

夜間緊急入院受け入れ専用病床の設置の効果 ～急性期病院一般病棟の夜勤看護師への影響について～

多根総合病院 看護部

津谷量哉

要 旨

当院は304床の二次救急指定病院である。病棟勤務の看護師は常に緊急入院への対応を求められ、看護師数が少ない夜間は、緊急入院が計画的な看護業務の遂行に大きな影響を与えていた。そこで2022年2月から夜間緊急入院受け入れ病床（Emergency room：以下、Eルーム）を設置し、夜間の一般病棟への入院先はすべてEルームとした。Eルーム設置が一般病棟の夜勤看護師の働き方にどのような影響を与えたかを看護師81名に対する質問紙法調査で評価した。結果は、全体では57.9%が夜勤業務を実施しやすくなったと回答した。変化なしは39.2%、実施しづらくなったと答えたのは2.9%であった。病棟間に有意差（ $p<0.001$ ）を認め、「改善した」と答えた割合が多かったのはEルーム導入前に緊急入院受け入れ数が多かった病棟で、「変化なし」は元々緊急入院受け入れが少ない病棟であった。精神的負担についても、72.7%が軽減したと回答した。突発的な夜間の入院受け入れがなくなることで、Eルーム導入前に抱えていた夜勤の精神的な負担も軽減された。Eルームの設置は、一般病棟夜勤の業務遂行のしやすさにつながり、また精神的負担の軽減ももたらした。

Key words：夜間緊急入院専用病床；救急病棟；夜間入院受け入れ

はじめに

当院は急性期一般入院基本料1を取得する304床の二次救急指定病院である。大阪市西部医療圏の中核病院の一つとして24時間365日緊急入院を受け入れている。2021年度の救急搬送受け入れ件数は7,912件で、そのうち3,272件（41%）が緊急入院となった。新入院患者の入院先は、患者の重症度に応じてICU、ハイケアユニット（HCU）、一般病棟に分けられる。入院先が一般病棟の場合、患者の病状にふさわしい診療科の病棟を夜間看護管理者が選定していた。一般病棟は看護師数の少ない夜間であっても常に緊急入院患者を受け入れ、夜勤看護師は緊急入院があれば、その都度、業務計画を修正しながら対応していた。朝・夕の食事時間であれば、配膳・下膳、食事介助、配薬など繁忙な通常業務の中で緊急入院を受け入れていた。

さらに、業務上の負担増に加えて、夜間緊急入院の患者は発症直後の不安定な時期にあり、病態の全体像を十分に把握できない、信頼関係も構築されていない中で患者対応を求められ、夜勤看護師の精神的負担となっていた。

そこで、2022年2月より、夜間緊急入院受け入れ専用病床となるEmergency room（以下、Eルーム）をA病棟の4人床2部屋（8床）に設置し、一般病棟への夜間緊急入院患者はすべてEルームへ入室することとした。担当看護師は各病棟、各ユニットから選出された2名の看護師を配置した。

Eルーム設置により、夜間の緊急入院がなくなるために一般病棟の夜勤業務は実施しやすくなり、精神的負担も軽減するとの仮説を立てた。先行研究では、奈良県西和医療センターの寺田らの研究¹⁾など、当院のEルームに類似したシステムを導入している施設



の報告はあるが、前述の仮説を明らかにした報告はなかった。そこで今回、Eルーム設置が当院の一般病棟の夜勤看護師にどのような影響を及ぼしたのかを明らかにするためにこの研究に取り組んだ。

目 的

夜間緊急入院患者を受け入れるEルームの設置が、急性期病院に勤務する一般病棟の夜勤看護師に与えた影響を明らかにする。

研 究 方 法

方法：Eルーム導入前後の夜間緊急入院患者の実態調査と看護スタッフに対するGoogle formを使った質問紙法調査。

調査期間：実態調査は2021年2～4月の3か月間（Eルーム導入前）と2022年2～4月の3か月間（Eルーム導入後）、質問紙法調査は導入半年後（2022年8～9月）に施行した。

質問紙法調査の対象者：2021年4月以前に入職し、2022年8月に在職している一般病棟の夜勤に従事した経験のある看護師81名。

質問紙法によるデータ収集：以下の業務遂行状況と精神的な負担について調査した。

<質問紙内容>

質問1：あなたの所属部署はどこですか？

外科病棟、循環器・内科病棟、脳神経外科・脳神経内科病棟、整形外科病棟、消化器内科病棟（除外部署：ICU、HCU、緩和ケア病棟、コロナ病棟）

質問2：あなたの看護師経験年数を教えてください

2年目、3年目、4～5年目、6～10年目、11～20年目、21年以上

質問3：Eルームを設置したことで自部署の夜勤業務の変化を、以下の質問項目ごとに5段階でお答えください。（1.非常に実施しやすくなった、2.実施しやすくなった、3.変化なし、4.実施しづらくなった、5.非常に実施しづらくなった）

