

## 特別講演

### 第3回看護実践学会学術集会

# 手術看護における質保証の仕組みづくり

## —認定看護師の活用と予防倫理に基づく実践—

酒井 富美

松山赤十字病院中央手術室看護師長

日時 2009年9月6日(日) 場所 金沢大学附属病院 宝ホール

ただ今ご紹介いただきました、松山赤十字病院の酒井でございます。本日は看護実践学会という場でお話をさせていただく機会をいただきまして、本当にありがとうございます。私がこのような機会をいただきましたのは、先ほどご紹介いただきました小藤学会長様が大学院の先輩ということで、お話をいただいた次第です。

今年度の学会のテーマが「看護実践の中の倫理」ということで、本日は倫理的な取り組みの一例として、昨年度当手術室で行いましたアクションリサーチによりますプロジェクト研究「手術室における質保証の仕組みづくり」の中で、特に認定看護師の活用と予防倫理に基づく実践について、そのプロセスと成果をご紹介させていただきます。

私は手術室師長となって3年目です。少しの間臨床を離れていましたので、久しぶりの臨床ということなのですが、手術看護の実践もなく、途方に暮れたままのこのプロジェクトの取り組みでした。しかし、今回のプロジェクト研究を通して、私は「倫理ってすごいな」と感じました。当手術室の看護スタッフが一生懸命に取り組んだプロセスと成果を、少しでもお伝えできればと思っています。どうぞよろしく願いいたします。

本日は、まずプロジェクト研究についてご紹介させていただき、次に手術看護における質保証の仕組みについて、そして手術室における質保証文化の醸成についての取り組み、特に大切な価値についての実践ということですが、大切な価値というのは手術看護のよりどころになるものと考えておりますので、そのための看護管理者のリーダー

シップ、その中で認定看護師の活用、そこから生まれた手術看護における質保証の仕組みについて、そして質保証活動の成果についてご紹介できればと思っています。

それでは早速、プロジェクト研究のご紹介をしたいと思います。先ほどご紹介いただきましたが、私が3月まで在籍しておりました千葉大学大学院看護学研究科の病院看護システム管理学というところでは、課題研究という取り組みを行っております。看護実践現場の課題を明らかにし、創造的な解決策に結び付く企画を立案、実施し、評価を行い、一連のプロセスを記述するというものです。つまり現場でプロジェクトチームをつくって、現場の課題を解決して、現場を変えていくというような取り組みです。このプロジェクトに取り組みしたのは、2008年の4~10月の7カ月間です。

プロジェクトに取り組みしました背景には、手術療法を取り巻く環境の変化があります。言われておりますように、医療の高度化や複雑化、少子高齢化がありますが、病院機能の二極化が進んでいると言われておりました、急性期病院においては、価値観の多様化の中で、在院日数の短縮、手術件数の増加、一方で医療技術の進歩は目覚ましいものがあります。一方、麻酔医や看護師の不足という状態も起こっておりますし、医療費の抑制政策が推し進められております。こういう状況が急性期病院の中には起こっていると思います。

その中で手術室の特殊性ですが、患者や家族が参加することが非常に難しいという密室性が高い状況であること、高度な医療を提供するために医

療事故のリスクが高いこと、先端医療や技術への緊急対応に突然にさらされるという状況があると思います。しかしこれは手術室のみでなく、いろいろな部署においてこのような状況が起こっているのではないかと考えます。

このような中で、急性期病院においては高速回転を余儀なくされておりますので、加速する効率化の中で、いかに質を保証するかということが大切になってきていると考えております。

プロジェクトを実施しました松山赤十字病院の手術室についてご説明いたします。人道・博愛・奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて地域社会に貢献しますというのが本院の理念です。人口は51万5000人の松山市なのですが、大規模病院の競合状態の中で医療活動を行っております。当院の目指すものは、地域医療支援病院として、そして赤十字病院としての役割発揮です。病床数は745床、この4月からダウンサイジングを行いまして、681床になっております。診療科25診療科、7対1入院基本料を取っております。平均在日数は13.8日、病床稼働率は89.7%です。地域連携を目指しております、紹介率は66.1%、逆紹介率は66.9%という状況です。看護師数は608名です。

このような急性期病院の手術室として、どのような役割があるかということですが、四つの役割を確認しました。まずは安全確実な手術が提供できる手術環境の提供です。そして患者のニーズに応えるためには、手術の待ち時間の短縮、発病から早期の手術を行うということが重要であろうと考えております。そして手術機能の充実、新たな医療技術の進歩に伴って手術自体が変わってきております。そして病院経営への貢献です。これらを部署会議で説明し合意を得ました。

手術室の現状ですが、10室11ベッドの手術室で行っております。棒グラフのところが手術件数で年々増加しており、平成20年は5063件の手術を行いました。折れ線グラフが手術時間ですが、こちらも年々伸びてきております。その中で65歳以上の患者さんの手術は46%、80歳以上は12%というふうが高齢化も進んできております。

その手術療法を支える看護師の経験年数ですが、1年未満が30%、1～3年未満が27%で3年未満が57%という状況です。これは手術室看護師としての経験としては、かなり乏しいのではないかと考えております。

まずプロジェクトを開始するに当たって現状分析を行いました。縦のところが安全の保証にかか

わるところで、横のところが構造と過程、結果ということで、ドナベディアンの手法を用いて行ってみました。例えば、感染管理のところを取ってみますと、構造では感染管理マニュアルがあり、院内のICTが機能しております。感染管理グループが手術室の活動を行っております。過程ではSSIサーベイランスを実施しているのですが、外科や心臓外科のみが行っているという現状があり、感染管理の認定看護師が実施しているというような現状でした。感染管理に関するカンファレンスを必要時に行っているという状況です。結果としてはSSIの発生率は3.2%ですが、これも外科と心臓外科の一部のみということになります。

