

●在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書●

（在宅療養を支援するための  
医療処置管理看護プロトコール  
作成に関する研究）





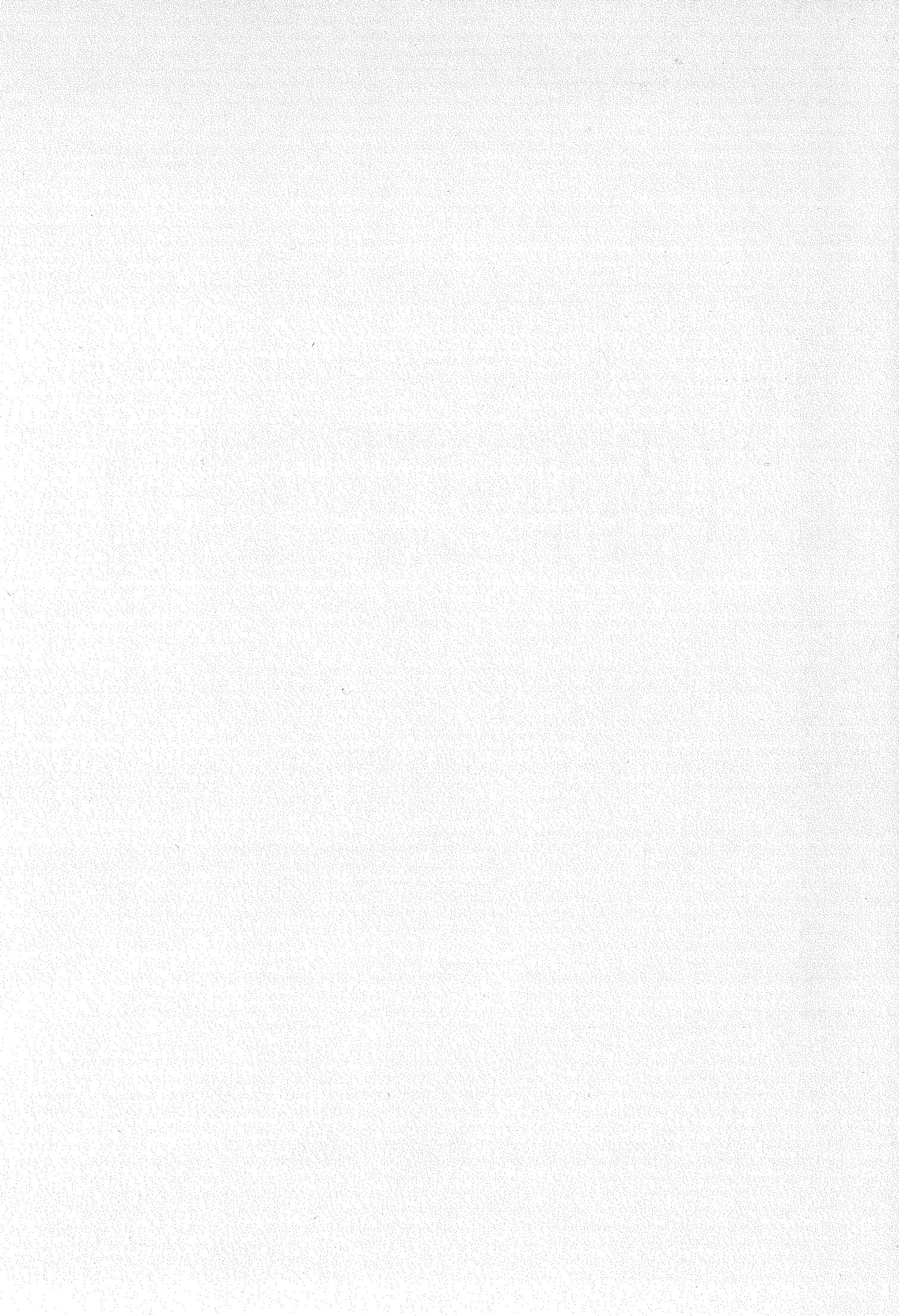


平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業)

●在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書●

# （在宅療養を支援するための 医療処置管理看護プロトコール 作成に関する研究）

社団法人 全国訪問看護事業協会 本委員会委員長 竹中浩治 主任研究員 川村佐和子



# まえがき

近年の医療に対する社会的ニーズの変化は、在宅医療にも大きな影響を与えている。すなわち、生命の延長と人々の尊厳を保持する医療のあり方として、人々がその主体性を持ち自由な意思にもとづいて医療を選択することができるよう、医療提供の選択肢を拡大することが求められている。ここでは、生活の質（QOL）の向上をはかり、生活を支援する内容のサービス提供法が重んじられている。次いで、医療サービスの効率化をはかり、医療費の高騰を抑制することである。医療機関の類型化によるサービスの特徴づけや経済的評価の差別化も進展している。急性期に対応する医療は入院期間を短縮化させ、早期退院により在宅で医療を継続する方向を強めている。

これらの変化により、在宅医療は医療依存度が高い人々を対象とする、技術の高度化が求められることになった。同時に、人工呼吸管理を実施しながら、登校して学業を続ける子どもたちや飛行機を利用して旅行する人々が増加している。かつては、集中治療室（ICU）の中で専門技術者によって管理されていた生命維持装置も、いまや街の中を闊歩する時代になっている。

このような時代の変化が著しいときにとって、従来の医療や看護のシステムで運営されている在宅医療の現場に混乱がないはずはない。数時間ごとに注射を必要とする癌末期療養者、夜間であっても気管切開口に絶えず貯留してくる痰を吸引しつづける人々、人工呼吸器で呼吸を維持しつつ学校に通う子どもたち。それぞれの生活の場でさまざまな課題が生じ、簡単に解決策を見出せぬまま混乱となり、在宅療養者や彼らを支援する人々に焦りと疲労をもたらしている場合が多い。訪問看護婦はこれらの渦の中で当事者としての責任を強く感じ、社会的ニーズである人々の安全で健康な生活を維持するために、よりよい解説を模索している。

以上の観点に立ち、訪問看護職者の立場から本研究は開始された。一昨年度は、看護サービスを整理する方法を検討するために、訪問看護におけるプロトコールの作成を試みた。次いで、昨年度は「訪問看護における診療の補助」に関する研究を行い、訪問看護側は診療の補助行為に関する施設内規準を作成し、医師（医療機関）と組織間協定を結び、看護サービスを客観的に運営する方法を提案した。そして、本年度は訪問看護婦が行う「療養上の世話」について検討することとした。

保健婦助産婦看護婦法においては、看護婦の機能が「療養上の世話」と「診療の補助」の2つの分類によって示されている。しかし、現状では前述したとおり、医療依存度が高い状態の人々が一般社会生活を共有する時代である。医療依存度が高い人々に対するサービスにおいては、2つの内容は重複して存在している。例えば、病棟で治療目的のために痰を吸引すれば医行為で、学校の教室で咳の代替として痰を吸引すれば生活支援行為であるというような、場所や目的による仕分けも、医師や看護婦が行えば医行為で、ヘルパーや教員が行えば生活支援行為という、実行者による職能の分類も適当ではない。

看護婦のサービスは両者のサービスを一体として安全に行えるところに特徴がある。し

かも単に痰を除去するというだけではなく、その時々の人々の状態を観察し、その資料から看護判断を行う。その目的は、人々の健康状態を悪化させない、合併症を生じさせないという予防的な配慮をあわせて持ち、自力で去痰を可能とする徵候を見出し、その力を強化させ、吸引器の使用から離脱をはかるという効能をもつ支援である。

そこで、本研究では、看護婦が医療依存度の高い状態の人々に対して、医療機関外で、現行法上の医療的行為を行う際に安全に対応することを客観的に示したうえで、主体的なサービスを実施できる方策を検討した。

本研究は次の2部構成である。第1部は看護婦のサービスの実情とそれをめぐる社会的な見解を整理し、療養上の世話、特に診療の補助と重複するサービスについて法的な課題を整理するものとした。第2部は看護婦が行うサービスの判断と技術を整理した規準を作成し、ここに示した。

報告書は紙数の関係上、第1部と第2部を分冊として作成した。本報告書は第2部の報告であり、14項目の医療処置管理看護プロトコールが掲載されている。これらは、本委員会組織の「プロトコール作成に関する研究」小委員会（代表：数間恵子、川越博美）を中心となり、各項目ごとの研究協力者であるエキスパート看護婦が、在宅医療を経験している専門医師との共同作業で作成したものである。

川村佐和子・数間恵子・川越博美

## 研究組織

### 本委員会

委員長 竹中浩治 全国訪問看護事業協会副会長  
 主任研究者 川村佐和子 東京都立保健科学大学教授  
 委員 西島英利 日本医師会常任理事  
 山崎摩耶 日本看護協会理事  
 平林勝政 國學院大學法学部教授  
 廣井良典 千葉大学経済学部助教授  
 草刈淳子 千葉大学看護学部教授  
 川越博美 聖路加看護大学教授  
 数間恵子 東京医科歯科大学教授

### プロトコール作成に関する研究（小委員会）

委員 川村佐和子 東京都立保健科学大学  
 数間恵子 東京医科歯科大学  
 川越博美 聖路加看護大学  
 平林勝政 國學院大學  
 曽根田靖昭 東京都杉並区医師会  
 山崎摩耶 日本看護協会理事

### プロトコール作成に関する研究協力者

	看護職	医 師
在宅自己注射（インスリン療法）	横村妙子 社会保険船橋中央病院	桜田正也 社会保険船橋中央病院
在宅自己腹膜灌流	望月葉子 白十字訪問看護ステーション 成瀬和子 聖路加看護大学	大岩孝誌 聖路加国際病院腎センター 鈴木信行 鈴木医院 在宅酸素療法
在宅酸素療法	木下由美子 大分県立看護科学大学	木田厚瑞 東京都老人医療センター
在宅中心静脈栄養法	川越博美 聖路加看護大学 数間恵子 東京医科歯科大学 横井郁子 日本大学大学院	高橋 誠 社会保険船橋中央病院
在宅自己導尿	川村佐和子 東京都立保健科学大学 尾崎章子 東京都立保健科学大学 鈴木珠水 東京医科歯科大学医学部附属病院	辻井俊彦 東京医科歯科大学医学部附属病院 鈴木理仁 東京医科歯科大学医学部附属病院
	砂村由有子 聖路加国際病院	
在宅人工呼吸療法	牛込三和子 東京都神経科学総合研究所 松下祥子 東京都神経科学総合研究所	廣瀬和彦 東京都立府中療育センター 加藤修一 東京都立神経病院 小森哲夫 東京都立神経病院 谷口亮一 三鷹医師会，第一病院
在宅癌化学療法	山田雅子 セコメディック病院	陳 瑞東 陳瑞東クリニック

	看護職	医 師
在宅経管栄養法	宮崎和加子 特定医療法人財団健和会訪 問看護ステーション統括本部 野村千春 綾瀬訪問看護ステーション	和田忠志 健和会蒲原診療所
気管カニューレ管理 法	乙坂佳代 港北医療センター訪問看護ステー ーション	杉山孝博 医療法人石心会さいわいクリ ニック 福島弘毅 福島外科クリニック
膀胱留置カテーテル 管理法	金野聰美 医療法人慶成会新宿訪問看護 ステーション 小泉 都 医療法人慶成会新宿訪問看護 ステーション	奥井伸雄 西大宮病院
人工肛門・人工膀胱 管理法	徳永恵子 宮城大学 永野みどり 日本看護協会看護教育・研 究センター・看護研修学校	塙田邦夫 医療法人社団研医会高岡駅南 クリニック
腎瘻・尿管皮膚瘻管 理法	内記幸枝 東京医科歯科大学医学部附属 病院	藤井靖久 東京医科歯科大学医学部附属 病院 有澤千鶴 取手協同病院
癌末期疼痛管理法	川越博美 聖路加看護大学 長江弘子 聖路加看護大学 成瀬和子 聖路加看護大学	川越 厚 賛育会病院
褥創管理法	天野志保 東京医科歯科大学 牛久保美津子 東京医科歯科大学	馬場裕之 東京医科歯科大学医学部附属 病院 一柳暢孝 埼玉医科大学総合医療センター 日野太郎 東京都立神経病院

**協力者**

岡 美智代 筑波大学大学院  
 青木春江 東京医科歯科大学大学院  
 田中ゆき  
 松岡みほ  
 小池寛子

## 目 次

まえがき .....	川村 i
研究組織 .....	iii
目 次 .....	v

## 第1部 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の考え方・使い方

<b>1 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の意義と目的 .....</b>	川村 3
I はじめに .....	3
II 訪問看護サービスの対象とサービス内容の変化 .....	3
III 訪問看護サービスへの期待 .....	4
① 在宅医療を推進する立場からの提言 .....	4
② 医療行為を行うに際しての問題 .....	5
IV 施設内規準の原則と利点 .....	6
① 個人の意思の尊重 .....	6
② 医療提供の場の拡大と在宅サービスの開発 .....	7
③ 質保証と施設内規準 .....	7
V 施設内規準の作成 .....	8
VI おわりに .....	9
<b>2 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の作成過程と構成 .....</b>	数間 11
I 訪問看護における安全な医療処置管理の質の保証・維持機構の必要性 .....	11
II 用語の定義 .....	12
III 作成過程 .....	12
① 看護プロトコール作成の対象とした医療処置・器具管理の種類 .....	12
② 作成手順 .....	13
③ 各看護プロトコールの構成の統一方法 .....	13
④ 看護プロトコールの適用にあたって共通する重要事項の確認方法 .....	13
IV 作成した看護プロトコールの実際 .....	13
① 各看護プロトコールの構成 .....	13
② 構成内容の解説 .....	14
③ 看護プロトコールの適用にあたって確認された共通事項 .....	21
V まとめと今後の課題 .....	21

## 第2部 医療処置管理看護プロトコール

<b>1 在宅自己注射(インスリン療法) .....</b>	横村 25
I 本プロトコールの適用条件 .....	25
① 療養者側の条件 .....	25
② 看護婦の条件 .....	25

③医師との連携条件 .....	25
II 在宅自己注射（インスリン療法）療養者に対する看護支援目標 .....	26
III 在宅自己注射（インスリン療法）に伴う異常・トラブル .....	26
①代謝異常にに関するもの .....	26
②インスリン自己注射に関するもの .....	26
③自己血糖測定に関するもの .....	26
④合併症に関するもの .....	27
⑤生活行動に関するもの .....	27
⑥療養者の気持ち・受け入れに関するもの .....	27
⑦家族の気持ち・受け入れに関するもの .....	27
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	27
①導入検討の段階 .....	27
②維持管理の段階 .....	27
③中止・終了の段階 .....	28
V 在宅自己注射（インスリン療法）管理判断樹 .....	28
①導入検討の段階 .....	28
②維持管理の段階 .....	28
③中止・終了の段階 .....	28
VI 在宅自己注射（インスリン療法）管理協定書 .....	28
<b>報告基準</b> 在宅自己注射（インスリン療法）に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	29

**判断樹**

B 維持管理段階全体の判断樹 .....	31
B-1 血糖値が指示範囲内にない場合の判断樹 .....	32
B-1-1 指示量のインスリンが注射できているかの確認の判断樹 .....	33
B-2 指示量の食事がとれない場合の判断樹 .....	34
B-3 消化・吸収を阻害する因子がある場合の判断樹 .....	35
B-4 感染徵候がある場合の判断樹 .....	36

**管理協定書** 在宅自己注射（インスリン療法）管理協定書 .....

望月・成瀬 39

<b>2 在宅自己腹膜灌流</b> .....	望月・成瀬 39
I 本プロトコールの適用条件 .....	39
①療養者側の条件 .....	39
②看護婦の条件 .....	39
③医師との連携条件 .....	39
II 在宅自己腹膜灌流療養者に対する看護支援目標 .....	40
III 在宅自己腹膜灌流に伴う異常・トラブル .....	40
①感染 .....	40
②カテーテルトラブル .....	40
③除水異常 .....	41

④ 代謝異常・栄養障害	41
⑤ 透析液貯留による合併症	41
⑥ 長期透析による合併症	42
⑦ 療養者および家族の気持ち・受け入れに関するもの	42
⑧ 家族の介護力に関するもの	42
IV アセスメントならびに医師への報告基準	42
① 導入検討の段階	42
② 維持管理の段階	42
③ 中止・終了の段階	43
V 在宅自己腹膜灌流管理判断樹	43
① 導入検討の段階	43
② 維持管理の段階	43
③ 中止・終了の段階	43
VI 在宅自己腹膜灌流管理協定書	43
<b>報告基準</b> 在宅自己腹膜灌流に関する異常・トラブルと医師への報告基準	44
<b>判断樹</b>	
B 維持管理段階全体の判断樹	47
B-1 注液・排液状態が不良の場合の判断樹	48
B-2 排液が清澄でない場合の判断樹	49
B-3 腹痛がある場合の判断樹	50
B-4 カテーテル挿入部周囲に異常が見られる場合の判断樹	51
B-5 除水が不十分である場合の判断樹	52
B-6 全身倦怠感・易疲労感がある場合の判断樹	53
B-7 呼吸苦・息切れがある場合の判断樹	54
<b>管理協定書</b> 在宅自己腹膜灌流管理協定書	55
<b>3 在宅酸素療法</b>	木下 57
I 本プロトコールの適用条件	57
① 療養者側の条件	57
② 看護婦の条件	58
③ 医師との連携条件	59
II 在宅酸素療法療養者に対する看護支援目標	59
III 在宅酸素療法に伴う異常・トラブル	59
① 低酸素	59
② 感染	60
③ 酸素療法に関するもの	60
④ 在宅酸素療法に伴う生活行動の縮小に関するもの	60
⑤ 在宅酸素療法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの	60
⑥ 家族の介護力に関するもの	60

⑦ 酸素供給装置の取り扱いに関するもの .....	61
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	61
① 導入検討の段階 .....	61
② 導入開始ならびに維持管理の段階 .....	61
③ 中止・終了の段階 .....	62
V 在宅酸素療法管理判断樹 .....	62
① 導入検討の段階 .....	62
② 導入開始の段階 .....	62
③ 維持管理の段階 .....	63
④ 中止・終了の段階 .....	63
VI 在宅酸素療法管理協定書 .....	63
<b>報告基準</b> 在宅酸素療法に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	64
<b>判断樹</b>	
A 導入検討段階の判断樹 .....	66
B-I 導入開始段階全体の判断樹 .....	67
B-I-1a 機器（酸素濃縮装置）が作動していない場合の判断樹 .....	68
B-I-1b 機器（液化酸素装置）が作動していない場合の判断樹 .....	69
B-I-2 指示どおり酸素吸入ができない場合の判断樹 .....	70
B-II 維持管理段階全体の判断樹 .....	71
B-II-1 指示どおりに酸素吸入ができるていない場合の判断樹 .....	72
B-II-2 酸素吸入開始前の活動が継続できていない場合の判断樹 .....	73
B-II-3 鼻粘膜が乾燥している場合の判断樹 .....	74
B-II-4 口腔内が乾燥している場合の判断樹 .....	75
<b>管理協定書</b> 在宅酸素療法管理協定書 .....	76
<b>4 在宅中心静脈栄養法</b> .....	川越・数間・横井 77
I 本プロトコールの適用条件 .....	77
① 療養者側の条件 .....	77
② 看護婦の条件 .....	78
③ 医師との連携条件 .....	78
II 在宅中心静脈栄養療養者に対する看護支援目標 .....	78
III 在宅中心静脈栄養法に伴う異常・トラブル .....	78
① カテーテルが挿入されていることに関するもの .....	79
② 感染 .....	79
③ 代謝・栄養異常 .....	79
④ 中心静脈栄養法に伴う生活行動の縮小に関するもの .....	80
⑤ 中心静脈栄養法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの .....	80
⑥ 家族の気持ち・介護力に関するもの .....	80
⑦ 中心静脈栄養法を要する基礎疾患の増悪に関するもの .....	80

IV	アセスメントならびに医師への報告基準	80
①	導入検討の段階	81
②	維持管理の段階	81
③	中止・終了の段階	81
V	在宅中心静脈栄養法管理判断樹	82
①	導入検討の段階	82
②	維持管理の段階	82
③	中止・終了の段階	82
VI	在宅中心静脈栄養法管理協定書	82
<b>報告基準</b> 在宅中心静脈栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準		83
<b>判断樹</b>		
B	維持管理段階全体の判断樹	85
B-1	滴下不良の場合の判断樹	86
B-2	刺入部局所の異常がある場合の判断樹	87
B-3	嘔気・嘔吐がある場合の判断樹	88
B-4	経口摂取希望がある場合の判断樹	89
B-5	身体活動の低下がある場合の判断樹	90
<b>管理協定書</b> 在宅中心静脈栄養法管理協定書		91
<b>5</b>	<b>在宅自己導尿</b>	川村・尾崎・鈴木・砂村 93
I	本プロトコールの適用条件	93
①	療養者側の条件	93
②	看護婦の条件	94
③	医師との連携条件	94
II	在宅自己導尿療養者に対する看護支援目標	95
III	在宅自己導尿に伴う異常・トラブル	95
①	尿路感染、あるいはその危険性	95
②	カテーテル挿入部（尿道口・尿道・膀胱）損傷、あるいはその危険性	95
③	尿路結石、あるいはその危険性	95
④	尿漏れ、あるいはその危険性	95
⑤	腎機能低下、あるいはその危険性（水腎症、萎縮腎なども含む）	95
⑥	社会生活に制限が生じるという不安・不満足、あるいはその危険性	96
⑦	在宅自己導尿の継続性の困難、あるいはその危険性	96
IV	アセスメントならびに医師への報告基準	96
①	導入検討の段階	96
②	維持管理の段階	97
③	中止・終了の段階	98
V	在宅自己導尿管理判断樹	98
①	導入検討の段階	98

② 維持管理の段階 .....	98
③ 中止・終了の段階 .....	98
VI 在宅自己導尿管理協定書 .....	98
報告基準 在宅自己導尿に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	99
<b>判断樹</b>	
B 維持管理段階全体の判断樹 .....	101
B-1 尿道へカテーテルを挿入できない場合の判断樹 .....	102
B-2 尿の性状に異常がある場合の判断樹 .....	103
B-3 必要物品が清潔に保たれていない場合の判断樹 .....	104
B-4 尿漏れがある場合の判断樹 .....	105
付録 尿漏れがある場合の対策 .....	106
B-5 導尿回数の調整をしていない場合の判断樹 .....	107
B-6 尿道口、周辺領域の発赤・腫脹・痛み、出血・かゆみがある場合の判断樹 .....	108
B-7 導尿による睡眠中断がある場合の判断樹 .....	109
B-8 自己導尿による生活縮小、生活行為中断がある場合の判断樹 .....	110
管理協定書 在宅自己導尿管理協定書 .....	111
<b>6 在宅人工呼吸療法(筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法) .....</b> 牛込・松下 113	
I 本プロトコールの適用条件 .....	113
① 療養者側の条件 .....	113
② 看護婦の条件 .....	113
③ 医師との連携条件 .....	114
II 在宅人工呼吸療法療養者に対する看護支援目標 .....	114
III 在宅人工呼吸療法に伴う異常・トラブル .....	114
① 人工呼吸器を装着していることに関するもの .....	114
② 気管カニューレを装着していることに関するもの .....	115
③ 感染に関するもの .....	115
④ 気道の閉塞に関するもの .....	115
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	115
① 導入検討の段階 .....	116
② 維持管理の段階 .....	116
③ 中止・終了の段階 .....	117
V 在宅人工呼吸療法管理判断樹 .....	118
① 導入検討の段階 .....	118
② 維持管理の段階 .....	118
③ 中止・終了の段階 .....	118
VI 在宅人工呼吸療法管理協定書 .....	118
報告基準 在宅人工呼吸療法(筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	119

**判断樹**

A	導入検討段階の判断樹	121
B	維持管理段階全体の判断樹	122
B-1	全アラーム同時点灯時の判断樹	123
B-2	低圧アラーム点灯時の判断樹	124
B-3	高圧アラーム点灯時の判断樹	125
B-4	経皮酸素飽和度低下がある場合の判断樹	126
B-5	聴診で異常呼吸音がある場合の判断樹	127
B-6	「吸入空気の乾燥」「温度が高い」の訴えがある場合の判断樹	128
<b>管理協定書 在宅人工呼吸療法管理協定書（筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法）</b>		129

**7 在宅癌化学療法** ..... 山田 131

I	本プロトコールの適用条件	131
①	療養者側の条件	131
②	看護婦の条件	131
③	医師との連携条件	132
II	在宅癌化学療法実施療養者に対する看護支援目標	132
III	在宅癌化学療法に伴う異常・トラブル	133
①	カテーテルが挿入されていることに関するもの	133
②	カテーテル感染	133
③	薬剤による過度の副作用による障害、あるいはその危険性	133
④	皮下漏れによる皮膚障害、あるいはその危険性	133
⑤	化学療法に対する不安、あるいはその危険性	133
⑥	自宅で治療することに対する不安、あるいはその危険性	133
IV	アセスメントならびに医師への報告基準	133
①	薬剤投与前の段階	134
②	薬剤投与期間および投与後観察期間中の段階	134
V	在宅癌化学療法管理判断樹	134
VI	在宅癌化学療法管理協定書	135
<b>報告基準 在宅癌化学療法実施に関する異常・トラブルと医師への報告基準</b>		136

**判断樹**

A	癌化学療法剤投与前の判断樹	137
B	癌化学療法実施中の判断樹	138
C	癌化学療法剤投与後の判断樹	139
D	精神状態が不安定な場合の判断樹	140
<b>管理協定書 在宅癌化学療法管理協定書</b>		141

**8 在宅経管栄養法** ..... 宮崎・野村 143

I	本プロトコールの適用条件	143
---	--------------	-----

【1】療養者側の条件 .....	143
【2】看護婦の条件 .....	143
【3】医師との連携条件 .....	144
II 在宅経管栄養療養者に対する看護支援目標 .....	144
III 在宅経管栄養法に伴う異常・トラブル .....	144
【1】栄養カテーテルが挿入されていることに関するもの .....	144
【2】腹部症状 .....	145
【3】感染 .....	145
【4】代謝・栄養異常 .....	145
【5】経管栄養法に伴う生活行動の縮小に関するもの .....	146
【6】経管栄養法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの .....	146
【7】家族の介護力に関するもの .....	146
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	146
【1】導入検討の段階 .....	146
【2】維持管理の段階 .....	147
【3】中止・終了の段階 .....	147
V 在宅経管栄養法管理判断樹 .....	148
【1】導入検討の段階 .....	148
【2】維持管理の段階 .....	148
【3】中止・終了の段階 .....	148
VI 在宅経管栄養法管理協定書 .....	148
<b>報告基準</b> 在宅経管栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	149
<b>判断樹</b>	
A 導入検討段階全体の判断樹 .....	151
A-1 嘸下できない場合の判断樹 .....	152
B 維持管理段階全体の判断樹 .....	153
B-1 滴下不良の場合の判断樹 .....	154
B-2 カテーテル挿入部位の異常がある場合の判断樹 .....	155
B-3 腹部症状がある場合の判断樹 .....	156
B-4 上気道症状がある場合の判断樹 .....	157
B-5 経口摂取希望に対する判断樹 .....	158
B-6 必要以上の安静に対する判断樹 .....	159
C 中止・終了段階の判断樹 .....	160
<b>管理協定書</b> 在宅経管栄養法管理協定書 .....	161
<b>9 気管カニューレ管理法 .....</b>	乙坂 163
I 本プロトコールの適用条件 .....	163
【1】療養者側の条件 .....	163
【2】看護婦の条件 .....	163

③ 医師との連携条件 .....	164
II 気管カニューレ装着在宅療養者に対する看護支援目標 .....	164
III 気管カニューレ装着に伴う異常・トラブル .....	164
① 気管切開口に関するもの .....	164
② カニューレ使用に関するもの .....	164
③ 感染 .....	165
④ 換気異常 .....	165
⑤ 気管カニューレ装着に伴う生活行動の縮小に関する問題 .....	165
⑥ 療養者の気持ちと受け入れに関するもの .....	165
⑦ 家族の介護力に関するもの .....	165
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	166
① 導入検討の段階 .....	166
② 維持管理の段階 .....	166
③ 中止・終了の段階 .....	167
V 気管カニューレ管理判断樹 .....	167
① 導入検討の段階 .....	167
② 維持管理の段階 .....	167
③ 中止・終了の段階 .....	167
VI 気管カニューレ管理協定書 .....	167
<b>報告基準</b> 気管カニューレ装着に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	168
<b>判断樹</b>	
B 維持管理段階全体の判断樹 .....	169
B-1 呼吸苦がある場合の判断樹 .....	170
B-2 気道分泌物の増加がある場合の判断樹 .....	171
B-3 カニューレの違和感がある場合の判断樹 .....	172
B-4 話せないことの不満がある場合の判断樹 .....	173
<b>管理協定書</b> 気管カニューレ管理協定書 .....	174
<b>10 膀胱留置カテーテル管理法 .....</b>	金野・小泉 175
I 本プロトコールの適用条件 .....	175
① 療養者側の条件 .....	175
② 看護婦の条件 .....	175
③ 医師との連携条件 .....	176
II 膀胱カテーテル留置在宅療養者に対する看護支援目標 .....	176
III 膀胱カテーテル留置に伴う異常・トラブル .....	176
① カテーテルが挿入・留置されていることに関するもの .....	176
② 皮膚粘膜症状 .....	177
③ 膀胱カテーテル留置に伴う生活行動の縮小に関するもの .....	177
④ 膀胱カテーテル留置に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの .....	177

⑤ 家族の介護力に関するもの .....	177
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	178
① 導入検討の段階 .....	178
② 維持管理の段階 .....	178
③ 中止・終了の段階 .....	179
V 膀胱留置カテーテル管理判断樹 .....	179
① 導入検討の段階 .....	179
② 維持管理の段階 .....	179
③ 中止・終了の段階 .....	179
VI 膀胱留置カテーテル管理協定書 .....	179
<b>報告基準</b> 膀胱カテーテル留置に関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	180
<b>判断樹</b>	
A 導入検討段階全体の判断樹 .....	182
A-1 自然排尿がない場合の判断樹 .....	183
A-2 失禁状態の判断樹 .....	184
A-3 排泄動作が困難な場合の判断樹 .....	185
B 維持管理段階全体の判断樹 .....	186
B-1 尿流が不十分な場合の判断樹 .....	187
B-2 尿量が少ない場合の判断樹 .....	188
B-3 尿の性状が異常な場合の判断樹 .....	189
B-4 陰部粘膜に異常がある場合の判断樹 .....	190
B-5 カテーテルの違和感がある場合の判断樹 .....	191
C 中止・終了段階の判断樹 .....	192
<b>管理協定書</b> 膀胱留置カテーテル管理協定書 .....	193

<b>11 人工肛門・人工膀胱管理法</b> .....	徳永・永野 195
I 本プロトコールの適用条件 .....	195
① 療養者側の条件 .....	195
② 看護婦の条件 .....	195
③ 医師との連携条件 .....	196
II ストーマ保有在宅療養者に対する看護支援目標 .....	196
III ストーマ保有に伴う異常・トラブル .....	196
① ストーマに関するもの .....	196
② ストーマ周囲皮膚に関するもの .....	196
③ ストーマ周囲腹壁に関するもの .....	197
④ 排泄に関するもの .....	197
⑤ 装具と使用方法に関するもの .....	197
⑥ 日常生活に関するもの .....	197
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	198

① 導入検討の段階 .....	198
② 維持管理の段階 .....	198
③ 中止・終了の段階 .....	198
V 人工肛門・人工膀胱管理判断樹 .....	199
① 導入検討の段階 .....	199
② 維持管理の段階 .....	199
③ 中止・終了の段階 .....	199
VI 人工肛門・人工膀胱管理協定書 .....	199
<b>報告基準</b> ストーマに関する異常・トラブルと医師への報告基準 .....	200

**判断樹**

B 維持管理段階全体の判断樹 .....	202
B-1-1 消化器ストーマの異常がある場合の判断樹 .....	203
B-1-1-1 消化器ストーマの異常・出血・浮腫がある場合の判断樹 .....	204
B-1-2 尿路ストーマの異常がある場合の判断樹 .....	205
B-2 ストーマ周囲の皮膚障害がある場合の判断樹 .....	206
B-2-1 ストーマ周囲の皮膚の発赤・発疹・瘙痒感がある場合の判断樹 .....	207
B-3 ストーマ周囲の腹壁の異常がある場合の判断樹 .....	208
B-4-1 排便の異常がある場合の判断樹 .....	209
B-4-2 排尿の異常がある場合の判断樹 .....	210
B-5 装具からの漏れ予防が必要な場合の判断樹 .....	211
B-6 日常生活の縮小がある場合の判断樹 .....	212

**管理協定書** 人工肛門・人工膀胱管理協定書 .....

<b>12 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法(有力テーテル尿路変更)</b> .....	内記 215
I 本プロトコールの適用条件 .....	215
① 療養者側の条件 .....	215
② 看護婦の条件 .....	215
③ 医師との連携条件 .....	216
II 腎瘻・尿管皮膚瘻保有在宅療養者に対する看護支援目標 .....	216
III 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に伴う異常・トラブル .....	216
① カテーテルが挿入されていることに関するもの .....	216
② 感染 .....	216
③ 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に伴う生活行動の縮小に関するもの .....	217
④ 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの .....	217
⑤ 家族の介護力に関するもの .....	217
IV アセスメントならびに医師への報告基準 .....	217
① 導入検討の段階 .....	217
② 維持管理の段階 .....	217
③ 中止・終了の段階 .....	218

---

V 腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理判断樹	218
① 導入検討の段階	218
② 維持管理の段階	218
③ 中止・終了の段階	218
VI 腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理協定書	218
<b>報告基準</b> 腎瘻・尿管皮膚瘻に関する異常・トラブルと医師への報告基準	219

**判断樹**

B 維持管理段階全体の判断樹	220
B-1 尿流出不良の場合の判断樹	221
B-2 尿の性状に異常がある場合の判断樹	222
B-3 刺入部に発赤がある場合の判断樹	223
B-4 カテーテルの固定状況が悪い場合の判断樹	224
B-5 精神が不安定な場合の判断樹	225
<b>管理協定書</b> 腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理協定書	226

**13 癌末期疼痛管理法** ..... 川越・長江・成瀬 227

I 本プロトコールの適用条件	227
① 療養者側の条件	227
② 看護婦の条件	227
③ 医師との連携条件	228
II 癌末期疼痛管理を要する在宅療養者に対する看護支援目標	228
III 癌末期疼痛管理に伴う異常・トラブル	228
① 身体的痛みに関するもの	228
② モルヒネ与薬に関するもの	228
③ 鎮痛薬与薬経路の変更に関するもの	229
④ カテーテルでの塩酸モルヒネ注射薬の注入に関するもの	229
⑤ 癌末期疼痛管理に伴う生活行動の縮小に関するもの	229
⑥ 癌末期疼痛管理に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの	229
⑦ 家族の介護力に関するもの	229
IV アセスメントならびに医師への報告基準	230
① 導入検討の段階	230
② 維持管理の段階	230
③ 中止・終了の段階	231
V 癌末期疼痛管理判断樹	231
VI 癌末期疼痛管理協定書	231
<b>報告基準</b> 癌末期疼痛管理に関する異常・トラブルと医師への報告基準	232
<b>判断樹</b>	
B 疼痛管理全体の判断樹	234
B-1 鎮痛薬与薬時の判断樹	235

---

B-1-1 モルヒネ与薬時の判断樹	236
<b>管理協定書</b> 癌末期疼痛管理協定書	237
<b>14 褥創管理法</b>	天野・牛久保 239
I 本プロトコールの適用条件	239
① 療養者側の条件	239
② 看護婦の条件	239
③ 医師との連携条件	240
II 褥創管理を要する在宅療養者に対する看護支援目標	240
III アセスメントならびに医師への報告基準	240
① 褥創の状態	240
② 療養者の状態、状況	241
③ 家族・介護者の状況	241
④ 療養環境	242
⑤ 社会資源（必要用具・用具の調達）	242
⑥ 医師への報告基準	242
IV 褥創管理判断樹	242
① 褥創管理全体の判断樹（B）	242
② 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹（B-1）	242
③ 組織への負荷の管理判断樹（B-2）	242
④ 褥創局所の処置と感染管理	243
⑤ 褥創治癒後の再発予防のための看護活動	243
V 褥創管理協定書	244
<b>報告基準</b> 褥創の状態による医師への報告基準	245
<b>判断樹</b>	
B 褥創管理全体の判断樹	249
B-1 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹	250
付録 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹	251
B-2 組織への負荷の管理判断樹	252
付録 組織への負荷の管理判断樹	253
資料 b 褥創局所の処置と感染管理に用いられる薬剤およびドレッシング材	254
資料 b の用語解説	255
資料 c さまざまな薬剤の作用と特徴	256
資料 d さまざまなドレッシング材の特徴と適応	257
資料 e ブレーデンスケール	258
<b>管理協定書</b> 褥創管理協定書	259
引用・参考文献	261

資 料 .....	271
在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール作成に関する研究 .....	271
訪問看護のための「褥創管理法」プロトコールにおける「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）妥当性の評価 .....	278

# 第 1 部

## 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール) の考え方・使い方

- 1 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の意義と目的
- 2 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の作成過程と構成



## 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の考え方・使い方

1

# 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の意義と目的

## I はじめに

近年の医療保健福祉施策の動向を見ると、1982（昭和57）年の国民医療総合計画中間報告の提案以降、医療は「生命の尊重と個人の尊厳の保持」を目的とすることとされ、サービス提供の構造に関しても修正が図られることとなった。これを受け、保健医療施設は、それぞれの施設の特徴によって機能を分化し、サービスの質を保証しつつ、施設の有効活用を追求することとなった。このような社会の変化に伴って、1992年に訪問看護制度が新設され、その発展のために多くの課題が取り組まれている。

この施設内規準としての在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコールに関する研究もその一環として行われた。

## II 訪問看護サービスの対象とサービス内容の変化

近年の訪問看護サービスは老人保健法によって制度化の一歩を踏み出した。当初の施策の対象は、虚弱であったり、病気を持っていたりするために、自立して居宅生活を営むことが困難な高齢者であり、その高齢者の自立支援がこの施策の目的であった。その後、その対象は高齢者のみではなく、全年齢層にわたるようになり、障害や後遺症、病気などのために医療サービスを必要としながら居宅生活を営む人々をも含むようになった。

現在では、ターミナル期にある人々や人工呼吸器を装着している人々などが生活の質（QOL）の向上を目的として居宅生活に移行する場合や、急性期の医療を行う施設が入院期間の短縮化を図っていることなどにより居宅生活を始める場合があり、医療依存度が高い人々が居宅生活を送る場合が増加している。実際、訪問看護ステーションでの医療的行為サービスが増加の傾向であるという調査報告が増えている。

訪問看護サービスは、訪問看護制度の開始時期に「介護を中心とする看護」「生活支援型訪問看護」と表現されていたサービス内容では対応できなくなり、医療的な技術サービスをも含めることが要求されるようになった。

## III 訪問看護サービスへの期待

### 1 在宅医療を推進する立場からの提言

診療報酬制度が支払い対象としている治療法を在宅で実施している医師たちの中には、次のような考えがある。Home Infusion Therapy 研究会の報告<sup>1)</sup>によると、1998年に研究会の中心を担う大学病院医師たちに調査した結果では、末梢静脈留置カテーテルの挿入などの医療行為を看護婦に委譲できるという考え方を持つ医師が 65 %、血液検査のオーダーを医師以外が行ってよいとする医師が 22 %で、うち看護婦が行ってよいとする考え方 91 %であった。そして、今後の医療の変革を考えると、訪問看護婦は積極的に上記のような行為を行ってほしい、それが在宅医療の推進につながるという考えが示されている。

しかし、そのためには、①在宅医療を遂行するうえで医師と看護婦の役割が不明確、②医師の指示、責任範囲が不明確、③他の専門職との役割の相違が不明確、などの点が指摘されており、これらの諸点を改善していくべきだと考えている。つまり、訪問看護における医療行為に関しては、医師の指示によって開始されるのであるが、病棟看護とは異なり、指示を出す医師と同じ室内にいるという条件<sup>2)</sup>があるわけではないから、訪問看護婦が分担する範囲を明確にし、看護婦自身が責任を持って、これを安全に実施することが必要であるという意見である。

さらに、この問題の国レベルでの検討結果を、1997年の厚生省健康政策局所管の「在宅医療の推進に関する検討会報告書」<sup>3)</sup>で見ると、今後の在宅医療は「入院を中心とした医療提供体制」や「治療一辺倒の医療」から、「在宅患者を支援する医療も重視した医療提供体制」「患者の QOL に配慮した医療」を、「医師自己完結型医療」ではなく、「保健・医療・福祉等関係者からなる連携」による対応として促進することの重要性を指摘している。

そして、訪問看護に関しては次の諸点を指摘している。

○診療所や中小病院において、在宅医療を推進していくためには、医療機関との連携を念頭においた訪問看護ステーションやホームヘルパーステーションなどの整備を推進していくことが重要である。患者の利便の向上と医療提供の効率性の観点から、訪問看護ステーションにおいては、介護職員の配置やホームヘルパーステーションとの一体的整備など連携の緊密化を推進すべきである。

○訪問看護を推進するうえで、患者宅において看護婦による気管カニューレの交換など個別具体的指示を必要とする医行為に関して適切な実施を確保するため、その標準的な作業手順について早急に検討すべきである。併せて、静脈注射の取り扱いについても検討すべきである。また、訪問リハビリテーションについても、理学療法士・作業療法士に必要な、標準的な作業手順について早急に検討すべきである。

○訪問看護ステーションの看護婦が訪問した際に、医師の指示のもと、速やかに必要な医療材料や衛生材料を提供できるよう、訪問看護ステーションにおけるその診療報酬上の取り扱いについて検討すべきである。併せて、薬局においても医師の指示に速やかに対応できるように同様の措置について検討すべきである。

つまり、訪問看護は在宅医療の推進のために、他の職種者と連携を緊密にし、個別具体的指示を必要とする医行為に関しては「標準的な作業手順」(施設内規準：プロトコール)を作成し、安全性を保証し、その利用によって効率的にサービスを提供していくことを提言している。

## 2 医療行為を行うに際しての問題

訪問看護サービスにおける医療行為は、主治医の指示を受けて行われるものである。しかし、現状では指示を受けていても、訪問看護婦が医療行為を行うに際して、原則的な問題が指摘されている。それらは、これまでの研究結果から見ると次のとおりである<sup>4)</sup>。

- 訪問看護婦側は医師の指示を受けて、医療行為を実施する際に躊躇している点として、
- ①現状で用いられている指示書では、指示内容や具体性に不足を感じていること。つまり指示書の内容が看護婦の業務範囲を明示していないため、実施すべき内容が特定化できない状況にあり、指示を受けた看護婦がどこまで自律的に判断し実施すべきか苦慮すること。
  - ②必要な衛生材料や医療器具が入手できず、適切な処置を行うことに困難が多い状況であること。

を挙げている。

また、指示を出している、および指示を出したいという医師側からは、訪問看護婦に指示を出す際に生じる問題として、

- ①訪問看護ステーションの方針やサービス内容、訪問看護婦の力量や実施方法などが不明確で、どこに（誰に）指示を出してよいかを判断する情報が少ないとこと。
  - ②実施中に事故が生じた際の責任すべてが、指示を出した医師側にあるということは容認できない、実施責任は訪問看護婦側にもあるのではないかということ。
- が指摘されている。

このような問題を克服する方法として現在両者が用いている方法は、以前同じ病棟で働いていたなどの個人的な関係による相互理解や相互信頼関係を重視するという方法であった。つまり、医師側は個別の関係が成立していない訪問看護婦には医療行為を依頼したくないという立場に立ちやすく、訪問看護婦側も個別的な関係が成立していない医師からの指示は返上したいという立場に立ちやすい状況が推測されている。このように現状での両者の関係は個人的な関係を基礎にしたものであり、これでは社会的ニーズに応えて在宅医療を推進していくことは困難である。

訪問看護婦と医師との（指示）関係を、療養者のニーズに合わせて簡便で合理的なシステムとして開発する必要がある。

そこで、われわれは、基本となる医療行為を取り上げ、これらの優れた実践を資料として、「標準的な作業手順」(施設内規準：プロトコール)案を作成することとした。この「標準的な作業手順」は、訪問看護における指示と報告に関する原則を定めるものである。実際の活用法について説明する。

- 各訪問看護施設内規準：それぞれの訪問看護施設で作成した施設内規準：「A訪問看護ステーション施設内規準」

○訪問看護ステーションと他施設との施設間規準：A訪問看護ステーションの施設内規準をもとに、B診療所と協議して作成したもの：「A訪問看護ステーションのB診療所との施設間規準」

A訪問看護ステーションが複数の施設と取り交わしをしている場合には、B診療所以外の施設とも施設間規準を持っていることになる。

○個別規準（医療処置管理協定書）：B診療所のC医師を主治医とするD療養者のサービスについて、A訪問看護ステーションのB診療所との施設間規準をもとにC主治医と協議して作成したもの：A訪問看護ステーションにおける「D療養者の規準」

これは、C主治医のA訪問看護ステーションに対する「D療養者の指示書」である。指示には事前指示や予防的処置などが含まれる場合もあり、緊急時対応はそれぞれの療養者の個別的なニーズに合わせて明らかにしておく。

これらを原則として、責任の所在を判断できるようにするものである。

## IV 施設内規準の原則と利点

1980年代から始まった医療法の改正から、現在実施されている医療変革を検討すると、①個人の意思の尊重、②医療提供の場の拡大、在宅サービスの開発、③質保証、などが重視されていると考えられる。これらの事項と施設内規準について検討してみると次のような関係が考えられる。

### 1 個人の意思の尊重

従来の医療は医療者のパターナリズムで行われていたものであるが、改正医療法では、医療（看護）の利用者である療養者が自身の意思で、それぞれのサービスを選択していくことを尊重する。介護保険制度も同様な視点である。療養者は、専門職員から十分な説明を受けて、サービスを利用した場合の成果も踏まえて、各種サービスを組み合わせて選択し、その人がもっとも自分らしい生活を作っていくことが重要視される。

そこで、それぞれの訪問看護施設は、その施設が提供する看護サービスの規準（施設内規準）を作成し、文書化しておくことが求められる。施設内規準が作成されており、これに関して教育を受けた者がいれば、次のような利点がある。

- ・ 提供するサービス内容をどの療養者に対しても、同じようにもれなく説明することができる。
- ・ また、説明を受けた療養者は、他の訪問看護施設のサービス規準と比較検討することによって、どの施設のサービスを受けることが自分にとって好ましいかを判断しやすくなる。
- ・ 施設内規準はその施設のサービスに従事する者が厳守するものであるから、サービス内容、手順などを一定にすることができる。
- ・ 療養者から選ばれた訪問看護施設は、事前に提示した施設内規準をもとに、療養者（個人）の希望や状態に合わせて、個別サービス計画（案）を立案する。主治医の指示もここで具体化される。立てられた看護計画（個別サービス計画）は療養者と共有

され、実施に移される。介護保険制度では、介護支援専門員（通称ケアマネジャー）が役割を果たす過程であろう。

さらに付言すれば、先に見たようにこれまでの調査では、主治医たちは訪問看護婦に医療行為を指示したいが、それぞれの訪問看護施設の技量についてわかりにくく、そのため、どこまで委譲してよいか判断に困り、その結果として、以前同じ病棟で勤務した訪問看護婦にだけというような、個別的な関係にもとづいて医療行為の指示を出すという意見が多くあった。しかし、施設内規準を事前に示し、この規準の看護サービス水準を施設が保証することができれば、主治医と訪問看護婦の関係は、個別体験的な関係から社会化された組織的な関係へと進展し、療養者が希望する受け方の医療を実現することが可能となる。

このように、施設内規準は訪問看護施設が療養者の意思を尊重する過程で重要な役割を果たすものである。

## 2 医療提供の場の拡大と在宅サービスの開発

従来の医療提供の場は医療機関内つまり病棟や外来診療室であったが、医療法が改正され、「居宅等」で生活していても医療サービスが受けられることになった。このことによって、医療依存度が高く、毎日医療処置を受ける必要性がある人々も居宅で生活でき、自分が望むように時間を過ごすことができるようになった。居宅で医療を受けられることは、療養者の自立支援としては重要な意義がある。療養者のQOLを高めるうえで、重要な施策である。

訪問看護も在宅療養も、すでに、医療保険制度による診療報酬請求ができるようになっている。つまり、指導管理が必要と医師が判断した療養者または療養者の看護にあたる者に、医師が在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導などを行ったうえで医学管理を十分に行い、必要かつ十分な衛生材料、医療材料を支給した場合、「在宅療養指導管理料」として医療機関に報酬が支払われることになっており、訪問看護に関しても「訪問看護療養費」が支払われるようになっている。

訪問看護サービスにおいて、施設内規準を活用して医療行為を含むサービスが容易になれば、例えば気管カニューレの交換を必要とするような場合でも、療養者は訪問看護サービスを利用しつつ、旅行をすることも可能となる。

## 3 質保証と施設内規準

医療法では、医療提供に際しては、「良質かつ適切な医療を効率的に行うよう努めなければならない」と記されている。実施した行為を評価し、サービスの質改善を継続して行うということである。これはサービスを行う者として当然のことと言えばそれまでであるが、組織的に行うことは簡単ではない。

まず、同じ組織から派遣される訪問看護婦のサービスの質が一定でなければ、契約したサービスと提供されたサービスが相違する事態が生じ、その場合には療養者は苦情を言うだろう。看護サービスは、看護婦が行為するプロセスそのものがサービスであるから、それぞれのサービスを見張っているわけにもいかないし、療養者とサービス提供者の主観的

判断だけで評価するわけにもいかない。工夫が必要である。

ジュネーヴに本部がある国際標準化機構（ISO）では、国際間で製品の取り引きが円滑に行われるよう製品の標準化を行っている。最近では、製品つまり生産物のなかにサービスという無形の製品も含めるようになり、わが国の介護サービスを提供する（売る）会社がISO 9001の規格を取得する例も出てきた。無形の製品を評価し、その質を保証するための基本が施設内規準である。

個々の従業者が提供するサービスを評価する場合には、まず、行われているサービスを施設内規準および療養者ごとに個別化された規準に照らして検討するところから始めることになる。

施設内規準書や手順書にそってサービスが行われている場合には、使用する用具も統一されてくる。そこで、用具をまとめて計画的に購入することも容易になる。また、行われるサービスが事前にわかっていていれば、使用する用具の準備も簡便となり、場合によっては、補助者が準備を行うことも可能となる。これらは、経済的にもよい方法であると考えられ、質保証上も有効なところである。

サービスが規準に則って行われるシステムであれば、サービス提供上に不都合が生じた際や、新しい学術的な情報や用具が導入された際には、施設内規準を変更・修正すれば、これを用いて行われているサービスすべてが修正されることになる。

この繰り返し作業が規準や手順の水準を向上させることにつながっていくと言える。

当然のことながら文書化された規準、すなわち施設内規準だけでサービスの質を評価するわけではないが、文書に盛り込まれた施設内規準がサービスの質を保証するうえで重要なことには違いない。

## V 施設内規準の作成（図1）

それぞれの施設のサービスは、そのときの医療水準や看護水準など学問水準を満たすものでなくてはならない。つまり、基本となる原則は学術的なものである。そこで、学術組織（学会など）で生産されている新しい情報や、行政的な指導などを即、取り込んでいくことが必要である。原則的には、普遍性が要求されるものである。

それぞれの施設は、その施設が所在する地域特性に影響されている。例えば、「がんセンター」が近くにあれば、癌に罹患している人々が多く利用するであろうし、「がんセンター」の治療方針や「がんセンター」で使用している用具を使用する人々も多いであろう。社会資源の分布や行政対応（例えば、看護費用を助成しているなど）にも特徴があろう。

また、それぞれの施設はその施設の特徴、例えば在宅酸素療法の管理を中心とした訪問看護施設であれば、この療法に関係する範囲の規準を作成しておけばよいし、その中に在宅酸素療法を実施している人々の多くが利用している医療施設の主治医と連携しやすい規準や手順を想定しておくとよいということになる。

施設内規準は、考え方や判断過程を示す文書や手順を示す文書などから構成されている。

以上の要件を考え、各施設で施設内規準を作成する際には、それぞれの施設は規準委員会を設置して、規準のフォローアップをしていくことが重要である。委員会の構成は、施

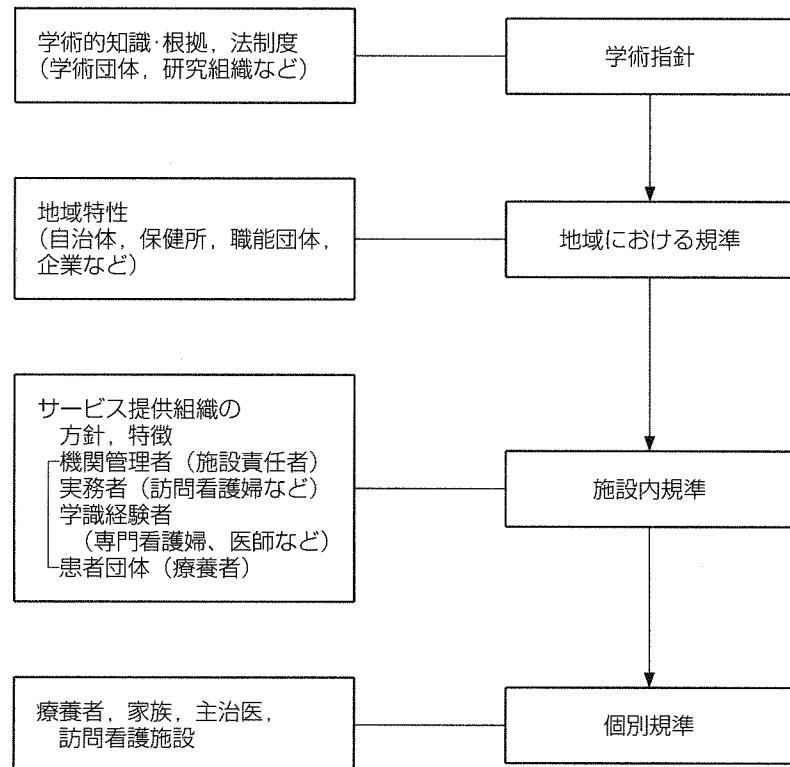


図1 規準化

設の長、管理者、技術者、施設の特徴に關係が深い分野の専門職者（例えば、癌の専門医師、連携が強い医療施設の看護婦）、および療養者代表を含めることが必要である。

## VI おわりに

訪問看護や在宅医療は、従来のサービス体系では、緊急対応として臨時的に行われる医師の往診と、往診に同行する看護婦のみで行われ、恒常的なサービスではなかった。そのため、わが国における現在の居宅サービスの体系は、20年間程度の試行で得た蓄積をもとに制度化されたものである。まだ、試行の蓄積も十分とは言えず、これらサービスの環境整備システムも確立できているとは言いがたい。今回提案する施設内規準も今後多くの実践により推敲されていくことが必要である。



## 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の考え方・使い方

2

# 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の作成過程と構成

## I 訪問看護における安全な医療処置管理の質の保証・維持機構の必要性

医療法の第2次改正（1992年4月）に伴う診療報酬制度の変更に伴い、医療の在宅化には著しいものがある。訪問看護の対象者に医療処置（医療行為）を要する療養者が増加していることはそれを反映していると考えられ、今後ますますその増加が予測される。このことは、今日の在宅療養は1992年に在宅医療が体系的に整備されて認められる以前とは大きく様変わりし、医療処置の実施・管理を一部に組み込んだ形態へと変貌してきていることを意味していると考えられる。

在宅療養者の医療処置の実施・管理は、それが円滑に行われるかどうかによって療養者のQOLが左右される、きわめて重要な問題である。特に、訪問看護では、複数の医師・看護職者（以下、看護婦と言う）が療養者に関わり、かつ看護婦は医師とは距離的に離れた療養者宅でさまざまな判断を行いながら医療処置の実施・管理に関わるという特徴<sup>1)</sup>から、訪問看護婦による医療処置の実施・管理に関して質の保証・維持のための機構が必要である。しかし、文献検索の結果では、わが国の訪問看護領域ではそういった医療処置に関連した看護の質の保証・維持のための規準や方策を提示しているものは見出だせなかつた。

訪問看護ステーションでは、1998年4月から届出によって「重症者管理加算<sup>2)</sup>」<sup>注1)</sup>が認められるようになった。しかし、訪問看護ステーションの「重症者管理加算」対応に関する調査<sup>3)</sup>の結果では、その届出をしている、していないにかかわらず、該当対象者への対応に必要な看護規準などの整備状況が不十分な実態が明らかになった。また、すでに整備しているステーションからも、「参考になるものがあれば利用したい」という回答が多く得られた。

これらの実態を背景として、訪問看護婦が療養者宅で医療処置を安全に実施・管理できるようにするために、現在、在宅医療として認められている医療処置を中心として、情報収集および具体的支援の段階での判断過程を示した判断樹を含んだ施設内規準としての医

注1：1998年4月より、訪問看護ステーションに対して認められた報酬の名称である。医療器具を使用しており特別な配慮をする者から看護に対する意見を求められた場合に、24時間連絡体制、対応可能な職員・勤務体制、および医療機関との密接な連携という条件を整備し、都道府県知事に届ておくことにより、該当患者に当該体制にあることを説明し、その体制を実施した場合に加算される。

療処置管理看護プロトコールを作成することとした。

ここでは、「平成10年度厚生省老人保健健康増進等事業 在宅療養を推進するための条件整備に関する研究」(代表：竹中浩治、主任研究者：川村佐和子)にもとづいてまとめられたプロトコールの全体像について提示する。次にプロトコール全体の作成過程と、各プロトコールに共通する構成について述べる。

## II 用語の定義

### [プロトコール]

施設内規準ともいう。施設内協定書のことであり、学術指針(ガイドライン)、その看護提供施設の運営に関する諸制度、その看護施設のサービスの内容や提供方法などの規範のなかで、看護婦が患者の情報を収集し、その情報にもとづいて具体的な行為を行う際に指示を与えるもの<sup>4)</sup>。

### [訪問看護における医療処置管理看護プロトコール]

各訪問看護施設が連携医師に、施設として提供できる看護の質(情報収集にもとづく判断と具体的行為)の規準として前もって提示し、実際にそれに準拠して療養者の医療処置の管理支援を行うもの。情報収集項目と支援行為の判断樹を含む。以下、看護プロトコールと言う。

### [判断樹]

医療処置を受けている療養者ならびに使用機器類に関して、順次、具体的な情報収集事項を挙げ、それぞれ該当するか、しないかという二分法に従って、次の情報収集項目あるいは具体的支援行為(医師への報告を含む)に進むような様式で作成された判断支援システム。

具体的な判断基準については、個別の療養者の状態にもとづいて、医師などとの協議によって設定する。

## III 作成過程

### 1 看護プロトコール作成の対象とした医療処置・器具管理の種類

現在、療養者の自己管理(療養者自身が、あるいは療養者の意思の代行者としての家族が処置を行うこと)が認められているものとして、「在宅療養指導料」算定対象<sup>5)</sup>、および「重症者管理加算」算定対象<sup>2)</sup>を参考とし、それらを中心として、訪問看護婦による指導、代行などの支援の機会が多いと考えられる以下の14項目を選んだ。

1. 在宅自己注射(インスリン療法)
2. 在宅自己腹膜灌流
3. 在宅酸素療法
4. 在宅中心静脈栄養法
5. 在宅自己導尿
6. 在宅人工呼吸療法(筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)

7. 在宅癌化学療法
8. 在宅経管栄養法
9. 気管カニューレ管理法
10. 膀胱留置カテーテル管理法
11. 人工肛門・人工膀胱管理法
12. 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法（有カテーテル尿路変更）
13. 癌末期疼痛管理法
14. 褥創管理法

## 2 作成手順

1. それぞれの医療処置に関して、在宅での実施・管理の知識が深く、自己管理の指導あるいは代行に関して十分な実践経験を持つ看護婦を選ぶ。
2. その看護婦を中心に、最近の学術的成果を基盤として、各医療処置を安全に実施・管理するための看護プロトコール原案を、それが連携している医師の意見を取り入れて作成する。
3. それぞれの原案を相互に検討する機会を設け、他との整合性を図る。

## 3 各看護プロトコールの構成の統一方法

看護プロトコール 14 項目はいずれも以下の理由により、構成を統一することとした。

1. どの項目の看護プロトコールを使用するにあたっても、項目の相違による混乱がなく、同じ考え方で用いることができる。
2. どの項目の看護プロトコールも、それを独立して用いることができる内容を含めること。
3. ただし、それぞれの判断樹が示す過程で、他の看護プロトコールあるいは他の判断樹の一部と重複することがある場合には、それを避けるために、他のどこを見ればよいかを判断樹の中に明示する形式とする。

なお、どの支援行為の選択に際しても療養者（および家族）からのインフォームド・コンセントを得ることが必要であるが、その過程をすべて示すことは判断樹を繁雑にする。そのため、判断樹の作成にあたっては、その過程をあえて示していないこともある。

## 4 看護プロトコールの適用にあたって共通する重要事項の確認方法

14 項目の看護プロトコール作成過程を通じた複数回にわたる全体での検討過程ならびに関連するプロトコール相互の検討過程において討議された内容から、どの看護プロトコールを適用するにあたっても重要視する必要がある事柄を抽出して整理した。

# IV 作成した看護プロトコールの実際

## 1 各看護プロトコールの構成

14 項目の看護プロトコールは、それぞれ、原則として表 1 の内容で構成した。

表1 各看護プロトコールの構成

I. 各プロトコールの適用条件
1. 療養者側の条件
1) その医療処置を要する状態
2) 使用器具・装具
2. 看護婦の条件
1) 看護経験
3. 医師との連携条件
1) 管理協定の締結
2) 平常時の連携
II. 各項目の医療処置療養者に対する看護支援目標
III. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル
IV. アセスメントならびに医師への報告基準
1. 導入検討の段階
2. 維持管理の段階
3. 中止・終了の段階
V. 各項目の医療処置管理判断樹
1. 導入検討の段階
A. 導入検討段階全体の判断樹
A-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
A-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
2. 維持管理の段階
B. 維持管理段階全体の判断樹
B-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
B-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
3. 中止・終了の段階
C. 中止・終了段階全体の判断樹
C-1. 具体的な異常・トラブル1に対する判断樹
⋮
C-n. 具体的な異常・トラブルnに対する判断樹
VI. 各項目の医療処置管理協定書

なお、本看護プロトコールは、各医療処置の目的、適応、方法についてすでに知識・技術のある看護婦が、どのような場合にどのように判断してそれらの医療処置を安全に管理するかを中心とするものである。したがって、各医療処置の目的、適応、方法の詳細については他の文献を参考にすることを前提として作成している。

## 2 構成内容の解説

以下、看護プロトコールの構成内容について解説する。

### [I. 各プロトコールの適用条件]

療養者側の条件、看護婦の条件および医師との連携条件の3項目を設定した。

療養者側の条件には、当該医療処置を要する療養者の一般的な医学診断名や身体状態と、

使用器具・装具についての条件を記載した。看護プロトコールによっては、参考として、一般的に用いられる器具・装具について説明を加えたものもある。

看護婦の条件には、病棟、外来あるいは在宅での当該医療処置を受けている人々の看護経験があることと、具有すべき知識・技術について明示した。また、この条件に該当しない看護婦の場合は、条件を満たす看護婦とともに訪問して知識・技術を習得する必要があることを明記して、訪問看護婦による医療処置管理の質の保証・維持を図るとともに、今後の看護婦の育成につながるように配慮した。

医師との連携条件には、包括的指示を受ける一環として、主治医との間で各医療処置の管理協定を締結しておくことと、平常時の連携体制と報告内容について明記した。

### [II. 各項目の医療処置を受ける療養者に対する看護支援目標]

各医療処置を受ける療養者（および家族）がそれらに伴う異常・トラブルを経験せずに、QOLを維持しながら療養生活が送れるよう支援することを目標として、それぞれに明記した。

### [III. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル]

各項目の医療処置によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難を、看護の視点から、療養者の生命の安全および療養者と家族のQOLに関わるものと含めて広く取り上げた。すなわち、各医療処置自体に起因する医学的合併症をはじめとして、各医療処置導入による療養者の活動性の低下や生活行動に関するもの、各医療処置に対する療養者および家族の気持ち・受け入れに関するものである。

それらを生命に対する危険の高いものから列挙し、それぞれについて、看護診断の考え方<sup>6)</sup>にもとづいて原因あるいは関連要因<sup>注2)</sup>として一般的に該当するものを併記した。

### [IV. アセスメントならびに医師への報告基準]

原則として、[1. 導入検討の段階]、[2. 維持管理の段階]、[3. 中止・終了の段階]の3段階に分けて示した。どの段階も、アセスメントは主観的情報（Subjective data：療養者（および家族）が言うこと）と客観的情報（Objective data：在宅療養者支援チームが観察したことや行ったこと、あるいはその記録）の両面の情報にもとづいて行うこととし、各医療処置に関して該当する事柄を示した。

[1. 導入検討の段階]は、療養者がその医療処置を必要とする身体状態かどうかをアセスメントするための情報収集項目を示した。医療処置の種類により、その導入が在宅ではなく入院医療として行われることが一般的なもの場合には、この段階を示していない。

[2. 維持管理の段階]では、アセスメントする領域を以下の4領域で構成した。

- 1) 療養者（および家族）のその医療処置に対する気持ち・認識
- 2) 指示内容とその実施状況
- 3) 身体障害者福祉法等の適用状況
- 4) 医師に報告する異常・トラブル

注2：看護診断は、看護ケアを要する療養者（および家族）の状態であり、ケア（働きかけ）の方向がそれによって示されるものである。ケア（働きかけ）の方向は、不都合あるいは困難の原因あるいは関連要因と考えられる事柄が推定され、それらの解消がめざされることである。

表2 医師に報告する異常・トラブルと報告基準（例：在宅中心静脈栄養法の一部）

領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル	
塞栓症	呼吸正常 <u>呼吸困難</u>
上大静脈症候群	頸部浮腫なし <u>頸部・顔面・カテーテル挿入側上肢の浮腫あり</u>
滴下状態	時間どおりに指示量が注入されている 輸液ポンプの作動不良 <u>うまく落ちず、指示量が注入できない</u> ヒューバー針の刺入が浅く、皮下に注入
カテーテル固定状況 (体外式の場合)	確保されている 固定用絆創膏がはがれかかっている <u>カテーテル固定の縫合糸がはずれている</u> <u>抜去してしまった</u>

「3) 身体障害者福祉法等の適用状況」をアセスメント領域として設定した根拠は、安定した在宅療養を送るために経済基盤の確立が必要であり、身体障害者福祉法等はその一翼として位置づけられるためである。各看護プロトコールでは、それぞれの医療処置を要する身体状況のうち、身体障害者福祉法等に関して該当する身体状況の情報を記載した。

「4) 医師に報告する異常・トラブル」については、[Ⅲ. 各項目の医療処置に伴う異常・トラブル] の項目に従って、それぞれ観察内容を具体的、段階的に設定し、どの段階であれば医師に報告するかを報告基準として表示した。表2に、在宅中心静脈栄養法の場合を例として、その一部を示した。

[3. 中止・終了の段階] は、療養者がその医療処置を必要としない身体状態になってきているかどうか、あるいは療養者（および家族）がその医療処置を継続することが困難な状況になってきているかどうかをアセスメントするための情報収集項目を示した。医療処置の種類によっては、一般には中止されることのないもの（例えば、在宅中心静脈栄養、在宅自己腹膜灌流など）については、この段階を示していない。

#### [V. 各項目の医療処置管理判断樹]

各項目の医療処置の管理上で遭遇する、療養者に起こるさまざまな異常・トラブルについて、どのような状態であれば医師に報告するのか、看護婦が対応する場合は何をどこまで行うのかがわかるように示した。

判断樹は、アセスメントで挙げた各段階（導入検討、維持管理、中止・終了）ごとに構成した。各段階で必要になる判断内容とそれに対する対応（実行・処理）のすべてを1枚の紙面上に示すことが困難であったため、まず段階ごとにその全体を示し、必要時に枝分かれしてさらに詳細に示すという方式で統一した。アルファベットのA, B, Cがそれぞれ、導入検討、維持管理、中止・終了の段階を示し、A-1, A-2…A-n, B-1, B-2…B-n, C-1…C-nが各段階の具体的な異常・トラブル 1…nに対する判断樹をそ

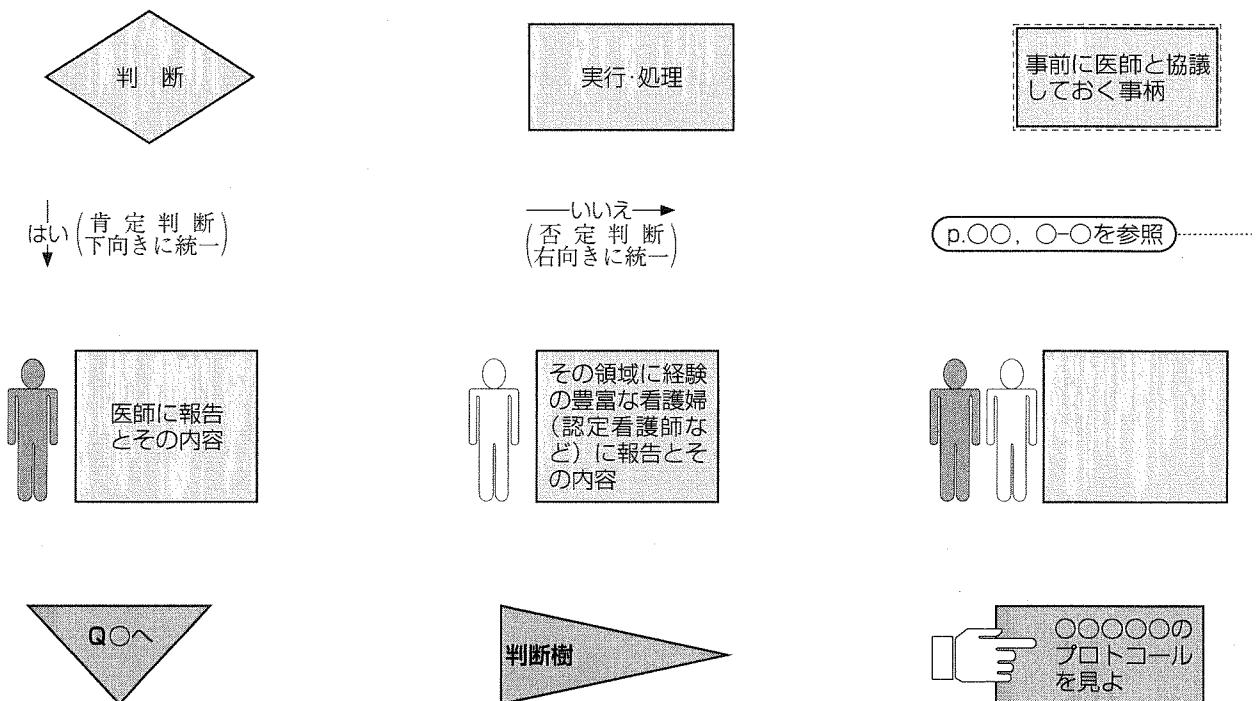


図 1 判断樹の凡例（記号の意味）

れぞれ示している。

図1に、判断樹に用いた記号の意味（凡例）を示した。判断を要する内容は菱形（◇）とし、それに対する回答として、原則として「はい」（肯定判断）は下向き、「いいえ」（否定判断）は右向きに統一した。判断項目の問い合わせ（Q）の表現はすべて、この凡例に示した原則に従い、「はい」の場合は縦の方向に進み、「いいえ」の場合は右の方向に進むよう、尋ね方を工夫した。

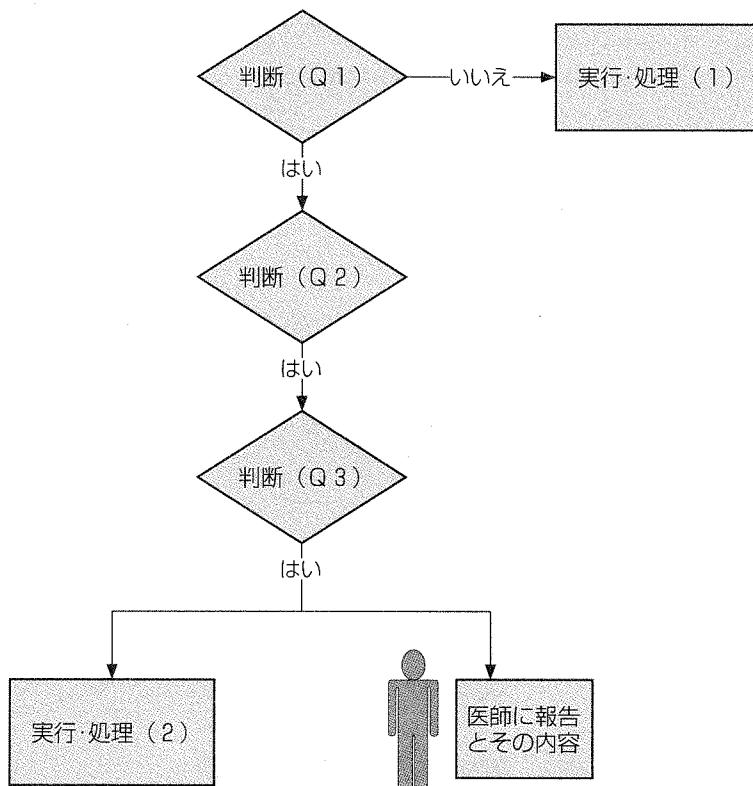
判断に対する対応（実行・処理）の内容は矩形（□）とし、実行・処理の特殊形態として、医師に報告、あるいは経験の深い看護婦に相談する場合は、図1に示したそれぞれに対応する記号を用いた。

横向きの三角形 (▷) と下向きの三角形 (▽) は、それぞれ別の判断樹と、判断項目の問い合わせ (Q) へ進むことを示す。

図2に、判断樹の基本的な使い方を、菱形と矩形を用いて示した。この使い方は、全体の判断樹および具体的な異常・トラブルの判断樹のどちらにも共通する考え方である。

図3に、全体の判断樹と枝分かれした具体的な異常・トラブルの判断樹との関係がどのようにになっているかを示した。全体の判断樹BのQ1に対する答えが「はい」の場合はQ2に進み、「いいえ」の場合は、判断樹B-1に進む。B-1の経路は最終的には全体の判断樹BのQ2に戻る。Q2からQnについても、この循環を繰り返し、再びQ1に戻る構造になっている。

在宅中心静脈栄養法の維持管理段階を例として、全体の判断樹の一部（図4）、および枝分かれした判断樹の設問と看護婦の対応の一部（図5）を示した。



- 1) 「いいえ」に進んだ場合は、その経路が終了したら、必ず「いいえ」と回答した判断 (Q 1) の直下の判断 (Q 2) に戻る。
- 2) 実行・処理の内容として、指導あるいは再指導を行った場合は、それを要した判断 (Q) に戻り、指導あるいは再指導によって判断 (Q) が改善したかどうかを確認する。経過観察の場合は、それを要した判断 (Q) の増悪がないかを確認する。
- 3) 判断 (Q 3) の結果、医師に報告すると同時に、実行・処理 (2) を行う場合がある（同時行為の実行・処理）。

図 2 判断樹の使い方

維持管理段階全体の判断樹は、したがって、Q 1 から Q n までについて、それぞれ「はい」に該当する状態を療養者（および家族）が示していれば、合併症や生活行動の縮小がなく、その医療処置に対する療養者（および家族）の受け入れも良好であり、看護支援目標が達成できている状態と言える。

## V. 各項目の医療処置管理協定書

看護プロトコールの適用条件の項で、医師との連携条件として挙げた管理協定の締結を具体化する方策である。各看護プロトコールを療養者に対して適用する場合には、それぞれの看護プロトコールを主治医が了解したうえで、訪問看護ステーションと協定を結び、医療処置の管理を行う。「1. 施設内規準(医療処置管理看護プロトコール)の意義と目的」で述べた「個別規準」に該当するものである。

