

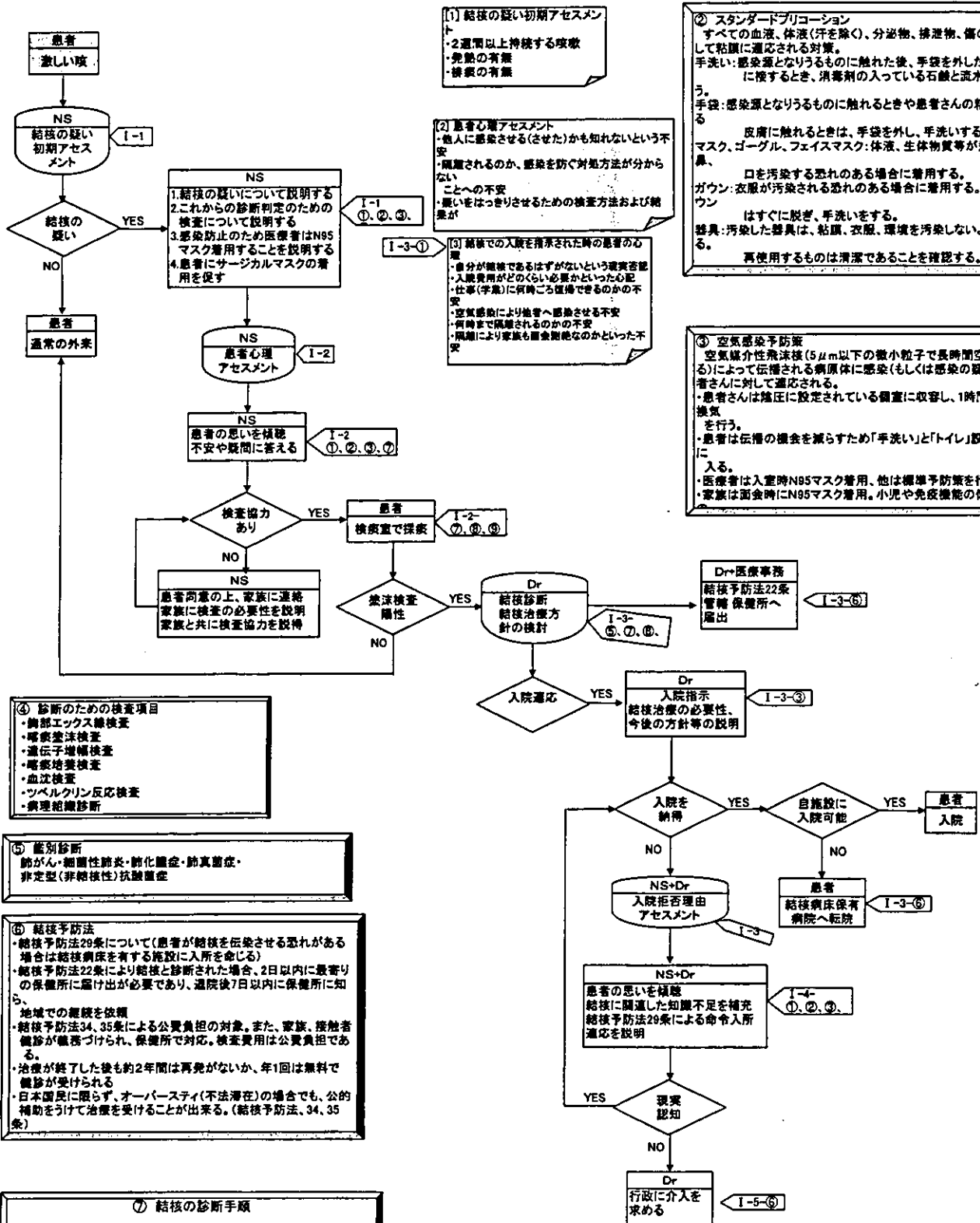
平成15～16年度 領域別 ケアアルゴリズム開発進捗状況 作業工程表

19. 感染 (リーダー:氏名小島 恭子)

5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) | | | | | | | | | | | | | | | | |

結核感染（空気感染）の可能性のある患者への予防的ケア —結核病床を有しない施設での外来受診時—



① 結核とは
結核菌は結核患者がくしゃみや咳をした時に飛散するしぶきに含まれ、空中でしぶきの水分が蒸発し、結核菌がほの状態で飛沫核として浮遊、これを吸入する事によって起こる空気感染である

