

看護の質を保証するために必要とされるマネジメント

筑波大学附属病院

穀山 聡子

質の保証と戦略

看護の質はマネジメントの質に大きく影響される。種々の条件が同じでもマネジメントにより看護の結果、したがって、看護婦の職務満足感も変わるという多くの事実がある。看護婦にとって重要なのはその人が必要としているニーズ、欲求を知り、望ましい結果に向けて行動し成果を得ることである。これが患者と看護婦の双方が目指すことである。つまり、成果指向の仕事である。

結果中心の看護には、看護の質の基準設定、基準を達成するための職務の分析・構造の設計、それをもとにした人材配置、必要な能力を開発するための教育プログラムとその時間、財政的支援の確保、患者と看護に関する方針決定への参画、他の職種との責任と考えられる業務の整理、などのマネジメント能力が要る。一人一人が一生懸命に働くことだけでは、成果責任は果たせない。戦略的思考とその実践が必要とされる。看護婦の価値ある挑戦である。

患者にとって最も重要な人は実際に看護をする看護婦である。その看護婦とつながり、彼（女）たちが見、感じ、考え、行動していることを知ることから結果中心の効果的なマネジメントが可能になる。看護婦にとって仕事の結果は自分が生きていること、自己実現を感じとれる重要なことである。従って、質を犠牲にした量の対応ほど患者、看護婦にとって致命的なものはない。また、看護婦のそれまでの経験、教育、能力を評価せず、すべて同じに扱うということは、代替可能な者としての扱いで、看護婦の自己価値の感覚を失わせてしまう。患者のために活かされる看護職務があって質が保証される。看護に対する感受性、コミットメントが管理者とスタッフナースで共有されることが看護に関する意志決定の条件である。

質の保証のための変革を起すには、知的な判断能

力が要る。説明のつく、納得を得られる、筋の通った、合理的な考え、行動がその推進力になる。戦略には論理がある。そして、看護婦は全てそのポジションに関わらず戦略方針を知り、決定、実践に参画する。

これらのことを可能にするのは、未来とつながり、内と外とつながる戦略である。目指す結果と戦略を看護職者たちが共有することである。看護職者はその評価と計画において密接に協調しなければ、目的は達成できない。

患者に最も近くいる人とのつながり、論理、合理性をもったマネジメントがあって、看護の質の保証にとり組める。ユニットでの質の保証はこれらの要素を持っているので有効に機能する。

1. 質の保証プログラム (QAP)

その人に必要な看護の質を保証することは、看護専門職としての目標であり、責務である。看護の質は結果によって定義され結果を質の指標とすることが最善である。QAPは、看護と質に影響を及ぼす要因すべての妥当な基準とクライテリア (規準) を含み、ケアの有効性を評価、コントロールするものである。

質の保証を歴史的に見ると、構造 (職員の資格、教育、職業団体の会員、認可など) を質の指標にすることから始まった。その後、過程へと発展した。看護過程、看護を科学的に実践するための看護理論の取り組みは、質の保証に大きく貢献した。しかし、Adams & Wilson は伝統的なプロセス (過程) 中心のケアプランにより、アウトカム (結果) 中心のケアプランの方が、ケアの質の指標としても、質を高める用具としてもはるかに優れていると言う。たとえば、過程中心では、「患者に体重測定することを教える」であり、結果中心では「患者は理想的な体重を維持する」で、患者が日常生活のなかで実行する事に焦点をあてる。

看護婦は患者をパートナーとして扱い、構造も結果のために有効に機能するように、実践される¹⁾。

結果は看護の目指すこと、責務を明らかにすることなので、結果の評価が看護実践の指標になる。結果の測定は経済の用語にも翻訳でき、ヘルスケアシステム、看護教育の革新の指針になる。個々のケアの質だけでなく、小集団や人口全体が求める質、死亡、感染、再入院、合併症、薬物反応、計画外の手術を測定しケアに影響を与える供給システムの変化の測定可能な事実として早急に提示できる²⁾。

QAPモデルは(米国看護協会, 1975)は研究による合理性、根拠を追求しながら、広く使われている。これは次のLangの研究をベースにしている。「モデルは、円を描いており、質の保証のプロセスが計測することを示している。すなわち、価値を明らかにし、構造・過程・結果の基準やクライテリア(規準)がそれらの価値に基づいて作られていく。そして、クライテリアを測定するための道具が開発され選択される。測定されるとは、看護ケアの長所や改善点を明らかにするためにデータがきちんと読み込まれるということである。看護ケアを、強化したり変化させたりするための活動方針が提案され、採択され、用いられる。この過程は、価値が再確認された後、また始めから繰り返される³⁾」

