

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第11巻 2020

公益社団法人香川県看護協会

目 次

研究論文

1. 患者参画型看護計画立案が術後離床に及ぼす影響 竹内 彩乃 …… 1
2. 新人看護職員の社会人基礎力を培うためのプリセプターによる支援 石井 春花 …… 5
3. 発症から半年以上経過した左被殻部出血の患者に対する背面解放座位の効果 山本 亨 …… 9
4. A 病院集中治療室での面会に対する看護師の認識
～家族看護の充実を目指して～ 山田真梨子 …… 13
5. 救命救急センターにおける退院支援の現状と課題 増田佳那子 …… 17
6. 新たに取り組んだ接遇チェック評価方法の導入 中橋 清子 …… 20
7. 周術期看護の質向上
～看護実践能力調査の精度向上に取り組んで～ 廣瀬 恵子 …… 24

香川県看護学会誌への投稿規程

編集後記

1. 患者参画型看護計画立案が術後離床に及ぼす影響

キーワード：離床 目標共有 回復

○竹内彩乃¹⁾ 谷本佳恵¹⁾ 山下美紀¹⁾

松井美樹¹⁾ 米井恵都子¹⁾

1) 屋島総合病院

はじめに

A病棟は外科病棟であり手術を受ける患者が多く入院している。患者は手術の前日に入院をすることが多く、入院時にクリニカルパス(以下パスとする)を用いて術後の経過の流れを説明している。そのため、術後の目標は医療従事者からの提示が主体となり、各個人の生活背景等には触れることなく離床を進めている。

宮崎ら¹⁾は、「患者が具体的な努力目標を持って励むことは回復や社会復帰への不安を克服し、体力の向上や回復の徴候を感じることができ自信を取り戻す上で有効な役割を果たす。」と述べている。回復とは、悪い状態になったものが元の状態になること、一度失ったものを取り戻すこととされている。医療者側は身体的な治癒さえ得られれば「回復」と認識しがちである。しかし患者は症状が改善し、術前同様の日常生活ができるようになることを「回復」とし、期待している。

患者の期待する「回復」を知るためには、術前に患者の生活背景や価値観について情報収集を行い、患者についてより深く知る必要がある。患者が術後どのように離床を進めていくか相談し、一緒に目標を立てる。患者主体の目標を立案・実践することが、患者の術後の離床意欲にどのような影響を与えたのか明らかにした。

I. 目的

術後の歩行距離を明確にした離床目標立案群と従来通り術後の歩行距離を明確にしていない離床目標非立案群を比較し、患者とともに離床目標を設定することが術後の離床意欲にどのような影響を与えたのか明らかにする。

II. 方法

1. 期間：平成30年4月1日～平成30年6月

2. 対象：予定開腹手術を受ける患者6名（離床目標立案群4名、離床目標非立案群2名）
3. 研究方法：質的研究デザイン。
 - 1) 入院時、離床目標立案群の患者に対し、インタビューガイドを用いて仕事・趣味など、入院前の生活背景に対する情報収集をする。
 - 2) 病棟内を看護師と歩行し術後1～3日目に歩行する目標の距離を計画立案する。
 - 3) 術後1～3日目に目標に対する歩行距離と達成度の評価をする。
 - 4) ボルグスケールを使用し術前と退院前に10m歩行テストを行い術前と術後の身体的負担度の評価を行う（表1）。（初回離床の際は鎮痛剤投与を行なう）
 - 5) 離床目標非立案群の患者は従来通りの離床を行う。

表1 ボルグスケール

自覚度	
0 感じない	5 強い
0.5 非常に強い	6
1 やや弱い	7 とても強い
2 弱い(軽い)	8
3	9
4 やや強い	10 非常に強い

III. 倫理的配慮

対象となる患者に対して、研究の目的・方法を説明する。研究への参加は自由であり、参加を希望しない場合でも治療・看護に支障がないことを説明する。調査結果は本研究の目的以外には使用せず、公表にあたっては個人が特定されないように配慮する。本研究ではB病院生命倫理委員会の承認を得たうえで実施した。本演題発表に関して利益相反はない。

IV. 結果

予定開腹手術を受ける患者4名（C・D・E・F氏）に対し術前に患者の入院前の生活背景についてインタビューを実施した。患者と術後の目標をともに立案、目標に対する行動を実施し術後1～3日目、退院前の4つの段階に応じた目標についての評価を行った。看護師と一緒に離床した状況を資料1に記載する。

目標に対しての評価は1～10点で達成度を点数化で評価した。ベッドサイドに目標を記載した用紙を掲示し、手術前と退院前に10m歩行テストを行い歩行時間、身体的負担度に変化はあるか調査を行った。術後では、患者全員に初回歩行時30分前に鎮痛剤投与を施行した。術後1日目より、術前に立案した目標に添って離床を行い、術後3日目まで離床後に目標に対しての達成度を患者へ確認した。術後1日目の平均点数は8.3点、2・3日目は9.3点、退院前は9点であった（図1）。

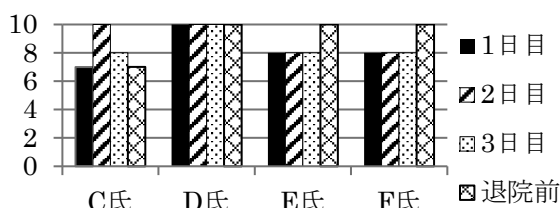


図1 目標達成度

退院前に術前より目標を立てることで前向きに離床を行えたかの問いに「一人だと痛くて動きたくないと思っていたけど、声を掛けられるとやらなきやと思えた」といった声や「目標があるから頑張れた。無いとどこまで歩けばいいかわからんし頑張れんと思った。自分の為に看護師が一生懸命してくれよるから頑張ろうと思った」といった声が聞かれた。しかしその反面、「目標を立てたけど痛みが強くて目標自体を達成しようとは思わなかった」といった声も聞かれた。術後の創部痛により動きたくないといった気持ちの出現もあったが、看護師の声掛けや一緒に目標を共有しその目標に向けて共に行動することで、自身の目標に向けて離床を行うことができた。術前に目標を立案することは難しかったかの問いに、「どのくらい動いたらいいのかわからなかった。でも看護師と一緒に考えてくれたから想像することができた。廊下も一緒に歩いたから大体の距離も考えることができた」といった声があった。

目標を立案せずに開腹手術を受けた患者H氏の声として「手術前のオリエンテーションで、手術の後早いうちに歩くことで回復していきやすいと聞いたから歩くようにした」といった声や、H氏より「看護師が声を掛けてくれて、歩かなきやという気持ちはあったけど行動に伴わなくて辛かった。でも一緒に歩いてくれたから安心感がありました」といった声が聞かれた。

術前と退院前に10m歩行テストを実施しボルグスケールを用いて身体的負担度の評価を行った。C氏のみ退院日が急遽決定したため退院前の身体的負担度の評価は行えなかった。G氏、H氏についてもボルグスケールを使用した評価が行えなかった。

D氏、E氏、F氏共に身体的負担度は手術前、退院前と変化はなかった。歩行時間もD氏、E氏、F氏共に術前と退院前も大きな変化はない（表2）。

表2 10m歩行時間、身体的負担度

	(術前) 歩行時間	(退院前) 歩行時間	(術前) 身体的負担度	(退院前) 身体的負担度
C氏	17秒	—	0	—
D氏	14秒	15秒	0	0
E氏	12秒	10秒	0	0
F氏	14秒	14秒	0	0

D氏は「身体の調子は戻ってきた気がする。退院してからも同じように浜まで歩けるような気がする」と話していた。E氏は「帰ってからも自分のことは自分でできそう」と話していた。F氏も「帰ったらすぐに犬の散歩に行かないといけないけど行けそうな気がする」と話していた。

V. 考察

目標立案群の目標の達成度は皆、高得点を得ることができた。今回、患者と一緒に退院後の生活を視野に入れた目標を個別に立てた。

C氏は離床の際には歩行に不安を感じていたため歩行器を用いることを考案し実施した。疼痛はあったが「一人だと痛くて動きたくないと思っていたけど、声を掛けられるとやらなきやと思えた」、D氏からは、「わしは早う帰りたい。60mぐらい歩く言うったな」「今日も目標よりももっと歩くわ」、F氏から

は「帰ったら沢山歩かないかんから困らんように沢山歩いた」といった意欲的な発言が多く聞かれた。

桑田²⁾は、「回復に向けて行動するにはきっかけが必要であり、行動のきっかけとなる捉えを患者自身が捉えることは患者を後押しすることに繋がる」と述べており、患者自身が看護計画の目標設定に関わることは、回復意欲を高め主体的な離床へ繋がったと考える。そのため、目標に対しての評価では高得点を得ることができた。

一方、目標非立案群のH氏より「看護師が声を掛けてくれて、歩かなきゃといった気持ちはあったけど行動が伴わなくて辛かった」といった消極的な発言が聞かれた。Gottliebら³⁾は、「人々は、他人が設定した目標よりも自分が設定した目標に熱心に取り組む可能性が高い。また、他人が下した決定よりも自分が下した決定に対して責任ある行動をとることが多い」と述べており、離床目標立案群と、離床目標非立案群で術後の離床意欲に差がでたと考える。

目標立案群の中でもE氏のように術後1日、2日目は創部痛により離床を強く拒否した患者もいた。「一緒に立案した目標の距離だけでも歩きましょう」と声を掛けると一日に一回は離床することができた。「ここまで歩くと決めたから歩いた。自分だけだと手術の後は歩く訳がない」といった発言もあり従来通りのパス管理では離床に苦難した症例であったと考える。といった発言からも、患者が描いている自分の姿に向かって、術前から情報収集を行ない目標に向かって術後から一緒に離床を行うことで看護師との信頼関係が構築され、離床も進んだと考える。また日々の関わりの中で看護師が患者の生活背景を知ることによって個別性のある声掛けが行え、患者自身がその声掛けや関わりを通して自分のことを理解してくれているという安心感がより一層高まったと考える。

岡谷ら⁴⁾は、トラベルビーの看護理論を用いて「理論の基本的な前提は、看護師は「看護師—患者」関係ではなく、人間対人間の関係を確立するように努力すべきであるということ。この関係は援助的關係であり、看護の目的を達成するための手段として捉えている」と述べ、「心から人を助けよう、助けたいという気持ちの有り様が関係性の確立に重要である」と述べている。

患者の入院前の生活背景や退院後のその人個人の目標を知ることにより、共に達成したいという心理も働き、離床目標立案群に対して関わりや離床に対

する声掛けは行いやすかったのではないかと考える。

今後も手術目的の患者に対し、術前から患者自身が目標を明確に持てるような関わりを行なっていきたいと考える。

VI. 結論

1. 患者自身が目標を明確に持つことは回復意欲を高め、主体的な取り組みが増進される。
2. 目標を共有するだけでは離床は進まず、一緒に目標設定することが信頼関係構築に有用で患者の離床意欲に影響する一因となる。

引用文献

- 1) 宮崎里沙：手術療法を受けたがん患者の回復に向けたコーピング，Vol. 33, No. 1, 高知女子大学間後学会誌，P104, 2014.
- 2) 桑田愛子：手術療法を受けた患者の回復行動のきっかけとなる状況の捉え，日本看護協会出版会，P144, 2009.
- 3) Gottlieb：協働的パートナーシップによるケア援助関係におけるバランス，エルゼアジャパン，P21, 2007.
- 4) 岡谷恵子：看護理論，南江堂，P146-148, 2008.

