

20031017

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・改善システムの運用に関する研究に関する研究

平成15年度 総括研究報告書

主任研究者 片田 範子

平成16(2004)年 4月

目 次

I. 総括研究報告

看護ケアの質評価・改善システムの運用に関する研究

主任研究者 片田範子

研究要旨	1
研究報告	2
A. はじめに	2
B. これまでの研究経過	2
C. 研究目的	4
D. 研究方法	4
E. 倫理的配慮	5
F. 用語の定義	5
G. 研究結果	7
H. 考察	11
I. 結論	13
J. 引用文献	13

資料

- 資料1 : Web用自己評価構造評価改訂過程
- 資料2 : Web用自己評価過程評価改訂過程
- 資料3 : 自己評価Web用マニュアル
- 資料4 : 入力操作説明書
- 資料5 : リコメンデーション作成者向け説明書
- 資料6 : アウトカム患者家族満足度調査改訂過程
- 資料7 : 看護QIプログラム 看護ケアの質評価・改善システム
システム企画書

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括報告書

看護ケアの質評価・改善システムの運用に関する研究

主任研究者	片田 範子	兵庫県立看護大学	教授
分担研究者	内布 敦子	兵庫県立看護大学	教授
	上泉 和子	青森県立保健大学	教授
	粟屋 典子	大分県立看護科学大学	教授
	桜井 礼子	大分県立看護科学大学	講師
	坂下 玲子	兵庫県立看護大学	助教授
	鄭 佳紅	青森県立保健大学	助手
	大塚奈央子	兵庫県立看護大学	助手

研究要旨：

看護ケアの質に関する研究は、1989年度看護QA研究班が行ったものが最初のもので、その結果を経て、1993年から1997年度、看護ケアの質を構造、過程、結果の3つのディメンションで測定する現在の看護QIプログラム第三者評価が開発された（厚生科学研究費補助金、主任研究者片田範子）。本プログラムにより、病棟のケアの質を明確に捉えることができるが、評価には専門的な技術が必要であり利便性の面から普及しないことが問題であった。そこで、自己評価ツールを開発したが、記載所要時間がかかることや評価担当者の労力が大きいため、質改善のためのモデルを全国的に提供し、質改善が行われることを目的として、Web上で評価ツールを運用するシステムの開発を行った。

まず、Web上で運用可能な設問形式に変更し、医療を取り巻く環境の変化に合わせ指標の変更と精錬作業を行い、インターネット上でアクセスできる環境を整えた。協力の得られた3病棟に、看護QIプログラムをWeb上で適用した。試入力にかかった時間は、構造評価が40分～50分、過程評価が3時間から3時間であった。構造入力者は、入力作業を負担に感じなかったという回答が多かったが、過程入力者は、長時間かかることからあせって入力したり、1人の評価が病棟の代表値となることを負担に感じたり、入力した内容が自分の意図した通りに伝わっているか不安であると回答した。入力時間や労力については、システム化が進むことで解消できると考えられたが、心理的な負担を緩和するための方法の開発や工夫をシステム上で行う必要が明らかとなった。また、Web上での過程評価については、設問の精錬ポイントが明確となった。このWeb上自己評価ツールをこれまでの第三者評価と組み合わせて循環型の継続的な質評価改善が行うことが可能であることが明らかとなった。

A. はじめに

現在、医療機能評価機構の活動によって、次第に医療の質の標準化、質の保証が全国的に進み、質を維持することが診療報酬にも反映されるようになってきた。しかしながら、質評価を受けた後、問題点を明らかにすることはできても、具体的にどのような方略によって改善を図ることができるのかは評価の受け手である病院の裁量にかかっている。システムなどの外枠は比較的単純に変えることができるが、病院における看護活動そのものを評価し改善するには、看護活動そのものを評価する評価システムが必要である、改善のためには、その場の医療文化をはじめとしたスタッフ1人1人の意識変革が必要であり、変革を起こすにはそれなりの専門的技術が必要となる。しかし、ほとんどの場合、病院内部にそのような専門家をもつことは難しく、質改善のための活動は行われているが質評価と結びついた活動やそれを支える管理体制も整備されていないのが現状である（上泉,内布,栗屋,2001）。先行研究により開発された看護 QI プログラムによる質評価および改善の取り組みは、実際に看護を行っている場面を観察して判断や手順の安全性について評価する過程評価の局面を含んでいる点と質改善を範疇においたプログラムである点が特徴である。また、本研究班では、2002年度に、評価、改善、評価の繰り返しを外部からサポートし、その間必要になった変革を計画的に導入する専門家集団を組織し、必要によって専門家を派遣し、変革を起こしながら質をモニタリングする質管理体制モデルを開発した。現在、看護ケアの質改善のための研究が多く行われており、現場では、このような実質的効果をねらった研究が求められており、全国の看護ケアの質改善と継続的な質のモニタリングを目的として、自己評価の精練と管理体制モデルの

実用化を行うため、インターネットを使って質評価を普及させ、システムによる自動化を進めることが必要であると考えている。

今年度は、モデル的に作成した病棟一評価班とのコラボレーションを特定地域に展開し、複数の病棟とのネットワークによって、看護ケアの質の改善が行われるためのインフラの整備に必要な条件を明らかにした。この結果を報告する。