注）部署で実施機会が少ない項目については変化なしをお選びください。

①バイタルサイン測定、②症状観察、③点滴に関する業務、④内服に関する業務、⑤安全管理（センサー対応も含む）、⑥ナースコール対応、⑦患者とのコミュニケーション、⑧排泄介助、⑨排液破棄（尿・体液を含む）、

⑩体位変換、⑪食事介助、⑫配膳、⑬下膳、⑭経管栄養に関する業務、⑮モーニングケア、⑯イブニングケア、⑰病棟内巡視、⑱翌日の退院準備、⑲看護情報提供書（サマリーの記入）、⑳電子カルテ入力、㉑書類整理、㉒スタッフの指導、㉓病棟管理日誌に関する業務

質問4：自部署の夜勤勤務の精神的な負担に変化があったか教えてください。

（1.非常に軽減した、2.軽減した、3.変化なし、4.増加した、5.非常に増加した）

Eルームの概要とルール

17時～翌朝8時までの一般病棟対象の全入院患者を受け入れる夜間緊急入院受け入れ専用病床とする。消化器内科病棟の4人床2部屋（8床）を使用する。Eルーム内で必要な看護業務が完結できるように専用の物品を整備している（例：バイタルサイン測定器具、医療用器材、衛生材料、リネン類、吸引セット、ミキシング台、電子カルテ、支柱台、ベッドサイドモニター等）。

Eルーム担当看護師は2名/日であり、全部署（一般病棟6看護単位、緩和ケア病棟・ハイケアユニット2看護単位、ICU・手術室・救急外来の12看護単位）より輪番制とする。看護師の選出基準は、ラダーⅡ以上または経験年数3年以上の看護師とする。Eルーム担当看護師は、病棟業務と兼任せず、原則Eルームの業務に専念する。入院患者が8床を超えた場合には、先にEルームに入院していた患者を一般病棟へ転棟させ、Eルームで新たな緊急入院を受けることとする。Eルームから一般病棟への転棟の際には、原則申し送りは不要とし、必要事項は看護記録に記載しておくこととする。翌朝8時30分に各部署の看護管理者が参集するベッドコントロールミーティングで夜間緊急入院した患者の受け入れ病棟を決定し、9時～9時15分の間に受け入れ病棟スタッフが当該患者を迎えに来て、9時20分にはEルームはすべて空床とする。

倫 理 的 配 慮

質問紙調査は、匿名とし、個人が特定できないように配慮した。

分 析 方 法

質問紙により得られたデータを用い、前述の5段階評価の中でその割合を病棟間、業務項目、看護師の経験年数で比較した。統計評価のため、質問3の5段階

回答のうち、「1.非常に実施しやすくなった」と「2.実施しやすくなった」を「改善群」に、「3.変化なし」を「変化なし」に、「4.実施しづらくなった」と「5.非常に実施しづらくなった」を「悪化群」とし、3群の割合についてカイ二乗検定 (SPSS ver. 29, IBM 社) を用いて解析し、 $p < 0.05$ を有意と判定した。

結 果

夜間緊急入院患者の実態調査

E ルーム導入前の 2021 年 2～4 月の病棟毎の夜間入院患者数は、消化器内科病棟 51.7 人/月、整形外科病棟 27.3 人/月、外科病棟 26.6 人/月、循環器・内科病棟 23.4 人/月、脳神経外科・脳神経内科病棟 5.3 人/月であった (図 1)。E ルーム導入後 (2022 年 2 月～4 月) はすべての一般病棟で夜間の緊急入院はゼロとなっていた。

質問紙法調査

調査対象者 81 名のうち回答数 77 名であり、回収率は 95% であった。

質問 1 の所属部署は外科病棟 19 名 (24.6%)、循環器・内科病棟 14 名 (18.1%)、脳神経外科・脳神経内科病棟 15 名 (19.4%)、整形外科病棟 11 名 (14.2%)、消化器内科病棟 18 名 (23.3%) であった (図 2a)。

質問 2 の経験年数の分布は、2 年目 14 名 (18.1%)、3 年目 16 名 (20.7%)、4～5 年目 18 名 (23.3%)、6

～10 年目 17 名 (22.0%)、11～20 年目 12 名 (15.5%) であった (図 2b)。

質問 3 の E ルームを設置したことで自部署の夜勤業務がどのように変化したかについて、全体と病棟別の 23 項目の総和を集計した (図 3)。全体では改善群が 57.9% で、変化なし 39.2%、悪化群 2.9% であった。病棟別の改善群の割合は、外科病棟 75.3%、消化器内科病棟 73.5%、循環器・内科病棟 61.2%、整形外科病棟 43.1%、脳神経外科・脳神経内科病棟 25.3% で、病棟間に有意差 ($p < 0.001$) を認めた。外科病棟と消化器内科病棟は、相互に有意差は認められなかったが、他の 3 病棟との比較では全てに有意差を認めた。悪化群は、整形外科病棟のみ 18.2% で、その他の病棟は 0% であった。「変化なし」は、脳神経外科・脳神経内科病棟が 74.8% であった。脳神経外科・脳神経内科病棟はすべての病棟との間に有意差を認めた。