参考文献

- 1) 柴裕子：開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス，日本看護研究学会雑誌，Vol. 37, NO. 4, 2014.
- 2) 違いがわかる事典：
<https://chigai-allguide.com/>
- 3) 北海道大学病院看護部 患者参加型看護：
http://www.huhp.hokudai.ac.jp/.kango/hotnews/detail_sp/00000006.html

資料 1

事例							
<p>C氏 50代女性、独居、職業：事務職 腰痛・坐骨神経痛ありコルセットを使用。 現病歴：開腹上行結腸切除術 手術既往歴：なし</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="624 259 1038 304">術後の離床目標</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 304 1038 338">術後1日目：約20m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 338 1038 371">術後2日目：約90m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 371 1038 405">術後3日目：約270m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 405 1038 439">退院前：体力を仕事の時ぐらいに戻す</td> </tr> </table>	術後の離床目標	術後1日目：約20m	術後2日目：約90m	術後3日目：約270m	退院前：体力を仕事の時ぐらいに戻す	<p>術後1日目、目標達成度は7点であった。 術後2日目目標達成度は10点であった。 術後3日目も目標達成度は8点であった。 退院前目標達成度は7点であった。</p>
術後の離床目標							
術後1日目：約20m							
術後2日目：約90m							
術後3日目：約270m							
退院前：体力を仕事の時ぐらいに戻す							
<p>D氏 80代男性、娘夫婦と同居、職業：無職 自宅近くに海があり毎日浜辺を400m程散歩。 現病歴：胃切除 手術既往歴：開腹結腸切除術</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="624 461 1038 506">術後の離床目標</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 506 1038 539">術後1日目：約66m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 539 1038 573">術後2日目：約90m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 573 1038 607">術後3日目：約180m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 607 1038 640">退院前：毎日の散歩距離の400mは歩行したい</td> </tr> </table>	術後の離床目標	術後1日目：約66m	術後2日目：約90m	術後3日目：約180m	退院前：毎日の散歩距離の400mは歩行したい	<p>術後1日目目標達成度は10点。 術後2日目、3日目達成度は10点。 退院前目標達成度は10点であった。</p>
術後の離床目標							
術後1日目：約66m							
術後2日目：約90m							
術後3日目：約180m							
退院前：毎日の散歩距離の400mは歩行したい							
<p>E氏 70代男性、妻・息子と同居、職業：無職 退職してから外出することはない。移動もトイレ、リビングへ移動する程度。 現病歴：開腹胆嚢摘出術 手術既往歴：開腹結腸切除術</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="624 651 1038 696">術後の離床目標</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 696 1038 730">術後1日目：トイレまで歩行する</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 730 1038 763">術後2日目：約50m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 763 1038 797">術後3日目：約180m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 797 1038 831">退院前：トイレやシャワーなど自分自身で行う</td> </tr> </table>	術後の離床目標	術後1日目：トイレまで歩行する	術後2日目：約50m	術後3日目：約180m	退院前：トイレやシャワーなど自分自身で行う	<p>術後1日目目標達成度は8点。 術後2日目目標達成度は8点。 術後3日目目標達成度は10点。 退院前目標達成度は10点。</p>
術後の離床目標							
術後1日目：トイレまで歩行する							
術後2日目：約50m							
術後3日目：約180m							
退院前：トイレやシャワーなど自分自身で行う							
<p>F氏 80代男性、妻・息子夫婦と同居、職業：無職 毎日犬の散歩や近所の小学校の登校の見守りを行っている。 現病歴：開腹胃摘出術 手術既往歴：開腹結腸切除、開腹胆嚢摘出術</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="624 853 1038 898">術後の離床目標</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 898 1038 931">術後1日目：約66m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 931 1038 965">術後2日目：約120m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 965 1038 999">術後3日目：約180m</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 999 1038 1064">退院前：入院前と同じぐらい歩けるようにする(2000歩以上)</td> </tr> </table>	術後の離床目標	術後1日目：約66m	術後2日目：約120m	術後3日目：約180m	退院前：入院前と同じぐらい歩けるようにする(2000歩以上)	<p>術後1日目、目標達成度は8点であった。 術後2日目、3日目も目標達成度は共に8点であった。 退院前目標達成度は10点であった。</p>
術後の離床目標							
術後1日目：約66m							
術後2日目：約120m							
術後3日目：約180m							
退院前：入院前と同じぐらい歩けるようにする(2000歩以上)							

2. 新人看護職員の社会人基礎力を培うためのプリセプターによる支援

キーワード：新人看護職員 社会人基礎力 プリセプター 支援

○石井春花¹⁾ 福井朗乃¹⁾ 谷本由果¹⁾ 秋友ミカ¹⁾

1) かがわ総合リハビリテーション病院

はじめに

医療現場では、少子高齢多死社会を迎え、在院日数の短縮・在宅療養の推進によりニーズが多様化している。その中で看護師は質の高い医療を提供するために専門的技術だけでなく、考える力やチームで連携する能力など社会人基礎力が求められている¹⁾。

社会人基礎力は看護を実施するうえで専門性を発揮していくためのベースとなる²⁾。

しかし、A病院の新人看護職員（以下、新人と略す）の多くは自主性が低く基本的に受け身である傾向がみられているのが現状である。その傾向を少しでも改善できないものかと平成30年度より新人に対して倫理性を加えた箕浦ら³⁾が作成した社会人基礎力評価表を取り入れ、プリセプターによる支援を試みた。その結果、どの対象者も入職10か月の時点で4つの力(前に踏み出す力・考え抜く力・チームで働く力・倫理性を発揮する力)がバランスよく培われていた。

新人の社会人基礎力に対する教育担当者の考えや思い⁴⁾、プリセプターがとらえる新人の社会人基礎力の実態調査⁵⁾はあるが、プリセプターが新人の社会人基礎力を培うためにどのような支援を行ったかを明らかにした研究は見当たらなかった。

そこで、新人の社会人基礎力が培われるためにプリセプターはどのような支援を行っていたのかを明らかにしたいと考えた。

I. 目的

新人の社会人基礎力を培うためにプリセプターはどのような支援を行っていたのかを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン：質的帰納的記述研究
2. 調査期間：2019年8月～9月
3. 研究参加者：平成30年度に入職した新人を支援した20歳代から40歳代のプリセプター4名

4. 調査方法：研究参加者に社会人基礎力評価の結果を見せながらインタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。内容は新人の社会人基礎力を培うためにどのように関わったか、新人の社会人基礎力が培われた要因は何か、今後新人の社会人基礎力が培われる為に必要な支援は何かを中心に自由に語ってもらった。インタビュー内容は参加者の同意を得て録音した。

5. 分析方法：インタビュー内容から逐語録を作成し、社会人基礎力への支援について語られている文脈を抽出しデータとした。データ内容の類似性や相違性を確認しながらコード、サブカテゴリー、カテゴリー化した。分析にあたっては、研究者間の意見が一致するまで話し合いを重ね、信憑性と妥当性を確保した。

III. 倫理的配慮

測定用具(社会人基礎力評価表)の使用にあたり、作成者より使用許諾を得た。研究参加者に研究の目的、方法、個人情報保護、研究参加は自由意志によるもので断っても不利益がないこと、研究で得られたデータは本研究以外には使用しないこと、学会発表する予定であることを説明し、書面にて同意を得た。本研究は、かがわ総合リハビリテーションセンター倫理委員会の倫理審査を受け承認を得て実施した。なお開示すべき利益相反関係にある企業はない。

IV. 結果

得られたデータは、総「データ」99、〈コード〉32、〔サブカテゴリー〕13、【カテゴリー】5に分類された。社会人基礎力(4つの力)を培うための支援について明らかになった結果を以下に示す(表1)。

1. 前に踏み出す力

〈主体的な答えをひきだせるような質問ときっかけ作り〉として、〔コーチングスキルを用いた声掛

け)を行い【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】をしていた。また、〔管理者・プリセプター・新人で情報共有や目標設定をする環境〕を作り、【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】をしていた。さらに、＜一人一人のペースでアドバイス＞し〔他者と比べない関わり〕や〔新人に備わっていた社会人基礎力を大事にする関わり〕により【個性や特性を理解し、尊重した関わり】を行っていた。最終的に、〔患者を受け持てるように成長を促した〕【役割を与え責任感を促す支援】をしていた。

2. 考え抜く力

＜行動計画を聞いてからアドバイス＞、＜情報を提供し自分で統合できるようアドバイス＞などの〔考える力を身に付けられるよう意識し、新人の考えに基づくアドバイスや声掛け〕を行い、【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】をしていた。また、新人の＜主体的な答えをひきだせるような質問ときっかけ作り＞を行い、＜待つ姿勢＞で〔コーチングスキルを用いた声掛け〕をしていた。さらに、＜周囲からのプリセプター・新人への助言をもとに2人で建設的な話し合い＞を〔定期的なミーティング時間の確保〕、もしくは〔必要に応じたミーティング時間の確保〕を行い、【2人で行うミーティングによるリフレクション】を行っていた。そして＜一人一人のペースでアドバイス＞をするといった【個性や特性を理解し、尊重した関わり】も行っていた。さらに、＜チーム全体で新人を助けてもらえるように情報を伝達し、依頼＞することで、【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】をしていた。

3. チームで働く力

新人に対し、＜チームで動き、周囲を把握しながら他スタッフに協力するよう＞〔チームワークを意識した声掛け〕を行い、【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】をしていた。また、＜チーム全体で新人の精神面のフォローと働きやすい環境づくり＞を行い、＜チーム全体で新人を助けてもらえるように情報を伝達し、依頼＞をするなど【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】を図っていた。さらに、＜新人に備わっている能力を認め、それを伸ばし自立を促す関わり＞を行い、【個性や特性を理解し、尊重した関わり】をしていた。しかし、本来のチームで働く力である発信力・傾聴力・柔軟性・状況把握力・規律性・ストレスコントロールに対する具体的な支援の結果は得られていなかった。

4. 倫理性を発揮する力

「きちんと言葉遣いができる」「患者さんの話も聞いてあげる」「コミュニケーションもとれる」と語られており、すでに倫理性については備わっていた。

V. 考察

1. 前に踏み出す力

前に踏み出す力の成長を促すことが出来た要因は、プリセプターが【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】、【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】、【個性や特性を理解し、尊重した関わり】、【役割を与え責任感を促す支援】の4つである。

前に踏み出す力を育成する必要条件として、河合塾は、いかに自尊感情を高めるか達成動機を向上させるかがポイントである。与えられた役割を遂行することで承認されるという経験をさせることが基本と考えられる⁶⁾と述べているように、プライマリナースとして責任を持って看護計画を立案し、患者と共に目標達成することで周囲から承認されるというサイクルが生まれる。その中で達成感が得られ自尊感情が高まりその力を見出せたと考える。また、新人自身が理解されていると感じる環境を提供することで安心感が得られたことも要因であると考えられる。

2. 考え抜く力

考え抜く力の成長を促すことが出来た要因は、【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】、【2人で行うミーティングによるリフレクション】、【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】、【個性や特性を理解し、尊重した関わり】の4つである。

考え抜く力を育成するのに必要な条件として箕浦らは、計画立案後や実践後に「なぜあのように計画し、実施したのか」を確認しフィードバックすることで、気づきを促すことが重要になる⁷⁾と述べている。これは、新人の進捗状況をスタッフ全員で共有しながら、個別に話し合いの場を設けることで、新人が情報を整理し自身の課題を明らかにすることに繋がったと推測する。更に自ら行動を計画し、新しい目標を立案する重要性の気づきに繋がったのではないかと考える。

3. チームで働く力

チームで働く力を育成する必要条件として、河合塾は、いかにチームメイトと共同し、一つの目標に向かうよう仕組めるかが重要。また、その中で各自が自分の役割を担いチームメイトから自分にも

のを学ぶという関係作りが必要である⁸⁾と述べている。このような支援は行っていなかったため、元々チームで働く力が潜在能力として備わっていたのか、それとも前に踏み出す力、考え抜く力が備わることによって、この力が培われた⁹⁾のではないかと考えるが明らかではない。

周囲が新人に意識的に関わり、組織への理解や業務の流れを把握するなどのサポート¹⁰⁾はできておりチームで働く力の一助になったのではないかと考える。

4. 今後の課題

今後の新人看護師への支援のためにA病院全体にこの結果を示し、明文化を行う必要がある。更に、それを基に標準的な関りが行えるようなシステム作りが必要ではないかと考える。

VI. 結論

プリセプターは、新人の社会人基礎力を培うために【新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け】、【2人で行うミーティングによるリフレクション】、【新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化】、【個性や特性を理解し、尊重した関わり】、【役割を与え責任感を促す支援】を意識し支援していたことが明らかになった。

引用文献

- 1) 経済産業省：社会人基礎力
<http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/index.htm>.2019.5 閲覧
- 2) 箕浦とき子・高橋恵編：看護職としての社会人基礎力の育て方（第1版），日本看護協会出版会，p5，2016.
- 3) 箕浦とき子・高橋恵編：看護職としての社会人基礎力の育て方（第1版），日本看護協会出版会，p90-91，2016.
- 4) 荒井敬子・古澤恭子：新人看護職員の姿勢・態度や脂質・能力に対する教育担当者の考えや思い-「社会人基礎力」の指標を導入して-，第47回日本看護学会論文集 看護教育，p58-61，2017.
- 5) 岡本佳代子・首藤英里香・濱田奈緒子：指導者ととらえる新人看護師の社会人基礎力の実態，第47回日本看護学会論文集 看護教育，p143-146，2017.
- 6) 河合塾：社会人基礎力 育成の手引き，朝日新聞出版，p99，
2010.<https://www.wakuwaku-catch.com>
2020.1 閲覧
- 7) 箕浦とき子・高橋恵編：看護職としての社会人基礎力の育て方（第1版），日本看護協会出版会，p45，2016.
- 8) 河合塾：社会人基礎力 育成の手引き，朝日新聞出版，p99，
2010.<https://www.wakuwaku-catch.com>
2020.1 閲覧
- 9) 箕浦とき子・高橋恵編：看護職としての社会人基礎力の育て方（第1版），日本看護協会出版会，p101，2016.
- 10) 箕浦とき子・高橋恵編：看護職としての社会人基礎力の育て方（第1版），日本看護協会出版会，p81，2016.

