

「遷延性意識障害の息子の介護疲れから在宅介護の危機を迎えた家族への看護」 教育方法と評価

情報	問題解決の学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)
<p>38歳、男性、未婚。 家族は父親(68歳)と母親(63歳)で主に母親が介護をしている。36歳の弟は結婚し、所帯をもっている。両親は弟夫婦には、絶対に負担をかけたくなないと考えている。</p> <p>12歳頃にミオクローヌスてんかんを発症。20歳後半に遷延性意識障害状態となる。往診医、大学病院への通院を続けた。30歳前半に胃瘻増設。35歳頃より、急性膀胱炎、急性気管支炎を繰り返し、血中酸素飽和度が80%台となり、在宅酸素療法が開始された。38歳の折、父親の介護時のふらつきにより右大腿骨を骨折した。術後の経過が悪く、4か月の入院治療を受ける。</p> <p>遷延性意識障害状態のため意思疎通ができない。時々、てんかん発作があり、けいれんとともに開眼する。上下肢とも筋緊張が強く自動運動はない。意思の表現がないこと、刺激への反応も低下していることから、苦悩、苦悶、苦痛は介護者が推し量るしかない。</p>	<p>看護上の問題点 #1. 脳の認知機能低下によるセルフケアの不足がある。 #2. てんかん発作による生命危機の危険性がある。 #3. 痰が多いことによる呼吸器感染の危険性が高い。 #4. 排尿反射機能の低下からの残尿による尿路感染の危険性が高い。 #5. てんかん発作による転倒・転落・打撲の危険性。 #6. 関節の拘縮、廃用性萎縮の進行。 #7. 両親の介護疲労と将来への不安。</p> <p>看護目標 (長期目標) 両親2人だけの介護から訪問看護や福祉サービスを利用しようと決心した気持ちを支え、それらのサービスが適切に導入され、患者が安全に安楽にできるだけ長く在宅療養ができるように支援する。 (短期目標) 1. 痰による気道閉鎖を予防する 2. SpO₂の観察に伴い在宅酸素療法が実施できる。 3. 口腔の清潔保持が継続でき、呼吸器感染を予防する。 4. ベッドからの転倒・転落、移動時の転倒を予防する。 5. 尿路感染を発生しない。 6. 関節の拘縮、廃用萎縮(筋力の低下)が進行しない。 7. 意識のある人への対応と同じ対応ができ、言葉かけは絶えず行う。 8. 日常生活援助がリズムを持って心地よくできる。 1) 睡眠と覚醒のリズム 2) 全身の清潔 3) 経管栄養、水分摂取 4) 排泄パターンの管理</p> <p>遷延性意識障害をもつ療養者に対する看護の基本的に考え方 ・正常な意識のある人への対応と同じ対応をする。 ・睡眠と覚醒のリズムをできるだけ普通の状態に保つ ・臥床は大脳の働きを不活発にすることから、できるだけ座位保持にする。 ・良肢位保持。</p>	<p>活用する既存知識 20年近く遷延性意識障害の状態在宅療養している患者とその両親を総合的に理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ミオクローヌスてんかんの病態生理 ・遷延性意識障害について ・酸素飽和度と在宅酸素療法 <p>イメージ化 ・遷延性意識障害のため意思疎通がはかれないことのイメージ化 ↓ 考え、思いが通じ合わないことをつらさ、情けなさ、苦悶、不安</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ミオクローヌスてんかん発作時のけいれんのイメージ化 ・不随意運動の中でも最も動きが速く、唐突な運動で、随意運動を行おうとすると、上肢あるいは下肢が不規則に激しく震える。 ・上下肢の筋緊張は強いが、自動運動はないことのイメージ化 <p>因果思考 ・遺伝性家族性の発作性疾患からくる母親の苦悶。 ・遺伝性家族性の発作性疾患からくる将来に対する苦悶</p>

情報	問題解決	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主な思考及びその教育的効果
<p>遷延意識障害状態のため日常生活のすべてを他者に委ねなければならぬ。</p> <p>バイタルサインは落ち着いているが、時々発熱がみられる。喀痰が多く、尿の混濁もみられ、訪問医に連絡することあり。</p> <p>呼吸→喀痰が多く1日3回の吸入、30分ごとの吸引が必要。</p> <p>SpO₂が92～94%であれば1日2時間20分の在宅酸素の指示。</p> <p>食事→胃瘻による経管栄養(クリニミール 500ml×3回)1日2回、コップ半分程度のお茶をストローで吸う。胃瘻のバルンカテーテルは月1回通院で交換している。</p> <p>排泄→介護者が下腹部に手を当て、圧をかけて出すと、1回100～150ml排尿。1日3回残尿測定をかねて導尿すると20～50ml排泄。排泄は、レシカルボン座薬使用で4～5日に1回排便。おむつ使用。</p> <p>清潔→入浴を毎日。患者の体格は身長183cm体重62kgなので、母親一人の移動は無理で、ホームヘルパーと実施している。</p> <p>運動→関節可動域・筋力維持・ベッド上の体動運動リハビリ、呼吸リハビリ。これらに関しては理学療法士がプログラムを作成。呼吸器リハは効果が出ている。</p> <p>通院→通院介助はガイドヘルパーとリフト付きタクシーで母親が付き添う。</p> <p>退院時、主治医より再骨折の危険性が高いという病状説明を受けて、主たる介護者である母親はそれまでの夫と二人だけの介護から訪問看護や福祉サービスなどの利用を決心した。母親は、患者の介護は「自分がしなければならぬ」と思い続け、やり通してきている。しかし、自分たちも高齢になってきており、二人が倒れ、介護ができなくなったら後のことが心配だが、今は、施設入所などは考えていない。「自分で気分転換しているし、そんなに介護を大変とは思っていない。」という反応。訪問看護が始まってから、夫との確執や病気の心配について話されるようになる。夫の病気は脊髄小脳変性症の疑い。</p>	<p>9. 両親とも心身が安定して介護でき、不安な気持ちを出出できる。</p> <p>OP:患者の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰の量と性状、呼吸音、呼吸数、酸素飽和度 ・呼吸以外のバイタルサイン ・感覚と運動、意識の反応チェック <p>刺激に対する反応→痛覚・触覚・温覚</p> <p>呼名反応</p> <p>開眼反応</p> <p>運動反応</p> <p>・けいれん発作</p> <p>TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・吸入 3回/日…母親 ・日中は30分毎に…主に父親 ・経管栄養 3回/日…訪問看護時に器具の管理や滴下など、また、胃瘻カテーテル挿入部位の観察、指導 排泄→排尿(自然排尿、導尿) 排便(自然排便は難しい、座薬を用いて4～5日に1回排便)いずれも母親の方法を観て、助言が必要であれば、母親のプライドを傷つけず、よい方向へ変更してもらえる援助をする。 運動→エアマットによる除圧、関節良肢位 ROM訓練・呼吸リハビリ→PTによるアセスメントとプログラム作成→母親、訪問看護師が実施できるように指導 	<p>活用する既有知識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・反応の有無や強弱にかかわらず、言葉かけを絶えず行う。 ・日常生活のすべてを他者に委ねる。 ・問題の予知とモニタリング <p>・家族の在宅療養意思</p> <p>・家族とくに母親の気分転換</p>	<p>主体的知識を活かし再構築</p> <p>介護できなくなる日が来ること 10～20年で死の転機をたどることが多いこと</p> <p>関連思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰量とSpO₂との関連 ・病態と日常生活との関連図から発展思考 <p>この子のために生きる母親役割。</p>	

