

# 申し送り内容の充実についての検討

北2階病棟 発表者 曾根弘子

伊藤和子・赤羽ヨシエ・金井洋子・赤沼幸  
宮嶋さゆり・今井裕子・塚田初枝・沢渡里美  
松尾智秋・岡田純子・鬼熊千代子・松田尚子  
向山みゆき・藤松順子・丸山可奈子

## I はじめに

申し送りは看護業務の中で重要な位置を占めているが、近年「申し送りは本当に必要なのか?」、  
「一種のセレモニー的要素を含んでいる。」といった報告がされている。しかし私達は、申し送りは  
スタッフが同一レベルで患者の状態を把握し、継続した看護を行う上で必要なものと考えている。  
そこで今回申し送りの現状を調査し、ケアに生かせる申し送りの充実について検討したのでその  
経過について報告する。

## II 研究期間

昭和61年7月～昭和62年4月

## III 方法

A 申し送りについてスタッフ全員で問題点を調査しKJ法でまとめる。

B Aの問題点について対策をたて検討する。

C 申し送りをテープにとり、看護記録を含めて内容を検討する。

第1段階 昭和61年10月 自己評価。

第2段階 昭和61年11月 自己評価。第三者による評価。

第3段階 昭和61年12月 限定した患者を看護経験年数別に評価。

第4段階 昭和62年2月 自己評価。

第5段階 昭和62年3月 継続性の評価。

## IV 実施及び評価

Aについて

KJ法でまとめてみた結果、下記のような問題が上がった。

- (1) 患者の状態把握が充分でない場合がある。
- (2) 必要な事が申し送られていないことがある。
- (3) 申し送り基準にそって報告されていない。
- (4) 必要な看護記録類への記載もれがある。
- (5) 申し送りがカンファレンスや、医師への報告で中断される。
- (6) ワークシートを書くのに時間がかかる。
- (7) 申し送りを始める時間が守られない場合がある。

Bについて

問 題 点	具 対 策
患者の状態把握が十分でない場合がある。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護計画の充実をはかる。 入院時、治療方針の決定時、他問題が生じた時、看護記録1号用紙の看護方針欄に記載する。</li> <li>2. カンファレンスの実施 カンファレンスを持ち、1の評価をする。</li> <li>3. 申し送った事は看護記録にも記載する。</li> <li>4. 他科紹介は返書を記載し問題があったものについてはマークをつけ記録の読み返しを徹底する。</li> <li>5. 検査結果は、異常の有無をチェックし特記すべきものは、温度板看護記録に記載し患者の状態をつかむ習慣をつける。</li> <li>6. ムンテラは1号用紙に記載し、看護記録には症状観察だけでなく精神的なことも記載する。</li> </ol>
必要な事が送られていない事がある。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ワークシートを利用し申し送り内容は明確にしておく。</li> <li>2. 看護記録の記載の落ちをなくす。</li> <li>3. 報告されず困ったことは注意しあい記録にメモしておく。</li> </ol>
申し送り基準にそって報告されない。	<p>全員で申し送り基準をみなおす。(基準内容は資料1参照)</p>
看護記録類への記載がもれる。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 温度板、経過表 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦記載項目について再検討しスタッフ間で統一する。</li> <li>◦申し送り前に確認する。</li> <li>◦申し送り中に記載もれを補充する時は他の看護婦が替わっておこなう。</li> </ul> </li> <li>2. 看護記録 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦記録を読みかえず。(最低2～3日前のものから) 特に深夜では必ず実施し看護過程を評価する。</li> <li>◦継続した処置オーダーなどはカードを利用し言葉を省く。</li> <li>◦特記事項は赤枠で、他科紹介は青枠でかこみわかりやすくする。</li> </ul> </li> </ol>
申し送りがカンファレンスや医師への報告で中断される。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. カンファレンスの時間をきめる。(毎日13:30～30分以内)</li> <li>2. 医師への連絡板をつくる。</li> </ol>
ワークシートを書くのに時間がかかる。	<p>深夜であらかじめポイントを記載し日勤者が補充する方法と日勤者が聞きながら記載方法を両方実施する。</p>

	Dr	Pt	申し送りポイント	現 状 態 (検査, 看護計画)	VITAL
	T	A氏	OPE 後7日目	全抜糸予定	T/P
	H	B氏	ライナック 8回 宿酔 (-) 下痢水様 3回	タンナルビン処方 済み	BP
申し送りを始める時間 が守られない場合がある。	業務のみなおし。				

