

200400983A

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

平成16年度 総括研究報告書

主任研究者：片 田 範 子

平成17(2005)年 4月

目 次

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

I. 研究要旨	1
II. 研究報告	
A. はじめに	2
B. これまでの研究経過	2
C. 研究目的	3
D. 研究方法	3
E. 倫理的配慮	4
F. 用語の定義	5
G. 構造指標・尺度の見直し	6
H. 過程指標・尺度の見直し	16
I. 結果（アウトカム）指標の検討	25
J. Web版システム試行結果	36
K. 今後の展望	53
L. 引用／参考文献	53

III. 資料

資料1：Web自己評価構造評価改訂箇所一覧

資料2：Web自己評価過程評価改訂箇所一覧

資料3：自己評価Web用マニュアル2004年度バージョン

資料4：研究協力依頼に用いた依頼書および同意書

資料5：入力操作説明書

資料6：管理者用操作説明書

資料7：看護QIプログラムWebシステムについてのアンケート

資料8：看護ケアの質評価・改善システム企画書

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
看護ケアの質評価・改善システムの運用に関する研究
研究報告書

【研究組織】

主任研究者	片田範子	兵庫県立大学	看護学部	教授
分担研究者	内布敦子	兵庫県立大学	看護学部	教授
	上泉和子	青森県立保健大学	健康科学部看護学科	教授
	粟屋典子	大分県立看護科学大学	看護学部	教授
	坂下玲子	兵庫県立大学	看護学部	助教授
	桜井礼子	大分県立看護科学大学	看護学部	助教授
	大塚奈央子	兵庫県立大学	看護学部	助手
	鄭 佳紅	青森県立保健大学	健康科学部看護学科	助手

【研究要旨】

本研究の目的は、同研究班によって1997年に開発された看護ケアの質評価・改善システムを汎用化し、質データの蓄積を行い、標準値の算定、改善のためのデータ提供システムを開発、実用化させることである。2002年度までに本研究班で開発した自己評価式の評価票を2003年度Web上で入力、評価できるように改変し、Webシステムの環境を検討し開発した。病棟のPCからインターネットを通して試入力を行い、評価報告書を作成して、フィードバック後のインタビューによって評価の妥当性を確認することができた。しかし同時にいくつかの改善点が明らかになったので、2004年度はシステムの修正を行うと同時に、本ツールによる過去の評価実績を概観し、評価尺度の見直しや評価項目の追加を行った。2004年度版の評価ツールとして完成し、再度試入力件数を増やしてシステムの運用実験を行った。入力画面は改善されたが、評価項目が増えたので、特に過程評価の入力には時間を要した。テキスト形式で入力するデータに量的な制限があることや、どのような記述内容が求められているのかが曖昧であることなどが課題としてあげられる。回答の前に本ツールの背景となる考え方を理解してもらう必要があるが、Web上で行う操作だけに指標のねらうところを正確に理解してもらうことは限界がある。また過程評価で対象となる事例の条件も病棟によっては当てはまる患者がいないこともあり、工夫を要する。今回、患者満足度の入力システムがない。また、これまで集積した患者満足度データを解析すると、現在の指標は信頼性妥当性を確認されているにもかかわらず、活用できるデータとなりえないと判断し、結果指標は測定していない。構造、過程、結果の3つの領域のデータが揃わなければ、質改善のポイントを抽出することはできないので、最終年度は患者満足度指標を改良し、看護QIプログラムをより完成させる。

A. はじめに

病院における医療サービスの質保証、質改善については、近年ますます関心が高まっている。患者の権利尊重とその時代的背景、医療事故に関する新聞報道などによって、医療に対する社会の厳しい批判が行われるようになり、特に医療サービスの提供を中心的に担っている病院施設は、積極的に質改善の道を模索し始めている。看護サービスも例外ではない。看護師は医療の担い手としてもっとも多くの人材資源を有しており、医療事故の当事者としても統計にはのぼらないものも含めると、最も高い頻度で関与する職業の一つである。さらに看護サービスの場合、医療事故がないというだけでは質を担保することはできない。より早い身体機能の回復、快適な入院生活、患者の問題解決能力の向上、家族のケアなど広い範囲で提供されるサービスを包括的に評価する必要がある。

B. これまでの研究経過

1. 1993年から2002年の2つのプロジェクト

本研究班の前身である「看護ケアの質の評価基準に関する研究班(厚生科学研究)」(主任研究者：片田範子)では、1993年以来、看護ケアの質をはかるツールの開発に挑戦し、1997年には、第三者評価ツールとして一応の完成を見た。1999年から2002年までの3年間は、将来の汎用化に備えてこのツールの自己評価版を作成すると同時に、評価ツールを用いた管理体制のモデルを作成し、前述の第三者評価方法とあわせて看護QIプログラムと命名した(厚生労働科学研究費補助金看護ケアの質評価・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)。評価ツールによる評価とそれに続く改善計画までを包括的に行う体制が有

効であることを検証するために、実際に一つの病院で実験を行った結果、転倒事故の減少を見たが新たな課題も残った。ここまでの研究によって看護QIプログラムによって看護ケアの質を評価・改善することが可能であることを実証することができた。