問題解決の情報	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活用する既有知識)	主な思考及びその教育的効果
<p>父親は骨折の原因は自分にあること、歩行も不安定になっていることもあり、現在の介護は吸引だけを行っている。通院→大学病院と病院に月1回通院。往診→往診医の診察を月に1~2回受ける。</p> <p>(処方薬)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・テオドールシロップ(気管支拡張剤) ・ベネトリン吸入液(気管支拡張剤) ・ラックビー微粒(整腸剤) ・ガスター(消化性潰瘍剤) ・ラジックス細粒(利尿剤) ・アレビアチン(抗てんかん剤) ・フェノバル(催眠鎮静剤、抗不安剤) ・デバケン(抗てんかん剤) <p>訪問看護→週1回から開始して信頼関係を築く。その上で、医療的な管理や、今まで危険と知らずに行ってきた処置方法について、母親のプライドを傷つけないように助言していく。病状観察、酸素飽和度チェック、在宅酸素療法管理、吸入、吸引、ROM運動および呼吸リハビリ、経管栄養管理、排尿介助、導尿による残尿測定、摘便、おむつ交換、体位に関すること、母親の健康状態の観察、介護方法の相談、精神的支援など。</p> <p>訪問リハビリテーション→訪問看護ステーションの理学療法士によるROM訓練と呼吸リハビリテーション(訪問介護・ガイドヘルプサービス)</p> <p>↓</p> <p>遷延性意識障害者療養支援事業の訪問看護利用助成事業</p> <p>↓</p> <p>公費負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフト付きタクシー ・重症心身障害者(児)の介護手当 ・特別障害者手当 ・市障害福祉課ケースワーカー ・保健所保健師 ・障害者日常生活用具の交付:介護用ベッド、エアマット、吸引吸引器、入浴補助用具 	<p>生活のリズムをつけるため、できるだけ座位の保持</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は毎日…母親とホームヘルパー ・移動時の転倒を予防するために必ず2人で行う ・自傷を予防する(爪の保護、咬舌) ・援助の際には、事前に声をかける ・介護に関する不安、将来に対する不安など傾聴する。また、夫との確執についても表出できるように関わる。 <p>EP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源、支援事業制度などの活用に対する指導は必要に応じて行う。 ・介護方法、医療処置の指導とアドバイス ・関係機関との連絡・調整の内容を適切に家族に情報提供し、サービス導入がスムーズにいくように働きかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者支援費制度 ・重度心身障害者(児)の介護手当 ・特別障害者手当などの制度の理解 ・在宅医療。 	

「長期の肺結核から在宅酸素療法が必要となり 先行きを案じる療養者への看護」事例の考察

この事例では、長年にわたり肺結核の内科的、外科的治療を繰り返したきたが、70歳を過ぎた頃から、咳が増え、息苦しいといった症状もでて、突然呼吸困難に陥り、在宅酸素が必要となった人の在宅酸素療法導入への支援の方法を学んでいくことに重要なポイントがある。

在宅酸素療法は病態、症状ともに安定しており、酸素吸入療法だけを施行するために長期入院を続けている慢性呼吸不全患者の QOL の向上を目的とした療法である。在宅酸素療法を施行する患者は、通常の肺機能が諸種の原因により侵され、空気呼吸では十分に血液中の酸素分圧を保てず、呼気中の酸素濃度を高くする必要があるため、在宅酸素療法を用いる必要がある。

患者は、突然の呼吸困難後、肺性心、気管支喘息であるため、肺機能は著しく低下しているものと思われる。在宅酸素機器提供会社から担当者と看護師が派遣され、患者と長男夫婦に説明がなされ在宅酸素療法の導入となった。在宅酸素療法支援システムとネットワークについても学べるようにする。

B さん自身も機器の管理に前向きであるので、スムーズに導入でき、日常生活上での適切な教育・指導を実施していく必要がある。そして、住居環境での必要な住宅改修や介護用品購入・レンタルのアドバイスも適宜行っていく必要がある。また、患者の病状の変化に伴い、在宅か施設かに揺れている心理があり、複雑な胸中を表出してもらい、傾聴師、思いに沿う支援を考えていく必要がある。患者を支える家族に対しても介護が効果的に継続していけるような助言、指導が必要である。

学習目標

1. 患者の健康状態や生活状況を把握する。
2. 在宅酸素療法時の観察と生活指導を理解する。
3. 患者の心理過程を把握し、思いに沿う支援が得られる。
4. 在宅酸素療法支援システムと理解し、供給会社との

連携を学ぶ。

5. 在宅で介護する家族機能が維持・発展できる方法を学ぶ。

「長期の肺結核から在宅酸素療法が必要となり 先行きを案じる療養者への看護」事例

基礎情報1

26歳で肺結核を発症した78歳・男性は、50歳になるまでの間に結核療養所に通算7～8年入院した。肺結核と臍胸で計12回手術した結果、肋骨を7本切除し、脊椎は変形している。この間に妻との間に3人の息子をもうけたが、商店経営や育児のほとんどは妻に頼ってきた。

70歳を過ぎた頃から咳が増え、外出すると咳が止まらない、息苦しい、下肢がしびれるなどの症状が出始めた。気管支喘息の診断を受け、発作が起こると咳と泡状の痰が多量にでて、入退院を繰り返すようになった。妻にも心疾患が発症し、2人の生活は別居の3人の息子夫婦がサポートしてきたが、今年の7月8日、突然呼吸困難に陥り、病院に緊急搬送された。陳旧性肺結核、肺性心、気管支喘息の診断を受け、9月30日までの間入院した。退院に伴い在宅酸素療法が開始され、退院後も病院に通院(随時入院可)することになっている。

[在宅療養の環境]

患者は妻と2人で、2階建て戸建て住宅で暮らしている。1階は道路に面した部分が土間(店舗跡)で、奥に台所、食堂、風呂、トイレ、洗面所と妻の居室があり、2階に患者の居室と洗面所、トイレがある。

