

前回の研究会議で、精神科看護分野におけるプログラムドケアの一つとして『隔離・抑制』を提案した。以下に、その具体的なケア内容を示す。

参考としたのは、雑誌「精神科看護」で発表された施設のクリニカルパスと、「精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究」研究班が収集した「興奮状態による隔離室利用パス」33件である。以上から、隔離・抑制に関して看護師が実施する一連のケアを抜粋した。

「隔離・抑制」時の看護

1. 隔離・抑制の必要性、目的の把握

- ・繰り返し隔離（抑制）の必要性を説明し、どのような状態になれば隔離（抑制）が解除となるのかを説明する
- ・家族に対しても隔離・抑制を行う理由を説明する
- ・入室にまつわる思いをよく聴く
- ・行動制限をされる悔しさ、腹立たしさ、怒りを表現できるようにサポートする
- ・インフォームドコンセントに努め、保護室（隔離室）を使用している理由を説明できるよう援助する。決して懲罰ではないことを説明する

2. 患者の同意

- ・同意を確認する

3. 隔離・抑制の実施

- ・安全上、可能な限り多数の医療者によって行う
- ・指定医の診察・指示

4. 隔離・抑制時の観察

- ・自傷・自殺のリスク査定
- ・所在・行動確認
- ・攻撃性、衝動性、拒絶、非協力性、現実検討能力、約束を遵守できるか
- ・精神症状、睡眠状態、水分・食事摂取量、身体所見、排便排尿の確認
- ・セルフケアレベルのチェック
- ・（抑制時）抑制部位の阻血などにも留意した観察
- ・会話を通した直接的観察、会話を通さない客観的観察

5. 隔離・抑制時の介助（必要に応じて一次解除）

- ・患者の状態により、複数名で入室
- ・入室前には声かけし、過敏である患者を驚かさない
- ・隔離（抑制）中の様々な患者要求に対して枠作りを行い、統一した対応をとる
- ・不安の傾聴
- ・洗面、清拭、入浴介助
- ・スタッフ付き添いでの洗面、着替えなどをし、ADLレベルの確認と引き上げを試みる
- ・次の入室時間を伝える

- ・限られた空間で日常生活に支障のないよう、求められる前に声かけをする
- ・患者が混乱しないように、指示的に伝える

6. 隔離・抑制の解除

<一時解除（解放観察）時>

- ・病棟にいる間の行動や他患者との交流の観察
- ・興奮・衝動性の観察
- ・解放時間をあらかじめ伝え、その間の過ごし方を一緒に考える
- ・解放前に前日を振り返り、それをもとに解放観察のプランを一緒に立てる
- ・必ず視野に入れ、すぐに関わる
- ・感想を聞き、開放観察中の想いを引き出す
- ・解放観察が延期できそうか、気持ちを聞く
- ・患者の状態変化を把握し、再度隔離・抑制が必要か否かを検討する

<解除時>

- ・（一次解除時に準じる）

7. 隔離・抑制後のケア

- ・病棟にいる間の行動や他患者との交流の観察
- ・興奮・衝動性の観察
- ・必ず視野に入れ、すぐに関わる
- ・感想を聞き、想いを引き出す
- ・患者の状態変化を把握し、再度隔離・抑制が必要か否かを検討する

（精神科看護 105 号 p27 の要約）

（精神科看護 112 号 p15 より抜粋）

（精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究平成 15 年分担研究報告書）

ここで示した一連の流れは絶対的ではなく、施設毎に変わることも考えられる。

隔離・抑制は医師の指示のもとに行われる。一連の流れの中で医師、看護師、もしくはその両方、または別の職種の人に関わる場合がある。

各段階で看護師が行うケアを検討しピックアップした。

1, 隔離・抑制の必要性、目的の検討

隔離・抑制は患者に対し身体的、精神的に大きな負担を強いるため、最小化する為の取り組みが広く行われている。しかしながら精神科においては必要になる場面も少なからず存在する。実施する前には、他のケアにより隔離・抑制を回避できる可能性も検討し、その必要性及び実施する目的を十二分に検討する。

隔離・抑制の実施を判断するのは医師であるが、実施する前に看護師はその必要性を医師とともに検討する事が求められる。

隔離・抑制を実施する場合、その目的を把握することも重要であり、隔離・抑制解除のための目標は実施される患者を尊重するためにも、医師、看護師だけでなく患者も一緒に定めることが重要となる。

以上の事からこの段階から考えられる看護師の業務としては『隔離・抑制の必要性の検討』『隔離・抑制の目的の把握』が挙げられると思われる。

2, 患者の同意

患者を尊重し、不適切な隔離・抑制を最小化するためにも、患者本人から同意を得ることは、インフォームドコンセントの見地からも重要である。その際、その目的を明らかにすることで本人が納得できるように働きかけることが必要だと考えられる。これらは医師のなす事である。看護師のすべき事は目的を患者と共有し働きかけることであろう。また家族に対しても隔離・抑制に関して納得してもらえよう働きかけることも重要である。

3, 隔離・抑制の実施

精神保健福祉法により、精神保健指定医(以下、指定医)に隔離・身体拘束実施に関する専門的医療判断が認められている。12 時間以内の隔離であれば指定医でない医師が判断してもよい。隔離・抑制を実施する際に、看護師はできるだけ患者に危険が及ばないように留意することが重要である。隔離する場合には、隔離室まで安全に患者を誘導することが求められる。また抑制する場合には、患者を抑制する帯、抑制帯を安全に装着することが重要である。いずれの場合も実施後、患者の安全は確保されているか確認する作業が不可欠だと言える。

この段階に置ける看護師の業務は『安全な隔離実施』『安全な抑制帯装着』が考えられる。

4, 隔離・抑制時の観察

隔離・抑制に伴う問題は多く挙げられる。身体的な問題としては脱水、骨折、挫傷、神経損傷、また患者が内科的疾患を有する場合、その増悪が考えられる。また精神的な負担がかかることも想像に難くない。看護師は隔離・抑制実施時に頻繁に患者を観察し、それら問題の発生に十分に

