

201201038A

平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業

診療報酬の適正評価のための看護ケア技術体系化に向けた研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山田 雅子

平成 25 (2013) 年 5 月

はじめに

医療機関における看護ケアに関する経済的評価は、診療報酬の中の主として入院基本料として扱われている。入院基本料では、病棟の特殊性にあわせた看護職員の配置人数についてのみ言及しており、そこで提供される基本的な看護ケアとは何であるか、あるいは基本的な看護ケアよりも高い水準の技術が求められるとはどのような状況なのか、そしてその状況がどの程度発生しているのか等についての検証は行われていない。

看護ケア技術は、医療の効率化と質の向上を図ることを目的として、さまざまな方法で言語の統一と標準化が試みられてきた。それは国内外共に多くの研究者および実践家が協力し、長年に亘り積み重ねられた研究業績となっている。こうした努力が行われていることは大変素晴らしいことであるが、大きな課題となっているのは、看護が扱う現象が複雑であるため、その表現方法も複雑となり、臨床の現場で標準的に活用されるまでに至っていないということである。また、看護独特の表現がされることが多いため、多職種で協働して課題解決に望む際の共通言語になりにくいということも併せて課題となっている。

看護ケア技術については、看護師の配置人数だけではない視点で少しずつ評価され始めている。看護系学会等社会保険連合では、看護系学会および看護系団体から意見を聞き、看護実践の実態を踏まえた看護ケア技術の経済的な評価について前に進めていくことを志向し活動を開始している。筆者も看護系学会等社会保険連合の理事として関わってきたが、現在のところ、各学会・団体からはランダムに提案事項があげられることが多く、系統だっていないことが将来構想を検討する際の大きな障壁になっていると感じている。看護ケア技術を体系化し、それに基づいて計画的に診療報酬の中における看護技術のあり方について吟味していく必要性を強く感じてきた。

今回は、研究の機会を得ることができ、看護系各学会・団体が看護ケア技術として何を射程に捉えているのかをまずは調査し、その頻度の高いものから順次体系化を進めていきたいと考えている。医師による外科系であれば手術を中心とした技術の体系化、内科系であれば、診断技術を中心とした技術の体系化、そして看護系であれば、どのような柱で看護ケア技術を並べることができるのか、その中でも標準的に行なわれているケア、高度なケアをそれぞれ定義し、それに対してどのくらいの価値を賦与していくことが妥当なのかという観点から、関係者の意図を汲みながら、意見のとりまとめをする作業を行なうことを計画した。こうした作業を通して診療報酬として扱われる看護ケア技術を体系化していく手法が見出されることに向け挑戦したい。

研究に協力してくださる看護系学会・関連団体の皆様に心から感謝申し上げます。今後さらに検討を深めてまいりますので、さらなるご意見を賜りますようお願い申し上げます。

2013年5月

主任研究者 山田雅子

概要

研究機関：平成 24 年度～26 年度

課題番号：H24-政策-一般-011

研究課題名：診療報酬の適正評価のための看護ケア技術体系化に向けた研究

研究要旨：

本研究は、看護サービスの診療報酬の適正評価に向け、専門性の高い知識と技術が必要とされる「看護ケア技術」を抽出し、技術難易度・アウトカム・医療費原価等の評価指標を用いた「看護ケア技術」の価値に基づく体系化を行うことをめざす。現在の診療報酬における入院基本料は看護師の人員配置を中心にした体制評価であり、実際に提供されている看護の質を正確に反映したものとはいえず、患者・国民にとっても不明瞭である。本研究により、看護ケア技術を、技術難易度・アウトカム・医療費原価等の評価指標を基に体系化し、看護ケア技術の価値を適正に評価することを可能にするための可視化を行う必要がある。これによって効果的・効率的な看護の提供が可能となり、超高齢社会において質の高い医療を提供するための適正な医療・看護資源の配分に貢献することができる。

平成 24 年 5 月 1 日～8 月 31 日に、看護系学会等社会保険連に加盟している 48 学会・団体を対象に、「看護の専門性が高い知識と技術が必要であると総合的に判断される看護ケア技術」のうち、優先度が高いものを最大 5 つ列挙する一次調査を実施した。その結果、40 の学会・団体から回答が得られ、合計 171 件の看護ケア技術が抽出された。挙げられた看護ケア技術内容を整理したところ、それぞれの看護ケア技術を提供される患者の状態像（セルフケア依存度・生命危機度）と、提供する看護師の負担度（身体的・精神的・知識判断・手技的・時間拘束）を指標にして、看護ケア技術の難易度を規定することが必要であることがわかった。一次調査で挙げられた 171 の看護ケア技術の中から、各患者像に対する看護ケア技術の内容を整理し、それらの技術における看護師の負担度について、リッカートスケールを用いた質問紙調査（二次調査）を実施する予定である。