妻(81歳)は心疾患の上、軽度の痴呆症状が出現し、腰・下肢痛もあり階段の上り下りも困難な状態で、自分

の身の回りのことをするのに精一杯で家事は一切していない。夫の病気で商店経営に苦労を重ねてきたこともあり、今ではもう夫のことには無関心で、心疾患で通院する以外、1日のほとんどをベッドに臥床してテレビを見て過ごしている。

3人いる息子は、市内と隣接市でそれぞれ所帯をもっている。キーパーソンは近くに住む長男夫婦であるが、両親の介護については他の2人の子供の妻の協力が得られている。子供たちは、両親2人のそれぞれの思いや願いを実現させてあげたいと努力している。

経済状態については、患者と妻の2人が経営してきた商店を長男が別の場所に移して継いでおり、生活費等の心配はない。

基礎情報2

[訪問看護利用のきっかけ]

患者と妻の2人の介護は、これまで3人の子供の妻たちが分担してやってきた。介護内容は、食事をつくって運ぶ、掃除、洗濯、通院介助などで、今回、患者の状態が悪化したことから、子供たちが相談し、サービスの利用を考え、病院入院中に介護保険の要介護認定の申請をすることにした。家にいる妻も同時に申請し、その結果、患者も妻も要介護度2であったので、長男の妻が訪問看護ステーション併設の居宅介護支援事業所に相談し、ケアマネジャーのアセスメントと家族の希望で訪問看護が開始された。

〔退院時(要介護1)のケアプラン〕

訪問介護	火・金10:00～12:00 洗濯・買い物・昼食調理等 火・金14:00～16:00 掃除・買い物・夕食調理・洗濯物の取り入れ・朝食準備等 月・水・木・土は妻(要介護1)のケアプランで対応
訪問看護	・月・金10:00～11:30 状態観察・2階から1階へ移動介助しての入浴 介助(バイタルサイン、SpO ₂ 確認と観察)と終了後2階への移動介助・在宅酸素療法管理、呼吸リハビリ・療養相談・妻の状態観察と家族相談等 ・主治医の指示:呼吸器感染に特に注意して、患者に指導のこと。イレウスに注意すること
福祉用具の貸与	・介護用ベッドと付属品 ・車いす(主に通院時使用)
住宅改修	当面は浴室および階段に手すりを設置
酸素機器提供者	・医療用吸着型酸素濃縮器の管理 ・訪問看護と連携して患者のセルフケア能力を高める
家族	・長男と長男の妻:市への申請、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師等との窓口。弟夫婦達にも介護の役割を分担(次男の妻が車で病院に1回/2週通院介助等)し、とりまとめをしている ・できるだけ毎日誰かが顔を出している ・日曜日の食事の確保は長男の妻が主に実施

〔訪問看護開始時(10月1日)の状態〕

在宅酸素療法(医療用吸着型酸素濃縮器使用)を24時間実施中で、退院直後は1.5l/分より開始したが息苦しさを訴え主治医の指示で安静時0.5l/分、体動時1l/分になった。退院時には、在宅酸素機器提供会社から担当者と看護師が派遣され、患者と長男夫婦に使用方法を説明している。機器の管理は担当者が定期訪問し、不明な点や緊急対応は24時間電話で対応する。訪問時のSpO₂は、安静時93～97%、体動時90%であった。

処方薬は、テオロンG、ムコダイン、ブランドルテープ、セルベックス、ガスター、レンドルミンで、服薬は、自己管理できている。

体格は身長165cm、体重53kgで、脊椎変形があるが、室内移動は問題なし。ほとんど2階でテレビを見て過ごす。今回の入院までは、1階に降りて入浴すると座り込んで1時間くらい2階に戻れない状態が続いていたが、その原因がわからなかった。

排泄は自立できているが便秘がちである。食事は、2階に運んでもらっている。

本人の症状についての緊急対応は、救急車でM病院へ搬送する。

〔今後の療養についての患者の思い〕

自分でできなくなる日が必ずやってくると思うが、若い頃から呼吸器の病気を抱えてきたので、在宅酸素療法の機器も自分で管理していこうと考えている。反面、「そのときは子供たちにこれ以上迷惑をかけたくない」ので施設入所も考えたい」と言ったり、「病院に入院したり退院したりしながら最後まで家で過ごしたい」と言ってみたり、複雑な胸中を垣間見せることもある。

長男夫婦が1階の店舗だったところを改造して移ってはどうかと言うが、妻と同じ1階で暮らしたくないからか、同意しない。

酸素を少なくしていきたいと言われた場面のフォーカスセッション

在宅酸素療法を開始して1か月が経過、患者の状態も安定してきた。ある日の訪問時、酸素機器の点検と一緒にしていたときに、患者が「夜は酸素を吸わなくても平気です。体が酸素の依存症になってはいけませんので、酸素を吸う時間はできるだけ少なくしていこうと思っています」と言われた。

フォーカスセッション

- あなたは、それに対してどう考えますか。
- あなたは、患者にどのように説明していきますか。

ガイドライン

- 患者の「依存するようになってはいけません」という気持ちを受けとめられる。
- 在宅酸素療法が必要な病態生理と在宅酸素療法を実施する意味がわかる。
- 患者が考えている依存症と在宅酸素療法は違うこと。適切な量と時間の在宅酸素療法を継続することが、悪化を防止し延命につながることを説明でき、患者に理解してもらえる。

