

(第2版)を完成させ、その信頼性と妥当性の検証も行われた。

この質問紙の特徴は、患者と看護職の双方から評価できること、幅広い看護状況に適応できる普遍的な質問紙であること、ケア過程を評価する質問紙であること、自己記入式の尺度であること、などである。その一方で、自己記入式であるために不適切なケアの質の評価には使えないこと、質問項目が30以上あり日常的に使うには患者の負担が大きいこと、ケア過程を評価するものであるが広範囲な対象への適応を意図したためにケア結果との関連性を明らかにすることが困難なこと、などが弱点として指摘されている<sup>(25)(26)</sup>。

厚生省看護対策総合研究事業では平成5年度から5年間に渡り看護ケアの質の評価基準に関する研究を行ってきた<sup>(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)</sup>。研究の経緯で、患者にとってよいアウトカム(成果)をもたらす看護ケアを特定するために、質の高いケアを構成する要素の抽出をデルファイ法を用いて試みたところ、「人間尊重の重視」「信頼関係の重視」「苦痛の緩和」「看護婦の姿勢」「個別性の尊重」「家族へのケア」「モニタリング機能」「適切な看護過程」「ケア体制の条件」の9つが抽出された<sup>(33)</sup>。これらの要素は文献レビュー<sup>(35)(36)(37)</sup>や定量調査の因子探索結果<sup>(38)</sup>と比較して妥当性が示唆された。

看護ケアの質を左右するものは看護職の持つ技術であり、その技術を明確にすることが提供される看護ケアの評価指標を明瞭化したものとして開発されることにつながると考えられた。そのため上記で明らかにされた看護ケアの質を構成する9要素に含まれる看護技術を具体的に見出す研究がすすめられた。看護ケア場面の参加観察を通して得たデータをもとにグランデッドセオリーを用いて質的に分析され、これらの技術の質を測るためにDonabedianのケア構造の枠組みにのっとった構造指標、過程指標、アウトカム指標が導き出された(表1-5)。ここでは看護の技術を保証する構造という視点で提出された指標は16の指標にまとめられ、さらに過程の6指標にまとめ直され、構造と過程の双方に共通する領域とされた(表1-6)。

これらの各指標の吟味、3つの指標間での整合性の検討、臨床場面でこれらの指標が想定可能なものであるのかについての研究がすすめられ、実用性と測定可能性について認められた<sup>(28)(39)(40)</sup>。

評価項目や評価内容の洗練と尺度の設定が行われ<sup>(29)</sup>、全体的な調整がなされ、質改善への提言を含めた評価報告書の作成手順が作成され、一連の研究が総括された<sup>(30)</sup>。

この他に、個々の医療機関における看護ケア評価の試みは最近、増えている<sup>(41)(42)(43)(44)</sup>。その一例として、独自の指標を開発し評価実践を行っているものがある<sup>(45)(46)</sup>。そこでは病棟レベルでの管理実務者の視点を参考にして、各々の臨床場面にあわせた指標を開発している。この方法では同一病棟内での変化は測定し得るが、病棟間、あるいは異なる医療機関同士での比較検討には限界があると考えられる。

表 1-1 アメリカ看護婦協会プロジェクトで作成された評価指標

(出典：American Nurses Association, 1995)

### ACUTE CARE NURSING QUALITY INDICATORS

<i>PATIENT-FOCUSED OUTCOME INDICATORS</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortality Rate</li> <li>• Length of Stay</li> <li>• Adverse Incidents                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adverse Incident Rate (total)</li> <li>- Medication Error Rate</li> <li>- Patient Injury Rate</li> </ul> </li> <li>• Complications                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Total Complication Rate</li> <li>- Decubitus Ulcer Rate</li> <li>- Nosocomial Infection Rate (total)</li> <li>- Nosocomial Urinary Tract Infection Rate</li> <li>- Nosocomial Pneumonia Rate</li> <li>- Nosocomial Surgical Wound Infection Rate</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient/Family Satisfaction with Nursing Care                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient Willingness to Recommend Hospital to Others/Use Hospital Again</li> </ul> </li> <li>• Patient Adherence to Discharge Plan                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Readmission Rates</li> <li>- Emergency Room Visits Post-Discharge</li> <li>- Unscheduled Physician Visits Post-Discharge</li> <li>- Patient Knowledge of Disease/Condition and Care Requirements</li> </ul> </li> </ul>
<i>PROCESS OF CARE INDICATORS</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse Satisfaction</li> <li>• Assessment and Implementation of Patient Care Requirements                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessment of Patient Care Requirements</li> <li>- Development of a Nursing Care Plan</li> <li>- Accurate and Timely Execution of Therapeutic Interventions and Procedures</li> <li>- Documentation of Nursing Diagnoses, Therapeutic Objectives, and Care Given</li> </ul> </li> <li>• Pain Management</li> <li>• Maintenance of Skin Integrity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient Education</li> <li>• Discharge Planning</li> <li>• Assurance of Patient Safety                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Overall Assurance of Patient Safety</li> <li>- Appropriate Use of Restraints (all)</li> <li>- Appropriate Use Pharmaceutical Restraints</li> <li>- Appropriate Use Physical Restraints</li> </ul> </li> <li>• Responsiveness to Unplanned Patient Care Needs</li> </ul>
<i>STRUCTURE OF CARE INDICATORS--NURSE STAFFING PATTERNS</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ratio of Total Nursing Staff to Patients                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- RN/Patient Ratio</li> <li>- LPN/Patient Ratio</li> <li>- Unlicensed Workers/Patient Ratio</li> </ul> </li> <li>• Ratio of RNs to Total Nursing Staff                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mix of RNs, LPNs, and Unlicensed workers</li> </ul> </li> <li>• RN Staff Qualifications                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- RN Staff Experience</li> <li>- RN Staff Education (i.e., MSNs, BSNs)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total Nursing Care Hours Provided Per Patient (Case Mix, Acuity Adjusted)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- RN Hours per Patient</li> <li>- LPN Hours per Patient</li> <li>- Unlicensed Worker Hours per Patient</li> </ul> </li> <li>• Staff Continuity                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Use of Agency Nurses</li> <li>- Use of Float Nurses</li> <li>- Unsafe Assignment Rate</li> <li>- Nurse Staff Turnover Rates</li> <li>- FT/PT RN Ratio</li> </ul> </li> <li>• RN Overtime</li> <li>• Nursing Staff Injury Rate</li> </ul>

看護評価規準試案

<ケア構造に関する評価規準>

①理念と目標

- ・看護部門の理念が掲げられ、看護部門内外に示されている。
- ・看護部門構成員は、自らの看護理念と一致した看護部門の理念を理解し、実践している。
- ・理念にそった看護部門の目標が設定され、看護部門内外に示されている。
- ・看護部門構成員は目標を理解し、実践している。
- ・設定された目標への到達度が評価され、目標が随時見直されている。

