

2020年、新型コロナウイルスの感染拡大が日本・世界を揺るがすというこれまでに経験したことのない状況の中で、いかに感染を防ぎ、医療・看護を提供するか、保健医療福祉関係の皆様には神経が休まらない日々が続いていると思われます。医療崩壊を防ぐべく、まさに身を挺して日々全力で立ち向かわれていることに、心からの感謝と敬意を表します。

さて、このたび、『看護マネジメント入門』の第2版をお届けすることになりました。医療の現場は日々、変化しているので、看護マネジメントの基盤となる普遍的な要素と医療制度など大きな変化がみられる内容を含む全体を見直し、新項目を加筆しました。初版をベースに、現在の看護マネジメントの実践に求められるテーマを新たな16章で再構成し、それぞれに「学習のねらい」と「学習課題」を設け、その解答について巻末で説明しています。また、初めて看護管理を学ぶ学生にとっても興味・関心をもって、内容がイメージしやすいように、クイズや図表・イラストなどによる展開を工夫しています。

第1章「マネジメントとは」では、マネジメントの資源や主要な機能、PDCAサイクルなどについて、サークルや委員会活動をモデルに解説しています。

第2章「看護マネジメントとは」では、看護管理の歴史的変化を概説し、看護ケアの例を基に看護過程と看護管理過程の関係を説明しています。

第3章「医療におけるサービスの構造」では、患者満足度を高めるサービスについて、その基本的特性と質評価の側面から論を展開しています。

第4章「組織の成り立ちと病院組織の基本的構造」では、組織論と主な組織デザインをベースに、病院組織における管理の原則などを解説しました。

第5章「目標管理」では、経営管理論の変遷を説明し、目標管理の理論的背景を基に、看護現場における目標管理のあり方を解説しました。

第6章「情報共有のしくみ」では、情報とは何か、情報のもつ意味と診療記録の電子化に伴う注意事項、医療現場における個人情報保護について取り上げました。

第7章「医療の中の協働」では、代表的な看護提供システムの基本構造とチーム医療の概念を解説し、新しくパートナーシップ・ナーシング・システム<sup>®</sup>について紹介しています。

第8章「業務遂行のマネジメント」では、病院組織における労務管理の基本、24時間継続する看護の提供から生じる労務管理・物的資源管理・医薬品管理の基本に加え、タイムマネジメント、ストレスマネジメントについても論じています。

第9章「日本の医療制度と医療経営」では、医療提供体制と医療保険制度、診療報酬制度、地域医療連携、「重症度、医療・看護必要度」など、医療・看護の経済的側面も解説しました。

第10章「医療安全の基本的な考え方」では、現在の医療安全対策推進の契機となった「手術患者取り違い事故」を取り上げ、ヒューマンエラーの考え方、医療事故発生のメカニズムなどについてイラストで展開しました。危険予知トレーニング（KYT）や根本原因分析法（RCA）の方法についてもわかりやすく説明し、医療安全管理に対する理解を深めると同時にリスクセンスを養えるように構成しています。

第11章「医療現場の感染対策の基本」では、感染症発生のメカニズムから医療関連感染対策の考え方と感染対策を推進する組織づくりを中心に説明しています。

第12章「医療現場における業務上の危険」では、職業感染、放射線被曝、抗がん剤への曝露、職員に向けられる暴力などを取り上げ、看護の職場における労働上の安全のためのマネジメントを解説しています。

第13章「災害対策の基本」では、2011年の東日本大震災での体験、1978年の宮城県沖地震の体験、そして、長い間、赤十字看護師長として災害看護の実践や継続教育などに携わった経験を活かし、大災害時に求められるマネジメントについて整理しました。

