

ている。毎月ヒヤリハット事例が報告され、分析検討している。看護局の事例が最も多く、看護がいかに患者に細やかに関わらなければならないか、他職種の理解が得られるという副次的効果もあった。

(6) 専門看護婦の活動

ニーズの高い分野から専門看護婦をおいた。婦長会議の席上で発言するだけでなく、看護現場に直接出向き、指導をしていることが特に効果的である。

F 病院

1. 組織概要

設置主体：医療法人

病床数：333床

これまでの経緯：平成10年にS株式会社から独立し、医療法人となった。

現在の状況：

看護師の離職率が高く、入れ替わりが激しく、日々安全に看護を行うことが最優先で、看護の質に焦点を当てた活動ができる状況ではない。病院の運営は、患者数が減少していることから、病院全体の組織の再編というところに焦点が当たっていて、看護の質改善や顧客満足に関心はあるが、焦点は当たっていない状態である。経営上での企業の影響は受けていない。

2. 質改善への取り組み

1) 質を上げるための取り組み

特別な質改善プロジェクトは存在していなかった。看護ケアの質の改善というよりは、看護部組織の中に委員会があり、その委員会活動を通して事故が起きないように取り組んでいる状況であった。看護師は各委員会の仕事を順当に行って、そこでの成果を出していくように取り組んでいた。

今後、看護の質を維持するために、看護師の入れ替わり激しい状況を改善していかなければならないため、まずは、新人看護師の定着をはかり、この病院の環境の中で、スタッフの能力が向上するように、モデルとなる主任達のレベルアップをはかる活動を行っていた。

2) 看護ケアの質を上げるための取り組みを実施するための組織・メンバー

質を上げるための特別な組織・メンバーは存在しないが、看護部組織の委員会活動が活動を行い、成果を出すことが質改善へと結びついていた。

(1) 病院の最高決議機関である「幹部会」

病院内の委員会の決定事項は幹部会で承認されてから実行されていた。看護部長は幹部会に出席していた。医師の診療部会には看護部長と副看護部長が出席していた。

(2) 看護部組織の最高決議機関である「婦長会」

その下に主任会が位置づいていた。各委員会には、婦長会のメンバーが所属していた。(教育委員会・看護業務委員会・記録委員会・看護基準委員会・臨床

指導者会・クリティカルパス委員会・事故防止委員会・感染対策委員会・看護婦委員会)

(3) 各委員会

ほとんどの委員会は病院全体の委員会と連動しており、病院内の委員会での決定したことなどは、看護部に伝達されるようになっていた。

① 病院内で連動している委員会

記録委員会、クリティカルパス委員会、事故防止委員会、感染対策委員会

② 看護婦独自の委員会

教育委員会、看護業務委員会、臨床指導者会、看護婦委員会

③ その他の委員会

そのほか倫理委員会が存在し、臨時で新しい治療法や研究の受け入れの際に活動していた。患者への情報公開については、幹部会で扱っていた、

患者からの苦情に関しては、MSW（医療ソーシャルワーカー）2名が窓口になっていた。クレーム発生報告は各部署に伝達され、それぞれの部署が対応するシステムとなっていた。患者からのクレームに対しては敏感に反応している状況であった。

3) 質の向上の成果、結果の測定方法

各委員会が委員会活動の内容について、チェックを行っていた。いずれの監査も、他病棟を調査するようにしていた。

(1) 業務委員会による監査

1年に2回、チェックリストを用いて、抜き打ちで監査を行っていた。監査内容は、実際に看護手順や業務委員会での決定事項などが守られているかなどであった。結果を婦長会で報告し、各病棟に返して、徹底をはかるようにしていた。

(2) 記録委員会による監査

記録の決定事項が実際にできているかどうかをチェックしていた。記録内容や形式（麻薬の書き方など）が守られているかをチェックし、記録に要する時間でその記録形式についての評価をしていた。