②倫理

- ・倫理規定が設定され、看護部門内外に示されている。
- ・看護部門構成員は倫理規定を理解し、実践している。
- ・看護部門の組織もしくは看護部門内の個人がもつ倫理的問題に対処する体制がとられている。

③組織と運営

- ・看護部門の理念にそった実践ができるように組織が作られている。
- ・組織を円滑に運営するための諸規定が定められている。
- ・組織構成と組織運営のための諸規定が看護部門内外に示されている。看護部門構成員は、組織構成と諸規定を理解し、遵守している。
- ・組織と諸規定は、随時見直されている。

④看護職員的能力開発

- ・看護職員教育計画が立てられ、適切に実施されている。
- ・看護職員能力評価基準が設定され、看護部門内外に示されている。
- ・看護職員能力が個々に評価され、評価結果が活用されている。

⑤看護実践環境

- ・効果的かつ効率的な看護実践が可能な人的環境がある。
- ・効果的かつ効率的な看護実践が可能な物的環境がある。

<ケア過程に関する評価規準>

⑥看護実践

- ・看護過程にそった看護実践が行なわれている。
- ・看護基準および看護手順が設定され、活用されている。
- ・看護基準および看護手順は随時見直されている。
- ・看護実践の質保証のための取り組みが行なわれている。

⑦研究

- ・看護実践の向上を目指した研究が行なわれている。
- ・研究の成果が看護実践に生かされている。

<ケア結果に関する評価規準>

⑧患者の満足度

- ・看護ケアを受けた患者および家族は、精神的・心理的に満足している。
- ・患者の身体的安全性が保たれている。

⑨療養目標の達成度

- ・患者の療養目標が達成されている。

(日本看護協会研究グループ作成)

表 1-3 日本看護協会研究グループによる評価項目試案

(出典：島田，1996)

看護評価項目試案 <span style="float: right;">(日本看護協会研究グループ作成)</span>		
評価項目大区分	評価項目小区分	審査事項例
<b>1 ケア構造に関する評価項目</b>		
1-1 理念と目標	1-1-1 理念	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念の設定</li> <li>・設定した理念の看護職員への教育</li> </ul>
	1-1-2 目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の設定</li> <li>・目標達成のための具体的計画</li> <li>・設定した目標の看護職員への周知徹底</li> </ul>
1-2 倫理	1-2-1 倫理規定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理規定の設定</li> <li>・規定に基づいた実施状況</li> </ul>
	1-2-2 倫理教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員への倫理教育</li> <li>・「看護師の倫理規定」[看護協会の規程]の周知</li> <li>・インフォームド・コンセントに関する教育</li> </ul>
	1-2-3 倫理に関する支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理に関する相談機能の設置</li> </ul>
1-3 組織と運営	1-3-1 組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織図</li> <li>・職務規定の設定</li> <li>・職務規定の周知および遵守</li> </ul>
	1-3-2 労務管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業規則の設定</li> <li>・職員の精神的・身体的健康管理体制</li> </ul>
	1-3-3 勤務配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員配置基準の設定</li> <li>・適性配置の評価</li> <li>・適切な勤務形態の設定</li> </ul>
	1-3-4 ケア提供システム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護方式の見直し</li> <li>・看護業務分担の基準と評価</li> <li>・地域との連携システム</li> </ul>
1-4 看護職員の能力開発	1-4-1 教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育ニーズの把握状況</li> <li>・教育実施記録および評価</li> <li>・教育費の確保</li> </ul>
	1-4-2 能力評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価基準</li> <li>・評価の実施</li> <li>・評価結果の個人へのフィードバック</li> <li>・評価結果の看護部門へのフィードバック</li> </ul>
1-5 看護実践環境	1-5-1 ケア設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護実践環境の整備体制</li> <li>・情報、物資(搬送)のシステム化</li> <li>・看護用品の整備</li> <li>・看護機器の保守管理</li> </ul>
	1-5-2 ケア環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護業務の効率化の推進(業務改善)</li> <li>・他職種と業務分担および連携</li> <li>・病棟の雰囲気</li> </ul>
<b>2. ケア過程に関する評価項目</b>		
2-1 看護実践	2-1-1 看護過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的、心理社会的ニーズの査定</li> <li>・看護計画立案</li> <li>・ニーズに応じた看護の実践</li> <li>・患者の安全、安楽の確保</li> <li>・看護記録</li> <li>・継続的看護の実践</li> </ul>
		2-1-2 看護基準
	2-1-3 質保証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリング機能(院内巡視など)</li> <li>・統計資料の作成、活用</li> </ul>
2-2 研究	2-2-1 看護実践の研究開発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研究開発の実施</li> <li>・研究成果の活用による職場の変化</li> <li>・研究成果の活用によるケアの質の変化</li> </ul>
<b>3. ケア結果に関する評価項目</b>		
3-1 患者の満足度	3-1-1 患者、家族の精神・心理的満足度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の個別性の尊重</li> <li>・患者の権利の尊重</li> <li>・プライバシー保護への配慮</li> </ul>
	3-1-2 患者の安全性の保証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落率</li> <li>・事故発生率</li> <li>・院内感染率</li> </ul>
3-2 療養目標の達成度	3-2-1 療養目標の達成度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活動作</li> <li>・患者の自己管理レベル</li> </ul>

表 1-4 看護 QA 研究会による 11 のカテゴリ-試案

(文献：岡谷、1995b)

- 1) 日常生活に関するカテゴリ- (6つのサブカテゴリ-に分類される)
  - (1) 食事
  - (2) 排泄
  - (3) 清潔
  - (4) 活動
  - (5) 環境
  - (6) 休息
- 2) 診察・診断・検査に関するカテゴリ-
- 3) 治療・処置に関するカテゴリ-
- 4) 症状に関するカテゴリ-
- 5) 対人関係に関するカテゴリ-
- 6) 患者の気持ちに対する看護婦の姿勢に関するカテゴリ-

表1-5 看護ケアの質の評価基準に関する研究班による評価指標試案

(出典：片田ら、1996)

