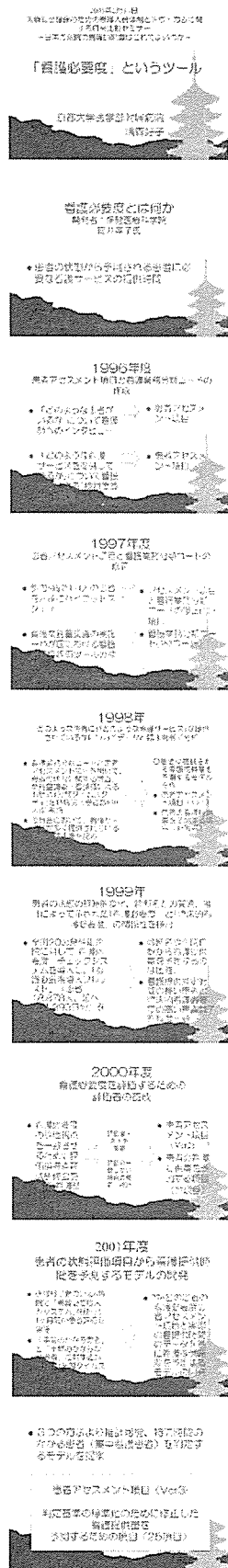


1) リレー報告 ①「看護必要度」というツール

京都大学医学部附属病院 嶋森 好子



「看護必要度」は、保健医療科学院の医療マネジメント室長の筒井孝子さんが開発されたもので、「患者の状態から予測される患者に必要な看護サービスの提供時間」ということで、あくまでも患者の必要なサービス提供時間ということを強調している。看護必要度とは、患者がどの程度看護サービスを必要としているかによって判断すべきで、患者の病態等を把握することで看護必要度を評価できるという考えに基づいて作られている。

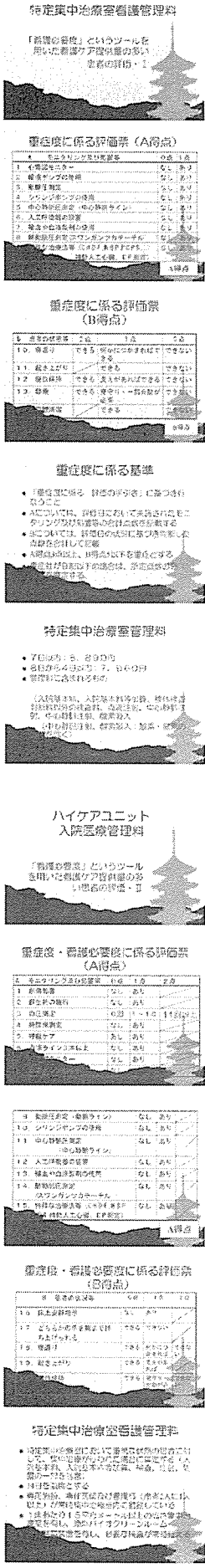
必要度をどうやって測るかというのがこの「看護必要度」というツールであり、現在の看護システムは、病棟の看護師のトータルの看護提供量をただ患者に振り分けて働いているだけであって、患者の必要量に応じて働いていないのではないかというのが、このツール開発の前提となっている。

看護必要度はそういう背景の中、1996年に始まり、「どんな患者がいるか」という患者アセスメント項目と、「どのような看護サービスを提供しているか」の看護業務分類コードを作成、1997年にそれぞれを修正、1998年にデータと臨床判断で分析、1999年には必要度の調査票で患者の経時的変化、診断名との関連、推計によって示された「看護必要度」と「臨床的看護必要度」の関係性を検討した。その結果、患者の病名や在院日数から看護提供量は予測できないと判明、また看護師が「手がかかる」と感じる患者と臨床的看護必要度の高い患者は7割程度が一致すると判明した。

この際、臨床的に看護必要度が高いのはどういう患者かを調査したところ、最も必要度が高いとされるのは、介助量が多い、つまり日常生活のケア量が多い寝たきり、動けない患者、処置が多い患者、観察管理、頻回のモニター管理が必要な患者であると分かった。看護師が患者に提供している看護の内容別業務量を300数項目で調査したところ、身の回りの世話が約40%、治療処置、診療補助が約20%、記録・会議が約40%となった。

2000年には、看護必要度を評価する評価者の養成を行いながら、評価項目を修正、調査票の検討を行い、2001年には、患者の状態評価項目から看護提供時間を予測するモデルが開発され、現在、患者アセスメント項目 Ver. 3、判定基準の標準化のために修正した看護提供量を予測するための25項目を使って重症患者の評価を行い、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の診療報酬算定に結び付いている。

重症度に係る評価表には、診療の補助行為につながるモニタリング機能に関するA得点と、日常ケアに関するB得点があり、「重症度に係る評価の手引き」に基づいて評価される。A得点については評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を、Bについては評価日の状況について判断した合計得点を記載し、A得点が3点以上でB得点が5点以下を重症として、この重症者が9割以下の場合は、所定得点の95%を算定する。



「特定集中治療室管理料」は、14日を限度に、専任者及び看護師が常時2：1、指定された広さや設備が整っていることが必要で、診療報酬は8,000点から、2週目は7,000点になる。

平成16年に導入された「ハイケアユニット」では、特定集中治療室に入院している患者よりバリエーションがあるために、A得点が15項目に、B得点も28項目に増加、A得点が3点以上でB得点が7点以下の患者がハイケアユニット入室対象患者となる。21日を限度に、1日3,700点で専任の医師、治療室があり、指定された機器がそろっていることが要件で、当該治療室の看護師は常に患者4：看護師1の配置が要求されている。患者の状態を、先ほどの評価票を用いて毎日評価して、8割以上がハイケアユニットの対象患者であることが要件になる。病院全体の在院日数が17日以内であることも要件の一つになっており、多くの病院では、この達成が困難で、当院でもクリアできていない。

現在、看護必要度が診療報酬上で使用されるのは、特定集中治療室看護管理料算定とハイケアユニット入院医療管理料であり、一般病棟の患者の評価には使用されていない。全患者の必要度を調査して、客観的な指標が作られることが必要ではないかと、私自身は考えている。

16年度にハイケアユニット入院医療管理料を設定するに当たって、筒井氏が全国で27病院を調査しているが、同時期に自主的に京大も含めた3国立大学病院でも調査を実施した。その結果の比較から現在の看護要員数で足りない理由を考えてみたい。

