

3.家族の絆を強める	相関係数	0.45 **	-0.13	0.18
	N	38	38	38
4.直接ケア	相関係数	0.30	-0.20	-0.08
	N	35	35	35
5.場をつくる	相関係数	0.11	-0.07	-0.19
	N	37	37	37
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.06	0.00	0.01
	N	39	39	39
総点	相関係数	0.28	-0.04	-0.12
	N	33	33	33

		転倒	転落	褥創
<過程>				
1.患者への接近	相関係数	0.09	0.13	0.06
	N	40	40	40
2.内なる力を強める	相関係数	-0.28	-0.19	-0.04
	N	42	42	42
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.18	0.13	-0.19
	N	42	42	42
4.直接ケア	相関係数	0.03	-0.05	0.13
	N	39	39	39
5.場をつくる	相関係数	-0.01	0.11	0.17
	N	40	40	40
6.インシデントを防ぐ	相関係数	0.10	-0.08	-0.06
	N	39	39	39
総点	相関係数	-0.05	-0.12	-0.06
	N	38	38	38
<患者満足度>				
1.患者への接近	相関係数	-0.07	-0.23	-0.03
	N	40	40	40
2.内なる力を強める	相関係数	-0.12	-0.10	-0.15
	N	40	40	40
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.01	-0.11	0.23
	N	38	38	38
4.直接ケア	相関係数	-0.04	-0.11	-0.10
	N	38	38	38
5.場をつくる	相関係数	-0.24	-0.25	-0.22

	N	40	40	40
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.09	-0.05	-0.08
	N	40	40	40
総点	相関係数	-0.05	-0.10	0.02
	N	38	38	38
Spearman相関係数		**p<0.01		

2. 得点に影響をあたえた要因

今回は完答した参加病棟が42病棟であったため、多変量解析を用いて、様々な要因の関連性を検討することは難しかった。以下にそれぞれの要因にかんして検討した結果をしめす。

1) 病院、病棟の特長による違い

①設置主体

下記のように今回は、国立病院と公立病院の参加であったが、両者の間に大きな違いはみられなかった。

表27 病院による得点の違い。

		N	平均 値	S.D.
構造総合点	国立	12	71.3	10.9
	公立	21	67.1	13.2
過程総合点	国立	14	95.5	7.3
	公立	22	92.6	10.8
患者満足度 総合点	国立	14	59.6	4.7
	公立	22	59.8	2.3
転倒	国立	16	1.8	3.1
	公立	24	1.3	1.1
転落	国立	16	0.3	0.8
	公立	24	0.5	0.7
褥創	国立	16	0.2	0.6
	公立	24	0.6	0.8

②病院の機能別

機能別にそれぞれの得点を表28示した。有意な差がみられる項目はなかった。

③病院の稼働病床率、病棟病床数、病棟病床利用率との関連

病院の稼働病床率、病棟病床数、病棟病床利用率とそれぞれの得点の相関を表29に示した。病床利用率が高いほど、転倒は多く発生していた。また、今回の結果では病院の病床数が少ないほど転落が起きる傾向があった。

今回の参加病棟のほとんどは看護師率が100%であったので、看護師率の違いに関する解析は行わなかった。

看護補助者との関係においては、看護補助者数が多いほど、転落、褥創の頻度が高くなったが、これは看護補助者を置くような病棟の特徴なのか、マンパワーの問題なのか、今後の検討が必要である（表30）。

今回調査した病棟のほとんどが2交替制であったので、交替制による違いの解析は行わなかった。

看護体制と各得点の関連性をみるため、分散分析を行って検討した結果を表31に示す。とくに有意な差はみられなかった。

表28 機能別、各得点および転倒・転落・褥創発生率

		特定機能	地域支援	急性期	一般	その他
構造総合点	N	13	6	15	3	1
	平均値	59.8	60.0	59.9	58.1	58.0
	S.D.	4.1	5.3	1.9	0.9	
過程総合点	N	16	6	16	3	1
	平均値	1.3	2.8	1.2	1.0	0.0
	S.D.	2.8	1.9	1.2	1.7	
患者満足度 総合点	N	16	6	16	3	1
	平均値	0.2	0.7	0.5	0.9	1.8
	S.D.	0.6	0.9	0.8	0.8	
転倒	N	16	6	16	3	1
	平均値	0.3	0.5	0.5	0.2	1.8
	S.D.	0.5	0.9	0.8	0.4	
転落	N	13	6	15	3	1
	平均値	59.8	60.0	59.9	58.1	58.0
	S.D.	4.1	5.3	1.9	0.9	
褥創	N	16	6	16	3	1
	平均値	1.3	2.8	1.2	1.0	0.0
	S.D.	2.8	1.9	1.2	1.7	

表29 病院、病棟の状況と各得点および転倒・転落・褥創発生率との関係

		病院 稼動病床数	病棟病床数	病棟 病床利用率
構造総合点	相関係数	0.11	0.25	0.28
	N	34	32	31
過程総合点	相関係数	0.13	-0.11	-0.05
	N	38	35	34
患者満足度 総合点	相関係数	0.11	-0.18	-0.39 *
	N	38	35	34
転倒	相関係数	-0.04	0.35	0.45 **
	N	42	39	38
転落	相関係数	-0.34 *	0.20	-0.02
	N	42	39	38
褥創	相関係数	-0.13	0.22	0.09
	N	42	39	38

