

短 報

質指標を活用した目標管理への取り組み

—NDNQI®の結果を用いた看護管理者研修—

高井今日子¹⁾ 柳橋 礼子¹⁾ 吉川久美子¹⁾ 田村富美子¹⁾
黒木ひろみ¹⁾ 五十嵐由衣¹⁾ 加藤 恵子¹⁾ 中村めぐみ²⁾
坂本 史衣³⁾ 嶽肩美和子³⁾ 浅野 恵子³⁾ 門田美和子³⁾

The Approaches to Management by Objectives Utilizing the Quality Indicators —Nurse Manager Training Using the NDNQI® Results—

Kyoko TAKAI, MS, RN¹⁾ Reiko YANAGIBASHI, MS, RN¹⁾ Kumiko YOSHIKAWA, RN¹⁾
Fumiko TAMURA, MS, RN¹⁾ Hiromi KUROKI, RN¹⁾ Yoshie IGARASHI, RN¹⁾ Keiko KATO, RN¹⁾
Megumi NAKAMURA, MS, RN²⁾ Fumie SAKAMOTO, BSN, MPH, CIC³⁾
Miwako TAKEGATA, RN³⁾ Keiko ASANO, RN³⁾ Miwako KADOTA³⁾

[Abstract]

St. Luke's International Hospital Department of Nursing designs department and unit-level objectives as well as action plans to achieve the annual priority objectives. To practice one of the priority objectives, "the initiative for the quality improvement in medical care," we have participated in NDNQI®, the U.S. national database to measure nursing care quality indicators, since April, 2015. We aim to outperform the benchmarks for the following 5 indicators : 1. falls with injury, 2. hospital-acquired pressure ulcers, 3. catheter-associated urinary tract infections, 4. central line-associated bloodstream infections, and 5. ventilator-associated events. To motivate the quality improvement activities based on these results, workshops for nurse managers and assistant nurse managers were held in February and July, 2016. At each workshop, the managers learned about NDNQI® and shared the knowledge and information with the leaders for each indicator on how to implement the improvement activities utilizing the quality indicators. The group work was also held to discuss in detail the quality improvement initiatives for each unit. This article is to report how the front-line managers were able to learn more practical actions for the objective achievement and planning through the trainings which provided the opportunity to work on QI benchmarking within the organization.

[Key words] NDNQI®, Quality Improvement, Management by Objectives, Benchmarking

[要 旨]

聖路加国際病院・看護部では毎年決められる重点目標達成のために部門そして部署レベルでの目標・アクションプランを立案する。重点目標「医療の質の改善への取り組み」を実践するため、2015年4月より米国の看護ケアの質指標を評価するNDNQI®に参加、①受傷に至った転倒率、②院内・部署内発生褥瘡発生率、③カテーテル関連尿路感染症率、④中心ライン関連血流感染率、⑤人工呼吸器関連肺炎率、の5つの項目に関して他施設との比較を行い、それを上回ることを目標としている。その結果を参考に質改善

1) 聖路加国際病院看護部・St. Luke's International Hospital, Department of Nursing
2) 聖路加国際大学教育センター・St. Luke's International University Education Center
3) 聖路加国際病院 QI センター・St. Luke's International Hospital, Quality Improvement Center

のため活動を活性化するため看護管理者（NM, ANM）研修会を2016年2月、7月に開催した。NDNQI[®]に関する知識を深め、QI指標を活用した改善を実施するための知識や情報を各指標管理担当者と共有、確認、さらにグループワークを行い、各部署の具体的な質改善の取り組みを検討した。今回、研修を通し組織内でQI指標のベンチマーキングの機会を持ったことで、現場の管理者が目標達成・計画立案のためのより実践的な活動を学ぶことができたので報告する。

