

6. クリティカルケア（NICU）

領域リーダー：成田 伸（自治医科大学）

研究協力者：村上 睦子（日本赤十字社医療センター）

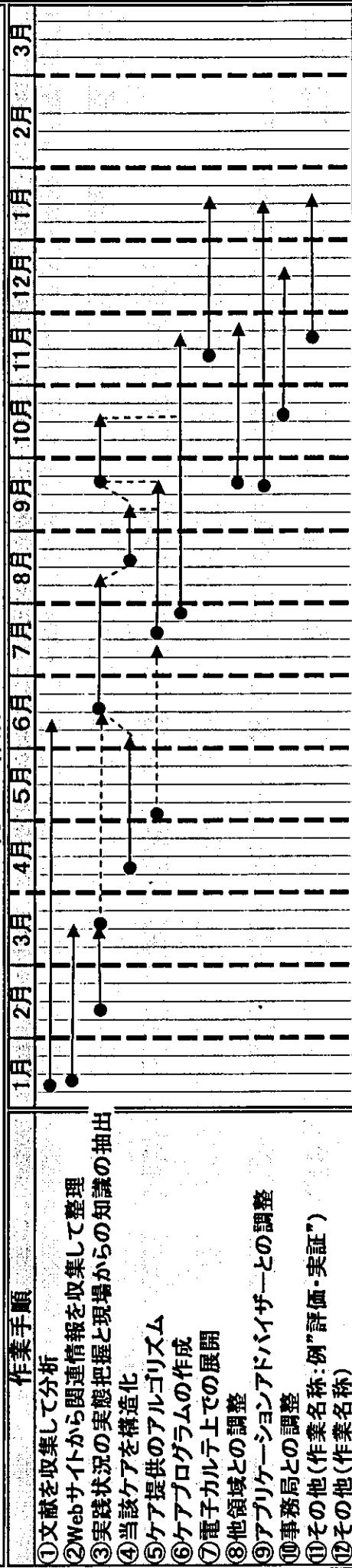
大原 良子（自治医科大学）

宮澤 純子（東京大学大学院）

平成15-16年度 領域別 ケアアルゴリズム開発進捗状況 作業工程表

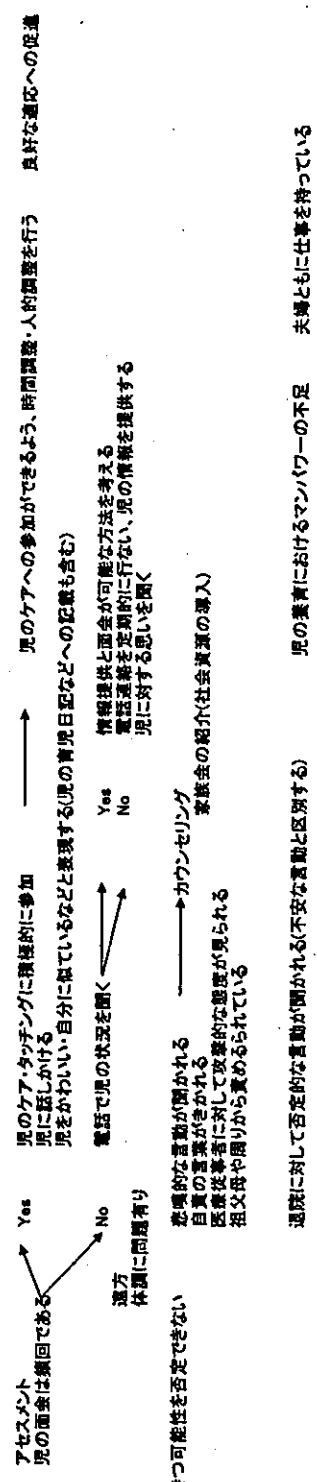
6. ケリテイルケア(NICU) (リダー：成田 伸)

5月14日作成



「NICU退院に向けてのアルゴリズム案」(2004.7.23.)