そしてケアの評価というのは実際には行えていないという状況がありました。これらからケアの質の評価が部分的であるということが分かりますし、質評価のための仕組みも部分的に行っているということが分かります。もう一つは看護スタッフの質に対する意識、認識というのが分からないというような状況が伺えるかと思えます。

ここで、本プロジェクトにおいて重要な役割を果たした認定看護師についてご説明いたします。認定看護師制度はご存じのように、1995年日本看護協会の資格認定制度として発足しました。その目的は、高度化、専門分化が進む医療現場における看護ケアの広がり、看護の質向上ということなのですが、このプロジェクトに取り組んだときには、17分野で4438名の認定看護師が認定されており、そのうち手術看護認定看護師は116名でした。現在2009年では5794名で、そのうち手術看護認定看護師は150名という状況になっております。当手術室の手術看護認定看護師は2名いたのですが、そのうち1名は結婚しましてこの6月に退職しております。このように期待されて制度化された認定看護師が、看護のケアの質向上にどのように貢献しているのかということを明らかにすることはとても重要なことだと考えております。

手術看護認定看護師に期待される能力としては、ハイリスク患者に対し、心身の手術侵襲が最小限になるように看護を実践できること、手術チームのマネジメントおよび他部門との協調、調整ができること、手術看護の実践を通して役割モデルを示し、看護スタッフに対して具体的な指導ができること、倫理的感受性を高め、患者・家族の擁護者として、具体的な倫理的配慮ができること、安全管理についての知識を熟知し、リスクを回避するためにリーダーシップを発揮できることなどが

求められています。

それでは、当院の現状についてご説明いたします。2007年の現状なのですが、活動分野は7分野8名の認定看護師がおり、専従の配置は皮膚・排泄ケアと感染管理の2名でした。活動の状況としては、病院全体の理解を得るために、職務記述書の配布は行っていたのですが、職員の間で認識されているとは言い難い状況がありました。活動時間は専従以外は明確ではなく、認定看護師の力量の評価はされていない状況でした。育成計画としても部分的な作成ということで、サポート体制としては専門認定看護師連絡会議を2カ月に1回行っていました。これらからも認定看護師が十分に活用されているとは言い難い状況、認定看護師自身のモチベーションの低下というような状況が見受けられました。

そこでこれらから当手術室における質保証の課題を挙げてみました。看護ケアの質保証についての意識の強化と、看護ケアを評価、改善する仕組みの確立、認定看護師の活用環境の整備が挙げられました。そこで手術看護における質保証の仕組みづくりが必要ではないかということを考えました。これらを基に今回の課題プロジェクトに取り組むことにしました。

ここから課題プロジェクトについての説明をいたします。プロジェクトの目標ですが、医療制度改革の進行に伴い、医療の提供体制が変化し、効率と質が問われる中、認定看護師を積極的に活用し、手術看護における質保証の仕組みを構築することとしました。

プロジェクトの意義ですが、質保証の仕組みをつくることで、合併症や有害事象の減少、スタッフの質の保証に関する意識改革ができるのではないかと考えました。そして当時2名の手術看護認定看護師がおりましたので、その2名の手術看護認定看護師を活用することで、人材の有効活用となるだけでなく、認定看護師の成長につながるかと考えました。そしてこの質保証の仕組みと、認定看護師の活用の二つを組み合わせることで、効率的かつ質の高い手術看護につながるのではないかと考えました。

このプロジェクトの目標は、1手術室における質保証活動の実施と成果の活用ができる、2手術室における質保証文化の醸成を推進できる、3質保証活動を継続できるとしました。今回の期間で取り組んだものは1番と2番です。

では実際にどのように行ったかというプロジェ

クトの方策です。まずは質保証活動の実施と成果の活用です。静脈血栓塞栓症（VTE）の予防の推進、手術部位感染（SSI）の予防推進、褥瘡予防推進を行いました。これは多職種で取り組んだ質保証活動です。手術室の運営委員会の中にこのプロジェクトを設置し、活動を行いました。これらから活動を始めた理由ですけれども、認定看護師が取り組みたいと思いながら取り組めていなかった内容であるということと、これらの活動に関しては非常に成果が見えやすいということがあります。

そしてこの活動を基に、2番目の手術室における質保証文化の醸成を推進するということに取り組みました。これは手術室における倫理観の育成とそれに基づく実践、質保証活動における看護スタッフ、認定看護師、看護管理者の役割の明確化、認定看護師が質保証活動を推進できる環境整備、各役割に基づいた実践・評価・改善策の立案と少し大きな目標を挙げました。

タイムスケジュールですが、プロジェクトの期間が緑色の2008年の4～10月の期間です。

手術室の組織図としては、看護師長である私と看護係長が3名、認定看護師が2名とそれぞれ3つのチームのメンバーから成ります。プロジェクトリーダーは私で、メンバーは全員になります。途中で当初3名いた看護係長が2名になり、1名になるという大変な事態が起こり、大慌てをしたところでした。それぞれの役割に関してはこちらに表しているとおりです。

評価指標に関しては、それぞれの目標がありまして、目標と定量評価、定性評価、そしてどういふものからデータを収集するかを表しております。例えば、予防倫理の理解とそれに基づく実践に関しては、定量評価として作成された大切な価値、倫理的問題の報告数。定性評価では大切な価値についての発言とか、実践事例です。データの収集方法は、ジャーナルという記録、カンファレンス記録、インタビュー調査などを行いました。認定看護師の活動支援については、定量評価としては認定看護師の活動記録、自己評価。定性評価としては認定看護師の活動内容、それぞれをジャーナルやインタビュー調査、ポートフォリオなどから収集し、評価を行いました。

