

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

平成 15-16 年度 総合研究報告書

主任研究者 水流 聡子

平成 17 (2005) 年 3 月

研究組織

主任研究者

水流 聡子 東京大学 大学院工学系研究科

分担研究者

(50音順、敬称略)

飯塚 悦功 東京大学
石垣 恭子 島根医科大学
井上 真奈美 山口県立大学
宇都 由美子 鹿児島大学
川村 佐和子 東京都立保健科学大学
坂本 すが NTT 東日本関東病院
中西 睦子 国際医療福祉大学
棟近 雅彦 早稲田大学
村上 睦子 日本赤十字社医療センター

研究協力者

(順不同、敬称略)

千葉 由美 東京医科歯科大学
松下 祥子 東京都立保健科学大学
嶋森 好子 京都大学医学部附属病院
平田 明美 京都大学医学部附属病院
秋山 智弥 京都大学医学部附属病院
道又 元裕 日本看護協会研修センター
成田 伸 自治医科大学
大原 良子 自治医科大学
宮澤 純子 東京大学大学院
中村 恵子 青森県立保健大学
松月みどり 日本大学医学部附属板橋病院救急救命センター
西尾 治美 日本大学医学部附属板橋病院救急救命センター
石井 幸子 青森県立保健大学
堀 友紀子 青森県立保健大学
三浦 博美 青森県立保健大学
豊岡 勝青 青森県立保健大学
佐藤 エキ子 聖路加国際病院
渡邊千登世 聖路加国際病院
中島 佳子 聖路加国際病院
内山真木子 聖路加国際病院

河口 てる子	日本赤十字看護大学
東 めぐみ	駿河台日本大学病院
太田 美帆	東京女子医科大学
松田 悦子	日本赤十字看護大学
伊藤 暁子	東京女子医科大学病院糖尿病センター
今野 康子	日本赤十字医療センター
加藤理賀子	川崎市立川崎病院
柳井田恭子	川崎市立立井田病院
両田美智代	中野総合病院
雨宮久美子	東邦大学医学部付属大橋病院
新良啓子	関東労災病院
真田 弘美	東京大学大学院
紺屋千津子	金沢大学
岡 美智代	北里大学
山名 栄子	日本看護協会
神谷 千鶴	秋田大学
佐川美枝子	国立看護大学校
江口 隆子	札幌麻生脳神経外科病院
品地 智子	札幌麻生脳神経外科病院
飯野智恵子	札幌麻生脳神経外科病院
大久保暢子	聖路加看護大学大学院 博士課程
新井絹子	青梅市立総合病院
菅野由貴子	東京大学大学院
須釜 淳子	金沢大学
大桑麻由美	金沢大学
北川 敦子	東京大学大学院
金子真理子	東京女子医科大学
花出 正美	東京女子医科大学
小澤 桂子	NTT 東日本関東病院
黒田 正子	聖路加国際病院
小島 恭子	北里大学病院
田中 彰子	北里大学東病院
藤木くに子	北里大学病院
脇坂 浩	北里大学
菊一 好子	北里大学東病院
斧口 玲子	北里大学病院

萱間 真美	聖路加看護大学	
宮本 有紀	東京大学大学院	
沢田 秋	東京大学大学院	博士課程
秋山 美紀	東京大学大学院	博士課程
竹田 雄介	東京大学大学院	修士課程
佐藤 紀子	東京女子医科大学	
西田 文子	東京女子医科大学	
久保田由美子	東京女子医科大学	
助川 智子	東京女子医科大学	
橋爪 香代	東京女子医科大学	
山崎寿美礼	東京女子医科大学	
中村 裕美	東京都立保健科学大学	
竹内 登美子	岐阜大学	
綿貫 成明	藍野大学	
松田 好美	岐阜大学	
寺内 英真	岐阜大学	
高橋 由起子	岐阜大学	
五島 光子	岐阜大学医学部付属病院	
西本 裕	岐阜大学	
丸 光恵	北里大学	
田中 千代	北里大学	
藤田 千春	北里大学	
石川 福江	北里大学	
勝野 とわ子	東京都立保健科学大学	
辻 容子	東京都立保健科学大学	
川口 孝泰	筑波大学大学院	
佐藤 政枝	名古屋市立大学	
段ノ上 秀雄	東京大学大学院	研究員
保科 英子	岡山大学病院	
大沼扶久子	東京警察病院	
高橋 宏行	東京大学大学院	修士課程
村嶋 幸代	東京大学大学院	
田口 敦子	東京大学大学院	
山本 あい子	兵庫県立大学	
増野 園恵	兵庫県立大学	
市川 幾恵	昭和大学病院	

