

A 病院の神経難病病棟である B 病棟における固定チームナーシングの受持ち看護師としての認識

遠藤真由^{#1} 蓮井萌^{#1} 林弘美^{#1} 堂脇真子^{#1} 飛田沙知^{#1} 二川幸枝^{#1}

^{#1} 独立行政法人 国立病院機構 徳島病院 看護部 776-8585 徳島県吉野川市鴨島町敷地 1354 番地

受付 2023.12.18 受理 2023.12.25 出版受託 2024.3.11

要旨

B 病棟の看護師を対象に、固定チームナーシングの受持ち看護師としての認識を明らかにすることを目的に、30名にアンケート調査を行い、経験年数別・受持ち患者数別・受持ち期間別に t 検定(p 値<0.05)、自由記載はカテゴリー化し分析した。他の看護方式に変更した方が良い。チームメンバーと話し合い、協力し合えるスタッフ間の関係。チームメンバーへ相談や協力依頼。が経験年数別のみで有意差があった。11年目以上の看護師の方がチームメンバーへの働きかけ、コミュニケーションができており、固定チームナーシングを意識して看護している割合が高いことから有意差があったと考えられる。1. 全体の6割の看護師は固定チームナーシングを意識して看護していた。2. 【定期的なカンファレンス】【看護計画の追加修正】【積極的な関わり】が効果的であると考えているが【受持ち患者と関わる時間がない】【カンファレンスや看護計画を見直す時間がない】といった葛藤がみられた。

キーワード：神経難病病棟 固定チームナーシング 受持ち看護師 意識調査

はじめに

固定チームナーシングとは、「リーダーとメンバーを一定期間固定し、役割と業務を明確にしてチーム活動をしていく看護方式である」¹⁾。固定チームナーシングのメリットとして、受持ち看護師の能力をチームで補い、看護の質を維持できることやチームの結束力が高められることが挙げられる。一方、デメリットとしては、チームの連携やバックアップ体制の構築が必要になることが挙げられる。A 病院においては、10 年前から固定チームナーシングを取り入れているが、共同業務で行うことが多く、ルーチン化した援助になっている。本研究を通して、改めて固定チームナーシングを取り入れている意味を考え、意識することで看護の質を高められると考えた。そこで B 病棟看護師を対象に、アンケート調査を実施し、固定チームナーシングにおける受持ち看護師の認識を明らかにすることを目的に本研究に取り組む。

対象と方法

対象者は、B 病棟の看護師 33 名のうち研究の同意が得られた看護師。先行研究でのアンケート用紙を参考に、独自のアンケート用紙を作成した。アンケート調査は令和 4 年 11 月 1 日から令和 4 年 11 月 12 日まで実施した。アンケート内容は、①属性 3 項目 ②看護方式についての 5 項目 ③固定チームナーシングの看護師としてのチーム間での行動について 5 項目 ④固定チームナーシングの受持ち看護師としての受持ち患者への関わりや看護計画の追加修正等についての 9 項目 ⑤受持ち看護師として役割を効果的にするための方法と受持ち看護師として困っていることの 2 項目とした。②、③、④の回答は 5 段階の選択肢とし、⑤は自由記載とした。アンケートの質問項目の①は単純集計し、②～④までの回答は点数化し、看護師経験年数、受持ち患者数を t 検定で比較した。また、受持ち期間を一元配置分散分析で比較した。p 値が 0.05 未満を統計的に有意とみなした。⑤の回答は看護師経験年数に分けコード化し、類似性・共通性のあるものをカテゴリー化した。

Correspondence to: 遠藤 真由. 独立行政法人 国立病院機構 徳島病院 看護部 776-8585 徳島県吉野川市鴨島町敷地 1354番地 Phone: +81-88-324-2161 Fax: +81-88-324-8661 e-mail: kawamura.mayu.hm@mail.hosp.go.jp

倫理的配慮

院内の倫理審査委員会の承認を得た。(承認番号 24-4)対象者には研究の目的と方法を文書にて説明した。また本研究への参加は対象者の自由意思とし、研究協力・研究の不参加となった場合でも不利益は被らない事を説明した。アンケート記入、回収箱への投函をもって同意したものとした。