各医療処置管理協定書には、以下の内容を含めた。

療養者の情報（氏名、処置の実施理由、自己管理能力など）、「在宅療養指導管理料」請求機関名、使用薬剤・量・投与法、「在宅療養指導管理料」により提供される器具・衛生

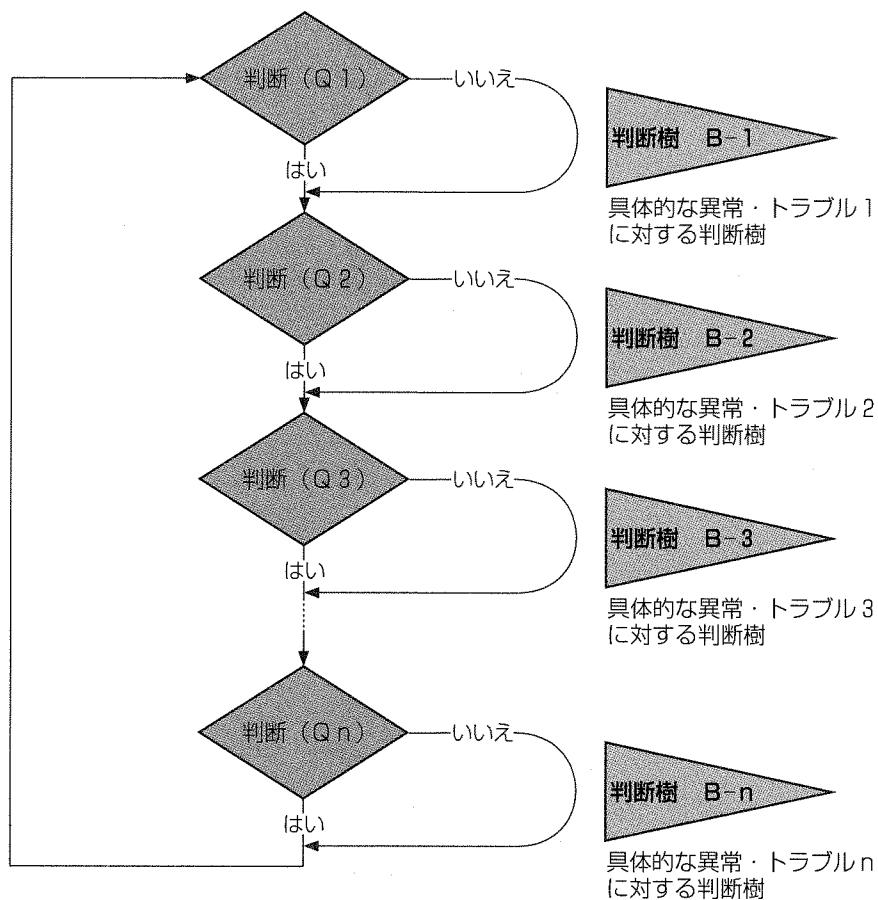


図3 全体の判断樹と枝分かれの判断樹の関係

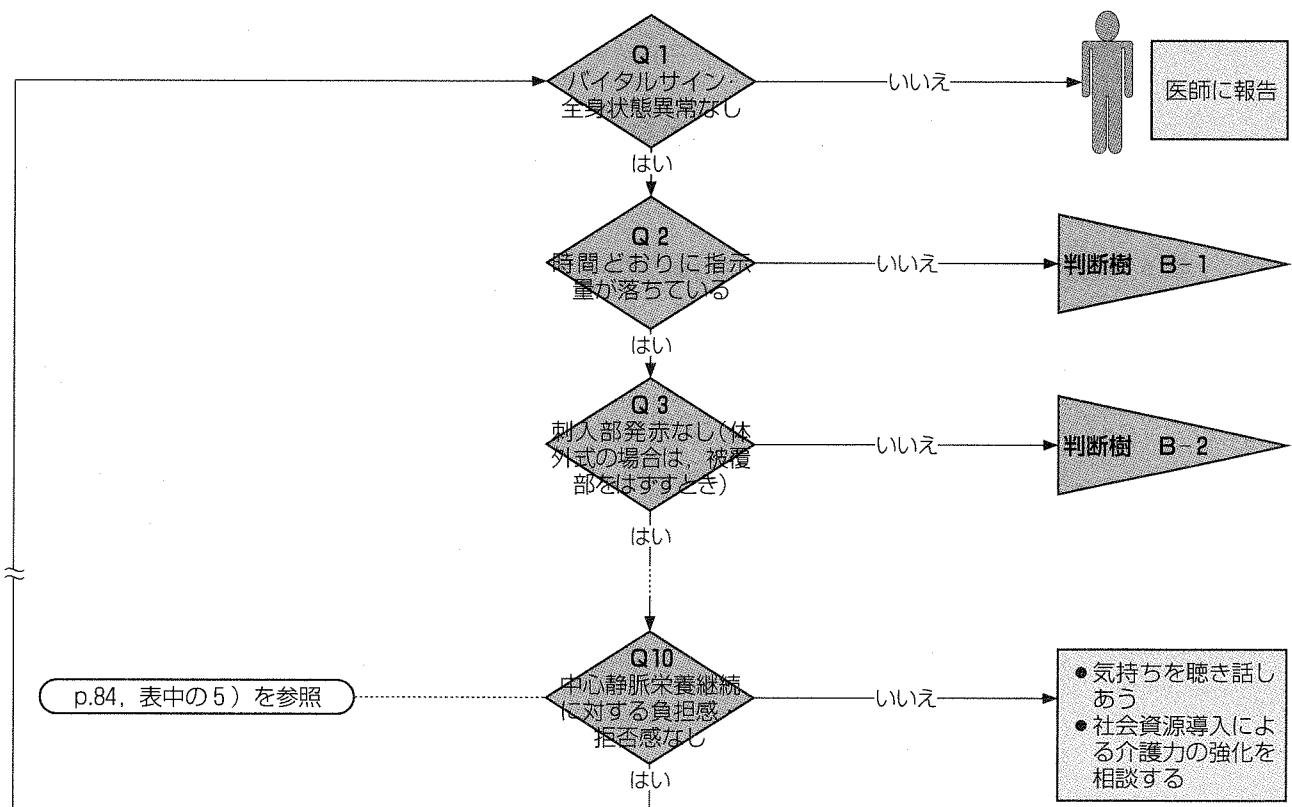


図4 全体の判断樹の例（在宅中心静脈栄養法の維持管理段階の一部）

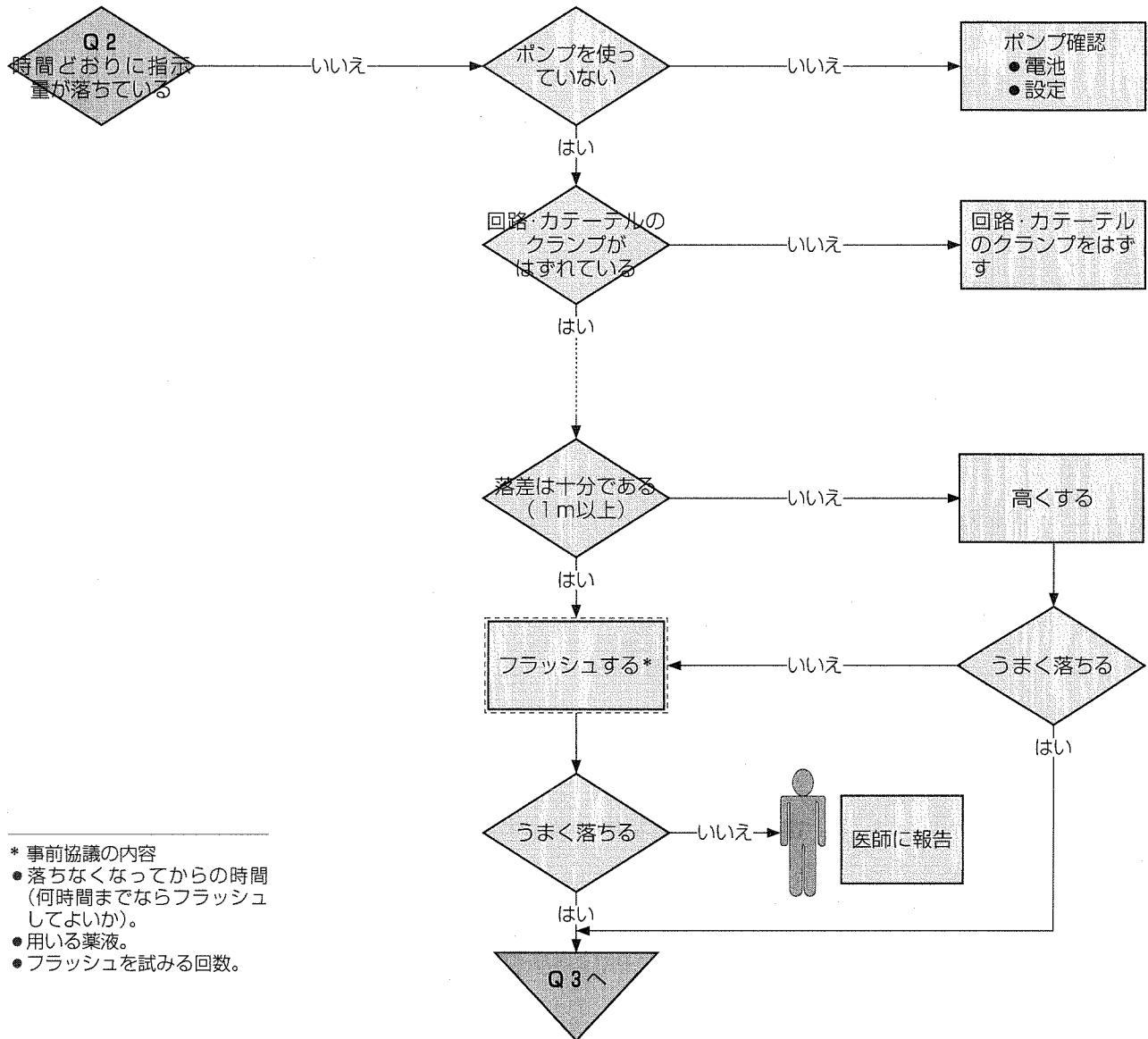


図5 具体的な異常・トラブルに対する判断樹の例(在宅中心静脈栄養法の維持管理段階の一部)

材料、事前協議事項である。

自己管理能力の状態の記載にあたっては、療養者（および家族）の自己管理能力の程度により訪問看護婦が代行する場合には、代行によって在宅での管理の不足部分を補うという意味で「補完」という表現を用いた。

事前協議事項は、看護プロトコールを適用する前に、判断樹には示しにくい個別の対応策を訪問看護ステーションと医師との間で取り決めておくもので、この欄には療養者の個別の状況および訪問看護ステーションの力量を加味して、具体的な対応策が記載されることになる。例えば在宅中心静脈栄養法では、「滴下不良の場合の対応方法」である（図5参照）。

この管理協定書は2部作成し、主治医と訪問看護ステーションがそれぞれ保管し、次回変更日までを有効期限とした。

### 3 看護プロトコールの適用にあたって確認された共通事項

どの看護プロトコールを適用するにあたっても、重要視すべき看護の視点として確認された事柄を以下に記す。

1. 判断樹に示すあらゆる段階で、療養者（および家族）からのインフォームド・チョイス、あるいはインフォームド・コンセントを得ることを遵守する。
2. 「療養上の世話」の一環として、療養者の残存能力をできるだけ活かし、その主体性および自律性を尊重して医療処置の実施・管理が療養者ならびに家族の生活の中に採り入れられるように支援する。
3. 医療処置の種類により、療養者の能力の回復によって自立（医療処置の中止・終了を含む）できる可能性があるものについては、努めて自立に向けた技術を用いた看護支援を行う。

## Vまとめと今後の課題

訪問看護において在宅での医療処置が安全に実施・管理できるようにすることを目的として、「重症者管理加算」算定対象を中心とした14項目について、情報収集（アセスメント）し、ならびに具体的な支援行為の判断樹を含めて看護プロトコールを作成した。ここでは全体の作成過程とその成果の全貌について紹介した。14項目の個々の看護プロトコールは、第2部に掲載した。

今回作成した医療処置管理看護プロトコールは、第一義的には施設内規準として訪問看護婦が療養者の主治医と連携して在宅での医療処置が安全に実施・管理できるようにするためのものであるが、そのほかに、療養者（および家族）に対して、訪問看護婦がどのようなことを行うのかを説明したり、自己管理の具体的な方法を指導したりする場合にも用いることができる。

今後、各看護プロトコールを実践の場で適用し、在宅療養者の安全でQOL向上に向けた療養支援に資するものとなるよう、さらに修正・改善を重ねる必要がある。



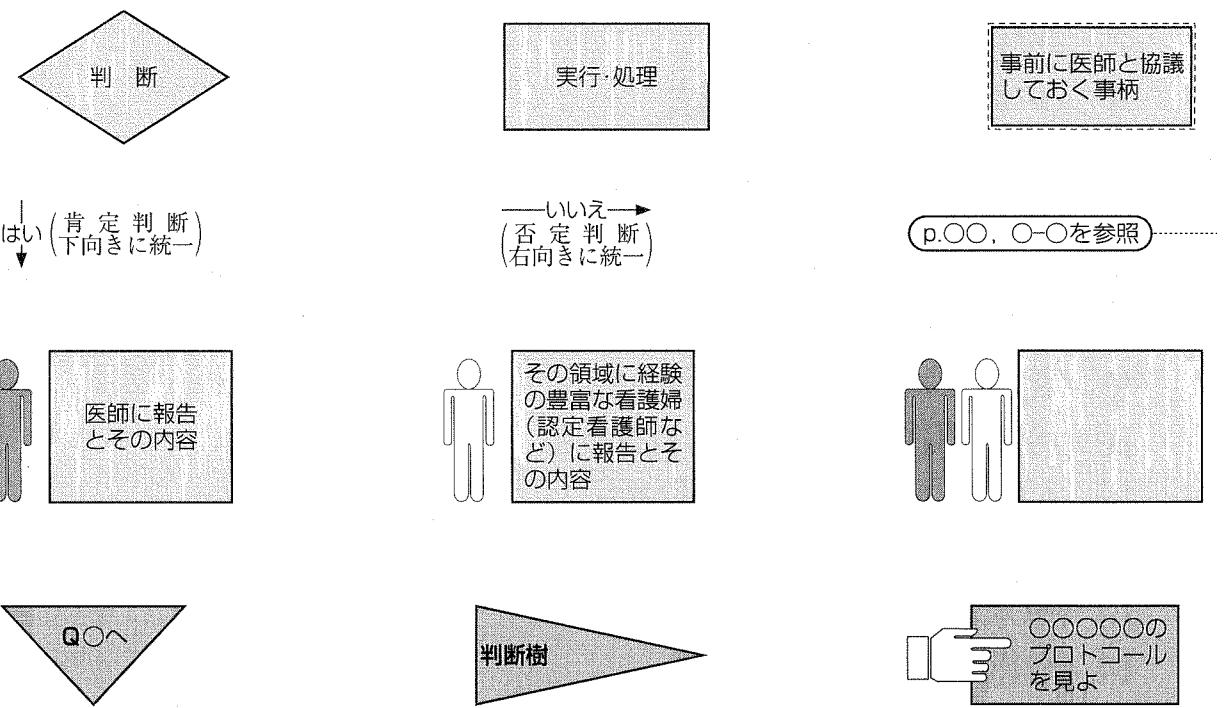
---

## 第2部

# 医療処置管理看護プロトコール

- 1 在宅自己注射(インスリン療法)
  - 2 在宅自己腹膜灌流
  - 3 在宅酸素療法
  - 4 在宅中心静脈栄養法
  - 5 在宅自己導尿
  - 6 在宅人工呼吸療法
  - 7 在宅癌化学療法
  - 8 在宅経管栄養法
  - 9 気管カニューレ管理法
  - 10 膀胱留置カテーテル管理法
  - 11 人工肛門・人工膀胱管理法
  - 12 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法
  - 13 癌末期疼痛管理法
  - 14 褥創管理法
-

## 判斷樹凡例



## 医療処置管理看護プロトコール

1

# 在宅自己注射(インスリン療法)

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

インスリン療法を実施している糖尿病療養者（すでに、入院あるいは外来でインスリン療法が導入されている療養者）。中心静脈栄養法、腹膜灌流を併用している場合を除く。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護を要する以前からインスリン療法が導入されており、退院時に、あるいは外来で医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅でのインスリン療法患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①インスリン療法の適応や用いる機器類の仕組みについての理解。
- ②インスリン療法に伴う異常・トラブル（p.26, III参照）についての熟知。
- ③インスリン療法の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
- ④インスリン療法を管理する具体的技術（インスリン・カートリッジの交換、自己注射など）。
- ⑤在宅でのインスリン療法に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（「在宅自己注射指導管理料」による器具・材料についての理解）。
- ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に当該療養者ごとに「在宅自己注射（インスリン療法）管理協定」を書面（p.37）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

## 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## IV 在宅自己注射(インスリン療法)療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が訪問看護を要する背景となった主疾患を悪化させることなく、かつインスリン自己注射に伴う問題に対処しながら療養生活を継続できること。

## III 在宅自己注射(インスリン療法)に伴う異常・トラブル

在宅インスリン療法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅インスリン療法療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 代謝異常に関するもの

#### 1) 高血糖、あるいはその危険性

原因・関連要因：感染

脱水

過食

インスリンの指示量が入らない、あるいは打ち忘れ

#### 2) 低血糖、あるいはその危険性

原因・関連要因：嘔吐

下痢

食事摂取量の低下

#### 3) 栄養摂取の慢性的な低下

原因・関連要因：摂取食物の変化（入院治療食から自宅での食事になること）

### 2 インスリン自己注射に関するもの

#### 1) 指示量が入らない、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な操作（インスリン・カートリッジ交換を含む）

注射部位の異常（発赤、熱感、疼痛）

### 3 自己血糖測定に関するもの

#### 1) 正しく測定できない、あるいはその危険性

原因・関連要因：手技・測定時間に対する知識不足

手指の巧緻性の障害

視力障害

#### 4 合併症に関するもの

- 1) 網膜症、あるいはその悪化の危険性
- 2) 腎症、あるいはその悪化の危険性
- 3) 神経症、あるいはその悪化の危険性

原因・関連要因：血糖コントロール不良の持続 [1) ~ 3) 共通]

#### 5 生活行動に関するもの

- 1) 不十分、不適切な口腔ケア、あるいはそれらによる感染の危険性
- 2) 不十分、不適切なフットケア、あるいはそれらによる感染の危険性
- 3) 不十分、不適切なスキンケア、あるいはそれらによる感染の危険性
- 4) 不十分、不適切な陰部ケア、あるいはそれらによる感染の危険性

原因・関連要因：療養者（および家族）の知識不足、家族の介護力不足 [1) ~ 4)  
共通]

#### 6 療養者の気持ち・受け入れに関するもの

- 1) 自己注射に対する不安・心配  
原因・関連要因：知識不足
- 2) 食に対する満足が得られない、あるいはその危険性  
原因・関連要因：摂取可能なカロリーが指示されている（食事制限がある）

#### 7 家族の気持ち・受け入れに関するもの

- 1) 自己注射を療養者に代わって行うことに対する不安・心配  
原因・関連要因：知識不足

### IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

#### 1 導入検討の段階

なし

#### 2 維持管理の段階

- 1) 在宅でのインスリン療法に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している実施理由

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

- 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして実際に行って

いる方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

\* 指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①インスリンの種類および指示量、回数
- ②注射、インスリン・カートリッジ交換の手技
- ③物品の入手、処理方法
- ④自己血糖測定の手技
- ⑤指導されている身体観察項目

### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：糖尿病の進行による視覚障害があるか

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 在宅自己注射（インスリン療法）に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.29、表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と〔V. 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

## 3 中止・終了の段階

なし

## V 在宅自己注射(インスリン療法)管理判断樹

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.31)

B - 1 血糖値が指示範囲内にない場合の判断樹 (p.32)

B - 1 - 1 指示量のインスリンが注射できているかの確認の判断樹 (p.33)

B - 2 指示量の食事がとれない場合の判断樹 (p.34)

B - 3 消化・吸収を阻害する因子がある場合の判断樹 (p.35)

B - 4 感染徵候がある場合の判断樹 (p.36)

### 3 中止・終了の段階

なし

## VI 在宅自己注射(インスリン療法)管理協定書 (p.37)

## 在宅自己注射(インスリン療法)に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準 (下線部分)
<b>1) 代謝異常</b>	
全身状態	バイタルサイン異常なし <u>発熱, 脈拍数・呼吸数の増加</u>
血糖値の状態	正常範囲 <u>持続的な高血糖</u> <u>尿量の増加</u> <u>尿のアセトン臭</u> イライラ, 不穏, 頭痛 低血糖発作
栄養低下・消化管からの喪失	食事摂取量: 普通 : <u>低下</u> 嘔吐なし <u>嘔吐あり</u> 普通便 <u>下痢便・水様便</u> 通常どおりの便回数 便回数増加
脱水	尿の性状: 通常どおり : <u>濃縮</u>
<b>2) 指示量のインスリン注入に関するトラブル</b>	
注入手技	適切 不適切
注射部位の状態	発赤・疼痛がない <u>発赤がある</u> <u>疼痛がある</u> <u>熱感がある</u>
<b>3) 血糖測定に関するトラブル</b>	
測定手技	適切な手技で, 正しく測定できる 手技が不適切で, 正しく測定できない
<b>4) 局所の感染徵候</b>	
尿路	回数・量は通常どおり <u>回数・量が増加</u> <u>排尿時痛</u> <u>残尿感</u> <u>尿混濁</u>
皮膚	発赤なし <u>発赤・腫脹あり</u> 創なし 創あり
口腔	歯肉痛 歯肉出血

領 域	医師への報告基準（下線部分）
口腔	口内炎 アフタ
足	深爪 たこ・いば 水虫 踵部褥創

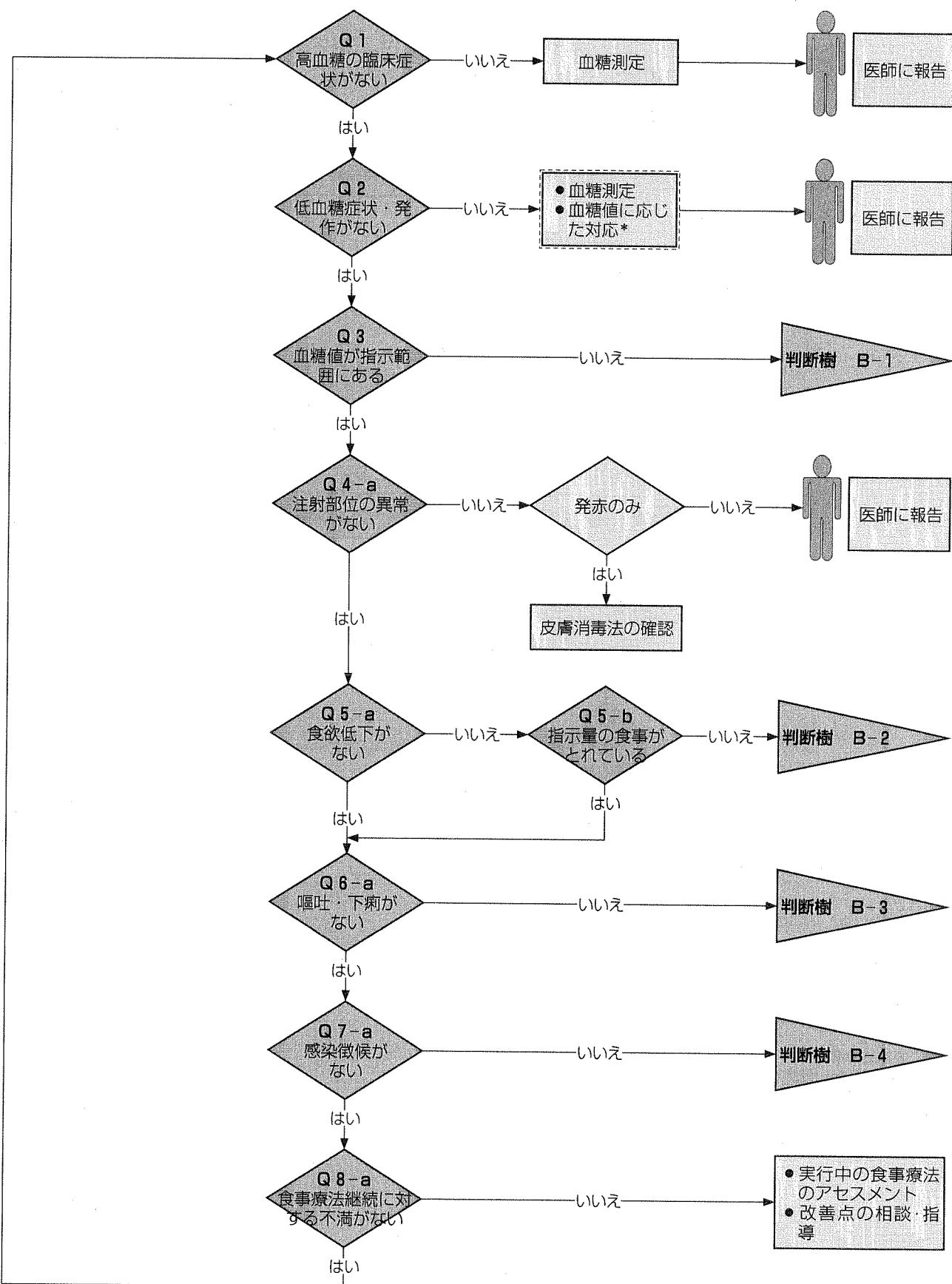
## 5) 合併症に関するもの

眼	視力・視野の異常の訴えなし <u>視力低下・視野狭窄の訴え</u>
腎	尿蛋白（-） 尿蛋白（+）
末梢神経	しびれ感なし しびれ感あり、あるいはその増強あり

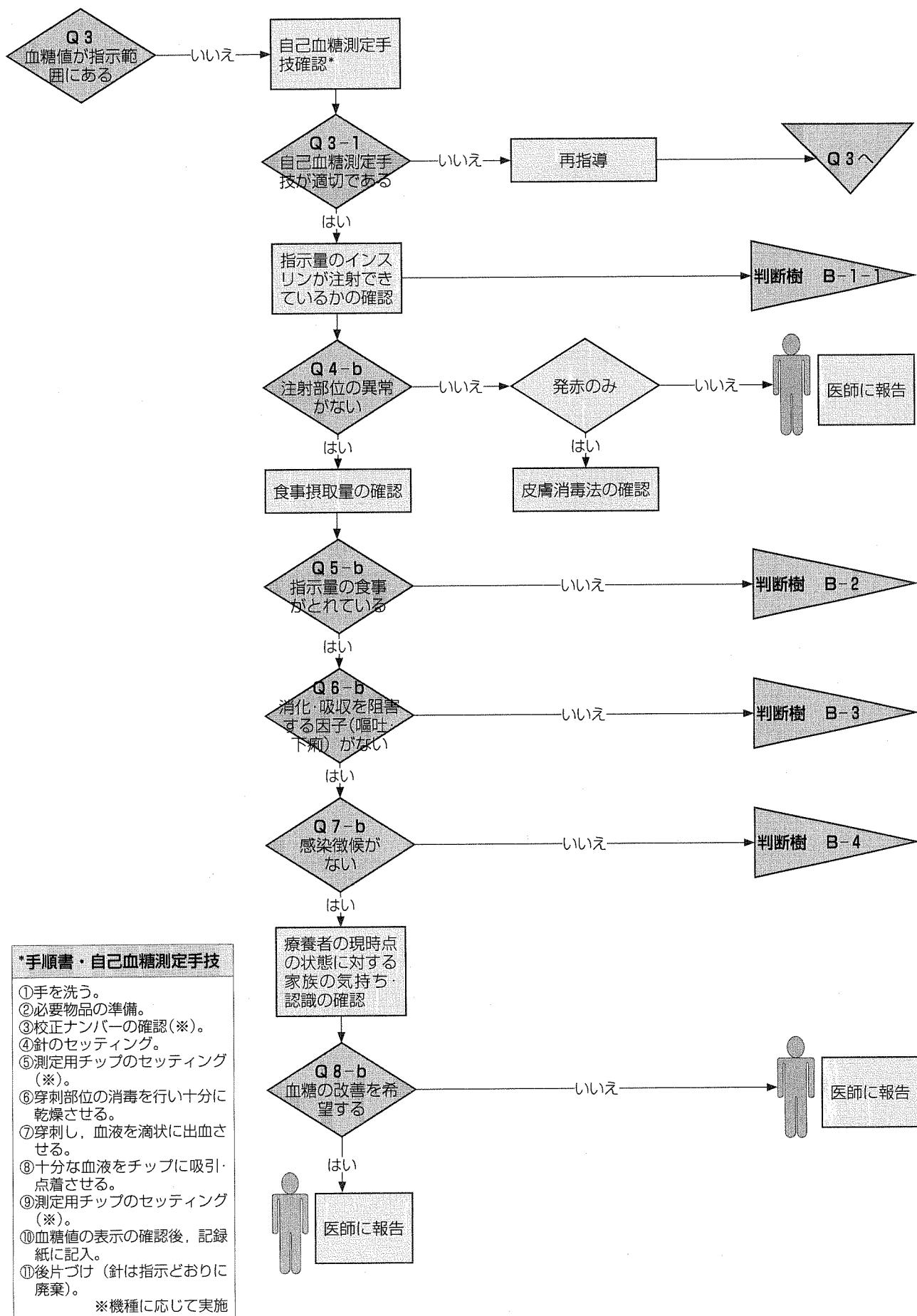
## 6) 療養者・家族の気持ち

療養者自身の不安・心配	訴えなし <u>治療に関する事柄</u>
家族の不安・心配	訴えなし <u>治療に関する事柄</u> <u>療養者の治療に対する家族の気持ち</u>

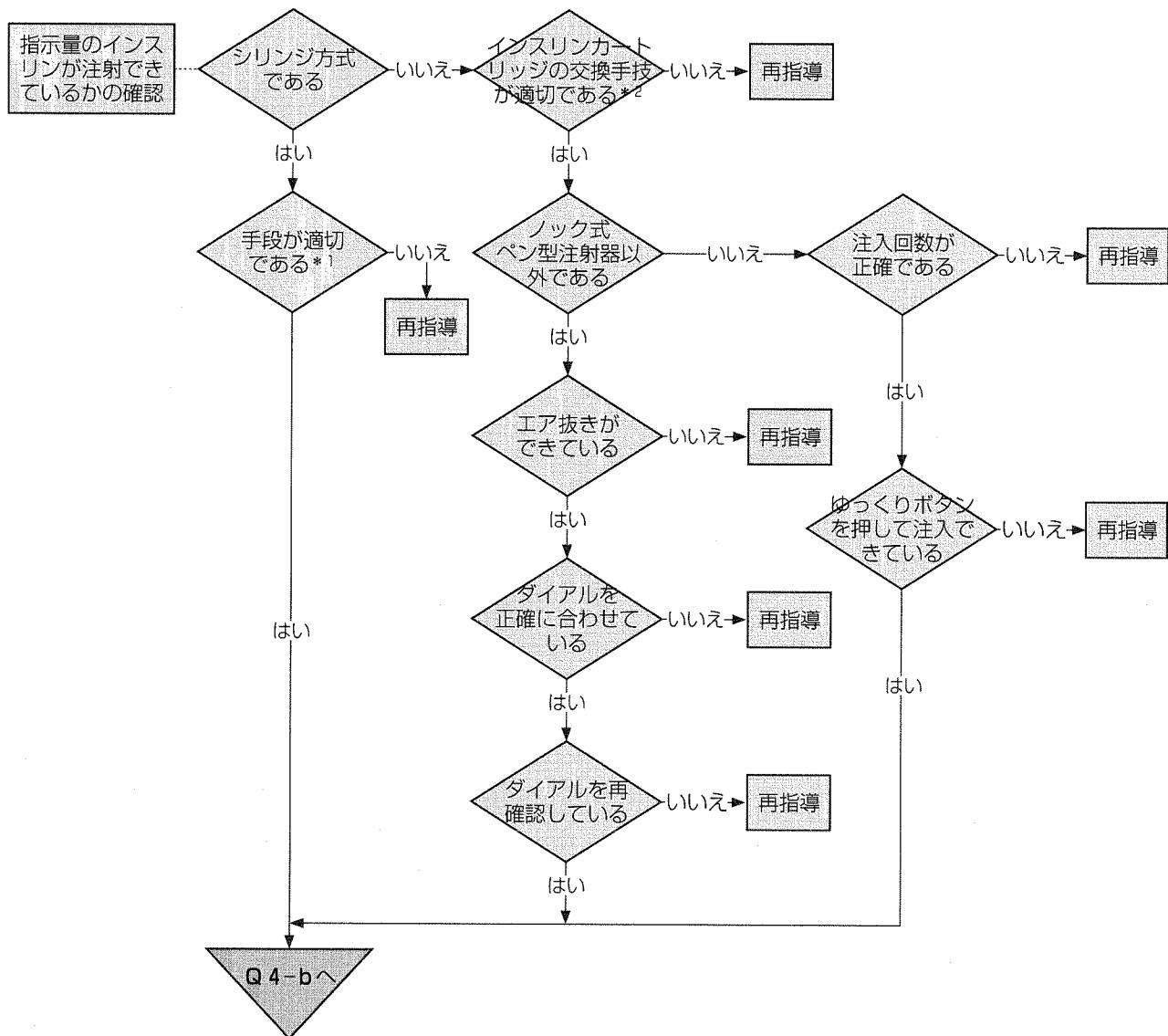
## B 維持管理段階全体の判断樹



## B-1 血糖値が指示範囲内にない場合の判断樹



## B-1-1 指示量のインスリンが注射できているかの確認の判断樹



### \*1手順書・シリンジの場合

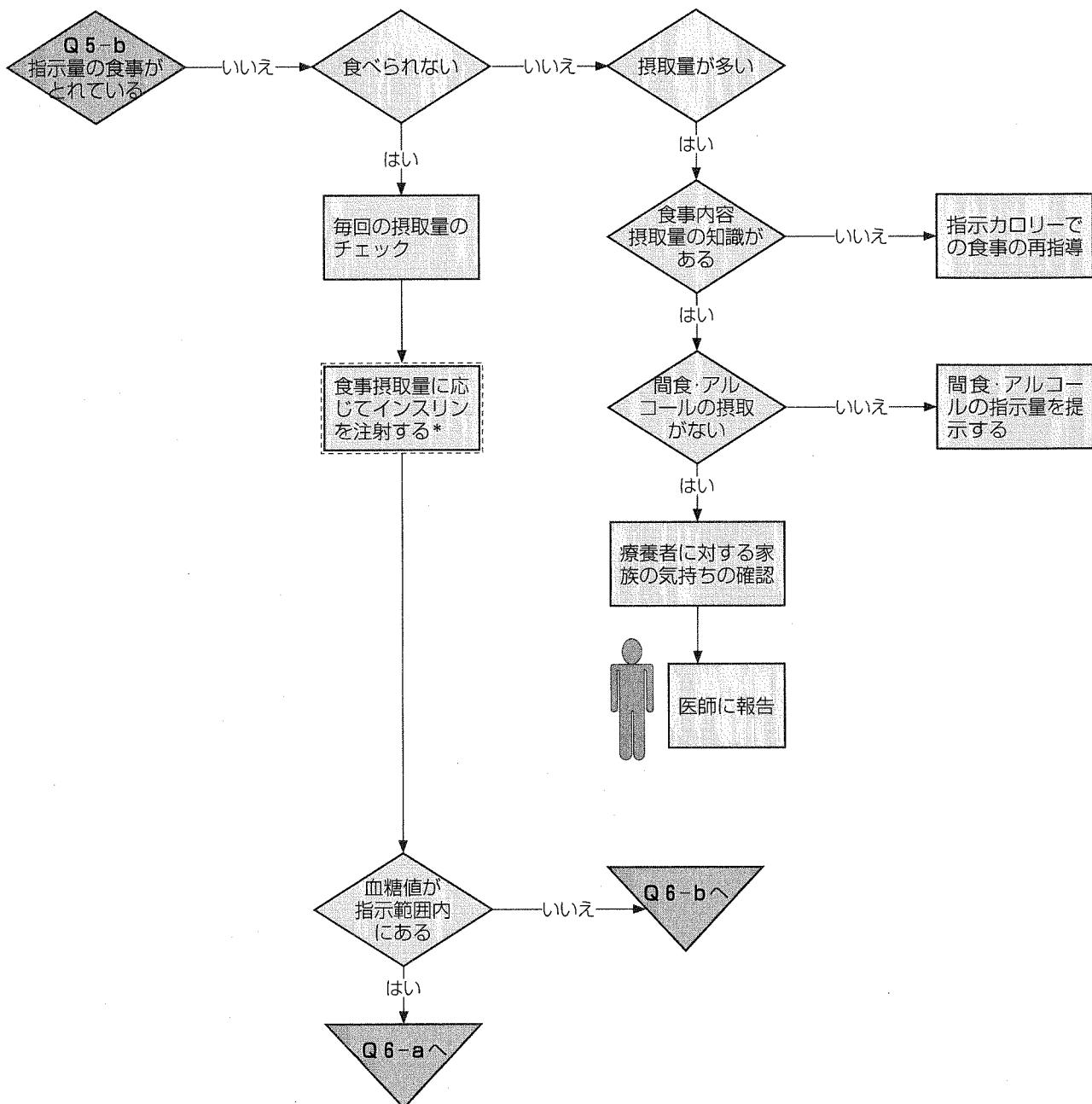
- ①手を洗う。
- ②必要物品を準備する。
- ③混濁液は中身を均一に混和する。
- ④注射指示量と同量の空気をバイアルに入れ、液を吸引する。
- ⑤注射器の空気を抜く。
- ⑥注射部位を消毒し、針を刺す。
- ⑦血液が逆流してこないことを確認し注入する。
- ⑧ゆっくり針を抜き、軽く押さえる。
- ⑨後片づけ（針は指示どおりに廃棄する）。

### \*2手順書・ペン型の場合

- ①手を洗う。
- ②必要物品を準備する。
- ③ペン型注入器の組み立てを確認。
- ④インスリンのカートリッジをセットする。
- ⑤針を取り付ける。
- ⑥混濁液は中身を均一に混和する。
- ⑦空打ちをし、液が出ることを確認する。
- ⑧ダイアルを注入単位数に合わせる。
- ⑨注射部位を消毒する。
- ⑩ダイアルの再確認をする。
- ⑪針を刺す。
- ⑫注入ボタンを押し、インスリンを注入する。ダイアルが0単位に戻ったことを確認する。ノボペンの場合はゆっくり必要回数を押し、インスリンを注入する。
- ⑬ゆっくり針を抜き、軽く押さえる。
- ⑭後片づけ（針は指示どおりに廃棄する）。

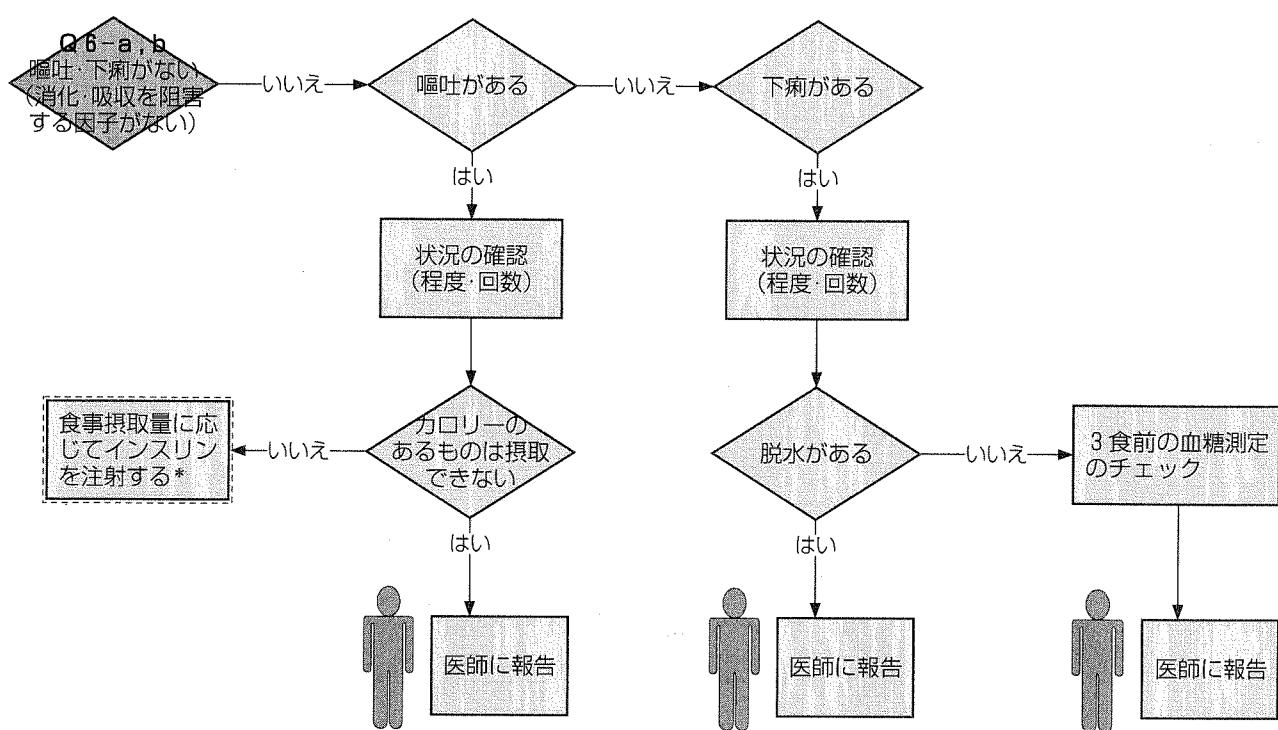
## B-2

## 指示量の食事がとれない場合の判断樹



- \* 事前協議の内容  
食事摂取量に対してのインスリン量。
- 1日の食事摂取が通常の 1/3 以下の  
場合。
- 食事摂取量低下が続く場合。

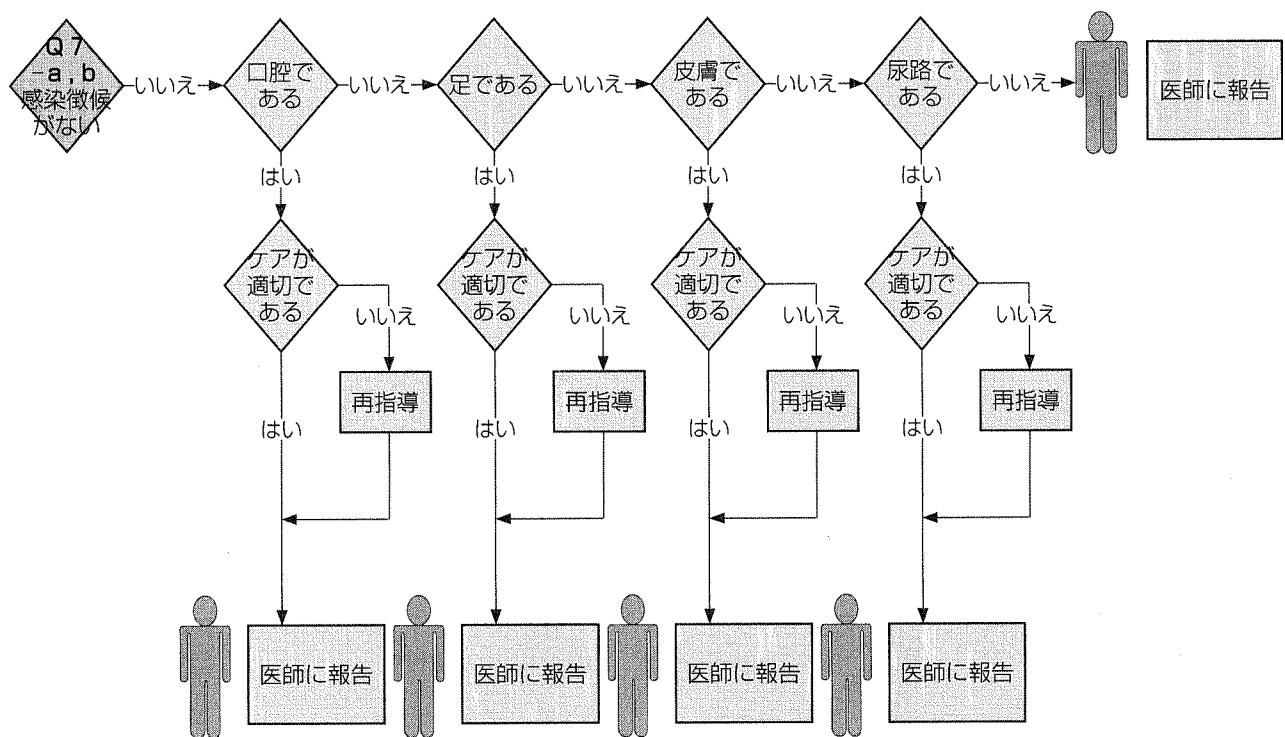
### B-3 消化・吸収を阻害する因子がある場合の判断樹



\* 事前協議の内容  
 ● 食事摂取量・内容に対してのインスリン量。  
 ● 24時間持続の場合。

## B-4

## 感染徵候がある場合の判断樹



**管理協定書**

平成 年 月 日

**在宅自己注射(インスリン療法)管理協定書**

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅自己注射（インスリン療法）管理看護プロトコールに従って療養者のインスリン療法の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_

2. 在宅療養指導管理料請求機関

3. 実施理由 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

4. 実施開始日 年 月 日

5. 経口薬 1) なし 2) あり：薬剤名 ( )

量 ( ) 服用法 ( )

6. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

## 7. 使用薬剤および投与量・投与方法

インスリン名 ( )

量 ( ) 単位／回)

回数 ( ) 回／日)

## 8. 使用器具および提供数

注射器（シリング・ペン型） 針（ペニードル）（ 本／月）

自己血糖測定器 穿刺具

針（ 本／月） チップ（ 個／月） その他（針廃棄）

## 9. 消毒薬・衛生材料

カット綿（ 枚× パック） 減菌ガーゼ（ 枚× パック）

消毒液（アルコール・他）（ ml）

## 10. 事前協議事項

- 1) 明らかな低血糖発作時の対処方法  
 2) 食事がとれないときのインスリン量  
 3) その他

## 11. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

**2**

# 在宅自己腹膜灌流

## **I 本プロトコールの適用条件**

### **1 療養者側の条件**

#### 1) その医療処置を要する状態

自己腹膜灌流を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、慢性糸球体腎炎、糖尿病性腎症などの原疾患により慢性腎不全と診断され透析が必要な対象のうち、腹膜透析が適切と判断された状態で、自己管理に援助が必要な療養者。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護を要する以前から自己腹膜灌流が導入されており、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

### **2 看護婦の条件**

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅で自己腹膜灌流患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①自己腹膜灌流の適応や仕組みについての理解。
- ②自己腹膜灌流に伴う異常・トラブル（p.40、Ⅲ参照）についての熟知。
- ③自己腹膜灌流の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
- ④自己腹膜灌流を管理する具体的技術（バッグ交換、カテーテル挿入部の消毒など）。
- ⑤在宅での自己腹膜灌流に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（「在宅自己腹膜灌流指導管理料」による器具・衛生材料についての理解）。
- ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### **3 医師との連携条件**

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅自己腹膜灌流管理協定」を書面（p.55）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 在宅自己腹膜灌流療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が自己腹膜灌流を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、自己腹膜灌流に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

## III 在宅自己腹膜灌流に伴う異常・トラブル

在宅自己腹膜灌流によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅自己腹膜灌流療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 感 染

#### 1) 腹膜炎、あるいはその危険性

原因・関連要因：バッグ交換時の不潔操作

カテーテルの不適切な管理

#### 2) カテーテル出口感染・トンネル感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：不十分、不適切なカテーテル出口部の消毒

カテーテル出口部の湿潤

カテーテル出口部の創傷

### 2 カテーテルトラブル

#### 1) 注液・排液不良、あるいはその危険性

原因・関連要因：ローラークランプが閉じたままになっている

フィブリンや凝血塊によるカテーテルの閉塞

消化管によるカテーテルの圧迫

大網によるカテーテル先端の包み込み

カテーテルの位置異常

カテーテルのねじれ

#### 2) 液漏れ、あるいはその危険性

原因・関連要因：栄養状態が悪く、カテーテルと組織の密着が悪い

過度の腹圧（腹腔内貯留液の急激な増加、高濃度の透析液の使用、

過度の運動、咳・くしゃみ・排便時のいきみなど）

#### 3) 出血、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルによる腹腔内の損傷

女性の月経、排卵時

#### 4) カフ脱出、あるいはその危険性

原因・関連要因：カフとカテーテル出口部との距離が短い

カテーテル出口部皮膚の退行萎縮

### 3 除水異常

#### 1) 除水不良、あるいはその危険性

原因・関連要因：処方透析が守られていない

透析不足

水分摂取増加

経口摂取不良などによる基準体重(dry weight)の減少=やせたこと

#### 2) 過除水、あるいはその危険性

原因・関連要因：水分摂取減少

経口摂取増加等による基準体重(dry weight)の増加=太ったこと

### 4 代謝異常・栄養障害

#### 1) 尿毒症症状、あるいはその危険性

原因・関連要因：処方透析が守られていない

透析不足

#### 2) 貧血、あるいはその危険性

原因・関連要因：栄養不足

\*エリスロポエチン投与が必要な場合もあり

#### 3) 低蛋白血症、あるいはその危険性

原因・関連要因：排液中への蛋白質の漏れを考慮しない蛋白質摂取不足

#### 4) 高血糖・高脂血症とそれに起因する肥満、糖尿病、動脈硬化、あるいはそれらの危険性

原因・関連要因：透析液中のブドウ糖の腹膜からの吸収を考慮しない糖質の過剰摂取

#### 5) 低カリウム血症、あるいはその危険性

原因・関連要因：透析液の組成を考慮しない経口摂取不良

\*カリウム製剤投与が必要な場合もあり

### 5 透析液貯留による合併症

#### 1) 腰痛、あるいはその危険性

原因・関連要因：持続的な透析液の腹腔内貯留

#### 2) 痔瘻、あるいはその危険性

原因・関連要因：透析液貯留による肛門部血管の圧迫

易便秘傾向

#### 3) 胸水貯留、あるいはその危険性

原因・関連要因：横隔膜のリンパ管または横隔膜欠損部からの透析液の移動

4) ヘルニア（鼠径ヘルニア・臍ヘルニア・切創ヘルニア等）、あるいはその危険性

原因・関連要因：透析液貯留による腹腔内圧の上昇

## 6 長期透析による合併症

1) 腎性骨異栄養症（ROD：二次性副甲状腺機能亢進症、アルミニウム(AI)骨症：骨軟化症、アミロイド骨・関節症）、あるいはその危険性

原因・関連要因：食事療法が守られていない

服薬を確実にしない

長期にわたる薬剤服用

2) 中枢神経障害・末梢神経障害・自律神経障害、あるいはその危険性

原因・関連要因：透析不足

長期にわたる薬剤服用

## 7 療養者および家族の気持ち・受け入れに関するもの

1) 自己腹膜灌流に対する不安・心配、あるいはその危険性

原因・関連要因：腹膜透析に対する知識・経験不足

腹膜透析の継続に対する不満・拒否

## 8 家族の介護力に関するもの

1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の過重

# IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

## 1 導入検討の段階

なし

## 2 維持管理の段階

1) 在宅での自己腹膜灌流に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している自己腹膜灌流実施理由

他の透析療法に対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が医療従事者から指示されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

\* 指示内容として尋ねたり確認したりする必要がある項目

- ①透析液交換回数
- ②透析液濃度
- ③カテーテル挿入部の消毒・清潔維持方法
- ④入浴時のカテーテル管理方法
- ⑤必要物品の入手・保存・処理方法
- ⑥指導されている身体観察項目

### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S : 申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O : 療養者の在宅自己腹膜灌流適応理由がそれに該当するか

該当理由：内部障害（腎機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 在宅自己腹膜灌流に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.44, 表を参照)

S : 表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O : 表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と〔V. 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

## 3 中止・終了の段階

なし

## V 在宅自己腹膜灌流管理判断樹

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.47)

B - 1 注液・排液状態が不良の場合の判断樹 (p.48)

B - 2 排液が清澄でない場合の判断樹 (p.49)

B - 3 腹痛がある場合の判断樹 (p.50)

B - 4 カテーテル挿入部周囲に異常が見られる場合の判断樹 (p.51)

B - 5 除水が不十分である場合の判断樹 (p.52)

B - 6 全身倦怠感・易疲労感がある場合の判断樹 (p.53)

B - 7 呼吸苦・息切れがある場合の判断樹 (p.54)

### 3 中止・終了の段階

なし

## VI 在宅自己腹膜灌流管理協定書 (p.55)

## 在宅自己腹膜灌流に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
<b>1) 感染徵候</b>	
排液の状態	透明・混濁なし <u>不透明・混濁あり</u> フィブリンの増加なし <u>フィブリンの増加あり</u> 除水量の減少なし <u>除水量の減少あり</u>
全身状態	腹満感・腹痛なし <u>腹満感・腹痛あり</u> 恶心・嘔吐・下痢なし <u>恶心・嘔吐・下痢あり</u> 発熱なし <u>発熱あり</u>
出口部・トンネル部の状態	発赤・腫脹・熱感なし <u>発赤・腫脹・熱感あり</u> 疼痛・圧痛なし <u>疼痛・圧痛あり</u> 浮腫・滲出液・排膿なし <u>浮腫・滲出液・排膿あり</u> 不良肉芽・硬結・痴皮なし <u>不良肉芽・硬結・痴皮あり</u>
<b>2) カテーテルトラブル</b>	
注液・排液の状態	注液・排液時間正常 注液・排液時間延長(体位変換やバッグの位置矯正策を試みても改善しない場合) <u>注液・排液不良</u> 液漏れなし <u>液漏れあり</u>
排液の性状	血性の排液なし <u>血性の排液あり（洗浄で改善しない場合）</u>
カフの状態	カフの脱出なし <u>カフの脱出あり</u>
<b>3) 除水異常</b>	
除水不足の徵候	浮腫、体重増加、血圧上昇なし <u>浮腫、体重増加、血圧上昇あり</u>
過除水の徵候	口腔粘膜・皮膚乾燥、体重減少、血圧低下なし <u>口腔粘膜・皮膚乾燥、体重減少、血圧低下あり</u>
<b>4) 代謝異常・栄養障害</b>	
溶質除去不全の徵候	倦怠感、食欲不振、イライラ感、皮膚瘙痒、不眠などなし <u>倦怠感、食欲不振、イライラ感、皮膚瘙痒、不眠などあり</u>
貧血の徵候	眼球結膜色は正常

領 域	医師への報告基準（下線部分）
貧血の徴候	眼球結膜が白い 動悸，息切れ，易疲労感なし 動悸，息切れ，易疲労感あり
低蛋白血症の徴候	浮腫，倦怠感，易疲労感なし 浮腫，倦怠感，易疲労感あり
高血糖・高脂血症の徴候	肥満傾向なし 肥満傾向あり
低カリウム血症の徴候	筋力低下，倦怠感なし 筋力低下，倦怠感あり 不整脈

## 5) 透析液貯留による合併症

腰痛の状態	腰痛なし 腰痛あり
痔瘻の状態	痔瘻なし 痔瘻あり
胸水貯留の徴候	透析液注入に伴う呼吸困難なし 透析液注入に伴う呼吸困難あり
ヘルニアの徴候	鼠径・臍・カテーテル挿入部などでの腸の脱出なし 鼠径・臍・カテーテル挿入部などでの腸の脱出あり

## 6) 長期透析による合併症

腎性骨異栄養症の徴候	骨痛，関節痛なし 骨痛，関節痛あり 筋力低下なし 筋力低下あり 皮膚瘙痒なし 皮膚瘙痒あり
神経障害の徴候	吃り口調，抑うつ，記録力障害などの初期中枢神経症状なし 吃り口調，抑うつ，記録力障害などの初期中枢神経症状あり 知覚障害，下肢の灼熱感（burning foot）・置き場のない感じ（restless legs）などの末梢神経症状なし 知覚障害，下肢の灼熱感（burning foot）・置き場のない感じ（restless legs）などの末梢神経症状あり 低血圧，発汗異常，性機能障害などの自律神経症状なし 低血圧，発汗異常，性機能障害などの自律神経症状あり

## 7) 自己腹膜灌流に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱

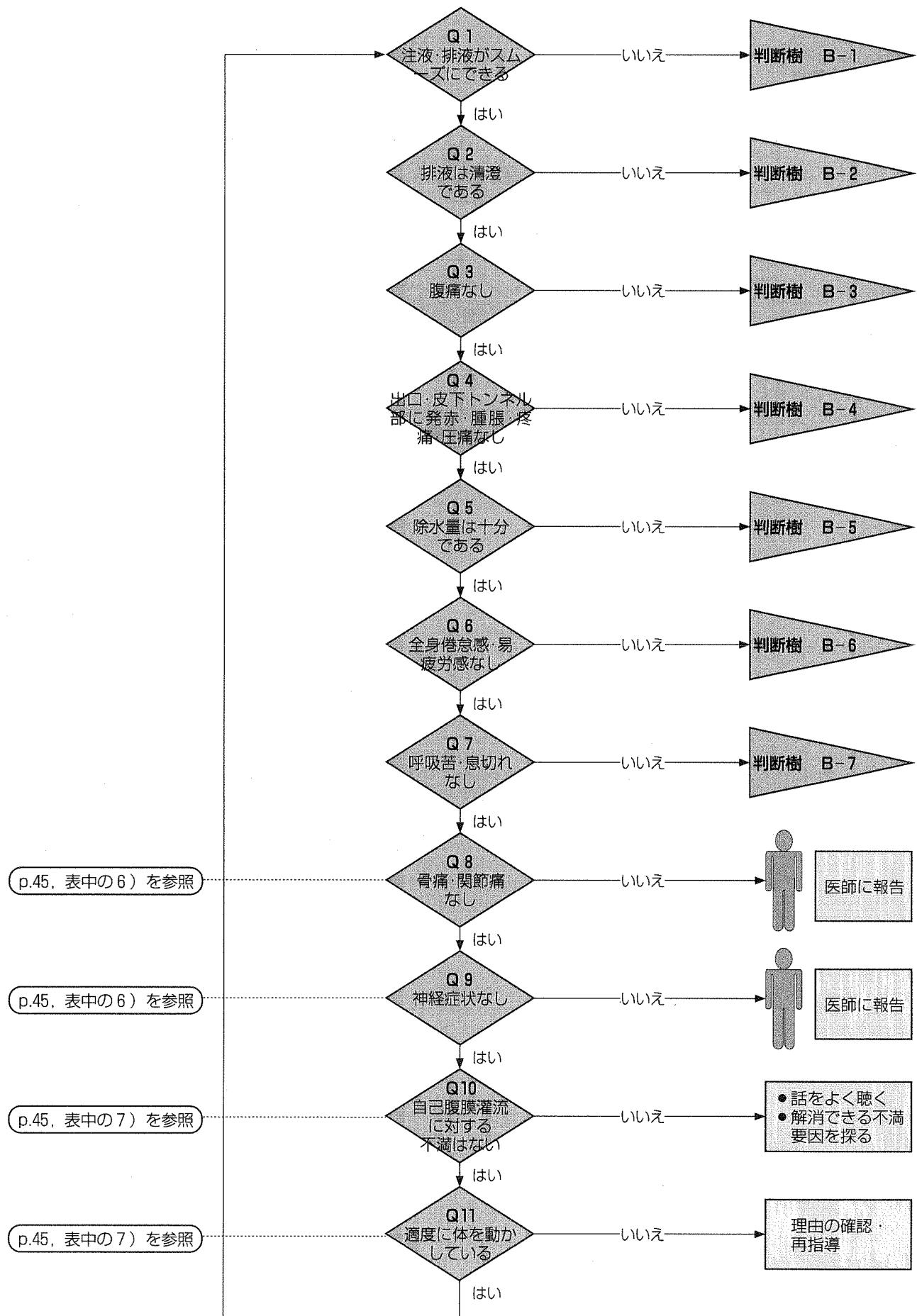
身体活動範囲	必要な身体の動きはできている 身体活動が低下している
心理・情緒的反応	平常どおり 不安はあるが適切な指導により改善される

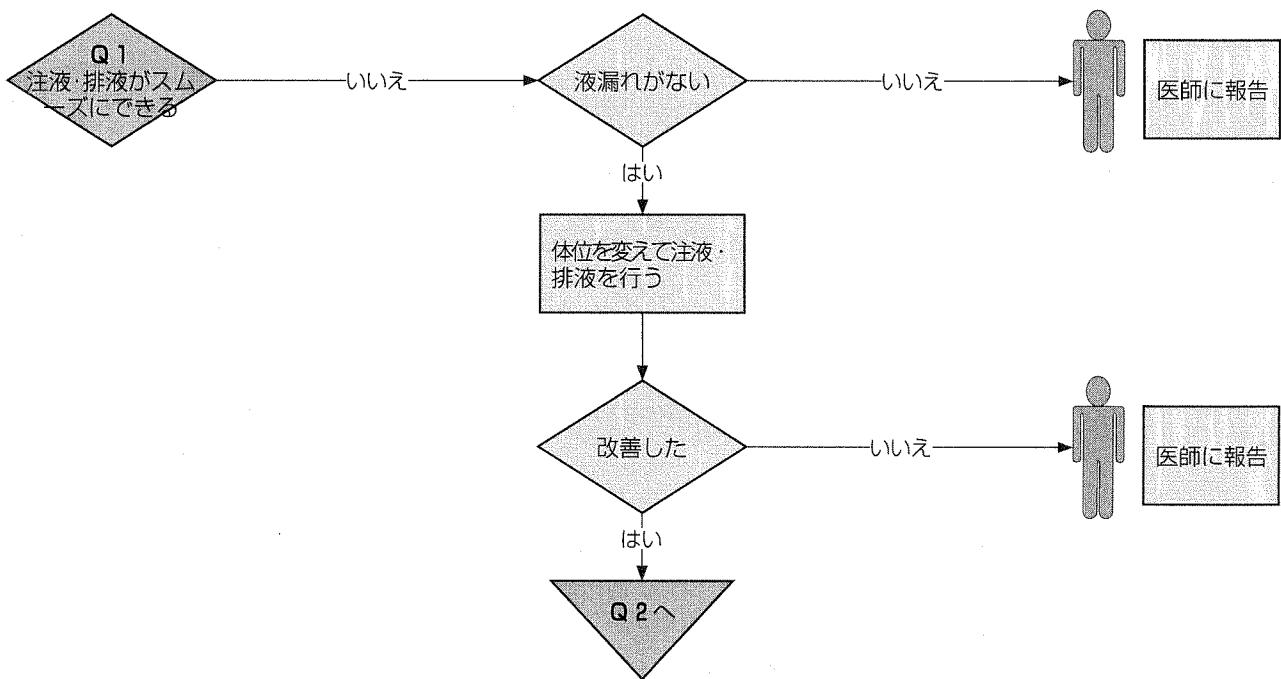
領 域	医師への報告基準（下線部分）
心理・情緒的反応	<u>不安が強く指導を繰り返しても改善されない</u> <u>自己腹膜灌流に対して拒絶感が強い</u>

## 8) 家族介護者に関する異常・トラブル

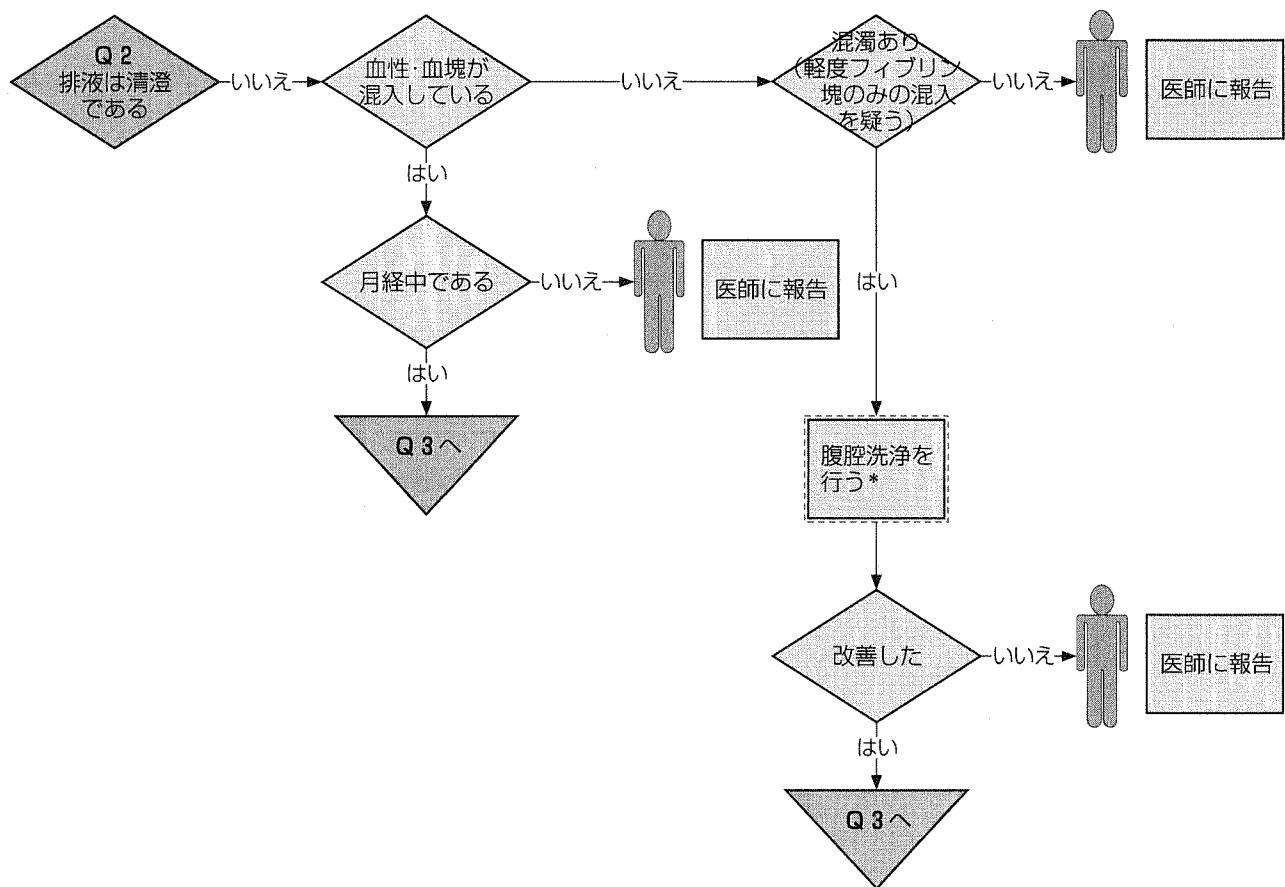
介護負担	<u>疲労はない</u> <u>疲労があるが、休養・睡眠によって回復する</u> <u>疲労が強く休養・睡眠によっても回復しない</u>
------	--

## B 維持管理段階全体の判断樹

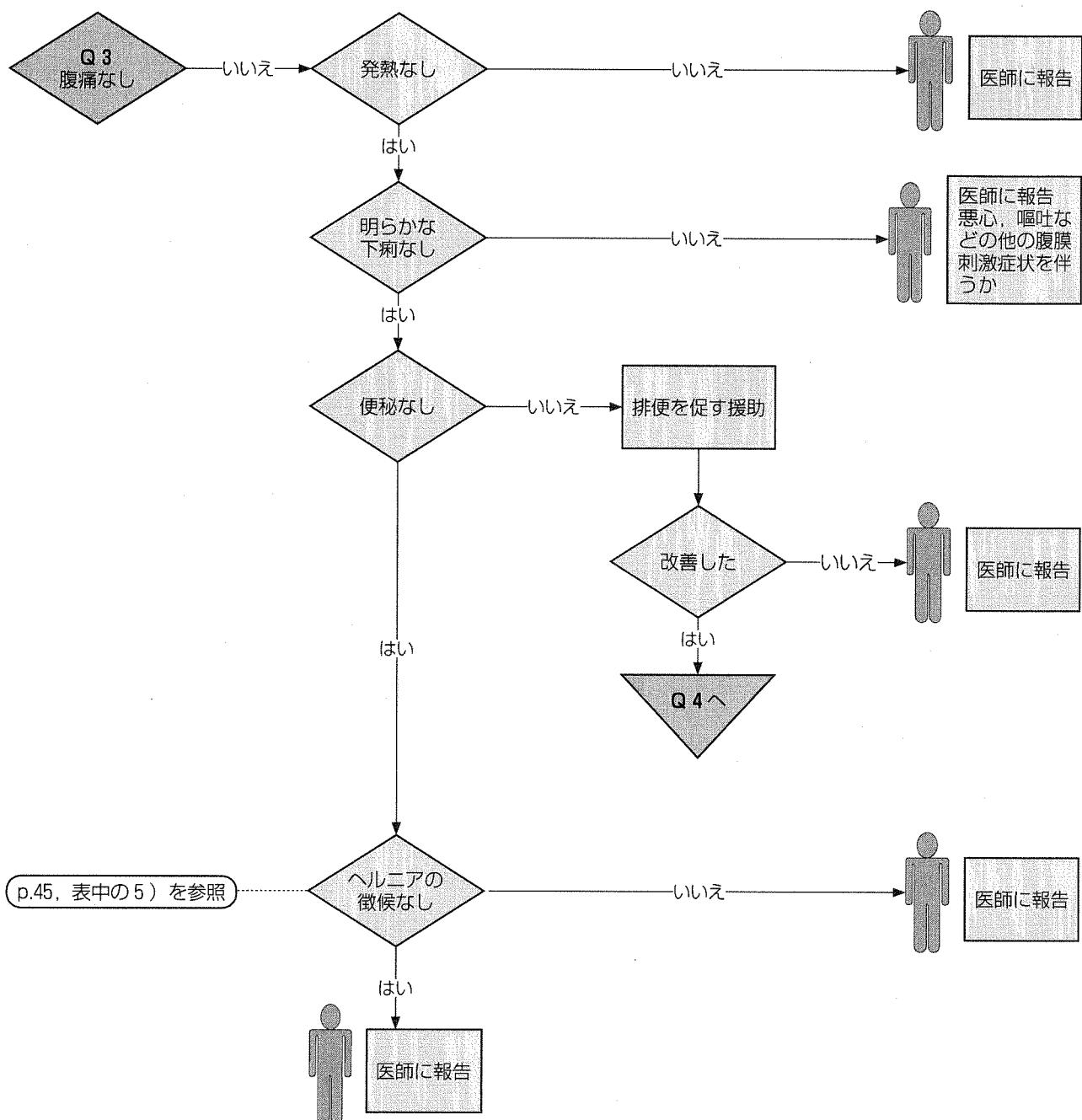


**B-1 注液・排液状態が不良の場合の判断樹**

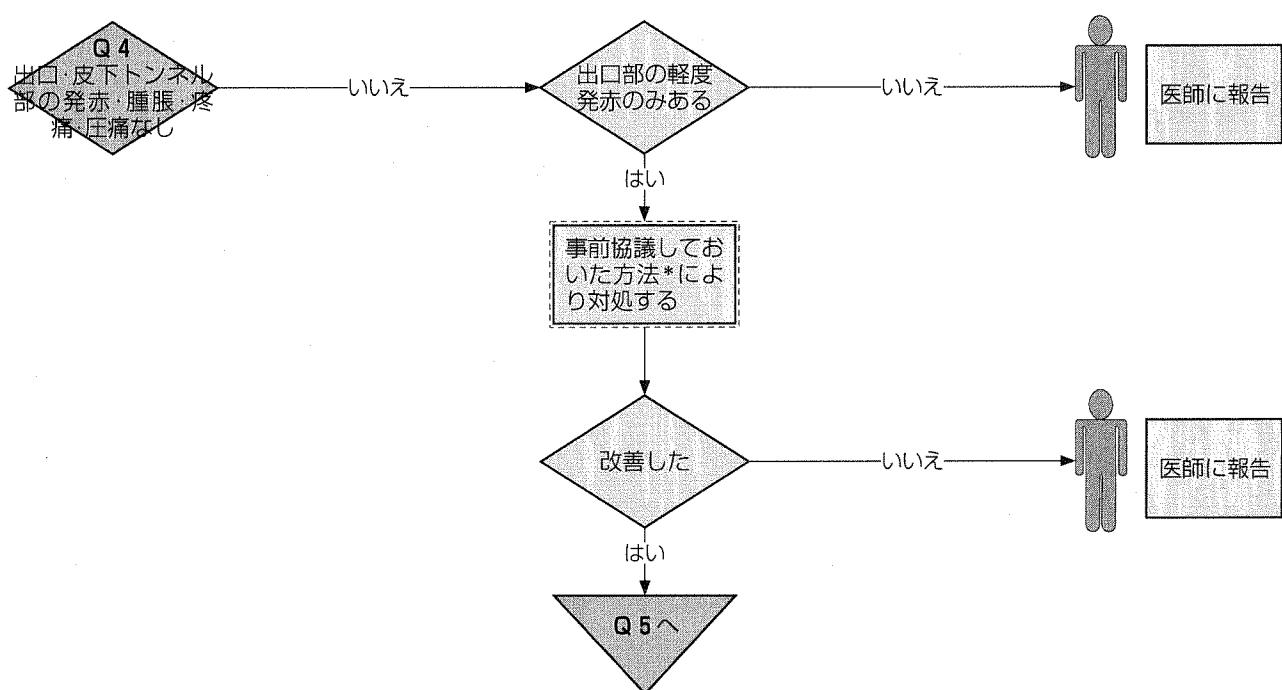
## B-2 排液が清澄でない場合の判断樹



### B-3 腹痛がある場合の判断樹

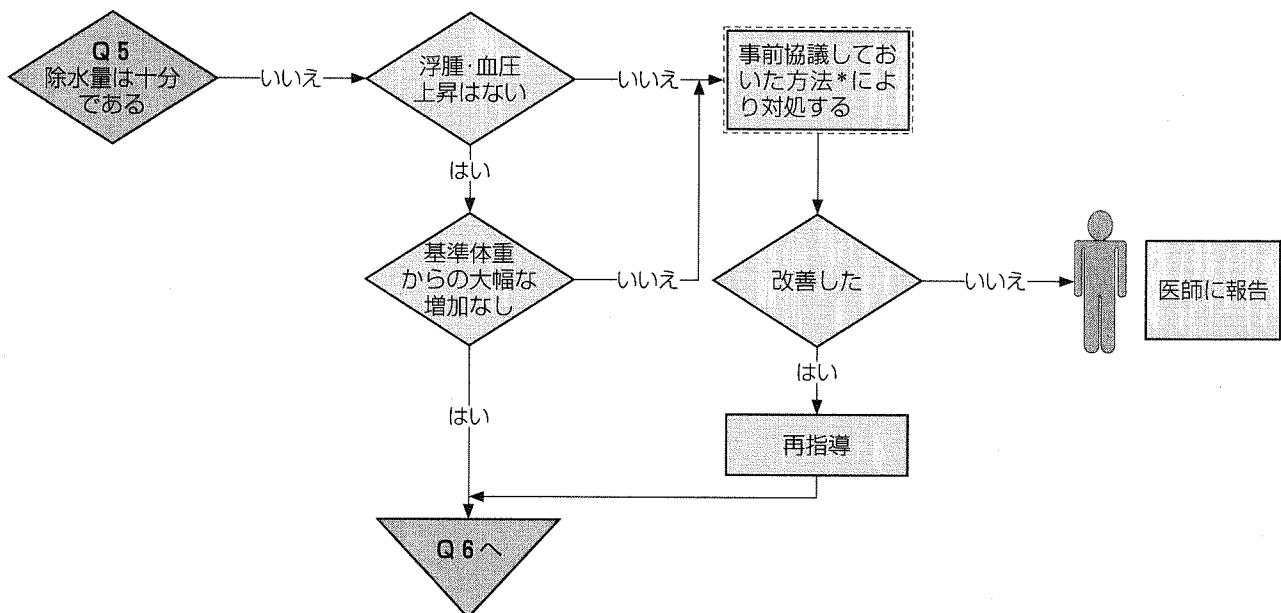


## B-4 カテーテル挿入部周囲に異常が見られる場合の判断樹



\* 事前協議の内容  
 ● 入浴の可否、方法の変更。  
 ● 消毒回数の変更。  
 ● 消毒方法の変更。

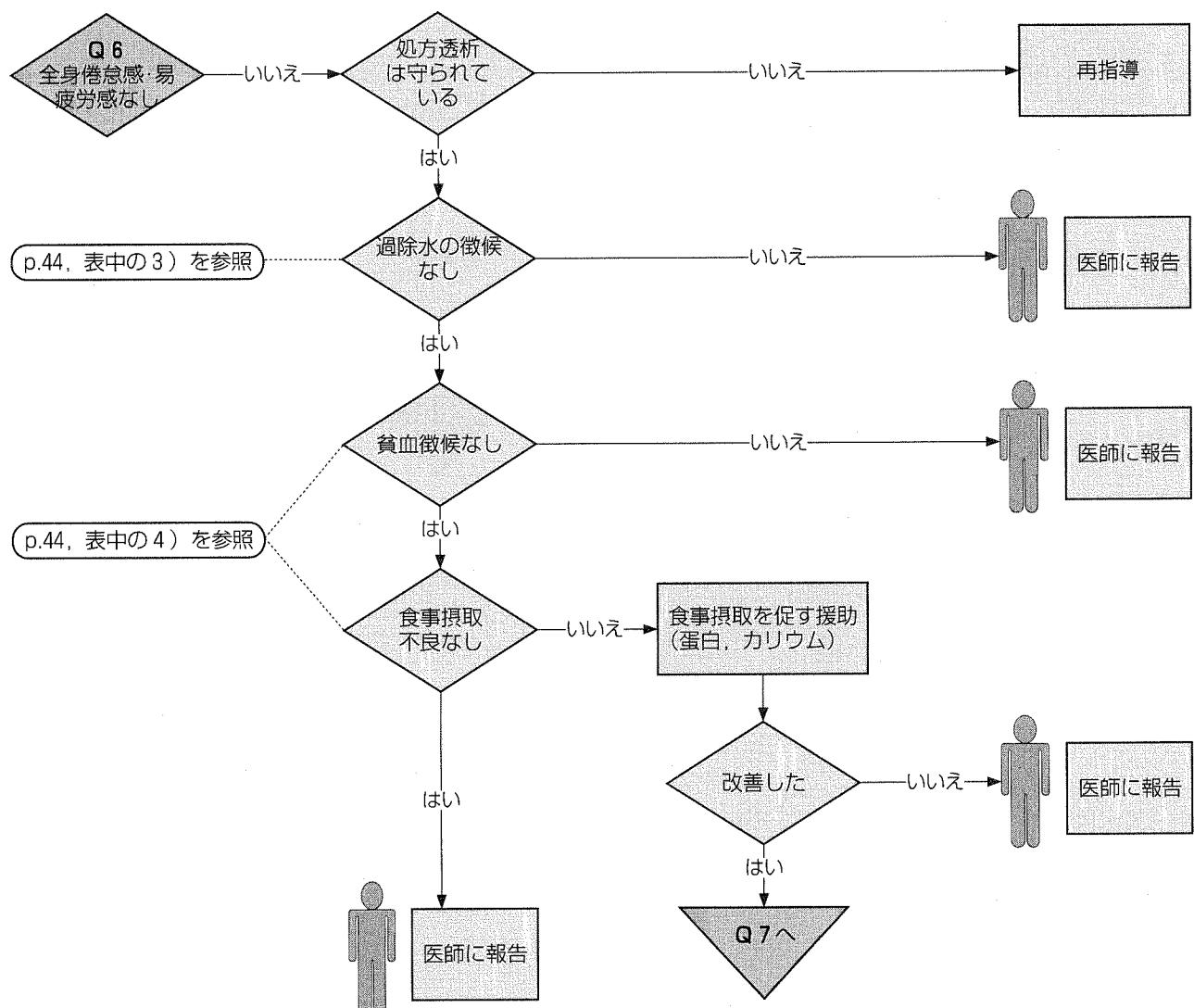
## B-5 除水が不十分である場合の判断樹



\* 事前協議の内容  
 ● 塩分・水分制限。  
 ● 透析液の交換回数を増やす。  
 ● 透析液濃度の変更。

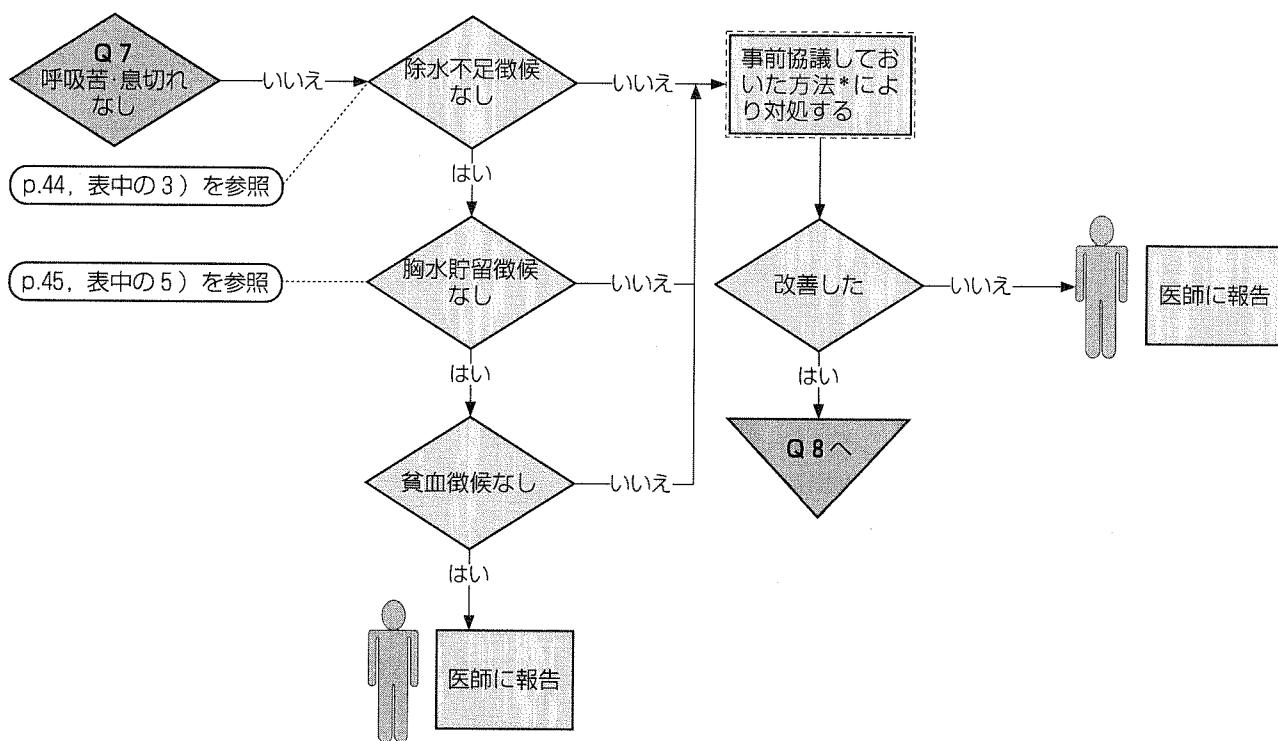
## B-6

## 全身倦怠感・易疲労感がある場合の判断樹



## B-7

## 呼吸苦・息切れがある場合の判断樹



\* 事前協議の内容

- [B-5] 除水が不十分であるときの事前協議内容に準ずる。
- ただし、呼吸苦・息切れの程度については要観察。

**管理協定書**

平成 年 月 日

**在宅自己腹膜灌流管理協定書**

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅自己腹膜灌流管理看護プロトコールに従って療養者の自己腹膜灌流の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_
2. 在宅療養指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_
3. 設置理由 \_\_\_\_\_
4. 設置日 年 月 日 \_\_\_\_\_
5. カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
6. 訪問開始時の自己管理能力 (該当するものに○)  
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面補完 (代行)
7. 使用薬剤・投与量・回数 (提供機関 )  
透析液 ( ) 液量 ( ml) 貯留時間 ( 時間) 交換回数 ( )  
透析液 ( ) 液量 ( ml) 貯留時間 ( 時間) 交換回数 ( )
8. 使用器具・交換頻度・提供数 (提供機関 )  
バッグ交換システム  
メーカー： 種類： セット  
その他：
9. 消毒薬・衛生材料 (提供機関 )  
消毒液 ( ml) 編棒 ( 本)  
滅菌ガーゼ ( 枚× パック) 紺創膏 ( 個)  
Y字カットガーゼ ( 枚× パック)  
その他：
10. 事前協議事項  
1) 排液が清澄でないときの対応方法  
(洗浄方法、洗浄液の種類、回数、排液の保存)  
2) カテーテル出口部に軽度発赤がある場合の対応方法  
(入浴の可否・方法の変更、消毒回数の変更、消毒方法の変更)  
3) 除水量が不十分な場合の対応方法  
(塩分・水分制限、透析液交換回数・濃度の変更)
11. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
乙 医師 (所属および氏名) \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

