

固定チーム継続受け持ち制における担当看護師へのフォロー体制の検討

キーワード：固定継続受け持ち制 手術 担当看護師

1 病棟 7 階東

木村恵里子 井上知江 沖村美香 村田里紗 藤田麻美 本山純子

津田みゆき 兵頭紀代美

I. はじめに

A 病院 B 病棟は、病床数 41 床（泌尿器科 30 床、整形外科 11 床）である。泌尿器科では、手術目的で入院する患者は 1 ヶ月で 37 名程度おられ、腎移植術を除く平均在院日数は 10.5 日である。

手術目的での入院患者の平均在院日数は短いため、担当看護師として関わる期間が限られている。そのため限られた期間の中で、手術前後の患者の背景や性格などの把握や、疾患や術式への理解度の把握が困難であることが多い。また、患者に担当看護師として意識されておらずに信頼関係が築きにくいことや、術前に看護計画を患者と話し合うことができないこともある。さらに、術後では術直後の患者の精神面のフォローが困難であったり、タイムリーに個性に合わせた退院指導が行えなかったりすることがある。

現在、チームとして担当看護師不在時のフォローを行っているが、個々の看護師によってフォローに相違がみられるように感じられた。その要因として、担当看護師の業務についてスタッフの理解が統一できていない部分があるのではないかと考えた。また松木らが「プライマリーナーシングの看護方式において、看護婦一人一人の能力、やる気が患者の看護ケアの結果として大きく機能する。」¹⁾と述べているが、看護師の経験年数や性格等によっても固定チーム継続受け持ち制に対する意識の持ち方が異なっているのではないかと考えた。

そのため、B 病棟の看護師が現在の固定チーム継続受け持ち制についてどのように感じているのか、担当看護師としての役割やチームとしてのフォロー体制がどの程度行えているかのアンケート調査と、担当看護師が入院期間中に実際に担当患者にどの程度関わっているのか実態調査を行い、現在の B 病棟における固定チーム継続受け持ち制の問題点を明らかにした。そしてその問題点を含め、担当看護師の役割を再認識することで、今後チーム内で担当看護師不在時にどのようにフォローしていくかのカンファレンスを行い、フォロー体制を考え直したのでここに報告する。

II. 研究方法

1. 期間：平成 23 年 6 月～11 月

2. 対象：A 病院 B 病棟で勤務する看護師 20 名（ただし、看護師長・副看護師長・H23 年度入職者は除く者とする）

対象者属性：2～4 年目 8 名、5～9 年目 8 名(8 月)、6 名(10 月)、10 年目以上 4 名

3. 方法

1) A 病院 B 病棟において H23 年 4～5 月に手術を施行した患者に担当看護師が関わった場面（入院日・手術当日・術後等）をカルテから情報収集した。

- 2) 「松木のクオリティケアのための看護方式についての質問項目」を参考に、看護師へのアンケートを作成した(表1)。アンケートをカンファレンス施行前(8月)とカンファレンス施行後(10月)に実施した。
- 3) アンケート結果と実態調査の結果をもとに、チーム内でカンファレンスを施行した。

表 1. アンケート内容

<ul style="list-style-type: none"> ・入院時にリーフレットを用いて担当看護師の役割について説明しているか。 ・入院時、担当看護師が誰であるか患者・家族へ告げているか。 ・担当看護師として、術前に入院診療計画書を提示しているか。 ・入院時、担当看護師が入院診療計画書を渡すことを説明しているか。 ・入院時、総合目標を入力しているか。 ・入院時、13領域のチェックをしているか。 ・入院時、13領域のアセスメントを入力しているか。 ・術前に看護計画を提示しているか。 ・患者の変化に伴い、看護計画を修正しているか。 ・患者の変化に伴い、看護指示を修正しているか。 ・教育、退院指導を行っているか。 ・内服ステップを退院に合わせてステップアップしているか。 ・他部署(WOC、リハビリ、NST他)へ紹介が必要な場合に連絡しているか。 ・退院調整(診療連携室への連絡、在宅看護他)が必要な場合に連絡しているか。
--

4. 分析方法：カンファレンス前後・担当看護師と担当看護師以外でカイ2乗検定、ノンパラメトリック検定を用いて分析した。

5. 倫理的配慮：調査では個人が特定できないように無記名とし、プライバシーの保護を行うことと研究への参加は自由であり、参加・不参加によって不利益が生じないことへの説明を書面で行い承諾を得るものとした。回収したアンケート用紙は研究者が管理し、情報の漏洩を防止した。