2. <今回のプロジェクト 2003年度、2004年度の概要>

ひきつづき、2003年度以来、看護QIプログラムのWeb上での展開をねらって、自己評価項目、尺度の精錬を続けてきた(平成15年度看護ケアの質評価・改善システムの運用に関する研究(厚生労働科学研究費補助金)主任研究者：片田範子)。2003年度は、質評価のための手順と判定のアルゴリズムを明確にしてコンピューター言語に置き換えることによって、自動化し人手を節約するだけでなく、インターネット上で評価を行うことで得点をデータベースとして蓄積し、蓄積したデータを解析して標準値を提示し、さらにGood Practice(良い事例)の共有など、様々なプログラムの発展の可能性を検討することができた。評価のための情報の中で大きな位置を占めるテキストデータは、自動化が極めて困難とされているが、テキストマイニングの手法を用いれば、特に過程に関わるデータを尺度に読み替えることも可能であることを確認した。しかし、テキストマイニングによってコンピューターが第三者評価の専門の評価者と同じように得点を判断するには、適切な辞書作成が不可欠であるので、多額のシステム構築費用を要することとなり、現時点では実現不可能であることも判明した。2003年度に完成したWeb-siteは、画面の見やすさ、入力の手やすさなど難点が多く、入力する看護師に負担がかかること、現在6領域に別れている評価指標の項目数のバランスが悪いこと、評価尺度が統一されて

いないので重み付けの検討ができないことなど、Web-siteの問題と指標そのものの問題の両方が明らかとなり、次年度への課題となった。IDとパスワードを用いて入力したものを表計算ソフトに移行するところまではプログラムが完成し、システムの改良は必要なものの稼働に関する試験は完了した。入力されたデータを分析して評価報告書（リコメンデーション）として病棟にフィードバックし、看護師長や看護師から病棟の実情に見合った内容であるかインタビューによって確認したところ、現状を適切に反映しており、自己評価であってもある程度正確に評価が可能な指標であることがわかったので、自己評価方式でこのまま研究を続行する決断をした。

2004年はこれらの成果を受けて、Web-siteを活用して多量のデータを蓄積するために、画面の操作性や尺度や指標の整理に取り組んだ。これまでに蓄積した第三者評価の実績をもとに、評価項目毎の素点のばらつきや評価上の問題点を洗い出すと同時に、文献検討によって最新の評価項目の導入も検討した。今後大量のデータ蓄積によって看護ケアの質の標準値を示し、目標を持って改善に取り組むことができるようなシステムの構築を目指す。

C. 研究目的

本研究の目的は、看護ケアの質を評価、改善するシステム（体制）を構築することである。評価、改善の循環型モデルをWeb上で広く実現することによって、データベースを作成し、質の標準値、Good Practiceの提供など、病棟の質改善活動に外部専門家が支援するシステムを構築することを前提にしている。

2003年度の結果を受けて、2004年度の課題は、次の4つである。

- (1) 評価項目、評価尺度の見直しを行う。
 - ① 6つの領域ごとに評価項目数にばらつきがあるので、評価指標の開発過程を見直した上で、追加可能な項目を追加する。その際には、ここ数年で明らかになった患者のアウトカムに影響を与える指標でエビデンスレベルの高いものは評価項目に加えることを検討する。（検討方法は研究方法（1）①②参照）
 - ② 評価尺度は、0点、1点、2点と配置されている項目や、0点、1点、2点、3点と配置されている項目など混在しているので、すべての項目を同じ尺度となるよう検討する。（検討方法は研究方法（1）③参照）
 - ③ 患者満足度調査票の問題点を明らかにして、改変を前提に質問項目の検討を行う（検討方法は研究方法（1）④参照）

(2) Web-site入力時の操作性を改善する。（検討方法は研究方法（1）⑤と（2）参照）

(3) 入力されたデータの処理（小計機能）をシステムに組み、自動化する。

D. 研究方法

- (1) 評価項目、尺度の見直し方法
 - ① 各評価項目の得点の分散を検討→適切に分散していない項目の洗い出し→尺度の変更、もしくは項目の削除を行う。
 - ② 文献によって看護ケアの質を規定する要因、特に結果指標に影響を与えるとしてエビデンスが明らかになった要因については、評価項目として新たに設定する。
 - ③ 質問の意図に沿って尺度に対して回

答する可能性のある選択肢を考慮して、専門家によるディスカッションによってできるだけ統一した尺度に設定しなおす。

- ④ 患者満足度質問項目毎の計測値の分散、回答の傾向などを検討し、調査票の問題点を明らかにして、改変を前提に質問項目の検討を行う。さらに質問項目の候補を新たに提案するために、「看護ケアの質を何で見ているか」患者経験者に質問し、インタビューデータの内容分析するための予備的調査を行う。
- ⑤ 上記②③によって修正した看護 QI プログラム ver. 2004 の構造評価、過程評価に対して、インターネットによって回答を行ってもらい、質問項目のわかりにくさなど問題点を検索した。

