

**厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
総括研究報告書**

**看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究**

主任研究者	上泉和子	青森県立保健大学	教授
分担研究者	内布敦子	兵庫県立看護大学	助教授
	粟屋典子	大分県立看護科学大学	教授

**研究要旨**

本研究ではこれまで平成12年度、平成13年度の2年間で、①看護ケアの質・自己評価表の開発と、②ケアの質評価・改善の管理体制モデルについて検討をすすめてきた。

平成13年度の調査によって、質評価・改善に最も効果が上がるとされる管理体制として、本研究班は、認定看護師など看護のスペシャリストを活用した質改善への取り組みとして、第三者評価とリンクナースを用いた管理体制モデルを提案した。

**I. 質改善モデルの導入**

平成14年度は、提案したモデルを実験的に1つの施設で運用し、前後でその成果を測定する検証研究を行った。成果の測定にはこれまで開発洗練してきた看護ケアの質評価第三者評価評価を用いた。モデル導入にさきがけ事前に看護ケアの質評価を実施しリコメンデーションを当該施設に送付した。その結果を用いて看護ケアの改善すべき点について、当該病棟の管理者、内部エージェント＝リンクナース（修士号を持つ看護師）、外部エージェントとしての研究者によって検討し、改善プログラムを計画し実施した。外部エージェントとしての研究班メンバーは、内部エージェントと連絡をとりながら改善プログラム実施を支援した。リンクナースの主たる活動は、改善プログラム作成への参画、事例検討会の開催と推進（ファシリテーターとしての役割）、看護ケア実践の場での実務的コンサルテーション、医師や他の職種との連携や調整の支援、看護スタッフへのエンパワーメント、ケア改善の推進などであった。約三ヶ月後に再度質評価を実施したが、看護スタッフの事例分析能力の向上、医師との専門的交渉力の向上、転倒の潜在的危険を判断する能力が向上した、などの成果が見られた。事故の発生件数は一旦減少するが、その後上昇している。これは看護職の欠員によるマンパワーの不足や、ケア改善を目的とした変革活動の過渡期にあることも一因と考え、改善に向けての管理的内容のサポート体制について改善の余地がある。

**II. 看護ケアの質自己評価表の洗練**

自己評価表の開発については精練作業をさらに進め、最終的に質改善モデルの中にどのように導入するかを検討した。改善の課題となっていたのは、①自己評価表の使用方法を特定すること、②評価項目数が指標によって差があること、③評価得点のアンバランス、④自己評価表記載後の点数化とリコメンデーション作成に時間がかかること、⑤リコメンデーションのボリュームの多さ、⑥リコメンデーションフォームの改善、などであった。

これらの課題を検討した結果、自己評価表、評価尺度の改訂、評価結果の得点票、リコメンデーションフォームを改訂し、自己評価マニュアルを作成した。看護ケアの質自己評価表の使用方法は、評価マニュアルを参照しながら、評価担当者が自己評価サーベイを企画した後に評価表の記載を依頼し、評価結果の点数化、リコメンデーションの作成を行う方法を採用した。

# I. 看護ケアの質評価・改善のための管理体制づくりの検討 — 第三者評価とリンクナースを用いた管理体制モデルの検証 —

## A. 研究目的

平成 14 年度の本研究の目的は、看護ケアの質評価・改善の管理体制モデルとして、第三者評価、内部エージェント（リンクナース）、外部エージェントの 3 者の働きによって、効果を生む方式の有効性について実験的に検証することである。また、自己評価表については、ディスカッションによってその妥当性を洗練し、管理体制モデル（図 1）への導入を検討することである。

## B. 研究方法

研究協力への承諾を得た特定の病棟（1 病棟）を用いて、前年度までに提案されて管理体制モデル（図 1）を適応する。すなわち、以下の手順で、看護ケアの質改善のための管理体制モデルを適用し、その効果を測定する。効果の測定は、これまで本研究班が開発洗練してきた、看護ケアの質第三者評価（看護 QI プログラム）を用いた。

手順 1：すでに開発された第三者評価ツール（看護 QI プログラム）を用いて、看護ケアの質の評価を行う。（事前評価）

手順 2：評価報告書を作成し、内部エージェントおよび看護管理部门と協議の上、質改善プログラムを立案する。

手順 3：質改善プログラムを実行する。

手順 4：一定の期間を置いて、効果測定（同一評価ツール）をもちいて再評価を行う

手順 5：評価報告書を作成し、質改善活動のフィードバックを行う。

手順 6：以上の手順を通して、提案して質評価・改善モデルの有効性について判定する。

モデル導入にさきがけ事前に看護ケアの質評価を実施しリコメンデーションを当該施設に送付した。その結果を用いて看護ケアの改善すべき点を、当該病棟の管理者、内部エージェント＝リンクナース（修士号を持つ看護師）、外部エージェントとしての研究者によって検討し、改善プログラムを計画し実施した（図 1）。

外部エージェントとしての研究班メンバーは、内部エージェントと連絡をとりながら改善プログラム実施を支援した。

また、リンクナースの主たる活動は、改善プログラム作成への参画、事例検討会の開催と推進（ファシリテーターとしての役割）、看護ケア実践の場での実践的コンサルテーション、医師や他の職種との連携や調整の支援、看護スタッフへのエンパワーメント、ケア改善の推進などであった。