表1 社会人基礎力を培うためのプリセプターによる支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
役割を与え責任感を促す支援	患者を受け持てるように成長を促した	患者とプリセプターがコミュニケーションが取りやすいような関わり
		プリセプターが患者を受け持つことによって責任感が生まれるきっかけになった
個性や特性を理解し、尊重した関わり	他者と比べない関わり	一人一人のペースでアドバイス
	新人に備わっていた社会人基礎力を大事にする関わり	新人に備わっている能力を認めそれを伸ばし自立を促す関わり
新人の進捗状況を意識した段階的な声掛け	入職当初はプリセプターから業務について積極性を意識しながら具体的にかみ砕いた説明	初めは今後、積極的に動けるようにと願ってすべてプリセプターから声掛けをした
		分かりやすく噛み砕いて説明
	考える力を身に付けられるよう意識し、新人の考えに基づくアドバイスや声掛け	行動計画を聞いてからアドバイス
		情報を提供し自分で統合できるようにアドバイス
		プライマリーを通して創造性を考えた関わり
		途中で新人から報告をできるように声掛け
	コーチングスキルを用いた声掛け	主体的な答えをひきだせるような質問ときっかけ作り
		待つ姿勢
	チームワークを意識した声掛け	まずは患者への迷惑にならないように自分の担当の事をきちんとするように声掛け
		チームで動けるような声掛け
		チームで動き、周囲を把握しながら他スタッフに協力するよう
	プリセプターモデルを意識した関わり	役割を意識した関わり
プリセプター説明会での先輩プリセプターからの語りからしっかり話をする時間を意識した関わり		
自分のプリセプターにしてもらったことを思い出しながら関わった		
新人を皆で育てようとする職場風土の醸成の強化	管理者・プリセプター・新人で情報共有や目標設定をする環境	新人と共に目標設定する働きかけ
		管理者が気にかけて声を掛ける
	チーム全員が社会人基礎力を意識し新人へ関わる大切さを再確認	チーム全体で新人を助けてもらえるように情報を共有し、依頼
		新人が悩みを打ち明けられる環境作り
		他者の協力を得て育成
		新人とともに他者から学ぶ姿勢
		チーム全体で新人の精神面へのフォローと働きやすい環境づくり
		看護の楽しさが見いだせるような関わり
話しやすい先輩に助言を受けるよう声かけ	自身で行動計画を立案し、不明な点があればリーダーや話し掛けやすい先輩に聞くよう声掛け	
	チームのことで分からないことがあれば早めに先輩に相談するように声掛け	
2人で行うミーティングによるリフレクション	定期的なミーティング時間の確保	その日の振り返りを新人と共に実施
		時々2人で話し合う時間を持ち、改善点を実践に結びつけた
	必要に応じたミーティング時間の確保	新人の状況に応じたミーティング
		周囲からのプリセプター・新人への助言をもとに2人で建設的な話し合い

前に踏み出す力

チームで働く力

考え抜く力

3.発症から半年以上経過した左被殻部出血の患者に対する背面解放座位の効果

キーワード：被殻部出血 発症後半年 背面解放座位 生活行動再獲得 NICD 認定看護師

○山本 享¹⁾ 秋友ミカ¹⁾ 西村かをる¹⁾

1) かがわ総合リハビリテーション病院

はじめに

被殻部出血は、片麻痺や感覚障害、意識障害、左側出血では言語障害の症状がみられる。意識障害が伴えばベッドでの臥床時間が長くなる。また、廃用症候群、関節拘縮といった二次障害を及ぼしてしまう。意識障害・廃用症候群患者への看護として、紙屋¹⁾は生活行動回復看護 (Nursing to Independence from Consciousness Disturbance and Disuse Syndrome 以下NICD とする) プログラムを構築している。看護プログラムは身体調整・身体解放・生活行動再獲得の3つの技術を基に成り立っている。

今回、急性期からA病院へ転院後4カ月を経過した左被殻部出血の患者のNICDプログラム作成の依頼があった。右半身麻痺、失語症で意思の疎通が曖昧、右上肢・膝関節の屈曲拘縮があり、寝たきりの状態であった。

大久保²⁾は、背面解放座位のエビデンスとして、脳血管疾患で遷延性意識障害となった患者の脳波上の α ・ β 波の出現、ICUに入室中の人工呼吸器装着患者の呼吸機能の改善、ICUでの中等度以上の脳血管障害患者が車椅子離床になるまでの日数の短縮・日常生活動作の獲得率の上昇等をまとめている。鋤野³⁾は、NICDの技術の一つである背面開放座位によって療養型病棟に入院中の脳梗塞・くも膜下出血患者の移乗動作の向上を報告している。しかし、発症から半年以上が経過した左被殻部出血の入院患者への背面開放座位で生活行動の変化に着目した研究はみあたらなかった。

そして、林⁴⁾は、上肢を使用した生活行動を再獲得するためには座位姿勢を獲得することが重要であると述べている。そこで、前述した先行研究より、被殻部出血患者にも同様に背面解放座位を継続して実施することで意識レベルの改善と座位保持能力が向上し、上肢を使用した生活行動が再獲得できるのではないかと考えた。

I. 目的

発症から半年以上経過した左被殻部出血患者に対する背面解放座位が生活行動にどのような影響を及ぼすか明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

1. 背面解放座位

背面をできるだけ支持せず、頸部をもたれさせず自力保持し、ベッドの端に座り足底を床に接地した姿勢。

III. 方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 対象者：左被殻部出血の患者1名

3. 期間：令和元年5月～令和元年10月

4. データ収集方法：入院期間中のカルテと画像・動画から座位保持能力、生活行動の変化、および測定用具として遷延性意識障害度スケールである広南スコア⁵⁾を用いた。広南スコアは、自力移動、自力摂食、尿尿失禁状態、眼球の動きと認識度、発声と意味のある発語、簡単な従命と意思疎通、表情変化の7項目からなる。総計最悪点70点、最良点0点で、最重症例(完全植物症)70～65点、重症例(完全)64～55点、中等症例(不完全)54～40点、軽症例(移行型)39～25点、(脱却例)24点以下としている。

5. 分析方法：収集した情報を時系列に整理し、対象者の座位保持能力、意識レベル、生活行動の変化を検討した。

IV. 倫理的配慮

測定用具の使用は作成者より使用許諾を得た。また、かがわ総合リハビリテーションセンター倫理委員会の倫理審査を受け承認を得た。さらに患者・家族に口頭及び書面にて研究の目的、研究の参加不参加に関わらず不利益が生じないこと、途中で中断

も可能であること、プライバシーの保護について説明し同意を得た。介入の結果、経過を画像、動画で残すこと、顔を隠すことなく公開することについても本人・家族の同意を得た。なお開示すべき利益相反関係にある企業はない。

V. 事例紹介

対象者は50歳代の男性である。平成30年11月に左被殻部出血を発症し、開頭血腫除去術・減圧開頭術を施行後、平成31年2月A病院A病棟に入院となった。A病棟より依頼時、右半身麻痺、意識障害があり、栄養は経鼻経管栄養であり、経口摂取は平日の昼食時にSTの摂食訓練で嚥下食を摂取していた。移乗はスライドボードを使用し、2人介助でリクライニング車椅子に乗車していた。背面解放座位では右後方に倒れかかるため、介助が必要な状況であった。表情が乏しく、声を出し、左上肢を振り、不快を訴えることが多く、疎通が曖昧な時もあった。しかし、話の内容を理解し、笑顔が見られることもあった。介入時、意識障害の程度は、遷延性意識障害者に使用されている広南スコアにおいて52点であった。

VI. 介入方法

病棟から依頼があり、入院4ヶ月後よりNICD認定看護師が介入した。背面解放座位の方法・目的を記載したパンフレットを作成し、スタッフ・本人・家族に説明を行った後より、平日の日中に病棟看護師が背面解放座位を1回10分平均週2~3回実施した。広南スコアを使用し介入前、介入13週目の時点で比較し、生活行動については変化時に分析した。

VII. 結果

左被殻部出血患者へ背面開放座位を取り入れる事で、座位保持能力、移乗能力、意識レベル、生活行動に変化がみられたので、それらについて結果を述べる。

介入3週目には、背面解放座位中、左手で柵を持ち姿勢を保持しようとするが、少しずつ後方に倒れかかるため前傾姿勢になるように声掛けが必要であるが、自力で修正しながら保持ができた。しかし、顔をしかめ、左手を横に振り不快を訴える動作がみられた。また、座位の安定がみられたため跳ね上げ式普通型車椅子に乗車すると、ゆっくりと左上下肢

を使って車椅子を駆動することができた。しかし、真っすぐ進むことはできなかった。以後リクライニング車椅子より、跳ね上げ式普通型車椅子に変更した。さらに、意思表示について、質問に対し首を縦に振り答えることができるようになった。

介入4週目には、背面解放座位中、左手で柵を持たなくても安定して座位を10分間保持することが可能となった。その間、不快を訴える動作や、疲労感を表出することはなかった。また、移乗動作については、2人介助でスライドボードを使用していたが、1人軽介助で行えるようになった。車椅子駆動について、左上下肢を使用し直進や方向転換が可能となった。

介入5週目頃には、胃瘻造設のため転院し、1週間後再入院となった。介入7週目頃には、背面解放座位の安定した保持に変化はないが、意図的に後方に倒れようとして修正することを繰り返し、笑うことがあった。介入8週目には、自己で普通型車椅子を駆動して自室からリハビリ室まで(200m)の往復ができるようになった。移乗動作については、スライドボードを使用し、一人軽介助で行えるようになった。

介入11週目、整容については介助で行っていたが、跳ね上げ式普通型車椅子に乗車し自己で口腔ケア・含嗽ができるようになった。

介入13週目頃には、ほぼ正確な意思の疎通になった。摂食については、訓練時に介助で摂取していたが、自己でティースプーンを使用しトロミ付きのコーヒーやゼリー、ムース食など摂取できるようになった。

広南スコアによる変化(表1)は介入前52点であり、介入13週目には38点になった。変化があった項目は自力移動8点から7点、自力摂食9点から7点、眼球の動きと認識度8点から5点、発声と意味のある発語8点から7点、簡単な従命と意思疎通7点から0点であった。

VIII. 考察

今回、左被殻部出血を発症し半年以上が経過した50歳代の男性に対して、背面解放座位を行った。その結果、端座位姿勢が安定し、スライドボードを使用した1人軽介助移乗が可能となった。そして、リクライニング車椅子から跳ね上げ式普通型車椅子へと変更できた。それに伴い、左上肢を使って自ら車

椅子駆動、摂食、口腔ケアといった生活行動を回復することができた。よって左被殻部出血患者に対して、背面解放座位は生活行動再獲得に有効であるといえる。

また、介入前の意識レベルについては、表情が乏しく、疎通が曖昧な時もあったが、背面解放座位を行うことで、表出の種類が増加し表現が豊かになったことや、失語ではあるが受け答えが的確になったと改善がみられた。大久保⁶⁾は、背面解放座位について、背面を解放していることに加え、両下肢を床面に接地させること、また、頸部の自力保持が交感神経活動を上昇させることを明らかにしている。林⁷⁾は、座位時に行う刺激として、単一の刺激より、複数異種感覚刺激が脳を活性化させると述べている。背面解放座位を継続して行うことで、生活する上で生体に必要な自律神経のバランスが整い、意識レベルを改善させ、意思疎通の明確化や、表情が豊かになったと考えられる。