「長期の肺結核から在宅酸素療法が必要となり先行きを案じる療養者への看護」教育方法と評価

情報	問題解決の学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主な思考及びその教育効果
<p>78歳・男性。妻とともに商店経営をやっていたが、現在は長男が受け継ぎ、別な場所で行っている。その長男夫婦は近くに住み、キーパーソンである次男、三男も所帯を持っている。介護には協力的である。</p>	<p>看護上の問題 看護上の問題点、看護目標、看護の具体策</p> <p>看護上の問題 #1. 痰の増加に伴う呼吸感染の恐れ #2. 呼吸困難、病状悪化に伴い在宅療養継続ができるか施設入所になるかと心理的な動揺がある。 #3. 日常生活行動の制限によるセルフケアの不足がある。 #4. 便秘からくる呼吸運動の妨げが生じる。 #5. 妻の病状によっては、家族介護の協力体制が崩れる可能性がある。</p> <p>看護目標 (長期目標) 在宅酸素療法導入され、在宅療養が軌道に乗るような支援を心がける。そのためには、感染予防や日常生活の指導および介助をとおして、呼吸機能の低下をきたさないように支援する。患者には、在宅か施設かという複雑な気持ちもあるが、在宅酸素療法の機器も自分で管理しようという自立心もあるもので、徐々に行動範囲を広げ、セルフケア能力を高めていけるようなかかわりが必要である。</p> <p>(短期目標) 1. 効果的な喀痰喀出ができる。 2. 感冒の予防など呼吸器感染を起こさない。 3. 揺れる気持ちや不安を家族や医療者に表出できる。 4 日々の生活での注意していくことが理解できる。 食事 排泄 運動 入浴 睡眠など 5. 家族は介護に対する相談がいつでもできる。</p>	<p>活用する既存知識 肺結核のため長期にわたって治療を続けてきたが、呼吸機能としてはターミナルな状況となり、在宅酸素療法が必要となった患者とその家族を総合的に理解する。特に、患者の在宅療養意思決定への思いを把握する。</p> <p>・在宅酸素療法とは何か ・在宅酸素療法の適応となる人 ・どのような人が対象か ↓ 拘束性肺疾患 ↓ 肺結核後遺症 ↓ 慢性呼吸不全 ・呼吸の仕組み、ガス交換 ・心臓と肺 酸素濃縮器装置、携帯酸素の原理と取り扱い上の留意事項。</p>	<p>イメージ化 ・息切れと呼吸困難のイメージ ・今までの経験からどのような場合に酸素療法をしていたか場面をイメージしてみる。 ・酸素はどのような特徴があるかイメージしてみる。 気体である 無色である 無味である 無臭である 空気より重い 助燃性 熱によって膨張 空気中の酸素 ・鼻につけるカニューレの不快感のイメージ</p> <p>因果思考 ・生活や行動制限とストレスの因果関係 ・急性増悪時の死の恐怖の因果関係 ・外出時のボデイイメージの因果関係</p> <p>関連思考 ・在宅酸素療法とそれを継続する療養者のQOLとの関連 ・病態と日常生活との関連図から発展思考 ・病態が安定し、入院という制限から開放し、療養生活の質が向上することをめざす(QOLやADL向上につながる)</p>
<p>26歳で肺結核を発症。50歳になるまでの間に結核療養所に通算7～8年入院した。12回の手術を受け、肋骨を7本切除し、脊椎は変形している。70歳を過ぎた頃から、咳、息苦しい、下肢がしびれるなどの症状が出現し、入院を繰り返すようになる。最近、突然呼吸困難に陥り、緊急入院し、陈旧性肺結核、肺性心、気管支喘息の診断を受け、2か月入院。退院に伴い、在宅酸素療法が開始される。</p>	<p>労作性の呼吸困難 妻との関係は皆無の状態である。痴呆症状が出ていることもあり、今では夫のことは無関心である。 自分ことができなくなったときには、「子供たちには、これ以上迷惑をかけたくないので施設入所も考えたい」と言ったり、「病院に入院したり退院したりしながら最後まで家で過ごしたい」と言ったり、複雑な胸中を垣間見せることもある。</p>	<p>活用する既存知識 肺結核の経過、呼吸機能低下、在宅酸素療法の適応、患者の心理的状態、在宅療養の準備、酸素療法の仕組み、ガス交換、心臓と肺、酸素濃縮器装置、携帯酸素の原理と取り扱い上の留意事項。</p>	<p>イメージ化 ・息切れと呼吸困難のイメージ ・今までの経験からどのような場合に酸素療法をしていたか場面をイメージしてみる。 ・酸素はどのような特徴があるかイメージしてみる。 気体である 無色である 無味である 無臭である 空気より重い 助燃性 熱によって膨張 空気中の酸素 ・鼻につけるカニューレの不快感のイメージ</p> <p>因果思考 ・生活や行動制限とストレスの因果関係 ・急性増悪時の死の恐怖の因果関係 ・外出時のボデイイメージの因果関係</p> <p>関連思考 ・在宅酸素療法とそれを継続する療養者のQOLとの関連 ・病態と日常生活との関連図から発展思考 ・病態が安定し、入院という制限から開放し、療養生活の質が向上することをめざす(QOLやADL向上につながる)</p>

情報	問題解決	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)
<p>在宅酸素療法を24時間実施が必要。在宅酸素機器提供会社から担当者や看護師が派遣され、患者と長男夫婦に使用方法の説明をしている。酸素の流量は安静時 0.5ℓ/分、体動時 1ℓ/分である。SpO₂は安静時 93～97%、体動時 90%になる。機器に関する不明なこと、緊急対応は24時間電話対応。呼吸リハビリを計画。退院後も病院に通院。</p> <p>運動→身長 165cm、体重 53kgで脊椎変形があるが室内移動は問題ない。2階から1階への移動は介助。入浴介助後の2階への移動介助。</p> <p>その他の日常生活→調理、掃除、買い物、洗濯などは、3人の息子の妻たちが分担で行うこととホームヘルプ週2回の対応。生きがい・楽しみ→妻が軽度の痴呆で、夫に対して無関心なため、患者も妻と一緒に1階で生活したくないとギクシャクしている。</p> <p>患者は在宅酸素機器も自分で管理しようとする前向きである。経済状況→2人で経営してきた商店を長男が継いでおり、生活などの心配はない。</p> <p>介護保険→要介護度2</p> <p>妻は自分の身の回りのことをするのに精一杯で家事もしておらず、夫のことには無関心な態度。3人の息子夫婦は両親の介護について協力的である。両親それぞれの思いや願いを実現させてあげたいと努力している。キーパーソンは長男夫婦。従って、訪問看護開始の手続き、在宅酸素機器の使用方法についても長男夫婦が関与している。また、息子の妻たちは介護を分担し、食事を作って運ぶ、掃除、洗濯、通院介助などを行っている。そして、住宅改修し、2階の生活から1階の生活に</p>	<p>(解決策)</p> <p>OT:訪問時の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住環境は快適か(室温、湿度、室内整備、酸素濃縮器の設置場所など) ・呼吸状態、病状は落ち着いているか <p>バイタルサイン(肺音、痰の状態、呼吸困難の程度、SpO₂)</p> <ul style="list-style-type: none"> 体重の変化 水分摂取状態 ・酸素機器が正しく使用できているか 酸素供給器具の取り扱い 流量が正確に合わせられる 蒸留水のチェック 停電用に携帯ボンベ、ボンベ残量のチェック 酸素が出ているかどうかの確認 <p>家族関係はうまくいっているか</p> <p>家族の疲労の有無、健康状態</p> <p>患者の自立心はどうか</p> <p>TP:</p> <p>EP:日常生活支援と指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染の予防 合嗽(インジガールを用いて)や手洗いを十分に行う。 部屋の温度、湿度、換気に注意する(20℃、50%) 風邪をひいている人には近づかない。 適度な運動と日光浴もとられる。 	<p>活用する既有知識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時の観察 ・医師との連携 ・急性増悪の場合 低酸素血症の進行と臨床症状 高炭酸ガス血症(CO₂ナルコーシス) ・在宅酸素療法における療養者への教育 感染予防 入浴 運動 食事 服薬と禁煙 旅行など <p>・介護努力を支持</p> <p>・家族相談</p>	<p>主たる思考及びその教育的効果</p>

