

研 究 報 告 書

パス法による臨床経過の医療管理手法の有用性の研究

主任研究者 阿部俊子

平成12年度  
厚生省科学研究費補助金  
(医療技術評価総合研究事業)

## 目次

はじめに	3
1. 研究要旨	4
2. 研究目的	5
3. 研究方法	5
4. 結果	6
1) S 病院における全骨頭置換術	7
2) K 病院における全骨頭置換術	7
3) S 病院と K 病院の比較	7
4) 股関節全置換術のクリニカルパス日米比較	8
Picker 患者満足度の調査結果	10
5) Evidence-based Nursing とパス	19
6) 全骨頭置換術に関する Evidence	22
術前剃毛	
尿留置カテーテル	
5. 考察	24
6. 結論	25
I 平成 10～11 年度までの研究要旨	27
II 研究要旨	
III 研究方法	
IV 結果	29
V 考察	31

### 資料

1. 派遣研究者報告書	
1) 千葉由美 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科助手 (英国)	36
2) 保村恭子 東京都済生会中央病院看護部 (米国アリゾナ・ハワイ)	58
3) 小林美亜 慶応大学医学部医療政策管理学 (米国ニューヨーク)	71
2. 海外招へい者報告書	
1) ザンダー (米国 Center for Case Management)	107
2) セーブマン (スウェーデン カルマー大学)	130
3. Picker 患者満足度	147
4. 股関節機能判定基準	153

## 研究組織

- 主任研究者 阿部俊子 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 総合保健看護学専攻
- 分担研究者 山田ゆかり 慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室  
山嵯絆 東京都済生会中央病院 副院長・看護部長
- 研究協力者 野守裕明 東京都済生会中央病院 診療部  
千葉由美 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 総合保健看護学専攻  
小林美亜 慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室  
保村恭子 東京都済生会中央病院 看護部  
Karen Zander Center for Case Management 米国(招聘研究者)  
Saveman スウェーデンカルマル大学 准教授
- 研究補助者 大表歩 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科  
山下悦子 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科

## 1. はじめに

クリニカルパスは在院日数の短縮という経済性の部分で語られることが多い。在院日数というのは、パス導入のアウトカムの1) 経済的アウトカム、2) 臨床アウトカム、3) 機能的アウトカム、4) 満足度という Value Campus では、経済アウトカムであると同時に、臨床アウトカムであるとされている。疾患もしくは処置から回復するという臨床アウトカムが、早期退院という経済アウトカムが連動するからである。

### <パス導入のアウトカム>

- 1) 経済的アウトカム
- 2) 臨床アウトカム
- 3) 機能的アウトカム
- 4) 満足度

Value Campus

パス導入においては、医療の経済効率だけでなく、質の保証として効果は大きい。医療の標準化というのは、医療経済として意味を持つだけでなく、医療ケア、看護ケアの無駄なバリエーションを少なくすることも医療ケアの質として必要なことだ。

一般に、医療の標準化は難しいとされている。患者の基礎疾患や特性によって、さらには施設特性によって医療ケアは異なるが、標準化されたパスであると、逆に患者特性や施設特性が明確になる。標準化されたパスがあると、標準化できない部分は、バリエーションとして出てくる。バリエーションには、1) 患者・家族、2) スタッフ、3) システム（施設特性）、さらに4) その他、と大きく分類される。日本で現在発表されているバリエーション分析ではスタッフとしての医師のバリエーション（医師の好みなどで、根拠は不明）が大きいと報告されている。医療記録の電子化が進むと、看護職の看護ケアにおけるバリエーション（知識不足・技術不足などによる合併症の早期発見の遅れなど）も分析できるようになるだろう。パスは、質の評価ツールとしての機能もあり、バリエーション分析が病院内改善ツールとなり、TQM(Total Quality Management)やCQI(Continuous Quality Improvement)のデータとして用いることができる。バリエーションのデータがモニターできて、分析できるとそれがシステム改善としての材料となるからである。

医療の標準化が難しいとされているが、パスには「80・20 ルール」というものがある。本当に標準化されたパスであると、80%の患者は100%パスどおりに医療ケアが進むとされている (Dykes, 1997)。残りの 20%は予測されたパスから逸脱して、すぐにパスに戻るものと、そのままパスから外れてしまうものとに別れる。これは、あくまで標準化がどのレベルでなされるかによって異なる。ここでは、医師のパス作成への関わり方で標準化の段階が決定される。

パス導入を行うと、医療ケアの適正化、標準化、効率化が可能となる。医療ケアの質の保証としてのパスで重要なのは、医療ケアの適正を無視すると、効率は達成できないということだ。効率というのは最小資源における最大効果であるが、効果の基準を保つためには、医療ケアの適正が絶対必要条件である。であるから、パス導入においては、医療の適正性が Evidence-based Medicine を基本にして、最優先されなくてははいけない。

