

平成25年度

事業報告書

がんプロフェッショナル
養成基盤推進プラン

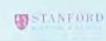
がん看護学教育 国際セミナー

- 米国における高度実践看護師の発展
- ケアの質改善を目指す実践と研究



Garrett Chan
PHD APRN-TAEN, FPCN, FNP, FAAN

Interim Director of Advanced Practice
Stanford Hospital & Clinics
Associate Adjunct Professor
University of California
San Francisco



The Development of the Role of the Advanced Practice Registered Nurse in the United States

Keio University, Tokyo, Japan
June, 2013

報告書について

司会：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
教授 小松浩子



平成 24 年度より、がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」事業が、慶應義塾大学を主幹校として 10 大学連携によりスタート致しました。

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科では、【高度最先端がん医療を支える専門看護師養成コース(修士課程)】【がん看護トランスレーショナルリサーチコース(博士課程)】を開講し、高度がん医療開発を先導する高度実践看護師の養成をめざしています。その一環として、昨年より、がん看護学教育国際セミナーを「ベストプラクティスカア：患者にとって最善のアウトカムをめざして」を開催しています。

がん治療の発展により、がん患者の多くは長い治療期間を乗り越え、がんサバイバーとして意義ある生活を送れるようになりました。

治療継続、それに伴う副作用対策、苦痛緩和は患者自身がそれぞれの生活の場で、主役となって行わなければなりません。患者にとって最善のアウトカムが得られるように、看護師は患者にとって有用で質の高いケアを提供していく必要があります。

第2回がん看護学教育国際セミナーでは、米国スタンフォード大学附属病院 Garrett Chan 博士をお招きし、「米国における APRN（高度実践看護師）の役割機能の発展」および「APRN による質保証・改善の活動」について講演頂きました。高度実践看護師が「患者中心のがん医療」を先導するためには、常に、患者にとっての最善のアウトカムを保証するケアの創出に責任を持たなければなりません。Garrett Chan 博士は、ナースプラクティショナーと専門看護師の 2つの認定を受け、スタンフォード大学におけるケアの質保証を先導しておられます。博士から、理論と実践と研究の連関によるケアの質保証について、具体例を含め貴重な内容を講演頂きました。

がん看護ケアの質改善に取り組んでおられる看護師の皆様にご活用頂くことを考え、講演の内容を報告書にまとめました。

どうぞ一読頂き、ご意見や今後の課題についてフィードバック頂ければ幸いに存じます。

Room 7

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン がん看護学教育国際セミナー

■米国における高度実践看護師の発展 ■ケアの質改善を目指す実践と研究

初夏の日差しが心地良い6月初旬、東京六本木のミッドタウンにて、
2013年度がん看護学教育セミナーが開催されました。

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン＜高度がん医療開発を先導する
専門家の養成＞の事業の一環として、米国スタンフォード大学附属病院の
Garrett Chan先生をお招きした本セミナーは、日頃知る機会の少ない、米
国での高度実践看護師の活動を知る有意義な時間となりました。

東京ミッドタウンホール&カンファレンス
ミッドタウンタワー 4階 Room7

開催挨拶 高木安雄
(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科委員長 教授)

司 会 小松浩子
(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授)

講 師 Garrett Chan, PhD, APRN, FAEN, FPCN, FAAN.
Stanford Stanford Hospital & Clinics
(米国スタンフォード大学附属病院)

2013年6月7日(金) 13:00～17:00

Lecture1 米国におけるAPRNの役割機能の発展

Lecture2 スタンフォード大学附属病院における高度実践活動

6月8日(土) 10:00～15:00

Lecture3 APRNによる質保証・改善の活動

Lecture4 ケアの質改善のための実践と研究

開会あいさつ

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科委員長
教授 高木安雄

本日は、がん看護学教育国際セミナーにお集まりいただき、ありがとうございます。これは2012年に開始された「がんブロの養成基盤推進プラン」に沿った事業です。10の大学が連携して、がん医療のサービスの向上を目指して取り組んでいます。とりわけ今回のセミナーに関しましては、北里大学と聖路加看護大学のご協力を得ており、この場をかりまして、厚くお礼申し上げます。

最近は少し下火になりましたが、「がん難民」「介護難民」という言葉が社会的に問題になった時期があります。両者の共通点は、医療技術が向上して長生きできるようになったものの、その後のシームレスなサービスが築けていないことです。現在、その解決に努力しているところで、がんプロもその一環であります。

今回はスタンフォード大学のGarrett Chan先生をお招きし、アメリカでの取り組みについてお話しいただきます。私もスタンフォード大学を2回ほど訪れたことがあります。東アジア太平洋研究センターという研究センターがありました。スタンフォード大学は西海岸にありますので、常にアジアを向いています。そういう意味で、今日はたくさんのご示唆をいただけるのではないかと期待しています。特にケアの質の評価について、講義していただきますが、我が国では、看護必要度・指標が開発され、質の評価がようやく始まったばかりです。しかし、看護必要度が本当に現場に適したスケールかどうかは疑問であり、私はいつも現場の臨床に適したスケールを開発するよう大学院生達に叱咤激励しています。ぜひアメリカの質にかかわる指標および評価から学びを得てほしいと思います。このセミナーが日本の高度実践に貢献することを期待して、私のご挨拶いたします。



講師：Garrett Chan, PhD, APRN, FAEN, FPCN, FAAN
米国スタンフォード大学附属病院

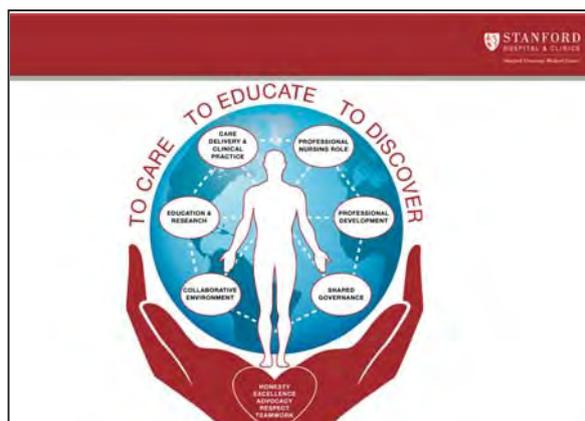


レクチャー1

米国における APRN の役割機能の発展

スタンフォード大学の看護理念

スタンフォード大学では、講義を始める際は、必ずスタンフォード大学の看護理念から始めます。「誠実 (Honesty)」、「卓越性 (Excellence)」、「アドボカシー (Advocacy)」、「尊敬 (Respect)」、「チームワーク (Teamwork)」に価値が置かれ、それが土台となっています。病院のミッションは、「ケア」、「教育」、「発見」です。真ん中に人が描かれた人を中心とした図になっています。この「人」の部分は、患者でもあり、看護師でもあり、ほかの医療従事者でもあります。中心となる活動は、「ケア提供と診療」、「専門的な看護の役割」、「専門性の開発」、「ガバナンスの共有」、「協働環境」、「教育と研究」です。