そして、今回の事例において、全介助の状態でも背面解放座位で姿勢制御をしようとする動きから、座位保持能力が向上するのではないかと判断した。患者のわずかな変化や、反応を見逃さず、患者の回復の可能性を見つげられる視点を持つことが重要であると考ええる。

しかし、急性期から転院する時点で、長期臥床によるせん妄や筋力低下や関節拘縮が起こっている事例が多くある。そこで、できるだけ早くから背面解放座位が行えるような、身体作りや拘縮改善等にも関わっていく必要がある。また、もう少し早く依頼があれば、早期の改善が見られた可能性がある。さらに、リハビリスタッフとの協働によりお互いの専門性を活かしたより効果的な NICD プログラムの実施ができるのではないかと考える。

今後も脳血管疾患を含め、様々な疾患の看護に活かすために事例検討の蓄積と、生理学的視点で検討を行っていく必要がある。

IX. 結論

左被殻部出血の患者に対し、背面解放座位を継続して実施し経過を分析した結果、以下の2点が明らかになった。

1. 背面解放座位を行うことで、自力での端座位が可能となり、リクライニング車椅子から普通型車椅子へと移行でき、車椅子の自力駆動、摂食、口腔

ケアの生活行動が再獲得できる。

2. 背面解放座位は意思疎通の明確化や、表情が豊かになり、意識レベルを改善できる。

引用文献

- 1) 紙屋克子 林裕子 日高紀久江他：意識障害・寝たきり〔廃用症候群〕患者への生活行動回復看護技術 (NICD) 教本, メディカ出版, P 54 -60, 2015
- 2) 大久保暢子：患者の姿勢から回復を促す—背面開放座位のエビデンス—, MB Med Reha, 201, P12-19, 2016.
- 3) 鋤野麻美 伏谷充果 田村孝子他：背面開放座位が ADL に与える効果—FIM を用いた評価—, 日本看護学会論文集, 老人看護, vol. 36, P24-26, 2005.
- 4) 前掲書 1) , P57-58.
- 5) <https://www.kohnan-sendai.or.jp/img2/enkaku/sukoa.pdf>
- 6) 前掲書 2)
- 7) 前掲書 1) , P19

表 1.広南スコア

介入前「一」、介入 13 週目「…」

1. 東北療護センター遠延性意識障害スコア表 (広南スコア)

障害の程度	重度 extreme (10)	高度 severe (9)	中等度 moderate (8 or 7)	軽度 mild (5)	極く軽度 slight (0)
1. 自力移動	1) 自発運動全くなし 2) 四肢は伸張または屈曲位で拘縮 3) 疼痛刺激にて遠延運動ないか、または軽度のふるえがあり、患づかいが寛くなる	1) 自発運動全くないか、四肢のごく一部をわずかに動かす 2) 四肢は一部は内縮位、一部は麻痺 3) 疼痛刺激にて遠延運動あるか、なくとも屈を明らかにしめめる	1) 時に四肢の全部又は一部に自発運動があるが随意的である 2) 四肢の麻痺はあってもよい 3) 疼痛刺激を払いのける (*比較的よい(動きなど)場合は7点)	1) 時に台目的自発運動あり 2) 患者にまねて、上肢伸上または不十分でもバンザイの体位をとる	1) 意思をもって自発運動可 2) 自力で体位交換(一部でも)可能 3) 意思に従せると不十分でも自力で動かす
2. 自力摂食	咀嚼、嚥下全く不能で経管栄養(胃ろう又は経鼻)	1) 物と経管栄養 2) ツバを飲み込む動作または咀嚼する動作あり 3) 多少ならジュース、プリンなどの経口摂食の試みが可能	1) 咀嚼可、または咀嚼がダメでも嚥下大筋可能で、介助により経口摂取するがときにむせる 2) 経口摂食の不足分は経管で補う (*比較的、経口と手な場合は7点)	1) 自力摂下可能、咀嚼不十分でもよい 2) 全粥、キザミ食を全量介助にて摂取可 3) スプーンを持たせると口に運ぶ動作あり、または不十分ながら食物を口に入れる。	不十分ながらも自分でスプーンで食べる
3. 尿尿失禁状態	尿尿、排便時に体動等全く認められず	尿尿、排便時、多少の体動等あり	失禁はあるが、イヤな顔をする、または体動が多いなどの反応あり (*比較的明確な反応は7点)	1) 定期的に排便、排尿させることにより、失禁を予防できる 2) 失禁あるも、周囲にわかる(独自の)教え方をとする	夜間を除き、失禁せず数える
4. 眼球の動きと認識度	1) 開眼しない 2) 開眼しても角膜反射なし	1) 開眼し角膜反射あり 2) 追視せず、焦点が定まらない	1) 声をかけたり顔を重視する 2) 移動するものを追視する、丁寧な説明するが、内容の理解は不可 (*簡単な追視7点)	1) 対象物を判別し、表情の変化がある 2) 気に入った顔などをみて表情が変わる	1) 簡単な文字を読む 2) 数字がわかる 3) TVを見てその内容に反応し、笑う
5. 発声と意味のある発語	1) 発声、発語全くなし 2) 気切の場合でも口の動きもない	1) 発声(うめき声)等があるが、発語なし 2) 気切の場合、何らかの口の動きあり	1) 何らかの発声があるが全く意味不明 (*比較的明確なら7点) 2) 呼名にときに不明瞭な発声がある (*比較的明確なら7点) 3) 気切の場合、呼名に対する口の動きあり (*比較的明確なら7点)	1) とときに意味のある発語あり 2) 呼名に返事あり 3) 気切の場合、構音の口真似をする	1) 簡単な用いかけに言葉で応じることができる 2) 気切の場合、口の動きが用いかけの内容に合わせている
6. 簡単な従命と意思疎通	呼びかけ(命令)に対する反応全くなし	呼びかけに対し、体動、目の動きなどの何らかの反応あり	呼びかけにときに応じることもあるが、意思疎通は認めれない (*明確な反応は7点)	簡単な呼びかけに時に応じ、時に意思疎通が図れる	呼びかけに台目的にかなり応じ、ほぼ正確な意思の疎通あり
7. 表情変化	周囲の刺激(もの音)、TV等に全く表情を動かさず	周囲の刺激の刺激に関係なく笑う(苦笑)、泣く、怒るなどの表情変化あり	周囲の刺激の内容に合わせてまれに表情の変化を示す (*明確な表情変化は7点)	周囲の刺激に対しかなり忠実に泣く、笑う、怒るなどの表情変化を示す	周囲の刺激に対し、正確に泣く、笑うなどの表情変化を示す

2. 遠延性意識障害スコアによる患者の重症度分類

総計最悪点 70 点、最良点 0 点で、70~65 点:

最重症例(完全植物症)、64~55 点:重症例(完全)、54~40 点:中等症例(不完全)、39~25 点:軽症例(移行型)、24 点以下(脱即例) としている。

4. A 病院集中治療室での面会に対する看護師の認識 ～家族看護の充実を目指して～

キーワード：ICU 面会 家族 インタビュー

○山田真梨子¹⁾ 吉岡れん¹⁾ 丸山古都美¹⁾

1) 高松赤十字病院

はじめに

集中治療室では、さまざまな病態で重篤な状態に陥った患者が入室し、集学的な治療やケアが行われる。そのような特殊な環境において、心身共に危機状態にある患者を支える家族の存在は大きく、患者と家族が共に過ごすための面会は重要である。

現在、A 病院の集中治療室では 1 日 2 回 30 分間の決められた時間のうち 1 回の面会は 10～15 分間、中学生以下の子どもを除く親族 3 名まで、という面会制限を設けている。忙しい患者家族や重篤な状態の患者の場合には、現在の面会制限では患者家族のニーズを満たせていないと感じる場面も多い。道又ら¹⁾は、「ICU の面会は、①お互いに会いたいと願う患者と家族が会うことに大きな意義がある。②医療者にとっては、家族を含めたケアの場としての意義がある。③患者と家族、そして医療者との貴重なコミュニケーションの空間である」と述べている。

果たして、A 病院集中治療室の看護師はそのようなことを意識して、面会対応が行えているのか疑問に感じた。そこで、A 病院集中治療室での面会に対する看護師の認識を明らかにし、家族看護の充実につなげるために本研究に取り組んだ。

I. 目的

A 病院集中治療室での面会に対する看護師の認識を明らかにし、家族看護の充実につなげる。

II. 方法

1. 対象

500 床以上を有する地域中核病院である A 病院の集中治療室勤務看護師 10 名（全 43 名中集中治療室勤務歴 1～3 年未満 9 名の中から 3 名、3～6 年 6 名の中から 3 名、6 年以上 11 名の中から 4 名を無作為に抽出〔集中治療室勤務歴 1 年未満、研究者、看護管理者を除く〕

2. 期間

2018 年 7 月～10 月

3. データ収集方法

看護師を対象とした半構造化面接調査。調査時間は 15 分程度。

4. 分析方法

質的記述的研究デザイン

- 1) 面会について半構造的な質問によるインタビューを行う。
- 2) 研究者 3 名がプライバシーを守れる個室で対象者にインタビューを行う。
- 3) 同意を得てインタビュー内容を録音し、逐語録を作成する。
- 4) 逐語録から要素を取り出し、カテゴリー化し分析する。

III. 倫理的配慮

A 病院看護部看護研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者には、研究目的及び方法、自由意志による研究参加、プライバシー保護やデータの匿名性、研究結果の発表について説明を行い、研究参加の承諾を得た。なお、本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

IV. 結果

研究者がインタビュー内容から逐語録を作成し、看護師の面会に対する意識、考えが表現されている言葉を取り出した結果、104 の逐語と 11 のコードが抽出された。そこから、6 つにカテゴリー化した。以下ではカテゴリーを【 】, コードを〈 〉で示す。また、対象者の語りを「 」、対象者の語りの補足を（ ）で示す。今回、集中治療室での面会に対する看護師の認識を明らかにするためにインタビューによる意識調査を行った。その結果、【安寧への配慮】【病状が優先】【家族のライフスタイルへの配慮】【看護師一家族の信頼関係の構築】【家族看護の知識不足】【業務が優先】という 6 つのカテゴリーが抽出され

た。

【安寧への配慮】とは、集中治療室という非日常的な空間の中で、患者が家族と過ごすことで精神的な安心を得ることとする。また、家族は患者の様子を側で見ることで病状を理解する。対象者は〈患者一家族の情緒的交流の場〉〈家族が患者の状況を把握する〉と捉えていた。対象者は「患者・家族の思いが落ち着くまで（面会時間の）融通を利かせるのが大事」「お互いの心配事を解消する」「本人の状況を知れる唯一の場所、本人に会える場所」などと語っていた。

【病状が優先】とは、患者の安静を優先し、治療の妨げとなる場合は面会を控えてもらったり、終末期の患者は家族との時間が取れるように配慮したりすることとする。対象者は「患者に応じて対応するけど、集中治療室なので検温や処置が優先」「感染のことを考えたら子どもの面会は難しい」「患者によっては家族がいることが刺激になる場合もある」「状態が不安定だったり、厳しいときは面会制限を緩和させている」などと語っている。

【家族のライフスタイルへの配慮】とは、仕事や来院手段など面会時間内に来ることが難しい家族に対して患者と家族が共に過ごせる時間を持つこと、その環境を整えることとする。対象者は「面会時間に来るのが難しいときは都合に合わせて（面会に）入ってもらったほうがいい」「県外の人が（面会時間外に）面会に来たときに帰ってくださいますよ」と言えな

い」などと語っていた。

【看護師一家族の信頼関係の構築】とは、患者の状態を伝えたり、家族のことを気遣ったりすることとする。対象者は〈家族への情報提供〉〈家族の精神的・身体的状況への配慮〉と捉えていた。対象者は「家族は面会した時しか患者の情報を得られないので看護師が伝えられる情報は伝える」「（家族の）体調はどうか、休めているか聞く」などと語っていた。

