

- ・患者の権利意識が強すぎる。権利ばかり主張し義務ははたそうとしない。(つまりわがまま) 社会人として問題のある大人が増えすぎている。(職員も患者も)
- ・感染予防対策が理想通り行えないこと。形成外科と循環器内科が同じ病棟になっていることが問題。
- ・看護必要度、尺度が整形外科では急性期でも低いことは問題。さらに認知症を持つ高齢者ケアと家族支援が問題。
- ・管理当直明けでも夕方まで帰宅できない。
- ・厳しい医療情勢の中、病院の方向性が不明瞭である。例：45 床病床に 70~80 名の患者を入院させ回転させようとしている。看護局の考えも見えず、現場と管理職の間の温度差を感じる。人材育成も大切であり主任の役割でもあるが、人事配置は適材適所があると思う。また、年功序列人事には納得できない部分もあり、スタッフをまとめることができていない。(公務員制度改革のように降格人事があっても良いのではないかとというスタッフの意見があります。厚労省関連の病院にも民間病院のような厳しさが必要だと切実に思う。急性期看護が必要度に反映されない部分が多く、人員配置などに影響している。7 : 1 になっても十分な看護の理想に至っていない。
- ・急性期病院として在院日数が短くなり、入退院での手続き、業務が多忙となっている。短期間の入院で看護師がやりがいを見つけ、達成感を感じるための方策が必要である。急性期病棟という大きい概念だけで看護体制を決定し、クオリティを保つような看護を求められ、必要と言われ書類が増幅し…。看護師の役割は患者にとって何なのだろうか。疾患の特徴を把握していればそれに伴う人員不足は明確になると考える。それを見出すための方法が間違っていると思う。看護の質を保つ…？スタッフが疲弊している環境、ハード面の充実なしでどうやって保つのだろうか？役職スタッフ→副看護師長→師長と少ない役職で、副師長以上の負担は増幅している。他のスタッフの責任、正しい評価を受けるためにももう少し細やかな役職は必要と思う。
- ・救命救急センターの配置基準(看護師)が必要(1.5=1を希望)
- ・救命救急病棟や ICU 病棟から受ける急性期患者は、病棟 HCU を満床としてしまい、病棟管理が難しい現状がある。HCU 病棟のような病棟を作っていく必要があると感じる。教育体制—新人看護師に対しては充実はしているが、経験年数がある程度すぎると不足するように思う。自分で学習する人ばかりではない。
- ・教育を担っていく中堅ナースが辞めていく現状にあり、上級ナースに負担がかかり、又辞めていく悪循環下にある。看護の質向上、効率化を目標とした連携には、外来看護師との関わりが深く切り離せないと考える。ハード面の充実を図る上でもソフトの諸問題に杓なく対応していける勇気と根気、やる気が大切なのと同時に、組織のトップ(看護局)の心意気(部下を大切に思う気持ち優しさなど)がマネジメント能力に見え隠れすると考える。
- ・病棟マネジメントでは標準化が求められる半面、各科における専門性も問われて来るので、ベースラインとボーラスラインをしっかりと区別していく必要がある。

- ・業務多忙と看護師不足にて病室、Bed サイドの看護時間が短く、患者の精神的ケア不足を感じる。
- ・業務量と必要度に応じた人員配置。業務内容と必要性に適した物品の補充と整備。
- ・記録の時間を減らすと工夫といわれるのに色々な書類が多い
- ・新人が育つのに年数がかかる。
- ・メンタル面が弱い（10年位前は2・3年でできることが今は5年近くかかる）"
- ・クラークがいない（各病棟専任でない）ため、入退院カルテ処理など事務的なことをリダーナースがしていることは、全くもってもったいない。もっとベッドサイドに行けるよう、事務を各病棟1人つけて欲しい。
- ・外科病棟で手術患者とターミナル、抗癌剤治療の患者が混在していて時間をかけてかわることができず、スタッフのモチベーションが下がることがある。
- ・県外や長期研修に出してあげられる人員がない。学生実習、新人スタッフへの支援が十分できない。スタッフが目標管理において、時間がもてないことに対し十分なアドバイスができない。患者の安全の確保（主に医師指示確認）に非協力的な医師に対し、またパワーハラスメント、言葉の暴力に対しての対応が十分できない。
- ・現在病棟に所属していないが、現在の看護必要度は医療介入の量やADLが低い方が高くなり、現状を反映していないと感じている。在院日数短縮で緊急入院が多くなっている反面、高齢者や精神的疾患を持っている患者が増加していることから、在宅療養や転院の調整が必要であることの調整が多くなっている。病院は診療報酬に現れないこと、人のとりくみに消極的であり個々のやる気にまかされている風土がある。看護の質向上や患者家族に応じたケア提供への先行投資の必要性をうまく表現できず、困難感が大きい。他職種が向上する姿勢が少なく現状維持を固執したり、協力が得られない。
- ・現場の危機的管理、人事的配慮が不足
- ・子育てしながら仕事をする環境が不足している。ライフワークバランスといっているが、環境が整っていないのが問題。7:1看護で看護師の「人数」はいるが、内容がともなわない。教える人が不足しているため、知識・技術とも、不足している人たちの集まりになってしまう。
- ・子育てをしながら、看護業務を行うのは大変。特に、係長とかになって、自分から言い出せない所がありづらい。今後、働くのを継続できるのか心配。
- ・後から後からやらなければいけない事が山積みで、まとまりがつくのが下手でたまりたまっていく。ストレスだらけでストレス発散方法を考案中。
- ・ここ数年、新人看護師の心身、心の弱さを強く感じる。出勤してこなくなり、時間外が多く大変と4～5月頃に言ってくる。もう少し患者様をケアするのだから、看護師も強くなって欲しい。また専門学校はやめて大学にして、4～6年間学び、卒業とともにすぐ仕事の出来る看護師を育成してほしい。現場は指導した看護師も鬱病になったりと人員は減るばかりである。

・ここ数年の不景気等で病院経営も本当にたいへんと思うが、看護師の給与面はここ数十年あまり変わっていない印象（ボーナスが減って、むしろ悪くなった。）。夜勤をしないと給料が安くてとの声もある。底上げが必要なのではないかと思う。

・ナースはずっと続けていける職業なのに病院やめるナースは多い。同じ所に居続けるのが良いとは思いますが、給料が良かったらやめない理由にはなる。

・個々を大事にするスタッフに対し、他人、患者に興味をもち、やりがいある仕事だと自らをもって話したり、声をかけたりすることが大切である。あと、看護長がスタッフに声をかけたり、ありがとうと言う場を設け、スタッフを励まして欲しい。

