

6) 作業手順 (案)

作業手順のたたき台として、資料の説明が行われた。

今回これらの作業を行っていただくこととして、謝金を医師と同じレベルでの単価を厚生労働省に申請し、了解するとの回答を得た。(学生は除く)

今後、各領域の担当者は、作業部分のどの段階にいるのか、資料を作成し、提示することで、情報を共有する予定である。

→今回作成する看護用語の利用方法やケアの中での今回作成する看護用語の位置付け等について話題になり、今後検討していくことになった。

7) ケアアルゴリズムの共通性に関する検討

プログラムドケアについては、看護のケアだけでなく、医療などの他領域の知見、組織間調整などが含まれてくると考えられる。プログラムドケアに含まれる多くのケアや知見などは、患者の状態により、ケアの内容や重みが複雑に細分化され、絡まっている。しかし、これを可視化して電子カルテに展開することができるように行っていきたい。

2. 開発が先行している領域からの報告

1) 真田チーム (資料番号 10) の状況説明

・ 病床リハビリとの関連について

リハビリにより、安静が必要な創部に負荷が掛かる場合があり、その場合のプログラムドケアについて、開発が進まないとの意見が出された。

→リハビリを処方するのは医師であるが、(診療報酬の関係上) 実質的には看護師が行っている場合も多い。実際に看護師が医師と一緒に創部を観察し、判断するが、実質的な中止の指示は医師が出している。

ケアの内容と、オーダーを出す人との関係、コミュニケーションが複雑になっているため、どこまでの部分を看護師が判断するか、どの部分が医師との共同作業が必要か? 運用ルールを作成することで、看護師の役割が明確になってくるのではないかと意見があった。

・ 教育プログラム

患者のみへのケアと家族を含めたケアとあるのではないかと意見が出された。

→糖尿病では、自力でパーフェクトに自己コントロールを行うことはありえないという前提で、入院時から家族を含めたケアになってきている。また、入院が短期間であることもあり、入院時から家族を含めたケアを取り入れていく。との意見があったが、外来での対応も必要との意見も出された。さらに、じょく創のケアでは、じょく創だけでなく、教育の

プログラムを同時に走らせないと意味がないのではないかとの意見もあった。

各領域では、対象とする患者には自己の領域だけと仮定して考えていって欲しい

2) 糖尿病管理教育

知識がなければ、患者・家族へ知識を提供し、それがうまく展開することができれば、それで教育は終了とする。というのが理想であるが、8・9割の患者・家族がうまくいかない。そのうまくいかない患者・家族への教育プログラムがプログラムドケアの内容と考えている。

患者が発した言葉や行動をエキスパートは瞬時に判断し、それに合わせたケアを提供している。患者は看護師からは逃げたい、医師からは結果だけ聴けばあとは必要が無いと考えている。このような患者をどのように教育するか？患者が大切にして生活習慣、いままで受けてきた教育、いままで行った失敗を瞬時にエキスパートは判断している。この部分をトレーニングできるものとして、言語化していきたい。

モデルケースを利用し、プログラムの内容を考えていきたい。

3. 各領域からの進捗状況の報告

精神看護（資料番号 13）

- ・ 作業療法では、他職種が行っているものであり、看護の中に含まれてくるのか、今後検討を行っていく必要があると考えている。
- ・ リエゾン精神看護については、今後、精神科領域にて対応していくことが確認された。
- ・ 急性期に緊急的に必要となるケアプログラムを作成していく必要があると考えている。

緩和ケア（資料番号 11）

- ・ 今後、スタンダードの部分とプログラムドケアの部分に含まれる緩和ケアとの関連の明確化が必要になってくる。
- ・ モニタリングケアとの共通して、例えば疼痛の部分などは利用できないか？との意見が出されたが、緩和ケアでは、身体的な痛みだけでなく、スピリチュアルな部分の痛みが多く含まれており、モニタリングケアと異なってくるのではないかと考えている。また、家族を含めた、教育という名称になるか不明であるが、家族をも取り込んだケア、総合関係が含まれてくるのではないかと考える。

