

直接ケア 問)看護師は患者に合わせて鎮痛剤を使用している	19	1.6	0.5	1	2	-0.59	-1.86
問)看護師は患者が訴える前に鎮痛剤などを使用している							
問)看護師は鎮痛剤以外の方法で痛みの緩和を行っている							
直接ケア 問)看護師は使用されている鎮痛剤などの効果を評価している	19	1.6	0.6	0	2	-1.17	0.58
直接ケア 問)看護師は患者に使用している薬に関して医師に意見を言っている	19	1.7	1.1	0	3	0.16	-1.56
直接ケア 問)看護師は個々に応じたケアを援助のたびに見直し修正している	18	2.4	1.4	0	5	0.33	-0.54
問)看護師は患者の状況を見通しながら計画を立てている							
場をつくる 問)看護師は他職種の専門的な知識や意見を積極的に求めている	19	1.6	1.1	0	3	0.23	-1.36
場をつくる 問)看護師同士が協働している	20	4.3	0.9	2	5	-1.10	1.07
インシデントを防ぐ 問)看護師は看護ケアにおいて不確かなことは確認する	19	2.1	1.0	0	3	-0.61	-0.96
インシデントを防ぐ 問)看護師はリスクという可能性を見極めながら、患者の危険なサインがでたらすぐにストップできるという考えをもちながら看護ケアをすすめる	20	1.9	1.3	0	3	-0.51	-1.50
インシデントを防ぐ 問)看護師は看護ケアを基準や手順どおりに行っている	17	0.6	0.5	0	1	-0.68	-1.77
問)看護師は患者に必要な鎮痛剤などを間違いなく与薬している							

1) 患者への接近

旧中項目の「看護師は、患者や家族と関係を作りながら患者を把握していく」の設問と評価尺度について検討した。実際の設問内容は、患者や家族が望んでいることや欲しい情報、して欲しいことを看護師が知っているかを問うている。評価は、患者や家族と関係性をつくりながら患者を把握しているかどうかという視点で行われており、設問との解離が見られる。このような解離は自己評価で致命的になる。しかも「関係性をつくる」ということと「把握しているかどうか」を2つ問うことになるので回答者が意図を理解するのはむずかしい。評価の際には、根拠を確認して患者の状態を把握しているかどうかを評価しているため、新中項目 1.1.として「看護師は、根拠をもって患者や家族のことを把握している」とした。関係性をつくることについては、新たに項目立てを行った(後述)。さらに旧小項目「1-3 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」についての従来の設問は、患者や家族がして欲しいと思っていることについて何か方略をもっているか、またそのことを実施しているかどうかを評価している。しかし、患者への接近では、患者についての情報を知っているかどうかの評価の対象となるため、実際の実施に至っているかどうかを問う必要がないと判断して削除した。

また、旧小項目 1-4 を中項目として独立させ、新中項目「1.2.看護師は患者や家族のおかれている状態・状況を把握している」とした。さらに旧設問項目では、患者の身体状態、生活状況、看護ケアのについて問い、加算する方式で点数が決定していたが、それぞれを単独で設問としてあげることとした。よって小項目として、次の3つを新小項目とし、それぞれの設問項目、「1.2.1.

患者の医学的な側面の把握をしている。」

「1.2.2.患者の生活状況を把握している。」

「1.2.3.患者に対して個別の看護ケアがある。」を設定した。

さらに、旧項目 1-5 の看護師の自己紹介と役割説明については、新中項目 1.3 として「看護師は患者や家族との関係づくりをしている」として評価することとした。また、旧項目 1-5 の設問は看護師の自己紹介と看護師の役割説明の2つの設問から構成されていたため、2つの要素を組みあわせて4段階の評価尺度に改訂した。その際、看護師は自分の役割の説明のほかに、ケアの責任があることも患者に伝えて明確にすることがさらに質の高い看護であると考え、責任や役割を述べているかどうかを評価尺度に加えた。さらに、今後看護師が行わなければならないこととして、役割説明のほか、患者との契約を通して関係性をつくっていく必要があることが議論された。その結果、新小項目として「1.3.2.入院治療に伴う患者と看護師の役割と責任について話し合い、明確にする。」を加え、患者と入院中の患者の役割と責任について協議しているかどうかを問う質問項目をたてた。

2) 内なる力を強める

旧中項目として「看護師は患者の状況理解を促す」とあるが、看護師の役割として促すというだけではなく、患者の状況理解を一步ずつすすめていくことが内なる力を強めることにつながると考え、新中項目として「2.1.患者の状況理解をすすめる」とした。さらに、旧小項目として「2-A-1 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」とあるが、この旧小項目は、複数の設問項目をもつため、各設問内容が反映する小項目を新たにたてた。よって、「2.1.1.看護師は、患者が欲しいと思っている情報を伝える」「2.1.2.看護師は、

痛みの原因や根拠を具体的に説明する」

「2.1.3.看護師は、痛みの治療や処置の説明を行う」「2.1.4.看護師は、痛みに対する看護ケアについて説明する」「2.1.5.看護師は、痛みに関する見通しについて説明する」とした。さらに、新小項目 2.1.3.については、痛みについてただ説明を行うことが、質の高いケアではなく、患者の反応をみながら説明する情報量を判断し、説明の方法を模索することが質の高いケアであるという議論が行われた。よって、評価尺度には、患者の状況を配慮しながら説明を行ったかどうか、患者の反応を見ているかどうかを含めた。新小項目 2.1.4.および 2.1.5.についても同様の改訂を行った。

次に、患者の予測性や見通しを高めるケアとして、これまで旧小項目として「2-B-1 患者或いは家族にその日の予定が説明されている」「2-B-2 患者或いは家族に今後の予定が説明されている」の2項目で評価していた。新小項目については文言を変え、患者が主語ではなく看護師がとる行動そのものを表現するように改変した。よって「2.2.1 その日の予定を伝える」「2.2.2.今後の見通しを伝える」という表現に変更した。さらに、構造評価項目の検討で述べたが、ANA（アメリカ看護協会）（アメリカ看護婦協会編；2001,p52）では、退院計画が立てられていることが重視されているため、過程評価項目として退院計画をどのように立案しているかを保証する過程の側面を評価することにした。退院計画は患者家族と協議して立てられていることが必要であり、内なる力を強める要素としては、立てられた退院計画を患者家族に伝えているかどうか重要となる。よって新小項目として「2.2.3.退院計画を患者と共有する。」を立て、評価尺度には、患者・家族と協議しているかということと退院計画を患者に伝えているかどうかという内容を含めた。

3) 家族の絆を強める

この領域では、旧中項目がなく、小項目2つで評価が行われていた。さらに1項目の配点が1点であり、領域全体の満点が2点満点であったため、他の領域の満点と開きがありバランスに問題があった。家族の絆を強めるというケアを保証するための看護師の行動を具体化し、小項目として新たに設定する検討を行った。さらに、家族の絆を強めるということが従来の調査結果より、経験的に患者にとって家族との絆を強めることがよい状況であるかどうかは患者の背景や状況によるというデータも存在しており、近年、家族の概念も変化している。これまでの設問内容は、家族が患者のケアにどのように参加しているかを問う設問であったが、患者のために家族と一緒にいられるために、看護師がどのような工夫をしているかどうかを評価する方向で検討を行った。

