

片田ら, 1998; 片田、内布、上泉、山本, 1998; 内布ら, 1998; 山本ら, 1998)。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（内布、上泉、片田, 1994）。これらの要素は文献レビュー（近澤ら, 1994; 中込ら, 1994; 大崎ら, 1994）や定量調査の因子探索結果（柴田ら, 1995）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ウ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。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。

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（堀内ら, 1995a; 堀内ら, 1995b; 片田ら, 1996）。評価項目や評価内容の洗練と尺度の設定が行われ（片田ら, 1997）、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（片田ら, 1998）。

この厚生省看護対策総合研究事業によって行われた一連の研究は現在までに一応のまとめをつけ、今後は「医療の質に関する研究会」における評価ツールとして実運用にこぎ着けたところである。今後は実運用で得られた知見を元にさらなる洗練が期待される。

### 第3節 諸外国における研究の状況

諸外国の看護サービスに関する研究の状況をみると、やはり看護の質についての取り組みがなされており、これが普遍的なテーマであることを示唆させる。そして、これらの多くは米国を中心に進められている。

この中でも、看護の質の評価について、基本的な枠組みを提供した Donabedian による研究から、成果指標について、アメリカ看護婦協会によるプロジェクト調査研究で抽出された指標を中心にして、これまでの研究について文献検討を行った。

なお、ここで取り上げた、成果指標は、(1) 死亡率、(2) 入院日数、(3) 事故、(4) 合併症、(5) 看護ケアに対する患者や家族の満足度、(6) 退院計画の適正度の6指標と、この他に総合的な指標に関しての最近の動向についてである。

#### 1. 死亡率

急性期入院患者の死亡率は病院ケアの総合的な指標である (Braun & Worthen, 1993; Shortell & Hughes, 1988)。そしてそれは同時に看護ケアを反映しているとも考えられている。その理由には、急性期ケア病棟においては90%以上のケアが看護職を介して提供されると考えられており (Helt & Jelinek, 1988; Kramer & Schmalenberg, 1998a; Kramer & Schmalenberg, 1998b)、看護職だけが24時間を通してケアや観察に携わり、特に緊急の場合に看護職から医師への確に情報が伝達されるか否かは生命予後に決定的なものとなるからである (Aiken et al. 1994)。

これまでの研究で、看護の質を全看護職員に占める正看護職の割合を指標と設定すると、有意に死亡率との負の関連が認められた (Hartz et al., 1989; Krakauer et al. 1992; Scott et al., 1976, pp. 72-89)。また別の研究においては、看護職が他の業務に忙殺されている時間帯と心筋梗塞での死亡率との間に有意な関連が認められた (Cole & Slocumb, 1994)。

一方で、300の病院を対象とした研究 (Rubenstein et al., 1992, pp. 39-53) では、定額見込み払い方式の導入前後で看護職による要となる症候の重点的な観察と死亡率について検討されたが、重点的な観察力を反映する要素が、単に患者に対する看護職員の割合だけでなく看護職の知識や経験にもよるため、一定の見解は得られなかった。また42床のICUでの研究では患者に対する看護職員の割合と死亡率の間には有意な関連は認められなかった (Shortell et al., 1994)。

このように看護の質と死亡率との間には確固たる関連は確立していないが、それは死亡率というものは、医師の資質、医療職員の構成、医療サービスの提供体制、行政上の制約事項など、様々な要素の総和として現われるためであろうと考えられている (Fagin, 1990; Flood et al. 1984; Hartz et al., 1989; Kelly & Hellinger, 1986; Luft, 1980; Shortell & LoGerfo, 1981; Shortell & Hughes, 1988; Ventura et al., 1992)。

## 2. 入院日数

病気に関してどの位の期間入院していたかは質と経費を測る指標として広く認識されている。急性期ケア病棟においては90%以上のケアが看護職から提供されている (Helt & Jelinek, 1988; Kramer & Schmalenberg, 1998a; Kramer & Schmalenberg, 1998b)。看護職のレベルと、最小限の経費で可能な限り効果の高い手段を病院として用意できるということは非常に強く相関するものである (Flood & Diers, 1988; Halloran, 1983)。研究によって、より少ない正看護職しか雇用していない病院では入院日数が延長していることが明らかにされ (Cohen, 1991; Flood & Diers, 1988)、不十分な患者モニタリング、すべき処置の忘れや遅れ、投薬に関する過誤や事故の増加、と入院日数の増加との間にも明らかな関連が認められている (Flood & Diers, 1988)。

看護ケアの内容と入院日数の短縮についての関連も証明されており、よりよいケースマネジメント、より低い合併症率、より早期からの退院の準備は入院期間の短縮をもたらすことが研究から明らかにされている (Brooten et al., 1996; Devine & Cook, 1983; Flood & Diers, 1988; Marchette & Holloman, 1986; Mumford et al., 1982; Roberts, 1994)。

## 3. 事故

この指標は薬剤投与に関する過誤と入院期間中の傷害事故を指すものとする。

投薬に関する過誤は、処方過誤、服薬指示に従わない患者側に由来する過誤、分包過誤、与薬時の過誤、に大別される。投薬に関する過誤はチーム医療においては様々な場面で、多職種の間で共同作業がなされている医療現場では、ある特定の専門職種独自の問題ではないことは明白であろう (Burkhardt et al., 1994; Rollins et al., 1994)。