- ・ 緩和ケアでうつ状態になった患者の場合では、リエゾン看護の領域を活用しているのではないかと？この部分では、精神科領域の活用など、他の領域看護分野を多く取り入れているのではないかと？
- ・ 看護師に手に負えない患者（スタンダードケアが展開中）に対して、緩和ケアチームが様々な病棟でモニタリングして、プログラムドケアを提供することも可能であり、緩和ケア病棟だけでのものだけでなく、チームとしての緩和ケアもある。緩和ケアチームとして看護している人への話を聞く必要があるのではないかと？
- ・ プログラムケアを作成していくことで、「緩和ケア」というケアの内容を明確化をさせることが重要である。

地域看護（資料 23）

- ・ これらの保健師の行動がどのようにアルゴリズム化されていくのかがわからない。→地域看護全体はプログラムドケアに含まれている。実質的に可視化できるようなケアになにか絞ってみてはどうか？→虐待など、医療と保健が濃厚にかかわりを持つ可能性が多い場面などをモデルケースを考えてみる

4. その他

がん看護を対象としたプログラムドケアは含まれていないが、今後必要ではないかと？

→現在、専門看護師、認定看護師が行っている部分は枠として置いているが、これらは、日本看護協会などが行っているもので、今回の研究ではおこなっていない。

化学療法ケア、放射線療法ケア（仮称）を別立てとし、あらたにプログラムドケア領域を作成する必要があるのではないかと意見が出された。

→白血病の無菌までの段階を化学療法ケアとして含み、緩和ケアとの関係を見ながら、化学療法ケアと放射線療法ケアのプログラムドケアの作成も進行していくこととする。これ以外にも多くの専門領域が必要になってくると考えられるが、本年度の研究では、ここまでとする。

業務内容と看護実践マスタとの比較

個々の単発的な行為を抽出すると看護の専門性を見れないものがある。

あるケア設計をしていく、それにしたがってケアを提供している。ケアデザインに必要な言葉、ケア開発していく。

ケースの条件を特定されても、対象に合わせていくことがエキスパートではないかと？

今回は、医療処置的な除いている。

5. 事務局からの連絡

次回 3月19日 月曜 13時30～

7月まで1月に1回、4月23日、5月21日、6月25日、7月23日すべて金曜日に行う予定。その後、整理していく作業謝金に旅費分を上乗せしていく。謝金は、休日での支払いになる。

ホームページを今後作成予定。その部分から会議資料をダウンロードできるように作成する予定である。その為、会議資料をファイルにて提出できるような方向に今後していく予定である。

4-3

第3回全体会議記録

日時：	平成16年3月19日（金）13:30～17:30
場所：	東京大学工学部5号館 3階（談話室）
参加者：	水流、中西、数間、成田、渡邊、内山、田口、東、岡、菅野、田中、藤木、脇坂 沢田、竹内、井上（敬称略）
内容：	<ol style="list-style-type: none"> 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（梅そうケア） 4. 各種看護マスタに関する報告 <ol style="list-style-type: none"> 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（石垣） 5. 各領域からの進捗状況の報告 <ol style="list-style-type: none"> 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（水流聡子） 8) その他 6. 本研究評価に関する報告（数間） <ol style="list-style-type: none"> 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

- 【配布資料】
- 1) 事務局資料A:
 - ① 第3回会議予定等（計4枚）
 - ② ホームページ作成維持管理に関する資料
 - ③ 担当領域別 研究協力者および参加研究者一覧（2枚）
 - ④ プログラムドケアの適応および展開に関して各領域が注目している情報（①～④）
 - 2) プログラムドケア領域別資料B
 - ① 7-2：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）
 - ② 4：クリティカルケア（NICU）
 - ③ 13：精神看護領域のプログラムドケア案（中間報告）
 - ④ 18：小児看護
 - ⑤ 20：遠隔看護
 - ⑥ 23：地域看護領域におけるアルゴリズム作成の検討
 - 3) 看護計画マスターに関する調査・研究についての中間報（資料E）

