

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 総合研究報告書

(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（２）

平成 24 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
～医療・看護技術評価指標の検討と体系化すべき看護ケア技術項目の抽出～（６）

平成 25 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
～看護ケア技術を提供する患者像の検討～（１２）

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～（３２）

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 総合研究報告書
(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

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

目次

はじめに.....	1
概要.....	2
平成 24 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	
~ 医療・看護技術評価指標の検討と体系化すべき看護ケア技術項目 の抽出 ~	5
平成 25 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 に向けた研究	
~ 看護ケア技術を提供する患者像の検討 ~	11
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 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 ~	31

共通事項

1. 用語の定義

本研究における「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）

2. 研究組織

3か年の本研究において、本研究に携わった研究者及び研究協力者を下記に記す。

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)

柳井 晴夫 (聖路加国際大学)

研究協力者

石井 由美子 (国立成育医療研究センター)

大野 由里子 (前 看護系学会等社会保険連合 事務局)

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)

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ため、看護系学会・団体からの理解・協力を得て行われた。

平成 24 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

～医療・看護技術評価指標の検討と体系化すべき看護ケア技術項目の抽出～

研究要旨：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したところ、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。看護系学会等社会保険連合の加盟学会・団体を対象に調査を行い(一次調査)、体系化すべき看護ケア技術項目、171項目を抽出した。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。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。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。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。

A. 研究目的

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。本研究の初年度である平成24年度は、看護系学会等社会保険連合加盟学会・団体と協同し、診療報酬の適正評価を

行うための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・医療費原価等による評価指標を検討することを目的とした。

B. 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、わが国に应用可能な医療・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。

・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.

・体系化すべき看護ケア技術の抽出

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。

- ・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・団体に検討した結果を回答するよう依頼した。
- (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。

C. 研究結果

・文献検討

文献検討の結果、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。

・体系化すべき看護ケア技術の抽出結果

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。

・「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。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った。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った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 - ．日本臨床内科医会誌,25(5) ．

平成 25 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 ～看護ケア技術を提供する患者像の検討～

研究要旨：

H25 年度は、抽出された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。看護ケアを提供する患者像を検討し、「生命の危機度」と「セルフケア依存度」の 2 軸を用いた 9 つのマトリックスを用いたうえで、技術難易度・アウトカム・人件費等の評価指標による、看護ケア技術の価値を評価の妥当性の検討するためのプレテスト（第 1 回目）を実施した。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、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人数や時間、予防効果、負荷の関連について質問紙を用いて調査を行った。その結果、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り、1 日を通じ断続的に提供されるケアにおいては、ケアに必要な時間や負荷を算出及び回答することが困難であり、今後二次調査に向け調査票の検討が必要であることが明らかとなった

A：研究目的

平成 24 年度に実施した一次調査で抽出された 171 看護ケア技術のうち便宜的に選択した 4 看護ケア技術について「生命危険度」及び「セルフケア依存度」の 2 軸を用いた患者像及び、技術難易度・アウトカム・医療費原価による評価指標の妥当性の検討を行った。

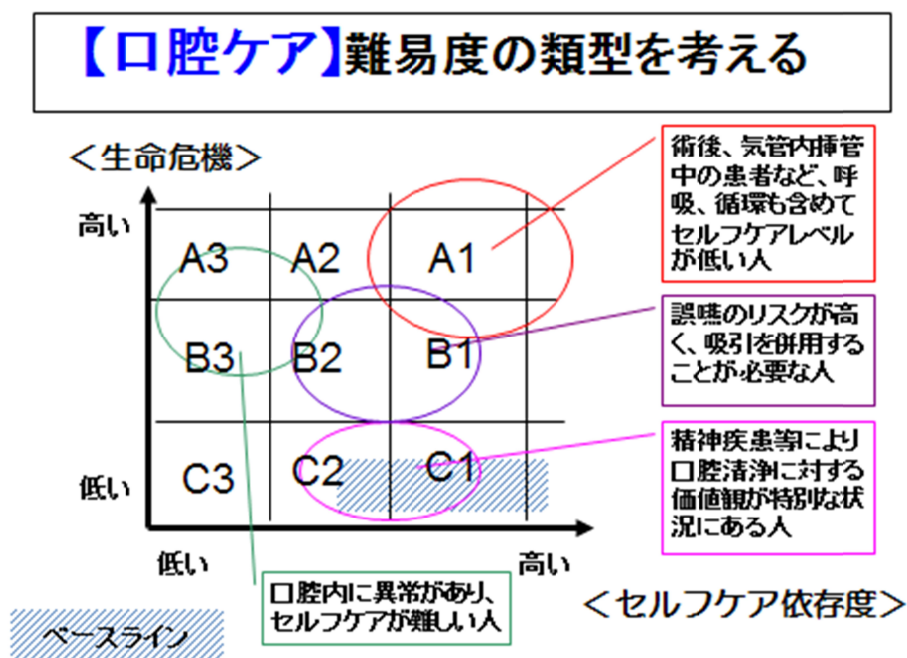
B：方法と対象

1．調査票の作成

抽出された看護ケア技術について、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調査票を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。作成にあたっては、昨年度作成したマトリックスを一部修正し、図 1 のように整理したも

のを用いた。プレテストであるため、全ての看護ケア技術を扱うのではなく、マトリックス上いくつかの患者像（A1,A2,B2,C1）を取り上げて、質問紙を構成することとした。以下には作成したプレテスト用質問紙の内容を示す。

図1 口腔ケアの患者像を例にした患者像マトリックス



1) フェイスシート

年齢、性別、臨床経験年数、経験した部署と経験年数、調査対象看護ケア技術の実施経験の有無について質問した。

2) 看護ケア技術に関する質問

(1) 調査対象看護ケア技術の記述

調査対象の看護ケア技術はワーキンググループで便宜的に選択し、4看護ケア技術とした。これらの看護ケア技術は生命危機度・セルフケア依存度マトリックスで同じセルにならないよう患者像・看護ケア技術を記述した。

A1の患者像：人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術

患者像：70歳の男性患者。肺炎増悪のため、経口挿管による人工呼吸器管理を行っているが、抜管にむけ鎮静はされていない。現在の意識レベルはJCS-1。せん妄スクリーニングで幻視等の兆候が見られたが、今のところ、

点滴や挿管チューブの自己抜去などの危険行動は見られていない。

看護ケア技術：せん妄状態の定期的なアセスメント・療養環境の調整（昼夜逆転予防のため日中の覚醒を促す、夜間の見守りなど）・本人・家族への説明・他部門との連携調整（医師・薬剤師との薬剤投与に関する連携、リハビリ部門との連携など）・薬物療法

A2 の患者像：せん妄予防ケア技術

患者像：70 歳の女性患者。食道癌術後で無気肺を発症、経口挿管による人工呼吸器管理（鎮静中）を行っている。痰が非常に多い状態。

看護ケア技術：呼吸状態のアセスメント・痰の貯留状態のアセスメントに基づく効果的で安全な吸引・定期的な体位変換、体位ドレナージ・口腔ケア・挿管チューブおよび人工呼吸器回路の管理・適切な鎮静管理

B2 の患者像：転倒転落予防ケア技術

患者像：85 歳の女性、肺炎のため抗生剤治療中、全身状態は安定しており、意識は清明。下肢筋力の低下があり、杖を使用した歩行訓練を行っている。歩行時にふらつきがあり、看護師の見守り下での歩行が許可されているが、1 人でトイレへ行きたがっている。

看護ケア技術：筋力・歩行状態のアセスメント・環境調整（履物の工夫・手すりの設置・シャワー室等の床の水を拭く・トイレに近い部屋など病室の配置の工夫）・動作時にタイミングよく声をかけ、見守る。・時間ごとに排泄を促す。その際の移動の介助・筋力低下予防のためのプログラムへの参加・寝たきり予防のため歩行を促す

C1 の患者像：嚥下障害の食事介助技術

患者像：75 歳の男性、脳出血後リハビリ期の患者で、利き手側の半身麻痺と高次脳機能障害がある。座位保持と、摂食用具を自立して使用することが困難である。また食事のペースがつかめず、嚥下する前に次の食べ物を口に詰め込む動作がみられ、しばしばむせている。嚥下機能には障害はない。

看護ケア技術：食事摂取機能のアセスメント・食事用具および食事形態の選択・食事のセッティング、体位の工夫・摂食力向上の援助（食べ物をすくったら口まで支える、こぼしたものの片付けなど）・環境調整（食事

に興味を持ち、専心できるように)

(2) 評価スケール

- ・技術難易度：技術難易度は看護ケアを提供する看護師の負担度として、身体的負荷・精神的負荷・知識判断負荷・手技的負荷・時間拘束負荷 5 項目とし、「極めて小さい」から「極めて大きい」の Visual Analogue Scale : VAS とした。難易度の比較対象には、新卒看護師であっても広く実施されていると考えられる生命危機度の高くない患者への口腔ケア技術を用い、それを【基準とする看護ケア技術】として患者像・看護ケア技術を記述した。分析の際には、この口腔ケアと比べて「極めて小さい」を -5、「極めて大きい」を +5、「基準ケア技術と同等」を 0 とし、0.5 刻みで処理した。

