

3) 人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術における看護師の負荷の程度

人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術における看護師の負荷の程度の平均値が最も平均値が高かったものは「知識・判断の負荷」であり、平均値 3.41、標準偏差 3.19 であった (表 7)。一方、平均値が最も低かったものは「身体的な負荷」であり、平均値 2.44、標準偏差 1.71 であった。

表 7 人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術における看護師の負荷の程度

項目	回答数	回答なし	合計	平均	分散 (n-1)	標準偏差	最大値	最小値
身体的な負荷	54	8	131.5	2.44	2.92	1.71	5.0	-3.0
精神的な負荷	54	8	141.0	2.61	3.42	1.85	5.0	-3.0
知識・判断の負荷	54	8	184.0	3.41	3.19	1.79	5.0	-3.0
手技的な負荷	54	8	169.5	3.14	3.13	1.77	5.0	-2.0
時間拘束の負荷	54	8	148.0	2.74	2.55	1.60	5.0	-2.0

4) 人工呼吸器肺関連肺炎予防ケア技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の負荷の程度の関連

人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の負荷の程度の関連を検討するため、相関係数を算出した (表 8)。相関係数が 5%水準で有意であったものは「精神的な負荷」と「苦痛緩和効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「苦痛緩和効果」の相関、「手技的な負荷」と「苦痛緩和効果」の関連、「1日の実施回数」と「QOLの改善効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「手技的な負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「知識・技術の負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連、「必要な看護師の人数」と「在院日数の短縮効果」の関連であった。相関係数が 1%水準で有意であったものは、「身体的な負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「精神的な負荷」と「社会復帰促進の効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「社会復帰の促進の効果」の関連であった。

表8 相関分析:肺炎予防ケア技術

		①重症予 防効果	②合併症 予防効果	③苦痛緩 和効果	④QOLの 改善効果	⑤社会復 帰の促進 効果	⑥在院日 数の短縮 効果	必要な看 護師の人 数	1回に要す る時間
身体的な負荷	分析有効データ	54	54	54	53	54	52	50	48
	相関係数	0.052	0.116	0.232	0.235	0.355	0.272	-0.231	0.171
	P値	0.710	0.405	0.092	0.090	0.008	0.051	0.106	0.246
	有意性判定					[**]			
精神的な負荷	分析有効データ	54	54	54	53	54	52	50	48
	相関係数	0.077	0.132	0.346	0.225	0.381	0.271	0.053	0.104
	P値	0.582	0.340	0.010	0.105	0.004	0.052	0.716	0.484
	有意性判定			[*]		[**]			
知識・判断の負荷	分析有効データ	54	54	54	53	54	52	50	48
	相関係数	0.166	0.197	0.312	0.224	0.312	0.332	0.092	0.053
	P値	0.231	0.154	0.022	0.106	0.022	0.016	0.524	0.722
	有意性判定			[*]		[*]	[*]		
手技的な負荷	分析有効データ	54	54	54	53	54	52	50	48
	相関係数	0.244	0.249	0.315	0.203	0.300	0.158	0.099	0.080
	P値	0.076	0.069	0.021	0.144	0.028	0.264	0.495	0.588
	有意性判定			[*]		[*]			
時間拘束の負荷	分析有効データ	54	54	54	53	54	52	50	48
	相関係数	0.140	0.175	0.267	0.232	0.349	0.126	-0.085	0.254
	P値	0.312	0.206	0.051	0.095	0.010	0.373	0.559	0.081
	有意性判定					[**]			
必要な看護師の人数	分析有効データ	50	50	50	49	50	48		
	相関係数	0.020	0.027	0.165	0.100	-0.120	-0.314		
	P値	0.893	0.853	0.252	0.495	0.406	0.030		
	有意性判定						[*]		
1回に要する時間	分析有効データ	48	48	48	47	48	46		
	相関係数	-0.151	-0.183	0.011	0.090	0.017	0.040		
	P値	0.305	0.214	0.939	0.547	0.906	0.793		
	有意性判定								
1日の実施回数	分析有効データ	46	46	46	45	46	44		
	相関係数	0.067	0.094	0.256	0.346	0.167	-0.008		
	P値	0.657	0.535	0.085	0.020	0.269	0.957		
	有意性判定				[*]				

**、相関係数は1%水準で有意(両側)です。

*、相関係数は5%水準で有意(両側)です。

4. 転倒転落予防ケア

1) 転倒転落予防ケア技術の効果

転倒転落予防ケア技術の実施効果について最も平均値が高かったものは「社会復帰の促進効果」であり、平均値4.24、標準偏差0.783であった(表9)。一方、平均値が

表9 転倒転落予防ケア技術の効果

項目	回答数	5. 極めて高い		4. 高い		3. 標準的である		2. 低い		1. 極めて低い		回答なし		平均値	標準偏差
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
重症予防効果	79	19	24.1	25	31.6	27	34.2	2	2.5	0	0.0	6	7.6	3.84	0.850
合併症予防効果	79	23	29.1	24	30.4	24	30.4	0	0.0	1	1.3	7	8.9	3.94	0.886
苦痛緩和効果	79	6	7.6	18	22.8	42	53.2	6	7.6	1	1.3	6	7.6	3.30	0.794
QOLの改善効果	79	23	29.1	31	39.2	18	22.8	0	0.0	0	0.0	7	8.9	4.07	0.757
社会復帰の促進効果	79	32	40.5	24	30.4	15	19.0	0	0.0	0	0.0	8	10.1	4.24	0.783
在院日数の短縮効果	79	25	31.6	23	29.1	19	24.1	3	3.8	0	0.0	9	11.4	4.00	0.901