第14章「看護職の法的責任」では、看護者の拠り所である「保健師助産師看護師法」や看護職に求められる注意義務について理解できるように論じました。

第15章「看護者の基本的責務」では、看護職の育成に重要である倫理について、日本看護協会の「看護者の倫理綱領」を中心に展開しました。

第16章「看護職のキャリア開発」では、バナーの臨床看護実践における熟達段階を軸にした看護職のキャリア開発のしくみについて説明し、ワーク・ライフ・バランスや資格認定制度にもふれ、キャリアプランを考える視点を強化しています。

本書は、筆者の20年にわたる看護管理の実践とマネジメントの理論を統合し、初めて看護管理を学ぶ学生にも理解しやすいように工夫を凝らし、読みやすい入門編として仕上げています。看護学生はもとより、新人看護職員の研修や指導者育成、看護管理者の復習など、看護管理の学習・実践の一助になれば幸いです。

最後に、本書の企画にご理解をいただいた日本看護協会出版会の皆様に深く感謝申し上げます。特に、担当の戸田千代さんとは、この企画でも、二人三脚で進めてきました。本書の内容が充実したものとなったのもそのおかげがatterることと、この場を借りて、心からお礼申し上げます。

2020年6月

原 玲子

# 看護過程と看護ケアの マネジメント

## 1 看護過程とは

看護過程とは、「患者の健康上の問題を見きわめ、その解決についての考えを計画・実行し、結果を評価しながらよりよい問題解決をはかるという、一連の意図的な活動を示すもの」です<sup>17)</sup>。その要素は、①情報収集・アセスメント、②看護問題の明確化、③看護計画の立案、④実施、⑤評価・修正などの5つが基本となります。

看護過程においては、患者に対する個別的な看護のプロセスがクローズアップされますが、さまざまな場面で、P(計画)→D(実施・実行)→C(点検・評価)→A(処置・改善)のマネジメントサイクルを回しながら展開します。しかし、24時間365日、対象者に対し1人の看護師がかかわり続けることは不可能です。時には、個々の看護師のかかわりが、あるいは、チームとして、病棟・病院としてのかかわりが必要になるので、マネジメントの機能が働くことで看護提供におけるアウトカムを得ることができます。

## 2 看護過程と看護管理過程

看護マネジメントでは、1対1の看護サービスの提供を軸として、24時間継続して質の高い看護を提供するためにはどのようなしくみにすればよいかを計画して、看護チームなどの組織をつくり、ヒトを動かし、評価・修正しながら、「計画化」「組織化」「指揮」「統制」の各要素を展開します。

ギリーズは、過程を、「目標を達成する一連の行為または運用」とし、看護過程の目的は、「症状の緩和、障害の除去、合併症の予防、健康に関する知識技術の増大、最大の自立の促進」であるとしています<sup>18)</sup>。そして、看護管理過程の目的は、「患者グループに対する効果的で経済的なケア」であり、看護過程と看護管理過程は一体となって展開されるとして、そのモデルを示しています(図6-1)<sup>18)</sup>。

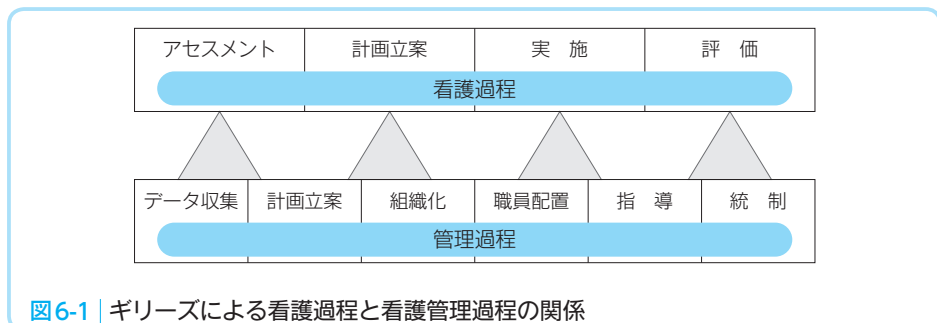


図6-1 ギリーズによる看護過程と看護管理過程の関係

(Dec Ann Gillies 著, 矢野正子監修:看護管理, へるす出版, 1998, p.2)