**3**

# 在宅酸素療法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

在宅酸素療法を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、

①諸種の原因による高度慢性呼吸不全例または肺高血圧症の患者のうち、安定した病態にある退院患者および手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施する場合。

②高度慢性呼吸不全例のうち、対象となる患者は、動脈血酸素分圧 55mmHg 以下の者および動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症をきたす者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めた場合。

上記のデータの目安として、経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度から求めた動脈血酸素分圧を用いることができる。

③その他、低酸素状態をきたす肺癌患者など。

#### 参考

在宅酸素療法開始の必要条件（日本胸部疾患学会肺生理専門委員会）として、

①あらかじめ酸素吸入以外に有効と考えられる治療（抗生物質、気管支拡張薬、利尿剤など）が積極的に行われており、その後少なくとも 1 か月以上の観察期間を経て定期的にあること。

②家庭で酸素療法を実施できれば入院を必要としない者。

③入院して酸素療法を受け、危険のないことを確認できた者。

④定期的な外来受診、または医師、保健婦（看護婦）の訪問により病態を把握し、必要に応じて適切な対応をとれる場合。

⑤あらかじめ患者およびその家族に対して酸素療法の意味、危険性、機器の取り扱い、治療中に起こりうる徴候、医師との連絡方法について説明し、これについて患者およびその家族が十分に理解し、協力が得られることが明らかになった場合。  
以上 5 点が挙がっている。

#### 2) 使用器具・装具

##### (1) 在宅で酸素療法を開始する場合

①機種の選択は、原則的には療養者の酸素吸入量・吸入時間、活動範囲、居住環境、自己管理能力、援助者などを考慮して行う。

②実際には、在宅酸素療法を実施する医療機関と酸素供給業者との契約で機種が決まる

ことが多いが、その際には、上記の点に注意する。

#### (2) 病院で開始され、在宅で維持管理する場合

退院時に、医師、病棟あるいは外来看護婦、訪問看護婦などで取り決めた機種を継続して用いることを前提とする。

ただし、在宅療養の経過とともに療養者の活動範囲や自己管理能力などが変化し、機種の変更が必要になる場合もある。

#### 参考

酸素供給装置には、酸素ボンベ、酸素濃縮装置（膜型・吸着型）、液化酸素装置がある。

酸素ボンベ、膜型酸素濃縮装置も一部使用されているが、現在では設置型のほとんどが吸着型酸素濃縮装置または液化酸素装置であるので、吸着型酸素濃縮装置と液化酸素装置について述べる。

##### 酸素濃縮装置

- ・吸着型酸素濃縮器では加湿器と、吸入器具として鼻カニューレ、延長チューブが必要である。
- ・停電時用予備ボンベ等酸素吸入器具一式の準備も必要である。

##### 液化酸素装置

- ・設置型液化酸素装置（親容器）では加湿器と、吸入器具として鼻カニューレ、延長チューブなどが必要である。

##### 携帯用酸素装置

- ・携帯用酸素ボンベ、携帯型液化酸素装置（子容器）がある。
- ・一般に200l～500lを用いることが多く、携帯用酸素装置としてアルミ合金ボンベ（従来の鉄製ボンベよりはるかに軽い）が使われる。
- ・携帯用には酸素ボンベキャリーカートと鼻カニューレが必要である。

##### 呼吸同調式酸素供給調節器

- ・吸気時にのみ、しかも吸気時の始まりに同調して連続送気時よりも高流量酸素を短時間供給するため、従来に比べて $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{1}{3}$ 程度の酸素消費量が節減できる利点があるので用いる患者もある。

## 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅での酸素療法患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①在宅酸素療法の適応基準についての理解。
- ②在宅酸素療法の健康保険の適用や経費の自己負担についての理解。
- ③使用する機種の選択および器具の管理方法の理解。
- ④在宅での管理方法（器具の設置場所など環境整備）の理解。
- ⑤在宅酸素療法の自己管理の指導（療養者および家族への指導）
- ⑥在宅酸素療法に伴う異常・トラブル（Ⅲ参照）についての熟知。
- ⑦在宅・職場および外出時・旅行時の酸素療法に必要な機種、器具などの調達および入手方法の理解。

- ⑧航空機・新幹線などの利用に関する申請方法の理解。
- ⑨酸素供給業者の役割と連携方法の理解。
- ⑩在宅酸素療法を行う呼吸器疾患療養者の看護および呼吸リハビリテーションの理解。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に当該療養者ごとに「在宅酸素療法管理協定」を書面（p.76）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。

主治医がかかりつけ医の場合は不在時の連絡体制を確認しておく。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## IV 在宅酸素療法療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が在宅酸素療法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、在宅酸素療法に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

### III 在宅酸素療法に伴う異常・トラブル

在宅酸素療法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅酸素療法を行う療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 低酸素

#### 1) 高炭酸ガス血症、あるいはその危険性

原因・関連要因：換気不足

酸素吸入量の不適切な操作

#### 2) 低酸素血症、あるいはその危険性

原因・関連要因：換気不足

酸素吸入量・吸入時間の不足、フィルターの汚染、鼻カニューレのつまりなどの不適切な操作

## 2 感染

### 1) 呼吸器感染症、あるいはその危険性

原因・関連要因：加湿器、鼻カニューレなどの不潔な操作

## 3 酸素療法に関するもの

### 1) 気道粘膜の損傷、あるいはその危険性

原因・関連要因：高酸素吸入量

長期間の酸素吸入

加湿器の不適切な操作

### 2) 顔面や耳の発赤・創傷、あるいはその危険性

原因・関連要因：鼻カニューレの塩化ビニールアレルギー

鼻カニューレの同一部位の固定

## 4 在宅酸素療法に伴う生活行動の縮小に関するもの

### 1) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：酸素療法による動きにくさ

延長チューブの操作の煩わしさ

## 5 在宅酸素療法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

### 1) 酸素療法に対する不安や抵抗感、あるいはその危険性

原因・関連要因：酸素療法実施理由の理解不足

人目に触れることの恥ずかしさ

### 2) 酸素療法に対する不満、あるいはその危険性

原因・関連要因：活動範囲の制限

携帶用酸素ボンベの容量や重量に伴う外出時間の制限

携帶用酸素ボンベ使用制限による外出場所や乗り物の制限および

申請の煩わしさ

### 3) 抑うつ、あるいはその危険性

原因・関連要因：活動範囲の制限

外出の機会や人との会話の減少

### 4) 酸素療法の自己中断、あるいはその危険性

原因・関連要因：酸素療法実施理由の理解不足

酸素療法継続に対する拒否

## 6 家族の介護力に関するもの

### 1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の過重

## 7 酸素供給装置の取り扱いに関するもの

### 1) 転倒、あるいはその危険性

原因・関連要因：チューブにつまずくなど環境整備がされていないことによる不適切な操作

### 2) 凍傷、あるいはその危険性

原因・関連要因：液化酸素装置の移充填時に革手袋を使わないことによる不適切な操作

### 3) 火傷・火災、あるいはその危険性

原因・関連要因：喫煙、引火などの不適切な操作

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

#### 1) 呼吸の状態

S：高度慢性呼吸不全または肺高血圧症患者で、安静時あるいは動作時の息切れが強い

O：低酸素症状がある

安静時経皮的動脈血酸素飽和度 88-83%以下

動作時経皮的動脈血酸素飽和度 88-83%以下

#### 2) 導入が可能かどうか

S：在宅酸素療法導入に対する意思があるか

禁煙に対する意思・意欲があるか

O：病態が安定しているか

在宅酸素療法を管理できる能力があるか

居住環境に問題はないか

### 2 導入開始ならびに維持管理の段階

#### 1) 在宅での酸素療法に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している在宅酸素療法実施理由

酸素療法に対する不安、恥ずかしさなどに対してどう思っているか

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

#### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法、理学療法士が指示した方法、

酸素供給業者が提示した方法

\* 指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

**設置型使用の場合**

- ①酸素吸入量、酸素吸入時間
- ②延長チューブの長さ、酸素供給装置の設置場所（火気の注意、安定性、壁からの距離、動作時および移動時の安全性、換気、居住環境）
- ③加湿器、フィルター、鼻カニューレの手入れ、延長チューブの結露の対策
- ④液化酸素装置の親容器から子容器への移充填、親容器の交換の時期
- ⑤酸素供給業者の緊急時連絡体制とメンテナンスの時期
- ⑥鼻カニューレなど使用器具の入手方法

**携帯型使用の場合**

- ⑦外出時間と酸素吸入量による酸素消費量の計算および酸素ボンベの準備
- ⑧外出時や乗り物に乗る際の携常用酸素ボンベの注意事項およびその手続き
- 共通事項**
- ⑨指導されている身体観察項目
- ⑩身体的緊急時の医療機関との連絡

**3) 身体障害者福祉法、労働者災害補償保険適用状況**

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：在宅酸素療法適応理由がそれらの適用に該当するか

該当理由：内部障害（呼吸器機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

**4) 在宅酸素療法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.64、表を参照)**

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

**3 中止・終了の段階**

なし

**V 在宅酸素療法管理判断樹**

**1 導入検討の段階**

A 導入検討段階の判断樹 (p.66)

**2 導入開始の段階**

B - I 導入開始段階全体の判断樹 (p.67)

B - I - 1a 機器（酸素濃縮装置）が作動していない場合の判断樹 (p.68)

B - I - 1b 機器（液化酸素装置）が作動していない場合の判断樹 (p.69)

B - I - 2 指示どおり酸素吸入ができない場合の判断樹 (p.70)

**3 維持管理の段階**

- B - II 維持管理段階全体の判断樹 (p.71)
- B - II - 1 指示どおりに酸素吸入ができていない場合の判断樹 (p.72)
- B - II - 2 酸素吸入開始前の活動が継続できていない場合の判断樹 (p.73)
- B - II - 3 鼻粘膜が乾燥している場合の判断樹 (p.74)
- B - II - 4 口腔内が乾燥している場合の判断樹 (p.75)

**4 中止・終了の段階**

なし

**VI 在宅酸素療法管理協定書 (p.76)**

## 在宅酸素療法に関する異常・トラブルと医師への報告基準

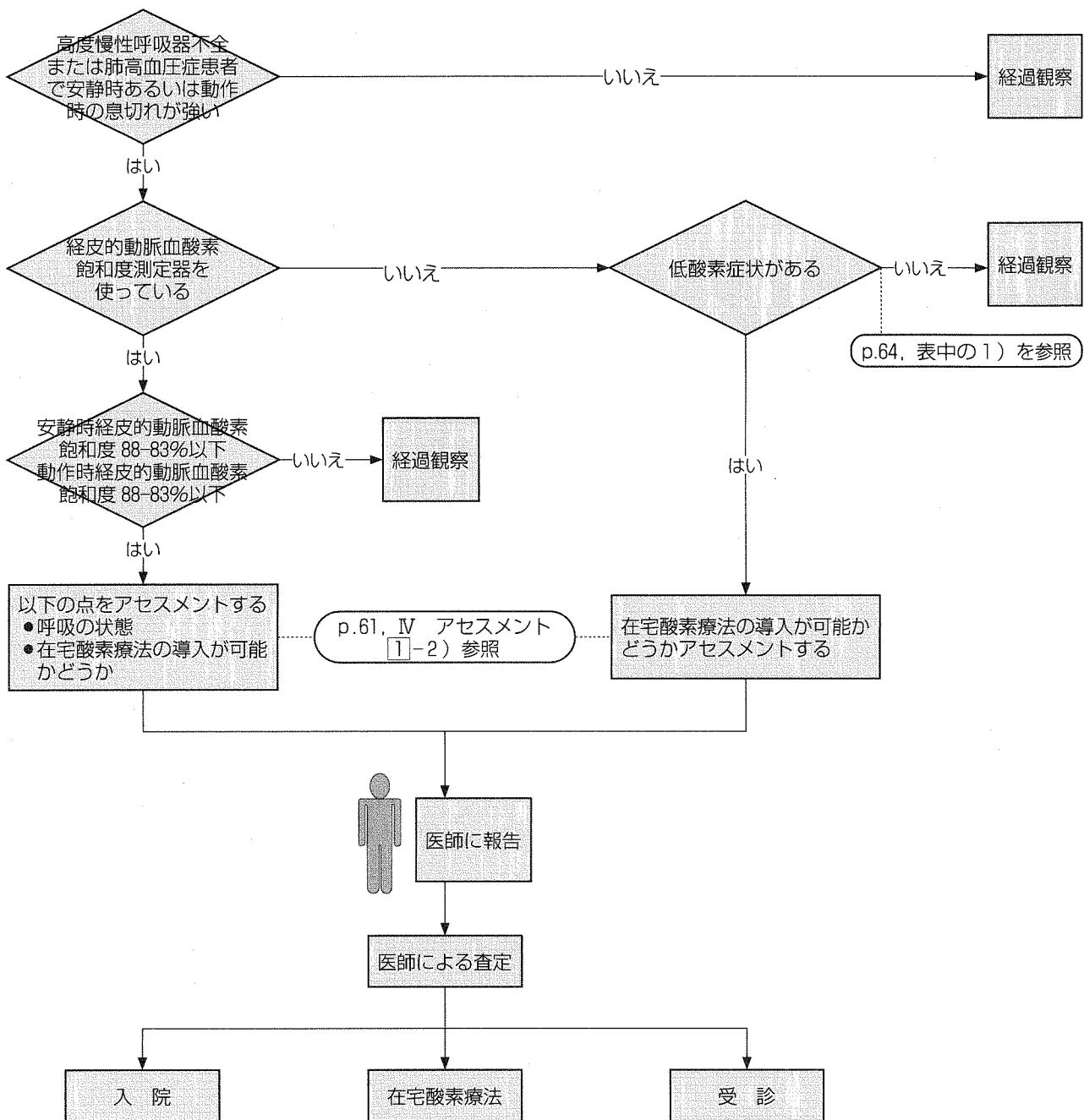
領 域	医師への報告基準（下線部分）
<b>1) 低酸素状態</b>	
呼吸状態	いつもと同じ呼吸状態である いつもより息切れが強い
循環状態	浮腫・チアノーゼなし 下肢に浮腫あり チアノーゼあり
意識状態	変化なし 頭痛あり 不安やイライラがある 血圧が高くなる 傾眠状態である
<b>2) 感染徵候</b>	
呼吸状態	いつもと同じ呼吸状態である いつもより息切れが強い 息切れが強く動けない
気道の状態	いつも同じ量と性状の気道分泌物 痰の色が変化し、量がふえる 咳がふえる 胸痛あり
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱軽度、脈拍数・呼吸数増加 発熱中等度、脈拍数・呼吸数増加 発熱高度（39℃前後）、脈拍数・呼吸数増加
<b>3) 気道粘膜の状態</b>	
鼻粘膜の状態	変化なし 鼻粘膜が乾燥する 鼻粘膜に疼痛がある 鼻粘膜より出血する
咽喉頭の状態	変化なし 口腔内が乾燥する 声が出にくい 咽喉頭の不快感 声が出ない
<b>4) 在宅酸素療法に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱</b>	
身体活動範囲	必要な身体の動きはできている 必要以上に身体活動が低下している
心理・情緒的反応	平常どおり 人との会話や外出を嫌がる うつ状態
<b>5) 家族介護者に関する異常・トラブル</b>	
介護負担	疲労はない

領 域	医師への報告基準（下線部分）
介護負担	疲労はあるが、休養・睡眠によって回復する 疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない

## 6) 酸素供給装置の状態

(酸素供給業者への連絡)

酸素流量計の状態	指示した酸素流量を示す 流量計の値が変動する <u>指示した酸素流量を示さない</u>
加湿器の状態	加湿器が使用できる <u>加湿器が破損する</u>
停電の場合 (酸素濃縮装置使用時)	電源が確保されている 携常用酸素ボンベあるいは予備の酸素ボンベの使用 停電が長時間になる場合

**A****導入検討段階の判断樹**

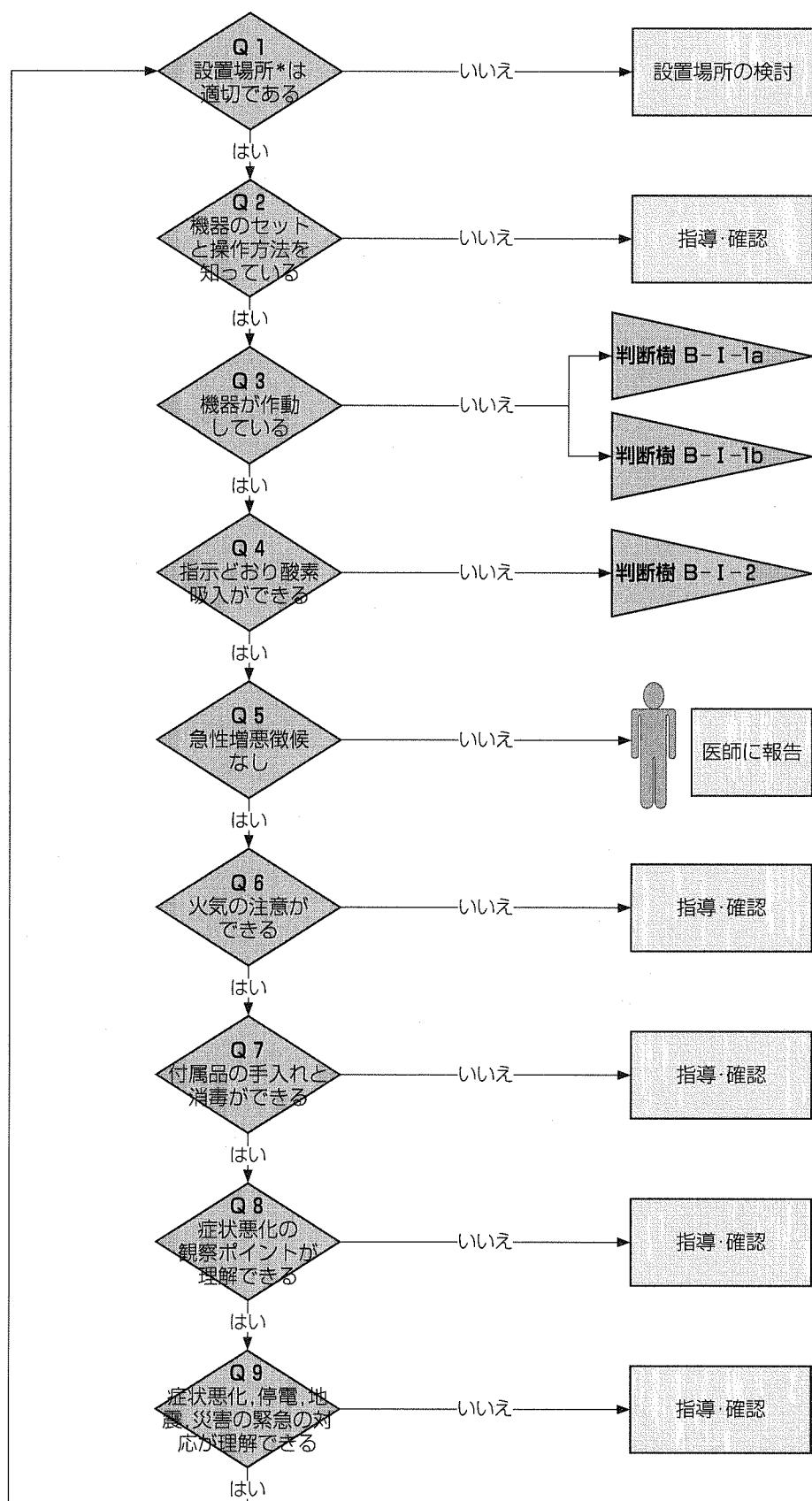
設置型酸素供給装置：以下のいずれかにする。

- 酸素ボンベ
- 酸素濃縮装置（吸着型・膜型）
- 液化酸素装置

携帯型酸素供給装置：以下のいずれかにする。

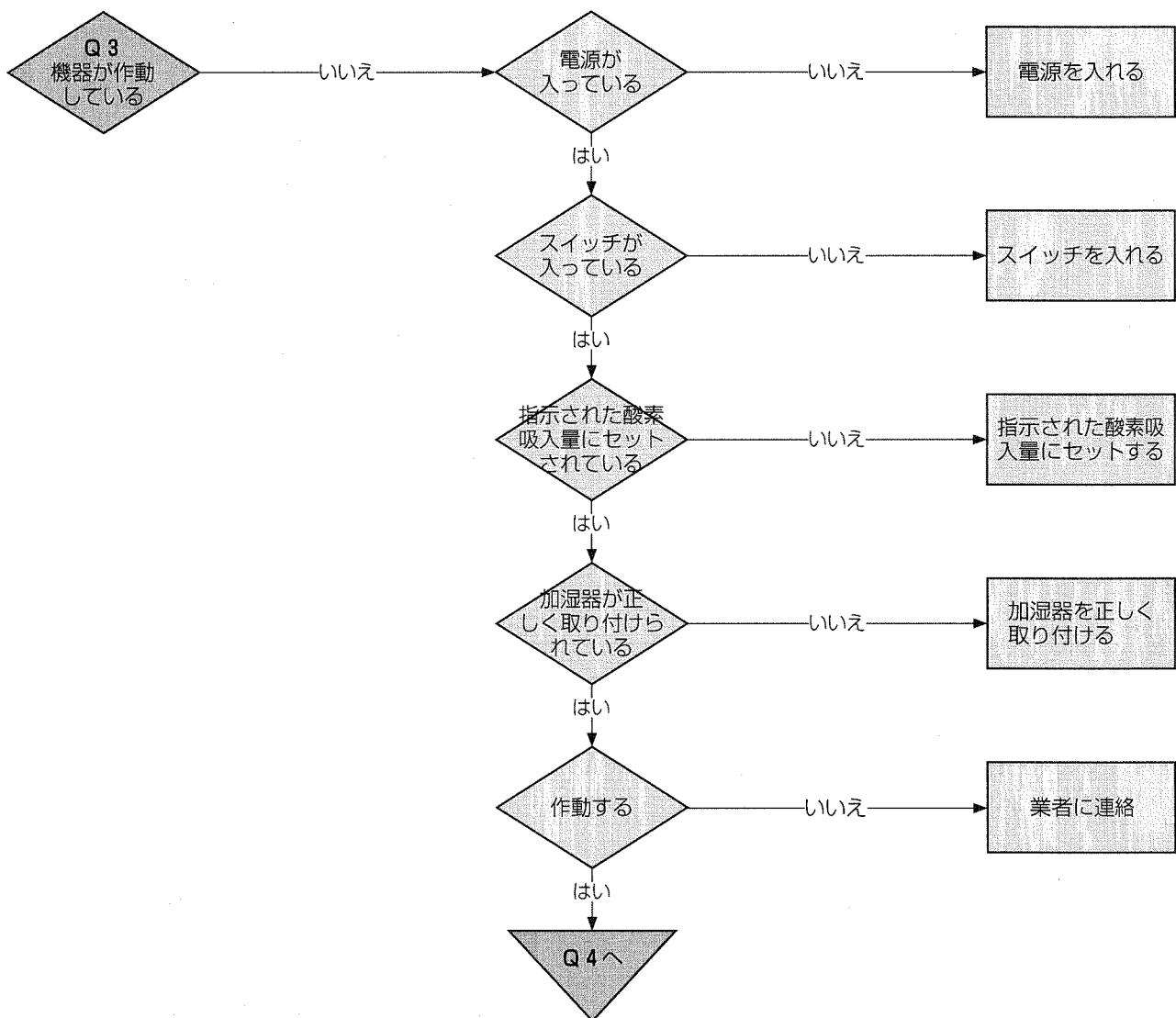
- 携帯用酸素ボンベ
- 携帯型液化酸素装置

## B-I 導入開始段階全体の判断樹

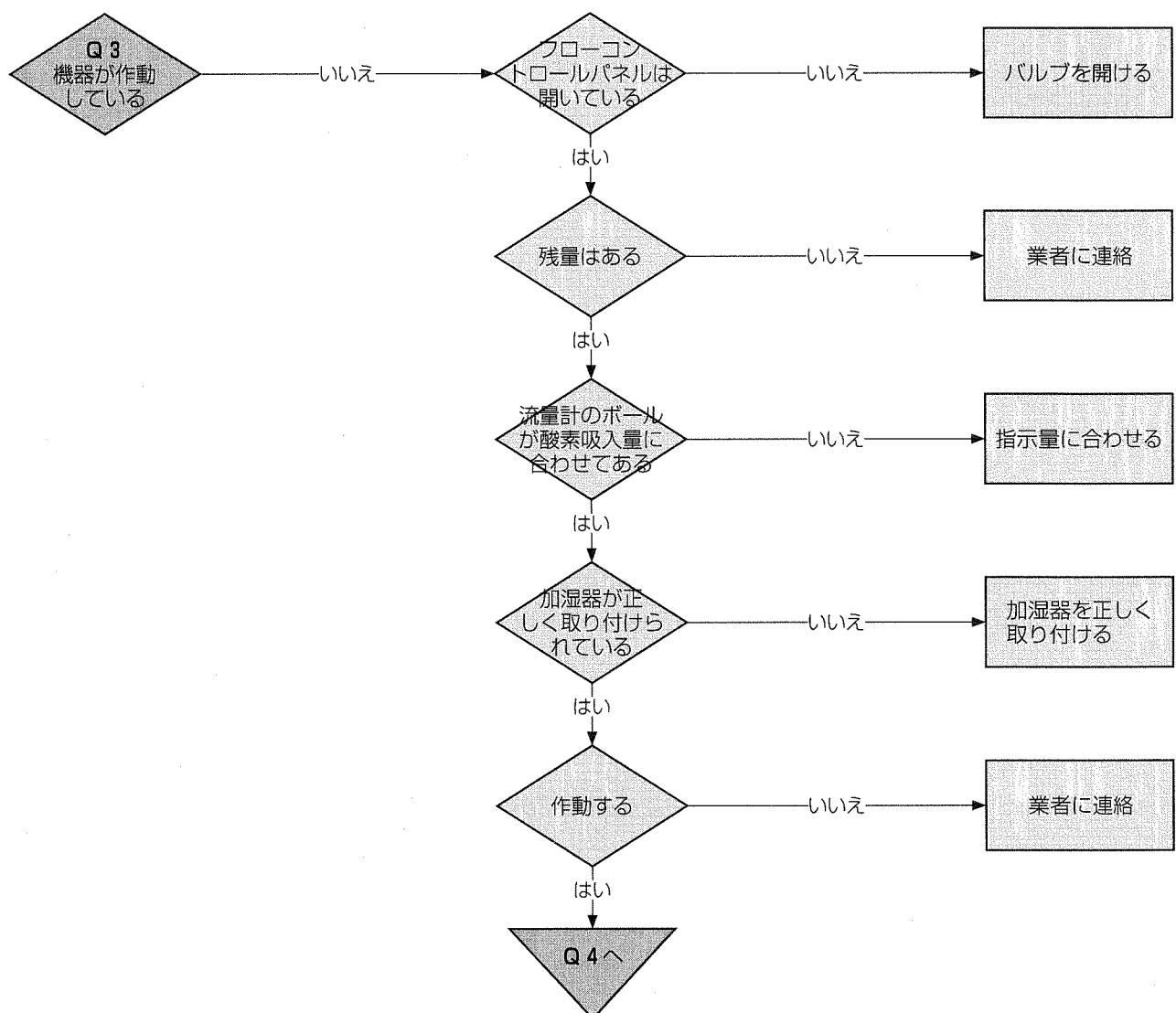


## B-I-1a

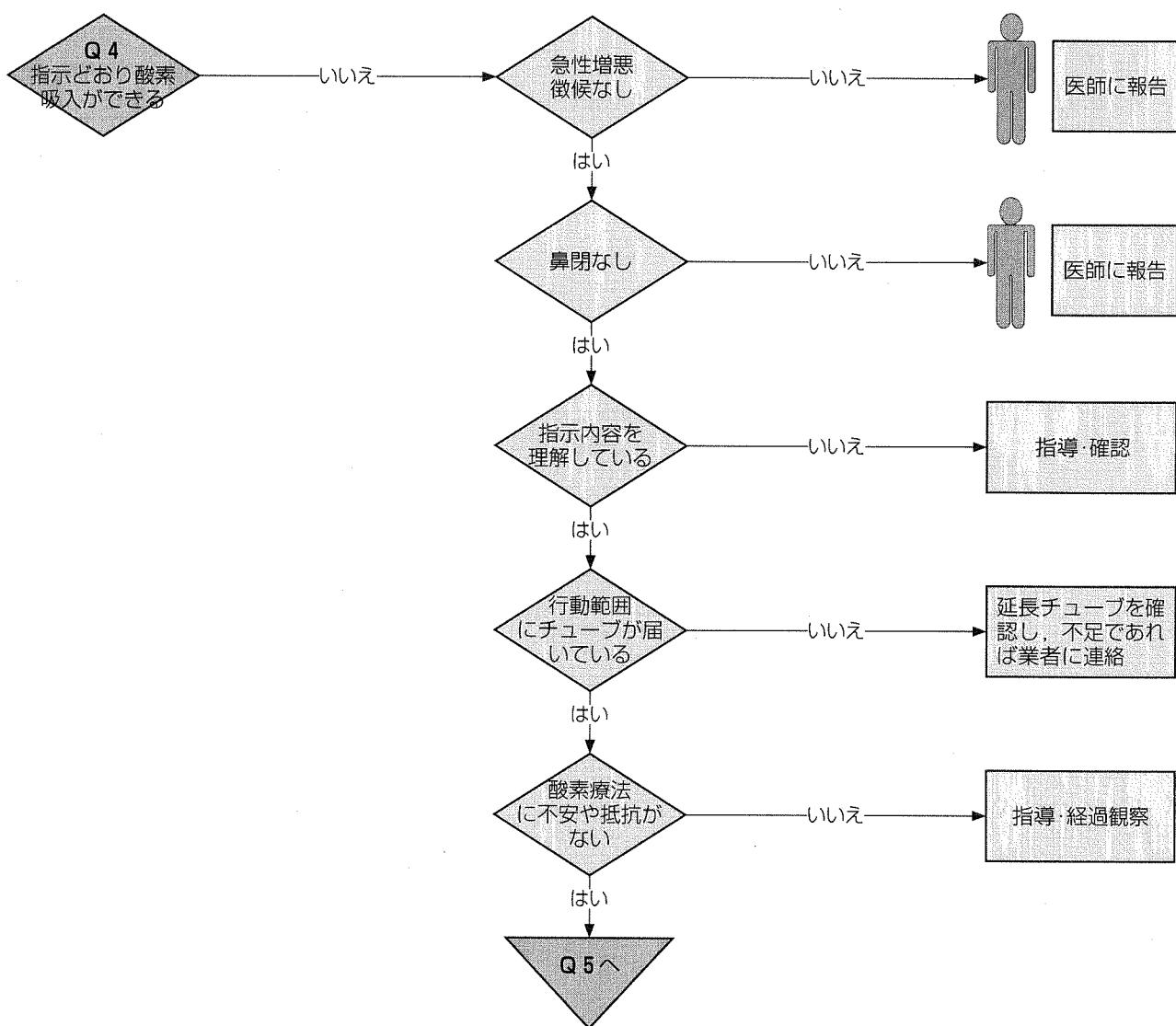
## 機器(酸素濃縮装置)が作動していない場合の判断樹



### B-I-1b 機器(液化酸素装置)が作動していない場合の判断樹

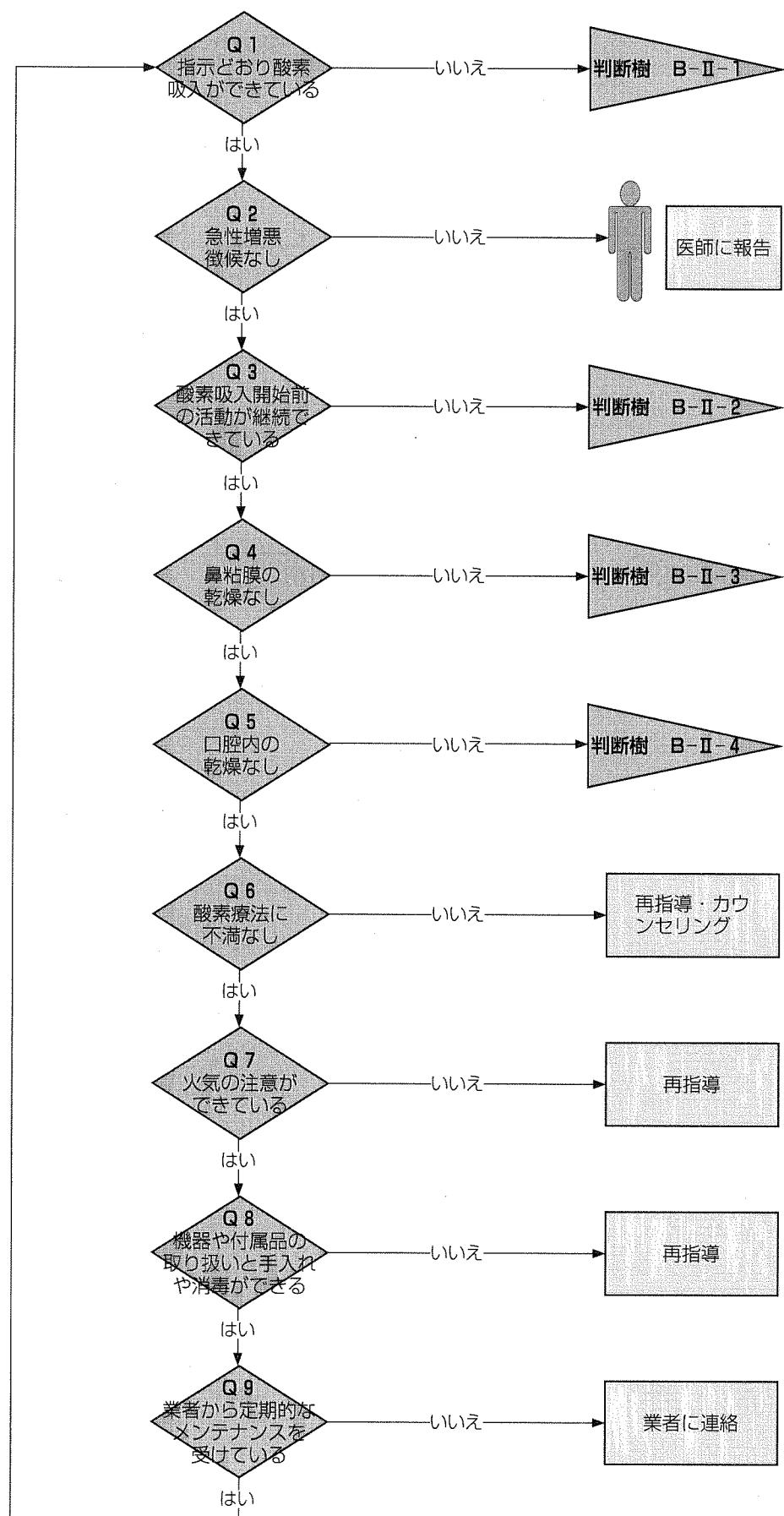


## B-I-2 指示どおり酸素吸入ができない場合の判断樹



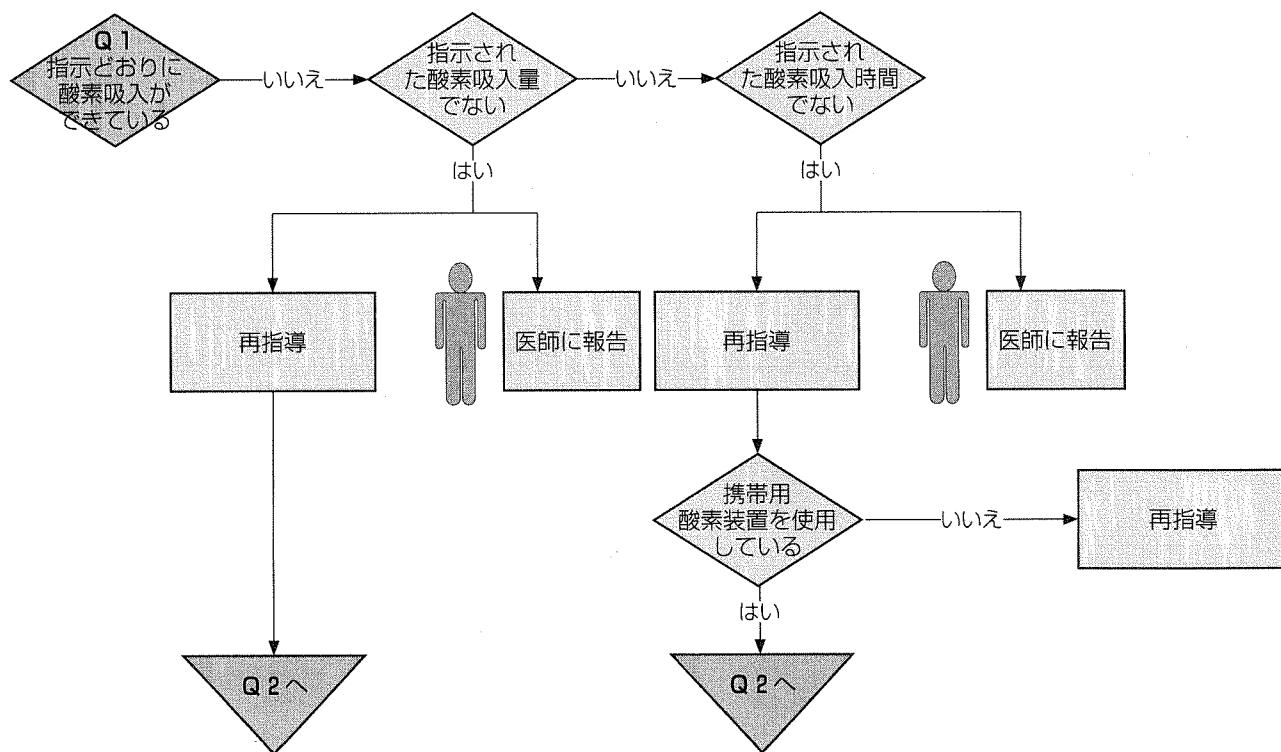
## B-II

## 維持管理段階全体の判断樹

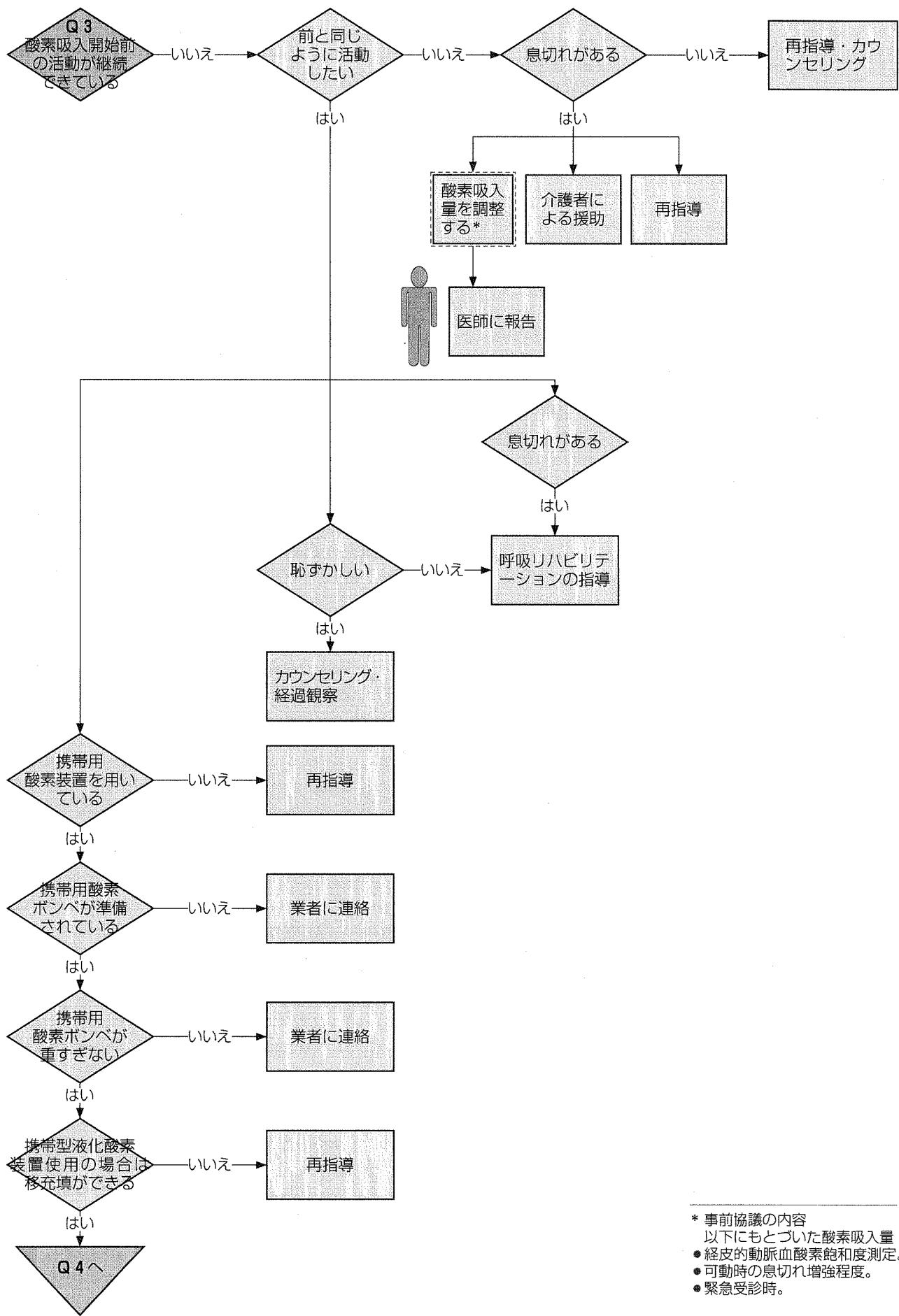


## B-II-1

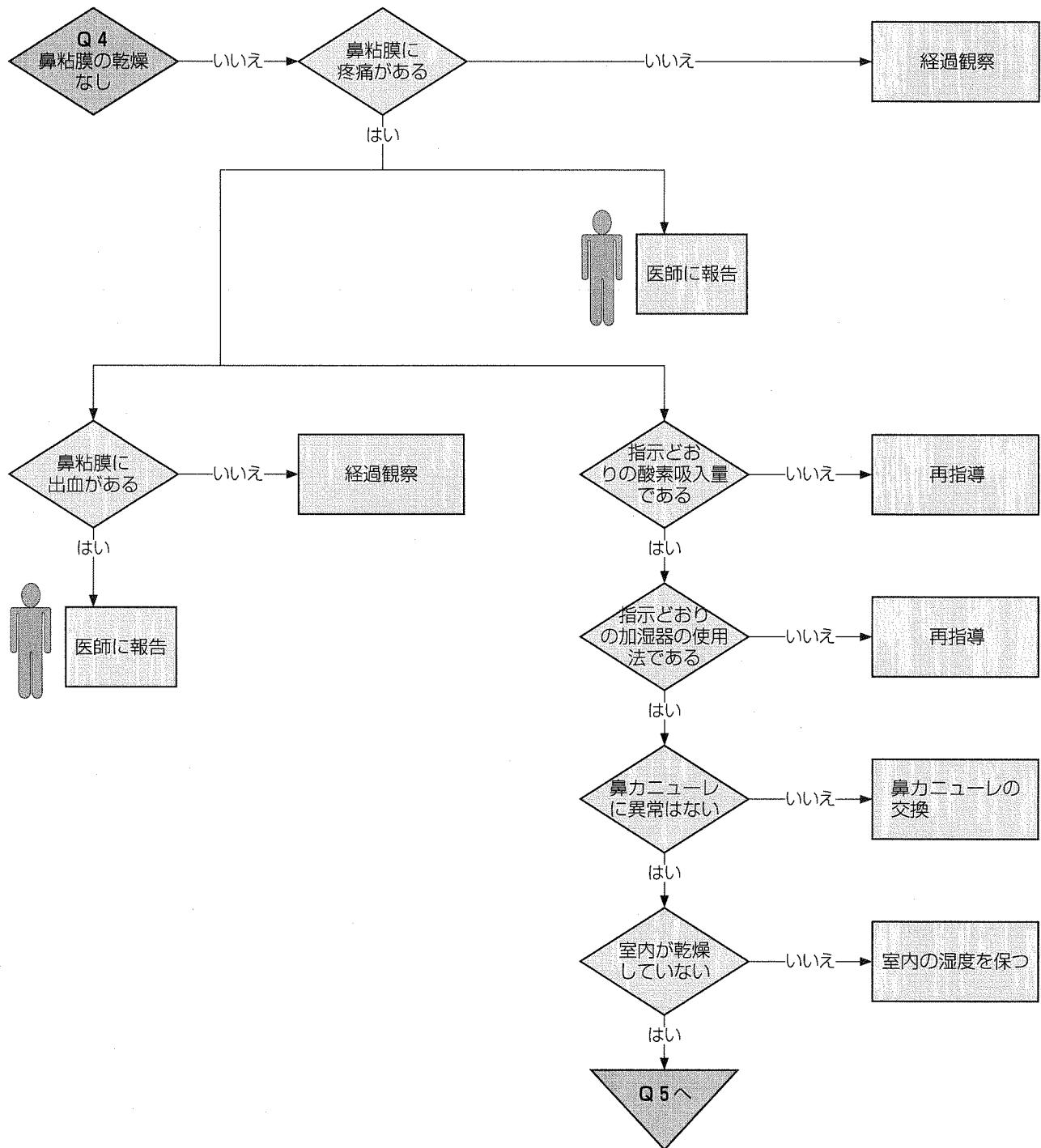
## 指示どおりに酸素吸入ができていない場合の判断樹



## B-II-2 酸素吸入開始前の活動が継続できていない場合の判断樹

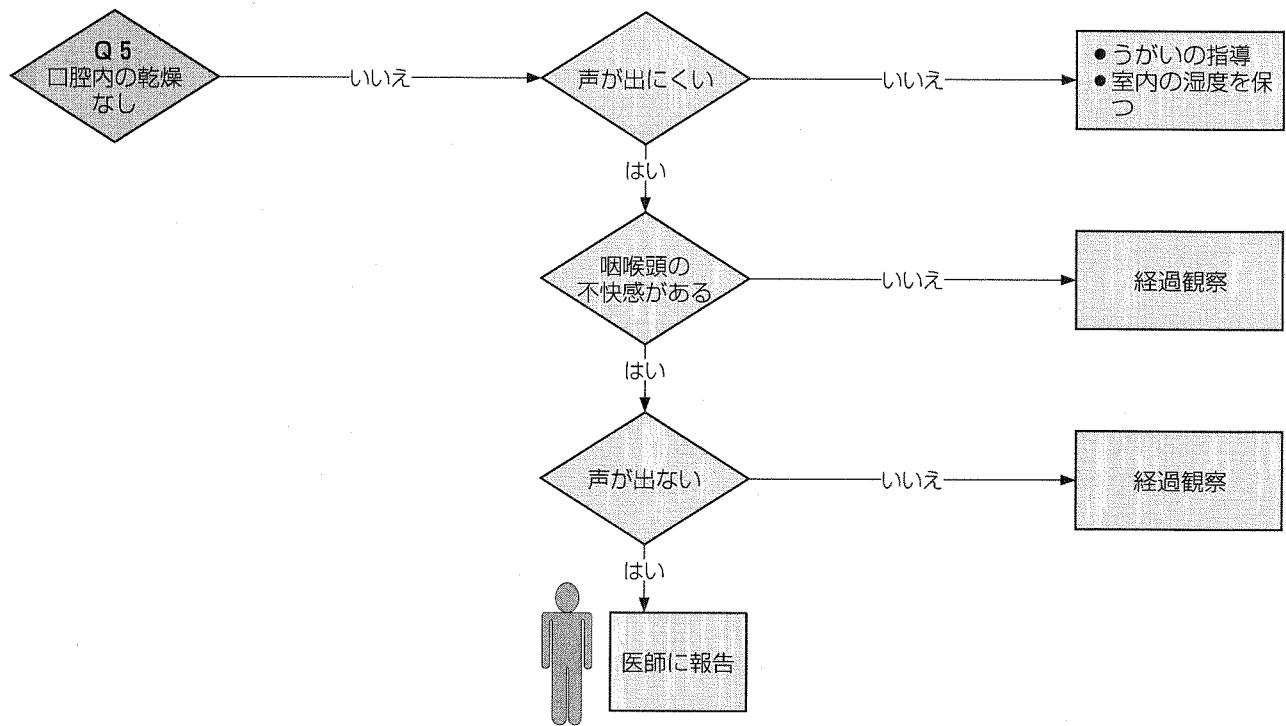


### B-II-3 鼻粘膜が乾燥している場合の判断樹



## B-II-4

## 口腔内が乾燥している場合の判断樹



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 在宅酸素療法管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅酸素療法管理看護プロトコールに従って療養者の在宅酸素療法の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_
2. 在宅療養指導管理料請求機関 \_\_\_\_\_
3. 設置理由（該当するものに○）  
 1) 動脈血酸素分圧55mmHg 以下および動脈血酸素分圧60mmHg 以下で、睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症をきたす場合  
 2) 経皮的動脈血酸素飽和度（ ）  
 3) その他（ ）
4. 設置日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
5. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）  
 1) 自己管理可 2) 介護者による管理可 3) 指導のみ
6. 使用機器（該当するものに○）（提供機関 ）  
 設置型の場合  
 酸素ボンベ  
 吸着型酸素濃縮装置  
 膜型酸素濃縮装置  
 液化酸素装置  
 携帯用の場合  
 携帯用酸素ボンベ  
 携帯型液化酸素装置
7. 投与方法（該当するものに○）  
 1) 持続 2) 間欠（ 時間／1日 動作時 睡眠時 他 ）  
 3) 酸素吸入量（ l／分）
8. 事前協議事項  
 1) 呼吸困難増強時  
 2) その他
9. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。

## 医療処置管理看護プロトコール

4

# 在宅中心静脈栄養法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

中心静脈栄養法を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、

- ①小腸大量切除など、中心静脈栄養法以外に栄養所要量の確保が困難な状態。
- ②消化器悪性腫瘍などの進行による著しい通過障害のために、経口摂取が困難な状態。
- ③その他、中心静脈栄養法以外に栄養所要量の確保が困難な状態（胃術後などの早期退院により在宅療養が選択された場合を除く）。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護をする以前から中心静脈栄養法が導入されており、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

#### 参考

中心静脈栄養法には、カテーテルの設置ルートにより体外式と埋め込み式がある。

体外式は、カテーテルを鎖骨下静脈穿刺法や外頸静脈切開法によって刺入し、その先端を中心静脈に設置する方法である。原則として皮下トンネルを作成する。カテーテルの体外に出ている側を輸液回路に接続して栄養輸液剤を注入する。カテーテル刺入部の皮膚消毒および輸液回路の交換は1週間に1～2回行い、刺入部は消毒後、滅菌材料で被覆する。回路交換時や生活行動のための一時的輸液中断時には、カテーテルをヘパリン加生理食塩水で満たし（ヘパリンロック）、鉗子で確実にクランプする。

埋め込み式は、リザーバー（ポート）のついたカテーテル（完全皮下埋め込み式カテーテル）を用い、リザーバー部分を左前胸部皮下に埋め込む方法である。埋め込んだリザーバーに専用の針（ヒューバー針）を刺入し、それを輸液回路に接続して栄養輸液剤を注入する。皮膚消毒は刺入のつど、その前後に行い、刺入部を滅菌材料で被覆する。この方法は生活行動拡大を目的とした間欠輸液に適しているが、針の刺入操作に療養者が不安を持つ場合には、針を留置して輸液を継続することもある。

体外式、埋め込み式のどちらの場合も、輸液の滴下速度を一定にするために輸液ポンプの併用が推奨される。

輸液剤を入れるジャケットやバッグとポンプを併用することにより、安全で目立たない外出も可能である。

## 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での中心静脈栄養患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
  - ①中心静脈栄養法の適応や仕組みについての理解。
  - ②中心静脈栄養法に伴う異常・トラブル（Ⅲ参照）についての熟知。
  - ③中心静脈栄養法の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
  - ④中心静脈栄養法を管理する具体的な技術（輸液回路の交換、刺入、フラッシュなど）。
  - ⑤在宅での中心静脈栄養法に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（「在宅中心静脈栄養指導管理料」による器具・衛生材料についての理解）。
  - ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

## 3 医師との連携条件

### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当療養者ごとに「在宅中心静脈栄養法管理協定」を書面（p.91）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

### 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 在宅中心静脈栄養療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が中心静脈栄養法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、中心静脈栄養法に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切に対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

## III 在宅中心静脈栄養法に伴う異常・トラブル

在宅中心静脈栄養法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅中心静脈栄養療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

## 1 カテーテルが挿入されていることに関するもの

### 1) 塞栓症（肺塞栓）、あるいはその危険性

原因・関連要因：滴下不良時（カテーテル閉塞が疑われる場合）の不適切な操作  
輸液回路交換時などの不適切な操作

### 2) 上大静脈症候群、あるいはその危険性

原因・関連要因：上大静脈の血栓形成による血液還流の障害

### 3) 滴下不良

原因・関連要因：カテーテル、輸液回路の不適切な操作  
輸液ポンプの作動不良

ヒューバー針の浅い刺入

## 2 感染

### 1) カテーテル刺入部感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な局所の消毒操作

### 2) 菌血症、敗血症、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテル、輸液回路、フィルターなどの不適切な操作  
療養者の易感染状態

## 3 代謝・栄養異常

### 1) 高血糖、あるいはその危険性

原因・関連要因：輸液内容の急速な注入  
糖尿病の合併

### 2) 脱水（水・電解質の喪失・不均衡）、あるいはその危険性

原因・関連要因：高血糖に伴う高浸透圧利尿

### 3) 栄養素の欠乏（3大栄養素、ビタミン、無機質・微量元素の欠乏症）、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な管理（短腸症候群などの投与量不足や、下痢による栄養素の喪失が考慮されないこと）

#### ● 参考 栄養素欠乏の症候と該当栄養素

全身倦怠感	：蛋白・エネルギー不足、ビタミンB <sub>1</sub> 、ビオチン、Na、Ca
皮膚乾燥	：蛋白・エネルギー不足
落屑	：必須脂肪酸
発疹	：亜鉛、ビオチン、銅
脱毛	：亜鉛、ビオチン
視力障害	：ビタミンA
口内炎、舌炎	：鉄、葉酸、ビタミンB <sub>12</sub>
筋肉痛・狭心痛	：セレン（注：市販の微量元素製剤には含まれていない）
不整脈	：セレン

#### 4 中心静脈栄養法に伴う生活行動の縮小に関するもの

##### 1) 口腔内の不潔・不快、感染（耳下腺炎、アフタ）、あるいはその危険性

原因・関連要因：経口摂取をしないことによる唾液分泌の低下

口腔ケアの不足

##### 2) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：輸液回路による拘束

カテーテルが抜けたり、輸液回路がはずれるのではないかという  
心配など

##### 3) 廃用性症候群（不正咬合）、あるいはその危険性

原因・関連要因：長期間経口摂取しないことによる咀しゃく筋の萎縮

#### 5 中心静脈栄養法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

##### 1) 食に対する満足が得られない、あるいはその危険性

原因・関連要因：消化管の通過障害があって中心静脈栄養法をしている場合

通過障害はない（短腸症候群など）が、食べられないと誤解して  
いる場合

##### 2) 不穏、あるいはその危険性

原因・関連要因：中心静脈栄養法を継続することに対する気持ちの揺れ

##### 3) カテーテルの自己抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：不穏

中心静脈栄養法を継続することに対する拒否

#### 6 家族の気持ち・介護力に関するもの

##### 1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：過重な介護負担

#### 7 中心静脈栄養法を要する基礎疾患の増悪に関するもの

##### 1) 嘔気・嘔吐、あるいはその危険性

原因・関連要因：悪性腫瘍による消化管の狭窄の進展

##### 2) 痛み（腹痛・背部痛）

原因・関連要因：悪性腫瘍の進展

#### IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

## 1 導入検討の段階

在宅経管栄養法管理看護プロトコールの導入検討の段階（経口以外の栄養手段を必要とするかどうかのアセスメント p.146）と同じ。

## 2 維持管理の段階

### 1) 在宅での中心静脈栄養法に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している中心静脈栄養法実施理由  
経口摂取に対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

\* 指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①使用しているカテーテルのタイプ
- ②カテーテル挿入日
- ③注入薬液の保存方法
- ④混入薬物の有無と混入方法
- ⑤薬液パックの交換時間
- ⑥時間注入量とその変更
- ⑦刺入部の消毒・清潔維持方法（体外式か、埋め込み式か。判断樹の手順書、p.87を参照）
- ⑧必要物品の入手・処理方法
- ⑨輸液回路の交換時期
- ⑩入浴方法
- ⑪指導されている身体観察項目

### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：療養者の中心静脈栄養法適応理由がそれに該当するか

該当理由：内部障害（主として小腸切除による機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 在宅中心静脈栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.83, 表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

## 3 中止・終了の段階

S：療養者（および家族）の中心静脈栄養法継続、経口摂取に対する考え方、認識

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

(本プロトコールの適応から、生命維持のために療養者が本処置を必要としない状態になることはない。したがって、原則としては、中心静脈栄養法を中止・終了とする段階はない。)

## V 在宅中心静脈栄養法管理判断樹

### 1 導入検討の段階

在宅療養経過中における、経口での栄養摂取状況の適否に関する判断樹は、在宅経管栄養法管理看護プロトコール (p.148) を参照する。

### 2 維持管理の段階

- B 維持管理段階全体の判断樹 (p.85)
- B - 1 滴下不良の場合の判断樹 (p.86)
- B - 2 刺入部局所の異常がある場合の判断樹 (p.87)
- B - 3 嘔気・嘔吐がある場合の判断樹 (p.88)
- B - 4 経口摂取希望がある場合の判断樹 (p.89)
- B - 5 身体活動の低下がある場合の判断樹 (p.90)

### 3 中止・終了の段階

なし

## VI 在宅中心静脈栄養法管理協定書 (p.91)

## 在宅中心静脈栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
<b>1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル</b>	
塞栓症	呼吸正常 <u>呼吸困難</u>
上大静脈症候群	頸部浮腫なし 頸部・顔面・カテーテル挿入側上肢の浮腫あり
滴下状態	時間どおりに指示量が注入されている 輸液ポンプの作動不良 <u>うまく落ちず、指示量が注入できない</u> ヒューバー針の刺入が浅く、皮下に注入
カテーテル固定状況 (体外式の場合)	確保されている 固定用絆創膏がはがれかかっている <u>カテーテル固定の縫合糸がはずれている</u> 抜去してしまった
<b>2) 感染徵候</b>	
刺入部・周囲の状態	皮膚の発赤・腫脹・熱感・疼痛なし 皮膚の発赤・腫脹・熱感・疼痛あり <u>カテーテル挿入皮下トンネルに一致した発赤</u>
口腔内の状態	口腔粘膜湿潤、唾液分泌良、口臭なし 口腔粘膜乾燥、口臭あり <u>舌苔形成</u> <u>アフタ形成</u> 頸部リンパ節の腫脹 耳下腺部の腫脹・熱感・疼痛あり
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱軽度、脈拍数・呼吸数増加 発熱中等度、脈拍数・呼吸数増加 発熱高度（40°C前後）、脈拍数・呼吸数増加
視力	視力低下の訴えなし <u>視力低下の訴えあり</u>
<b>3) 水分・電解質・糖の代謝異常</b>	
脱水徵候（高浸透圧利尿）	口渴なし、皮膚乾燥なし バイタルサイン異常なし <u>倦怠感・嘔気あり</u> 口渴あり、皮膚の乾燥・弾力性低下あり 栄養輸液注入量とほぼ同量の尿排出 非発熱時の尿量が栄養輸液注入量以下 <u>尿糖</u> <u>血圧低下</u> <u>不整脈</u>
体液量過剰徵候	浮腫なし、息切れなし <u>浮腫・息切れあり</u> <u>不整脈</u>

領 域	医師への報告基準（下線部分）
-----	----------------

## 4) 栄養状態（3大栄養素・ビタミン・無機質・微量元素の充足状況）

体重	変化なし <u>1ヶ月間に10%以上の減少・増加あり</u>
皮下脂肪	上腕三頭筋部皮下脂肪厚がつまめるほどはある <u>しわの増加</u> <u>皮下脂肪の枯渇（ほとんど皮膚のみ）</u>
皮膚	乾燥・発疹・落屑・瘙痒感なし <u>全身の瘙痒感あり</u> <u>乾燥の増加</u> <u>落屑の増加</u> <u>発疹あり（粘膜皮膚移行部）</u>
毛髪	脱毛なし、つやあり <u>つやなし</u> <u>脱毛あり</u>
筋肉	筋肉痛なし <u>筋肉痛あり</u> <u>狭心痛あり</u>

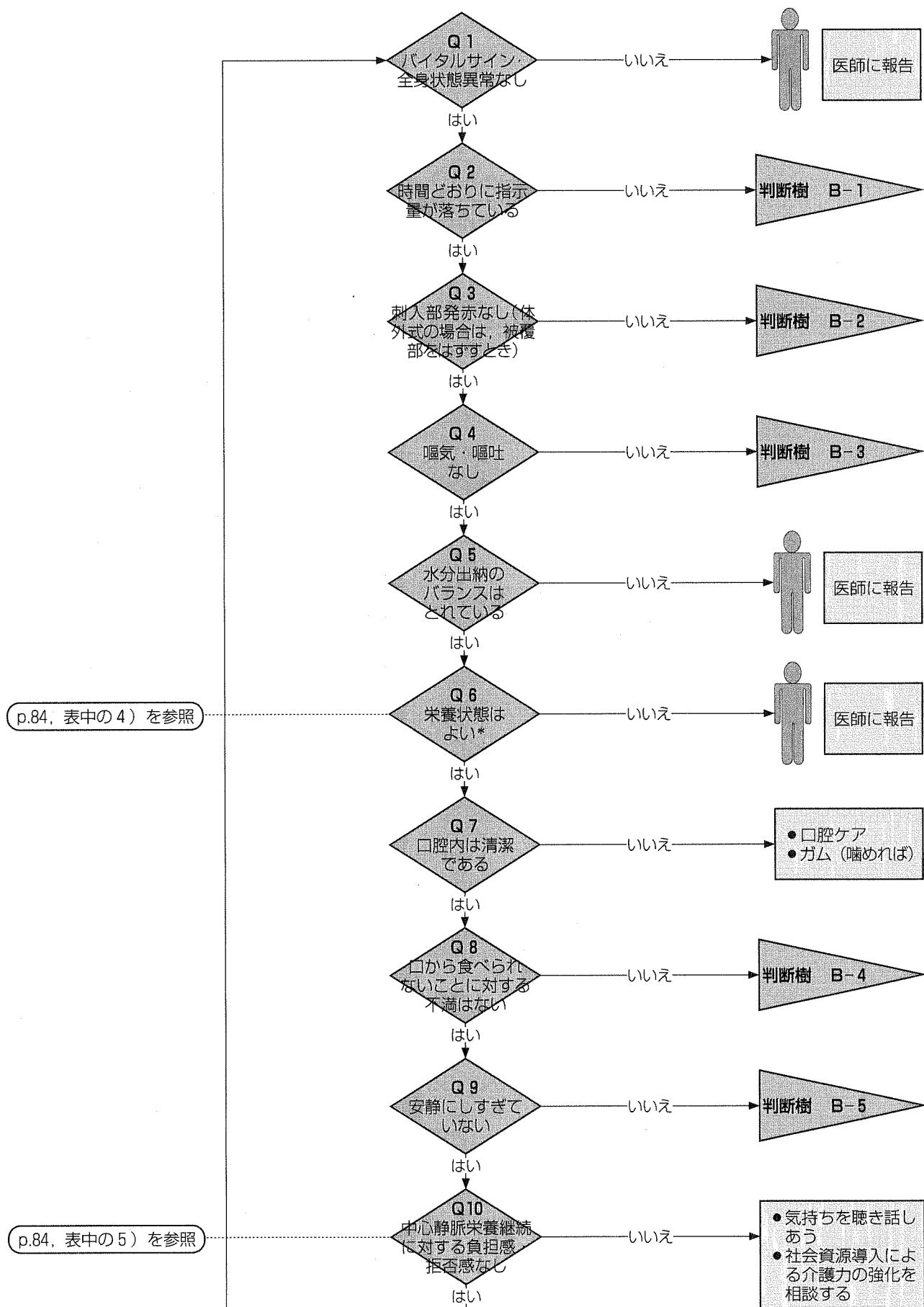
## 5) 中心静脈栄養法に対する療養者・家族の受け入れ・認識の逸脱

身体活動範囲	必要な身体の動きはできている 必要以上に身体活動が低下している
心理・情緒的反応	平常どおり <u>いらだち・不穏</u>
家族の介護負担	疲労はない 疲労があるが、休養・睡眠によって回復する 疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない

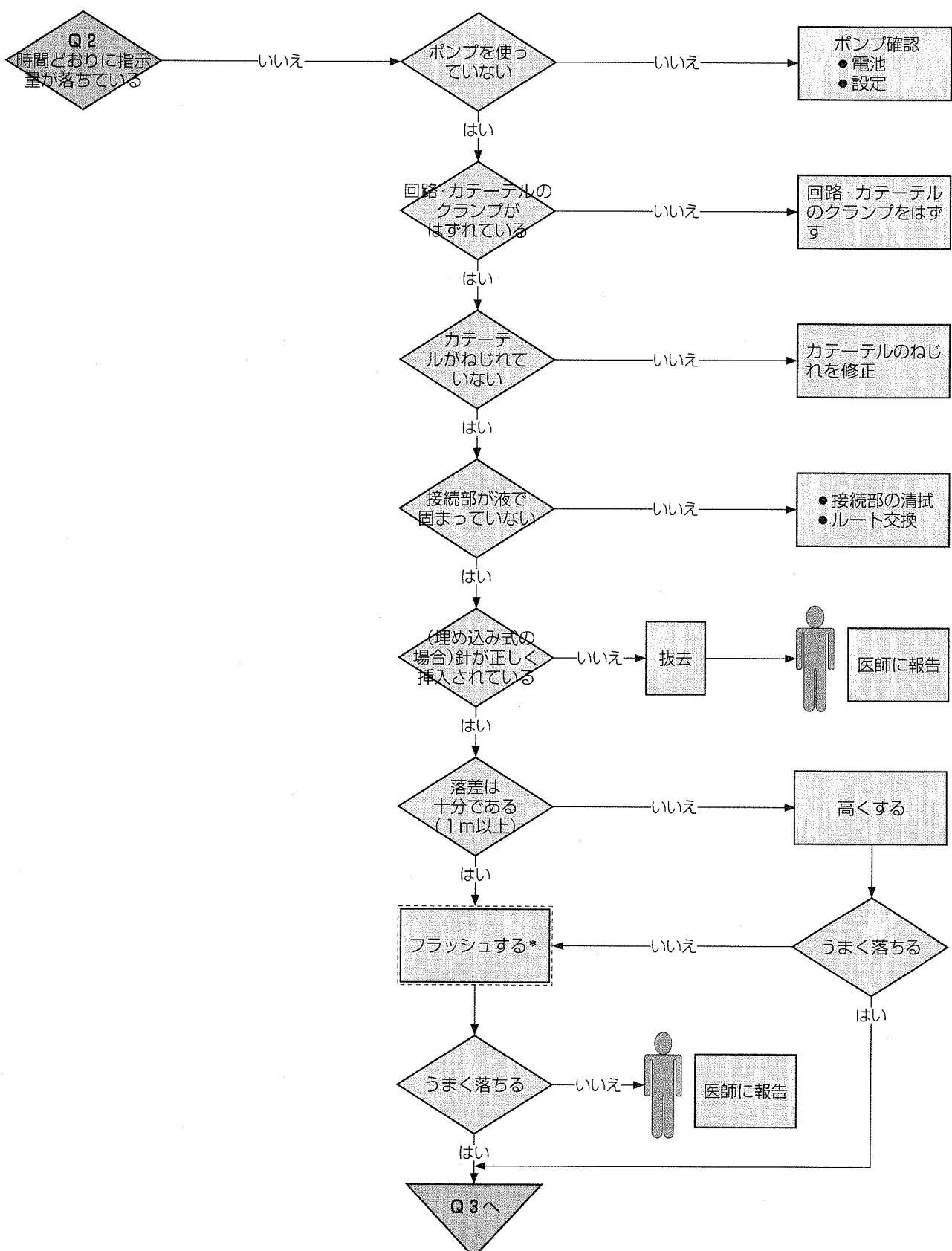
## 6) 中心静脈栄養法を要する基礎疾患の増悪

消化管の通過障害	嘔気・嘔吐なし <u>嘔気・嘔吐出現</u> <u>嘔気・嘔吐増強</u>
悪性腫瘍の進展	癌末期疼痛管理看護プロトコール（p.227）を参照

## B 維持管理段階全体の判断樹

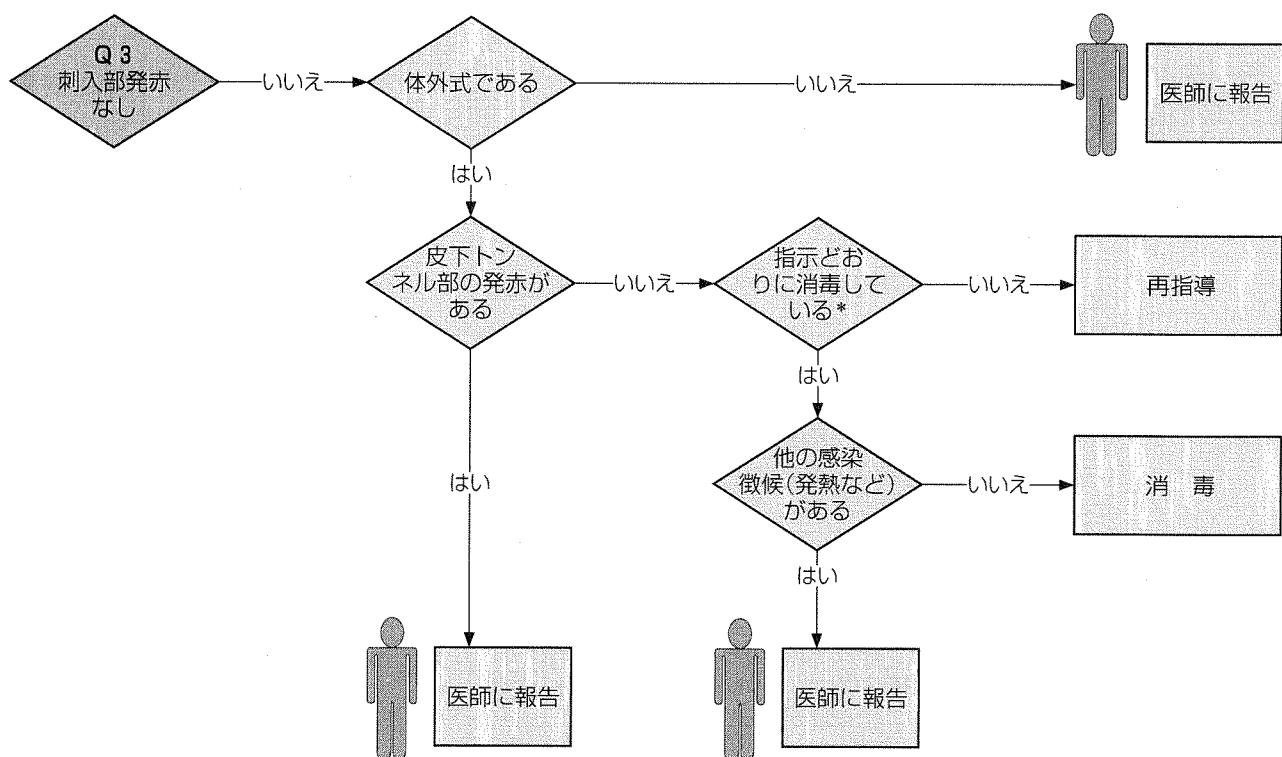


## B-1 滴下不良の場合の判断樹



- \* 事前協議の内容
- 落ちなくなつてからの時間  
(何時間までならフラッシュ  
してよいか)。
- 用いる薬液。
- フラッシュを試みる回数。

## B-2 刺入部局所の異常がある場合の判断樹

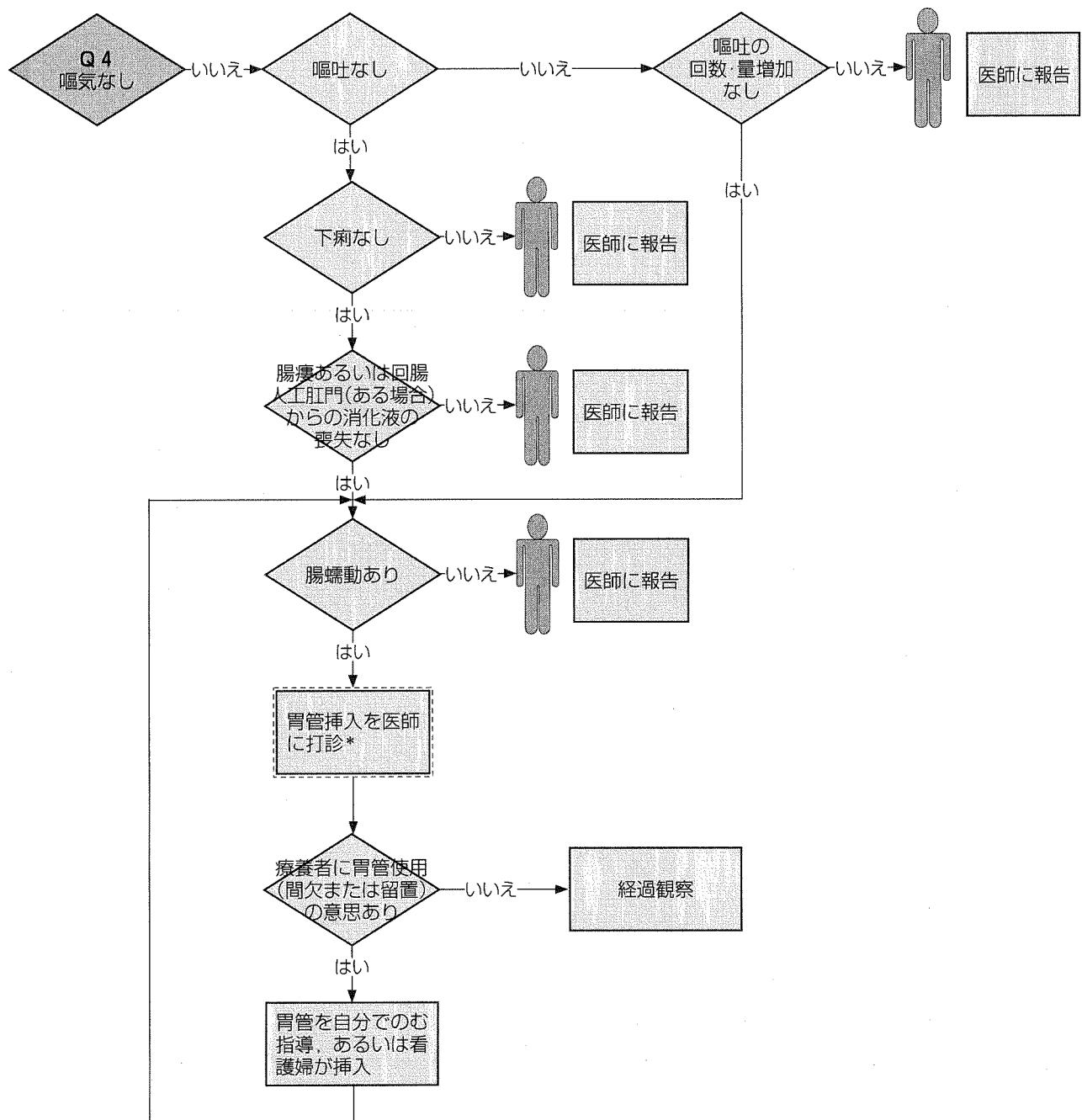


### \*手順書・中心静脈栄養法カテーテル刺入局所の清潔保持方法

- ①手洗い、うがい。
- ②衣服、頭髪など、カテーテル挿入部に不潔なものがかかるないよう整える。
- ③必要物品を滅菌野に準備する。
- ④(必要時手袋をはめる。)
- ⑤(必要時マスクを着用する。)
- ⑥古いドレッシング材を取り除く。  
注意：皮膚を傷つけないように、ドレッシング材はていねいにはがす。（カテーテルを傷つけないために、はさみの使用は避ける。剥離剤あるいはアルコールプレップを用いて、まわりから濡らしながらはがすとはがれやすい。）
- ⑦カテーテル挿入部位のアセスメントを行う。
- ⑧滅菌手袋を装着する。
- ⑨アルコールに浸した綿棒で挿入部を3回、中心から円を描くように、半径5cmほどの範囲を消毒する。
- ⑩挿入部位および縫合部は、特に慎重に細かい部位まで綿棒（小）を使って消毒する。
- ⑪イソジンに浸した綿棒で3回、同様に消毒する。イソジンアレルギーがある場合には医師と相談し、消毒薬の検討を行う。
- ⑫イソジンが乾くのを待つ。
- ⑬イソジンゲルを挿入部および縫合部に少量塗布する。
- ⑭滅菌ガーゼを、挿入部位、縫合部に当てる。滅菌テープ使用時にはテープの上が隠れるように当てる。
- ⑮保護膜パックをガーゼのまわりに塗布する。3回に分けて塗り、乾くまで待つ。
- ⑯滅菌された防水性のドレッシング材を貼る。
- ⑰ドレッシング材から出ているカテーテルをテープで固定する。

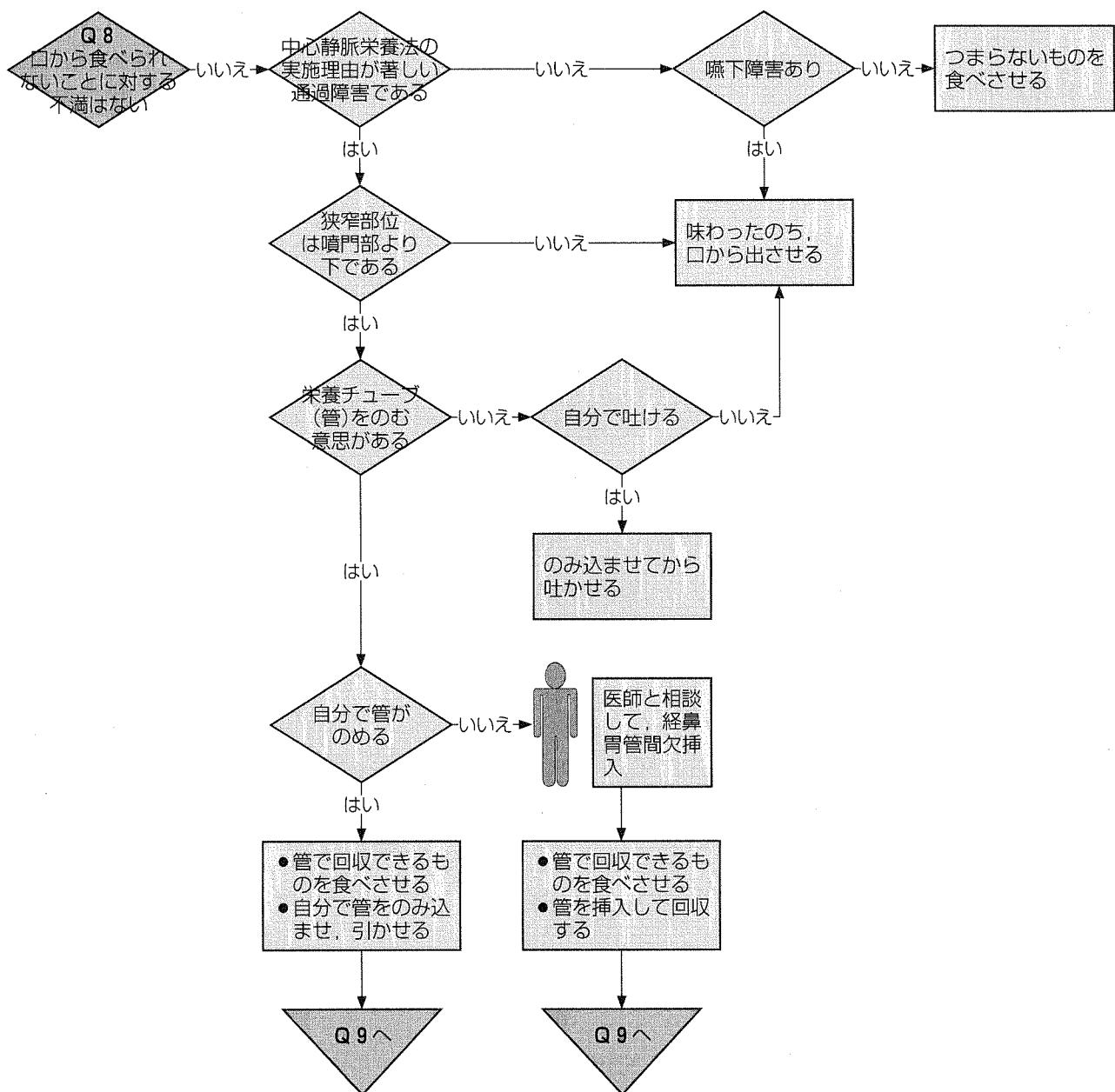
[参照] 川村佐和子：訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究 研究報告書, p.87-88, 1998.