(3) 患者満足度調査

婦長が1度、患者満足度調査を行っていた。結果を近隣の施設等に配布していた。その結果を病院内で報告しているが、その結果は活かされていない状態であった。

4) ケアサービスの改善・実践事例

(1) フォーカスチャートニングの導入について

看護ケアの質を上げる目的もあるが、記録にかかる時間が問題だったため、合理化を図るために取り入れていた。記録が簡素化されたかどうかは調べていなかった。

(2) クリティカルパスの導入

クリティカルパスを、在院日数の短縮（経営面）と看護の質を保つために取り入れていた。

(3) 認定看護師の導入

看護師の1人1人の能力アップを望んでおり、看護ケアの質のそのものが上がることも望んでいることから、認定看護師の導入を検討していた。

(4) 看護研究の取り組みかた

看護研究が、じっくり取りかかれるように、期間を2年と変更した。研究への取り組みを通して、質が上がることを目的としていた。業務改善的な研究を通して、今後QCプログラムが立ち上がってくる可能性もあると考えていた。

(5) 病院内での事例検討会

病院内で全職種が参加して事例検討会をしていた。（年2回）看護の質の改善に対して効果が上がる活動であると考えていた。

(6) 患者の環境を整える

病院サービスの質向上に関して病院全体が意識しているかどうかかわからないが、病院が生き残るためには質は高くしておかなければいけないことは認識しているため、患者の環境を整えるサービスに関しては対応が早い状況であった。

G 病 院

1. 組織概要

設置主体は文部科学省。

病床数は1250床、一般：1166床、精神科：84床

＜G大学の看護部の位置付け＞

医科大学の中に、学部の学科と同じレベルで、病院が位置付けられており、その中の中央部門として看護部が位置付けられている。

2. 質改善への取り組み

1) 質を上げるための取り組み

看護の質向上のための活動は常任委員会と特別委員会を核として実践している。現在、委員会活動以外で、看護の質を上げるためプロジェクトはない。必要になれば、常任委員会もしくは特別委員会として立ち上げることができる。プロジェクトの立ち上げは、看護部婦長会で承認されれば実行できる。

(1) 委員会活動

看護部委員会の組織の中に、常任委員会と特別委員会がある。

① 常任委員会

看護部の理念に基づき、看護の質の向上を図ることを目的に設置している。

② 特別委員会

特別委員会では時期に応じて必要とされる問題の解決や事業を行うため設置している。

2) 質をあげるための取り組みを実施するための組織（メンバー）について

(1) G大学の最高決議機関

理事会が最高決議機関であり、次は教授会である。看護部長はどちらにも入っていないが、病院長は入っている。看護部は病院長直属の組織となっている。

(2) 病院の中の最高決議機関

病院部長会である。これには、看護部長は参加している。

(3) 看護部の組織

看護部はスタッフ・ライン組織である。人事に関しては、ライン組織であり、業務に関連したことはスタッフ組織である。

(部長—次長—婦長—主任—スタッフというライン組織であるが、業務を次長にそれぞれの担当をつけて分担しているので、スタッフ組織となっている。)

(4) 常任委員会の各活動

常任委員会には、看護実践監査委員会・教育研修委員会・看護手順委員会・感染防止委員会・医療事故防止委員会・接遇委員会がある。これらの委員会には、部長・次長は必ず所属し、婦長・主任が4名前後所属している。

① 教育研修委員会

スタッフを3名配置し、教育ニーズを把握できるようにしている。研修内容は、看護部の理念と目標に基づいて行い、講習会等を企画する。

② 感染防止委員会と医療事故防止委員会

病院の委員会（防疫対策委員会、医療事故防止）とリンクしている。各委員長は病院の委員会に出席する。今後、感染管理の認定看護師を婦長として配置する予定。組織の位置付けとして部長からの直属として配置されるが、業務においては感染管理業務を担当している次長の管轄とする。

(5) 病院内の委員会

病院の防疫対策委員会には看護部感染防止委員会の婦長のメンバー全員が出席している。病院の医療事故防止委員会は、看護部長だけ出席している。

3) 質の向上の成果、結果をどのように評価（測定）しているか

(1) 看護実践監査委員会による監査

記録による監査を行っている。看護記録を監査することによって看護活動が看護過程に沿って展開されているかを毎月査定し結果を各部署にフィードバックして指導にあたっている。

(2) 感染防止委員会による監査

感染のリンクナースが月に1回病棟を巡回して感染防止の現状をフィールドの感染防止点検表で、定期的に評価している。結果を部署にフィードバックし適切なアドバイスをする。また抜き打ちでチェックを行ったり、MRSAの発生件数や針刺し件数に関しても評価している。（リンクナースは研修や講義を受けている。）

(3) 接遇委員会による監査

接遇マニュアルを作成、各部署に配布し定期的に（2ヵ月毎）更衣室の入り口や患者が通る廊下などで服装チェックや挨拶チェックを抜き打ちで行い現場の婦長に結果を伝えている。

