

## 看護実践における時間のかけ方の必要性と実際

森木妙子\* 橋本和子\*\* 門田美千代\*\* 豊田澄子\*\*

\*高知大学医学部看護学科 〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮  
\*\*福山平成大学看護学部 〒720-0001 広島県福山市御幸町上岩成正戸117-1

### Need and Practice of The Time Take to Nursing Practice

\*Taeko MORIKI

\*\*Kazuko HASHIMOTO

\*\*Mitiyo KADOTA

\*\*Sumiko TOYOTA

\*Department of Nursing Kochi University School of Medicine Kohasu, Oko, Nankoku, Kochi,  
(〒783-8505) Japan

\*\*Faculty of Nursing Fukuyama Heisei University 117-1 Shoto, Kamiwanari, Miyukicho, Fukuyama  
Hiroshima (〒720-0001) Japan

#### 要約

本研究は、看護師が看護過程のどの部分にどの程度時間をかければ良いのかを明らかにし、時間のかけ方について検討し有益な看護サービスを提供する為の示唆を得ることが目的である。高知県内の552名の看護師を対象に質問紙による量的研究を行なった。

その結果、看護過程の展開に必要なだと考える時間が実際にはかけられていなかった。しかし診療の介助やその他の業務には必要以上に時間がかけられていた。

結論として、看護師は看護過程の中の診断計画と評価の部分に必要な時間をかける必要がある。実施の部分では家族支援・教育指導・心理的支援に必要な時間をかける必要がある。

#### Abstract

Objectives : Elucidates need and practice of the time take to nursing practice

Methods : Sheets of questions answered by 552 nurses

Results : The time take to Nursing process was not statistically spend more practice than need. but The time take to medical treatment assistant and other service were spend than need.

Conclusions : it is necessary that nurse takes to practice planning and evaluation in nursing process. especially The time take to family support and education, psychological support were essential.

キーワード : 看護過程、時間、必要性、実際

Key words : Nursing process、time、need、practice

### I. はじめに

看護も人間の生命にかかわる社会貢献度の高い人間的・倫理的な行為であるが、それとともに経済活動の中のサービス業の1つである。サービスは対価と一対で、患者は当然、支払ったお金に見合うサービスを求めている。期待したものと同程度あるいはそれ以上の医療サービスが提供されないと、多くの患者はサービスに満足しない。消費者としての権利意識が拡大され、それに伴って大きな患者の声となりサービスの質が問われている時代である。そこで看護におけるケアの適切性を考えたとき、患者の満足や安心が得られるサービスを行うには、看護過程を展開する際に看護力を必要とするケアに時間を費やしていくことが重要である。その必要なところに労力を使うためには、どのような時間のかけ方が必要なのだろうか。看護過程の展開の中で、時間の使い方は看護師によってばらつきがあり、個々の看護観や専門性・経験など様々な因子によって影響されていると考えられる。例えば無難に日常の看護業務をこなすことで時間を使ってしまうたり、1つのケアに時間をかけすぎ他のケアを犠牲にするなどアンバランスが生じ、時間配分もサービスの質にもばらつきが生じることが考えられる。

無駄はない多忙な業務を抱える状況で、看護サービスを提供しなければならない臨床現場であるからこそ、時間配分を考えて看護過程の展開をすることが重要であると考え。そこで看護師は看護過程のどの部分に時間をかけるべきか見出す必要があると考えこの研究に取り組んだ。

### II. 研究目的

看護師が看護過程のどの部分にどの程度時間をかければ良いのかを明らかにする為に、時間のかけ方について検討し、有益な看護サービスを提供する為の示唆を得る。

### III. リサーチクエスチョン

1. 看護師は、看護過程のどの部分にどの程度時間をかける必要があると考えているのかを明らかにする。
2. 看護師は看護過程のどの部分にどの程度時間をかけているのか、現状を明らかにする。

### IV. 研究の枠組み

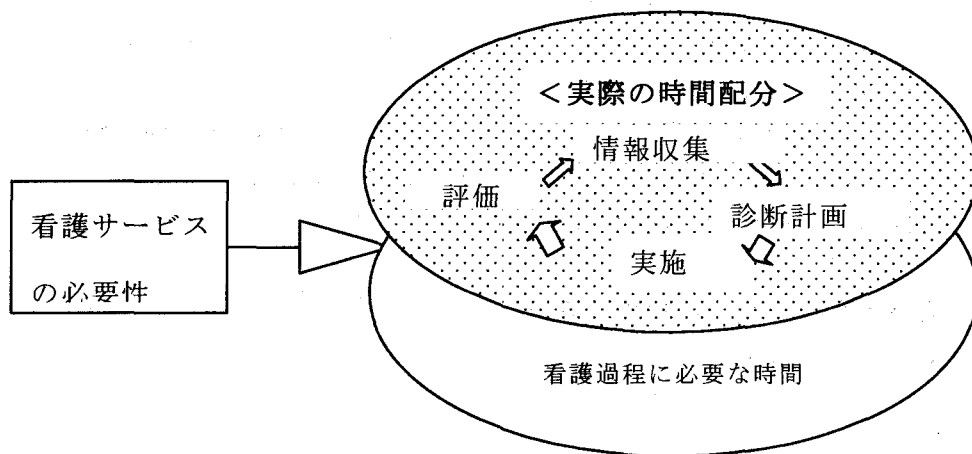


図1 要因図

## V. 研究方法

### 1. 研究デザイン：質問紙による量的研究

### 2. 調査対象病院と対象者

高知県内の一般病床数が300床以上で、看護職員配置が10:1以上の急性期病院4施設を対象とした。その内訳は公立病院2施設と特定医療法人2施設(日本医療機能評価機構認定病院)の、全体で552名を対象者とした。

### 3. データ収集方法

#### 1) 時間のかけ方の質問紙調査項目の作成

既存<sup>1)</sup>の看護業務量調査による看護業務コードに基づいて、看護過程において実施する看護行為の手段を分類した。つまり患者に投下される時間を客観的に把握する為のツールとして、看護業務量調査における業務コードがあり、平成9年に開発された看護業務分類362コードの中で、患者に多く提供されている看護業務内容も考慮し、項目を選択して中項目にまとめた。看護過程の5段階に研究者独自で分類する際、診断・計画は思考過程において一連の流れの中で展開される為、時間のかけ方を質問する際、重複を避けて区分をせず、診断計画で一つの段階とし、看護過程の分類を4段階に修正した。看護過程の4段階に分類した項目の時間のかけ方を、必要性和実際について質問した。