しかしながら与薬時の過誤は実際の看護職の行為に関係が深いものである (ASHP Council on Professional Affairs, 1992)。看護職には指示された分量の薬剤を指示通りに与薬する責任があり (Schneider & Hartwig, 1994)、職員数の不足、不十分な経験や知識はこの与薬時の過誤の危険性を高めることが明らかにされている (Decision Data Collection, Inc., 1994; Service Employees International Union, 1992; Walters, 1992)。ある研究によって、気がそれるものの増加、連続勤務時間の増加、勤務時間帯のローテーションなどの人員配置に関するストレスと薬剤投与に関する過誤との関連が明らかにされている (Fuqua & Stevens, 1988)。看護職の質全般として、薬剤投与に関する過誤との関係について調査研究された文献はほとんどなく、質というものを定義付けるに十分なものはないが、看護職者としての経験が増せば増すほど薬剤投与に関する過誤は減少することは明らかにされている (Fuqua & Stevens, 1988)。また過誤の有無だけでなく、過誤の重大度を評価する指標の開発も一方で進められている (Walters et al., 1992)。

看護職者の構成によって薬剤投与に関する過誤が影響されることは経験的には知られて

いたものの、総看護職員に占める正看護職の割合と薬剤投与に関する過誤についての検討では明らかな相関は認められなかった (Wan & Shukla, 1987)。薬剤投与に関する過誤と看護の質については、質を反映する何らかの側面に関連することは示唆されてはいるものの、その直接的な関連については証明されてはいない (Elnicki & Schmitt, 1980; Jones & Smith, 1989; Walters, 1992; Wan & Shukla, 1987)。

一方、入院中の傷害の最たるものは転倒である。看護職者は受傷の危険性を明らかにし、転倒予防策を講じる責任がある (Carpenito, 1983, pp. 238-253; Jones & Smith, 1989)。アメリカ看護婦協会の調査でも看護職員の不足は転倒事故を増加することが明らかにされている (Decision Data Collection, Inc., 1994)。

多くの研究においては患者の年齢や入院日数等の要素との関連は証明されているが (Jones & Smith, 1989; Wan & Shukla, 1987)、理論上は確かに看護ケアと転倒の間には強い関連が予想されているものの、研究成果としての証明はなかなかされていない (Elnicki & Schmitt, 1980; Larrabee et al., 1991; Taunton et al., 1994; Wan & Shukla, 1987)。

#### 4. 合併症

ここでは合併症には褥瘡、院内総感染、院内尿路感染、院内呼吸器感染、院内外科創感染を含むものとして考えられている。

入院中の褥瘡は看護ケアの質を測るものとして使われてきた (Ludke et al., 1993)。データ収集上幾多の限界はあるものの、褥瘡の発生率は理論上も看護ケアの用意とその質とに非常に強い関連性を示している (Agency for Health Care Policy and Research, 1992)。

褥瘡予防を含めたスキンケアは原則的には看護の責任である (McFarland & McFarlane, 1993b, pp. 160-169)。しかしながらこれだけ看護ケアと褥瘡発生について経験的に強い関連が示唆されているながら、それを科学的に証明しているものはそう多くは見られない (Alverno et al., 1992; Fanucci et al., 1993)。患者の年齢、栄養状態、失禁の有無など、褥瘡の危険因子を増大させるような患者側の他の要素への看護介入の影響の大きさは一概には決定し難いものがある。

院内感染率は病院ケアの質の指標として広く認められている (Emori & Gaynes, 1993; Larson et al., 1988; Taunton et al., 1994; Wirtschafter et al., 1994)。しかしながら、退院後に判明する院内由来の感染症を十分に計測しきれない、などの方法論的な問題点も指摘されている (Centers for Disease Control, 1991; Emori & Gaynes, 1993; Gaynes et al., 1991; Larson et al., 1988)。

看護職の配置が十分な病院と不十分な病院での比較検討がなされ、後者により院内感染が多いことが明らかにされている (Flood & Diers, 1988)。しかしながら別の研究では看護職員の仕事量と尿路感染の発症率には有意差が認められなかった (Taunton et al.,

1994)。

院内感染の発症率には看護ケアだけではなく、感染予防対策の有無、医師、呼吸療法士、感染症対策専門職などの配置などの人的管理などの比重も大きい (Brennan et al., 1991; Emori & Gaynes, 1993; Folcarelli et al., 1993; LaBelle, 1992; Larson et al., 1988; Leape et al., 1991)。さらに患者年齢、疾病重症度、入院日数、処置の侵襲度と複雑さ、等との考慮が必要となる (Jaris et al., 1991; Larson et al., 1988; Leape et al., 1991; McFarland & McFarlane, 1993b, pp. 160-169; Taunton et al., 1994)。

この他には、尿失禁がないことを成果指標としてケア過程の指標を標準化しようと試みている研究がいくつかみられた (Fogarty et al., 1989; Schnelle et al., 1991; Schnelle & Newman, 1990)。

#### 5. 看護ケアに対する患者や家族の満足度

患者の満足度というものは成果を表わす指標として以前より注目されていた (Greenneich, 1994; Hennessy & Friesen, 1994; McBurney & Schultz, 1993; McDaniel & Nash, 1990; Megivern et al., 1992; Scardina, 1994; Speedling et al., 1993; Taylor et al., 1991; Valentine, 1991; Ware et al., 1983)。特に最近では看護ケアと患者満足度を標準化したスケールで測ろうとする研究は非常に盛んである (Leinonen et al., 1996; Lynn & McMillen, 1999; Merkouris et al., 1999; Mitchell et al., 1999; Walsh & Walsh, 1999)。