木村 義弘	東京大学大学院	修士課程
高見 美樹	元 島根大学	
数間 恵子	東京大学大学院	
塩飽 哲生	東京大学大学院	博士課程
金子 雅明	早稲田大学大学院	博士課程
佐野 政隆	早稲田大学	学部生
齊藤かほり	東京大学大学院	事務局

第1章	研究概要	1
第2章	基本看護実践標準用語マスター	7
	1) 電子カルテに必要とする基本的な看護行為用語の整備結果(H16年度末現在)	
	2) 基本看護実践標準用語の用語解説の初期整備結果(H16年度末現在)	
第3章	看護観察マスター	13
	1) 必要とするファイル構造の決定	
	2) 新ファイル構造に対応するコンテンツの再作成作業	
第4章	高度専門看護実践標準用語マスター (助産・在宅・認定看護・専門看護・地域看護)	19
	1) 助産領域	2) 在宅領域
	3) 認定看護領域	4) 専門看護領域
	5) 地域看護領域	
第5章	高度専門看護実践標準用語マスター(一般)	23
	1) がん性疼痛マネジメントシステム(モニタリングケア)	25
	2) 術後せん妄ケアプログラム(周手術期看護<術後急性期看護>)	30
	3) 糖尿病自己管理教育プログラム(疾病の自己管理教育プログラム)	37
	4) 透析自己管理教育(疾病の自己管理教育プログラム)	41
	5) ストーマ自己管理教育プログラム(疾病の自己管理教育プログラム)	49
	6) 褥瘡予防・治療プログラム(褥そう予防・治療)	55
	7) 術中の出血時ケア(周手術期看護<術前・術中看護>)	60
	8) 結核感染の可能性のある患者への予防的ケア(感染)	64
	9) 制度の選択と、社会資源活用アルゴリズム(在宅ケア)	69
第6章	高度専門看護実践の可視化のための表記法(α バージョン)	77
第7章	共同研究推進のためのホームページの評価	85
第8章	今後の課題	91
資料		94
	1) 成果発表一覧	
	2) 申請中の特許	

第1章 研究概要

第1章 研究概要

1. 研究の背景

医療の質安全保証のためには、医療プロセスの標準化は重要な条件となる。医療プロセスを可視化するためには、プロセスを記述する用語の標準化が必要となる。しかしながらそのような用語標準が存在しないために、医療ではITによる恩恵を受ける割合が低くなっていると考えられる。また全国標準のマスターが存在しないため、本来、標準が存在すれば、個々の病院がしなくてもよい諸作業を、個々の病院で実施する状況を余儀なくされており、電子カルテ等の導入経費はますます高コストになっている。これによって、さらに病院毎の業務フローや用語が固定され、医療・医療情報の標準化を妨げる悪循環をまねいている。

看護領域においても、電子カルテ導入を計画している病院では、それぞれの病院で看護関連マスターを準備しなければならないため、看護師の負担になっている。また、参考になるガイドラインや手引きが存在しないことから、結局中途半端なマスター作成作業で終わり、時間切れという理由で中断・決定し、それらを使用せざるを得ない状況にある。そのため、看護の専門性を明確に示した電子記録が蓄積されにくい状況を作り出し、正当な評価が困難となり、電子カルテの価値が示しにくい状況を作り出している。

そこで、本研究では、患者への情報開示を促進し、病院のケアの質保証戦略・医療制度・医療政策に有用な知見を加工できる電子カルテをめざし、必要とする看護関連マスターの研究開発を行うこととした。

電子カルテの中で必要とする看護用語群は、①患者の状態（看護観察マスター・患者プロフィールマスター）、②①から特定される患者の問題（患者問題マスター）、③②に対して実行する看護行為（看護行為マスター）、と考えられる。このうち、患者プロフィールマスターと患者問題マスターは、医療チームで共同開発する必要があるため、本研究での詳細作業はとりやめることにした。患者問題マスターについては、患者状態そのものが患者問題といえる（例：疼痛）場合も多く、患者問題を提示するよりも、「患者状態と、めざすアウトカム（目標状態）」とが関係づけられて提示された方が、医療の質の向上に貢献できることが期待される。看護行為については、先行研究においてスタンダードケア（基本看護実践：どの領域でも必要とするケアで、看護資格を有する者はこのケアに関する知識・技術を有して、当該ケアの質保証ができなければならない）とプログラムドケア（高度専門看護実践：各領域別に準備されるべき特化した看護ケアで、高度にプログラムされ、患者の状態に応じてフレキシブルに適用するケア）からなるモデルフレームが研究されており、前者については不足する用語の確認と充実、後者については、新規開発が必要である。