対象: 何らかのハンディキャップを持って退院する場合
項目: 退院
認知: 親としての自覚と児への愛着行動



7. 救命・救急看護

領域リーダー：中村 恵子（青森県立保健大学）

研究協力者：松月みどり（日本大学）

西尾 治美（日本大学）

石井 幸子（青森県立保健大学）

堀 友紀子（青森県立保健大学）

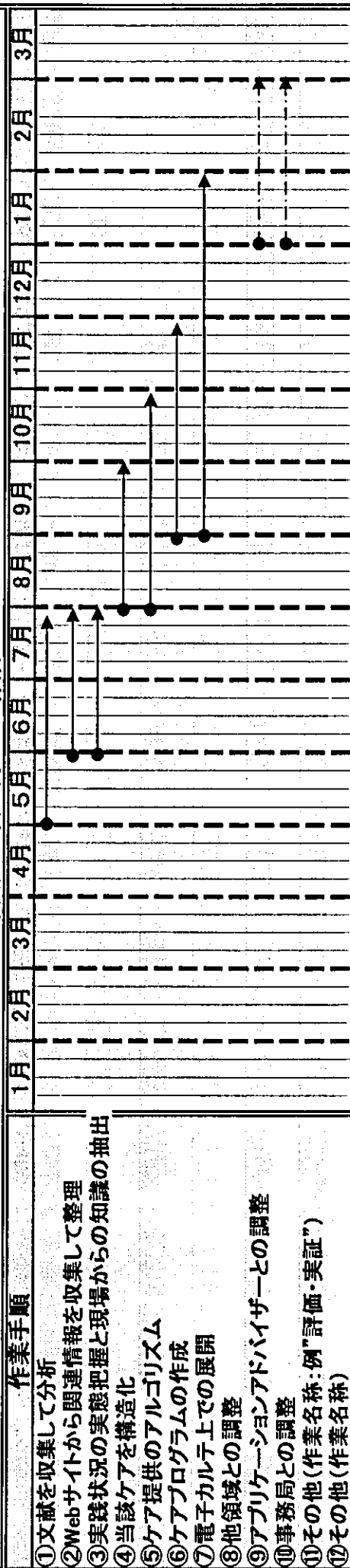
三浦 博美（青森県立保健大学）

豊岡 勝青（青森県立保健大学）

平成15-16年度 領域別 ケアアルゴリズム開発進捗状況 作業工程表

7.救急領域 意識障害ケア(リーダー:中村恵子)

(平成17年)1月14日作成



平成 15・16 年度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
救命救急看護グループ 研究担当者:中村恵子

1. 使用される用語の選定にむけて救命救急看護の理解

- ・ 救急看護:病態の変化、
- ・ 救命救急看護:命の危険、意識・呼吸・循環、救急看護の一部分
緊急度が高い、必ずしも重症度は高くない。
- ・ 救命処置:救命自体に焦点を当てると「看護」は入らないのか？

参考

- ・ クリティカルケア→クリティカルケア看護
急性期の中の変化の激しい時期 緊急度・重症度
生命の危機状態
- ・ 心肺蘇生処置後の患者

2. よく使用される用語の選定

初療外来を中心に以下の用語を検討した結果、「意識障害」について検討することを決定

- ・ 意識障害
- ・ 外傷
外傷:受傷機転 非開放・開放 受傷部位 単独・多発 高エネルギー外傷
鈍的・鋭的 自損・他損？
- ・ 出血:内出血、外出血 低容量性ショック
- ・ 胸痛
- ・ 腹痛
- ・ 心停止
- ・ 意識レベル低下

3. 救急看護領域でアルゴリズム化できる要素の抽出

【意識障害】の発症時に限定してアルゴリズムを考える

【意識障害】発症時の対応

1. 標準化(構造化・一般化)にむけて

1) 意識障害の定義

意識障害とは、意識レベル(程度)の低下および意識の変容(質)をさす。

本アルゴリズムで用いる急性意識障害は、突然発症した意識障害あるいは、一過性におこった意識消失発作であり、診断・治療が確定する(次の段階のアルゴリズムへの移行)までの期間を示す。