最も低かったものは「苦痛緩和効果」であり、平均値 3.30、標準偏差 0.794 であった。

2) 転倒転落予防ケア技術の実施に必要な人数・時間

転倒転落予防ケア技術を 1 人の患者に実施するに当たり必要な看護師の人数は平均 1.18 人、標準偏差 0.19 であり、最大値は 3 人、最小値は 1 人であった (表 10)。また 1 回の看護ケアに必要な時間は平均 15.87 分、標準偏差 89.48、最大値 60 分、最小値 3 分であった。さらに、1 日に実施する回数は平均 9.37 回、標準偏差 7.21、最大値 48 回、最小値 1.5 回であった。

表10 転倒転落予防ケア技術の実施に要する人員・時間

項目	回答数	回答なし	合計	平均	分散 (n-1)	標準偏差	最大値	最小値
1人の患者に実施するのに必要な看護師の人数(人)	69	10	81.3	1.18	0.19	0.44	3	1
1回の看護ケアに必要な時間(分)	63	16	1000	15.87	89.48	9.46	60	3
1日に実施する回数(回)	63	16	590.5	9.37	51.99	7.21	48	1.5

3) 転倒転落予防ケア技術における看護師の負荷の程度

転倒転落予防ケア技術における看護師の負荷の程度の平均値が最も平均値が高かったものは「時間拘束の負荷」であり、平均値 2.29、標準偏差 2.50 であった (表 11)。一方、平均値が最も低かったものは「身体的な負荷」であり、平均値 0.58、標準偏差 2.25 であった。

表11 転倒転落予防ケア技術における看護師の負荷の程度

項目	回答数	回答なし	合計	平均	分散 (n-1)	標準偏差	最大値	最小値
身体的な負荷	73	6	99.0	1.36	2.51	1.58	5.0	-3.0
精神的な負荷	73	6	123.5	1.69	3.56	1.89	5.0	-5.0
知識・判断の負荷	72	7	93.5	1.30	2.99	1.73	5.0	-3.0
手技的な負荷	72	7	42.0	0.58	2.25	1.50	4.0	-5.0
時間拘束の負荷	73	6	167.5	2.29	2.50	1.58	5.0	-1.0

4) 転倒転落予防ケア技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の負荷の程度との関連

転倒転落予防ケア技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の負荷の程度との関連を検討するため、相関係数を算出した（表 12）。相関係数が 5%水準で有意であったものは「精神的な負荷」と「重症予防効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「合併症予防効果」の関連、「精神的な負荷」と「苦痛緩和効果」の関連、「手技的な負荷の関連」と「苦痛緩和効果」の関連、「身体的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「手技的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「手技的な負荷」と「社会復帰促進効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「必要な看護師の人数」の関連、「手技的な負荷」と「必要な看護師の人数」の関連、「身体的な負荷」と「1日に要する時間」の関連であった。相関係数が 1%水準で有意であったものは「精神的な負荷」と「合併症予防効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「苦痛緩和効果」の関連、「精神的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「1日の実施回数」と「QOL の改善効果」の関連、「身体的な負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「精神的な負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「身体的な負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連、「精神的な負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連であった。

表12 相関分析: 転落転落予防予防ケア技術

		①重症予 防効果	②合併症 予防効果	③苦痛緩 和効果	④QOLの 改善効果	⑤社会復 帰の促進 効果	⑥在院日 数の短縮 効果	必要な看 護師の人 数	1回に要す る時間
身体的な負荷	分析有効データ	72	71	72	71	70	69	68	62
	相関係数	0.174	0.233	0.208	0.298	0.381	0.352	0.033	0.324
	P値	0.143	0.051	0.080	0.011	0.001	0.003	0.788	0.010
	有意性判定				[*]	[**]	[**]		[*]
精神的な負荷	分析有効データ	72	71	72	71	70	69	68	62
	相関係数	0.235	0.377	0.300	0.393	0.328	0.327	0.028	0.114
	P値	0.047	0.001	0.011	0.001	0.006	0.006	0.823	0.379
	有意性判定	[*]	[**]	[*]	[**]	[**]	[**]		
知識・判断の負荷	分析有効データ	71	70	71	70	69	68	67	61
	相関係数	0.212	0.265	0.359	0.320	0.291	0.356	0.245	0.155
	P値	0.075	0.027	0.002	0.007	0.015	0.003	0.046	0.233
	有意性判定		[*]	[**]	[**]	[*]	[**]	[*]	
手技的な負荷	分析有効データ	71	70	71	70	69	68	67	61
	相関係数	0.046	0.162	0.283	0.236	0.246	0.226	0.243	0.251
	P値	0.706	0.181	0.017	0.050	0.042	0.064	0.047	0.051
	有意性判定			[*]	[*]	[*]			
時間拘束の負荷	分析有効データ	72	71	72	71	70	69	68	62
	相関係数	0.111	0.215	0.213	0.313	0.263	0.222	0.018	0.063
	P値	0.354	0.072	0.072	0.008	0.028	0.067	0.885	0.628
	有意性判定				[**]	[*]			
必要な看護師の人数	分析有効データ	69	68	69	68	67	66		
	相関係数	-0.044	0.008	0.093	-0.095	-0.110	0.203		
	P値	0.718	0.945	0.446	0.441	0.375	0.103		
	有意性判定								
1回に要する時間	分析有効データ	62	61	62	61	60	59		
	相関係数	0.017	-0.033	0.200	0.058	0.054	0.237		
	P値	0.893	0.799	0.120	0.660	0.680	0.071		
	有意性判定								
1日の実施回数	分析有効データ	62	61	62	61	60	59		
	相関係数	0.182	0.223	0.189	0.375	0.128	0.059		
	P値	0.156	0.085	0.142	0.003	0.328	0.660		
	有意性判定				[**]				