家族と患者の絆を強めるためには、患者が家族と会う機会の提供を行うことが必要である。そのため、「3.1.1.面会時間を融通できることを家族に伝える」を新小項目とした。評価尺度には、家族にだれかがその情報を伝えるということとそのことを家族が承知しているかどうかを確認したかを含めた。次に、患者にとっては、家族との面会は遠慮することなく自由に行えることが望ましい。旧項目では、治療、看護ケア、処置の時間を融通することが望ましいとされているが、融通したかどうかは、患者の治療やケアの状況によるため必ずしもそうとは言えない。そこで、家族が面会に訪れた際には、看護ケアの時間を融通することができることを伝えることが重要であると考案項目としておこすこととした。また、評価当日に、融通するチャンスがない場合があるため、この患者および家族について、

評価当日でなくてもよいので、自分または他の看護師が融通できることを伝えたかどうかについて問うことにした。よって、「3.1.2.面会のために看護ケアの時間を配慮できることを家族に伝える」という新小項目をたてた。また、3.1.1.と同様、伝えた内容を家族が承知しているかどうかを確認しているかを評価尺度に含めた。次に、面会時間の融通、看護ケアの時間の融通のほか、家族が安心して付き添える場についての情報を提供することが必要である。よって、「3.1.3.家族が待ったり、つきそう時の居場所を家族に伝える」を新小項目とした。

次に、従来のこの領域のケアの評価については、家族が単なるケアの担い手として考えられるのではなく、家族との絆を強めるという意味で意図的にケアがなされているか（または、意図的に家族にケア参加をすすめないか）どうかを評価してきた。このことを行動レベルで具体化し評価項目とした。具体的には、意図的にケアに参加する、または意図的に参加しない状況をつくる中で、看護師が考慮しなければならないこととして、家族のケアの負担について把握することが必要であると考えた。よって新小項目として「3.2.1.家族の負担について把握する」を立てた。次に、家族がケアに参加する際には、意図性をもって行うことが重要である。単なる人手としてケアに参加することを行うのであれば看護の専門性は生まれずケアとはいえない。そのため、「3.2.2.家族の絆を強めるために意図的にかかわる」を新項目とした。この2つの新項目（3.2.1.および3.2.2.）は、ともに患者へのケアの参加を支援しているという中項目とした。これらの新小項目を立てたことにより、旧項目「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う」および「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」は削除とした。

家族がいない患者も増加しており、評価プログラムの患者の選択の条件の中に「家族または重要他者がいる人」を選択することを含める必要がでてきた。家族や重要他者がまったくいない天涯孤独の患者は、調査の対象となる看護ケアの相手として除外されることになる。

4) 直接ケア

旧中項目「看護師は、患者にあった保清をする」とあり、評価項目では、状況に応じているかということの評価していた。よって、「4.1.看護師は患者の状況にあった保清をする」に改訂し、一項目で評価できるようにした。

次に旧設問 10. は選択肢式の設問ではなく、複数の設問の合計であったので、2つの小項目に独立させた。新小項目は、「4.1.1.特性、その人らしさ、価値観、希望にそっている」および「4.1.2.その患者の状況や流動的な状態にあわせて行っている」として評価尺度を3段階に改訂した。

従来「苦痛を緩和する」という中項目の中で、痛みの緩和についての評価を行っていた。痛みの緩和については、4-B-1,4-B-3,4-B-5,の合計で点数化をしていたので、小項目として独立させて評価することとした。痛みの緩和については、①痛みを適切に評価しているか、②適切な鎮痛剤を用いて痛みのコントロールを行えているか、③鎮痛剤の副作用の管理ができているか、④鎮痛剤の効果を評価しているかということが非常に重要である（JCAHO,2000,p13）。この4点を含め評価尺度の変更を行った。さらに5-1については、二重評価となっていたため、評価内容を領域の内容に対応したものに改変した。苦痛を緩和する方策として医師への働きかけは重要である。どのように働きかけたか

の事実を問う設問を設定した（表7）。

4.3.1.のケアの見直しを行っているかという中項目については、評価尺度の段階を4段階に変更した。旧項目の設問9-2は、ケア方法を変更した際にケアを継続するための行動をとっているかを評価している。評価尺度が5段階であったため4段階の評価尺度に改訂した。また、この設問項目を新小項目として独立させ、「4.3.2.ケアの方法を変更したい時、他のスタッフに伝えているか」とした。

5) 場をつくる

直接ケア領域で評価していた「5-1 看護師は他職種の専門的な知識や意見を積極的に求めている」は二重評価になるので評価しないこととした。他職種に意見を求めているだけではなく、専門職種での協議が行われることが質の高いケアと考えられるので、例えば医師の指示を受けるにとどまっている場合は、他職種に意見を求めたことがないと考えられる。よって、「5.1.1.この患者の痛みの緩和について他の職種の意見を求めたことがある」とし、評価尺度に協議したかという内容を含めた。また、構造では、他職種間で話し合う場があるかどうかを評価しており、構造に対応するために、看護師の実活動として、その話し合う場を看護師が調整しているかどうかを評価する必要がありと考え、「5.1.2.（痛み以外の問題でも）この患者について他職種間で話し合う場を調整する」を新小項目とした。また、旧項目5.2の設問12では、日頃の看護師間の協力と、突発的なことが病棟で起こった場合に、協働しているかどうかを評価している。日頃の看護師の協力については、3段階の評価尺度であり、突発的な状況についての設問は、3つの評価尺度の合計で得点化されていた。日頃から協力ができ

るように協働していれば、突発的な状況が起きても対応ができるという考えでこの設問が設定されていたため、この項目を、平常時と突発的な状況の2つの場面において評価することとした。突発的な状況における設問については、4段階の評価尺度に再構成した。すなわち「5.2.1.平常時において、看護師同士が協働する」「5.2.2.突発的な状況（急変）において看護師同士が協働する」とし、各設問と評価尺度を再設定した。

6) インシデントを防ぐ

旧中項目がなかったので旧小項目に対応して新中項目を設定した。「6.1.看護師はリスクと可能性を見極めながら、患者の危険なサインが出たらすぐにストップできるという構えを持ちながらケアしている」「6.2.看護師は自らの判断で、必要に応じて指示の確認をする」「6.3.基準や手順を守り安全に処置をする」である。

また、新小項目は、質問項目より独立させて設定した。新小項目「6.1.1.苦痛やリスクを判断している」では、一般的な知識によるリスクの判断だけではなく、この患者に特異的なことを判断できるほうがよいと考え、そのことを評価尺度に含めた。さらに、新小項目「6.1.2.患者の可能性を把握している」では、リスクの可能性の把握を事実に基づいて判断しているかが重要であるため、その内容を評価尺度に加えた。また、新小項目「6.1.3.危険なサインを理解している」では、危険な状態の徴候（サイン）を適切に看護師が把握し理解していることが重要であると考え、一般論をふまえた上で、患者の個別的なサインを理解しているかどうかを評価尺度に加えた。

次に、新中項目「6.2.看護師は自らの判断で、必要に応じて指示の確認をする」については、患者の状態と指示が不一致であると判断した場合と、指示が不明確な状況に

分けて評価尺度を設定した。「6.2.1.医師の指示内容が患者の状態に合っていないときは確認する」および「6.2.2.患者ケアにおいて不確かな（不明瞭な）指示は確認する」とした。

看護ケアの基準や手順を安全に行うために、その分野ではガイドラインに基づいて調査するほうがよいが、行動レベルでそのことを問うことは現実的に難しい。その手順や基準が正しいという前提で、そのことが守られているかどうかを問うことは変更しないこととした。また、手順や基準について、構造評価と対応するため、感染防止や事故防止基準に基づいて実施しているかを加えた。また、基準や手順が正しいということが前提であるが、新たなエビデンスの確立によって、基準が変化していくことを考え、基準や手順が不適切であるとわかったときにどのような行動をとるかということの評価することとした。よって、「6.3.2.基準の修正を行う」を新小項目とした。

