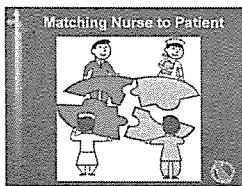
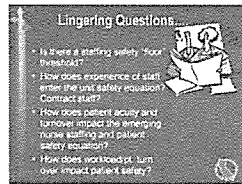


カリフォルニアでの経験は看護師にとってつらいものだったといえます。怒っている看護師とともに仕事をしなければならなかったわけです。新しいシュワルツネッガー知事は第二段階の規制を進めていくことをやめてしまいました。看護師不足で病院がこれ以上、閉鎖するのは耐え難いという理由からです。米国の他の州をみていきますと、24州ぐらいで同じような規制を導入することを考えています。ぜひ私たちのプロセスをみて、私たちの過ちから学んでほしいといっています。そのプログラムを考える際にスタッフの人たちと協力をしてください、調査をして、協力してください、妥当性と信頼性のある患者分類システムを考えてくださいといっています。



看護師といってもみなそれぞれ違います。看護師配置を考えるときにはパズルのようになります。またさまざまな種類の看護師が看護をしています。質、技能、看護環境などいろいろな要素を考えなければならないわけです。いくつかまだ残っている問題があります。人員体制の安全の最低の基準はあるのか、スタッフの経験が患者さんの安全や重症度に影響を与えるのか。カリフォルニア州をみても、素晴らしいプロセスがあります。ジョンソン・アンド・ジョンソンは全米で大規模なキャンペーン活動を行い、看護問題の認識を高めようとしてしました。看護の入学希望者が40%増えました。しかし、さらに大規模なプログラムが必要です。105校ありますが、それでも足りません。患者の重症度がどのように看護師体制に影響を与えるのか。看護業務量や患者改善率がどのように安全性に影響を与えるのか。このようなことをすべて考えなければなりません。看護師はみな同じではなく、患者さんもみな同じではないからです。カリフォルニア州で実施された看護師比率も重要ですが、それだけでは問題は解決しないのです。これからもデータを収集し、何をすべきなのかを考えていかなければなりません。



(質 答)

質問：LPTは何ですか。

答え：Licensed Psychiatric Technician で、Licensed vocational nurse と似ていますが、カリフォルニア州では精神病棟でのみ仕事ができます。

質問：修士ですか。

答え：違います。Associate degree も必要ではなく、コミュニティ・カレッジや営利の学校で18ヶ月ぐらいのコースを受けます。ほとんどはコミュニティ・カレッジです。

質問：今のお話でも触れましたが、確認しておきたいので、質問します。常時4対1という比率を、数を導入するユニオンと、患者の必要性に応じて人員を決められるようにしたいという病院側の意向が対立したというふうに理解してよろしいでしょうか。その結果、数字を決めましたが、そのことについてのコメントをもう一度お願いします。

答え：1対4にどうやっていきついたかということですが、カリフォルニア州では多くの関係者からフィードバックがありました。ユニオンは1対3にしたかったのです。病院協会ではそれにしたがって人員配置をしたいということでした。私たちは私たちが望んでいる比率を達成できなければ、病棟を閉鎖したいといました。それで、行政が入って、調査をして、平均値を調べました。そして、行政がこのような数字を決めました。現在、カリフォルニア州ではすべての病棟に比率はありますが、条件として、患者の分類システムは残すということになっています。患者の分類システムに従って、患者の重症度が高くなれば、ひとりの看護師は3人しかみられないかもしれません。それに従って人員を配置します。しかし、逆に患者の重症度がそれほど高くなければ、ひとりの看護師が5人の患者をみてもいいかといえば、それはできません。常に最低の基準は守らなければいけません。それが要件になっています。

質問：ディスカッションがあったわけですね。常時1対4と入れるのか入れないのか議論があったというふうに聞こえますが、カリフォルニア州は制定することになったわけですね。それについて、必ずしも看護師のコンセンサスを得ているわけではないと、とらえていいですか。

答え：そうです。コンセンサスはありませんでした。実際、行政が比率を決めたので、ユニオンはがっかりしました。病院とか私の協会では、この数字も悪くないと思ったのですが、ユニオンはずっと怒っていました。今は、内科・外科病棟では1対5のものが1対6になったり、比率を厳しくしようとしたりしています。ですから、まだ議論が続いています。もっと比率を厳しくするようにとユニオンから新しい制定があるかもしれません。比率が制定された点では勝ったが、ユニオンの望んでいた数字ではなかった点では負けたと思っています。

井部先生がおっしゃった点はよくわかります。日本ではコンセンサスを求めていらっしゃると思います。その方がもちろんよりよいモデルです。エビデンス・ベースのコンセンサスの機会があります。カリフォルニア州では、エビデンスが出る前に私たちが押して、比率が制定されたので、最終的にはコンセンサスが得られるかもしれませんが、まずは対立がありました。皆様はコンセンサスからぜひ始めていただきたいと思っています。私たちは対立からそれを学びました。

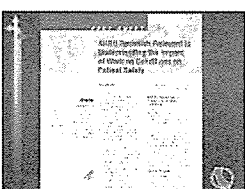
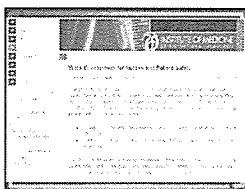
質問：私にとっては大変新鮮なお話で、ありがとうございました。日本の医療制度は米国とはまったく違います。米国の病棟では、看護をサポートするシステムがしっかりできていて、記録はするでしょうが、看護職が実際の看護にたずさわる時間が非常に高かったように思います。システムが違う中で数字だけというのはむずかしいので、先ほどの4対1という数字にしても、そのための背景が日本とどう違うかということまで教えていただきながら、比較しながら、その数字を考えたいと思います。もうひとつ、看護の人的資源にいくらお金を使えるかということも問題になると思います。ひとつはケース・ミックスのような形でこれだけ必要と出していくものがあると思いますが、そういう情報が十分でない場合は、どういうふうに要求していくのですか。業務が大変だからというデータをいろいろ集めて説得するのですか。また、全体の枠の中の何パーセントぐらいが看護のコストになりうるとお考えなのでしょうか。いろいろと疑問があるのですが、それだけ教えてください。

答え：カリフォルニア州でも保険の支払いに制限がありますので、看護リーダーにその答えがわかればいいのですが。どのくらいの予算を私たちは得ることができるのか、それは決まりなのか。病院は看護師配置を守らなければなりません、守ったために生じる余分なコストが国から支給されるわけではありません。それで、昔は看護師をサポートしていた看護補助サービスは、今では削減され、看護師が自分たちで行わなければならなくなりました。カリフォルニア州の看護師は間接的なケア、カルテを探したり、機器を探したりしなくてすめば、患者さんのための時間が増えるのですが、今は患者さんのベッドサイドから離れた時間がかかりあります。それは私たちの大きな懸念事項です。価値のある資源は患者さんのアセスメントに費やされるべきです。ですから、答えはわかりませんが、どのように対処するかについてはこれからお話したいと思います。CalNOCでは看護師配置が実施される前と後のデータを比較しながら、その効果をはかろうとしています。では、ドナルドソン先生に看護師の割合について話してもらいます。

3. The Nursing Quality Measurement Imperative: Implementation and Impacts 看護における質の測定の義務：実践と影響

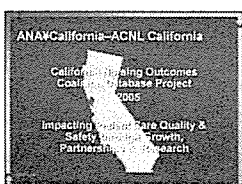
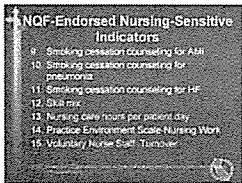
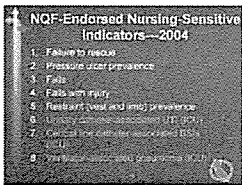
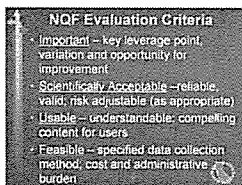
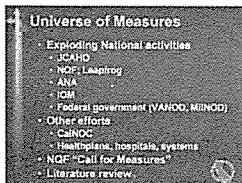
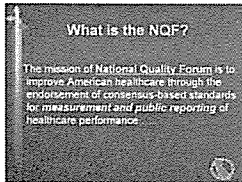
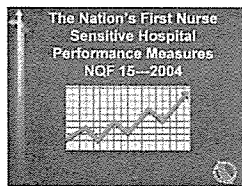
ドナルドソン：