【基準とする看護ケア技術】

患者像：83 歳、脳梗塞にて点滴加療中の患者。意識および呼吸状態に異常はない。利き手側半身麻痺で端坐位保持は困難である。口腔内に異常はなく、咳嗽は可能である。

看護ケア技術：呼吸・口腔内・ADL のアセスメント・誤嚥しないような姿勢に整え、看護師が口腔内を観察しながらブラッシングを行う・寝衣が汚れないようにガーグルベイスンを口元にあて、うがいと水の吐き出しを援助する。

- ・アウトカム：アウトカムは看護ケア技術の成果とし、重症予防効果・合併症予防効果・苦痛緩和効果・QOL の改善効果・社会復帰の促進効果・在院日数の短縮効果の 6 項目と自由回答欄を設け、評価は「極めて低い」から「極めて大きい」の 5 段階リッカートスケールとした。
- ・医療費原価等：医療費原価等は看護ケア技術を提供するのに必要なコストとし、1 人の患者に実施するのに必要な看護師の人数、1 回の看護ケアに必要な時間、1 日に実施する回数を質問した。

3) プレテスト調査票への意見に関する質問

二次調査票作成のため、プレテスト調査票への意見を記載する欄を設けた。患者像の設定のわかりやすさ・技術の表現は、医療現場での実施内容を反映しているものであったか・記入のしやすさ、表現のわかりやすさについて質問した。わかりにくいと回答した場合は、具体的内容を記載してもらった。

2 . データ収集期間

平成 25 年 12 月 7 日

第 33 回日本看護科学学会学術集会交流集会において、演題番号 K23「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 .」の発表時間内とした。

3 . データ収集方法と手順

- 1) 調査票は第 33 回日本看護科学学会学術集会交流集会 K23「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 .」の参加者に配布した。
- 2) 調査票記入にあたっては、初めに本研究の目的・意義・研究経過を説明した上で、調査票記入について説明し質疑応答の時間も設けた。
- 3) 回収は、回答者から会場内の回収箱に直接提出とした。調査票の提出をもって研究への同意と解釈した。
- 4) プレテストの標本数は会場収容人数の 120 名とした。

4 . 分析方法

コンピューター統計パッケージ IBM SPSS Statistics を用いて分析した。

- 1) 回答者の属性について、基本統計量を算出した。
- 2) 看護ケア技術に関する項目について 4 つの看護ケア技術それぞれで、基本統計量を算出した。
- 3) 看護ケア技術提供の難易度とアウトカム、医療費原価等の相関係数を 4 つの看護ケア技術それぞれで算出した。
- 4) 自由記述については内容を整理した。

5. 倫理的配慮

プレテストでは、調査対象者に、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した。質問し配布時に説明した内容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した。
- ・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。

C. 研究結果

第33回日本看護科学学会交流集会演題K23の参加者120名に調査票を配付したところ、92名より回答が得られた（回収率76.7%）。

1. 回答者の属性

1) 性別

女性83名（90.2%）、男性5名（5.4%）、回答なし4名（4.3%）であった。

2) 年齢

年齢は50代が最も多く36名（39.1%）であった。また40代28名（30.4%）、30代16名（17.4%）、60代以上5名（5.4%）、20代3名（3.3%）、回答なし4名（4.3%）であった。

3) 臨床経験年数

臨床経験年数は、平均17.97年であり、最大値は35年、最小値は1年であった。

4) 調査対象看護ケア技術の経験の有無

せん妄予防ケア技術を経験したと回答した者は67名（72.8%）、人工呼吸器関連肺炎

予防ケア技術を経験したと回答した者は 64 名 (69.6%)、転倒転落予防ケア技術を経験したと回答した者は 79 名 (85.9%)、嚥下障害のある患者の食事介助技術を経験したと回答した者は 75 名 (81.5%) であった。

2. せん妄予防ケア

1) せん妄予防ケア技術の効果

せん妄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在院日数の短縮効果であり、平均値 4.37、標準偏差 0.717 であった (表 1)。一方、平均値が最も

表1 せん妄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	65	23	35.4	26	40.0	9	13.8	0	0.0	0	0.0	7	10.8	4.24	0.709
合併症予防効果	65	22	33.8	26	40.0	9	13.8	0	0.0	0	0.0	8	12.3	4.23	0.708
苦痛緩和効果	65	16	24.6	22	33.8	16	24.6	2	3.1	0	0.0	9	13.8	3.93	0.850
QOLの改善効果	65	21	32.3	26	40.0	8	12.3	1	1.5	0	0.0	9	13.8	4.20	0.749
社会復帰の促進効果	65	22	33.8	29	44.6	6	9.2	1	1.5	0	0.0	7	10.8	4.24	0.709
在院日数の短縮効果	65	28	43.1	24	36.9	5	7.7	1	1.5	0	0.0	7	10.8	4.36	0.718

低かったものは苦痛緩和効果であり、平均値 3.95、標準偏差 0.847 であった。

2) せん妄予防ケア技術の実施に必要な人数・時間

せん妄予防ケア技術を 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 1.72 人、標準偏差 1.09 であり、最大値は 8 人、最小値は 1 人であった (表 2)。また 1 回の看護ケアに必要な時間は平均 18.16 分、標準偏差 12.49、最大値 60 分、最小値 2.5 分であった。さらに、1 日に実施する回数は平均 11.41 回、標準偏差 8.86、最大値 24 回、最小値 1 回であった。

表2 せん妄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)	55	10	94.5	1.72	1.18	1.09	8	1
1回の看護ケアに必要な時間(分)	47	18	853.5	18.16	155.98	12.49	60	2.5
1日に実施する回数(回)	45	20	513.5	11.41	78.46	8.86	24	1

3) せん妄予防ケア技術における看護師の負荷の程度

せん妄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 2.93、標準偏差 2.64 であった(表3)。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 1.92、標準偏差 16.10 であった。

表3 せん妄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	59	6	113.5	1.92	2.60	16.10	5.0	-2.0
精神的な負荷	60	5	170.0	2.83	3.26	1.81	5.0	-2.0
知識・判断の負荷	59	6	173.0	2.93	2.64	1.63	5.0	-3.0
手技的な負荷	59	6	121.0	2.05	2.85	1.69	5.0	-3.0
時間拘束の負荷	59	6	154.5	2.62	2.91	1.71	5.0	-3.0

4) せん妄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

せん妄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4)。相関係数が5%水準で有意であ
ったものは必要な看護師の人数と「重症予防効果」の関連、「時間拘束負荷」と「合併
症予防効果」の関連、「必要な看護師の人数」と「合併症予防効果」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、「手技的な負荷」と「在院日数の短縮効果」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「QOLの改善効果」との関連、「時
間拘束の負荷」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、「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、
「時間拘束の負荷」と「社会復帰の促進効果」の関連、「時間拘束の負荷」と「在院日
数の短縮効果」の関連であった。

表4 せん妄予防ケア技術の

		重症予防 効果	合併症予 防効果	苦痛緩和 効果	QOLの改 善効果	社会復帰 の促進効 果	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	57	56	55	55	57	57	54	46
	相関係数	0.201	0.223	0.032	0.146	0.382	0.256	-0.079	0.114
	P値	0.133	0.099	0.818	0.286	0.003	0.054	0.568	0.450
	有意性判定					[**]			
精神的な負荷	分析有効データ	58	57	56	56	58	58	55	47
	相関係数	0.140	0.192	0.171	0.158	0.359	0.278	-0.005	0.018
	P値	0.294	0.153	0.209	0.245	0.006	0.034	0.972	0.906
	有意性判定					[**]	[*]		
知識・判断の負荷	分析有効データ	57	56	55	55	57	57	54	46
	相関係数	0.108	0.104	0.133	0.379	0.411	0.306	-0.128	-0.098
	P値	0.426	0.444	0.333	0.004	0.002	0.021	0.357	0.516
	有意性判定				[**]	[**]	[*]		
手技的な負荷	分析有効データ	57	56	55	55	57	57	54	46
	相関係数	0.249	0.234	0.112	0.202	0.399	0.267	0.125	0.102
	P値	0.062	0.083	0.415	0.139	0.002	0.045	0.367	0.500
	有意性判定					[**]	[*]		
時間拘束の負荷	分析有効データ	57	56	55	55	57	57	54	46
	相関係数	0.175	0.282	0.210	0.349	0.463	0.367	0.074	0.077
	P値	0.194	0.035	0.124	0.009	0.000	0.005	0.592	0.611
	有意性判定		[*]		[**]	[**]	[**]		
必要な看護師の人数	分析有効データ	53	52	51	52	53	53		
	相関係数	0.318	0.303	0.138	0.072	0.091	0.045		
	P値	0.020	0.029	0.335	0.611	0.516	0.747		
	有意性判定	[*]	[*]						
1回に要する時間	分析有効データ	45	44	44	44	45	45		
	相関係数	0.030	0.154	-0.019	0.020	0.039	-0.005		
	P値	0.845	0.317	0.901	0.900	0.799	0.973		
	有意性判定								
1日の実施回数	分析有効データ	43	42	41	42	43	43		
	相関係数	-0.088	-0.102	0.138	0.009	-0.076	0.032		
	P値	0.576	0.520	0.389	0.956	0.628	0.838		
	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。