B. これまでの研究経過

看護ケアの質に関する研究は、1989年度聖路加看護大学を中心に行われた看護 QA 研究会による患者・看護師双方からの評価ツールの開発（研究会代表者：南裕子）が行われたことが最初のもので、看護ケアの質を構成する因子の明確化と看護ケアの質を測定用具の開発がおこなわれた（高田ら,1992;横山ら,1992;岡谷ら,1992;田村ら,1992;看護 QA 研究会 a,b,c,d,1993;堀内ら a,b,1995;堀内ら,1996）。それまでの国内研究では、医療全体の質の中で看護が果たしている質への貢献については明らかにされていない状況であり、何を看護の質の基本とするかを明らかにし看護ケアの質保証およびその改善に関して有用性の高いケアの質評価ツールの開発を行うため、1993年度より5年間、看護ケアの質の評価基準に関する研究（厚生科学研究費補助金；主任研究者；片田範子）にて、看護ケアの質を構造 structure、過程 process、結果 outcome、3つの dimension で測定するという構想で具体的な評価指標の開発がおこなわれた。看護ケアの質を構成する要素を明らかにし（内布,上泉,片田,1994;内布ら,1996;片田ら,1996;柴田ら,1995;竹崎ら,1996;近澤,1994;近澤ら,1996;山本ら,1996）、その結果、6つの看護ケアの領域が開発され、「患者への接近」「内なる力を強める」「直接ケア」「家族へのケア」「場をつくる」「インシ

デントを防ぐ」という6つの看護ケアの領域を3つのdimensionから評価する第三者評価ツールを開発された(内布ら a,1998;内布ら b,1998;近澤ら,1998;山本ら a,1998;山本ら b,1998;内布,2002)。以後、その試用を重ね精練が行われた。この評価ツール(看護QIプログラム・第三者評価)で評価したケアの質は、病棟の看護の質を捉えることができるということがわかっているが(片田ら,1997;小林ら,1997)、過程評価の中には、調査員の観察によるデータ収集方法が用いられている項目があり、観察データの安定性を保証するためには評価者の訓練を行い、専門的な知識技術をもったサーベイヤーの育成が必要で、客観的な質の評価である反面、利便性などの点からなかなか普及しない現状があった(片田ら,1998;上泉,2002)。現実的で継続的な質のモニタリングのため、質評価の普及と質評価の結果を改善につなげていき、質改善の管理体制を構築するため、2000年度より3年間、看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究(厚生科学研究費補助金;主任研究者上泉和子)にて、自己評価指標の開発が行われた(阿部ら,2001)。これまでに開発されてきた看護QIプログラムの特徴は、これまで困難とされてきた実際に提供している看護ケアの活動そのものを評価する過程評価であり、自己評価開発においても、主に過程自己評価の開発と妥当性の検討が行われた(阿部ら,2001;阿部ら,2002)。しかし、記載所要時間がかかる点や、自己評価票に記載された内容を研究者が再度点数化を行い総合的に判断する質問項目が残されており、完全な自己完結型ではなく研究班の労力がかかりすぎることと利便性の面が課題として残り、また、自己評価結果においては、第三者評価よりも高く評価されることから妥当性の検証の必要性が課題として残った(阿部ら,2002)。また、質の評

価を管理体制にどのように導入するかについては、7つの病院にヒアリング調査を行い、質改善のための取り組み方式を整理しその特徴を検討した。その結果、質改善の取り組みはなされているが、質評価の結果を改善につなげた循環型の管理体制は見られなかった(上泉,内布,栗屋,2001)。そのため、第三者評価を用い、病院看護部とリンクナース(内部エージェント)、外部エージェントとしての研究班の協働によって、病棟の変革を起こす仕組みの質管理体制モデル(第三者評価とリンクナースを用いた管理体制モデル)の開発を行った(上泉,内布,栗屋,2002)。事前に第三者評価を行い、改善計画を立て内部エージェントを活用して介入を行い、介入後に再評価を行った。評価期間中は、アウトカム評価である転倒件数が内部エージェントの介入期間中に減少し、また、病棟の看護師の能力が向上したと実感したため、改善活動は一定の効果を上げたと考えられた。しかし、介入後の評価結果は、看護師の欠員が生じたことや重症患者の増加と変革に伴うインシデントの急増により、転倒の件数が増加した。このことから、第三者評価でこれらの要因が把握できるツールとしてツールの再検討が課題としてあがり、また、管理体制として管理の側面のサポートが必要であることが明らかとなり(上泉ら,2002)、評価・改善・評価の循環型の管理体制モデルの改善点が明らかとなった。

米国における看護ケアの質の評価に関する研究は、1950年代に後半に着手され、その後看護の質の保証の取り組みが行われ、1980年代には、JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)によって看護のスタンダードと質保証をつなげたモデルが作成されケアの成果を重視する方向性がだされている(近澤,1994)。国外でもJCAHOにおける

指標開発をはじめとして、多くの研究が行われているが実施された指標は数少ない。看護では、正看護師の数が質に反映するという報告がある。質改善を包含するプログラムの開発は行われていない。