(4) 患者満足度調査

患者満足度調査を病院が5年に1回行っている。結果を部署にフィードバックしている。ハード面に関しては、可能な限り病院は対応している。ソフト面（ドクターの態度・ナースの態度など）に関しては病院長を中心に各部署の長に伝え改善策を立たせる。アンケートの内容は国の受領行動調査の項目に沿っている。

また、現在入院した患者には必ずアンケート用紙を渡して、日常的に満足度を調査している。これは2ヶ月ごとに集計している。

患者からの指摘事項については、部署が分かっている場合は、まず、婦長がコメント・対策を立て実施し、その後、看護部長がより広い視点で対応策を立て病院長に提出している。

4) 実践事例

(1) 予算の獲得

各部門に教育研修費が配分されている。看護師一人の単価が決められ、教育予算が配分される。看護部は職員が多いので1300万円相当の予算が運用でき多くの研修会や学会に参加できる。

(2) 防疫対策委員会の活動

病院の防疫対策委員会の下部組織としてICT（感染防御チーム）が活動しているが核として活動しているのがICN（感染防御ナース）である。各診療科の感染報告はまずICNのもとに送られてくる。対策、個室隔離の問題、個室料金の取り扱い、職員の検診などICTの窓口としてICNが統括している。必要時病院管理課と連携をとり、他職種を召集し対応するようになる。すなわち実質的なICTの事務局でもある。感染対策マニュアルはICTが作成、全職員への周知徹底については看護部が中心となって行っている。作成したマニュアルを対象患者のカルテにはさんで、患者に関わるスタッフ全員が統一した感染防止ができるようにしている。

(3) リンクナースの活動

リンクナースを各病棟1名配置し、月1回連絡会を開催して感染に対して病棟での意識付けや教育などの啓発活動をしている。MASAは、手洗いの励行などで発生件数が著名に減少したが、針刺し件数に関しては、針刺し予防の注射針などの器具を導入するなどの対策をとったが、件数は減っていない。各事例を分析してその都度対応を考えるようにしている。（例：針刺し事故予防のための器具を手順どおり使用していないなど）

(4) 接遇委員会の活動

接遇委員会は、看護部教育研修費を活用し、JALのステューデスを招いて、接遇の研修会を行っている。接遇教育を全看護職員の研修プログラムの中に取りいれている。例えば、補助婦と病棟事務員には作法・電話・話し方の応対等実施している。

(5) 認定看護師の活動

WOCナース・がん化学療法認定看護師・感染管理認定看護師の活動により看護の質が向上することをねらっている。各領域の認定看護師が誕生するまで毎

年1名ずつ研修に病院から行かせることを理事会に要望している。

(6) 教育病院としての役割

教育病院の使命として看護部も種々の研修を受ける。研修生を多く受けることは多くのメリットがある。行政や地域の医療機関や教育機関とのいろいろなルートができ交流を図ることができる。またいろいろな施設から患者が紹介されてくる。また、臨床の看護師の研究向学心を刺激するなどのメリットがあるため、研修を多く引き受けている。今後もいろいろな分野の研修生を受けるつもりである。

3. 大規模病院としてのメリットとデメリット

1) デメリット

看護職員が多いことによるデメリット

- ・看護師一人一人に看護部の方針が伝わらないことがあること。
- ・種々のマニュアルの遵守状況を看護部が把握することが難しいこと。
- ・看護師一人一人のケア能力を看護部長が確認することが困難なこと。
- ・スタッフ個々の意見やニーズを聞くことができないことから、行事や教育、研修などを企画するときは、アンケートなどで集計された意見や数字などから、現状の問題を判断して企画するしかないこと。

2) メリット

さまざまな分野の専門家がいるため、知識が得やすく教材が豊富であり、看護師が学習しやすい環境にあることである。医療を取り巻く状況が厳しさを増すなか病院が生き残るためには他部門との連携を強化し問題の解決を図ることができる。

H 病 院

1. 組織概要

設置主体は医療法人。

診療科数は17、病床数は214床、4病棟を有する。

全職員数は347名、看護師総数は131名

2. 質改善への取り組み

第三者評価を受けてから、どのように、その評価結果を使い、どのような質改善の活動を行っているかと、各評価項目ごとに、具体的にどのように改善活動を行っているかを聞き取り調査を行った。

