

G-6. 構造・過程・アウトカム評価の総合検討

1. 構造、過程、アウトカム相互の関係

1) 構造と過程得点の関連性

構造6領域得点と過程6領域得点の相関を表26に示す。正の関連がみられたものは、過程の「インシデントを防ぐ」という項目と、構造の「家族の絆を強める」 $r=0.39$ ($p<0.05$)、「直接ケア」 $r=0.35$ ($p<0.05$)、「場をつくる」 $r=0.46$ ($p<0.001$)であった。すなわち、家族の絆を強める、直接ケアを支援する、場をつくるシステムをもっている病棟では、看護師は「インシデントを防ぐ」という過程を積極的に行うことができていた。具体的には、看護師は看護ケアにおいて不確かなことは確認する、看護師はリスクと可能性を見極めながら患者の危険なサインがでたらすぐにストップできるという考えをもちながら看護ケアをすすめる、看護師は看護ケアを基準や手順どおりにおこなっているという行為をより確実にこなっていた。

負の関連がみられたものは、構造の「インシデントを防ぐ」という領域と過程の「内なる力を強める」 $r=0.33$ ($p<0.05$)領域であった。これは、病棟のインシデントを防ぐシステムが整っているほど、看護師が「内なる力を強める」行為をしていなかったことを意味する。すなわち、褥創予防のためのアセスメントシートや備品、院内感染防止ガイドライン、インシデントの発生対応システムがあるところでは、看護師は患者

の状況理解をすすめる、予測や見通しを高めるといったケアを十分行っていないことになる。これは理論的には説明がつきにくいことであるので、今回偶然の結果であるのか、何か必然性をもっているのか、今後データ数を増やして検討する必要がある。

2) 構造と患者満足度得点

構造総合点と患者満足度総合点の間には -0.36 という負の関連性がみられた ($p<0.05$)。また、いくつかの項目間でマイナスの相関がみられた。特に構造「家族の絆を強める」「直接ケア」と患者満足度総得点とは、それぞれ相関係数が -0.47 、 -0.41 という負の相関がみられた。これは、構造システムが整った病院に入院する、例えば疾患が重篤であるといった患者の特徴が影響しているのか、構造システムが整った病院のなんらかの要因が影響しているのか今後の検討が必要である。

3) 過程と患者満足度得点

過程総合点と患者満足度総合点の間には強い関連性はみられなかった。しかし、過程「内なる力を強める」と患者満足度総合点「患者への接近」、「家族の絆を強める」総合点のあいだには、 $0.36\sim0.36$ という関連性がみられた ($p<0.05$)。このことは患者の「内なる力を強める」ように看護師が患者の状況や今後の見通しなどを患者によく説明している病棟では、患者の満足度も高い傾向があることが示唆され、自分のことをわかってくれている、家族に配慮をしてきているという印象をあたえているこ

とが示唆された。一方、過程の「インシデントを防ぐ」と患者満足度「直接ケア」の間には -0.34 ($P<0.05$)であったが負の相関がみられた。このことは、リスクを見極めながら看護をすすめていく、例えばリハビリ期などであると、患者さんは十分に直接ケアをしてもらえていないと感じることがあるのかもしれない。いずれにせよ、今回の患者満足度調査は、Webを使ったことにより、入力できる患者層に偏りがあったこと、コンピュータ入力に不慣れな方がいたためか、欠損値が多かったことなど今後の課題を提示しており、今回みられた項目間の関連性の要因に関しては今後詳細な検討を必要とする。

4) 転倒・転落・褥創と構造、過程、患者満足度得点

有意な関連がみられたのは、構造の「家族の絆を強める」と転倒の頻度で、Spearman 相関係数は 0.45 ($p<0.01$) であった。家族の絆を強めるように配慮された病棟では、家族が患者の側に長時間付き添うことができる可能性が考えられ、転倒の頻度が下がる可能性が示唆された。一方、有意な関連ではなかったものの患者満足度の項目と転倒・転落・褥創との相関係数は負の値を示すことが多く、仮説と一致しない点もみられている。これらの点についても、今後の詳細な検討が必要である。

表 26 構造 6 領域得点と過程 6 領域得点の相関

1) 構造と過程得点の関連性

構造		過程						総点
		1	2	3	4	5	6	
1.患者への接近	相関係数	-0.07	-0.22	-0.21	0.02	-0.09	0.24	-0.04
	N	39	41	41	38	39	38	41
2.内なる力を強める	相関係数	-0.13	-0.01	-0.16	-0.02	-0.03	0.14	0.06
	N	36	38	38	35	36	35	38
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.18	-0.12	-0.18	0.05	-0.11	0.39 *	0.04
	N	37	39	39	36	37	36	39
4.直接ケア	相関係数	0.14	0.10	0.07	0.10	0.20	0.35 *	0.19
	N	34	36	36	33	34	33	36
5.場をつくる	相関係数	0.20	0.10	0.11	0.19	0.13	0.46 **	0.24
	N	36	38	38	35	36	35	38
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.13	-0.33 *	-0.06	0.06	-0.18	0.19	-0.14
	N	38	40	40	37	38	37	40
総点	相関係数	-0.16	-0.17	-0.10	-0.05	-0.08	0.25	0.01
	N	42	43	43	40	41	41	44

Spearman 相関係数 * p<0.05, **p<0.01

2) 構造と患者満足度得点

患者満足度		構造						総点
		1	2	3	4	5	6	
1.患者への接近	相関係数	0.11	0.08	0.11	-0.11	0.05	0.20	-0.07
	N	39	36	37	34	36	38	41
2.内なる力を強める	相関係数	0.11	0.19	-0.04	0.01	-0.05	-0.22	0.001
	N	39	36	37	34	36	38	41
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.17	-0.33	-0.29	-0.19	-0.08	-0.13	-0.47 **
	N	38	35	35	33	34	37	38
4.直接ケア	相関係数	-0.22	-0.18	-0.27	-0.34	-0.22	0.11	-0.41 *
	N	38	35	35	33	34	37	38
5.場をつくる	相関係数	0.00	-0.22	-0.16	-0.09	-0.045	0.18	-0.14
	N	39	36	37	34	36	38	41
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.15	-0.27	-0.21	-0.33	-0.12	-0.07	-0.26
	N	39	36	37	34	36	38	40
総点	相関係数	-0.072	-0.13	-0.24	-0.20	-0.09	-0.08	-0.36 *
	N	38	35	35	33	34	37	31