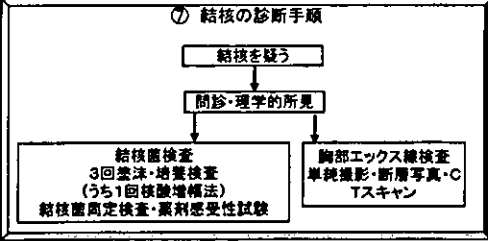
② スタンダードプリコーション
すべての血液、体液（汗を除く）、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、そして粘膜に適用される対策。
手洗い：感染源となりうるものに触れた後、手袋を外した後、次の患者に接するとき、消毒剤の入っている石鹸と流水を使って行う。
手袋：感染源となりうるものに触れるときや患者さんの粘膜や傷のある皮膚に触れるときは、手袋を外し、手洗いを。
マスク、ゴーグル、フェイスマスク：体液、生体物質等が飛び散り、目、鼻、口を汚染する恐れのある場合に着用する。
ガウン：衣服が汚染される恐れのある場合に着用する。汚染されたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いを。
器具：汚染した器具は、粘膜、衣服、環境を汚染しないように処理する。
再使用するものは清潔であることを確認する。

③ 空気感染予防策
空気媒介性飛沫核（5μm以下の微小粒子で長時間空中を浮遊する）によって伝播される病原体に感染（もしくは感染の疑いのある）患者さんに対して適用される。
・患者さんは陰圧に設定されている個室に収容し、1時間6回以上の換気を行う。
・患者は伝播の機会を減らすため「手洗い」と「トイレ」設備のある個室に入る。
・医療者は入室時N95マスク着用、他は標準予防策を行う
・家族は面会時にN95マスク着用。小児や免疫機能の低下している人

- ④ 診断のための検査項目
- ・胸部エックス線検査
 - ・喀痰塗抹検査
 - ・遺伝子増幅検査
 - ・喀痰培養検査
 - ・血沈検査
 - ・ツベルクリン反応検査
 - ・病理組織診断

- ⑤ 鑑別診断
- 肺がん・細菌性肺炎・肺化膿症・肺真菌症・非定型（非結核性）抗酸菌症

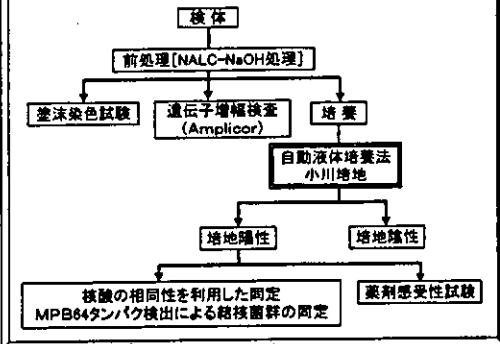
- ⑥ 結核予防法
- ・結核予防法29条について（患者が結核を伝染させる恐れがある場合は結核病床を有する施設に入所を命じる）
 - ・結核予防法22条により結核と診断された場合、2日以内に最寄りの保健所に届け出が必要であり、退院後7日以内に保健所に知ら
 - ・地域での継続を依頼
 - ・結核予防法34、35条による公費負担の対象。また、家族、接触者健診が義務づけられ、保健所で対応。検査費用は公費負担である。
 - ・治療が終了した後も約2年間は再発がないか、年1回は無料で健診が受けられる
 - ・日本国民に限らず、オーバースティ（不法滞在）の場合でも、公的補助をうけて治療を受けることができる。（結核予防法、34、35条）



⑧ 抗酸性染色法によるガフキー号数と半定量

| ガフキー号数 | 半定量 | 菌数 | ガフキー号数 | 半定量 | 菌数 |
|--------|-----|-----------|--------|-----|--------------|
| 1 | +- | 全視野に1~4 | 6 | 2+ | 1視野に平均7~12 |
| 2 | 1+ | 数視野に1 | 7 | 2+ | 1視野に平均13~25 |
| 3 | 1+ | 1視野に平均1 | 8 | 2+ | 1視野に平均26~50 |
| 4 | 1+ | 1視野に平均2~3 | 9 | 3+ | 1視野に平均51~100 |
| 5 | 2+ | 1視野に平均4~6 | 10 | 3+ | 1視野に平均101以上 |

⑨ 結核菌塗抹検査の流れ



⑩ 初回治療例の標準的治療法

- (A) 法: RFP + INH + PZA に BM (or EB) の4剤併用で2ヶ月間治療。RFP + INH (+ EB) で4ヶ月間治療する。計6ヶ月(180日)間。
- (B) 法: RFP + INH + BM (or EB) で2ヶ月間治療。RFP + INH (+ EB) で3ヶ月間治療する。計5ヶ月(150日)間。
- 原則として(A)法を用いる。PZA投与不可の場合に限り、(B)法を用いる。
- 重症結核や病変分類1型などの重症例、3ヶ月を超える年次結核、糖尿病や腫瘍合併など全身状態悪化が顕著な場合、免疫抑制剤併用などによる3ヶ月(90日)間延長することがある。
 - 4ヶ月を超える治療期間では菌の耐性化を考慮して、前述の菌増地、薬感受性検査を併用することが望ましい。
 - 標準治療の基本は計画された菌増地が予定された期間増地不能検出されることであり、菌増地不能検出が治療不能を意味するための菌増地不能検出(DOTの導入など)も求められている。
 - 副作用のためRFPまたはINHが投与不可の場合は、原則として、結核の専門医に紹介するが、増地した上で治療法を変更する。
 - 近隣の専門医や専門医が不足の場合は最寄りの保健所に相談し、専門医の紹介を受ける。
 - RFPまたはINHのアレルギー等の副作用(発疹・発熱など)が軽微な場合はその投与を中止すると共に、副作用の経過を、専門医と相談の上、遅やかに最少量より投与し、悪化するまで治療法を認めることも必要である。

