
責任と継続性のある透析看護を行うために ～開院からの看護体制を振り返る～

伊藤恵子、勝又麻子、五十嵐伴子、河村美貴子、石塚浩美
藤本 誠、工藤麻利、小番 吏、小南敦子、渡邊明日香
水木麻衣子、青山ひろみ、加賀谷由香、佐藤良延
おのば腎泌尿器科クリニック

Keiko Itoh, Asako Katsumata, Tomoko Igarashi, Mikiko Kawamura, Hiromi Ishizuka
Makoto Fujimoto, Mari Kudoh, Tsukasa Kotsugai, Atsuko Kominami, Asuka Watanabe
Maiko Mizuki, Hiromi Aoyama, Yuka Kagaya, Yoshinobu Satoh
Onoba Nephro-urological Clinic

<緒言>

当クリニックが開院し4年が経過した。その間、透析患者は著しく増え、スタッフの増員、ベッド数の増床などにて対応してきた。2005年1月には、5月の夜間透析開始に向けて増築を行ない、業務改善と体制整備により業務の煩雑化を見直した。しかし、継続的看護が提供できていないのではないかと感じていた。そこで課題を明らかにし、今後の看護業務体制の指標にしようと考え、本看護研究を行った。

<対象と方法>

業務改善、体制整備から1年経過後の、チームナーシングの機能について振り返り、課題を明確化するために職場討議を繰り返した。

<結果>

当院開院から今までの経過を表1に示した。当院は2003年9月に開院した。透析室は当初患者9名、ベッド数8台で、透析スタッフは看護師2名、臨床工学技士2名の4名でのスタートであった。患者が少数なことから問題は感じずに、日常業務を行っていた。

2003年12月に患者は15名に増え、2部患者も1名から3名に増加した。また、看護師は外来業務との兼務であり、看護師が少ないと専門性から不安との声があがった。そこで1日を通しての透析室勤務者の1人にリーダーを位置づけ、責任の所在をはっきりとした。安全に治療を行う面では効果的であったが、継続的な看護の提供はできていなかった。さらに夜間透析の開始に向け、看護師の増員と透析室の増築が進められていった。

2005年4月に師長が位置づけられ、それを機に職場討議を頻回に設け、業務整理と体制整備を行い、タイムスケジュールを作成した。また、患者の入室時間を統一し、その日の穿刺と担当を

ブロック制とした。そして、全体にリーダーを置き、午後の外来応援となる看護師が受け持つブロックをカバーすることができた。

表 1. 開院からの経過

年月	ベッド数	患者数	スタッフ数		看護体制及び動向
			看護師	技士	
2003. 9	8	9	2/0 (午前HD/ 午後外来)	2	互いに協力して看護にあたり問題を 感じず
. 12	9	15	2/1	2	午後の外来に看護師が応援のこ とがあり、リーダーを位置づける
2004. 12	9	20	3/1	2	患者の増加、夜間透析に向けて 透析室の増築開始
2005. 4	9	27	4/1	2	師長の配置、職場討議を重ねる 一業務整理・体制整備
. 5	14	32	3/1	2	夜間透析開始(スタッフ2人) 受け持ち制導入
2006. 1	18	40	7/2	2	2チーム編成 リーダー、メンバーの位置づけ 一チームナーシング開始

2005年5月に夜間透析を開始した。この時から受け持ち制を導入し、看護師と臨床工学技士との連携を図った。その後も定期的に職場討議を開催し、臨床工学技士からは、「ブロック制では患者のケアや看護判断に支障をきたすことが往々にある」といった声上がり、看護師からも、「臨床工学士の持つブロックの患者の把握が難しく看護が思うようにできていない」などの意見があげられた。

ブロック制の導入から8ヶ月後の2006年1月にチームを2つに分け、それぞれにリーダーとメンバーを位置づける体制へと移行した。それは今まで以上に外来と兼務になる看護師の業務への負担の軽減と、何よりもチーム全体で関わることで患者に責任を持ち、各々の役割を發揮し、より良い看護の提供を目的とするものであった。患者の増加に伴いこの年には看護師3人、臨床工学技士1人と看護助手1人が増員された。さらに2007年5月に看護師が、7月にパート看護師が1人ずつ増員された。現在、患者は60名に増え、ベッド数も22床へ増床した。現在の状況を表2に示す。外来勤務者の2名を除いた12名のスタッフが透析業務を行っている。しかし、新体制が1年以上経過したものの、業務をこなすことと新人の教育と指導が優先され、看護の部分に継続性がなく、チームナーシングが十分に發揮できていないことが職場討議の中で明らかになってきた。具体的には、「リーダーの荷が重い」「役割がよくわからない」「外来と兼務になると患者の把握が困難」「記録の不十分さ」などがあげられた。

