

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。	度数	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。	度数	189	420	231	30	3
	%	21.8	48.1	26.5	3.4	0.3
3. 環境整備に関する業務。	度数	85	350	314	115	10
	%	9.7	40.0	35.9	13.2	1.1
4. 診療、治療の介助に関する業務。	度数	103	347	358	82	3
	%	11.9	39.7	41.0	7.1	0.3
5. 看護や術前等の処置業務。	度数	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。	度数	75	342	409	40	1
	%	8.7	39.4	47.2	4.6	0.1
7. 患者の呼吸管理(モニター・人工呼吸器・サインドレイン等の管理)に	度数	183	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)。	度数	192	409	150	91	4
	%	21.9	48.7	20.5	10.4	0.5
9. 点滴(注射・点滴除く)に関する業務(準備・確認・投与の一連業務)。	度数	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・分析等)に関する業務。	度数	109	388	288	102	4
	%	12.4	41.7	33.7	11.7	0.5
11. ナースコールへの対応業務。	度数	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。	度数	158	387	193	132	8
	%	17.8	44.2	22.0	15.1	0.9
13. 物品請求・管理に関する業務。	度数	89	301	320	177	12
	%	7.8	34.8	36.4	20.1	1.4
14. 服薬に関する指導業務。	度数	49	249	237	301	35
	%	5.8	28.8	27.2	34.6	4.0
15. 栄養指導に関する業務。	度数	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。	度数	179	347	138	6	5
	%	19.5	40.5	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。	度数	83	408	291	73	2
	%	10.7	47.1	33.8	8.4	0.2
18. 看護記録のための時間。	度数	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。	度数	19	153	328	394	21
	%	2.2	17.5	37.5	40.5	2.4
20. 急病時の患者のケア量。	度数	221	453	174	22	3
	%	25.3	51.8	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(プライマリーナッシング、モジュールナッシング等)。	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	288	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	187	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ければならない機会。	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、業務に支障をさ	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

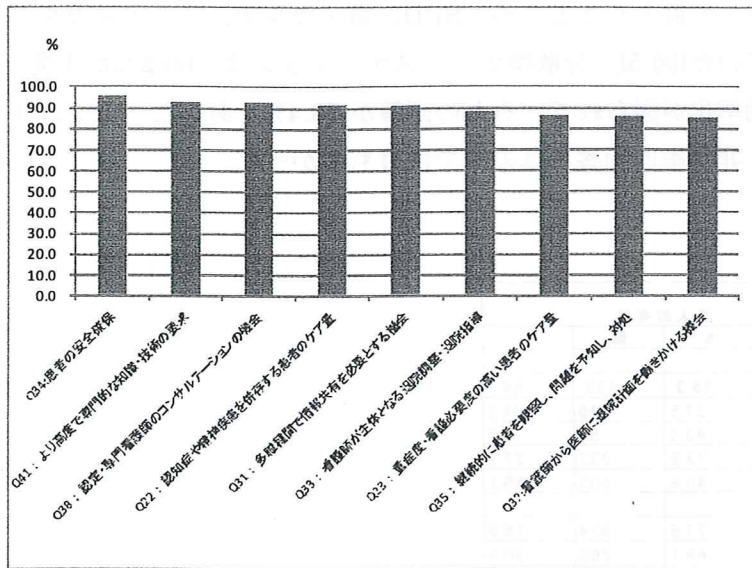


図 2 増加群の上位 10 回答

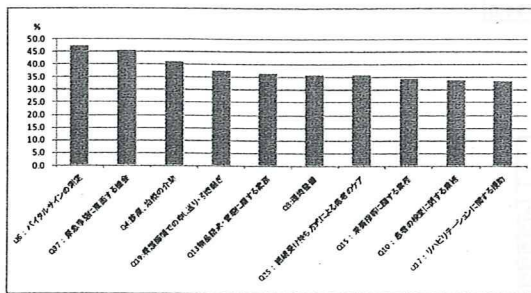


図 3 不変群の上位 10 回答

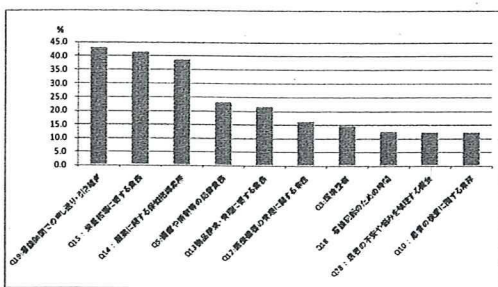


図 4 減少群の 10 位回答

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

	導入の有無			
	有	%	無	%
診療・情報共有等に関すること				
電子カルテ	404	45.3	488	54.7
移動型電子カルテ	327	37.5	546	62.5
クリティカルパス	822	93.3	59	6.7
看護支援システム	628	72.9	233	27.1
PDA(携帯情報端末)	350	40.9	505	59.1
薬剤業務に関すること				
サテライトファーマシー	195	23.8	624	76.2
ワン・ドーズ・パッケージ・システム	581	69.1	260	30.9
物品管理に関すること				
SPD(物流管理システム)	685	77.8	195	22.2
作業環境に関すること				
ナースコールシステム	758	86.6	117	13.4
分散型ナースステーション	77	9.0	774	91.0

表18 各システムの導入効果

	導入効果									
	非効率		やや非効率		変わらない		やや効率化		効率化	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
診療・情報共有等に関すること										
電子カルテ	22	5.6	56	14.3	26	6.6	209	53.5	78	19.9
移動型電子カルテ	18	5.8	38	12.1	38	12.1	156	49.8	63	20.1
クリティカルパス	21	2.7	81	10.4	115	14.8	381	49.1	178	22.9
看護支援システム	18	3.0	77	12.9	103	17.2	313	52.3	87	14.5
PDA(携帯情報端末)	16	4.8	38	11.4	38	11.4	156	46.7	86	25.7
薬剤業務に関すること										
サテライトファーマシー	10	5.4	12	6.5	48	25.9	74	40.0	41	22.2
ワン・ドーズ・パッケージ・システム	14	2.6	50	9.1	118	21.6	263	48.1	102	18.6
物品管理に関すること										
SPD(物流管理システム)	10	1.6	48	7.5	65	10.1	318	49.5	201	31.3
作業環境に関すること										
ナースコールシステム	23	2.6	74	8.4	149	17.0	345	39.3	280	32.6
分散型ナースステーション	5	6.5	4	5.2	51	66.2	15	19.5	2	2.6

