

病棟実態調査報告

2013年6月

東京医労連 看護闘争委員会

【目次】

1.はじめに	P 1
2.ファイルNO 1. 都内の精神・内科の病院の病棟実態	P 2
3.ファイルNO 2. 都内の中規模民間病院の病棟実態	P 7
4.ファイルNO 3. 都内の特定機能病院の病棟実態	P 10
5.ファイルNO 4. 多摩地域の中規模病院の病棟実態	P 13
6.ファイルNO 5. 郊外の中規模民間病院の病棟実態①	P 18
7.ファイルNO 6. 郊外の中規模民間病院の病棟実態②	P 21
8.記入者による自由記載	P 24
9.用語集	P 28
8.病棟実態調査の結果についてのまとめ	P 29

はじめに

1989年白衣をきた看護師たちが、『もうガマンできない。看護婦増やして』と銀座をデモ行進してから、24年。看護師の大幅増員を求めるナースウェーブ行動は全国に広がり、1992年の「看護師確保法・基本方針」制定につながりました。2006年の診療報酬改定では7対1看護配置基準がつくられ、多くの病院が看護師を増員しました。しかし急激に看護師の需要が拡大され、看護師不足に拍車がかかりました。

少ない人員で高い看護配置基準を満たすため、さらに残業が多く休みもまともに取れない状況を緩和するため、17時間を超える長時間夜勤が広まりました。低賃金と激務の中、毎年10万人もの看護師が職場を離れ、看護現場の慢性的な人員不足は解消されていません。

私たちは、『長時間夜勤の見直し』『医師・看護師・介護職員の大幅増員』で安全・安心の医療・看護・介護を実現しようと運動を続けてきました。病院前や街頭で署名を呼び掛けると「看護師さんが長い夜勤をしているなんて、知らなかった。」「そんなに少ない人数で患者さんを看ているの？」などと言われます。健康なときは医療・看護・介護の現場がどうなっているのかなど、考える人は少ないと思うのです。だからこそ現場の看護師が、医療・看護・介護が崩壊寸前であることを伝え、改善するしかありません。

この調査は、東京医労連が傘下の労働組合の協力を得て、入院病棟の看護と患者の実態をまとめたものです。看護のマンパワー不足とそこでの看護の実態、患者の状況を知っていただく手がかりになればと思います。

これから迎える高齢化・少子化対策のために、医療現場の改善は急務です。多くの方の理解で、医師・看護師・介護職員を増員していきたいと思えます。

2013年6月24日

東京医労連看護闘争委員会 看護闘争委員一同

ファイルNo.1 東京都内の精神・内科の病院

(精神科身体合併症病棟(閉鎖病棟) 70 床)

※本文の(注)については、巻末の用語集(P29)に解説をまとめています。

看護配置基準(注1) 15対1

病棟配置のスタッフ

看護師 10人(師長含む) 准看護師 13人

看護助手(注2) 12人(無資格あるいはヘルパー2級)

夜勤看護パート 2人

2012年11月某日…患者70人、入退院等なし。

患者の平均年齢は70歳代の後半で一番若い患者は55歳。

精神科身体合併症病棟なので、精神疾患をもちながら、身体的な重症度の高い患者さんが入院しています。

既往に脳梗塞等があって、麻痺で体が動かせないとか、経管栄養(注3)をしている方、高血圧や心不全の状態であったり、糖尿病を合併していたり、肺炎を起こしている方などがいらっしやいます。精神疾患に内科疾患が合併しているため、治療・看護・介護ともに必要度が高い病棟です。診療報酬上は7割の方に肢体不自由があると点数が取れるようになってるので、こういった病棟が増えています。精神科の疾患としてはうつ病、てんかん、統合失調症、発達障害、アルコール性の精神疾患、アルツハイマー病、認知症などです。

この日の状況

スタッフ配置

70人の患者を、重症患者36人を担当するAチームと、比較的軽症な34人を担当するBチームの2つに分けています。看護スタッフも患者もA・B両チームに固定的にわけています。病棟の構造上も2つに分かれています。

■Aチーム(重症/自分で車いすに移動できない)

早番(07:30~15:30) 看護職員2人 看護助手1人

日勤(09:00~17:00) 看護職員4人 看護助手2人

遅番(11:00~19:00) 看護助手1人

準夜(16:00~23:00) 看護職員2人

深夜(22:30~08:00) 看護職員2人

■Bチーム(自分で歩ける人がほとんどだが、見守りが必要)

早番(07:30~15:30) 看護職員1人 看護助手1人

日勤(09:00~17:00) 看護職員1人 看護助手1人

準夜(16:00~23:00) 看護職員1人 看護助手1人

深夜(22:30~08:00) 看護職員1人

☆補足：スタッフの人数が足りないときはお互いに『ヘルプ（お手伝い）』を出します。
B チームから A チームへの『ヘルプ（お手伝い）』が多いです。

◆おもな処置・検査と看護ケア

- 末梢点滴をしている患者 5 人
- 中程度の褥瘡の処置 2 人
- 軟膏処置をする患者 10 人
- 一日に 5 回以上血圧を測る患者 4 人
- 膀胱カテーテルが留置されていて一定の時間ごとに尿量を計測する患者 1 人
- 2～3 時間おきに体位交換をする患者 2 人
- 車いすなどへの移乗に介助が必要な患者 25 人
- 口腔の清潔に介助が必要な患者 20 人
- 食事の介助が必要な患者 10 人(全介助 8 人、半介助 2 人) 配膳が必要な患者 30 人
- おむつ交換 37 人…おおむね 0 時・5 時・9 時・13 時・16 時・20 時に実施。患者の状態に合わせてさらに追加したり飛ばしたり。
- 徘徊 3 人…徒歩や車いすで病棟の端から端まで徘徊。歩く人はふらつくために転倒の危険があります。女性患者で車いす徘徊する人がいますが、男性部屋に入ってしまうと暴力を受ける危険があります。
- 離床センサー（注 4）6 人…精神症状が改善してきたので、それまで行っていた身体抑制（おもに胴体部分にベルトを着けベッドに止めている）を外している患者。徐々に行動制限を解除していく途中であり、転倒・転落の予防のため離床センサーを使用。

早番の仕事（日勤とほぼ同じ業務）

- A チームの『早番』／月曜日・火曜日・木曜日は患者全員の検温。それ以外の日は、自分が担当する患者の検温。
- B チームの『早番』／患者全員の検温と、データを電子カルテに入力。

日勤の仕事

- 『リーダー』／A・B 各チームに 1 人のリーダー。
申し送りを行い、スタッフから報告を受けて医師に患者の状態を伝え、処方依頼をする。医師からの指示を受ける。受けた指示をスタッフに伝える。リーダー業務をしながら患者も受け持っている。
- A チームの『フリー（注 15）』／患者の状態把握、点滴管理、内服薬の準備(処方された薬を 1 人分ずつ 1 回分ごとにセットする)、軟膏処置、創傷処置、食事の介助、経管栄養準備・実施、おむつ交換、転入・入院の受け入れ、入浴日の介助。
- B チームの『フリー』／患者の状態把握、軟膏処置、創傷処置、処方作成、患者の買い物代行、患者との散歩、作業療法への誘導、転入・入院の受け入れ、入浴日の介助。

準夜勤の仕事

- 『リーダー』 / A・B 各チームに 1 人のリーダー。B チームは看護師が一人なのでリーダーと看護助手だけになる。
重症患者の検温、食事の介助、おむつ交換、患者移送、内服薬の与薬。
A チームのリーダーは点滴の管理も行う。
- 『フリー』 / A チームのみ。
経管栄養の準備と実施、食事の介助、おむつ交換、患者の移送。

深夜勤の仕事

- 『リーダー』 / A・B 各チームに 1 人のリーダー。B チームは看護師が 1 人しかいないのでリーダーだけになる。
重症患者の検温、食事の介助、おむつ交換、患者移送、内服薬の与薬。
A チームのリーダーは点滴の管理も行う。
B チームのリーダーは洗面の介助準備とお茶の準備も行う。
- 『フリー』 / A チームのみ。
経管栄養準備・実施、食事介助、おむつ交換、患者移送、洗面の介助準備、お茶の準備

看護助手の仕事（早番・日勤・遅番・準夜とも共通）

食事の介助、食事の準備（患者にエプロンを着けるなど）、おむつ交換、体位変換、患者の移送、環境整備（ベッド周囲の掃除や患者の衣類の整理など）、入浴の準備と介助、車椅子または歩行付添いで検査室へ送迎。

ラウンド(巡回・巡視)と夜間から朝の仕事

ラウンドは 24 時間を通して 30 分おき、日中は 15 分毎に行います。毎時間、00 分と 30 分には看護師が、15 分と 45 分には看護助手がラウンドします。一回のラウンドは、日中は 5 分程度、夜間は 10～15 分くらいかかります。

深夜勤では 22 時 30 分から申し送りを受け、23 時 30 分からオムツ交換を始めます。終わると 0 時頃から重症患者などのバイタルサイン（血圧・脈拍・呼吸・体温）の測定を必要に応じて行います。

朝 5 時までは 30 分おきのラウンドですが 1 回に 10～15 分かかるので、1 ラウンド終わると、すぐまた次のラウンドという感じです。

B チームのオムツ交換は数が少ないので A チームよりも早く終わります。夜間は人手が少ないので B チームのオムツ交換が終わったらすぐに A チームのオムツ交換を手伝いに行きます。そのとき、20 時頃の約 1 時間、0 時と 5 時の約 30 分は B チームのエリアにはスタッフが誰もいなくなります。

朝 4 時～4 時半ごろからは重症患者の採血を始めます。その後、経管栄養の準備をし、5 時のおむつ交換をやって経管栄養も開始します。

7 時 30 分には食事が配膳されるのでお茶の準備をしたり、ホールに患者を誘導したり、

車いすで連れて行ったりします。

血糖値を測定する患者もいます。この日は 1 人でしたが、食事前なので測定する人数が多いと配膳前、ギリギリになることもあります。

休憩は A・B 両チームの 3 人で休憩は交代でとっています。(0 時半～2 時半)(1 時半～3 時半)(3 時～5 時)