・小児科と整形の混合病棟で2チームに分けている。小児科の入院は流動的でチーム編成にかたよりが出る事もしばしばです。そういう中で、整形は固定チームにし、小児科は流動的（部屋割り）なチーム編成にしてみたらどうかと思う。

・在院日数の短縮や重症化、高齢化に加え、他職種に委譲していない仕事が多いのに、看護師の業務拡大を求められる。看護師の仕事量は増えるばかりである。

・在院日数が平均18日と長く、医師が積極的に退院に向けての働きかけをしない。方策として退院できる状態の患者はMSWや看護師長へ委ねるなど、連携システム構築する。残業時間の短縮を問題にあげられますが、前残業でカルテから情報収集をすることに時間を要している現状がある。日勤でも40分以上前から、夜勤では1時間以上前からきて情報をとっている。（始業までに情報をとっておかないと業務に支障がでるという現状では、早く行わないわけにはいかないです。）業務の流れを見なおす必要がある。

・シーツ交換、整備は業者に入ってもらおうと朝の時間を患者のベッドサイドに行けると思う。

・自己の力不足。時間不足。

・急性期病院ではあるが、高齢者の退院調整が困難なこともあり看護必要度が高く、平均在院日数も長くなっている傾向にある。（介護業務）それにより、看護師のモチベーションが下がり、退職につながり十分な補充がされず、疲弊している。

・急性期病院といいながら慢性期に移行にも移動先が見つからない。

軽症の方のみが退院、軽院にいき、急性期を脱して慢性期となった。少しADL・精神的・家族的に問題ある方は残ってしまい、とても看護的に手が回らない。

・医療的には急性期を脱しており、困っているのは看護師だけである。

・地域の施設は「3ヶ月しかみれませんからダメ…」と言われ当院にて2年以上移動先が見つからない。急性期病院の意味がない。

・施設環境において、老朽化しているため、現代のニーズに合わない部分が多々ある。その中で最大限の看護を提供する事は大変難しくなっている。患者の協力が不可欠であるが、現代社会において医療はサービスという認識のもと、業務が行われているため、患者側の求める看護ケアや治療要求が高くなっている。そのサービスを提供させたい気持ちと、難しい事との間が大変難しく感じる。

- ・ 師長、副師長の業務や委員会、会議が多いので、仕事量が多く残業ばかりしでるので、スタッフから副師長になりたがる人がいない。ステップ UP したいと思えない。
 - ・ 師長や主任になる人が少ない。つまり魅力がないのか…。あれもこれもとやることが多く、いつも帰宅が遅くなる。その現状を改善すれば、大変でもやりがいを感じ、もう少しやってみようと思う人ができるかもしれない。このままではなる人がいない…。
 - ・ 自分が「必要とされている、大切にされている」と思うことのできない職場の実態を看護師スタッフも知っている、知らされている。「やめてもらってかまわない」という言葉を聞いたスタッフはもう、病院を愛せない。
 - ・ 自分自身のマネジメント能力の向上
 - ・ 事務業務を代替出来たらいいと思う
 - ・ 事務業務をもっとクラークへ委譲できるとよいと思う。
 - ・ もう少し地域や紹介先の医療機関と連携して退院調整を行っていく必要がある。
 - ・ そのために、退院調整部門を充実させる。また、専従看護師を配置する。
 - ・ これからは高齢者や認知症の患者がますます増加する。転倒、転落予防策を考え、危険がないようにしていく。また、高齢者に合ったケアを行っていく必要がある。また、育児時間などがとりやすく、看護師の働きやすい環境作りをしていく必要がある。"
 - ・ 事務作業が多い。事務職の人に、事務部門をもっと協力してもらいたい。
 - ・ 事務部門、コメディカル等の協力がチームとして日常よりできること。システム化が必要。看護職が何でも屋になっている気がする。事務部門の協力が必要。
 - ・ 集中治療部でありながら、他部門勤務があつたり人数配置がぎりぎりのため重症が多いとマンパワー不足になりやすく危険。ローテーションが多く経験があさい。常勤医が少なく、必要時に対応することがなかなか難しい。
 - ・ 情報などの記入が今一番多くなり、(褥瘡、安全チェック、必要度チェック、ADL チェック、栄養チェックなど) 重複するものをもっと統一されていくとよいと思う。用紙を埋める作業だけに終わってしまっている。
 - ・ 職場風土が問題。
 - ・ 書類が多すぎてそれを裁くのに時間を費やすことが多い。事務的な業務もあり、本来の看護師が行う業務に専念できない。繁雑となっておりスタッフ一人一人が看護に魅力を感じにくい状況であるため、リフレッシュできるような体制、就労環境も必要である。
- 退院調整について看護師は研修や勉強会で知識を得ているが、医師との温度差を感じるため、なかなかうまく進まない。病棟の方針は医師を交えて話し合う必要がある。"
- ・ 人員配置 (特にパート勤務者、子育て中の勤務者) と業務調整
 - ・ 患者、医療者のメンタルヘルスケア"
 - ・ 人員配置が少なくなっている。
 - ・ 人材育成→特に中間のキャリア NS (ラダー 1~2) の学習意欲の維持向上
 - ・ 人材育成が出来る人員配置を望みます。役職を通した人材育成ができる余裕が必要だと

考える。

- ・人材確保、人材育成が困難である（若い人が増えているが、自ら学ぶ姿勢が少なく技術などすべてにおいて受け身である）。

- ・人材確保、人材育成が困難である（若いスタッフが増加し、技術が低下、自から学ぶことを望まないため）

- ・人材の育成、効果的な活用について、活用できる時間がない。

- ・事務的業務が多い。"

- ・新採用者、中途採用者、どちらにも共通して見えるが看護師の仕事をして仕事として組織の一員として頑張りたいと素直に思い、スタートラインに立っている人が少ない様に感じられる。基礎教育に何か大切なものが不足しているのか、無責任に欠勤したり、幼児化しているように思える。教育、環境が大切というがあまりにも社会人として人格や素行、ふるまいに問題があるというか…。マネジメントでは精神的な支援が多くなり、仕事を教える、学ぶ、といった体制より支える、辞めさせないといった体制で周囲の方が苦しい。そのようなスタッフが病棟で患者を看ている。自律した人材育成が問題（課題）である。