しかし患者満足度は看護ケアに正確に反映されるとは限らない要素 (年齢、性別、健康状態) に影響を受けることが明らかにされており、直接患者成果に影響を与えるような特異的な側面、中でも特に技術的な面と患者満足度との関連性についての一層の研究の必要性が指摘されている (Boscarino, 1992; Cleary & McNeil, 1988)。これまでの研究から患者はケアのより個別的な側面について関心をもっていることが分かった (Cleary & McNeil, 1988; Clemenhagen, 1994; Ware et al., 1983)。これらを受けて、受けたケア全般に影響する満足度と看護ケアに影響する面での満足度を分けて測定しようとする試みはいくつか認められた (Ricketts, 1996)。

看護ケアと患者満足度については、専門職としての技術的側面、信頼度、教育的関係の3側面から評価されることが多い (Hinshaw & Atwood, 1982)。看護職員の不足、知識不足や技術についての経験不足は、明らかに正看護職の提供する行為に影響を及ぼし、患者は上記の3側面についてこの不十分な行為を認知するものである。

これまでの研究から、全看護職員に占める正看護職の比率をもって看護ケアの質とした場合、ICUあるいは重症ケア病棟において看護ケアの質と患者満足度には相関関係が認められることが明らかにされている (Hinshaw et al., 1987; Mitchell et al., 1989)。ある研究によれば、この正看護職比率は信頼度、教育的関係には相関するが技術的側面には関連しないとされていた (Hinshaw et al., 1987)。

これまでの研究では患者満足度と看護職員の仕事への満足度との間に関連があることは認められているが (Weisman & Nathanson, 1985)、この看護職員の仕事への満足度は看護職員配置の適正さを間接的に反映しているものの、患者満足度と看護職員配置の適正さについての直接的な証明はなされていない。

## 6. 退院計画の適正度

この指標には再入院率、退院後救急外来利用度、退院後の予定外の外来受診、退院に必要な患者の知識、が含まれるものとされている。

入院日数短縮への圧力の中で、患者がどの位退院計画を計画通りに遵守できるかはケアの質を評価する上でその重要性を増しつつある。(Bull, 1994; McFarland & McFarlane, 1993b, pp. 313-317; Neidlinger et al., 1987)。

退院計画に関して看護職は、患者が自分の病気や状態あるいは必要なケアを理解しているか、セルフケアがどの位可能か、再入院のリスクはどのくらいか、などについてアセスメントする責任がある (Bull, 1994; Neidlinger et al., 1987)。

再入院率は病院ケアの質を表わすものとして広く認められてきた。しかしながら看護ケア単独との関連性については文献的にも認められておらず、研究結果としても確立されておらず、あくまで経験的なものの域を出ていない (Ludke et al., 1993; Reley & Lubitz, 1986; Thomas & Holloway, 1991)。

退院後救急外来利用度は医療の質一般の指標としては認められているものの、看護ケアの指標とする文献は見当たらなかった。これにはまずデータ収集の困難さがその原因の一つと考えられよう。退院後に救急外来を利用する場合は必ずしも入院していた病院の救急外来を利用するとは限らず、きちんとしたフォローアップデータが収集できる保証はない (Frankle et al., 1991)。看護の質と退院後救急外来利用度との間には関連があるであろうと経験的には言われてはいるが研究での証明は認められていない。

退院後の予定外の外来受診も上記の退院後救急外来利用度と同様に一般的な医療の質指標であろうが、看護の質としての検証はこれまでにはなされてはいない。

## 7. 成果指標の総合測定ツール

Donabedian の質の3要素の中でも、最近最も注目されている要素はこの成果という側面であろう。成果が全てを表わすものでないことはこれまでも十分に認識されてきたとはいえ、社会経済活動の一つとしての医療活動は、その生産性や経済性を無視しては成り立たない。この生産性や経済性を測定するためには、どうしても結果としての成果というものを何らかの形で測定しなければならない、というのが今日のコンセンサスであろう。その上で、その結果についての評価についての議論が展開されるのである。

結果の中には身体に表われる変化に代表されるような比較的客観的なものから、精神的な反応に代表されるような主観度の高いものまであり、各々の測定ツールの開発は多方面

から試みられている (Crawford et al., 1996; Davis, 1995; Irvine et al., 1998; Mitchell et al., 1996)。

しかしながら各々のスケールで測定したものを、どのようにして重みづけをして総合評価するかについては決定的な研究成果はないといっても過言ではない。様々な総合評価の試みは脈々と試み続けられており、今後の研究成果の蓄積が一層必要な領域であることには異論はなかろう。そのためには先ず、基礎となるデータベースの構築を行うことが必須であり、地域レベル ("Quality Monitoring", 2000)、国レベル (American Nurses Association, 1996; American Nurses Association, 1999; Archibong, 1999; Duff et al., 1995; Geotherstream et al., 1995; Kany, 1997; Nissen et al., 1997; Redmond et al., 1999; Swearengen, 1997)、あるいは全世界レベル (Clark & Lang, 1997) での、情報蓄積への試みが行われつつあり、これらの今後の研究成果を期待するものである。