このQAモデルは、次の8段階からなっている。

1. 価値を明らかにする。
2. 構造・過程・結果のクライテリアと基準を明らかにする。
3. 基準やクライテリアに達成目標を判断するのに必要な測定方法を決める。
4. 看護ケアの長所や改善点を明確にする。
5. 活動可能な方法を明らかにする。
6. 活動方針を決める。
7. 実行する。
8. 1へ戻る。

質の保証のプログラムは看護婦たちが自分達はなんのために、何をするのかという問いに答えていくことである。このことが、自分達の存在理由を与えてくれる。結果に責任をもつ、という責務、自律の精神を育て、達成の満足感を得られる。そして、QAPは、実際に看護が行われているユニットで実行されるのが最も有効である。

2. ユニットを基にした質の保証(QA)^{4,5,6)}

QAは患者のためにある。患者に最も近くいて、実際にケアをしている看護婦に実行されて初めてその目的が達せられる。管理者はQAを患者とスタッフナースにとって生きているものにする責任がある。

QAPは組織全体で行う計画、統制、評価のプログラムである。ユニットを基にしたQAはこの目的を効率よく達成するためのものである。多くのQAPは院内の委員会が基準をつくり、評価をする、という形をとる。スタッフナースはQAを管理者から課せられたもの、と感じる。また、内部の事情を自分達ほど知らない管理者から評価されることを嫌がる。また、QAの委員は、ケアに介入する権限がなく欠点を指摘するのみで終わってしまうことがある。

ユニットでのQAは実際にケアをするスタッフナースによってつくられ、実行される。だから一人一人の看護婦にとってそのプロセスは現実の患者のものとなり、それらを即患者に活かし、評価をする、というサイクルを自らが動かしていくことになる。その一つ一つの必要性、行動結果に納得がいく。自ら意志決定することにより、看護の結果に対する責務、自律の意識が高まる。必要な看護がなされない時には、その状況、条件を査定し、変革するマネジメントの機会に挑戦できる。これらの実践をもとに看護部門の意志決定に参画する。管理者から与えられたのではなく自らが作り上げていくという実感がわく。

また、QAは自らの改善のニーズを知ることのできるプログラムである。評価を基に必要な能力を得るためのスタッフ開発が企画、実践できる。

結果の基準を達成するためにユニット内での能力がある、価値ある看護知識を活用することができる。そのことで、自分達が価値を置くことを示し、確認し合い、看護婦の承認の欲求を満たすことができる。さらに看護婦にとっては新しいキャリア開発の機会、例えばQAコーディネーターの役割を担うこともできる。

QAは基準をつくり、それに照らして評価する。このことは看護婦の専門職意識を高める。基準は看護とは何かの問いに答え、何を、どのようにすることが目指す結果に到達するか根拠をもとめることである。この基準を共有化し実践することが、ユニットの価値観を中心にした連帯感を強くする。ユニットでの看護の結果が看護婦たちの生きる手応え、社会、人、未来

とのつながりを強くする。

ユニットでのQAは、ヘッドナースの権限を大きくする。つまり分権システムである。このことにより、ユニット全体の看護婦のケアとマネジメントの能力は高まり、看護の質が高まる。

ユニットでのQAを成功させ、組織全体の質の保証という最終目標を達するためには、看護部長の責任は大きい。分権により、患者に最も近いスタッフナースに傾聴し、その管理上の課題をQAPに生かす。優れたユニット、人材に注目し、それを大切に育成、全体に活用、広げていく、という管理の原則は、ユニット内と同様に組織全体でも必要である。

3. 外来でのQA

当時の外来は、患者数1日1,000~1,200人で外来に固定して勤務している看護婦は2~5名で、あとは病棟から半日~1週間単位で外来勤務をするという人員配置であった。年間200名の看護婦が出入りし、しばしば、病棟で正常な勤務ができないと病棟婦長が判断した看護婦が外来に出されていた。病棟の看護婦の病休、年休、産休、夜勤の回数の調整のために看護婦が頻回に異動するユニットであった。