情報	問題解決	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活用する既有知識)	主眼思考及びその教育的効果
<p>情報</p> <p>(処方薬)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アオロング(気管支拡張剤) ・ムコダイン(去痰剤) ・フランドルテール(冠血管拡張剤) ・セルベックス(胃潰瘍剤) ・ガスター(消化性潰瘍剤) ・レンドルミン(催眠鎮静剤) <p>訪問介護→週2回、2時間。洗濯、買い物、昼食調理、洗濯物の取り入れ、朝食準備など。</p> <p>訪問看護→バイタルサイン、SpO₂確認と観察。在宅酸素療法管理：日常生活上の留意点＝感染予防、便秘の予防、入浴介助、運動、睡眠、食事など)、呼吸リハビリ、療養相談、妻の状態観察と家族相談など。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険 在宅酸素療法 ・介護保険 訪問介護 訪問看護 福祉用具レンタル 住宅改修 	<p>問題解決</p> <p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安眠への指導 <ul style="list-style-type: none"> 睡眠時の酸素流量は安静時と同じ。 寝る前に含嗽を行う。 複雑な心境を表出してもらい、傾聴する。 ヘルパーに介護上の困難はないか確認しながら連携する。 ・訪問毎にキーパーソンである長男夫婦に困ったことはないか確認する。 ・住宅改修がスムーズにすすむようにケアマネージャーと連携する。 <ul style="list-style-type: none"> ・酸素供給会社の連携をする。 	<p>学習素材</p> <p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策</p>	<p>帰納的学習(体験的知識を活用する既有知識)</p>	<p>主眼思考及びその教育的効果</p>

成人看護学実習 科目の考察

成人看護学実習は、“成人”という対象の特性を理解し、成人期の人々の健康問題に基づいた看護実践ができることをねらいとしている。

成人期は、人生のライフサイクルの中で最も長く、社会の中核的役割をはたす。大きくは青年期・壮年期・中年期から向老期に区分される。この各期は、身体の発達と変化・身体機能の成熟と変化、生活様式の変化、役割機能の変化等が顕著で各期の特徴もその変化から生じる。一般的に青年期は、身体的には変化が著しく心理的には自己同一性の確立に向かう、社会的には職業を選択し社会人としての役割を学ぶ。壮年期は、成熟した身体の機能を維持するとともに精神活動の充実をはかっていく時期である。中年期から向老期は、身体機能の低下を自覚ははじめ、自己同一性の再構築をしつつ精神活動は円熟してくるという特徴がある。このような特徴を持った成人期にある人々が何らかの健康障害をきたした場合の看護と健康破綻をきたさないための健康維持・予防のための看護を理解することが重要である。

科目目標

1. 成人各期にある対象を総合的に理解する。
2. 成人各期にある対象の生活様式・社会的役割機能に基づいた看護が展開できる能力を養う。
3. 成人期にある対象のセルフケア能力の開発と発揮を目指した看護ができる能力を養う。
4. 成人期にある対象の社会的活動から生じるストレスが健康に及ぼす影響について理解する。
5. 生活習慣病の予防、対処を促すための看護

が展開できる能力を養う。

6. 成人期にある人の急性・回復・慢性・終末の各経過における健康問題に適合した看護ができる能力を養う。

成人看護学 ペーパーペイシエント一覧表

学習の分類	突発的に発症し生命の危機的状況にある患者の看護	手術によるボディイメージの変化を伴う患者の看護	回復に向け心臓リハビリテーションを受ける患者の看護	長期にわたり自己管理を要する患者の看護	苦痛を伴う終末期患者の看護
器官系統別	脳神経	消化器	循環器	内分泌	呼吸器
診断名	くも膜下出血	大腸癌	心筋梗塞	糖尿病	肺癌
年齢・性別	38歳 女性	55歳 男性	62歳 女性	43歳 男性	56歳 男性
発達段階	壮年期	中年期	向老期	壮年期	中年期
健康段階	急性期	急性～回復期	回復期	慢性期	終末期
治療	手術療法	手術療法	薬物療法 安静療法 心臓リハビリ	食事療法 運動療法 薬物療法	化学療法 放射線療法 対症療法
処置・検査	脳室・脳槽ドレーン 経管栄養	輸血 洗腸 内視鏡	PTCA	尿糖・血糖値 腎機能	血液ガス分析 酸素療法
主な症状	頭痛 意識障害	下血、腹痛	胸痛、不整脈 高血圧	浮腫	呼吸困難 全身疼痛
家族背景	夫、子供	妻、娘	夫	妻、子供、母親	一人暮らし
看護の視点	異常の早期発見 感染予防	ボディイメージ変化 自己管理	生活習慣の改善 日常生活の援助	自己管理の支援	苦痛の緩和 不安の緩和
学習すべき内容	<ul style="list-style-type: none"> * 看護における観察の重要性 * 病態と手術とドレーン管理の関連の重要性 * 突発的発病に対する看護 * 身体抑制に伴う倫理的問題 	<ul style="list-style-type: none"> * 手術麻酔が身体、心理社会に与える影響 * 手術前中後の看護 * 人工肛門ケア * サイトマーキング * インフォームドコンセントと自己決定 	<ul style="list-style-type: none"> * 安静に伴う問題と日常生活援助の重要性 * 回復への支援 * 安静と離床のバランス 	<ul style="list-style-type: none"> * 対象の病状認識レベルの把握 * 看護における指導の重要性 * 慢性病をもつて生きることへの支援 	<ul style="list-style-type: none"> * 癌告知における倫理的問題 * 終末期患者の苦痛・不安 * 生と安らかな死を支える看護 * 治療における自己決定
共通の学習	<ul style="list-style-type: none"> * 各健康段階における看護の視点 * 病気・治療が患者の身体心理社会的側面に与える影響 * 成人各期にある人が健康破綻をきたした時の問題点と看護 * 患者、家族の病状理解と自己決定を支える 				

「突発的に発症し生命の危機的状況にある患者の看護」事例の考察

脳血管疾患は現在、日本における死因順位の第3位を占める重要な疾患である。脳卒中死亡の約6割は脳梗塞で、脳出血は約2割、くも膜下出血は約1割である。脳血管疾患が比較的高齢者に多く発症する中で、くも膜下出血は30代から50代の働き盛りに発症する。

脳・神経疾患の特徴として、意識障害、感覚障害、生命維持にかかわる中枢機能の障害や末梢神経障害等、障害される部位や程度、原因の違いによって多様な症状を呈することがあげられる。経過も、突発的に発症するものから徐々に進行するものまでさまざまである。また、予後も神経障害を残す等、回復後の日常生活に多大な影響を及ぼす。