(評価)

申し送りのもれを防ぎ患者の状態を把握するには、看護記録の記載を充実させることが必要であり、最低2～3日前までの記録を読みかえすことを徹底し、看護内容を評価することにした。お互い記録を読み合うことで観察ポイントや看護の内容を学び、もれがあったり不明な点は自由記録欄にチェックしたので反省の場を持つことができた。継続したオーダー、処置、ケアはカードを作り言葉を省いた方法で申し送ると時間が短縮され確実にあったので今後も利用して行きたい。

申し送り基準の内容を見直しスタッフ間で統一した結果、次第に何を報告すべきかポイントがつかめるようになって来た。しかし重症患者の申し送りとなると内容も複雑で日々の変化も多いため、「うまく申し送ることができない」「申し送りを聞いても把握しにくい」などの意見が多いので今後も努力が必要である。

カンファレンスについては別時間をもうけ実施したため、申し送りの中断がなくなり尚かつ習慣化され記録も充実した。ただし、看護記録1号用紙への看護計画やモニタの記載がもれることが多いので徹底が必要と思う。また申し送り中の医師への報告は、連絡板をつくることで必要最少限ですみ、薬の処方などは、口頭での依頼より確実になっているのも、もっと有効な利用方法を考えて行きたい。

ワークシートについては、深夜勤務者があらかじめポイントを記載し、朝の申し送りで活用してみた結果、時間は短縮され、新人は観察項目やポイントがもれなく把握しやすいなどの利点があった。しかしその反面、看護内容の着眼点がメモを書く看護婦により異なり、日勤者が実施しずらかったり、他人の字は読みづらい、書いてもらったメモにたよってしまうなどの欠点が上げられた。そこで現在は、日勤者がメモをとる方法にもどしているが、全体に申し送り基準がつかめるようになって来たためか、それぞれのメモにも工夫がみられ時間もかからなくなって来ている。

申し送り開始時間については、業務内容をみなおすことで守られるようになった。

Cについて

第1・2段階

1. テープからの反省

- “えーと” “一でね” というような無駄な言葉使いが多い。

- あいまいな表現や内容がある。
- 語尾がはっきりしない。
- 申し送り基準が徹底されていない。
- 前勤務者から送られたことが、正確に伝達されていない。
- 思っている事と実際言っている事にちがいがあある。
- 専門用語が使用されていない。
- 申し送りをしながら仕事の落ちに気付くことがある。
- 患者の把握がされていない。
- 温度板などの記載もれや、準備不足による中断がある。
- 内容の重複がある。
- 問題のないことまで送っている。
- 1つの項目の報告や説明が冗長すぎる。

## 2. 記録からの反省

- 申し送ったことが記載されていない。
- 記録を書いている申し送りのもれに気づくことがある。
- 自由記録欄が活用されていない。
- 記録になると優先項目がバラバラになってしまう。
- 1号用紙への記載もれがある。

## 第3段階

方法：経験年数別に4グループに分け特定患者の申し送りテープをそのまま文にして、文面上でその内容と使用言語を分析し、理想的な申し送りを仮定し評価した。(資料2参照)

### a) 1年以内(4名)

- 無駄な言葉が多い。
- 状態などの表現力が乏しい。
- 受け手が知りたい情報から送れない。
- 観察はできているが、申し送りの中に看護的内容が少ない。

### b) 2年目(4名)

- テープだけ聞いてみるとスムーズに送れていると思うが、実際文章にしてみると、あいまいな表現、長い文章、ポイントの不明確さが目につく。
- 専門用語の活用が少ない。
- 優先順位に整理して送れない。

### c) 3～7年目(5名)

- 量や程度などの表現があいまいである。
- 申し送り基準にはそっている。
- 患者の精神面についての申し送りがやや不足することがある。
- 判断、評価と思われる言葉が出て来ているがまだ継続性に乏しい。

### d) 7年以上(2名)

- 時に一方的な見方があり、ややもすると事務的になることがある。

- 必要項目は送られている。
- 内容によっては、もっと簡素化できる。

第1, 2, 3段階より、申し送りの目標を下記のように立案した。

1. 患者のニーズに合った看護ができるように方向性、継続性をもつ。
2. 申し送り基準と各々の患者の優先項目にそって送る。
3. 重複をさける。
4. あいまいな表現は慎しみ、量、程度は明確にする。
5. 看護用語を用いる。
6. 看護記録、温度板、経過表への記載をきちんとする。