Spearman 相関係数 * p<0.05, **p<0.01

3) 過程と患者満足度

患者満足度		過程						総点
		1	2	3	4	5	6	
1.患者への接近	相関係数	0.16	0.35	0.10	0.19	0.01	-0.01	0.31
	N	40	41	41	39	40	38	41
2.内なる力を強める	相関係数	0.10	0.27	0.11	-0.11	0.16	-0.03	0.20
	N	40	41	41	39	40	38	41
3.家族の絆を強める	相関係数	0.09	0.36 *	-0.05	0.05	0.15	-0.21	0.11
	N	37	38	38	36	37	35	38
4.直接ケア	相関係数	-0.01	0.03	-0.07	-0.28	-0.07	-0.34 *	-0.07
	N	37	38	38	36	37	35	38
5.場をつくる	相関係数	-0.06	0.09	-0.04	-0.15	-0.14	-0.29	-0.10
	N	40	41	41	39	40	38	41
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.06	0.25	0.01	-0.17	0.13	-0.27	0.02
	N	39	40	40	38	39	37	40
総点	相関係数	0.04	0.33 *	-0.03	-0.11	0.05	-0.32	0.10
	N	37	38	38	36	37	35	35

Spearman 相関係数 * p<0.05, **p<0.01

4) 転落・転倒・褥創と構造、過程、患者満足度得点

		転倒	転落	褥創
<構造>				
1.患者への接近	相関係数	0.02	0.02	-0.10
	N	40	40	40
2.内なる力を強める	相関係数	0.18	-0.13	0.01
	N	37	37	37
3.家族の絆を強める	相関係数	0.45 **	-0.13	0.18
	N	38	38	38
4.直接ケア	相関係数	0.30	-0.20	-0.08
	N	35	35	35
5.場をつくる	相関係数	0.11	-0.07	-0.19
	N	37	37	37
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.06	0.00	0.01
	N	39	39	39
総点	相関係数	0.28	-0.04	-0.12
	N	33	33	33

		転倒	転落	褥創
<過程>				
1.患者への接近	相関係数	0.09	0.13	0.06
	N	40	40	40
2.内なる力を強める	相関係数	-0.28	-0.19	-0.04
	N	42	42	42
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.18	0.13	-0.19
	N	42	42	42
4.直接ケア	相関係数	0.03	-0.05	0.13
	N	39	39	39
5.場をつくる	相関係数	-0.01	0.11	0.17
	N	40	40	40
6.インシデントを防ぐ	相関係数	0.10	-0.08	-0.06
	N	39	39	39
総点	相関係数	-0.05	-0.12	-0.06
	N	38	38	38
<患者満足度>				
1.患者への接近	相関係数	-0.07	-0.23	-0.03
	N	40	40	40
2.内なる力を強める	相関係数	-0.12	-0.10	-0.15
	N	40	40	40
3.家族の絆を強める	相関係数	-0.01	-0.11	0.23
	N	38	38	38
4.直接ケア	相関係数	-0.04	-0.11	-0.10
	N	38	38	38
5.場をつくる	相関係数	-0.24	-0.25	-0.22
	N	40	40	40
6.インシデントを防ぐ	相関係数	-0.09	-0.05	-0.08
	N	40	40	40
総点	相関係数	-0.05	-0.10	0.02
	N	38	38	38

Spearman 相関係数 **p<0.01

2. 得点に影響をあたえた要因

今回は完答した参加病棟が 42 病棟であったため、多変量解析を用いて、様々な要因の関連性を検討することは難しかった。以下にそれぞれの要因にかんして検討した結果をしめす。

1) 病院、病棟の特長による違い

①設置主体

下記のように今回は、国立病院と公立病院の参加であったが、両者の間に大きな違いはみられなかった。

表 27 病院による得点の違い。

		N	平均値	S.D.
構造総合点	国立	12	71.3	10.9
	公立	21	67.1	13.2
過程総合点	国立	14	95.5	7.3
	公立	22	92.6	10.8
患者満足度	国立	14	59.6	4.7
	公立	22	59.8	2.3
転倒	国立	16	1.8	3.1
	公立	24	1.3	1.1
転落	国立	16	0.3	0.8
	公立	24	0.5	0.7
褥創	国立	16	0.2	0.6
	公立	24	0.6	0.8

②病院の機能別

機能別にそれぞれの得点を表 28 示した。有意な差がみられる項目はなかった。

③病院の稼働病床率、病棟病床数、病棟病床利用率との関連

病院の稼働病床率、病棟病床数、病棟病床利用率とそれぞれの得点の相関を表 29 に示した。病床利用率が高いほど、転倒は多く発生していた。また、今回の結果では

病院の病床数が少ないほど転落が起きる傾向があった。

今回の参加病棟のほとんどは看護師率が 100%であったので、看護師率の違いに関する解析は行わなかった。

看護補助者との関係においては、看護補助者数が多いほど、転落、褥創の頻度が高くなったが、これは看護補助者を置くような病棟の特徴なのか、マンパワーの問題なのか、今後の検討が必要である (表 30)。

