

2-2.

平成 16 年 2 月 10 日

看護系学会学術集会抄録集から抽出したケアプログラムに関する報告

I. 目的：プログラムドケアの開発等に類似・関連したケアプログラムに関する研究を看護系学会学術集会抄録集から抽出し、分類・分析することによって、現状を概観する。

II. 用語の定義

1. **スタンダードケア** 看護師の資格を有するものであれば、その品質を保証して実施できる看護ケア。保健・医療・福祉のいずれの領域・組織においても共通して存在する看護ケア。

2. **プログラムドケア** 特定の看護目標を達成するため、多様な関連理論を用いて編成する一連の計画的ケアで対象の状態や変化に対応する行為の選択肢が多岐にわたっているもの。

3. **ケアプログラム** ケア開発、ケアのプログラム化を目的あるいは研究の一部を含み、当該ケアをケースに合わせ介入もしくは実施し、評価している研究とする。

III. 作業プロセス

ケアプログラム抽出・分類・分析は以下の段階を経て作成された。

1. ケアプログラム抽出作業：日本学術会議に登録されている 18 団体を対象とし、2003 年度年次学術集会を開催した抄録集から前項にて定義したケアプログラムを抄録内容を読み込み抽出していった。(表 1. 表 2)
なお、同一抄録集で同一研究を分割して発表している場合のカウントは 1 とした。
2. 抽出されたケアプログラムの分類作業 (途中経過)
 - 1) 分類基準の設定：プログラムドケアの主要素とは、ケースに合わせた緻密なアセスメント、計画、実施、評価で構成され、それがなされているかにより、以下のように分類する。

レベル 1	プログラムドケアの要素をほぼ満たしている研究	5
レベル 2	プログラムドケアの主要素を包含し、プログラムドケアに発展する可能性を秘めている研究	8
レベル 3	プログラムドケアには遠くおよばないものの、萌芽期的な要素を包含している研究	7
レベル 4	スタンダードケアに準じる研究	16
不明	表題からケアプログラムと予測できるが検索対象年では第 2 報等で具体的なケア内容が不明の研究など	4
合 計		40

表 1. 対象学会およびケアプログラム抽出数

学会名	抽出数	学会数	抽出数	学会数	抽出数
日本看護診断学会	0	日本看護学教育学会	0	日本家族看護学会	0
日本看護管理学会	0	日本精神保健看護学会	1	日本老年看護学会	3
日本がん看護学会	7	日本地域看護学会	1	日本在宅ケア学会	0
日本難病看護学会	1	千葉看護学会	2	日本看護福祉学会	1
日本糖尿病・教育看護学会	6	日本小児看護学会	4	日本看護科学学会	11
日本助産学会	1	聖路加看護学会 (学会誌)	1	日本看護研究学会	1
計					40

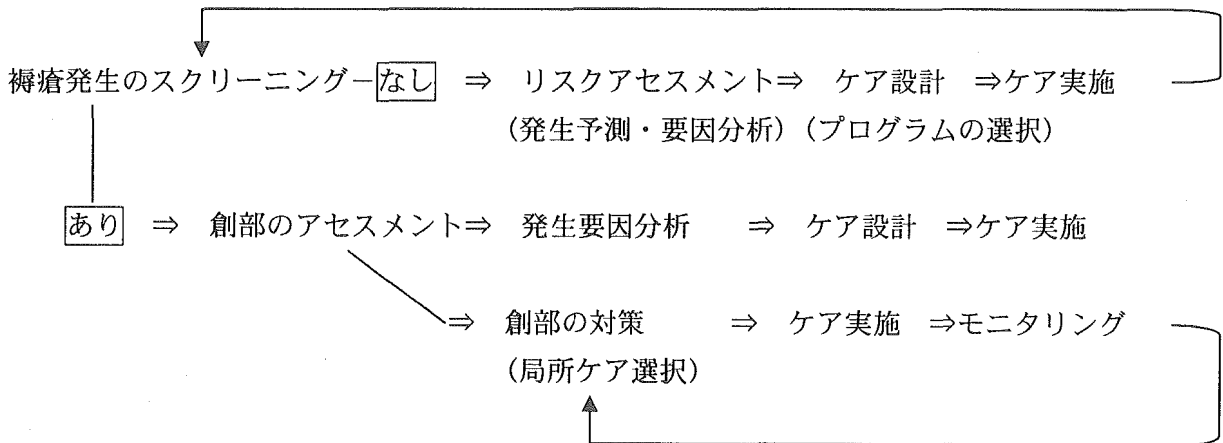
2-3

褥瘡の発生予防とケア選択基準

東京大学大学院医学系研究科老年看護学分野

真田 弘美チーム

褥瘡ケアを次のような流れで考え、それぞれの段階でツール、アルゴリズムを用いて、ケアを選択し、ケア設計を行う。



…図1

I. 褥瘡発生のスクリーニング

圧迫部位のスキンチェック

II. 褥瘡発生なし (⇒ 発生予防ケア)

1. リスク・アセスメント

- a. 褥瘡対策に関する診療計画書 (厚生省様式別紙五)
- b. ブレーデンスケール
- c. K式スケール

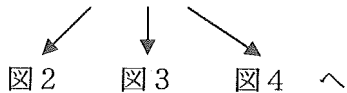
↓



↓

2. 発生予測要因の分析

スケール a. b. c. ごとくのアセスメント結果 (得点) から判断。



↓

3. 該当する要因への対策（ケア設計：アルゴリズムを用いたケアプログラムの選択）

…図5-0.