食事介助の様子

食事の配膳時間は 7 時半・11 時半・17 時 45 分です。

患者はホールで食事をします。『自立』の患者は自分で食事をワゴンまで取りに来て、食後も自分でワゴンまで下膳します。

食事の介助は 3 人の看護師で行います。7～8 人の患者さんを介助するので、1 人の看護師が 2 人の患者さんを同時に介助しています。食事介助には全体で 30～40 分ほどかかります。

食後は歯磨きの介助をします。なんとかうがいはできるのですが、看護師や看護助手が歯ブラシを持って磨く全介助の人が 15 人位います。準備と片付けに介助が必要な患者もいます。

経管栄養の患者が 3 人います。2 時間くらいかけてゆっくりと滴下・注入するため、ほかの患者さんの食事の時間とずらします。そうしないと仕事も重なるし、終了直後にオムツ交換や体位交換をすると嘔吐する危険があるからです。そのため、注入は朝食 5 時、昼食 10:30、夕食 15 時に開始しています。さらに 19 時に白湯だけ注入する人もいます。

入浴の様子

入浴日は月曜日と木曜日です。1 日に 70 人の患者を午前と午後に分けて入れています。6 人くらいが同時に入れます。スタッフも着替えて介助します。

『自立』の患者さんには入浴時間を伝えて入ってもらいます。

午前中は重症の方(ほぼ寝たきり～車いす) 36 人を 2 時間以上(9 時半ころから 11 時半くらいまで)かけて入浴の介助をします。風呂場のなかで 3 人、脱衣所での介助と往復に 5 人のスタッフが入ります。

午後は歩ける方を中心に 34 人を 1 時間強(13 時 45 分～15 時頃)で部分的に介助をします。風呂場に 2 人、脱衣所に 3 人のスタッフが介助にはいります。

介助の必要な患者はスタッフが洗う人、浴槽に浸かるのを介助する人、着替えを介助する人で役割を分担して対応します。

記入者のコメント

インフルエンザが流行中で発熱者が多いのですが、個室が少ないため、感染拡大予防のためほぼ毎日部屋移動と部屋での食事介助が続いています。スタッフの疲労度が高くなって急に体調不良で休みになったのでギリギリで働いている。

また部屋食が多くなっていることからホールで食べる患者と部屋介助でスタッフが分か

れるため、誤嚥の危険性も高くなっている。そのためか受け持ち患者との精神科ならではのコミュニケーションがとれなくなっている。

■一日のスケジュールは下表のとおりです。

一日のスケジュール

時刻	看護師（A チーム）	看護師（B チーム）	看護助手（注2）
0時00分	重症者の検温（リーダー）	重症者の検温（いれば実施）	
	点滴の更新（リーダー）		
4時00分	採血（重症者・経管栄養）		
5時00分	おむつ交換・トイレ誘導	おむつ交換・トイレ誘導	
	経管栄養の実施		
6時00分	洗面介助（フリー（注15））	採血	
	重症患者の検温（リーダー）	重症患者の検温（いれば実施）	配膳・食事介助
7時30分	配膳・食事介助、内服薬投与	配膳介助・内服薬投与	
9時30分	おむつ交換	リハビリ室への誘導	入浴介助（月・木）
	軟膏処置・創傷処置	軟膏処置・創傷処置	
	入浴介助（月・木）	髭剃り	昼食の準備
	経管栄養（注3）の実施	買い物代行（適宜）	作業療法への誘導
11時30分	配膳・食事介助、内服薬投与	配膳介助・内服薬投与	配膳・食事介助
14時00分	重症患者の検温	買い物代行（適宜）	おむつ交換
	処置（午前中にしていない分）	入浴介助（月・木）	入浴介助（月・木）
15時00分	経管栄養の実施	重症患者の検温（いれば実施）	
17時00分			夕食の準備
17時45分	配膳・食事介助、内服薬投与	配膳介助・内服薬投与	配膳・食事介助
18時30分	トイレ誘導（フリー）		トイレ誘導
19時00分	重症患者の検温（リーダー）	重症患者の検温（いれば実施）	
19時30分	就寝薬の投与	就寝薬の投与	おむつ交換（B チーム）
20時00分	おむつ交換	おむつ交換（A チーム）	おむつ交換（A チーム）
21時00分	消灯	消灯	消灯
23時30分	おむつ交換	おむつ交換	

ファイルNo.2 東京都内の中規模民間病院

(回復期リハビリ病棟 49床)

看護配置基準(注1) 13対1

病棟配置のスタッフ

看護師 14人(師長含む) 准看護師 3人

介護士 8人(介護福祉士の資格あり)

夜勤看護パート 2人

クラーク(病棟における事務作業を行う職員) 1人

2012年11月某日…患者数 49人 予定入院 2人 退院 2人

この日の状況

日勤(08:30~16:30) 看護職員 8人 介護士 3人

遅番(12:30~20:30) 看護職員 1人

夜勤(16:30~08:30) 看護職員 2人 介護士 1人

*夜勤の体制は看護師 2人と介護士 1人または看護師 3人です。仮眠は 2.5時間です。

おもな処置・検査と看護ケア

- 頭部CT検査 1人
- 胸部レントゲン検査 1人
- 褥瘡処置 5人
- 気管内吸引・口腔内吸引が必要な患者 3人/気管切開の患者含む
- 点滴 2人・採血 3人…回復期リハビリ病棟なので、本来は点滴や検査はしなくて良いとされる患者が入院するのですが、全くゼロということはありません。
- 創傷処置 6人/褥瘡の他、創処置
- 血圧測定(5回以上) 5人/脳血管疾患後の患者が多く、またリハビリを行うことで血圧が不安定になる患者に対し 1日 5回の測定を行っています。
- 呼吸ケア 7人/酸素吸入など呼吸管理が必要で、特に嚥下訓練を行っている患者
- 体位交換 4人/日中は基本的に車椅子
- 起き上がり介助/数え切れません
- 移乗介助/数え切れません
- 歯磨きの介助/数え切れません
- 食事介助 6人
- 衣服の着脱介助/数え切れません
- おむつ交換 17人/夜間は 17人 日中は 4人…ADL(注8)や退院後の生活にあわせて日中はリハビリパンツ、夜はテープ式のおむつにするなど個別に対応してい

リハビリを兼ねて行うため、患者のできるところは行ってもらい、できないところを口頭で指示または介助します。なぜ出来ないか、どうしたら自力でできるようになるかも観察しながら援助を行うため、全介助で行うよりも時間を要します

ます。

- 徘徊 2 人／認知症だけでなく、脳血管疾患後の高次脳機能障害（主に脳の損傷により、記憶障害、注意障害などが起きる様々な神経心理学的症状）による徘徊患者もいます。
- 気管切開 1 人
- 入浴 49 人／全員が週 2 回入浴します。
- 離床センサー（注 4）を使用している患者 6 人
- フロアセンサーを使用している患者 5 人
- 椅子にセットするセンサーを使用している患者 2 人

配膳・食事介助・下膳の様子

8～9 割の患者さんが、食堂で食事を摂ります。朝食は夜勤者 3 人、昼食は日勤者 4～5 人、夕食は夜勤者と遅番勤務者 4 人で配膳します。急な対応がなければ 10 分程で食堂の配膳は終わり、部屋で食事を摂る患者さんへ回ります。冷温配膳車ですが、急な患者対応があると食事を温かい・冷たいうちに配膳することができません。

食事の介助が必要な患者は、大体食堂からつながっているナースステーションで食事を摂ります。患者一人に、最初から最後まで介助することができません。介助の途中でナースコールに対応。また他の患者さんの食事介助もします。そのため、食事に 1 時間以上かかってしまう患者もいます。患者によっては時間をかけその人のペースでないと食べることが出来ない方もいます。食事介助を行う職員が他の対応をしていて、患者本人の食事のペースが崩れてしまうと、全部食べられず食事から必要な栄養が摂れない状況になってしまうこともあります。食事の時間は、リハビリでもあります。嚥下障害のなど食事を自力で摂取できない方が、食事が摂れるよう訓練する重要な時間です。本当はゆっくり、その人に合った援助を落ち着いた環境で行いたいと思っていますが、思うようにいかない毎日です。

下膳後は、食堂で食事の終わった患者さんから順に、食堂にある 4 つの洗面台で歯磨きをし、トイレに行ってから自室へ戻ります。夕食の後は日中着からパジャマへ着替える介助もします。

食後はあわただしく、バタバタとなる状況です。下膳、内服の介助、歯磨きの介助をしつつ、トイレのナースコール対応とトイレ介助。フルでスタッフが動き回っても、どこかで患者さんがスタッフ待ちをしている状況です。本来は、この患者さんはどこまで出来てどこの介助が必要なのか、どこまで出来るようになったかをゆっくり看なくてははいけません。でも、それを行うと待たせる時間が多くなってしまいます。そのため、自力でできるのに時間がないためにスタッフが介助をしてしまうこともあります。本来はそれぞれの時間帯に、余裕あるスタッフ体制をとらなければならない状況だと感じます。

口腔ケア（注 14）の様子

基本は、食堂の洗面台で行います。介助が必要な患者も、そばについてできないところを介助しますが、すべてスタッフが介助してしまったり、スタッフがナースコールで呼ばれ離れてしまい、途中までしか終わってなくてもそれを知らない他のスタッフが、「終わりました

た」という患者さんの言葉のままお部屋へ連れて行ってしまったりということもあります。洗面台で歯磨きができない方は、スタッフが拭き取る形で行います。

経管栄養（注3）

経管栄養は、食事を口で食べられない患者に対する「食事」になります。スタッフが少ない中、6時起床でその後おむつ交換や着替えの介助があるため、6時くらいまでに終わるように開始します。そのときの経管栄養の人数にもよりますが、早くて4時から、遅くても5時半までには開始しています。当然その前に歯磨きもするので、患者さんを早い時間に起こしてしまいます。

昼食の経管栄養は、他の患者の食事と時間が重ならないよう11時頃に開始します。夕食も同様17時頃に開始します。

血糖測定（注5）

食前は食堂への誘導やトイレ対応にスタッフの手が取られてしまいます。忙しい状況の中血糖を測る患者を間違えないか、抜けはないかなどと緊張状態が続きます。診療報酬の制限があるために、看護師の人数が少ないことや、血糖測定の指示が連日でなく隔日であったりすることも、その要因になっています。また夜勤は、アルバイトが行う場合もあるので注意して行ってもらっています。