3. 人工呼吸器関連肺炎予防ケア

1) 人工呼吸器関連予防ケア技術の効果

人工呼吸器関連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合併症予防効果であり、平均値 4.91、標準偏差 0.348 であった（表 5）。一方、平均値

表 5 人工呼吸器関連肺炎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	62	50	80.6	3	4.8	2	3.2	0	0.0	0	0.0	7	11.3	4.87	0.433
合併症予防効果	62	51	82.3	3	4.8	1	1.6	0	0.0	0	0.0	7	11.3	4.91	0.348
苦痛緩和効果	62	32	51.6	16	25.8	7	11.3	0	0.0	0	0.0	7	11.3	4.45	0.715
QOLの改善効果	62	31	50.0	15	24.2	8	12.9	0	0.0	0	0.0	8	12.9	4.43	0.742
社会復帰の促進効果	62	31	50.0	19	30.6	4	6.5	1	1.6	0	0.0	7	11.3	4.45	0.715
在院日数の短縮効果	62	35	56.5	17	27.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	14.5	4.60	0.689

が最も低かったものは QOL の改善効果であり、平均値 4.43、標準偏差 0.742 であった。

2) 人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術の実施に必要な人数・時間

人工呼吸器関連肺炎予防ケア技術を 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 1.98 人、標準偏差 0.69 であり、最大値は 6 人、最小値は 1 人であった（表 6）。また 1 回の看護ケアに必要な時間は平均 21.89 分、標準偏差 13.52、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 17.03 回、標準偏差 11.05、最大値 48 回、最小値 1 回であった。

表 6 人工呼吸器関連肺炎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)	50	12	99	1.98	0.69	0.83	6	1
1回の看護ケアに必要な時間(分)	48	14	1050	21.89	182.7	13.52	60	3
1日に実施する回数(回)	46	16	783.5	17.03	122.02	11.05	48	1

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」の関連、「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

		重症予 防効果	合併症 予防効果	苦痛緩 和効果	QOLの 改善効果	社会復 帰の促進 効果	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 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
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」の関係、「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」の関係、「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」の関係、「知識・判断の負荷」と「QOL
の改善効果」の関係、「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

	重症予 防効果	合併症 予防効果	苦痛緩 和効果	QOLの 改善効果	社会復 帰の促進 効果	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
	相関係数	0.174	0.233	0.208	0.298	0.381	0.352	0.033
	P値	0.143	0.051	0.080	0.011	0.001	0.003	0.788
	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
	相関係数	0.235	0.377	0.300	0.393	0.328	0.327	0.028
	P値	0.047	0.001	0.011	0.001	0.006	0.006	0.823
	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
	相関係数	0.212	0.265	0.359	0.320	0.291	0.356	0.245
	P値	0.075	0.027	0.002	0.007	0.015	0.003	0.046
	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
	相関係数	0.046	0.162	0.283	0.236	0.246	0.226	0.243
	P値	0.706	0.181	0.017	0.050	0.042	0.064	0.047
	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
	相関係数	0.111	0.215	0.213	0.313	0.263	0.222	0.018
	P値	0.354	0.072	0.072	0.008	0.028	0.067	0.885
	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

		重症予 防効果	合併症 予防効果	苦痛緩 和効果	QOLの 改善効果	社会復 帰の促進 効果	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。

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 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」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」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」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

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。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。

技術名 →

**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**

図2 ポジショニングケア技術 患者像マトリックス

※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。

A 体動が生命に、影響を及ぼす危険がある	生命危険度 高	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		
		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、ルンパール、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		
		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		
B 体動制限があり、 症状が不安定	生命危険度 低	セルフケア依存度 低				
C 体動制限がなく 症状が安定している		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割合概ね0~20%)			2. 介助あり(ADLあるいは判断に介助を要する割合概ね20~70%)		3. 全介助(ADLあるいは判断に介助を要する割合概ね70~100%)	

技術名 →

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。

<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 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変わらない薬剤又は急激に身体に</p>	<p>高</p>	<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>
	<p>中</p>	<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、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>低</p>	<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>
<p>セルフケア依存度 低</p>		<p>セルフケア依存度 高</p>		
<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。

生命危険度 高 生命危険度 低	A リンパ浮腫による重症感染	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>蜂窩織炎ができており、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ある	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

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 20 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 20 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。

2. 看護ケア技術毎の結果

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21-1-1-1 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

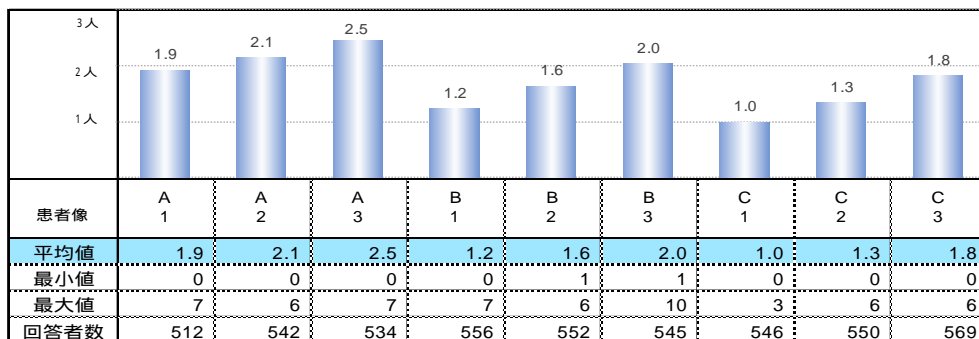


表21-1-1-2 ポジショニングケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

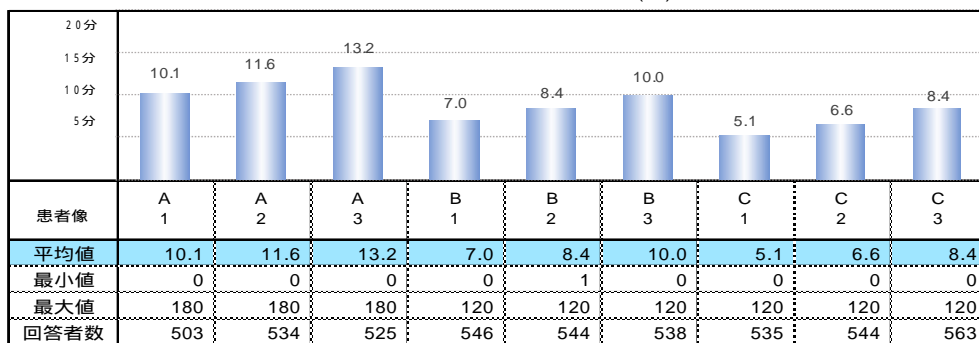
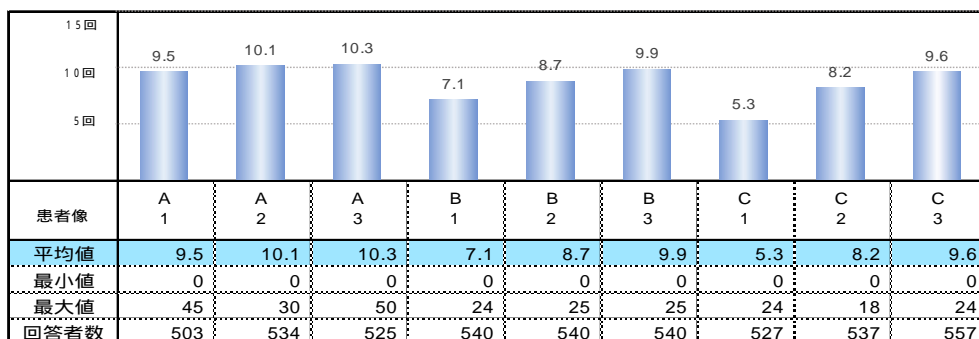


