

## 看護ケアの質，向上に取り組んだ実践から

内灘温泉病院

天津栄子

私は現在、石川県の小さな規模の病院で、病気や障害をもった老人の看護を考え、実践する立場におります。

看とりの社会的ニーズは量と質の双方からその需要はますますふえ、看護の専門職として、提供するケアの中味が厳しく問われています。

老人看護の現場に入ってまだ3年余りの短い経験ですが、ケアを提供する立場から、1つは、看護ケアの質をどうとらえるかという視点で、2つ目に、臨床現場で取り組んでいるささやかな実践から得た意味を通して、本日のテーマを考えてみたいと思います。

1. まず、看護ケアの質を問う時には、単に看護部門だけの問題ではなく、病院の質や医療の質をベースにみていく必要があります。

本来、病院は医療の場と生活の場という二重構造をもっていますが、日本の病院のあり方は、主に疾病治療中心の医療の場という発想が主で、どちらかといえば、看護の分野から患者の生活の場という考え方を打ち出していると思います。よく「あそこの病院はいい」とか「どこそこの病院の看護はとてもよかった」等と聞きますが、「いい」とはどの様なイメージを描いているのでしょうか。

病院の質は、病院の機能や規模それに理念、建物や空間などハード面での療養環境、アメニティーの分野、マンパワーやサービス、システム面などがその質を左右すると思われれます。

医療の質には適正な医療の選択や医療技術のレベル、インフォームドコンセントに関する事等があげられるのではないかと思います。

病院の質や医療の質は看護ケアの質に間接的に、時には直接的に有形、無形に影響するものであります。医療の質を問う時に「よい医療とは何か」を基

本にすえることが重要であると同様に、看護の質を考える際にもその前提としての「看護の目的は何か」という看護の理念をイメージしておくことが必要でありましょう。なぜならば、看護婦のおこす行動は、その看護婦の頭にある看護へのイメージの豊かさによってその質が左右されるからであります。

看護は人々が“健康を回復するために”あるいは“健康に生きるために”時には安らかな死に向けて働きかける仕事であり、どんな状況においても、ひとりひとりのもてる力を信じて、つまりナイチンゲールの言う“自然治癒力”へのゆるぎない信頼が基本にあります。

そして、その治る方向へのあらゆる力が最大に発揮できるように“患者さんがbest conditionにいる状態”をコーディネートするには、いかに豊かな専門的知識や技術、態度を必要とするかは、論を待たないでありましょう。

看護ケアの質について私は2つの側面からみたいと思います。

1つはミクロな視点として直接看護の質であり  
2つ目はマクロな視点として間接看護の質であります。

後者は実践の質をささえる骨格であり、

- (1) 看護部の理念や、マンパワーを含めた看護体制の問題
- (2) 看護基準の作成や、情報のシステム化
- (3) 看護本来の業務の見直しと他部門への業務の返上
- (4) 看護の安全性や経済性の問題
- (5) 記録システムの問題
- (6) “物”の流れやメンテナンスの問題
- (7) 医療、看護の倫理に関する問題

- (8) 看護婦の能力開発の教育や研究
- (9) 看護の量と質の評価や看護を発展させる研究など、多くの間接看護の機能が看護婦を支え、よい直接看護を可能にする環境をととのえています。

さて、実際の臨床場面での直接看護を考えますと、患者さんのニーズをアセスメントするまでの判断過程と、ケアに移す実践過程があります。

この看護婦の判断過程は、これに続く実践を規定するものとして、まさに専門職としてのケアの質に直接かわるものです。患者の全体性のなかから、看護問題を相手の立場から引き出す臨床判断能力の重要性を問われるゆえんだと思います。

次に実践過程のケアのひとつに実体的、具体的な技術があり、これは目に見えるものとして実感できます。

例えば、褥創のケアであり、清潔へのケアであり、排泄へのケアなどがあります。これらのケアの成果は現象として見えやすく、基準や尺度を用いて評価、測定できるものとして多くの研究が積み重ねられています。

もう一つに、医療処置、介助などへのいわゆる診療のケアであり、新しい技術や治療の導入に伴い、この分野のケアに関する基準づくりは比較的行なわれ易いと思います。

一方、実践過程のケアには患者との人間関係的なかわりのケアがあります。患者が自分の健康問題に関心を持ち、主体的に自己の生活をより健康的なものに創り変えるために患者の表現をたよりに看護婦が意図的なかわりをもちます。例えば、患者が心理的な問題を抱えている時や、闘病意欲が低下している時など、患者が自己をみつめるために看護婦の存在や看護婦との関係がよいサポートとなり、回復への best condition をつくり出すことがあります。

この種のケアの質は実体的なケア技術のように評価のための基準や、尺度づくりにはそぐわないものがあります。従って、このケアの成果として患者の変化を見るために、かわりの過程を記述し、看護婦の考え方や表現の意味を浮き彫りにして、目に見えないケアの実態が見えるケアへ変える努力がなされています。

前者と後者は、患者の必要性に応じて提供するケアのちがいであり、性質の異なるケア技術の質をみるものさしは、ケアの性質に応じた評価が必要であると思われます。

2. 当院での看護実践をご紹介します。ケアの質について考えてみたいと思います。当院は100床で脳血管障害やその後遺症、虚血性心疾患、骨粗しょう症、変形性腰椎症などの慢性疾患が中心であり、年齢は50代から90代、平均年齢72才という状況です。

老人医療、老人看護にとっての大きな課題は、生活行動の自立と社会関係を含めた生活の質の保証をいかに高めていくかということです。老人の寝たきりは、生活の質そのものをおびやかすことになりかねず、寝たきりへの引き金は基礎疾患の悪化や排泄障害、転倒骨折などで、床上生活を余儀なくされた場合に多く発生するのは周知のことです。

在宅看護を困難にしている要因にも排泄障害と入浴介助があげられます。このような老人の特性を背景に、臨床で看護ケアの質の向上を考えますと、1つに、老人の動的生活を保証していくことの最短距離にあるのが排泄に関するケアです。その一例をご紹介します。

69才、男性のO氏は脳卒中後遺症の片マヒ患者で、35年間看護師を勤め、在職中に倒れ、当院入院時すでに発症から10年を経過し、病院を転々とし、当院は6つ目の病院でした。下肢装具をつけての座位や起立にも介助を用い、リハビリはマット上での基礎訓練からのスタートでした。

