

ブキャン先生：

多くの国において、看護師は、他の専門職よりも自分たちの価値を示すために、より一生懸命勉強して働かなければならないといった問題を抱えていると思います。これは、歴史的に大部分が女性で占める職業でみられる問題ではないでしょうか。英国では看護師は医師に従属しなければならないという考え方がありますので、その払拭していかなければならないと思います。看護師は、他の専門職と同じように自身の能力や貢献に対する自信を持つことはできるはずです。自分たちの能力にもっと自信を持たなくてはならないでしょう。

長谷川先生：

英国では必要な研修を受けて登録さえすれば看護師も薬剤を処方することができますし、医学的な診断を下すことができます。現在のところ、日本ではこのような権限が与えられていません。これは、日本の看護師が自信を持ってない一つの理由ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

ブキャン先生：

私もそう思います。処方や診断といった何かに対して意思決定するという場面に直面することなしに、自分の実践能力に自信を持つようになることは難しいと思います。常に自分の意思決定に対して第三者の意見を仰がなければならないので、いろいろなことを知ることが必要だというある種の感覚を持つのだと思います。

長谷川先生：

英国では、看護師に対する国民のマイナスイメージについてはどのように対応していますか？

ブキャン先生：

医療ドラマを通じて良いイメージを国民に伝えています。例えば、英国 BBC が制作した医療ドラマ「Casualty⁴」は大変人気があります。米国で制作された ER のように看護師達の奮闘をみることができます。この番組は国民の漠然とした看護師に抱くイメージに対し、看護師や看護管理者の仕事の素晴らしさを認識する場を提供してきました。このような戦略は重要だと思います。

長谷川先生：

それでは、病院の現場レベルでの看護管理の話題に戻りたいと思います。近年、日本では在院日数が短縮し、また患者の重症度が高くなってきていることで様々な変化が起き、その対応が求められています。英国では在院日数の短縮に対してはどのように対応してき

たのでしょうか？

ブキャン先生：

在院日数が短縮する中で生産性をあげるためには多くのシステムを整備することが必要だと思います。また、患者の重症度も高くなれば、仕事量も増加しますし、仕事の密度や複雑さも同様に増加します。これは看護の現場に大きなストレスを与えます。重症度レベルの高さに比例した仕事量が要求されるのであれば、看護師の配置にあたり、その場合の要求されるスキルを明らかにすることが求められると思います。また、英国では重症度の高い患者に対して迅速かつ柔軟に対応することができる高いレベルの看護師を育成するようにしています。しかし、このような看護師個々の養成だけではなく、重症度の高い患者に対して対応できるチームを創り上げることもまた必要だと思います。まだ、私たちが改善すべき課題があり、現在もシステム整備に取り組んでいます。

長谷川先生：

それはどんなシステムで、今までの違いはなんですか？

ブキャン先生：

在院日数短縮に伴う変化は突然起こったわけではなく、徐々にあらわれていくものだと思います。その影響による変化は今も続いています。在院日数を削減する方針に対して、どのように患者さんを退院させるのかについて意思決定をしなければなりません。その患者にとって必要なケアの継続性を保証するために、然るべき機関に情報を提供し共有できるシステムや実際にその機関と協働して医療サービスを提供できるように契約を交わすシステム等が必要になると思います。在院日数が短縮する中では、病院を退院した後の患者に必要となるサポートを明確にして対応することが求められるでしょう。

長谷川先生：

英国では実際にどのように退院患者をサポートしているのでしょうか？

ブキャン先生：

私たちは、急性期とプライマリケアが区分されています⁵。病院の看護師が地域に退院患者を送ることに責任を持つことが求められるでしょう。個々の患者に対する代弁者として病院の看護師が機能することが必要です。病院の看護師は、患者が治療や処方が必要とする場合、患者が自宅できちんと療養できるように、プライマリケアセクターの家庭医と協働してケアに取り組んでいく責任があります。また、ケアのタイプによっては訪問看護師が提供するサービスを保証していくような取り組みも必要になります。英国では、病院に退院調整専門の看護師がいますので、その看護師が責任を持って、地域の家庭医と

調整したり、継続的に連絡をとりあっています。

長谷川先生：

最後の質問になりますが、看護師不足の対応に関する今後の展望について教えてください。

ブキャン先生：

看護師不足の対応については、看護の仕事をどのように価値づけるかということではないかと思います。看護師が豊富な知識と高い技術で仕事に取り組めることを保証していくことが重要でしょう。これは、優先課題だと思いますし、不必要なお金をかけ、複雑な代替案を考える必要もなく、力を注ぐことができる対応策です。つまり、医療の高度化や人口構造の変化に対応した知識とスキルに基づいたケアを常に身につけられる機会を提供することに投資を行い、現在の労働力の確保に努めていけばよいのです。

