

新人看護師の「看護手順と評価基準」の活用

「保助看法」「人確法」の改正により，2010年4月から新人看護職員の卒後臨床研修が努力義務化となりました。各病院・施設で，看護の質向上，医療安全の確保，早期離職防止の観点から，新人看護職員研修を実施していることと思います。当院では，厚労省の新人看護職員研修ガイドラインを基盤に「看護手順と評価基準」を作成し，指導する側，指導を受ける側の双方が共通理解できるツールとして活用してきました。これは，指導力に差がなく指導することが出来ることと，新人看護師が科学的な根拠を踏まえた技術を習得できることに繋がり，チェックリストを活用することで習得状況を可視化することができます。同一の本を共有することで，指導する側の均一化が図れ，新人看護師においては，事前に学習が出来ること，業務中に確認できない場合は，落ち着いた時間にゆっくり反復して学習することができます。業務の中で双方がわかりやすいツールを使用することは業務の効率化にもつながるものと考えます。

今回見直した部分を含めて，働き方改革が求められる今，新人看護師を育成する環境を整えることにも通じます。本書を活用して実践的な看護技術を積み重ね，モチベーションの向上を図り看護の現場がますます活性化することを願います。

JA とりで総合医療センター
看護部長代行 猪瀬明美

JA とりで総合医療センター看護部 新人看護師用 看護手順・評価基準・ 指導方法の活用方法

1. 看護手順・指導方法の意図と作成の視点

高度化した医療情勢の中，より良い看護を提供していくには，新人看護師においても看護技術を確実に習得し，高めていく必要があります。厚生労働省から，2004年3月に「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」，2011年2月に「新人看護職員研修ガイドライン」が示されたことを受け，当院では新人看護師がチェック機構のある手順書を利用することにより，技術を身につけていくという視点で新人看護師用看護手順を作成しました。

2. 看護手順・指導方法について

看護手順・指導方法は項目ごとに，使用物品，実施手順，評価基準，指導方法を記しました。使用物品と実施手順は基本的な手順のほかに日々の実践で行う方法を取り入れた当院看護部独自の手順が組み込まれています。

評価基準は，厚生労働省が示した新人看護職員研修ガイドラインの「看護技術を支える要素」のうち，1 医療安全の確保，2 患者及び家族への説明と助言，3 的確な看護判断と適切な看護技術の提供，をもとに作成しました。

指導方法は，指導者の能力に左右されないように，評価基準に準じた指導ができるよう工夫しています。

看護技術チェックリストは、厚生労働省の「新人看護職員到達目標」の3項目（看護職員としての必要な基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面）に当院独自で作成した「看護過程の展開」と「夜勤業務従事にいたる業務習得」を追加し構成しています。

最後に今回、本書作成にあたり多くの関係者のご協力とご支援により刊行することができました。
この場をもって感謝申し上げます。

新人教育委員会一同

3. 本誌の使い方

本誌は、新人看護師が習得したい看護手順と実施の評価基準、指導方法が記載されています。また、看護手順に根拠をもたせるねらいから、注意事項やミニ知識などのワンポイントアドバイスとして「覚えておこう！」を付け加えています。これにより、新人看護師の指導を進めていくなかで、卒後3～5年目のプリセプターも看護技術の再確認ができ、指導内容の統一化を図ることができます。

第Ⅰ部は平成23年2月に厚生労働省から出ている新人看護師職員研修ガイドラインⅡの技術的側面（13項目）に基づいてまとめています。

第Ⅱ部は当院独自の看護手順を掲載しています。第Ⅱ部がⅠ部と異なるところは、手順を写真で確認できること、さらに第Ⅰ部の看護技術を異なる側面からまとめています。例えば、第Ⅰ部の点滴静脈注射の手順では、第Ⅱ部でその行為に付随した輸液ポンプやシリンジポンプの使い方を記載しています。また、採血では、血液透析患者のシャント肢やアルコール綿のアレルギーマッチ対策などにも触れています。さらに、評価基準と指導方法を載せていないので、看護手順の一連のながれがスッキリと見やすくなっています。