病棟からの看護婦は慣れない場で、患者の呼び入れ、カルテの整理、物品の洗浄、点検などで1日が終わり、患者のニーズも質の保証もない状態であった。看護婦たちからは質を無視したこの体制は非常に苦痛である、と訴えは繰り返されていた。しかし、看護婦配置の根拠の一つとして業務量調査が行われ続けていた。これは、看護職の調査方法としては、全く不適切なものである。業務量調査は看護を単純作業の組合せ、積み重ねと見る。今やっている仕事のやり方、仕事の量の調査であり、未来志向でなく、戦略的方向性も織り込まれることはない。外見上の動作と作業量の測定で質的な測定はできない。看護では、同一の動作に見えていてもその人の目的、方法が違うと結果も違う。患者が医師の診療を受けている時、医師の介助をする看護婦と、患者を支持、アセスメントもする看護婦の動作は同じかもしれない。測るべき量を分離することは困難であり、人材配置の根拠にするのは不適切である。

このように看護の理念、基準、規準が患者のニーズと異なっている病院の外来で、ユニットでQAを始めた。看護婦は15名(50%)が外来に固定になった時

点である。

理念、戦略、実践⁷⁾

戦略はニーズで始まり、患者と看護婦の満足で終わるためのものである。戦略が正しかったかどうかを示すのは結果である。何のために、何を行うのかが明確な課題になって初めて戦略が生まれる。

1) 理念、マーケティング

マーケティングとは、患者のニーズ、欲求を発見し、組織の目的、資源をつかってそれを満たしていくためのものである。このことで組織に対する心、愛情の共有を築き上げ、サービスを提供すべき人たちとの連帯感をより緊密にする。患者にとって本当に価値のあること、大事なことは何かを知る。基本的な目的を達成するための心構えのできた組織に、成果をもたらす基本的な行動がある。

外来では、まず約460名の患者のニーズ調査を行った。患者の80%が看護婦に相談したいことがあると回答し、さらに必要があれば相談のためだけに来院すると答えた人が全体の60%を占めた。多くの人々がニーズを満たされないまま帰宅していたということである⁸⁾。同時に、各部署(小児、泌尿器、耳鼻、等)の担当看護婦は、いままでの医師の介助でなく患者にとって、何が必要かを診ながら、仕事をした。その結果、一見問題がないような人に悩み、苦しみ、危機が多くあることがわかった。これらの具体的なニーズを知り、自分達の使命、信念、を外来の理念として成文化した⁹⁾。

2) 戦略

質的な、具体的な目標をたてる。外来各部署での特定の患者・集団、特定の成果のための計画を立てる。看護過程を使った看護を実践し、看護の質を保証するために、看護基準を自らつくっていった。これは、今までのやり方で業務を早く終るというマニュアルでなく、患者にとっての望ましい結果に到達するための基準である。自らつくっていくことが、誰のために、なぜ、これをするのか、という使命、理論的根拠をもつことができ、結果に責任をもつという自律の意識が育つ。ユニットでのQAの真髄である。

看護基準とは、看護ケアの質を正しく規定したものである。これには、クライテリア(規準)が含まれており、ケアの有効性を評価することができる。各看護

ケアの単位は次の3つの基準をもつ。過程基準（望ましい結果のために、いつ、どのくらいの頻度で何をするのか）、内容基準（看護婦と患者、他の職種とのコミュニケーションの質と、判断内容、等）、結果基準（患者の健康状況、看護ケアによってもたらされる健康状況及び環境、患者の満足度、等）¹⁰。同時に、各自が年間目標、計画をたてた。これらが、QAPの過程、結果の部分である。

これら過程、結果のために、資源（人材、資金、時間、空間）の配分をする。この基準を実践するために必要な職務の分析、デザインをする。誰が、何をしたら望ましい結果になるか、この基準で配置、仕事の配分、権限の委譲をする。異動を少なくして安定した患者との関係、時間、職員との連携を持てるようにする。共通の課題と特殊な課題を組み合わせて、ネットワークをつくり、人的資源を活用する。たとえば、小児という特殊性と排泄という共通性を両担当者の専門能力を組み合わせて患者の結果基準を満たす。

