

	日本女医会	部生	<a href="http://www.jmwa.or.jp/">http://www.jmwa.or.jp/</a> 女性医師に関する調査、キャリアデザインセミナー、地域において医師と医学部生の交流会、研究助成金、女性・高齢者・子どもに関する医学・医療の研修会
有限責任 中間法人	大阪府女医会	女性医師	<a href="http://www.osaka-joikai.com/">http://www.osaka-joikai.com/</a> 女性医師ならびに女子医学生を意識調査・支援シンポジウム、交流会など
	宮城県女医会	女性医師	女性医師調査、星陵地区病児保育施設への支援（大学同窓会、大学医員と共同）
地域施策	山形女性医師ネットワーク	山形で勤務の女性医師	<a href="http://yamajoseiishinet.fc2web.com/">http://yamajoseiishinet.fc2web.com/</a> キャリアに関するシンポジウム、女性医師・医学部生の交流会、ネットによる保育情報

#### 5) 病院関連

プログラム	施設	対象者	内容
病院施策	大阪厚生年金病院	医師、研修医、レジデント、臨時職員	<a href="http://www.okn.gr.jp/">http://www.okn.gr.jp/</a> 育児中の勤務体制の柔軟性（短時間、フレックス勤務など、身分の保証）、育児支援（3年の育児休業）、当直免除、外部当直者の配備、院内に病児保育室（定員3人、当日の電話でも対応、1日2000円でお昼、おやつ2回付）と院内保育所を設置、○院内に24時間コンビニ、ATMを設置、駐車場は子育て中の職員、夜勤の看護師を優先、産科はオープンシステムを導入。助産院、クリニック60施設が登録 （結果）男女医師・病院スタッフの離職の低下、過重労働の是正、研修医希望者の増加、分娩数の増加、増収
	足利日赤病院	医師、職員	<a href="http://www.ashikaga.jrc.or.jp/">http://www.ashikaga.jrc.or.jp/</a> 育児休業法の基準を上回り3歳まで育児休業を取得できる制度、産前休暇について労働基準法の基準を上回る出産7週間前から取得できる制度、妊娠・出産等を理由に退職した女性医師の再教育及び再雇用制度（日本赤十字社の制度のほか、足利赤十字病院独自の仕組みも導入）や、事業所内に託児施設を設置し、保育士が代理で病気の子どもの外来受診ができる制度
病院施策	大阪厚生年金病院	医師、研修医、レジデント、臨時職員	<a href="http://www.okn.gr.jp/">http://www.okn.gr.jp/</a> 育児中の勤務体制の柔軟性（短時間、フレックス勤務など、身分の保証）、育児支援（3年の育児休業）、当直免除、外部当直者の配備、院内に病児保育室（定員3人、当日の電話でも対応、1日2000円でお昼、おやつ2回付）と院内保育所を設置、○院内に24時間コンビニ、ATMを設置、駐車場は子育て中の職員、夜勤の看護師を優先、産科はオープンシステムを導入。助産院、クリニック60施設が登録 （結果）男女医師・病院スタッフの離職の低下、過重労働の是正、研修医希望者の増加、分娩数の増加、増収

## 4. 看護業務

- 1) Aがんセンター病院見学 看護の観点から  
小林美亜
- 2) 急性期病院における看護マネジメント  
小林美亜 坂本すが 嶋森好子  
長谷川敏彦 渡辺玲奈 堀容子
- 3) 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  
小林美亜 嶋森好子 坂本すが  
中山茂樹 渡辺玲奈
- 4) 医師と看護師の関係性に関する検討  
小林美亜

---

---

# A がんセンター病院見学 看護の観点から

---

---

## 1. 看護体制および看護師属性

- ・平成4年に病院立替をして350床から500床へ増床した
- ・入院基本料10対1（准看護師の雇用なし）、入院基本料7対1取得に向けて、予算確保を愛知県と交渉中。看護部は入院基本料7対1取得に向けて看護師をリクルートする活動を行っている。現在、総看護数は314名（うち、育児休暇取得中が11名。児が6歳になるまで育児休暇の取得が可）。稼働率は95%。
- ・看護師の平均年齢は27~28歳（新卒：1割、卒後2~4年：2割、5~10年：3割、管理職クラス：4割）
- ・3交替制