ここで申し上げたいことがあります。私たちは決して特定の比率を推奨しているわけではありません。私たちの経験をお話しているだけです。つまりエビデンスに基づいた、患者さんの重症度に基づいた看護師配置、アウトカム、看護師の知識や専門性が、患者さんの安全にどのように影響しているのかを考えていかなければなりません。すべての看護師が同じだとは思っていません。比率ではなく、看護師の数を数えるだけです。実際にいる看護師の数はどのくらいなのか、患者さんの数はどうなのかと数えることではありません。専門職の専門知識、患者の状態、重症度の関係がどうなのかということなのです。有害事象を防ぐというよりも、午前中に聞いたように、問題は行動中のケアリングです。そしていい形で死を迎える、いい人生を送る、家族についてです。そのようなことを考えていただく手助けになればと思って、今日のお話をさせていただいています。



米国でさまざまな調査がされていますが、さらにふたつの重要な調査があります。「人は過ちを犯す」というIOMの患者安全性についての報告書をご紹介しました。IMOはまた看護師の労働環境と患者の安全性について調査をしました。看護師の労働環境をみて、どのようなことが患者の安全性に影響を与えるのか、どう労働環境を改善すれば患者の安全性が高まるかという調査をしています。今朝もさまざまな発表がありましたが、皆様はすでに看護師の労働環境については多くの知識をお持ちです。IOMの米国の調査結果が役に立つのであれば、ぜひ使っていただきたいと思います。米国の議会では、5,000万ドルを投じて、患者の安全性に及ぼす労働環境の影響に関する研究を推進しています。その中で21の研究で、特に看護体制と患者の

アウトカムに焦点をあてています。そのうちのひとつの研究は私たちが行いました。今日の最後の部分でその成果についてご紹介したいと思っています。

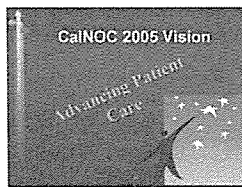
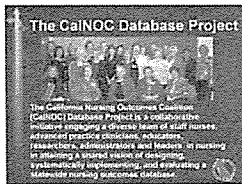


もうひとつ興味深い活動が見られました。非営利の National Quality Forum(NQF)がある調査をしました。この調査の中で15の看護または看護師配置に影響を受ける病院実績評価尺度を取り上げました。これは連邦の医療支払いの JCAHO のスタンダードの中で取り入れられることになります。米国看護協会の看護の質測定尺度から NQF の報告の義務づけまで行ってきました。では NQF とはそもそも何かといいますと、コンセンサスを得た医療実績の測定によってわが国の医療を改善することであり、連邦政府はそれを支払い制度に取り入れるとなっています。連邦の支払い基準を考えるにあたって、評価尺度を開発することになっています。NQF は看護にかかわる実績評価尺度はすべて検討しました。CalNOC や米国看護協会、文献からデータを入手しました。そして、スタンダードの中で本当に実績に影響を与えるものに焦点を当てました。たとえば、看護師配置を変えることによって、信頼性のあるアウトカムの予測ができるかどうかを基準にまず選びました。また科学的に受け入れられる信頼性のあるもの、実現可能なものということで選びました。すべての病院が標準化された尺度を使うわけですが、15の測定尺度が JCAHO のスタンダードや連邦政府の保険の支払い基準に取り入れられています。

それでこのような看護に関係する測定尺度のデータを JCAHO の基準で収集することになったのです。それには、救命失敗率が含まれます。これは先ほども申しあげました患者さんの術後の死亡率のことで、防げた合併症に関係していると考えられます。褥瘡、転倒、転倒に伴う負傷、拘束具の使用率、尿道カテーテル、中心静脈関連血流感染、ベンチレータ関連肺炎、また、3つのヘルスプロモーションのスタンダード関連で、AMI、肺炎、心疾患患者を対象として禁煙カウンセリングにおける看護師の役割などです。米国では、このような病気で病院を訪れた患者さんには、看護師が禁煙教育を提供しています。またスキル・ミックスのデータも集めています。これは看護師、准看護師、ほかの直接ケア・スタッフの割合です。患者日当たりの看護時間です。看護師の仕事の満足度や看護師の離職率も測定しています。米国では、このような15の指標が JCAHO の最初の指標になり、JCAHO を通して、連邦政府が医療の質の測定や保険の支払いに用いるでしょう。黄色の部分は CalNOC が現在かかっているものなので、楽しみにしています。私たちは新しい指標も検討中です。パットが CalNOC についてご紹介します。

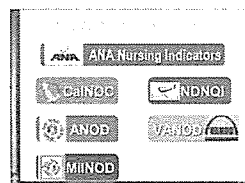
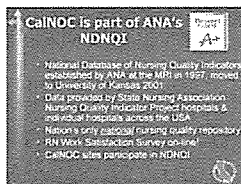
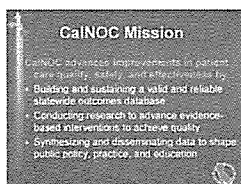
マックファーランド：

看護成果連合のプロジェクトのように皆様もつくっていただきたいと思っています。看護師配置の問題でコンセンサスを得ることが私たちの目標で、実際、考え始めています。看護成果連合は1995年に始まりました。カリフォルニア州看護リーダー協会と米国看護協会という前例のないふたつの看護協会の

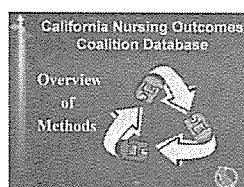


連携でした。そして、看護に関係のあるアウトカム指標に取り組みました。これが今日のチームです。私たちのチームは、すわっている8~9人から始まりました。出たばかりの米国看護協会のレポートカードについて話し合っていました。最初は8病院から始まりました。指標のパイロット・スタディをしたのです。州中の看護師に協力を求めました。何を見るべきなのか。リハビリの看護師、癌の看護師、患者に直接ケアをしている看護師などが、定義について一緒に考えてくれました。そして、データベースの開発へと発展しました。情熱的な看護研究者のドナルドソン先生のもとで仕事をしました。ドロレス・ジョーンズ氏は情熱的な看護管理者で、私たちに「自分たちのデータベースを構築すべきだ、そうでないとほかの誰かがしてしまう。看護が管理すべきだ。」といいました。今日では、病院協会からの代表もいます。ほとんどは、カリフォルニアの職能団体です。カリフォルニアの主な医療関係者から、最近では、ユニオンのCANも迎え、このプロセスの開発を共に行っています。コンセンサスを得ようとしているグループです。協力して仕事をし、問題について話し合い、データを見て、前進するにはこれをしていかなければいけないといっています。

