



# 研修参加者インタビュー：看護師

## 《研修参加者・プロフィール》

**草地真由美 さん** （看護師、大分大学医学部附属病院勤務）

現在は看護師長（泌尿器科・皮膚科・形成外科・麻酔科混合ユニット 50 床）勤務年数は 28 年。

**芦田幸代 さん** （看護師、大分大学医学部附属病院勤務）

現在は副看護師長 褥瘡対策チームの褥瘡管理者専従。 院内皮膚・排泄認定看護師。 勤務年数は 29 年。

2 人共、2012 年 12 月にミレニア社の米国医療研修に参加（研修を受けたグループ；山口大学医学部附属病院及び大分大学医学部附属病院の看護師、薬剤師、リハビリ療法士、事務など含む多職種チーム）

## 《インタビュー内容》

- ✓ 米国の患者教育から学んだ事
- ✓ 看護師による徹底したアセスメント・患者の観察力
- ✓ 海外研修前とのギャップ
- ✓ 研修で得たものを日本の現場に落としこむ



### ミレニア社；全体的に日米の医療システムを比較して感じた事は？

日本と米国ではの「医療システム自体が全然違う」と感じた。特に保険のシステムと病院での在院日数の短さが全体に影響を与えている。米国では在宅医療サービスがしっかり定着している事に加えて、ナースング・ホームなど急性期病院からの退院後の受け皿がたくさんある印象を受けた。

### ミレニア社；看護の面で比較してどうか？

米国では入院中の看護師による患者教育がしっかりしている。研修前は「在院日数が日本よりかなり短いので、ちゃんと患者教育ができるのか、患者が家に帰っても大丈夫なのか」と疑問に思っていたが、患者教育の内容が日本よりも具体的で細かく、患者が理解しているということを確認している。例えば、自分の病院では看護師が「一般的に患者が自宅で安全に生活するように教育する」事になっているが、具体的な教育する項目が細かく決められていないし、理解しているかどうかを確認して、その確認内容を記録するという事はしない。よって、各看護師によって患者教育がどれだけできているかの個人差があると感じていたが、米国のシステムでは看護師による患者教育の質が統一されるようにシステム上で工夫されている印象を受けた。

日本の看護師は医師が病院にいつも滞在しているという認識で仕事をしているが、米国では病院に常に医師がいない状態で看護師が患者をアセスメントしているので、日本と比べると緊張感が高いように感じられた。また、病室が個室である所が多く、患者家族の訪問時間が長かったり、患者家族が長時間滞在することを念頭に病室がデザインされているので、看護師からすると長時間患者家族などの第3者の目がある中で業務を実施するので、常に緊張感がある状態で勤務しているのだろうと想像する。

米国看護師の話でも「看護師の一番大事な役目はいかにして患者様の状態変化や急変を早く察知するかということだ」とあったが、医師が病院に常勤していない為に正看護師の評価能力は医師レベルに近いのではないかと思われるし、日本の看護師も意識を変えていかなければいけないと思った。

毎時間に1回看護師がラウンドをしているのがすごいと思う。ラウンドの回数が多く、ラウンドごとに痛みや患者の体位などの項目をチェックしているので、患者からすると安心感があると思うし、ナースコールが無いのではないかと思う。自分の病院ではナースコールによって看護師の業務が中断され、ナースコールに応えることで一日が終わってしまう事もよくあるが、このような体制に変えていけばもっと計画的・効率的に業務を行なえるのではないかと思う。

訴訟対策でもあるのだろうが、例えば転倒リスクがある患者のラウンドの時のポジションを「ベッドに座っていた」というのではなく、例えば「ベッドの窓側の端に腰掛けていた」という所まで細かく記録・記入している事に驚いた。大変だとは思いますが、それだけ細かく記録する為には常に細かく患者を観察しておかなければならないので高い観察力が問われるし、日本ではまだ行なわれていないが、そこまで看護師が状態を把握しておく必要があると改めて感じた。同時に患者様を良く見ているという意味で、看護師と医師または看護師と患者家族の信頼関係にもつながっていると想像する。

