
看護 QI プログラム

看護ケアの質評価・改善システムマニュアル

2014年度Version



一般社団法人日本看護質評価改善機構

目 次

I. 評価の概要	2
1. 目的	
2. 自己評価ツールの現状	
3. 枠組み（構造、過程、アウトカム）	
II. 自己評価の手順	4
1. 評価の流れおよび資料	
2. 構造評価者（看護師長）にして頂きたいこと	
3. 過程評価者（看護師）にして頂きたいこと	
III. リコメンデーション	14

I. 評価の概要

1. 目的

本評価方法は看護ケアの質の改善を目的として開発された第三者評価をもとに、自己評価を開発しました。自己評価によって、あなたの病棟で起こっている看護ケアの質の問題を明らかにし、さらに、改善が具体的に行えるよう提言を行い、看護ケアの質の改善に貢献することを目的としています。

2. 自己評価ツールの現状

自己評価ツールは、2002 年度に開発し、以降、研究をもとに修正を重ねたものであり、試運用の段階にあります。これまでの研究結果から、自己評価で行った評価結果と第三者評価で行った評価結果では、自己評価結果のほうがより高い評価値がでるということがわかっています。現在、設問項目の精度をあげ、自己評価でもより正確に病棟の状況をつかむことができるように研究を進めています。

また、当方では、1 年に 1 度の自己評価を行い、3～5 年に 1 度の第三者評価を受けることを推奨しております。継続的な質のモニタリングと質改善を行うためのシステムを現在構築中で、Web 上での活用の試用段階です。

3. 評価の枠組み

従来の研究から、看護を含む医療の質を評価するには、次の 3 つの視点で行う必要があるといわれています。

- ① 構造：ケアの提供の前提となるようなシステム、人の条件、設備等
- ② 過程：ケア提供が実際にどのような過程を踏んで行われているか
- ③ 結果（アウトカム）：ケアの提供の結果、患者にどのようなことが起こったか
 - * 結果＝アウトカムとし、以後アウトカムと表示します。

本評価は、この枠組みに沿って次のように評価を行っています。

構造・過程・結果（アウトカム）について

「構造」

「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、システムを評価します。質の高い看護ケアを提供するには優秀で豊富な人材や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す。また実際に看護ケアを行う際に必要な物品や設備、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します。この評価システムでは看護の技術を保証する構造という視点で抽出された 16 指標を、過程にあわせてまとめなおし、構造と過程の双方に共通する 6 領域としました。

「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ます。先行研究から看護の技術として明らかになった 6 つの枠組みを用いて 6 指標としています。

「結果」(アウトカム) *以後、文中ではアウトカムと表記します。

「アウトカム」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します。看護師のケアに対する患者の満足や不満足、インシデントの発生頻度をその評価の対象としています。“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ます。1つめは、患者の満足度で、6つの領域で評価しており、質問紙を用いて調査します。2つめは、インシデントの側面で、これは転倒・転落・褥瘡・院内感染・誤薬の発生率を用います。

看護ケアの6つの領域について

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、過程、結果(アウトカム)の側面から評価しています。以下に看護ケアの領域である6つの領域について、説明します。

「患者への接近」

「患者への接近」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します。

「内なる力を強める」

「内なる力を強める」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します。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します。

「家族の絆を強める」

「家族の絆を強める」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します。

「直接ケア」

「直接ケア」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します。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を評価します。

「場をつくる」

「場をつくる」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)をつくること、連携を支えるための場を持つことを意味します。これらは、患者への援助が効果的に効率よく行われることを評価します。

「インシデントを防ぐ」

「インシデントを防ぐ」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します。

Ⅱ. 自己評価の手順

評価の枠組みに沿って、下記の内容を評価していきます。

構造評価	過程評価	アウトカム評価
① 看護師の配置状況 ② 看護に必要な設備 ③ 看護記録様式 ④ 看護に必要な資料	① ケア時の看護師の動き・考え ② 看護計画の内容 ③ 他職種との連携	① 患者満足度 ② インシデントの発生状況

