5　精神科看護における受け持ち制についての一考察

近森病院　○仲　野　　栄（31回生）　吉　岡　寿　美（24回生）
梶　原　和　歌（10回生）　浜　口　里　佳（32回生）
芸西病院　森　岡　三重子（11回生）　近　沢　範　子（20回生）
藤戸病院　山　崎　マ　リ（20回生）
精華園　野　中　邦　子（24回生）　野　村　千　種（26回生）
堀　田　典　子（27回生）
高知女子大　野　嶋　佐由美（20回生）

Ⅰ　はじめに

現在、看護の臨床場面では、チームナーシングや機能別看護等、いろいろな看護方式が取り入れられている。受け持ち制も、それらの中の１つの看護方式で『１人の患者を１人のナースが、入院から退院まで一環して受け持ち、my patient my narse の関係を保ち、患者をトータルに捉え、継続的に責任を持って、ケアの計画、実施、評価をしていく方法』[1)]、いわゆる、プライマリー・ナーシングと呼ばれるものである。他の看護方式では、患者を断片的に捉えてしまい、継続的なケアが行なわれにくく、ともすれば、責任体制もあいまいな看護状況となりがちであるが、受け持ち制を実施することによって、この点を改善できると思われる。また、受け持ち制を通して１人の人間としての患者と関わり、看護を実践していくことで看護婦自身も人間として成長し、ひいては、看護の質の向上につながると思われる。特に、慢性の経過をたどりがちな精神疾患の看護においては、入院から退院までをトータルに捉え、また、退院後も継続して看護するという受け持ち制が、地域においても、継続看護を提供する上で必要であると考えられる。しかし、実際には、受け持ち制を行なっている病院、または必要に応じて行なっている病院はあるものの、システムとして取り入れられている病院は少なく、高知県内では、今回の調査の結果回答が得られた１７病院中、わずか２病院でのみ実施されているにすぎない。このように、受け持ち制はシステムとして導入されていないし、また、導入されにくいという現状がある。その原因としては、看護部のマンパワーの不足、看護婦の心理的抵抗、能力の不足などが考えられる。

Ⅱ　研究目的

今回の研究では、受け持ち制の導入を困難にしている原因の中の、特に、看護婦の心理的抵抗に焦点をしぼり、その内容を明らかにすることにより、受け持ち制の導入の手がかりとしたいと考えた。

Ⅲ　研究方法

調査期間：昭和６１年５月から７月迄の２ケ月間

調査方法：①　診療科目に精神科をもつ４病院（Ｃ病院・Ｇ病院・Ｆ病院・Ｓ病院）の看護婦・看護士に対するインタビュー方式によるアンケート調査

②　診療科目に精神科をもつ高知県下の病院の婦長に対する質問紙法によるアンケート調査

Ⅳ　結　　果

まず、診療科目に精神科をもつ県下の病院の婦長に対する受け持ち制に関するアンケートの回答（１８）について

(1)　受け持ち制を実施している病院は３病院と少なく、システム化されていない病院が多い。

(2)　受け持ち制を実施している３病院について、導入時問題があったという回答は０であった。

(3)　受け持ち制を実施していない病院について、今後実施する場合、導入に問題があると思うかという質問に対して、「ある」と答えた病院が１１、「なし」が１、無回答３で、ほとんどの病院が何らかの問題があると考えていることがわかる。その問題として、①マンパワー不足５、②看護婦の能力への不安４、③組織的な問題２、④看護婦の心理的抵抗１が具体的に上げられている。

(4)　実施していない病院で、今後導入したいと思うかについて、「思う」１１、「思わない」３、無回答１で、ほとんどの病院で導入したいと考えていると言える。

(5)　また、今後導入する予定はあるかについては、「ある」４、「ない」６、無回答３、「わからない」２という結果で、導入したいという考えはあるが、実際にはなかなか具体的にならないことが多いと言える。

次に、診療科目に精神科をもつ４病院の看護婦４４名にインタビュー方式で行なったアンケート調査の結果について

(1)(2)(3)　４病院のうち、１病院は受け持ち制がシステム化されており、あとの３病院はシステム化されていない。対象者の年齢は２０～３９才が７０％、４０～６０才が３０％であった。経験年数は１～５年が３１％、６～１０年が２６％、１１～４０年が４３％であった。

(4)　受け持ち看護のイメージについてのイメージについての質問では、ポジティブイメージとネガティブイメージとに分かれ、ポジティブイメージは全体の７０％を占め、その具体的な内容としては（表１）、「継続的看護」とイメージする回答が９で最も多く、「患者の全体像把握、理解が深まる」というイメージが５、「個別的看護」４、「濃度の高い看護」「効果的看護」「責任をもった看護」３と続く。それに対して、ネガティブイメージは全体の３０％で、「責

