

Z0040125PB

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15年度～平成17年度 総合研究報告書

最終版

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
	坂下 玲子	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
	栗屋 典子	大分県立看護科学大学	看護学部	教授
	桜井 礼子	大分県立看護科学大学	看護学部	助教授
	鄭 佳紅	青森県立保健大学	健康科学部看護学科	講師

平成18(2006)年 3月

目 次

総合研究報告

平成15～17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

主任研究者 片田範子

I. 研究要旨	1
II. 研究報告	
1. はじめに	2
2. これまでの研究成果	2
3. 研究目的	4
4. 用語の定義	4
III. 平成15年度 研究報告	6
IV. 平成16年度 研究報告	13
V. 平成17年度 研究報告	55
引用／参考文献	106

<資料>

資料1-1：Web自己評価構造評価改訂箇所一覧(2003年度～2005年度)

資料1-2：Web自己評価過程評価改訂箇所一覧(2003年度～2005年度)

資料1-3：Web自己評価結果（アウトカム）改訂箇所一覧(2003年度～2005年度)

資料2：看護ケアの質自己評価Web用マニュアル2005年度Version

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
坂下玲子 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
桜井礼子 大分県立看護科学大学 看護学部 助教授
鄭 佳紅 青森県立保健大学 健康科学部看護学科 講師

I. 研究要旨

2003年度、2004年度の2年間で、看護ケアの質評価自己評価ツール（2002年度までにはほぼ完成）をインターネットを通して入力するようシステムを作成した。2年間をかけて実験的に作成したWeb画面への入力を行い、設問の意図が伝わり、求める回答が得られるかどうか、画面の見やすさ、データの保守・安全性、実運用の際の利便性など、入力実験を重ねた。実際に入力した看護師達から意見を聞き、汎用化するには、画面の改良をはじめとして、質問文章表現の工夫、合理的で妥当な指標毎の得点配分など、大幅な改善が必要であることが判明した。また、このWebサイトは費用の関係であくまで実験的であり、データ処理のためのシステムも既存の単純なデータベースを転用したものであるもので、領域毎に得点化し、レーダーチャートに示してフィードバックするといった複雑な評価の仕組みを導入することは困難であった。しかしはじめの2年間の実験で、本ツールのアルゴリズム自体の細かい部分までが明らかになり、システムの構築をする上で重要な示唆を得ることができた。

3年目である2005年度は、上の問題点や広く日本全国から看護師と患者、家族による入力を可能にした。Web入力には42病棟、194名の看護師、245名の患者が参加した。構造評価得点は分布のバランスがよく完成に近づいたと考えられる。一方、過程評価項目では、具体的な記述をもとめた上で自己評価を選択してもらったが、自己評価が高くなる傾向がみられた。アウトカム評価の患者満足度もこれまでと同様、高得点に回答が集中する傾向がみられた。3. 構造項目に関しては、ほとんどの参加者が設問もわかりやすく画面もみやすいと回答し、負担感も低かった。過程項目に関しては、ほとんどの参加者が画面は見やすかったとしたが、負担を感じる者が半数を超えた。4. 病棟、病院、全国の3段階で自動的に平均を出し、ダウンロードできるようにしたため得点分布、項目間の関連の検討が効率よく行えた。

看護ケアの質を評価するWebシステムはおおむね完成し汎用化まで達成したが、過程評価得点の信頼性、患者満足度評価の精練、患者や家族が入力しやすい環境設定が今後の課題として明らかになった。

II. 研究報告

1. はじめに

現在、医療の質を評価する動きが高まり、医療の質の標準化、質の保証にむけて全国的に関心が高まり、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を評価し改善するには、医療活動の中から看護活動そのものを特定して評価する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いる。今回、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、評価の一部を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。

2. これまでの研究成果

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する必要がある。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）において、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。研究班では、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た。これらは、「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として抽出され、各領域に含まれる技術が評価項目として設定された。（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）で評価すると、比較的正確に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、調査者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生かす必要がある。そこで、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）によって、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が含まれていることである。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という手順が残されており、完全な自己完結型ではなかった。研究班の労力がかかりすぎることで利便性の面が課題として残り、また、自己評価は、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）。そこで、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を導入し、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）。第三者評価を行い、その結果をもとに、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、介入後の評価では、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リスクの急増により、転倒の件数が増加した。質評価・改善には、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について検討が進んだ。

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関連させ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検証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が、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れば、広く看護ケアの質

の向上に貢献することができるものと思われる。

3. 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）を特定の病棟に試験的に適用し、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。具体的には以下のような段階を経て行った。