2) 意識障害の評価

① 評価方法(文献より抽出)

1. JCS
2. GCS
3. エジンバラ
4. エマージェンシーコーマスケール2003(案)²⁾
5. せん妄
6. メーヨ
7. 海外の評価方法・主に GCS
8. 意識混濁の分類?(嗜眠、傾眠、混迷、昏睡)

② 一般化しやすいものとして JCS,GCS を採用

理由

JCS : 「意識障害」でレビューした文献すべてに記載を認めた。

GCS : 文献へのすべてに記載を認め、海外では GCS が多い。

3) 意識障害をきたす病態について

- ① 頭蓋内病変 : 脳内出血、脳梗塞、外傷性硬膜下・硬膜外血腫、くも膜下出血
脳腫瘍、脳膿瘍、脳炎など脳内の感染症、脳挫傷、水頭症、てんかん
- ② 循環器疾患関係 : 一過性脳虚血発作、アダムストークス発作、ショック
- ③ 呼吸器疾患関係 : CO₂ナルコーシス、低酸素血症、
- ④ 代謝障害 : 低血糖、糖尿病性ケトアシドーシス、高アンモニア血症、尿毒症、脱水、テタニー、無酸素症、アジソン病、呼吸性アシドーシス・アルカローシス、下垂体機能不全
- ⑤ 中毒(薬剤・毒薬) : 一酸化炭素、アルコール、薬剤の不適切投与、向精神薬、
- ⑥ 子癇発作 :
- ⑦ 精神疾患 : ヒステリー、ナルコレプシーなど
- ⑧ 環境要因 : 低体温、熱中症

4) 発症時の対応 ※症状の列記ではないように注意する

(1) 意識障害の確認(発見)

外観(患者の外観、周囲の状況)……………救助の危険性の査定

(2) 応援を呼ぶ

(3) 呼吸の確認

(4) 循環の確認

(5) 意識障害のレベル

(6) 瞳孔の大きさ・形・左右差、

(7) 眼球の偏位・眼球運動の有無、眼振

(8) 姿勢、異常反射、痙攣、麻痺の有無

(9) 皮膚色、末梢温、体温、

(10) 失禁の有無

(11) 臭い(アルコール、アーモンド臭、アセトン臭、)

(12) 周囲の環境(外傷の形跡、アルコール・薬物服用の形跡、周囲の異臭、

5) 対応の評価(その対応で良かったのか)