【家族看護の知識不足】とは、集中治療室入室という生命の危機に直面した患者の家族対応に悩み、介入の難しさを感じていること、医療者と家族の認識のずれがあるときの説明に悩むなど家族看護に関する困難さを抱えていることとする。対象者は〈家族への情報提供の難しさ〉〈面会者への精神的援助の難しさ〉と捉えていた。対象者は「看護師からどこまで伝えていいかわからない」「十分な対応ができなかったときに心残りになってしまったことがある」「子どもはショックを受けるので心のケアができるかどうか

（不安である）」「家族の精神的フォローが必要な時、話を聞いてどうフィードバックすればよいかわからない」などと語っていた。

【業務が優先】とは、集中治療室という重症度の高い患者を複数人受け持つ環境のなかで、業務や処置を優先し面会時に家族への対応が不十分になっている現状とする。対象者は「患者さんを複数受け持ち片方の患者の対応をされていて家族と話せない」「吸引とか処置が多い人ならケアがしづらい」などと語っていた。

V. 考察

【安寧への配慮】

集中治療室への入室は急を要する場面が多く、患者本人だけでなく、患者の家族へのケアも重要となる。弘ら²⁾は、「患者および家族は、突然の出来事に混乱し、患者の死を予測する恐怖感や不安、ストレスも大きく、深刻な情緒的危機状態に陥りやすい。こうした場合、患者は家族に側にいてもらいたいと望み、家族は何もできなくても側にいたいと望むのが一般的」と述べている。面会制限を設けている環境であっても、規則に従い患者と家族の時間を中断させるのではなく、いつでも会いたい時に会える環境を整えることで、患者・家族双方に安心感を与えることができると考える。家族は、患者の状態やどのようなケアが行われているのかを実際に側で目にし、患者の情報を得ることによって、安寧につながるかと考える。しかし、重症な患者を目の前にして家族だけの空間をつくることや、タッチングを促すことが安寧につながる感じる家族だけでなく、恐怖や不安感を感じる家族もいる。そのため、看護師が家族の状態を判断し、家族へ適切に介入することが重要であると考えられる。

【病状が優先】

現在、A病院の集中治療室では面会時間、面会者に制限を設けている。野嶋⁴⁾は、「面会制限がないことが、患者家族のニーズの観点からは理想的ではあるが、常に患者が優先されることを考えなくてはならない」と述べられている。家族のニーズも満たす必要があるが、重症患者のニーズである病状の回復を最優先することで、全身状態の維持、患者の疲労感への配慮を行っていると考えられる。

また、病状を優先するからこそ家族に患者の側に付き添ってもらいたいこともある。野嶋⁵⁾は「終末期にある病者の家族は、病者が死を避けることができな

い病気であることを知り、目前に迫った死を受け入れていくという過程をたどっており、この過程を通して困難な状況へ対処し続ける必要がある」と述べている。終末期の患者家族は、患者の隣で過ごすことで死が避けられないものと理解し、気持ちの整理をするようになる。患者の病状を考慮しながら面会条件の緩和を判断していくことで、患者・家族の情緒的な支援も行っていくことができると考える。

【家族のライフスタイルへの配慮】

集中治療室における面会は、感染防止や患者の身体的負担を軽減するために面会制限が設けられていることが多い。しかし、急な入院を知らされ遠方から駆け付けた家族や、交通手段がなく決められた時間での面会が難しい場合もある。野嶋³⁾は、「家族は、病院での待機や付き添いの他にも、家での家事作業、病院と家との往復、親族や職場への連絡調整などに多くの時間を費やしている」と述べている。家族には、患者の面会だけでなく、仕事や家事などの日常生活がある。また、患者がクリティカルな状態にあるという状況下で、自分の生活を犠牲にして無理している家族も多い。そのような環境の中で、規則に従い決められた時間外の面会を断るのではなく、家族が可能な時間に面会し、患者との時間が過ぎせるよう調整することが重要だと考える。

【看護師一家族の信頼関係の構築】

集中治療室に入室する患者の家族は、疾病と向き合う患者を支えるため、自らの生活を犠牲に面会の時間を確保していることも多い。看護師はそのような家族を気遣い、関わっていく必要がある。鈴木ら⁶⁾は、「集中治療室での家族と看護師の最初の出会いが、その後の家族と看護師の関係にとって重要な意味をもち、また、不幸にして患者が死の転帰をとった場合にも、遺族の悲嘆のプロセスに、患者の生前に受けた家族援助が重要な役割を果たす」と述べている。面会は患者と家族が会える時間というだけではなく、看護師一家族の関係性を築く場にもなっている。A病院の集中治療室では面会できる時間が限られている。入院時の面会以外は原則面会時間に来るように決められており、家族と看護師が対面するのもその限られた時間の中となっている。短時間で信頼関係を築くことが求められる。

また、臨床心理士からの助言によると、面会の制限をなくすことで、家族は面会に行かなければならないと負担に感じることもある。患者家族について、中川⁷⁾は、「自分自身のためにも、本人の闘病を支

えるためにも、自分の生活を犠牲にしすぎないことと、頑張りすぎないことが重要」と述べている。看護師は、患者だけではなく、家族自身も突然のことで強い衝撃を受け、混乱している状況であることを認識している。そのため、面会時の家族の様子を見て、気になる様子が見受けられるときに身体面・精神面において声掛けを行っている。

信頼関係を深めるためには、家族も看護の対象として意識し、家族のニーズを把握するために情報収集し、ニーズを満たせるよう働きかけていく必要があると考える。

【家族看護の知識不足】

担当看護師は家族が面会に来たときは挨拶をしたり、簡単に患者の状態を伝えたり、家族の体調を気遣う声かけをしたりすることはできている。しかし、家族への精神的援助が必要と感じた際にどのように介入すればよいかわからないといった困難さを抱えている。

鈴木ら⁸⁾は、「家族援助の必要性は感じていても、実際には十分な対応ができず、それが家族への負い目となって、いっそう家族への対応を回避してしまうといった悪循環が生じがちである」と述べている。

よりよい家族看護につなげていくためには、集中治療室での家族看護に対する知識不足を補っていく必要がある。具体的には事例検討を行い、理論を使ってアセスメントしていけるように働きかける。そして、各家族のニーズを的確に把握、情報共有しながら患者や家族と関わることで、家族看護に必要なパートナーシップの確立へつながると考える。

また、カンファレンスや記録を行っていても情報共有が不十分であったり、看護師によって経験値や考え方が異なったりしているため統一した対応ができていないと感じることもある。そのような状況を改善するためには、カンファレンスの場で経験値の高い看護師が役割モデルとして机上では伝えられない体験を語り、意見交換を行うことによって、質の向上につながるのではないかと考える。

【業務が優先】

集中治療室では、患者の重症度が高く、多様な看護技術が要求される。また、一般病棟と比較し使用する医療機器や薬剤が多く、業務が煩雑である。山田⁹⁾は、「面会中に処置や手技を実施することで、不十分な手技で家族に不審な思いを抱かせてしまうと考えたり、作業負担が増えてしまうなどと述べている。家族との面会の際にでき

るだけ処置がないように配慮し、面会時間に重ならないように処置の時間を調整している。

また、面会に家族が来たときは声掛けや説明を行うが、担当看護師が他の業務も抱えていた場合、看護師が家族とのコミュニケーションに十分な時間を持つことが困難な場合もある。しかし、家族と看護師が関わる時間が限られているからこそ意図的な介入が必要であると考えられる。

これらのことから、A 病院集中治療室での面会に対する看護師の認識としては、患者・家族と過ごせる時間を確保することが患者・家族双方の精神的な支援につながることを理解し、配慮が必要であると考えていることが分かった。

一方で、十分な家族看護が実施できずジレンマを抱えている部分もあった。それを改善するためには、家族看護についての知識を高め、段階的に準備を行っていく必要があると考える。看護師の経験値や考え方により家族支援に対する介入に差が生じており、家族の心理的特徴やニーズなど知識を深めながら家族看護のアセスメント能力を培っていく必要がある。

また、今回の結果からも面会時間や対象者を緩和するだけでは家族看護の充実を図ることは困難である。しかし、現在の A 病院の面会条件では患者家族のニーズを満たせていないと感じる場面も多く、さらなる家族看護の充実につなげるためには面会条件に関しても検討を重ね、A 病院らしい家族看護の充実を目指していく必要があると考える。

VI. 結論

1. A 病院集中治療室での面会の現状に対する看護師の認識として、【安寧への配慮】【病状が優先】
【家族のライフスタイルへの配慮】【看護師—家族の信頼関係の構築】【家族看護の知識不足】
【業務が優先】という 6 つにカテゴリー化した。
2. 経験値の高い看護師が体験を語ることで、家族対応の方向性を共有し、質の向上に取り組んでいく。
3. 集中治療室での家族看護について実際の事例を用いて勉強会を行い、アセスメント能力の向上を図る。

引用文献

- 1) 道又元裕：ICU における面会 危機状況にある患者—家族のニーズに応える, 看護管理. 10 (10), p790—796. 2000.
- 2) 弘妙子 金山千津代：家族看護としての ICU に

おける面会への取り組み, 家族看護, 3 (2), p 44—45, 2006.

- 3) 野嶋佐由美：家族エンパワーメントをもたらす看護実践 株式会社 へるす出版, p 232, 2005.
- 4) 前掲書 3), p 208.
- 5) 前掲書 3), p 207.
- 6) 鈴木和子 渡辺裕子：家族看護学 理論と実践 第 4 版, p 237, 2012.
- 7) 中川恵一監修：家族が「がん」になったら知っておくべきこと, 池田書店, p 175, 2013.
- 8) 鈴木和子 渡辺裕子：家族看護学 理論と実践 (4), 日本看護協会出版会, p 238, 2012.
- 9) 山田亨：重症患者を含めた家族に焦点を当てたケアとは?, ICNR 5 (2), p 36, 2018.
- 10) 前掲書 9), p 33.

5. 救命救急センターにおける退院支援の現状と課題

キーワード：自宅退院、退院支援、パンフレット

○増田佳那子¹⁾ 川崎友加里¹⁾ 岸上多栄子¹⁾ 高澤千鶴¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

近年、高齢化が進み介護者も高齢であることが多く、在宅介護の継続が難しい。また、核家族化により在宅の受け入れが困難な状況も多くある。急性期病院において在院日数の短縮化に伴い、患者が限られた期間に適切な医療を受け、退院後も安定した療養生活を送れるように、入院中から退院支援に取り組む必要があると言われている。しかし、木場らは治療や生命維持が優先され、患者が疾患を持ち、生活することの受容や自立に十分目が行き届かない環境にある¹⁾と急性期医療における退院支援の困難さを述べている。患者・家族との接点が多い病棟看護師は、患者を生活者として捉え療養生活を予測し、適切な退院調整へと橋渡しを行う役割を担っている。

先行研究より、退院患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆されている²⁾。A病院救命センター(以下B病棟)は3次救急の病院であるが急性期を脱した患者はB病棟から直接自宅退院するケースもある。B病棟では支援を統一するために、退院指導パンフレットが作成されているが、運用方法は決まっておらず、支援が必要なケースの選別や指導の方法に個人差がある。また、退院支援専門看護師との情報共有の場はあるが、医療ソーシャルワーカーを含めた退院支援カンファレンス開催への意識が低い現状がある。

そこでB病棟における退院支援の現状と経験年数による意識と行動の差を調査し、今後の課題を明らかにする事を目的に本研究に取り組んだ。

I. 目的

退院支援の現状と、経験年数による意識と行動の差を明らかにし今後の課題を明らかにする。

II. 方法

1. アンケート調査

対象：B病棟看護師 20 名

方法：質問紙(無記名、多肢選択、一部記述式)を用い各個人へ配布。研究の趣旨を述べ、協力できる方のみでの自由参加である事を明記した。病棟へ留め置き式の回収箱を設置し投函してもらい回収した。

調査項目：①経験年数②退院指導の必要性③退院指導の実践(退院指導の実施の有無、パンフレット使用の有無と内容)とした。「退院指導の必要性」は「必要」「不要」「どちらとも言えない」の3段階の順序尺度法とし、理由については自由記述式を設けた。「退院指導の実践」については「有り」「無し」の二項選択とし内容については自由記述式を設けた。なお、調査項目は研究者が独自に作成したものである。