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。

5. 嚥下障害患者への食事介助技術

1) 嚥下障害患者への食事介助技術の効果

嚥下障害患者への食事介助技術の実施効果について最も平均値が高かったものは「合併症予防効果」であり、平均値 4.41、標準偏差 0.656 であった (表 13)。一方、平均値が最も低かったものは「苦痛緩和効果」であり、平均値 3.59、標準偏差 0.803 であった。

表13 嚥下障害患者への食事介助技術の効果

項目	回答数	5. 極めて高い		4. 高い		3. 標準的である		2. 低い		1. 極めて低い		回答なし		平均値	標準偏差
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
重症予防効果	74	27	36.5	28	37.8	10	13.5	1	1.4	0	0.0	8	10.8	4.23	0.760
合併症予防効果	74	32	43.2	30	40.5	3	4.1	1	1.4	0	0.0	8	10.8	4.41	0.656
苦痛緩和効果	74	9	12.2	25	33.8	28	37.8	4	5.4	0	0.0	8	10.8	3.59	0.803
QOLの改善効果	74	23	31.1	32	43.2	11	14.9	1	1.4	0	0.0	7	9.5	4.15	0.744
社会復帰の促進効果	74	22	29.7	33	44.6	9	12.2	2	2.7	0	0.0	8	10.8	4.14	0.762
在院日数の短縮効果	74	19	25.7	29	39.2	16	21.6	2	2.7	0	0.0	8	10.8	3.98	0.813

2) 嚥下障害患者への食事介助技術の実施に必要な人数・時間

嚥下障害患者への食事介助技術予防ケア技術を1人の患者に実施するに当たり必要な看護師の人数は平均1.33人、標準偏差0.7であり、最大値は5人、最小値は1人であった(表14)。また1回の看護ケアに必要な時間は平均29.52分、標準偏差11.58、最大値60分、最小値7.5分であった。さらに、1日に実施する回数は平均3.74回、標準偏差2.02、最大値12回、最小値1回であった。

表14 嚥下障害患者への食事介助技術の実施に要する人員・時間

項目	回答数	回答なし	合計	平均	分散 (n-1)	標準偏差	最大値	最小値
1人の患者に実施するのに必要な看護師の人数(人)	64	10	84.8	1.33	0.7	1.09	5	1
1回の看護ケアに必要な時間(分)	57	17	1682.5	29.52	134.03	11.58	60	7.5
1日に実施する回数(回)	60	14	224.5	3.74	4.08	2.02	12	1

3) 嚥下障害患者への食事介助技術における看護師の負荷の程度

嚥下障害患者への食事介助技術における看護師の負荷の程度の平均値が最も平均値が高かったものは「時間拘束の負荷」であり、平均値2.38、標準偏差2.12であった(表15)。一方、平均値が最も低かったものは「身体的な負荷」であり、平均値0.91、標準偏差1.47であった。

表15 嚥下障害患者への食事介助技術における看護師の負荷の程度

項目	回答数	回答なし	合計	平均	分散 (n-1)	標準偏差	最大値	最小値
身体的な負荷	63	11	57.5	0.91	2.17	1.47	5.0	-4.0
精神的な負荷	63	11	79.5	1.26	2.63	1.62	5.0	-4.0
知識・判断の負荷	63	11	124.0	1.97	2.43	1.56	5.0	-3.0
手技的な負荷	63	11	103.0	1.63	2.53	1.59	5.0	-4.0
時間拘束の負荷	63	11	150.0	2.38	4.50	2.12	5.0	-4.0

4) 嚥下障害患者への食事介助技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の 負荷の程度の関連

嚥下障害患者への食事介助技術における効果、実施に要する人員・時間、看護師の負荷の程度の関連を検討するため、相関係数を算出した（表 16）。相関係数が 5%水準で有意であったものは「精神的な負荷」と「重症予防効果」の関連、「精神的な負荷」と「合併症予防効果」の関連、「精神的な負荷」と「苦痛緩和効果」の関連、「身体的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「社会復帰の促進」の関連、「手技的な負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「在院日数の短縮効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「1 回に要する時間」の関係とであった。相関係数が 1%水準で有意であったものは「知識・判断の負荷」と「重症予防効果」の関連、「知識判断の負荷」と「合併症予防効果」の関連、「手技的な負荷」と「合併症予防効果」の関連、「精神的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「知識・判断の負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「手技的な負荷」と「QOL の改善効果」の関連、「身体的な負荷」と「1 日に要する時間」の関連、「精神的な負荷」と「1 日に要する時間」の関連であった。