Spearman相関係数 * p<0.05, **p<0.01

表30 看護補助者数と各得点の相関

		看護補助者数
構造総合点	相関係数	-0.03
	N	34
過程総合点	相関係数	0.08
	N	38
患者満足度総合	相関係数	0.03
	N	38
転倒	相関係数	0.24
	N	41
転落	相関係数	0.30
	N	42
褥創	相関係数	0.34 *
	N	42

Spearman相関係数 * p<0.05

表31 看護体制と各得点の相関

		チーム	プライマリ	混合型	受け持ち制	その他
構造総合点	N	16	6	9	1	2
	平均値	66.3	73.3	67.8	61.0	72.0
	S.D.	14.8	7.3	11.9	.	17.0
過程総合点	N	13	11	9	2	3
	平均値	92.7	98.3	91.4	95.7	90.6
	S.D.	11.1	5.5	8.2	1.9	18.1
患者満足度総合点	N	15	11	8	2	2
	平均値	59.5	60.0	59.6	59.5	60.0
	S.D.	2.5	4.1	4.6	1.7	0.6
転倒	N	16	11	10	2	3
	平均値	1.3	1.6	1.5	0.9	1.5
	S.D.	1.1	3.4	2.2	1.3	1.2
転落	N	16	11	10	2	3
	平均値	0.5	0.3	0.5	1.2	0.2
	S.D.	0.8	0.7	0.8	0.4	0.4
褥創	N	16	11	10	2	3
	平均値	0.6	0.3	0.3	0.4	0.5
	S.D.	0.8	0.6	0.7	0.5	0.5

H. 研究結果の活用と今後の展望

〈体系的で包括的な評価ツールの完成〉

看護ケアの質評価に関しては、「構造」、「過程」、「結果」という3つのdimensionで評価する仕組みが実現した。ベッドサイドレベルで看護ケアの質を深く掘り下げて本質的に評価するツールとしては世界的にも先駆的なツールといえる。特に看護師の判断の内容を問う評価項目では、患者の病態を理解して、生活など看護師の視点を持って、医師に提言しているかといった点に及んで評価を行っているので、今後、看護師の思考過程まで踏み込んだ評価を行う第一歩になるだろう。

〈評価を受けることで看護の重要な機能に気づき意図的な看護が実現する〉

1993年～1995年にかけて、本研究班（厚生科研；看護ケアの質の評価基準に関する研究班）がフィールド調査によって得たデータで、質の高い看護として認められた看護師の行為のなかで、患者の選択権や希望を確認して看護ケアを提供するという行為は、その後10年を経て社会的にも非常に重要な質評価のポイントになってきている。患者の希望を確認して、患者に選択権を与えながらケアを提供するケア（患者への接近）や、医療看護処置に関して患者に納得のいく説明をして、患者が立ち向かえるようにするケア（内なる力を強める）などは、看護の基本的な働きであるが、毎日の業務に流されていると、意図的に行うことが難しくなる。本評価ツールによって評価するたびに、看護師に大切な看護の機能に気付くことができる。それは入力後のアンケートでも意見として寄せられており、本ツールによって、評価をしながら看護師の意識啓発を期待することもやぶさかではない。

本ツールは、病院機能評価と違い、看護

ケアの質を測ることに特化しており、しかもインシデントなどのネガティブデータだけでなく、ケアの創造的な部分に焦点が当たっている点がユニークである。看護ケアによって患者の内なる力をのばすことが推奨されているので、本評価ツールで刺激を受けた看護師は、患者がより積極的に医療に参加することに貢献し始めるだろう。

〈インターネットからの入力による汎用化→大量のデータ蓄積→エビデンスを得る仕組み〉

インターネットを介してデータ入力を可能にしたことで多くのメリットを得ることができた。日本全国の病院、病棟からID、PWによってアクセスして、入力されると、それはDBに蓄積され、統計的处理によって、様々な資料を作成することができる。

一体転倒、転落、褥創などのインシデント件数は、ある一定規模の病院でその範囲に分布するのか、それは看護師対患者数の比率に関連するのか、インシデントの件数は、何か構造、過程評価項目での得点パターンと関連しているのか、といった因果関係を検索することも可能である。日本の病院のインシデント平均件数は何件かといった信頼できるデータを提供することも可能である。現在のところ、3つの種類のインシデントのみ集計しているが、ゆくゆくは様々な配慮をして、誤薬、医療事故などのインシデント件数も項目として追加することができる。

〈評価の簡便化と経済性〉

医療の質評価は、いくつかの機関で行われているが、いずれも高額の評価費用を支払うので、利益追求を目的としていない医療施設や中小規模の施設にあつては、経済的な負担になっている。ま 経済的にも優

れており、一時的な評価のフィードバックは即座にインターネットを通して自動的に行われるので、現在完成した単純な評価報告であればDB管理のみの費用が発生するだけである。一病棟にかかる費用は、プロバイダーへの年間契約の費用と同程度と見積もることができる。今後、看護師のテキストデータについてマイニングを行い、さらに詳細にわたる専門的な評価報告書を作成する仕組みを計画中であり、それが実現しても利用者が負担する費用はそれほど変化しない予定である。