気を配る必要がある。またコミュニケーションをとり、患者が孤独や不安にさいなまれないよう働きかけることも重要である。少なくとも2時間に一度、できればそれ以上の観察を行う事が求められる。精神科病棟の通常観察よりも重点的な観察が行われ、通常臨床観察に加えて、隔離の継続あるいは解除の検討を行う際に必要な情報を収集する姿勢が重要である。

この段階においては『隔離・抑制中の観察』が挙げられる。この項目は「観察マスター」でカバーすることも考えられるが、隔離・抑制に伴う問題を中心に観察を行うことを鑑みれば、プログラムドケアの一環として挙げることも検討すべきであろう。

5, 隔離・抑制時の介助

隔離・抑制を実施している最中に日常動作などについての介助が必要になる場合がある。洗面や食事介助などが具体例としてあげられる。それらは隔離・抑制している為に、通常とは違う介助が必要になる。

ここで挙げられるのは『隔離・抑制時の介助』である。ここでの介助は、観察でも述べた通り、隔離・抑制を実施している最中に行われるもので、その点からプログラムドケアに盛り込むことを検討すべきだと言える。

6, 隔離・抑制の解除

隔離・抑制を解除するのは指定医以外でも可能である。隔離・抑制の目的が達成された場合、速やかにそれらは解除される必要がある。ここから挙げられる看護ケア項目は『隔離・抑制の安全な解除』である。また、隔離・抑制解除という環境変化後の患者の症状や行動、思いを注意深く観察し、ケアする必要がある。

7, 隔離・抑制後のケア

隔離・抑制後に、実施前に達成された目標が今後も継続されるように、患者に働きかけることが重要である。また精神的、身体的な問題が生じてはいないか、再度把握することも重要である。隔離一時解除時・解除時には、ケア時以外にも、患者を眼の端において確認するケアを、複数のスタッフがやっている。

抑制下の看護（陽和病院）

- ・ 持続点滴＋膀胱留置カテーテル
- ・ 抑制＋エアマットの使用
- ・ 聴診、食事介助は無理しない
- ・ 部屋にはサクション、パイピング、タッピングを準備
- ・ 安静臥床と抗精神薬の大量投与は排尿困難を招くため、尿の観察と早めの留置カテーテルの実施
- ・ 点滴刺入部、皮膚、筋硬直、熱型観察
- ・ 便チェック、聴診、腹部マッサージ
- ・ バイタルサインのチェック（3回以上／日）
- ・ 呼吸状態観察（夜間は特に、必要時はベッドサイドモニター設置）
- ・ カテーテル・ウロバック管理

（佐原美智子(1999)：精神科における隔離・抑制の現状と問題点，看護管理，9(10)）

3-5

小児看護学会の研究報告にみるケア対象

分類視点	大分類	ケア対象	2001	2002	2003
疾患	心疾患	先天性心疾患患児・家族	2	1	1
		腎疾患	慢性腎疾患患児	2	
	内分泌	透析の必要な児	1		
		1型糖尿病患児	1		2
		2型糖尿病患児	1		
	喘息	喘息児—セルフケア			3
	がん（移植を含む）	小児がん患児・家族	7	5	6
		小児がん患児—疼痛緩和			2
	精神神経疾患	ADHDの学童			1
		精神・神経疾患をもつ患児・家族	3	1	1
		ADHD等疑いのある患者			3
		てんかん患児・家族			1
		痙攣性疾患			2
	骨筋疾患	牽引等を必要とする児			2
	川崎病				1
	アトピー性皮膚炎				1
	不登校				1
	子ども虐待	被虐待児	4		1
		妊婦—虐待予防	1	2	
	ハイリスク新生児	ハイリスク新生児・家族（NICU入院中）	6		5
ハイリスク新生児・家族（退院後）		6	2		
障害児	障害児	4	3	3	
	障害児の家族		4	5	
	障害児—摂食指導			1	
	障害児・呼吸器—口腔ケア	1		1	
	中途障害の児・家族	1			
キャリアオーバー	成人へキャリアオーバーする小児慢性疾患患者		1	1	
治療方法	手術	日帰り手術を受ける児・家族		1	1
		手術を受ける幼児	3		
		手術を受ける学童		1	
		手術を受けた児の親—不安軽減		1	1
隔離	隔離を必要とする児	1			

小児看護領域におけるケアプログラムの対象領域 つづき

分類視点	大分類	ケア対象	2001	2002	2003
ケア技術	処置検査	苦痛を伴う処置検査をうける	5	1	8
		苦痛を伴う処置検査をうける児の親		1	1
		睡眠導入			1
	内服	内服困難な幼児			1
	採血				1
	点滴	点滴中の患児		1	
	コミュニケーション	意識障害等困難な状態の患児			1
	疼痛ケア				1

疾患の状況	慢性状態	慢性疾患をもつ学童・思春期患者—心理	4		1		
		セルフケアの必要な慢性疾患をもつ学童		1			
		慢性疾患患者—退院時支援	1				
		慢性疾患患者の家族（在宅）	2	2			
		終末期	終末期の患者・家族		3	1	
		grief care	子どもを亡くした家族	4		2	
		ケアの提供	在宅医療（人工医療依存度の高い在宅療養を必要とする児・家族	在宅医療（人工医療依存度の高い在宅療養を必要とする児・家族	5	4	2
				入院中の児の家族	6	13	7
				入院中の幼児—心理的影響等	3	1	1
		入院	入院中の学童・思春期—社会性の発達等	入院中の学童・思春期—社会性の発達等	1	3	2
病児のきょうだい				1	4		
慢性疾患患者の在籍する学校関係者（担任等）				1			
医療的なケアを必要とする児に関わる学校関係者					2		
地域	連携の必要な地域の関係機関	連携の必要な地域の関係機関			1		
		サポートグループ—患者会等			1		
特殊な状況	高度先進医療	胎児診断を受けた家族		1			
		生体肝移植			2		
		ストーマ	ストーマケアの必要な患者		1		
	褥創	褥創ケアの必要な重症心身障害児		1			
疾患なし	health promotion	健常児の家族への支援	1				
		愛着形成			1		
		事故防止			4		
		育児支援			2		
		災害	三宅島など被災した児親を亡くした児	三宅島など被災した児親を亡くした児			1
							1

3-6.

