

モジュール的方式による看護者の体験に関する研究

1階東病棟

○井上めぐみ 谷脇 佐織 公文 香織 高田 裕子
山下 眞代 南場 玲子 三谷 久代 岡林 安代

キーワード：プライマリーナーシング、モジュール型継続受持ち方式

I. はじめに

患者の個別的なケアのニーズが高まっている昨今、ニーズを満たし、より質の高い看護を行うには個々の看護過程の実践が欠かせない。そのためにはプライマリーナーシングが有効といわれ、20年が経過している。

プライマリーナーシングは一人の看護婦が特定の患者を入院から退院まで継続して受け持ち、責任を持ってケアを提供する看護方式である。当病棟では従来チームナーシングと受け持ち制の混合方式であった。看護者として患者への関わりを深め、仕事に責任と達成感を持って看護ができるには看護体制を変更することでより前進があるのではないかと考えた。そこで松木の考案したモジュール型受持ち方式¹⁾を取り入れ、現状にあった工夫をし、モジュール的方式と命名し実施した。導入後5ヶ月を経過し、スタッフがこの看護方式の中でどのようなことを体験し感じているのかを明らかにした。

II. 研究目的

モジュール的方式導入後、看護の中で看護婦がどのようなことを体験し感じているかを明らかにする。

III. 用語の定義

転移とは、治療者と患者の相互関係のうち、患者が治療者に向けるものをいう。

逆転移とは、治療者が患者に向ける個人的感情をいう。転移には信頼や愛情を治療者に寄せる陽性転移と憎悪や攻撃を示す陰性転移がある。

スタッフ間のサポートシステムとは、スタッフ個人の負担の軽減や回避のために支え合うこと。そのことが個人の成長・自立を援助することにもつながり、スタッフ自身の精神的安寧を目的とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：グランテッド・セオリー（図1）に基づく質的研究

2. 対象数・特質：当病棟看護者で看護方式変更前後に携わった4名（表1）

3. 期間：平成13年6月9日から9月17日

4. データ収集方法

インタビューガイドを作成して半構成的面接を行った。インタビューガイドの内容は、モジュール的方式になり患者への関心、受持ち患者以外への関心、苦手とする患者への関わり、モジュール導入後の看護の達成感、患者との人間関係、心理的・身体的負担などである。

5. データ分析方法

グランテッド・セオリーのアプローチに基づいて分析を行った。（図1）

対象者の同意を得て面接内容を録音し逐語録を作成した。1回の面接終了後、逐語記録の意味するところをネーミング化して、その後スーパーバイズ（看護学科講師軸丸清子先生）を受けると共にその妥当

表1 対象者の背景

看護者	年齢 (性別)	当病棟での 経験年数
I	25 (女)	3年
T	25 (女)	2年
K	27 (女)	6年
K2	30 (女)	9年

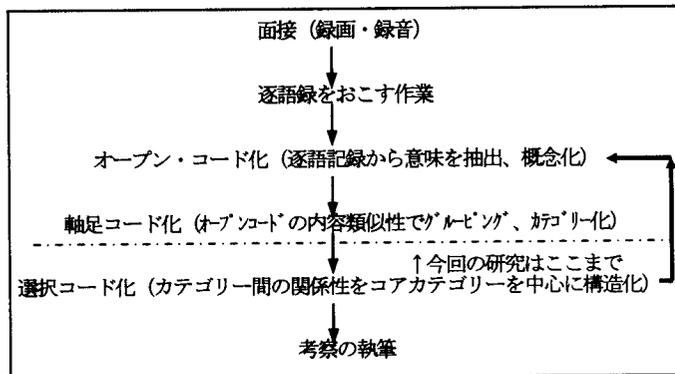


図1. グランテッド・セオリーのアプローチによる分析方法

性を検討した。新たにできた概念を次インタビューの項目に加えて面接を行い、更に内容を深めた。分析内容を検討した上で、対象者本人にその意図する内容であるか確認し信頼性を高めた。面接者は一貫性をもたすため当病棟に勤務する Y (34 歳、看護婦経験年数 6 年、精神神経科勤務年数 6 年) が担当した。

V. 倫理的配慮

1. 研究の目的・方法について説明し、対象者の疑問や不安については説明を加え、理解が得られた者のみを対象にした。
2. 研究に参加しなくても日常の医療・看護には全く関係ない事を説明した。
3. プライバシーの保護について十分配慮し、個人のデータの取り扱いについては研究以外の目的には使用しないこと、研究終了後は破棄すること、個人を特定できないように秘密を厳守した。

