

研究

ドクターカーに同乗する看護師の教育内容について

About education contents of the nurse who rides together in a doctor car.

中西 郁恵 清水 郁子 伊波 久美子
Nikue Nakanishi kuko Shimizu Kumiko Inami

要 旨

ドクターカーとは、通常の救急車と違い、患者監視装置などの医療機器を装備し、医師、看護師を乗せて救急現場に向かう特別な救急車のことをいう。患者収容からすぐに治療に入るため、従来と比べて治療開始までの時間を半減できるとされている。救命救急センターなどの病院が運営するが、道路交通法上の緊急自動車と認められている。A病院救命救急センターでは平成25年12月よりドクターカーを導入した。ドクターカーに同乗する看護師は救命救急センターに在籍する看護師が同乗している。しかし、経験年数が浅い看護師もドクターカーに同乗し、現場活動を行っているため、現場活動をイメージできていないことが問題とされていた。看護師が同乗前に現場で活動する上で必要な知識を勉強する教育内容を考える必要があると示唆された。

Key words : Emergency room, Dr.car, Education

はじめに

A病院救命救急センターでは平成25年12月よりドクターカーを導入した。ドクターカーには救急外来に在籍する看護師が同乗しているが、現場での活動は未経験の看護師が多い。経験年数が浅い看護師もドクターカーに同乗し、情報が少ない中で救命のために行う処置を含めたケアは正確であるとともに迅速であることが求められている。ドクターカーに同乗する前に救急外来に在籍する看護師はA病院救命救急センターで作成したドクターカーイメージDVDを見て、ドクターカーに同乗している。しかし、ドクターカーに同乗するための教育体制は確立されていないことが課題とされている。新村¹⁾ら行った看護研究アンケート結果で、1回のDVDではプレホスピタルにおける活動をイメージすることができなかつたとでているが、イメージ化していない看護師が同乗前に現場で活動する上で必要な知識を勉強する教育内容を考える必要があると感じた。

研究目的

ドクターカーに同乗する看護師が現場で必要とされ

る活動内容を調査することで、今後同乗する看護師に必要な教育内容を明らかにすることができると考えた。

研究方法

1. 研究期間：平成28年11月～平成29年5月、2. 対象者：A病院救命救急センター(救急外来)に在籍する看護師15名、3. 方法：アンケートによる調査研究

倫理的配慮

本研究は、対象者に対しては書面にて本研究の目的・趣旨を説明し、研究への協力依頼を行った。研究参加は自由意思のもとに行われ、質問紙へは無記名での依頼とし、質問紙の提出で了承を得る。参加しない場合や途中で取りやめることによって、業務及び個人的な評価を受けないことを保証する。質問紙からは個人的評価を受けないこと、匿名性の保持やデータの管理等について書面を持って説明し、同意を得た。得られた情報は本研究以外で使用することはなく、取り扱いには研究関係者のみとする。研究終了後、記載していただいたアンケートおよびデータは、院内の施設可能な場所に保管し、一連の研究終了後3年をもって破棄と

ドクターカーに同乗する看護師の教育内容について

する。なお、本研究はA病院看護部の倫理委員会の承認を受けて実施した。

結果

センター経験年数は平均3.6年。救急外来での経験年数は、0～1年は7名、2～4年は4名、5年以上は4名いた。また、ドクターカーに同乗したことがある看護師は15名中11名いることがわかった。ドクターカーに同乗した看護師の経験回数は、1回が1名、2回が2名、3回が2名、4回が1名、5回以上が5名となっている。アンケート回答率は100%であった。

アンケート分析の結果、「バッグの収納が多い」「物を出しにくい」「バッグが大きい」「バッグ内の物の位置がわからない」「バッグのどこに何が入っているのか迷う」「他院搬送した時のコストをどうしたら良いのか」「救急車の中からのタイミングで病院連絡をしなければ良いかわからない」「処置が多い患者の時、1人だと困る」「記録や処置の役割が多い」「救急隊が処置の介助をしてくれなかったことがある」「現場から救急車内へ患者を移動させている間、自分の動き方が分からなかった」「場の雰囲気慣れていない」「救急車内が狭い」「救急車内での立ち位置が分からなかった」「救急車が狭く、バッグが広げられない」「救急車内が狭く、自分の立ち位置につけず、処置に困った」「限られたスペースで処置の準備や後片付けをするので場所の確保に困った」「救急車内が揺れる」「安定する場所が少ないため、針捨てBOXの置き場所に困った」「患者氏名をいつ救急隊に教えてもらえばよいのか分からない」「病院連絡するまでに情報確認する時間が少なかった」「患者氏名をいつ救急隊に教えてもらえばよいのか分からない」「実際の処置と並行して、家族の情報や患者の情報も確認しなければならない」「現場での接触時間が少ないため、家族との関わりがほとんどできない」の27つのコードと「ドクターカーの資機材使用時に感じる不便さ」「医療活動以外のマニュアルの不備」「現場活動における不明瞭な役割分担」「通常行えている処置が、救急車内での活動になった時にできなくなる」「救急車内の立ち位置や物の配置が分からない」「搬送中の車内活動でのイメージ不足」「処置と並行して情報収集することの難しさ」「家族と関わることの難しさ」の8つのカテゴリーを抽出した。(表1)。

