

アセスメント7

- ストーマに対する行動
- ストーマを見ることのできない
- ストーマケアを執事に委ねている
- ストーマ親に少しでも排泄物が貯まるとすぐに捨て
- ストーマに排泄物を付着させない
- ストーマを他者に負せむらがる
- ストーマに排泄物を感じると気持ち悪くなる
- 臭いがないにもかかわらず排泄物の臭いがすると気持ち悪くなる
- ストーマを他者に負せむらがる

身体への影響

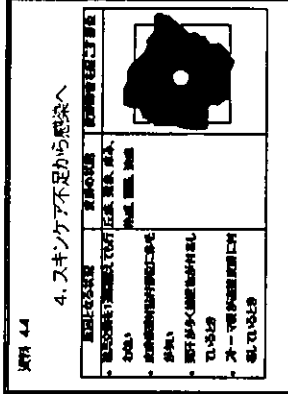
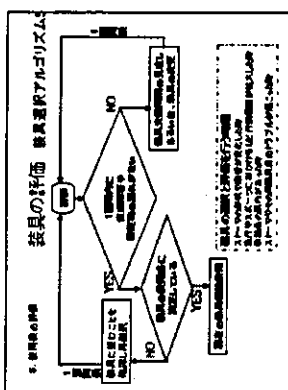
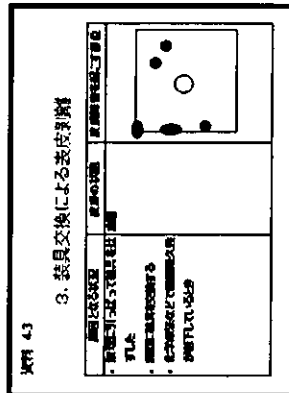
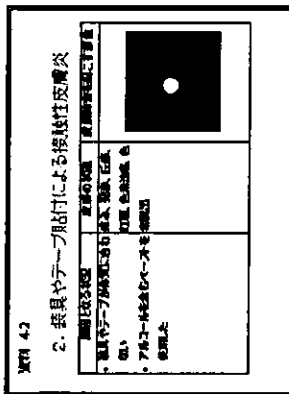
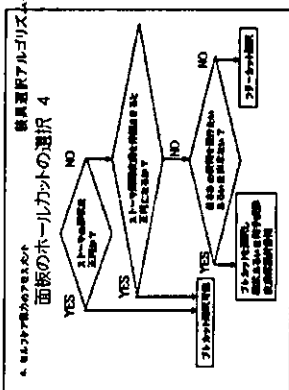
- ・うつ状態
- ・不眠・食欲不摂
- ・排泄物に対しての中心
- ・性機能障害に傾く