① 圧力（圧力・ずれ、外力） → 徐圧・減圧：体圧分散のケアアルゴリズム

…図5-1. 2.

② 湿潤 → スキンケアのケアアルゴリズム

…図6-1. ~3.

③ 栄養 → 栄養摂取ケアのアルゴリズム

…図7.

④ 拘縮 → コンサルテーション（図8.）

II. 褥瘡発生あり（⇒創部の局所ケア）

1. 創部のアセスメント

発生部位

褥瘡の初期アセスメント：NPUAP（米国褥瘡の深度分類）Stage I～IV

DESING

2. 創部のケア介入：褥瘡局所ケア選択基準 p. 1～6

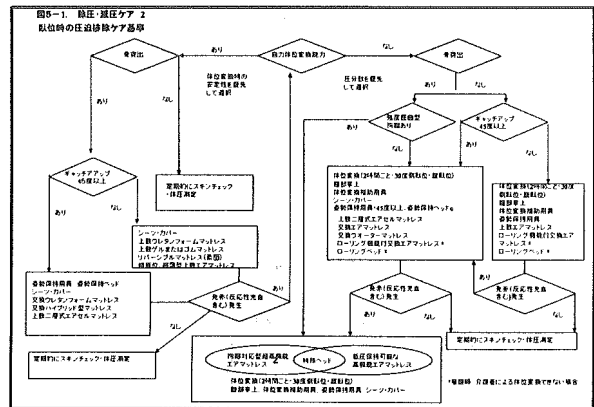
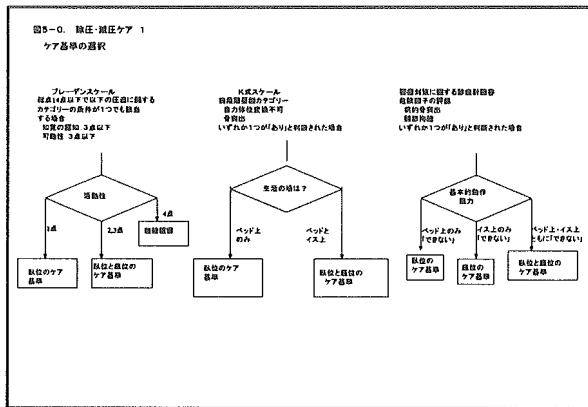
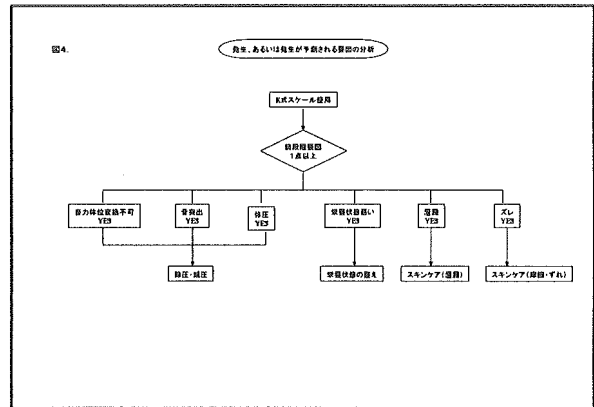
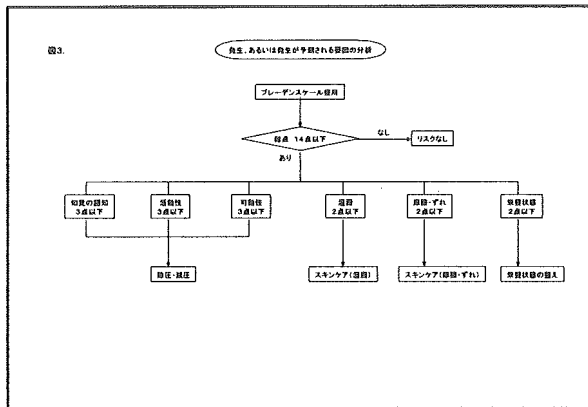
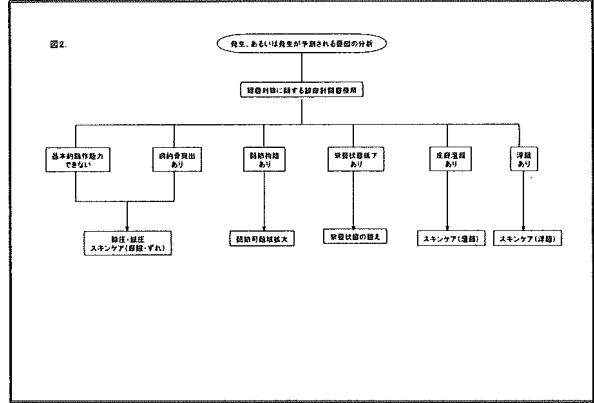
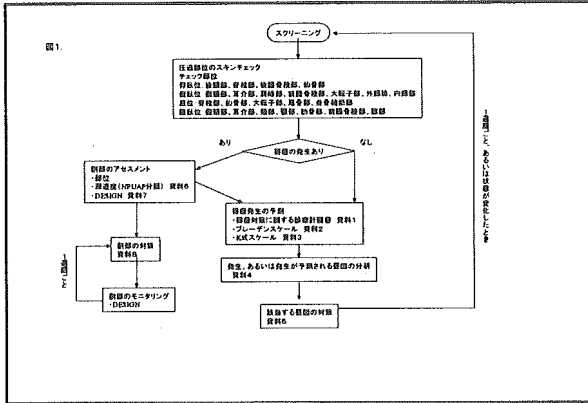
3. 創部のモニタリング：DESING

