

研究

患者教育における「看護実践モデル」としての 「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」

Summary of the cases for the clues in patient education as an ideal model of nursing

伊藤ひろみ

Hiromi Ito

要 旨

患者教育研究会では患者教育のための「看護実践モデル」の開発を試み、事例適用による検討を重ねてきている。「看護実践モデル」の最初に位置づく「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」に焦点をあて、これまでの検討してきた結果から、今後の患者教育において専門的機能を有する看護師を育成するための教育についての可能性を探る。

Key words : patient education, Nursing Practice Model, Cueing Remarks/Actions, Intuitive Interpretation

はじめに

慢性疾患をもちながら生活する人にとって、食事や運動などの日常的な生活習慣や生活スタイルのありようは、原疾患の病状やその後の経過に大きな影響を与える。健康に着目した生活への援助を専門的機能とする看護職者にとって、慢性疾患をもって生活する対象者への患者教育は重要な使命である。主体者である患者には、自身の療養上の生活制限と、それまで培われてきたその人と家族の日常生活とのバランスを図り、より健康的な療養方法を学習してもらう必要がある。しかし、従来の患者教育・指導は、効果的に行なわれてきたとはいえず、河口(2001)は、これまでの患者教育には、患者の気持ちに反した看護職の言動、無理な説得、完璧に近い自我管理を患者に求めるなどの問題があると報告している。「患者教育研究会」では、患者の行動変容に結びつくこととなった「とっかかり言動」に注目した患者教育方法の検討を行ない、その有効性および患者教育における「看護実践モデル」の開発について報告してきた(河口ら、1997;鳥居ら、1999;Oka et al., 1999;下村ら、2000;河口、2001)が、'現モデルは患者教育のための「看護実践モデルVersion2」(Version1を図1, Version2を図2に示す)となっている。また、多くの看護師による患者教育場面の事例分析から、患者・看護師間の援助関係のきっかけや働きかけの手がかりになった部分を、「看護実践モデル」における「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」と命名した(図2)。本稿においては、「とっかかり／手がかり言動

とその直感的解釈」の概念と実践モデルを構成する他の要素との関係および教育の可能性について述べる。

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」とは

命名とその背景

慢性疾患患者の主体性、自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発をめざし、现阶段は「看護実践モデルVersion2」に至っている。これは、モデルを構成する各要素の概念と相互の関係性を実践事例と照合しながら慎重に検討を続けてきた結果である。その経過とモデルの改変の意図等についての詳細は報告書に記した(河口ら、2001)。「看護実践モデルVersion 1」(図1)では、Aは、「とっかかり言動とその解釈」であったものをVersion 2では、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」として発展させた。検討当初、「ある熟練看護師が行なうと、なぜか患者が行動変容する」そのような事例を分析し、患者が行動変容したきっかけとなった看護師や患者の言動を「とっかかり言動」と命名した。「とっかかり」は『広辞苑第5版』によると「(トリカカリの音便)手がかり。手はじめ。とりつき」であり、まさに、ものごとのきっかけをキャッチすることである。また「手がかり」は、「物事をはじめ、または解決する糸口」などを意味している。事例ではその両方の要素が含まれていた。「とっかかり」としてキャッチしてきた中身は、言語的・非言語的サインである。対象者が発するこのサインは、両者の関係性の成立を含めた看護援助の手はじめでもあり、解決

の糸口にも発展する。看護実践にはその両方が必要となるので、「とっかかり／手がかり言動」とした。非言語的サインの重要性について、Miller(1988, P83)は「他の人が言ったことの“意味”が解釈されるとき、メッセージの中の非言語的な要素がいかに大きなインパクトを与えているか」と述べている。またその根拠としてMiller(1988, P83)は、ことばによるメッセージのインパクトは7%、声や声の調子という話し方のもつインパクト38%、視覚的なインパクト55%、すなわち非言語的メッセージによるインパクトは93%であったというMehrabianによる調査結果を示している。Mehrabianの調査に対してはさまざまな評価があるが、対象者の発する言語に傾聴するとともに、非言語的サインを的確にキャッチしその意味を考えることの重要性を示唆するものといえる。実際「患者教育研究会」で行なった多数の看護事例分析の結果からも、看護師が、どのような「とっかかり言動」に着目したかによって、その後の「患者—看護師関係」および「看護師の行動・ケア内容」に特徴があった(小林ら, 2001; 小平ら, 2001)。

続けて「患者教育研究会」では、行動変容の要素としての「とっかかり言動」の概念の考え方・理論について検討し、その「とっかかり／手がかり言動」の抽出を手がかりにしてさらに事例検証を試みた。そのなかで、看護師のもつ「患者の自己管理に対する考え方」や「健康に対する価値観・信念」が看護師の指導方法を左右していると判断された。また、看護師は、「とっかかりや手がかり」をキャッチすると瞬間的にその事象について直感的な解釈を行なっていると考えられた(伊藤, 2001, P51)。看護師のこの直感的解釈とは、Carper(1978)が提唱した「審美知」にあたるものと考えられた。Carperは、1964～1975年に出版された看護のテキストや雑誌のなかを示された看護の内容を分析し、看護には4つの「知」、すなわち「知識知」「審美知」「倫理知」「自己知」があると述べている。そして「審美知」を、看護の過程のなかに潜む意味を個々の看護職者が直接体験によって創造的・個性的に掴み取る知の過程とその所産としている。直感的解釈は、この知によって「とっかかり／手がかり言動」を瞬間的に解釈しているものと考えられる。得られた「とっかかり／手がかり言動」は、その意味が解釈されてはじめて意味をもつのであり、「看護実践モデルVersion2」におけるAを「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」とした所以である。

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」の概念定義

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」の「とっかかり／手がかり言動」とは、患者が発する言語的・非言語的な信号・合図・情報であり、患者が行動変容するために障害が推測される言動である「直感的解釈」とは、「とっかかり／手がかり言動」を看護師が心でただちに感じ、看護師側から理解したことであり、意図的なものだけでなく、無意識的な解釈(なんとなく大事だと感じることを含むものとした(松田ら, 2001)。直感に関しては、看護師の直感による行為の理論的正当性を研

究する文献がいくつか存在する。Welshら(2001)は、看護実践においてクライアントが求めるものを得るために、伝統的なアプローチ以外に直感と暗黙知による包括的なアプローチも行なわれている事例を紹介している。すなわち看護師の理論知に基づいた暗然の了解による知が直感に知らせてくれるという流れであり、直感とは暗黙の知と理論的な知識をつなげる役割を果たすと述べられている。またMcCutcheonら(2001)は、「直感がたまたま起こった何かではなく、経験や専門技術、知識を含んだ特性の複雑な相互作用の結果であり、個性やその場の雰囲気の中かで、直感でやるべきことを感じる。それは患者とナースの関係性の存在あるいは欠如にも影響を受ける。それらは知識、専門性、経験はお互いに関係し合いお互いに効果を高めあう、3つの合計以上の共同作用(synergy)といえる」と述べている。

国内でも直感的判断を重要視する文献は存在するが、「手がかり」をキーワードとする研究報告には、坂口(2002)が高齢者の言動パターンへの看護者の認識過程のなかで、意思に対する確かめの構成要素として「看護師がこれまでの経験から得た知識をもとに、患者との関係のなかで形成されたイメージと実際の患者の違いを表すもの」と定義づけているが、本稿では、「手がかり」から、「その直感的解釈」までが含まれる点の特徴である。つまり、Welshら(2001)やMcCutcheonら(2001)が述べているのと同様に、とっかかりや手がかり言動を看護師が直感的に解釈している流れを確認している。そこで、「看護実践モデルVersion2」ではAの「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」の定義を、患者が発している言語的・非言語的な信号・合図・情報を看護師が心でただちに感じ、看護師側から理解したこと、とした。本研究過程における事例分析では、とっかかり言動は、①患者の言動:患者の治療に対する感情や意向の表現、②看護師の言動:患者の言葉を「傾聴」「共感」しようとしている時、③ケア:患者が「それならやれそう」「やれそうかもしれない」と表現するような方法を提示した時、であった。また事例から抽出された「とっかかり言動」の要素の特徴は、①感情や意向の表現、②患者自身が自ら自己の問題を表現しているもの、③患者が看護師の受け止め方を打診するような投げかけ(確認型)、④看護師から示されたことに対する患者の受け止め方、⑤「知っているからいい」「それはわかっています」など相手との関係のなかで命令されたり突っ込まれたりするのはないかと恐れを感じている状況、などであった(小平ら, 2001)。

「看護実践モデル」における他の要素との関係

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」と、看護実践モデルを構成する他の要素との関係について検討した。

B: 知識・技術との関係

その直感的解釈は、看護職者として蓄積された知識・技術に支えられていた。またB・2:「病気・治療に関する知識・技術」は、B・1:「生活者に関する知識・技術」と相互関連し、さらに

B・3:「教育方法に関する知識・技術」との関連でA:「とっかかり／手がかかり言動とその直感的解釈」がなされ、さらに知識・技術に対する看護職者の考え方も反映されていると考えられた。

次の事例は、経験ある看護師の専門的知識によって、対象者のサインがキャッチできたと考えられた。外来看護師は、歯科医師である男性糖尿病患者が、外来の担当医に「入院できないからインスリンはできない」と応答したことをキャッチし、開業歯科医師であること、血糖値の推移や合併症からインスリン導入が必要な時期であると直感し「この人なら、外来でインスリン導入ができるのではないかな。外来医師に相談できるのでは」と解釈し、担当医師に相談できる可能性までを感じて、「外来でのインスリン導入は可能なんです。先生に相談してみませんか」と患者に声をかけている。その後、この患者は外来でのインスリン導入に成功した。

一方、とっかかり言動として患者のサインをキャッチしても、その解釈が患者の状況とすれ違ってしまえば効果的な結果は得られない。次のような事例も1例である。

37歳、1型糖尿病の男性が「眼がみえなくなった時ひとり暮らしなのでどうしたらいいか心配だ」ととっかかりとした看護師は、「家賃、医療費免除で月7万円の援助。けじめのある生活を送るために1日数時間、週2～3回ボランティアのような仕事である程度収入を得、友人もできることが望ましい」と解釈し、その看護師は、失明後のことを心配する前に失明しないように努力してほしいと思い、退院後の生活について説明した。看護師は患者の「眠がみえなくなったら」という心配な気持ちを「とっかかり」としてキャッチしたが、「心配する前に予防」という看護師の考えが優先したと考えられる解釈のため、患者自身の現在の気がかりを「眼がみえなくなったら」と「ひとり暮らし」のどちらにも解釈できる。これらのことから、同じとっかかり言動をキャッチしたとしても解釈にはいろいろあることがわかる。患者教育場面31事例について「とっかかり言動」と「直感的解釈」「看護師の行動・ケア」分析を行った結果、看護師は、患者の価値観や生活観などを大切にしようと意識していても、患者指導や患者教育という目的が優先される状況が多いことが明らかになった。(伊藤ら, 2001,)。

患者の状況と看護師の解釈の「ずれ」が生じた状態では、相互の援助関係の成立が不可能であることは明らかである。援助関係が成立していなければ学習準備段階も整わず、看護師のアプローチが効果的に働かないことは推測できる。

また、「教育方法に関する知識・技術」(岡ら2001)は多様であるが、具体的に目の前の対象者の状況に遭遇した時に的確に解釈を助けるものとなる段階にまで身につけていくことが必要である。特に「病気・治療に関する知識」は、生活との関連で観察したり、質問ができるように具体的に学習していることが有用であり、そのことが結果的に患者の微妙なサインを的確に受け取り、解釈することにつながるものと考えられた。

C: Professional Learning Climate との関係

事例を分析していくと、様々な看護職の存在のあり方が確認できた。Ostermanらの研究(1996)では、不安と緊張が看護職のあり方に影響を及ぼす要因として研究されている。相互関係にある患者—看護師関係では、患者の緊張のみならず、看護師の不安と緊張は相互関係に反映される。看護実践モデルにおけるC:「Professional Learning Climate」は、ケアリングであり看護師の醸し出す専門的教育的雰囲気としての対象者が感じるものである(安酸ら, 2001)。患者—看護師の双方のエネルギーが交換されるような感じを受けるようなケア場面では、看護師の存在はOstermanら(1996)の分類する4段階「身体的存在」「部分的存在」「十分な存在」「卓越した存在」のうち、4段階「卓越した存在(Transcendent presence)」であり、このような看護師の存在様式においては、「とっかかり言動」の直感的解釈はより確実になされる傾向がある。一方、「とっかかり言動」の解釈を誤り、ずれが生じているような場合の看護師の存在様式は、お互いにそこの別々に存在する「身体的存在」でしかないのかもしれない。

こういう点からみると、C:「Professional Learning Climate」は、「とっかかり／手がかかり言動とその直感的解釈」の基盤的な要素をもっていると考えられ、看護師の存在様式からケアレベルを推測することも可能であろう。

教育の可能性

効果的な患者教育へのアプローチをめざした「看護実践モデル」における「とっかかり／手がかかり言動とその直感的解釈」の教育(看護職者の学習支援)の可能性を考える。

看護状況の理解

基本的な教育内容として、とっかかり／手がかかり言動をキャッチするために、看護状況を理解するための関連する事柄や理論、知識を得ることが有効である。Orem(1971/1979, p115)は、看護状況の要素を、ケアを求める患者の要素と看護師の能力との援助行動の3者が、1組の相補的な行動をもたらす援助の状況であるとする。このことはセルフケアをめざす患者支援に必須の学習内容である。患者が主体的に療養方法を学習していくためには、個人としての患者を理解することが必要である。看護状況における個人的要素である患者の年齢、性別、身体的・情緒的な成長や発達の状態、行動パターン、セルフケアに関連のある文化的慣習および習癖、日常生活において患者が職業上あるいは家族関係上何を求められているか(Orem, 1971/1979)などの視点の知識を学習することによって看護状況を理解することができる。Carper(1978)いうところの「知識知」を豊かにする学習である。

自己を知る

看護状況を構成する要素である看護職者についての理解、援助行動についても同様に学習することが可能となる。看護

職者自身を理解する学習は、Carpe(1978)のいう「自己知」といえる。自分自身を知る手がかりは、自己を客観的にみることによって可能である。特に患者一看護師の援助関係を客観的に振り返るためには、Wiedenbachの提唱する再構成を用いて看護場面を分析することが有効である(Wiedenbach, 1964/1969; 宮本, 1995a)。

実際に本研究会においては、多数の看護場面を再構成の手法を用いて事例として記録し、分析・検討を行なっている。この研究過程のなかで看護師自身が感じ考えたこと、行なったことをありのままに表現することがいかに難しいかを感じさせるものでもあった

宮本(1995a)は再構成の有用性を強調しながらも、日本における看護場面の再構成あるいはプロセスレコードの使われ方として、本来の自己評価に主体が置かれるべきところを同僚や指導者の助言という教育的エードが優先したことによってジレンマが生じているとする。再構成を用いた学習は、自己評価が主体であることを軸に、さらに教育的配慮ができるスーパーバイザーの存在などが学習を支える上で重要になると考える。再構成による場面分析は、具体的に自己を知る重要な学習ツールとなりうる。

また 宮本(1995b)は違和感を糸口にして「異和感の対自化」を図ることによって自分自身に関する現実のさまざまな局面をみることで可能であるとする。また、「8つの質問」に応えることによって対自化が具体化することを示している。つまり、違和感を覚えた自分を見つめていくことであり、学習方法として用いることが可能と考えられる。

さまざまな事例を用いた学習は、看護実践に有効な「知識知」を提供することはもちろん、具体的な事象のなかで、自分自身が何を考え判断するのか、またどのような影響を受け行動を決断するのかということをはっきりとみせてくれるものである。そしてその判断の背景にある看護師の「倫理知」までも学習可能となるであろう。このように常日頃から看護実践という経験を丁寧に振り返ることが「自己知」を学習する基盤となるであろう。Sch6n(2001)は、専門家に行為のなかの省察を推奨している。状況との対話のみならず、行為のあとの省察、さらに自己との対話である。これらを通して反省的实践を学ぶことが可能となる。経験の再構築によって、状況や自分自身への理解を深めることが可能となる。

直感的解釈の学習可能性について

「看護実践モデル」における、「とっかかり／手がかり言動」はその直感的解釈がなされ、どのような意味をもったかが重要であることは前述してきた。では、直感の教育(学習)は可能なのだろうか。Carper(1978)の4つの知のパターンの「審美知」は直感的解釈にあたるものと考えられる。「審美知」が看護の過程のなかに潜む意味を個々の看護職者が直接体験によって創造的・個性的につかみ取る知の過程とその所産としての知識であるならば、再構成・省察という方法が、看護職者が

瞬間的に解釈する、直感的判断の能力の向上に貢献するであろう。

最近の研究でも、看護実践における直感を教育するために大学院生の直感的事例の考察を学部学生と共有化することで学部学生の直感を有効に教育できたという報告もある(Beck, 1998)。このような学習は、Carperのいう審美知のレベルを高めることが可能になって、直感的解釈の妥当性を高めることに貢献すると考えられ、注目に値する報告と考える。

Benner(1984/1992)は、CarperやCollins, Fiederの知見を根拠に「実践の知識と理論的な知識の違いがこれまで誤って理解されてきた」と述べ、経験のなかの意味を問い直し、直感的な解釈力(判断力)の価値を十分認めることの価値は疑いようがなく、「審美知」という知に支えられている直感の重要性を再認識し、その教育の可能性に期待するものであると考えられる。

また援助行動に直接影響がある事柄は、「患者教育方法に関する知識・技術」である。学習理論を理解していることによって、対象者の学習の準備性を直感的に判断して、とっかかり言動を解釈し看護師の行動・ケアが選択されると考えられる。例えば、具体的な行動変容の段階に関する知識は、対象者の一進一退している様子を見ても、性急に行動変容を求めず、Procheskaの理論(1998)を知っていることによって、対象者の変化・成長を信じて見守ることができるであろう。

この教育可能性はBの「知識・技術」の項を参照されたい。

看護師の存在様式

「とっかかり言動」に注目した事例分析の結果、看護師の言動では、患者のそばを「傾聴」「共感」しようとしている時に患者の行動に変化がみられた。逆に、患者の行動変容の可能性を阻害した、あるいは阻害しそうな言動は多数抽出された。すなわち、患者が治療に対して「イヤだ」との感情を表出している時に、その感情を受け止めることなく、看護師はなんとかやらせようと「説得」にかかっている例である。例えば・患者が「この酸素のチューブはきらいなんだよな、すごく抵抗がある」に類する表現を幾度となくいっている時に、看護師が「酸素は薬物のように蓄積しませんしね」「逆に考えれば、こうして酸素を吸入することで呼吸が順調になるのだから、ありがたい機械ですよ」「慣れて立派に生活している患者さんはたくさんいますよ」と入れ替わり立ち替わり説得にかかっている時などである(河口, 2001)。

つまり、共感的態度、傾聴の姿勢は学ぶことが可能である。存在様式はその結果として考察に使用可能な理論と理解できる。「ただそこにそれぞれ存在する」という看護師の存在様式、すなわち「身体的存在(presence)」においては、患者との関係はない。「部分的存在(partialpresence)」の時には看護師は看護の目的だけにそこに存在する。「十分な存在(Fullpresence)」では相互関係の上で看護がなされる。さらに相互のエネルギーの交換が可能な存在が「卓越した存在

(TranScendent presence)」に至る。

看護活動の場の状況は常に変化しているが、その都度、自分自身の存在様式を考えながら、実践を省察することが新たな能力の開発に向かうものとする。つまり、他者との関わりの中で直感的な知も磨かれると考えてよいのではなかろうか。

適用事例と今後に向けて

次に「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」に着目した事例展開を紹介したい。「看護実践モデル」については、現在も検討中であり完成というものではない。特に、「とっかかり／手がかり言動」については、直感的に解釈されてはじめて意味をもつことから、看護職者の解釈の力に依拠する。人間はそれぞれ個別的な存在であり限界もあることを知り、行なった直感的解釈は、対象者との相互関係のなかで確認するという謙虚さが常に求められる。

また「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」は、看護師の存在様式に大きな影響を受けることが確認できた。とっかかり言動としてキャッチされてきた患者の感情などは、そこに存在する看護師のありようそのものの影響を受けて表現されるものと考えられる。「看護実践モデル」では、モデルを構成する要素が相互に関係し合い、D:「患者教育アプローチの効果」につながるものとなっている。今後さらに検討を重ね、モデルの完成度を高めていくことが課題である。

最後に、われわれは「患者教育研究会」における検討過程のなかで、看護職者にはとりわけ「学ぶこと」と「思うこと」の両方向の絶え間ない成長が求められると感じ続けてきた。看護師自身を含め、人間のもつさまざまな特性を多様な方向から学び、人間のもつ強さや弱さも認め、柔軟に考えることができるしなやかな人間観、そしてさまざまな段階を認めた健康観、環境との相互作用のなかで成長し続ける個々人を信じていきたいと考えている。

生涯発達し続ける人間の教育の可能性を基盤とし、豊かな知を育むことを楽しみながら精進したいものである。

事例：自分の存在価値を認めていなかったTさんへの関わり

事例紹介

Tさん、49歳女性。夫と息子の3人家族であるが、現在は夫と2人暮らしである。10歳で糖尿病を指摘されたが食欲に任せて過食し、18歳で体重が105kgになった。39歳糖尿病性白内障、44歳狭心症を発症し、48歳で脳梗塞を発症したことをきっかけにインスリン治療を開始した。1年前から歩行時の下肢痛を認めていたが、安静時にもつま先のしびれ感、冷感、疼痛が出現したため、ASOの精査加療目的にて入院となった。糖尿病の療養経過からこれ以上悪くしたくないと思っており、足のことはいかなるでも知りたいといっていた。

とっかかり／手がかり言動の場面

臨地実習で看護学生がTさんを担当した。Tさんは下肢の冷感、しびれ、疼痛など自覚症状を認めていたため、これ以上悪くならないようにフットケアを教えてほしいと話していた。そのため、足病変の予防を目標とし、フットケア手順の説明や足浴などの計画をたて援助していた。フットバス装置で丁寧に足浴を行なった際、「えらい気持ちよいわー。でも、あんまり価値のない足やのにこんなに丁寧にしてくれて、すみません」というTさんの発言に対し、「足浴を喜んでもらえた。この保清の方法で進めていく」と評価していた。