表16 相関分析:食事介助ケア技術

		①重症予 防効果	②合併症 予防効果	③苦痛緩 和効果	④QOLの 改善効果	⑤社会復 帰の促進 効果	⑥在院日 数の短縮 効果	必要な看 護師の人 数	1回に要す る時間
身体的な負荷	分析有効データ	62	62	62	63	62	62	61	54
	相関係数	0.089	0.164	0.241	0.322	0.025	0.082	-0.006	0.368
	P値	0.493	0.203	0.059	0.010	0.847	0.526	0.966	0.006
	有意性判定				[*]				[**]
精神的な負荷	分析有効データ	62	62	62	63	62	62	61	54
	相関係数	0.294	0.318	0.256	0.352	0.112	0.138	0.090	0.366
	P値	0.021	0.012	0.044	0.005	0.386	0.286	0.489	0.006
	有意性判定	[*]	[*]	[*]	[**]				[**]
知識・判断の負荷	分析有効データ	62	62	62	63	62	62	61	54
	相関係数	0.346	0.368	0.149	0.407	0.317	0.274	0.126	0.214
	P値	0.006	0.003	0.249	0.001	0.012	0.031	0.332	0.120
	有意性判定	[**]	[**]		[**]	[*]	[*]		
手技的な負荷	分析有効データ	62	62	62	63	62	62	61	54
	相関係数	0.240	0.372	0.238	0.369	0.291	0.248	0.172	0.194
	P値	0.060	0.003	0.062	0.003	0.022	0.052	0.184	0.161
	有意性判定		[**]		[**]	[*]			
時間拘束の負荷	分析有効データ	62	62	62	63	62	62	61	54
	相関係数	0.199	0.208	0.058	0.206	0.125	0.296	0.128	0.298
	P値	0.121	0.106	0.653	0.105	0.333	0.019	0.327	0.029
	有意性判定						[*]		[*]
必要な看護師の人数	分析有効データ	63	63	63	64	63	63		
	相関係数	0.094	0.058	0.004	-0.039	0.096	0.031		
	P値	0.466	0.653	0.976	0.762	0.456	0.812		
	有意性判定								
1回に要する時間	分析有効データ	56	57	57	57	56	56		
	相関係数	0.103	0.032	0.025	0.130	0.023	-0.005		
	P値	0.450	0.814	0.853	0.335	0.865	0.968		
	有意性判定								
1日の実施回数	分析有効データ	59	60	60	60	59	59		
	相関係数	0.166	0.077	0.196	0.138	0.245	0.234		
	P値	0.208	0.556	0.134	0.291	0.061	0.074		
	有意性判定								

**、相関係数は1%水準で有意(両側)です。

*、相関係数は5%水準で有意(両側)です。

D. 考察

看護師の負担と効果について

プレテストでは看護ケア技術を行うことに対して看護師が感じている負荷5項目と、その技術を行ったことにより期待される効果6項目の関連を見た。統計的に有意に高い相関関係に着目したところ、A2の患者像に対する「せん妄予防ケア」は「社会復帰の促進効果」と関連し、A1の患者像に対する「肺炎予防ケア」は「苦痛緩和効果」「社会復帰の促進効果」と関連し、B2の患者像に対する「転倒転落予防ケア」は「看護師の精神的負担」が効果すべての項目と関連しさらに「在院日数の短縮化」とも関連していた。生命の危機度が低いC1の患者像に対する「嚥下障害のある患者への食事介助」は看護師の「精神的負担」と「知識・判断の負荷」と「手技的な負荷」が複数の効果と関連を示し、特に「QOLの改善効果」には看護師の負荷を示す4項目が関連していた。

看護師が認識する負荷の中の「時間拘束の負荷」とその技術提供にかかる時間的要素を聞いた「1回に要する時間」と「1日の実施回数」では一定の傾向を確認することができなかった。このことについて調査票の自由記載から検討すると、看護ケア技術には、患者と看護

師が1対1で、あるまとまった時間に関わることで目的を達成するケアと、1日の時間の流れの中で断続的にかかわっていくケアがあるという一つの特性が浮き彫りとなった。プレテストで用いた調査票では、特に後者の特性をもつ看護ケア技術の回答が困難であったことがうかがえ、その戸惑いから、統計的には関連を確認することができなかつたのではないかと考えた。

また看護ケアに対する効果のうち、「社会復帰の促進効果」は「在院日数の短縮効果」と表裏の関係にあると考えられたが、数量的にはそれを裏付けするような結果を得ることができなかつた。このことは、「社会復帰の促進効果」について回答者の認識が多様であるのではないかと推測することができた。具体的な状況をイメージして回答することができるよう、説明を追加する必要性が示唆された。

以上の点を踏まえ、2次調査票を作成することとした。

E. 結論

2次調査のプレテストとして、便宜的に、4つの看護技術ケア：せん妄予防ケア、人工呼吸器関連肺炎予防ケア、転倒転落予防ケア、嚥下障害のある患者に対する食事介助を選択し、生命危機度とセルフケア依存度の2軸で想定しうるいくつかの患者像をもとに、それぞれの看護ケア技術にかかる看護師の負荷、時間、予防効果の関連について質問紙を用いて調査を行った。