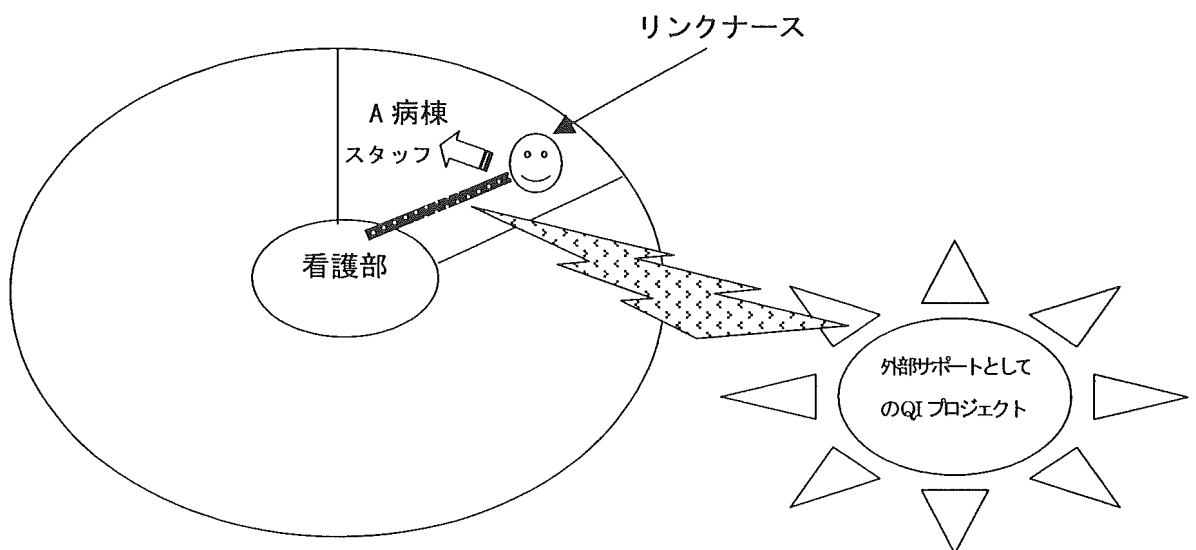


図 1. リンクナース

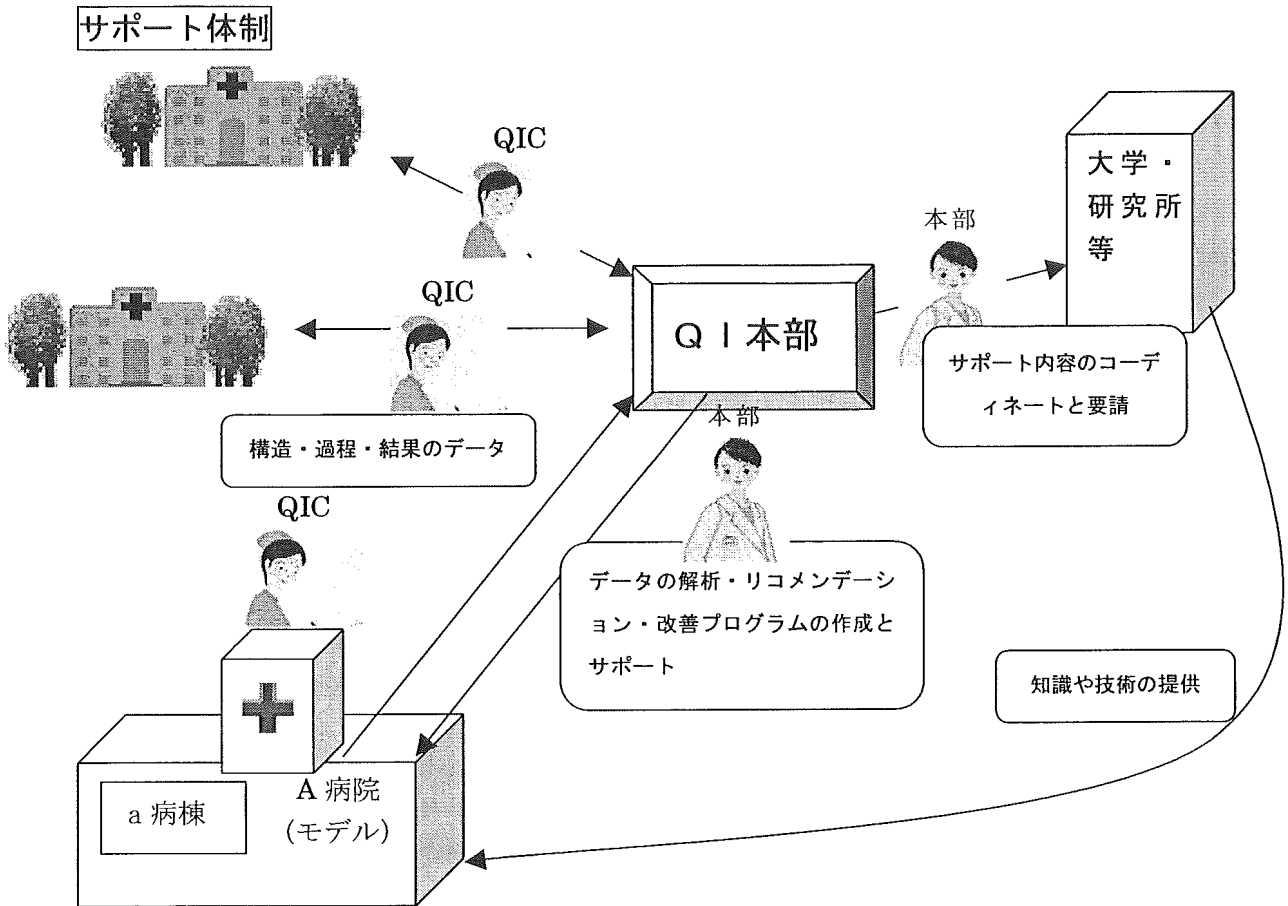


図2.質改善のための管理体制モデル

### C. 研究結果と考察

#### 1. 研究対象の概要

質評価・改善モデル導入の対象となった施設の概要を下記に示す。対象の選定は、看護ケアの質サーベイを希望している病院に対して、研究の依頼を行い、承諾の得られた施設を対象とした。

表1 対象病院・病棟の背景

<p>病院概要：</p> <p>企業立一般病院</p> <p>病床数；約230床</p> <p>加算 A</p> <p>当該病棟の概要</p> <p>診療科目：内科</p> <p>病床数：37床</p> <p>病床稼働率：86%</p> <p>平均在院日数：28.85日</p> <p>看護師数19名、看護助手1名</p>
---

## 2. 質評価・改善の管理体制モデルの適応過程

### ① 事前説明

評価の枠組みや考え方、ならびに評価の方法・評価の項目について病院看護管理部と当該病棟の師長、主任、内部エージェント（Master Prepared）に対して説明をおこなった。さらに、第三者評価のあと、改善プログラムを実行する段階では、研究班を外部エージェントとして、内部エージェントと連絡をとりながら、実施することについて了解を得た。

### ② 第三者評価ツール（看護 QI プログラム）による事前評価

#### 1 「患者への接近」領域

構造面、過程面ともに、非常によく充実しており、患者に対しての情報をよく知っており、患者の状態をよく把握できている状態であった。

#### 2 「内なる力を強める」領域

構造面は、ほぼ充実しているが、それに対して過程面は、看護の視点をもって患者に説明し患者の内なる力を強めるためのケアが非常に弱い状態であった。

#### 3 「家族の絆を強める」領域

構造面は、患者や家族の居心地のよさというところでもう少しの配慮が必要である状態であった。過程面は、評点は低かったが、現在行っている看護ケアに意図性をもたせることで改善が期待できる状態であった。

#### 4 「直接ケア」領域

構造面は、看護ケアを行うための基本的な設備は整っているが、利便性に欠けており、患者の日常生活ケアの責任をもつ体制が明確にされていない状態であった。過程面では、苦痛の緩和において、患者の状態をどのように判断し、個別性継続性のあるケアを行っているかなど、ケアの妥当性の検討をする上での判断が難しい状況であった。

#### 5 「場をつくる」領域

構造面、過程面ともに、ほぼよく整っている状態であった。

#### 6 「インシデントを防ぐ」領域

構造面は、充実していたが、過程面では、患者の回復状態や希望に添いながらも危険性を考