今回調査した病棟のほとんどが 2 交替制であったので、交替制による違いの解析は行わなかった。

看護体制と各得点の関連性をみるため、分散分析を行って検討した結果を表 31 に示す。とくに有意な差はみられなかった。

表 28 機能別、各得点および転倒・転落・褥創発生率

		特定機能	地域支援	急性期	一般	その他
構造総合点	N	13	6	15	3	1
	平均値	59.8	60.0	59.9	58.1	58.0
	S.D.	4.1	5.3	1.9	0.9	
過程総合点	N	16	6	16	3	1
	平均値	1.3	2.8	1.2	1.0	0.0
	S.D.	2.8	1.9	1.2	1.7	
患者満足度 総合点	N	16	6	16	3	1
	平均値	0.2	0.7	0.5	0.9	1.8
	S.D.	0.6	0.9	0.8	0.8	
転倒	N	16	6	16	3	1
	平均値	0.3	0.5	0.5	0.2	1.8
	S.D.	0.5	0.9	0.8	0.4	
転落	N	13	6	15	3	1
	平均値	59.8	60.0	59.9	58.1	58.0
	S.D.	4.1	5.3	1.9	0.9	
褥創	N	16	6	16	3	1
	平均値	1.3	2.8	1.2	1.0	0.0
	S.D.	2.8	1.9	1.2	1.7	

表 29 病院、病棟の状況と各得点および転倒・転落・褥創発生率との関係

		病院 稼働病床数	病棟病床数	病棟 病床利用率
構造総合点	相関係数	0.11	0.25	0.28
	N	34	32	31
過程総合点	相関係数	0.13	-0.11	-0.05
	N	38	35	34
患者満足度 総合点	相関係数	0.11	-0.18	-0.39 *
	N	38	35	34
転倒	相関係数	-0.04	0.35	0.45 **
	N	42	39	38
転落	相関係数	-0.34 *	0.20	-0.02
	N	42	39	38
褥創	相関係数	-0.13	0.22	0.09
	N	42	39	38

Spearman 相関係数 * p<0.05, **p<0.01

表 30 看護補助者数と各得点の相関

		看護補助者数
構造総合点	相関係数	-0.03
	N	34
過程総合点	相関係数	0.08
	N	38
患者満足度 総合	相関係数	0.03
	N	38
転倒	相関係数	0.24
	N	41
転落	相関係数	0.30
	N	42
褥創	相関係数	0.34 *
	N	42

Spearman 相関係数 * p<0.05

表 31 看護体制と各得点の相関

		チーム	プライマリ	混合型	受け持ち制	その他
構造総合点	N	16	6	9	1	2
	平均値	66.3	73.3	67.8	61.0	72.0
	S.D.	14.8	7.3	11.9		17.0
過程総合点	N	13	11	9	2	3
	平均値	92.7	98.3	91.4	95.7	90.6
	S.D.	11.1	5.5	8.2	1.9	18.1
患者満足度総合点	N	15	11	8	2	2
	平均値	59.5	60.0	59.6	59.5	60.0
	S.D.	2.5	4.1	4.6	1.7	0.6
転倒	N	16	11	10	2	3
	平均値	1.3	1.6	1.5	0.9	1.5
	S.D.	1.1	3.4	2.2	1.3	1.2
転落	N	16	11	10	2	3
	平均値	0.5	0.3	0.5	1.2	0.2
	S.D.	0.8	0.7	0.8	0.4	0.4
褥創	N	16	11	10	2	3
	平均値	0.6	0.3	0.3	0.4	0.5
	S.D.	0.8	0.6	0.7	0.5	0.5

H. 研究結果の活用と今後の展望

〈体系的で包括的な評価ツールの完成〉

看護ケアの質評価に関しては、「構造」、「過程」、「結果」という3つの dimension で評価する仕組みが実現した。ベッドサイドレベルで看護ケアの質を深く掘り下げて本質的に評価するツールとしては世界的にも先駆的なツールといえる。特に看護師の判断の内容を問う評価項目では、患者の病態を理解して、生活など看護師の視点を持って、医師に提言しているかといった点に及んで評価を行っているので、今後、看護師の思考過程まで踏み込んだ評価を行う第一歩になるだろう。

〈評価を受けることで護の重要な機能に気づき意図的な看護が実現する〉

1993年～1995年にかけて、本研究班（厚生科研；看護ケアの質の評価基準に関する研究班）がフィールド調査によって得たデータで、質の高い看護として認められた看護師の行為のなかで、患者の選択権や希望を確認して看護ケアを提供するという行為は、その後10年を経て社会的にも非常に重要な質評価のポイントになってきている。患者の希望を確認して、患者に選択権を与えながらケアを提供するケア（患者への接近）や、医療看護処置に関して患者に納得のいく説明をして、患者が立ち向かえるようにするケア（内なる力を強める）などは、看護の基本的な働きであるが、毎日の業務に流されていると、意図的に行うことが難しくなる。本評価ツールによって評価するたびに、看護師に大切な看護の機能に気づくことができる。それは入力後のアンケートでも意見として寄せられており、本ツールによって、評価をしながら看護師の意識啓発を期待することもやぶさかではない。

本ツールは、病院機能評価と違い、看護

ケアの質を測ることに特化しており、しかもインシデントなどのネガティブデータだけでなく、ケアの創造的な部分に焦点が当たっている点がユニークである。看護ケアによって患者の内なる力をのばすことが推奨されているので、本評価ツールで刺激を受けた看護師は、患者がより積極的に医療に参加することに貢献し始めるだろう。

〈インターネットからの入力による汎用化→大量のデータ蓄積→エビデンスを得る仕組み〉

インターネットを介してデータ入力を可能にしたことで多くのメリットを得ることができた。日本全国の病院、病棟から I D, P Wによってアクセスして、入力されると、それはDBに蓄積され、統計的処理によって、様々な資料を作成することができる。