1) 2003年度研究課題

①インターネット上で自己評価ツールの試運用を行い、Webシステムによる自己評価が、質改善体制モデルにどのように活用できるかを検討し自己評価ツールの質問項目の検討する。

②現在の手作業を自動化するために必要な環境を整える。

③Webシステムでどのような活用方法があるのかを検討する。

2) 2004年度研究課題

①2003年度の評価結果を分析しWeb自己評価ツールの評価尺度および質問項目の見直し

②患者家族満足度調査をWeb化するための環境整備

③入力操作の改善

3) 2005年度研究課題

①評価事例の蓄積とデータベースの充実化

②蓄積されたデータの統計学的分析、標準値、平均値の提示

③ベストプラクティスの提示の検討

④リコメンデーション作成の電算化検討

⑤アウトカムデータ収集の自動化

⑥看護QIプログラムの実用化および普及のための活動

4. 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, 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。

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。

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

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。

但し、2005年度においては、構造、過程の6領域に即して、項目を一部削除、追加を行った。最終版質問紙の構成因子の検討、信頼性、妥当性の検討はまだ行なわれていない段階である。

Ⅲ. 平成15年度研究報告

1. 研究目的

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。

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。

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。

2. 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練作業を行った。(資料1)

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用マニュアルを作成した。

(資料2)

④入力操作説明書を作成した。

2) 看護Qプログラム自己評価Web用の適用

①対象病院に、本研究への協力の依頼状を配布し、研究協力が得られた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、評価報告書作成)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評価報告書の内容について、アンケート調査を入力した看護師と看護師長に行い、評価報告書が病棟の質を反映しているか確認をした。

③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インタビューを行い、質問文の修正を行った。

④インタビューで得られた対象者の意見を分

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。

3. 倫理的配慮

インターネットを使って入力することと、アンケートとインタビューに応えることに倫理上の問題が生じないよう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承認された。)

1) 対象看護師長

対象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、患者・家族が自発的に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。

今回の評価は、提供したケアに関して選択式で回答するもので、患者を特定する情報

は含まれていない。しかし、過程評価では、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。

4. 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(資料1)。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できるようになっておらず、システムを簡潔にするためには、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。記録物が点在していてもステーションの中にあれば満点であった。電子カルテの導入が進み、より高いレベルで一元化されていることを評価することとした。

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1-3参照)。

(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に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記入することとした。

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、リコメンデーション作成者用操作説明書を作成した。

(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。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 2003年度試入力の詳細

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し、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してお願いし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が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えるのは、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、第三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。

5. 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、文章を入力するので入力に時間を要することがあげられる。択一の設問形式を検討する必要がある。

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）を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は、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の再開ができるよう、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っていた個々の病棟の特性を踏まえた提言がしにくいことがリコメンデーション作成者から出された。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。テキストデータに関しては、今の設問方法で行うのかという点を含め、今後、入力方法を検討する必要があると考えられた。

(3) 評価報告書作成

入力されたデータを解析し、評価報告書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。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。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が判明した。

6. 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的確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練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

今回の調査では、「直接ケア」領域の患者の生活に焦点を当てているかについては、手術後患者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。今後、この看護QIプログラムが看護の各領域（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的確に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

て記録物の保管方法がこれまでに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。

また、構造と過程の6領域の各指標の重みづけも今後の課題と考えられる。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、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3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。

7. 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。

IV. 平成16年度研究報告

1. 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、一つの病棟が質改善活動を行うときに外部からサポートする専門家支援をシステム化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3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)⑤参照)

(2) Web-site入力時の操作性を改善する。

(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。

2. 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 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。

⑤ 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。

(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。

3. 倫理的配慮

研究方法(1)④⑤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。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。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。入力後のアンケート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。

4. 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。
- 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質問形態の精錬

「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については資料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。

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

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

て構造の6領域ごとに述べる。(資料1)

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.	
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.(2)	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.(10)	4.2.1.
						4.2.2.
						4.2.3.
						4.2.4.
4.2.5.						
4.3.(10)			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.(4)	5.2.1.
	5.5.(6)	5.5.1.(6)			5.2.2.
				5.3.(4)	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.(4)	6.2.1.
					6.2.2.
				6.3.(4)	6.3.1.
					6.3.2.

ア) 患者への接近

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いまいな点があるため、「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がある」「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下記の3段階評価へ変更した。

イ) 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数を尋ねることとし、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、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たり、その後フォローを行うことで、患者の内なる力が強まると考える。医師による治療説明の後、看護師