第1回 緩和ケア班打合せ

平成16年3月19日（金）18:00～20:30 東京大学 水流研究室 於
参加者：水流、成田、金子、花出、井上、渡邊、内山

1. 緩和ケア班が抱える課題について

1) 緩和ケアについて

① 緩和ケアの捉え方について

- ・定義としてどのようにおくか
- ・何を軸としてみていくか
- ・緩和ケアを時期で切ると：
導入→切り替わったときになにをするか（モニタリング、判断、等）
維持→家に帰ること
急変→ターミナル化する
- ・緩和ケアを場で切ると：緩和ケア病棟、一般病棟、外来等
- ・他：身体症状（疼痛・抑鬱・嘔吐）、スピリチュアルケア、家族ケア

② 作りあげるもののイメージとして

- * 症状コントロール／痛みのコントロール／抑鬱状態の査定などアルゴリズム化が可能な部分をあきらかに。
- * スピリチュアルケア：消費者である患者に対して見えるものであった方がよい
- * この緩和ケアプログラムに載せるか否かを判断する際の指標を明らかにする。
→特に一般病棟では、はじまりを決定すること。質を保証することが困難？
- * 病棟で必要なのは、専門職へ委託する際のスクリーニング能力と指標
- * 新人とエキスパートを埋めるためのチェック内容
- * 不可欠事項：IC の場への看護職の同席。看護職の理解と患者の理解のすりあわせ等

③ 検討事項として

緩和ケアとしての軸をどのように設定するか。
今回の中でアルゴリズム化が可能なものとして何があるか

2) 化学療法ケア

- * アルゴリズム化をめざし、現状把握などを行っていく。

3) 放射線療法ケア

- * 現状における特殊性等を表現することを目指す。・・・中身を消費者に見せる。
渡邊先生を介して聖路加国際病院の黒田正子氏を紹介していただく。
ヒアリングを中心として現状をまとめていく。

次回全体会に検討の原案を提示していく。

今後の予定について

- ・ 検討内容などは、メールにてやりとりする。（水流先生にも流す）
- ・ 事前に東京で3人での会議をもつ（後日相談）
- ・ 担当を緩和ケア（金子先生）、化学療法ケア（花出先生）、放射線療法ケア（井上）としそれぞれの作業を進める。

3-7

看護計画マスターに関する調査・研究についての中間報告

石垣恭子、高見美樹、篠原 馨（島根大学医学部看護学科）

1、言葉の定義

1) 看護計画

看護診断、期待される結果、看護指示、患者の回復の度合いを記述した看護計画。

2) 看護診断

個人（集団）の人間としての反応（健康状態や対人関係パターンの変化あるいはその恐れ）を述べたものであって、健康状態を維持しその変化を少なくしたり、取り除いたり予防するために看護婦が特定し、介入法を指示することが法的に許されているものである。

3) 看護介入

病気（または合併症）の予防、健康の増進・維持・回復、そして終末期の患者が安らかな死を迎えられるように援助するために看護婦が行う行為。

4) 看護指示

個々の患者のケアに際して、すべての看護婦が従わなければならない介入事項で、看護婦によって指示されたもの。

2、文献調査

医学中央雑誌の検索システムより、第 8 回～第 23 回の医療情報連合大会論文集から「看護計画」「システム」をキーワードに検索を行った。

また、第 6 回～第 14 回看護情報システム研究会講演集より「看護計画」や「看護過程」を表題とするものを取り上げた。（資料参照）

1) 看護診断・看護問題のあげかた

文献検索の結果、看護診断・看護問題のあげかたについて、下記の方法に分類することができた。

(1) 疾患別・症状別に共通する看護問題

(2) 看護診断→NANDA 分類

ゴードンの 11 の機能的健康パターンにそった分類

2) データベースの開発方法

疾患別・症状別に共通する看護問題を利用している施設では、院内又は病棟毎に独自に開発しているところがほとんどであった。

一方、看護診断を使用している施設では、NANDA の看護診断分類を利用している場合と、ゴードンの 11 の機能的健康パターンの分類を利用している場合とがあったが、看護師が看護診断を選択しやすくするため、各施設でよく利用する看護診断を独自に抽出して利用している施設もあった。

3、看護計画の立て方

1) 看護問題・看護診断、目標、介入、指示等の機能

文献自体が上記のことに触れていないことが多く、全体的な把握は困難であった。看護計画のシステムについて報告している文献では、看護問題・看護診断、目標、介入プランを立案することのできる機能を有していることが多い。また、看護指示を出すことのできる機能を有しているシステムもいくつか存在している。

2) 入力方法

看護計画（目標・介入プラン）の入力方法についても文献で触れられておらず、把握は困難であった。

(1) 疾患別・症状別の看護問題を利用している場合

施設独自に、看護問題毎に標準看護計画（目標・介入プラン）を開発している場合が多い。

その場合では、疾患別・症状別に看護問題を選択することによって、開発された標準看護

計画（目標・介入プラン）が表示される。

(2) 看護診断を利用している場合

施設独自に、看護診断毎に標準看護計画（目標・介入プラン）を開発している場合が多い。その場合では、看護診断を選択することによって、開発された標準看護計画（目標・介入プラン）が表示される。

3) 内容修正方法

(1) 看護問題・看護診断

看護問題・看護診断をあげる場合、「関連する因子」や「原因の句」と共にあげる。「関連する因子」や「原因の句」は施設独自に開発し、選択が可能な場合と、看護師自身がワープロ入力によりあげる場合がある。看護問題・看護診断ラベル自体の修正は、施設によって可能な場合と不可能な場合がある。

(2) 目標・介入プラン（標準看護計画）

目標・介入プラン（標準看護計画）を施設独自に開発している場合は、表示された目標・介入プラン（標準看護計画）を取捨選択することで患者に合わせた目標・介入プラン（標準看護計画）を立案する。該当する項目がない場合は、項目を新たに追加し、ワープロ入力が可能な場合、表示された目標・介入プラン（標準看護計画）における項目自体の修正も可能な場合がある。