## 2. 研究要旨

研究目的は臨床経過に基づく医療管理手法（パス法）の有用性に関する検証。平成12年度はクリニカルパスを活用した股関節全置換術における医療・看護ケアにおける患者のアウトカムを検証することを目的にクリニカルインディケーター（臨床評価指標）の抽出を行った。またクリニカルインディケーターに関連する影響要因、施設間でクリニカルインディケーターに基づいてアウトカム比較から、今後の医療・看護ケアの改善策について検討を行った。またパスを用いた患者に対して満足度調査を行った。さらに、パスを日米比較して、医療ケア介入の相違を比較検討した。

股関節全置換術の研究対象は東京近郊のS病院(46名)、K病院(20名)においてクリニカルパスを使用した変形性股関節症：股関節全置換術を施行した患者とした。なお術部感染、オペ後脱臼、痴呆の患者は除外した。S病院では、在院日数が長期化するとリハビリ日数も増加して、リハビリの開始が早いほど、退院日数が短縮しているという相関がみられた。手術時間が長期化するとリハビリ開始も遅れ、リハビリ日数も長期化する傾向にある。K病院では、在院日数と相関がみられたのは、手術日からリハビリ開始日までの日数(0.60、 $P < .01$ )と手術時間と抗生剤使用日数(0.46、 $P < .05$ )であった。

S病院とK病院の比較を行ったところ、手術日からリハビリ開始までの日数、リハビリ日数に有意差が認められた( $p < .000$ )。手術日からリハビリ開始までの日数においてはK病院の方が約8日間短く、リハビリ日数においてもK病院の方が約4日間短いことが認められた。これはシステムの特性が大きく影響するということが推察された。医療ケアの標準化としては、システムとしての施設特性の部分が大きいことが推察された。

パスを使用した患者に対して調査(N=25名)と電話インタビュー(N=6)を行い、どのような因子が影響するかを調査した。満足度は世界的に使用されているものを使用し、back translationを行い妥当性を検証して、pilot研究段階であるが、患者満足度に関しては、医療スタッフからの説明が多いほど満足度が高くなる傾向にあった。

さらに、日米のパスを比較し、医療ケア介入の相違を検証したが、リハビリ開始は10日間以上の差異があり、階段歩行訓練は4週間の開きがあった。術式は同じ方法であったが、人的資源などのシステムとしての問題が大きくあるようであった。この看護ケア部分に関してEvidenceを検証した。

### 3. 研究目的：臨床経過に基づく医療管理手法（パス法）の有用性に関する検証

### 4. 研究方法

平成 12 年度は、クリニカルパスを活用した変形性股関節症：股関節全置換術における医療・看護ケアにおける患者のアウトカムを検証することを目的にクリニカルインディケータ（臨床評価指標）の抽出を行った。またクリニカルインディケータに関連する影響要因、施設間でクリニカルインディケータに基づいてアウトカム比較から、今後の医療・看護ケアの改善策について検討を行った。またパスを用いた患者に対して満足度調査を行い、医療の中の何が特に患者満足度に影響するかを検証した。さらに、パスを日米比較して、医療ケア介入の相違を比較した。その中で看護ケアの Evidence に関して検証をした。

#### 1) 研究対象

東京近郊の S 病院 (46 名)、K 病院 (20 名) においてクリニカルパスを使用した変形性股関節症：股関節全置換術を施行した患者を対象とした。なお術部感染、オペ後脱臼、痴呆の患者は除外した。

パスを使用した患者の満足度は、パスを使用している T 病院の患者から無作為選択して 25 名を調査した。さらにそのうちの有志 6 名に電話インタビューを行った

#### 2) 研究期間

変形性股関節症：股関節全置換術を施行した患者を対象とデータ収集期間は平成 10 年 4 月 1 日～平成 12 年 3 月 31 日までの 2 年間とした。

患者満足度の対象となった患者は平成 12 年度中に入院した患者でパスを使用した患者とした。

#### 3) データ収集項目

医師、看護職からのヒアリングを基にクリニカルインディケータとして、入院日から手術日までの日数、手術日からリハビリまでの開始日数、在院日数を抽出した。診療録より、年齢、性別、リハビリ日数、抗生剤の使用日数、また股関節機能判定基準に基づく疼痛、可動域、歩行能力、日常生活動作の点数のデータを収集した。また手術記録より、出血量、手術時間の収集を行った。レセプトより、薬剤合計料、総合合計料のデータ収集を行った。

データ収集項目：

- ① レセプト；金額総額、保険の種類、薬剤、リハ（複・単、×日数）、レセプト病名
- ② 診療記録；生年月日、性別、体重、入院日、オペ日、退院日、入院時 ADL、リハ開始時期、抗生剤の使用日数、基礎疾患の有無、退院時 ADL、オペ記録；使用 device とセメントの有無、自己血の有無、輸血の有無、麻酔記録；出血量、オペ時間
- ③ 施設のヒアリング；施設特性（自己完結型か転院型か）、CPM の有無、1 施設当たりの PT（人）、PT1 人当たりの受け持ち患者数（人）、バランスサスペンション牽引の有無、オペ式（大転子を落とすかどうか）、オペ後スタンダードスケジュール