WHO World Health Organization (WHO) Division for Disease Control and Prevention (DDC) 2002

(1) 結核菌増地不能検出の標準的治療法

(2) 10~14日間の結核菌増地不能検出の標準的治療法

(3) 15~30日間の結核菌増地不能検出の標準的治療法

本邦では、結核菌増地不能検出の標準的治療法として、菌増地不能検出システムが導入され、この標準的治療法が採用されています。

また、WHOの標準的治療法とは異なり、菌増地不能検出システムを導入する事で、菌増地不能検出も採用されています。

20. 精神看護

領域リーダー：萱間 真美(聖路加看護大学)

研究協力者：宮本 有紀(東京大学大学院)

 沢田 秋(東京大学大学院)

 秋山 美紀(東京大学大学院)

 竹田 雄介(東京大学大学院)

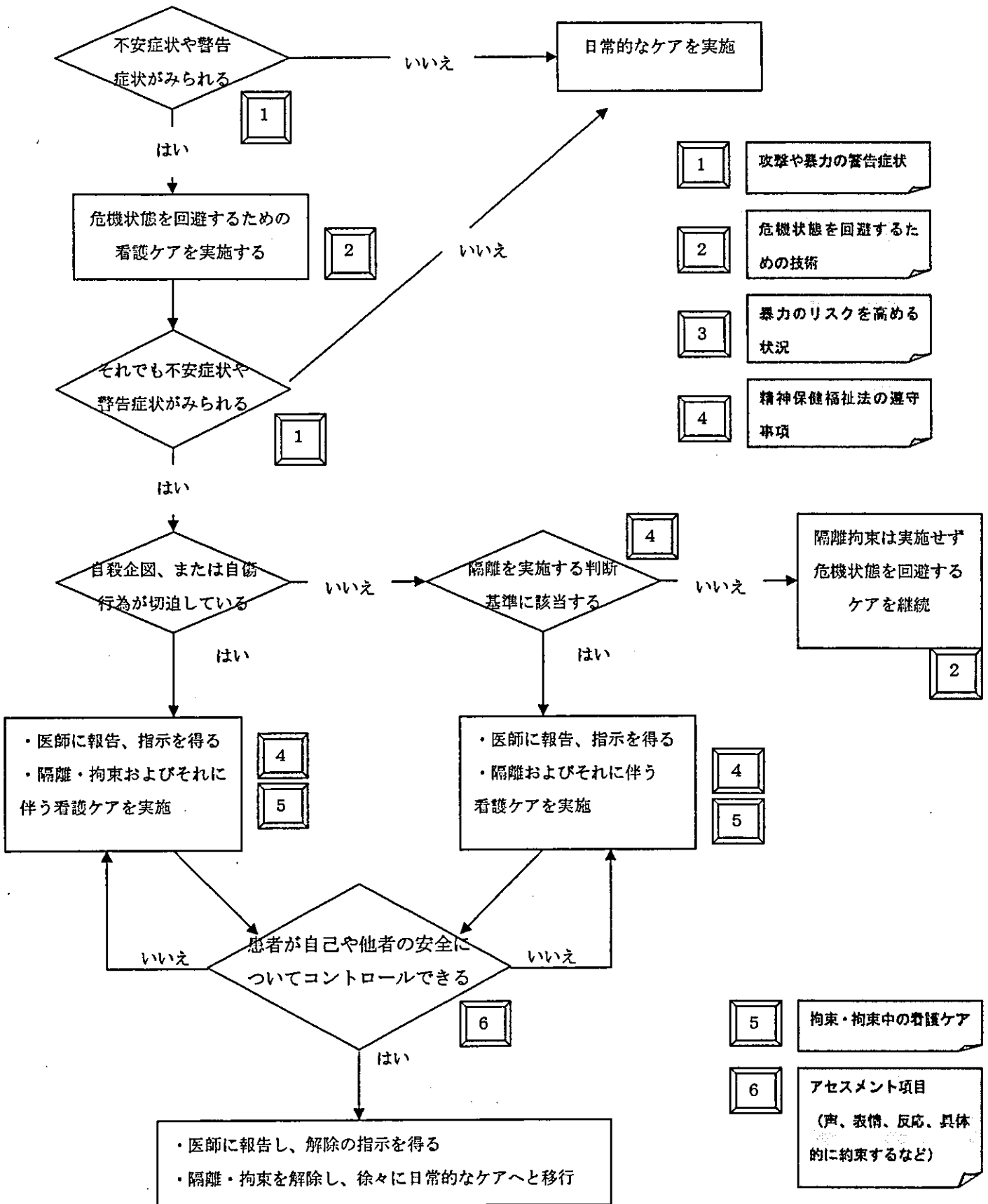
平成15-16年度 領域別 ケアプログラム開発進捗状況 作業工程表

20. 精神看護 精神科における危機介入(自傷・他害のリスク状態において) (リーダー: 萱間 真美)

