

医療スタッフの患者対応指標への手がかかり

○高井 範子 (大阪行岡医療大学医療学部)・行岡 秀和 (大阪行岡医療大学医療学部)

キーワード：重症病棟, 看護師, 患者対応

目的

より良い医療を患者に提供していくためには、医療スタッフが患者対応においてどのようなことで困っているのかについて検討することも重要である。そこで、本研究においては、問1：どのような患者への対応を難しいと感じているか(患者対応で困った点、戸惑った点は何か)、また、問2：患者への対応上、事前に分かっていたら対応しやすいと思う点は何かについて自由記述で尋ねた。本研究では、医療現場の中でも、緊急度が高く、重症度の高い患者を担当する重症病棟の看護師を対象とした。重症病棟は次の3部署、①救急病棟(ECU, EHCU)、②HCU・CCU・SCU、③ICUである。

方法

本研究は大学の倫理委員会の承認および調査協力の得られた複数の医療機関の看護部長の承諾を得て行った。無記名調査であり個人情報を守られること等を明記し、同意を得た上で質問紙調査を行った。有効回答者数は、①救急病棟(ECU, EHCU)：18名(男性2名・女性16名)、平均年齢34.7歳、②HCU・CCU・SCU：23名(男性2名・女性21名)、平均年齢33.1歳、③ICU：21名(男性3名・女性18名)、平均年齢36.3歳である。記述内容は3部署を合わせ、KJ法(川喜田,1967)に準じて分類し分析を行った。調査時期：2016年12月～2017年2月。

結果と考察

重症病棟の看護師にとって、(問1)患者対応上、最も難しいと感じているのは患者の「怒り・暴力・暴言・攻撃的態度」である(Table1)。これには疾患によるものも含まれる。2番目の「コミュニケーション阻害」には、疾病に起因するものや、指示が通りにくい、低い理解力、挿管など処置のために患者の訴えが分からないと言った内容も含まれる。「4.コンプライアンス

不履行」としては、業務上の決まりを理解してもらえないことや治療拒否、非協力的な態度や制限への無理解などが含まれる。「6.メンタル面に起

因するケース」としては、不安が強い、神経質、他の患者とのトラブル等が含まれる。問2の患者対応上、事前におきたいこととして最も多かったものは、「患者の率直な気持ち」であった

| | 回答数 | 割合(%) |
|----------------------|-----|-------|
| 1.患者の率直な気持ち | 11 | 28.9 |
| 2.患者のメンタル面 | 8 | 21.1 |
| 3.暴言・暴力・威嚇等の患者対応策 | 3 | 7.9 |
| 3.処置に関連する患者の状況 | 3 | 7.9 |
| 3.患者の病歴 | 3 | 7.9 |
| 3.家族関係・家族構成 | 3 | 7.9 |
| 7.患者のコミュニケーション能力や理解力 | 2 | 5.3 |
| 7.患者の職業(医療職か否か) | 2 | 5.3 |
| 9.患者対応に関連する様々な制度 | 1 | 2.6 |
| 9.生命の危機状態にある患者への対応 | 1 | 2.6 |
| 11.喪失体験への対応 | 1 | 2.6 |
| 合計 | 38 | 100.0 |

ち」であった

(Table 2)。問1、問2の内容全体を考察すると、問1-1・2・6・8・9・11(処置)、問2の全ては、看護以外の関係スタッフ(医師・心理職等)も交えた「院内

の情報共有・検討会・勉強会」の時間を十分に持つことが必要だと思われる。特に認知症や疾患によるもの以外も含まれる患者の暴言・暴力等の問題は、スタッフの身の安全にも関わる問題であり、危機管理室(e.g.,清水ら,2006)などを設けている医療機関もある。また、非常に繊細な問題である問1-8(終末期の患者対応)や問2-9(生命の危機に瀕した患者の医療処置以外の対応)・11(喪失体験への対応)は、医師や心理職を交えた勉強会、院内外の研修会等、知識と対応スキルを学ぶ機会の必要性が示唆された。院内に外部講師を招いてのロールプレイングを含めた研修会も有効である。問1の4・11(患者と家族の意見の相違)などは「入院前の患者教育・家族への説明」の必要性も示唆された。問1-9(家族がいない・高齢者世帯)の問題などは、「地域連携室等との連携」も必要であろう。問1-1・3・5・6(メンタル面)・13、問2-1・2・3(暴言等)・7(コミュニケーション能力等)・11などは、多忙な看護師に代わって中立的立場でもある心理職が患者の率直な思い(怒りも含む)を傾聴し、医療スタッフとの橋渡し役をすることによってより良い医療をスムーズに患者に提供できるのではないかと考えられる。

患者対応指標は、個々の患者の状況に応じて異なるため、一律に示すことは難しい。患者の言動(暴言・暴力・理解力の低さ・その他)が認知症や疾患によるものか否かの見極めや対応などは専門医や心理職、経験豊富な医療者の助言が必要であろう。早い段階でそれらの情報が得られるシステム作りや新たな制度の設置、より徹底した多職種連携など、医療機関における改善努力の必要性が示唆された。利益相反なし。本研究はJSPS科研費JP26502017の助成を受けた研究の一部である。

(TAKAI Noriko, YUKIOKA Hidekazu)

| | 回答数 | 割合(%) |
|--------------------|-----|-------|
| 1.怒り・暴力・暴言・攻撃的態度 | 22 | 22.2 |
| 2.コミュニケーション阻害 | 19 | 19.2 |
| 3.自己主張・自己優先・自己本位 | 14 | 14.1 |
| 4.コンプライアンス不履行 | 12 | 12.1 |
| 5.医療者への不信任 | 7 | 7.1 |
| 6.威圧的な態度 | 5 | 5.1 |
| 6.メンタル面に起因するケース | 5 | 5.1 |
| 8.回復の可能性が低い・終末期の患者 | 4 | 4.0 |
| 9.家族がいない・高齢者世帯 | 3 | 3.0 |
| 9.頻回なナースコール | 3 | 3.0 |
| 11.患者と家族の意見の相違 | 2 | 2.0 |
| 11.処置に関すること | 2 | 2.0 |
| 13.他の医療機関との比較 | 1 | 1.0 |
| 合計 | 99 | 100.0 |