看護ケアのアウトカム評価方法（日米比較）

東京医科歯科大学 医学部
保健衛生学科
看護管理学専攻 講師
阿部　俊子

今回の研究では「看護ケアのアウトカム評価方法」ということで、日米でどのような看護ケアのアウトカム評価方法が出されているかということを、文献から検証いたしました。

目的は、看護ケアのアウトカム評価方法を文献から検証するということです。

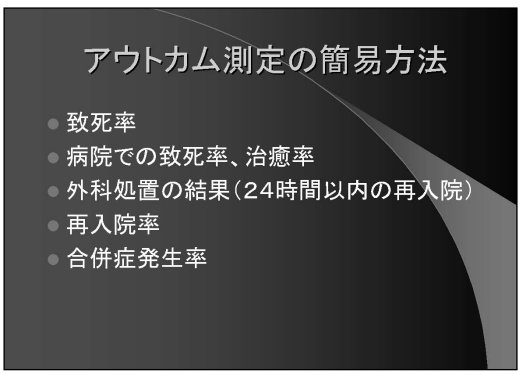
文献検索方法としまして、日本の場合は医中誌から文献検索をして、「看護ケア」「アウトカム」というかたちで検索いたしましたが、ヨーロッパの文献の翻訳ものが1件あっただけでした。日本でまとめられた文献はありませんでした。

次に、Medlineで「Nursing outcome」と「Health care outcome」というかたちでキーワード検索をいたしました。「Nursing outcome」というのは、ほとんどありませんでした。文献を抽出する際に、看護アウトカムの方法で信頼性・妥当性が確立されているものを抽出して、この文献の中でまとめました。

さらに、看護アウトカムの中で、信頼性・妥当性がなくてもreviewを行っているものを抽出して、まとめてみました。

アウトカム測定の簡易方法ですが、現在米国で使用されている方法がスライド1です。これから日本においても医療費の定額制が導入されるとき、どのように医療のケアの質の担保を行っていくかというところが問題点になっています。

スライド1



定額制に向けてということだけではないのですが、クリニカルパスウェイというものが日本でかなり導入されつつあります。その中で、いわゆる看護ケアとしてのアウトカムと、チームで行ったケアのアウトカムというものは、どのように違うのだろうかということを明確にしようと文献検索をいたしました。

従来のアウトカムの測定は、どちらかというとネガティブなアウトカムに焦点が当てられています。例えば、死とか、疾患、障害、不快、不満足の5つの項目で出ております。（スライド2）

スライド2

アウトカムにはポジティブなものもありま

す。例えばクリニカルパスが作成されるときに、アウトカム評価として入っている項目にはポジティブなものがあります。

スライド3

身体的・精神的健康と、医療ケアをうけていらっしゃる方のQOL（スライド3)、生活の質の問題がどのように解決されているかという部分のアウトカムです。このQOLの指標は非常に測定が難しくて、方法論が様々あります。さらにアウトカムとしての患者満足度です。患者さんの満足というのは期待値との相関関係にありますので、客観的な指標をどのように用いるかということが研究の妥当性として大切です。

看護ケアのアウトカム研究に関して文献が幾つか出ておりますが、看護としての単独での科学的な介入が何であるのかというところが非常に不明確です。これはアメリカでも不明確ですし、日本などはほとんど文献も出ていません。看護ケアの標準というのが何かということが、確立できていないという問題があります。

次に、看護ケア介入で影響する身体的・心理的・精神的な変化要因が何であるか、いわゆる看護ケアだけで、出てくるアウトカムが何かという問題があります。そのアウトカムを測定するためのデータは何であるかという論議がされています。

さらに、短期的なアウトカム測定だけでなく、経時的に退院後も患者さんを追跡していかないと長期的なアウトカムが出ないという問題もあります。

さらに、コ・メディカルの影響、すなわち看護だけしか関わらない医療ケアの部分というのは非常に限定されます。医療ケアのアウトカムは医師の介入結果であるのか、栄養士の介入結果であるのかというところが分けられないという問題点がもう1つあります。

看護ケアアウトカム測定には、信頼性と妥当性のある測定ツールがほとんどありません。

最後に、アウトカムとは何かという全体的な概要を見ますと、医療ケアの患者の人生への影響という広い概念を網らしています。医療ケアのネガティブなアウトカムを測定していたときには非常にシンプルで単純なデータ収集でしたけれども、医療ケアにおける人生への影響という患者さんのQOLを考えたときに、非常に広い概念になってしまうということです。

また、患者さんにとっての医療ケアのアウトカムが何かということによって、医療ケアの提供者がどういう決断をしていかなければいけないかということが、かなり変わってくるのではないかと考えます。

ケアの効果評価アウトカムでは、ケアの向上可能な部分が、一体何処にあるのかということが、アウトカムで明確になります。

医療ケアのアウトカムというのは患者中心であるべきであると言われています。医療ケアの結果が良ければいいだけではなくて、患者さんが望まれる医療を提供するために、どういう施設が、どういう経営戦略が必要かというところに座標軸が動いてきています。アウトカムを本当に診断できるのは、本来は患者であるというパラダイムシフトです。