4) 患者満足度の概念枠は以下の構成からなっている。

1. 患者の価値観、選好、ニーズの尊重  
生活の質 (QOL)、意思決定への参加、個人の尊厳、患者のニーズと自主性
2. 医療サービスの連携と統合  
臨床サービスにおける連携と統合、周辺支援サービスにおける連携と統合  
「現場第一線」の患者サービスにおける連携と統合
3. 情報源、コミュニケーション、患者啓発  
病状と治療の進行および見通しに関する情報、治療プロセスに関する情報  
患者の自助、セルフケア、健康増進に必要な情報と啓発
4. 心身の快適性  
疼痛管理、日常活動の介助支援、病院や施設の内外環境
5. 心情・情緒への支援と恐怖・不安の緩和  
病状、治療状況、今後の見通しに対する患者の不安  
病気が患者自身と家族に及ぼす影響に対する不安  
病気によって生じる費用負担に関する心配
6. 家族・友人知己の関与  
家族と友人知己への配慮、医療上の決定における家族の関与  
患者の介護者としての家族への支援、家族のニーズに対する認識
7. 退院・退院と治療の継続性

## 5. 研究結果

### 1) S病院 N=46

男性 7 名 (15. 22%)、女性 39 名 (84. 78%) であり、平均年齢 64. 36±10. 40 歳であった。入院日から手術日までの平均日数は 8. 61±5. 78 日、手術日からリハビリ開始までの平均日数は 23. 26±9. 30 日、抗生剤使用日数 7. 26±1. 69 日、リハビリの平均日数は 26. 70±10. 45 日、平均在院日数は 65. 17±18. 84 日であった (表 1)。

表 1 S 病院の結果 N=46

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
在院日数	34.00	128.00	65.17	18.84
入院日から手術日までの日数	1.00	38.00	8.61	5.78
手術日からリハビリ開始までの日数	9.00	65.00	23.26	9.30
抗生剤使用日数	4.00	12.00	7.26	1.69
リハビリ日数	8.00	62.00	26.70	10.45

入院から手術日までの日数、手術日からリハビリ開始日までの日数、リハビリ日数、出血量、在院日数の各変数の関連を検討するためにスピアマンの相関係数を算定した。在院日数と高い相関がみられたのはリハビリ日数 0.726 ( $p < .000$ )、中等度の相関がみられたのは入院日からリハビリまでの開始日数 0.591 ( $p < .000$ )であった。手術日からリハビリ開始日までの日数と手術時間の相関係数は 0.471 ( $p < .001$ )、手術時間とリハビリ日数との相関係数は 0.472 ( $p < .001$ )であった。

手術部位においては右が 22 名、左が 24 名であった。

## 2) K 病院 (N=20)

男性 4 人 (20%)、女性 16 人 (80%) であり、平均年齢は  $68.28 \pm 8.39$  日であった。入院日から手術日までの平均日数は  $10.35 \pm 4.88$  日、手術日からリハビリ開始までの平均日数は  $15.10 \pm 6.90$  日、リハビリの平均日数は  $22.75 \pm 7.66$  日、平均在院日数は  $61.05 \pm 8.49$  日であった。

S 病院と同様に入院から手術日までの日数、手術日からリハビリ開始日までの日数、リハビリ日数、出血量、在院日数の各変数の関連を検討するためにスピアマンの相関係数を算定した。在院日数と相関がみられたのは、手術日からリハビリ開始日までの日数であった (0.60,  $P < .01$ )。手術時間と抗生剤使用日数にも相関が認められた (0.46,  $P < .05$ )。

## 3) S 病院と K 病院の比較

S 病院と K 病院の比較を行ったが、その結果は表 2 のとおりである。

表 2 S 病院と K 病院の比較

	S 病院		K 病院	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
入院日から手術日までの日数	8.61	5.78	10.35	4.88
手術日からリハビリ開始までの日数 ***	23.26	9.30	15.1	6.9
抗生剤使用日数	7.26	1.69	7.7	4.16
在院日数	65.17	18.84	61.05	8.49
リハビリ日数 ***	26.70	10.45	22.75	7.66

\*\*\*  $p < .000$

S 病院と K 病院の比較を行ったところ、手術日からリハビリ開始までの日数、リハビリ日数に有意差が認められた( $p<.000$ ) (表 15)。手術日からリハビリ開始までの日数においては K 病院の方が約 8 日間短く、リハビリ日数においても K 病院の方が約 4 日間短いことが認められた。