2. 標準化にむけて、アルゴリズム検討

次ページ図表



アセスメント内容、看護などの記載がある項目



他のアルゴリズムへの移行を示す



判断基準の追加、記載方法、他のアルゴリズムへの移行について検討が必要な項目を示す

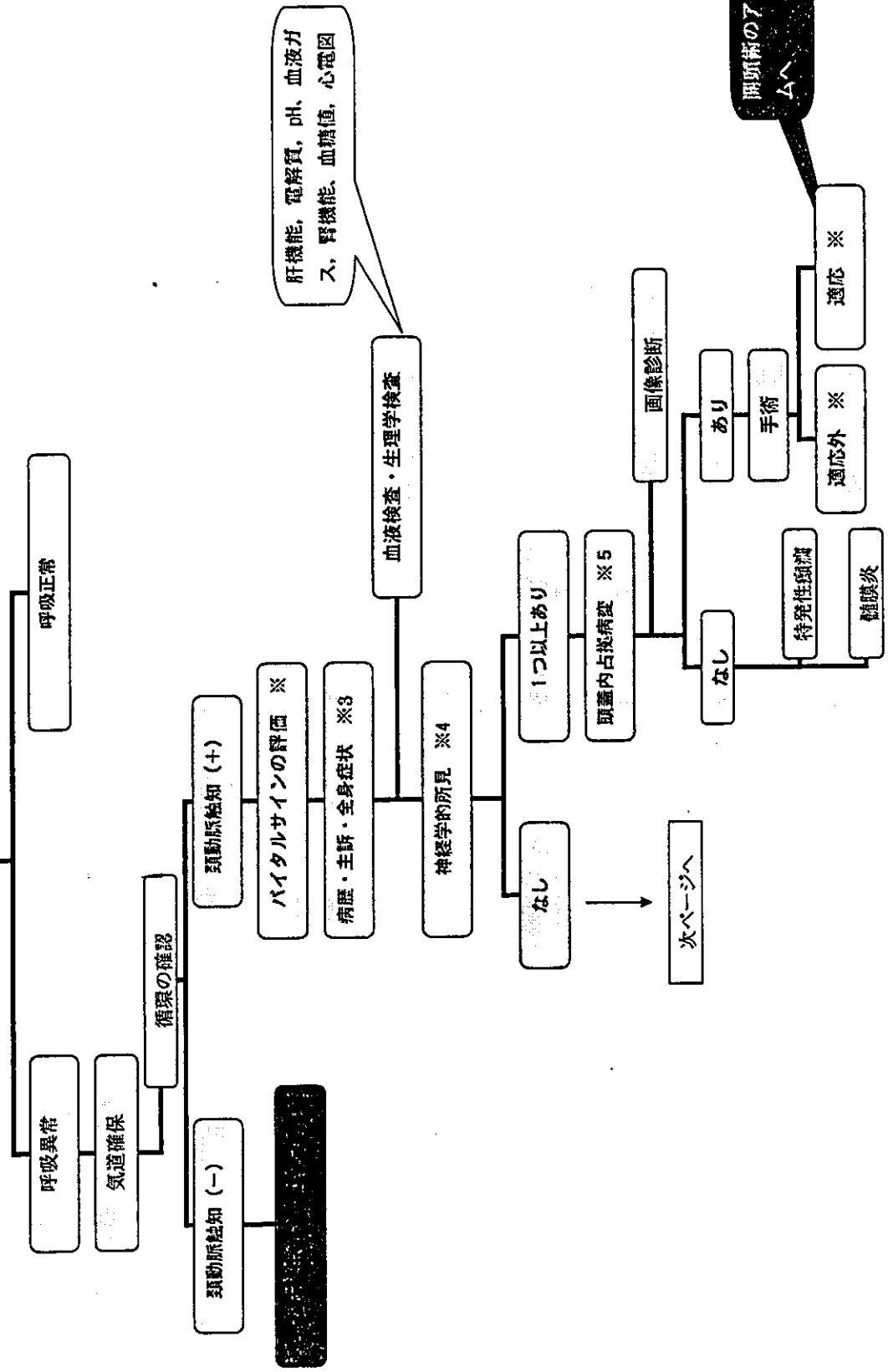
検討事項

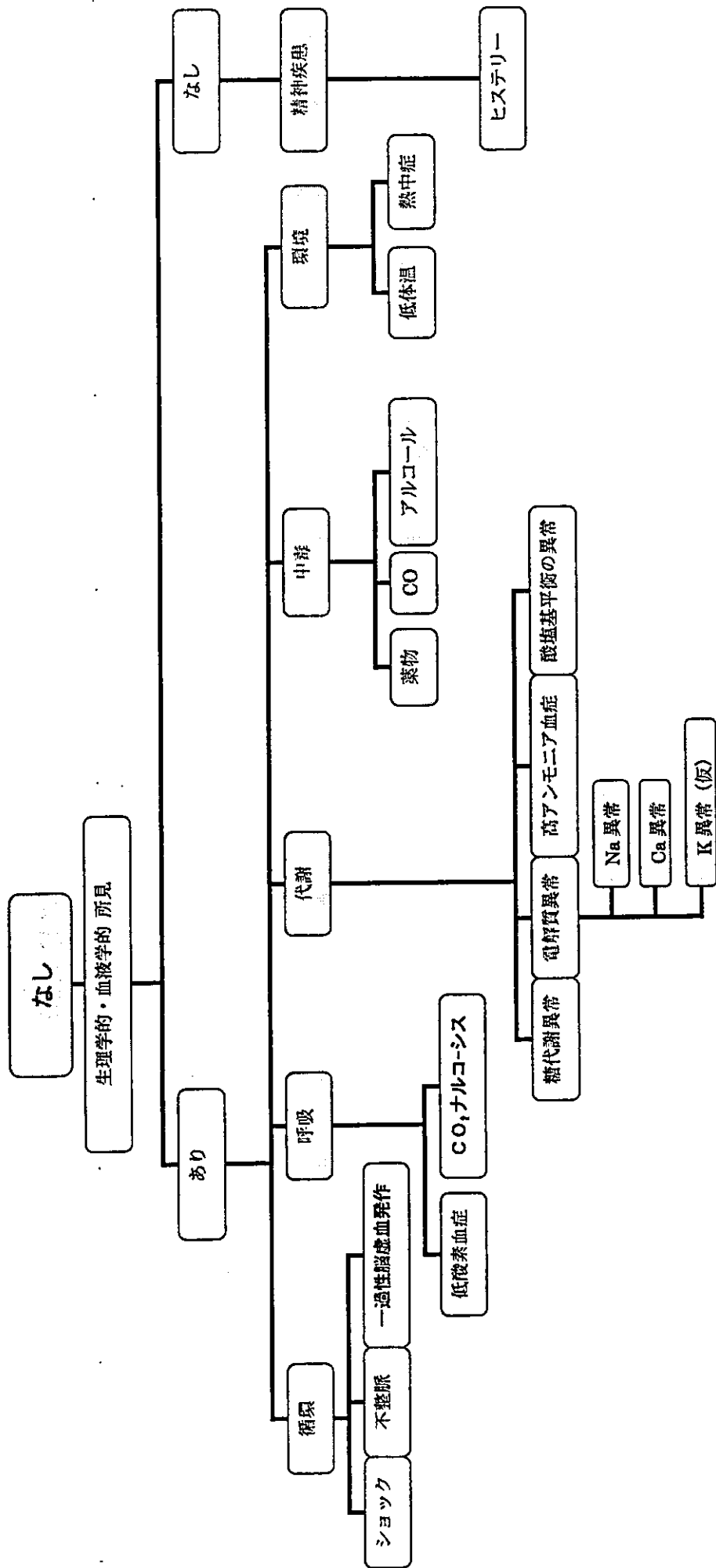
- 継続・または平衡して行うアセスメント、看護などの記載方法
- 救命救急看護の特性から、常に状態が変化しているため、アルゴリズムの間を循環する場合の記載方法

- ① 必要情報の収集, 加工
- ② 患者情報の高度な判断
- ③ とるべき高度な看護ケアと指示されている医療処置の選択

意識障害
初期アセスメント:意識レベル(程度)の低下および意識の変容(質)のアセスメント ※1

呼吸の評価:10秒以内
数 以下, 以上, リズム異常





アセスメント

※1 初期アセスメント

外観:外傷の可能性 ※外傷による出血性ショックによる意識障害の場合を除く

表情・姿勢, 異常興奮, 呼名反応, 見当織, 口臭

妊娠・妊娠中毒症の有無→※有の場合は子癇発作を疑う

環境:炎天下, 密室, 寒冷, 異臭

<日常知っている人の場合>

いつもと違う:反応(視線, 表情), 動き・活動性, 会話(つじつま, 呂律, 見当織),

※2 バイタルサインの評価

意識:JCS, GCS(それぞれ内容を記載する)

呼吸:回数, パターン, 補助呼吸筋使用の有無, SPO₂

血圧:血圧, 脈圧

脈拍:回数, リズム, 不整脈の有無(心電図による確認)