点滴

朝、保清(入浴をしない日は陰部の洗浄を行っています)が終わった9:00~10:00頃から受け持ち看護師が回ります。点滴がないのが基本ですが多いときは3名程行きます。看護師は1人で14人位の患者を担当しますが、その中に点滴をする患者がいるとそれだけで時間がとられてしまいます。

記入者のコメント

看護体制上(13対1)チームに分かれておらず、入院患者49名全員の病状・ADL(注8)の把握をしなければいけない。特にADLについては把握していないと転倒につながり危険なので気を付けている。

また、夜勤では介護士とも一緒に組むので、急変が起きた時、ナースの負担が大きい。夜勤ではトイレ介助(起き上がり~車いす移乗、トイレ移乗含む)がメインなので体力的にきつい。

認知症・脳血管疾患後で高次機能障害のある患者の徘徊・不穏(注6)行動のある目の離せない患者の対応もしつつ、ナースコール(センサー含む)の対応もしなくてはならず、走って患者の元へ行かなくてはいけないこともしばしば。

日勤で介護士はだいたい風呂に入れるので体力的にきつい。患者さんにやさしくできなくなってしまいうこともあり辛い。もっとスタッフがいれば・・・と思うことばかり。日勤受け持ちは平均14名程度、多くて18名ほどになるので記録も大変。

ファイルNo.3 東京都内の特定機能病院

(一般耳鼻科・リウマチ内科病棟 44床)

看護配置基準(注1) 7対1

病棟配置のスタッフ

看護師 26名(師長1人・主任1人を含む)

看護助手(注2)(無資格)3名

クランク(病棟における事務作業を行う職員)1名

2012年11月某日…予定入院が7人、退院が2人あって、患者数は41人になりました。

この日の状況

スタッフ配置

早番(07時30分～16時00分) 看護職員1人 看護助手1人

日勤(08時00分～16時30分) 看護職員8人 看護師長1人

遅番(10時30分～19時00分) 看護助手1人

準夜(15時00分～23時30分) 看護職員3人

深夜(23時00分～08時00分) 看護職員3人

おもな処置・検査(8時～16時30分)と看護ケア

- 手術3件
- 手術後の創の消毒、包帯・ガーゼ交換7人…手術後の創部の抜糸や、手術後の創部に留置した血液や排液を排出するための管(ドレーン)の観察が必要です。
- 酸素投与患者13人
- 2時間ごとに痰の吸引を必要とする患者数人
- 手術室に行く前に点滴を入れる患者20人…そのうち16人は看護師が点滴を入れました
- 抗がん剤治療10人…うち5人は3本以上の点滴を同時に投与。4人は、微量に投与する。患者の腕の向きや動きによって滴下が変化するので1時間おきに点滴の漏れがないか、時間に滴下しているか観察します。
- 血圧・脈拍・体温・尿量測定(5回以上)9人…手術後は、1時間おき、3時間おきの測定が必要です。その内、心電図モニターが装着されている重症患者5人。
- 体位交換や寝返りの介助11人…すべての介助が必要な患者9人。何かにつかまれば自力のできる患者3人
 - *手術後は絶対安静が必要となり、自力で寝返りを禁止されている患者もいます。
- 起き上がり介助13人…頭部と頸部の手術後の患者は、頭部・頸部の安静が必要なた

め、自分で起き上がってはいけません。

- 車椅子介助 15 人…術後で医師の指示のもと車椅子を使用している患者。リウマチで ADL（注 8）が低下している患者。
- 歯磨きの介助 14 人…日勤と準夜で介助しています。朝食の前は行っていません。口腔内に腫瘍がある場合など手術後で歯ブラシが禁止になっている患者は、許可範囲をスポンジなどでケアするためすべて看護師の介助です。この日は 1 人いました。認知症がある方の見守りもあります。準備と片付けが必要な人もいます。抗がん剤治療と放射線治療を併せて行うために、舌苔ができたり口内炎ができたりする方もいるので 1 日 5 回のうがいと 1 日 4 回の歯ブラシを指導し見守り・確認します。
- 食事の介助 5 人…手術後の患者やリウマチで ADL が低下している方、がん末期の方など部分的な介助が必要です。食事の配膳時間は 8 時、12 時、18 時です。経管栄養（注 3）の場合は 6 時、12 時、18 時に実施しています。
- 衣服の着脱介助 27 人…一部介助 20 人、全介助 3 人。手術後 3 時間は臥床安静のため、ドレーンや点滴がある人は介助が必要です。
- おむつ交換 4 人…末期状態の患者や認知症のある患者。
- 新規入院患者 7 人

仕事の様子

日勤の仕事

44 人の患者を 2 チームにわけます。1 チーム 22 人の患者に対し 1 人のリーダー看護師と 3 人のスタッフ看護師で対応します。1 人のスタッフ看護師の受け持ち患者数は、7 人～8 人です。本日の処置を主に行います。

週に 3 回手術日が組まれています。1 日 3～7 人程の患者の手術を行っています。主に、遅番看護師（11 時 00 分～19 時 30 分）が 1 人で、手術を受ける患者さんのケアを行います。手術室に患者を送り出すまでの注射・点滴の投与や、手術前の患者や家族の不安を緩和するために、コミュニケーションをとったりします。

準夜勤の仕事

44 人の患者に対し 1 人のリーダー看護師とスタッフ看護師 2 名で対応します。1 人のスタッフ看護師の受け持ち患者数は、14 人～16 人です。処置を引き続き行います。

手術を終えて、患者が病室に戻ってくるとすぐに 1 時間ごとの血圧・脈拍・呼吸測定・手術後の出血の有無のチェックを行います。手術によっては 3 時間たったら離床(歩いてもらいます)するので、歩けるように準備をし、起き上がりや歩行が安全にできるように介助します。また、夜間救急外来より緊急入院の患者の受け入れも行います。場合によっては、夜間入院された患者が緊急手術を受けるまでの、準備や注射や薬の投与も行います。準夜勤務は 23:30 の時間に終わらなければ公共機関を利用できなくなり、タク

シーを利用しなければなりません。タクシー利用料金を全額請求できず自腹を切っている看護師もいます。

深夜勤の仕事

44人の患者に対し1人のリーダー看護師とスタッフ看護師2名で対応します。1人のスタッフ看護師の受け持ち患者数は、14人～16人です。準夜に引き続きケアを行っています。

全体の巡回を0時・3時・6時に行います。手術後の患者や抗がん剤投与中の患者、徘徊する患者、不穏（注6）状態の患者などはこまめに巡回・観察をしています。

高齢者の場合は、今まで問題なく普通に生活できていた人であっても、急性期で手術を受けたりすると、不安が強くなり夜間不眠になり、認知症の傾向が強くなる場合があります。夜間の徘徊、独り言を話したり、体に入っているチューブを自分で抜いたりして、大惨事になることもあります。1人でも、その状態の患者がいると1人の看護師が患者を1対1で監視し続けなければなりません。その他の患者をたった二人の看護師でケアを行わなくてはなりません。

特に早朝5時から6時にかけて、トイレに行くためのナースコールは鳴りっぱなしです。たった2人から3人で15人以上の患者さんのおトイレ介助や歯磨きなどの清潔介助。その上、血圧・脈拍・呼吸の計測・患者の寝返り介助11人をこなします。

糖尿病などの生活習慣病を持っている患者が増えているので、食事の前の血糖測定（注5）を時間どおりに行わなければなりません。複数人いると朝食前の7時から順番に血糖を測り、インシュリン（血糖をコントロールする薬）を指示どおりに注射します。

インシュリンの注射は、個人によって投与する量が違います。また、自己管理している患者に対しては、指導も含めて患者本人の注射の手技を確認しなければなりません。

インシュリン投与は、時間に制限があることと、数人の看護師が複数の患者の管理をすることによりかなり緊張します。

記入者のコメント

看護師は勤務交替をするたびに、患者の情報や医師の指示の申し送りを行います。しかし、近年の傾向として、患者の情報や注意事項を後の勤務者に伝える申し送りの時間を廃止して、患者のケアの時間に当たるように指導されています。一人で短い時間に20人以上の患者の情報収集をしなければなりません。短い時間では、十分な情報を得ることはできません。よって看護師たちは勤務時間前に、患者の情報収集を行います。また、仕事を時間に終わらせたいため、勤務時間前に処方を確認したり点滴を詰めたりしています。このような時間はサービス残業になっています。入院患者が多かったり、重症患者が多かったりすると勤務終了時間に仕事は終わりません。常に、残業状態です。やはり、看護師一人あたりの業務量が多いことは明確です。

No.4 東京多摩地域の中規模病院（一般内科病棟 41 床）

（4 階に 25 床・5 階に 16 床 ＊重症患者はなるべく 4 階に入院）

看護配置基準（注1）15 対 1

病棟配置のスタッフ

看護師 11 人（師長を含む） 准看護師 7 人

ケアワーカー（注2）9 人（介護福祉士やヘルパー2 級の有資格者、資格のない者が混在しています。無資格の人は在職中にヘルパー資格を取るようお願いしています。）

クラーク（病棟における事務作業を行う職員）1 人

2012 年 11 月某日…0 時の患者数 39 人。1 人が他病棟へ移り、入院 3 人(予定入院 2 人と緊急入院 1 人)を受け入れ、患者数は 41 人になりました。