10月15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) | | | | | | | | | | | | | | | | |

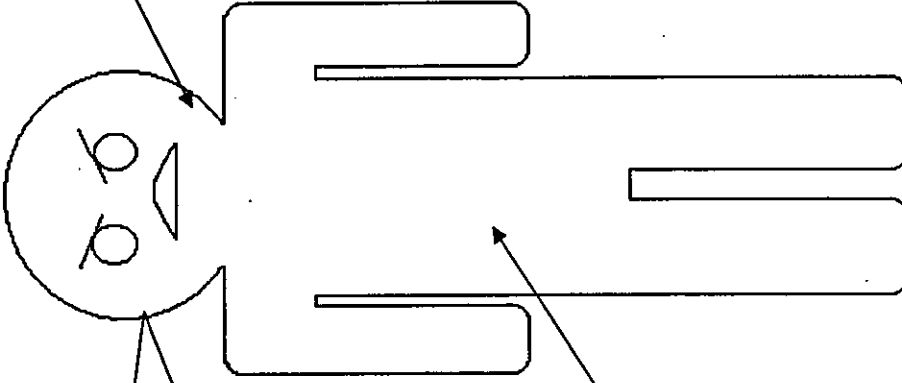
精神科における危機介入フローチャート（自傷・他害のリスク状態において）



！！取扱注意！！ 本研究プロジェクト内資料 ！！取扱注意！！

・精神保健福祉法に基づき、精神病床において精神保健指定医による指示で行われる。

攻撃や暴力の警告症状



話し方

声が高く、大きくなる、怒声
 会話が成立しない
 質問に対するぶっきらぼうな返答
 急に怒鳴る、または急な沈黙
 名前を呼ばずに、2人称、3人称を
 用いた素っ気ない話し方

表情

瞳孔の拡大
 視線を継続して合わせていること
 四肢または顔面の筋肉の緊張
 顔面紅潮
 険しい表情、疲労

身体的

兆候

立ちただかのような姿勢
 こぶしを固める（または握ったり開いたりしている）
 血圧・体温上昇、心拍・呼吸促進
 発汗

注意すべき行動

身だしなみや清潔保持がままならなくなる
 食事をとる事、排泄の自立が妨げられる
 落ち着きのなさ、興奮、または急な動作を
 起こす
 他人のスペースの侵害
 物を投げたり、家具を叩いたりする
 脅かすようなジェスチャー、挑発的な行動
 同じことを何度も何度も繰り返す
 直接的脅かし

危機状態を回避するための技術

2

看護師の心構え

患者をその名前と呼ぶ
 柔らかかなトーンの声で話す
 患者が面目を失わないようにする
 スタッフ自身の感情を伝える
 思いやりを見せ、穏やかさを保つ
 開放的、寛大な態度を取る
 実行できないような約束はしない
 看護師はその感情や行動の激しさ、
 予測のつかなさにより圧倒され、脅威を
 受けるが、自分自身の動揺に自覚的
 であること
 毅然とした落ち着いた態度をとる
 いかなる状況でも相手への敬意を
 忘れない

会話中の注意

低くゆったりとした短めの会話をする
 感情面での内容に焦点をあてる
 事実のみを使い、守ることのできない約束をしない
 患者が怒りを爆発させた理由を段階を追って述べ
 ることを助ける
 会話の最中、関係者の名前を思い出させる
 行動のコントロールに対して評価、強化する
 当人を窮地に追いつめることを避ける

患者に対するアプローチ

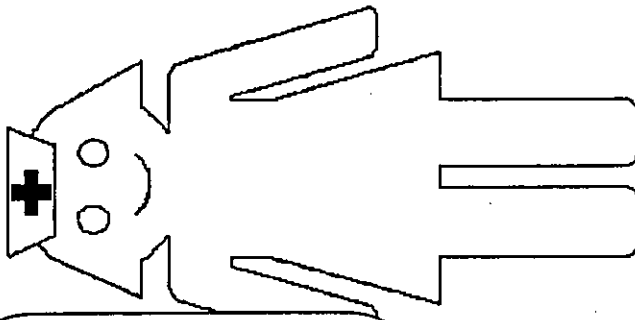
患者の身から危険物を遠ざける。刺激を減らす
 処置の際は、患者の安全を守るための処置であ
 ることを伝える
 複数で対応した方が余裕を持てる
 沈黙と傾聴の技法を用いる
 心配していること、かけがいのない人間として
 見ていることを伝える
 当人の真向かいに立つことを避ける
 視線を持続して合わせることを避ける
 可能であれば当事者の横、または近くに座る
 十分な空間を作る（後ろに下がる等）
 「見物人」を減らす 急な動作を避ける