便、尿意はまったくなく、排泄後の感覚や意思表示もなく、常にオムツ内失禁で、当院で作成した「排泄行動レベルの評価基準」においても最も低いレベルでした。本人も長期オムツ使用が習慣となって排泄の全面介助にゆだねていました。この患者へのケアのアセスメントとして考えたことは、「健康の法則に合致した生活の仕方は患者の回復につながる」ということを手がかりに、例え便、尿意がなくても、トイレという排泄環境の中で座位の姿勢で重力と腹圧をかけるという“人間にとってのふつうの排泄行動”は、患者の排泄感覚を刺激し何らかの反応を呼び起こすだろうと予測し、そのケアを試みま

した。

「そんなこと無理や」といっていた患者も、積極的にになり、数日後にトイレで自力排便があり、「あーすっきりした」と感動の大声と満足そうな表情に力を得て、以後、食後のトイレ誘導へとケアがすすみました。それに伴い不確実ながら尿感覚も出現しはじめ、患者の排泄への努力や自立心を促す方向へと進展していきました。

自然の排泄がいつも成功するとは限りませんでした。トイレでの患者の快の実感の効果は大きく、より健康的な排泄習慣が“できるリハビリ”から“しているリハビリ”へ量的訓練もふえ、起立や移動レベルも上昇し介助がとても楽になりました。これがきっかけとなって、患者の意思やADLが徐々に自立の方向に向き始め、O氏に適した排泄グッズの使用で長期外泊が可能となりました。外泊時の介護量の軽さに家族も安心されて、遂にO氏の最終目標であった退院へのキップを手に入れることができました。

このO氏の変化のきっかけは、普通の排泄のあり方、つまり“健康的”とか“正常さ”を例え部分的にでも患者の生活に取り入れていくという“回復へのケアの挑戦”を試みたことだと思います。それを可能にしたのは、

1つに、看護の目的に支えられた看護婦の認識と行動力であり

2つに、看護チームの目標の共有化であり

3つに、評価しながら継続する力であったと考えられます。

また、O氏に投入した看護量は、一時期の集中的なトイレ誘導、移動時のケアなど大幅に増加しましたが、成果として、健康のレベルアップや介助量の軽さ、患者の自立となって戻ってきたわけで、ケアの経済効率といえましょう。

次に、老人は骨の老化や病気の進行による運動機能等の障害が多く見られます。

82才、女性、Sさんは喘息と心肥大、骨粗しょう症で、入院時辛うじて歩いておられた方ですが、高度のポロージスの進行で現在は歩行困難となりベッド上での生活やむなしの方です。整形のドクターからは「まるで全身ガラス細工のようなからだ」と評され、治療として有効な手段なく対症療法によると

いう状況です。

この患者の「痛くて動きたくないの」「眠れないので、お薬頂だい」とか「頭がいたい」「食欲がない」などの訴えと頻回のナースコールという問題に対して、それらを個々に取り上げると場当たりの対応になり、現象にふりまわされて問題の性質がみえにくくなるおそれがあります。

そして、医師は、睡眠剤や鎮痛剤と症状に対して次々と手を打ちます。こういう状況に対して、反射的、手順的なケアの提供では、患者の訴えを一向に軽減させることはできず、悪循環となり、患者は満たされないニーズのなかで訴えの多い困った患者として看護者の足が遠く結果になりかねません。

24時間の生活の中に動きを取り込まないと頭への刺激や生活全般にわたる質の低下をきたすであろうと予測すると、運動と休息のバランスへ向けてケアの手だてがたてられます。(問題のみきわめ)

↓

可能な限りの動きを創り出す。運動と休息のアンバランスをととのえれば、訴えやコールは減少するであろう。“唄が好き”は刺激のキーワード。(ケアの方向性とケア結果の予測)

↓

ベットごとの移動と病院の周りの散歩を毎日。動く外気を肌で感じ、胸一杯に吸い込み、小鳥のさえずりを聞き、動く雲をみつめ、歌をうたい、行きかう人々との談笑。(ケアの実践)

↓

さまざまな刺激が五感をとおして頭に届き、会話も多く、表情は活気に満ちている。ポロージスの痛みは軽減し、痛みの訴えがないので、聞くと我慢できるといふ。熟眠がえられる「散歩に出ると、ぐっすり眠れるの」「少し、座ってみようかしら」など。(ケア結果=患者の変化)

以上、実践から看護ケアの質を考えると、個々の患者に、ケアによって回復に向けてのよりよい変化が創り出せているかどうかでありましょう。

ナイチンゲールは“健康の法則は病人のなかにも、健康人のなかにも共通して働いているのであり、この法則が守られなかった時、病人は極端な影響を受

## 看護ケアの質の測定

けるものだ”と述べております。

人間は本来、動くものであるのに動かさなかった時、人間は目標をもって生きるものであるのに小さな目標さえない時、病人のうける影響はさまざまな形の症状や言動となって現れてくることが考えられ、それは病気そのものからくる症状ではなく、回復へのベストコンディションにおかれていない、患者からのサインであるといえましょう。

3. 最後に日頃の看護実践の取り組みを通して、臨床現場から看護ケアの質に影響を及ぼすと考えられる要因に、次の様なものがあります。

- 1) 看護婦の質 — 個人レベルの質と集団としての質
- 2) 看護上の問題の発生頻度 — 問題の早期発見と対応、予防的、先手ケアがよく機能

3) 難しい看護上の問題への取り組みや行動するパワー — 看護ケアの質をあげる機会

4) ケアの受手の患者・家族の満足度 — 提供するケアが受手の条件を満たすものであるか

5) ケアの成果（回復への役立ち）を、医師や他の医療専門職に納得してもらおう努力 — 患者のよりよい変化を客観的に立証

また、看護ケアの質の向上に関するマクロな視点からの最近の問題に以下のようなものがあります。

1) 医療の高度化、ニーズの多様化に対応しうる看護の専門分化

2) 患者看護の質への責任、よりよいケアの継続という観点からプライマリ・ナーシング

3) 夜間及び早期の看護ケアの質をあげるために、看護のマンパワー導入

## 記録から看護の質の評価は可能か

北里大学

ライダー 島崎 玲子

### I はじめに

米国の看護のリーダーが患者に行なった看護をどのように評価すべきかということを論議し始めて、約20年の歳月が流れようとしている。米国ではすでに各病院で質的保証プログラム (Quality Assurance Program) をつくり、1つのシステムとして医療サービスや看護の質を評価している。日本では数少ないながら、このテーマに熱心に取り組んでいる病院があると聞いているが、まだ病院全体を評価する1つのシステムとして取り上げている所はないようである。