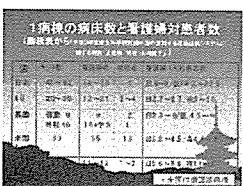
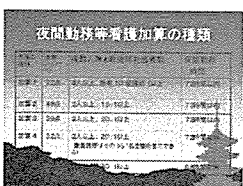
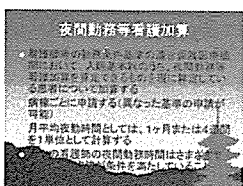
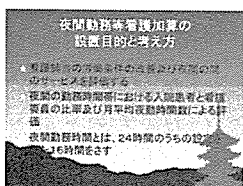
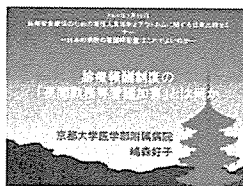
平成15年に重症者の割合の高い病棟について、看護必要度分布と看護配置の関係解析のため、患者の状態評価情報、及び看護師の実働勤務時間データを収集する、調査が行われた。対象病院は、特定集中治療室管理料を届け出ている病院のうち、一般病棟における看護職員配置が1.75以上の27病院で、特定集中治療室、ハイケアの病棟、看護の手間が少ない一般病棟の3病棟で調査が行われている。平成16年には、国立大学3病院で自主的に同様の調査をしたが、この3国立大学病院はハイケアユニットがなく、看護の手間がかかる患者が最も多い病棟をハイケア病棟とみなした。また手のかかる患者の少ない病棟を一般病棟として調査した。結果の一部を紹介する。国立大学病院は、ハイケアユニットを設置し、特定集中治療室のベッド数を増やさなければいけないぐらい重症患者が多いが、ハイケアは設置されていない。少ない特定集中治療室に超重症の患者がいて、そのままハイケアを通らず一般病棟に移っている現状が推測された。

27病院と3国立大学病院の調査結果の比較をすると、ハイケアを持っている27病院は、特定集中治療室、ハイケア、一般病棟と患者が重症度によってしっかり別れているが、ハイケアを持たない国立大学病院は、特定集中治療室、ハイケア、一般病棟いずれにも重症患者がいる。

27病院の特定集中治療室の看護配置は1.12、ハイケアは3.71、一般病棟は6.61、大学病院では、特定集中治療室こそ1.13、1.21、1.08と27病院と変わらないが、重症度の高い患者のいる病棟にもかかわらず27病院と同じ

2) リレー報告② 報酬制度の「夜間看護加算」とは何か

京都大学医学部附属病院 嶋森 好子



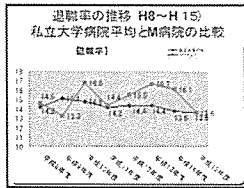
夜間勤務等看護加算は、「看護師等の労働条件の改善及び夜間のサービスを評価する仕組みとして、夜間の勤務時間帯における入院患者と看護要員の比率及び月平均夜勤時間数により評価する」となっている。これは、診療報酬上で、3交替しか認められていなかった夜間の交替制を2交替でも3交替でも交替制であれば、良いと変わった時点で、夜勤回数ではなく平均夜勤時間数による評価に変わったものである。夜勤時間というのは、24時間のうちの設定された16時間で、それぞれの病院で決めてよいとされている。

「夜間勤務等看護加算」は、看護師等の勤務条件基準の適合保健医療機関において病棟ごとで異なった基準が申請でき、月平均夜勤時間としては1カ月または4週間を1単位として計算できる。そのため、4週間を1単位とすると1カ月で計算すると、少し多めの夜間勤務ができることになる。結果的に、月平均が10日を超えることでもあり、結果的には看護師の夜間勤務時間の増加を容認する危険性をはらんでいる。また、「個々の看護師の夜間勤務時間がさまざまでも、その平均値が条件を満たしていること」というのは、看護師それぞれが裁量を持ってやればよいということである。加算の種類は1から5まであり、最高の基準でも、2人以上で患者10:1、月72時間以内の夜間勤務時であり、いかに日本の基準がお粗末かが分かる。

平成9年に日本、オーストラリア、英国、米国、韓国の5カ国の病院の看護師対患者数を調査したが、7年前のこのデータを見ても、日本の最高基準が諸外国の最低である。もう一つ違いがあったのが1病棟のベッド数で、当時、日本の公立の大学病院と公的病院調査対象で、平均40～50床とベッド数が多かった。オーストラリアでは、「30床を超えた病棟を見たことがない」と言われ、韓国でも34床で昼間は8～9人を看ている程度である。日本では夜間に最高22人の患者を看ているが、オーストラリアでは昼間が2.7～6.7人、夜は3～10人である。英国でも米国でも多くて5人だった。当時、日本の入院患者の平均在院日数は34日であったが、オーストラリア等では数日しか入院してないので、多くの患者を看ることに無理があることは当たり前のことでもあった。

先ほど紹介した27病院は在院日数が、ハイケアユニット入院医療管理料の算定要件である在院日数17日以内であり、諸外国に近づいてきている。一般病棟に20%近くのICUにいるべき重症患者がいるにもかかわらず、最高基準であっても10:1(72点の加算)という夜間勤務等看護加算の数で十分なケアはできないものとする。ヒヤリ・ハットや事故が多発して患者の安全が保てない理由の一つには、効率化が進んで在院日数が短くなって、診療報酬上は高い点数を取っている割に、一般病棟が多く、ハイケアユニットや特定集中治療室のベッド数を増やして、看護要員を確保するという仕組みを創らず、一般病棟の患者2:看護師1という配置で看ている状況である。そのため、20%の重症患者に手がかり、そうでない患者に手が回らない。そのために、患者はベッドから転落し、チューブを抜き、輸液の間違いを起こしかねない状況になっていると考えられる。

払うということにはなった。そして、864人、936人という状況で増員してきた。



年間退職率は13%台、在職の平均年齢は約28歳、平均勤続年数はようやく5年を過ぎたが、在職者の勤務年数分布は新卒と3年目までで50%を超え、若いナースたちが働いているが、若くなければ大学病院では働けないという状況もある。退職理由は、結婚、家庭の事情、出産はほぼ変化がなく、勤務状態のバリエーションがないため子供ができると辞めていかざるを得ない。増加しているのが、健康上のうつ状況や自律神経などメンタルヘルス関連で、このままにしておけばどんどん広がっていくのではないか。大学病院では、このように働き盛りの脂の乗り切ったところで辞めているのが現状である。

退職率は増員により13.6%とやや低下してきている。看護師の割合と平均在院日数の関係でも増員努力でようやく20.1日になっているが、ベンチマーキングしてみるとまだまだ他私立大学病院には追いつけない状況であり、休職者は増加している。

看護度について、平成8年よりマリアンナ式を開発、点数化している。総点数の平均が700から、人員を増やして600台に、1人当たりの看護度も少し大変という状況だったものが、再び上昇、これだけ増やしても追いつけない、どこまでやっても先が見えない、怒りがある。

一度だけ、ナースが裁判所で証言を求められて出廷した。12年の事件で、午前10時30分に入院したがんのターミナルの患者が深夜の0時に亡くなった。15年になって、亡くなった男性の妻の訴えによってナースが出廷して証言した。原告の妻は、夫が死亡した理由をはっきりさせなかったのではなく、同日の外科病棟は3人のナースが勤務、立て続けに3人も亡くなり、1人のナースが「今日は3人亡くなったものですから……」と漏らした言葉が許せなかった、その悔しさに起訴に至ったということで、大切なのは家族へのかかわりで、家族の感情に添って何を望んでいるかを聞くことが重要だと学んだ。