Ⅲ. 結果

1. 実態調査

担当看護師が入院日に日勤で担当した割合は56.36%、夜勤で担当した割合は10.9%であった。担当看護師が手術当日に担当した割合が61.81%、入院日から退院までに担当した割合が51%であった。

2. カンファレンス結果

看護師へ8月にアンケートを行った後、担当看護師不在時のフォロー体制についてカンファレンスした結果は以下の通りとなった。

- 1) 担当看護師のリーフレットは、入院時の担当が担当看護師かそれ以外に関わらず、入院時に渡し担当看護師の役割について説明する。

- 2) 入院療養計画書は、担当以外が入院時に受け持った際には、「今回の入院や治療について書いた書式を担当看護師がお渡します。」等と説明しておく。
- 3) 入院時の予診は、13 領域アセスメントの入力を行う。(入院時点で分かる範囲で問題がなければ特記事項なしなど記入し、以降担当看護師が適宜修正していく。)
- 4) 看護計画の提示については、現状通り担当看護師が関わった時点で行う。
ただし、ADL 介助が必要な患者の場合は、どの程度介入が必要かを入院時の SOAP で入力しておく。
- 5) 患者が状態変化(褥創、転倒、術後急変、術後せん妄)時には、看護指示だけでなく看護計画も立案する。ただし、術後せん妄などで夜勤の間に計画立案が難しい場合には、翌日日勤でカンファレンス等施行し計画立案する。
- 6) 退院指導を行った際には、記録に残す。行えていないことや退院までに依頼することがあれば掲示板に依頼内容を残す。
退院日が翌日に決定している場合には、担当が退院日日勤に関わらず前日に退院許可や次回受診日、退院処方への依頼などの準備を行っておく。その場合もどこまでは行って、どこからはできていないので依頼するなどを掲示板に残す。
- 7) 内服薬のステップアップは、夜勤担当者が配薬準備の際にステップアップ出来そうな患者をピックアップし日勤担当者へ申し送る。
自宅での内服管理方法(本人が準備して内服、妻が準備して内服等)に合わせて、担当看護師に関わらず術後早期にステップアップしていく。
- 8) 他部署への紹介は担当看護師以外でも、チーム内でカンファレンス施行し必要となれば担当以外でも行う。
- 9) 連携室への連絡は、基本は担当看護師が行うが急遽の場合はカンファレンスを行い提供書を作成する。また近日中に必要であれば、担当看護師へ早めに声をかける。

3. 看護師へのアンケート

アンケートの回収率は 100%、有効回答率は 100%だった。

- 1) カンファレンス前後で有意差がみられた項目は、「13 領域のアセスメント入力」(P=0.024)と「内服ステップアップ」(P=0.011)の 2 項目であった(図 1、2)。

