

平成 26 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 26 年度 総括・分担研究報告書

(平成 24 年～平成 26 年)

研究代表者 山田雅子

平成 27 年 (2015) 5 月 31 日

目次

はじめに (1)

概要 (4)

研究要旨 : (4)

A. 序論 (6)

1. 研究目的
2. 用語の定義
3. 研究組織

B. 方法と対象 (8)

1. 専門家会議を通じた調査票の作成
2. 二次調査に向けたプレテスト
3. 二次調査

C. 結果 (二次調査) (17)

1. 回答した看護師の概要
2. 調査結果の一覧 (看護ケア技術別)
4. 3つの看護ケア技術に対する負荷のベースラインとの比較
5. 看護師が期待する効果についてのまとめ
6. 看護ケア技術の体系化

D. 考察・今後の課題 (48)

1. 看護ケア技術を必要とする患者像について
2. 看護ケア技術の価値の評価について
3. 看護ケア技術の体系化について

E. 結論 (50)

F. 健康危険情報 (52)

G. 研究発表 (52)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (52)

. 資料

平成 26 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 26 年度 総括・分担研究報告書
(平成 24 年～平成 26 年)

研究代表者 山田雅子

平成 27 年 (2015) 5 月 31 日

はじめに

医療機関での看護ケアに関する経済的評価は、診療報酬の主として入院基本料として扱われている。それは、病棟特性に合せた看護職員の配置人数での評価であり、標準的基本的な看護ケアとは何か、より高い技術が求められる看護ケアとは何か、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まだ行われていない。

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。これらはそれぞれに現場での活用をめざしているであるが、共通した課題は、看護が扱う現象が複雑であるため、その表現方法も複雑多様であり、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、他職種との連携上共通言語になりにくいという課題も併せ持つ。

現在病院を中心に活用されている指標に看護必要度があるが、高齢者や小児を対象にしている看護実践者からは、しばしば自分たちの仕事の評価が適正ではないとした意見が出されている。これら意見を参考にして、一般社団法人看護系学会等社会保険連合(看保連)では、関係学会および団体から広く意見を聞き、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検討することとした。

本研究は、看護師のアセスメント - 実施 - 評価という一連の技術を「看護ケア技術」としてとらえ、看護系学会等に対する「看護ケア技術」として重要な項目を抽出する調査からはじめ、それらの「看護ケア技術」が必要となる患者像あるいは、その「看護ケア技術」の価値について比較するためには、何を基準とすればよいのかを研究組織内で吟味し、それを基に、「看護ケア技術」ごとの患者マトリックスを作成した。さらにその中の3つの「看護ケア技術」を取り上げ価値の測定を行い、それに基づく体系化の試案を作成した。看護ケア技術の体系化は緒に就いたばかりであり、完成には長い道のりが必要である。今回採用した方法論に基づいて他の「看護ケア技術」にも適用し、発展させていく必要がある。

本研究の調査票記入に尽力いただきました多くの臨床看護師の皆様に感謝申し上げますとともに、急性期医療機関ばかりでなく介護現場における「看護ケア技術」の評価にも拡大していくことと期待している。

2015年5月

研究代表者 山田雅子

I . 総括研究報告書

目次

はじめに	1
・ 総括研究報告書	2
概要	4
研究要旨：	4
A. 序論	6
1 . 研究目的	6
2 . 用語の定義	6
3 . 研究組織	6
B . 方法と対象	8
1 . 専門家会議を通じた調査票の作成	9
2 . 二次調査に向けたプレテスト	12
3 . 二次調査	12
C. 結果（二次調査）	17
1 . 回答した看護師の概要	17
2 . 調査結果の一覧（看護ケア技術別）	28
4 . 3つの看護ケア技術に対する負荷のベースラインとの比較	43
5 . 看護師が期待する効果についてのまとめ	44
6 . 看護ケア技術の体系化	45
D 考察・今後の課題	48
1 . 看護ケア技術を必要とする患者像について	48
2 . 看護ケア技術の価値の評価について	48
3 . 看護ケア技術の体系化について	49
E. 結論	50
F . 健康危険情報	52
G. 研究発表	52
H. 知的財産権の出願・登録状況	52
・ 資料	54

概要

研究期間：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、それを技術提供の負荷と成果の指標を用いて価値に基づく体系化を行うことをめざした。本研究の特徴は、一つの「看護ケア技術」は、多様な患者像に適應され、その患者像によっては、その実践にかかる難易度が異なることに注目したことである。

本研究では議論の結果、患者像を「生命危機度」と「セルフケア依存度」の 2 軸を用い、9 つのマトリックスを作成してかき分けることを試みた。看護系学会および団体から参加者を募り、専門家会議を招集し、「看護ケア技術」ごとに患者マトリックスを試作し洗練した結果、「ポジショニングケア技術」、「服薬管理ケア技術」および「リンパ浮腫ケア技術」の 3 技術についてそれぞれの患者マトリックスを作成した。

作成した患者マトリックスを用いて、該当する「看護ケア技術」の期待すべき成果と、それを実践する際の看護師の負荷について、調査票を用いて調査した。調査には病院を対象に 2,180 部の調査票を配布し、631 名からの有効回答が得られた。内訳は、「ポジショニングケア」には 545 名、「服薬管理ケア」には 501 名、そして「リンパ浮腫ケア」には 227 名の看護師が回答した。

その結果、「看護ケア技術」別、9 つの患者像別に、看護師が期待する成果と看護実践の負荷を得点化することができ、各「看護ケア技術」の特徴を記述することができた。また、看護師実践の負荷に関する得点を、ベースラインとなる「看護ケア技術」と比較することで、3 つの「看護ケア技術」の「看護師の負荷」を 1 本の串で束ね、それ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。

今後は、更に多くの「看護ケア技術」について患者マトリックス化を進め、病棟のみなら

ず外来、介護保険施設、在宅等における「看護ケア技術」の価値の評価を進めることで、「看護ケア技術」に基づく看護の経済的な評価につながるものとする。

研究分野：生物系医歯薬学・看護学

細目：看護学

キーワード：看護技術、看護政策・行政

副研究分野：生物系医歯薬学・境界医学

細目：医療社会学

キーワード：医療経済学

健康危険情報：なし

研究発表：

- 山田雅子他(2014).看護技術評価の試み,日本内科学会誌,103(12).
- 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.

知的財産権の出願・登録状況：なし

A. 序論

1. 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。

2. 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能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)

3. 研究組織

本研究は、代表研究者1名、分担研究者7名、研究協力者3名で組織し、研究会議を2回、専門家会議を1回、ワーキング会議を5回開催した。また本研究は、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会に向け、看護技術の評価・再評価を要望する役割を担う看護系学会等社会保険連合と協働して取り組むこととし、看護系学会・団体からの理解・協力を得た。下記はワーキンググループ

代表研究者

山田 雅子 (聖路加国際大学)

分担研究者

井部 俊子 (聖路加国際大学)

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)

小野田 舞 (東京医科大学)

浅田 美和 (聖路加国際病院)

田倉 智之

(大阪大学)

研究協力者

加藤 緑

(看護系学会等社会保険連合 事務局)

中西 美千代

(看護系学会等社会保険連合 事務局)

福地 絵梨子

(聖路加看護大学大学院)

B. 方法と対象

初年度（平成 24 年度）は、諸外国の医療・看護技術の評価についての文献検討を行い、わが国に应用可能な医療・看護の技術の評価指標を検討した。その後看護系学会等社会保険連合の加盟学会・団体を対象に調査し（一次調査）、体系化すべき看護ケア技術項目を抽出した（171 項目）。

平成 25 年度は、抽出された看護ケア技術を更に分析し、看護ケアを提供する患者像の検討を行った。合わせて看護ケア技術を判断と手技に分けた技術の同定を行った。その結果、患者像は、「生命の危機度」と「セルフケア依存度」の 2 軸を用い、9 つのマトリックスとし、さらに「看護ケア技術」内容の妥当性の検討を行った。その後、技術難易度・アウトカム・人件費等の評価指標を用いて、看護ケア技術の価値を評価するためのプレテスト（第 1 回目）を実施した。

平成 26 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。対象者は、臨床経験 5 年以上で、3 つの看護ケア技術のうち一つでも経験のある看護師とした。調査票の配布先の決定は、看保連に加盟している団体の代表者を対象に調査依頼をすることから始めた。次にその代表者からの説明を受け、調査の主旨に同意した病院の看護管理者から、調査票必要枚数の連絡をもらい、事務局から必要部数の調査票を送付した。

倫理的配慮には、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ないことがないこと、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、参加の意向を確認した。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。

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。

様式の記述要件を満たしている

入院・外来で実施されている看護ケア技術である

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

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

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 1）。

表 1 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【資料1】。

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2)。

表2 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」₁、「療養指導（糖尿病予備軍）」₁、「服薬管理」₁、「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>」₁、「リンパ浮腫」₁、「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）」₁、「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」₁、「服薬管理」₁及び「リンパ浮腫」₁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」₁、「服薬管理ケア技術」₁、「リンパ浮腫ケア技術」₁とした。それぞれの定義を、表3のように定めた。

表 3 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
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及び悪化を予防し、症状緩和するケア技術

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【資料 2】。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【資料 3-1～3-3】

- 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【資料4】。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。

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2 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・機能が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 服薬を忘れても急激に変わらない薬剤</p>	生命危険度 高	<p>A1</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、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>A2</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>A3</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 中	<p>B1</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、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>B2</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>B3</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、 遅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>
	生命危険度 低	<p>C1</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>C2: 比較対象とする患者像</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>C3</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>

技術名 →

**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 3 リンパ浮腫ケア技術 患者像マトリックス

生命危険度 高 生命危険度 低	A リンパ浮腫による重症蜂窩織炎が原因となっている患者	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患者	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ある患者	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	

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【資料5-1～5-3】

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。

C. 結果（二次調査）

1. 回答した看護師の概要

調査票は、2,180部配布し631名から有効な回答を得た（28.9%）。

表 4 は、患者像別にそれぞれの看護ケア技術に回答した人数を示した。ポジショニングケア技術に回答した看護師が最も多く、515.0 名（81.6%）であり、服薬管理ケア技術は 467.1 名（74.0%）であった。リンパ浮腫ケア技術は最も少なく 220.0 名（34.9%）であった。患者像ごとにみると、偏りなく回答を得ることができた。

表 4 看護ケア技術別、患者像別回答者一覧

単位：人

患者像	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
A1	490	437	198
A2	517	444	208
A3	505	455	193
B1	523	483	234
B2	521	471	233
B3	518	477	228
C1	508	481	231
C2	521	480	232
C3	532	476	223
平均	515.0	467.1	220.0

以下には、看護ケア技術別、患者像別で回答者の属性を集計した結果を示す。

3つの看護ケア技術とも、回答した看護師の経験年数は、5年から10年の者が最も多く、9つの患者像別回答者数の平均で示すと、「ポジショニングケア技術」では144.0名（28.0%）、「服薬管理ケア技術」で131.9名（28.2%）、「リンパ浮腫ケア技術」は56.6名（38.8%）であった。

また回答時の配属先については、外科系病棟が最も多く、同様に「ポジショニングケア技術」では172.9名（33.6%）、「服薬管理ケア技術」178.0名（38.1%）、「リンパ浮腫ケア技術」86.6名（39.4%）であった。外科系病棟の次には内科系病棟に勤務している看護師が多かった。

表 5-1-1 ~ 5-3-3 は、回答者の属性を看護ケア技術別、患者像別に整理した。

表 5-1-1 ポジショニングケア（患者像A）回答者属性

ポジショニングケア 【A1 ~ A3患者像】

患者像A：体動が生命に影響する危険あり

		A1患者像 ポジショニングが 自身で可能 (件数：490)		A2患者像 ポジショニングに 一部介助を要する (件数：517)		A3患者像 ポジショニングに 全介助を要する (件数：505)	
性別	男性	465	95.1%	491	95.2%	479	95.0%
	女性	24	4.9%	25	4.8%	25	5.0%
年齢	20代	75	15.4%	81	15.8%	79	15.8%
	30代	206	42.4%	218	42.5%	207	41.3%
	40代	159	32.7%	166	32.4%	168	33.5%
	50代	46	9.5%	48	9.4%	47	9.4%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	274	56.7%	280	54.9%	285	57.1%
	看護系短期大学	88	18.2%	95	18.6%	94	18.8%
	看護系大学	68	14.1%	77	15.1%	66	13.2%
	看護系大学院	9	1.9%	9	1.8%	8	1.6%
	その他	44	9.1%	49	9.6%	46	9.2%
経験年数	5年未満	6	1.2%	9	1.8%	7	1.4%
	5～10年未満	135	27.8%	142	27.7%	134	26.7%
	10～15年未満	103	21.2%	111	21.6%	107	21.4%
	15～20年未満	91	18.7%	91	17.7%	95	19.0%
	20～25年未満	81	16.7%	86	16.8%	89	17.8%
	25年以上	70	14.4%	74	14.4%	69	13.8%
所属部署	内科系病棟	143	29.3%	144	28.0%	143	28.4%
	外科系病棟	176	36.1%	191	37.1%	174	34.6%
	集中治療領域	63	12.9%	70	13.6%	78	15.5%
	外来	34	7.0%	34	6.6%	32	6.4%
	その他	95	19.5%	102	19.8%	102	20.3%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