倫理的配慮についてですが、本プロジェクトは手術看護の質向上に関連して行う取り組みであり、看護部長の合意の下で実施するということが、プロジェクトリーダーが手術室看護師長であるため

に参加の任意性には配慮するということと、メンバーの合意を得ながら、できるだけスタッフの合意を得ながら、部署会議で話をしながら進めるというところに特に心掛けて取り組みました。

次に、手術看護における質保証の枠組みについてご説明いたします。手術看護の質を保証するためには、質保証の枠組みをどのように設定すればよいかということをもまず考えました。私は手術看護とは何かということもよく分からないまま手術室に参りましたし、毎日とても忙しくてばたばたしているのですが、何がどのようにしているのか、どこが問題なのかというものも分からないまままで始めました。

まずは文献学習をしました。手術看護の専門性とは何かということなのですが、これは宮原先生が、「周手術期を通して不安の軽減、プライバシーの保護、患者の尊厳の遵守、安全の保証、患者の代弁者となるなど、手術室における各職務を高度な倫理水準、高度な技術で遂行することが看護の責任であり、手術看護の専門性である」と書かれておりました。そこでそういう文献や、看護係長、認定看護師と相談しながら助言を得て、ではどういう枠組みをつくっていくかという話をしました。

その中心に予防倫理、大切な価値に基づく実践を挙げました。そして安全の保証、先ほど少し触れましたが静脈血栓塞栓症予防、感染管理、褥瘡対策です。そのほかにME機器管理とか、手術室では胎児から100歳代の高齢者までを対象にしているという特徴もあると思いますが、それぞれの対象に合わせた専門的技術は何かということを考えていきました。

そして「私たちは質の高い手術看護を提供するためには、こういう枠組みでいいのだろうか？」ということ部署会議で話し合いました。この緑のところはプロジェクトで取り組んだ部分です。ブルーのところは今年度取り組みもうとしているところです。今までも部分的な取り組みは行っていたのですが、全体として何が必要かというようなところが組み立てなかったところではないかと思っております。

ここで先ほどから大切な価値とか予防倫理ということをお話しておりますが、それについて少し説明させていただきます。予防倫理というのはCSR（企業の社会的責任）という中で出てくるのですが、企業の社会的責任というのは、「企業組織と社会の健全な成長を保護し、促進することを目的とし、不祥事の発生を未然に防ぐとともに、社

会に積極的に貢献していくために企業の内外に働き掛ける制度的義務と責任」と言われています。

その中で言われています予防倫理ということなのですが、水尾先生によりますと、第1～3段階に分かれておりまして、第1段階は日ごろから正しい行為や最善の行動の在り方を組織構成員に認識させることとされています。そして第2が不正行為のその前に行動を思いとどまらせること。第3が万が一、非倫理的行為が発生した場合にはその被害や影響を極小化させることとされています。これがまさに千葉大学の手島先生が言われております「いざというときに困らないために、何が良いことなのか大切な価値を明らかにしておくことが重要ではないか」ということに通じると思っております。

臨床ではいつどのようなことが起こるか分からないということがありますが、だからこそこの予防倫理の考え方が重要なのではないかと考えています。当初、予防倫理という言葉も知りませんでしたし、それがどのような意味を持つのかも分かりませんでした。今ではプロジェクトを通してすごく重要な考え方ではないかと思っております。

それではいよいよプロジェクト研究の実際、手術室における質保証文化の醸成への取り組みについてご説明いたします。

まずはプロジェクトで使いました言葉の定義についてです。質保証文化というのは、看護スタッフが質保証を価値付け、価値を共有し、浸透させ、その価値に基づいた行動を実践できることと定義付けました。価値付けるというのは実践からの重要価値の明確化であり、共有するということは勉強会やカンファレンスでの事例検討、実践の共有です。実践は役割を明確にし、また倫理的問題の発生時の仕組みづくりなどを考えております。質保証文化の醸成という言葉は、その中心に予防倫理を位置付け、手術看護の質保証のよりどころとなる当手術看護における大切な価値を判断基準とし、大切な価値に基づいた実践を促進していくことで、質保証文化の醸成が推進できるのではないかと考えました。

では、実際の取り組みについてです。まずは大切な価値に基づいた実践ということをご説明いたします。これはまず共有されたビジョンから始まり、現場での取り組みや現場での学び、それを勉強会やカンファレンスを通して共有し、組織的な取り組みを行います。倫理的問題の対応や経験の共有を行いながら、倫理的問題発生時の対応の

仕組みづくりや手順・ルールへと反映させていき、ビジョンや目標に反映させていくという取り組みです。これは時計回りと全く逆な取り組みなのですが、この左回りのサイクルはスタッフの参画と協力を引き出して、現場の自発的な取り組みを目指すときに回すサイクルと言われています。その中心に大切な価値があります。この左回りのサイクル、ここにリーダーシップと書いてありますが、看護管理者のリーダーシップがとても重要であると言われております。

当手術室のプロジェクトが終了したときにインタビュー調査を行うと、「正しいと思うことができない」「医師が言うので仕方がない」「私だけが気になるのかな」「私だけが言ってもできない」「どうしようもないので意識しない」「また医師にむちゃなことを言われたらどうしよう」というような思いをスタッフは持ちながら実践をしていたということが分かり、これは私自身も認識していなかったもので、大変驚いたところでした。

また、私が約3年前に手術室に異動になりましたときに、看護管理実践の中でスタッフの不満やモチベーションを低下させている大きな要因の一つは、倫理的な問題の解決ができていないことという印象を持ちました。そこでまず当手術室における倫理的問題を明らかにしようという取り組みを行いました。