4、今後の方向性

1) 看護計画の内容の明確化

看護計画に含まれる用語の検討に入る前に、看護計画に含まれる内容を明確にする必要がある。看護計画とは、看護問題・看護診断から目標、介入プラン（観察プラン、ケアプラン、教育プラン）、指示のすべてを含んだ内容として定義されているものもある。しかし、本研究班では、第一段階として、介入プランにおけるケアプランに限定し、使用されている用語の検討を行いたいと考えている。

2) 介入プランを収集する時の条件

介入プランは、看護問題と目標が決定された後に、目標の達成に向けて立案される。本研究班では、すべての看護問題や目標に使用されているケアプランの用語を検討の対象とする予定である。

3) 収集する介入プランの範囲

文献検索の結果、ほとんどの施設において、独自に標準看護計画を作成していることがわかった。しかし、それらの内容を公表している施設はほとんどない。インターネット上では、金沢医学部附属病院看護部においては、疾患別の標準看護計画（すべてが公開されているのか不明）、佐賀大学医学部看護学科においては、周産期に限定した疾患による標準看護計画が公開されている。書籍からは、いくつかの施設で作成された標準看護計画をみる事ができた。しかし、これらは「がん看護」、「小児看護」、「高齢者看護」と特殊性のある分野での「看護診断における標準看護計画」とするものが各1冊、それ以外では、「臨床でよく利用する看護診断における標準・基準看護計画」とするものが2冊ある。看護診断以外では、香川医科大学の疾患別による「標準看護計画」のみである。これらの現状から、収集の対象となる介入プランについて、検討をお願いしたい。

参考文献

- 1) 香川医科大学医学部附属病院看護部編著、標準看護計画第1巻、日総研：1993
- 2) 島根医科大学医学部附属病院看護部編著、新藤幸恵監修、基準看護計画 臨床でよく遭遇する看護診断 共同問題と基準看護計画、照林社：2003
- 3) 藤村龍子監訳 看護診断・成果・介入 NANDA、NOC、NICのリンゲージ、医学書院：2003
- 4) 黒田裕子著 NANDA-NOC-NICの理解—看護記録の電子カルテ理解に向けて、医学書院：2003
- 5) R. アルファロ、江本愛子監訳、基本から学ぶ 看護過程と看護診断 第2版、医学書院：1993

各病院の看護計画システム

疾患・症状別

大学・医療機関	データベースの開発方法	看護計画の立て方	問題診断	目標	介入	指示
香川医科大学医学部 付属病院	CDMS(患者の情報を入院から退院後も含めて収集・蓄積し、診療・看護計画、実施記録及び評価に利用するデータベースシステムである)を採用 情報収集から看護診断までの過程を独自開発しプロトタイプとして報告。 ○用語マスタは身体、心理、社会の3つの大項目と、その傘下に11の看護診断類型からなる中項目とそれを導き出すための症状・兆候を看護診断から演繹的に作成し看護計画上の用語と整合し細項目とした。	○標準看護計画は、診断ラベル(看護診断名・共同問題名)、患者目標、OP、CP、CPで構成されている。 ○看護問題を抽出するまでの過程は情報収集によって想起される帰納的な過程と疾患、治療、検査に起因した問題の抽出のように演繹的な過程がある。帰納的なプロセスである看護診断過程はカテゴリー毎に整理された用語マスタを用いて情報収集を行い集約された情報をもとに、問題を推論する(診断過程1)さらに問題の原因・背景を推論し(診断過程2)、症状、兆候とその原因・背景からなる看護診断を確定する。一方演繹的なプロセスの共同問題は、共同問題一覧から患者個別の問題を選択する。またデータベースである用語マスタの情報蓄積に際し、オーダーリングの検査データなど看護診断に必要な情報は参照し利用できるようになっていた。 ○看護指示は看護計画のTP、EPからの指示、Dr支持を統合し、実践のサポートをする。 ○継続情報収集は看護問題ごとに、入力、閲覧が可能である。	○	OP CP EP		
名古屋市立大学病院 1998	○看護度自動換算システムを開発した。システムの機能は看護ケアプラン作成機能および病態別標準看護ケアプラン設定機能他7つがあり、それに加え患者の個別性に対応できるフリーコメント入力機能を追加した。(※この機能の詳細は不明) ○看護ケアプランは看護判断可能なリダー看護師が患者の状態を査定し看護ケアプラン作成機能および病態別標準看護ケアプラン設定機能を使用し作成する。リダー看護師は作成にあたり看護度基準の中から患者に必要な看護ケア項目を選択する。	○以前より院内で使用されていた新看護度基準を改定し使用している。内容は大・中・小項目があり、大項目はゴードンの機能的健康パターンと松木の生活行動様式を参考にし、小項目は看護行為と行動レベルが表記され、それをケアプランとし看護伝票、看護ケアシートに連動させる。 ○看護伝票作成は看護度自動算定システムの中から「看護ケアプラン作成機能」「病態別標準看護ケアプラン設定機能」「治療・処置行為入力機能」「フリーコメント入力機能」を使用して、チームリーダーが翌日分のケアプランニングをすするとともに医師の指示を確認する。当日入院した患者の看護伝票は、病態別標準看護ケアプランの中から必要なセットを選択し、さらに患者の個別性に合わせて看護内容の追加修正や必要に応じてコメント入力して完成する。翌日からは前日の看護ケアプランが自動的に複写されるため必要があれば追加修正を加える。 ○看護ケアプランの作成は、看護指示や看護計画のポイントを入力し、看護伝票とする。				
金沢大学医学部	○様々な方向から他施設の標準看護計画などを参考に検討を行った。その結果新たに当院独自の標準看護計画等の作成を開始し、平成7年より独自の標準看護計画等の作成を開始し、現在活用している。 ○分類については検索、活用のしやすさなどから疾患別とし、その中で共通する項目(例えば放射線治療を受けている患者の標準看護計画など)を追加することにした。その結果項目数は18領域、181項目となり、核看護単位で分担保を作成することにした。	○「疾患の特徴」と「看護計画」から構成した。標準看護計画を嚆呑みにし、考えられなくなる看護師もでてくるのではないかと懸念もあり、アセスメント能力を養うために、「アセスメントの視点」に主力を置くことにした。疾患の特徴については1)疾患の概説、2)アセスメントの視点、3)症状、4)検査、5)治療、6)経過と管理、の点から、看護計画については急性期、慢性期、術前後、などの病期別に、1)アセスメントの視点、2)問題点リスト、3)看護目標、4)看護問題、5)期待される成果、6)達成期限、7)看護活動のポイント及び具体的ケアの点から検討した。	○	○	○	
横浜市立大学医学部 付属病院1995	○標準看護計画は各病棟ごとにオリジナル作成したものであり、看護部全体では標準化されていない。また、看護診断の導入に関しては一部の病棟で試みられるものの共通化にはいたらずシステム化への課題が多い状況である。					