表21-1-1-3 ポジショニングケア技術 - 1日に実施する回数



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21-1-2-1 ポジショニングケア技術－重症予防効果

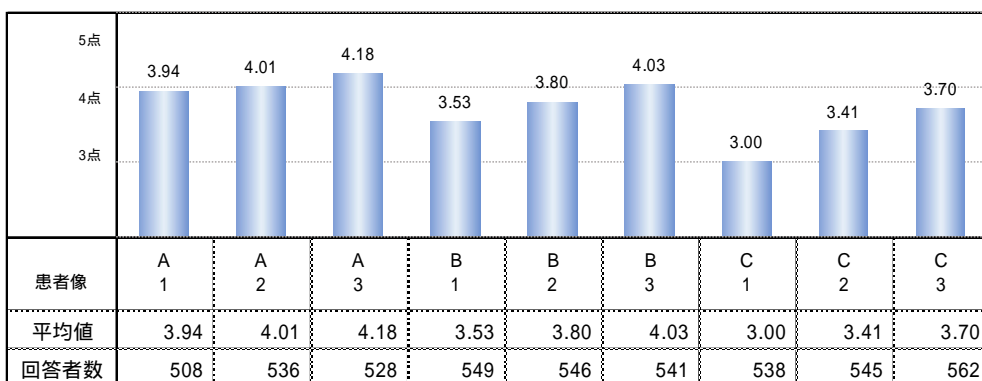


表21-1-2-2 ポジショニングケア技術－合併症予防効果

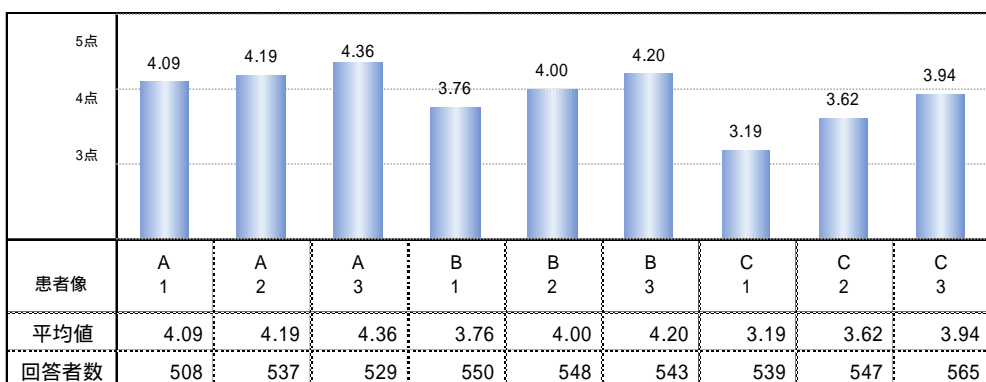


表21-1-2-3 ポジショニングケア技術－苦痛緩和効果

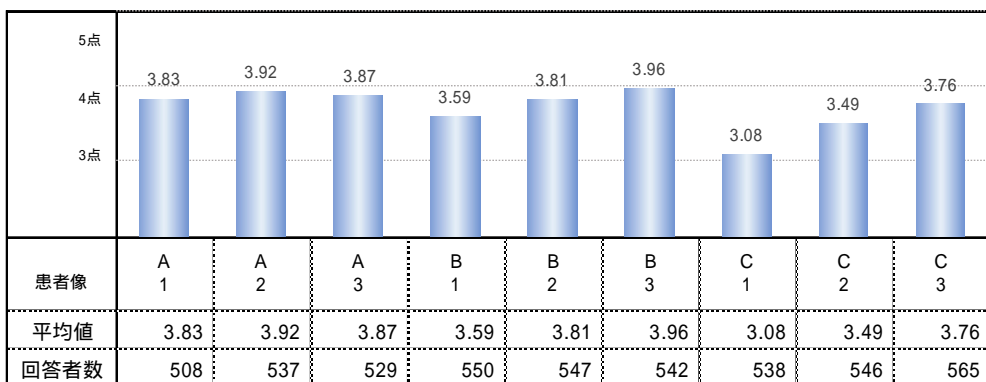


表21-1-2-4 ポジショニングケア技術 – QOLの改善効果

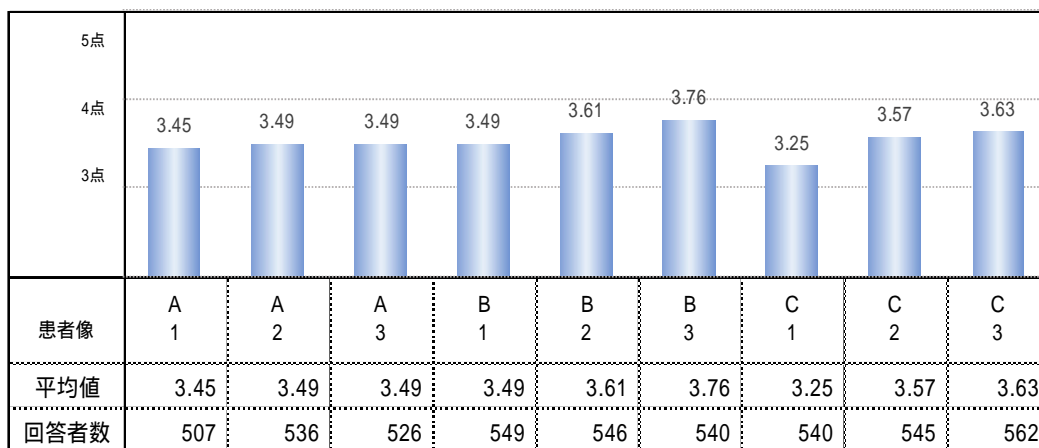


表21-1-2-5 ポジショニングケア技術 – 社会復帰の促進効果

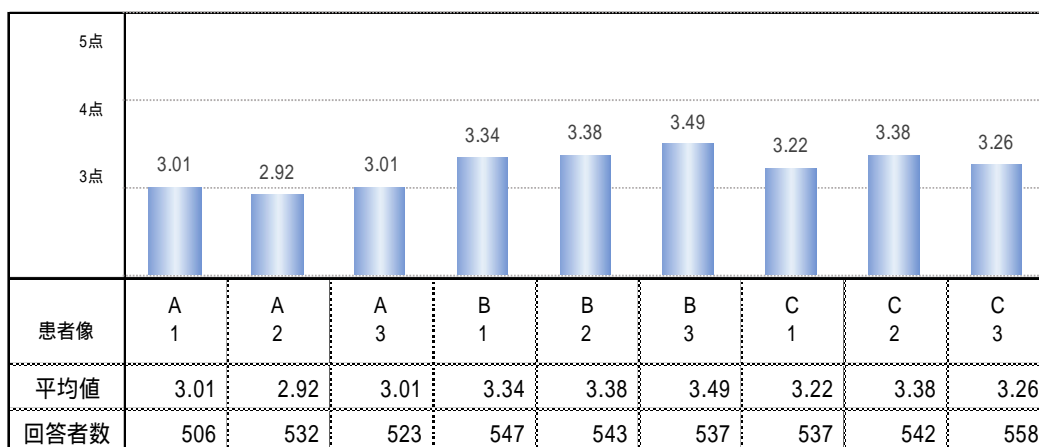
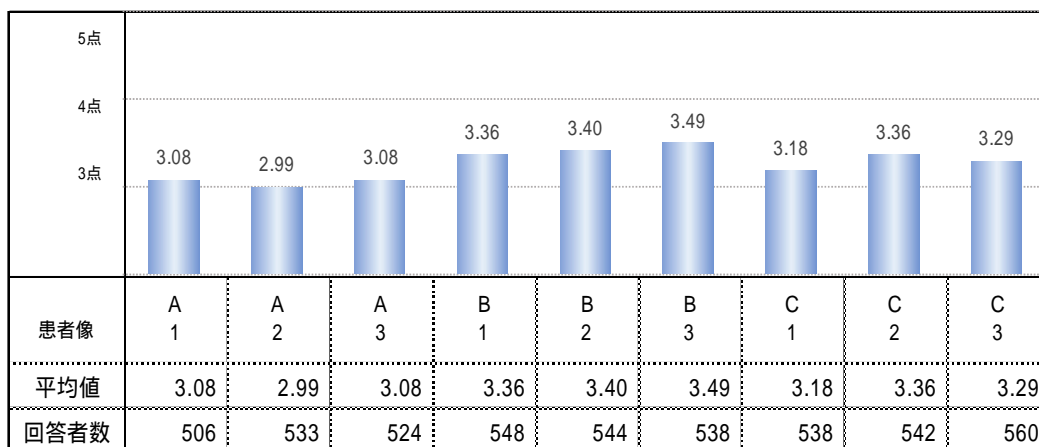


表21-1-2-6 在院日数の短縮効果



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21-2-1-1 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