慮して看護ケアを行う上で、リスクの見極めが弱い状態であった。

### アウトカム評価の結果

患者・家族満足度は、全国平均を下回っていたが、大きな差は出ていなかった。転倒の発生率が全国平均よりも高率に発生していた。

以上から、患者についての情報量が多く、患者についてよく理解できているにもかかわらず、看護師は看護の視点をもって看護ケアを行ったり、意図性をもってケアを行うことが難しく、効果的な看護が行われていない状態であると考えられた。また、インシデントが全国平均よりも多いことから、ケアをすすめていく上で患者に生じるリスクの見極めが十分でないことが、インシデント発生に関連していると考えられた。

### ③ 評価報告書を作成

上記の事前評価内容を報告書として記述し、改善が必要な点についてリコメンデーションを作成した。改善が必要とされた主な点は以下のとおりである。

- ・患者の「内なる力を強める」看護ケアについては、意図的な活動を行われておらず、構造面では、説明用のパンフレットの充実、過程面では患者への十分な説明が不足していた。

- ・「家族の絆を強める」では、構造面は十分ではなく、過程面でも意図的なアプローチが全くされていない状況であった。

- ・「直接ケア」の責任体制が不十分であり、過程面では、ケアの妥当性についての分析判断に関して劣っている点が問題であった。

- ・「インシデントを防ぐ」ための過程において、危険なサインの見極めが十分に行われていない状況であった。転倒の件数が1ヶ月あたり、4.51と全国平均の約4倍になっており、緊急を要する課題として指摘された。

### ④ 質改善プログラムの立案

評価結果をふまえて、病院の看護管理者、病棟師長、内部エージェントと研究班との合同会議によるディスカッションの結果、研究班が提

案した評価結果とリコメンデーションは、現場の状況を非常に的確に表現していることが確認された。インシデント（転倒）は、緊急課題で

あり、それを含めて優先順位をつけ、以下のような質改善プログラムを合意のもとに作成した。

<p>&lt;改善計画案&gt;  <b>焦点：「インシデント」と「内なる力を強める」に絞る。</b>          (転倒は1ヶ月に1回までを目標とする。0にする必要はない)          計画1. 「リスクを見極める能力」→ 転倒に焦点を当てた事例検討会を通して行う。          例) 歩ける人なのかどうかの見極め、など。          計画2. 「内なる力を強める」          1) 患者への説明の訓練 → 事例検討会を通して行う。          2) 医師への説明あるいは対話の訓練 → 事例検討会を通して行う。          3) パンフレットの整備 → アンギオ、糖尿病、大腸ファイバーなど</p>
---