看護の定義

このセッションでは、米国およびスタンフォード大学における高度実践看護師の役割と発展の歴史について概説します。

米国の看護を理解するには、1955年の米国看護協会の看護の定義に立ち戻らなければなりません。米国看護協会は看護を「専門的な看護実践とは、病気の観察、ケア、助言・・・あるいは健康の維持や病気の予防・・・あるいは有資格者である医師が処方した治療や投薬における、あらゆる行為の対価に対する業務の遂行である・・・診断行為、治療的あるいは矯正処置の処方はい含まれない」と定義しました。1955年以前は、看護師は診断や治療的あるいは矯正処置の処方を行うことができました。しかし、1955年以降はこの定義によって、できなくなってしまいました。APRN が生まれた背景を考える際に、この定義は重要になります。

4 領域の APRN

現在、APRN には4領域あります。専門看護師 (CNS)、ナース・プラクティショナー (NP)、認定助産師 (CNM)、認定麻酔看護師 (CRNA) です。APRN は高度な教育と実習を受け、看護理念に基づいて実践しています。ジュニアの医師ではありません。この点は非常に重要です。

APRN の定義では、「拡大された専門的な知識とスキルによる実践」と定義されています。この「拡大された」知識やスキルは、伝統的な診療の境界線やほかの職種の実践と重なる可能性を意味しています。「専門的」とは、看護領域全体の一部あるいは特定の範囲を指しています。この定義には、教育、質改善活動、プロジェクト・マネジメント、リーダーシップおよび管理など、ベッドサイドの看護実践以外の看護だけでなく、ほかの職種も行っている活動は含まれていません。

CNS は、看護系大学院の CNS の修士課程または博士課程を修了した看護師 (RN) です。特定領域の臨床のエキスパートです。CNS の実践の場は多岐にわたります。患者への直接ケアに加えて、看護スタッフへのエキスパート・コンサルテーションや医療提供システムの改善を通して、ケアのアウトカムへ影響を与えます。CNS は、病気の予防や問題解決における患者の援助に焦点を当てた看護実践と、疾患、傷害、障害の医学的な診断および治療を統合して実践を行っています。

NP は、医師と同じように質の高い医療サービスを提供する高度実践看護師です。広範囲にわたる健康問題を診断し、治療します。ケアと治療の両方に重きを置く独自のアプローチをとっています。臨床のほかに NP は、健康増進、疾病予防、健康教育、カウンセリングも行います。患者が健康や生活に関して賢明な選択ができるよう援助します。真のヘルス・パートナーといわれています。

CNM は、生涯にわたり、女性に対して医療を提供します。全年齢層の女性に対して、検査、避妊薬を含む薬の処方、必要に応じた検査のオーダー、新生児ケア、婦人科のケア、分娩・出産のケア、健康教育、カウンセリングを行います。CNM の働きによって、女性と家族はよりより生活を送ることができます。

CRNA は、麻酔を専門とする医療従事者です。そのルーツは、1800年代にさかのぼります。南北戦争中に負傷した兵士に看護師が麻酔をかけたことが始まりです。今日、CRNA は、修士課程を修了した高度実践看護師で、自律し、専門性が確立されています。CRNA は、診療のあらゆる

場で、あらゆる手術時に麻酔をかけることができます。

以上、4 領域の APRN に共通する点は、患者への直接ケア、診断、薬物療法および非薬物療法の処方、疾病予防や健康増進、患者教育およびカウンセリングです。

APRN の業務範囲 (scope of practice)

業務範囲 (scope of practice) は、主に州法と資格認定機関によって決められています。これによって実践の境界線が決まります。米国の医療法で定められている「すべての状況で医師のみに認められている」医療行為が、APRN の実践範囲と重なっているため、問題となっています。APRN は、医療法から特定の活動を「切り出す」必要性に迫られています。看護の国家試験問題を作成している National Council of the State Board of Nursing (NCSBN) は、「APRN の業務範囲は高度なアセスメント、診断、処方、オーダーが含まれるが、これに限定されない」と APRN の活動を定義づけています。

NCSBN の 2008 年の APRN に関するコンセンサス・モデルには、4 つの必須要素が含まれています。すなわち、免許 (licensure)、認可 (accreditation)、認定 (certification)、教育 (education) です。免許は実践する権限を与えます。自動車免許証と大型二輪免許証が異なるように、RN と APRN の資格は違います。また、認可とは組織に対して行うもので、教育機関の看護課程に対して正式な審査と認可を与えます。一方、認定は個人に対するもので、専門職として指定された基準を達成することによって、知識、スキル、経験を実証して、正式に認定されます。教育とは、大学院の学位あるいは大学院の認定プログラムにおける正規の APRN 教育を指しています。APRN では患者への直接ケアを重視し、教育や質改善活動のみを行っている看護師は APRN とはいえません。APRN は必ず患者へ直接ケアを提供しています。

APRN の教育に関しては、国の基準に遵守したカリキュラムが組まれています。修士課程と博士課程の必須要素が決まっています。各大学も APRN の教育プログラムの認定を受けています。しかし、全米の看護組織や看護大学が認めている APRN の業務でも、各医療施設が定めた業務範囲によって制限されることがあります。微妙なバランスによって成り立っています。雇用者は職員の行動に責任がありますが、施設が定めた業務範囲を職員が逸脱した場合は、雇用者の責任とはなりません。APRN の業務については、職務記述書に記載されています。従って、各 APRN がコア・コンペテンシーに基づいて行いたいと思う実践と医療施設が APRN に求める実践とは、必ずしも内容が一致しないことがあります。

APRN 実践の課題と展望

APRN の役割や実践範囲、教育、実習に関して、看護師、病院、国民が誤解していると、APRN の実践の障壁となります。また、診療報酬によって実践が制限されます。医療施設が業務範囲を狭めていることも障壁です。職務記述書そのものも混乱と矛盾を生じさせています。

今後は、APRN が知識とスキルを全面的に活かした活動ができるよう規制の変更が必要です。また、教育カリキュラムの標準化やレジデンシー・プログラムの向上が求められます。APRN のデモンストレーション・プロジェクトやアウトカム研究のネットワークを構築し、APRN 実践の有効性、費用効果、患者中心のアウトカムを立証していく必要があります。現在、看護師がヘルスセンターを管理したり、薬局や小売店に小さなクリニックを開設したりするプロジェクトが立ち上がっています。インターネットを用いた在宅患者の健康を管理する試みも始まっています。これまでのように患者が医療施設を受診するのではなく、患者がいる場所で医療を提供しようという考えに基づいています。主に血糖管理など慢性疾患患者を対象としています。また、病院から自宅、自宅からナーシングホームなど移行期のケアでも APRN が活躍できる機会は多いと考えられています。