研究分野：医歯薬学

分野・細目：看護学・基礎看護学

キーワード：看護技術

健康危険情報：なし

研究発表：第 9 回三保連合同シンポジウム「手術以外の技術評価：現状の取り組みと今後の課題」、平成 24 年 11 月 10 日、東京ステーションコンファレンス
第 10 回三保連合同シンポジウム「三保連合同の技術提案と DPC」、平成 25 年 2 月 13 日、日本看護協会ビル

知的財産権の出願・登録状況：なし

目 次

はじめに

総括研究年度終了報告

I. 研究計画と方法	1
1. はじめに	
2. 研究目的	
3. 期待される成果	
4. 用語の定義	
5. 研究組織	
6. 研究方法	
1) 調査方法	
2) 調査の流れ	
3) 分析方法	
4) 倫理的配慮	
II. 文献検討	5
1. 看護介入の分類指標	
2. 患者の状態を表す分類指標	
III. 調査結果の分析	5
1. 調査結果	
2. 「口腔ケア技術」の体系化の試み	

資料

- 資料 1-1 看護ケア技術体系化についての一次調査 調査票
- 資料 1-2 看護ケア技術体系化についての一次調査 依頼状
- 資料 2 文献検討
- 資料 3-1 一次調査結果 看護ケア技術の回答一覧 (学会毎)
- 3-2 一次調査結果 看護ケア技術の回答一覧 (技術毎)
- 資料 4 口腔ケア患者像 マトリックス

総括研究年度報告書

1. 研究計画と方法

1. はじめに

現在の診療報酬における入院基本料は看護師の人員配置を中心にした体制評価であり、実際に提供されている看護の質を正確に反映したものとはいえ、患者・国民にとってもわかりづらい考え方である。そのため、看護の専門的知識・技術が必要とされる各ケア技術に対する独立した看護の評価体系の確立が必要だと考える。またこれまで看保連では、診療・介護報酬改定に際し、各学会が個別に要望項目や医療技術評価提案書を提出し、役員会がその取りまとめを担うという形で活動してきたが、要望項目の反映率は3~4割程度にとどまっている。これまで以上に効果的な活動を展開するためには、看保連加盟学会・団体が一丸となって活動する必要がある。その方策のひとつとして、領域を超えた看護ケア技術の体系化はより戦略的な提案活動を可能にすると考えられる。

2. 研究目的

本研究は、診療報酬の適正評価を行うために、専門性の高い知識と技術が必要とされる「看護ケア技術」を抽出し、技術難易度・アウトカム・医療費原価等の評価指標を用いた「看護ケア技術」の価値に基づく体系化を行うことを目的とする。

3. 期待される成果

超高齢化や厳しい経済基調に伴い、国民皆保険制度を基盤とする医療制度のあり方の見直しが進んでおり、限られた医療保険財源を適正に配分することは必須の課題といえる。現在の診療報酬体系では、医療の中核をなす看護への評価の大部分は入院基本料に含まれており、患者・国民にわかりやすい適正な評価がされているとは言い難い。

また、医療の高度化や患者ニーズの多様化が進む中、看護が担う役割は多岐に渡っている。看護ケア技術が診療報酬上の適正な評価を得て適切に提供されることで、疾病予防、合併症予防、健康増進などに寄与することができる。また看護の質のさらなる保証となり、安全で安心な看護の提供につながるといえる。

看護ケア技術の体系化は看護実践を明確に定義することでもあり、患者・国民が看護への理解を深め、患者自らが看護ケア技術を効果的に選択し、活用することの一助となると考える。さらに、本研究は国民にわかりやすい診療報酬体系を構築するための基礎資料として活用することができる。

本研究による体系化は、今後、新たな看護ケア技術開発を促進する基盤となるといえる。看護ケア技術を技術難易度・アウトカム・医療費原価といった一定の客観的評価指標を用いて評価することで、今後の看護ケア技術の適正評価の指針になるといえる。

4. 用語の定義

「看護ケア技術」：誰が見ても専門性の高い知識と技術が必要であると理解される看護ケア技術（今回は、入院・外来を問わず、特定の状況下の患者に対する看護ケア・看護技術を想定している。）

