

受け持ち制の再検討

北7階病棟 発表者 田中兆子

飯田 静枝・奈良 佳代子・寺島 徳子・小林 静子
大久保 かよ子・湯山 ふじ子・花岡 住江・石原 美千代
井原 幸枝・木内 なつ子・田中 兆子・田中 富久美
西沢 志津枝・池田 希代子

研究期間 昭和52年5月16日～8月6日

I はじめに

昭和50年にワークサンプリング法にて当病棟の看護業務内容調査を行ない、業務内容の検討をした。その結果、直接看護は全体の23.3%であり、内容は検温、患者の観察、情報収集、適切な看護となっている。直接看護不足の反省からその内容の充実に努めてきた。しかし、患者の求めている個別看護が患者の状態に応じて計画され実施するには至らず、多様化する医療の中で機能的に動くことが多く、今まで当病棟では、受け持ち部屋は決まっても受け持ち制とは名ばかりであった。そこで充実した援助をするために、スタッフの個性と能力を出し合えるような受け持ち制の改善を試みたのでここに発表し、御指導をあおぎたい。

II 従来の勤務体制と問題点

1 従来の勤務体制

7階病棟のベット数 40床

ベット稼働率 100%(51年度)

勤務者数 婦長1名 看護婦12名 看護助手2名

受け持ちは一部屋2人と決まっていたが、日勤ではそれに関係なく病室を二分し、A責任、B責任として2人の看護婦が受け持った。A責任は701号室から703号室と個室の二部屋、B責任は704号室から706号室と個室の二部屋を受け持った。他の勤務者は、検査介助、処置係、注射当番、重症者看護にあたった。夜勤では責任と補助に分かれ、責任番が全員の検温、補助が処置及び責

従来の勤務体制

その日の担当	部屋番号	その部屋の受け持ち
A責任	701、711	a、b
	702、712	c、d
	703	e、f
B責任	704、713	g、h
	705、714	i、j
	706	k、l

任の補佐をした。

2 問題点

- (1) 受け持ち部屋は決まってもそれにかかわらず勤務が組まれるため、自分の受け持ち患者としての自覚がうすれ援助が行き届かなかった。
- (2) 機能面が優先されやすく、患者と接する時間が少ないため、個々の患者の問題点の把握が不十分であり看護計画の展開及び援助ができにくかった。

Ⅲ 第1段階の検討

問題点(1)の検討

受け持ちの患者になるべく接し、かつ患者の経過の把握ができるようにするにはどうしたらよいか検討した。

a 勤務表をつくり直す

701号室から703号室、711、712号室の受け持ちをAチーム、704号室から706号室、713、714号室の受け持ちをBチームとし日勤ではA責任とB責任に必ずAチーム及びBチームの受け

持ちがあたるようにした。受け持ちは一部屋2人と決まっており、日勤ではどちらかがいるようにし、夜勤では同チームでコンビを組まないように勤務表を作製する。

第1段階の勤務体制

その日の担当	部屋番号	その部屋のうけもち	チーム
A責任	701、711	a、b	Aチーム
	702、712	c、d	
	703	e、f	
B責任	704、713	g、h	Bチーム
	705、714	i、j	
	706	k、l	

b 入院患者の受け入れは必ず受け持ちが行なう。

c 看護計画は入院時受け持ちがたて、患者の状態に応じて適宜展開する。

d 処置、検査介助には受け持ちがあたるように勤務計画をたてる。

e 退院時は受け持ちが計画をたて、退院指導にあたる。

問題点(2)の検討

看護計画を全員で評価、展開していくためにはどうしたらよいか、そのためには現在の看護記録、カードックスのままでよいか検討した。

a 朝の申し送り後15分をカンファレンスの時間とする。

b 従来は看護計画の展開をはかるメモ的存在であったカードックスを看護記録の補助用紙として扱い、一目でその患者についての看護計画、治療内容がわかるように改善する。

c 看護記録は全員一日一回必ず記録するようにし、内容については当院教育委員会による指導表とニューヨーク聖路加病院看護記録監査ツールを参考にし改善をはかる。

d 受け持ち患者の問題点について積極的に主治医とカンファレンスをもつように心がける。

Ⅳ 第1段階の実施及び評価

(1)のaについて

日勤ではそれぞれ自分の受け持ち側を担当するため、そのチームの患者の状態は把握しやすく援助もスムーズにできる反面、他チームに関しては夜勤時のみの接触となり、状態の把握がしっかりできないまま援助するため不安がある。