#### 2) 尺度

間隔尺度として、5段階評定法を用いた。測定時は回答者がより正確に答えやすいようにするために、5段階尺度を+2(かなりそう思う)、+1(わりとそう思う)、0(どちらでもない)、-1(あまりそう思わない)、-2(ほとんどそう思わない)とした。

分析時は、測定尺度を数量化するために5点(かなりそう思う)、4点(わりとそう思う)、3点(どちらでもない)、2点(あまりそう思わない)、1点(ほとんどそう思わない)の分析尺度に変換した。中間点(どちらでもない)は3点とした。

### 4. 倫理的配慮

1) 病院の看護部に研究の目的・意義・方法について述べた依頼書と質問紙を手渡し、口頭で説明し、研究協力の承諾を得た。

2) 質問紙調査への協力の有無は対象者個人の自由意志であり、参加辞退による不利益を被らないことを紙面上で説明し、保証した。

3) 対象者には、紙面上で研究の主旨を説明し、同意を得た。

4) 質問紙への回答・返送は無記名で、各対象者個人で返信用封筒に封をして、病棟に設置した専用封筒に入れてもらった。(病棟留め置き法)定期的に(1週間毎)に回収に向いた。

5) 得られたデータは研究目的以外に使用せず、データは統計的に処理し、病院や個人のプライバシーを保護した。

### 5. 分析方法

1) 看護過程の中での時間のかけ方の必要性的平均と標準偏差(SD)

2) 看護過程の中での時間のかけ方の実際的平均と標準偏差(SD)

3) 看護過程の中での時間のかけ方の必要性和実際の平均と分散の差の検定

① 必要性和実際の看護過程の比較

② 各項目間の時間のかけ方の必要性和実際の違い

③設置主体による時間のかけ方の違い

F検定とt検定(対応なし)を使い実施する。ただしF検定については、leveneの検定を使用する。

④経験年数による時間のかけ方の違いの検定

一元配置分散分析を用い実施する。

## VI. 結果

### 1. アンケート回収結果

552名のうち449名から回答があり(回収率81.3%)、回答に不備のあるものを除いた434名を有効回答(78.6%)とした。

### 2. 対象者の特徴

#### 1) 看護師としての経験年数

平均経験年数は14年であり、初心者(経験1年未満)は28名(6.5%)、新人(経験1年)は30名(6.9%)、一人前(経験2~4年)は57名(13.2%)、中堅(経験5~9年)は80名(18.5%)、ベテラン10年以上(経験10~19年)は111名(25.7%)、ベテラン20年以上は126名(29.2%)であった。

#### 2) 職位

スタッフは377名(86.9%)、主任・副師長は37名(8.5%)、師長は20名(4.6%)であった。

### 3. 調査項目の信頼性・妥当性

調査項目の信頼性確認のために、クロンバック $\alpha$ 係数を計算し、必要性の29項目は $\alpha = 0.8842$ 、実際の29項目は $\alpha = 0.8741$ であった。

また調査項目の妥当性の分析のために因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行い、その結果、必要性および実際の調査項目ともに6つの因子が抽出され、29項目は6つの因子の構成要素として位置づけられていた。累積寄与率は必要性が47.78%、実際が43.92%であった。以上の結果より29の調査項目は信頼性・妥当性があると判断した。

### 4. 看護師の時間のかけ方の特徴

#### 1) 看護過程の時間のかけ方(必要性と実際)の平均と標準偏差

##### (1) 看護過程の必要性

必要性の平均値が4.0以上の看護過程は、生活援助・指導・精神面援助が平均4.35(SD 0.70)、診断計画が平均4.14(SD 0.70)、情報収集が平均4.09(SD 0.76)、評価が平均4.03(SD 0.78)である。診療の介助は、平均が3.45(SD 0.95)である。平均が3.0以下は、その他の業務であり、平均2.84(SD 1.02)であった。ばらつきが大きかったのは、診療の介助とその他の業務であった。

##### (2) 看護過程の実際

実際の平均値はすべて4.0未満であり、最も高かった段階は診療の介助(平均3.85(SD 0.86))であった。続いて生活援助・指導・精神面援助が平均3.56(SD 0.90)であった。平均が3.5以下の段階は、情報収集が平均3.42(SD 0.95)、その他の業務が平均3.44(SD 0.99)、診断計画が平均3.01(SD 1.00)であった。平均が3.0未満の段階は、評価で平均2.92(SD 1.04)であった。