5. 研究組織

研究を行うワーキンググループは、代表研究者 1 名、分担研究者 6 名、研究協力者 1 名、事務局 3 名で組織し、研究会議を 5 回開催した。調査協力は一般社団法人看護系学会等社会保険連合に加盟する 48 学会・団体に依頼した。

平成 24 年度ワーキンググループメンバーを下記に示す。

■代表研究者

山田 雅子 (聖路加看護大学 看護実践開発研究センター)

■分担研究者

井部 俊子 (聖路加看護大学)

岡谷 恵子 (東京医科大学)

任 和子 (京都大学)

齋藤 訓子 (日本看護協会)

田倉 智之 (大阪大学)

柳井 晴夫 (聖路加看護大学)

■研究協力者

石井 由美子 (国立成育医療研究センター)

■事務局

浅田 美和 (看護系学会等社会保険連合 事務局)

大野 由里子 (看護系学会等社会保険連合 事務局)

小野田 舞 (看護系学会等社会保険連合 事務局)

■一般社団法人看護系学会等社会保険連合 加盟学会・団体一覧(平成 24 年 5 月 1 日時点)

高知女子大学看護学会	日本腎不全看護学会
国立大学病院看護部長会議	日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
国立病院看護研究学会	日本新生児看護学会
社会福祉法人恩賜財団済生会看護部長会	日本生殖看護学会
社団法人全国社会保険協会連合会看護局(部)長会	日本精神保健看護学会
私立医科大学協会病院部会看護部長会議	日本赤十字看護学会
聖路加看護学会	日本創傷・オストミー・失禁管理学会
赤十字医療施設看護部長会	日本地域看護学会
全国国立病院看護部長協議会	日本糖尿病教育・看護学会
全国自治体病院協議会看護部会	日本難病看護学会
日本遺伝看護学会	日本脳神経看護研究学会
日本家族看護学会	日本訪問看護財団
日本がん看護学会	日本母性看護学会
日本看護科学学会	日本慢性看護学会
日本看護学教育学会	日本ルーラルナーシング学会
日本看護学会	日本老年看護学会
日本看護管理学会	(五十音順)
日本看護技術学会	
日本看護教育学学会	
日本看護研究学会	
日本看護診断学会	
日本看護福祉学会	
日本緩和医療学会	
日本救急看護学会	
日本クリティカルケア看護学会	
日本災害看護学会	
日本在宅ケア学会	
日本手術看護学会	
日本循環器看護学会	
日本小児看護学会	
日本小児総合医療施設協議会看護部長部会	
日本助産学会	

6. 研究方法と対象

諸外国の医療・看護技術の評価についての文献検討を通じ、わが国に応用可能な医療・看護の技術の評価指標を検討する。その後看護系学会等社会保険連合・加盟学会を対象に、体系化すべき看護ケア技術抽出のための一次調査を実施した。

1) 調査票の作成

調査票はワーキンググループにて作成し、以下の項目について質問した。【資料 1-1】

- ・各学会・団体に「専門性が高い知識と技術が必要であると総合的に判断する看護ケア技術」を挙げてもらう。
- ・1学会・団体につき、最大5項目の看護ケア技術を提案してもらう。
- ・各看護ケア技術について、そのケア技術の概要と、提案の理由を自由記述で記載してもらう。

2) データ収集期間

平成24年5月1日から8月31日までとした。

3) データ収集方法と手順

- (1) 調査票は各学会・団体の社員宛てに送付し、各学会・団体の検討した結果を回答するよう依頼した。【資料 1-2】
- (2) 回収は、回答者から事務局へ個別に直接返送とした。調査票の返送をもって研究への同意と解釈した。

4) 分析方法

各学会・団体より提案された看護ケア技術を、技術内容に着目し、カテゴリー化する。その後、提案数の多い一項目を題材に、看護ケア技術の難易度、患者像を表現する軸の検討を行う。軸の検討については、国内外の文献を参考に最もわかりやすく、シンプルな2～3軸程度で表現することを試みる。

5) 倫理的配慮

本研究では、質問紙調査を実施する。調査対象となる看護系学会等社会保険連合の加盟学会に、調査目的・方法、倫理的配慮について文書と口頭で説明し、返答をもって同意を得たものとする。本研究における倫理的配慮は以下の通りである。