また、多くの国でも議論されてきていますが、現在、発展途上のプライマリケアに対する資源や政策の観点から、取り組んでいくことも必要だと考えます。今後、財政的にどのようなことがこの領域に起きるのか、またどんなケアが必要になるのかといった視点から今後の看護について認識していくことが求められます。さらに、在宅医療を推進する前提条件として、多くの看護師に在宅でのケア経験を積む機会や再教育を提供し、看護には多くの可能性があることを知ってもらえるような取り組みを行い、政策的に新しい方策を生み出すことに焦点をあてていかなければならないと思います。

注釈

1.英国は、1948年に無料で公平な医療を全国民に提供することを目的に NHS (National Health Service) が創設された。しかし、高齢化や移民者の増加により、どんどん医療費がかさんでいった。このため、1990年まで首相を務めたサッチャーは、財政赤字を克服するために、医療費抑制策を打ち出した。これにより、看護師を養成するための予算が縮減され、結果的に看護師の絶対数が大きく不足するという事態を招いた。というのは、英国では看護師の養成は国の基金によって賄われており、看護師養成校の定員数も国がコントロールできるため、直接的な影響を受けることになる。したがって、予算削減に伴う看護師養成機関の定員数の削減に比例し、全体の供給数が低下することとなった。また、医療費抑制策は医療の荒廃を招き、看護師の離職率ははねあがり、看護師不足に拍車をかけた。

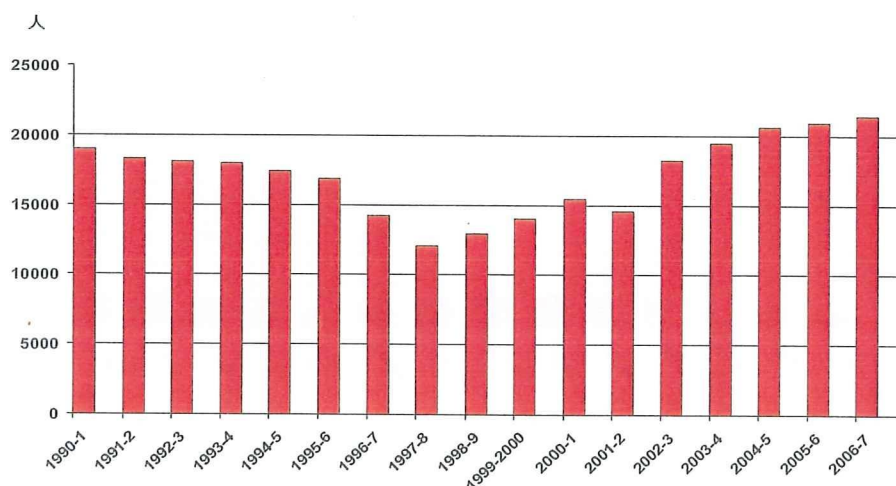


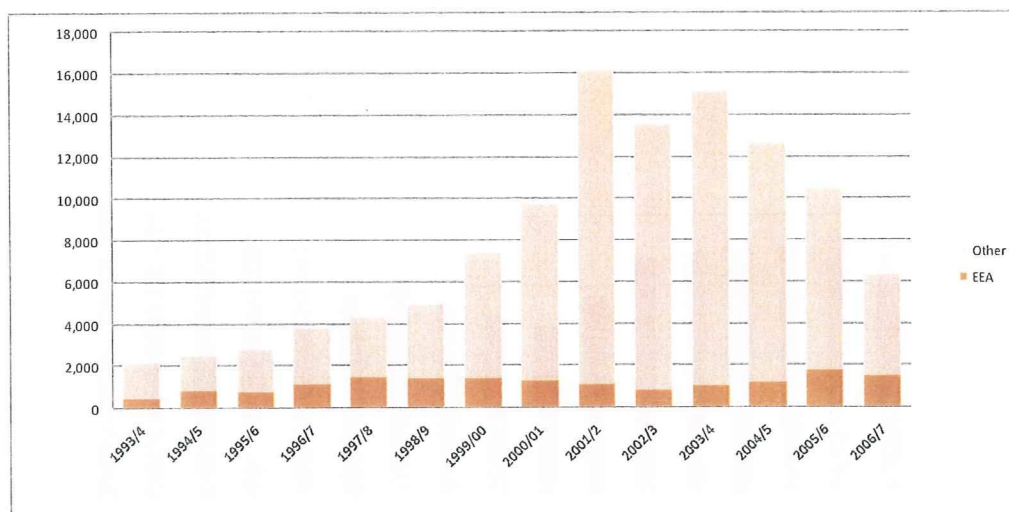
図1 英国で養成された看護師数(新卒看護師数)の変化

2. NHS Plan には、①国民医療費の大幅増額、②医療サービスの供給を増加させる、③医

療政策の地方分権化を促進する、④主要疾患に対する医療サービスの質指標を作成し、改善目標を立案、⑤電子カルテ等の医療 IT の推進が含まれた。看護師養成数の増加は、医療サービスの供給の増加の中に明記され、18%増加させることによって約40万人の供給を確保するというものであった。

