

この研究については平成15年度に本学委員会により承認されているが、今回はこれまで紙面ですべてきた同意をWeb上でとること、従来記入していただいていた患者・家族満足度調査をWeb上で行うことが加わったため新たに申請を行い承認を得た。

①対象看護師長

複数の病院に研究協力を呼びかけ、興味を示した病院で研究協力説明会を行う。参加者に依頼書を配布する。看護師長1名、看護師約5名、患者、家族の協力が必要なので、病棟で話し合っ、協力の意志を病棟単位で決定してもらう。協力に参加する意思のある病棟は研究者に申し出てもらい、ID、パスワードを発行する。参加の意思があるものは、再度Web上の説明文を読み、画面上で同意する。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が保障されている。

②対象看護師

看護師は、一定の条件^{*1}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。病棟全体で協力の意志について話し合うときに、協力に参加する意思のある場合は申し出ていただく。看護師長は申し出た看護師の数を研究班に伝え、研究班は、人数分のIDとパスワードを個別に封書にして郵送する。看護師長はランダムにそのIDとパスワードを配布する。参加の意思があるものは、再度Web上の説明文を読み、画面上で同意する。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が保障されている。

③患者および家族

評価期間中に退院が決まった患者に看護

師長から「入院中の看護に関するアンケート」にWeb上で回答することに興味があるか聞いてもらい、協力の意志があるものは申し出てもらう。退院時、Webサイトへの入力を行ってもらう。Webサイトは看護師長が立ち上げるが、すぐにその場を離れてもらい、Web上の説明を読んで同意する。研究に参加したくないときは、同意しないを選び、画面を閉じてもらう。拒否しても何ら診療上の不利益を被らないことを保障し、あくまで自由意志で協力することを説明してもらう。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る。

過程評価項目への看護師の回答についても、患者を特定する情報の入力は要求されておらず、提供しているケアに関する回答を選択式で求められるので、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、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する。

上記、いずれの場合も個人名は匿名化され、プライバシーを厳重に守ることとする。

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

表2 構造指標と過程指標の用語

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看護行為を意味する。

患者の個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

って快適な入院環境といった提となる人材、設備や備品、システム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。

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が得たものである。本評価ツールでは、ケアに対する満足を構造や過程と同じ6つの領域ごとに測定する。さらに「インシデントを防ぐ」という領域を客観的に測定するために転倒、転落、褥創の1000床あたりの発生件数を測定している。構造、過程、アウトカムは表2のような6つの領域で評価する。

「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。

G. 結果と考察

G-1. Web画面の構築（資料5参照）

1. トップページ画面

今回は、インターフェースをより改善し、見やすいように工夫をした。図1に示すように、この研究の主旨を「ご挨拶」として示し、構造、過程、アウトカムのログイン画面と、本システムの目的、システムの利用方法、よくある質問と答え、お問い合わせなどのボタンを設定した。

本システムの目的をクリックすると、本システムの目的とともに3つのDimensionと6領域の説明があらわれ、参考文献が参照できるようにした。

システムの利用方法では、システムの利用方法が具体的に示され、構造評価の準備などが示され、またインシデント（転倒、転落、褥創）の記録表がダウンロードできるようにした。

2. 各項目の入力

構造に関しては、看護師長様用ログインページより、過程に関しては看護師様用ページより、アウトカム（患者満足度）は患者様・ご家族の方ログインページより、あらかじめ郵送にて配布したID、パスワードを使用しそれぞれログインしてもらった。

1項目、一画面とし、次々と回答を進めていく形式とした。

回答終了を押す前に、回答した項目の一覧を見ることができるようにし、無回答であったところは字の色を変え、目立つようにし、修正をしやすくした。また、最終終了の前には、ボタンを押すと回答が終了され、再ログインができないという警告がで

るようにした。

3. 入力者個人へのフィードバック

入力を完了し、終了すると、構造と過程を入力したそれぞれの看護師長または看護師に図2、図3に示すようなPDF画面が返却されるようにした。これによって、入力した結果がすぐにわかり、自分の看護を振り返るきっかけになると考えた。

4. 病棟へのフィードバック

調査期間最終後に病棟ごとへ返却する結果として図4に示すように、全国平均、各病棟の結果（構造得点、過程得点の病棟平均、アウトカム得点の病棟平均）が示されたPDFファイルが自動作成されるようにした。

5. 管理画面

Web上にIDとパスワードで入れる管理画面を作成し、この画面を通じて、下記のような管理が行えるシステムを構築した。

- ① Webの公開または非公開にし調査を終了する手続き
- ② Web上の質問の作成と修正
- ③ 参加者へのID、パスワードの発行などの管理
- ④ 蓄積されたデータのダウンロード

蓄積されたデータは、病棟ごとのPDFファイル、病院ごとのPDFファイルとしてダウンロードできるほか、構造、過程、アウトカムそれぞれの詳細な入力データおよび構造、過程の平均、アウトカム結果の平均が統合された集計ファイルがCSVファイルとしてダウンロードされ、詳細な解析を行えるようにした。