体温:低体温, 高熱

※3 病歴, 主訴・症状

病歴 発症時の状況

既往歴, 現病歴, 薬剤使用の有無

主訴:頭痛・頸部痛, 嘔気

脱力感, 倦怠感

痺れ

眠気

悪寒

症状:失禁の有無

嘔吐

末梢の循環状態:冷感, チアノーゼ

冷汗

欠伸

顔色・表情

皮膚:色, 色素沈着, 性状

羽ばたき振戦

戦慄(シバリング)

異常興奮, 幻覚

※4 神経学所見

観察内容:麻痺,痙攣,反射・異常体位,眼症状

各 観察内容は に示す

麻痺:ある場合は異常とする

部位, 程度 (スケール:四肢の場合には徒手筋力テスト
(MMT) を使用) (内容を記載する)
種類 (運動, 知覚)

痙攣:ある場合は異常

部位, 種類, 時間 (持続, 出現時間)
誘発要因

反射・異常体位:以下の反射・徴候などがある場合異常

除脳硬直, 除皮質硬直
バビンスキー反射
髄膜刺激症状:項部硬直, ケルニツヒ徴候, ブルジンスキー徴候

眼症状:以下の項目が1つ以上ある場合を異常とする

瞳孔:径 4 mm以上, 1mm(ピンホール)未満で固定している状況

左右不同

反射:瞳孔(対光)反射・睫毛反射・角膜反射がない

眼球の位置:共同偏視, 偏位, 左右不同,

眼球の動き:指示方向に従えない, 眼球振盪, 正中固定,

※反射・瞳孔の観察:年齢・既往歴により異常の判断が困難な場合がある。

瞳孔 (対光) 反射, 睫毛反射, 角膜反射
眼球の位置, 動き
追視 (眼球の固定性)
共同偏視

看護

※1

①安全の確保

看護者:危険物の除去,手袋・防護服・マスクの着用

異臭・口臭のある場合:化学物質による刺激臭→ゴーグル・フィルター付マスク

当事者(患者本人):危険物の除去,初期アセスメントを行う場所への移動,誤嚥予防,転倒・転落の予防,頸椎保護(頸椎外傷が否定されるまで実施)