結果

研究の同意が得られたのは 30 名(90%)であった。対象者の属性は表 1 の通りである。

表1 対象者の属性

項目	区分	人数 (n=30)
1.看護師経験年数	2~10年目	14
	11年目以上	16
2.受持ち患者数	1名	20
	2名	10
3.受持ち期間	6か月未満	8
	6か月以上~1年未満	7
	1年以上	15

1. 看護方式について

固定チームナーシングの看護方式を理解しているでは、非常に当てはまる 1 名(3.3%)、かなり当てはまる 23 名(76.7%)、どちらとも言えない 6 名(20%)であった。固定チームナーシングを意識して看護しているかでは、かなり当てはまる 19 名(63.3%)、どちらとも言えない 8 名(26.7%)、あまり当てはまらない 3 名(10%)であった。チームで連携しカンファレンスを行うことで、多くの意見を看護計画に反映できていると思うでは、非常に当てはまる 1 名(3.3%)、かなり当てはまる 19 名(63.3%)、どちらとも言えない 9 名(30%)、あまり当てはまらない 1 名(3.3%)であった。今の看護方式に満足しているでは、かなり当てはまる 10 名(33.3%)、どちらとも言えない 20 名(66.7%)、であった。他の看護方式に変更した方が良かったことがあるでは、非常に当てはまる 1 名(3.3%)、かなり当てはまる 2 名(6.7%)、どちらとも言えない 14 名(46.7%)、あまり当てはまらない 9 名(30%)、ほとんど当てはまらない 4 名(13.3%)であった。(表 2) 経験年数別では、2~10 年目は看護方式の理解・看護方式に満足しているで平均値が高く、11 年目以上では、看護方

表2 看護方式についてのアンケート結果 (n=30)

項目	5非常に当てはまる	4かなり当てはまる	3どちらとも言えない	2あまり当てはまらない	1ほとんど当てはまらない
1 看護方式の理解	1 (3.3%)	23 (76.7%)	6 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
2 看護方式を意識した看護	0 (0%)	19 (63.3%)	8 (26.7%)	3 (10%)	0 (0%)
3 チームで連携し看護計画の反映	1 (3.3%)	19 (63.3%)	9 (30%)	1 (3.3%)	0 (0%)
4 看護方式に満足している	0 (0%)	10 (33.3%)	20 (66.7%)	0 (0%)	0 (0%)
5 他の看護方式に変更した方が良い	1 (3.3%)	2 (6.7%)	14 (46.7%)	9 (30%)	4 (13.3%)

式を意識した看護・チームで連携し看護計画の反映・他の看護方式に変更した方が良いで平均値が高かった。有意差があったのは、他の看護方式に変更した方が良い(p=0.016)であった。(表 3) 受持ち患者数別では、受持ち患者 1 名では、看護方式を意識した看護・看護方式に満足しているで平均値が高く、受持ち患者 2 名では、看護方式の理解・チームで連携し看護計画の反映・他の看護方式に変更した方が良いで平均値が高かった。全ての項目で有意差はなかった。(表 4) 受持ち期間別では、看護方式の理解の平均値は、1 年以上、6 か月未満、6 か月~1 年未満の順であり、看護方式を意識した看護の平均値は、6 か月~1 年未満、6 か月未満、1 年以上の順、チームで連携し看護計画の反映・他の看護方式に変更した方が良いの平均値は、6 か月~1 年未満、1 年以上、6 か月未満の順、看護方式に満足しているの平均値は、1 年以上、6 か月~1 年未満、6 か月未満の順であった。全ての項目で有意差はなかった。(表 5)

表3 看護方式についてのアンケート結果 (経験年数別)

項目	平均値 (標準偏差)		有意確率
	2-10年目(n=14)	11年目以上 (n=16)	
1 看護方式の理解	3.86 (±0.35)	3.8 (±0.52)	0.791
2 看護方式を意識した看護	3.43 (±0.62)	3.63 (±0.7)	0.437
3 チームで連携し看護計画の反映	3.57 (±0.62)	3.75 (±0.56)	0.434
4 看護方式に満足している	3.36 (±0.47)	3.31 (±0.46)	0.804
5 他の看護方式に変更した方が良い	2.14 (±0.74)	2.94 (±0.89)	0.016*

表4 看護方式についてのアンケート結果 (受持ち患者数別)