### 3 事例で学ぼう！ 看護ケアのマネジメント

図 6-2 に「発熱で入院した脳梗塞による右片麻痺のある 85 歳の男性」の看護過程を例に、看護ケアマネジメントの視点を示しました。

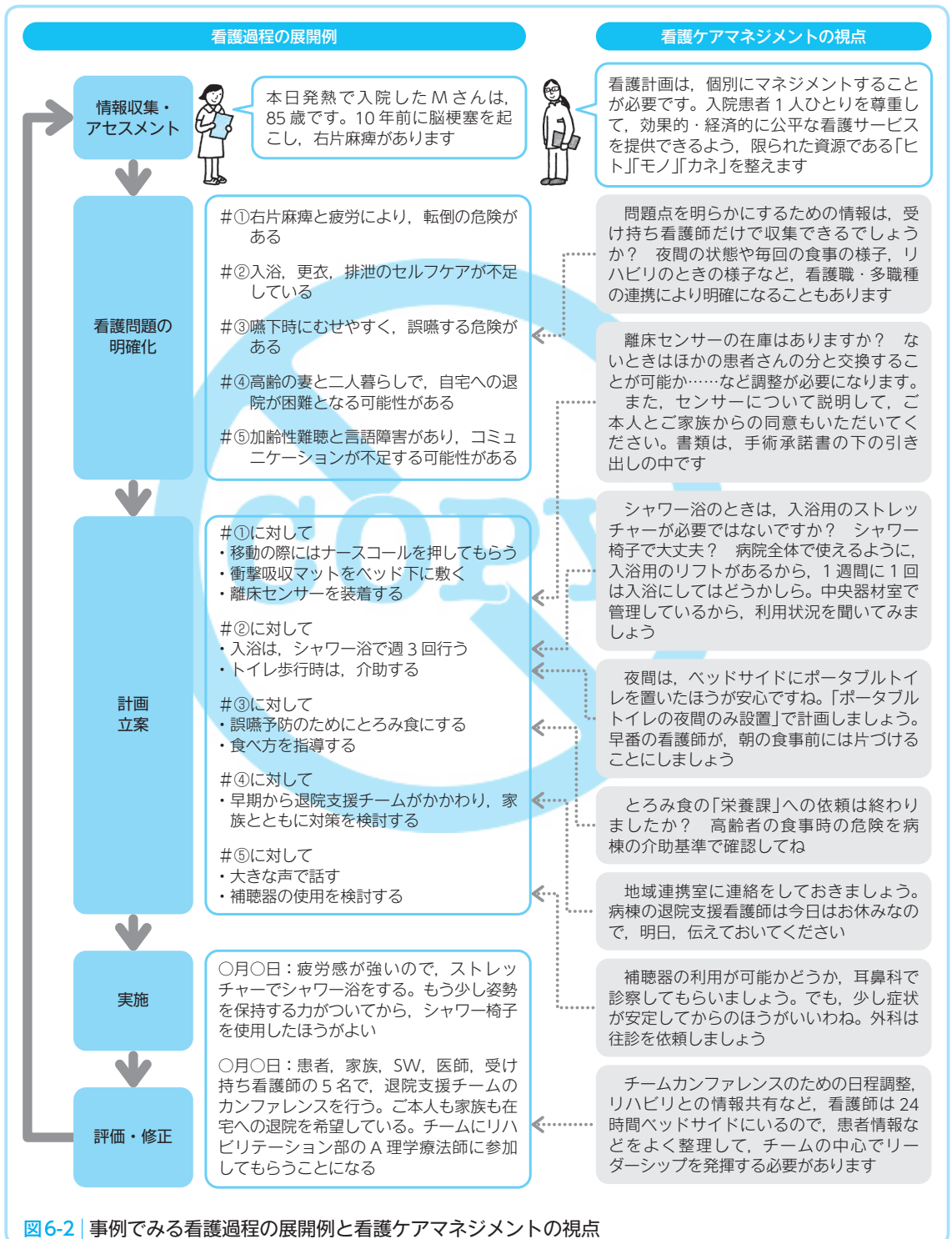


図 6-2 事例でみる看護過程の展開例と看護ケアマネジメントの視点

## 1 身体拘束ゼロの検討が始まった背景

近年、わが国では高齢者の増加に伴い、高齢患者や認知症高齢者などが治療のために入院したり、介護施設へ入所したりすることが増えてきました。日常生活では特に問題がない状態でも、入院による生活環境の変化・検査や手術後の処置の影響で認知機能が低下し、点滴や尿留置カテーテルを抜いたり、転倒したりなど、患者の不穏行動に起因するインシデントが起きています。

そのため医療現場では、「適切な医療を安全に行いたいと思い、患者が点滴を抜かないようにその手首をベッド柵に縛る」「車いすから立ち上がってけがをしないように、エプロンタイプの抑制帯で車いすに固定する」「夜に眠らなくて他の患者に迷惑をかけるから、向精神薬を飲ませて強制的に眠らせる」などの身体拘束が起きています。

## 2 身体拘束を行うことの問題

身体拘束(身体的拘束)とは、「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」<sup>32)</sup>をいいます。厚生労働省が2001年にまとめた「身体拘束ゼロへの手引き」<sup>33)</sup>(以下「手引き」)では、身体拘束がもたらす多くの問題を「身体的」「精神的」「社会的」の3視点から示しています。それを参考に要点を示します。

### 1 身体的問題

拘束による関節の拘縮、筋力の低下などの身体機能低下、圧迫部位の褥瘡発生、食欲の低下、感染症への抵抗力の低下などが引き起こされます。また、車いすの拘束などのケースでは、無理な立ち上がりによる転倒などの危険があります。

### 2 精神的問題

自分自身の身体の自由が奪われるために、不安や怒り・屈辱・あきらめという精神的苦痛が与えられ、認知症の進行やせん妄を起こす可能性もあります。そして、人間としての尊厳が脅かされます。家族が拘束されている自らの親の姿を目にしたとき、混乱・後悔・罪悪感を抱くことも多々あります。

### 3 社会的問題

身体拘束は、看護や介護スタッフの士気低下を招き、施設に対する社会的な不信、偏見を引き起こす可能性があります。また、高齢者の心身機能の低下を招いてその人のQOLを低下させるのみならず、身体状況の悪化がさらなる医療的処置を必要とするため、治療費の負担など経済的な影響ももたらすことにつながります。

### 3 介護保険指定基準における身体拘束の禁止規定

介護保険指定基準<sup>34)</sup>では、「サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない」としています。

一方、「手引き」<sup>33)</sup>では、以下の3つの要件をすべて満たす場合は、緊急やむを得ない場合として認めています。

- ①**切迫性**：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ②**非代替性**：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③**一時性**：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

やむを得ず身体拘束を行う場合には、「その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」<sup>34)</sup>ことが義務づけられています。「手引き」<sup>33)</sup>では、3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討・確認し、記録しておくこととしています。

### 4 「手引き」が示す身体拘束禁止の対象となる具体的行為

介護保険指定基準<sup>34)</sup>においては、「身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為」は禁止されており、「手引き」<sup>33)</sup>では、次のような具体的な行為を挙げています。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずれ落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

### 5 「身体拘束ゼロ作戦」の推進

身体拘束廃止を実現するため、「身体拘束ゼロ作戦」としてさまざまな取り組みが行われています。厚生労働省は前述の「手引き」を配布し、2016(平成28)年度診療報酬改定で新設した「認知症ケア加算」において、身体拘束を実施した日は減算(所定点数の100分の60に相当する点数により算定)、「身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること」としました。