今回のテーマは記録によって看護の質を評価することが出来るかということに焦点をあてているが、まずテーマから逸脱するかも知れないが、ではなぜ看護の質を測定すべきか、測定すべきであるならば、記録の調査や看護行動の直接観察評価以外に、もっと適切で正確にできる評価の方法があるのかということについて、考えて見たいと思う。

### II 看護の質はなぜ評価すべきか

看護は art といわれ、創造的なものである。絵画、彫刻等の art の創作品は、視覚とか触覚等の感覚を通して評価をすることが出来るが看護行為は瞬時的であり、後に実体を残さない。そこで患者に行なった看護ケアについては、振り返って見直しをすることは出来ない。実際に患者にとって助けとなったか、或は医師の治療に看護がどれだけ寄与しているかも実証することは困難である。患者が瀕死の床から回復した時、医師の役割の重要性は直ちに社会が認める。しかし、看護婦がその患者の回復のために、どのような緻密な計画をたて、愛情を持ってきめ細かな看護をしたか社会の人は知る由もない。そして日本人は今まで、自分が行なった善行を人の前で表現することを、はしたないと考えていて、看護婦も医者影でひっそりと看護に尽

くしていたわけである。大衆に看護の役割と重要性を理解させるためには、看護を評価し必要に応じて社会に紹介アピールすることが必要である。

看護業務の保険の支払いは、米国でも、Room and Board といって部屋代と食事代の中に含まれていた。これもやはり看護業務の評価が正確に出来ていなかったために看護料の適切な価値が大衆に検証されなかったことに起因する。この検証のためにも看護記録の中にしっかりとした看護の決断過程や看護活動が明確に記録されるべきである。又看護活動の評価は、看護の受け手・患者の安全性をはかるために必要である。

#### 1. 専門職者としての責務としての看護の評価

第一に看護は専門職であるということである。米国の看護協会では看護を専門職にそだてる過程のなかで、各看護婦は、自分自身の行なった看護行為にたいして全責務をもつべきだと主張してきた。不幸にして病院や施設の中で医療過誤が発生した場合、厳しい記録の調査や事情聴取が行なわれ、それによって当該看護婦の不注意によるものであると判断されれば、その看護婦は患者の要求する経済補償に応える義務を持つ。又裁判になった場合、記録が重要な証拠となり、そのために正確な時間、正確な描写という完璧なチャートが要求される。監査は医療事故防止のための対策でもある。

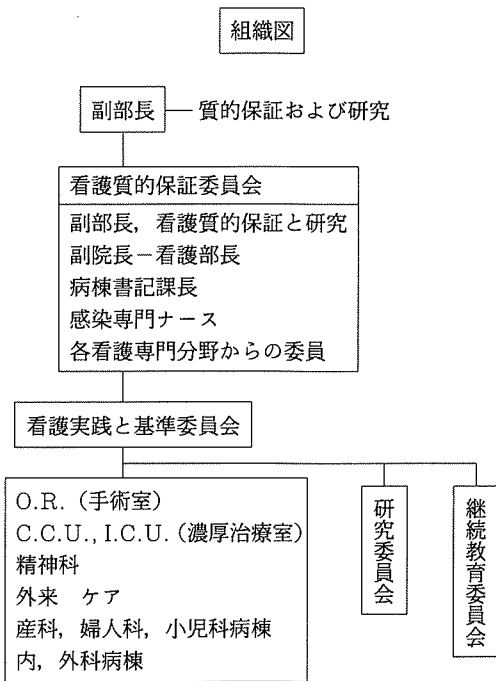
#### 2. 専門職としての看護ケアの質の維持：看護基準の作成と基準の維持

看護が専門職であるならば、看護婦は専門職としてふさわしい看護行為をすることが必要である。看護婦がある看護処置をするにあたって、安全で効率的に実施されているかを見るためには、一定の基準に添って行なわれているかを観察するとわかる。従って米国の各病院の看護部では処置手順委員会 (Policy &

Procedure Committee) をもうけ、それぞれの処置基準を作成したり、修正したり常に基準が最新であるように努めている。

看護婦がその基準に即したやりかたで処置をしているかどうかを看護婦同志でチェックするピアレビュー、記録の調査をする看護過程監査、又、組織を観察調査をして患者の環境の安全性をはかる監査等から構成されている質的保証プログラム (Quality Assurance Program) を設置するようになった。しかし、監査は単に調査を実施するだけではなく、監査の目的は、これによって得た結果を分析し、看護職員の教育ニーズを把握し、院内教育のプログラムを作成し実施したり、基準の修正や設定、研究の素材とし、将来の看護の質の向上をはかることである。(表1)

表1 看護質的保証中央委員会



### III 記録による評価方法

看護を評価するためには、まずそれに必要な道具・ツールをつくる必要がある。この監査のツールは看護の基準となるもので、これと看護記録とを照らし合わせて評価をすれば、患者によいケアができたかどうかを推察することが出来る。記録による評価には

現在進行中の過程監査と、ある計画した看護活動が実際に実施されているかを数日たってから記録を見て調査する短期のレトロ監査法や退院後のチャートの記録を読んで入院時にたてた退院目標が達成されたかどうかを調査する長期のレトロ・回顧的監査の方法がある。

#### 1. 看護過程の評価

過程監査とは看護婦の知識や看護活動の妥当性を評価するものである。看護婦の役割は個々のクライアントの健康状態に関わる情報を収集、アセスメントし、望ましいゴールを設定し実施、達成状況を評価することで、この一連の思考過程を考察すれば患者に適した看護が出来たか、又看護婦の看護に対する問題解決の能力を評価することができる。このために開発されたのが過程監査である。

過程監査は、通常、病棟全体を対象として実施する。無作為で患者数名を選び、過程監査のツールを用いて病棟の看護の質を評価するものである。その結果は婦長に報告され看護婦の教育の資料になる。