上記3つの枠組みによる評価は、病棟単位で行います。

1. 評価の流れおよび資料

評価の手順は、以下のようになっています。

1. 構造評価

構造評価者（看護師長）は、構造評価の質問（選択式、一部文字入力）と構造評価概要調査に Web 上で回答していただきます。なお、構造評価概要調査については、点数化いたしません。

2. 過程評価

過程評価者（看護師）は、過程評価の質問（選択式と文章入力）と入力看護師調査に Web 上で回答していただきます。回答していただいた点数を平均化して病棟の過程評価の点数とします。なお、入力看護師調査については、点数化いたしません。

3. アウトカム評価

患者満足度調査およびインシデント発生件数調査を行います。

患者族満足度調査は、患者さんに無記名式の簡単なアンケートをお願いします。退院が決まった患者さんに「入院中の看護に関するアンケート」を封筒と共に配布してください。同時に、病棟内のわかりやすい場所にアンケート回収箱の設置をお願いします。

インシデント発生件数調査は、構造評価者（看護師長）に記録および入力をお願いします。転倒・転落・褥瘡・院内感染・誤薬の発生件数について、任意の調査開始日から毎日件数を記録していただき、60 日間分の合計数とその期間中の在院患者数を Web 上で入力していただきます。

4. 報告書（リコメンデーション）

調査が全て終了したら、研究班が全てを総合して評価を行い、改善提案を含んだ報告書（リコメンデーション）を病棟にお返しします。過程評価で入力されたデータは、入力者以外にはわかりません。個人名や病院名、病棟名などがわからないような形で統計的に処理したものを学会などで発表することがあります。

2. 構造評価者（看護師長）にしていきたいこと

- ・看護師長（またはそれに準じる人）の方は、構造評価およびアウトカム評価（インシデント集計および入力）を行っていただきます。
- ・入力は、調査期間中にしてください。
- ・調査日に ID とパスワードを用いて画面を立ち上げ、Web 上で入力を行ってください。（ID とパスワードは郵送いたします。）
- ・病棟の看護師に過程評価のことを伝え、協力してくれる看護師を募ってください。（3～5 名）
（過程評価のページ p 10 を参照し、条件に合う患者さんにケアを提供している看護師を対象としてください。）

1) 構造評価者の事前準備

ID とパスワードが手元に届いた時点から次の 3 つのことを開始してください。

- ① 患者満足度調査票の配布開始（調査期間中退院が決まった患者さん 50 名）
- ② 「インシデント発生件数チェック票」への記録
- ③ 構造評価のための事前準備

① 患者満足度調査票の配布開始

調査期間中に退院が決定した患者さんに、患者満足度調査「入院中の看護に関するアンケート」のご協力をお願いし、依頼文と質問紙を渡してください。郵送しました質問紙（50 部）がなくなった場合は終了してください。

なお、調査期間中に配布が終わらなかった場合、残部を確認し、研究者までご連絡をお願いします。

② 「インシデント発生件数チェック票」への記録開始

郵送された日から 60 日間、毎日の転倒・転落・褥瘡・院内感染・誤薬の発生件数を記録してください。各件数は、定義にそってカウントしてください。入力は、構造評価につづいて出てくる回答欄に60 日間分の合計数を入力していただきます。