さて、総合的な看護ケアの質の評価システム構築の試みについてであるが、これらの試みは、現段階においては、実行レベルになっていないものの、様々な評価システム構築の試みが報告されている (Attree, 1996; Grant et al., 1996; Grobe, et al., 1997; Thomas & Bond, 1995; Watson & Lea, 1997)。いずれも現時点ではまだ蓄積がなく情報不足のため、その内容についての評価判断はまだ行えない。今後はこれらの評価システムの現場での妥当性や有効性について一層の研究を期待される。

### 第3章 「成果」を評価するための方法とその利用

#### 第1節 アメリカ合衆国における医療サービスにおける看護ケアの質の評価

##### 1. United 病院の「質の向上計画」とは

United 病院では継続的に質の向上に組織をあげて取り組んできている。総合的な質の向上 (Total Quality Improvement: TQI) の概念は、組織に所属する個々人が顧客の求めにあったあるいはそれ以上の実践を個人的あるいは部署、組織で遂行するものである。

継続的な質の向上を支持しながらすすめていくには、継続的で統合的なセルフアセスメントとセルフアセスメントの結果に基づいた計画が重要である。この計画は、質の向上に重要な要素についての認識をたかめ、病院を質の向上に導くことを目的としている。評価の基準ならびにプロセスは、計画の中に記述されており、これらの要素に関してのデータや情報から効果が判定される。

顧客のニーズへの注意ならびに患者ケア、提供されるサービス、患者にとっての成果や患者の満足に関連する質の改善が質の向上に寄与するものであると病院の展望に述べられている。

Allina Health System では、「質は私たちの顧客の求めるもの、感覚、将来のニーズにもとづいた製品、サービス、環境において卓越した達成をするための価値、知識、技術、実践である。質は Allina でどのように働くかということである」と質を定義している。

United 病院の質の計画は、質の概念、原則、プロセスを改善、支持、評価するすべての活動概要と記述をしたもので、16 からなる目的を明確にかかげている。また、それぞれの職位の権限と責任、活動の範囲が規定されている。

活動の範囲は医師や雇用者を含む組織全体における質改の改善の活動範囲を示すものであり、成績 (performance) と機能(function)の観点から次のようなものが示されている。

##### (1) 成績とは、

- ・ 効能 (efficacy)
- ・ 適切性 (appropriateness)
- ・ 活用性 (availability)
- ・ 適宜性 (timeliness)
- ・ 効果性 (effectiveness)
- ・ 継続性 (continuity)
- ・ 安全性 (safety)
- ・ 効率性 (efficiency)
- ・ 尊敬とケアリング (respect and caring)



## (2) 機能とは

- ・患者の権利と組織の倫理
- ・患者のアセスメント
- ・患者のケア
- ・教育
- ・継続ケア
- ・組織の成績改善
- ・リーダーシップ
- ・ケアの環境管理
- ・人材の管理
- ・情報の管理
- ・感染の監視、予防、管理

オリエンテーション、教育ならびに訓練については、病院、医療従事者、患者ならびに顧客の継続的教育と訓練に寄与する学識的な組織として定義している。質についてのオリエンテーション、教育ならびに訓練計画には、質の改善、人材、スタッフ開発、顧客の要求と同様にすべての雇用者に対して質について紹介することが含まれている。

質改善の過程で重要な焦点は、顧客のニーズや要求を内外から継続的に明確にすることである。顧客が各部署や特定のサービスに関する要求や満足度を示したものは、日々組織全体に伝達される。顧客サービスとは何かを明確にし、適用し、効果的に評価するために用いた過程が、各々の部署での質計画に統合される。

## 2. 質向上のための方法論

### (1) TQI と過程の改善方法

Unitede 病院では病院や医療従事者、質のアセスメントならびに顧客調査からの直接的なフィードバックだけに限らず、それらも含めたケア、サービス、成果や満足度の改善の機会を明らかにするための様々な方法の概要を述べている。診療録調査情報、質の傾向報告、リスク管理情報、利用状況のデータ、保安プログラムの情報、ケアの重要な観点や指標ならびに質、生産性、サービス、費用をアセスメントするために活用された基準が追加データ - の資源としてあげられている。

病院の部署あるいはサービスは、診断、処置、機能、対象とする年齢集団、活動、プロセスについて、「頻度の多さ」、「危険性の高さ」、「問題のおこりやすさ」の3つの観点から、ケア、サービス、成果の重要な領域を明確にする。これは、ケアやサービスが正しく提供されない、示されたケアが提供されていない、示されないとケアが提供されないときに生じる危険性や利益の損失を示すことになる。なので改善するには、それぞれの部署でこの重要なケアならびにサービスの領域に積極的に関わることになる。

## (2) 指標と基準の考え方

指標と基準は、患者の成果に影響をおよぼす重要な臨床実践やサービスのプロセスをアセスメントしたり改善するのに用いられる事前に定めた有効で量的な測定方法である。効率性、適切性、利用性、適宜性、継続性、安全性、効果性そして尊敬とケアリングを含む成績の領域を指標は評価する。

指標は、プロセスと成果の両方を査定する。プロセスの指標は直接的な患者ケアや患者ケアを支持するときの重要で慎重な活動を査定する。望ましい成果がえられる可能性が効果的に増大してこれらの活動が終了することにプロセス指標の焦点があてられる。成果の指標はそのできごとがのぞましいかどうかにかかわらず査定をするものであり、実践者の知識、判断力、技能の評価を重点的に検討する。重点評価に用いられる指標はその時々プロセスの中での多様性があることを包括的に再検討する必要がある。スクリーニングの指標になる水準は、コントロールの限界、専門家の総意、文献、地区ならびに州、全米の規範に基づいたものが用いられる。