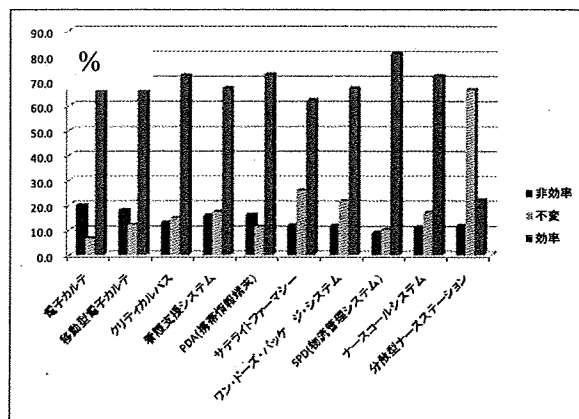


図5 各システムの導入による「非効率」「不変」「効率」の回答率

5) 病棟マネジメント

病棟マネジメントの看護の視点から重視する方策についての回答は表 19 に示した。

看護業務量に関するマネジメント方策の重視度について、「高い」と「やや高い」の回答を「高い」群とした回答の割合を図 6~図 11 に示した。

看護業務量に関する方策では、「看護業務を見直し、他の医療職種との業務の役割分担を明確にし、委譲できるものは委譲」が 72.7%と最も多く、次いで順に「事務業務についてはクラークに委譲」が 72.0%、「効果的なチーム医療を提供できる適正なチーム構成と人員配置の検討」が 71.9%であった。

患者・家族ケアに関する方策は、「急性期看護の知識・技術の向上」が 75.4%と最も多く、次いで順に「高齢者患者の心身・社会的なケアの強化」が 72.3%、「認知症や精神疾患を併存する患者に対するケア体制への対応」が 70.8%であった。

情報の把握・共有では、「多職種と情報共有できる仕組みの整備・工夫」が 67.6%、「患者の申し送りや引き継ぎ時に、適切に必要な情報を伝達できる仕組みの整備・構築」が 62.9%であった。

退院に関わることでは、「院内で退院調整や地域連携を行っている部門の活用」が 77.1%と最も多く、次いで順に「専従・専任の退院調整看護師、社会福祉士と病棟看護師の連携」が 69.8%、「早期退院に向けた地域ネットワークの確立」が 66.7%であった。

患者安全では、「患者安全を確保するための教育・研修の開催」が 77.6%、「ヒヤリ・ハット、医療事故につながる労働環境の改善」が 76.2%、「緊急事態の対応に関するシステムの整備・構築」が 72.8%であった。

専門的知識・技術では、「認定看護師・専門看護師の有効活用」が 75.5%と最も多く、次いで順に、「院内の看護師に対し、認定看護師・専門看護師になるための機会を提供し、支援」が 69.8%、「どのような分野にも対応できるジェネラリストの育成と活用」が 60.1%であった。

表 19-1

		低い		やや低い		普通		やや高い		高い	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
A.看護業務	1 看護補助者を教育し、代替可能な業務上の世話については、看護補助者が担当。	110	12.6	145	16.6	237	27.2	292	33.5	88	10.1
	2 事務業務についてはクラークに依頼。	74	8.4	59	6.4	115	13.1	320	36.5	311	35.5
	3 看護業務を見直し、他の医療職種との業務の役割分担を明確にし、役割をふまえた役割分担。	29	3.3	81	10.4	120	13.7	358	40.7	281	32.0
	4 効果的なチーム医療を提供できる適正なチーム構成と人員配置の検討。	23	2.6	74	8.4	149	17.0	345	39.3	286	32.6
	5 看護記録の効率化。	16	1.8	79	9.0	158	18.0	338	38.4	288	32.8
	6 申し送りの効率化。	15	1.7	62	7.0	223	25.3	321	36.5	259	29.4
	7 仕事がしやすいように業務の役割・領域の整理を図る。	15	1.7	60	6.8	238	27.1	353	40.3	211	24.1
B.患者・家族ケア	8 仕事がしやすいように看護全体の構造やナーステーションの役割・領域の整理を図る。	18	2.1	78	8.9	236	26.9	336	38.3	210	23.9
	9 急性期看護を適切に提供するための看護提供体制の整備・構築。	8	1.0	64	7.3	203	23.3	407	46.6	190	21.8
	10 急性期看護の知識・技術の向上。	3	0.3	42	4.8	171	19.5	421	47.9	241	27.4
	11 高齢者患者の心身・社会的なケアの強化。	12	1.4	39	4.4	200	22.9	410	47.0	221	25.3
	12 認知症や精神疾患を併存する患者に対するケア体制への対応。	18	2.1	50	5.7	186	21.4	361	41.5	255	29.3
	13 適正看護人員配置に向けた重症度・看護必要度の測定ツールを用いた評価。	20	2.3	59	6.8	228	26.1	362	41.4	205	23.5
	14 重症度・看護必要度の高い患者への対応の工夫（例：スキル・知識レベルの高い看護師を配置する等）。	16	1.8	70	8.0	241	27.5	362	41.3	188	21.4
	15 看護ケア計画の標準化の促進。	5	0.6	41	4.7	355	40.4	368	41.9	110	12.5
	16 個別のケアが必要な患者をスクリーニングするシステムの構築。	10	1.1	90	10.2	333	37.9	359	40.8	87	9.9
	17 患者に継続的かつ一貫性あるケアを提供するための工夫。	6	0.7	37	4.2	266	30.3	424	48.2	146	16.6
18 多職種間で患者教育・指導の役割分担を回り、協働する仕組みの構築。	5	0.6	47	5.3	202	22.9	421	47.7	207	23.5	
19 患者の不安や悩みに対応するための仕組みや方法の検討。	8	1.0	51	5.8	267	30.3	413	46.9	141	16.0	