その他に当院の看護技術チェックリストと看護記録マニュアルがあります。チェックリストは5項目あり、基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面など、1年間をとおして成長してほしい看護師としての全体像をあげています。入職時の集合教育、配属部署での指導時など、入職後経時的に活用すると成長しているのが分かります。

新人看護師の看護技術の到達度は実施回数にもよりますが、指導者によっても影響を受けるところがあるようです。その問題を最小限にするために、第Ⅰ部と第Ⅱ部を使用目的にあわせてお使いいただき、チェックリストで確認していただければと思います。

1 環境調整の技術

- ・入院患者にとって療養環境は日常生活を行う空間であり、清潔で安全・安楽・安心に過ごせる空間を提供する必要がある
- ・清潔に留意した環境調整は、感染予防と快適な日常生活につながり、安心につながる。
- ・適切な療養環境は、治療や生活活動に意欲、安寧をもたらし、健康回復・保持・増進につながる。
- ・環境の要素の中に、物的なもの以外に援助者も含まれ、患者に説明や同意を得てプライバシーを配慮した対応が必要である。

必要物品と実施手順	評価基準・指導方法
1. 病室環境整備 ①患者に環境整備を行うことを説明・了承を得る ②窓を開け換気を行う ③ベッド上やシーツを整える ・ベッドの上にタオルや衣類など不必要な物があつたらかたづける ・上掛けのカバーのひもはすべて結んであるか確認する ・シーツのしわを直す ・シーツや上掛けが汚染されていたら交換する ④床頭台、オーバーテーブル、ベッド下などの整理・整頓、物は最小限にする（原則：床には物を置かない） ・床頭台の上（テレビ周囲） リモコン、湯のみ、吸いのみ ティッシュペーパーなどを置く ・オーバーテーブル 食事以外はできるだけ物は置かないようにする。 ・引き出しには、箸やスプーンなど食事に必要な物や洗面用具を入れておく ・衣装棚には着替え用のパジャマや肌着、タオル、下着類を入れる ・床頭台の上の扉には、オムツやおしり拭き、泡石鹸などを入れる ・ベッド下は履き物以外の物は置かない ⑤床頭台、オーバーテーブル、ベッド柵など手に触れる物、面会用の椅子などを水拭きする 注）感染症があるときは、0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し2度拭き ⑥オーバーテーブルや床頭台の車輪が動くか確認する ⑦患者の状況に合わせて、電動ベッドのリモコンを置く ⑧室内照明、ベッドランプがつくか確認する ⑨ベッドランプのかさのほこりをとる ⑩カーテンは、汚れやほつれ、破れがあつたら交換を師長に伝え、師長が施設課へ依頼する ⑪カーテンフック・レールの外れがないか確認する ⑫ベッド周囲には、車椅子や点滴棒など不必要な物品は置かない ⑬ベッドのストッパーがかかっていることやベッドのギャッチハンドルが収納されているか確認する ⑭プライバシーに配慮できる ・ポータブルトイレ、尿器など24時間使用している場合は、臭気配慮、適宜かたづける ・ベッドサイドでの排泄を余儀なくされている場合は、面会者や同室者の目に触れないよう	<評価基準> (1) 説明と同意 ・環境整備の目的を述べるができる ・患者または家族に環境整備の説明ができる (2) プライバシーの配慮 ・可能な限り患者の希望を聞き整えることができる ・安静時や面会者がいるときなどは了解を得てから実施する。または改めて実施するなどの配慮ができる ・ポータブルトイレや尿瓶などにはカバーをかけ、他人の目にふれないよう配慮することができる (3) 安全・安楽 ・実施手順に沿って実施できる ・可能な限り患者の希望を取り入れることができる ・転倒・転落を考慮しながらできる (4) 感染防止 ・使用したコップ、スプーン、箸などは直ちに洗い、水分を切って所定の位置におくことができる ・食べ残しがあつたら、確認して直ちに破棄することができる ・決められた方法で環境整備ができる 指導方法 (1) 患者家族への説明 ・分かりやすい言葉で説明する ・患者・家族が理解または納得できるよう専門用語や略語は使用しない (2) 安全・安楽の確保 ・環境整備の方法を確認する ・生活しやすいスペースやプライベート空間を確保できたか確認する ・転倒、転落防止を考慮しているか確認する ・感染予防を意識しながら実施しているか確認する 上記の事項を確認しながら一緒に実施し、正しい技術が習得できるよう導く