社会生活

- ・外出しない
- ・行動範囲が狭小になる

アセスメント9

- ・ストーマに関する羞恥感
- ・羞恥感などの生活場面を一緒に選ばない
- ・うつ状態
- ・不眠・食欲不摂



1 1. 疾患の自己管理教育プログラム（透析管理教育プログラム）

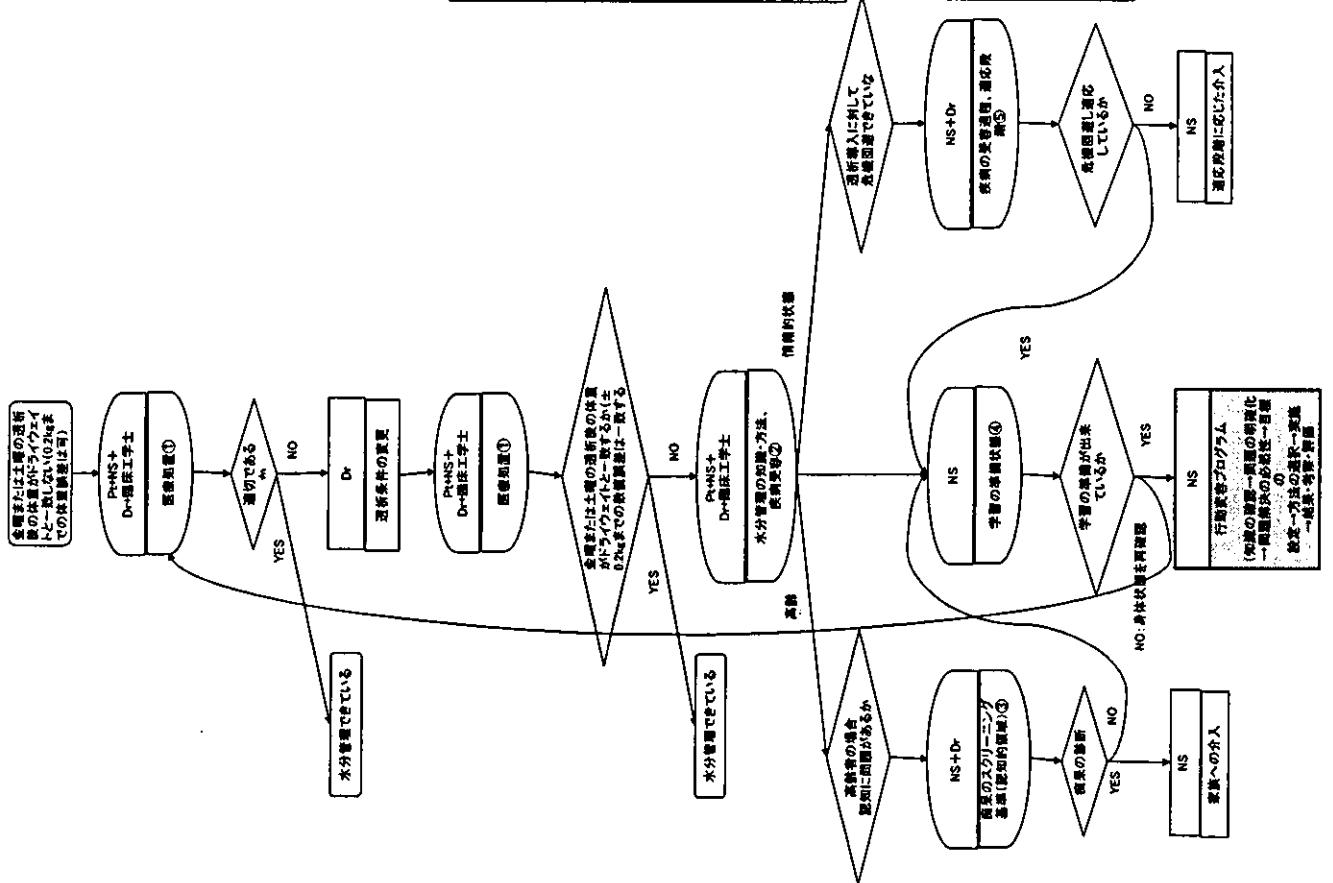
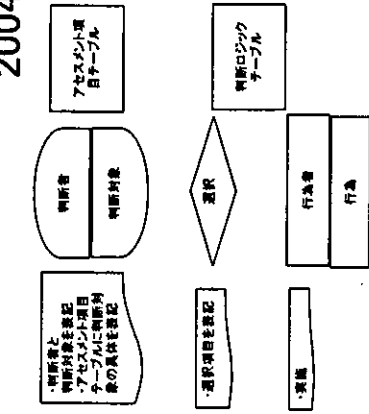
領域リーダー：岡美智代（北里大学）

研究協力者：神谷千鶴（秋田大学）

山名栄子（日本看護協会）

佐川美枝子（国立看護大学校）

透析管理教育アルゴリズム 2004年11月



アセスメント項目①
 透析スタッフに関する項目
 ・ドライウエイトは適切か
 ・体重当たりの脱水量は適切か
 ・バイバイバイの観察(身体量・身体水分・血圧・血球数など)
 ・透析液量は適切か(RO・SEC/Mなど)
 ・体外循環は適切でないか
 ・血流量または血流量(OB)は適切か
 ・ヘマトクリット値は維持されているか。酸欠投与の必要はないか
 ・血圧や心拍数(CPR)、TPやAb、Htなどのほか電解質アークは適切か
 ・浮腫や呼吸器、高熱などの身体症状の有無
 入院調整スタッフにも関する項目
 ・IN、OUTのバランスはとれているか
 ・Kt/V、食事量、水分摂取量、輸液量
 OUT、尿量の適切な管理から次の透析開始までに、検査があるか
 ・透析液のコントロール
 ・透析液の品質(硬度、pH、ドライウエイトまで保証されているか)