表1 ドクターカーの現場活動で困ったこと

カテゴリー	コード
ドクターカーの資機材使用時に感じる不便さ	バッグの収納が多い
	物を出しにくい
	バッグが大きい
	バッグ内の物の位置がわからない
医療活動以外のマニュアルの不備	バッグのどこに何が入っているのか迷う
	他院搬送した時のコストをどうしたら良いのか
現場活動における不明瞭な役割分担	救急車の中からのタイミングで病院連絡をしなければ良いかわからない
	処置が多い患者の時、1人だと困る
	記録や処置の役割が多い
通常行えている処置が、救急車内での活動になった時にできなくなる	救急隊が処置の介助をしてくれなかったことがある
	現場から救急車内へ患者を移動させている間、自分の動き方が分からなかった
救急車内の立ち位置や物の配置が分からない	初めての処置は何をしたらよいのか分からなかった
	場の雰囲気に慣れていない
	救急車内が狭い
	救急車内での立ち位置が分からなかった
	救急車が狭く、バッグが広げられない
搬送中の車内活動でのイメージ不足	救急車内が狭く、自分の立ち位置につけず、処置に困った
	限られたスペースで処置の準備や後片付けをするので場所の確保に困った
	車内が揺れるため救急車内の点滴が大変
処置と並行して情報収集することの難しさ	救急車内が揺れる
	安定する場所が少ないため、針捨てBOXの置き場所に困った
	患者氏名をいつ救急隊に教えてもらえばよいのか分からない
	病院連絡するまでに情報確認する時間が少なかった
	患者氏名をいつ救急隊に教えてもらえばよいのか分からない
家族と関わることの難しさ	実際の処置と並行して、家族の情報や患者の情報も確認しなければならない
	他院搬送した時の家族の連絡先など分からなかった
	現場での接触時間が少ないため、家族との関わりがほとんどできない

考察

結果から、薬剤や資器材の配置が悪いなどの不便さやバック自体の使いにくさが明らかになった。実際に使用する資器材の配置が悪い状況で活動すると、迅速な対応ができず、患者の生命にも影響を与えることが考えられる。また実際に使用しているバックは大きく、狭い救急車内では場所を取ってしまい、活動の妨げになっている状況があった。

足立ら¹⁾は、「活動する上で事前準備や業務の組み合わせ、ケア所要時間の推測、行動時の銅線の工夫等を行うことで対応が迅速に行える。」と言っている。現場で活動する上で自分自身の準備ができていないと、時間がかかってしまい、医師の指示された介助などを行えなくなる可能性があると考えられる。出動症例の情報からおおよその必要な準備を迅速に行うことができる。事前準備を行うことで処置を行うこともスムーズであることが考えられる。このことからスタッフ間で実際に使用する資器材の収納方法の工夫や資器材の配置の変更し、資器材の配置を覚えるの必要性があると示唆された。

また、センターの看護師が普段できている処置が救急車内での活動のイメージができていないことが明ら

かとなり、自分達の活動を困難に感じていることが分かった。これは実際の活動する救急車がどのような場所なのか、どのような物品があるのか、物品が配置されているのかなどイメージができていないこと、救急車内での車内活動の流れを経験していないため、イメージができていないことが考えられた。また実際の現場をイメージできないことから、どのような学習を行っていけばよいか分からず、活動に不安を感じていることが考えられた。

織井²⁾は、「人は、自分の学習スタイルに合った専門領域を選び、その専門領域に一度入ると、その領域で基準となっている学習スタイルにもっと適合するようになる。」と言っている。ドクターカーに同乗する看護師は、どのような状況であっても救急車内のような限られた空間で迅速な対応が求められる。そのため各々の役割を明確にすることと、センターに在籍する看護師が求めている現場に近い環境でのシミュレーションが必要だと考える。

結 論

ドクターカーでの教育内容を見直した結果、実際の環境下に近い状態でイメージができるようなシミュレーションを行う必要性がある。

文献引用・参考文献

- 1) 新村智宏、竹形美智子、清田沙織、中西郁恵、細海加代子. ドクターカーに同乗する看護師のストレス軽減のための取り組み—心肺停止症例のシミュレーションDVD作成—. 砂川市立病院医学雑誌
- 2) 足立はるゑ、古川優子. 看護業務遂行過程におけるタイムマネジメントの施行要素検索—病棟勤務看護師の実践からの分析—. 日看管会誌Vol.14, No.1, 2010
- 3) 織井優貴子. 看護シミュレーション教育 基本テキスト 設計・実践・評価のプロセス. 日総研出版