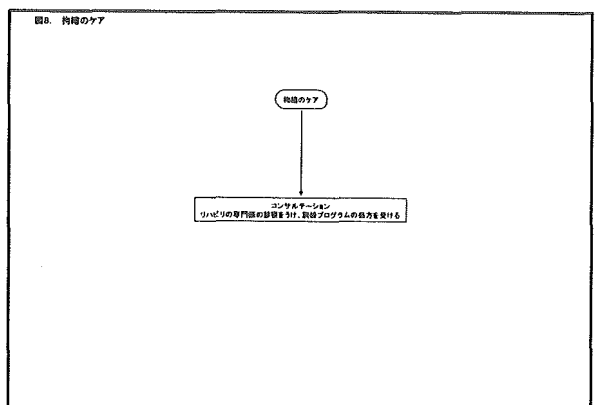
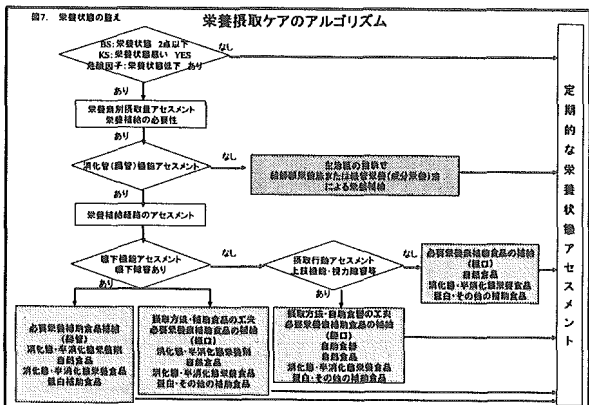
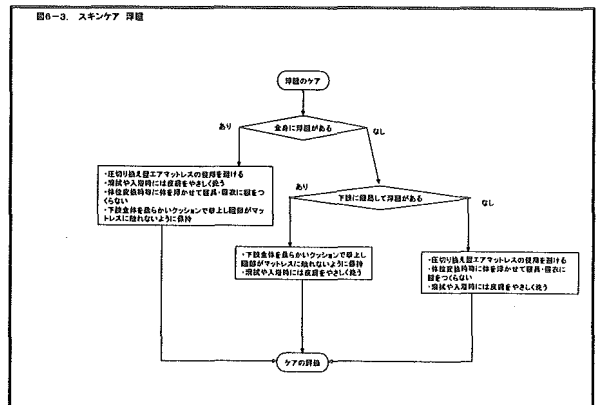
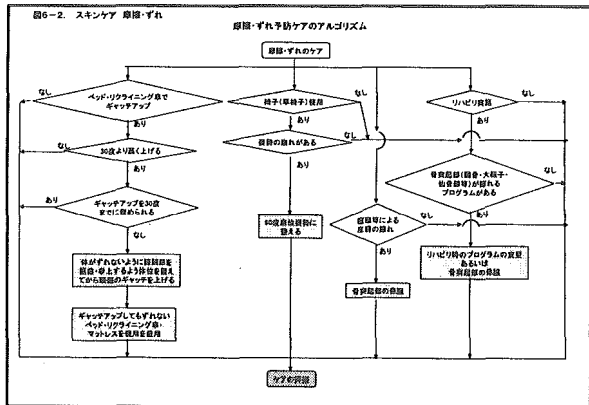
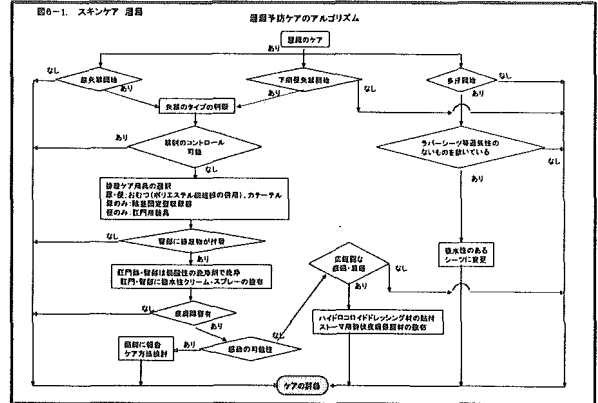
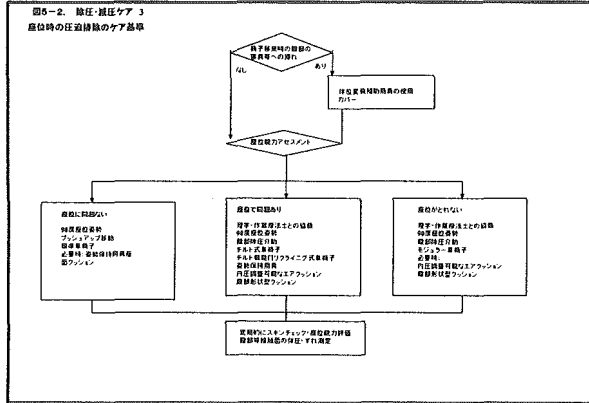
III. リハビリテーション

IV. 教育介入プログラム

1. 自己管理可能 → 脊髄損傷

2. 自己管理不能 → 痴呆、その他 → 家族指導





2-4

緩和ケア領域の進捗状況報告

井上真奈美（山口県大）、金子真里子、花出正美（東京女子医科大学）

【緩和ケアの動向】

緩和ケア病棟承認施設 121 施設 2310 床（2003.9 現在）

厚生労働省 1990 年 4 月～緩和ケア病棟承認制度（¥37,800/人：2002.4）

1. 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（1991.10～）：124 施設 61 団体加盟