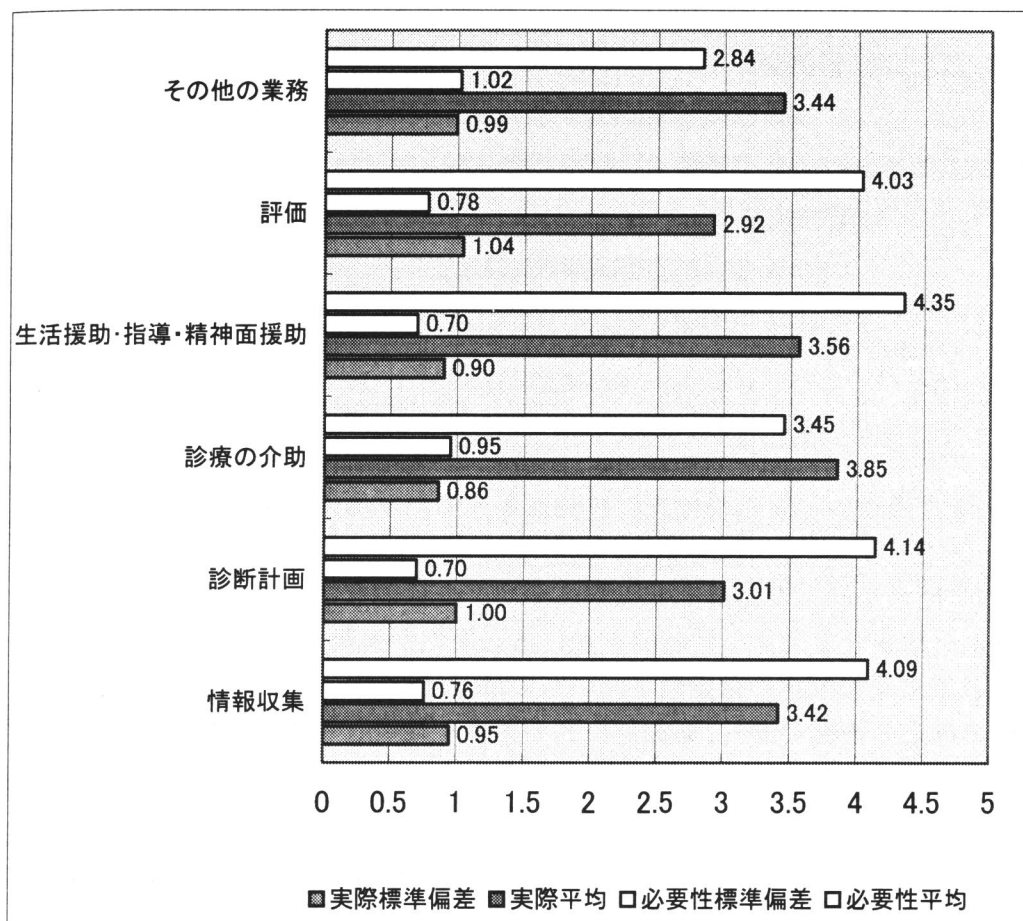


図2 看護過程の時間のかけ方（必要性と実際）の平均と標準偏差

2) 看護過程の必要性と実際の時間のかけ方の平均と分散の差の比較分析

表1の数値は、必要性について、看護過程の各段階の2項目間の平均と分散の差の検定結果を、不等号とF検定及びt検定と有意水準の記号を用いて示す。Fの記号のない項目の分散は等分散である。不等号の開いている方が、平均が大きく分散が小さいことを示す。

時間のかけ方の必要性と実際のギャップはどの過程においても有意な差があった。ただし診療の介助とその他の業務は、必要性に比べて実際に時間がかかるという差であり、それ以外は必要性が実際に比べて高かった。図3より、必要性と実際の平均の差が1.0を超えたのは、診断計画(差1.13)と評価(差1.11)であった。

表1 必要性と実際の看護過程の平均と分散の違い

		必要性	有意差	実際
情報収集	平均(SD)	4.09(0.76)	>***t	3.42(0.95)
診断計画	平均(SD)	4.14(0.70)	>***F・t	3.01(1.00)
生活援助・指導・精神面援助	平均(SD)	4.35(0.70)	>***F・t	3.56(0.90)
診療の介助	平均(SD)	3.45(0.95)	<***t	3.85(0.86)
評価	平均(SD)	4.03(0.78)	>***F・t	2.92(1.04)
その他の業務	平均(SD)	2.84(1.02)	<***t	3.44(0.99)

\*\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

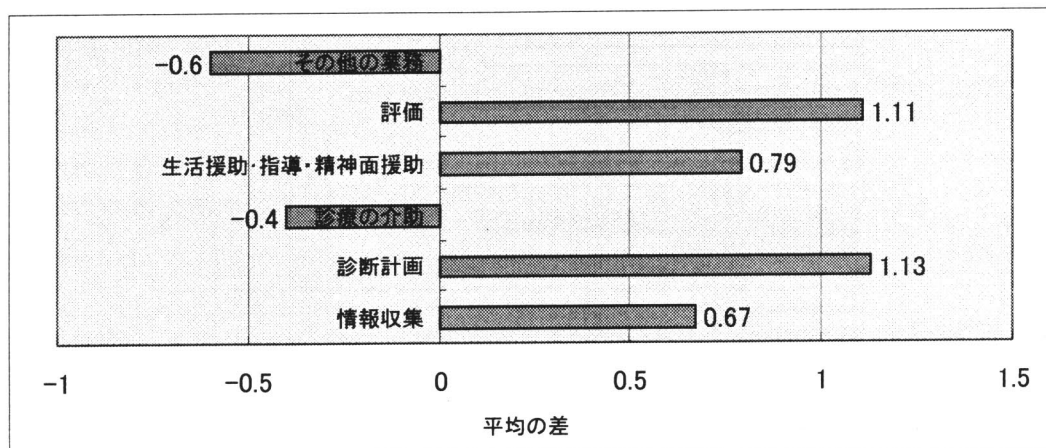


図3 看護過程の時間のかけ方の必要性と実際の平均の差

3) 情報収集の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

(1)表2のように、情報収集はすべて時間をかける必要性が実際よりも高い。

図4より平均の差が最も大きく必要性が高いものは、回診やムンテラ時の説明内容の把握や患者・家族の反応の把握であり、第2がコ・メディカル職員との情報交換・共有であった。第3がカンファレンスなどの情報交換・共有であった。

表2 情報収集の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

項目		必要性	有意差	実際
カンファレンスなどの情報交換・共有	平均 (SD)	4.02 (0.72)	>*** F・t	3.28 (0.91)
患者・家族からのニーズや直接の訴えの把握	平均 (SD)	4.34 (0.61)	>*** F・t	3.72 (0.80)
回診やムンテラ時の説明内容の把握や患者・家族の反応の把握	平均 (SD)	4.24 (0.70)	>*** F・t	3.27 (0.93)
バイタルサインなどの身体状況の観察	平均 (SD)	4.22 (0.67)	>*** F・t	4.00 (0.70)
コ・メディカル職員との情報交換・共有	平均 (SD)	3.63 (0.85)	>*** t	2.82 (0.94)

\*\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

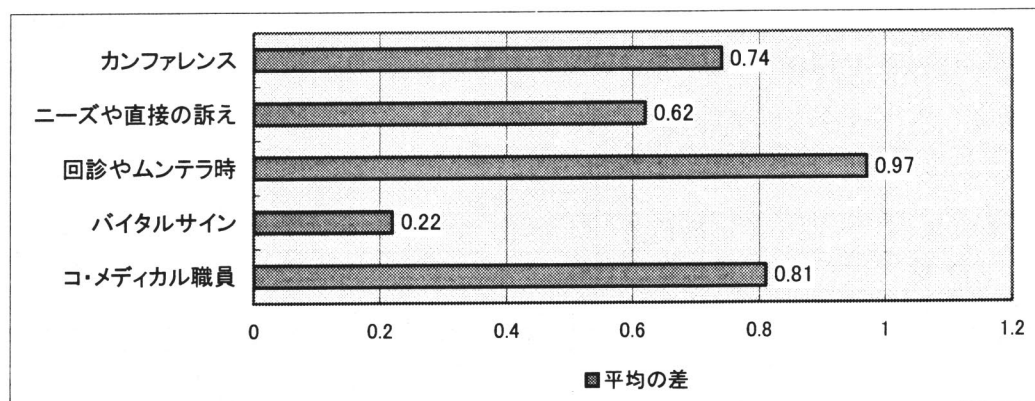


図4 情報収集の時間のかけ方の必要性と実際の平均の差

(2) 設置主体による時間のかけ方の違い

情報収集において法人は、カンファレンス、回診やムンテラ時の説明内容の把握や患者・家族の反応の把握、そして特にコ・メディカル職員との情報交換・共有に時間をかけていた。コ・メディカル職員との情報交換・共有は必要性においても法人が有意に高かった。それに対し公立は、患者・家族からのニーズや直接の訴えの把握に時間をかけていた。