医療ケアにおいては、望ましいアウトカムが達成されたときに、改めてコスト効果とか確

かさが分かるわけで、コスト効果が先行してアウトカムが達成されたかどうか後から評価されるというのは、方向性としては間違いではないかというような文献も出ております。

アウトカムの指標といたしまして、アメリカで特に広く使われておりますのが、臨床ガイドラインとクリニカルパスですが、患者の満足度は、患者にとって医療ケアの意義と重要性を示唆する指標になるということでもあります。

医療ケアのアウトカムは誰のためのものであるのかということで、アウトカム指標を見ていくと大体大きく3つに分けられます。

1つは患者のため、医療ケア提供者のためのアウトカム、最後に医療費の支払い者のため（すなわち保険会社とかなのですが）のためのアウトカム、ということでは視座が全然違いますので、ここのところで評価項目も全く異なってきます。

結論といたしまして、看護ケアだけの介入というのは医療では少ない。アイオワ大学で今Nursing Outcome Classificationというものがありまして、看護ケア介入でアウトカム評価をしていくかというものが出ておりますけれども、ここでもどういうデータを収集するとアウトカムが測定できるかということがまだ未確定です。メイヨークリニックなどでも看護ケアアウトカムの研究が進んでおりますが、どこが看護ケアの部分なのか医療ケアの部分なのかということが、なかなか分類できないという段階であるという報告があります。

医療ケアのアウトカムはチーム医療として全体的に評価されるべきで、チーム医療が達成されたときにそのアウトカムは非常に高いということが色々検証されております。もはや看護ケアだけとか、看護の問題点だけとかで患者さんの問題点をとりあげていく時代ではなくなってきているのではないかというふうに考えます。

看護は協働における専門性の確立を行う必要があります。アメリカでもそうなのですが、ナースは専門職としてのアイデンティフィケーションを持つのが困難なところがあります。排他的になるのではなくて、協働をしていく中で、専門性を確立していくことが、今後の課題ではないかと看護ケアアウトカム評価方法の検討から考えました。

更に、医療費の定額制に向けて看護の人員確保のことも議論されておりますけれども、人員の箱ものとしての確保よりも、医療ケアのアウトカムに対してきちんと評価が出される方が、ケアの質の向上に貢献するのではないかと考えました。

質疑応答

Q：

ポジティブアウトカムのファクターとして、身体的・精神的健康とQOLと患者の満足度と分けられたんですけれども、患者の満足度と最初の身体的・精神的健康というのは、QOLの中に含めることはできないのでしょうか。

A：（阿部先生）

QOLをどのように計るかという概念モデルがたくさんありまして、含まれるものと含まれないものとあります。患者さんの回復度とQOLは相関関係があるという研究もあります。満足度もQOLも、測定の仕方にもよるのですが、患者さんの期待値との相関関係になりますので、例えば大腿骨頚部骨折をされて、自宅に帰って不自由なく生活されるだけでは満足されなくて、青梅マラソンに出ることができるまで回復しないと満足されない方とかがいらっしゃいます。どういう概念モデルを使用するかによって異なると考えます。

Q：

というか、そのQOLの測定の因子の中に、その部分が全部含まれるんじゃないかというのが、私の考えなんですけれども。おっしゃる通りにいろいろな測定の仕方があっても、その部分までを含めてQOLひとつで言い表わされるのではないかなというのが・・・

A：（阿部先生）

おっしゃる通りです。今現在アメリカでされているQOLの主な研究で5つの指標というものがあるんですが、その中には身体的等満足度が全部入っております。そうでない測定の方法もありますので、一応3つに分けて書かせていただいたということなんですが。

Q：（東京大学　松村先生）

アウトカムの測定が非常に大事だということは全く同感なんですが、今、看護と医療のケアを独立して測定するのが難しくて、これからは協働（チーム医療）の程度を測定することが非常に大事だということは、確かに同感なんですけれど、具体的にどのような指標を用いて、チーム医療の質というものを測定なさるのか、教えていただきたいのですが。

A：（阿部先生）

個人的には、クリニカルパスをケアの測定の指標ツールとしてアウトカムを測定するのがわかりやすいというふうに考えます。クリニカルパスを指標とするときに、協働という概念を外して考えて、定額制としてのコスト効果というところだけでパスを作りますと、非常にケアの質とは離れたものになりますので、チームが関わったときの指標としてのクリニカルパスは、アメリカの特に急性期の病院で使われているものとは、ちょっと違うものではないかというふうに、最近感じ始めております。

その医療機関が医療ケアのエンドポイントをどこにおくのか、によって指標は異なると考えます。

Q：（東京大学　松村先生）
アメリカではということですか、それとも日本でということですか。

A：（阿部先生）
日本で、今後それが必要であるというふうに考えております。