



## 「看護ケアの質評価・改善（看護 QI プログラム）の上手な活用法

看護 QI 研究会  
代表 上泉和子

病院における医療サービスの質保証、質改善は、ますます関心が高まっています。特に看護サービスの質は、患者の回復に大きく影響しており、一人あたりの看護師の数が多ことや訓練を受けた質の高い看護師がいることは、医療事故の回避、手術後の合併症の予防、回復の早さなどに関与するといわれています。

「**看護ケアの質評価・改善システム**」は、1993年に開始された「看護ケアの質評価に関する研究班」によって開発された看護ケアの質評価ツールを自己評価版に改変したものを採用し、インターネットの Web サイトから直接評価項目（質問）に回答していただいて、評価結果を病棟単位および病院単位でフィードバックするシステムです。

この評価改善システムは、研究によって抽出された看護の質を決定する重要な要素ごとに評価項目が設定されており、「構造」「過程」「結果」という質評価の概念枠組みを採用しておりますので、分析の結果を「改善」につなぐことができます。これは、看護ケアの質を評価するだけでなく、質改善（QI ; Quality Improvement）を強く意識したプログラムです。

2006年のシステム稼働からこれまでに、のべ**254施設 1,421病棟**が本システムを利用されています。ご利用いただいている施設の方々からは、「病棟の弱点がわかり改善のために役立っている」という声をいただく一方で「評価結果が抽象的で分かりにくい」といった声も頂いています。また意欲的な病棟では、「自分たちで分析したいので分析方法を学びたい」という声も挙がっています。

Web 版看護ケアの質評価総合システムを有効に活用するには今後どのような活動が望まれるのか？システムを利用している病棟だけでなく、広く看護の質評価改善に興味のある実践家、研究者のご参集をお待ちしております。

**【プログラム】** 2014年8月29日（金）（14:40～15:50） 第3会場

**看護 QI システムの紹介** ……上泉和子（看護 QI 研究会代表・青森県立保健大学）

**システム利用で病棟に何か起こるか（システム活用例の紹介）**

「自分の病棟の強みと弱点が見えた」

「報告書をもとに次年度の改善計画を立てた」

……日野千奈美（兵庫県立がんセンター師長）

**システム活用術**

①「データの読み方、公開します」 ……鄭佳紅（看護 QI 研究会・青森県立保健大学）

②「報告書の読み方、使い方」 ……内布敦子（看護 QI 研究会・兵庫県立大学）

日本看護管理学会交流集会 2014年8月29日

## 看護ケアの質評価・改善 看護QIプログラムの上手な活用術

司会 ..... 上泉和子 (青森県立保健大学)

看護QIシステムを**紹介**します  
 ..... 上泉和子 (青森県立保健大学)

看護QIシステムを**使**って**み**た！  
 ..... 日野千奈美 (兵庫県立がんセンター師長)

看護QIシステム**活**用術！ 報告書はこう使う、データの読み方公開  
 ..... 鄭佳紅 (青森県立保健大学)  
 ..... 内布敦子 (兵庫県立大学)