表 19-2

		低い		やや低い		普通		やや高い		高い	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
C.情報の把握・共有	20 患者の申し送りや引き継ぎ時に、適切に必要な情報を伝達できる仕組みの整備・構築。	3	0.3	50	5.7	273	31.1	389	44.3	163	18.6
	21 多職種と情報共有できる仕組みの整備・工夫。	3	0.3	52	5.9	230	26.2	414	47.1	180	20.5
D.退院に関わること	22 患者用カリティカルパスを活用した退院調整・指導。	15	1.7	71	8.1	264	30.2	373	42.7	150	17.2
	23 院内で退院調整や地域連携を行っている部門の活用。	5	0.6	31	3.5	165	18.8	414	47.3	261	29.8
	24 専任・専任の退院調整看護師、社会福祉士と連携看護師の連携。	17	1.9	75	8.6	172	19.7	379	43.3	232	26.5
	25 入院が長期化する可能性のある患者をスクリーニングするためのアセスメントの実施。	6	0.7	67	7.7	221	25.3	378	43.2	203	23.2
	26 各病棟にも退院調整を担当する看護師を配置。	48	5.5	107	12.2	266	30.4	290	33.1	165	18.8
	27 病床管理の権限を看護管理者が持ち、医師と連携を図る。	15	1.7	74	8.4	259	29.5	327	37.3	202	23.0
	28 早期退院に向けた地域ネットワークの確立。	25	2.9	67	7.6	200	22.8	353	40.3	232	26.5
29 地域間の協働などの連携を推進するための看護職の人事交流。	39	4.4	105	12.1	283	32.3	322	36.7	127	14.5	
E.患者安全	30 患者安全を確保するための教育・研修の開催。	1	0.1	14	1.6	185	20.8	427	47.9	264	29.6
	31 緊急事態の対応に関するシステムの整備・構築。	3	0.3	27	3.0	212	23.8	411	46.2	237	26.6
	32 ヒヤリ・ハット、医療事故につながる労働環境の改善。	5	0.6	28	3.1	179	20.1	377	42.3	302	33.9
F.専門的知識・技術	33 院内の看護師に対し、認定看護師・専門看護師になるための機会を提供し、支援。	12	1.4	41	4.6	215	24.2	420	47.3	200	22.5
	34 認定看護師・専門看護師の有効活用。	23	2.6	39	4.4	154	17.5	412	46.7	254	28.8
	35 どのような分野にも対応できるシネクリスタの育成と活用。	41	4.6	69	7.8	242	27.4	332	37.6	199	22.5
	36 知識・技術・業務範囲に携わることができると期待される診療看護師（ナースプラクティショナー）の育成と活用。	103	11.6	134	15.1	298	33.6	249	28.1	102	11.5

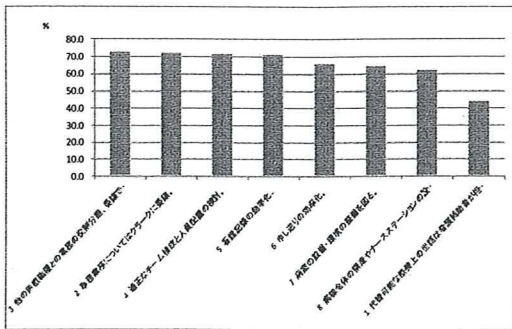


図6 看護業務量に関する項目の重視度が高い項目

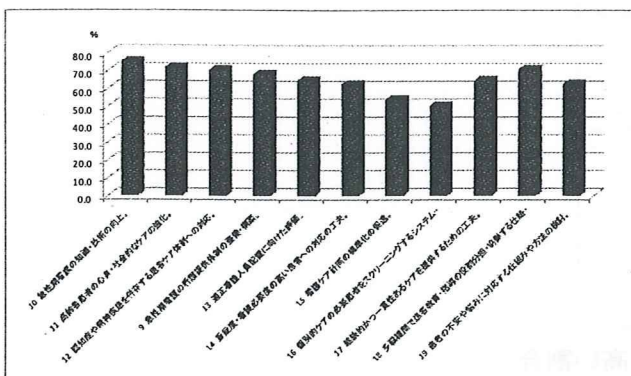


図7 患者・家族ケアに関する項目の重視度が高い項目

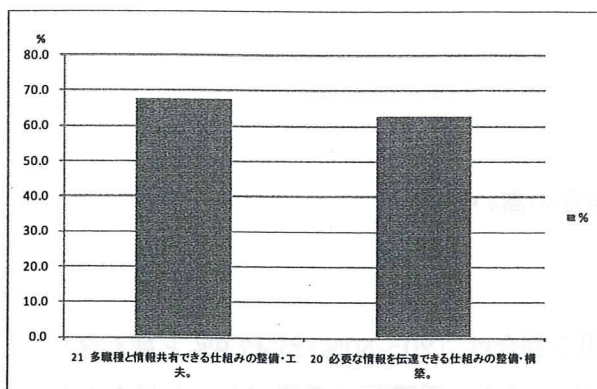


図8 情報の把握・共有に関する項目の重視度の高い割合

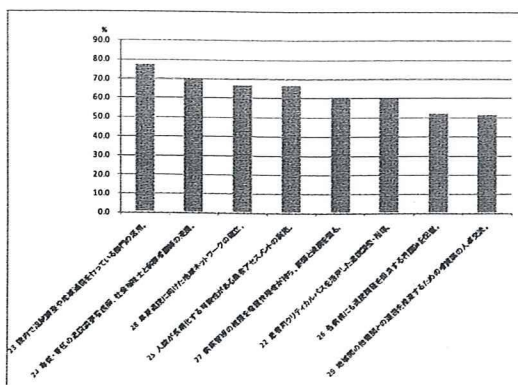


図 9 退院に関わることにする項目の重視度の高い割合

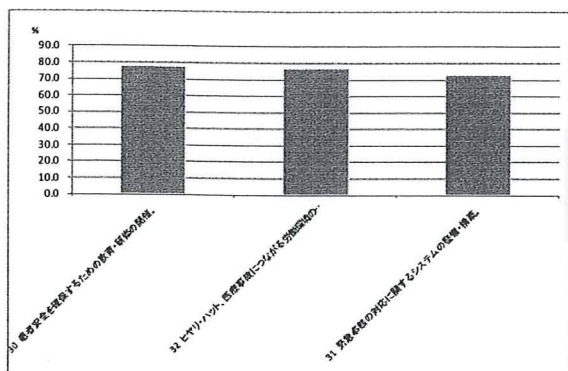


図 10 患者安全に関する項目の重視度の高い割合

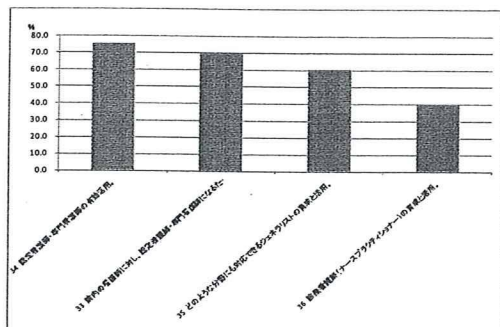


図 11 専門的知識・技術に関する項目の重視度の高い割合

6) 業務の代替可能性

看護の全業務のうち、看護の業務でないと思う割合は、「20～50%」が 47.9%と最も多く、次いで、「10～20%」が 31.2%であった（表 20）。また、看護師の業務でないと思ううち、他職種で代替可能と判断する割合は、「50%」が 26.6%、「20%」が 20.0%、「33%」が 18.6%であった。