【今後の予定について】

1) 会議スケジュール

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

- * 各領域の進捗状況を報告し、相互理解の場とする。
- * 作業を進める上での課題や疑問を共通理解共同解決していく場とする。
- * なるべく各領域より一名は出席をする。

2) 報告書作成（平成16年度）

- * 各領域の現状報告を7月をまでにまとめる。
- * 最終成果物はパソコンレベルで作成し、「CD-ROM化（取り扱い本）」で、具体的な一例を可視化できることを目標としていく。

1. 全体としての進捗状況報告(研究代表者:水流)

1) メンバー紹介 (敬称略)

感染: 田中彰子、藤木くに子 (北里大学病院)、脇坂浩 (北里大学) / (周) 手術看護: 綿貫成明 (東京大学)
医療安全 (新): 保科英子、大沼扶久子 / 糖尿病管理: 東 (駿河台病院) / 石垣班: 篠原 (院生)

2) 新領域の追加について

- ① 「救命救急看護」・・・クリティカルケア (ICU/CCU) (嶋森) 班へ
- ② 「医療安全」・・・水流リーダー、研究協力者: 保科、大沼 他
*平成16年度研究で調査を要する。飯塚研究室の成果応用も検討中。

3) 関連研究 (ケアプログラム) の抽出について

- ① 学会抄録集からの抽出・整理事業終了
- ② 新たなる関連研究の検索
看護科学学会論文 (電子ジャーナル) 活用予定

2. ホームページとシステム開発について

- 1) 委託内容について報告 (資料)
- 2) 研究者用ホームページの活用について
メンバーのみの公開 (ID と暗証番号を配布予定)。*研究の途中経過であり取り扱い注意

3. 稼働のイメージ紹介

稼働の例・・・プロジェクト上で説明

4. 各種看護マスタに関する報告

1) 看護計画マスタに関する調査・研究について・・・ (石垣班高見報告: 資料E)

看護計画についてすべてを公開しているところは少ない。
各施設が独自で作っている可能性がある。(看護診断とそのほかを併用等)
行為は単語で拾ったが、看護計画のようなセンテンスを収集・分解することは困難
計画、行為、サマリーなどの定義が独り歩きしている状況がある。

↓
協力体制の確立必要
* 協力施設を研究協力者のネットワークで確保していく。

- ① 事務局で研究趣旨など内諾を得るために必要な書式を準備
- ② 各人は、①用いインフォーマルに関連施設に内諾得る。
- ③ 内諾の得られたリストを研究代表者へ知らせる。
- ④ 研究代表者より公的な依頼を施設あてに出す。
- ⑤ 具体的なやり取りを研究者用HPに掲載し進捗状況を共有する

2) 看護行為・観察マスタについて・・・ (宇都報告)
現在、学会、看護協会、400床以上の病院等前項ク調査を実施中

5. 各領域からの進捗状況の報告

1) 透析看護・・・ (岡報告: 資料7-2)

* 方向性について了解された。
* 透析看護が有する軸の中心をどこにおくかを検討していくとの報告あり
<意見交換>

- ・ 消費者が受けたケア内容が理解できる＝消費者型
- ・ 誰が行なうかよりも、質を保証するために明確にすべきことをあげる。
- ・ 施設に対してある条件を整えることを求めることも起こりうる。

2) 精神看護・・・ (沢田報告: 資料13)

- * 隔離の開始を示唆する内容については、標記可能か? (要素をあげる方向で)
- * 隔離の終了を判断するところに高度な看護が存在しそうである。
→ 隔離の解除/地域に出す (社会復帰) 際の判断に共通性の存在・・・地域看護、訪問看護
- * 隔離をしなければならぬ中で看護職が何を観察しているか、具体的にケアとして何を行なっているかを示す必要がある。(隔離中の食事や排せ、人間尊重等)
- * 隔離中の患者にかかわることで予測される看護職側のおかれている危険な状況に関する要素をいれていく必要あり。・・・感染看護の場面も共通
- * 患者さんとの相性によってケア内容が異なる場合等、質の保証などのように可能か?