(2) Web-site の操作性改善方法

- ① 昨年度の入力後アンケート結果をもとに入力画面、入力後に進む画面の設定やテキストデータを見ながら入力できるようにすることなど必要なことをリストアップして、システムの修正を行った。
- ② システム修正後に試入力に協力してくれる病院施設看護部を探し、研究協力者となる看護師長、看護師に実際に入力作業を行ってもらった。その後、入力作業に関する簡単なアンケートを行い、問題点を抽出した。

(3) 小計機能の追加

6つの領域毎に集計した結果をフィードバックできるように小計機能を持たせるようシステムの変更を行った。フィードバックを実際に行い、自動化するためにさらに必要な処理をリストアップする。

E. 倫理的配慮

研究方法(2)②では研究協力者にインターネットを使って入力してもらうことになるので、入力操作とその後のアンケートに答えることに関して、倫理的問題が生じないように次のような配慮を行った。研究計画書は兵庫県立大学看護学部の倫理委員会で承認を受けた。

(1) 構造入力者である看護師長への倫理的配慮

病院施設看護部に協力依頼を行い、研究目的を理解してフィールドとして使用することの許可を得た上で、病棟師長に対して本研究の目的を説明した。研究の目的を理解して研究参加を申し出た病棟の師長に対して研究参加は自由意志によること、途中研究参加を中止したい場合はいつでも中止できること、断ることによってなんら研究班との間で不利益を被ることはないこと、得られた個別データは、入力した本人のみフィードバックされ、報告書などで公開される場合は、病棟や協力者を特定できるような情報を削除し、統計的処理を施した上でおこなわれることを保証することを口頭と文書で説明し、承諾書をもらった(資料4)。病棟の構造評価データは、看護師長(人間)に帰属するデータではないのでプライバシーの問題は生じにくい。インターネット上の操作もID、パスワードによる管理を行い、基本的に人に帰属するデータとして取り扱った。入力後のアンケート(資料7)は直接研究班に郵送してもらった。

(2) 過程入力者である看護師

病院施設看護部に協力依頼を行い、研究目的を理解してフィールドとして使用することの許可を得た上で、病棟師長に対して本研究の目的を説明し、病棟で協力者を募

った。研究の目的を理解して研究参加を申し出た病棟の看護師に対して研究参加は自由意志によること、途中研究参加を中止したい場合はいつでも中止できること、断ることによってなんら研究班との間で不利益を被ることはないこと、得られた個別データは、入力した本人にのみフィードバックされ、報告書などで公開される場合は、病棟や協力者を特定できるような情報を削除し、統計的処理を施した上でおこなわれることを保証することを口頭と文書で説明し、承諾書をもらった（資料4）。過程評価の場合、看護師の業務評価になりかねないので管理部門がデータに一切接触できないように、インターネット上の操作は研究協力者である看護師のみが知るID、パスワードによって管理した。アンケート（資料7）も研究班に直接郵送してもらった。

（3）患者及び家族

今回満足度調査を行っていないので、患者及び家族が研究協力者になることはないが、過程評価の際に患者の状態について看護師が回答するので患者や家族のプライバシー保護の必要が生じる。回答の際、患者氏名などの固有名詞を使用しないで記号で表現するように依頼した。病院名、病棟名、看護師名もすべて記号化して分析に使用した。

F. 用語の定義

1. 看護 QI (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、それらを評価す

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。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書（リコメンデーション）を含むプログラムである。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, 粟屋, 2002）が開発された。

2. 看護 QI プログラムの3つの枠組みと用いられる用語

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為しているかを評価したものである。

構造と過程は表1のような6つの領域で評価する。

表1 構造指標と過程指標の用語

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な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。

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。

アウトカムの中の『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』の側面は次の8つの領域で評価している。これらの評価指標は、質問項目に置き換えられて調査し、因子分析の結果患者満足を測定していると判断されたので患者、家族満足度測定に用いられる(表2)。

G. 研究結果1：構造指標・尺度の見直し

1. 全体の構造指標に関する検討

研究の当初、構造、過程、アウトカムの部門に別れ研究を進めてきた経緯があるため、Web版を作成し広く展開するにあたって、3部門の質問項目のバランスと整合性を十分に検討することとした。

1) 検討内容

- (1) 大項目：構造、過程、アウトカムを通して、6領域の大項目とし、6つの側面より評価する。

表2 アウトカム指標の用語

<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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について満足の程度を意味する。</p> <p>(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。</p>
--

- (2) 評価の階層：構造、過程は、評価の階層を大項目、中項目の指標、小項目の評価項目を設け、評価の階層の単純化を測る。
- (3) 評価尺度数：評価尺度数を構造は3段階、過程は4段階を原則とし統一する。
- (4) 二重得点加算はなくす。

2. 構造の質問項目の精練

構造の指標および質問項目の精練は、(1)過去のデータの評価点のばらつきの検討(2)指標および質問内容の妥当性の再検討から(3)質問形態の精練の3つのステップを経て、行われた。

1) 指標及び質問項目の精練方法

- (1) 過去のデータの評価点のばらつきの検討

過去に蓄積された20病棟のデータを用いて、構造の点数のばらつきについて検討した。回答の分布を検討し、回答が特に高得点へ偏っている項目について検討した。それぞれの項目のスピアマン相関係数を検討し、相関係数が著しく高いもの(>0.8)について検討を行った。