研究

病棟間応援体制における看護職員の思いと 看護管理者の実践（第1報）

Nursing staff's thought and nursing manager's practice in inter-ward support system (1st report)

中村 香織¹⁾
Kaori Nakamura

伊波 久美子²⁾
Kumiko Inami

要 旨

A病院では、2008年からリリーフ基準を設け、部署間応援体制（以下、リリーフとする）が行なわれているが、当時と変わらず今なおリリーフを「出す側」「受ける側」から、戸惑いや不安、不満の声が聞かれ続けている。本研究では、現状でのリリーフにおける看護職員の思いと看護管理者の実践を知りたいと考えた。リリーフは、「出す側」にとって【自己成長】を感じるプラスの機会であり、「受ける側」看護師からの感謝や労いの言葉掛けは【自己の存在価値】に繋がっていた。しかし、「受ける側」からの言動や態度により【リリーフに対するマイナス感情】を抱いていた。「受ける側」は、【リリーフに対するプラス感情】と【受ける側のジレンマ】を抱いていた。A病院における看護職員と看護管理者は、本研究で得た現状の思いを共有し、効果的なリリーフのあり方を検討する必要があると示唆されたのでここに報告する。

Key Word : Support system between wards, relief, nursing staff, thoughts

はじめに

2006年の診療報酬改定により7:1看護体制が導入され、看護人員を適正に配置し看護の質を確保することが課題となり、リリーフが広まった。A病院では、2008年からリリーフ基準を設け、公平な看護ケアの提供と重症度、医療・看護必要度データを活用した適正な人員配置を目指し、リリーフが行なわれている。リリーフへ「出す側」、リリーフを「受ける側」共に、学びや業務量の軽減に繋がっているという肯定的な思いを抱いている反面、「出す側」からは、慣れない職場環境と患者情報が不足した状況での患者ケアや処置に対し戸惑いや不安、さらに責任を感じ否定的な思いを抱いている職員もいる。「受ける側」は、リリーフ者の看護実践力がわからず、何を依頼したらいいのか、うまく活用できず、部署間における業務量の不公平感や疲弊感を生じさせているように思える。また、「出す側」「受ける側」互いの態度や病棟のスタッフの雰囲気の良い悪しが、リリーフの評価を左右している印象を受ける。A病院リリーフ基準は、2010年にも

改定されており、“他部署へリリーフを出す時・受ける時の看護師長の心得”が追加されている。追加された心得の概要は、「出す側」は、リリーフ者に目的を伝え動機付けを行なうこと。看護師長は、「受ける側」の看護師長へリリーフ者の看護経験年数や実践力を伝えること。リリーフを終え自部署に戻った際に、リリーフ者は看護師長へ看護実践の振り返りの報告を行うことなどリリーフ者への動機づけやリリーフを価値あるものにするための関わりについて6点を心得として記述している。「受ける側」の看護師長は、リリーフ者の紹介をスタッフ全員に行い、担当指導看護師の紹介をする。病棟患者情報を提供し何をしてもらうかをきちんと伝える。依頼する内容や項目はリリーフ者の実践力を加味し限定する。応援したことの労をねぎらい感謝の気持ちを表現するなどリリーフ者への配慮について10点記述されている。当時も、現在と同じ状況であったのではないかと想起させられる内容である。先行研究において、リリーフ時のストレスの実態調査¹⁾や不安要因について分析され具体策を講じた報告²⁾も散見する。また、職員と管理者の認識の差異を

1) 砂川市立病院 看護部
Nursing department, Sunagawa city Medical Center

2) 砂川市立病院 救急外来
Emergency outpatient, Sunagawa city Medical Center

明らかにし効果的なりりーフのあり方を検討した研究報告³⁾もある。りりーフに対する組織的な教育の重要性と職員と管理者でりりーフそのものの捉え方を共有することが重要であると示唆されている。先行研究の課題として、対象者が限定されており結果が一般化できないことがあげられている。したがって、今なおりりーフを「出す側」「受ける側」から、戸惑いや不安、不満の声が聞かれ続けている現状に対し、A病院りりーフにおける看護職員の思いと看護管理者の実践を知りたいと考えた。第1報では、看護職員の思いを調査し要因は何か明らかにしたいと考えた。りりーフを「出す側」「受ける側」の思いとその要因を明らかにすることで、意義あるりりーフ体制となれるよう看護職員と管理者の関わり方の示唆を得ることを期待する。