異臭・口臭のある場合:化学物質による刺激臭→除洗,衣類除去

周囲の患者や家族:危険の回避

②情報の共有・提供

医療者間

患者

家族

③尊重した対応

対応,説明,

④記録

※2, ※3, ※4

①安全の確保

転落の予防,2次損傷の予防,

②体位の保持

良肢位,気道確保,誤嚥予防

③症状マネジメント

a 痙攣

b 麻痺

c 体温の異常

④薬剤使用による症状マネジメント

a 血圧

b 嘔気

c 徐脈

d 痙攣

e 頭痛

⑤情報の共有・提供

⑥尊重した対応

⑦記録

※5

①頭蓋内亢進症状の観察

頭痛, 嘔気・嘔吐, 意識レベルの低下, 血圧の上昇, 脈圧の拡大, 徐脈, 異常呼吸

②血圧コントロール

薬剤, リラクゼーション,

③鎮痛, 鎮静

薬剤, リラクゼーション,

④安静にできる環境

⑤体位の工夫

今後文献確認

⑥十分な換気

SPO₂ 以上になるように管理 今後文献確認

気道確保,

⑦水分出納管理

8. モニタリングケア

領域リーダー：佐藤エキ子（聖路加国際病院）

研究協力者：渡邊千登世（聖路加国際病院）

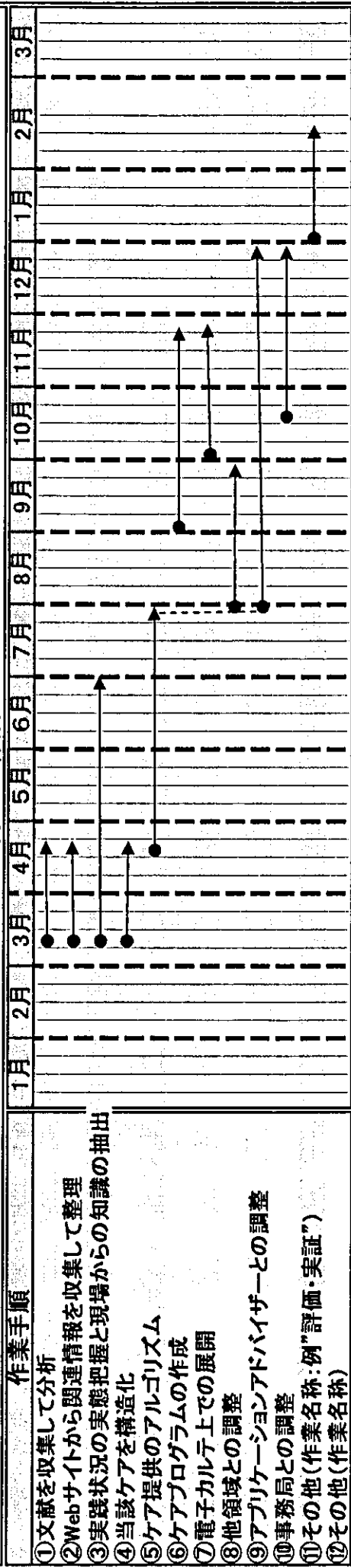
中島 佳子（聖路加国際病院）

内山真木子（聖路加国際病院）

平成15-16年度 領域別 ケアアルゴリズム開発進捗状況 作業工程表

8. モニタリングケア:癌性疼痛マネジメントプログラム(リーダー:佐藤 エキ子)