本邦において、看護ケアの質評価・改善システムの開発および整備は必須である。本研究班の開発したプログラムによって、看護ケアの質が改善することを客観的に示し、効果的に質改善が行われることで、看護ケア提供の安全性の確保と提示ができると考えられる。

C. 研究目的

本研究は、看護ケアの質の評価を客観的に行い、それをもとに質改善計画を立案し、質改善を実行し、期間をおいて再度質評価を行うという循環型の改善モデル（質改善管理体制モデル）を政策的に一定地域に適用し、わが国における看護ケアの質の改善モデルを提供することを目的とした。

1) インターネット上で、自己評価ツールの試運用を行い、システム上の問題点を明らかにし、Webシステムによる自己評価が質改善管理体制モデルにどのように導入できるかを検討する。

2) 現在の手作業を自動化するために必要な環境を明らかにする。

3) 看護 QI プログラムを Web 上で運営することで、将来にどのような活用方法があるのかを検討する。

D. 研究方法

1. インターネット上でアクセスできる環境の整備を行った。

1) 看護 QI プログラム・自己評価の構造評価、過程評価においてシステムで運営可能な設問形式に変更および構造評価および過程評価の精錬作業を行った。(資料 1、2 参照)

2) 看護 QI 研究班のホームページを Web 上で立ち上げ、安全にアクセスできる環境を整えた。

3) 自己評価 Web 用マニュアルの作成した。(資料 3 参照)

4) 入力操作説明書およびリコメンデーション作成操作説明書を作成した。(資料 4、5 参照)

2. 看護 QI プログラム自己評価 Web 用の適用

1) 複数の病院に、本研究への協力の依頼状を配布し、研究協力が得られれば病棟への研究依頼状を配布していただいた。病棟として研究に参加するには、看護師長ならびに複数の看護師の自発的な協力が必要であることを伝え、協力の申し出があった病棟へ研究内容の説明を行い、文章による同意を得た。

2) 協力が得られた 3 病棟に看護 QI プログラムの Web 上での自己評価の適用（入力作業）を行った。

3) 試入力作業以外（点数化、集計、リコメンデーション作成）は、従来の手作業で行い、インターネットを通さずに行った。

3. Web による自己評価の質管理体制モデルへの活用方法について検討

1) 入力直後に画面のみやすさ、設問内容のわかりにくかった点についてインタビューを行い、設問・選択肢の工夫を行った。

2) リコメンデーションの内容についてのアンケート調査を入力した看護師と看護師長に行い、Web 上自己評価によるリコメンデーションが病棟の質を反映しているか確認をした。

3) リコメンデーション作成の際にわかりにくかった回答と不愉快な思いをした設問がなかったかをヒアリングを行い、質問文の修正を行った。

4) インタビュー内容とアンケート内容について分析し、Web 上での問題点を明らかにし、管理体制モデルへの活用方法について検討した。

E. 倫理的配慮

これまでの研究で紙面上で行ってきたことをインターネットを使って入力する点と、システム上の問題についてアンケートとインタビューを行う点が変わったため、倫理上の問題が発生しないように研究協力者に配慮を行った。(本研究は、兵庫県立看護大学倫理委員会の審査を受けている。)

1. 対象看護師長

複数の病院に依頼書を配布し、賛同が得られた場合は病棟に配布していただく。協力の申し出があった病棟の看護師長には研究内容を再度詳細に説明し同意を得る。研究への参加は自由意志により、途中、研究を中止することが適切と判断した場合はいつでも中止することができ、そのことによって、何ら不利益にならないことを保証することを文書と口頭で伝えた。

2. 対象看護師

看護師は、入力日の研究協力を申し出た看護師の中で、一定の条件の患者を担当する、または、その患者についてよく知っている看護師が対象となる。

評価内容を事前に示し、研究協力への同意を文書で確認する。同意は、自由意志によって行われ、途中看護師が中止したいと思った時は、いつでも中止することができ、そのことによって何ら不利益にならないことを保証することを文書と口頭で伝えた。

3. 患者および家族

評価期間中に入院している患者に看護師からアンケート依頼書とアンケートおよび封筒が1つになったものを配布して

もらい、アンケートに記入したものを郵送で研究班に送っていただく。アンケートは無記名であり、質問項目には個人を特定できる情報がないため匿名性は保たれると考えた。

今回の評価は患者の評価ではなく、提供したケアに関する回答の多くが選択式であるため、患者の個人情報漏れる可能性は非常に少ないと考えられる。しかし、患者に対して行われたケアが研究対象となり、間接的に対象者になる可能性はある。そこで、評価期間中、このような看護ケアの質の評価が行われていることを病棟内に掲示し、間接的にも研究協力者となることを拒否できるような配慮を行った。

F. 用語の定義

1. 看護 Quality Improvement プログラム；看護ケア評価ツール

看護 Quality Improvement プログラム(以下、看護 QI プログラムと略す)とは、片田ら(1993~1997)が看護ケアの質の改善には、看護ケアの実践を評価することが必要であると考え、デルファイ法を用いて看護ケアの要素を抽出し、それらを実用するための実用的なツールを開発したものが原型となっており、実際の看護師の看護活動そのものを評価している点が特徴である評価システムである。看護ケアの質を評価するための基準、評価判定尺度、評価手順、改善提案を示した評価報告(リコメンデーション)を含む評価プログラムである。Donabedian(1969)が提唱した看護ケアの質の構成要素である「構造」「過程」「結果(アウトカム)」の3つの側面から抽出された看護ケアの要素の評価を行い、リコメンデーションで質改善のための提言を行うプログラムである。第三者評価ツールが開発され(片田ら, 1997)、看護 QI プログラムの普及

