

看護記録 (成人)

NO. 11

月 日	時間	処 置	タイトル	S O A P	サイン
11/1	15:40		#1	P (呼吸器の管理、肺病の管理)の呼吸器管理	#1
			#2	① 1300? 大きいおかしな ② 父母 33.2 胸が重たい、呼吸器 (呼吸器) 1トに書いて、見えて笑顔を認める ③ 不字音知り ④ plan 実行	
			#3	① 呼吸器用器具検査、他病の異常 ② 呼吸器の増悪 ③ plan 実行	
			#4	① 呼吸器 12.5% 呼吸器 SpO ₂ 変動 確認 いる、観察は済む。	

当院でこのデメリットが顕著になった考えられる理由

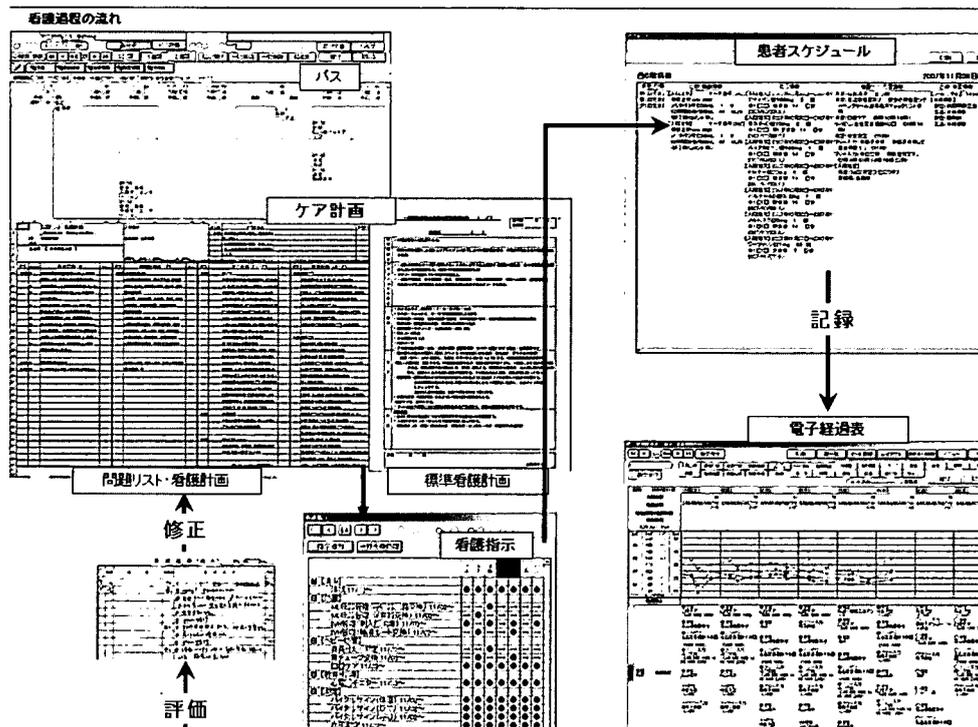
看護職員の看護記録に対する知識が不十分

→当院就職後に看護記録に対する教育が不十分か?

これまで、看護職員の看護記録能力を果たして的確に評価していたか?

当院の看護記録に対する教育システムを再構築する必要がある。

問題解決のための計画(看護行為の計画)から計画の実施、経過記録の連携をどうしていけば、効率的で効果的な記録ができるのかの方策を構築する必要がある。



課題3 看護職員への看護記録教育

当院看護職員の看護記録における問題点

- ①看護用語の共有ができていない。→看護用語の標準マスターの導入をし、その教育を行うシステムを構築していく。
- ②アセスメントができない。

アセスメントのできない(不十分な)理由

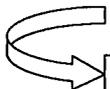
- ・疾患の病態に対する知識が不十分
- ・患者の状態の判断をすることの技術的未熟

- ③SOAP記録や経時記録がわからない。
学校教育で看護記録をどこまで行っているのか。

看護記録と関連して考えると、患者の現象をアセスメントする項目の視点を明確にしておくことで、同じように(経験年数に左右されることなく)アセスメントができるようになるのではないかと。