項目	平均値 (標準偏差)		有意確率
	受持ち1名(n=20)	受持ち2名(n=10)	
1 看護方式の理解	3.75 (±0.43)	4 (±0.44)	0.181
2 看護方式を意識した看護	3.55 (±0.58)	3.5 (±0.80)	0.870
3 チームで連携し看護計画の反映	3.65 (±0.47)	3.7 (±0.78)	0.862
4 看護方式に満足している	3.35 (±0.47)	3.3 (±0.45)	0.793
5 他の看護方式に変更した方が良い	2.55 (±0.73)	2.6 (±1.2)	0.910

表5 看護方式についてのアンケート結果(受持ち期間別) p<0.05

項目	平均値(標準偏差)			有意確率
	6か月未満(n=8)	6か月~1年未満(n=7)	1年以上(n=15)	
1 看護方式の理解	3.75(±0.43)	3.57(±0.49)		0.505
	3.75(±0.43)		4(±0.36)	0.214
2 看護方式を認識した看護	3.5(±0.70)	3.57(±0.49)	3.53(±0.71)	0.088
	3.5(±0.70)		3.53(±0.71)	0.834
3 チームで連携し看護計画の反映	3.5(±0.5)	3.86(±0.34)	3.67(±0.69)	0.156
	3.5(±0.5)		3.67(±0.69)	0.538
4 看護方式に満足している	3.13(±0.33)	3.29(±0.45)	3.47(±0.49)	0.428
	3.13(±0.33)		3.47(±0.49)	0.486
5 他の看護方式に変更した方が良い	2.63(±0.99)	3(±1.06)	2.33(±0.69)	0.077
	2.63(±0.99)		2.33(±0.69)	0.442

2. 固定チームナーシングの看護師としての自分の行動について

必要に応じ、チームメンバーと話し合いをしているでは、非常に当てはまる 7 名(23.3%)、かなり当てはまる 19 名(63.3%)が、どちらとも言えない 4 名(13.3%)であった。チーム間でカンファレンスを定期的に行い、メンバーと情報交換ができていでは、非常に当てはまる 1 名(3.3%)、かなり当てはまる 14 名(46.7%)、どちらとも言えない 13 名(43.3%)、あまり当てはまらない 1 名(3.3%)であった。協力し合えるスタッフ間の関係では、非常に当てはまる 6 名(20%)、かなり当てはまる 21 名(70%)、どちらとも言えない 3 名(10%)であった。担当看護師の能力をチームで補い、看護の質を維持できていると思うでは、非常に当てはまる 3 名(10%)、かなり当てはまる 17 名(56.7%)、どちらとも言えない 10 名(33.3%)であった。共同業務で行うケアが多くあるが、必要性を感じているでは、非常に当てはまる 9 名(30%)、かなり当てはまる 19 名(63.3%)、どちらとも言えない 2 名(6.7%)であった。(表 6) 経験年数別では、全ての項目において 11 年目以上の平均値が 2~10 年目に比べ高かった。その中で有意差があったのは、メンバーとの話し合い(P=0.006)、協力し合えるスタッフ間の関係(P=0.021)であった。(表 7) 受持ち患者数別では、受持ち患者 1 名では、チーム間でカンファレンスを定期的に行い、メンバーと情報交換ができてい・チーム間でカンファレンスを定期的に行い、メンバーと情報交換ができてい・協力し合えるスタッフ間の関係で平均値が高く、受持ち患者 2 名では、チーム間でカンファレンスを定期的に行い、メンバーと情報交換ができてい・担当看護師の能力をチームで補い、看護の質を維持できていると思う・共同業務

表6 固定チームナーシングの看護師としての自分の行動についてのアンケート結果(n=30)

項目	平均値(標準偏差)				
	5非常に当てはまる	4かなり当てはまる	3どちらとも言えない	2あまり当てはまらない	1ほとんど当てはまらない
1 メンバーとの話し合い	7(23.3%)	19(63.3%)	4(13.3%)	0(0%)	0(0%)
2 カンファレンス、メンバーと情報交換	1(3.3%)	14(46.7%)	13(43.3%)	1(3.3%)	1(3.3%)
3 協力し合えるスタッフ間の関係	6(20%)	21(70%)	3(10%)	0(0%)	0(0%)
4 看護師の能力をチームで補い、看護の質の維持	3(10%)	17(56.7%)	10(33.3%)	0(0%)	0(0%)
5 共同業務の必要性	9(30%)	19(63.3%)	2(6.7%)	0(0%)	0(0%)