暴力のリスクを高める状況



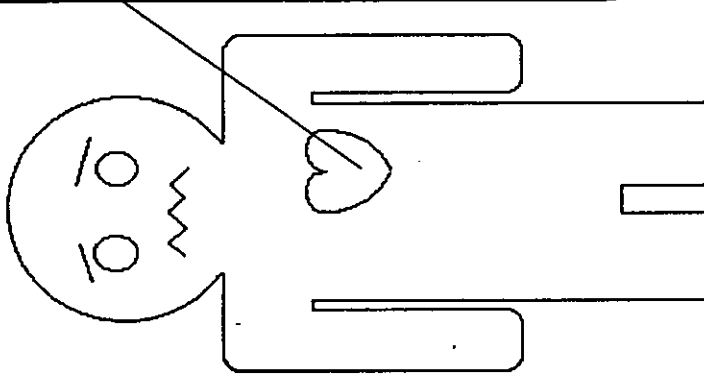
スタッフ

スタッフが近寄りがない、または管理的すぎると感じる
 スタッフの応対に一貫性が欠ける
 スタッフ同士のコミュニケーションが悪い
 患者と議論する
 スタッフが権力を振りかざす
 患者をあからさまに無視する



感情因子

自分自身を侵害されたと感じる
 自分の所有物が侵害されたと感じる
 脅迫されていると感じる
 恐れを感じる
 誤解または幻聴、妄想
 自分自身の状況をコントロール出来ていないと感じる
 敬意を持って扱われていないと感じる
 ばかにされていると感じる
 圧倒されそうに感じる
 恐れと不安
 金欠（小遣いがなくなりタバコが買えない）
 他人に理解されたと感じるができない
 攻撃感情を言語的に表現しないまま否認し、表現できない
 外泊や面会、病棟行事による疲労や緊張



個人的因子

過去に暴力行為により何らかの益を得たという経験
 意義ある活動の欠如、幻覚・妄想などの異常体験
 効果的にコミュニケーションを図る能力に欠ける
 違法薬物またはアルコールの使用、離脱
 栄養や水分出納バランスの崩壊、患者同士の緊張関係
 幼少時に繰り返し身戻り反身的・心理的・性的暴力の犠牲になり、心的外傷を負っている

環境因子

狭い個人的空間 自由の制限
 騒音 温度（一般に暑すぎるとき）
 家庭的でなく、施設的な環境
 周囲からのプレッシャー
 空気が質が悪い、人の過密、自由の制限
 電話で個人的会話をすることができない
 窮屈な喫煙コーナー、過剰な刺激

4

隔離・拘束などによる行動の制限は、精神保健福祉法の遵守事項に基づいて行わなければならない。
身体拘束および12時間以上にわたる隔離は精神保健指定医による指示に基づいて行わなければならない。

「精神保健および精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」

＜隔離＞隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合。
- イ 自殺または自傷行為が切迫している場合。
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合。
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療または保護を図ることが著しく困難な場合。
- オ 身体合併症を有する患者について、検査および処置等のため、隔離が必要な場合。

＜拘束＞身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。
- イ 他動又は不穏が顕著である場合。
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険がおよぶおそれがある場合。

注

- 隔離・拘束を考慮する際、通常まずは隔離が検討される。
- 隔離のみでは自他の安全を守れない場合には拘束が検討される。
- ただし、自傷・自殺企図が切迫しており焦燥の強い場合には拘束が選択される。
- 隔離をせずに拘束をする場合、他患者の出入り出来る環境で行ってはならない(患者の安全を守るため)。

5

隔離・拘束中の看護ケア

◆ 定期的な観察:

- ・精神状態
反応や状態のアセスメント
- ・体位や皮膚状態、抑制帯の位置
抑制帯による圧迫、表皮剥離
- 拘束中 神経損傷
- 窒息の危険性
- 褥瘡

褥瘡予防ケア

◆ 水分補給、食事、排泄などの日常生活動作の介助

◆ 適切な運動

◆ 精神的ケア

不安、孤独感をやわらげる

不動による合併症(拘縮、
静脈血栓症等)予防ケア

【 精神看護領域 参考文献 】

- 阿部俊子. 海外の文献に見る抑制をしない方法. 看護, 49(6) : 197-203, 1997.
- 天賀谷隆. 行動制限最小化に役立つしくみ. 精神科看護, 31(7) : 82-87, 2004.
- ロバート・L・アンダース. 最後の方策を使う: 抑制, 隔離, そして期限(タイムアウト) —アメリカ合衆国の見解. 精神科看護, 25(6) : 45-54, 1998.
- Evans LK and Strumpf NE. Tying down the elderly: a review of the literature on physical restraint. J Am Geriatr Soc, 36 : 65-74, 1989.
- 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー. 医学書院(東京) 2002.
- 伊藤弘人, 立森久照. 精神科病院における隔離室の使用に関する予備的検討. 病院管理, 37(2) : 145-151, 2000.
- 川野雅資. 精神看護技術の展開. 中央法規出版(東京) 2001
- 川野雅資. アメリカ・テネシー州から、隔離・抑制を(その2) ヴァレイ病院. 精神科看護, 27(11) : 40-43, 2000.
- 川野雅資. 治療・リハビリテーションにおけるアセスメントツール: 抑制、隔離の使用、解除に関するアセスメントの視点. 精神科看護, 26(7) : 8-12, 1999.
- 川野雅資編著. 精神障害者のクリニカルケア—症状の特徴とケアプラン, メジカルフレンド社, 1998.
- Mahoney DF. Analysis of restraint-free nursing homes. Image, 27(2), 155-160, 1995.
- 三原晴美. 精神看護ポストン・レポート: 拘束. 精神看護, 2(5) : 62-70, 1999.
- Mion LC, Strumpf N, et al. 施設における身体抑制. Abraham I, Bottrell MM et al. 阿部俊子監訳. ベストプラクティスのための高齢者看護プロトコル. 医学書院(東京), p141-153, 2003.
- 長嶺敬彦. 身体拘束と肺動脈血栓塞栓症. 精神科看護, 31(6) : 44-48, 2004.
- 坂田三允. 精神看護と隔離・拘束. 精神科看護, 26(4) : 8-12, 1999.
- Schultz JM, Videbeck SD, 看護診断にもとづく精神看護ケアプラン, 医学書院, 1997.
- Sloan PD, Papougenis D, Blakeslee. Alternatives to physical and pharmacologic restrains in long-term care. American Family Physician, 45(2), 763-769, 1992.
- 鈴木啓子, 小宮(大屋) 浩美, 河内俊二他, 精神科における危機予防・危険防止のための看護実践 看護者の聞き取り調査から. 精神科看護, 138号, 2004.
- 武井麻子, 医療福祉の場の暴力 暴力をめぐるさまざまな問題を考える. 精神科看護, 138号, 2004.
- 為金義博. 精神科看護の現場から: 隔離と拘束・残された課題. 精神科看護, 26(4) : 18-22, 1999.
- 吉岡充, 田中とも江. 第6章. 海外「抑制」事情: 文献からみた抑制フリー. 縛らない看護, 医学書院, 1999.
- 暴力に対する効果的なリスクアセスメント及びマネージメント —マニュアル作成に向けて— 第一報. (主任研究者: 落合眞喜子) 平成15年度国立病院・療養所共同基盤研究報告書, 2004.

2 1 . 周手術期看護（術前・術中看護）

領域リーダー：佐藤 紀子（東京女子医科大学）
研究協力者：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）

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

21. 周手術期看護:術前・術中ケア (リーダー:佐藤 紀子)

5月19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) | | | | | | | | | | | | | | | |

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用語の標準化と事例整備に関する研究」

領域：手術前・手術中

女子医大：佐藤、西田（看護学部）橋爪、山崎、久保田、助川（看護部）、都立保健科学大学：中村

2004/12/17 術中の出血時のケアのアルゴリズム

病名：子宮体癌

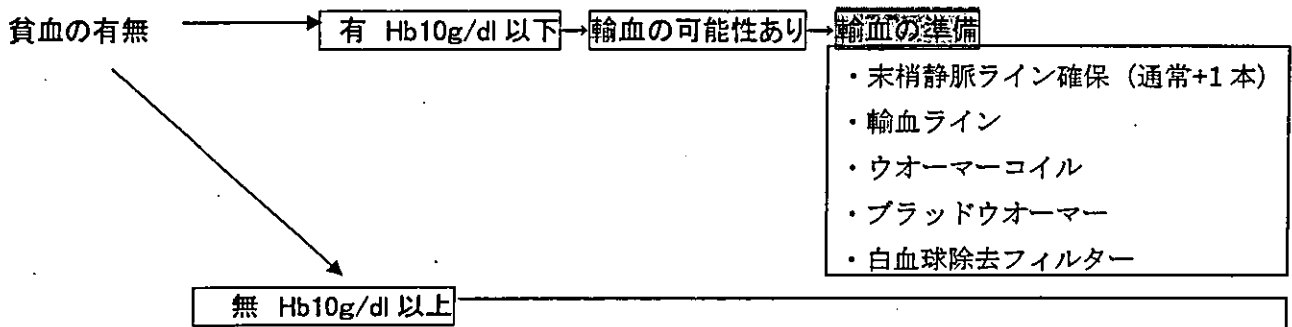
術式：広汎性子宮全摘出術、リンパ郭清

手術体位：骨盤高位

予測出血量：約 1000g

図示の決まり事、色つきが看護 例)輸血の準備

【術前】



【手術開始】

開腹手術の既往

有 癒着の可能性

無し

癒着剥離時の出血増大

有

循環血液量の約 15~20%の出血
血圧低下、頻脈、四肢冷感

低分子ヘパリン、ヘパリンなど代用血漿投与の準備

輸血の準備

循環血液量の約25%以上の出血
血圧低下(平均血圧 60 mm Hg 以下)
頻脈または正常、組織酸素運搬の低下

輸血実施(麻酔医指示)