を目的に自己評価ツール（上泉, 内布, 栗屋, 2002）が開発された。

2. 質管理体制モデル

看護ケアの質改善には、評価を受けたあと、その結果をもとに看護ケア改善活動に結びつけるための組織体制が必要となる。評価、改善、評価の繰り返しを外部からサポートし、その間必要になった変革を計画的に導入する専門家集団を組織し、必要によって専門家を派遣し、変革を起こしながら質をモニタリングするシステムによって質の改善活動が効果的に行われる。第三者評価とリンクナースを用いた管理体制モデルは、上泉ら（2002）によって実験的に行われた管理体制モデルである。

1) 第三者評価とリンクナースを用いた管理体制モデル

看護 QI プログラム・第三者評価によるリコメンデーションに基づき、改善プログラムを提供し、病棟のリンクナースを活用して改善活動をサポートするシステムである（上泉, 内布, 栗屋, 2002）。

3. 看護 QI プログラムの 3 つの枠組み

1) 構造

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ことが必要であり、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する。「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、システムを評価する。

2) 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ある。

3) 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する。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する。「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る。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つの領域で評価する。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・褥創の発生率を評価の対象としている。

4) 構造と過程の 6 つの領域

看護 QI プログラムでは、看護ケアの重要な要素を 6 つの領域に分けて、それぞれを構造面、過程面から評価する。

(1) 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する。

(2) 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つ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する。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する。

(3) 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する。

(4) 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する。患者の個別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ある。

(5) 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する。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ある。

(6) 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する。

5) アウトカム指標の用語

看護ケアのアウトカムについては、8つの領域で評価する。

(1) 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する。

(2) 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する。

(3) 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する。

(4) 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を意味する。

(5) 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

を意味する。

(6) 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する。

(7) 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する。

(8) 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する。

G. 研究結果

1. インターネット上でアクセスできる環境の整備

1) 自己評価の改変および精練

看護 QI プログラム・自己評価構造評価・過程評価において、Web システム上で運営可能な設問形式に変更し、構造評価および過程評価の精練作業を行った（構造評価：資料1参照、過程評価：資料2参照）。今回のシステム化においては、東芝既存のシステムに合うように設問形式を変更する必要があった。これまでの設問形式は、点数化するまでに計算式のあるものや○を複数つけることで解答する形式があり、直接選択した設問が点数化するようにならず、既存のシステムに合わせるためには、変更が必要であった。そのため設問内容から直接点数化ができるように設問形式を変更し、評価尺度では、選択した番号の点数のみがわかるように変更した（構造評価：1.1.1.,1.1.2.,2.1.1.,4.1.1.,4.2.1.,4.3.1.,5.1.1.,5.1.2.,5.3.1.,5.4.1.過程評価：設問9)・2.)。

構造 1.1.2.「ケアに必要な個別情報をみることができる」について、評価尺度を変更した。これまでの調査の中で電子カルテを導入している場合は全ての記録物がステ

ーションの中にあるということで満点の評価としていた。しかし、全ての記録物がステーションの中にあるが、点在しており必要な場合は探さなければいけないという状況と同じ満点となり、その状況よりは、電子カルテのように一元化されているほうがよりアクセスしやすい環境であるため、一元化されているかどうかという点を評価尺度に含め、電子カルテの場合と点数に差がでるように変更を行った。

構造 3.1.2.「ベッドサイドに家族がいることができる十分な空間がある」の設問3)ベッド間隔が十分に確保されているか?については、平成14年の医療法改正により、一般病床の施設基準の病床面積が4.3平方メートル以上/床から、6.4平方メートル以上/床に変更となった。そこで、6.4~を基準の「1」点とし、その上に、現時点では老人保健施設の施設基準である8平方メートル以上を「2」点とした。

構造 6.1.3.「インシデントを防ぐのに十分な人員配置がある」については、上泉ら(2002)より、看護ケアの質には、看護師の欠員と患者の状態が大きく関わっていることがわかり、評価内容に含めることが必要であることがわかったため、評価内容に新たに加えた。診療報酬上の体制として1看護師あたりの患者数と、1看護師あたりの護送患者割合について点数化を行った。

これまで本指標であるが6領域に含まれていない「看護師に必要な知識をもった看護師がいる」「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」という指標について点数化を行ったが、6領域にどのように反映させるかは今後検討の余地がある。

患者家族満足度調査については、患者満足度調査設問番号10および11で表現される「チームの連携」の領域が他のアウトカム領域に比べて低得点となることが問題と

なっていた。設問10および設問11は、他の設問形式と異なりネガティブクエスションであるため、アンケート記入時に誤って回答している可能性が考えられたため、設問10および11の設問形式を改変した(資料6参照)。