5月12日作成



9. 疾患の自己管理教育プログラム（糖尿病管理教育プログラム）

領域リーダー：河口てる子（日本赤十字看護大学）

研究協力者：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）

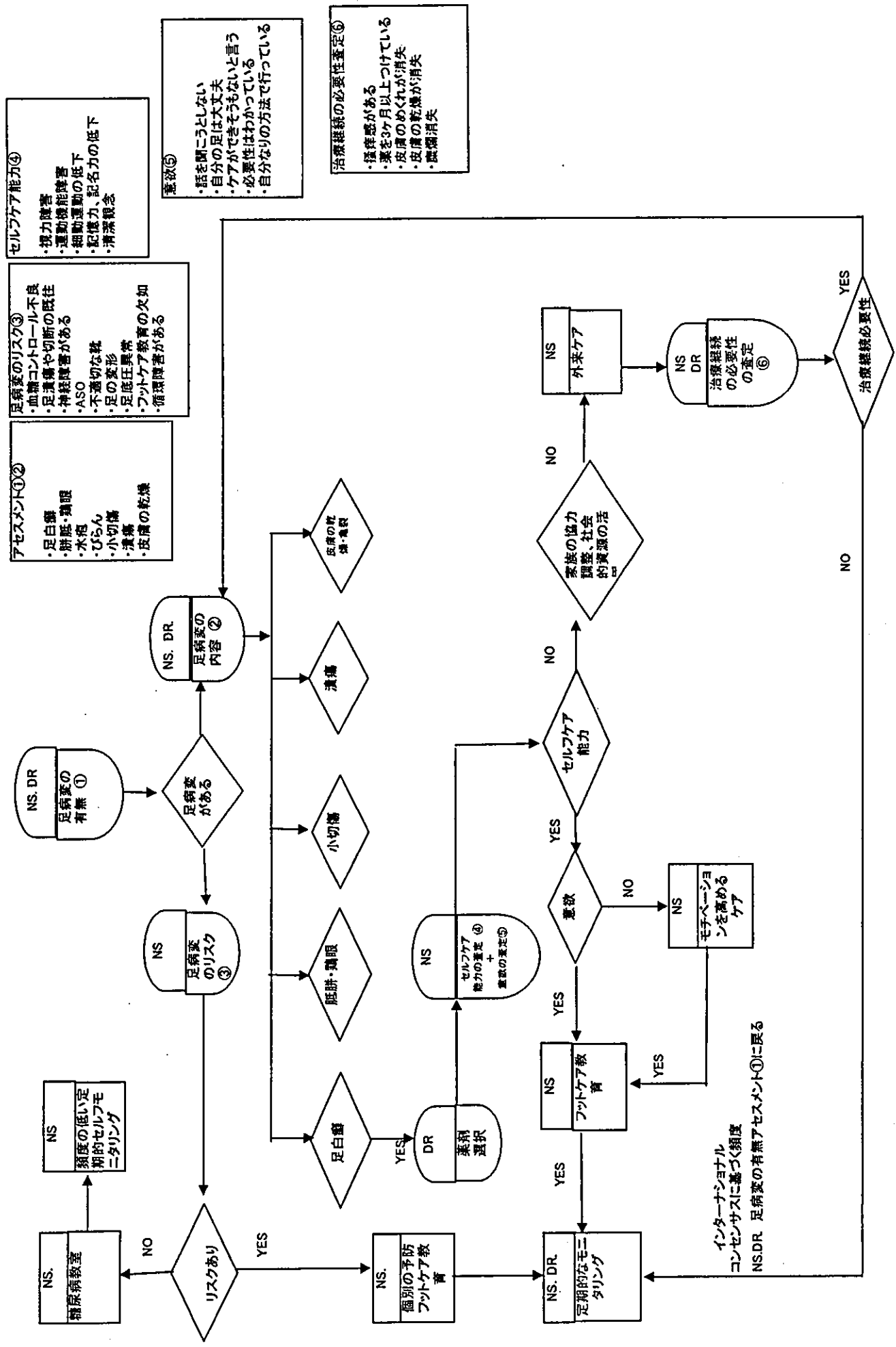
両田美智代（中野総合病院）

雨宮久美子（東邦大学医学部付属大橋病院）

平成15-16年度 領域別 ケアアルゴリズム開発進捗状況 作業工程表

9. 疾病の自己管理教育プログラム:糖尿病自己管理教育(リーダー:河口 てる子)
6月13日作成

作業手順	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
①文献を収集して分析																
②Webサイトから関連情報を収集して整理																
③実践状況の実態把握と現場からの知識の抽出																
④当該ケアを構造化																
⑤ケア提供のアルゴリズム																
⑥ケアプログラムの作成																
⑦電子カルテ上での展開																
⑧他領域との調整																
⑨アプリケーションアドバイザーとの調整																
⑩事務局との調整																
⑪その他(作業名称:例"評価・実証")																
⑫その他(作業名称)																



アセスメント①②

- ・足白癬
- ・膀胱・硝眼
- ・水泡
- ・びらん
- ・小切傷
- ・潰瘍
- ・皮膚の乾燥

足病変のリスク③

- ・血糖コントロール不良
- ・足潰瘍や切欠の既往
- ・神経障害がある
- ・ASO
- ・不適切な靴
- ・足の変形
- ・足底圧異常
- ・フットケア教育の欠如
- ・循環障害がある

セルケア能力④

- ・視力障害
- ・運動機能障害
- ・細動運動の低下
- ・記憶力、記名力の低下
- ・清潔観念

意欲⑤

- ・話を聞こうとしない
- ・自分の足は大丈夫
- ・ケアができそうもないと言う
- ・必要性はわかっている
- ・自分なりの方法で行っている

治療継続の必要性査定⑥

- ・痒痒感がある
- ・薬を3ヶ月以上つけている
- ・皮膚のめくれが消失
- ・皮膚の乾燥が消失
- ・皮膚消失

インターナショナル
コンセンサスに基づく頻度
NS, DR 足病変の有無アセスメント①に戻る