ポジショニングケア 【 B1 ~ B3 患者像 】

患者像B：体動制限があり、症状が不安定

		B1患者像		B2患者像		B3患者像	
		ポジショニングが 自身で可能 (件数：523)		ポジショニングに 一部介助を要する (件数：521)		ポジショニングに 全介助を要する (件数：518)	
性別	男性	497	95.2%	495	95.2%	491	95.0%
	女性	25	4.8%	25	4.8%	26	5.0%
年齢	20代	83	16.0%	82	15.9%	83	16.1%
	30代	226	43.5%	220	42.6%	217	42.2%
	40代	167	32.2%	169	32.7%	170	33.1%
	50代	43	8.3%	46	8.9%	44	8.6%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	282	54.7%	287	55.8%	286	56.0%
	看護系短期大学	94	18.2%	91	17.7%	91	17.8%
	看護系大学	80	15.5%	78	15.2%	78	15.3%
	看護系大学院	9	1.7%	9	1.8%	8	1.6%
	その他	51	9.9%	49	9.5%	48	9.4%
経験年数	5年未満	7	1.3%	7	1.4%	8	1.6%
	5～10年未満	149	28.7%	149	28.8%	146	28.4%
	10～15年未満	114	22.0%	110	21.3%	111	21.6%
	15～20年未満	91	17.5%	90	17.4%	90	17.5%
	20～25年未満	91	17.5%	89	17.2%	91	17.7%
	25年以上	67	12.9%	72	13.9%	68	13.2%
所属部署	内科系病棟	143	27.4%	144	27.7%	146	28.3%
	外科系病棟	195	37.4%	192	37.0%	187	36.2%
	集中治療領域	65	12.5%	69	13.3%	72	14.0%
	外来	34	6.5%	36	6.9%	35	6.8%
	その他	110	21.1%	106	20.4%	103	20.0%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-1-2 ポジショニングケア（患者像B）回答者属性

表 5-1-3 ポジショニングケア（患者像C）回答者属性

ポジショニングケア 【 C1 ~ C3患者像 】

患者像C：体動制限がなく、症状が安定

		C1患者像 ポジショニングが 自身で可能 (件数：508)		C2患者像 ポジショニングに 一部介助を要する (件数：521)		C3患者像 ポジショニングに 全介助を要する (件数：532)	
性別	男性	481	94.9%	494	95.0%	505	95.1%
	女性	26	5.1%	26	5.0%	26	4.9%
年齢	20代	83	16.5%	83	16.1%	89	16.9%
	30代	219	43.5%	223	43.1%	227	43.0%
	40代	159	31.5%	165	31.9%	166	31.4%
	50代	43	8.5%	46	8.9%	46	8.7%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	273	54.5%	286	55.5%	291	55.3%
	看護系短期大学	91	18.2%	92	17.9%	95	18.1%
	看護系大学	80	16.0%	81	15.7%	82	15.6%
	看護系大学院	9	1.8%	8	1.6%	9	1.7%
	その他	48	9.6%	48	9.3%	49	9.3%
経験年数	5年未満	9	1.8%	10	1.9%	10	1.9%
	5～10年未満	145	28.8%	145	28.0%	151	28.6%
	10～15年未満	108	21.4%	113	21.9%	115	21.8%
	15～20年未満	89	17.7%	91	17.6%	95	18.0%
	20～25年未満	86	17.1%	88	17.0%	86	16.3%
	25年以上	67	13.3%	70	13.5%	71	13.4%
所属部署	内科系病棟	141	27.9%	145	27.9%	148	27.9%
	外科系病棟	195	38.5%	197	38.0%	196	37.0%
	集中治療領域	65	12.8%	68	13.1%	73	13.8%
	外来	34	6.7%	35	6.7%	35	6.6%
	その他	98	19.4%	101	19.5%	105	19.8%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-2-1 服薬管理ケア（患者像A）回答者属性

服薬管理ケア 【 A1 ~ A3患者像 】

患者像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を使用

		A1患者像 セルフケアが一人ができる (件数：437)		A2患者像 服用に一部 介助を要する (件数：444)		A3患者像 服薬に全介助を要する (件数：455)	
性別	男性	415	95.2%	421	95.0%	432	95.2%
	女性	21	4.8%	22	5.0%	22	4.8%
年齢	20代	68	15.7%	71	16.1%	72	16.0%
	30代	184	42.5%	186	42.3%	189	41.9%
	40代	142	32.8%	145	33.0%	150	33.3%
	50代	39	9.0%	38	8.6%	40	8.9%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	238	55.3%	242	55.4%	250	55.7%
	看護系短期大学	77	17.9%	77	17.6%	82	18.3%
	看護系大学	67	15.6%	70	16.0%	69	15.4%
	看護系大学院	9	2.1%	9	2.1%	10	2.2%
	その他	39	9.1%	39	8.9%	38	8.5%
経験年数	5年未満	6	1.4%	6	1.4%	7	1.6%
	5～10年未満	120	27.7%	124	28.2%	125	27.7%
	10～15年未満	89	20.6%	91	20.7%	91	20.2%
	15～20年未満	82	18.9%	81	18.4%	86	19.1%
	20～25年未満	76	17.6%	77	17.5%	80	17.7%
	25年以上	60	13.9%	61	13.9%	62	13.7%
所属部署	内科系病棟	131	30.0%	130	29.3%	139	30.6%
	外科系病棟	162	37.2%	172	38.8%	170	37.4%
	集中治療領域	50	11.5%	51	11.5%	55	12.1%
	外来	29	6.7%	29	6.5%	27	5.9%
	その他	87	20.0%	84	19.0%	87	19.2%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-2-2 服薬管理ケア（患者像B）回答者属性

服薬管理ケア 【 B1 ~ B3患者像 】

患者像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を使用

		B1患者像		B2患者像		B3患者像	
		セルフケアが一人できる (件数：483)		服用に一部 介助を要する (件数：471)		内服に全介助を要する (件数：477)	
性別	男性	460	95.4%	449	95.5%	453	95.2%
	女性	22	4.6%	21	4.5%	23	4.8%
年齢	20代	81	16.9%	77	16.5%	76	16.1%
	30代	202	42.2%	201	43.0%	197	41.6%
	40代	158	33.0%	151	32.3%	158	33.4%
	50代	38	7.9%	38	8.1%	42	8.9%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	261	54.8%	258	55.6%	260	55.3%
	看護系短期大学	86	18.1%	79	17.0%	86	18.3%
	看護系大学	76	16.0%	76	16.4%	71	15.1%
	看護系大学院	9	1.9%	9	1.9%	9	1.9%
	その他	44	9.2%	42	9.1%	44	9.4%
経験年数	5年未満	8	1.7%	6	1.3%	6	1.3%
	5～10年未満	137	28.6%	135	28.9%	135	28.5%
	10～15年未満	100	20.9%	99	21.2%	95	20.1%
	15～20年未満	88	18.4%	86	18.4%	89	18.8%
	20～25年未満	82	17.1%	79	16.9%	81	17.1%
	25年以上	64	13.4%	62	13.3%	67	14.2%
所属部署	内科系病棟	142	29.5%	139	29.6%	142	29.8%
	外科系病棟	184	38.2%	185	39.4%	178	37.4%
	集中治療領域	49	10.2%	49	10.4%	54	11.3%
	外来	30	6.2%	30	6.4%	30	6.3%
	その他	103	21.4%	92	19.6%	98	20.6%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-2-3 服薬管理ケア（患者像C）回答者属性

服薬管理ケア 【 C1 ~ C3患者像 】

患者像C：服薬を忘れても身体状況が大きく変わらない薬剤を使用

		C1患者像		C2患者像		C3患者像	
		セルフケアが一人できる (小児:家族の補助で可) (件数:481)		内服に一部 介助を要する (件数:480)		内服に全介助を要する (件数:476)	
性別	男性	458	95.4%	458	95.6%	452	95.2%
	女性	22	4.6%	21	4.4%	23	4.8%
年齢	20代	82	17.2%	79	16.6%	80	16.9%
	30代	199	41.7%	203	42.6%	198	41.9%
	40代	155	32.5%	153	32.1%	152	32.2%
	50代	41	8.6%	41	8.6%	42	8.9%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	263	55.4%	267	56.3%	261	55.5%
	看護系短期大学	81	17.1%	79	16.7%	81	17.2%
	看護系大学	77	16.2%	76	16.0%	76	16.2%
	看護系大学院	9	1.9%	9	1.9%	9	1.9%
	その他	45	9.5%	43	9.1%	43	9.1%
経験年数	5年未満	9	1.9%	10	2.1%	9	1.9%
	5~10年未満	139	29.1%	136	28.6%	136	28.8%
	10~15年未満	96	20.1%	98	20.6%	95	20.1%
	15~20年未満	87	18.2%	87	18.3%	88	18.6%
	20~25年未満	80	16.8%	80	16.8%	79	16.7%
	25年以上	66	13.8%	65	13.7%	65	13.8%
所属部署	内科系病棟	139	29.0%	138	28.8%	143	30.1%
	外科系病棟	184	38.3%	185	38.6%	182	38.3%
	集中治療領域	48	10.0%	50	10.4%	50	10.5%
	外来	30	6.3%	30	6.3%	29	6.1%
	その他	105	21.9%	101	21.1%	96	20.2%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-3-1 リンパ浮腫ケア（患者像A）回答者属性

リンパ浮腫ケア 【 A1 ~ A3 患者像 】

患者像A：リンパ浮腫による蜂窩織炎が原因による重症感染者

		A1患者像		A2患者像		A3患者像	
		セルフケアで 対処できている (件数：198)		セルフケアの維持に 他者の介助が必要 (件数：208)		ケアの必要性が理解 できず、受けていない (件数：193)	
性別	男性	185	93.9%	195	94.2%	180	93.8%
	女性	12	6.1%	12	5.8%	12	6.3%
年齢	20代	33	16.9%	33	16.1%	30	15.8%
	30代	75	38.5%	78	38.0%	70	36.8%
	40代	69	35.4%	74	36.1%	71	37.4%
	50代	18	9.2%	20	9.8%	19	10.0%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	104	52.8%	106	51.7%	101	52.9%
	看護系短期大学	41	20.8%	44	21.5%	41	21.5%
	看護系大学	30	15.2%	32	15.6%	29	15.2%
	看護系大学院	5	2.5%	5	2.4%	5	2.6%
	その他	17	8.6%	18	8.8%	15	7.9%
経験年数	5年未満	2	1.0%	2	1.0%	1	0.5%
	5～10年未満	50	25.5%	49	23.8%	48	25.1%
	10～15年未満	43	21.9%	44	21.4%	37	19.4%
	15～20年未満	38	19.4%	41	19.9%	40	20.9%
	20～25年未満	31	15.8%	37	18.0%	36	18.8%
	25年以上	32	16.3%	33	16.0%	29	15.2%
所属部署	内科系病棟	70	35.5%	69	33.3%	61	31.8%
	外科系病棟	78	39.6%	82	39.6%	73	38.0%
	集中治療領域	17	8.6%	17	8.2%	19	9.9%
	外来	10	5.1%	11	5.3%	10	5.2%
	その他	27	13.7%	34	16.4%	32	16.7%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-3-2 リンパ浮腫ケア（患者像B）回答者属性

リンパ浮腫ケア 【 B1 ~ B3患者像 】

患者像B：リンパ浮腫症状が出現している

		B1患者像		B2患者像		B3患者像	
		セルフケアで 対処ができている (件数：234)		セルフケアの維持に 他者の介助が必要 (件数：233)		ケアの必要性が理解 できず、受けていない (件数：228)	
性別	男性	221	94.8%	220	94.8%	214	94.3%
	女性	12	5.2%	12	5.2%	13	5.7%
年齢	20代	37	16.0%	40	17.4%	39	17.4%
	30代	91	39.4%	85	37.0%	83	37.1%
	40代	79	34.2%	79	34.3%	79	35.3%
	50代	24	10.4%	26	11.3%	23	10.3%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	130	56.0%	124	53.4%	123	54.7%
	看護系短期大学	40	17.2%	44	19.0%	43	19.1%
	看護系大学	35	15.1%	36	15.5%	34	15.1%
	看護系大学院	5	2.2%	6	2.6%	5	2.2%
	その他	22	9.5%	22	9.5%	20	8.9%
経験年数	5年未満	1	0.4%	1	0.4%	1	0.4%
	5～10年未満	60	25.9%	60	26.0%	60	26.5%
	10～15年未満	46	19.8%	44	19.0%	44	19.5%
	15～20年未満	51	22.0%	48	20.8%	48	21.2%
	20～25年未満	36	15.5%	37	16.0%	39	17.3%
	25年以上	38	16.4%	41	17.7%	34	15.0%
所属部署	内科系病棟	78	33.5%	77	33.2%	78	34.4%
	外科系病棟	94	40.3%	89	38.4%	87	38.3%
	集中治療領域	19	8.2%	21	9.1%	22	9.7%
	外来	13	5.6%	12	5.2%	10	4.4%
	その他	37	15.9%	41	17.7%	37	16.3%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

表 5-3-3 リンパ浮腫（患者像C） 回答者属性

リンパ浮腫ケア 【 C1 ~ C3患者像 】

患者像C：リンパ浮腫の可能性がある

		C1患者像		C2患者像		C3患者像	
		セルフケアで 対処できている (件数：231)		セルフケアの維持に 他者の対処が必要 (件数：232)		ケアの必要性が理解 できず、受けていない (件数：223)	
性別	男性	217	94.3%	217	93.9%	209	94.1%
	女性	13	5.7%	14	6.1%	13	5.9%
年齢	20代	37	16.2%	40	17.5%	39	17.7%
	30代	88	38.6%	87	38.0%	85	38.6%
	40代	79	34.6%	78	34.1%	75	34.1%
	50代	24	10.5%	24	10.5%	21	9.5%
	60代以上	-	-	-	-	-	-
最終専門学歴	看護師養成所	122	53.5%	121	53.1%	121	54.8%
	看護系短期大学	45	19.7%	46	20.2%	41	18.6%
	看護系大学	35	15.4%	36	15.8%	36	16.3%
	看護系大学院	5	2.2%	6	2.6%	6	2.7%
	その他	21	9.2%	19	8.3%	17	7.7%
経験年数	5年未満	1	0.4%	2	0.9%	1	0.5%
	5～10年未満	60	26.2%	61	26.5%	61	27.6%
	10～15年未満	43	18.8%	44	19.1%	44	19.9%
	15～20年未満	50	21.8%	49	21.3%	46	20.8%
	20～25年未満	39	17.0%	38	16.5%	36	16.3%
	25年以上	36	15.7%	36	15.7%	33	14.9%
所属部署	内科系病棟	72	31.3%	74	32.0%	73	32.9%
	外科系病棟	93	40.4%	92	39.8%	91	41.0%
	集中治療領域	19	8.3%	20	8.7%	20	9.0%
	外来	14	6.1%	14	6.1%	12	5.4%
	その他	37	16.1%	36	15.6%	31	14.0%