それが明確になるまでは、経験者がどのようにして、経験未熟者をフォローしていくかのシステムを考えなくてはならない。



経年次ごとの看護記録教育プログラムを構築していく必要があるか。

看護記録の整備計画

	第一ステップ 平成29年度	第二ステップ 平成30年度以降	第三ステップ 平成31年度以降
看護記録用紙の統一	<p>当院の看護記録用紙とMEDISの看護記録用紙標準マスタの照合・行名などのマッチング作業</p> <p>↓</p> <p>当院の看護記録の両面点の抽出</p>	<p>MEDIS看護記録用紙標準マスタの導入</p> <p>↓</p>	<p>記録の電子化導入?</p>
看護職員への看護記録教育	<p>看護記録に対する知識習得(行名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①看護記録用紙について ・MEDIS看護記録用紙標準マスタ(標準版) ・MEDIS看護記録用紙標準マスタ(行名版) ②看護記録方式について ・POS-SOAP記録 ・経時記録 ③アセスメント能力の査定 ・どの視点で査定するのが妥当か ・査定の視点を今後検討 	<p>看護職員へのMEDIS看護記録用紙標準マスタ標準版・行名版の教育</p> <p>MEDIS看護記録用紙標準マスタ導入時に全職員に用語教育を計画する。</p> <p>↓</p> <p>その後の経年次別看護教育プログラムについては、今後検討</p> <p>←</p> <p>当院の看護記録能力の評価によって看護職員は、レベル別の教育を計画すること、新入職員に対する教育計画の新規立案が必要か。</p>	<p>看護教育プログラムの実施</p>
看護計画と実施の連携	<p>看護計画から実施への連携のあり方についての検討</p> <p>別紙参照</p>	<p>標準看護計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準看護計画にプラスしてケアの作成も付し、個別ケアとしていく 	<p>継続</p>

第4章 高度専門看護実践領域

4-1. がん性疼痛マネジメントにおける実践知の構造化

渡邊 千登世 (さいたま市立病院)

関 利一 (水戸総合病院)

段ノ上 秀雄 (東京大学大学院)

水流 聡子 (東京大学大学院)

内山 真木子 (聖路加国際病院)

要旨:

Cancer patient's QOL depends on the quality of the pain management. It is necessary for the medical team member to have advanced knowledge and share the intelligence among them in order to practice it. We need the useful computer system that can support a clinical decision as well as contains patient's information. We tried to structurize advanced, complex and practical knowledge in the cancer pain management at the first step of the system development. We need to verify the algorithm of the cancer pain management with the several medical treatment staff because the medical treatment is practiced by team, .

A. はじめに

がん患者の QOL は疼痛のマネジメントの良し悪しによって左右されることは周知のことである。これは、20 年以上もいわれ続けているが、米国 AHCPH (Agency for Health Care Policy and Research) の Clinical practice guideline によると、今なお、がん性疼痛マネジメントの阻害因子 (Barriers to cancer pain management) には、保健医療専門職種の「疼痛マネジメントに関する不十分な知識」「疼痛アセスメントの貧弱さ」「中毒に関する恐れ」「鎮痛薬の副作用に関する懸念」などがあるといわれている。

がん性疼痛マネジメントの実践において一定の質を保証するためには、医療従事者自身による前述のような障壁を取り除かなくてはならず、この困難さをサポートするシステムがあると理想的であると考えられる。疼痛マネジメントの実践に必要な知識と、メンバー間における情報共有が可能で、適時、臨床判断のサポートが得られる、コンピュータシステム (Clinical decision

Support System) はどのようなものか追求する必要がある。システム開発の第一歩として、がん性疼痛マネジメントにおける高度な複雑で高度な看護実践を可視化することを試み、本学会において報告した (医療情報学会 2006)。今回はこれを基に、今後のシステム化を目指し薬剤師・医師とともにルートの検証や不足しているテーブル類の見直しを行ったのでその結果について報告する。

B. 研究目的

- 1) 高度な専門性を持つがん性疼痛マネジメントに関する看護実践のケア要素を明らかにする。
- 2) ケア要素間の関係性を明らかにし、アルゴリズム化する。
- 3) 医療チームメンバーによるアルゴリズムの検証。

C. 研究方法

- 1) 研究期間; 2004年5月~2007年5月

2) 研究方法

文献レビュー後、がん専門看護師（ペインコントロールナース）・緩和ケア専門医・臨床薬剤師から情報収集し、ペインマネジメントに関する行為や判断する事柄、アセスメント項目などケアの要素と考えられる項目を抽出し、その関連性や判断の筋道をアルゴリズム化した。アルゴリズムの作成にあたっては、この領域の看護師・医師に矛盾がないかなどの確認を行った。その後作成したアルゴリズムを再度薬剤師・医師によるアルゴリズムの検証を行った。

D. アルゴリズム開発のプロセス

1) がん性疼痛マネジメントのアルゴリズムの基本となる枠組み

痛みの強さによって、非オピオイドから強オピオイドまでの鎮痛薬や鎮痛補助薬を段階的に使用することで効果的に除痛を図るWHOの3段階疼痛治療ラダーを、本アルゴリズムの枠組に用いた。