まずはリーダー日誌の分析です。これは2007年の11月から2008年の4月まで、6カ月間のリーダー日誌から抽出したものです。リーダー日誌というのは、当手術室で日々の手術室運営について起こったことを書いているもので、スケジュールギャップであったり計画性のない器械の使用であったり、倫理的なジレンマであったり、チームメンバーからのハラスメントについてなどを記載し、管理者である私に報告をしていただく基準としております。

そこから37件の倫理的なジレンマが抽出され、それを大きく8項目に分けることができました。医療者の不適切な言動というのは、麻酔医、時に看護師もありますが、不適切な言動、特に言葉があります。そして不十分なインフォームドコンセント。口頭では説明しているのですが、文章には何も書かれていないというような状況。手術中の出来事、医師は「合併症」と言い、そこに立ち会った看護師は「合併症なのだろうか、ミスなのだろうか」と考え込んでしまうような状況。研修医が患者から学ぶときというところでは、手術体位

の取り方、十分でない手術体位を取って結局は執刀医が取り直す。それに伴う患者さんの苦痛。C Vの挿入とか手術手技そのものもここに当てはまるかと思えます。

医療の割り振りに関しては、他の患者さんの処置のために、入室した患者さんを待たせてしまう状況が発生する。そういうときに大きなジレンマがあるようです。術中の予期せぬ結果、リスクやそういう状況が起こり得るということは説明をしているのですが、実際にそういう場面が起こるとやはり大きなジレンマになります。家族への不十分な対応では、手術室に入室した後にご家族が「会いたい」と言われて、手術室の方に来られたこともありました。医療者間のコミュニケーション不足では、合併手術。例えば帝王切開のときに「筋腫も取ります」というところを麻酔医も看護師も知らず、器械の準備ができていないということだったり、輸血のタイミングについての共有できていない状況が起こったりというようなことがありました。こういう状況があるということがまず明らかになったのです。こういう現状から私たちは大切な価値を抽出する作業を行いました。

大切な価値の抽出プロセスですが、先ほどご紹介いたしました37事例を基に「なぜそのような状況が起こったか」ということを話し合いました。プロジェクトメンバーと倫理担当者が中心に話し合い、それをカンファレンスに掛け、部署会議で検討いたしました。そしてそれを実践で検証しました。大切な価値が活用できるのか、適切なのか活用事例の検討を行いました。この活用事例の検討は主に手術看護認定看護師が中心になって行ってくれました。

当手術室における大切な価値について少しご紹介いたします。目指すものは質の高い手術看護を提供し、患者・家族、職員のHappinessに貢献するということです。そして目指すものを実現するために二つのコンセプト、患者・家族の立場に立つということとチーム力の発揮を挙げました。そしてそれを達成するための四つの行動基準が責任、思いやり、コミュニケーション、パートナーシップです。

責任についてご紹介いたしますが、「あれ？おかしい」と思ったことは表現しようと呼び掛けています。職員経験年数、職種にかかわらず医療従事者としての責任を果たそう。できればその場で言おう。それが無理なら看護師長に言おう。それも無理なら同僚に話そう。それもできなけれ

ば何らかの方法で表現しようということをお話し合っております。

思いやりについては、不安を抱えた手術を受ける患者さんの立場に立って、あと一步の思いやりを持ちましょう。チームメンバーにもあと一步の思いやりを持ちましょう。このように四つのキーワードそれぞれにコメントをつけて皆で共有するようにしております。これはスタッフからは、分かりやすいとか実践の中から考えるとなるほどと思うというような意見がありました。

実際にどのようなことがあったかをご紹介します。大切な価値に基づいた行動ということで、誕生死が予想された双胎児の帝王切開の事例です。一人が無脳児で誕生死が予想されました。術前に産婦と夫は「児の命は出産後、数分しか持たないかもしれない」と言われ、そこでいろいろ話し合った結果、夫は「手術には立ち会わない」と決めました。しかし手術当日、夫は「生きているうちに抱きたい。やっぱり立ち会いたい」と言ってきました。私たちはかなり慌てたのですが、患者・家族の立場に立ってという価値に照らし合わせ、夫に対応するスタッフを配置して手術室のレイアウトを変更しました。そして産婦と夫、児の3人の空間と時間を持てる状態をつくりました。手術チームが見守る中「いい時間が持てました」と産婦と夫の笑顔がありました。私も同席したのですが、その空間だけ違う時間と空気が流れているような雰囲気がありました。そしてこれをスタッフにフィードバックいたしますと、このスタッフは「今できることを精一杯できた」というような満足感を持っておりました。このスタッフは文章にするとか、分析するというのが大変苦手だったのですが、カンファレンスで実践したこと、看護師としての思いを語ってくれました。

そのほかに事例についてはたくさん事例があるのですが、患者・家族の立場に立ってということでは術前のインフォームドコンセント。不十分なときはその場で、「先生、患者さんは理解されておりませんから、申し訳ありませんが、もう一度説明をしてください」というふうにしてもらいます。手術承諾書とか家族が不在のときは手術の入室を待ちます。チーム力の発揮というところではハイリスク患者の手術に関しては、必要時手術前にカンファレンスを持ちます。手術材料のリコールというのも時にあるのですが、このときには術前に代替案を執刀医や看護師、麻酔医、業者等を合わせて話し合います。そしてチームで検討し

て、チームで合意をして手術に望むというような取り組みを行っております。何かが起こる前に予防的に対応することを心掛けています。しかし、いつもうまくいくわけではなく、「倫理の崩壊です」とスタッフが飛び込んでくるようなことも時々起こっております。

倫理に関するスタッフの発言を、これはプロジェクトの後でインタビュー調査を行って抽出したところ、「どうしたらいいんだろうと思っていたことが皆同じだったのだと思える」「こんなことがあったと話してもどうしていいか、分からなかった」「あ、こうしたらいいんだと目からうろこ」「今までは雑談で終わっていたことを表現している」「大きな問題になりそうなことも未然に防ぐことができている」「ここで食い止めることができるのかなと感じる」というふうに表現しております。これは同じ経験の共有と共感、倫理的解決策の共有、表現することでの安堵、予防策のひらめきなどではないかと考えます。左回りのサイクルの中からスタッフは学び、共有しているということが言えるのではないかと思います。