## 2. 在院日数短縮に伴う組織および看護部の対応

### 1) 在院日数が変化し始めた時期

- ・平均在院日数：平成9年（45日）→平成16年（20日前後）。現在、18~19日
- ・平均在院日数が短縮した影響は、平成15年頃からの県内の病院事業に対して事業庁体制が開始されたことによる。

### 2) 在院日数短縮に伴う組織の対応

- ・3クールなど長期にわたっていた入院を、1クールだけの入院で済まし、2クール以降は外来で対応。
- ・外来で診断をし、家で待機し、手術日の3日前に入院し、手術を実施。以前は、外来で診断をし、そのまま入院して手術待機をする傾向にあった。

### 3) 在院日数短縮に伴う業務改善に対する看護管理における対応

- ・平成15年頃から、看護部で目標管理の導入開始。管理者とスタッフの期初面接において、在院日数短縮の目的を伝え、それに合わせた業務変更に基づく目標設定について管理者が

スタッフにうまく支援できた場合には、離職予防につながった。しかし、上司の支援が上手くいかない場合には、在院日数の短縮による業務変化に対応できず、バーンアウトを招いた。そこでコーチングスキルの重要性を認識し、コーチングスキルの研修を設定し、コーチングスキルを活かした目標管理の施行の工夫を行った。

#### 4) 在院日数短縮に伴う看護部におけるベッドコントロール対応

- ・入院を受けるかどうかは看護部に決定権がある。まず看護部が各病棟・部署の看護師長に連絡し、調整を行い、決定する。空床ベッドが空いていたら、専門の科に関係なく入院させるようにし、ベッド稼働率をあげている。
- ・転入・転室の管理は、各病棟・部署の看護師長が行う。
- ・退院の決定権は医師にある。実質、退院の誘導に関して看護管理職が実施している場合もある。

### 3. 在院日数短縮などに伴う病棟レベルでの対応

#### 1) 病棟における看護提供体制

- ・病棟に属する医師が受け持つ患者別にチームを編成し、固定チームナーシング制（チーム内で受け持ち患者を決め、担当看護師が勤務していない時間帯においてはチーム内の看護師がケアを行うモジュール体制をとっている病棟もあり）。固定チームナーシングのチームメンバーについては1年に1回程度の見直しを実施している。
- ・看護必要度に応じて看護師が受け持つ患者を流動的に動かす方法を主張とした看護師長もかつていたが、当該病院ではこの方法は機能しなかった。理由として、医師別であると、受け持つ患者の疾病、病態が類似しており、医師から受ける指示も統一されるため、動きやすく、医師との協働をするためにはよかったということがあげられる。ただし、チームによっては患者の重症度があがったり、人数などが増えたりする場合があります、負荷がかかることもある。このため、病棟によっては、チームに業務負担の偏りができた場合には、その都度、比較的落ち着いているチームの看護師を応援者としてそのチームに貸し出す方式をとっている。
- ・基本的に病棟では人口呼吸器を装着した患者のケアはしていない。重症患者はICUやHCUでケアを提供する。緊急入院は受け入れていないこともあり、病棟における挿管の処置が必要になるような急変は少ない（3ヶ月に1回程度）。

#### 2) 療養上の世話に関する業務

- ・在院日数が短くなると同時に看護そのものも変わってきている。以前は、石鹸清拭があったが、最近では自立支援や感染などの観点からシャワーや入浴になっている。またア

ンギオの際、排尿訓練を実施したり、ベッドを湯たんぽで保温するなどの準備をしていたが、最近は実施しない。

- ・患者の訴えを聞くためにベッドサイドに行くことができなくなり、処置業務などに終われるようになった。
- ・看護助手は3名体制（早出、日勤、遅出）。しかし、看護助手を上手く使いきれておらず、業務分担が適切に行われていない。食事の配膳や環境整備は看護助手だけではまにあわないため、看護師も一緒に実施している。ベッドメイキング（シーツ交換、1週間に1回）については基本的に看護助手が実施。
- ・患者のベッドサイドに行き、患者の話をする時間が減った。古き良き時代の看護を知っている経験者は、今の看護についていけない面もある。新卒の看護師は、古き良き時代を知らない分、今の状況への適応が早い。