において世界水準での比較や検討が可能になる。

〈改善への基礎データの提供と改善経過のモニタリング機能〉

現在医療施設が受けている評価は、一般に数年間のインターバルが設けられているので継続的な質のモニタリングができるわけではない。本評価ツールは、Webシステムにすることによって、患者満足度、インシデント件数をはじめとして、ケアの本質を的確に押さえた看護師の思考過程や患者中心の行為を継続的にモニタリングすることができ、さらにそれをフィードバックすることによって、評価→改善の循環を作ることができる。DBに蓄積されたデータを常時集計する機能を搭載しているので、全国平均との比較も常に行うことができる。

〈看護管理の知識ベース構築と世界標準とのリンク〉

現在運営しているHPは、情報発信というよりはむしろポータルサイトとして、データ収集機能に特化しているが、海外の看護ケアの質に関する研究情報、実践事例などさまざまな情報を掲載することが可能である。米国マグネットホスピタルの認定に関わるANCC The American Nurses Credentialing Centerの動きなどともリンクすることは可能であり、看護ケアの質評価研究

L. 引用／参考文献

Agency for HealthCare Research and Quality (2001) 京都大学大学院医学研究科医療経済学教室翻訳 医療をより安全に：患者安全に関する医療行為のエビデンス評価 AHRQ Publication

阿部俊枝, 上泉和子, 内布敦子, 栗屋典子, 板野優子(2001):看護ケアの質自己評価表の開発, -第三者評価との比較による考察-, 日本管理学会誌, 5(1), p187-189.

阿部俊枝, 上泉和子, 栗屋典子, 内布敦子, 葛西淑子, 板橋玲子, 藤林文子, 八木橋昌子, 大平和子, 板野優子(2002):看護ケアの質過程自己評価表の開発と妥当性の検証, -QIプログラムを用いた第三者評価との比較とフォーカスグループインタビューを用いた分析-, 日本看護管理学会誌, 5(2), p19-28.

アメリカ看護婦協会編, 菅田勝也, 綿貫成明, 松本あき子訳(2001); 病院看護の通信簿(レポートカード)、日本看護協会出版会.

岩崎榮(2002):日本医療機能評価機構がとらえる医療の質と第三者評価のメリット, 特集看護の質を評価する指標開発の動向, 看護管理, 12(6), p426-430.

内布敦子, 上泉和子, 片田範子(1994):看護ケアの質の要素の抽出, -デルファイ法を用いて-, 看護研究, 27(4), p61-69.

内布敦子, 豊田邦江, 縄秀志, 松田裕子, 平尾明美, 鈴木久代(1996):「モニタリング機能」を構成する看護技術, 焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究, 看護研究, 29(1), p23-33.

内布敦子, 河野文子, 高谷裕紀子, 和泉成子,

片田範子, 柴田秀子, 三上由郁, 青本さとみ, 小竹雪枝, 鈴木真知子, 鈴木久代, 磯村須眞子, 遠藤俊子a(1998):看護ケア構造指標の開発と検討, 試案作成まで, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究31(2), p9-19.

内布敦子, 河野文子, 高谷裕紀子, 和泉成子, 片田範子, 柴田秀子, 三上由郁, 青本さとみ, 小竹雪枝, 鈴木真知子, 鈴木久代, 磯村須眞子, 遠藤俊子b(1998):看護ケア構造指標の試用と検討, 試案のプレテスト結果から, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究31(2), p21-27.

内布敦子(2001):Quality Improvement(QI)の考え方とターミナルケアへの応用, -Concept and Implementation of Quality Improvement to Terminal Care, 特集QOLの向上とリスクマネジメントの接点, ターミナルケア, 11(5), p341-347.

内布敦子(2002):看護QI研究会活動報告, 看護QIプログラムによる第三者評価, 特集看護の質を評価する指標開発の動向, 看護管理, 12(6), p417-421.

岡谷恵子, 田中美恵子, 古庄しおり, 南裕子, Holzemer, William L(看護QA研究会)(1992). 看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(1), -信頼性および構成概念妥当性の検定-, 日本看護科学学会誌, 12(3), p38-39.

岡谷恵子(1995):看護師-患者関係における信頼を測定する質問紙の開発, -信頼の厚生概念と質問紙の項目の作成-, 焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究, 看護研究28(4), p29-39.

片田範子, 大崎富士代, 高谷裕紀子, 鈴木真

知子, 村田恵子, 岩井さよ子, 亀谷文子, 檜垣美香子(1996):「痛みの緩和」における看護技術, 焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究, 看護研究, 29(1), 5-21.

片田範子他(1996)厚生科学研究8年度報告書 看護ケアの質の評価基準に関する研究 58, 59

片田範子, 内布敦子, 上泉和子, 山本あい子, 栗屋範子(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究報告書, 平成9年度厚生省看護対策研究事業報告書.

片田範子, 内布敦子, 上泉和子, 山本あい子(1998):看護ケアの質の評価基準に関する研究, 指標開発, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究, 31(2), p 3-8.

上泉和子, 内布敦子, 栗屋典子(2001):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究, 厚生労働科学研究費補助金研究報告書.

上泉和子(2002):看護QI研究会活動報告看護QIプログラムの自己評価票の開発, 特集看護の質を評価する指標開発の動向, 看護管理, 12(6), p422-425.

上泉和子, 内布敦子, 栗屋典子(2002):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究, 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書.

看護QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会a(1993). 看護ケアの質の測定用具の開発(1), 看護ケアの質を構成する因子の検討, 看護管理, 3(3), 188-192.

看護QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会b(1993). 看護ケアの質の測定用具の開発(2), 看護ケアの質を構成する因子の検討, 看護管理, 3(4), 274-280.