表3 設置主体による時間のかけ方の違い (実際)

項目		法人	有意差	公立
カンファレンス	平均 (SD)	3.40 (0.86)	>* t	3.19 (0.94)
ニーズや直接の訴えの把握	平均 (SD)	3.60 (0.84)	<* F・t	3.80 (0.76)
回診やムンテラ時・・・	平均 (SD)	3.41 (0.92)	>* t	3.18 (0.93)
コ・メディカル職員との情報交換・共有	平均 (SD)	3.17 (0.82)	>***F・t	2.57 (0.94)

\* : p<0.05 \*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

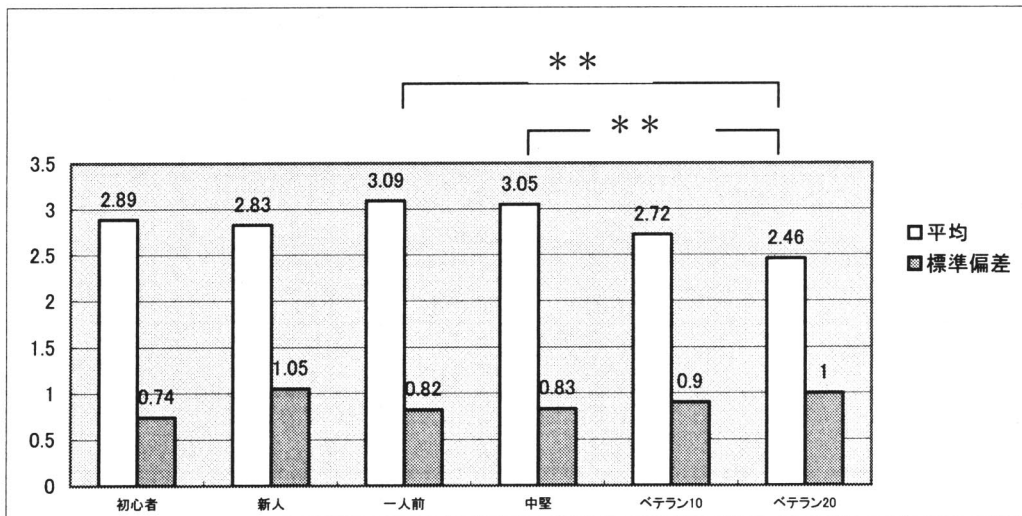
表4 設置主体による時間のかけ方の違い (必要性)

項目		法人	有意差	公立
コ・メディカル職員との情報交換・共有	平均 (SD)	3.81 (0.74)	>*** F・t	3.50 (0.89)

\*\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

(3) 経験年数によるコ・メディカル職員との情報交換・共有への時間のかけ方の違い (一元配置分散分析)・・・管理職を除く

経験年数により、コ・メディカル職員との情報交換・共有に有意差があった。その差はベテラン 20 年以上と一人前の間と、ベテラン 20 年以上と中堅の間にあり、ベテランが低く一人前・中堅のほうが高かった。



\*\*\* : p<0.01

図5 コ・メディカル職員との情報交換・共有への時間のかけ方の違い (経験年数別)

4) 診断計画の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

表5のように診断・計画は、2項目共に時間をかける必要性が実際よりも高かった。図6より、ケア計画を患者・家族と一緒にこなう必要性と実際の平均の差は、1.36であり、計画立案の為の話し合いは0.89であった。

表5 診断計画の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

項目		必要性	有意差	実際
診断・計画立案の為の話し合い	平均 (SD)	4.16 (0.65)	> ** F・t	3.27 (0.95)
ケア計画の共有を患者・家族と一緒にこなう	平均 (SD)	4.12 (0.75)	> ** F・t	2.76 (1.00)

\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

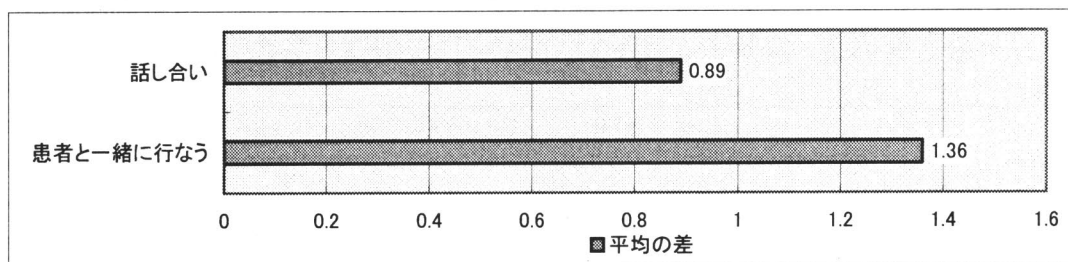


図6 診断計画の時間のかけ方の必要性と実際の平均の差

5) 実施の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

表6のように実施の項目の中で、診療の介助の2項目は必要性に比べ実際の時間のかけ方が高い。生活援助・指導・精神面の援助の項目はすべて時間をかける必要性が実際よりも高い。図7より最も平均の差が大きく必要性が高いのは、第1が家族への支援であり、第2が患者の心理的支援、第3が患者への教育・指導であった。

表6 実施の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

項目		必要性	有意差	実際
医師の補助業務	平均 (SD)	3.16 (0.91)	< ** t	3.72 (0.90)
与薬	平均 (SD)	3.74 (0.89)	< ** F・t	3.97 (0.79)
患者や家族とのコミュニケーション	平均 (SD)	4.31 (0.65)	> ** F・t	3.51 (0.92)
患者の日常生活援助	平均 (SD)	4.30 (0.68)	> ** F・t	3.83 (0.84)
患者の苦痛の緩和や心身の安楽へのあらゆる援助	平均 (SD)	4.52 (0.66)	> ** t	3.90 (0.82)
患者の心理的支援	平均 (SD)	4.40 (0.70)	> ** F・t	3.45 (0.91)
患者への教育・指導	平均 (SD)	4.27 (0.73)	> ** F・t	3.41 (0.83)
家族への支援	平均 (SD)	4.27 (0.73)	> ** F・t	3.25 (0.91)