米国医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) がエビデンスに基づいた報告書「The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health」を発表しました。国および州レベルで変化が求められています。看護師は、時代遅れの政策や法律によって縛られることなく、教育および実習によって身につけてきた知識とスキルを実践で発揮しなければなりません。医療改革に向けた備えが必要です。現在、ロバート・ウッド・ジョンソン財団と全米退職者財団が共同で、国民全員が質の高い患者中心のケアを受けられるように活動しています。活動の詳細については、各ホームページをご覧ください。



Future of Nursing: Campaign for Action

- ▶ Collaboration created by the Robert Wood Johnson and AARP Foundations to ensure that all Americans have access to high quality, patient-centered care.
- ▶ Center to Champion Nursing- AARP
- ▶ www.championnursing.org
- ▶ Future of Nursing- Campaign for Action- RWJF

質疑応答

Q：DNPとNPの業務範囲の違いは何でしょうか。

A：NPはCNS、CNM、CRNAのようにAPRNの役割を示しています。一方、DNPはDoctor of Nursing Practiceの略ですから、教育を表すものであり、業務範囲の対象ではありません。DNPの業務範囲はNPの業務範囲と同じになります。DNPの教育では、プロジェクト・マネジメント、質改善、リーダーシップ、テクノロジーが強化されます。

Q：NPコースでは、どの程度の論文のレベルが求められるのでしょうか。

A：NPに限らず、修士では、文献をクリティークできる力および小規模の研究で仮説を検証する力が求められます。博士になりますと、さまざまな研究の方法論について学んでいますので、自分で研究デザインを考え、自分で研究を実施する力が求められます。

Q：APRNの教育では、人間性についてどのように教育されているのでしょうか。

A：患者の生活、社会的に患者が置かれている状況、スピリチュアルな面も考慮して、高度なアセスメント、診断、治療計画を通して、個別のケア提供ができるように教育しています。その患者にとって何が問題なのか、何がもっとも重要なのかを考えるように教えています。リフレクションとも関係してきますが、患者の話をよく聞き、患者の意向を尊重し、患者の生活面も考慮した上で適切な介入を行い、患者を支援していくことです。



レクチャー2

スタンフォード大学附属病院における高度実践活動

スタンフォード大学医療センター

スタンフォード大学医療センターには、医学部、成人を対象とした病院 (Stanford Hospital & Clinic) とシル・パッカード小児病院があります。100以上の専門分野を有する非営利組織であり、がんセンターや眼科研究所もあります。病床数は613床、年間入院患者数は25,164人、救急受診患者は年間53,908人、外来受診患者数は643,806人です。



スタンフォード大学附属病院は、US News誌のベストホスピタルの上位に何度も選ばれています。直近の2011-2012年では、10の専門領域で全米の5,462病院中25位以内にランクインしています。カリフォルニア州の地域では第1位です。

スタンフォード大学附属病院は、病院の認定機構であるThe Joint Commission (「日本医療機能評価機構」の米国版)の認定病院です。質の高い医療提供を示すゴールド認定を受けています。



またスタンフォード大学附属病院は、マグネットホスピタルでもあります。マグネットホスピタルとは、磁石のように引きつける魅力的な病院という意味です。卓越した看護実践を行う病院として認定を受けています。

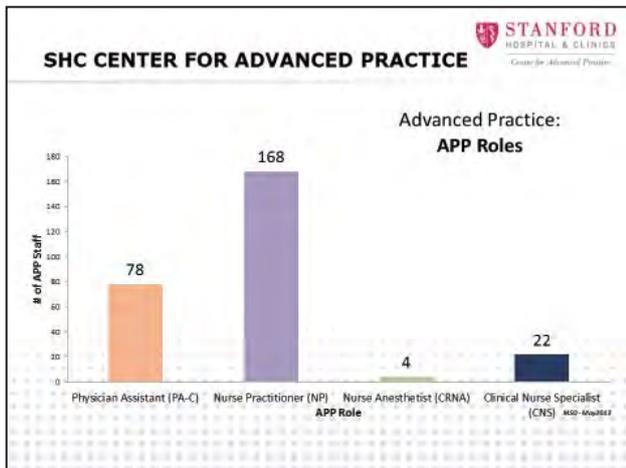


スタンフォード大学のがんセンターは、高水準の研究・診療を行っているがんセンターとして国立がん研究所から指定を受けています。

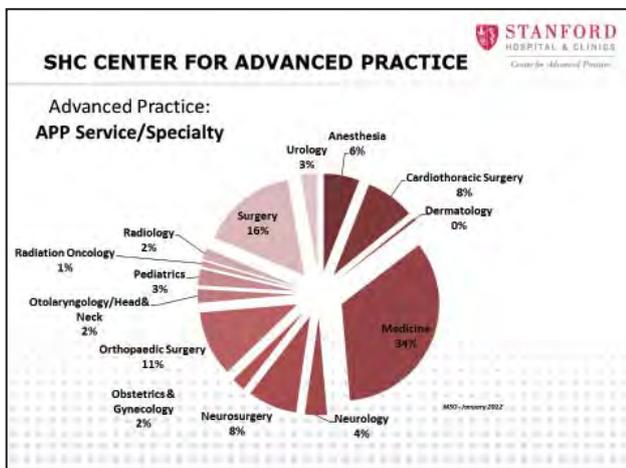
高度実践提供者

(Advanced Practice Provider: APP)

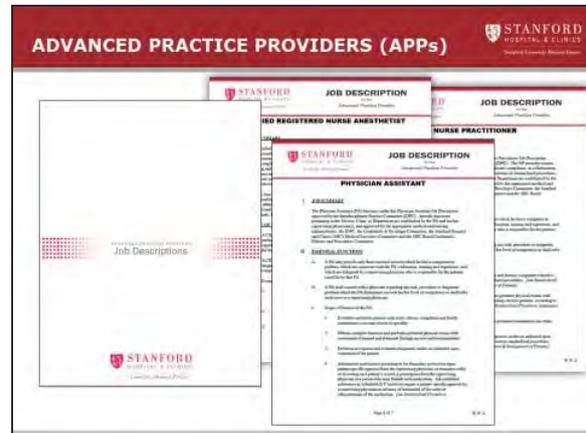
スタンフォード大学では、1970年代後半に、高度実践提供者 (Advanced Practice Provider: APP) が登場しました。肝臓移植の際にフィジシャン・アシスタント (PA) が医師の助手を務め、また術前にナース・プラクティショナー (NP) が処置をし、認定麻酔看護師 (CRNA) がカテーテルを挿入したことなどが、始まりでした。現在では、78人のPA、168人のNP、4人のCRNA、22人の専門看護師 (CNS) がいます。ジェネラリストが求められているため、CNSは22人ですが、NPは168人もいます。CNSは特定の領域の専門家ですが、医療施設では多岐にわたる多くの患者をみることができるNPの需要の方が大きいのです。APPの専門別に色分けされています。PAはオレンジ、NPはパープル、CRNAはグリーン、CNSはダークブルーです。