- ・研究への協力は任意であり、返答をしなくても不利益を被ることはないこと、記入した個人は特定されることがないこと、回答を差し控えたい場合には答えなくても構わないこと等を説明する。
- ・回答した調査票は、研究期間が終了するまで鍵のかかる場所に保管し、第三者の目に触

れることのないよう保管する。

- ・ 個人情報が含まれる資料は、研究終了後に裁断、消去する。ただし、研究のために収集または生成した資料、データなどで、個人情報を匿名化したものは、研究成果を再現できるように最低3年間は厳重に保管する。

II. 文献検討

一連の看護ケア技術の体系化を試みているいくつかの文献を取り上げ一覧した。取り上げた文献は以下の通りである。検討の内容については【資料2】に示す。

1. 看護介入の分類指標

- Bulechek,G,M, Butcher,H,K, Dochterman,J,M. (2008) 看護介入分類 (NIC) 第5版.
中木高夫, 黒田裕子 (2009). 南江堂.
日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会編 (2005). 看護行為用語分類 看護行為の言語化と用語体系の構築. 日本看護協会出版会.

2. 患者の状態を表す分類指標

- T,Heather Herdman. (2012) NANDA-I 看護診断 定義と分類 2012-2014. 日本看護診断学会 (2012). 医学書院
看護実践国際分類 ICNP
<http://icnp.umin.jp/> [2013-05-28]
岩澤和子, 筒井孝子監修 (2012). 看護必要度第4版 2012年度増補版 看護サービスの新たな評価基準. 日本看護協会出版会.

3. 看護の成果に関する分類

- Sue Moorhead, Marion Johnson. Et.al,. (2011). 看護成果分類 (NOC) 看護ケアを評価するための指標・測定尺度, 医学書院.

以上より、これまでの看護ケア技術の体系は、患者に関する分類、看護技術に関する分類、その結果もたらされる成果に関する分類に分けて検討されてきていることが分かった。今回の研究では、患者像とそれに合わせた看護ケア技術の組み合わせで考えていくことを課題としているため、それぞれは参考にすることはできるが、既存の尺度を用いて看護ケア技術の体系化を図ることはできないと判断した。

Ⅲ. 調査結果の分析

1. 調査結果

平成 24 年 5 月 1 日～8 月 31 日に、看護系学会等社会保険連に加盟している 48 学会・団体を対象に、「看護の専門性が高い知識と技術が必要であると総合的に判断される看護ケア技術」のうち、優先度が高いものを最大 5 つ列挙する一次調査を実施した。その結果、40 の学会・団体から回答が得られ、合計 171 件の看護ケア技術が抽出された。

挙げられた主な技術は、口腔ケア (13 学会)、ストーマケア (6 学会)、嚥下障害のある患者の食事介助 (5 学会)、排痰ケア (5 学会)、生命維持装置を装着している患者の清拭・入浴 (5 学会)、意思決定支援 (3 学会)、せん妄ケア (3 学会) などであった。

【資料 3-1, 3-2】

2. 「口腔ケア技術」の体系化の試み 最も提案学会・団体数の多かった「口腔ケア技術」を題材として、看護ケア技術の難易度および患者像の検討を行った。口腔ケアの対象者は、人工呼吸器装着患者、嚥下障害のある患者、口腔・頸部の放射線療法患者、化学療法中・造血肝細胞移植中の患者など多岐に渡り、安全性を確保しながらケアを実施するには、患者像ごとに異なる専門性の高い看護の判断や技術を要することがわかる【資料 3-2】。このことから、看護ケア技術を体系化するためには、まず看護ケア技術を提供される患者の状態像と、それぞれのケア技術内容を整理する必要があることがわかった。

次に、患者の状態像を整理するための指標として、看護診断 (NANDA)、看護成果分類 (NOC)、看護介入分類 (NIC)、看護行為用語分類等の看護ケアや看護行為を分類した既存の指標等の検討を行い、一次調査で抽出された看護ケア技術を分類するための軸を整理した。しかし、既存の指標の中には、患者の状態像が表現可能なものを見つけることはできなかつた。そこで、研究班で検討のうえ、看護ケア技術の提供を受ける患者の状態像を表す指標として、「生命危機度」と「セルフケア依存度」の 2 軸のマトリックスを作成した【資料 4】。「生命危機度」とは、患者の生命危機度を高度、中度、低度、「セルフケア依存度」とは、自立、部分介助、全介助で分類するものである。「生命危機度」と「セルフケア依存度」の組み合わせで、看護ケア技術の提供を受ける患者の状態像を表現することができる。