【研究目的】病棟間応援体制における「出す側」「受ける側」の看護職員の思いと要因を明らかにする

【研究方法】

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 対象者：A病院に勤務する常勤の看護師各部署5名を部署師長が経年別に選出
3. 研究期間：平成29年1月～4月
4. 調査項目：看護経験年数とりりーフ経験の有無、りりーフについて思うことを自由記載で回答
5. 分析方法：自記式質問紙による回答内容を、意味ごとに分類、カテゴリー化する。「出す側」「受ける側」の肯定的な思いと否定的な思いが生じる要因を分析した。分析にあたりスーパーバイズを受けた。
6. 倫理的配慮：本研究は、A病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。本研究は、平成29年看護管理学会において発表すること、目的、方法、回答に費やす時間、期待される結果について記載した書面を使用し管理者全体会議の場で報告・承認を得た後、書面を各部署に配布した。研究への協力如何に関わらず個人または部署に不利益が生じる事は一切ないことを調査用紙に記載し約束した。本研究への協力と公表について、研究対象者の自由意思を尊重し決定とした。強制ではなく拒否もできる事を記載した用紙を配布し、調査用紙と同意書・撤回書の提出をもって研究の同意が得られたとした。調査は、個人が特定されないよう無記名とし、本研究以外で用いることは一切ないことを約束した。研究データおよび分析の過程で知り得た情報は、秘密を厳守した。回収した調査用紙、データ集計、分析結果は、パスワード付きUSBメモリーに保存し紙面のデータとともに鍵のついた保管庫で厳重に管理することを約束した。また、研究の事後検証のために研究終了後3年間保管した後、電子データは消去する。紙面のデータは、研究終了後、シュレッダーで裁

断し破棄することを約束した。

結果

対象者のうち、看護職員76名、回収率89.4%であった。対象者の看護経験年数は、2年以上5年未満は19%、5年以上10年未満は16%、10年以上は65%であった。対象者のうち、りりーフ経験がある看護師は、10年以上が80.2%を占めていた。

「出す側」「受ける側」の思いに関連する要素は、「出す側」のコードは、合計77抽出され、19のサブカテゴリーと7つのカテゴリー、「受ける側」のコードは、合計32抽出され、5つのサブカテゴリーと2つのカテゴリーに分類された。「出す側」「受ける側」それぞれ肯定的要因と否定的要因に大別された。その結果を表1、表2に、カテゴリーを【 】サブカテゴリーを[]で示す。

表1 「出す側」の思いのカテゴリー

	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]
肯定的要因	りりーフのメリット	気分転換
		他部署看護師や患者との交流
		他部署の看護業務や看護を知る・学ぶ
		患者の回復過程を知る
		未経験な疾患に対する看護体験
	未経験な処置や検査を知る	
	自己の存在価値	患者からの感謝の言葉がもたらす喜び
看護師からの感謝や労いの言葉がもたらす喜び		
自己成長		できる援助が増えた喜び
不安を生じさせない関わり方		明確な指示 病棟看護師とペアリング
否定的要因	りりーフ先での困惑	不慣れな環境
		不明確な指示
	不安感情	患者像が把握されていない
		受持ち看護師と患者指示の確認行為ができない りりーフ者の実践力に伴わない業務依頼内容
	りりーフに対するマイナス感情	看護業務を果たせない不全感 受ける側看護師の対応による不快感 りりーフの必要性の疑念

表2 「受ける側」の思いのカテゴリー

	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]
肯定的要因	りりーフに対するプラス感情	りりーフ援助による負担軽減
		りりーフ者の快い態度に対する感謝
		りりーフ者への労い
否定的要因	受ける側のジレンマ	りりーフ者の看護実践力が把握できず指示できない
		りりーフの活用ができない

「出す側」肯定的要因は、【りりーフのメリット】【自己の存在価値】【自己成長】【不安を生じさせない関わり方】の4カテゴリーで構成されていた。【りりーフのメリット】は、13コードから構成され[気分転換][他部署看護師や患者との交流][他部署の看護業務や看護を知る・学ぶ][患者の回復過程を知る][未経験な疾患に対する看護体験][未経験な処置や検査を知る]の6項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具

