

師長が推進する 看護ケアの質評価

てい けい こ
鄭 佳紅

青森県立保健大学
健康科学部 看護学科 准教授

1989年横浜市立大学医学部附属高等看護学校卒業、1998年千葉大学卒業、2000年法政大学大学院修了。1989年横浜市（看護師）、1992年虎の門病院（特別夜勤専従）、2000年国立医療・病院管理研究所（協力研究員）、2003年青森県立保健大学、2008年より現職。



看護師長は、自部署（看護単位）の看護ケアの質に責任を持つ立場であり、常に改善を進めなければならない。これは当然のこととして要求されるだろう。では、看護サービスの質はどのように測ればよいのだろうか。そして、どうしたら改善できるのだろうか。

本稿では、看護ケアの質評価について、その背景やこれまでの取り組みを整理し、今後の実践につながる方策を検討したい。

なぜ看護ケアの質を 評価するのか

管理の視点で言えば、看護ケアの質評価はマネジメントプロセスの一つであり、組織運営のためには不可欠な要素である。しかし、組織運営のためだけではなく、看護職にとって「より良い看護ケアの提供」を目指すのは当然のことだろう。このことは、看護基礎教育課程でもさまざまな形で教育される。

例えば、医療法第1条の4には「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」とあり、「良質かつ適切な」ケアの提供が求められている。また、看護職の身分法である保健師助産師看護師法の第1条では、「この法律は、保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もって医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする」と明記されている。さらに、看護者の倫理綱領¹⁾の条文10には、「看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する」とあり、看護職にとって、「より良い看護サービスの提供」

がいかに当たり前のこととして位置付けられているかは明確である。

それでは、「より良い看護ケア」「質の高い看護」とは何か。「より良い」や「高い」は、何かを比較した時に用いる言葉である。つまり、「現在より未来」や「AよりB」という比較をすることになり、看護ケアの質の比較のために「現状を知る」必要がある。これが、看護ケアの質を評価する理由の一つである。

そして、現状が明らかになると、利点・欠点を確認することができる。利点・欠点が具体的になると、自動的に改善点も明らかになる。つまり、看護ケアの質評価は、看護ケアの質改善につながる。

また、看護ケアの質評価を行うためには、「何を」「どのような基準で」測るのが明確でなければならない。つまり、看護ケアの質を測る「基準」が明らかにされる必要があり、この基準が明確になることは、「質の保証」につながる。看護師は、国家免許として看護を業とする職種であり、提供するケアの質は、専門職として保証すべきものである。よって、看護ケアの質評価の基準に照らしてその質を保証することは、必要不可欠なことであると言える。

【看護ケアの質評価の意義】

- 現状を知る
- 看護ケアの質を改善する
- 看護ケアの質を保証する

看護ケアの質を測る指標

ドナベディアンは、看護ケアの質評価方法を構造 (structure)、過程 (process)、結果 (outcome) の3つに分類している (表1)。構造は、施設・備品・マンパワー・財政などであり、過程はケアそのもの、結果は患者の健康度・安楽度・満足度などで示される (ドナベディアン, 1995)。そして、構造、過程、結果は密接に関連するが、それぞれの評価の特徴があるため、データとして表した後のアセスメントも重要である。

また、1995年にANA (American Nurses Association: アメリカ看護師協会) は、『Nursing Care Report Card for Acute Care』²⁾ において、急性期における看護ケアの質指標21項目を公表した (表2)。これは、当時のアメリカにおいて、医療機関の経費節減のために看護の労働力を再編することにより、患者

表1：看護ケアの質評価方法

	構造 (structure)	過程 (process)	結果 (outcome)
評価内容	施設・備品・マンパワー・財政	ケアそのもの	患者の健康度 (転帰), 患者満足度
長所	客観的データとして評価しやすい	・看護ケアの質に直接的に影響を及ぼす ・基準化・標準化により評価しやすい	サービス全体の評価として有効
短所	直接的でないことが多い	・基準化・標準化されていないと評価しにくい ・必ずしも良い結果をもたらすとは限らない	看護ケアの質のみを反映するのではなく、多くの関連要素を統合した結果となる