この計画に沿って下記のように具体



的な動き、留意点などを決定した。

計画	日時	動き	備考
第1回 事例検討会	11/7 18:00 ~20:00	・30分間 大学教員によるミニレクチャー ・その後、事例検討会。 事例は、①転倒の事例 ②患者に説明が難しい事例 ③医師との関係が難しい事例 のうち、その時にある事例どれでもよい。	・抵抗が少ないように病棟への周知徹底をする。 ・1~2年目に「内なる力」をつけるのは難しい。ターゲットはリーダークラスの看護師とする。1~2年目が参加しても良い。
第2回 事例検討会	11/28 18:00 ~19:30	・レクチャーはなし。大学教員は、オブザーバー的に参加。 ・事例のテーマは、上記と同じ条件で選定。	・他病棟からの参加もOK。ただし出席者が脅威を感じないような小さい単位が望ましい。 ・場が和むように、飲み物を用意してほしい(持ち寄り)。
↓			
その後の検討会は、内部エージェントをファシリテーターとして引き継ぐ。			
*病院として、転倒・転落の基準、手順も作成したい意向がある。 上記事例検討会の際に、大学教員が相談にのりサポートする。			
計画	動き		
パンフレット整備	病棟看護師が、内部エージェントに相談したり、他病棟で使用しているものをもらうなどを行い、病棟で作成する。その過程で必要が出てきたら(例:他病院のパンフなど)、内部エージェントから QI 本部のルートで連絡をとりサポートをする。		

<その他改善に向けての環境整備>

1. 看護師の実践力をあげていくために、内部エージェントが病棟を訪問し、患者の状況を聞く。看護師はそれに答えることによって、患者の説明をする訓練を行う。

2. 事例検討会の状況を見て、協力を依頼できそうな医師(3名ほど)に、協力を依頼することもできるかもしれない。依頼は管理部で行う。医師から看護師に、患者について「君はどう思うか」などと聞いてもらう。

3. 上記1, 2について、できた部分についてはフィードバックし、エンパワーしていく（病棟看護管理者、主任ら）。

4. 言える場の保証。医師に言っても良い、安全の保証をした方がよい。これも管理部で行う。

#### ⑤ 質改善プログラムの実行

平成14年10月30日から2月14日まで質改善活動が行われた。その経過を表2に示す。

事例検討会の実施によって、病棟看護師の事例分析能力は高まり、転倒の潜在的な危険性を判断する能力や対応能力が高まった。その結果、医師に対しても看護の視点で意見を述べるができるようになったのは、大きな変化といえる。改善計画が始まって2ヶ月間は転倒の件数が1000床あたり、1ないし2件と1/4まで減少した。同時に、診療にたずさわる医師からも高い評価を得て、さらに重症患者を受け入れるという状況が作られた。

しかしながら、転倒のリスクの高い患者の入院が急増したことと、看護師の病欠による欠員など、病棟の背景となる状況が悪化したために、3ヶ月目には、転倒の件数が7件と急増することとなった。

#### ⑥ 第三者評価ツール（看護 QI プログラム）による事後評価

##### 1 「患者への接近」領域

構造面、過程面ともに、充実した状態が維持できていた。

##### 2 「内なる力を強める」領域

構造面は、病棟に特徴的な疾患の患者に対する治療から生活指導までの詳細なパンフレットが作成されており、事前調査より改善が見られていた。過程面は、患者のおかれている状態や状況を看護の視点で説明するという改善が見られていた。

##### 3 「家族の絆を強める」領域

構造面は、患者・家族の居心地のよさの点でプライバシーの配慮に対する改善がみられていた。過程面は、家族に対して意図性をもって看護ケアを行っており、改善が見られていた。

##### 4 「直接ケア」領域

構造面は、患者の日常生活ケアの責任体制に

ついて明確になり改善されていた。過程面は、看護ケアの個別性や、ケアの妥当性についての分析判断が難しい状況であり、事前調査時よりも低い評点となった。

##### 5 「場をつくる」領域

構造面は、他職種間で情報を共有したり、働きかけの方向性を考える話し合いの場を持つための準備をしておき、改善がみられていた。過程面は、医師への患者の状況説明だけにとどまり、看護師の判断を伝えるというところまでは改善できていない状況であった。

##### 6 「インシデントを防ぐ」領域

構造面は、構造面は入浴設備の安全面において、改善が必要である状態であった。過程面は、ケアをすすめていく上でのリスクを見極める力は上がっていたが、日常生活ケアを行う際に、手順通りに行えていないことがあった。

アウトカム評価の結果を見ると、患者家族満足度は比較的高く維持されていた。また、インシデントの発生については、内部エージェントの介入期間は減少していた。しかし、事後評価のための調査時期になって、転倒が多発していたため、件数では事前調査より減少しているが、全国平均を大きく上回る結果となった。

以上の結果から、患者家族満足度が高く維持されており、全体的に、改善がみとめられていたことより、看護ケアの結果は良いが、ケアをする根拠や、事実に基づく判断という点と、現在変革の過渡期にあることがインシデント結果に結びついていると考えられた。