3. 英国内で看護師を養成している間の対策として、1990年代後半から2000年代初めに、欧州経済圏（EEA）等から外国人看護師の雇用を促進する政策がとられた。この政策の影響を受け、外国人看護師の大規模な雇用斡旋が行われ、迅速に就労許可を出し、2001年では新規登録する看護師のうち、半分は外国人看護師となった。しかし、2000年代半ば以降になると英国で養成をすすめてきた看護師が予定通り増加してきたことを受け、NHSは外国人看護師の雇用斡旋の抑制を行うようになった。その結果、現在、外国人看護師はどんどん減ってきている。

(人)



* Other: その他
EEA: 欧州経済圏

図2 欧州経済圏とその他の国から新規登録された看護師数の変化

*外国人看護師の受け入れに際し、スペイン、フィリピン、インドと二国間協定を結んだ。

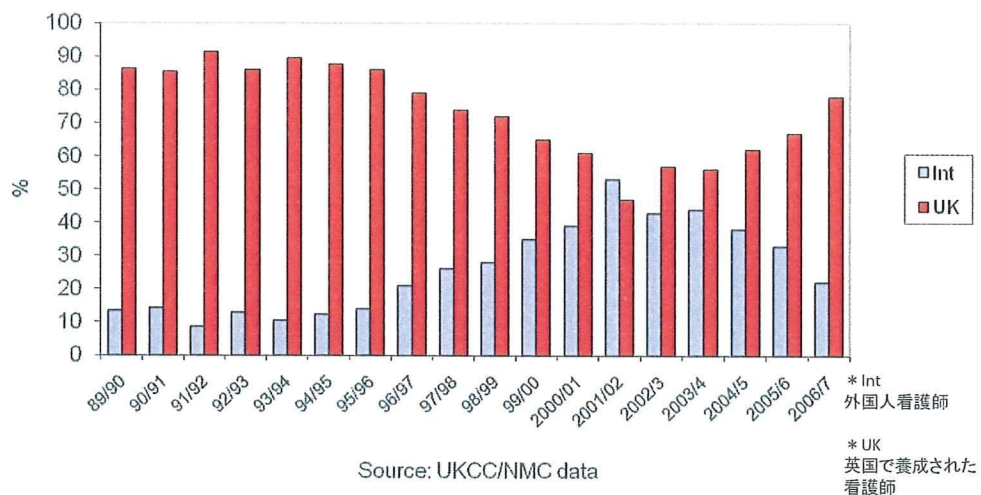


図3 英国で養成された看護師数と外国人看護師数の割合に関する経年比較

4. Casualty は、約 100 年前にあたる 20 世紀初頭のロンドン病院の救急病棟を舞台にしたドラマ。看護管理者や看護師の仕事ぶりについてドラマを通してみる事ができる。

5. 英国の医療は、国営の NHS とプライベート医療から構成される。NHS は、税金で運営されており、原則、加入に際し保険料を支払う必要はあるが、診察は無料で受けられる。ただし、地域によっては歯科医療や薬剤処方等に対し、一部自己負担をしなければならない場合もある。プライベート医療の医療費は全額自己負担となる(民間保険を適用することは可能)。NHS に加入するには、まず自分の居住区の General Practitioner (GP) と呼ばれる家庭医に患者登録を行う。英国では、病気になったとき、NHS であってもプライベート医

療であっても、プライマリケアの家庭医（近年では、診療看護師も家庭医の役割を担っている）に相談し、家庭医が必要と判断した場合に限り、病院に受診することができる。診療所には、この家庭医の他、診療看護師、看護師、保健師等が働いており、チームで活動している（診療所、保健所、訪問看護ステーションが一体化したイメージ）。全診療所に対して提供するサービスとして義務づけられているものの中に、慢性疾患患者や終末期患者の療養管理などが含まれる。病院から退院した患者で医療処置・介入が必要な場合には、家庭医が患者に必要な医療職者をコーディネートし(家庭医以外の診療処の他の職種がコーディネートする場合もある)、指示を与え、連携を図りながら、医療サービスを提供している。

《図 1～3 の引用》

James Buchan(2009) : Difficult times, difficult choices The UK nursing labour market review 2009, Royal College of Nursing.

フランスにおける看護

1. 研究対象

あらかじめ送付した調査項目に従って構造化したインタビュー調査を行った。

(1) インタビュー対象者

パリ看護学校管理看護学校マリー・アンドレ・ヴィジルリ＝ポッシュ氏

(2) インタビュー場所と日時

パリ、2009年10月

(3) インタビュー内容

別紙参考資料

(4) インタビュー結果

別紙参考資料

2. まとめ

フランスでは、法的に看護の「固有の役割」が明文化されており、看護師は「医療補助職」ではあるが、日本で医師が行うような医療行為を行うことが可能となっている。「固有の役割」は、医療施設に限らず、在宅看護や病院以外の保健施設でも看護師であれば、実効が可能となっている。上級資格にも「固有の役割」が定められており、看護を続けていくキャリアアップ形成につながっている。