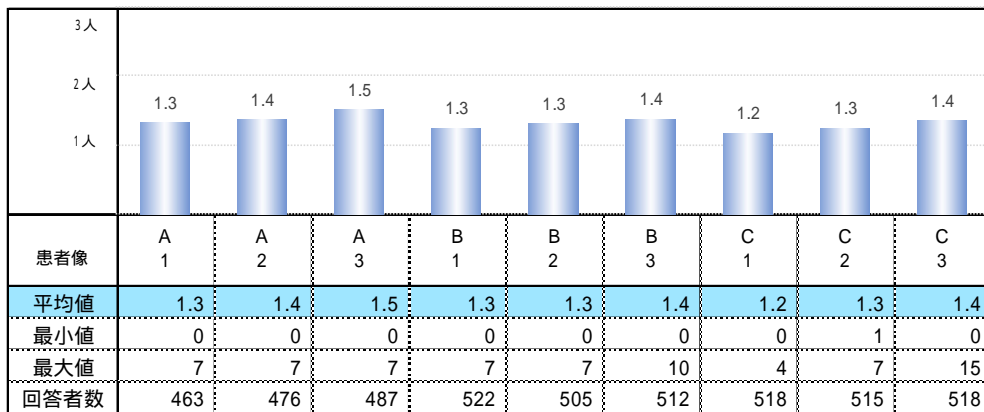


表21-2-1-2 服薬管理ケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

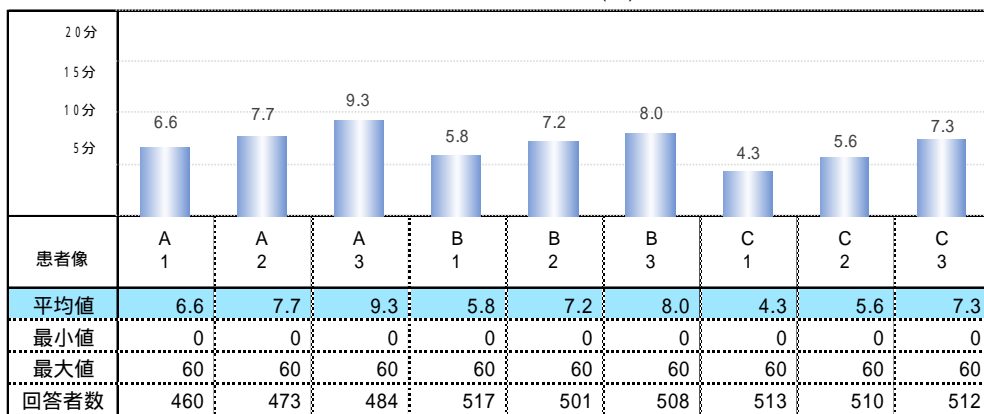
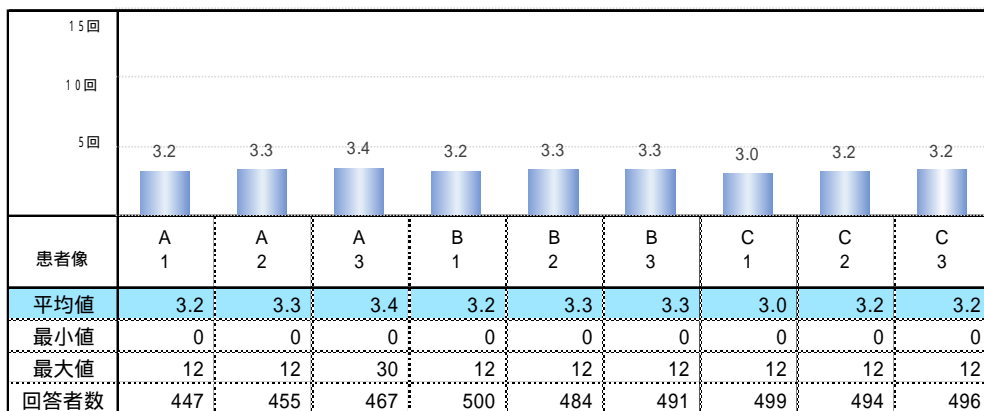