左側は件数、右側は構成比を示す
無回答は記載せず

2. 調査結果の一覧（看護ケア技術別）

1. 実施に必要な人数・時間 【ポジショニングケア】

ポジショニングケアにかかる人数、1回あたりの所要時間(分)、1日に実施する回数について、患者像別に聞いた。
3項目とも、患者像のセルフケア依存度が高くなるほどまた、生命危機度が高くなるほど、数値が大きくなる傾向が示された。

表6-1-1-1 ポジショニングケア技術 - 1人の患者への実施に必要な看護師の人数

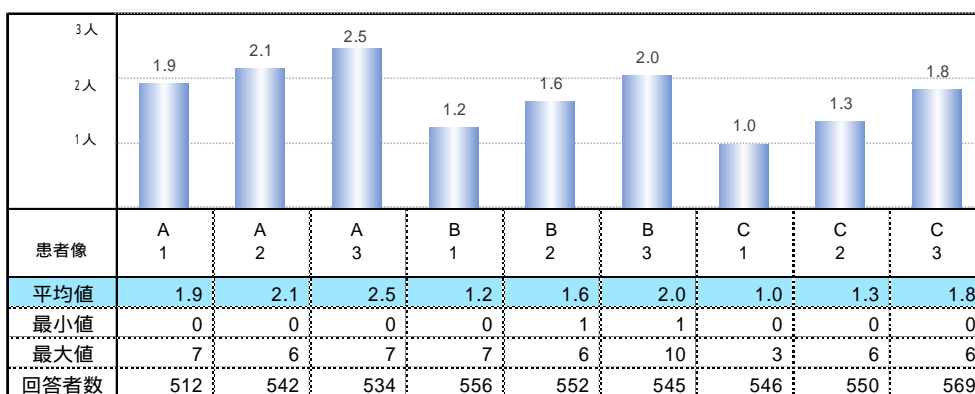


表6-1-1-2 ポジショニングケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

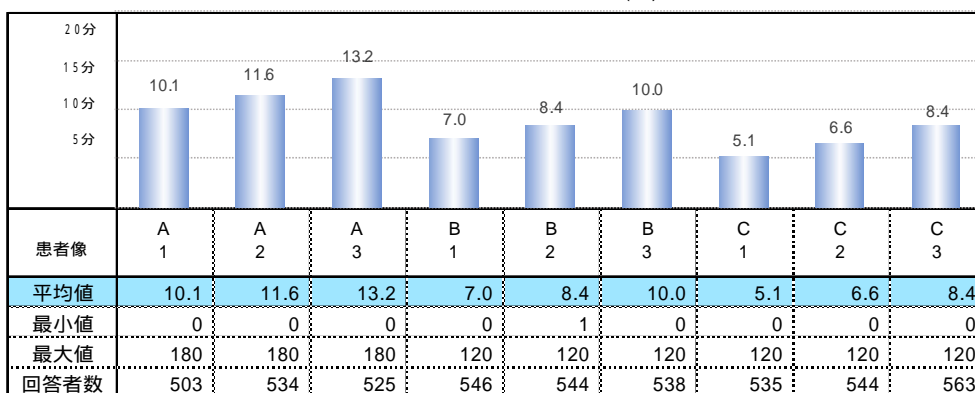
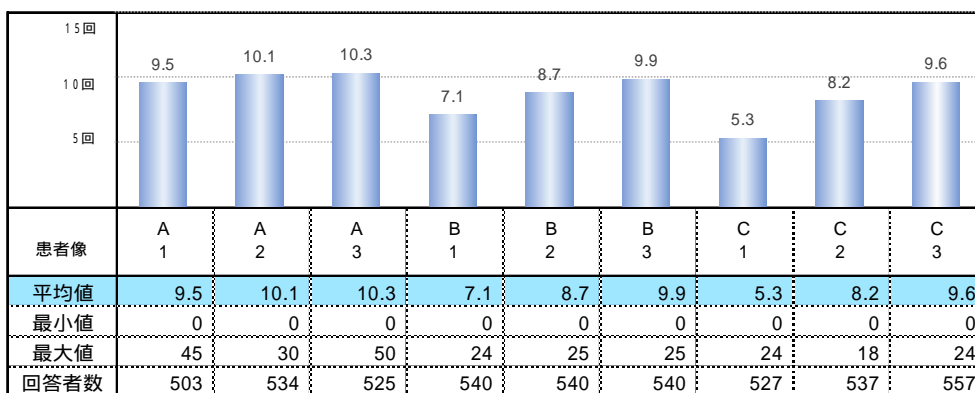


表6-1-1-3 ポジショニングケア技術 - 1日に実施する回数



2. 期待する効果 【ポジショニングケア】

ポジショニングケアの期待する効果について、患者像別に聞いた。
 生命危機度が高い患者像A、Bにおいては、重症化予防効果、合併症予防効果、苦痛緩和効果が患者像Cに比べて高い値を示した。
 患者像Aについて、社会復帰促進効果、在院日数短縮効果については他の効果に比べて低値であることが分かった。

以下、期待する効果「極めて低い」～「極めて高い」を1～5へ数値化、その平均値を算出

表6-1-2-1 ポジショニングケア技術 - 重症予防効果

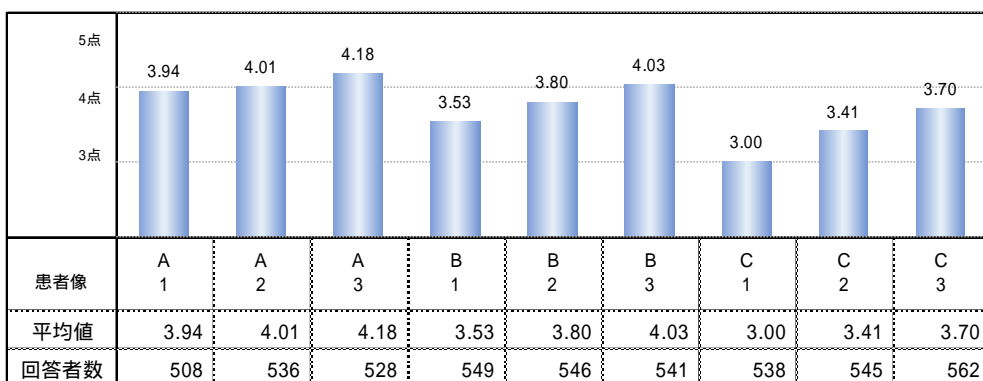


表6-1-2-2 ポジショニングケア技術 - 合併症予防効果

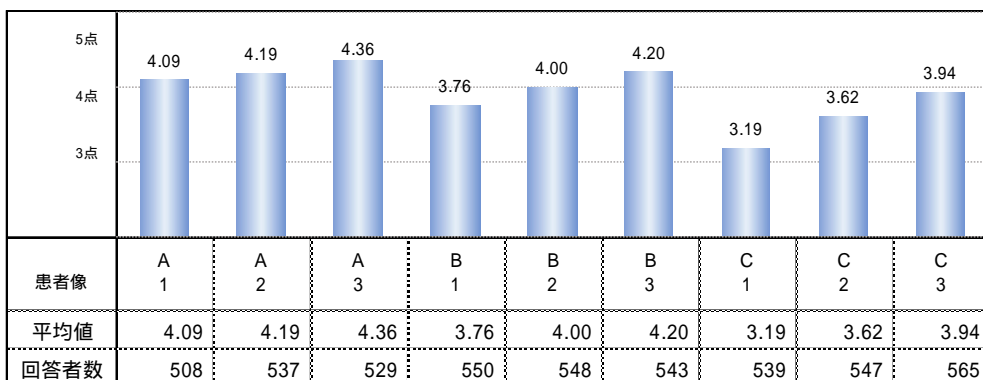


表6-1-2-3 ポジショニングケア技術 - 苦痛緩和効果

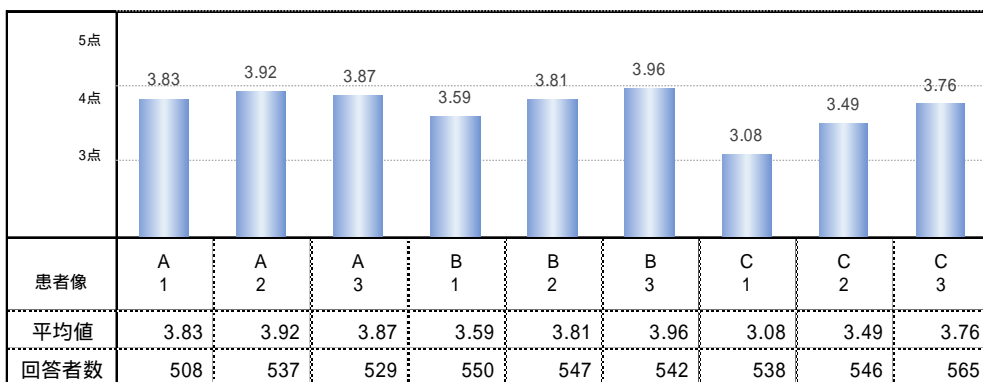


表6-1-2-4 ポジショニングケア技術 - QOLの改善効果

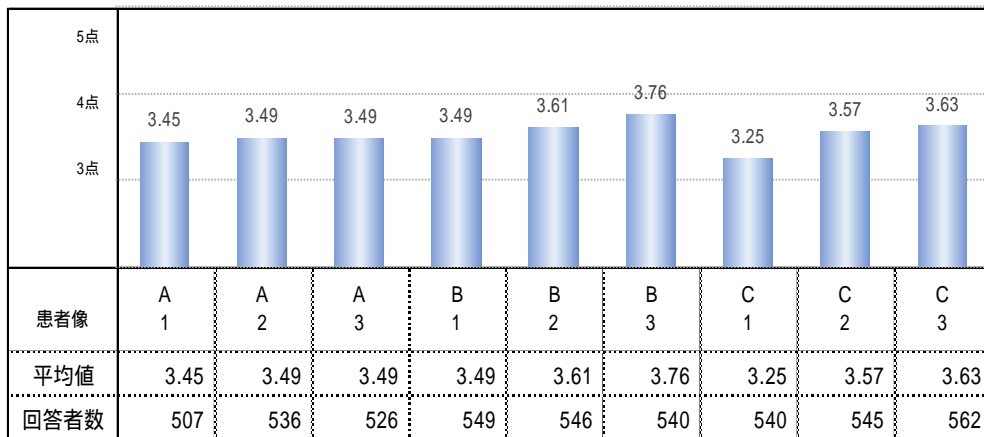


表6-1-2-5 ポジショニングケア技術 - 社会復帰の促進効果

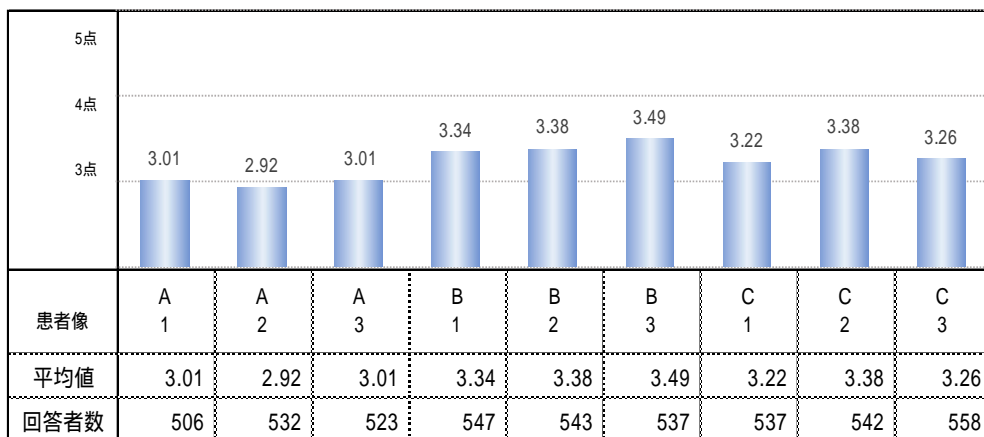
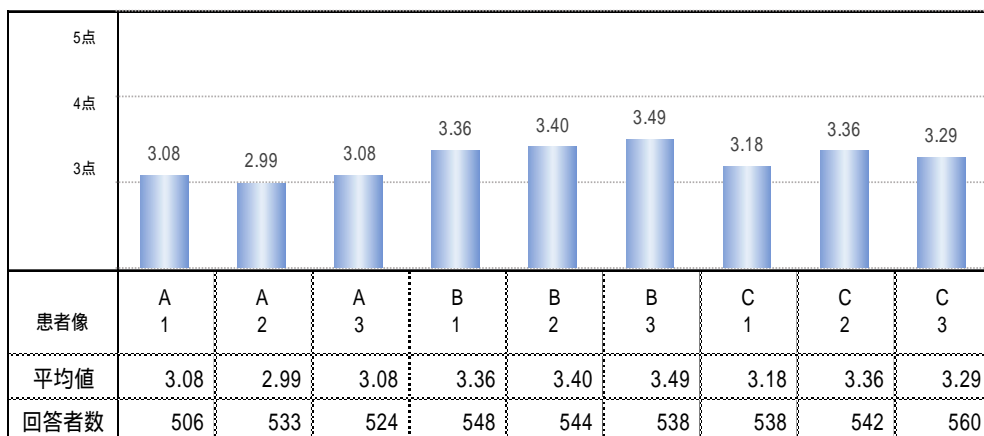