2. 研究開発するマスターと必要な作業

準備する看護用語マスターを用いて、提供した看護の妥当性を説明でき、提供した看護が病院・地域・国レベルで集計できる必要がある。よって、開発する看護マスタ

一を次のように設定した。

①看護観察マスター（新規開発）

- ・マスター構造の設計開発
- ・必要とする観察用語のリストアップ

②看護行為マスター（充実と新規開発）

- ・スタンダードケアを示す基本看護実践用語の整備およびその事例整備
- ・プログラムドケアを示す高度専門看護実践用語の決定と質保証のためのアルゴリズム開発

3. 全国共有マスターの必要性と期待される成果に関する整理

以下のような必要性が指摘できる。

- 1) コーディングされた看護用語がもたらす記録の品質向上と効率化によって情報開示を促進する必要性
- 2) 根拠にもとづいた看護の提供と、看護の評価（質保証とそのため必要な資源）の必要性
- 3) 新たなケアを研究開発する必要性
- 4) 必要な看護ケアの提供を量的・質的に保証するための資源整備の必要性
- 5) 看護政策・医療政策に有用な情報の必要性

期待される成果は以下のように示される。

- 1) より洗練された専門性を示す用語を整備したマスターを使用した電子記録の場合、情報開示を促進させる可能性が期待される。
- 2) 提供する看護の根拠、看護の評価等に役立てることが可能となる
- 3) 新たなケア研究開発の焦点が理解しやすくなる

4) そろえるべき人的資源など、必要とする資源整備の方向性に示唆を与える

5) 看護政策・医療政策に必要な根拠データを準備できるようになる

4. 活用・参考にした先行研究のリスト

(1) 国内の臨床現場における看護用語の混乱状態一貫した看護サービスが提供されるためには、病院・在宅ケアで共通する統合化された看護サービスのメニューが必要となってくる。ところが、我が国には、このような看護サービスの標準的名称（看護行為に該当する標準用語）が整備されていない。そのため、臨床現場では、病院毎・病棟毎・看護師毎に、異なる用語を用いている可能性が大きく、また表現と行為内容の一致率には問題があり、これが看護サービスの質保証を困難にする状況をつくりだしているともいえる（水流聡子，中西睦子，他：臨床における情報共有のための看護用語標準化の課題－看護行為の名称と内容に関する対応の実態－。医療情報学 22(1) : 59-70, 2002)

(2) ある程度オーソライズされた演繹性の高い用語のデータソースある程度オーソライズされた演繹性の高い用語のデータソースとして、以下のものがあげられる。しかし、国際的なものは、すべて分類レベルであり、日常的な診療看護の中で臨床用語として活用するには困難なものが多い。