##### (1) 過程監査のツールと記録

過程監査に必要なものは監査ツール及びカードデッキ カードのアセスメント、問題及び対策を示す記録の部分、看護ケアの実施を証明する看護日誌や看護活動を示すチェックリスト等である。過程監査のツールは、その病院の規定の看護記録の書式に添うもので入院時の情報収集用紙、カードデッキカードの書式、看護日誌の書式等によってツールは変化する。(表2, 3参照)

表2はN.Y.市の聖ロカ病院の内科外科病棟の監査ツールであり、病棟の全般的な状態を調査するものである。表3のツールは、機械的、アセスメント、計画、実践の4つの部分から成立している。実際の監査のやり方は、ある患者の入院時のアナムネの記録の要約がカードデッキカードのアセスメントの部分に書かれ、それによって患者のニーズが把握され、対策が計画の部分に書かれ、次に実践の部分では看護日誌と比べ、計画が実際に行なわれたかを調査する。

監査終了後「はい」「いいえ」の数を調べ数的評価をだす。(表4)

##### (2) 過程監査の実際の例:

ツール(表3)使用

監査委員は必ず、前もって当該病棟に監査の予告を

看護ケアの質の測定

表2 看護システムツール

<p>A) 入院（入院、転送、退院）記録                  (1) 入院時の記録は当病院の規定に沿っていますか                  (2) 看護面接の情報は含まれていますか</p> <p>B) 転床                  (1) 病院の規定に定められている情報を含んでいますか</p> <p>C) 看護のアセスメントと看護介入（intervention）                  （看護日誌、処置記録）                  (1) 身体的症状と徴候の観察についての記録はありますか                  (2) 情緒面の観察についての記録はありますか                  (3) 少なくとも1日に1回の記録がありますか                  (4) 術後および重症患者の場合少なくとも4時間おきの記録がありますか                  (5) 患者のニーズに沿った指導がありますか</p> <p>D) 処置（医師の指示）                  (1) 当院のやり方で処置が行われていますか                  (2) 術前の記録は当院の規定に沿っていますか                  (3) 術後のケアは記録されていますか</p> <p>E) 与薬                  (1) 適宜（PRN）与薬の理由と与薬の効果は記録されていますか                  (2) すべての与薬は正しく記入されていますか</p> <p>F) 退院                  (1) 当院の規定に沿った情報が包含されていますか</p> <p>G) 死亡                  (1) 最後の観察は記入されていますか                  (2) 死亡診断に医師の名前が記入されていますか</p> <p>H) 一般的な考慮                  (1) すべての記入はAM（午前）PM（午後）が記入されていますか                  (2) 当院の規定に基づいた略語が用いられていますか</p>	<p>は い</p>	<p>いいえ</p>	<p>該当なし</p>	<p>コメント</p>
--	------------	------------	-------------	-------------

月 日 平成3年3月30日  
 病棟名 内科病棟4西  
 患者名 山 ○ 進

表3 過程監査ツール：看護評価ツール

	監 査 内 容	は い	いいえ	該当なし	コメント
<p>機 械 的 監 査</p>	<p>1. 読み易い字できちんと書かれていますか                  2. 誤字、脱字はないですか                  3. マニュアルに規定されていない略語を使っていませんか                  4. 文字はわかり易く表現されていますか                  5. 目標の到達日は記入されていますか                  6. 初期の計画は24時間内に書かれていますか                  7. 問題点の把握はアブテイトされていますか                  8. 記録者のサインがありますか</p>	<p>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓</p>	<p>✓ ✓ ✓</p>		<p>修正液使用 後訂正なし</p>
<p>看 護 過 程 ・ ア セ ス メ ン ト</p>	<p>I 情報収集                  1. 既往症                  (1) 疾患の経過が記入されていますか                  (2) 転帰が記入されていますか                  2. 主 訴                  (1) 明確に書かれていますか                  (2) 入院の目的、或は動機が記されていますか                  3. 現在の経過                  (1) 診断の根拠となる症状が記入されていますか                  (2) 現在の自覚症状が記入されていますか                  4. 入院時の身体的状況                  (1) バイタルサイン                  (2) 身体検査</p>	<p>✓ ✓ ✓ ✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>健診による 発見</p>

看護ケアの質の測定

(表3 つづき)

	監 査 内 容	は い	い い え	該 当 な し	コ メ ン ト
看護過程・ケアセッションメント	5. 家族の状況と援助				
	(1) 家族構成	✓			
	(2) 社会的状況	✓			
	6. 患者の基本的ニード				
	(1) 食 事	✓			
	(2) 嗜好品		✓		
	(3) 睡 眠	✓			
	(4) 保 清	✓			
	(5) 排 便	✓			
	(6) 排 尿	✓			
	7. 患者の心的状態				
	(1) 理解力		✓		
	(2) 疾病に対する態度		✓		
(3) 生き甲斐について				✓	
(4) 態 度	✓				
(5) マナー	✓				
II 看護診断					
(1) 適切な診断	✓				
看護計画	III 看護指示録				
	1. 問題点の中に次の事項が含まれていますか				
	(1) 肉体的	✓			
	(2) 生理的	✓			
	(3) 心理的	✓			
	(4) 社会的			✓	
	(5) 指導的	✓			
(6) 処置検査			✓		
2. 問題の中に合併症の予防が含まれていますか			✓		
3. 問題に対して予想される結果が書かれていますか			✓		
4. 予想される結果に対するの対策が書かれていますか			✓		
5. 状態の変化に応じて具体策が変更修正されていますか			✓		
6. 治療方針は記入されていますか				✓	
看護の実践	IV 看護経過				
	1. 入院時の記録は病院のしきたりにそって書かれていますか	✓			
	2. 患者の状態に関して次のことがらが書かれていますか				
	(1) 肉体的	✓			
	(2) 生理的	✓			
	(3) 心理的	✓			
(4) 社会的			✓		
(5) 指導に対する反応	✓				
(6) 処置, 検査に対する反応			✓		
3. 期待される結果への患者の示す進歩の度合い	✓				
4. 退院計画はされていますか	✓				
5. 与薬された薬の効果が記録されていますか				✓	
	数 的 評 価 計 73	31	11		

例 最終目標が書かれていない  
全チャート評価していない



## 看護ケアの質の測定

表4 数的計算法

$$\text{質的スコア} = \frac{\text{Yes (A)}}{\text{Yes + No (A+B)}} = \%$$

例 Yes = 12                       $\frac{12}{14} = 85\%$   
 Yes + No = 14                      14