- ・新人教育～リーダーになるまでの段階的教育。新人教育は整備されてきているがその後の教育が整備されていない。その為、リーダー未満の層がうすく実践に支障がある。"

新人に対する教育体制（研修）。→中央が動いている研修制度がみえてこないため、どのように病院内で教育していけばよいのか。先輩看護師のやりがい。委員会活動や研究は、やらされ感が大きく、自分の時間がなくなるととらえているスタッフが多いため、モチベーションが下がる。スタッフの育成・教育が必要だと考える。

- ・スタッフのキャリアアップのための教育システム。スタッフへの心のケア。

- ・スタッフへの周知事項やチェック、年休の入力等最終確認は必要だが、事務処理をする人が（秘書）いると管理者は看護についてより深く考えられると思う。入院期間の短縮は、急性期では止むを得ないが、その分の受け入れ環境の整備不足。

- ・全体にコミュニケーション不足を感じる（医師間、医師—患者間、医師—看護師間、看護師—患者間、看護師→看護師間、他部門等）

- ・全ての業務が看護師を受け皿としている。他職種が自覚、危機感を持って欲しい。職場の活性化、どうしたら生き生きと前向きに働けるか。

- ・退院する所なく決定しない患者がおり、ベッドコントロールが難しい。施設や在宅へすぐに帰れるように早期に考えていく。

- ・退院調整。家族と患者の思いの違い（ギャップ）。

- ・退院調整ができておらず、何らかの問題（患者側）がある時など措置入院が増えている。

病棟に退院調整ができる専門・専任看護師が必要だと考えます。

- ・退院調整システム作りが必要。長期化する可能性がある。

- ・退院調整の統一したスクリーニングシートがなく、専任のNSもいないため、関わったスタッフによりばらつきがある点。当病棟は私たち係長が全体的にフォローすることで遅れ

がないかチェックし、MSW と連携しているが統一したスクリーニングシートがあるともっと必要な患者をもれなく早期に描出できると思う。

- ・退院にむけて積極的に NS に動こうとしているが、PV の認識が地域との連携という意識が低く、調整かなかなか NS だけの力と意見ではつかない。これらを NS、PV 間で調整できる人が必要。精神科では、心理面をフォローする。ワーカー常在又は担当者を必要としているケースが多い。

- ・退職希望がなかなかとおらない。

- ・退職者が多く、スタッフが若年化しているため、知識、技術の不足。

- ・高齢者、認知症、日本語のできない方、精神に問題をかかえる方の急性期看護に労力をとられる。入院期間が短いため継続性に問題をかかえる。

- ・他職種、特に病棟薬剤師の薬剤に関する実質的な関わり。(内容確認、ミキシング、配薬、服薬確認、麻薬管理)

- ・他職種との業務分担。医師との協力体制。

- ・他職種との連携について、協働していくために互いの仕事を理解し、協力し合える職場風土の醸成の必要性を強く感じている。

- ・今求められているワークライフバランスと現場でのギャップについて、今後の多様な雇用形態、子育て支援、夜勤免除等にどのように対応してゆくか。

- ・他職場が苦勞をかってまでして私達のしていることを引きうけてくれるだろうか？たとえばメッセージ業務。看護助手も減り、検査室も薬局も放射線科も「自分達はメッセージャーじゃない。」言われる。すると私達は、メッセージャーか？と言いながら検体や薬ももっていったり…。お互いさまという、日本のよき伝統などない。

- ・医療も高度になり、褥瘡委員会、NST、医療安全、感染とありとあらゆる委員会が自分達のやりたいことすべてをやれと病棟に言っている。患者が入院してきてなおかつ寝たきりだったりすると、ものすごい書類(電カル上)を書き続ける。「栄養管理…」「退院支援…」「褥瘡対策…」「転倒転落アセスメントシート」ete～。昔にくらべて患者の顔も Family の顔も見えないような、じっくりしゃべっていないような感じがする。

- ・今後一番大切だと思うことは、看護職のレベルアップだと思う。患者の側近くにいる私達が主導していくことで病院全体のレベルアップが実現するものだと考えるからである。そのために、いつまでも看護以外のことに時間をさいているヒマはない。他職種は何でもとりあえず私達にさせようとしてくるが、そういう方々にもどんどん臨床にでてきてもらう必要がある。最近、薬局、栄養科などがきてもらっているため情報の共有化がレベルアップしてきている。

- ・病院全体をレベルアップしていかないと、私達のやりがいや仕事にかけるプライド、モチベーションがどんどん低下してきている。

- ・今、病院の危機を感じております。

- ・他の医療職種への業務委譲がなかなかすすまない。

- ・医師との連携が図れない。
- ・離職率が上って来ている。(中級以上の看護師) "
- ・他部署との連携、病院全体のシステム変革。
- ・当病棟にだけクラークがいないのでクラークの配置をしてほしい。病院全体での書類の統一化をすることも大事である。
- ・地域格差、田舎では若い看護師がいない。
- ・老人一人暮らしの方の行き場がない。
- ・内科の医師、整形の医師も不足している(地域では)
- ・認知症対策。病院でみるのが限界(医療事故等の問題で)。
- ・チーム医療の重要性が叫ばれながら他部門は自分達のテリトリーを守ろうとして、なかなか協力体制が取れずにいる。全職種が意識を統一しないと看護提供体制改善していくことは難しい。
- ・地方においては医師看護師不足のため、より良い環境のもとでの看護の提供ができないのが現状である。1人1人はスキルアップをめざし、個人として研修参加をしているが、現場で業務に追われる毎日で、モチベーションの低下になり、各スタッフのモチベーションを維持していく事が難しい。
- ・中堅看護師がいない。
- ・働きやすい職場環境を整えてほしい。また、医師のレベル、仕事量、システムにも問題がある。
- ・データの収集や分析を個人で行なっていること
- ・時間管理のシステムが確立されていない。
- ・適性な人員配置。キャリアの分散。(若いスタッフが多く、中堅ナースの負担が強い) 新人教育に力をいれており育てているが、指導する立場の労力が多く、業務をかかえて指導をするため、疲れている。新人、後輩を負担なく指導できるための人数の確保が必要。当院ではクラークがおらず雑務が多い。クラークの配置は必須である。
- ・当院の看護師勤務交替時期、配置者経験年数がまちまちとなり、毎月のように臨時交替がなされている。(病棟の係、役割にて育成を計画していても突然の交替もある。各病棟の片寄りが生じている。
- ・当病棟では、パート、夜勤制限があるスタッフがあります。このため、夜勤への負担が多くなったり、休みが十分とれない状況であったり、また夕方に集中する入院に対応するため残業が多くなったり、TQM、研究活動で休憩を十分とれなくストレスをかかえるスタッフが多い。より質の高い看護をめざすことややりがいを見出すためと言われながら、言われたら、行動せざるを得ないというかやってしまうそんな教育をされてきた看護師の本能からして問題だと思う。
- ・東京、神奈川などでは慢性的に看護師が不足しており、そのために疲弊しなくていい人達まで疲弊してくる現状がある。モチベーションを下げないための関わりなど、心がけて