また、以前胼胝が気になり自己処理をしたこと、で出血し皮膚科を受診した際、Tさんは、胼胝の自己処理を行なわないように説明されていた。ケアを進めていくにつれ、足の観察やマッサージを行なうようにはなっていたが、観察は自覚症状のみであったり、胼胝の疼痛が気になると欲求が抑えきれず自己処理を繰り返したりしていた。それに対して学生は、病変の進行の危険性を説明したり、「足がかたいそうですよ」と伝えたりしていたが、「性格ががさつでいい加減だから」「イカンと思っても、ついついやってしまうんですわ。ほんまアホなんです」と話し、行動は変わらなかった。これらのTさんの認識は変えられない、フットケア外来で足の処置を受け自己処理の未熟さを感じられれば行動が変わるのではないかと考えていた。

指導看護師は、足浴後「えらい気持ちよいわー。でも、あんまり価値のない足やのにこんな丁寧にしてくれて、すみません」という言葉を聞いた時に、『身体の一部である足に対し、なぜ「価値がない」と表現したのか』と感じていたが、学生には「価値がない」という足に対しフットケアの方法を説明しても継続することは困難であるため、Tさん自身が価値のある足であると気づける関わりが必要であることを伝えた。学生はTさんの性格傾向や理解状況からフットケアのパンフレットを作成することにしたが、方法だけでなく「Tさんの足は大切な足です。これからかわいがってあげましょう」とメッセージを入れた。その後Tさんはパンフレットをみながら足のケアや体操を行ったり、フットケア外来の受診を継続する意思を表出するようになった。

とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈の場面の検討

Tさんは足病変の予防のためにフットケア行動を行なうことが必要であった。「えらい気持ちよいわー。でも、あんまり価値のない足やのにこんなに丁寧にしてくれて、すみません」は、Tさんのフットケアに対する感情や意向の表現であり、学生・指導看護師とも注目してほしいが、その直感的解釈の違いがケアの違いとなり、ひいては教育効果の違いとなっていた。

学生はフットケアへの関心が高かったため、Tさんを担当することになった。受け持ち当初、Tさんがフットケアを教えてほしいと話していたため足の観察ポイントやケアの手順を説明していた。しかし、学生の関心は説明することや足浴を行なうこと

にあったため、「こんなに丁寧によくしてもらって」の部分に注目し、『(丁寧に)足浴を喜んでもらった』という評価をしていた。また胼胝の自己処理を繰り返していた時も、なぜ繰り返すのかではなく行動が変わらなかった事実に着目していたため、フットケアの必要性や方法を繰り返して説明する方法を続け行動変容には至らなかった。一方、指導看護師は「あんまり価値のない足やのに」の部分に着目した。身体はそれぞれに機能や役割がありどの部分が欠けたとしても生活をする上で不自由になるため、身体のすべてが価値あると考えていた。しかし、Tさんが「身体の一部である足に対し、なぜ「価値がない」と表現したのか。「価値がない」足に対しフットケアの方法を説明しても継続することは困難であり、価値を高めることが必要だろう」と直感的に解釈した。初対面の時、Tさんの表情が暗くあまり目を合わせなかったこと、声が小さくオドオドしていたこと、身なりに手をかけていない印象も気になっていた。Tさんからこの言葉を直接聞いていれば、なぜそう感じるのかを確認していたのだが、学生から聞いた言葉だったため確認ができなかった。そこで、発言の意味を考えるために初対面の時の印象をあわせて経過を振り返った。糖尿病を指摘されたが過食を続け、女性として容姿に1番過敏となる時期に体重が増えていたこと、血糖コントロール不良で合併症を発症し何度も入退院を繰り返していることから、足だけでなく、自分の存在価値までも低下させていたのではないかと考えられた。これは、「お父さんカッコいいんですわ。なんで私なんかの変な人と結婚したんかね」、「(胼胝の自己処理を繰り返していることに対して)性格ががさつでいい加減だから」ということばでも表されていた。このように、Tさんがフットケア行動を取っていない事実だけでなく、「あんまり価値のない足やのに」という言葉をとっかかりとし、Tさんの背景を考えた。その結果、足だけでなく自分自身の存在価値を認めていないのではないかと推察したことが、存在価値を高めるための援助、すなわちパンフレットの「Tさんの足は大切な足です」という言葉につながったと考えられる。そして、この言葉にTさん自身が共感できたため、足のケアや体操を行なうこと、フットケア外来の受診を継続する意思を表出することにつながったと考えられる。

文 献

- 1) Beck, C.T. (1998). Intuition in nursing practice: Sharing graduate students' exemplars with undergraduate students. *Journal of Nursing Education*, 37(4): 169-172.
- 2) Benner, P. (1984) / 井部俊子, 他 (1992). ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院, P. 25.
- 3) Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(4): 13-24.
- 4) 伊藤ひろみ, 他 (2001). 看護モデルにおける「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」の事例分析. (河口てる子編) 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 51-66.
- 5) 河口てる子, 他 (1997). 患者教育における行動変容への「とっかかり言動」と看護ケア」の検討, *日本看護科学会誌*, 17(3):

- 410-411.
- 6) 河口てる子 (2001) 効果的な患者教育を模索して. (河口てる子編) 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 6-9.
- 7) 河口てる子, 他 (2001) 患者教育における行動変容のとっかかり言動と看護ケアの検討. (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 17-19.
- 8) 小林貴子, 他 (2001) 患者教育における行動変容のとっかかり言動と看護ケアの検討. (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 10-16.
- 9) 小平京子, 他 (2001) とっかかり言動(概念の考え方/理論編). (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 17-19.
- 10) 松田悦子, 他 (2001). 患者教育のための看護実践モデル Version 2とその概念定義. (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 104-109.
- 11) McCutcheon, H.H.I., et al. (2001). Intuition: An important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3): 342-348.
- 12) Miller, S et al. (1998). ワーク・コミュニケーション—職場での対人学と「気づき」, 現代社, p, 83.
- 13) 宮本真己 (1995a). 感性を磨く技法1: 看護場面の再構成, 日本看護協会出版会.
- 14) 宮本真己 (1995a). 感性を磨く技法2: 「違和感」と援助者アイデンティティ, 日本看護協会出版会.
- 15) Oka, M, et al. (1999). Abilities of Nurses for effective Patient Education. The 1st Asian-Pacific Nursing Congress, Seoul, pp, 180.
- 16) 岡美智代, 他 (2001). 患者教育方法に関する知識・技術(概論/理論編). (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 22-33.
- 17) Oka, M., et al. (2001). Abilities of Nursing for effective Patients Education. (河口てる子編), 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(8)(2)) 研究成果報告書, PP. 45-50.
- 18) Orem, D.E. (1971) / 小野寺杜紀訳 (1979). オレム看護論—看護実践における基本概念, 医学書院.
- 19) Osterman, P, et al. (1996). Presence Four way of being there. *Nursing Forum*, 31(2): 23-34
- 20) Prochaska, J. O., et al. (1992) In search of people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114
- 21) 坂口千鶴 (2001). 痴呆と診断される高齢者患者の言動パターンの看護者の認識過程. *日本赤十字看護学会誌*, 2(1): 50-60.
- 22) Schn (1983) / 佐藤学, 秋田喜代美訳 (2001). 専門家の知恵—反省的实践家は行為しながら考える. ゆるみ出版.
- 23) 下村裕子, 他 (2000). 患者教育のための看護実践モデルの適用検討, 第20回日本看護科学学会学術集会講演集, P,

218.

- 24) 鳥居美帆, 他(2000), 効果的な患者教育のための看護実践モデル, 第19回日本看護科学学会学術集会講演集, pp, 334-335.
- 25) Welsh, I. & Lyons, C.M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8:299-305.
- 26) Wiedenbach, E. (1964) / 外口玉子, 池田明子訳(1969). 臨床看護の本質—患者援助の技術. 現代社.
- 27) 安酸史子, 他(2001). Professional Learning Climateの理論的背景と定義. (河口てる子編) 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(2)) 研究成果報告書, pp. 34-39.

本研究は平成9年度～平成12年度文部科学省(平成11年度からは日本学術振興会)科学研究費補助金(基盤研究(B)(2)課題番号09470533), および平成13年度?平成14年度日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(B)(1)課題番号13470537)の助成を受けて行なわれた研究の一部である。

研究

看護実践報告

集合研修と部署研修から中堅看護師の意識の向上を図る

Improvement of motivation of leading nurses by an achievement of each purpose in a nursing unit

那須 静江

Shizue Nasu

要 旨

本論文は、スタッフへの影響力をもつ看護実践のリーダー(卒後7年～10年目の中堅看護師)を対象に、集合と部署を連動した研修を企画し実践した。その結果、やる気を高め、部署の活性化につながり、研修者の満足感や達成感を得ることができた。

Key words : leading nurse, motivation

はじめに

ここ数年の看護を取り巻く社会状況の変化は、想像しえなかったものがある。医療変革期は、入院中心の医療システム全体が大きく見なおされ、多種多様なニーズに対応できるシステムが要求される時代が始まった。

そして専門分野の進んだ高度先進医療の現場では、看護により多くの技術や知識が要求される様になった。このような状況において継続教育は、1年目・2年目・3年目といった経年的教育ではその時、その対象に応じた質の高い看護を提供することは困難である。

当院の継続教育プログラムも例外ではない。経年的に1年目・2年目・3年目とプログラムされているが、その後は各自の自主性にまかされている。そのため、経験年数がよりリーダー的な存在の看護師は、日常業務は無難にこなすが、病棟運営への参加や学習会、研修会への参加も少なく、業務改善や看護研究も後輩にまかせ、責任をもたない先輩看護師として、存在して行く傾向にある。そして当院も医療の変革期にともない、抱える課題は多く、課題をクリアするためにはスタッフに対して指導的な立場をとり、チーム医療の調整的立場を担う看護師が必要となる。そこでこの役割を担える者として、卒後7年目～10年目の看護師(以下中堅看護師)を対象として、自ら役割意識をもって課題に取り組み、その姿勢が部署を活性化し変革させる事をねらいとして研修を企画し実践した。その結果、中堅看護師としての役割意識に変化がみられたので報告

する。

I. 目的

部署の目標にそって自己の課題を明かにし、部署を活性化するために積極的に課題に取り組む姿勢を養う。

II. 方法

1. 対象: 卒後7年～10年目の看護師29名
(7年目10名 8年目9名 9年目7名 10年目3名)
2. 研修期間: 平成14年4月～平成14年11月(8ヶ月間)
3. 研修目標
 - 1) 研修をとおして自己を振り返る機会とする。
 - 2) 学習に取り組む姿勢を養う。
 - 3) 目標を明確にして課題に取り組む。
 - 4) 各部署で指導的な役割がとれる。
4. 研修プログラム

【研修日程と研修内容】

月日	研 修	内 容
4月23日	集合研修 17:15 ～ 18:00	・事前オリエンテーション 研修の目的及び研修の進め方について特に部署の目標を達成する為に、どのような課題に取り組むかを説明する。 ・事前レポートについて現在どのような役割や課題をもっているかを記載し提出する。
5月28日	集合研修 15:00 ～ 17:00 講義 研修担当者 那須	講義内容 「中堅看護師の役割」 ・中堅ナースの能力 ・中堅ナースの責任 ・看護部の組織と中堅ナース ・中堅ナースの役割 ・変化を起こす人

		<ul style="list-style-type: none"> ・中堅ナースに期待されること。 ・21世紀一看護が評価されるもの課題について ・課題は部署の目標から研修期間に達成可能な課題とする。 ・すでに取り組んでいる課題があればそれを継続する。 ・同一部署の参加者は同じ課題に取り組まない。 ・課題の決定は、研修担当者か看護師長とおこなう。 ・課題を開始する時は、自己の課題を部署で発表してから進める。 ・研修中の相談は担当者か看護師長にする。 実践計画書作成について説明する。
6月17日	実践計画書の提出	課題の意図と、計画スケジュールを記載し提出する。
8月30日	集合研修グループワーク 17:15 } 18:00	中間報告会 ねらい:グループワークを通し、課題の達成にむけて問題を共有する場とする。 ・グループワーク(5~6名) 課題達成の為各自が部署でどのように取り組んでいるか話し合う。 中間レポート提出 取組みの経過をレポート用紙1枚にまとめ提出する。
11月22日	集合研修 17:00 } 19:00	実践報告会 ・発表内容 どのような事を実践したか、実施した内容、その結果なにが得られたか(患者・スタッフ病棟の評価など)を発表する。 ・レポート提出 研修終了後の役割と課題、研修の達成度、研修に対する意見など。
11月30日		実践課題のレポート提出

Ⅲ. 結果

「やる気」を動機付け、動機付けられた事を実践するために、看護部の目標と部署目標を意識させ、部署活性の為に課題をもって実践するという研修をおこなった。

対象者は29名で、研修開始の4月や研修途中の勤務異動もあったが、それぞれが目標にむかい課題を実践した。

集合研修では、中堅看護師の役割について講義内容を組み立てた。講義から学んだこと、気付いたことを部署で実践する為には、まず自分が課題を持ち、計画を立て、スタッフを動かす実践すること、その為には自ら学習する必要があることを強調した。

実践するテーマは、自己の課題が部署目標のどこに関わるのかを意識しながら、達成できるテーマを決定するように指導した。また研修途中で勤務異動した場合には、部署目標にこだわらず、自分の課題に取り組むようにした。

各自のテーマ【資料1】はクリニカルパスの作成や看護記録をテーマにしたものが多かった。これは当院の方針であるクリニカルパスの推進期間でもあり、パス作成が課題となった。また看護部では平成15年4月から、KOMI理論、看護体制を変更するという方向性を打ち出していたので、看護業務の見直し・検討、学習会の取組みなど業務改善のテーマも多かった。外

来部門ではほとんどの中堅看護師が外来看護記録の改善にむけたテーマに取り組んだ。

研修期間に中間報告会をおこなった。グループワークを通して自分の進行状況を確認し、問題解決にむけて悩みを共有し、さらに行動変化への動機づけになる場とした。順調に進行している者は「達成可能な課題を実践しているのではやる気が生まれている」と述べ、困難でなかなか進行しないという者は、「意識的に課題に取り組んでいるが、スタッフの協力や調整が難しく、くじけそうで辛いこともある」と述べている。しかしグループワークを通して「自分だけが辛いのではない、皆もがんばって実践している」という事を確認し、自分も継続して行こうと述べていた。

研修終了後、実践報告会を行った。研修者全員が、どのような事を実践したか、実践した結果なにが得られたか(患者・スタッフ病棟の評価など)を5分程度にまとめて発表し意見交換をおこない、最後に課題の達成度について自己評価をした。結果は以下のとおりであった。

- (1) 達成することができた 3名
- (2) 十分でないができたと思う 7名
- (3) まだ経過途中である。 19名
- (4) 出来なかった 0名

10名(35%)が研修期間中に課題を達成したと評価し、達成できなかったは0名であった。

研修前後の中堅看護師の意識の変化をレポートから比較した。【資料2】

事前アンケート「中堅看護師の役割について」は、記載されリーダー業務、後輩の指導など具体的な内容が記載されていないが、研修後のレポートでは、問題解決のために積極的に自分の意見を提言する、実践するなど、行動目標になって記載されていた。

「自己の課題について」も研修前では、役割と課題が混同された内容であったが、研修後は、具体的な言葉で表現され、何をしたいのかが明かになっている。

Ⅳ 考察

10数年、院内教育プログラムの修正がないまま研修が進められていた結果、自ら目標をたて行動することなど考えてもいない現状だった。しかし平成14年、当院の方針が示されたこと、看護部長の交代で、達成しなければならない看護部の課題が示されたことで、職員全体が行動を起こし、変革しなければならないという意識は動機づけられていた

さらに14年度は、看護部の院内研修も大きく見なおされ、経年的研修に加え、専門コース、講演会など、内容の変化や研修が増え、研修自体も活性化されての研修のスタートであった。

講義ではどんな中堅看護師を目指すのか一人一人考えることから始めた。自分の2年後、5年後の看護師像をイメージし、ありがたい自分の方向性を考えさせた。中には、何かやらされるというイメージを持つ看護師もいて、29名の中堅看護師を、部

署で実践していく過程でどのようにサポートするかが課題となった。とにかく積極的に声をかけ、実践状況を確認し方向性を確認していった。その結果、相談などは勤務時間外や、夜勤明け、休日などの自分の時間を使い、自分が実践しているという実感や、やる気が相談を通して感じることができた。

このことは研修終了後のレポートにも、「始めはやらされている感覚だったが、自分の立場、自分の責任を感じる事が出来てよかった。これからも進んでやろうという気持ちが出てきた」「自分の役割を見なおす機会となり、やるべき事が明確になった」と述べている。また課題についても、「この研修は自分ができる事を目標にしたので、自ら行動を起こすきっかけとなった」「看護師としてこれまで課題をもって取組んだ事がなく、大変だったが自分が行ったことが業務に反映する事ができた」「他部署の看護師がどのような役割を持って働いているかを知る事ができた」「自分よりも経験が少ない看護師が取組んだ課題の報告を聞いて、自分ももっとやらなければならない」などと述べている。

自分の課題を達成するための自己学習については、院内、院外への研修会へ積極的に参加していた。とくに研修内容を選択して院外研修へ参加したことは、これまでにない傾向であり、その成果は部署の学習会の内容や、パス作成にも変化があらわれていた。

例えば部署学習会は、これまで医師の講義が主体であったが、自分たちが院外研修会に参加して学んだことを、部署で学習会を開催していた。パス作成をテーマにした中堅看護師は、まだパスを作成していない部署で検討会を立ち上げ、パスを作成し院内パス大会へ発表した。その結果、院内でパスを作成しない部署がなくなった。また院内パス大会で発表したものを院外のパス大会で発表するなどの積極的な行動がうかがえた。

自己評価は10名(約35%)が期間中に課題を達成できたと評価している。これは目指す目標があり支援すれば、課題への挑戦が出来る事を表している。いいかえればやりたい事、興味のあることでなければ自ら目標にむかって行動を起こすのは難しいともいえる。

しかしまだ19名(約65%)が課題の途中であり今後も課題を継続しやり遂げるという意欲をもっており、今後も支援して行きたい。支援する関わりを継続する事が、今後あきらめない中堅看護師を育て、看護の質の向上につながる要因になると考えるからである。

達成できなかったと自己評価した者はいなかった。これは評価としては高いが、部署活性化のために自ら行動を起こしたことでの満足感や、スタッフ・家族から得た評価が自己評価を高くしていると考えられる。

研修前後の中堅看護師の意識の変化をレポートから比較すると、研修前ではリーダー業務、後輩の指導など部署の中心的な業務を行っているが、どのような業務を実践しているかなどは具体的に記載されていなかったが、研修後のレポート

では、問題解決のために積極的に自分の意見を提言する、実践するなど、具体的な行動目標になって記載され、漠然としていた自己の役割や課題が明らかになったと考えられる。

また課題についても研修前では、役割と課題が混同され、具体的な内容ではなかったが、研修後では、具体的な言葉で表現され、何をやるのかが明らかになっている。

集合研修を部署と連動して問題解決をしながら実践した結果、中堅看護師として自覚し、最終的には、一人一人が課題を達成しているという達成感につながったと考える。

V 結論

やる気を動機づけ行動を起こすために集合研修と部署研修を連動させ、病棟目標から実践可能なテーマに取組んだ研修は、以下の効果があった。

1. やる気を高め部署を活性化し、スタッフ、患者から良い結果を得ることができる。
2. 役割や課題を明らかにすると、自ら実践することができ、その結果自己満足感や達成感を得ることが出来る。
3. 個人の能力を引き出す為には継続教育プログラムを検討と、継続した支援が必要である。

VI 終わりに

病院の社会的評価は医療技術の高さと並んで、提供される看護の質によるところが大きいいとされる。看護部門は病院の看板の一つであり、その中心をなす看護師に期待されるものは大変大きい。看護部の理念や目標を達成する為には、今後目標管理を導入し、一人一人が組織を意識し、達成可能な目標を設定し、実践し、能力を高めていくことが課題となる。その為には院内教育プログラムの充実を図り、キャリア開発を目指し、伸びていこうとする力を継続して支援できる体制が必要である。

文 献

- 1) 高橋弘枝: ケアの質を決定する中堅ナース, 看護実践の科学, 28(2), 10-14, 2003.
- 2) スタッフの潜在能力は眠っていませんか?, 月刊ナースマネージャー, 3, (1) 2001.
- 3) エスパートナースになるためのキャリア開発: 照林社, 2003.
- 4) 大田すみ子: マトロンの眼, 現代社, 1999.
- 5) 諏訪茂樹: 看護のいかすリーダーシップ, 医学書院, 2002.
- 6) 稲田美和: 看護管理シリーズ看護管理その2: 日本看護協会出版, 1993.
- 7) 松下博直: 看護経営学, 日本看護協会出版, 第2版, 1995.
- 8) 中堅ナースのために: 社団法人日本病院会, 2002.
- 9) 竹内妙枝: 中堅ナースの役割の明確化と個人管理目標, 看護実践の科学, 28, (2), 15-20, 2003.
- 10) パトリシア・ベナー/井部俊子他訳「ベナー看護論」, 医学書院, 2001.
- 11) 看護管理者が持つべき技術: IN99, 日本看護協会出版会, 24(1), 2001

【資料1】

中堅看護師が研修期間に取組んだテーマ

項目	テーマ
業務改善(2名)	1. リーダー業務の見直し 2. リーダー業務内容の見直し、指示の受け方
パスの作成(4名)	1. 乳房切除 2. PEIT・肝生検 3. 化学療法 4. 尿路変更術(回腸導管造設術)
看護記録(7名)	1. 看護計画用紙の見直し 2. 小児外来の家族・患児のアセスメント記録用紙 3. 泌尿器外来のアセスメント用紙の作成 4. 入院予定患者のオリエンテーションの見直し 5. 外来問診表の見直し・改善 6. 術前訪問用紙・パンフレットの見直し(2名)
学習会の開催(5名)	1. KOMI理論 2. 化学療法について 3. 新人を対象として心電図,循環器疾患 4. モジュール式看護体制 5. 看護体制の検討
看護技術(2名)	1. キネステイク 2. 手術の直接介助の手技
基準・手順の作成(5名)	1. 看護記録の表現、用語の使い方の検討 2. 外来処置室の業務手順(2名) 3. 保護室対応マニュアル 4. 交代時の申し継ぎの基準作成
調査(1名)	1. 身体拘束の実態
その他(3名)	1. 機能的な部署内の物品の配置や整理 2. リーダー業務を実践する 3. プリセプターの支援