必要物品と実施手順	評価基準・指導方法
にポータブルトイレや便器にカバーをかける ・面会者がいる場合は、カーテンを閉め、プライベート空間を確保する ⑮廊下、通路の整備を行い安全に配慮する (車椅子、ストレッチャーなど置いたままにしない)	
覚えておこう！ 生活環境には、物的環境と人的環境があり、それぞれの環境を把握した上で調整を行う a) 物的環境・・・温度、湿度、光、音、臭いなど ①院内は空調完備されているが、病棟の位置や構造によって、各病室に温度差が生じるため、訪室の際には温度の調整を適宜行う（患者の個人差に配慮し適度な温度・湿度の調整を行う） 温度・湿度目安 室温・ ・20± 2℃ 湿度・ ・50±10% ②換気による空気の入れ替えを適宜行い、空気清浄を行う ③排泄物など特有な臭気の交換、除去を行い、必要に応じ消臭剤など使用する ④生活行動に必要なとなる照明や音に対しても調整する必要がある（表1参照） 表1 昼 夜 照明 150～200ルクス 1～2ルクス 音 50デシベル以下 40デシベル以下 （環境省騒音に係る環境基準） b) 人的環境・・・医療従事者、同室者との人間関係、生活習慣、プライバシーなど	
2. ベッドメイキング（シーツ交換）	評価基準
必要物品 シーツ 上掛けカバー 枕カバー 実施手順 ①患者にシーツ交換することを説明し承諾を得る ②歩行可能な場合は、退室してもらう ③以下の実施手順に沿ってエプロン・マスク・手袋を着用して行う （1）ベッドの高さを調節する （2）ベッドのストッパーがかかっていることを確認する （3）窓を開ける （4）無駄な動きがないよう必要物品をそろえる （5）横シーツは原則使用しない （6）交換後、汚れたシーツはゴミが飛ばないようにまるめて、汚染用ランドリーに入れる （7）血液、尿、便などで汚染されているシーツ類は感染性ビニール袋に入れ、日付と汚染名、部署名を明記し汚染用ランドリーに入れる	（1）説明と同意 ・シーツ交換の目的を述べるができる ・患者にシーツ交換を説明し、同意を得ることができる （2）プライバシーの配慮 ・安静時や面会者がいるときは患者、面会者に了解を得る。もしくは改めて実施するなどの配慮ができる （3）安全・安楽 ・安静を強いられている患者のシーツ交換は2人で実施することが望ましい ・実施手順に沿って交換ができる （4）感染防止 ・血液などで汚染された寝具は決められた方法で分別できる
	指導方法
	（1）患者家族への説明 ・分かりやすい言葉で説明する ・患者・家族が理解または納得できるよう、専門用語や略語は使用しない （2）安全・安楽の確保

10 症状・生体機能管理技術

・症状・生体機能を客観的、正確に把握するための測定・観察する技術である。患者の状態を把握することで、測定・観察で得られた結果は診断・治療に活用される潜在的・顕在的看護問題を明らかにし、看護師は看護展開することで患者が安全・安楽で安心な生活活動ができる。