2) 自己評価 Web 用マニュアルの作成

自己評価 Web 用マニュアルの作成は、自己評価マニュアルを改変して作成した。

評価の概要に、自己 Web 用評価の位置づけと自己評価結果と第三者評価結果の傾向を示し、推薦する使用方法を付け加えた。

構造評価試入力の際に、設備面を評価するところについては、設備評価用紙(資料3参照)を用いてあらかじめ病棟内を確認し、入力の際には立ち歩かず済むようにシートを作成した。

過程の得点化およびリコメンデーションの作成については、従来どおり研究班で作成し報告することを記した。

改善計画の準備については、リコメンデーションを活用して改善活動を行うことができることやそのときに必要なサポートシステムがあることを記し、サポート体制があることを示した。また、委員会活動や病棟のグループ活動を利用して改善活動を行えることも示した。

Web 上での試入力作業に必要な手順と暗証番号を記した試入力操作説明書(資料4参照)、リコメンデーション作成者用操作説明書(資料5参照)を作成した。

3) 看護 QI 研究班ホームページ立ち上げ

ホームページを立ち上げ、Web 上でアクセス可能な環境を整えた。アクセスにはアクセスするためのパスワードと暗証番号を必要としセキュリティ対策とした。

2.看護 QI プログラム自己評価 Web 用の適

用

試入力を研究協力要望のあったS病院の3病棟に試入力を依頼し、そのうち2病棟に関してはリコメンデーションの作成までを行った。

3病棟の対象者6名に、試入力直後に、設問のわかりやすさと画面の見やすさについて半構成的インタビューを行った。そのうちの2病棟についてはリコメンデーションを作成し、評価内容の妥当性と明確性、質改善への活用方法についてインタビューを行った。その結果について以下に報告する。

1) 試入力の概要

(1) 試入力対象者概要

試入力の対象者の概要は、表1に示す。

表1 試入力の概要

試入力者	試入力内容	試入力者の看護師経験年数	試入力者の当該病棟における看護師経験年数	試入力にかかった時間
S1	構造	18年	4年	50分
S2	構造	32年	10ヶ月	50分
S3	構造	17年	5年	40分
P1	過程	12年	3年	2時間30分
P2	過程	18年	1年	3時間
P3	過程	17年	4年	1時間40分

(2) 入力の負担

試入力に要した時間は、表1に示すように、構造評価入力の平均は46.6分、過程評価入力の平均は、2時間23分であった。構造評価に関しては、看護長としての通常業

務をこなしながらでも、それほど負担なく入力できたとの回答であった。しかし、過程評価においては、設問の量が多く、また記述式が多かったため、文章の入力の負担が大きいことが指摘され、仕事をしながらの環境では途中で入力を中断することも起こり評価途中に入力者があせってしまうという意見が出された。過程評価は、構造と比べても入力に要した時間は長く、作業量としての負担が大きいと考えられた。

(3) 設問のわかりやすさ

全ての設問に対して、入力者が不愉快に思った質問はなかった。選択式の質問は概して答えやすいという回答であった。しかし、構造3.1.1「普通の声」の普通はどれだけのなのか、構造5.4.1「他職種」とは実際にはどのような職種を差すのかなど言葉の示す範囲に迷った箇所が指摘された。一方、記述式に関しては、何をどれだけ書けばよいか戸惑う場面が多かったことが報告された。また意図がつかみづらい設問が数箇所指摘された。過程評価においては、設問量も多く負担になるため、記述を求めるのではなく、回答に一番近いものを選択する択一式の設問形式のほうが望ましいという回答があった。

(4) 画面構成の見やすさ

字の大きさは見やすいという回答が多かった。しかし、行間のつまり具合、記述欄の大きさなど画面のデザインについては工夫の余地があることが指摘された。一設問毎に、入力を完了し、初期画面へ戻って次の設問に進まなければならない、次の質問にすぐに進んで欲しいという要望が聞かれた。また入力されているかの確認画面がなく不便であった。このため、別途、記入式のチェックシートを作成したが入力漏れがみられた。

2) 評価報告書（リコメンデーション）に関する看護師からの評価

Web 上での入力によって構造評価および過程評価に必要なデータを得、さらに郵送によって患者、家族満足度質問紙への回答が研究班に返信され集計されて、最終的に構造、過程、結果の3つの側面に関するデータが集められた。これらのデータは分析され、病棟の看護ケアの質についての評価結果が得られ、評価報告書としてまとめられた。評価報告書は、できるだけ実情を具体的に示しながら評価結果を伝えること、改善点を明確に示すこと、改善の根拠が分かるように分析の根拠を示すことなどを考慮して記述した。評価報告書は協力病棟である2つの病棟に提示し、各病棟で入力してくれた看護師と看護長の2名（計4名）に半構成的インタビューによって意見を聞いた。評価報告書に対する反応はおおむね肯定的であったが今後改善を考えなければならぬ事柄を含んでいた。以下、評価報告書に関する病棟からの反応をまとめたので報告する。