図1 Webサイト トップページ

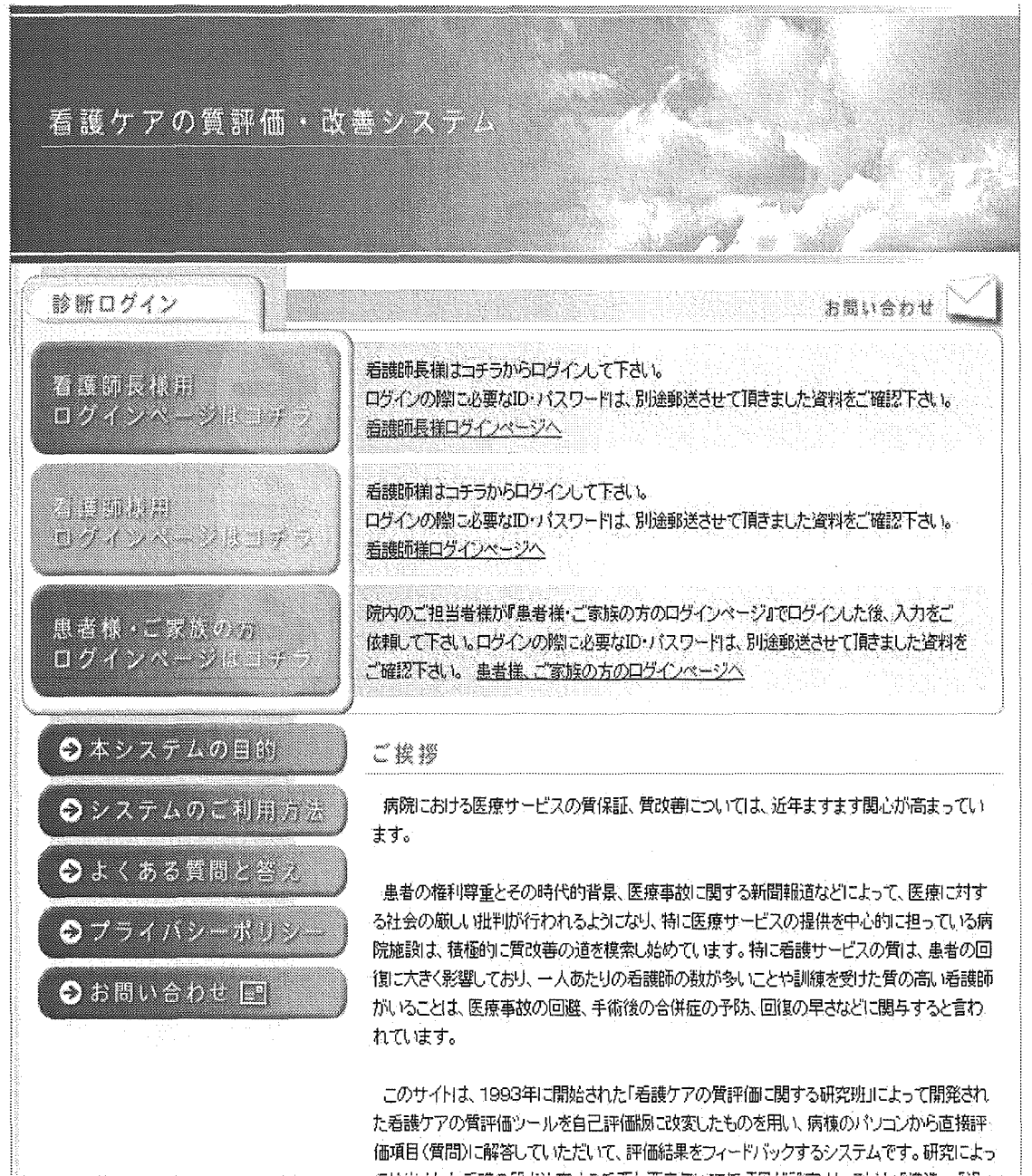
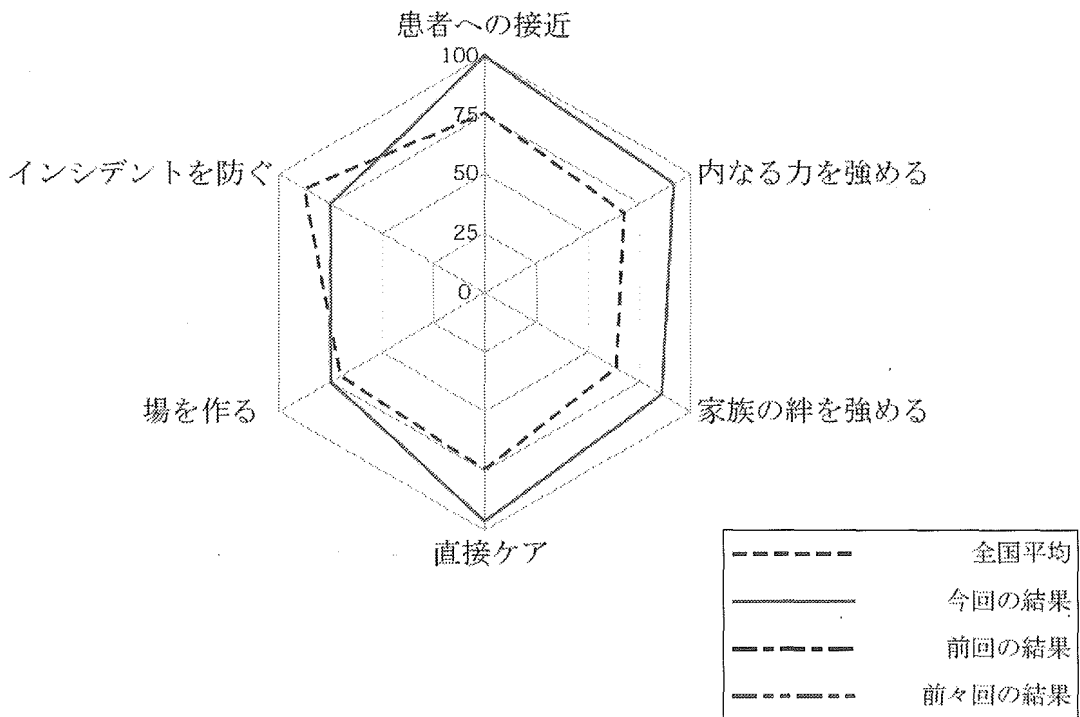