看護QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会c(1993). 看護ケアの質の測定用具の開発(3), 看護ケアの質を構成する因子の検討, 看護管理, 3(5), 340-348.

看護QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会d(1993). 看護ケアの質の測定用具の開発(4), 看護ケアの質を構成する因子の検討, 看護管理, 3(7), 494-500.

小林康江, 中岡亜紀, 上泉和子, 片田範子, 栗屋典子, 蝦名美智子, 平尾明美(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究, -質問紙の信頼性・妥当性の検証-, 日本看護科学学会誌, 17(3), p118-119.

柴田秀子, 上泉和子, 栗屋典子, 吉村千代子, 横道みさを, 檜垣美香子, 鈴山久代, 勝原裕美子(1995):看護ケアの質を構成する要素の検討, -量的調査を用いて-, 焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究, 看護研究, 28(4), p41-53.

高田早苗, 田村やよい, 小山真理子, 横山美樹, 南裕子, Holzemer, William L(看護QA研究会)(1992). 看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(1), -信頼性および構成概念妥当性の検定-, 日本看護科学学会誌, 12(3), p34-35.

高田早苗(1994):看護ケアの質を考える, 特集●看護の質を評価する試み, 看護学雑誌, 58(2), p115-121.

竹崎久美子, 塩塚優子, 三上由郁, 水谷信子

(1996):患者の日常生活を改善・維持するための看護技術, 焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究, 看護研究, 29(1), p47-57.

田村正枝, 田中美恵子, 野並葉子, 南裕子, Holzemer, William L(看護QA研究会)(1992). 看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(2), -妥当性の検定-, 日本看護科学学会誌, 12(3), p40-41.

近澤範子(1994):看護ケアの質の評価に関する文献検討, 看護研究, 27(4), p71-79.

近澤範子, 大川貴子, 青本さとみ(1996):「医療チームの連携」を生み出す看護師の技術, 焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究, 看護研究, 29(1), p59-70.

近澤範子, 勝原裕美子, 小林康江, 塩塚優子, 中岡亜紀, 片田範子, 栗屋範子, 蝦名美智子, 平尾明美(1998):看護ケア結果指標と測定用具の開発, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究, 31(2), p59-69.

Donabedian A(1969):Part II-some issues in evaluating the quality of nursing care, AJPN, 59, p1833-1886.

JCAHO(2000):Pain Assessment and Management, Joint Commission Resources, 13.

堀内成子, 南裕子, 看護QA研究会(1994年度活動員)a(1995):看護ケアの測定用具の開発過程, 焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究, 看護研究, 28(4), p11-19.

堀内成子, 南裕子, 看護QA研究会(1993年度活動員)b(1995):看護ケアの測定用具の開

発と洗練, -該当せず」への回答状況と理由の分析-, 焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究, 看護研究, 28(4), p21-27.

堀内成子, 太田喜久子, 小山真理子, 森明子, 小松浩子, 岡谷恵子, 高田早苗, 井部俊子, 岩澤和子, 飯塚京子, 清水喜美子, 山田雅子, 南裕子, W.L. Holzemer(1996):看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究, -信頼性・妥当性の検討-, 日本看護科学学会誌, 16(3), p30-39.

山岸まなほ(2002):米国看護師境界の看護質指標, -米国での収集の現状と日本での実用化にむけて-, 特集看護の質を評価する指標開発の動向, 看護管理, 12(6), p431-436.

山本あい子, 小竹雪枝, 小林康江, 中込さと子, 勝原裕美子, 遠藤俊子, 我部山キヨ子, 片田範子(1996):家族を含めた看護ケア技術, 焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究, 看護研究, 29(1), p35-46.

山本あい子, 片田範子, 大崎富士代, 中込さと子, 縄秀志, 小高恵美, 上泉和子, 竹崎久美子, 大川貴子a(1998):看護ケア過程指標の開発, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究, 31(2), p29-35.

山本あい子, 片田範子, 大崎富士代, 中込さと子, 縄秀志, 小高恵美, 上泉和子, 竹崎久美子, 大川貴子b(1998):看護ケア過程指標の検証, 焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発, 看護研究, 31(2), p37-57.

横山美樹, 小山真理子, 高田早苗, 田村やよい, 南裕子, Holzemer, William L(看護QA研究会), (1992). 看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(2), -妥当性の検定-, 日本看護科学学会誌, 12(3), p36-37

<http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety>(2004年現在),医療をより安全に:患者安全に関する医療行為のエビデンス評価,Making Health Care Safer: A Clinical Analysis of Patient Safety Practices の抄録, Agency for Healthcare Research and Quality.

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital London*: Churchill Livingstone;1962

Bergstorm N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res* 1987;36:205-210.

Xakellis GC, Frantz RA, Arteaga M, Nguyen M, Lewis A. A comparison of patient risk for pressure ulcer development with nursing use of preventive interventions. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:1250-1254.

Cullum N, Deeks J, Sheldon TA, Song F, Fletcher AW. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. In : *The Cochrane Library*, Issue 4,2000.Oxford: Update Software.

Hofman A, Geelkerken RH, Wille J, Hamming JJ, Hermans J, Breslau PJ. Pressure sores and pressure-decreasing mattress: controlled clinical trial. *Lancet* 1994;343:568-571.

Santry JE, Butler MK, Whyman JD. A comparison study of 6 types of hospital mattress to determine which most effectively reduces the incidence of pressure sores in elderly patients with hip fractures in a District General Hospital Report to Northern & Yorkshire Regional Health Authority 1994.