プレテストの結果、看護ケア技術には、患者と一定の時間関わることで目的を達成するケアと、1日の時間の流れの中で断続的に提供されるケアがあることが明らかとなった。プレテストで取り扱ったケアは1日を通じ断続的に提供されるケアが多く、今回の調査票では、回答が困難であることが明らかとなった。

今後、2次調査を実施するに当たり、看護ケア技術の特徴にあった調査票の作成、具体的患者像の把握の必要性が明らかとなった。

G. 研究発表

第33回日本看護科学学会学術集会交流集会「日本の診療報酬で看護をどう評価するか ―看護ケア技術の体系化に向けた研究の進捗より―」, 平25年12月7日, 大阪国際会議場

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
－. 日本臨床内科医会会誌, 25(5).
- 内科系学会社会保険連合(2012). 内保連グリーンブック ver. 1.

平成 26 年度 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 ～看護ケア技術と患者像の検討及び看護師の負荷を元にした体系化試案の構築

～

研究要旨：

H26 年度は、5 月に専門家会議を開催し、看護ケア技術ごとにワーキンググループを作り、患者像と看護ケア技術内容のさらなる検討を行い、より医療現場に即した質問紙を作成した上で、二次調査を実施し、得られたデータより看護ケア技術の体系化を行うこととした。2 次調査では、比較的明確に患者像の書き分けができた看護ケア技術として「ポジショニングケア技術」、「服薬管理ケア技術」、「リンパ浮腫ケア技術」の 3 つを取り上げ、それぞれについて「看護師が期待する効果」と「看護師の負荷」について尋ねた。看護ケア技術の提供時間は、看護師の負荷に強く関連しており、同様に重要な要素であることが分かった。しかしながら、看護師が期待する効果については、時間とは別の軸で看護ケア技術の価値をなす要素として重要であることも分かった。一方で、「リンパ浮腫ケア技術」の提供の際は、生命危機度、セルフケア依存度が極端に高くなくても、看護ケア技術の多様な効果を期待した看護ケアが短時間に提供されている実態があることがわかり、予防的に介入していくことの重要性が示されたことになる。価値の測定方法について、今後この研究を進めていくに当たり、看護師が期待する効果について 3 項目ずつ、類似した結果を示したことから、「重症化予防効果」、「合併症予防効果」、「苦痛緩和効果」の 3 つを合わせて「病状の改善効果」、そして「QOL 改善効果」、「社会復帰促進効果」、「在院日数短縮効果」の 3 つを合わせて「社会復帰促進効果」とし、これら大項目 2 項目で必要な情報が得られるのではないかと考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、専門家会議を招集し「生命危険度」と「セルフケア依存度」の 2 軸を用いた 9 つの患者マトリックスを試作し、それぞれの看護ケア技術において看護師が期待する成果と看護実践の負荷について調査を行い、得点かを行い、「看護ケア技術」の体系化を

試みることである。

B. 方法と対象

1. 専門家会議を通じた調査票の作成

1) 看護ケア技術の選定

平成 24 年度に寄せられた看護ケア技術一覧を見直し、以下の 5 つの要件を満たしかつ、「時間的負荷」の算定がしやすいと考えられる「看護ケア技術」を研究対象看護ケア技術とした。

- ① 様式の記述要件を満たしている
- ② 入院・外来で実施されている看護ケア技術である
- ③ すべてのプロセス（アセスメント、ケアの選択、実施、評価）を含む包括的な看護ケア技術である
- ④ 多様な重症度、セルフケア度の患者に提供される看護ケア技術である
- ⑤ 対象を個別の患者とする看護ケア技術である

結果的に、以下の 19 の看護ケア技術が抽出された（表 17）

表 17 専門家会議で検討対象とした看護ケア技術

1. 口腔ケア	11. フットケア
2. ポジショニング	12. 皮膚・創傷ケア
3. 多様な目的を持った清潔ケア	13. 嚥下障害のある患者に対する食事介助
4. 排便促進ケア	14. 疼痛・苦痛緩和ケア
5. 排尿ケア	15. リンパ浮腫ケア
6. 下痢のケア	16. 侵襲の高い処置・検査・手術を受ける患者へのケア（小児含む）
7. ストーマケア	
8. 療養指導（糖尿病予備軍）	17. 人工呼吸器関連肺炎（VAP）予防ケア
9. 服薬管理	18. 移行期支援における意思決定支援（退院調整、診療科の切り替えを含む）
10. 外来における指導・ケア （電話相談含む）	
	19. グリーフケア

2) 専門家会議参加者の選定

専門家会議の参加者は、一般社団法人看護系学会等社会保険連合事務局を通じて加盟学会及び団体に会議への参加依頼を行った。

3) 会議の開催

抽出した 19 の看護ケア技術の価値を現実的に評価し、体系化することが可能かどうかの検討を行うため、各看護ケア技術項目の実践に長けている看護師に参集を依頼し、患者像の表現及び看護師が実施する判断と技術についての言語化を依頼した。

会議名 : 看護ケア技術の体系化に向けた専門家会議

開催日時 : 2014年5月31日(土) 13時～17時

場所 : 聖路加国際大学 2号館(講義室1)