では、こういう実践の中から、どういう成果があるのかということを見てもみますと、大切な価値に基づく実践の成果としては、コミュニケーション不足によるミスの減少です。事前に確認し、チームで話し合っただけを進めていきます。術前のアセスメント不足の減少というのは、以前は手術の術前のアセスメントは、使う手術器械のことであつたり術式であるということが多かったのですが、患者さんの思いや家族の思い、背景などもアセスメントをするようになり、そのことが術中の看護師の判断を助けることもあります。看護スタッフの安心や満足感、事前に準備ができているということは看護スタッフにとっては大変安心することになります。そしてそれがいいケアにつながると満足できるということがあるのです。

また、価値を同じにしているので、「私だけの判断ではない。私だけが言っているのではない」ということで、もし医師に何かを言われたとしても、「看護チームが私の言っていることを支持してくれる」というような安心感にもつながっているそうです。つまりは、チームで共有する判断基準になりコミュニケーションツールになっていると言えると思います。ムーアが「倫理的価値観は、広く散らばった組織をまとめていく接着剤である」と言っておりますが、当手術室においても左回りの実践の中から出てきた大切な価値というのは、

それぞれの判断を助ける接着剤のようになっているのではないかと思います。臨床の間では複雑な事例が多くて、事前にチームで話し合っただけで決定し合意していく。そうすることで問題への移行を予防して、良い実践につながっていくことができるのではないかという実感を持っております。

ではこれらの実践において、看護管理者のリーダーシップについて考えてみました。先ほども少しお話をいたしました、時計回りのサイクルは、ビジョン、目標から組織的な取り組み、それを現場のリアルワークに落とし、ビジョン、目標にまた帰っていくというサイクルです。左回りのサイクルは、共有されたビジョンや目標からリーダーシップに求められるものは、ビジョンに誠実であることとメンバーを率先していくこととされています。そしてチーム学習を促進し、現場の行動リアルワークの中から組織的な取り組みを行っていくということです。

こういう活動の中で看護管理者に求められているのは、単に言葉で言うだけではなく、自らが大切な価値に基づいた判断をし、自らが行動するということだと思います。これがすごく重要ではないかと考えております。そしてこの中で特に大切ななと思ったのが、まずリーダーがスタッフの信頼を得ることで変化への必要性を受け入れやすくなるということが、一つはあると思います。

もう一つはスタッフが安心して学べる環境をつくっていくということが言われております。これはスタッフが安心して学べる環境をつくる上で役に立つのかなと思って出してきたものなのですが、シャインが2007年に心理的安心感をつくりだすための8つの段階というものを表しています。それを本プロジェクトの場面に当てはめ、説得力のある積極ビジョン、これは、患者にとって、スタッフにとって安全・安心な環境をつくらうということ部署会議で話し合いました。正式な訓練としてはカンファレンスでの学習を行いました。学習者の参加というのは、左回りのサイクルで参画と協力を促しました。関連する身内グループおよびチームの非公式訓練というところでは、リーダーとなってくれる認定看護師、倫理担当者の事前の学習と事前の打ち合わせを行いました。公式フィードバックというところでは、カンファレンスや実践でのフィードバック、これは管理者も実践でのポジティブフィードバックを心掛けて行いました。建設的な役割モデル、これは認定看護師の実

践や指導がこの役割を果たしてくれております。支援グループはプロジェクトメンバー、特に係長を中心に支援をしていくという活動を行っております。そして首尾一貫したシステムと組織構造では、当手術室における大切な価値が一貫した価値になっているのだと考えております。

次に認定看護師の活用です。認定看護師が活動できるようにどのように取り組んだかということをお話しさせていただきます。認定看護師の立場の明確化ということで、職務記述書や業務基準を作成し共有しました。認定看護師の活動の共有のためには、月1回の部署会議で活動を報告し、いろいろな意見をもらう場としました。認定看護師の活動支援としては活動の場、特にこれはカンファレンスの推進をお願いしました。プロジェクト開始前は年に2、3回しか実施できてなくて大変な問題と考えていたカンファレンスなのですが、認定看護師が企画し推進するようになって、大体月に50～60%の開催率にすることができました。

そして時間の確保、看護管理者との定例会で進捗状況やサポートしてほしいことなどを話し合いました。そしてポートフォリオを活用した目標管理を行いました。ポートフォリオを活用したのは活動を見える形にするということと、実践から得たものをその場限りにしないで少しずつ積み上げていくことを目指したためです。そしてコンサルテーションの実施、認定看護師を活用する体験を支援する。これはできるだけハイリスクの患者さんの手術に認定看護師と科の担当のスタッフを配置し、そこで科の担当のスタッフが認定看護師を活用できる、活用してよかったと思える場をつくることを心掛けました。

これはインタビュー調査から認定看護師の役割について、認定看護師と看護スタッフそれぞれが表現したものです。認定看護師は専門的知識を持つリソースとして、知識情報の提供をすること。スタッフと一緒にケアを行うこと。相談機能では実践者が選択できるように相談に答えたいということ。他部署、他部門と連携して周術期のケアの質を上げる。横断的チームづくりなどを挙げております。看護スタッフは知識情報の提供、指導、一緒にケアを行うことで気づきを促進させてくれる。相談では何かあれば相談するというのももちろんなのですが、承認を得る。分かっているけど認定看護師に言われると安心するというようなことがありました。承認を得るとか、安心するための相談ということも大きなウエートを占めているの