Nursing Quality Improvement

nursing-qi.com Web版

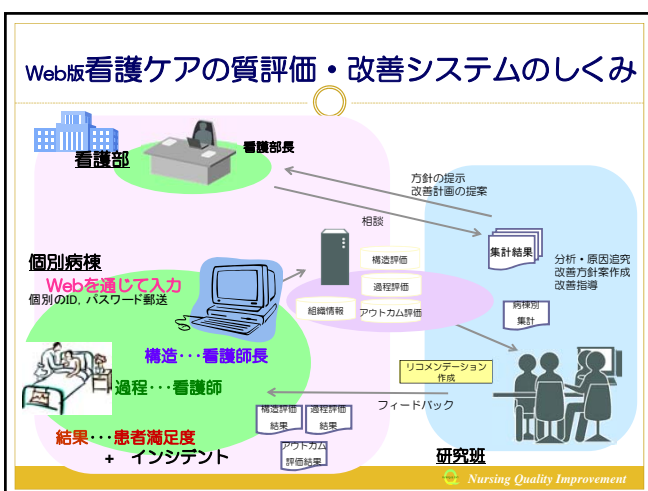
## 看護ケアの質評価 ・改善システム

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

看護ケアの質 検索

ようこそ！  
 看護ケアの質評価・改善システム nursing-qi.com  
 このホームページは、看護QI研究棟が運営する  
 看護ケアの質評価・改善システムです。  
 看護ケアの質評価について、病棟単位で評価を行い、  
 改善のためにご活用下さい。

Nursing Quality Improvement




### 看護QIプログラムの枠組み

構造 STRUCTURE	過程 PROCESS	結果 OUTCOME
患者接近のシステム道具 内なる力を強める道具 家族の絆を強める場所、設備 直接ケアのための道具 医療チーム連携システム インシデント対応システム	患者への接近行為 患者の状況理解サポート 家族の役割サポート 直接ケア実践 連絡、連携、協働 リスクの判断	患者満足度 14項目 1病棟 約50名調査  インシデント発生件数 (転倒、転落、褥瘡、誤飲、院内感染について60日間調査)
看護部長記入	看護師 3-5名	患者 約50名 看護部長60日間記録

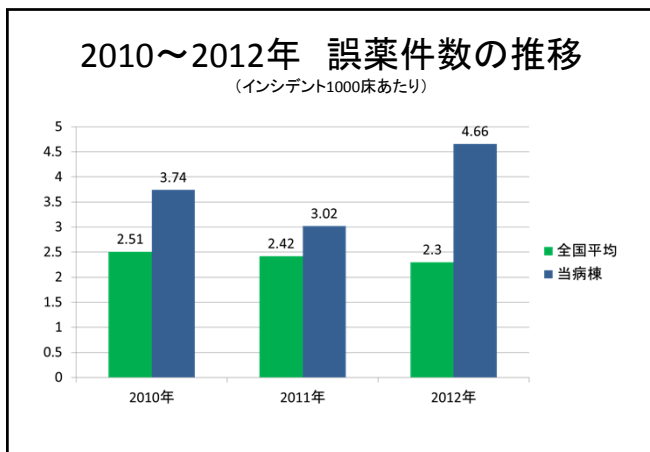
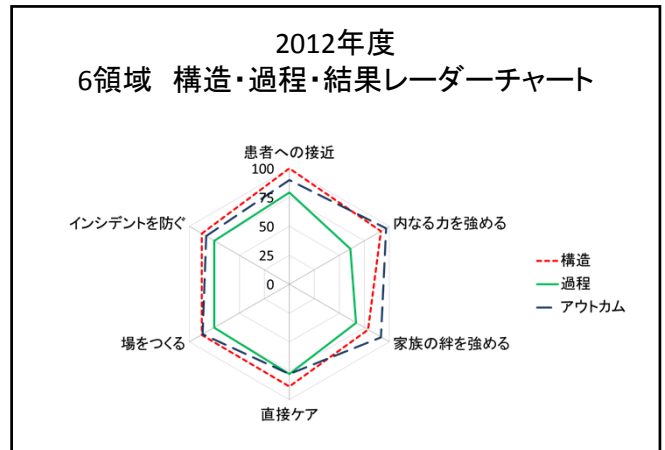
病棟単位の評価

Nursing Quality Improvement


 第18回 日本看護管理学会学術集会  
 2014/8/29

## 看護QI評価を受けて 誤薬インシデント対策に コンサルテーションを取り入れて

兵庫県立がんセンター  
 日野千奈美



- ### 内服薬の管理状況
- 内服薬の管理はセルフケア能力の段階で3つに分けて支援している
    - 完全に患者の自己管理 (1週間に1回残薬チェック)
    - 看護師と患者が協働して管理 (毎回内服確認+残薬チェック)
    - 看護師管理 (毎回配薬+内服確認+残薬チェック)
  - 看護師は残薬チェックのために仕事が煩雑になっている
  - 外泊時、0レベルの誤薬もインシデント報告を行い件数に含めている
  - 看護師は誤薬チェックに追われており、看護ができていないと感じている