Gray DG, Campbell M. A randomized clinical trial of two types of foam mattress. *J Tissue Viability* 1994;4:128-132.

Collier ME. Pressure-reducing mattress. *J Wound Care* 1996;5:207-211.

Anderson KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E. Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating-pressure air-mattress and water-mattress. *Acta Derm Venereol(Stockholm)* 1982;63:227-230.

Thomas DR. Issues and dilemmas in the prevention and treatment of pressure ulcers: a review . *J Gerontol* 2001;56A:M328-M40.

Aronovitch SA, A comparative, randomized, controlled study to determine safety and efficacy of preventive pressure ulcer systems: preliminary analysis. *Adv Wound Care* 1998;11:15-16.

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-1707.

Oliver D, Britton M, Seed P, Martin Fc, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall :case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-1053.

Whitney SL, Poole JL, Cass SP, A review of balance instruments for older adults. *Am J Occup Ther* 1998;52:666-671.

Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community – dwelling older adults. *Phys Ther* 1997;77:812-819.

Tinetti Me. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J AM Geriatr Soc* 1986;34:119-126.

Ray WA, Taylor JA, Meador Kg, et al. A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes. *JAMA* 1997;278:557-562.

Cullen D, Bates D, Asmell A, Cooper J, Nemeskal A, Leape L. The incident reporting system does not detect adverse events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21:541-548.

O'Neil A, Petersen L, Cook E, Bates D, Lee T, Brennan T. Physician reporting compared with medical-record

review to identify adverse medical events. *Ann Intern Med* 1993;119:370-376.

Welsh C, Pedot R, Anderson R. Use of morning report to enhance adverse event detection. *J Gen Intern Med* 1996;11:454-464.

Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2000;15:470-477.

資料

資料 1-1 : Web 自己評価構造評価改訂箇所一覧

資料 1-2 : Web 自己評価過程評価改訂箇所一覧

資料 1-3 : Web 自己評価結果 (アウトカム)

改訂箇所一覧

資料 2 : 看護ケアの質自己評価 Web 用マニュアル

2005 年度 Version

資料 1-1

資料 1-1 : Web 自己評価構造評価改訂箇所一覧

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改定理由	2005 質問項目と評価尺度
患者への接近	1.1 個別情報を示す道具がある	1.1 個別情報を示す道具がある	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	1.1.1 現在の個々の患者に必要な情報が明記されている	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。 安静度と保清方法の項目が両方ある。 ² 安静度が保清方法のどちらからか1項目がある。 ¹ どちらもない。 ⁰	これまでの回答結果は95%の病棟では安静度と保清方法の両方があり満点なので、病棟による差がでない。よりの質の高い状況を点数化するため、患者の希望について書く欄があるかどうかという質問項目を設定した。	患者の個別情報を示す記録についてお聞きします。 カルテまたはカードックス等に患者の療養上の希望について記載する欄がありますか？以下のあてはまるものを選択してください。 a.療養上の希望について記載する欄がある。 ² b.療養上の希望について記載する欄がない。 ⁰	患者の個別情報を示す記録についてお聞きします。 カルテまたはカードックス等に患者の療養上の希望について記載する欄がありますか？以下のあてはまるものを選択してください。	患者の個別情報を示す記録についてお聞きします。 カルテまたはカードックス等に患者の療養上の希望について記載する欄がありますか？以下のあてはまるものを選択してください。 a.療養上の希望について記載する欄がある。 ² b.療養上の希望について記載する欄がない。 ⁰
患者への接近	1.1 個別情報を示す道具がある	1.1 個別情報を示す道具がある	1.1.2 ケアに必要な個別情報がとがでる	1.1.2 ケアに必要な個別情報がとがでる	現在の個々の患者に必要な情報(体温票・看護記録・指示票・ケアプラン用紙)がアクセスしやすい状態にあるかどうかについてお聞きします。 a.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されている。 ² b.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されていない。 ¹ c.一つ以上の記録物が欠けている。 ⁰	Web化を行う際に、一元化されているかどうかという項目に変更したため、回答の率としては、不明であるから、変更なし。	現在の個々の患者に必要な情報(体温票・看護記録・指示票・ケアプラン用紙)がアクセスしやすい状態にあるかどうかについてお聞きします。 a.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されている。 ² b.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されていない。 ¹ c.一つ以上の記録物が欠けている。 ⁰	現在の個々の患者に必要な情報(体温票・看護記録・指示票・ケアプラン用紙)がアクセスしやすい状態にあるかどうかについてお聞きします。 a.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されている。 ² b.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されていない。 ¹ c.一つ以上の記録物が欠けている。 ⁰	現在の個々の患者に必要な情報(体温票・看護記録・指示票・ケアプラン用紙)がアクセスしやすい状態にあるかどうかについてお聞きします。 a.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されている。 ² b.全ての記録物がステーションの中にあり、一元化されていない。 ¹ c.一つ以上の記録物が欠けている。 ⁰
患者への接近	1.2 患者の習慣、時、安眠、空間、全性を尊重する姿勢を持っている	1.2 患者の習慣、時、安眠、空間、全性を尊重する姿勢を持っている	1.2.1 患者を尊重する姿勢を持っている	1.2.1 患者を尊重する姿勢を持っている	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。 ² 明示したものはない。 ⁰ 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。 ² 活用していない。 ⁰	回答を3段階に変更する。活用しているかどうかの判断は回答が難しいため、明示したものを年に1回確認するチャートがあるかどうかの事実を確認する設問とする。 年に数回行うより、定期的に、決められた場で行う設定されている方が好ましい。またスタッフ間で確認という表現のほうがよいと話し合われた。	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。 ² 明示したものはない。 ⁰ 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。 ² 活用していない。 ⁰	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。 ² 明示したものはない。 ⁰ 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。 ² 活用していない。 ⁰	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。 ² 明示したものはない。 ⁰ 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。 ² 活用していない。 ⁰
患者への接近	1.2 患者の習慣、時、安眠、空間、全性を尊重する姿勢を持っている	1.2 患者の習慣、時、安眠、空間、全性を尊重する姿勢を持っている	1.2.2 患者を尊重することと、家族に知らせるシステムがある	1.2.2 患者を尊重することと、家族に知らせるシステムがある	患者尊重を患者・家族に明示したものがあ る。 ² 明示したものはない。 ⁰	患者尊重を患者・家族に明示したものがあ る。 ² 明示したものはない。 ⁰	患者尊重を患者・家族に明示したものがあ る。 ² 明示したものはない。 ⁰	患者尊重を患者・家族に明示したものがあ る。 ² 明示したものはない。 ⁰	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。 ² 明示したものはない。 ⁰ 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。 ² 活用していない。 ⁰