### 3) 医師補助業務（処置、点滴準備）、看護師による処置・薬剤に関する判断などに関する業務

- ・採血、点滴ルートの確保は看護師が実施。
- ・抗がん剤のルート確保は医師が実施。
- ・点滴投与開始時刻を、看護業務のことを考慮し、看護部主導で0時から9時に変更。
- ・薬剤師が13人いるが、院外処方業務などに追われ、病棟では服薬指導だけで精一杯。外来の化学療法で使われる抗がん剤のミキシングは薬剤師が実施しているが（しかし、その際のダブルチェックは看護師が対応）、病棟で使用する抗がん剤のミキシングは看護師業務となっている。
- ・6西病棟には化学療法の患者が多い（49床に対して8人程度）こともあり、クリーンベンチを2台設置。しかし、病棟でミキシングを行う薬剤師を、人員不足により配置できないため、午前中はミキシング業務のために2名の看護師（夜勤のため、日勤帯で早くあがる看護師が担当）がとられる。このため、2名の看護師分の看護業務ができなくなるという問題が発生している。この業務状況の改善が早急に必要であることを病院管理者、看護管理者は認識している。
- ・看護師の裁量権を増やしたい。現在、看護師が判断できることもいちいち医師に確認をしなければならない。

### 4) 事務業務に関する業務

- ・現在、病棟クラークを試行で2病棟1名ずつ導入している。4月以降は2病棟で1名のクラークを配属させる予定。クラーク業務としては、電話対応、面会者の案内、カルテ作成、他院持込資料の整理に対応している。
- ・クラークの導入にとり、看護師の業務中断を抑えられる。また、看護業務の忙しいときに、面会者の対応しているときなどは、それが看護師の表情にでてしまい、面会者に悪

い印象を与えてしまうので、クランクの活用によりよい接遇が可能。

- ・クランクの教育は病棟毎で、看護管理者が教育を担当しており、その間、看護管理や看護に関する業務ができないということもあり、また育てるまでに時間が取られるという問題がある。この対応策が必要になっている。
- ・医師業務では、患者の生命保険会社の書類作成、DPC 書類、サマリー作成などの業務が多い。医師側としては、この業務を看護職にお願いしたいと考えている。看護師側は、病棟クランクに書類作業をお願いしたいと考えている。

#### 5) 入院時オリエンテーション、指導に関する業務

- ・以前は患者一人ひとりに入院時オリエンテーションを実施していたが、入院患者数が多いときは、オリエンテーションを集団で対応することもある。また入院時の患者情報の記載は患者自身や家族に記入してもらうようにし、看護師が確認している。
- ・初回入院の患者に対しては、入院説明は詳細に行うように配慮し、入院を繰り返しの患者は確認ですむようにしている。
- ・基本的に、薬剤指導は薬剤指導、栄養指導は栄養士が担当している。

#### 6) 退院調整に関すること

- ・退院後のフォロー機関がすぐに決まり、連携が上手くいけば、在院日数をもっと短縮できると認識している。しかし、現在、退院後の受け皿が少なく、病院側だけではどうにもならないことが多い。
- ・退院後のフォロー機関として、ターミナルケアでは受け入れが可能なホスピスの情報リストが作成されており、そのリストを活用し、早期から看護職が介入を行っている。
- ・病診連携をすすめるために、院長が医師会に、診療所において受け入れ可能な患者、可能な麻薬コントロールなどについての情報を網羅したリストを作成することを要請。そのリストを医師会の方で作成し、提示したが、がんセンターと古くからつながりがある診療所に偏る傾向があり、病診関係がまだ上手く機能していない。また、開業医で麻薬使用者やターミナルの患者を見ることができる医師が少ない。病診関係は、今後の課題となっている。
- ・早期退院に対して、割り切れない患者も多い。IC がきちんとされていないと、見捨てられた気持ちを持つ。入院時に、今後の状態変化・治療方針などを説明し、退院後のことまでも説明しておく、転院・退院までの患者や家族の反応がスムーズとなるこの関わりにおいて看護師の役割は非常に大きい。
- ・退院調整専門の看護師はいないが、MSW が退院後についての相談にのっている。時に、MSW の病態などに関する知識不足で、患者の意に沿わない施設に行くこともある。看護師が退院調整にかかわることが必要であると考えている。