一体転倒、転落、褥創などのインシデント件数は、ある一定規模の病院でその範囲に分布するのか、それは看護師対患者数の比率に関連するのか、インシデントの件数は、何か構造、過程評価項目での得点パターンと関連しているのか、といった因果関係を検索することも可能である。日本の病院のインシデント平均件数は何件かといった信頼できるデータを提供することも可能である。現在のところ、3つの種類のインシデントのみ集計しているが、ゆくゆくは様々な配慮をして、誤薬、医療事故などのインシデント件数も項目として追加することができる。

〈評価の簡便化と経済性〉

医療の質評価は、いくつかの機関で行われているが、いずれも高額の評価費用を支払うので、利益追求を目的としない医療施設や中小規模の施設にあっては、経済的な負担になっている。ま 経済的にも優

れており、一時的な評価のフィードバックは即座にインターネットを通して自動的に行われるので、現在完成した単純な評価報告であればDB管理のみの費用が発生するだけである。一病棟にかかる費用は、プロバイダーへの年間契約の費用と同程度と見積もることができる。今後、看護師のテキストデータについてマイニングを行い、さらに詳細にわたる専門的な評価報告書を作成する仕組みを計画中であり、それが実現しても利用者が負担する費用はそれほど変化しない予定である。

価研究において世界水準での比較や検討が可能になる。

〈改善への基礎データの提供と改善経過のモニタリング機能〉

現在医療施設が受けている評価は、一般に数年間のインターバルが設けられているので継続的な質のモニタリングができるわけではない。本評価ツールは、Webシステムにすることによって、患者満足度、インシデント件数をはじめとして、ケアの本質を的確に押さえた看護師の思考過程や患者中心の行為を継続的にモニタリングすることができ、さらにそれをフィードバックすることによって、評価→改善の循環を作ることができる。DBに蓄積されたデータを常時集計する機能を搭載しているので、全国平均との比較も常に行うことができる。

〈看護管理の知識ベース構築と世界標準とのリンク〉

現在運営しているHPは、情報発信というよりはむしろポータルサイトとして、データ収集機能に特化しているが、海外の看護ケアの質に関する研究情報、実践事例などさまざまな情報を掲載することが可能である。米国マグネットホスピタルの認定に関わるANCC The American Nurses Credentialing Centerの動きなどともリンクすることは可能であり、看護ケアの質評

L. 引用／参考文献

Agency for HealthCare Research and Quality (2001) 京都大学大学院医学研究科医療経済学教室翻訳 医療をより安全に：患者安全に関する医療行為のエビデンス評価 AHRQ Publication

阿部俊枝,上泉和子,内布敦子,栗屋典子,板野優子(2001):看護ケアの質自己評価表の開発,-第三者評価との比較による考察-,日本管理学会誌,5(1),p187-189.

阿部俊枝,上泉和子,栗屋典子,内布敦子,葛西淑子,板橋玲子,藤林文子,八木橋昌子,大平和子,板野優子(2002):看護ケアの質過程自己評価表の開発と妥当性の検証,-QI プログラムを用いた第三者評価との比較とフォーカスグループインタビューを用いた分析-,日本看護管理学会誌,5(2),p19-28.

アメリカ看護婦協会編,菅田勝也,綿貫成明,松本あき子訳(2001);病院看護の通信簿(レポートカード)、日本看護協会出版会.

岩崎榮(2002):日本医療機能評価機構がとらえる医療の質と第三者評価のメリット,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p426-430.

内布敦子,上泉和子,片田範子(1994):看護ケアの質の要素の抽出,-デルファイ法を用いて-,看護研究,27(4),p61-69.

内布敦子,豊田邦江,縄秀志,松田裕子,平尾明美,鈴木久代(1996):「モニタリング機能」を構成する看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p23-33.

内布敦子,河野文子,高谷裕紀子,和泉成子,片

田範子,柴田秀子,三上由郁,青本さとみ,小竹雪枝,鈴木真知子,鈴木久代,磯村須眞子,遠藤俊子 a(1998):看護ケア構造指標の開発と検討,試案作成まで,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究 31(2),p9-19.

内布敦子,河野文子,高谷裕紀子,和泉成子,片田範子,柴田秀子,三上由郁,青本さとみ,小竹雪枝,鈴木真知子,鈴木久代,磯村須眞子,遠藤俊子 b(1998):看護ケア構造指標の試用と検討,試案のプレテスト結果から,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究 31(2),p21-27.

内布敦子(2001):Quality Improvement(QI)の考え方とターミナルケアへの応用,-Concept and Implementation of Quality Improvement to Terminal Care,特集 QOL の向上とリスクマネジメントの接点,ターミナルケア,11(5),p341-347.

内布敦子(2002):看護 QI 研究会活動報告,看護 QI プログラムによる第三者評価,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p417-421.

岡谷恵子,田中美恵子,古庄しおり,南裕子,Holzemer,William L(看護 QA 研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(1),-信頼性および構成概念妥当性の検定-,日本看護科学学会誌,12(3),p38-39.

岡谷恵子(1995):看護師・患者関係における信頼を測定する質問紙の開発,-信頼の厚生概念と質問紙の項目の作成-,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究 28(4),p29-39.

片田範子,大崎富士代,高谷裕紀子,鈴木真知子,村田恵子,岩井さよ子,亀谷文子,檜垣美香子(1996):「痛みの緩和」における看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),5-21.

片田範子他(1996)厚生科学研究8年度報告書 看護ケアの質の評価基準に関する研究 58, 59

片田範子,内布敦子,上泉和子,山本あい子,栗屋範子(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究報告書,平成9年度厚生省看護対策研究事業報告書.

片田範子,内布敦子,上泉和子,山本あい子(1998):看護ケアの質の評価基準に関する研究,指標開発,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p3-8.

上泉和子,内布敦子,栗屋典子(2001):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究,厚生労働科学研究費補助金研究報告書.

上泉和子(2002):看護 QI 研究会活動報告看護 QI プログラムの自己評価票の開発,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p422-425.