表 3 S 病院と K 病院の診療報酬上の相違

	S 病院(N=46)	K 病院(N=20)	有意差
薬剤合計料	12,705.0±5097.0	11,164.1±5141.4	n.s
総合合計料	276,710.8±12871.3	263,660.1±12871.3	n.s

薬剤合計料、総合合計料において有意な差は認められなかった (表 3)。

#### 4) 股関節全置換術クリニカルパスの日米比較

股関節全置換術クリニカルパスの日米比較を行った(表 4)。日本における病院は都心部の代表的のパスから比較した。日本の股関節全置換術クリニカルパスは 3 病院の平均的な医療ケア介入であった (K 病院、S 病院、P 病院)。これらの病院に特徴なのは、病診連携がなされておらず、リハビリ病院などの転院が困難で、在宅に移行するまで、ひとつの病院を利用するタイプの「自己完結型」であることである。「病診連携」のできている「超早期リハ」を行っている済生会熊本病院では術後 1 日目でリハビリを開始して、2 週間で転院となっているが、それは日本では例外的である医療ケアであるので、今回は典型的な病院でのクリニカルパスを使用することにした。

日米のパスを比較すると、退院時状態は同様 (ステッキ歩行) のに対して

1. リハビリ開始日が米国で術後 1 日であるのに対して、日本では 11 日目
2. 歩行器歩行訓練開始は米国で術後 2 日目が日本では 11 日目
3. 階段歩行訓練開始が米国で術後 4 日目が日本で 5 週間目
4. 術後の検査の数も入院期間に比較して多い
5. 抗生剤使用が日本が長い
6. 排尿の尿カテーテル留置のバルン抜去が日本では 1 週間から 4 週間である
7. 術前に日本では「剃毛」処置があるが、米国では「除毛」としてのバリカン使用である (表には記載されていない)

この中で看護ケアとしての

1. 剃毛処置
2. 尿留置カテーテルの留置

に関して Evidence としての根拠がどのようになっているのかも検証した。

表 4 股関節全置換術クリニカルパス 日米比較

	日本	アメリカA	アメリカB
標準退院 日数	6週～8週	6～7日	7日
退院時状況	自立ステッキ歩行	自立ステッキ歩行	自立ステッキ歩行
リハビリ 開始	POD11～13	POD1	POD1
歩行器歩行 訓練開始	POD11～13	POD2	POD2
階段歩行 訓練開始	POD5週目	POD4	POD5
検査	POD1、3 →血算、生化 POD1w. 2w. 3w. 4w. →血算、生化、X-P	退院までなし	必要に応じて
抗生剤	POD5まで	POD2まで	POD1 (24～36時間まで)
排泄	POD7バルン抜去 ～4週：車椅子トイレ 介助・夜間尿器使用	POD2バルン抜去	POD1バルン抜去

PODはPost Operation Dayとして術後日数を意味する

Picker 患者満足度の調査結果

患者属性

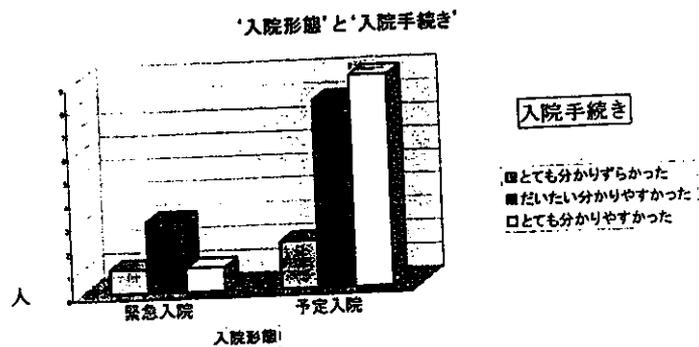
PICKER を用いた患者満足度アンケート調査の患者属性を表 1 に示す。  
N=25 で、回答者の平均年齢は 57.16 歳であった。

表 1 患者属性

		度数	%
性別	男性	17	68%
	女性	8	32%
最終学歴	中学校卒業	4	16%
	高等学校卒業	5	20%
	専門・専修学校	4	16%
	大学卒業	10	40%
	無回答	2	8%
結婚状況	既婚	23	92%
	未婚	1	4%
	無回答	1	4%
保険	国民健康保険	10	40%
	社会保険	10	40%
	その他	2	8%
	高齢者保険	2	8%
	無回答	1	4%

入院形態と入院手続きの関連については、表 2 のとおりであった。

表 2



病室案内までの待ち時間について、長く待たされなかったという回答が 84% であった。

## スタッフの応対について

病室案内をしたスタッフの応対については‘とても良かった’‘良かった’が72%を占め、‘普通’が28%であり‘悪かった’という回答はなかった。

医師の応対については、全体的に良かったという傾向であり（‘非常に良かった’‘とても良かった’‘良かった’88%）、悪かったという回答はなかった。

ナースの応対については、全体的に良かったという傾向であり（‘非常に良かった’‘とても良かった’‘良かった’84%）で、悪かったという回答はなかった。

表3 医師・ナースの応対

	非常に良かった	とても良かった	良かった	普通
医師	3 (12%)	7 (28%)	12 (48%)	3 (12%)
ナース	6 (24%)	7 (28%)	8 (32%)	3 (12%)