#### 7) 院内の連携体制に関すること

- ・初回の化学療法は病棟で行うが、その後は外来で行うため、複数クールの化学療法を受ける患者の状態を知らない病棟看護師が増えてきた。外来化学療法部との交流を希望する。
- ・長期間(3ヶ月)入院する人もいれば、1泊2日の入院の人もいる。入院期間が長いときは、職員と患者の人間関係を構築するまでに時間を十分に持つことができた。しかし、現在は、短時間で濃度のこい関わりが求められる。この状況への対応策が必要。

#### 8) 効率性への対応

- ・クリティカルパス委員会があるが、書式や内容などは病棟任せになっており、全病棟間の統一がとれていない。ICU2号用紙・手術経過記録・パス使用の関係が疾患によって異なっている。
- ・クリティカルパスの導入により、計画的に入院が進むようになり、在院日数の短縮に貢献したと考えている。
- ・標準看護計画や手順を作成して使用するようになっている。
- ・いまだ科によって治療が同じでも、入院中の化学療法のクール回数が異なり、稼働率も医師によって異なる。標準化についての課題は残っている。

#### 9) 専門看護師・認定看護師の活用状況

- ・スペシャリストが病棟に入ってくるようになり、レベルの高いケアを提供するので、一般ナースにとって、良いモデル像となっている。しかし、反面、スペシャリストに丸投げにしてしまう面もあるので、適切な活用方法のあり方を考えることが必要。
- ・スペシャリストの導入と共に、時間外で行う勉強会が増えた。
- ・現在、がん専門看護師が2名、認定看護師は、「感染管理」、「摂食・嚥下障害看護」、「皮膚・排泄ケア(創傷・オストミー・失禁《WOC》看護)」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳がん看護」の領域で各1名(合計6名)。がん専門看護師2名は外来に配置。残りの認定は病棟に配属。病棟に配属された認定看護師は、患者を受け持ち、病棟スタッフと同じ業務を担当するが、コンサルに対応できるフリー日を作っている。認定看護師のフリー日を示したスケジュール表を各病棟に配布。各病棟はそのスケジュール表をみて認定看護師にコンサルを要請。緊急などの場合は、認定看護師が所属する病棟に電話をかけて要請。この際、認定看護師がその要請に対応できるように認定看護師が所属している病棟の看護師が、その日の認定看護師の看護業務をフォローする体制をとっている。
- ・がん専門看護師になる人の研修から受け入れをはじめ、それからがん専門看護師の雇用、

続いて認定看護師を雇用するようになった。当初、がんセンターでの専門的知識を高めるための研修があったので、専門や認定の資格をもった看護職をあらためて雇用することへの抵抗も強かった。しかし、専門、認定の人たちの活動によって、活用の効果が認識されるようになり、また看護師のキャリアアップを図る機会として活用できるため、専門・認定の資格を取得することへの支援を病院、看護部として実施している。専門看護師を取得する間は休職ができ、また認定の資格においては受講料を病院側が負担している。

#### 10) その他

- ・医療材料は病棟に業者が直納品
- ・患者に対し、NST、褥瘡、WOC、ICTのチームはラウンドにくるが、合同チームカンファレンスがない。協働をすすめ、情報を共有するためには、このような場を設けることが必要と考えている。



---

---

# 急性期病院における看護マネジメント

---

---

## 1. 研究背景・目的

平成19年度の「医療施設(動態)調査・病院報告の概況」によると、平成19年度の平均在院日数は19.0日であり、平成18年度に比べ0.2日短くなっている。また、一般病床の平均在院日数の年次推移においても、昭和62年以降、短縮傾向にある。

昨年度の調査研究において、平均在院日数の短縮に伴い、病棟における看護機能が大きく変化していることが明らかになった。本年度は、その実態を踏まえ、平均在院日数の短縮に伴う変化に対応した看護マネジメント手法の構築を行うことを目的とした。