上泉和子,内布敦子,栗屋典子(2002):看護ケアの質評価・改善の管理体制づくりに関する研究,厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 a(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(1),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(3),188-192.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 b(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(2),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(4),274-280.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 c(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(3),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(5),340-348.

看護 QA(Quality Assurance of Nursing Care)研究会 d(1993).看護ケアの質の測定用具の開発(4),看護ケアの質を構成する因子の検討,看護管理,3(7),494-500.

小林康江,中岡亜紀,上泉和子,片田範子,栗屋典子,蝦名美智子,平尾明美(1997):看護ケアの質の評価基準に関する研究,-質問紙の信頼性・妥当性の検証-,日本看護科学学会誌,17(3),p118-119.

柴田秀子,上泉和子,栗屋典子,吉村千代子,横道みさを,檜垣美香子,鈴山久代,勝原裕美子(1995):看護ケアの質を構成する要素の検討,-量的調査を用いて-,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p41-53.

高田早苗,田村やよい,小山真理子,横山美樹,南裕子,Holzemer,William L(看護 QA 研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(1),-信頼性および構成概念妥当性の検定-,日本看護科学学会誌,12(3),p34-35.

高田早苗(1994):看護ケアの質を考える,特集●看護の質を評価する試み,看護学雑誌,58(2),p115-121.

竹崎久美子,塩塚優子,三上由郁,水谷信子

(1996):患者の日常生活を改善・維持するための看護技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p47-57.

田村正枝,田中美恵子,野並葉子,南裕子,Holzemer,William L(看護QA研究会)(1992).看護ケアの質の測定用具(看護師用)の開発(2),-妥当性の検定-,日本看護科学学会誌,12(3),p40-41.

近澤範子(1994):看護ケアの質の評価に関する文献検討,看護研究,27(4),p71-79.

近澤範子,大川貴子,青本さとみ(1996):「医療チームの連携」を生み出す看護師の技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p59-70.

近澤範子,勝原裕美子,小林康江,塩塚優子,中岡亜紀,片田範子,栗屋範子,蝦名美智子,平尾明美(1998):看護ケア結果指標と測定用具の開発,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p59-69.

Donabedian A(1969):Part II·some issues in evaluating the quality of nursing care,AJPN,59,p1833-1886.

JCAHO(2000):Pain Assessment and Management, Joint Commission Resources,13.

堀内成子,南裕子,看護QA研究会(1994年度活動員)a(1995):看護ケアの測定用具の開発過程,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p11-19.

堀内成子,南裕子,看護QA研究会(1993年度活動員)b(1995):看護ケアの測定用具の開発

と洗練,-該当せず」への回答状況と理由の分析-,焦点◆看護ケアの質の評価に関する研究,看護研究,28(4),p21-27.

堀内成子,太田喜久子,小山真理子,森明子,小松浩子,岡谷恵子,高田早苗,井部俊子,岩澤和子,飯塚京子,清水喜美子,山田雅子,南裕子,W.L.Holzemer(1996):看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究,-信頼性・妥当性の検討-,日本看護科学学会誌,16(3),p30-39.

山岸まなほ(2002):米国看護師境界の看護質指標,-米国での収集の現状と日本での実用化にむけて-,特集看護の質を評価する指標開発の動向,看護管理,12(6),p431-436.

山本あい子,小竹雪枝,小林康江,中込さと子,勝原裕美子,遠藤俊子,我部山キヨ子,片田範子(1996):家族を含めた看護ケア技術,焦点◆看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究,看護研究,29(1),p35-46.

山本あい子,片田範子,大崎富士代,中込さと子,縄秀志,小高恵美,上泉和子,竹崎久美子,大川貴子 a(1998):看護ケア過程指標の開発,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p29-35.

山本あい子,片田範子,大崎富士代,中込さと子,縄秀志,小高恵美,上泉和子,竹崎久美子,大川貴子 b(1998):看護ケア過程指標の検証,焦点◆看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発,看護研究,31(2),p37-57.

横山美樹,小山真理子,高田早苗,田村やよい,南裕子,Holzemer,William L(看護QA研究会),(1992).看護ケアの質の測定用具(患者用)の開発(2),-妥当性の検定-,日本看護科学学会誌,12(3),p36-37

<http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety>(2004年現在),医療をより安全に:患者安全に関する医療行為のエビデンス評価, Making Health Care Safer: A Clitical Analysis of Patient Safety Practices の抄録, Agency for Healthcare Reseach and Quality.

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital London*: Churchill Livingstone;1962

Bergstorm N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res* 1987;36:205-210.

Xakellis GC, Frantz RA, Arteaga M, Nguyen M, Lewis A. A comparison of patient risk for pressure ulcer development with nursing use of preventive interventions. *J Am Geriatr Sor* 1992;40:1250-1254.

Cullum N, Deeks J, Sheldon TA, Song F, Fletcher AW. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. In : *The Cochrane Library*, Issue 4,2000.Oxford: Update Software.

Hofman A, Geelkerken RH, Wille J, Hamming JJ, Hermans J, Breslau PJ. Pressure sores and pressure-decreasing mattress: controled clinical trial. *Lancet* 1994;343:568-571.

Santry JE, Butler MK, Whyman JD. A comparison study of 6types of hospital mattress to determine which

most effectively reduces the incidence of pressure sores in elderly patients with hip factures in a District General Hospital Report to Northern & Yorkshire Regional Health Authority 1994.

Gray DG, Compbell M. A randmized clinical trial of two types of foam mattress. *J Tissue Viability* 1994;4:128-132.

Collier ME. Pressure-reducing mattress. *J Wound Care* 1996;5;207-211.

Anderson KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E. Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating-pressure air-mattress and water-mattress. *Acta Derm Venereol(Stockholm)* 1982;63:227-230.

Thomas DR. Issues and dilemmas in the prevention and treatment of pressure ulcers: a review . *J Gerontol* 2001;56A:M328-M40.