#### コンサルタントからの提案

①残薬チェックを廃止して業務量を減らす

- 2種類(朝昼夕1種、朝夕1種)の内服チェックにまつわる動作を洗い出す  
 ⇒ 1人の患者に対して1日に18回の動作が行われている  
 (薬剤の確認、薬袋にサイン、残薬確認、記録等)
- 残薬チェックの有効性について⇒文献検討(4文献)

↓

#### 文献検討によって得たエビデンス

- PTPシートを確認することで誤薬は防ぐことができる
- 残数確認は誤薬を防ぐことに有効ではなくむしろ残薬確認を廃止することでインシデントは65～75%減少した

#### コンサルタントからの提案

②看護師の負担感を共有し、与薬業務やリスクマネージのありかたに対する意見を聴く

- 文献検討の結果を踏まえて与薬手順の問題点について病棟看護師でブレインストーミングを行った

**結果:現場の看護師からリスクマネージに対する思い(意見・不満)が表出された**

- \* 看護師に責任のない誤薬についてもインシデントレポートを書かなければならない
- \* セルフケアレベルに合わせた与薬手順をとっているが、結果的に完全に自己管理できるようになる患者は少ない
- \* 退院後も自宅で使える配薬ボックスを個別に準備してはどうか

↓

### 看護師の与薬手順に関する煩雑さ、看護師の思い について管理者・リスクマネージャーと共有

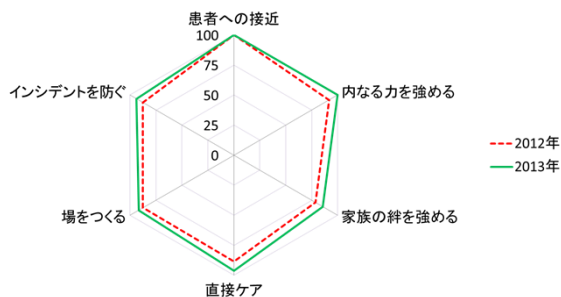
### コンサルタントからのフィードバック

- プレインストーミングでの発言をもとに誤薬を取り巻く看護師の状況をわかりやすく明示する
- 誤薬件数は平均値の前後であり、内服薬の多い内科病棟としては問題となる件数とは言えない
- セルフケアレベルごとに服薬支援を行っていることは高く評価できる  
 ⇒看護師、リスクマネージャー、看護管理者もそれぞれの立場で誤薬を減らすための努力を行っていることは高く評価できる
- 内服抗がん剤の誤薬に対しては、対策が必要
- 残薬チェックにより業務が煩雑になっており、簡素化する必要がある
- 残薬チェックの有効性は文献によって否定されている
- 外泊中の誤薬など看護師の責任外で起こるインシデントやリスク0の誤薬に対する考え方を整理して負担感につながらないようにする

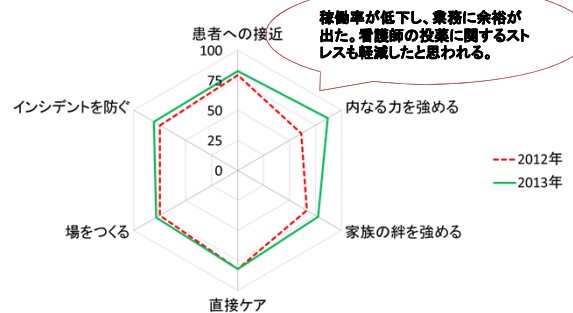
### 改善への取り組み

- 外泊中の誤薬など看護師の責任外で起こるインシデントやリスク0の誤薬に対する考え方を変えた  
 ⇒リスク0は **看護師が早く気付いて良かった行動ととらえる**  
 ⇒外泊中の誤薬は **看護師に起因していない**
- 内服抗がん剤の誤薬が発生しないよう取り組む  
 ⇒薬剤ごとに指導マニュアルを作成
- 残薬チェック回数が増えていることに不満を持ちながらも、回数を減らしたことによる誤薬発生に関する心配  
 ⇒患者のセルフケアに応じた内服チェック方法