- (2) 内容妥当性の再検討

上記の過去のデータの評価点のばらつきの検討を踏まえ、現在の病棟の状況等を考慮し質問項目が再検討された。また、大項目、中項目、小項目の設定が適切であるか検討された。

- (3) 質問形態の精練

「1.全体の構造指標に関する検討」と上記2(1)および2(2)を受け、質問項目の形態を整えた。

2) 検討結果

最終的な項目の設定と従来からの変更点

を加筆した調査票全体を資料1に示した。

(1) 過去のデータの評価点のばらつきの検討

過去のデータ得点に関する統計を表3-1、表3-2に示す。歪度、尖度が大きく、極端な歪みがあると考えられた項目は太字で示した。

また、「家族の絆を強める」の「家族が話せる場所は、プライバシーが守られている」と「家族が話せる場所は安楽さが保たれている」は相関係数が0.88 ($P < 0.001$)、「直接ケア」の「看護基準の見直しの間隔」と「必要な処置についての手順の見直しの間隔」は0.82 ($p < 0.001$)と高かった。

(2) 構造評価内容の検討および改訂内容

検討結果を元に構造評価内容を検討し改訂を行った。6領域の中で、内なる力を強める領域のように1つの設問で領域の総合得点になるものや場をつくる領域のように6つの設問の合計によって1つの総合得点になるものなど得点の配置にばらつきがみられた。よって、質問項目の階層の数とばらつきの改善を行い、大項目、中項目、小項目の表記を整理し、回答を3段階に統一した。さらに上記の評価得点のばらつきの結果をもとに、質問項目の検討をおこなった(表4)。その詳細について構造の6領域ごとに述べる。(資料1参照)

表3-1 構造評価：過去の得点の分布状況

内容	n	平均値	SD.	最小値	最大値	歪度	尖度
1.患者への接近							
個別情報の記載	20	2.0	0.2	1	2	-4.47	20.00
個別情報がステーション内にある	20	2.0	0.0	2	2	.	.
2.内なる力を強める							
病気の予後、状況、回復過程に関する資料がある	20	6.7	2.5	0	10	-1.08	1.44
3.家族の絆を強める							
重要他者と面会できる場所のプライバシー	20	2.7	1.6	0	4	-0.73	-0.98
重要他者と面会できる場所の安楽さ	20	2.7	1.5	0	4	-1.00	-0.36
重要他者と面会できる場所の利便性	20	1.5	0.8	0	2	-1.24	-0.26
ベットサイドのプライバシー	20	2.0	0.0	2	2	.	.
ベットとサイドの安楽さ	20	1.1	0.4	0	2	0.53	4.99
ベット間隔が充分確保されているか	20	1.2	0.9	0	2	-0.32	-1.67
面会規則に融通性がある	20	2.0	0.0	2	2	.	.
4.直接ケア							
苦痛に関する看護基準の項目	20	1.7	0.6	0	2	-1.52	1.64
苦痛に関する看護基準の見直しの間隔	20	0.8	0.9	0	2	0.43	-1.67
苦痛に関する看護手順の有無	20	1.9	0.4	0	2	-4.47	20.00
苦痛に関する看護手順の見直しの間隔	20	0.8	0.9	0	2	0.53	-1.42
石鹸清拭を行うための備品	20	1.5	0.8	0	2	-1.24	-0.26
シャワー浴・普通入浴できる設備・備品	20	2.0	0.0	2	2	.	.
特殊浴槽	20	1.7	0.7	0	2	-2.12	2.78
シャワー・浴室の利用時間	20	1.1	1.4	0	4	1.07	-0.05
蒸しタオルの利用	20	1.9	0.4	0	2	-4.47	20.00
担送の患者の「清潔・食事・移動・排泄」に関する計画	20	1.1	0.9	0	2	-0.21	-1.85
5.場をつくる							
業務分担表の有無と受け持ち患者または仕事の内容の明示	20	1.7	0.5	1	2	-0.68	-1.72
責任者の明示	20	1.6	0.7	0	2	-1.28	0.54
師長の業務規定の明示	20	1.6	0.6	0	2	-1.25	0.78
看護体制と役割の明示	20	2.0	2.3	0	11.3	3.77	15.96
業務量変化に伴う勤務者数を変えるための決まり事	20	0.9	0.6	0	2	0.08	-0.25
看護計画を見直すための場とその記録	20	1.6	0.7	0	2	-1.51	1.17
看護計画を見直す会の定期性	20	1.1	1.0	0	2	-0.22	-2.18
他職種が集まり話し合う場とその記録	20	1.2	0.8	0	2	-0.41	-1.43
看護師間の雰囲気	20	2.5	0.7	1	3	-0.89	-0.24
他職種間の雰囲気	20	2.1	0.6	1	3	-0.01	0.19
6.インシデントを防ぐ							
入浴設備の十分な手すりの設置	19	3.9	1.3	2	6	0.21	-0.95
入浴設備で滑らない工夫	20	3.6	0.8	1	4	-2.42	6.90
入浴設備のナースコールの設置	20	1.9	0.4	0	2	-4.47	20.00
トイレの手すりの設置	20	1.3	0.7	0	2	-0.42	-0.83
トイレのナースコールの設置	20	1.3	1.0	0	2	-0.56	-1.81