TQI チームあるいはプロセス改善チームは目的と測定可能な指標、すなわち最新の知識、経験、顧客のニーズや要求を明確にすることにならびに調査しているプロセスの観察と測定に基づいた指標を設定することによって改善のために選択された機会を調査し評価し続ける。データ - 収集は何を対象としてどれくらいの頻度で収集するのかを明らかにしてからおこなわれる。データ - ならびに情報の評価を完結できるように系統的にデータが収集される。評価には、重要な事例、傾向やパターン、水準を含める。データの分析は TQI の用具や技術を用いて行う。

分析は、収集されたデータ - から原因とみられるものを明確にしていく。とりあえず原因が明確になれば、原因の元を究明するのに優先順位がたてられデータが収集される。

改善のための解決策はこの分析にもとづいて計画を立てられ、それには誰が行動をとるか、期待される変化は何か、解決策を適用する責任者は誰か、問題、原因、範囲ならびに程度からみて何をするのが適切か、期待される変化が生じるのはいつかが明確にされる。

改善の結果は継続的に監視され、継続性、フィードバック、測定用具とデータ収集のプロセスについて TQI のチームが決定し、持続的改善の評価と分析を行う。知見、結論、勧告、行動と結果は書面にして病院、医療従事者、顧客に伝達される。伝達手段としては、回覧やニュースレター、メモなども用いられる。

United 病院の質計画の年次評価では目的、範囲、組織、質改善方法の効果性、構造、主導権が査定される。

そして、部署における質計画の作成するにあたって、責任、目標と目的、サービスの範囲、ケア・サービスの重要な領域、質の測定用具/指標、雇用者の事故を減少させる方法、サービスならびに機能の質の測定方法が明確にされる。

次に腫瘍サービス部門における質計画の具体例を示す。

### 3. 質向上計画の具体例 ―腫瘍サービスの質計画― (表1、表2参照)

#### (1) 責任の範囲の明確化

以下が、各部署の責任者とその業務の責任の範囲を示した内容である。

##### ①患者ケア担当副部長

JCAHOの基準にしたがって患者ケアの領域を運営することの最高責任をもつ。

##### ②腫瘍サービス部長

主導権、継続的な監視、結果の検討ならびに一般的な指標と同様に他の関連活動を含む適切な質の計画を保証する責任をもつ。

##### ③がん委員会委員長

腫瘍部門の質計画、指標ならびに結果をがん委員会、医療従事者の委員会で定期的な検討を保証することの責任をもつ。

##### ④腫瘍サービス部門のリーダー

主導権の明確化、継続的監視、結果の検討ならびに指標の調整を定期的に特定のサービス領域で調整することと、すべての質の様相にスタッフがかかわることを保証することの責任をもつ。

##### ⑤部門のスタッフの責任

部門のスタッフは次のようなことならを含む様々な方法で質計画に参加し貢献する

- ―質の指標を明らかにし開発することを助ける
- ―活動を監視し評価する
- ―データの収集と分析
- ―患者ケアを改善するための活動の提案
- ―活動の実施

#### (2) サービスの範囲の明確化

United 病院のがんプログラムは総合的ながんケアを提供するためである。このプログラムは East Metro と Western Wisconsin で患者と家族に提供される。対象となる患者の年齢は一般に 18 歳以上であるが思春期 (16-17 歳) を含むこともある。プログラムの目標は、病気のあらゆる時期をとおして情熱と敬意をもってすべての人をケアすることである。

#### (3) 質検討のプロセス

それぞれの腫瘍部門は定期的に検討される質の指標や監視者のリストを作る。検討のプロセスは部門のすべての活動の側面とケアの側面であり、つぎのようにまとめられる。

- ① 病院の質保証委員会への季刊報告
- ② 部門の定例会議

- ③ 医療従事者の質委員会の季刊報告
- ④ がん委員会における活動の定期検討
- ⑤ 最新の方略計画で理事によって検討され選ばれた指標
- ⑥ 上級管理チームの定期報告
- ⑦ 製品スポンサーからの運用で検討され選ばれた指標

#### (4) ケアの重要領域

ケアの重要領域は「高い頻度」「高い危険性」「問題になりがち」な領域を含む。それぞれの領域でこれらの領域を明確にする。

たとえば、高い頻度は、プロセス/機能あるいはサービスが頻繁におこなわれるものを示す。高い危険性は、プロセス/機能が正しく働かなければ、望ましくない結果に患者がさらされる可能性が大きいものを示す。問題のおこりやすさは、プロセス/機能がかつて患者に問題をひきおこしたものを示す。

#### (5) Breast Care Center における質計画の例

サービスの範囲

##### a. マンモグラフィ

マンモグラフィはスクリーニング/診断マンモグラム、乳房の腫瘍確認、生検、超音波を含む。

##### b. 乳がんの遺伝子カウンセリング

乳房にかかわる健康に関心をもっている、つまり乳がんの疑いのある人あるいは乳がんと診断されたり、遺伝的な背景がある人、乳がんの治療を受けている患者ならびに治療後の継続ならびにサポートを受けている成人（患者、地域ならびに雇用者）にサービスを提供する。