3) クリティカルケア (NICU) (成田報告: 追加資料)

ディベロップメンタルケア: ファミリーセンタードケアの概念について説明

*カンガルーケア等本来の概念とは異なる意味で使用されて現状がある。

*環境ケアだけでなく子(個)の発達に合わせた調整を行なうことが重要

<専門性が高い内容>

①月の表情を読む ②親のケア ③月のストレスの調整

Ex. 皮膚ケア: 感覚器のひとつで新人では難しい。(導入の判断基準?)

ディベロップメンタルケア: ナースが率先している行為としては難しい

(医師の採血や吸引をストップすることは困難)

呼吸・循環器系の指標あり(体重管理、育児支援なども)

体重、皮膚の状態、週数等 必要なのは、月の表情を読む

月の不快な状況をモニタリングしていく(表現能力が低い者のサインを読む)

臨床心理士が入っている。(客観視できるから母親としては心を開く)

親の気持ちの変化を看護職は見ている(子供としては抱っこしたほうがよいが、親としてはその段

階でないことも判断)。

4) 地域看護 (田口: 資料2.3)

集団指導と個別指導の例について説明

<検討課題>

何をケアの塊として見るのか(ライフステージ、検診の種類、健康課題別、対象)

地域診断のアルゴリズムをプログラムの中にどのように組み込む必要があるのか?

医療機関との関係性が強いものを中心に展開してはいいか?

・小児(虐待等); 地域の中でどのようにピックアップするのか、どこにつなげるのか

・地域の中からひとつの制度を作り出すプロセス 保健師の力量に負かされている

5) 小児看護: 資料あり

6) 遠隔看護: 資料あり

7) 共通事項の分析について (水流報告: 資料①②③④)

* 各領域から出てきた内容について「共通項」「各領域特化項」として整理方法を検討

* 領域作業・事務局作業が、双方向・探索的に進歩せざるを得ない

6. 本研究評価に関する報告(数回)

1) 「プログラムドケア」という呼称について

*スタンダードに対してプログラムドケアならばこれでよいのか? 「アドバンスドケア」? パタン化されたものというイメージが強く個性をどのように表現していくか課題

→プログラムドケアとスタンダードケアは対概念ではない。

意味合いとしては、看護職の判断をとまなう熟考された一連の行為群。

状況判断を含みつつ、ケア行為そのものも熟考されたケアであるということ

→呼称については、今後検討する必要あり

厚生科研では、①基本看護実践 : basic care

②高度専門看護実践 : advanced care

という2つに分類しているので、それに対する英語は上記のようではないのかもしれない。

2) アルゴリズムの表記について

ナースの判断部分と判断に必要な知識が重要。ここを可視化・構造化する作業が必要

3) 高度専門看護領域の示すカテゴリー等について

CNS と認定が包含する内容について重複をどのように考えていくのか?

領域の分け方、次の段階にあがってくるレベルがいろいろである。 事例整備とは?

→内容については大きさ(粒度)に違いがある。

看護職が行っている内容の中で高度専門ケアに展開できそうなもの・すべきものを具体的にあげている。

今後追加精選されるべく内容であり、現時点では仮のものである。

今回の各領域チームでつくりこんでいただく

→今回開発されたものも、今後継続的にメンテナンスを行なう体制が必要である。

→スタンダードケアについては具体的な事例を研究において整備する必要があることを示している。

- 一塊のケア／アルゴリズムを有する＝アウトカムを目指し行なう介入である。
- 消費者に対してケア内容を示していくことを考えながら見えるものを作っていく。

次回予定	4月25日(金) 13:30~17:00
------	----------------------