表21-2-1-3 服薬管理ケア技術 - 1日に実施する回数



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21-2-2-1 服薬管理ケア技術－重症予防効果

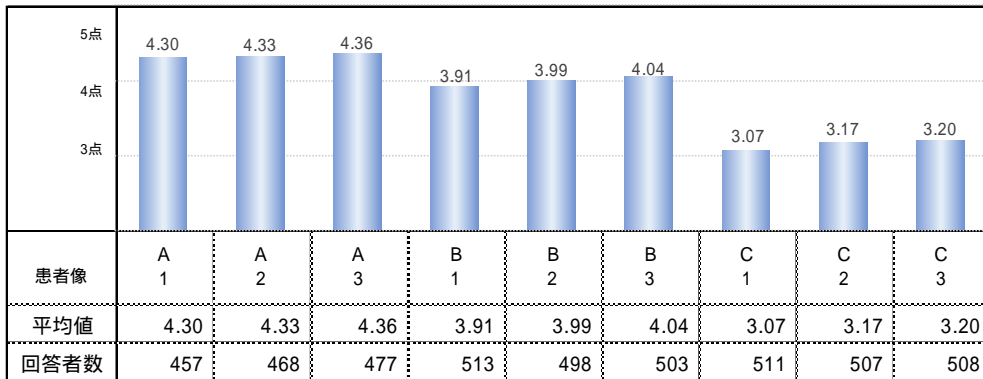


表21-2-2-2 服薬管理ケア技術－合併症予防効果

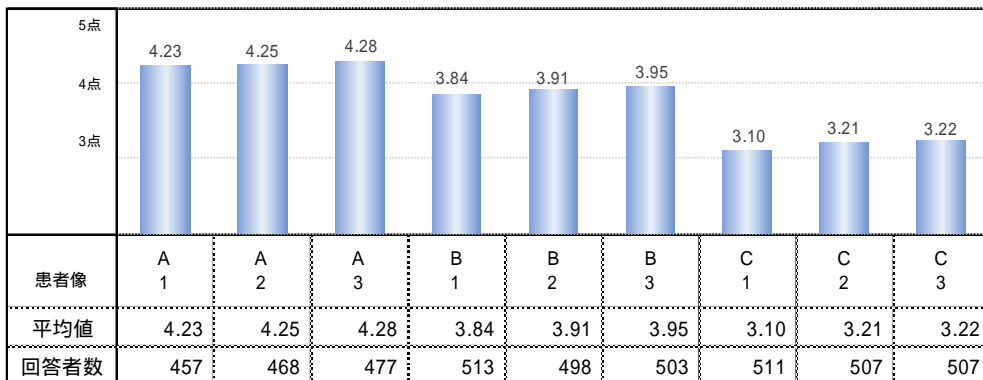


表21-2-2-3 服薬管理ケア技術－苦痛緩和効果

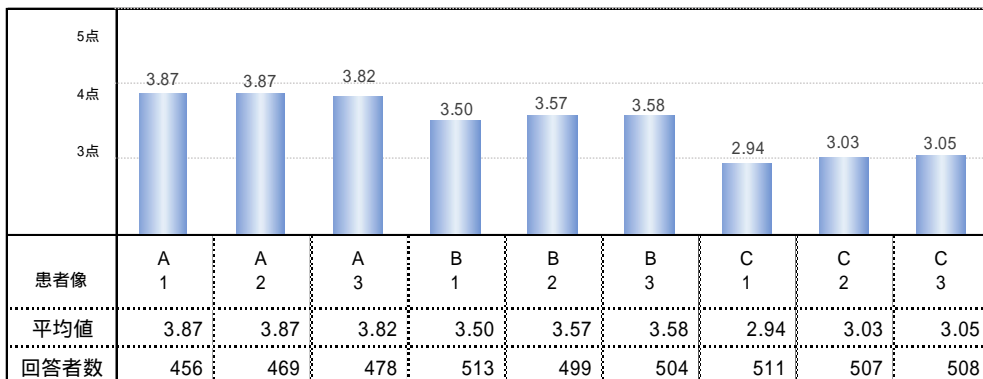


表21-2-2-4 服薬管理ケア技術 - QOLの改善効果

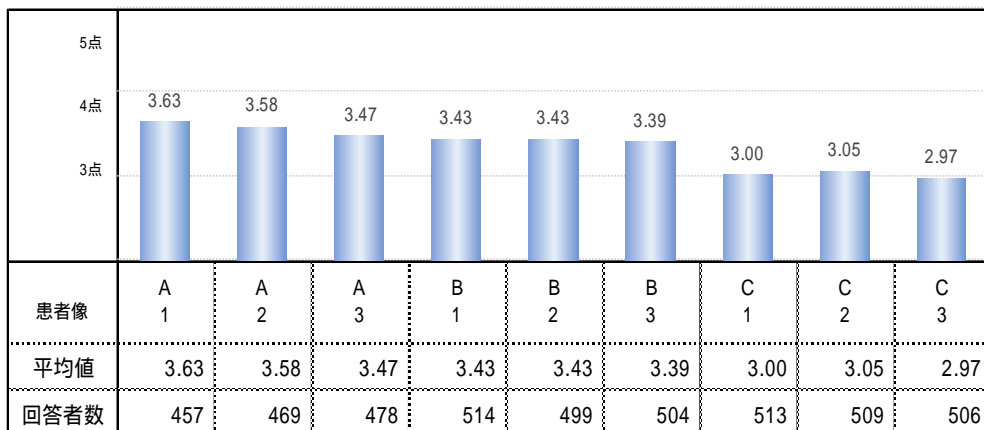


表21-2-2-5 服薬管理ケア技術 - 社会復帰の促進効果

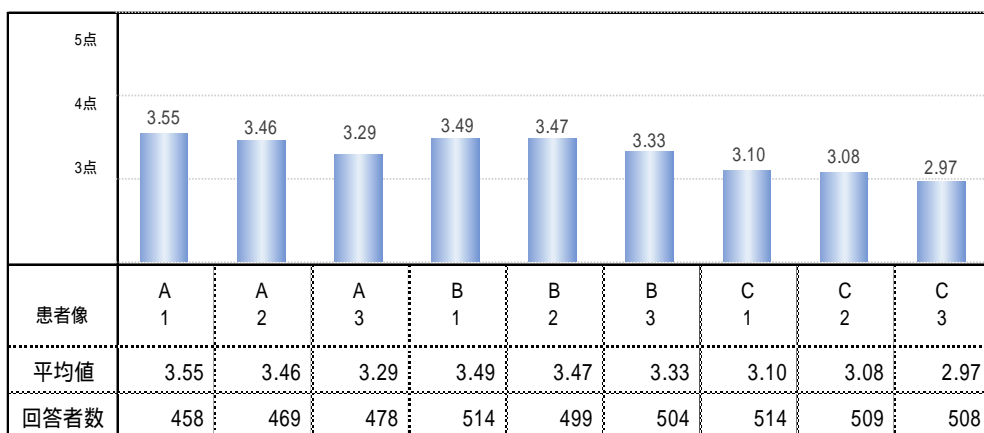
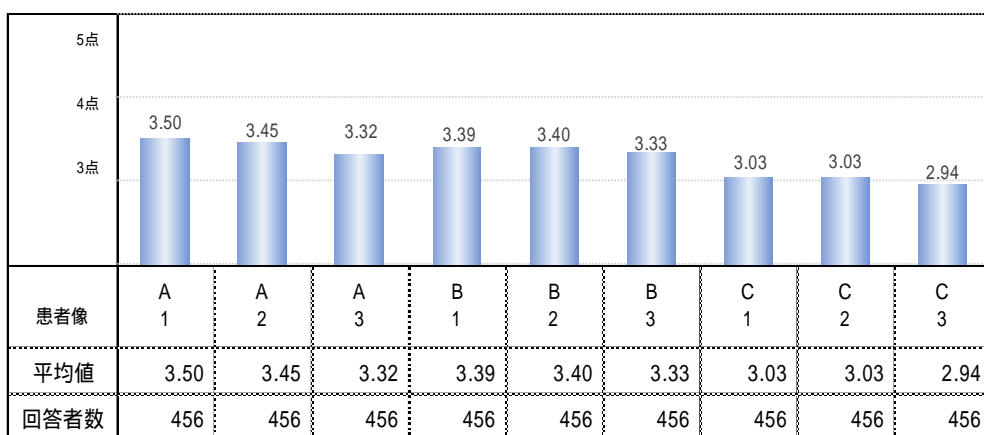


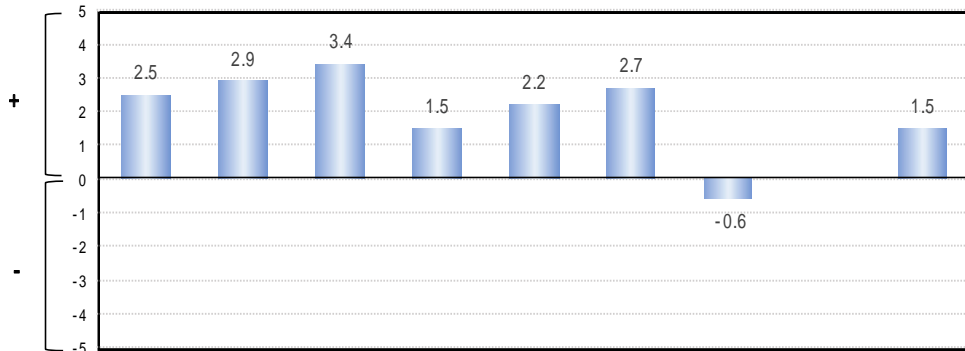
表21-2-2-6 服薬管理ケア技術 - 在院日数の短縮効果



3. C2患者と比較しての負荷 【服薬管理ケア】

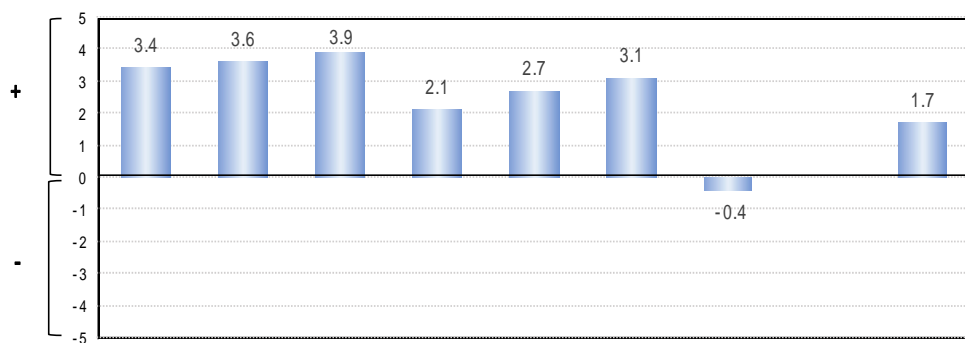
服薬管理ケア実施に関する看護師の負荷5項目について、C2の患者像を基準として尋ねた。
 身体的な負荷、精神的な負荷、知識・判断の負荷、手技的な負荷、時間拘束の負荷ともに、生命危機度が高いほど、セルフケア依存度が高いほど、負荷が高いという結果が得られた。

表21-2-3-1 服薬管理ケア技術 - 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	2.5	2.9	3.4	1.5	2.2	2.7	-0.6	-	1.5
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	459	472	483	516	503	507	514	-	514

表21-2-3-2 服薬管理ケア技術 - 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	3.4	3.6	3.9	2.1	2.7	3.1	-0.4	-	1.7
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	459	472	483	517	503	508	514	-	514

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21-3-1-1 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

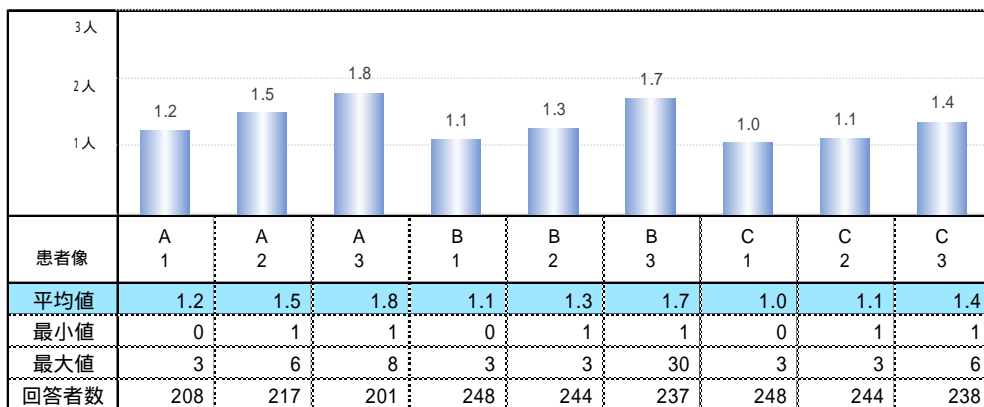


表21-3-1-2 リンパ浮腫ケア技術 - 1回の看護ケアに要する時間(分)

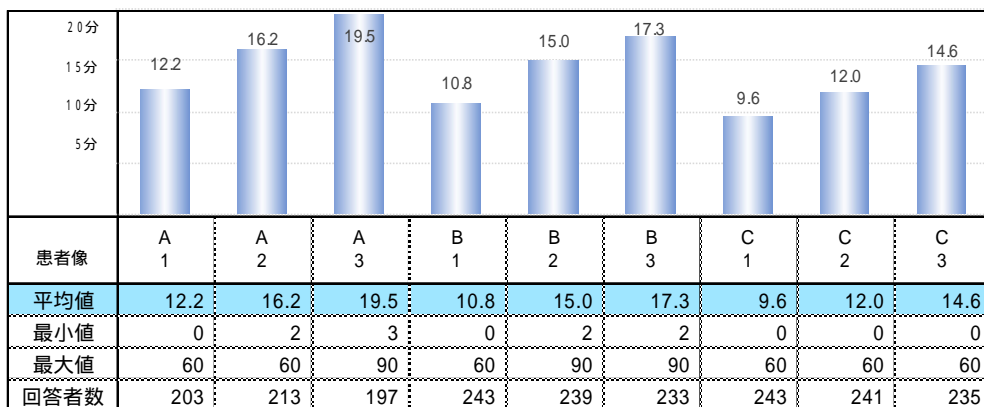
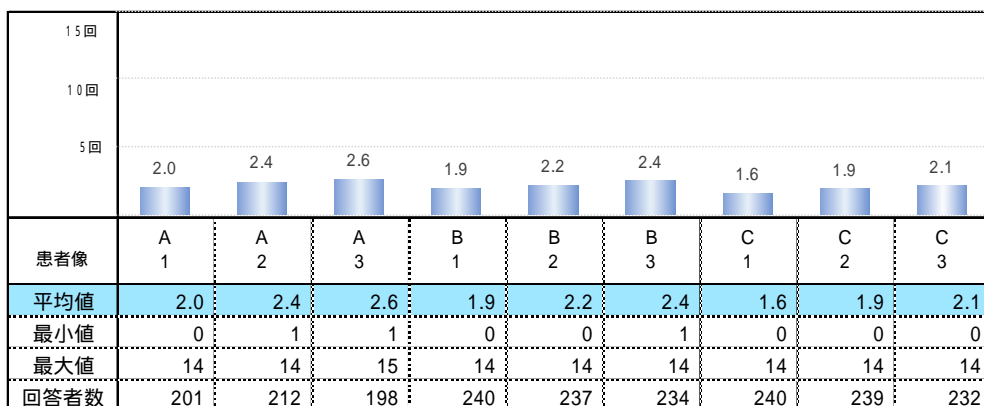