①日本看護科学学会の看護学術用語検討委員会報告書「生活行動への直接的援助に関する領域の用語検討結果（2002年5月）」内の用語

②ICNP8バージョン内のaction一覧（翻訳版）

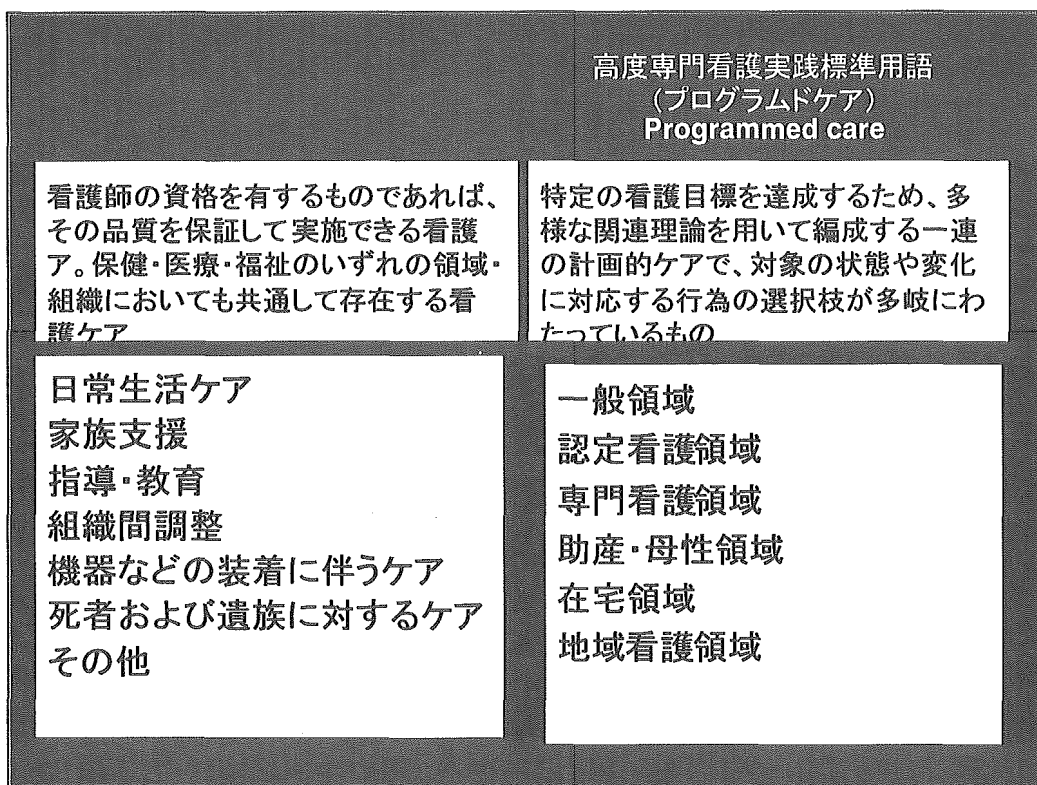
- ③アイオワ大学で研究開発されたNIC内の介入分類の構造とその名称（翻訳版）
- ④バージニア・サバによる在宅ケアにおける20コンポーネント

- ⑤オマハシステム
- ⑥在宅用医療処置管理看護プロトコール（川村）

5. 看護実践標準用語マスターに関する研究開発の進捗状況

看護実践標準用語マスターに関する研究開発の進捗状況は、以下のような状況である。

5.1看護観察マスター（患者の動的状態）
 マスター構造の設計開発：必要とする基本構造に関する知見は得られた。構造の最終確定段階に入っている。



必要とする観察用語のリストアップ：2病院に、観察マスターα版の実装と当該病院用に修正・追加する作業を依頼。実装された両病院の観察マスターをマッチングし、最終観察マスターに必要な観察項目と観察結果表記の整理作業段階に入っている。

5.2看護行為マスター（患者の状態に適応したケア提供）

スタンダードケア（基本看護実践用語）の整備およびその事例整備：ほぼ終了し、最終チェック段階に入っている。第3階層の用語解説（初期版）が提示された。

プログラムドケア（高度専門看護実践用語）の決定と質保証のためのアルゴリズム開発：このようなケアプログラムの存在がなかったことを文献調査から特定し、本研

究開発の意義と、ケアの質保証のためにこのようなケア開発が必要であることを確認できた。領域毎の開発協力担当者の抽出と依頼がほぼ終了した。全体の開発手順を提示した。決定した開発手順にそって、領域毎にステップを進行中。アルゴリズム表記手法の確定作業を進行中1～数個の領域については、最終段階のアルゴリズムから設計されるシステムプロトタイプを検討している。

第2章 基本看護実践標準用語マスター

1) 電子カルテに必要なとする基本的な看護行為用語の整備結果 (H16 年度末現在)

当該研究活動を通じて抽出、集約された看護行為用語は、基本看護実践標準用語(スタンダードケア)と高度専門看護実践標準用語(プログラムドケア)からなる(図1参照)。今回、スタンダードケアが決定した。その内訳を第二階層別に、

日常生活ケア：116件、家族支援：14件、指導・教育：86件、組織間調整：21件、機器などの装着に伴うケア：11件、死者及び遺族に対するケア：6件、その他：5件であった。

高度専門看護実践標準用語 (プログラムドケア) Programmed care	
<p>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</p>	<p>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枝が多岐にわたっているもの</p>
<p>日常生活ケア (116) 家族支援 (14) 指導・教育 (86) 組織間調整 (21) 機器などの装着に伴うケア(11) 死者および遺族に対するケア (6) その他 (5) <看護行為総数:259件></p>	<p>一般領域 (136) 認定看護領域 (構築中) 専門看護領域 (構築中) 助産・母性領域 (363) 在宅領域 (125) 地域看護領域 (構築中) <看護行為総数:624件></p>