表7 固定チームナーシングの看護師としての自分の行動についてのアンケート結果(経験年数別) p<0.05

項目	平均値(標準偏差)		有意確率
	2~10年目(n=14)	11年目以上(n=16)	
1 メンバーとの話し合い	3.79(±0.55)	4.38(±0.48)	0.006*
2 カンファレンス、メンバーと情報交換	3.14(±0.83)	3.69(±0.58)	0.0603
3 協力し合えるスタッフ間の関係	3.86(±0.51)	4.31(±0.46)	0.021*
4 看護師の能力をチームで補い、看護の質の維持	3.64(±0.61)	3.88(±0.59)	0.32
5 共同業務の必要性	4.14(±0.51)	4.31(±0.58)	0.42

で行うケアが多くあるが、必要性を感じているで平均値が高かった。全ての項目で有意差はなかった。(表 8) 受持ち期間別では、メンバーとの話し合いの平均値は、6 か月~1 年未満、6 か月未満、1 年以上の順であり、カンファレンス、メンバーとの情報交換・協力し合えるスタッフ間の関係の平均値は、6 か月~1 年未満、1 年以上、6 か月未満の順、看護師の能力をチームで補い看護の質の維持の平均値は、1 年以上、6 か月~1 年未満、6 か月未満の順、共同業務の必要性は、6 か月未満、1 年以上、6 か月~1 年未満の順であった。全ての項目で有意差はなかった。(表 9)

表8 固定チームナーシングの看護師としての自分の行動についてのアンケート結果(受持ち患者数別) p<0.05

項目	平均値(標準偏差)		有意確率
	受持ち1名(n=20)	受持ち2名(n=10)	
1 メンバーとの話し合い	4.1(±0.53)	4.1(±0.7)	1.000
2 カンファレンス、メンバーと情報交換	3.5(±0.59)	3.3(±1)	0.590
3 協力し合えるスタッフ間の関係	4.2(±0.5)	3.9(±0.53)	0.179
4 看護師の能力をチームで補い、看護の質の維持	3.75(±0.62)	3.8(±0.6)	0.841
5 共同業務の必要性	4.15(±0.57)	4.4(±0.48)	0.247

表9 固定チームナーシングの看護師としての自分の行動についてのアンケート結果(受持ち期間別) p<0.05

項目	平均値(標準偏差)			有意確率
	6か月未満(n=8)	6か月~1年未満(n=7)	1年以上(n=15)	
1 メンバーとの話し合い	4.13(±0.59)	4.43(±0.49)		0.336
	4.13(±0.59)		3.93(±0.57)	0.496
2 カンファレンス、メンバーと情報交換	3.13(±0.92)	3.57(±0.72)	3.93(±0.57)	0.073
	3.13(±0.92)		3.53(±0.61)	0.349
3 協力し合えるスタッフ間の関係	4(±0.5)	4.29(±0.45)	4.07(±0.57)	0.317
	4(±0.5)		3.53(±0.61)	0.131
4 看護師の能力をチームで補い、看護の質の維持	3.88(±0.59)	3.43(±0.49)	3.87(±0.61)	0.165
	3.88(±0.59)		3.87(±0.61)	0.977
5 共同業務の必要性	4.38(±0.48)	4.14(±0.83)	4.2(±0.4)	0.115
	4.38(±0.48)		4.2(±0.4)	0.563