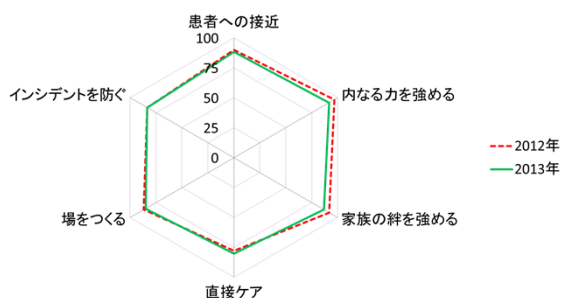
### 構造の比較 2012年・2013年



### 過程の比較 2012年・2013年

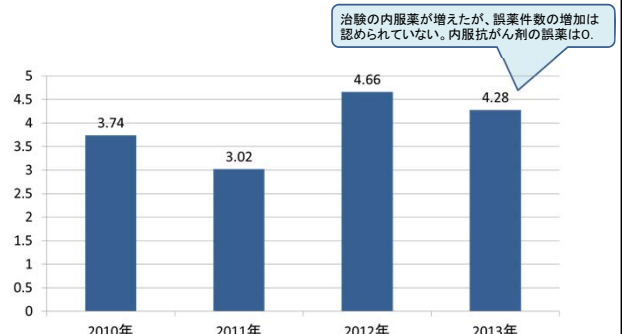


### 結果の比較 2012年・2013年



### 2010～2013年 誤薬件数の推移

(インシデント1000床あたり)



## 看護QIプログラム 評価報告書の読み方 と 改善計画の建て方

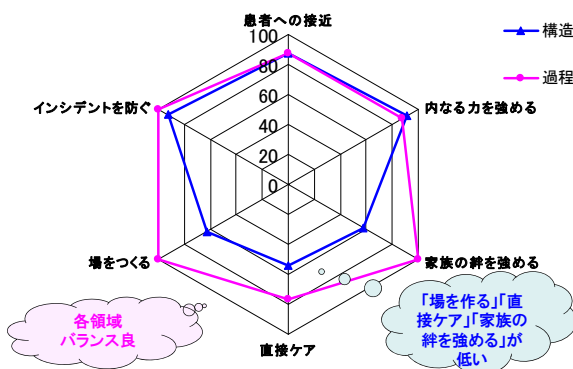
看護QIプログラム研究班

### 評価結果を読む前に

- 6つの評価領域の意味するところを知る
- 全体のバランスを見る
- 満足度の意味解釈の前に知っておくこと
  - 満足度は期待値によって変わる
  - 年代、性別、入院期間などによって満足度にバイアスがかかる
- インシデント件数の読み方に注意
  - インシデントが起こる状況、背景によって発生を減少させるうえでの限界域値は異なる
  - 看護の質が必ずしも直線的に反映しない

・アウトカム指標はまだ研究段階であり、満足度とインシデントのほかにも看護の結果(質)を示すものがあると思われる  
 ・看護の質を規定する6つの領域と満足度、インシデントの関係は、量的に検証されていないが、質的に検証されたものであり、各領域が満たされればアウトカムは向上するという論理性はある

評価結果レーダーチャート(領域バランスが良い例)



### 6つの領域の意味するところ

- 「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します。
- 「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。

### 6つの領域の意味するところ

- 「直接ケア」
  - 保清や痛み緩和などの看護師が行う具体的な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が必要です。
- 「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)を作ること、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ために必要です。
- 「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。