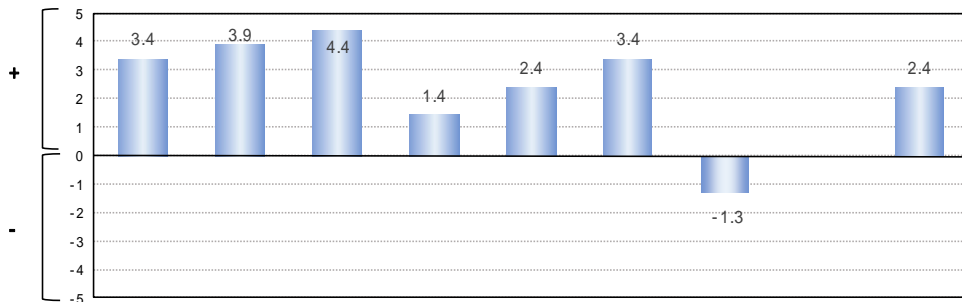
表6-1-2-6 在院日数の短縮効果



3. C2患者と比較しての負荷 【ポジショニングケア】

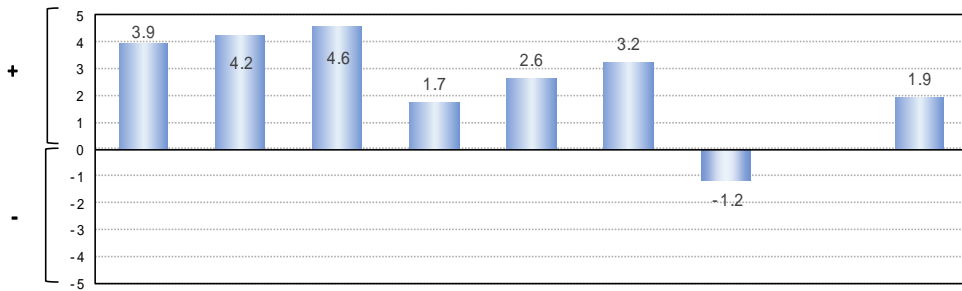
ポジショニングケア実施に関する看護師の負荷5項目について、C2の患者像を基準として尋ねた。
 身体的な負荷、精神的な負荷、知識・判断の負荷、手技的な負荷、時間拘束の負荷ともに、生命危機度が高いほど、セルフケア依存度が高いほど、負荷が高いという結果が得られた。

表6-1-3-1 ポジショニングケア技術 - 身体的な負荷



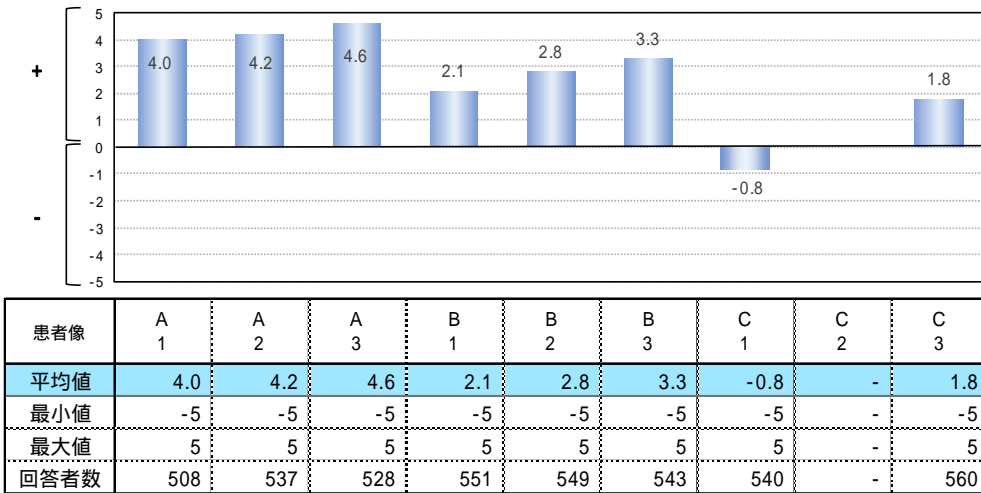
患者像	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3	C 1	C 2	C 3
平均値	3.4	3.9	4.4	1.4	2.4	3.4	-1.3	-	2.4
最小値	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-	-5
最大値	5	5	5	5	5	5	5	-	5
回答者数	508	537	528	551	549	543	539	-	560

表6-1-3-2 ポジショニングケア技術 - 精神的な負荷



患者像	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3	C 1	C 2	C 3
平均値	3.9	4.2	4.6	1.7	2.6	3.2	-1.2	-	1.9
最小値	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-	-5
最大値	5	5	5	5	5	5	5	-	5
回答者数	508	537	528	551	549	543	540	-	560

表6-1-3-3 ポジショニングケア技術 - 知識・判断の負荷



図表6-4) ポジショニングケア技術 - 手技的な負荷

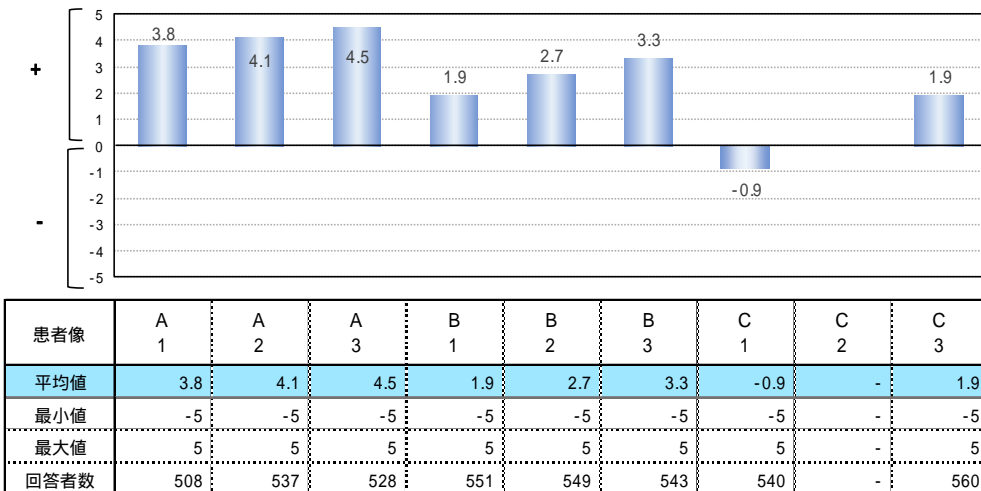
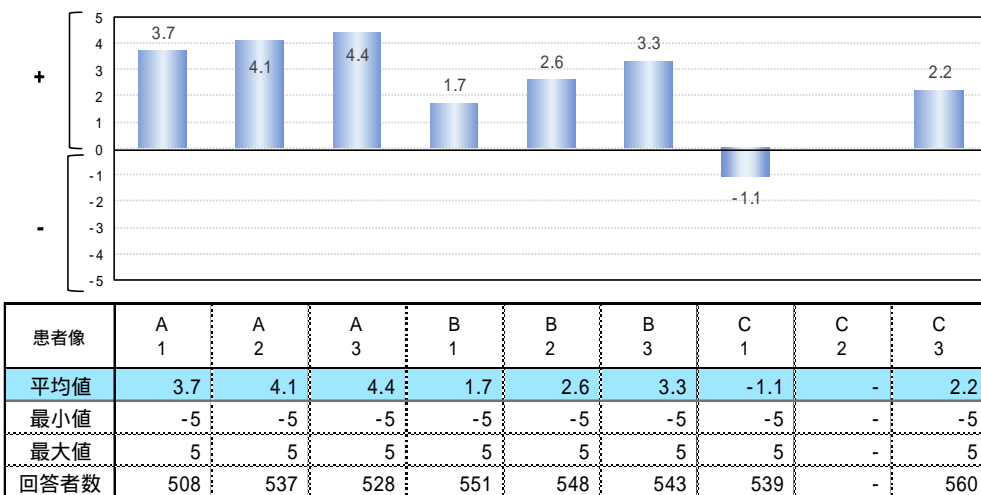


表6-1-3-5 ポジショニングケア技術 - 時間拘束の負荷



1. 実施に必要な人数・時間 【服薬管理ケア】

服薬管理ケアにかかる人数、1回あたりの所要時間(分)、1日に実施する回数について、患者像別に聞いた。人数及び分数は、セルフケア依存度が高くなるほど若干長い時間がかかることが示されたが、生命危機度による違いは見られなかった。

一方、1日に実施する回数は、9つの患者像すべてにおいて同程度の回数を実施されていることが示された。

表6-2-1-1 服薬管理ケア技術 - 1人の患者への実施に必要な看護師の人数

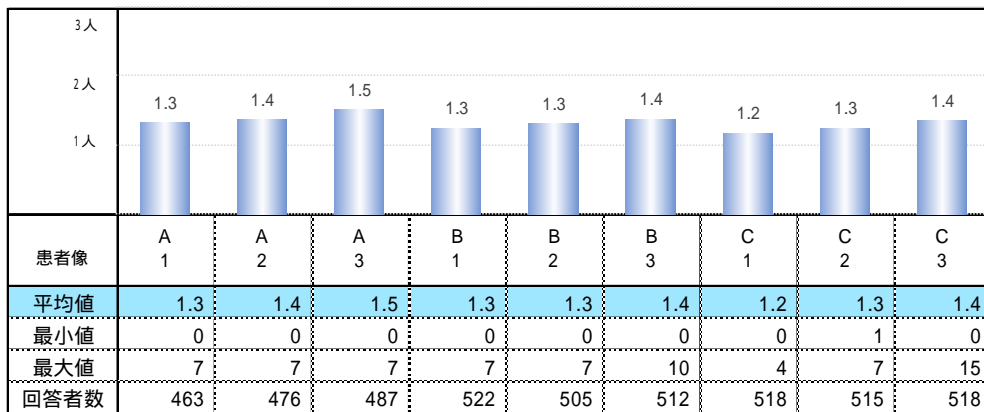


表6-2-1-2 服薬管理ケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

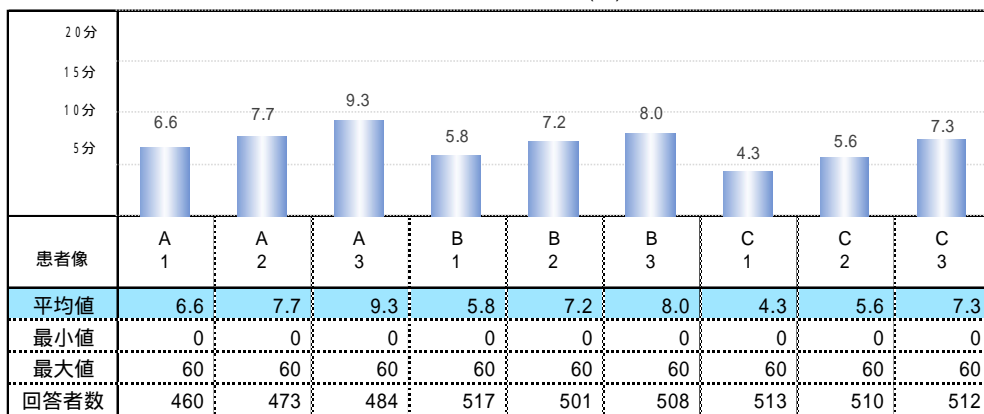
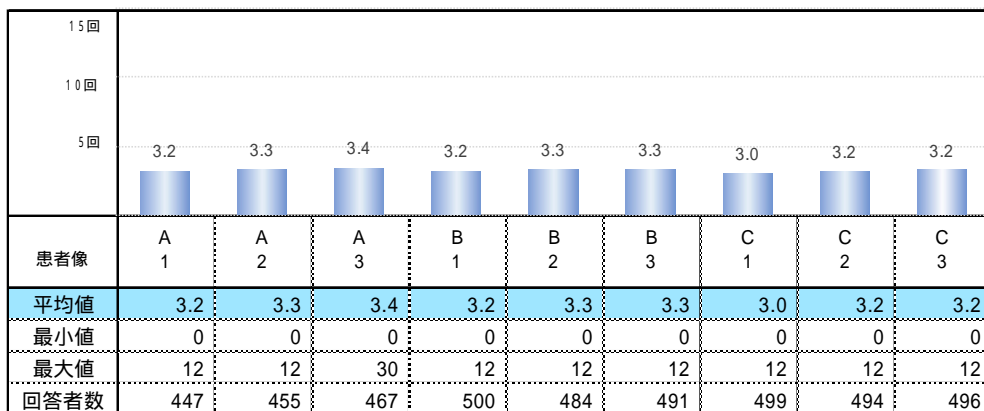


表6-2-1-3 服薬管理ケア技術 - 1日に実施する回数



2. 期待する効果 【服薬管理ケア】

服薬管理ケアの期待する効果について、患者像別に聞いた。
 生命危機度が高い患者像A、Bにおいては、Cの患者像に比べて、重症化予防効果、合併症予防効果の得点が特に高かった。
 社会復帰促進効果、在院日数短縮効果についてはいずれの患者像においても3点台（「標準的である」）であった。