Aronovitch SA, A comparative, randmized, controlled study to determine safety and efficacy of preventive pressure ulcer systems:preliminary analysis. *Adv Wound Care* 1998;11:15-16.

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-1707.

Oliver D, Britton M, Seed P, Martin Fc, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk

assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-1053.

Whitney SL, Poole JL, Cass SP. A review of balance instruments for older adults. *Am J Occup Ther* 1998;52:666-671.

Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. *Phys Ther* 1997;77:812-819.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-126.

Ray WA, Taylor JA, Meador KG, et al. A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes. *JAMA* 1997;278:557-562.

Cullen D, Bates D, Asmussen A, Cooper J, Nemeskal A, Leape L. The incident reporting system does not detect

adverse events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21:541-548.

O'Neil A, Petersen L, Cook E, Bates D, Lee T, Brennan T. Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. *Ann Intern Med* 1993;119:370-376.

Welsh C, Pedot R, Anderson R. Use of morning report to enhance adverse event detection. *J Gen Intern Med* 1996;11:454-464.

Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2000;15:470-477.

資 料

資料 1 : 評価項目概要

- ① 2005構造評価項目
- ② 2005過程評価項目
- ③ 2005アウトカム評価項目

大	中項目	小項目	質問項目(選択肢は省略してあります)
患者への接近	1.1個別情報を示す道具がある	1.1.1.現在の個々の患者に必要な情報が明記されている	患者の個別情報を示す記録についてお聞きます。カルテまたはカードックス等に患者の療養上の希望について記載する欄がありますか？以下のあてはまるものを選択してください。
		1.1.2.ケアに必要な個別情報が見ることができる	現在の個々の患者に必要な情報が明記されたもの(体温表・看護記録・指示票・ケアプラン用紙)がアクセスしやすい状態にあるかどうかについてお聞きます。アクセス状況について以下の中から当てはまるものを選択してください。
	1.2.患者や家族の習慣、希望、時、空間、安全性を尊重する姿勢を持っている	1.2.1.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り、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。
		1.2.2.患者、家族を尊重することを患者、家族に知らせるシステムがある	患者尊重を患者・家族に明示したものがある。(例:入院パンフレットなど)*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。
内なる力を強める	2.1.疾患の予後、痛み、状況回復過程に関する資料がある	2.1.1.病気の回復過程、退院後の生活に関して患者に説明するためのパンフレットや資料がある	以下の6つの項目について該当する患者がいて、その患者のための説明のためのパンフレットや資料そろっていますか？ <6つの項目>1)手術を受ける患者、2)食事指導が必要な患者、3)生活指導が必要な患者、4)化学療法を受ける患者 5)放射線療法をうける患者、6)医療的な自己管理が必要な患者
		2.1.2.パンフレット類を定期的に見直している	パンフレットの見直しはどの間隔で行われていますか？
		2.1.3.パンフレット類について見当する組織がある	パンフレットや資料を改良・改変するための組織(担当チームなど)はありますか？
	2.2.患者が自分の状況を理解する場面(インフォームドコンセント)で、看護師が何らかの役割を	2.2.1.入院中の必要な看護についての責任を持って説明する看護師がアサインメントされている。	患者が自分の状況を理解するための看護についてお聞きます。入院中の必要な看護について、どの看護師が責任を持って患者に説明するかが決まっており、その氏名と説明内容を記載する欄がありますか？
		2.2.2.医師の治療の説明の際に、患者の理解を助ける働きを看護師が担う	医師の治療の説明の際に、患者の理解を助ける働きを看護師が担っていますか？
2.2.3.退院計画を入院時に計画し患者に示している	退院計画をいつ立てることになっていますか？		
家族の絆を強める	3.1.家族/重要他者が気持ちよく過ごせる病室以外の空間がある	3.1.1.家族/重要他者が過ごすための病室以外の専用の場所は、他者が入ってこないような工夫がされている。(プライバシーが守ら	家族/重要他者が面会に来られたときに、患者と一緒に過ごすことができる場所についてお聞きます。家族/重要他者や面会者が話せる専用の場所は、他者が突然入ってこない工夫がされていますか？
		3.1.2.家族/重要他者が過ごすための専用の場所は、声が漏れない工夫がされている(プライバ	家族/重要他者や面会者が話せる専用の場所は、声が漏れないようなところですか？実際にドアをしめて声を出して確認をしてください。
		3.1.3.家族/重要他者が過ごすための専用の場所は、廊下の話し声が聞こえず静かである。	家族/重要他者や面会者が話せる専用の場所は、静かなところですか？実際に部屋の中に入り確認をしてください。
	3.2.患者が、ベッドサイドで、家族/重要他者とのつながりを守ることができる設備がある。	3.1.5.専用の場所があり、いつでも使用することができる。	家族/重要他者や面会者と病室以外の場所で話をできる場所は、いつでも希望時に使用できますか？
		3.2.1.ベッドサイドの安楽さが保たれている。	ベッドサイドで家族/重要他者が気持ちよく過ごすための配慮についてお聞きます。ベッドサイドの椅子の設備について以下の中から選択してください。
3.2.2.病室のスペースが十分に確保されている	大部屋患者1人辺りの病室面積を下記の中から選択してください。*不明な場合は、管理者または病院事務局に確認する。		
3.2.3.時間外面会(夜間滞在)は、自由もしくは融通性がある	時間外面会(夜間滞在)は、自由もしくは融通し許可することができますか？		
直接ケア	4.1.病棟で起こりうる特徴的な苦痛あるいは問題に関する看護基準がある	4.1.1.病棟で起こりうる特徴的な苦痛あるいは問題に関する看護基準がある	あなたの病棟で特徴的な疾患や問題についての看護基準を1つあげてください。(例:乳がん術後の看護、PTCA後の看護など)その看護基準の中に以下の3つの項目が含まれていますか？<3つの項目>(1)患者の一般的な経過、(2)具体的な観察項目、(3)具体的なケア項目(指導内容)
		4.1.2.看護基準の見直しがされている	その看護基準の見直しは、どの間隔で行われていますか？
		4.1.3.看護師が行う処置についての手順がある	あなたの病棟で必要な処置についての手順がそろっていますか？
		4.1.4.看護師が行う処置の手順は、見直しがされている。	その手順の見直しはどれほどの間隔で行われていますか？
	4.2.看護の質から見た設備・備品がある	4.2.1.石鹸清拭をするための備品がある	患者さんの身体を清潔に保つための備品・設備についてお聞きます。石鹸清拭を行うための下記の5つの備品について該当する答えを選んでください。<5つの備品>1)ベースン、2)タオル、3)石鹸類、4)ピッチャー、5)バスタオル
		4.2.2.麻痺患者等の臥床患者のための入浴設備として特殊浴槽がある	麻痺患者等の臥床患者のための入浴設備として特殊浴槽がありますか？
		4.2.3.保清をするための設備・備品の利用日数に利便性がある	シャワー・浴室を1週間のうち、何日開放していますか？
		4.2.4.保清をするための設備・備品の利用時間に利便性がある	シャワー・浴室は1日のうち、何時間ぐらい開放していますか？
	4.3.看護業務の中に日常生活援助に責任を負える体制がある	4.3.1.担送患者の看護計画の中には、個性のある清潔のケア計画が含まれている	担送患者の清潔、食事、移動、排泄に関する看護計画についてお聞きます。担送患者の看護計画の中に、清潔に関する個別情報と看護計画が含まれていますか？(*個別情報とは、患者の身体情報や生活情報や好みを含みます。)
		4.3.2.担送患者の看護計画の中には、個性のある食事のケア計画が含まれている	担送患者の看護計画の中に、食事に関する個別情報と看護計画が含まれていますか？(*個別情報とは、患者の身体情報や生活情報や好みを含みます。)