図1 看護実践標準用語の構成と件数

2) 基本看護実践標準用語の用語解説の初期整備結果 (H16 年度末現在)

1. はじめに

看護モデルフレームで示された第3階層の用語(看護実践行為名称)に対して、より内容を明確化するために、用語の解説を付記した。その解説作成のプロセスには、用語の精選に関与した者(看護師)あるいはその領域を専門とする看護者によって行われた。さらに、全体としての文体を調整するために一部加筆修正を行いリストを作成した。この看護マスターの第3階層の数は、スタンダードケア(259)、プログラムドケア(一般:108)、プログラムドケア(母性・助産:127)、プログラムドケア(在宅:59)で、総計で553用語であった。

看護実践行為の内容を一般の消費者に公開し、看護者の行為の内容やサービスメニューとしての看護の有り様に対して理解を得るために、専門職者が記載した内容が、一般の消費者にどのように理解されるのか、またより容易に理解を得るためにはどのような工夫を要するのかを明らかにするために、今回の調査を実施した。

2. 方法

1) 対象者

以下に示す2点の条件を満たす一般消費者4名を対象に調査を行った。調査対象者は、今後の示唆を要するため、①日本語の読解能力が高いこと②ある程度、医療システムに精通していることの2点を条件とした。

今回の調査に賛同を得られた対象4名は、大学または大学院に所属しており、工学系を専攻する者であった。

2) 実施期間

平成17年2月18日に実施した。553用語の定義について、目を通してもらうため、集中した時間内でその作業を実施した。

3) 実施場所・環境

T大学研究室にて実施した。4名は、各々のコンピュータの画面上で用語リストを閲覧しながら、各用語に対しての意見や不明な内容、文章構成等についてチェックし、コメント欄への

入力をその場で行った。

4) 調査及び調査までの流れ

(1) 第1段階：

用語抽出プロセスを理解する看護専門家またはその領域の専門家によって、スタンダードケア、プログラムドケア（一般）、プログラムドケア（母性・助産）、プログラムドケア（在宅）の4領域の第3階層用語（看護実践行為名称）について定義付けを行った。

(2) 第2段階：

用語抽出プロセスを理解する看護専門家が、第1段階で定義づけされたスタンダードケア、プログラムドケア（一般）、プログラムドケア（母性・助産）、プログラムドケア（在宅）の4領域の第3階層用語（看護実践行為名称）について、用語の定義づけを参照しながら、全体の文体の統一化を行った。さらに、一般消費者にもその内容が明確に理解されるよう配慮しながら用語解説を付記した。

(3) 第3段階：本調査

第2段階で作成された用語解説は、「第1階層+第1階層の定義」、「第2階層+第2階層定義」、「第3階層+用語解説」、「第4階層」を併記し、コメント欄及び用語解説加筆・修正欄をもうけ、PCの画面上にて加筆・修正及びコメント入力を実施してもらった。

その際に以下の3点について用語毎に実施を依頼した。

- ①用語とその解説文を照らし合わせ、用語の意味が理解できるか否かについてチェックする。
- ②文章表現として不適切なものを抽出、修正する。
- ③修正可能なものについては、分かりやすく書き直す。

用語解説の加筆・修正は、複数の消費者によって繰り返し精選作業を行った。今回示した看護行為マスターの最終版(2005年3月14日)である(資料1)は、その作業をとおして、最終的に終息をみた用語解説を付記したものである。

3. 結果

1) 一般消費者によるスタンダードケア、プログラムドケア（一般）、プログラムドケア（母性・助産）、プログラムドケア（在宅）の用語解説

用語抽出プロセスを理解する看護専門家が行った第3階層用語の解説について一般消費者が評価した結果として、(1)コメント内容と(2)4領域におけるコメント内容の特徴について述べる。

(1) コメント内容について（表1）

「言葉が分からない」「日本語の訂正が必要」という用語そのものの理解の困難さと、日本語の複雑性について述べられているコメントが、4領域ともにみられた。また、スタンダードケアのなかには、「他の用語に同じようなものがある」と用語解説による用語の区別が困難であるとの指摘される用語があった。

(2) 4領域におけるコメントの特徴（表2）

4領域のコメントには、それぞれの用語のわかりにくさを述べたコメントがあった。これらのコメントについて、領域毎の特徴について述べる。

①スタンダードケア

コメントがついた用語の%値が5割強であり、1つの用語に対するコメント数の割合は1.30であった。一般消費者にとってスタンダードケアの用語解説を理解しにくいと考えるコメントは多くないが、用語解説への分かりにくさの理由は比較的分散していたことが示された。