図2 入力者へのフィードバック画面 (構造入力者)

構造得点結果 注) 全国平均とは全国の参加した病棟の平均値を示します。

	全国平均	今回の結果	前回の結果	前々回の結果
患者への接近	6.07	8	0	0
内なる力を強める	8.08	11	0	0
家族の絆を強める	8.9	12	0	0
直接ケア	19.33	25	0	0
場を作る	16.84	18	0	0
インシデントを防ぐ	10.53	9	0	0

構造得点レーダー



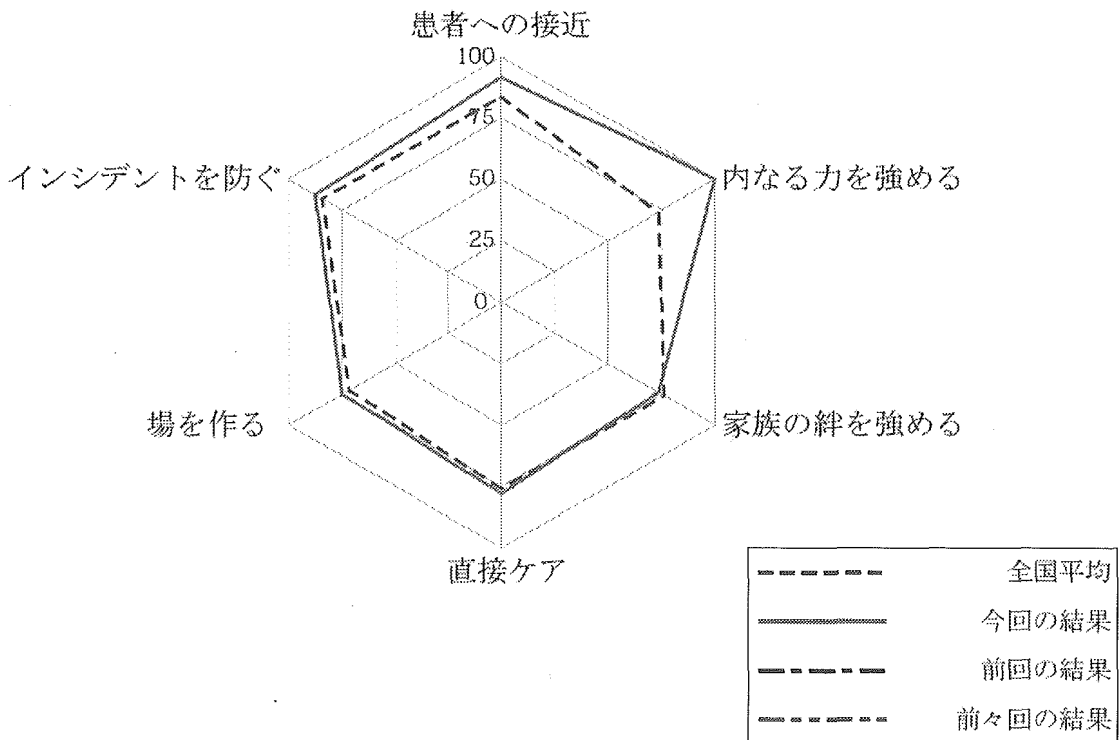
当該領域で「回答しない」が1項目以上あった場合は0点として表示されます。
 ※満点を100として%で表示しております。

図3 入力者へのフィードバック画面 (過程入力者)

過程得点結果 注) 全国平均とは全国の参加した病棟の平均値を示します。

	全国平均	今回の結果	前回の結果	前々回の結果
患者への接近	20.09	22	-	-
内なる力を強める	13.17	18	-	-
家族の絆を強める	11.4	11	-	-
直接ケア	20.48	21	-	-
場を作る	8.61	9	-	-
インシデントを防ぐ	20.2	21	-	-

過程得点レーダー



当該領域で「回答しない」が1項目以上あった場合は0点として表示されます。

※満点を100として%で表示しております。

図4 病棟へのフィードバックファイル

病棟ID 05-28-0001-02 05年度

あなたの病棟の結果です。

構造得点 注) 全国平均とは全国の参加した病棟の平均値を示します。

項目	全国平均	今回の結果	前回の結果	前々回の結果
患者への接近	6.07	8	0	0
内なる力を強める	8.08	11	0	0
家族の絆を強める	8.9	12	0	0
直接ケア	19.33	25	0	0
場を作る	16.84	18	0	0
インシデントを防ぐ	10.53	9	0	0