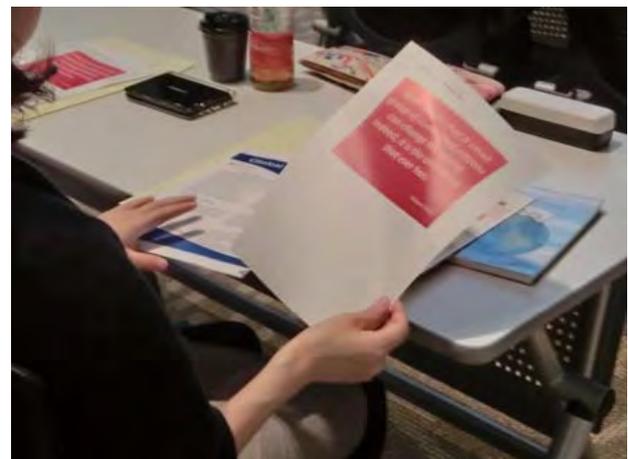
APPが一番多く配置されているのは、オンコロジーを含む内科です (34%)。次に外科 (16%)、整形外科 (11%) と続きます。



APRNの職務記述書の例を示します。PA、NP、CRNA、CNSそれぞれの職務記述書があり、職務名と業務内容が記載されています。



一部のAPPの実践は、医師の業務内容とも重なるため、多職種の委員会や病院の理事会など各委員会がAPPの高度実践内容を承認しています。各医療施設で定められているAPPの業務範囲に関しては、院内にMedical Staff Servicesという部署が統括しています。専門の用紙があり、診療科別に細かく決まっています。



APPの役割機能の普及・強化のための試み

職員が着用している名札の下にも「ナース・プラクティショナー」とAPPであることが患者や家族、そして病院のほかの職員にわかるように明記されています。

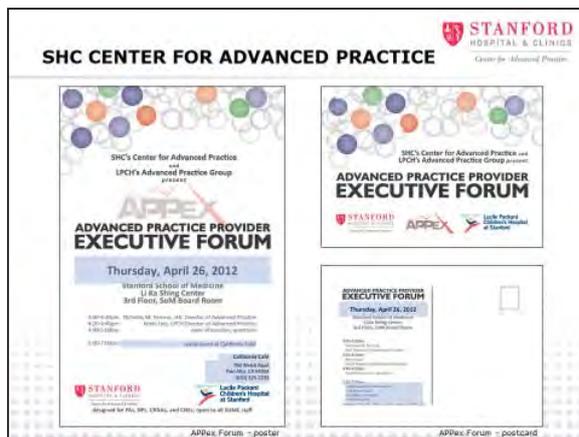


スタンフォード大学では、「野球カード」と呼んでいるチームカードがあります。表紙には、写真とともに名前、資格、専門が示され、裏には簡単に役割が説明してあります。

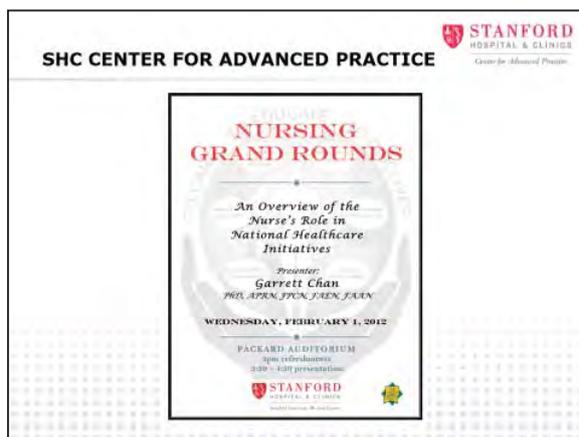


APPのためのオリエンテーションが2011年12月から始まりました。月1回のセッションで、APPの役割機能、医学や看護におけるAPPの役割、方針、質や質改善、支払などについて1日8時間かけて行います。APPのマニュアルは3年毎に改定され、ホームページにも掲載されています。高度実践の幹部は、院内のAPP全員を監督し、あらゆる面で支援をしています。APPの一般協議会は、PAとNPが共同で委員長を務め、月1回、高度実践について話し合いをしています。プロジェクトを行ったり、ニュースレターを発行したりしています。これとは別に、APPの責任者が委員長を務めるAPPリーダーシップ協議会もあります。APPのリーダーに対して開かれています。

病院には、病院の職員全員に情報提供する使命があります。そこで、エクゼクティブフォーラムでは、四半期毎にAPPの責任者がAPPに関連するトピックについて、20分間のプレゼンテーションを行っています。病院の職員は誰でも参加できます。案内のポスターにもAPRNの専門を表す4色が使われています。



スタッフナースがベストプラクティスを共有するNursing Grand Roundsという月1回のフォーラムも開かれています。



「スタンフォード・ナース・マガジン」という看護雑誌も発行されています。スライドの例では、疼痛管理や麻酔看護師の特集が組まれています。



このようにスタンフォード大学では、複雑なAPPの役割がわかりやすいように、さまざまなツールを用いて、情報を提供しています。

質疑応答

Q：職務記述書は病院単位で作成されているのですか。

A：そうです。それぞれの病院で作成されています。

Q:2,154人のRNに対して258人のAPPという割合は適切なのでしょうか。

A：アメリカでは、APPの割合は、在院日数、受診時から実際に医療を受けた時点までの待ち時間、患者満足度など、さまざまな点から決まっています。待ち時間が長かったり、患者満足度が低かったりすれば、より多くの人材が必要だということになります。また、1日のスタッフあたりの患者数によっても、APPの割合が決まってきます。

Q:APRNが行う医療行為は、医師と同じなのでしょうか。看護師が行うメリットはありますか。

A：医師が行うか看護師が行うのかということが問題なのではなく、患者が必要な処置を安全に質の高い形で受けられるかどうかの問題です。歴史的にみますと、1950年代にIVを看護師が挿入することはありませんでしたが、医学の進歩とともにIVを必要とする患者数が増え、現在では看護師の通常業務となっています。患者のアウトカムという点で見ますと、医師と同等か、特に血糖管理など慢性疾患管理においては、看護師が行う方が、患者のアウトカムが良好であることがわかっています。看護師の方が患者のコーピングについて理解しているので、患者に合った介入方法を選ぶことができます。