アセスメント項目②
 透析導入に問題はないか
 ・情動的状態が水分管理に影響していないか
 1. 身体的状態が不安定か、食習慣に対する不安
 2. ホルモン剤、抗凝固剤や栄養剤(せん薬)などの薬物投与
 3. 社会や社会的・家庭的状況の変化に対する不安や個人問題に対する不安
 4. 経済的な不安

アセスメント項目③
 血圧のスクリーニング基準
 A～Dが満たされる場合は、高熱である可能性が高い。ただし、高熱が持続して(うつ病など)および高熱(せん薬)との区別が必要である
 A. 肥満が低下している
 B. 思考力および判断力の低下がある
 C. A、Bのために明らかに日常生活や職業に支障をおかしている
 D. 次のうち少なくとも一つがある
 (1) 高熱が持続してスクリーニングで22点以下
 (2) 高熱が持続してスクリーニングで15点以下
 (3) 高熱が持続してスクリーニングで15点以下
 (4) 高熱が持続してスクリーニングで15点以下
 西村健治: 透析患者の学習準備に関する調査報告の検討報告
 スクリーニング基準、個別学習プログラムの作成
 厚生省高度医療対策推進委員会平成15年度研究報告書
 第1719号

アセスメント項目④
 身体状態
 ・薬物からのコントロール状態
 ・現在のコントロール状態
 ・合併症と併発症の有無と程度
 ・身体機能検査の結果
 ・継続すべき治療行動
 情動的状態
 ・治療への意思、学習意欲
 ・治療の受け入れ、消化理解
 ・学習意欲、自己責任、疾病性
 ・社会的状況
 ・経済状況
 ・治療の目的
 ・治療力(薬・食・水)
 これまでの学習経験
 ・以前の経験(知識・技術)は肯定的か否定的か
 ・現在の状態の知識・技術
 ・実施している治療行動
 ・新たに学習に必要な知識・技術
 ・医学専門用語の理解度
 ・患者の学習方法の適宜(声、録、読む)、練習(読、テープを聞く)いづれか

アセスメント項目⑤
 高熱原因
 スクリーニング基準
 透析の受容性
 透析の知識
 ・生命に支障する不安、食習慣に対する不安
 ・ホリモン剤、抗凝固剤や栄養剤(せん薬)などの薬物投与
 ・社会や社会的・家庭的状況の変化に対する不安や個人問題に対する不安
 ・経済的な不安

