

## 第2群発表

### 2～4 申し送りのあり方

南7階における申し送り基準を作成して

南7病棟 ○谷岡由美子 重山 田山 山本 中野 橘 平  
鳴海 樋口 猫田 津山 細川 斉藤 酒井 米広  
若松 金沢 管家 青島 大淵 西田 梅木

#### はじめに

申し送りは患者の治療、処置、医師の情報をもれなく伝達し、患者の一日の生活の流れを断裂することなく、継続的に援助するためにも看護業務の重要な位置を占めている。

しかし、わが病棟では患者数が多い、ということもあり申し送り時間がかかりすぎて一日の業務がスムーズに行なえないということが問題となっている。申し送りが長くかかることにより、医師の指示受け、他部門への連絡、又患者ケアの密度が薄くなる、カンファレンスの時間が充分もてない等、しわ寄せの為の種々の問題が引き起こされている。

そこで、今回申し送りに対して全員が取り組み、自分達の意識を探る為看護婦にアンケートを行なった。又、他病棟の申し送りを聴取し参考にさせていただき問題解決の一つとして南7階の申し送りの基準を設け、検討を続けてきた。途中であるがその経過を報告し、皆様の御批判をおおぎたい。

#### 病棟の概要

図-1を参照下さい。ごらんのように患者数が60床で、疾患の種類が多く治療も複雑である。又入院が激しく、特に緊急入院が多いので看護ケアも計画通りスムーズに行なえないことが多い。

#### 経過

まず、申し送りに深く関係している事柄を5項目かけ、それに対して看護婦がどう思っているのか、アンケート調査を行なった。

- 1) カーデックスの利用
- 2) 看護記録について
- 3) 話し方
- 4) 新入院患者の申し送り
- 5) チーム編成

結果は図-2を参照下さい。

カーデックスについては、伝票類が多い為指示の記入もれが多い。記録については処置に追われ、その場限りの記録となっている。話し方については重複した内容が多く、自分の意図が相手に伝わらないことがある。以上のように種々の問題があがったが、問題のかかけ方が細かすぎて、あまりに幅が広い為申し送りのあり方という基本にもどり、その方法を探ることにした。そして再度申し送りに対してのスタッフの意識調査を下記の4項目について行なった。

- 1) あなたにとって申し送りとは何か。
- 2) 申し送りで今問題となっている事は何か。
- 3) 申し送りに必要な要素。
- 4) 理想的な申し送りはどうあるべきか。

結果は図-3を参照下さい。

以上のアンケート調査により理想の申し送りについてと、又現在の問題については、頭では理解していても現状においてうまく生かされておらず、ジレンマが多くなり、又新人はとまどいを感じていることがわかった。その事から現在の問題点を解決していく為申し送りの意義、目的をふまえ、目標をかかげ南7階の申し送り基準として管理的申し送りと患者の申し送りの2つに分けて作成してみた。

図-4を参照下さい。

#### 1) 申し送りの意義、目的

治療、処置、医師の情報をもれなく伝達し、継続した看護を行う。

#### 2) 病棟目標

イ) 限られた時間内でより効果的な申し送りの方法を探る。

ロ) 口頭のみ申し送りの情報に限らず記録を参考にし、疾患からくる問題を考え看護実践に役立てると同時に、今後の看護に生かすよう結果、評価を行なう。

## 実施

### 1) 管理的申し送り基準

管理日誌では本日の検査欄は記入のみで申し送りせず検査書き出し版で伝達する。連絡簿、院長通達事項等については伝達する期間を一週間とする。貸借用ノートは全員が聴く必要がない為申し送り後、リーダーのみで確認する。

### 2) 入院中の患者の申し送り基準

範囲、内容、観察ポイントの3項目とする。又新入院患者の看護記録一号用紙の検討をし、新たな基準を作成した。観察ポイントは多種多様の疾患患者がいる為、全員の患者に共通する、又観察を落としてはいけない項目を取り決めた。さらに疾患の特殊性、患者の個性による問題はこの上に追加することにした。

### 3) 新入院患者の申し送り基準

全員のアンケートを基に、見てわかる点と全体にこれだけは伝えなければならぬ事をまとめて申し送るようにした。また記録を充分に行なうようにし、新たにモニター、検査データー、連絡場所を設けた。

## 結果

1) 管理的申し送り基準、新入院患者の申し送り基準については簡潔明瞭となり、聞きとりやすくなった。又申し送り全体からみると、5分~10分の時間短縮をすることができた。

2) 入院中の患者の申し送り基準については実施期間が2週間と短期間であった為か認識が薄く、自分のものとして取り入れる事ができなかった。時間短縮にとらわれてしまい、申し送り内容の改善はあまり効果がみられなかった。今後は用語の統一を図り、疾患別の観察ポイントを勉強する等、さらに取り組んでいかなければならない問題である。

## 反省、評価

病棟目標イ)の限られた時間で申し送ることについては、全体への申し送り時間の短縮により、毎日重症、新入院患者のカンファレンスを持つことができほぼ達成できたと言える。