過程得点

項目	全国平均	今回の結果	前回の結果	前々回の結果
患者への接近	20.09	18	-	-
内なる力を強める	13.17	9.33	-	-
家族の絆を強める	11.4	7.33	-	-
直接ケア	20.48	18	-	-
場を作る	8.61	6.25	-	-
インシデントを防ぐ	20.2	20	-	-

アウトカム (患者満足度)

項目	全国平均	今回の結果	前回の結果	前々回の結果
患者への接近	9.43	7.8	-	-
内なる力を強める	9.55	9.2	-	-
家族の絆を強める	18.8	17	-	-
直接ケア	18.89	18.5	-	-
場を作る	8.99	8.78	-	-
インシデントを防ぐ	9.67	9.5	-	-

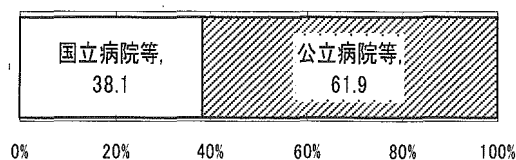
G-2. 研究参加病棟の属性

参加を申し出た病棟は44病棟であったが、最終的に構造入力を終了した病棟は42病棟であった。過程入力者数は193名、患者満足度回答者数は245名であった。

1) 病院の設置主体

図5に示したように今回は、16病棟(38.1%)が国立病院で、26病棟(61.9%)が公立病院からの参加であり、私立病院からの参加はなかった。

図5 病院の設置主体



2) 病院の機能の別

表3に示したように今回の参加は特定機能病院または急性期病院が多く、特別な機能をもった病院の病棟が多かった。

表3 参加病棟の病院の機能の別

	N	%
特定機能病院	16	38.1
急性期特定病院	5	11.9
急性期病院	19	45.2
その他の一般病院	1	2.4
その他	1	2.4
合計	42	100.0

3) 病院の稼動病床数と年間平均病床利用率

今回参加した病棟が属する病院の病床数と年間平均病床利用率を表4に示す。最小でも345床、最大850床の病床数の多い病院

であった。

表4 稼動病床数、平均病床利用率

	N	最小値	最大値	平均値	SD.
稼動病床数	42	345	850	533.3	208.1
平均病床利用率%	34	65	94	85.3	6.9

4) 病院機能評価を受けているか。

表5に示すように今回参加した病棟の61.9%は病院機能評価を受けた病院に属していた。

表5 病院機能評価を受けているか

	N	%
受けている	26	61.9
受けていない	16	38.1
合計	42	100.0

5) 病棟の主な診療科

表6に示すように今回参加した病棟の42.9%は、様々な診療科が複数合わさった病棟であった。診療科は多岐にわたっており、幅広い情報が得られたと考えられる。

表6 病棟の主な診療科

	N	%
外科/整形外科/脳外科	10	23.8
内科/消化器内科	8	19.0
産科/婦人科	3	7.1
呼吸器科	2	4.8
泌尿器科	1	2.4

混合病棟	18	42.9
外科、整形外科、脳外科、内分泌外科、消化器外科、乳腺外科、内科、消化器内科、呼吸器内科、血液内科、循環器内科、神経内科、腎臓内科、代謝内科、小児科、婦人科、皮膚科、放射線科、耳鼻咽喉科など		
合計	42	100.0

6) 病床区分

病床区分は、42病棟すべてが、一般病棟であった。

7) 病棟の病床数、病床利用率

参加病棟の病床数は表7に示すように22～55床、平均43.1床で、病床利用率は平均89.9%であった。

表7 病棟の病床数、病床利用

	N	最小値	最大値	平均値	S.D.
病床数	39	22	55	43.1	6.5
病床利用率%	38	72.4	130.6	89.9	9.5

8) 看護師率、看護補助者数

准看護師と看護師の割合では、すべての病棟で看護師の割合が88.0%以上で、すべてが看護師である病棟は39病棟(92.6%)であり、今回の参加病棟では主に看護師が働く病棟であった。看護補助者がいる病棟は26病棟(61.9%)で、看護補助者数は1～3名の幅はあったが、ほとんどは(23病棟)は1名であった。

表8 看護師率、看護補助者数

	N	最小値	最大値	平均値	S.D.
看護師率%	42	88.0	100.0	99.5	2.1
看護補助者数	42	0	3	0.7	0.7

看護師率%	42	88.0	100.0	99.5	2.1
看護補助者数	42	0	3	0.7	0.7

9) 病棟の勤務体制

病棟の勤務体制は、2交替制は1病棟(2.4%)だけで、41病棟(97.6%)は3交替制であった。

10) 看護体制

看護体制としては、表9に示すようにチームナーシングをとるところが、38.1%で最も多く、続いてプライマリーナーシング26.2%、混合型23.8%であった。

表9 看護体制

	N	%
チームナーシング	16	38.1
プライマリーナーシング	11	26.2
混合型	10	23.8
受け持ち制	2	4.8
その他	3	7.1
合計	42	100.0