体的には、「患者とゆっくり話ができて、気分転換になる機会だと感じた」「他部署の業務方法を経験でき、こういう方法もあるのだと学べた」といった記述内容から生成されていた。【自己の存在価値】は、8コードから構成され「患者からの感謝の言葉がもたらす喜び」「看護師からの感謝や労いの言葉がもたらす喜び」の2項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「助かりましたと言われると、力になれたんだと嬉しく思う」といった内容から生成されていた。【自己成長】は、1つのコードと1つのサブカテゴリー「できる援助が増えた喜び」であった。コード内容は、「支援できることが増えてきたので嬉しさを感じる」であった。【不安を生じさせない関わり方】は、4つのコードから構成され「明確な指示」「病棟看護師とペアリング」の2項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「細かく指示を頂けるので不安にならなかった」「寝たきり、モニター管理の清拭を病棟看護師と一緒にいった。出来る事を指示してくれて動き易かった」といった内容から生成されていた。否定的要因は、【リリーフ先での困惑】【不安感情】【リリーフに対するマイナス感情】の3カテゴリーで構成されていた。【リリーフ先での困惑】は、15コードから構成され「不慣れな環境」「不明確な指示」の2項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「必要物品がどこにあるかわからない」「誰が主として指示してくれるのかわからず困った」「何も言わずに、お願いしますとケア依頼を受けたが情報が不足しているため、どのように関わってよいか困った」「入院をとってほしいと言われた時、何をどこまで行えばいいのか戸惑った」といった内容から生成されていた。【不安感情】は、19コードと最も多く「患者像が把握されていない」「受け持ち看護師と患者指示の確認行為ができない」「リリーフ者の実践力に伴わない依頼内容」の3項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「患者のケアを依頼されるが情報もないまま与えられた事を行なうのが怖いと感じた」「造影CT検査など、あまり把握していない患者なので処置に不安を感じる」「重症感ある患者や全介助の人など疾患も分からない人の清拭や体重測定を1人でするのは辛い」といった内容から生成されていた。【リリーフに対するマイナス感情】は、17コードから構成され、「看護業務を果たせない不全感」「受ける側看護師の対応による不快感」「リリーフの必要性の疑念」の3項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「病棟のことがわからないので入院時説明が正しく伝えられず患者・家族へ不安を与えてしまった」「患者からの症状や訴えに対し自分で対応できないため患者さんに申し訳ないと感じる」「未經

験の処置を頼まれ『やったことがない』と答えたら深いため息をつかれて辛い気持ちになった」「リリーフに対して指図といった口調で依頼してきたことに不快感を覚えた」「リリーフ依頼があり行ったが、スタッフは知らず『来てくれたんですね？何をしてもらおうかな』』という事が多い」といった内容から生成されていた。「受ける側」肯定的要因は、【リリーフに対するプラス感情】と24コードから構成され、「リリーフ援助による負担軽減」「リリーフ者の快い態度に対する感謝」「リリーフ者への労い」の3項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「清拭の人数が多い時、臨時入院の記録や薬整理、せん妄患者の対応などすごく助かった」「『何かすることないですか？』と聞いてくれてとても助かる」「嫌な顔をせず手伝って頂き感謝である」といった記述内容から生成されていた。否定的要因は、【受ける側のジレンマ】と8コードから構成され、「明確な指示を提示できない」「リリーフ看護師へ対応ができない」「看護実践力が把握できず業務を依頼しづらい」の3項目のサブカテゴリーから成り立っていた。具体的には、「経験年数の浅いスタッフだと指導や説明に時間を要してしまうので自分で行った方が早いジレンマがある」「初めて来る方接する人だと技量がわからず、頼めない事がある」といった記述内容から生成されていた。

考察

「出す側」リリーフ者は、リリーフの機会を活用し「気分転換」「他部署看護師や患者との交流」を喜びと感じていた。医療の高度化が進み新たな技術・検査介助など繁忙な状況下で勤務する看護師は、患者と対話をする時間がもてず、自分は患者の思いを傾聴できているのかと悩む看護師も多い。リリーフの機会は、日常看護業務の中でジレンマに感じていたことを実践できる場となり、喜びの体験が充実感を得る機会になったと思われる。また、「他部署の看護業務や看護を知る・学ぶ」「患者の回復過程を知る」「未経験な疾患に対する看護体験」「未経験な処置や検査を知る」新たな知識を得る機会になっていた。超急性期で勤務する看護師は、発声や食事摂取、歩行する姿を目にしないうまま一般病棟へ退室することもある。退院が間近な状況で会話や日常生活動作が自立している姿を見て感動や急性期の患者・家族の苦痛や苦悩を共に支えてきた看護師にとって仕事へのやりがいを感じる機会だと思われる。リリーフ者は、「受ける側」リーダー看護師から患者の疾患名・援助の内容・関わり方のポイントなどの「明確な指示」をされること、「病棟看護師とのペアリング」の協力連携により、安心して看護実践を行うことができている。リリーフの効果的な活用方法として【不安