3. 固定チームの受持ち看護師として、受持ち患者への関わりについて

受持ち看護師として自覚し責任をもって
いるでは、非常に当てはまる 4 名 (13.3%)、
かなり当てはまる 21 名 (70%)、どちらとも
言えない 5 名 (16.7%) であった。普段から受
持ち看護師として意識して関わるようにし
ているでは、非常に当てはまる 2 名 (6.7%)、
かなり当てはまる 18 名 (60%)、どちらとも
言えない 10 名 (33.3%) であった。受持ち看
護師として満足いく看護が行えているでは、
かなり当てはまる 7 名 (23.3%)、どちらとも
言えない 18 名 (60%)、あまり当てはまら
ない 4 名 (13.3%)、ほとんど当てはまらない
1 名 (3.3%) であった。勤務の日は受持ち患
者に挨拶をしているでは、非常に当てはまる
4 名 (13.3%)、かなり当てはまる 11 名
(36.7%)、どちらとも言えない 7 名
(23.3%)、あまり当てはまらない 5 名
(16.7%)、ほとんど当てはまらない 3 名
(10%) であった。受持ち患者の部屋に訪室し、
患者の思いを聴く機会をつくっているでは、
かなり当てはまる、5 名 (16.7%)、どちらと
も言えない 12 名 (40%)、あまり当てはまら
ない 9 名 (30%)、ほとんど当てはまらない 4
名 (13.3%) であった。看護ケアに必要な情報
を収集し、不明な点は追加・修正している
では、非常に当てはまる 1 名 (3.3%)、かなり
当てはまる 13 名 (43.3%)、どちらとも
言えないが 13 名 (43.3%)、あまり当てはまら
ない 3 名 (10%) であった。情報を分析し、そ
の患者に必要な看護計画の立案・評価・修
正をしているでは、かなり当てはまる 18 名
(60%)、どちらとも言えない 11 名 (36.7%)、
あまり当てはまらない 1 名 (3.3%) であった。
カンファレンスを適宜行い、日頃から看護
計画の見直しをしているでは、かなり当て
はまる 8 名 (26.7%)、どちらとも言えない
18 名 (60%)、あまり当てはまらない 3 名
(10%)、ほとんど当てはまらない 1 名
(3.3%) であった。受持ち患者のことで困
った際に、チームメンバーへ相談や協力依
頼をしているでは、非常に当てはまる 3 名
(10%)、かなり当てはまる 23 名 (76.7%)、
どちらとも言えない 1 名 (3.3%)、あまり
当てはまらない 3 名 (10%)、であった。(表
10) 経験年数別では、受持ち看護師として
満足いく看護の項目では 2~10 年目の平均
値が高かったが、その他の項目では、11 年
目以上の平均値が高かった。有意差があ
ったのは、受持ち患者のことでメンバーへ
相談や協力依頼 (P=0.013) であった。(表

11) 受持ち患者数別では、受持ち患者 1 名
では、普段から受持ち看護師として意識し
た関わり・満足のいく看護・受持ち患者の
思いを聴く機会づくり・カンファレンス、
日頃から看護計画の見直し・受持ち患者の
ことでメンバーへ相談や協力依頼で平均値
が高く、受持ち患者 2 名では、受持ち看
護師として自覚・責任・勤務の日に受持ち
患者に挨拶・情報の分析、看護計画の立案・
追加・修正で平均値が高かった。全ての項
目で有意差はなかった。(表 12) 受持ち期

表10 受持ち患者への関わりについてのアンケート結果 (n=30)

項目	5非常に当てはまる 4かなりあてはまる 3どちらとも言えない 2あまり当てはまらない 1ほとんど当てはまらない				
	5非常に当てはまる	4かなりあてはまる	3どちらとも言えない	2あまり当てはまらない	1ほとんど当てはまらない
1 受持ち看護師としての自覚・責任	4 (13.3%)	21 (70%)	5 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)
2 普段から受持ち看護師として意識した関わり	2 (6.7%)	18 (60%)	10 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)
3 満足のいく看護	0 (0%)	7 (23.3%)	18 (60%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)
4 勤務の日に受持ち患者に挨拶	4 (13.3%)	11 (36.7%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	3 (10%)
5 受持ち患者の思いを聴く機会づくり	0 (0%)	5 (16.7%)	12 (40%)	9 (30%)	4 (13.3%)
6 情報収集、不明な点は追加・修正	1 (3.3%)	13 (43.3%)	13 (43.3%)	3 (10%)	0 (0%)
7 情報の分析、看護計画の立案・評価・修正	0 (0%)	18 (60%)	11 (36.7%)	1 (3.3%)	0 (0%)
8 カンファレンス、日頃から看護計画の見直し	0 (0%)	8 (26.7%)	18 (60%)	3 (10%)	1 (3.3%)
9 受持ち患者のことでメンバーへ相談や協力依頼	3 (10%)	23 (76.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)	0 (0%)

表11 受持ち患者への関わりについてのアンケート結果 (経験年数別)