表 20 看護の全業務のうち、看護の業務でないと思う割合

	度数	%
0%	7	0.8
2%	7	0.8
2-5%	15	1.7
5-10%	58	6.5
10-20%	277	31.2
20-50%	426	47.9
50%以上	99	11.1

表 21 他職種で代替可能と判断する割合

	度数	%
100%	75	8.5
80%	100	11.3
75%	41	4.6
66%	16	1.8
50%	235	26.6
33%	164	18.6
20%	177	20.0
10%	65	7.4
0%	10	1.1

7) 現在の看護に対する認識

現在の看護に対する認識については表 22 に示した。「全く問題がある」と「まあまあ問題がある」を「問題がある」とした場合、その割合が高かった項目は順に「仕事と自分の生活（子育て・介護、キャリアアップを図るための勉強の機会等）の両立を図るために必要な雇用環境が整っている」が 72.3%、「心身・社会的に安定し、健康の状態でいられる」が 65.2%、「家庭生活やプライベートを充実させることができ、仕事から働きがいを得られる」が 67.1%であった。

表 22 現在の看護に対する認識

	全く問題がある		まあまあ問題がある		あまり問題がない		全く問題がない	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1 看護師としての自己実現を果たすことができる。	48	5.4	436	49.0	372	41.8	33	3.7
2 看護師としてのやりがいを見出すことができる。	77	8.6	408	45.6	354	39.6	56	6.3
3 看護師としての専門性を発揮することができる。	46	5.1	393	44.0	408	45.6	47	5.3
4 患者との関わりにより精神的な満足感を得られる。	58	6.5	393	44.0	402	45.0	40	4.5
5 生涯続けたいと思える魅力的な仕事である。	84	9.4	341	38.1	336	37.6	133	14.9
6 家庭生活やプライベートを充実させることができ、仕事から働きがいを得られる。	172	19.3	427	47.8	263	29.5	31	3.5
7 心身・社会的に安定し、健康の状態でいられる。	158	17.6	426	47.5	290	32.4	22	2.5
8 仕事と自分の生活（子育て・介護、キャリアアップを図るための勉強の機会等）の両立を図るために必要な雇用環境が整っている。	206	22.9	442	49.4	219	24.5	29	3.2

8) 現在の病棟マネジメントにおいて問題だと思われることや必要だと考えること
自由記述で得られた回答の一覧は、資料1に示した。

5. 考察

1) 看護提供体制に関する検討

10年前と比較し、チームナーシングとプライマリーナーシングを採用する割合が約10%増加していた。その一方で、現状を踏まえた望まれる看護提供体制では、チームナーシングが過半数以上を占めた。この背景として、在院日数の短縮による影響が推察された。在院日数の短縮により、一人の受け持ち患者と関わるのが難しくなっており、チームナーシングによりケアの質保証を図ろうとする看護提供体制を重視しているのではないかと考えられた。また、現在、「ケアの質の保証」「ケアの継続性の保証」「安全性の保証」を考慮した看護提供体制の必要性を認識している看護管理者が多い傾向にあることが明らかとなった。

2) 看護機能の変化の実態

約10年前と比較し、増えている業務は、「患者安全の確保に関する業務」、「より高度で専門的な知識・技術の要求」や「認定・専門看護師のコンサルテーションの機会」、「認知症や精神疾患を併存する患者のケア量」等であった。患者安全業務に関する比重が高くなり、また急性期に特化することで、医学の進歩や重症度が高い患者の増加への対応が求められる、より高度で専門的な知識・技術やこのような状況に対応するための認定・専門看護師のコンサルテーションを必要とする機会が増加している実態が明らかとなった。また、認知症や精神疾患を併存する患者のケア量も増加していた。急性期の看護に加え、認知症や精神疾患を併存する患者の看護も必要とされており、約10年前と比較し、かなりの負荷がかかっていると思われる。

一方、「看護師間での申し送りや引き継ぎのための時間」「栄養指導に関する業務」「服薬に関する保健指導業務は、約10年前と比較し、減少しているとの回答が4割程度みられた。業務の効率化として、急性期病棟では「看護師間での申し送りや引き継ぎのための方法」を工夫し、時間の短縮化を図っており、その結果、業務時間が減少しているのではないかと考えられた。また、約10年前では看護職が担当していた栄養指導や薬剤の保健指導を他職種と分担したり、委譲している方策を受け、これらの業務が減少していることが推察される。

「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」は、約10年前と比較して「変わらない」との回答と「減少している」との回答に分かれていた。これは、病院のシステムの整備状態や他職種の活用による影響と考えられる。たとえば、物流管理システムを導入したり、環境整備を看護補助

者等に依頼し、栄養指導や検査に関する業務を他職種との役割分担を推進している場合には、「減少している」と認識している傾向にあるのではないと思われる。そして、これらのシステムの導入がなく、他職者への業務の委譲ができない、あるいは立ち遅れている場合には、状況は変わらないと回答していると思われる。

3) 看護業務に影響を与える外的環境

物流管理システム、電子カルテ、クリティカルパスの導入は、業務の効率化につながっていると認識している看護管理者が多かった。しかし、電子カルテを非効率と認識している看護管理者もあり、電子カルテの導入による効率性と非効率性の内容をさらに掘り下げて調査し、今後の業務に生かすことが必要と考えられた。なお、分散型ナースステーションの導入では、66.2%が不変と回答しており、効果が認められなかった。分散型ナースステーションが効率化につながっていない理由についても、今後の看護業務の効率化に向けた病棟構造を考える上で、さらなる検討が必要と思われる。

4) 必要とされる病棟マネジメント手法

看護業務量に関する方策では、「看護業務を見直し、他の医療職種との業務の役割分担を明確にし、委譲できるものは委譲」「事務業務についてはクラークに委譲」「効果的なチーム医療を提供できる適正なチーム構成と人員配置の検討」を重視すると認識している看護管理者が多かった。このことから、看護管理者は、看護業務を見直し、他職種と業務を分担し、また事務仕事についてはクラークに委譲し、本来の看護業務に集中できる環境の整備の必要性を重要と捉えていることが明らかとなった。また、多職種とのチーム医療の在り方や多職種の活用方法の検討方法についても必要とされていることが明らかとなった。