APRN による質保証・改善の活動

質保証・質改善活動の重要性

このセッションでは、なぜ質保証・質改善が医療において重要なのか、質改善プロジェクトに参加するために必要な APRN のスキル、プロセスの改善に役立つ 2 つの方法論について理解することを目的とします。

なぜアウトカムを測定するのでしょうか。それは、改善の原動力となり、患者に情報を提供し、支払に影響を与えるからです。米国では、医療施設のアウトカムは公表されています。質の高い医療を提供している病院かそうでない病院かが、国民にわかるようになっています。現在、オバマ大統領が医療改革を進めていますが、質の高い医療を提供している病院には、報酬が高くなり、質の低い医療を提供している病院には減額されるという考えに基づいています。調整のとれていない細分化された医療は、時間、エネルギー、資金、資源の無駄になります。このような非効率性は、コストの増加を招くだけでなく、患者に有害となりかねません。患者アウトカムの改善にはつながりません。仕事がしにくい環境では、患者のことを考えた最良のケア提供は困難になります。

質を保証する看護の役割については、直接ケアを行う医療従事者、管理者、政策立案者、規制機関、研究者がかかわっています。APRN は、患者ケアの管理と指示を行い、多職種スタッフを教育し、医療施設の変化や変革を促進しています。

変化理論

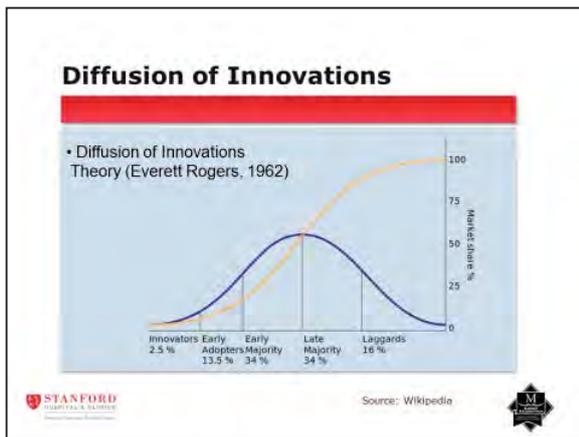
質改善活動を行う際には、変化理論の理解が欠かせません。さまざまな変化理論があり、状況に応じてそれぞれの理論が用いられています。しかし、ほとんどの理論は、クルト・レヴィンの力の場の分析と 3 段階プロセスの変化理論に基づいています。変化理論の適用法については、国立がん研究所のホームページの概説が参考になります。<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>

変化には 3 種類あります。すなわち、計画された変化、予期せぬ変化、クライシスから起こる変化です。もっとも望ましい変化は、計画された変化ですが、予期せぬ変化にもクライシスから起こる変化にも対応できなければなりません。

また変化にはさまざまなレベルがあります。患者への直接ケアで起こる個人レベルの変化理論には、ヘルスビリーフ・モデルがあります。看護実践では、患者の行動変容を促して健康状態を向上させることを重視しています。しかし、健康的な行動をとりきれない患者もいます。たとえば、喫煙が健康に悪いとわかっている禁煙できない患者がいます。その場合は、追加介入をするか、リスクを減らす介入を行います。本数を減らしてリスクを最小限に抑えたり、喫煙者が多い場を避けて、受動喫煙の機会を減らしたりします。このような場合には、リスク軽減モデルを用います。そのほかの理論としては、行動を変えるには段階があることを示したトランス・セオレティカル・モデルや計画的行動理論 / 合理的行為の理論などがあります。変化を定着させるには社会的なサポートネットワークが必要です。対人関係のレベルの変化理論には、社会的認知理論 / 社会的学習理論があります。

組織レベルの変化理論には、地域組織 / そのほかの参加型モデル、イノベーション普及理論、コミュニケーション理論、質やプロセスの改善理論などがあり、学校、地域、政府機関などで活用できるモデルです。地域組織 / そのほかの参加型モデルでは、住民が地域の問題を認識し、地域として改善に取り組みます。地域の中でどのように変化を起こすかを決める際には、社会計画理論を用いることができます。また、ある組織の中で脅威が発生した場合には、社会的行動の理論が役立ちます。

イノベーション普及理論は、1962 年に Everett Rogers によって開発されました。横軸はさまざまな人のタイプを表しています。イノベーター (2.5%) が変革を提案し、アーリーアダプターに発信します。そして、アーリーマジョリティによってブームが起こり、レイトマジョリティによって広まります。ラガードは普及してから使い始めるか、最後まで使わない人たちです。縦軸はマーケットシェアです。大多数の人が変化を取り入れ、社会的な圧力が高まることによって、最終的にはマーケットシェアが 100% 近くになります。むずかしい変革を起こしたいときに、この理論を用います。イノベーターは関心を示しそうな人 (アーリーマジョリティ) をまず探します。イノベーターとアーリーマジョリティは、イノベーションチームとなります。ラガードは別の言い方をすれば、抵抗勢力です。抵抗勢力の中でも発言力のあるリーダー的存在の人を招き入れて、変革に対する懸念を聞き出します。変化を取り入れた後も問題が起こらないよう、初期の段階で抵抗勢力の意見を聞くことは重要です。

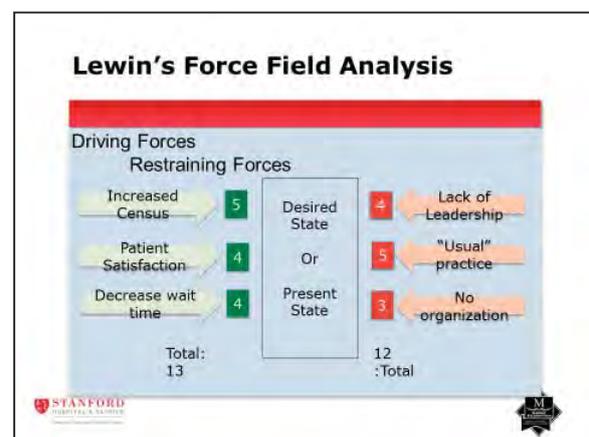


コミュニケーション理論には、多くの理論がありますが、誰が誰に向けて伝達し、どのような効果があるかを検証することが基本になります。メッセージの作成方法、伝達方法、吸収方法を検討します。公衆衛生やヘルスプロモーションにおいては、情報を通して、行動変容を求めます。コミュニケーション理論は、メディア効果とアジェンダ設定の二つの効果タイプに分けることができます。メディア効果では、発信者の発信方法を研究し、受信者への効果を検証します。アジェンダ設定では、起こしたい変化に対して、時系列的に必要なアジェンダを設定していきます。