構造指標、過程指標、結果指標（5つの技術領域から提出）

構造指標	過程指標	結果指標
<p>1. 看護に必要な知識を持った看護者がいる ①受け持ち患者の状態を的確に把握できるような知識を備えた看護者が多くいる</p> <p>2. 他職種が集まって話し合いの場がある ①必要に応じてまたは定期的に他職種が集まり、話し合うことができるシステムがある</p> <p>3. 看護チーム内の役割分担が明確になっている ①看護師の毎日のアサインメントが明示されている</p> <p>4. 看護期間で情報を共有したり、働きかけの方向性を考える場がある ①ケア計画のチェック機能がある ②カンファレンスの場がある</p> <p>5. 看護師同士の協力体制がある ①各勤務帯のリーダーの役割としてその時の業務調整を行うことが明示されている ②業務調整がどのようになされているか明示するシステムがある</p> <p>6. スタッフの関係性がよい ①雰囲気が良い</p> <p>7. 病棟で起こりうる特徴的な苦痛あるいは問題についての看護の基準がある ①ケアマニュアル（看護基準、看護手順含む）が設置されている ②ケアマニュアルには解決方法、評価日時、観察項目、ケア方法、指導方法が明記されている ③麻酔剤に関するプロトコルがある ④痛みの観察方法、測定方法が明示されている</p> <p>8. 個別情報を示す道具がある ①個々の患者に必要な情報が明記されたものがある ②患者の状況についてこれまでの経過を記載したものがあ ③ケアに必要な個別情報が見れる体制にある</p> <p>9. 看護業務の中に日常生活援助に十分責任を負えるだけの体制がある ①看護師の業務の中に患者の日常生活の世話（保清、排泄、食事、環境整備等）の為に時間が含まれている ②看護師が患者の日常生活の世話ができるように看護師の数を確保している</p> <p>10. 患者や家族の習慣、希望、時、空間、安全性を尊重する姿勢を持っている ①患者、家族を尊重することが明示されている ②患者、家族を尊重することを患者、家族に知らせるシステムがある ③看護記録の中に入院前の日常生活習慣を書く記録用紙があって見ることができる</p> <p>11. 看護師が患者の希望に添えるストラテジーを多く持っている ①患者の希望に添ったケアを提供できる看護師がいる</p> <p>12. 重要他者が側にいることができる施設・設備がある ①家族/重要他者が気持ちよく過ごせる空間がある ②家族/重要他者が休養（仮眠/安眠）できる施設・設備がある ③家族/重要他者のための持合室がある</p> <p>13. (看護の質から見た) 設備・備品がある ①石鹸消拭のできる設備・備品 ②シャワー浴又は入浴できる設備・備品がある ③麻痺の患者が自力または介助で入浴できる特浴の設備・備品がある</p> <p>14. 規則に融通性がある ①面会時間が自由または融通性がある ②面会時間を患者の病状や他者への影響を考えて融通している</p> <p>15. 疾患の予後、痛みの状況、回復過程に関する資料がある ①病院/病棟に必要な関連専門分野の習得、資料がある</p> <p>16. インシデントレポートがある ①インシデントに原しての対応システムがある ②インシデントに関して見直し改善する組織がある ③インシデントを予防した教育がなされている</p>	<p>患者への接近 看護師は、患者や家族と関係を作りながら患者を把握していく 1. 看護師は、患者や家族が望んでいることが何かを知っている 2. 看護師は、患者や家族がどのような情報を欲しいかと思っ ているかを知っている 3. 看護師は、患者や家族がどのようなことを欲しいと思っ ているかを知っている 4. 看護師は自己紹介をする</p> <p>患者や家族の内なる力を強める A. 看護師は患者の状況の理解を促す 1. 看護師は、患者や家族のおかれている状態・状況を説明し ている B. 患者に対して予測性・見通しを明確にする 1. 患者や家族に、その日の予定が説明されている 2. 患者や家族に、今後の予定が説明されている 3. 看護師が患者の状況を見通しながら計画を立てている C. 看護師は、患者が問題にしていることにつきあう 1. 看護師は患者や家族のそばにいる</p> <p>家族の絆を強める 1. 看護師は、患者ケアの中で家族とできることは一歩に行 う 2. 看護師は、病院の中で家族ができることを見つけて、そ の ための条件を整えている</p> <p>直接ケア A. 看護師は患者にあった保清をする 1. 看護師は、患者の状態や状況に応じた保清の方法をとっ て いる B. 看護師は、苦痛の緩和をする 1. 看護師は、患者に合わせて鎮痛剤などを使用している 2. 看護師は、患者に必要な鎮痛剤などを間違いなく与えている 3. 看護師は、患者が痛みを訴える前に鎮痛剤などを使用している 4. 看護師は使用されている鎮痛剤などの効果を評価している 5. 看護師は、鎮痛剤以外の方法で痛みの緩和を行っている 6. 看護師は、患者の使用している薬品に関して医師に意見を言っ て いる C. 看護師は、個々に応じたケアを援助の度に見直している 1. 看護師は、個々に応じたケアを援助の度に見直している</p> <p>場を作る 1. 看護師はチームの連携がうまく行くように働きかける</p> <p>医療過誤の再発防止策がとられている</p>	<p>1. 医療過誤・看護ケアに伴う余分な苦痛がない</p> <p>2. 痛みが軽減、または消失する 我慢させられる痛みがない</p> <p>3. 直接ケアに対する家族・患者の満足度 (1)モニタリング (2)医療チームの連携 (3)日常生活援助 (4)家族へのケア (5)苦痛の緩和</p> <p>4. 患者と家族が看護師から大切にされていると思 う</p> <p>5. 患者の納得と達成感</p> <p>6. 家族の達成感</p>
		<p>7. 医療過誤の再発防止策がとられている (1)異常が起きない (2)医療過誤がない (3)顕微鏡な患者の停滞がない</p> <p>2. 痛みが軽減、または消失する 我慢させられる痛みがない</p>

表1-6 看護ケアの質の評価基準に関する研究班による評価内容試案

(文献：片田ら、1996)

構造評価用紙(抜粋)：16指標に基づく評価内容

注：構造指標は各看護の技術を構造的に保証するために必要であるとして提出された指標を16に分類し、この16指標をさらに過程指標を縦軸に合わせ6つに分類しそれを領域としている。