必要物品と実施手順	評価基準・指導方法
1. バイタルサイン (呼吸、脈拍 体温、血圧、酸素飽和度の観察と解釈) <必要物品> 体温計 ストップウォッチ 聴診器 血圧計 簡易酸素飽和度測定器 <実施手順> ①測定することを患者に説明し同意を得る ②体温測定 ③脈拍測定 (ストップウォッチ) 触診部位：頸動脈、上腕動脈、橈骨動脈 大腿動脈、足背動脈などがあるが通常は橈骨動脈で測定する 測定方法：動脈の走行に沿って平行に第2、3、4指をあて、拍動を正しくとらえ、1分間測定する 注意事項・脈拍数、リズム、緊張、大小欠損の有無などを観察する ・疾病、症状、興奮などの精神的状況などにより変化する ・必要時には左右測定する ・測定部位で測定できないときは聴診器にて心拍数を聴取する ④血圧測定 ・患者を座位または臥床をさせる ・測定肢の洋服を脱ぐか圧迫しないように捲りあげる ・マンシェットを肘関節から2～3cm 上で手指が2本入る位の圧迫で巻く(中央部を上腕動脈の真上にあてる) ・測定部は心臓の高さと同じにする ・肘窩のやや上内側に指を当て、拍動を確認し聴診器をあてる ・血管音が聞こえなくなるまで空気を送りこむ(空気をいれたまま長時間放置しない) ・水銀柱目盛りを見ながら、ゴム球の弁を徐々に開いていく ・血管音が聞こえ始めた最初の目盛りが収縮期血圧、さらに空気を出し続け、血管音が聞こえなくなったところの目盛りが拡張期血圧となる ・患者の状態によっては左右測定する場合がある ・終了したことを患者に告げ、患者の腕を直し衣類を整える ・使用物品を所定の位置に戻し、記録・報告をする 呼吸観察(ストップウォッチ 聴診器) ・安静臥床状態で測定する ・呼吸数、パターン、リズムなど以下の要領で測定し評価する 視診：呼吸困難の有無、喘鳴の有無	評価基準 1) 説明と同意 ・バイタルサイン測定の目的を述べるができる ・患者にバイタルサイン実施の説明をし同意を得ることができる 2) プライバシーの配慮 ・カーテンを閉め、環境を整えることができる ・不必要な露出は避けて測定することができる 3) 安全・安楽 ・患者確認ができる ・適切な測定部位で正確に測定ができる(実施手順参照) ・患者が安楽な体位で測定することができる ・麻痺のある患者の測定は、麻痺側を避けて測定できる ・測定結果から、患者状態がアセスメントでき、報告、相談ができる ・患者に適したマンシェットが選択できる 4) 感染防止 ・使用器材を感染症のある患者と区別して使用できる 指導方法 1) 患者、家族への説明 ・分かりやすい言葉で説明する ・患者・家族が理解または納得できるよう、専門用語や略語は使用しない 2) 安全・安楽の確保 ・患者確認を決められた方法で確認させる(13安全の確保－1 患者誤認・誤薬参照) ・患者のプライバシーを十分に考慮し、援助するよう指導する ・バイタルサイン測定の基本的技術を習得しているか確認し、不安に思う事項は一緒にを行い指導する ・患者に適したマンシェットを使用できるか確認する ・フィジカルアセスメントの重要な点を習得できるよう指導する 3) 専門的な知識(科学的根拠)が深められるよう学習課題を提示する ・熱型や循環血液量、心機能の正常、異常について

必要物品と実施手順	評価基準・指導方法
呼吸パターンなど 聴診：左右の呼吸音、肺雑音の状態など 触診：胸郭上に手をあて呼吸数を数える ⑤すべてが終了したら患者に終わったことを説明し衣類を整える ⑥使用物品をかたづけ、測定の評価を行い、報告記録をする	
2. 静脈血採血と検体の取り扱い <必要物品> 採血スピッツ(主に検査室で準備する) トレイ 駆血帯 アルコール綿 注射器 採血針(22Gが望ましい) 絆創膏 ディスポーザブル手袋(手袋) 防水シート 廃棄ボックス <実施手順> 真空管の採血もあるがここでは注射器の手順を説明する ①採血に必要な物品をトレイに準備する ②検体と名前を確認する ③患者に採血することを説明し承諾を得る ④消毒アレルギーの有無を確認する ⑤防水シートを腕の下に敷く ⑥適切な採血部位を決定する ⑦駆血帯を採血部位より5～10cm 中枢側に巻き、拇指を中にいれ手を軽く握ってもらう ⑧血管を触り刺入部位を決め、アルコール綿で刺入部位を中心に外側へ円を描くように消毒する ⑨針のキャップを外し、利き手に持ち針の刃面を上に向ける ⑩反対の手で皮膚を伸展させ、穿刺する ⑪針先が動かないよう固定し、必要量の血液を採取する ⑫採血を終了したら駆血帯を外し、アルコール綿をあてて、軽く押えながら針を抜く ⑬止血するまで1～2分指で圧迫するよう、説明する ⑭検体の中央に針を刺し必要量を流入する ⑮使用した針はリキャップせず、すぐに廃棄用容器に捨てる	評価基準 (1) 説明と同意 ・患者に採血の説明をし同意を得ることができる (2) プライバシーの配慮 ・カーテンを閉め、環境を整える ・不必要な露出をさけ、実施できる (3) 安全・安楽 ・患者確認ができる(13安全の確保－1 患者誤認・誤薬参照) ・採血内容(指示)の確認と検体の確認ができる ・実施手順に沿って、採血ができる(禁忌部位の確認、神経損傷のリスクの低い部位の選択など) ・採血針の適切な選択ができる (4) 感染防止 ・使用後は決められた方法で針などを破棄し、あとかたづけができる 指導方法 (1) 患者、家族への説明 ・分かりやすい言葉で説明する ・患者・家族が理解または納得できるよう、専門用語や略語は使用しない (2) 安全・安楽の確保 ・患者確認を決められた方法で確認させる(13安全の確保－1 患者誤認・誤薬参照) ・一緒に実施し、チェックリストに沿ってできるまで見守りながら指導する (3) 専門的な知識(科学的根拠)が深められるよう、学習課題を提示する ・一般検査の正常値、異常値について ・採血結果から患者状態をアセスメントできるよう指導する
3. 動脈血採血の準備と検体取り扱い 血中の酸素、炭酸ガスの分圧や pH を分析する(血ガスと称している) <必要物品> 動脈血ガス採血専用注射器 処置用シーツ 止血テープ 針破棄ボックス	評価基準 (1) 説明と同意 ・医師が採血すること説明し、同意を得ることができる ・採血後の止血、注意点について説明ができる