を生じさせない関わり方】だといえる。しかし、[不慣れな環境]において[不明確な指示]は、リリーフ者の【リリーフ先での困惑】を招き、[患者像が把握されていない][受持ち看護師と患者指示の確認行為ができない][リリーフ者の実践力に伴わない業務依頼内容]は【不安感情】を生じさせていた。田中²⁾は「リリーフ派遣先で生じる看護職員の不安要因は、慣れない職場環境で仕事をする事自体が看護師に大きなストレスを与えている。不安を高く感じる業務は、高い順に『ナースコールの対応』『点滴』『入院』である。」と述べている。不慣れな環境と特殊性ある病棟業務の理解が乏しい状況で、患者情報の提示や自ら情報収集する時間も患者と関わらなければならない事に対し、何をすべきか、誰に確認をすれば良いのか、患者と自己の安全をも脅かす状況に不安や恐怖心が生じている。宮前⁴⁾が「経験ある看護師ほど実践する看護に責任やリスクを考え行動するのは当然であり、責任感から不安や戸惑いが生じ抵抗感につながるのではないかと考える」と述べられている。ベナーが述べる10年以上の達人レベル看護師であれば、多くの経験値に基づいた体験から一つひとつの状況を直感的に把握して臨床判断を行ない看護実践ができ、病棟看護師に積極的に質問することも可能である。しかし、一人前や中堅レベル看護師であれば、経験値や社会人基礎力により左右されるとも考えられる。[リリーフ者の看護実践力に伴わない業務依頼内容]の実践は、【不安感情】を抱くだけでなく辛さが表現されており、リリーフ者の精神的な苦痛の深さが伝わる。看護師は、看護者の倫理綱領や看護業務基準に基づいた看護提供を行なうよう教育を受けている。根拠や看護判断なしに処置や看護行為をすることは、患者の安全・安楽が脅かされる行為であり、看護者として[看護業務を果たせない不全感]を抱かせ、【リリーフへのマイナス感情】を引き起こすことになる。もう一つの大きな要因は、[受ける側看護師の対応による不快感]である。自分より後輩の看護師が大柄な態度で指示してくる様や深いため息をつく、「もういいわ」という言動や態度は、【リリーフに対するマイナス感情】要因の一つになっている。また、「受ける側」病棟へ来訪したリリーフ者の姿を見るや否や何故リリーフに来たのか、何をしてもらおうか探す様子は、[リリーフの必要性の疑念]を抱かせている。管理者はリリーフの必要性を感じ要請したがリーダー看護師に伝えていない、管理者と現場看護師間に必要性の差異があったと思われる。否定的な思いを肯定的な思いに変化させる要因は、「出す側」「受ける側」共に看護師の対応が大きく影響していた。患者・家族、管理者や先輩看護師から「ありがとう」「助かった」という言葉掛けは[患者からの感謝の言葉がも

たらす喜びの感情][看護師からの感謝や労いの言葉がもたらす喜びの感情]を生じ、役立つことができた達成感に繋がり、リリーフに対してのモチベーションを向上させていた。「受ける側」管理者からの言葉掛けは、リリーフ者の【自己の存在価値】や肯定的な思いへ変化させる要因となっていた。これらのことから、「出す側」にとって、リリーフは、未経験な技術や知識・看護を学ぶ、【自己成長】を感じるプラスの機会であり、「受ける側」看護者からの感謝や労いの言葉掛けは【自己の存在価値】に繋がっていた。しかし、「受ける側」からの言動や態度により【リリーフに対するマイナス感情】を抱くことがわかった。「受ける側」は、[リリーフ援助による負担軽減][リリーフ者の快い態度への感謝]と[リリーフ者への労い]の感情を表出させ、双方のアサーティブな対応とコミュニケーションがリリーフを円滑にする結果であった。初めてのリリーフ者に対しては、看護実践力がわからず何を依頼して良いのかうまく[リリーフの活用ができない]と【受ける側のジレンマ】を生じさせる結果となった。基準が改定され看護師長の心得が追記されたが、「出す側」「受ける側」の否定的な思いと要因から組織的な教育が図られていないと感じる。先行研究でリリーフに対する組織的な教育の重要性と職員と管理者でリリーフそのものの捉え方を共有することが重要であると示唆されていたように、今後、A病院における看護職員と看護管理者は、本研究で得た現状の思いを共有し、効果的なリリーフのあり方を検討する必要がある。

結論

「出す側」のコードは合計77抽出され19のサブカテゴリと7つのカテゴリ、「受ける側」のコードは、合計32抽出され5つのサブカテゴリと2つのカテゴリに分類された。

本研究は、第48回日本看護学会－看護管理-学術集会（札幌）にて発表した内容である

引用文献

- 1) 小林幸子等：外来看護師のリリーフ時のストレスの実態,第45回日本看護学会,看護管理,2015.
 - 2) 田中美穂等：リリーフ派遣先で生じる看護職員の不安要因の分析～業務内容と居心地のよし悪しの視点から～,第51回全国自治体病院学会,全自病協雑誌第52巻第5号,2015.
- 石井友紀子等：所属間応援機能体制に対する職員と管理者の差異（第1報）第44回日本看護学会論文集,看護管理,p106～109,2014.