G-3. 構造入力結果

1. 得点結果

構造の得点結果を表10に示した。ほぼ全病棟が「S5.1.2 業務調整のための責任者が明示されている」、「S6.1.1 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」「S6.1.3 院内にCDC/厚生労働省/日本看護協会いずれかのガイドラインに基づいた感染防止基準がある」「S6.2.1 インシデントが発生したときに書く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」「S6.2.2 インシデント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」と回答していた。

6領域、それぞれの合計点を図4に、総合得点を図5に示した。「1. 患者への接近」に関しては、高得点に偏る傾向があったが、その他の領域および総合得点ではバランスのよい点分布がみられた。今回、参加があった病棟は国立または公立病院で、地域を代表するような大きな病院であり、設備や構造が整っているところと考えられたが、今後、様々なタイプの病棟の評価を重ね検討していく必要がある。

表10 構造評価 得点結果

項目	人数	平均	S.D.	最小	最大	尖度	歪度	度数分布		
								0	1	2
患者への接近										
S1111	42	1.6	0.8	0	2	-1.64	0.71	8	-	32
S1121	41	1.8	0.5	0	2	-2.37	5.36	1	6	34
S1211	42	1.2	0.8	0	2	-0.49	-1.45	11	10	21
S1221	42	1.4	0.9	0	2	-0.98	-1.09	12	-	30
S1TTL	42	6	2.2	1	8	-0.80	-0.57			
内なる力を強める										
S2111	42	1.4	0.5	0	2	-0.08	-1.04	1	23	18
S2121	42	1.3	0.5	0	2	0.29	-0.72	1	27	14
S2131	39	1.6	0.8	0	2	-1.52	0.32	8	-	31
S2211	41	1.7	0.6	0	2	-1.80	2.20	3	7	31
S2221	42	1.3	0.5	1	2	0.98	-1.09	0	30	12
S2231	42	0.8	0.6	0	2	0.01	-0.07	11	27	4
S2TTL	42	8	2	2	11	-0.85	1.38			
家族の絆を強める										
S3111	42	1	0.8	0	2	0.04	-1.33	13	17	12
S3121	42	1.4	0.9	0	2	-0.84	-1.09	10	6	26

S3131	42	1.1	0.8	0	2	-0.21	-1.26	10	17	15
S3141	41	1.1	0.7	0	2	-0.16	-1.08	9	19	13
S3211	42	1.3	0.5	1	2	0.98	-1.09	0	30	12
S3221	40	1.1	0.8	0	2	-0.13	-1.24	10	17	13
S3231	42	1.9	0.3	1	2	-2.86	6.49	0	4	38
S3TTL	42	8.8	3.2	3	13	-0.35	-0.96			
直接ケア										
S4112	41	1.9	0.3	1	2	-2.82	6.24	0	4	37
S4121	41	1.3	0.5	0	2	0.15	-0.88	1	25	15
S4131	42	1.5	0.5	1	2	0.10	-2.09	0	22	20
S4141	42	1.3	0.5	0	2	0.20	-0.85	1	26	15
S4211	41	1.8	0.6	0	2	-2.33	4.33	3	4	34
S4221	41	1.1	0.6	0	2	0.00	0.08	5	27	9
項目	人数	平均	S.D.	最小	最大	尖度	歪度	度数分布		
								0	1	2
S4231	42	1.9	0.3	1	2	-3.45	10.42	0	3	39
S4241	42	1.1	0.6	0	2	0.01	0.15	5	28	9
S4311	41	1.5	0.6	0	2	-0.69	-0.43	2	17	22
S4321	41	1.5	0.6	0	2	-1.06	0.12	3	13	25
S4331	40	1.6	0.6	0	2	-1.13	0.25	3	12	25
S4341	41	1.6	0.6	0	2	-1.23	0.62	2	12	27

S4351	40	1.1	1	0	2	-0.21	-2.06	18	-	22
S4TTL	42	18.8	4	10	25	-0.49	-0.50			
場をつくる										
S5111	42	2	0.2	1	2	-4.41	18.30	0	2	40
S5121	42	2	0.3	0	2	-6.48	42.00	1	-	41
S5131	41	1.8	0.4	1	2	-1.24	-0.49	0	10	31
S5141	42	1.7	0.5	1	2	-0.98	-1.09	0	12	30
S5211	41	0.4	0.6	0	2	1.11	0.33	26	13	2
S5221	40	0.4	0.6	0	2	1.24	0.50	26	11	3
S5311	42	1.9	0.4	1	2	-2.12	2.61	0	6	36
S5321	42	1.5	0.9	0	2	-1.28	-0.39	10	-	32
S5411	41	1.4	0.8	0	2	-0.77	-0.97	8	10	23
S5421	41	1.4	0.7	0	2	-0.65	-0.68	5	16	20
S5511	42	1.3	0.6	0	2	-0.11	-0.40	3	25	14
S5521	42	1.1	0.5	0	2	0.28	1.94	3	33	6
S5TTL	42	16.5	3.2	10	23	-0.15	-0.51			
インシデントを防ぐ										
S6111	42	2	0.2	1	2	-6.48	42.00	0	1	41
S6121	41	1.6	0.5	1	2	-0.36	-1.97	0	17	24
S6131	42	2	0.2	1	2	-6.48	42.00	0	1	41
S6211	41	2	0	2	2			0	-	41