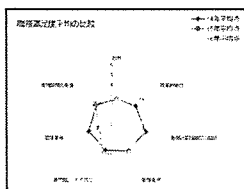
IT化の問題として、国の誘導により2006年までに400床以上の6割の病院に電子カルテ導入の目標が出て、マリアンナも導入した結果、山ほどのプロジェクトチームが立ち上がり、帰宅時間は果てしなく遅くなっている。40人以上いる師長たちの平均帰宅時間はもう8時、9時、プロジェクトチームが20以上できていると思われるが、本務が終わって10時から会議がスタートしたということもあるほどである。

医療費抑制のため、今までベッドを増やしてきたのに、今はあわてて縮小、その結果病院がどうなっているかというと、平均在院日数を短くするため、ナースの数はそのまま現場は過酷になり、回転率は果てしなく2回転に近づいている。稼働率自体は在院日数の短縮によってどんどん低下し、患者が少ないことを見て医師や事務は「ナースは何人減らすことができるか」と計算をする。実は、在院日数の短縮で患者は少なくなっても、高速回転によって患者さんの出入りが多くなり、この中でもみくちやになっている現場

のナースたちがいる。

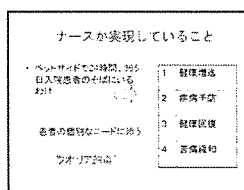
看護職員の超過勤務は数年前まで減少化にあったものが、IT化やリスクマネジメントにより再び増加している。ミスが発生すると患者や家族は謝罪文書を要求するため、師長は謝罪文の作成など、仕事も様変わりしている。夜勤加算の点数で年間に看護部に入る金額は総額で約1億7,000万円、そして、看護師が使っている超過勤務が1億7,000万円、相殺して0である。15年度の超過勤務の看護要員1人当たりの年間金額は20万円、恐らく、ここに乗ってこない超過勤務が倍ほどあるだろう。1人当たりの超過勤務時間も右肩上がりに長くなり、年間で95.6時間、こんなものではないはずだと思うが、こういう状況の中でナースは仕事づくめの生活を送っているのが現状である。

当院では、ナースの臨床看護実践能力によりクリニカルナース1から4としており、4のほうが能力が高い。経験年数の若い者がほとんどのためクリニカルナース1が2割弱、クリニカルナース2は32%、クリニカルナース3と4は婦長・主任レベルで、ハイリスク状況にあるが、リスク軽減のためのさまざまな教育の実施も時間外となり、帰宅時間はますます遅くなっている。



14年度からナースの職務満足度調査を開始、14年に看護助手とナースを比較したところ、ナースの満足度は看護助手よりも低かった。給料はずっと低く、職業的地位は多少上がっているが、看護業務は満足度評価点で2を切り、もうやりきれない状態にある。ナースは、本来はもっと患者の役に立ちたいのに、それができずに看護業務に押しつぶされそうになっている状況が分かる。

職務満足度を高める要因は、1年目からベテランまで患者とのかかわり、人間関係となっている。下げる要因は、残業、業務が忙しい、超過勤務、そしてこちらにも人間関係があり、まさにハズバグの衛生要因と動機付け要因が見事に出ている。



ナースが実現していることというのは、ナースだけがベッドサイドに24時間、365日、継続しているため、個別のニーズに添うことができ、ここに医師や他の職種との相違がある。個々への対応は、患者のヒストリーからそのニーズに合わせてアレンジできる。ソニーの茂木健一郎氏と養老孟司氏の対談に出てくる「クオリア」、看護師がいつも患者のもとにいることがこのクオリアに当たるのではないかと、私は勝手に考えている。

現場のナースたちから生まれ出ているクオリアを拾ってみた。小児外科病棟に交通外傷で足の指の切断が必要な6歳の子供が入院、納得して手術に臨むために、ナースたちは何度も足の指の切断の必要性を子供自身の言葉に置き換えて、また絵に描いて示し、「足が良くなるために、黒い指とバイバイするの」と自分で納得して手術を受けることができた。

末期の喉頭がんの患者を受け持った新人ナースは、先輩ナースのアドバイスで、「病室は患者さんの生活する部屋だから自由に使っていい」と伝えたと、息子が「父さんが入院する前に植えた稲がこんなに青くなったよ」と、1枚の田んぼの写真部屋に張り、最後まで稲穂が育つ様子の写真を見ながら亡

くなり、家族はナースたちに感謝して帰った。

最後に、75歳の大腸がんの男性が入院、「このまま死ぬのを待って生きるのはつらい」というのを聞いた師長は、「ベッドサイドで私たちができることをします」医師を説得、籐細工を行うようになった。まず眼鏡を入れるかごを、2作目はワインを入れるかごを、3作目の花瓶を入れるかごの途中で亡くなり、家族に「父は最後まで父らしく、精いっぱい生きて」と言われた。

最後に、国民のヘルスケアを担う専門職としてふさわしい人的資源、人の手当は急務である。100人増加してもやりきれない、焼け石に水で、施設ごとの自助努力では追い付かない。急性期病院、特に特定機能病院では配置を手厚くしなければ、ナースの離職は加速していく、国民は疲れ果てたナースからケアを受けたいだろうか。また、カナダには「ケア・フォー・ケア・ギバー」という国民的運動があると聞く。玄関コンサートなどの患者向けボランティアは当院でも多くあるが、ナースに対するボランティア運動も必要ではないか。

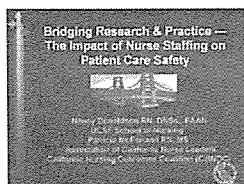
第Ⅲ部 「米国の医療安全確保と看護師配置に関する取り組み」

1) 1. Linking Nurse Staffing and Patient Safety & Outcomes: The Evidence 看護師配置と患者安全、アウトカム（成果、効果）を関連づける：エビデンス（根拠）

ナンシー・ドナルドソン

カリフォルニア大学サンフランシスコ校准学部長

カリフォルニア州看護成果連合主任研究員

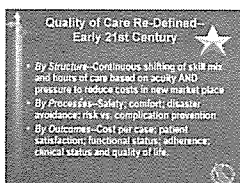


こんにちは。今日はこのセミナーに参加でき、皆様の歴史の変革の一部になれますことを大変光栄に思っております。私たちはカリフォルニアで歴史をつくり、皆様とは同じ船に乗っています。今日は、私たちが学んできたことや見解、直面している課題について、皆様にお話ししたいと思います。そして皆様のご参考になれば幸いです。現在、患者さんの安全性、質、かけがえのない看護師の労働実態に関して、重要な時期を迎えています。今日のお話のタイトルは、「研究を臨床に結びつける—看護人員体制が医療安全に及ぼす影響」で、幅広い分野に及びます。米国では長い講演をするときにはチームを組むことがよくありますが、今日はパットとふたりでチームを組んでお話しします。壇上の上を歩きながらお話しさせていただきます。この2時間を皆様と一緒に共有したいと思います。時々、質問を投げかけます。日本の看護会のリーダーの皆様と同じプログラムについて考えることができ、光栄だと日本の仲間にお話しました。私たちは姉妹のようなものだと思っているとも伝えました。今、皆様が経験していること、私たちが感じ、経験したことを共有できるでしょう。看護職、めざすべき医療については、世界共通です。