3) 石井由紀子等：所属間応援体制に対する職員と管理者の認識の差異（第一・二報）,第44回日本看護学会論文集,看護管理,2014.

4) 宮前みどり等：リリーフ体制に対する特定集中治療室看護師の認識とその影響要因,第43回日本看護学会論文集,看護管理,p183~186、2013.

杉森みどり訳：キング看護理論,株式会社 医学書院,第1版第2刷,p 2,1991. 表1 「出す側」の思いのカテゴリー

研究

病棟間応援体制における看護職員の思いと 看護管理者の実践（第2報）

Practice of thought and the nursing manager of the nursing staff in the
support system between the ward (The second report)

伊波 久美子
Kumiko Inami

中村 香織
Kaori Nakamura

要 旨

今回、看護管理者が何を根拠にリリーフ要請と派遣をしているのか、リリーフ看護師の思いに対してどのような管理実践（以下実践とする）を行っているのか、看護師長21名を対象に無記名自記式質問用紙による調査を行ったので報告する。アンケートは質問項目ごとに単純集計し、自由記述については類似する意味内容で分類、カテゴリー化した。看護管理者は「看護者の勤務人数」と「患者の重症度」によってリリーフの要請を判断しており、看護必要度をリリーフ要請の判断根拠にしている看護管理者は少なかった。リリーフを派遣する看護管理者の実践として【動機づけをする】、【リリーフ看護師へのアドバイス】、【リリーフ体験を把握する】、【リリーフ看護師の思いに添う】、【受ける側へフィードバックする】の5つのカテゴリーが抽出された。また、リリーフを受ける看護管理者の実践として【リリーフ看護師の実践力を把握する】、【受ける側としての環境調整】、【リリーフ体験の意味付け】の3つのカテゴリーが抽出された。看護管理者はリリーフ看護師がリリーフを肯定的に捉えることができるように管理実践を行っていた。

Key Word : Relief, Nursing manager, management

はじめに

近年、高齢社会、疾病構造の変化、慢性疾患の増加、在院人数の短縮などともない、看護業務は繁忙で複雑化している。このような状況の中で、看護師には安全で安心できるケアを提供することを求められている。そのためには、各部署において適正な人員配置を行うことが重要である。そのような中、重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）のデータを基に各部署の多忙さをはかり、人員配置を行っているという報告^{1) 7) 8) 9)}が見られる。

A病院でも、ベッドコントロール会議にて入退院の状況とともに看護必要度が報告され、多忙な病棟へスタッフをリリーフに出すというシステムを実施してきた。しかし、勤務者数やスタッフの構成なども多忙さに影響するため、必ずしも医療・看護必要度だけで多忙さを図ることができず、結局はリリーフを要請した部署にリリーフを提供できると自主的に申告した部署からスタッフが派遣されている。要請する部署も派遣する部署も客観的データではなく、主観によって要請

や派遣を判断しているように思われる。

救急外来やICUなどは業務量が一定ではなく、閑暇が生じることがあるため、スタッフをリリーフに出すことが多い部署である。リリーフに行ったスタッフから、「リリーフに行くことに意義を感じることもあるが、時には、何を期待されているのかわからない、患者のためになっているとは思えない」という意見を聞くことがある。また、先行研究²⁾では、リリーフとして他部署へ派遣されるスタッフは、「自分たちの仕事を理解してもらえない失望感」「業務に適應できないことでのストレス」「安全が不確実な業務への抵抗感」「リリーフ先での人間関係に対するストレス」という否定的な思いや「新たな気付きを得たことによる充足感」「良好な人間関係の構築による満足感」という肯定的な思いを抱くことが報告されている。このような様々な思いはリリーフとして派遣されるスタッフのモチベーションに影響を与えていると考えられる。

また、石井ら^{3) 4)}はリリーフに対する組織的な教育の重要性と職員と管理者でリリーフそのものの捉え方を共有することが重要であると述べているが、研究の

課題として対象者が限定されており結果が一般化できないとしている。A病院における看護職員の思いと管理者の認識や関わり方（配慮）を知りたいと考えた。

目的

A病院では、病棟間応援体制（以下リリーフとする）基準を設け、公平な看護ケアの提供と重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）データを活用した適正な人員配置を目指し、リリーフが行なわれている。リリーフに関しては先行文献^{2) 3)}にて慣れない環境での業務により不安やストレスが生じることが報告されている。本研究の第1報では、リリーフを「出す側」だけでなく「受ける側」双方の看護師の思いに関して肯定的要因と否定的要因があることが示された。

第2報では、看護管理者が何を根拠にリリーフ要請と派遣をしているのか、リリーフ看護師の思いに対してどのような管理実践（以下実践とする）を行っているのか調査したので報告する。