会議目的 : 研究班で考案した、各看護ケア技術を必要とする患者の状態像を「生命危機度」及び「セルフケア依存度」の2軸の9つの患者像を書き分け、その患者像ごとに看護師の「判断」と「実施内容」を整理する。

会議の参加者には、看護ケア技術ごとにグループに分かれ、各グループに、検討している看護ケア技術の提供される患者像および、提供される際に看護師が実施している「判断」と看護ケアの「手技」について説明の記載を求められた。

4) 専門家会議の結果

(1) 参加者

専門家会議には、19学会より50名の看護技術の専門家が参加した。

(2) 看護ケア技術検討結果

次の10の看護ケア技術について、提供される患者像、看護師の「判断」及び看護ケア技術の「手技」についての検討がなされた(表18)。

表18 専門家会議で検討した看護ケア技術

1	ポジショニング
2.	ストーマケア(成人、小児、低出生体重児)

3.	療養指導（糖尿病予備軍）
4.	服薬管理
5.	外来における指導・ケア（電話相談含む）
6.	侵襲の高い処置・検査・手術を受ける患者へのケア〈プレパレーション〉
7.	リンパ浮腫
8.	人工呼吸器関連肺炎（VAP）予防
9.	移行期支援における意思決定支援（退院調整、診療科の切り替え等）
10.	グリーフケア：亡くなり行く人（子ども）のケア（家族、同胞を含むケア）

上記の「看護ケア技術」のうち、9つすべての患者像、実施する際に看護師が下す「判断」及び実施する「手技」の記載があった看護ケア技術は、「ポジショニング」、「療養指導（糖尿病予備軍）」、「服薬管理」、「侵襲の高い処置・検査・手術を受ける患者へのケア〈プレパレーション〉」、「リンパ浮腫」、「移行期支援における意思決定支援（退院調整、診療科の切り替え等）」、「グリーフケア：亡くなり行く人（子ども）のケア（家族、同胞を含むケア）」の7つであった。そのうち、患者像の「セルフケア依存度」及び「生命危機度」の基準が明確であった、「ポジショニング」、「服薬管理」及び「リンパ浮腫」の3つの看護ケア技術を二次調査として実施することとした。

3つの看護ケア技術は、「ポジショニングケア技術」、「服薬管理ケア技術」、「リンパ浮腫ケア技術」とした。それぞれの定義を、表19のように定めた。

表19 3つの看護ケア技術の定義

看護ケア技術	定義
ポジショニングケア技術	患者の状況に合わせて、主として早期離床・褥瘡予防・症状緩和を目的とし、患者の退位を良好に整える技術
服薬管理ケア技術	患者自らが、処方薬剤の効果及び副作用を理解し、適切に服薬できることを支援するケア技術

2. 二次調査に向けたプレテスト

1) 二次調査用プレテスト実施

分担研究者の一人が勤務する都内の医療施設 1 施設を対象に二次調査プレテストへの協力依頼を行った。看護管理者から調査協力の同意を得た上で、対象者の選定及び各所属長への研究協力依頼を行った。調査票は各所属場所にて所属長がまとめて回収した。

調査対象とした「看護ケア技術」は、「ポジショニングケア技術」1つとし、回答する看護師自身がこれまで当該看護ケア技術を提供したことのある患者像に限り、回答を依頼した。

2) 二次調査プレテスト実施期間

2014年11月5日～11月19日

3) 対象者

看護の専門的知識・技術についての確実な回答を得るために、調査票の配布対象は、臨床経験5年以上の看護師であり、今回調査対象とする看護ケア技術について、いずれかの患者像に対して実施経験がある者とした。

調査票は171部配布し、132名から回答を得た。

4) 調査項目

1. それぞれの患者像にポジショニングケア技術を安全に実施するのに最低限必要な人員および時間について：3項目
2. それぞれの患者像にポジショニング技術を実施する際に、期待する効果について：6項目
3. 各患者像に対するポジショニングは、[患者マトリックス]表上のC2の患者像に対するポジショニングに比べてどのくらい負担を感じるかについて：5項目

3. 二次調査

1) 二次調査実施

調査票は、プレテストの結果を基に、表現を整え最終版とした。図1～3は、二次調査で用いた看護ケア技術ごとの患者マトリックスである。縦軸を「生命危機度」、横軸を「セルフケア依存度」とした点は共通するが、それぞれの軸の説明は、看護ケア技術の特徴から回答者が想起しやすいよう、それぞれ表現を工夫した。

調査依頼は、看護系学会等社会保険連合を通じ、各加盟学会及び団体に二次調査実施協力依頼文を電子メールにて送付した。研究協力の承諾が得られた29か所の医療施設に対し、調査票2,180部および返信用封筒を送付した。施設ごとの偏在をなくすため、各施設100部を上限とし調査票を配布した。

2) 対象者

看護の専門的知識・技術についての信頼性の高い回答を得るために、調査票の配布対象は、臨床経験5年以上の看護師であり、今回調査対象とする「ポジショニングケア技術」、「服薬管理ケア技術」及び「リンパ浮腫ケア技術」のいずれかの看護ケア技術について、いずれかの患者像に対して実施経験がある看護職への回答を依頼した。