また、看護師の行う医療行為については、「医師のプロトコールにより実施することができる医療行為（看護師単独で実施可能）」と「医師の処方に基づき医師がそばにいる状況下で実施することができる医療行為」が規定されている。「医師のプロトコールにより実施することができる医療行為（看護師単独で実施可能）」には、採血、点滴、胃チューブの挿入・抜去、ドレーンの抜去、ワクチン接種、創傷処置、心電図等の検査などが含まれる。そして、「医師の処方に基づき医師がそばにいる状況下で実施することができる医療行為」には、除細動、輸血、中心静脈カテーテルへの鎮痛薬投与等がある。病院で看護師によって行われる医療行為に対し、看護報酬は定められておらず、入院医療の包括点数の中に含まれている。

フランスで DRG が導入される以前には、入院医療において看護報酬を組む込みために看護必要度を測定し、その重症度に基づいて看護報酬に反映させるような試みが行われた。しかし、DRG が導入され、看護報酬が包括点数の中に含まれてからは、看護必要度の測定は行われなくなったとのことであった。フランスにおける看護人員配置は、病院の裁量にまかされており、日本のように診療報酬を通じてインセンティブを与えるような仕組みは存在しない。しかし、フランスの看護師の役割は、医療行為が主となっており、療養上の世話は看護補助者が行うというように役割分担が明確になっている。そして、通常、看護師一人当たり、4～7人の患者を受け持ち、そのフォローとして、准看護師1名あるいは看護補助者1名がつくという人員配置がとられている。

フランスにおける在院日数短縮への対応として、急性期病院の所属する看護師が、看護師が単独で実施できる医療行為の権限を活用しながら、自宅にもどった患者の医療的ケアを実施している。また、慢性期管理としては、フランスには開業看護師が存在しており、開業看護師がその管理にたずさわっている。例えば、患者が診療所にかかると、医師により診断が行われ、処方が出され、その処方箋を持って薬剤師に薬を処方してもらい、その薬物（例えば点滴など）の投与は、開業看護師のもとを訪れて実施してもらう。開業看護師は、医師から出された処方箋（指示）にしたがって与薬や処置を実施する。開業看護師が行う行為一つひとつには、点数がきめられており、それに基づいて看護報酬が支払われる。

資料 A.

Research Project

Research Background

I have become a principal investigator of the research project of hospital management to aim for quality and efficacy improvement through interdisciplinary collaboration. The average length of stay of Japanese hospitals is longest in the world although it has been shortened from 40days in 1980' to 15 days last year because of medical cost control policy by the Ministry of Health and Welfare. The change of the working environments is drastic as the nursing organization & management have to change to deal with the situation. I understand the situation is similar in Europe although length of stay is shorter. It will be quite helpful to know how European colleagues have dealt with it. I hope you to introduce appropriate persons in UK, France and Germany who have experienced and analyzed this change. Basic questions we want ask them are as following

Research Questions

Questions are originally made for each hospital in different countries.

1. What measures did your hospital take to cope with the increase of nursing workload by demanded shortening of acute hospital stay?

2. How did your hospital change the nursing function by demanded shortening of acute hospital stay in the following areas?
 - 1) Nursing administration, management & organization
 - 2) Methodology of nursing practice such as team nursing and primary nursing.
 - 3) Contents of nursing practice
 - 4) Role and responsibility allocation among different functions.
 - 5) Information sharing among interdisciplinary team in order to practice the continuous and consistent care.
 - 6) Interdisciplinary collaboration.
 - 7) Usage of Information technology and electronic medical record.

資料 B.

Compte-rendu de rencontre avec Madame Mia Kobayashi

Dans les années 1980 à 1995, les responsables infirmiers ont cherché à mesurer scientifiquement la charge de travail pour mieux adapter l'offre de soins (technicité et diversité des soins et des prises en charge, diminution de la durée moyenne de séjour-DMS). Les méthodes retenues ont été le Programme de recherche en nursing ou PRN 80 et les soins infirmiers individualisés à la personne soignée ou SIIPS. Ces méthodes adaptées au contexte français peuvent avoir cours notamment pour une dotation de personnel de nouveaux services, mais ne sont pas utilisées quotidiennement dans les services hospitaliers. Aujourd'hui, l'amélioration des soins doit se faire à moyens constants. Il est donc développé une évaluation des pratiques infirmières et une évaluation de la qualité des soins dans le cadre des processus d'accréditation/certification.

L'organisation du service de santé français est en restructuration depuis bientôt 20 ans pour s'adapter aux besoins de santé de la population (1991 -Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ou SROS (planification)-, 1996-Agence Régionale d'Hospitalisation ou ARH et Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie ou ONDAM-, 2003 -Contractualisation-, 2004 -T2A-, 2005 -Organisation hospitalière en pôles d'activités et Délégation de gestion-, 2009 -création des ARS-, Hôpital 2007 à 2012) : les structures organisationnelles changent, les modes de gouvernance évoluent.

Les pôles d'activités sont dirigés par un médecin hospitalier assisté par un cadre supérieur de santé (infirmier ou paramédical de formation Master2 en management) et un cadre administratif. Le service dispose d'un budget établi en fonction de ses recettes. L'organisation des soins et de la prise en charge des patients doit être centrée sur le parcours nécessaire du patient (parcours de soins coordonnés du patient, réseau santé-ville-hôpital, réseau de soins ou de santé autour des maladies chroniques, ...)