方法

1. 研究デザイン：独自に作成した無記名自記式質問用紙による実態調査研究。2. 対象：A病院の看護部長、副看護部長を除く看護管理者（師長）21名。3. 調査期間：1017年4月。4. 調査項目：1) リリーフの意義をどのように捉えているかを問う10項目について「4. とても思う」から、「1. 全く思わない」の4段階評定法で回答。2) リリーフを要請、派遣するときの判断根拠を6項目から複数選択。3) リリーフにおける看護管理者の実践について自由記述を求めた。5. 分析方法：質問項目ごとに単純集計し、自由記述については類似する意味内容で分類、カテゴリー化した。

倫理的配慮

研究の目的、意義、調査方法、自由意思による参加、結果の公表について対象者へ口頭と書面をもって説明しアンケート用紙の提出をもって同意とした。アンケートは無記名で個人が特定されることはなく、番号を用いて処理、分析を行った。研究の実施に関してはA病院看護部倫理委員会の承認を得て、実施した。本研究に関連して、開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

結果・考察

対象の背景：対象者のうち19名、回収率90%（有効回答率100%）から回答が得られた。19名全員が看護師をリリーフに派遣したことがあり、更に16名がリリーフを要請したことがあった。1. リリーフの意義に関しては、「部署どうしの助けあい」、「他部署の業務の

工夫を知る機会」、「他部署の雰囲気を知る機会」、「人材資源の有効活用」の4項目については19名全員が「とても思う」「少し思う」と応え、リリーフの意義として強く認識されていた。一方「看護手順の統一に有効」、「看護の質の向上につながる」、「他部署の疾患・技術の学習の機会」の3項目については「思わない」「全くおもわない」が7名とリリーフ体制の意義としての認識が低いことが分かった。2. リリーフを要請・派遣するときの判断根拠としている項目については、「看護者の勤務人数」が18人、続いて「患者の重症度」が16人と多く、看護管理者は主にこの2項目を参考にリリーフを要請していた。看護必要度をリリーフ要請や派遣の根拠にしている看護管理者は要請時には7人、派遣時には4人と他の項目に比べて少ない人数だった。3. リリーフにおける看護管理者の活動に関する記述からは8つのカテゴリーが抽出された。看護管理者はリリーフ看護師へリリーフの意義や必要性、リリーフによって得られる技術や知識を伝えることで【動機づけをする】を行い、派遣先で同様な態度をとると良いのか【リリーフ看護師へのアドバイス】してから送り出していた。また、【リリーフ体験を把握する】ことによって、【リリーフ看護師の思いに添う】、【受ける側へフィードバックする】をおこない、肯定的な思いにつながるリリーフ体験ができるように環境調整をしていた。リリーフを受ける側の看護管理者は【リリーフ看護師の実践力を把握する】【受ける側としての環境調整】を行っていた。また、リリーフ看護師と【リリーフ体験の意味付け】を行い、否定的思いへと再構築をしていた。

結論

1.看護管理者は「看護者の勤務人数」と「患者の重症度」によってリリーフの要請を判断しており、看護必要度をリリーフ要請の判断根拠にしている看護管理者は少なかった。
2.看護管理者は様々な実践を通してリリーフ看護師がリリーフを肯定的に捉えることができるようにしていた。

引用文献

- 1) 兼子トモ子：看護必要度に応じた病棟内リリーフ体制の実際と効果, ナースマネジャー, 15(7), 65-69, 2015
- 2) 宮前みどり等：リリーフ体制に対する特定集中治療室看護師の認識とその影響要因,第43回日本看護学会論文集,看護管理,p183~186,2013.
- 3) 田中美穂等：リリーフ派遣先で生じる看護職員の不安要因の分析,第51回 全国自治体病院学会,全自病協

雑誌第52号第5巻,p612～614,2012.

4) 小林幸子,原潤子,中沢良枝等:外来看護師のリリーフ時のストレスの実態,第45回日本看護学会論文集(看護管理), p149～152,2015.

5) 石井友紀子他:所属間応援機能体制における職員と管理者の認識の差異—第1報—,第44回日本看護学会論文集—看護管理—, 2014, 106-109

6) 石井由紀子他:所属間応援機能体制における職員と管理者の認識の差異—第2報—,第44回日本看護学会論文集—看護管理—, 2014, 110-113

7) 陣田康子:リリーフシステムの導入および登録ナース制度の検討, 看護55(11) .53-54,2009,

8) 大須賀みどり他:A病院における効率的な人員配置のためのリリーフ体制について,

せいい看護学会誌, 4(2), 64-64, 2012,

9) 市川幾恵:大学病院における看護職員の適正配置と看護必要度について, 保健医療科学,2013,62(1),62-67