この日の状況

スタッフ配置

早番（08:00～16:00）看護職員 1 人

日勤（09:00～17:00）看護職員 5 人 ケアワーカー 4 人

遅番（10:30～18:30）看護職員 1 人

夜勤（16:30～09:00）ケアワーカー 1 人

夜勤（16:45～09:15）看護職員 2 人

おもな処置・検査と看護ケア

- 心電図モニターをつけている患者 10 人
- 点滴をしている患者…
 - 中心静脈カテーテルが 32 人、末梢静脈カテーテルが 12 人。
 - 中心静脈カテーテルの入っている患者のうち 2 人は同時に 3 本以上の点滴ラインがあり、昇圧剤を点滴するために輸液ポンプを使った管理です。
- 胃瘻の管理 5 人
- 創傷処置 5 人／皮膚の損傷部の処置。
- 褥瘡処置 8 人／Ⅲ度の褥瘡(筋肉にまで達している典型的褥瘡)があり、洗浄や軟膏塗布などの処置が必要です。
- 軟膏処置 7 人／皮膚の乾燥が強く、ほぼ全身に軟膏を塗っています。単純ヘルペスの患者も 2 人います。
- 気管切開をしている患者 2 人
- 呼吸ケア 5 人／COPD（慢性閉塞性肺疾患：肺への空気の出し入れが悪くなり、だいたい呼吸機能が低下していく病気）の人もいます。酸素飽和度が安定しない患者が 2

人います。

- 膀胱カテーテルが留置されていて、一定の時間ごとに尿量を測定する患者 3 人／時間の尿量により利尿剤を投与する指示が出ています。
- 胸腔ドレナージ（注 13）をしている患者 2 人
- 体位交換や寝返の介助 39 人
- マウスケア（歯磨きの介助）40 人…2 人位は自分で歯ブラシがつかえるしブクブクとうがいをすることもできますが、うがい水を吐き出すことが出来なくて、ゴックンと飲み込んでしまいます。歯磨き粉を使わないなどの工夫をしています。
他の 38 人は看護師が歯ブラシやスポンジブラシなどを使ってケアをし、水気は吸引して除いています。
- 食事介助 2 人…2 人とも全介助です。ほとんどの方が経管栄養（注 3）か高カロリー輸液をしているので食事をする方はあまりいません。
- 衣服の着脱介助 39 人…ほぼ寝たきりなのですべて介助です。手足に拘縮（関節可動域が制限され上手く曲がらないこと）や変形がある患者も多いので注意が必要です。
- おむつ交換 40 人

仕事の様子

日勤の仕事

- 5 階に看護師 1 人（5 階にずっといるのは 1 人だけ）
- 4 階に看護師 4 人とケアワーカー 4 人。そのうち看護師 1 人とケアワーカー 1 人は 5 階のフォローを担当します。

役割分担

- 『指示受け』／4 階に 1 人。おもに医師への報告と処方への依頼などを行い、指示を受けます。受けた指示をスタッフに伝えます。転出患者の申し送りをする。
- 『受け持ち』／4 階に 1 人、5 階に 1 人。主に患者の病状を把握して検温や清潔ケアなどを行います。4 階の受け持ちは『指示受け』に報告し、5 階の受け持ちは医師に報告します。転入の患者を申し受けします。
- 『フリー（注 15）』／採血、点滴、処置、入院患者の病歴を聴取して記入します。『受け持ち』をフォローします。
- 『早番』／朝食の介助と点滴の準備をします。点滴は薬剤部が準備した薬品の内容を確認して混合・調剤します。点滴準備には 1 時間くらいかかるので、出勤時間の 1 時間前から始めています。
- 『遅番』／10 時 30 分から 4 階の患者 25 人全員の口腔ケア（注 14）を行います。普通に食事のできない患者さんがほとんどで、経管栄養や少量摂取の方ばかりなので『昼食前の口腔ケア』としてこの時間に実施しています。口腔ケアで刺激を与え、嚥下機能の回復を期待しています。1 人で行うので全員のケアを終えるのに

1 時間以上かかります。11 時からは経管栄養を始めるので、その前に経管栄養のある患者の口腔ケアを終わらせようと早めに出勤しています。

4 階と 5 階の職員の昼休憩を交代で取れるようにするため、5 階の『受け持ち』の昼食休憩のカバーに入ります。処置や注射など何でもフォローしています。夕食の介助もします。

- ケアワーカー／おむつ交換・食事介助・体位交換・車いすへの移乗・患者搬送・環境整備・清拭の補助・食事の準備・入浴の準備・経管栄養の準備などを行っています。日勤の『受け持ち』と『指示受け』は 9:00 から申し送りを受けます。『フリー』は引き継ぎを受けずに仕事を始めます。

申し送りを受けた後で『受け持ち』は検温のためベッドサイドをまわり患者の全身状態を観察・把握します。変化のある患者について『指示受け』または医師に報告します。

検温といっても、体温計を渡せば自分で測れるような患者はほとんどいないので、そばにいて測定します。その間、患者の訴えを聞きながら…。しかし、自分の病状について訴えることのできる患者はほとんどいません。どのような変化があるのかは、看護師が自分の手・目・耳を使いながら見ていく方法しかありません。患者に対する観察は多岐にわたります。体温や脈拍・血圧だけではありません。意識レベル、反応がちゃんとあるかどうかをみます。呼吸の音を聴診し、酸素投与量と酸素飽和度を確

認します。胃ドレナージ（注 13）の排液や尿量の観察、腹部の緊満や腸の蠕動音（腸や胃の蠕動運動に伴って発生するゴロゴロという音）、食事の食べ方、排泄物の状態…等々。患者一人ひとりについて見て判断していくしかありません。そして痰の吸引をしながら時に詰まらせないように背中を叩く。爪が伸びていれば爪を切り、髭剃りなどもします。

中には 24 時間の心電図モニター観察をしている患者もいます。機械に頼っている人の観察は見逃すことが出来ません。4 階に 25 人の患者がいますが、そのうち 8 人がそのような状態です。

昼食は 11 時 40 分ごろ配膳されます。『受け持ち』は 12:00 から昼休み休憩に入るので、患者の食事量や食べ方などをみることが出来ません。『フリー』『ケアワーカー』など残っていた人たちから聞いています。

午後も病状に変化のある患者などのバイタルサイン（血圧・脈拍・呼吸・体温）をチェックします。その後で看護記録を記入して夜勤者へ申し送りをします。けれど、夜勤者への申し送りまでに記録が終わることはありません。

日勤には、『フリー』の看護師もいますが、処置・点滴などの業務があり、実際に受け持ち看護師のフォローに入れることは少ないです。点滴などの自己抜去などがほぼ毎日あり、その処置に追われています。検査などへの搬送もあります。転棟・入院もあれば手一杯で『受け持ち』をフォローすることは無理です。

5 階には 16 人の患者がいます。日勤は、スタッフが多いときは 5 階へのフォロー

がありますが、出勤者の数や日勤帯の業務によっては 5 階へのフォローがない日があります。すべての業務を看護師 1 人で行わなければなりません。5 階にも心電図モニター観察の患者は必ず 2 名います。

夜勤の仕事

- 4 階に看護師 1 人 ケアワーカー 1 人
- 5 階に看護師 1 人

おもな業務の流れ

- 16 時 45 分／日勤者から申し送りを受けます。
- 17 時 30 分／夕食の食事介助。
- 19 時／全員の検温しながら巡回。
一応、日勤帯で異常があった患者のみ検温することになってはいますが、実際はほとんど全員の検温をすることになります。
- 20 時／おむつ交換をしながら巡回。抗生剤の点滴。
- 21 時／「ナイトケア」をしながら巡回。尿量のチェックをして必要なら利尿剤を投与。
ナイトケア…眠る前の準備として、マウスケアをしたり、睡眠薬や緩下剤など就寝前の薬を飲ませたりします。
- 22 時／血糖値を測定して、スライディングスケールでインスリンを投与します。
この日は 2 人でした。
*スライディングスケール…血糖値によって投与するインスリンの量を変える指示がスライディングスケールとして出されます。看護師は指示された時間に血糖値を測定し、スライディングスケールを確認して対応するインスリンを投与します。
- 23 時／体位交換をしながら、吸引をしながら巡回。吸引は 5 人位。
- 2 時／体位交換をしながら巡回。必要なら吸引。
- 4 時／朝のおむつ交換をしながら体位交換。
- 6 時／朝の検温しながら、マウスケア
- 痰吸引をしながら、血糖値を測定して、経管栄養を開始。その後で続けて食事ができるように体を起こしたり車いすに移したり。
- 7 時 40 分／朝食の介助。
- 9 時／日勤者に申し送り。
- 時間を見つけて体位交換・おむつ交換・検温や急変対応などの記録。

夜勤は夜勤帯の全般的な患者のケア(病状も見る)をします。41 人の患者を看護師 2 人とケアワーカー 1 人で 16 時間半、看ていかなくてもなりません。看護職は 4 階・5 階ともに 1 人です。痰を自分で出せない患者が多く、吸引が必要です。夜間にも血糖値を測定し、

スライディングスケールでインスリンを投与する患者がたくさんいます。中心静脈カテーテルなどで24時間の点滴をしている患者がたくさんいます。

認知症のある患者や、寝たきりのためにナースコールを押せない患者がほとんどで、自分の病状を訴えることができません。夜間の徘徊やせん妄（注12）・不穏（注6）など、転落や転倒のリスクが高い人が多く、特に夕方から夜間にかけては目が離せない状態です。

夜勤では、検査に送り出すことはありませんが、点滴や胃管カテーテル、ときには膀胱留置カテーテルを患者が抜いてしまうことがあります。看護師1人では大変です。そういった行為がないように一人ひとりに目を向けていかなければなりません。

夜中は2時間ごとに巡回・体位交換を行っています。1回の巡回は4階が15～30分、5階が15分くらいかかります。スタッフ全員が4階(重症者が多い階)に行っていることがあります。しかし4階にいと、5階の心電図モニターのアラーム音が聞こえません。ナースコールは4階にいても聞こえるのですが。

夜間といっても患者の見守りだけの業務ではありません。患者の状態悪化・急変への対応もあります。医師に報告をし、夜間帯で指示が変わることもあります。

ナースコールが鳴らないわけではなく、コール対応もあります。しかし、コール対応がなかなかできません。ナースコールを押すことが出来る患者が5人しかいないのに…。

記入者のコメント

文章で書いてしまえば、業務の流れとして「これが時間内に終わらないの？」と思われるかもしれませんが、けれどコール対応があり、一人ひとりの患者の把握をし、ケアをしていくのは、1人の看護師と1人のケアワーカーでは大変です。日勤でもクタクタになりますが、16時間半の夜勤ではなおさらです。