以下、期待する効果「極めて低い」～「極めて高い」を1～5へ数値化、その平均値を算出

表6-2-2-1 服薬管理ケア技術－重症予防効果

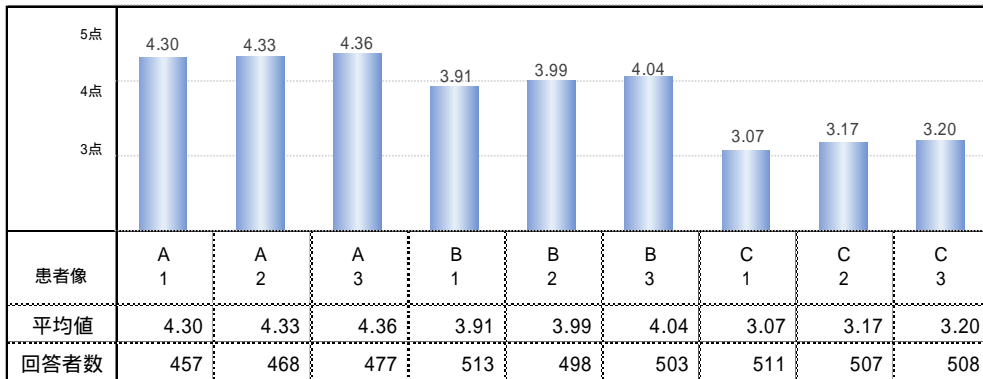


表6-2-2-2 服薬管理ケア技術－合併症予防効果

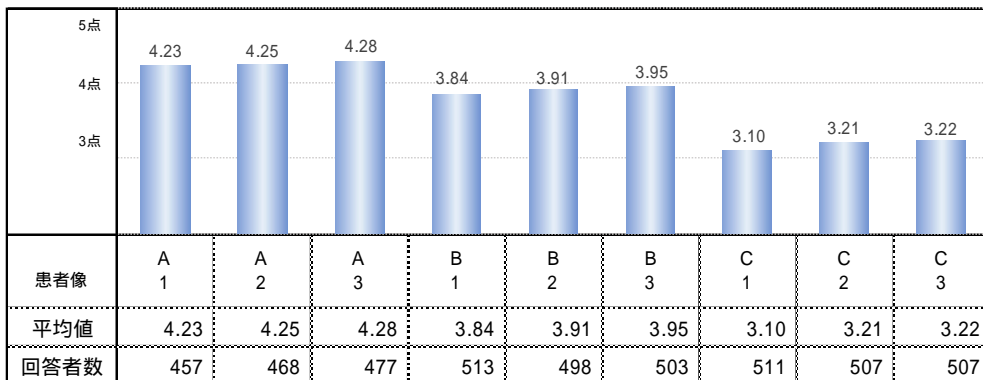


表6-2-2-3 服薬管理ケア技術－苦痛緩和効果

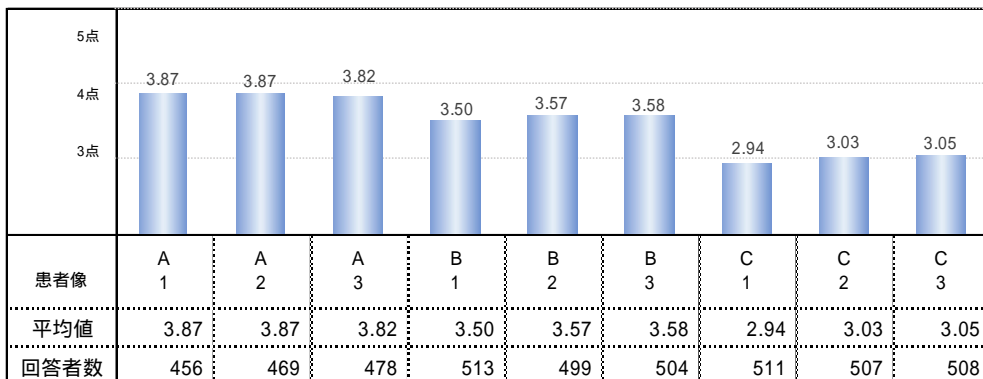


表6-2-2-4 服薬管理ケア技術 - QOLの改善効果

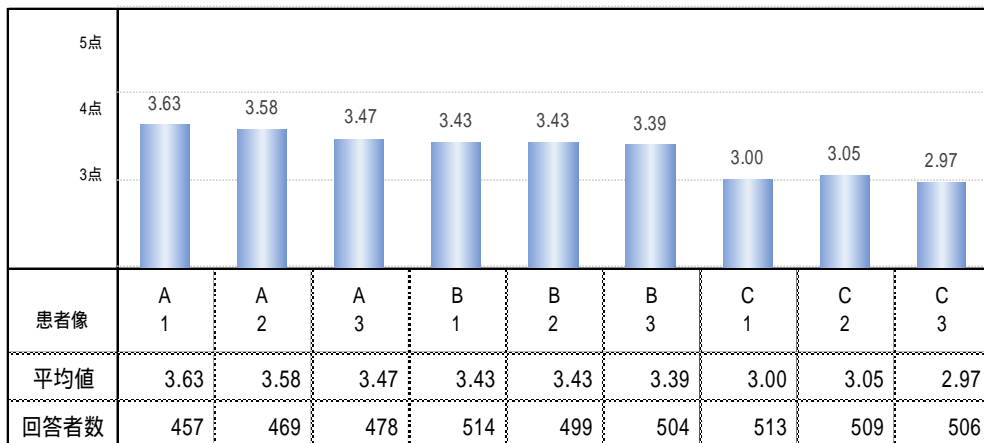


表6-2-2-5 服薬管理ケア技術 - 社会復帰の促進効果

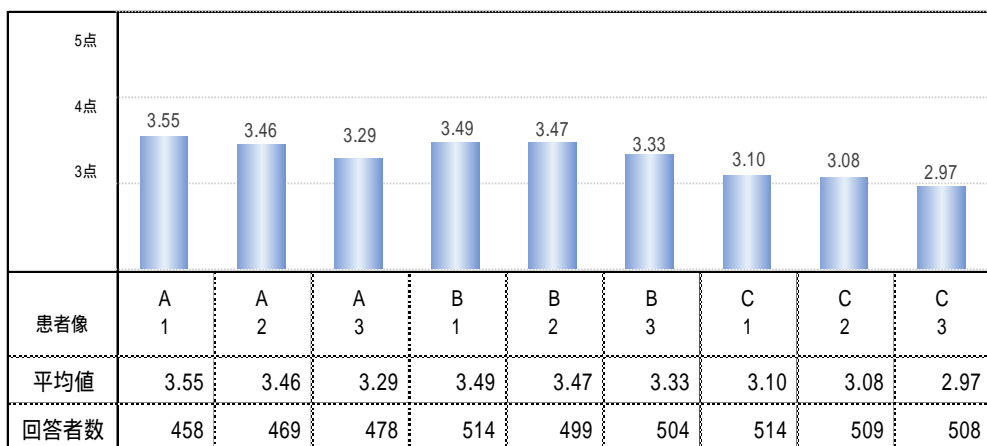
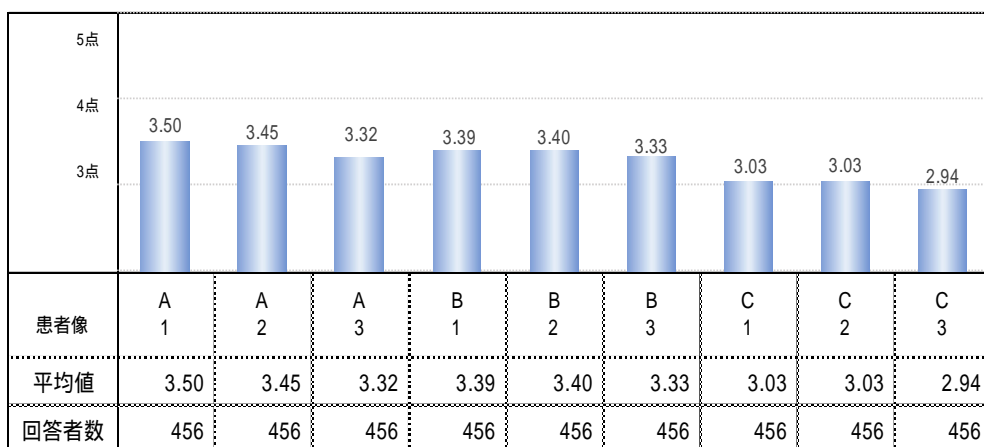


表6-2-2-6 服薬管理ケア技術 - 在院日数の短縮効果



3. C2患者と比較しての負荷 【服薬管理ケア】

服薬管理ケア実施に関する看護師の負荷5項目について、C2の患者像を基準として尋ねた。
 身体的な負荷、精神的な負荷、知識・判断の負荷、手技的な負荷、時間拘束の負荷ともに、生命危機度が高いほど、セルフケア依存度が高いほど、負荷が高いという結果が得られた。