\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差



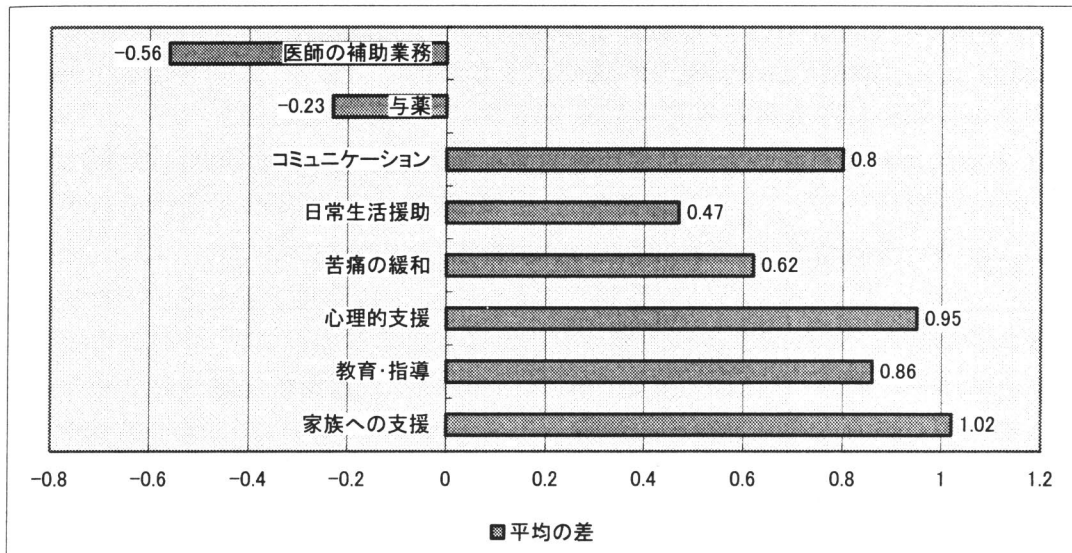


図 7 実施の時間のかけ方の必要性和実際の平均の差

6) 評価の時間のかけ方の必要性和実際の平均と分散の違い

表 7 のように評価は、2 項目共に時間をかける必要性和実際よりも高い。

図 8 より、評価を患者・家族と一緒にいる必要性和実際の平均の差は、1.38 であり、評価の為の話し合いは 0.85 であった。

表 7 評価の時間のかけ方の必要性和実際の平均と分散の違い

項目		必要性	有意差	実際
評価の為の話し合い	平均	4.09	> **	3.24
	(SD)	(0.71)	F・t	(0.91)
評価を患者・家族と一緒にいる	平均	3.97	> **	2.59
	(SD)	(0.84)	F・t	(1.06)

\*\* : p<0.01 F : 分散の差 t : 平均の差

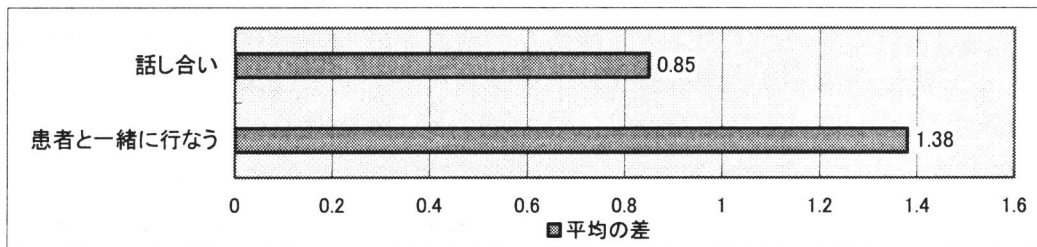


図 8 評価の時間のかけ方の必要性和実際の平均の差

7) その他の業務の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

その他の業務は、必要性に比べ実際の時間のかけ方が高い。

表8 その他の業務の時間のかけ方の必要性と実際の平均と分散の違い

項目		必要性	有意差	実際
看護記録の記載	平均 (SD)	3.07 (0.93)	< ** t	3.38 (0.89)
伝票類の記入・処理	平均 (SD)	2.42 (0.95)	< ** t	3.17 (0.98)
入退院の事務手続き	平均 (SD)	2.33 (0.98)	< ** t	3.19 (1.04)
患者の移送	平均 (SD)	2.92 (0.96)	< ** t	3.63 (0.94)
連絡指示調整	平均 (SD)	3.51 (0.95)	< ** t	3.96 (0.79)
病棟内転床	平均 (SD)	2.70 (0.94)	< ** t	3.38 (0.98)
委員会などの会議	平均 (SD)	3.11 (0.95)	< ** t	3.75 (0.91)
医療材料の在庫管理	平均 (SD)	2.67 (0.99)	< ** t	3.08 (0.99)

\*\* : p<0.01 t : 平均の差

Ⅶ. 考察

全体として看護実践における時間のかけ方の傾向は、看護過程の展開に時間をかける必要性は高い結果が出ているが、実際は必要性の高い部分に時間がかけられず、診療の介助やその他の業務に時間がかけられていることがわかった。特に必要性と実際の差が大きかったのは、診断計画と評価の時間のかけ方であった。

1. 情報収集の部分

各項目の内訳を見ると平均の差は、「ニーズや直接の訴えの把握」・「バイタルサインなどの身体状況の観察」は実際の平均も3.5以上で、個別で行動する部分には時間がかけられ、必要性と実際の平均の差が小さくなっている。それに対し「カンファレンス」・「回診やムンテラ時の情報の把握」・「コ・メディカル職員との情報交換・共有」など複数で時間をかける部分には、実際の平均が3.5以下で時間をかけられておらず、必要性と実際の平均の差が大きくなっていた。