くも膜下出血の場合、発症はほとんどが突発的で、発症後は再出血の予防と術後の回復促進の有効性から早期手術が薦められており、術後は一般的な全身麻酔後の管理とくも膜下出血の術後に特徴的な管理の二側面が重視される。開頭術後の看護では①術後合併症の早期発見の重要性②手術侵襲や体力の消耗による二次的障害の予防③患者の苦痛や不安の軽減に対する援助や早期社会復帰へ向けた支援の必要性等、一般的な術後管理と脳神経外科の術後管理について学ばせる意義がある。また、術創と各種ドレーン管理についての感染予防の視点、脳室・脳層ドレーンについては治療上の必要性和生命維持に関連する観察の重要性との両方の視点で学ばせる必要がある。

急性期における日常生活の援助では床上安静中であることや脳室・脳層ドレーン、をはじめ、さまざまなチューブ類が挿入されている対象にどのように援助をするか思考させる。また、日常生活動作が術後急性期の患者の状態に及ぼす影響について考えさせることも重要とな

る。

成人期の中でも壮年期は成熟した身体機能を維持すると共に精神的にも充実を図る時期である。家族を構成し、仕事の上でも充実し社会的に最も活躍できる年齢層であり、ある程度の無理がきく時でもある。そのような時期の対象が突然の発症によって入院を余儀なくされ、急性期の危機的状況に置かれるということは、本人のみならず家族へも大きな影響を与えることとなる。この事例では、成人期、中でも壮年期の発達課題を理解し、対象の生活様式、家族関係、社会における役割等から広く立体的な患者理解を期待する。

学習目標

1. 手術侵襲及び術後合併症について理解し、予防のための援助計画が立案できる。
2. 意識レベル観察の重要性と観察方法について理解できる。
3. 脳室・脳槽ドレナージの意義を理解しドレナージ中の患者の援助計画が立案できる。
4. 運動機能障害(左片麻痺)が患者や家族に及ぼす影響を推察し、社会復帰へ向けた援助計画が立案できる。

「突発的に発症し生命の危機的状況にある患者の看護」事例

基礎情報1

38歳、女性。パート店員(自宅から自転車で10分の大型スーパーマーケットで週5日、半日勤務)

既往歴:無し。身長:155cm、体重:55kg。

家族:夫(38歳) 会社員 娘2名。公立小学校へ通学(10歳、8歳)

「元来、風邪もひかないほど丈夫」と自負するほど健康で、毎年1回の地域での健康診断でも異常を指摘されたことは一度もなかった。家事や子供達の世話は熱心で、地域では子供の世話役やPTAの役員をかって出るほど世話好きである。

24歳で結婚後、しばらく専業主婦であったが、娘が2人とも小学校へ通うようになり、時間ができたことと学費や住宅ローンの返済の負担を軽くする目的もあり、半年前からパートの仕事を始めた。日頃は、夫や子供を送り出した後、洗濯をして職場へ向かい、半日働いて午後2時頃帰宅する。帰宅後は昼食をすませて掃除、食事の準備等の家事をこなす。夫は毎日帰宅が午後9時過ぎで、休みの日にも仕事や趣味の野球のために出かけることが多く、家事は全て患者に任されていた。

料理は得意で、バランスが良くおいしい食事を作るための情報収集も熱心であった。食べ物の好き嫌いはない。ほとんど毎晩、夫が帰宅してから晩酌につきあひ、缶ビールを1本飲んでいて、たばこは吸わない。

睡眠時間は5~6時間で、寝付きが悪く、物音でよく目覚める。

以前から便は硬くて4日に1回くらいの間隔であった。力んでたまに出血することはあったが、痔はない。排尿は1日5~6回。

お風呂好きで、毎日2人の娘と入浴をする習慣になっていた。洗髪も毎日行っていた。

中学、高校はバレーボール部に所属しており、結婚前までは職場でも同好会に入り練習に励んでいた。最近では、娘の学校の母親会で結成しているチームで週1回、夜間に2時間程度活動している。

基礎情報2

午前11時頃、勤務中に突然、激しい頭痛を訴え頭部を抱え込み倒れた。同僚が気づき、話しかけると「頭が痛い」とは言ったが、かなり辛そうに目を閉じており、その後、食物残渣を嘔吐した。同僚が救急車を要請した。救急車が到着した頃には意識が朦朧としており、呼びかけに対して返事をし、握手等の簡単な命令には応じるもののちゃんとした会話は成立しない状態であった。

救命救急センター搬入時にも意識状態に変化なし。閉眼してはいるが、尋ねれば「頭が痛い」や氏名・生年月日は言えた。日時は分からなかった。体温37.4℃、脈拍78/分、呼吸22/分、血圧190/97mmHgであった。血圧コントロールの目的で塩酸ジルチアゼムを静脈注射。その後、鎮静を図るためペンタゾシン15mgとジアゼパム10mgの静脈注射が行われた。

血液検査の結果はWBC11,300/mm³、RBC380万/mm³、Hb12.0g/dl、Ht38.2%、血小板30万/mm³、Na140mEq/l、K4.5mEq/l、Cl10.5mEq/l、Gl85mEq/l、TP7.0g/dl、Alb4.0g/dl、GOT18u/l、GPT19u/l。

頭部CT検査でクモ膜下出血と診断。引き続き緊急で行われた脳血管撮影により、右内頸動脈瘤の破裂と診断された。右眼底に網膜前出血あり。瞳孔は右側4mmで対光反射が弱く、左側は3mmで対光反射良好であった。項部硬直を認めた。緊急手術の方針となり、全身麻酔下で開頭腫瘍切除クリッピング術が施行され、さらに脳室と脳槽及び硬膜外ドレーンが留置された。

手術は順調に終了し、術後は脳神経外科病棟で集中管理が行われた。

〔術後の経過〕

手術室からの帰室直後、脳室、脳槽ドレーンからは血性髄液の流出がみられた。硬膜外ドレーンは手術翌日に抜去、1針縫合されたが、排液は約30ccだった。

脳室ドレーンは外耳孔から200mmの高さに設定され、排液は1日50ml前後で、脳槽ドレーンは外耳孔から150mmの高さに設定され排液量は1日100~150mlであった。

両方のドレーンともに術後徐々に排液は血性から淡血性へと変化していった。

手術翌日、閉眼しているものの呼びかけると開眼し、質問には適切に答えることができる。創部の疼痛はあるが「傷が痛む感じて頭の中が痛いわけではない。ひどい痛みでもないのでも何もしなくていいです」「でも右の目は霧がかかったみたいで見えにくいですね。どうしたんでしょうか」と言う。瞳孔は3mmで左右対称、対光反射も良好である。腰痛を訴え、マッサージをしてもらっている。

体温37.8℃、脈拍80/分、呼吸22/分、血圧126/80 mm Hg。嚥下障害はなかったが、閉眼しうつらうつらしていることが多く、経管栄養が行われることとなった。

突然の発症で緊急手術を受けることになったため夫と娘達、両親はかなり動揺し「まだ若いのにクモ膜下出血になるなんて…後遺症で手足が麻痺したり、意識が戻らなかつたりしたらどうしよう」と心配していたが、手術翌日に簡単な会話もできるようになった患者をみて多少ほっとした様子であった。