いるが難しい現状もある。救命救急センターなどの分野も ICU 同様、人員配置の基準がでると参考になると思う。

- ・ トップの方針がみえない。伝達が遅い。

- ・ 内服薬管理。入院患者さんの持参薬のチェック、定期処方時の頻雑な仕分け業務など看護師が薬に係る時間は多いと思う。各病棟に一人ずつ配置し、薬に関しては病棟薬剤師が責任をもってもらいたい。又歯科衛生師も配置して欲しい。

- ・ 入院予約を医師が自由に行い、Bed 管理は各病棟看護長が行っている状態。退院を出さず入院予約をし、緊急入院は他科でも受けている為、Bed がいない場合の負担が大きい。

- ・ 入力に時間がかかりすぎる。必要とされる書類が多すぎる（記録類）。

- ・ 認定看護師の資格を十分に生かされる配置ではない為、今後どのように活動していけばいいのか悩んでいる。

- ・ 年功賃金はやめるべき。研修にも行かず年功給で給料があがれば年を重ねるだけで、新人が育つのを阻害する中堅以上が出て来る。

- ・ 働き続けられる職場づくりの為に疲れない夜勤のあり方について考えている、1 週間を夜勤休み日勤、夜勤と細間切れにするシステムより、夜勤パターンと日勤パターンに週単位で考えた方がよいのではと思っている。また、チームナーシングも短期間でチーム移動するよりは、長期間にして看護の継続を図った方がスタッフにとっても、患者にとっても安心、安全につながると考えている。22年度業務計画に反映したいと思う。

- ・ 人が少ない。休みがない。疲れがとれない。有休消化できない。超過勤務が多い。

- ・ 人手不足が様々なところに影響し、スタッフの具体的、心理的管理も難しくなっている。

又、十分な研修を受けてほしいと思うが日中の研修には参加させることができなかつたり、外部の研修のために休みをとることもできない現状である。

- ・ 病院経営が困難になり、どこかで「経営第一主義」となっている気配が、病棟の責任者である看護科長に伝わっているので、殺伐とした空気を感ずる。そのため、看護師は安心して看護ができず、疲弊感が強くなっている。

- ・ 病院全体を通して考えられがちだが、各病棟、各診療科における特殊性を活かすために必要な人員配置などをもう少し丁寧に考えていく必要があると思う。

- ・ 病床管理、物品管理のシステム化（電子化）

- ・ 病棟科長の育成…病棟の責任者として医師や他職種とのチームワークができ、且つ、病院方針のもと、意見が言えるリーダーにゆとりを持って管理できる人員配置、スタッフと一緒に実践を行なっているのは、スタッフや患者家族の想いに気づき、支援する役割ができない、事務職、看護助手の配置は必要と考えます。

- ・ 病棟の特殊性や機能を全職員が理解し、病院全体で連携をはかり、協力体制をはかっていく。

- ・ 古くからの風習があり、なかなか変化することができない。コストの面からも必要物品がなかなかそろえられず困っている。

・ほとんどの事業が大学病院や大規模病院に有利な内容であり、中規模、小規模病院には厳しい内容であると思う。

・毎日が多忙であり、ケアが業務として扱われていることが多いと感じる。

・患者個別にアセスメントし、カンファレンスし、ケアを行うことが不足していると感じる。

・アセスメント能力の向上が必要と思われるが、その都度考えようとする時間を持つことも困難なことがあり、考える時間や機会が不足している。

・まだまだ公正な職場環境ではない。

・医師の言うことが最優先で周りの職種が振り回されている。これは20年前と殆ど変化がないように思われる。

・マンパワー不足と看護業務の確立

・求められる看護師の役割が社会面では時には差別、暴力的で不満のはけ口の様になり、一歩まちがえればすぐクレームや人格を否定される様な思いをさせられる。その対策は私達の姿勢と精神的な改善が要求される。誰れもがして欲しくて、でも他人には（たとえ親でも）できない事をどんどん要求されて、自分自身や家族を犠牲にして成立っている状態である。医師も不足し、医師も看護師も神や天使ではない、生身の人として、扱いたい、扱って欲しい。

・何につけても人がすることなので私達が満たされる状況をつくって欲しい。

・身体や命を預かる大切な仕事に就いてる責任でがんばっている私達をもっと知って欲しい。

・問題：・ジェネラリストとして成長を支援していく過程において、評価の指標があいまい。ロールモデルが少ない。・マニュアルに頼りすぎ、自分で判断する姿勢が少ない。

方策：・実践に即した指導の充実を図るための先輩NSの育成が必要。

・厚労省へのお願い：救命救急病棟の看護師配置数を2：1以上に定めて欲しい。

・労働環境（超勤対策）、福利厚生（ナースの休憩室の改善）

・個々のナースの意見がトップに届かない（師長を通すので）

・若いスタッフに不安を持っている人が多い。

・ストレスマネジメントが必要であると考えている。

・医師との関係～3交替の看護師よりの報告（氷山の一角）を受け、患者との間で苦勞していると考えている。

・医師の決定権が強い。多くは診療科別となっているため、患者の受け入れに制限がある。中上級看護師が不足しているため、看護の“知”が伝えられていない。

・医事課の業務は看護師が行うのではなく、医事課職員に行ってほしい。（処置入力など）

・医療、看護面において医師との連携は各部署で任されていてできている部分も多いが、科により異なる。

・事務部門などは縦割りの流れがなかなか解消されず、依頼したいことも指示系統がわか

りにくいことが多い。

- ・医療制度の改革から急性期病院には、在院日数短縮、高度医療、患者・家族のニーズの高度化、DPCと医療の質と効率化が煩雑化、複雑化している。

- ・Bed数に合わせた看護師数では医療安全、看護師のバーンアウトと限界にあると思う。業務量、重傷度に合わせてナースの配置が必要と強く思う。

- ・看護必要度では病棟の煩雑さはデータとして出てこないのので、アメリカや他の先進国と同様にナースの配置について、検討が必要。

- ・一般的に医師の他職種との協働やマネジメントに対する関心が低く、医師の意識改革が重要だと思う。

- ・一般病棟の混合化が問題。病棟の区画整理と経験症例事例のファイル化、可視化。各病棟単位で症例を積んでいく。各病棟間の横のネットワークスが大事である。個の経験を病棟（部署）での経験として管理していけたら、良いと考える。