### B-3 嘔気・嘔吐がある場合の判断樹

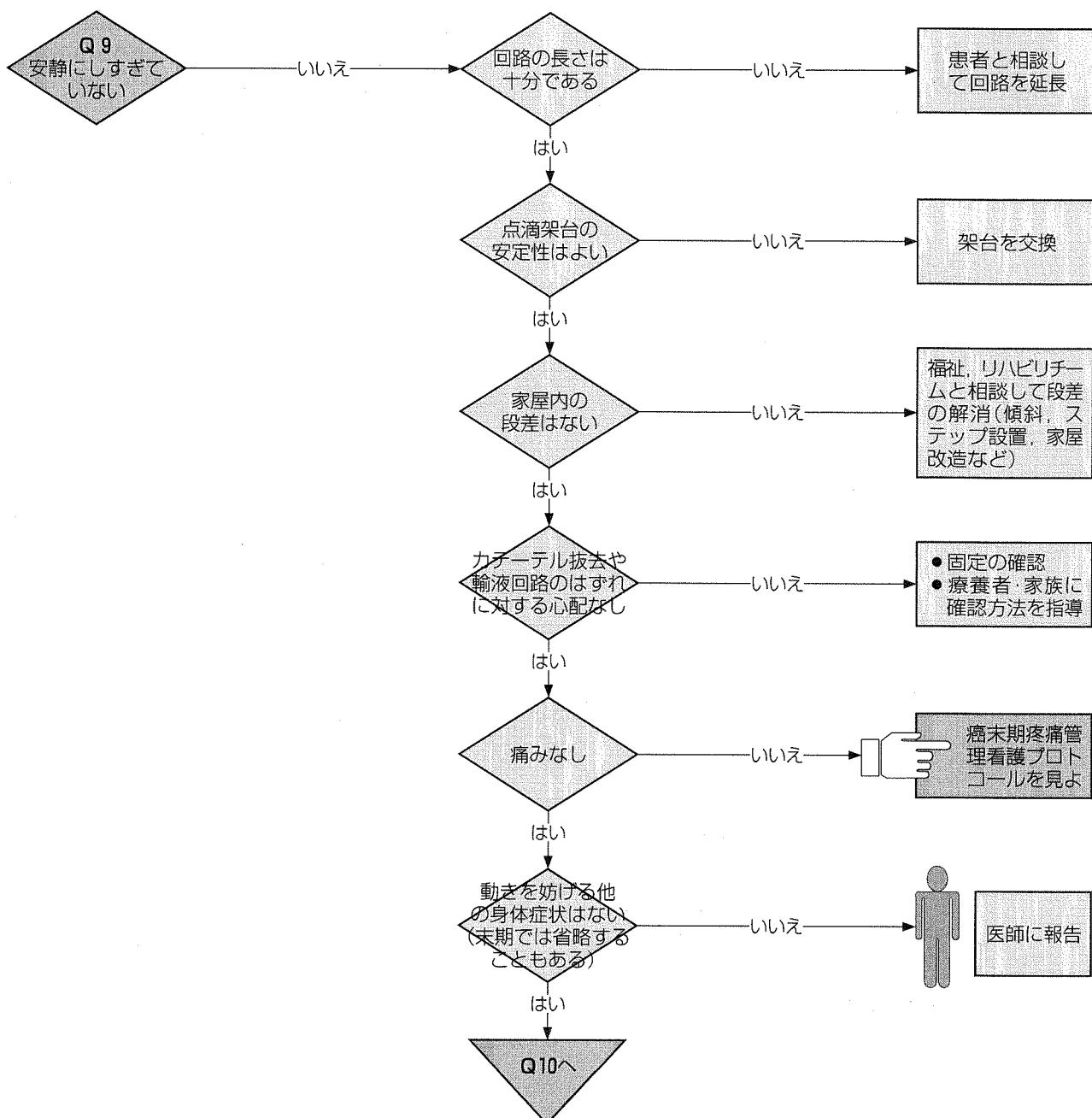


\* ただし、病勢の進行によるので、  
管理協約を交わす時点での事前協  
議はむずかしい。

## B-4 経口摂取希望がある場合の判断樹



### B-5 身体活動の低下がある場合の判断樹



**管理協定書**

平成 年 月 日

**在宅中心静脈栄養法管理協定書**

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅中心静脈栄養法管理看護プロトコールに従って療養者の在宅中心静脈栄養法の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_
2. 在宅療養指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_
3. 設置理由 \_\_\_\_\_
4. 設置日 年 月 日
5. カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
6. 経口摂取 1) 可 2) 否
7. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）  
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
8. 使用薬剤・投与量（提供機関）  
 輸液基剤 ( ) 抗凝固剤 ( )  
 ビタミン剤 ( ) 生理食塩水 ( )  
 脂肪乳剤 ( ) その他 ( )
9. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）  
 輸液回路 ( ) セット) インジェクションプラグ ( ) 個)  
 フィルター ( ) 個) ヒューバー針 ( ) 本)  
 注射器・注射針 ( ) セット) その他：
10. 消毒薬・衛生材料（提供機関）  
 減菌綿棒 ( ) 本) 紺創膏 ( ) 個)  
 減菌ガーゼ ( 枚× パック) 消毒液 ( ) ml)  
 その他：
11. 投与方法（該当するものに○）  
1) 持続 2) 間欠 ( 時間／1日 他 ) 3) 注入速度 ( ml／時間)
12. 事前協議事項  
1) 滴下不良の場合の対応方法  
2) その他
13. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

**5**

# 在宅自己導尿

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

間欠的導尿を要する療養者の状態。

- ①神経因性膀胱に起因する排尿障害。

尿閉

残尿

- ②神経障害のない、尿道自体の通過障害の状態での尿閉を除く（例えば、前立腺肥大症、尿道結石嵌頓、尿道狭窄、急性前立腺炎など）。

以上の排尿障害をきたす療養者の疾患・病態として次のものがある。

- ・骨盤内手術の術後合併症：骨盤内神経叢に影響する手術法（直腸癌の手術や、子宮癌に対する広汎子宮全摘術など）。
- ・脊髄疾患：外傷性脊髄損傷、脊髄腫瘍、脊髄の炎症・奇形（二分脊椎）、脊椎症。
- ・脳・神経疾患：神経系腫瘍、パーキンソン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、脳血管障害など。

### 参 考

清潔間欠的自己導尿（Clean intermittent self-catheterization）は、1972年に、Lapidesらが、尿路感染症防止に対して提唱した方法である。利点は低圧排尿でき、膀胱の自然な働きが保て、排尿行為本来の自然な活動を保持できることである。また、腎や膀胱の機能を低下させずに、諸合併症を回避できる点にある。欠点は生活行為の中止などが挙げられるが、生活様式に応じての飲水制限や、他の方法の一時的併用などで長期管理可能な方法と言える。

本プロトコールでは、自己にて導尿が行えない場合も考慮し、オレムのセルフケアモデルにもとづき、自己導尿が行えない場合でも、そのケアを代償として行う人を取り込める力をセルフケアリングとして位置づけ、「自己導尿」と表現するものとする。以下、行政用語として用いられており、本プロトコールの表題となっている「在宅自己導尿」と、用語を統一することとする。

### 2) 使用器具・装具

- ①在宅で自己導尿を導入する場合：かかりつけの医療機関を通じて器具・装具の供給方法を確立する。
- ②病院で開始され、在宅で維持管理する場合：すでに使用されている器具を継続して用いることを前提とする。

### ● 参考

#### カテーテル

- ・ディスポカテーテル、リユーザブルカテーテル（再利用型自己導尿用セット）など。
- 尿器（尿を入れるもの）
- ・市販の尿器、安定性のある目盛り付き容器、飲料水などの空容器、臥盆、メスシリンドーなど。

#### 潤滑剤

- ・滅菌グリセリン、オリーブ油、キシロカインゼリー、リユーザブルカテーテル内保管容器内に入れる消毒液（病院の処方によるがグリセリン入りが多い）。

#### カテーテル挿入物品（手で入れる場合と鏃子で入れる場合）

- ・手で入れる場合：手指消毒綿。
- ・鏃子で入れる場合：鏃子。
- \*自分で挿入するか、介助者が入れるかによって入れやすいほうを選択する。
- \*どちらも十分な手洗いを前提とする。
- ・消毒綿：尿道口、陰部の消毒をする。
- ・清潔エリアを作るもの、または衣類の汚染を防ぐもの（必要時）：処置用シーツ、ディスポシーツ、オムツ、ティッシュなど。
- ・尿道口を映す鏡（女性の場合、必要時）。

## 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での導尿患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持ってること。
  - ①在宅自己導尿の適応や仕組みについての理解。
  - ②在宅自己導尿に伴う異常・トラブル（Ⅲ参照）についての熟知。
  - ③在宅自己導尿の自己管理指導（療養者または家族への指導）。
  - ④在宅自己導尿を管理する具体的技術。
  - ⑤在宅自己導尿に必要な器具・装具・衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（「在宅自己導尿指導管理料」による器具・装具・衛生材料についての理解）。
  - ⑥療養者または介護者におけるそれらの入手および処理状況の確認。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

## 3 医師との連携条件

### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅自己導尿管理協定」を書面（p.111）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

## 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## Ⅳ 在宅自己導尿療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が在宅自己導尿を自分たちの生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、在宅自己導尿に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

## III 在宅自己導尿に伴う異常・トラブル

在宅自己導尿によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅自己導尿療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 尿路感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：局所の不適切な消毒操作、不適切なカテーテル操作、少なすぎる飲水量、物品の不適切な清潔管理、導尿回数が少ないことによる膀胱壁の過伸展に続発する易感染性、全身状態の悪化

### 2 カテーテル挿入部（尿道口・尿道・膀胱）損傷、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な挿入方法（手技：挿入の深さ、挿入部位の不適切な消毒）不適切な物品選択（カテーテルの種類：太さ・素材・形状など）

### 3 尿路結石、あるいはその危険性

原因・関連要因：残尿、尿性状の異常、不適切なカテーテル操作による感染および異物混入

### 4 尿漏れ、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテル挿入に伴う強い反射性膀胱、痙攣に伴う反射性膀胱、排尿括約筋協調不全（DSD）、不適切な導尿回数、導尿による反射性膀胱、便秘

### 5 腎機能低下、あるいはその危険性（水腎症、萎縮腎なども含む）

原因・関連要因：尿路感染の影響、尿路損傷の影響、尿路結石の影響  
膀胱尿管逆流現象（VUR）

## 6 社会生活に制限が生じるという不安・不満足、あるいはその危険性

原因・関連要因：導尿時間による生活時間の制約および生活行為の中止（仕事・睡眠時間・余暇など）、社会生活の変化、生活上の優先順位および価値観の変化、周囲の人の理解不足および協力体制の不整備、トイレ環境が社会的に整備されていないこと

## 7 在宅自己導尿の継続性の困難、あるいはその危険性

原因・関連要因：導尿に関する知識不足・理解力不足、指導者・援助者が得られない、家族の負担・疲労感、上肢機能の低下、合併症の併発

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

膀胱留置カテーテル管理法の導入検討段階（p.178参照）と同じ。

#### 参考

在宅自己導尿の回数、使用物品、導尿方法などは以下の項目をもとに協議する。

#### 現病歴

- ・療養者の排尿の状態を引き起こしている原疾患、およびその病歴、治療・対処方法。

#### 既往歴

- ・現病歴を修飾するもの。

#### 排尿状態

- ・ボイディング（排泄）チャート\*（尿意の有無、排尿感覚と尿回数、飲水量、1回尿量、1日尿量、尿漏れの有無、残尿など）、膀胱機能・尿道機能・腎機能所見、排尿に関する神経学的所見（神経因性膀胱診断：膀胱内圧測定、外尿道括約筋筋電図、残尿測定など）、尿の性状、尿流測定。

\*ボイディング（排泄）チャート：飲水時間と量、排尿時間と量、尿漏れの有無などを記載し、1日の飲水量・排尿量・排尿回数と1回排尿量から、飲水・排尿・尿漏れのパターンなどを知るのに有用。

#### 排便の状態

- ・便秘の状態は排尿の状態に影響をもたらすことが多い。排便管理状況。下剤服用の有無。

#### 食生活

- ・食事の内容、飲水の内容によっては排尿の状態に影響をもたらすことが多い。

#### 薬歴（薬剤名と使用量、使用頻度）

- ・排尿の状態に変化をもたらすもの、自律神経作用薬、利尿剤など。
- ・その他の薬（下剤など）

#### 日常生活動作状況（ADL）

- ・障害の種類と程度、運動麻痺の有無とその状態、援助機器の種類と活用状況、導

尿動作が行えるかどうかの上肢機能の把握、体位保持の確認。

#### 価値観・知覚・感覚・精神状態

- ・療養者・家族の生活様式、療養者・家族の価値観と優先順位、療養者・家族の障害の受け止めとモチベーションの把握、意識障害の有無とその状態、知覚障害の有無とその状態。

#### 環境

- ・導尿を行なうトイレおよび室内環境の把握、家族・介護者の状況、経済状況、社会資源の状況、在宅自己導尿管理指導に適した医療施設の状況。

## 2 維持管理の段階

### 1) 在宅自己導尿に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）は以下についてどうとらえているか。

排尿障害

在宅自己導尿を行う理由

在宅自己導尿の手順・方法（管を体内に入れるという行為に対し、恐怖感や拒否感を抱いていないかなど）

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか。

### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

#### \*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①在宅自己導尿の必要性について
- ②在宅自己導尿に際し、生じる問題と対処方法について
- ③在宅自己導尿が必要な、あるいは中止可能な身体状態
- ④在宅自己導尿の方法・頻度
- ⑤必要物品の入手・管理・使用・処理方法
- ⑥在宅自己導尿の手順・方法（自己管理か他者管理かも含む）
- ⑦指導されている身体観察項目

### 3) 身体障害者福祉法、労働者災害補償保険適用状況（該当する場合）

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：療養者の在宅自己導尿適応理由がそれに該当するか

該当理由：直腸・膀胱障害

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 在宅自己導尿に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.99、表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

### 3 中止・終了の段階

S：在宅自己導尿継続に対する療養者（および家族）の考え方・認識

O：膀胱機能の変化、上肢機能（特に手指機能）の低下、理解判断能力の低下があるか

自己導尿による異常・トラブルの頻発

S, O両面から、他の排尿管理法を検討し、切り替える。

## VI 在宅自己導尿管理判断樹

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.101)

B-1 尿道へカテーテルを挿入できない場合の判断樹 (p.102)

B-2 尿の性状に異常がある場合の判断樹 (p.103)

B-3 必要物品が清潔に保たれていない場合の判断樹 (p.104)

B-4 尿漏れがある場合の判断樹 (p.105)

B-5 導尿回数の調整をしていない場合の判断樹 (p.107)

B-6 尿道口、周辺領域の発赤・腫脹・痛み、出血・かゆみがある場合の判断樹  
(p.108)

B-7 導尿による睡眠中断がある場合の判断樹 (p.109)

B-8 自己導尿による生活縮小、生活行為中断がある場合の判断樹 (p.110)

### 3 中止・終了の段階

維持管理段階の判断樹の中に、必要時、中止・終了を検討するよう明示した。

## VI 在宅自己導尿管理協定書 (p.111)

## 在宅自己導尿に関する異常・トラブルと医師への報告基準

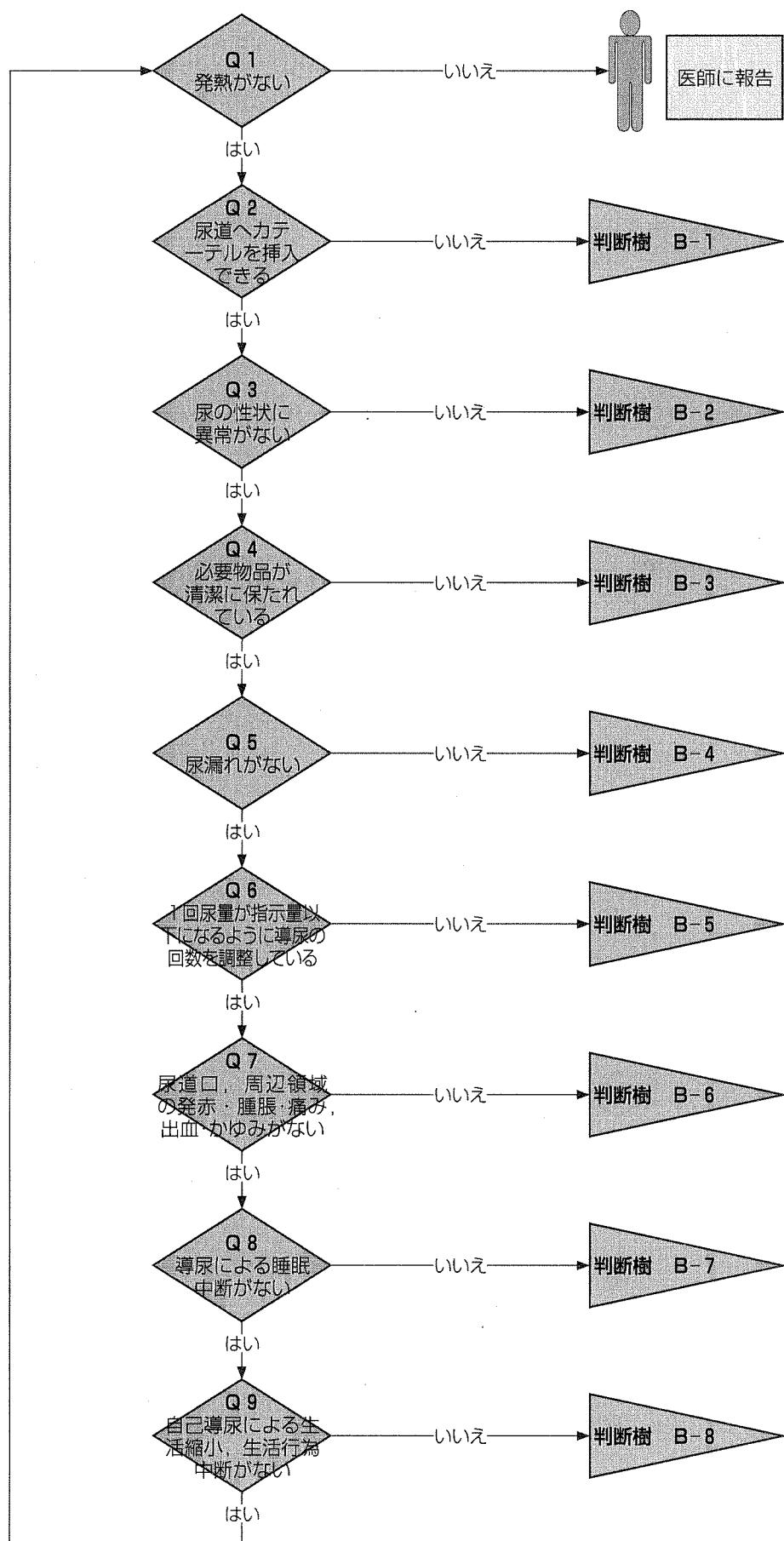
領 域	医師への報告基準（下線部分）
<b>1) 感染徵候</b>	
全身状態	バイタルサイン異常なし 微熱 <u>微熱が 2～3 日続く</u> 高熱 <u>高熱が 2～3 日続く</u>
尿の性状	混濁なし 透明で浮遊物あり 不透明である <u>不透明で異常臭あり</u> 試験紙による細菌尿あり 膿性である 血性浮遊物あり <u>血性浮遊物が 2～3 日続く</u> <u>ピンク尿あり</u> <u>血尿あり</u> (旧血尿：褐色尿、鮮血尿含む)
尿道口の状態	異常なし 発赤あり <u>発赤が続く</u> <u>びらん・裂傷あり</u> 膿の排出あり
<b>2) 水分出納</b>	
	脱水徵候、尿量異常なし 1回尿量 400ml 以下で 1 日尿量約 1000ml 以上 尿量異常なしが保持できない <u>尿量異常なしが保持できない日が続く</u> ふだんの飲水量に対し、尿量が少ない <u>ふだんの飲水量に対し、尿量が少ない日が続く</u> <u>ふだんの飲水量に対し、尿量が半分以下である</u>
<b>3) 尿漏れ</b>	
	なし カテーテル挿入時にあり 下着にしみる程度 <u>下着を交換するくらい</u> 尿取りパッドや装着型収尿器を必要とするくらい 排便状況問題なし 便秘あり <u>便秘が続く</u>
<b>4) 在宅自己導尿による生活パターンの障害</b>	
睡眠パターンの障害	睡眠中断なし、不眠感なし 睡眠中断あり <u>睡眠中断が続く</u>

領 域	医師への報告基準（下線部分）
睡眠パターンの障害	不眠

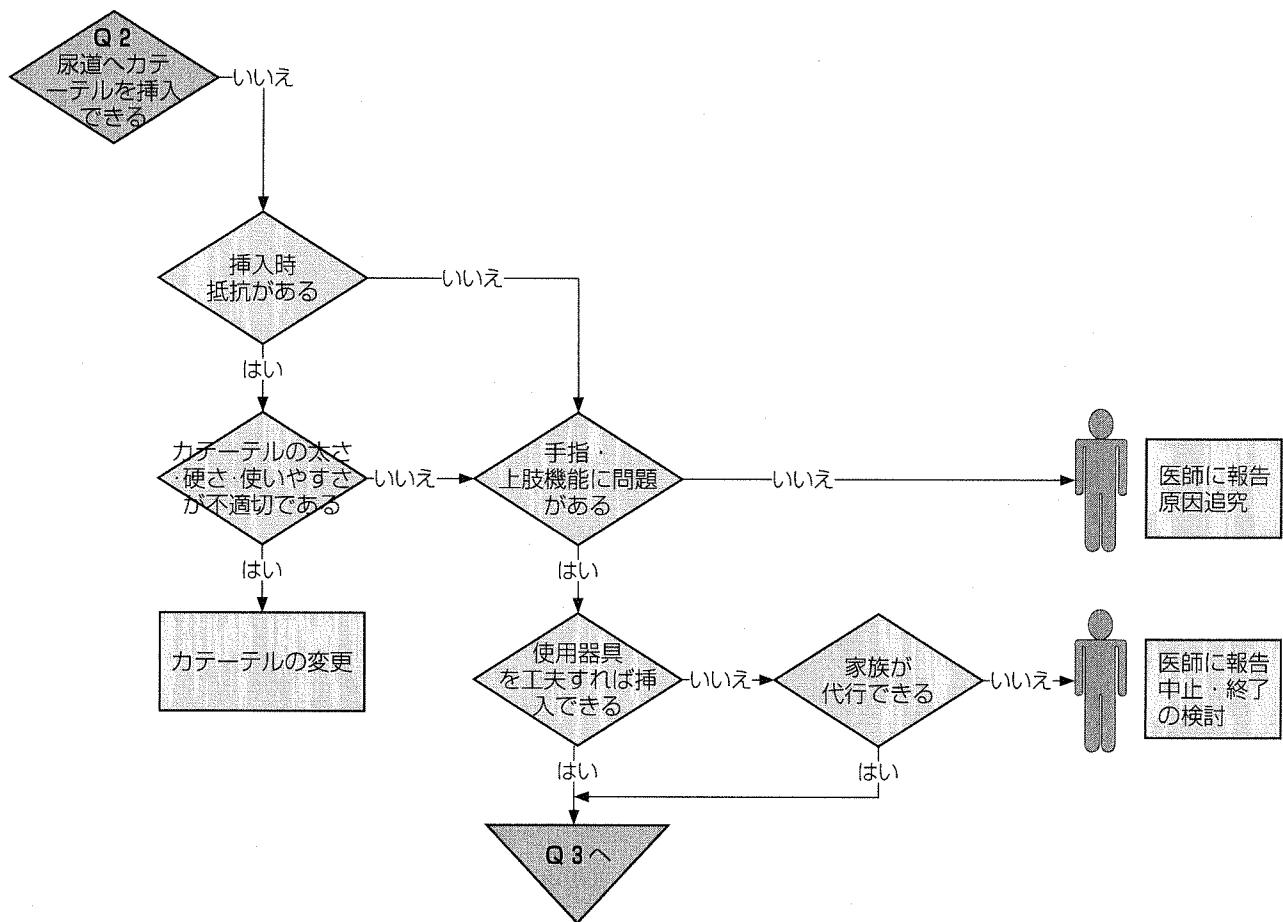
## 5) 在宅自己導尿に対する療養者・家族の受け入れ

心理・情緒的反応	問題なし いらだちあり <u>不穏あり</u> 妄想あり
----------	---------------------------------------

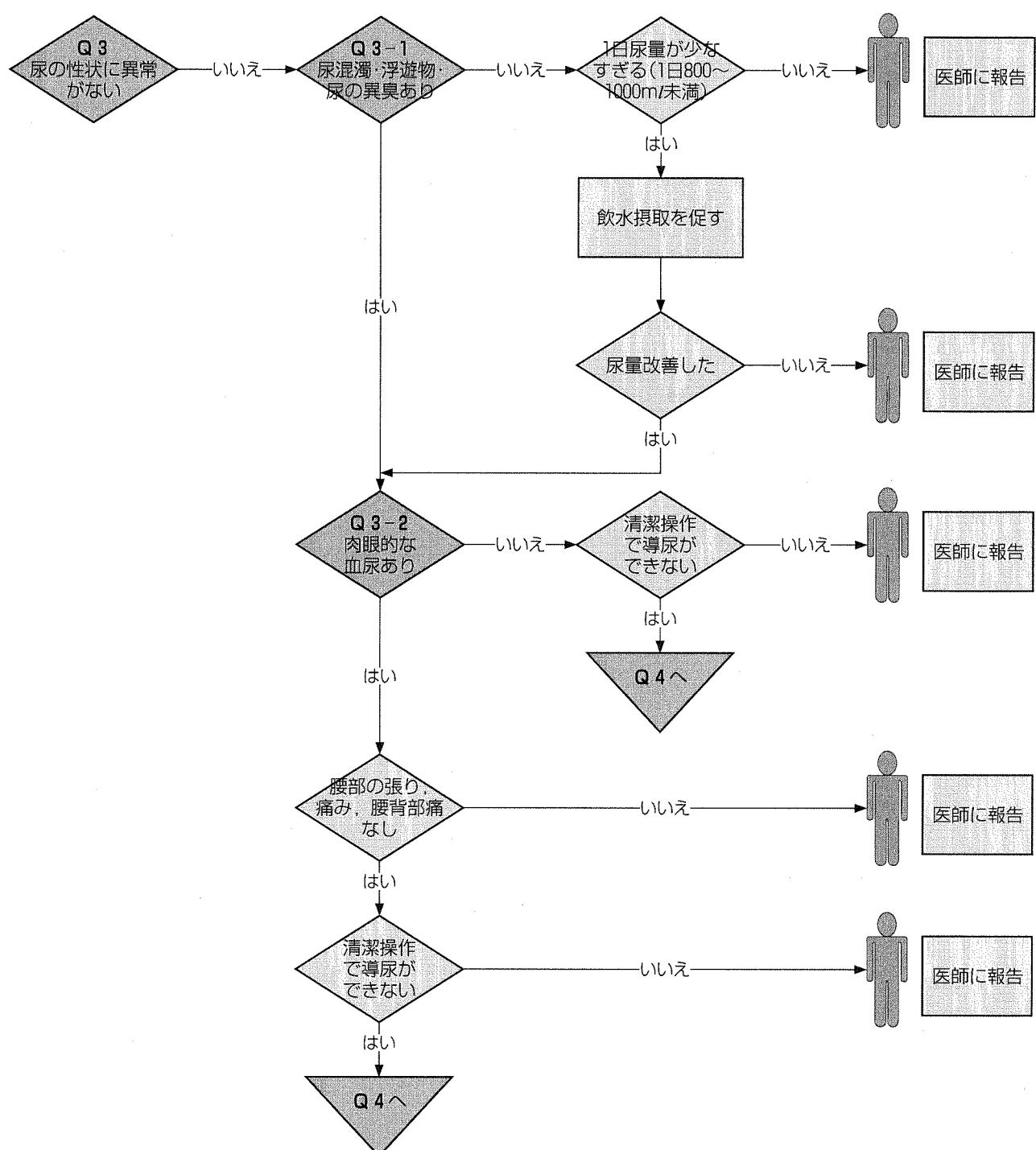
## B 維持管理段階全体の判断樹



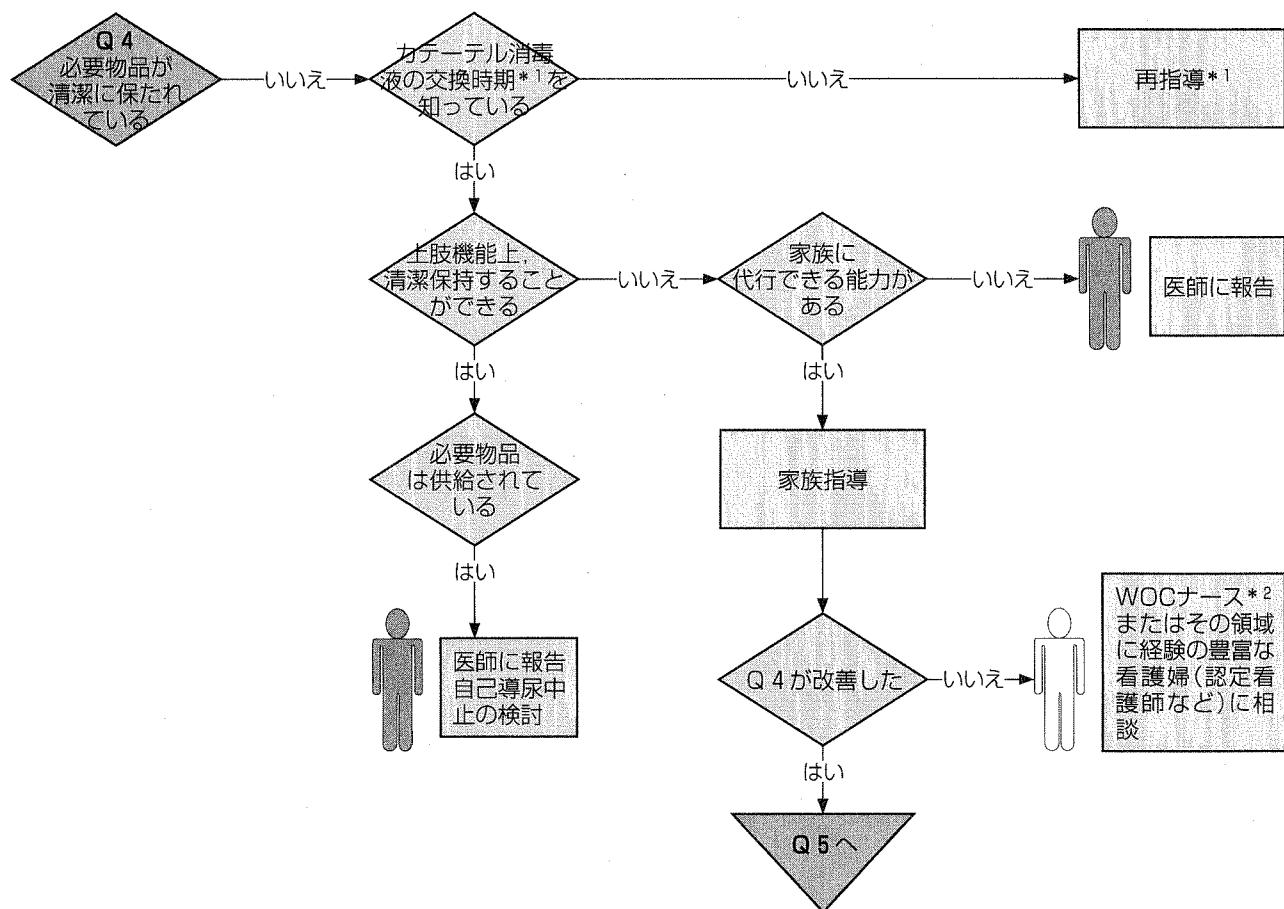
## B-1 尿道へカテーテルを挿入できない場合の判断樹



## B-2 尿の性状に異常がある場合の判断樹



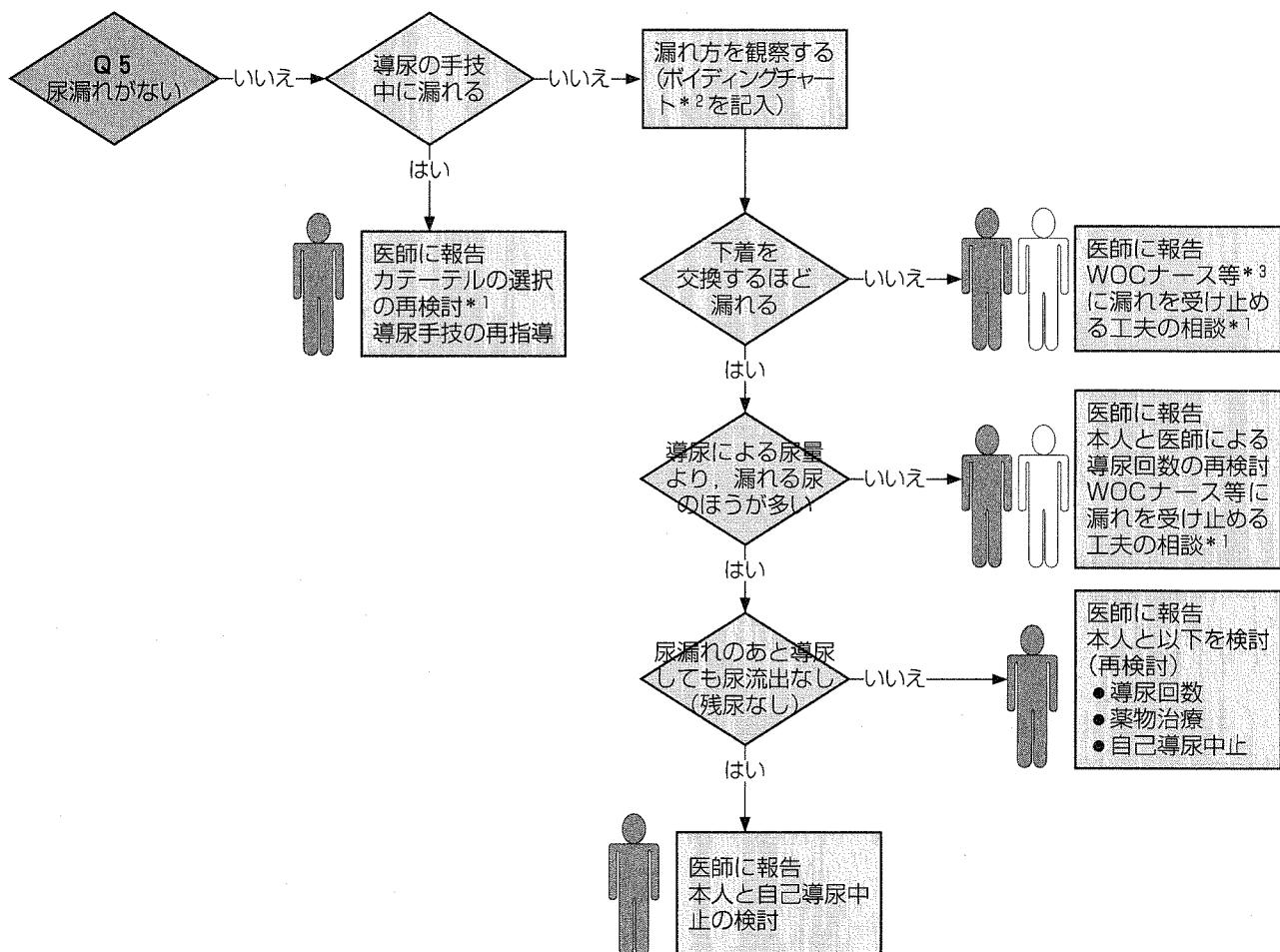
### B-3 必要物品が清潔に保たれていない場合の判断樹



\* 1 協定書参照。

\* 2 WOCナース：創傷・ストーマ・失禁について所定の研修を受けた看護婦。

## B-4 尿漏れがある場合の判断樹



\* 1 次ページ付録参照。

\* 2 本文p.96参照。

\* 3 またはその領域に経験の豊富な看護婦。

## 付録 尿漏れがある場合の対策

### 1. 自己導尿の手技中の尿漏れ対策

- 1) カテーテルを以下の視点について検討し、選択する。
  - カテーテルの種類：ネラトンカテーテル、フォーリーカテーテル、チーマンカテーテル、再利用型自己導尿セット（セットのカテーテルはオールシリコン製であるが、製造元によって微妙に硬さが異なる。このセットに、ディスポーザブルのネラトンカテーテルを組み合わせて用いることもある。）
  - カテーテルの素材：天然ゴム（ラテックス）製、テフロンコーティング・ラテックス、親水性コーティング・ラテックス、銀コーティング・ラテックス、オールシリコン製
  - カテーテルのサイズ（太さ）
  - カテーテルの穴の数：1孔式、2孔式、多孔式
  - カテーテルの穴の場所：側管開孔式、先端開孔式
  - カテーテルの長さ：自己導尿セットのカテーテルはトイレに直接尿を排出するには短かすぎるため、フォーリーカテーテルを再利用することもある。
  - 以上のカテーテル選択検討の視点は、カテーテルが挿入できない場合にも適用できる。
  - カテーテルの選択に際して重要なことは、器具に体を合わせるのではなく、療養者の身体や管理スタイルに合った器具を選択することである。尿を清潔に排出できることを最優先して、その療養者に合った器具を選択する。

### 2. 導尿と導尿との間の尿漏れ対策

- 1) ボイディングチャートで漏れ方をアセスメントする。
  - 飲水時間と量、排尿時間と量、尿漏れの有無などを

記載し、1日の飲水量・排尿量・排尿回数と1回排尿量から、飲水・排尿・尿漏れのパターンなどを知る。

- 2) 装具の使い方を検討する。

- 男性用装着型収尿器の併用

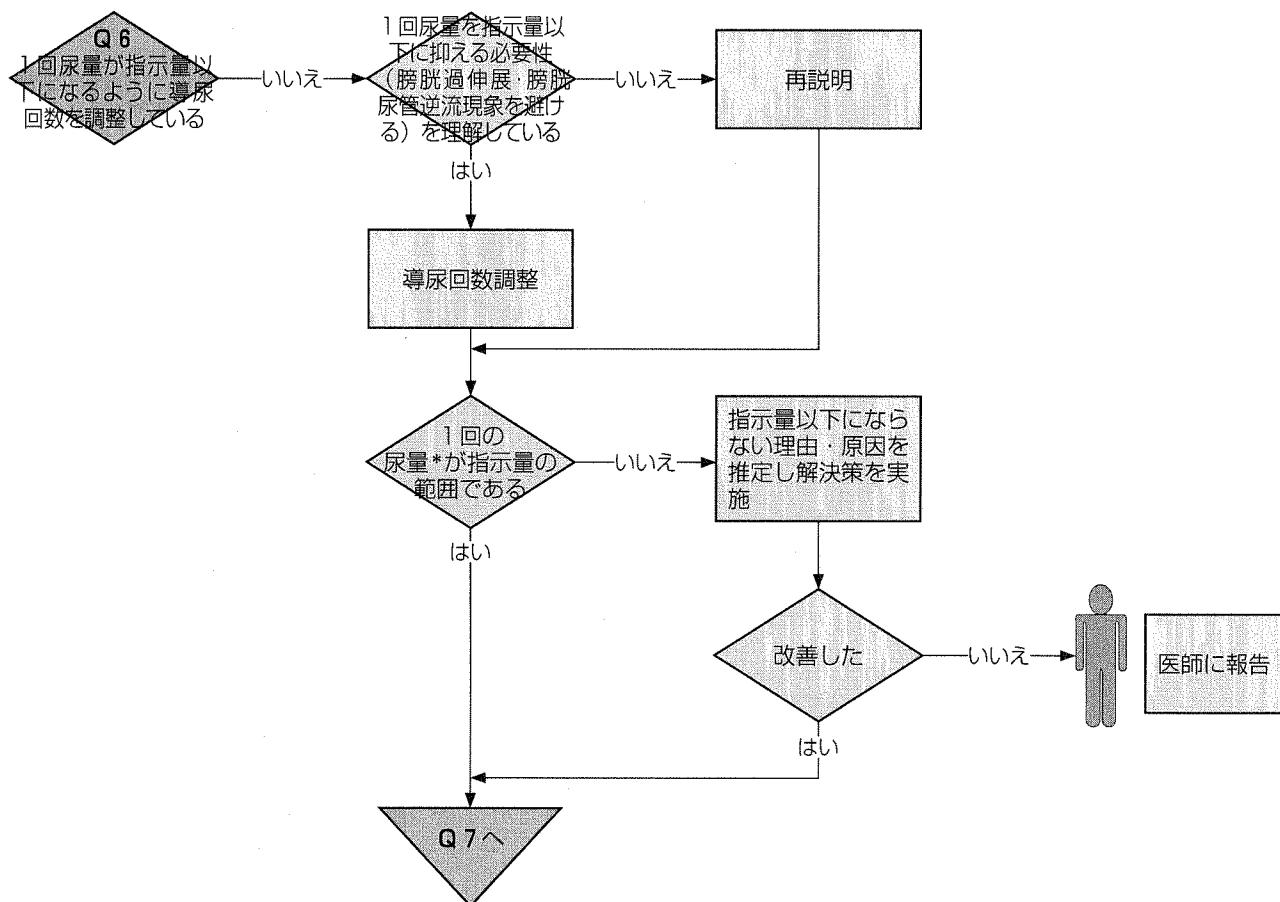
- ①ベルト固定型、②パンツ固定型、③陰茎固定型（①と②は再利用型、③は使い捨て型）
- 自己導尿を主にして、男性用装着型収尿器を併用する場合は、③陰茎固定型が使いやすい。
- 男性用装着型収尿器を主にして、自己導尿は収尿器をはずしたときなどに行う場合は、どのタイプでもよい。
- 収尿器は、自分に合ったサイズの有無、使いやすさ（装着のしやすさ、装着感）、皮膚障害の危険性、費用などを考慮に入れて選択してもらう。
- 収尿器は海外ではエクスター・ミナルカテーテル（体外カテーテル）と呼ばれている。インターナルカテーテル（フォーリーカテーテルなど、体内に入れるカテーテル類）と同様にさまざまな素材（ラテックス、シリコンなど）がある。粘着剤付きのものとそうでないものがあり、粘着剤の種類や粘着力なども製品によって異なる。
- 収尿器は身体障害者福祉法による公的給付の対象である。適応となる場合は情報を提供する。再利用型と使い捨て型とでは給付金額が異なる。

- オムツ、パッド類の併用

- ペニスクレンメの併用

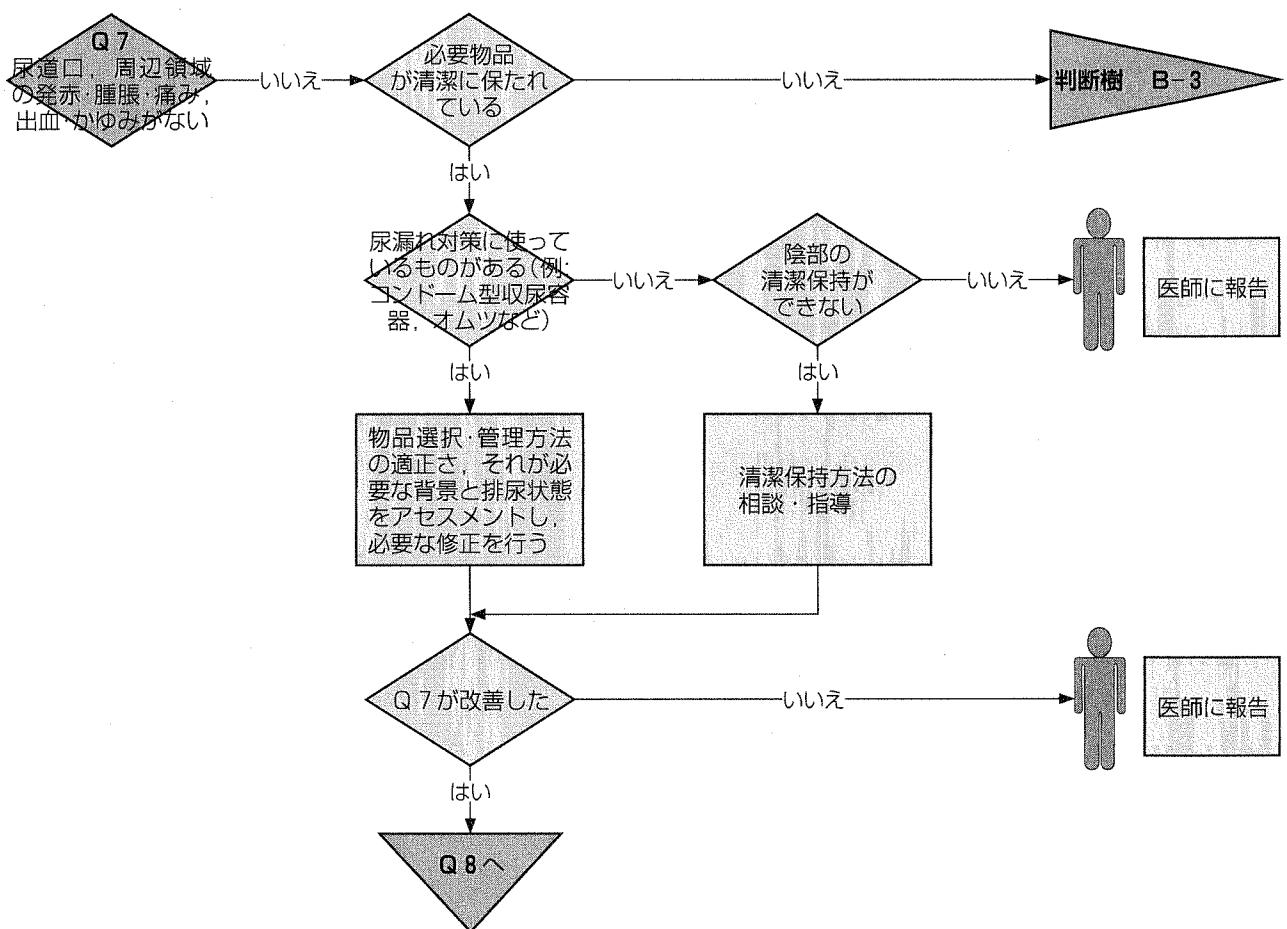
- 3) 医師と、抗コリン剤の併用を協議する。

## B-5 導尿回数の調整をしていない場合の判断樹



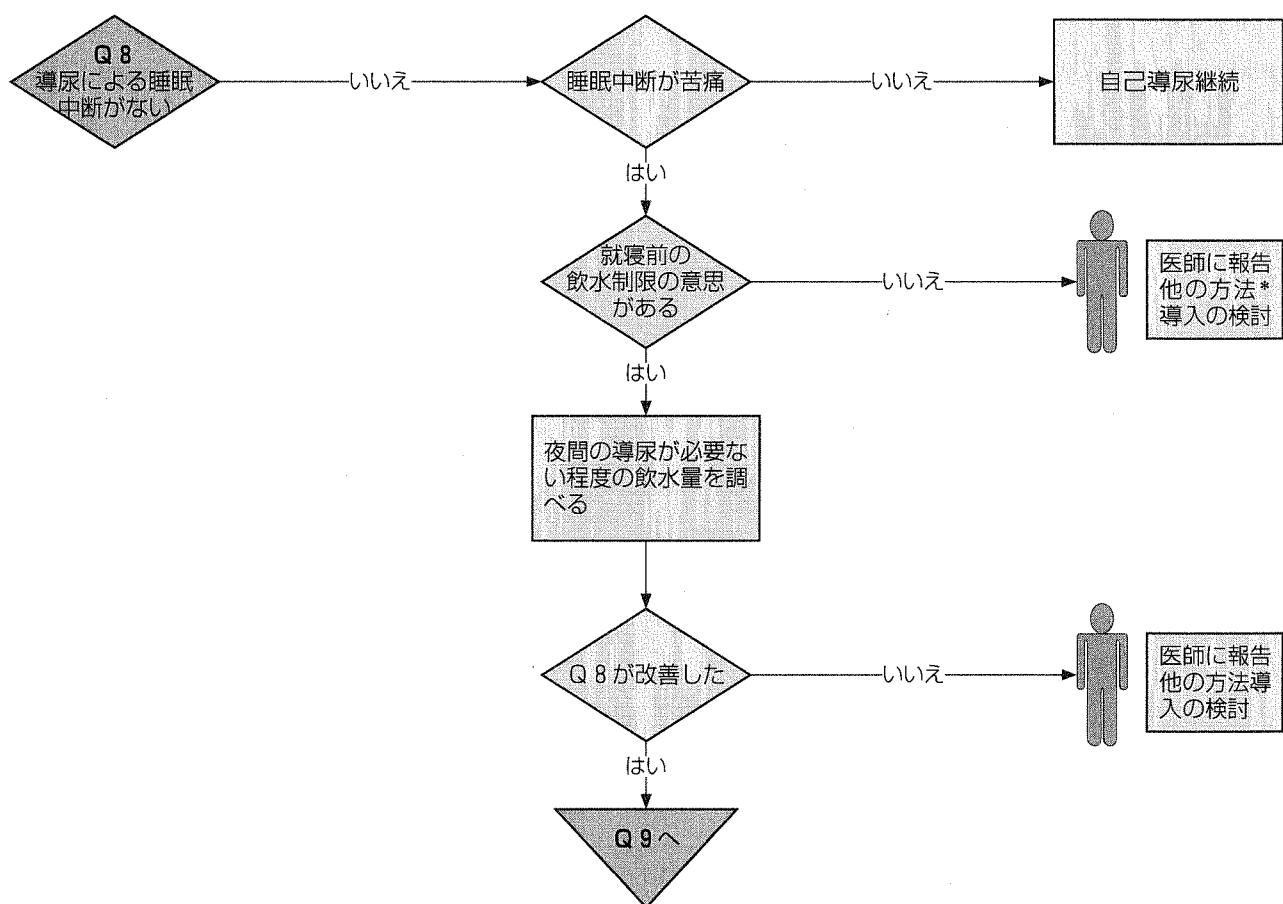
\* 1回尿量は400ml以下である。膀胱が過剰に伸展すると、膀胱壁への血流が減少するので、細菌が増殖して感染性が高くなる。In/Outのバランスがとれている。

## B-6 尿道口、周辺領域の発赤・腫脹・痛み、出血・かゆみがある場合の判断樹

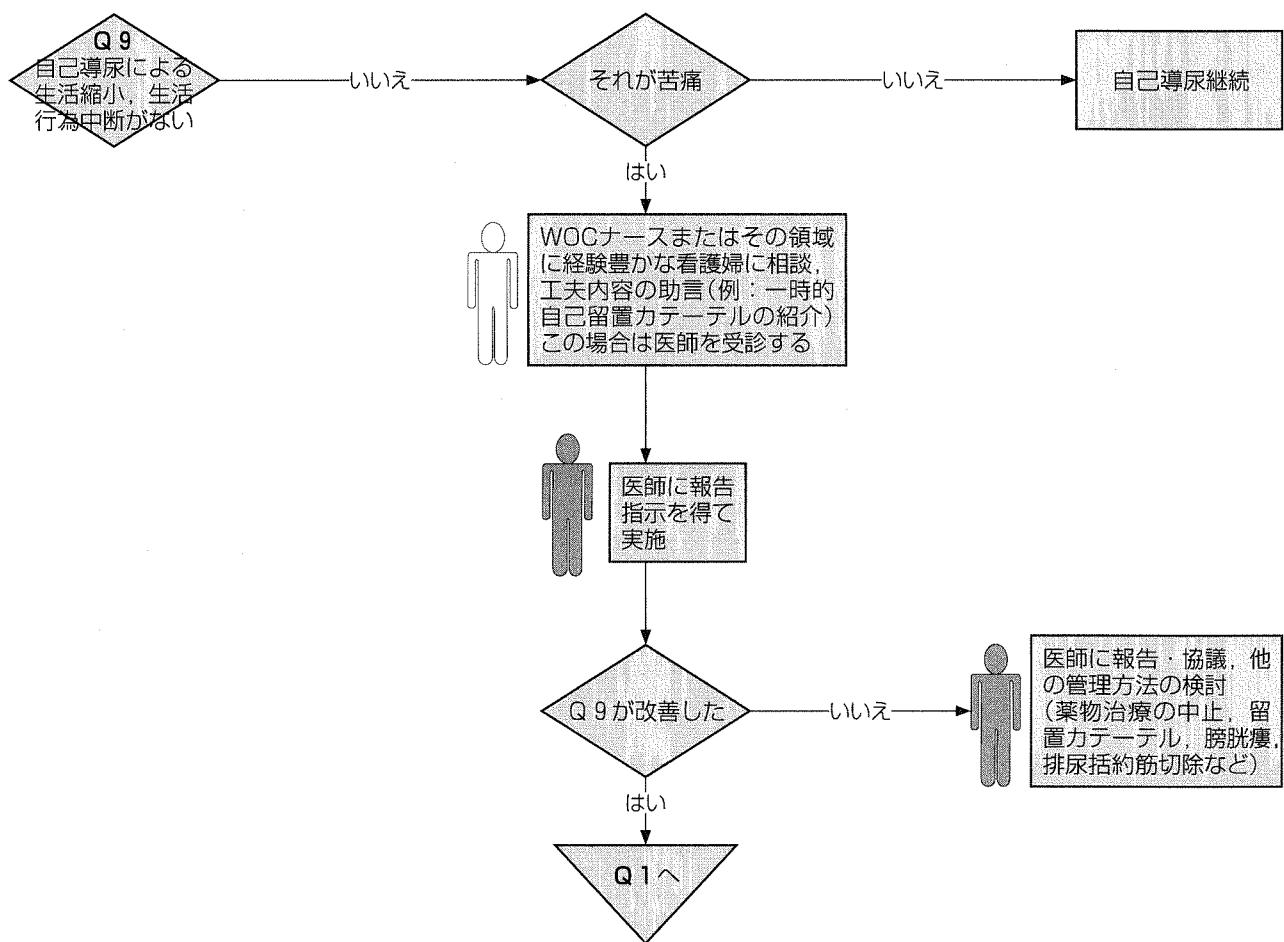


## B-7

## 導尿による睡眠中断がある場合の判断樹



## B-8 自己導尿による生活縮小、生活行為中断がある場合の判断樹



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 在宅自己導尿管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅自己導尿管理看護プロトコールに従って療養者の在宅自己導尿の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 2. 在宅療養指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_

3. 開始理由・障害状況（あれば障害者手帳等級内容）

4. 開始日 年 月 日

5. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理 2) 自己管理+一部家族管理
- 3) 家族管理 4) 指導および実施の一部補充 5) 全面的補充（代行）

6. 使用薬剤・投与量

<input type="checkbox"/> 自律神経作用薬剤（薬剤名：_____）	投与量：	／日)
<input type="checkbox"/> 抗生素（薬剤名：_____）	投与量：	／日)
<input type="checkbox"/> その他（薬剤名：_____）	投与量：	／日)

7. 使用器具・提供数

<input type="checkbox"/> ディスポカテーテル (商品名：_____)	Fr	本または 箱／日)
<input type="checkbox"/> リユーズブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット (商品名またはタイプ：_____)	Fr	本／日)
<input type="checkbox"/> 上記を代用するカテーテル類 (商品名またはタイプ：_____)	Fr	本／日)

8. 消毒薬・衛生材料

<input type="checkbox"/> 潤滑剤：キシロカインゼリー・滅菌グリセリン（ 本・個／日）
<input type="checkbox"/> 消毒液：リユーズブルカテーテル・自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの (消毒液名 本)
<input type="checkbox"/> 手指消毒薬（消毒液名 本）

9. 1回尿量（ ml 以下）

10. 自己導尿回数指示（1日 回 時間ごと）

11. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度（1回／ 日）

12. 事前協議事項

1) 自己導尿が本人では不可能な場合に、誰が施行するか 2) その他

13. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

6

# 在宅人工呼吸療法 (筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)

## 1 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下の条件に該当すること。

- ①主治医より在宅人工呼吸療法適応であると判断されている。
- ②本人および家族が在宅人工呼吸療法の意思を表明している。
- ③現在、在宅人工呼吸療法を実施している。

#### 2) 使用器具・装具

在宅人工呼吸療法の維持管理を行う場合、医療機関において在宅人工呼吸療法が導入され、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での人工呼吸療法療養者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
  - ①筋萎縮性側索硬化症（ALS）療養者の在宅看護の経験を有している。
  - ②人工呼吸療法の適応や仕組みについての理解。
  - ③人工呼吸療法に伴う異常・トラブル（p.114、Ⅲ参照）についての熟知。
  - ④人工呼吸療法の指導（療養者および家族への指導）。
  - ⑤人工呼吸療法を管理する具体的技術（人工呼吸器の操作、人工呼吸器回路の交換、気管カニューレ装着に伴う処置など）。
  - ⑥在宅人工呼吸療法に必要な器具、衛生材料などの調達方法および処置方法の理解（「在宅人工呼吸指導管理料」による器具・衛生材料についての理解）。
  - ⑦療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに、独立して行うこと。または、対象者が人工呼吸器を装着した医療機関で必要な知識・技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅人工呼吸療法管理協定（筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法）」を書面（p.129）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

#### 3) 緊急時対応に関して、医師、医療機関の役割分担が明確であること

## IV 在宅人工呼吸療法療養者に対する看護支援目標

療養者および家族が在宅人工呼吸療法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、在宅人工呼吸療法に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

### III 在宅人工呼吸療法に伴う異常・トラブル

在宅人工呼吸療法によってALS療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅人工呼吸療法療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

#### 1) 人工呼吸器を装着していることに関するもの

##### 1) 人工呼吸器本体の使用不能、あるいはその危険性

原因・関連要因：人工呼吸器の日常点検の未実施

停電対策（外部バッテリー、内部バッテリー）の不備

プラグを抜いたままの作動（外部バッテリー、内部バッテリーの電力を使い切る）

原因不明の作動停止

##### 2) 人工呼吸器回路から正常に送気されない、あるいはその危険性

原因・関連要因：人工呼吸器回路のねじれ、圧迫の確認がされていないこと

人工呼吸器回路の接続の確認がされていないこと

人工呼吸器回路内の水が除去されていないこと

呼気弁の膨らみの不調、破損の確認がされていないこと

フィルター交換がされていないこと

##### 3) 気道の乾燥、高温状態、あるいはその危険性

原因・関連要因：加湿モジュール内の滅菌蒸留水量の不足  
 加温加湿器温度が設定どおりでないこと  
 加温加湿器本体と加湿モジュールの設置固定が不完全

## 2 気管カニューレを装着していることに関するもの

### 1) 気管カニューレカフの漏れ、不完全な膨らみ、あるいはその危険性

原因・関連要因：カフの破損

気管カニューレ挿入前のカフ漏れ、膨らみの確認がされていないこと

毎日のカフ圧確認がされていないこと

### 2) 気管カニューレ内の閉塞、あるいはその危険性

原因・関連要因：排痰不十分

出血のある場合、凝血塊が完全に除去されていないこと

### 3) 気管カニューレの事故脱落

原因・関連要因：気管カニューレの装着の不良（固定紐のゆるみなど）

## 3 感染に関するもの

### 1) 気管切開口周囲の皮膚の発赤、腫脹、びらん

原因・関連要因：気管切開口周囲の分泌物貯留

気管切開口の消毒方法が不適切

### 2) 気管内感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：人工呼吸器回路の消毒滅菌、交換頻度が不適切

加湿モジュールの滅菌、滅菌蒸留水の交換頻度が不適切

気管切開口の消毒方法が不適切

吸引の清潔操作が不適切

吸引チューブの清潔管理が不適切

## 4 気道の閉塞に関するもの

### 1) 気道の閉塞、あるいはその危険性

原因・関連要因：排痰不十分

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

訪問看護婦の観察、情報収集は、人工呼吸療法の導入、維持管理に欠かせないものである。訪問看護婦は、療養者および家族に関する情報を、療養者および家族と医師との間の仲介役になって伝える。

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

## 1 導入検討の段階

呼吸障害の徴候をとらえることが最も重要である。人工呼吸器装着の意思決定のため、医師、訪問看護婦および医療チームは情報を収集し、意思確認を隨時行う。

療養者および家族の情報を把握する機会が多い訪問看護婦は、医療チームの中で役割が大きいことを自覚して意思決定過程に参加する。

### 1) 呼吸障害の徴候

S：労作時の呼吸困難

易疲労感

眠りが浅く、夜間よく目が覚める

眠れない

早朝の頭痛・頭重感

O：咳払いの力が弱い、またはできない

痰の喀出困難

声が小さくなる、言葉がとぎれ、長く話せなくなる

腹式または胸式呼吸のみになる

食事量の減少

換気量低下（測定値の判断基準は主治医の指示を受ける）

経皮酸素飽和度低下（測定値の判断基準は主治医の指示を受ける）

### 2) 呼吸障害の進行徴候

S：日中、安静時でも呼吸困難

睡眠障害

O：頻脈

顔面蒼白・チアノーゼ

意識障害（ぼんやり、うとうと、痴呆様、昏睡）

顔がほてる・顔面紅潮

血圧上昇

換気量低下（測定値の判断基準は主治医の指示を受ける）

経皮酸素飽和度低下（測定値の判断基準は主治医の指示を受ける）

## 2 維持管理の段階

### 1) 在宅人工呼吸療法に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している在宅人工呼吸療法実施理由

O：在宅療養支援チームはそれをどうとらえているか

### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

\* 指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①使用している人工呼吸器、人工呼吸器回路、加温加湿器の機種
- ②気管カニューレの種類とカフ空気量
- ③人工呼吸器の設定と装着時間
- ④加温加湿器の設定
- ⑤酸素使用の有無と酸素量
- ⑥人工呼吸器回路、加湿モジュール、加湿モジュール内滅菌蒸留水の交換時期、吸引チューブの交換頻度
- ⑦人工呼吸器回路、加湿モジュール、吸引チューブの滅菌・消毒・保存方法
- ⑧気管切開口の消毒方法
- ⑨衛生材料の入手・処理方法
- ⑩指導されている身体観察項目

3) 身体障害者福祉法適用状況

S : 申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O : 療養者の在宅人工呼吸療法適応理由がそれに該当するか

該当理由：内部障害（呼吸機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

4) 特定疾患治療研究事業にかかる医療の給付（特定疾患医療）の申請状況

S : 申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O : 保健・医療従事者がすでに情報を提供しているか

5) 在宅人工呼吸療法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.119、表を参照)

S : 表の各領域についての療養者および家族の訴え

O : 表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

● 参考 長期人工呼吸療法の異常・トラブル

長期人工呼吸療法を行った筋萎縮性側索硬化症療養者に見られる異常・トラブルの症状に注意する。以下の症状が発見されたら、医師に報告する。

循環不全

- ・血圧の日内変動。
- ・昼間の高血圧。
- ・夜間から早朝の睡眠時に異常な低血圧を認め、代償性頻脈は認めない。

麻痺性イレウス

- ・腹痛、腹部膨満感、嘔気、嘔吐。

滲出性中耳炎

- ・耳が痛い、聞き取りにくくなったなどの訴え、耳漏。

眼球運動障害

- ・眼球の運動制限。

**[3] 中止・終了の段階**

なし

## V 在宅人工呼吸療法管理判断樹

### 1 導入検討の段階

A 導入検討段階の判断樹 (p.121)

### 2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.122)

B - 1 全アラーム同時点灯時の判断樹 (p.123)

B - 2 低圧アラーム点灯時の判断樹 (p.124)

B - 3 高圧アラーム点灯時の判断樹 (p.125)

B - 4 経皮酸素飽和度低下がある場合の判断樹 (p.126)

B - 5 聴診で異常呼吸音がある場合の判断樹 (p.127)

B - 6 「吸入空気の乾燥」「温度が高い」の訴えがある場合の判断樹 (p.128)

### 3 中止・終了の段階

なし

## VI 在宅人工呼吸療法管理協定書 (p.129)

## 在宅人工呼吸療法(筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) 人工呼吸器本体に関する異常・トラブル	
人工呼吸器本体の異常	<p>「苦しい」(苦しいと訴えない場合もあるので注意)            「いつもの空気の入り方と違う」            電源を入れても作動しない            送気されない            全アラーム点灯            換気量が異常値を示す  <u>これらの異常徵候が、各機種のマニュアルで点検確認しても続く場合</u> </p>
2) 人工呼吸器回路に関する異常・トラブル	
人工呼吸器回路を通しての送気異常 - 低圧アラーム点灯	<p>「空気が入ってこない」            「何となく苦しい」            低圧アラーム点灯            人工呼吸器回路の接続間違い、はずれ            人工呼吸器回路の破損            呼気弁の膨らみ不調・破損            通常の気道内圧より低い値を示す（気道内圧チューブ、呼気弁チューブのはずれ・閉塞・水貯留）            気道内圧針が0に戻らない（呼気弁の不調：水にぬれていることが多い）  <u>異常の修正、回路の接続確認、回路交換、部品の交換をしても異常が続く場合</u> </p>
人工呼吸器回路を通しての送気異常 - 高圧アラーム点灯	<p>「痰が溜まっている」            「苦しい」            高圧アラーム点灯（一時的なものを除く）            人工呼吸器回路の接続間違い            人工呼吸器回路のねじれ、圧迫            人工呼吸器回路内に水が貯留            フィルターの汚染（目づまり）  <u>吸引、異常の修正、回路の接続確認、回路交換、部品の交換、回路内の水抜きをしても異常が続く場合</u> </p>
3) 加温加湿器に関する異常・トラブル	
送気の乾燥、高温状態	<p>「送気が乾燥している」            「送気が熱い」            加湿モジュールに滅菌蒸留水が入っていない            加温加湿器の温度設定が設定どおりでない            加温加湿器の電源が入っていない            加温加湿器の電源を入れても作動しない（本体の電源を切らずにプラグを抜いた場合、次回立ち上がらないなど）            加温加湿器本体と加湿モジュールの設置固定が不完全（人工呼吸器と加湿モジュール間回路の接続のゆるみ、破損）            室内温度が高い、低い            加温加湿器の電源、温度設定値、加湿モジュールの滅菌蒸留水量確認、加温加湿器本体と加湿モジュールの設置固定の確認、加温加湿器の交換、人工呼吸器と加湿モジュ</p>

領 域	医師への報告基準（下線部分）
送気の乾燥、高温状態	ール間の回路確認、室内温度設定の変更をしても異常が続く場合

## 4) 気管カニューレに関する異常・トラブル

気管カニューレを通しての送気異常	吸気音と連動して空気の漏れる音がする カフ空気の減少 カフが均等に膨らんでいない 指定された気管カニューレが入っていない カフ圧の修正、気管カニューレの交換*をしても異常が続く場合 (*医師への報告、指示を受け行う)
気管カニューレ内の閉塞	内腔に分泌物付着 気管カニューレ内に吸引チューブが入りにくい 呼吸理学療法*、ネブライザー、十分な吸引をしても異常が続く場合 (*呼吸理学療法の内容は、医師と事前に協議しておく)

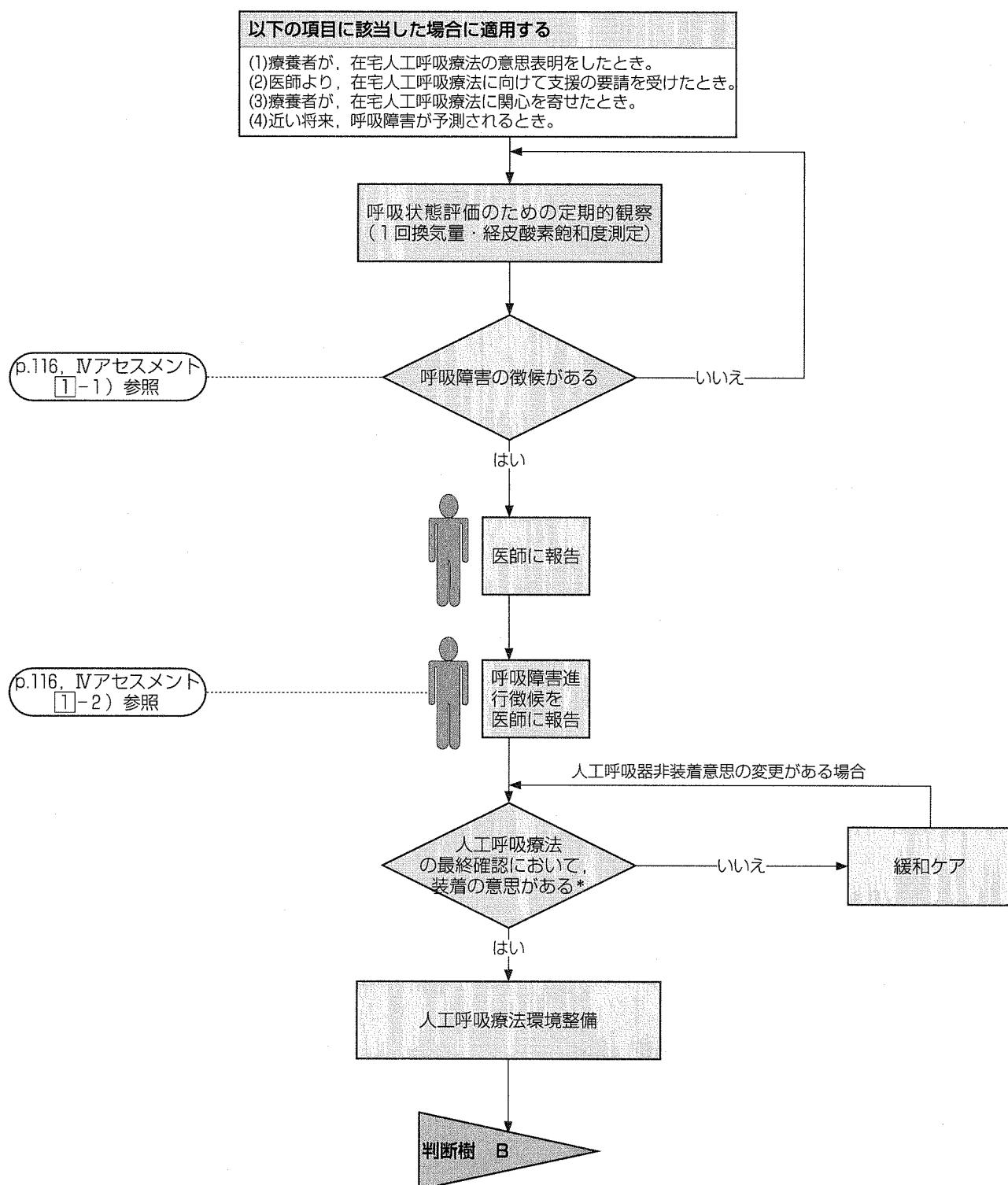
## 5) 呼吸に関連する合併症に関する異常・トラブル

気管内感染	吸引回数の増加 <u>痰が粘稠</u> <u>痰の色の変化</u> <u>痰の悪臭</u> <u>体温の上昇</u> <u>脈拍の上昇</u> <u>気道からの出血</u> <u>胸痛</u> <u>呼吸困難（「判断樹 B-4」で医師へ報告になった場合）</u> <u>聴診で異常呼吸音（「判断樹 B-5」で医師へ報告になった場合）</u> <u>経皮酸素飽和度の低下（「判断樹 B-4」で医師へ報告になった場合）</u> <u>高压アラーム点灯（「判断樹 B-3」で医師へ報告になった場合）</u> <u>チアノーゼ（「判断樹 B-4」で医師へ報告になった場合）</u>
気胸	<u>胸痛</u> <u>胸部聴診で、呼吸音が減弱</u> <u>呼吸困難</u>

## 6) 気道閉塞に関する異常・トラブル

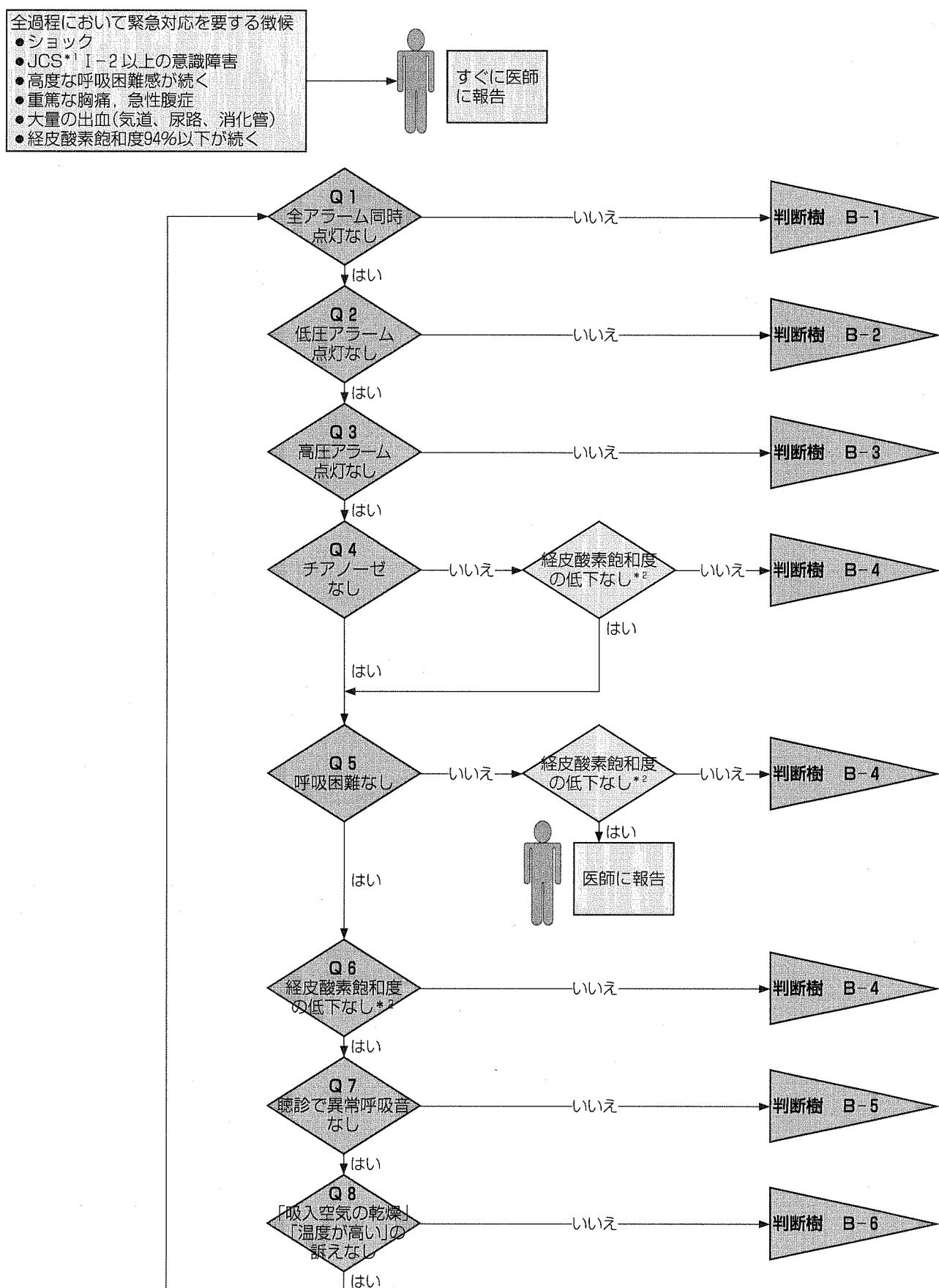
気道の閉塞	チアノーゼ 痰の引きが悪い 経皮酸素飽和度の低下 聴診で異常呼吸音 高压アラーム点灯 呼吸理学療法*、ネブライザー、十分な吸引をしても異常が続く場合 (*呼吸理学療法の内容は、医師と事前に協議しておく)
-------	---