## 医師について

担当医師が一人であったとの回答は48%であった。

医師からの説明については、分かりやすい説明がいつもあったとの回答が80%であった。

心配等があったときに、医師と話し合いをしたとの回答は、68%であった。

医師の処置に対しては、肯定的な回答が多数（‘いつも信頼していた’‘だいたいしていた’96%）であった。

医師があなたを無視して誰かと話をするのがあったかについては、なかったという回答が96%であった。

医師の対応について、いつでも対応してくれたという回答が多数（‘いつでもしてくれた’‘ほとんどいつもしてくれた’‘してくれた’76%）であった。

‘医師への信頼・信用’と‘医師からの分かりやすい説明’‘医師との話し合い’とを対応させたものを次表に示す（表4、5）。

医師が説明を行うこと、患者と話し合いをすることが、‘医師への信頼・信用’と相関関係があることが示唆された。

表 4

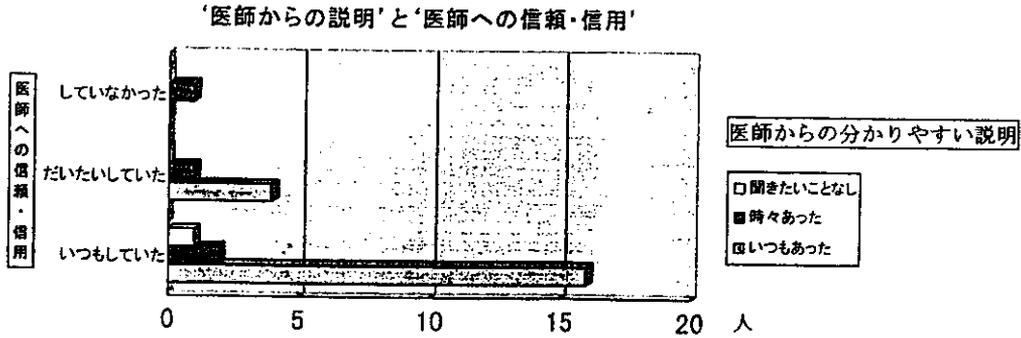
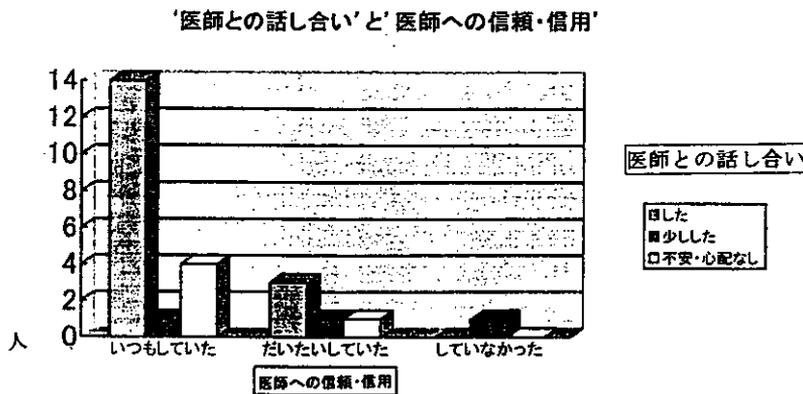


表 5



## ナースについて

質問に対するナースからの説明について、いつもあったという回答が 80%であった。心配等があったときにナースと話し合いをしたという回答は 72%であった。

ナースが行う処置・ケアに対する信頼・信用について尋ねたところ、信頼していたという回答が多数（'いつもしていた' 'だいたいしていた' 88%）であった。

ナースがあなたを無視して誰かと話をすることがあったかについての質問に対しては、なかったという回答が 88%で、いつもあったと答えたのは 8%であった。

ナースの対応については、対応してくれたとする肯定的回答が多数（'いつでも対応してくれた' 'ほとんどいつも対応してくれた' '対応してくれた' 96%）であった。

'ナースへの信頼・信用'と'ナースからの説明' 'ナースとの話し合い' 'ナースの応対' 'ナースはいつでも対応してくれたか'とをクロス集計したところ、ナースが説明を行うこと、ナースと話し合いをすること、ナースの応対が良いこと、ナースがいつでも対応してくれることが、'ナースへの信頼・信用'と相関関係があることが示唆された。

スタッフ間の意見の相違の有無についての質問では、なかったとする回答が 92%と多数であり、あったとする回答はなかった。

治療に際して、自分の意見をスタッフに伝えることができたかについての質問では、できなかったとする回答は 4%と少なく、できたとする回答が多数（‘すべて伝えた’‘多少は伝えた’ 88%）であった。