【キーワード】 NDNQI[®], 質改善, 目標管理, ベンチマーキング

I. はじめに

目標管理は組織、部門、部署、個人の目標を統合することにより組織が目指す目的を戦略的に実現させ、さらにそのための行動を誘発することで組織を活性化させることを可能とする。聖路加国際病院では運営の基本方針に基づき、毎年重点目標を設定、各部門の目標・活動を計画立案する。看護部ではそれぞれの目標に対しナースマネジャー（以下NM）との合意のもと組織目標実現のための看護部門の目標を決定、NMはそれを反映した部署目標とアクションプランを自部署で決定し、目標管理を行う。基本方針「医療の質を高めるため、『根拠に基づいた医療』を実践する」に対し病院は重点目標として「医療の質改善への取り組み」を掲げており、看護部では、2015年度よりMagnet認証のための活動を機に参加した、National Database for Nursing Quality Indicators[®]（以下NDNQI：全米看護質指標データベース）の結果を活用した看護ケアの質改善のための目標管理に取り組んできた。

当院では、医療の質の評価のひとつとして標準医療が行われる割合をQuality Indicator（QI指標）としその改善活動に取り組んでいるが、QI指標の選定や算出、さらにはその改善のための活動そのものを看護管理者が部門として検討する機会は今までほとんどなかった。そのため、目標やアクションプランは部署独自で立案され、適切な質改善が実施されているか評価が難しかった。また、アウトカム指標の具体的設定は「患者にとっての有害事象発生ゼロ」や「発生率を前年度より軽減させる」など各部署が自由に設定していたため、同じ有害事象にもかかわらず他部署の改善活動の情報を看護管理者が活用する機会も少なかった。

今回、管理者研修を通してNDNQIの結果を共有し、看護管理者がQI指標を活用した質改善のための目標達成・計画立案のための実践的な活動を学ぶことができたので報告する。

II .NDNQI への参加と結果

1. NDNQI とは

NDNQIの設立の背景となったのは、1990年代に起こった管理型医療システムの拡大や病院の経費削減を原因とする深刻な看護師不足である¹⁾。米国看護師協会（American Nurses Association, 以下ANA）は、看護人員配置が患者ケアの質と安全にどう影響するのか定量化することが必要と考えた。1994年より開始された数々の予備調査を経て、看護ケアの構造、過程、アウトカムを反映する看護の質指標が特定され、1998年にANAによってNDNQIが設立された。2001年からはANAの資金援助のもとカンザス大学看護学部がデータベースを引き継いだ²⁾。その後2004年6月より民間の医療コンサルタント会社Press Ganey³⁾に移行、データ管理が行われ現在に至っている。設立当初は約30施設であった登録病院数は、2016年現在では全米で2,000施設以上となり、海外の病院も46施設登録している。また、Magnet認定病院の98%がNDNQIに参加している。

NDNQIに登録した各病院は、窓口役としてサイト・コーディネーター（施設担当者）1名を決定する。コーディネーターは、NDNQI担当者とメール連絡を通して部署登録などの初期業務を行った後、四半期ごとに各看護の質指標データのオンライン入力などの管理を行う。

NDNQIが提供する看護の質指標は下記の18項目である。結果はNDNQI専用サイトで発表され、病院単位や部署グループ単位で全参加病院の平均値と比較することが可能である。登録はその部署の入院患者や提供するサービスの特徴により選別されており、他の病院の同じ特徴をもったタイプの病院・部署のデータと結果を比較することとなる。当院の各部署が所属するタイプは表1に示す。

《看護の質指標》①カテーテル関連尿路感染症率、②中心ライン関連血流感染症率、③転倒・受傷に至った転倒率、④院内・部署内発生褥瘡発生率、⑤母乳コンサルテーション率、⑥看護時間／患者日数、⑦看護時間／患者外来数、⑧看護時間（分）／手術件数、⑨看護スタッフスキルミックス、⑩離職率、⑪疼痛アセスメント・介入・再アセスメント完成率、⑫末梢静脈注射血管外漏出率、⑬抑制使