S6221	42	2	0.2	1	2	-6.48	42.00	0	1	41
S6311	41	1	0.8	0	2	-0.09	-1.44	12	15	14
S6TTL	42	10.5	1	8	12	-0.10	-0.31			
STTL	42	68.6	9.8	46	84	-0.33	-0.30			

図4 構造評価6領域の得点分布

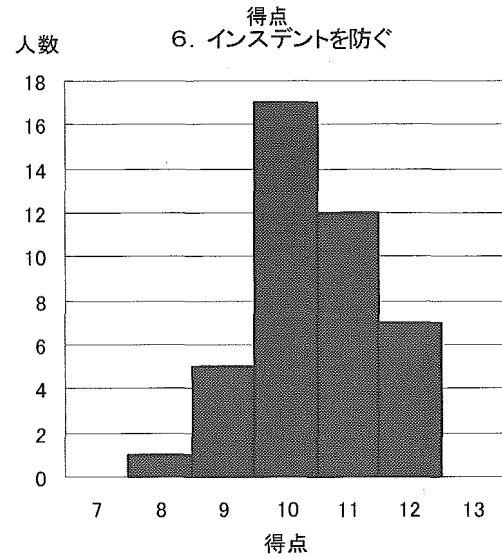
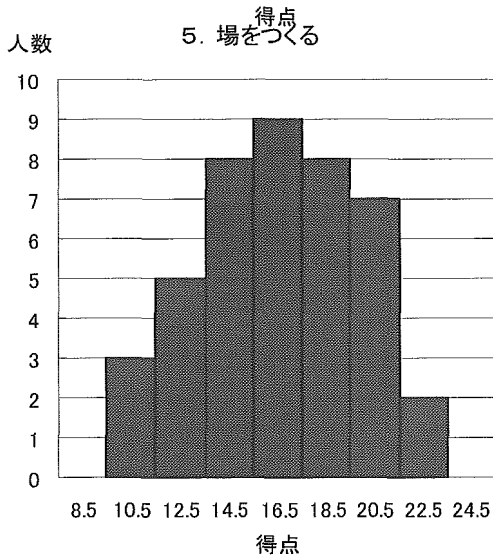
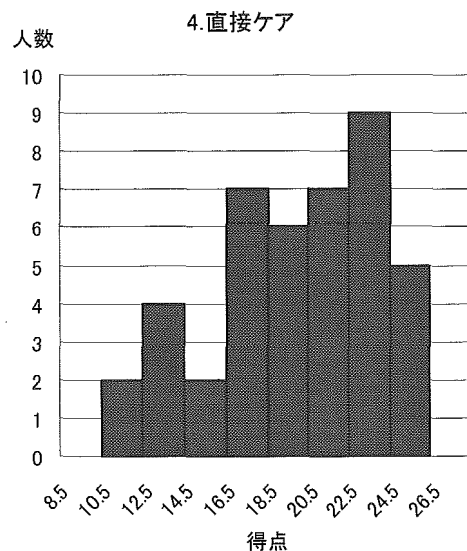
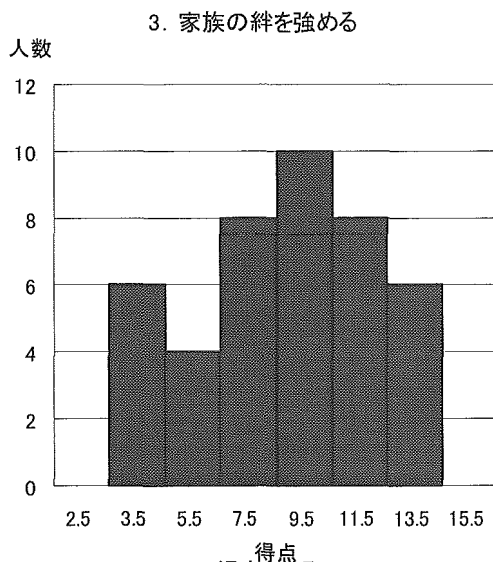
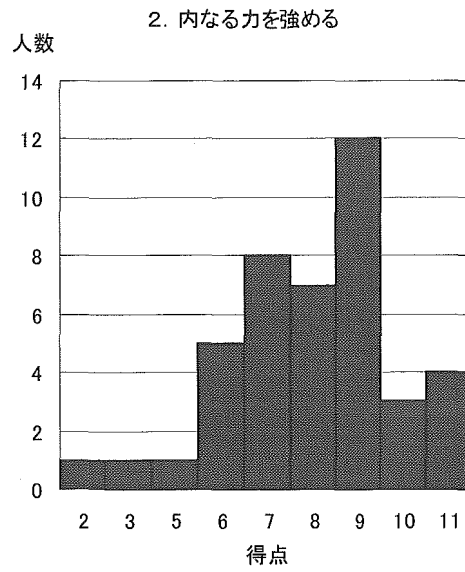
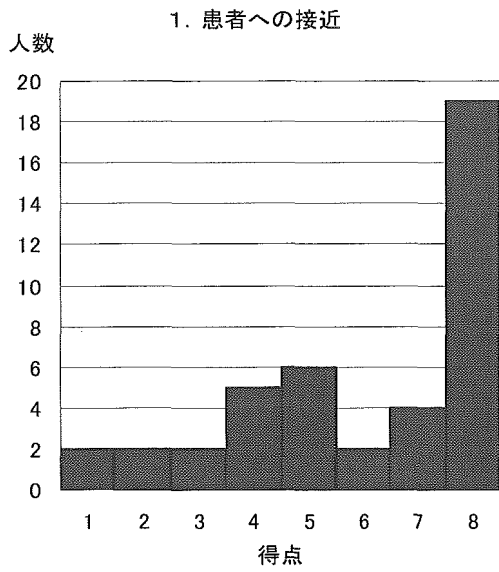