患者・家族ケアに関する方策は、急性期病棟の専門性として、「急性期看護の知識・技術の向上」を図ることを重視していた。また、高齢者の急性期患者の増加の影響を受け、「高齢者患者の心身・社会的なケアの強化」「認知症や精神疾患を併存する患者に対するケア体制への対応」についても重要視していた。これらの回答から、急性期の患者・家族ケアについては、高齢者患者を意識した急性期看護についての方策の整備が急務となっていると考えられた。

退院に関わることでは、「院内で退院調整や地域連携を行っている部門の活用」が最も多く、その他に「専従・専任の退院調整看護師、社会福祉士と病棟看護師の連携」「早期退院に向けた地域ネットワークの確立」が方策として重視されていた。退院に関わる部門を有効活用できるシステムやその部門と効率的な連携が図れるシステム等を確立していくことが重要と思われる。

患者安全では、「患者安全を確保するための教育・研修の開催」「ヒヤリ・ハット、医療事故につながる労働環境の改善」が重視される方策としてあげられていた。患者安全の確保に関する方策として、職員個々の患者安全に対する取り組みを強化し、また労働環境を

改善し、ヒヤリ・ハットや医療事故を予防していくことの重要性を認識しているものと考えられる。

専門的知識・技術の重視する方策では、「認定看護師・専門看護師の有効活用」が最も多く、また「院内の看護師に対し、認定看護師・専門看護師になるための機会を提供し、支援」や「どのような分野にも対応できるジェネラリストの育成と活用」があげられていた。看護管理者は、認定看護師・専門看護師の有効活用による効果を期待しており、また、高度な知識・技術が必要とされる背景や看護の専門性の強化として、認定看護師・専門看護師の育成に力を注ぎたいと考えているのではないかと思われた。一方で、診療看護師の育成と活用については約4割の看護管理者が方策として重視していた。我が国では特定看護師の導入が検討されており、特定看護師に対する看護管理者の認識について、さらに理解を深める調査が必要である。

5) 看護業務の代替可能性

現在、看護師が実施している業務の中で、割合は異なるが、看護の業務ではないと思われる業務があることを認識している者がほとんどであった。また、看護の全業務のうち、看護の業務でないと思う割合は、「20～50%」が約5割を占めていた。また、看護師の業務でないと思ううち、他職種で代替可能と判断する割合は、「50%」が約3割であった。業務内容の仕訳を行い、他職種に委譲できる業務については見直しを行っていくことの必要性が示唆される。しかし、他職種に業務を委託しようとしても、必要となる職種が十分に雇用されていなければ委譲はできず、また他職種を有効活用できない状況におかれている場合には、看護業務の見直しが進まなくなる。したがって、病院全体で、看護業務の見直しを行い、方策を整備していくことが重要であると思われる。

6) 現在の看護への認識に関する項目

現在の看護において、「仕事と自分の生活（子育て・介護、キャリアアップを図るための勉強の機会等）の両立を図るために必要な雇用環境が整っている」や「家庭生活やプライベートを充実させることができ、仕事から働きがいを得られる」ことについて、問題があると認識している看護管理者が多かった。ワークライフバランスが達成できるための方策の整備が早急に必要と思われる。

6. 結論

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を行った。現在、看護管理者は、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。

また、医学技術の進歩や入院患者の高齢化の影響を受け、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を重視していた。加えて、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が重視されていた。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。

7. 健康危機情報

なし

8. 研究発表

なし

9. 知的財産権の出願・特許

なし

資料 1 現在の病棟マネジメントにおいて、問題だと思われることや必要だと考える方策
(自由記述)

- ・病棟の管理、マネジメントは管理職者だけでなく、組織の一員として働く病棟スタッフにも必要な知識だと思うが、その教育の場が殆どない。
- ・看護師は何でもやってしまうことが多いが、もっと業務整理が必要であり、専門職としてのレベルアップも図れると考える。
- ・うつ病のスタッフが増えていること。
- ・新人ナースの成長に時間がかかる。
- ・看護師業務の仕分け：看護以外の業務負担が多い。
- ・専門看護師の養成環境
- ・ICUの看護師における精神的支援：鬱の増加。
- ・ライフスタイルに合わせた動きやすい職場作り（マグネットホスピタル、ワークライフバランス、キャリア支援）
- ・現場と大学教育のリンク
- ・看護職賃金の評価（重労働のケアに当たっても賃金が変わらずモチベーションの低下につながる）"

- ・記録時間の短縮化
- ・適正な人員配置（経験年数などを考慮した） → 超過勤務の短縮化"
- ・薬管理、事務用品の請求、書類管理（診療書類）を他職種に委譲。
- ・薬のこと（点滴準備、服薬確認など）等、すべてに最も責任を持たされているのがナースとなっていること。
- ・物品管理をナースがしていること。
- ・産休、育休が重なった場合の人員補充がない場合
- ・7:1の看護配置と言われるが、現実には年休も十分にとれていない
- ・中堅ナース層が減少している"
- ・稼働率が100%を越えることが多く、緊急入院・手術が多いため、スタッフが疲労している。燃えつきている。
- ・看護助手が病棟に常駐していないため、患者のリハビリ出し、物品をとりに行く等すべてスタッフ（看護師）が行うため時間のロス。
- ・クラークが不在のため、事務仕事も全てスタッフがやらなければならない。
- ・時間外勤務が多い…超勤、休日なのに病棟会への参加。
- ・看護以外の業務（医師への伝言、事務）が増えている。
- ・専従医の配置、電子カルテの導入が必要。
- ・リスク管理に対応できる安全な病室環境（段差、センサーボード等の充足、認知症患者対策など）が必要。
- ・専門スタッフによる教育体制づくりが必要。
- ・退院調整を行っていても、医師との方針があわず、効果が得られず、ジレンマを感じている。
- ・医師の点滴指示が（翌日の分）出ているかを確認して、医師に連絡をしてそれに対しても逆に怒られたりする。
- ・指示された時間までに、指示が出ず、時間外で指示を入れても、看護師に連絡のない事があたりまえになっている。翌日の点滴の準備のために看護師の帰宅も遅れるが超勤をつけられない。
- ・家族間との退院調整が必要
- ・病床数に見合った適正人員配置がされていない。
- ・退院調整がスムーズに進まない一因として取り組みが遅い。
- ・個室が少なく重症患者、ターミナル患者が多く、ベッドコントロールが非常に困難。
- ・入退院、緊急入院が多すぎる。"
- ・病棟、ERが違う場所にあり、人員配置が少なすぎる。
- ・夜勤が多く、勉強会への出席率が悪く、指導がゆき届かないのに、ICUレベルの患者の看護を病棟で行っている。
- ・休みが寝て終わってしまい、ワークライフバランスが悪い