米国では、1950～1960年代に医療の質は日本の産業界から学びました。そして、それが米国の医療界へ取り入れられ、米国から日本の医療界へ再び持ち込まれました。今日は報道関係者の方もみえているということですが、米国のメッセージとして大事なことは、医療の質と安全に関する説明責任がこれまでにないほど必要となっているということです。データが求められています。一般の人から医療の質に関してエビデンスが求められているのです。友人が手術をしなければいけないとき、どの病院にいったらいいか私に尋ねました。どの病院のアウトカムが一番いいのか、どの病院の技術が最も優れているか、満足度が高いところはどこか。このようなデータが新聞で取り上げられることが増えています。Japan Timesに、100の大病院の死亡率、合併率、在院日数、看護師配置の比率、心筋梗塞や脳卒中、慢性肺塞栓症などDRGのトップ10が掲載される日がくるなんて想像できますか。New York TimesやLA Timesではそうです。一般の人の懸念が高まっているからです。皆様は、どうですか。皆様のお子さんや兄弟、家族を安心して夜間に病院に入院させておくことができますか。このようなことを経て、私たちは改善の機会を得てきました。私の夫は7年前に肺炎で入院しました。担当に看護師

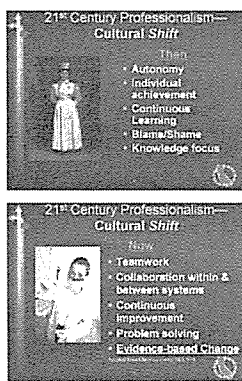
さんの目を見て、シフト変更のときに「今日はどうか。人手は足りているか。受け持ち患者さん全員の面倒をみることができそうか」と確かめるまで、私は安心して夫を病院において帰ることができませんでした。ある日、看護師さんから「本当はあと数時間残っていてほしい。ほかの重症な患者さんをみなければならないので、ご主人をちょっとみてもらえないか。」と言われました。一般の人たちの関心が高まっています。一般の人でも賢いので、看護師は過剰勤務で疲れている、ナースコールをしても応えてもらえるまでに長いこと時間がかかる、医師と看護師のコミュニケーションがうまくいっていない、医療ミスのあることなどをわかっているのです。また今日、専門家として重要な、必要に迫られている義務があります。専門家の責任として、患者さんの代弁をしていかなければなりません。一般の人に、専門職に、行政に、患者さんの安全性について訴えていかなければいけないのです。リスクがあることを知っているのに何もいわないのは専門家らしくない行為です。また、患者さんのベッドサイド・ケアをする看護師やほかの介護者の心身ともに良い状態についても考えなければなりません。職員の健康状態と安全性も欠かせません。貴重なことですが、十分ではありません。

カリフォルニア州では、看護師の50%しか自分たちで育てていません。残りの50%は、他州や外国からカリフォルニア州に住みたい人たちが補っているのです。カリフォルニア州のいい点は住みやすいことです。それでも、これはとても大きな問題です。職員も健康と幸福感は重要です。現在は、これまでにないほど説明責任が求められている時代です。意見だけでは不十分です。私たちは、エビデンスを示すことなく、自分たちはいい仕事をしているとってはならないとっています。今朝、日本の看護師配置に関連した患者ケアの質と安全性についての問題のエビデンスについて聞きました。私たちが同じ問題をかかえています。

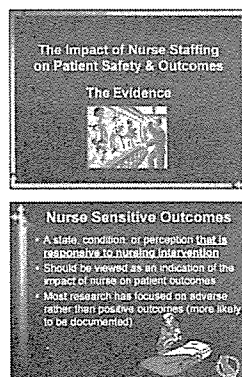


この数年間で大きく変化したことを認識することが重要です。医療の質とは、単に構造、プロセス、アウトカムを測定することと違ってきました。しかし、今、ある一定のアウトカムを測定するのに何人の看護師を投入すればいいのかということだけではないとわかっています。もっと複雑になっています。米国では、12時間のシフトだとしますと、そのシフトの間に患者さんの重症度が変わったら、よく看護師と患者比率も調節します。また費用を削減するようにと圧力が増えています。米国の多くの病院はなんとか生き延びている状況です。かろうじて閉鎖はまぬがれるぐらいの支払いを政府や保険会社から受けているだけです。しかし、質の高い看護ケアというのは、費用抑制ではありません。あるべき姿の医療を提供していれば、在院日数を短縮化することができ、患者さんの満足度も上げることができ、職員の損傷も減らし、自発的な離職も減らすことができます。このようなことにはすべて費用がかかります。新しいプロセスの指標はスタンダードに遵守しているか、患者さんは安全で安心しているか、本当は助けられたのに助けられ

なかったというようなことがないかをみなければなりません。医療の質の新しい指標についてお話します。救命失敗率です。これは不慮の事故や患者さんの生命にかかわるような術後の合併症の予防に関するものです。そして、最終的にアウトカムも測定しますが、それは単に在院日数だけではありません。コストも関係ありますし、患者さんの満足度や機能状態も関係あります。家にもどっただけではなく、もどってからはどうなのかについてです。それから、アドヒアランスも関係します。患者さんは回復には何が必要なのか理解してから退院したのでしょうか。入院期間が短くなっているのに、服薬に関してのアドヒアランス、退院治療計画の重要性が高まっています。家にもどったら服薬しない、食事に気をつけない、また次の診察の予約には来ないでは、困ります。

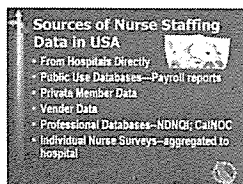


新しい時代になってきています。職業意識も米国では変わってきています。日本でも新しい変化が起きているのではないのでしょうか。現在、米国では制服はあまり着ていませんが、この写真は伝統的な制服姿です。看護の職業意識は、自立性、個人の成果、継続的な学びに重点が置かれ、何かあるとお互いに責めていました。知識を重要視していました。しかし、現在は変わってきています。なぜならば看護職同士およびほかの専門職とチームで仕事をするようになってきているからです。連携をとらなければなりません。体制内の協力と体制間の協力が必要になります。病院は在宅ケアや地域と協力していかなければならないということです。病院の中でもクリティカルケア病棟やICUがステップダウン病棟や一般診療科の病棟と連携をとらなければなりません。患者さんの病棟移動があるからです。また継続的な改善にも注目しなければなりません。完璧ということはないので、常に改善の機会があります。問題解決にも目を向けます。問題を理解して、一番可能な質の高いケアを提供するために解決方法を探ります。エビデンスに基づく傾向はますます高まり、意思決定をするとき、問題解決をするとき、私たちはエビデンスを探しています。

