

による治療に伴う看護について説明することが患者の内なる力を強めると考えた。そのため、そのしくみがあるかどうかを問う設問とする。そのためには、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が必要だと考えられた。この検討結果より、「2.2.1.入院中の必要な看護についての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。

次に、ANA（アメリカ看護協会）（アメリカ看護婦協会編;2001,p52）では、アウトカムとして退院計画は重視されており、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るという検討をしているため、構造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構造面を問うことにした。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。

ウ) 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」については、「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たりす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。

エ) 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・備品を保障する構造項目は、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」「個別的不是だが、マニュアル化した看護計画がある:1点」「ない:0点」とした。

オ) 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た。「5.2.1.病棟の業務量が増えたときに勤務者数を帰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た。「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た。よって、「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、「2」話し合う場を作り運営することに関して看護師は何らかの役割をとっている(メンバーの招集、連絡、記録、運営)」は、主体的に運営の役割を担うことがより質が高いと検討し、評価尺度を「役割をとっている:1点」「役割をとっていない:0点」であったが、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た。「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ので、「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。

カ) 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ない褥創、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「1」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」「2」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エビデンスがでていないため、質問を変更する。レポートをすることでインシデントは減少しないが、現状の把握できるので、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なければ、レポートを行う意味があると考えられる。そこで、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。

キ) 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。

5. 研究結果2: 過程指標・尺度の見直し

1) 評価の見直しの視点

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改善、②尺度の統一、③2重得点加算の解消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項目であった一方で、「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)。

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 | 2 | 2 | 5 | 3 | 15 |
| | | 1 | | | | | |
| 直接ケア | 3-5 | 1 | 13 | 3 | 10 | 3 | 30 |
| | | 2 | | | | | |
| | | 2 | | | | | |
| | | 3 | | | | | |
| | | 5 | | | | | |
| 場をつくる | 0-2 | 3 | 8 | 2 | 4 | 3 | 12 |
| | | 5 | | | | | |
| インシデントを防ぐ | 0-3 | 3 | 7 | 3 | 8 | 3 | 24 |
| | | 3 | | | | | |
| | | 1 | | | | | |

(2) 尺度の統一

同様に、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、その途上段階を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、ある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1）以下に詳細を述べる。

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、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う」、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。この結果をもとに見直し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。

2) 過程評価内容の検討および改訂内容

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 |

| | | | | | | | |
|---|----|-----|-----|---|---|-------|-------|
| 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尺度ではないことや、「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つ問うことになり、設問そのもの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は要素となるため、実際の実施に至っているかどうかは問わないこととしたため、削除とした。

また、旧小項目1-4を中項目として独立させた。新中項目「1.2. 看護師は患者の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2)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をたてた。

「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をしている。」「1.2.3. 患者に対して個別の看護ケアがある。」とした。

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、新中項目として設定し、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、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検討し、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と考えた。よって、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たり、説明の方法を模索することが質の高いケアであると考えた。よって、評価尺度には、何か配慮をしながら説明を行ったかどうかを評価し、評価尺度には、患者の反応を見ているかを含めた。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、アウトカムとして退院計画は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障する過程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おり、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られているかどうかことが重要となる。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、他の領域との点数のバランスがこれまで問題であった。家族の絆を強めるというケアを保障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ことがあった。また、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。しかし治療や看護ケアの処置の時間を融通することが望ましいことではないことがあるので、家族が面会時訪れた際には、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えた。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評価は行わないこととした。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とした。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、意図的に家族のケアの参加をしていないか）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したり、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く」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や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。家族や重要他者がいない天涯孤独の患者は調査対象から除くことを検討する必要がでてきた。

(4) 直接ケア

旧中項目「看護師は、患者にあった保清をする」とあるが、評価項目は、状況に応じているかということの評価をしていた。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。

また、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)。

表7 痛みの緩和についての評価尺度対応表

| 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 |

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进行评估している。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

直接ケア領域での2重に評価していた「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、専門職間での協議が行われることが質の高いケアと考え、他職種に意見を求めたことがないということは、医師の指

示を受けたりすることのみにとどまっていると考えた。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ると考え、「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で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。「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、その分野では象徴的な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ことが前提で、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。