表6-2-3-1 服薬管理ケア技術 - 身体的な負荷

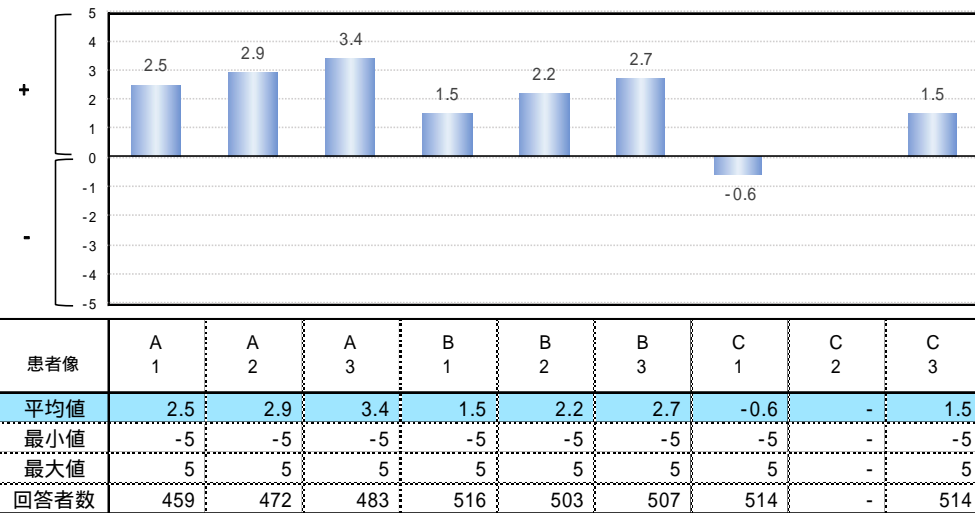


表6-2-3-2 服薬管理ケア技術 - 精神的な負荷

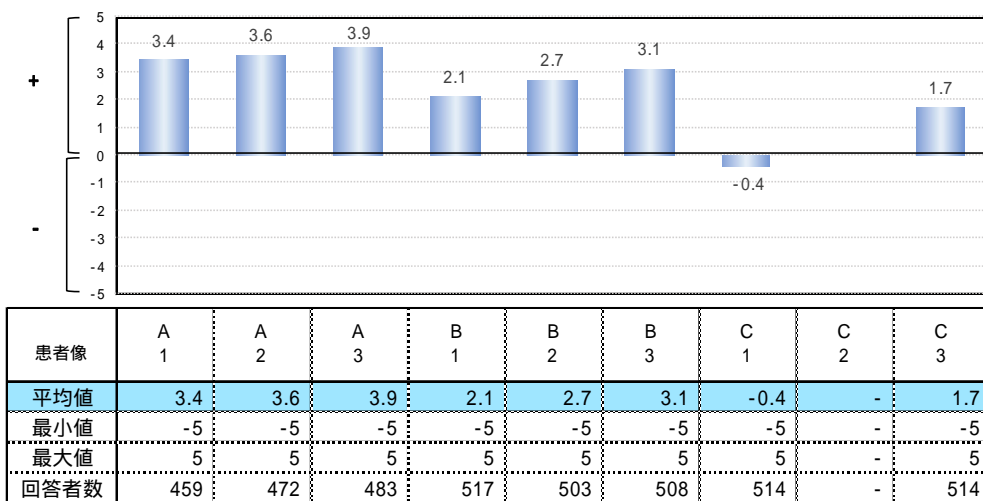


表6-2-3-3 服薬管理ケア技術－知識・判断の負荷

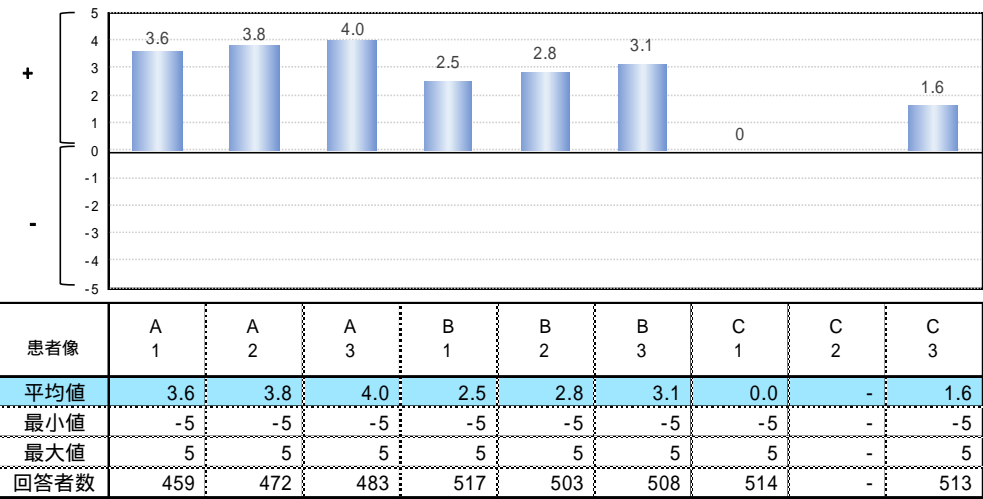


表6-2-3-4 服薬管理ケア技術－手技的な負荷

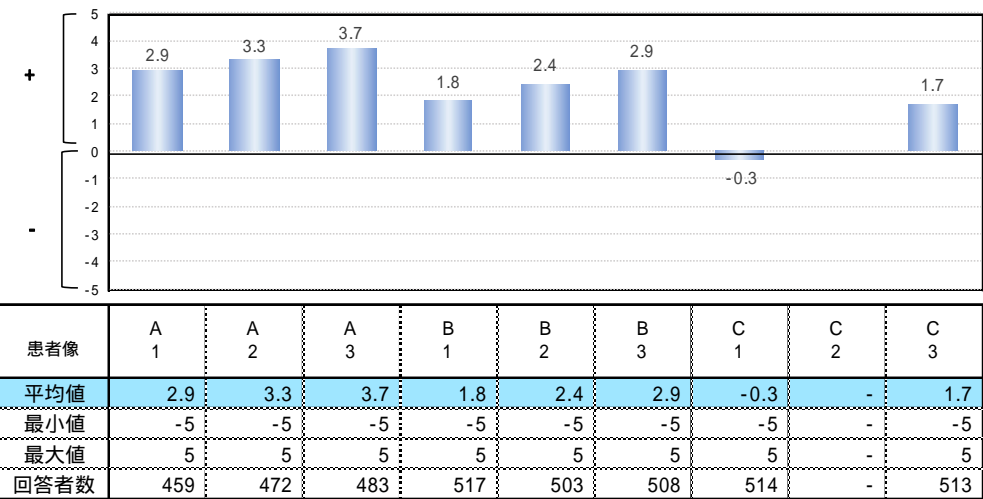
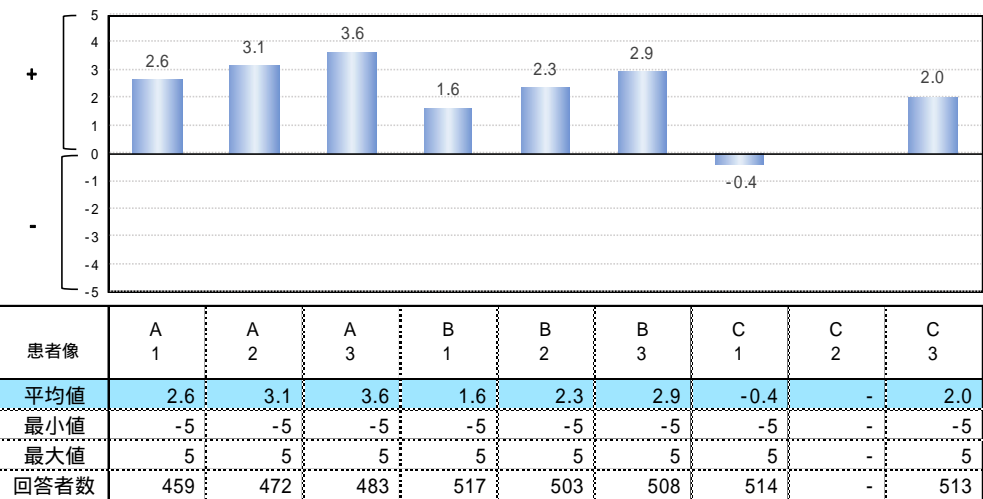


表6-2-3-5 服薬管理ケア技術－時間拘束の負荷



1. 実施に必要な人数・時間 【リンパ浮腫ケア】

リンパ浮腫ケアにかかる人数、1回あたりの所要時間(分)、1日に実施する回数について、患者像別に聞いた。
 人数および所要時間については、患者像のセルフケア自立度が低くなるほどまた、生命の危機度が高くなるほど、数値が大きくなる傾向が示された。
 1日に実施する回数は、患者像ごとの違いはなく、ほぼ2回実施されていた。

表6-3-1-1 リンパ浮腫ケア技術 - 1人の患者への実施に必要な看護師の人数

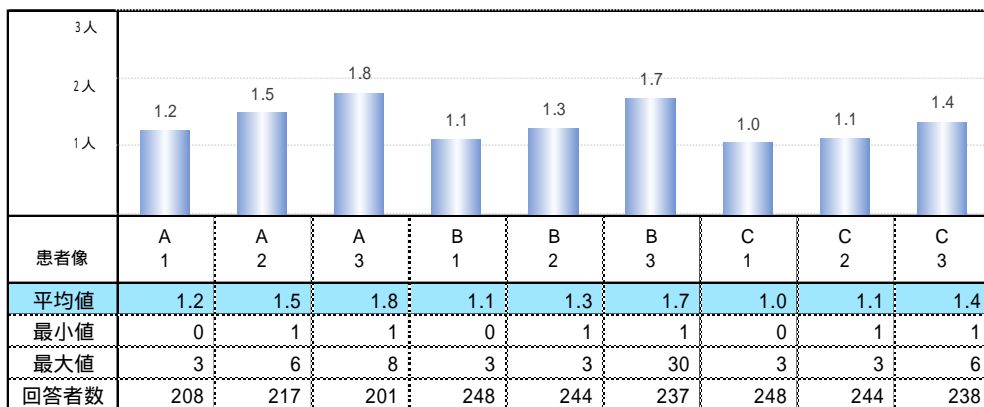


表6-3-1-2 リンパ浮腫ケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

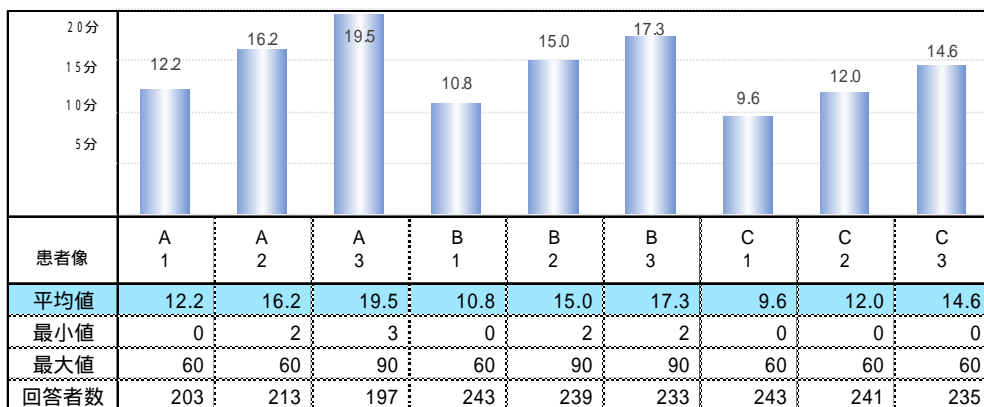
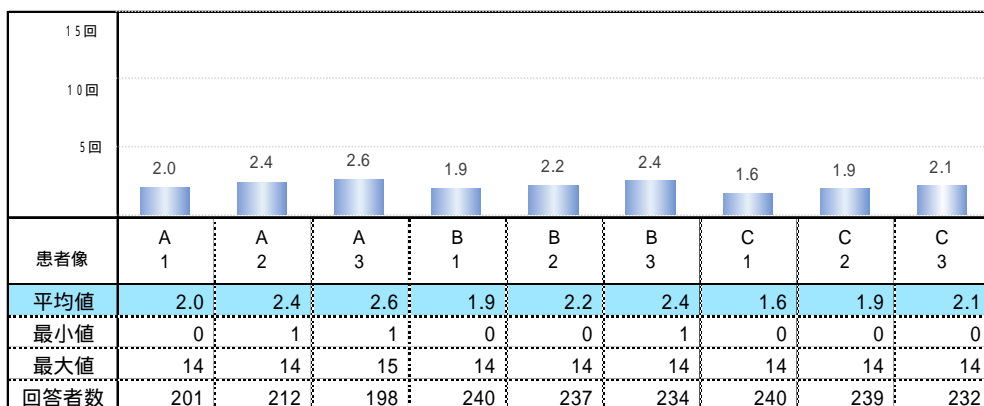


表6-3-1-3 リンパ浮腫ケア技術 - 1日に実施する回数



2. 期待する効果 【リンパ浮腫ケア】

リンパ浮腫ケアの期待する効果について、患者像別に聞いた。
 生命危機度が高い患者像Aよりもむしろ、BおよびCとした患者像に対する効果への期待が特に高いことが示された。
 また、社会復帰促進効果、在院日数短縮効果については、セルフケア依存度が低いほど、期待される効果が高いことが示された。