②プログラムドケア（一般）

コメントがついた用語の%値が7割弱で一番高く、1つの用語に対するコメント数の割合は1.13であった。一般消費者にとってプログラムドケア（一般）の用語解説を理解しにくいと考えるコメントが多くあり、用語解説の理解しにくさの理由は比較的分散していないことが示された。

③プログラムドケア（母性・助産）

コメントがついた用語の%値が約3割で一番低く、1つの用語に対するコメント数の割合が1.38を示し一番高いという結果であった。一般消費者にとってプログラムドケア（母性・助産）の用語解説を理解しにくいと考えるコメントは多くなかったが、用語解説への分かりにくさの理由は分散していたことが示された。

④プログラムドケア（在宅）

コメントがついた用語の%値は6割強であり、1つの用語に対するコメント数の割合が1.05を示し一番低いという結果であった。一般消費者にとってプログラムドケア（在宅）の用語解説を理解しにくいと考えるコメントがついた用語は比較的多かったが、用語解説の理解しにくさの理由はほ

とんど分散していないことが示された。

表1. 一般消費者によるスタンダードケア、プログラムドケア(一般、母性・助産、在宅)の用語解説へのコメント内容一覧表(数値は用語数を示している) N=4 複数回答あり

項目 内容	スタンダードケア	プログラムドケア(一般)	プログラムドケア(母性・助産)	プログラムドケア(在宅)
1. 意味不明	・漢字が読めない (顔面、含漱、瞼瞼、舌苔、疼痛、掻 痒、痰、胃瘕、瘕、褥創)	・漢字が読めない (疼痛、間歇、狭窄)	・言葉が分からない (STD、ローリスク、レビユー、生 理的適応、褥瘡)	・漢字が読めない (腹膜灌流、褥創)
	・言葉がわからない (循環、循環動態、嚙下、瞼瞼、留置、 用手還納、コット、ラポール、プロテ ゼ、ドレナージ、ストーマ、IC:イン フォームド・コンセント)	・言葉がわからない (循環動態、体位ドレナージ、リ フティングウィル、チャブレン、コ ア感情)		・言葉がわからない (ターミナル)
	・器具名が分からない (気管カニューレ、ドレーン)			・器具名が分からない (気管カニューレ、看護間きと 医療機器の違い)
2. 不適切	・対象を明確にする必要がある	・用語が不統一(パウチとフラン ジ、ストーマとストマ)	・対象を明確にする必要がある	・対象を明確にする必要がある
	・目的を明確にする必要がある	・横文字は使わないほうがよい (プロトコル)	・目的を明確にする必要がある	
	・実施することを明確にする必要があ る		・実施することを明確にする必 要がある	
	・使用物品を明確にする必要がある		・変換ミス (閉鎖→閉口)	
	・具体的な説明が必要		・言葉が当てはまらない (児、ストレスマネージメント)	
	・患者さんに見せても良いか疑問 (自殺防止ケア)			
	・他に同じようなものがある (自己導尿/自己導尿の指導、薬を処 方通り正確に服用できるようにセット する支援/生活に適應した服用のプ ランニング、薬の自己管理(量・服用時間) /自分で行う薬の調節(量・服用時 間)に関する指導)			
	・変換ミス・ミスプリント (抹消→末梢、生活習バイタルサイン)			
	・カタカナ表記(全角と半角)			
	・行為→ケア			
・言葉が当てはまらない (タッチング、療養状況→療養情報)				
3. 文章構成	・日本語の訂正が必要	・日本語の訂正が必要	・日本語の訂正が必要	・日本語の訂正が必要
	・説明がくどい	・説明が長い		
	・説明が長い			
用語解説へのコメント数 の合計(上記1~3)	189	36	54	40

表2. 項目ごとの用語解説へのコメント数の特徴分析結果

N=4 複数回答あり

項目 内容	スタンダードケア	プログラムドケア(一般)	プログラムドケア(母性・助産)	プログラムドケア(在宅)
A.用語数	260	48	126	58
B.コメントがある用語数	145	32	39	38
C.用語解説へのコメント数 合計	189	36	54	40
(B/A):コメントがついた用 語の%値(この値が高いこと は、一般消費者にとって理解し にくい用語が多いことを示す)	55.7	66.7	31.0	65.5
(C/B):1つの用語に対す るコメント数の割合(この値 が高いことは、一般消費者に とって理解しにくい理由が1つの 用語に対して2点以上ついで ることを示す)	1.30	1.13	1.38	1.05