1 病棟の質的スコア = 5冊の質的スコアを加算 ÷ 5 =

2 病棟の量的スコア =  $\frac{\text{計画のかかれている数}}{\text{患者類 (センサス)}} = \%$

例 センサス15名, 計画されている数が10とすると

$$\frac{10}{15} = 66\%$$

しておく。その病棟の患者数の1/4 或は1/5の患者を無作為で選び、患者の記録をツールに照らし合わせて調べその比較検討する。ここに一人の患者の例を挙げて説明するが、記録は看護日誌とカーデックスカードに限定している。正確な監査をする場合はもっと多くの記録をチェックする必要がある。

### 例

38歳の男性、社内健診で糖尿病と診断され、自己管理の為の教育を目的として入院。

カーデックス カード (表5, 2枚) 看護日誌 (表6: 全体の看護日誌の中から抜粋) を監査した。ここでは、どの様に監査をするかそのテクニカルティを紹介する。(監査結果はツール表3の用紙を参照) 監査ツールの結果分析は次のようなものであった。

### 結果

数的評価: 73パーセント

#### 機械的監査:

- ① 看護記録は法的文書である。所々、記録を修正液で消し、そのまま記録を忘れていたところがあった。
- ② 記録者のサインがない。従って責任の所在が明確でない。

#### アセスメントの部分: (アナムネの記録を評価)

- ① 大変よく情報が収集され、アセスメントが簡潔明瞭に描写されている。
- ② 糖尿病患者の食事に関する情報が取れていない。

患者の理解度や疾病に対する態度に関する情報に欠けている。

#### 計画の部分: (カーデックス カードの評価)

- ① 糖尿病患者は手足の清潔、爪のケアが必要である。この患者は1週間に1回の入浴しかしていない。又手指のあかぎれという問題があるにも拘らず清潔に関する指導計画が出来ていない。
- ② 教育に関しては具体的に綿密に書かれている。(VTR 視聴のプロトコル用紙評価)

#### 実施: (看護記録の評価)

- ① 糖尿病患者のビデオ視聴による教育が綿密に計画されているにも拘らず、効果的な学習は出来ていない。この患者は試験による最終評価は比較的好かったと判断されているが、糖尿病の自己管理に到達できず退院している。

プロトコルによるビデオ視聴の自己学習だけでは効果的な成果は得られていない。個々の患者に関心を持ち、動機づけたり個々の患者の能力に従って個別的な指導が必要であることが判明した。

患者が実際に糖の検尿法を正確に実施することが出来るかどうかの評価が無い。患者が実施しているところを観察しその状態を記録に残すことが必要である。

- ② 看護婦の自律が必要。すべて医師の指示を仰ぐと言う姿勢が日誌に示されている。

例えば、糖尿病の病態生理は医師が教えるべきだと言う看護婦の態度は不可解。専門職看護婦であれば必要に応じて患者指導をするべきである。

#### (3) ツールの記入の仕方。

表7はカーデックス カードの計画の部分である。術前の患者が手術に対して不安感があり就眠の出来ない時の計画である。この計画が実際に行なわれたかは、看護日誌でチェックすることが出来る。

表8は、その計画が立てられた3/21の23:50に看護婦が患者のもとで色々手術の説明をして不安感を除去していることがわかる。

従ってツールの心理的、肉体的な面の看護が実施されているということで「はい」のところ(√)をする。



## 看護ケアの質の測定

表6 看護記録 (抜粋)

2月9日	(O) US + 14:00	時間に合わせてUS, UK 検査していない。 再度説明する。 右手背, あかぎれのキ裂あり。痛み伴っている。
2月11日	(O) KT 36.9 P 66 14:00	US-尿糖急にマイナスになるもハイポ症状見られず。ケトン チェックは再度声かけしている。色別まだあいまいである。 右手インソジンで処置する。 ST
2月21日	(O) 14:00	声かけしているもUS不測なり。忘れたと言っている。自覚薄い。昨日外出時にアイスクリームを食べたと言っている。ビデオをすすめると「薬の正しい使い方」を視聴したとのこと。自分は朝内服しているも副作用について解答すくない。 YA
3月10日	(S) 14:00	明日退院なので午前ビデオ5本見ました。自信はありませんが、何とか頑張ります。 (O) 意欲だけあるようだがカラ回りしている部分が多い。チェック リストは記入しており、割に出来ている。不足分については説明する。食事は自分でつくる気無し。明日薬についてもう一度確認する必要あり。 YA

表7 看護計画

		看護診断	期待される結果 (短期ゴール)	看護活動
3/21 23:40	prob. 1	手術に対する不安感	不安感の減少	手術に関する疑問、質問に答え、患者の手術に対する理解を深める。不安感を表現できる対人関係をつくり、患者との対話をもつ。
3/21 23:40	2	恐怖感による不眠		必要に応じて睡眠剤あるいはトランキライザーを投与。 山田 (12-8)

表8 看護日誌

看護経過ノート		
3/21	23:50	手術に対する恐怖感を訴える。術前の投薬について説明。麻酔の効果と安全性について説明。
3/22	1:00	スタッフへの信頼感を深めるように説明。「気分が落ち着いた」と気軽に家族、仕事のことを話しながら眠りについた。 山田 (12-8)

表9はチェックリストで看護ケアが実際に行なわれているかチェックをすることが出来る。記録ばかりに注意を向けて、患者との会話や看護の時間が少なくなことは避けるべきであり記録の簡素化も必要である。この表も看護日誌と同様に監査の対象になる。そしてチェックリストの看護活動の中で詳しい描写の必要なときには、看護日誌の中に記録することができる。

### 2. 短期の回顧的監査:

表10は、褥創のケアのツールである。これは数日遡って監査するレトロ或は回顧的監査ともいえる。婦長或はスーパーバイザーが褥創のある患者に適切なケアが行なわれているか記録を見て調査するものである。

### 3. 長期の回顧的監査

表11は、疾病別にたてられた退院時の目標、糖尿病の患者の例である。患者が入院をした時、病棟のスタッフはこの最終目標 (Outcome Criteria) に向かって患者のケアを進める。退院後、糖尿病患者のチャートを集めこの目標にもとづいて看護が出来ているか監査する。この看護日誌では明らかに看護ケアが行き届いていることがわかる。