表7 痛みの緩和についての新旧評価尺度対応表

旧項目	新項目
4・B・1：患者の状態に合わせて鎮痛剤を使用する	4.2.1.痛みを適切な方法で評価している。
4・B・3：痛みを訴える前に鎮痛剤を使用する	4.2.2.痛みを訴える前に鎮痛剤を用いている
	4.2.3.鎮痛剤による副作用を管理している。
4・B・5：鎮痛剤以外の方法を用いている	4.2.4.鎮痛剤以外の方法を用いている
4・B・4：鎮痛剤の効果を判定する	4.2.5.鎮痛剤の効果を判定している
5・1：医師に意見を言っている（他の領域の評価と2重評価）	4.2.6.医師に意見を言っている

1. 結果（アウトカム）指標の検討

1. 満足度調査項目の検討

看護 QI プログラムの中で、結果指標の一つとして位置づけられている看護ケアに対する満足度は、「入院中の看護に関するアンケート患者用、家族用」によってデータ収集を行っている。2003 年度に、患者用アンケートの質問項目 10、及び質問項目 11 については、否定形による質問文から肯定形による質問文に変更した。すなわち「何人もの看護師に同じことをいちいち伝えなければならなかった」は「伝えて欲しいことを一人の看護師に言えば、他の看護師にも伝わった」に、「医師と看護師のそれぞれに同じことを伝えなければならなかった」を「看護師に言えば、必要なことは医師に伝わっていた」に変更した。この 2 つの質問項目は、従来否定形の文章で質問し、得点を逆転させて処理されていたが、常に他の質問項目に比べて平均得点が低かった。1 問目から 9 問目までは肯定形で質問されているので、10 問目と 11 問目が否定形で問われていることに気づかないで選択肢にマークし他場合、すなわちこの質問も肯定形だと思いデータを入力した場合、得点は低い値になる。このように患者が質問を正確に読まずに他の質問と同じようなパターンで回答した可能性や、おおむね満足していれば、すべての項目に同じように「大いにそう思う」または「ややそう思う」とマークしている可能性が示唆された。実際に肯定形に変更して調査を行ったところ（2003 年度本研究）、問 10「何人もの看護師に同じことをいちいち伝えなければならなかった」の得点が平均点は 2.73 点だったのに対して「伝えて欲しいことを一人の看護師に言えば、他の看護師にも伝わった」は平均 3.41 点へと有意に上昇し、問 11「医師と看護師のそれぞれに同じことを伝えなければならなかった」を「看護師に言えば、必要

なことは医師に伝わっていた」に変更すると、平均点は、2.68 から 3.62 に有意に上昇した。また、他の質問項目の得点には有意な変化は確認できなかった（表 1、表 2 を参照）。これは、調査病棟の特質というより、明らかに質問の仕方による得点の違いと解釈できる。つまり、全体的にまあまあ満足していればすべての項目に「大いにそう思う」または「ややそう思う」とマークしてしまう可能性があることが推測された。

昨年のような結果をふまえて、すべての質問項目について得点の分布が適当であるか検討した。歪度はマイナスで絶対値が 1 を超える項目がほとんどであり、分布が右（高得点）に大きく傾いていることを表している（表 8、問 10、11 については表 9 を参照）。

3 を超える尖度を示しているのは、3 項目で、高得点に偏って分布していることがわかる。満足度調査など主観的な回答を求める場合、このような性質は宿命的でもあり、修正することは難しい。患者、家族の満足度得点は、改善点を見出すということにはあまり貢献しないが、得点の低い病棟や質問項目を発見するには効力があるだろう。全般的に高得点で推移するなかで低得点であるということは、緊急の改善を必要とする判断されるかもしれない。いずれにしても、今まで用いてきた質問項目では、得点の分布に偏りがあり、質問項目に率直に回答するというより、おおまかに満足であれば、どの項目もそのようにマークしてしまうという難点があり、病棟看護の質の改善点を見出すツールとしては見直す必要がある。

各質問項目の得点分布を図 1～図 12 に示した。図 1（問 1）から図 9（問 9）および図 12（問 12）は、2003 年度以前に集積されたデータ（N=1951；否定形の質問を含んでいる）であり、図 10（問 10）及び図

11 (問 11) については、2003 年度以降、肯定形での質問に変更した 3 施設のデータ (N=84) で分析した。いずれも右 (高得点) に偏っており、回答するときの癖や傾向があることが推測される。

これは質問がいずれも主観的な判断を問うているため、質問の内容を理解し判断するというより、感覚的、印象的な反応をして回答してしまうためではないかと考えられる。感覚的な満足感を測定するという意味では、これらの質問項目は信頼性、妥当性は検討されており (近澤、1998, 片田他、1996)、これまでの満足度調査自体は妥当であったと思われるが、看護ケアの質を客観的基準で判定するという目的で使用することには当然限界があるものと考えられる。本質問紙の因子分析の結果も「満足」と「不満足」2つの因子で構成され、しかも不満足因子は否定形の質問2つによって構成されていたことを考えれば (片田、1996)、満足という一点を測定する質問紙であったことを示している。

患者、家族など看護の受け手からの評価は、質評価の重要な部分である。満足度調査が質評価に貢献する度合いに限界があるとはいえ、受け手の反応としては重要なデータであるので、活用方法を吟味することが必要ではないかと考える。質問項目を主観的要素が入りにくい事実確認型の文章を考案すれば、項目毎に意味のある結果を得ることができる可能性がある。または評価者としての患者、家族という設定をすることができれば、看護師の対応や技術、知識などについて患者、家族が査定する方法も考えられるかもしれない。現在、研究班では患者、家族がどのような視点でケアの質を見ているのか質的データを収集し、帰納的に分析することを計画中である。本年度、その準備としてプレ調査を行っている段階である。

2. インシデント関連項目の精練

インシデント関連項目は、近年リスクマネジメントという観点で注目を集めている。本研究班では、従来から「転倒」、「転落」、「褥創」という3つのインシデントを取り上げて、定義に沿ってその件数を測定してきた。これら3つのインシデントは、看護の質を構成する要因として「患者に危害が加わらない」という視点を先行研究で抽出し、それに沿って選ばれた「術後肺合併症、褥創、転倒、転落、誤薬」の中から測定可能なインシデントとして選んだ結果、「転倒」、「転落」、「褥創」を評価項目として測定してきた経緯がある。これらの項目は、いずれも看護師の責任が重大であるインシデントであり、測定可能性という点で優れている。実際に測定は簡便であり、評価対象となる病棟にも受け入れられやすかった。しかし、リスクマネジメントの手法が発展し、有力な指標がいくつか明らかになっている。そこで本研究班でも、先行研究をもとに測定可能で有効である項目を取り入れることを検討した。その結果、表3のように、誤薬、院内感染については、文献上有効かつ測定可能と判断されたので、これらの項目を導入することについて検討した。しかし、これらのインシデントをどのように定義し、どのように測定するかに関して更なる検討が必要であると考えられた。また、表3の在院日数については、インシデントの項目ではなく、医療資源の効率よい活用という点で重要な視点であるので、アウトカム指標としてどのような位置づけになるか検討が必要だと考えられた。そこで、これらのアウトカム項目は、今回のWeb版に質問項目として掲載することはせず、今後さらに検討を重ね必要なら導入を進めていくこととした (表10)。