以下、期待する効果「極めて低い」～「極めて高い」を1～5へ数値化、その平均値を算出

表6-3-2-1 リンパ浮腫ケア技術－重症予防効果

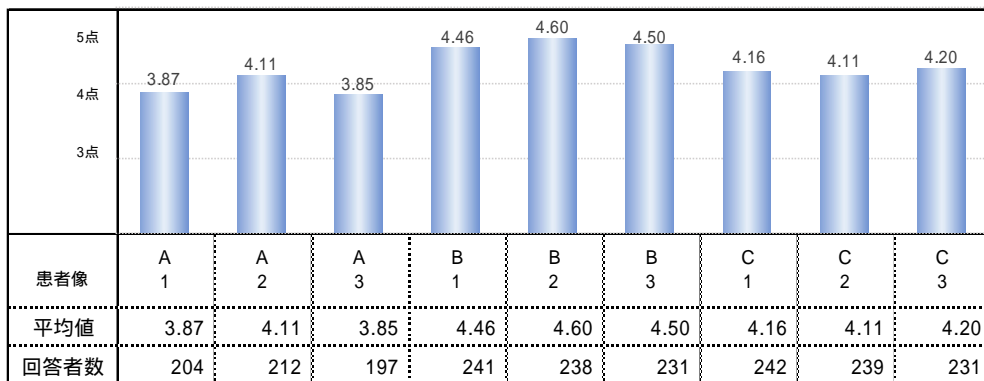


表6-3-2-2 リンパ浮腫ケア技術－合併症予防効果

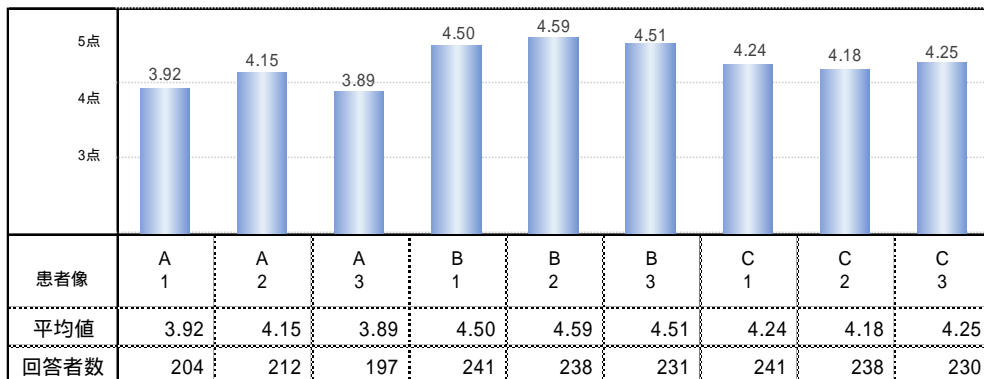


表6-3-2-3 リンパ浮腫ケア技術－苦痛緩和効果

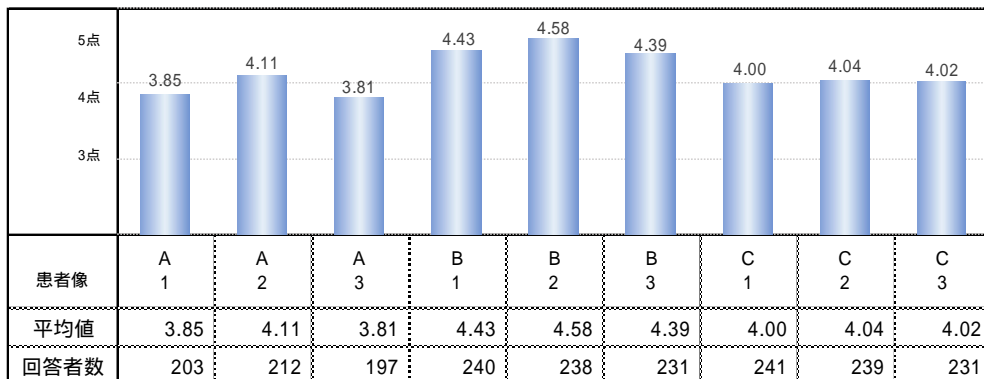


表6-3-2-4 リンパ浮腫ケア技術 - QOLの改善効果

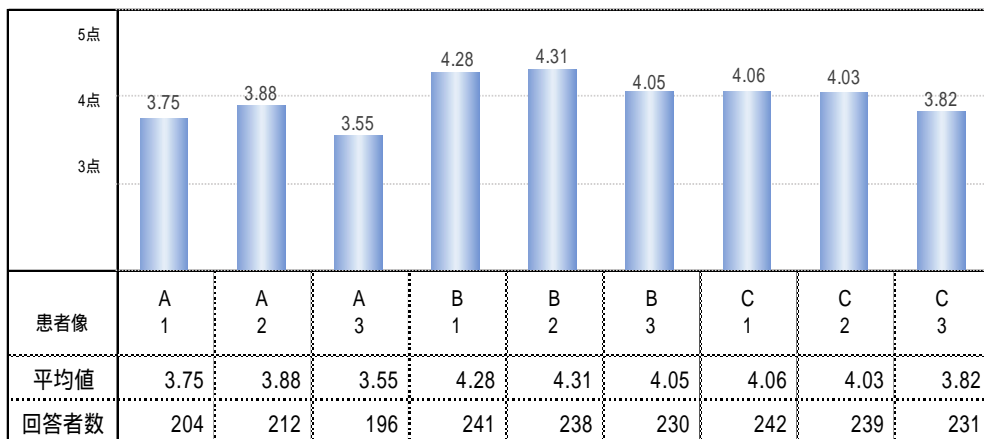


表6-3-2-5 リンパ浮腫ケア技術 - 社会復帰の促進効果

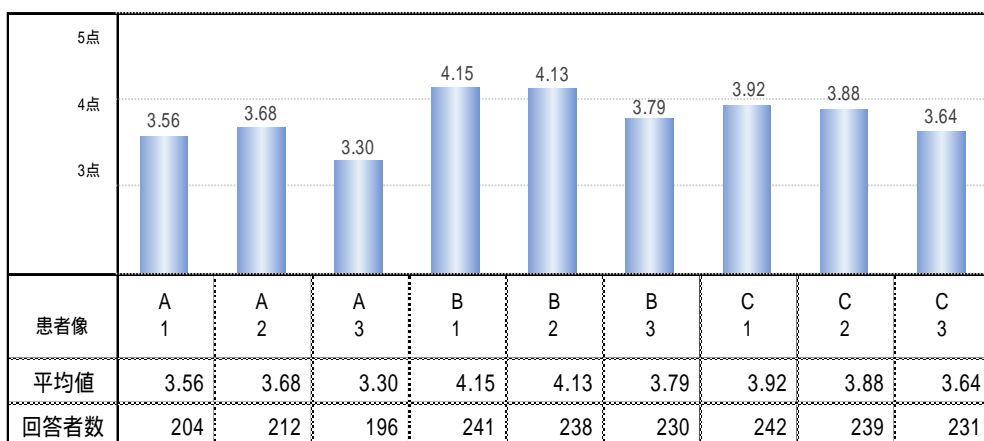
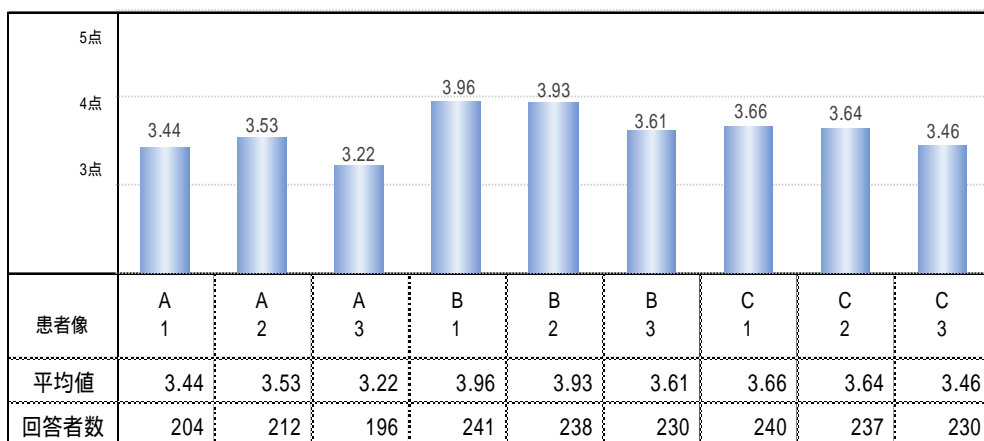


表6-3-2-6 リンパ浮腫ケア技術 - 在院日数の短縮効果

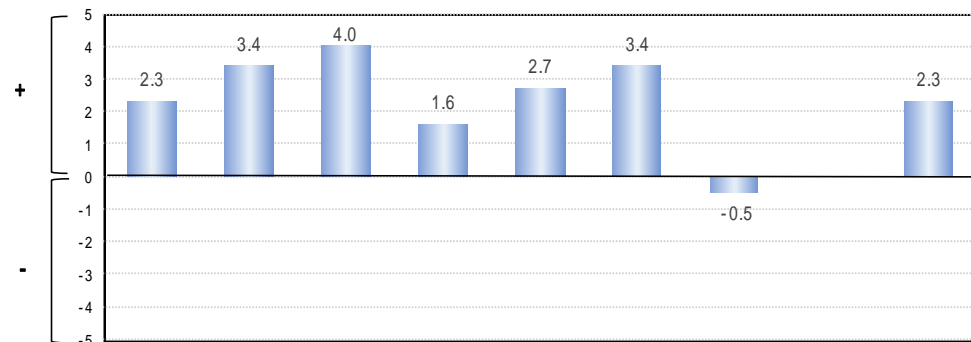


3. C2患者と比較しての負荷 【リンパ浮腫ケア】

リンパ浮腫ケア実施に関する看護師の負荷5項目について、C2の患者像を基準として尋ねた。

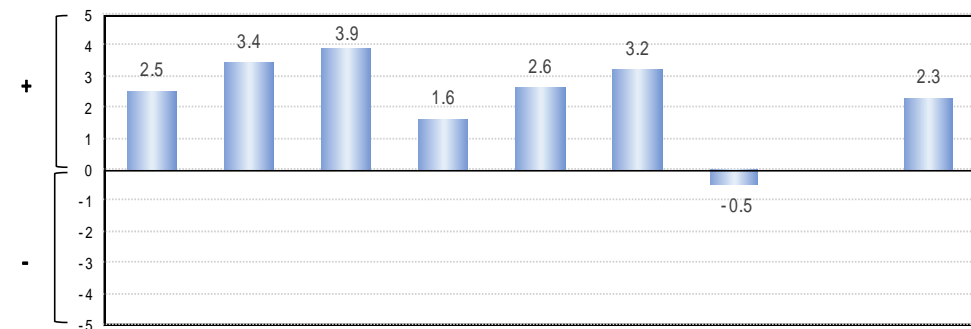
身体的な負荷、精神的な負荷、知識・判断の負荷、手技的な負荷、時間拘束の負荷ともに、生命危機度が高いほど、セルフケア依存度が高いほど、負荷が高いという結果が得られた。

表6-3-3-1 リンパ浮腫ケア技術 - 身体的な負荷



患者像	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3	C 1	C 2	C 3
平均値	2.3	3.4	4.0	1.6	2.7	3.4	-0.5	-	2.3
最小値	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-	-5
最大値	5	5	5	5	5	5	5	-	5
回答者数	203	212	197	241	238	231	242	-	232

表6-3-3-2 リンパ浮腫ケア技術 - 精神的な負荷



患者像	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3	C 1	C 2	C 3
平均値	2.5	3.4	3.9	1.6	2.6	3.2	-0.5	-	2.3
最小値	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-	-5
最大値	5	5	5	5	5	5	5	-	5
回答者数	203	212	197	241	238	231	242	-	232

表6-3-3-3 リンパ浮腫ケア技術 - 知識・判断の負荷

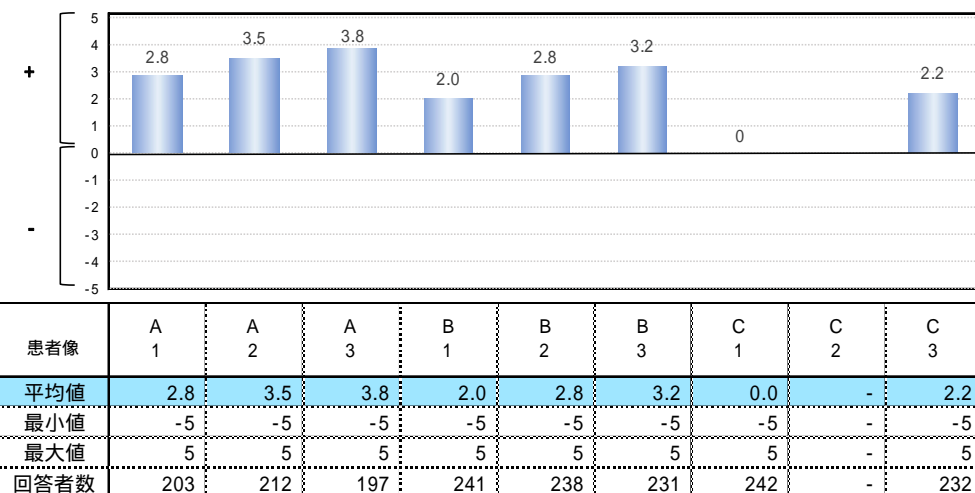


表6-3-3-4 リンパ浮腫ケア技術 - 手技的な負荷

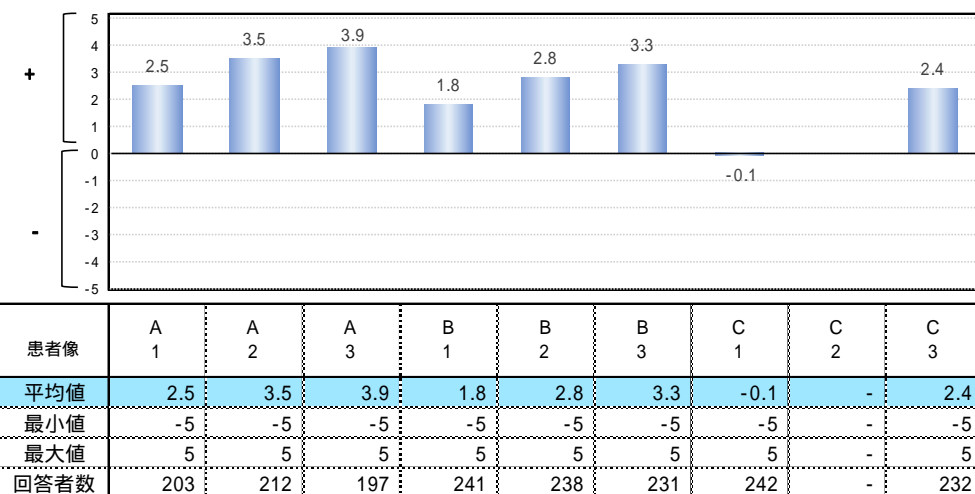
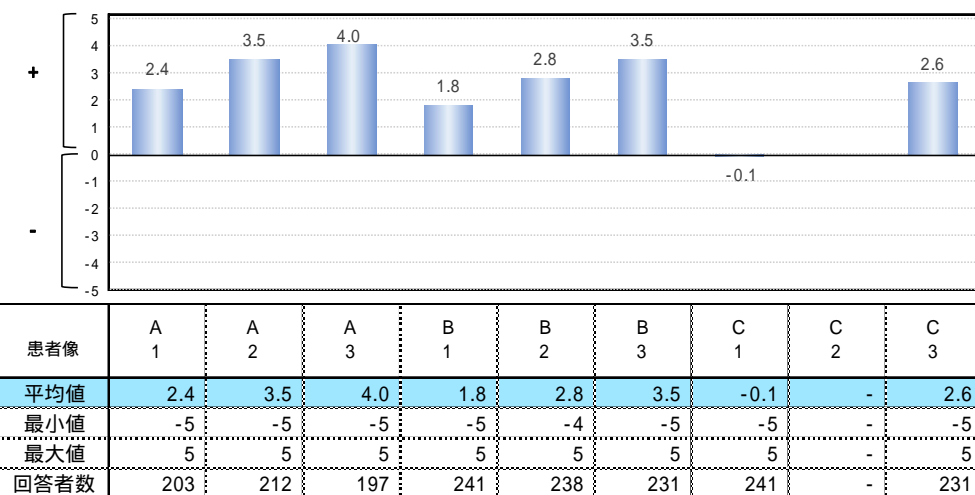


表6-3-3-5 リンパ浮腫ケア技術 - 時間拘束の負荷



4. 3つの看護ケア技術に対する負荷のベースラインとの比較

基本的口腔ケアと比較しての負荷

新卒看護師でも広く実施することが可能なケアの代表として「基本的な口腔ケア技術」をベースラインとして位置づけ、それと比較した、ポジショニングケア、服薬管理ケア、リンパ浮腫ケアに対する看護師の負荷(5項目)を尋ねた。3つのケア項目すべてにおいて、基本的な口腔ケア技術よりも負荷が高いことが示された。ポジショニングケアでは身体的な負荷の得点が最も高く(2.1)、服薬管理ケアでは知識・判断の得点が最も高く(1.8)、リンパ浮腫ケアでは、時間的負荷の得点が最も高かった(2.0)。

表7-1 ポジショニングケア技術 - 基本的口腔ケアと比較しての負荷

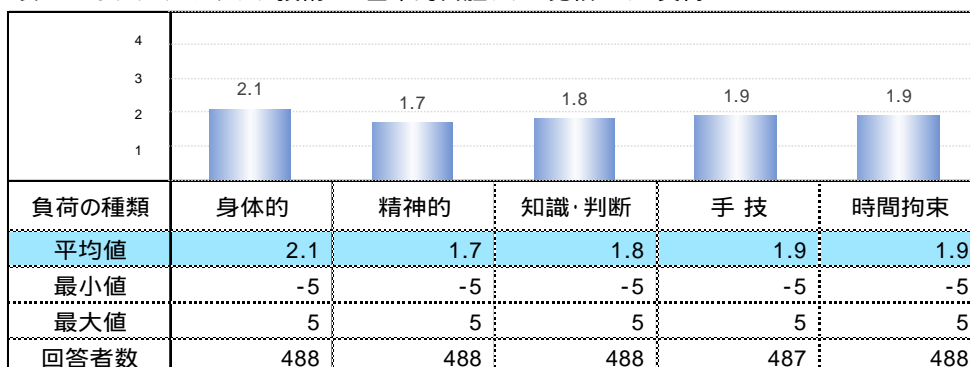


表7-2 服薬管理ケア技術 - 基本的口腔ケアと比較しての負荷

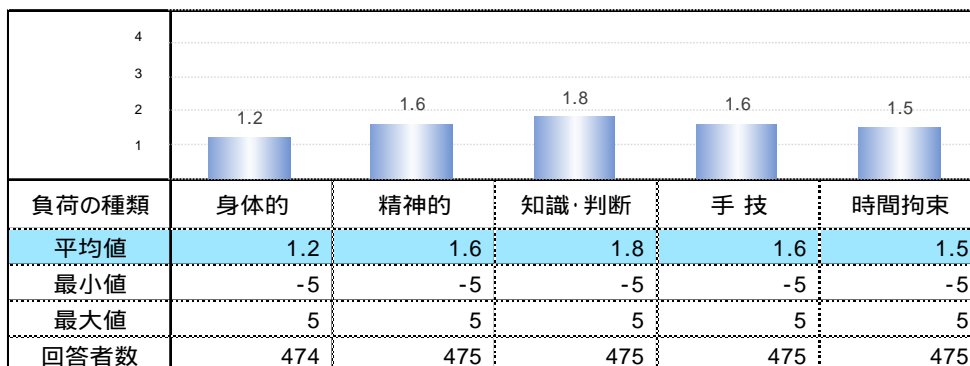
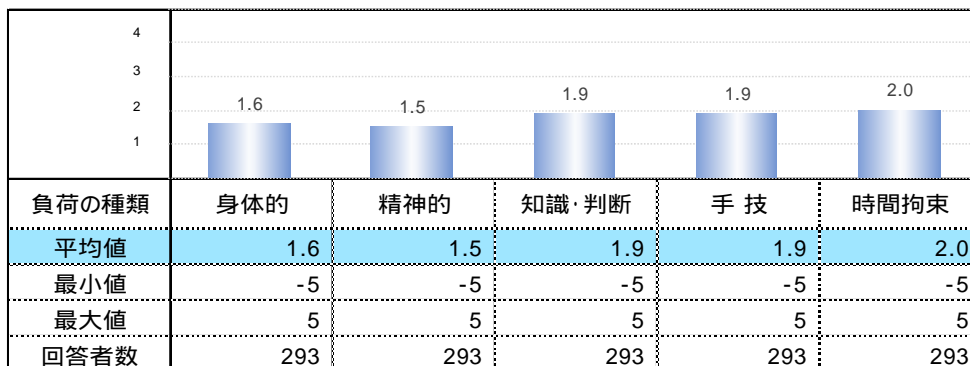