Le service infirmier n'est pas un exercice totalement autonome en France, la reconnaissance d'une discipline infirmière (sciences infirmières) est amorcée avec le département universitaire des sciences infirmières et paramédicales placé sous l'égide de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

4. 病院組織と現状分析

急性期病院における看護機能の 変化に対応した病棟マネジメント

研究要旨

本調査研究では、急性期病院においてこの10年間で看護機能がどのように変化しているのかといった実態を把握し、看護管理者の認識の視点から、現在必要とされる病棟マネジメント手法について検討することを目的とした。看護管理のエキスパートパネルによるフォーカスグループ、急性期2病院の看護管理者を対象としたグループインタビュー調査をもとに、1)看護機能の変化を把握するための項目、2)看護業務に影響を与える外的環境に該当する項目、3)現在、求められる病棟マネジメント手法に関する項目、4)看護業務の代替可能性に関する項目、5)現在の看護への認識に関する項目から構成される調査票を作成し、急性期病院における看護管理者を対象とし、調査票への回答を任意で求めた。その結果、平均在院日数短縮に対応するための看護提供体制やマネジメント方策を重視している傾向にあることが明らかとなった。そして、急性期看護における知識・技術の向上だけでなく、それに対応するための認定・専門看護師の活用、認知症といった高齢者看護の視点も取り入れた方策が重視されていた。また、約10年前と比較し、患者安全に関わる業務が増加し、患者安全の確保に関する方策も重視されている傾向にあった。さらに、急性期看護の業務増加に対応するため、他職種を有効活用し、役割分担を図ること等の方策を重視しており、看護業務の見直しを行うことの必要性が示された。

A.背景と目的

近年の平均在院日数短縮に伴い、急性期病院における看護機能は変化してきている。そこで、看護機能の変化の実態を把握し、その実態に対応した病棟マネジメント手法を確立することが急務な課題となっている。本調査研究では、急性期病院においてこの10年間で看護機能がどのように変化しているのかといった実態を把握し、現在、看護管理者が認識している、現在必要とされる病棟マネジメント手法について検討することを目的とした。

B.研究方法

1)調査票の作成

看護管理のエキスパートパネルによるフォーカスグループ、急性期2病院の看護管理者を対象としたグループインタビュー調査をもとに、1)看護機能の変化を把握するための項目、2)看護業務に影響を与える外的環境に該当する項目、3)現在、求められる病棟マネジメント手法に関する項目、4)看護業務の代替可能性に関する項目、5)現在の看護への認識に関する項目の設定を行った。

看護機能の変化を把握するための項目については、上記のフォーカスグループとインタビュー調査から得られた看護機能の変化内容を抽出し、カテゴリ化することにより、1)業務量、2)患者・家族のケア、3)情報把握・共有、4)退院に関わること、4)患者安全、5)専門的知識・技術の側面から計41項目で構成した。変化の程度については、「大変増加した」から「大変減少した」の5段階のリッカート尺度で尋ねた。

看護業務に影響を与える外的環境に関する項目については、この10年で導入が進められたハード的な要素として、「記録・情報共有に関すること(電子カルテ等)」「薬剤業務に関すること(サテライトファーマシー等)」「物品管理に関すること(物流管理システム)」「作業環境に関すること(ナースコールシステム)」をとりあげ、効率性につながっているかどうかを把握するために、合計10項目で5段階のリッカート尺度(「非効率になっている」から「効率化されている」)で尋ねた。

現在、求められる病棟マネジメント手法については、エキスパートパネルからあげられた提案や急性期病院のインタビューから得られた実際に取り組みされている方法をもとに、看護機能の変化を把握するためのカテゴリに対応させた形で、合計36項目の抽出を行った。そして、現在の病棟マネジメント手法としての必要性を把握するために、方策の重視度を「低い」から「高い」までのリッカート尺度で尋ねた。

加えて、看護機能が変化する中で、看護の機能分化に伴う看護師が現在行っている業務の代替可能性に関する項目、現在の看護に対し、どのような認識を持っているのかを把握する項目についても尋ねた。

2)対象者

急性期病床を有する主任クラス以上の看護管理者(看護部長、副看護部長、師長、副師長、主任)を対象とし、研究協力が得られた社団法人全国社会保険協会連合会に属する50病院、地域で急性期を担う大学病院、自治体病院、民間病院の12病院、合計62病院に調査票を配布した。看護管理者への調査票の配布は各病院の看護部長に依頼し、調査票の回収は、調査に参加同意した看護管理者が任意で回答した調査票を郵送で返却する形式とした。