領域(過程指標)	構造指標	評価内容
患者への接近	指標8：個別情報を示す道具がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の個々の患者に必要な情報が明記されている</li> <li>ケアに必要な個別情報をみることができる</li> </ul>
内なる力を強める	指標15：疾患の予後、痛みの状況、回復過程に関する資料がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気の回復過程、退院後の生活に関して患者に説明するためのパンフレットや資料がある</li> </ul>
	指標12：家族/重要他者が気持ちよく過ごせる空間がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族/重要他者が気持ちよく過ごせる空間がある</li> <li>家族/重要他者が休養できる空間がある</li> <li>ベッドサイドに家族がいることができる空間がある</li> </ul>
家族の絆を強める	指標14：規則に融通性がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>面会時間が自由若しくは融通性がある</li> </ul>
直接ケア	指標7：病棟で起こりうる特徴的な苦痛あるいは問題についての基準、手順がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟で起こりうる特徴的な苦痛あるいは問題についての看護基準に、患者の一般的な経過、具体的な観察項目、ケア項目(指導内容も含む)が明記されている</li> <li>看護婦が行う処置について手順がある</li> </ul>
	指標9：看護業務の中で日常生活援助に責任を負える体制がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護婦は患者の日常生活に責任を持っている</li> </ul>
	指標13：(看護の質から見た)設備、備品がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>石鹸清拭ができる設備・備品がある</li> <li>シャワー浴あるいは入浴ができる設備・備品がある</li> <li>シャワー浴、普通入浴できる設備・備品の使用について利便性がある</li> </ul>
場をつくる	指標2：他職種が集まって話し合いの場がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて他職種が集まり、話し合うことのできるシステムがある</li> </ul>
	指標3：看護チーム内の役割分担が明確になっている	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護婦の毎日のアサインメントが明示されている</li> <li>役割毎の業務規定がある</li> </ul>
	指標4：看護婦間で情報を共有したり、働きかけの方向性を考える場がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケア計画のチェック機構がある</li> <li>カンファレンスの場がある</li> </ul>
	指標5：看護婦同士の協力体制がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護業務量に応じた人員配置の変更に関する基準がある</li> </ul>
	指標6：スタッフ間の関係性がよい	<ul style="list-style-type: none"> <li>雰囲気が高い</li> </ul>
	指標16：インシデント対応システムがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>インシデントレポートがある</li> <li>入浴及びトイレの設備の安全性が確保されている</li> </ul>
インシデントを防ぐ	指標10：患者や家族の習慣、希望、時、空間、安全性を尊重する姿勢をもっている	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者、家族を尊重することが明示されている</li> <li>患者、家族を尊重することを患者、家族に知らせるシステムがある</li> </ul>
	指標1：看護に必要な知識を持った看護婦がいる	<ul style="list-style-type: none"> <li>受け持ち患者の状態を的確に把握できる知識を備えた看護婦が多い</li> </ul>
	指標11：看護婦が患者の希望に添えるストラテジーを多く持っている	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の希望に添ったケアを提供できる看護婦がいる</li> </ul>

3) 引用文献

- (1) Donabedian, A. (1969). Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*. 59(10), 1833-1886.
- (2) Lang, N. M. & Clinton, J. F. (1984). Quality assurance - the idea and its development in the United States,. In L. D. Willis and M. E. Linwood(Eds.). *Measuring the Quality of Care..* Endiburge: Churchill Livingstone.
- (3) アメリカ看護婦協会編 (1978) 日本看護協会国際部訳 (1983). *看護業務の基準*. 日本看護協会出版会
- (4) Gallagher, K. 講演 岩崎榮、吉中稔訳 (1991). アメリカにおける医療評価の歴史と現状. *病院*. 50(8), 681-685.
- (5) Tonges M. C., Bradley M. J. & Brett J. (1990). Implementing the ten-step monitoring and evaluation process in nursing practice. *Quality Review Bulletin*. 16(7), 264-269.
- (6) American Nurses Association (1997). *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.
- (7) Rantz, M. J. (1995). *Nursing quality measurement: A Review of Nursing Studies*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing,.
- (8) American Nurses Association (1995). *Nursing Care Report Card for Acute Care*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.
- (9) American Nurses Association (1996). *Nursing quality indicators: Definitions and Implications*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing,.
- (10) Kany, K. (1997). ANA quality indicators applied to unit research. *American Nurse*. 29(5), 18, 23.



- (11) Redmond, G., Riggleman, J., Sorrell, J. M. & Zerull, L. (1999). Creative winds of change: nurses collaborating for quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*. 23(2), 55-64.
- (12) Swearengen, J. (1997). Using quality indicators to improve quality of care. *Provider*. 23(2), 47-50.
- (13) Quality Monitoring: A Tool To Shape Future Plicy. (2000, February 3). ANANews&Announcement  
[On-line], Available:<http://www.nursingworld.org.news/ananeews.htm>
- (14) Archibong, U. E. (1999). Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing*. 29(3), 680-689.
- (15) Nissen, J. M., Boumans, N. P. & Landeweerd, J. A. (1997). Primary nursing and quality of care: a Dutch study. *International Journal of Nursing Studies*. 34(2), 93-102.
- (16) Duff, L, Harvey, G, Handa, U, Kitson. A. (1995). Quality improvement of nursing care in hospitals in India: the dynamic approach. *International Journal for Quality in Health Care*. 7(2), 143-51.
- (17) Geotherstream, C., Hamrin, E. & Gullberg, M. (1995). Development of a tool for measuring the concept of good care among patients and staff in relation to Swedish legislation. *International Journal of Nursing Studies*.32(3), 277-287.
- (18) Australian & New Zealand College of Mental Health Inc. (1999). *Clinical Indicators for Standards of Practice: Development and Validation*. South Australia: Australian & New Zealand College of Mental Health Inc.
- (19) Australian & New Zealand College of Mental Health Inc. (1999). *Clinical Indicators Survey Manual (Version 1-1998)*. South Australia: Australian & New Zealand College of Mental Health Inc.

- (20) 島田陽子 (1996). 看護ケア評価の経緯と今後の課題。看護管理。6(1), 4-9.
- (21) 看護 QA 研究会 (1993). 看護ケアの質の測定用具の開発 (1)。看護管理。3(3), 188-192.
- (22) 看護 QA 研究会 (1993). 看護ケアの質の測定用具の開発 (2)。看護管理。3(4), 274-280.
- (23) 看護 QA 研究会 (1993). 看護ケアの質の測定用具の開発 (3)。看護管理。3(5), 340-348.
- (24) 看護 QA 研究会 (1993). 看護ケアの質の測定用具の開発 (4)。看護管理。3(7), 494-500.
- (25) 岡谷恵子 (1995). 看護婦－患者関係における信頼を測定する質問紙の開発－信頼の構成概念と質問紙の項目の作成。看護研究。28(4), 275-285.
- (26) 岡谷恵子 (1995). 看護ケアの質評価の日本的展開。インターナショナル・ナーシング・レビュー。18(3), 6-14.
- (27) 近澤範子、勝原裕美子、小林康江、塩塚優子、中岡亜紀、栗屋典子、蝦名美智子、平尾明美 (1998). 看護ケア結果指標と測定用具の開発。看護研究。31(2), 59-69
- (28) 片田範子ら (1995). 平成6年度厚生省看護対策総合研究事業報告書「看護ケアの質の評価基準に関する研究」
- (29) 片田範子ら (1996). 平成7年度厚生省看護対策総合研究事業報告書「看護ケアの質の評価基準に関する研究」
- (30) 片田範子ら (1997). 平成8年度厚生省看護対策総合研究事業報告書「看護ケアの質の評価基準に関する研究」
- (31) 片田範子ら (1998). 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書「看護ケアの質の評価基準に関する研究」