## 2. 研究方法

昨年度の調査研究で抽出された在院日数短縮に伴う看護機能の変化に関する5つのカテゴリ(表1)に対応する看護マネジメント手法について、病院管理および看護管理の有識者(医師、看護師等)によるフォーカスグループにて、繰り返し討議を重ね、看護マネジメント手法の構築を行った。

表1 5つのカテゴリ

- ① 業務の過密化・煩雑化への対応
- ② 早期退院を目指した調整・介入
- ③ 効率化を図るための機能分化の推進
- ④ 病床管理の適切な遂行
- ⑤ 看護アイデンティティの解体と再構築

## 3. 結果

5つのカテゴリに対応する看護マネジメントの手法においては、1)看護提供体制、2)早期退院への介入、3)看護の効率性と質保証、4)看護におけるキャリア開発、5)看護の役割の観点から構築することが見出された。

### 1) 看護提供体制

急性期病院では、在院日数短縮に伴い、病床稼働率が上昇している傾向にあり、業務は過密化・煩雑化している実態がある。このため、病棟で患者の急性期・亜急性期・慢性期まで全ての経過について責任を負う従来の病棟完結型（図1）から、急性期の患者の回復過程に沿って看護機能を切り分ける提供体制（図2）の構築の必要性が示された。そして、次のようなモデルの構築を検討した。なお、このモデルにおいては、外科的手術・処置を必要とする患者を対象とした。

(1)急性期を「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュール（機能単位）とし、各モジュール別の看護提供体制を構築した。

- ① 術前管理の看護単位は、「入院予定患者に対し、術前検査や術前オリエンテーションなどを実施するための外来の単位」および「入院から手術日までの期間を担当する単位」から構成。予定入院患者については、外来と入院において、同じモジュール内の看護師がケアを担当。
- ② 「超急性期管理」は、「手術」および「集中治療室」の二つに区分した看護単位を形成。
- ③ 「術後管理・退院後生活管理」の看護単位は、患者の病棟帰室から退院までを担当。

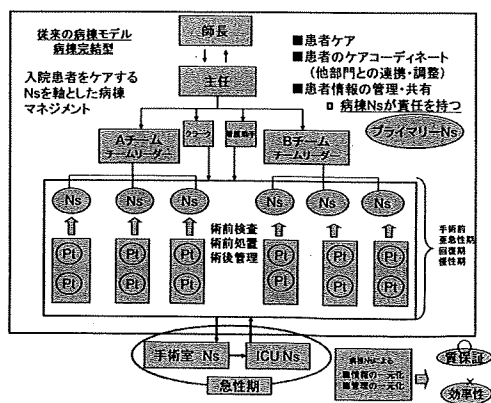


図1 従来の病棟完結型の看護提供体制

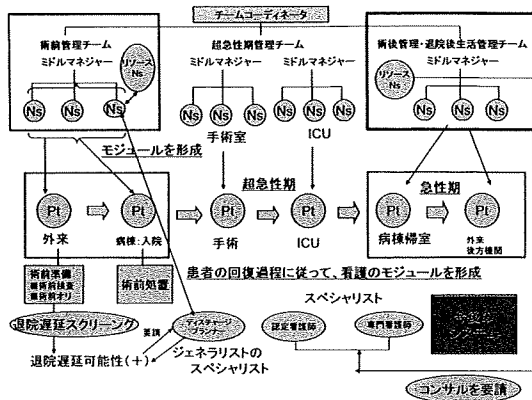


図2 新たな看護提供体制

(2) 各モジュール内での受け持ち患者への一貫性・継続性あるケアおよび次のモジュールへの引き継ぎの責任を明確にするために、各モジュールでは「モジュール型継続看護」を採用。「モジュール型継続看護」とは、一人の看護師が複数の看護師を受け持ちという形式で担当し、不在時には同じモジュール内の看護師が看護にあたるという形式。