### 改善計画の立て方1

- 集団の平均を参考にして、病棟の特徴をつかむ(報告書を参照)
- 病棟の状況(特に患者集団の特徴)と評価結果との関係を分析する(病棟からの情報と突き合わせる)
- 改善が必要なポイントを明らかにして、その問題の構造がどのようになっているか、現存するデータと病棟の状況をもとに描く(報告書を参照して独自に)
- いくつかのポイントのうち優先順位の高いものを決める(最初は一つで)
- 実現可能な目標を設定する(短期、長期)
  - 目標は低く現実的であることが重要

## 改善計画の立て方2

- 目標を達成するとしたら、どのような項目がアウトカム指標になるのか論理的に考える(特殊性や範囲)
- 現存するアウトカム指標を使ってもよい
- 結果をだすための看護活動について論理的に考え、列記する
  - 6つの領域(ケアの視点)を意識して構造のカテゴリーに入る項目と過程のカテゴリーにはいるものをおく
  - それぞれの項目を系統的に並べ直す
  - 領域間の関係にも配慮して看護活動を決める
- 改善活動の評価方法を決めておく

## 改善計画の実施その1

- 問題点の共有を行い、改善の動機を高める
- 改善企画を公開してコメントをもらい改善企画を病棟メンバーに承認してもらう
- 責任者を決める(責任者は担当者と十分話し合いチームを組む)
- 実施する
  - 企画によってはマニュアルの作成、周知徹底
  - 病院管理部の協力を取り付ける

## 改善計画の実施その2

- 評価を行う
  - 目標達成の度合いを見る
  - 看護QIプログラムで再評価する
  - 改善活動前と活動後を比較する
- 改善したことの要因を分析する
- 努力を評価する
- 改善を記録のとどめ看護の効果を示すエビデンスとして蓄積する→臨床看護研究へ

## 評価⇒改善⇒再評価

M病院(230床、民間一般)内科病棟 40床

### 【改善前評価】

直接ケア領域における患者の状況判断が低得点、分析能力がないことが起因し転倒件数が多い(4.5)ことが問題である。また患者の内なる力を強める働きかけはなされていない。

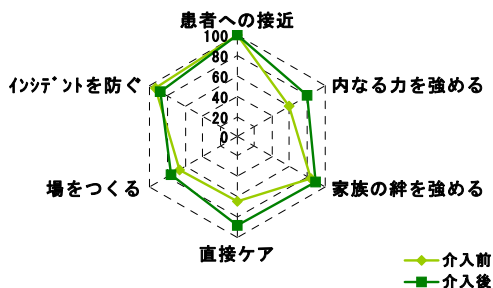
### 【改善コンサルテーション依頼 1カ月間】

- インシデント防止は優先課題なので、「事例検討会」で分析能力を訓練する
- 内なる力が低得点なので、患者への説明が行えるように資料など整える

### 【改善中の変化】

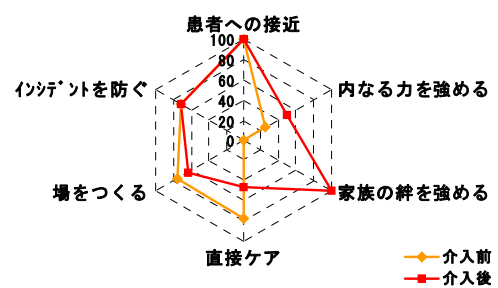
- 看護師の分析能力は高まり、転倒件数は激減(4.51→0件)した。
- 看護師の医師への報告や相談内容が変化した(患者の変化が詳細に伝えられ、看護としてのコメントも加えられるようになる)
- 患者への対応の変化がリンクナースによって観察された。
- 2ヶ月目: 収容患者のなかに転倒リスクの高い患者が急増(医師がこの病棟に入れる傾向)、看護師の欠員が生じた。
- 看護師の能力は向上したが、構造上の変化で転倒件数が増えてしまう(7件)  
⇒この点は失敗でした。

## 介入前後の構造得点



注:各点数は、満点が100点となるように換算しています

## 介入前後の過程得点



注:各点数は、満点が100点となるように換算しています