【資料2】

研修前後のレポートのまとめ

1) 自己の役割について

研修前レポート	研修後レポート
1. リーダー業務 ・ 各部門の調整 ・ メンバーの業務調整 2. 後輩の指導 ・ 新人指導 ・ プリセプターの支援、相談 3. 業務改善 ・ 看護記録の検討 ・ 看護計画用紙の検討 ・ パンフレットの作成 ・ 物品管理 ・ 看護体制の学習会 ・ カンファレンスの検討 4. 委員会活動 ・ 臨床指導委員会 ・ 感染委員会	1. リーダーシップをとり後輩の育成をする。 2. 現状を受け止め、問題解決のため自分の意見を述べる事。 3. スタッフ内の中心的人物。 4. 看護ケアや業務調整など自分の意見を積極的に述べたり、スタッフの意見をチームに働きかける事 5. 経験にとらわれず、新しい知識、自己学習を続け問題意識を持ちつづけること。 6. 起爆剤みたいなイメージもあり、様々な場面で先頭に立って行く立場にある。 7. 大変やりがいのある立場だと思う。 8. 自分たちの働く環境を整える。その為には学習することが必要。

【資料3】

自己の課題について

研 修 前 レ ポ ー ト	研 修 後 レ ポ ー ト
<ol style="list-style-type: none"> 1. リーダー業務 指示受け、メンバーの調整 2. リーダー業務を習得する 3. 後輩の指導 4. 業務改善 <ul style="list-style-type: none"> ・看護記録 ・看護計画 ・クリニカルパスの作成 ・退院患者の地域との連携 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 業務改善やバス大会に向けリーダーシップをとり後輩から信頼される存在になりたい。 2. 自分のリーダーシップを明確する事 3. 看護ケアや業務調整など自分の意見を積極的に発言したり、スタッフの意見をチームに積極的に働きかける。 4. 今回の課題は達成できたので次のテーマに取り組む。 5. 看護実践者として自らモデルとなれるようになりたい。 6. 良いケアが出来るように環境の調整業務調整を考え、師長、主任に提言し、チーム内で計画し実践する。 7. 現在の課題を継続する。

研究

個別性・継続性のある看護への取り組み —看護方式変更とカンファレンス改善を実施して—

Survey of effectiveness of so-called Module style nursing system in our ward

佐藤美恵子

Mieko Sato

要 旨

当病棟の看護方式は固定チームナーシング+1部機能別である。定着はしているが、看護師の受持ち意識が薄く、業務が中心となっていた。また、カンファレンスは看護の評価に活用されていないなどの現状があった。そこで、より質の高い看護を提供し、患者様および看護師も満足が得られるよう病棟運営に取り組むことが重要であると考え、看護方式変更とカンファレンス改善を実践した。結果、個別性・継続性のある看護の提供へ看護師の意識、行動が変化した。今後の課題は看護実践の質を評価できる記録とすること、受持看護師の能力によってケアに差が出たり、看護の質が左右されないよう、常に看護師の教育・育成をしていくことである。

Key words : so-called Module style nursing system

はじめに

当病棟は、看護部の理念のもとに看護目標を「笑顔で、親切・丁寧な看護を提供する」として、看護活動を行っている。しかし現状は、忙しくなると予定していた入浴介助が延期される。手術患者のバルンカテーテル抜去が遅れる。看護計画が立案されていない。カンファレンスは医師の指示変更の伝達で終わっている。これらから看護が断片的となり患者の自立が遅れるなどケアの質が低下することになる。個々の患者に対して看護師は、ケア計画についての意思統一をはかり、看護実践していくという姿勢に欠けている。また、現在の看護体制である固定チームナーシング+機能別看護は、病室単位の日替わり受持制であるため看護師の受持意識が薄く、このような問題点の解決策を模索していたところ、入院から退院まで1人の看護師が継続して受け持ち、患者の個別性を尊重し、看護師が責任性・主体性をもち看護ができる看護方式として、松木氏が考案した「モジュール型継続受持方式」の存在を知った¹⁾。そこで、病棟の看護の現状を把握し、その課題を達成する為に看護方式の変更とカンファレンス改善に取り組んだ。

目 的

モジュール型継続受持方式導入とカンファレンスの改善によ

り、患者の個別性を尊重した看護・継続性のある看護ができたのかを明らかにする。

方 法

- 1、対象:S病棟に勤務する看護師 16名
- 2、期間:平成14年11月～平成15年10月
- 3、方法
 - 1) 当病棟の看護の実態を把握し、問題を明らかにする。
問題から課題を明らかにし、改善に向けて実践に取り組む。
 - 2) 改善策の検討と実践
 - ①師長の看護の方向性を示す。
 - ②看護方式を変更する。
 - ③カンファレンスの改善をする。
 - 3) 改善の効果を明らかにする。
看護師の意識調査、患者の意識調査、カンファレンスの評価、看護計画の監査を行い、改善に向けての取り組みを評価する。

実 践 内 容

- 1、当病棟の看護師が現状の看護についてどのように考えているか、また病棟の目指す看護の方向性を再確認するために

アンケート調査(当病棟看護師でアンケート調査に同意を得た16名)を実施する。

2、スタッフと病棟の現状を共通認識するために看護師アンケート結果を公表する。同時に師長としての看護の方向性を伝え、「患者の個性を尊重した看護、継続性のある看護の提供のために、現在の看護方式である固定チームナーシング+機能別看護(資料1)をモジュール型継続受持方式へ変更したいこと、行った看護の評価にあたってはカンファレンスを活用していきたいこと」を話す。

3、主任を中心にスタッフ達で自分たちはどんな看護がしたいのか、目指す看護についてグループ討議を行い、自分自身の看護やお互いの看護について確認し合い、それを達成するための行動目標を決定する。グループ討議で決定したその目標を明文化し、看護詰所内に掲示するとともにスタッフ全員に渡す。

4、モジュール型継続受持方式導入に向け、看護方式検討チーム(資料2)を編成し、勉強会を重ね必要な資料をスタッフに配布する。業務の見直しをはかり、自分の役割・業務を理解したうえで実践できるように、受持看護師・担当看護師・コーディネーターそれぞれの役割基準を成分化し、スタッフがいつでも見ることができるようにしておく。(資料1)

5、病棟とカンファレンスの問題を踏まえたカンファレンスの見直しのため、カンファレンス検討チーム(資料2)を編成し、改善に向け取り組む。まず、師長がカンファレンスについての学習会を2回、開催する。

6、カンファレンス検討チームが中心となり、カンファレンスの運営、役割を明確にした基準を設定する。さらに基準にもとづく評価表を作成し、評価表に沿ってカンファレンスを実施。カンファレンスの評価をモジュールごとにコーディネーターが週1回行う。さらに、評価結果をスタッフ個人にフィードバックしていく。

7、自己の看護の振り返りと、受持患者への看護の責任を高めることを目的に、ケースカンファレンスを月1回開催する。

8、患者の個性、患者のニーズを把握した看護計画立案ができるように、患者の基本情報紙の見直しをし、「患者の思い」「家族の思い」「看護師の気がかり」の記載を追加する。追加後、計画立案に活用されているかを師長と記録担当委員(資料2)が監査を行う。

9、実践の評価として、①看護師のアンケート調査②患者へのアンケート調査(平成15年6月1日～平成15年6月30日までに当病棟に5日間以上入院している患者でアンケート調査に同意を得た35名)③カンファレンス評価の分析④看護計画の監査の分析をした。

結 果

患者の個性を尊重し、継続性と責任性のある看護が提供できるよう様々な取り組みを行った。アンケートの実態調査から、看護師一人ひとりには個性を尊重した看護をしようと考えているが、実際は看護計画が立案されていず、カンファレンスが

看護の評価・計画の修正の場となっていない、などの現状があり、看護について日頃思っていることと、実際の行動にギャップがあることを把握した。そこでスタッフが病棟の看護の現状を共通認識するために、アンケート結果を基に自分達の日頃の看護を振り返り目指す看護についてグループ討議を行い、行動目標を決定した。自分自身の看護やお互いの看護について確認し合い、共有化が図られるようになった。また、師長の考える看護の方向性を伝える機会ともなった。スタッフ同士が目標達成に向けお互いの理解をし始めたところで、師長がカンファレンスについて学習会を行った。このことによりスタッフは、カンファレンスの目的が開催することにあるのではなく、看護ケアの質の向上とチーム全員がケアの意思統一を図るために重要であることを再認識することができた。

さらに、カンファレンス検討チームが中心となりカンファレンスを評価し、達成できていない評価内容について指導・助言をすることにより、回を重ねるごとに評価の点数が上昇し活性化に結びついた。また、月1回のケースカンファレンスでは、受持患者の事例について「患者にとってベッド上生活とは」「なぜ、褥瘡ができてしまったのか」とテーマについて話し合い、アセスメントが不足、計画が不十分など、それぞれの眼で、それぞれの言葉で、活発に討議し合い、看護の方向性を見直す場となってきた。

さらに看護方式検討チームが中心となり、モジュール型継続受持方式を導入した。機能別として行っていたアナムナーゼ、入浴介助、与薬、検査介助などの患者にかかわるケアのすべてを受持・担当看護師が行うように、新しい役割基準を成文化した。このことにより責任の所在が明確となり、個々のスタッフは、責任を果たすべく自己研鑽し、受持看護師として患者に主体的にかかわるようになった。

次に、看護方式変更後の変化について、患者および看護師のアンケート調査、看護計画の監査からみる。また、カンファレンスが活性化したかどうかをカンファレンス評価からみる。

1、看護方式変更後の変化について

1)看護師の意識調査

モジュール型継続受持方式導入前・後における看護師の意識調査(個性の尊重、看護計画、カンファレンス、看護体制、仕事に対する意欲、職場風土)の結果を(表1)に示す。データ分析方法は、上記のデータを4段階に得点化した。強く思う4点、そう思う3点、あまりそう思わない2点、全くそう思わない1点とし、満点は64点である。

領域ごとに導入前・後の変化をみても、点数が大きく上昇した項目は、『個性の尊重』では、「勤務開始時、自分がその日の担当看護師であることを知らせている」(38点→60点)である。『カンファレンス』では、すべての項目の変化が大きく「カンファレンスの場合は、リーダーからDrの指示変更で終わることがある」(45点→22点)「カンファレンスで話し合ったケアの内容は、看護記録に記載している」(43点→53点)「カンファレンスの場合は、患者の問題点や看護計画などの討論の場にな

っている」(48点→55点)である。

『看護計画』では、「受持患者の初期看護計画は必ず立案している」については、1名が14名に増加している。

『看護体制』では、「現在の看護体制は、患者のニーズや希望を大切にできる」(42点→52点)「現在の看護体制は、ケアの継続がされている」(42点→50点)の変化が大きい。『仕事に対する意欲』では、「仕事がかまくらいった時、上司やメンバーに認められていると思う」(44点→52点)の項目の変化が大きい。『職場風土』では、「職場では、ときどき看護関係の講習会や研修会のことが話題になる」(40点→48点)「積極的に新しい物や新しい考えを取り入れようとする姿勢がある」(46点→52点)の変化が大きい。

2) 患者アンケート調査

アンケート回収29名、回収率82.9%、男性21名・女性8名、初入院13名・再入院16名。

(表2)に示すように、「受持看護師を知っている」の項目では、29名のうち27名が“知っている”と答えており再入院患者は全員が知っていた。知っていると答えた27名について、「あなたのことをよく知っていると感じる」「受持看護師不在時の代行看護師との連携はよいと感じる」「あなたの意見を尊重していると感じる」の項目では再入院患者の37%～50%がよいと感じていなかった。一方、「あなたの話を聞いてくれている」「看護師はあなたかみがあると感じる」「受持看護師がいて良かったと感じる」は、初入院患者の82%が“いつも感じる”と答えている。

3) 看護計画の監査結果を(表3)に示す。

情報収集については、ほぼ全員が「3日以内に完成している」「項目に沿って必要なデータが得られている」は、5名が“いいえ”であった。

データベースの追加項目については、「患者の思い」「家族の思い」「看護師の気がかり」は、11名～12名が3項目すべて記載されていた。一方、「データベースの追加項目から得た情報を取り入れ、計画は具体的で個性がある」「看護師の気がかりがその人の問題解決に結び付けられている」は、9名～11名が“いいえ”であり、追加項目を記載し個性のある計画へつなげようと行動しているが、まだ充分結びついていないことがわかる。

看護計画については、「初期計画が24～48時間以内に立てられている」「看護目標は達成可能な患者の目標となっている」「計画は立案日、評価日が記載されている」「計画の評価修正がされている」は、11名～13名(69%～81%)が“はい”と答えている。

記録用紙においては、「誰がみてもわかる記録となっている」は、15名が“はい”であった。しかし、「患者家族の思い、期待、希望の記載がある」は、14名が記載できていなかった。また、「問題点が看護ケアによってどのように変化してきたか記載されている」は、10名が“いいえ”であった。

2. カンファレンス改善後の変化について

カンファレンス評価表活用前後の結果を(表4)に示す。

データ分析方法は、評定尺度は4段階に得点化し、大変よくできた4点、良くできた3点、すこしできた2点、できなかった1点とし、それぞれの項目の平均値を表示した。

評価表活用“前”と“後”の平均値の比較では、すべての項目で点数があがっている。『運営』において、点数差が大きかったのは、「議題は明確である」「議題は達成できた」である。

『役割』において大きく上昇したのは、「計画・修正の場として活用できている」「指示・伝達で終わっていない」「メンバー全員が発言できた」であり、カンファレンスに対する看護師の意識の変化が行動として表れている。

記録者・受持看護師については、カンファレンス用紙の記録は「すべて記録できている」「だれもが理解できる」であった。

看護記録については、「理解しやすい記録内容」「カンファレンスの結論が看護計画に反映されている」である。しかし、「カンファレンスの結論が看護計画に反映されている」については、他の項目に比べて低い上昇であった。

考 察

個性を尊重した看護・継続性のある看護のために看護方式の変更、カンファレンス改善を中心として実践してきた。結果、目的を達成することができた。その要因について考察する。

当病棟看護活動の問題状況の解決にむけ、師長が看護方式の変更・カンファレンス改善の意図を、目指す看護とともに伝えた。それについてスタッフと十分話し合うことにより、共有化が図られスタッフのより良い看護をしたいという動機づけとなったと考える。さらに、行動目標を決めるプロセスでは自分の看護を言葉に表わし、他のスタッフの考えや意見をすり合わせることによって、自己の看護を振り返る機会となり、相互のコミュニケーションが深まり円滑に改善が進んだと思われる。改善の取り組みに向けては、病棟で指導的役割となる看護師を人選、検討チームを編成した。また、看護師の合意で決定した事項に関してはそのつど成文化し、スタッフがいつでも見ることができるようにした。それによって、改善の進行をスタッフが確認でき、修正や改善への支援が明確となり段階的に進められたと考える。看護師アンケートから、看護方式変更後、看護師は自分の受持として意識して患者にかかわるようになり、看護計画を立案し、カンファレンスで計画を修正していることが「受持患者の初期計画は必ず立案している」「カンファレンスの場合は、患者の問題点や看護計画などの討論の場になっている」の項目で点数が増えたことからわかる。

看護計画に関して受持看護師としての役割を明文化した結果、看護師は受持患者の計画に責任をもって立案していることがわかる。受持制をすることによって患者と1対1で向き合うため、患者看護への責任の高まりや継続看護の必要性を認識できたためと考える。また、受持看護師として継続してかかわる中から、初期計画や病状面だけにとどまらず、患者の個別的な生活像・家族背景や社会面に対しても関心を持つようにな

り、患者の変化に応じた問題点を見出せるようになった。さらにチームカンファレンスやケースカンファレンスの場に情報として表出し、自分の看護を振り返るという行動につながったと考える。カンファレンスの必要性にも気づき、カンファレンスが有効活用されてきたと考える。

さらに、現在の看護体制について「患者のニーズや希望を大切にできる」「ケアの継続がされている」と、満足感が向上していることがわかった。小数の患者をより深く知ることで個別ケア、患者の思い、気持ちの重視という看護者の意識・行動の変化につながり、松木¹⁾が指摘している看護の継続性、看護ケアの責任性に近づいている。一方、「患者のニーズを把握し看護計画を立案している」「看護計画に沿って看護を実践し、評価している」が“前”より“後”が減となったのは、受持看護師として、入院から退院までのケア計画、実施、評価、修正、およびケアの継続の責任までを引き受けることから、知識・技術・判断力が強く要求されるため、実力とのギャップから自分にきびしく評価していると考えられる。受持看護師として責任の重さを負担と感じてしまわないように、そして看護計画が実践に結び付けられる能力を身につけるサポートシステムとして、毎日のカンファレンスやケースカンファレンスを通しての学習を継続していくことが重要であると考えられる。

次に、患者アンケート結果から、患者は受持看護師について、自分のことをよく知っている看護師として受けとめ、「話を聞いてくれる」「あたたかみがある」と感じ、何でも話ができて安心ができると満足を示していることがわかった。しかし、「退院のアドバイスをしてくれる人」「疾患の食事・検査の説明をしてくれる人」に関しては、低く、社会的立場を理解し個別性のある退院指導・家族を含めた指導が十分とは言えず課題とする部分である。

次に、指示伝達に終始していたカンファレンスが患者のニーズを把握し個別性のある看護を提供するためにはどうしたらよいかを思考する看護計画の討論の場と変化したのは、カンファレンス基準を明確化し、それに沿って運営できたためと考えられる。

看護実践の場で患者の個性を把握するためには、多様な意見の収集と検討が必要といわれている。²⁾今までのカンファレンスは、指示の伝達や看護師の情報交換で終わり、司会者・メンバーとしての役割意識が薄く、カンファレンスを毎日するという安心感や、慣習から行っていた。

川島³⁾は、「どんなカンファレンスでも、議題を明確にすること(絞り込むこと)、情報がほしいのか、行動計画を修正したいのか、はっきりさせておく」と述べている。今回、カンファレンスが活性化したのは、作成したカンファレンス運営基準に沿って朝のショートカンファレンスにおいて、午後から行うチームカンファレンスのテーマと患者を明確にしたことである。そのことによりカンファレンス前に各自が事前準備しやすかったこと、受持看護師として患者の基本情報用紙の追加項目「患者の思い」「家族の思い」「看護師の気がかり」から得た情報をもとに、

ベッドサイドに行き、さらに新しい情報を得てカンファレンスに望むことにより、意見が出しやすかったためと考えられる。

次に、司会者の役割をもつコーディネーターがカンファレンス基準の中の司会者マニュアルを活用したカンファレンスの反復により、司会者技術が訓練され、カンファレンスが指示伝達で終始することなく議題の結論への導きが習慣化され、看護計画の評価、修正の場となってきたと考える。また、看護計画の監査でも「計画の評価修正がされている」と11名～13名が答えており、カンファレンス後の看護計画も、各自が個性を意識してかかわったためと思われる。カンファレンスを改善したことで、看護師の個別的援助に対する意識は高まったが、それを充実させるためには、カンファレンスを繰り返し、積み重ね、それぞれの能力を磨いていくこと、カンファレンス後にどれだけケアに反映されたかを評価していくことが重要であると考えられる。

結 論

- 1、師長が病棟の看護の方向性を示し、それにスタッフが賛同し、さらに良きものにしようと、看護師の意識が変わった。
- 2、看護方式変更により看護師は、受持患者の看護計画立案に責任を持ち、実施した看護をカンファレンスで評価している。
- 3、カンファレンス評価表の活用は、カンファレンスにおける個々の役割、行動を明確化させカンファレンスの改善へとつながった。
- 4、患者の基本情報用紙の追加項目「患者の思い」「家族の思い」「看護師の気がかり」から得た情報を活用し、個性のある看護へつなげようと看護師の意識は変化したが、計画立案が充分できていない。
- 5、看護実践の結果に「患者家族の思い、期待、希望の記載」など、患者の反応・状況・患者の言葉の記載ができていない。

おわりに

今回、モジュール型継続受持方式の導入とカンファレンスの改善に取り組み、学習会や編成されたチーム活動を進め、看護師の努力により患者の個性を尊重した看護、患者に責任をもって看護をしようという意識へと変化がみられた。今後の課題としては、実施した看護の質を評価できる記録内容となること。受持看護師の能力の差によって、ケアに差が出たり、看護の質が左右されないよう、常に看護師の教育、育成をしていくことである。

文 献

- 1) 松本光子編:クオリティケアのための看護方式. 南江堂, 2001.
- 2) 近森芙美子:カンファレンスによって何がもたらされるべきなのか. 看護実践の科学, 19(13), P19～P23, 1994.
- 3) 川島みどり他:看護カンファレンス. 医学書院, 2002.
- 4) 柴田秀子他:看護ケアの質を構成する要素の検討. 看護研究, 28(4), P47, 1995.
- 5) 内布敦子他:看護ケアの質の要素の抽出デルファイ法を用いて. 看護研究, 27(4), P67, 1994.