スタッフから家族への情報提供について、ちょうど良かったという回答が 76%であり、少なかったという回答は 12%であった。

相談事等をできるスタッフの有無については、いたとする回答が 56%（‘相談できるスタッフがいた’‘なんとか見つかった’）であり、いなかったという回答は 16%みられた。また、心配事がなかったあるいは話したくなかったとする回答も 20%あった。

排泄援助については、必要な援助が受けられたとする回答が 32%であり、援助を必要としなかったという回答が 64%であった。すなわち援助を必要とした人が実際に援助を受けられた割合は 88.9%という結果になった。

検査結果についての説明では、説明を受けたとする回答が多数（‘わかりやすい説明を受けた’‘だいたい説明を受けた’ 96%）であった。

検査や処置が予定時間通りに行われたかについては、行われたとする回答が多数（‘いつも行われた’‘だいたい行われた’ 96%）であった。

尊重され、尊厳を守られた応対を受けたかの質問に対しては、受けていたという回答が回答者全員から返された（‘いつも受けていたと思う’‘だいたい受けていたと思う’ 100%）。

## 痛みについて

入院中の痛みの有無については、痛みがあったとする回答が 63%、なかったとする回答が 28%であった。

痛みの程度については、‘激しい痛み’ 20%、‘なんとか我慢できるくらいの痛み’ 20%、‘軽い痛み’ 36%という結果であった。

鎮痛薬の要求については、入院中に痛みがあったと回答した人のうち、要求したとする回答が 23.5%、また要求しなかったとする回答が 70.6%であった。

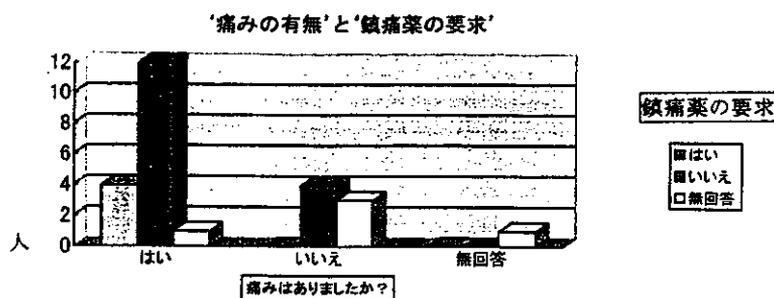
鎮痛薬を要求してから、実際に与薬されるまでの時間は、鎮痛薬を要求した 4 人のうち、‘0分/すぐ’ が 1人、‘1~5分’ が 2人、‘6~10分’ が 1人の内訳であった。

入院中に痛みがあったと回答した人 (N=17) に対して、痛みを軽減するためにスタッフはできる限りのことをしたと思うかを質問したところ、‘思う’ と回答したのは 5人 (29.4%)、‘だいたい思う’ 1人 (5.9%)、‘思わない’ 1人 (5.9%)、無回答が 10人 (58.8%) であった。

痛みがあると回答した 17 人のうち、使用された鎮痛薬についてちょうどよい量であったという回答が 6人 (35.3%) であった。

また、鎮痛薬を要求したと回答した 4 人全員が、痛みを抑えるのにちょうどよい量であったと回答している。

表 6



## 外科医について

今回の回答者で、手術経験があったのは 68% であった。手術を受けたと回答した 17 人で、手術に伴うリスク等について説明を受けたとする回答は 15 人 (88.3%) であった。

手術に関する質問に対する医師の対応については、手術を受けたと回答した 17 人全員が、分かりやすい説明を受けた・だいたい受けたと回答している。

スタッフからの術後の状態についての説明の有無については、手術を受けたと回答した 17 人全員が、あった・だいたいあったと回答している。

手術結果についての説明では、手術経験のある 17 人のうち 15 人 (88.2%) があった・だいたいあったという回答をしている。

## 退院について

退院後に服用する薬についての説明について尋ねたところ、理解できるような説明があった・だいたいあったという回答が72%であった。

退院後に注意する薬の副作用についての説明の有無については、あった・だいたいあったとする回答が48%であった。

退院後に注意を要する病気・手術に関連した危険兆候・症状についての説明の有無については、あったという回答が84%であった。

日常生活の再開についての話の有無については、あったという回答が76%であった（‘あった’‘だいたいあった’76%）。

家族や友人に対して、スタッフから説明や情報提供があったかについての質問では、あったという回答が76%（‘あった’‘だいたいあった’）であった。

入院費用の支払い法については、心配があった（‘とても心配した’‘多少心配した’）という回答が32%であった。また、スタッフから入院費用の支払い法について必要な援助が受けられたかと聞いたところ、上記で入院費用の支払い法について、心配があったと回答した8人のうち、2人がいくらか援助があったと回答しており、残りの6人は援助は必要なかったと回答している。