緩和ケア病棟の設置基準の提示（2002.4.1）

ホスピス・緩和ケアプログラム基準（1997.1.16）

ホスピス・緩和ケア教育カリキュラム（2001.12.1）

（全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会ホームページ参照）

2. （財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（2000.12～）：柏木哲夫理事長

がん緩和ケアに関するマニュアル（H14.3 発刊）

緩和ケアの質に関する研究に着手

参考資料特集:緩和ケアの質をめぐる、ターミナルケア, 13(2), 2003

<http://www.hospat.org/maru1.html> <http://www.hospat.org/2002-b1.html>

【現存する文献の動向】

データベース：医学中央雑誌 1993-2003

緩和ケア*看護・・・・・・・・156 件

1990 年代中旬：各国における緩和ケアの状況についての報告文献が多くを占める。

1990 年代後半：症状緩和についての薬物療法、精神医学的アプローチについて

2000 年以降：文献数急増

緩和ケアの実態、セデーション、音楽療法等の代替療法、

訪問・在宅における緩和ケアに関するもの

【緩和ケアの捉え方について】

- 1) 診療報酬上では、「悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者」が対象と限定されている。
- 2) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会では、疾患は問わず下記のように定義している。
ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティー オブ ライフ（QOL）の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である。
 - 1) 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう。
 - 2) 死を早めることも死を遅らせることもしない。
 - 3) 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
 - 4) 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見いだせるようなケア（霊的ケア）を行う。
 - 5) 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。

3) 英国においては、以下が区別されている

Palliative Care (緩和ケア): ジェネラリストが行う緩和ケア (例えば、訪問看護師や地域の病院の一般病棟、開業医が行う緩和ケア)

Specialist Palliative Care (専門緩和ケア): 緩和ケアを専門にしている専門職が行う緩和ケア

参考資料

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service 特別報告書翻訳シリーズ
<http://surgery1.hospital.okayama-u.ac.jp/Content/kanwa-okayama/>よりダウンロード可

4) 緩和ケアのなかの「症状マネジメント」 / 「疼痛マネジメント」の看護実践について
* 症状はコントロール (統制) するというより、むしろマネジメント (うまく取り扱う) という意味合いもあり、緩和ケア領域では症状マネジメントが一般的になっています

参考資料

小迫富美恵ほか (2003): 専門看護師の看護ケア技術とその効果および疼痛アセスメント事例の分析.
厚生科学研究補助金医療技術評価総合研究事業報告書.

【今後の予定】

1. 現実に展開されている緩和ケア (看護職の実践) の中身をいくつかみていく必要がある。

<緩和ケアの提供プロセスの実際例: 「疼痛マネジメント」のなかの「薬物療法」>

ガイドライン (WHO 方式がん疼痛治療法) に添った痛みの治療が遂行されているか、常にモニタリングしながら、その遂行に向けた実践をしています。

具体的には、WHO 方式がん疼痛治療法に関する知識、薬物に関する知識、病態生理の理解 (痛みの発生メカニズムのアセスメントし、観察の視点を予測) に基づいて、患者の疼痛の体験を理解 (患者が痛みの体験を表現するように促して傾聴する、ペインスケールなどを用いて痛みの強さ・部位・持続時間・影響要因などを客観的に質問する、身体的・心理的・行動的兆候や生活への影響を観察する) しながら、適切な薬物の使用経路のアセスメント、正確な時間と量での薬物投与、生活スタイルに合った投与スケジュールの調整、薬物療法の副作用の予防対策、レスキュードーズの使用、薬物療法に関する患者・家族への教育、薬物療法の効果と副作用のアセスメント、医師・薬剤師など職種による治療法の検討などを行います。

→ 実際使用されているスケール等についても確認

2. 質評価の段階に入っている研究をもとに高度専門看護実践行為について明らかにする。

報告されている研究など参照

→ 全国的な格差を是正する目的で研究が進んでいるようなので参照したい。

【今後の課題】

- ・ 専門看護師 (がん看護) ・ 認定看護師 (がん性疼痛看護 / ホスピスケア) ケアのクライテリアとプログラムドケア (一般) の「緩和ケア」のすみ分けをしながら考えていくことが必要
- ・ 各行為としてはスタンダードケアに入るものでも緩和ケアとしてセット化されるべき内容 (中核) はどこにあるのか考えていくことが必要

- * 褥瘡領域のように基本となるアセスメントツールを用いているわけではなさそうであるが、質を確保していくために、何らかの動きを見せている領域であることがわかった。
- * 看護行為としては複雑な連動をしていることは確かであり、しかも他職種との関わりを持ちながらケアを実践しているようである。
 - 高度看護実践として組み込むときにどの切り口で考えられるか今後ディスカッションが必要。

2-5

今後の精神看護学領域のプログラムドケアの方向性

精神看護学 萱間 真美、沢田 秋、竹田雄介

精神看護領域では、平成 16 年度にはプログラムドケアの項目を詳細に作成したい。その際には、すでに作成したスタンダードケア項目の中にも、プログラムドケアレベルのケアがある可能性も考慮して行いたい。