分析方法：選択肢回答のデータは EXCEL を用いて単純集計した。

2. 電子カルテからの情報

対象：調査期間中にB病棟に入院した患者

方法：電子カルテよりデータ収集

調査項目：患者の転帰(自宅退院、転院、転出)と退院指導の実施件数について

データ収集期間：2018年5月～2018年11月

分析方法：データは EXCEL を用いて単純集計した。

III. 倫理的配慮

A病院において看護部事前検討委員会にて承認を得た。調査票に本研究の目的と、研究参加の可否により不利益はない旨の説明を記載した。尚、対象者から自由意思による研究ならびに発表の承諾が得られている。

本研究に関連して開示すべき利益相反関係にあたる企業等はない。

IV. 結果

1. 対象者の属性

調査期間中のB病棟看護師は 28 名。看護師経験

年数は1～2年目7名、3～9年目14名、10年目以上7名であった。

2. 退院指導の認識

調査対象者24名(研究者、看護師長を除く)に質問紙を配布し20名から回答を得て、分析対象とした。質問紙調査より、「退院指導の必要性」に対して「必要」90%、「不必要」0%、「どちらとも言えない」10%であった(図1)。必要と回答した理由は、経験年数を問わず、「再発予防のため」「患者や家族の不安の軽減のため」という理由が大半であり、どちらともいえないとした理由には「全員に行う必要はない」とあった。退院指導を行わなかった理由として、「入院期間が短く、次回受診日が決まっているため」「現疾患があり専門的な治療を必要としたため」とあった。



図1 退院指導の必要性

退院指導実施の有無については85%の看護師が退院指導実施の経験があり、残り15%の看護師は経験がなかった(図2)。



図2 退院指導実施の有無

退院指導を実施したことがない看護師の内訳として1年目2名、2年目1名であった。退院指導を行った看護師は、パンフレットに「患者の生活背景に関わること」「日常生活の注意点」「患者や家族の不安な点」などを追加し指導したという回答があった。また、退院指導パンフレットについては、「ベ

ースが出来るため使いやすい」と前向きな記載がある一方で「高齢者には内容が多いのでは」「救急では一編通りには進まないことが多いため個別性を重視することが大切」といった回答も見られた。パンフレットを使用せず指導を行った理由としては、「指導内容が少なく、口頭での説明のみで理解力が良好であったため」と回答があった。

3. 退院指導の実践

調査期間中、B病棟から自宅退院した患者は94名であり(表1)、そのうち30名の患者に退院指導が実施されていた(図3)。

表1 転帰の内訳

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	合計
自宅退院	12	17	10	7	13	23	12	94
転院	13	14	13	20	11	15	13	99
転出	16	19	23	28	13	17	21	137

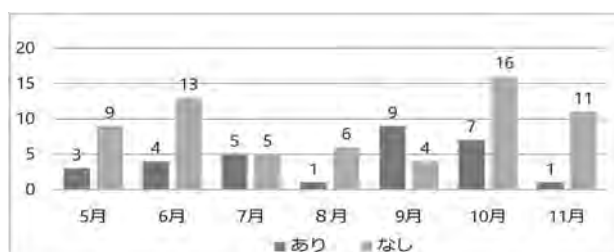


図3 退院指導件数

退院指導を実施した看護師を経験年数別に見ると、1～2年目3件(10%)、3～9年目17件(57%)、10年目以上6件(20%)、不明4件(13%)であった(図4)。

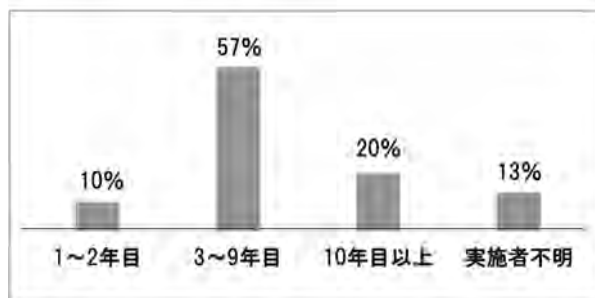


図4 経験年数別にみた退院指導実施件数

退院指導実施のタイミングとして、当日に実施:19件(63.3%)、前日に実施:9件(30%)、それより前に実施:1件(3%)、不明1件(3%)であった。

V. 考察

調査より、90%の看護師が退院指導を必要と感じており、その理由として「再発予防」や「患者家族の不安の軽減のため」などの記載があった。これは、

退院指導において重要な目的を大半のスタッフが認識していると言えるのではないかと考える。しかし、実際の指導件数は少なく、経験年数に差が生じている現状があった。

先行研究では、看護師はそれぞれ得た知識を使って、問題点を見つけ、退院計画をたて、実施し評価を行っているため、実践している看護師の知識内容は異なり、アセスメント内容や評価内容が一定ではないと言われている。B病棟において、特に経験年数が浅い看護師で実施件数が少ない現状にあり、これは退院支援に関する知識不足に関連していると考えられる。A病院において、院内教育ラダーシステムや勉強会などで退院支援に関する知識を習得する場は少ないため、退院支援に関する知識の普及が課題として明らかとなった。

アンケート結果より、退院指導を実施している看護師のなかには、「患者の生活背景に関わる事」「日常生活の注意点」「患者や家族の不安な点」などを追加したとの回答もあり、在宅での療養生活を想定した退院指導が実施できていた事例もあるが、退院当日と前日に実施している事がほとんどであり、指導の時期が遅い現状が明らかとなった。これは患者が実際に退院後に在宅に戻ったときに様々な不安に気づくことに関連していると考えられる。野田は、看護師が患者の状態を的確にアセスメントし早い時点で退院後の医療処置介入の判断を行い、カンファレンスでMSW、リハビリスタッフと方向性について検討していくことが必要である³⁾と述べている。退院前日の指導では、退院後、在宅療養時に予測される患者の不安や支援が明確にならず、必要な介入を十分に行う事ができない。患者の年齢や社会・家族背景によっては退院後に抱く不安や支援の内容も様々であるため、入院中の早い段階から、在宅での療養に関する情報を把握する必要がある。宇都宮は早期のアセスメントが退院支援を円滑にする⁴⁾と述べ、スクリーニングシートを用いてハイリスク患者をピックアップする事を推奨している。急性期医療の現場では生命維持が優先されており、多職種と情報共有し退院支援について考える機会が少ない。そのため、今後はスクリーニングシートを用いた患者の選別や早期介入、多職種との情報共有の場となるカンファレンスの開催など、退院支援を業務内容として取り組む必要があるのではないかと考える。さらに、患者・医療者間で問題共有を行い、個別性のあるパン

フレットを用いて指導を行うことが患者の治療意欲を高め、より効果的な退院支援に繋がるのではないかと考える。

IV. 結論

退院指導は必要と認識している看護師は多いが、実際に実践している看護師には経験年数による差が見られた。また、退院指導を実施しているタイミングが遅い現状が明らかとなり、退院支援に関する知識の普及や、早期介入が必要である事が課題として明らかとなった。

今後は、スクリーニングシートの考案や多職種との連携を行いながら個別性のあるパンフレットを作成し、早期から退院支援に取り組んでいく必要がある。

引用文献

- 1) 木場しのぶ 斎藤智恵:急性期医療におけるがん患者への退院支援-退院支援看護師と退院調整看護師の協働との関連性-,日本看護科学会誌, 37, P298-307, 2017.
- 2) 丸岡直子 佐藤弘美 川島和代他:退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割,石川看護雑誌, 1, p31-37, 2004.
- 3) 野田明美 小田夕紀, 村麻美他:看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上を目指して-退院調整シートの修正と退院調整アセスメントシートの導入,旭川医療センター医学雑誌, 1, p66-71, 2015.
- 4) 宇都宮宏子 三野恭子:これからの退院支援・退院調整,日本看護協会出版社, p54, 2011.

6. 新たに取り組んだ接遇チェック評価方法の導入

キーワード：接遇チェック 自己他者評価 ブラインド（盲目式）

○中橋清子¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

A 病院のさわやかサービス委員会では、委員会目標の一つである「接遇の対応能力を高める」に対し、委員会の取り組み活動として年2回(6月・12月)接遇チェックを実施している。

チェック表は1枚に自己評価と他者評価の欄が並び、2回(6月・12月)使用する書式で作成されており、評価は自己評価後に他者評価を行うが、他者評価者の選定は個々に委ねられている(表1・2)。接遇チェック結果は毎回ほぼ同様であり、効果的にフィードバックできておらず、根本的な接遇改善にはつながっていないことが課題と考えられた。

これまで接遇に関連した先行研究では自己評価と患者からの他者評価についてはいくつか見られたが、同僚看護師による他者評価について報告されたものはなかったため、今回新たに取り組んだ接遇チェック評価方法の導入について報告することは意義があると考えられる。

I. 目的

新たに取り組んだ接遇チェック方法を導入し、接遇に対する意識と接遇の質向上につながることを目的とした。

II. 用語の定義

接遇チェック評価とは看護師対象の定期的接遇チェックと定義する。

III. 方法

1. 研究デザイン：質問紙調査法
2. 対象：A病院に勤務する看護師長以上の役職者を除く全看護師 625名
3. 期間：平成30年11月1日～11月30日
4. 実施方法：接遇チェック表はさわやかサービス委員会が独自に作成したもので、「言葉づかい」10項目、「身だしなみ」19項目、「態度」23項目

目で構成されている。

11月の接遇チェックでは自己評価表と他者評価表に分け、他者評価は評価者をブラインドとし看護師長から評価者個々に被評価者を提示し実施した。

評価基準は5段階評価で

5. 常にできている(91～100%)
4. 時々できている(71～90%)
3. あまりできていない(51～70%)
2. ほとんどできていない(20～50%)
1. まったくできていない(0～19%)

とした。

5. 分析方法：得られたデータは単純集計し、6月の接遇チェック結果と同様に複合グラフに示し、6月、11月の結果を比較評価した。

IV. 倫理的配慮

さわやかサービス委員会で実施する接遇チェック後、各部署の委員が単純集計した結果を最終的に比較・評価を行っており、個人は特定されない。チェック表は集計後各個人に返却した。接遇チェックは看護部組織内の委員会活動として実施しており、原則、看護師全員の提出が必要であるが、接遇チェック表の提出がなかった場合でも、その個人に不利益が生じることはない。

本研究は所属施設の看護部事前検討委員会の承認を得て実施した。

開示すべき利益相反はない。

V. 結果

有効回答者数は6月639名、11月592名であった。「言葉づかい」「身だしなみ」「態度」の自己評価は6月、11月ともにほぼ同様であった。他者評価は、6月は従来の方法、11月は評価者をブラインドとして実施したが、結果は、6月に比べ11月の評価が全体に高い傾向にあった(図1～3)。