・医師の判断が遅く、看護師が様々な問題点に気づき、情報を提供しないと治療が進まない。

・混合科がすすみ専門性に乏しくなっている

・患者の入退院が激しくなり、把握が充分出来ない現状がある。"

・薬剤管理や服薬指導は薬剤師が行うようにすべき。

・医師が指示に関して十分な責任を持つべき(翌日の点滴オーダーが出されているか、指示した処方が飲み終わるのはいつかなど把握しておらず、看護師がチェックしないと患者に迷惑がかかる)

・退院調整に関して、システムが確立していない。

・スペシャリストの育成に関して、看護局が主導でない。

・ライフワークバランスの積極的な導入と活用。

・理想とするものと現実のギャップが大きい。

・マネジメント能力が乏しく、看護師個人の能力に頼っている。

・管理者の考えている事が、浸透していない。

・管理者は個人個人をサポートする能力に乏しい。又、努力していない。"

・医師の要望が中心にベッド管理が行われている。

・新人ナースを配置人数に数えては安全な医療が行えない。人数外での研修制度を望む。

・高齢者に関しては、中間施設が必要。

・介護の問題等スムーズに退院できない方への対応がスムーズに行えない。

・新入職員の職場への適応面において、3Kと言われている状況も含め、困難な状況をいかにしたら良いか。

・看護の専門性領域が明確でなく、何でも看護師がやっている事。又、看護師自体も業務に慣れてしまっており、それを疑問とも思っていない事。

・公的病院のため、何も業務をせず、ただ歳だけ取ってしまった職業が多すぎる事。

・総合病院の精神科病棟であるが公平な看護師のローテーション組まれていない。

・師長により看護管理の采配が全く異なっている事。

・認定看護師を煙たがる看護管理者がいる事など。"

・看護師の能力にばらつきがある。

・退院調整・ベッドコントロール等医師との関係が困難な事もある。(医師との関係にもバラつきある)

・看護師の学習意欲にばらつきあり。

・研修医や新人医師、新しく着任された医師への指導をナースが助言・指導している(カルテ記載やオーダーの仕方、病状説明等のルールが守れていない、知らない)。

・高齢化社会(核家庭)となり、独居老人への入院中、退院後の支援が問題。入院中の面会なく不隠や認知症が進行し危険度が増す。安全のためにナースが側で見守るが限界があ

る。退院後の方向性が決まらず、入院期間延長。また介護が要求される。

- ・急性期病院においても、認知症や不穏のある患者への支援対応：デイケア施設のような場所や責任の人を設ける。

- ・研修制度は整っているがそれを現場に生かしきれていない。OJT でトレーニングできるようにする必要がある。

- ・看護必要度に順じた看護要員と言われているが、必要度には含まれない認知症の患者等の対応などで看護業務に多くを費やしている現状がある。

- ・新人看護師も4月からの看護師数に含まれるが、3ヵ月位は受け持ちができないため、4月からしばらくの期間はスタッフ看護師の負担が大きい。

- ・固定チームナーシングが当病棟でほんとうに適したシステムか検討の必要あり。

- ・専門看護師がいるが十分に活用されていない。

- ・病棟と外来との連携がもう少し機能的になる部分があると考える。

- ・個々の看護師の仕事能力をもう少ししっかりマネジメントして、力量を活かした活用が必要。またチーム力を高める必要性がある。"

- "・新人が即戦力にならず、すぐに退職してしまう。

- ・新人をしかってはならないという（退職するので）上層部の考えは間違っているのでは？（世の流れだから仕方ないのかな？）

- ・使用する器材など高度化し過ぎ、ついていけない？"

- ・退院調整を科長が一人で行っている。受け持ち看護師がもっと退院調整に関われるようになれるとよい。

- ・内服薬の管理は看護師が中心となっている。もっと病棟に薬剤師が介入して薬の管理をしてもらえるとよい。"

- ・注射、内服、外用薬の薬剤業務のうち、薬剤師が代替できる業務が多すぎる。

- ・各種書類や処置のコストチェックは看護師でなく病棟クランク等が行える業務である。

- ・安静度や危険肢位、治療規制のない患者の清潔介助、排泄介助、食事介助は看護師でなくとも介護福祉士、看護助手を教育・指導し、もっと活用すべきである。

- ・オートリングシステムが古く、看護支援システムと上手く連動していない。電子カルテ導入も早期にすべき。

- ・健物・設備が古く看護師の動線や監視システム、病室の広さ、快速なアメニティとは言いえない。

- ・忙しい中で入院した患者さんの持参薬の整理をするために時間を要する。（何種類もの薬を内服していて確認するのが大変である。）

- ・緊急入院・転入のため、必ずベッド移動をしなければならない。"

- ・退調調整がスムーズに行かない。→他職種との連携の強化、受け持ち看護師の役割。

- ・各スタッフのやりたい看護の表現がなされていない。→研修制度の充実。

- ・業務改善→他職種との連携。"