1. プログラムドケア・モデルフレーム第 3 階層の、精神科に関連する項目

昨年度提出したプログラムドケア案は、以下のとおりである。

「服薬自己管理グループ」「社会生活技能訓練 (SST)」「集団療法 (大集団)」「集団療法 (小集団)」「心理教育」「作業療法」「トラブルへの対応」

2. 今後追加を検討したい項目

慢性期に行う上記①に述べたケアは、一連の標準化されたケアとして、プログラムドケアとしての掲載が妥当だと考える。しかしこれら以外に、急性期で短時間のうちに行われるケアにも、専門性を有しているケアが多く、標準マスターに追加すべきか否かを検討したい。たとえば、患者が問題行動を起こしたときへの対応は日常的に起こるものでありスタンダードケアに盛り込むのはもちろんのこと、その一部はプログラムドケアレベルの内容が含まれると考える。これについては具体的なケアコードを作成したい。また、以下に述べる急性期患者への「隔離・抑制時のケア」「電気痙攣療法時のケア」は、精神科看護の専門的知識と経験を要するケアであるといえる。

「隔離・抑制時のケア」

①抑制時のケア

抑制開始は医師の指示によるため、医系マスターでカバーされると思われる。抑制の必要性について患者に十分説明を行い、十分な人数のスタッフで手順を打ち合わせ、実施する。抑制中は、患者の体位交換や観察を行い、じょく創、循環障害等に注意する。

②隔離時のケア

隔離開始は医師の指示によるため、医系のマスターでカバーされると思われる。隔離室入室が必要な時には、患者に十分な説明を行う。隔離室使用中、一時的に洗面のために隔離室外に出ることがある。この判断は看護師が行っており、専門的な患者のアセスメントの上で行われる。隔離中は、自殺自傷行為に至る危険がある所持品に注意を払う。拘禁反応のため精神病的悪化を来すことがあり、患者の状態によっては、看護師が意識的に話しかけ交流を維持することもある。患者の行動コントロールの程度などをアセスメントし、一時的な時間開放から段階的に制限を弱め、開放時間を長くし、隔離室使用終了へ向かう。隔離開放時間は医師の指示による。

「電気痙攣療法時のケア」

電気痙攣療法は医師の指示により行う。医系マスターとのすりあわせが必要である。電気痙攣療法とは、患者の頭部に通電し、人工的にてんかん大発作を起こす治療法であり、最近では手術室で行う無痙攣電気療法が普及し、使用頻度が高まっている。向精神薬の効果が得られない場合や向精神薬使用が患者にとって危険な場合、自殺の危険が高く緊急を要するとき等に実施される。無痙攣電気療法の術前処置は全身麻酔手術に準じるが、患者の精神症状によっては説明とケアに困難を要する。緊急時に病棟で行う電気痙攣療法は、患者の安全を保ちつつ、説明を行い、複数名の医師と看護師で実施する。呼吸抑制、覚醒時の転倒に注意を払う。

＜看護実践用語標準マスター＞精神看護領域のみ抜粋
(高度専門看護実践標準用語)

番号	担当	実施者	第1階層 グループ名称	第1階層の定義	第2階層 グループ名称	第2階層の定義	第3階層(記載例) 行為名称	第4階層(記載例) 行為名称
				精神疾患をもつ者への、標準化された一連の看護支援	服薬自己管理グループ 社会生活技能訓練(SST) 集団療法(大集団) 集団療法(小集団) 心理教育 作業療法 トラブルへの対応			
			精神看護領域		精神科リハビリテーション 隔離・抑制時のケア		隔離時のケア 隔離の必要性の説明 隔離室への持ち物制限確認 隔離一時解除にあたっての説明 隔離解除にあたっての説明 抑制時のケア 抑制の必要性の説明 安全な抑制の実施 抑制一時解除にあたっての説明 抑制解除にあたっての説明 (歩行機能の観察) (体の動きの確認) 共通 (行動範囲拡大にともなう行動の観察)	
					電気痙攣療法時のケア		治療の説明 術前処置の説明と実施 術中のケア 術後ケア 皮膚のクーリング (要検討)	
					リエゾン精神看護			

3-1.

平成 15-16 年度 厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業

「保健・医療・福祉領域の電子カルテに必要な看護用語の標準化と事例整備に関する研究」

研究代表者：水流 聡子

第3回全体会議

日 時：平成16年3月19日（金）13:30～17:00

場 所：東京大学工学部5号館 3階（談話室）

- 内 容：
1. 第2回会議以後の全体の進捗状況報告
 2. ホームページとシステム開発について
 3. システムの動きに関するイメージ紹介（褥そうケア）
 4. 各種看護マスタに関する報告
 - 1) 看護行為マスタ（基本看護実践）
 - 2) 看護観察マスタ
 - 3) 看護計画マスタ
 5. 各領域からの進捗状況の報告
 - 1) 透析看護
 - 2) 精神看護
 - 3) 助産
 - 4) 地域看護
 - 5) 小児看護
 - 6) 遠隔看護
 - 7) 共通事項の分析
 - 8) その他
 6. 本研究評価に関する報告
 - 1) 「プログラムドケア」という呼称
 - 2) 多様な「プログラムドケア」とその用語について
 7. 事務局からの連絡

【研究会議日程】

第1回全体会議	1月28日(水)13:30-17:00
第2回全体会議	2月20日(金)13:30-17:00
第3回全体会議	3月19日(金)13:30-17:00
第4回全体会議	4月23日(金)13:30-17:00
第5回全体会議	5月21日(金)13:30-17:00
第6回全体会議	6月25日(金)13:30-17:00
第7回全体会議	7月23日(金)13:30-17:00
第8回全体会議	9月 日(金)13:30-17:00
第9回全体会議	10月 日(金)13:30-17:00
第10回全体会議	11月 日(金)13:30-17:00
第11回全体会議	12月 日(金)13:30-17:00
第12回全体会議	1月 日(金)13:30-17:00
第13回全体会議	2月 日(金)13:30-17:00
第14回全体会議	3月 日(金)13:30-17:00