時間を創り出す。優先度を考え、看護婦はお互いの計画を知って、患者のために必要な時間を創る。仕事の組立を考える。

基準を実践する能力を査定して教育プログラムを創り、実践する。これは看護とマネジメントの両方の要素を含む。看護がなされない状況を看護婦がコントロールする力を持つことである。これらがQAPの構造の部分である。

結果を達成する期限を決め、結果の基準にてらしてフィードバックをし、必要な修正をする。

QAを成功させる管理者の役割として次のようなことがある。1) 長期的な目標を持ち、短期的な目標に焦点をあてる。2) 良いものを伸ばす。信念、信望があり実績をあげた人をサポートし、他へ広げる。3) 外に目を向け、内と結びつける。何かもっとよい考え、方法がないかとたえず努力をする。古いものを取り繕うのではなく、最善のことをさがし、代替案を多く持つ。4) 職階中心でなく、職務を遂行するために必要なコミュニケーションをする。5) 職務遂行に必要な能力の開発を図り、優れた人を採用する。

4) 外来でのQAの結果

1年後の結果は、患者と看護婦の1:1の関係で看護は約100名で、集団指導は糖尿病教室、便秘教室があり、セルフ・ヘルプ・グループは、乳房手術後、喉

頭全摘術後の患者のために開かれ、展示・パンフレットによる援助方法もとられた。結果は、失禁、便秘患児、ペイン、喉頭全摘、在宅酸素療法、ストーマ造設などの患者にかなりの成果を上げ基準に近づいたものもあり、これからの課題を残したものもある。この評価が基準、継続教育、職務分担等、構造の変革の指針になる。

4. QAとマネジメント

ユニットでのQAが成果を上げ続けるのは、トップマネジメントがこのことが組織全体の質の保証に最も有効であるという信念を持ち、その責をとることである。組織が果たすべき使命を定め、具体的な長期的目標について合意を得る。そして短期的目標に焦点を当てる。この責をとらないと、看護婦たちは何のために、何をしているのかわからなくなり、ばらばらに飛び跳ね、葛藤、中傷などもおこし、支持、信頼、尊厳を失う。

働くことの意味、手応えが得られる職場では看護婦たちがケアに必要な事をつくり出していくことを尊重し助ける文化を持っている。その仕事の結果に自分を感じることができる。つまり、QAの戦略がある職場である。

ユニットでのQAは患者の最も近くにおいて、ケアをしている看護婦を尊重することの現れである。管理者は、起きうる問題を予知し、備え、使命を中心に真剣に、懸命に努力する。高い基準が人を引き付ける。管理者は看護を魅力的で報われる、意味のある仕事にして、その人と一緒に働きたいと思われる人格の持ち主であること、可能性を現実のなかで実現し喜び分かち合える力をもっていること。最終的には看護の基準にどれだけ近づいたか、自らを判定する人である。看護へのコミットメント、自分自身のなかからあふれる思い、自分自身への約束、使命感、誠実さ、礼節、感謝等を持った人である。

そのような人が看護管理の専門教育を受け、継続的に資格の認定がされることが質の保証の課題である。

文 献

- 1) Adams, W. A. & Wilson, M: Enhanced Quality Through Outcome-Focused Standardized Care Plans, JONA, 25 (9), 1995

- 2) Martin, D.M: What is Quality Care? A Model for Measuring Health Care Excellence, QRB, Sep, 1987
- 3) パトリシア アンダーウッド (勝原裕美子訳): 米国のヘルスケアにおける質の評価の発展 INR, 18 (3), 1995
- 4) Formella, N.M & Schroeder, P.S: The Unit-Based System, Nursing Quality Assurance: A Unit-Based Approach, Aspen Publication, 1984
- 5) Harrington, P & Kanieck, N: Standards and QA-A Common Sense Approach, Nursing Management 19 (1), 1988
- 6) Wagner, P.L: A Systems Model for Implementation of Unit-Based Quality Assurance, Nursing Quality Assurance: A Unit-Based Approach, Aspen Publication, 1984
- 7) P.F ドラッカー (上田淳生他訳): 非営利組織の経営, ダイヤモンド社, 1991
- 8) 林 啓子: 患者のニーズに応える外来看護, 看護展望, 15 (1), 1990
- 9) 穀山聰子他: 看護を変える外来の力 (連載), 看護管理, 1 (2) 1991-2 (1) 1992
- 10) Mason, E.J (井部俊子他訳): ナーシングスタンダード, 医学書院, 1988