「インシデント発生件数チェック票」は、患者満足度調査票等とともに郵送していますが、ホームページからもダウンロードすることもできます。

入力の際は資料⑥にある「転倒・転落・褥瘡・院内感染・誤薬」の定義、カウント方法を参考にしてください。

『転倒』・『転落』について

定義：転倒とは、段差のないところで、転ぶこと。転ぶ速度は問わない。

転落とは、高さのあるところから、落ちること。落ちる速度は問わない。

カウント方法：看護師が把握した全てのケースをカウントする。

『褥瘡』について

定義：持続する発赤（DESIGN 分類 d1）の状態で、褥瘡形成とする。

カウント方法：入院中にできた褥瘡をカウントする。

例えば、入院前よりある褥瘡はカウントしないが、同一患者が入院中に新たに褥瘡を生じた場合はカウントする。また同一患者の場合、3カ所褥瘡があれば、「3」とする。

『院内感染発生』について

定義：入院 48 時間（3 日目）以降に、原疾患とは別に患者に発症した感染症。

*入院時に発症していた感染症は含まない。

*対象は患者のみとし、病原菌の検出があったもの。

『誤薬』について

定義：患者に与薬されるべき薬剤と異なる薬剤・量・経路で与薬されたこと、および与薬されるべき薬剤・量が与薬されなかったこと。点滴、内服、外用薬を問わない。

＊当該病棟入院中の患者に対する与薬のうち、看護師が関与した誤薬（薬剤の間違い、量の間違い、与薬経路の間違い）の件数をカウントする。

＊「与薬されるべき薬剤・量が与薬されなかった」とは、予定時間の次に与薬する予定の時間まで与薬されなかったことをいう。

＊誤薬の患者への身体的な影響の程度は問わない。

＊与薬される前に誤りに気づき、事前に誤薬を回避できたものは含まない。

③ 構造評価の事前準備

構造評価のための事前準備として評価に必要な以下の資料を確認し準備しておいてください。

資料

- ・病棟あるいは病院における役割毎の業務規定（例；看護師長の業務規定など）
- ・患者を尊重する内容が書かれているもの（職員用と患者・家族用）
- ・医療事故（転倒・転落など）についての報告、事後処理の手順
- ・看護業務量に応じた勤務帯や人員配置の変更に関する基準
- ・各種看護記録（患者用カルテ、カードックスなど）
- ・その日の勤務の看護師の業務分担表
- ・病棟で特徴的な疾患・症状・問題に関する看護基準（代表的なもの1つ）
- ・病棟で看護師が行う処置の手順
- ・看護計画を見直す必要のある患者に関する話し合いの場（カンファレンスなど）の記録
- ・ケアを行って行く上で、患者に関して他職種（医師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ケースワーカー、臨床心理士など）と話し合った場（カンファレンスなど）の記録
- ・患者に病気の回復過程、退院後の生活に関して説明するために使っている患者用のパンフレットや資料
- ・病棟概要に関するデータ
（病床数、病床利用率、平均在院日数、看護師数など）

2) 構造評価・アウトカム入力について

- ① 事前にそろえておいた資料を準備する。
- ② 設備事前評価用メモ（資料⑦）にそって、病棟の設備を確認する。
- ③ ID・パスワードを用いて画面をひらき、画面を見ながら以下の点に注意をして入力をする。
 - ・ 記録や書類などは、実際に記述されていることを確認すること
 - ・ 該当項目については、病棟のみでなく病院の資料で確認してもよい
 - ・ 構造指標の各項目に答えたのち、**病棟概要調査およびインシデント発生件数**を入力してください。最後に入力したデータすべてが出力されますので、入力漏れがないか確認してください。病棟概要調査内容については、p 10-11 を参照してください。