VI. 結果

インタビューの内容を分析した結果、12 の大きな概念と 65 の小さな概念が抽出された。(表 2)

表 2 看護者が体験し、感じた内容と軸足コード化

軸足コード	対象者	ローデータ
看護者の心理状態	I	関係が密接になり、逆転移がおこりやすい/拘束感を感じる/患者から感謝された時は励みになる。転移がおこり否定的な感情(陰性転移、逆転移、無力感)になることがある/受持ち患者以外の患者への介入の迷い/治療の受け入れができなかった者に対する自分の関わり方への責任 苦手なタイプの患者でも受持ち看護者なら関わっていかねばならないという拘束感。 苦手なタイプの患者でも受持ち患者でなければ、心理的負担が少ない。 苦手なタイプの患者を副担当看護者として受持つ時は、1日だけの責任で関わればという気持ちで心理的負担が少ない。 責任が一人に集中するから精神的負担が大きい。 /責任の重さに対する負担やしんどさ。 受持ちであるがゆえにネガティブな感情から逃れられないしんどさ。 同僚のがんばっている姿に励まされ、苦手な患者を受け入れる気持ちになる。 受持ち患者を退院まで看なければならぬという拘束感。 苦手な患者であっても受け持ち患者でなければ気がらく。 /受持ち以外の患者への介入の迷い。
	T	
	K	
	K2	
看護者の身体的健康状態	T	眠れないことがある。 健康状態が低下することがある(不眠や倦怠感、ヘルペスなど) 看護度の高い患者を受け持つと身体的な疲労が大きい。
	K	
	K2	
患者への関心	I	受持ち患者への関心が高まった/受持ち患者への関心が高まり理解が深まった。 受持ち患者への関心が高まった/患者を理解しようとする姿勢が積極的になった。 /受持ち以外の患者には関心が薄い。 受持ち患者に対して理解しようとする気持ちが強くなった。
	T	
	K	
患者との関係	I	受持ち以外の患者はコミュニケーションが少なくなった/親近感ももてるようになった 受持ち患者に時間をとって関わっていけるようになった/患者からも相談を受けるようになった。 精神科以外の患者にも精神的なケア提供が行なえるようになった。 /受持ち患者に対する期待が大きい。 患者は「受持ち看護者」という認識が強くなった。 /積極的に援助を求められるようになった。 患者との関係が密接になるので患者に否定的な感情がおこりやすい。 /患者と共に体験を共有できるようになった。 患者は自己開示がしやすい。 /患者と共に過ごす時間がとれるようになった。 /患者と達成感を共有できる。
	T	
	K	
	K2	
看護者役割・機能	I	個別性のあるケアが提供できるようになった/問題解決にむけて医師との連携、情報交換が密になった。 受持ち患者の治療とその経過、回復過程がわかるようになった。 /受持ち患者の状況把握はかわらない。 積極的に情報収集(医師カルテ、受持ち以外の患者のカルテ)アセスメントするようになった 看護上の問題点が明確にやすくなった。 /看護の質が向上した。 医師との連携が密になった。 /受持ち看護者の看護計画に沿って看護を行なえるようになった。 受持ち患者をより深く理解しようとするようになった。 /夜勤ではモジュール的方式は機能させにくい。 以前よりもっと患者理解に努めるようになった。 /問題解決にむけて医師との連携が密になった。 医師との連携が密になった。 /受持ち看護者は治療計画に参加できるようになった。 受持ち患者の問題点を明確にしやすい。 /看護計画立案の関心が高まった。 /看護計画が立案しやすい。 責任を持って看護計画を立てるようになった。 /患者の状態を評価しやすい。 /自分が立てた看護計画を評価しやすい。
	T	
	K	
	K2	
情報の伝達	K2	受け持ち患者の情報は他看護者に伝わりにくい。 /看護計画が他看護者に伝わりにくく、統一したケアがしにくい。
看護上の問題点に対する対処法	T	学習意欲が高まり、問題解決にむけて主体的に取り組むようになった。 モジュール的方式になっても看護上の問題点にたいする対処法はあまりかわらない。 受持ち患者について直接情報収集するようになった。
	K	
モジュール的方式の受け入れ	I	看護者の説明不足でモジュール的方式を理解していない患者がいる。受け持ち制であることの説明が今後も必要。 受持ち看護者であることを意識するようになった。 /仕事への見通しが立ちやすく看護を提供しやすい。 看護者の説明不足でモジュール的方式を理解していない患者がいる。 苦手な患者でも積極的に関係をつくっていききたい。 モジュール的方式になって自分の成長が感じられる。
	T	
	K	
	K2	
責任感	T	自分がメインで看るという責任感がでてきた。 一人で負担するので責任を重く感じる。 看護計画の責任が強くなった
	K	
	K2	
仕事への満足感	T	受持ち患者から良い反応が返ってきた時に達成感がある。 患者から受持ち看護者と認識された時は満足感がある。患者から受持ち看護者と認識された時は満足感がある。
	K	
看護への自信	I	患者から感謝された時などは自分の行った看護に自信が持てる。 患者のアセスメントに自信がでてきた。
	K2	
サポートシステム	K	しんどい気持ちをスタッフ間で相談できる。 身体的・精神的にしんどい時やつらい時は、その日の担当をはずしてもらおうと負担が軽くなる。
	K2	