そして、サービスの提供者は、遺伝カウンセラー、放射線科医師、放射線技師、クリニカルナーススペシャリスト、事務調整者である。

これらの計画に基づいて、患者教育/資源の調整/サポート、地域に基づいた教育とサービスが提供されることになる。

#### (6) ケアならびにサービスを提供する場所

- ① United Center for Breast Care Medical Imaging Department Resource Center
- ② Patient Care areas
- ③ Community Outreach sites

#### (7) ケアならびにサービスを提供する時間

月曜日から金曜日までの診療時間、週末や夜間は必要に応じて。

(8) 目標と目的

Center for Breast Care の重要目的は継続的な改善にケアの価値、質の成果、顧客満足度、成長と発達を含む。画像部門、母子医療（遺伝子カウンセリング）、外部機関、外科部門と連携をはかる。

表 1 ケアの重要領域

	高い頻度	高い危険性	問題になりがち
マンモグラム スクリーニング 診断	*	*	*
乳房超音波		*	
画像生検査 ステレオ 超音波		* *	
位置決め 生検前 腫瘍マッピング前		* *	
遺伝カウンセリング		*	
意思決定のサポート			*
術前教育クラス	*		

表 2 質の指標ならびに監視

顧客サービス	水準/目標	データ収集
マンモグラフィを受ける患者の満足度調査	75%の調査回収率	何を：患者数、全体に占める割合 担当：Tracie
術前教育のクラス	術前実施率 100%	何を：全体に占める割合 頻度： 担当：Lyn
遺伝カウンセリング 情報/サービスの利便性	1%の危険度の高い患者	何を：患者の割合 頻度： 担当：Mary Ann Fox
ケア/サービスの価値	水準/目標	データ収集
マンモグラフィの結果を伝えた時期	マンモグラム後 4-7 日に 100%できる	何を：全体に占める割合 頻度： 担当：Tracie
成果の質	水準/目標	データ収集
生検-6ヶ月後の検査	85%の再受診率	何を：全体に占める割合 頻度：1-3 通の手紙/一人の患者 担当：Tracie
スタッフの成長と発達	水準/目標	データ収集
カンファレンスの参加 (個人の継続教育)		何を：すべてのスタッフ 頻度：年間 担当：Lyn と Tracie

## 第2節 クリティカルパス作成が医療サービス提供に与える影響 —榊原病院の例から—

### 1. クリティカル・パス作成の目的

榊原病院は、循環器の専門病院であり、開院当初から常に循環器専門看護婦の育成のための制度を構築する努力をしてきた。その根底に存在する看護の質を維持または向上させるためにどのようにしたらよいかといった看護業務の改善を積極的に取り組んできた経緯から必然的にクリティカル・パスを導入することに至ったのである。本院は、設立当初から、業務改善と研修制度の充実を繰り返し取り組んできた。1992年に看護業務をシステム化することを目的に小委員会を発足させ、看護業務を分析し、問題を明確にすることをを行った。

具体的にはどのような看護業務があり、どれだけの時間を費やしているか、看護業務量調査を行い、分析した。その結果、最も改善すべき看護業務として、記録にかかる時間と申し送りに要する時間があげられた。

そこで、ケアの質を落とさずにその時間を短縮するために、看護記録を充実させ、患者の問題を明らかにする方法を確立することが最大の課題であった。

看護業務（看護ケア）を目的別に分類し、患者の状態との関連性を分析し、システム化を志向し、第1に、患者の状態と看護ケアの関連性を明確にする。第二に、患者の全体像を把握する。第三に、看護婦のレベル差をなくす。といった内容を検討していった。