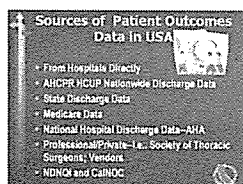


では、看護人員配置が患者さんのアウトカムに関係するというエビデンスとは何でしょうか。まず看護に関係するアウトカムという新しい用語の定義をしましょう。看護師がしていることが統計的にアウトカムと関係するものです。看護師の影響の印としてみるべきです。看護に関係するアウトカムに関する研究のほとんどが有害事象、うまくいかなかったことに焦点を当てています。これからは、うまくいったことも測定できるように研究していかなければなりません。しかし、今は看護師配置が十分でなかったときにうまくいかなかったことが強調されています。

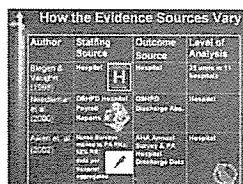
看護師配置と患者さんのアウトカムに関する研究のデータの入手先をみています。文献が科学を構築していますが、さまざまなデータ源を使わなければならない状況にあります。看護に関係するアウトカムについて、たとえば



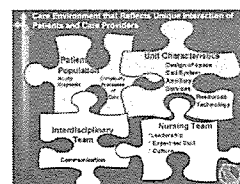
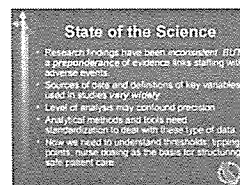
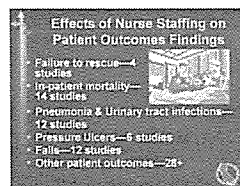
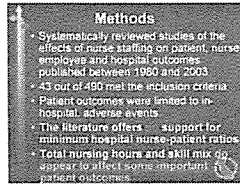
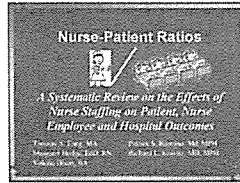
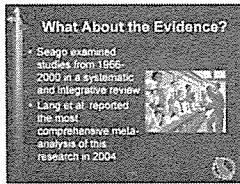
看護師配置については、今日、見たデータは病棟レベルのデータですよ。看護師によるケアのアウトカムをみると、日本でも米国でもデータは病棟からきますよね。米国では公表されているデータがあります。コストに関係するデータベースです。とても複雑な方法でデータを操作して、最善の看護師配置を出している研究者もいますが、それは病棟のデータとはかなりかけ離れています。民間のデータもあります。医療機器メーカーなどが独自に行っている場合があります。ヒルロムは素晴らしい病院ベッドを製造していますが、大規模な褥瘡のデータベースを保有しています。褥瘡予防のベッドを販売しているからです。また業界のデータもあります。カリフォルニア州看護成果連合 (CalNOC)、全米看護の質データベースなど専門家のデータベースです。これについてはこれから詳しく述べますが、看護の職能団体などがデータベースを構築しています。また看護に関する個別に行った調査のデータもあります。何人の患者さんをみていますか、など看護師に聞き、そのようなデータから看護師配置に関する報告書を作成しています。皆様も問題を解決しようとし、あるべき姿の患者ケアを目指していらっしゃるということですから、その参考になるようにお話します。ひとつには、標準化されたデータベースを構築することです。そこからできるだけ最良のケアを提供できる方法を考えるのです。私たちもいろいろな研究をして、看護師配置に関して考えてきました。



これは患者さんのアウトカムのデータですが、多くのデータ源から入手しています。問題はこのようなデータはみんな同じなのかということです。看護師配置がどのように患者さんのアウトカムに影響するかと聞いても同じ答えが得られるでしょうか。病院で病棟レベルのデータを収集していたとしたら、公表されているデータを用いたとしたら、どのように違うのでしょうか。たとえば、看護師配置とアウトカムに関する3つの研究があります。すべてデータ源が違います。ここの研究から生じた知識は同じでしょうか。データ源が違えば、それぞれ違った結果、知識になるのではないのでしょうか。たとえば、Blegen と Vaughn は看護師配置とアウトカムを 11 の病院の病棟レベルで研究しました。アウトカムも 11 病院から得ました。一方、Needleman らは 2000 年に有名で重要な研究を行いました。看護師配置を考えるために、公表されている 15 州の看護師配置およびアウトカムのデータを使いましたが、分析対象は病棟レベルの看護師配置のデータを得ることはできませんでした。有名な看護研究者の Linda Aiken は、看護師の業務報告から調査しました。病院協会や公表されているそのほかのアウトカムの情報を得ました。このようにいろいろなデータ源があります。私たちが知識を理解するには、比較的単純にまとめることができます。



Seago が 2000 年にシステマティック・レビューを行っています。しかし、2004 年にもっと厳しい基準で行った Lang らのメタ解析が、米国では最も重要とされています。1980 年から 2003 年に公表された看護師と患者さんの

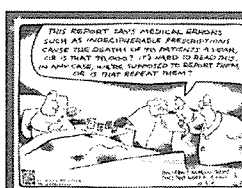
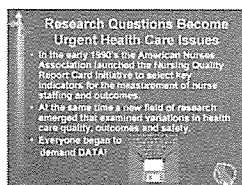


比率、アウトカムに与える看護師配置の影響についてのシステマティック・レビューをしています。研究は490件ありました。その中で該当したものが43件でした。患者さんのアウトカムは有害事象に限定していました。ここでも防げた転倒と防げなかった転倒などマイナスのアウトカムに注目しているということです。Langによれば、最低看護師と患者比率について、文献の裏づけはなかったということです。比率は有益ではないかもしれないということになります。看護師配置について、こうすればいいという明らかなエビデンスはありません。総看護時間とスキル・ミックスは明らかに一部の患者さんのアウトカムに影響がありました。何対何にすればいいのか、何年の経験が必要なのか、看護師には修士レベルなど、どのくらいの学歴が必要なのかはまだわかっていないのです。

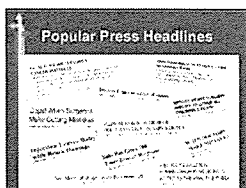
いくつかの研究から明らかに看護師配置が患者さんの重要なアウトカムに影響を与えたことがわかっています。たとえば、救命失敗です。午前中の発表から、日本でも夜に起こるのではないのでしょうか。一般病棟や内科/外科病棟で看護師が観察して、早期に気がついていれば、予防できたと考えられる肺炎、消化管出血、感染症などの予防術後の合併症です。看護師配置に関連する救命失敗は4研究ありました。もっと配置が厚ければ、術後の合併症も少なかった、死亡も少なかったのです。また入院中の死亡が14研究ありました。肺炎および尿路感染症、褥瘡、転倒に関する研究がありました。