質問 3 の看護業務項目ごとの集計 (図 4) では、改善群は最大値 66% (症状観察)、最小値 50% (配膳、下膳)、中央値 58% であった。逆に、「変化なし」は最大値 47% (配膳、下膳)、最小値 32% (症状観察、電子カルテ入力、センサー対応を含む安全管理)、中央値 39% であった。改善群の上位 5 項目は、症状観察、電子カルテ入力、センサー対応を含む安全管理、点滴に関する業務、病棟内巡視であり、看護師のみが実施できる業務内容であった。このため、23 項目を「看護師のみが実施できる業務」と「看護補助者にタ

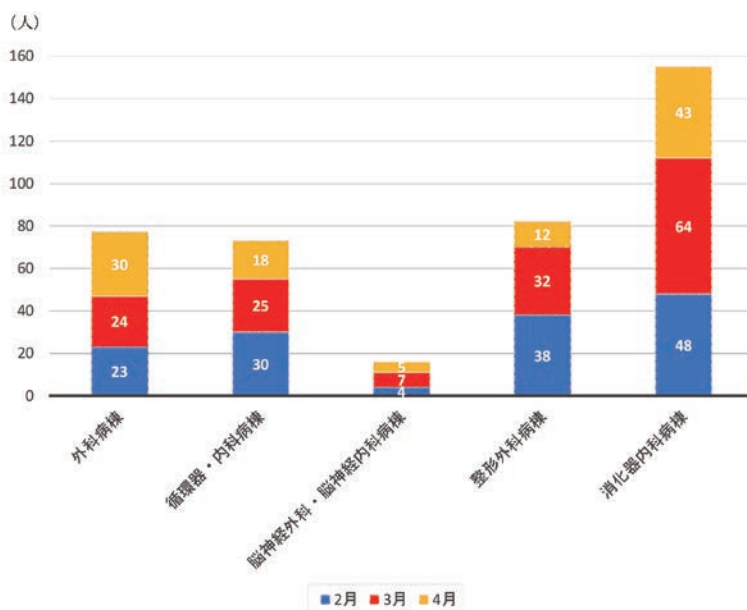


図 1 E ルーム設置前の病棟別の夜間入院受け入れ件数 (2021 年 2～4 月)

2022 年 2～4 月 (E ルーム設置後) は夜間の緊急症例はすべて E ルームに入院し、一般病棟での受け入れ件数はゼロであった。疾患による季節性を考慮し同月で比較している。脳神経外科・脳神経内科病棟は同フロアに stroke care unit (SCU) として運用している HCU があるため、一般病床への夜間入院は元々少なかった。〈電子版カラー掲載〉