表21-3-1-3 リンパ浮腫ケア技術 - 1日に実施する回数



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21-3-2-1 リンパ浮腫ケア技術－重症予防効果

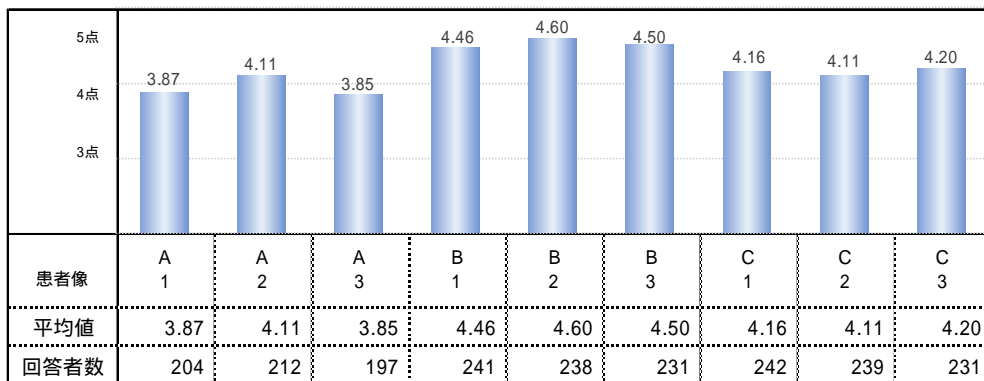


表21-3-2-2 リンパ浮腫ケア技術－合併症予防効果

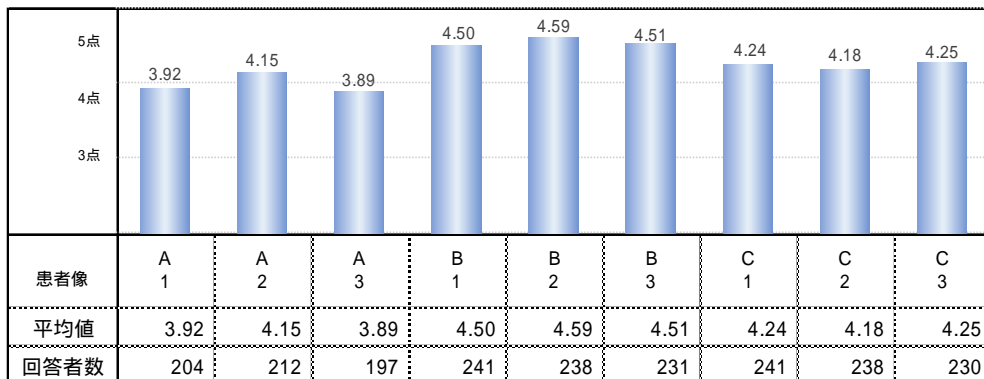


表21-3-2-3 リンパ浮腫ケア技術－苦痛緩和効果

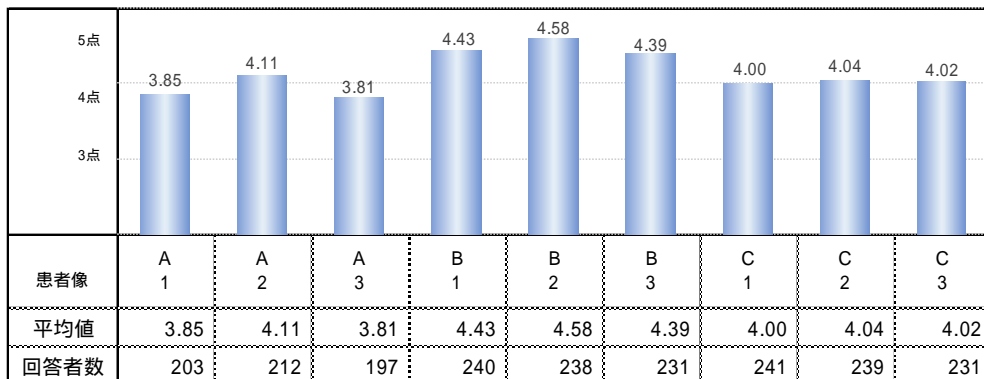


表21-3-2-4 リンパ浮腫ケア技術 - QOLの改善効果

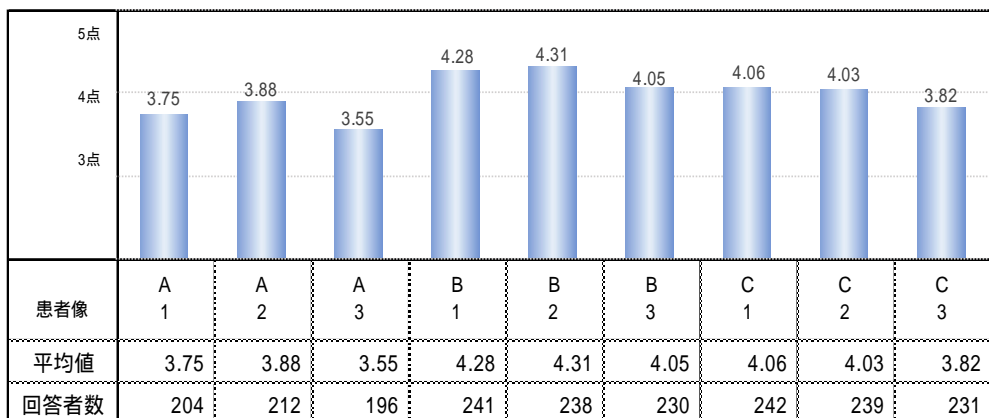


表21-3-2-5 リンパ浮腫ケア技術 - 社会復帰の促進効果

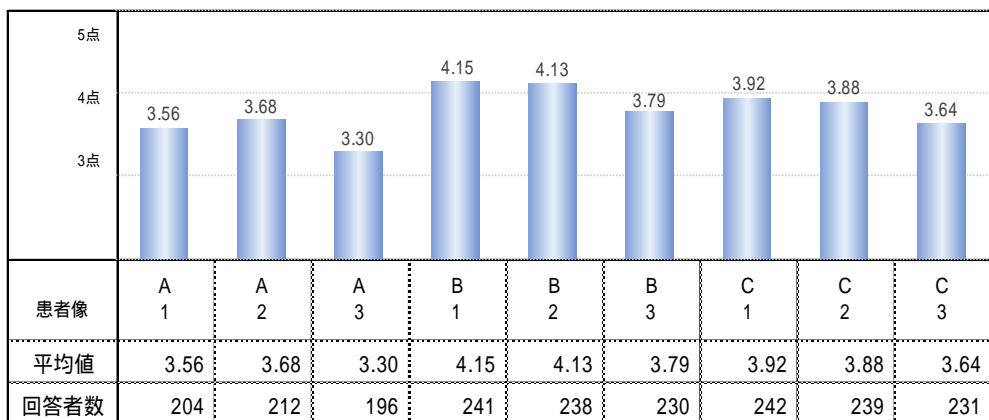
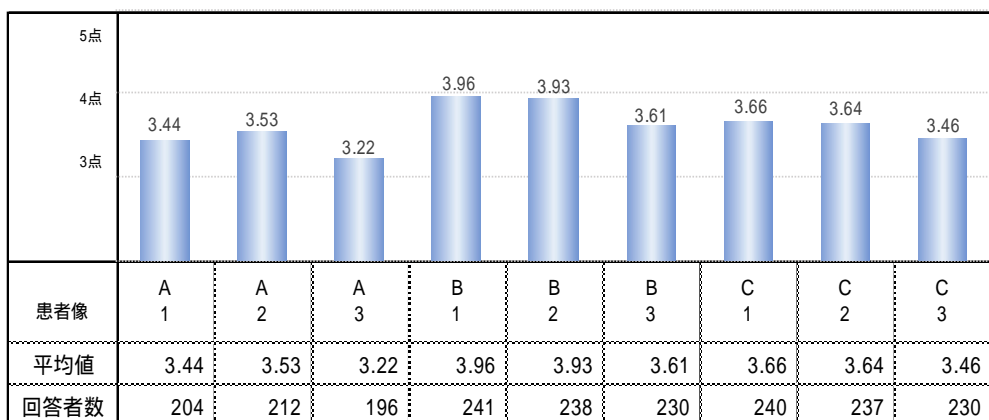