研究結果には不一致が見られます。看護師配置は転倒と関係あるという研究結果もあれば、関係ないという研究結果もあります。それは先ほども申し上げましたとおり、データ源によって結果が違い、研究の不一致が起こるからです。しかし、多くの研究で、看護師配置と有害事象に明らかな関係があるとされています。看護師配置が厚ければ、有害事象、予期しなかった死亡、転倒、褥瘡は少なかったのです。データ源はととても幅広いと申し上げました。聖マリアンナでも聖路加でもいいのですが、病棟レベル、クリティカルケアで比べるデータがあります。このようなデータの取り扱いはいままでになく、複雑になっています。そこで新しいツール開発の研究もしています。6週間経てば、新しいソフトウェアができますが、データ管理を容易にするソフトウェアで皆様にも差し上げる必要があります。通常は、病院の病棟レベルのデータ、県のデータ、国のデータなど複数のレベルのデータを管理しなければならないからです。患者さんの安全性の閾値がどこなのか。つまり、どの点から看護師配置が患者さんのリスクと関係するのか。看護師が多ければいいということはわかっていますが、東京の聖路加病院でも同じことが成り立つわけではなく、どういう公式にすべきなのか。それは看護師だけが関係していることではありません。パズルのように、たくさんのピースが関係し合っていると考えられます。ひとつには患者さんの集団です。患者さんの集団、重症度、複雑性、診断がアウトカムや看護師配置に強く影響しうると午前中も発表がありました。それから米国では治療病棟の特徴についてもよく取り

上げられます。とても古い病院では患者さんは看護師の目が届かないような遠いところに寝かされていることがあります。そうしますと、夜中にトイレに起きたときころんでしまうことがあります。看護師の目の届くところに患者さんがいれば、ちょっと動けばすぐにわかるので、転倒を予防することができます。また電気をつけて看護師を呼ぶなどの技術的なシステムの問題もあります。そういう設備がうまく機能していない病院もあります。機器が十分ではなくて、看護師は車椅子やガーニー、IV ポンプを探しまわらなければならないことがあります。そういうことに時間を使っていると、患者ケアの時間が減るといことです。チームの一員としての看護師ということも要因のひとつです。熟練者は新人の面倒をみなければなりません。チームには呼んだらすぐ来てくれる医師がいるとわかっていると、この中で誰がリーダーか、どんなスキル、専門性を持っているのか。どのようなチームの雰囲気なのか。協力し合っているのかを把握しています。ですから、あなたの患者さんの容態が悪くなったり、3人の患者さんをみていたりする場合は、私がほかのふたりの患者さんを自動的にみることになります。米国では、車が止まってしまったら、別の汽車に気をつけろという表現があります。ひとりの患者さんの容態が悪くなったら、別の患者さんの世話を忘れてはいけないという意味です。この患者をみていたので、この患者さんは救えなかったでは困ります。また私たちは多職種のチームになってきています。ICUでもコミュニケーションが重要になっています。重症度が同じでも、同じ患者集団でも、ほかの要素をすべて調整していても、コミュニケーションがよければ、死亡率が低いという研究結果がでています。クリティカルケアではチームワークによって大きな違いがでることがわかっています。



米国では、20年間、研究課題であったものが、最近では重要な医療問題になってきています。1990年代の初頭に、患者ケアの質にばらつきがあるというエビデンスが増えました。米国看護協会が、看護に関係の深い質の指標を開発し始めました。専門家が始めなくてもほかの誰かが始めることは明らかでした。それで、米国看護協会は、看護に関係のある指標を開発するために時間と資金を投じました。同じ時期に看護師配置とアウトカムの差が注目され始め、みんながデータを求め始めました。1999年に刊行された重要な報告書があります。そこから医療の質、ひとりの患者の安全性の話になり、緊急性がでてきました。この「人は過ちを犯す」というIOMの報告書が米国で安全性の話に火をつけたのです。患者の安全性に問題があることを示した専門家間の情報と認識されています。年間5万～10万人もの患者が医療ミスによって死亡する影響があるというものでした。病院というのは、人を助けようとするところなのに、ミスによって人が亡くなっているのです。それからマスコミがこの話題を取り上げるようになりました。これは新聞の漫画で、ジョークになっています。このIOMの報告書を読みながら、話しています。「この報告書によると、読めない処方箋など医療過誤が原因で年間98万人が死亡している。いや、98,000人だ。これはよく読めないな。リポー



ト（報告）しなきゃ。リピート（繰り返す）？」レポートとリピートもわからないほど病院では混乱しているということを皮肉っています。また新聞の見出しにいろいろな医療過誤の記事がのりました。外科医が切断を間違えてしまった、注射によって赤ちゃんに脳損傷がでた、100倍ものモルヒネを与えてしまった、これは医療ミスか殺人か。それで、患者さんの安全性に関する話が公にされるようになったわけです。

安全性の効果を改善するのか、患者中心、タイムリーに効率を上げる、ケアの質を上げているのか。ですから、パズルにピースを組み込み始めました。看護師は高齢化しているという全体像が見えてきました。米国では、ベビーブーマーはここ5～15年で退職していきます。教員の数も減ってきています。教員の数が足りません。新しい看護師を十分に教育できません。カリフォルニアで看護師になりたいと思ってもキャパシティが十分ではありません。なりたいたくても、学校の枠が足りないのです。看護に対する関心も薄れています。人々の関心の幅も広がってきています。私が少女だったときには、看護師になるか、教師になるか、母親になるかだったのですが、現代の女性の選択肢は広がっています。患者さんの病気も重くなっていますし、入院期間も短くなり、サポートサービスも少なくなり、業務も大変になってきています。米国の病院もコストの削減に努力しています。新人看護師は、労働条件に不満で、「私にはほかにも選択の余地がある、こんなに一晩中、一生懸命働きたくない。週末に残業したくない。」といます。パットがこの嵐が大きくなっているという話をしてくれたいと思います。

(質疑応答)

質問：今、先生がたとえば、チームワークなどいろいろな要素があるという話を丁寧にされました。その後、看護協会がレポートをとって、アクシデントとの関係性を出されましたが、最終的に安全性やリスクとの関係の前に、何が関係の要素を最終的に飛躍させたのかについて教えていただければと思います。