## A 導入検討段階の判断樹



\* 人工呼吸療法の意思確認は、プロトコール開始から意思決定するまで医師および医療チームで隨時行う。また意思決定後も意思変更がある可能性があるので確認する。

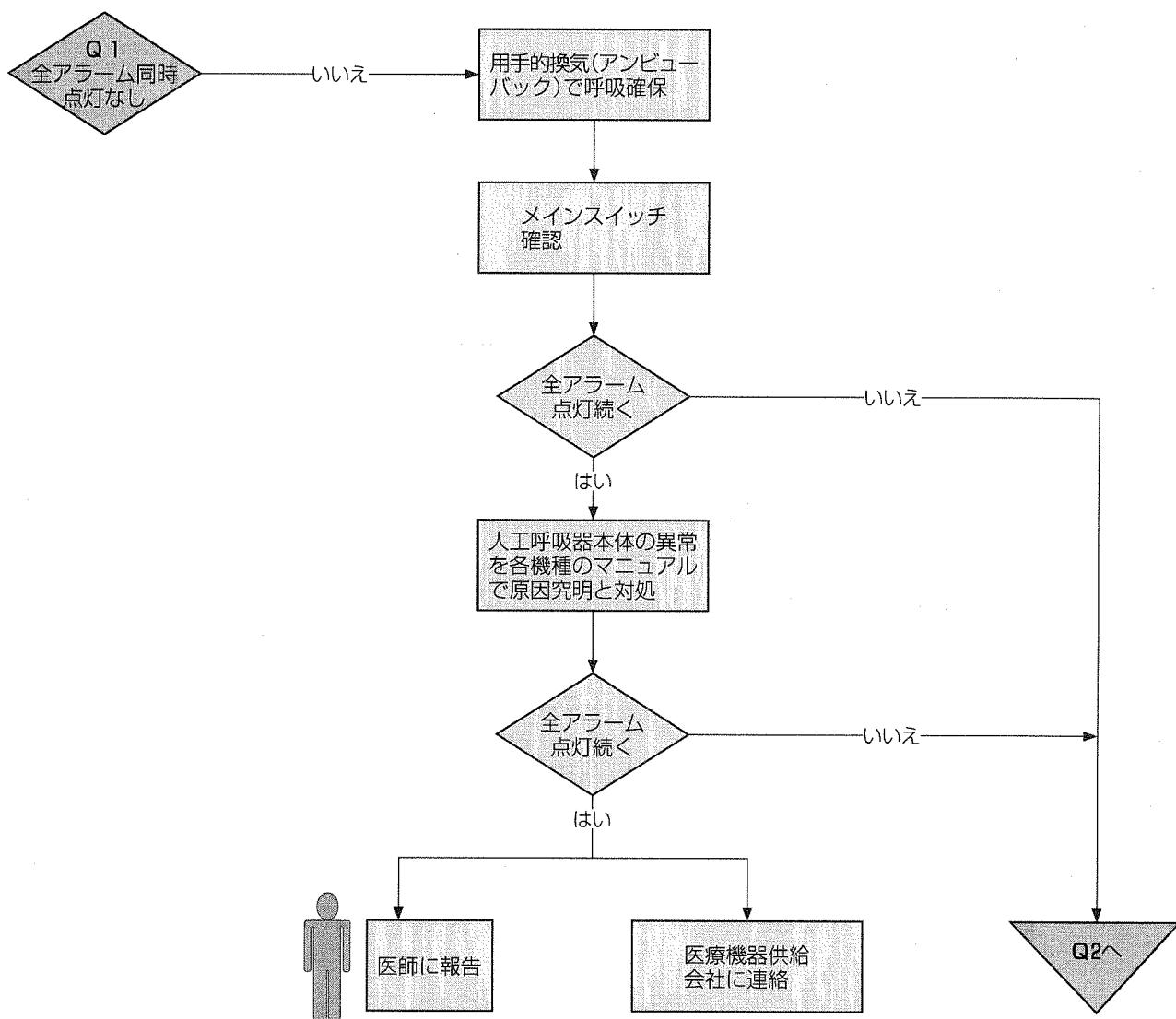
## B 維持管理段階全体の判断樹



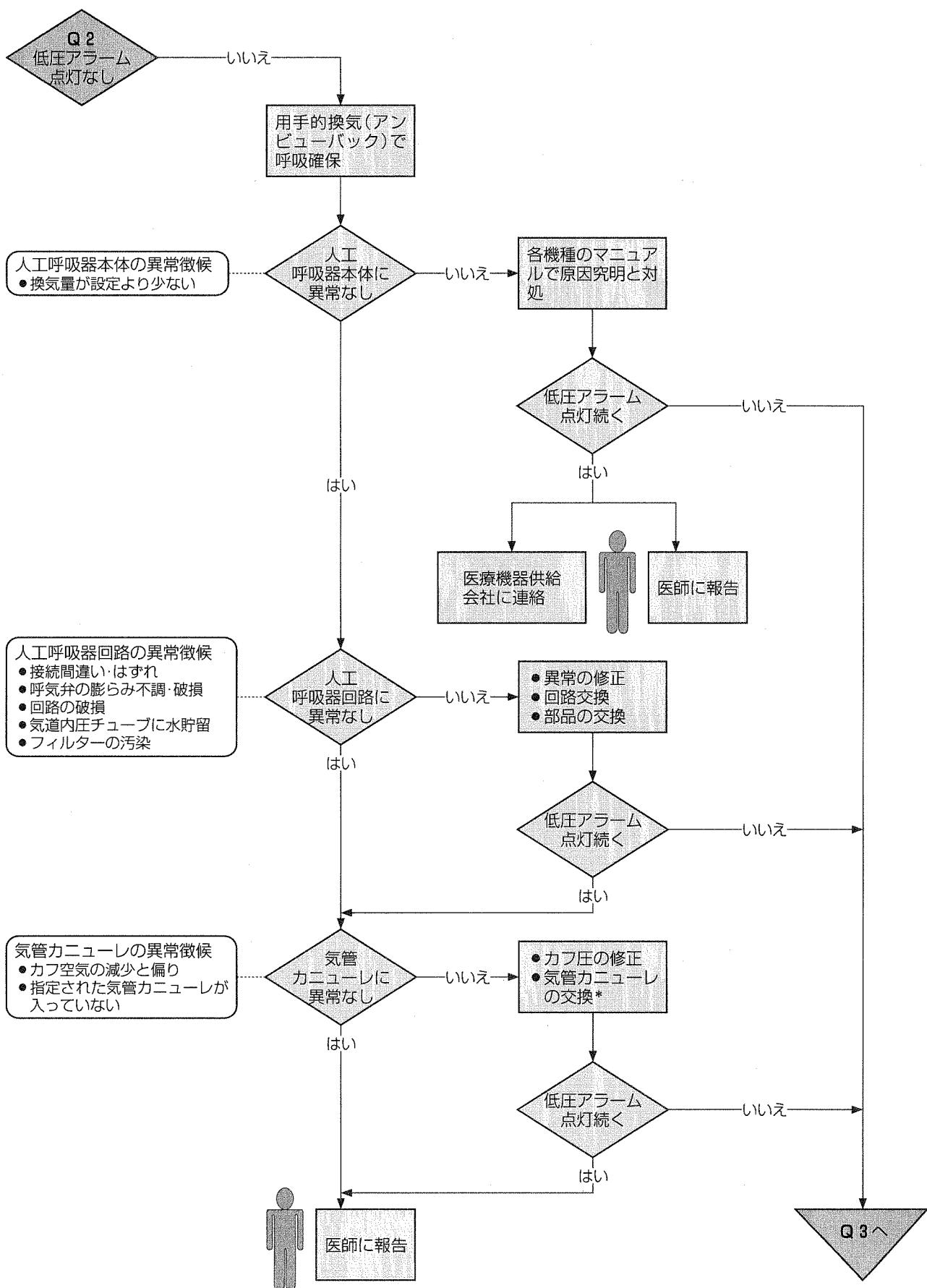
\* 1 JCS: ジャパン・コマ・スケール。

\* 2 測定値の判断基準については、主治医の指示を受ける。

## B-1 全アラーム同時点灯時の判断樹

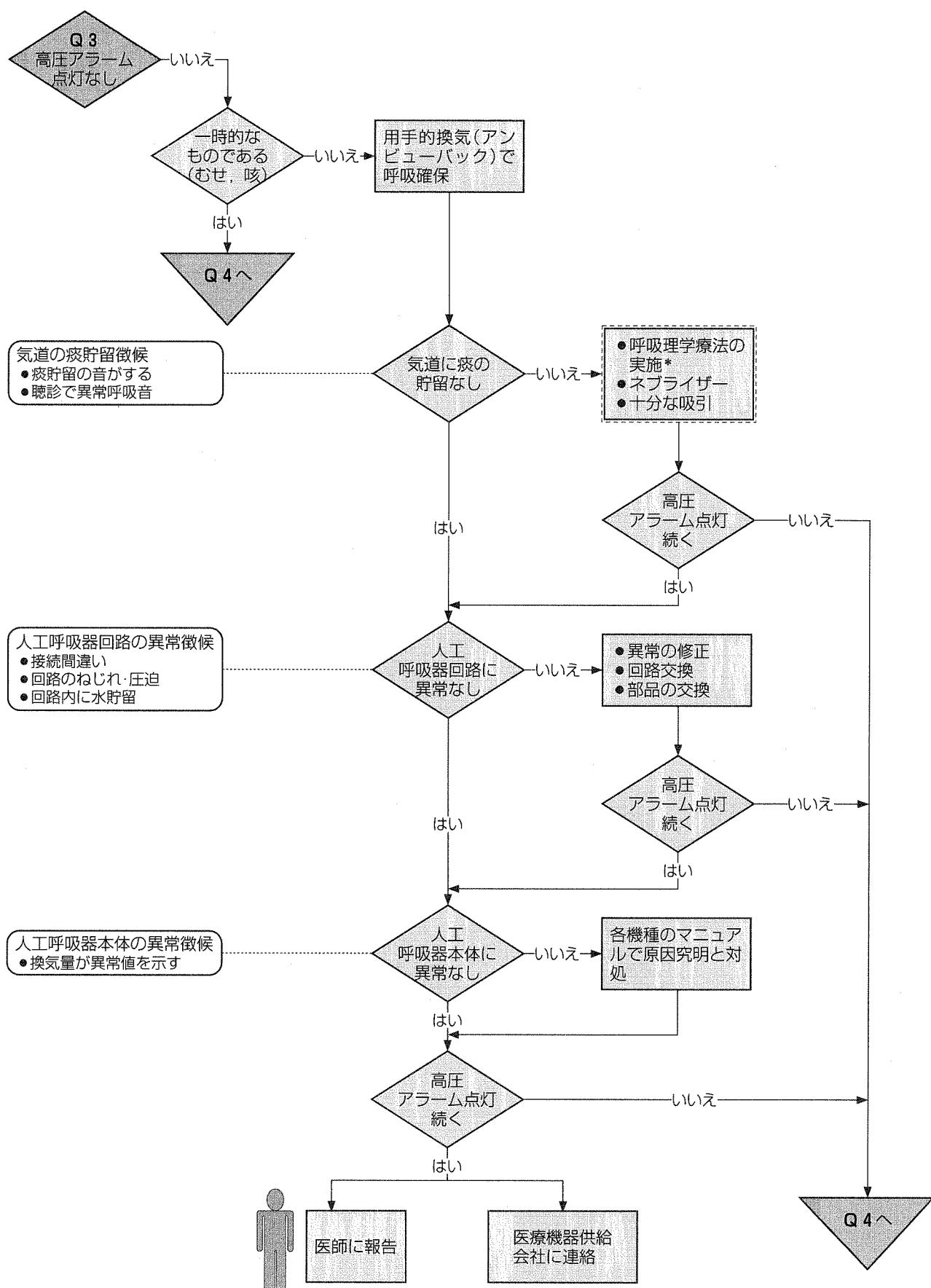


## B-2 低圧アラーム点灯時の判断樹



\* 医師に報告、指示を受け行う。

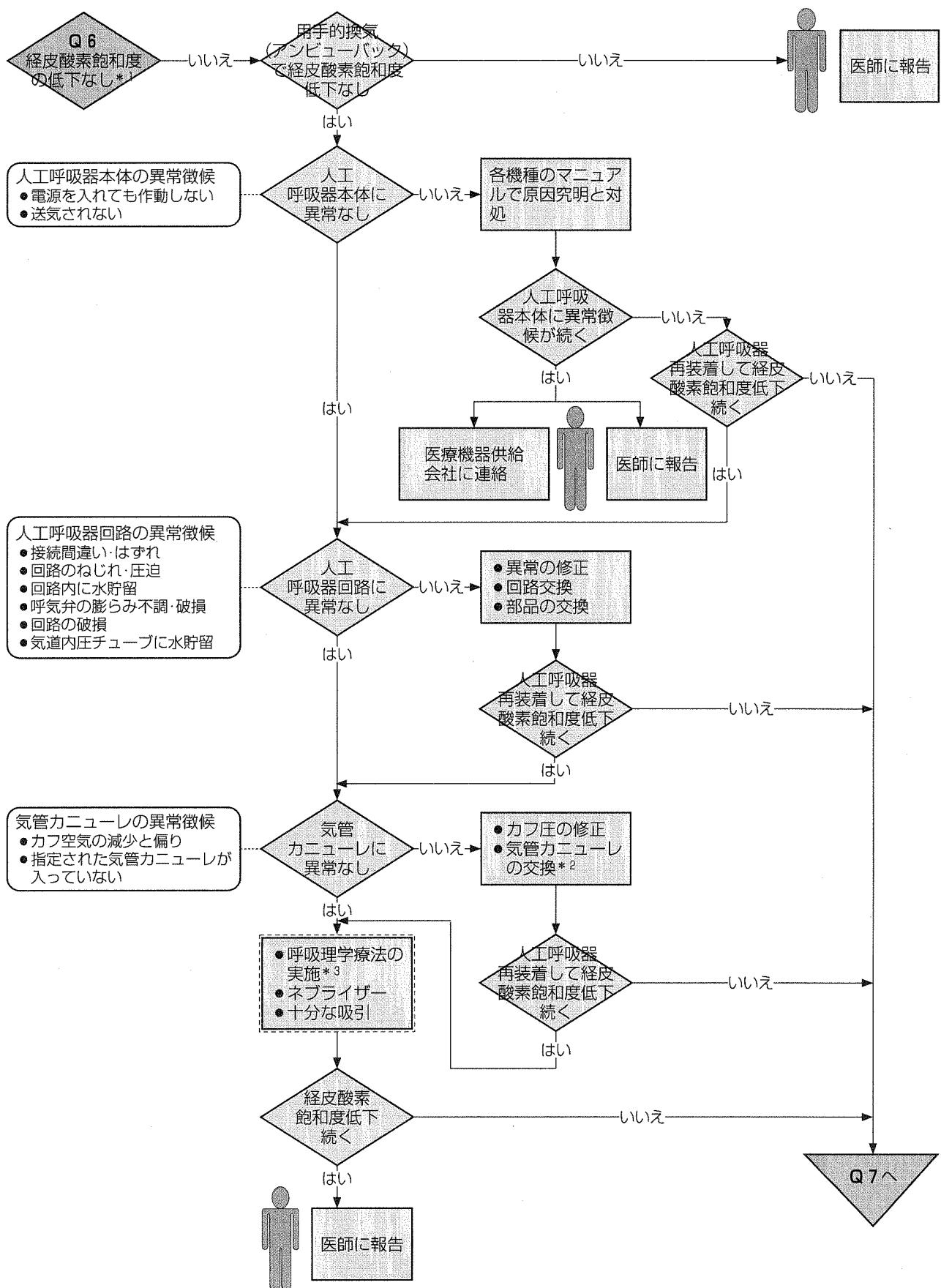
### B-3 高圧アラーム点灯時の判断樹



- \* 事前協議の内容
- 呼吸理学療法の内容。

B-4

### 経皮酸素飽和度低下がある場合の判断樹



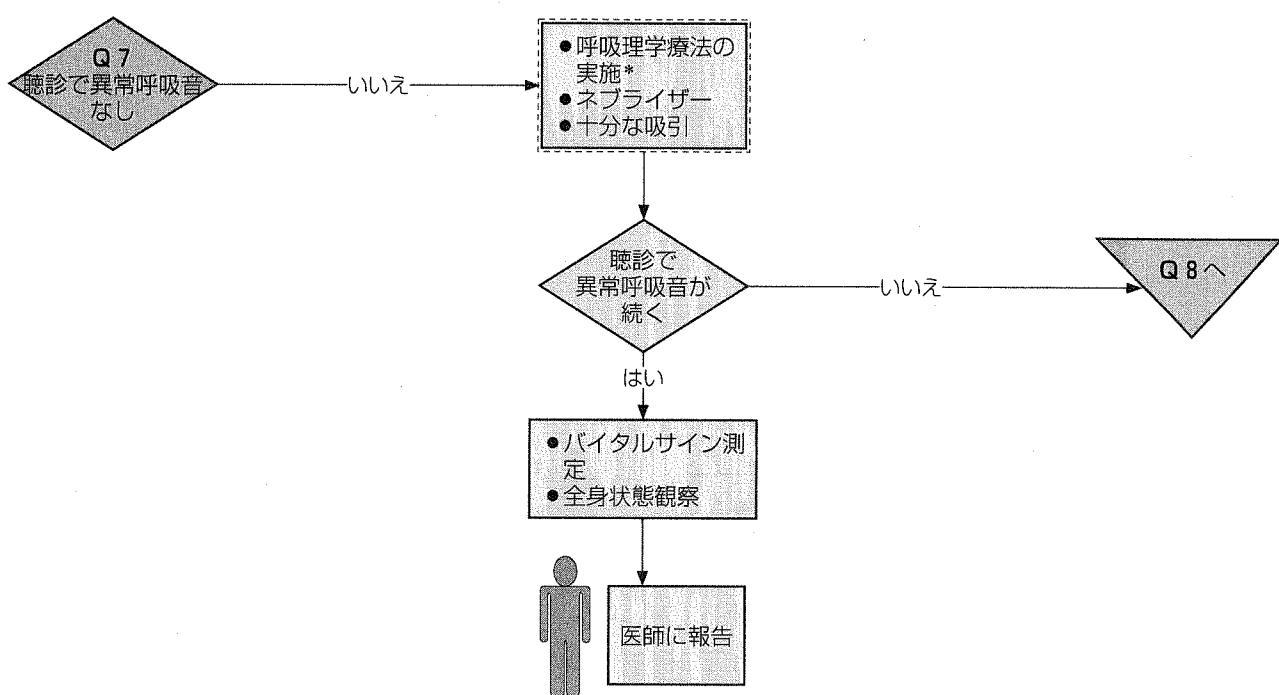
\*1 測定値の判断基準は、主治医の指示を受ける。

\* 2 医師に報告、指示を受け行う。

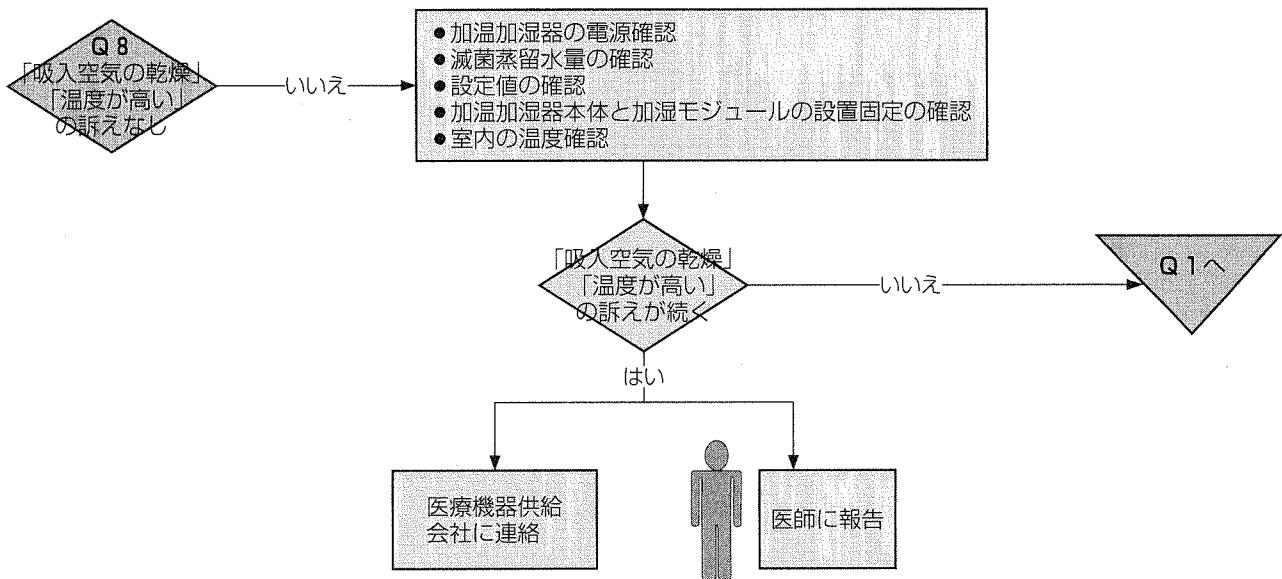
### \* 3 事前協議の内容

#### ●呼吸理学療法の内容。

## B-5 聴診で異常呼吸音がある場合の判断樹



\* 事前協議の内容  
●呼吸理学療法の内容。

**B-6 「吸入空気の乾燥」「温度が高い」の訴えがある場合の判断樹**

## 管理協定書

平成 年 月 日

### 在宅人工呼吸療法管理協定書 (筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、在宅人工呼吸(筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法)管理看護プロトコールに従って療養者の人工呼吸の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_

2. 在宅療養指導管理料請求機関 \_\_\_\_\_

3. 設置理由 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

4. 設置日 年 月 日 \_\_\_\_\_

5. 訪問看護ステーションの管理(該当するものに○)

- 1) 指導のみ    2) 指導および実施の一部補完    3) 全面的補完(代行)

6. 使用薬剤・投与量(提供機関 )

(薬剤名: 投与量: /日)

7. 使用器具・交換頻度・提供数(提供機関 )

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			か月毎
外気取入口フィルター			か月毎
気管カニューレ			医師による交換

8. 消毒薬・衛生材料(提供機関 )

滅菌綿球	個	吸引チューブ	, 本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	, 本
紛創膏	個	消毒液(回路用)	, 本
		滅菌蒸留水	ml 本

9. 人工呼吸器等設定

使用時間	時 分 ~ 時 分まで			
	モード	呼気時間	秒	気道内圧下限
1回換気量	ml	呼気流量	l/分	cmH <sub>2</sub> O
呼吸回数	回/分	感 度	cmH <sub>2</sub> O	気道内圧上限
I/E比	1 : 秒	気道内圧	~ cmH <sub>2</sub> O	加温加湿器設定
				酸素量
				ml/分

## 10. 事前協議事項

- 1) の場合の対応方法  
2) その他

## 11. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 乙 医師(所属および氏名) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

7

# 在宅癌化学療法

## 1 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

主治医が、化学療法の適応であると判断し、その目的、副作用、在宅で治療を継続することのメリットとデメリットについて療養者あるいは家族などの重要他者に説明し、同意が得られていること。

また、同じ薬剤を用いた化学療法を、入院中に少なくともワンクール体験していること（これには、療養者自身が抗癌剤投与に対する反応を自らが経験でき、医療者も療養者の抗癌剤に対する反応を前もって観察できるという双方にとって有益な点がある）。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護をする以前から、中心静脈カテーテルあるいは皮下埋め込み式カテーテルアクセスを留置している状態であること。

輸液回路の連結部分は、抗癌剤の流出を防止するためにロック式のものを用いる。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅での抗癌剤投与を要する癌患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

①癌化学療法の適応と薬剤の作用機序についての理解。

②癌化学療法に伴うトラブル、副作用（p.133、Ⅲ参照）についての熟知。

③在宅癌化学療法実施に関連した、療養者および家族への指導についての理解。

④カテーテル管理に必要な知識と技術。

- ・カテーテルと輸液回路の接続方法

- ・注入ポンプの使用方法

- ・皮下埋め込み式カテーテルへのヒューバー針の刺入・抜去

- ・カテーテルのフラッシュ

- ・カテーテル挿入部のスキンケア

- ・入浴方法など

⑤抗癌剤の取り扱い方法に関する知識。

- ・抗癌剤をバイアルから注射器に吸い出す方法

- ・抗癌剤が皮膚に触れたときの対処方法
  - ・抗癌剤がバイアルあるいは注入ポンプから漏れだしたときの対処方法
  - ・抗癌剤が触れた廃棄物の処理方法
- ⑥在宅で使用する医療材料および衛生材料の調達方法の理解。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、医療機関において研修を受け、必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 指示受けとその内容

癌化学療法は、重篤な副作用を引き起こすことが予測される。また、薬剤の投与方法を忠実に実施することで治療効果を期待することができる治療方法である。したがって訪問看護ステーションは、事前に主治医より、以下のような、特に薬剤の投与方法に関する具体的な指示を受けておくことが必要である。

- ①使用薬剤：抗癌剤および補助薬の種類、投与量
- ②薬剤の調製方法
- ③投与方法：投与経路、使用する注入ポンプ、投与時間
- ④注目すべき副作用と出現時の対処方法（使用薬剤によって異なる）
- ⑤治療後の採血のスケジュールと項目および異常値出現時の対処方法
- ⑥薬剤が皮下漏れしたときの対処
- ⑦緊急時の連絡方法

#### 2) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅癌化学療法管理協定」を書面（p.141）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。内容は、以下のようなものを含む。

- ①カテーテル管理の方法
- ②カテーテル周囲のスキンケア方法
- ③口内炎出現時の対処方法
- ④感染徵候出現時の対処方法
- ⑤栄養および水分の補給が不十分な場合の対処方法
- ⑥廃棄物の処理方法

### Ⅳ 在宅癌化学療法実施療養者に対する看護支援目標

療養者が前向きに治療に参加し、家族を含めてできるだけ不安が少なく、かつ行動範囲を広げて生活できるとともに、癌化学療法に伴う異常・トラブルの予防と早期対処が行われること。

**III****在宅癌化学療法に伴う異常・トラブル**

在宅癌化学療法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅癌化学療法療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

**1 カテーテルが挿入されていることに関するもの**

(在宅中心静脈栄養法管理看護プロトコール (p.79) に準ずる)

**2 カテーテル感染**

(在宅中心静脈栄養法管理看護プロトコール (p.79) に準ずる)

**3 薬剤による過度の副作用による障害、あるいはその危険性**

原因・関連要因：抗癌剤の影響

**参考**

抗癌剤は、使用する薬剤によって、特徴的な副作用がある。代表的な副作用を医師と検討し、継続的なモニタリングを要する。例えば、嘔気・嘔吐、下痢、口内炎などの副作用が過度に強い場合、経口的摂取が不十分になること、あるいはフルオロウラシル製剤の長期間投与に見られる hand-foot 症候群により、指先の機能が低下することなどは、日常生活を営むうえで大きな障害となる。

**4 皮下漏れによる皮膚障害、あるいはその危険性**

原因・関連要因：皮下埋め込み式カテーテルへの針の刺入が不十分

皮膚障害を起こしやすい薬剤の使用

**5 化学療法に対する不安、あるいはその危険性**

原因・関連要因：疾病および治療内容について、十分な説明を受けていない

疾病および治療内容について、納得していない

**6 自宅で治療することに対する不安、あるいはその危険性**

原因・関連要因：上記 5 に同じ

医療者が常駐していない

**IV****アセスメントならびに医師への報告基準**

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報 (Subjective data)、客観的情報 (Objective data) 両面の情報にもとづいて行う。

## 1 薬剤投与前の段階

### 1) 在宅で癌化学療法を行うことに対する療養者および家族の考え方

S : 療養者（および家族）が認識している癌化学療法実施理由  
副作用に対する対処方法、心構え

O : 医療者が療養者（および家族）に対して行った説明内容

### 2) 身体状況

S : 食事摂取状況、睡眠状況、排泄状況

O : 通常のバイタルサインの傾向、身長・体重、皮下脂肪厚

最近の血液データ：白血球数、赤血球数、ヘモグロビン値、血小板数、クレアニン値、尿素窒素の値、血清アルブミン・総蛋白の値、腫瘍マーカーの値

現在のパフォーマンス・ステータス（P.S.：日常行動生活レベル）

### 3) 前回の治療効果と副作用

S : 効果と副作用（あれば）についての療養者（および家族）の認識、対処方法とその成果

O : 前回の治療による成果

前回の治療中および治療後に出現した副作用の状況（どのような副作用がいつ頃、どのように出現したか）

### 4) カテーテルの保存（固定）状況および開通性

O : 留置されたカテーテルの挿入長、糸・テープでの固定状況  
生理食塩水でのフラッシュによる通過状況

### 5) 使用薬剤、医療材料および衛生材料の準備状況

O : 上記のものが揃っているかどうか

## 2 薬剤投与期間および投与後観察期間中の段階

### 1) 癌化学療法に対する考え方

S : 療養者（および家族）が認識している癌化学療法実施理由  
副作用に対する対処方法、心構え

O : 在宅療養支援チームがそれをどうとらえているか

### 2) 在宅癌化学療法実施に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.136, 表を参照)

S : 表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O : 表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

## V 在宅癌化学療法管理判断樹

A 癌化学療法剤投与前の判断樹 (p.137)

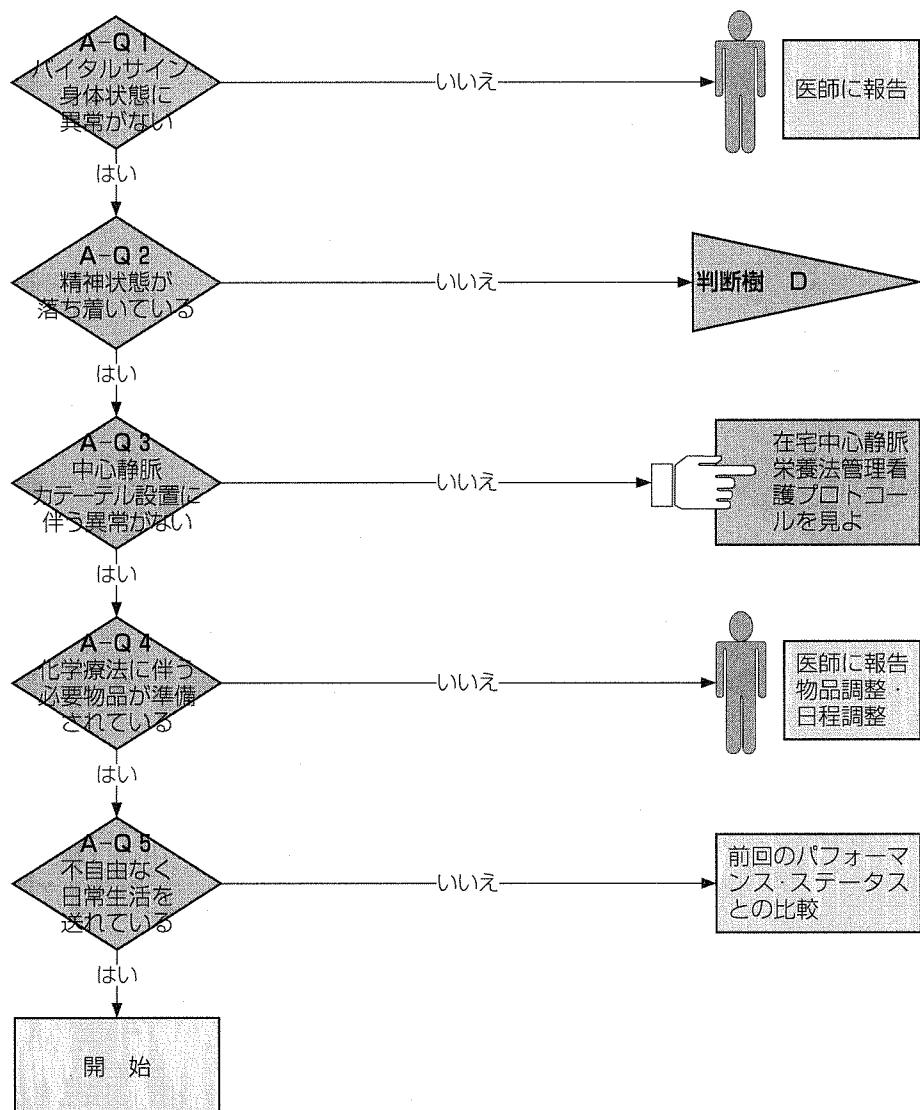
B 癌化学療法実施中の判断樹 (p.138)

- C 癌化学療法剤投与後の判断樹 (p.139)
- D 精神状態が不安定な場合の判断樹 (p.140)

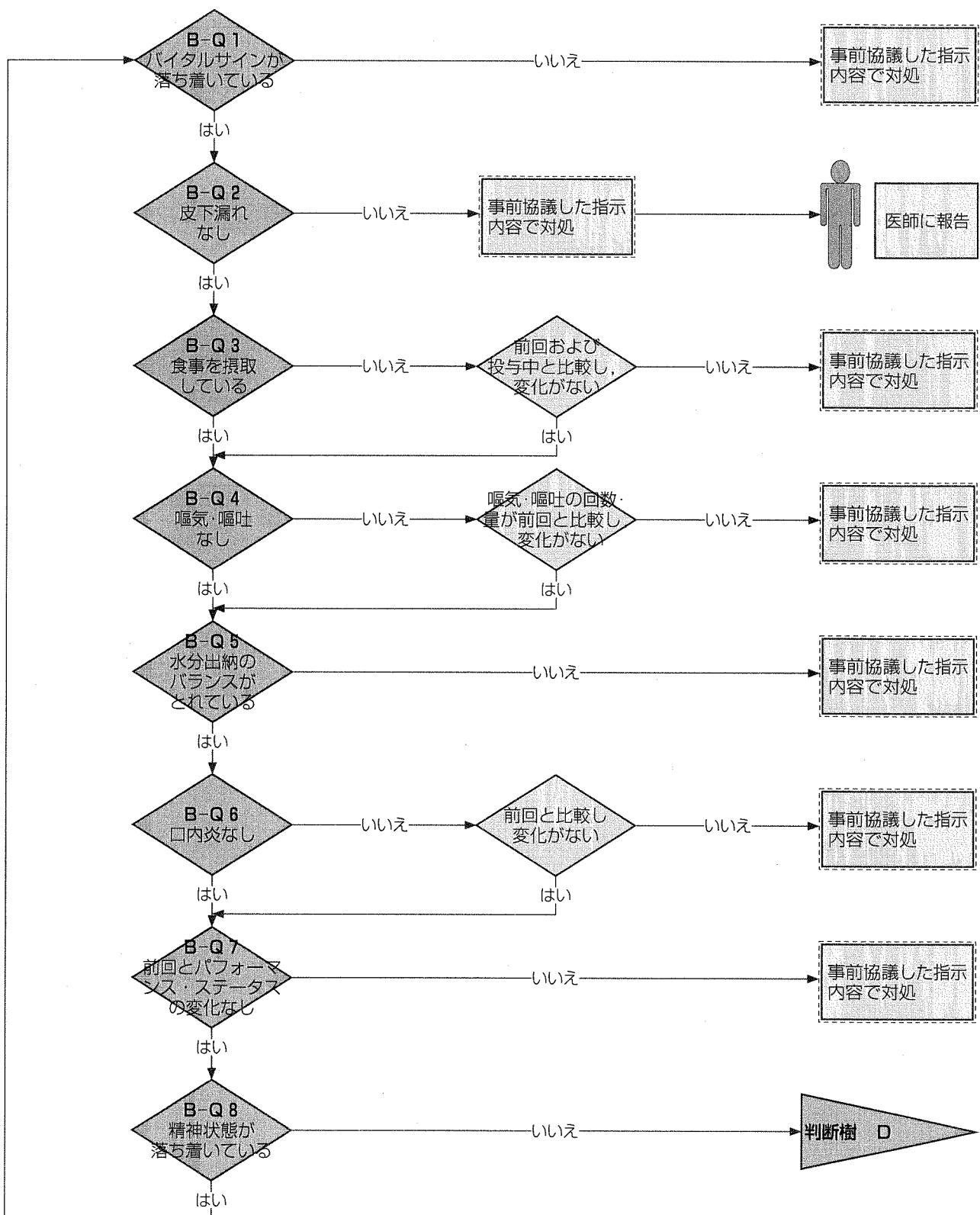
**IV 在宅癌化学療法管理協定書 (p.141)**

## 在宅癌化学療法実施に関する異常・トラブルと医師への報告基準

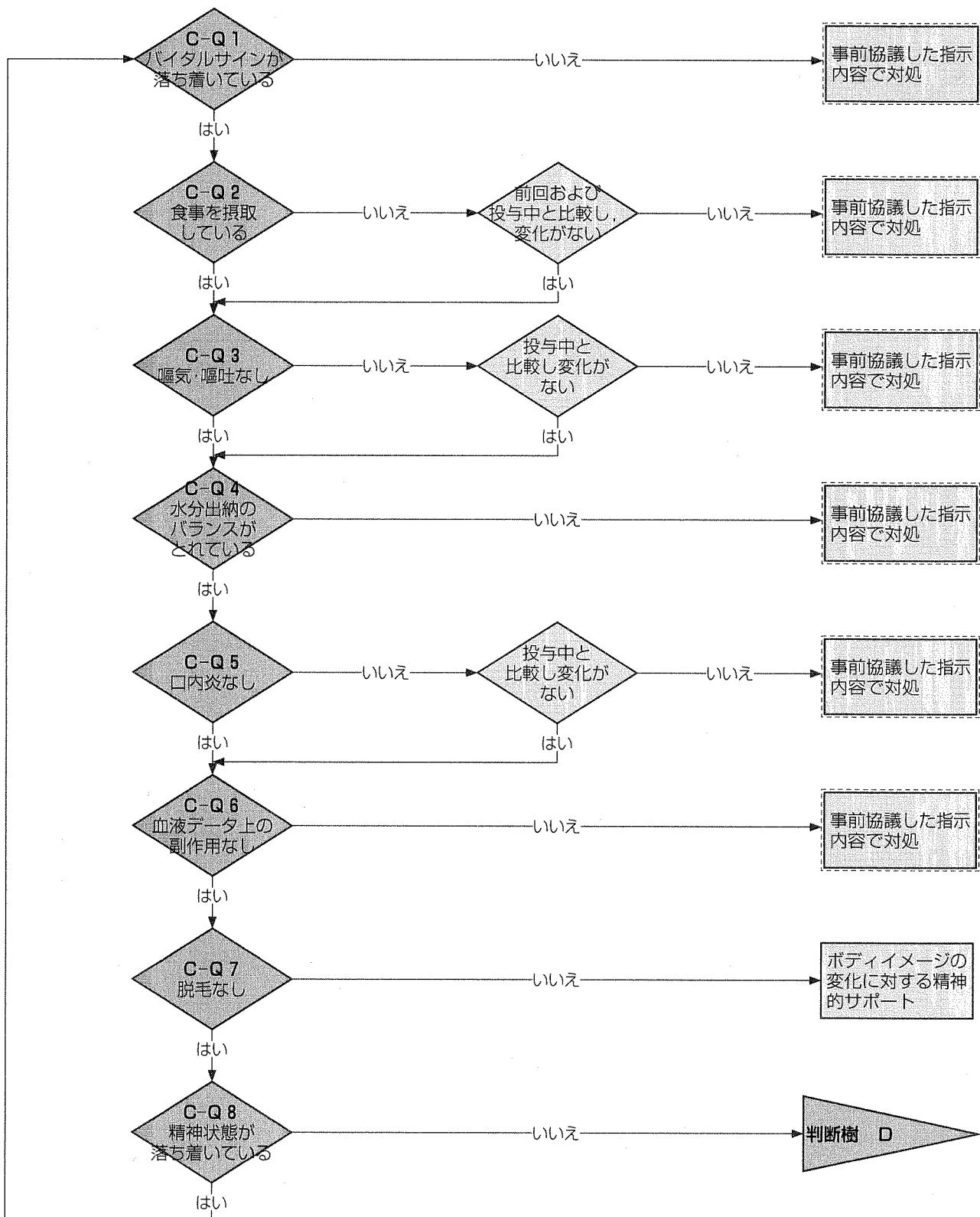
領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル	
在宅中心静脈栄養法 (p.83) 表中の 1) に同じ	
2) 薬剤の皮下漏れに関する異常	
薬液の注入状況	薬液が順調に減っている 薬液の滴下不良
カテーテル挿入部位の状態	発赤, 腫脹, 熱感, 疼痛のいずれもなし 発赤, 腫脹, 熱感, 疼痛のいずれかあり
3) 薬剤の副作用に関する異常	
感染徵候	バイタルサイン異常なし 体温, 呼吸数, 脈拍数の上昇 口内炎なし 口内炎あり
消化器症状	嘔気・嘔吐なし 食欲低下なし 摂食量低下なし 食欲低下あり 摂食量低下あり 嘔気あり 嘔吐あり 指示量の水分摂取ができていない
末梢神経症狀	手指巧緻性正常 手指巧緻性の低下
4) 化学療法に対する療養者および家族の受け入れ・認識の逸脱	
睡眠状況	ふだんと同様に眠れている 不眠, 睡眠中断
身体活動範囲	家事や仕事がふだんと同じようにできている 必要以上に身体活動（家事・仕事量）が低下している
心理・情緒的反応	平常どおり いらだち・不穏
5) カテーテル周囲の皮膚の状況	
皮膚の状況	在宅中心静脈栄養法(p.83) 表中の 2) 刺入部・周囲の状態に同じ

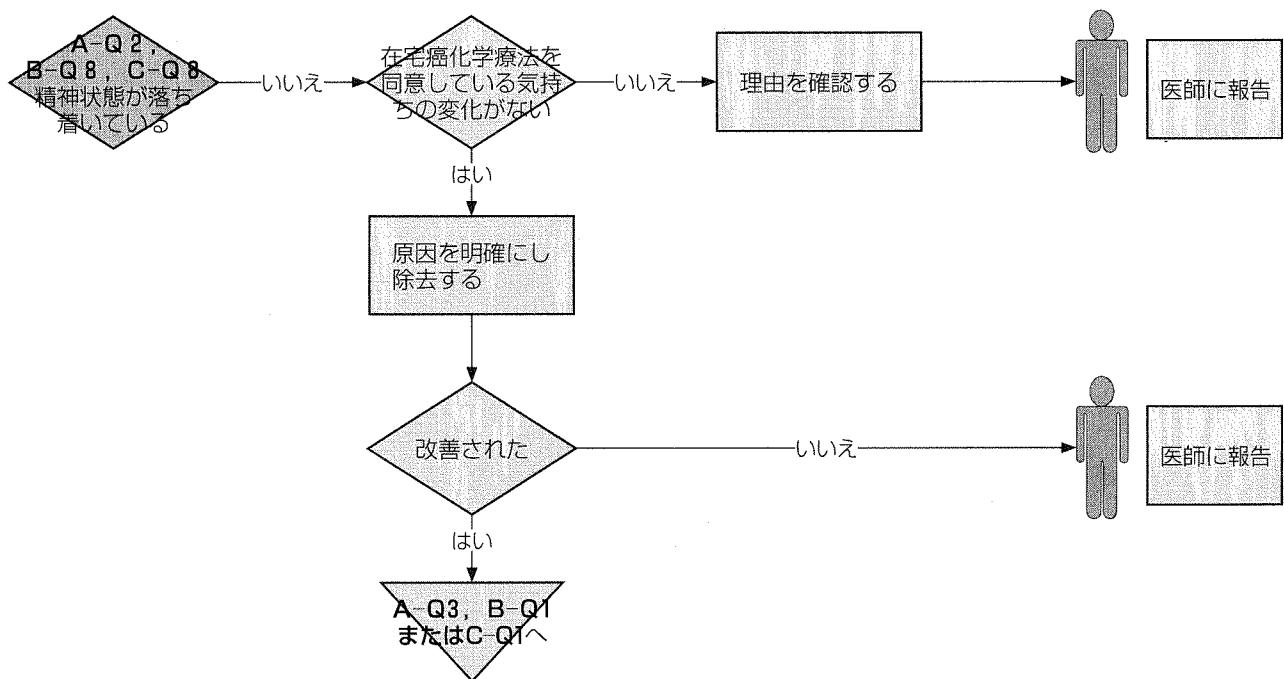
**A****癌化学療法剤投与前の判断樹**

## B 癌化学療法実施中の判断樹



## C 癌化学療法剤投与後の判断樹



**D 精神状態が不安定な場合の判断樹**

**管理協定書**

平成 年 月 日

**在宅癌化学療法管理協定書**

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括指示にもとづき、在宅癌化学療法管理看護プロトコールに従つて療養者の癌化学療法の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_

2. 在宅療養指導管理料請求機関 \_\_\_\_\_

3. 治療目的 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

4. 治療開始日 年 月 日

5. カテーテルの設置日 年 月 日

6. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理可    2) 指導のみ    3) 指導および実施の一部補完    4) 全面的補完（代行）

7. 使用薬剤・投与量・投与時間

薬剤（ ） 投与量（ ）／日 投与時間（ 分／回）

8. 使用器具・提供数（提供機関

）

注入ポンプ（名称： ）

輸液回路（ ） セット）

注射器・注射針（ ） セット）

その他

9. 消毒薬・衛生材料（提供機関

）

滅菌綿棒（ 本） 紺創膏（ 個）

滅菌ガーゼ（ 枚） 消毒薬（ 本）

その他

**10. 事前協議事項**

- 1) 経口的に水分や食事の摂取ができなくなったときの対応
- 2) 嘔気・嘔吐が激しいときの対応
- 3) 口内炎が発症したときの対応
- 4) 血液データの異常値が見られたときの対応
- 5) バイタルサインに異常が見られたときの対応
- 6) 薬剤が皮下に漏れたときの対応
- 7) その他

**11. 治療終了予定日**

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印

乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

8

# 在宅経管栄養法

## **I 本プロトコールの適用条件**

### **1 療養者側の条件**

#### **1) その医療処置を要する状態**

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

経管栄養法を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状況など）として、

①脳血管障害等による嚥下困難などで、経口摂取が不可能あるいは不十分な状態。

②消化管の炎症や悪性腫瘍などで部分的通過障害が存在するため、経口摂取が困難な状態。

③消化・吸収能力が低下している状態あるいは低下の可能性のある状態。

④その他、経管栄養法以外に栄養所要量の確保が困難な状態。

#### **2) 使用器具・装具**

訪問看護を要する以前から経管栄養法が導入されている場合は、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

訪問看護継続中に経管栄養法が必要と判断される場合は、医師・訪問看護婦などで取り決めた器具を用いる。また、施設内処置が必要であれば、入院先の医師・看護婦などとも相談のうえ決めることとする。

### **2 看護婦の条件**

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### **1) 看護経験**

(1) 病棟、外来あるいは在宅での経管栄養患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

①経管栄養法の適応や仕組みについての理解。

②経管栄養法に伴う異常・トラブル（p.144、Ⅲ参照）についての熟知。

③経管栄養法の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。

④経管栄養法を管理する具体的技術。

⑤在宅での経管栄養法に必要な栄養物、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（成分栄養法の場合は「在宅成分栄養経管栄養指導管理料」による器具・材料についての理解）。

⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して上記の必要知識、技術を習

得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「在宅経管栄養法管理協定」を書面（p.161）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

①主治医と常に連携がとれる体制を準備しておくこと。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 在宅経管栄養療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が経管栄養法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、経管栄養法に伴う問題を経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送ること。

## III 在宅経管栄養法に伴う異常・トラブル

在宅経管栄養法によって療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅経管栄養療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 栄養カテーテルが挿入されていることに関するもの

#### 1) 咽頭違和感・咽頭痛

原因・関連要因：カテーテルが接している上気道への刺激、上気道の炎症

以下の不適切な管理によるもの

- ・ カテーテルの交換頻度
- ・ カテーテルの材質と太さの選定
- ・ 挿入方法および固定方法
- ・ 口腔内の清潔ケアの頻度・方法

#### 2) カテーテル抜去

原因・関連要因：以下の原因による抜去

- ・ 咳そう反射、不適切な固定・操作による自然抜去
- ・ 意識状態の低下、理解不足、精神的ストレスによる自己抜去

#### 3) 滴下不良（カテーテルの閉塞）

原因・関連要因：以下の不適切な管理によるもの

- ・ 栄養内容、栄養物の溶解・調整、注入方法、カテーテルやライ

ンの清潔・交換頻度

#### 4) 気道内分泌物の增量

- 原因・関連要因：カテーテルが接している上気道への刺激、炎症
- カテーテルの気管・気管支への誤挿入
- 不適切な吸引の操作
- 不適切なカテーテルの交換頻度

### 2 腹部症状

#### 1) 腹部膨満、嘔気・嘔吐

- 原因・関連要因：カテーテルが接している部位の刺激、炎症、消化管の損傷
- 栄養注入の不適切な速度・手技
- 排便コントロール不良

#### 2) 下 痢

- 原因・関連要因：消化管の炎症

以下の不適切な管理によるもの

- ・栄養物の選定、栄養物の濃度・溶解度、栄養物の鮮度、カテーテルや注入回路の清潔・交換頻度、注入速度

#### 3) 便 秘

- 原因・関連要因：注入水分の不足、不適切な注入内容

#### 4) 血 便

- 原因・関連要因：カテーテルが接している部位の刺激による消化管の損傷

### 3 感 染

#### 1) カテーテル挿入部の感染、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：不適切な局所の消毒操作・清潔の保持

#### 2) 上気道の炎症、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：全身状態の低下、発熱

カテーテルが接している部位の刺激・炎症

#### 3) 消化管の炎症、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：全身状態の低下

カテーテルが接している部位の刺激・炎症

### 4 代謝・栄養異常

#### 1) 肥満・るいそうの危険性

- 原因・関連要因：不適切な栄養量の設定

#### 2) 脱水（水・電解質の不均衡）、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：注入水分の不足、下痢、嘔気・嘔吐に伴うもの

#### 3) 栄養素（ビタミン、無機質・微量元素）の欠乏、あるいはその危険性

- 原因・関連要因：不適切な栄養管理

## 5 経管栄養法に伴う生活行動の縮小に関するもの

### 1) カテーテル挿入に伴う外見上の変化による社会性の低下

原因・関連要因：カテーテル固定部位の不潔・不快感  
ボディイメージの変化

### 2) 口腔内の不潔・不快感

原因・関連要因：経口摂取しないことによる唾液分泌の低下  
不適切な口腔ケア

### 3) 廃用性症候群、あるいはその危険性

原因・関連要因：長期間経口摂取しないことによる咀しゃく筋の萎縮  
嚥下能力の衰退

### 4) カテーテル挿入部の不快感

原因・関連要因：挿入部皮膚の滲出液による汚染・皮膚びらん  
挿入部周囲の不適切なスキンケア

## 6 経管栄養法に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

### 1) 経管栄養法継続に対する気持ちの揺れ

原因・関連要因：栄養物注入に対する拒否  
効果に対する疑問

### 2) カテーテルを挿入することの気持ちの揺れ

原因・関連要因：挿入の継続に対する不安、拒否  
不意の抜去に対する心配など

### 3) 食に対する満足が得られない、あるいはその危険性

原因・関連要因：経口摂取が不可能な場合の欲求不満など

## 7 家族の介護力に関するもの

### 1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の荷重、挿入の継続に対する不安によるストレス

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

## 1 導入検討の段階

S：療養者（および家族）が、経口摂取が不可能、あるいは経口摂取のみでの栄養摂取が不十分な状態であることを医療従事者から説明され、必要と考えられる栄養方法の選択肢を説明されたことを前提として、認識している栄養方法の希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

## 2 維持管理の段階

### 1) 在宅での経管栄養に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している経管栄養実施理由  
経口摂取に対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

#### \* 指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①使用しているカテーテルのタイプ
- ②カテーテル挿入日
- ③注入栄養物の内容・保存方法
- ④混入薬物・栄養物の有無と混入方法
- ⑤栄養注入スケジュール（量・回数・時間・栄養注入前後の水分注入量）
- ⑥時間注入量とその変更
- ⑦カテーテルの交換頻度
- ⑧挿入部の消毒・清潔維持方法（瘻管法の場合）
- ⑨必要物品の入手・処理方法
- ⑩入浴方法
- ⑪指導されている身体観察項目

### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：療養者の経管栄養法適応理由がそれに該当するか

該当理由：肢体不自由、内部障害（主として小腸切除による機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 在宅経管栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.149, 表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

## 3 中止・終了の段階

S：療養者（および家族）の経管栄養および経口摂取に対する考え方・認識

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか  
実際の摂取状態

**V 在宅経管栄養法管理判断樹****1 導入検討の段階**

- A 導入検討段階全体の判断樹 (p.151)  
A - 1 嘸下できない場合の判断樹 (p.152)

**2 維持管理の段階**

- B 維持管理段階全体の判断樹 (p.153)  
B - 1 滴下不良の場合の判断樹 (p.154)  
B - 2 カテーテル挿入部位の異常がある場合の判断樹 (p.155)  
B - 3 腹部症状がある場合の判断樹 (p.156)  
B - 4 上気道症状がある場合の判断樹 (p.157)  
B - 5 経口摂取希望に対する判断樹 (p.158)  
B - 6 必要以上の安静に対する判断樹 (p.159)

**3 中止・終了の段階**

- C 中止・終了段階の判断樹 (p.160)

**VI 在宅経管栄養法管理協定書 (p.161)**

## 在宅経管栄養法に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
<b>1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル</b>	
咽頭違和感・咽頭痛	違和感・疼痛の訴えなし 咽頭違和感の訴えあり <u>咽頭痛の訴えあり</u>
カテーテル固定状況	確保されている 固定用絆創膏がはがれている（カテーテル法） <u>接続部の異常あり（瘻管法）</u> <u>抜去してしまった</u>
滴下状態	時間どおりに指示量が注入されている <u>うまく落ちず、指示量が注入できない</u>
腹部症状	下痢、便秘、腹部膨満、嘔気・嘔吐なし <u>下痢、便秘、腹部膨満、嘔気・嘔吐あり</u>
<b>2) 感染徵候</b>	
挿入部の状態	発赤・びらん・腫脹・熱感・疼痛なし <u>発赤・びらん・腫脹・熱感・疼痛あり</u>
口腔内の状態	口腔粘膜潤湿、唾液分泌良、口臭なし 口腔粘膜乾燥、口臭あり <u>舌苔形成</u> <u>アフタ形成</u>
上気道症状	気道内分泌物の性状に変化なし 気道内分泌物の増加なし <u>気道内分泌物の性状に変化あり</u> <u>気道内分泌物の増加あり</u> <u>気道内分泌物の増加による呼吸苦あり</u>
消化器症状	腹部膨満・腹痛なし <u>腹部膨満・腹痛あり</u> <u>血便あり</u>
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱軽度、脈拍数・呼吸数増加あり <u>発熱著明、脈拍数・呼吸数増加あり</u>
<b>3) 水分・電解質・糖の代謝異常</b>	
脱水徵候	口渴・皮膚乾燥なし バイタルサイン異常なし 水分出納のバランスよい 口渴、皮膚乾燥あり、倦怠感、嘔気・嘔吐あり <u>尿量減少、血圧低下、不整脈、下痢あり</u>
体液量過剰徵候	浮腫・息切れなし <u>浮腫・息切れあり</u> <u>不整脈</u>
<b>4) 栄養状態（3大栄養素、ビタミン、無機質・微量元素の充足状況）</b>	
体重	変化なし

領 域	医師への報告基準（下線部分）
体重	<u>1か月間に 10%以上の増加・減少あり</u>
皮下脂肪	上腕三頭筋部の皮下脂肪がつまめる <u>しわの増加</u> 皮下脂肪厚の枯渇（ほとんど皮膚のみ）
皮膚	乾燥・発疹・落屑・瘙痒感なし <u>全身の瘙痒感あり</u> 乾燥の増加 落屑の増加 <u>発疹あり（粘膜皮膚移行部）</u>
毛髪	脱毛なし、つやあり つやなし <u>脱毛あり</u>

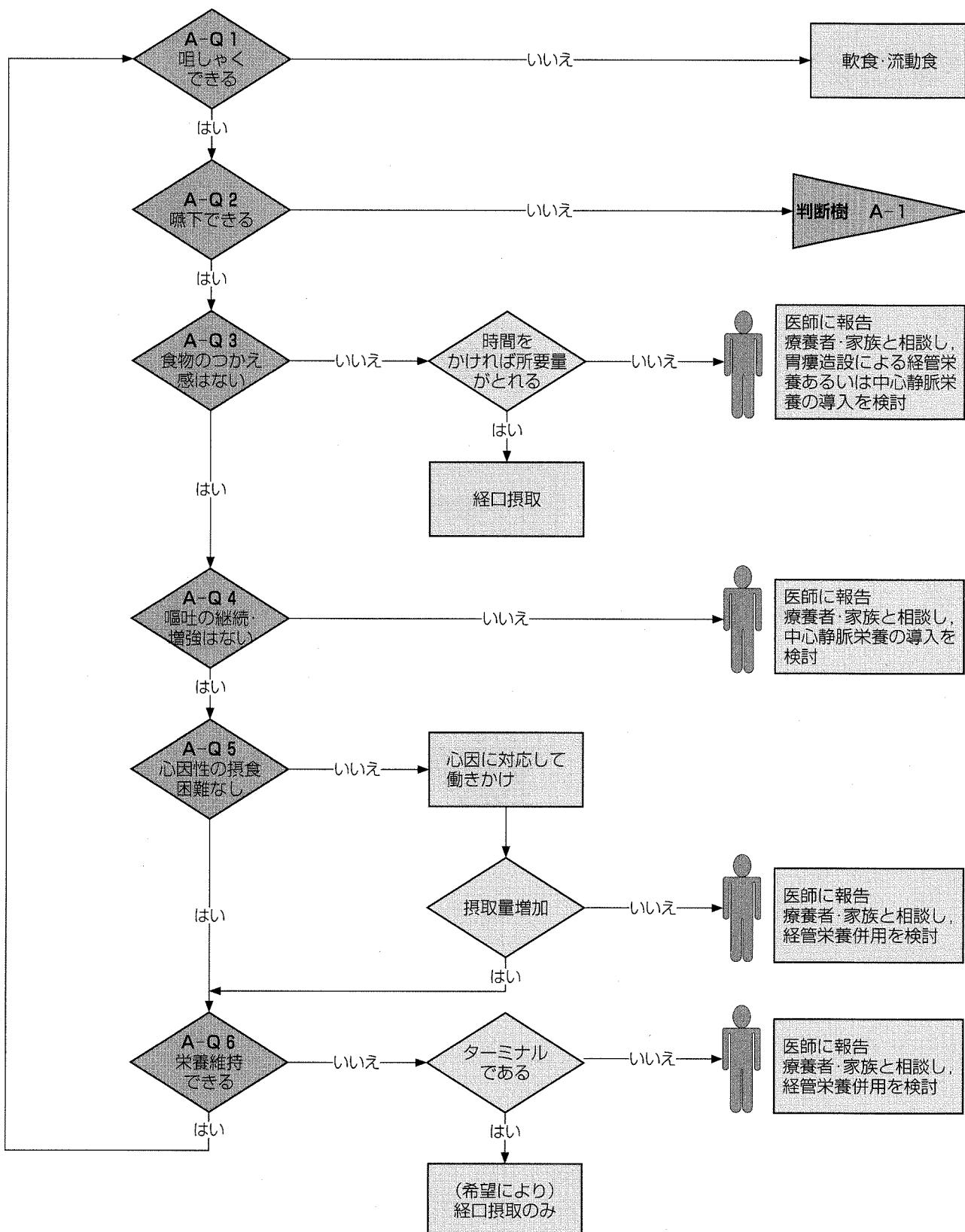
## 5) 在宅経管栄養法に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱

身体活動範囲	必要な身体の動きはできている <u>必要以上に身体活動が低下している</u>
心理・情緒的反応	平常どおり 内向的になっている <u>いらだち・不穏・うつ状態</u>

## 6) 家族介護者に関する異常・トラブル

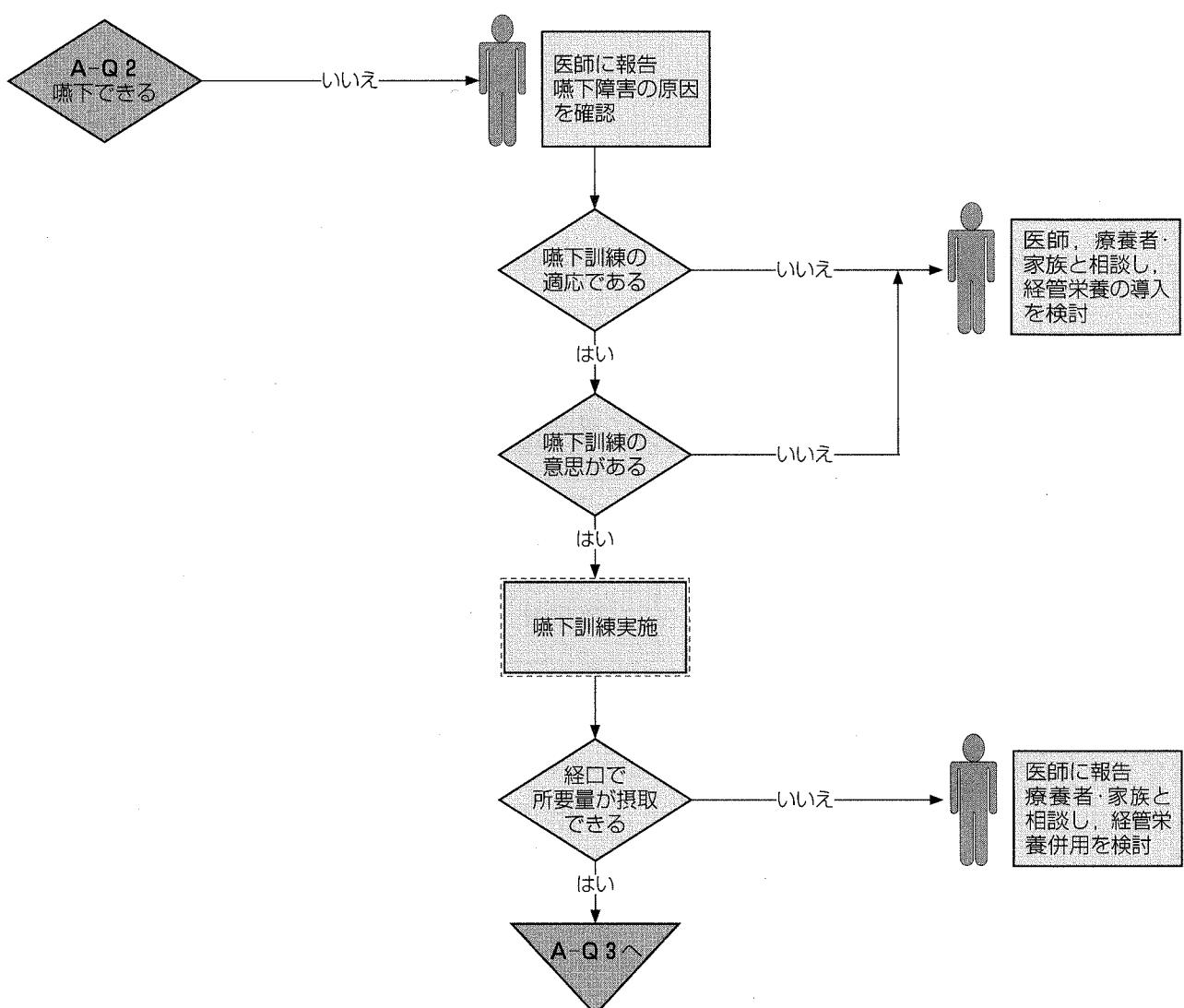
介護負担	疲労はない 疲労があるが、休養・睡眠により回復する <u>疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない</u>
理解度	問題なく介護できている <u>理解不足により正しく介護できていない</u>

## A 導入検討段階全体の判断樹

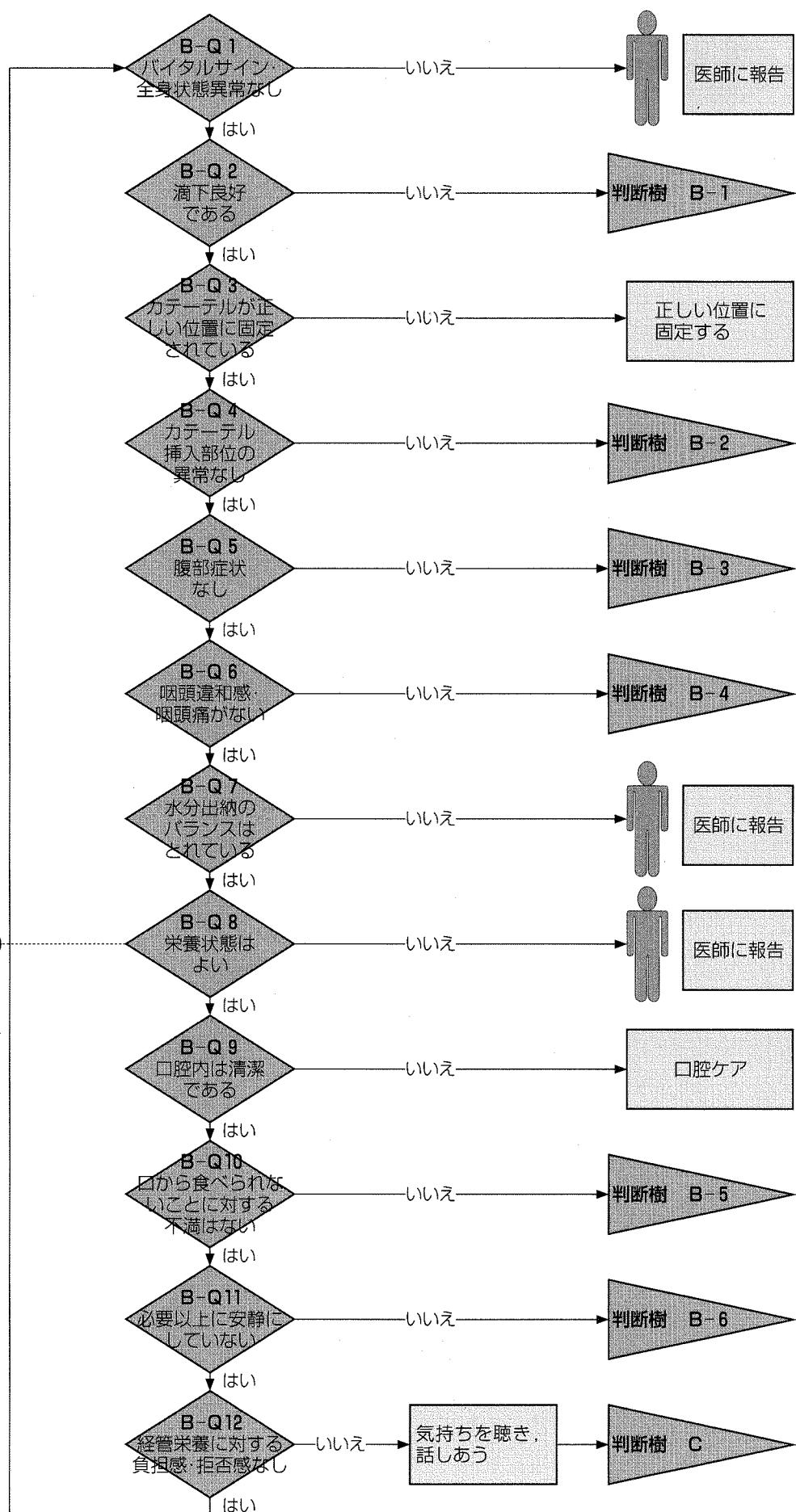


## A-1

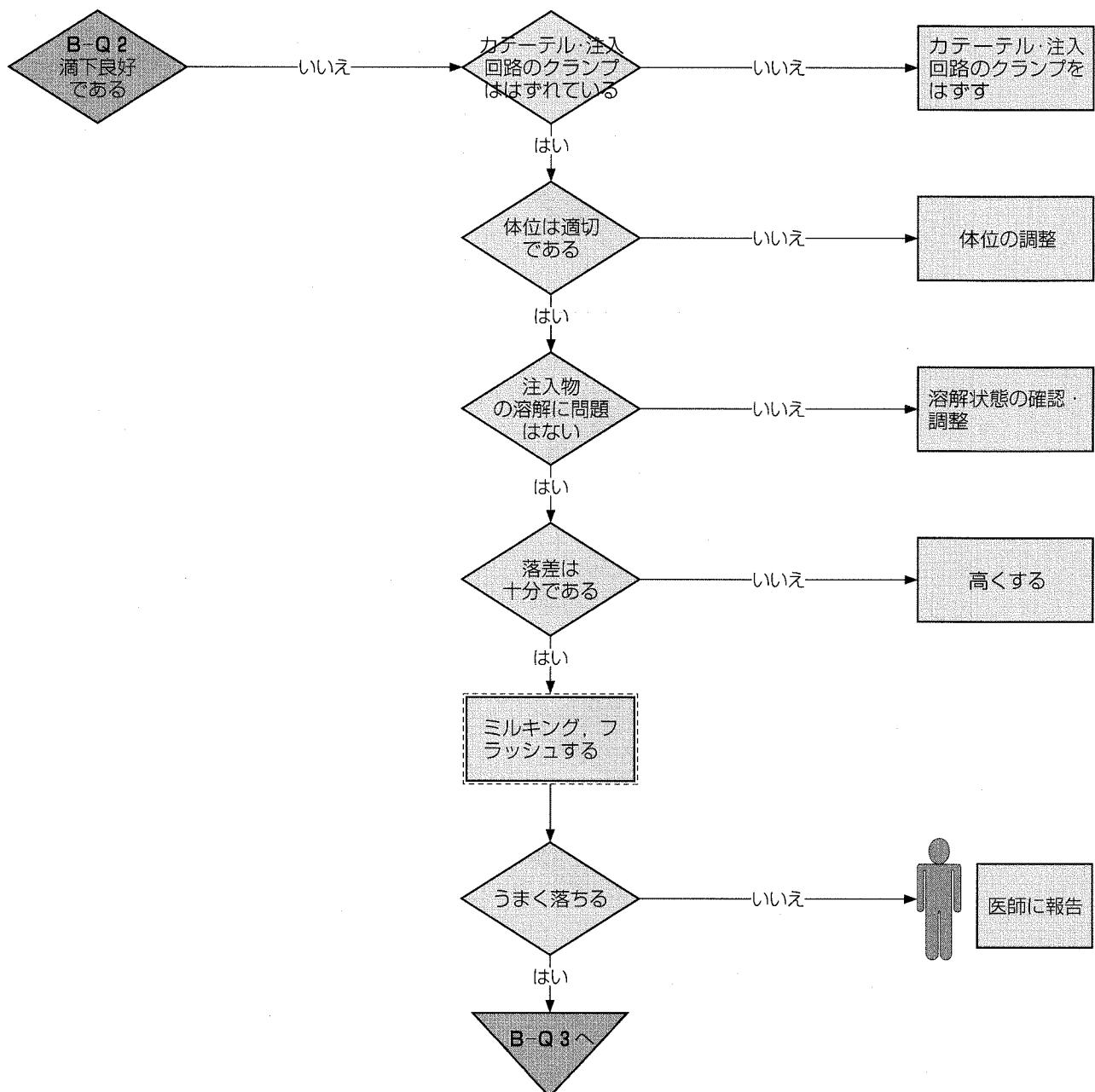
## 嚥下できない場合の判断樹

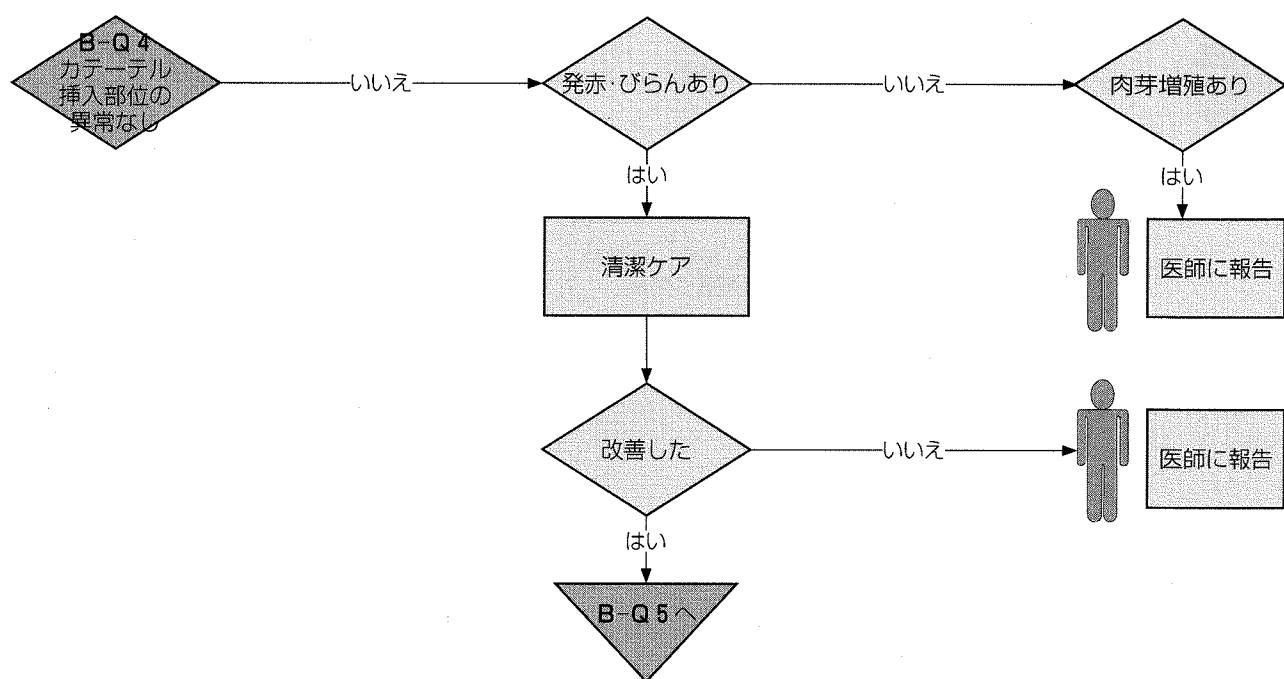


## B 維持管理段階全体の判断樹



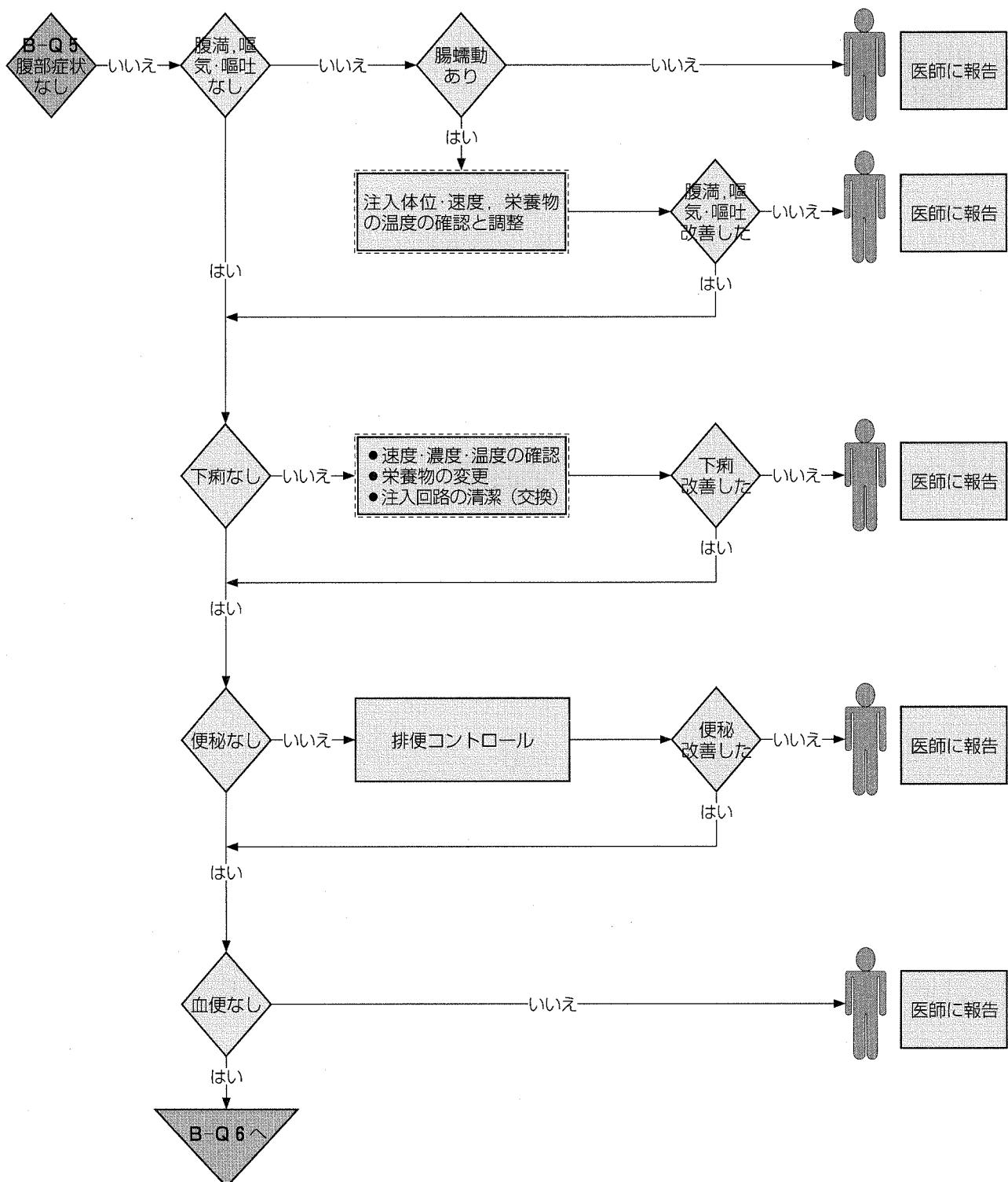
## B-1 滴下不良の場合の判断樹

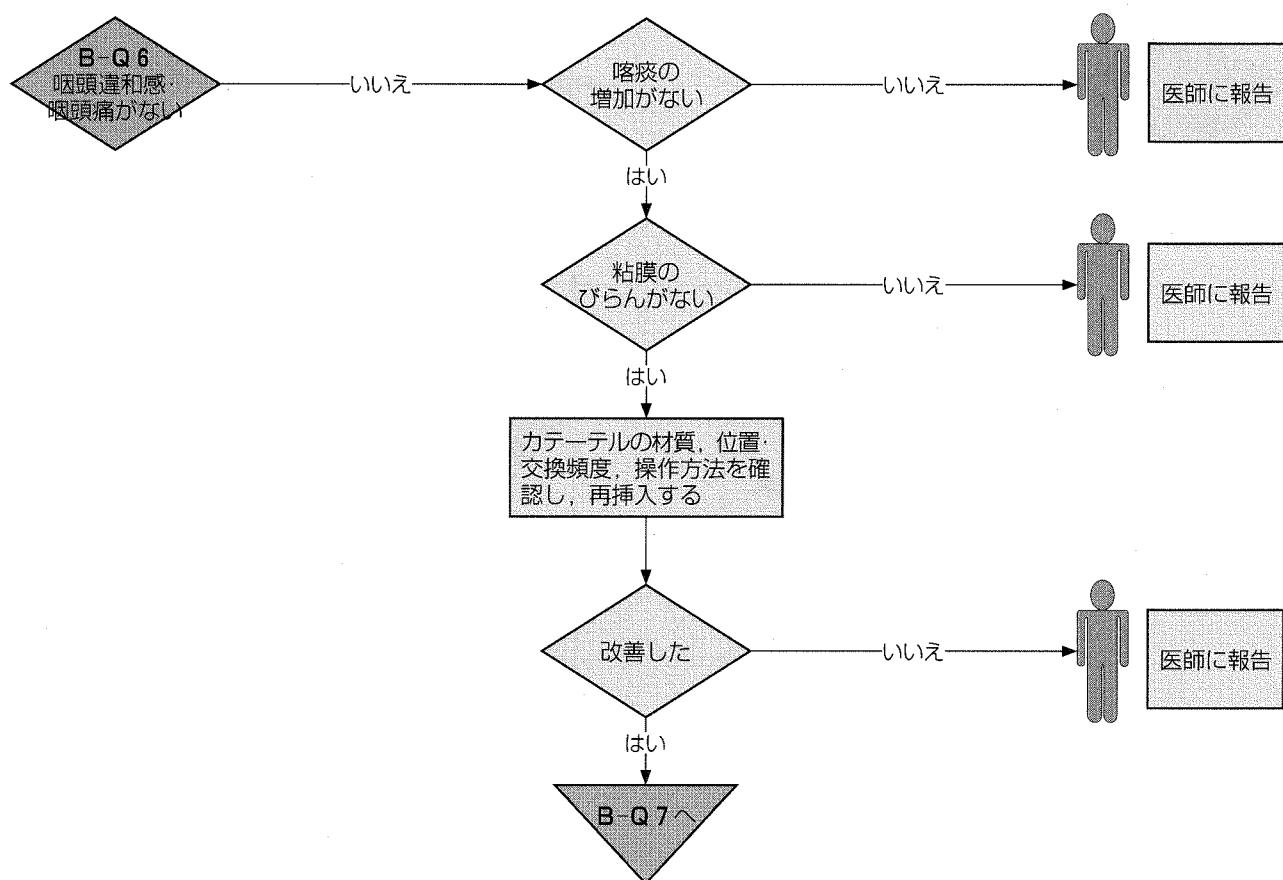


**B-2 カテーテル挿入部位の異常がある場合の判断樹**

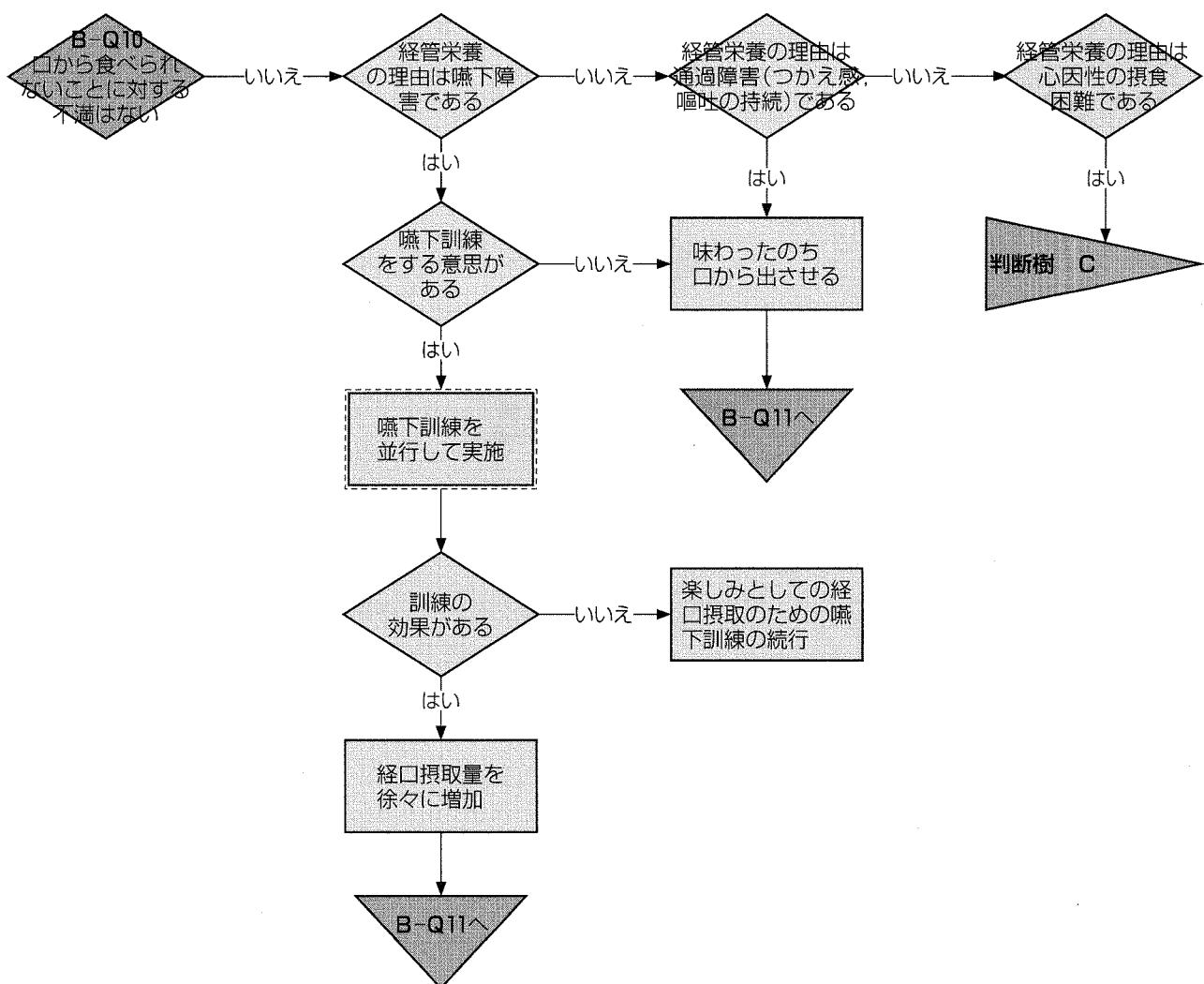
## B-3

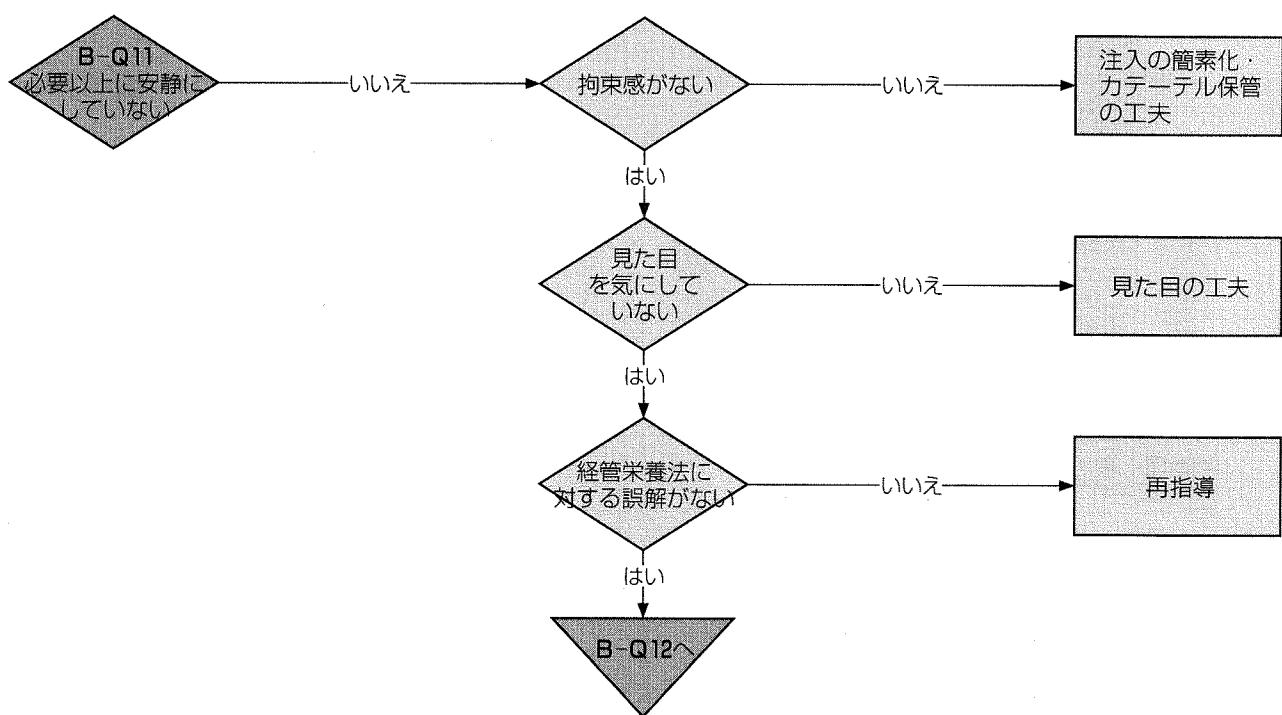
## 腹部症状がある場合の判断樹

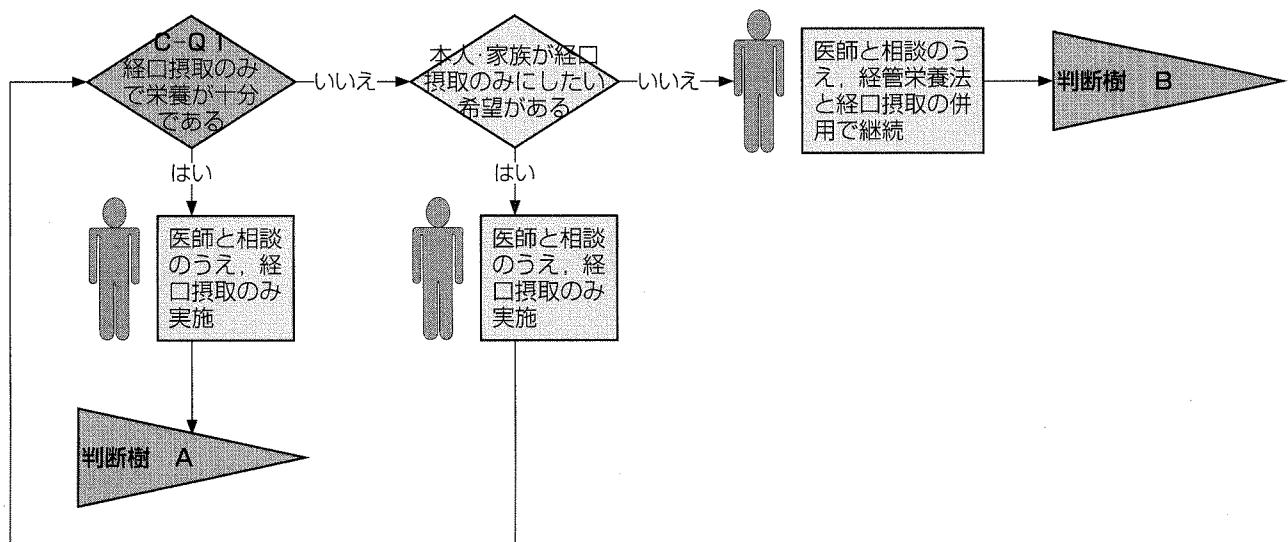


**B-4 上気道症状がある場合の判断樹**

## B-5 経口摂取希望に対する判断樹



**B-6 必要以上の安静に対する判断樹**

**C 中止・終了段階の判断樹**

## 管理協定書

平成 年 月 日

### 在宅経管栄養法管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の訪問看護指示書にもとづき、在宅経管栄養法管理看護プロトコールに従って療養者の在宅経管栄養法の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_