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改定理由	2005 質問項目と評価尺度
内なる力を強める	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1.1 疾患の回復過程、退院後の生活に関する説明するためのパンフレットや資料がある	2.1.1 病気の回復過程、退院後の生活に関する説明するためのパンフレットや資料がある	2.1.1 病気の回復過程、退院後の生活に関する説明するためのパンフレットや資料がある	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うちから選んでください。 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) 放射線療法を受ける患者 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 a:0項目 b:1項目 5 c:2項目 4 d:3項目 3 e:4項目 2 f:5項目 1 g:6項目 0	以前の質問は回答率には、ばらつきがあり質問としてはよい(6点=15%、5点=30%、4点=15%、3点=20%、2点=5%、1点=10%、0点=5%)。しかし、他の項目とあわせ3段階評価に変更した。	以下の6つの項目について該当する患者の数のパンフレットや資料をそろっていますか？ <6つの項目> 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) 放射線療法を受ける患者 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	改定理由	以下の6つの項目について、該当する患者がいて、説明のためのパンフレットや資料をそろえていますか？ <6つの項目> 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) 放射線療法を受ける患者 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 該当する患者について全てそろっている。 ¹ 該当する患者についてそろっていないものがある。 ² 該当する患者について全てそろっていない。 ⁰
内なる力を強める	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1.2 パンフレット類を定期的に見直している	内なる力を強めるための活動としては、そのパンフレット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。見直しの間隔がどのぐらいかを問うことで、新しい情報を提供できているかを問う。	パンフレットの見直しはどの間隔で行われていますか？ 1年に1回の見直しがされている。 ² 1年以上～3年未満の期間で見直しを行っている。 ¹ 見直しはされていない。 ⁰	パンフレットの見直しはどの間隔で行われていますか？ 1年に1回の見直しがされている。 ² 1年以上～3年未満の期間で見直しを行っている。 ¹ 見直しはされていない。 ⁰	改定理由	パンフレットの見直しはどの間隔で行われていますか？ 1年に1回の見直しがされている。 ² 1年以上～3年未満の期間で見直しを行っている。 ¹ 見直しはされていない。 ⁰
内なる力を強める	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1 疾患の予後、状況回復過程に関する資料がある	2.1.3 パンフレット類について見当する組織がある	パンフレットを責任を持って見直し、患者に提供する組織があるかどうかを問うことで、内なる力を強められるようなパンフレットを提供し管理できる体制にあるかを問う。	パンフレットや資料を改良・改善するための組織(担当チームなど)はありますか？ ある。 ² (-) ない。 ⁰	パンフレットや資料を改良・改善するための組織(担当チームなど)はありますか？ ある。 ² (-) ない。 ⁰	改定理由	パンフレットや資料を改良・改善するための組織(担当チームなど)はありますか？ ある。 ² (-) ない。 ⁰
内なる力を強める	2.2 患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を担っている	2.2 患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を担っている	2.2 患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を担っている	2.2.1 入院中の必要な看護に責任を持って説明する看護師がアサインされている	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られる。そのことを保障するためのしくみとして、明記されたアサインメントとインフォームドコンセントの用紙に看護師のサイン欄があるかを尋ねる。	患者が自分の状況を理解するための看護についてお聞きします。入院中の必要な看護について、どの看護師が責任を持って患者に説明するかが決まっており、その氏名と説明内容を記載する欄がありますか？ 責任看護師の氏名と説明内容を記録する欄がある。 ² b.責任看護師の氏名か説明内容のどちらかがない。 ¹ c.どちらともない。 ⁰	患者が自分の状況を理解するための看護についてお聞きします。入院中の必要な看護について、どの看護師が責任を持って患者に説明するかが決まっており、その氏名と説明内容を記載する欄がありますか？ 責任看護師の氏名と説明内容を記録する欄がある。 ² b.責任看護師の氏名か説明内容のどちらかがない。 ¹ c.どちらともない。 ⁰	改定理由	患者が自分の状況を理解するための看護についてお聞きします。入院中の必要な看護について、どの看護師が責任を持って患者に説明するかが決まっており、その氏名と説明内容を記載する欄がありますか？ 責任看護師の氏名と説明内容を記録する欄がある。 ² b.責任看護師の氏名か説明内容のどちらかがない。 ¹ c.どちらともない。 ⁰