表7-3 リンパ浮腫ケア技術 - 基本的口腔ケアと比較しての負荷



6. 看護ケア技術の体系化

3つの看護ケア技術ごと、患者像ごとに尋ねた看護師の負荷の得点に、4.の結果（ベースラインとの比較）を掛け合わせ、新たな負荷得点として整理した（表9）

表9 看護ケア技術別ベースラインとの比較から算出した新たな看護師の負荷

	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	
	新たな負荷	新たな負荷	新たな負荷	新たな負荷	新たな負荷	新たな負荷
身体的な負荷	2.1		1.2		1.6	
A1	3.4	7.1	2.5	3.0	2.3	3.7
A2	3.9	8.2	2.9	3.5	3.4	5.4
A3	4.4	9.2	3.4	4.1	4.0	6.4
B1	1.4	2.9	1.5	1.8	1.6	2.6
B2	2.4	5.0	2.2	2.6	2.7	4.4
B3	3.4	7.1	2.7	3.2	3.4	5.4
C1	-1.3	-2.6	-0.6	-0.7	-0.5	-0.8
C3	2.4	5.0	1.5	1.8	2.3	3.7
精神的な負荷	1.7		1.6		1.5	
A1	3.9	6.6	3.4	5.4	2.5	3.8
A2	4.2	7.2	3.6	5.8	3.4	5.1
A3	4.6	7.9	3.9	6.3	3.9	5.9
B1	1.7	2.9	2.1	3.4	1.6	2.3
B2	2.6	4.4	2.7	4.3	2.6	4.0
B3	3.2	5.5	3.1	5.0	3.2	4.8
C1	-1.2	-2.0	-0.4	-0.6	-0.5	-0.8
C3	1.9	3.2	1.7	2.8	2.3	3.5
知識・判断の負荷	1.8		1.8		1.9	
A1	4.0	7.2	3.6	6.5	2.8	5.3
A2	4.3	7.7	3.8	6.8	3.5	6.7
A3	4.6	8.3	4.0	7.2	3.8	7.2
B1	2.1	3.7	2.5	4.5	2.0	3.7
B2	2.8	5.0	2.8	5.0	2.8	5.4
B3	3.3	5.9	3.1	5.6	3.2	6.1
C1	-0.8	-1.5	0.0	0.0	0.0	0.0
C3	1.8	3.3	1.5	2.8	2.2	4.1
手技的な負荷	1.9		1.6		1.9	
A1	3.8	7.2	2.9	4.7	2.5	4.8
A2	4.1	7.8	3.3	5.3	3.5	6.7
A3	4.5	8.6	3.7	6.0	3.9	7.5
B1	1.9	3.6	1.8	2.9	1.8	3.4
B2	2.7	5.1	2.4	3.8	2.8	5.4
B3	3.3	6.2	2.9	4.7	3.3	6.3
C1	-0.9	-1.7	-0.3	-0.4	-0.1	-0.2
C3	1.9	3.5	1.7	2.8	2.4	4.5
時間拘束の負荷	1.9		1.6		2.0	
A1	3.7	7.0	2.6	4.2	2.4	4.8
A2	4.1	7.7	3.1	5.0	3.5	7.0
A3	4.4	8.4	3.6	5.8	4.0	8.1
B1	1.7	3.2	1.6	2.6	1.8	3.6
B2	2.6	4.9	2.3	3.7	2.8	5.6
B3	3.3	6.2	2.9	4.6	3.5	7.0
C1	-1.1	-2.0	-0.4	-0.6	-0.1	-0.2
C3	2.2	4.1	2.0	3.2	2.6	5.2

さらに、看護ケア技術ごと患者像別に5つの看護師の負荷得点を合計し、修正負荷得点を算出した。

表10には、修正負荷得点と1日の必要時間(1人の患者への実施に必要な人数×1回の看護ケアに要する時間×1日に実施する回数)を看護ケア技術別に表示し、平均値とSDを一覧した。表11は、修正負荷得点の高値から降順に並べてのランキングとした。

表10 看護ケア技術別、修正負荷得点と1日の必要時間

	修正負荷得点	1日の必要時間(分)
ポジショニングケア A1	35.1	196.7
ポジショニングケア A2	38.6	246.0
ポジショニングケア A3	42.4	339.9
ポジショニングケア B1	16.3	59.6
ポジショニングケア B2	24.3	116.9
ポジショニングケア B3	30.9	198.0
ポジショニングケア C1	-9.9	27.0
ポジショニングケア C2		70.4
ポジショニングケア C3	19.1	145.2
平均	24.6	155.5
S D		94.4
<hr/>		
服薬管理ケア A1	23.8	27.5
服薬管理ケア A2	26.4	35.6
服薬管理ケア A3	29.3	47.4
服薬管理ケア B1	15.2	24.1
服薬管理ケア B2	19.4	30.9
服薬管理ケア B3	23.0	37.0
服薬管理ケア C1	-2.4	15.5
服薬管理ケア C2		23.3
服薬管理ケア C3	13.4	32.7
平均	18.5	30.4
S D		8.7
<hr/>		
リンパ浮腫ケア A1	22.4	29.3
リンパ浮腫ケア A2	30.9	58.3
リンパ浮腫ケア A3	35.1	91.3
リンパ浮腫ケア B1	15.6	22.6
リンパ浮腫ケア B2	24.7	42.9
リンパ浮腫ケア B3	29.6	70.6
リンパ浮腫ケア C1	-2.0	15.4
リンパ浮腫ケア C2		25.1
リンパ浮腫ケア C3	21.0	43.0
平均	22.2	44.3
S D		23.6

表 11 患者像別看護ケア技術の修正負荷得点から見たランキングと 1 日の必要時間

順位		修正負荷得点
1	ポジショニングケア A3	42.4
2	ポジショニングケア A2	38.6
3	ポジショニングケア A1	35.1
4	リンパ浮腫ケア A3	35.1
5	ポジショニングケア B3	30.9
6	リンパ浮腫ケア A2	30.9
7	リンパ浮腫ケア B3	29.6
8	服薬管理ケア A3	29.3
9	服薬管理ケア A2	26.4
10	リンパ浮腫ケア B2	24.7
11	ポジショニングケア B2	24.3
12	服薬管理ケア A1	23.8
13	服薬管理ケア B3	23.0
14	リンパ浮腫ケア A1	22.4
15	リンパ浮腫ケア C3	21.0
16	服薬管理ケア B2	19.4
17	ポジショニングケア C3	19.1
18	ポジショニングケア B1	16.3
19	リンパ浮腫ケア B1	15.6
20	服薬管理ケア B1	15.2
21	服薬管理ケア C3	13.4
22	リンパ浮腫ケア C1	-2.0
23	服薬管理ケア C1	-2.4
24	ポジショニングケア C1	-9.9

修正負荷得点と 1 日の必要時間(分)の相関をみると、0.64 と強い相関を示した (図 4)。
 一方、期待する効果の合計と 1 日の必要時間 (分)の間には関連はなかった (相関係数 :

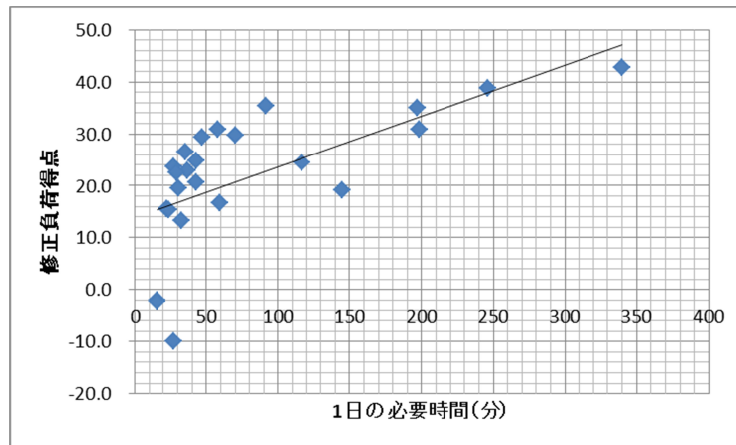


図 4 修正負荷得点と1日の必要時間(分)の分布と回帰直線

-0.01)

D 考察・今後の課題

1. 看護ケア技術を必要とする患者像について

看護技術の体系化を試みた既存の資料においては、患者に関する分類、看護技術に関する分類、またその結果もたらされる成果について、それぞれを体系化する方法での開発が進められている。この研究班でめざした看護ケア技術の体系化は、患者像に対してどのような看護ケア技術がどのように提供されているのかということを含めて評価する方法を検討したいと考えてきた。

そこで、看護ケア技術ごとに、それを必要としている患者の多様な像を可視化して、マトリックス表を作成する方法を見出した。複数の専門家が議論する中で、生命の危機度とセルフケア依存度の2軸でそれを書き分けることができることにたどり着くことができた。今後は、マトリックス表の作成過程にある看護ケア技術についてはさらに洗練させ、日常的に看護師が臨床現場で実践している看護ケア技術の体系化を進めていく必要がある。

進めるにあたっては、生命危機度、セルフケア依存度ともに多義性であるため、最も患者のありようが明確にイメージされることのできる表現について更なる工夫が必須である。

2. 看護ケア技術の価値の評価について

看護ケア技術の価値を患者像別に「看護師が期待する効果」と「看護師の負荷」の2つの要素で測ることを試みた。緒方ら(2005)が取り組んだ看護サービスの相対的価値づけ

に関する研究は、看護ケアの「仕事の大変さ」を 時間、 精神的活動、 身体的疲労の 3 要素で説明できるとしたが、今回の結果からは、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。

病院での看護師配置が手厚い病棟は、集中治療室など患者の生命の危機、セルフケア依存度のいずれも最も高い患者像をケアしている病棟である。手厚い配置はそれだけ患者一人当たりの看護ケア提供時間が長いことを意味する。しかしながら、生命危機度、セルフケア依存度が極端に高くないでも、看護ケア技術の複合的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を今回のデータから読み取ることができた。「リンパ浮腫ケア技術」はそういう意味において、生命危機度はさほど高くはないが、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は、留意すべき課題が 2 点ある。一つは、看護師が期待する効果について 6 項目の質問をしているが、3 項目ずつ、類似した結果を示したことに関連する。すなわち、看護師が期待する効果は、「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。二つめには、看護師の負荷について、5 項目とも類似した結果が得られたことから、負荷の内容を細分化して尋ねるのではなく、総合的な負荷として項目数を絞って質問してもよいのではないかということである。今回、2 次調査票の構造が、パターン化した回答につながり易かったということも含めて、次回以降の調査票の検討が必要である。

3 . 看護ケア技術の体系化について

看護ケア技術を必要としている患者像は多様であり、看護師は、その患者像に配慮しながらいくつもの効果を期待してそれを実践している。今回は、患者のセルフケア依存度の中に、日常生活動作の自立性やコミュニケーション能力の自立性、自己決定能力の自立性など多様なセルフケア能力の要素を盛り込んでセルフケア依存度としていたため、一つの患者像の中にも複数の要因が重なり合う患者像が想定され、結果が混在してしまった可能

性がある。今回は、実践する看護師の負荷を切り口として体系化を試みたわけであるが、看護師の負荷に関する得点の分布がパターン化されている回答から算出された可能性を加味して考えると、子どもも大人も高齢者も含めた患者像を想定して患者像をイメージすることの限界があることを考えておかなければならない。

臨床現場で課題となるのは、説明に時間を要する患者、コミュニケーションの工夫を要する患者など、コミュニケーションや自己決定に関するセルフケア能力に配慮が必要な患者に対して十分時間をかけて関わることができない、あるいは時間をかけたとしても診療報酬上の評価がなされていないのではないかという点である。今後、高齢化の更なる進展と認知症患者の増大に伴い、患者とコミュニケーションをとること自体に十分な配慮が必要な患者の急増を想定し、たとえば、認知症患者を想起させる患者像を作り、それに対して看護ケア技術の価値を比較して体系化することについても検討し、看護を必要としている患者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が示された。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 定義と分類 2012-2014,医学書院 .

Ⅱ．資料

- ・【資料 1】 専門家会議依頼文書
- ・【資料 2】 プレテスト依頼文書
- ・【資料 3 - 1】 プレテスト調査票表紙
- ・【資料 3 - 2】 プレテスト調査票用マトリックス
- ・【資料 3 - 3】 プレテスト回答用紙
- ・【資料 4】 2 次調査依頼文書
- ・【資料 5 - 1】 調査方法説明書（医療機関用）
- ・【資料 5 - 2】 調査票
- ・【資料 5 - 3】 回答用紙

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 .