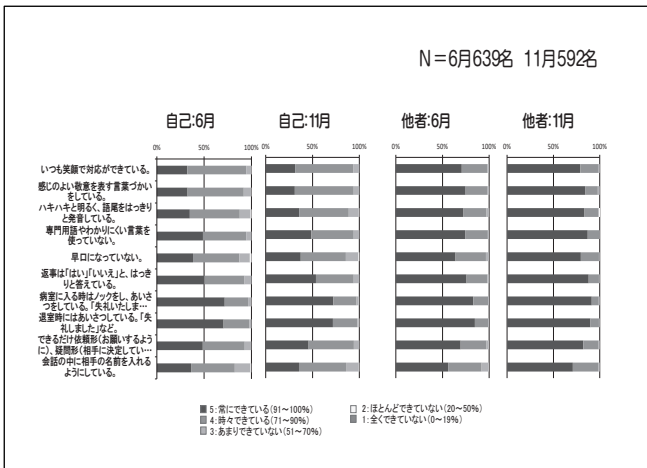


図1 結果【言葉づかい】

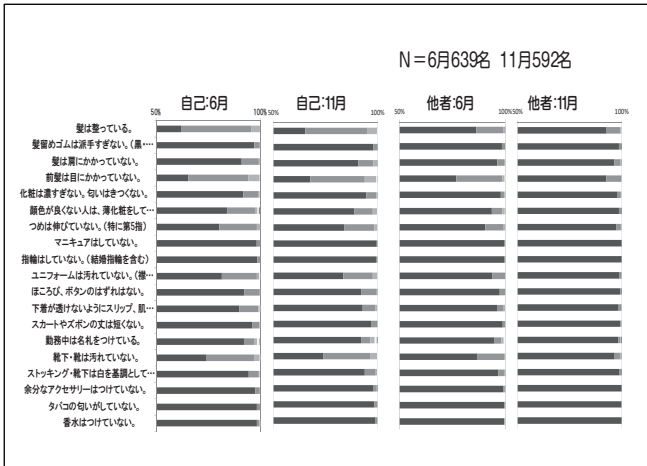


図2 結果【身だしなみ】

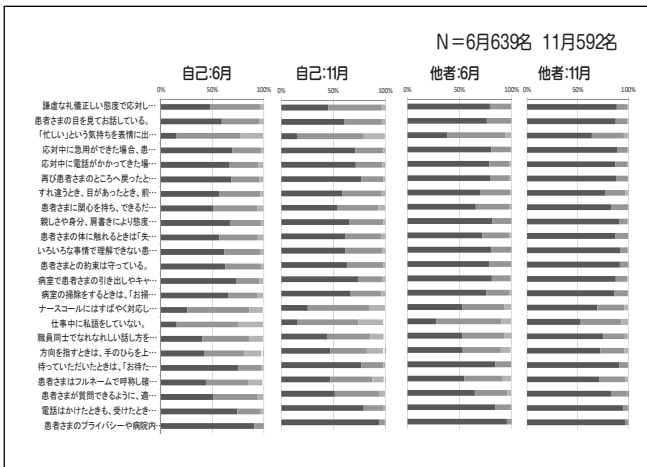


図3 結果【態度】

図4は、11月接遇チェックにおける自己評価と他者評価の得点差を示したものである。「言葉づかい」の評価では、他者評価より自己評価が低かった者は86名、そのうち11点以上低かった者は50名、自己評価より他者評価が低かった者は66名、そのうち11点以上低かったものは3名であった。

「身だしなみ」の評価では他者評価より自己評価が低かった者は15名、そのうち11点以上低かった

者は10名、自己評価より他者評価が低かった者は49名、そのうち11点以上低かったものは1名であった。

「態度」の評価では他者評価より自己評価が低かった者は209名、そのうち11点以上低かった者は183名、自己評価より他者評価が低かった者は74名、そのうち11点以上低かったものは24名であった。

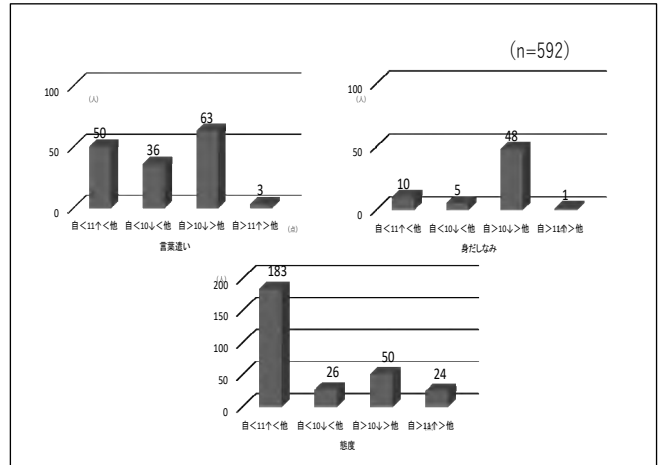


図4 自己評価と他者評価の得点差

図5は、11月の接遇チェックにおいて自己評価、他者評価が満点の件数を示している。「言葉づかい」では自己評価で39名(6.6%)、他者評価で283名(47.8%)、「身だしなみ」では自己評価で196名(33.1%)、他者評価で466名(78.7%)、「態度」では自己評価で13名(2.2%)、他者評価で142名(24.0%)が全ての項目で「常にできている」と評価していた。

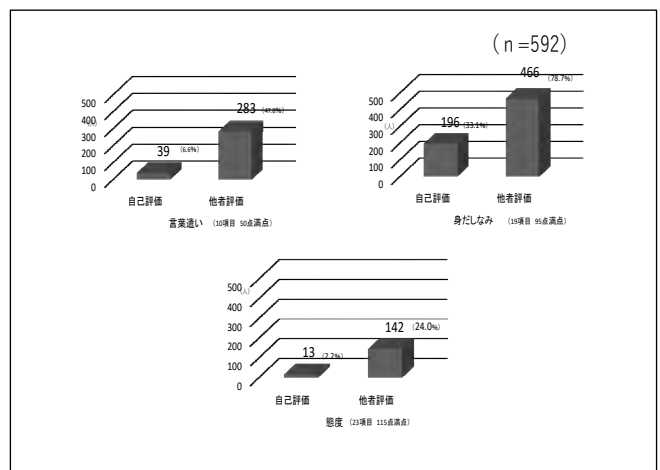


図5 評価結果が満点の件数

VI. 考察

6月の接遇チェックでは、すべての項目において他者評価が自己評価を上回って高い評価となっている。他者評価が高くなる要因として、評価者と被評

評価者の関係性や評価方法に問題があると判断し、評価者をブラインドにすることで不必要な感情・心理が働かず、より客観的な評価ができると考え、11月の接遇チェックではブラインド方法を導入し、実施した。

今回の評価結果より、6月と11月の自己評価がほぼ同じであることから、接遇に対し改善がない、あるいは意識の変化がないと考えられた。にもかかわらず、11月の他者評価は6月の他者評価よりも高いという結果であった。この背景にはハイコンテクストなコミュニケーションスタイル¹⁾(表3)が要因としてかかわっており、6月の評価方法は、自己評価に合わせて他者評価が自己評価より低くならないようにという心理が働き、11月の評価方法は自己評価がわからないため無難に評価しようという心理が働いたのではないかと考えられる。

表3 コミュニケーションスタイルの違い

ハイコンテクスト文化	ローコンテクスト文化
日本、中国、フランス、イタリア、スペイン	アメリカ、イギリス、カナダ、ドイツ、
暗黙知	形式知(言語化して説明可能な知識)
言葉以外にも状況や文脈によっても情報を伝達	伝達される情報は言葉の中ですべて提示される
曖昧な言語	正確性が必要とされる言語
一般的な共通認識に基づく	言葉に基づく
感情的に意思決定される	論理的に意思決定される
関係性重視・チーム志向	タスク重視・個人志向
関係性重視の意思決定	論理性、規則重視の意思決定
身体や経験で技術継承する	明示できる知識として継承する

東洋経済 ONLINE より引用 (<https://toyokeizai.net/>)

また、PNS[®](パートナーシップナーシングシステム[®])による働き方で、同じ部署内のスタッフであっても、普段ペアにならないスタッフの評価は難しかったという意見もあり、同僚への関心の低さがうかがえる。日頃よりお互いに関心を持ち、接遇向上につながる良好なコミュニケーションが風通しの良い職場風土の構築につながると考える。

本研究の効果として、各部署で自己評価より他者評価が低いという結果も若干見られ、客観的評価につながったことがうかがえる。

しかし、「言葉づかい」「身だしなみ」「態度」の評価結果、自己評価と他者評価の得点差、満点の件数の結果から、自己評価と他者評価に乖離があり、客観的に評価することの難しさが示唆された。自分自身を含め、人を客観的に評価することの必要性の理解が、適切な接遇チェックを行う上での課題と考え

る。

今後は接遇チェック項目の内容や評価者の決め方等の検討を行い、新たに導入した方法の経験を重ねることで、接遇に対する客観的評価の精度が向上し、スタッフの接遇に対する意識と接遇の質の向上につながると考える。

VII. 結論

1. 6月、11月における接遇チェックはどちらも他者評価が高かった。
2. 自己評価と他者評価の乖離を少なくし、接遇に対する意識と質の向上のためには、他者を客観的視点で評価するということが課題である。

引用、参考文献

- 1) 東洋経済 ONLINE : <https://toyokeizai.net/>
2019.10.29 アクセス

表1 接遇チェック表(1)

接遇チェックリスト

【部署名: _____】

評価基準: 5.常にできている (91~100%)
 4.時々できている (71~90%)
 3.あまりできていない (51~70%)
 2.ほとんどできていない (20~50%)
 1.まったくできていない (0~19%)

言葉づかい	()月評価		()月評価	
	自己	他者	自己	他者
1 いつも笑顔で対応ができている。				
2 感じのよい敬意を表す言葉づかいをしている。				
3 ハキハキと明るく、語尾をはっきりと発音している。				
4 専門用語やわかりにくい言葉を使っていない。				
5 早口になっていない。				
6 返事は「はい」「いいえ」と、はっきりと答えている。				
7 病室に入る時はノックをし、あいさつをしている。「失礼いたします」「おはようございます」など。				
8 退室時にはあいさつしている。「失礼しました」など。				
9 できるだけ依頼形(お願いするよう)に、疑問形(相手に決定していただくよう)に)で話している。				
10 会話の中に相手の名前を入れるようにしている。				
言葉づかい合計				

身だしなみ	()月評価		()月評価	
	自己	他者	自己	他者
1 髪は整っている。				
2 髪留めゴムは派手すぎない。(黒・紺・茶)				
3 髪は肩にかかっていない。				
4 前髪は目にかかっていない。				
5 化粧は濃すぎない。匂いはきつくない。				
6 顔色が良くない人は、薄化粧をしている。				
7 つめは伸びていない。(特に第5指)				
8 マニキュアはしていない。				
9 指輪はしていない。(結婚指輪を含む)				
10 ユニフォームは汚れていない。(襟元、袖口、ズボンのすそ)				
11 ほころび、ボタンのはずれはない。				
12 下着が透けないようにスリップ、肌着を着けている。下着の色は好ましい。(白、ベージュなど)				
13 スカートやズボンの丈は短くない。				
14 勤務中は名札をつけている。				
15 靴下・靴は汚れていない。				
16 ストッキング・靴下は白を基調としている。				
17 余分なアクセサリーはつけていない。				
18 タバコの匂いがしていない。				
19 香水はつけていない。				
身だしなみ合計				

(2・5・8は女性のみ・男性は2とする)

表2 接遇チェック表(2)

接遇チェックリスト

態度	()月評価		()月評価	
	自己	他者	自己	他者
1 落ち着いた落ち着いた態度で応対している。				
2 患者さまの目をお話している。				
3 「忙しい」という気持ちや表情に出していない。				
4 応対中に急用が来た場合、患者さまに一言断ってから席をはずしている。				
5 応対中に電話がかかってきた場合、「失礼します」と断ってから受話器をとっている。				
6 再び患者さまのところへ戻ったときに「失礼しました」とお詫びしている。				
7 行先違うとき、目があったとき、前を通るときは会釈やあいさつをしている。				
8 患者さまに関心をもち、できるだけ早く名前を覚えるようにしている。				
9 親しさや身分、肩書きにより態度をかえていない。				
10 患者さまの体に触れるときは「失礼します」と言っている。				
11 いろいろな事情で理解できない患者さまに冷たい態度や夜回な態度をとっていない。				
12 患者さまとの約束は守っている。				
13 病室で患者さまの引き出しやキャビネットを開けるときに一言断っている。「開けていただきます」「よろしいでしょうか」「失礼いたします」など。				
14 病室の掃除をするときは、「お掃除をさせていただきます」「窓を開けてよろしいでしょうか」などと言葉をおかけしている。				
15 ナースコールにはすばやく対応している。				
16 仕事中に私語をしていない。				
17 職員同士でなれなれしい話し方をしていない。態手を相手ときはさんづけで呼んでいる。				
18 方向を指すときは、手のひらを上にした基本動作で行っている。				
19 困っていたりしたときは、「お待たせしました」と言っている。				
20 患者さまはフルネームで呼称し確認している。				
21 患者さまが質問できるように、適当に際をおいて話すよう心がけ、ときどき「おわかりにならないことはありませんか」などと問いかけをしている。				
22 電話はかけたときも、受けたときも名乗っている。				
23 患者さまのプライバシーや病室内の出来事を外部にもらしていない。				
態度合計				

(11・14・15は女性のみ、22・23は男性のみ・女性も2とする)