Ⅶ. 考察

<患者への関心>では受け持ち患者への関心が高まった、<患者との関係>では受け持ち患者に親近感もてるようになり、患者から積極的に援助を求められるようになったと述べている。このことから患者は看護者を頼りにできる存在としてみなし積極的に援助を求めるようになり、看護者と患者が1対1で継続して関わる関係は、看護者の「私の受け持ち患者」という意識を高め、身体的側面だけでなく精神的な面にも関心を向けるようになり患者を理解しようとする気持ちが強くなったと思われる。看護者が患者に対して積極的に関心を注ぎ、自分の考えや感情を率直に表現できるようにすると、患者は気持ちや状況をありのままに受け入れられると感じ、安心感を持ち尊重されているという感覚がもたらされ、看護者への信頼感が育まれる。

<患者との関係>では、患者は受け持ち看護者には自己開示がしやすい、受け持ち患者の体験を共有できるようになったと述べている。看護者の思いや考えなどを患者に返していくことで、患者と共通した感情や体験を持つことができ自己開示がしやすくなったと思われる。そして患者が抱えている問題や体験したことを共有し一緒に考えていく事で、信頼関係が強化され患者、看護者関係を育てることができたと考えられる。患者が看護者に対して抱く信頼は看護者の一貫した態度、患者を尊重する態度、患者に関心をむける態度、信用できる確実な知識や技術、将来の希望や見通しを患者に示せる態度によってでてくるものである。このような態度は、患者に自分自身がかけがえのない大切な存在であることを実感できるものであり、肯定的な評価を生じさせる。しかし、対人関係をうまく確立できない精神疾患患者と信頼関係を築くことは容易なことではない。特に患者と看護者の関係が密接になると転移や逆転移もおこりやすい。患者は病気に伴い、苦悩や悲哀、不安、怒り、葛藤、恐怖など困難な状況を体験する。自分では処理しきれない感情や抑圧していた思いを信頼できる看護者にさらけ出し、心理的負担や緊張の軽減を図る。

<看護者の心理状態>では、患者が退院するまで看なければならぬという拘束感を感じる、苦手な患者を受け持った時は心理的負担が大きいと述べている。しかし受け持ち看護者であるが故に患者が退院するまで看なければならず、その感情から逃れられないしんどさや拘束感を感じ、心理的負担が増大すると思われる。<看護者の心理状態>では患者との関係が密接になり転移がおこりやすい、患者は看護者に対して否定的な感情がおこりやすく精神的負担が大き、受け持ち看護者であるが故にその否定的な感情から逃れられないしんどさを感じ、個人によっては逆転移もありうると述べている。看護者によっては患者に対する否定的な感情を持ちやすいため逆転移感情が生じやすいことを認識し、自分達の逆転移を注意深く観察する必要がある。スタッフにおこりやすい反応としては誤信、共謀、非難、治療に抵抗する患者を前にした無力感、患者を破壊したいという願望や無効感、同一性喪失などがある。

<看護者の身体的健康状態>では、心理的負担やストレスから不眠や倦怠感など健康状態が低下する、看護度の高い患者を受け持つと身体的疲労が大きいと述べている。これは身体的・精神的負担に伴い、健康状態が低下したことが考えられる。