さらに看護ケア技術の難易度の指標として、田倉 (2010) の示す「技術難易度」「アウトカム指向」「医療費原価」の 3 つの指標を基に、看護ケア技術の指標を検討し、看護ケア技術の提供者である看護師の負担度を、「身体的」、「精神的」、「知識・判断」、「手技的」、「時間拘束」の 5 つの側面から評価することが検討された。「身体的負荷」は、その看護ケア技術を実施することにより看護師が受ける身体・物理的な負荷の大きさのことを指す。「精神的負荷」は、看護ケア技術を実施することにより看護師が感じる精神的ストレスの大きさを指す。「知識・判断の負荷」は、その看護ケア技術を実施するにあたり、看護師の経験や

見識を要する知識的な大変さを指す。「手技的な負荷」は、看護ケア技術の実施やその説明に伴う看護師の技能的な大変さを指す。「時間拘束の負荷」は、看護ケア技術の実施に伴う看護師の時間的な拘束の程度を指す。これら5つの指標について、看護師の負担度について、「極めて大きい」「大きい」「中等度である」「小さい」「極めて小さい」の5段階のリッカートスケールで主観的に回答してもらう質問紙調査を実施する予定である（二次調査）。

参考文献

田倉智之(2010). 内科系診療所医師の技術評価について—診療報酬体系の歴史的考察—. 日本臨床内科医学会誌,25(5).

資料

調査票の回答方法

1. 専門性の高い知識と技術が必要であると総合的に判断される看護ケア技術を最大で5つ、優先度の高い順に挙げてください。
2. 1で挙げた看護ケア技術の具体的な内容や、想定される患者の概要を、下記の記載例を参考にして記載してください。
3. 1、2について、別添2の調査票にご記入のうえ、**8月31日(金)迄**に看保連事務局にメールにてご返信下さい。

◆ 記載例

1. 看護ケア技術名：人工呼吸器使用下の患者の口腔ケア

対象となる患者の例

人工呼吸器使用のため挿管中（経口挿管？気切？）で、意識がなく自己排痰ができない患者

例：遷延性意識障害、重度心身障害者、
手術後や末期状態でのセデーション中の患者など

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

人工呼吸器を使用している患者に対し、吸引をしながら、歯ブラシやスポンジ状のブラシによるブラッシングを行う。これにより、誤嚥性肺炎の予防や口腔刺激によるリハビリテーション効果が期待できる。その一方で、誤嚥や挿管チューブの事故抜去等のリスクが高く、高い技術が求められる上に、挿管管理下の患者の全身状態の観察能力、ケア中の呼吸状態の変化に対応する知識・技術・判断、急変への対応能力など、専門性の高い看護知識と技術が要求される。また、一連のケアを適切に、安全に実施するためにはある程度の時間（●分程度）も要する。

看護系学会等社会保険連合 事務局

担当：浅田

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

日本看護協会ビル4階

TEL 03-3409-1569 FAX 03-3409-1574

e-mail : info@kanhoren.jp

看護ケア技術についての第一次調査 調査票

学会名： _____

担当者名： _____

担当者の所属： _____

問い合わせ先：電話番号 _____
e-mail _____

*担当者は、看保連委員でなくても構いません。看護ケア技術の体系化調査に関する担当者を学会・団体内でご選出ください。

提案する看護ケア技術は最大5つまでとし、優先度の高い順に記載してください。

1. 看護ケア技術名： _____

対象となる患者の例

()

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

()

2. 看護ケア技術名： _____

対象となる患者の例

()

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

()

3. 看護ケア技術名： _____

対象となる患者の例

()

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

()

4. 看護ケア技術名： _____

対象となる患者の例

()

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

()

5. 看護ケア技術名 : _____

対象となる患者の例

()

看護ケア技術の概要 および 提案の理由

()

*その他、ご意見などございましたら以下にご自由にお書きください。

()

※別添 2 の調査票にご記入のうえ、8月31日（金）迄に看保連事務局にメールにてご返信下さい。

看護系学会等社会保険連合 事務局
担当：浅田
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
日本看護協会ビル 4 階
TEL 03-3409-1569 FAX 03-3409-1574
e-mail : info@kanhoren.jp

平成 24 年 4 月 25 日

看護系学会等社会保険連合加盟学会各位

看護系学会等社会保険連合
代表 井部 俊子
診療報酬の適正評価のための看護ケア技術体系化に向けた研究
研究代表者 山田 雅子

看護ケア技術のリストアップ（一次調査）のお願い

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より本会の活動に対しまして、格段のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