2) がん性疼痛マネジメントのケアの要素

(1) 患者の目標とアセスメント項目

痛みのアセスメントは患者の痛みについての主観的な体験に耳を傾け、ペインコントロールの目標を設定する必要がある。痛みの初期アセスメントは、①痛みの始まりと経時的なパターン②痛みの部位や放散痛の有無③痛みの性質 ④痛みの強度などの他、睡眠や身体活動など痛みが影響を及ぼしている事柄などにも注目する。これらは、神経学的な評価、身体所見の他、患者の心理・社会的な側面に及ぼしている痛みの影響など、アセスメントする項目は多岐に渡っている。これらは、アセスメントテーブルとしてリストアップした。

(2) 薬剤の選択と変更

薬剤の処方はいし、看護師は医

師・薬剤師とともに薬剤を選択することに積極的に関わっている。患者の服薬後の疼痛の程度に加え、バイタルサイン、覚醒のレベル、生活の活動状況などを観察し、薬剤の効果や鎮痛薬が適切であるか、変更の必要性を総合的に判断するための情報提供をしている。また、薬剤変更のタイミングには、重要な副作用の出現が無くても、患者のQOLを考慮して投与経路や薬剤の変更を行う場合もある。このようなときには、多面的な情報を総合的に判断しなくてはならず、この判断をアルゴリズムで表記することは、非常に困難であったため、テーブルに表記することにした。

(3) アルゴリズムにおける表記方法

がん性疼痛マネジメントにおけるチームアプローチのために、必要な判断を誰が、どの状況で行い、行為を行うのは誰であるかをアルゴリズムの中に明確に記しておく必要があった。

①判断と行為の連続からなるユニット

看護師の思考や判断、行為についての関係を見ていくと、医師や薬剤師との連携をとりながら投与経路や薬剤の種類・量について検討、副作用などの有無や継続的な痛みの査定・観察を行い、薬剤を継続するかどうかを判断し、次の行為へと移っていく。これら同様の流れが連続し、一つの典型的なかたまりを作っていることが分かった。

②アルゴリズムの表記ルールの策定

アルゴリズムには、「判断の分岐(choice)」「判断(Thinking)」「行為(Action)」含まれている。

さらに高度で複雑な判断についてはアルゴリズムでは書き示すことは困難なため、補完する役割として「テーブル」を作成した。アセスメント項目や、既にあるロジックを提示する必要がある場合、ロジックにまでは至っていないが、今後、明確な判断

となる可能性を秘めている項目を挙げる場合、判断のために参照する事項を示す場合など、4種類のテーブル類を記載した。各々を、「アセスメント項目テーブル」「判断のロジックテーブル」「ロジック参照テーブル」「参照テーブル」と銘々した。

(4) 薬剤師による検証

薬剤師によって、新たな薬剤のルートやオピオイドローテーションのための薬剤換算表・レスキュードーズ使用時の薬剤換算表など実践で必ず必要となる薬剤に関する

参照テーブルの追加がなされた。

E. おわりに

がん性疼痛マネジメントは、円滑なチーム医療により実践されればがん患者のQOLに貢献する。アルゴリズムを作成することは、実践知を構造化することの一手段であり、作成されたアルゴリズムを多職種で、検証することによって、実際の臨床現場で使用可能なものへと洗練されるであろうことが示唆された。

がん性疼痛マネジメントにおける 実践知の構造化

渡邊千登世¹⁾ 水流聡子²⁾ 段ノ上秀雄²⁾

関利一³⁾ 内山真木子⁴⁾

1)さいたま市立病院 2)東京大学大学院

3)水戸総合病院 4)聖路加国際病院



はじめに

- がん患者のQOLは疼痛マネジメントのよしあしによって左右される
- 保健医療専門職者による阻害因子がある
 - 疼痛マネジメントに関する不十分な知識
 - 疼痛アセスメントの貧弱さ
 - 鎮痛薬の副作用に関する懸念 など
- 疼痛マネジメントの実践について一定の質を保証するためには…
 - 疼痛マネジメントの最新の知識やメンバー間の患者情報の共有が必要
 - 臨床判断のサポートシステムが必要

研究目的

- 1) 高度な専門性をもつがん性疼痛のマネジメントに関する看護実践のケア要素を明らかにする
- 2) ケア要素間の関係性を明らかにしてアルゴリズム化する
- 3) 医療チームメンバーによるアルゴリズムの検証

研究期間

2004年5月～2007年5月

3

研究方法

- 文献レビュー
- がん専門看護師(ペインコントロールナース)・緩和ケア専門医・臨床薬剤師からの情報収集
- 看護実践のケア要素の抽出
 - ・アセスメント項目
 - ・ペインマネジメントに関する行為
 - ・判断する事柄 など
- ケア要素の関連性や判断の筋道をアルゴリズム化
- 緩和ケア領域の看護師・医師に矛盾がないかの確認
- 臨床薬剤師によるアルゴリズムの検証と要素の追加