情報収集において、ニーズや直接の訴えの把握やバイタルサインなどの身体状況の観察だけでは一部の情報しか捉えられず、部分的で情報の把握量も偏ると考えられる。変化する情報をトータルに収集する為には、回診やムンテラ時の患者の反応の把握を見逃してはいけないなど、いろいろな場面や機会を通して情報を得ることが重要であると考えられる。カンファレンスの活用やコ・メディカル職員との情報交換はチーム医療には欠かせないものである。林<sup>2)</sup>は「ウォーキングカンファレンスを導入し、ベッドサイドで患者を含め、情報交換や情報共有することで、患者の看護への参加が得られることとチームナーシングの強化に結びついた。」と述べている。このようにカンファレンスの方法を考え情報のとり方を工夫することで、得られる情報の内容が変化し、情報に広がりをもたせることができると考えられる。

表3より3項目の「カンファレンス」・「回診やムンテラ時の情報の把握」・「コ・メディカル職員との情報交換・共有」については設置主体による差がみられ、法人のほう時間がかけていた。その理由は調査対象の医療法人施設が日本医療機能評価機構認定病院であり、看護の適切な提供の為のケアプロセスと他職種との連携を重視しているからと考えられる。看護の適切な提供の為のケアプロセスとして「カンファレンス」・「回診やムンテラ時の情報の把握」・「コ・メディカル職員との情報交換・共有」に時間をかける必要性を認識し時間配分ができていたため、実際が伴っているのではないだろうか。表4よりコ・メディカル職員との情報交換・共有に時間をかける必要性も、法人が有意に高かった。看護師自身がチーム医療の必要性を感じなければ、実際の時間のかけ方は高くないと考えられる。

また経験年数によって、「コ・メディカル職員との情報交換・共有」の時間のかけ方に差があり、一人前・中堅がベテランの看護師に比べて高かった。一人前・中堅は看護業務の遂行に「コ・メディカル職員との情報交換・共有」を行い、連携を重視しているが、ベテラン看護師の他部門との連携の弱さが明らかとなり、今後ベテランがチーム医療をどのように考え業務を遂行するかが、連携の程度を左右すると思われる。連携をよくして、より早くそして幅広い情報を得ていくためには、多角的に情報を把握する方法を活用することが重要であり、「カンファレンス」・「回診やムンテラ時の情報の把握」・「コ・メディカル職員との情報交換・共有」に時間をかけることは不可欠であると考えられる。

## 2. 診断計画と評価の部分

必要性和実際のギャップが最も大きい看護過程の部分は、「診断計画」と「評価」の部分であった(表5、表7)。必要性的平均が4.0以上にもかかわらず、実際の平均が低く、看護過程の段階で最も時間がかけられていない部分であると考えられる。井形<sup>1)</sup>らの調査研究において、「心理的援助」と「日常生活動作の自立の維持、促進」の次に、今後充実させていきたい項目として「看護計画」が、挙がっていた。

必要性和が高く実際の時間のかけ方が低い理由は、第1に計画立案や評価に時間をかけるよりも、診療介助や生活援助、その他の業務等で優先されるものがあり、その忙しさも時間がかけられない理由の一つとして考えられる。

第2に一人で計画立案や評価することの難しさが理由と考えられる。当日の受け持ちの看護師個々に計画立案や評価が任される体制では、多忙な看護業務の中で後回しになり、評価しない状態が続いてしまう場合もある。看護師は他者と相談したり話し合うことで効率的に時間を使い、「診断計画」や「評価」ができる体制を望んでいるのではないだろうか。

第3に計画や評価を患者・家族と一緒に進めることに時間をかける必要性的平均が高いことは、看護師がサービスを提供する側の一方的な計画ではなく、ケアプランや指導計画を患者と共有することで、より効果的にする意識が高いからと考えられる。実際の時間のかけ方の平均が低いのは、入院診療計画書の中で患者に看護計画について説明しても、形式的なものに終わる時間のかけ方であることや、看護体制の問題から計画の共有や評価・修正を同じ看護師が継続的に進める時間がない等の理由が考えられる。市場<sup>3)</sup>は、「看護計画の共有は、看護におけるインフォームドコンセントの一手段である。看護婦からの一方的な計画ではなく患者自身がどう頑張ればいいのか、看護婦が自分に何をしてくれるかが明確になる。」と述べ、患者と看護計画の共有を進めることにメリットがあることを示している。やはり患者・家族の意見を尊重する為には、患者に納得のいく看護計画とその根

拠の説明を実施していかなければならない。そのためには、入院当初の初期計画の説明に納得してもらうとか部分的なかかわりではなく、同じ受け持ちナースが患者と看護実践の時間を日々重ねて共有することで、そのプロセスの中で徐々に計画の共有や評価修正が患者とともに出来、患者の意見や希望が活かされて満足のいくケアに近づけ、意味をもたせることこそ、計画立案や評価することに時間をかける意義があると考ええる。

以上のことから、診断計画、評価の部分は看護過程の中で最も時間を必要としている部分と考えられる。特に患者とケア計画を共有する部分・患者と実施後の評価・修正を一緒に行なう部分は、必要性和実際の差が大きく時間をかけなければいけない所であると考えられる。

### 3. 実施の部分

「生活援助・指導・精神面援助」については必要性が最も高いが、実際の平均も3.5以上あり、生活援助・指導・精神面援助の時間をある程度確保できている環境にあると考えられる。そのため必要性和実際のギャップは看護計画や評価と比べると小さくなっていった(表1、図3)。表6より特に「日常生活援助」と「患者の苦痛の緩和や安楽への援助」には時間をかけており平均の差が小さく、直接的看護援助の中でも患者のニーズが高く時間を後にずらせない優先度が高い項目と捉えている。

逆に必要性和実際のギャップが大きい項目は「家族への支援」・「患者への心理的支援」・「患者への教育・指導」であり、これらは看護の専門的スキルを要する援助項目と考えられ、患者とのかかわりに時間がかかることから、十分な時間がとれていないのではないだろうか。井形<sup>1)</sup>らの調査研究で、充実させたい業務で最も多かったのは心理的援助であった。しかし家族への支援は充実させたい業務の中には入っていなかった。本研究では家族への支援に時間をかける必要性の平均が4.27で、ばらつきも0.73と実際に比べ小さい。必要性が高いということは、充実させたい業務としての認識が高まっている結果ではないかと考えられる。実際の時間のかけ方のばらつきは0.91であり、ばらつき大きさから考えられることは、看護師の中に家族支援に時間をかけている人もいるということが言えるのではないか。しかし必要性和実際の平均の差は1.02と実施項目の中で最も差が大きく、今後充実させる必要がある業務と考えられる。

家族への支援を始め、必要性和実際のギャップが大きかった患者への心理的支援と患者への教育・指導を含めた3項目は、今後時間をかけなければならない部分であると考えられる。