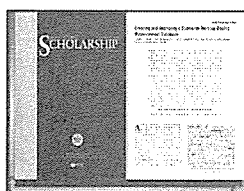
今日の私たちのプロジェクトは8病院から170病院に増えました。およそ400病院の今後5年間の事業計画をたてています。CalNOCプロジェクトをカリフォルニア州の病院の80%で行おうというものです。看護のリーダーが支援し、かかわりたいと思うプロジェクトです。スタッフ・ナースが、看護学へ貢献していると感じることができるプロジェクトです。私たちのチームは、何時間もボランティアでそのプロジェクトにかかわっています。またチームには、全国の代表もいます。米国の看護QIプロジェクトです。軍や退役軍人の仲間もいます。ナンシー・ドナルドソン先生とドロレス・ジョーンズ氏のビジョンに共感する看護研究者がたくさんいます。ビジョンを5年前に決めましたが、それは今日でも患者ケアの改善に重要だと思っています。CalNOCは、信頼性と妥当性のある州で広く用いられているアウトカム・データベースを構築し、維持することによって、医療の質、安全性、有効性の改善を促すということです。私たちは、看護に関係のあるリアルタイムの全米一の大きなデータベースを持っています。質を上げるためにエビデンスに基づいた介入を促進する研究を実施し、政策、実践、教育を目的としたデータの普及につとめます。CalNOCは米国看護協会のNDNQIの一部だとお話ししましたが、米国看護協会から最初の資金が提供され、この活動を進めていくことができました。私たちは唯一の全米質データベースを保有しています。米国看護協会には看護師の満足度に関する素晴らしい指標があります。オンライン・タイプのツールです。看護師満足度を測定するツールとして優れていると思うので、私たちはこのプログラムを病院全体、現場に紹介しています。カリフォルニア州のほかの病院と比較するだけでなく、NDNQIにより全国レベルでの比較も可能です。カリフォルニア州の主な医療関係者とはつながりがあり、小さな病院のシステムもあるので、データを収集することに



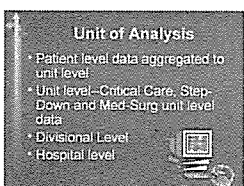
よって、カリフォルニア州の実践を変えていきたいと思っています。また、何年も費やして一緒に考えたビジョン、看護研究者による尽力のおかげで、陸軍看護師の核と関係ができました。彼らも使ってくれ、私たちがしていることを評価してくれています。私たちが解決したい、一緒にやりたいといってくれています。そして、それはとてもうまくいきました。陸軍看護の核は、全米の軍の看護の核に広がりました。軍のアウトカム・データベースで、略して MiLNOD と呼んでいます。退役軍人も 1 日目からかかわっています。カリフォルニア州の 2 施設がプロジェクトに参加しました。「全米の退役軍人関係に広げる」といっています。それで、退役軍人管理看護アウトカム・データベースの VANOD があります。このようにカリフォルニア州に限らず、私たちは活動を広げています。比率が導入される前のデータもあるので、それはこれから先とても重要になります。これからもこの活動を続けていきます。注目されるようになってきましたが、私たちは力になっていきたいと思っています。ナンシーが、方法論について話します。



日本の看護と日本の医療の課題として、重症度の開発、何が看護師配置、仕事の満足度や絶望に影響を与えているのかの理解に長い時間をかけてこられたと午前中にお話がありました。また、看護師配置の改善をする前に、データに疑問を持つ看護リーダーとスタッフがいて、もっとエビデンスを求める人がいるとも聞きました。私たちは、カリフォルニア看護成果連合のモデルは皆様のデータに関するコンセンサスを得るには役立つかもしれないと考えています。データを渡したとき、そのデータを否定されることはよくあることです。このような測定方法は妥当ではないというのです。信頼が持てない、いいと思わないなど。それで、標準化された測定尺度と方法を用いることとなりました。それなら批判されず、共にエビデンスの開発に取り組むことができます。そして、コンセンサスを構築することになり、政策につながっていくのです。CalNOC 方法が 9 年間かけて開発されましたが、最初は何でも知っているわけではありませんでした。将来のことはわかりませんでした。最近、Journal of Nursing Scholarship の 2004 年号に、「全米看護の質測定尺度データベースの構築と分析」についての方法論が掲載されました。それで私たちのしていることがより知られるようになり、話していることの定義が明らかになったわけです。何をしているか簡単にご説明します。



CalNOC は、看護の質データベース活動に任意で参加している 170 病院と仕事をしています。病棟、クリティカル・ケアや日本のハイケアのようなステップダウン病棟、日本の一般病棟にあたる内科・外科病棟で患者さんレベルのデータを集めています。ですから、クリティカル・ケア、ハイケア、一般病棟となります。それに小児と急性期後の病棟が加わります。データはすべて秘密保持となっています。ですから、CalNOC の研究者でも提出されたデータがどこのものか、わからないようになっています。聖路加のデータなのか、聖マリアンナなのか。知っているのは、データマネージャーだけです。



CONFIDENTIAL

- Hospitals "consent" to participate
- Each hospital has a unique ID code number
- All patient level data assigned a patient code number
- Aggregated reports list unique code numbers per site - not site names

CalNOC Indicators

Structural Indicators

- Hours per Patient Day
- Skill Mix
- Ratios
- Use of Contract Staff
- Nurse Education - highest degree

CalNOC Indicators

Process Indicators

- Falls-Risk and Consequences
- Pressure Ulcers (prevalence)
- Restraint Use (prevalence)

New CalNOC Indicators 2005

- Post-Operative Pain Management
- Medication Administration Accuracy
- Catheter Associated Blood Stream Infections
- Ventilator Associated Pneumonia
- Urinary Tract Infections

24 Quarters of Falls Data

- 136 Hospitals Reporting Falls
- 48,485 Falls
 - 2,272 Critical Care (5%)
 - 10,194 Step Down (21%)
 - 35,019 Medical/Surgical (74%)

24 Q of Pressure Ulcer Prevalence Studies

- 131 hospitals (852 nursing units)
- 63,511 patient observations
 - Critical Care 9,313 (15%)
 - Step Down 10,743 (17%)
 - Medical/Surgical 43,454 (68%)
- 3.7% of patients age 90 and above

Automated Excel Spreadsheets

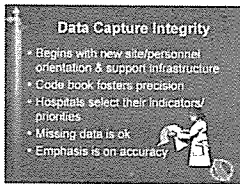
Validate Data Entry (catch errors)

Data Verification

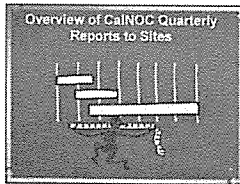
- All data are reviewed by automated systems
- Teleform data entry verifies that data are within specified parameters
- Sites review their results with draft report and corrections to data are accepted for data entry

ですから、報告書も、各病院はコード番号で表され、データはすべてコードで表示されます。自分のコードしかわかりません。各病院は同意書に署名をします。秘密の患者情報を収集することはしませんし、私たちの報告書は常に累積されたものです。それを病棟ごと、病院の規模ごとに分けます。大きな病院はほかの大きな病院と比べることができ、小さい病院は、ほかの小さい病院をみます。クリティカル・ケア病棟は、ほかのクリティカル・ケア病棟のデータをみることができます。私たちが収集している指標には、看護師配置の指標、患者日当たりの看護時間、スキル・ミックス、看護時間から計算した比率が含まれています。また登録職員と呼んでいる契約スタッフのデータも集めています。看護師の学歴、経験年数、認定についてのデータもとっています。病棟レベルでみています。誰が患者さんをみているのか、学士の割合、平均経験年数などについても語ることができます。認定看護師の割合、正看護師と准看護師やほかのスタッフの割合に加えて、患者さんのアウトカム・データも一部集めています。転倒のリスク、実際の転倒、転倒による負傷、褥瘡のリスク、発生率などです。また拘束具の使用率もみています。何人の患者さんに対して、ある一定の時期に拘束具が用いられたか。新しい指標も加えています。現在、パイロット・テストをしているところです。術後の疼痛管理、服薬管理の正確性、カテーテル関連血流感染、ベンチレータ関連肺炎、尿路感染です。ゴードン・エンド・ベティ・モア財団から昨年、助成金を得ました。その更新ができ、この新しい指標の開発をもう一年続けられたらいいと思っています。