リヴィンの力の場の分析では、パワーバランスを調べることから始めます。重要な利害関係者とターゲットグループを特定します。現状を把握し、理想的な状況について記述します。何のアクションも起こさない場合、どうなるのかも記述します。推進力と抑止力をすべてリストアップします。弱い力を0点として、10点まで点数をつけていきます。そして、推進力と抑止力それぞれの合計点を出します。推進力の方が、点数が高かった場合は、変革を進めます。抑止力の方が、点数が高かった場合は、抑止力を減らすことから始め、変革を起こす時期を調整します。

リヴィンの力の場の分析では、推進力を高め、抑止力を減らすことで変化にどのような影響があるのかを考えます。推進力を高め、抑止力を減らすときに、ほかの力が増えたり減ったりすることはないか、新たな抑止力が生じないかも考えます。変化を計画する際には、予期せぬ結果について考えることが重要になります。

救急部では、患者満足度の向上を目指す際にリヴィンの力の場の分析を用いました。理想的な状況は、救急部受診時の患者満足度の向上です。推進力には、院長の同意、待ち時間の短縮などが挙げられ、抑止力としては、リーダーシップの欠如とともに通常、行っている実践が推進力の妨げになりかねないということが挙げられました。そして、点数化し、合計したところ、13点対12点で推進力が抑止力を上回っていましたので、患者満足度向上プロジェクトが始まりました。このように、リヴィンの力の場の分析を用いて、現状を分析し、推進力と抑止力を量的に表し、変化を起こすプロジェクトに着手する否かを判断します。プロジェクトを開始し、変化が起こったときにスタッフはどのような反応をするかについてもアセスメントをしました。また、プロジェクトを行わなかったときの予期せぬ結果についても検討しました。



次はレヴィンの3段階理論です。第1段階では、現状を「解凍」し、推進力を増やし、抑止力を減らすことを考えます。動機づけをし、積極的な参加を呼び掛けます。第2段階は「変化」で、スタッフに現状の問題点を認識させ、新しい方向性の必要性を理解させます。新たなプロセスを探り、影響力のあるリーダーの意見を取り入れ、推進力になるよう働きかけます。変化を起こす際に時間をかけて抵抗勢力となる人たちを説得することも重要ですが、より効率的なエネルギーの使い方としては、中立的な人へ働きかけることです。イノベーションの普及理論のように、アーリーアダプターやアーリーマジョリティを味方につけ、同僚の圧力により、ほかの人たちも巻き込みます。第3段階は、再凍結です。新しい変化を定着化させ、フィードバックを通して強化します。昔の考えに戻らないように努力します。一般的に変化の定着には6ヶ月間を要するといわれています。

質疑応答

Q：米国では病院のアウトカムが公表され、測定が支払に影響を与えるということでしたが、その点について説明していただけませんか。

A：支払に関しては、質の高い病院は報酬も高くなります。全米の指標が確立されています。これまでの長年のエビデンスからケアの質とアウトカムを結びつけないとケアの質は上がらないということがわかっています。たとえば、病院のケアが不適切だったために褥瘡が発生してしまった場合、褥瘡のケアにかかる費用は保険では支払われません。そればかりでなく、病院に罰金が課せられることになりました。

Q：患者満足度を測定する尺度について教えてください。

A：全米で推奨されている7項目のHCAPという患者満足度の尺度があります。米国では民間企業が患者満足度調査を行うことが多いので、HCAPの7項目に加えて、企業が病院に助言しながら、項目を追加します。たとえばベンチマークのために、同じようなタイプの病院が使用している項目を追加します。

Q：質改善に取り組むスタッフの負担が増えると思いますが、その対応策はありますか。

A：病院の幹部が優先順位を決めて質改善活動を行っているかどうかによります。優先順位を決めずに質改善活動を行うとスタッフの負担は重くなるばかりです。最初にリーン方式のValue stream mapを用いて、無駄を取り除く努力をします。このステップではスタッフの負担はそれほど重くありません。それから次のステップに進めば、スタッフは質改善に集中することができます。

Q：現状では、抵抗勢力のリーダーの力が大きすぎて、変革の話し合いは困難です。どうすればいいでしょうか。

A：米国でも同じ問題があります。変化を起こすときにどのような力が働くのかをよく考えましょう。いろいろな人の意見を聞きます。こちらの考えを押し付けるのではなく、病院の中であなたの意見は重要だからといって意見を聞く方が効果的です。ただ必ずしも抵抗勢力のリーダーを最初のターゲットにする必要はありません。レイトアダプターに先に働きかけた方が効率的かもしれません。

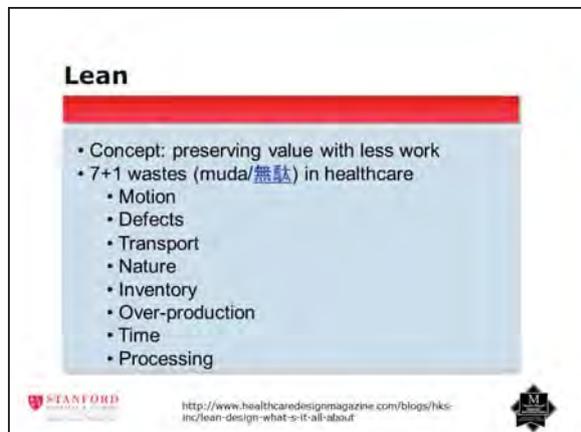


ケアの質改善のための実践と研究

スタンフォード大学の質保証・改善部には、50人の職員がいます。さまざまな部門に分かれています。各規制に遵守しているかどうかを調べる規制部門、医師や看護師が記入する臨床の書類をチェックする部門、リーンを用いたプロセス改善部門、薬の誤投与など通常とは異なることが起きた場合の審査部門、質研究部門、患者が死亡した場合などに医師の診療内容を審査する部門があります。

質改善活動を考える際には、トヨタの生産方式を研究して編み出されたリーン生産方式が参考になります。贅肉を減らすという意味で、リーン (lean「贅肉のない」) という言葉が使われています。質を保ちながら、無駄を排除する生産方式で、トヨタでは7つの無駄を定義していますが、医療では、それにひとつ加え、7+1の無駄(動作、欠陥、運搬、環境、在庫、作りすぎ、時間、処理の無駄)としました。