本会では、国民の健康の向上に寄与するために、科学的・学術的根拠に基づいて、看護の立場からわが国の社会保険の在り方を提言し、診療報酬体系および介護報酬体系等の評価・充実・適正化を促進することを目的に活動しています。現在の診療報酬における入院基本料は看護師の人員配置を中心にした体制評価であり、実際に提供されている看護の質を正確に反映したものとはいえ、患者・国民にとっても不明瞭な制度だといえます。そのため、看護の専門的知識・技術が必要とされる各ケア技術に対する独立した看護の評価体系の確立が必要だと考えます。

そこで本会では、診療報酬の適正評価を行うために、専門性の高い知識と技術が必要とされる「看護ケア技術」を抽出し、技術難易度・アウトカム・医療費原価等の評価指標を用いた「看護ケア技術」の価値に基づく体系化を行う研究を実施することにいたしました。本研究により、看護ケア技術の価値の適正な評価が可能となり、効果的・効率的な看護の提供や、適正な医療・看護資源の配分に貢献することができると考えます。

つきましては第一次調査として、誰が見ても専門性の高い知識と技術が必要であると理解される「看護ケア技術」を抽出するための調査を実施いたします。貴学会におかれましては、主旨をご理解頂き、該当する看護ケア技術をご提案くださいますようお願い申し上げます。

なお、本研究は平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）の助成による「診療報酬の適正評価のための看護ケア技術体系化に向けた研究（研究代表者：山田雅子、課題番号：H24-政策一般-011）」と協働して実施する予定です。

別添 1 をご参考のうえ、別添 2 の調査票にご記入いただき、8 月 31 日（金）までに事務局にメールにてご返信下さい。

ご不明な点等がございましたら看保連事務局までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

看護系学会等社会保険連合 事務局
小野田、浅田
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
日本看護協会ビル 4 階
TEL 03-3409-1569 FAX 03-3409-1574
e-mail : info@kanhoren.jp

看護介入の分類指標の概要

看護介入分類(NIC)第5版(2007) Nursing Interventions Classification		看護行為用語分類(2005)		
開発者	アイオワ大学看護学部の看護分類・臨床有効性センター	日本看護科学学会 看護学術用語検討委員会		
概要	<p>・看護師が実施する介入の包括的で標準化された分類で、直接ケアと間接ケア介入が含まれる(第5版では、7つの領域(ドメイン)、30の類(クラス)、542の介入で構成される)。</p> <p>・介入は「患者/クライアントの成果(アウトカム)を高めるために看護師が実施する、臨床判断や知識に基づいた、あらゆる治療」と定義される。</p> <p>・すべての臨床場面(急性期ケア・集中ケア病棟から外来ケア、ホスピスケア、プライマリケアまで)、すべての臨床場面(クリティカルケアから外来ケア、長期ケアまで)使用可能である。</p> <p>・分類は看護の領域を説明するものであるが、他のヘルスケア提供者によって行われる介入も存在する。</p> <p>・介入には、生理学的介入と、心理社会的介入の両方が含まれ、疾病の治療、疾病の予防、健康増進のためのものがある。</p> <p>・大部分の対象者は患者個人であるが、家族や地域社会全体に対象とするものもある。</p> <p>・それぞれの介入について、看護師がなにをするかの行動が論理的にリストアップされているが、標準化はされていない(行動は特定状況のニーズをより強く反映するように修正が可能)。</p>	<p>・全6領域32分野、計211用語を含み、各行為用語はそれぞれ定義をはじめとする5つの下位の要素から成り立っている。</p> <p>・わが国において看護職者が行っている種々の行為について看護職者の中で共通理解を得るといふ意図は反映できず、また他の専門職者、看護を要する人々については社会に対し、看護とは何をするものかについて説明するものとなっている。</p> <p>・各用語で表現される看護行為は、それぞれの用語で表現される看護行為をどのように行うかの手順をマニュアルとして示すのではなく、「安全性」と「人間の尊厳と尊重」を確保して行うための判断の視点を提供するもの。</p> <p>・それぞれの看護行為は「Ⅰ. 定義」「Ⅱ. 対象の選択」「Ⅲ. 方法の選択にあたって考慮する点」「Ⅳ. 実施に伴って行うこと」「Ⅴ. 期待される成果」で構成している。(看護行為には複数の目的があり、各行為の目的や意味の重層性は「Ⅰ. 定義」に含めるのではなく、「Ⅴ. 期待される成果」の中で目的などに対応した指標を例示し、それによって看護行為の重層性が反映されるようにしている)</p> <p>・対象は、その功を適用する「人」あるいは「場合」とし、「人」にはあらゆる発達段階を含み、特定の発達段階に限定する場合のみ、それを「Ⅱ. 対象の選択」に示した。</p>		
開発の背景と目的	<ol style="list-style-type: none"> ① 看護治療の用語体系の標準化 ② 診断と介入と成果のリンケージ(結合)に関する看護の知の拡大 ③ 看護情報システムおよびヘルスケア情報システムの開発 ④ 看護学生に対する意思決定教育 ⑤ 看護師が提供するサービスの費用の算定 ⑥ 看護実践の場において必要とされる資源の計画立案 ⑦ 看護独自の機能を伝達する理由 ⑧ 他のヘルスケア提供者の分類体系との接合 	<p>・看護行為に関する個々の用語について、それぞれが意味する内容を確実に共有できるようにすること。</p> <p>・看護職者の行為を網羅した体系的な用語のデータベースを作成すること。</p>		
分類	領域1 生理学的・基礎	身体機能を支援するケア	領域1 観察・モニタリング	看護職者が働きかける対象の状態状況について情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む。
	領域2 生理学的・複雑	恒常性調節を支援するケア	領域2 基本的な生活行動の援助	基本的な生活行動の不足を補うこと
	領域3 行動的	心理社会機能を支援しライフスタイルの変容を促進するケア	領域3 身体機能への直接的働きかけ	(身体への働きかけによる看護治療的行為) 身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること。
	領域4 安全	有害なものに対する防御を支援するケア	領域4 情動・認知・行動への働きかけ	情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと
	領域5 家族	家族単位を支援するケア	領域5 環境への働きかけ	環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること
	領域6 ヘルスシステム	ヘルスケア供給システムの有効な利用を支援するケア	領域6 医療処置の実施・管理	対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること
	領域7 地域社会	地域社会の健康を支えるケア		