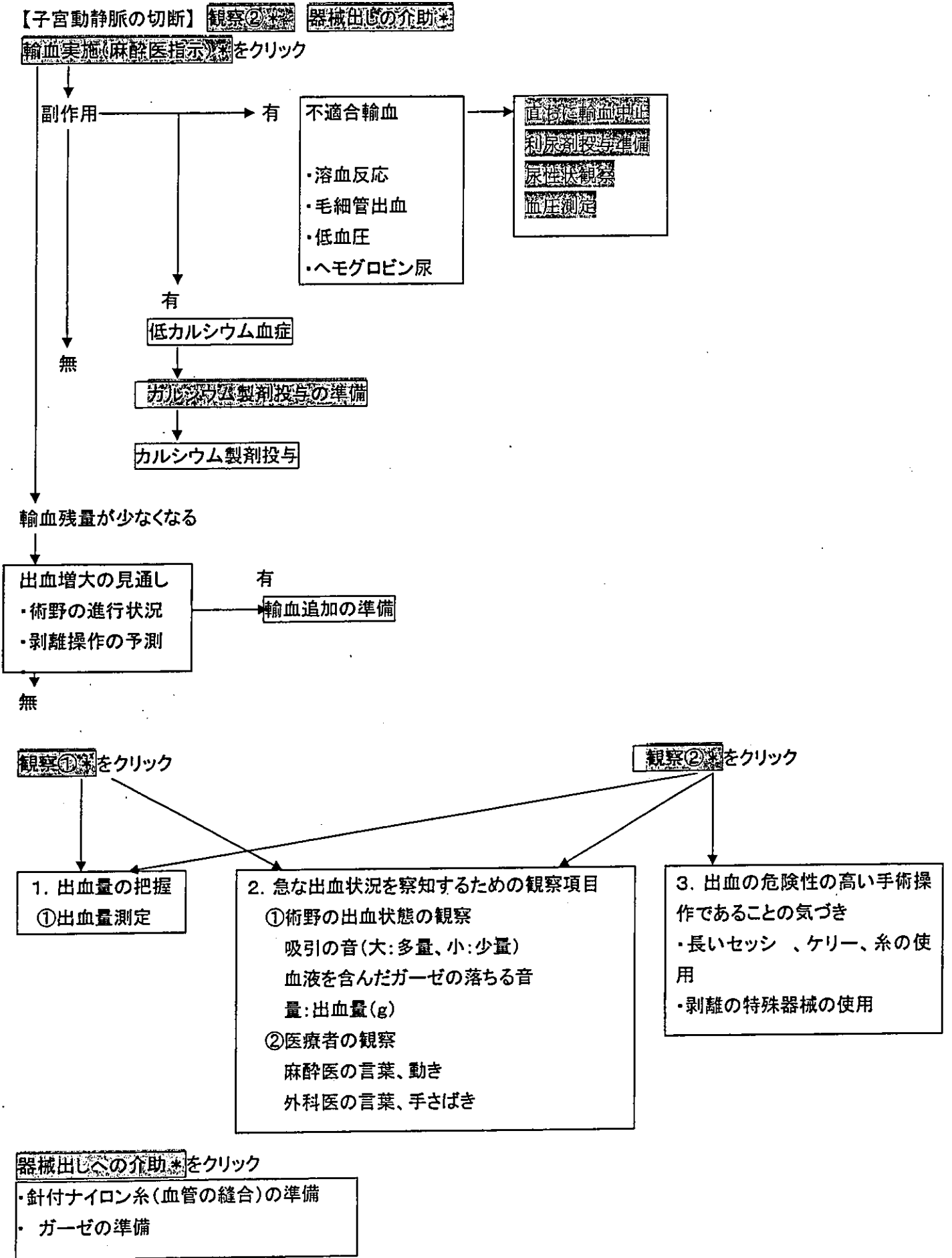
・確認事項(患者名、輸血番号、血液型、使用期限)

【子宮傍組織の剥離】

急な出血

有

Hb9g/dl 以下



【手術終了】

術中の出血時のケアのアルゴリズム作成過程

アルゴリズムの検討過程

1) 手術中の患者ケアの特徴

- ・侵襲が加わり続けていく、侵襲と患者の反応をモニタリングし、アセスメントしながら進めていくケアである。

2) 対象症例の選択

- ・出血時のケア
- ・出血量が多く、輸血が予測され、観察と迅速な対応が要求される術式を選択して検討した。
- ・症例数が多いもの
- ・手術室経験年数 2 年以上のナースであれば任せられるものとして、広汎性子宮全摘出術＋リンパ郭清を選択した。