ターミナルの患者の最終的な目標 (Outcome Criteria) は、その患者が安楽に過ごせるように、また自力で出来ることは自分で出来るように援助してあげる細かいクライテリアを描写し、このゴールに向かって看護婦が患者に働きかけをする。この看護の評価は看護日誌を通してよいケアが出来たかを監査するレトロ監査になる。

最後に結論としてこの論文の課題である看護記録で看護活動の評価或は測定が出来るかという問いに対して yes と答えたい。看護婦自身が、正直に正確に簡潔に看護の記録をすることが先決問題である。そして監査の結果を看護婦の資質の向上に活用しなければ評価の意味が無いということを強調したい。

看護ケアの質の測定

表9 看護活動のチェックリスト

月 日	6/25/68																					
看護活動	シフト			N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	
	褥創	1																				
ケア	2																					
*	3																					
手術創ケア																						
体位交換	q2h																					
栄養	養																					
経鼻	管																					
呼吸																						
O <sub>2</sub>																						
テント																						
I P P B																						
排泄																						
導尿管																						
浣腸																						
睡眠																						
疼痛																						
輸液																						
輸血																						
吸引																						
胃腸																						
肺																						

\*褥創の stage 1度 発赤 2度 皮膚剥離 3度 潰瘍(壊死)

表11 OUTCOME クライテリヤ例

期待される OUTCOME: 糖尿病

1. 知識

- a 家庭にあってのまなければならない薬の名前と、その副作用を説明することができる。
- b 糖の検尿法をしてみせる。
- c インシュリンを自分で注射できる。
- d インシュリンの副作用を言葉でのべることができる。
- e Hypoglycemia (低血糖) のサインを言葉でのべ、その対策について説明することができる。
- f 皮膚の清潔の必要性を説明することができる。 etc.

表10 褥創監査ツール

褥創報告				褥創描写					処置							コメント		
名前	年齢	性	医師 診断	入院 月日	発生 部位	大きさ (サイズ)	* stage 1 発赤	2 皮膚剥離	3 潰瘍	体位交換 q2h	シープスキン	空気マットレス	bed bath	傷の手入れ	歩行ADL		失禁有無	シーツ交換
山口○子	53	女	Dr. 山田 脳溢血	6/28/86	仙骨	<sup>cm</sup> 2×2												

\* 褥創の stage  
 1度 発赤  
 2度 皮膚剥離  
 3度 潰瘍(壊死)

## 看護の質向上を可能にする新しい病棟環境

名古屋大学

柳 澤 忠

### ① ナイチンゲール病棟の成立

ナイチンゲールは優れた看護婦であったと同時に、優れた環境計画家（建築家）であり、多くの病院計画を指導している。患者を30人程度にグルーピングし、通風・採光の良好な長方形の病棟建築にベッドを並べ、適当な隣棟間隔に病棟を並行配置する、いわゆるナイチンゲール病棟を実現している。病棟全体が1つの病室で中央に看護拠点があり、全患者の動向を看護婦が把握し易くした。眠れない患者に睡眠薬を渡すよりは、患者自身の状況と患者を取り巻く環境を分析し、窓を開閉して室温を調節し、不要な明かりを消し、寝具を直す。看護婦は常に病室に居たのである。

### ② プライバシー重視と居住性重視

その後、病棟は居住性としてのプライバシーを重視するようになり、4床室から2床室・個室を廊下に並べる病棟が一般になった。患者が日常生活と同程度の生活環境と生活設備を病院にも求めるようになった結果であろう。看護拠点としてのナースステーションは受付的にエレベーターホールに面して設けられ、病室群の重心から外れるケースが多くなった。こうした傾向は当然看護観察上・看護動線上大きな問題を起こしたのである。何時も患者を観察し、必要があれば直接看護を行なおうという意欲をそぎ、呼ばれたら出向くという傾向を生んだのである。さもなければ長い廊下を歩く看護動線のロスが増大するのである。

### ③ 病棟看護を取り巻く状況

一方、医療が高度化して病棟における検査・処置が増え、特に点滴の介助で人手が必要になってきた。医療におけるテクノロジーの発展が看護面に多くの変化をもたらしたのである。看護が医療補助者の立場を強めていった。こうした傾向の中で、最近のアメリカやヨーロッパでは病室での直接看護こそが重要であるとの反省から、看護拠点を分散させて看護の質向上を目

指す試みがなされている。ナースステーションとは別にナースコーナーといった看護拠点のサテライトを設け、患者受持制をとって看護婦が何時も患者のそばに居られるようにしたのである。

### ④ 看護拠点分散化とサポートシステムの動向

アメリカのカイザー病院では、ナースステーションを止めて中央廊下全体をナースステーションと考え、外周に一般廊下をめぐらしている。その他、患者10人を担当するPCU（患者ケア単位）も現れた。中央から物品を補給するシステムや、コンピューター端末が、サポートシステムとして充実され、看護婦が分散配置されることを助けている。間接看護をサポートシステムが補い、看護を直接看護中心に展開出来るようにしたのである。別の形で看護がテクノロジーを利用したと云える。

アメリカのセントヘレナ病院では、患者10人に看護婦が日勤2人・夜勤1人担当し、物品補給部から移動収納棚に物品を使いやすく整理した状態でセット交換される。物品消耗分は補給部でチェックするので看護婦は伝票を付ける必要もない。

### ⑤ まとめ

医療が高度化する中で看護の質を高めるには、看護がテクノロジーに使われるのではなく、テクノロジーを利用し、本来の看護を新しい発想で展開させなくてはならない。その為には新しい発想の病棟建築とサポートシステムが必要になる。そうした変化の中で、新しい看護の考え方や看護教育も求められているのではない。患者にとってのアメニティある病院環境が求められているが、それと共に質の高い看護が実現しやすい病院環境も大切である。

看護婦さん方が環境や建築にもっと関心を抱いて戴きたいと願っている。

## 研究所から臨床に移ってケアの質を考える

神戸大学医学部附属病院  
新道幸恵

私は、看護教育、看護研究を主な仕事として長年働いて来て、昨年臨床に復帰し、現在の職に就いた。就任後、看護の質をあげるという目標のなかで先ず強調したのが、「看護婦のベッドサイドケア時間を少しでも多くする」ということである。しかし、このことを実現することは大変に難しい。大学病院においては、最先端の医療が行われ、新しい治療法が導入されている。限られた看護婦数でそれに対応している現状では、ベッドサイドケア時間が一番先に犠牲にされ易い。

