル発生が多いことを知っている					98.6
7	患者の状態に応じたテープの選択、ルート固定の方法、テープをはがす際の工夫を先輩スタッフに相談することができる					94.5

### B. 褥瘡発生を予防できる

1	褥瘡の分類とその状態について知っている				94.6	46.9
2	褥瘡好発部位を知っており、観察と効果的な徐圧、減圧が基本であることを知っている					90.5
3	褥瘡予防には、体位変換、徐圧・減圧の他、スキンケアや栄養の整えが大切であることが理解し実践できる				98.6	73.5
4	患者、家族に対しても褥瘡予防対策についての指導ができる				72.9	36.8
5	「北里大学病院における褥瘡管理体制」に従って行動できる				76.6	24.1
6	褥瘡ケア時の苦痛緩和にむけて、患者へ声かけができる				82.2	55.5
7	褥瘡アセスメントが正確に記載できる				82.8	35.2

### 《多重課題・時間切迫編》

### III. 多重課題、時間切迫の状況下で安全にケアが提供できる

(多重課題：一度に二つ以上の仕事をしなければならない状況)

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人でできる

A. 事故がおこりやすい状況について知っている	0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1 多重課題や時間切迫の状況は事故をおこしやすいことを知っている					99.3
2 優先順位の判断を誤ると事故が起こる可能性が高くなることを知っている					99.3
3 過緊張により間違いが起こり易いことを知っている					98.0
4 優先順位は生命や安全の保持のほかにも、看護師としての倫理的判断能力が問われることを知っている					92.5

### B. 安全を守るための基本的態度を習得している

1 自分の能力の限界が認識できる				99.3	75.3
2 わからないこと、できないことが自己申告できる					92.5
3 多重課題が発生し、優先順位がわからないときには先輩看護師に相談できる					91.8
4 自分ができないと判断したことは他の看護師に依頼することができる					93.2
5 優先順位の判断により、自分が直ちにケアの実施が行えない患者・家族や、診療の補助を行えない医師に対し説明ができる				91.7	68.1
6 仕事の経過状況をリーダーナースに報告できる					89.0
7 ヒヤリ・ハットを起こしたら速やかに報告ができる					96.6

### C. 判断を適切に行いケアが提供できる

1 業務の開始時にケアのスケジュールが立てられる					88.4
2 自分の現在行っている行為がどの段階(準備・実施・終了・観察)にあるか認識できる					91.8
3 できるだけ今行っている行為は、準備から終了まで中断せずに行える					84.9
4 ケアの実施中に多重課題・時間切迫で中断されたときにも、自分がケアのどの段階を行っているか認識し、安全に中断できる				97.3	73.3
5 もし、ケアが中断されても、安全に中断された段階からケアが終了できる					80.7

## 4. 看護実践における管理的側面の評価表

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人で行える

A. 安全管理		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	施設における医療安全管理体制について理解している				93.8	47.6
2	インシデント(ヒヤリ・ハット)事例や事故事例の報告を速やかに行える					93.2
B. 情報管理						
1	施設内の医療情報に関する規定を理解している				89.7	37.9
2	患者等に対し、適切な情報提供を行える				95.9	49.0
3	プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱うことができる					93.9
4	看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成できる				99.3	69.4
C. 業務管理						
1	業務の基準・手順に沿って実施することができる				100	74.0
2	複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動することができる				96.5	59.0
3	業務上の報告・連絡・相談を適切に行うことができる				99.3	74.0
4	決められた業務を時間内に実施できるように調整することができる				98.6	55.9
D. 薬剤等の管理						
1	薬剤を適切に請求・受領・保管することができる				88.4	54.4
2	毒薬・劇薬・麻薬を適切に請求・受領・保管の方法を知っている				67.1	16.4
3	血液製剤を適切に請求・受領・保管することができる				58.5	13.6
E. 災害・防災管理						
1	大規模地震発災時・直後の職員の行動指針について知っている				83.6	32.9
2	所属するセクションの災害時の管理・点検範囲を知っている				73.3	26.7
3	定期的な防災訓練に参加し、災害発生時(地震・火災・水害・停電等)には決められた初期行動を円滑に実施することができる				65.1	20.5
4	施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明することができる				69.9	28.1
F. 物品管理						
1	規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱うことができる				92.5	49.0
2	看護用品・衛生材料の整備・点検を行うことができる				84.9	48.6
G. コスト管理						
1	患者の負担を考慮し、物品を適切に使用することができる				95.2	53.8
2	費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択することができる				88.3	37.9

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)



## 5. 看護職員として必要な基本姿勢と態度についての評価表

文末が「知っている」→0⇒1：知らない 1⇒2：聞いたことがある ~~2：だいたい知っている~~ 3：知っている  
 文末が「できる」→ 0：未経験 1：できない 2：指導があればできる 3：一人でできる

A. 看護職員としての自覚と責任ある行動		0ヶ月	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年
1	「看護者の倫理綱領」を知っている				91.1	52.1
2	医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人權を擁護することができる				97.9	66.2
3	看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動することができる					87.1
4	職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動することができる				99.3	75.9
5	プリセプター、先輩看護師に自分の考えが言える					87.7
B. 患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立						
1	患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握することができる				96.6	39.7
2	患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接することができる					82.9
3	患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得ることができる				95.2	41.8
4	家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援することができる				88.3	30.3
5	守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮することができる					93.9
6	看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接することができる					87.0
C. 組織における役割・心構えの理解と適切な行動						
1	病院及び看護部の理念を理解し行動することができる				98.6	55.2
2	病院及び看護部の組織と機能について理解することができる				97.9	50.0
3	チーム医療の構成員としての役割を理解し協働することができる				99.3	67.3
4	同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとることができる				100	74.1
D. 生涯にわたる主体的な自己学習の継続						
1	自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつけることができる				98.6	64.4
2	課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動することができる				99.3	56.8
3	学習の成果を自らの看護実践に活用することができる				99.3	51.7

黄色は、ラダー評価表と一致しているもの

塗りつぶした項目は、1年後に「3：一人でできる or 知っている」評価になっていることを目指す項目と考えた。その他の項目は、病棟により体験の有無があるため、「2」か「3」であることが望ましい項目と考えた。

H19年度1年後に「3」の割合  
(左隣は「3+2」の割合)