大	中項目	小項目	質問項目(選択肢は省略してあります)
		4.3.3.担送患者の看護計画の中には、個別性のある移動のケア計画が含まれている	担送患者の看護計画の中に、移動に関する個別情報と看護計画が含まれていますか？ (* 個別情報とは、患者の身体情報や生活情報や好みを含みます。)
		4.3.4.担送患者の看護計画の中には、個別性のある排泄のケア計画が含まれている	担送患者の看護計画の中に、排泄関連個別情報と看護計画が含まれていますか？ (* 個別情報とは、患者の身体情報や生活情報や好みを含みます。)
		4.3.5.床上患者に保清をする人が明示されている	担送患者に責任をもって保清をする人が明示されていますか？ * 明示とは、関係者にわかるように表示してあることです。
場をつくる	5.1看護チーム内の役割分担が明確になっている	5.1.1.業務調整のためのシステムがある	調査日の業務・役割分担についてお聞きします。 調査当日の日勤帯の看護師の業務分担をボード等を用いて明示していますか？
		5.1.2.業務調整のための責任者が明示されている	その日の日勤帯の責任者(師長やチームリーダー、チーフなど)がボード等を用いて明示されていますか？
		5.1.3.師長の業務規定がある	師長の業務規定には、責任内容(『〇〇に責任をもつ』という表現があること)と業務内容が記載されていますか？
		5.1.4.看護体制ごとの必要な役割について業務規定がある	その他の役割の業務規程には責任内容および業務規定が記載されていますか？ * 点検する業務規定は、看護体制の種類によって異なります。 例(例1)プライマリーナーシングの場合プライマリーナースの責任内容と業務内容 (例2)チームナーシングの場合リーダーおよびメンバー(スタッフ)の責任内容と業務内容 (例3)混合型ナーシングの場合プライマリーナース、リーダー、スタッフ(メンバー)の責任内容と業務内容 (例4)機能別ナーシングの場合各機能の責任内容と業務内容
	5.2看護師同士の協力体制がある	5.2.1.病棟の業務量が増えたときに勤務者数を増やすための決まり事がある(人員配置)	病棟の業務量が増えたときに人員配置を変えるための基準がありますか？
		5.2.2.病棟のスタッフに欠員が生じたときに勤務者数を変えるための決まり事がある	病棟のスタッフに欠員が生じたときに人員配置を変えるための決まりごとがありますか？
	5.3看護師間で情報共有したり、働きかけの方向性を考える場がある	5.3.1.看護師間で看護計画を見直すための場や機会があり、その記録がある	看護師間で情報を共有したり、働きかけの方向性について考える場についてお聞きします。 看護師間で看護計画を見直すための場や機会があって、その記録がありますか？
		5.3.2.看護師間で看護計画を見直すための場や機会の次の開催日が決まっている	看護師間で看護計画を見直すための場や機会の次の開催日が決まっていますか？
	5.4他職種が集まって話し合いの場がある	5.4.1.必要に応じて他職種が集まり、話し合うことができるシステムがある	看護師、医師、療法士など他職種との話し合いの場についてお聞きします。 患者の看護ケアに関して、他職種と集まり話し合う場があり、その記録がありますか？
		5.4.2.必要に応じて他職種が集まり、話し合う場を看護師が役割をとって運営している	話し合う場を作り運営することに関して看護師は何らかの役割をとっていますか？(メンバーの招集、連絡、記録、運営など)
5.5スタッフ間の関係性が良い	5.5.1.病棟内の看護師間の雰囲気が良い	スタッフ間の関係性についてお聞きします。 病棟では、看護師同士が気持ちよく仕事できていますか？	
	5.5.2.他職種との雰囲気が良い	他職種と気持ちよく仕事できていますか？	
インシデントを防ぐ	6.1.安全に過ごすための設備・基準が整っている	6.1.1.褥創を予防するためのアセスメントシートと備品(体圧分散マット)がある	患者さんの安全を守るための設備・システムについてお聞きします。 褥創発生を予防するためのアセスメントシートとマットレスがありますか？当てはまるものを以下の中から選択してください。
		6.1.2.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中から選択してください。
		6.1.3.院内にCDC/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	院内にCDC/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？
	6.2.インシデント対応システムがある	6.2.1.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お聞きします。 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から当てはまるものを選択してください？
		6.2.2.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明記されたものがある	インシデントが生じた際に発生から報告、事後処理までの手順について明記されたものがありますか？
	6.3.インシデントを防ぐのに必要な人員配置がある	6.3.1.ケアを行うための看護師の数が十分ある	インシデントを防ぐための人員配置についてお聞きします。 調査月に病棟の平均在院患者数は、1看護職あたり何人ですか？
6.3.2.夜間の看護師数が十分である		夜間の看護職1人あたりの患者は何人ですか？ a.1看護職あたり15人 b.1看護職あたり20人 c.1看護職あたり25人	