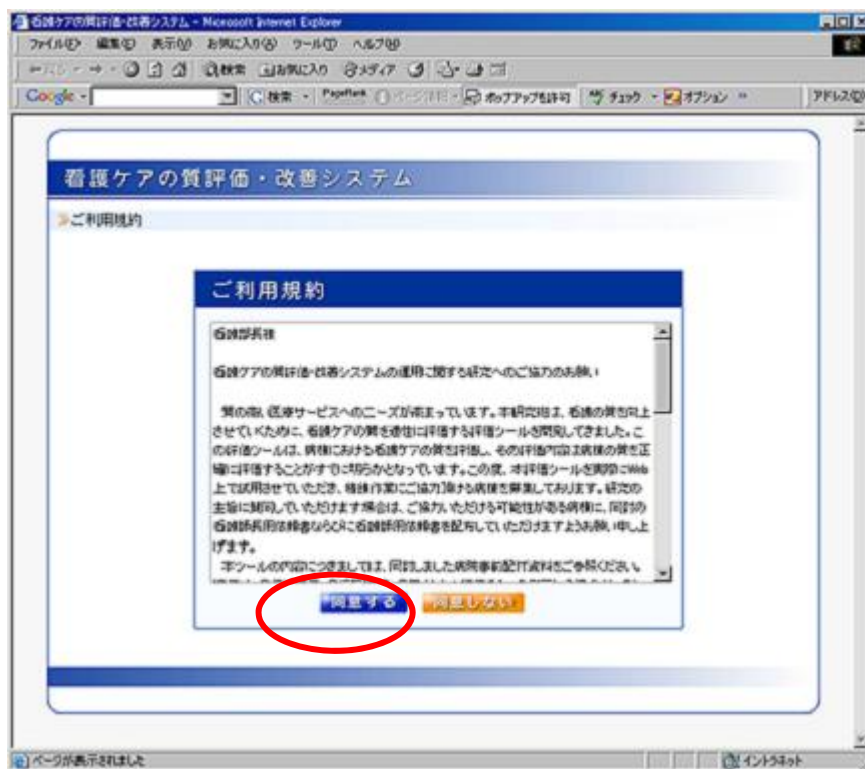
メイン画面の「看護師長様用ログインページはこちら」をクリックしてください。



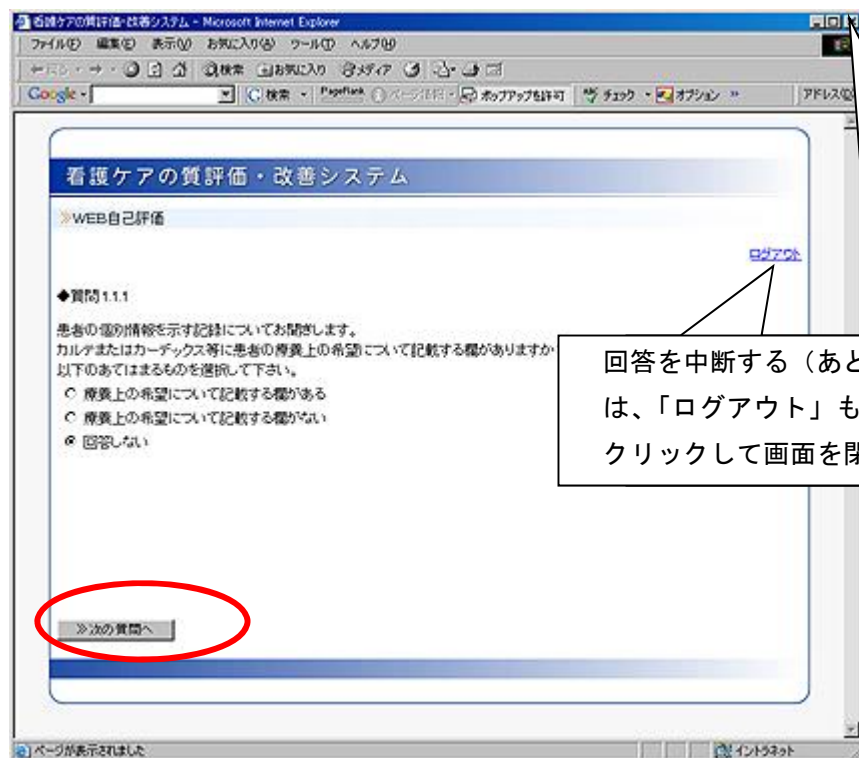
郵送された ID とパスワードを入力し、ログインしてください。



ご利用規約を読み評価の意図をご理解ください。「同意する」をクリックすると質問画面へと移ります。



設問は選択形式となっています。該当する選択肢をクリックしてください。選択したあとは、次の設問に移るときは、「次の設問へ」をクリックします。



すべての設問が終了したら、すべての設問が一覧となって表示されます。

看護ケアの質評価・改善システム

WEB自己評価

1.1.1. 現在のケアの患者に必要な情報提供されている

患者の個別情報を記録しているか確認します。
カルテまたはカーブグラフ等患者の療養上の経過について記録する機能がありますか？
以下のどれに最も近いものを選択して下さい。