3) 調査実施期間

2014年1月6日～2月15日

4) 調査項目について

(1) 「ポジショニングケア技術」、「服薬管理ケア技術」、「リンパ浮腫ケア技術」の3つの看護ケア技術について以下の3つの視点で質問を作成した。

- ・9つの患者像に対して各々の看護ケア技術を安全に実施するのに最低限必要な人員等について：3項目
- ・それぞれの患者像に各々の看護ケア技術を実施する際に、看護職が期待する効果について：6項目
- ・看護ケア技術に伴う負担を患者像ごとに、患者マトリックス上のオレンジ色に記し

た C2 の患者像に対する実践と比べてどのくらい負担を感じるかについて：5 項目
※C2 の患者像を比較する際のベースラインとした理由は、「生命危機度」が高くな
く「セルフケア依存度」が中等度であり、比較的多くの看護師が大きな負担なく看
護ケアを実施できる患者像であると考えたためである。

(2) 比較対象となるベースラインを基本的な口腔ケア技術として、3つの看護ケア技術
がどのくらい負荷がかかるのかについて得点化し回答できるようにした。

5) 倫理的配慮

倫理的配慮としては、調査票の記入は匿名であること、回答した施設が特定されることがないこと、調査票に記入するための時間が1時間ほどかかることなどを明示したうえで、参加の意向を伺った。研究参加の同意は、調査用紙の返信をもって得ることとした。

**ポジショニングケア技術:患者の状況に合わせ、主として早期離床、褥瘡の予防、症状の緩和を目的とし、
体位を良好に整えるケア技術**

※これまであなたが経験したことのある患者像に限り、ご回答ください。

生命危険度 高	A 体動が生命に、影響を及ぼす危険がある	A1 体動による生命の危険性があり、 ポジショニングが自身で行える患者 (例)体動で人工呼吸器が外れると生命の危険性がある神経難病患者 心不全がひどく、息切れがある患者など	A2 体動による生命の危険性があり、 ポジショニングに一部介助を要する患者 (例)・人工呼吸器を装着し、意識があっても自力で動く事ができない患者 ・ターミナル期でがん性疼痛が強い患者	A3 体動による生命の危険性があり、 ポジショニングに全介助を要する患者 (例)脳血管疾患急性期、循環動態が不安定な患者 生命維持装置を装着し、集中治療管理を要する患者
	B 体動制限があり、 不安定	B1 治療のため、一時的な体動制限があるが、 ポジショニングは自身で行える患者 (例)・一時的なベッド上安静が指示されているが、自ら動ける患者 ・全身麻酔の術後で、離床前の患者	B2 治療のため、体動制限があり、 ポジショニングに一部介助を要する患者 (例)・呼吸管理を必要とする、抜管直後の患者 ・検査直後安静指示があり、体位変換に介助を要する患者(心カテ、ルンパル、生検etc)	B3 治療のために、体動制限があり、 ポジショニングに全介助を要する患者 (例)・脳神経外科、整形外科手術等により、四肢麻痺や可動域制限がある患者
	C 体動制限がなく、 安定している	C1 体動制限はなく、 ポジショニングを全て自身で行える患者 (例)・寝たきり度ランクB(日中のベッド上で過ごすことの多い)の高齢者	C2:比較対象とする患者像 体動制限はないが、 ポジショニングに一部介助を要する患者 (例)麻痺または拘縮により可動域の制限がある患者	C3 体動制限はないが、 ポジショニングに全介助を要する患者 (例)・慢性期にある四肢麻痺の患者 ・加齢や全身衰弱、麻痺等により、自力で体動できない患者
生命危険度 低	セルフケア依存度 低			セルフケア依存度 高
1. 自立(ADLあるいは判断に介助を要する度合 概ね0~20%)		2. 介助あり(ADLあるいは判断に介助を要する度合 概ね20~70%)		3. 全介助(ADLあるいは判断に介助を要する度合 概ね70~100%)