任が重い」3、「マンパワーの不足」3、「患者－看護婦の特殊な関係への不安」3、その他「難しい」「スタッフ間での孤立」「ケアの平等化が損なわれる」「対象が狭くなる」1、と様々な不安が出されている。この看護婦のもっているイメージについて、4病院のうち、受け持ち制がシステム化されている病院とシステム化されていない病院と比較してみると（表２）、システム化されている病院では、ポジティブイメージは７９％、ネガティブイメージは５％、無回答１６％、システム化されていない病院では、ポジティブイメージ７０％、ネガティブイメージ２３％、無回答７％という結果となっており、システム化されていない病院の看護婦の方が、まだ実施されていない受け持ち制看護に対して不安を持っていると言えるのではないだろうか。

(5) 看護婦の受け持ち看護の経験の有無については、「ある」が７９％と多くの看護婦が受け持ち看護を経験している。

(6) 経験した時期は、「現在」が３7.5％、「過去」４7.5％、「学生時代」１５％となっており、学生時代の実習中に経験した看護婦が割合多い。

(7) 対象のケースは、「精神科」のケースが７７％と多く、「一般科」２０％、不明３％と精神科の患者の受け持ちをした看護婦が意外と多い。

(8) 受け持ち看護をしてどう感じたかについては（表３）、これも、ポジティブな感想とネガティブな感想に分かれ、ポジティブな感想は５０％、ネガティブな感想は４０％、不明１０％という結果であった。その内訳は、ポジティブな感想では「満足感が得られた」１１、「親しみを感じた」4、「自信がついた」2、「必要性を感じた」1、「頼りにされうれしかった」1となり、ポジティブに感じた看護婦は満足感が得られ、患者に親しみを感じ、看護に自信をもてるようになる。ネガティブな感想では、「難しかった」9、「負担が大きかった」3、「ケアの平等性が損なわれる」2、以下「主観が入る」「受け持ち以外の患者が気になる」1となっており、自己の能力・技術に不安を感じたことが窺われる。

(9) 受け持ち看護はイヤだと思うかという質問では、「思う」３９％、「思わない」５９％、不明２％という結果で、4割が何らかの心理的抵抗をもっていることがわかる。これを、システム化されている病院とシステム化されていない病院とで比較すると、システム化されている病院の方が「思う」４２％、「思わない」５３％、「わからない」5％で、システム化されていない病院の「思う」３７％、「思わない」５９％、「わからない」4％より、イヤと思う割合が多い。また、前に述べたようにポジティブイメージが占める割合も大きく、システム化されている病院では、受け持ち制を実施してみて、よいイメージもあるものの、個人的体験を通して具体的な問題も出現し、心理的抵抗が高まるのではないだろうか。

(10) イヤだと思った理由として（表４）、「何をしたらよいかわからない」２３％、「全責任を

負わされそうで負担」１８％、「患者や家族との話に自信がない」１４％、「スタッフの中で孤立しそう」１４％、「事故等の責任をもたされそう」９％という結果であった。

Ⅴ　考　　察

このような結果から、受け持ち制を導入するにあたり、スタッフナースが感じる心理的抵抗の主なものとして、①責任が重い　②患者－看護婦の特殊な関係への不安　③スタッフ内での孤立　④難しい　⑤受け持ち以外の患者の情報不足への不安が上げられる。これらの心理的抵抗は、システム化されていない病院で多くみられた。このことは、受け持ち制看護に対する理解がまだ不十分であったり、カンファレンスなどのサポートシステムが十分機能していなかったりと、いろいろな原因が考えられる。

ここで、精神科における看護体制の変化をみてみると、当初は閉鎖病棟での監視的看護からスタートし、病棟の開放化に伴ない、生活療法的働きかけが活発になってきた。すなわち、生活指導（身のまわりのケア）と、作業、レク療法による社会再適応に焦点をあててきた結果、看護婦の業務も分担され、機能別看護をとり入れて仕事をさばいてきた。また、昭和３５年頃から一部の病院ではチームナーシングを導入して、１つの看護チームが１つのグループの看護にあたるという方式をとってきた。しかし、一般科に比べ、精神科の基準看護は結核病棟同様に低く、特２類の申請が認められるようになったのはごく最近である。精神科に看護要員が集まり難かったという事実もさることながら、行政側が一般病棟では１類から、特１、特２とスタートさせているのに比べ、結核・精神科病棟は、患者６人に看護婦１人という３類看護からスタートさせたため、検温・与薬・事故防止という最低の看護ニードに応えることで手一杯であった。昭和５８年、高知県の基準看護における看護要員の配置状況を見てみると、一般病棟では特２類看護の施設が１４、特１が４、１類が１１施設という状況に対して、精神科病棟では特２類が０、特１が４、１類が２、２類が８、３類が最も多く１０施設であった。これが表５の婦長が考えた受け持ち制導入時の問題点の１位に上げられた「マンパワー不足」の背景であると考えられる。このような状態であったため、昭和３５年頃導入されたチームナーシングや昭和５０年頃導入されたプライマリーナーシングも精神科における看護方式としては、高知県では定着しなかったと思われる。