- 6)川崎久子:看護婦の仕事意欲に関する研究(その2). 日本看護研究学会雑誌, 24(3), P337, 2001.
- 7)岡谷恵子:看護婦—患者関係における信頼を測定する質問紙の開発. 看護研究, 28(4), P29～P35, 1995.
- 8)内布敦子:看護QIプログラムによる第三者評価. 看護管理, 12(6), P416～P421, 2001.
- 9)P・ハーシィ:行動科学の展開. 生産性出版, 2003.
- 10)稲田美和監修:婦長機能評価マニュアル. 日本看護協会出版会, 2002.
- 11)日本看護協会編:病院看護機能評価マニュアル. 日本看護協会出版会, 2001.
- 12)金井一薫:KOMIチャートシステム・2001. 現代社, 2001.
- 13)平井さよ子:看護職のキャリア開発. 日本看護協会出版会, 2003.
- 14)得丸尊子:看護過程を指導できる中堅の養成をめざして. 看護管理, 12(2), P105～P114, 2002.
- 15)松月みどり:常に変化する組織の多様な人材を活用するために. 看護管理, 12(9), P675～P678, 2002.
- 16)特集、どんな看護方式を選ぶ? 看護管理, 12(4), 2002.
- 17)橋本珠子:看護部組織運営と看護方式の連動. 看護展望, 23(10), P27～P30, 1998.
- 18)竹内千恵子:看護提供方式改善の考え方. 看護展望, 25(4), P17～21, 2000.
- 19)進藤弘子:チームナーシングから「担当式看護体制」へ. 看護展望, 27(12), P46～51, 2002.
- 20)杉野元子:小集団活動で活性化する現場の知恵. 看護管理, 11(12), P928～P932, 2001.
- 21)焦点、モジュール型継続受持方式. 看護管理, 5(6), 1995.
- 22)山本国子 他:継続受持ち看護方式の効果. 第22回日本看護学会集録(看護管理), 140～142, 1991.
- 23)石田悦子:患者援助の充実をめざしたチームカンファレンスの改善. 看護実践の科学, 24(5), P33, 1999.
- 24)阿部陽子:今一度カンファレンスの実態を見直す. 看護実践の科学, 24(6), P18～P21, 1999.
- 25)特集、カンファレンス継続と運営のポイント. 看護実践の科学, 25(6), 2000.
- 26)川代たつ子:事例検討による看護計画の見直し. 看護実践の科学, 25(8), P35～P42, 2000.
- 27)特集、事例検討・看護の評価につなげるために. 看護実践の科学, 22(4), 1997.
- 28)佐藤紀子:変革期の婦長学. 医学書院, 2001.
- 29)紙屋克子 他:対談. 私たちの看護管理実践. 医学書院, 2000.
- 30)トップ・マネジメント研究会編著:看護部が変われば病院は変わる! 日本看護協会出版会, 1999.

表 1、 看護方式変更前後の看護師アンケート結果

	項 目	導入前	導入後
個別性の尊重	① 患者にとって安心できる存在となるよう意識してケアしている	5.5	5.9
	② 患者・家族からの質問には待たせずに答えている	4.9	4.6
	③ 1つの見方や先入観で患者をみないように意識している	4.8	5.3
	④ 患者が何を望んでいるかを考えながら行動している	5.1	5.4
	⑤ 勤務開始時、自分がその日の担当看護師であることを知らせている	3.8	6.0
カンファレンス	① カンファレンスで話し合った内容は、ケアを行う時に活かしている	5.2	5.0
	② カンファレンスの場は、リーダーからDrの指示変更で終わることがある	4.5	2.2
	③ カンファレンスの場は、患者の問題点や看護計画などの討論の場になっている	4.8	5.5
	④ カンファレンスで話し合ったケアの内容は、看護記録に記載している	4.3	5.3
看護計画	① 受け持ち患者の初期看護計画は必ず立案している	はい、1名 いいえ、15名	はい14名 いいえ2名
	② 患者のニーズを把握し看護計画を立案している	4.7	4.6
	③ ケアによって達成可能な具体的目標を設定している	4.5	4.7
	④ 看護計画に沿って看護を実践し、評価している	5.0	4.6
看護体制	① 現在の看護体制は、患者を“よく”知ることができる	4.3	4.7
	② 現在の看護体制は、患者のニーズや希望を大切にできる	4.2	5.2
	③ 現在の看護体制は、当病棟目標である「親切・丁寧な看護」「患者の看護に責任を持った看護」ができる	4.9	5.2
	④ 現在の看護体制は、ケアの継続がされている	4.2	5.0
	⑤ 現在の看護体制に満足している	4.6	4.3
仕事に対する意欲	① 今やっている仕事（看護）はやりがいのある仕事だと思う。	5.3	5.6
	② 患者に信頼されている。	4.4	4.6
	③ 自分の役割・業務をはっきり知り責任を果たしている。	4.8	4.6
	④ 職場で役割を与えられ充実している。	4.6	5.0
	⑤ 仕事がうまくいった時、上司やメンバーに認められていると思う	4.4	5.2
職場風土	① 積極的に新しい物や新しい考えを取り入れようとする姿勢がある。	4.6	5.2
	② 職場で仕事の悩みや問題を気軽に話すことができる。	4.6	5.0
	③ 職場では、ときどき看護関係の講習会や研修会のことが話題になる。	4.0	4.8
	④ 病棟会議は、話し合いによる問題解決の場となっている。	4.7	5.1
	⑤ 上司やメンバーは、アイデアや意見を提案したときよく聞いてくれる。	5.1	5.0
	⑥ 職場ではナースは、忙しい時お互いに助け合い協力し合っている。	5.6	5.3
	⑦ この病棟ではナースが向上する機会が沢山あると思う。	4.6	5.0

表 2、看護方式変更後の患者の反応

<受持看護師について>

質問項目		初回入院(13名)	再入院(16名)	計 29名
受持看護師を知っている	知っている	11名	16名	27名
	知らない	2名		2名
受持看護師の名前が言える	言える	11名	13名	24名
	言えない	2名	3名	5名
どのような方法で知ったか	看護師の自己紹介で	6名	8名	14名
	ベットネームで	4名	3名	7名
	受持った日	1名	4名	5名
受持看護師は何をする人だと思うか (複数回答)	体温をはかり状態を聞いてくれる人	7名	9名	16名
	体を拭く人	3名	4名	7名
	相談に乗ってくれる人	7名	9名	16名
	医師との仲介人	7名	11名	18名
	疾患の食事・検査・の説明をしてくれる人	4名	5名	9名
	退院のアドバイスをしてくれる人	3名	3名	6名
	自分のことを全般にかかわる人	8名	6名	14名

<受持看護師の看護について>

受持看護師は“あなたのことをよく知っている”と感じますか		n=27		
	いつも感じる	6名	8名	14名
	時々感じる	4名	6名	10名
	あまり感じない	1名	2名	3名
受持看護師不在時の代行看護師との連携はよいと感じますか				
	いつも感じる	7名	6名	13名
	時々感じる	3名	7名	10名
	あまり感じない	1名	3名	4名
あなたの意見を尊重していると感じますか				
	いつも感じる	5名	8名	13名
	時々感じる	5名	6名	11名
	あまり感じない	1名	2名	3名
あなたの話を聞いてくれていますか				
	いつも聞いてくれる	9名	11名	20名
	時々聞いてくれる	2名	4名	6名
	あまり聞いてくれない		1名	1名
看護師はあたたかみがあると感じますか				
	いつも感じる	9名	10名	19名
	時々感じる	2名	6名	8名
	あまり感じない			
受持看護師がいて良かったと感じることがありますか				
	いつも感じる	9名	11名	20名
	時々感じる	1名	5名	6名
	あまり感じない	1名		1名

表 3、 看護計画の監査結果

n = 16

監査基準		はい	いいえ
情報収集	データベースは3日以内に完成している	15名	1名
	項目にそって必要なデータが得られている	11名	5名
	患者の思いが記載されている	13名	3名
	家族の思いが記載されている	11名	5名
	看護師の気がかりが記載されている	12名	4名
看護計画	初期計画が24～48時間以内にある	11名	5名
	看護目標は達成可能な患者の目標となっている	11名	5名
	データベースの追加項目から得た情報を取り入れ、計画は具体的で個別性がある	9名	7名
	看護師の気がかりがその人の問題解決に結び付けられている	11名	5名
	計画は立案日、評価日が記載されている	13名	3名
	計画の評価修正がされている	13名	3名
記録用紙	問題点が看護ケアによってどのように変化したか記載されている	10名	6名
	患者家族の思い・期待・希望の記載がある	2名	14名
	誰がみてもわかる記録となっている	15名	1名

表 4、 カンファレンス評価結果

項目	評価内容	評価表活用(前)		評価表活用(後)		評価表活用(前)の平均点	評価表活用(後)の平均点
		Aモジュール	Bモジュール	Aモジュール	Bモジュール		
運営	1. 開始時間は定刻に行われた	2.5	2.0	3.0	2.8	2.3	2.9
	2. 所要時間は定時間(20-30分)で行われた	4.0	3.0	4.0	3.8	3.5	3.9
	3. 議題は明確である	1.5	1.0	3.5	2.8	1.3	3.2
	4. 議題は達成された	1.5	1.0	3.5	3.2	1.3	3.4
参加者	1. メンバー全員が発言できた	1.0	1.0	2.8	3.0	1.0	2.9
	2. メンバーが議題に集中できた	1.5	1.0	3.2	3.0	1.3	3.1
	3. 雰囲気は受容的で、暖かさが感じられた	2.5	2.0	3.5	3.3	2.3	3.4
	4. 計画・修正の場として活用できている	1.5	1.0	3.2	3.0	1.3	3.1
役割	1. 開始・終了の号令ができた	1.5	1.0	3.5	3.3	1.3	3.4
	2. 議題に沿った進行ができた	1.0	1.0	3.2	2.8	1.0	3.0
	3. 全員に意見を引き出した	1.0	1.0	2.5	2.5	1.0	2.5
	4. 指示・伝達で終わっていない	1.0	1.0	3.5	3.5	1.0	3.5
	5. 内容をまとめ、結論として述べられている	1.0	1.0	3.3	3.3	1.0	3.3
記録者	1. 記載内容はすべて記録できている	1.0	1.0	3.5	3.7	1.0	3.6
	2. 討議内容はだれもが理解できる	1.0	1.0	3.5	3.3	1.0	3.4
支持看護師	1. 理解しやすい記録内容である	1.0	1.0	3.0	3.3	1.0	3.2
	2. カンファレンスの結論が看護計画に反映されている	1.0	1.0	1.7	2.0	1.0	1.9

資料1、看護方式のおのおの役割基準

【固定チームナーシング+機能別(変更前)】				
役割	主任	チームリーダー	チームメンバー	フリー
	・病棟内すべての患者把握と責任を持つ	・チーム内の患者の把握と責任を持つ	・チーム内の患者の直接ケアを行う	
	・日勤看護師の業務の振り分け ・医師への報告と指示受け	・回診介助 ・チームメンバーより報告を受け助言をし主任へ報告する	・処置、注射など直接ケアの実施と報告 ・術前後の患者管理指導	・入浴介助 ・入院オリエンテーションとデータベースの作成
	・回診介助	・看護計画の立案、実施、評価、修正 ・カンファレンスの司会	・看護計画立案、実施評価、修正	・与薬 ・物品請求
	・患者は受け持たない	・患者は受け持たない	・病室単位で患者を受け持つ。日勤では12~13名を受け持つ	・患者は受け持たない
【モジュール型継続受持方式(変更後)】				
役割	主任コーディネーター	コーディネーター	受持看護師	担当看護師
	・コーディネーター間の調整をすると共に、コーディネーターの育成に関わる ・受持看護師・担当看護師が役割が遂行できるように業務調整をする ・患者へ継続的に関わられるように、看護部長と相談し、受持看護師を決定する ・翌日の患者を割り当てる ・看護計画の立案と評価について助言し、フィードバックをしていく ・看護記録の監査をする ・看護に必要な情報他部門との調整を行う	・モジュール内の看護業務遂行における調整を行う ・看護業務の優先度を考慮し、メンバーが時間内に業務を終了できるようにする ・翌日の患者を割り当てる ・カンファレンスを効果的に開き、患者の計画に沿って個別性のある看護が実践できるよう助言する。 ・カンファレンスの司会をする ・医師の指示受け ・回診の介助 ・担当患者を持つ場合は病状の軽い患者を1~3名程度とする	受持看護師 ・自分に割り当てられた患者の入院から退院にいたる24時間の看護計画に責任を持ち勤務の時は直接ケアを行う ・受持看護師として決定時、速やかに患者・家族に受持看護師であることを自己紹介する ・原則として入院時のアナムネーゼを聴取する ・看護計画(問題リスト)を48時間以内に作成する ・勤務時はいつも受持患者の直接ケアを行う ・看護実践において教育・指導・手術・検査等のオリエンテーションを行う ・カンファレンスを主体的に活用し、必要時コーディネーターと相談・実施し、看護計画に活かす ・医師の指示内容を正確に受け、責任をもって実施する ・看護契約を書く	担当看護師 ・受持看護師が不在時、受持看護師の看護計画に基づいて患者のケアを行う ・当日、担当看護師であることを患者に伝え看護ケアを提供する ・看護実践は受持看護師の立案した看護計画を優先するが、患者の状態の変化により、コーディネーターと相談し、看護計画の追加・変更できる ・担当患者に対して、その勤務帯の看護決定に責任をとる ・受持看護師が不在時医師の指示を受け実施する

資料2、各検討チームの役割

	構成メンバー	役割
看護方式検討チーム	卒後4年目看護師3名、その中の1名(A)は他病院でモジュール方式を経験 卒後3年目看護師1名 主任、師長	・(A)がリーダーシップをとる ・参考図書にて学習会の開催 ・当病棟での運営基準を作成 ・コーディネーター会議を開催し導入後の情報交換をはかる
カンファレンス検討チーム	看護方式検討メンバーの看護師4名 卒後3年目看護師1名(B)	・(B)がリーダーシップをとる ・カンファレンスについて学習会の開催 ・当病棟での運営基準を作成 ・カンファレンス評価 ・ケースカンファレンスの開催
記録担当委員	卒後7年目看護師1名 看護部の記録委員の任もあり	・看護計画、記録の監査 ・監査結果をスタッフへフィードバックする

研究

健康相談室の役割と課題 看護の継続性を目指して

A view and role of a health consultation room

Aim at good cooperation between Sunagawa city medical center and Sorachi regional hospitals

熊谷ちづ子

Chizuko Kumagai

要 旨

急速な少子高齢化の進展により、医療は徐々に施設完結型から様々なケアの場の役割分担と連携によって患者を支える形へと様相を変えている。このような時代の背景から砂川市立病院に、地域の連携窓口として総合相談課が設置された。1年間の活動で、見えてきた成果と今後の課題について報告する。

Key words : cooperative nursing, consultation

はじめに

急速な少子高齢化により家族形態も大きく変化し、医療技術の進歩、IT化に伴い住民のニーズも多様化している。また、医療制度改革や診療報酬の改定など、社会・経済状況の変化に伴って、医療や病院には新たな役割を果たすことが要求されてきている。

砂川市立病院は、中空知の基幹病院として、急性期医療を担い、地域に密着し、地域の特性に根ざした優しい医療を目指している。当院の理念を受け、2002年4月、患者・家族の様々なニーズを受け止め、最善の方法を検討する課として総合相談課が開設された。その中の看護部健康相談室は保健、医療、福祉との連携を図り継続性のある看護を提供し、住民が地域で安心して生活できることを目標に、地域との連携窓口として活動している。

1年経過し事例を重ねることで、当院と地域の連携、退院支援のポイント、システムについて、見えてきた成果と今後の課題について報告する。

砂川市立病院の概要

- ・病床数：536床
(一般病床 408床、精神病床 104床、結核病床 20床、感染症 4床)
- ・診療科：17科
- ・救急告示病院

- ・僻地中核病院
- ・災害拠点病院
- ・第2種感染症指定医療機関
- ・臓器提供施設

発足の経緯

当院は1940年に町立社会病院として開設された。以後改築や診療科の増設、医療機器の整備等を行ない、1971年救急医療センター、救急告示病院、1982年北海道医療基本計画に基づく中空知地域センター病院の指定を受けた。当院の取り扱い患者のうち、入院患者の約60%、外来患者の約55%は砂川市以外の近隣市町村からの患者で占められており、地域完結型病院として、また、地域医療を実践するものとして、地域住民のニーズに応える為に2002年4月に院内措置として総合相談課が設置された。総合相談課は、医療福祉事務や公費に関する業務を行なう相談係(事務員2名、PSW1名、MSW1名)と退院支援や地域医療との連携、受診に関する窓口業務を行なう健康相談室(看護師2名、保健師1名)で構成されている。

総合相談課開設前の入院患者の状況

1. 単身・高齢者が多く、治療が終了した後も退院の了解を得られなく長期入院になっていたり、社会的入院になっている。
2. 1. の為にベット調整がつかず、救急患者を受け入れる為には急な退院をお願いせざるを得ない状況があり、その為に

患者・家族は「退院させられる」という受け止め方をすることがある。

3. 急性期治療が終了した後の転院先の受け皿が少ない。また、療養型病院や施設が満床であったり、医療依存度が高い為に拒否されたり、希望の病院や施設に入れない。

4. 急性期医療に追われ、要介護者に対する介護保険利用という認識に欠け、対応が遅れたり、患者・家族に介護保険の利用の為の知識の提供がされていない。

継続看護のための取り組み

1. 病棟連携

1) 退院支援の経過

退院支援の第一段階として、病棟を限定した連携を開始した。1ヶ月を経過した時点で全病棟へと拡大、この間に介護保険に対する認識の程度と、支援依頼の対象を把握する為に、アンケート調査を実施した。その結果、当課の業務理解に乏しく、介護保険の知識不足があることが分った。そこで、介護保険の制度やサービスに関すること、病棟連携の流れを一冊にまとめ業務マニュアルとして全病棟に配布した。しかし支援のケースには、医師からのインホームドコンセントが入っていない、患者・家族の了解なく医療者だけの思いや、調整不十分で降りてくるなど、依頼以前の問題も多く調整に時間を要した。又、在宅への視点をもった関わりが不足していると感じた。そこで、退院支援患者の早期発見と、介護者の介護負担を考えた支援ができるスクリーニング・スコア(表1)と判断基準を作成し、主任・看護師長会議において、事例を用いて説明、使用のお願いをした。11点以上は在宅療養の可能性が高いケース、10点以下は在宅移行困難なケースとして、困難さの原因、使用可能な制度の検討などMSW・PSWと情報交換しながら、互いの専門性を活かし、支援を具体化し地域へと連携した。また、退院支援の過程において、療養生活に必要な物品や福祉用具の手配、機器の準備など業者との連携、患者様に関わる全ての医師との調整も行った。

PSW, MSWとは、健康相談室で作成した様式や用紙を協同使用し、ケースカンファレンスをおこない、情報の共有を図った。

退院支援を通し気づいた事や知って欲しい事(介護保険の仕組みや、受けられるサービスの内容などの紹介)を“総合相談課たより”に掲載し院内職員だけでなく、訪問看護ステーションに配布した。

2) 退院支援の実態

総合相談課が稼動した2002年4月から2003年3月末までの退院支援件数は217件であり、支援件数の内訳は在宅支援が52件(24%)、転院102件(47%)、施設13件(6%)、中断21件(10%)、死亡7件(3%)、転院先が未定や決定しての待機中22件(10%)、であった。(表2・図1)年齢別では50-69歳が18.9%、70-89歳が74.2%、90歳以上が5.9%で80歳以上の後期高齢者が48.8%、約半数を占めている。(表3・図2)疾患

の特徴は脳血管障害が81件(37.3%)、整形外科疾患が36件(16.6%)、悪性新生物25件(11.5%)、合併症・その他が30件(13.8%)となっている。(図3)

高齢者の脳血管障害や骨折では、機能障害が残り要介護状態となることが多く、介護者が必要となるが、介護者がいない、或いは介護者も高齢である為に療養型の病院への転院や施設入所が多い原因と考えられる。在宅は24%と総数の1/4であるが、近隣に療養型の病院や施設が少ない現状から、入院の早い時期から退院後の生活を見据えた関わりが重要であると考ええる。

2. 地域連携と窓口業務

開設時、当院から訪問看護の依頼をお願いしている患者は65名いた。その大半は入退院を繰り返している。訪問看護STでは利用者が入院した場合、直接病棟へ情報提供書を持参し、退院が決まると患者訪問を行い情報を掴んでいた。また訪問看護指示書の依頼も直接外来へお願いしていた。

これまで、各部署で行っていた地域との連携を一本化し、窓口として健康相談室が役割を担うことになった。訪問看護利用者の入退院の連絡、地域医療施設や介護サービス事業所などへの各書類(入所の為の意見書・情報提供書・訪問看護指示書)の仲介を行ない、その管理の為のマニュアルや訪問看護利用者カードの作成をした。さらには継続看護を目指し看護添書の作成を行った。健康相談室開設後に訪問看護の依頼を受けた件数は41件であり、訪問看護に関する窓口業務は年間665件(表4)であった。開設以前、衛生材料の支給は事務部門が担当し請求されるままに渡していたが健康相談室が担当することで、処置の内容と使用材料の正誤性など訪問看護STと検討し適正払い出しができた。また、看護添書についても処置の方法など詳細に記載されるようになり、病棟の看護師の在宅療養への意識が高まり継続看護の体制ができていくと感じている。

健康相談室設置の成果

これまでの活動から、以下のような成果が得られた。

1. 各書類の依頼、返送など健康相談室を窓口にする事で、患者様の動向を早くキャッチする事ができた。又、地域に発生する当院に関連する患者様の諸問題の対処の依頼も多く、連携の窓口ができたことにより地域の意識が変化した。

2. 訪問看護利用者の指示内容の変更や、連絡調整など患者様の情報交換を通し、病院と地域の連携が深まった。又、様々な問題を検討し、情報を共有することで看護の継続性につながった。

3. 支援を通し、患者様の身体的な面だけでなく、金銭的な面や、社会資源の活用にも目をむけ、事業所や行政との連携をとることができ、自分達の知識の拡大もできた。

4. スクリーニング・スコアを使用することで、早い段階での依頼が多くなった。又、“総合相談室たより”に介護保健の仕組

みや、受けられるサービスの内容を連載したことは、患者教育にも使用でき、介護保険の申請や問い合わせが多くなり、知識の普及になった。

5. 患者の病状から最も適したアドバイスが出来るのは、看護実践力のある看護師である。経済・福祉では、PSW、MSWの方が専門であり共同作業をする事で効率の良い連携がとれ支援の幅が広がった。又、合同カンファレンスを行うことで、他職種に医学知識の提供を行うことができた。

今後の課題

当院は、急性期病院としての役割を打ち出しているが、周辺には施設も少なく、医療機関の療養型病床群も数少ない。急性期治療が終了した後の受け皿が少ない現状では、入院の時点から退院後の生活を見据えた看護が必要である。