服薬管理ケア技術: 患者自らが、処方薬剤の効果及び副作用を理解し、適切に服薬できることを支援するケア技術

※これまであなたが経験したことのある患者像に限り、ご回答ください。

図 3 服薬管理ケア技術 患者像マトリックス

<p>A 1回でも服薬を忘れると生命・機能に影響を及ぼす危険が高い薬剤</p> <p>B 服薬を忘れると回復の遅延や悪化等の影響を及ぼす薬剤</p> <p>C 服薬を忘れても身体状況が大きく又は急激に変わらない薬剤又は急激に</p>	A1	A2	A3
	B1	B2	B3
	C1	C2: 比較対象とする患者像	C3
生命危険度 高	<p>1回でも服薬を忘れると、生命・機能に影響を及ぼす危険が高い薬剤を服用している、セルフケアができる患者</p> <p>＜例＞重篤なアナフィラキシーショックを経験した患者 狭心症の患者</p>	<p>1回でも服薬を忘れると、生命・機能に影響を及ぼす危険が高い薬剤を服用しているが、服用に一部介助を要する患者</p> <p>＜例＞低血糖発作を起こしている、片麻痺の患者</p>	<p>1回でも服薬を忘れると、生命・機能に影響を及ぼす危険が高い薬剤を服用しており、服薬に全介助を要する患者</p> <p>＜例＞経口挿管中など、服薬行動ができない患者 認知レベルの低下により、拒薬をする患者</p>
生命危険度 低	<p>服薬を忘れると回復の遅延や悪化等の影響を及ぼす薬剤を服用している、セルフケアが一人でできる患者</p> <p>＜例＞インスリンの皮下注射を自己管理している患者 抗けいれん薬、免疫抑制剤、ステロイドを継続服用している患者</p>	<p>服薬を忘れると回復の遅延や悪化等の影響を及ぼす薬剤を服用しているが、服用に一部介助を要する患者</p> <p>＜例＞片麻痺があるインスリン治療中の糖尿病患者 免疫抑制剤を内服している視野障害のある患者</p>	<p>服薬を忘れると回復の遅延や悪化の影響を及ぼす薬剤を内服しており、内服に全介助を要する患者</p> <p>＜例＞抗けいれん薬を内服している、遷延性意識障害の患者 血糖降下薬の服用を中断する患者</p>
	<p>服薬を忘れても身体状況が大きく又は急激に変わらない薬剤を内服しているセルフケアが一人でできる患者（小児では家族がサポートすればできる）</p> <p>＜例＞ビタミン剤、去痰薬、整腸剤、漢方、予防的抗生剤を内服しており、一人で内服できる患者</p>	<p>服薬を忘れても身体状況が大きくまたは急激に変わらない薬剤を内服しているが、内服に一部介助を要する患者（子供の成長発達上、服薬行為が自立していない）</p> <p>＜例＞去痰薬、整腸剤を内服しているが、麻痺や上肢の機能障害等により、内服のためにセッティングが必要な患者</p>	<p>服薬を忘れても身体状況が大きくまたは急激に変わらない薬剤を内服しており、内服に全介助を要する患者</p> <p>＜例＞整腸剤や漢方を内服しているが、認知機能の低下により拒薬をする患者。</p>
	セルフケア依存度 低		セルフケア依存度 高
	<p>1. セルフケア一人でできる: 概ね0~20% 小児: 自立 指示・教育 家族がサポートできればOK</p>	<p>2. 一部介助/介助があれば自分でもできる: 概ね20~70% 小児: 本人と家族、Nsの介入</p>	<p>3. 全介助ケア: 概ね70~100% 小児: Nsの介入全般</p>

**リンパ浮腫ケア技術: 患者の状況に合わせて、リンパ浮腫の発生リスクおよび悪化を予防し、
症状緩和するケア技術**

※これまであなたが経験したことのある患者像に限り、ご回答ください。

図 4 リンパ浮腫ケア技術 患者像マトリックス

生命危険度 高	A リンパ浮腫が原因による重症蜂窩織炎	A1 リンパ浮腫による蜂窩織炎が発症しているが、セルフケアで対処できている患者 <例> 蜂窩織炎のリスクについての理解をしており、今後予防・対処について自分自身で実行できる患者	A2 リンパ浮腫による蜂窩織炎が発症しており、セルフケアを維持するために他者の介入が必要。 <例> 蜂窩織炎ができていないが、そのリスクや再発予防策について十分な理解ができておらず、リンパ浮腫ケアを受けている患者	A3 リンパ浮腫による蜂窩織炎が発症しているが、リンパ浮腫ケアの必要性が理解できず、受けていない。 <例> 高齢者で認知機能が低下、精神疾患を既往に持ち、在宅療法などで医療者との接触が少ないため、リンパ浮腫ケアを受けずに高度なリンパ浮腫及び蜂窩織炎を放置した末期がん患者
	B リンパ浮腫症状が出現している	B1 リンパ浮腫症状が見られるがセルフケアで対処が可能な患者 <例> 浮腫が軽度で圧迫すると圧痕が残るが、セルフマッサージと安静臥床で浮腫が軽減する患者	B2 リンパ浮腫が出現しているが、セルフケアを維持するために他者の介入が必要な患者 <例> リンパ浮腫が強く、硬くなり、繊維化や脂肪増減で圧迫しても圧痕が残らず安静で改善しない患者	B3 リンパ浮腫が出現しており、リンパ浮腫のセルフケアを行うことが困難な患者 <例> 患肢の浮腫などがみられる。皮膚の硬さが増して角化がみられ、放置すると潰瘍を形成したり象皮病と呼ばれる症状がみられる認知機能が低下した高齢者、精神疾患患者
	C リンパ浮腫の可能性が低い	C1 リンパ浮腫の発症のリスクがあるが、リスクの程度について自分自身で理解ができ、対処できる患者 <例> がん手術・放射線を受けているが、現在症状はなく、リンパ節郭清の範囲が少なく、パンフレット等により理解が可能な患者	C2: 比較対象とする患者像 リンパ浮腫の発症リスクがあるが、予防の必要性及び発症時のケア方法について理解し、実施するために、他者の介助を要する患者 <例> 腋下リンパ節郭清、鎖骨下リンパの放射線治療を行っており、リンパ浮腫の発症の可能性が高い患者	C3 リンパ浮腫発症の可能性のあるが、リンパ浮腫に関する知識がない又は薄く、セルフケアが困難な患者 <例> がんの罹患により手術・放射線治療などを受けている、精神疾患患者又は、認知機能が低下した高齢者
		セルフケア依存度 低		セルフケア依存度 高

1. セルフケアでリンパ浮腫の対処が可能。

2. セルフケアを維持するために他者の介入が必要

3. 認知機能の低下や精神疾患などにより、リンパ浮腫に関する知識がなく、セルフケアが困難な患者