注)各病院が述べている「標準看護計画」は必ずしも疾患別で作成されたものではない。

看護診断別

島根県立中央病院	<p>○標準看護マスタの開発で各部署が関連領域の項目に看護職全員が参加し、言語の標準化作業を行い完成させた。日常実践している行為を元に標準看護計画マスタを登録している中で真に個別看護計画に展開する。</p>	<p>○看護問題の種類別(看護問題区分は「看護診断」「助産診断」「共同問題」の3つと、疾患、症状、経過、年齢別に分類した「標準看護問題」で構成されている。)にマスタから選択し、看護問題を確定する。確定した看護問題が展開され、リストアップした看護問題のひとつひとつに対し「標準看護計画」から看護問題に対する関連因子、患者目標、OP、CP、EPについて選択入力する。該当する項目がない場合はフリー入力ができる。不要となった場合は中止する。OP、CP、EPの各内容に対し具体的な看護指示を選択・入力する。マスタにはないものでより個別性を出したい時はフリー入力する。</p>	OP CP EP	○
豊川市民病院1996	<p>○看護診断はNANDAの「人間の反応パターン」分類を活用し、それぞれの項目に共同問題を追加して28項目とし、標準看護計画システムの開発を進めた。</p>	<p>○標準看護マスタに登録されているPESで構成された診断名と到達目標・具体策(観察計画T:援助計画・E:指導計画)を検索し表示する。 ○内容を個別に補足したり、削除したりして患者個人の計画を作成する。現在の登録件数は440件である。</p>	OP CP EP	○
徳島大学2000	<p>○平成10年に看護計画システムを構築。看護計画システムに登録されているケアユニットは、看護診断・疾患別看護基準・クリティカルパスである。 ○当院のパスの特徴は縦軸に看護診断名を使用しアウトカム、アクティビティ(看護介入)の枠を作った点である。 ○看護診断名はNANDAの看護診断名を使用し、アウトカム、アクティビティはアイオア看護大学の看護結果分類(NOC)と看護介入分類(NIC)を独自に訳し、当院の標準看護計画と照合し用語の統一を図りマスタ登録した</p>	<p>○システム化の範囲は看護計画の立案と評価、修正までであり、実践した結果や反応自体は経過記録として出力したペーパーに記録している。対象患者が入院すると看護計画システムのゲートウェイからパスを選択し臓器別分類から使用するパスを選択、イベント日として手術日や検査日を入力しパスを開始する。その後パス看護計画表および経過記録を出力させる。日々の実践は経過記録に立案された項目をチェック、必要時データを記入する。実践後、時間枠ごとにアウトカム評価を行い、次の枠に移行できるかを評価する。パリアンス(パスに示された基準から逸脱すること)が発生した場合はパスを中止し看護診断で計画を立案する場合と時間枠を広げそのままパスを活用するか否かを決定する。また、患者のyの状態に応じて部分修正を必要とする場合はDO機能でその項目を翌日に移動、もしくは削除機能でその項目を削除するなど患者の状態に合わせて修正を行う。</p>	○	
神戸大学1997	<p>○看護部独自の標準看護計画を作成し看護過程を電算化した看護過程システムを構築した。(看護診断に基づいた院内独自の標準看護計画)</p>	<p>○「患者選択画面」から患者を選択するとその患者の立案された「患者サマリ画面」が表示される。新規登録を選択し、発生日を決定後、「11の機能的健康パターン」の中からあてはまるものを選択する。次に「健康状態変化の句」のいずれかを選択する。看護診断名は「顕在的問題」だけでなく「潜在的状態」の表現も可能である。「患者目標」は10個まで設定でき、看護計画(OP・Eプラン)については標準看護計画からの選択により個別性を持たせるためにワープロ機能を付加することで部分修正、削除ができる。</p>	OP CP EP	○
川崎医療福祉大学医療技術学部医療情報部1996	<p>○1995年より「ゴードンの機能面から見た健康パターン」を基に看護師自身が当てはまるだろうと考えられる診断名を選択し、大・小項目を確認した上で、その診断名に対する計画を表示するシステムを作成した。</p>	<p>○患者の症状を選択し、その症状のコードを検索し、検索された症状をもつ診断名コードを抜き出す。その診断名コードと項目コードを検索し、それらのコードが同じものをカウントする。フラグテーブルとフラグコードテーブルを参照し、考えられる診断名を導き出す。そしてそれぞれの診断名に対する関連因子から考えられる問題点を表示され、必要なもののみを選択できる。次に選択した問題点に優先順位をつけ患者個人にあわせて修正する。その後、問題点に対する標準的な看護目標と看護計画が表示され、患者個人に合わせて修正する。看護計画印刷後も患者の変化に合わせて書き込みができるよう余白を設けている。</p>	○	○
高根大学医学部付属病院1991	<p>○NANDAの診断ラベルを活用しゴードンの11分類に沿って看護診断を行っている。</p>	<p>○看護診断名をカテゴリーの中から選択する。計画はコピーし貼り付け可能である。看護診断、目標、OP、CP、EPと評価日が表示される。 ○看護診断名の要因の部分を入力したり、修正したりできる。 ○指示は看護オーダーとして独立して存在する。</p>	OP CP EP	○