医師とナースの協力関係については、肯定的な回答が多かった（‘とてもよかったと思う’‘よく協力していたと思う’‘協力していたと思う’84%）。

当院で受けたケア全般について尋ねたところ、よかったという肯定的な回答が多く（‘素晴らしかった’‘とても良かった’‘良かった’80%）、普通であったとする回答は20%であった。

当院を、家族や友人に薦めるかを尋ねたところ、薦めるとする回答（‘絶対薦める’‘たぶん薦める’）が96%であった。

現在の健康状態については、よい（‘とてもよい’‘よい’）が36%、普通という回答が56%で、悪いという回答が8%であり、最高と答えた人はいなかった。

今回の入院を含めた過去6ヶ月間の入院回数は、今回のみの1回が92%、2回が8%という結果であった。

退院時期については、退院時期は妥当だったと思うという回答が88%あり、時期が早すぎたとする回答が1人あった。その理由として、「早く出たいのは常に希望していたが、退院してから1週間ぐらいはすごく体がつらかった」ことを挙げている。

電話調査の依頼をアンケート送付時に行ったところ、16人から可能との回答があり、実際に調査可能であった6人に電話調査を実施した。電話調査で得られた回答は別紙に記す。

## <電話調査の結果>

患者満足度の調査表送付時に、電話調査依頼を行った。電話調査可能と回答があり、なおかつ電話調査実施時に回答が可能であった入院経験者 6 名について平成 13 年 2 月に電話調査を実施した。

なお回答者は、患者本人が 5 名、家族（本人不在のため）1 名であった。入院中の病棟は、循環器（9 階東）、泌尿器（混合病棟、7 階）、外科（4 階・6 階）、内科（8 階西）、産婦人科（糖尿病教育入院目的）、眼科であった。（複数病棟入院経験者もあった。）

質問項目は、選択式の調査表では詳細がわからなかった項目を選択した。質問は次の 4 点を行った。

- 1) 入院中に困ったことはありましたか？
- 2) 退院してから困ったことはありましたか？
- 3) ① 環境面等について、改善した方がいいと思うところがありますか？  
② スタッフ等について、改善した方がいいと思うところがありますか？
- 4) 良かった点がありますか？

それぞれの質問に対する回答は次の通りであった。

---

### 1) 入院中に困ったことはありましたか？

- ・手術の後に痛い、起き上がりたいなど、病気が原因のことはあったが、その他は特  
にない。
- ・家族としてはない。本人も大丈夫だったと思う。
- ・右手手根管切除の手術をして、左手に点滴をしているので、トイレに行けなかった。  
看護婦が忙しそうなのでナースコールを押すのが悪いと感じた。他は特にな  
い。
- ・特にな  
い。

### 2) 退院してから困ったことはありましたか？

- ・医師の方から退院してからの日常生活に関する指示がなかった。かかりつけの元の  
先生（近所の）に相談しながら、済生会へリハビリに行った。
- ・困っていることはない。
- ・薬だけ取りに行くのが大変。大きな病院なので仕方ないが、時間がかかる。  
外来では予約するが 1 時間くらい待つ。

3) ① 環境面等について、改善した方がいいと思うところはありますか？

- ・検査などで患者は不安になる。全体的には良い。
- ・シャワールームが寒い。
- ・病院の食堂が貧弱である。

3) ② スタッフ等について、改善した方がいいと思うところはありますか？

- ・特になし。
- ・検査の担当医の紹介をお話していただくと安心感が得られる。検査前に担当医から挨拶をして欲しい。(責任の所在を明確にして欲しい。)

4) 良かった点がありますか？

- ・良くフォローして頂いた。リハビリの方に通っているが、術後の状況などもフォローする制度は良い。満足である。
  - ・手術などについてのリスクに関して非常にきちんと説明してくれる。患者の方も適切な判断ができる。質問に対してきちんと答えてくれる。納得して臨むことができた。ICC 看護体制も良かった。
  - ・看護婦の笑顔が良い。
  - ・入院が初めてだったがこんなものかな。よく対応してくれた。食事がおいしい。病室が明るい。看護婦や他の職種の対応がいい。他の病院だと、言っても忘れてしまっ来てくれない。
  - ・食事がおいしかった。
  - ・笑顔がいい。掃除のおばさんなども良く対応してくれる。
  - ・医師も看護婦もよくしてくれた。
  - ・看護婦はよく気がつく。わからないことばかりだったが、よくしてくれた。
-

## <考察>

電話調査から得られた回答から、これからの調査対象病院のいくつかの改善点が判明したので、次に4つに分けて考察した。

### ① 設備面

#### シャワールームの保温、食堂の改善

食事やシャワーは、入院中の患者にとって重要な楽しみの1つであり、環境設備面から改善を行うことが患者満足度に大きく影響を及ぼすことが考えられる。‘食事がおいしい’ことは、患者満足度に大きく寄与することが分かった。しかしながら、食事の嗜好は個人差があり、食事の点で、全患者の満足度を上げることは困難とされている。