表 2：急性期ケアの看護の質指標

患者に焦点を合わせたアウトカム指標	ケアの過程指標	ケアの構造指標 看護人員配置パターン
<p>死亡率 一般的に、死亡率は看護ケアの質に関連するとされているが、ケースミックス（患者の状態、疾病群や重症度構成）の影響を受けるため、その調整法は困難。</p> <p>在院期間 患者の在院期間は看護ケアの性質や量に強い関連があるとされているが、患者特性や診療形態などのさまざまな因子の影響も受ける。</p> <p>有害事象 有害事象（誤薬、患者受傷）の発生は、看護ケアの有効性に理論的に強い関連があるが、患者特性にも強く関連しており、リスク調整が必要。</p> <p>合併症 入院患者合併症（褥瘡、院内感染など）は、看護ケアの有効性に理論的に強い関連がある。しかし、複雑なリスク調整も必要。</p> <p>看護ケアに対する患者・家族の満足度 患者満足度は、患者の意向や期待をどの程度満たしているかを反映するものとして重要であるが、看護ケアの質を真に反映しているとは限らない。</p> <p>退院計画の順守 退院計画に対する患者の理解度を高めることや、身体的ケアの必要度のアセスメントなどは、看護師の重要な役割であるが、退院計画の順守と看護ケアの質との関連は明らかにされていない。また、再入院率、退院後の救急外来受診、予定外の受診についてもデータは十分でない。</p>	<p>看護師の満足度 看護師の職務満足度が高い施設は欠員・離職率が低く、質の高いケアを提供しているが、測定尺度はさまざまであり、統一されたデータはない。</p> <p>患者ケアの必要要件のアセスメントと実施 患者アセスメント、計画立案、正確かつタイムリーな介入、記録は、看護ケアの重要な要素であるが、それぞれが患者のアウトカムに及ぼす影響についての研究は少ない。</p> <p>疼痛管理 看護師は疼痛管理の中心的な役割を果たし、患者のアウトカムに強い影響を及ぼすが、データ入手は困難。</p> <p>皮膚統合性の維持 看護師は皮膚の統合性の維持への働き掛けの中心的存在であり、看護ケアの質を示す。</p> <p>患者教育 患者教育は看護ケアの優良さを表す代表的な指標であるが、看護全般に展開することは困難。</p> <p>退院計画 退院計画の適切さと患者アウトカムの関連についての研究は少ない。</p> <p>患者の安全の保証 患者の安全の保証は、「抑制のない環境」プログラムに沿った方法で、どれだけ役割を果たしているのかを示すものであるが、データ入手は困難。</p> <p>予定外の患者ケアニーズに対する迅速な対応 予定外の患者ケアに適切に対応しているかに関するデータは入手困難。</p>	<p>全看護職員に占める看護師の割合 看護職員（看護師、准看護師、看護補助者など）の構成割合は、患者アウトカムに影響を及ぼすという研究結果は多いが、望ましい構成割合を規定するのは困難。</p> <p>看護師の資質・資格 看護師の経験や教育歴と患者アウトカムを関連付ける報告はあるが、直接的ではない。</p> <p>患者対全看護職員数比 患者1人当たりの看護職員数は患者アウトカムと関連しているという研究がある一方で、影響はないという研究結果もある。</p> <p>患者1人当たりのケア合計時間 患者1人当たり提供される直接ケアの合計時間は、看護職員配置の適切さを示す尺度であり質の指標であるが、データは実際の労働時間を反映させる必要がある。</p> <p>職員の勤務の継続性 職員勤務の継続性が低いとケアの継続性が妨げられ、ケアの質に悪い影響与える可能性がある。データには看護職員の離・転職率、非常勤看護職員率などが含まれる。</p> <p>看護師の超過勤務 超過勤務時間が長くなるとケアの質の低下を招く可能性があるが、その関連についての確証はまだない。</p> <p>看護職員の受傷率 直接尺度にはならないが、看護師の労働環境の危険は、同時に患者も危険にさらされているという代替尺度となる。</p>