(1) 評価報告書の内容の妥当性

評価報告書の内容については、おおむね妥当であるという回答を得た。一つの病棟看護長からは、患者満足度の集計結果が以前に類似した調査を行った時の結果と一致していないことが指摘されたが、今回看護長自身が患者に調査票を手渡していただいたことや患者と医療者との関係が良い状態にある時期の調査であったことも影響した点を考えると妥当な得点であったと思われる。日頃感じていることが数値になり言語化されているという感想が聞かれた。一方直接ケアの過程評価では、手術直後で生活に焦点が当たっていない時期であったので、得点が思ったより低かったと感じられ、ターミナル期の患者などでは生活について看

護師はかなり気をつけているので、もっと高い評価が得られたのではないかとの感想が聞かれた。反対に思ったより高く評価されたと感じる指標も幾つか指摘された。このように評価結果が、選んだ患者の状況やその日の出来事に左右されるという面があることが指摘された。

(2) 質改善への活用について

評価結果を読んで、質改善に活用しやすいと感じるかどうかについて尋ねた。浴室の段差など具体的に指摘されたことによって、改善点が明らかになるという単純なものはいくつか意見としてあがった。その他に質の高い看護として要求されていることが明確であり、今後の看護の視点を与えてもらって良かったという意見が聞かれた。患者の希望を確認することなどに関しては、すぐに行動を変えるのは難しいが、できるだけ立ち止まって考えることを心がけたいという意見が聞かれた。

(3) 評価作業の負担について

構造評価についてはいずれの看護長も業務としても負担ではないと述べた。過程評価をした看護師は作業時間としても長く、集中して回答しなければならないので負担を感じていた。しかし、年に1回程度の入力であれば負担は特に問題にならないという見解を述べた。心理的負担について看護師は、自分が病棟の看護の質の代表値となることが負担を述べた。一人の看護師に入力してもらうことで代表値に変わるのは、内容の妥当性という視点ではさほど問題にならなくても実運用の点で無理があると考えられる。また、自分が評価の対象になることへの心理的負担を強く感じているような発言も聞かれた。過程評価の際に入力する記述データについては、表現したことが十分伝わるかどうか心配であったという意

見が聞かれた。評価報告書を見て指摘されたことについては特に否定的感情は聞かれず、第3者にみてもらうことで気づくことも多く、いいことだと思うという意見であった。

(4) 評価を受けることによって病棟に変化が起きたか

第3者評価などの外部評価を受ける際は、概してその準備期間中に様々なシステムを取りそろえ、スタッフも心の準備を行うので、準備期間中にはからずも質が改善したという声を聞くが、今回の評価ではそのような準備をおこなわず、ありのままの病棟の看護についてみせてもらったので、評価を契機に何か変化が起きるといった現象は見られなかった。しかし評価報告書を読み、いくつか具体的な改善点や看護の視点について考える機会になったという意見が聞かれた。

(5) その他

1名の看護師からの回答が、評価の対象となった病棟の看護の代表値として考えられるので、看護師には自分自身の評価から離れて、病棟全体の評価という視点でインタビューに答えてもらうよう何度も説明し、インタビューの途中でも繰り返して病棟の看護としてどうであるか回答してほしい旨を伝えたが、自分自身の評価として認識していると思われる反応が目立った。

H. 考察

1. 過程評価における負担の軽減

構造評価に関しては入力者の負担はそれほど大きくなく実用化は充分可能であると考えられた。過程評価の入力においては、身体的負担と心理的負担が明らかとなり、このままの状態での実用化は難しいと考えられた。実用化が難しい原因の一つとして、

文章を入力することが多く、そのため入力に要する時間が大きく、択一の設定形式が望まれたことである。

もう一つは、対象者に個人評価をされているという認識が起こり、心理的な負担がかかってしまったことであった。これまでの研究過程の中で個人の評価(過程評価)が病棟の代表値として評価することが妥当であることはわかっているが、本研究からは、評価を受ける側が、病棟評価という意識を持つことは難しく、個人評価と捉える危険性が示唆された。これまでの第3者評価の場合は、病棟全体に看護QIプログラムの説明を行い、このプログラムは、個人評価ではないことや個人評価が代表値になることを説明してきたため、スタッフ全体にもそのことが浸透していた。しかし、Web上で運営していく際には、このプロセスが抜けるため、この点をどのようにWeb上でサポートするのが今後の課題であると考えられた。

この問題を解決する方法として、一つはこのプログラムのスタンスや内容を十分理解してもらうよう、画面上の工夫やセミナーなどでの啓蒙活動が必要であると考えられた。また、多数が迅速にアクセスすることができるWebの利点を生かし、例えば、複数の看護師に入力をしてもらったり、病棟スタッフ全員に入力してもらいその平均値をとるなど個人評価ではないことを示す工夫が必要だと考えられた。その他の心理的負担を緩和方法として、入力の画面上に、個人評価ではないこと、業務査定に利用するものではないこと、本プログラムが看護ケアの質が改善するためのシステムであるという説明を加えるなど看護QIプログラムの考え方を明示する方法も考えられた。

2. 現在の作業量を軽減するために必要な環境について

入力者の身体的拘束時間を軽減することに関しては、途中で中断しても入力再開ができるよう、評価期間中の間であれば時間のあるときに入力できるようなシステムを考えることで身体的拘束時間を軽減することは可能であると考えられた。