<p>和歌山県立医科大学 1999</p>	<p>○看護問題はNANDAの診断ラベルを採用した。情報収集の枠組みにはキャシー・E・ガゼットのツールをもとに当院用に作成し、介入と評価項目はNANDAに対応しているNIC・NOCを採用した。なお、NIC・NOCは当院独自で訳し、臨床で活用可能な項目に整理した。しかし、診断指標はNANDAだけでは臨床では不足と感じられたためM・ゴードンやカルペニートの指標を検討して追加した。また、関連因子もNANDAだけでは対応できず、指標と同様にM・ゴードンやカルペニートの中で必要と考えられるものを追加した。</p>	<p>○実施過程（介入計画と実施）は看護診断毎にマスタ登録された介入計画を自動展開させた。目標はNOCの定義を目標表現に修正し、期待する結果を1-5段階の尺度を選択する画面とした。介入項目はワープロ入力力で追加・修正（部分修正含む）することができ個別な看護計画が立案できるようにした。介入項目は実際にペットサイドでの実施に結びつくよう、看護をオーダーできる画面とした。</p>	<p>○ ○ ○</p>
<p>福井医科大学1999</p>	<p>○院内独自で作成した標準看護計画を使用している。 ○診断ラベルはゴードンの看護診断を活用している。</p>	<p>○当院で作成した標準看護計画が表示されそれを基に患者毎の個別の計画を選択・追加入力し作成する。計画は、解決目標、観察、ケア、教育の各々のデータベースを組み合わせて作成している。ここには原因または関連因子、解決目標、具体的計画が列挙して表示されており、これらは個別性に合わせて選択し、またはコメント入力し追加修正する。 ○看護計画の中で随時的に観察・処置の必要な項目はフローシートとして表示し、日々のプログラズノートと共に参照し、評価し、評価して計画の修正を行う。</p>	<p>○ ○ ○ OP CP EP</p>
<p>標準看護計画(疾患別) & 看護診断</p>			
<p>赤穂市民病院2000</p>	<p>○看護診断は「M.ゴードン氏の111の健康機能パターン」の看護診断ラベルに沿って独自の計画を作成し1998年に導入。共同問題についても独自のラベルに沿って計画を作成し1999.10月に導入した。</p>	<p>○看護診断の検索方法はゴードンの健康パターンと疾患別のどちらでも可能。診断項目を選択する。○看護計画は標準看護計画をベースにして患者の状態に合わせて計画の追加・修正が出来る。○現在実際の業務は看護オーダーが反映される受け持ちワークシートと連動していないため重複した操作が必要となり繁雑となっている。(看護過程のつながりは不明)</p>	<p>○ ○ ○</p>
<p>不明なもの</p>			
<p>東海大学医学部付属 病院1999</p>	<p>○E, J, MASONの提唱したナーシングスタンダードの理論をもとに開発した文章管理システムである。マイクロソフト社のアクセスを用いて看護計画書のデータベースを構築している。ひとつひとつの看護内容を作成してデータベースに入力する。データベース上でコード化して整理し看護計画書として登録する。データベースは個々の端末がもっているのではなくLAN上にサーバーを設けてそこから配信される。</p>	<p>○看護計画書の内容に観察(OB)、行動(AC)、結果目標(OC)の3つに分ける。この3つの組み合わせで個別的な看護計画を作成しておき、システム上で全看護単位で共有して使用する。FDでの対応ではなくネットワーク上で各病棟が共有する。 ○患者の病状の変化に際しても速やかに看護計画の修正や追加が可能となる機能ももつ。評価項目は目標と診断に対する評価ができる2画面で構成されている。まず、評価する目標を選択しマスタ登録された評価項目の中から必要な評価項目を選択する。それぞれの評価項目に1-5の尺度をつけ目標が達成できたかどうかを判断し、目標が解決、継続かにより、看護診断が解決されたか、継続できるかを判断する。継続の場合は目標の尺度が不適切なのか、介入項目の修正が必要かを判断し修正できるようにした。</p>	<p>○ ○ ○</p>
<p>北里大学東病院 1998</p>	<p>○以前より基本パターンとなる計画表は数病棟でパソコンを利用した登録を行っておりシステムの初期データとして活用した。○標準看護計画システムのデータを分類・整理し、データベースに登録し今回の看護計画システムのマスタデータとして使用した。 ○症例データベースは患者基本情報、看護計画、看護計画の評価等からなるRDBとした。これらのデータは1計画単位に保存できるようにし、計画の変化の履歴を残せるようにした。</p>	<p>○看護計画に使用するデータはセットマスタ(病気や治療方針などを基にしたセットキーワードにより複数の問題点が関連づけられている。)、問題点マスタ(各問題に対する複数の具体策が関連付けられている)、具体策マスタなどからなる。問題点には複数の具体策が関連付けられており、複数の問題点をまとめてセットとして登録している。頻繁に使用する症例には「問題点」「具体策」の「セット」を登録しておくことで立案時には「セット」を選択するだけで初期計画を作成できるようにしている。その後患者に合わせて「問題点」「具体策」の追加、削除を行えるようにしている。</p>	<p>○ ○ ○</p>

<p>財団法人津山慈風会 津山中央病院1999</p>	<p>○各患者ごとに看護婦が考え標準看護計画を作成した。</p>	<p>○看護計画は自動作成のものは患者の個性がないため各患者別に受け持ち看護師が考えることとし、標準看護計画をWebで参照しながら、問題リスト、看護診断、目標、看護計画をコピーして作成しやすいよう工夫した。 ○看護計画は看護問題、看護目標、SOAPが表示される。 ○患者個々にA4サイズに医師オーダーと看護システムで入力した看護オーダーをリンクし、毎日打ち出すことで、これまでの転記作業がなくなり看護業務が正確・迅速かつ合理的になるようにした。</p>	<p>○</p>	
<p>信州大学医学部1996</p>	<p>○病院内の各部署で立案された標準看護計画であり全体の統一がなされていない問題点が重複しているものもある。</p>	<p>○看護計画システムは看護オーダーシステム、病棟日誌システムと連携しており問題リストの上位5項目が看護ケアシートに表示され看護記録時に利用されている。</p>		
<p>三重大学医学部付属 病院 2000</p>	<p>○院内独自で作成した標準看護計画が容易に参照・活用できる。各病棟から現在使用している帳票類を全て集め、院内共有化できるものとして病棟の特殊性を踏まえ個別に作成が必要なものとして病棟の観察項目・看護ケア・処置内容のマスタを作成する際に各病棟から実際に使用されている観察項目、看護ケア、処置の一覧を集めた。</p>			<p>CP EP</p>