1 2. 摂食・嚥下教育プログラム

領域リーダー：江口隆子（札幌麻生脳神経外科病院）

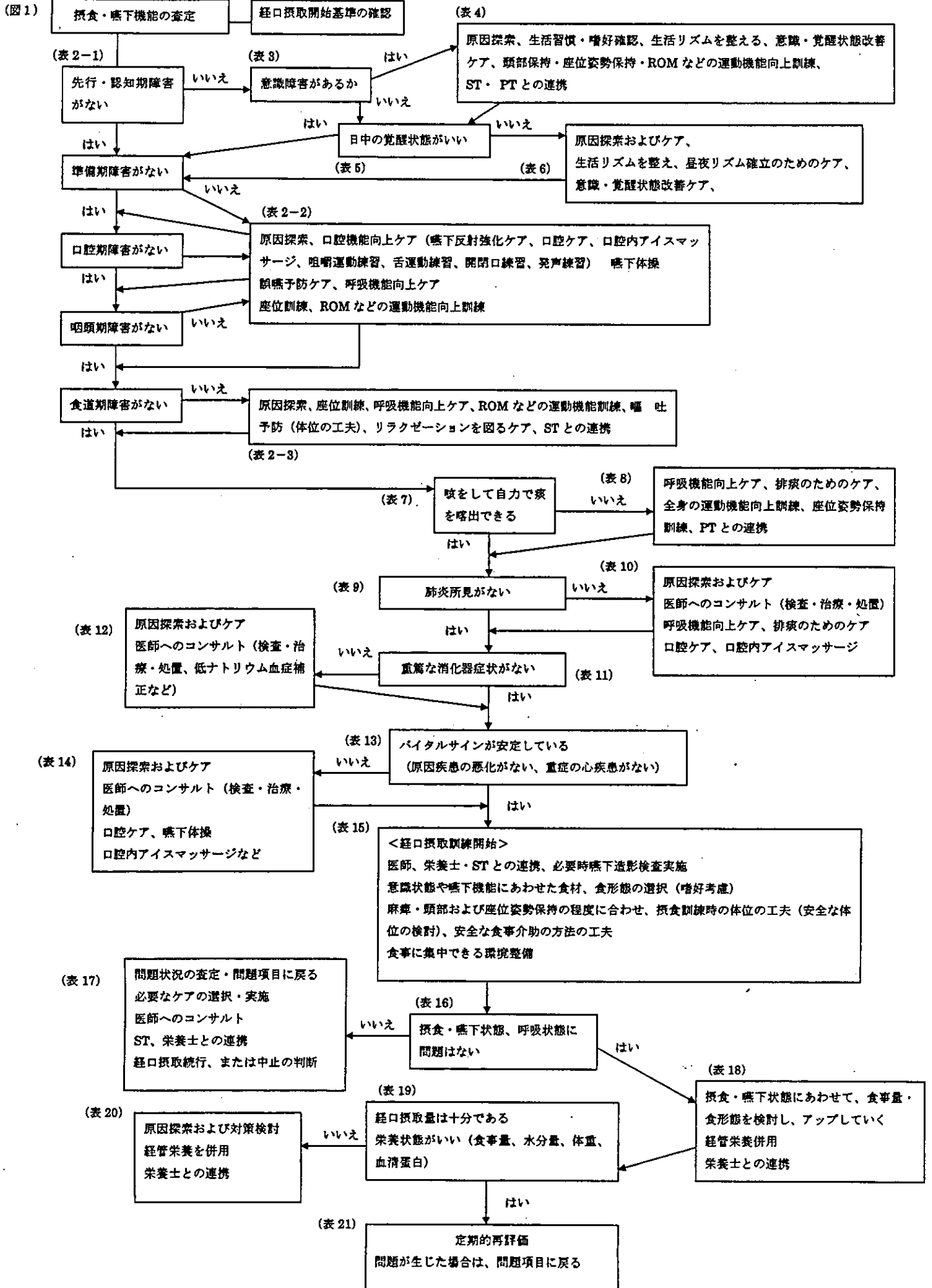
研究協力者：品地智子（札幌麻生脳神経外科病院）

飯野智恵子（札幌麻生脳神経外科病院）

大久保暢子（聖路看護大学大学院）

新井絹子（青梅市立総合病院）

摂食・嚥下ケアプログラム



(表1) 「経口摂取開始基準」

<脳血管障害急性期の経口摂取開始基準>

- ① 意識障害がJCS (3-3-9度方式) で1桁である
- ② 重篤な心肺合併症や消化器合併症がなく、全身状態が安定している
脱水・栄養障害については補正しておくことが望ましい
- ③ 脳血管病変の進行がない
- ④ 飲水試験で(3ml)で嚥下反射を認める
- ⑤ 十分な咳(随意性または反射性)ができる
- ⑥ 著しい舌運動・喉頭運動の低下がない
- ⑦ 口腔内が清潔で湿潤している

(塚本ら, 1995より一部改変)

塚本芳久: 急性期嚥下障害へのアプローチ. 臨床リハ, 4:721~724, 1995.

金子芳洋ほか: 摂食・嚥下リハビリテーション, 医歯薬出版. P152, 2000.

<経口摂取の開始基準>

1. 意識レベル
 - ・ 日中覚醒(JCS 3-3-9度方式で1桁である)していること
 - ・ 意識レベルが変動しているときには嚥下時の意識が清明であること
2. 全身状態の安定
 - ・ 呼吸状態、循環動態、体温などが安定していること
 - ・ カルテ、温度板記載の徹底、慎重な情報理解・分析が必要
3. その他医師の病状判断で許可を出す場合

藤島一郎著: 脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版, 医歯薬出版. P138, 2000.