#### 第4段階

目標に対しての自己評価

改善された点	今後も気をつけ努力したい事
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦申し送り基準にそって引き継げるようになった。</li> <li>◦記録を意識的にかけるようになった。</li> <li>◦自由記録が増えた。</li> <li>◦他の看護婦の申し送りをよく聞くようになった。</li> <li>◦看護用語の使用が増えた。</li> <li>◦資料を迅速に揃えられるようになった。</li> <li>◦申し送りを聞き受けるのみでなく相互に目や耳で確認するようになった。</li> <li>◦私語が少なくなった。</li> <li>◦次勤務者が勤務しやすいよう送る努力をするようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦必要書類をきちんとそろえる。</li> <li>◦省略できることはもっと簡潔にする。</li> <li>◦基準を自分のものにする。</li> <li>◦検査や処置（特に食待ちなど）はよりしっかり送る。</li> <li>◦次勤務者が看護しやすいよう送る。</li> <li>◦重症患者の申し送りを訓練する。</li> <li>◦スタッフの様々な個人差を考慮し意見交換をする。</li> <li>◦ワークシートをより活用する。</li> </ul>

#### 第5段階

方法：ある特定の患者の申し送りを続けてテープにとり、目標に対する達成度をスタッフ全員で評価する。

継続性、方向性については、たとえば疼痛のある患者に対し、鎮痛剤の有効な使用方法について申し送りがされ、疼痛部位の表現法の違いなどの細かい問題はあったが、総合且つ系統的に疼痛をコントロールしようとするなどの効果が上がっている。また申し送り基準と患者の優先項目にそって送れるようになって来ており、内容の重複はあるが気になる程ではなく、看護用語も意識的に使用されている。しかし実際の申し送りと記録を比較してみると、記録にもれや優先項目が生かされていないことがあり、記録を読んだだけでは、申し送りほどの情報取得が困難であることが感じられた。

## V 考 察

今回の研究を通じて、私達は日頃それぞれが感じていた申し送りの現状と問題を改めて全員で考えることができた。そして研究当初に比べると、処置や観察項目だけでなく、患者のケアに役立つ申し送りができていると思われる。とくにテープ分析を繰り返した結果、送り手として受け手にわかりやすく申し送るには、1) はっきりと話す。2) できるだけ専門用語を用いる。3) あいまいな表現はさける。4) 必要な情報を優先的に送る。5) 語尾は、はっきりとし、次勤務者が継続して看護しやすいように「～だから～して下さい」「～は効果があるのでお願いします」というような、判断、評価を送る。などの努力が必要と考えた。そのためには、自分のワークシートを活用し、要領よくまとめる力を個々で養い、口頭の申し送りだけでなく、カード、連絡板のような伝達方法も利用すると、より確実であると思う。そして受け手も、問題意識を持って申し送りにのぞめば、申し送りの時間が1つの看護の評価の場となり、次のステップになると考えられた。また記録の読み返しは、全員が意識して実施したことにより、申し送りのもれをカバーすることができるようになったが、テープと記録を比較してみると、記録への記載が十分にされていないことがあるので、今後は看護に生かせる記録についても、検討研究が望まれる。

## VI おわりに

様々な方法で申し送りについて検討した結果、自分達の申し送りに対する問題点が具体化され少しずつ改善されてきている。一貫性且つ継続性のある申し送りが、真の患者の立場に立った看護につながるものと確信することができた。今後も患者ケアに役立つ申し送りができるよう努力して行きたい。この研究にあたり、御指導、御協力いただいた方々に深く感謝いたします。

## 参考文献

1. 由井尚美他：へたになった申し送り，看護実践の科学，11(10)：18～23，1986
2. 今野順子他：今，申し送りに求められているもの，看護実践の科学，11(10)：24～27，1986
3. 水野啓子他：テープレコーダーを活用しての申し送り，看護実践の科学，11(10)：28～31，1986
4. 橋本佳子他：当院における新卒の申し送りの現状，第17回日本看護学会集録（看護管理）日本看護協会，1986，p.85～87
5. 久代玲子他：規準を利用しての申し送りの改善と考察，第17回日本看護学会集録＜看護管理＞日本看護協会，1986，p.88～90
6. 川端美智代他：看護の継続をめざした申し送りにかんする検討，第17回日本看護学会集録＜看護管理＞日本看護協会，1986，p.91～93
7. 大沢妙子他：申し送り改善に評価表を試みて，第17回日本看護学会集録＜看護管理＞日本看護協会，1986，p.94～95
8. 古谷深美他：申し送り時間の短縮を図る一方法を実施しての判定，第16回日本看護学会集録＜看護管理＞日本看護協会，1985，p.85～87
9. 藤田百合子他：申し送り受け継ぎ後の業務遂行度に関する一考察，第16回日本看護学会集録＜看護管理＞日本看護協会，1985，p.88～90