看護計画に関する文献

No.	書籍名	著者等	出版社	出版年
1	看護診断による標準看護計画ガイド—臨床でよく使われる50の看護診断と看護介入	監修:中木 高夫 編著:島根県立中央病院看護局	医学芸術社	2003
2	ヘンダーソンの看護観に基づく看護過程—看護計画立案モデル	著:焼山 和憲	日総研出版	2002
3	看護診断別高齢者標準看護計画	愛誠会昭南病院	日総研出版	2001
4	小児標準看護計画	編:埼玉県立小児医療センター看護部	中央法規出版	2001
5	看護診断と看護計画(第2版)	ミ・ジャ・キム/ガートルード・K. マクファーランド	医学書院	2000
6	がん看護 看護診断と標準看護計画	国立がんセンター中央病院	医学書院	1998
7	基準看護計画—臨床でよく遭遇する看護診断、共同問題と基準看護計画	編著:島根医科大学医学部附属病院看護部 監修:新道 幸恵	照林社;小学館	1998
8	POSと看護計画	ルシル・ルイス/高木永子	メヂカルフレンド社	1997
9	POSにもとづく看護診断と標準看護計画	横谷武	医学書院	1996
10	看護診断に基づく標準看護計画(産科・婦人科 石井孝子) 12	石井孝子	メヂカルフレンド社	1996
11	看護診断に基づく標準看護計画(精神科 文野加代) 11	文野加代	メヂカルフレンド社	1996
12	症状別看護計画のための基礎ノート病態生理と看護対策	安田千代子	看護の科学社	1996
13	症状別看護計画看護診断対応	名古屋大学医学部附属病院	日総研出版	1996
14	看護診断に基づく標準看護計画(小児科 斎藤百合子) 13	斎藤百合子	メヂカルフレンド社	1995
15	看護診断に基づく標準看護計画(内科1 土上よし江) 1	土上よし江	メヂカルフレンド社	1995
16	看護診断と看護計画	ミ・ジャ・キム /村井文江	医学書院	1994
17	看護診断に基づく標準看護計画(外科1 広瀬千也子) 4	広瀬千也子	メヂカルフレンド社	1994
18	看護診断に基づく標準看護計画(外科33 脳神経疾患患者の木村チツ子) 6	木村チツ子	メヂカルフレンド社	1994
19	看護診断に基づく標準看護計画(内科33 神経・筋疾患患者木村チツ子) 3	木村チツ子	メヂカルフレンド社	1994
20	看護診断に基づく標準看護計画(眼科・耳鼻咽喉科・歯科 近藤和子) 10	近藤和子	メヂカルフレンド社	1993
21	看護診断に基づく標準看護計画(整形外科 岡本さと子) 7	岡本さと子	メヂカルフレンド社	1993
22	最新・看護計画ガイド看護診断による最新看護マニュアル 追補編	スザン・パダポー・アルリック/中木高夫	照林社	1993
23	実践にいかす成人看護学看護診断別標準看護計画付	小笠原知枝 /阪本恵子	福村出版	1993
24	標準看護計画 (循環器系 呼吸器系 消化器系 脳神経系 腎・泌尿器系 男性生) 第1巻	香川医科大学医学部附属病院	日総研出版	1993
25	標準看護計画 (小児(系統別) 母性 女性生殖器系 精神) 第3巻	香川医科大学医学部附属病院	日総研出版	1993
26	標準看護計画 (内分泌・代謝系 神経系 感覚器系 網内系 筋・骨格系 免疫系) 第2巻	香川医科大学医学部附属病院	日総研出版	1993
27	最新・看護計画ガイド 外科編看護診断による最新看護マニュアル 外科編	スザン・パダポー・アルリック/中木高夫	照林社	1992
28	最新・看護計画ガイド 内科編看護診断による最新看護マニュアル 内科編	スザン・パダポー・アルリック/中木高夫	照林社	1992
29	実践の質を高める看護計画の展開	金川克子	中央法規出版	1988

30	生きた看護計画の展開(看護実践シリーズ)	金川克子	中央法規出版	1985
31	看護計画の実際(臨床看護シリーズ)	粟屋典子	メヂカルフレンド社	1983
32	看護計画	宮崎和子	看護の科学社	1981
33	看護計画のプロセス実践のための理論モデル	著:パワー, F. L. 訳: 矢野 正子	現代社	1981
34	看護計画の系統的アプローチ(第2版)	マーリーン・グローヴァー・メイヤーズ / 松本登美	医学書院	1980
35	看護計画のプロセス	著:パワー, F. L. 訳: 矢野 正子	現代社	1980
36	現代看護学・看護全書(成人看護学外科編 総論) 病態生理から看護計画まで 1		真興交易医書出版部	1977
37	現代看護学・看護全書(成人看護学内科編) 病態生理から看護計画まで 5		真興交易医書出版部	1977
38	看護計画の技術: 臨床看護の展開	著:トローズ E.リトル, ドリス L.カーニヴァリ 訳:石川 操, 奥村百合恵, 鳥海美恵子	現代社	1973

4-1.