4

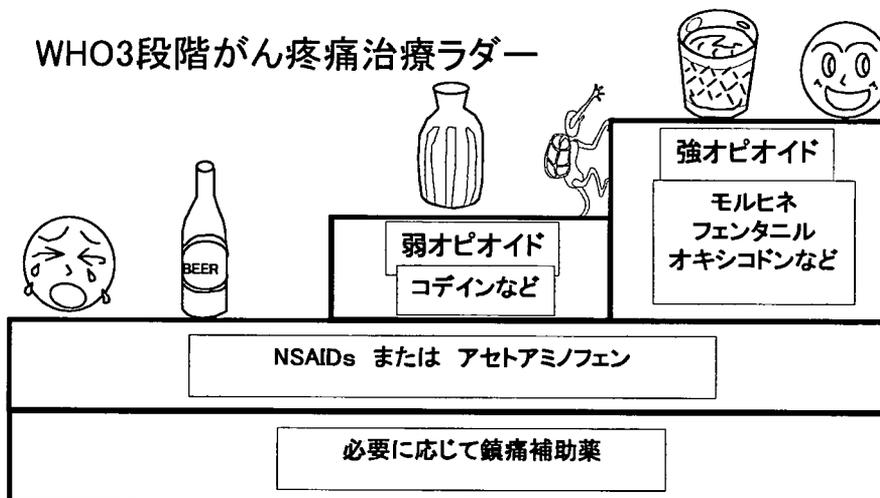
がん性疼痛マネジメントのケア要素

- 疼痛マネジメントに関する患者の目標設定
- 痛みの査定
- QOLを考慮した薬剤の選択
- 薬剤の効果についての査定
- 痛みの緩和因子のアセスメント
- 痛みの増強因子のアセスメント