同じく、表１の問題点の第２位に上げられている「看護婦の能力に対する不安」について考えてみると、アメリカではプライマリーナーシングは何ができなければならないかという点で、『看護を追求し、看護をやっていくことに誇りを持っていること。プライマリーナースになりたいという意欲をもち、その責任を引き受ける勇気があること。患者の医学的診断についての知識、看護の専門的知識を持ち、アセスメント・計画・実践・評価できること。コミニュケーション技術に優れ、患者・家族・医師・同僚及び他の医療スタッフとの人間関係の確立にたけていること。[2)]』

という捉え方をし、四年制大学を卒業し、学士号をもつ看護婦がプライマリーナーシングをすることが望ましいと言われているが、日本の、しかも精神科医療の現実では、なかなか困難な状況にあると思われる。

以上、述べたように、看護婦の心理的抵抗を含む様々な問題点を捉える困難な状況で、できる範囲内で受け持ち制を実施しようと思えば、まず、受け持ち制とは何か、どうすればよいかを学習し、それぞれの看護婦が同じレベルの知識をもっておく必要がある。そして、看護を進めていく上で、カンファレンスを充実させ、個々のスタッフナースが困らないように集団でケアの計画、評価をし、主任や婦長がスタッフをサポートし、スーパーバイズしてゆく必要があると思われる。

Ⅵ　おわりに

様々な問題を抱え、日々の業務に追われ、患者をトータルに捉え、継続的に責任を持って看護過程を展開することのできない状況に置かれている現在、よりよい看護をしたいという欲求は高まり、受け持ち看護制に対する必要性を看護婦は強く感じている。今回、明らかにすることができた看護婦の心理的抵抗を理解し、お互いにフォローしていくことで今まで困難であった受け持ち制の導入をよりスムーズにすることができるのではないだろうか。

今回のアンケート調査にあたり、ご協力いただきました各病院の婦長並びに看護婦の皆様に深く感謝致します。

＜引用参考文献＞

聖路加国際病院看護婦プロジェクトチーム；プライマリーナーシング；看護学雑誌；医学書院；４９１１～１２；１９８５－１～１２

表１　受け持ち看護に対するイメージ

Positive image	31(70%)	Negative image	13(30%)
継続的な看護	9	責任が重い	3
Ptの全体像把握、理解が深まる	5	マンパワーの不足	3
個別的な看護	4	Pt．Ns間の特殊な関係への不安	3
濃度の高い看護	3	スタッフ内での孤立	1
効果的な看護	3	ケアの平等化が損われる	1
責任を持った看護	3	受け持ち以外のＰｔの情報不足	1
人間的なふれあいができる患護	2	むずかしい	1
理想的な看護	2		

表２　受け持ち制がシステム化されている施設とされていない施設でのイメージについての比較

	システム化されている施設	システム化されていない施設
Positive image	79 %	70 %
Negative image	5 %	23 %
NA	16 %	7 %

表３　受け持ち看護を経験しての感想　（複数回答）

Positive な反応	19(50%)
満足感が得られた	11
Ｐｔに対し親しみを感じた	4
自信がついた	2
必要性を感じた	1
頼りにされうれしかった	1
Negative な反応	17(40%)
難しかった	9
負担が大きかった	3
ケアの平等化が損われる	2
主観が入る	1
受け持ち以外のＰｔが気になる	1
その他	1
NA	3（10%）

表4　受け持ち看護をいやだと思うかとその理由

思ったことがある	17(39%)
(理由)　複数回答	
何をしたらいいのかわからない	23%
全責任をおわされそうで負担	18%
スタッフの中で孤立しそう	14%
Ｐｔや家族との話に自信がない	14%
事故などの責任をもたされそう	9%
その他	23%
思ったことなし	26(59%)
ＮＡ	1(　2%)

表5　受け持ち制を実施していない施設で、今後、導入する場合問題があると思うか。

あ　る	11
(複数回答)	
マンパワーの不足	5
看護婦の能力に対する不安	4
組織的な問題	2
看護婦の心理的抵抗	1
その他	1
ＮＡ	1
な　い	1
ＮＡ	3