1. 第2回会議以後の全体の進捗状況報告（研究代表者：水流）
 - 1) メンバー紹介（敬称略）
 - 初回出席の研究協力者：
 - 新たな研究協力者：
 - 研究分担者：
 - 2) 救命救急看護の組み込み（鳴森チームへ）
 - 3) 医療安全に関するプログラムドケアの設置（リーダー・研究協力者2名）
 - 4) ケアプログラム開発関連研究の抽出作業と整理の終了と、新たなる関連研究の検索
 （2003年度の看護系学会（19）の学術集会抄録の分析） （看護科学学会論文）

確認情報

作業手順の確認

文献を収集して分析

- ① Webサイトから関連情報を収集して整理
- ② 実践状況の実態把握と現場からの知識の抽出
- ③ 当該ケアを構造化
- ④ ケア提供のアルゴリズム
- ⑤ ケアプログラムの作成
- ⑥ 電子カルテ上での展開：画面設計等の必要とする材料の準備

6 ケアアルゴリズムの展開に関する確認

- ① ケースアセスメント1：当該プログラムドケアへの適用の有無
- ② ケースアセスメント2：当該領域におけるケースの重症度レベルもしくはタイプの決定（アセスメントスコアに基づく決定）
- ③ ケースアセスメント3：患者情報の収集と患者状態の判断
- ④ ③にもとづくケアの選択
- ⑤ ③の状態から④のケアをアレジメンテーション
- ⑥ ④のケアを既存のケア計画に組み込む
- ⑦ 看護オーダー（指示）の発行と実施
- ⑧ 定期的な患者状態の評価（患者状態の評価項目は⑥で組み込んで、⑦でオーダー済み）
- ⑨ 評価結果にもとづくケア修正
 （以後、⑦⑧⑨を繰り返す）
- ⑩ 評価結果がケアプログラムの終了を示唆
- ⑪ 当該ケアの適用を中止

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. 退院調整 | 9. ストマケア |
| 2. 高度なコーディネーション | 10. 褥そう予防・治療 |
| 3. クリティカルケア（ICU ケア・CCU ケア） | 11. 緩和ケア |
| 4. クリティカルケア（NICU ケア） | 12. 感染 |
| 5. 高度先進医療に伴うケア | 13. 精神看護 |
| 6. モニタリングケア | 14. （周）手術看護（術前後）（仮称） |
| 7. 疾患の自己管理教育プログラム | 15. 手術室看護（術中）（仮称） |
| 7-1. 糖尿病管理教育プログラム | 16. 病床リハビリ看護 |
| 7-2. 透析管理教育プログラム | 17. 栄養（保留） |
| 7-3. 摂食・嚥下教育プログラム | 18. 小児看護 |
| 7-4. ストマ管理教育プログラム | 19. 介護家族ケア |
| 8. 褥そう予防・治療教育プログラム | 20. 遠隔看護 |

助産

在宅ケア

地域看護

災害看護

会議資料一覧

- 事務局
- 進捗状況報告の資料 A
- プログラムドケア領域別資料 B

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. 退院調整 | 9. ストマケア |
| 2. 高度なコーディネーション | 10. 褥そう予防・治療 |
| 3. クリティカルケア (ICU ケア・CCU ケア) | 11. 緩和ケア |
| 4. クリティカルケア (NICU ケア) | 12. 感染 |
| 5. 高度先進医療に伴うケア | 13. 精神看護 |
| 6. モニタリングケア | 14. (周)手術看護 (術前後) (仮称) |
| 7. 疾患の自己管理教育プログラム | 15. 手術室看護 (術中) (仮称) |
| 7-1. 糖尿病管理教育プログラム | 16. 病床リハビリ看護 |
| 7-2. 透析管理教育プログラム | 17. 栄養 (保留) |
| 7-3. 摂食・嚥下教育プログラム | 18. 小児看護 |
| 7-4. ストマ管理教育プログラム | 19. 介護家族ケア |
| 8. 褥そう予防・治療教育プログラム | 20. 遠隔看護 |

- 21. 助産
- 22. 在宅ケア
- 23. 地域看護
- 24. 災害看護

- 看護の観察 C
- 看護問題・看護計画 D
- 既導入病院における課題

3-2.