そういう現状の中で、ベッドサイドケアの時間を可能な限り確保するために、看護の省力化につながる看護用備品の購入、業務の外部委託等を積極的に進める一方、申し送りや記録の方法など看護業務の見直しの検討を積極的に行っている。ところで、本題の「看護ケアの質の測定」に関しては、本院では、必要性を感じながらも行ってないし、基準もまだ作成していない。そこで、臨床看護における質は何によってみることが出来るかについて、先ず、私が考えていることを示し(表1)、次に、私が昨年、本院看護婦を対象にして行った研究セミナーで、取り組まれた研究事例を取り上げながら述べることにする。

表1 看護の質の測定対象

1. 患者や家族の満足度  
ニードの充足度  
看護婦からの親切な対応
2. 患者の回復度、再発(再入院)の度合  
術後のステップアップの速度、在院日数、再入院率、再入院までの期間  
褥創の予防、ICU症候群の予防  
セルフケア能力の拡大の度合
3. 看護婦の看護に関する満足度  
ベッドサイドケア時間、患者との意思の疎通の度合  
専門的判断、技術の提供の度合

看護の質は、先ず、患者や家族の満足度によってみられる。このことは、ニードの充足されたことによるものであったり、看護婦から親切な対応を受けたことによるものであったりと思う。次には、患者の回復度、再発(再入院)の度合によってみることが出来る。このことには、具体的には、術後のステップアップの速度、在院日数、再入院率、再入院までの期間、褥創の予防、ICU症候群の予防、セルフケア能力の拡大の度合によってみられるであろう。しかし、これらのことは、治療効果の指標でもあるので、必ずしも、看護の質のみを反映するものではない。患者の回復への意欲や自然治癒力も大きく関与しているので、これらの指標から看護の質を評価するのは慎重に行わなければならない。3番目には、看護婦の看護に関する満足度があげられるであろう。このことは、「よい看護をおこなった」という実感から生じるものと思われる。その実感には、ベッドサイドケア時間、患者との意志の疎通の度合、専門的判断、技術の提供の度合が影響していると思われる。

質の評価は、看護の質のレベルアップを計るためにこそ必要なものである。日常の看護実践の場で、上記3つのことを、どの様にして測定するかを明確にして、それを活用できることに意義があると思われる。しかし、現実には、看護の質の評価を行うのは、なかなか大変なことである。そこで、その事にふれるのはさておいて、しばらく、神戸大学医学部附属病院で、研究セミナーを設け、そこで取り組まれた研究事例の内、評価研究に属するものを中心に紹介し、看護の質について考える材料にしたい。

先ず、「褥創のケア—脊髄損傷患者」について説明することにする。褥創の有無が看護の質を示す一つの指標であることについては、本シンポジウムの座長を勤められる川島先生、金川先生のグループが既に実

証されている。脊髄損傷、意識のない患者、救急部に収容されている重症患者は、自分の力で体位を変えることが出来ない上に、看護婦の関心は救命救急のための処置に注がれ易いこともあって、褥創が入院臥床後わずか1日で出来てしまうこともある。その予防、治癒には、注意深い観察と適切で密度の高い看護処置が必要となる。予防や治癒に至る経過日数は看護の質の基準になりえるであろう。研究セミナーでは、整形外科病棟の看護婦が、脊損の患者の褥創予防と脊損患者で他院から転送されてきた時に既に褥創が出来ていた患者の治癒への援助を通して、褥創予防並びに治癒へのケア基準作成に取り組んだ。これは評価研究ではなく、事例研究の形で行ったものである。これは、脊髄損傷患者で、既に褥創が出来てしまった患者のケアを行いながら、褥創のケアについて検討し、その結果を次の患者のケアに生かし試行錯誤しながらケアを行い、その結果を次の患者のケアに生かしながら、脊髄損傷の患者の褥創のケア基準を作っていく研究である。この経過は表に示したが、このプロセスには、多くのベッドサイドケア時間、言い替えれば患者との関わりの時間が取られているのがわかる。また、患者の反応、褥創部分の状態などの観察、それに応じたケアの選択には、専門的な知識と判断が加えられている。褥創の回復の度合には、患者との関わりの質や頻度、専門的判断、技術の適格性が影響していると思われる。脊髄損傷の患者に対しても、褥創を作らないことが、最良の質の看護を提供した証となるであろうし、次のレベルの質は、褥創の程度を最小限にして、早期に回復させることがあげられるであろう。つまり、出来てしまった褥創については褥創の程度や回復の速さでケアの質を測定することになると思われる。

次には、術後せん妄予防のためのケアについて評価研究を行ったものを通して看護の質について考えることにする。

この研究は、耳鼻咽喉科病棟の看護婦が、下咽頭腫瘍の術後患者は、バーバルコミュニケーションの機能を失い、約1週間、頭頸部の絶対安静を強いられる状態で臥床していなければならないという状態におかれるために、術後せん妄が発生し易い、ことに着目して、取り組んだものである。研究対象には、下咽頭腫瘍等で咽頭等の摘出、頸部郭清術などを受け、術後に1週間、頭頸部の絶対安静を強いられ、失声した患者を選

表2 術後せん妄予防の看護行為

- (1) 術前オリエンテーションの改善
- (2) 枕交換
- (3) ホワイトボードアームの使用
- (4) ラジオカセットの使用
- (5) リカバリ室の改善
- (6) 定期的な眠剤の使用

び、術後のせん妄を予防する目的で、表2に示した6つの看護を提供したことへの評価を行ったものである。これらのケアの一つ一つは、日常の看護の中で比較的多く用いられている行為であるが、それらを失声と頭頸部の絶対安静という大きな苦痛によるストレス状態にある患者のその反応としての術後せん妄に応用するという点に於て、専門的知識と判断が為されているといえよう。また、この看護のうちの枕交換は、患者の反応から考察したアイデアと絶対安静を妨げないで行うと言うところに、高度の専門的技能が含まれている。表に示したように患者への関わりも増し、ベッドサイドケア時間を比較的多く使っている。この場合の看護の質の評価指標としては、せん妄の発生率と頭頸部の痛みやコミュニケーションに関する苦痛に対するニーズの充足である。そのことは、患者への関わりの程度や質を含んだ提供した6つの看護の効果であり、それを可能にした専門的な知識、判断、技術の評価と考えられる。