だなどと思いました。役割モデル、倫理的配慮、横断的な活動、外部との連携、こういうことを挙げておりました。これらから認定看護師と看護スタッフそれぞれが、当手術室における認定看護師の役割を共有していると言えるのではないかと考えました。

その認定看護師の成長プロセスです。これは先ほどご紹介いたしましたポートフォリオです。この上のところがプロジェクト開始前の認定看護師の発言です。「活動の意味があったのだろうか」「やりたいことはたくさんあるが受け入れられていない雰囲気を感じていた」「思いつきでやっていたところがある」「いつものように計画倒れになる」「認めてもらうようがんばりすぎて空回り」というようなことを言っておりました。そしてプロジェクト開始後です。「考えを認めてもらった」「学んできたことが生かせる」「することが明確になった」「つくったものが実践で生かされているとき、達成感を感じる」「一つ一つ達成する手応えがある」「形になると周りにも伝わる」と言っておられます。これはグレッグが言っています、アメリカのCNSの職業的アイデンティティの発達過程のプロセス、コミットメント、影響を及ぼす、認められることと非常に似ている部分があると思いました。

そしてこの認定看護師の成長を支える管理者の役割があると思います。一番下書いてあるのが管理者の支援です。思いの共有、立場の明確化、環境を整える、場をつくる、チームづくり、活動の可視化、承認、フィードバック、経験の意味付け、特に当手術室においては彼女たちが活動を認められてもらう。どのようにすればよいのか。自分たちの役割が分かるだとか、活動方法が分かる。そういうところができるまでは管理者の支援がかなり重要であるということを感じました。ただ、そういう自分たちの役割だとか活動の方法が分かった後は、認定看護師はどんどん次のステップにひとりでの成長していくということも実感として分かりました。

これは最初の方に説明いたしました、手術看護認定看護師に期待される5つの能力に対して認定看護師それぞれが自己評価を行ったものです。青い部分がプロジェクト開始前の自己評価です。紫のところが開始後です。二人とも能力の拡大を認識しています。看護師Aは「少しずつ他のスタッフのリソースになっているかなと感じる場面が増えてきた」と言っておられますし、看護師Bは「プ

ロジェクトチームにかかわり、他部署との連携を学ぶことができた」と言っておられます。認定看護師たちはチームの中で活動を通して成長をしているのだなと感じました。

次に、手術看護における質保証の仕組みです。当初P D C Aサイクルを考えたのですが、プロジェクトを進めていく中で、P D C Aサイクルとともに予防倫理というのがその中心にあり、ここには認定看護師が促進する学習があって、いわゆるダブルループのP D C Aになりました。青いところが管理者の役割で、Plan では質保証のための体制づくり、環境を整えること、予防倫理では重要な価値の明確化をしていくことが抽出されました。紫のところが認定看護師の役割です。専門領域の活動、知識の共有、学習の促進。Do のところではダブルループのP D C Aサイクルが回り、Check ではリソースナースとしての存在、外部知との比較、Action では外部知の活用などが挙げられると思います。これらからも認定看護師の役割というのは、学習の促進というところが大きな役割なのかなと考えています。

先ほどお伝えしましたが、紫のところはインタビューから抽出された役割です。質保証活動における役割として当初計画したものから、この紫のところは修正されたものです。P D C Aのそれぞれのサイクルにおいて、看護管理者、認定看護師、看護スタッフ、それぞれの役割があるということが抽出されました。

それでは、質保証活動の成果についてご紹介したいと思います。まず質保証活動の成果を安全性と効率と看護スタッフの満足感から見てみました。薄いブルーのところは2007年で、プロジェクト前です。濃いブルーのところはプロジェクト実施期間中の2008年です。件数と月別の比較を行っています。インシデント件数は減少し、インシデントレベルの分類、当院ではレベルを0～5の6段階で見えておりますが、レベル0とレベル1と言うのは患者さんへの実害がないレベルを表しております。このようにレベル0と1の割合が合わせて約10%増加しております。これは事前の対応がスムーズな手術につながって、インシデントを減少できたこと、そして認定看護師が促進するカンファレンスで学習し、知識を共有し、判断基準を共有することで、安全な手術につながっているのではないかと考えております。コミュニケーションを促進することで安全性が向上しているのではないかと考えております。



次は効率です。これも同じように薄いブルーのところは2007年です。濃いブルーのところは2008年です。棒グラフが手術件数です。手術件数に関しては2007年、2008年とも有意差はありません。折れ線グラフのところは時間外勤務時間です。月の平均なのですが、薄いブルーが2007年、濃いブルーが2008年です。これは明らかに減少しております。月平均8.6時間の減少で、これはt検定で有意差が見られております。時間外勤務手当に換算したところ、7カ月で看護師のみですが、約300万円の減少をしたということが分かりました。これは医師を始めMEさんや放射線技師さん、手術にかかわるすべてのスタッフ、また手術室の運営が影響を及ぼす各関連病棟への影響を考えると、大きな影響があると言えると思います。それはさらに何よりも限られた人的な資源、医師や看護師の疲労を少なくすることにつながるのではないかと考えております。

なぜ効率化が図れたかということなのですが、手術件数は有意差がないという状況で、看護スタッフは係長が3名から2名になり、1名になったり、正規の看護職員が2名減少になったり、ただし看護師の総数は1名増えたなど、いろいろな難しい状況もあるのですが、合わせて見るとあまり大きな変化はなかったのではないかと思います。そういう人的資源の配置の中でも減らすことができたと考えられると思います。

これは手術スケジュールの見直しをしたことや器械の問題など、いろいろな取り組みももちろんあるのですが、事前の準備をすることでスムーズな手術につながって、術中のトラブルを予防することができるのです。以前は手術中にトラブルが起こると手術がストップしてしまうということもありましたが、そういうことが現在はゼロではありませんが、あまり起こっておりません。そういうことにつながりますし、トラブルが発生したときにそのための対応の時間があると思うのですが、それが削減された。そういうことが合わさった成果ではないかと考えております。