#### ⑦ 評価報告書作成と質改善活動のフィードバック

リスクの見極める看護師の能力が向上したことは、病棟看護師が実感しており、質改善活動は、一定の効果を上げたことが認められた。転倒の件数に改善が見られなかったのは、病棟の構造的要因（重症患者が増えたこと、看護師の欠員が生じたこと）が大きく関与しており、質が低下したとは判定しにくい旨、フィードバックを行った。

さらに、病棟看護師が質改善に積極的に取り組み、努力を惜しまなかったことについては、

高く評価した。看護師に対する信頼が高まり、重症患者が増えたり、業務基準の見直しやパンフレットの作成など付加的な仕事が急増したことは、「変革に伴う、インシデントの急増」と解釈できるのではないかと伝えた。病院看護部は、管理の側面から、サポートする方略を模索していたが、研究班も適切なリコメンデーションを提示することができず、管理的サポートについては、今後改善の余地があるものと思われる。

## II. 看護ケアの質評価自己評価表の洗練

### A. 研究目的

看護ケアの質評価を普及することを目的に、看護ケアの質第三者評価表（看護Q Iプログラム）を自己評価型に修正し洗練することを目的とする。自己評価表の開発については、精練作業を進め、最終的に、質改善モデルの中にもどのように導入するかを検討した。

自己評価表において改善の課題となっていたのは、①自己評価表の使用方法を特定すること、②評価項目数が指標によって差があること、③評価得点が質問によって異なること、④自己評価表記載後の点数化とリコメンデーション作成に時間がかかること、⑤リコメンデーションのボリュームの多さ、⑥リコメンデーションフォームの改善、などであった。

### B. 研究方法

自己評価ツールの精練については、質評価の専門家と研究者によるグループディスカッションによって、その妥当性、利便性など検討した。

### C. 研究結果と提言

これらの課題を検討した結果、自己評価表、評価尺度の改訂、評価結果の得点票、リコメンデーションフォームを改訂し、これらを用いて質評価するための自己評価マニュアルを作成した（資料1、2）。

看護ケアの質自己評価の手順としては、まず病院内の質評価班（委員会等）が自己評価を企画し、構造、過程の各評価を看護職に依頼する。

依頼された看護職は構造、過程評価を自己チェックし質評価班に送付する。アウトカム評価は患者家族への満足度調査であるため、質評価班が企画し、必要に応じて評価対象病棟に依頼して調査を行う。質評価班のメンバーは、評価が済んで評価表が提出されたならば、評価結果の集計、点数化、リコメンデーションの作成を行う。

質評価班はさらにケアの改善をめざし、質改善プログラムを実施する。リコメンデーションに従って質改善のプロジェクトを病棟単位で組織し、必要に応じてリンクナースを中心にしながら看護ケア改善への取り組みを支援する。これらのプロセスを図3に示す。

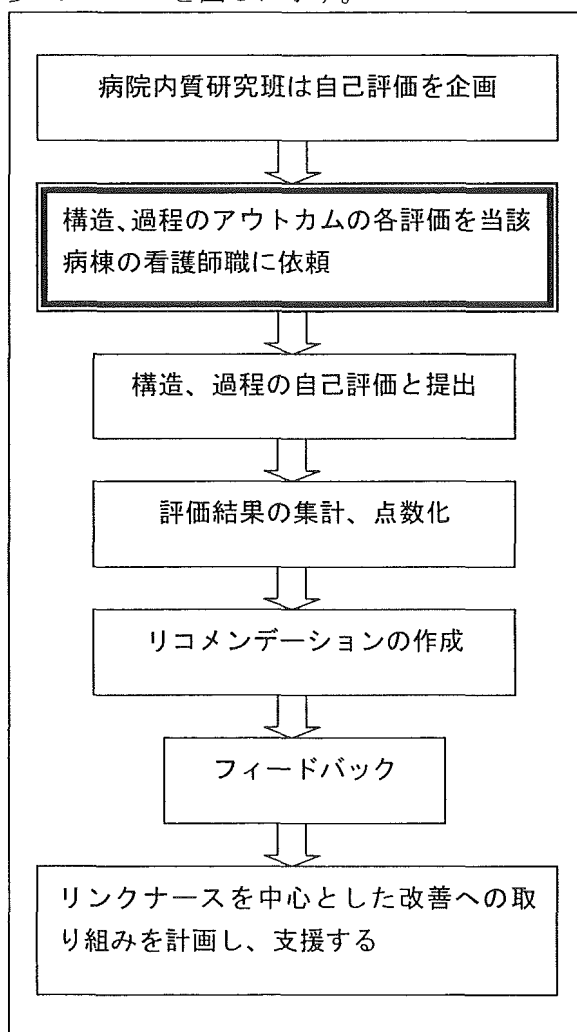


図3. 自己評価のプロセス

### D. 結論

看護ケアの質自己評価表を用いた評価と改善をめざした管理体制モデルの導入について述べてきた。その結果、認定看護師や専門看護師な

どのスペシャリストや修士課程を終了した看護職などによるリンクナースを導入し、外部エージェントが改善を支援するモデルは、看護ケアの質を直接的に改善することが可能となることが示唆された。また改善のための課題を明確にすることや改善後の評価をすることに、これまで開発してきた「看護ケアの質第三者評価（看護QIプログラム）」有用であることがわかった。

このような評価・改善の一体型システムを導入するためには、評価担当者組織化とともに、評価担当者の訓練プログラムが必須となる。

また、アウトカム評価の集計やリコメンデーションの作成には、蓄積されたデータが必要であり、質評価を担当する組織が必要と考える。

#### E. 健康危険情報

特になし。

#### F. 研究発表

1) 上泉和子：看護 QI 研究会活動報告—看護 QI プログラムの自己評価票の開発、看護管理、12 巻 6 号 Page422-425.2002.