項目	平均値 (標準偏差)		有意確率
	p < 0.05		
	2-10年目 (n=14)	11年目以上 (n=16)	
1 受持ち看護師としての自覚・責任	3.93 (±0.59)	4 (±0.5)	0.735
2 普段から受持ち看護師として意識した関わり	3.71 (±0.58)	3.75 (±0.55)	0.871
3 満足のいく看護	3.07 (±0.70)	3 (±0.70)	0.791
4 勤務の日に受持ち患者に挨拶	3.07 (±1.16)	3.44 (±1.17)	0.415
5 受持ち患者の思いを聴く機会づくり	2.43 (±1.04)	2.75 (±0.75)	0.368
6 情報収集、不明な点は追加・修正	3.29 (±0.79)	3.5 (±0.61)	0.438
7 情報の分析、看護計画の立案・評価・修正	3.43 (±0.62)	3.69 (±0.46)	0.230
8 カンファレンス、日頃から看護計画の見直し	3.07 (±0.70)	3.13 (±0.69)	0.841
9 受持ち患者のことでメンバーへ相談や協力依頼	3.5 (±0.82)	4.19 (±0.39)	0.013*

表12 受持ち患者への関わりについてのアンケート結果 (受け持ち患者数別)

項目	平均値 (標準偏差)		有意確率
	p < 0.05		
	受持ち1名 (n=20)	受持ち2名 (n=10)	
1 受持ち看護師としての自覚・責任	3.95 (±0.49)	4 (±0.63)	0.838
2 普段から受持ち看護師として意識した関わり	3.75 (±0.53)	3.7 (±0.64)	0.842
3 満足のいく看護	3.1 (±0.62)	2.9 (±0.83)	0.532
4 勤務の日に受持ち患者に挨拶	3.25 (±1.21)	3.3 (±1.1)	0.915
5 受持ち患者の思いを聴く機会づくり	2.65 (±0.85)	2.5 (±1.02)	0.709
6 情報収集、不明な点は追加・修正	3.4 (±0.66)	3.4 (±0.8)	1.000
7 情報の分析、看護計画の立案・評価・修正	3.55 (±0.49)	3.6 (±0.66)	0.844
8 カンファレンス、日頃から看護計画の見直し	3.15 (±0.57)	3 (±0.89)	0.653
9 受持ち患者のことでメンバーへ相談や協力依頼	3.95 (±0.58)	3.7 (±0.9)	0.461

間別では、受持ち看護師としての自覚・責任、
普段から受持ち看護師として意識した関
わり、満足のいく看護、情報を分析、看護
計画の立案・評価・修正の平均値は、1 年
以上、6 か月~1 年未満、6 か月未満の順
であり、勤務の日に受持ち患者に挨拶・持
ち患者の思いを聴く機会づくり・情報収集、

不明な点は追加・修正の平均値は、6 か月～1 年未満、6 か月未満、1 年以上の順、カンファレンス、日頃から看護計画の見直しの平均値は、1 年以上 6 か月未満、1 年以上、6 か月未満の順、受持ち患者のことでメンバーへ相談や協力依頼の平均値は、6 か月未満、6 か月～1 年未満、1 年以上の順であった。全ての項目で有意差はなかった。(表 13)

表13 受持ち患者への関わりについてのアンケート結果 (受持ち期間別) p<0.05

項目	平均値 (標準偏差)			有意確率
	6か月未満(n=8)	6か月～1年未満(n=7)	1年以上(n=15)	
1 受持ち看護師としての自覚・責任	3.75 (±0.66)	4 (±0)	4.06 (±0.57)	0.351
	3.75 (±0.66)		4.06 (±0.57)	0.301
2 普段から受持ち看護師として意識した関わり	3.5 (±0.5)	4 (±0)	4.06 (±0.57)	0.670
	3.5 (±0.5)	3.71 (±0.45)	3.87 (±0.61)	0.432
3 満足いく看護	2.63 (±0.99)	3.14 (±0.34)	3.2 (±0.54)	0.186
	2.63 (±0.99)	3.14 (±0.34)	3.2 (±0.54)	0.782
4 勤務の日に受持ち患者に挨拶	3.38 (±1.21)	3.57 (±0.90)	3.07 (±1.23)	0.744
	3.38 (±1.21)	3.57 (±0.90)	3.07 (±1.23)	0.595
5 受持ち患者の思いを聴く機会づくり	2.5 (±1)	3 (±0.53)	2.47 (±0.95)	0.943
	2.5 (±1)		2.47 (±0.95)	0.129
6 情報収集、不明な点は追加・修正	3.5 (±0.5)	3.57 (±0.72)	3.27 (±0.77)	0.843
	3.5 (±0.5)	3.57 (±0.72)	3.27 (±0.77)	0.414
7 情報の分析、看護計画の立案・評価・修正	3.5 (±0.5)	3.57 (±0.49)	3.6 (±0.61)	0.416
	3.5 (±0.5)	3.57 (±0.49)	3.6 (±0.61)	0.800
8 カンファレンス、日頃から看護計画の見直し	2.75 (±0.96)	3.57 (±0.49)	3.07 (±0.44)	0.694
	2.75 (±0.96)	3.57 (±0.49)	3.07 (±0.44)	0.914
9 受持ち患者のことでメンバーへ相談や協力依頼	4 (±0.86)	3.86 (±0.83)	3.8 (±0.54)	0.075
	4 (±0.86)	3.86 (±0.83)	3.8 (±0.54)	0.434
				0.056
				0.767
				0.589
				0.881