(1)のbについて

勤務表の組み方を変えることにより、以前より入院時の受け入れを受け持ちが行なえるようになり、受け持ち患者、看護婦の関係がスムーズにできやすくなった。

(1)のcについて

同じ部屋の受け持ちの勤務がすれ違うため、2人で看護計画をたてたり、問題点について相談できなかった。

(1)のdについて

勤務者にゆとりがある場合は、処置及び検査介助に受け持ちがつけるようになった。少人数の場合には責任番が優先され受け持ちとしての援助ができなかった。

(1)のeについて

退院指導は受け持ちによりほぼ実施できているが、内容はコンビと相談できずにおわった。

(2)のaについて

朝のカンファレンスはほぼ定着し、問題の多い患者については看護計画が展開されつつあるが、長期入院患者、状態の落ちている患者の場合は看護計画の展開がされにくい。なお、カンファレンスについては、運営方法、時間等にまだ問題が残っている。

(2)のbについて

改善されたカードックスは一目で患者の経過がわかり使いやすくなっているが、カードックスに看護計画がたてられても他のスタッフに知らせる方法が徹底できなかった。

(2)のcについて

看護記録に全員一日一回記録することは、最初時間的に問題があったが、今では、最低一日一回は全員記録できている。内容は症状の変化、検査、処置の結果、引き継ぎ事項などもれなく記入されるようになった。

(2)のdについて

受け持ちが主治医と積極的にカンファレンスを持ち、それを朝のカンファレンスに生かしている。

Ⅴ 第Ⅱ段階の検討

上記のような問題があり、現状の人員の中で受け持ち制を行なっていくのは困難ではないかという意見も出された。が、なんとか受け持ち制を改善して続けていきたいという声も多かった。そこ

で現在の受け持ち制の問題点を明確にするために、KJ法により分析してみた。

その結果、

- 1 同じ部屋の受け持ちの勤務がすれ違うためコンビと相談できない。
- 2 朝のカンファレンスでは申し送りに追われ情報提供がされにくく、午後のレポートでは記録に忙しく申し送りが聞けないため、他チームの情報が得られにくい。
- 3 看護計画がたてられても全員に知らせる方法がはっきりしていない。
- 4 年休をとらない日でも、日勤者数が多くて5.5人であり、受け持ち制を行なっていくのに余裕がない。

以上4つの問題があげられた。中でも1が一番の問題にとりあげられ、コンビで相談できるようにするにはどうしたらよいか検討した。

a 今まで一部屋2人で受け持っていたのを二部屋を4人で受け持つようにし、なるべく日勤にコンビがいるようにする。

b 今まで病室を二分し、A責任、B責任としたのを、病室を三分し、A責任、B責任、C責任として、受け持ちの二部屋を検温する。

第Ⅰ段階の勤務体制

その日の担当	部屋番号	その部屋の受けもち	チーム
A責任	701、711 702、712	a、b、c、d	Aチーム
B責任	703、713 704	c、f、g、h	Bチーム
C責任	705、714 706	i、j、k、l	Cチーム

Ⅶ 第Ⅰ段階の実施及び評価

a について

コンビと相談するという事に対してはわずかの期間で新しい体

制になれなかったり、コンビがいても機能面に追われ相談する時間が思うように見い出せなかった。

b について

検温に余裕がもて患者のニーズをひき出せるようになり、具体的援助に関しても受け持ちが行なえるようになった。この体制をとることで看護記録の内容も前より充実し、無理なく記入できるようになった。そのため申し送りもきちんと聞けるようになり、他チームの情報が得られやすくなった。