図5 構造総合得点

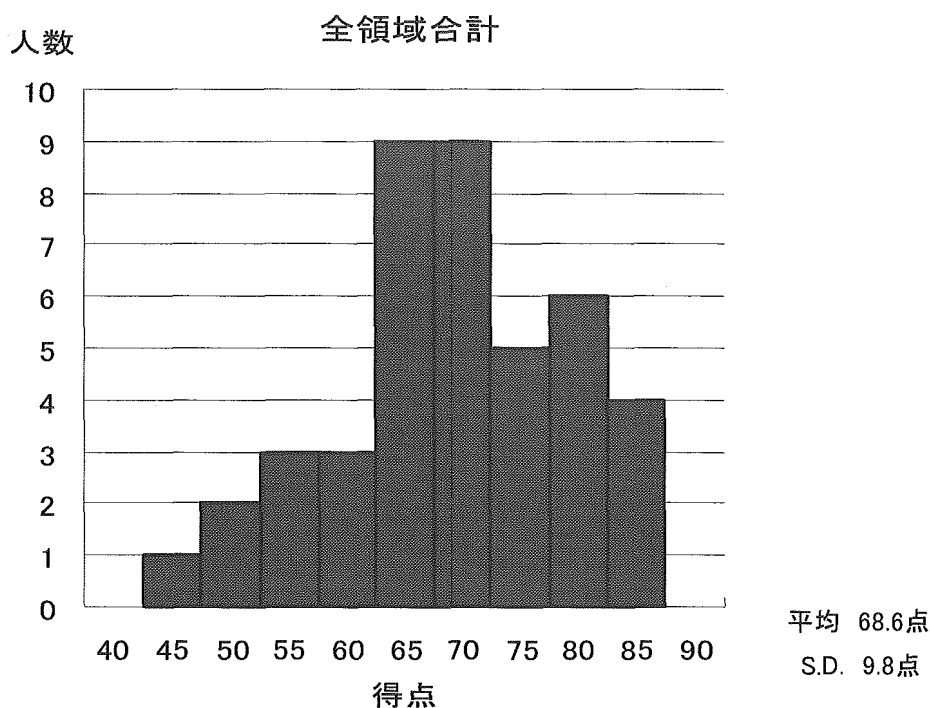


表11 構造—6領域の相関

	1.患者への接近	2.内なる力を強める	3.家族の絆を強める	4.直接ケア	5.場をつくる
2.内なる力を強める	0.27				
3.家族の絆を強める	-0.11	0.29			
4.直接ケア	0.24	0.46 **	0.24		
5.場をつくる	0.35 *	0.28	0.14	0.47 **	
6.インシデントを防ぐ	0.22	-0.04	0.07	0.11	0.04

N=41 Spearman 相関係数* p<0.05, **p<0.01

2. 質問項目間の関連

同じ領域内では関連性が高い項目がみられたが、Spearmanの相関係数が0.6を超えるものはなく、重複する質問項目はみられなかった。

各領域の合計点間のSpearman 相関係数は表11に示すごとく、「患者への接近」と「場をつくる」が0.35 ($P<0.05$)、「内なる力を強める」と「直接ケア」が0.46 ($p<0.01$)、「直接ケア」と「場を作る」が0.47 ($p<0.01$)で中程度の相関を示した。

3. 実際の入力について

1) 入力時間

入力時間は、表12に示すごとく最小15分、最大90分、平均38.8分で、参加者は40分弱で入力することができた。昨年の結果、 46.7 ± 15.2 分 ($N=9$)と比較しても短く、画面を改良することによって入力しやすくなったと考えられた。

表12 構造評価入力時間 (分)

	N	最小値	最大値	平均値	S. D.
入力時間	42	15	90	38.8	17.6

2) 入力後の感想

点検する資料や入力の仕方については、表13に示すようにわからなかったとするものはおらず、あまりわからなかったとするものが2名(4.8%)あったが、大部分(95.2%)は、よくわかった～ふつうと回答していた。これは、昨年の結果とほぼ同じ結果であった。また画面の見やすさについては26名(61.9%)がよくわかったと回答しており、昨年によくわかった42.9%(3/

7)と比較して高い数字であり、見やすくなったと考えられた。

自分の病棟の評価を受ける負担としては、70%程度が「感じなかった」「あまり感じなかった」と回答していたが、30%程度は、「少し感じた」「感じた」と回答していた。今回は自主的な参加とし、どの病棟の結果かは、外部者にはわからないようになっている。それでも評価をうけるということは、なんらかの負担感を参加者にもたらしことがわかった。

自由記載では、途中で中断した後、再開すると、すでに入力した項目は最終画面からでないと修正できないことが上げられていた。今回は患者満足度調査として、患者が直接Webサイトへ入力するようにし、患者の誘導を師長に依頼したが、自由記載はそのことに関するものが多く、構造入力に関するものは少なかった。