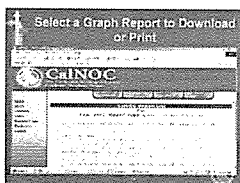
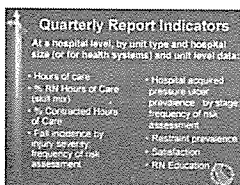
24 四半期ごとに 136 病院からデータを集めています。たとえば、転倒の記録などです。48,500 人近くの患者さんがカリフォルニア州で転倒したことがわかっています。その 74% は一般病棟の内科・外科病棟で起こりました。それをきっかけにして、転倒を減らす研究の研究費を申請しました。私たちは、データを集めたいだけではありません。情報をフィードバックしたいのです。患者さんの転倒を減らすために、情報をフィードバックし、コンサルタントをし、資源、支援をしていきたいのです。また、24 四半期で、報告している 131 病院のうち、6 万 3,511 人の患者さんが頭から足の先までのどこかに褥瘡が発生していました。褥瘡患者さんの多くは、高齢者でした。褥瘡を減らす機会につながるということです。私たちの仕事では、技術も使います。最初は、データを紙のデータを提出していました。とても原始的なものでした。今はオンラインでできるようになっています。エクセルの自動スプレッドシートを用いています。ですから、自動的にデータを整理し、入力ミスを検出してくれるのです。データ収集の助けとなります。誰も信じないようなデータを渡しても仕方ありません。ですから、データの整合性には気を使っています。すべてのデータは初めに自動的に見直されます。スプレッドシートを使いたくない人には、スキャンが可能なデータもあります。現場の人は研修を受け、一緒にデータを見直します。新しく参加する病院はオリエンテーション・セッションに全員参加します。そこで私たちが教育します。



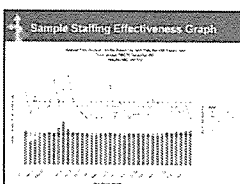
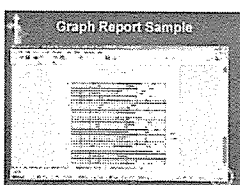
また研修用のビデオテープを渡すこともあります。標準化された測定尺度に関する技術的な仕様が書かれたコードブックもあります。病院にはゆっくりデータを集め始めるようにしています。データ収集や私たちの仕事に慣れたら、正確性を要求します。そして、3ヶ月ごとにデータを送ってもらい、6週間後にドラフトレポートと呼んでいる報告書を返送しています。それを見れば、自分たちの実績がわかります。



皆様は看護師配置についてお話していましたが、1病院より日本全国の病院をみる事ができたら、どうでしょう。昼間と夜間の配置の違い、私たちは「比較のないデータは無意味だ」といっています。ですから、自分たちの看護師配置の進歩の理解にも役立ちます。最初は、看護リーダーに皆様に申し上げたいのですが、改善の必要があるものに注目することです。スタッフが怒っている、夜、スタッフが少ないので、ほかの3病院に比べて、患者さんがころんでいるなどです。四半期の報告書は病院レベルのデータであり、クリティカル・ケア、ハイケア、一般病棟レベルでもあり、時間、スキル・ミックス、転倒、転倒に伴う負傷、褥瘡の発生率、拘束などをみています。このデータを見て、変化を起こすためにデータを使うことができます。コンセンサスを構築するために、むずかしい決定をするときに用いることができます。報告書にはすぐにわかるように図表もあります。実績をモニターし、同じような規模の病院と比較し、同じ関連グループ内やほかのグループと比較することも可能です。

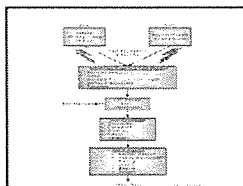
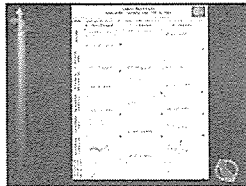
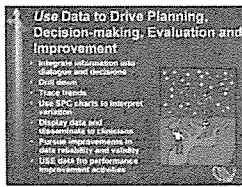


私たちのホームページでも報告書を見ることができます。オンラインで何年の何の報告書、何四半期と入れれば、詳細を見ることができます。看護師配置報告書のサンプルです。これは正看護師、准看護師、そのほかのスタッフです。違いがあるのがおわかりいただけると思います。これは比率導入の前です。これが後です。少し落ち着きましたが、違いがわかります。どのように配置の変動が患者さんの安全性に影響を与えるのかがわかります。この前はわかりませんでした。これは看護師配置と患者さんの転倒を示した、とてもいいスライドです。看護師配置がうすいと、患者さんの転倒は増えることがわかります。いくつかの変数を同じ時期にみます。パットが看護管理者と看護リーダーについて話します。私たちのプロジェクトに参加する恩恵は何か。カリフォルニア州の看護管理者は最も重大なことだったといっています。



看護師配置とアウトカムについて話すために、このデータを彼らの責任者に見せることができたことはとても重要なことだったといっています。この情報をデータ好きの経営陣に見せることができ、共有し、ほかの病院や同じような患者集団と比べてどれだけ実績がいいか、話すことができました。病院でケアを改善させる仕事が重要でした。これは鍵となるデータでした。JCAHOの調査のとき、看護主任がJCAHOの人と一緒にCalNOCのデータ





を見ていました。JCAHOの人が「これこそ最善のデータだ」と述べたことは、看護主任にとってうれしいことでした。スタッフ・ナースがデータ収集や研究にかかわるのは素晴らしいことです。このプロジェクトを楽しんでいました。このデータを受かって、意思決定を計画し、評価し、改善します。看護リーダーとして、病院でこのデータを患者さんのケアをよりよくするためにも用いています。

最近の研究についてお話するとお約束しました。日々の看護師配置と患者アウトカムから、病棟レベルの看護業務量の影響をみました。25病院76一般病棟である内科・外科病棟からデータを集めました。さまざまな構造、プロセス、アウトカムの変数をみました。そして、興味深い結果を得ました。統計学者がいうには、正看護師のケアの時間が週平均5%増えると、転倒が10%減るという結果です。10%の転倒減少率を考えてみてください。夜、患者さんが転ぶというデータ、特に米国ではトイレに行くときに転ぶことが多いのですが、そういうデータを想像してください。24四半期でみると、4万5,000件の転倒がありました。このデータが示唆するには、おそらく5%看護師配置を厚くすれば、転倒を減少させることができるというものです。少なくとも皆様は今、看護師配置と患者アウトカムの地域の研究から全国的なレベルまで考えていらっしゃいます。このデータを用いれば、ベンチマーキング、傾向、統計的な変動、看護師配置の効果を理解することができます。看護リーダーや臨床家は、実績をあげるにはどのようなデータを用いればいいかと聞きます。これからの10年間、看護師によるケアのためにエビデンスを集めることができます。病院ごとにデータを比較して、看護実績をベンチマーキングする姿を想像してください。実績を改善するためにデータを用います。自身のデータから学びます。安全な看護師配置、エビデンスに基づいたあるべき姿、皆様の病院にも、そういう可能性があります。そのような可能性のエビデンスがあったなら、それを調査し、そこから学ぶことができます。そして、一般に報告を公開していくのです。国民に示すために、世界に、日本のあるべき姿を示すために。

第IV部「これからの医療安全確保と看護人員配置のあり方」

1) パネルディスカッション

井部：プレゼンテーションを基に、今後、日本の看護界はどのような方略をもってこの人員配置に取り組んでいったらよいのかを、会場からの質問に答えながら考えたい。

福留：アメリカの病棟における看護師の比率と、RN【Registered Nurse】、LVN【License Vocational Nurse】、LPT【License Practical Nurse】について。

ナンシー&パット：ライセンス・ナースのRN、LPN、それから一般内科・外科、急性の精神科では、RNとアーキアトリク・テクニシャンもいる。LVNは、日本の准看護師に当たり、ある限定された能力で、患者のアセスメントをするデータを集め、RNの指示の下で動く。ライセンス・アーキアトリク・テクニシャンもLVNと同じく、コミュニティ・カレッジで18カ月の教育を受ける。1987年に導入された比率で、ナースの50%はRNでなくてはならない、50%はLVNかLPTである。

福留：米国に小児の看護必要度ツールはあるのか。

ナンシー&パット：カリフォルニアではアキューティ（重症度）・システムは一つではなく、数々のベンダー、病院があり、買う場合と、自分たちデザインする場合がある。小児科に対するものは、大人に対するものと同じように存在する。