3)集計・分析方法

統計ソフトSPSSを用いて、集計・分析を行った。

C.結果

1.対象者の属性

62病院から、954の調査票が回収された(表1)。そのうち、本調査研究では、急性期病棟を対象とするため、回答者から得られた病棟属性から平均在院日数35日以内の病院に勤務する看護管理者の回答を有効回答とし、917名を対象に集計・分析を行った。なお、平均在院日数が不明な調査票については、看護人員配置を「10対1」と回答し、かつ介護・医療療養病棟等以外で勤務しているものを急性期病棟で勤務しているとみなした。

表1 調査票の回収数

	病院数	有効回答数
民間病院	8	115
自治体病院	2	46
大学病院	2	64
社会保険系列病院	46	688

対象者の平均年齢は45.9±7.0歳(平均値±標準偏差、以下同様)、勤務年数は20.5±8.4歳であった。性別、役職については表2に示した。師長、主任がそれぞれ約41%であった。

表2 対象者の性別・役職

		度数	%
性別	男性	14	1.5
	女性	897	98.5
役職	看護師長	23	2.5
	副看護師長	36	4.0
	師長	366	40.5
	副師長	94	10.4
	主任	370	41.0
	その他	14	1.6

対象者の職場属性として、勤務病棟の平均在院日数は15.5±5.4日、平均稼働率は93.7±13.5%であった。看護人員配置は「7対1」が70.8%と最も多く占めた(表3)

表3 対象者の職場属性

		度数	%
病棟	内科系病棟	199	22.0
	集中治療室	37	4.1
	内科系病棟とICU/ハイケアユニット	13	1.4
	外科系病棟	214	23.7
	小児科病棟	9	1.0
	外科系病棟とICU/ハイケアユニット	6	.7
	内科・外科混合病棟	110	12.2
	所属病棟なし	39	4.3
	小児科病棟とNICUの混合	6	.7
	その他	270	29.9
看護人員配置	7対1	605	70.8
	10対1	160	18.7
	13対1	1	.1
	その他	88	10.3

2.看護提供体制

約10年前(平成10年～11年ごろ)と現在の看護提供体制(複数回答)(表4)については、約10年前ではチームナーシングが60.1%と最も多く、次いで順に機能別が31.7%、プライマリーナーシングが19.8%であった。現在の看護提供体制では、同様にチームナーシングが73.4%、次いでプライマリーナーシングが30.6%であった。

表4 看護提供体制(複数回答)

	約10年前		現在	
	n	%	n	%
プライマリーナーシング	182	19.8	281	30.6
チームナーシング	551	60.1	673	73.4
機能別	291	31.7	127	13.8
モジュール式	101	11.0	85	9.3
その他	23	2.5	56	6.1

現状を踏まえた望まれる看護提供体制については、チームナーシングが52.7%と過半数以上を占め、次いで、プライマリーナーシングの32.2%であった(表5)

表5 現状を踏まえた望まれる看護提供体制

	n	%
プライマリーナーシング	285	32.2
チームナーシング	466	52.7
機能別	25	2.8
モジュール式	68	7.7
その他	40	4.5
合計	884	100.0

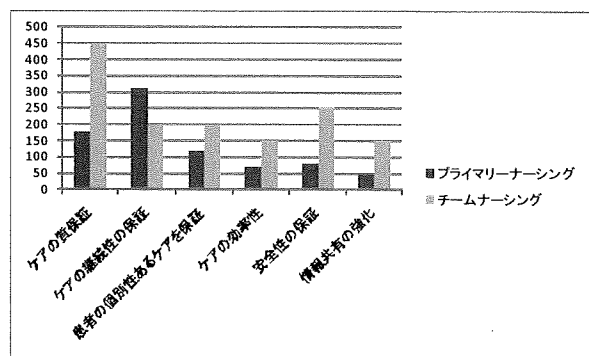


図1 プライマリーナーシング、チームナーシングを選択する理由(複数回答)

現状、望まれる看護提供体制として、プライマリーナーシングあるいはチームナーシングを選択した理由については図1に示した。プライマリーナーシングを選択した理由で最も多かったのは「ケアの継続性の保証」であり、次いで順に「ケアの質保証」、「患者の個別性あるケアを保証」であった。一方、チームナーシングでは「ケアの質保証」が最も多く、「ケアの継続性の保証」、「患者の個別性あるケアを保証」がほぼ同じ回答数であった。

3.病棟の看護機能の変化

病棟の看護機能の変化については表6-1、6-2に示した。「大変増加した」と「増加した」を増加群、「変わらない」を不変群、「減少した」「大変減少した」を減少群とした場合、回答の割合が高かった上位10項目を図2~4に示した。

増加群の上位回答は、「転倒・転落や感染予防等、患者の安全を確保するための業務」が96.1%、「より高度で専門的な知識・技術の要求」が92.9%、「認定看護師・専門看護師のコンサルテーションが必要となる、あるいは活用したいと思う機会」が92.9%であった。

不変群の上位回答は、「バイタルサインの測定や観察のための時間」が47.2%、「緊急事態(患者の生命が危機にさらされている状態)に直面する機会」が45.4%、「診療、治療の