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改訂理由	2005 質問項目と評価尺度	
内なる力を強める		2.2 患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を担っている		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		→治療の説明は医師の義務、医師の義務にサインをすることを問う必要はないという意見が出された。看護師の義務は治療に伴う看護について説明することなので、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。	質問を反映していないので選択肢を変更する: 医師からの病氣/治療の説明の際に、看護師が同席するようになっている。 2 医師からの病氣/治療の説明の際に、時間があれば看護師が同席するようになっている。 1 医師からの病氣/治療の説明の際に、看護師が同席するとは決まっていない。 0	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ますか? 医師の治療の説明の際に、同席することか決められている。 1(→) 医師の治療の説明の際に、同席することか決められていない 0	医師の病氣/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ますか? 医師からの病氣/治療の説明の際に、看護師が同席するようになっている。 2 医師からの病氣/治療の説明の際に、時間があれば看護師が同席するようになっている。 1 医師からの病氣/治療の説明の際に、看護師が同席するとは決まっていない。 0	2005 質問項目と評価尺度
		2.2 患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を担っている		2.2.3 退院計画を入院時に計画し患者に示している		退院計画をいつ立てることになっていいますか? 退院計画を、入院時に立てることになっている。 1 入院中に立てることになっていない 0	患者に示すことが重要なので変更: 退院計画を入院時に立て、患者と共有することか決められている。 1 退院計画を入院中に立て、患者と共有することか決められている。 2 退院計画を入院中に立て、患者と共有することか決められていない。 0	退院計画をいつ立てておくことになっていいますか? 退院計画を、入院時に立て、患者と共有することか決められている。 2 退院計画を入院中に立て、患者と共有することか決められている。 1 退院計画を患者と共有するようには決まられていない。 0	退院計画をいつ立てておくことになっていいますか? 退院計画を、入院時に立て、患者と共有することか決められている。 2 退院計画を入院中に立て、患者と共有することか決められている。 1 退院計画を患者と共有するようには決まられていない。 0	

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改訂理由	2005 質問項目と評価尺度
家族の絆を強める	3.1 重要 他者がそ ばにいて ることが できる設 備・備品 がある	3.1 家族 ／重要 他者がそ ばにいて ることが できる設 備・備品 がある	3.1.1 家 族／重要 他者がそ ばにいて ることが できる設 備・備品 がある	3.1.1 家 族／重要 他者が過 ぎすため 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。 (ブライ バシーが 守られて いる)	家族や面会者と病室以外の場所 で話したいという希望があった ときに提供する場所があるかどう かについてお聞きします。 1) 家族が話せる場所は、ブライ バシーが十分に守られている (1) 他者が突然入ってこない工夫 がされている(使用中の礼や鍵が 取り付けられている) 十分:2 不十分:1 そのような場 所はない:0 (2) 声はもれない(外に立って話し てみる) 普通の声はもれない:2 普通の 声はもれる:1 そのような場所は ない:0 2) 家族が話せる場所は、安楽さ が保たれている (1) 廊下の話し声がしない(部屋 の中で外の声を聞いてみる) 話し声が気にならない:2 話し声 が気になる:1 そのような場所は ない:0 (2) 十分な換気がされている (窓、換気扇、又はエアコンの設 置) 十分:2 不十分:1 そのような場 所はない:0 3) 家族が話せる場所は、利便性 がある(希望時にいつでも使用で きる) 使用を待たなくてもはほとんど ない:2 使用を待たなくても がある:1 そのような場所はな い:0		家族／重要他者が面会に来られた ときに、患者と一緒に過ごすことが できる場所についてお聞きします。 家族／重要他者や面会者が話せる 専用の場所は、他者が突然入っ てこない工夫がされていますか？ a. 専用の場所があり、使用中の礼 や鍵がとりつけられている。:2 b. 専用の場所があるが、使用中の 礼や鍵がとりつけられていない。:1 c. そのような場所はない。:0		家族／重要他者が面会に来られた ときに、患者と一緒に過ごすこと ができません。家族／重要他者 が突然入ってこない工夫がされ ていますか？ a. 専用の場所があり、使用中の 礼や鍵がとりつけられている。:2 b. 専用の場所があるが、使用中 の礼や鍵がとりつけられていない。 :1 c. そのような場所はない。:0
家族の絆を強める		3.1 家族 ／重要 他者が過 ぎすため の病室 以外の 病室 空間が ある		3.1.2 家 族／重要 他者が過 ぎすため の専用 の場所は 、声は漏 れな い工夫 がされて いる(ブ ライバ シー)	家族／重要他者や面会者が話せる 専用の場所は、声は漏れないよ うな場所ですか？実際にドアを しめて声を出して確認をしてくだ さい。 a. 普通の声はもれない。:2 b. 普通の声はもれる。:1 c. そのような場所はない。:0		家族／重要他者や面会者が話せる 専用の場所は、声は漏れないよ うな場所ですか？実際にドアを しめて声を出して確認をしてくだ さい。 a. 普通の声はもれない。:2 b. 普通の声はもれる。:1 c. そのような場所はない。:0		家族／重要他者や面会者が話せる 専用の場所は、声はもれない。:2 普通の声はもれる。:1 c. そのような場所はない。:0