アメリカ看護婦協会編、菅田勝也他訳：病院看護の通信簿、日本看護協会出版会、2001.を基に筆者作成

ケアの安全と質に及ぼす影響を明らかにする必要があったことを背景に検討されたものである。これらの項目は具体的であり、我が国の現状に照らしても測定可能な項目も多くあるが、この当時のアメリカにおいても、実際にはデータとして入手することが困難なものも多く、これらのすべての指標を用いて看護ケアの質を評価することはできていない。

しかしその後、ANAは、1998年からNDNQI (National Database for Nursing Quality Indicators) という看護の質指標に関するデータベースを構築し、2008年現在では約700施設からのデータを集積している。具体的には、患者1人当たりのケア提供時間、看護師によるケア提供の割合、職務満足度、転倒・褥瘡発生率などであり、構造および結果指標が中心となっている。このデータベース構築の取り組みは、各施設が質改善を進める上で参考にすることができる全国的比較データの提供に貢献することが目的である。

国内の研究においては、1989年に発足した看護QA研究会が先駆的な活動を行っているが、ここでは、筆者がかかわっている看護QI (Quality Improvement) 研究会の取り組みについて紹介したい。

看護QI研究会は、1993年度からの「看護ケアの質の評価基準に関する研究」(主任研

表3：看護ケアの質を構成する6領域

①患者への接近

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

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、より良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掛けることを意味する。

④直接ケア

保清や痛み緩和など、看護師が行う具体的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

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)をつくること、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良く行われるために必要である。

⑥インシデントを防ぐ

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定めながら、患者の可能性を最大限に生かすようなケアを進めていくことを意味する。

【評価の内容】

構造	過程	アウトカム
<ul style="list-style-type: none"> ・看護人員配置 ・看護に必要な設備 ・看護記録様式 ・看護に必要な資料 ・業務基準、手順の整備 ・協働、事故防止システム など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア提供の際の看護師の動き、判断 ・看護計画の内容 ・他職種との連携活動 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度 ・インシデントの発生率 (転倒・転落・褥瘡・院内感染・誤薬)

究者：片田範子)に端を発し、看護ケアの質を構成する6領域(表3)を特定し、構造、過程、アウトカムの側面から、第三者が評価する方法を開発した。その後、自己評価ツールの開発および汎用化を図り、現在ではインターネットを用いた総合的な看護ケアの質評価システムとして運用している。さらに、このシステムは評価のみならず、評価結果を分

析した上で結果を返却し、改善への取り組みにつながるような仕組みづくりを行っている。

この評価は、一般病棟の看護ケアの質を評価することに焦点を当てて開発されているため、すべての部署における評価が可能となっているわけではないが、施設を越えて、同じ指標を用いた総合的な評価が可能である。

看護ケアの質の評価者

看護ケアの質を「誰が評価するのか」にも着目する必要がある。看護ケアの質評価での評価者は、①患者・家族の評価、②自己評価（サービス提供者自身）、③第三者評価（外部団体による評価）、④保険支払い側の評価に区分することができる。

①患者・家族の評価は「サービスの利用者による評価」であり、一般的にはサービスの総体的な評価となるため、看護ケアのみに限定した評価になりにくく、サービスへの期待との相対的な評価として表れる。また、専門的な技術や知識などのすべてを利用者が知っているとは限らないので、看護ケアの質の評価としては限界がある。

②自己評価は、サービス提供者自身、つまり看護職自身による評価であり、客観性に欠け、妥当性や信頼性を担保することが課題とされる。一般的には、自己評価は甘くなる傾向があると言われているが、各個人により過小評価となる場合もある。

③第三者評価は、外部団体による評価であり、サービスの利用者でも提供者でもない第三者による評価である。自己評価よりも客観性に優れ、同じ基準で評価することができるが、評価の専門性を要求される。

そして、④保険支払い側の評価であるが、これは適正で効率的な医療保険の運用のために、保険支払い側が提供されるサービス内容を評価するものであるが、日本においては診療報酬の審査が中心であり、直接的に看護ケアの質が評価されている状況ではない。