回答しない

修正する

1.1.2. ケアに必要な個別情報提供されている

現在のケアの患者に必要な情報提供が確認されたもの、または、指示書・ケアプラン（指示）がアクセスしやすい状態にあるかどうかについて確認します。
アクセス状況について以下のうちから最も近いものを選択して下さい。

回答しない

修正する

1.1.3. 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、それを活用していますか？
明示とは、患者や家族に見えるように表示してあることです。

回答しない

修正する

1.1.4. 患者、家族を尊重することと患者、家族に知らせるシステムがある

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、それを活用していますか？
明示とは、患者や家族に見えるように表示してあることです。

回答しない

修正する

8.1.2. 転倒・転落を予防するためのアセスメントシートと教育プログラムがある

転倒・転落のリスクを見極めるためのアセスメントシートと教育プログラムがありますか？
当てはまるものを以下のうちから選択して下さい。

回答しない

修正する

8.1.3. 院内でCCRC/厚生労働省/日本看護協会のガイドラインに基づいた感染防止基準がある

院内でCCRC/厚生労働省/日本看護協会のガイドラインに基づいた感染防止基準がありますか？

回答しない

修正する

9.1.1. インシデント発生を把握している

インシデントが発生した後の対応システムについて確認します。
インシデントが発生したときに書くレポートについて以下のうちから最も近いものを選択して下さい。

回答しない

修正する

9.1.2. インシデント発生から報告、事後処理までの手順について確認されたものがある

インシデントが発生した際に発生から報告、事後処理までの手順について確認されたものがありますか？

回答しない

修正する

9.1.3. ケアチームのメンバーが十分である

について確認します。
1名未満または何人ですか？

回答完了

回答を確認し、修正がない場合は「回答完了」をクリックし、評価を終了します。

回答を中断する（あとで修正する）場合は、× をクリックして画面を閉じてください。

回答を確認し、修正がある場合は、「修正する」をクリックすると回答画面へと移ります。

病棟概要調査とインシデント発生件数を入力すると入力はずべて完了となります。

* インシデント発生件数の入力がおわるまでは、「回答完了」せずに画面を閉じてください。

3. 過程評価者（看護師）にしていきたいこと

1) 過程評価の事前準備

- ・自発的な協力が得られている看護師の中から、以下の①②の条件を満たす患者の担当であるか、または、よく知っている看護師が過程の入力担当者となります。①②の両方の条件を同時に満たす患者がいらない場合は、質問の場面に応じて当てはまる患者について回答してください。

* 対象患者の条件：①疼痛（苦痛）がある ②保清がある

- ・質問の中には、当日のケアについて問うものがありますので、評価は、調査期間中の日勤で対象患者を受け持った日の勤務終了後に入力して下さると記憶が新しく正確です。
- ・調査日にパスワードを用いて画面を起動させ、画面を見ながら以下の点に注意をして入力してください。
 - * 入力は、記録類を見たり、他の看護師に聞いたりせず、わかる範囲で回答してください。
 - * 過程評価の各項目に答えた後、入力看護師調査（過程評価用；資料④）に回答してください。
 - * 文章入力の際に、患者さんの個人名がわからないように「Aさん」などとしてください。
 - * 思い出したりして後日に回答を追加しないでください。
 - * 事実を聞かれているときには、「想い」ではなく実際の事実を回答してください
- ・時間がかかり、中断したいときは画面の右上の×をクリック、または「中断」か「ログアウト」のボタンがあればそれをクリックして中断してください。再度始めるときはID、パスワードをもう一度入れ、同意してログインすると、中断した画面から始まります。