ファイルNo.5 東京郊外の中規模民間病院（救急病棟 12床）

2次救急指定 年間に約1300台の救急車搬送を受け入れている

看護配置基準（注1） 救急病棟8床は7対1 HCU（注16）4床は4対1

病棟配置のスタッフ

看護師8人（師長含む） 准看護師1人 夜勤看護パート5人

*調査のあと、この病棟は「パンク状態」ということで体制を変更しスタッフを増やしました。

2012年11月某日…0時の患者数14人（満床のため観察ベッドも使用）。1人が退院し、他病棟へ7人が移り、緊急入院6人を受け入れて患者数12人となりました。

この日の状況

スタッフ配置

日勤（08:30～17:00）看護職員4人

遅番（12:00～20:30）看護職員1人

当直（16:30～09:30）看護職員2人

*当直の時間帯は救急病棟と救急外来（救急車・外来）を看護師3人で担当しています。病棟の担当は2人です。

*この日は夜勤パート1人、系列のクリニックからの応援1人、救急外来スタッフ1人で当直に入りました。救急病棟配置のスタッフは当直時間帯にはいませんでした。

*当直時間帯の入院は全て救急病棟で受けています。

おもな処置・検査と看護ケア

- 褥瘡処置1人
- ヘパリンの持続注入を含むシリンジポンプ（注7）使用患者3人
- 緊急の心臓カテーテル検査および治療の準備・カテーテル室への搬送・カテーテル術後の管理、心電図モニター管理4人
- 血圧測定が1日に5回以上必要な患者3人
- 膀胱カテーテルが留置されていて、一定の時間ごとに尿量を測定する患者1人
- 呼吸ケアの必要な患者3人／酸素吸入・喀痰吸引など呼吸器管理
- 専門的な治療処置2人／麻薬（塩酸モルヒネ）投与中
- 2時間ごとに体位交換を行う患者3人 ● 起き上がりの介助が必要な患者4人
- 移乗の介助が必要な患者7人 ● 歯磨きの介助4人
- 食事の介助2人 ● 衣服の着脱介助7人 ● おむつ交換3人

病棟の割り振りとベッド調整

13床のうちナースステーションの向いにある4床はHCU(注16)として運用しています。それ以外の9床が救急病棟になります。隔離部屋が1床ありますが、それ以外はカーテンで仕切られているだけで男女での分けなどは行っていません。病状や患者の状態での配置を最優先しています。病床が足りないときには、病棟の隣の観察ベッド(5床)に入院させて対応することもあります。

ベッド調整は、朝会(病院管理と医師と病棟師長たちが参加)で行います。オーバーステイ(注11)(救急で入院した患者は翌日には一般病棟に移るか、退院することになっている)した患者で入院継続の患者は一般病棟に転科することになっていますが、一般病棟のベッドが空かずに救急病棟に溜まってしまふ事もしばしばです。

夜間の入院を受け入れるので、夕方には最低3床の入院受けベッドを確保する決まりにはなっています。そのために夕方、再度入院調整を行い、一般病棟へ移動できる患者は移動します。夜間帯でも必要に応じて各病棟の夜勤リーダーが話し合い、調整し、救急病棟を空けて入院を受けられる体制づくりに協力しています。

食事と経管栄養(注3)、口腔ケア(注14)(歯磨き介助)の様子

食事の介助が必要な患者はいつも2~3人程ですが、残りのほとんどの患者はベッド上の安静が必要なことが多く、セッティングが必要です。片付けの介助も必要にですが、食事時間帯は救急車対応に追われる時間帯になることが多く、当直帯は3名で対応しているのでとても大変です。食事が遅れることもあります。

経管栄養があれば朝は起床時間の6時に行っています。

食後の歯磨きも同様に、自分で歯磨きはできるけど片付けができない患者が多いため、看護師が行っています。

夜中の仕事の様子

救急病棟入院の患者はHCUも含んでいるため、重症度・緊急度の高い患者がいる中で不穏(注6)の患者の対応までしなくてはいけない日もあり、仮眠休憩もとれません。

不穏の患者に使用する離床センサー(注4)は1台だけです。身体抑制や鎮静剤などの投与で対応しています。

検査出し(注10)も昼夜問わずにあり、すべて看護師が対応しています。救急車の対応や夜間の緊急内視鏡検査の介助も行なうためとても煩雑です。

朝は6時ごろに採血を行います。経管栄養も6時頃にはじめます。

記入者のコメント

日勤では患者12人を看護師3人で受け持っていますが、当直時間帯は看護師2人で受け持ちます。不穏状態の患者や食事の介助やおむつ交換・体位交換を必要とする患者が日中に一般病棟に移れず残ってしまい、その中で緊急入院を受けています。重症度、緊急度の高い患者がいて、一方で不穏状態の患者まで対応するため、仮眠もとれない日があります。緊

急での内視鏡検査の介助も当直看護師が行っているため、当直 3 人の中から 1 人が内視鏡検査室に行っている状態です。救急車外来は止めていないため、残り 2 人で対応しています。患者さんの安全、看護師の安全を守るためにも当直の増員を希望しています。

ファイルNo.6 東京郊外の中規模民間病院

(一般混合病棟 35 床)

*混合病棟として運営されています。対応している診療科は血管外科、皮膚科、眼科、泌尿器科、糖尿病指導をメインとする内分泌科、軽症の循環器科・消化器科・脳神経科・呼吸器科です。その他に、1～2泊の検査・治療入院（胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査、内視鏡によるポリープ切除、結石破碎術など）や終末期の看取りも受け入れています。

平均在院日数 7.8 日。

1ヶ月の受け入れ人数は約 100 人、退院も 100 人以上。

看護配置基準（注 1）7 対 1

病棟配置のスタッフ

看護師 19 人(師長含む) 准看護師 2 人

*夜勤に入るスタッフは 19 人。夜勤制限のある人が師長含め 3 人います。準常勤 2 人。

2012 年 11 月某日…患者数 31 人 予定入院 3 人 緊急入院 2 人 退院 3 人

この日の状況

早番（08:00～16:30）看護職員 1 人

日勤（08:30～17:00）看護職員 6 人

夜勤（16:30～09:30）看護職員 3 人

*スタッフが 1 人、子どもの体調不良のため休みを取ってしまった。

*日勤 6 人は 3 人ずつ A・B の 2 チームに分かれます。

入院と退院の患者について

予定して入院した患者は 3 人。そのうち 1 人は 13 時から、下肢静脈瘤の手術を受けました。別の 1 人は 10 時からの前立腺の生検（生体組織の一部を採取し、病理診断を行う検査）を受けました。もう 1 人は内視鏡的ポリープ切除をしました

ER（救命救急外来）から緊急で 1 人入院。

ICU（集中治療室）からの転棟患者 1 人。

眼科の患者 3 人が退院するので退院指導をしました。

配膳・下膳の様子

それぞれの病室の床頭台（注 9）で食事を摂ってもらうことが通常ですが、リハビリの一環として、あるいは安全面のことを考えてナースステーションにある患者用テーブルで食事を摂る方もいます。配膳自体は病棟サポートのスタッフ（助手さんのような役割）がメインで行っています。スタッフは配膳も行いますが、食事を摂るためのセッティングやインスリンなどの投与を行っています。朝食は夜勤者 3 人と早番 1 人、昼食は日勤者 3～5 人、夕食は夜勤者 3 人のスタッフで対応しています。昼食は勤務しているスタッフの人数や休憩

の関係で変動があります。配膳は 15 分程度で終わります。その後は、食事介助が必要な患者さんがいればスタッフが分担して行い、下膳・配薬・内服介助・口腔ケア（注 14）（歯磨き）の介助を順次行いながらトイレのナースコールへの対応やトイレ介助を行っています（配膳同様、下膳もサポートさんがメインで行ってくれています）。

食事介助の様子

食事の介助が必要な患者さんの人数は、入院している患者さんの病気により変動しますが 2～8 人前後となります。食事を病室で摂る方もいればナースステーションで摂る方もいます。食事介助の人数が多いとその食事を中断してナースコール対応しなければならないことがあります。食事介助を行う患者さんの順番によっては配膳から食事開始までに 30 分くらい時間が空いてしまうため、食事が冷めたり・ぬるくなったりしてしまいます。できるだけ温かいものは温かいままで、冷たいものは冷たいままで摂取できるように、スタッフで協力しあいながら食事介助を行っています。

口腔ケア（歯磨き）について

口腔ケアはリハビリにもつながるため、出来る範囲を自分で行ってもらいスタッフは見守りや軽介助にすることが患者さんのためには良いのですが、次の対応が迫っているとスタッフが行ってしまいリハビリの機会を奪ってしまっていることも現状としてあります。自分で行える患者さんには室内や廊下にある洗面台を使用し行ってもらっています。歯を磨くことができる患者さんには、ガーグルベースン（うがい受け）という容器を渡してそれで口腔ケアを行ってもらいます。自分で出来ない患者さんはスタッフが介助しますが、誤嚥の危険がある患者さんには吸引器で吸引しながら行っています。口腔内を清潔に保つことは病気の予防にも影響してくるため気をつけています。

経管栄養（注 3）

経管栄養を行う患者さんの人数は、入院している患者さんの病気により変動しますが 2～8 名前後となります。朝食は起床の 6 時、昼食は食事が配膳される前の 11 時 30 分ごろ、夕食も食事が配膳される前の 17 時 30 分ごろから投与を開始します。しかしナースコールの対応などに追われてしまうこともあるため、経管栄養の準備も施行時間も人数が多い際には前倒して準備をしたり（始業時間前や起床時間前）、施行したりする人もいます。上記の時間より 30 分から 1 時間前といった声が多かったです。

朝の採血と血糖測定（注 5）

基本的には起床後の 6 時過ぎから順番に採血に伺っています。コール対応や 7 時過ぎから始まる外科系（泌尿器、血管外科、皮膚科）の回診対応、8 時過ぎから始まる眼科の診察、血糖測定やインスリンの投与、食事の準備などがあるため、7 時 00 分までには終わらせないといけないため、眠っている患者さんを起こすのは申し訳ないと思いながら人数によっては 5 時くらいから行うこともあります。