- ・介護保険訪問調査が入院中に行われる時が多々あるが、調査員の能力に差があり、すべてこちらの意見を聴取され、面談に30分ぐらいかかる。2人ぐらいの時は1時間かかる時があり、時間を取られてしまう。こちらのコスト性も全くなくもう少し調査員だけでできないのかと思う。それでなければ入院中はこちらで行い、要した調査書類にコストをつけて欲しいと思う。連携を広げていけばいく程、話し合いの時間をとられ、入院中の患者に対する時間、事務にかかる時間（記録）の調整が大変である。

- ・該当病棟の師長のキャラクター、仕事ぶりがスタッフに多大に影響する。（いいことも悪いことも）それをきちんと指導し修正がされていない。つぶれるスタッフもいること。

- ・環境、整備、患者管理、設備管理が不十分。

- ・中心が看護師で他職種のクッション“何でも屋的”専門性やりがい、キャリアアップを思うひまがない。

- ・シュガーナース教育で精神的に自分が不安定になる。

- ・看護業務の中で、専門性があるものとそうでないものを振り分けを行って、他職種も多く入ることが看護師の成長ややりがいにつながると思う。例）リンパマッサージなど、看護師が15～30分患者に毎日行う事は難かしく、ボランティアなどでもマッサージ師やアロマなど専門の方が病院に入ってきてもいいと思う。

- ・看護師の健康状態（インフルエンザ時など休むと人材不足になってしまうので。）

- ・看護師の人員確保。高齢者認知症に対する理解と援助提供、スキルの獲得。看護師としての判断と援助提供上での看護師としての意思決定。

- ・看護師の定着化

- ・看護師の社会的認知度の低さ（看護師の看護そのものが評価されにくい）

- ・看護師自身が現状の問題を問題だととらえ、自分達のおかれている現状を客観点データとして裏付けて、医療のありかたを（看護師の立場から）構築しなおすことのできる力

を持つこと。そのために現場の管理者の能力向上をはかることや研究機関との協力が大変重要だと思う。

- ・看護師職員の人員配置（不足）、短時間勤務者：3人、夜勤できない看護師：4人が7：1の中に含まれている。

- ・7：1看護の人員として上記条件で制限ある。

- ・看護必要度だけでは適正な看護量と質の計測をしているとは思えない。別の情報も加味した適正人員配置の検討が必要。データを集め分析し、職務満足度など研究にとりかかっている。

- ・看護必要度の測定が義務づけられているが（7:1）、現状の必要度と介護度と測定結果が一致されておらず、適正人員配置のデータとして活用できない。認知症であったり抗癌剤投与の患者へのケアの量や質を考えると必要度の項目、点数の見直しが必要。

- ・管理統計など数値を出したり、書類、カルテ整理等はクラークのできる仕事である。記録や申し送りはいつの時代でも改善といわれる項目ですが、解決はしないので看護業務としてあきらめ、それ以外で看護師が行わなくてもいい業務（事務処理、カルテ対応など）は、他職種と分担していきたい。また確認業務など人ではなく機械などが導入できるのならそれもとりに入れていきたい。内服確認や薬確認はぜひ薬剤師も協力して欲しいと思います。薬剤師は指導や医師へのコンサルト業務だと思われているようで、内服しているか内服の方法にはあまり興味がないようなので。休暇の調整。計画的休暇をとり、自分に余裕を持って仕事を続けてもらいたい。

- ・急性期 HP においては Bed の回転率をはからなくては救急患者さんを受け入れることが出来ず、外来から退院時のアウトカムをみずえて対応していかなければいけないが、急性期からリハビリ、在宅と移行する場合の先を見こした看護介入ケアがなかなかはかれない。

- ・患者の回復期の流れを経験出来ないスタッフが多く、予測が出来ない看護師が増えている。又、現状でもその教育が取りずらくなって来ている。

- ・急性期病院であることから緊急入院が多く、重症度の高い患者や認知症の患者の対応等、看護師の多重課題への対応は増える一方であり、患者の安全確保や安全に業務を行うことが難しくなっている。

- ・特に入院時は医師・看護師だけが関わり、情報を他職種に提供しているのが現状です。入院時から他職種と共に分担して関われるシステム作り等、行っていけると良いと思う。

- ・急性期病院に緩和ケア病棟が設立され、スタッフの人数はそろっているが、個々の看護の質に差がありすぎて指導することも十分にできない。又、指導する立場の者にとっても自分自身の業務で手一杯で指導するどころではない。時間外に行えばよいと思うけれど、プライベートの時間もけずられ、毎日仕事ばかりしているような状態が続いている。固定チームの集まりや看護研究、緩和ケア研究会への演題など、スタッフと共に行うことは沢山あり、不平不満が続いており、それぞれのストレスマネジメントを行うことの方が先決である。