### 4. 実際に時間をかけている現状

#### 1) 診療の介助の部分

「医師の補助業務」に時間をかける必要性は平均が低いにもかかわらず、実際の平均は必要性を上回り多くの時間がかけられている(表6)。必要性和実際のギャップから言えることは、必要のない補助業務まで時間を使って実施しているという結果であり、削除できる時間があると解釈できる。

看護師が時間の使い方の効率性が最も悪いと評価した業務は、「指示受け・報告」「診察・治療介助」であった<sup>4)</sup>。「診察・治療介助」の理由として、回診に看護師の人手がとられ、ケアの中断を余儀なくされるなど、診療介助を優先せざるを得ない急性期病棟のジレンマがあり、医師との協働の問題やケアの時間とのギャップがあることや、患者に優先される医

療行為が重なることで、急を要しないケア（清潔援助など）に思うように時間が使えないといった状況があると考えられる。医師と話し合い看護師の補助なくできる体制を考え協力を得ることや、他の看護ケア行動と重ならないように時間の調整を行なっていくことが必要だと考えられる。

## 2) その他の業務

今回の研究でその他の業務として含めたものは、すべて必要以上に時間をかけており、時間の無駄が生じていると考えられる(表 8)。井形<sup>1)</sup>らによると、看護師が行っていた 362 の業務内容の中で 70%以上の発生率があった業務には「カーデックス、看護記録等」、「職員間の連絡」、「医師からの指示を受ける」、「入院カルテ整理等」が含まれていた。

実施時間を必要レベルにとどめる為に、かけすぎている時間のかけ方を検討して、看護師でなければできない本来の業務が犠牲にならないように、タイムマネジメントをしていかなければならないと考える。例えば、医師の指示受けや他部門との連絡調整は、看護師として必要な本来の業務である。しかしそれは看護師の忙しさを構成する要因になっていることも確かである。医師からの依頼や、言われた内容をすべて指示とみなし対応していないだろうか。本当に看護がしなければならない指示内容や連絡ばかりだろうか。連絡指示調整に振り回されない為には、その内容についてもう一度整理し、看護実践に必要な医師の指示内容と他部門との連絡のみにとどめる必要がある。連絡の業務内容は、他部門と関わるものが多い為、規定時間内に優先して行なわれる。そのため規定時間内の連絡業務の比率が大きくなり、看護師本来の業務が後へとずれてしまい、犠牲になっているのではないだろうか。診療報酬制度の仕組みは、他職種を雇うより、看護師を雇用することが病院の収入となる。角田<sup>5)</sup>は、看護師に周辺業務をさせることが、他職種を雇うより病院にとっては都合がよい実態を明らかにしている。そこで問題となるのは、看護師の労働力がその他の業務に投入される為、優先すべき看護サービスの提供に労働力を十分投入できず看護サービスの質が低下することである。サービスが低下しても情報の非対称性のために消費者はそれを判断することができない。

看護師がその他の業務をすることは、病院サイドでは都合が良くても、患者サイドから見れば有益な看護サービスからかけ離れ、患者に影響を及ぼすということを看護師自身が認識し、その他の業務への時間のかけ方を検討しなければならないと考える。

## Ⅶ. 結論

1. 看護実践における時間のかけ方の傾向は、看護過程の展開に時間をかける必要性は高い結果が出ているが、実際は必要性の高い部分に時間がかけられず、診療の介助やその他の業務に時間がかけられていることがわかった。特に必要性と実際の差が大きかったのは、診断計画と評価の時間のかけ方であった。
2. 情報収集では、個別で行動する部分には時間がかけられ、必要性と実際の平均の差が小さくなっているが、それに対し「カンファレンス」・「回診やムンテラ時の情報の把握」・「コ・メディカル職員との情報交換・共有」などチームで情報を共有する部分には、実際に時間をかけられておらず、必要性と実際の平均の差が大きくなっていた。特に設置主体による違いが顕著であり、法人立病院が有意に時間をかけており、公立の病院は必要性も実際も有意に低かった。

3. 診断計画、評価の部分は看護過程の中で最も時間を必要としている部分と考えられる。特に患者とケア計画を共有する部分・患者と実施後の評価・修正を一緒に行なう部分は、必要性和実際の差が大きく時間をかけなければいけない所であると考えられる。
4. 実施の部分では、「日常生活援助」と「患者の苦痛の緩和や安楽への援助」は直接的看護援助の中でも患者のニーズが高く時間を後にずらせない優先度が高い項目と捉えており、必要性が高いにも関わらず看護師は実施に時間をかけていた。  
しかし家族への支援に時間をかける必要性和実際の平均の差は 1.02 と実施項目の中で最も差が大きく、今後充実させる必要がある業務と考えられる。  
家族への支援を始め、必要性和実際のギャップが大きかった患者への心理的支援と患者への教育・指導を含めた 3 項目は、今後時間をかけなければならない部分であると考えられる。
5. 看護師は「医師の補助業務」に必要以上に時間をかけていた。必要のない補助業務の時間を明確にし、削除する必要があると考える。またその他の業務も必要以上に時間がかけられていたが、家族支援や患者への教育指導、心理的支援にかける時間を犠牲にまでも、必要性の低いその他の業務を優先する時間のかけ方に矛盾が生じている。

#### 引用・参考文献

- 1) 井形昭弘、筒井孝子他 (1999) : 看護必要度に関する調査研究、平成 10 年度厚生省保険局医療課委託事業、社団法人病院管理研究協会
- 2) 林志保他 (1997) : ウォーキングカンファレンスの導入と活用、医療、51 増、493
- 3) 市場美織他 (2001) : 患者と看護計画の共有を行なって、医療、55 増 3、702
- 4) 井上富美他 (2000) : 看護業務に対する時間の活用と満足感に対する評価、日本看護学会論文集第 32 回看護管理、79~81
- 5) 角田由佳 (2002) : なぜ他職種の業務も背負い込むのか、看護管理、12(5)、388~393
- 6) 金井 Pak 雅子 (2003) : 看護経済学：理論と実践の接点、日本看護管理学会誌、6(2)、6~11
- 7) Yeo-Shin Hong (2002) : 21 世紀における看護の継続教育：諸外国の例、大分看護科学研究、3(2)、41~47
- 8) 鎌倉輝美他 (2002) : ウォーキング記録導入への取り組みと評価、高知県立中央病院医学雑誌、29(2)、25~30
- 9) 坂本嗣郎 (2002) : ディズニーに学ぶ組織風土はこう作る、ナースビーンズ、4(7)、640~641
- 10) 石井孝宣他 (2003) : 第 9 回これからの医業経営の在り方に関する検討会、厚生労働省第 9 回これからの医業経営の在り方に関する検討会議録、1~18
- 11) 石堂不二江他 (2003) : 患者と看護師間での時間感覚の違い、共済医報、52 Suppl.、144
- 12) 安川文朗 (2003) : 社会にとっての看護の価値を問い続ける、看護管理、13(8)、612~614
- 13) 清水るみ子他 (2003) : 看護サービス・経営委員会の活動、看護展望、28(12)、39~43
- 14) 佐藤みさき他 (2003) : より早く患者様のベッドサイドへいくための一考察、自主的に情報収集を行なう方法、名寄市立病院医誌、11(1)、45~47
- 15) 對馬優子他 (2003) : 看護業務内容調査集計結果の報告、砂川市立病院医学雑誌、20(1)、85~91