10. 上野みよ子他：申し送りのとりくみと評価，第16回日本看護学会集録〈看護管理〉日本看護協会，1985，p.91～93
11. 小林亨代他：一貫性のある看護を目指して，カードックスの再検討，看護研究集録，信州大学医学部附属病院，1986，p.190～199
12. 酒井幸子他：ポイントをおさえてうまく伝達する，エキスパートナーズ，3(3)：28～31,1987

### 〔資料1〕

#### 申し送り基準

##### (I) 病棟日誌

- 入院患者数
- 担送・護送の氏名と人数，独歩者と付き添いの人数
- 入院，退院，転科，転室について
- 食事変更について
- 管理処理事項及び希望（3～4日間申し送り，前日までで不必要のものは記入のみ）

##### (II) 一般患者

##### 1. 手術前患者

- 手術日，手術の種類，カテの有無
- 輸血の準備の有無
- 術前の検査・処置とその対処
- 他科紹介の内容（当日のみ送る）
- 術前オリエンテーションの有無（土曜日のみ）
- リチネ内服と反応便の有無（手術前日）
- 麻酔医オーダーとその処方の確認

##### 2. 手術後8日目以降の患者

- 食事，排泄，清潔，創部の状態，性器出血の有無と程度（問題点のみ）
- 他科紹介の内容（当日のみ送る）
- 特変状態とその対処

##### 3. カテ抜去後の患者

- 食事，排泄，清潔，創部の状態，性器出血の有無と程度（問題点のみ）
- 他科紹介の内容（当日のみ送る）
- 特変状態とその対処
- 残尿状態
- 残尿測定と使用している薬品について
- 術後治療の有無

4. 化学療法中の患者
    - 抗癌剤の内容
    - ベニユーラ挿入、留置カテ挿入について
    - 点滴の進み具合について
    - 尿量（利尿剤の使用）
    - 頭部冷却について
    - 抗癌剤の副作用について
  5. 化学療法後の患者
    - 病日（抗癌剤使用の翌日より1日目と数える）
    - 抗癌剤の副作用について：消化器症状、腎機能障害、脱毛など
  6. ライナック治療の患者
    - 開始日程、治療方法、治療回数
    - Dr. のムンテラ内容と患者の認識の確認
    - 治療の進行状況（回数）
    - 以下の問題点とその対処：放射線宿酔の有無とその程度、  
食事摂取状態、排泄状況とその随伴症状  
皮膚症状  
検査データ：血液像など
  7. RI治療の患者
    - 治療日程
    - ヘガール拡張とその後の状態
    - RI中およびRI後の状況：睡眠、排泄、食事  
疼痛、疲労感  
出血、帯下など
  8. 退院予定の患者
    - 退院処方の有無
    - ムンテラの有無
    - 退院後のフォローアップあるいは治療の場所、その方法の確認
- (Ⅲ) 新患入院時（1号用紙を活用する）
- 氏名、年齢、家族歴、既応歴、月経歴、妊娠・分娩歴
  - 病名、主訴、現病歴の要約
  - 看護計画
  - 以下の問題点：入院時観察、個人背景、病識
- (Ⅳ) 手術患者（手術当日、手術後1週間以内）
- 手術前一般状態、前処置（異常があった場合のみ）
  - 病名、術式、麻酔、所用時間、出血量、輸血の有無、摘出物の重量
  - 術中の異常の有無、使用薬品
  - ドレーンとガーゼの有無、ドレーン排液量