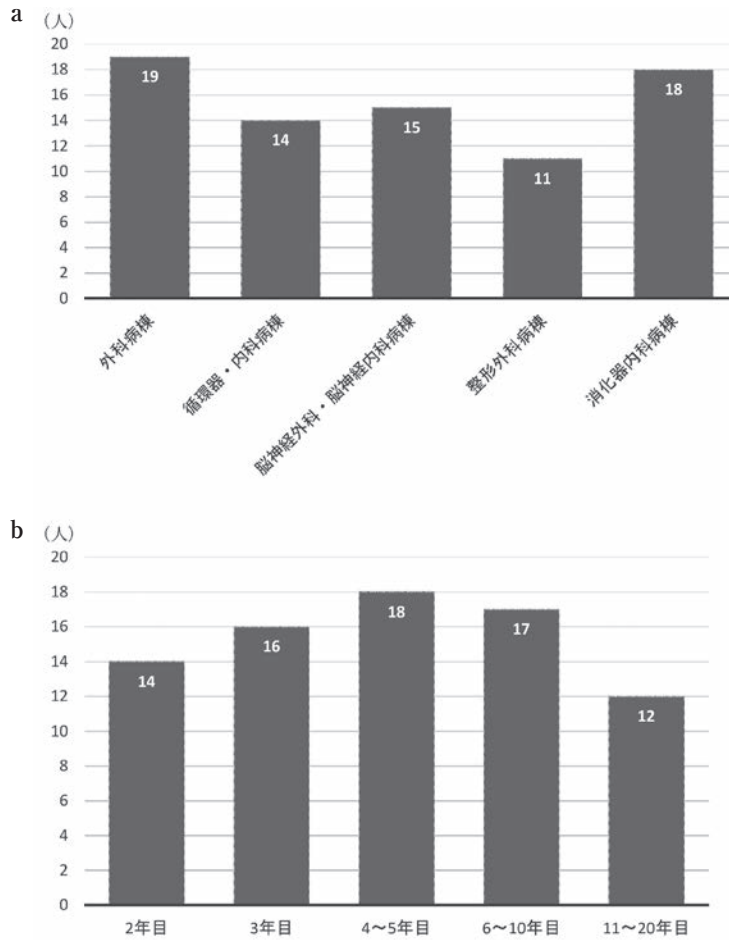


図2 対象看護師の分布 (a:病棟別, b:経歴年数別)
 勤務2年目以上の看護師が対象で, ICUやHCUなどから異動したスタッフは除外される。この組み入れ基準のため, 整形外科病棟は一見少なく見えるが, 質問紙回収率は95%で, 全体と変わらない。

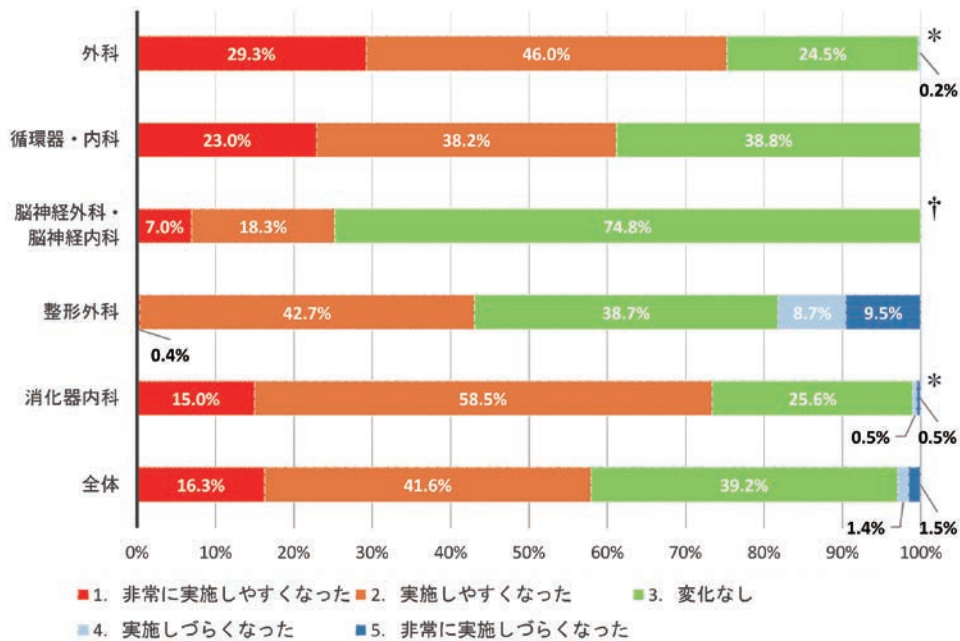


図3 Eルーム設置が自部署の夜勤業務に与えた影響 (病棟別)
 病棟間に有意差 ($p < 0.001$) を認めた。外科病棟と消化器内科病棟の改善群の割合はそれぞれ75.3%, 73.5%で, 相互に有意差は認められなかったが, 他三つの病棟より有意に高かった (*). 脳神経外科・脳神経内科病棟は「変化なし」が74.8%と多く, 他のすべての病棟との間に有意差を認めた (†).
 (電子版カラー掲載)