画面上の見やすさや入力操作の簡便性については今後改良する点が明らかとなった。

1) 構造評価

入力時間も少なく労力も少ないことから Web 上での展開は現実的であると考えられた。ただ、これまでの方法では行えていた個々の病棟の特性を捉えた提言ができない印象がリコメンデーション作成者から出された。しかし、構造評価では、あるかないかが問題となり、改善点についても明らかであるため、今後集計の自動化が進めば大量のデータ処理が可能になると考えられた。

2) 過程評価

過程評価に関しては記述データが多く、今後テキストデータの評価を Web 上でどのように発展させていくのか検討する必要がある。記述式では、記述内容が少ない、すなわちテキストデータが少ないケースがみられ評価自体が難しい例が見られた。このことは、看護の質の他に、看護師の時間的余裕、表現能力などが大きく関わっていると考えられた。表現をいかに引き出すかという点に関して、設問の意図のつかみづらい設問があり設問方法を変える必要がある。テキストデータの入力を今の設問方法で行うのかという点を含め、テキストデータの評価について今後、検討する必要があると考えられた。

3) リコメンデーション作成

入力されたデータを解析し、リコメンデーションを作成する過程に関しては今回は

従来どおり手作業で行った。しかし、今後は現在の手作業を自動化することを計画している。そのために必要な環境については、資料7の企画書に示した。今後は、テキストマイニングの技術により労力を軽減することができると考えられた（資料7参照）。

3. 今後の課題

1) Web 用自己評価の精度

Web 上でプログラムを活用する欠点として双方向対話式でないことが挙げられる。看護師のインタビューの中でも、「表現したことが十分に伝わるかどうか心配であった」という意見があり、実際行っている看護ケアをどこまで表現すれば理解してもらえるか戸惑いが見られた。今後 Web 上で運営するに当たっては、質問内容の取り違え、無理解などが生じ質の低い、判定が難しい回答が発生する危険性がある。これまでの自記式自己評価の結果では判定に値する確かな記載が少なかったという結果もあり、今回も評価が難しい記載内容があった。この限界を解決するべく質問内容や形式を精錬する必要があると考えられた。

2) 病棟の特性にあわせた看護 QI プログラムの適応

今回の調査の中から、「直接ケア」領域の生活に焦点を当てているかについては、手術後患者の状況の場合やターミナル期の患者では、その日の看護ケアで優先されるものが異なっており、看護ケアの内容は、患者の状況やその日の出来事に左右されることが明確となった。この看護 QI プログラムが看護の領域ごと（整形外科病棟、脳外科病棟、小児科病棟、精神科病棟、ガン領域など）に適応したものに発展していくことで、よりそこで行われている実際の看護ケアについての評価が行われると考えられた。

3) 指標の精練作業

医療の進歩によって看護ケアの質評価において、今回の構造評価のように、評価内容を改変していく可能性がある。現在は電子カルテの登場によって記録物の保管方法がこれまではなかった状況となっている。このような医療を取り巻く環境の変化や病棟の特性などを踏まえた指標の開発などに取り組み、より現実を反映した評価指標に精練しなければならない。このための精練作業の手順を作成する必要があると考えられた。

また、構造と過程の6領域の各指標の重みづけについても課題である。例えば、「家族のケア」領域の過程評価については、2つの質問で得点化を行っており、1つの評価内容が0点であれば、その領域の看護の50%しか行われていないという評価になる。この50%という数値は、他の質問が多い領域の50%とは、意味が異なってくるであろう。この指標の整理も今後の課題である。

4) 質改善プログラムへの活用

今回、質改善プログラムのWeb上での施行は達成された。インタビューの結果、この評価方法であれば、1年に1回以上は行うことができるという意見が聞かれた。Webは多数の人が、どこからでも、好きな時間にアクセスできるというメリットがあり、システムの改善が進めば、より少しの負担で容易にアクセスでき、迅速に回答がえられる可能性が大きい。その反面、一面的で画一的な評価に終わってしまう危険性と限界を持っている。今後、これまで開発してきた第三者評価、自己評価、自己Web上評価の利点と欠点を充分考慮し、これらをどのように位置付け、整理し、各病棟の状況にあった質改善プログラムを提供していけるか検討する必要がある。

I. 結論

- ・本研究において、看護 QI プログラムを Web 上で施行することが可能となった。
- ・ Web 上に適応するために、指標の精練や設問の見直しが必要な点が明らかになった。
- ・現在の手作業を自動化するために必要な環境が明らかになった。
- ・看護 QI プログラムを Web 上で活用していくための課題が明らかになった。

J. 引用文献

阿部俊枝,上泉和子,内布敦子,粟屋典子,板野優子(2001):看護ケアの質自己評価表の開発,第三者評価との比較による考察,日本管理学会誌,5(1),p187-189.

阿部俊枝,上泉和子,粟屋典子,内布敦子,葛西淑子,板橋玲子,藤林文子,八木橋昌子,大平和子,板野優子(2002):看護ケアの質過程自己評価表の開発と妥当性の検証,QI プログラムを用いた第三者評価との比較とフォーカスグループインタビューを用いた分析,日本看護管理学会誌,5(2),p19-28.

岩崎榮(2002):日本医療機能評価機構がとらえる医療の質と第三者評価のメリット,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p426-430.

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),p61-69.