- ・業務整理と後輩の育成。医師や他職種との連携。
- ・業務内容が多様化しているが、看護師の能力がそれに追いついていない（特に新人看護師は1年間は戦力にならない）。
- ・ナースプラクティショナーなどの育成も必要かと思いますが、まず今の業務を整理しないと中小病院では対応できない。
- ・各々の施設にまかせるのではなく、業務内容の統一化の必要性を考える。（業務拡大を図る前に、整理が必要かと思う）
- ・空床をフル活用して緊急入院を受け入れているので日々ベッドコントロールに追われている。スタッフもそこに注ぐエネルギー量が多大であるために疲弊感が蓄積している。子育て中のスタッフも多く、種々の制約の中で毎日事故なく過ごすことが精一杯であり、緊急入院受け入れ体制を検討すべきと考えている。
- ・計画的な看護師の採用がなく、いつも人手不足になっている。そのために専門的な資格を取得をするための長期研修にも参加させることができない。
- ・若いスタッフが少なくモチベーションが下がっている。
- ・現在の業務プロセスをみなおし、委譲できる部分は委譲していく必要がある。他職種（病棟薬剤師等）の業務プロセスもみなおす必要がある。又、自部署の中だけで教えるのではなく、各フロアや看護師全体で考える必要もある。"
- ・現在の病棟が違う階に分かれており、動きの効率が悪い。
- ・各自の能力に差があり、勤務表作成時、気を付けている。
- ・病棟から転棟された患者において、そのまま主治医が変わらず診られたり、緩和の医師に変わったりバラバラであり、チーム医療を行なう上で連携を取るのが難しい場合がある。入院申込が出てきても、退院調整が進まないのをお待たせすることがある。その間に状態悪化し、入院できないケースも多々あり。
- ・現在は病棟勤務ではないのですが、マネジメントの面からは他職種との共働については看護が主導で実践できるようなシステム構築が必要とされる。病棟においては新人があふれその教育に苦慮している。そのため中堅ナースが疲れ果てている。新人のメンタルケアはもちろんのこと、中堅ナースのメンタルヘルスケアにも力を入れていく必要がある。特に医療連携センターでは退院調整、看護師の能力開発が急務でそれと同時に現場のナースが急性期病院では患者を全人的にとらえマネジメントしていく力が今後1人1人のナースに求められていると思う。
- ・個々の看護師が目標を見据えて日々の業務を行える環境やシステム作りが必要。医師との関係で業務がスムーズにいかない。忙しさで余裕なく仕事を行っている。助手や薬剤師の活用を願う。
- ・高齢化に伴ない、現状の構置や看護体制では患者ケア・安全の視点で看護師がたりない。グループホーム等のように、Ptをみることができるように、たくさんの手が必要。又、構造的にHPは危険。（自立した人が生活する場である）

・医療の高度化に伴ない、ICU.CCU で管理する Pt を一般病床でみている。多職種の意識変化はないので NS ばかり忙しい。もっとチーム医療それぞれの専門性、責任、役割をみんなが理解すべき。NS 内ではできるところはすすめている。"

- ・高齢者の入院が多く、退院調整に時間を要する。
- ・主治医より退院許可がおりるのが遅く、入院期間が延びがちになるため退院調整が困難となる。
- ・高齢者が多く認知症が増え、専門の医師がいないため、看護師の負担（業務、精神的）が大きい、又、転倒が増えている。
- ・主治医は退院に向けて自分の考えを押しつけることがあり、家族の意見が通らずに家族の間に入り、困ることが多くなった。
- ・高齢者で看護をする人より介護する人の入院が増え、看護師がやりがい、達成感を感じることが減少し、離職を考える人が増えた。
- ・国家試験は受かっているが、能力的に低い看護師の指導。
- ・新人の時から 2 年・3 年とたっても、成長がない看護師の指導等、能力が不足している看護師が最近目立つ。
- ・能力は何を求めるかという最低限、観察力、患者全体像を把握し、自分が NS として何をすべきか判断できる力。
- ・採血業務を他職種へ委譲する
- ・在院日数短縮にむけては後方病院が明確でないため、社会的入院が多い。スタッフも夜勤回数も多く、常に欠員で離職防止の対策がない。
- ・新人看護師を多く受け入れるよりも、今いるスタッフの保留に力をいれるべきでは？育児時間など（パート・夜勤のみ NS）と働くシフトもさまざま。
- ・どのスタッフにも満足がいく人材活用ができていないため、病棟はため息が常に感じられ、さらに安全面のリスクは高くなり、高齢者の転倒など、あとをたちません。負のスパイラルをどう歯止めするのか、経営も大事、人も大事、患者・家族も大事と思える医療体制とは？日々疑問に感じる。せめてリリース体制が確立でき時間外の短縮が理想。
- ・師長や副師長を数年ずつで変えたらよいのと思う。役職につくと一生役職というのをやめてほしい。
- ・思いきった構成（病棟編成など）する時に管理していく立場の者がしっかりとした考え、筋道の通った説明や見解を、自信をもって言えないところがある。それは自分が管理というものをしっかり勉強できていないところに自信のなさがでてきている人だろうと思う。
- ・各病棟の科長が研修を集中的に学べる機会がほしい。
- ・事務作業から薬剤師のかかわる配薬まで看護師が全てしている。そのために業務が繁雑であり一日をきりもりするためのサービス残業が多い。ゆとりをもって患者にかかわれる時が欲しい。
- ・自分自身のマネジメント能力（まとめる力、スタッフを納得、理解させる言語力）が未

熟であること。人員配置が適正配置をどのようにするのか、評価するのか疑問。

・書類作成、メッセージ業務など看護師でなくてもできる業務が10年前と比べ増大している。看護の質保証、充実化のためにはこれらの事務作業の整理が必須ですが事務員は外部委託が進み、逆に業務範囲が限定されつつある。

・職種間の格差。

・人のローテーションがあまりなく、マンネリ化や若いスタッフ育成に影響があり、定期的なローテーションが必要だと考えている。

・また、2交代制の導入や、より専門性をもった患者指導等を行えるように、担当薬剤師による点滴・服薬管理なども必要である。また、休みの間隔が短いため、疲労蓄積しストレスにつながりやすい。

・人材育成、適切な人員配置。

・人材育成—領域看護の質が高まることを目的。

・人材不足と新人教育に対すること。

・教育のレベルの低さでおどろく。新人はやめないが、それを教える指導者が「疲れた」と言ってやめてしまう。

・洗面、食事介助、移乗、更衣、清拭など患者の療養上のケアを中心に力を注ぎたいが、現実には、医師の業務量増大、医師のマンパワー不足で現場は非常に大変である。医師の業務を看護師に、看護師の業務を補助者に移行できる部分も充分にあると思う。厚労省の検討委員会で医業々務分担が話し合われているように、看護師と補助者に関しても基準を示して欲しい。(全身状態が落ちついているがAOL上自力不可の患者の清拭は看護師の指導のもと、補助者が行なっているetc。)

・早期退院への調整。

・他部門、他職種との協力体制"

・他職種でよいことを看護師がひき受けてしまう。

・他職種との分業の区切ができず、昔からの慣習で未だに業務をしている。他職種が自分の部署の業務と分かっているにもかかわらず、人員不足などを理由に結局、数的に多い看護師に仕事がまわってくるようになる。看護師という職種の地位レベルが低いと思われるような風土。