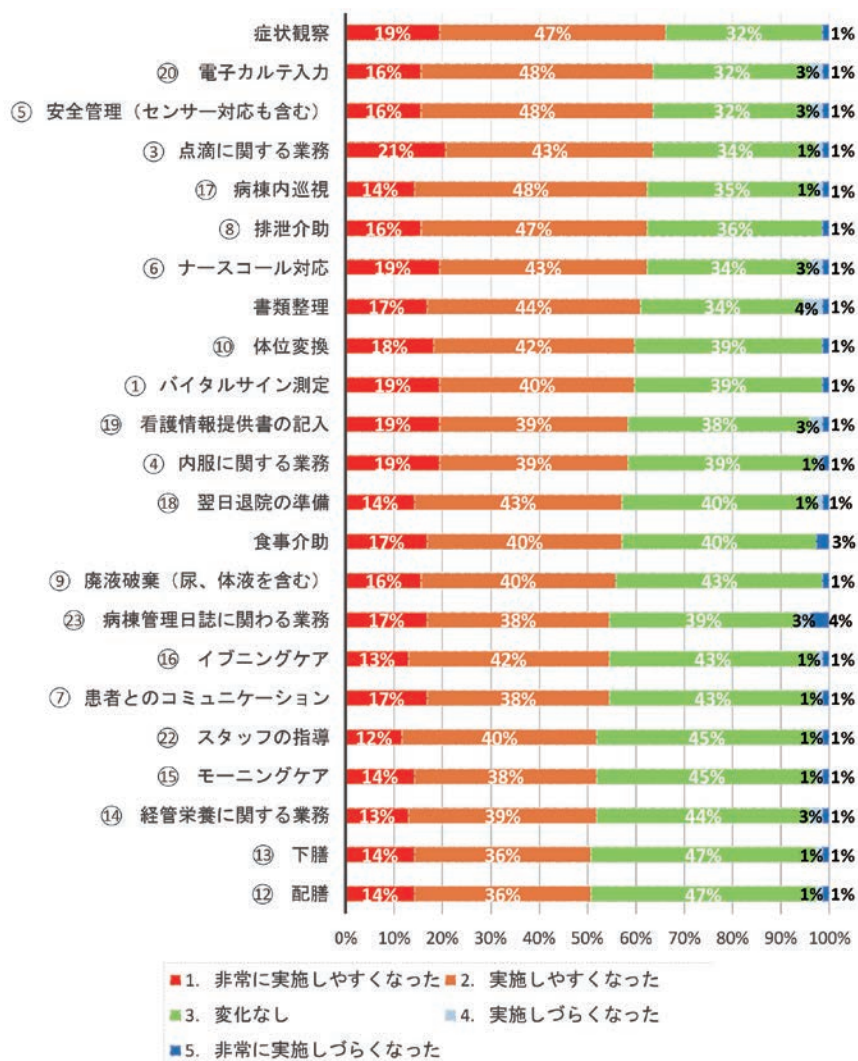


図4 Eルーム設置が自部署の夜勤業務に与えた影響 (業務内容別)

改善群 (1, 2) が多い上位5項目は、症状観察, 電子カルテ入力, センサー対応を含む安全管理, 点滴に関する業務, 病棟巡視であり, 看護師のみが実施できる業務内容であった。 (電子版カラー掲載)

表 看護師のみが実施できる業務と看護補助者にタスクシェアできる業務の比較

	改善群		変化なし		悪化群	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
看護師のみが実施できる業務	638	(59.2)	406	(37.7)	34	(3.2)
看護補助者にタスクシェアできる業務	388	(56.0)	288	(41.6)	17	(2.5)

「看護師のみができる業務」に改善を感じたという回答が項目の総和としては多かったが, 有意差は認めなかった ($p=0.213$)。

スクシェアできる業務」の2群に分けてさらに分析した (表)。「看護師のみが実施できる業務」は, ①バイタルサイン測定, ②症状観察, ③点滴に関する業務, ④内服に関する業務, ⑨排泄破棄 (尿・体液を含む), ⑭経管栄養に関する業務, ⑰病棟内巡視, ⑱翌日の退院準備, ⑱看護情報提供書 (サマリーの記入), ⑳電子カルテ入力, ㉒書類整理, ㉒スタッフの指導, ㉓病棟管理日誌に関する業務の13項目とした。「看護師のみが実施できる業務」に改善を感じたという回答が項

目の総和としては多かったが, 有意差は認めなかった ($p=0.213$)。

質問4の自部署の夜勤勤務の精神的負担は, 改善群72.7%, 「変化なし」は23.4%であった。病棟別に集計すると, 脳神経外科・脳神経内科病棟と整形外科病棟に他病棟との有意差を認めた ($p<0.001$)。すなわち, 脳神経外科・脳神経内科病棟は「変化なし」が多く (66.7%), 精神的負担の悪化群は, 整形外科病棟の27.3%のみであった (図5a)。経験年数別の精神的