2. 在宅成分栄養経管栄養指導管理料あるいは在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関

3. 開始理由 \_\_\_\_\_

医療機関 \_\_\_\_\_

経口摂取 1) 可 2) 否

4. 開始日 年 月 日 \_\_\_\_\_

5. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完(代行)

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関）

・栄養剤名 \_\_\_\_\_ ·注入量  
・その他：水分などの注入量 \_\_\_\_\_

7. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）

1) カテーテル法の場合：

2) 瘢管法の場合：

カテーテル \*種類： \_\_\_\_\_ \*太さ： \_\_\_\_\_ Fr

イルリガートル

注射器

その他

8. 消毒薬・衛生材料（提供機関）

9. 注入方法（該当するものに○）

1) 回数（回／日） 2) 1回の注入量（ml／回）

3) 1回の注入時間（分／回）（または ml／時間）

10. 事前協議事項

1) 滴下不良時の対応方法

2) その他

11. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

**9**

# 気管カニューレ管理法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）に該当すること。

- ①換気が不十分で、用手気道確保では十分な換気が得られない状態。
- ②意識障害患者などの誤嚥、舌根沈下による窒息が考えられる状態。
- ③長期の呼吸管理を必要とする状態。
- ④気道分泌物の自力喀出が困難な状態。
- ⑤経口、経鼻挿管が不可能な状態：喉頭浮腫、声門下偽膜形成、咽喉頭または頸部の腫瘍による圧迫、肉芽形成による気管の狭窄、異物の誤嚥による気道閉鎖。
- ⑥気管切開以外に気道確保が困難な状態。

#### 2) 使用器具・装具

医療機関において気管切開を受け、適切な器具が選択され、その器具を継続して用いることを前提とする。また訪問看護の継続中に気管切開が必要と判断される場合は医師、訪問看護婦などで取り決めた器具を用いることを前提とする。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での気管カニューレ装着者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
  - ①気管切開の適応についての理解。
  - ②気管カニューレの種類、特徴についての理解。
  - ③気管カニューレ装着に伴う異常・トラブル（p.164、Ⅲ参照）についての理解。
  - ④気管切開、カニューレを管理する具体的な技術（吸引、気管切開口の管理、緊急時の対応など）。
  - ⑤在宅での気管切開、カニューレの管理に必要な薬液、器具、衛生材料、医療材料などの調達方法および処理方法の理解。
  - ⑥必要物品などの実際の入手方法、処理方法の確認。
  - ⑦気管切開、カニューレの管理についての療養者および家族への指導。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術

を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「気管カニューレ管理協定」を書面（p.174）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

①主治医と常に連絡がとれる状態にしておくこと。

②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容およびその結果を含めて行う。

## II 気管カニューレ装着在宅療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が気管カニューレ装着を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、気管切開・カニューレ装着に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急な対応がなされて、安定した療養生活を送れること。

## III 気管カニューレ装着に伴う異常・トラブル

気管カニューレ装着在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

気管カニューレ装着在宅療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 気管切開口に関するもの

#### 1) 気管切開口の出血・肉芽形成・狭窄、あるいはその危険性

原因・関連要因：カニューレによる刺激

### 2 カニューレ使用に関するもの

#### 1) カニューレの抜去・閉塞などのトラブル、あるいはその危険性

原因・関連要因：カニューレの不適切な管理（固定のゆるみ）

吸引操作の不備、不足

痴呆、不穏など、処置に対する療養者の無理解

#### 2) 気管食道瘻の形成、あるいはその危険性

原因・関連要因：カニューレの長期使用

カニューレの不適切な管理

### 3 感染

#### 1) 気管切開口の感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：気管切開部の不適切な管理  
吸引操作の不備、不足

#### 2) 肺炎、あるいはその危険性

原因・関連要因：気管切開口の感染  
気管切開による易感染性  
誤嚥  
不適切な管理（物品の供給困難、経済的負担）

### 4 換気異常

#### 1) 気道閉塞、あるいはその危険性

原因・関連要因：痰の喀出困難  
分泌物の増加  
カニューレの不適切な管理

#### 2) 呼吸機能の減退、あるいはその危険性

原因・関連要因：原疾患の悪化  
不十分な肺理学療法  
循環不全（貧血など）

### 5 気管カニューレ装着に伴う生活行動の縮小に関する問題

#### 1) コミュニケーションの制限

原因・関連要因：気管切開による発声困難

#### 2) 身体活動の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：カニューレの抜去に対する不安  
体動時のカニューレのずれ、痛み、圧迫などの不安

### 6 療養者の気持ちと受け入れに関するもの

#### 1) 気管カニューレ装着に関する気持ちの揺れ

原因・関連要因：発声できないことのストレス  
ボディイメージの変化に対するストレス  
医療処置（カニューレ管理、吸引など）へのストレス  
今後の見通しに対する不安  
呼吸困難に対する不安  
重症化への不安

### 7 家族の介護力に関するもの

#### 1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の過重

医療処置（カニューレ管理、吸引など）へのストレス

## 2) 気管切開・カニューレの管理不足、あるいはその危険性

原因・関連要因：管理方法の指導不足

家族の理解不足

経済的不安

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

#### 1) 在宅での気管カニューレ装着療養に対する理解・気持ち・認識

S：療養者（および家族）がカニューレ装着理由をどのように理解しているか、カニューレ装着をどのように思っているか

O：在宅療養支援チームが気管カニューレ装着の目的・今後の見通しをどのように説明しているか、療養者（および家族）の認識をどうとらえているか

#### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法  
在宅医療支援チームとの連携

\*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

①カニューレ交換の方法（種類、頻度、実施者）

②カニューレの管理（カフエアの管理、保管）

③気管切開口の管理（観察、消毒、保護）

④吸引の方法

⑤身体の観察

⑥療養者および家族への指導内容

⑦指導内容についての療養者および介護者の理解と実施状況

⑧必要物品などの入手・処理方法

#### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請しているか、あるいは申請希望があるか

O：療養者の気管切開理由が、身体障害者福祉法に該当するか

該当理由：内部障害（呼吸機能障害）あるいは音声機能障害

医療従事者がすでに情報を提供しているか

4) 気管カニューレ装着に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.168, 表を参照)

S : 表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O : 表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と〔V. 判断樹〕にもとづいて対応した結果の状況

3 中止・終了の段階

なし

## V 気管カニューレ管理判断樹

1 導入検討の段階

なし

2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.169)

B - 1 呼吸苦がある場合の判断樹 (p.170)

B - 2 気道分泌物の増加がある場合の判断樹 (p.171)

B - 3 カニューレの違和感がある場合の判断樹 (p.172)

B - 4 話せないことの不満がある場合の判断樹 (p.173)

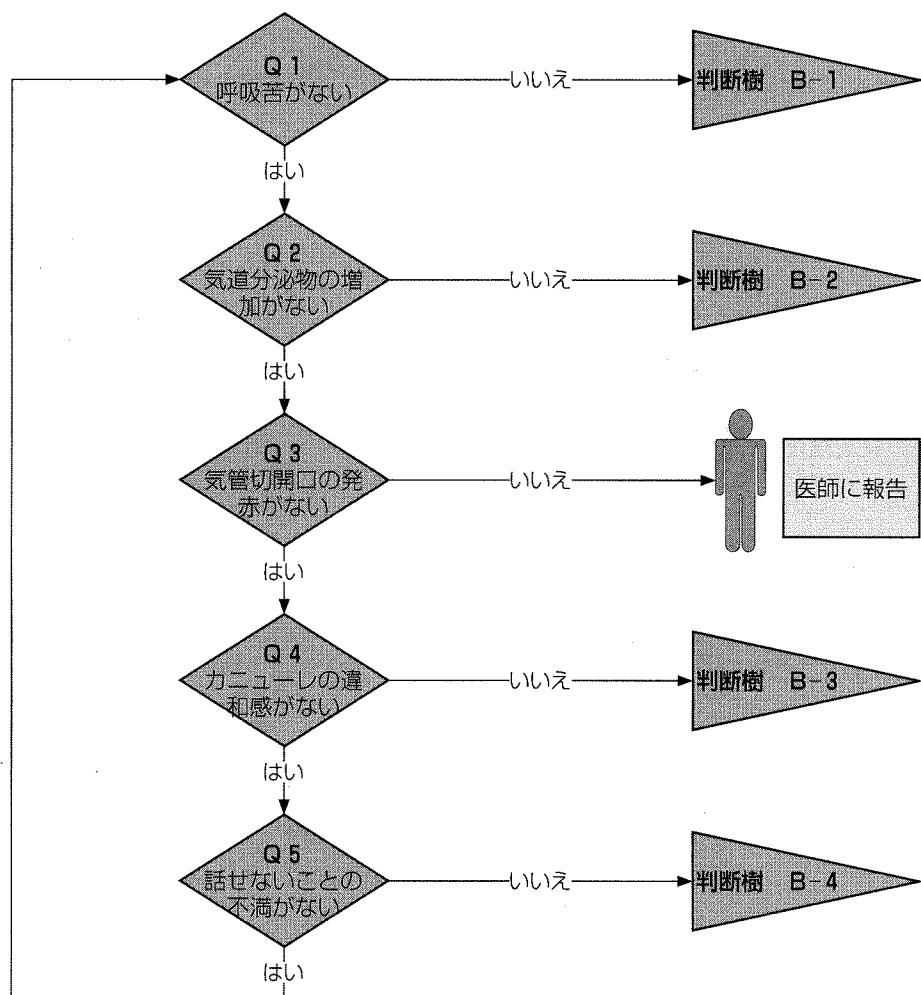
3 中止・終了の段階

なし

## VI 気管カニューレ管理協定書 (p.174)

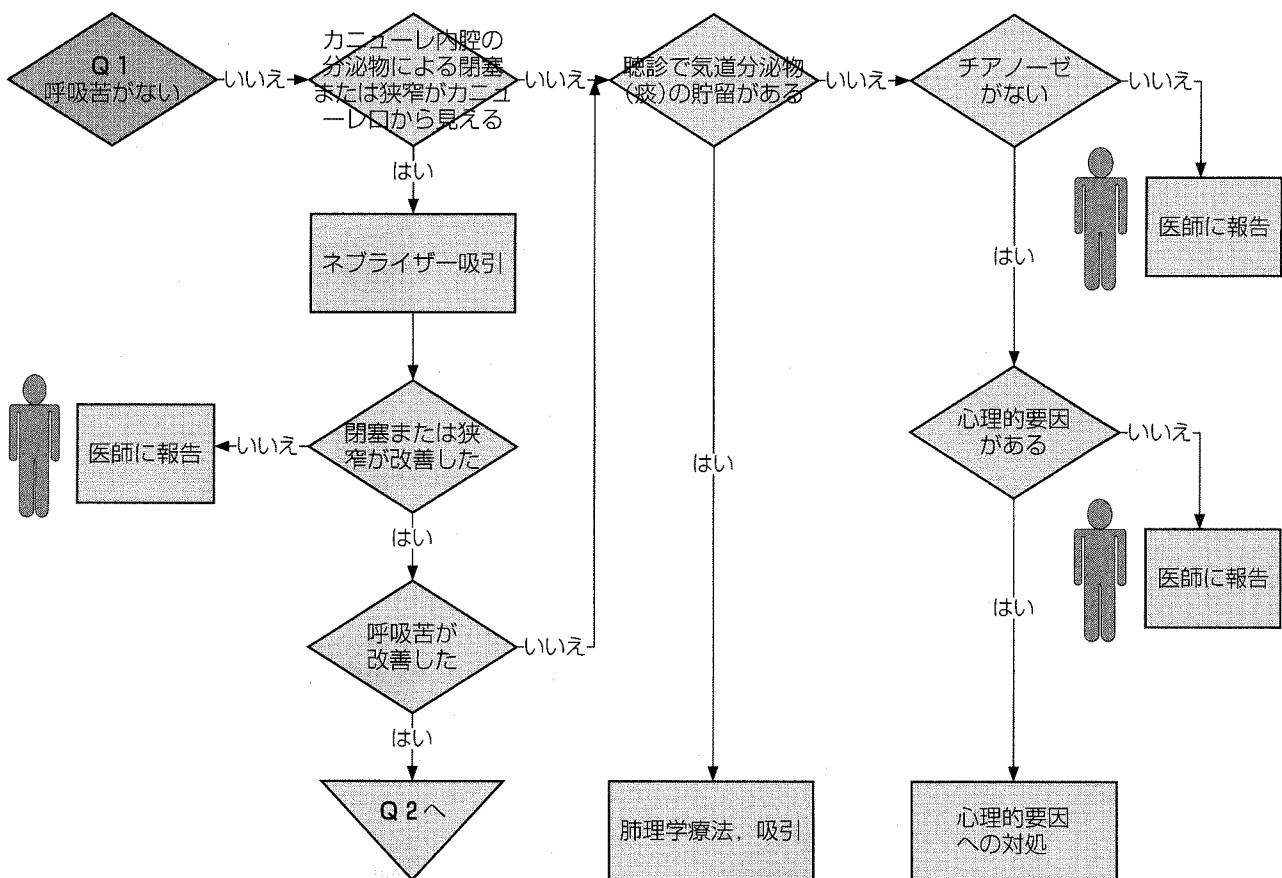
## 気管カニューレ装着に関する異常・トラブルと医師への報告基準

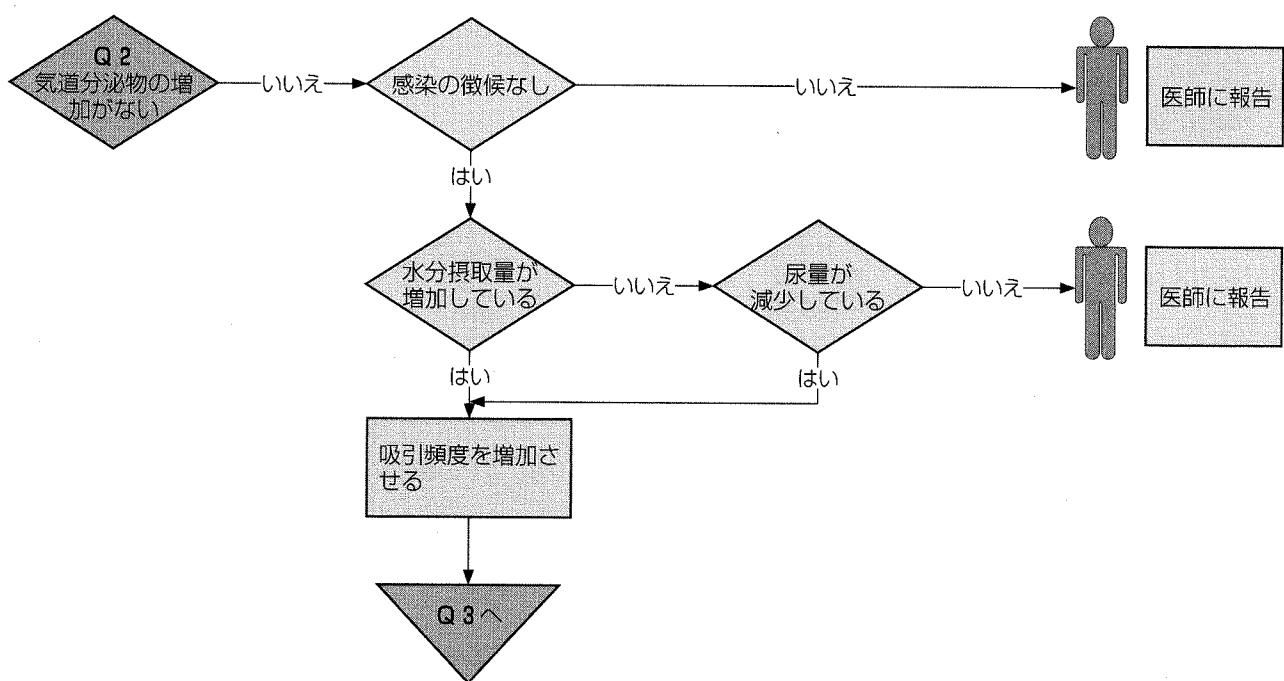
領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) カニューレに関する異常・トラブル	
カニューレの内腔	閉塞なし <u>閉塞あり</u>
カフの状態	異常なし <u>異常あり</u>
位置	異常なし <u>異常あり</u> 抜去（偶然、故意）
2) 感染徵候	
気管切開口の状態	発赤・腫脹・熱感・出血・狭窄・肉芽形成なし 発赤・腫脹・熱感・出血・狭窄・肉芽形成のいずれかあり
痰の状態	痰の量、色、性状などの変化なし 痰の量、色、性状などの変化あり
全身状態	発熱なし <u>発熱あり</u>
3) 換気異常	
呼吸状態	回数、リズム、型の異常がない <u>回数、リズム、型の異常がある</u> 呼吸音の異常、喘鳴がない 呼吸音の異常、喘鳴がある
全身状態	バイタルサインの異常がない 意識レベルの変化、チアノーゼがない <u>バイタルサインの異常がある</u> 意識レベルの変化、チアノーゼがある
呼吸機能	1回換気量、肺活量、動脈血酸素飽和度変化なし 1回換気量、肺活量、動脈血酸素飽和度変化あり
4) 生活活動の縮小	
身体の動き	必要以上の安静はない <u>必要以上に安静にしている</u>
コミュニケーション	話せないことの不満がない <u>話せないことの不満がある</u>

**B 維持管理段階全体の判断樹**

## B-1

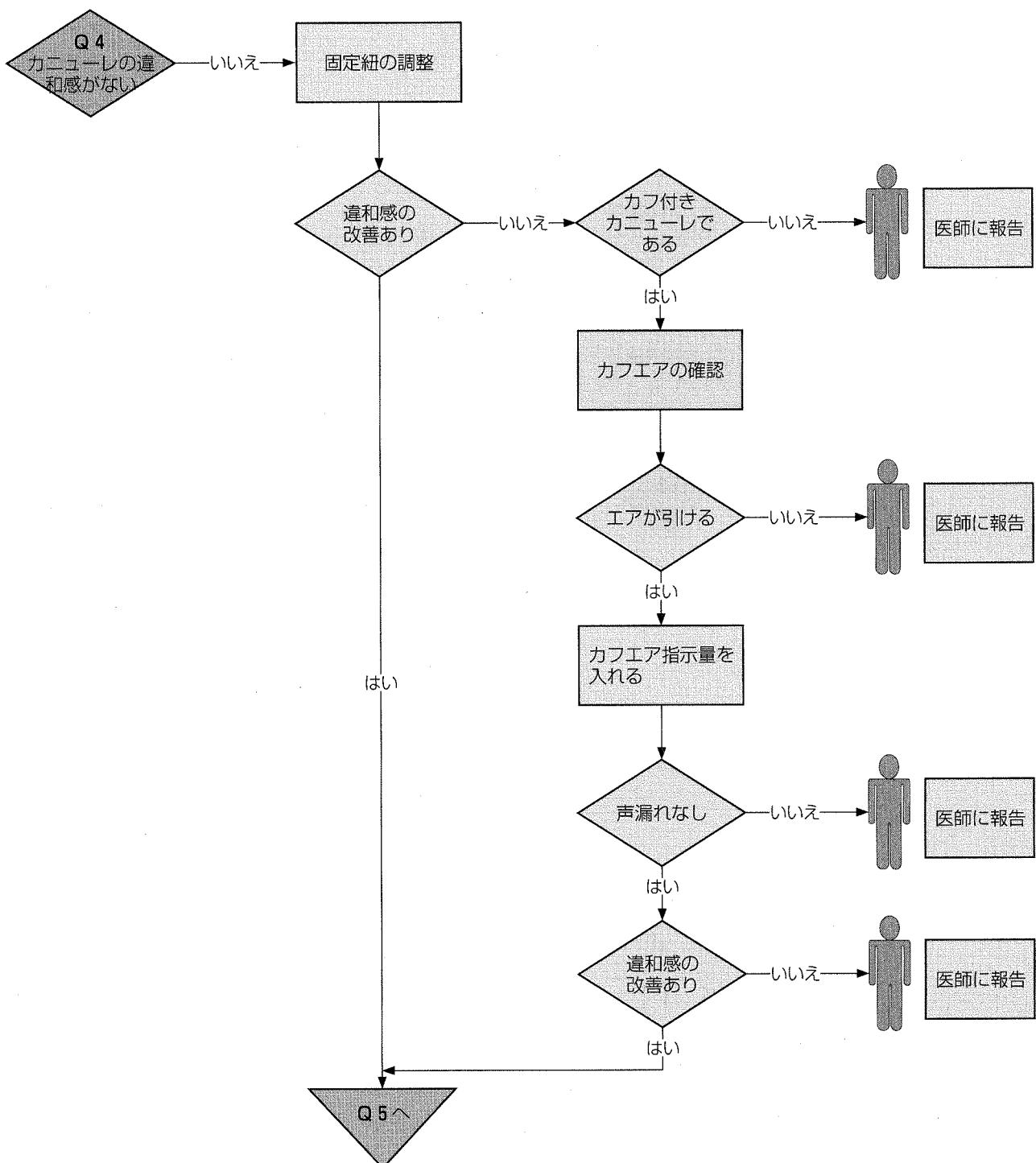
## 呼吸苦がある場合の判断樹



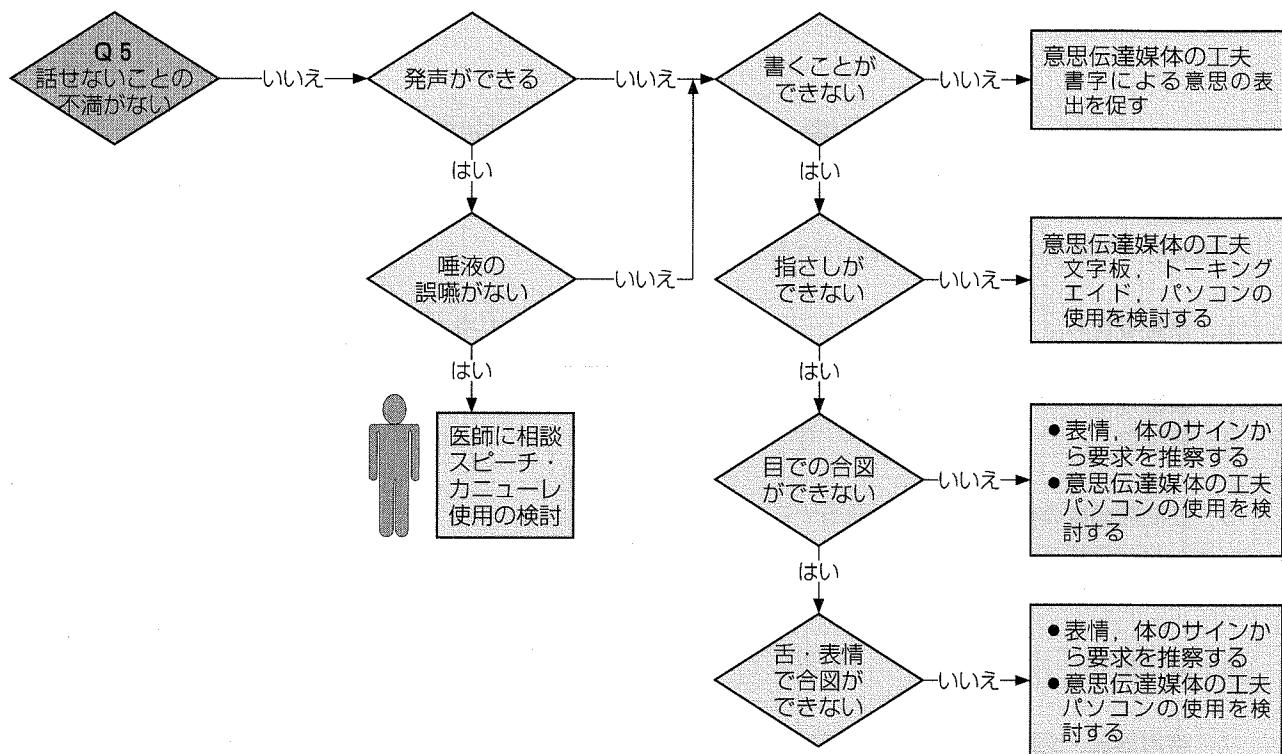
**B-2 気道分泌物の増加がある場合の判断樹**

## B-3

## カニューレの違和感がある場合の判断樹



## B-4 話せないことの不満がある場合の判断樹



**管理協定書**

平成 年 月 日

**気管カニューレ管理協定書**

訪問看護ステーション甲は医師乙の包括的指示にもとづき、気管カニューレ管理看護プロトコールに従つて療養者の気管カニューレの管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 2. 在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関  
機関名 \_\_\_\_\_

3. 設置理由 \_\_\_\_\_

4. 設置日 年 月 日

5. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

その他特記事項

6. 経口摂取 1) 可 2) 不可

7. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）

カニューレの名称 ( )

交換頻度 ( 週に 回)

カニューレの数 ( 本)

カフ用注射器 ( 個)

8. 消毒薬・衛生材料（提供機関）

滅菌綿棒 ( 本)

滅菌Yガーゼ ( 枚)

絆創膏 ( 個)

消毒液 (薬品名 本)

9. 事前協議事項

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対処方法

10. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。

## 医療処置管理看護プロトコール

**10**

# 膀胱留置カテーテル管理法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

- 膀胱カテーテル留置を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、
- ①脳血管障害、末梢神経障害などによる神經因性膀胱。
  - ②前立腺肥大、腫瘍などによる尿路狭窄。
  - ③心不全や意識障害などによる全身管理の必要な状態。
  - ④排泄介助による介護負担の増大の場合。
  - ⑤他の治療（間欠導尿、薬物療法）では対応できない場合。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護をする以前から膀胱カテーテルが留置されている場合は、病棟などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。訪問看護継続中に膀胱カテーテル留置が必要と判断される場合は、医師、訪問看護婦などで取り決めた器具を用いる。また、施設内処置が必要であれば、入院先の医師、看護婦などとも相談のうえ、決めるこことする。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅で膀胱カテーテル留置患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
  - ①膀胱留置カテーテルの適応や仕組みについての理解。
  - ②膀胱カテーテル留置に伴う異常・トラブル（p.176、Ⅲ参照）についての熟知。
  - ③膀胱留置カテーテルの自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
  - ④膀胱留置カテーテルを管理する具体的な技術（カテーテル回路）の交換、消毒、洗浄など。
  - ⑤在宅での膀胱留置カテーテルの管理に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解。
  - ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。
- (2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に、該当する療養者ごとに「膀胱留置カテーテル管理協定」を書面（p.193）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 膀胱カテーテル留置在宅療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が膀胱カテーテル留置を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、膀胱カテーテル留置に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送れること。

## III 膀胱カテーテル留置に伴う異常・トラブル

膀胱カテーテル留置在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

膀胱カテーテル留置在宅療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1) カテーテルが挿入・留置されていることに関するもの

#### 1) 尿路感染症、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテル挿入時の不適切な操作

外尿道口付近、カテーテルと導尿チューブの接合部の不適切な消毒操作

不適切な採尿操作

不適切な膀胱洗浄

#### 2) 閉塞、あるいはその危険性

原因・関連要因：血尿、混濁尿などの停滞

ミルキング、不適切な膀胱洗浄

#### 3) カテーテルからの尿流出の障害

原因・関連要因：カテーテルの圧迫

不適切なカテーテルの位置

水分摂取の不足による尿量確保不十分

#### 4) カテーテルの抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：固定水の減少

不用意な体動

不適切なカテーテルの固定

#### 5) カテーテルによる刺激、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルの位置、固定による物理的な刺激

### 2 皮膚粘膜症状

#### 1) 皮膚の発赤、びらん あるいはその危険性

原因・関連要因：尿漏れによる尿の付着、カテーテル挿入部からの分泌物

カテーテル固定のテープかぶれ

#### 2) 皮膚尿道瘻、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルの不適切な固定により外尿道口に形成

### 3 膀胱カテーテル留置に伴う生活行動の縮小に関するもの

#### 1) 陰部の不潔・不快・感染あるいはその危険性

原因・関連要因：留置による清潔保持の困難など

#### 2) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：カテーテルによる拘束

カテーテルのはずれに対する心配など

#### 3) 廃用性症候群、あるいはその危険性

原因・関連要因：長期間自然排尿しないことによる日常生活動作の低下

### 4 膀胱カテーテル留置に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

#### 1) 自尊心の低下、活動意欲の減退、あるいはその危険性

原因・関連要因：排尿に対して爽快感が得られないなど、カテーテル留置に対する

抵抗感、羞恥心など

ボディイメージの変化など

#### 2) 不穏、あるいはその危険性

原因・関連要因：膀胱カテーテル留置継続に対する気持ちの揺れ

#### 3) カテーテルの自己抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：不穏

膀胱カテーテル留置継続に対する拒否

### 5 家族の介護力に関するもの

#### 1) 膀胱カテーテル留置に対する理解力不足

原因・関連要因：導入時のインフォームド・コンセント不足など

#### 2) 介護負担に関するもの

原因・関連要因：マンパワー不足

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

#### 1) 排尿の状態

S：排尿に関する自覚、訴え

自分の排尿状態をどうしたいと思っているか

O：在宅療養支援チームが把握した排尿の状態

#### 2) 膀胱カテーテル留置導入の必要性に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）は導入の必要性に関して正しい知識を持ち、受容しているか

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

### 2 維持管理の段階

#### 1) 在宅での膀胱カテーテル留置に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が療法を受容し、積極的に取り組んでいるか

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

#### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、看護婦が提案・指示した方法

\* 指示内容として尋ねたり、観察したりする必要がある項目

①使用しているカテーテルのタイプ

②カテーテル交換の頻度

③膀胱洗浄の場合の注入薬液の種類と方法

④カテーテル操入部の消毒・清潔維持方法

⑤膀胱訓練

⑥尿の流出状況の観察について

⑦必要物品の入手・処理方法

⑧入浴方法

⑨指導されている身体観察項目

#### 3) 身体障害者福祉法適用状況

基礎的身体状況により適用が異なる。

#### 4) 膀胱留置カテーテルに関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.180、表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と〔V. 判断樹〕にも

とづいて対応した結果の状況

### 3 中止・終了の段階

- S : 療養者（および家族）の排尿障害に対する考え方・認識  
O : 在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか  
実際の排尿状況

## V 膀胱留置カテーテル管理判断樹

### 1 導入検討の段階

- A 導入検討段階全体の判断樹 (p.182)  
A - 1 自然排尿がない場合の判断樹 (p.183)  
A - 2 失禁状態の判断樹 (p.184)  
A - 3 排泄動作が困難な場合の判断樹 (p.185)

### 2 維持管理の段階

- B 維持管理段階全体の判断樹 (p.186)  
B - 1 尿流が不十分な場合の判断樹 (p.187)  
B - 2 尿量が少ない場合の判断樹 (p.188)  
B - 3 尿の性状が異常な場合の判断樹 (p.189)  
B - 4 陰部粘膜に異常がある場合の判断樹 (p.190)  
B - 5 カテーテルの違和感がある場合の判断樹 (p.191)

### 3 中止・終了の段階

- C 中止・終了段階の判断樹 (p.192)

## VI 膀胱留置カテーテル管理協定書 (p.193)

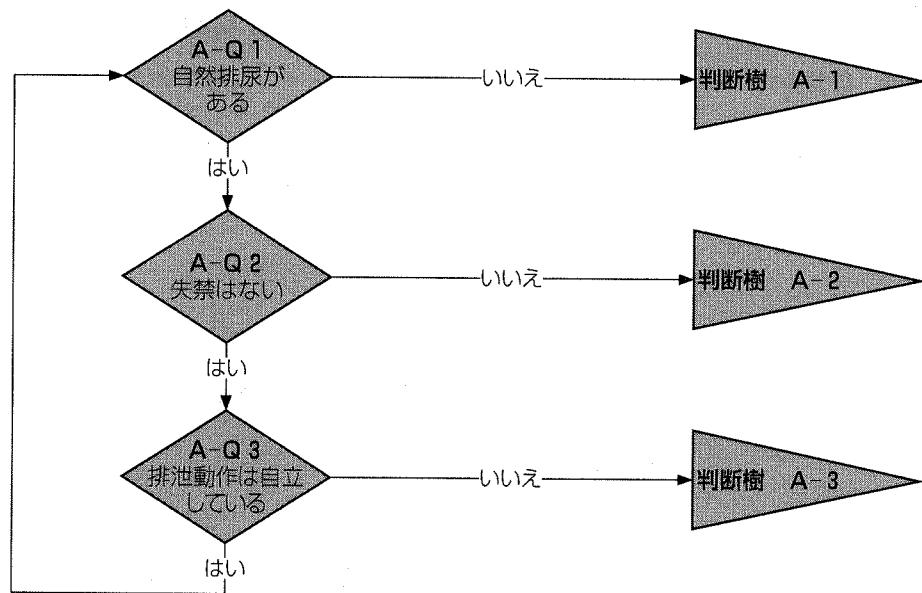
## 膀胱カテーテル留置に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) カテーテル挿入・留置に関する異常・トラブル	
発熱	なし 微熱～37.5℃前後 <u>高熱（38.0℃以上）</u> <u>高熱が続く</u>
尿混濁	なし 浮遊物が浮いている <u>尿全体が混濁している</u> <u>尿全体が膿性</u>
血尿	なし 血性浮遊物が浮いている <u>血液混入が2～3日続く</u> <u>尿全体が血性</u>
尿の流出不良	良好 飲水量と尿量のバランスが取れている <u>膀胱膨隆がある</u> <u>本人の苦痛症状がある</u>
カテーテルの閉塞	なし ミルキングで流れる <u>滅菌水のフラッシュ注入で流れる</u> <u>滅菌水のフラッシュ注入で抵抗がある</u>
カテーテルの抜去	なし <u>抜けた原因が固定水減少による</u> <u>自己抜去</u>
カテーテルの刺激症状	なし 挿入後1～2時間の違和感がある <u>半日以上不快症状が続く</u> <u>痛みなど苦痛症状が続く</u>
2) 皮膚粘膜症状	
皮層の発赤、びらん	なし 発赤はあるが表皮の剥離はない 清潔の保持で改善がない <u>尿漏れなどの原因で発赤、びらんがある</u>
皮膚尿道瘻	なし 粘膜への圧迫症状がある <u>潰瘍の形成がある</u>
3) 生活行動の縮小に関するもの	
陰部の不潔・不快	なし 清潔ケアの実施が可能 <u>清潔ケア保持の困難</u>
活動性・活動範囲の縮小	なし

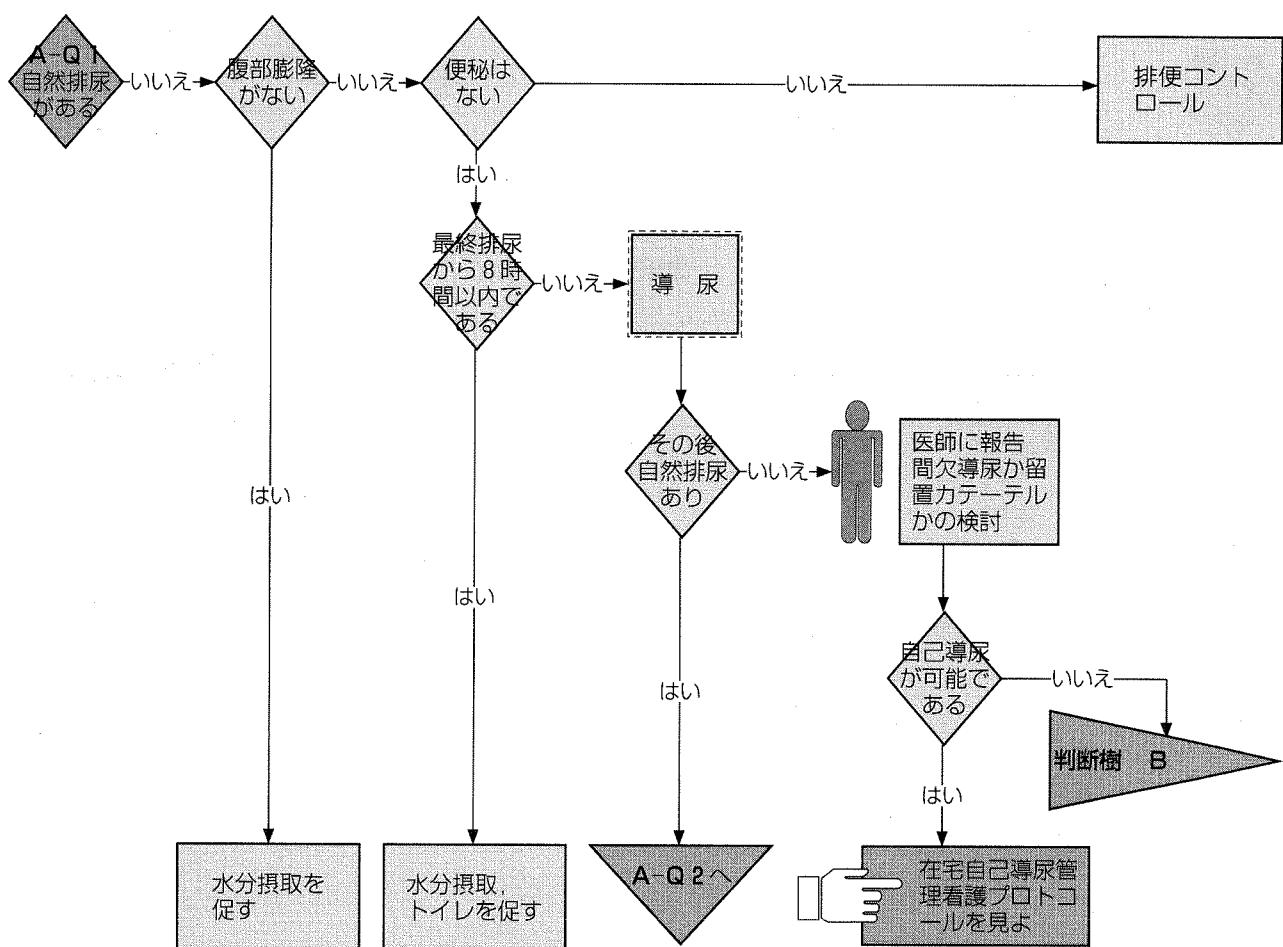
領 域	医師への報告基準（下線部分）
活動性・活動範囲の縮小	活動時にカテーテルを蓄尿袋からはずすことが可能 <u>カテーテルが繋がっていることの不満が強い</u>

## 4) 家族介護者に関する異常・トラブル

理解不足	なし <u>安全な管理が行えない</u>
介護負担	疲労はない 疲労があるが、休養・睡眠によって回復する <u>疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない</u>

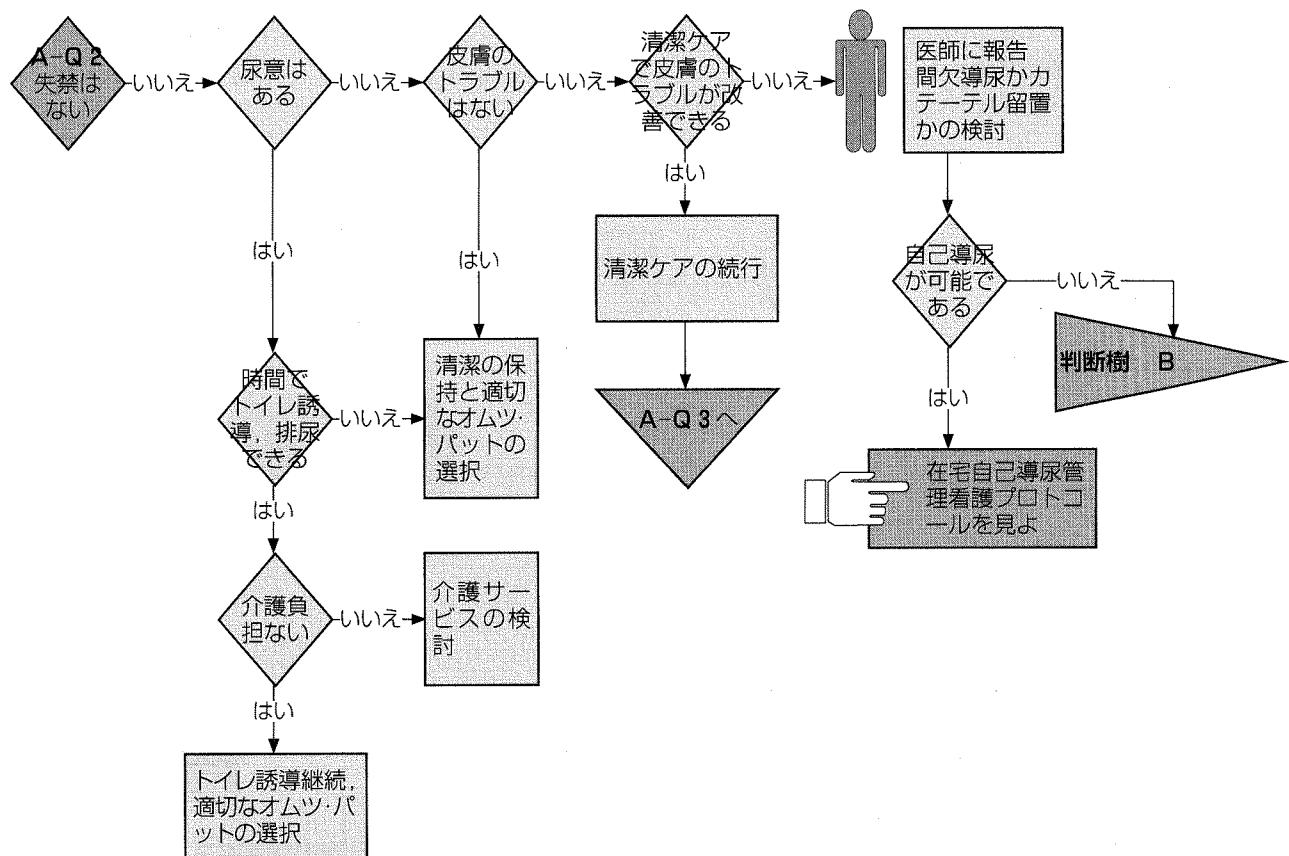
**A****導入検討段階全体の判断樹**

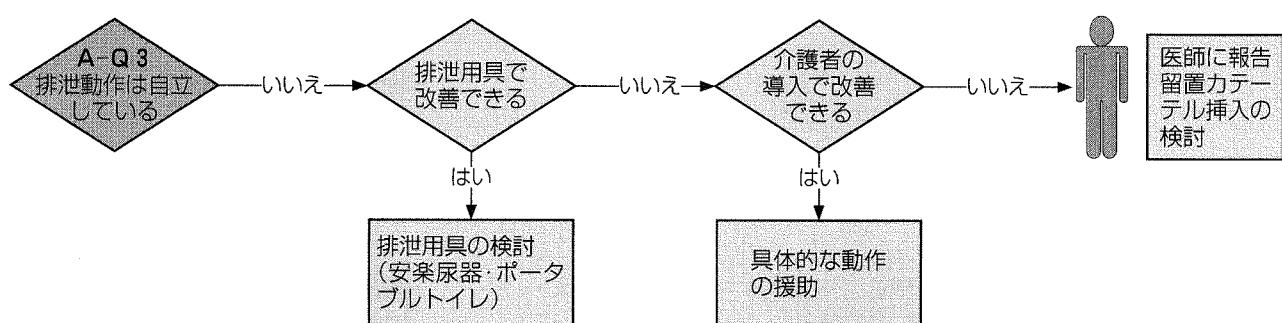
## A-1 自然排尿がない場合の判断樹

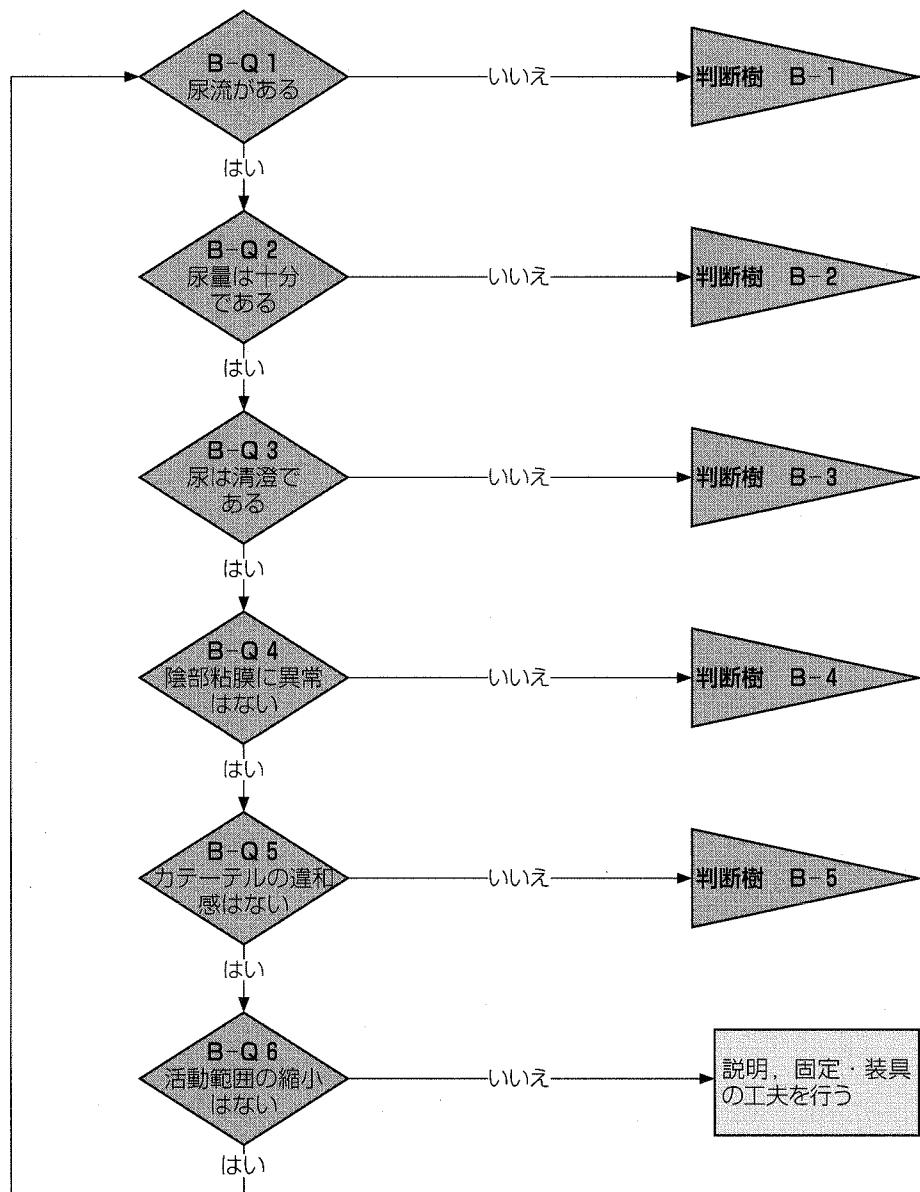


## A-2

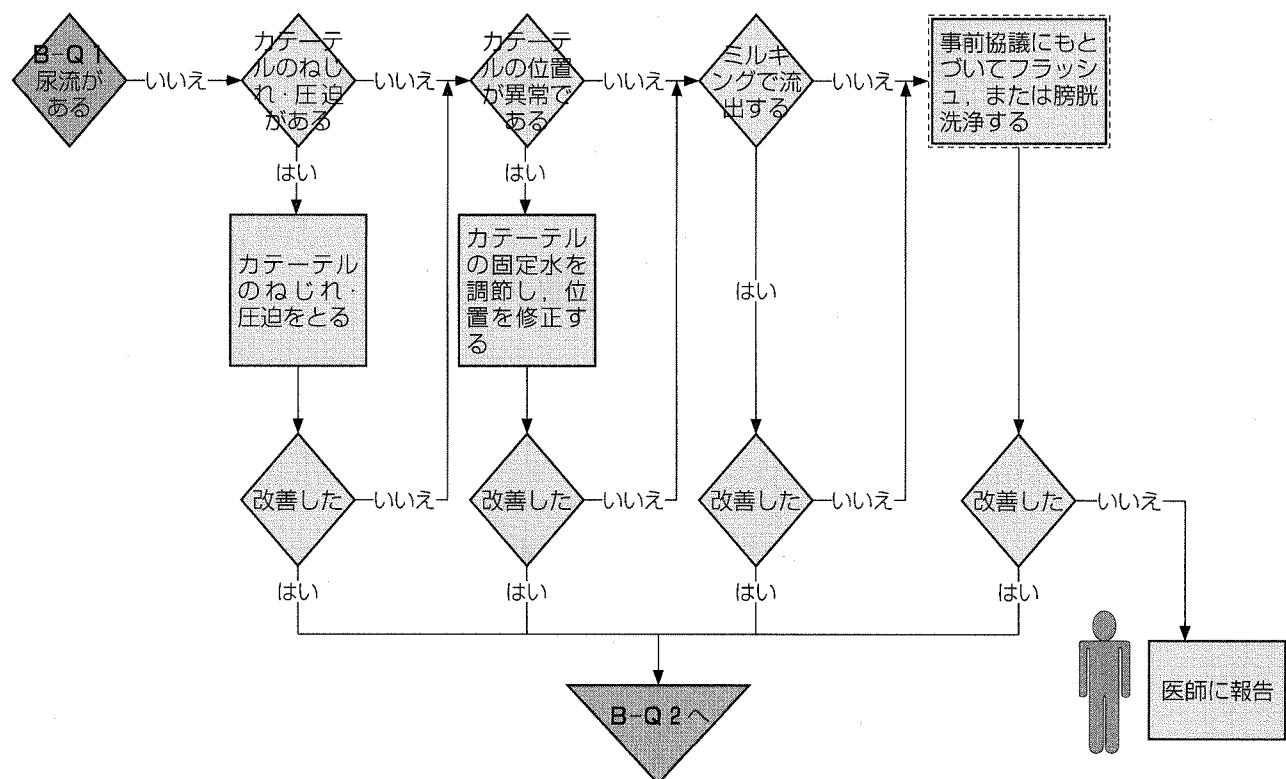
## 失禁状態の判断樹



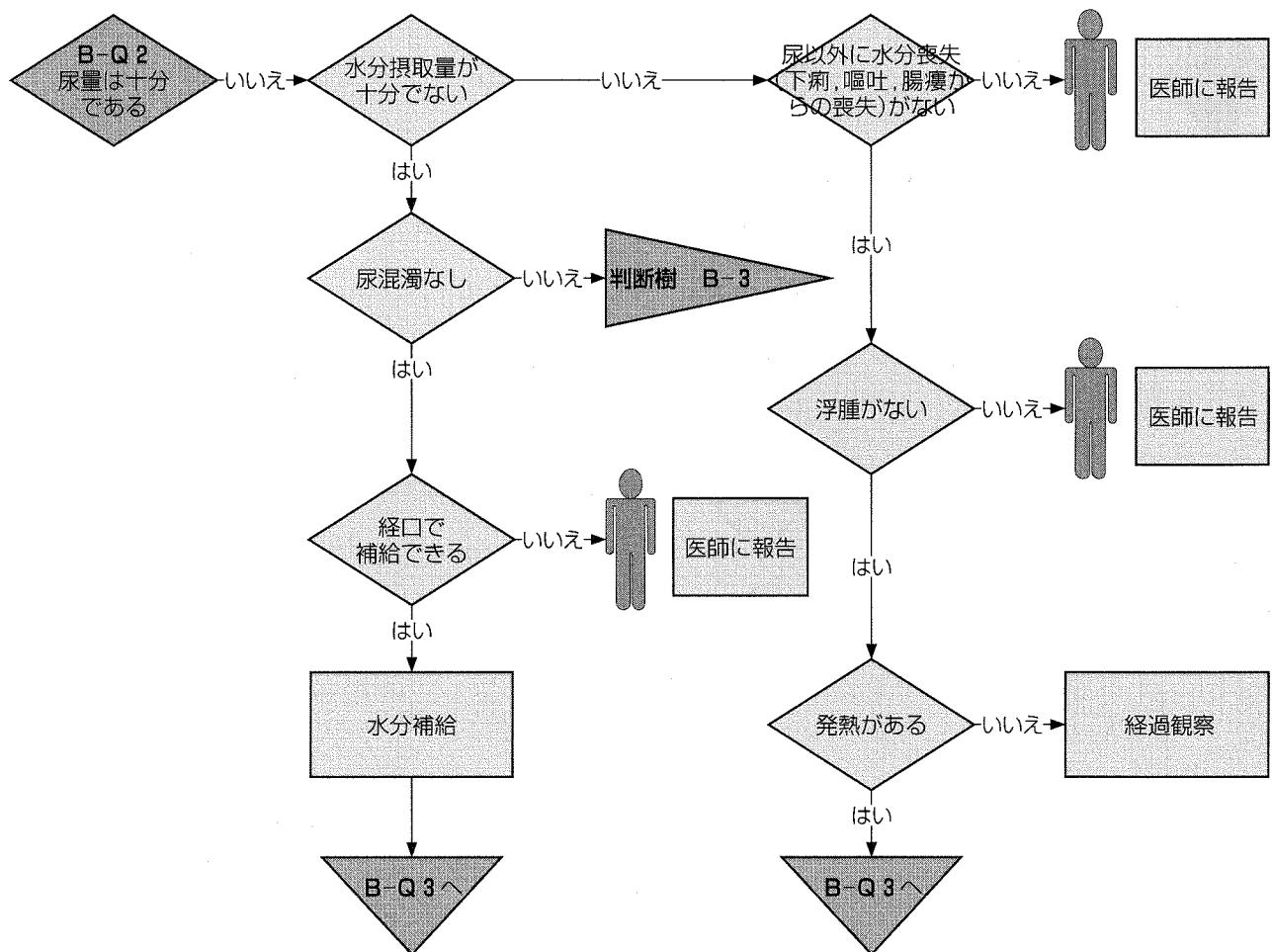
**A-3 排泄動作が困難な場合の判断樹**

**B 維持管理段階全体の判断樹**

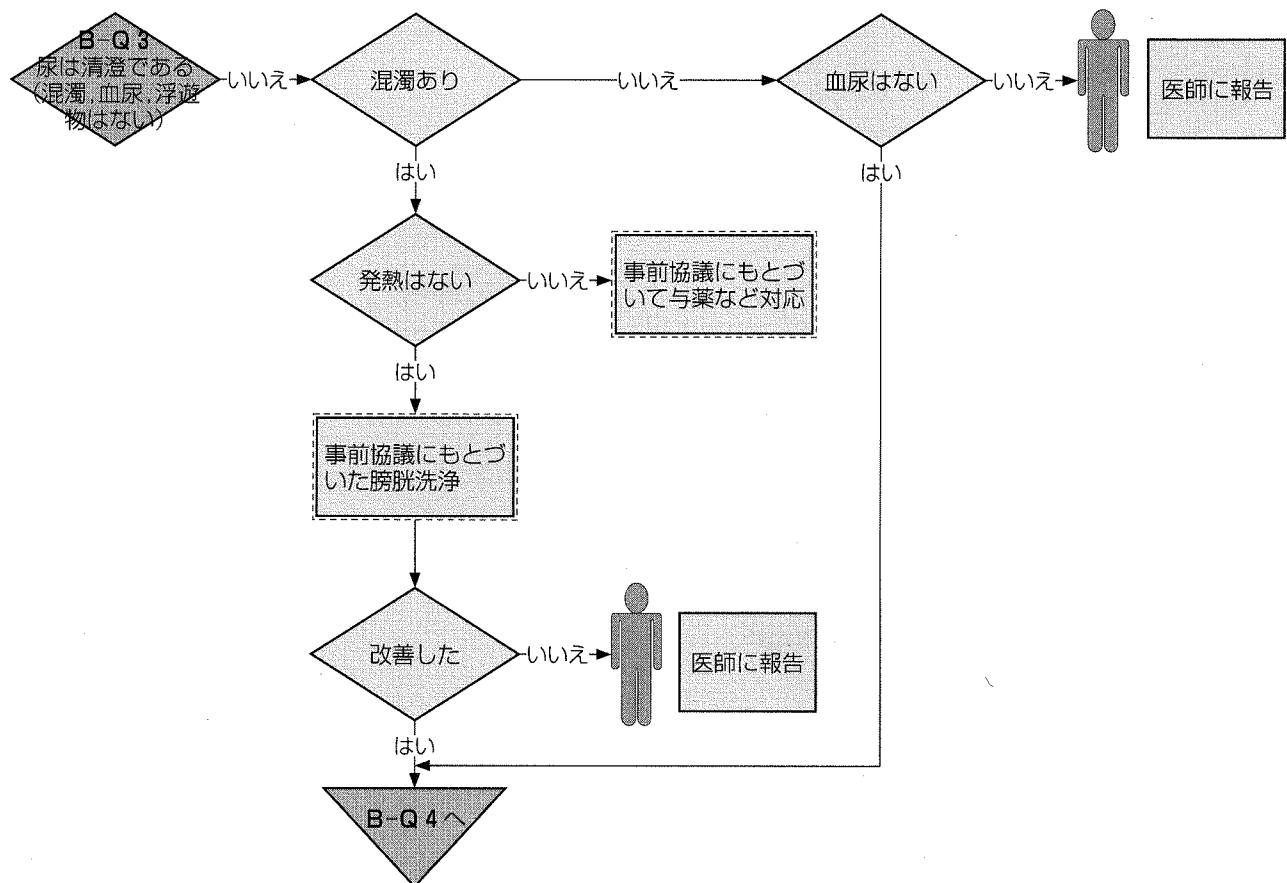
## B-1 尿流が不十分な場合の判断樹

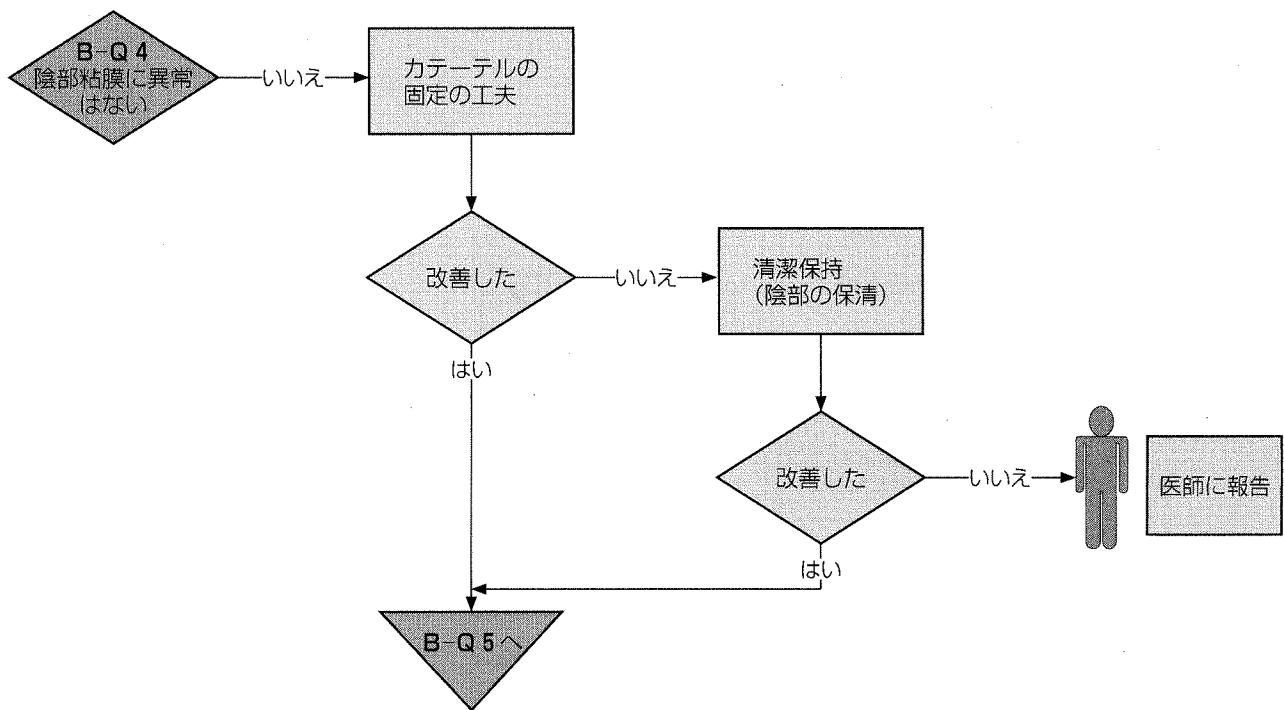


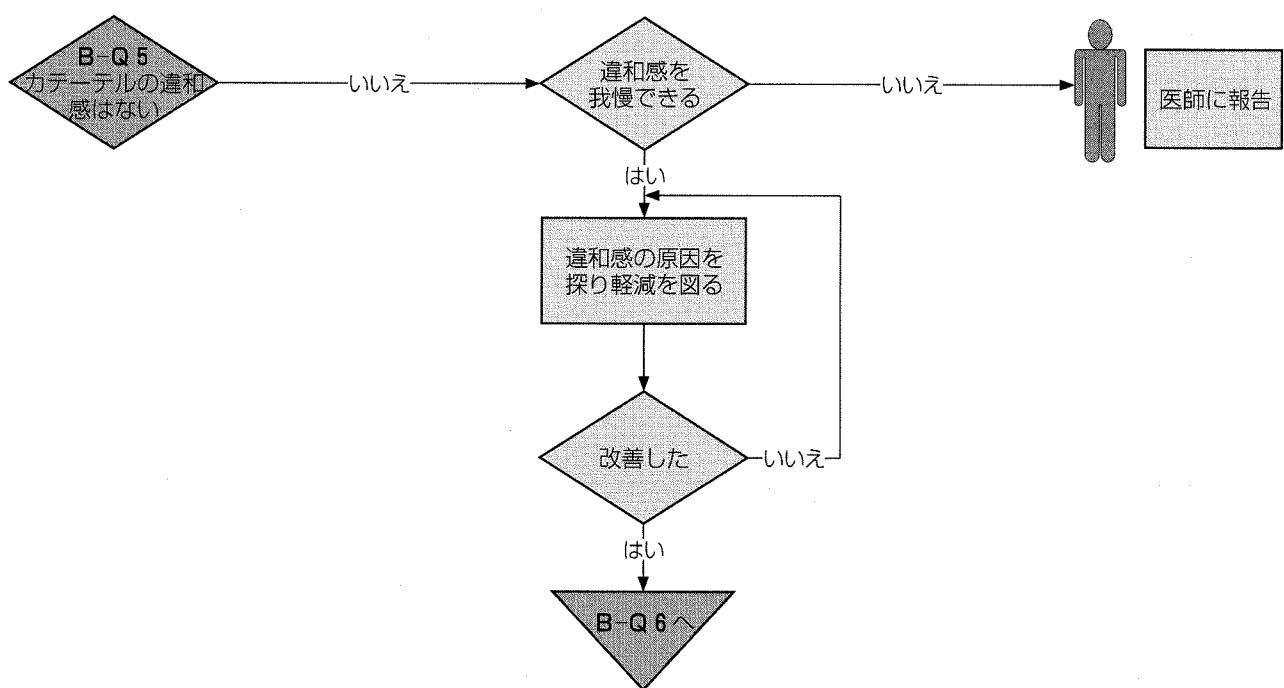
## B-2 尿量が少ない場合の判断樹



### B-3 尿の性状が異常な場合の判断樹



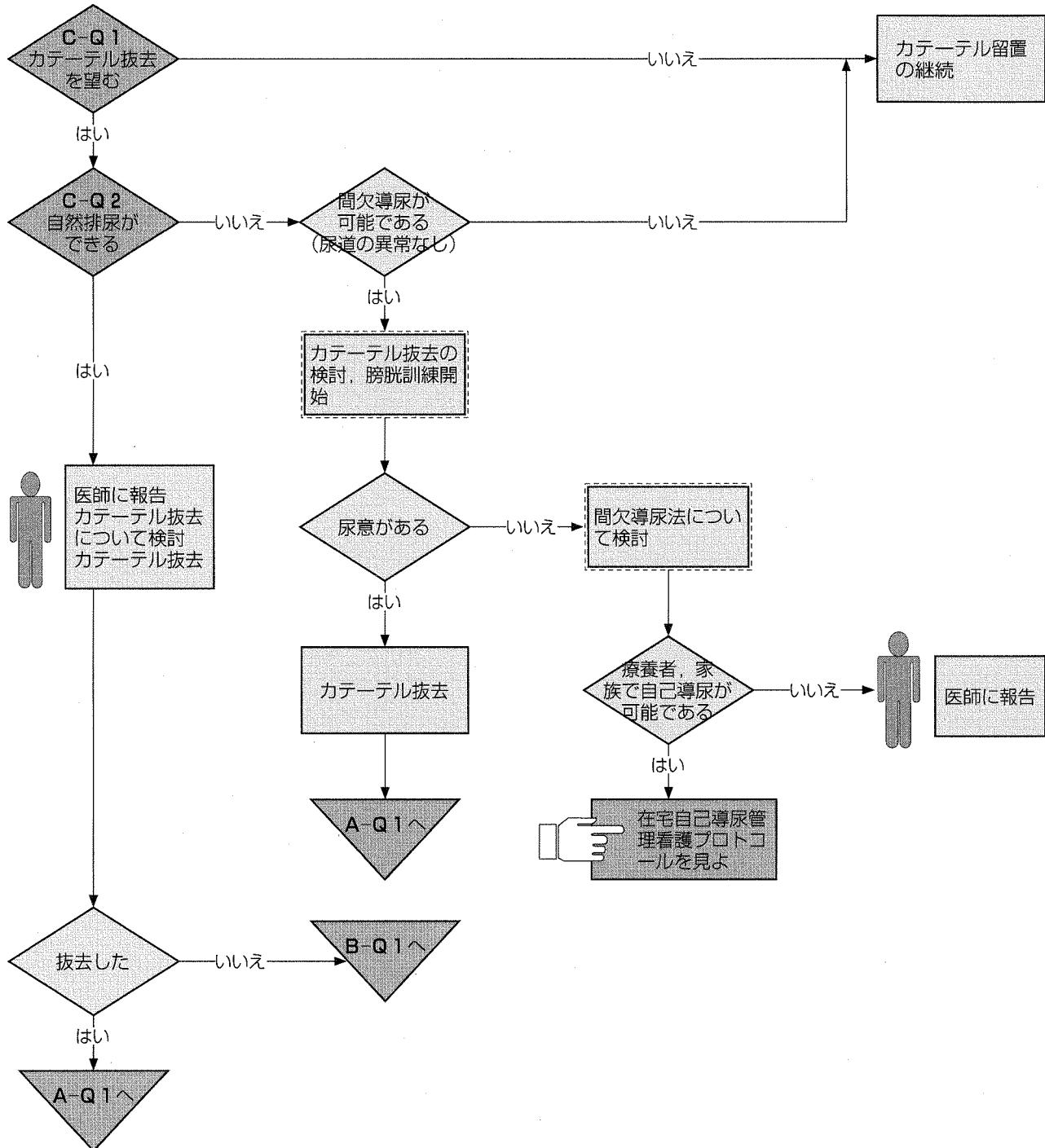
**B-4****陰部粘膜に異常がある場合の判断樹**

**B-5 カテーテルの違和感がある場合の判断樹**

## C 中止・終了段階の判断樹

以下の項目に該当した場合に適用する

- (1)尿閉が改善したとき。
- (2)カテーテル留置により尿路感染悪化のとき。
- (3)カテーテル留置の受容困難のとき。
- (4)間欠導尿が可能のとき。



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 膀胱留置カテーテル管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、膀胱留置カテーテル管理看護プロトコールに従って療養者の膀胱留置カテーテルの管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_