病棟目標ロ)の口頭のみでの申し送りの情報に限らずの項目では、実施までには行かなかったが基準を設けた事により問題意識が高まってきた。又今まで先輩の申し送りを見よう見まねで行なっていたが、基準ができた事により全員が同じ内容のレポートが出来つつある。全員が自分のものとするにはまだ時間がかかるが、以前より観察ポイントが明確になり、それぞれ疾患別による問題点の把握が明らかになり聞きとる側も聞きやすくなってきている。

## おわりに

以前より問題とはなっていないながら、又スタッフ間でもジレンマを感じながら改善されることなく行なわれてきた申し送りに対して、今回スタッフの意識調査で問題とされている事を明らかにし、申し送りの原点にもどり、基準を設け種々の問題について徐々に改善を行ない実施してきた。まだ完全とは言えないがひとつずつ今後も効果的な申し送りと看護の向上につながっていくように日々努力して行きたい。

最後にレポートに心良く参加させて下さった病棟の方々に深く感謝します。

研究期間 S58年6月~10月末

参考文献 看護 1976年10月号V o L. 28  
No10 特集 申し送り

- 何がどう申し送られるか 山田よね子
- 申し送りの量的分析と情報内容 代) 宮崎和子
- カーデックスを活用した申し送りとカンファレンスとのかかわり 代) 江口久美子
- 申し送り改善の方向を探る 代) 日比野路子
- 防衛大病院某病棟の申し送り基準

## 図-1

### 病棟の概要

- 1) ベット数60床(症状ベット1床、個室10床)
- 2) 患者年令層と担送介助者数等

10~20代	7名	担送患者	10名
30~40代	17名	介助患者	13名
50~60代	22名	排泄介助者	15名
70~80代	11名	食事介助者	12名
尚65才以上	16名		

### 3) 入院の変動(期間58年10月1日~10月31日)

入院 38名(緊急入院15名)

退院 41名(死亡6名、転出6名)

### 4) 入院患者の主な疾患(58年10月現在)

血液疾患、悪性腫瘍、心疾患、糖尿病、高血圧  
自己免疫疾患、肝機能障害、胃潰瘍、脳血栓、  
脳出血、気管支喘息、ネフローゼ、腎機能障害  
腎不全、多発性神経炎、イレウス、低Ca血症  
胆石症、フィッシャー症候群、原因不明精査中

## 図-2

### 申し送りに関するアンケート結果

#### 1) カーデックスの利用について

伝票がかなりかさばったままでおかれている為ミスにつながる。

他科よりの返事の記入や検査データー、内服薬の記入、特殊指示の記入もれが多い。

2) 看護記録について

・処置におわれ、記録が最後になる為レポートに生かされない。

- ・レポートと記録の内容が違っている事がある。
- ・表面的な記録に終わっている。
- ・患者の状態把握は口頭で主に行なわれている。

3) 話し方について

- ・重複した内容が多い。
  - ・自分の意図が相手に伝わらないことがある。
  - ・検査、治療、データなど自分自身充分理解できていない為あせればあせる程余計な言葉がはいる。
- ・時間がかかりすぎる。

4) 新入院患者の申し送りについて

- 重要な点は一号用紙の表の部分、一般状態（現在の症状のみ）、ムンテラを必要とされる人の内容、病識、理解力、安静度、検査データ
- ・除いて良い点 身長、体重、変動のないバイタルサイン、学歴、宗教、家族歴、連絡先、個人背景（特に問題のある時は別とする）
  - ・記録を見れば理解できるようにしておく。

図-3

申し送りについての意識調査

- 1) あなたにとって申し送りとは何ですか  
患者把握の重要な手段であり、継続した看護がスムーズに行なえ統一された看護観を知る場
- 2) 申し送りで今問題に思っているのは  
時間がかかりすぎる。  
重複した内容が多い。
  - ・不必要なジェスチャーや言葉が多い。
  - ・申し送りを受けた事を機械的に次へ申し送り内容がおろそかになる。
  - ・相手が申し送ったそのままの言葉で申し送っており過去の事を簡潔に要約されていない。
  - ・人によって申し送りの方法や用語などがまちまちで統一性がない。
- 3) 申し送りに必要な要素は  
洞察力、観察力、問題意識をもち正しい看護判断をもつこと。
  - ・患者の情報を適確に提供し、簡潔明瞭である。
  - ・受ける側の勤務の状況を考慮する。
- 4) 理想的な申し送りはどうあったらよいか。
  - ・正しい状況判断、看護観、看護判断に加えて、問題提起でき適確に報告する。
    - ・申し送りだけに集中できる環境の中でチーム員が全患者の申し送りに参加できる。
    - ・相手に理解できるような話の伝達方法である。

図-4

<申し送りの意義・目的>

治療、処置、医師の情報をもれなく伝達し、継続した看護を行なう。

<病棟目標>

- 1) 限られた時間内でのより効果的な申し送りの方法を探る。
- 2) 口頭での申し送りの情報に限らず、記録を参考にし、疾患から来る問題を考え看護実践に役立てると同時に今後の看護に生かすよう結果評価を行なう。