表8. 患者・家族満足度調査質問項目得点の分布(問10、問11は否定形で実施)

	度数	平均値	標準偏差	分散	歪度		尖度	
質問の文章	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	標準誤差	統計量	標準誤差
問1:看護婦がいることで、安心して検査や治療が受けられた	1938	3.72	0.54	0.29	-2.01	0.06	4.47	0.11
問2:安心して、看護婦の世話が受けられた	1936	3.71	0.55	0.30	-1.96	0.06	4.02	0.11
問3:自分で身体が拭けない時、気持ちよく拭いてもらっていた	1821	3.51	0.78	0.61	-1.54	0.06	1.62	0.11
問4:痛みがあった時には、気兼ねなく看護婦に言えた	1901	3.65	0.60	0.37	-1.76	0.06	2.88	0.11
問5:看護婦の対応によって、痛みは落ち着いた	1887	3.40	0.70	0.49	-0.96	0.06	0.53	0.11
問6:痛みがあった時の看護婦の対応に満足できた	1886	3.51	0.68	0.46	-1.27	0.06	1.18	0.11
問7:看護婦は、私の身体の状態をよく知ってくれていると思う	1932	3.40	0.71	0.50	-0.97	0.06	0.43	0.11
問8:看護婦から大切にされていたと思う	1933	3.49	0.68	0.46	-1.22	0.06	1.10	0.11
問9:納得して、治療・看護が受けられた	1931	3.58	0.64	0.41	-1.45	0.06	1.76	0.11
問10:何人もの看護師に同じことをいちいち伝えなければならなかったの逆転得点	1902	2.73	0.96	0.91	-0.25	0.06	-0.88	0.11
問11:医師と看護師のそれぞれに同じことを伝えなければならなかったの逆転得点	1913	2.68	0.99	0.98	-0.20	0.06	-1.01	0.11
問11:ご家族への看護婦の対応に満足できた	1908	3.47	0.68	0.46	-1.20	0.06	1.28	0.11
家族問1:面会の際、気兼ねなく入院中のご家族(患者さん)と一緒にいられた	1909	3.69	0.58	0.33	-1.94	0.06	3.70	0.11
家族問2:看護婦が入院中のご家族(患者さん)に行っている世話に満足であった	1904	3.58	0.62	0.38	-1.41	0.06	1.82	0.11
家族問3:入院中のご家族(患者さん)の役に立ちたいと思ったことを認めてくれていた	1861	3.47	0.66	0.44	-1.09	0.06	0.95	0.11
家族問4:あなた自身、患者さんの家族として看護婦から大切にされていたと思う	1888	3.43	0.72	0.51	-1.07	0.06	0.59	0.11

*

*

* 肯定形に変化させた質問票への回答との差;Mann-Whitney のU検定で有意確率.05以下

表9. 患者・家族満足度調査質問項目得点の分布(問10、問11は肯定形で実施)

	度数	平均値	標準偏差	分散	歪度		尖度	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	標準誤差	統計量	標準誤差
問1:看護婦がいることで、安心して検査や治療が受けられた	82.00	3.77	0.48	0.23	-1.96	0.27	3.18	0.53
問2:安心して、看護婦の世話が受けられた	81.00	3.81	0.42	0.18	-2.15	0.27	3.99	0.53
問3:自分で身体が拭けない時、気持ちよく拭いてもらっていた	67.00	3.64	0.60	0.35	-1.46	0.29	1.15	0.58
問4:痛みがあった時には、気兼ねなく看護婦に言えた	81.00	3.73	0.50	0.25	-1.64	0.27	1.88	0.53
問5:看護婦の対応によって、痛みは落ち着いた	80.00	3.51	0.62	0.38	-0.88	0.27	-0.20	0.53
問6:痛みがあった時の看護婦の対応に満足できた	79.00	3.63	0.60	0.36	-1.43	0.27	1.03	0.53
問7:看護婦は、私の身体の状態をよく知ってくれていると思う	80.00	3.46	0.64	0.40	-0.77	0.27	-0.40	0.53
問8:看護婦から大切にされていたと思う	82.00	3.55	0.57	0.32	-0.81	0.27	-0.33	0.53
問9:納得して、治療・看護が受けられた	81.00	3.65	0.53	0.28	-1.17	0.27	0.37	0.53
問10:伝えて欲しいことを一人の看護婦に言えば、他の看護婦にも伝わっていた	83.00	3.41	0.70	0.49	-0.99	0.26	0.59	0.52
問11:看護婦に言えば、必要なことは医師に伝わっていた	82.00	3.62	0.56	0.31	-1.15	0.27	0.38	0.53
問12:ご家族への看護婦の対応に満足できた	82.00	3.57	0.61	0.37	-1.13	0.27	0.27	0.53
家族問1:面会の際、気兼ねなく入院中のご家族(患者さん)と一緒にいられた	81.00	3.69	0.58	0.34	-1.76	0.27	2.09	0.53
家族問2:看護婦が入院中のご家族(患者さん)に行っている世話に満足であった	81.00	3.62	0.56	0.31	-1.14	0.27	0.34	0.53
家族問3:入院中のご家族(患者さん)の役に立ちたいと思ったことを認めてくれていた	73.00	3.47	0.77	0.59	-1.41	0.28	1.55	0.56
家族問4:あなた自身、患者さんの家族として看護婦から大切にされていたと思う	80.00	3.43	0.71	0.50	-1.27	0.27	1.86	0.53