- (32) 片田範子、内布敦子、上泉和子、山本あい子 (1998). 看護ケアの質の評価基準に関する研究指標開発。看護研究。31(20), 3-8.
- (33) 内布敦子、上泉和子、片田範子 (1994). 看護ケアの質の要素の抽出—デルファイ法を用いて—。看護研究。27(4), 61-69.
- (34) 山本あい子、片田範子、大崎富士代、中込さと子、縄 秀志、小高恵美、上泉和子、竹崎久美子、大川貴子 (1998). 看護ケア過程指標の開発。看護研究。31(2),29-57.
- (35) 近澤範子他 (1994). 看護ケアの質の評価基準に関する研究会：看護ケアの質の評価に関する文献検討。看護研究。27(4), 324-333.
- (36) 中込さと子、柳吉桂子、遠藤俊子、我部山キヨ子、片田範子 (1994). 母性看護領域における看護ケアの質保証の評価に関する文献検索。兵庫県立看護大学紀要。1,49-58.
- (37) 大崎富士代、鈴木真知子、村田恵子、岩井さよ子、亀谷文子、片田範子(1994). 小児看護における質の保証に関する文献検索。看護研究。27(5), 71-81.
- (38) 柴田秀子他 (1995). 看護ケアの質を構成する要素の検討—量的調査を用いて。看護研究。28(4), 287-299.
- (39) 堀内成子他 (1995). 看護ケアの質の測定用具の開発・洗練-「該当せず」への回答の状況と理由の分析-。看護研究。28(4), 21-27.
- (40) 堀内成子他 (1995). 看護ケアの測定用具の開発過程。看護研究。28(4),11-20.
- (41) 福井晶子 (1996). 看護ケアの質向上・改善の取り組み。ガラシア病院の場合。看護管理。6(1), 16-20.
- (42) 高嶋妙子 (1995). 現場における「質評価」の実際—看護部内委員会活動を振り返って。インターナショナル・ナーシング・レビュー。18(3), 38-43.
- (43) 高嶋妙子 (1996). 看護ケアの質向上・改善の取り組み。聖隷浜松病院の場合。看護管理。6(1), 1996.

- (44) 山脇薫子 (1996). 看護ケアの質向上・改善の取り組み。日野病院の場合。看護管理。6(1), 21-25.
- (45) 渡辺八重子 (1999). 看護の質を測定したらー亀田総合病院の取り組みー。ナースマガ。1(5), 417-422.
- (46) 竹脇喜代子 (2000) 看護の質評価の明確化に向けたクリニカルインディケータの開発・活用～QI 委員会を中心とした看護部門の質向上への取り組み～。月刊ナースマネージャー。1(12), 41-44.

第2節 わが国の要介護高齢者の地域特性別分布

1) 市町村の地域特性別分類法に関して

地域特性を反映した変数を検討するために、

- ①人口規模は多いほど都市化していると想定する
- ②1世帯当たりの人数が少ないほど核家族化傾向すなわち都市化していると想定する
- ③高齢化率は高いほど都市化傾向が弱いと想定する

といった3つの指標の内容と3クラスターの特徴を、前記3指標との関連について、以下の表のように一元配置分散分析によって検討を行なった(表2-1)。

表2-1 分析結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
人口数	グループ間	1.549E+13	2	7.746E+12	9717.815	.000
	グループ内	2.510E+12	3149	797076619		
	合計	1.800E+13	3151			
1世帯当たり人数	グループ間	86.533	2	43.267	79.477	.000
	グループ内	1714.291	3149	.544		
	合計	1800.824	3151			
老年人口の割合	グループ間	21353.741	2	10676.870	309.719	.000
	グループ内	108554.731	3149	34.473		
	合計	129908.472	3151			

多重比較

従属変数	(I) ケースのクラス番号	(J) ケースのクラス番号	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼区間	
						下限	上限
人口数	郡部	地方都市	*****	1,816.94	.000	*****	*****
		都市部	*****	3,624.66	.000	*****	*****
	地方都市	郡部	145,175.49*	1,816.94	.000	141,612.98	148,738.00
		都市部	*****	3,984.38	.000	*****	*****
	都市部	郡部	426,114.92*	3,624.66	.000	419,007.99	433,221.84
		地方都市	280,939.42*	3,984.38	.000	273,127.18	288,751.67
1世帯当たり人数	郡部	地方都市	.5263*	4.748E-02	.000	.4332	.6194
		都市部	.6136*	9.473E-02	.000	.4278	.7993
	地方都市	郡部	-.5263*	4.748E-02	.000	-.6194	-.4332
		都市部	8.723E-02	.1041	.402	-.1169	.2914
	都市部	郡部	-.6136*	9.473E-02	.000	-.7993	-.4278
		地方都市	-8.72E-02	.1041	.402	-.2914	.1169
老年人口の割合	郡部	地方都市	8.4817*	.3779	.000	7.7408	9.2226
		都市部	8.8212*	.7538	.000	7.3433	10.2992
	地方都市	郡部	-8.4817*	.3779	.000	-9.2226	-7.7408
		都市部	.3396	.8286	.682	-1.2851	1.9642
	都市部	郡部	-8.8212*	.7538	.000	-10.2992	-7.3433
		地方都市	-.3396	.8286	.682	-1.9642	1.2851

\*. 平均の差は .05 で有意

わが国の地域別にみた要介護度別の分布状況を検討するために、人口規模、1世帯当たりの人数、高齢化率を基礎としたクラスター「地域1群」は郡部、クラスター「地域2群」は地方都市、クラスター「地域3群」は都市部に対応するものと判断された。すなわち、都会化傾向としては、人口が多い、高齢化率が低い、世帯人数が少ない

この結果、地域1群は、平均人口規模が約1万6千人、平均1世帯当たりの人数が3.30人、高齢化率が21.3%であった。地域2群は、平均人口規模が約16万人、平均1世帯当たりの人数が2.77人、高齢化率が12.8%、地域3群は、平均人口規模が約44万人、平均1世帯当たりの人数が2.68人、高齢化率が12.5%となった（表2-2～2-4）。

表2-2 人口数に関する分析 単位：人数

	市町村 (%)	平均値	標準偏差
郡部	2826 (89.6)	16271.5	17282.62
地方都市	264 (8.3)	161447.0	57560.78
都市部	62 (1.9)	442386.4	114147.93
合計	3152	36812.6	75584.43

表2-3 1世帯当たり人数の分布 単位：人数

	市町村数	平均値	標準偏差
郡部	2826	3.30	.7724
地方都市	264	2.77	.3097
都市部	62	2.68	.2480
合計	3152	3.24	.7560

表2-4 老年人口の割合

	市町村数	平均値 (%)	標準偏差
郡部	2826	21.3	6.1222
地方都市	264	12.8	3.0065
都市部	62	12.5	2.1868
合計	3152	20.4	6.4209

## 2) 地域別に要介護度分布の特性

### ①全国の地域特性別要介護度分布の傾向

全国の市町村を分析結果から、郡部、地方都市、都市部に3分類し、この地域特性別に16万人の要介護度の分布傾向を表2-5、表2-6に示した。

この結果からは、一次判定、二次判定ともに地域特性別の差としては、郡部と地方都市および都市部との差がみられることがわかった。ずなわち、地方都市、都市部に比較すると郡部の自立、要支援の認定を受けた高齢者の割合が高かった。

表 2-5 地域特性別要介護度の分布傾向（コンピュータによる一次判定）

(人)