2. 在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_

3. 設置理由 \_\_\_\_\_

4. 設置日 年 月 日

5. 留置カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし

6. 経口摂取 1) 可 2) 否

7. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

8. 使用器具・交換頻度・提供数（提供機関）

尿道カテーテル 号数（ セット） 蓄尿袋（ 個）

固定液 注射器

9. 消毒液・衛生材料（提供機関）

滅菌綿棒（ 本） 紛創膏（ 個）

消毒液（ ml） 潤滑油（ ）

10. カテーテル交換（該当するものに○）

1) 月・週 回

11. 事前協議事項

1) 尿道カテーテル閉塞の場合の対応方法

2) 膀胱洗浄の有無と方法

3) 膀胱訓練の施行

4) その他

12. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

11

# 人工肛門・人工膀胱管理法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

- ①下部消化管の永久的、一時的ストーマ（人工肛門・人工膀胱）保有者。
- ②回腸導管、無カテーテル尿管皮膚瘻保有者。

#### 2) 使用器具・装具

訪問看護を要する以前からストーマの基本的な局所管理として使用している装具を継続して使用することを前提とする。ただし、療養者のストーマ管理において装具とストーマの不適合が困難・トラブルの原因になっている場合は、皮膚保護材やパウチの変更が問題解決の過程で不可欠になる場合がある。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅でのストーマ保有者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①ストーマ造設が必要になる疾患の理解とストーマのタイプと機能について理解している。
- ②ストーマおよびストーマ周囲皮膚に生じる合併症の予防とケアの基本的な方法を知っている。
- ③予防的なスキンケアの基本的な指導ができる。
- ④ストーマおよびストーマ周囲皮膚の状態に応じた装具（皮膚保護材・パウチ）の選択ができる。
- ⑤皮膚保護材・皮膚保護材付きパウチの使用ができる。
- ⑥ストーマ装具、ケア用品の入手方法を理解している。
- ⑦ストーマからの排泄物のアセスメントができる。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

(3) ストーマケアにおいて専門的な支援が必要な場合には創傷・オストミー・失禁看護（WOC）認定看護師（以下、WOC ナースという）に連絡・連携がとれること。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医の間で事前に該当する療養者ごとに「人工肛門・人工膀胱管理協定」を書面（p.213）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

主治医と常に連絡・連携がとれること。

## II ストーマ保有在宅療養者に対する看護支援目標

ストーマ造設を受けている療養者（以下、オストメイトと言う）および家族がストーマを無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく自分たちの生活に受け入れて、ストーマに伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、安定した療養生活を送れること。

## III ストーマ保有に伴う異常・トラブル

ストーマを保有している在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

在宅オストメイトに対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1) ストーマに関するもの

#### 1) 消化器ストーマの異常：狭窄、脱出、出血、浮腫、陥没

原因・関連要因：悪条件でのストーマ造設であったこと、不適切なストーマ造設方法であったこと

腹圧をかける日常生活、主疾患の悪化の影響（癌の進行、肝転移の進行）

不適切なストーマ管理（スキンケア、装具装着）

#### 2) 尿路ストーマの異常：狭窄、陥没

原因・関連要因：悪条件でのストーマ造設であったこと、不適切なストーマ造設方法であったこと

不適切なストーマ管理（スキンケア、装具装着）

### 2) ストーマ周囲皮膚に関するもの

#### 1) 皮膚の異常ならびに皮膚障害：発赤・発疹・瘙痒感（皮膚炎）、皮膚の欠損（びらん、潰瘍）、色素沈着、表皮の肥厚（偽上皮性肥厚）、肉芽形成（ポリープ）、静脈瘤（痛み）

原因・関連要因：不適切なストーマ管理（スキンケア、装具装着）や周囲皮膚および周囲腹壁などの悪条件に伴う①装具剥離や洗浄時の物理的な

刺激, ②粘着材・皮膚保護材のアレルギー, ③排泄物の皮膚への付着, ④皮膚の細菌叢に影響する薬物の使用（抗生物質, 抗癌剤, ステロイドなど）, ⑤下痢, ⑥感染尿, ⑦門脈圧亢進

### 3 ストーマ周囲腹壁に関するもの

#### 1) 腹壁の異常：しわ, 瘢痕, 骨突起, 傍ストーマヘルニア, ヘルニアの嵌頓, 瘻孔

原因・関連要因：悪条件でのストーマ造設であったこと, 不適切なストーマ造設方法であったこと

体重の増加, 体重の減少, 腹水貯留の影響, 腹圧をかける日常生活, 主疾患の悪化の影響

### 4 排泄に関するもの

#### 1) 消化管ストーマからの排泄の異常：腹痛, 下血, 頻回な下痢（下痢に伴う脱水・電解質の不均衡）, 便秘

原因・関連要因：腸の炎症症状の影響, 消化不良, 食中毒, 下痢を誘発する薬剤, 食べ過ぎ, 便秘による排便困難, 門脈圧亢進による腸のうっ血した静脈の損傷, ストーマの狭窄, 便の量の減少, 摂取水分の減少, 便による腸の閉塞, 腸閉塞, 麻薬系の薬剤などによる便秘

#### 2) 尿路ストーマからの排泄の異常：血尿, 排尿量の減少, 尿の混濁, 尿の悪臭

原因・関連要因：水分摂取量の減少, 発汗量の増大, 不適切なストーマケア（ストーマの損傷), 結石, 尿路の腫瘍の浸潤, ストーマの狭窄, 尿路の上行感染, 易感染状態

### 5 装具と使用方法に関するもの

#### 1) 排泄物の漏れ

原因・関連要因：不適切なストーマ管理（スキンケア, 装具装着), 視力低下, 手指の巧緻性の低下, 介護力の不足

#### 2) 臭いの漏れ

原因・関連要因：不適切なストーマ管理（スキンケア, 装具装着), 視力低下, 手指の巧緻性の低下, 介護力の不足

### 6 日常生活に関するもの

#### 1) 生活行動範囲の縮小（ストーマ中心の生活になっている）

原因・関連要因：不適切なストーマ管理（スキンケア, 装具装着), ストーマに関する誤った認識

#### 2) 精神的な異常反応：うつ的傾向, 自殺企図

原因・関連要因：ストーマに関する誤った認識と管理, ストーマの受容がなされていない

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは、以下の各領域について主観的情報（オストメイトおよび家族がどのように感じたり、認識したりしているか：Subjective data）、客観的情報（医師・病院看護婦・訪問看護婦・介護福祉士・ホームヘルパーなどの在宅療養支援チームが実際にどのように処方したり、提案・指示したり、観察したりしているか：Objective data）の両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

#### 1) ストーマに対する気持ち・認識

S：オストメイト（および家族）がストーマをどう思っているか

O：在宅療養支援チームはどうとらえているか

#### 2) 指示内容とその実施状況

S：オストメイト（および家族）がストーマに関して医療従事者から指導され、実際に行っている方法（オストメイト側が認識して行っている方法）

O：医師が処方したり、病院看護婦が提案・指示した方法

\*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

- ①病名、術式、ストーマの種類
- ②閉鎖や再手術などの治療方針
- ③ストーマの合併症（脱出、狭窄、ヘルニア、血管腫など）の状況
- ④治療状況（薬物療法、食事療法など）
- ⑤ストーマ装具、ケア用品の入手方法
- ⑥装具交換頻度
- ⑦セルフケアの熟達度

#### 3) 身体障害者福祉法適用状況

S：申請の有無、あるいは申請希望の有無

O：情報を提供したかどうか

該当理由：直腸・膀胱障害

#### 4) ストーマに関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.200、表を参照)

S：表の各領域についてのオストメイト（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

### 3 中止・終了の段階

なし

## V 人工肛門・人工膀胱管理判断樹

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

- B 維持管理段階全体の判断樹 (p.202)
- B - 1 - 1 消化器ストーマの異常がある場合の判断樹 (p.203)
- B - 1 - 1 - 1 消化器ストーマの異常・出血・浮腫がある場合の判断樹 (p.204)
- B - 1 - 2 尿路ストーマの異常がある場合の判断樹 (p.205)
- B - 2 ストーマ周囲の皮膚障害がある場合の判断樹 (p.206)
- B - 2 - 1 ストーマ周囲の皮膚の発赤・発疹・瘙痒感がある場合の判断樹 (p.207)
- B - 3 ストーマ周囲の腹壁の異常がある場合の判断樹 (p.208)
- B - 4 - 1 排便の異常がある場合の判断樹 (p.209)
- B - 4 - 2 排尿の異常がある場合の判断樹 (p.210)
- B - 5 装具からの漏れ予防が必要な場合の判断樹 (p.211)
- B - 6 日常生活の縮小がある場合の判断樹 (p.212)

### 3 中止・終了の段階

なし

## VI 人工肛門・人工膀胱管理協定書 (p.213)

## ストーマに関する異常・トラブルと医師への報告基準

領域	医師への報告基準（下線部分） * WOC ナースへのコンサルテーションが望ましい事柄
1) ストーマの状態に関して	
消化器ストーマ	正常：軟らかい粘膜、牛肉色の粘膜、大きさの変化はない 肥満による腹壁の伸展に伴うストーマの大きさの拡張 出血してもすぐに止血できる 異常：浮腫、貧血性の色（豚肉色） ポリープ 狭窄の進行* <u>出血が容易に止まらない*</u> <u>ストーマ脱出の進行*</u>
尿路ストーマ	正常：尿の流出良好（1日に1500ml以上の排尿） ストーマが容易に観察できる大きさ 異常： <u>狭窄</u> <u>尿の流出の減少</u>
2) ストーマ周囲皮膚	
	正常：皮膚の変化がない 異常：かゆみ、痛み*、色素沈着*、発赤* 皮膚の肥厚（偽上皮性肥厚：PEH）*、びらん* 装具・テープのアレルギー皮膚炎* 発疹* 肉芽腫* <u>癌の浸潤*</u> <u>潰瘍*</u> <u>毛細血管の怒張（クモ状血管腫）の進行*</u>
3) ストーマ周囲腹壁	
	正常：装具の密着を妨げない平面が得られる 日常生活ができる腹筋力がある 異常：近くに骨・瘢痕・創・瘻孔などがあり、平面が得にくい* <u>傍ストーマヘルニアの進行</u> <u>新たな瘻孔形成</u>
4) 排泄	
消化管ストーマ	正常：パターン化した排泄（回数、量） 異常：下痢傾向、便秘傾向 <u>頻回な下痢*</u> <u>排便困難*</u> <u>血便</u>
尿路ストーマ	正常：1日1500ml以上の流出 尿管皮膚瘻の場合：黄褐色透明 回腸導管の場合：黄褐色透明の尿の中に腸の粘液の浮遊物が伴う 異常：混濁尿

領 域	医師への報告基準（下線部分）
尿路ストーマ	悪臭 <u>尿量の減少</u> <u>血尿</u>

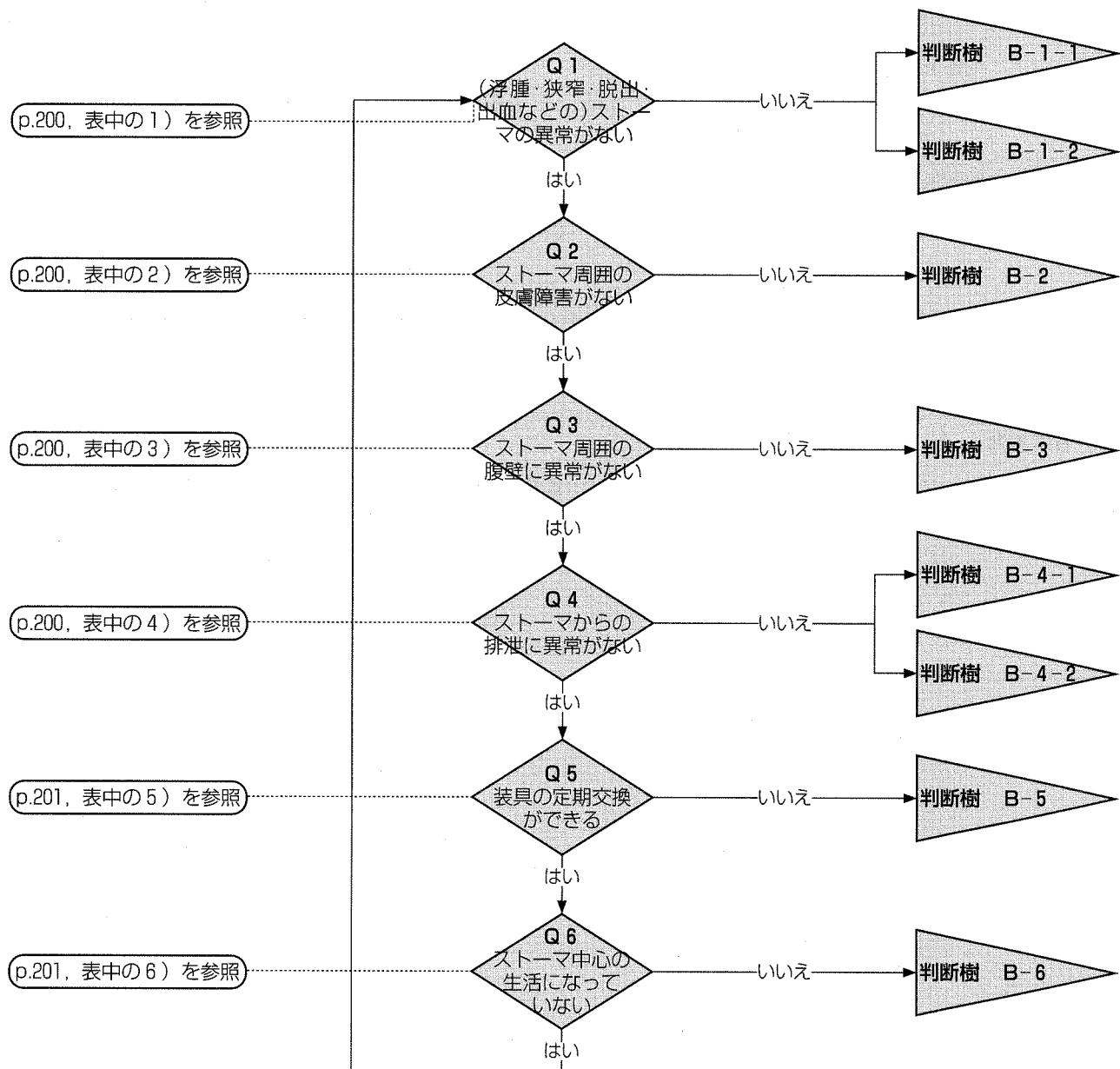
## 5) 装具と使用方法

	正常：自立して排泄物・装具の処理ができる 装具交換（皮膚保護材付き装具の貼りかえとストーマ袋の取りかえを含む）時のスキンケアと装具交換ができる、不意の漏れにも対処できる。 異常：頻回な漏れがある* いつも臭いが漏れる*
--	--

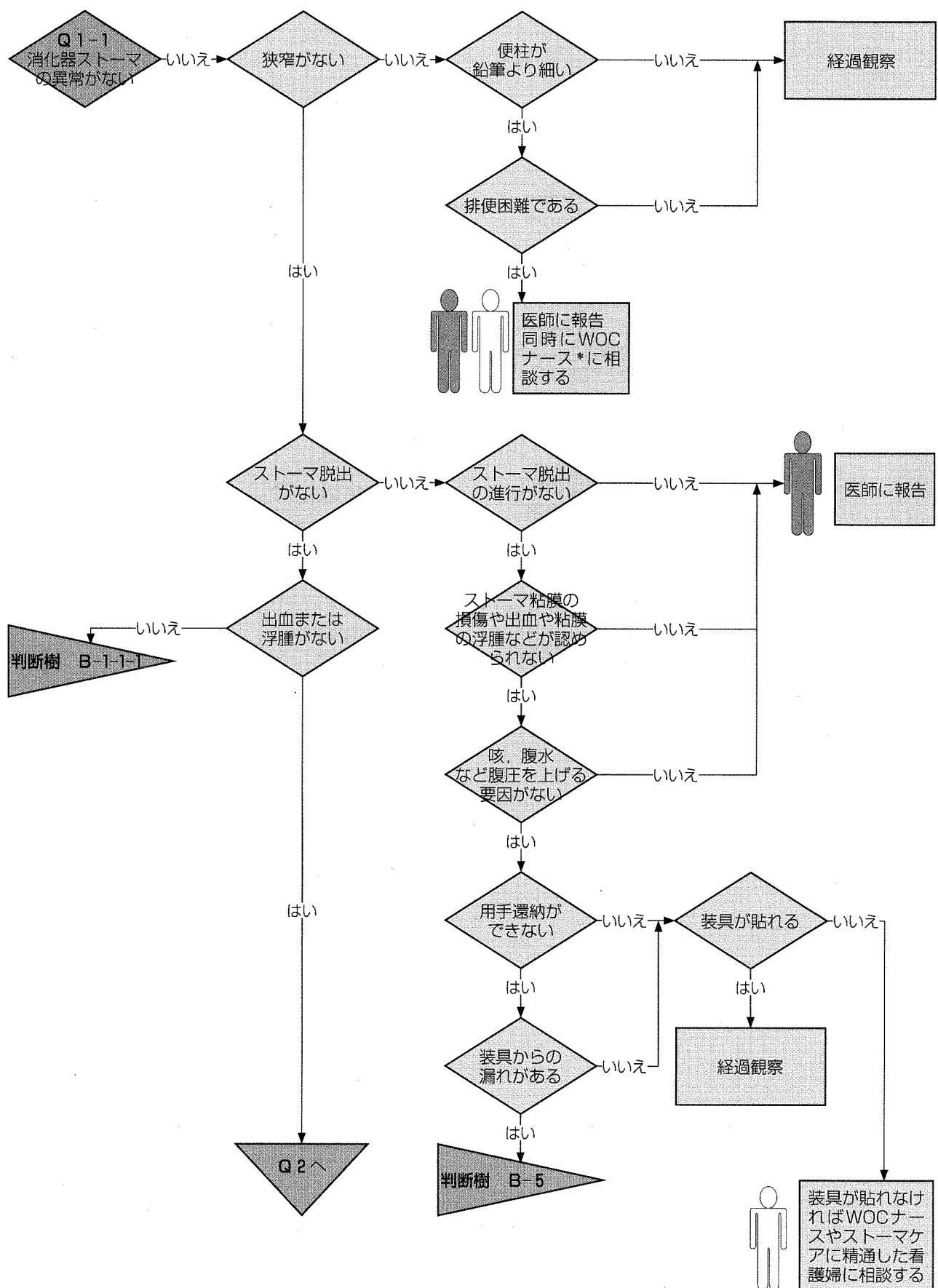
## 6) 日常生活

	正常：術前とほぼ同じような生活ができる 異常：ストーマ中心の生活（食事の制限、外出の制限、入浴の制限など） <u>うつ病的な症状</u> <u>自殺企図</u> <u>性機能障害の治療を希望</u>
--	---

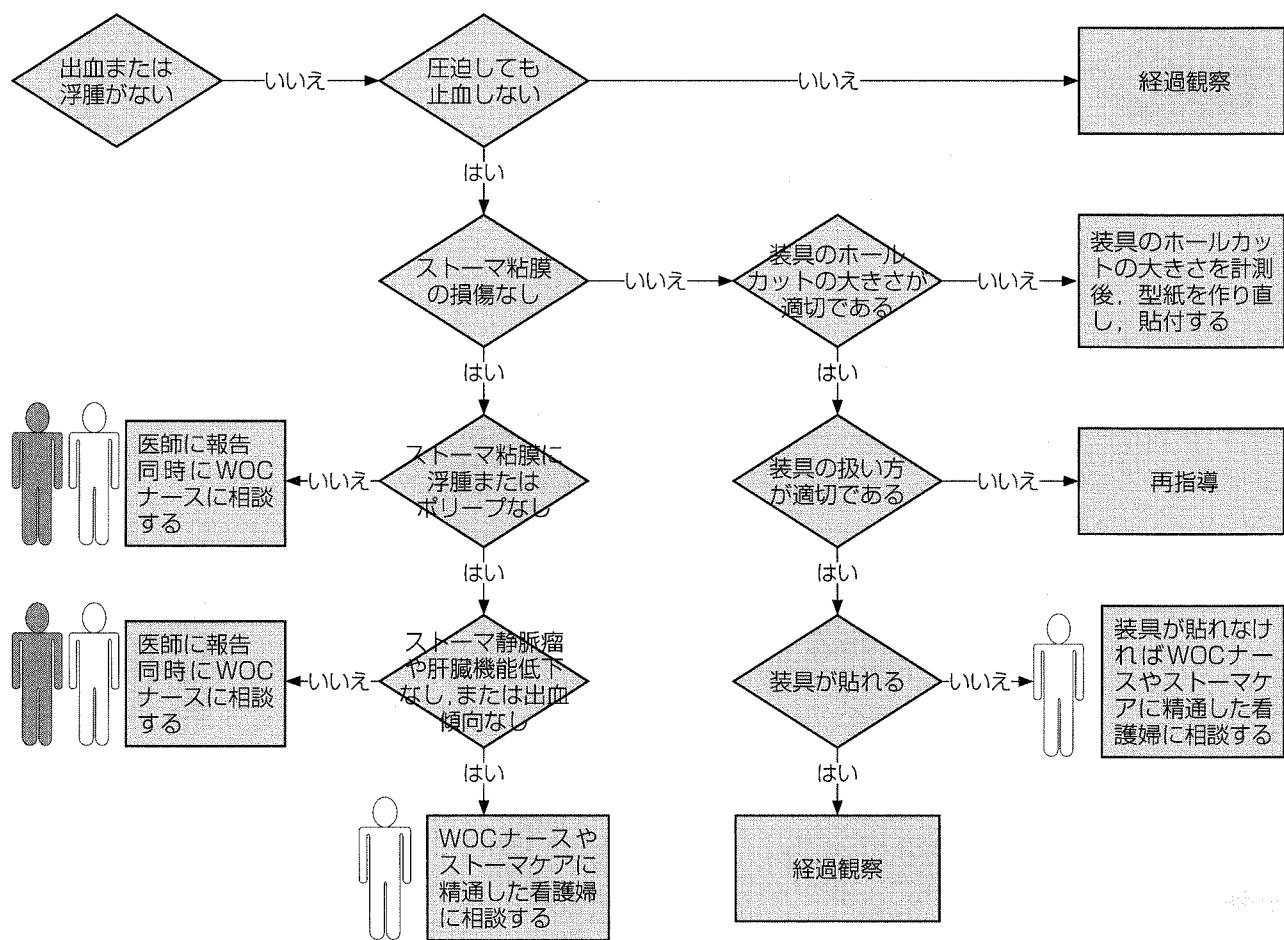
## B 維持管理段階全体の判断樹



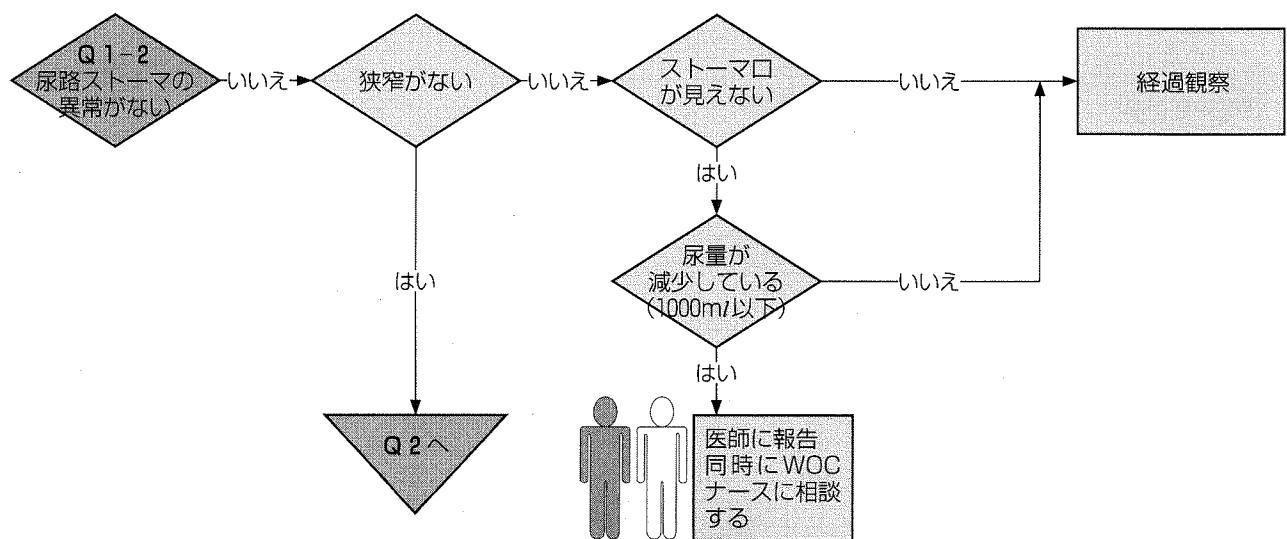
## B-1-1 消化器ストーマの異常がある場合の判断樹



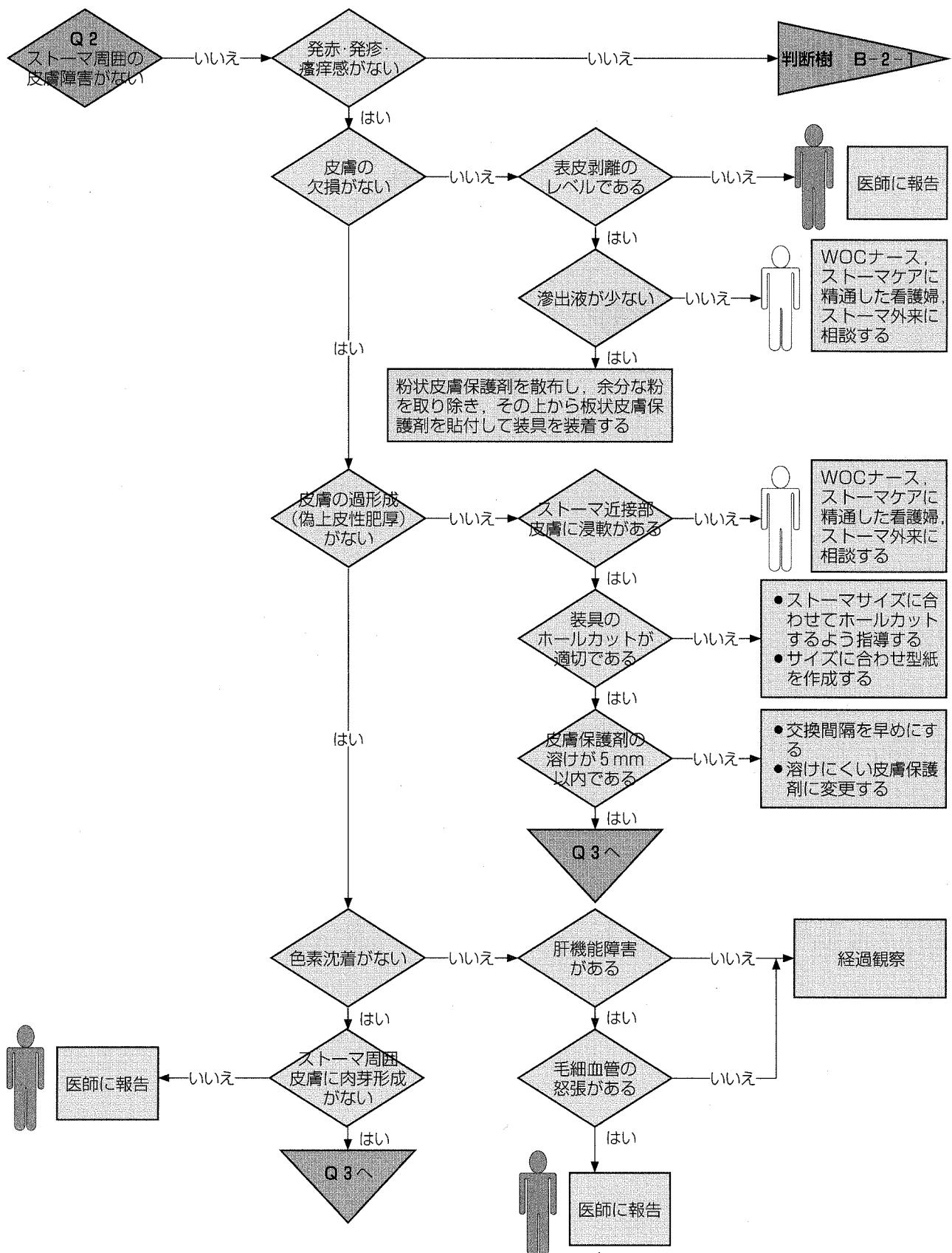
\* WOCナース：創傷・ストーマ・失禁について所定の研修を受けた看護婦

**B-1-1-1****消化器ストーマの異常・出血・浮腫がある場合の判断樹**

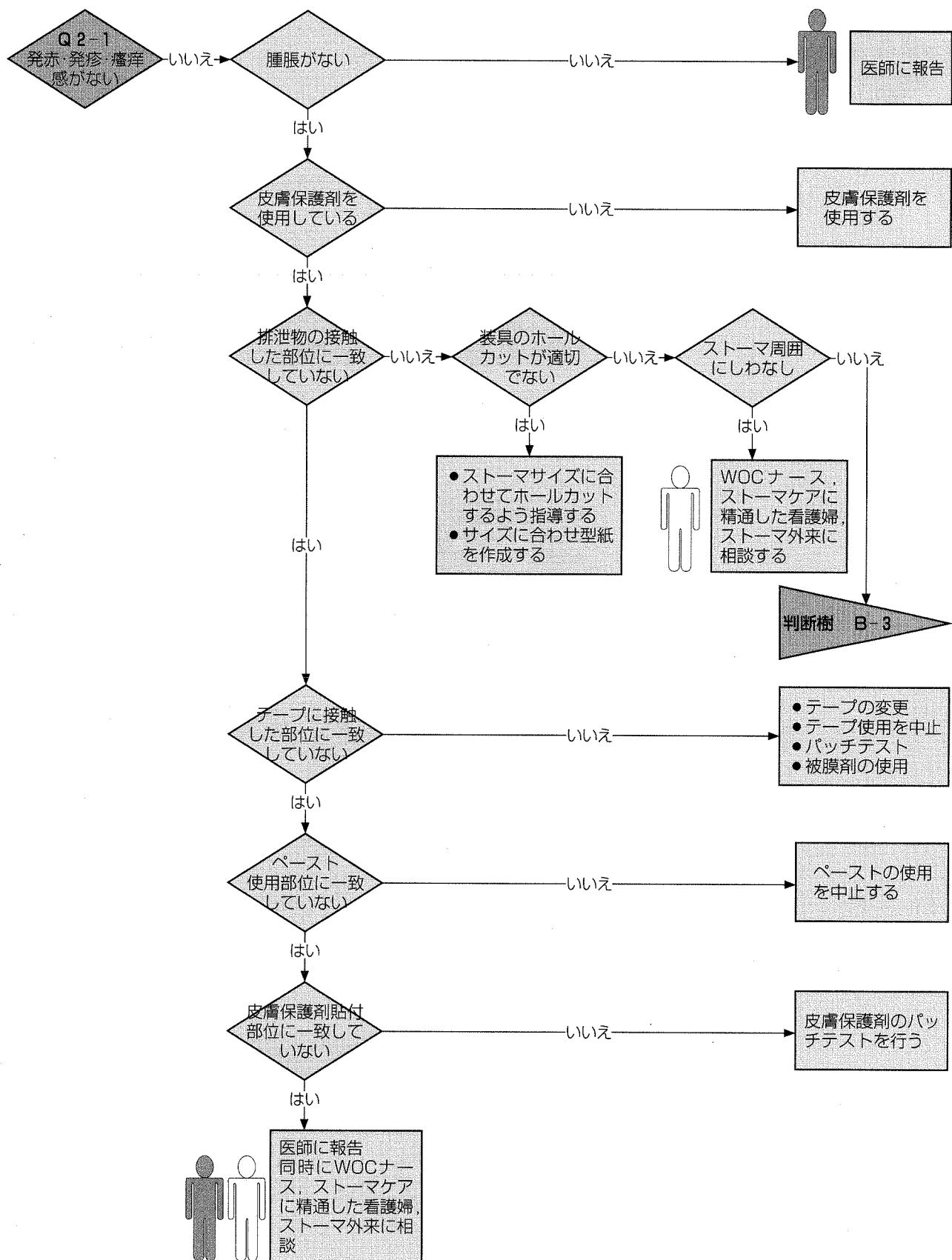
## B-1-2 尿路ストーマの異常がある場合の判断樹



## B-2 ストーマ周囲の皮膚障害がある場合の判断樹

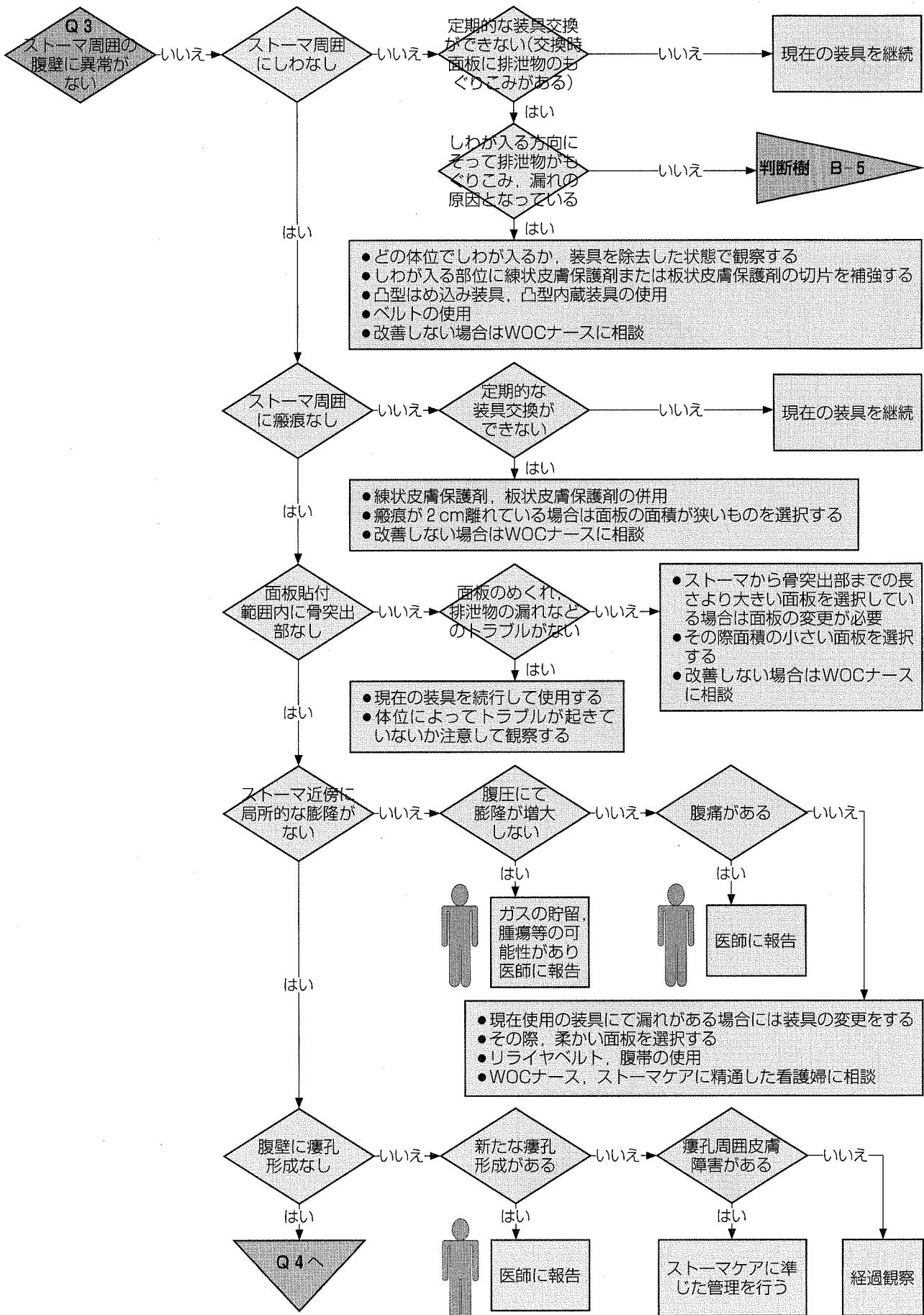


## B-2-1 ストーマ周囲の皮膚の発赤・発疹・瘙痒感がある場合の判断樹

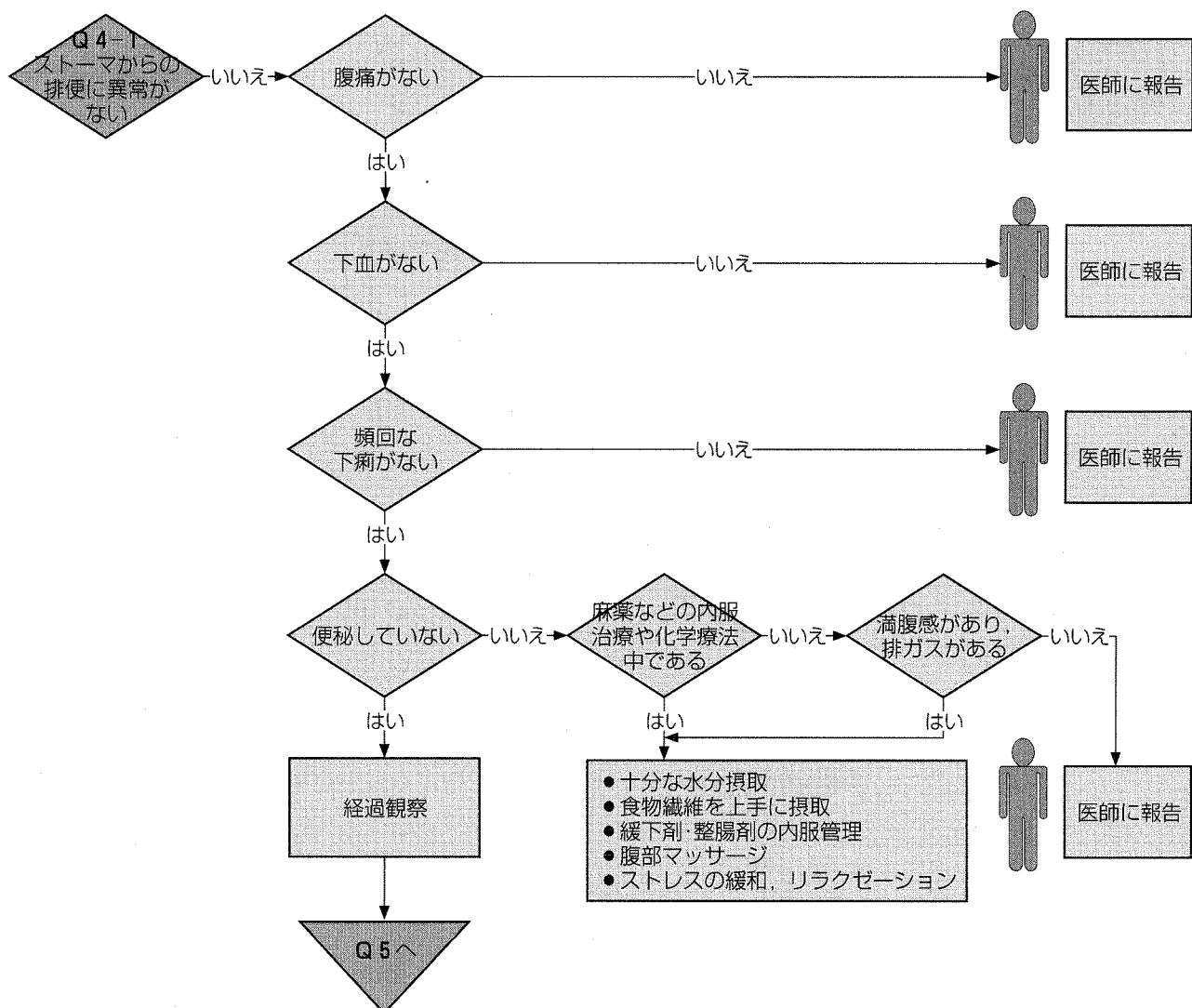


## B-3

## ストーマ周囲の腹壁の異常がある場合の判断樹

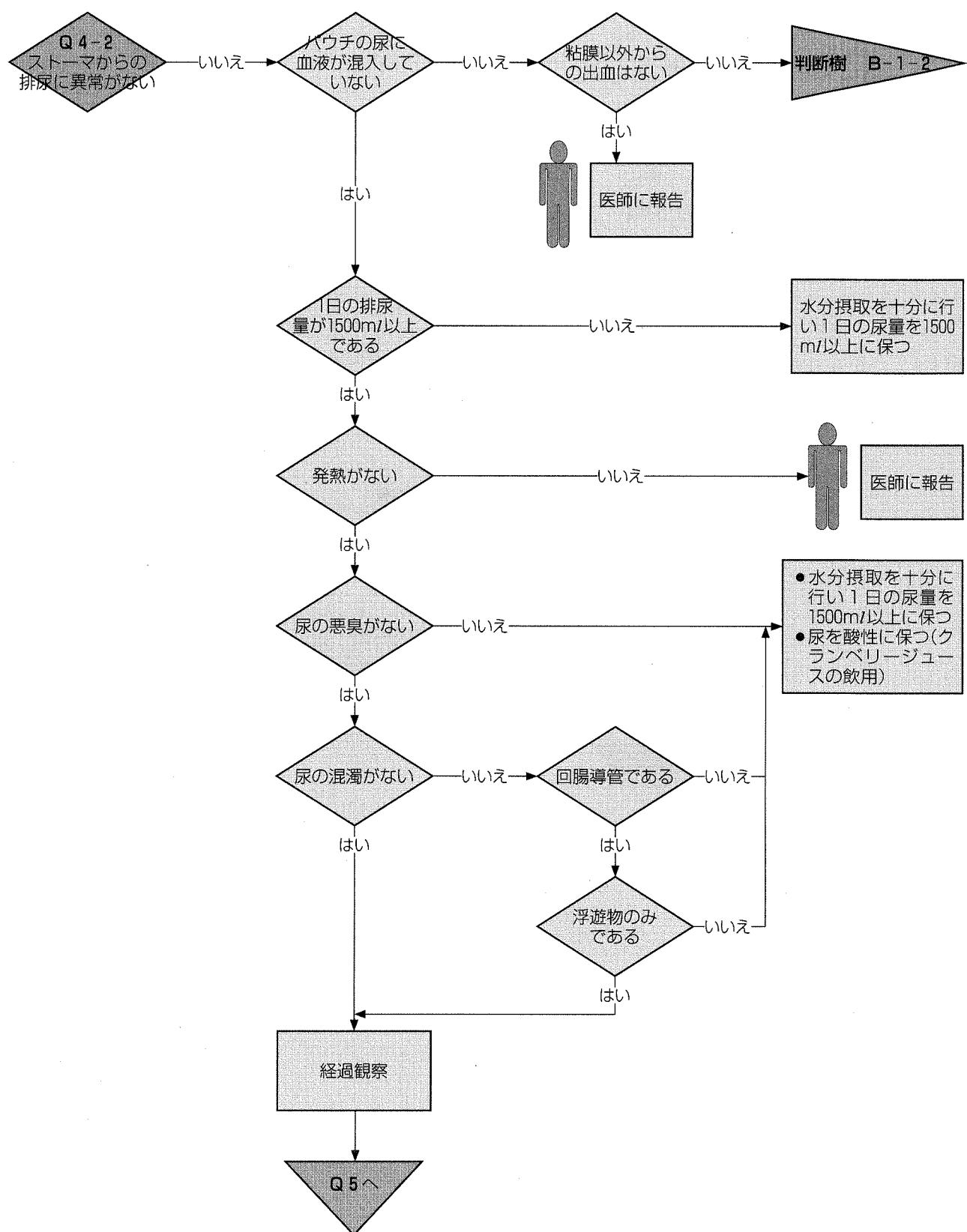


## B-4-1 排便の異常がある場合の判断樹

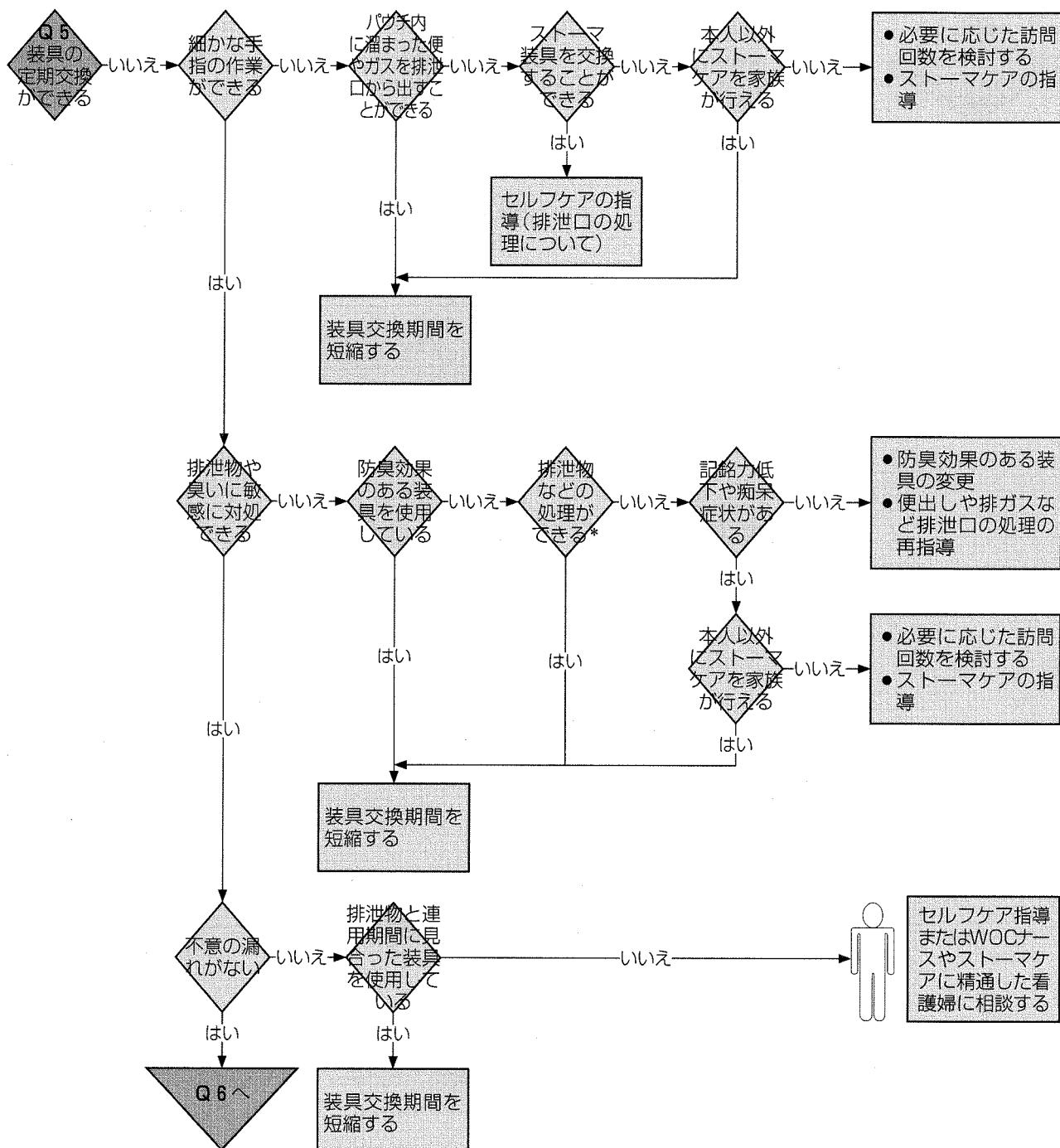


## B-4-2

## 排尿の異常がある場合の判断樹



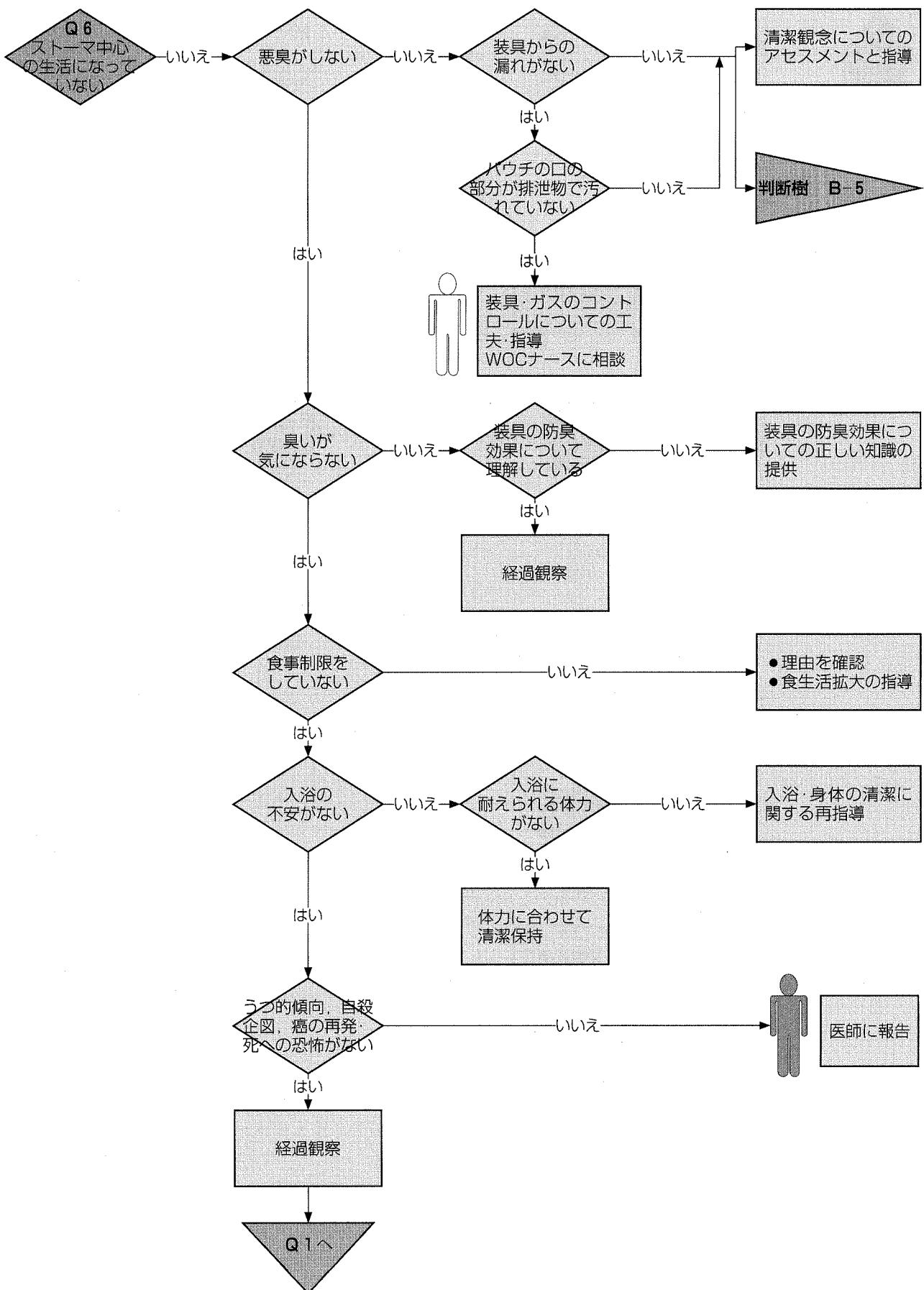
## B-5 装具からの漏れ予防が必要な場合の判断樹



\* ● 排泄物が袋の3分の1に溜まつたら処理することができる。  
 ● 排泄口の後始末がきちんとできる。  
 ● トイレなど適切な場所に排泄物を捨てることができる。

## B-6

## 日常生活の縮小がある場合の判断樹



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 人工肛門・人工膀胱管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、人工肛門・人工膀胱管理看護プロトコールに従って療養者的人工肛門・人工膀胱の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 3. 在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_

2. ストーマ造設の原因となった疾患およびスト  
ーマの種類

疾患名：\_\_\_\_\_

ストーマの種類：\_\_\_\_\_ 造設日 年 月 日

4. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理可 2) 指導のみ
- 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

\*その他特記事項：

5. 使用装具・装具交換状況、装具購入方法（購入場所： ）

- 1) 装具名：\_\_\_\_\_
- 2) 装具交換状況：\_\_\_\_\_回／週 あるいは 日毎に交換
- 3) その他使用材料

6. 事前協議事項

7. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

12

# 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法 (有カテーテル尿路変更)

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。療養者の状態（医学診断名、身体状態など）として、

- ①腎瘻：尿管結石、尿管外からの圧排によるものとして、胃癌、子宮癌などの腫瘍性疾患や後腹膜線維症など、前立腺癌の膀胱浸潤に起因する水腎症など。
- ②尿管皮膚瘻：浸潤性膀胱癌、小児の尿路先天異常、腸管の病変がありストーマ造設ができない場合、高齢、合併症が多い場合、また予後の期待ができない場合など。

#### ● 参考

尿管皮膚瘻は有カテーテル法と無カテーテル法に分けられる。前者では皮膚の瘻孔部から腎孟まで細い腎瘻用カテーテルなどが留置される。シリコン材質のものを用いる。カテーテルが自然抜去あるいは閉塞した場合は、腎孟腎炎を発症しやすいので、すみやかに新しいカテーテルを再留置する。後者では、一側に（通常左側）両側尿管を束ね、ひとつのストーマ（開口部）とし、回腸導管と同様の管理をする。本プロトコールは前者に適用する。後者の管理には人工肛門・人工膀胱管理看護プロトコール（p.195）を用いる。

### 2) 使用器具・装具

訪問看護を要する以前から腎瘻あるいは尿管皮膚瘻が造設されており、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた器具を継続して用いることを前提とする。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での腎瘻・尿管皮膚瘻保有療養者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。
  - ①腎瘻・尿管皮膚瘻の適応や仕組みについての理解。
  - ②腎瘻・尿管皮膚瘻に伴う異常・トラブル(p.216, III参照)についての熟知。
  - ③腎瘻・尿管皮膚瘻の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。
  - ④腎瘻・尿管皮膚瘻を管理する具体的技術（カテーテルの固定、洗浄）など。
  - ⑤在宅での腎瘻・尿管皮膚瘻管理に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および

処理方法の理解。

⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理協定」を書面(p.226)で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。

医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 腎瘻・尿管皮膚瘻保有在宅療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が腎瘻・尿管皮膚瘻を自分たちの生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、腎瘻・尿管皮膚瘻に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、療養生活を送れること。

## III 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に伴う異常・トラブル

腎瘻・尿管皮膚瘻保有によって在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

腎瘻・尿管皮膚瘻保有在宅療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

### 1 カテーテルが挿入されていることに関するもの

#### 1) 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの刺激による血尿、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な操作、管理

カテーテルの固定が不十分

#### 2) 腎瘻カテーテル抜去、尿うっ滞、水腎症の危険性

原因・関連要因：不適切な操作、管理

カテーテルの固定が不十分

### 2 感染

#### 1) 腎孟腎炎、あるいはその危険性

原因・関連要因：刺入部、カテーテルなどの不適切な操作、管理

療養者の易感染状態

## 2) 腎瘻刺入部感染、あるいはその危険性

原因・関連要因：局所の不適切な操作、管理

## 3 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に伴う生活行動の縮小に関するもの

### 1) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：腎瘻チューブによる拘束、

カテーテル抜去や尿漏れ、臭いに対する心配など

## 4 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

### 1) 不穏、あるいはその危険性

原因・関連要因：腎瘻・尿管皮膚瘻を造設した療養生活の継続に対する気持ちの揺れ、不眠、病状に対する不安、生活上の拘束感

### 2) カテーテルの自己抜去、あるいはその危険性

原因・関連要因：不穏

腎瘻・尿管皮膚瘻を造設した療養生活の継続に対する拒否

## 5 家族の介護力に関するもの

### 1) 介護者の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：介護負担の過重

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）の両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

#### 1) 在宅での腎瘻・尿管皮膚瘻管理に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している腎瘻・尿管皮膚瘻造設理由、排泄に対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか。

#### 2) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識している方法）

O：医師が処方したり、病院看護婦が提案・指示した方法

\*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

①腎瘻・尿管皮膚瘻造設術施行日、術式

- ②刺入部の消毒・清潔維持方法
- ③必要物品の入手・処理方法
- ④腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテル・バッグの交換時期、方法
- ⑤指導されている身体観察項目
- ⑥日常生活状態（尿排除のタイミング、および夜間の状態、バッグの位置、飲水量、入浴方法など）

### 3) 身体障害者福祉法適用状況（該当する場合）

S：申請をしているか、あるいは申請希望があるか

O：オストメイトの障害適応に該当するか

該当理由：内部障害（主として膀胱機能障害）

医療従事者がすでに情報を提供しているか

### 4) 腎瘻・尿管皮膚瘻に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.219、表を参照)

S：表の各領域について療養者（および家族）の訴え

O：表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と[V. 判断樹]にもとづいて対応した結果の状況

## 3 中止・終了の段階

なし

## V 腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理判断樹

### 1 導入検討の段階

なし

### 2 維持管理の段階

B 維持管理段階全体の判断樹 (p.220)

B - 1 尿流出不良の場合の判断樹 (p.221)

B - 2 尿の性状に異常がある場合の判断樹 (p.222)

B - 3 刺入部に発赤がある場合の判断樹 (p.223)

B - 4 カテーテルの固定状況が悪い場合の判断樹 (p.224)

B - 5 精神が不安定な場合の判断樹 (p.225)

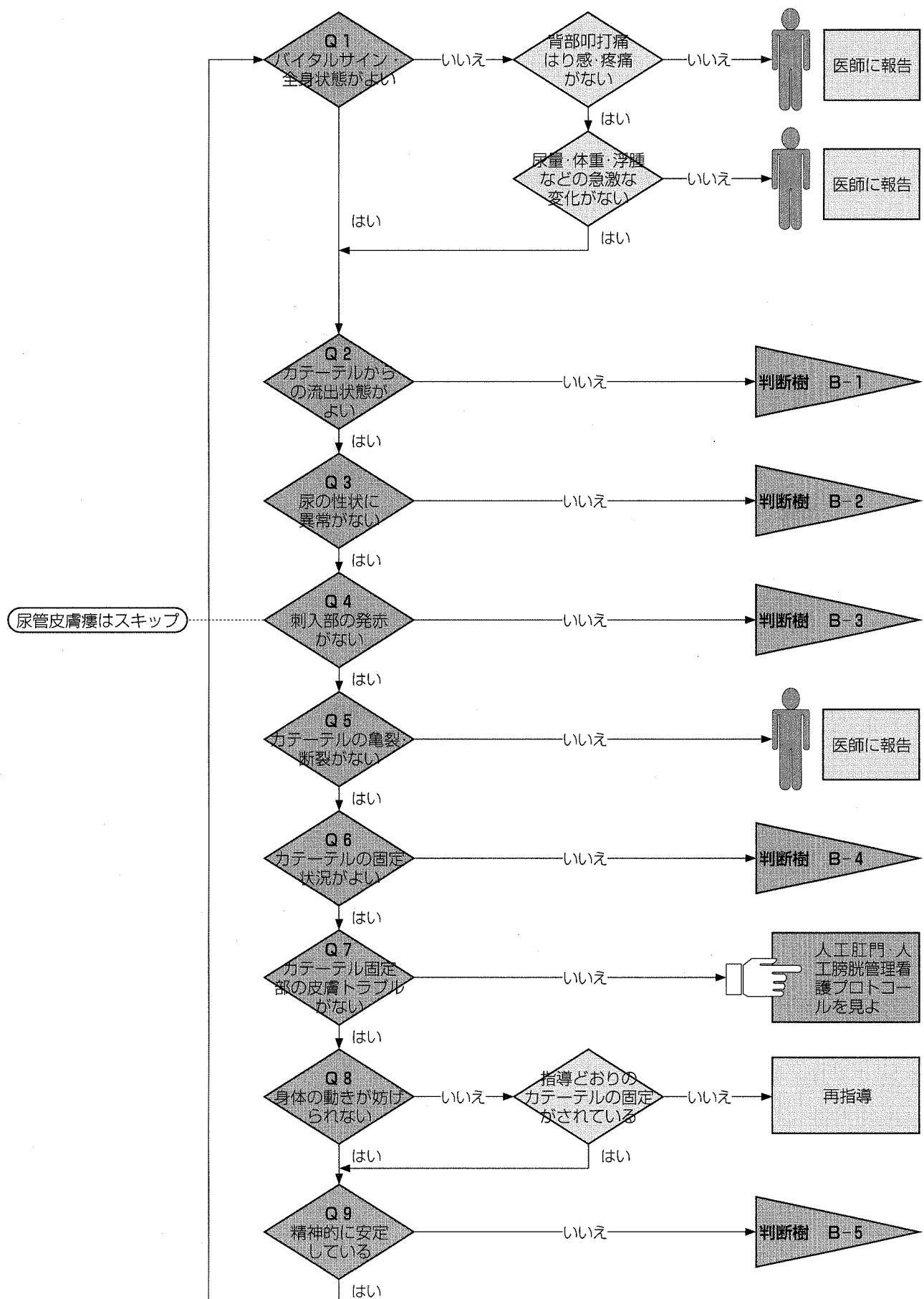
### 3 中止・終了の段階

なし

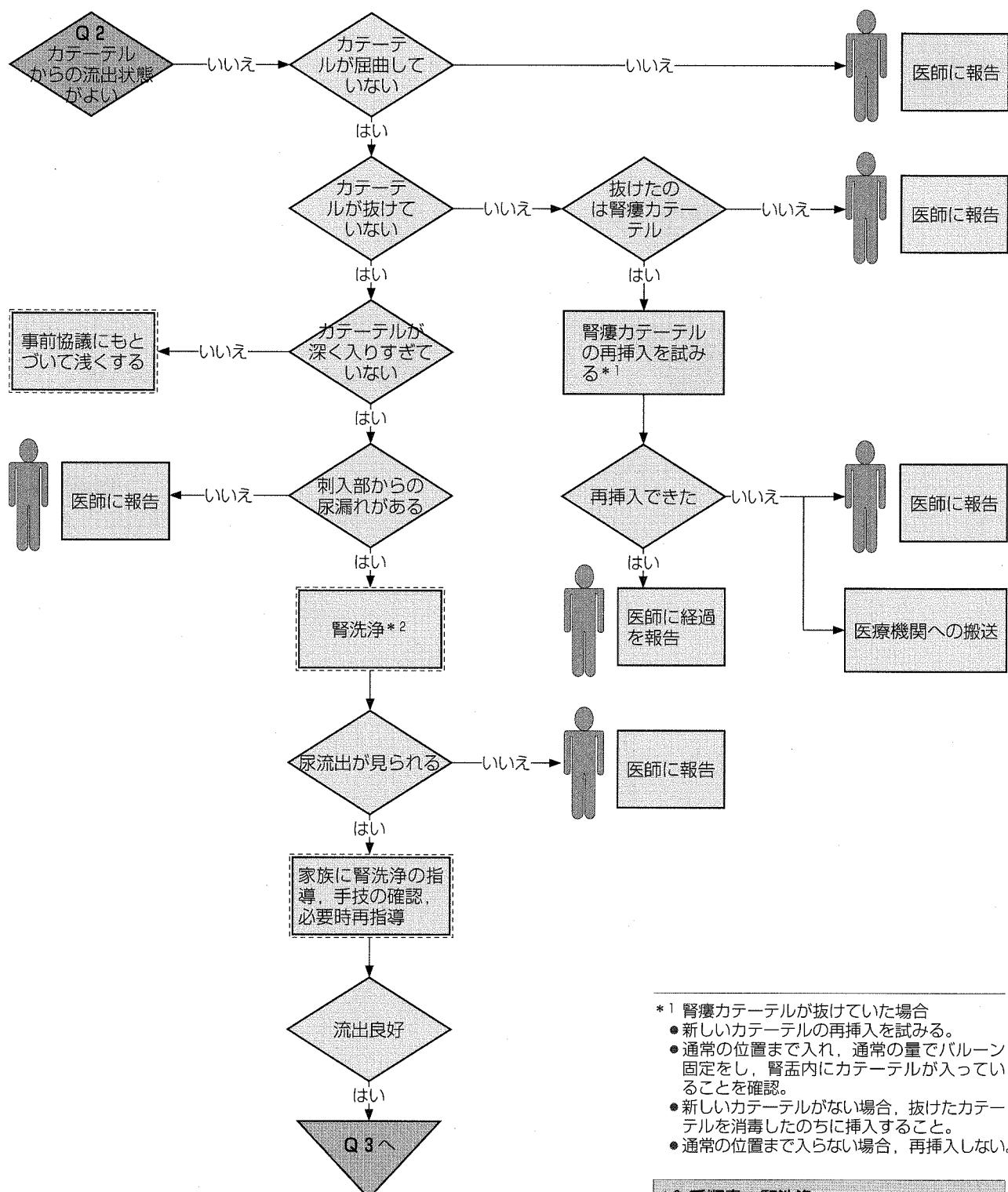
## VI 腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理協定書 (p.226)

## 腎瘻・尿管皮膚瘻に関する異常・トラブルと医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）	
1) カテーテル挿入に関する異常・トラブル		
尿の性状	血尿, 混濁, 浮遊物がない 混濁, 浮遊物がある <u>肉眼的血尿</u>	
腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの固定状況	確保されている 固定用テープがはがれかかっている カテーテルが抜けカテーテル固定の縫合糸がはずれている <u>抜去してしまった</u>	
2) 感染徴候		
全身状態	バイタルサイン異常なし 発熱（40℃度前後）, 呼吸, 脈拍数の増加 背部叩打痛, 背部はり感, 疼痛なし <u>背部叩打痛, 背部はり感, 疼痛がある</u> 尿量, 体重, 浮腫などの変化なし 尿量, 体重, 浮腫などに急激な変化がある	
腎瘻・尿管皮膚瘻刺入部の状態	発赤・腫脹・熱感・疼痛, 渗出液ない <u>発赤・腫脹・熱感・疼痛, 渗出液がある</u>	
3) 腎瘻・尿管皮膚瘻保有に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱		
身体の活動範囲	必要な身体の動きはできている <u>抜けるのが怖くて動かない</u>	
睡眠	よく眠れる <u>腎瘻・尿管皮膚瘻が気になり熟睡できない</u>	
心理・情緒的反応	平常どおり いらだち・不穏・うつ状態	
4) 家族介護者に関する異常・トラブル		
介護負担	疲労がない 疲労はあるが, 休養・睡眠によって回復する <u>疲労が強く, 休養・睡眠によっても回復しない</u>	

**B****維持管理段階全体の判断樹**

## B-1 尿流出不良の場合の判断樹



\*1 腎瘻カテーテルが抜けていた場合

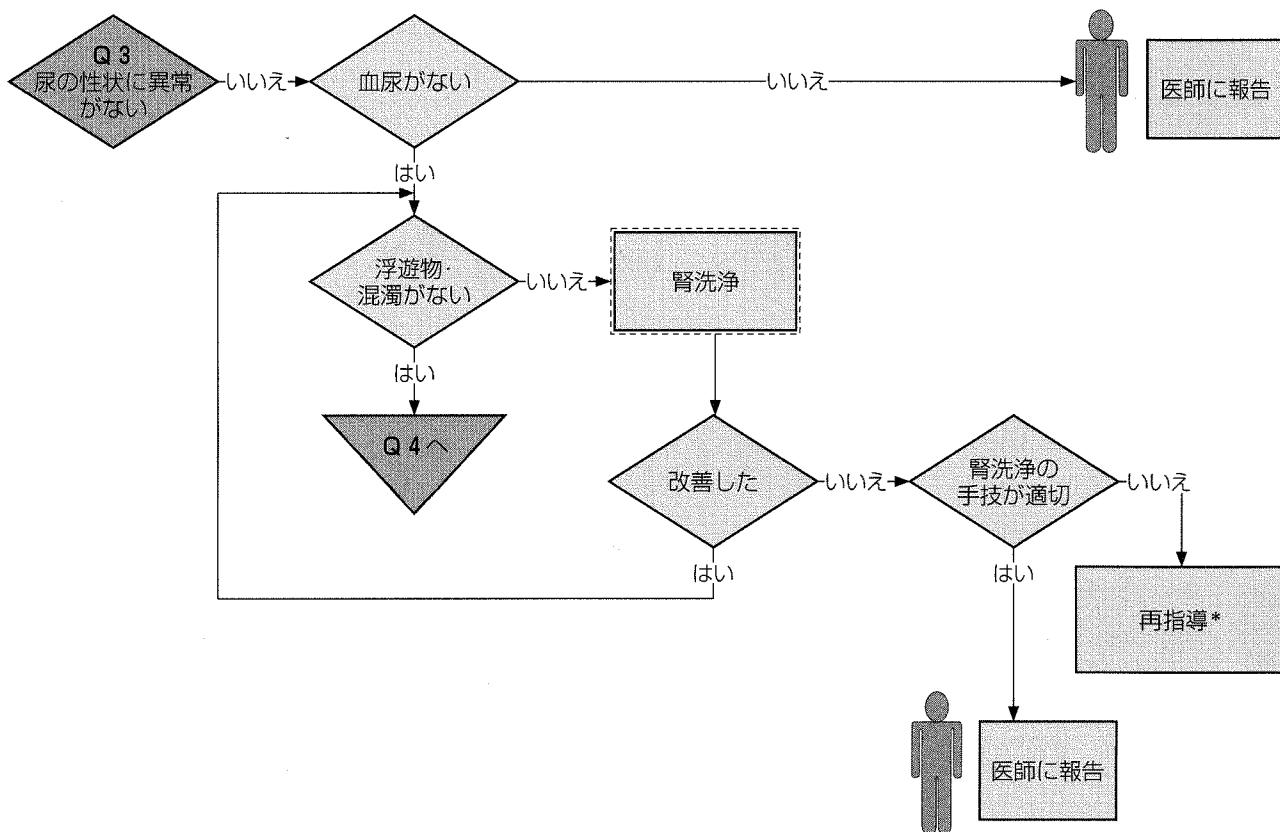
- 新しいカテーテルの再挿入を試みる。
- 通常の位置まで入れ、通常の量でバルーン固定をし、腎孟内にカテーテルが入っていることを確認。
- 新しいカテーテルがない場合、抜けたカテーテルを消毒したのちに挿入すること。
- 通常の位置まで入らない場合、再挿入しない。

### \*2 手順書・腎洗浄

- ①滅菌コップに、生理食塩水を入れる。
- ②カテーテルチップで約10mlの生理食塩水を吸い、そのうちの5mlをカテーテルより注入、吸引する。
- ③洗浄後の水はそのつど臍盆に捨てる。3～5回ほど行う。
- ④注入できないということは
  - カテーテルの閉塞
  - 正しい位置に挿入されていないなど異常を示す。
- ⑤生理食塩水が吸引できなくても、自然流出が良好ならば、そのまま様子を見てよい。

## B-2

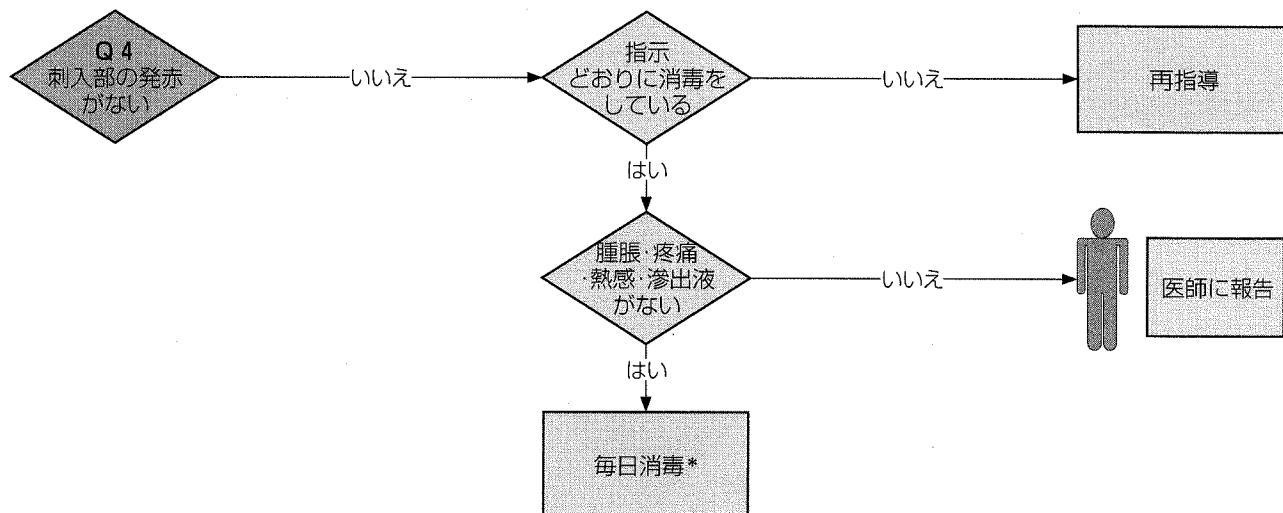
## 尿の性状に異常がある場合の判断樹



\* 再指導のポイント

- [B-1] 手順書・腎洗浄参照。
- 水分摂取の目安は1日1500ml。

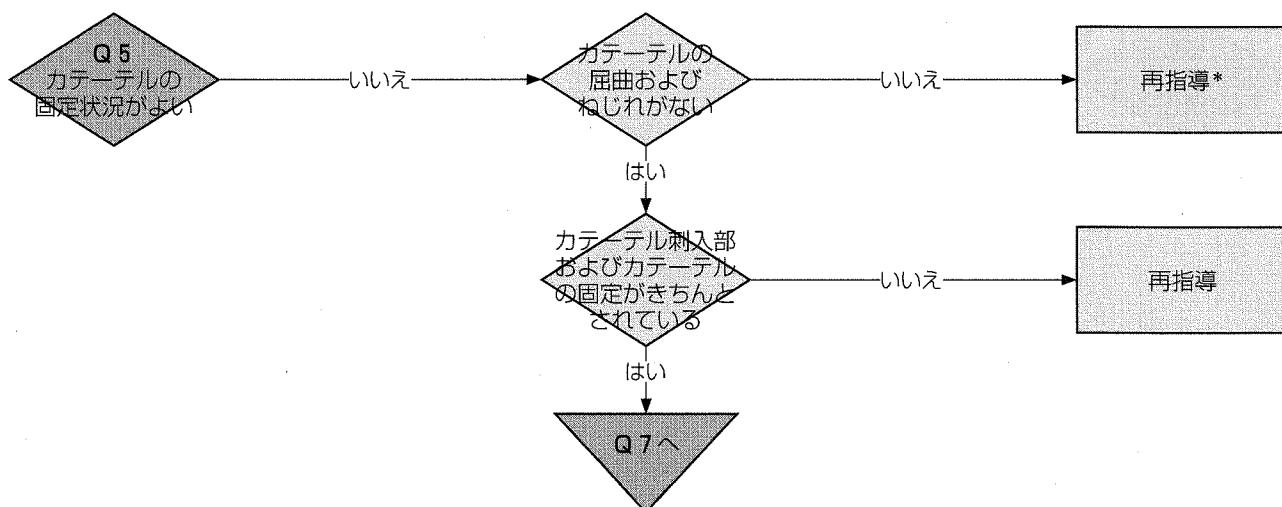
### B-3 刺入部に発赤がある場合の判断樹



#### \* 手順書・消毒

- ①カテーテル刺入部を消毒する（イソジンなどは皮膚の色素沈着をおこすので望ましくない）。
- ②ガーゼ付紺創膏を貼付（ガーゼ保護でもよい）。
- ③消毒の頻度は入浴・シャワー後ごと、あるいはガーゼ汚染時に行う程度でよい。  
清潔に保てればよく、無菌的な状態である必要はない。

## B-4 カテーテルの固定状況が悪い場合の判断樹

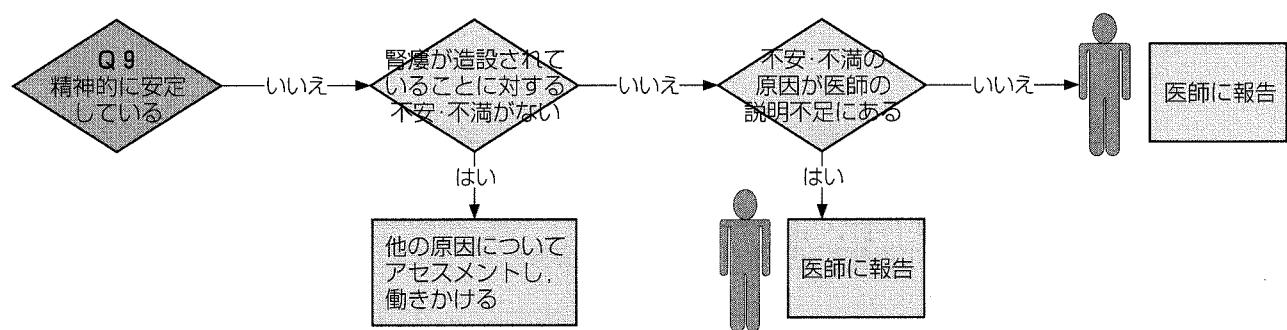


### \* 再指導のポイント

#### 日常生活指導

- 就寝時
  - ・就寝前は貯留した尿を捨てる。
  - ・貯尿バッグやパウチがねじれないよう、テープで下端を固定するか、ゆるめの腹巻などで固定する。
  - ・貯尿バッグは、ベッドの場合は吊り下げ、布団の場合は敷布団を2枚重ねるなどして高さを出し、足元にバッグをねかせる。
- 飲 水
  - ・水は感染予防と結石予防のためにも1日1500ml前後摂取する。
- 食 事
  - ・特に制限はない。バランスのとれた規則正しい食事をとる。
  - ・ビタミンCは摂取により、尿の酸性化が得られ、防臭効果や、皮膚炎の防止となる。
- 入 浴
  - ・基本的に、開放創がなければ入浴してよい。保護のガーゼははずしてもよい。入浴時間は30分入ってもかまわないが、個別に問題がある場合は例外。

## B-5 精神が不安定な場合の判断樹



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理看護プロトコールに従って療養者の腎瘻・尿管皮膚瘻の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 2. 在宅寝たきり老人(患者)処置指導管理料請求機関 \_\_\_\_\_

3. 設置理由 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

4. 造設日 年 月 日 \_\_\_\_\_

5. 訪問開始時の自己管理能力(該当するものに○)

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完(代行)

その他特記事項

6. 使用器具・交換頻度・数量(提供機関) \_\_\_\_\_

カテーテル カテーテルチップ

集尿装置(パウチ、バッグ等) 注射器

注射針 滅菌コップ

7. 消毒薬・衛生材料(提供機関) \_\_\_\_\_

生理食塩水 ガーゼ

ガーゼ付絆創膏 テープ

消毒薬

8. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

1) 回数 2) 量

3) 手技等

9. 事前協議事項

1) カテーテルが抜けた場合の対応

2) カテーテルがつまった場合の対応

3) 血尿の場合の対応

4) その他

10. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 乙 医師(所属および氏名) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。

## 医療処置管理看護プロトコール

**13**

# 癌末期疼痛管理法

## I 本プロトコールの適用条件

### 1 療養者側の条件

#### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

癌末期疼痛管理を要する療養者の状態・病態（医学診断名、身体状態など）として、

①末期とは、現代医学において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態をいう。

②生命予後が6か月以内と考えられる状態（1年未満との意見もある）。

③癌末期の疼痛は、身体的痛みだけではなく、精神的、社会的、靈的にも把握し、それらが相互に関連した全人的痛みとして理解することが重要であるが、ここでは、薬物療法適応の身体的疼痛に限定する。