答え：とてもいい質問です。完璧なご質問です。パットがお答えします。そのご質問に答えるために、今日、お話しさせていただいています。

質問：米国の看護師さんは仕事を楽しんでいますか。日本の看護師さんたちは、大変忙しい、疲れていると、苦しんでいます。給料はいいですか。

答え：日本の看護について聞いたことは全部米国でも当てはまります。看護師は疲れていますし、怒っています。満足していません。でも給料は結構いいです。

2. Regulating Nurse-Patient Ratios: Insights from the California Experiment 看護師对患者比率の法制化：カリフォルニアの試みから得られた見識

パット・マックファーランド

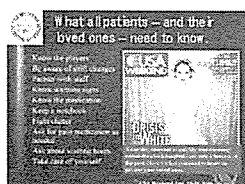
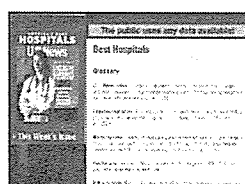
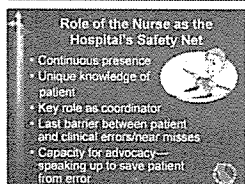
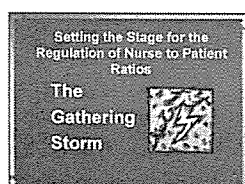
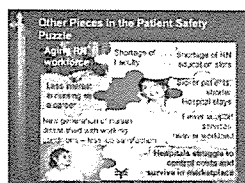
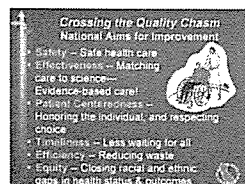
カリフォルニア看護リーダー協会 経営幹部責任者

カリフォルニア州看護成果連合 主任指導者

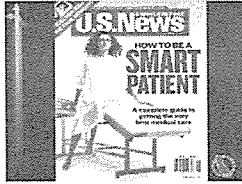
井部先生、お招きありがとうございます。ナンシーも私も日本語が話せないで、今日は通訳さんが助けてくれていますが、感謝しております。

1ヶ月に何回か電話がかかってきまして、カリフォルニア州で何が起きているのか話すように言われ、ほかの州に話しに行きます。日本の看護師のリーダーが職場での怒りというものに気がつかれたことはよかったです。その点では私たちは少し遅れています。看護師が怒っていること、疲れていること、仕事をしすぎていることを全国規模の声明にする点では少し遅れていると思います。カリフォルニア州で、同時期にたくさんのが起こり、看護師配置にいきました。ナンシーが数分前に申し上げましたが、私たちの世界は変わってきています。患者、家族など人々の知識量が増えています。病院に来た理由もわかっていますし、看護師を医療チームの中心として試しています。それが、ケアが必要になったときに、みんなの結束をもたらすのです。米国では、理学療法、作業療法、言語療法、薬剤師、家族、友達が、看護師独自の知識に期待をよせています。これは私たちにとっては新しいことです。10年ぐらい前には、看護の役割は何なのかについてあいまいなところがありました。医師の手伝いなのか。患者さんの手を握る役割なのか。米国の人々は看護師が持っている独自の科学に気がついていませんでした。それが、一般の人にもわかるようになってきました。

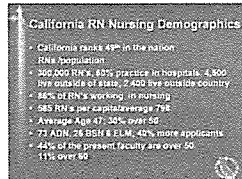
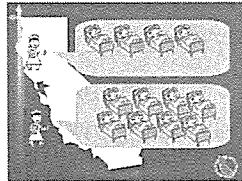
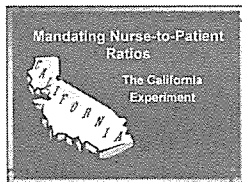
米国には、実際に病院を評価している、いくつかの刊行物があります。これはUSA Newsですが、1年に1回病院に点数をつけます。上位100位を挙げます。100位の中で何を評点するかというと、看護師と病床との比率があります。フルタイムの看護師が多いほど看護のレベルが高いといっています。カリフォルニア州や米国の病院に行ったときは、そのことを聞くといいかもしれません。医療の危機について一般の人の意識も高まっています。看護師の年齢が高齢化しているため、若い人に機会はたくさんありますが、若い男女は看護の世界に入りません。看護師不足の危機があります。そのことについて、マスコミが職能団体や看護大学の学部長に取材しています。患者はどうすべきか。病院に来たときに、家族は何を知るべきなのか。どういう質問をすべきかと聞いています。チームのメンバーを知るべきです。米国では、専門職として白衣を着ることをやめました。看護師も看護助手も同じような格好をしています。また呼吸器ケアをするスタッフも病理医も同じような格好をしていますので、患者さんはどの人が看護師なのかかわからず、混乱することがあります。そこで、一般の人に対して、誰が看護師なのか、担



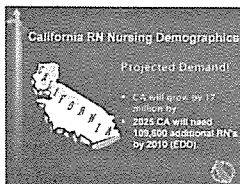
当看護師なのか、聞くようにいっています。そして、家族にはパートナーであるようにと勧めています。日本でも家族も24時間いるように勧められているようでしたが、私の父も具合が悪く、今年の夏に入院しました。弟と姉妹2人と私で24時間介護をしました。看護師を助け、付き添いました。チームの一員となり、スタッフに非常に喜ばれました。私自身、この何年間で最も誇りに思ったことのひとつです。



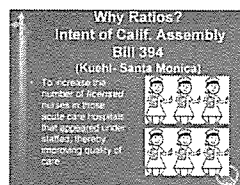
環境をみるように言われます。何がおこっているのか、その日のケア計画は何か。看護師や医師に聞いてください。数ヶ月前に「賢い患者になる方法」というものが出版されました。一般の人でも自分自身のために声をあげ、いい病院を見つけるようにと促しています。カリフォルニア州には看護師配置の歴史がありますが、私はあまり誇れるものだとは思っていません。カリフォルニア州の多くの看護師が感じている怒りにもっと早く気がつけばよかったと思っています。駅に降りて電車を止めることはできなかったのか、私にはわかりません。もっと積極的に行動できたのではないかと問われればその通りです。カリフォルニア州で看護師配置について話し始めるまで歴史はありませんでした。Aikenまで文献もありませんでした。ナンシーも私もお互いに知っていましたが、研究者と看護管理者としてではありませんでした。仲間として知っていたのです。この数は何を意味するのかということについては、私たちも知りません。政策担当者も質問し始めました。そして、看護師・患者比率は政治的な場で話し合われるようになりました。しかし、その話の前にカリフォルニア州についてお話ししましょう。どうしてこんなに少ないことが問題なのかがおわかりになると思います。看護師の比率については、カリフォルニア州は全米で49番目、後にはネバダ州しかありません。ネバダ州には看護大学が6校しかありません。カリフォルニア州には、105校もあります。105校も日本にありますか。私たちはたくさんの看護師を卒業させているのです。しかし、ナンシーがいったように、50%をカリフォルニア州の外から調達しています。カリフォルニア州以外または国外で教育を受けた人たちです。看護師の移民も多く、特にフィリピンやカナダ、オーストラリアからよく来ています。カリフォルニア州には資格を持った看護師が30万人以上いますが、実際に仕事をしているのは、その10分の1です。これは驚くべきことで、30万人のうち9,000人はカリフォルニア州外に住んでいるので、もどってきて仕事をするのができません。ほかの州に比べて、カリフォルニア州で資格を得た人たちが一番多いです。比率を決めたとき、仕事をしているのは資格を持っている看護師のうち86%ぐらいでしたが、仕事に復帰する看護師は少なくなっています。看護師になると資格を保持したいとほとんどの人が思います。それはあきらめたくないのです。しかし、身体的にきつくなり、看護の仕事ができなくなります。米国の急性期病院で仕事をしている看護師はおよそ86%です。特にカリフォルニア州ではマネージドケアによって、看護師が急性期病院の外で働くことが多くなっています。たとえば、診療所、在宅ケア、外来手術、保険会社など、急性期以外にもい