4. 自由記載結果について

受持ち看護師としての役割を効果的にするために良いと思う方法は 2～10 年目は 8 のコードから 5 のカテゴリー、11 年目以上は 14 のコードから 7 のカテゴリーを抽出した。【定期的なカンファレンス】、【看護計画の追加・修正】、【情報収集】、【受持ち患者への積極的な関わり】は一致していたが、2～10 年目は【受持ち看護師として責任を持つ】、11 年目以上は【情報共有】、【部屋割りの工夫】、【ワークシートの活用】のカテゴリーが抽出された。(表 14)

表14 役割を効果的にするために良いと思う方法

カテゴリー	コード化	
	2～10年目未満	11年目以上
定期的なカンファレンス	カンファレンスを行う時間が少ないため、受持ち患者の元に行き定期的なカンファレンスをする	少しの間でもケースカンファレンスを行う 患者個人にあった看護の提供のため、ミニカンファレンスを行う
看護計画の追加・修正	日々の受持ち患者の看護で困ったことがあった際は、定期的なカンファレンスを行う 受持ち看護師に相談してカンファレンスを行う	定期的看護計画に反映できているか見直す さまざまに計画の見直しをする
情報収集	受持ち患者の担当の職種から情報収集する 部屋持ちでない時も受持ち患者の情報を把握する必要があるため、カルテでの情報収集に努める	受持ち患者の情報を積極的に収集し、他の看護師にも情報をもらえ るように働きかける 勤務時に受持ち患者の記録を目を逐す
情報共有		チーム間での情報共有
受持ち患者への積極的な関わり	受持ち患者への挨拶、コミュニケーションを図る 受持ち患者に積極的に関わる	接遇を大率に信頼関係をはかる 勤務している日は必ず受持ち患者に挨拶していく 研修等を標準化し、受持ち患者に関わる時間を作る
部屋割り方法の工夫		日前部屋をもつ機会を多くする
ワークシートの活用		ワークシートをフル活用する
受持ち看護師として意識をもつ	受持ち看護師として意識を持つ	

受持ち看護師として困っていることは 2～10 年目は 8 のコードから 5 のカテゴリー、

11 年目以上は 11 のコードから 5 のカテゴリーを抽出した。【受持ち患者と関わる時間がない】【カンファレンスや看護計画を見直す時間がない】は一致したが、2～10 年目は【受け持ち患者の家族との関わる機会の不足】、【情報収集が大変】、【情報共有不足】、11 年目以上は【受持ち患者の家族との関係】、【情報収集する機会の減少】【受持ちの急な変更】のカテゴリーが抽出された。(表 15)