2) 内布敦子：事例検討会の進め方—看護師の能力開発のために、看護展望、27 巻 11 号 Page1236-1243.2002

3) 内布敦子：看護の質を評価する指標開発の動向】看護 QI 研究会活動報告 看護 QI プログラムによる第三者評価、看護管理、12 巻 6 号 Page416-421,2002.

4) 内布敦子：Quality Improvement(QI)の考え方とターミナルケアへの応用、ターミナルケア、11 巻 5 号 Page341-347.2002.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

#### 研究協力者

阿部俊枝（青森県立保健大学）

櫻井礼子（大分県立看護科学大学）

大塚奈央子（兵庫県立看護大学）



## 資料 1

### ◆看護Q I プログラム看護ケアの質 自己評価マニュアル

---

看護 QI プログラム 看護ケアの質

自己評価マニュアル

---

平成 14 年度 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究会

# 目 次

## I. 評価の概要

1. 枠組み（構造、過程、アウトカム）
2. 指標（用語）の説明

## II. 自己評価の手順

1. 事前準備
2. 評価の実施
3. 評価結果の分析
4. 改善計画の準備

## III. 得点方法

## IV. リコメンデーションの作成

## V. 評価票

1. 構造自己評価票 Ver. 4
2. 過程事故評価票 Ver. 4
3. アウトカム評価
  - 患者用質問紙
  - 家族用質問紙
  - 転倒・転落・褥創発生件数チェック表

## I. 評価の概要

### 1. 評価の枠組み

#### 「構造」

「構造」は看護ケアが提供される前提となる人材、設備や備品、システムを評価しています。質の高い看護ケアを提供するには優秀で豊富な人材がいてその人材を十分活用できるようなシステムが整っている必要があります。また実際に看護ケアを行う際に必要になる物品や設備、患者にとって快適な入院環境といったハード面の充実も看護ケアの質に影響します。この評価システム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を16の指標にまとめ、さらに過程の6の指標にまとめなおし6領域とし、構造と過程の双方に共通する領域としました。

#### 「過程」

「過程」は看護ケアのプロセスを指し、看護師がどのような情報を持ち、それをどのように判断し、実際にはどのように行っているかを評価したものです。先行研究から看護の技術として明らかになった6つの枠組みを用いて6指標としています。

#### 「結果」(アウトカム)

「結果」はケアの結果として患者やその家族に見られるものを評価しました。看護師のケアに対する患者の満足や不満足、家族の満足や不満足、インシデントの発生頻度をその評価の対象としています。ここでは「結果＝アウトカム」とし、以後、文中ではアウトカムと表示します。“患者・家族の受けた看護ケアのアウトカム”は、2つの側面から評価しています。1つめは、『看護師が行った看護ケアを患者や家族がどのように受け止めているか』の側面で、8つの領域で評価しており、質問紙を用いて調査したものです。2つめは、『患者に危害が加わらない』の側面で、これは転倒・転落・褥創の発生率を算出したものです。患者、家族の満足、不満足については看護ケアの質の要素に関連した技術の結果として導いたものを項目とした質問紙(信頼性検討済)によって調査しました。インシデントについては看護ケアに関連の深い「褥創」「転倒」「転落」についてその発生頻度をアメリカ看護協会を用いられている数式を活用し、評価の対象としました。尚、アウトカムの評価の中の患者及び家族への質

問紙調査は1病棟あたり68以上の返送がないと分析が不正確になると言われております。また、貴病棟が全体の中でどれくらいのところにいるかを参考のために示しています。ここで「全体」とはこれまでに評価を行った病棟のデータの蓄積を意味しますので今後データが蓄積されればパーセンタイルを示す曲線が変化することになります。

## 構造と過程の6つの領域について

### 「患者への接近」

「患者への接近」というのは、看護師が患者や家族に関心を持ち、患者の状態を把握することを意味します。

### 「内なる力を強める」

「内なる力を強める」とは、患者が自分の状況を理解し、予測性や見通しを持てるように援助することで、患者の持つ潜在的な能力を強め、よりよい状態にすることを意味します。同時に家族にも患者の状態や今後の見通しを持たせることで、家族の持つ潜在的な能力を強めることを意味します。

### 「家族の絆を強める」

「家族の絆を強める」とは、家族が家族としての役割を果たせるように配慮しながら働きかけることを意味します。

### 「直接ケア」

「直接ケア」とは、保清や痛み緩和などの看護師が行う具体的看護行為を意味します。患者の個性に合わせたケアであること、看護ケアを提供する際の判断、実施、評価が適切であり、そのケアの継続性が保たれていることが必要です。

## 「場をつくる」

「場をつくる」とは、看護師が看護師同士、あるいは他職種と連携している状況（場）を作ること、連携を支えるための場を持つことを意味します。これらは、患者への援助が効果的に効率よく行われるために必要です。

## 「インシデントを防ぐ」

「インシデントを防ぐ」とは、患者にとって安全な環境を整えること、また、患者の状態に合わせてリスクを見極めながら、患者の可能性を最大限に活かすようなケアを進めていくことを意味します。