・多職種とのカンファレンスの充実を図り、患者ケアにつなげる事を目標にしているが、夜7時以降でないとそれぞれの時間があわないことが多く、時間管理が難しい。

・退院調整における面で、家族背景等によってその過程に支障のある場合への対応が問題である→在院日数への関与、入院リピーター

・新人看護師に対する教育システムを導入した場合に、人員がもう少し余裕がある方が、病棟全体にゆとりあるケアが行える(人員不足)。(ローテーション研修導入における時期的人員不足)

・より個別性あるプライマリー力、マネジメント力の浸透"

地域とかその施設の特徴かも知れませんが、仕事に満足を得るための努力をしない NS が多い。自費研修には消極的な NS が増えてきた。

- ・中堅看護師の教育体制の整備。
- ・電子カルテの導入はしていないので、ペーパーカルテだと最近患者の同意が求められることが多く、書類、記録の量が年々増えている。時間外業務が増えた。
- ・電子カルテを導入した事で各部内の業務内容は少しずつ明確になり、看護師が関与していたことも他職種に代替できるようにはなりつつある。しかし、人員の問題があり、どうしても分割化できない。業務量が増えることにより人員の増員が求められるがこの辺が難しいところだと思う。
- ・認知症患者の転倒・転落予防対策に限界を感じる。
- ・諸策を講じてもおこってしまうため、スタッフのモチベーションが下がってしまう。"配茶・内服薬整理等、まだ他職種に移せる業務があるが整理、協力依頼が行えていない。配膳配茶などが看護師業務になっている（深夜）。配薬、点滴などの混在などが全て NS の業務になっている。看護助手の業務が看護のアシスタントとしての業務になっていない。NS の業務量が多く、時間外勤務が多くなっている。ローテーションが行なわれなくなり、他病棟との応援体制をする仕組みもない—現在病棟勤務ではないので感じるところでの問題です—認定 NS を育てる配慮はあるが認定 NS が専門的に活躍する場があるのは良い。反面病棟の NS は業務に忙しく、看護師としてのやりがい感を待つ事ができていない。
- ・配属希望が少なく（新卒は別）定着率が悪い。忙しさ、人間関係、有給消化率、複雑になりつつある先端医療等、後追いになりかかっている現状がさらに悪循環を生んでいるのでは。
- ・病床数の消滅に伴い看護師の人員も減り、職員同士のチーム活動、患者との関わりの減少がある。
- ・勤務帯での疲労が大きい。
- ・補助者がいない為、看護師が本来の業務に専念できない。
- ・対象者に病棟外の人がいると結果が変わってくると思います。
- ・看護を語り、看護の喜びを感じる、その様にさせてあげたいが、残業続きで不可能に近い。7:1 でも多数の看護師ではないので有休も取れない。7:1 に見合った看護要員ではない。
- ・薬剤業務や書類の取り扱い、医師と患者の連絡など看護師として実施する必要がない多くの業務を代行している。それぞれの役割を各部署で担って欲しい。
- ・必要度や安全褥創管理といった点で記録物が多くなっており、人員は増えても患者と接する時間は増えない現状がある。
- ・理想と現実がかけはなれすぎている。人員確保が安定した仕事、また家庭とのバランス調整に不可欠。フレックスタイムなどあるといい。

看護師と医師の関係性に関する検討

1. 要旨

近年、我が国ではチーム医療を促進する動きや看護師の職務拡大の必要性等が議論されている。本研究では、現在の看護師—医師関係を把握し、1999年との比較を行い、医師—看護師ゲームの実態を検討した。

方法は、1999年に実施された看護師—医師関係の調査と同様の質問紙を用いて、急性期病床を有する62病院のスタッフ看護師を対象に、任意で回答を求め、郵送による匿名式の返送を依頼した。

その結果、医師との専門的な関係に関して満足している割合や医師をパートナーとして互いに認識する割合は増加してきており、変化が認められていた。しかし、医師の看護師の判断に対する尊重ではこの10年で違いは認められておらず、また医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的かということに対し、現実的と捉えるのは約6割にとどまり、1999年と比較し1割以上の減少が認められた。2010年現在も、看護師と医師の専門的な関係性の構築に向けて課題は多く残されていることが明らかとなった。

2. 背景と目的

1967年、米国では「医師—看護師ゲーム」という概念が唱えられた。これは、「医師は看護師よりも優位な地位にある」という伝統的な階層の認識を前提とした上で、この構造を壊さないようにふるまう両職種の関係性をゲームとして捉えた概念である。米国では、1990年に、看護師の自律性の高まりをうけ、このゲームは終わりをづけ、医師と看護師の関係は大きく変わったことが報告されている。

我が国でも、1990年、1999年に、米国の「医師—看護師ゲーム」の検討のために使用された同様の調査票を用いて、両関係性についての検討が行われている¹⁾。我が国の1990年の調査では医師—看護師ゲームは継続中であり、1999年も大きな変化は認められていない。近年、我が国ではチーム医療を促進する動きや看護師の職務拡大の必要性等が議論されている。そこで、本研究では、現在の看護師—医師関係を把握し、1999年との比較を行

い、医師—看護師ゲームの実態を検討することを目的とした。

3. 研究方法

急性期病床を有する、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 病院の看護職スタッフを対象とした。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職が任意で郵送により匿名性で返却する形式とした。

医師—看護師ゲームの項目は、年次による比較を考慮し、米国の看護雑誌「Nursing90」で実施された看護師—医師関係のアンケート調査と同じ形式で、1990 年、1999 年に我が国で使用されたものと同様のものを用いた¹。医師—看護師ゲームについて尋ねる項目は 21 項目から構成されている。得られた回答については、記述統計を行うとともに、1999 年に実施された調査データからスタッフ看護師の回答を抽出し、そのデータと比較を行った²。

4. 結果

分析対象は、1999 年はスタッフ看護師 485 名とした。2010 年は、スタッフ看護師 6578 名から回答を得、分析対象とした。

1) 対象者の属性

平均臨床経験年数は、2010 年は 10.8 ± 8.5 年（平均値 \pm 標準偏差、以下同様）であり、1999 年は 10.7 ± 6.1 年であった。対象者の勤務する病院の病床数、病棟については表 2、表 3 に示した。

表 2 病床数

	2010年		1999年	
	度数	%	度数	%
125床以下	269	4.2	65	13.7
125-250床以下	1728	27.1	110	23.1
251-399床	1951	30.6	141	29.6
400床以上	2423	38.0	160	33.6