表3-2 構造評価：過去の得点の分布状況（変更、追加があった項目）

内容	n	平均値	SD	最小値	最大値	歪度	尖度
2000年以前							
直接ケア							
患者の日常生活に関する看護婦の責任	14	1.6	0.9	0	2	-1.57	0.50
場をつくる							
看護婦間で情報を共有したり働きかけの方向 を考える能力のある看護婦がいる	14	1.2	0.9	0	2	-0.48	-1.65
2000年以後							
直接ケア							
担送患者の清潔・食事・移動・排泄に関する看護計画の個別性	6	3.3	0.8	2	4	-0.86	-0.30
場をつくる							
他職種との場の運営に関する看護師の役割	6	0.4	0.5	0	1	0.46	-2.39
追加(1999以前は設問の設定なし)							
場をつくる							
欠員が生じたときに勤務者数を換える決まりごと	11	0.45	0.69	0	2	1.32	0.980

表4 構造評価の項目の階層と質問項目数の新旧対応表（*括弧内は得点である。）

旧評価項目			新評価項目			
領域	指標	評価内容	大項目	中項目	小項目	
患者への接近(10)	1.1.(4)	1.1.1.(2)	患者への接近(8)	1.1.(4)	1.1.1.	
		1.1.2.(2)			1.1.2.	
	1.2.(6)	1.2.1.(4)		1.2.(4)	1.2.1.	
		1.2.2.(2)			1.2.2.	
内なる力を強める(6)	2.1.(6)	2.1.1.(6)	内なる力を強める(10)	2.1.(6)	2.1.1.	
					2.1.2.	
2.1.3.						
				2.3.(2)	2.3.1.	
					2.3.2.	
					2.3.3.	
家族の絆を強める(18)	3.1.(16)	3.1.1.(10)	家族の絆を強める(14)	3.1.(8)	3.1.1.	
		3.1.2.(6)			3.1.2.	
	3.2.(2)	3.2.1.(2)			3.1.3.	
3.1.4.						
				3.2.(6)	3.2.1.	
					3.2.2.	
			3.2.3.			
直接ケア(26)	4.1.(8)	4.1.1.(4)	直接ケア(28)	4.1.(8)	4.1.1.	
		4.1.2.(4)			4.1.2.	
	4.2.(12)	4.2.1.(6)			4.1.3.	
		4.2.2.(6)			4.1.4.	
4.3.(6)	4.3.1.(6)				4.2.1.	
					4.2.2.	
				4.2.(10)	4.2.3.	
					4.2.4.	
					4.2.5.	
					4.3.(10)	4.3.1.
				4.3.2.		
				4.3.3.		
				4.3.4.		
				4.3.5.		
場をつくる(16)	5.1.(5)	5.1.1.(2)	場をつくる(24)	5.1.(8)	5.1.1.	
		5.1.2.(3)			5.1.2.	
	5.2.(4)	5.2.1.(4)			5.1.3.	
	5.3.(4)	5.3.1.(4)			5.1.4.	
	5.4.(3)	5.4.1.(3)				
				5.2.2.		
5.5.(6)	5.5.1.(6)				5.3.1.	
					5.3.2.	
				5.4.(4)	5.4.1.	
					5.4.2.	
				5.5.(4)	5.5.1.	
					5.5.2.	
インシデントを防ぐ(22)	6.1.(22)	6.1.1.(10)		インシデントを防ぐ(12)	6.1.(4)	6.1.1.
		6.1.2.(4)				6.1.2.
		6.1.3.(8)	6.2.1.			
			6.2.(4)		6.2.2.	
					6.3.(4)	6.3.1.
						6.3.2.

①患者への接し

旧質問「患者の保清を行うのに必要な情報を書く記録項目についてお聞きします。」に関して、95% (19/20) の病棟は満点「安静度と保清方法の項目が両方ある」という回答であった。そこで、より質の高い状況として、「患者の療養上の希望について記載する欄があるか」という設問に変更した。

さらに、旧質問「患者尊重を明示したものをスタッフへの意識付けに活用している」は何をもって活用しているとするかあまい点があるため、「スタッフ間で確認する機会が設けられている」かどうかを尋ねる質問とした。また従来は「病棟内にスタッフに対して患者尊重を明示したものである」「患者尊重を明示したものをスタッフへの意識付けに活用している」の合計得点を出していたが、これらの質問項目を合わせ3段階評価へ変更した。

②内なる力を強める

旧質問「以下の6つ項目について、該当する患者がいて、説明のためのパンフレットや資料がない患者項目数を以下の中から選んでください。」は、1) 手術を受ける患者、2) 食事指導が必要な患者、3) 生活指導が必要な患者、4) 化学療法を受ける患者、5) 放射線療法を受ける患者、6) 医療的な自己管理が必要な患者の6項目を設定し、パンフレットや資料が「ない数」に応じて得点を与えていたが、資料がそろっている度合いを尋ねることとし、他の項目と同様に3段階で0～2点の得点になるように、6つの項目に関して「該当する患者について全てそろっている:2点」「該当する患者についてそろっていないものがある:1点」「該当する患者について全てそろっていない:0点」と設定した。