表1 NDNQI®における各部署のタイプ

NDNQI 部署タイプ	聖路加国際病院の該当病棟
成人内科	7W・8W・10E
成人外科	4E・5E・6W・7E
成人内科・外科混合	4W・5W・8E・9EW
成人クリティカルケア	ICU・ICCU
成人ステップダウン	IMCU
成人高度急性期	CCM
成人中等度急性期	HCU
新生児クリティカル	NICU
新生児中等度急性期	GCU
救急部	救命救急センター (ER)
小児内科外科混合	6E
産科	3EW
	産科クリニック
緩和ケア	10W
がんケア	外来I
放射線画像下治療	放射線科
処置関連部門	腎センター
その他	外来Ⅱ・Ⅲ・小児医療センター メディロカス・予防医療センター

用率, ⑭身体的・性的暴行・受傷率, ⑮看護教育・認定, ⑯看護師職務満足度, ⑰人工呼吸器関連事象率, ⑱人工呼吸器関連肺炎率

2. 当院看護部で活用している看護の質指標

Magnet 認証に必要な5つの項目に関するデータを2015年第2四半期(4~6月)よりNDNQIに登録開始, 項目にかかわるデータはそれぞれ多岐にわたるが, 簡単な使用の定義および院内の指標担当者は以下のとおりである。

1) 受傷に至った転倒転落 (Falls with Injury)

担当者: セーフティーマネジャー

入院・外来ともに報告期間中の患者数1,000人当たりの総転倒数に対する傷害を伴う転倒発生数

2) II度以上褥瘡の院内発生率 (Pressure Ulcers % HAPU 2+)

担当者: 皮膚・排泄ケア認定看護師

四半期ごとの調査日(定点)に指標担当者が当該部署を回診, 定点での入院患者総数に対する院内発生 of 深達度ステージII度以上褥瘡保有患者数

3) 中心静脈カテーテル関連血流感染 (Central-line associated Bloodstream Infection ; CLABSI= クラブシー)

担当者: QIセンター感染管理担当者

中心静脈カテーテル装着延日数1,000日に対し, 入院3日目以降(入院日を初日とする)に中心ラインの挿入および留置に関連して発生した血流感染患者数

4) 膀胱留置カテーテル関連尿路感染 (Catheter-associated Urinary Tract Infection ; CAUTI= カウティ)

担当者: QIセンター感染管理担当者

膀胱留置カテーテル装着延日数1,000日に対し, 入院3日目以降(同上)に膀胱留置カテーテルの挿入および留置に関連して発生した尿路感染

5) 呼吸器関連事象 (Ventilator-associated Event ; VAE= ブイエイー)

担当者: QIセンター感染管理係および急性・重症患者看護専門看護師

挿管および呼吸器装着延日数1,000日に対して挿管と人工呼吸器管理を3日以上実施している患者に発生する以下の3つの事象を合わせてVAEという。

① VAC: Ventilator Association Condition

人工呼吸器管理が安定した「基準時期」のあと2日以上にわたり, (1) PEEPを3 cmH₂O以上増加, (2) FIO₂の設定を $\geq 20\%$ 以上増加したもの

② IVAC: Infection-related Ventilator Associated Complication

VAEのうち感染所見を認める症例

③ PVAP: Probable Ventilator Associated Pneumonia

IVACのうち培養検査で起因菌の検出を認めたもの

3. データ比較した結果

各項目に関してそれぞれの担当者は四半期ごと決められた日時までにデータをインターネットでサイトに入力し, 後日各領域のタイプ別に結果の数値が発表される⁴⁾。当院ではMagnet 認証の比較方法に準じ, データが平均値に達していれば○, いなければ×で示し, 部署へフィードバックする。初回提出より2016年第1四半期(1月~3月)までの結果を表2-4に示す。

Ⅲ. 看護管理者研修の実施

結果は四半期ごとに報告しているが, 部署の看護管理者はその結果を見て一喜一憂するものの, 実際その結果を自部署でどのように活用するのか明確にはできていなかった。そこで, NDNQIを理解した上ですべての看護管理者が情報を共有し, リーダーとしての役割を確認し, 自部署での質改善活動を実践することを目的に研修を企画・開催することとした。

1. 第1回 2016年2月5日 13:00~17:00

①テーマ: 部署の「質改善」活動にデータを活用しよう!