- 麻酔医、主治医のオーダー
- 食事、動静のオーダー
- 病室時の状態
- 一般状態の推移
- 水分出納
- 酸素吸入の有無
- 疼痛と鎮痛剤使用の有無

◦ 手術後 2 日目より次の問題点を送る：病日

一般状態

排ガス、排便状態

動静拡大状況

水分出納

出血の有無、ドレーン排液

食事摂取状況

ネブライザー施行の有無

(V) 重症患者（経過表を活用する）

◦ 経過表内容に沿う

血圧、脈拍、体温などのバイタル

in：輸液、輸血、酸素吸入

out：尿量、出血量、胃ゾンデ・ドレーンなどの排液量

特記事項：検査データ、状況変化、随伴症状、処置、与薬

◦ 意識レベル、バイタルサインの変化の要約

◦ 最終のバイタル

◦ 処置・与薬などはバイタルと関連づけて送る

◦ Dr. のオーダー・送りの変更事項は記載のうえ送る

◦ 持続点滴・IVHの進み具合、落下速度、残量

◦ Dr. の所在

## 〔資料 2〕

M殿 52歳 女性 子宮頸癌 IV期 入院 61年8月11日  
 既応症 昭和27年 虫垂炎にて手術  
 昭和51年 子宮筋腫にて筋腫核出術  
 昭和59年 交通事故にて骨盤骨折（59年1月～61年1月まで入院治療）  
 治療内容 ライナック 200rad × 20回（61年9月1日～9月30日）  
 小線源 P 400 mch × 5回（61年10月9日  
 C 400 mch × 5回 ～11月1日）

## 現状態

原発巣に対する放射線治療終了するもメタが原因と考えられる腰、下腹部、背部痛があり、鎮痛剤としてボルタレン sp 50mg, ボルタレン錠の服用の併用中。便秘のためカマ毎食後服用。肛門痛あるため強ボス, シェリプロクト sp 使用中。夜間, 不眠のためロヒプノール 2 mg服用。自分の病状について, 不安の訴えが多い。

### オーダーカード

＜オーダー＞			
* 疼痛時	ボルタレン sp (50mg)	何回でも可	
	ボルタレン内服	希望時	
	上記で効果なければ,		
	ソセゴン15mg アタ P 25mg	im (3回/day)	
* 肛門痛時	シェリプロクト sp	何回でも可	
	強力ポステリザン	適時服用	
* 不眠時	ロヒプノール 2 mg		
* 便秘時	ラキソベロン プルセニド	適時服用	カマ 毎食後服用

## ＜申し送り全文＞ Ns A (看護経験 1 年目)

Mさんでーす。

痛みの方ですけど, 本日はあまり痛くないということで, ボルタレン sp は 5 時 30 分に入れたっさり入れてないです。で, 2 ケ本人持ちのままになっています。ボルタレンの内服の方ですけど, 本日の朝内服してもらって, 午後は検査があって, ご飯がとれていないために, 2 錠本人持ちになっています。そのほか, ミッテルも内服していません。で, 排便の方が 3 回水様便と言うことで, 肛門痛の方見られて, 強ボスの方使用されています。シェリプロクト sp の方ですけど, 13 時に入れています。で, 本人に 2 個もちになっています。で, 本日, 放科の方で超音波やってきまして, 結果ですけれど, えーと, 子宮体部に 4~5 cm の Mass が認められます。明らかに膀胱壁前方にメタがあると言う事です。そのため, 尿道口にも病変が広がっていると思います。で, 右のヒドロはありません。と言うことです。又, 看護記録を見て下さい。で, えーと就寝前にロヒプノールの方 2 錠お願いします。で, 12 月 3 日に骨シンチの予定になっています。外泊の件ですけど, えーと先生にはまだ聞いていないですけど, 本人の方から 22 日午後から 25 日朝までこれから伝票させていただきますけれど, 先生に正式な事を聞いてみて下さい。又, 夕方みえると思います。お願いします。

## ＜検討後の申し送り＞

M さんです。(カードを見せる)

右側腹部から下腹部, 腔, 肛門の疼痛が続いていますが, 現在は自制内です。ボルタレン sp 50mg は 5 時 30 分に使用し, 2 ケ本人管理になっています。ボルタレン, カマの内服は, 超音波検査で昼食まちのために, 朝のみ服用しています。排便は 3 回水様便であり, 肛門痛あるため, 排便後に強ボスを使用しています。シェリプロクト sp は 13 時に挿入し, 2 ケ本人管理になって

います。尚、硬便になるよりは、軟便でも排便があった方が楽とのことですので、便の性状に関しては、もう少し様子を見て下さい。本日放科で超音波検査施行いたしました。その結果、「子宮体部に4～5cmのMassが認められます。あきらかに膀胱壁前方にメタがあります。そのため尿道口にも病変が広がっているとおもいます。右腎のヒドロはありません」ということでした。就寝前には、ロヒプノール2mg内服しております。今後12月3日に骨シンチの予定になっています。11月22日午後から25日朝までの外泊を希望していますので、Dr.に確認の上、欠食伝票を提出して下さい。