1) 調査全体に関して

- ・ 構造は改善しやすい。
- ・ 過程、結果を向上させるのは努力が必要である。
- ・ 結果の評価の基準が転倒、転落、褥創だけでなく、ほかにも測った方がわかると思う。亀田が使っているインディケータ（再入院率、感染率）を情報交換して使っていけないだろうかと考えている。

2) 患者への接近

(1) 構造

- ・ 保清を行うための情報：情報システムが入ったワークシートが出るようになったので改善できたと思う。
- ・ 患者の希望を知っている：コミュニケーションブックの活用をもっとすすめられないかを話し合った。
- ・ 準備の段階では調査項目の意味するところがわかりにくい。調査後のコメントや雑誌を読まないという意味がとらえられなかった。

(2) 過程

- ・ 情報への接近、入退院が激しくて患者のことがわかっていないかもしれない。ほかの病棟ならもっと高得点だったかもしれないが。忙しいゆえにチームワークがいい病棟である。

3) 内なる力を強める

(1) 構造

- ・ 化学療法のパンフレットを作り始めた。今までのパンフの見直しをはじめた。退院直

前が多かったが、入院中の指導にも目が向くようになった。

(2) 過程

- ・ チームナーシングから固定チームナーシングに変わったところである。患者への説明の責任を誰が持つか認識していなかった可能性がある。2：1になって固定チームになったので受け持ちを強調して明確にしていくようにする。
- ・ リコメンデーションを意図的に実行できると思う。

4) 家族の絆を強める

(1) 構造

- ・ 場所がないので仕方がない部分、狭くても機能する工夫はできないのかと思う。(そこまでリコメンデーションで具体的にできればよいが) 理事長には言った。ケアは看護婦がするという意識が強いので家族にお願いできない、負担をかけてはいけない、付き添いはさせてはいけないという意識がある。付き添いでば一っと座っているので看護婦がさすったりできる部分を教えてはどうかと思うときがある。麻痺でない部分のマッサージなどおしえれば気づいてやれるのではないかと、看護部長のラウンドで指導していくことができる。

5) 直接ケア

(1) 構造

- ・ シャワー浴時間は制限は自由だと管理が難しい。DM の患者の運動後は融通を利かせている。24 時間解放ではないから点数が低くなったと思う。やはり夜間の事故は怖い。
- ・ 床上安静の保清の責任者の明示はないが実質はやっている(明示するようにする改善はできる)
- ・ 看護婦が医師に意見を言っているというところは弱い部分である。カルテに連絡表をはさんでおり、誰からでもメッセージを送れるようになっているのでそれを活用している。調査項目がいつもやっていることをさしているとは思っていないかも。意識してやっていないせいもある。しかし、弱いというのはそうだと思う。専門看護婦ならやるだろうが、スタッフも育てる必要がある。

6) 場を作る

- ・ 役割ごとの業務規定に不備があったのか？(責任の文言がはっきり表現されていないので得点が低くなった)
- ・ 話し合いの場の責任を看護婦が持っているというのは点数が取れなかったが、チームのコミュニケーションはいいと思う。週に何回も話し合っているのに点が取れない・・・これは調査項目や得点の設定上の問題かもしれない。具体的には、患者は痛みを訴えていないが動く痛いのでじっとしている。看護婦が医師と積極的に話し

合っていなかったので低く評価された。そのような状況はたしかにあると思う。

7) インシデント

(1) 構造

- ・ インシデントレポートを書く基準；言葉では言っているので今後作る予定である。
- ・ 不確かな点を確認するところまではよいが代替案までは出していないので減点になった。

8) 改善のために組織的に取り組もうとしていること

- ・ 結果を見て必要な委員会を作る。
- ・ 委員会の種別を考えて作っていく。
- ・ 部長と教育婦長が毎日2時間ラウンドしている。管理職がラウンドの際に見る視点が得られた。今度は婦長を巻き込んでどうするかを考えている。
- ・ リスクマネジメント、感染の婦長がいるのでその人を加えてラウンドを継続してはどうかと思う。婦長に質を見る視点ができる指導ができる。
- ・ 質の評価を毎日のように自分たちの中でできるようになるのではないかと、また、新人教育の中でも使えるのではないかと、技術の習得だけでなく、患者への看護、対応の実際をこの評価項目を利用してできるかもしれないと考えている。