術後、四肢の麻痺はなかったが、5日目から左上下肢に軽度の麻痺が出てきた。時々、「左の手足は今後、動かせるようになりますか？」と質問することがあったが、意識はボーっとしていることが多かった。

手術前から膀胱内留置カテーテルが挿入されており、1日尿量は約2,500ml。排便は発症の前日に硬便が出てから後はしていない。腹部膨満感はない。

[術後の医師の治療方針]

- ・収縮期血圧の目標値140～160/mm Hg
(収縮期血圧180/mm Hg以上:塩酸ジルチアゼム

点滴静脈注射、収縮期血圧120/mm Hg以下:
ドクターコール)

- ・酸素2ℓ/分吸入 (PaO₂120 mm Hg、PaCO₂38 mm Hg、SpO₂100%)
- ・頭位は15～30°までの挙上とする
- ・創部のガーゼ交換は1日1回

[薬物療法]

- ①マンニトール(高浸透利尿剤)200ml/×3回(8時間毎)
- ②低分子デキストラン20ml/h(持続)
- ③パンスポリン1gキット×2回(12時間毎)

[本人と家族への説明]

(術後1日)医師から本人と夫へ「手術は問題なく終わり、破裂した動脈瘤の根元にクリップをかけました。再出血は100%ないとは言いませんが、まずないでしょう。手術後4日目くらいから2週間後くらいまでは、脳が腫れたり脳血管が細くなって脳梗塞を作ったりと状態の変化が起こりやすいので、十分な観察を要する期間となります。点滴もしばらく続ける予定にしています。頭に入っている管は血で染まった脳脊髄液を流出させるためのものです。2週間以内には抜く予定です」

(術後5日)「左半身の麻痺に対するリハビリはベッドサイドですぐに始めます。どの程度までの回復が見込めるかは今の段階では何とも言えません。前向きに頑張りましょう」

術後の状態について説明を求められた場面のフォーカスクエッション

術後1日目に、手術について医師から説明を受けた患者と夫は、訪室した看護師に「先程、先生が脳が腫れたり、脳の血管が細くなって脳梗塞を作ったりするかも知れないと言われたけど、何のことでしょう？頭に入っているこの管のことも説明していたようですが…難しくってよく分からなかったんですね」と話しています。

フォーカスクエッション

- ・“脳が腫れる”とはどういうことでしょうか？それが患者にどのような影響を及ぼすのでしょうか。
- ・脳浮腫や脳梗塞を予防するために患者に行われている治療・看護は何でしょう。

ガイドライン

- くも膜下出血の病態を説明できる
- ・頭蓋、頭蓋腔の構造、脳血管の構造、脳脊髄液の循環経路が分かる
- ・くも膜下腔への出血と脳浮腫、頭蓋内圧亢進の因果関係
- ・頭蓋内圧亢進と生命の危機との関連
- ・頭蓋内圧を亢進させる因子
- 頭蓋内圧を正常に保つための治療・看護について説明できる。
- ・脳室・脳槽ドレナージの必要性
- ・高浸透圧利尿薬の効果
- ・体位の保持の必要性(頭部を 15~30° 挙上、頸部の屈曲を避ける等)
- ・便秘や強い咳を避ける根拠
- くも膜下出血術後の脳血管攣縮の機序と予防のための治療が分かる。
- ・脳血管攣縮と脳梗塞の因果関係
- ・収縮期血圧の目標値(正常値よりやや高めに調整する)の意味
- ・循環血液量を確保する必要性

急変時の判断を問われた場面のフォーカスクエッション

術後5日目、あなたは検温をするために訪室しました。1時間前には名前を呼ぶと開眼し、質問にもきちんと返答をしていた患者の様子が変です。あなたは次のような観察をしました。目がうつろで、声をかけてもそれに対する反応はなく、しきりに左の手を動かしている。体温36.8℃、脈拍 80/分、呼吸 22/分、血圧 130/80 mm Hg。脳室、脳槽ドレインチューブの圧迫やねじれはなく、チューブ内の液面は呼吸性に移動している。前日と変わらない淡血性の排液がみられ、量も普段と同様である。右の上下肢をせわしく動かし、落ち着かないが、左側の手足は動きがみられない。

フォーカスクエッション

- ・患者に何が起こったと考えられますか。
- ・このようなとき、どう対応しますか。

ガイドライン

- 脳血管攣縮の初発症状が分かり、脳梗塞との関連を推測できる
- 生命の危機的状態の早期発見のための観察項目が分かる
- ・意識レベルの観察
- 意識レベルを観察する尺度としてのジャパン・コーマ・スケール、グラスゴー・コーマ・スケール
- ・瞳孔の観察
- ・バイタルサインの観察(呼吸、循環の変化)
- ・四肢の運動機能・知覚の観察(特に麻痺側)
- ・患者や家族の心理的側面の変化
- 意識障害による事故を防止し安全を守る為の援助が分かる
- ・ベッドからの転落防止
- ・ドレインやチューブ、点滴ラインが抜去されないようにする
- ・患者から目を離さない

抑制の是非について考えさせられた場面 のフォーカスセッション

患者はしきりに右手を動かし、頭部や胸、肩などを触れています。脳室・脳槽のドレナージチューブには触らないようにと説明しても理解していないようです。あなたがちょっと目を離した時に、患者がチューブを握っていました。その様子を見たN看護師から「ドレーンが抜かれたら大変なので患者の右手を抑制してください」と言われました。

フォーカスセッション

- ・あなたはどのような行動を取りますか。具体的に述べなさい。
- ・なぜそうしたのですか。

ガイドライン

- 身体拘束(抑制)に対する考え方を述べることができる
- ・ 患者の人権
- ・ 人間の尊厳
- ・ 患者の安全を守る技術としての抑制
- ・ 抑制をすること、しないことそれぞれのメリット・デメリット
- ・ 抑制中の配慮または抑制をしない場合の対応
- ・ 家族への説明