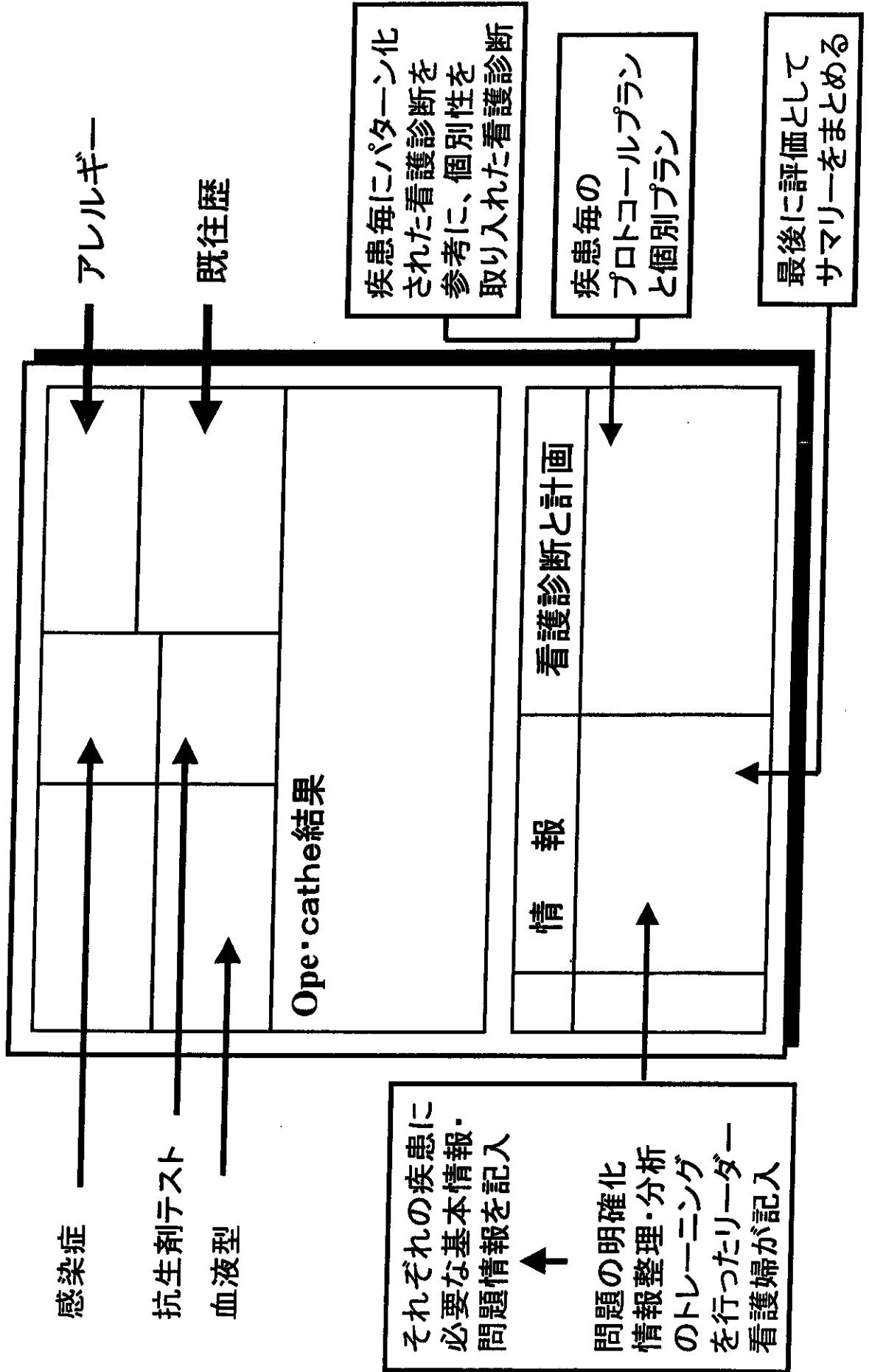
これらの課題を達成するために、患者情報、患者の病態、患者問題、看護計画、治療看護過程の一連のプロセスが誰にでも一目でわかるシステムを確立することが必要となった。

従来は、POSを使用していたが、多数の看護婦が短い時間のなかで一人の患者の看護問題を共有する場合にはわかりづらく、また患者の問題を部分で捉えて、何点かの問題を挙げて、問題点毎に計画を立てても、結果的には総合的にケアを実施したり、一つの問題点に対する計画を実施したら、他の問題点も解決されたというようなことが日常的にみられた。そこで、患者情報や看護問題、問題解決のための計画が短時間でわかり、かつ効率的にケアが実施されるような、POSに代わるシステムを構築することで、申し送り時間を短縮させ、内容を充実させることができるのではと考えた。このシステムの構築にあたっては、独自の看護診断をつくることにした。

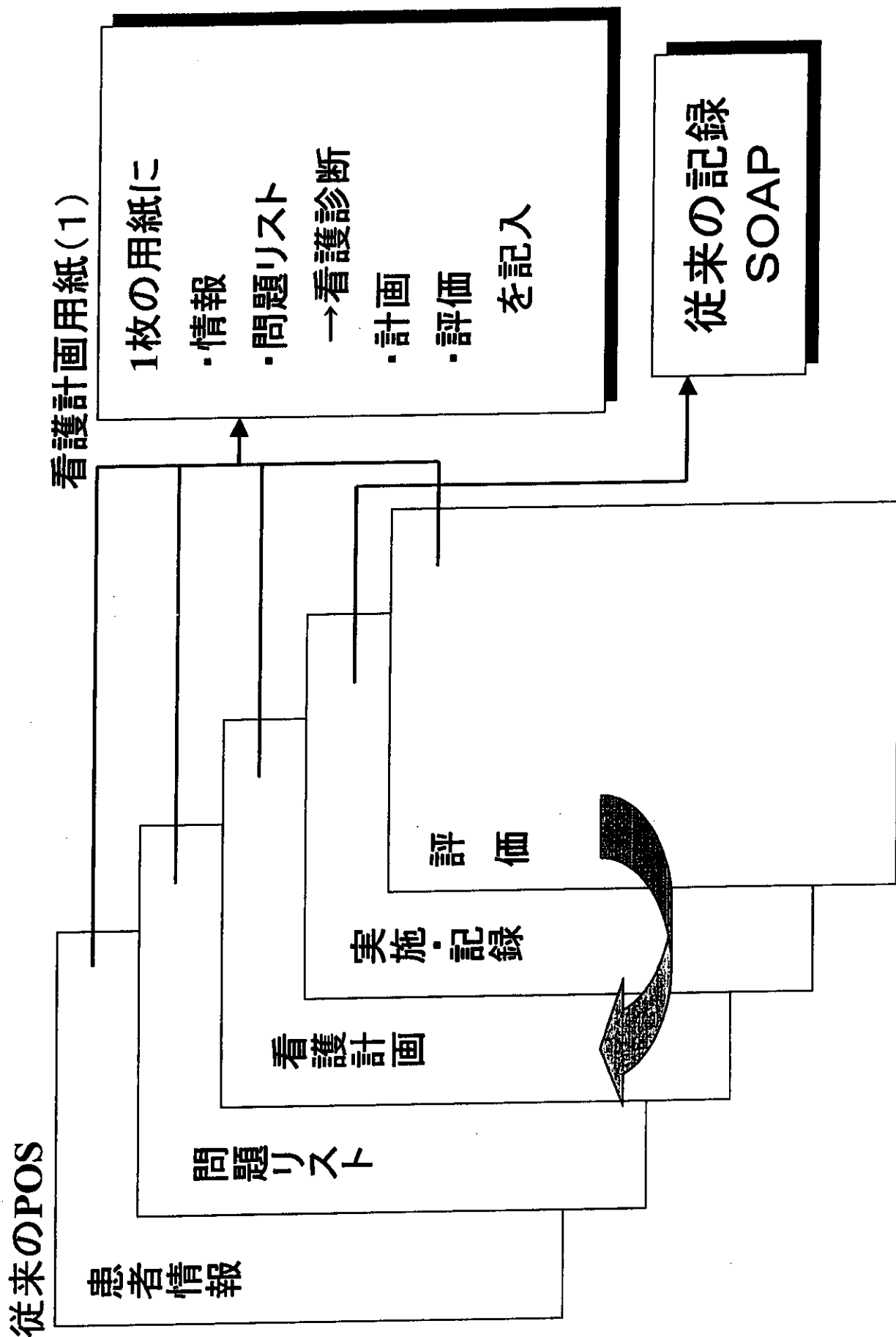
この看護診断における疾患に関連した問題のある病態・健康上の問題の明確化、その病態に対するそれぞれの治療と看護の計画、つまりある一定の治療と看護ケアの明確化、そして、その治療と看護ケアが実施された結果どうなるのか、つまりアウトカム・期待される結果・目標の明確化を行うことで、一連のプロセスが誰にでも一目でわかるようなシステムを構築できると考え、それを記入する独自の看護計画用紙(1)を作成した。(資料1)