患者の状態を表す分類指標の概要

NANDA-I 看護診断 定義と分類 2012-2014		看護実践国際分類 ICNP				看護必要度		
開発者	NANDA International	国際看護師協会 ICN				診療報酬調査専門組織分科会「DPC導入の影響評価に係る調査研究」		
開発の目的		1. 看護実践を記述する共通用語を確立し、看護師間や看護師と他者間のコミュニケーションを促進する。 2. 言語や専門領域を超え、各国の実践で使う概念を明らかにする。 3. 世界各地で人々(個人、家族、コミュニティ)に提供する看護ケアを記述する。 4. 患者集団、状況、地理的区分や時代を超え、看護データの比較を可能にする。 5. 看護情報システムや保険医療情報システムのデータとリンクし看護研究を促進する。 6. 看護教育や保健医療政策に影響する看護実践のデータを提供する。 7. 患者ニーズの動向、看護治療の供給、資源の配分、看護ケアの成果を予測する。				1996年の厚生科学研究に端を発し、1997年与党医療保険制度改革協議会の抜本改革案で「看護については看護必要度を加味した評価とする」と述べられたことに始まる。その後、2000年の「中央社会保険医療協議会答申書」の検討項目「診療実績等の評価」の中で「看護必要度など、診療実績等を評価する手法のあり方について検討する」とされている。すなわち、「看護必要度」の最終ゴールは診療報酬算定の尺度開発にある。		
概要	・分類法Ⅱは、領域(ドメイン)、類(クラス)、看護診断の3つの階層から成り立っている。領域は「知識や影響力や探究の範囲」を表し、類は「共通する属性をもつグループやセットや種類」を意味している。13の領域、47の類、多くの看護診断を表している。 ・診断は、多軸システムを使って構築された概念である。分類法Ⅱの中での軸は、診断過程で考慮される人間の反応の側面と操作的に定義されている。軸には7つある。	・ICNPベータバージョンには、看護現象と看護行為の2つの分類体系が含まれている。 ・看護現象には看護者の看護診断を表現する用語が8軸に分類され、合計1,223語がリストされている。看護行為は看護介入を表現する用語であり、8軸に分類され1,282語がリストされている。それぞれの用語は、軸を表すアルファベットと、階層を表す数字のコードを持つ。ルールに従い、看護診断・看護活動ともに、各分類軸の用語の組み合わせで表現する。 ・ICNPの「看護診断」は診断的臨床判断の総称であり、NANDAの定義とは異なる。 ・看護アウトカムは、看護診断に生じた変化として測定されるものであり、ICNPベータバージョンには独立したアウトカム分類は存在しない。				・ケアを受ける患者側からの視点で評価 ・看護の必要量は看護サービスの提供時間によって表される。看護サービス時間は患者の状態データを用いて推定する。同じ患者であればこの病棟に入院しても同じ患者タイプにならない。「患者の状態を測定するツール」の開発が目的 ・定義:「入院患者に提供されるべき看護量」(を測定するツール) ・看護必要度チェック40項目(Ver. 4)		
分類	第1軸 診断焦点	診断の中核になる“人間の反応”を表している。	看護現象分類の構成		看護行為分類の構成		チェック項目	