4. 考察

1) 一般消費者による用語解説の分かりにくさ

「言葉が分からない」「日本語の訂正が必要」というコメントは、4 領域ともにあった。また、「他の用語に同じようなものがある」というコメントがみられた。領域共通の分かりにくさは、日本語、使用している用語にその理由があった。

この結果は、看護の専門家が使用している用語がいかに一般消費者の理解をえにくい状況にあるかを示唆するものである。また、看護者が看護

を提供する対象に理解を得られる言葉で説明をし、内容を示していくための課題が示されたともいえる。

また、「他の用語に同じようなものがある」という指摘については、今後明確な識別をしておく必要があることを示唆している。例えば、臨床場面で実施された看護行為を電子カルテ上で選択する際に、別の階層に同じ言葉が存在すると選択の段階で迷いが生じることになったり、コーディングの際の混乱も起こりうる。明確に用語の違

いを示すことは、電子カルテを活用する際には重要となる。また、専門的な看護を提供する看護師にとって、自らが提供するケアの中身＝ケアのもつ意味や質について、患者の理解を得るためにより具体的に詳細を説明していくことの必要性が今回の結果からも示唆されたと考えられる。

2)スタンダードケア、プログラムドケア（一般）、プログラムドケア（母性・助産）、プログラムドケア（在宅）の4領域ごとの一般消費者による用語解説の分かりにくさ

4領域の用語解説が、一般消費者にとって分かりやすいものであるかを検証した。その結果、看護の専門家によって検討を重ねたにもかかわらず、消費者にとっては内容をイメージ化するには困難な用語解説であることが示唆された。

わかりにくさの特徴として、スタンダードケアの用語においては、「分かりにくい」というコメントはついてはいたものの、日常的に目にしている用語も含まれており、用語と用語解説の不一致を指摘するものが多かったと考えられる。

また、プログラムドケア（一般）とプログラムドケア（母性・助産）においては、分かりにくい用語解説の数が多く、分かりにくい理由についても分散していた。その理由として考えられることは、プログラムドケア（一般）に示されている103の用語は、スタンダードケアよりも高度かつ専門的な看護行為であり、健康な一般消費者にとってももちろん体験はしていない行為群であり、イメージがつきにくいものであったことが考えられる。

また、プログラムドケア（母性・助産）における108の用語については、今回の調査対象者が全員未婚の男性であり、理解するには困難を極めたのではないかと考える。

5. おわりに

今回使用した用語のリストは、看護職を対象にした調査は既に終えており、用語としては妥当性を保っているものである。しかし、これらの用語の説明を一般消費者にとって分かりやすいものにしていくためには、今回のような消費者を対象とした調査は不可欠であると考えられる。今回の用語解説の精選作業の過程において、消費者が看護実践行為の用語に対して理解を示されなかったものもあり、それらについては、看護職が具体的に行為の内容や、看護職の思いを語り具体的な事例を示していくことで、消費者の理解を得る場面が多かった。看護者側の説明と消費者側からの「このように説明してもらえば理解できる」というやりとりのなかで終息

をみた内容を最終的な用語解説として資料として示している。

6. 討論内容と今後の課題

1. （フロアからの質問 1）一般消費者から調査を行う前に、定義の吟味が必要だったのではないか。

（回答）一般消費者からの調査結果から、「日本語の訂正が必要」というコメントがあり、それを受けて用語解説を検討する中で解決されていると考える。

2. （フロアからの質問 2）看護行為マスターは、患者向けのものなのか、専門家向けのものなのか。

（回答）専門家むけのものとして開発している。

3. （フロアからの質問 3）大学生は一般消費者として成立するのか。

（回答）日本語読解能力を有し、医療知識も持ち合わせている人を対象者としている。実際の臨床現場で、患者にとって用語解説をより分かりやすくしていく必要がある。

4. （フロアからの質問 4）自己導尿など患者が自分で行うことは看護行為としては選択できない。

（回答）看護は、全介助、部分介助、継続的観察、断続的観察というように、患者の自立度などを把握した上で実施されている。自立度を把握して、患者自身が実施できるようにすることも看護と考えるが、指導・教育との違いを明確にしていきたい。