現場で行う看護ケアの質評価と看護師長の役割

自部署（看護単位）の看護ケアの質評価を検討する際は、その目的を明らかにしてから取り組む必要がある。例えば、接遇などの目の前にある課題の改善のために部分的な評価をしたいのか、部署内の質保証として、プロトコルやクリティカルパスなどの基準の遵守状況を確認し改善したいのか、相対的・多面的に他部署や他施設との比較をしたいのか、などである。

看護ケアの質を測る指標や視点についてこれまで紹介してきたが、評価指標は多様であり、また具体的な評価項目もさまざまである。さらに、各評価指標で表される結果は、それぞれが看護ケアの質の一部であり、看護ケアの質評価のグローバルスタンダードのようなものは、いまだ確立されていないのである。

これらをすべて現場で評価することは容易ではない。よって、自部署の看護ケアの質評価を行う際は、その目的や評価結果の使用手法、限界について正しく認識する必要があり、看護師長として、それらを明らかにした上で職員と共に評価・改善に取り組むことが大切である。

近年では、日常的に患者満足度調査を実施している施設も多い。しかし、その調査項目

がどのような内容で構成されているかによって、看護ケアのどのような側面を評価しているのかは異なってくる。ほかにも身近なツールとして、ケアの基準やクリティカルパスを患者に適用した際、予定どおりに経過したケースはどのくらいなのか、バリエーションの分析において看護ケアの効果が影響要因となったケースはどのくらいあるのかなども、部分的ではあるが重要な指標である。

看護師長として、自部署の看護ケアの質評価・改善を行う際は、評価の目的や効率性も併せて検討し、くれぐれも「評価すること」が目的にならないように注意する必要がある。

まとめ

本稿では、看護ケアの質評価のためのさまざまな指標を中心に整理した。看護ケアの質はサービスの性質上、相対的かつ特異的に評価することは容易ではない。しかし、看護ケアの質に影響を及ぼす指標の一つひとつは、比較的身近なものとしてとらえることができるのではないだろうか。

問題は、自部署の看護ケアの質の比較対象をどこに置くのかという点である。「まずは自部署の小さな改善活動を目指した質評価に取り組んでから」というのが順当だと考えるが、今後我が国においても、統一された指標を元に看護ケアの質を評価すること、およびその結果の公開が促進され、利用者が「看護ケアの質の良さ」を基準に病院を選択することができるようになるのもよいと考えている。 **NM**

引用・参考文献

- 1) 社団法人日本看護協会ホームページ：看護者の倫理綱領
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (2009年11月閲覧)
- 2) アメリカ看護婦協会編、菅田勝也他訳：病院看護の通信簿、日本看護協会出版会、2001。
- 3) オーラ・リー・ストリックランド、コリーン・ディローリオ編、井部俊子監修、中岡ひさ子訳：看護アウトカムの測定—患者満足とケアの質指標、エルゼビア・ジャパン、2006。
- 4) Nancy Dunton, Isis Montalvo『Sustained Improvement in Nursing Quality』American Nurses Association, 2009。
- 5) 島津望：医療の質と患者満足—サービス・マーケティング・アプローチ、千倉書房、2005。
- 6) 高橋美智監修：看護の「質評価」をめぐる基礎知識、日本看護協会出版会、1996。

●看護ケアの質評価・改善システム (<http://nursing-qi.com>)●

看護QI研究会（代表：上泉和子）が運営するこのシステムは、病棟単位で看護ケアの質評価を行い、その結果を基に看護ケアの質改善につなげていただくことを支援するためのものです。

評価は、病棟看護師長による構造評価、複数の看護師による過程評価、患者満足度およびインシデントなどの発生率によるアウトカム評価で構成します。病棟看護師長および看護師による評価は、事前に配布されるID・パスワードを用いて、インターネット上で入力を行います。患者による評価は調査票を用いて行います。そして、それらの評価結果の集計分析後、返送されたりリコメンデーション（報告書）を参考に、自病棟の看護ケアの質改善に取り組めるようになっています。

本システムのご利用を希望される場合は、otazune@nursing-qi.comにご連絡ください。