内布敦子,豊田邦江,縄秀志,松田裕子,平尾明美,鈴山久代(1996):「モニタリング機能」を構成する看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p23-33.

内布敦子,河野文子,高谷裕紀子,和泉成子,片

田範子,柴田秀子,三上由郁,青本さとみ,小竹雪枝,鈴木真知子,鈴山久代,磯村須眞子,遠藤俊子 a(1998):看護ケア構造指標の開発と検討,試案作成まで,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究 31(2),p9-19.

内布敦子,河野文子,高谷裕紀子,和泉成子,片田範子,柴田秀子,三上由郁,青本さとみ,小竹雪枝,鈴木真知子,鈴山久代,磯村須眞子,遠藤俊子 b(1998):看護ケア構造指標の試用と検討,試案のプレテスト結果から,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究 31(2),p21-27.

内布敦子(2001):Quality Improvement(QI)の考え方とターミナルケアへの応用,Concept and Imprementation of Quality Improvement to Terminal Care,特集 QOL の向上とリスクマネジメントの接点,ターミナルケア,11(5),p341-347.

内布敦子(2002):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,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p417-421.

岡谷恵子,田中美恵子,古庄しおり,南裕子,Holzemer,William L(看護 QA 研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(1),信頼性および構成概念妥当性の検定-,日本看護科学学会誌,12(3),p38-39.

岡谷恵子(1995):看護師・患者関係における信頼を測定する質問紙の開発,信頼の厚生概念と質問紙の項目の作成,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究 28(4),p29-39.

片田範子,大崎富士代,高谷裕紀子,鈴木真知子,村田恵子,岩井さよ子,亀谷文子,檜垣美香子(1996):「痛みの緩和」における看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),5-21.

片田範子,内布敦子,上泉和子,山本あい子,栗屋範子(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究報告書,平成9年度厚生省看護対策研究事業報告書.

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,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p3-8.

上泉和子,内布敦子,栗屋典子(2001):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究,厚生労働科学研究費補助金研究報告書.

上泉和子(2002):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,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p422-425.

上泉和子,内布敦子,栗屋典子(2002):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究,厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 a(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(1),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(3),188-192.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 b(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(2),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(4),274-280.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 c(1993).看護ケアの質の測定用具の開発 (3),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(5),340-348.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 d(1993).看護ケアの質の測定用具の開発 (4),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(7),494-500.

小林康江,中岡亜紀,上泉和子,片田範子,栗屋典子,蝦名美智子,平尾明美(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究,質問紙の信頼性・妥当性の検証,日本看護科学学会誌,17(3),p118-119.

柴田秀子,上泉和子,栗屋典子,吉村千代子,横道みさを,桧垣美香子,鈴山久代,勝原裕美子(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,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p41-53.

高田早苗,田村やよい,小山真理子,横山美樹,南裕子,Holzemer,William L(看護 QA 研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(1),信頼性および構成概念妥当性の検定,日本看護科学学会誌,12(3),p34-35.

高田早苗(1994):看護ケアの質を考える,特集●看護の質を評価する試み,看護学雑誌,58(2),p115-121.

竹崎久美子,塩塚優子,三上由郁,水谷信子(1996):患者の日常生活を改善・維持するための看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p47-57.

田村正枝,田中美恵子,野並葉子,南裕子,Holzemer,William L(看護 QA 研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(2),妥当性の検定,日本看護科学学会誌,12(3),p40-41.

近澤範子(1994):看護ケアの質の評価に関する文献検討,看護研究,27(4),p71-79.

近澤範子,大川貴子,青本さとみ(1996):「医療チームの連携」を生み出す看護師の技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p59-70.

近澤範子,勝原裕美子,小林康江,塩塚優子,中岡亜紀,片田範子,栗屋範子,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,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p59-69.

Donabedian A(1969):Part II some issues in evaluating the quality of nursing care,AJPN,59,p1833-1886.

堀内成子,南裕子,看護 QA 研究会(1994 年度活動員)a(1995):看護ケアの測定用具の開発過程,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p11-19.

堀内成子,南裕子,看護 QA 研究会(1993 年度活動員)b(1995):看護ケアの測定用具の開発と洗練,「該当せず」への回答状況と理由の分析,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p21-27.

堀内成子,太田喜久子,小山真理子,森明子,小松浩子,岡谷恵子,高田早苗,井部俊子,岩澤和子,飯塚京子,清水喜美子,山田雅子,南裕子,W.L.Holzemer(1996):看護ケアの質を評

価する尺度開発に関する研究,信頼性・妥当性の検討,日本看護科学会誌,16(3),p30-39.

山岸まなほ(2002):米国看護師境界の看護質指標,米国での収集の現状と日本での実用化にむけて,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p431-436.

山本あい子,小竹雪枝,小林康江,中込さと子,勝原裕美子,遠藤俊子,我部山キヨ子,片田範子(1996):家族を含めた看護ケア技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p35-46.

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 a(1998):看護ケア過程指標の開発,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p29-35.

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 b(1998):看護ケア過程指標の検証,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p37-57.

横山美樹,小山真理子,高田早苗,田村やよい,南裕子,Holzemer,William L(看護QA研究会),(1992).看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(2),妥当性の検定,日本看護科学学会誌,12(3),p36-37.

資料