表15 受持ち看護師として困っていること

カテゴリー	コード化	
	2～10年目未満	11年目以上
受持ち患者と関わる時間がない	受持ち患者のことをする時間が、業務時間内に取れない 共同業務が多(受持ち患者と関わる時間が少ない)	患者の部屋に入室する時間的余裕がない 受持ち患者とゆっ／／話をする機会が少ない 受持ち患者の思いをき(時間がない)
カンファレンスや看護計画を見直す時間がない	受持ち患者のカンファレンスの時間が少ない	自分の仕事を優先してしまい、患者のカンファレンスができない 業務に追われ計画を見直す時間がない
受持ち患者の家族との関わる機会の不足	受持ち患者の家族とコミュニケーションを図りたいが、タイミングが合わない 受持ち患者家族の面会は禁止されており、業務が少な(タイミングも合わないためコミュニケーションが図りにくい)	
受持ち患者の家族との関係		患者の家族と話す度に苦情しか言わず信頼できていないと感じる 患者家族からの苦情が多いため非常に関わりづらい チームが多い家族の対応は配慮が必要で、時間がかかりすぎる
情報収集が大変	受持ち患者が急に変更され、それまでの状態や情報が分からない為、情報収集が大変 看護師の長期休暇中に受持ち患者に変化があった場合情報収集が大変	
情報共有不足	受持ち患者が変更されているのに知らされていないことがある	
情報収集する機会の減少		受持ち患者の申し送りを開けていないと情報不足となる 受持ち患者の部屋をつつこがが少ない
受持ちの急な変更		チームの状況により、受持ちが急に変更される

考察

全体の 6 割の看護師は、固定チームナーシングを意識することができていたが、4 割の看護師は意識が低いという結果となった。その理由として、固定チームナーシングを理解している看護師は全体の 7 割であったが、受持ち看護師として満足いく看護が行えているや受持ち患者の部屋に訪室し患者の思いを聴く機会をつくっているの平均値が他の質問の平均値より特に低く、理解はしているが行動ができておらず、自身の思う満足のいく看護ができていないと感じていると考える。

受け持ち看護師としての役割を効果的にするための方法に【定期的なカンファレンス】や【看護計画の追加修正】、【積極的な関わり】がカテゴリーに上がっていたが、受持ち看護師として困っていることのカテゴリーに【受持ち患者と関わる時間がない】、【カンファレンスや看護計画を見直す時間がない】といったカテゴリーが見られた。受持ち看護師として関わりたいことや情報収集やカンファレンス、看護計画の追加・修正をしなければならないと考えているが、日々の共同業務に追われ、なかなか時間を作れていない状況であった。患者と関わる

時間を確保するためには、日常の業務を見直し、改善を図る必要があると考える。

しかし、アンケート結果として、勤務の日に受持ち患者に挨拶を半数はできておらず、カンファレンスも7割の人ができていなかった。西元らは「必要な情報を共有し、業務調整を行ない、患者の問題解決などチーム活動においてカンファレンスは不可欠である。固定チームナーシングではそれぞれの現場に適したカンファレンスを3タイプ1. ショートカンファレンス、2. 2~3人でいつでもどこでも行うちょっと来てカンファレンス、3. 計画的に準備して行なうケースカンファレンスに分けて活用していく。無理に日々の業務野中に時間を設定してもメンバーが集まらない、情報や解決策を提案できる人がいないなどの問題があり、カンファレンスを有効に活用できていない場合がある」²⁾と述べている。時間が作れず葛藤はあると考えるが、勤務している日には必ず挨拶に行くことやその場の状況に応じたカンファレンスを行うことができるように意識をもつことが必要であると考えられる。

看護師経験年数別で、チームメンバーと話し合いができているか、協力し合えるスタッフ間の関係ができているか、受持ち患者のことで困った際にメンバーに相談や協力依頼をしているかの3項目に有意差があった。2~10年目の看護師に比べ、11年目以上の看護師がチームメンバーへの働きかけ・コミュニケーションができており、固定チームナーシングを意識して看護している割合が高いことから有意差があったと考えられる。受持ち看護師として役割を効果的にするための方法でも2~10年目は【情報収集】と個人でできることが多かったのに対し、11年目以上の看護師は【チーム間での情報共有】や【部屋割り方法の工夫】、【ワークシートの活用】とチーム間でできる方法をあげていた違いがあった。その理由としては有意差もあったスタッフ間の関係やチームメンバーと必要に応じ話しあうことが、11年目以上の看護師に対し2~10年目の平均値が低く、スタッフ間の関係ができていないことが考えられる。

本研究で得たデータは単一病棟のみであり、対象者も30名と少ないため一般化には限界がある。本研究を通して、明らかとなった受持ち看護師の認識を周知し、情報共有することや受持ち患者数の見直しなど患者と関わる時間をつくる方法を検討する必要がある。

引用文献

- 1) 西元勝子：固定チームナーシング責任と継続性のある看護のために、第3版，31，医学書院，2015
- 2) 西元勝子：固定チームナーシング責任と継続性のある看護のために、第3版，121，医学書院，2015