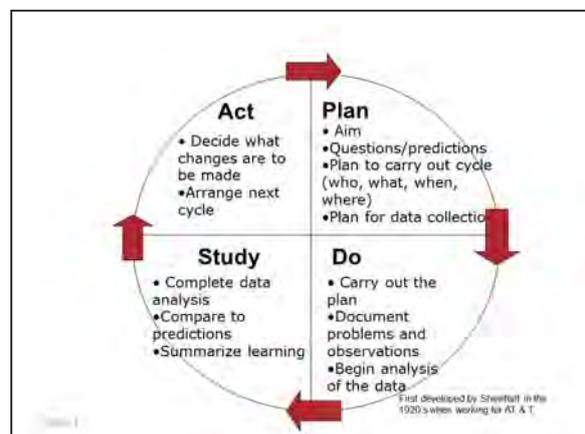
実際には、これらの無駄の混在がよく見られます。たとえば、看護師が輸液バッグを保管室に探しに行きました。50袋のバッグがありましたが、必要としているバッグはありませんでした。そこで、看護師は別の病棟に探しに行きました。病棟にもなかったため、薬局に問い合わせました。薬局から看護師に輸液バッグが届きました。ここにはさまざまな無駄があります。看護師が複数の場所に輸液バッグを探しに行きました。動作の無駄です。看護師の時間も無駄にしました。50袋あっても探しているものはないという在庫の無駄もありました。薬局から輸液バッグを届けるために、運搬の無駄も発生してしまいました。このようにシステムの中にはさまざまな無駄が存在していますので、プロセス改善によってさまざまな無駄を取り除くことができます。



リーンの原則の一つ目は理想像の把握、二つ目は無駄の排除、三つ目は変革を担当するスタッフの適性です。リーダーではなく、現場のスタッフが変化の原動力になります。リーダーの役割は、限界も踏まえたバランスのとれた資源提供です。四つ目の原則は、ワークフローの明確化です。五つ目の原則は4つの価値の向上です。消費者、生産デザイン、生産、知識の分野を高めるようにします。病院の場合は、消費者すなわち患者の分野にもっとも重視します。

プロセス改善を行う際の最初のステップは、価値のストリームマップ(Value Stream Map)から始めます。現状把握マップです。現場で起きていることをみえる化し、改善する部分を明らかにし、優先順位をつけます。患者にとって不可価値とならない作業を減らします。現状を把握した後は、5S活動(整理・整頓・清掃・清潔・躰)を行い、環境を整えます。そして、質改善活動に取りかかります。有機的な(自然発生的な)変革の実現を目指します。

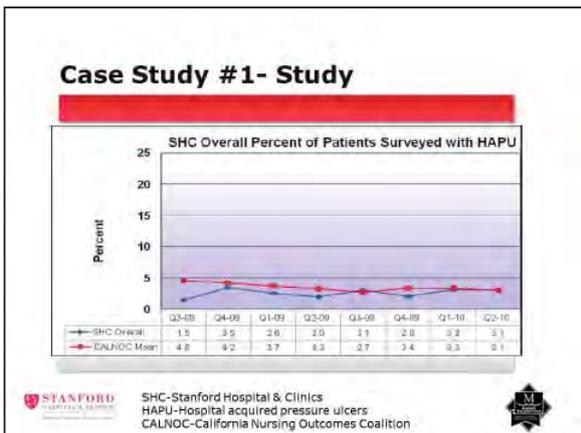
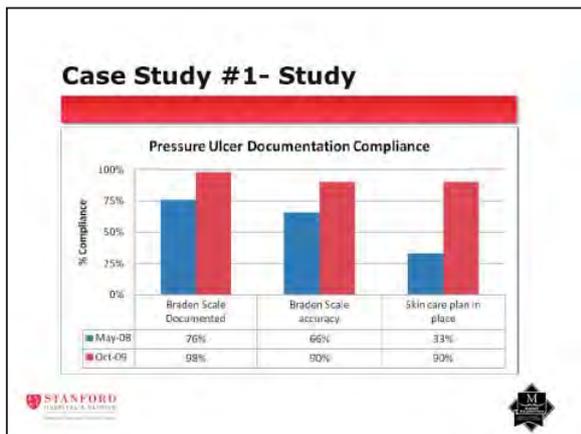
Plan Do Study (Check) Actを表すPDSAまたはPDCAと呼ばれているモデルも質改善活動に用いられます。Planの段階では、実際の活動を実施する前に、目的を明らかにし、改善の中でどのような変化を起こすのかを予測し、サイクルを実行する計画を立てます。Doの段階では、計画を実行します。課題と観察結果を記録し、データ分析を開始します。Studyの段階では、データ分析を終え、予測と比較し、わかったことをまとめます。Actの段階では、どのような変革をするのかを決め、次のサイクルを考えます。PDSAは継続的なプロセスになります。PDSAモデルはシンプルですが、パワフルなツールになります。新しいアイデアを試みて短期間に検証します。早めに失敗も経験し、継続するかどうかを早めに判断します。



質指標のタイプには、構造、プロセス、アウトカムがあります。構造の測定は、スタッフ配置や提供する処置量に関して有益な情報を提供します。例としては、患者1人の1日当たりの看護ケアの時間などがあります。プロセスの測定では、患者にとって有益であると証明されているステップに沿って医療提供を行ったかどうかを測定します。たとえば、病院に搬送されてから6時間以内に抗生物質の投与をしたかを測定するなどです。アウトカム測定は患者にもっとも関係があり、医療者がもっとも望んでいる変化を測定することになります。例としては、転倒による損傷、手術部位の感染、急性心筋梗塞による30日目の死亡率などです。

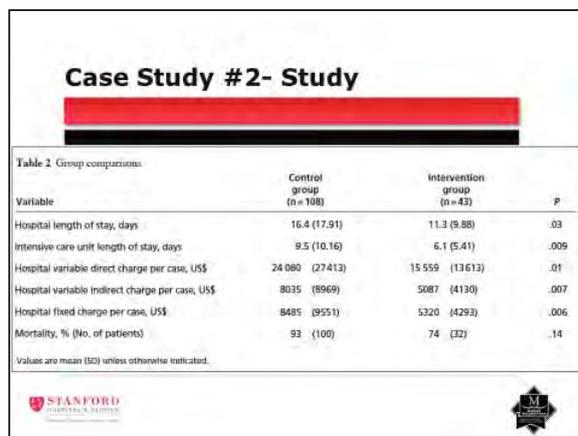
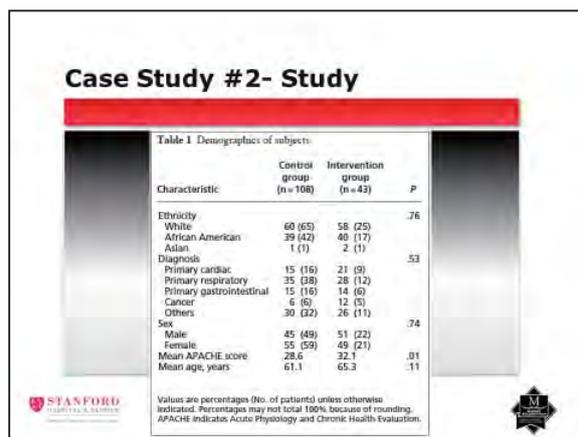
ケース・スタディ1は褥瘡(PU)計画です。ステージIIIの褥瘡の治療費は4万ドルもかかります。まず質改善チームを編成し、教育内容を決めました。プロセスの測定項目はPUリスク評価日報とPUケアプランでした。アウトカム項目はPUの有病率でした。スタッフナースが手術室などでかわり、ケアが困難な患者にはCNSが回診するようにしました。有病率の変化を観察し、結果を病院の規模および病棟の種類によって補正しました。