### ② 接遇面

#### 笑顔、挨拶

接遇面では、スタッフの‘笑顔’や、気遣いが患者満足度に大きく影響することが、回答から分かった。検査時に担当スタッフから挨拶がないことなども不満足な点に挙げられている。日本では検査時や処置時に担当スタッフが患者に挨拶することが一般的に行われていないが、患者に対して担当であることを告げ、何を行おうとしているのか責任の所在を明確にすることは患者の安心にもつながり、また常識的に考えても、行って然るべきものである。

これらの接遇面は、医療の技術面や効果の適切性・妥当性などに比べて、患者が評価を行いやすい面であることもあり、患者満足度に与える影響が大きい。また、設備面での改善に比べると、費用をかけずに改善を行うことができる。だからといってこれらの接遇面での改善が設備面の改善に比べて容易であるというわけではないが、患者中心の医療を展開する上で、接遇面での改善は大きなポイントであり、継続教育として取り上げることも効果があると思われる。

### ③ 計画的なケア

#### トイレ誘導、退院指導

トイレ誘導や退院指導は、その必要性を予めアセスメントして、患者から言われなくても、計画的にチームで実施することが重要である。

### ④ 説明

#### インフォームド・コンセント

患者に対して説明を行うことは医療者の義務である。説明がない場合、患者は不安や疑いを持ち、医療者に対する信頼も低下する。患者が一人の権利を持つ人間として、自らが受ける医療を選択する際の援助者として、インフォームド・コンセントの徹底を図ること、この当然ともいえることが、患者満足度にも大きく影響することが示唆された。

## 5) Evidence-based Nursing とパス

最近では日本でもクリニカルパスに Evidence を導入する「根拠パス」といわれているものが出てきた。すなわちクリニカルパスにはガイドラインとしての機能もあるので、その部分を EBM・N (Evidence-based Medicine・Nursing) を導入することで、クリニカルパスを第二世代の「標準化された」パスというものに進化させる。

何が EBN なのか？

EBM・N は経験、直感で行って来て、病態生理からの推論である仮説に依存していた医療を、科学的根拠に基づいて行おうというものである。その科学的根拠というのは、病態生理学だけを指すのではなくて、根拠であるエビデンス水準を明確にしたものである。米国の保健政策研究局 (Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR) が「エビデンスの水準」という分類がある (AHCPR, 1993 年) (表)。これは研究方法のレベルで分類されて、「専門家委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床経験」というのも「エビデンスの水準」に分類されている。

どうしていま EBM なのか？

Evidence-based Medicine (EBM) とは、根拠に基づいた医療という意味で、「個々の患者のケアを決定する際に、最新で最良の根拠を良心的、明示的かつ思慮深く使用すること」だ。EBM という言葉は 1992 年に使われはじめたものだが、考え方は新しいものではなく、これまでの臨床疫学も診断、治療、予後、予防などの医療の有効性を評価するものであった。しかしながら、臨床疫学が実際の臨床で使用されるためには、限られた医学的情報で選択をするための臨床決断分析、複数の研究結果を統合する煩雑で研究に関する高度な知識を必要とするメタアナリシスなどが必要だった。それが EBM という名称になって、ポピュラーになった。EBM がポピュラーになったのにはいくつかの理由があるが、ひとつは EBM という言葉の響きの良さ、情報のアクセスを簡易にした IT (Information Technology) 革命、メタアナリシスとしての第 2 情報の整備、さらには医療の標準化の問題などであろう。IT では、個人でパーソナルコンピューターを持つことが容易になり、さらにはインターネットのアクセスでかなりの情報が瞬時に入手できるようになったことだ。インターネット検索サイトからは、簡単にメタアナリシスされた 2 次情報が入手できる。これまでは自分で検索して、文献を取り寄せて、読んで、研究結果内容を比較するというを手作業で行ってきたものを、研究方法に卓越した人がメタアナリシスをしてきている。例えば、コクランの日本語サイト (<http://cochrane.umin.ac.jp/>) にもインターネットが可能なら簡単にアクセスできる。他にも英文であるがベストエビデンスのサイトなどもある。

EBN の指す根拠とは？

EBN の示す根拠は、前述した AHCPR の「エビデンスの水準」という分類と外れるものではない。看護研究の多くはⅢ、Ⅳのエビデンスの水準レベルであるが、看護研究で高い水準の研究を行うのは、難しい場合が多い。それは、医学研究や実験研究以外は、看護研究は疾患を持たれた対象者の生活と健康に関する現象を扱うことになるので、複雑で多様な因子が関連するからだ。このような因子の多く関わる看護研究で患者特性としての因子を特定、環境コントロールなどを行うこともかなり難しい、対象者の無作為抽