検査への送り出し

基本的には看護師が行っています。各病棟所属の看護助手が配置されていません。看護助手は中央管理になっています。必要時に、看護助手を依頼するシステムです。看護助手業務は入院・退院のベッドの準備・片付けや排液・尿の破棄などで手一杯になってしまうため、ほとんど看護師が看護助手業務も行っています。

入浴の様子

毎週水曜日に看護師 1 人と助手 1 名で入浴介助を行っています。人数は 15～20 人前後。半数以上は重症で車椅子にも乗れない患者です。1 時間に 3 人入れられれば良い方で、夕方まで入浴に時間がかかってしまいます。

夜中の仕事の様子

2 時間おき(奇数時間)に巡視しています。その際に、体位交換やおむつ交換も行っています。またその間に点滴管理も行っており、巡視が終わるとすぐ巡視になってしまうこともあります。

不穩(注 6)の患者が多く、車椅子から転落防止のため、抑制帯固定され過ごしている患者が 3～4 名必ずいます。深夜もその患者たちが起きていれば一緒にナースステーションで過ごしていることもあります。ナースコール対応中に目が離れてしまうのが危険です。転倒やルート類の自己抜去などのアクシデントも起こっています。

不穩時の対応

身体抑制や鎮静のための薬、センサーを適宜使用しています。センサー類は、最大で離床センサー(注 4)を 4 台、起き上がりセンサーを 2 台使用していた時期があります。平均的には離床センサー 1～2 台は常に稼働している状況です。

病室の割り振りとベッド調整

おおまかには病棟を二分して A チームが男性患者、B チームが女性患者と振り分けてチームナースングをしています。個室が 9 床と予備ベッド(ナースステーションの脇)1 床を活用して調整しています。しかし個室の状況によってはチームと異なる性別の患者を受け持つこともあります。

ベッド調整は、朝会(病院管理者と医師と病棟師長が参加)で行い、基本は救急病棟にオーバーステイ(注 11)した患者で入院継続の患者は一般病棟に転科することになっているが、一般病棟のベッドが空かずに救急病棟に溜まってしまいう事もしばしば。夕方、再度入院調整を行い、一般病棟へ転科できる方は転科する。夜間でも必要に応じて各病棟の夜勤リーダーが話し合い、調整し、救急病棟を空け入院を受けられる体制づくりに協力している。

【記入者による自由記述】

※専門用語を分かりやすいようにするため、原文を一部加工しています。

■各勤務帯の休憩は20～40分が平均で60分とれた事はありません。深夜は常にせん妄患者や重症患者、又センサー対応でほとんど休憩は取れていません。医師の受け持ち患者が多い中、連続して当直をしていることが多く疲弊感が伝わってきます。この日は、急ぎの全身麻酔手術1件でしたが、かなり困難な事例で帰室時間が16:30でバタバタしている中、胃穿孔（胃に穴があく）の患者が救急外来を受診。緊急手術依頼がありましたが、医師も看護師も疲れ果てており、他院を探し転送。しかし決まるまで3時間位かかった。手遅れになったら誰が責任を取るのでしょうか。こんな場合。（10対1・外科一般病棟）

■熱発者が多く個室が少ないため、感染拡大予防のためほぼ毎日部屋移動と部屋での食事介助が続いているため、スタッフの疲労度が高くなってスタッフも急な休みになり、ギリギリで動いている。また部屋食が多くなっていることからホールで食べる患者と部屋介助でスタッフが分かれるため、誤嚥のリスクも高くなっている。その為か受け持ち患者との精神科ならではのコミュニケーションがとれなくなっている。（精神病棟）

■認知症患者の対応をしながら一般病棟で急性期をみなくてはいけないのが大変。夜勤帯は看護体制がうすい中、ナースコール頻回で徘徊患者さんなど対応しきれないことが多い。（7対1・一般病棟）

■病棟のスタッフが足りず、毎日毎日忙しく、患者さんにいつもいつも「待って下さい、待って下さい」と言って申し訳ない日々が続いている。スタッフが足りず具合が悪くても迷惑がかかると思い、休めない。癌末期、褥瘡処置、創傷処置の患者さんも増えてきている。日々もっとゆっくり患者さんとコミュニケーションが取れる時間がほしい。病棟スタッフの増員をお願いします。（20対1・療養病棟）

■ナースコールが頻繁で、終了時間までにカルテ記録は1冊しかできなかった。オムツ交換というより、身障トイレを使用する人が多く、トイレへの往復でかなり時間をとられる。（13対1・精神病棟）

■不穏になると暴力が出る患者さんが1名（男性）おり、本日夕方リスペリドン（抗精神薬）0.5錠内服している。（15対1・回復期リハビリ病棟）

■様々な病態・状態の患者さんが入院している。入院してくる状況の中で、日々の業務の忙しさで対応が後手になってしまう。患者さんをしっかりと捉えることが出来ていないのが現状。処置が多く、入浴日やスタッフの体制が厳しいと、そちらに手を取られ、あっという間に時間が過ぎてしまっている。転倒・転落やヒヤリ・ハットのリスクも上記の状態だと必然と高まってくる。（10対1・内科一般病棟）

■看護体制上（13:1）チームに分かれておらず、患者49名の病状・ADLの把握をしていないといけない。特にADLについては把握していないと転倒につながり危険なので気をつけている。また、夜勤では介護士とも一緒に組むので、急変が起きた時看護師の負担が大きい。夜勤ではトイレ介助（起き上がり～車イス移乗、トイレ移乗含む）がメインなので体力的にきつい。不穏者が多いときは多いのでナースコール（センサー含む）に追われることもしばしば。日勤で介護士はだいたい風呂にいれるので、体力的にきつい。患者さんにやさしくできなくなってしまうこともあり、辛い。もっとスタッフがいれば・・・と思うことばかり。（13対1・回復期リハビリ病棟）

■認知症による徘徊・暴力があり、とくに夜間対応がしきれず院内うろろうしていたりする。食事介助

が多すぎて、とくに夜勤がキツイ。家族の協力や遅番が残業してやっと。リハビリ目的なのに、回復期リハビリ病棟のベッドが空くまでと入院させられると介助に手一杯。(10対1・内科一般病棟)

■急性期ではあるが、実際は療養型に近い患者が多数いる。在宅→入院→施設への形が多いため、在院日数が長くなっているのがネックに。しかし患者家族からは「きれいにしてもらっている」と好評！(7対1・内科一般病棟)

■看護師1名が嘔吐で休んでいるため要員が少なくなっている。(7対1・脳外科・皮膚科一般病棟)

■10時～14時は清掃の方がいて、退室のベッドもきれいにしてくれますが、その他の時間に急患入室があると、患者を押し出してベッドをふいて入室受け入れ全て看護師がやります。患者数の変動が大きく、ときに0人となる。患者3人いないと看護師は2人配置となり他へ応援に出されたり、年休を取ったり。週末は4人以下に患者を制限し看護師は2人の配置。こうしないと、夜・深夜の回数が多くてやってられない。逆に患者が6人で、それなりの重症が1～2人いるともう大変。中途採用の方も多く、経験が様々で人間関係をつくるのも難しい。(ICU)

■運動機能障害や認知障害などの生活援助やリハビリに労力やリスクマネジメントが必要で心労が強い。緊急入院や緊急手術、経動脈性デジタル減算血管造影(IADSA)などがあり、ゆっくり援助の時間がとれない。体位交換が多く腰痛が心配です。(7対1・混合一般病棟)

■癌末期の患者さんが多く、不安を訴えていても患者・家族とゆっくりコミュニケーションがとれないことがある。夜勤帯の看護師が少ない中重症患者に手がかかるが、トイレ護送などナースコール対応が頻回で大変である。(7対1・混合一般病棟)

■入退院の件数が1週間の延べで40件以上になることがあり、問診票の入力などルチーン業務に追われることが多い。感染症等であり、他チームと協力し合えないことが多く、もどかしさを感じることもある。(7対1・混合一般病棟)

■入院と退院がとても多く(平均在院日数5.6日)、人の出入りが多いことにより業務が繁雑である。機能別看護を一部取り入れて、プライマリーナーシング(1人の看護師が数人の患者の看護を担当すること)を行っている。チームをマネジメントする力の有無により、業務終了したとき満足感が違う。(7対1・混合一般病棟)

■月～金は毎日手術。ADL患者、手術患者の送り出しと出迎え、透析迎え出しなど出入りが多い。(7対1・外科一般病棟)

■手術件数多く、同日入院で46床に対し50名の患者をみる日もある。入院日数も少ないため、業務が繁雑である。急性期病棟であるが、終末期の患者もおり、ケアに手が回らない。(7対1・小児一般病棟)

■プライマリー患者さんの関わりが自分の勤務時間内では業務が多忙でできない。そのため勤務後に必要な情報収集、指導、家族との関わりを行っている。そういうスタッフは多い。輸血が日によって10名ほどいるので、それだけで仕事が終わってしまう。(7対1・内科一般病棟)

■若いスタッフの割合が大きいことでフォロー・指導の必要性が高く、少し大変に感じます。成長を感じられる場面が多くなれば、大変には思わないのかも知れませんが。新卒を受け入れることも大切ですが、今働いているスタッフの離職率を下げる何らかの策があればいいなと思います。(7対1・内科一般病棟)

■インシデント・アクシデントが起こっているのは、ほぼ夜勤帯で占めている。少ない看護師数でコー

ル対応、不穏対応、観察、オムツ交換や体交をしながら、薬付けや点滴準備をしていると、どうしても目が届かない場面が出てきてしまう。転倒→骨折など大きな事故になってしまうのではないかと怖いです。

(7対1・救急病棟)

■こあら室～障害児が多く、気管切開している児4人、胃瘻6人、鼻チューブ栄養2人、モニター8人にプラスして乳児が3～4人いる。泣いても抱っこしてミルクあげてもらえない。また、検査や受診などでスタッフがいないことも多く、2人で仕事をしているようなものです。入浴も3人でやっています。処置に時間がかかり、9～11時頃まで時間がかかります。年齢も10歳～の子供がいて乳児院ではありませんよね。乳児院となっているため、乳児の設備しかないのに、いる子供は大きい子供も何人もいて、こういうことはおかしくないのだろうか・・・？2人でこれだけの子供を看護ケアしていて、よく事故が起こらないものだと思います。いつか何かありそう・・・です。毎日時間外ばかりです。重症な子供もいます。この子は障害もあるけど奇形もあり処置が多い。(乳児院病棟)