2. 手順

- 1) NANDA13領域に関する情報を入院時アンケートや患者・家族から収集する
- 2) 領域ごとにアセスメントとする
- 3) 入院より24時間以内に、領域ごとに関連付けした看護診断と領域ごとのアセスメントを統合し看護計画を完成させる

Ⅲ. 経過記録

記載方法（各施設の看護記録マニュアルに準ずる）

1. 看護診断から展開し，S O AP で記載する

2. 看護診断を挙げていない記録は，キーワードをあげて記録する

その場合 SO のみの記録でもよいが， 3 回記録が続いた場合は，新たな看護問題として看護診断を立案する。重要な看護問題は 3 回続かなくてもすぐに立案する。

3. SOAP の記録の記載方法

S：主観的情報

その問題に関する患者，家族の訴えや症状，患者の反応をそのまま記載する

O：客観的情報

いつ，どこで，誰が，どのようにしたか，5W1H で記載する

その問題に関する観察，測定値，検査結果を記載し，感情や主観，仮説は記載しない
看護計画に基づいて看護実践，実施したケアも記載する

A：アセスメント

S と O を解釈，分析し新たに問題になり得る根拠や目標達成に近づけているかを記載する

P：計画

問題解決のために計画立案を記載する

計画の継続，解決，修正，中止について記載する

4. 以下の場合は，経時記録と定めた

- 1) 患者の急変時，重篤な状態のとき（急変時経過記録用紙を使用する）
- 2) 特記すべき処置を実践したとき
- 3) カンファレンス内容
- 4) 抗菌薬の副作用記録
- 5) 事故発生時（SO のみの記録も可）
- 6) 輸血時の副作用出現時

5. 入院後，手術後，転棟後最低 3 日間は SOAP で記録する

6. 週に 1 回，看護診断の評価を行う

Ⅳ. 看護サマリー（退院時・転科・転棟，転院，訪問看護など）

1. 目的

看護・介護を必要とする人の経過情報を簡潔にまとめ，継続看護に生かす

2. 記載方法

- 1) 継続ケア，観察，指導，特に注意すべき要点を重点的に記載する
- 2) サマリーには，入院日と退院日，サマリー記載者，担当看護師の名前を必ず記載する
- 3) 最終チェックは，必ず病棟師長に行ってもらう
- 4) 3 カ月以上の長期の継続入院となった場合は，中間サマリーを 3 カ月ごとに作成する

Ⅴ. 記録監査（P80監査表参照）

看護実践の適正化，妥当性について看護基準・手順に沿って記録されているかどうかを評価するものである

★1996年より電子カルテに移行