一次判定	自立 (%)	要支援 (%)	要介護1 (%)	要介護2 (%)	要介護3 (%)	要介護4 (%)	要介護5 (%)
郡部	11729 (8.6)	9090 (6.7)	27484 (20.2)	31199 (22.9)	29368 (21.6)	16013 (11.8)	11083 (8.2)
地方都市	1470 (6.6)	1357 (6.1)	4091 (18.4)	5351 (24.1)	5102 (23.0)	2889 (13.0)	1939 (8.7)
都市部	454 (7.9)	368 (6.4)	982 (17.0)	1400 (24.3)	1335 (23.2)	724 (12.6)	502 (8.7)

表 2-6 地域特性別要介護度の分布傾向（認定審査委員会による判定）

(人)

二次判定	自立 (%)	要支援 (%)	要介護1 (%)	要介護2 (%)	要介護3 (%)	要介護4 (%)	要介護5 (%)
郡部	10303 (7.6)	10580 (7.8)	26242 (19.3)	29515 (21.7)	30067 (22.1)	18168 (13.4)	11112 (8.2)
地方都市	1218 (5.5)	1595 (7.2)	3878 (17.5)	4998 (22.5)	5273 (23.7)	3318 (14.9)	1923 (8.7)
都市部	373 (6.5)	432 (7.5)	940 (16.3)	1290 (22.4)	1400 (24.3)	826 (14.3)	505 (8.8)

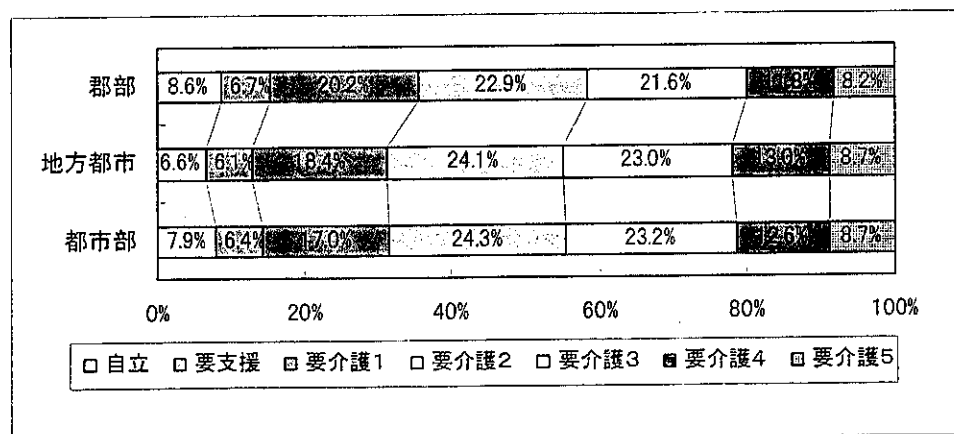


図 2-1 地域特性別要介護高齢者の一次判定結果の分布

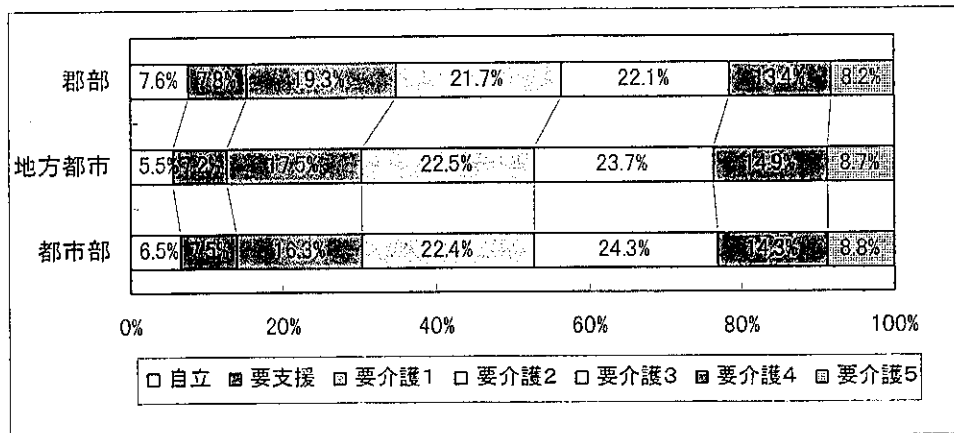


図 2-2 地域特性別要介護高齢者の二次判定結果の分布

②在宅・施設別地域特性別要介護高齢者の分布傾向

郡部の自立者の割合が都市部、地方都市部と比較して高い傾向を持っている理由の一つとしては、図 2-3,4 に示されているように在宅で生活する高齢者の要介護度の自立者が多いことなどが考えられる。このことは、図 2-5,6 の施設での要介護度の分布に郡部の特徴が顕著に現われていないことから推察される。

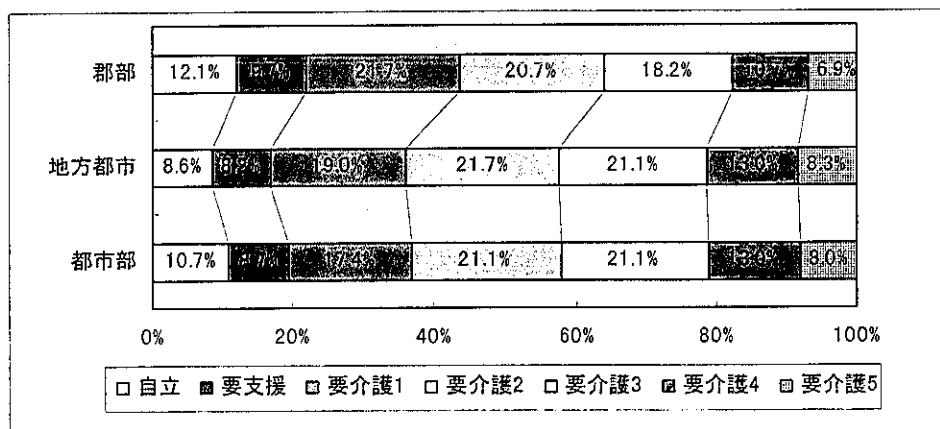


図 2-3 在宅一次判定 (平成 10 年度)