■病床稼働率をあげるために、空きベッドがあれば、いつの勤務帯であっても他科の緊急入院を受け入れなくてはならない。経験の少ない看護師にとっては不安(他科の疾患になれていない、知らない医師とのコミュニケーションをとらないといけないなど)が大きい。患者さんも高齢で合併症もあり、主科だけの治療では済まず、他科併診や転科することも多い。2012年1月から電子カルテになり約1年が経過しますが、情報収集のために時間がかかり、また実施項目や看護記録入力にも時間がかかり、患者への直接ケア時間が短くなっていると思います。(7対1・混一般病棟)

■看護師1人夜勤が月に16回もあり、重症の人が多いと看護師1人で患者様全部をみることになる。介護士が2人いてもやるべき事が決まっている為、看護師が大変。吸引等も看護師がいないとケアワーカーがせざるをえない等ある。医療度の高い患者が多いため、吸引・バイタル等大変で看護師の数が少ないため1人夜勤が増えてしまうとケアワーカーの数も結果足りなくなり皆疲弊してしまいます。(介護病棟)

■看護師の人数が足りないため、師長1名と受け持ち看護師2名しか日中もいない。フリーがいらない為、業務が多い。その為始業時間の前30～40分前から入っている。細かなケアがやりきれない。(介護病棟)

■毎朝20名の点滴詰めに時間を要す。毎朝看護師は30分以上早く出勤して仕事をしないと間に合わない。医療区分2or3の方の処置(中心静脈・バルーン・褥瘡・吸引・モニター・血糖チェック(毎日4回))に時間がかかる。人数が少なく重症患者と徘徊(車イス)もいて目が離せず。徘徊など問題の多い患者さんの受け入れ先がなかなか見つからない。介護病棟へも行かれない。昼食の休憩も時間に帰る為食事摂取のみで残り40分記録に入っている。マンパワーが不足し疲れています。ゆとりあるケアがしたい。(20対1・療養病棟)

■夜勤は有資格者1名状態。痰の自己喀出ができない患者が多く、吸引する人多い。夜間のスケールチェック、血糖のインスリンを注入する者多い。急変があり。中心静脈管理、点滴管理者が多い。コール対応がなかなかできない(ナースコールを押すことが出来る患者が5名しかいないのに・・・)(15対1・内科一般病棟)

■日勤帯は患者12人を3人で受け持ちしているが、当直帯は2人受け持ちとなっている。その中で不穏の患者が食事介助、オムツ交換・体位交換のある患者さんが一般病棟に転科できず残ってしまい、その中で緊急入院を受けている。重症度、緊急度の高い患者さんがいて、不穏などの患者さんまで対応す

るため、仮眠もとれない日もある。緊急内視鏡の介助も当直看護師が行っているため、当直 3 人のなかから 1 人行っている状態。救急車外来は止めていないため、残り 2 人で対応している。患者さんの安全、看護師の安全を守るためにも当直の増員を希望します。(7 対 1・救急病棟)

■パートや準常勤スタッフを入れての体制のため、勤務作りに苦労しています。常勤スタッフは夜勤が月 6 回(2 交代)が普通で、休み希望も制限をかけて対応しています。このような中でスタッフのモチベーション低下が離職につながっているのではと不安に思っています。夜間の医師体制も日によって研修医のみであったりすると、集中治療室に重症患者がいる時には不安に思います。(2 対 1・ICU)

■火曜日は手術が行われる日ではなかったため、泌尿器科患者 1 名しかいなかった。曜日によってかなり業務量が変わる。でも人数を増やす事は困難。(7 対 1・外科一般病棟)

■認知症患者が多く、徘徊や転倒転落危険が常にあり、現状のスタッフの人数ではとても対応しきれない。夜勤帯も含み、とても心身がきつい状態である。急性期の手術の患者や介護状態の方、社会的な入院、他科の入院(内科など)業務量が多く複雑である。退院調整にも大変時間や手間がかかり様々な事が重なり、看護師の疲労大きい。入退院が激しい時には当日退院したところに即入院、救急病棟からの転棟、手術患者の転室など回転が目まぐるしい。もっとゆっくりケアすること、家族と話しをすることなどやりたいと思っているが、どうしても効率よく業務をすすめることが重視され、看護の楽しみや喜びを実感することから離れてしまっている。(7 対 1・整形一般病棟)

■本日は病状悪化のため緊急転院する患者が発生し、転院までの手配を病棟看護師が行わなければ行けなかった。病棟で 2 名突発休がでていところで、緊急転院の患者の対応、他の患者の処置を 1 人でも行わなければならない状態だった。最近困っていることとして、医師の指示が出した後連絡無く処置が遅れた。転倒予防の対応の方が増えると、センサーアラーム、ナースコールと重なる時もあり、対応困難な時もあった。全体的に看護・介護度が高くなっているうえに職員の体制がとれなくなっている。

(13 対 1・障害者病棟)

■欠員がある中、入院や看護学生の実習受け入れ、週間予定(定例カンファレンスなど)に追われ精神的な負担がかかる。(15 対 1・回復期リハビリ病棟)

■欠員がある中で入院受け、面談、カンファレンスが重なりゆっくりとケアをしている時間がない。身体拘束をしないよう努力はしているが、ブレーキをかけずに立ち上がる患者が多く、安全な見守りがしきれないことがある。日中患者対応や処置等で記録をする時間がなかなかとれず、残業時間が多くなってしまふ。日勤が続く日は疲労が残ってしまふ大変。(病棟不明)

■欠員・体調不良のスタッフもいる事で負担が偏ってしまうことがある。業務に追われることで、患者の見守りが十分に出来ず、ついつい介助してしまう。(病棟不明)

■人口呼吸器を使用している人が多く、点滴・ポンプの管理が大変。(10 対 1・内科一般病棟)

■12 月 28 日は 11 人入院、5 名退院と 1 日に入退院が多く、超多忙である。(10 対 1・内科一般病棟)

■本来 3 人夜勤であるところ、患者様 30 名以下により 2 人夜勤になることにより、1 人が仮眠中の時は 1 人体制になるため、急変時や緊急入院時に不安を感じます。(10 対 1・混合一般病棟)

【看護冊子用語集】

■看護配置基準（注 1）・・・医療法によって定められている、患者の人数に対する看護職員（看護師・准看護師・看護補助者）の人数のこと。病院の収入源である診療報酬との関係があり、その人員配置基準の高さと平均在院日数などによって、病院が得る診療報酬は、異なる。

■ケアワーカー（注 2）、補助者・助手・・・ケアワーカー（注 2）は、身体的・精神的な障害により日常生活行動に支障のある方に対して介護支援を行う介護職員。看護補助者は看護助手（注 2）と同じ解釈で、看護師の補助業務を行い、主な仕事は、シーツ交換、掃除、ベッドメイク、患者さんへのお茶配りなど。病院により呼び名が異なる。

■経管栄養（注 3）・・・経口摂取が不可能あるいは不十分な患者に対し、体外から消化管内に通したチューブを用いて流動食を投与する処置。

■離床センサー（注 4）・・・患者（利用者）さんがベッドから離れたことをナースコールで知らせるシステム。徘徊・転倒・転落防止に役立ちます。

■血糖測定（注 5）・インスリン投与・・・糖尿病等の患者に対し、起床時や食前に血糖を測定したり、インスリンを注射することにより血糖コントロールを行うこと。患者が行う場合もあるが、看護師が行う場合は、測定・記録・注射等を行うため、対応の時間を要す。患者さんの措置を見守る場合は更に時間を要することになる。

■不穏（注 6）（ふおん）・・・周囲への警戒心が強く、興奮したり、大声で叫んだり、暴力をふるったりしやすい状態。

■自動注入器（シリンジポンプ（注 7））・・・点滴静脈注射を施行する際に利便性と安全性を高めるために使用される医療機器であり、輸液ポンプより少量で、より正確な輸注を必要とする際に使用される。

■ADL（注 8）・・・日常生活動作。人が日常生活において繰り返す、基本的かつ具体的な活動のこと。近年では高齢者の生活機能の尺度として用いられることが多い。

■床頭台（注 9）・・・病床のそばに置いて使う、引き出しや戸棚の付いた台のこと。患者の日用品を入れたり、テーブルの代わりに使ったり、また治療や看護の際には処置台として使われる。

■検査出し（注 10）・・・患者さんをレントゲン室やエコー室等の病室以外の場所に、車椅子やストレッチャーで搬送すること。ストレッチャーは、通常 2 名で搬送する。

■オーバーステイ（注 11）・・・救急患者が救急外来あるいは救急病棟で、一泊以上すること。通常は、急変状態が安定したら、一般病棟に転棟することが多い。

■せん妄（もう）（注 12）・・・一時的に不安感が募ったり、錯覚や幻覚を起こしたりして、異常な行動や言動、興奮が見られる状態。70 歳以上の高齢入院患者の 30%がせん妄に陥るとされる。

■ドレナージ（注 13）・・・体内にたまった余計な水分や血液などを体外に抜く処置。

■口腔ケア（注 14）・・・口腔清掃、歯石の除去、義歯の調整・修理・手入れ、簡単な治療などにより口腔の疾病予防・機能回復、健康の保持増進、さらに生活の質の向上（QOL）を目指した技術。

■フリー（勤務）（注 15）・・・病棟勤務において、担当患者をもたない看護師が、点滴などの準備業務や、他の看護師のヘルプ業務などをしたりする勤務。

■HCU（ハイケアユニット）（注 16）・・・高度治療室。ICU（集中治療室）よりもやや重篤度の低い患者を受け入れる治療施設。

病棟実態調査の結果についてのまとめ

調査はまず、調査票を用いて任意の一日の病棟実態を記入してもらいました。ここでは患者の状態と看護の実情を掴むことが目的でした。共通項目として病棟種別（病棟名）、看護配置基準、配置されているスタッフの職種・人数、当日の患者数・入退院数、各勤務の勤務者数をあげ、さらに処置や看護ケアについて件数・人数などを記入してもらいました。病院・病棟ごとに特色があるため、調査項目に縛られることなく自由に記載することを付記しました。