7. 周術期看護の質向上

～看護実践能力調査の精度向上に取り組んで～

キーワード: 周術期看護 質向上 マニフェスト

○廣瀬恵子¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

日本医療機能評価機構は、患者が入院から退院まで「患者中心の看護」「良質な医療の実践」をどのように提供されたか看護実践のプロセスを重要視している。2018年度、A病棟は看護部目標を基に、病棟の役割から看護実践のプロセスを可視化し「周術期看護の質向上」を病棟目標の内の1つに立案した。看護部は看護実践能力調査「看護部マニフェスト」を調査し看護の質評価に繋げている。しかし、調査方法は院内基準がなく、A病棟独自の方法で集計し報告を行う状況であった。看護実践のプロセスを可視化することは看護の質評価にも繋がる。そこで「看護部マニフェスト」を適正に調査することが課題であると考えた。

今回、看護実践能力調査「看護部マニフェスト」に着目し看護の質向上における実績調査に取り組んだので報告する。

I 目的

周術期看護の質向上に向けて取り組む。

II. 用語の定義

看護部マニフェストとは、看護部が「インフォームドコンセント（以下 informed consent : IC と称す）立ち合い」「看護計画開示」「静脈血栓塞栓（以下 deepvenousthrombosis : DVT と称す）予防実施」の3項目を看護実践能力の調査項目としている。各病棟は毎月のサーベイランス結果を看護部に報告し、看護の質向上に向けた実績調査である。

III. 方法

1. 研究デザイン: 実態調査研究
2. 調査対象: 看護部マニフェスト「IC 立ち合い」「看護計画開示」「DVT 予防実施」の3項目を実績調査
3. 調査期間: 2018年5月1日～2019年1月31日
4. 実施内容: 5月に看護部マニフェスト実績調査「IC立ち合い」「看護計画開示」「DVT 予防実施」における調査の目的・ルールについて下記に示した内容で共通認識を図った。

- 1) 看護部マニフェストの調査目的は看護実践能力調査であり「看護の質」を可視化することの必要性をスタッフに周知し、適正評価の共通認識を図った。
- 2) 「IC 立ち合い」はすべてのICに立ち会うことを目指して取り組む。「看護計画開示」は手術患者に対して計画を開示する。「DVT 予防実施」DVT アセスメントシートで評価しパンフレットを用いて指導することを指標とした。
- 3) A病棟独自の調査票を作成し実施した(図1)。調査票記入のルール化については、各自が毎日、実施した件数を勤務終了時に調査票に記入することとした。調査票の記入忘れを防ぐため、日勤リーダー看護師・夜勤リーダー看護師がスタッフに確認した。さらに、毎月調査票の集計を行い、定例会で看護部マニフェストの結果を報告した。
5. 分析方法: 2017年度・2018年度(5月～1月分)の看護部マニフェスト「IC立ち合い」「看護計画開示」「DVT 予防実施」3項目の件数をそれぞれ単純集計をした。

IV. 倫理的配慮

本研究は所属医療施設看護部事前検討委員会の承認を得て実施した。利益相反なし。

V. 結果

実績調査の取り組み方法による結果は、2017年度はスタッフ個々で毎月実践した看護部マニフェストの各調査項目を自己申告し集計した。「IC立ち合い」月平均14.08件。「看護計画開示」月平均43.7件。

「DVT 予防実施」月平均21.91件であった。

新たに病棟独自に作成した調査票(図1)を導入した2018年度は「IC立ち合い」月平均17.11件。「看護計画開示」月平均70.44件。「DVT 予防実施」月平均53.33件であった。

各勤務終了時に、看護実践の報告を記入しましょう。									
H30年度病院経営目標：稼働率 85%↑ 平均在院日数 16日 必要度 28%									
病棟目標：稼働率 90%↑ 平均在院日数 18日 必要度 28%									
新規入院 / 人		OP		件		退院		▲ 計	
マニフェスト	看護計画開示	看護記録							
	IC立ち合い	看護記録							
	DVT予防実施								
加算項目	医師開始時のみ(氏名)								
	看護心動脈 チェック (1)								
	入院療養計画書								
	入退院支援加算	入退院支援専任看護師が月末に記入							
他職種連携	入退院支援加算 I								
	退院支援加算 II								
	退院支援カンファレンス	サブが記入							
	退院支援カンファレンス								
	NSTカンファレンス								
	緩和ケアサポートチーム								
外来継続看護依頼									
排痰サポートチーム									

図1 看護部マニフェスト調査票

看護部マニフェスト「IC立ち合い」「看護計画開示」「DVT予防実施」の結果(図2)は、2017年度と比較し2018年度はすべての項目が上昇した結果が得られた。

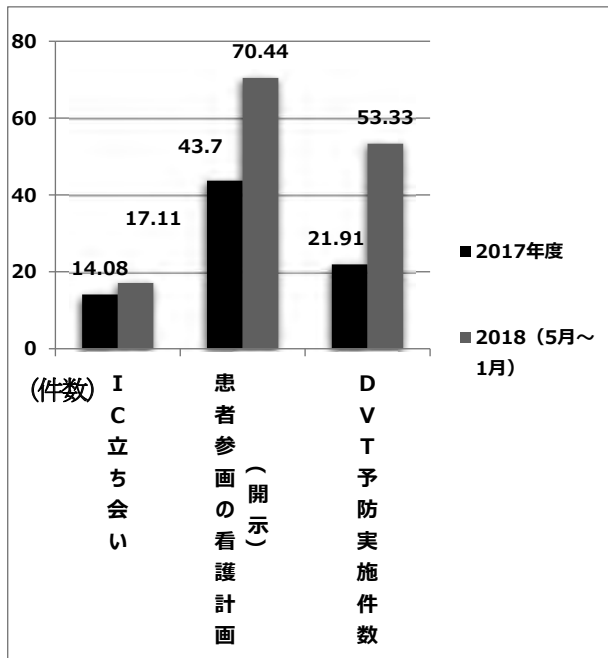


図2 看護部マニフェスト調査結果

VI. 考察

看護実践のプロセスを共通認識し、周術期看護の質向上に取り組んだ。病棟独自に作成した調査票(図1)に、スタッフは各自で毎日、実施した件数を勤務終了時に記入する

ことで看護部マニフェスト「IC立ち合い」「看護計画開示」「DVT予防実施」3項目の件数は(図2)の2017年度と比較し2018年度はすべての項目が上昇した結果が得られた。このことは、看護部マニフェスト調査を理解すると共に、共通認識し適正に調査することで看護実践のプロセスを可視化することの必要性を共通認識することに繋がったと考える。看護の可視化に関して堀込氏らは「看護の成果をより客観的に可視化し、説明していくことが求められている。」¹⁾と述べている。看護実践能力調査「看護部マニフェスト」は各病棟の看護の成果であり、看護を可視化し説明していくために必要であると考え。また、勝原は「看護の価値が社会で認められるよう、客観的で妥当性がある質を継続的に高めていかなくてはならない、可視化はその向かうべき方向を示すものとなる。」²⁾と述べている。

今後は、看護の可視化としての看護部マニフェストの在り方と共通認識の定着化が課題であり、更なる意識付けが必要であると考え。

VII. 結論

1. 看護実践能力調査は看護実践のプロセスを可視化することができる。
2. 看護師個々がマニフェストを通して看護の質を振り返る機会となった。
3. 看護実践能力調査の精度向上に向けた取り組みを定着化することが課題である。

引用文献

- 1) 堀込由紀, 一戸真子: 看護の質のアウトカム評価指標の検討, 上武大学看護学部紀要, 第6巻(1), p53-59, 2010.
- 2) 勝原裕美子: 看護の「可視化」, 日看護会誌, 第17(2), p109-115, 2013.

香川県看護学会誌投稿規程

投稿者の資格

原則として公益社団法人香川県看護協会会員に限る。会員以外・看護職以外で会員と共同研究を行った者は、共同研究者として投稿原稿に記名できる。

対象とする原稿

次の項目をすべて満たしているものを対象とする。

- 1) 香川県看護学会で発表した研究であること。
- 2) 倫理的に配慮された研究内容であり、その旨が本文中に明記されていること。
- 3) 同一内容の論文を他の関連学会および研究誌（商業誌を含む）へ投稿していないこと。

投稿手続き

- 1) 原稿を2部（1部複写可）作成し、指定期日までに送付する。
- 2) 投稿時は「論文投稿チェックリスト」を用いて原稿の確認を行い、原稿に添付する。
- 3) 封筒の表には「香川県看護学会誌原稿」と朱書きし、折らずに送付する。

投稿の受付および採否

- 1) 原稿の採否は選考を経て学会委員会が決定し、投稿者に採否を通知する。
- 2) 学会委員会から修正を求められた原稿は、指定期日に再提出する。
- 3) 投稿された原稿は、理由の如何に関わらず返却しない。
- 4) 投稿規程を遵守していない原稿は、原則として受け取らない。

原稿の書式設定

- 1) 用紙はA4判に横書きで2段組みとし、1ページ2000字程度とし、上下左右の余白を20mmに設定する。
- 2) 本文の文字サイズは10.5ポイントとし、和文フォントは明朝体で全角、英文およびアラビア数字は半角とする。

原稿執筆要領

- 1) 原稿には**表紙**を設け、1部には「タイトル」・「キーワード」・「筆頭研究者名」・「共同研究者名」・「所属施設名」・「図表の添付枚数」・「連絡先」、もう1部には「タイトル」・「キーワード」・「図表の添付枚数」を記載する。
- 2) 本文
 - ① 本文・引用文献・図表を合わせて7,200字（4枚程度）以内とする。文献記載方法→ ※
 - ② 本文中の句読点について「、」「。」を用いる。
 - ③ 原稿は和文・新仮名づかいを用い、外国語はカタカナ表記、外国人名や日本語訳が定着していない用語等は原語にて表記する。
 - ④ 原稿は、「はじめに」・「目的」・「方法（倫理的配慮含む）」・「結果」・「考察」・「結論」の項目別にまとめ「目的」から各項目にはローマ数字で番号をつける。また「はじめに」では、先行文献を検討した旨を明記し、倫理的配慮については日本看護学会実施要綱を参考にすること
 - ⑤ 本文の下欄外中央にページ数をつける。
 - ⑥ 本文の右欄外に図表等の挿入希望位置を指定する。

2015年7月改訂

個人情報の取り扱いについて 演題申込書により、本会へ送付いただいた個人情報は、各種通知・抄録集・論文集の編集および発送・問い合わせ等に利用します。

著作財産権の譲渡について 日本看護学会抄録集および論文集に掲載された著作物の複製権、公衆送信権、翻訳・翻案権、二次的著作物利用権、譲渡権等は本学会に譲渡されたものとします。著作者自身のこれらの権利を拘束するものではありませんが、再利用する場合は事前にご連絡ください。

※文献の記載方法

引用文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の肩に¹⁾ ²⁾などで示し、原稿の

最後に一括して引用番号順に記載。参考文献名は記載しない。

- ・雑誌の場合…著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、頁、発行年（西暦）。
- ・単行本の場合…編著者名：書名（版：初版は不要）、発行所、頁、発行年（西暦）。
- ・記入例…巻（号）、頁、発行年は数字のみを表記。（例 5(3), 16-20, 2009.）

編集後記

ここに香川県看護学会誌第11巻を皆さまにお届けいたします。

今回は7編の論文を掲載することができました。投稿いただいた会員の方々並びに査読を担当していただいた学会委員の皆さまに深く感謝申し上げます。

香川県看護学会誌は、国立国会図書館収集書誌部逐次刊行物課整理係<ISSN日本センター>及び独立行政法人科学技術振興機構知識基盤情報部に寄贈しています。

皆さま方が臨床の実践者として臨床実践を研究につなげることは、たいへん意義があり、価値あることです。皆さま方が導き出した研究成果を看護実践に活用され、さらに看護の発展や看護の質向上につながるよう願っております。

2021年2月

公益社団法人香川県看護協会常任理事 三原 由紀美

香川県看護学会誌 第11巻

2021年2月発行

編集 公益社団法人香川県看護協会 学会委員会

発行 公益社団法人香川県看護協会

〒769-0102

香川県高松市国分寺町国分 152-4

電話 087-864-9070

印刷 株式会社 成光社

本書の一部または全部を許可なく複写、複製することは

著作権・出版権の侵害となりますのでご注意ください。