領域	分類視点	大分類	
小児看護	疾患	心疾患	
		腎疾患	
		内分泌	
		喘息	
		がん(移植を含む)	
		精神神経疾患	
		骨筋疾患	
		川崎病	
		アトピー性皮膚炎	
		不登校	
		子ども虐待	
		ハイリスク新生児	
		障害児	
		キャリアオーバー	
		治療方法	手術
		ケア技術	隔離
			処置検査
		疾患の状態	内服
			採血
		ケアの物理的場面	点滴
コミュニケーション			
特殊な状態	疼痛ケア		
	慢性状態		
疾患なし	終末期		
	grief care		
遠隔看護	在宅医療(人工呼吸器等)		
	入院		
看護「経過に基づく看護」	学校		
	地域		
対象	サポートグループ		
	高度先進医療		
手段(デバイス)と情報種類	ストーマ		
	褥創		
目的	health promotion		
	愛着形成		
透析患者(管理)教育	事故防止		
	育児支援		
療創ケア	災害		
	急性状態に対する看護(症状不安定期)		
療創ケア	慢性状態に対する看護(症状安定期)		
	健康増進期における看護(health promote)		
療創ケア	ターミナル状態に対する看護(終末期)		
	患者		
療創ケア	家族		
	介護者		
療創ケア	看護職員		
	一般住民		
療創ケア	薬師		
	電話・音声情報		
療創ケア	テレビ(電話)、ビデオ:画像		
	テレメーター:生体情報		
療創ケア	情報機器		
	メール:文字静止画情報		
療創ケア	治療に対するコンプライアンスをあげる		
	モニターを行う		
療創ケア	療養生活を円滑化させるための情報、技術を提供し確認する		
	相談、助言、教育する		
療創ケア	血液透析		
	臓器透析		
療創ケア	成人		
	高齢者		
療創ケア	慢性病患者		
	小児		
療創ケア	妊産婦		
	家族		
療創ケア	疾病と治療の理解:項目、方法、目標・評価		
	導入期		
療創ケア	移行期		
	維持期		
療創ケア	創部のアセスメント		
	スキンチェック		
療創ケア	診療計画書		
	ブレインスケール		
療創ケア	K式スケール		
	スケール毎のアセスメント		
療創ケア	圧力		
	湿潤		
療創ケア	栄養		
	拘縮		
療創ケア	褥創局所ケア選別基準		
	自己管理可能の可否		
緩和ケア	対象	診療報酬上では、「悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者」が対象と限定	
	死への過程	治療不可能な疾患の終末期にある患者および家族	
緩和ケア	症状	家族	
	治療	「死への過程」に敬意	
精神看護	療創ケア	患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見いだせるようなケア(靈的ケア)	
	療創ケア	QOL	
療創ケア	療創ケア	疼痛	
	療創ケア	ペインスケール	
療創ケア	療創ケア	症状マネジメント/疼痛マネジメント	
	療創ケア	精神的・社会的な援助	
療創ケア	療創ケア	薬物投与	
	療創ケア	現状の水準・QOLの維持	
療創ケア	療創ケア	薬物療法による症状の安定	
	療創ケア	問題の発生に予防的に関与	
療創ケア	療創ケア	集団療法	

3-3

透析患者(管理)教育におけるプログラムドケアの発掘とアルゴリズム化(仮)

岡美智代 (北里大学看護学部)

神谷千鶴 (秋田大学医学部保健学科)

山名栄子 (山形大学大学院修士課程看護学研究科)

【目的1】

透析患者教育領域において、明文化や理論背景に基づく系統的な説明がなされていないながらも、臨床で実際に行われている効果的なプログラムドケアを発掘し、そのケアの構造化を行う。そのケアは、口頭発表レベルの情報や発表もされていない看護実践なども含む。

なお、構造化とは、そのケアが目的としているアウトカム、背景理論・モデル、対象者のスクリーニング基準、アセスメント内容と判断基準、介入内容・手順、介入基準と評価方法などを指す。しかし、構造化されたプログラムドケアの臨床での実施、検証は今回の予定には含まず、今後の研究課題とする。

また、プログラムドケアとは、特定の看護目標を達成するため、多様な関連理論を用いて構成する一連の計画的ケアで、特定の状態や変化に対応する行為の選択肢が多岐にわたるものをいう。

【対象領域】

対象領域は下記内容が挙げられるが、今回は血液透析(1)導入期、(3)維持期、腹膜透析に焦点を当てる。

1. 血液透析：治療の選択

1) 成人(標準)：対象、およびその家族

(1) 導入期：時期

①疾病と治療の理解：項目

方法

目標・評価

②シャント管理

③水分・体重管理

④食事管理

⑤服薬管理

⑥日常生活の注意

⑦合併症の予防

⑧異常時・トラブル時の対処

⑨社会支援(資源)の活用

(2) 移行期

(3) 維持期

- 2) 高齢者
- 3) 糖尿病患者
- 4) 小児
- 5) 妊産婦

2. 腹膜透析

- 1) 成人（標準）：対象、およびその家族
 - (1) 導入前：時期
 - (2) 維持期：時期

【方法】

1. 主要透析施設における患者教育の実際について調査、検討

<検討内容>

患者レディネスの評価方法

教育課程の実際（時期、場所、被教育者、教育者、所要時間、内容、評価）

2. 理論的裏づけ

教育理論と諸関連理論

透析患者の特殊性との関連づけ

3. 文献、及び実際に行われている教育例について、その関連要因の選定・発掘

水分、食事の自己管理行動の評価スケール（行動理論）

セルフケア尺度といわれるもの

シャント音の評価スケール（看護師の評価の視点、患者の自己評価のためのツール）

シャント閉塞予防のためのアセスメントツール、記録方法について

薬物療法に関する知識のための教育方法、評価のためのテスト（試験）

内服コンプライアンス

心理的・社会的要因のための指導方法（受容のプロセス）

家族支援のための指導（患者、キーパーソン）、社会的支援者への指導

腹膜透析における感染予防管理

腹膜透析のバッグ交換、機材の管理の教育（教育しなければならない項目）

CAPD 指導評価チェックリスト

【目的 2】

透析患者の水分・食事管理に効果的な行動変容プログラムとして、セルフモニタリング法や行動強化法などの有効性が検証されている¹⁻³⁾。しかし、この方法に関して明らかになっていることは、ある程度のアウトカム、背景理論・モデル、対象者のスクリーニング基準、介入方法・手順、評価方法だけである。そこで、今回は、よりシステムティックなケア提供を可能にするために、段階的手法を提示するアルゴリズムを開発する。