* 否定形のままの質問票への回答との差; Mann-Whitney の U 検定で有意確率.05 以下

図1 「問1:看護婦がいることで、安心して検査や治療が受けられた」
の得点分布

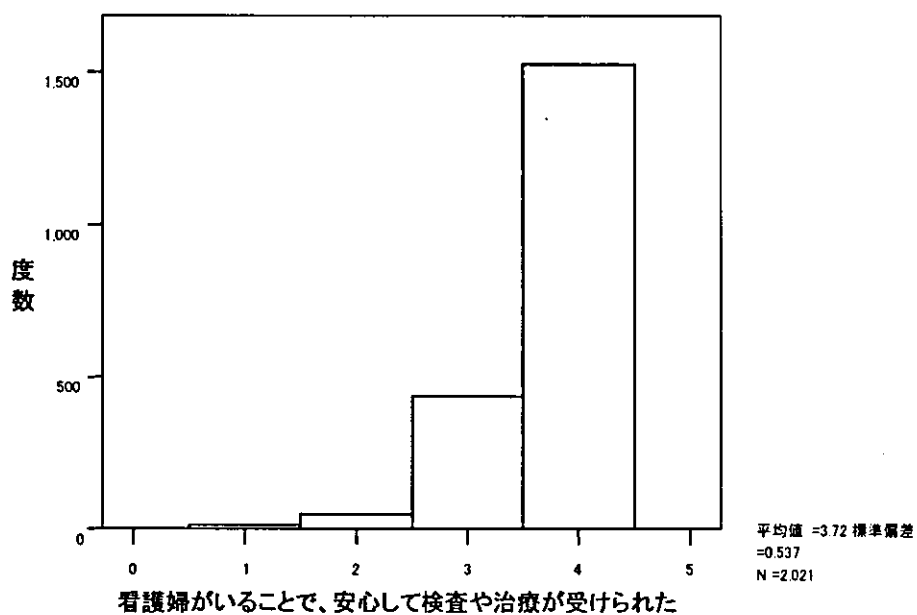


図2 「問2:安心して、看護婦の世話が受けられた」
の得点分布

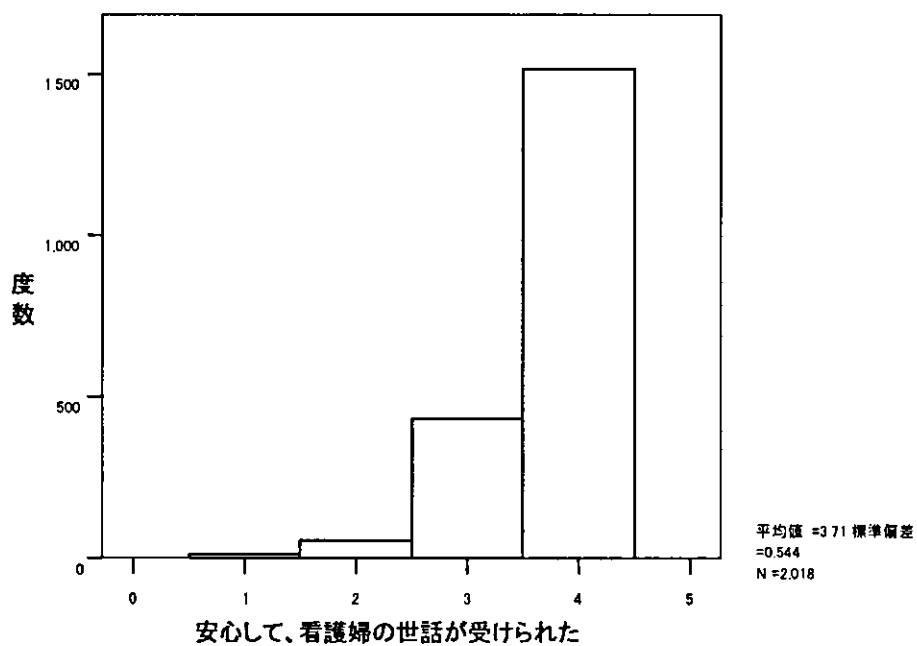


図3 「問3:自分で身体が拭けない時、気持ちよく拭いてもらっていた」
の得点分布

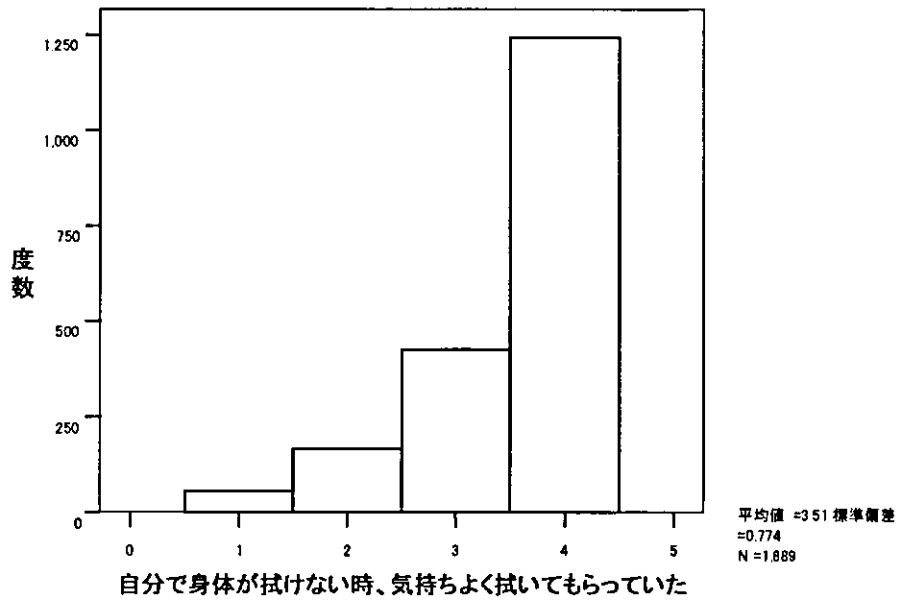


図4 「問4:痛みがあった時には、気兼ねなく看護婦に言えた」
の得点分布

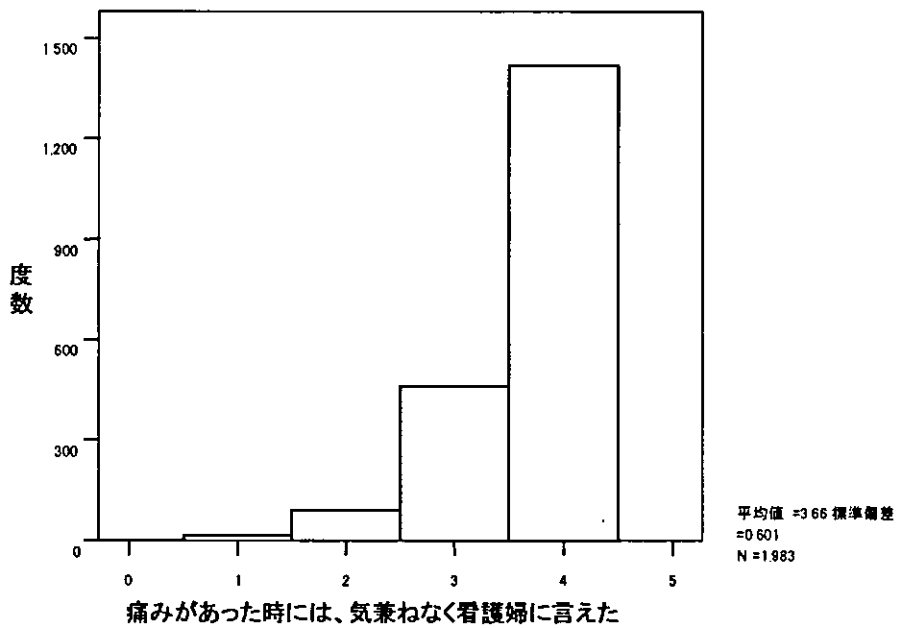


図5 「問5:看護婦の対応によって、痛みは落ち着いた」
の得点分布

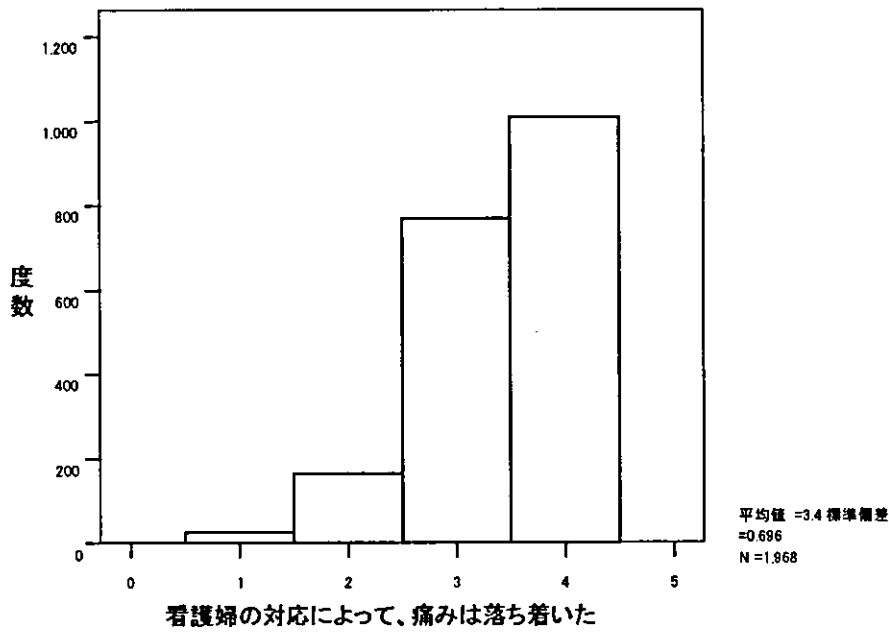


図6 「問6:痛みがあった時の看護婦の対応に満足できた」
の得点分布

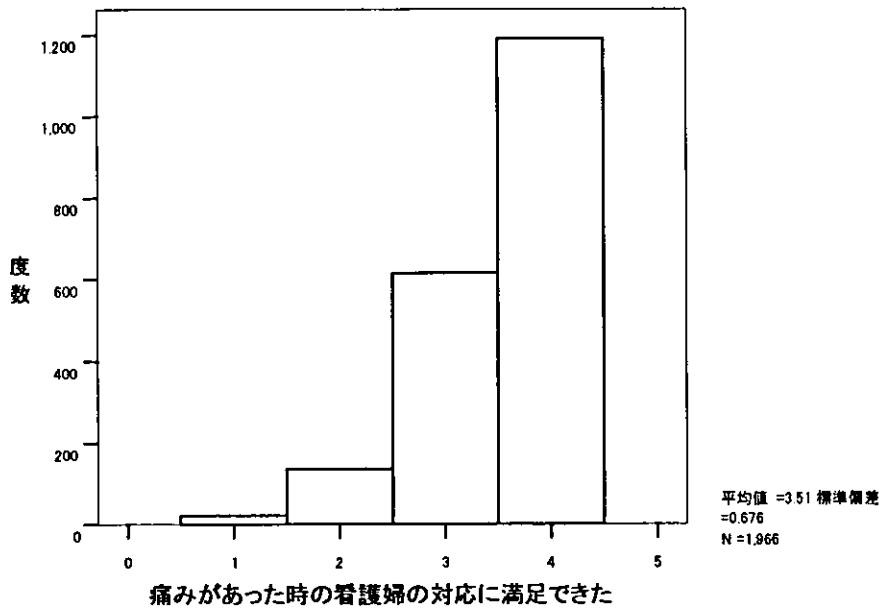


図7 「問7:看護婦は、私の身体の状態をよく知ってくれていると思う」
の得点分布

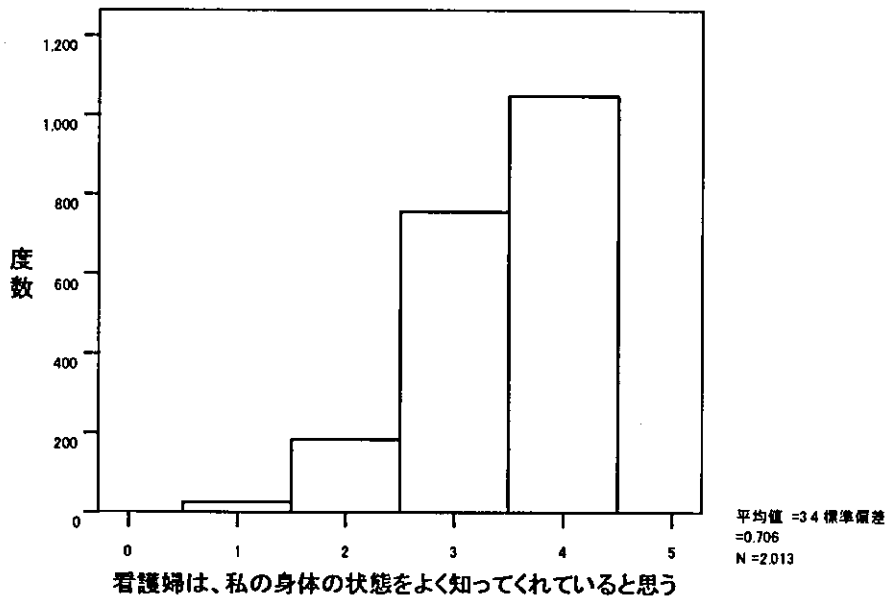


図8 「問8:看護婦から大切にされていたと思う」