摂食・嚥下障害の直接訓練(摂食訓練)

ポイント

1. 全身状態: ①低栄養の有無 ②低ナトリウム血症の有無
2. 呼吸状態: ①気道確保 ②気管カニューレの有無
3. 意識状態: JCS II桁レベル以上 ②高次脳機能障害の有無の把握

田中靖代: 食べるって楽しい! 看護・介護のための摂食・嚥下リハビリ,
日本看護協会出版会. 2001.

<経口摂取開始基準>

- ① 原因疾患の悪化がない
- ② 嚥下反射がある（唾液が飲み込める）
- ③ 誤嚥性肺炎がない
- ④ バイタルサインが安定している（特に呼吸状態が安定している。明らかな発熱がない）
- ⑤ 咳をして痰や異物を喀出できる（不可なら吸引が必要）
- ⑥ 覚醒状態がいい

札幌麻生脳神経外科病院 看護部

※「摂食・嚥下ケアプログラム」のアルゴリズム化に当たり資料として添付予定内容

1. (図1) 嚥下のメカニズム(先行・認知期～食道期まで)図を入れる。
2. (表1)「経口摂取開始基準」資料で得られる範囲での基準を提示する。
3. (表2-1) 認知期～食道期までの嚥下機能障害について。
4. (表2-2) 摂食・嚥下機能に関する情報収集項目。
5. (表2-3) 準備期、口腔期、咽頭期の具体的ケア、およびリハビリテーション。
6. (表2-4) 食道期の具体的ケア、およびリハビリテーション。
7. (表3) 意識レベル評価法(JCS、GCS)。
8. (表4) 意識障害患者への意識・覚醒状態改善の具体的ケア。
9. (表5)「日中の覚醒状態がいい」の補足説明。
10. (表6) 日中の覚醒状態改善のための具体的ケア。
11. (表7)「咳をして自力で痰を喀出できる」の補足説明。
12. (表8)「咳をして自力で痰を喀出できる」ための、呼吸機能向上などの具体的ケア。
13. (表9)「肺炎所見がない」の補足説明。
14. (表10) 呼吸機能向上や排痰などの具体的ケア。
15. (表11)「重症な消化器症状がない」の補足説明。
16. (表12) 重症と思われる消化器症状に対しての具体的ケア。
17. (表13)「バイタルサインが安定している」の補足説明。
18. (表14) バイタルサイン安定のための具体的ケア。
19. (表15) 経口摂取訓練開始するに当たっての具体的方法およびケア。
20. (表16)「摂食・嚥下、呼吸状態に問題はない」の補足説明。
21. (表17) 摂食・嚥下、呼吸状態に問題がある場合の具体的ケア。
22. (表18) 摂食・嚥下状態にあわせて食事量・食形態していく方法の説明。
23. (表19)「経口摂取量が十分、栄養状態がいい」の補足説明。
24. (表20) 経口摂取量、栄養状態に問題がある場合のケア。
25. (表21)「定期的再評価」の補足説明。

1 3. 疾患の自己管理教育プログラム

(褥そう予防・治療教育プログラム)

領域リーダー：真田 弘美(東京大学大学院)

研究協力者：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)

紺屋千津子(金沢大学)

作業途中

14. ストーマケア

領域リーダー：真田 弘美(東京大学大学院)

研究協力者：紺屋千津子(金沢大学)

作業途中

15. 褥そう予防・治療

領域リーダー：真田 弘美(東京大学大学院)

研究協力者：菅野由貴子(東京大学大学院)