<責任感>では看護に対する責任感が強くなった、一人で負担する責任を重く感じると述べている。患者との関わりが看護者に与える影響は大きく、やり甲斐を感じると認める一方で、その責任の重さからストレスを感じている。スタッフ自身の精神的安寧は患者との相互作用にも大きな影響を及ぼすため、組織的な取り組みが必要である。患者との良い人間関係を建設できるようにサポート体制を強化していかなければならない。患者のニーズと看護者の熟練を考慮した患者割り当ての工夫や、疲労のとれる勤務表の作成、しんどい気持ちを表出できるミーティングの場やスタッフ間の良好な人間関係、明るい病棟作り、カンファレンスにおける支援が重要であり、スタッフ間のサポートシステムにより、心理的負担は軽減されると思われる。

受け持ち看護者の役割の一つとして、患者の24時間のケア計画に継続して責任をもち、勤務の時はそのケアの実施することが挙げられる。

<看護者役割機能>では問題解決にむけて医師との連携、情報交換が密になった、患者の治療とその経過、回復過程がわかりやすくなった、看護上の問題点が明確にしやすい、受け持ち看護者の看護計画に沿って看護を行えるようになった、患者のアセスメントに自信がついた。

<看護上の問題点に対する対処法>では学習意欲が高まり、問題解決にむけて主体的に取り組むようになったと述べている。ケア実施にあたり患者とのコミュニケーションも増え、患者に個人的な関心をむけ、個性に基づく反応を予測しながら患者中心の看護過程を展開しやすくなり、患者のケア計画に対する自分自身の看護

方針も明確にしやすくなった。以前より学習することを身近に感じ、ケアに生かせる知識を自ら情報収集をするようになり、主体的な看護の実践を行なうようになった。また問題解決にむけて医師との連携、情報交換が密になり患者の治療とその経過、回復過程がわかりやすくなり看護上の問題点も明確にしやすくなった。これらは医師とのコミュニケーションが増え、医師から得た情報は看護の展開に役立つものが多いことが考えられる。医師も受持ち看護師と認識し、意識して相談をしていくことが多くなり、患者に関する医師、看護師関係が円滑に機能していると思われる。医師－看護師－患者の関係が調和のある統合されたものであることはもっとも良い治療効果のために欠くことができない。

看護計画に責任を持ち、勤務の時はケアに直接かかわることで、自分が立案した看護計画の実施や効果を身近に確認でき患者アセスメントに自信が持てるようになった。そして患者から肯定的な反応や感謝の言葉が聞かれた時は自分の行った看護を振り返り、意味のあるものだったと実感でき、看護への自信につながったと思われる。患者の「援助を求めるニード」を見極め、そのニードを満たすための援助を行ない、その援助が有効であったかを確認する時に、今後の看護の実践が豊かになり、それ以上に自分の行う援助サービスからつくることのない満足感を得ることができる。

本研究では、モジュール的方式を導入し看護師がどのような体験をしたか独自の概念を開発し、データを収集、分析したが、対象者が4名とサンプルサイズが少なく一般化することはできない。また面接にあたっては一人の面接者がインタビューを行うため、その技法により語られる内容が異なることが限界である。今回本研究でそれぞれの概念のコード化がどのような関連をしているかは明らかにできなかったが、今後も続けて研究を進めていきたい。

VIII. 結論

モジュール的方式への看護方式変更に伴い、看護師がどのようなことを体験しているかを明らかにする目的で、当病棟の看護師4名を対象に半構成的面接を実施し質的分析を行った。その結果、以下の結論を得た。

1. 心理的負担の増強
2. 心理的負担に伴う健康状態の低下
3. 患者への関心の高まり
4. 受持ち患者との信頼関係の強化
5. 個別性のある看護過程の展開
6. 主体的な看護の実践
7. 受持ち看護師であることの自覚の芽生え
8. 看護に対する責任感の高まり
9. 患者の肯定的な反応から得られる満足感
10. 看護過程展開への自信
11. サポートシステムの強化で心理的負担は軽減される

引用・参考文献

- 1) 松木光子編：クオリティケアのための看護方式－プライマリーナーシングとモジュール型継続受持ち方式を中心に－、南江堂、改訂第2版、77、1997.
- 2) E. ウィーデンバック、F. ライター、R. エリス、V. ヘンダーソン著、稲田八重子他訳：看護の本質、現代社、1967.
- 3) 松木光子、池田一郎訳：プライマリーナーシング、医学書院

〔平成14年11月14～15日、別府市にて開催の第14回西日本精神保健学会で発表〕