6. 研究結果3：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

例えば、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せていたが、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ていれば、逆転して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「大いに思う」または「やや思う」とマークしている可能性が示唆された。実際に肯定形に質問文を変更して調査を行う（2003年度本研究）と、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」を「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」に変えると平均点は2.73点から3.41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8、表9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「大いに思う」または「やや思う」とマークしてしまう可能性があることが推測される。

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散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）。

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師に言えば、他の看護師にも伝わっていた | 83.00 | 3.41 | 0.70 | 0.49 | -0.99 | 0.26 | 0.59 | 0.52 |
| 問11:看護師に言えば、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

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威力を発揮するだろう。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と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、得点の分散に偏りがあり、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、どの項目もその様にマークしてしまうという難点があり、病棟看護の質を見るツ

ールとしては見直す必要がある。

さらに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)2003年度まで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、問10及び問11については、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。

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

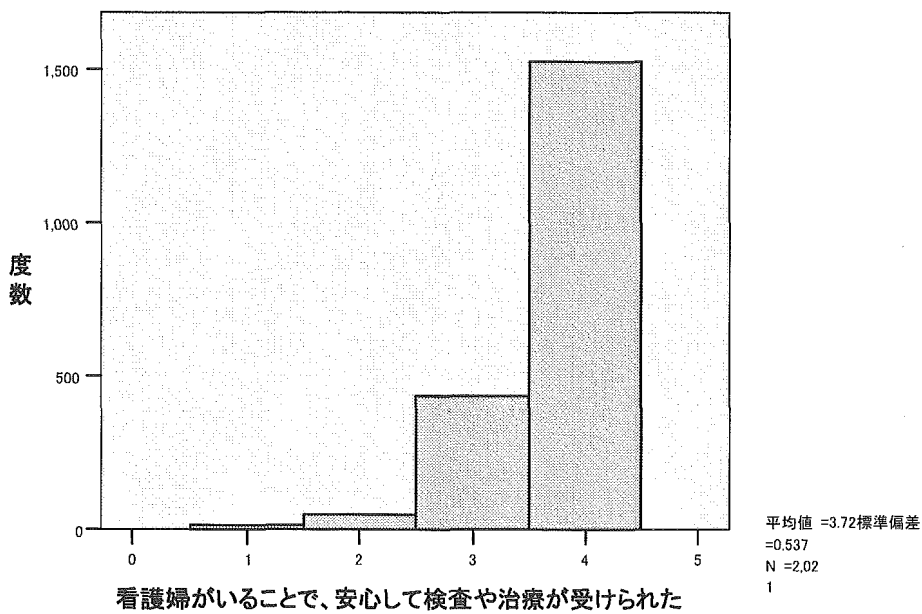