<管理的申し送り基準>

目標

- 1) 開始時間の厳守、10分以内に行なう、又は受ける側も時間を気にし集合するよう心掛ける。
- 2) 全体で聞く事、リーダー同志で確認する事等適確に判断する。
- 3) 自分の業務内容のみでなく病棟全体の情報を全員が得るよう心掛ける。

<管理日誌>

基準	除去した点
1.あいさつ	1.前日の入退院 氏名、病名、医師名
2.前日の入退院何名 部屋番号、名前、病名 急患のみ時間	2.前日の患者数
3.当日の患者数、空床 予約なしの部屋番号	3.前日の主な検査
4.重症何名 部屋番号、名前	4.当日の主な検査
5.外出、外泊者何名	
6.本日の入退院何名 部屋番号、名前、退院 何名と名前	
7.病棟内転室	
8.物品の定数	

<検査書き出し版>

基準	除去した点
1.勤務時間でできなかった事項	1.勤務時間で終わっている処置、検査
2.主な検査（手術、輸血）	2.禁食の検査
3.医師確認事項 （チームに関与する事）	3.伝票のない検査、 処置

内容

- ・臨時処置版、定時処置版に分ける。
- 臨時処置版

- 1) ニトロール他時間薬は記入しない。タの点滴管注も除去する。
- 2) 本日の検査のみ記入する。
- 3) 当日に指示があり開始となる事は全部記入しチーム員へ伝達、定時のものはリーダーが定時処置版へ記入する。
- 4) 忘れやすい処置を書き出す(注射番以外の注射)
- 5) 本日中に必要な返事、カルテ、フィルム、診察券等、緑枠を受け取って来た人が必ずサインをして所定の位置へおく。

○定時処置版

- 1) チーム別に区分する。
  - 2) 処置変更時は臨時版に記入し、後でリーダーが責任をもって定時版に記入する。
- ・深夜で必ず両方もれがないよう確認する。

<連絡簿>

- 1) 主な項目のみで細かい事は省く。
- 2) 内容を簡潔に記入し期間は一週間とする。その後は一定の場所へ保管する。  
例外・預り金、外泊時の床頭台の鍵  
(原則としては預からない事)
- 3) 貸借用はリーダーのみ確認
- 4) 婦長、主任会議、薬時ニュースは本日必要な事のみ取り上げ期間は一週間とする。
- 5) その他、看護部提出用書類、リーダー用、申し送り用と入れものを区別しておく。
- 6) 日時の記入されているものは2日前から申し送る。例(断水、エレベーター調査)
- 7) 臨時薬品請求(担当者を記入しておく)

<現在入院中の患者の申し送り基準>

目標

- 1) お互いに情報交換を行ない、看護の統一を図る。
- 2) 申し送りのみに留まらず、患者把握に記録を活用し情報を得る。

範囲

- 深→日 前日の日勤はどうしても必要な項目のみで準夜深夜を主に行なう。
- 日→準 夜間の事を極簡単に加え、続いて日勤の状態を申し送る。
- 準→深 日勤から準夜の状態をポイントをつかんで申し送る。

内容

- a 患者の一般状態、特に申し送っておきたいと思える身体上、精神上の変化のみを申し送る。
- b 処置、検査について、申し送り前にサインをしておく。臨時的な事は申し送り前に必ず伝達する。施行中変化のないものは項目のみとする。問題とされている事、継続している処置は、時間、量等正確に伝える。例(水分出納チェック)
- c 看護面、看護計画の実施による変化、効果、評価等簡潔にポイントをつかんで伝える。  
ムンテラ、廻診の情報等1日間申し送る。
- d 医師よりの情報、カンファレンスはカードケースに記入する。
- e 観察ポイント
  - 1) バイタルサイン(変化ある時)
  - 2) 症状観察(変化ある時)
  - 3) 治療、処置、臨時的な事、鎮痛剤何回使用(最終時間)効果
  - 4) 検査
  - 5) in, out のチェック — 尿量、排泄、飲水量、点滴残量、食事量、
  - 6) 睡眠
  - 7) 清潔
  - 8) 医師の指示 — ムンテラ、安静度、データー変動等
  - 9) 看護計画、カンファレンス  
重症者の申し送りも上記同様とする。

<新入院患者の申し送り基準>

基準

除去した点

1.氏名、年令、性別	1.部屋番号、主治医
2.担送か介助か 急患のみ入院時間	2.生年月日、職業
3.病名、主訴	3.入院時間(定時)
4.アレルギーは有のみ	4.アレルギーの有無
5.既往歴(何年、疾患のみ)	5.既往歴の治療内容
6.現病歴(簡潔に)	6.一般状態で現在は無い症状
7.一般状態(現在の病状のみ)、検査データー	7.身長、体重、バイタルサイン
8.病識、ムンテラ	8.食事、睡眠、排泄、
9.医師の指示(安静度、食事、特殊指示)	9.飲酒等
	9.個人背景、本籍、連絡場所

- ・看護記録を丹念にし、除去する事は特に問題なければ申し送らなくてよい。