スクリーニング・スコアを使用してから、退院支援システムは確立しつつあり、病棟看護師の継続看護に対する意識は高まっていると感じる。

退院調整には患者・家族にとって何を支援すれば安心できるのか、看護師のアセスメント能力や介護保険と医療保険とを組み合わせた、利用できるサービスの提示などマネジメント能力も要求される。今後は各病棟に退院調整看護師を配置し、円滑な退院計画の立案や継続的な看護を保證することができる看護師を育成することである。

おわりに

医療機関から在宅へと看護が円滑に継続されるためには、患者を多面的に捉えたアセスメントや、在宅での生活を想定したケアプランを策定できなければならない。その為には、介護保健を含む各種の保険制度や社会資源の活用方法などを熟知し、患者に適切な情報を提供することである。

早期退院への移行や看護の継続性において、退院調整看護師の役割は重要である。

その教育的支援の役割を担うのは当課であると考えている。

文 献

- 1) 山崎裕恵: 元看護部長が連携システムづくりをリードして、看護展望、27 (2) 臨時増刊号pp96-102、2002、
- 2) 糸井由紀子: 婦長職を生かした地域連携の推進、看護展望、27 (2) 臨時増刊号pp103-108、2002、
- 3) 岡部明子: ケア・コーディネーションの実際と、今後、外来看護に期待される役割、日総研、実践サポートシリーズ⑥、pp14-23、1997、

表1

患者ID

スクリーニング・スコア

砂川市立病院 () 病棟

責任者Ns ()

記載日 平成 年 月 日

主治医 ()

入院日 平成 年 月 日

病名 ()

キーパーソン () (歳) 続柄 ()

介護者 () (歳) (同居・別居)

スコア表

項目	判定 (点数)					
	健康	1	いない・病弱	0		
1 介護者	健康	1	いない・病弱	0		
2 介護者の専念	可能	1	不可能	0		
3 介護を交われる者	いる	1	いない	0		
4 住宅	自宅	1	借家	0		
5 食事	自立	1	介助	0		
6 排泄	自立	1	介助	0		
7 着脱衣	自立	1	介助	0		
8 移動	自立	1	介助	0		
9 入浴	自立	1	介助	0		
10 意志疎通障害	なし	1	あり	0		
11 異常行動	なし	2	あり	0		
12 医療処置	なし	1	あり	0		
13 介護者の介護意欲	あり	4	少しあり	2	なし	0
14 患者の関心意欲	あり	2	少しあり	1	なし	0
合計			点			

退院支援依頼までの確認事項

- スクリーニング・スコア点数による査定
- 患者様・家族の思い
- 看護の方向性の決定
- 医師との調整
- 患者様・家族への I、C
- 患者様・家族の意思決定
- 介護保険適応の有無
- 介護申請・認定の有無
- 支援機関授受の有無

以上のことをチェックして依頼書と共に提出して下さい。

表2

退院支援の項目別集計

項目	件数
在宅	52
転院	102
施設	13
中断	21
死亡	7
待機中	22
合計	217

図1

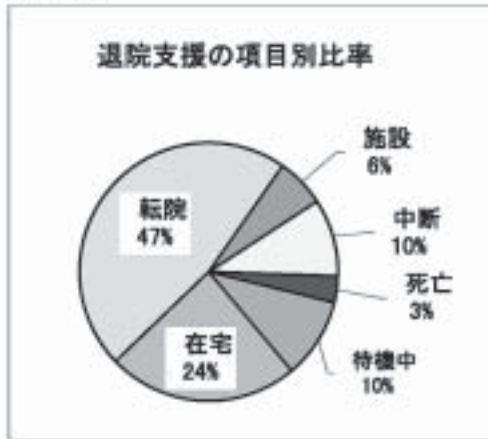


表3

年齢階層別と主要疾患別集計 n=127

年齢階層	件数	疾患種類	件数
30代~40代	2	悪性新生物	25
		脳血管障害	81
50代	14	循環器疾患	12
60代	27	呼吸器疾患	23
70代	68	整形外科疾患	36
80代	93	痴呆・精神科疾患	10
90代	13	合併症・その他	30

図2

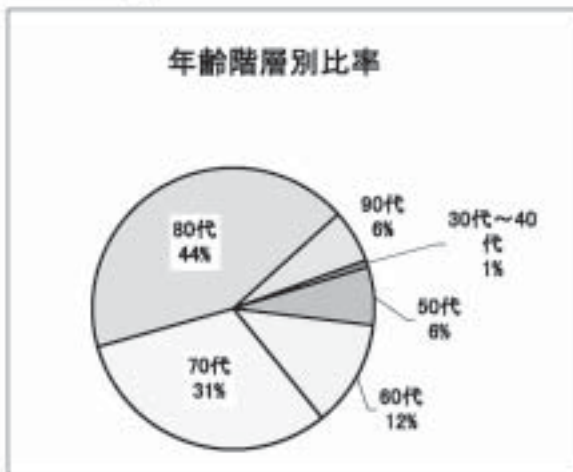


図3

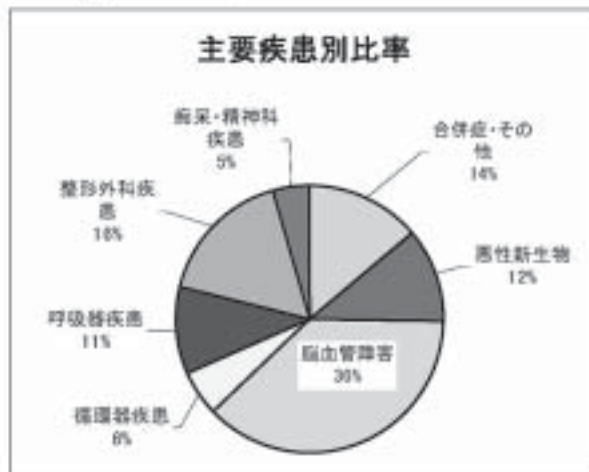


表4

業務内訳と件数	件数
1. 受診科の選択、受診の方法（電話対応を含む）	2060件
2. 内服薬の調整、検査値、検査の方法の説明	11件
3. 病気に対する不安、悩み、心配事の相談	319件
4. 地域連携	
1) 訪問看護に関すること	665件
・受診、薬局、外来との調整と相談	
・入退院の連絡	
・訪問看護の依頼	
・衛生材料の支給、調整	
2) 在宅療養に関すること	290件
・介護保健関係（説明、申請依頼、ケアマネージャーとの調整）	
・福祉サービス	
・看護処置	

研究

内科外来看護師の胃内視鏡止血術介助技術の レベルアップを目指して

Improvement of supporting procedure in endoscopic hemostasis for out-patient nursing

相原 陽子

Youko Aihara

要 旨

吐血患者の治療を目的に行われる胃内視鏡止血術(以下止血術)では、その介助を行う看護師に高度な知識と技術が求められる。そのため介助者には学習と経験が必要になるが、吐血の症例が少ないのと内科外来看護師が交代で介助をしているために、内視鏡介助技術の習得レベルに差があった。そこで内視鏡検査技師の資格を持つ看護師の助力を得、学習会・技術訓練を実施した結果、専門的な知識が深まり、止血術介助の流れがシュミレーションできるようになった。また、技術訓練を計画的に実施していくシステムを構築した。

Key words : endoscopic hemostasis, supporting procedure, technical training

はじめに

吐血患者の治療を目的に行われる胃内視鏡止血術(以下止血術)では、その介助を行う看護師に高度な知識と技術が求められる。そのため介助者には学習と経験が必要になるが、吐血の症例が少ないのと内科外来看護師が交代で介助をしているために内視鏡介助技術の習得レベルに差があった。

吐血患者はショック状態を呈していることが多いため、短時間での治療がもとめられる。介助者が熟練していないと器具のセッティングに時間がかかったり、医師とのタイミングが合わなかったりする。そこで内視鏡検査技師の看護師の助力を得、学習会・技術訓練を実施したので報告する。

方 法

- 1、対象:内科外来看護師12名
- 2、期間:平成15年7月18日～平成16年1月
- 3、方法:①実技テスト・アンケート調査
 - ②講義
 - ③技術訓練
 - ④マニュアル作成

実施:①スタッフの介助技術、知識の習得度を把握するため、まず実技テストを行った。(H15年7月18日

～8月5日実施)

スタッフ個別に、止血術で使用する薬剤や器具などをすべて実際に医師にすぐに渡せる状態まで準備してもらい相原と内視鏡検査技師の山田看護師がチェックした。

次にアンケート調査(H15年8月6日実施)を行い、スタッフ全員に止血術に必要な知識・技術を理解しているかどうかアンケートを実施した。

実技テスト・アンケートの結果を集計(資料1)し、分析した。

②知識の習得のため、内視鏡検査技師の山田看護師による講義を開催し、併せてアンケート調査の結果をスタッフにフィードバックした。

(H15年9月11日実施)

③技術の習得のため、チェックリストを作成し、技術訓練を行った。(資料2-①,②)

技術チェックリストにそって、6項目の技術訓練を個別に指導し、4段階評価する。(H15年11月より)

④新規に胃内視鏡止血術のマニュアルを作成した。

その他

*技術訓練後のアンケート調査を行った。

*使用する薬剤や物品のリストを内視鏡室の見やすい場所に貼付した。

*アルゴン焼灼装置の接続部に分かりやすいようシールを貼付した。

結 果

① 実技テストとアンケートを実施した結果、誰がどの部分の知識や技術が不十分であるのか、また、必要な知識のうちどの部分が皆に知られていないのか、どの技術が多くのスタッフに習得されていないのか確認することができた。使用頻度の少ない物品を扱う技術は、内視鏡検査技師2名と止血術の経験の多い1名はすでに技術獲得できていたが他のスタッフは殆んど習得できていなかった。使用頻度の少ない薬剤の薬効も、スタッフの中で理解していたのは1名のみだった。

また、各スタッフが改めて自己の知識や技術を実技テストとアンケートで振り返ったことで、習得意欲を引き出すことができた。

*実技テスト・アンケートの結果分析

(アンケート正解率・習得率の少ないものについて分析した)

・胃カメラ挿入時の声掛けやタッチング、観察のポイントは6名～7名が理解しているが、技術テストの時に行った聞き取り調査によると、実際には止血術の介助を行いながら患者の観察をしなければならないため、介助に集中すると観察がおろそかになっているのではないかという不安を感じているスタッフが多かった。このことから、止血術は看護師2名で介助するのが望ましいとわかった。

・ボスミン生食やトロンビンの準備・使用方法については理解できているが、HSEは実技テストでは4名が不十分だった。これは、ボスミン生食やトロンピンは止血術ではよく使われるが、HSEは「治療」のため使用頻度が少なく経験不足のためと考える。

・使用薬剤の薬効については、6～10名が理解不足だった。すべての薬剤について「止血効果がある」という意味しか知らず、どういった機序で止血されるのかということを知る必要性を感じていなかったと考える。

薬効をきちんと理解しておけば、出血の様子を見て医師が行おうとする処置が事前にわかり準備ができるため、止血処置介助の準備時間の短縮につながる。

・クリップの回転法は理解しているが、回転させる手技は微妙なテクニックが必要なため実際に適した角度に回転させることができる人は5名だった。

クリップ回転の訓練が必要と考える。

・クリップの種類別の用途について知らない人が5名いた。医師が種類についてあまりこだわらないせいと考えるが、クリップ本来の使用法としては止血とマーキング用を分けて使用するのが望ましいとの文献がある。

・アルゴンの接続・設定についてはマニュアルを見ずにできる人は、内視鏡検査技師2名だった。接続・設定法が複雑で、一度覚えてもしばらく使用しないと忘れてしまうのが原因である。

・止血鉗子は新しく購入したばかりで、まだ技術獲得できていない。

・6シューターをセットできない人は6名いた。経験不足が原因と考える。

*全体として、まず、技術獲得がすでにできている人は、資格保持者と止血術介助の経験が多い人だった。未経験者と経験が少ない人は、技術を獲得するチャンスがないまま現在に至っている。技術獲得に自信が持てないスタッフからは、「きちんとできるようにになりたい」などと前向きな意見がきかれた。

止血術のような高度な治療には、介助する側も高度な知識・技術が求められる。しかし、日々の業務に流されているのは、求められる技術は身につけられない。

きちんと知識・技術を教え、技術は定期的に訓練するシステムをつくらなければ、技術獲得とその保持は難しいと考える。

② 講義と、最初のアンケートはテスト形式にしていたのでそれを回答したことで知識を再確認でき、新たな学びもできた。

③ チェックリストを使用し個別に6項目の技術訓練を行った。勤務時間外の訓練だったため、一人につき2回ずつ実施したなかでの習得状況を資料3に示す。

習得不足の部分は器具の準備法であり、これらに関しては接続・設定法が複雑で何度も訓練が必要であることが要因にある。しかし、できなかった技術が習得できた人もおり、忘れていた技術を思い出す機会にもなった。

④ マニュアルを新規作成し、準備法などを細かく記載した。新人の教育にも使われ、指導がしやすくなった。

考 察

今回胃内視鏡止血術介助技術の不統一という内科外来看護師の問題解決に取り組んでみた。

最初にアンケートや技術テストを行ったことで、個人の弱点やスタッフ全員にあまり浸透していない部分があることが確認でき、それをもとに技術訓練の内容を作成した。また、介助するうえでどのような知識や技術が求められ重要なのかスタッフに再認識してもらえた。

技術訓練については使用頻度の少ない器具類のセッティングは今回実施した2回の訓練では習得できず、ひとりにつき4～5回の訓練が必要だった。そのためには、業務の都合や個人の都合をもっと考慮して、訓練の計画表をつくりあらかじめスタッフに提示して実施していくことが必要と考える。また、この器具類に関しては接続・設定法が複雑なので、繰り返し訓練は続けていく必要がある。

今回、止血術介助の技術訓練を行ったことで、準備から実施までイメージトレーニングをすることができるようになった。そして、繰り返しイメージトレーニングをすることで、吐血という緊急時に、落ち着いて対応できるようになると考える。今後も、二人一組になり月に一回技術訓練を行っていくシステムをつくり継続していくことにした。

結 論

- 1、胃内視鏡止血術介助技術は継続的に経験していかなければ忘れたり、実技できなくなったりする為、定期的な技術訓練・学習が必要である。
- 2、看護スタッフの技術獲得意欲を引き出すために、知識技術の習得度のアンケートや実技テストが有効である。

おわりに

止血術の介助技術は、使用頻度が少なく器具のセッティング法が複雑で微妙なテクニックが必要であるため、マニュアルを見て実施できるだけではなく、熟練された技術を身につけなければならない。そのためには訓練と学習を定期的に継続するシステムを運営していく必要があり、それによって内科外来看護師の技術のレベルアップを図る事ができるのである。

文 献

- 1) 鈴木博昭(編)、消化器内視鏡のコツと落とし穴、中山書店、東京、1997

資料1

実技テスト

技術習得率	8名中
1、薬剤の準備	4名 (50%)
2、クリップの準備・実施	5名 (63%)
3、アルゴン焼灼装置の準備	0名 (0%)
4、止血鉗子	0名 (0%)
5、6シューターの準備	2名 (25%)

* アンケート *

質問内容	正解率 (11名中)
1、カルテ・基本票・検査伝票の準備、内視鏡システムの準備、前処置の施行、患者の体位 (左側臥位) 保持、コストのチェック・スコープの洗浄・消毒・保管ができる。	9名 (82%)
2、患者に適したスコープの選択ができる	7名 (64%)
3、胃カメラ挿入時の患者の苦痛を緩和するよう声掛けやタッチングができる。	7名 (64%)
4、患者の観察ができる	6名 (55%)
5、ボスミン生食、純エタノール、トロンビンを準備し正しい状態で医師に渡せる。	9名 (82%)
6、HSE (散布法) を準備し正しい状態で医師に渡せる。	7名 (64%)
7、HSE (局注法) を準備し正しい状態で医師に渡せる	6名 (55%)
8、クリップ装置にクリップを一人で装着できる。	8名 (73%)
9、クリップを回転できる。	7名 (64%)
10、アルゴンの接続、設定、準備ができる。	7名 (64%)
11、EVLの6シューターをスコープにセットできる。	5名 (45%)
12、吐血の原因となる疾患は?	7名

吐血時の観察のポイントは？	(64%)
13、重曹、ガスコン、プロナーゼ、キシロカインスプレーの薬効は？	7名 (64%)
14、キシロカインビスカスの薬効と持続時間は？	8名 (73%)
15、キシロカインビスカスの副作用は？	9名 (82%)
16、ブスコパンの薬効と発現時間、持続時間は？	6名 (55%)
17、ブスコパンの禁忌、副作用は？	9名 (82%)
18、グルカゴンの薬効と禁忌は	6名 (55%)
19、ボスミン生食の薬効は？	5名 (45%)
20、トロンビンの薬効は？	2名 (18%)
21、HSEの薬効は？	1名 (9%)
22、純エタノールの薬効は？	5名 (45%)
23、純エタノールの使用限度量と副作用は？	4名 (36%)
24、三種類あるクリップのそれぞれの用途は？	6名 (55%)
25、EVLとは？	8名 (73%)
26、アルゴンがテストの時はガスがでたのに、本番で出ませんでした。原因は？	4名 (36%)
27、胃内でクリップが閉じてしまったらどう処理しますか？	9名 (82%)
28、スコープ内にクリップがつまったらどうしますか？	6名 (55%)
29、止血術を行う前に確認したい患者の情報は？	9名 (82%)

資料2-①

<内視鏡止血 技術訓練>

* 下記文章内容を実施している事を思い浮かべながら口頭で発表する。

①ボスミン生食

「生食500ccにボスミン1Aを混入

バックをはさみで切り口を開け50ccの注射器で渡す」

②HSE

「生食20cc、10%NaCl20cc、ボスミン1Aを50ccの注射器につめる」

「局注の場合は5ccの注射器につめ局注針に満たす」

③純エタノール

「純エタノールを1ccの注射器につめ局注針に満たす」

* 下記は実施する

④回転クリップ装置

クリップを装着し、回し、閉じる

(但し、一週間に以内にクリップを使用した者、技術に自信のある者は省略して可)

⑤アルゴン・止血鉗子

準備・接続・設定・まで行い、アルゴンはガスを噴射するまねをする(既存のマニュアルにそって)

⑥6シューター

デモ用の物をセットする

資料2-②

内視鏡止血技術訓練

氏名

		①	②	③	④	⑤	⑥	備考
11月								
12月								
1月								
2月								
3月								

評価法

- 1 一人でできた
- 2 マニュアルを見て一人でできた
- 3 教えてもらってできた
- 4 できない、わからなかった

資料3

	1回目	2回目	習得率
薬剤の準備	4名	8名	100%
クリップの準備・実施	5名	7名	88%
アルゴン焼灼装置の準備	0名	3名	38%
止血鉗子の準備	0名	4名	50%
6シューターの準備	4名	5名	63%

研究

心地よいと感じてもらえる看護援助を通して持てる力を広げる

A case study

Improvement of patient's living will by serving an amenable nursing to pneumonia patient

寺崎 望都

Moto Terasaki

要 旨

KOMIチャートシステムを使用した看護援助の実践について報告する。

Key words : KOMI Chart System

はじめに

その人にとって心地よいと感じてもらえるような援助を提供し、患者様に残された力・持てる力を引き出しながら、生命の力に働きかける援助行為を事例を通して振り返りたいと思う。

患者様紹介

1、患者様について

- ①発達段階、性別:73歳、男性。
- ②診断名:肺炎。
- ③入院期間:平成16年1月26日～現在。
- ④生活歴:ベッド上での生活を送っており、胃瘻から栄養注入し、バルンカテーテル挿入、オムツ着用。清潔動作は看護者の援助により行われている。
- ⑤家族歴:妻を昨年亡くしており、息子さんが一人おり、面会が時折あり、必要なものを補充してくれている。「違う病院へ行くとすぐにこうなる。できればここにおいてほしい。」という言葉が聞かれている。
- ⑥職業的背景:無職。
- ⑦生活環境:病院での生活が数年続いている。
- ⑧経済的背景:年金によりまかなわれている。

2、疾病について

- ①身体的特徴:右側麻痺がある。
- ②既往歴:58歳高血圧。61歳心房細動。65歳左脳梗塞。降圧剤の内服をずっと行っている。

③入院までの経過:他院にて入院中、平成16年1月25日朝から全身発汗と呼吸状態の悪化があり、酸素投与、抗生剤投与を開始。肺炎にて1月26日当院転院となる。

④入院時の状態:肺雑音、喘鳴、痰がらみがあり、サクシオン頻回に施行する。血圧は150-170台であり、微熱であった。酸素投与2リットル施行。ほとんど反応がなく、苦痛表情を示すのみだった。

⑤入院から受け持つまでの経過:心室性頻拍発作(脈拍170-180台)出現あり、循環器科受診し、薬物投与を行い、落ち着きがみられている。痰培養にてMRSAが検出されバンコマイシン投与。

⑥受け持ち期間中の経過:微熱が続いており、抗生剤投与中である。酸素投与を入院時からしていたが、SpO₂値97-100%、2月20日止めとなる。

⑦治療方針:肺炎の状態が落ち着き次第、近隣の病院へ転院となるが、以前入院していた所へ戻ることを家族が拒否しており、別の病院への転院を検討している。

3、入院後の生活状態

①日常生活のニードの充足状況:寝たきりの状態にあり、体位変換を行っている。栄養は胃瘻からの注入、排泄はオムツ着用、バルンカテーテル留置中である。清潔動作は看護者の援助により行われており、生活する時間のなかでほとんど看護者の援助が必要な状態にある。

②心理面のニードの充足状況:脳梗塞による失語症があり、本人からの発語はなく、処置時など苦痛表情の出現があるが

心地よいと感じてもらえる看護援助を通して持てる力を広げる

自らの意思の表出は殆ど見られない。声かけにわずかにうなずいたりする姿がある。

看護の実際

1、グランドアセスメント

脳梗塞を65歳で発症し、その後何度か脳梗塞を繰り返し、現在は寝たきりの状態にある。日常生活は看護者の援助が殆ど必要である。変化・刺激の少ない生活を送っている状況にある。失語症があり、認識面でどの程度認識しているか判別することは難しいが、表情の変化が時折ある。快の刺激を提供することにより表情での気分の表出が増え、また残された運動機能に働きかけることにより、生命力はある程度広がるのではないかと考える。

2、基本的なケアの方針(目指すこと)