図2 「問2:安心して、看護婦の世話が受けられた」
の得点分布

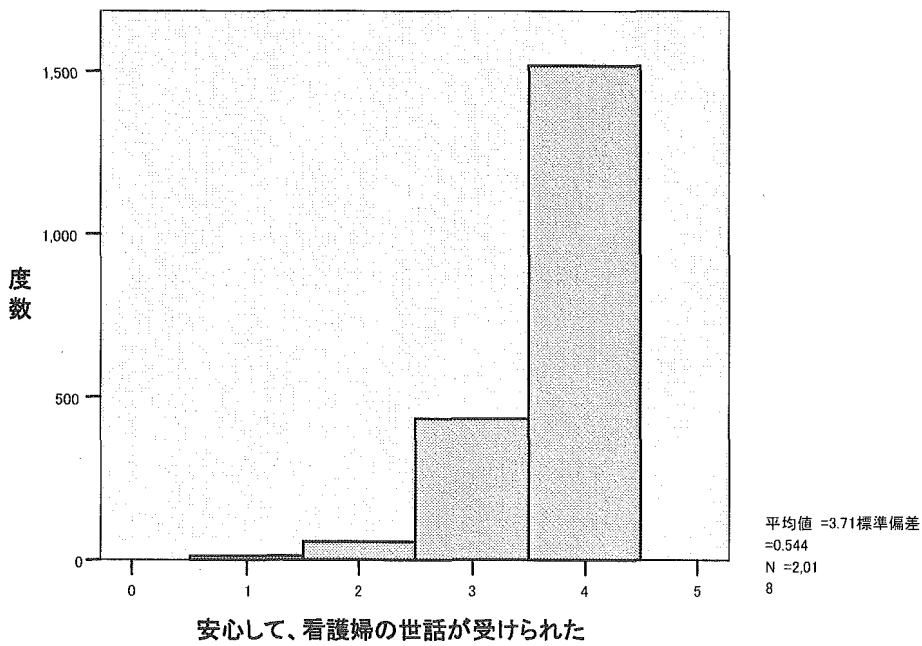


図3 「問3:自分で身体が拭けない時、気持ちよく拭いてもらっていた」
の得点分布

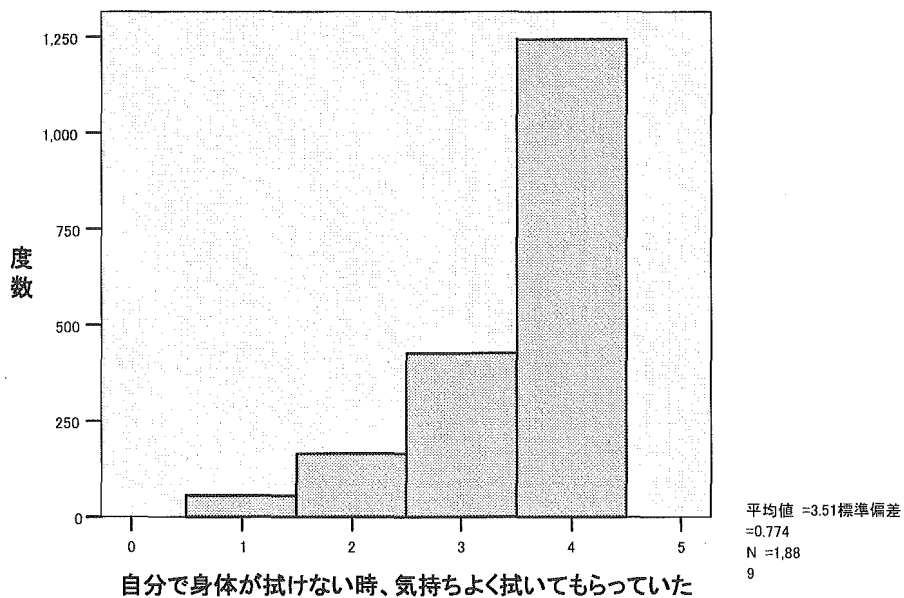


図4 「問4:痛みがあった時には、気兼ねなく看護婦に言えた」
の得点分布

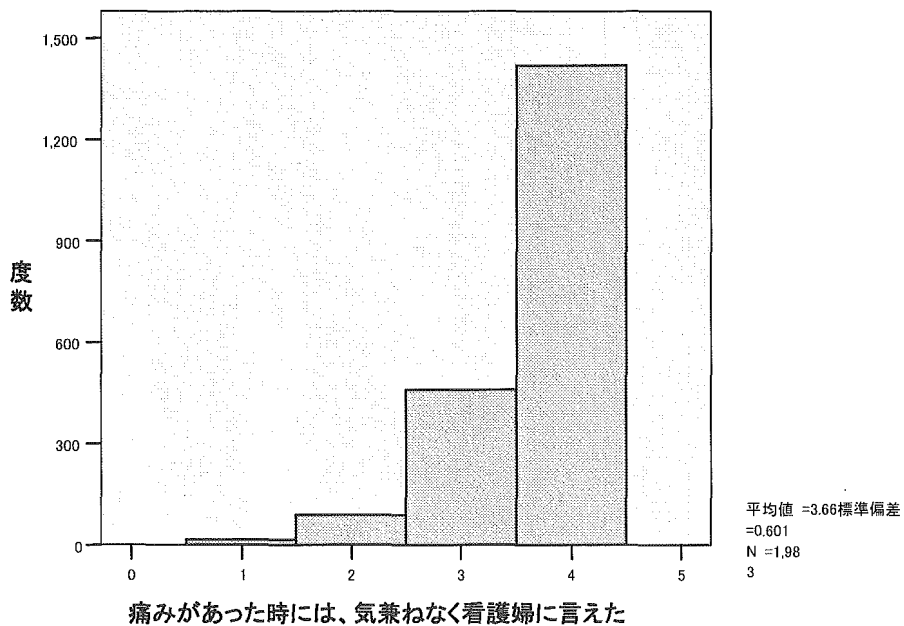


図5 「問5:看護婦の対応によって、痛みは落ち着いた」
の得点分布

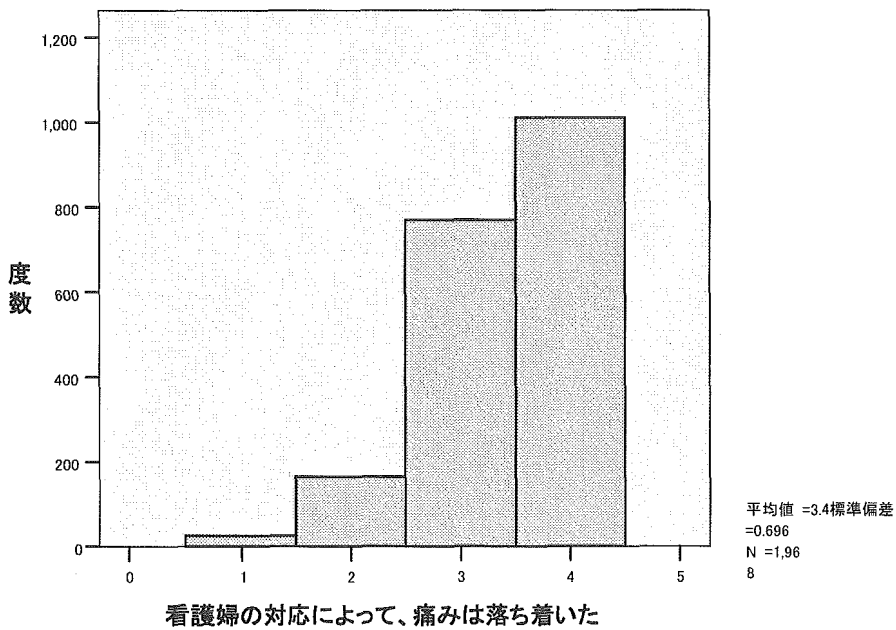


図6 「問6:痛みがあった時の看護婦の対応に満足できた」
の得点分布

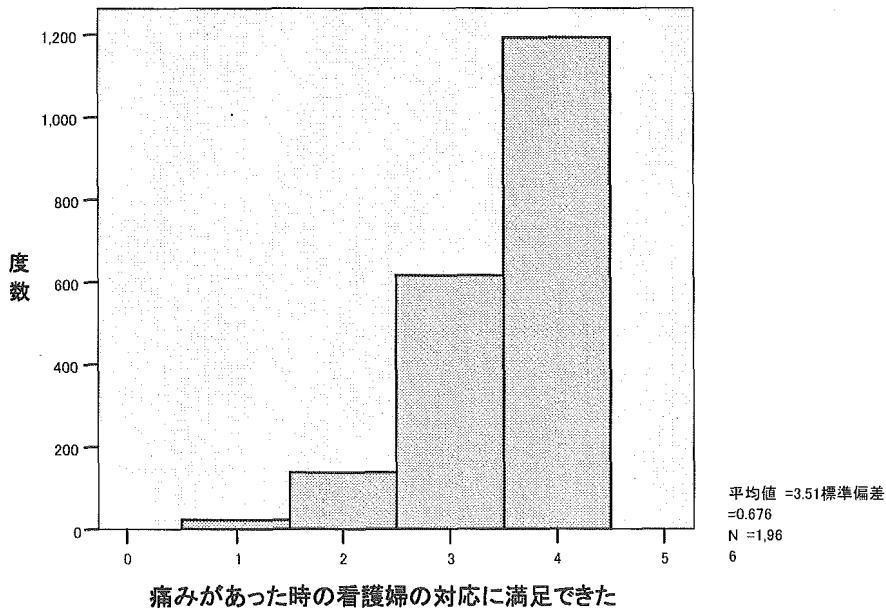


図7 「問7:看護婦は、私の身体の状態をよく知ってくれていると思う」
の得点分布

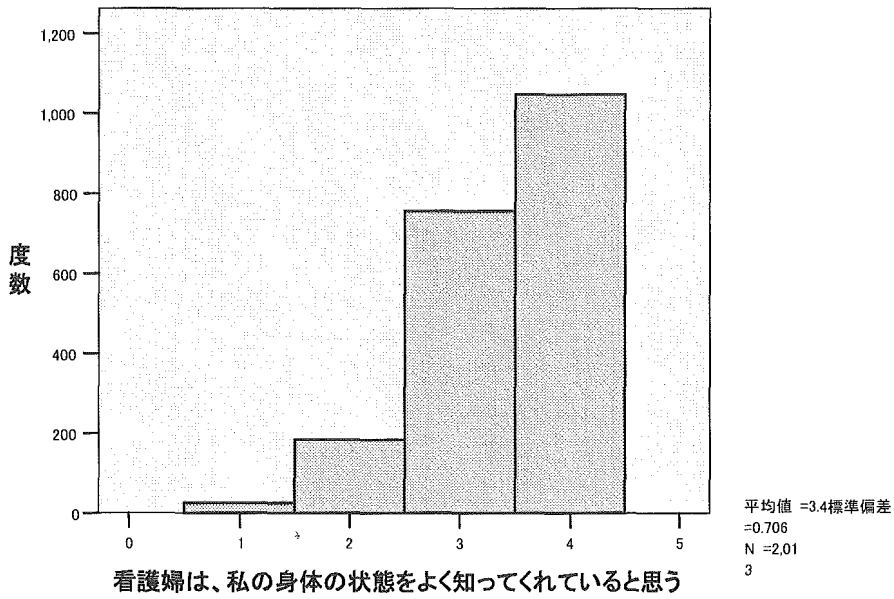