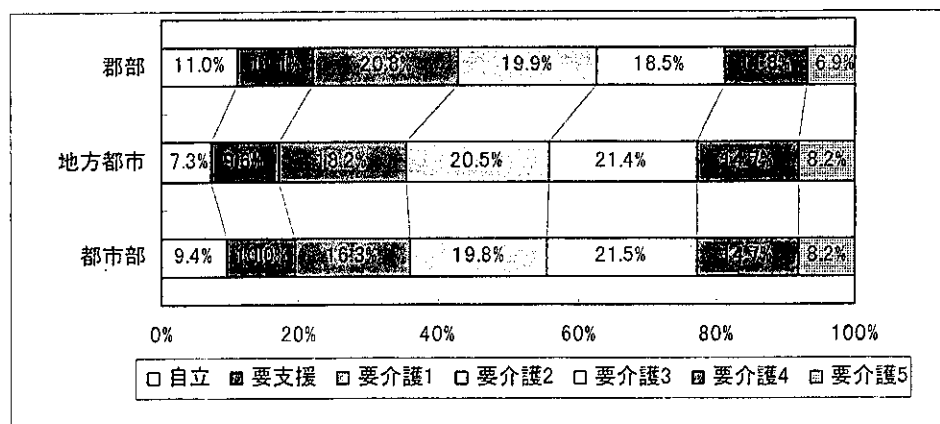


図 2-4 在宅二次判定 (平成 10 年度)



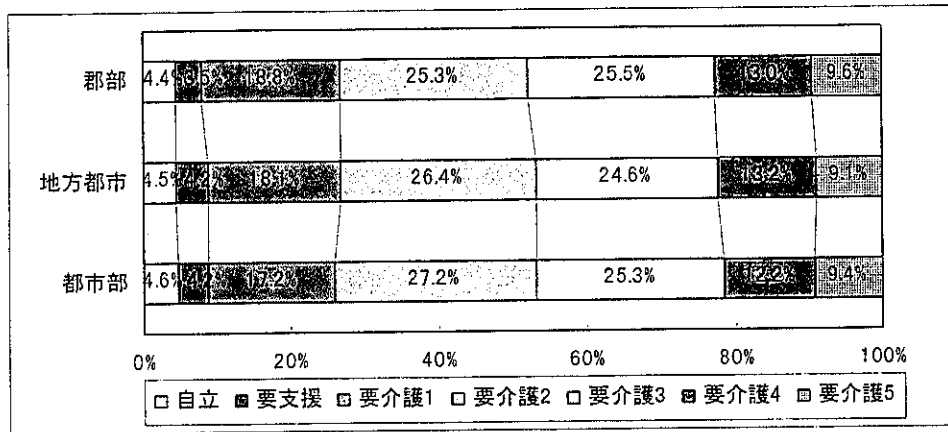


図 2-5 施設一次判定 (平成10年度)

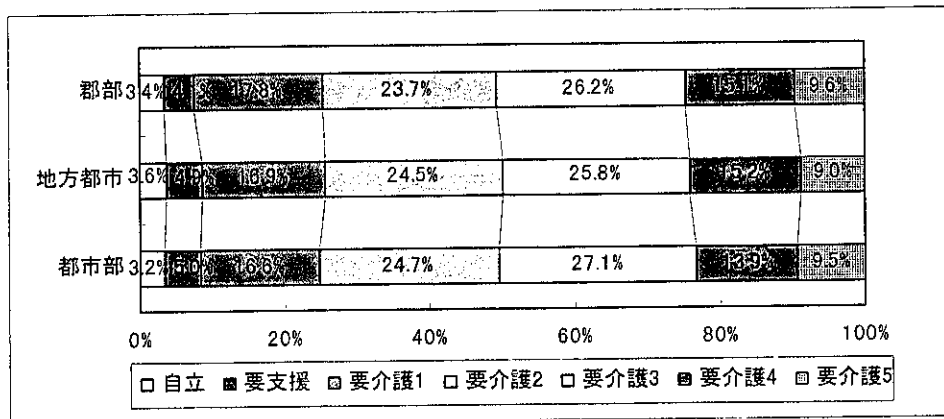


図 2-6 施設二次判定 (平成10年度)

### 第3節 要介護度別高齢者の典型モデルの考え方

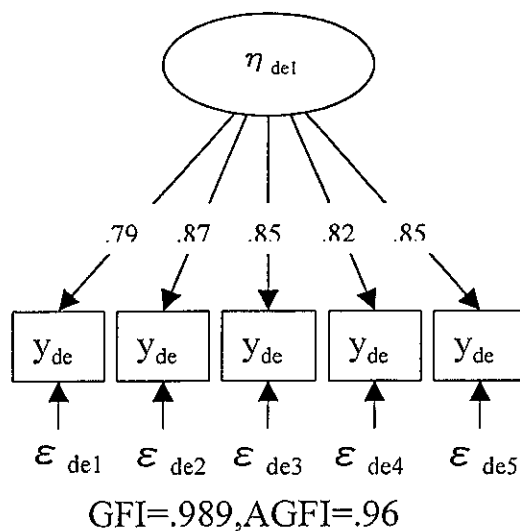
3か年の研究対象となる継続調査群の抽出を行なうためのモデルを構築するため平成10年度に行われた試行事業で収集された要介護高齢者168,528名の回答のうち、65歳以上の性、年齢、地域が特定できる152,062名の資料についての分析を行なった。

集計対象の性別構成は男性48,732名（32.0%）、女性103,330名（68.0%）であった。年齢は平均が81.7歳、標準偏差7.76、範囲65～129歳であった。なお、在宅の高齢者は集計対象のうちの76,570名（50.4%）であった。

#### 1) 介護状態に関する因子構造モデルの妥当性の検討

##### ①認知障害について

5項目で構成される認知障害の1因子モデルのデータへの適合度は、GFIが0.989、AGFIが0.967であった。潜在変数として設定した「認知障害」から観測変数に向かうパス係数は、「1. 生年月日を答えることができる」が0.792、「2. 5分前のことを思い出すことができる」が0.878、「3. 今の季節を理解することができる」が0.854、「4. 自分の部屋や、いる場所を答えることができる」が0.821、「5. 毎日の日課を理解することができる」が0.854であった（図3-1）。