- 16) 園山純香他 (2003) : 看護計画の充実をめざして、五島中央病院紀要、5、55~56
- 17) 三浦昇 (2003) : 病院経営からみた看護業務とコスト管理、看護部マネジメント、156、33~40
- 18) 角田由佳 (2002) : 「看護サービス」を経済学で捉えると、看護管理、12(4)、304~309、
- 19) 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編 (2002) : 医療制度改革の課題視点 ~解説・資料編~、株式会社ぎょうせい、62~86
- 20) Needieman J, et al (2002) : Nurse-staffing level and the quality of care in hospitals、New Engl J Med、346(22)、1715~1722
- 21) 厚生労働省 (2002) : 厚生労働白書(平成14年版)、ぎょうせい、304~308
- 22) 井上高正 (2002) : “モノの管理”とは何か、看護、54(10)、34~37
- 23) 桜井範枝他 (2002) : 物品管理に関する意識調査—SPD への理解を深めコスト意識を高めるために—、共済医報、51 Suppl.、130
- 24) 田出悦子他 (2001) : 看護計画の充実を目指す—監査表を活用して—、医療、55増3、692
- 25) 黒羽倫代 (2001) : 個別性のあるケアを目指したケアプランの再検討と評価、医療、55増3、694
- 26) 立花美幸 (2001) : 看護計画に活かすカンファレンス、医療、55増3、696
- 27) 平良恵美子他 (2001) : 看護計画の立案・実施・評価ができる—カンファレンスの定着を目指して—、医療、55増3、696
- 28) 河野薫他 (2001) : 患者中心の看護計画を立てるためのカンファレンスの検討、医療、55増3、694
- 29) 赤石千香子他 (2001) : 看護支援システムに標準看護計画を導入しての現状分析、赤穂市民病院誌、2、53~55
- 30) 小泉佐智子 (2001) : 診療材料の定数見直しと看護婦の経済性を養う、神奈川県立看護教育大学校看護管理学科集録、69~73
- 31) 宮内まゆみ (2001) : 時間外勤務短縮への取り組み、神奈川県立看護教育大学校看護管理学科集録、169~173
- 32) 阿曾洋子 (2001) : 看護過程・看護診断と臨床の場、看護展望、26(2)、168~172
- 33) 糸岡ムツ代 (2001) : 患者中心のケアの実践に向けて—カンファレンスの定着への取り組み、神奈川県立看護教育大学校看護管理学科集録、23~28
- 34) 河島晶子他 (2001) : プライマリー意識の向上—中間カンファレンスの活用、磐田市立総合病院誌、3(1)、101~111
- 35) 田辺智恵 (2001) : カンファレンスカードを用いたカンファレンスと看護計画との関係、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、27、16~22
- 36) 戸村佳世 (2001) : 病棟におけるケースカンファレンスのありかた、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、27、23~29
- 37) 高橋仁美 (2001) : ケアプラン作成ガイド—効果的なケアカンファレンスをするために、高齢者ケア、5(4)、85~91
- 38) 明石千香子 (2001) : 看護支援システムに標準看護計画を導入しての現状分析—実態調

- 査とその評価、赤穂市民病院誌、2、53~55
- 39)三上れつ(2001):実践に役立つ看護過程と看護診断、廣川書店
- 40)梅津勝男(2000):入院基本料の分析、病院、59(9)、761~766
- 41)梅津亮子(2000):看護サービスにおけるコスト情報の効果的活用、経営研究2、59~70
- 42)山本摂子他(2000):看護婦の忙しさを構成しているもの—看護業務量調査の結果から—、日本看護学会論文集第31回看護管理、168~170
- 43)田中美和他(2000):患者の主体性の向上を目指して—患者参加カンファレンスの試み—、医療、54増、240
- 44)虎ノ門病院看護部(1997):TNS「忙しさ」の尺度と看護人員配置、メジカルフレンド社、123~125
- 45)Toni Harrington(1997):ケースマネジメントの概観と発展、リハビリテーション病棟での実施、看護管理、7(9)、642~648
- 46)Gerri S. Lamb(1997):米国のヘルスケアにおける看護ケースマネジメント、看護管理、7(9)、649~655
- 47)Gerri S. Lamb(1997):米国のアリゾナ州における看護ケースマネジメントの実態、看護管理、7(9)、656~661
- 48)山田雅子他(1997):日本におけるケースマネジメントの実践とそのあり方、看護管理、7(9)、662~667
- 49)叶谷由佳他(1997):医療費抑制策下でのケアの質の維持向上に対する看護の貢献、看護管理、7(9)、668~675
- 50)NEWSWEEK、(April 28, 1997) Nursing right now、10(9)、7、28. Phan, J. (1997). クリニカルパスウェイ:望ましい成果を得るための斬新的なツール、月刊ナースデータ、18(1)、24~35
- 51)American Nurses Association(1997). Implementing nursing's report card: A study of RN staffing, length of stay, and patient outcomes. Washington, DC: Author.
- 52)野村ちほ子他(1997):標準看護計画の導入を試みて—看護の質と時間短縮、名古屋市立大学病院看護研究集録、1996、63~66
- 53)松田厚恵他(1997):病棟看護婦の業務量と看護の質に関する研究、昭和医学会雑誌、57(5)、423~434
- 54)村山直美他(1997):患者参加型カンファレンス導入の効果、看護の研究、29、231~233

(受理日平成20年1月10日)