②参加者: NM42名, アシスタントナースマネジャー(以下ANM)38名, 計80名

③プログラム:

表2 受傷に至った転倒転落（入院）・Ⅱ度以上褥瘡の院内発生・中心静脈カテーテル関連血流感染・膀胱留置カテーテル関連尿路感染の結果

部署名	受傷に至った転倒転落 入院					Ⅱ度以上の褥瘡					中心静脈カテーテル関連血流感染				膀胱留置カテーテル関連尿路感染			
	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2
10階東病棟 (10E)	○	○	×	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×	×	○	×	○
3階東・西病棟 (3EW)	対象外	対象外	対象外	○	○	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	ND	対象外	対象外	対象外	○
4階東病棟 (4E)	○	×	○	○	○	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	×
4階西病棟 (4W)	○	○	×	○	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○
5階東病棟 (5E)	○	○	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○	○	○	×	×	×	×
5階西病棟 (5W)	×	○	○	○	○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	×	○
6階東病棟 (6E)	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6階西病棟 (6W)	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	ND	○	○	○	×
7階東病棟 (7E)	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○
7階西病棟 (7W)	×	×	×	○	○	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×
8階東病棟 (8E)	×	○	○	○	×	×	×	○	○	×	×	○	○	○	○	×	○	○
8階西病棟 (8W)	○	○	○	○	○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×
9階東西病棟 (9EW)	○	○	○	×	○	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CCM	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
GCU	○	○	○	○	○	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	ND	対象外	対象外	対象外	対象外
HCU	×	○	○	○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
ICCU	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
ICU	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○	○	○	×	○	○	×	×
IMCU	○	○	○	×	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○	○	○	ND	○
NICU	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	対象外	対象外	対象外	対象外
産科クリニック	対象外	対象外	対象外	○	○	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	対象外	ND	対象外	対象外	対象外	ND

* 1 対象外=NDNQI®の登録領域対象外
 * 2 中心静脈・膀胱留置カテーテル感染は2015年第3四半期よりデータ登録対象となる
 * 3 産科関連領域は転倒転落2016年第1四半期、感染関連は第2四半期よりデータ登録対象となる
 * 4 ND=No Date 発生なし

表3 受傷を伴う転倒（外来）の結果

部署名	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2
小児医療センター	○	○	○	○	○
ハートセンター (循内・心外)	○	○	○	○	○
救命救急センター (ER)	×	○	○	○	○
腎センター	○	○	○	○	×
外来Ⅰ	×	○	○	○	×
外来Ⅱ	×	○	○	○	×
外来Ⅲ	○	○	○	○	○
放射線科	○	○	○	○	×
聖路加メディロカス	対象外	対象外	対象外	対象外	×
附属クリニック・予防医療センター	○	○	○	○	○

●NDNQIの各指標について各担当者からその内容と今までの結果、および今後の課題とそれに関して計画している活動の報告

●各管理者が希望する項目（転倒、褥瘡、感染）ごとのグループディスカッション、および今後の課題や活動の検討

グループメンバーはあらかじめディスカッションしたい指標の希望を確認し決定、NMとANMは別々のグルー

表4 呼吸器関連事象 VAP の結果

	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2
CCM	○	×	○	○	○
HCU	○	○	×	○	×
ICCU	○	○	×	×	×
ICU	○	○	×	×	○
IMCU	○	○	○	○	○