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 1 回全体会議

日 時： 1 月 2 8 日(水) 1 3 : 3 0 - 1 7 : 0 0

場 所： 東京大学 工学部 5 号館 5 階 537 号室 (第 3 輪講室)

出席者：秋山智弥・井上真奈美・勝野とわ子・萱間真美・菅野由美子・佐藤エキ子・佐藤紀子・竹内登美子・竹田雄介・水流聡子・中西睦子・成田伸・平田明美・松田悦子・丸光恵・山名栄子 (五十音順敬称略)

<配布資料>

- A-1 研究概要
- A-2 担当領域別 研究協力者および分担研究者一覧
- B-1 看護実践用語標準マスターに収載する用語一覧 (案)
- B-2 看護用語の標準化作業 (評価版) の公表について
- B-3 看護実践用語標準マスターの概要
- C-1 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
- C-2 「看護研究」にみる研究動向の要約
- C-3 『患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み』要約
- D 褥創の発生予防とケア選択基準 (菅野)
- E 看護問題・看護計画に関する情報収集と整理分析と当該内容の標準的マスター整備

1. 研究概要の説明

1) 今後の日程について

- ・下記のとおり進捗状況を確認する会議を開催する予定。
- ・研究は、平成 15 年度～平成 16 年度である。作業は、夏頃までに終了する予定。
看護問題マスター、看護計画マスターを平成 16 年度に実施する。

第 1 回全体会議 1 月 2 8 日(水) 1 3 : 3 0 - 1 7 : 0 0

研究概要の説明・各自の作業概要・今後の予定

第 2 回全体会議 2 月 2 0 日(金) 1 3 : 3 0 - 1 7 : 0 0

各作業の進行状況報告

開発されたプログラムドケアの紹介と検討

その他の看護マスターについて

第3回全体会議 3月19日(金)13:30-17:00

各作業の進行状況報告

開発されたプログラムドケアの紹介と検討

その他の看護マスターについて

第4回全体会議 4月23日(金)13:30-17:00 (案)

第5回全体会議 5月21日(金)13:30-17:00 (案)

第6回全体会議 6月25日(金)13:30-17:00 (案)

第7回全体会議 7月23日(金)13:30-17:00 (案)

2) 研究の紹介

- ・全体構造について説明(資料A-1)
- ・観察マスターについては、既に広島大学医学部・歯学部附属病院にて開発し、実装しはじめた(溝上看護部長)。
- ・⑤については、①～④が整理された後の課題であるため、今回の作業では考慮していない。
- ・参考図書の紹介(看護展望 Vol29.No2, 看護管理 Vol13.No11)
…看護展望(特集号)は、次回会議で全員に購入・配布
- ・プログラムドケアにおいて、手術看護領域をどのように考えていくか課題であり、(周)手術看護(術前後)と手術室看護(術中)はリンクし開発していく(担当:竹内先生・佐藤紀子先生)。
- ・看護問題・看護計画に対する具体的検討は、分担研究者の宇都先生、石垣先生を中心に進めていく。
- ・石垣先生は、既に看護システムを導入している病院における課題抽出のための調査に入っている。今後情報提供する予定。

3) 研究協力者および分担研究者紹介(資料A-2)

- ・研究協力者の方々は、報告書の中に、「研究協力者」として全員、氏名を掲載する。

4) 情報提供(資料C-1, 2, 3)

- ・資料D(菅野先生より)
- ・アウトラインを説明。
- ・教育に移行する予定の部分については、河口てる子先生とコンタクトとって進める(水流が調整)。
- ・プログラムの開始と終了をどうおくかが重要であり、実用性の高いツールが必要であると思われる。普及するためには、簡便性が必要である。
- ・ここで開発されたプログラムドケアの実装協力病院を検討する(水流)

2. 作業内容の検討d

1) 各プログラムドケアの領域別特性について意見交換

- ・各領域における成果物は、こうでなければならないというものはないが、ある程度のフレームの共通性は必要であり、統一性を図っていく必要がある。その為に、月に一度の会議で、各領域毎の進捗と議論を行っていく。
- ・このプログラムドケアは、ジェネラリスト、スペシャリストが行える部分を分けて作り上げていくことが必要ではないか。
→先行研究の中で、かなり議論された。それにあたるのが、スタンダードケアとプログラムドケアである。プログラムドケアにおいては、スペシャリストが設計あるいは実施するケアについて考えていく。
- ・本研究では、プログラムドケアを開発する段階で、検証までは難しいと考える。検証は、次のステップで進めてもよいと考える。
- ・最終目的は、社会貢献であることに価値をおいている。

2) 各プログラムドケアの開発手順の決定

- ・例えば、岐阜大学等で実装を支援することを条件に、戦略的に盛りこんでもらうことは出来ないかなど検討。

3) 次回までに行うことのとりきめ

- ・各領域の情報収集を行い、本研究のプログラムドケアにつながるようなコア的な情報提供をお願いします。
- ・事務局は、河口先生と真田先生に相談しながら、プログラムドケアのモデル事例作成の準備を進めていく。

3. 今後の予定

1) 日程

- ・上記のとおり予定。次回は、2/20（金）13:30～17:00

2) 研究作業

- ・各担当領域における作業を進めていただく。

3) 事務作業

- ・作業に要した日程を事務局まで連絡する（詳細は、メールでやりとりを行う）

4) その他

- ・事務処理について
振込みは、厚生労働省からの振込み後になるため、旅費等については、それまでは立て替えをお願いしたい。

以上

4-2.

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 2 回全体会議

日 時： 2 月 20 日(金) 13:30 - 17:00

場 所： 東京大学 工学部 5 号館 3 階 341 号室 (談話室)

出席者：秋山智弥・石垣恭子・井上真奈美・岩田春子・江口隆子・川村佐和子・菅野由美子・河口てる子・佐藤エキ子・佐藤紀子・沢田秋・高見恭子・竹内登美子・水流聡子・中西睦子・成田伸・松田悦子・村上睦子・村嶋幸代・渡邊千登勢
数間恵子 (研究評価者) (五十音順敬称略)

<配布資料>

A-1 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

B プログラムドケア領域別資料

10. 褥創の発生予防とケア選択基準

11. 緩和ケア領域の進捗状況報告

13. 今後の精神看護領域のプログラムドケアの方向性

23. 地域看護学

・中間報告 (既導入病院における課題)

1. 第 1 回会議以後の全体の進捗状況報告

1) 自己紹介 (分担研究者)

2) 看護展望の配布

米国での実際について

3) 岐阜大学の実装

6 月稼動に向けての現在実施準備中

4) 先行研究文献の要約追加

次回資料で報告予定

5) ケアプログラム開発関連研究の抽出結果報告 (資料 A-1)

レベルの定義の表現が誤解を招くような表現もあると考えられるので、今後検討が必要。

これらの抄録を参照した結果、他の学会で今回の我々の取り組みのような研究は行われていないことが考えられ、本研究のオリジナリティーが明確になった。