3) アルゴリズムの作成過程

- ・広汎性子宮全摘出術＋リンパ郭清の出血時のケアに関するフリーディスカッション
- ・出血時のケアを整理し、起こり得る問題をプログラムドケアとして展開した。
- ・課題として手術侵襲が加わり続けるという変化の時系列に沿ってケアを展開することをどのように関連づけて図示していくかということが出された。

2 2. 周手術期看護（術後急性期看護）

領域リーダー：竹内登美子(岐阜大学)

研究協力者：綿貫 成明(藍野大学)

松田 好美(岐阜大学)

五島 光子(岐阜大学医学部付属病院)

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

22. 周手術期看護：術後急性期看護（リダー：竹内 登美子）

5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評価・実証 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫その他(作業名称) | | | | | | | | | | | | | | | | |

領域「術後急性期看護」検討グループ「術後せん妄のアルゴリズム」

岐阜大学医学部看護学科 ○竹内登美子, 松田好美, 西本裕, 高橋由起子, 寺内英真
岐阜大学医学部附属病院看護部 五島光子
藍野大学医療保健学部看護学科 綿貫成明 (○印研究協カリーダー)

| 期 日 | 検討方法 | 検討内容 |
|------------------------------|----------------------------------|---|
| 第1回検討会 2004年 4月16日-17日 | 文献検討 フリーディスカッション | <ul style="list-style-type: none"> 術後急性期プログラムドケアについて、術後せん妄のケアを取り上げる 用語（せん妄、術後せん妄）の定義 ケアの流れとアルゴリズムの大枠 |
| 第2回検討会 2004年 6月12日 | 文献検討 フリーディスカッション アルゴリズムの検討 | <ul style="list-style-type: none"> 術後せん妄のアルゴリズムについて分割検討 <ul style="list-style-type: none"> 発症危険の予測ケア 発症の早期発見のケア 発症時の対応ケア |
| 第3回検討会 2004年 7月17日 | 文献検討 フリーディスカッション アルゴリズムの検討 | <ul style="list-style-type: none"> 術後せん妄の分割アルゴリズムを個別に詳細検討 <ul style="list-style-type: none"> 発症危険の予測ケア（文献よりリスクモデル使用） 発症の早期発見のケア 発症時の対応ケア（薬物・麻酔薬の影響を検討） |
| 8-10月 | 専門家コンサル 文献調査 | 岐阜大学医学部附属病院麻酔科医、薬剤師にコンサルテーション 術後せん妄に影響のある麻酔薬・薬物治療の文献調査 |
| 第4回検討会 2004年 11月26日 | コンサル結果の検討 アルゴリズム検討・修正 | <ul style="list-style-type: none"> 発語の可能・不可能でアルゴリズム・測定用具選択 安全対策は「予防・必須」ケアに 各分割アルゴリズムの終了条件と帰着点 |
| 第5回検討会 2004年 12月15日 | アプリアーション化のための全体の流れの検討 | <ul style="list-style-type: none"> プログラムドケア全体のルールにそった術後せん妄のロジック作成の必要性 アプリアーション化のためのアルゴリズム全体の流れの検討 NEECHAMとCAM-ICUのPC化（自動計算・記録） |
| 第6回検討会 2004年 12月27日 | アプリアーション化のための全体の流れの検討（2） | <ul style="list-style-type: none"> アプリアーション化のためのアルゴリズム全体の流れの検討（2） アセスメントツール、ケア構成要素の再検討 |

I. アプリケーション化のための表

1. アセスメント表

- ① GCS or JCS → 提出未
- ② NEECHAM
- ③ CAM-ICU → 提出未

2. 判断ロジック表

- ① NEECHAM 中の生命機能の判断
- ② NEECHAM 中の酸素飽和度の判断

3. ロジック参照表:エビデンス不足ではあるが、とりあえずチェックしておくもの

- ① 術後せん妄発症因子・リスクのチェックリスト * 薬剤は別表(要検討)
 - a. 術前用 b.術後用
- ② 副作用表 → 作成未

4. その他

- ① 定義 → 作成未
- ② アドバイス → 作成未

II. 薬剤コード表 * 薬剤のコード化は未

- 1. 投与経路
- 2. 薬剤名(科学名と商品名一覧)

III. ケアセット * 発症時の薬物療法は別紙(要検討)

1. 術前

- ① リスクなし=スタンダードケア・セット A
- ② ハイリスク=プログラムドケア・セット B

2. 術後

- ① リスクなし=スタンダードケア・セット A
- ② ハイリスク=プログラムドケア・セット B

3. 術後せん妄発症時=プログラムドケア・セット C