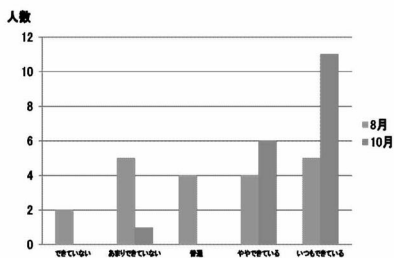


図 1 入院時、13 領域のアセスメント入力をしているか

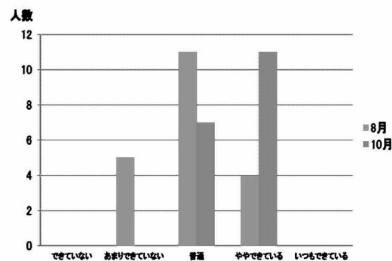


図 2 内服ステップを退院に合わせてステップアップしているか

2) カンファレンス前後で変化がみられなかった項目は「計画提示」「計画修正」「退院指導」「他部署への紹介」「退院調整」の5項目であった(図3~7)。

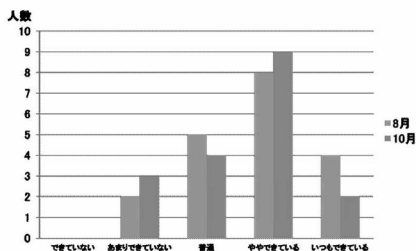


図3 手術前に看護計画を提示しているか

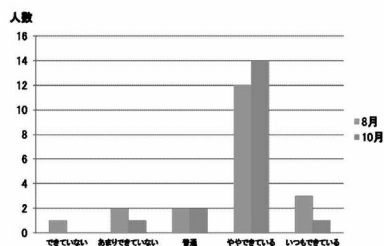


図4 患者の状態に合わせて看護計画を修正しているか

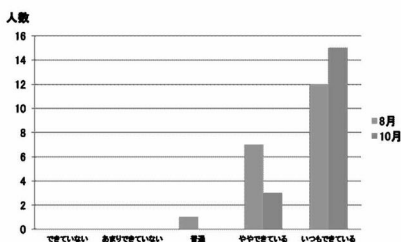


図5 退院指導・教育をおこなっているか

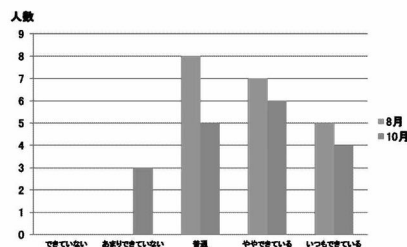


図6 他部署への紹介が必要な場合に連絡しているか

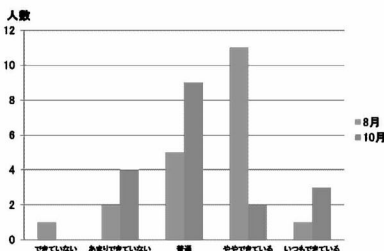


図7 退院調整が必要な場合に連絡しているか

IV. 考察

カンファレンス前後で有意差が認められた項目は「13領域のアセスメント入力」「内服ステップアップ」の2項目であった。

「13領域のアセスメント入力」の項目に関しては、手術前日入院が多い中で、入院日に担当看護師が患者に関わる割合は56.3%と約半数であるため、「スタッフ全員が、術前に患者の情報を把握する必要がある。」という意識がほとんどのスタッフに生まれたと考える。また術前に担当した看護師が患者のアセスメントをすることで、担当看護師が入院時に関われない場合やその他スタッフにおいても、患者の全体像や問題点等の情報共有を早期に

行うことができるようになった。そのため入院から退院までに担当看護師が関われる割合が51%でも、担当看護師に関わらず全てのスタッフが術後の看護や退院に向けての指導などに役立つようになったと考える。

「内服ステップアップ」の項目に関しては、術後から退院までの限られた日数の中で、担当看護師以外でも退院に向けて以前と同じように患者が内服管理できるように、退院日までに早期に行う必要があるということが、カンファレンスによってチームに浸透していった結果と考える。

カンファレンス前後で変化がみられなかったのは「看護計画の提示」「看護計画のタイムリーな修正」「退院指導」「他部署への紹介」「退院調整」の5項目である。カンファレンスで積極的にチームでフォローしていくと決定したにも関わらず、これらの項目がアンケートで変化がみられなかった理由には、担当看護師が主体となって関わっていきたいという意向が強くあることや、担当看護師の意向があるためスタッフ個人が勝手に介入しないほうがいいのではないかとという遠慮があるのではないかと考える。しかし、短い入院期間の中で担当看護師が患者と関われる日数も限られており、担当看護師だけでできることにも限界がある。片山らは「固定チーム継続受け持ち制は、一人の看護師では限界がある部分を互いに補い、相談し合うことができ、受け持ち看護師が不在時にもケアが継続できる支持組織を有する看護方式である。」²⁾と述べている。よりよい看護を提供するためにも、担当看護師が中心となり患者の情報共有を行い、担当看護師不在時には各メンバーがチームの一員として意識し、互いに声を掛け合って担当看護師をフォローしていく必要がある。そのためには、担当看護師に関わらず患者に関わったスタッフが適宜必要な情報を看護記録に残し、スタッフ間で情報共有を行うことで継続した看護を行っていく必要がある。

今回、担当看護師の役割やチームのフォロー体制についてカンファレンスを施行したことで、スタッフ間で担当看護師のフォロー体制について共通理解をもつことができたといえる。

V. 結論

1. 「13領域のアセスメント入力」「内服ステップアップ」の項目は、カンファレンスを通してチームとしてフォローができた。
2. 「計画提示」「計画修正」「退院指導」「他部署への紹介」「退院調整」の項目は、担当看護師が行うという意識が強かった。
3. アンケート結果より固定チーム継続受け持ち制での担当看護師の意識の強さが、固定チーム継続受け持ち制の課題につながっている。
4. カンファレンスを施行したことで、担当看護師の役割を再認識し、スタッフ間の共通理解を持つことができたといえる。

引用文献

- 1) 松木光子、プライマリナーシングー新しい看護方式の展開一、医学書院、1987
- 2) 片山由美子、岡崎美幸、藤本弘美、受け持ち看護師評価表と研修会が受け持ち看護師に及ぼす影響、日本看護学会論文集 看護管理 35号 2005