2) 過程評価入力について

以下の URL の画面をひらき、「看護師様用」ログインページはこちら」をクリックしてください。

<http://www.nursing-qi.com/>

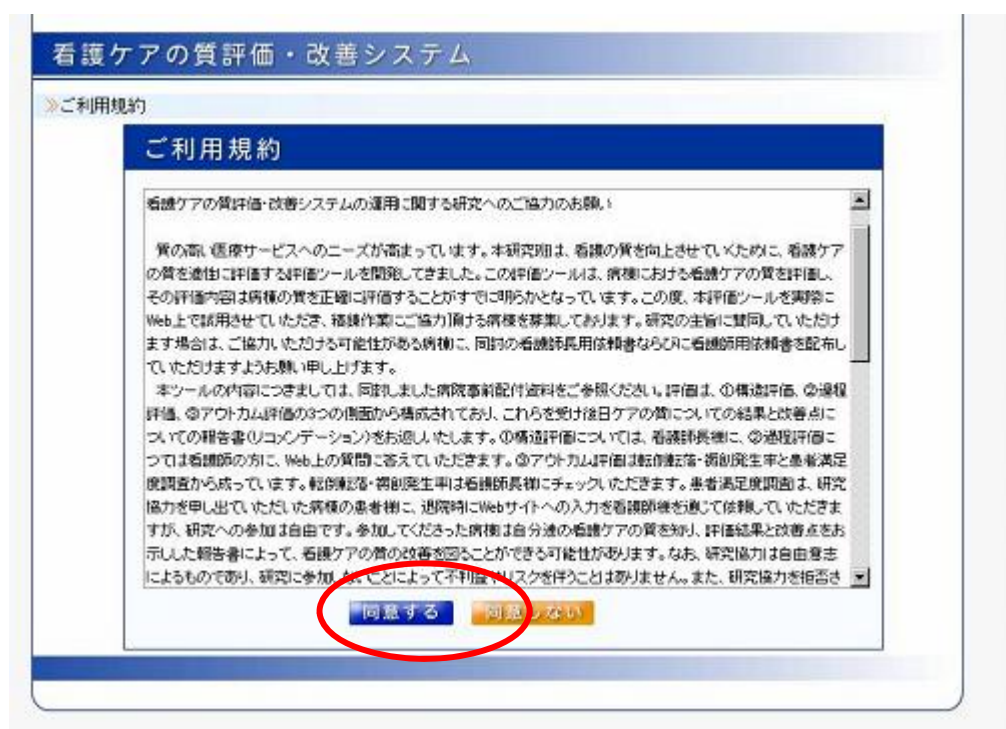


配布された ID とパスワードを用いて、ログインしてください。



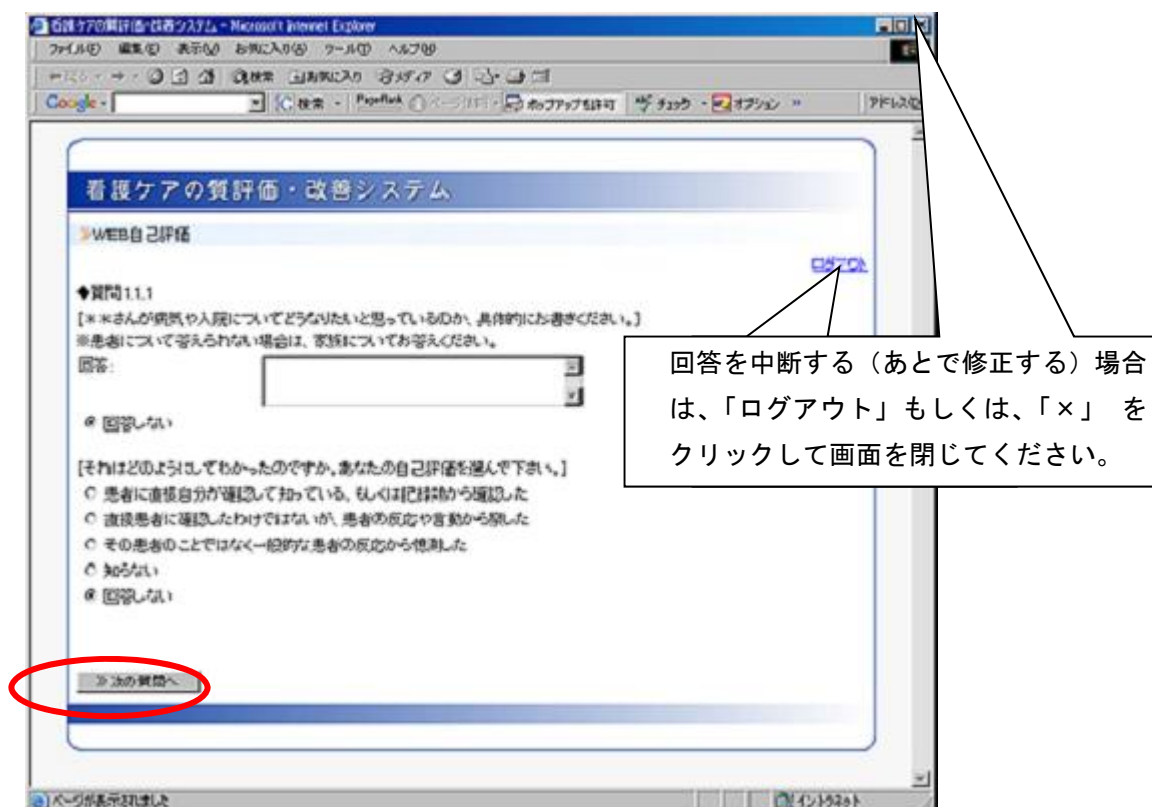
評価の目的を読み、評価の意図をお読みください。

「同意する」をクリックすると質問画面へと移ります。



設問は選択式と文章入力形式となっています。文字入力は、最大何文字でも入力できますが 200 字程度で簡潔にお答えください。文字入力と選択問題が終了したら、「次の設問へ」をクリックしてください。

「回答しない」こともできますが、その場合、評価は「0 点」となりますので、ご了承ください。



すべての設問が終了したら、すべての設問が一覧となって表示されます。

The screenshot shows a web browser window with the title "看護ケアの評価・改善システム" (Nursing Care Evaluation and Improvement System). The page contains several sections for evaluation, each with a question and a "修正する" (Correct) button. A callout box points to the "修正する" button, stating: "回答を中断する（あとで修正する）場合は、× をクリックして画面を閉じてください。" (If you want to interrupt the answer (and correct it later), click the × to close the screen). Another callout box points to the "修正する" button, stating: "回答を確認し、修正がある場合は、「修正する」をクリックすると回答画面へと移ります。" (Check the answer, and if there is a correction, click "修正する" to move to the answer screen). A third callout box points to the "回答完了" (End of Answer) button, stating: "回答を確認し、修正がない場合は「回答完了」をクリックし、評価を終了します。" (Check the answer, and if there is no correction, click "回答完了" to end the evaluation). The "回答完了" button is circled in red.

この設問の後に、入力看護師調査の入力画面がでてきますので入力してください。これで入力はすべて完了となります。

すべての入力完了後、入力した過程評価の結果が表示されます。個人の結果は、入力者にしか表示されませんので、必要な場合は、ご自分で印刷するか、データの保存を行ってください。

また、システム環境により、表示されるまでに2～3分かかることもありますのでご注意ください。

Ⅲ. リコメンデーション

入力が完了すると、研究班にデータが送られると同時に、評価の得点を 6 つの領域と 3 つの枠組みで表示した評価結果と改善計画のためのリコメンデーションをお返しします。

入力された看護師個別のデータは、データ入力後に画面を通してお返しします。データは本人とシステムの管理者である研究班の者のほかは見ることができません。病棟の合計、平均、病院全体の合計、平均など個人や病棟が特定できないように処理をしたのちに病棟や病院にお返しします。病院のなかで 1 病棟の協力しか得られず、病棟が特定される場合は、病院にデータをお返しして良いかどうか事前に看護師長に確認します。調査に協力した病棟すべての得点平均を参考のためにお示しします。