福留：米国の看護師の比率1：4の中に緊急入院や予定の入院等が入っているのか。

ナンシー&パット：すべての病棟の患者と看護師の比率であり、ドクターのオフィスから直接であろうと、手術後であろうと、すべての患者がこの設定された比率で点数の適応を受ける。

井部：例えば、朝は30人、入院が5人あって35人になった場合は人を増やすのか。

ナンシー&パット：増やさなければならない。規制により1人で6人までしか見られないため、チャージナースか、休んでいるナースを呼び出す。増やさなければコンプライアンスに準拠しないので罰金を課されるとか、法律違反で州のデパートメントから罰せられる。

嶋森：増えた場合の看護師の増員の手段として、例えばどこかエージェントから雇うとか、いくつか方法があると思うが、よく使う方法を教えていただきたい。

ナンシー&パット：病院によってはオフシフトや、フレックスシフト、シフトの一部だけを来るというのがよくあるケースだ。レジストリー・スタッフは、他の国や州からカリフォルニアに来て、3～4カ月滞在し働くナースがいる。エージェンシーのワーカーは費用が高いため、パートタイマーのナースたちにもっとチャレンジを与えるという方向でやっている。

陣田：日本でも、例えば看護協会などがフロートナースを斡旋する、年間契約をして必要なときに派遣してもらうような、具体的なことができないだろうか。

会場からの発言：日本とアメリカではシステムが違い、日本では看護師の派遣は法律でできない。将来的に、潜在看護師を対象にパートタイムで人手が足りないところに働きに行くという、カリフォルニアのようなシステムができるのではと思うが、まず法律の整備が必要になる。また、派遣ナースは使えない、パートタイムのナースは病棟で働きにくいといった臨床現場の問題もある程度クリアされないと、ナースは多様な働き方ができない。もっと流動的に、自分の専門職としての技量や能力をアピールして使ってもらえるようなことが労働現場でも受け入れられないと、カリフォルニアのようなやり方というのは難しいと思う。

陣田：今はそんなことを言っていられない状況で、当院でもリリーフをやっているし、育休明けで日勤だけの人が実際に働いている。現場は既に変ってきていると思う。

井部：シフトの交代制勤務の問題で個人的にこだわっているのが、『PLAIN LANGUAGE ABOUT SHIFTWORK』の「シフト勤務スケジュールの改善」の項目で、日本の交代制勤務は、日勤して夜勤するというのが当たり前で、それができないと駄目となるが、この本ではシフトローテーションをできるだけ少なくするべきとされている。アメリカのナースは、日勤したその日の夜に夜勤して、明けたら日勤というシフトはなく、日本ではそれが煩雑さや疲労度を増すことにもつながっているのではないかと。シフトローテーションについて、ナンシーからアドバイスをお願いしたい。

ナンシー：最新の「シフト上による疲労と過ち」の調査では、ミスは8.5時間を経過すると急激に頻度が上がる結果が出ている。アメリカでも12時間、日本では12時間以上と聞くが、非常に大きな影響が出てくると思う。疲労の問題、安全の問題は、全体的な視点から考えなければならない。カリフォルニアは物価が高いので、兼業している看護師もいるが、私自身、より柔軟な勤務体制を支持する者である。カリフォルニア州ではRNの60%が実際に仕事をしているが、その比率を例えば90%に上げる努力が必要だ。例えば、小さな子供のいる女性が4時間働けるというような、ローテーションに入らなくてもいいような、もっと柔軟な対応が必要だと思う。どういう人たちが働いているのか、その人たちをいかに離職しないようにしておくか、それを考えなければならないということである。

嶋森：平成9年に5カ国でシフトワークの調査をしたが、日本のみ準夜、日勤、深夜の3シフトで、ほかの国は2シフトの勤務体制だったが、それができるのは、いろいろな人を現場で柔軟に雇用できる迎える側の体制と、免許があればどこへ行っても働けるという両方の条件があるからではないか。日本の勤務表は、全員を均等に雇用し夜勤をする、変な平等主義で個性に合った勤務表にできない。個人の希望を入れ、体制としての的確な人数確保を考えなければならないが、そのためには女性の働き方自体を法律も含めて変えることを考えなくては、間に合わない状況ではないか。

福留：フロートナースの背景と、どれぐらいのフロートナースがいるのかを教えてください。

ナンシー：フロートナースは、フロートプールに入って柔軟に対応するナースのことで、学士、修士、PHD、いろいろなレベルの人が考えられる。カリフォルニア州でフロートナースになるためには、必ず患者に対するケアが提供できることを示す文書が必要になる。変化があっても気に入っているという看護師もいるし、いろいろなシフトに対応できるのでフロートプールに行くことを自分から選ぶ看護師もいる。

福留：その日に行く場所は、管理者が指示をするのか。

ナンシー：そのシフトの管理者が指示をする。看護師が自分からこういった資格を取ったことを管理者に伝えると、管理者は誰を送ることができるかが分かる。どういうかたちでフロートするかはいろいろで、最終的に決定するのは管理者になる。フロートしている看護師は、送る科に関する専門知識があり、ケアの能力が証明されている人である。

福留：カリフォルニアにおける、記録の取り方の標準化の教育はどうか。

ナンシー&パット：ツーステップのコードブックがあり、コードブックとビデオテープを渡して3時間のワークショップをする。かなりシステムが確立されていて、各病院の現場にコーディネーターがいて、スタンダードに合うように標準化してデータを送ってくれるので、主任看護師とコードブックがそろっていれば大丈夫だと思う。

陣田：日本でもそれぞれの病院でもデータをためているが、統合してどこかにデータをためてはどうか。私大看護部長会ではやっているのでもう少し統合すれば十分使えて、カリフォルニアに近いものになるのではと思うが。

井部：私立大学病院がやっているデータと、CalNOCのコードブックを比較して、日本バージョンでかつCalNOCのデータとも比較できるようなデータベースを検討したい。

嶋森：国立大学病院の看護部長会もデータ収集をしているが、やはりコードブックは必要だと思う。私立大学協議会とも協力して、看護職全体が同じ視点によるデータの取り方をして、日本の中でも比較できるデータにするために、世界的な看護職のデータの取り方を学習しなければと認識している。

ナンシー&パット：恐らく、これは標準化した測定方法を開発する一つの機会だと思う。標準化された測定方法でデータを集めるようにすればいい。定義を統一させて、標準化した測定方法でデータを集める、CalNOCの6年間のビジョンは一つのスタンダードでということ、いろいろな話し合いをし、そこからデータを活用する方向に進んできた。一つの指標について全米のデータ、カリフォルニア州のデータ、病院のデータと比較でき、そして将来的には日本のデータとも比較できるようになるだろう。一つのスタンダードにするには、少しずつ妥協しなければならない点もありそれは簡単なことではないが、私たちは一つの標準化された測定方法で評価したデータを集めて、そしてエビデンスを見せて将来を変えていきたい、活用していきたいという希望を持っている。

福留：CalNOC の経営基盤の課題は何か。

ナンシー&パット：課題の一つは、まず自分たちでやっていくこと。収入源は研究費と、契約料として小さい病院では1,000ドル、大きな病院は4,000ドルを払うが非常に小さな収入で、ほとんどボランティアで働いている。UCSFの大学の研究費もこの活動に使っているが、自分たちでやっていけるようにということが、一番の課題だ。CalNOCを州政府の組織の中に位置付けて、州政府のサポートで動くことができるようになりたい。カリフォルニアの比率を査定するとたデータがカリフォルニアのヘルスケアにとって重要であれば、作業が継続できるようなコミットメントが州側で必要になってくる。日本でもスタートする必要がある、そしてその価値を示す必要がある。そうすれば、広い世界でサポートしてくれるようになる。お金はいつも問題だったが、私たちは生き延びてきている。

井部：CalNOCのプロジェクトは、8つの病院から始まり今は170病院が参加している。さしあたり8つの病院から始めることができればと思っているが、来年度も研究費が決まっているので継続していきたい。CalNOCもコンサルタントもしてくれるので、また改めて皆さんにお知らせできる機会を作りたい。