そういう状況の中で、手術室のスタッフは看護の質をどのように思っているのかということ調べてみました。これはインタビュー調査から出たことです。対象は15名で行いましたが、すべて昨年度との比較において看護の質は上がっていると言っております。ただし、すべてが良くなったわけではなく、問題もまだまだあるというふうにも言っております。

それらを抽出して大まかに分けてみますと、「看護ケアの質に関する意識の向上」「看護の気持ちが高まってきた」「他の施設の質も意識するようになった」というようなことも言っております。「安全と効率のバランスが取れてきた」「効率より安全を優先する」「個別性を重視するようになった」「患者の立場で考える」「アセスメントなどができるようになってきた」という話もありました。そして「安心できる環境づくり」「患者のためにいい環境をつくろうとしている」。まだできていないわけではありませんが、つくろうとしていると言っております。「コミュニケーションが促進できた」「相談できる人がいる」「相談できる人的環境」「コミュニケーションを取る場がある」。これは主にカンファレンスの影響があると思うのですが、そういうことを言っております。「学習を促進している」「知識が共有されている」ということを挙げておりました。

そこまではいいことなのですが、人的資源の課題としては、手術看護の経験不足。若い人が多いけれども、経験がなさすぎると嘆いている人もおりました。物的環境の課題、器械の不足やハード面の問題なども挙げております。これらもまとめてみますと、看護スタッフがとらえている看護の質評価としては、先ほどと重なりますが、看護の気持ちが高まってきた、安全と効率のバランスが取れてきた。知識が共有されているということなどが挙がると思います。

看護スタッフの予定外の休暇取得というところなのですが、当手術室では予定外の休暇というのがかなり多く見られていました。熱発や体調が悪いというので、これは非常に困った事象だったのです。私が異動になったときには平均月4.07日の予定外の休暇取得がありました。これが2008年では月1.93日で、まだ残ってはいますが、5%の有意差がある程度には減少してきております。

そして医師からの評価としては、「問題意識を共有している」「麻酔科医とのコミュニケーションが進み、改善してきた」というような意見もいただきました。それとここには書いていないのですが、看護スタッフ同士が「あの人と組むのは嫌だ」ということも当院の手術室では見られておりましたが、プロジェクト開始後そういう意見は聞かれなくなりました。

これらをまとめてみますと、予防倫理を中心に手術看護の質、まず価値に基づいた実践を行うこと、価値基準を共有すること。判断基準というの

は多角的な知識や倫理、そのときの制約というところに影響を受けると思いますが、価値に基づいた実践をすることで良い臨床判断を導き、適切な準備をすることができるかと思えます。そうすることでスムーズな手術につながり、看護スタッフの安心につながります。そして安全性が向上します。安全性が向上することで、人・物・時間が有効活用でき、効率的な手術室運営につながります。そして効率的な手術室運営は人や物・時間の有効活用にもつながり、看護スタッフの安心と余裕を生み出します。そして看護スタッフの安心と余裕は、また安全性の向上というところにつながっていくと考えられます。そしてこの手術看護の質と効率、ここに相乗効果が生まれていると考えられると思えます。そしてそれが効率化や質の保証につながり、質の高い手術看護を提供し、患者・家族、職員の Happiness へ貢献するという、当手術室の目指すものへ貢献することができるのではないかと考えております。そうすることで限られた人的資源を有効に活用することができて、当手術室の役割を果たすことにつながっていくのではないかと考えております。

プロジェクトを実施しての結論ですが、まず質保証のPDCAサイクルですが、当初はこのPDCAサイクルをイメージし、それぞれの役割を話し合い、それを決めて取り組みました。しかし、予防倫理を中心としたPDCAサイクルで、看護スタッフ、認定看護師、看護管理者のそれぞれの役割を文章化し、認定看護師が促進する学習、ダブルループのPDCAサイクルを構築することができたと考えております。質保証に関する看護スタッフの意識の強化、満足感の向上やインシデント報告件数の減少、時間外勤務時間の減少などにつながりました。看護管理者の役割としては、重要な価値の明確化、安心して学べる環境づくりなどが挙げられると思えます。そして認定看護師の役割としては、学習の促進ということかなと思えます。

今後の取り組みとしては、質保証活動の継続や重要な価値観の浸透ということが挙げられると思えます。看護チーム、手術チームのメンバーは常に変化し、異動がありますので、常に同じレベルということはなく変わり続けます。その中で継続的な活動を行っていくことや新しいメンバーに重要な価値について話をしていくということがすごく重要かと思えます。そして質保証の取り組みを看護チームから手術チーム全体へ拡大していくこ

と、質保証から質改善への取り組みの推進ということも挙げられると思えます。今回はまず質保証というところに取り組んだのですが、質保証をしながら、PDCAサイクルを回しながら、質改善への取り組みをしていくことが重要なのではないかなと考えております。

では、まともに移りたいと思えます。まずはプロジェクトの取り組みの成果です。プロジェクトの取り組みの成果としては、先ほどお伝えしましたように「安全性が向上した」「効率が上がった」ということ、そして、スタッフの満足感も少し上がってきたのではないかなと思うのですが、それとともに看護スタッフの成長が挙げられると思えます。看護スタッフは日々の実践の中で大切な価値に照らし合わせて自分で考えて行動して、チームの中で話し合い確認し合っています。当初は「こんなことが起こりました」「あんなことが起こりました」というふうに私のところに報告をしてくれておりましたが、現在では「こういうことが起こったのでこのようにしました。これでいいですよ」という確認のための報告というような状況も起こってきております。