プに参加し、多くの情報が収集できるよう準備した。

④結果：

各グループにはQI指標担当者も参加し、他部署の情報を各管理者から収集、指標担当者からアドバイスを得て、具体的な部署活動が導き出された。また、各指標担当者が看護部検討会を通してスタッフとどのようなディスカッションをしているかなどが確認され、以下のような具体的活動が共有された。

- 転倒転落：各部署でのカンファレンスの工夫ハード面の整備、転倒予防の掲示物の工夫、外来における転倒に関するスタッフ教育の必要性
- 褥瘡：リスクアセスメントを適切に行うことの強化、保湿ケアの充実、手術中の好発部位の病棟での周知徹底、体圧分散シートの記録の実施
- 感染：手指消毒実施率の向上のための工夫

2. 第2回 2016年7月29日 13:00~15:00

①テーマ：部署の「質改善」PDCAを考える！

②参加者：NM40名, ANM43名 計83名

③プログラムの内容：

- Magnet 認証に関する質改善に関する考えの確認
- Magnet 認証を視野に入れた部署活動の報告質指標の改善活動としては、感染予防の観点から手術室 ANM より手指消毒実施率の向上を実現した改善への取り組みが報告された。
- 指標担当者からの現状報告
- 各部署の NM と ANM が自部署の本年度の課題・目標・具体的な活動を検討、報告。

④ 結果：

手術室の報告を受け、他部署でも同じような工夫をしたいという意見が聞かれた。NM と ANM は今年度の部署目標について整理すべき情報を確認、「現状、何が問題か」「現状がどう変われば改善したといえるのか=達成目標」「目標達成のためにどのような方法があるか」をディスカッションし、自部署の強化すべき指標に対して現場のスタッフとともに翌日から実施できる具体的な活動を決定することができた。

IV. まとめ

ベンチマーキングとは、優れた業績を上げている他社の経営方法を分析し、ベストプラクティスを学び、探求、成功要因を導き出すことによって他社の業績プロセスやビジネスノウハウを自社へ適応するための計画・実行・評価のプロセス⁵⁾をいう。NDNQI で比較した海外の病院のプラクティスを直接分析することや、国内で同じような指標でのベンチマーキングは困難である。しかし、単に数値を比較するだけでなく、そのベストプラクティスの情報を収集することが可能な自組織内の他部署間とのベンチマーキングをしたことで、今まで看護管理者が困難と感じていた自部署に必要なより具体的な活動を明確にすることができた。また、それぞれの QI 指標担当者、つまりベストプラクティスを知る専門性の高い看護

師とともに現状を分析し計画立案したことにより、新たな活動を立案できた。今回の取り組みで、自部署においてより具体的な目標や活動を実践していく目標管理を行う準備が可能となった。

また、日々の業務やスタッフとのミーティングの場ではなく、NM と ANM が質改善の視点で自部署の目標管理について検討したことで、自部署の弱点や活用できる情報をお互いが意識し、共有することができたと考える。今後、活動の評価に関しても他部署の管理者と共有できる方法を実践していく必要となるであろう。

引用文献

- 1) Ponte, Patricia R. The American Health Care System at a Crossroads : An Overview of the American Organization of Nurse Executives Monograph. The Online Journal of Issues in Nursing. 2004 ; (9)2. May'04. [cited 2016-10-01].
http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANA_Marketplace/ANAPeriodicals/JIN/TableofContents/Volune92004/No2May/NurseExecutivesMonograph.aspx.
- 2) Montalvo, Isis. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). The Online Journal of Issues in Nursing. 2007 ; (12)3. Sept'07. [cited 2016-10-01].
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>.
- 3) Press Ganey. General Overview : Introduction to Guidelines for Data Collection and Submission on Indicators ; 2016.
- 4) Press Ganey Nursing Quality (NDNQI). [cited 2016-10-05].
<http://www.pressganey.com/solutions/clinical-quality/nursing-quality>.
- 5) 日本看護管理学会学術活動推進委員会編. 看護管理用語集. 日本看護管理学会 ; 2013. p.52.