## アウトカム指標の用語説明

### 「尊重」

患者が看護師から大事にされ尊重されていたと感じた程度を意味します。

### 「痛みのケア」

患者が痛みを感じていたときの看護師の対応に満足できた程度を意味します。

### 「安心」

看護師がいることで患者が安心できたかどうかの程度を意味します。

### 「医療チームの連携」

患者が医療職種間の情報伝達について円滑であったと感じた程度

### 「患者の満足」

「尊重」「痛みのケア」「安心」「医療チームの連携」を総合して、患者が看護ケアに対して満足であったと感じた程度を意味します。

### 「家族へのケア」

看護師が家族に対して行ったケアに対する満足の程度を意味します。

### **「気兼ね」**

家族が看護師に対して気兼ねしなかったかどうかへの満足の程度を意味します。

### **「家族の満足」**

「家族へのケア」「気兼ね」「家族の満足」を総合して、家族が看護師から自分は尊重されていると感じたり、患者への看護師の対応に満足であったかどうか感じた程度を意味します。

## II. 自己評価の手順

評価の枠組みに沿って、具体的には下記の内容を評価していきます。

構造の評価	過程の評価	アウトカムの評価
① 看護師の条件 資格・経験年数等 ② 看護に必要な設備 ③ 看護記録様式 ④ 看護に必要な資料	① ケア時の看護師の動き・ 考え ② 看護計画の内容 ③ 他職種との連携	① 患者満足度 ② 家族の満足 ③ インシデントの発生状況

上記3つの枠組みによる評価は、一つの病棟を対象に行います。以下に、手順を述べます。

### 1. 事前準備

1) 病院内で評価担当者を決める。

#### 評価担当者の条件

- ・評価担当者は、質評価を理解し、QIプログラムの手順を熟知していること
- ・評価担当者は、複数とする。
- ・対象病棟及び自己評価者の管理ラインにないこと

2) 評価担当者は、対象病棟を決める。

- ・対象病棟の条件は次の条件を含む患者がいる病棟とする。

*対象患者の条件 ①疼痛がある ②保清がある*

3) 評価担当者は対象病棟の師長と相談のうえ、評価日程および自己評価者を決定する。

#### 【構造】

- ・自己評価者は、師長またはそれに準じる者とする。
- ・調査日は、過程評価と同じ日またはそれに近い日で実施する。

#### 【過程】

- ・対象患者を決定する。
- ・自己評価者は、対象患者を最もよく知る看護師とする。
- ・調査日は、対象看護師が日勤の日に実施する。

#### 【アウトカム】

- ・褥瘡、転倒・転落の発生件数、患者へのアンケート調査は、自己評価の調査日を含む3ヶ月間にデータを収集する。

4) 評価担当者は、対象病棟の自己評価者およびスタッフに説明を行う。

5) 評価担当者は、構造および過程の自己評価票、褥瘡、転倒・転落の発生件数の記入表、患者へのアンケート用紙を対象病棟の師長に渡す。

### 2. 自己評価の実施



## 2. 自己評価の実施

### 【構造評価】

- 1) 対象病棟の自己評価者は、評価に必要な資料をあらかじめ確認し準備する。

#### 資料

- ・病棟あるいは病院における役割毎の業務規定（例・婦長の業務規定など）
  - ・患者を尊重する意味の書かれているもの（職員用と患者・家族用）
  - ・医療事故（転倒・転落）についての報告、事後処理の手順
  - ・看護業務量に応じた勤務帯や人員配置の変更に関する基準
  - ・各種看護記録（患者用カルテ、カードックスなど）
- \* 第三者評価にあった記録物を書く

- 2) 構造の自己評価票の表中の「評価の対象」欄を参照し、評価方法に従って評価する。
- 3) 「評価項目」の問いに答えて該当する項目に○をつける。
  - ・記録や書類などは、実際に記述されていることが確認すること
  - ・看護に必要な設備は、実際に病棟の中を確認すること
  - ・該当項目については、病棟のみでなく病院の資料で確認してもよい
- 4) 「評価尺度」をもとに評価得点を決定し、得点欄に得点を記入する。
- 5) 記入もれがないかを確認し、評価担当者に自己評価票を提出する。

### 【過程評価】

- 1) 病棟師長は評価日に、過程自己評価票 Ver. 4 を対象看護師に渡す（2日以内に回収する）。・・・  
（看護師の背景調査票必要か？）
- 2) 評価担当者は、日勤で対象患者を受け持った日の勤務終了後に自己評価票を記入する。  
対象患者の条件は、①疼痛がある ②保清があるの両方を満たすものである。
- 3) 対象看護師は決められた評価日に、過程自己評価票 Ver. 4 の質問に沿って記入する。  
過程自己評価票 Ver. 4 は、師長が選んだ患者\*\*さんについての質問が中心になっている。  
記入に当たっては記録類を見たり、他の看護師に聞いたりせず、わかる範囲で記入する。
- 4) 記入後、記入漏れがないかを確認し、2日以内に病棟師長もしくは評価担当者に評価票を提出する。

### 【アウトカム評価】

- 1) 褥瘡、転倒・転落の発生件数は、病棟で担当者を決め、每日一覧表に記入する。調査期間が終了したら、評価担当者へ用紙を提出する。
- 2) 患者へのアンケート調査は、対象病棟の患者に対して実施する。退院時に患者にアンケートの主旨を説明し、アンケート用紙を手渡し郵送による返送を依頼する。