## 2) 早期退院への介入

患者の退院支援や地域連携を担う部門に当該病院のディスチャージプランナーを配置。この部署には院内職員だけを配置するのではなく、地域の後方連携機関の職員を人事交流や非常勤職員などの形式で配置。予定入院患者については、「術前管理」の看護単位に属する看護師が、外来で退院が遅延する可能性があるかどうかについてのスクリーニングを実施。退院遅延が濃厚な患者については、各モジュールの担当看護師がモジュール内のミドルマネジャー（モジュール内のリーダー）と相談し、ディスチャージプランナーにコンサルテーションを依頼し、ディスチャージプランナーが介入を開始。

## 3) 看護の効率性と質保証

看護の提供体制を「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュールに区分したことに対応し、各モジュール内で効率性と質を担保するために、次の手法を考案した。

### (1) リソースナースの配置

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールにリソースナースを配置。リソースナースは、日々、突発的に発生する問題に対して専属で対応にあたる看護師のことを指し、受け持ち患者は持たない。例えば、患者の急変や患者とのトラブル、患者に専門的な処置やケアが必要になった場合には、その患者の受け持ち看護師が対応するのではなく、リソースナースが対応を行う。

#### (2) フロートナース部門の設置

病棟に欠員が発生したり、欠勤や重症患者や受け入れが一時的に多くなり、通常の看護人員では対応できないような場合に対応するためのフロートナース部門を設置。

#### (3) スペシャリスト部門の設置

認定看護師、専門看護師が所属する部門を設置。各モジュールのリソースナースや管理者から要請があった場合にコンサルテーションにあたる。

#### (4) チームコーディネーターの配置

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の一連の過程の統合を行うチームコーディネーターを配置。「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールおよび「退院支援・地域連携部門」において、シームレスに連携が図られるよう、モジュール間の全体的な調整を担う。

### 4) 看護におけるキャリア開発

看護のキャリア開発には、個々の特性や希望などに応じて、「スペシャリスト」あるいは「ジェネラリスト」としての選択肢を用意する。

「スペシャリスト」は、特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有し、継続的に研鑽を積み重ね、その職務を果たし、その影響が患者個人に留まらず、他の看護職や医療従事者にも及ぶ存在<sup>1)</sup>。「ジェネラリスト」は、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても、経験と継続教育によって習得した暗黙知に基づき、その場に応じた知識・技術・能力を発揮できる存在<sup>1)</sup>。

スペシャリストは、専門看護師や認定看護師が該当する。ジェネラリストは、様々な部署・病棟をまわり、豊富や臨床経験と知識・スキルを持つ看護師が該当し、フロートナースとしての役割を担う。また「ジェネラリストのスペシャリストのポジ

ションを確立し、リソースナース、ディスチャージプランナー、チームコーディネーターや看護管理者として機能させる。

#### 5) 看護の役割

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュール（機能単位）における看護の役割に応じて、看護のアイデンティティを再構築していく。

各モジュールにおいて、患者が達成しなければならない目標に応じて、その目標達成が実現できるように、患者の自然治癒力を引き出し、患者が自身でセルフケア能力を高めることができるように支援する。

看護の役割を患者の急性期、亜急性期、慢性期の一連の過程に全て関わり、寄り添うことととらえるのではなく、各期に応じた特色ある看護の役割の重要性を再認識できるシステムを整備する。

### 4. 考察

#### 1) 各モジュールに対応した看護提供体制

現在の看護提供体制は、病棟完結型であり、病棟の看護師が主体となり、手術のときだけ手術室とICUに患者を一時的に預けるという形式となっている。しかし、平均在院日数が短縮し、機能分化が進む中で、病棟の看護師が患者の入院から退院までの全てに責任を持つことは困難となっている。今後、さらに機能分化が促進されていくことを考えると、患者の経過に応じて機能を切り分け（「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」）、効率的な看護提供体制を構築していくことが必要だと思われる。

機能を切り分けることで、それぞれの機能に集中して看護を提供でき、業務の煩雑化を防ぐことができる。例えば、「術後管理・退院後生活管理」チームでは、術後の帰室患者を受け入れることに専念でき、緊急入院患者の受け入業務は発生しなくなる。また、「術前管理」チームにおいては、外来と病棟の看護師がモジュールを形成することで、外来時から予定入院患者と担当看護師が関係性を構築することができ、患者の安心感にもつながる。