東京医労連傘下の労働組合に協力を求め、組合独自であるいは病院当局の協力を得て、14 病院 48 病棟から回答を得ました。

しかし、集計結果の概要では、現場の実態を誰にでもわかるように伝えるには内容が専門的すぎて困難がありました。そこで、特徴的な病棟を 6 つ選択し、おもに聞き取りによって補足することにしました。聞き取りにあたっては、いわゆる診療の補助・医療行為の部分よりも「日常生活行動援助」と表現される看護独自の部分に焦点をあてました。そのため、間接的な業務（記録や看護計画などの立案・評価、患者情報の収集、トラブル・アクシデント対応および報告、家族・面会者・業者への対応、医師や他の職種・部門との連絡・調整各種の会議や委員会の活動、など）については殆ど触れていません。それらを除いてもこれだけの業務をこなしています。

6 つの病棟はいずれも民間病院ですが、規模・診療科・看護配置基準などが異なるものを選ぶことで、より広く現在の病棟実態を把握することができたと思います。象徴的な、あるいは解決すべき問題がありと思われる部分を事例ごとに紹介します。

■ 事例 1（ファイルNo.1）精神科身体合併症病棟（15 対 1）

- 患者の平均年齢 70 歳。70 人の患者に対し深夜勤は看護師 3 人のみ。おむつ交換 37 人。離床センサー 6 人。徘徊患者 3 人。
- 身体疾患を合併しているため、末梢点滴、血糖測定とインスリン投与、採血もある。採血は朝 4 時～4 時半ごろから行っている。
- ラウンドは、日中は 15 分おき、夜間は 30 分おき。夜間のラウンドは 10～15 分かかるため「1 ラウンド終わるとすぐまた次のラウンド」
- 2 チームに分かれて業務を行っているが夜間は応援しあうので「20 時頃の約 1 時間、0 時と 5 時の約 30 分は B チームのエリアにはスタッフが誰もいなくなる」。
- 月曜日と木曜日は入浴日。70 人の患者を一日がかりで入浴の介助。
- 経管栄養の朝食は 5 時から開始。食事の介助は 1 人の看護師が 2 人の患者を同時に介助。
- 精神科ならではのコミュニケーションが取れなくなっている。

■ 事例 2（ファイルNo.2）回復期リハビリ病棟（13 対 1）

- 49 床の病棟に看護職 17 人、介護士 8 人。夜間は看護職 2 人と介護士 1 人。
- 起き上がり介助、移乗介助、歯磨きの介助、食事の介助、衣服の着替えの介助…いずれも「数え切れません」との回答。リハビリを兼ねて行うため、患者のできるところは行ってもらい、できないところを口頭で指示または介助します。なぜ出来ないのか、どうしたら

自力でできるようになるかも観察しながら援助を行うため、全介助で行うよりも時間を要します。

- おむつ交換 17 人（夜間は 17 人、日中は 4 人）。ADL や退院後の生活に合わせて日中はリハビリパンツ、夜はテープ式のおむつにするなど個別に対応しています。
- 徘徊 2 人、離床センサー（注4）6 人、フロアセンサー5 人、椅子にセットするセンサー2 人。
- 保冷保温配膳車ですが、急な対応があると暖かい・冷たいうちに配膳することが出来ません。
- 食後は…下膳、内服の介助、歯磨きの介助をしちうつ、トイレのナースコール対応とトイレ介助。フルでスタッフが動き回っても、どこかで患者さんがスタッフ待ちをしている…
- 血糖測定…食前は食堂への誘導やトイレ対応でパタバタなので測る患者を間違えないか、抜けは無いか確認をしっかりとしないと怖い。…夜勤のアルバイトが行う場合もあるので注意して行ってもらっています。
- 朝の経管栄養は 6 時くらいまでに終わるように開始します。6 時起床で 6 時からおむつ交換・着替え（パジャマから日中着へ）があるためです。早くても 4 時から、遅くても 5 時半までには行います。その前に歯磨きもするので、患者さんを起こしてしまいます。
- 49 人の病状・ADL を把握しなくてはならない。特にADL については把握していないと転倒につながり危険なので気を付けている。
- 日勤で介護士はだいたい風呂に入れるので体力的にきつい。患者さんにやさしくできなくなってしまふこともあり辛い。

■ 事例 3（ファイルNo.3）一般耳鼻科・リウマチ内科病棟（7 対 1）

- 44 人の患者に対し準夜勤・深夜勤は看護師 3 人。
- 手術を終えて患者が病室に戻ってくるとすぐに 1 時間ごとの血圧・脈拍・呼吸測定・手術後の出血の有無のチェックを行います。手術によっては 3 時間たったら離床（歩いてもらいます）ので、歩けるように準備をし、起き上がりや歩行が安全にできるように介助します。
- 高齢者の場合は、今まで問題なく普通に生活できていた人であっても、急性期で手術を受けたりすると、不安が強くなり夜間不眠になり、認知症の傾向が強くなる場合があります。夜間の徘徊、独り言を話したり、体に入っているチューブを自分で抜いたりして、大参事になることもあります。1 人でもその状態の患者がいると 1 人の看護師が患者を 1 対 1 で監視し続けなければなりません。その他の患者をたった二人の看護師でケアを行わなくてはなりません。
- 糖尿病などの生活習慣病を持っている患者が増えているので、食事の前の血糖測定を時間通りに行わなければなりません。複数人いると朝食前の 7 時から順番に血糖を測り、インシュリンを指示通りに注射します。インシュリンの注射は個人によって東陽する量が違います。また、自己管理している患者に対しては、指導を含めて患者本人の注射の手技を確認しなければなりません。インシュリン投与は時間に制限があることと、数人の看護師が

複数の患者の管理をすることによりかなり緊張します。

■ 事例 4 (ファイルNo.4) 一般内科病棟 (15 対 1)

- 4 階に 25 床・5 階に 16 床と 2 フロアーにまたがる病棟。夜間は 41 床に対し看護職 2 人とケアワーカー 1 人。
- 夜間、スタッフ全員が 4 階 (重症者が多い階) に行っていることがあります。しかし 4 階にいと、5 階の心電図モニターのアラーム音が聞こえません。
- ほとんどの患者が寝たきり状態で点滴をしています。経管栄養が高カロリー輸液をしている場合がほとんどで、食事介助の患者は 2 人だけ。
- 寝たきり状態なので体位交換、マウスケア、おむつ介助、衣服の着脱介助が必要です。手足に拘縮や変形がある患者も多いので注意が必要です。
- 朝 6 時。検温をしながら、マウスケアをしながら、吸引をしながら、血糖値を測定して、経管栄養を開始。その後で続けて食事ができるように体を起こしたり車いすに移したり。
- 夜間といっても患者の見守りだけの業務ではありません。患者の状態悪化・急変への対応もあります。医師の報告をし、夜間帯で指示が変わることもあります。ナースコールが鳴らないわけではなく、コール対応もあります。しかしコール対応がなかなかできません。ナースコールを押すことが出来る患者が 5 人しかいないのに…。

■ 事例 5 (ファイルNo.5) 救急病棟 (救急病棟 8 床は 7 対 1、HCU4 床は 4 対 1)

- HCU4 床と救急病棟 8 床の計 12 床を担当。当直の時間帯は救急病棟と救急外来を合わせて看護師 3 人で担当。この日は夜勤パート 1 人、系列のクリニックからの応援 1 人、救急外来スタッフ 1 人で当直にはいっており、救急病棟配置のスタッフは当直時間帯にはいませんでした。
- 病床が足りない時には病棟の隣の観察ベッド (5 床) に入院させて対応することもあります。
- 救急病棟入院の患者は HCU も含んでいるため、重症度・緊急度の高い患者がいる中で不穏 (注 6) の患者の対応までしなくてはいけない日もあり、仮眠休憩もといけません。
- 緊急での内視鏡検査の介助も当直看護師が行っているため、当直 3 人のなかから 1 人が内視鏡検査に行っている状態です。その場合も救急車外来は止めていないため、残り 2 人で対応しています。患者さんの安全、看護師の安全を守るためにも当直の増員を希望します。

■ 事例 6 (ファイルNo.6) 一般混合病棟 (7 対 1)

- 対応している診療科は血管外科、皮膚科、眼科、泌尿器科、糖尿病指導をメインとする内分泌代謝科、軽症の循環器科・消化器科・脳神経外科・呼吸器科です。その他に 1~2 泊の検査・治療入院 (胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査、内視鏡によるポリープ切除、対外衝撃波結石破碎術、前立腺生検)、終末期の看取りも受け入れています。
- 35 床に対し夜勤は看護職 2 人です。夜間は 2 時間おきに巡視しています。その際に、体位交換やおむつ交換も行っています。またその間に点滴管理も行っており、巡視が終わる

とすぐ巡視になってしまうこともあります。

- 不穏の患者が多く車いすに抑制帯で過ごしている患者が 3~4 人必ずいます。深夜帯もその患者たちが起きていれば一緒にナースステーションで過ごしていることもあります。ナースコール対応中に目が離れてしまうのが危険です。転倒やルート類の自己抜去などのアクシデントも起こっています。

以上の状況は決してその病棟だけのことではありません。似たりよったりの事態が日本中どここの病棟にもあります。業務量が多いと感じながら、最低これだけはやらなくては行けないと決めた業務を何とかこなしています。患者の状況に応じたきめ細かな対応、看護ケアの提供はなかなか難しい状況です。この実態を私たちは患者・家族だけでなく多くの方々に知っていただきたいのですが、日常の仕事、当たり前のようにやっている仕事について聞きだし、「伝わる」ように語り、記録するのは予想を超える難しさがありました。それは日常業務に埋没して見えなくなっている問題を第三者の視点から見直す作業であり、そこに存在する「看護を語る」ことでもありました。

調査を行い、看護闘争委員会で議論する中で見えたのは、厳しい中でも看護師たちは頑張っているし、患者にしわ寄せをしていることに気が付いている、ということです。今回の調査結果を活用し、現実を知ってもらうこと、仲間同士で問題を共有することで、看護職の増員をはじめとした労働条件改善の運動をさらに進めたいと思います。