第3章 看護観察マスター

第3章 看護観察マスター

1) 必要とするファイル構造の決定

本マスターは観察名称に対し、観察結果を1対1で表記しているため、同一観察名称でも結果表記が異なる場合は、項目を分けてある。

結果表記についてはデータ型を参照することにより、数値、列挙(選択)、文字(コメント)など、入力したい表記方法が選択できるようになっている。

例) ドレーン排液量(右胸腔)

観察名称	データ型	単位	結果1	結果2	結果3	結果4	結果5	結果6	結果7	結果8
ドレーン排液量(右胸腔)	数値型	MI	9999							
ドレーン排液性状(右胸腔)	列挙型		血性	淡血性	淡淡血性	暗血性	漿液性	胆汁様	胃液様	膿性
ドレーン排液性状(右胸腔)	文字型		コメント							

また、観察名称については焦点・部位・位相の項目を別項目で設けることにより、より詳細な観察項目の情報を得ることが出来るようになっている。

観察名称	焦点	部位	位相
焦点(位相+部位、その他)	焦点	部位	位相
例) 発赤(左乳房)	発赤	乳房	左

【マスターテーブルの構成】

観察項目

項目	内容
観察名称管理番号(コード)	「観察名称」に1対1で対応する一意の管理番号です。更新情報の反映など本テーブル管理のために使用れます
検索大分類1~8	観察名称を検索するための分類です。「検索分類について」を参照ください
観察名称	観察する事項を表しています

名称ふりがな	観察名称かな表記です
現象	観察する現象を示しています
部位	観察する部位を示しています
位相	観察する部位の位置(位相)を示しています(二次元・三次元的な表現が準備されています)
その他	上記以外の観察項目を示しています
評価基準	「値」を表現するのに用いたスケール(基準)や「値」の判定の根拠を表現する項目です

* 観察名称を、現象・部位・位相・その他の4軸で表現できるように設定している。

結果表記

項目	内容
結果管理番号	観察名称(項目)とその結果を紐付けする管理番号です。観察名称管理番号と上8桁が1対1で対応し、9桁目に「R」がついています
データ型	入力及び選択する結果にあわせて、数値、列挙、文字、2数値、の4つに型が分かれております。内容は「データ型・データ型2数値型について」を参照ください
単位	観察結果を数値で表現する場合、その単位が記載されています
結果1～18	観察に対する結果の入力欄です

データ型

データ型	内容
数値型	結果入力を数値で入力する項目。結果1に入力可能な数値(桁数)を設定してあります
列挙型	結果欄に記載されている項目から選択します
文字型	結果内容を自身で文字入力(コメント)します
血圧型	血圧の最高値と最低値を表記する項目で、結果1に最高値を、結果2に最低値を入力します。※最高値または最低値が測定不能の場合は「不能」を入れてください。
2数値型	結果を2つの数値で表記するデータのことを指しています

【データ型2数値型について】

2数値型は結果を2つの数値で表記するデータのことを指している。結果表記の方法については単位欄を参照。

単位	内容

縦cm:横 cm	結果を面積で表現する項目で、結果 1 に縦(長径)、結果 2 に横(短径)の数値を入力します
時:分	結果を24時間表記で時刻を表現する項目で、結果 1 に「時間」もしくは、結果 2 に「分」を数値で入力します
時間:分	かかった時間を表現する項目で、結果 1 に時間もしくは「分」、結果 2 に分もしくは「秒」を数値で入力します

【今後設置予定の項目】

項目	内容
高度専門看護別分類	現時点では、すべての観察項目は、一般看護観察に該当するので、[T00]が入っております。将来、高度専門看護に該当する観察項目に対してのみ、[T01]から順に対応する番号に変更される予定です。

【検索分類について】

観察マスターを作成していく過程で、観察項目について観察したい項目を見つけやすいように8つの大分類とさらに詳細を分けた中分類を作成した。

大分類	中分類	大分類	中分類
1. バイタル	0 該当なし	5. 系統・機能別観察	0 該当なし
	1 バイタル		1 呼吸
2. IN TAKE	0 該当なし		2 循環
	1 食事		3 排泄
	2 経管栄養		4 消化・吸収
	3 輸液		5 生殖
	4 輸血	6 運動	
	5 その他	7 神経系	
3. OUT PUT	0 該当なし		8 頭頸部
	1 尿		9 胸部
	2 便		10 腹部
	3 出血		11 四肢
	4 嘔吐		12 皮膚・爪
	5 排液量	6. 精神・心理・行動	0 該当なし