また、内なる力を強めるための活動としては、パンフレットなどの資料を用いた活動やパンフレットの見直しの作業が行われ

ることが大切である。そこで「2.2.1.パンフレット類を定期的に見直している」「2.2.2.パンフレット類について検討する組織がある」の小項目を追加した。

さらに、患者の権利や医療の説明責任が強く言われるようになった今日の状況を鑑み、インフォームドコンセントの場面に看護師が同席をして患者の様子を観察し、その後フォローを行うことを患者の内なる力を強める一項目として追加することを検討した。具体的には、医師による治療説明の後、看護師による治療に伴う看護について説明することを患者の内なる力を強める看護の働きと考え、構造項目としては、そのしくみがあるかどうかを問う設問とする。入院中に必要な看護について説明する看護師がアサインされていること、説明した内容について記録を残すこと、説明した看護師と患者のサインを残していることが必要な評価項目として考案した。この検討結果より、「2.2.1.入院中の必要な看護について責任を持って説明する看護師がアサインメントされている」および「2.2.2.医師の治療の説明の際に、患者の理解を助ける働きを看護師が担っている」という項目を追加した。

また、ANA (アメリカ看護協会) (アメリカ看護婦協会編; 2001,p52) では、退院計画を立てることが重視されているので、本プログラムのアウトカム指標にも退院計画についての項目を付け加え、構造評価項目としても退院計画を立案することを行うような仕組みがあるかを問うこととし、小項目として「2.2.3.退院計画を入院時に計画し患者に示している」を追加した。

上記の検討結果より、旧評価では、内なる力を強める領域を構成する中項目と小項目が1つであったが、新評価項目では、5つの小項目と2つの中項目の構成に改訂された。

③家族の絆を強める

旧 3.1 の指標は 5 つの設問から構成されていた。また、旧 3.2 の指標は 1 つの設問から構成されており、設問ごとに得点のばらつきがあったため、質問項目を小項目として独立させ、大項目、中項目、小項目の表記を整理し、回答を 3 段階に統一した。以下に詳細を述べる。

旧 3.1「重要他者がそばにすることができる設備・備品がある」であったが、旧小項目「3.1.家族／重要他者が気持ちよく過ごせる病室以外の空間がある」を中項目として設定した。さらに、旧 3.1 の設問項目の 5 つを小項目として独立させた。「3.1.1.家族／重要他者が過ごすための病室以外の専用の場所は、他者が入ってこないような工夫がされている。(プライバシーが守られている)」「3.1.2.家族／重要他者が過ごすための専用の場所は、声が漏れない工夫がされている(プライバシー)」「3.1.3.家族／重要他者が過ごすための専用の場所は、廊下の話し声が聞こえず静かである」について小項目として独立させ、3 段階の評価尺度を設定した。「3.1.4.家族／重要他者が過ごすための専用の場所は、十分な換気がされている(窓、換気扇、又はエアコンの設置)」であったが、現在エアコンがない病棟はないため指標からは削除した。また、「3.1.5.専用の場所があり、いつでも使用することができる」については設問項目から小項目として独立させ、3 段階の評価尺度を設定した。

旧 3.1.2.の質問では、病室でのプライバシーや安楽さ、空間が十分であるかという内容が含まれていた。この設問を小項目としてそれぞれ独立させた。病室でプライバシーが守られているかを病棟の中にカーテンが有るか無いかで判断していたが、100%の病棟がカーテンはあると回答していたので、その項目を削除した。ベッドの安楽さ

が保たれているかどうかについては、これまでの評価結果の分析から、病棟内の椅子の有無に関して、患者用と家族が自由に使える椅子があるに回答した病棟は全体の 10%、患者用の椅子があると回答した病棟は 85%、どちらもないと回答した病棟は 5% であり、家族用の椅子を設置している施設は 10%と少ないためこの設問は残した。病室の空間が十分かどうかについては、回答率が十分かどうかについては、回答率にばらつきがあったため、小項目として残した。さらに、旧項目「面会時間は、対応した看護師の判断で融通することができることになっている」は、100%の病棟ができると回答したので質問を変更することとした。重要であるのは、家族が役割を果たせることや家族との連絡が取れること、付き添いに関する患者の希望を最大限考慮することである。時間外面会(付き添い)は、基準看護では書類が必要であり、そこには医師のサインが必要である。夜間の滞在に関しては日報に書く前の段階で看護師が判断する必要があるため、そこでの融通性について問うことにした。新小項目として「3.2.3.時間外面会(夜間滞在)は、自由もしくは融通性がある」とした。また、ベッドサイドの安楽性や病室のスペース、時間外面会については、患者が他者とのつながりを保つための設備についての項目となるため、中項目として「3.2.患者が、家族／重要他者とのつながりを保つことができる設備がある」を設定した。