表21-3-2-6 リンパ浮腫ケア技術 - 在院日数の短縮効果



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21-3-3-1 リンパ浮腫ケア技術－身体的な負荷

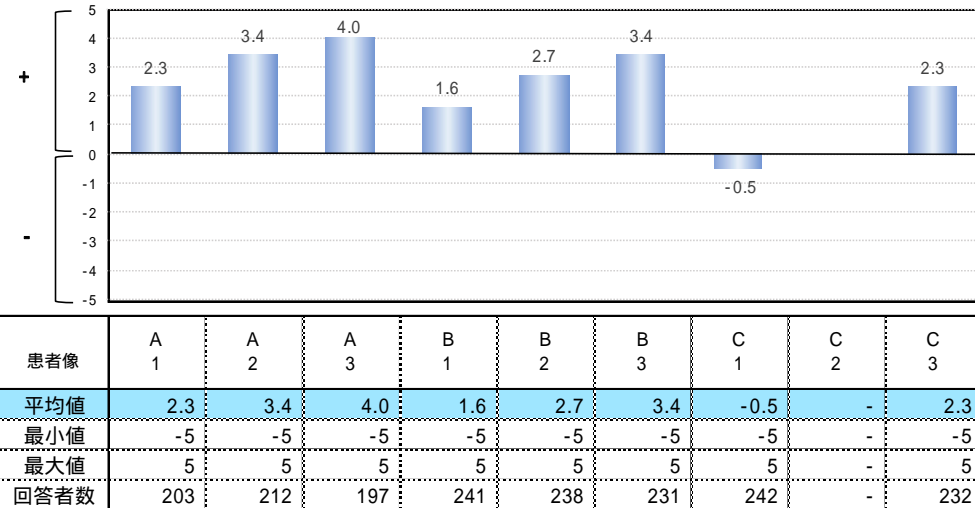


表21-3-3-2 リンパ浮腫ケア技術－精神的な負荷

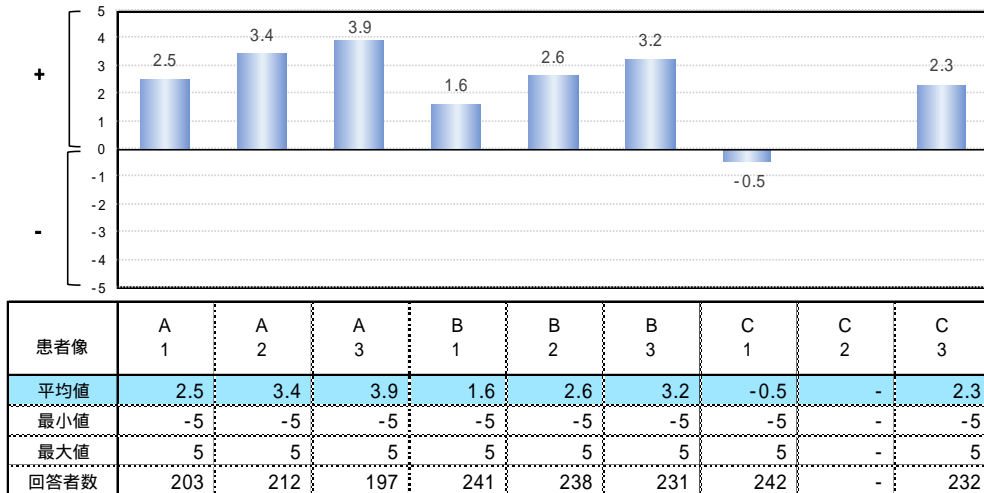


表21-3-3-3 リンパ浮腫ケア技術 - 知識・判断の負荷

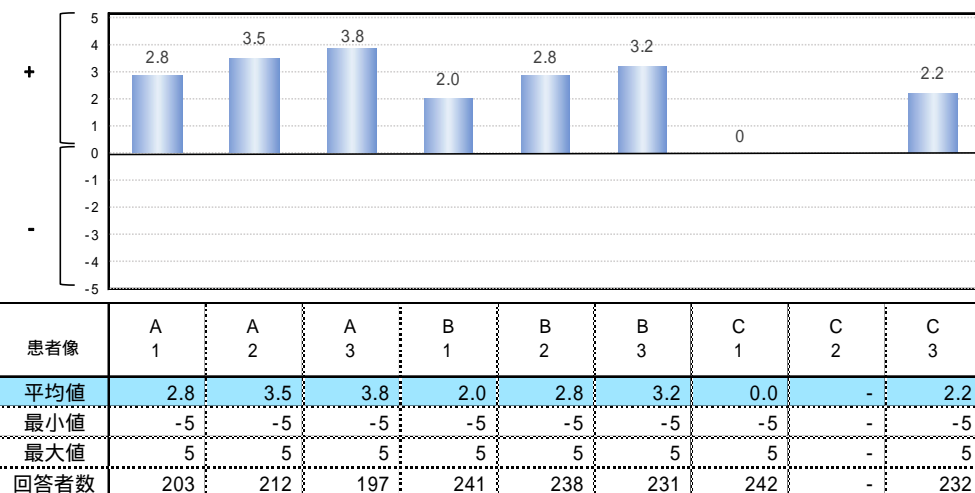


表21-3-3-4 リンパ浮腫ケア技術 - 手技的な負荷

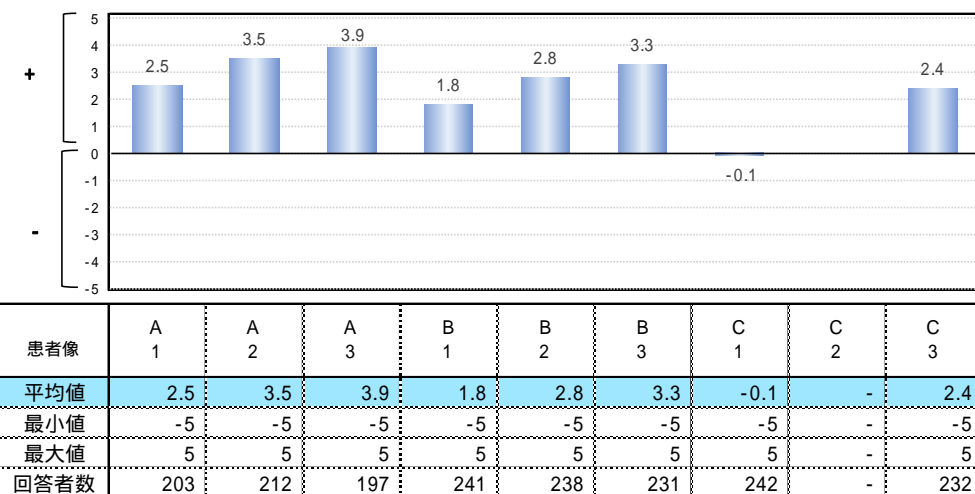
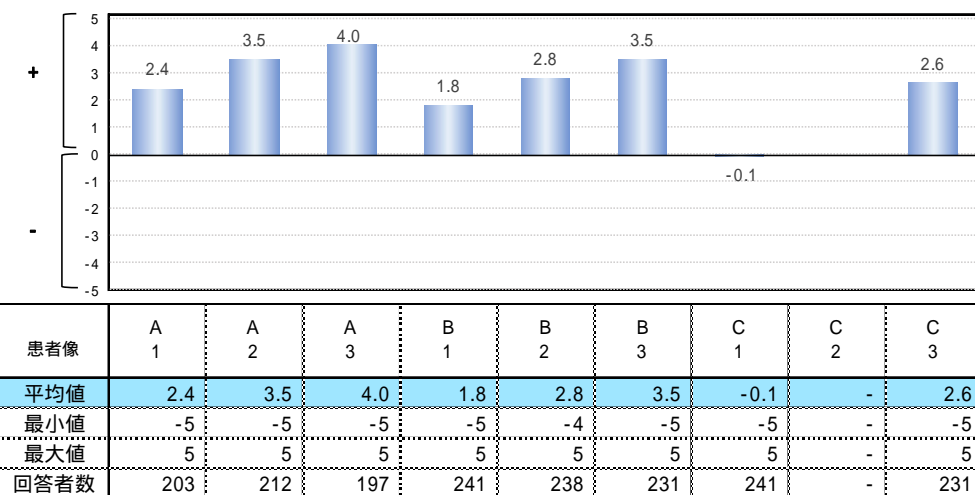


表21-3-3-5 リンパ浮腫ケア技術 - 時間拘束の負荷



3. 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22-1 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

負荷の種類	身体的	精神的	知識・判断	手技	時間拘束
平均値	2.1	1.7	1.8	1.9	1.9
最小値	-5	-5	-5	-5	-5
最大値	5	5	5	5	5
回答者数	488	488	488	487	488

表22-2 服薬管理ケア技術 - 基本的口腔ケアと比較しての負荷

負荷の種類	身体的	精神的	知識・判断	手技	時間拘束
平均値	1.2	1.6	1.8	1.6	1.5
最小値	-5	-5	-5	-5	-5
最大値	5	5	5	5	5
回答者数	474	475	475	475	475

表22-3 リンパ浮腫ケア技術 - 基本的口腔ケアと比較しての負荷

負荷の種類	身体的	精神的	知識・判断	手技	時間拘束
平均値	1.6	1.5	1.9	1.9	2.0
最小値	-5	-5	-5	-5	-5
最大値	5	5	5	5	5
回答者数	293	293	293	293	293

5. 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24）

表24 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 25 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。

	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
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
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 25 看護ケア技術別、修正負荷得点と1日の必要時間

表 26 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5)。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 = -0.01)。

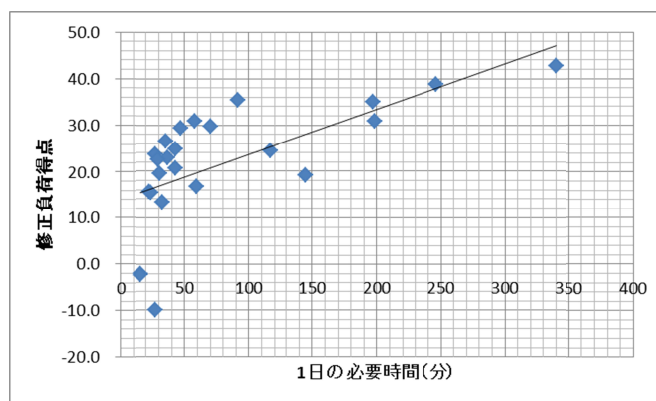


図 5 修正負荷得点と1日の必要時間(分)の分布と回帰直線

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場合でも、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
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 - .日本臨床内科医学会誌,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．

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.