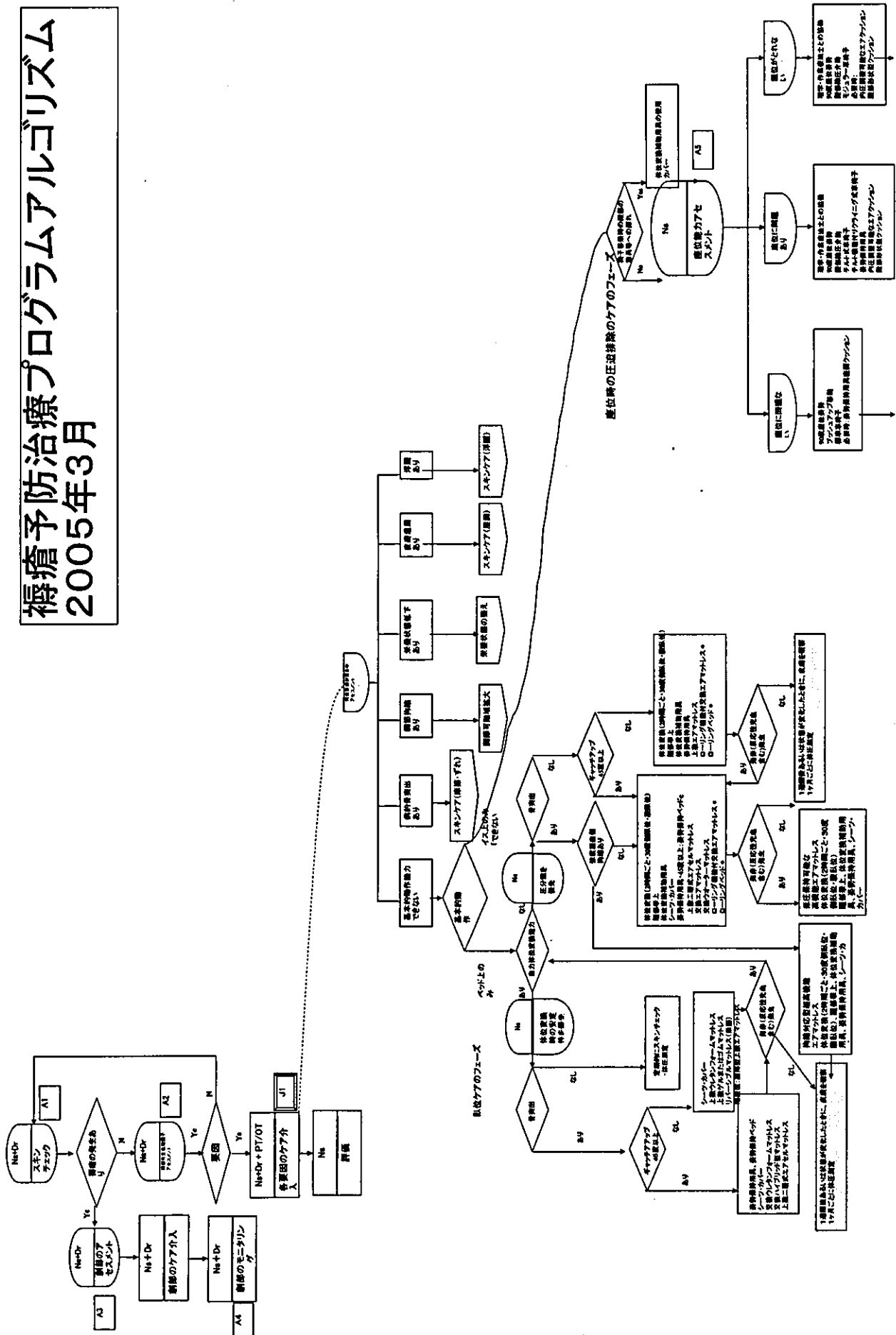
須釜 淳子(金沢大学)

