

に対して必要な看護ケア技術実践時間を確保していくことのできる提案をしていく必要性があるのではないかと考えた。

E. 結論

1. 3つの看護ケア技術について価値に基づく体系化を試みるための調査を行った。
2. 一次調査：一般社団法人看護系学会等社会保険連合の社員を対象に、体系化すべき看護ケア技術の項目を抽出した
3. 二次調査：患者マトリックスを用いて3つの看護ケア技術のかかる人数等、看護師が期待する効果、看護師の負荷の3つの視点から価値の数量化を図った。
4. 二次調査では、「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」の3つの看護ケア技術を取り上げ、調査票を作成した。2,180の調査票を配布し、有効な回答が得られたのは631件であった。
5. 1日に必要な時間（分）は、「ポジショニングケア技術」で平均155.5分であり、患者像A3で最も長く（246.0分）、患者像C1で最も短かった（27.0分）。「服薬管理ケア技術」では、平均30.4分であり、最長は患者像A3（47.4分）で最短は患者像C1（15.5分）、「リンパ浮腫ケア技術」では平均44.3分であり、最長は患者像A3（91.3分）で、最短は患者像C1（15.4分）であった。
6. 3つの看護ケア技術に共通して、患者の生命危機度とセルフケア依存度の両方が高くなるほど、実施に必要な看護師の人数と1回の看護ケアに要する時間も大きくなること示された。1日に実施する回数は、「ポジショニングケア技術」だけは、同様の傾向が示されたが、「服薬管理ケア技術」と「リンパ浮腫ケア技術」については、患者像間において、変動は見られなかった。
7. 看護師が期待する効果は、「ポジショニングケア技術」においては患者のセルフケア依存度と比例して高くなる傾向が見られたが、「服薬管理ケア技術」と「リンパ浮腫ケア技術」については患者のセルフケア依存度による影響は受けなかった。「服薬管理ケア技術」はまた患者の生命危機度が高いほど期待する成果も高くなる傾向が示されたが、「リンパ浮腫ケア技術」は、蜂窩織炎となるような重症である場合よりも、リンパ浮腫が出現している程度（患者像B）である場合の方が、高い成果が期待できるという結果であった。

8. 3つの看護ケア技術はいずれも、「重症化予防効果」、「合併症予防効果」、「苦痛緩和効果」の3項目は、生命危機度の上昇に伴って高くなる傾向を示した。一方、「QOL改善効果」、「社会復帰の促進効果」、「在院日数短縮効果」の3項目については、生命危機度、セルフケア依存度のいずれも影響を受けていなかった。
9. 看護師の負荷は、5項目すべてにおいて、3つの看護ケア技術とも共通して類似した得点分布が示された。
10. 3つの看護ケア技術の中で、修正負荷得点が最も高かったのは、「ポジショニングケア技術」(24.7)であり、次いで、「リンパ浮腫ケア技術」(22.2)であった。
11. 1日の必要時間は、修正負荷得点とは強い正の相関関係にあったが、看護師が期待する効果とは関連がなかった。
12. 「看護師の負荷」を一つの価値の視点として「看護ケア技術」の体系化を試みた。結果、「生命危機度」、「セルフケア依存度」の双方が最も高いとする患者像(A3)に対する「ポジショニングケア技術」が最も価値が大きいとされた。以降、患者像(A2)に対する「ポジショニングケア技術」が第二位。患者像(A3)に対する「リンパ浮腫ケア技術」が第三位となった。
13. 短時間であっても複合的な効果を期待して看護師が看護ケア技術を提供している結果が示された。
14. 看護師が期待する成果は、「病状の改善効果」と「社会復帰促進効果」の2項目で測定することの可能性が示された。
15. 一つの「看護ケア技術」であっても、患者像別にその価値が異なることを確認した。無数にある「看護ケア技術」と「患者像」すべてについて体系化することは難しいが、今後の社会情勢を見据え、患者像を絞り込み、看護ケア技術の価値の体系化を進めていくことが必要である。

具体的には、コミュニケーションに関するセルフケア依存度に焦点化した患者像を作成し、期待する効果と看護師の負担という側面から「看護ケア技術」の価値を測定することで、小児看護、高齢者看護、精神科看護といった現場における看護師の適正配置について考察できるのではないかと考えた。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

- 山田雅子他 (2013). 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, 第33回日本看護科学学会学術集会.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

参考文献

- 姉崎久敬,阿曾洋子,大日康史(2006).看護ケアの価値づけ—コンジョイント分析を用いて,日本看護科学学会誌,26(4),102-109.
- 岡谷恵子(2014).ケア依存の高い患者のために看護評価が急務—「診療報酬改定」考える,CBNews,4月7日.
- 緒方泰子 他(1999).訪問看護サービスの資源消費—提供者による相対的価値づけによる測定,病院管理,1,25-35.
- 緒方泰子・乙坂佳代(2005).訪問看護サービスの相対的価値づけに関する研究—看護師の主観的判断による仕事の測定,訪問看護と介護,10(1),41-46.
- 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.
- 長田 浩(2001).サービス経済化の概念と全体像,地理科学,56(3),143-149.
- 長田 浩(2002).保健医療サービス論体系の構築に向けて—医療サービスの経済的評価を中心に,経済科学研究所紀要,第32号,87-103.

- 山田雅子他（2014）.看護技術評価の試み, 日本内科学会誌, 103（12）.
- Glorin M.Bulechek 編, 中木高夫・黒田裕子訳(2010).看護介入分類（NIC）, 南江堂.
- Sue Moorheadら編, 江本愛子監訳(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.
- T.Heather Herdman 編, 日本看護診断学会監訳(2012).NANDA-I 看護診断一定義と分類 2012-2014,医学書院.