の得点分布

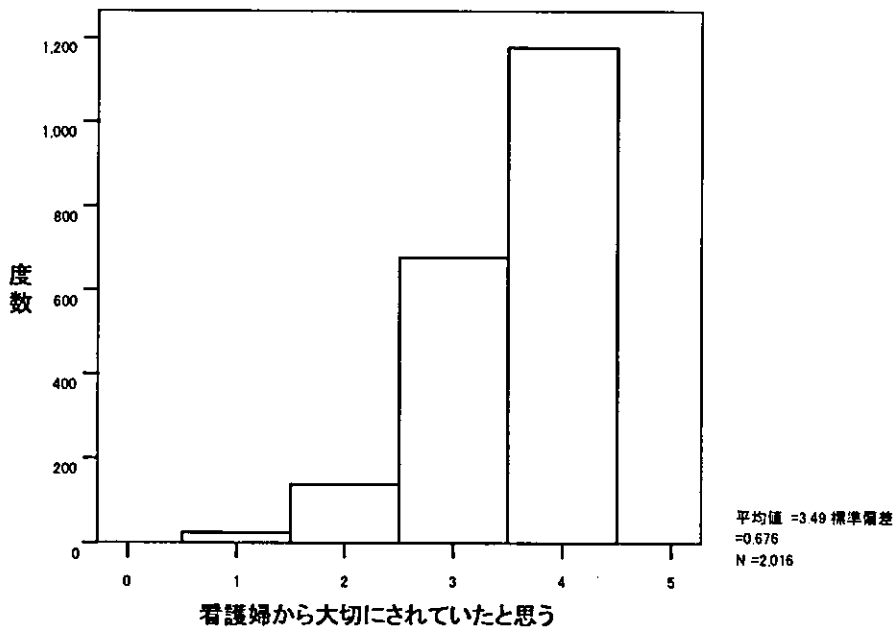


図9 「問9:納得して、治療・看護が受けられた」
の得点分布

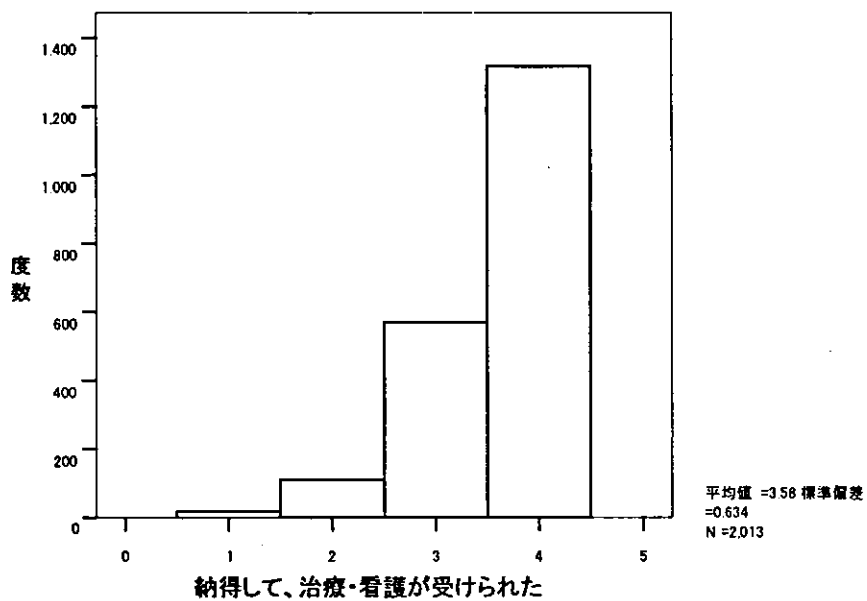


図10 「問10:伝えて欲しいことを一人の看護師に言えば、他の看護師にも伝わった」の得点分布

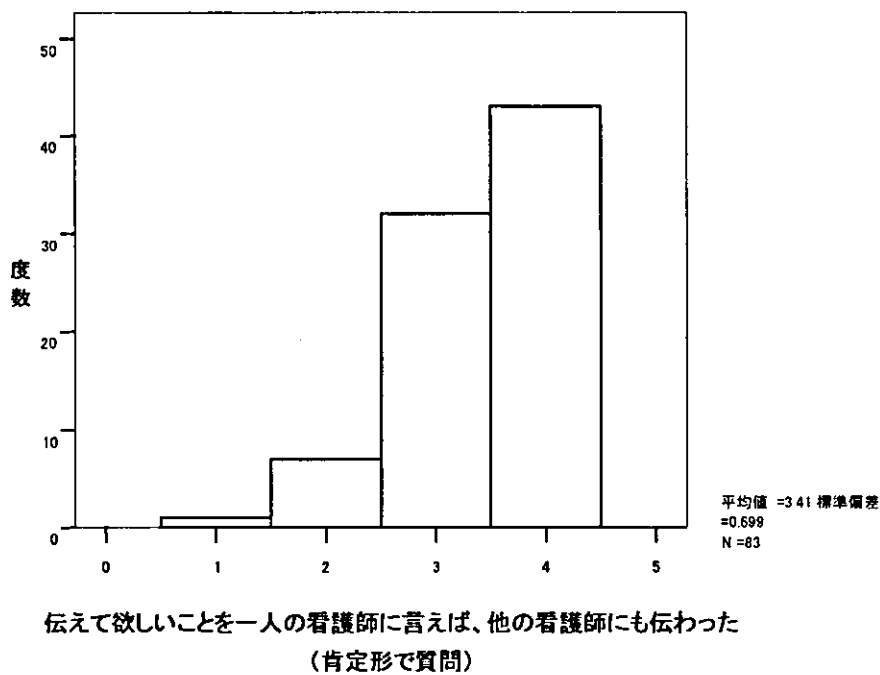


図11 「問11:看護師に言えば必要なことは医師に伝わっていた」
の得点分布

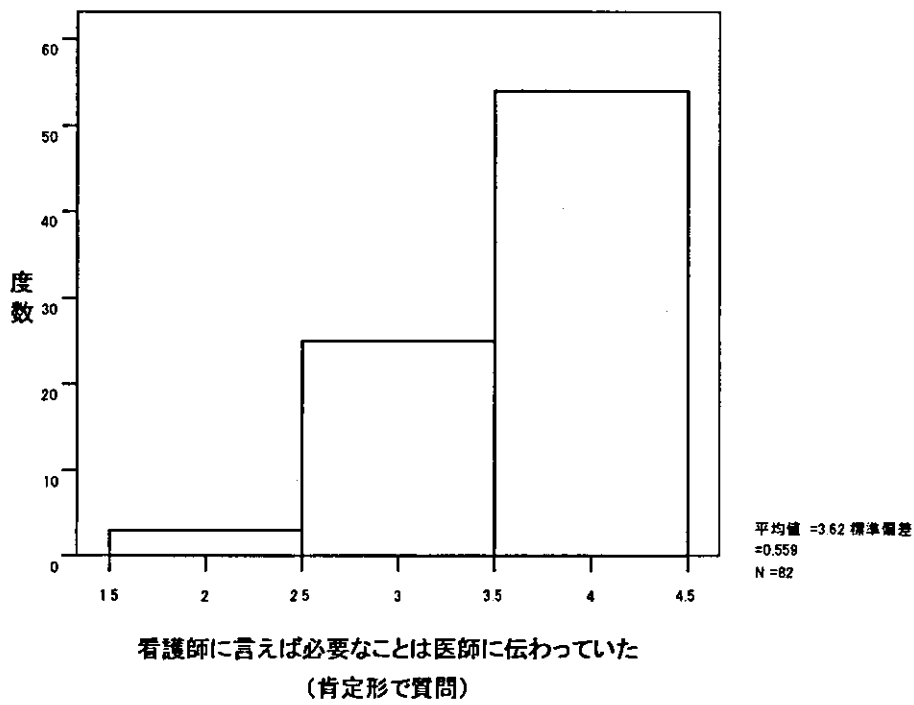


図12 「問12:ご家族への看護婦の対応に満足できた」
の得点分布

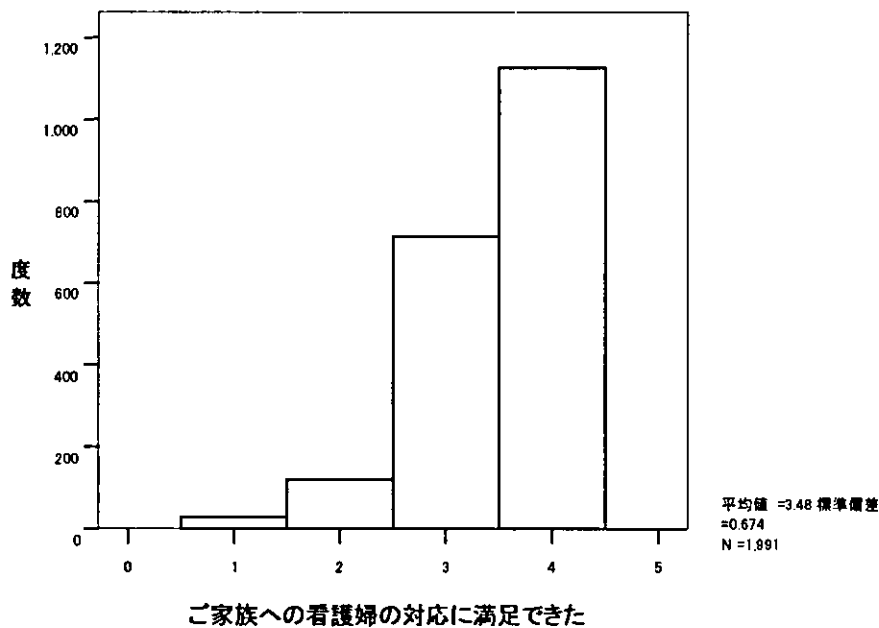


表10. 新たに導入を検討したアウトカム調査項目

インシデント項目	指標導入に関する検討	測定方法
誤薬	<p>看護師の役割に大きく関連しているので必要な数字であるが、施設が提出するかどうかは難しい。</p> <p>報告のレベルも施設によって違うので一定の基準で件数を把握するのは困難である。しかし質評価研究では多くの研究でアウトカムとして用いられている (AHRQ, 2001, 第6章)。</p>	<p>一日で起きたアクシデント (患者に影響があるなしにかかわらず) 件数をカウント。時間、量、人、投与方法のまちがいなど指示とあっていないことはすべてカウントする。点滴、注射、内服、座薬、軟膏、貼付薬、吸入、含嗽剤、消毒薬のまちがいすべてを含む</p>