【方法】

透析患者の水分・食事管理に効果的な行動変容プログラムを活用するための、仮説アルゴリズムを作成する。作成にあたっては、文献や行動変容プログラム経験者からの意見を参考にする。その後、実際に臨床で活用してもらい、仮説アルゴリズムの妥当性を評価する。(資料参照)

- 1)岡美智代、正田紘子、高橋加奈子、佐藤和佳子、高岩正至(2000)認知行動療法を活用した CAPD 患者に対する運動行動の看護介入、日本保健医療行動科学会年報, 15, 164-179.
- 2)Sagawa M, Oka M, Chaboyer W, Satoh W, Yamaguchi M (2001) Cognitive Behavioral Therapy for Fluid Control in Hemodialysis Patients, Nephrology Nursing Journal, 28(1); 37-39
- 3)Sagawa. M, Oka, M, Chaboyer. W(2003) The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination, International Journal of Nursing Studies, 40(4), 367-373

<仮説アルゴリズムの骨子??>

- | | |
|--------|------------|
| Step 1 | 知識確認 |
| Step 2 | 生きがいの明確化 |
| Step 3 | 問題の明確化 |
| Step 4 | 問題と生きがいの連結 |
| Step 5 | 行動目標の設定 |
| Step 6 | 問題解決方法の選択 |
| Step 7 | 自己効力感の確認 |
| Step 8 | 行動目標と方法の修正 |

自己効力感

行動科学のお勉強シリーズ第三弾は、自己効力感：self-efficacy について。

self-efficacy：自己効力感とは、実際にその行動を生起することができると思える自信を持つこと。

つまり、行動変容するテーマに対して、どれだけ「できる」と思っているのか、自信があるのかということである。

これは日常生活の中で、実は何気なく誰もが経験しているものである。

「できる」と思えば行動も起こるが、自信がなければなかなか行動も起こらない。

あまり例えが適切ではないかもしれないが、最近のコマーシャルにあったと記憶する言葉を引用すると、「世の中を変えられる」と思った人が「世の中を変えてきた」のである。

さて、健康について。

あなたはどんな自己効力感が高いですか？低いですか？

自己効力感はその健康行動に特異なものである。

自尊心のように全般的な傾向としての自分の能力や存在価値についての認知とは異なる。運動について高い自己効力感を持っている人が、他の行動、例えば低脂肪食への変更については低い自己効力感を持っていることもあり得るのである。

そう言えば、運動の後に飲むビールのうまいこと、うまいこと。消費したエネルギーがお釣りがきで返ってきたりする。

さらに、同じ行動領域についても、状況に応じて自己効力感のレベルが異なることもある。通常の勤務形態の時には一日 30 分間のウォーキングについて高い自己効力感を持っているが、出張中は同じ行動についてそれほど高い自己効力感を持っていないといった例である。

自己効力感健康行動変容の成功への重要な鍵をにぎっている

では、目的とする行動変容に関しての自己効力感をどう高めるか？

自己効力感高めることはできるのか？

答えは、「できる」。

実際、健康学習者の自己効力感を上げるような健康教育介入が試みられており、その成功例が、運動、禁煙、栄養、ストレスマネジメントと幅広い領域で報告されている (e.g., DeBusk ら、1994; Taylor ら、1996)。

次回の行動科学のお勉強シリーズは自己効力感を高める方法を考えてみたい。

3-4

精神看護領域のプログラムドケア案（中間報告）

萱間真美，沢田秋（東京大学大学院医学系研究科），竹田雄介（東京大学医学部）

（萱間より）

本日は他の会議と重なり出席できず申し訳ございません。

先日の会議での方針を受けて、精神看護グループでは以下のように作業を進めさせていただきたいと思います。

精神疾患は他の多くの慢性疾患と同様に、急性期には症状の大きな変化がありますが、その後は適切な薬物調整を行って症状の安定を図ることが治療の目的になります。

統合失調症を例にとってみますと、適切なケアがなければ人格や知能の水準の低下を招くダウンヒル（緩やかに丘を下るように機能が悪くなる）の経過を、いかに現状の水準を保ち、患者さんのQOLを保つか（上向けるのではない）がケアのゴールとなります。

拝見した褥創の例は、外科的な問題の発生と介入、それに対する生体の反応が時間軸を追って、問題解決的に展開されていくものだと考えますが、精神看護は上記のような特徴から、時間を追った問題解決の方法を標準化するのではなく、状況依存的にその場の状況に応じて、問題の発生に予防的に関与するものであり、アルゴリズムの作成には馴染まないと考えます。

そのため、状況に置ける問題の発生を予防するための看護ケアのコンテンツを示し、それらが網羅されている場合にプログラムドケアであると呼べるという考え方をとりたいと思います。精神看護の領域で開発されているクリニカルパスでも、ケアのコンテンツを網羅するという側面が強いため、これらを整理したいと思います。

さらに、ご指摘頂きました職種間の機能の差については、精神科領域では集団療法や各種の介入で職種によって業務内容を完全に区別するという場合はむしろ少ないのが現状です。例えば集団療法を看護者がセラピストとなっていくときは対人機能や日常生活に注目しており、医師が行う場合には症状に注目するという違いがあるとはいえませんが、それも立場によって一様ではありません。従って、やはりこちらもケアのコンテンツとしてこのようなことが拾えればよいといった立場で整理を進めて参りたいと思っております。

以上、ご理解を頂けますようお願い致します。

萱間 真美