④直接ケア

中項目については、変更していない。旧質問項目を小項目として独立させ、3 段階の評価尺度に改訂した。詳細を以下に述べる。

旧項目「看護師が行う処置についての手順がある」は手順の有無を問い、95%の病棟は「ある」と回答していた。さらに質の高い評価尺度を作成するため、新項目では、

(1)患者の一般的な経過、(2)具体的な観察項目、(3)具体的なケア項目(指導内容)について「すべてある:2点」「ないものもある:1点」「ない:0点」という3段階を設定した。

また、旧項目「シャワー浴あるいは普通入浴のできる設備・備品がある」に関しては100%があると回答し充足している。そこで、シャワー室や入浴室を多くの患者で共有するのでは利便性に差が出ると考えたが、他にも入浴設備については質問があり、看護の質からみた設備・備品を保証する構造項目は、入浴設備の他の設備でも確認することができるため削除とした。また、旧項目「麻痺患者等の臥床患者のための入浴設備として特殊浴槽がある」は85%があるという回答であったため、病棟内にあるかどうかという回答を追加し2点を与えることとした。「清拭車の蒸しタオルは保清の際、患者が必要時に十分使用することができる」は95%が「できる」と回答したため質問を削除した。

さらに、旧項目「担送の患者の看護計画の中に「清潔・食事・移動・排泄」に関する計画が含まれていますか?」は4つのことに関して総合して答えるようになっていたが、清潔、食事、移動、排泄それぞれについて尋ねることとし、回答を「個別性のある看護計画がある:2点」「個別性ではないが、マニュアル化した看護計画がある:1点」「ない:0点」とした。

⑤場をつくる

中項目については変更していない。旧項目5.1.1.「業務調整のためのシステムについて1)調査当日の日勤帯の看護師の業務分担表について当てはまるものを選んでください。」「2)その日の日勤帯の責任者が明示されているかどうかについてお聞きします。」に分かれていたが、それぞれを小項目とし、3段階の評価を設定した。

旧項目5.1.2.の師長の業務規定について

責任内容と業務内容を別々に聞き合計するようになっていたが、統合して3段階で評価する尺度を作成した。また、その他の役割の業務規定については、小項目として独立させた。

旧項目5.2.1.については、質問項目を小項目とし、「5.2.1.病棟の業務量が増えたときに勤務者数を変えるための決まり事がある(人員配置)」「5.2.2.病棟のスタッフに欠員が生じたときに勤務者数を変えるための決まり事がある」とした。得点の分布は、偏りがなかったため評価尺度の変更はしなかった。

旧項目「5.3.1 ケア計画のチェック機構がある」については設問項目を小項目として独立させ、「5.3.1.看護師間で看護計画を見直すための場や機会があり、その記録がある」「5.3.2.看護師間で看護計画を見直すための場や機会の次の開催日が決まっている」とした。

旧項目5.4.1.についても質問項目を小項目として独立させ、「5.4.1.必要に応じて他職種が集まり、話し合うことができるシステムがある」「5.4.2.必要に応じて他職種が集まり、話し合う場を看護師が役割をとって運営している」を小項目とした。また、5.4.2 は話し合う場を作り運営することに関して看護師がメンバーの招集、連絡、記録、運営などの役割を主体的に担うことがより質が高いと検討し、評価尺度を3段階評価「主体的な役割をとっている:2点」「主体的ではないが、役割をとっている:1点」「役割をとっていない:0点」とした。

また、旧項目5.5.1.は、質問項目を小項目として独立させ「5.5.1.病棟内の看護師間の雰囲気がいい」「5.5.2.他職種との雰囲気がいい」を新小項目とした。さらに、両方の設問に関して、「気持ちよく仕事ができない」と回答するものはなかったため、「非常に気持ちよく仕事ができる:2点」「まあま

あ気持ちよく仕事ができる:1点」「あまり気持ちよく仕事はできない:0点」の3段階評価とした。

⑥インシデントを防ぐ

旧項目では、入浴設備やトイレの設備について訪ねていたが、最近では入浴設備に、手すりやナースコールは設置されており、この設問は単にその施設が新しいか古いかを問う設問になってしまう可能性が高い。インシデントを防ぐための設備としては、浴室とトイレの設備を問うことをやめて、エビデンスがでている褥創、転倒転落（資料1：文献1、13・18）を予防し把握するシステムがあるかどうかを尋ねることとした。以下に変更箇所について詳細を述べる。

旧項目「患者の転倒・転落が生じた際に報告するシステムがありますか？」は95%が「ある」と回答しているため削除した。旧項目「患者の転倒・転落が生じた際、どのような場合にインシデントレポートを書くのかの基準がある」「転倒・転落が生じた際に発生から報告、事後処理までの手順について明記されたものがある」に関しては、インシデントレポートを書くことでインシデントが減少しないという研究報告（AHCQ, 2001, 第4章）もあり、必要かどうか議論した。レポートをすることでインシデントは減少しないが、現状を把握することができるので、レポートを集計して分析し、そこからの情報を共有することができれば、レポートを行う意味があると考えられる。そこで、一歩進んで、インシデントが発生したときのレポートを活用することでインシデントの発生を把握しているかどうかを新しく設定することとし、「6.2.1 インシデントレポートを集計し分析し、結果は医療従事者間に公表される」ことを求めることとした。