表13 入力後のアンケート結果

問1. 点検する資料や事柄、場所についてはわかりやすかったですか？						
	よくわかった	まあまあわかった	ふつう	あまりわからなかった	わからなかった	合計
N	10	21	9	2	0	42
%	23.8	50.0	21.4	4.8	0.0	100.0
問2. 入力の仕方はわかりやすかったですか？						
	よくわかった	まあまあわかった	ふつう	あまりわからなかった	わからなかった	合計
N	18	16	6	2	0	42
%	42.9	38.1	14.3	4.8	0.0	100.0
問3. 画面上の質問は見やすかったですか？						
	よくわかった	まあまあわかった	ふつう	あまりわからなかった	わからなかった	合計
N	26	10	5	1	0	42
%	61.9	23.8	11.9	2.4	0.0	100.0
問4. 質問の意味がわかりやすかったですか？						
	よくわかった	まあまあわかった	ふつう	あまりわからなかった	わからなかった	合計
N	7	21	11	3	0	42
%	16.7	50.0	26.2	7.1	0.0	100.0
問5. 今回の評価を受けることは病棟の負担として重いと感じられましたか？						
	感じなかった	あまり感じなかった	ふつう	少し感じた	感じた	合計
N	8	14	7	12	1	42
%	19.0	33.3	16.7	28.6	2.4	100.0
問6. 時間的な負担を感じましたか？						
	感じなかった	あまり感じなかった	ふつう	少し感じた	感じた	合計

	た	た	た	た	た	合計
N	4	16	9	10	3	42
%	9.5	38.1	21.4	23.8	7.1	100.0

問7. 精神的な負担を感じましたか？

	感じなかった	あまり感じなかった	ふつう	少し感じた	感じた	合計
N	3	15	13	8	3	42
%	7.1	35.7	31.0	19.0	7.1	100.0

自由記載

- ・看護のケアの質に関して、スタッフと一生懸命患者様中心で頑張っています。また、カンファレンスの活用で看護師全体で患者様に関わっており、どのような評価がでるのかなと思っています。
- ・2月9日より調査開始したが、3月1日から一時的に病棟再編成したため、データ上誤差があるのではないかと心配しています
- ・最後の入力後修正はできないのでしょうか
- ・勝手な理解をしているところもあるかと思えます。
- ・後からの入力ができず、最後まで行かないと再点検が出来なかった。2問ほど入力できていない。患者様の選定に少し困った。
- ・患者満足度調査に際し、患者、家族の同意を得るのが困難であった
- ・患者様用、画面が小さく高齢者には見にくいので、音声入力などができるとよい。または、画面を大きくするなど工夫が必要。マウスをクリックすることをなかなか理解されない高齢者はアンケートに答えることをためられます。
- ・患者様はまだまだコンピューター入力に慣れておらず、マウスを使えない人も多い。入力というとしぶる患者様もいた。テンキーや→で入力できると、患者様もやりやすかったと思う
- ・パソコンでの入力は、説明はしたのですが、高齢の患者様にとっては少し難しかったようでした。

G-4. 過程評価結果の解析と考察

1. 過程評価の回答者の背景

過程評価の回答者の背景を、表14に示す。看護師としての経験年数は平均10.2年、当該病棟での経験年数は平均4.6年であった。また、入力に要した時間は平均81.6分で最大300分、最小20分であった。

2. 得点結果について

1) 回答状況

過程結果の得点分布を表15に示す。過程評価のデータには、無回答も多く、件数の多い項目は「611 苦痛や危険性を判断している」39件(48.2%)、「431 ケアの見直しや修正をしている」および「511 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」26件(13.5%)、「613 危険なサインを理解している」および「621 医師の指示内容が患者の状態にあっていないときは確認する」23件(11.9%)などであった。無回答が少ない項目は、「631 安全に関する基準をもとに処置が行われている」0件(0.0%)、「622 患者ケアについて不確かなことは確認する」1件(0.5%)、「311 面会時間を融通することができることを家族に伝える」および「521 平常時において、看護師同士が協働する」2件(1.0%)であった。

無回答の原因として、①入力システム上の問題、②質問項目が該当する状況がない、③質問の意味が理解できないなどが考えられる。自由記載に記入された内容のうち、

過程評価の無回答の理由として推察できるものとして、「質問が選択患者にあってないときに答えに困り回答できない」「たまたまその日に担当となってケアをした人に対して答えにくい」「具体的で分かりやすく回答しやすいものが多かったが、質問の意図が分かりにくいものがあり、回答しにくい質問が数問あった」などがあった(表16)。

2) 過程評価結果

前述のように、無回答の項目があったため、過程評価についての結果分析の対象は、過程評価項目に無回答があった108件を除く85件で行った。有効回答率は44.0%であった。

有効回答の過程結果の得点分布を表17に示す。6領域それぞれの合計点を図6に、総得点の分布を図7に示す。

小項目ごとにみると、回答傾向に集中があった項目は、「122 患者の生活状況を把握している」97.6%、「121 患者の医学的な側面の把握をしている」96.5%、「211 看護師は患者が欲しいと思っている情報を伝える」94.1%、「633 手順どおりに行う」94.1%、「612 患者の可能性や希望を把握している」92.9%で、いずれも3点の評価に集中していたが、各領域の総得点にはばらつきがあり、よい散らばりとなった。