会場からの発言：医療の安全確保のために、アメリカでは看護師の高齢化による減少をどのように埋めているのか。日本ではリスクマネジメントが安全確保より優先されるが、アメリカではリスクマネジメントは安全確保に貢献しているか、どのように教育しているのか。

ナンシー&パット：患者の安全とリスクマネジメントは両面であり、安全な患者の看護を考えるとナースのスタッフィングをして、キャパシティーを測定してモニターすれば、リスクは結果として減ってくる。アメリカでは、品質のあるプロフェッショナルとリスクマネジャーが大きなサポーターとなっている。われわれが彼らにエビデンスを提供して確信を与えている。看護師と患者の安全がうまくいかなければ有害事象が起きることを理解させる手伝いを行っている。

井部：以上で本日のセミナーを終了する。参加していただいた皆様にお礼を申し上げたい。

4 参加者へのアンケート結果

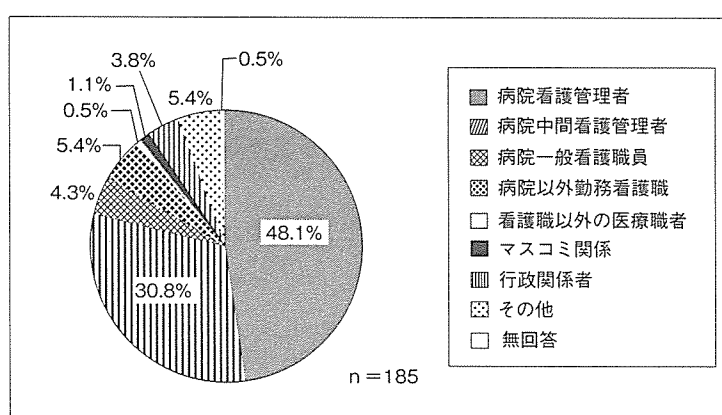
セミナーの参加者を対象にアンケート調査を実施した。その結果を以下に示す。

なお、アンケートの調査項目は、「回答者の属性」「セミナーへの参加理由」「医療安全・看護職員配置についての意見」「参加しての感想」「自由回答」とした。

(1) 回答者の属性

回答者の属性については、「病院看護管理者」(48.1%) が最も多く、次いで「病院中間看護管理者」(30.8%) で、全体の8割近くを占めていた。

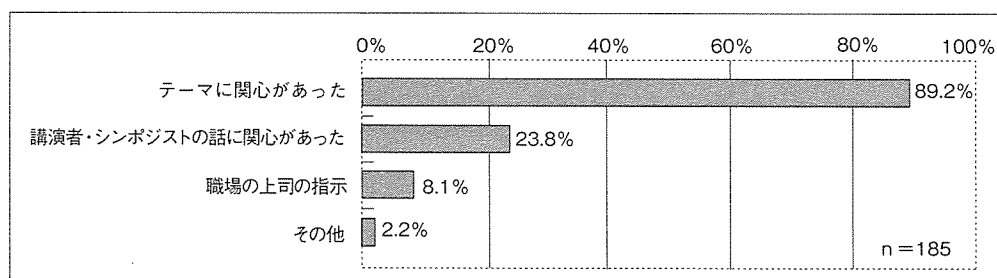
図表 1 回答者の属性



(2) セミナーへの参加理由 (複数回答)

参加理由については、「テーマに関心があった」(89.2%) が最も多かった。

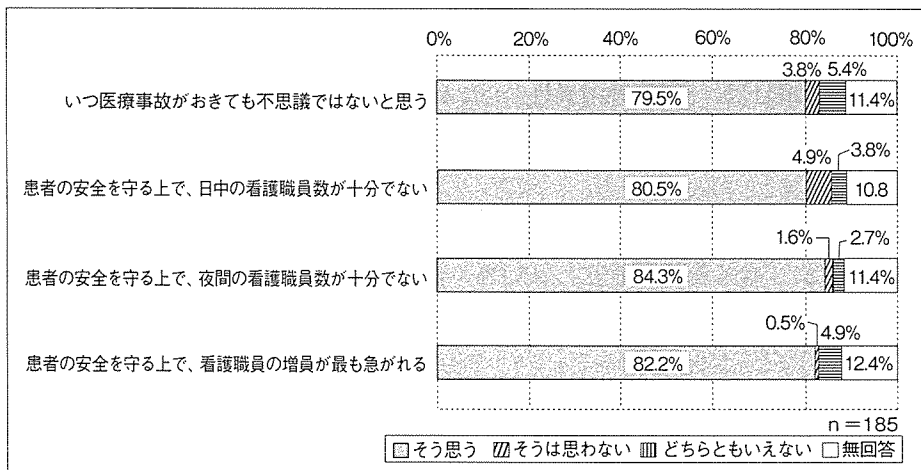
図表 2 参加理由 (複数回答)



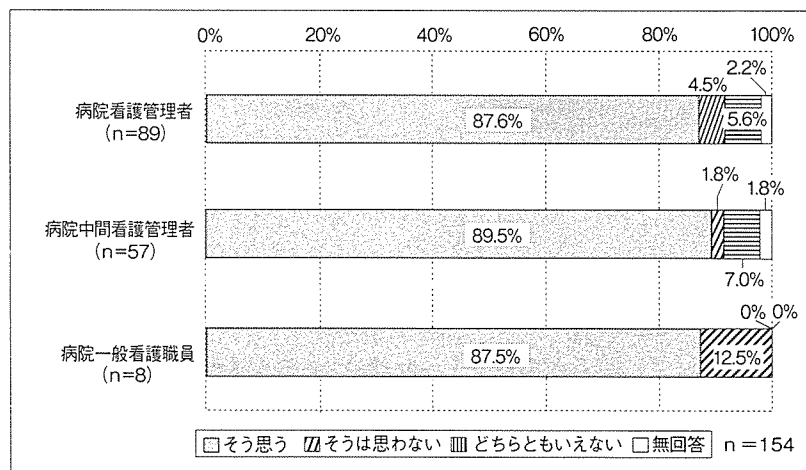
(3) 医療安全・看護職員配置についての意見

医療安全・看護職員配置について意見を聞いたところ、「いつ医療事故がおきても不思議ではないと思う」(79.5%)、「患者の安全を守る上で、日中の看護職員数が十分でない」(80.5%)、「患者の安全を守る上で、夜間の看護職員数が十分でない」(84.3%)、「患者の安全を守る上で看護職員の増員が最も急がれる」(82.2%) のそれぞれについて8割以上が「そう思う」と同意していた。