次に、癌患者の疼痛コントロールのためのケアにつ

表3 術後ケアのための訪床回数

術後ケア	訪床回数	
	合計(回)	一日平均(回)
シ ー ツ 交 換	2	0.3
更 衣 ・ 清 拭	7	1
与 薬	10	1.4
吸 引	87	12.4
巡 視 ・ 検 温	56	8
経 管 栄 養 介 助	84	12
Nc へ の 対 応	37	5.3
Dr の 訪 床	18	2.6
そ の 他	18	2.6



看護ケアの質の測定

いて、本院で、癌性疼痛に対する鎮痛剤の与薬に関わる看護婦の判断についてと題して、定期薬、屯用薬の与薬時に看護婦がどのように判断して、与薬という看護行為をどの様に選択したかを分析したものをもとに考えてみたい。この研究の動機となった背景には、ある病棟で、ターミナルな患者に鎮痛剤を使用することに消極的であった看護婦が、病棟全体でターミナルケアに積極的に取り組むことになり、ターミナルな患者のQOLには疼痛コントロールが重要であることを学

び、そのための看護方針を取り決め、取り組むようになったということがある。表4、5では屯用薬の与薬時の判断を示したが、鎮痛を目標として、患者のその時の状態を観察、判断し、屯用薬、プラセボ、インテバンクリーム塗布、マッサージ等の看護行為を選択している。この看護の質は、鎮痛による患者のニードの充足の証として、疼痛コントロールの度合を指標とすることが出来ると思われる。

本院の研究セミナーで、評価研究に取り組んだ事例

表4 A氏の疼痛の訴えのある時の屯用薬の与薬時における看護婦の判断内容と根拠

N=14

判断項目	判断人数 (%)	観察内容	人数
夜間の疼痛増強を防ぐために与薬する。	1 (7.1)	安易に坐位になれない	1
本人からの希望があるため与薬する。	7 (50.0)	苦痛表情なし	4
		苦痛表情あり	2
		腹臥位で薬を待っている	1
不安な表情	1		
検査中、疼痛を予防するために与薬する。	1 (7.1)	苦痛表情なし	1
インテバンクリームの塗布と、マッサージの併用で患者より効果があると反応があったため適宜施行する。	2 (14.3)	疼痛部位を確認する	1
		苦痛表情なし	1
疼痛がコントロールできていないので、他の鎮痛剤の併用等が必要と考え医師と相談する。	5 (35.7)	不安な表情	2
		記載なし	1
		顔色不良	1
		苦痛表情なし	1

表5 A氏の疼痛の訴えない時の屯用薬の与薬時における看護婦の判断内容と根拠

N=11

判断項目	判断人数 (%)	観察内容	人数
インテバンクリームの塗布とマッサージの併用が、疼痛に対しても精神的にも効果があるため、適宜施行する。	11 (100)	苦痛表情なし	4
		記載なし	2
		嘔気なし	2
		仰臥位になっている	1
		訴えなし	1
		疼痛部位の確認	1
		TVを見ている	1
		倦怠感見受けられる	1

をもう一つ、簡単に説明することにしよう。それは、飲み間違い、飲み忘れの予防を目標とした内服薬の自己管理のための指導に関する評価研究である。循環器内科の患者は、平均8種類の薬を飲んでる。最近の高齢化現象は入院患者にも顕著になっている。高齢の患者には、入院中は、看護婦のケアによって、飲み忘れ、飲み間違いがないとしても、退院後には、その発生頻度が高まるのが予測される。事実そのようなことのために、再入院率が高くなったり、再入院までの期間が短かったりという患者に、内科病棟の看護婦は出会っていた。そこで、それらを予防するために、入院中から、ある一定の条件を満たしている患者を対象に、内服薬の自己管理指導を行って、そのことを実施し、退院後の薬の飲み忘れや飲み間違いを、入院中に自己管理指導を行わなかった場合と比較検討するという研究に取り組み、自己管理の効果の実証を試みた。

これまでにお話した研究セミナーで取り組んだ研究事例からみた看護の質について、冒頭で述べた看護の質を見る場合、何で見るのかということに照らして整理してみることにする。

1) 褥創のケアー脊髄損傷患者、2) 術後せん妄予防のためのケア、3) 癌患者の疼痛コントロールのためのケアに関する研究結果からは、患者のニーズの充足や、ベッドサイドケア時間の増大、患者の状態並びにケア内容に関する専門的な知識と判断力、技術の提供の度合、入院期間の短縮等が指標となり得ることを示しているであろう。4) 内服薬の自己管理に関するケアの研究結果は、セルフケア能力の拡大、再入院率の低下、看護婦の専門的な知識(疾病と薬)と技術(指導能力)の提供の度合は、指標となり得ることを示していると言えるであろう。また、看護婦の専門的な知

識、判断、技術の活用度合は看護婦の満足度につながるという点で、それも指標となり得ることと思う。

しかし、臨床の現場で、看護の質の査定をする場合には、定期的にかつ手短に行うことに意味があると思われるので、これらの指標を取るためにいちいち、研究的手法を用いるわけにはいかない。現実的には、質の査定基準を設けて於て、その基準に沿って、定期的に行うことが望ましいと思われる。その基準の中には、上記指標を盛り込んで、いつ、どの様な方法で、誰が行うかを、冒頭で述べた質の測定対象ごとに決めておくことも一つの方法と思われる。

看護の質の評価は、多様な側面をもっている事に加えて、総合病院における看護場面は極めて多様であることもあって、質の測定を実際に行って、看護の質のレベルを査定するのは極めて困難である。しかし、看護の質の向上を目指して、日々の業務を行っている以上その実現化に向けて努力しなければならないと考えている。

そこで、本院では、看護ケアチェックリストをその質の査定の用具として使えないかを現在検討中である。このチェックリストは、業務量の査定用具として、約2年間かけて検討してきたもので、今年6月からコンピュータのオフラインとして入力するかたちでテスト試用している。現在本院看護部の業務委員会を中心に、業務量を簡単に分かりやすく査定するためと、これを質の査定にも応用することが出来るようにするために、内容の再検討と点数化について検討している。質と量とは、ある意味では相反するものと思われるかも知れないが、看護の質は、業務量と看護婦数との対応関係と無縁ではないことから、関連づけて査定することが必要と考える。