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改定理由	2005 質問項目と評価尺度
家族の絆を強める		3.1. 家族 ／重要他 者がよく過 ぎせる病 室以外の 空間があ る		3.1.3. 家 族／重要 他者が過 ぎすため の専用の 場下は、話 廊下の話 し声が聞 こえず静 かであ る。		治療の説明は医師の義務、 医師の義務にサインをすこ とを問う必要はないという意見 が出された。看護師の義務は 治療に伴う看護について説明 することなので、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、説明上内容について	家族／重要他者や面会者が話し る専用の場所は、静かなところ を教えてください。 a. 外の話し声が気にならない。2 b. 外の話し声が気になる。1 c. そのような場所はない。0		家族／重要他者や面会者が話し る専用の場所は、静かなところ を教えてください。 a. 外の話し声が気にならない。2 b. 外の話し声が気になる。1 c. そのような場所はない。0
家族の絆を強める		3.1. 家族 ／重要他 者がよく過 ぎせる病 室以外の 空間があ る		3.1.4. 家 族／重要 他者が過 ぎすため の専用の 場所は、換 気十分な に設けさ れている。 一削除		旧質問は「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。 一削除			
家族の絆を強める		3.1. 家族 ／重要他 者がよく過 ぎせる病 室以外の 空間があ る		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。		設問を小項目として独立さ せ、それぞれを3段階の評価 とした。	家族／重要他者や面会者と病室 以外の場所で話をして使用でき ますか？ 使用を待ってもらったことがほと んどない。2 使用を待ってもらったことがある。1 そのような場所はない。0		家族／重要他者や面会者と病室 以外の場所で話をして使用でき ますか？ 使用を待ってもらったことがほと んどない。2 使用を待ってもらったことがある。1 そのような場所はない。0

大項目	中項目	新中項目	小項目	新小項目	2003 質問項目と評価尺度	改訂理由	2004 質問項目と評価尺度	改定理由	2005 質問項目と評価尺度
家族の絆を強める	3.1.重要他者がそばに居ることができ、必要な設備・備品がある	削除	3.1.2 ベッドサイドに家族がいることができて十分な空間がある	削除	1) 病室の中・プライバシーが守られている カーテンがある ² カーテンがない ⁰ 2) ベッドサイド・安楽さが保たれている 患者用と家族が自由に使える椅子がある ² 患者用の椅子がある ¹ 患者用の椅子がない ⁰ (a.患者用以外に病室の中に椅子があるかで判断する。他患との共有でもよい) 3) ベッド間隔が十分に確保されている 大部屋患者1人当たりの病室面積を下記の中から選択してください。(管理者に確認する)(実測する場合には、トイレ・洗面所を含む) 8m2以上 ² 6.4~8m2未満 ¹ 4.3~6.4m2未満 ⁰	病室は多床室での回答となっているが、これまでの調査で100%の病棟がカーテンを取り付けている。カーテンの取り付けによってプライバシーが守られているかどうかを問うことの意味はないのでこの設問は削除する。			
家族の絆を強める	3.2.患者が、ベッドサイドで、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。	3.2.患者が、ベッドサイドで、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。		3.2.1.ベッドサイドの安楽さが保たれている。	設問を小項目として独立させた。これまでの調査で、病棟内の椅子の有無に関して、2点(10%)、1点(85%)、0点(5%)で、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。	設問を小項目として独立させた。これまでの調査で、病棟内の椅子の有無に関して、2点(10%)、1点(85%)、0点(5%)で、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。	ベッドサイドで家族/重要他者が自由に使える椅子がある(患者用以外に病室に椅子があるかで判断する。他患との共有でもよい) ² a.患者用と家族が自由に使える椅子がある(患者用以外に病室に椅子があるかで判断する。他患との共有でもよい) ² b.患者用の椅子はあるが、家族用の椅子はない。 ¹ c.患者用の椅子も家族用の椅子もない。 ⁰	ベッドサイドで家族/重要他者が自由に使える椅子がある(患者用以外に病室に椅子があるかで判断する。他患との共有でもよい) ² a.患者用と家族が自由に使える椅子がある(患者用以外に病室に椅子があるかで判断する。他患との共有でもよい) ² b.患者用の椅子はあるが、家族用の椅子はない。 ¹ c.患者用の椅子も家族用の椅子もない。 ⁰	
家族の絆を強める	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。	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。		3.2.2.病室のスペースが十分に確保されている	設問を小項目として独立させた。これまでの調査では得点分布は、2点(45%)、1点(25%)、0点(30%)であった。	大部屋患者1人当たりの病室面積を下記の中から選択してください。*不明な場合は、管理者または病院事務局に確認する。 a.8m2以上 ² b.6.4~8m2未満 ¹ c.4.3~6.4m2未満 ⁰	大部屋患者1人当たりの病室面積を下記の中から選択してください。*不明な場合は、管理者または病院事務局に確認する。 a.8m2(平方メートル)以上 ² b.6.4~8m2(平方メートル)未満 ¹ c.4.3~6.4m2(平方メートル)未満 ⁰	大部屋患者1人当たりの病室面積を下記の中から選択してください。*不明な場合は、管理者または病院事務局に確認する。 a.8m2(平方メートル)以上 ² b.6.4~8m2(平方メートル)未満 ¹ c.4.3~6.4m2(平方メートル)未満 ⁰	