表 2. 現在の状況

<p>1) 患者 ベッド数: 22床 透析機械: 22台</p> <p>患者数: 60名 月・水・金(1部): 20名 (2部): 9名 (夜間): 10名 火・木・土(1部): 21名</p> <p>患者年齢: 34歳~88歳 (平均63.3歳)</p> <p>透析歴: 2ヵ月~28年9ヵ月 (平均4年8ヵ月)</p>	<p>2) 透析体制 透析スタッフ数: 14名 (パート、助手を含む)</p> <p>看護師: 10名 平均年齢: 36歳 平均職務歴: 16年</p> <p>臨床工学技士: 3名 平均年齢: 28歳 平均職務歴: 6年9ヵ月</p> <p>看護助手: 1名 勤務年数: 1年2ヵ月</p> <p>勤務体制: 日勤(8:00~17:30) 夜間(14:00~23:00)</p> <p>看護方式: チームナーシング 開始日: 2006年1月</p>
---	---

<考察>

開院からの4年間に患者は6倍以上に増え、スタッフが協力し、信頼のあるクリニックを目指してきた。その結果、患者に安全な医療の提供のための討論や、働きやすい職場作りのための委員会活動などのコミュニケーション能力が身についてきた。しかし、体制の変更については、リーダーシップ、メンバーシップが乏しく自覚が不足していたことにより、継続看護には結びついていなかったと感じていた。それは、以前に学習会を行っていたため、役割の理解はできている、移行しても問題はないだろう、と考えたことや、新人が増え、日常業務の指導に重点を置いたことが要因と考える。また、スタッフひとりひとりが役割の理解が出来ていないため、自分がどのように関わっていけばいいのかに戸惑いを感じ、それが患者の把握を困難にさせ、悪循環となっていたのだと言える。

1年以上経過したが、職場討議を繰り返すことにより課題を明らかにすることができた。それを解決するためには、リーダーシップ、メンバーシップの理解を深めること、リーダーは、メンバーの役割モデルとしての自覚を持ち、メンバーを教育・育成し、チームを活性化することが役割と言える。メンバーは主体的に考え、実践力を備え、リーダーへ協力できることが必須と考える。そして、スタッフひとりひとりが役割を自覚することでやる気が生まれ、看護師と臨床工学技士が互いに専門性を発揮し合えることで、職場全体の活性化に繋がっていくと考える。

また、受け持ち看護師が立案した看護計画を理解し、チームで関わり、フィードバックしていくことが継続看護に結びつくのではないかと考える。さらに申し送りと記録の充実や他チーム間の協力体制など、継続看護の指標となるべく課題は残っている(表3)。これからも、職場討議を繰り返し、自分の役割を自覚し、責任と継続性のある看護を目指していきたいと考えている。

表3. 継続看護に結びつかない原因と課題

継続看護に結びつかない原因
リーダー、メンバーシップへの理解の乏しさと自覚の不足 ・学習会の開催による安心感 ・新人指導の要点の誤まり ・自覚の欠如による戸惑いからの悪循環
継続看護に向けての課題
・リーダー、メンバーシップの理解を深めるには、自分の役割を自覚し、専門性の発揮ができる ・受け持ち制を活かしたチームの関わりをフィードバックしていけるように看護計画の理解をする ・申し送りと記録の充実や他チーム間の協力体制の検討

<結論>

責任と継続性のある看護を行うためには、課題を明確化し、時間をかけても丁寧に再考していくことが重要である。また、チームナーシングを発揮するためには、スタッフひとりひとりの自覚が重要なポイントとなると考えられた。

文 献

- 1) 西本勝子、杉野元子：固定チームナーシングー責任と継続性のある看護のために、医学書院、東京、1999.
- 2) 西本勝子、杉野元子：固定チームナーシング事例集、P 111－113、医学書院、東京、2002.