- ①口腔内の清潔を保持し、味覚に刺激を与える。
- ②清潔行動を通して心地よいと感じてもらえる快の刺激を与え、気持ちいいという気持ちを表情で表すことができるようにする。
- ③心地よいと感じてもらえるような音楽や香りを提供し、心地よい時間が増えるよう援助する。
- ④家族の不安や希望を聞き、安心して退院後の生活が継続されるよう調整を図る。

3、行い整える内容

- ①口腔内の清潔を保持し、味覚に刺激を与える。
 - i 口腔清拭を行い、最後に白ゴマ油・緑茶スプレーを塗布する。
 - ii 棒つきの飴を使用し、舌の運動を促す。
 - iii レモン水などを使用し、味覚に刺激を与える。
- ②清潔行動を通して心地よいと感じてもらえる快の刺激を与え、気持ちいいという気持ちを表情で表すことができるよう援助する。
 - i 清拭・陰部洗浄を毎日行う。
 - ii 状態に合わせて、エレベーターバスを使用し入浴する。
 - iii 手浴・足浴を香り付きの入浴剤を使用し行い、保湿・リラクゼクス効果を得る。
 - iv 洗髪を状態にあわせ実施する。

4、結果、変化した内容

①について

口腔内痰付着あり、氷水にて清拭を行う。舌はざらつきあるも、白ゴマ油でなめらかになる。白ゴマ油塗布し、しばらくすると少しずつ痰がとれてくる。緑茶スプレーをすともぐもぐ口を動かしている。棒つきの飴を口に入れると舌をしばらく動かす。

②について

皮膚湿潤が見られ更衣する。かさつきは見られない。

頭部発汗著明汚染、臭気もある。洗髪を施行する。べとつき、臭気消失。表情、呼吸状態変化なし。

足浴を行う。苦痛表情見られない。気持ちいいか問うとうなずく姿がある。かさつきを防ぐためワセリンを塗布する。

5、評価

①について

口腔清拭前・後に白ゴマ油、緑茶スプレーを使用することにより痰の除去がスムーズであった。口腔清拭時声をかけると開口し、協力的な姿が見られていた。乾燥しがちなため、今後も白ゴマ油、緑茶スプレーを使用していくことで口腔内の乾燥防止、清潔に努めていく。

棒つきの飴の味について問うと判然としない表情であったが、苦痛表情は見られなかった。また、飴をなめるように舌を動かし、刺激に対し反応があったと考えられる。

②について

微熱が続き、エレベーターバスでの入浴は行えていない。清拭時にボディソープなどを使用することにより、臭いの改善、皮膚の清潔の保持が保たれていると考える。

手浴・足浴の際にはラベンダーなどの入浴剤を使用し、臭いによる刺激も行った。苦痛表情なく施行することができた。臥床したままの状態で行い、呼吸状態や心拍数など変化なく施行できた。本人からの表情変化はなかったが、気持ちよさについて問うとうなずく姿が見られ、気持ちいい、さっぱりしたという快の刺激となったのではないかと考える。

KOMIチャート(図1)では少しではあるが、認識面において変化が見られ増えている。また、左上肢を自分から動かすようになった。表情の変化は入院時よりもはっきりと示すようになった。家族から「入院した時よりも表情が違う。俺のこともちゃんとわかってるみたいだし良かった」という言葉が聞かれている。

考 察

金井一薫は「生命の回復過程を順調に促進させ、持てる力を引き出しながら、生命の力を大きくするための援助行為の一つが、「身体の清潔」というテーマである」¹⁾とナイチンゲールの身体と清潔について述べている。快の刺激を清潔行動を通して働きかけることにより、患者様の残された力・持てる力を広げることにつながると考えられる。体を拭く、洗うという行為だけではなく、その人にとって開放感と安らぎを感じてもらえることにより、生命力に働きかけることになる。

患者様の生活はほとんどがベッド上での生活であり、自らの気分の表出や表情の変化に乏しく、刺激の少ない生活を送ってきたのではないかと考えられた。患者様には自分を認識でき、うなずくことができるという力、処置時に苦痛表情を見せるなどの持てる力・残された力があつた。そのため清潔行動や普段過ごす時間の中で心地よいと感じてもらえる時間を増やす働きかけを提供することで反応や表情の変化が増えるのではないかと考えた。心地よいと感じてもらえることは安らぎを感じると同様に安楽に行うことが必要であると考え。快の刺激を提供することが患者様の持てる力・残された力に幅をひろげることにつながると思う。

「患者さんを常時“comfort”な状態に置くように工夫することは、すなわち生命の回復過程に働きかけることを意味し、自然の治癒力を高めることにつながっている点で、まさに『看護そのもの』の実現であるといえる」²⁾と金井一薫は言っている。快

の刺激を提供することでその患者様の残された力や持てる力を広げ、自然治癒力を高められるよう看護援助を行っていくことが大切であると考え。また、細かな観察力も必要であり、表情や態度、声の変化などその意味をどのように理解するか難しいことではあるが、患者様を取り巻くあらゆる変化の意味を読み取り、そこから看護援助の介入・看護援助の修正を行う必要がある。

常にベッド上で生活をしているということ、毎日同じ変わらない風景や場所で生活をしている患者様にとってずっと同じ場所で生活することが刺激の少ない生活であること、刺激の少ない生活がその患者様の残された力や持てる力さえも狭めてしまうことになる。あらゆる方法で患者様に生命力の消耗を最小限におさえながら持てる力や残された力を十分に発揮できるよう、また狭めることのないように患者様に援助・かわりをしていくことが必要であると考え。その刺激がその患者様にとって心地よいと感じてもらえる変化を作り出すこと、心地よく感じてもらえる援助方法を考え実践していきたいと思う。

ま と め

1、持てる力を引き出しながら援助を提供することが、生活や

生命の幅の広がりにつながる。

2、心地よい刺激が残された力・持てる力を引き出すことにつながる。

お わ り に

今回事例検討に取り組み、患者様との関わり・援助を通し、心地よい刺激を提供することは患者様にとって安楽な援助の提供であるということが前提のもとに行わなければならない、生活をするなかで快の刺激を提供することが患者様の持てる力・残された力に大きく影響を及ぼすことを再確認することができた。

今後も患者様への看護援助の提供に役立てたいと考える。

文 献

- 1) 金井一薫著: ケアの原型論, 第1版, 203-205, 現代社, 東京, 1998.
- 2) 金井一薫著: KOMIチャートシステム・2001-ケアの実践を支える原理と方式-, 第1版, 現代者, 東京, 2001.

心地よいと感じてもらえる看護援助を通して持てる力を広げる

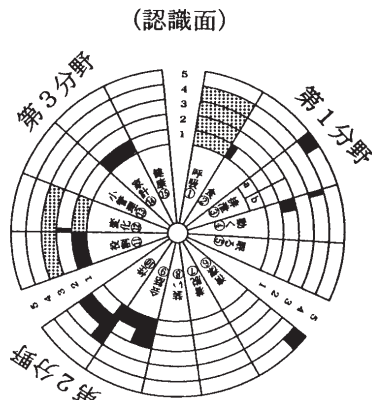
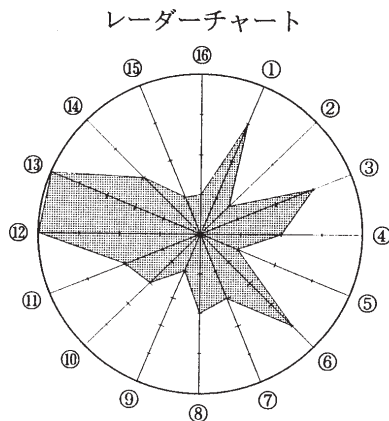
氏名	様		
年齢	73 歳	性別	男・女

チャート履歴

作成日： 2004年 2月20日

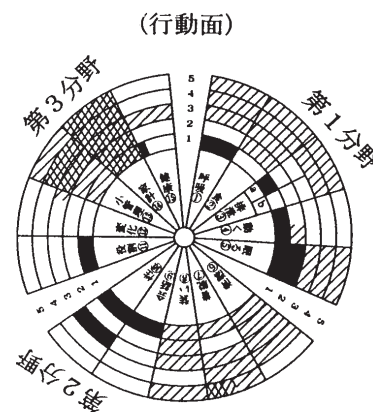
作成者： 寺崎 望都

サマリーチャート作成日： 2004年 2月20日



▲黒マーク数

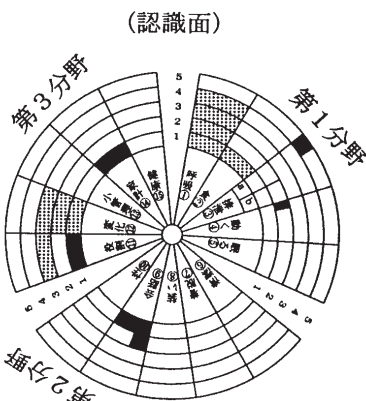
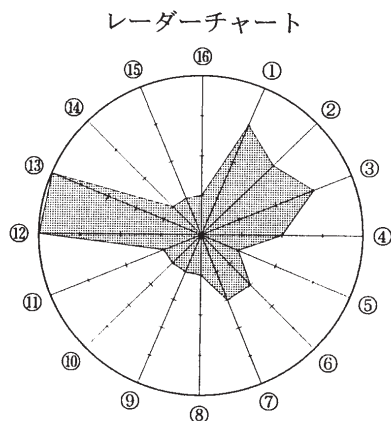
第1分野	第2分野	第3分野	合計
0.9 /27	3.3 /25	1.1 /25	5.3 /77



▲黒マーク数

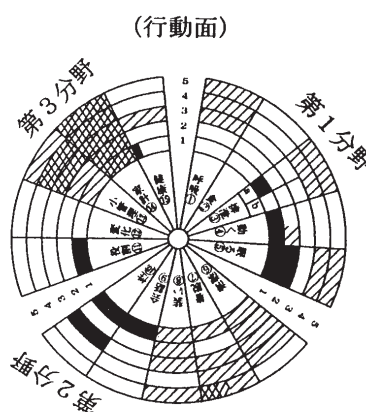
第1分野	第2分野	第3分野	合計
5.0 /28	3.0 /25	1.2 /25	9.2 /78

サマリーチャート作成日： 2004年 2月13日



▲黒マーク数

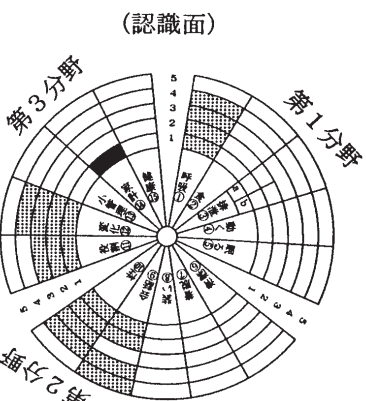
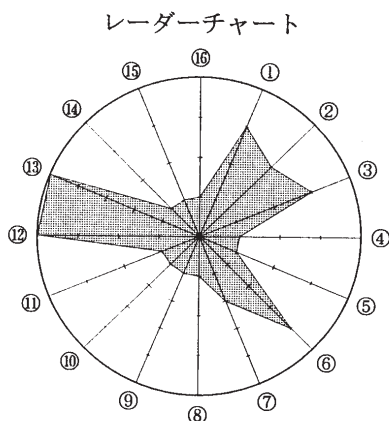
第1分野	第2分野	第3分野	合計
0.5 /27	1.4 /25	1.0 /25	2.9 /77



▲黒マーク数

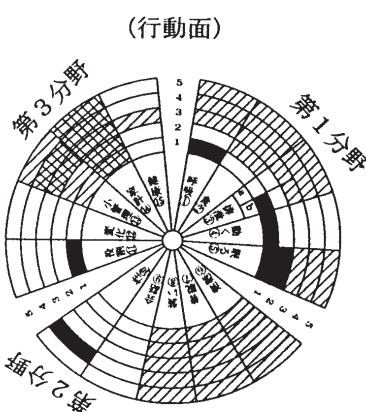
第1分野	第2分野	第3分野	合計
4.0 /28	3.0 /25	1.2 /25	8.2 /78

サマリーチャート作成日： 2004年 2月 3日



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
0.0 /27	0.0 /25	1.0 /25	1.0 /77



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
5.0 /28	1.0 /25	1.0 /25	7.0 /78

研究

患者様の苦痛を最小限にし、ADL 拡大に向けた関わりについて

A case study

Individual customized nursing arranged by KOMI chart system
can diminish the anxiety of post-operative patient

熊谷 綾香

Ayaka Kumagai

要 旨

KOMIチャートシステムを用いて個別性のある看護を提供し、OP後と退院間際で患者様の変化を知ることができた。OP後創部痛からリハビリに対して意欲の減退や不安が見られたが、T様の趣味を取り入れた関わりをすることで積極的になり、不安の緩和を行うことができた。

Key words : KOMI chart system, Decreasing anxiety of patient

はじめに

「ケアとは、生活にかかわるあらゆることを創造的に健康的に整えるという援助行為を通して、小さくなった、あるいは小さくなりつつある生命(力)の幅を広げ、また今以上の健康の増進と助長をめざして、その人の持てる力が最大に発揮できるようにしながら、生活の自立とその質の向上を図ることである」とある。KOMIチャートシステムを用いて、患者様に生命力の消耗を最小にする看護を行うことができたので、ここに報告する。

研究方法

- 1、入院期間:平成15年11月15日～平成16年1月20日
- 2、方法:事例検討—T様の苦痛を最小限にし、ADL拡大に向けた関わりについて振り返り、考察する。
- 3、患者紹介

T様、80歳、女性。左変形性膝関節症(左人工膝関節置換術後ゆるみ)。H15. 10頃より左膝痛出現あり、数日前より歩行困難あり、OP目的のためH15. 11. 19入院となる。自己血貯血後再置換術施行する。OP後創部痛訴え時鎮痛剤使用し痛みを緩和しながらリハビリを開始し、車椅子から歩行器・一本杖歩行とステップアップしていった。

看護の実際

H9、左人工膝関節置換術を受けたが、H15、10より左人工膝関節のゆるみ・脱臼あり、再置換術施行する。OP後順調にステップアップするが、リハビリに対し消極的な面もあり、また歩行できるようになるかという不安やまた脱臼しないかという不安があった。このままではリハビリの進行が遅れることが危惧されたため、疼痛コントロールに重点を置き、疼痛時鎮痛剤の使用やクーリングを行い、リハビリの時間を調節することで、T様の苦痛を和らげる努力をした。また長期間の入院のため生活が単調になることがあるので、患者様とコミュニケーションを蜜に取り合い、気分転換を図り、また不安の緩和に努めた。気分転換としては院内の散歩やT様の趣味を取り入れ、痛みから気持ちが離れるようにした。コミュニケーションでは清拭時やリハビリの送り迎えの時など、T様と看護師が二人きりになる機会をつくり訴えを傾聴した。結果としては、痛みを緩和していくことでリハビリに積極的に参加していったと思われる。またコミュニケーションから不安や悩みを聞くことができ、歩行練習を含めた散歩をしたり、散歩コースを話し合いで決めることにより変化を取り入れていくことができた。T様とともに毎日の計画を話し合い、T様が納得された上で看護を実施していくことができた。KOMIチャートやレーダーチャートからOP後と退院間際を比較すると、OP後の移動や動くことの幅が広がり、自分で

患者様の苦痛を最小限にし、ADL拡大に向けた関わりについて

できることも多くなり介助する割合が少なくなった。また、痛みも最小となり不安も軽減されたと思われる。

考 察

金井は「患者の生命力の消耗を最小にするように整えられなければ、体内に宿る自然治癒力を支援する最良の療養環境にはならない」と述べている。T様は、OP後歩行できるようになるだろうか、脱臼はしないかなどの不安もあったが、実際にコミュニケーションを通じた不安の緩和や歩行練習を含めた散歩をすることで、不安を軽減していった。また、OP後疼痛時には鎮痛剤を使用することで、痛みからの生命力の消耗を最小にするように整えることができたと考えられる。また、金井は『人間の特徴の1つは、「言葉」をもち、それを使って互いに交流することにある。そこから人としての喜びや悲しみの感情が生じ、人間としての深みが生まれてくる。この「伝える・会話する」という行動が阻害されれば、人間としての存続の基盤を失うことになる。』と述べている。T様は人と話をするに対して苦痛がなかった。また、不安や悩み・喜びなどの感情を相手に伝えることができていたため、T様の気持ちを知り関わっていったと考えられる。

ま と め

- ・創部痛のコントロールをすることで、痛みによる生命力の消耗を最小にしていくことができる。
- ・T様にとっての苦痛を最小にしていくことで、OP後スムーズにステップアップすることができる。
- ・T様の趣味を取り入れることで苦痛の緩和ができる。
- ・援助の中からコミュニケーションを図ることで、不安を聞くことができる。

終 わ り に

今回の事例を通して、KOMIチャートシステムを使用していくことで患者様の状態を把握することができ、個別性のある看護を行うことができたと思う。今この患者様に何が必要なのか、また何が害となっているのかなどが明確になり、患者様にとって害となっているものを取り除いていくことで、本来の患者様の姿になると考えられる。

文 献

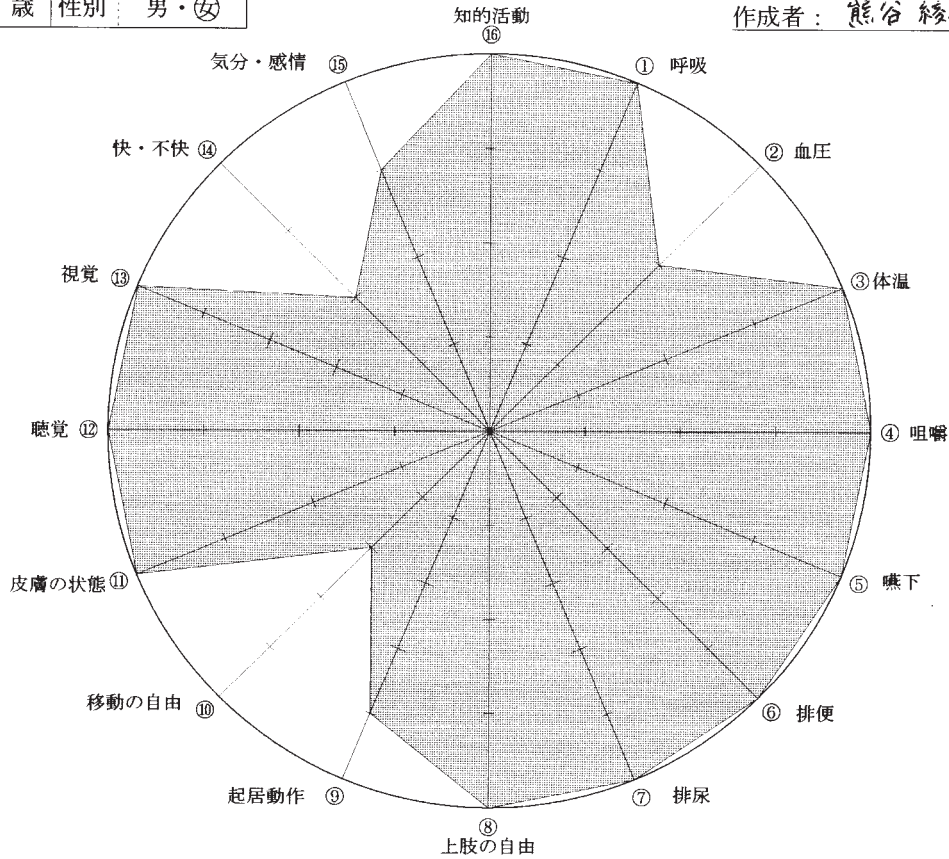
- 1) 金井一薫: KOMIチャートシステム2001、第1版第1刷、現代社、2001年。

KOMI レーダーチャート

氏名	●田 ●マ子	様
年齢	80 歳	性別 男・♀

作成日： 2004年11月23日

作成者： 熊谷 綾香



- 呼 吸
- 吸引
 - 吸入
 - 体外補助手段(人工呼吸器等)

- 咀 嚼
- 入れ歯
 - きざみ食
 - ミキサー食
 - 流動食

- 嚥 下
- とろみ
 - 鼻腔栄養
 - 胃瘻
 - 点滴(静脈)栄養
 - IVH

- 排 便
- おむつ
 - 差込便器
 - ポータブル
 - 浣腸
 - 摘便

- 排 尿
- おむつ
 - 尿器・パッド
 - 失禁パンツ
 - ポータブル
 - カテーテル

- 起居動作
- つかまりバー
 - ベッド柵
 - 紐

- 移動の自由
- 手すり
 - 杖
 - シルバーカー
 - 歩行器
 - 車椅子
 - 電動車椅子



- 聴 覚
- 補聴器
 - 左右差に配慮が必要

- 視 覚
- 眼鏡
 - コンタクトレンズ
 - 杖
 - 盲導犬
 - 視野欠損に配慮が必要

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・注釈等

- ②高血圧あり、現在内服治療中。
- ⑨⑩OP後であり左下肢免荷にて車椅子使用している。
- ⑭体動時創痛あるため不快症状ある。
- ⑮OP後歩行できるか不安がある。

氏名	●田 ●マ子	様
年齢	80 歳	性別 男・♀

KOMI チャート

作成日： 2004年 1月23日

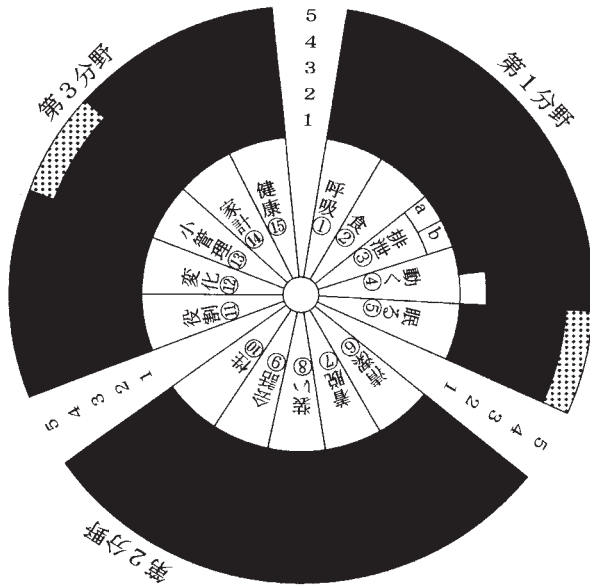
作成者： 熊谷 綾香

[認識面]