院内感染	<p>院内感染の大部分は医療従事者の手を介して起こる。手洗い、バリアプレコーションなど看護師の注意によって防ぐことができる。質評価研究では多くの研究でアウトカムとして用いられている (AHRQ, 2001, 第13章)。</p>	<p>1日で起きた件数をカウント。</p> <p>入院の時点ではなかった (潜伏していたとも考えられない) 感染症を発症した場合で手術創感染、尿路感染、中心静脈感染、肺炎、原発性菌血症 (MRSA、VRE、緑膿菌、結核菌、黄色ブドウ球菌、セラチア、レジオネラなど) を含む</p>
不必要な入院日数	<p>在院日数は看護ケアの質というより経済効率の点で指標として使われている。計画的な入院 (バスの使用) と患者安全との関連はない。不必要な入院は経済的に問題である。看護が退院計画を立てていれば不必要な入院は避けられる。この項目はインシデント予防のためではなく、効率よい医療資源の活用に関係をみとめる (AHRQ, 2001, 第52章)。</p>	<p>診療計画との誤差を見れば不必要な入院に近似した日数が得られる。パスとの誤差 (バリエーション) が実際どれくらいあるのか調査して基準をはじき出してはどうか。</p> <p>インシデントの指標ではなく資源の有効活用の指標である。</p>