そして従来のPOSでは何枚にも分かれて記入されていた一連のプロセス(情報、問題点、計画、評価)を、この看護計画用紙に記入する事を試みた。(資料2)情報の明確化は、十分にトレーニングされたリーダー看護婦が行い、そこから導き出された問題等から、パ

# 看護計画用紙(1)



# 当院独自のPOS記録と看護診断





ターン化してある看護診断を参考に個別的な看護診断を作成し、病態・診断に合わせた治療・看護プロトコールと個別的なプランを記入することとした。これを使用することにより、申し送り内容も看護婦のレベル差なく標準化され、時間も短縮された。また、病態に合わせた治療と看護を明確にすることで、看護ケアの標準化をはかることができた。

次に効率よく記録ができ、かつ医療スタッフ全体がわかりやすい記録用紙をつくるために、プロトコール化されているカテーテル検査入院などは、入院までの患者の情報や入院時の情報、患者の基礎情報などが、一枚の用紙に記入され、決められた観察項目などもチェックリスト化して簡単に記入できるような別の看護計画用紙(2)を作成した。(資料3)この用紙に記入することで記録時間も短縮されるし、観察の漏れもなくなると考えた。このチェックリストの考え方が、アメリカで注目されていたケアに漏れがなく標準的に実施できるというクリティカル・パスの考え方から導入したものであった。

こうして、当院独自の看護診断と看護計画用紙の導入、プロトコール化された観察項目のチェックリスト方式による記録などを試みている内に明らかになったことは、心臓カテーテル検査やカテーテル治療を目的とする患者の入院中の計画は、全てプロトコール化されており、特別問題がない限り看護診断は必要なく、全てのプロセスをパターン化することができる。また、治療計画や看護計画が明確になっているある一定の疾患に対しても、全てのプロセスをパターン化することができるのではないかということである。そこで、記録の合理化の面で一部導入していたクリティカル・パスに着目することとなった。

# 看護計画用紙(2) Cathe検査・治療( )情報用紙

氏名		病室	主治医	血液型	型・Rh ( ) / 印			
才		病名		感染症				
才		病名		/ WaR ( ) / HBs抗原 ( ) / HBs抗体 ( ) / HCV抗体 ( ) / ( )				
現病歴・経過 (Cathe結果を中心とした概略)								
アレルギー								
既往歴・備考								
/ CPR ( ) 印								
身長. cm 体重. kg								
月/日	俾室	30分	1時間	排尿時	シ-ROUT	安静解除	月/日	月/日
バイタル								
カチーテル挿入部								
足背A								
しびれ								
色調								
温度差								
胸部症状								
安静度								
看護ケア								
最終Cathe結果		今回の結果						

## 2. クリティカル・パスの例

### 1) 心臓カテーテル検査・治療のクリティカル・パス

看護診断の必要がない心臓カテーテル検査や治療では、観察項目が明確で看護標準化ができていれば従来の記録方法より一目で患者の状態が把握できる方法を検討した。心臓カテーテル検査・治療の入院期間は4日間で、入院中に行う検査、処置がプロトコール化されているものを基に作成した。(資料4・資料5・資料6)

# 4日間の日程

入院初日	0	10時入院…心臓カテーテル前の諸検査、主治医からの説明 (14時入院) ビデオによる心臓カテーテルの説明
	4	
	8	
	12	
	16	
入院2日目	0	心臓カテーテル前日 心臓カテーテル前の準備
	4	
	8	
	12	
	16	
入院3日目	0	心臓カテーテル当日 心臓カテーテル…開始30分前にご家族の方は、 来院してください。
	4	
	8	
	12	
	16	
入院4日目	0	主治医の説明、退院時の薬の説明、外来予約の説明、会計 退院カード 全部終了にて退院となります。
	4	
	8	
	12	
	16	
20		
24		