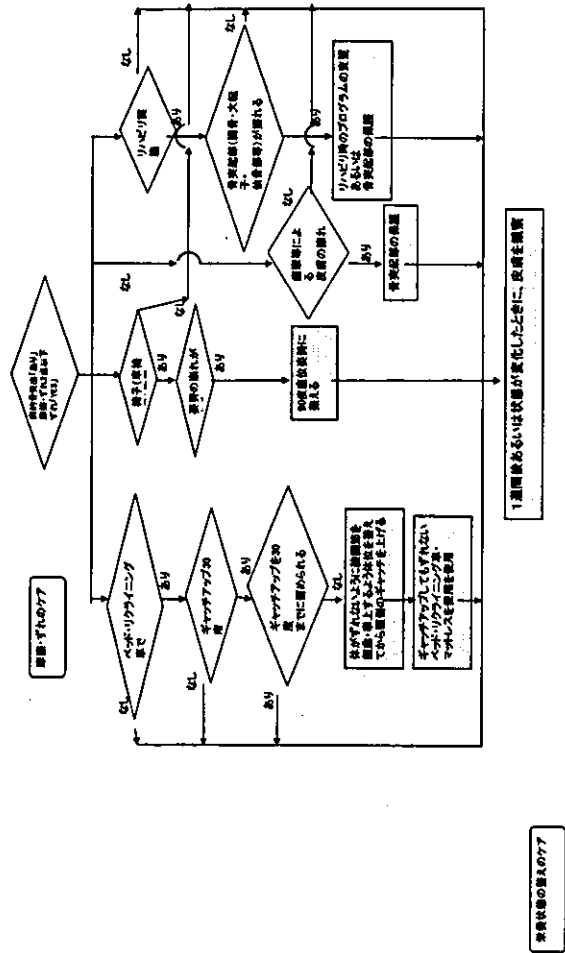
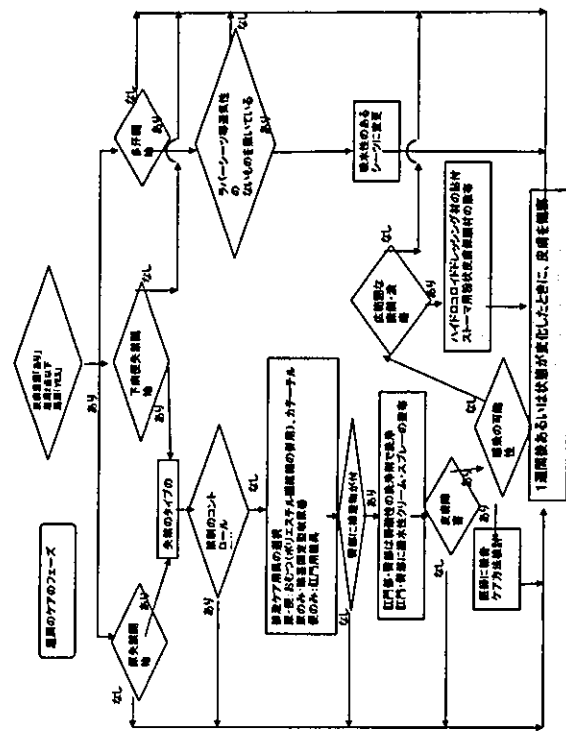
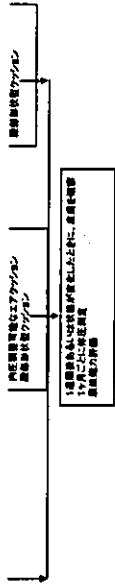
大桑麻由美(金沢大学)

北川 敦子(東京大学大学院)

紺屋千津子(金沢大学)