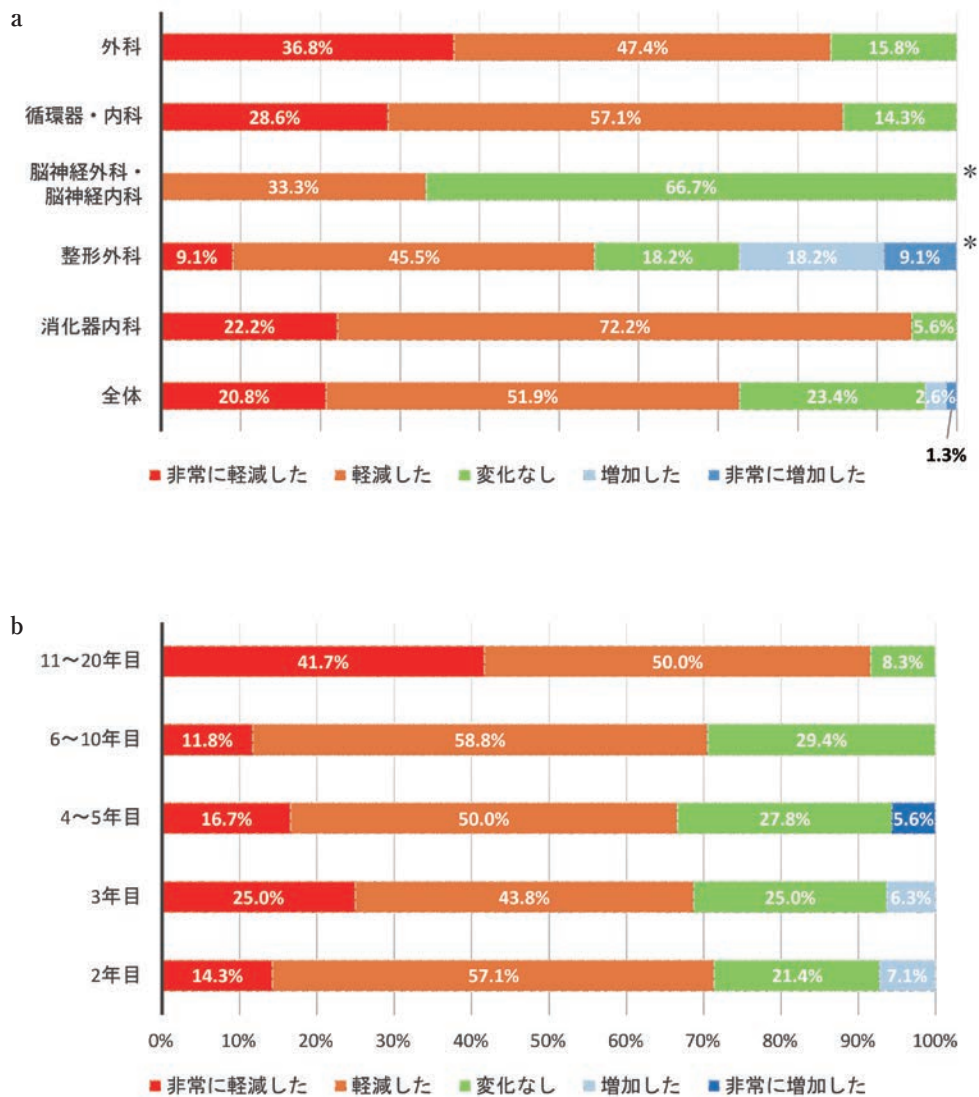


図5 Eルーム設置が与えた精神的負担の変化 (a: 病棟別, b: 経験年数別)

a: 全体では72%の看護師が心理的負担は軽減したと回答した。脳神経外科・脳神経内科病棟と整形外科病棟に他病棟との有意差を認めた (* $p < 0.001$)。脳神経外科・脳神経内科病棟は「変化なし」が多く(66.7%)、精神的負担の悪化群は、整形外科病棟の27.3%のみであった。b: 経験年数11年以上の看護師に肯定的に評価される傾向が見られたが、有意差は認めなかった。 (電子版カラー掲載)

負担の改善群は、11～20年目の看護師は91.7%、6～10年目看護師は70.6%、4～5年目看護師は66.7%、3年目看護師は68.8%、2年目看護師は71.4%であった。経験年数11年以上の看護師に肯定的に評価される傾向が見られたが、カイ二乗検定では有意差は認めなかった(図5b)。

考 察

一般病棟の夜勤看護師77名のうち、Eルーム設置により自部署の看護業務が「非常に実施しやすくなった」16.3%、「実施しやすくなった」41.6%と回答し、合わせて57.9%がEルーム設置を肯定的に評価している(図3)。これは、今まで受け入れていた夜間の緊急入院患者がEルームに入院することで、一般病

棟は緊急入院受け入れ業務がなくなり、自部署の夜間看護業務に専念できたためと考えられる。病棟別にみると、特に外科病棟と消化器内科病棟は約75%が改善したと評価し、他の病棟との間に有意差があった。これは、実態調査結果(図1)が示すように、Eルーム設置以前に緊急入院を多く受け入れていた病棟であるため、Eルーム設置の影響がより大きかったと考える。逆に、脳神経外科・脳神経内科病棟は74.8%が変化なしと答え、他病棟との間に有意差を認めた。これは、神経疾患の夜間緊急入院は同フロアのstroke care unit (SCU)として運用しているHCUへ入院する事例が多く、緊急入院を直接受け入れることが少ないためと解釈できる(図1)。この結果は、夜間の緊急入院受け入れ業務が一般病棟の夜勤看護師の業務遂

行に大きな影響を与えていることを逆説的に示している。悪化群については整形外科病棟のみ18.2%であった。整形外科病棟はEルーム設置以前には53床夜勤看護師4人体制であったが、Eルーム設置後は3人体制へと変更された。夜勤人員が減ったことをEルーム設置のデメリットと感じているスタッフの意見であると推察する。