- ・1人暮らしの退院調整と入院中の環境整備。
- ・1人暮らし、認知症患者の取り扱いマニュアル
- ・持参薬の整理
- ・認知症者への安全な医療、看護
- ・日勤勤務者全員がナースコールを携帯できない（ナースコール PHS 不足）
- ・電子カルテで注射、内服指示確認する時、現在実践される指示確認がしにくい。
- ・役割業務を行う上での時間内保障
- ・コスト入力（DPC 関連）の委譲
- ・看護必要度が高く、残業（記録）時間が増。電子カルテ、記録業務が高い。
- ・物品管理
- ・必要物品の購入請求、発注、受領（納品受け取り）、在庫調査
- ・手術室 8 室の清掃を看護師が担当
- ・10:1 の基準はあるものの、業務におわれ十分に患者ケアが行えていない現状がある。人的管理、看護師のストレスマネジメントが早急の課題と思われる。
- ・10年前と大きく違うのは、高齢化（入院患者）。90才、100才でも手術をし、認知症や寝たきり患者が多く、看護業務（転倒、転落、ケア、褥創 etc）が増えている。電子カルテになり看護業務の中で記録時間が増えている結果がでている。これも入院時に書く書類（同意書 etc）が増えた事も1つの原因と考える。
- ・医療処置と看護ケアを一緒に行う業務が多い。なかなか専門化しにくい。
- ・高齢者、認知症者、独居者、老老介護者が増え、HP での治療が終了しても次に行先を捜すことに労力を時間を費やされる。
- ・施設との連携を望むと、例えば、吸引や PEG 等の指導を施設の方へ病院で実施指導を行い、退院する状況を作っている。
- ・在院日数が長くなると 1人当たりのコストが安くなるというシステムは、同じケアを行うスタッフにとって意欲を低下してしまうことに連なる。
- ・看護必要度を活用した人員管理、看護必要度の基準も高齢化の現在、A 項目は低いが B 項目はとても高い現状を生かせる内容にして欲しい。
- ・他職種が休み（休日や土曜日）の時は、各専門職の業務をナースが行う事でミスや事故につながるところが問題であると感じている。"
- ・看護必要度を評価しているが認知様の病状をもち、AOL 確立している患者の身寄り等の看護必要度がわかりにくい。
- ・転院や施設等の待機が長く、スムーズなマネジメントが少ない。"
- ・社会人としても専門職業人としても未熟な新人ナースの人材育成。
- ・目まぐるしい医療現場において、いかにやりがいを持てるか、働きやすい現場を整えていくか。
- ・1人暮らしの高齢者が多く、在宅療養への移行が難しい為、療養型病院への転院や老健施

設への退院となってしまう。患者本人が家に帰りたと思っても、なかなか帰れない状況。訪問看護ステーション機能の充実や行政を巻き込んだ施策、システムの構築が業務である。
(療養型病院も老健も飽和状態)

- ・助産師と医師の責任分野、助産師業務の範囲、確立化
 - ・小児科医師との連携、関係の友好化、小児科、産婦医師のチームプレーの円滑化
 - ・診療材料は中央化されてる。各種物品の効率的マネジメント、請求、配布方法の効率化
 - ・時間外業務の請求方法、適切な処理法"
 - ・病棟単位での新人教育、育成のウェイトが大きすぎ、学習機関（大学など）卒業後、通常業務（夜勤などひととおりの業務）ができるまで1年以上を要する。学校と現場の求める事の隔差が大きく、7:1上ではスタッフ1と考えられても実際には1の力を発揮できていない現実がある。臨床研修制度など一定期間教育を十分に言い、新人をあてにしないで運営できる病棟マネジメントができるとよいと考える。
 - ・DPCになり入退院が激しく、常に業務におわれている印象（ベットの回転率は3点代です）。入院が10名（日勤常で）という日もめずらしくない。しかしこれだけやっても経営的に厳しい診療報酬体制に疑問を感じる。
 - ・60床という大所帯で看護師の数も多い。病棟外来／看護単位の一般外科病棟である。ICV業務はもちろんあり、化学療法室も外科が担当している。年々業務は増加し、新しいルールや業務手順などが増えていくが、全スタッフにはなかなか浸透させる事ができない。そのため、インシデントにつながっている例もあり、チームワークが悪いとは思わないが、自分の仕事だけで手がいっぱい、誰が何をしているのか気にかかる余裕がないのも事実。リーダーによってその日の病棟運営に差が出る事も事実。スタッフ指導や統一したものを継続させていくためにどうしたらいいのか、現在思案中。
 - ・7:1で看護師が増えたのに、それぞれの看護師に余裕がない。疲れていては患者に適した看護を提供できない。看護（直接ケア）に集中できる業務改善が必要だと考えている。
- "7:1で看護師が増えた分、今まで行っていなかったベット床頭台等の清掃点検や酸素の配管点検も看護師が行なうようになった。又、最近ではカーテンレールのほこりの清掃まで行なうように指示があり、患者さんの安全にはつながると思うがはたしてこの様な点に時間をかけるのはどうかと感ずることがある。
- ・7:1の看護基準の為に問題を抱える人材を採用してしまっていること。
- 院内の教育が身体面、技術面の教育に傾きすぎていて、病院全体の精神疾患への偏見が取り除けない状態が続いている。
- ・一般科と同じ基準で精神科のことを判断しようとするハイヤーマネジメントに携わる管理者はもっと考えを改める必要がある。
- 開発時に精神科の知識をもつ人材を入れないままに進められた看護必要度は作り直されるべきである。
- ・7:1の看護配置といわれているが看護必要度の配置査定がいまひとつ理解出来ていないた

め、常に看護人員が少ないと感じる。

- ・日勤、夜勤人数において患者ケアを含む看護計画の修正や評価をその場で行なうには、受け持ち4人～5人で行なわないと記録までにかかる時間はどうしても業務時間を過ぎてしまう。また記録が計画の修正評価までたどりつかない現状がある。

- ・型だけは SOAP 記録でも、内容は経験になっていることもあり、今後教育が必要と思われるが、記録そのものをどうしたら効率よくまた、他者が見て情報収集しやすい記録とはどういうものがあるか…。したがって、人員配置と記録の教育が問題だと思う。

- ・7:1 看護を取り、日々勤務している。7:1 をとれるだけ、良いのかもしれないが実際は、ベッドサイドでの看護を丁寧に又充実感をもって行いたいと思っても不消化的で超過勤務も多い。それが代替可能であるかの検討やシステムの構築であろう。しかし根本は人的資源が少ないことである。

- ・7:1 看護体制だが、マンパワー不足で毎日時間外勤務が多い。

- ・7対1の看護体制をとり人教は増加し、以前に比べると業務量の軽減はできているかと思うが、高齢化にともない、認知の患者様も増えそこに人手をとられている現状がある。この現状を看護必要度に表わすことができればと思う。

- ・7対1でナースの日勤の人数は増員になったが、夜勤人数は対象となっていない為、10年以上前より重症化しているが夜勤人数不足を感じる。組織は点数がつかないと増員は考えていない。仕事の分業化をもっと推進しなければ、いくら人数が増えても仕事量が増えるばかりである。

- ・DPC が導入され、在院日数が減少傾向にあるが、看護が伴っていないように感じている。看護が専門性を確立する傾向だが、NS の学校教育も変化しており、看護レベルが低下しているのか、新人教育にしても技術的な面よりも先に社会人としての心がまえから教育しなければ NS として長く働けない（退職、離職につながってしまう）。社会の変化も視野に入れながらマネジメントを考えたいと思うが、うまく行動できていない状況。