また、質の良いケアを提供することは、当然多くの患者さんや家族に貢献することになると思えますが、それとともにスタッフの満足感を高め、看護スタッフの成長を助けることができるのではないかなと思えます。予防倫理に基づく実践を推進していくことは、私は看護スタッフを生き生きとさせることにつながっている、必ずしもそうとは言えない時もあるのですが、つながっているなど実感をしております。

少しここで看護スタッフのインタビューでの発言をご紹介します。スタッフが手術看護の実践の中で「いいケアができた」と実感した場面について語った内容です。インタビューのときに「あなたがいいケアをできたと思ったことを教えてください」と聞きました。たくさんあるのですが、幾つかご紹介しますと、「緊張している患者さん、アウェイクの患者さんに一言掛けるとき。手術中はいろいろな音がするのですが、音がしているときなどは患者さんにとっては『何をしているのだろう』というふういきっと不安になるだろうと思うのです。そこで『こういうことをしているんですよ』と説明すると、『ああ、そういうことですか』と患者さんが納得してくれる。そして患者さんの表情が和らぐ。そのときに、いいケアができたと思った」というお話がありました。

それから、「術前訪問に行って患者さんの体格を見て、この体位を取るのは非常に難しいのではないかと思ったので、術前に執刀医や麻酔医、認定看護師を巻き込んでディスカッションをして、どうすれば必要な体位が確保でき、患者さんにとっても二次障害を起こさない体位が取れるだろうということを考え、手術が安全に無事に終わったときに、いいケアができたと思うのです」と言っておりました。

もう一つは、「術前訪問で患者さんの話を聞いて、どれだけ手術に生かせるかということが大事だと思っている。手術室看護師は患者さんの『ありがとう』がもらえない日陰の仕事だなと思うことがあります。患者さんを家族とってケアしています。患者さんの意識がない間に手術をしているときは、何が起きているか、患者さんは全く知りません。そのときに患者さんを護ってあげられる存在として看護師としてかかわる誇りを感じる」というような話もしておりました。

ほかにもいろいろな場面があるのですが、看護スタッフはそれぞれの思いを持って考えて行動しているのだなと感じました。これもプロジェクトの取り組みの成果の一つと言えるかなと思っております。

次に、当手術室の2009年度の取り組みです。まだまだ「倫理の崩壊です」と言われることも多々あるのですが、当手術室では大切な価値の浸透とともに、今年度は良い実践の分析をしたいと取り組みを始めました。これはどこの部署においてもそうだと思うのですが、いろいろな場面で看護師の判断が問われるときがあると思います。そのときに良い実践につながった場合とつながらなかった場合、つまり後でジレンマを感じたり、どうしてそうしてしまったんだろうと思うことがあると思うのですが、そこにはどのような違いがあるのでしょうか。そのようなことを今年度の一つのテーマとしています。まだ始めたばかりで具体的なところは分からないのですが、「良い実践ができたな」とカンファレンスで共有した事例などに関しては、その担当者に直接インタビューをして、その違い「なぜそういうことができたのか」ということを明らかにしていこうという取り組みを始めたところです。

もう一つは「手術室から発信しよう予防倫理」という試みをしております。先ほども少しご紹介しましたが、例えば病棟から「ご家族が来られていませんが、もうすぐ来られるそうです」と

か「医師の説明が不足しているのですが」といながら、心配しながら手術室に搬入されるということも時にありました。手術室では「ご家族が来られるまで待ちます」とか「医師の説明を十分にしてから、患者さんに納得して来てもらってください」とフィードバックをするのですが、どうしても病棟と手術室、それと執刀医等のコミュニケーションがなかなかうまく取れていないというようなこともあります。そこで、手術室ではその都度そういうフィードバックを繰り返しました。最近では「ご家族がまだなので、少し待ってください」とか「説明が足りないので説明をしてから手術室に行きます」というような連絡が病棟からも入るようになってきています。少しずつですが病棟と手術室の看護師間で価値が共有できつつあるのかなというように思うこともあります。

しかし、不十分な事例も多くて、「倫理の崩壊です」とか、私の発言が不適切なときは「今の発言は師長としてどうでしょうか」としかられたりというような状況も起こっております。そういう取り組みをしながら、2009年度の予防倫理に基づいた活動に取り組んでおります。

最後に私が今回のプロジェクトを通して感じたことを少しお伝えできればと思います。倫理という何か難しいという印象を私もずっと持っておりましたが、「なぜこうなっているのか」「これでいいのだろうか」と思ったことを率直に話し合うことが大事なのだろうと思います。そのためにはオープンなチームでオープンな組織である必要があると思いますが、どうしたらオープンであるのかということもまた難しい課題かなと思います。常に何でも話し合える、表現できるということを意識して、学習し続けることが必要なのではないかと思います。看護管理者としては先ほども出ましたが、左回りのリーダーシップを発揮して、大切な価値に誠実であることが求められるのだろうと思っております。

当初、私自身は予防倫理という言葉も知りませんし、意味も分からなかったのですが、千葉大学の手島先生に教えていただいて、それをプロジェクトの中で活用して、倫理は現場を元気にするというふうに今は確信を持っています。

ちなみに、当手術室ではこのプロジェクトを開始して約1年半たちますが、退職した看護師は結婚退職した認定看護師1名のみで、それ以外の人の退職は今のところありません。ただ、産休に入った人たちは何人かおります。また、7名の看護

師が結婚しました。結婚との関係は分からないのですが、ちょっと産休に備えてびくびくしているようなところでもあります。

このようなつたない現場の一事例でしたけれど

も、当手術室の取り組みを少しでもお伝えできて、皆さまからご意見をいただくことができれば、大変ありがたいと思っております。最後までご清聴いただき、ありがとうございました（拍手）。