書類に必要事項を記入していたかどうかを見ますと、2008年5月の測定値に比べて、2009年10月にはすべての評価項目で改善していました。また、カリフォルニア州の類似病院と比較した褥瘡患者の割合を見ますと、当院の方が一時点を除いて低くなっています。一時点で結果が悪くても、特別なことがなければ、様子を見ます。たまたま高かっただけで、その後は落ち着くことが多いからです。このような質改善活動には、PDSAが適しています。

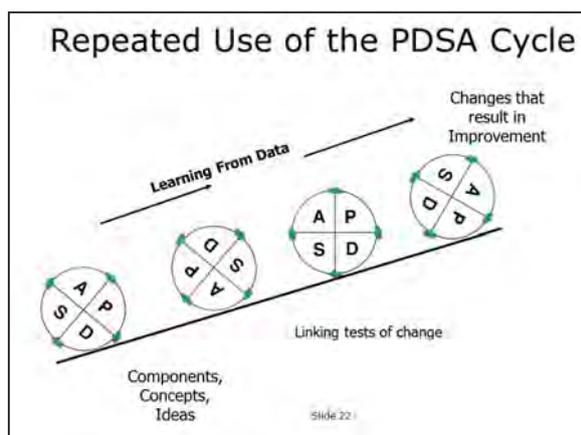


ケース・スタディ2では、ICUにおいて医療従事者と患者および家族の間のコミュニケーションが良好でない、在室日数が増加するという仮説を検証しました。介入群と対照群に分け、介入群では、CNS・医師と患者・家族が日々、コミュニケーションをとり、未解決の問題を解決するようにし、終末期ケアについてスタッフナース教育を行いました。対照群は介入群以外のICUの患者と医師でした。アウトカム項目は死亡率でした。構造的な評価項目は、ICU在室日数、在院日数、1症例当たりの直接・間接費用、前年および研究年に介入した医師あたりの在室日数でした。1年間データ収集をしました。

その結果、APACHEスコアが、介入群の方が高く、死亡リスクが高かった以外は、ベースラインの介入群と対照群の患者特性に違いはありませんでした。在院日数もICU在室日数も介入群の方が有意に短縮されていました。医療費も抑制されていました。死亡率については、両群で有意差はありませんでした。PDSAサイクルの最後の段階が行動をおこすACTでしたが、このICUの活動では、緩和ケアチームと協働することにしました。また投資回収率(ROC)分析を行い、実際に費用をいくら節約できたかを把握するようにしました。



このように、PDSA サイクルを連続して用いて、データから学びます。ひとつの領域で始め、検証し、維持するだけでなく、また別の領域に広げていきます。



変化を発展させるには、現在のプロセスを批判的に創造的に考えます。簡素化できないか、手順を変えられないか、考えます。また、複数の人を通すと情報が不正確になりますので、申し送りを最小限にし、似たような活動は並行して進めるようにします。テクノロジーを活用します。そして、患者にとって付加価値を生み出せるか考えます。

変化の前後だけでなく、時系列で追跡します。複数の評価項目を用います。日常業務の中でデータ収集をしやすいようにします。プロセス改善の中で仕事そのものを改善す

ることを考える必要があります。データ収集の時間は毎月から毎日など、頻度を高めるようにします。

どのように成果を維持していくのか。組織の中に内蔵させていきます。記憶に頼るのではなく、ワークフローとして確立させます。システムの中で変動の分析を継続します。またリーダーや管理職が、継続的な改善の取り組みによる価値の生成について公表することも重要な位置づけになります。質を求める文化を創りあげていくことも、リーダーや管理職の大事な役割です。変革を組織の中で定着させる日々の管理も重要になります。

まとめです。国レベルの政策は、変化している医療制度の中で、質の高いケアへのアクセス改善、費用削減、価値の付加、医療従事者の教育を目指しています。迅速なサイクルで変化させていくために PDSA のような質改善手法を用います。高度実践看護師は、医療の質改善の鍵を握っています。

最後に私の大好きなマーガレット・ミードの言葉を引用して終わります。

「志の高い少数の人たちが世の中を変えることができることを疑ってはならない。実際にそういう人たちが世の中を変えてきたのだ」

質疑応答

Q：どのように患者の声を取り上げて質改善に取り入れているのでしょうか。

A：スタンフォード大学には、医療従事者と患者が自由に話せるように、患者の諮問委員会をつくりました。

Q：質改善のスタッフの動機づけはどのようにしていますか。

A：リーン方式の Value stream map を用いて、みえる化をします。どれだけ無駄な時間が存在しているかを認識させ、簡単な改善でどれだけ仕事がしやすくなるかを実感させます。なぜ質改善が重要なかを十分にスタッフに理解してもらうことが重要になります。そして、スタッフの貢献を認めることです。スタッフの疑問点から始めた質改善活動について、ニュースレターで紹介しています。

Q：ケース・スタディ 2 の ICU の在室日数の調査は、倫理委員会の承認が必要だったのでしょうか。

A：このプロジェクトについては倫理委員会の承認が必要でした。米国では、研究のカテゴリーとするのか、質改善活動のカテゴリーとするのか、議論になっています。現在は、ひとつずつ検証して判断しています。

Q：優先順位の決め方について教えてください。

A：計画外の変化やクライシスによる変化、たとえば患者の死亡などの場合は、直ちに優先課題になります。計画された変化については、病院の財務体質に脅威を与える場合は優先順位が高くなりますし、外部要因で決まることも多いです。ケース・スタディ 1 の褥瘡がその例です。それ以外は、簡単で始めやすく、早い段階で効果を実感できるようなプロジェクトが優先されます。内部要因の優先順位は、病院の幹部の考え方によって決められています。



10大学事業

- 【主催】 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
高度がん医療開発を先導する専門家の養成
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科看護学専修
- 【共催】 北里大学看護学部、聖路加看護大学