大	中項目	小項目	質問項目（選択肢は省略してあります）	
1	患者への接近	1.1. 看護師は根拠をもって患者や家族のことを把握している	1.1.1. 看護師は患者や家族が望んでいることは何かを知っている。 **さんは、今回の入院で、どのようになりたいと望んでいますか？具体的にお書きください。患者について答えられない場合は、家族についてお答えください。 例：退院までには、〇〇が改善して、△△ができるようになりたいと望んでいる。＜記述＞それはどのようにしてわかったのですか？下記の中から最も近いものを選んでください。	
		1.1.2. 看護師は患者や家族がどのような情報をほしいと思っているのかを知っている。	あなたは、**さんがどのような情報を欲しいと思っているか知っていますか？その情報を一つあげて、具体的な内容をお書き下さい。患者について答えられない場合は、家族についてお答えください。 例：〇〇に関する例えば△△についての情報を求めている。＜記述＞それはどのようにしてわかったのですか？下記の中から最も近いものを選んで下さい。	
		1.1.3. 看護師は患者や家族がどのようなことをして欲しいと思っているかを知っている。	**さんがどのようなことをして欲しいと思っているかを、具体的にお書きください。患者について答えられない場合は、家族についてお答えください。＜記述＞それはどのようにしてわかったのですか？下記の中から最も近いものを選んでください。	
	1.2. 看護師は患者のや家族のおかれている状態・状況を把握している。	1.2.1. 患者の医学的な側面の把握をしている。	**さんの看護計画は、どのような身体状態を考慮して立てられているかお書き下さい。 例：〇〇の機能の悪化が予測されるので／〇〇のデータが悪いので、△△が予測されることを考慮した。＜記述＞それはどのようにしてわかったのですか？下記の中から最も近いものを選んでください。	
		1.2.2. 患者の生活状況を把握している。	**さんの看護計画は、どのような生活上の問題を考慮して立てられているかお書き下さい。 例：生活上、〇〇ができないことを考慮した。＜記述＞それはどのようにしてわかったのですか？下記の中から最も近いものを選んでください。	
		1.2.3. 患者に対して個別の看護ケアがある。	**さんについて、今一番気をつけていることに対する看護ケアの内容を具体的にお書きください。 例：〇〇を考慮して、△△を実施している。＜記述＞記述した回答の中に、個別性を考慮した記述があるかどうか確認し下記から選んでください。	
	1.3. 看護師は患者や家族との関係づくりをしている。	1.3.1. 看護師は自己紹介をして、患者に近づいている。	これまでに、あなたは自分の役割を、**さんやご家族にどのように伝えましたか？具体的にお書き下さい。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んで下さい。	
		1.3.2. 入院治療に伴う患者と看護師の役割と責任について話し合い明確にする。	入院治療生活における**さんと看護師の責任と役割について話し合いましたか？話し合っていれば、その内容をお書きください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んでください。	
	2	内なる力を強める	2.1. 患者の状況理解をすすめる。	2.1.1. 看護師は、患者が欲しいと思っている情報を伝える。 **さんやご家族が欲しいと思っている情報について、その情報をどのように伝えましたか？
			2.1.2. 看護師は、痛みの原因や根拠を具体的に説明する。	**さんの痛みの状態について本人に説明した内容を具体的にお書きください。具体的に本人に説明していない場合は、「伝えていない」と記述し、選択肢は「伝えていない」を選択してください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んでください。
2.1.3. 看護師は、痛みの治療や処置の説明を行う。			痛みについておこなっている治療処置・看護・痛みに関する見通しについて、**さんに説明した内容を思い出してそのままお書きください。説明をしていない場合は、伝えていないと記述し、下の選択肢の中から「伝えていない」を選択してください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んでください。	
2.2. 予測や見通しを高める		2.2.1. その日の予定を伝える	今日の**さんの一日の流れについて、**さんに話した内容を具体的にお書きください。患者について答えられない場合は、家族についてお答えください。話していない場合はその理由をお書きください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んでください。	
		2.2.2. 今後の見通しを伝える	**さんの今後の見通しについて話した内容とそのときの患者さんの理解度をお書き下さい。説明をしていない場合は、説明をしていないと記述し、下の選択肢の中から「説明をしていない」を選択してください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んで下さい。	
		2.2.3. 退院計画を患者と共有する。	**さんの退院計画として設定した目標とタイムスケジュールをお書きください。＜記述＞下記の中から最も近いものを選んでください。	
3	家族の絆を強める	3.1. 家族／重要他者とともにいる場を確保する。	3.1.1. 面会時間を融通できることを家族に伝える。 **さん本人や家族に、必要に応じて面会時間が融通できることを伝えましたか？	
		3.1.2. 面会のために看護ケアの時間を配慮できることを家族に伝える。	**さんや家族に、面会の際には看護ケアの時間を調整できることを伝えましたか？	
		3.1.3. 家族が待つ時や、つきそう時の居場所を家族に伝える。	**さんや家族に、面会の際の家族の居場所や検査等を待っている際の居場所などを必要に応じて伝えましたか？	