$x_{de1}$  : 生年月日を答えることができる

$x_{de2}$  : 5分前のことを思い出すことができる

$x_{de3}$  : 今の季節を理解することができる

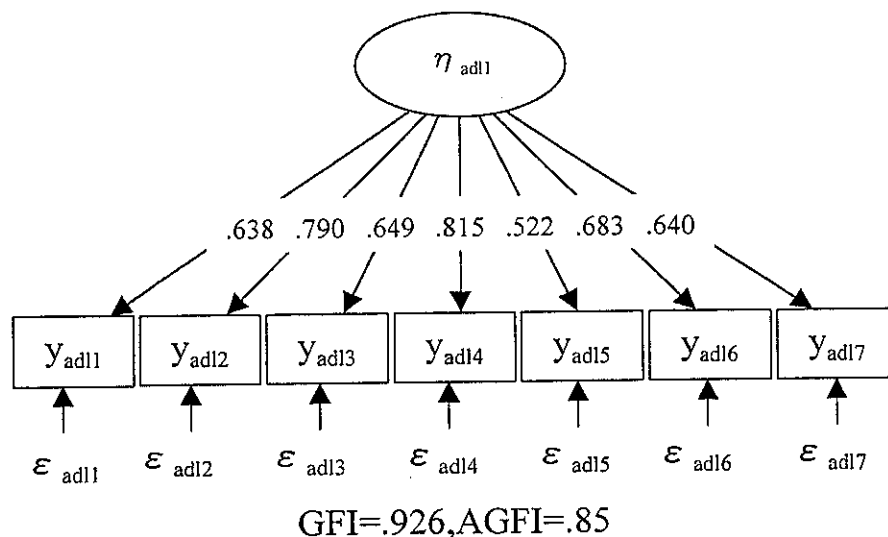
$x_{de4}$  : 自分の部屋や、いる場所を答えることができる

$x_{de5}$  : 毎日の日課を理解することができる

図3-1 認知障害に関する因子構造モデル（標準解）

### ②ADLについて

7項目が構成されるADLに関する1因子モデルのデータへの適合度は、GFIが0.926、AGFIが0.852であった。潜在変数として設定した「ADL」から観測変数に向かうパス係数は、「1. 移乗動作」が0.638、「2. 排便の後始末」が0.790、「3. 体を洗う」が0.649、「4. ズボン等の着脱」が0.815、「5. 部屋の掃除」が0.522、「6. 薬の服薬」が0.683、「7. 金銭の管理」が0.640となっていた（図3-2）。



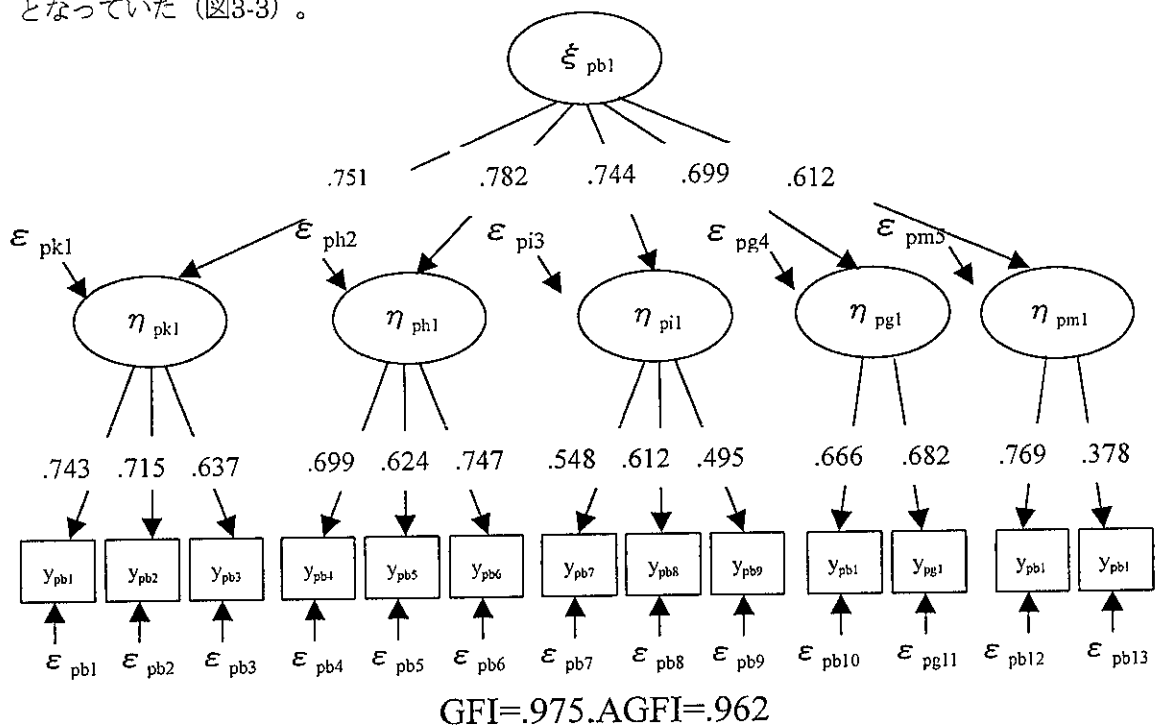
- $x_{ad11}$  : 移乗動作
- $x_{ad12}$  : 排便の後始末
- $x_{ad13}$  : 体を洗う
- $x_{ad14}$  : ズボン等の着脱
- $x_{ad15}$  : 部屋の掃除
- $x_{ad16}$  : 薬の服薬
- $x_{ad17}$  : 金銭の管理

図3-2 ADLに関する因子構造モデル（標準解）

### ③問題行動について

感情統制困難、徘徊、物の異常認知、被害的幻覚・妄想、無気力・健忘を一次因子、「問題行動」を二次因子とする二次因子構造モデルのデータへの適合度は、GFIが0.975、AGFIが0.962であった。二次因子「問題行動」から一次因子に対するパス係数は、「感情統制困難」が0.751、「徘徊」が0.782、「物の異常認知」が0.744、「被害的幻覚・妄想」が0.699、「無気力・健忘」が0.612であった。また「感情統制困難」から観測変数に向かうパス係数は、「1. 怒りっぽく

興奮し暴力的になる」が0.743、「2. 忠告や介助に抵抗する」が0.715、「3. 大声を出す」が0.637となっていた。「徘徊」に関しては、「4. 外に出たがり、目が離せない」が0.699、「5. 家へ帰ると言い、落ち着きがなくなる」が0.624、「6. 歩き回ってじっとしていない」が0.747となっていた。さらに「物の異常認知」においては、「7. 物を壊したり、衣類を破いたりする」が0.548、「8. 不潔行為」が0.612、「9. 何でも口に入れ、食べようとする」が0.495となっていた。「被害的幻覚・妄想」では、「10. 物を盗られたなどと被害的になる」が0.666、「11. 作り話をし周囲に言いふらす」が0.682で、また「無気力・健忘」から観測変数に向かうパス係数は、「12. 物忘れがひどい」が0.769、「13. 元気がなく、ぼんやりしている」0.378となっていた(図3-3)。



#### 感情統制困難

- $x_{pk1}$  : 怒りっぽく興奮し暴力的になる
- $x_{pk2}$  : 忠告や介助に抵抗する
- $x_{pk3}$  : 大声を出す

#### 徘徊

- $x_{ph4}$  : 外に出たがり、目が離せない
- $x_{ph5}$  : 家へ帰ると言い、落ち着きがなくなる
- $x_{ph6}$  : 歩き回ってじっとしていない

#### 物の異常認知

- $x_{pi7}$  : 物を壊したり、衣類を破いたりする
  - $x_{pi8}$  : 不潔行為
  - $x_{pi9}$  : 何でも口に入れ、食べようとする
- #### 被害的幻覚・妄想
- $x_{pg10}$  : 物を盗られたなどと被害的になる
  - $x_{pg11}$  : 作り話をし周囲に言いふらす
- #### 無気力・健忘
- $x_{pm12}$  : 物忘れがひどい
  - $x_{pm13}$  : 元気がなく、ぼんやりしている

図3-3 問題行動に関する因子構造モデル(標準解)