- ・医師が少ないため、協力して（共働）する為に、Dr の仕事に含ませること。Dr の仕事に協力しなければならないことが、問題ではあるが、共働しているというお互いが共感し、楽しくできていることはスタッフに頭が下がる。

- ・PCU でも看護必要度をチェックしていますが、ケア度を反映させられないので PCU 独自の指標が必要だと思う。

- ・PCU はせん妄の患者が多く、又家族のケア、患者の精神スピリチュアル面のケアに時間や人手を要しますが、そのケア度が反映させられないので、是非指標が必要。

- ・専門性を重視あまり、ジェネラリストが少なくなった。また、基礎教育におけるカリキュラム変更で、実習時間の減少は、卒後の仕事に大きく影響している。その場での判断アセスメント力を強化できるような現場作りが必要。

- ・7:1 体制で休暇が取りづらく、十分な環境が整っていない状況ではかえって離職者を増加させ、悪循環である。

- ・アメリカ等の看護の人員配置と、看護師の地位を上げて、見合った報酬を与えて欲しい。
- ・医師とのコミュニケーション不足（看護師）→治療方針の明確化がない
- ・医師同士もコミュニケーションがとれていないと思われ連携がない
- ・高齢者が多く、老々看護となり在宅への受け入れや療養及び施設への移行がスムーズにいかず、長期の入院となることがある。
- ・医師の数が少ない科と多い科があり、かたよりのある。少ない科は医師の指示待ちなしで看護師の業務が終わらない。看護師不足で派遣 NS の割合が多くなってきており、正規職員への負担が大きい。新人 NS の能力が年々落ちてきている。
- ・医師の治療計画がなく、仕事量だけが増えている。退院調整も難しい。
- ・医師主導型でコミュニケーションもとりにくい。やり甲斐を失うことが多い。
- ・医師不足で医師が遅くまで業務することにより、看護師の負担となっている。記録が多く、業務の最終に記録が残る。
- ・継続看護の充実が必要。他職種のできる業務をはずせば、もっと患者に関わる事ができると思う。
- ・受持ち NS としての意識が低く、責任感が弱い為、退院指導が充実しない。認知症の方が多く、対応に苦慮している（ハード面の問題もあるが）。
- ・診療報酬の中で看護に対する評価を高めることが重要。
- ・環境整備や薬整理に時間がとられることが多く、本来の業務に専念できる（アセスメントしなからケア計画できる）ような工夫が必要。
- ・医師の指示のチェックに時間をとられ、お世話業務がリスク防止になっているように思うことも多々ある。ケアの質というより医師の質の課題も多い。
- ・看護観の育成マネジメント能力の向上
- ・看護業務ではないシステムの管理、書類の扱いなどに時間を要することが多く、病棟クラークの必要性を感じず。
- ・看護業務に専念できるよう、看護助手やクラークへの業務分担、権限委譲するための教育。
- ・看護業務の拡大と言われているが、現状は他職種に任せられる業務もあり、業務整理ができていない。
- ・専門性を発揮、自律した Ns を育成するための教育を十分に行い、判断できる Ns を育てる。又、認定 Ns 等を育てる組織的な取り組みが必要。
- ・看護業務のマネジメントで、看護の質の向上を図ろうとしているが、物品の調達や、薬剤の処理などの業務があり、自分自身が満足の得られるマネジメント業務となっていない。看護支援システム、電子カルテなどへの移行ができていなくて、効率化がすすんでいないため、雑用や2度手間と感ずることが多々ある。
- ・看護師でなくても良い業務が多くあり、病棟に介護師や助手が増えたら看護師は専門性を生かせると実感している。

・看護師の業務の中で他職種にてやるべきことが多い。病院によって差があるため統一して欲しい。

・看護師の個別性から協調性を整える必要性を考えるが方策なし。

・看護体制は整っても、個々の看護レベルが著明に低下しており、それを組織としてフォローしている。看護に求められていることが、看護職と患者との間にズレが生じている（患者の立場で見た時に）。辛うじて固定チームナーシングでケアが相殺されているが、レベルの低いナースのフォローを行い、かつ教育もろくにさせてもらえず、新人には教育も通じないことも多く、どうしようもないのが現状である。検査部からみていて、現行の教育体制を容認している病棟のレベル、スキルはどんどん低下している。

・看護に誇りと夢を持って働く、勤勉なスタッフたちが力尽きて辞めていく。7:1 となっても、重症患者が増え、毎日業務に追われるだけで看護による達成感が味わえないと嘆くばかりである。実際に、電話対応や、患者移送（本当に多い、検査、リハビリ）、苦情対応にも時間をさかれ、看護師の超過勤務が多くなる。もっと人員配置をと叫んでいるが、叶わない。やはり、看護にも診療報酬が付き、社会的地位も上げ、病院組織が、看護職員の増員の必要性にもすぐに Yes と言ってもらえるようにしたい。

・看護の専門性、知識技術向上と世間にその業務を認知してもらうような働らきかけの不足（一般に他職種に）

・看護必要度と人員配置に関連がない。認定看護師を活かしきれていない。

・看護必要度をまだ取り入れていない。急性期病院です。7:1 看護をとり入れたいが、在院日数がクリアできない。老人・寝たきりなど年々増加し、地方では受け入れる老健など不足。家族も仕事なので協力得られない。10:1 では夜勤の看護師の負担が大きい。

看護部長、副部長がいるが副部長、師長の役割がやや不明確…。意志決定しにくい環境のため、ラインスタッフを再考する必要がある。

・看護部長がマネジメントの理解に乏しく、方策が見えてこない。効率的な医療の提供、看護の質保証についての取り組みが必要。

・患者、家族との関わりが少ないと感じる（＝関わる必要がある）。しかし理由もある。核家族化や在院日数減少。→背景に、同居している家人は多忙であったり、日曜日や夕方の面会となる。日勤ナースと時間があわない。

・外来看護師の配置基準が明確でない。また、手術室、人工透析、内視鏡室にも基準が必要ではないか。

・患者さんのケアを継続性、一貫性のあるものを目標にしていたが、当院ではプライマリーをするには力不足と感じ、モジュールが利点、欠点を活用できると思い、導入していました。新人の力不足をカバーするには、チームとしてサポートしなければならないところ、十分な教育ができず、本当にモジュールが適しているのか迷っている。患者の情報の共有化、指示の受け確認、連絡不備等トラブルのもとになっていることが、看護方式をかえることで解決できるのか検討中。