5

がん性疼痛マネジメントの基本となる構造

WHO3段階がん疼痛治療ラダー



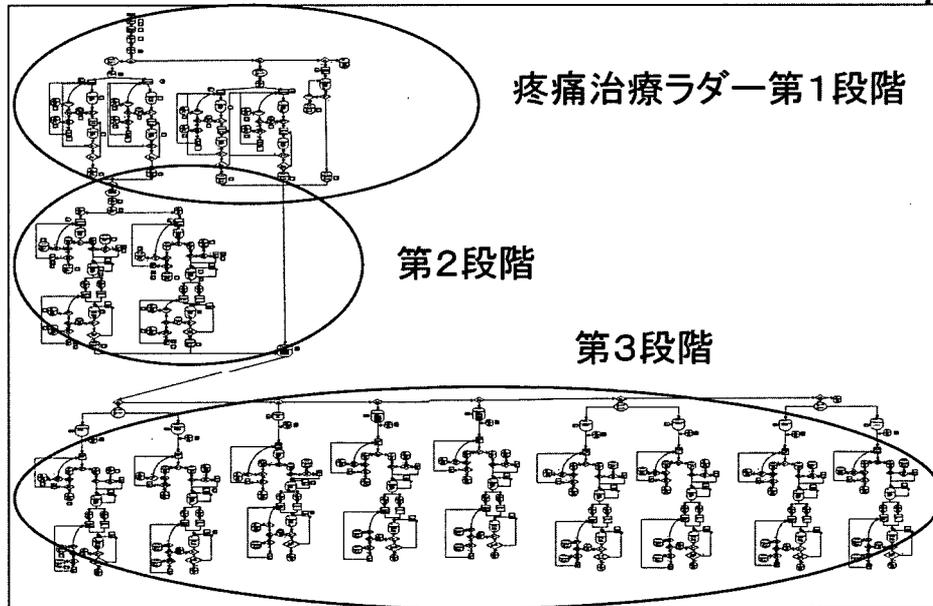
山室 誠:がん患者の痛みの治療 第2版:p30, 1997. 中外医学社より

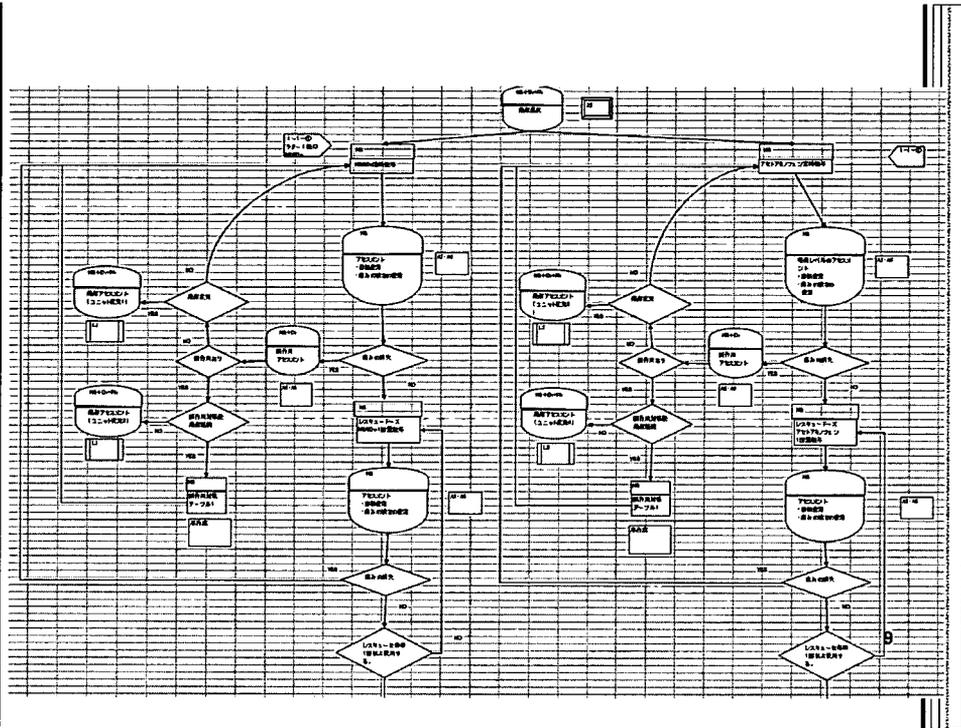
6

薬剤の種類と投与経路の組み合わせ

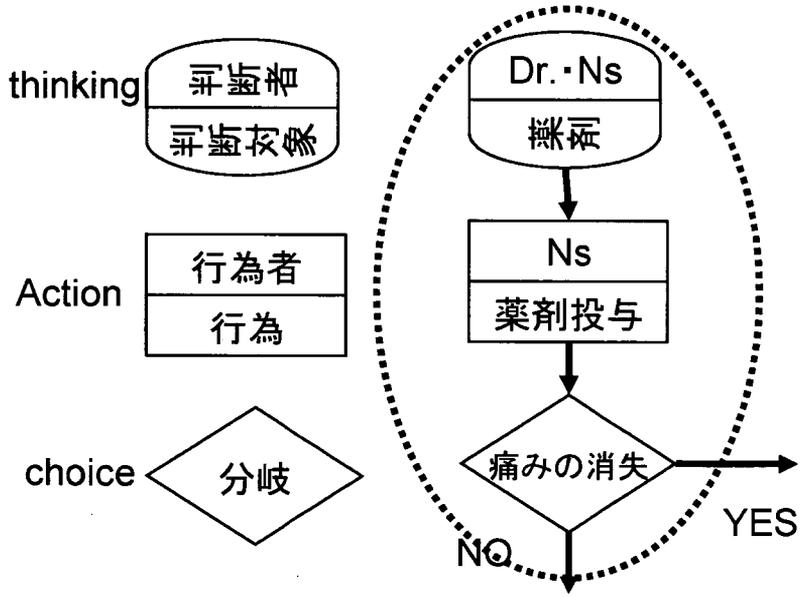
		1経口	2経皮	3直腸内	4皮下	5静脈内
I 非オピオイド	①NSAIDs	●		●		●
	②アセト アミノフェン	●		●		●
II 弱オピオイド	③コデイン	●				
	④オキシコ ドン	●				
III 強オピオイド	⑤モルヒネ	●		●	●	●
	⑥フェン タニール		●		●	●