「介助に関する業務」が41.0%であった。

減少群の上位回答は、「看護師間での申し送りや引き継ぎのための時間」が42.9%、「栄養指導に関する業務」が41.2%、「服薬に関する保健指導業務」が38.6%であった。

不変群と減少群の両方にあげられた回答は、「物品請求・管理に関する業務」、「環境整備に関する業務」、「栄養指導に関する業務」、「患者の検査に関する業務」であった。

表 6-1 病棟の看護機能の変化

		大変増加した	増加した	変わらない	減少した	大変減少した
1.清拭、洗髪等の身体の清潔に関する業務。	床数	151	390	279	44	2
	%	17.4	45.0	32.2	5.1	0.2
2.食事介助に関する業務。	床数	189	420	291	30	3
	%	21.6	48.1	28.5	3.4	0.3
3.環境整備に関する業務。	床数	85	350	314	115	10
	%	9.7	40.0	35.9	13.2	1.1
4.診察、治療の介助に関する業務。	床数	103	347	358	62	3
	%	11.8	39.7	41.0	7.1	0.3
5.褥瘡や術創等の処置業務。	床数	109	327	232	183	18
	%	12.5	37.8	26.7	21.1	2.1
6.バイタルサインの測定や観察のための時間。	床数	75	342	499	40	1
	%	8.7	39.4	47.2	4.6	0.1
7.患者の呼吸循環管理(モニター・人工呼吸器・ライン・ドレーン類等の管理)に	床数	163	439	237	29	5
	%	18.7	50.3	27.1	3.3	0.6
8.注射・点滴に関する業務(準備・投与・管理・片づけの一連業務)。	床数	192	409	180	91	4
	%	21.9	46.7	20.5	10.4	0.5
9.与薬(注射・点滴除く)に関する業務(準備・確認・投与の一連業務)。	床数	240	444	141	45	2
	%	27.5	50.9	16.2	5.2	0.2
10.患者の検査(採血等の採体採取、検査の準備・介助等)に関する業務。	床数	109	366	298	103	4
	%	12.4	41.7	33.7	11.7	0.5
11.ナースコールへの対応業務。	床数	202	388	258	19	0
	%	23.3	44.8	29.8	2.2	0
12.医療機器の管理に関する業務。	床数	156	397	193	132	9
	%	17.8	44.2	22.0	15.1	0.9
13.物品請求・管理に関する業務。	床数	69	301	320	177	12
	%	7.8	34.2	36.4	20.1	1.4
14.服薬に関する保健指導業務。	床数	49	249	237	301	35
	%	5.6	28.6	27.2	34.6	4.0
15.栄養指導に関する業務。	床数	30	182	300	325	34
	%	3.4	20.9	34.4	37.3	3.9
16.インフォームドコンセントのための時間。	床数	179	547	138	6	5
	%	20.5	62.5	15.8	0.7	0.6
17.リハビリテーション等の自立への援助に関する業務。	床数	93	408	291	73	2
	%	10.7	47.1	33.0	8.4	0.2
18.看護記録のための時間。	床数	203	387	178	107	3
	%	23.2	44.2	20.1	12.2	0.3
19.看護時間での申し送りや引き継ぎのための時間。	床数	19	153	328	354	21
	%	2.2	17.5	37.5	40.5	2.4
20.急性期の患者のケア量。	床数	221	453	174	22	3
	%	25.3	51.9	19.9	2.5	0.3