- 本人がわかる・関心がある
- 本人がわからない・関心がない
- ⋯ 判別できない (要観察事項)

[行動面]

- 本人がしている
- 本人がしていない
- ⋯ 判別できない (要観察事項)
- ▨ 専門家の援助がはいつている
- ▩ 身内の援助でまかなわれている

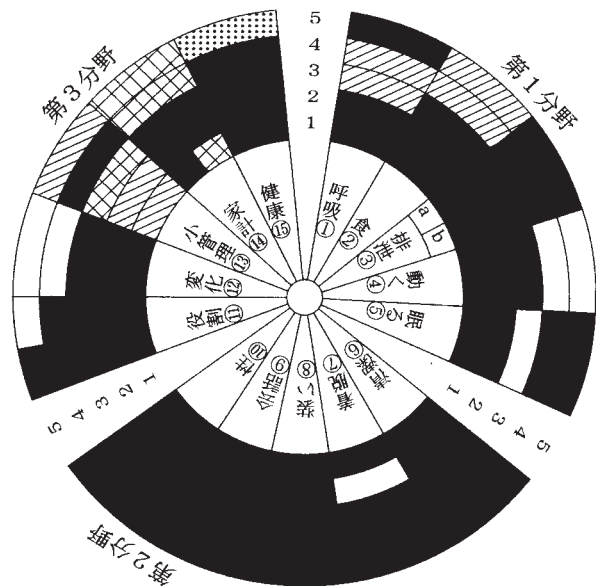


▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.5 /27	25.0 /25	24.0 /25	74.5 /77

▲KOMIチャートの「認識面」が示す特徴・注釈

暑さや寒さがわかる。適切な食事量がわかる。排泄の不調を解決する事ができる。動くでは術後にて体動時に創痛あり。睡眠では良く眠れたと感じる。清潔では入浴したいと思う。着脱では季節にあった服装がわかる。装いでは髪型を褒められると嬉しい。会話では人と話すことに対し苦痛がない。スキンシップを心地よいと感じる。役割では妻、母としての役割がある。変化を望む気持ちがある。小管理ではその日一日の過ごし方がわかる。家計では具体的に買いたい物がわかる。健康回復について意欲あり。



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
21.0 /28	24.0 /25	15.0 /25	60.0 /78

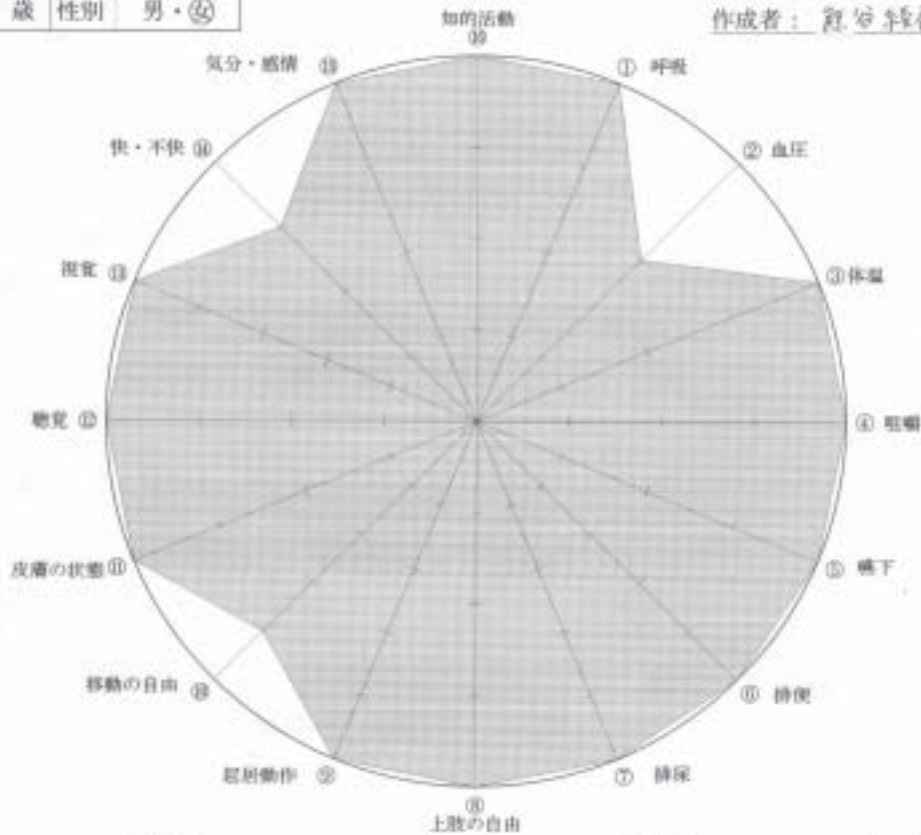
▲KOMIチャートの「行動面」が示す特徴・注釈

自室の換気や温度調節、調理は専門家の援助が入っている。自然に排泄されている。一本杖歩行され病棟内自由に歩けている。寝るための環境は自分で整えている。清潔では自分で入浴されている。洗濯は自分で行っている。自ら洗面所に行くことができる。一日の会話量が充分にある。スキンシップされるという関係がある。家族に支えられている。自ら室内に変化を作っている。ゴミの分別や戸締まりは専門家がやっている。不足している物は家族が補充する。健康については創痛ありも自制され、リハビリにも積極的である。

KOMIレーダーチャート

氏名	●田 ●マ子	様
年齢	80 歳	性別 男・♂

作成日： 2004年 1月23日
 作成者： 窪谷 邦香



- 呼吸**
- 吸引
 - 吸入
 - 体外補助手段(人工呼吸器等)

- 咀嚼**
- 入れ歯
 - さざみ食
 - ミキサー食
 - 流動食

- 嚥下**
- とろみ
 - 鼻腔栄養
 - 胃瘻
 - 点滴(静脈)栄養
 - TPN

- 排便**
- おむつ
 - 蒸気便器
 - ポータブル
 - 浣腸
 - 挿便

- 排尿**
- おむつ
 - 尿器・パッド
 - 矢張りポンプ
 - ポータブル
 - カテーテル

- 起居動作**
- つかまりバー
 - ベッド欄
 - 紐

- 移動の自由**
- 手すり
 - 杖
 - シルバーカー
 - 歩行器
 - 車椅子
 - 電動車椅子



- 聴覚**
- 補聴器
 - 左右差に配慮が必要

- 視覚**
- 眼鏡
 - コンタクトレンズ
 - 杖
 - 盲導犬
 - 視野欠損に配慮が必要

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・注釈等

②高血圧あり、現在内服治療中。
 ⑩杖歩行されている。
 ⑭時折左膝痛ありも自製されている。

氏名	●田 ●マ子	様
年齢	80 歳	性別 男・㊟

KOMI チャート

作成日： 2004年 1月 5日

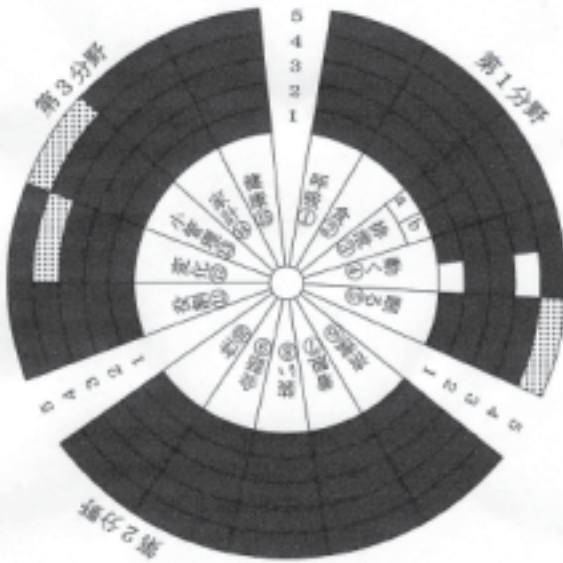
作成者： 笹谷 伸吾

【認識面】

- 本人がわかる・関心がある
- 本人がわからない・関心がない
- ▨ 判別できない（要観察事項）

【行動面】

- 本人がしている
- 本人がしていない
- ▨ 判別できない（要観察事項）
- ▧ 専門家の援助がはいっている
- ▩ 身内の援助でまかなわれている

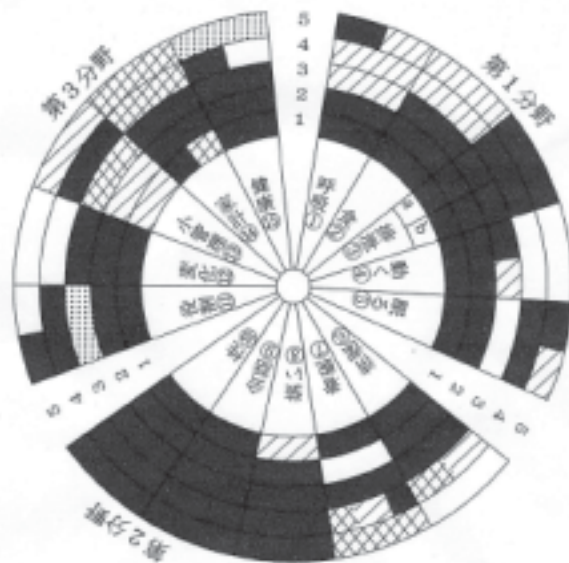


▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.0 / 27	25.0 / 25	23.0 / 25	73.0 / 77

▲KOMIチャートの「認識面」が示す特徴・注釈

暑さや寒さがわかる。適切な食事量がわかる。排泄の不調を解決する事ができる。動くでは術後にて体動時に創痛あり。睡眠では良く眠れたと感じる。清潔では入浴したいと思う。着脱では季節にあった服装がわかる。装いでは髪型を褒められると嬉しい。会話では人と話すことに対し苦痛がない。スキンシップを心地よいと感じる。役割では妻、母としての役割がある。変化を望む気持ちがある。小管理ではその日一日の過ごし方がわかる。家計では具体的に買いたい物がわかる。健康回復について意欲あり。



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
19.5 / 28	19.3 / 25	13.5 / 25	52.3 / 78

▲KOMIチャートの「行動面」が示す特徴・注釈

自室の換気や温度調節、調理は専門家の援助が入っている。自然に排泄されている。OP後であり車椅子使用し動かれているも速くは一人で移動することできず。寝るための環境は一部自分で行えている。洗髪は家族や専門家が行っているも、技系できていないため入浴できていず。洗濯は家族がしている。洗面はOP後のためベッド上にて行っている。一日の会話量が充分にある。スキンシップされるという関係がある。家族に支えられている。自ら室内に変化を作っている。ゴミの分別や戸締まりは専門家が行っている。不足している物は家族が補充する。健康については創痛あり、リハビリにたいし少し消極的な部分もある。

研究

形成外科植皮術クリティカルパスの導入

Introduction of clinical path for skin graft operation in plastic and reconstructive surgery

根本まり子

Mariko Nemoto

要 旨

当院のクリティカルパス(以下パス)は、平成12年より導入された。パス導入の目的は、①インフォームドコンセントに役立つ。②医療の質の均一化、質の向上。③業務の簡素化、効率化。④チーム医療の推進、各部門の専門的意見の反映。⑤リスクマネジメントにつなげる。⑥コスト削減、入院日数の短縮である。形成外科分野におけるパスは、全国的にも実例は少なく不定形な治療経過をたどりパス化することが困難と感じていたが患者に安全な医療提供へのツールとして必要性を感じパスの導入を試みた。

Key words : * Clinical path * plastic surgery * skin graft operation

はじめに

形成外科分野におけるクリティカルパスは、全国的に実例が少なく、それは、不定形な治療経過をたどり回復に向かうことが多いため、パス化することが困難と感じていた。しかし、医師とスタッフ間の治療経過の理解に差があり、共通理解を図ることが患者への安心した医療を受けるためのツールとして必要性を感じ、医師と綿密な話し合いを繰り返し植皮術パスを完成し導入することができたので報告する。

方 法

(パス導入の実際)

術後14日で退院と定め、形式は、オーバービューとした。

医師指示を医療者用パスに一体化した。

深夜勤○、日勤□、準夜勤△と処置項目チェック欄に使用し明確化を図った。

術後の安静度は、植皮部位の治療経過により異なるため、幅を持って設定し手書きで入れる事とした。抜糸時期も同様とした。アウトカムは、安静度を考慮し医師と綿密に話し合い設定した。

退院後患者が在宅での不安を防ぐため入院中にシャワー浴、入浴を体験し退院するようパス内に組み込んだ。

当病棟は、消化器外科のパスを先に導入したが、スタッフから

疾患特有の約束事項があるため、使用に戸惑う声があり簡単に使用できるように運用マニュアルを作成した。患者用パスは、平易な言葉を使用しイラストや矢印を効果的に使用し、一目で見られるように作成した。パスはクリヤファイル入れ患者のベット周囲にかけて使用するよう工夫し患者と内容を確認しあえるようにした。

結 果

パスを使用して医師とスタッフ間の意思統一が図れ経過を理解できた。患者からは、意識して処置などを確認してくる姿があり共に治療に参加できた。

考 察

形成外科分野でもパス導入が可能であることが理解できた。しかし、今回は、2事例のみの使用で発表となった。1事例は、期待した結果は得られなかった。特に安静度については、柔軟に対応できるように職員パスには、手書きで記入するようにしたため個人の状態にあった内容で進めることができた。2事例目は、局所麻酔により行われ手術当日から処置項目から逸脱状態であった。しかし、安静度やアウトカムについては柔軟に作成したため個別性を重視した対応が可能となった。患者からは、『治療経過や安静度が見えて安心していただける』『いちいち看護師や医師に聞かなくてよい』などと言うような

声も聞かれた。また、運用マニュアル作成と他のパスとレイアウトを同様にしたことによりスタッフの混乱も解消された。植皮術後の治療は、部位にもよるが体位の工夫や安静度の制限が長期間にわたるため、患者にとってはかなりの負担を強いられる事が多い。

今回、このパスを作成した事により患者、医療者間のずれが無く治療経過が見え患者の負担、不安の解消になったと考える。また、安静度については、個別性にあわせて使用できるようにしたことは今までにないパスの特徴となり患者にとっても無理なく実施できた誘因となったと考える。今後は、使用事例が増した段階で評価し再検討していきたい。

ま と め

今回、全国的にも実例が少ない形成外科パスに取り組み導入できたが対象事例が少ないため評価までは至っていない。今後、対象事例が増した段階で評価する事が必要でありバリエーションについても組み入れて考えていきたい。

文 献

- 1) 藤正樹, 他: クリティカルパス作成・活用ガイド、日総研、1999
- 2) 済生会熊本病院クリニカル推進プロジェクト: クリニカルパス運用事例集、日総研、2001

形成植皮パス運用マニュアル

H15, 1

★対象 理解力のある、一般成人とする。

1. アウトカムについて。

- ・意味～ 達成目標。達成できれば?できる。
- ・入院日～ 身体的変化とは、傷の場所、大きさ、傷ができることによる痛み、などのことをさす。術前オリエンテーションの中で説明し、アウトカムにもついで関わる。
- ・術後～ 脊椎麻酔効果消失とは、麻酔による下肢の運動麻痺、感覚麻痺が完全に消失し、自動があり、しびれなどの神経障害も消失している状態を言う。
- ・術後～ 創痛コントロール。このアウトカムは、創痛があっても、処置によって緩和できればコントロールができたとして?できる。
- ・発熱についても同様に、発熱があっても、処置によって解熱されればコントロールが出来たとして□できる。
- ・達成できなかったアウトカムについては、観察項目をあげ、観察を行っていく。

2. ○～深夜、□～日勤、△～準夜のチェック欄とする。それぞれの勤務帯でチェックが必要な箇所に設けています。各勤務帯の責任の明確化。

3. 入院時指示用紙～ 現在どおりに、使用していくが、入院日のみしか使用しないこと、術後指示との重複が多いことから、『術後指示参照』と指示をもらう。

4. 術後指示欄について

- ・医師サイン～ 術後指示を出した医師のもの。
- ・看護師サイン～ 術後指示を受けた看護師のもの。
- ・酸素については、麻酔科指示にしかだか、術後の処置欄に、指示を転記する。
- ・術後指示欄の点滴指示は、注射箋に記入してもらう。
- ・食事～入院を担当した看護師が食伝を記入する。術後指示にかかわらず、術日の食事は継続する。朝・昼絶食、術後の食事指示を助手さんへ伝達する。

5. 絶飲の時間、出棟時間を患者様用パスに記入する。

6. 抗生剤について～ 術後4日目まで点滴を行い、術後5日目朝より内服を開始する。

7. 術後の看護記録について

- ・下肢自動、下肢しびれ～ 両下肢にある場合は+、無い場合は-、片方の場合は右+というように記載する。
- ・創痛などで、処置を行った場合は、+に○をし、処置欄の空所に時間・処置内容を記録する。自製内の場合は、+に○をする。
- ・水分～ 飲水した量を記入。未摂取の場合は、0ml。
- ・血圧～ 処置時など、適宜測定していくが、処置もなく、全身状態が安定している場合は、入室時、19時検、消灯時などの記録を残す。

8. 術後安静度について

- ・植皮部位によって術後安静度が異なるので、毎日医師に確認し、温度表の安静度・患者様用パスの安静度の()に、その日の受け持ち看護師が記載する。患者様への説明も行う。
- ・必ず看護師の付き添いのもとで、開始すること。

9. 抜糸について

- ・7～10日の間に抜糸しない日があったら、赤の二重線で消す。

10. 退院についての対応

- ・退院について患者様と関わる場合、医師に確認し、医師から患者様への説明後に行う。
- ・医師に確認した後、患者様と関わり、退院の希望日を確認する。
- ・次回受診日は、退院日より2週間後になるので、患者様の都合が悪くない限り、指示がなくても予約しても可。
- ・退院時処方で、ヒルドイドソフトの他に処方があった場合は、()に記載する。
- ・退院チェックリスト作成日は、患者様の希望によって変更する。変更する場合は、従来どおり。(赤の二重線で消し、変更先へ新しく記入する。)
- ・退院日には退院時刻を看護記録に残す。退院時の責任の所在の明確化。

形成植皮術入院計画表

砂川市立病院

号室

様

項目	入院日	手術前日	当日手術	当日後日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
目標	手術の準備ができる 手術前後の身体的変化がわかる。	手術の準備ができる 手術前後の身体的変化がわかる。	医師と看護師、看護師と患者の準備ができる。	医師より言葉で伝えることができる。 医師が守られる。	安静の必要性を理解し、取り替わることが出来る。 傷の痛みがコントロール出来る。				
食事	あなたの食事法は、 	手術前日から食べられません。 	手術、手術から水分が取れません。 	安静が守られる。 安静度が保たれるのを確認した後、水分・食事がとれます。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。
安静度	傷に安静は必要ありません。		ベッドの上で静です。 		安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 	安静の制限があります。
排洩			手術前日～手術後1週間程度は排便が出来ます。 手術中に行うには排便生活を控えていただきます。		排便予定が出来ます。排便が出来ない場合は、医師に申し出て下さい。				
着衣	入院できます。 	手術前日なので、入院していただきます。 			毎朝、着衣を試みます。 				
薬	抗生剤の投与が完了します。今まで飲んでいただいた薬があれば、医師の指示に従ってください。 	手術前日～手術後1週間程度は薬を飲みます。 	手術中の麻酔による痛みを軽減します。麻酔の効果を飲みます。飲んだ後は、しっかりと呼吸が出来る状態に保たれるよう医師に申し出て下さい。 	抗生剤の効果が2週間続きます。 手術中に胃中に痛み止めをチューブが入ります。 	痛み止めを飲んでいただきます。痛み止めを飲んでいただきます。 				抗生剤の効果が完了します。胃中の痛み止めのチューブを抜きます。
検査・治療	入院中は、血圧・体温・脈拍の測定を続行します。 		血圧・体温・脈拍の測定を行います。 	血圧・体温・脈拍の測定を行います。麻酔吸入をする場合もあります。麻酔をしっかりと呼吸で測定します。 	採血します。 				採血します。
説明・指導	手術は手術室の準備が完了し、機材が準備が完了しています。手術室の準備が完了しています。手術室での手術、パスタオムレツを準備していただきます。 		手術室、パスタオムレツの準備が完了します。医師の指示に従って手術室に入ります。 	手術室、手術室にて麻酔の方向に説明があります。ご家族の方は、手術室でお待ちください。手術室の準備が完了し、手術室を看護師と共に入室します。 	医師、看護師から手術室の説明があります。 				
その他									

第一編改訂第一版 (1) 2-1 (2003.03)

形成植皮術入院計画表

砂川市立病院

号室

様

項目	6日目	7-9日目	10日目	11-12日目	13日目	14日目
目標	安静の必要性を理解し、取り替わることが出来る。 傷の痛みがコントロール出来る。 あなたの食事法は、 			本室が全てシャワー浴が出来る。	一人で入浴ができる。日常生活に自信が持てる。	
安静度	安静の制限があります。 	安静の制限があります。 		制限がありません。		
排洩						
着衣	毎朝、着衣を試みます。 			シャワーに入ります。	入浴します。 	
薬	抗生剤の薬を飲みます。 				薬を服用する機会が格別されます。 	
検査・治療	ガーゼ交換をします。 	換水をします。 	シーンをはずします。 			
説明・指導	医師、看護師から安静度の説明があります。 	医師から、サポーターについての説明があります。 	医師、看護師からシャワー浴の説明があります。 	医師、看護師から入浴の説明があります。次回退院日の説明があります。 	退院出ます。 	
その他						退院時に病室を整理される方は、早急に看護師まで申し出て下さい。

第一編改訂第一版 (1) 2-2 (2003.03)

経過	当日術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目
経過	経過	経過	経過	経過
血圧	100/60	100/60	100/60	100/60
心拍	60	60	60	60
呼吸	16	16	16	16
体温	36.5	36.5	36.5	36.5
尿量	100	100	100	100
検査				
説明				
指導				
アフトカム				
尿量	100	100	100	100
体温	36.5	36.5	36.5	36.5
呼吸	16	16	16	16
心拍	60	60	60	60
血圧	100/60	100/60	100/60	100/60
経過	経過	経過	経過	経過