がん性疼痛マネジメントアルゴリズム俯瞰図



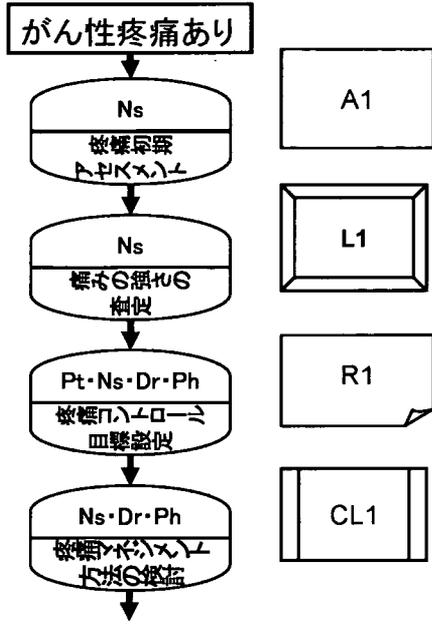


アルゴリズムの表記方法1



10

アルゴリズムの表記方法2



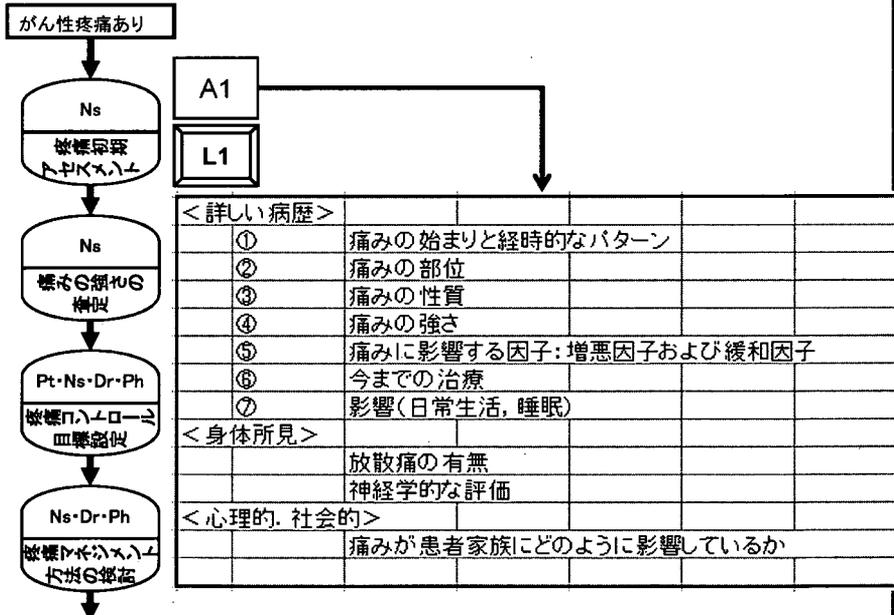
アセスメント項目テーブル
A: Assessment item table
 アセスメントに使用する項目のリストを記述した
 テーブル

ロジックテーブル
L: Logic table
 判断のロジックを記載しているテーブルで、こ
 のロジックはシステムの動きに組み込まれる

参照テーブル
R: Reference table
 参照したい情報が記述されているテーブル。

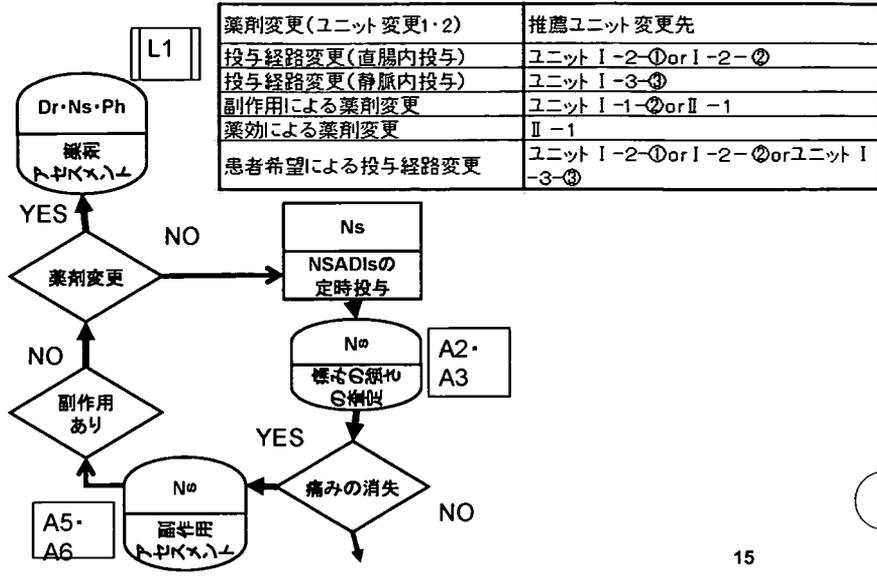
参考ロジックテーブル
CL: Candidate Logic table
 ロジックにまでは至っていないが、今後、明確
 な判断となる可能性を秘めている項目