ただし、この看護提供体制においては各機能間での情報の分断が起らないようにすることが必要である。この予防方法の一つとしては、クリティカルパスの活用が考えられる。クリティカルパスを各モジュール間での申し送り表と機能させると

いった方法を運用することができるだろう。

## 2) 早期退院に向けた対応・介入

現在、早期退院に向けた対応として、地域連携室などに退院支援看護師などの専門家を配置する施設が増えてきている。この方法に加えて、地域連携の風通しをよくするために、地域連携室に当該機関の職員だけを配置するのではなく、連携機関の職員を人事交流などの方法を通して、外部の職員の登用により、地域連携を活性化していくことも必要であると思われる。

また、退院遅延が起これそうな患者をスクリーニングするツールを、地域の実情などを踏まえて開発していくことが求められるであろう。

## 3) 効率化と質保証に向けて

日々の業務で患者が急変したり、また何かトラブルが発生した際には、その対応に追われ、その日に予定されていた業務が滞るだけでなく、他患者へのケアに影響を与えることになる。このため、通常業務に支障を与える出来事に対応するための専属の看護師をリソースナースとして配置すべきである。

また質保証に向けては、欠員時に業務負荷がかかり、医療事故等が発生することがないように、適切な看護人員体制を常に確保することが必要不可欠である。そのためには、フロートナース部門の設置について検討していく必要があるだろう。

さらにスペシャリストを活用するための専門部門や各モジュール間を統合・調整するためのチームコーディネーターの配置も求められる。

## 4) スペシャリストとジェネラリストの活用

従来、認定看護師や専門看護師などのスペシャリストの育成に目は向けられていたが、ジェネラリストの育成にはあまり力が注がれてこなかった。しかし、病棟機能が変化する中、多領域にまたって様々な問題に対応できるジェネラリストのスペシャリストが必要とされる。そのためには、スタッフの特性を考慮しながら、ジェネラリストの道とスペシャリストの道のどちらかを選択し、キャリア開発を行うことができる体制を整備しなければならない。例えば、ジェネラリストであるならば、多くの領域、全部のモジュールを経験し、様々な知識とスキルを習得できる機会を提供し、ジェネラリストのスペシャリストを育成するのであれば、積極的に人事交流に参加させることなどが必要になるであろう。

## 5) 看護の役割の再認識

現在、在院日数が短縮する中で、患者と関わることができる時間が減少し、患者との関係性を築きにくく、看護の機能が果たせないということが危惧されている。しかし、各モジュールにおいて看護が果たさなければならない機能は存在している。その機能を明確にし、看護の役割を再認識することが必要である。

## 5. 結論

平均在院日数が短縮する中で、次に示した看護マネジメント手法を確立していくことが必要であると考えられた。

1. 「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールに対応した看護提供体制による看護提供
2. 早期退院に向けた対応・介入を行うことができる体制の構築
3. 効率化と質保証に向けた部門や人材の有効活用
4. スペシャリストとジェネラリストの活用
5. 看護の役割の再認識

---

---

# 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

---

---

## 1. 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。

## 2. 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。



### 3. 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段階のリーカット尺度(「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ま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。

## 4. 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  $45.9 \pm 7.0$  歳 (平均値  $\pm$  標準偏差、以下同様)、勤務年数は  $20.5 \pm 8.4$  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  $15.5 \pm 5.4$  日、平均稼働率は  $93.7 \pm 13.5\%$  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

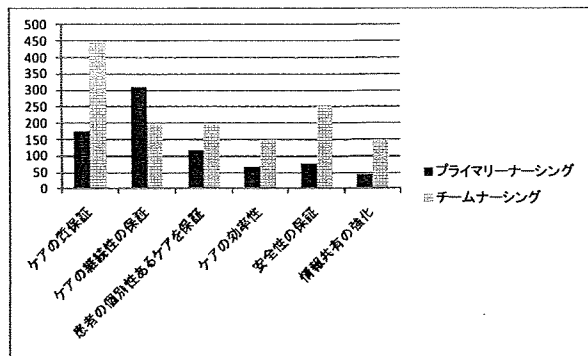


図1 プライマリーナーシング、チームナーシングを選択する理由(複数回答)

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。