褥瘡予防治療プログラムアルゴリズム 2005年3月

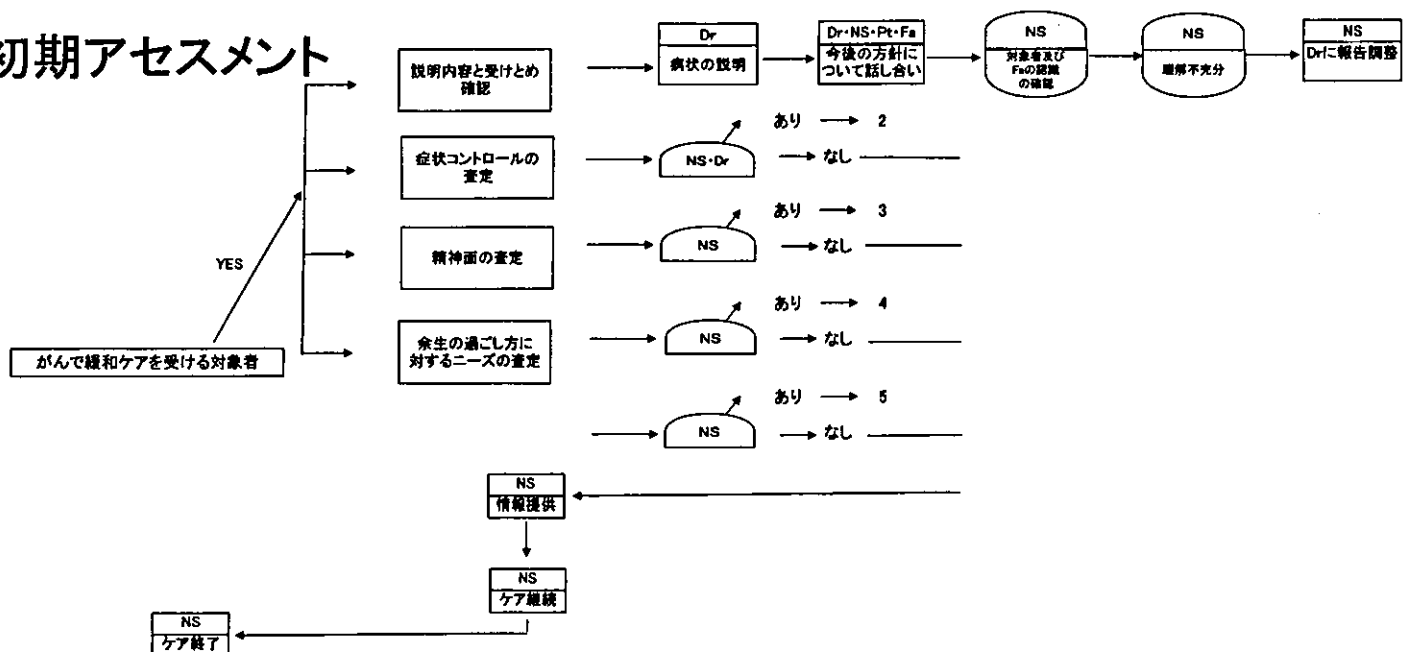




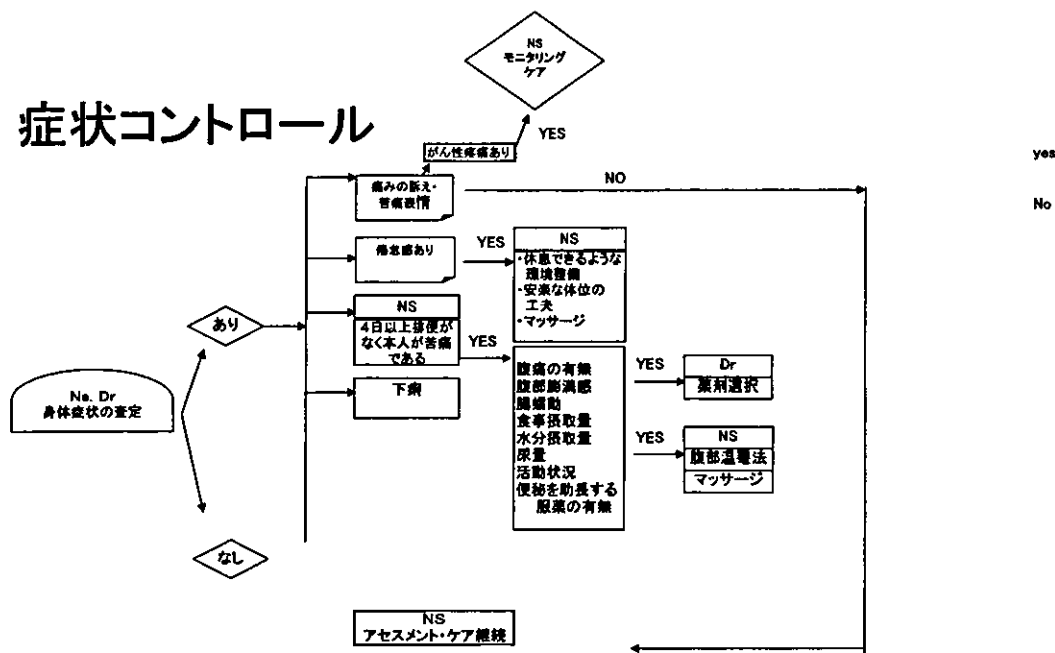
16. 緩和ケア

領域リーダー：井上 真奈美(山口県立大学)
研究協力者：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)

初期アセスメント



症状コントロール



緩和ケアアルゴリズム 2004年12月