旧項目「調査月に病棟が診療報酬上の体制として申請している1看護師あたりの患

者数は何人ですか？」に関しては選択肢が5段階であったので、「1看護師あたり2人:2点」「1看護師あたり2.5~3人:1点」「1看護師あたり3.5~4人:0点」に変更した。

⑦構造全体

構造評価指標の6つの大項目は、全体で48の小項目、17の中項目によって構成された。設問項目数は、全体で48個となり、全ての設問が選択式の設問となった。得点は3段階から2段階で構成され、全ての項目の満点は2点に統一された。

H. 研究結果2：過程指標・尺度の見直し

1. 評価項目の見直しの視点

評価項目の見直しにあたり、①6領域内の質問項目の階層と数のバラツキを改善する。②尺度の統一をはかる。③2重得点加算を解消するといった3の視点から検討を行った。

1) 6領域内の質問項目の階層と数

過程評価の質問項目は、これまでの研究で実施したデルファイ法により抽出された指標および参加観察法から得られたデータにもとづき作成したものである。そのため、各領域の評価項目にはバラツキがあり、「患者への接近」「直接ケア」の評価は5項目、一方で、「家族の絆を強める」「場をつくる」の評価は2項目であった。

そこで、6領域内の質問項目の階層と数のバラツキの改善をはかった(表5)。

2) 尺度の統一

質問項目に対する得点(満点)がそれぞれ異なっているため、これについても評価尺度の統一をはかり、得点配分のバラツキの改善をはかることとした。

尺度は、0-3点の四段階とし、各質問項目に対し、「全く実施していない/知らない/わからない」などに該当する段階を0点、「適切に実施している/理想的な実施をしている」などに該当する段階を3点とし、その途中段階を1点ないし2点とした。

3) 二重得点加算の解消

これまでは、一つの質問項目によって複数の評価が可能な場合、その質問項目の評価を異なる領域の得点として二重加算を行っていたが、これを解消することとした。

また、これまで実施してきた記述式回答は、事実確認のために併記することが有意

義であるため、今後も継続実施することとした。

以上の視点により、各項目について見直しを行った。(資料2参照)以下に詳細を述べる。

2. 過程評価内容の検討および改訂内容

過去の過程評価の得点の分析結果(表6)より全体的に得点のレンジに幅があり、旧構造得点のように著しく大きな歪度、尖度をもったものはないが、家族の絆を強める領域の3-1「看護師は、患者ケアの中で家族とできることは一緒に行く」、家族の絆を強める領域の3-2「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」に関しては0または1の選択しかない。同様に直接ケア領域「4-A-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(看護師は方法論をたくさん持っている)」に関しても、0または1の回答しかなく偏った分布になっている。このように修正の必要な項目を拾い出し検討を重ねた。各項目の検討内容について過程の6領域ごとに述べる。

表5 過程評価の項目の階層と数

大項目	旧			新			
	中-小項目数	各項目の満点	合計得点	中項目数	小項目数	各項目の満点	合計得点
患者への接近	1-5	3	15	3	8	3	24
		3					
		4					
		3					
		2					
内なる力を強める	2-3	7	12	2	8	3	24
		3					
		2					
家族の絆を強める	0-2	1 1	2	2	5	3	15
直接ケア	3-5	1	13	3	10	3	30
		2					
		2					
		3					
		5					
場をつくる	0-2	3 5	8	2	4	3	12
インシデントを防ぐ	0-3	3	7	3	8	3	24
		3					
		1					

表6 過去の過程評価分析結果

	N	平均値	S.D.	最小値	最大値	歪度	尖度
患者への接近 問)看護師は患者や家族が望んでいることは何かを知っている。	20	2.1	1.2	0	3	-1.00	-0.62
患者への接近 問)看護師が患者や家族がどのような情報が欲しいと思っているのかを知っている	20	1.6	1.4	0	3	-0.11	-1.98
患者への接近 問)看護師は患者や家族がどのようなことをして欲しいと思っているかを知っている	20	2.6	1.7	0	4	-0.80	-1.08
患者への接近 問)看護師は患者の状況・状態を把握している	20	2.1	1.0	0	3	-0.46	-1.19
患者への接近 問)看護師は自己紹介をする	20	1.4	0.9	0	2	-0.80	-1.22
内なる力を強める 問)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	20	3.3	2.6	0	7	0.10	-1.52
内なる力を強める 問)患者あるいは家族にその日の予定が説明されている	20	1.8	1.0	0	3	-0.43	-0.76
内なる力を強める 問)患者あるいは家族に今後の見通しが説明されている	20	1.2	1.0	0	2	-0.33	-2.04
家族の絆を強める 問)看護師は患者ケアの中で家族とできることは一緒に行う	19	0.5	0.5	0	1	-0.11	-2.24
家族の絆を強める 問)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	19	0.6	0.5	0	1	-0.35	-2.11
直接ケア 問)看護師は患者の状況に応じた保清の方法をとっている	18	0.8	0.4	0	1	-1.96	2.04