経過	当日術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目
経過	経過	経過	経過	経過
血圧	100/60	100/60	100/60	100/60
心拍	60	60	60	60
呼吸	16	16	16	16
体温	36.5	36.5	36.5	36.5
尿量	100	100	100	100
検査				
説明				
指導				
アフトカム				
尿量	100	100	100	100
体温	36.5	36.5	36.5	36.5
呼吸	16	16	16	16
心拍	60	60	60	60
血圧	100/60	100/60	100/60	100/60
経過	経過	経過	経過	経過

研究

環境整備を見直してその重要性を再認識した

Review of preparation of nursing environment in ward

根本まり子

Mariko Nemoto

要 旨

ナイチンゲールが活躍していた約100年まえは、医療の最大の課題は、環境感染であった。近年、医療の高度化に伴い看護師の業務も多忙となり患者の環境からの感染について軽視されつつある傾向がある。また、治療技術の進歩に伴って合併症とも言うべき環境からの感染症の発生率も高まってきている。その対策として、病棟での環境感染を見直す機会と考え、環境整備を見直した。その重要性を再認識したので経過を報告する。

Key words : *hospital environment *preparation of nursing environment *hospital infection

はじめに

病院での療養環境は、集中的な治療・看護が行えるような機能中心の場と患者の生命力を高められるような生活中心の場と2つの側面があります。今回、病棟での感染発生が高まり原因を調べる中で医療者の手洗いの問題・患者指導・患者のベッド周り環境の不備に気づき患者の療養環境のあり方について振り返り手洗いの励行・患者指導・環境清掃に取り組んだのでここに報告する。

方 法

手洗いの励行:院内感染委員会の取り組みに従い実施した。30秒手洗い、一処置一手洗いの強化を行った。
環境整備:環境清掃の実施。平成15年6月18日より受け持ち看護師及び担当看護師が毎朝ベットサイドの環境整備として雑巾・バケツを持参し清拭清掃の実施を行った。目的として:
1. 患者にとって気持ち良い環境を整える。2. 院内感染防止とした。清掃範囲、各床頭台、テレビ、ウォールユニット、ベットサイドレール、衣装ケースとした。その他入院ベッドに必要な物品の確認点検及び不必要な物品の整理も行った。

結 果

数値的データ聴取は行っていないが毎日の環境整備することにより感染の拡大を防ぐ事ができたのではないかと感じ

た。また、看護師の患者環境を整える意義についても意識の向上につながった。

・環境整備1ヶ月を経過して

- ①患者・看護者間に良い人間関係が生まれるような風土が感じられた。
- ②看護師の声に「病室の空気がとてもいい感じがする。」
- ③看護師自身の満足度につながった(やればできる)
- ④看護師・看護助手の役割分担が効をなし効果的に整備されている。

考 察

病院での療養環境は、①集中的治療、看護が行えるような機能中心の場 ②患者の生命力を高められるような生活中心の場と言われています。¹⁾私達の病棟を振り返ったとき機能的に、より早く業務をこなす事に重点を置き入院環境については、後回しになっているのが現状でした。

近代看護の創設者であるナイチンゲールは「…自然が患者に働きかけるのに最も良い状態に患者を置くことである。」²⁾と述べ自然治癒力を高めるための手段の1つとして環境を整えることが看護実践において重要であることを説いています。また、看護実践活動は、病人に対して生きる手助けをすることであり、病人を取り囲む環境的諸問題を解決し、病人が持てる力を十分に発揮できるような環境整備の必要性を説いています。

病人の健康回復に必須な環境とは！

- ①混じりけのない空気
- ②混じりけのない水
- ③光
- ④適切な食事、³⁾

これらが身体に作用したときエネルギーの代謝が促進され生命力が増すとされています。今回私達は、多忙な毎日の中で忘れてはならないことは、患者が持っている自然治癒力に働きかけることの必要性和最大限その力を出させることのできるような環境調整、整備が必要である事を学んだ。このように、当たり前な行為であっても十分意味があり患者にとっては癒される状況づくりになることを実感できた。看護師は、療養生活の中でかかえている病者の苦痛や苦悩を十分に理解し、病者に直接働きかけることはもちろん、積極的に環境へ働きかける事も重要となる。

ま と め

今回は、環境整備の手始めであり、まだまだ患者様のベッド周りの環境には問題が多くある。快適に療養でき自然治癒力が高められるような環境づくりに力を注ぎたいと思います。

文 献

- 1)川口孝泰: ベッドまわりの環境学: 1-4,1998
- 2)川口孝泰: ベッドまわりの環境学: 2-4,1998
- 3)川口孝泰: ベッドまわりの環境学: 5-6,1998
- 4)ナイチンゲール看護研究所: 看護研修セミナー(ファースト・ステージ)要録と資料集(Ⅱ): 2003

研究

早出業務廃止と深夜勤務3人体制の実施

A new night care unit of three personals could diminish the extra-morning work of ordinary staffs

横浜 太一

Taichi Yokohama

要 旨

H15年4月より看護方式がモジュール型継続受持方式砂川スタイルへ変更となった。変更前は、固定チームナーシング一部機能別方式を取り入れたスタイルであったが、この方式の問題点は業務効率を優先するので看護師の責任も不明確なまま、チーム内のスタッフへの成長にも力が注がれにくい看護の提供方式で、そのため一部機能別である早出業務の廃止と深夜勤務3人体制を検討し実施した。深夜勤務3人体制は、H14年に準夜勤務3人体制に変更した時から必要性を感じていた。今回早出を廃止することにより実現でき今後の課題と改善点が明確になったので報告する。

Key words : Nursing system by three staffs from midnight to morning

はじめに

院内リーダーコース研修の課題として早出業務廃止を検討した。現在の早出業務内容は洗面、食事介助、回診介助、検査介助、その他補助業務を行っていた。このことで情報の分散化・責任所在の不明確さ・記録の不備・断続的な看護・スタッフのモジュール看護方式に対する意識向上の妨げになっていると考えた。そこで早出業務を廃止し深夜勤務3人体制を実施できたので報告する。

I 目的

- ①モジュール看護方式の導入に伴い機能別な項業務を廃止し質の高い看護を目指す。
- ②受持患者様に対し担当看護師が一連の流れを携わる事により情報を一本化し事故防止につなげ安全・安楽な看護を提供できる。
- ③早出業務を廃止し深夜業務を3人体制にすることで看護師一人あたりの業務量を減らし、ゆとりある安全な看護が展開できる。
- ④記録の充実を図る。
- ⑤継続的で責任ある看護を提供できる。

経 過

H15年8月～3回の話所会議にて今回の研修目的及び経過を発表する。

H15年10月～早出業務廃止についての案を作成し意見交換した。

H15年10月～H16年2月 早出廃止に伴う深夜3人体制の検討と計画の立案、意見交換をした。

H16年3月～早出業務廃止・深夜勤務3人体制の実施。

H16年3月15日～3月19日 アンケート調査による評価、分析

方 法

- ①早出業務を廃止しその業務内容を日勤業務と深夜業務に振り分ける。それに伴い深夜2人体制から3人体制とする。
- ②評価方法として病棟スタッフ全員へアンケート調査を行った。

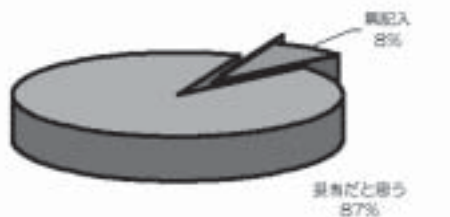
結 果

アンケートの内容については業務内容項目で聴取した。

■ 早出廃止目的について

目的についてはほぼ全員が了承していることがわかる。
参考意見 1) ゆとりあるケアの提供ができるようになった。

2) 記録の充実が今の段階では余裕がない。



■洗面介助について

現段階では問題ないとする。

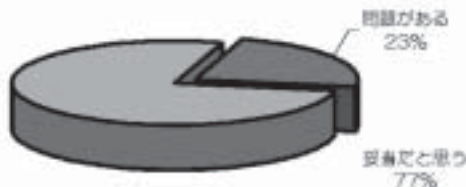
参考意見 1) 協力し合いスムーズにできている。



■食事配膳・下膳・食事介助について

『問題がある』という内容は相手チームの介助者がわからずセッティングされていないことがあるという意見であった。

これについては、基本的に受け持ち患者様の介助を受け持ち看護師が責任をもって援助するのが基本と思われるので大きな問題点では無いと考える。



■レントゲン介助について

大きな問題点は見られない。

多忙な時間帯ではあるが深夜3名の協力体制により問題なく業務ができていると判断する。

介助困難な際には日勤者へ引き継ぐ事もできている。



■回診介助・準備について

この点についてはかなり問題があり再修正が必要と思われる。回診の準備・清掃は以前より充実したが、回診介助そのものはコーディネーター2名のうち1名がAM帯ほとんど外科・形成の回診で終了してしまっている。このことでA・Bチームのどちらかのコーディネーターが業務遂行できず現状としてコ

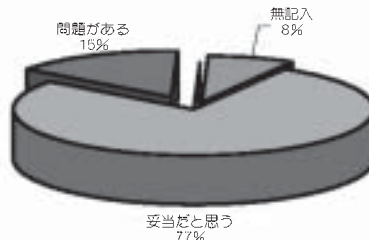
ーディネーター1名で不十分ながら業務を行っている。

→参考意見

・深夜でゆとりをもって清掃・準備できるので回診車の整備が十分にできるようになった。

・受持看護師がもっと回診介助につくとその後の指示確認・業務調整等コーディネーター業務ができない。(その結果、相手のコーディネーターに委ねなければならない)

・コーディネーターの資質により困難な時がある。



■頓服の残数確認 (SPD) について

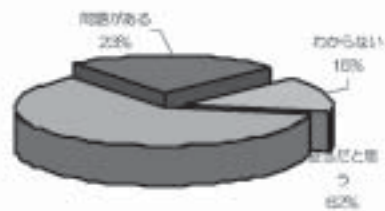
実際に行ってみて非常に時間を費やしているが残数が合わないことが確実に減っている。

また、何時の時点で不明になっていたかハッキリする。

ただし、時間のロスが大きいため、スムーズかつ確実にを行う方法を検討中。

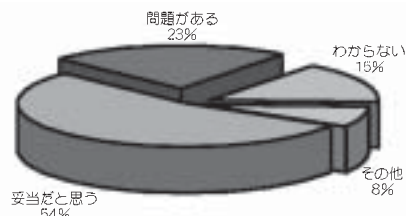
→参考意見

・すべてを確認するには残数・伝票・種類も多く時間がかかる。



■検査介助について

この点については問題があり修正が必要と思われる。基本的に受持看護師が介助に入ることとしたが現状としては業務の多忙さ、時間調整の難しさもあり業務調整のコーディネーターがはいることが多い。スタッフが検査介助にはいるという意識がまだ低いように感じる。検討必要である。



■トータルについて(輸液・排泄のバランスチェック)

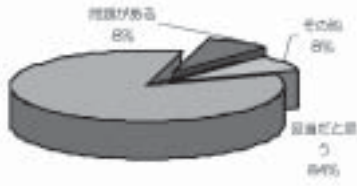
結果を見る限りではほとんど問題ない。

→参考意見

・受持患者様のトータルは各看護師が行うようになったが、トータルは各看護師がおこなうようになったが、トータル用紙への記入が落ちることが増え次の勤務者への情報が伝わらない

ことが多い。

※今後トータル用紙の見直し必要。



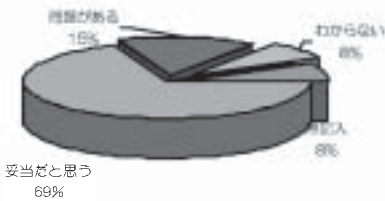
■物品の補充について

計画プランとしては妥当だと考えるが、各勤での十分な補充が徹底されていないのが現状である。

補充している人としていない人がいる。

→参考意見

・物品の使用頻度が高いがスタッフで補充する意識が低く使用しようとした時に補充するということが多々ある。



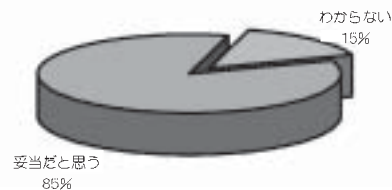
■深夜3人体制について

上記にあげたアンケート結果の通りまだまだ修正・改善点はあるが3人夜勤になりスタッフがゆとりをもって患者様と接することができるようになったと考える。またこれにより夜勤帯でのサービス向上・事故防止・記録の充実につながる結果になることを期待している。

→参考意見

・急変時・死亡退院時等スタッフの人数確保が必要な時には3人いることでバランスを整え対応できるためいいと思う。

・まだ始めたばかりなので評価できない。



■総合的評価と今後の課題

今回は機能別な項業務を廃止することで早出業務を廃止した。深夜3人体制とし深夜と日勤は業務を振り分けた。その結果上記のようにメリット・デメリットが明確になってきた。受持制度のシステム整備としては問題点を改善する業務改善になったと感じている。今の段階では、土・日・祭日は早出が残っている状態であり今後、業務を再調整直し廃止を考えていかなければならない。(スタッフの人数的には厳しい状況がある)また、問題点を修正・評価し自分たちが働きやすい環境づくり及び看護の質の向上を考えていきたい。

※その他

アンケート結果のグラフの中に無記入の結果については、無記名アンケートのため何らかの理由があったのか判然としない。

アンケート聴取人数16名

回収人数13名

回収率81.2%

考 察

今回の業務改善ではまず早出業務の存在に疑問、問題点を感じ廃止しようと考え、その業務内容を日勤と深夜業務(2人)へ割り振りする方向で検討した。しかしそのことで業務の多忙化、それに伴う事故のリスク上昇とケアの低下、記録の不備等の問題点が予測され、深夜を3人体制とした。深夜業務を3人にしたことでゆとりある安全・安楽な看護ができるようになり看護の質の向上につながったと考える。人員の確保とモジュールスタイルを日勤でも夜勤でもシステム化したことにより継続的看護・責任ある看護が実施できるものとなった。その結果、患者様の安心した療養生活環境を提供できるひとつになったのではないかと感じている。日勤業務については結果で示したように回診・検査介助、物品の補充など問題点が多く見られる。またスタッフの人員確保が難しくコーディネーターが検査介助に入ったり、回診介助に付きっきりになってしまったりと本来のコーディネーター業務に専念することが難しいのが現状である。改善した点としては早出業務を廃止した事でモジュールスタイルに対する意識の向上が見られ積極的な情報収集と行動化、そして情報の一本化ができ記録の充実にもつながった。機能別な早出業務が存在していたことでモジュールスタイルに変更になっても根本的に改善しなければ業務改善にはならないと感じた。存在していた事自体がスタッフの意識向上を妨げ理想的なモジュールスタイルの整備に時間を要したのではと考える。

今後の課題とまとめ

現在は土・日・祭日の早出業務が残っており早期の廃止を検討しなければならない。日勤業務でのコーディネーターの存在が不安定なため業務改善していかなければならない。また今回の業務改善が定着していく中で状況の変化に伴い問題点がでてくるのが考えられるのでその都度評価・修正を考えていきたい。

研究

申し送りの時間短縮の試み ～情報伝達がスムーズに行え、申し送りの質的向上をはかる～

Trial of shortening the time for transmission of information about patients in nursing

深田 恵
Megumi Fukada

要 旨

申し送りは情報伝達の手段として行われているが、看護業務を行う上で時間的損失となり、時間外労働の原因、これらによって起きる看護師のベッドサイドケアの不十分感につながってしまうといわれている。また申し送りは、看護師自身の考えが主観的な傾向になり過ぎたり、聞き手は他人に依存したり、聞き逃しなどで情報が正確に伝わらないなどの問題を生み出してしまうとも言われている。そこでリーダー研修の一環として上記テーマに基づき取り組んだので、その経過を報告する。

Key words : send word & time shorten

はじめに

申し送りに時間を要する要因として考えられることは、正確に送り手へ情報を伝えたいという看護師の思いがある。聞き手も看護記録の内容により記録の内容が浅かったり、内容が不十分なために情報を詳しく聞きたいという思いがあると考えられる。当病棟では診療補助業務や時間処置などで大半の時間を費やす事が多く、それが日常的に発生しており、次の勤務帯の看護師へ引き継ぐまでに看護記録を終了させることができない現状にあるため、口頭で引き継ぐ事になり引継ぎに30分位の時間を要していた。また、口頭で引き継がれている大切な情報が書かれず、引き継がれなくなることがありスムーズに情報伝達が行なえないことが多々あった。情報伝達そのものも患者様の症状に対することがメインで、排液の性状・ガーゼの性状・吐き気はないか・創痛はないかなど急性期から回復期の特有のパターン化された申し送りで、個別性が薄いものであった。そこで、これらのことを解決し情報伝達がスムーズに行え、引継ぎ内容も質の向上に繋がるようにしたいと考え取り組みを始めた。

方 法

申し送りに使用している用紙を形式から改善し、記載内容をスタッフにアンケートで意見をもらい約束事項を検討した。スタ

ッフ間で用紙記載内容に差が出ないようにマニュアル化し、文書化して詰所内に置いてスタッフが活用できるようにした。以前使用していた“申し送りシート”を“引き継ぎシート”としたのだが、申し送りとは「次へ伝え送ること」という意味があり、引継ぎとは「あとを受け継ぐ」という意味があり、次へ伝え送るという一方的なものではなく、あとを責任を持って受け継いでいきたいという思いがありシートの名称を変更した。シートについては、日常的に頻繁に指示変更があるため、その変更が見やすくなるように指示変更欄を設けた。自分が必要な過去の情報の書き留めができ、引き続き継続して情報伝達をする必要のあるものを記載できるようにメモ欄を設けた。

実践の経過

平成15年11月：病棟スタッフへ現状に対する自分の意思・考えを投げかけ、アンケートで聞き取り調査の実施。

12月：アンケートで聞き取り調査した結果を病棟スタッフへ伝達し、検討内容が発生。それに対する意見を求め再検討する。

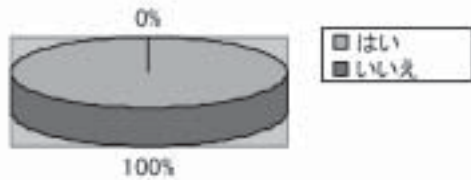
平成16年1月16日：申し送り時に使用する情報伝達用紙を「引き継ぎシート」とし、引継ぎ時の伝達・記入時の約束事をマニュアル化し詰所会議で報告

実践結果

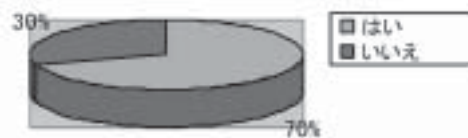
アンケート結果

対象:看護師17名 回収14名 回収率82%

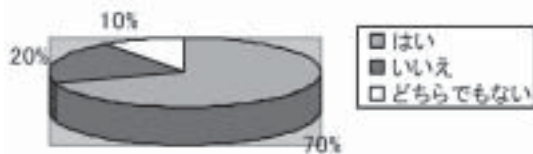
1. 以前の申し送りシートと比べ、引継ぎシートは見やすかったか



2. 情報が落ちていて困ったということがあったか



3. 引継ぎの際に約束事に準じて引継ぎができたか



4. 申し送りの時間短縮になったと感じるか



5. 短縮できた時間を看護ケアに当てることができたか



考 察

以前の申し送りシートと比べ、改善後の引継ぎシートは見やすかったという結果が得られており、情報伝達を整理しながら実施できた。情報伝達のなかで、引き継がなければならぬことが落ちていて困ったという声は30%程あった。その声の中でもメンタル的な部分において患者様の悩みやこころの揺れなどの知りたい情報が知れなかったという内容が挙がっており、ボディイメージの変化を遂げられる患者や、癌の再発でターミナル期にある患者などが多く療養される病棟にあるため、精神的な支援についてのケアが重要になってくることから継続看護のためには今後の課題であると考えます。

引継ぎに関しては約束事に準じて行えたかどうかにか7割の

スタッフが行えたと返答されていた。しかし残りの2割の中には、「口頭で引き継いでもらうことで安心なのでつい聞いてしまう」という意見があり、依然として引き継ぎが短縮されることでの不安が拭い去れない結果が出た。これには特に日勤帯で次の勤務帯のスタッフに引き継ぐまでに記録や時間処置・内服整理などが終了できない現状があり、自分で確認できないことが発生するからではないかと思う。そのため、全体的にみると以前より引継ぎの時間短縮になってきているが、確認に時間を費やされている。また、新人さんや移動して間もないスタッフにおいてはこの限りではない。短縮できた時間を看護ケアに当てることができたという中では、以前は環境整備も十分に行えなかったが、実施できるようになったという声や、例えば深夜勤務者から日勤勤務者への引継ぎは15分近く短縮され朝はすぐに患者の元へ行きケアや業務に入れるようになったとの声がある。日勤勤務者から準夜勤務者への引継ぎも10～15分は短縮され、残りの時間で清潔のケアなどに当てているスタッフの様子も見られる。この部分では目的が概ね果たすことができた。引継ぎ内容は、継続して欲しい症状観察事項や看護援助等などは行われるようになってきたが先ほど述べたメンタル的な部分は不十分であるため今後の課題である。

ま と め

今回、スタッフへこのテーマ・取り組みを投げかけたことによって、意識が少しずつ変化し時間短縮化へ向かい、その分看護ケアに当てられはじめていると感じる。しかし、このテーマで取り組み、今までいかに患者様の症状観察をメインにして引き継ぎされていたかということを実感した。アンケートを通じ個々のスタッフの感じ方や価値観などで患者のどんな情報が必要なのか違うことが浮き彫りになり、それを統一して引き継ぎをし時間短縮を図る難しさを体験した。矛盾するようだが、申し送りや引き継ぎの意味を調べた時に、引継ぎは時にスタッフ同士の患者の情報共有の場となり、次へ伝え送る以上に責任を持って引き継ぎを受け、積極的に患者のことを自ら知ろうとする姿勢が大切だと感じ、この時間は決して無駄なものではないことに気付いた。引継ぎ内容についても一人ひとりの患者の個性を特視されるようになってきたがそれを継続できるようにKOMIチャートシステムを十分に活用し看護援助や精神的支援を行っていきたい。

文 献

1)メディカ出版,消化器外科NURSING,vol.8,2003.4