J. Web 版システム試行結果

1. Web 版システムの改良

以下の点について今回改良を行った。改良した Web 版システムの内容と入力説明書を資料 3・資料 5 に示す。

1) インターフェースの改良

①画面のデザインを変更し、入力項目名をよりわかりやすい見出しへと変更した。

②不必要な文字の表示を極力省いた。

③フォントの大きさを見やすいものへ変更した。

2) 操作性の改良

①項目の入力状況（未入力、中断、入力完了）が一覧できるようにした。

②入力・編集と削除がスムーズに行えるようにボタンを別々に設定した。

③続けて次の質問へ進むことができるようにした。

④最終的に入力確認を行うボタンを設け、未入力項目をクリックするとその項目が開くようにした。

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した。

4) 管理者用サイトから、入力内容の確認と入力結果の出力ができるようにした。入力、処理されたデータは CSV 形式で出力できるようにした。

2. Web 版システムの改良に関する積み残し課題

以下の項目に関しては、今年度検討されたが、本年度内に改良を行うのは予算と時間の関係で難しかったため、次年度改良を検討していく予定である。

1) 説明の追加

本評価の目的、意義、内容、方法についてはこれまでは説明会を開き行ってきたが、サイトにこれらの説明とチュートリアルなセクションを設け、説明会を聞かなくても

実施できるようにする。また、意図がわかりにくい設問に関しては何が問題にされているのかをクリックすると説明文が出るように検討を行う。具体例を載せて欲しいという意見は対象者から聞かれるがそうすると答えを提示してしまう危険があるのでその点は検討を行う。

2) データ処理機能の追加

今回は集計作業までを行ったが、今後入力データを計算し、単純統計ならびに得点分布図の作成を自動的に行うことを検討する。

3) 操作性の向上

質問入力後の確認表示を個々の質問に関しては省略できるようにする。終了ボタンにより、毎回メニューに戻らずプログラムから出るボタンを設定する。

3. Web 版システムでの入力

入力は以下の手順で行った。

①研究協力者はブラウザを起動し、インターネット上の看護 QI プログラムのホームページを開く。

②個人ごとに配布されたログインアカウントとパスワードを入力する。

③構造評価または過程評価を選択する。

④入力・編集、削除ボタンを選択すると入力画面が出てくるので質問に応じて、該当する項目を選択（ボタンをクリック）、またはテキストの入力を行う。

⑤入力を中断するときは中断ボタンを、入力が完了したら入力完了ボタンをクリックする。中断した場合はメニュー画面に戻り、入力完了を選択した場合は確認画面が出た後、次の項目に進むことが選択できる。

⑥メニューの入力・編集、削除で入力状態を確認しながら入力を行うことができる。

⑦すべての入力が完了した後、メニュー

の閲覧によって入力内容を確認する。

3. 入力結果

1) 試入力の対象者の概要

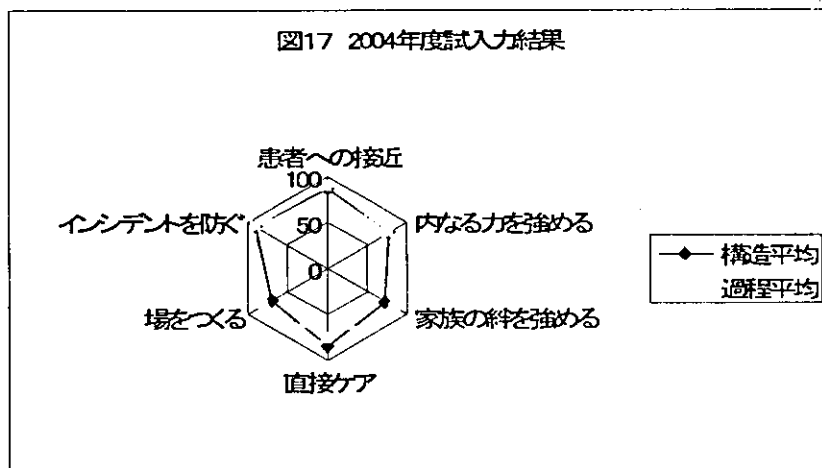
病棟は、脳神経外科・整形外科、頭頸部外科・口腔外科・眼科、呼吸器科放射線科、婦人科、泌尿器科、皮膚科、呼吸器内科、消化器外科、血液内科、消化器内科を含む9病棟であった。在院日数は平均 26.2 ± 7.5 日 (15.1~35.7 日)、病床利用率は平均 $92.4 \pm 3.1\%$ (88.0~98.1%) であった。看護師数は22~28人、うち准看護師が1~2名いる病棟は4病棟あり、固定チームナーシングをとっていた。病院の設置主体は公立病院であり、一般病棟入院基本料、稼働率91.2%、病床数は400床であった。

試入力の対象者は全部で27名である。入力看護師27名の中で、構造評価担当者は9名であり、病棟の管理責任者であった。過程評価者は、看護師で18名であった。過程評価者の看護師経験年数の平均は14年であった。経験年数の幅は2年から23年であり、新人からベテランまでの看護師が入力を行った(過程評価試入力者の概要を表11示す)。各病棟1名から3名の看護師が過程評価の入力を行った。

構造の得点平均と過程の得点平均によるレーダーチャートを図17に示す。

表 11 過程試入力対象者概要

	看護師経験年数	その病棟での看護師経験年数
A	20年	6年
B	23年	2年
C	13年	約4年
D	20年	約1年
E	8年	2年
F	17年	1年
G	10年	2年
H	12年	4年
I	13年	1年
J	18年	3年
K	18年	5年
L	21年	4年
M	7年	3年8ヶ月
N	13年	3年
O	2年	2年
P	17年	4年
Q	8年	2年
R	17年	1年



2) 構造評価について

(1) 得点結果

構造の各項目の得点結果については表 12 に示した。ひとつの病院であったため、病院全体で取り決めがされているような以下の項目に関しては同じ回答であった。

<全員が同じ回答をした項目>

1.1.1 現在の個々の患者に必要な情報が明記されている

1.1.2 ケアに必要な個別情報が見ることができる 2.1.3

4.2.3 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

5.1.1 業務調整のためのシステムがある

5.1.2 業務調整のための責任者が明示されている

5.5.2 他職種との雰囲気がいい

6.1.1 褥創を予防するためのアセスメントシートと備品（体圧分散マット）がある

6.1.3 院内にCDC／厚生労働省／日本看護協会のガイドラインに基づいた感染防止基準がある

6領域それぞれの合計点は病棟によって幅がみられ、図 13 に示すような分布であった。

上記のことより現段階では構造の得点分布には特に問題なく、今後、さらにデータを追加しながら、信頼性、妥当性を高めていけばよいと考えられた。