段階ごとの入院受け入れ、退院指導件数

	受け持ちによる入院受け入れ	受け持ちによる退院指導
第Ⅰ段階(16/Ⅴ~12/Ⅶ)	入院23名中12名(52%)	退院18名中7名(39%)
第Ⅱ段階(13/Ⅶ~29/Ⅷ)	入院20名中16名(80%)	退院12名中8名(62%)

Ⅶ おわりに

私達はよりよい援助をするために受け持ち制の改善をはかった。この方法により、入院から退院まで一貫して患者を受け持つことができるようになり、患者と看護婦の間に今まで以上に信頼関係が生まれつつある。理想的な受け持ち制となるには、私達の専門職に対する意識の問題、また患者の重症度に合った看護婦数の問題等、まだまだ山積みされているものの、以前より機能的な面のみ押し流されることはなくなり患者を総合的に援助できるようになった。今後さらに内容の検討を重ね、受け持ち制の改善に努めたい。

第一内科 52年5月16日～

氏名		月 日							月
		16/V	17	18	19	20	21	22	
		月	火	水	木	金	土	日	
一般看護婦	S・I						8-12	休	
	K・N (701)		休	準夜	準夜		8-12		
	K・I (704)			休	準夜	準夜	休		
	N・T (702)	8-12	深夜	深夜	休	準夜	準夜	休	
	S・N (706)		8-12	深夜	深夜	休	休	準夜	
	S・H (703)			8-12	深夜	休	準夜	準夜	
	N・K (701)	深夜	準夜		8-12	深夜	深夜	休	
	H・Y (704)		深夜			8-12	深夜	深夜	
	C・T (702)	深夜	準夜					深夜	
	M・I (705)	準夜	8-12					休	
	S・I (703)		休	準夜	8-12	深夜		休	
	K・O (706)	準夜	8-12					休	
	S・K (705)				休				

 深夜

 準夜

新しい勤務表

< 従来のカートデックス >

頁	氏名	Y . Y	年令	19	入月日	S 52. 3. 11	№2			
月日	経口与薬		月日	注 射		月日	検 査 処 置			
30/Ⅲ 5/Ⅳ 13/	プレドニン 60mg " 40mg ①トランサミン 3 cap バンピタン 3.0 P-SM 3.0 アドナ 200mg 3×N ②EA 6 Tab P-SM 2.0 ラックB 2.0 マーズレンS 2.0 3×N ③プレドニン 30mg ④ジョサマイシン 800mg 4×		30/Ⅲ	①20%デキ20 ECZ2g×2 ②ソリタT ₃ 200 CEZ2g VC500 強ミノ1A ネオラミン3B1A (13:00)		14/Ⅲ 18/	Brust X-P マルク Brust X-P 皮膚科紹介 EKG Brust X-P			
12/Ⅳ	プレドニン 15mg					22/ 30/ 11/Ⅳ				
病名(術名) リウマチ熱					最終目標					
月日	安 静 度	月日	問 題 点		具 体 策					
11/Ⅲ	可及的	24/Ⅲ	発熱 KT 39.1℃→38.4℃		EA錠3T→2T					
		28/Ⅲ	咽頭痛、背部痛あり 発熱38.1℃							
		29/Ⅲ	筋肉痛あり、体位交換困難 18:30→38.1℃							
			ゲンタシン筋肉痛、咽頭痛 6:30→38.6℃							
月日	食 事	月日	問 題 点		具 体 策					
11/Ⅲ 19/Ⅳ	常食 減塩7~8g	6/Ⅳ	抜糸部開いてしまう							
月日	入 浴									
11/Ⅲ	清拭のみ									
室番号	703	氏名	Y . Y	⑥♀	年令	19	生月 M T 年日 ⑤	32.7.20	主治医	板 垣