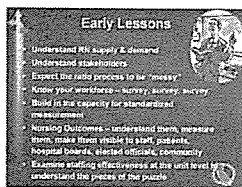
ろいろな働く場所があります。日本の新卒看護師は 27-28 歳という年齢が先ほどでしたが、カリフォルニア州では高齢化しているので 32-33 歳ぐらいです。さらに高齢化が進んでいます。私はカリフォルニア州看護協会の看護師のリーダーたちと仕事をし、ナンシーと CalNOC のプロジェクトもやっていますし、カリフォルニア州看護学生協会の責任者も務めていますので、若い頭のいい熱意のある看護師と毎日、触れ合っています。47 歳という平均年齢はこの数年、上がってきています。看護の第二のキャリアが出てきています。特に修士、早く学士がとれるコースへの入学も増えています。教員も年をとってきています。教員と手術室の看護師の高齢化が一番進んでいます。看護師の 70% は、准看護しか持っていません。勉強を続けて教育のレベルを上げていき、修士や博士をとって大学で教えるようにもなります。そのような道も開けています。カリフォルニア州では需要は多くなっていますが、2025 年までには 1,700 万人増加する見込みです。雇用開発局という政府機関があり、何人の専門家が必要か推計を出しています。2010 年までにさらに 10 万 9,600 人の看護師が必要になると言われています。1 年に 5,000 ~ 6,000 人卒業しているので、何か特別なことをしない限り、全然足りません。



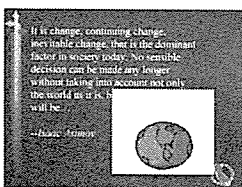
この図も興味深いもので、いろいろな数がでています。カリフォルニア州でこの 20 年間に何が起こってきたのかを示したものです。1978 年に私は ICU の看護師だったのですが、そのときに看護師比率というものが登場しました。1 対 2、患者ふたりに看護師ひとりという新しい比率は今までとは大きく異なるものでした。看護師配置を決めるのに苦労しそうですので、日本の看護管理者でなくてよかったと思います。私たちの方法は簡単です。患者が重症であれば、1 対 1 必要になります。その看護師は 8 ~ 12 時間のシフトになります。ですから、私たちは患者を重症度別に分けて、看護の必要度に分けて測定しています。それを達成した看護リーダーと仕事をできて幸運でした。しかし、今後 20-30 年間は、ICU 以外では法的な比率はありません。カリフォルニアの看護協会、現在のユニオンですが、米国の看護協会から引き継ぎました。米国看護協会とは関係ありません。カリフォルニア州の看護協会という名前は残りましたが、ユニオンです。カリフォルニア州における最大のユニオンになっています。大きな力を持っています。発言力も大きいです。1995 年の秋に米国看護協会から引き継いだときの使命は、カリフォルニア州で看護師配置の比率を法律で定めることでした。現在の目標はカリフォルニア州以外にも広げることです。ほかの州とも仕事をしています。ほかの州も米国看護協会から引継ぎ、独立したユニオンになっています。看護師配置を考えています。私たちが 1995 年にカリフォルニア州で行ったことは、タイトル 22 という規定の見直しでした。これには病院が守らなければいけない期待値とスタンダードが定められています。これを現在、ユニオン、職能団体、協会、病院関係者で見直しています。法律によって定め、患者の重症度に応じるようにとっています。そうすれば、どの病院でもそれによって看護師配置が決められます。そうなり、実施されましたが、ユニオンは、



は大規模なバックアップが必要で、特に大都市の病院で問題になりました。救急では、ひとりの看護師にひとりの外傷患者、クリティカル・ケアの患者ふたりに対して看護師ひとりなのですが、1対4、4人の患者に対してひとりの看護師はむずかしいのです。カリフォルニアの人は時々、救急サービスを鼻血などクリニック代わりに使います。数週間前、87歳の母が転倒したので、救急サービスを利用したことがあります。隣の人はコーヒーターブルに足をぶつけて爪がはがれそうな患者さんで、医師の処置を4時間も待っていました。その日のうちにみてもらえなくて次の日になることもあります。救急をクリニック代わりに使うなんて考えられませんが、カリフォルニア州ではよくあります。行動医学は9病棟が閉鎖して、大きな問題となっています。北カリフォルニアでは少なく、1対6という基準が守れなくて閉鎖してしまいました。行動医学専門家の数を全部入れていないからなのです。実際の昼間のシフトには、カウンセラー、ソーシャルワーカー、臨床心理士、リハビリのカウンセラーなどが関わっているのですが、看護師の数だけを数えて、その人たちは人数に入れることができないのです。



カリフォルニア州の需要と供給の問題がここからもわかります。現在の看護師不足を10～20年前と同じような方法で解決することはできません。ベビーブーマーの人たちがいなくなるので、深刻な看護師不足を迎えます。患者さんは情報を持っていますので、質の高い看護を要求します。そして、私たち専門家はそれに応えていかなければなりません。プロセスもみんなうまく対応していかないと混乱しています。カリフォルニア州の看護師は患者を分類してやっていきかけたのです。この患者さんにはどのくらいの看護が必要かという観点から、各病院で信頼性と妥当性の高い患者分類システムが必要でした。看護師が患者の看護必要度から決めようとしているのに、先に配置基準を決めてしまうと、ある意味で自立が損なわれる感じがします。看護リーダーは患者分類システムを求め、ユニオンやほかの看護スタッフは比率を求めました。朝、出勤したときに必要以上に人数が多くいることがないようにしたかったのです。自分たちの労働力を知り、怒っていることを認め、どのように解決できるか考えています。マネージドケアが行われた1990年代の半ばに苦境がありました。スタッフは苦しみました。どのようにすれば仕事がしやすくなるのかについて考えました。このように標準化された測定方法が必要になります。1995年に看護師配置の基準を決めるときに同じ定義のもと、信頼性のあるデータに基づいて決めてほしいと行政に頼みました。



看護のアウトカムを理解すること、実際に病院経営者をはじめ、みんなにわかるように、病棟で看護師配置を検討し、すべてのパズルのピースがびったりはまるようにすることです。「現在の社会に共通に見られる要因、それは変化、絶え間ない変化、不可避の変化である。世界の現在の姿のみならず、将来の姿を視野に捉えなければ、十分な意思決定などできるものではない。」