アルゴリズムとテーブル類



アルゴリズムとテーブル類

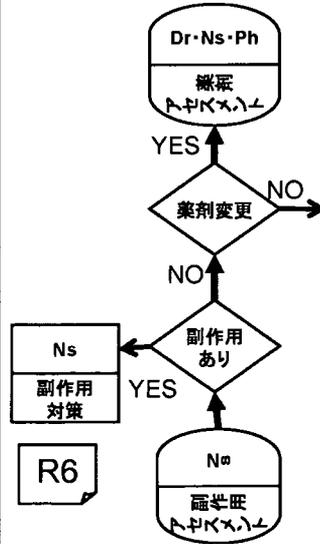
ラダー I - 経口-NSAIDs



15

アルゴリズムとテーブル類

ラダー I - 経口-NSAIDs



＜経口NSAIDsの予防投与＞

＜副作用-治療＞

発生時期	創傷	主な対象 (目的)	主な薬剤 (商品名)	用法/用量	
投与後直後	生じにくい	腸の運動の抑制	カモ/カゾラ ミヤザ マグネシウム モニラック	ロキソニン(分2-3回) 3-4錠(分2-3回) 30g(4錠) 10-30mg(分2-3回)	
		大腸の蠕動抑制	アローピジン プルセネド ラキシプロ/スル/ス	センナエキス センソラード ピコスルファートナトリウム	1錠2-4錠(分1-3回) 1-4錠(分1-3回) 3-20錠/分2-4錠(分2-3回) 4.5錠=1錠
		排便抑制	新レシカルボン製剤	1錠1-2錠	
		小腸の蠕動抑制	ヒマシ油	1回1-2回(分4回)	
		消化管全体の蠕動抑制	ガスモチン(3mg) モツゴッド	3-4錠(分2-4回)	

＜注意事項＞

- モルヒネの併用は下痢を誘起し、下痢を悪化させることになり、腸内の水分が減少する。
- 腸内細菌叢の増殖を抑制する作用により、作用の異なる薬剤を併用する場合は注意が必要である。
- その他、薬物療法、経口投与、食事の工夫が必要である。

10

薬剤師によるアルゴリズムの確認と検証

- 「がん性疼痛マネジメントのアルゴリズム」を作成し、薬剤と投与経路の組み合わせからなる典型的な判断のパターンが15あることが分かったが、硬膜外投与などの適応拡大により、17となることが指摘された。

		経口	経皮	直腸内	皮下	静脈内	硬膜外
非オピオイド	① NSAIDs	●		●		●	
	② アセトアミノフェン	●		●		●	
弱オピオイド	④ コデイン	●					
	⑤ オキシコドン	●			●		
強オピオイド	⑥ モルヒネ	●		●	●	●	●
	⑦ フェンタニール		●			●	●

17

薬剤師によるアルゴリズムの確認と検証

- オピオイドローテーションを検討する際に必要と考えられる参照テーブル類(Reference Table)が多数追加された。

商品名		薬剤量									
		① オキシコンチン	1日量	10	20	40	60	80	100-120	140-180	180-220
② 経口モルヒネ	1日量	20	30	60	90	90-150	150-210	210-270	270-330	330-390	
③ デュロテップパッチ	1回/3日	1.25	1.25	2.50	2.50	5.0	7.5	10.0	12.5	15.0	
										単位:mg	

デュロテップ換算Reference Table

薬剤師によるアルゴリズムの確認と検証

1日の基本量		レスキュー1回分		
オキシコンチン	経口モルヒネ	デュロテップ	オキノーム	オプソ
10			2.5	
20	30		5	5
30	40	2.5	5	5
40	60	2.5	5	10
50	80	2.5	10	15
60	90	2.5	10	15
70	110	5.0	10	20
80	120	5.0	15	20
90	140	5.0	15	25
100	150	5.0	15	25
110	170	5.0	20	30
120	180	7.5	20	30
		単位=mg		

レスキュー換算 Reference

19

薬剤師によるアルゴリズムの確認と検証

- アルゴリズムを用い、ラダー遵守調査を実施
ランダムに30症例を選択し、1症例のみが逸脱していた。



20

おわりに

- がん性疼痛マネジメントにおいて、医療者が患者の情報や薬剤に関する最新の知識などを共有し、円滑なチーム医療のもとに実践されればがん患者のQOLに貢献する。
- アルゴリズムの作成は、実践知を構造化することの一手段である。このような複雑なケアをアルゴリズム化し、多職種で、検証することによって、実際の臨床現場で使用可能なものへと洗練されるであろうことが示唆された。

H17-19年度厚生労働科学研究費補助金による医療技術評価総合研究事業「保健・医療・福祉領域の安全と質保証に貢献する看護マスターの統合的質管理システムと高度専門看護実践を支援するシステム開発研究」(主任研究者:水流聡子)の中で実施された。

4-2. 患者教育の構造化 ―アプローチ&看護師の能力に応じた関わり―

河口 てる子 (日本赤十字看護大学)

要旨:

To improve the nurses' practical capability in patient education, we focused on high-level nursing competence those results in many patients modifying their behaviors toward self-management and putting high confidence on the nurses. By recording the nurses' "techniques", extracting the elements, and analyzing the relation between elements, a "Nursing Model on Education" was developed. This report describes the process of model development and outline of the Model.