「突発的に発症し生命の危機的状況にある患者の看護」 教育方法と評価

情報	問題解決の学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主な思考及びその教育効果
<p>38 歳、女性。仕事中に突然の発症で、脳腫瘍の緊急手術が行われ、入院となる。脳室・脳槽ドレーンが留置されており、頭部は15～30° 拳上が指示されている。ドレーンからの排液は 150～200ml/日、術後は徐々に淡血性へ変化している。</p> <p>術後は軽眠がちであるが、問いかげに対する反応は良い。持続点滴中、8 時間毎に高浸透圧利尿剤が与薬されている。抗生剤も 12 時間毎。</p> <p>術後4日～2週間後は状態の変化があり得るため、十分な観察を要する期間である。収縮期血圧の目標値が設定されており、それを逸脱すると降圧薬の与薬が指示されている。</p> <p>脳室・脳槽ドレーンは脳の腫れを予防するためのものと説明されている。</p>	<p>看護上の問題、目標 看護の具体策</p> <p># 1術後合併症(再出血、血管攣縮、無気肺、肺炎)の可能性</p> <ul style="list-style-type: none"> 意識レベルの低下や激しい頭痛等、脳圧亢進症状がない 発熱等感染症状を来さない 頭痛を我慢せず、自己の状況を伝えることができる。また、痛みが現在より増強しない <p>OP:バイタルサイン、意識レベルの観察</p> <p>頭痛、悪心・嘔吐、項部硬直、痙攣等の脳圧亢進症状の有無</p> <p>血圧値の変動の有無(目標値を逸脱したときの指示あり)</p> <p>SpO₂値、呼吸状態に注意</p> <p>脳室・脳槽ドレーンからの排液量、性状、ドレーンの高さ</p> <p>輸液管理、in-outのバランスチェック</p> <p>排便状況の把握(便秘に注意)</p> <p>TP:体位変換(頸部が屈曲しないよう気をつける)</p> <p>異常を認めた場合にはすぐ連絡する</p> <p>脳室・脳槽ドレーンの閉塞が疑われる場合は屈曲の有無の観察、ミルキング等実施</p> <p>便秘予防(腹部マッサージ、緩下剤の与薬)</p> <p>EP:体の異常を感じたときはすぐに連絡するよう指導する</p> <p># 2頭痛や体動制限による安楽の阻害</p> <ul style="list-style-type: none"> 腰痛が軽減する 不眠をきたさず睡眠パターンが維持できる <p>OP:睡眠状態と疲労の程度</p> <p>身体の痛みやしびれ、違和感等の不快感腰痛の程度</p>	<p>活用する既有知識</p> <p>脳・脊髄の構造 脳脊髄液の環流 脳腫瘍/脳破裂/くも膜下出血の病態 頭蓋内圧亢進症状 頭部CT検査 脳血管撮影 脳腫瘍/脳破裂の治療 手術療法 脳室・脳槽ドレーン 薬物療法の効果と副作用 意識レベルの観察方法 体液バランスの均衡</p>	<p>イメージ化</p> <ul style="list-style-type: none"> 元気に仕事をしていたのに、突然手術となり、頭や腕には様々な管がついている。状況を把握するまでの混乱 起きて座りたくても頭部の拳上角度は15～30°で寝返りも自由にできないものかしさ 24時間持続点滴、酸素吸入カテーテル、ドレーンなどが着いている拘束感

問題解決の学習素材		帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	
情報	看護上の問題、目標 看護の具体策	活用する既有知識	主な思考及びその教育的効果
<p>術後の合併症予防のため安静を余儀なくされており、腰痛を訴えている。</p> <p>左片麻痺があるため自力での体位変換は困難であり、麻痺側の身体に違和感を持っている。</p> <p>術後も頭痛は続いているが、激しい痛みではなく「何もしなくもいいです」と言っている。</p> <p>普段から、寝付きが悪く物音でも目覚めていた。</p> <p>安静臥床が指示されており、左半身麻痺もあるため、自力では体動が困難である。</p> <p>「手足は今後動かせるようになりますか？」</p> <p>「リハビリはいつから始められますか？」</p>	<p>看護上の問題、目標 看護の具体策</p> <p>TP: 体位変換、安楽な体位の工夫 腰部のマッサージ</p> <p>安静(睡眠)が保てるように環境を調整する</p> <p>EP: コミュニケーションを図ることでストレスの発散を促す</p> <p>#3活動性の低下による筋力低下、関節可動域縮小の可能性及び社会復帰への不安</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関節可動域の縮小をきたさない ・リハビリに対する前向きな言動がみられる <p>OP: 関節の可動レベル確認</p> <p>自力のできる動作の確認</p> <p>運動機能障害に対する本人の受け止め方運動に対する姿勢等</p> <p>TP: 他動的ROM訓練(特に麻痺側の上下肢)</p> <p>EP: 体動制限内でのROM訓練の必要性を説明する</p> <p>回復、社会復帰への不安の内容が表出できるようにコミュニケーションを図る</p> <p>#4体動制限、左片麻痺によるセルフケアの低下</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作を自力で行おうとする姿勢がみられる ・回復に対する前向きな言葉が聞かれる <p>OP: 現時点のADLレベルの把握</p> <p>TP: ADL能力に応じた援助を行う(食事、排泄、清潔、運動等)</p> <p>できるところは自力で行わせる</p> <p>右の視野障害を補うよう援助する</p> <p>EP: 本人の残存機能・能力に応じたADLの指導</p>	<p>良肢位</p> <p>体位変換の方法</p> <p>脳室・脳脊髄液の管理</p> <p>安楽な体位の工夫</p> <p>廃用性機能障害</p> <p>障害受容過程</p> <p>節可動域訓練(ROM)</p> <p>セルフケアの概念</p>	<p>・右側にあるものが見えづらい。何故そうなのか。突か。半身麻痺の上、目までも見えなくなるのか。突然、これまで想像したこともない状態になってしまった絶望感。</p>

問題解決の情報		学習素材		体系的学習(体系的知識を活かし再構築)			
情報		看護上の問題、目標、看護の具体策		活用する既存知識			
<p>脳室・脳槽ドレーン及び膀胱内留置カテーテル留置中。 自力では体動も困難。 体温は37℃台。</p>	<p>看護上の問題、目標、看護の具体策</p> <p>#5創部、チューブの留置に起因する感染の可能性</p> <ul style="list-style-type: none"> 発熱等の感染徴候が見られない ドレーンやチューブ類が抜けがないように意識した行動がとれる <p>OP:発熱の有無、尿液の性状等の観察</p> <p>創部のガーゼ交換(清潔操作留意)</p> <p>呼吸状態の観察</p> <p>身体の清潔、特に口腔や陰部の清潔保持のための援助</p>	<p>ADLのアセスメントの視点</p> <p>活用する既存知識</p> <p>麻痺のある人の日常生活の援助方法</p> <p>視力障害のある人の援助</p> <p>感染の徴候</p> <p>ドレーン、チューブ類の管理</p> <p>経管栄養法</p> <p>感染予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 手洗い 清潔操作(ガーゼ交換方法) <p>身体の清潔方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 臥床患者の清拭、寝衣交換法 臥床患者の口腔ケア 	<p>因果思考</p> <ul style="list-style-type: none"> 器質的動脈血管壁脆弱性とも膜下出血の因果 くも膜下出血と意識レベル低下及び半身麻痺の因果 くも膜下出血と脳血管攣縮の因果 麻痺と静脈循環不全、それに伴う麻痺側浮腫との因果 体動制限と廃用性機能低下の因果 <p>関連思考</p> <ul style="list-style-type: none"> 左片麻痺と社会生活の狭小化の関連 				