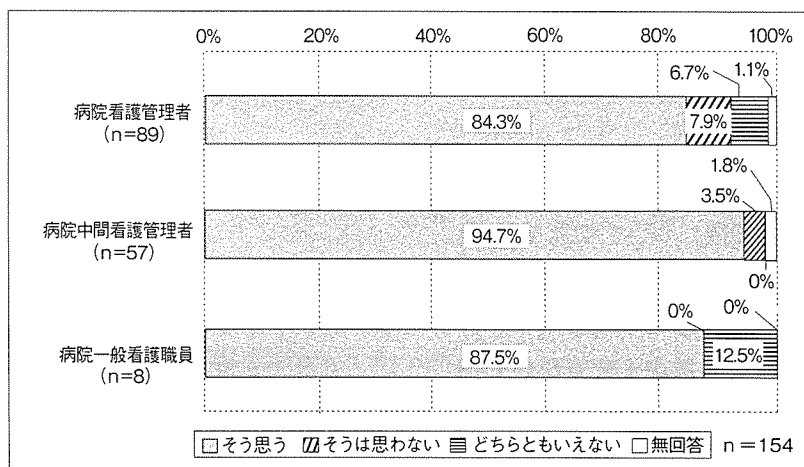
図表 3 医療安全・看護職員配置についての意見



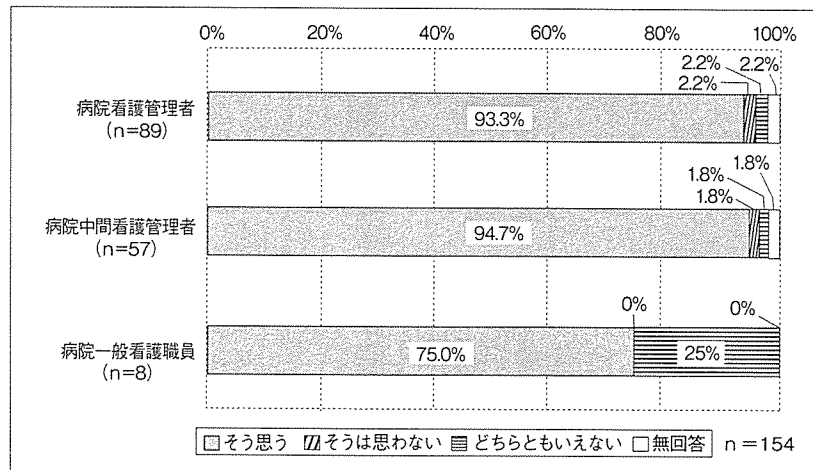
図表 4 医療安全・看護職員配置についての意見 —いつ医療事故がおきても不思議ではないと思う (属性別)



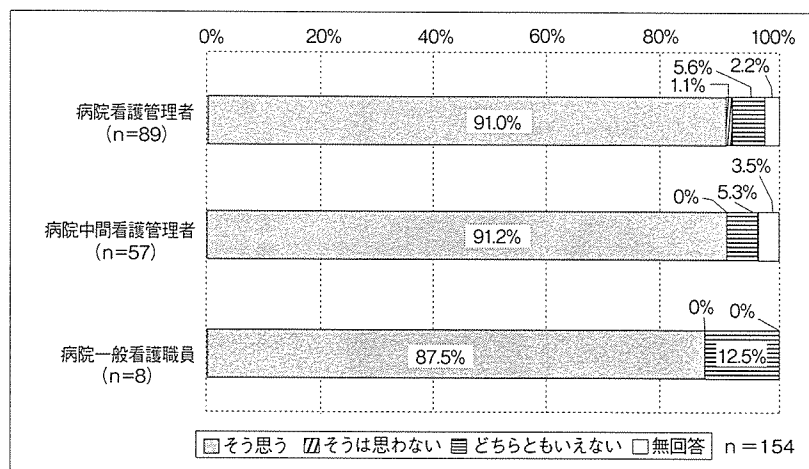
図表 5 医療安全・看護職員配置についての意見 —患者の安全を守る上で、日中の看護職員数が十分でない (属性別)



図表 6 医療安全・看護職員配置についての意見 ―患者の安全を守る上で、夜間の看護職員数が十分でない（属性別）



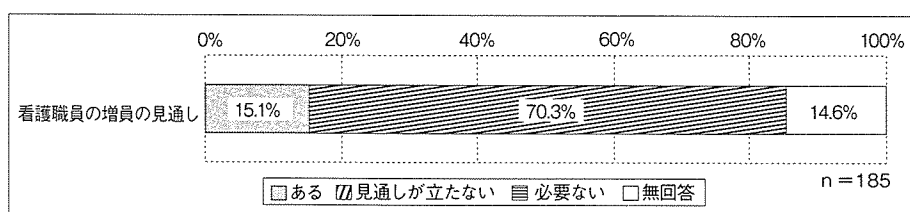
図表 7 医療安全・看護職員配置についての意見 ―患者の安全を守る上で、看護職員の増員が最も急がれる（属性別）



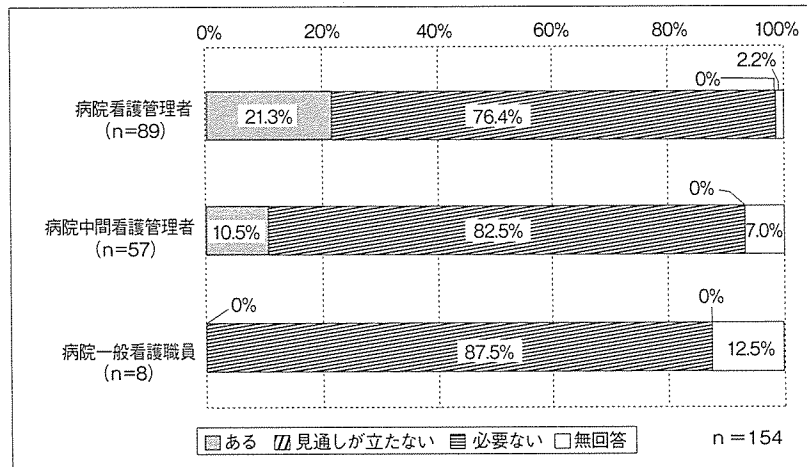
(4) 看護職員の増員の見通し

看護職員の増員の見通しについては、「見通しが立たない (70.3%)」が最も多く、全体の7割を超えていた。一方、見通しが「ある」という回答は、15.1%であった。