表 6-2 病棟の看護機能の変化

		大変増加した	増加した	変わらない	減少した	大変減少した
21. 病態が複雑で身体的・精神的援助を多く要する高齢者患者のケア量。	度数	423	373	62	9	1
	%	48.7	43.0	7.1	1.0	0.1
22. 認知症や精神疾患を併存する患者に対するケア量。	度数	464	335	64	5	2
	%	53.3	38.5	7.4	0.6	0.2
23. 重症度・看護必要度の高い患者のケア量。	度数	311	445	107	10	1
	%	35.6	50.9	12.2	1.1	0.1
24. 全患者に対する個別的なケア計画の立案。	度数	151	510	160	50	1
	%	17.3	58.5	18.3	5.7	0.1
25. 継続受け持ち方式で(プライマリナーシング、モジュールナーシング等)。	度数	65	388	301	84	5
	%	7.7	46.0	35.7	10.0	0.6
26. 全患者に対して継続的かつ一貫性あるケアを提供する機会。	度数	81	452	268	63	2
	%	9.4	52.2	30.9	7.3	0.2
27. 全人的な看護(患者の心身の状態、既往歴、家族環境、生活環境等、患者の)	度数	102	470	236	62	1
	%	11.7	54.0	27.1	7.1	0.1
28. 患者の不安や悩みを傾聴する機会。	度数	83	444	245	105	3
	%	9.4	50.5	27.8	11.9	0.3
29. 患者の家族と関わる時間や家族への介入を行う機会。	度数	131	497	167	82	1
	%	14.9	56.6	19.0	9.3	0.1
30. 一人の患者について把握している情報量。	度数	58	532	221	63	3
	%	6.6	60.7	25.2	7.2	0.3
31. 多職種間で情報を共有しなくてはならない機会。	度数	183	620	63	12	2
	%	20.8	70.5	7.2	1.4	0.2
32. 看護師から患者の退院計画について医師に働きかける機会。	度数	157	586	113	12	0
	%	18.1	67.5	13.0	1.4	0
33. 看護師が主体となって早期からの退院調整・退院指導業務。	度数	216	549	89	12	0
	%	24.9	63.4	10.3	1.4	0
34. 転倒・転落や感染の予防等、患者の安全を確保するための業務。	度数	448	396	31	3	0
	%	51.0	45.1	3.5	0.3	0
35. 継続的に患者を観察し、問題を予知し、対処。	度数	212	542	120	2	0
	%	24.2	61.9	13.7	0.2	0
36. ヒヤリ/ハットや医療事故の発生。	度数	182	461	210	27	0
	%	20.7	52.4	23.9	3.1	0
37. 緊急事態(患者の生命が危機にさらされている状態)に直面する機会。	度数	87	343	399	47	2
	%	9.9	39.1	45.4	5.4	0.2
38. 認定看護師・専門看護師のコンサルテーションが必要となる、あるいは活用し	度数	188	627	60	2	0
	%	21.4	71.5	6.8	0.2	0
39. IVナース(抗がん剤治療等を受ける患者に対する静脈注射の血管確保を専門	度数	111	536	212	5	1
	%	12.8	62.0	24.5	0.6	0.1
40. 看護職の専門的知識に基づき、独自の判断を認めないと、業務に支障をき	度数	75	547	243	6	0
	%	8.6	62.8	27.9	0.7	0
41. より高度で専門的な知識・技術の要求。	度数	220	597	60	1	1
	%	25.0	67.9	6.8	0.1	0.1

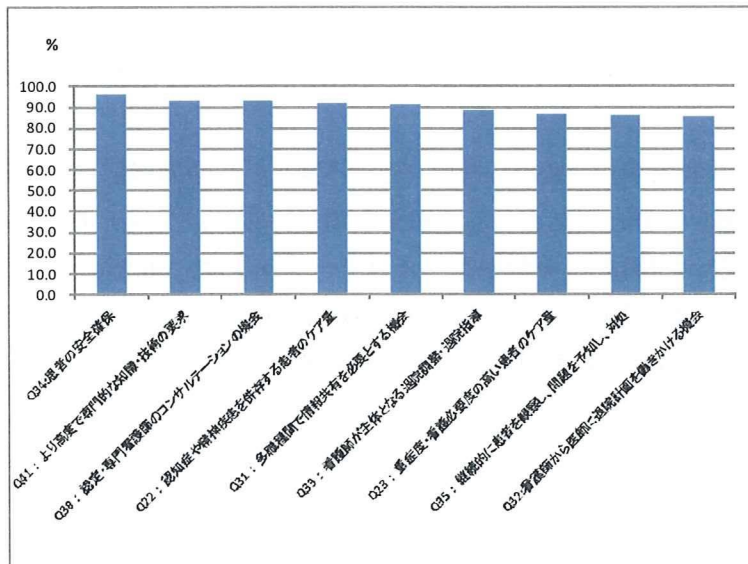


図2 増加群の上位10回答

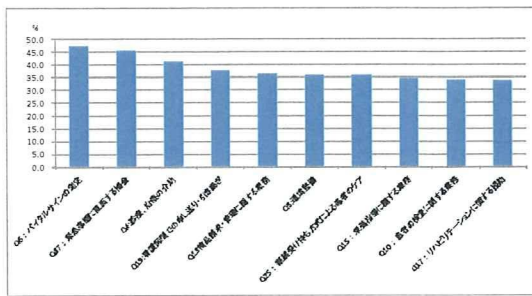


図 3 不変群の上位 10 回答

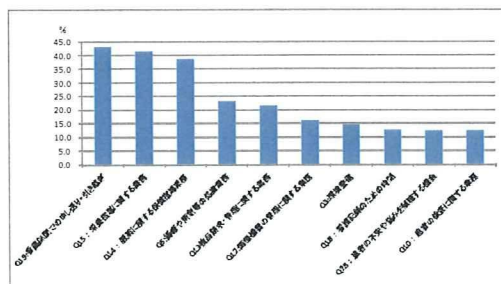


図 4 減少群の 10 位回答

4. 看護業務に影響を与える外的環境

看護業務に影響を与える外的環境として、現在導入されているシステム状況について表 7 に示した。各システムの「導入有」の回答者を対象とした導入効果については表 18 に示した。

「非効率」「やや非効率」を「非効率」、「変わらない」を「不変」、「やや効率化している」「効率化されている」を「効率」の群としたところ、SPD、電子カルテ、クリティカルパスが業務の効率化につながっていた(図 5)。分散型ナースステーションは、66.2%が不変と回答していた。電子カルテは効率化が図られているとの回答が 73.4%であった一方で、非効率との回答は 19.9%であり、非効率の回答項目の中では最も多かった。

表 7 各システムの導入状況