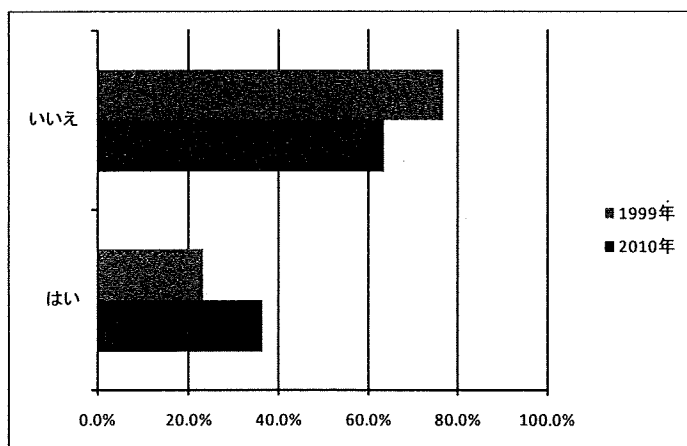
表3 病棟

	2010年		1999年	
	度数	%	度数	%
内科系病棟	1840	28.2	152	34.4
外科系病棟	1760	27.0	126	28.5
手術部	364	5.6	25	5.7
産婦人科病棟	311	4.8	16	3.6
小児科病棟	161	2.5	10	2.3
ICU	225	3.4	12	2.7
管理部門	10	0.2	3	0.7
救急部	116	1.8	0	0.0
その他	1739	26.6	98	22.2

2) 2010年と1999年の比較

(1) 医師との専門的な関係に満足していますか

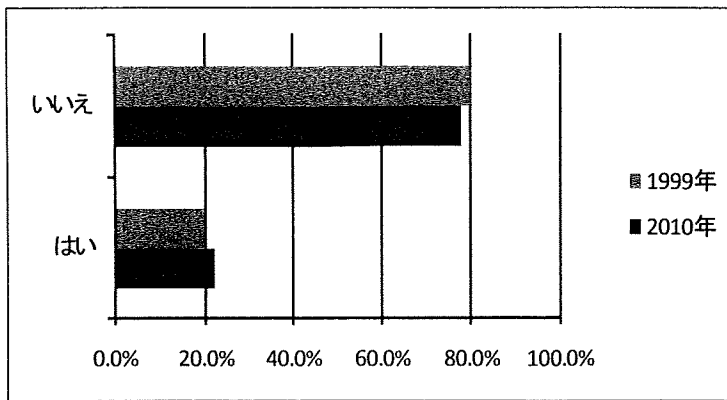
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	2339	4077	p<0.001
	%	36.5%	63.5%	
1999年	度数	110	362	
	%	23.3%	76.7%	



医師との専門的な関係について、1999年と2010年では有意差が認められており (p<0.001)、2010年の方がその関係に満足している割合が高かった。

(2) 看護師としてあなたがすることをほとんどの医師が理解していると思いますか？

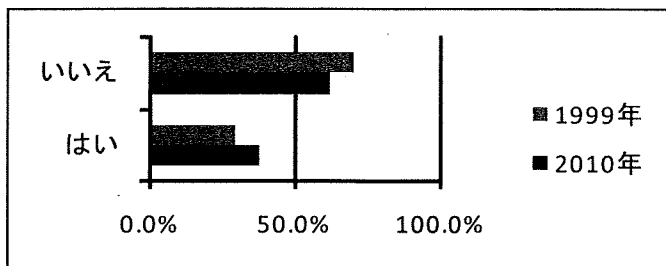
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	1446	5068	n.s
	%	22.2%	77.8%	
1999年	度数	96	385	
	%	20.0%	80.0%	



医師からの理解についての認識は、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(3) 過去に専門家に対して、ふさわしくない態度で、医師があなたに何か話しかけたことがありますか？

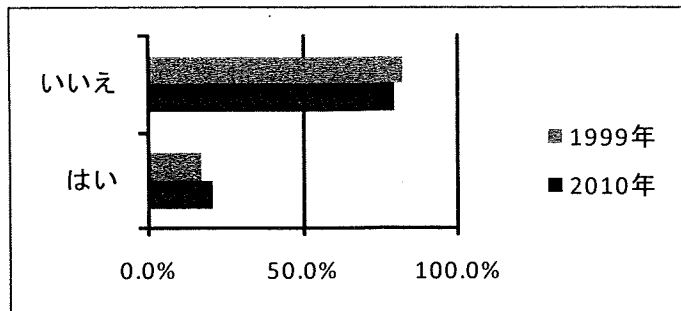
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	2274	3719	p<0.005
	%	37.9%	62.1%	
1999年	度数	125	298	
	%	29.6%	70.4%	



医師の看護師に対する態度について、1999年と2010年の比較で有意差があり(p<0.005)、ふさわしくないと認識している割合は2010年度の方が高かった。

(4) あなたの患者のケアや処置について、医師はいつもあなたに相談しますか？

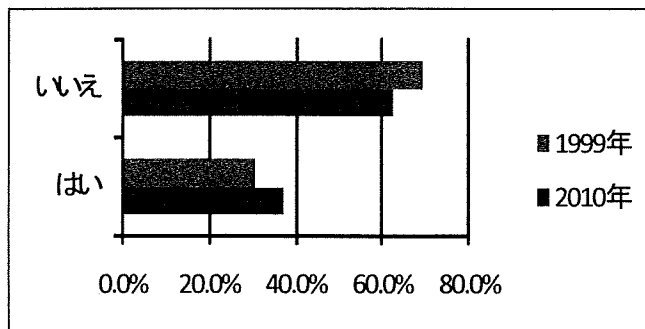
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	1101	4282	n.s
	%	20.5%	79.5%	
1999年	度数	80	383	
	%	17.3%	82.7%	



看護師が行うケアや処置についての医師への相談は、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(5) 医師はいつもあなたの看護記録を読みますか？

		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	1930	3246	p<0.005
	%	37.3%	62.7%	
1999年	度数	145	327	
	%	30.7%	69.3%	



医師が看護記録をいつも読む割合は、1999年と2010年の比較で有意差が認められ (P<0.005)、1999年より2010年の方が高かった。

(6) 患者の問題について、医師を呼ぶ前には師長に相談しますか？

		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3071	2709	p<0.001
	%	53.1%	46.9%	
1999年	度数	168	315	
	%	34.8%	65.2%	