図表 8 看護職員の増員の見通し



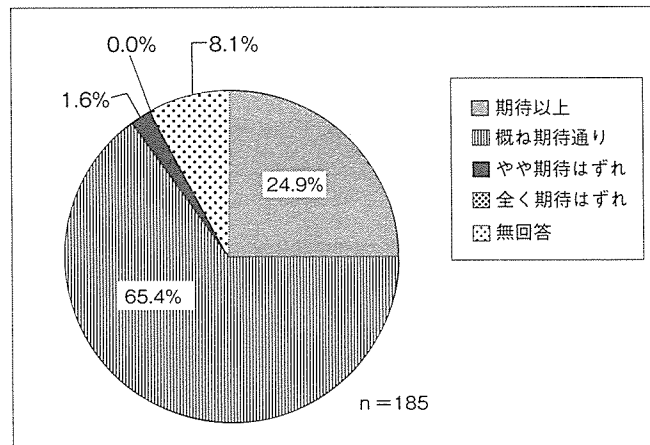
図表 9 看護職員の増員の見通し（属性別）



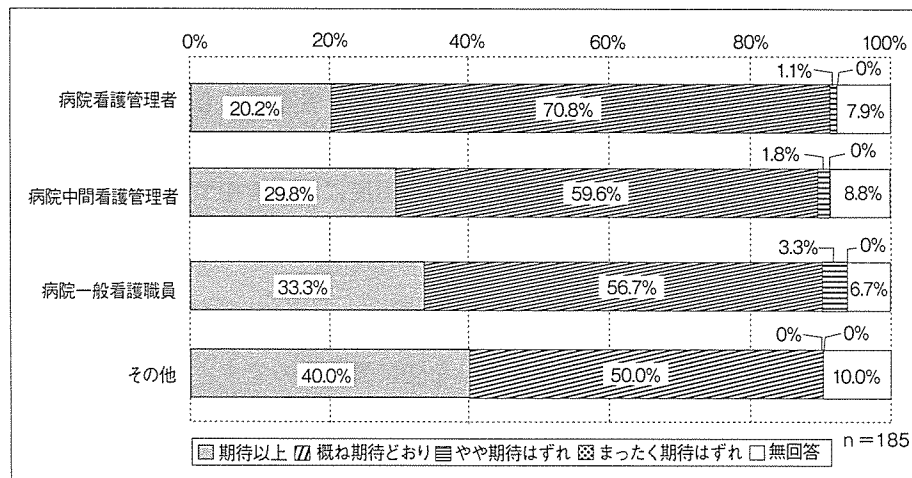
(5) 参加しての感想

参加しての感想については、「概ね期待通り」が65.4%と最も多く、「期待以上」という回答も全体の1/4から得られた。

図表 10 参加しての感想



図表 11 参加しての感想（属性別）



(5) 自由回答

アンケートを通じて回答いただいた全ての自由回答を以下に掲載します。回答中個人を特定できる表現等を一部改変していますが、それ以外は全て原文のまま掲載しています。

1) 医療安全確保に向けた戦略について

【行政への働きかけ】

- ・診療報酬改変の中でどうやって看護師の件費を出すか理想と解離がありすぎて現実的でないという印象。行政への働きかけどのようにするか。
- ・もっと行政に働きかける必要があると思う。看護協会としても取り組むべき課題ではないかと考える。陣田先生の言われるように施設だけの取り組みでは限界がある課題です。（もっと早急に看護界で取り組むべきです）
- ・政策側の意見も聞きたかった。患者代表も。犠牲者が（看護師、患者も）出てからでは遅いので政策に働きかけることは必須であるが取り組みが遅すぎる。
- ・①適正な人員配置の方程式はないのだと思った。②病院の収益の何%が看護職に与えられるというように厚労省に規定できないものか？
- ・現場の緊急事態が十分理解できました。看護師労働の長い歴史の中で3K、5Kと言われながら地位向上のために多くの先輩たちがこれまで頑張ってきたことを何だったのかと考えさせられました。最終的には法律を動かすことができなかつたことにつけるのではないだろうか。子育て支援の法整備が4月から実施される。産む性である女性看護職の職場環境の法整備を急がねばならないことを痛感しました。看護の質保証はその後の問題でしょう。

【組織間連携】

- ・看護職の配置についてはいろいろな方、組織が取り組んでいるようですが、日本の中での連携がまず必要ですね。エネルギーの無駄使いがあるように思います。
- ・世界標準の看護体制が構築されるように、この日・この場所から発信して行ってほしい。連盟の方を含めて議案として上へ唱えていく。他の医療職も巻きこんでいく。（労働安全も考慮した）

【国民・社会へのアピール】

- ・看護人員の配置は常々問題に感じていることですので、大変興味深く参加しました。また本セミ

ナーがプレスに向けて社会への訴えとして多くの理解が得られる機会になってほしい。

- 嶋森氏の説明はわかりやすかった。看護界が一致団結し現状を政府・世論に訴えていくことをやるべきではないかと思う。一人一人の努力では限界があります。
- 現状(急性期病院、特定機能病院)は、報告の通りです。看護界はもっと声を上げる必要を感じました。「国民(消費者)が声を上げる」が最も効果的なのかも知れません。
- 現状はかなり厳しい。日本の看護師の実態をもっと国民にわかりやすくアピールしていく必要がある。個々の施設では限界である。今日のセミナーを受講し今後どのようなことから始めたらよいのか考えていきたい。

【その他】

- この会からの発信で我が国の看護要員の見直しを切に願うものです。私達は良いケアをしたいという願いと、それで思うようにいかないジレンマに陥り、30年前も状況は同じです。なんとかしなければの思いはますます募ります。
- 医療事故を防止するためには看護職の増員が必要であると言われていています。しかし経済的に無理であることからなかなか増員はすすみません。増員することでのベネフィットを出していく必要があると感じた。
- 日本の看護職員数が絶対的に少ないということは共通の認識です。変革するための戦略、その展望なども共通認識にする必要あり。

2) 医療安全確保のための制度・システムのあり方について

【看護必要度を用いた適正人員配置】

- 看護必要度や重症度により看護職員を配置する体制にもっていくことが重要だと考える。
- ①看護師不足は地方の病院だけでないという事。②看護必要度はやはり難しいですが、やはり学んでいく必要があると思った。③自分の病院にとっての看護師配置はどうか、いろんなデータを考慮し今後の検討をしたい。米国を知りとってもよかったです。
- 本年度より、リリース体制をとり始めているが、単に患者数のみで少ない病棟から多い病棟のリリース体制を依頼される。看護必要度が全く考慮されていないので、本日聞いた内容を活かしてゆきたいと思う。

【業務の標準化の推進】

- 不足看護師の補充として派遣やフロートナースなどの意見がありましたが、各施設による作業や業務の標準化がなっていないように思います。特異なところと標準的なところが明確でないと補充として機能しなくなるのではないかと思います(例えば抗菌薬の呼び方も商品名でやっているようでは、他の施設や部署に行けない環境になると思いますしミスも誘発しやすいと思います)。人員を増加される前に(同時に)進めた方がよいと思います。

【フロートナースの活用】

- フロートナースの考え方を日本も法的な面も合わせて取り上げて欲しいと思います。

【その他】

- 看護師の忙しさは異常。これで良質の医療・看護を提供できるか疑問。国の政策を改め、看護人員体制を改革し、マネジメント、ガバナンス、倫理、コンプライアンス、社会的変化、内部統制、格付け、リスクマネジメント(真の、良い意味で)を促進すべきである。
- 看護の問題、課題を病院単位で検討することでは解決の方向性はみつけれない時代であることを再確認しました。

- シンポジウムが夜勤専従看護師の採用について検討したほうが良いとしているが、夜勤専従は健康管理の面から良くないというのが資料 p61 の内容ではないでしょうか。
- 国民性の違い、看護師の業務内容の違い、保険制度の違い、体制の違いなどあまりに違いが大きい。その背景をすり合わせない限り、同一基盤での比較は難しい。しかし日本での看護師人員配置に関しては早急な解決が急務である。
- 現場の切実な問題です。特に民間の急性期病院の看護師はキャパシティー以上のことを求められ業務をこなせざるをえない状況です。転倒が減少できないのも看護に問題があるのではないことが理解できました。共に今後も考えていきたいと思いました。ありがとうございました。
- 看護師の数が少ないと随分昔から言われているのに、全く変わらない。国レベルで検討してほしい。病棟の中堅看護師として、今回のセミナーの内容は大変興味深くいろいろと考えさせられる機会となりました。

3) 看護体制に関する研究やデータベース整備の必要性について

- ①エビデンス構築の必要性が十分理解できた。②データ分析と活用についてトップの看護管理者の学習がまず重要だと感じた。(日本の看護管理者も修士課程修了者が必要では?) ③日本におけるエビデンス構築のための組織化が急務と思えた。
- 現場で戦っている私たちは、看護が検証できるよう考えていきたいと思います。
- ①とてもよいテーマであった。日本でも CALNOC のような組織がほしい。ぜひデータづくりをお願いします。協力します。②一般への PR が少ない。薬剤の持参薬について新聞記事が出たが、病院で話題に出していたところである。持参薬の点検が多く看護師の仕事の力をもっともっと知るキャンペーンやその内容を調べていただきたい。
- 看護人員体制については切実なものであったので大変興味深かった。看護量や患者状況のデータを日常から収集し、いつでも説明できるようにしておく必要性を感じた。自分達は一生懸命行っている。努力しているといってもデータがないと説得できないと痛感した。その意味では米国のデータは大変参考になった。
- 全国の病院に共通するデータの収集が、すべて元になるのだと思います。(あるいは全国版の)それが根拠につながり配置をかえる多大なデータとなるのだと思います。さてそれをするのは厚労省、看護協会なのでしょうか。
- 具体的データの出し方等についても伺いたい。
- ①病院側での比較が可能なデータ収集の急務と比較分析が急がれると思いました。②看護の質向上に役立てたいと思いました。
- 大変インパクトのあるセミナーであったと思います。データ化の必要性・必要度の考え方が重要であることがよく理解できました。
- 安全確保と医療の質保証とが求められるこの時代にマンパワーの確保は急務であります。そのためには看護を外にアピールしていく必要があります、そのためには質評価指標を用いてデータとして示していくことが必要であると改めて認識しました。ありがとうございました。
- 日米を比較し staffing を考えるととてもよい機会となった。データの活用等、必要性はわかっている、システムとして行えていない現状を再認識した。米国のシステムについて (Ns-Patient CCT 法) についてもう少し知る必要があると感じた。
- 現場の声に大いに共感した。各病院のデータを公表できるようになるといい。
- 看護必要度の研修をきちんと受けたいと思いました。データを集めることの大切さを改めて感じ