### 3. 自己評価結果の分析

1) 構造、過程、アウトカムの結果について、それぞれ点数化する

#### 【構造評価】

- ① 評価担当者は、提出された自己評価票に記入もれがないか、得点が正しく記入されているか確認する。
- ② 評価得点を構造自己評価得点表にもとづいて計算し、6指標ごとの合計得点をだす。

#### 【過程評価】

- ① 評価担当者は、提出された事項評価票に記入もれがないか確認する。
- ② 評価担当者は、提出された評価票を読みとり、評価尺度をもとに評価得点を決定し、**過程自己評価得点表**に記入していく。得点化の方法は○ページ「Ⅲ. 得点方法」に従って行う。
- ③ 決定した評価得点を**過程自己評価集計表**にもとづいて計算し、6指標ごとの合計得点をだす。

#### 【アウトカム評価】

褥瘡、転倒・転落の発生件数  
患者へのアンケート調査

2) リコメンデーションを書く…V リコメンデーションの作成を参照

- ① 構造、過程に関しては6つの領域毎に評価する
- ② アウトカムは因子分析によって抽出した8つの領域で評価する
- ③ インシデント（転倒、転落、褥創）の評価
- ④ 総括評価を行う

3) 対象病棟にリコメンデーションを提示し、自己評価者に内容に齟齬がないか確認をしてもらう。

### 4. 改善計画の準備

- 1) 評価担当者は、改善計画をたてる  
質改善に必要な項目
  - (1) 看護部への提言
  - (2) 対象病棟へのフィードバック
  - (3) 他部門への意見

### Ⅲ. 得点方法

#### 1. 構造

評価担当者は、記入された構造自己評価票 Ver.4 をもとに、構造自己評価得点票を参照しながら、構造自己評価得点集計表に得点を記入し、6 指標ごとの合計得点を算出する。

##### 必要資料

- ・ 回収した構造自己評価票 Ver. 4
- ・ 構造事項評価得点票
- ・ 構造自己評価得点集計表

#### 2. 過程

評価担当者は看護師が記入した過程自己評価票 Ver.4 を読とり、過程自己評価得点票を用いて、評価項目ごとに評価得点を決定する。

##### 必要資料

- ・ 回収した過程自己評価票 Ver. 4
- ・ 過程自己評価得点表
- ・ 過程自己評価集計表
- ・ 【評価項目ごとの解説】

#### 【得点決定の手順】

- 1) 看護師の記載を読み、評価尺度のどれに該当するか、判断を加えていく。  
評価尺度がそのまま選択肢になっている評価項目もあるが、それをそのまま得点化するのではなく、看護師の選択が妥当であるかどうかを評価者が判断し、過程自己評価得点表を用いて得点を決める。判断にあたっては、下記の【評価項目ごとの解説】を解説を参照する。
- 2) 評価得点を決定したら、過程評価得点表内の得点欄に得点を記入していく。
- 3) 全項目の評価得点を決定したら過程自己評価集計表の計算式を参照し、6 指標ごとの得点を計算する。

## 【評価項目ごとの解説】

### 評価項目 1

**\*\*さんの1日の流れについて、\*\*さん本人に伝えましたか。伝えた内容を記入してください。患者について答えられない場合は、家族についてお答えください。**

＜伝えた内容を具体的にお書きください。＞

＜伝えていない場合はその理由をお書きください。＞

＜あなたの自己評価を選んでください＞

- a. 今日の流れ（スケジュール）を決める際、患者やご家族と協議した
- b. （協議はしていないが）時間や誰がするかという予定を伝えた
- c. （協議はしていないが）何があるかだけを伝えた
- d. 予定を伝えていない

＜解説＞ 「患者あるいは家族の内なる力を強める」指標の項目であり、患者の予測性や見通しを高められるよう、看護師が説明を行っているかを評価する項目である。ここでは「その日の予定が説明されている」か否かを評価する。従って、まずは「伝えている」ことが、得点の条件である。また患者の希望や状態を確認しながら、1日のスケジュールを調整している方がより得点が高い。例えば、「疲れなければ午前中に、〇〇しましょう」「ご気分がよければ、午後に〇〇しましょう」、あるいは「今日は状態がよいので〇〇しましょうか？」と本人に聞いた」などである。評価者は、看護師が記述した＜伝えた内容＞を読みとり、協議しているか否かを判断する。a=3点、b=2点、c=1点、d=0点

### 評価項目 2、3

**2. \*\*さんの身体状態・生活の状況について今一番気をつけていることとそれに対する看護ケアをお書きください。**

**3. \*\*さんの今後の見通しをあなたがわかる範囲で記入してください。**

＜解説＞ 「患者への接近」指標の項目であり、看護師が患者や家族と関係を作りながら患者を把握しているかを評価する項目である。ここでは、「患者の状況・状態を十分把握している」か否かを評価する。患者の状況・状態の把握として、医学的な把握だけでなく、その患者の生活を含めた身体状況・状態を把握し、さらにそれを看護ケアに結びつけていることが質が高いと評価する。最も得点が高いのは、疾患及びその症状、症状を裏付ける検査結果、治療内容とその結果などの医学的側面と、食事や睡眠といった生活的側面、行っている看護ケアの3側面が含まれることである。この3側面に優劣はなく、「評価項目2、3」に記述された内容の中に、1つの側面が含まれていれば1点、2つなら2点、3側面全て含まれていれば満点の3点と評価する。