看護業務項目ごとの比較では有意差はなかったが、最大値と最小値では16%の差があった。そのため内容を考察すると、有意差は認められなかったが、改善群の回答が多い看護業務項目は、「症状観察」「電子カルテ入力」「安全管理」「点滴に関する業務」「病棟内巡視」などであった。これらは看護補助者にタスクシェアができず、看護師が実施しなければならない業務項目であると考えられる。例えば、夜勤帯での「症状観察」は患者の状態に変化があった場合であり、病態のアセスメントや看護判断が必要である。「病棟内巡視」は、患者のベッドサイドに訪室した際には患者の睡眠状況、呼吸状態などのフィジカルアセスメント、ドレーンの管理、尿量チェック、環境整備や安全管理など、様々なことに注意を払い、常に看護判断が求められる時間と労力を要する業務である。Eルーム設置によって緊急入院対応による業務中断が無くなったことで実施しやすくなったと考える。逆に、「実施しやすくなった」の回答が少ない業務項目は「配膳」「下膳」「モーニングケア」「食事介助」などであり、看護補助者とのタスクシェアができているものであった。看護師が緊急入院対応をした場合も、他の看護師や看護補助者からのフォローが得られやすいため、Eルーム設置による影響が少なかったと推察する。

夜間緊急入院患者受け入れに対する精神的負担については、Eルーム設置により72.7%のスタッフが「非常に軽減した」「軽減した」と回答している。夜間の緊急入院患者はどの病棟に入ったとしても発症直後の不安定な時期にあり、病態の全体像を十分に把握できない、信頼関係も構築されていない中で対応を求められるので、夜勤看護師の精神的負担となっていた。また、緊急入院がないときも、突発的な夜間の入院受け入れに備えて「緊急入院が来るかもしれない」と常に身構えた状態で勤務し、Eルーム導入前は心理的なストレスに曝されていた。Eルーム設置により夜間緊急入院のない状況となり、心理的ストレスから解放されることで負担が軽減したと考える。病棟別では、脳神経外科・脳神経内科病棟の看護師の67%が精神的負担は「変化なし」と回答しており、他病棟との比較で有意差を認めた。前述したように、脳疾患の夜間緊急

入院は、同フロアのHCUへ入院することが多く、夜間緊急入院を直接受け入れることが元々少ないことから、脳神経外科・脳神経内科病棟の看護師はEルーム設置による変化を、精神的負担においても感じられていないと考える。整形外科病棟の看護師の27%が精神的負担は「増加した」「非常に増加した」と回答した要因は夜勤看護師人数の変更によるものであると考える。整形外科病棟の夜勤人数の減少を除くと75.6%の看護師の精神的負担が軽減したため、Eルーム設置は一般病棟の夜勤看護師の精神的負担を軽減させたといえる。看護師の経験年数別の比較(図5b)でも、有意差はなかったものの、特に11～20年目の看護師の90%が「軽減した」と回答している。経験年数の多い看護師は夜勤においてリーダーの役割を担うことが多く、より責任や重圧を感じながら夜勤業務に従事していたため、肯定的に評価する割合がより高くなったと推察される。

本研究の限界点にも触れておく。一つめは質問項目で、実施頻度が少ないケア項目も「変化なし」を選ぶように指示している。つまり42%を占める「変化なし」との回答中には、「実施機会が少ない」と「変化がない」の二つの理由が混在しており、純粋に「変化なし」と答えた割合は示せていない。「実施機会が少ない」という選択肢が設定されておれば、さらに分析しやすい内容になったのではないかと考える。二つめは、今回の検討では、①～③の業務内容の総和を比較検討している。しかし23項目の業務内容の重みづけがなされていないため、単純な比較は厳密には適切ではない可能性がある。例を挙げると、多くの時間と労力を要する体位変換と、短時間で済む業務では同じではない。しかし、図4と表で示されたように、①～③の項目別の比較では有意差がなかったため、①～③の質問の総和の比較も結果に大きな変化をもたらすものではなく、許容されると考えている。三つめは、今回の研究では、精神的負担の変化の理由については細かく聴取していない。今後詳細な研究を行うことで、どのような要因で精神的負担が軽減したのかを分析することも有意義であると考えている。最後に、コロナ禍の中で今回の調査が行われたことも、結果に影響を与えている可能性がある。COVID-19パンデミックの中で、当院も大阪府の重点医療機関としての役割を担っていた。医療スタッフへの業務負荷、ストレスが全般的に高まっている中での調査であったため、たとえEルーム設置により精神的負担が軽減したとしても、それを実感できる状況ではなかった可能性がある。COVID-19の影響がない平常時であれば、Eルー

ム設置効果はもっと大きく認められた可能性があると考えている。

結 論

Eルームの設置は、一般病棟の夜勤看護師に対して看護業務の実施しやすさと、精神的負担軽減をもたらした。病棟間の比較では、Eルーム設置前の入院受け入れ件数が多い病棟と少ない病棟では有意差があり、緊急入院受け入れが夜間の看護業務遂行に影響を与えていることがわかった。