A. はじめに

熟練看護師による高度な患者教育は、患者の行動変容とその看護師への深い信頼感をもたらすが、その患者教育の中身に関しては、今までほとんど言語化、要素化されてこなかった。この実践は、熟練看護師の高度な「こつ、技」であると言われ、長い間患者教育に関心をもつ臨床看護師や研究者の間では、非常に個別性の高い複雑で高度な看護ケアであるとされていた。しかし、もしこれら熟練看護師の高度な患者教育実践を「判断の材料となっている患者の言動と認知(データ)」、「熟練看護師のアセスメント」、そして「看護行為」に分解し、要素化することが可能であれば、多くの看護師がスタンダードケアのみでなく、高度な看護実践を行うことが可能になる。

そこで、河口らの研究グループは、熟練看護師による高度専門看護実践事例を分析し、患者教育専門家集団により要素化、可視化を試みた。患者の行動と認知という、言わば主観的なデータによる判断であっても、高度な看護実践を行っている熟練看護師の判断は、的確で信頼のおけるものであり、その構造をモデル化することが可能であった。本研究により、高度看護実践行為を可視化、モデル化することが可能となり、

患者教育における看護の発展性が示唆された。

B. 研究方法

164例の熟練看護師による患者教育事例を平均14名(延べ54名、現在23名の研究者グループ)の看護研究者および修士修了専門看護師が1994年より13年間毎月1回集まり分析を行った。分析方法は、事例から患者の行動変容が生じた場面を抽出し、その内容を記述し要素化する帰納的な方法であった。

・モデルの開発プロセス

最初に注目したのは、患者の行動変容に結びつくきっかけとなった患者および看護師の言動であった。それを仮に「とっかかり言動」と命名し、分析を始めた(第1期: とっかかり言動)。その分析の中で、患者の努力を評価しない医療者の態度や言動がたくさん抽出された。それらは、看護師の「患者の自己管理に対する考え方」によるものであり、看護師の指導方法や雰囲気を作っていた。この受容的あるいは非受容的(指示的)雰囲気は、患者の行動変容に強い影響を与えており、これを専門職がもつ雰囲気「Professional Learning Climate」と命

名した。

この時点での効果的な患者教育の要素は、「とっかかり言動」「療養内容に関する知識・技術」「患者教育方法に関する知識・技術」と「Professional Learning Climate」であった(第2期: Professional Learning Climate)。この4要素を検討していく中で、要素間の関係性が討議されるようになり、それは「患者教育のための看護実践モデル」(図1)として集約された(第3期: 患者教育のための看護実践モデル Ver.1)。

看護実践モデルの概念を定義していく中で「看護の専門性」と「生活」が問題にされた。行動変容に至った事例では、看護師が患者の生活習慣や患者の価値観に配慮した療養生活をアドバイスしており、そのアドバイスに患者は「それならやれる」と反応し、行動変容していた。そこでこの要素を「生活者に関する知識・技術」として独立させ、生活者の視点を中心とした「看護実践モデル Ver. 2」に修正された(第4期: 生活者の視点の看護実践モデル Ver.2)。

その後の分析により、Professional Learning Climate は他の構成要素のようにある程度独立して機能しているのではなく、他の構成要素に強く影響を与えながらモデルの全体を包み込み機能していることが明確となった。そのため Professional Learning Climate を現すモデルを長方形からリング状のものとした(第5期: 看護実践モデル Ver.3)。

モデルの精錬目的で2005年8月(東京)、2006年3月(弘前)、2006年7月(福岡)および2007年3月(京都)に公開講座を開催し、臨床看護師に、モデルの適応性、利便性を問うた。その結果、モデルの名称は内容をイメージできることが重要であるとの指摘から、モデル名を「患者教育のための看護実践モデル」から「看護の教育的関わりモ

デル ver.4.2」へと変え、生活は「生活者としての事実とその意味のわかちあい」、教育方法は「段階的探索・解決型教育方法」、疾患の知識・技術は「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」、Professional Learning Climate の日本語名を「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」とした(第6期: 看護の教育的関わりモデル Ver.4)。

・モデルの概要

〈とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈〉

「とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈」は行動変容を成功させる教育的関わりへの入口として、看護師が患者の言動にひっかかり、その後の関わり方を直感的に解釈するまでの一連の過程である。すなわち「とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈」は「直感の重要性を認める素地があり、患者の言葉や態度、雰囲気を看護師が心で直ちに感じ、看護師が備えている知識・技術・経験が互いに共鳴し合い、語ることがない患者の真の訴えを看護師が直感的に解釈する過程である」と定義した。

事例で説明すると、たとえば看護師は患者の「忙しくてできない」と主張する態度に「あれ」とひっかかり「がんばればできるんです」という表現を聞くと「これだ」と直感した。この瞬間に看護師はがんばりたくない何かがあると直感的に解釈を行った。ここまでがこのとっかかり概念の一連の過程である。次の面接では低血糖の恐怖の気持ちをよく聞き受け止めるなど、モデルのその他の概念を活用しながらかわった結果、患者は血糖コントロールが良好な状態に移行していった。このように「とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈」は、とっかかり言動をキャッチして瞬時に解釈することにより、次の展開が生まれ効