### ミレニア社：海外研修に来るまでのイメージとのギャップはあったか？

日本は米国がしてきたことの良いとこ取りをしているので、米国では新しく違う事をしているのはある程度予想できていた。が、クリニカル・パスウェイや看護診断のNANDAをほとんど使用していないという事実は大きくショックを受けた。特に、米国の看護師長より「NANDAは症状を特に意味も無く難しい言葉で言い換えている部分が多いし、使い勝手が良くないので随分前に使うのを止めた」と聞き、日本でも使いにくいのにずっと使ってきたのはなんだったのだろうと思った。やはり、米国で良いと言われている物を取り入れるだけでなく、実際に現場で役に立つのか検証していくことが大切だと感じた。

### ミレニア社：今回の研修に参加して得たものは？

日本では看護師がバイタルも取って、病院食のトレーを運んで、食事の介助もしてというように患者の身の回りの世話を全部担当することで初めて患者の事がよく分かるし、良い看護が出来ると考えられている。だが、米国では看護助手や準看護師、食事サービススタッフなど正看護師でなくてもできる業務は全部分業されており、役割がきちり別れている。米国の現場視

察をする前は看護師が自分でバイタルや排泄量の確認などをしないで本当に患者管理ができるのかと疑問があったが、実際は分業制でも看護師がきちんと患者の状態を把握できているという印象を受けた。日本でも看護の質を上げて行くためには、看護師でなくてもできる仕事はどんどん他の人が担当するような分業制に変えていかないと、看護師はいつまでたっても多くの雑務に負われ、患者の安全性確保など本当に大切な業務がおろそかになってしまうと改めて感じた。また、現在米国のナースプラクティショナーの活躍が知られており、日本でもナースプラクティショナー育成プログラムなどが始まっているが、実際の所、日本の現場では看護師や準看護師などの役割すらもきっちり別れていないため、導入は難しいと思われるし、導入しても病院での位置づけが分からない。その点アメリカでは様々な職種の業務の棲み分けがきっちり出来ているからこそ導入できるのだと思う。

### ミレニア社：現場に落としこめそうな所はどんな所か？

例えば褥瘡や転倒などのリスクを色分けにしてベッドのすぐ上に貼ったり、病室の外にも黄色の転倒高リスクのサインを貼るなど視覚に訴え、非医療スタッフを含めたスタッフ全員の意識を高める共有の仕方。また、転倒や褥瘡の件数を病棟の目立つ所に展示して共有するだけではなく、「転倒ゼロ ○日目」というようなポジティブなモチベーションのあげ方に工夫している所がとても参考になった。自分の病院でもなかなか転倒がなくならないが「工夫次第で」という希望が出来た。

他には、投薬ミス防止の為にサッシュ（たすき）システムを導入する時に、プロモーションビデオで「正義のヒーロー、サッシュ・マン」というキャラを作って、たすきをかける事を楽しい事であるようにプレゼンしている工夫が参考になった。投薬準備中に話しかけられたり、ナース・コールで中断されるのは日本でも同じなので、このシステムを真似したい。また、これを現場に導入する時も遊び心を取り入れた、楽しいプレゼンとして演出すれば、実際に現場の業務が変わることに「面倒くさい」と思われず自主的にやってくれるのではないかと思う。Sashにしても投薬チェックリストにしても、日本だと「管理者からの指示で現場の看護師の仕事が増える」という事で現場スタッフが嫌そうな顔をするようなことを、こちらは上手くやる気を出すよう、工夫している所を見習いたいと思う。

### 研修が実際に役立ったポイントのまとめ；

- 患者教育やアセスメントなどが日本より徹底されており、自分の病院でも今後看護の質を上げていく上で患者教育とアセスメントを強化しなければいけないと実感したし、具体的にどう変えていきたいかというアイデアがわいた。
- 日本では看護師でなくてもできる業務も多く看護師がやっている現実があり、いくら看護師が看護の質をあげようとしても日常業務に追われてできない部分がある。時間は掛かるかもしれないが、もっと分業化をすすめていく必要性を感じた。
- 褥瘡リスクや転倒リスクのサインなど、情報の共有化のアイデアや、投薬ミス防止のたすきなど現場にすぐに落としこめるアイデアがたくさん得られた。