お わ り に

本論文の目的は夜間緊急入院患者を受け入れるEルームの設置が、急性期病院に勤務する一般病棟の夜

勤看護師に与えた影響を明らかにすることであった。結果、以下の2点が明らかとなった。第一にEルーム設置は、一般病棟の夜勤看護師の看護業務の実施しやすさにつながった。第二にEルーム設置は、一般病棟の夜勤看護師の精神的負担も軽減した。これらの結果は、看護師数が少ない夜間も緊急入院患者を受け入れることを使命とする急性期病院において、一般病棟の夜勤看護師の働きやすさ、精神的負担軽減につながる新たな知見とすることができた。

文 献

- 1) 寺田和代, 秦 香苗: 夜間救急入院の受け入れを担当する外来看護師の思いの変化. 奈良西和医療セ医誌, 5 (1): 47-48, 2016

Editorial Comment

令和3年の大阪市消防局の救急出場件数は218050件であり、その中でもいわゆる夜間帯である17時～8時までの救急出場件数は111860件と報告（大阪市消防局年報令和3年）されており、医療機関においてスタッフ数が少なくなる夜間帯においても救急出場件数はさほど減少するわけではない。さらにCOVID-19流行下においては、たとえCOVID-19各種検査が陰性であっても発熱や呼吸器症状を呈する患者には一定の受け入れスペースを確保する必要があり、当院の救急外来においても搬入スペースが不足し救急要請を不応需とせざるを得ない場面を多

数経験した。そのような中、夜間帯のスムーズな入院受け入れを企図する夜間緊急入院受け入れ専用病床の設置は当院の救急診療にとっては大きな福音となる施策と考えられる。本報告は緊急入院受け入れ病床以外の一般病床の夜勤勤務看護師へのアンケート調査であり、この施策を救急以外の立場から客観的に評価しようとしている点が興味深いものであり、今後の本施策の運営改善に資する報告である。

救急科
柳 英雄

緊急入院患者の受け入れは、当院の最たるミッションである。しかし、夜間、一般病棟では少人数の看護師で多くの患者の観察や医療、ケアを提供しなければならない。そのような中で緊急入院患者を受け入れることは、一般病棟の看護師にとって多大なる負担感と業務遂行における支障があった。そこで、Eルームを設置し、急性期一般病棟看護師を対象とし、その効果を明らかにしたこの研究は、これからの夜間看護の在り方に参考となる有意義なもの

と考える。この研究により得られた結果からの考察は、病棟の特殊性や特徴を加味し、適切かつ緻密に述べられている。今後は、ケアを受ける患者に焦点を当て、一般病棟の看護ケアの質向上への貢献を明らかにした研究にも取り組んでほしい。

看護部
大崎和子

皆さんはディーセント・ワーク decent work という概念をご存じだろうか。1999年の第87回国際労働機関（ILO）総会に提出された事務局長報告において初めて用いられ、ILO活動の主目標と位置づけられている（厚生労働省ホームページ¹⁾より抜粋）。「働きがいのある人間らしい仕事」と訳され、自らの人生を託すに値する職場、働く価値のある職場を目指す動きである。2015年に国連サミットで採択された持続可能な開発目標（sustainable development goals: SDGs）の中のゴール8にも「包摂的かつ持続可能な経済成長およびすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用（ディーセント・ワーク）を促進する」と謳われている。SDGsは2030年までによりよい世界を目指す国際目標で、誰一人取り残さないこと（leave no one behind）が誓われ、各国政府による取り組みだけでなく、企業、自治体、アカデミア、市民社会、そして一人ひとりに至るまですべてのひとの行動が求められている（外務省ホームページ²⁾より抜粋）。大阪府は万博開催都市として2020年7月にSDGs未来都市に選定されている。本論文で検証されているEルーム設置とその効果の検証は、職場環境の改善に繋がるもので、ディーセント・ワーク

とSDGsゴール8を目指すKHS看護部のタイムリーな取り組みといえる。昨今、医療界で問題となっている働き方改革にも通じる。

本論文では実態調査とアンケート調査がうまく組み合わされ、アンケート結果を実態調査と関連づけて解釈でき、適切かつ分かりやすい考察がなされている。引用されている参考文献は1編のみであるが、KHS発の斬新な取り組みであることを示すものであろう。働き方改革の対極に位置する脳神経外科医にとっては少しうらやましく思う。

神経・脳卒中センター 脳神経外科
小川竜介

文献：

- 1) 厚生労働省：ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）について。 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/ilo/decent_work.html（参照2023.3.14）
- 2) 外務省：SDGsとは？。 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>（参照2023.3.14）