<改善されたカーデックス>

室号	氏名	病名	Ca	ムンテラ	施行月/日	内服	施行月/日	検査			
701	I. K	胃癌	Ca								
開始月/日	注 射			施行月/日	内 服	施行月/日	検 査				
8/19	①ソリタT ₃ 500+強ミノ1A+タチオン600+VC200+ノバミン1A ネオラミン8B1A カネドマイシン200mg 朝・夕			8/9	①セステン3T タンナルビン3.0 コンテロノン3.0 3x1	8/5 8/6 8/12	Brust X-P 腸バリウム D, I, P				
8/26	⑤5%デキ500 アドナ100 トランサミン1A VC500 K ₁ 10mg K ₂ 10 強ミノC1A			8/17	①do	8/15	腹部X-P				
8/28	②ソリタT ₃ 500 アドナ100 トランサミン1A ネオラミン8B1A VC100 強ミノC1A タチオン600			8/24	①do	8/22	腎シンチ				
	③プロテアミン XT500 アドナ100 トランサミン1A ノバミン1A K ₁ 10mg K ₂ 10mg			8/31	①中止 ②アルミゲル2.0 P-SM 3.0 ラックB 2.0 3x1	8/29 9/1 9/8	腎ファイバー マルク 腫瘍部穿刺				
9/1	①do ②do ③イントラリピッド500										
月/日	特 殊 指 示										
8/5	夜間疼痛時 ①アトラックス1A ①で効なければ② ②ソセゴン7.5mg 発熱時25%メチロン1A										
9/1	腹痛、胃部痛時 フスコバン1A										
9/7	" ソセゴン7.5mg 1日2回まで										
月/日	治 療 方 針										
9/1	化学療法、対症療法										
月/日	食 事	看 護 計 画									
		看護目標 できるだけ苦痛を緩和し、安楽な入院生活が送れるように援助する									
8/4	常食	月/日	問 題 点	月/日	対 象						
8/15	かゆ食	8/4	1.身寄りが無い 2.在日韓国人であるため、言葉がわかりにくく、また日本語のひらがなも読めない	8/4	1.洗たく 福祉事務所に連絡 2.判りやすい言葉で接する						
8/25	朝-ブドウパン 昼-夕 かゆ食	8/27	1.本人よりの訴えが少なく、また訴える場合も聞きとりにくく、状態の把握がしにくい 2.腫瘍部位の疼痛持続し、食事が思うように摂取できず皮膚の清潔も保てない 3.下痢が頻回である	8/27	1.-時間をかけゆっくり訴えを聞くようにする -できるだけ足を運び、観察を密にし、訴えがなくても適切な援助ができるようにする 2.-本人の好み、状態に応じ、適宜食事を変更(希望にて牛乳は暖める) -状態のよい時をみはからい、部分清拭、アルコール洗髪を行なう -主治医と連絡を密にし、少しでも症状の軽減をはかる 3.-水分の補給(点滴のみにたよらず、好きなものを飲用させる) -全身の保温						
8/28	絶食	8/28	頻回に下血あり(Hb48%)	8/29	-食事止めで一般状態の観察を密にする -下血量、性状のチェック -肛門周囲を清拭し清潔に保つ 希望あれば少量の水分可						
9/1	流動食	8/29	胃ファイバーの結果 Magen Ca、細網肉腫	8/30	-ギャッチベットの挙上し、スポンジ貼用し、体位の工夫 -衣類、寝具による圧迫をさける						
月/日	安 静 度	月/日	清 潔								
8/4	Ⅱ	8/4	右腰背部痛あり								
8/26	Ⅰ	9/1	頻回の下血により、寝衣の汚染あり、更衣間に合わない								
月/日	食 事 介 助	月/日	安 静 度								
8/4	不要	8/4	2 安静が保たれない トイレまで歩行す								
8/26	要	8/4	3 コミュニケーションがとれず適切な援助ができない								
室号	氏名	年令	性別	血液型	HB	アレルギ	ワッセルマン	入院日	主治医	受看護婦	石原、田中 花岡、西沢
701	I. K	65	♀	O型	+	+	+	52年8月4日	福島		