	第2軸 診断対象	看護診断を確定される人(人々)と定義される。第2軸の中の要素は、NANDA-Iの「患者」を意味する。 個人、家族、集団、コミュニティ(地域社会)	A軸	「看護実践の焦点」(685語) 疼痛、栄養、身体運動	A軸	「行為のタイプ」(170語) 観察する、管理する、世話をする		A項目 モニタリングおよび処置等に関する項目 創傷処置、蘇生術の施行、血圧測定、時間尿測定、呼吸ケア、点滴ライン同時3本以上、心電図モニター、輸液ポンプの使用、動脈圧測定(動脈ライン)、シリンジポンプの使用、中心静脈圧測定(中心静脈ライン)、人工呼吸器の装着、輸血や血液製剤の使用、肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)、特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、専門的な治療処置①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈薬剤の使用、⑦ドレナージの管理
	第3軸 判断	判断は、診断焦点の意味を限定まはは指定する記述語や修飾語である。 障害、非効果的、など	B軸	「判断」(343語) 充足した、変調あり、著しい、ある程度	B軸	「行為の標的」(552語) 新生児、母乳栄養習慣、化学療法		
	第4軸 部位	部位は身体の一部/部分、そして/またはそれらに関連する機能を表す。つまり、あらゆる組織、器官、解剖学的部位または構造。 膀胱、聴覚、脳、など	C軸	「頻度」(8語) 連続的、断続的、まれに	C軸	「手段」(262語) 包帯、排尿トレーニング法、看護サービス		
	第5軸 年齢	年齢は、診断対象(第2軸)の個人の年齢を意味する。 胎児、新生児、乳児、幼児、未就学児、学童、青年期の人、成人、高齢者	D軸	「持続期間」(2語) 急性、慢性	D軸	「時間」(22語) 退院時、述語、分娩後		
	第6軸 時間	時間は診断焦点(第1軸)の期間を表す。 急性、慢性、間欠的、持続的	E軸	「位相」(31語) 右上肢、片側、部分的	E軸	「位相」(30語) 上部、両側、末梢的		
	第7軸 診断状態	診断状態は、問題やシンドロームが実在するかまたは潜在するの、あるいはヘルスプロモーション型としての診断カテゴリー化を意味する。 実在型、ヘルスプロモーション型、リスク型、シンドローム、ウェルネス型	F軸	「身体部位」(134語) 背、結膜、手指の爪	F軸	「位置」(190語) 頭、腕、デイクアセンター、幼稚園		
			G軸	「見込み」(12語) 危険性、可能性、非常に低い可能性	G軸	「経路」(48語) 経口、皮下、病変内		
		H軸	「該当者」(8語) 個人、家族、地域、集団	H軸	「ケアの受け手」(8語) 個人、家族、地域、集団	B項目 患者の状況等に関する項目 床上安静の指示、どちらかの手を胸元まで持ち上げられる、寝返り、起き上がり、座位保持、移乗、移動方法、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱、他者への意思の伝達、診療・療養上の指示が通じる、危険行動 身体的な症状の訴え、計画に基づいた10分以上の指導、(看護計画の基づいた)10分以上の意思伝達支援、手術、退院予定		
			看護診断・看護活動記述のルール					
		看護診断	1. A軸「看護実践の焦点」の用語を必ず1つ含む 2. B軸「判断」またはG軸「見込み」の用語を必ず含む 3. その他の軸の用語は、看護診断の拡大や明確化を目的として任意で用いる。 4. 各軸から選ぶ用語は1つ		看護活動	1. A軸「行為のタイプ」の用語を必ず1つ含む 2. その他の軸の用語は、看護活動を拡大・明確化する目的で任意で用いる。 3. 各軸から選ぶ用語は1つ		