図8 「問8:看護婦から大切にされていたと思う」
の得点分布

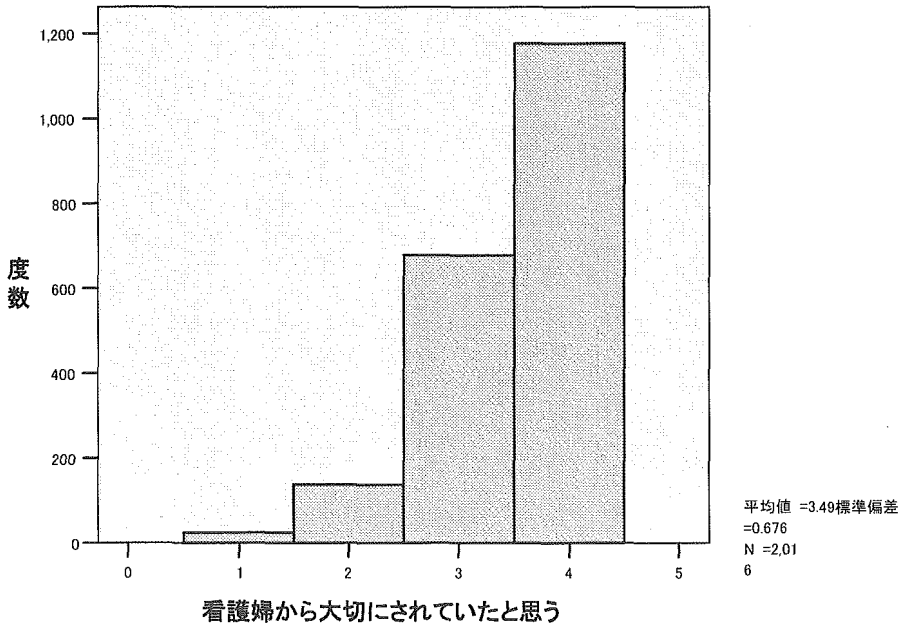


図9 「問9:納得して、治療・看護が受けられた」
の得点分布

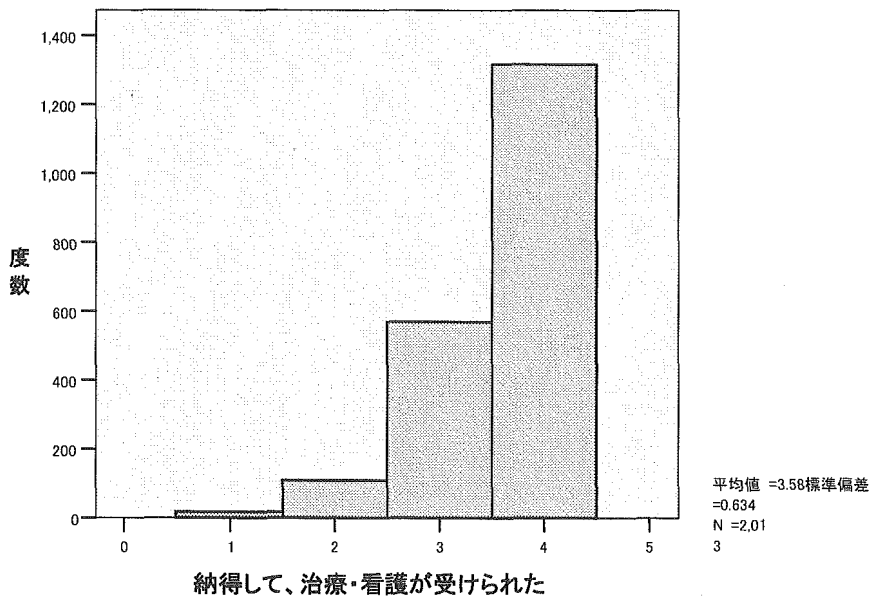


図10 「問10:伝えて欲しいことを一人の看護師に言えば、他の看護師にも伝わった」
の得点分布

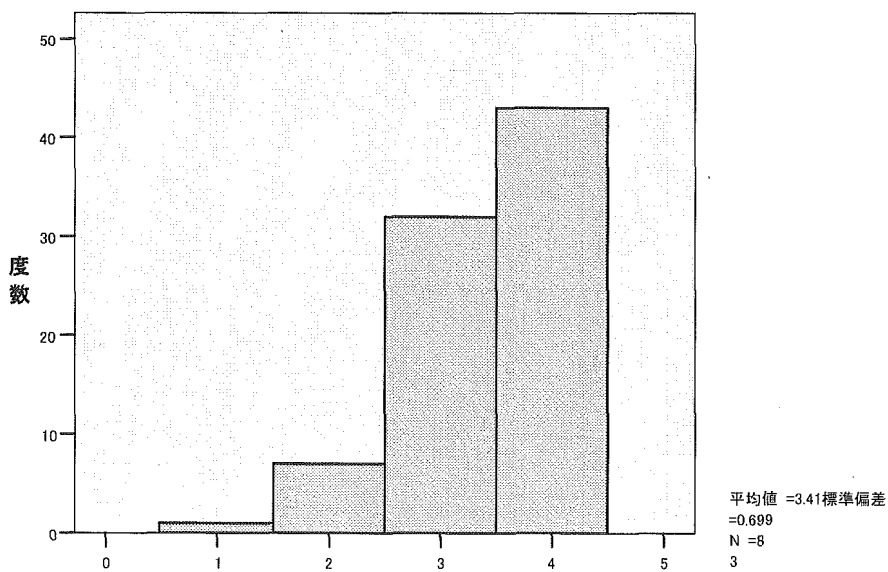


図11 「問11:看護師に言えば必要なことは医師に伝わっていた」
の得点分布

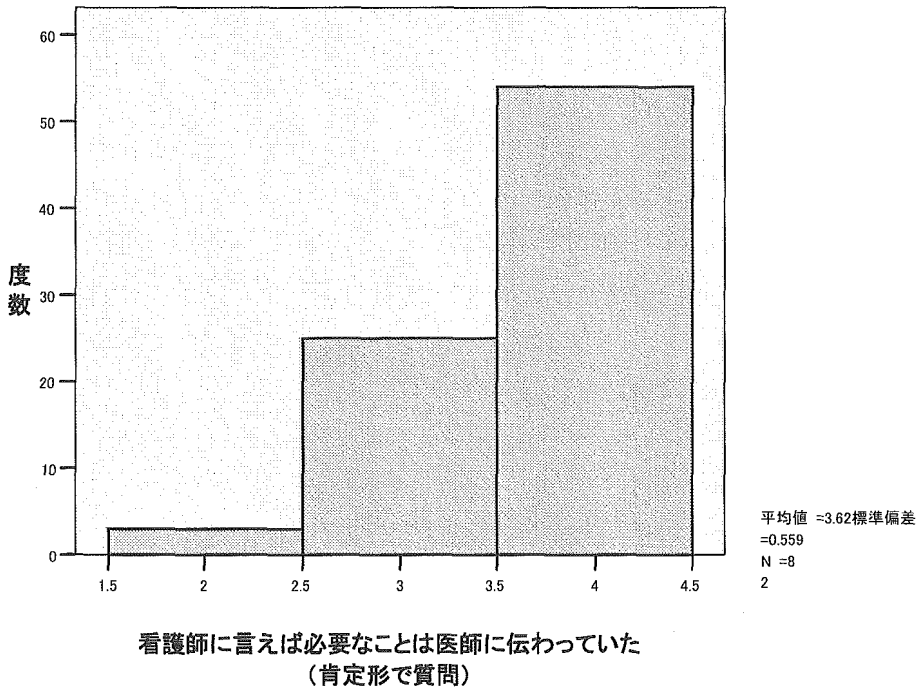
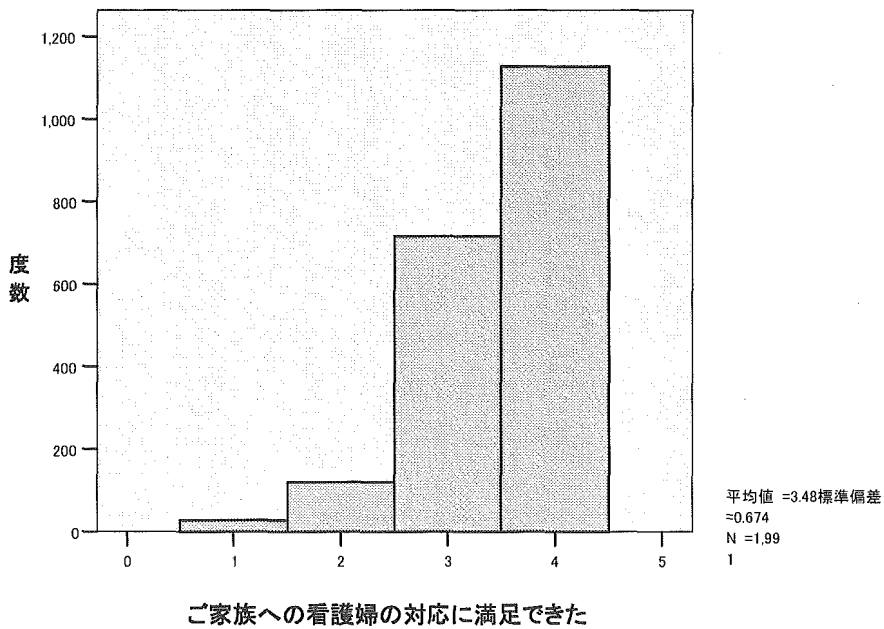


図12 「問12:ご家族への看護婦の対応に満足できた」



問われている質問がいずれも主観的な判断を問うているため、質問の内容というより感覚的、印象的な反応をしてしまうためではないかと思われる。感覚的な満足感を測定するという意味では信頼性、妥当性は確保されており（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思われる。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ということが実証されたにすぎない。

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

シデントして、「転倒」、「転落」、「褥創」を選び、評価項目として測定してきた。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10のように、誤薬、院内感染については、に文献上有効かつ測定可能と判断されたので、導入について検討した。それぞれのインシデントをその様に定義づけて、どのように測定するか検討が必要である。また、不必要な入院日数（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である。これらのアウトカム項目は、今回、画面からは入力画面を作成することはできなかったが、今後検討して必要なら導入を進めていく。