#### 2) 使用薬剤・投与方法

訪問看護を要する以前から癌末期疼痛管理が導入されており、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた癌末期疼痛管理法を継続して用いることを前提とする。訪問看護継続中に癌末期疼痛管理が必要な状態と判断される場合には、医師、訪問看護婦などで取り決めた癌末期疼痛管理法を用いる。

### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

#### 1) 看護経験

(1) 病棟、外来あるいは在宅での癌末期疼痛管理が必要な患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

①癌末期疼痛管理の原則や痛みの原因についての正しい知識についての理解。

②癌末期疼痛管理に伴う異常・トラブル（p.228、Ⅲ参照）についての熟知。

③癌末期疼痛管理の自己管理の指導（療養者および家族への指導）。

④癌末期疼痛を管理する鎮痛薬の種類と投与方法、投与量および具体的技術。

⑤在宅での癌末期疼痛管理に必要な薬液、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解（該当する「在宅療養指導管理料」による器具・衛生材料についての理解）。

⑥ 療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「癌末期疼痛管理協定」を書面（p.237）で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

- ①主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告は、アセスメントに示した異常・トラブル、判断樹に従って対応した内容、およびその結果を含めて行う。

## II 癌末期疼痛管理を要する在宅療養者に対する看護支援目標

療養者（および家族）が癌末期疼痛管理法を自分の生活に無理なく、かつできるだけ不安を抱くことなく組み込んで、癌末期疼痛管理に伴う異常・トラブルを経験せずに、あるいはそれらが生じた場合には早急かつ適切な対応がなされて、療養生活を送れること。

### III 癌末期疼痛管理に伴う異常・トラブル

癌末期疼痛管理によって在宅療養者に起こる可能性がある不都合あるいは困難

癌末期疼痛管理を要する療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下の異常・トラブルを予防ならびに早期発見し、対処する。

#### 1 身体的痛みに関するもの

##### 1) 癌によって引き起こされる痛み、あるいはその危険性

原因・関連要因：骨への浸潤、癌の転移

##### 2) 衰弱からくる痛み、あるいはその危険性

原因・関連要因：褥創、口内炎

##### 3) 癌と無関係の痛み、あるいはその危険性

原因・関連要因：偏頭痛、緊張性頭痛、同一体位による筋・筋膜症候群など、骨・関節炎、帯状疱疹など、癌以外の疾患

#### 2 モルヒネ与薬に関するもの

##### 1) 呼吸抑制あるいはその危険性

原因・関連要因：モルヒネ与薬の影響

##### 2) 嘔気・嘔吐あるいはその危険性

原因・関連要因：モルヒネ与薬の影響

##### 3) 便秘あるいはその危険性

原因・関連要因：モルヒネ与薬の影響、下剤の不適切な与薬

#### 4) 不快な眠気あるいはその危険性

原因・関連要因：モルヒネ与薬の影響、他の薬剤との併用

### 3 鎮痛薬与薬経路の変更に関するもの

#### 1) 誤飲あるいは嚥下困難による経口与薬困難、あるいはその危険性

原因・関連要因：意識低下、癌によって引き起こされる通過障害

#### 2) 下部消化管疼痛および出血による直腸与薬不可能、あるいはその危険性

原因・関連要因：癌によって引き起こされる組織浸潤および出血

#### 3) 生活リズムの変調による直腸与薬不可能、あるいはその危険性

原因・関連要因：薬効時間が短いこと、与薬回数増加

### 4 カテーテルでの塩酸モルヒネ注射薬の注入に関するもの

#### 1) 刺入部の感染およびその危険性

原因・関連要因：不適切な操作

#### 2) 注入不良およびその危険性

原因・関連要因：ポンプの異常、ルートからの漏れ

その他、関連事項は中心静脈栄養法（以下、IVH と言う）管理  
看護プロトコール（p.77）に準ずる。

### 5 癌末期疼痛管理に伴う生活行動の縮小に関するもの

#### 1) 服薬時間による生活リズム（睡眠）の妨げ、あるいはその危険性

原因・関連要因：薬効時間が短いこと、与薬回数増加

#### 2) 身体の活動性・活動範囲の縮小、あるいはその危険性

原因・関連要因：IVH、硬膜外チューブ、持続皮下注射法による拘束（抜針の不安、  
輸液回路のはずれに対する心配など）

### 6 癌末期疼痛管理に対する療養者の気持ち・受け入れに関するもの

#### 1) モルヒネへの抵抗あるいはその危険性

原因・関連要因：モルヒネに対する先入観や誤った知識による過度の不安  
モルヒネの副作用への懸念

#### 2) 鎮痛薬の增量による気持ちの揺れ、あるいはその危険性

原因・関連要因：不適切な疼痛管理

### 7 家族の介護力に関するもの

#### 1) 痛みや与薬管理などによる介護の疲労、あるいはその危険性

原因・関連要因：与薬・注入管理などにかかる介護負担の過重

## IV アセスメントならびに医師への報告基準

アセスメントは以下の各段階について、それぞれ主観的情報（Subjective data）、客観的情報（Objective data）両面の情報にもとづいて行う。

### 1 導入検討の段階

#### 1) 疼痛の状態と緩和に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）の訴え

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

#### 2) 与薬可能な方法

S：療養者（および家族）の希望

O：看護婦、医師が査定した鎮痛薬与薬経路、日常生活リズム

### 2 維持管理の段階

#### 1) 在宅での癌末期疼痛管理に対する気持ち・認識

S：療養者（および家族）が認識している癌末期疼痛管理実施理由

モルヒネに対する希望

O：在宅療養支援チームはそれらをどうとらえているか

#### 2) 身体的痛みの状況：疼痛アセスメントシート(図1)

S：痛みの部位、強さ、種類に関し、本人がどのように感じたかを言葉で表現したこと（ビジュアル・アナログ・スケールによる）

O：医療チームによる痛みに関する本人の表情の評価（フェイス・スケールによる）

医師が処方した鎮痛薬の種類と投与量、投与方法

#### 3) 指示内容とその実施状況

S：療養者（および家族）が、医療従事者から指導されたこととして、実際に行っている方法（療養者側が認識して行っている方法）

O：医師が処方し、病院看護婦が提案・指示した方法

#### \*指示内容として尋ねたり観察したりする必要がある項目

①使用している鎮痛薬、その他の薬剤の使用開始と投与量、投与方法

②薬剤の入手、管理、保存方法

③持続皮下注射ポンプ、回路の交換時期

④時間注入量とその変更

⑤刺入部の消毒・清潔維持方法

⑥必要物品の入手・処理方法

⑦入浴方法

⑧鎮痛薬副作用への対処

#### 4) 癌末期疼痛管理に関する異常・トラブルと医師への報告基準(p.232、表を参照)

S：表の各領域についての療養者（および家族）の訴え

		氏名 ( )		主治医 ( )		担当看護婦 ( )	
		月 日 時	月 日 時	月 日 時	日 時	月 日 時	月 日 時
		訪問・往診	訪問・往診	訪問・往診	訪問・往診	訪問・往診	訪問・往診
主観的疼痛 FS							
医療者の観察 FS							
痛みの表現							
痛みの部位							
鎮痛剤	MSコンチン	mg/日	mg/日	mg	mg/日	mg/日	mg/日
	塩酸モルヒネ	mg/日	mg/日	mg	mg/日	mg/日	mg/日
	ボルタレン	mg/日	mg/日	mg	mg/日	mg/日	mg/日
	レペタン	mg/日	mg/日	mg	mg/日	mg/日	mg/日
備 考							

フェイス・スケール (FS)

1 痛みがない  
2 少し痛いが  
がまんできる  
3 痛い  
4 かなり痛い  
5 非常に痛くて  
がまんできない

・フェイススケールで評価する。  
 ・備考欄には、体位や行動で痛みが変化する  
 か、罨法やマッサージなどで痛みが楽にな  
 るかなど薬剤以外の除痛の要因を記入する。  
 ・心理的・社会的・霊的痛みをアセスメント  
 して記入する。

図1 痛みアセスメントシート

O : 表の各領域について、訪問看護婦が観察した事柄、観察と [V. 判断樹] にも  
とづいて対応した結果の状況

### 3 中止・終了の段階

なし

## V 癌末期疼痛管理判断樹

B 痛み管理全体の判断樹 (p.234)

B - 1 鎮痛薬与薬時の判断樹 (p.235)

B - 1 - 1 モルヒネ与薬時の判断樹 (p.236)

## VI 癌末期疼痛管理協定書 (p.237)

## 癌末期疼痛管理に関する異常・トラブルと医師への報告基準

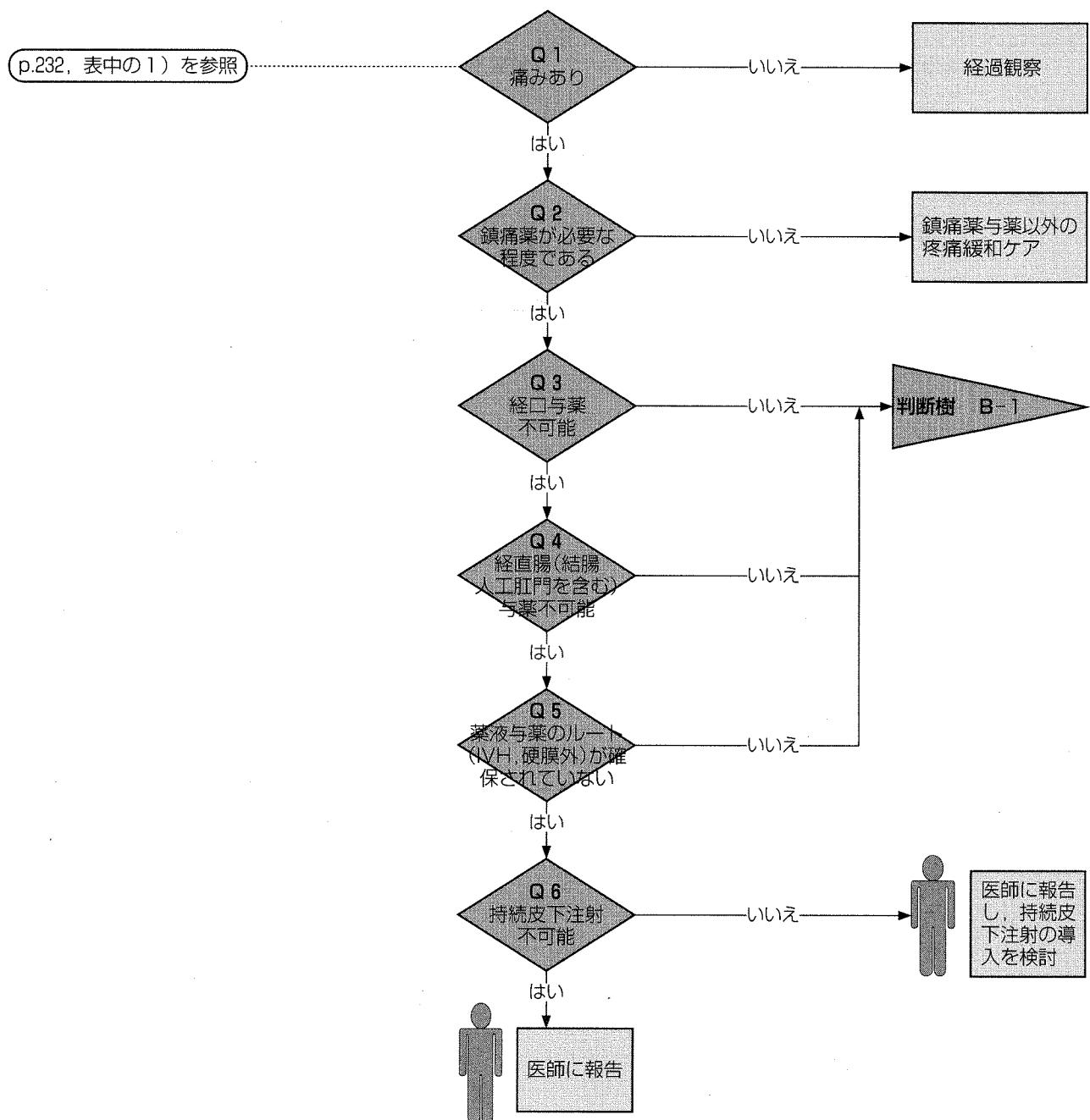
領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) 痛みに関する異常・トラブル	
痛みの有無	痛みなし 痛みあり
痛みの部位	変化なし 変化あり
痛みの強さと種類	増強なし 増強あり
2) モルヒネ与薬に関する異常・トラブル	
呼吸抑制	なし 呼吸のパターンに変化あり
嘔気・嘔吐	なし 薬で改善できる 薬で改善できない
便秘	なし 下剤の調整で改善できる 下剤の調整で改善できない
不快な眠気	なし 日中寝ていることが多い 会話ができない
3) 鎮痛薬与薬経路に関する異常・トラブル	
経口与薬困難	なし 誤飲または嚥下困難あり
直腸与薬不可能	なし 下部消化管痛または出血あり 生活リズムの変調あり
4) カテーテルでの塩酸モルヒネ注射薬の注入に関するもの	
刺入部の感染徵候	なし 疼痛、発赤、腫脹のいずれかあり
注入不良	なし 抜針、ルートからの薬液漏れのいずれかあり
5) 癌末期疼痛管理に伴う生活行動の縮小に関するもの	
夜間不眠	なし 与薬回数を減少すれば改善できる 与薬回数を減少しても改善しない
活動性・活動範囲の縮小	なし 説明すれば拘束感や抜針の不安はとれる 与薬管理法の変更を要する
6) 癌末期疼痛管理に対する療養者の受け入れ・認識の逸脱	
身体活動範囲	必要な身体の動きはできている

領 域	医師への報告基準（下線部分）
身体活動範囲	<u>必要以上に身体活動が低下している</u>
心理・情緒的反応	<u>抵抗感なし</u> <u>強い抵抗感あり</u>

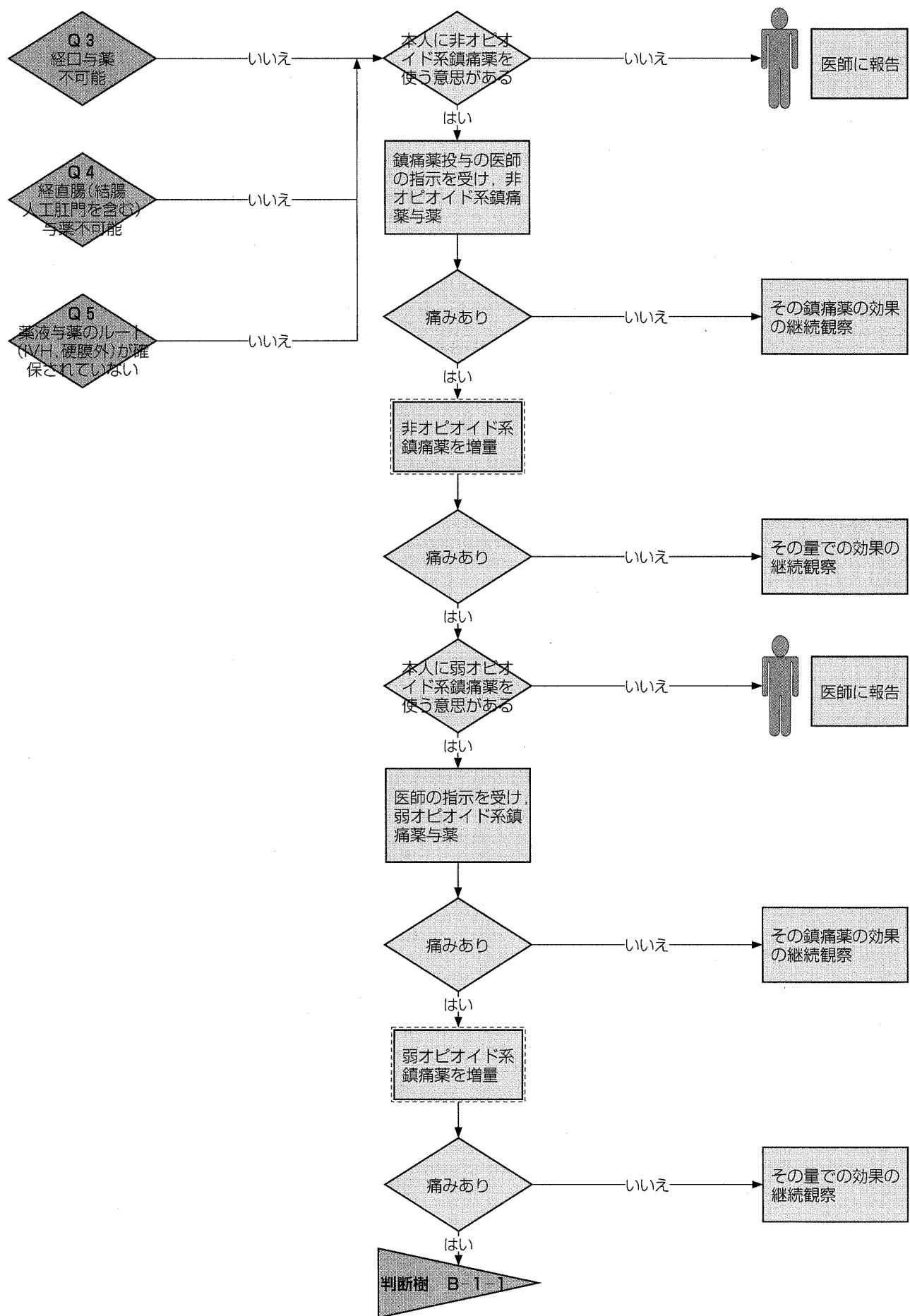
## 7) 家族介護者に関する異常・トラブル

介護負担	<u>疲労はない</u> <u>疲労はあるが、休養・睡眠によって回復する</u> <u>疲労が強く、休養・睡眠によっても回復しない</u>
------	---

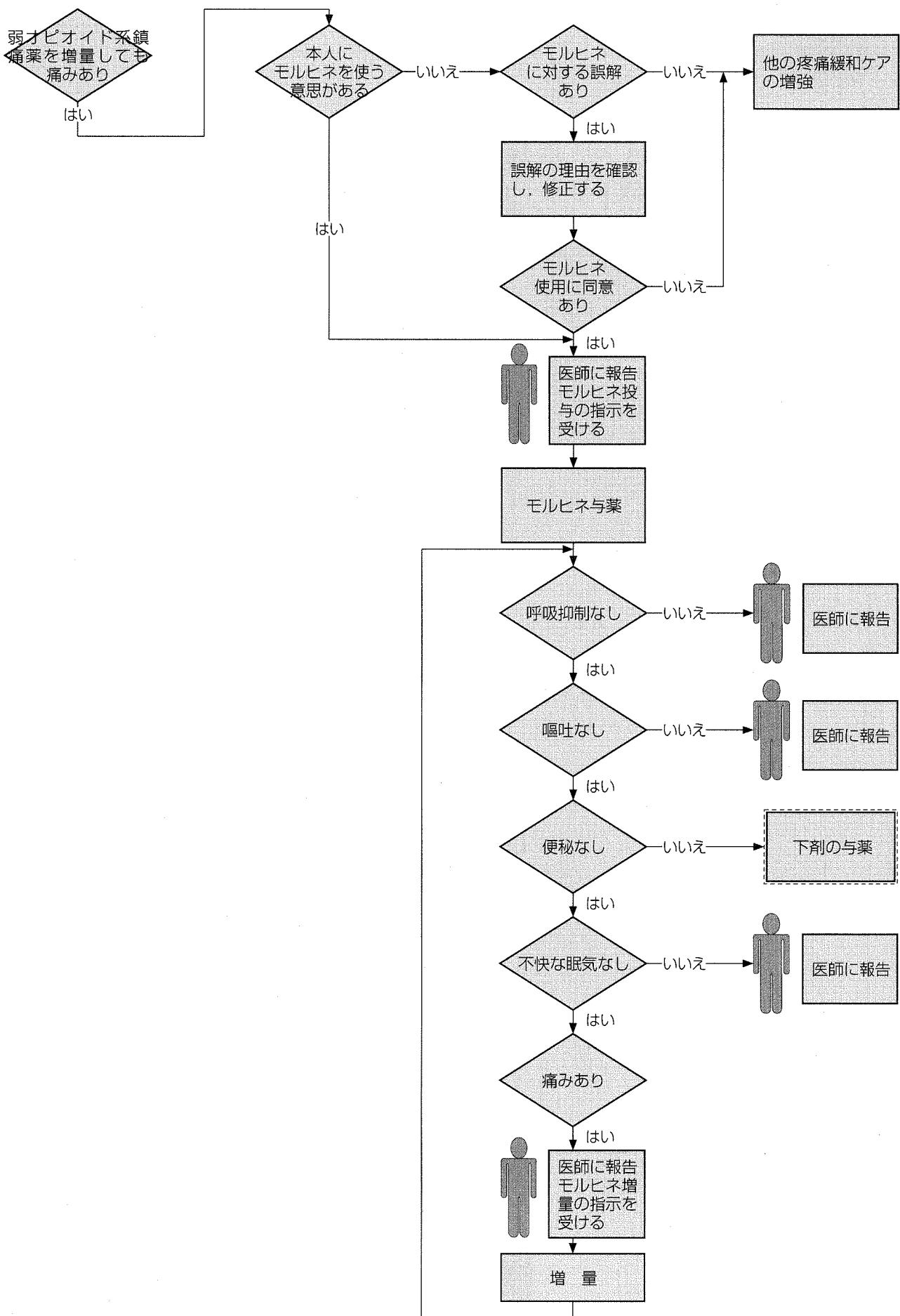
## B 疼痛管理全体の判断樹



## B-1 鎮痛剤与薬時の判断樹



## B-1-1 モルヒネ与薬時の判断樹



## 管理協定書

平成 年 月 日

### 癌末期疼痛管理協定書

訪問看護ステーション甲は、医師乙の包括的指示にもとづき、癌末期疼痛管理看護プロトコールに従って療養者の癌末期疼痛の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_
2. 在宅療養指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_
3. 開始理由 \_\_\_\_\_
4. 開始日 年 月 日
5. 鎮痛剤による過敏症の既往 1) あり 2) なし
6. 経口摂取 1) 可 2) 否
7. 訪問開始時の自己管理能力 (該当するものに○)
  - 1) 自己管理可
  - 2) 指導のみ
  - 3) 指導および実施の一部補完
  - 4) 全面的補完 (代行)
8. 使用薬剤の種類・投与量 (提供機関)
 

鎮痛剤の種類 ( )	鎮痛補助剤の種類 ( )
投与量 ( )	投与量 ( )
投与回数 ( )	投与回数 ( )

その他の薬剤 (生理食塩水を含む) \_\_\_\_\_
9. 使用器具・交換頻度・提供数 (提供機関)
 

輸液回路 ( )	セット／月	インフューザーポンプ ( )	セット
注射器・注射針 ( )	セット／月	その他	
交換頻度 ( )			
10. 消毒薬・衛生材料 (提供機関)
 

滅菌綿棒 ( )	本／月	絆創膏 ( )	個／月
滅菌ガーゼ ( 枚 × パック／月)		消毒液 ( )	ml／月
その他			
11. 投与方法 (該当するものに○)
  - 1) 経口
  - 2) 経腸
  - 3) 持続皮下注
  - 4) その他 ( )
12. 事前協議事項
  - 1) 痛みが増強したときの対応方法
  - 2) 副作用に対する対処方法
  - 3) その他
13. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 乙 医師 (所属および氏名) \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 医療処置管理看護プロトコール

**14**

# 褥創管理法

### I 本プロトコールの適用条件

#### 1 療養者側の条件

##### 1) その医療処置を要する状態

以下のいずれか（あるいは複数）の条件に該当すること。

- ①すでに褥創が発生している場合。
- ②褥創再発および新たな褥創発生の危険性が予測される場合。

##### 2) 使用用具・衛生材料

訪問看護を要する以前から褥創管理が導入されており、退院時に医師、病棟看護婦、訪問看護婦などで取り決めた用具を継続して用いるか、あるいは在宅の場において同様の機能および効果が得られる用具を選択する。

なお、主な使用器具は以下のとおりである。

- ①「組織への負荷の管理」に要するもの：褥創の段階にもとづいて必要となる体圧調整用具（除圧用具、減圧用具など）および寝具、適切な湿潤環境維持のための用具（尿カテーテルなど）など。
- ②「栄養管理」に要するもの：非経口的栄養管理（経管栄養や中心静脈栄養を用いる場合）を行う場合の用具。
- ③「褥創局所の処置」に要するもの：ドレッシング法に必要な衛生材料など。

また、褥創再発および新たな褥創発生の危険性が予測される場合には、組織への負荷を軽減あるいは除去するための用具（エアマットなどの体圧分散用具、除圧用具など）、衛生材料（摩擦やすれを軽減あるいは除去するためのドレッシング材など）、低栄養状態を改善させるための非経口的栄養管理を行う場合の用具などを要する。

#### 2 看護婦の条件

以下の項目に関して、条件を満たしていること。

##### 1) 看護経験

- (1) 病棟、外来あるいは在宅での褥創を有する患者の看護経験があり、以下の知識、技術を持っていること。

- ①褥創の発生、病態、治癒過程についての知識。
- ②褥創管理に必要なさまざまな看護活動（療養者、介護者および褥創の評価、組織への負荷の管理、褥創局所の処置、感染管理など）についての熟知。
- ③褥創の自己管理に関する内容（皮膚の観察、栄養管理、組織への負荷の管理、感染管

理など) の、療養者および家族への指導。

- ④褥創管理における具体的技術(組織への負荷の管理、褥創局所の処置など)。
- ⑤褥創管理に必要な薬剤、器具、衛生材料などの調達方法および処理方法の理解。
- ⑥療養者におけるそれらの入手および処理状況の確認。

(2) 上記(1)の経験がない場合は、(1)の該当者とともに訪問して、上記の必要な知識、技術を習得したのちに独立して行うこと。

### 3 医師との連携条件

#### 1) 管理協定の締結

本プロトコールの適用は、訪問看護ステーションと褥創管理に関わる主治医との間で、事前に該当する療養者ごとに「褥創管理協定」を書面(p.259)で取り交わし、それにもとづいて行うこと。

#### 2) 平常時の連携

- ①褥創管理に関わる主治医と常に連絡がとれる体制を準備しておくこと。
- ②医師への報告を要するときは、以下の内容について必要性が生じたときであり、これらは定期的に行う必要がある。
  - ・褥創局所の処置法の再検討および変更
  - ・薬剤およびドレッシング材などの衛生材料の処方
  - ・外科的処置
  - ・褥創再発の危険性および新たな褥創発生の危険性が予測される場合の、必要用具・衛生材料の処方

## II 褥創管理を要する在宅療養者に対する看護支援目標

療養者(および家族)の意向にもとづいて十分に話しあい、得られた療養目標にそった褥創管理の方法を組み込んで、効果的なケアプランのもとに療養生活が送れること。

## III アセスメントならびに医師への報告基準

褥創管理を要する療養者に対する看護支援目標を達成するために、訪問看護婦は以下のアセスメントを行い、必要な看護活動を検討する。アセスメントは、それぞれ主観的情報(Subjective data)、客観的情報(Objective data)両面の情報にもとづいて行う。

### 1 褥創の状態

「褥創」とは、体表面への持続的な圧迫により、皮下の血液循環が阻害され、同部位に虚血性変化や壊死、潰瘍などが生じる病変のことである。褥創は、その組織障害の程度によって、資料aのステージに分類される。

褥創の評価を行う際には、褥創の位置とそれぞれのステージ分類、大きさ、滲出液の程度、壊死組織や肉芽組織の状態、上皮形成の有無などについても行う必要がある。

### 資料 a 褥創の分類

- ステージⅠ：皮膚の限局的な発赤で、圧迫しても退色しない。
- ステージⅡ：表皮と真皮までの組織障害。水疱やびらん、浅い潰瘍をさす。表皮と真皮の一部が黒色または黄色の壊死組織として見られることがある。
- ステージⅢ：皮下脂肪層まで達するが、筋膜にはいたらない全層損傷で、皮下にポケットを形成していることもある。
- ステージⅣ：筋肉や骨、腱、関節包にまで達した全層損傷。ポケットを形成していると、潰瘍の底面に、黒色または黄色の壊死組織が見られることが多い。滲出液も一般的に多く、致命的な感染を引き起こすこともある。

## 2 療養者の状態、状況

### 1) 背 景

- ①年齢、日常生活行動など
- ②生活スタイル、生活環境、社会的支援、文化的背景など

### 2) 現病歴および既往歴

- ①身体的活動に制限を生じる疾患の有無、種類
- ②感染性疾患（骨髄炎、敗血症、進行性蜂巣炎など）を含む、合併症の有無、種類
- ③薬剤の使用歴

### 3) 褥創治癒に対する意欲および理解と影響要因

- ①褥創治癒に対する意欲および理解の程度
- ②意識障害、痴呆などの影響
- ③精神状態、学習能力、精神性疾患などの影響
- ④薬剤の多量投与、過剰投薬などの影響
- ⑤価値観、生活スタイル、宗教や文化的背景などの影響

### 4) 栄養状態と影響要因

- ①体重・皮下脂肪厚
- ②摂食状況
- ③水分出納バランス
- ④皮膚の状態
- ⑤口腔内の状態
- ⑥排泄状況
- ⑦血液検査の値

## 3 家族・介護者の状況

### 1) 家族・介護者の力量

- ①家族・介護者の有無
- ②家族・介護者の知識と技術力

### 2) 褥創治癒に対する意欲および理解

- ①家族・介護者の療養者に対する気持ちや、褥創治癒に対する意欲および理解

#### 4 療養環境

- ①治療継続に必要な経済力
- ②在宅環境（居住空間の広さ、日照、湿度の程度など）

#### 5 社会資源（必要用具・用具の調達）

- ①必要用具・衛生材料の導入
- ②公的福祉機器の利用の可能性
- ③民間提供機器の利用の可能性

#### 6 医師への報告基準

##### 1) 褥創の状態 (p.245, 表を参照)

褥創局所の写真撮影を行い、より具体的な情報を共有することは、さらに有意義である。なお、療養者の背景により、基準よりも早期の段階で医師に報告することもある。

##### 2) 褥創の状態の変化により、以下の事柄が必要になった場合

- ①褥創管理法の変更
- ②薬剤およびドレッシング材の選択、処方
- ③外科的処置

### IV 褥創管理判断樹

#### 1 褥創管理全体の判断樹 (B p.249)

褥創を発見したら、褥創の初回アセスメントを行い、その状態にもとづいてそれぞれの管理判断樹に進む。

#### 2 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹 (B - 1 p.250)

褥創治癒の過程に大きく影響を与える栄養状態および栄養状態に影響を与える可能性のある因子についてアセスメントし、低栄養状態を改善することを目的とする。なお、経管栄養および中心静脈栄養による管理を行っている場合には、それぞれのプロトコールを参考する。

#### 3 組織への負荷の管理判断樹 (B - 2 p.252)

組織への負荷の管理では、適切な褥創治癒の環境を作り、治癒を促進することを目的とする。「組織への負荷」とは、圧力や摩擦、それが皮膚組織にかかることを表す。その管理とは床上時、車椅子乗車時いずれの場合においても、これらの負荷を軽減・除去し、適切な湿潤環境を保持するためのケアを行うことである。

なお、これらの管理は褥創の状態によって異なる。

#### 4 褥創局所の処置と感染管理

褥創局所の処置とは、壞死組織の除去、創の清浄化およびドレッシング法を行い、褥創治癒の回復過程をできる限り早めることを目的とした治療を言う。

またその感染管理とは、感染抑制剤などの薬剤の選択や、無菌的処置の実施により、感染予防、あるいは感染に対する管理を行うことである。

褥創局所の処置に使用される薬剤およびドレッシング材は多種多様であり、褥創の状態に最も効果的なものを選択する必要がある（p.254～p.257、資料b、資料c、資料d）。したがって、褥創の状態の変化に伴い、必要な薬剤およびドレッシング材は変更される。

なお、資料に示した以外に、それぞれさまざまな製品がある。いずれも、医師の指示にもとづいて適用する。

#### 5 褥創治癒後の再発予防のための看護活動

褥創が治癒傾向にある場合、経過観察を行うとともに、定期的な皮膚の観察を行い、褥創治癒後の同部位における再発および新たな部位における褥創発生の予防に努める。

なお、褥創予防のための看護活動とは、褥創治癒後の同部位における再発および新たな部位における褥創発生の危険性を予測し、褥創発生を回避するための看護活動を行うことである。

##### 参考 褥創再発および新たな褥創発生の予防のための看護活動

###### (1) ブレーデンスケールによる褥創発生の危険性のアセスメント (p.258、資料e)

###### ①採点

- ・「知覚の認知」、「湿潤」、「活動性」、「可動性」、「栄養状態」の5項目→それぞれ1点（最も悪い）から4点（最も良い）の4段階で採点。
- ・「摩擦とずれ」→1項目 1点（最も悪い）から3点（最も良い）の3段階で採点。

###### ②使用の際の注意事項

- ・「湿潤」、「活動性」、「可動性」、「栄養状態」、「摩擦とずれ」の5項目は、それぞれ介護力による影響を加味する（例えば「活動性」に関して、療養者が本来「2点：座位可能」のレベルであっても、椅子や車椅子への移動手段がなく《介護力がなく》，ほとんど寝たきりの場合には、「1点：臥床」と判断する場合もある）。
- ・ブレーデンスケールは、療養者の全身状態にもとづき適宜採点する。採点は同一者が行う。在宅療養において褥創発生の危険性があるのは、合計が約17点以下となつたときである。
- ・このほかに、これらに影響を与える因子や、心理社会的背景などのアセスメント実施。

###### ②組織への負荷の管理

###### ①体位変換の実施

- ・床上：原則として2時間に1回以上、骨突起部に著しい負荷がかかる可能性のある体位の回避。
- ・車椅子乗車時、座位時：原則として1時間に1回以上、身体の自動運動が可能で上肢での上半身持ち上げが可能な場合、15分ごとにプッシュアップの実施指導、姿勢、体圧分散、安定性、除圧および減圧を考慮した適切な体位の保持。

###### ②骨突起部、頭部、踵部などの褥創発生の危険性が高い部位における負荷の軽減お

よび除去。

- ・除圧および減圧枕、クッション、パットの使用。

③適切なベッド拳上

- ・30度未満のベッド拳上によるずれ、摩擦の防止（療養者、家族の療養目標にもとづく）、身体の自動運動が可能で、ベッド拳上30度以上を行う場合、体圧分散用具の選択。

- ・適切なベッド拳上の時間。

④体動時、移動時の摩擦、ずれの防止

- ・体動時、移動時：療養者を引きずらない正しい方法、リフト器具やシーツなどを利用する方法の実施。

⑤体圧分散用具（エアマットなど）の使用

- ・褥創発生部位、個数、療養者の全身状態、身体可動性、活動性、湿潤状態、社会的背景（主に経済的側面、環境的側面）などから、最適な体圧分散用具を選択。

⑥皮膚の清潔の保持

- ・皮膚の観察：原則として1日に1回以上。

- ・皮膚の汚染防止、早期対処：定期的な清拭あるいは入浴の実施、皮膚刺激および摩擦の防止。

- ・適切な湿潤環境の保持：皮膚の乾燥を招く環境因子の除去、尿失禁への対処。

⑦身体可動性・活動性低下の防止

- ・身体可動性あるいは活動性が向上する見込みのある場合、摩擦やすれの防止に努めながらリハビリテーションの実施（療養者、家族の療養目標にもとづく）。

⑧ドレッシング材の使用による摩擦、ずれの防止

- ・骨突起部、踵部など褥創発生の危険性が高い部位において、摩擦やすれなどの外的刺激から皮膚を保護する目的で、ポリウレタンフィルムドレッシング材の貼用。

③ 低栄養状態の改善

①適切な栄養所要量の摂取

- ・1日あたり、あるいは1週間あたりの栄養所要量の維持。

- ・栄養補給の実施：間食などの補食、栄養補助剤の摂取など。

**V 褥創管理協定書 (p.259)**

## 櫻創の状態による医師への報告基準

領 域	医師への報告基準（下線部分）
1) 表面積	<p>①長さ×幅 &lt; 4cm<sup>2</sup></p> <p>②長さ×幅 4~16cm<sup>2</sup></p> <p>③長さ×幅 16.1~36cm<sup>2</sup></p> <p>④長さ×幅 36.1~80cm<sup>2</sup></p> <p>⑤長さ×幅 &gt;80cm<sup>2</sup></p>
2) 深さ	<p>①指で押しても白くならない紅斑が健康な皮膚上にある</p> <p>②表皮、または真皮までおよぶ分層損傷の皮膚欠損</p> <p>③皮下組織の損傷や壊死を伴う全層損傷の皮膚欠損。それより下の筋膜にもおよぶ場合も含むがそれを超えないこと。分層損傷と全層損傷が混合している場合、肉芽組織によって組織が不明瞭な場合も含む</p> <p>④壊死組織のため不明瞭</p> <p>⑤広範囲におよぶ損傷、組織の壊死、筋肉や骨、支持構造の損傷を伴う全層創傷性の皮膚欠損</p>
3) 創辺縁部	<p>①不明瞭である。創辺縁部がはっきりわからない</p> <p>②識別可能で、輪郭がはっきりわかる。創底に付着している</p> <p>③輪郭がはっきりしており、創底に付着していない</p> <p>④輪郭がはっきりしており、創底に付着していない、下に巻き込んでいる、肥厚</p> <p>⑤輪郭がはっきりしており、纖維化、瘢痕化、または角質増殖（角質層の肥厚）が見られる</p>
4) ポケット	<p>①長さが 2 cm 未満のポケットがある</p> <p>②創辺縁部の50%未満の範囲に 2 ~ 4 cm のポケットがある</p> <p>③創辺縁部の50%を超える範囲に 2 ~ 4 cm のポケットがある</p> <p>④4 cm を超えるポケットがある</p> <p>⑤トンネルや sinus tract (瘻孔) がある</p>
5) 壊死組織のタイプ	<p>①なし</p> <p>②白色、灰色の死んだ組織、密着していない黄色い壊死組織</p> <p>③ゆるめに付着している黄色い壊死組織</p> <p>④付着している柔らかな黒い壊死組織</p> <p>⑤強く付着している固く黒い壊死組織</p>
6) 壊死組織の量	<p>①なし</p> <p>②創面の 25 %未満</p> <p>③創面の 25 ~ 50 %</p>

領域	医師への報告基準（下線部分）
壞死組織の量	<p>④創面の 50 ~ 75 %</p> <p>⑤創面の 75 ~ 100 %</p>

## 7) 渗出液のタイプ

	<p>①なし、または血性</p> <p>②漿液血液混合：希薄で水様、淡い赤色またはピンク色</p> <p>③漿液性：希薄で水様、透明</p> <p>④膿様：希薄なものから濃厚なものまである、不透明な褐色か黄色</p> <p>⑤濃く、不透明な黄色か緑色の液で、悪臭を伴う</p>
--	--

## 8) 渗出液の量

	<p>①なし</p> <p>②微量</p> <p>③少量</p> <p>④中等量</p> <p>⑤多量</p>
--	---

## 9) 創辺縁部皮膚の色

	<p>①ピンク、またはその人の正常な肌の色</p> <p>②明るい赤色、指で圧迫すると白くなる</p> <p>③白色または灰白色あるいは色素脱失</p> <p>④暗赤色または紫色で、指で圧迫しても白くならない場合もある</p> <p>⑤黒色または強い色素沈着</p>
--	---

## 10) 周辺組織の浮腫

	<p>①創辺縁部がわずかに硬くなっている</p> <p>②創辺縁部からの距離が 4 cm 以内の周辺組織に指で圧迫しても陥没しない浮腫が見られる</p> <p>③創辺縁部からの距離が 4 cm 以上の範囲まで、指で圧迫しても陥没しない浮腫が広がっている</p> <p>④4 cm 以内の範囲に指で圧迫すると陥没する浮腫が見られる</p> <p>⑤創辺縁部からの距離が 4 cm 以上の範囲で、捻髪音を発するかまたは指で圧迫すると陥没する浮腫が見られる</p>
--	---

## 11) 周辺組織の硬結

	<p>①創のまわりがやや硬い</p> <p>②創辺縁部からの距離が 2 cm 以内の周辺組織が硬結している</p> <p>③2 ~ 4 cm 以内の周辺組織の 50%未満が硬結している</p> <p>④2 ~ 4 cm 以内の周辺組織の 50% 以上が硬結している</p> <p>⑤4 cm を超える範囲まで硬結が広がっている</p>
--	---

## 12) 肉芽組織

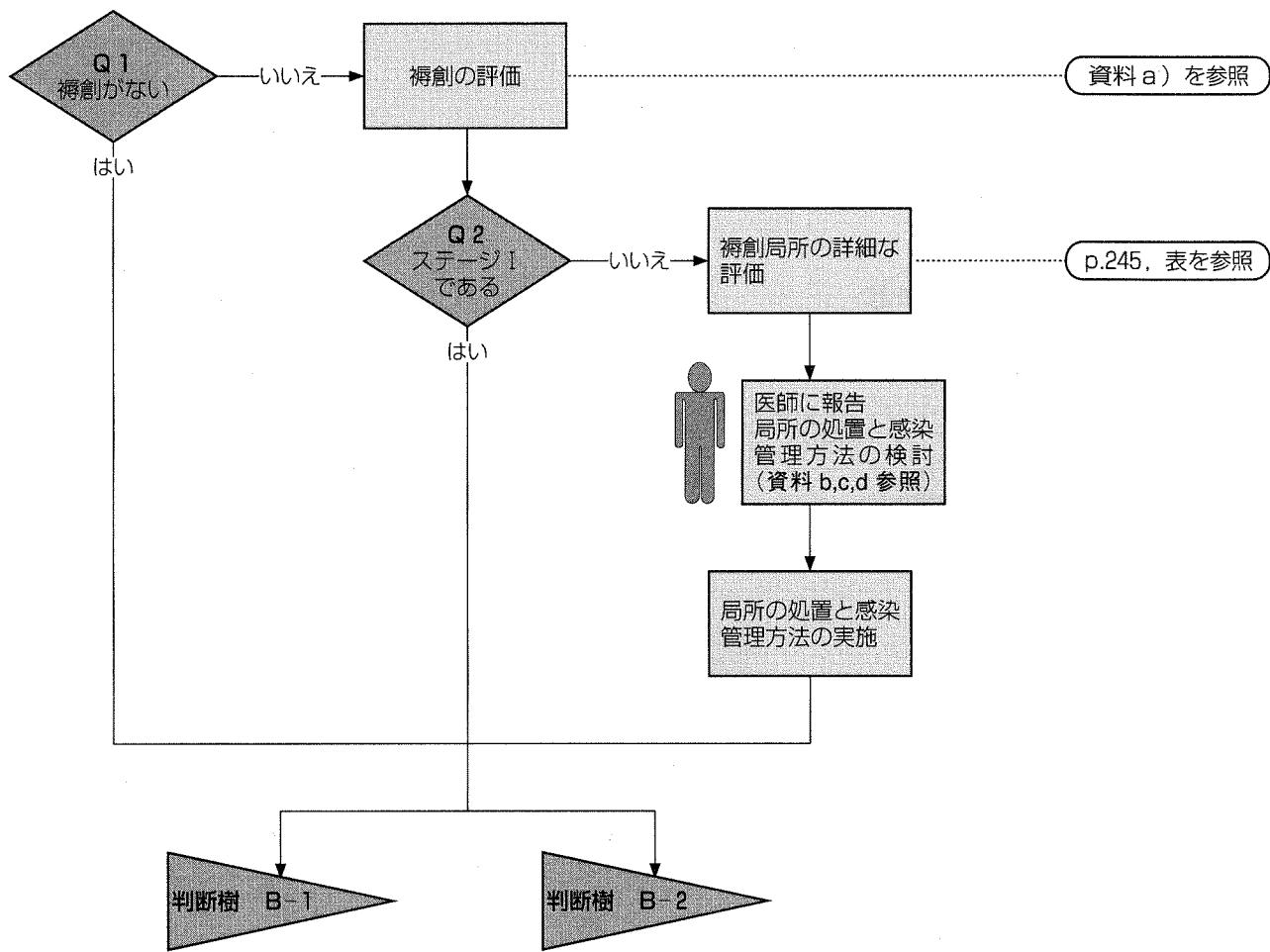
①皮膚損傷なし、または分層損傷。
------------------

領 域	医師への報告基準（下線部分）
肉芽組織	<p>②明るい牛肉のような赤色。創の 75~100%を埋めているか、あるいは組織の過形成が見られる</p> <p>③明るい牛肉のような赤色。創の 25~75%未満の範囲を埋めている</p> <p>④<u>ピンク、くすんで黒みがかった赤色。創の 25%以下を埋めている</u></p> <p>⑤<u>肉芽組織が形成されていない</u></p>

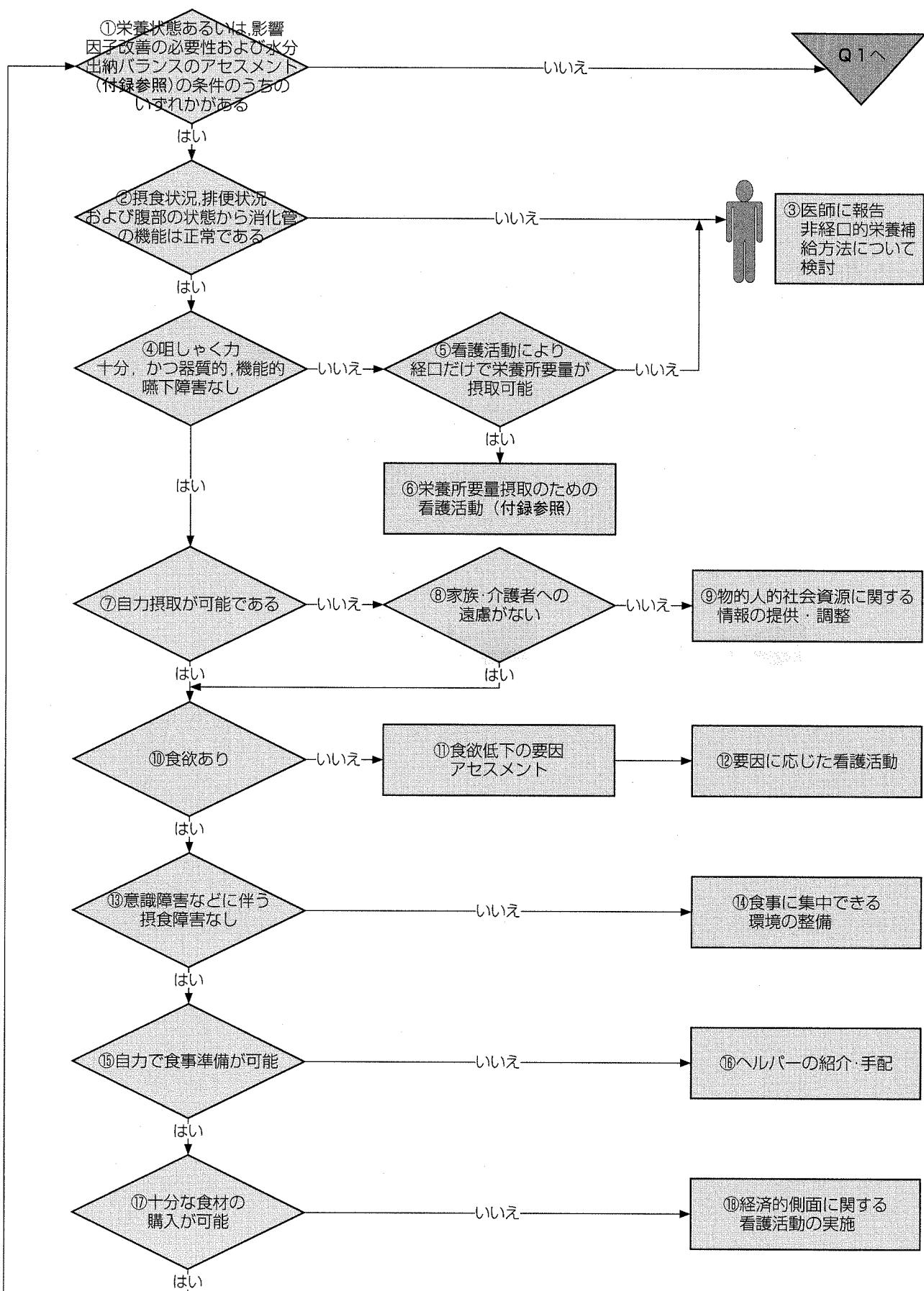
## 12) 上皮形成

<p>①創は 100% 健康な上皮で覆われている</p> <p>②創の 75~100% 未満を覆っている、あるいは創内部に延びている上皮組織が 0.5cm を超える</p> <p>③創の 50~75% 未満を覆っている、あるいは創内部に延びている上皮組織が 0.5cm 未満である</p> <p>④創の 25~50% 未満を覆っている</p> <p>⑤創の 25% 未満を覆っている</p>
---



**B 褥創管理全体の判断樹**

## B-1 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹



## 付録 栄養状態の評価と栄養補給の判断樹

\*文頭の番号は判断樹の番号と対応

栄養状態の評価と栄養補給の判断樹は、以下の内容にそつて進められる。

なお、本判断樹を進めるに際し、療養者の個人的背景（年齢、全身状態、疾病、合併症、薬剤の使用など）および社会的背景（介護力、経済力、文化的背景など）を十分に考慮すること。

### ①栄養状態あるいは影響因子改善の必要性および水分出納バランスのアセスメント

#### アセスメント項目

- 体重、皮下脂肪：体重が $<標準体重 \times 0.8>/kg$ 以下、あるいは十分な皮下脂肪がなく、骨の突出が見られる。

- 摂取状況：1日あたりの摂取カロリーの低下、あるいは蛋白質、脂質、ビタミンなどの栄養バランスの偏り。

- 水分出納バランス：1日あるいは1週間あたりの水分出納バランス（水分摂取量と尿量や排尿回数、不感蒸泄のバランス）が悪い。

- 皮膚の状態：沈下性浮腫または四肢末梢の浮腫を含む浮腫がある、皮膚の色つやや弾性が悪い、乾燥や表皮落屑が見られる、のいずれかがある。

- 口腔内の状態：口唇や舌、口腔内の色が悪い、乾燥状態である、口渴の訴えがある、過度の湿潤状態を呈している、のいずれかがある。

- 排泄状況：不消化便、下血、常習的な宿便、便秘のいずれかがある。

- 検査値：血清総蛋白 $\leq 6.7 \sim 8.3 g/dl$ 、血清アルブミン $\leq 2.0 \sim 3.0 g/dl$ のいずれかである。

- 寝たきり療養者の体重測定は、介護者が療養者を抱えて体重計に乗り、介護者の体重を差し引く。

- 摂食状況は、栄養バランスの内容など具体的に毎日記録する。また、水分出納バランスは、日々の水分摂取量と排泄状況（オムツを使用している場合、総重量から排泄量を換算）を記録する。

### ②消化管の機能評価と③医師への報告

- ①に加え、腹部の状態（腸蠕動の有無や程度、嘔気、腹痛の有無など）から、消化管の機能についてアセスメントする。医学的診断・治療をする場合には医師

に報告し、消化管の機能に対応した栄養摂取の方法を検討する。

### ④咀しゃく・嚥下機能のアセスメント

- 少量の蒸留水を咽頭に注入し、嚥下が起こるまでの時間を評価する。また、口腔内の食物残滓量から咀しゃく・嚥下機能を評価する。

- 義歯の具合、口腔内の状態、意識状態などを十分に考慮し、看護活動により経口だけで栄養所要量の摂取が可能かをアセスメントする。

### ⑤、⑥看護活動による経口での栄養所要量摂取

- 物理的および環境的要因の改善、医師の処方を要しない栄養補給剤の使用などの看護活動によって、栄養所要量の摂取が可能かをアセスメントし、可能な場合には、要因に対応した下記の看護活動を実施する。不可能である場合には、医師と連携し、療養者の治療目標に対応した栄養摂取方法について検討する。

#### ■咀しゃく力低下に対する看護活動

- 食事形態変更

#### ■嚥下力低下に対する看護活動

- 食事形態変更（流動食、軟食の導入）あるいは増粘剤使用
- 食材表面潤滑剤使用あるいは水分と食物の同時摂取

#### ■咀しゃく力および嚥下力低下に対する看護活動

- 栄養補助剤使用（濃厚流動食・半消化態栄養剤などの併用）

### ⑦自力摂取の可能性

- 体幹後屈および頸部屈曲が維持でき、上肢と手指が動きやすく、口の動きとの協調が容易な摂食姿勢がとれるかをアセスメントする。

### ⑧家族・介護者への遠慮

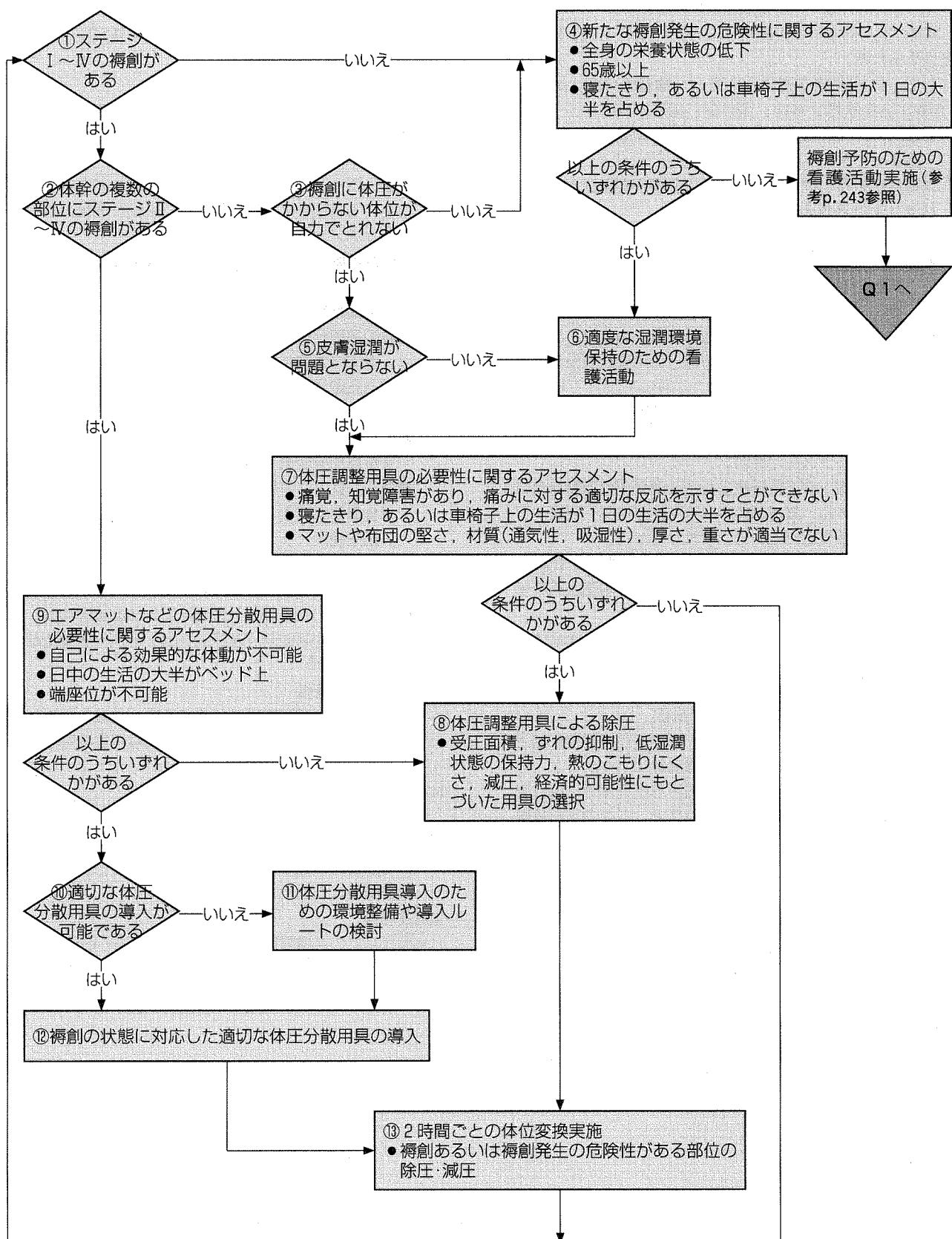
- 自力摂取が不可能であり、家族・介護者に対する遠慮などがある場合、受動的な摂食動作が円滑に行われない可能性があるため、要因の検索をするとともに、社会資源の有効活用を検討する。

### ⑨摂食障害

- 痴呆などの意識障害により摂食障害がないかアセスメントする。

## B-2

## 組織への負荷の管理判断樹



## 付録 組織への負荷の管理判断樹

\*文頭の番号は判断樹の番号と対応

組織への負荷の管理判断樹は、以下の内容にそって進められる。なお、本判断樹を進めるに際し、療養者の個人的背景（年齢、全身状態、疾病、合併症、治療薬剤など）および社会的背景（介護力、経済力、文化的背景など）を十分に考慮すること。

### ①②初回アセスメントにもとづいた看護活動計画

- 「体幹の複数の場所」とは、頭部および踵部などの四肢末梢部を除いた部位である。

### ③活動性、可動性の評価

- 拘縮や麻痺などによる身体支持の制限に関してアセスメントする。

### ④新たな褥創発生の危険性に関するアセスメント

- 「全身の栄養状態の低下」は、栄養状態の評価と栄養補給の判断樹にある、「栄養状態あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント」の項目のうち、1つでも“はい”がある場合である。
- アセスメント項目に該当しない場合は、褥創予防のための看護活動を実施する。

### ⑤皮膚の湿潤

- 尿失禁時やオムツ使用の際に、汚れてもすぐに交換できない、あるいは過度の発汗時、清潔の保持ができないなど、過度の皮膚の湿潤環境を呈す場合をさす。

### ⑦⑧体圧調整用具の必要性に関するアセスメントと実施

- 体圧調整用具とは、体圧分散用具（エアマットなど）以外の減圧、除圧用具（マットやクッションなど）をさす。

- マットや布団の適性は、療養者背景のアセスメント（年齢、体格、全身状態など）にもとづき、「適当」であるかどうかを検討する。

- 「体圧調整用具による除圧の実施」では、床上時、車椅子乗車時などそれぞれの条件において、最適な用具を選択する。

### ⑨体圧分散用具（エアマットなど）の必要性に関するアセスメントと導入

- 体圧分散用具（エアマットなど）とは、減圧用具としての上敷きマットレス（静止型／圧切替型）、交換マットレス（静止型／圧切替型）、除圧用具としての特殊ベッドなどをさす。

- 「体圧分散用具（エアマットなど）の導入」では、療養者背景のアセスメント（年齢、体格、全身状態など）にもとづき、「適当」であるかどうかを検討し、「最適」な体圧分散用具（エアマットなど）の導入が不可の場合には、効果が得られない部位について除圧および減圧を図る。

## 資料 b 榛創局所の処置と感染管理に用いられる薬剤およびドレッシング材

ステージ	薬剤とその適応		ドレッシング材とその使用方法	
	薬剤 (目的表題)	適応	ドレッシング材 <sup>1)</sup>	使用方法
I度			ポリウレタンフィルム	●摩擦やすれから発赤部位を保護するため、発赤周囲皮膚を3~4cm覆う程度の大きさで貼用する。
II度	感染抑制剤 抗炎症剤 上皮形成剤 創面保護剤 壊死組織除去剤	●創の保護および疼痛緩和のために、脂溶性基剤などの創面保護剤が効果的である。 ●炎症が強い潰瘍には感染抑制剤や抗炎症剤が、壊死組織を伴う場合は、酵素製剤が有効なこともある。	ハイドロコロイド ハイドロジェル ポリウレタンフィルム アルギネート	●水疱は、ポリウレタンフィルム材を貼用する。 ●水疱以外の創では、適切な湿潤環境保持のためにハイドロコロイド材やハイドロジェル材を、壊死組織の自己融解デブリードメント <sup>2)</sup> を目的としてハイドロコロイド材などを使用する（事前に必ず創の清浄化 <sup>3)</sup> を図ること。Ⅲ・Ⅳ度の場合も同じ。また、壊死組織が大きい場合には、機械的デブリードメント <sup>4)</sup> も検討する。 ●それなどの予防のために、必要に応じてポリウレタンフィルム材で補強するとよい。 ●頻回な交換が必要な場合、アルギネート材とポリウレタンフィルム材を併用してもよい。
炎症期・滲出期  III・IV度	壊死組織除去剤 感染抑制剤 滲出液コントロール剤	●壊死組織を除去するために、酵素製剤などを使用する。 ●黄色期の段階では、ヨードを含んだ薬剤や感染抑制効果のあるクリーム軟膏を使用し、感染管理に努めたり、水分を吸収する基剤を使用した水溶性軟膏などにより、大量の滲出液をコントロールする。（感染極期には、抗生素の投与なども医師と検討する。）	ハイドロコロイド アルギネート ポリマービーズ	●壊死組織を除去するために、自己融解型のハイドロコロイド材、アルギネート材、滲出液が多量にある場合には、多孔性粒子による物理的デブリードメントをするポリマービーズ材や吸水性の高いアルギネート材などを使用する。（保存的治療の場合） ●感染を伴う場合（発赤、腫脹、熱感、疼痛の4徴候）、感染に強いポリマービーズ材などのドレッシング材を使用するとともに、できる限り迅速に、機械的デブリードメントの必要性を医師と検討する。 ●開口部が広く、浅いポケットがある場合、赤い肉芽のみであれば、ハイドロコロイド剤でも効果がある。
	肉芽形成剤 上皮形成剤 創面保護剤(Ⅲ度)	●トレチノイントコフェリルやアルプロスタジルなどにより肉芽形成を促進する。 ●肉芽が収縮してきたらブクラデシンナトリウムやアルミニウムクロロヒドロキシアラントイネート、アズレンなどにより上皮化の促進を図る。 ●創面の保護には、油性基剤などがよい。	ハイドロコロイド アルギネート キチン その他	●滲出液がある場合、創面を十分に清浄化させたのちに吸水性の高いアルギネート剤などを用いる。ハイドロコロイド材は、吸水性素材と併用する必要がある。 ●滲出液が減少し、上皮化を促進する段階では、創面の湿潤環境を保持するためのドレッシング法（ハイドロコロイド剤が簡便である）を行うとともに、表皮剥離を予防するために、ポリウレタンフィルム材などで創面を保護する。

**資料 b の用語解説****1) ドレッシング材**

ドレッシング材を使用する目的は「皮膚の生理的な状態を維持するため」であり、選択の原則は主に以下の4つである。

- ①創底部の湿潤環境を保持する。
- ②周囲の皮膚を乾燥状態に保持する。
- ③滲出液をコントロールする。
- ④操作や方法が簡便である。

**2) 自己融解デブリードメント**

創をドレッシング材で被覆し、滲出液に通常に存在する酵素の力で壊死組織を自己消化させる方法。ただし、感染を伴う場合にはこの方法を用いることはできない。

**3) 創の清浄化**

創内の壊死組織や滲出液、代謝性老廃物などすべて除去されると、創傷の治癒は順調に進み、感染の危険も減少する。創の洗浄は、化学的および機械的損傷を最小限にとどめるために生理食塩水を使用することが望ましい。さらに感染を伴う場合には、洗浄により創内に細菌を広げてしまう恐れがあるため、細菌を除去し、感染を予防する効果が高い方法、つまり十分な洗浄ができ、かつ感染を広げない方法で施行しなければいけない。

100mlピギーの生理食塩水に18Gの注射針を刺して洗浄を行うと、比較的効果的な洗浄圧(281~1055g/cm<sup>2</sup>)が保持できる。使用する注射針は、無菌的に操作する。

**4) 機械的デブリードメント**

外科用メス、ハサミ、その他鋭利な器具を用いて壊死組織を除去する方法。最も迅速で、かつ厚く固着した痂皮や大きな創の壊死組織を除去するのに最適な方法であるが、専門の医師が施行することが望ましい。

\*薬剤名は目的表題および医薬品一般名を示す名称で、ドレッシング材は使用材料名で表記した。これらの特徴を参考とし、使用可能な商品を選択する(p.256~p.257、資料c・dを参照)。

## 資料c さまざまな薬剤の作用と特徴

目的表題	医薬品一般名	商品名	作用・特徴
感染抑制剤	スルファジアジン銀	ゲーベンクリーム	幅広い抗菌作用
	硫酸ゲンタマイシン	ゲンタシン軟膏	幅広い抗菌作用
	精製白糖・ポピヨンヨード	ソアナース軟膏 ユーパスタ軟膏	抗菌作用、多量の滲出液の吸収、浮腫軽減作用
	硫酸フラジオマイシン	ソフラチュール貼付剤	創面に固着しにくい特殊ガーゼ
抗炎症剤	バンダザック	ジルダザック軟膏	抗壊死、抗浮腫、蛋白変性阻止作用
上皮形成剤 肉芽形成剤	ブクラデシンナトリウム	アクトシン軟膏	毛細血管拡張作用、血管内皮および表皮細胞増殖作用
	アズレン	アズノール軟膏	抗炎症作用、治癒促進作用、ヒスタミン遊離、白血球遊走抑制作用
	アルミニウム クロロヒドロキシ アラントイネート	イサロパン外用散 ソフレットゲル アラントロックス アルキサ軟膏 ACA軟膏	線維芽細胞増殖、結合組織形成および血管新生促進作用、ゲルやパウダーは吸湿作用（創面乾燥化促進作用）あり（分泌物多量の褥創向き）
	幼牛血液抽出物	ソルコセリル	肉芽形成促進作用
	トレチノイントコフェリル	オルセノン軟膏	線維芽細胞増殖および遊走作用を介して肉芽形成促進作用、血管新生促進作用
	塩化リゾチーム	リフラップ軟膏 ピスタロン軟膏	線維芽細胞および結合組織形成促進作用、膿性分泌物分解作用
	アルプロスタジル	プロスタンдин注射用	局所循環の改善作用、肉芽形成、上皮形成促進作用、表皮細胞増殖促進作用
	創面保護剤	酸化亜鉛	取れん、消炎、保護、緩和な防腐作用（感染創には不向き）、滲出液の吸収および分泌物抑制による創面乾燥化促進作用
	エレース エレースC	エレース エレースC	壞死組織、滲出液、膿汁中のフィブリンや核酸を分解、創の洗浄化
	streptokinase streptodornase	バリターゼオーラル錠	壞死組織、滲出液、膿汁中のフィブリンや核酸を分解、創の洗浄化
硫酸フラジオマイシン トリプシン	硫酸フラジオマイシン トリプシン	フランセチンT	蛋白分解酵素による壞死組織の除去、抗菌作用
	プロメライン	プロメライン	蛋白分解酵素による壞死組織の除去
滲出液コントロール剤	ヨウ素	カデックス外用散 デクラート外用散	大量の滲出液の吸収、壞死組織や細菌の除去、感染のコントロール

## 資料d さまざまなドレッシング材の特徴と適応

使用材料	商品名	適応・特徴
ポリウレタンフィルム材	オプサイトウンド テガターム バイオクルーシブ パーミエイドS カテリープ	●透視性、通気性および防水性に富み、細菌の侵入も防止する。また、発赤や水泡および治癒直後の褥創の保護をする。透明なので皮膚の観察ができる。 ●滲出液の多い褥創および感染している場合には不適である。貼用前には創の清浄化を図り、十分に水分を拭いてから貼用する。
ハイドロコロイド材	デュオアクティブ アブソキュアーウンド コムフィールアルカス テガソープ ビジターム デュオアクティブ顆粒 コムフィールペースト	●疎水性ポリマーと親水性コロイド粒子による創面保護、および湿潤環境保持を目的としたドレッシング材。 ●滲出液が多量の場合、溶け出しがあるので注意する。 ●内圧の上昇に伴いポケットが拡大する危険性もあるので注意する。 ●深い褥創の場合には、顆粒やペースト状の補充材を併用する。いずれも急性炎症期には不適である。
ハイドロジェル材	クリアサイト ジェリパーム ニュージェル グラニュゲル	●湿潤環境保持と創面保護による肉芽形成と上皮化の促進作用がある。吸収部は、吸水性に富む透明なハイドロゲル状で、クッション性があり、創部の観察も可能。 ●感染創は完全に除去したのち使用のこと。
ポリウレタンフォーム材	ハイドロサイト	●湿潤環境保持と高い吸湿性があり、滲出液の多い褥創に適応。クッション性に富む。非固着性ではがしやすい。
アルギネート材	カルトスタッツ ソープサン	●滲出液を吸収、ゲル化し、湿潤環境を作り、肉芽形成を促進することから、滲出液の多い深い褥創やポケットを形成している場合に適応。止血効果がある。
ポリマービーズ材	デブリサン	●滲出液や壊死組織を吸収、排除して創を清浄化させる。ポケット状潰瘍、分泌物が非常に少なく、創面の乾燥が著しい場合には使用しない。
キチン材	ベスキチンW-A	●紅ズワイガニの甲羅から抽出したムコ多糖体の一種キチンを成分とした皮膚欠損用一時的緊急被覆材。滲出液の吸収性に優れ、創面の保護と肉芽形成を促進させる。感染症状に注意する。
滅菌凍結乾燥豚真皮材	アロアスク	●創傷面からの分泌物を適度に透過させる。皮下組織にいたらない褥創に適応。
複合材料	バイオブレン ペルナック	●滲出液の漏出防止作用、不感蒸泄のコントロール。 ●感染のない浅い褥創に適応。

## 資料e

## ブレーデンスケール

アセスメント項目	1点	2点	3点	4点	各項目の得点
知覚の認知 圧迫による不快感に対し適切に対応できる能力	全く知覚なし ●痛みに対する反応（うめく、避ける、つかむなど）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による。 ●あるいは身体のおおよそ全体にわたり痛覚の障害がある。	重度の障害あり ●痛みにのみ反応する。 ●不快感を伝えるときには、うめくことや身の置き場なく動くことしかできない。 ●あるいは知覚障害があり、身体の2分の1以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全でない。	軽度の障害あり ●呼びかけに反応する。 ●しかし、不快感や体位変換のニードを伝えることがいつでもできるとは限らない。 ●あるいはいくぶん知覚障害があり、四肢の1、2本において痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位がある。	障害なし ●呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる。	
湿潤 皮膚が湿潤にさらされる程度	常に湿っている ●皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。 ●患者を移動したり、体位変換するごとに湿気が認められる。	たいてい湿っている ●皮膚はいつもではないが、しばしば湿っている。 ●1日に3回程度は寝衣寝具を交換しなければならない。	ときどき湿っている ●皮膚はときどき湿っている。 ●定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある。	めったに湿っていない ●皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい。	
活動性 行動の範囲	臥床 ●寝たきりの状態である。	座位可能 ●ほとんど、または全く歩くことができない。 ●自力で体重を支えられなかつたり、椅子や車椅子に座るときは介助が必要であつたりする。	ときどき歩行可能 ●介助の有無にかかわらず、日中ときどき歩くが、非常に短い距離に限られる。 ●ほとんどの時間を床上で過ごす。	歩行可能 ●起きている時間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩行する。	
可動性 体位を変えたり整えたりできる能力	全く体動なし ●介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない。	非常に限られる ●ときどき体幹、または四肢を少し動かす。 ●しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はしない。	やや限られる ●少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす。	自由に体動する ●介助なしで頻回かつ適切な（体位を変えよう）体動をする。	
栄養状態 ふだんの食事摂取状況	不良 ●決して全量摂取しない。めったに出された食事の3分の1以上食べない。蛋白質、乳製品は1日2皿（カップ）以下の摂取である。 ●水分摂取が不足している。消化管栄養剤（半消化態・経腸栄養剤など）の補充はない。あるいは絶食であつたり、透明な流動食（お茶、ジュース等）なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日以上続けている。	やや不良 ●めったに全量摂取しない。ふだんは出された食事の約2分の1しか食べない。蛋白質、乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。 ●ときどき消化管栄養剤（消化管・経腸栄養剤等）を摂取することもある。あるいは流動食や経管栄養を受けているがその量は1日必要摂取量以下である。	良好 ●たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質、乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。 ●ときどき食事を拒否することもあるが、すれば通常補食をする。あるいは栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。	非常に良好 ●毎日おおよそ食べる。通常は、蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する。 ●ときどき間食（おやつ）を食べる。補食する必要はない。	
摩擦とずれ	問題あり ●移動のためには中等度から最大限の介助を要する。シーツで擦れずに身体を移動することは不可能である。しばしば床上や椅子の上ですり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。 ●痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす。	潜在的に問題あり ●弱々しく動く。また最小限の介助が必要である。移動時、皮膚はある程度シーツや椅子、抑制帯、補助具等に擦れている可能性がある。 ●たいがいの時間は、椅子や床上で比較的よい体位を保つことができる。	問題なし ●自力で椅子や床上を動き、移動中十分に身体を支える筋力を備えている。 ●いつでも椅子や床上でよい体位を保つことができる。		

\*本資料は、真田らが翻訳した Braden and Berbstrom (1988) の Braden Scale を、在宅療養者向けに一部修正を加えたものである。

総合得点 点

## 管理協定書

平成 年 月 日

### 褥創管理協定書

訪問看護ステーション甲は医師乙の包括的指示にもとづき、褥創管理看護プロトコールに従って療養者の褥創の管理を行います。

1. 療養者氏名 \_\_\_\_\_ 2. 在宅寝たきり老人（患者）処置指導管理料請求機関  
医療機関名 \_\_\_\_\_

3. 訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

4. 療養者の活動性・可動性

5. 療養者の栄養状態

6-1. 褥創の位置・ステージ 位置	ステージ
現在の使用薬剤および投与量（提供機関	）
消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関	）
使用器具・提供数（提供機関	）
褥創処置回数	
上記薬剤および材料の要継続期間（推定）	
上記使用器具の要継続期間（推定）	

6-2. 褥創の位置・ステージ 位置	ステージ
現在の使用薬剤および投与量（提供機関	）
消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関	）
使用器具・提供数（提供機関	）
褥創処置回数	
上記薬剤および材料の要継続期間（推定）	
上記使用器具の要継続期間（推定）	

#### 7. 事前協議事項

1) 褥創の状態変更時の対応方法

2) その他

8. 期限 次回変更日まで

甲 訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
乙 医師（所属および氏名） \_\_\_\_\_ 印

本協定書は、2部作成し、甲乙それぞれが1通ずつ保管する。



## 引用・参考文献

### 第1部

#### 1 施設内規準（医療処置管理看護プロトコール）の意義と目的

- 1) 竹山廣光, 高山宗之, 真辺忠夫, 他: 在宅静脈栄養における役割分担, Pharma Medica, 16(9): 53-60, 1998.
- 2) 若杉長英, 今井澄, 宇都木伸, 他: 平成元年度厚生科学研究報告書, 医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究, 1990.
- 3) 松田朗, 青柳俊, 石川誠, 他: 在宅医療の推進に関する検討会報告書, 厚生省健康政策局, 1997.
- 4) 竹中浩治, 川村佐和子: 訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究報告書, 厚生省老人保健健康増進等事業, 1998.

#### 2 医療処置管理看護プロトコールの作成方法と構成

- 1) 川村佐和子: 平成6年度厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書 老人に対する看護技術研究, 1995.
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・厚生省保険局医療課監修: 訪問看護業務の手引—老人訪問看護・訪問看護, 社会保険研究所, 1998.
- 3) 数間恵子, 川越博美, 川村佐和子, 他: 在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール作成に関する研究 (1)訪問看護ステーションにおける「重症者管理加算」に関する届出ならびに医療処置・器具のある療養者への対応の実態, 看護, 51(10): 110-116, 1999.
- 4) 川村佐和子: 平成7年度厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書 老人の在宅ケアにおける看護技術研究, p.48~57, 1996.
- 5) 厚生省保険局医療課・厚生省老人保健福祉局老人保健課監修: 医科点数表の解釈, 社会保険研究所, 1998.
- 6) Hickey, P.W., (兼松百合子, 数間恵子訳): 看護過程ハンドブック 増補版, 44-49, 医学書院, 1999.

### 第2部

#### 1 在宅自己注射（インスリン療法）

- 1) 阿部隆三監修, 野崎征支郎, 朝倉俊成編集: 患者さんとスタッフのための糖尿病薬のすべて, 医歯薬出版株式会社, 1998.
- 2) 羽倉綾子責任編集: 糖尿病ケアマニュアル, エキスピートナース MOOK24, 照林社, 1996.
- 3) 平田幸正, 繁田幸男, 松岡健平編集: 糖尿病のマネジメント チームアプローチと患者指導の実際, 第2版, 医学書院, 1994.
- 4) 厚生省健康政策局, 日本医師会監修: 医療者用在宅インスリン自己注射マニュアル, 文光堂, 1995.
- 5) 松田文子: 在宅自己注射治療の実際, Medical Practice, 13 (臨時増刊号): 121-134, 1996.
- 6) 大阪大学医学部付属病院: やさしい糖尿病の自己管理 改訂版, 医薬ジャーナル社, 1998.
- 7) Thow, J., Home, P.: Insulin Injection Technique, Depth of Injection is Important, BMJ, 301: 3-4, 1990.
- 8) 横村妙子: 在宅自己注射患者への支援の実際—インスリン, 臨床看護, 24: 167-174, 1998.

#### 2 在宅自己腹膜灌流

- 1) 阿部年子, 石崎充: 透析室ビギナーのための基本知識&用語マスター, PART5 CAPD 患者の看護と観察点, 透析ケア, 4: 466-471, 1998.
- 2) 長谷川美津子: 在宅ケアに関する研究と課題, 訪問看護特有な問題は何処にあるか—安全性

- と安楽性の視点からの研究テーマ, 看護研究, 30:9-15, 1997.
- 3) 長谷川美津子: 医師への報告(書)と指示受け, 訪問看護に必要な知識とスキル基礎編6, 訪問看護と介護, 1:420-425, 1996.
  - 4) 厚生省健康政策局, 日本医師会監修, 自宅自己腹膜灌流法マニュアル等作成委員会編集: CAPDガイドライン(医療者用), 総合健康推進財団, 1992.
  - 5) 中本雅彦, 波多野照子, 松原文子, 他: カテーテル出口部感染のケアと治療法は?, 透析ケア, 2:222-228, 1996.
  - 6) 中本雅彦: 治療法をどう選ぶ? PART 5, こういうときには CAPD から他療法に切り替えます, 透析ケア, 3:144-148, 1997.
  - 7) 中塙哲士: 出口部感染の原因菌とその対策, 臨床透析, 13:527-536, 1997.
  - 8) 大平整爾: CAPD 最前線 PART 3, カテーテル合併症, 透析ケア, 3:246-252, 1997.
  - 9) 太田和夫監修: CAPD 療法Ⅱ改訂版, 全国 CAPD 連絡協議会, 1990.
  - 10) 太田和夫, 中川成之輔, 川口良人: CAPD の臨床, 改訂第2版, 南江堂, 1994.
  - 11) 太田和夫監修, 神奈川県 CAPD 看護研究会編集: ナースのための導入マニュアル CAPD 看護の A to Z, 透析ケア増刊, メディカ出版, 1995.
  - 12) 斎藤明監修, 新生会第一病院, 社会福祉法人新生会教育訓練センター編集: CAPD ハンドブック第2版, 医学書院, 1993.
  - 13) 白井大祿監修, バクスター: CAPD 療法を始めるにあたって—患者さん用手引き, バクスター, 1991.
  - 14) 城谷典保, 水野康弘編: 在宅治療のアプローチ, 薬事時報社, 1995.
  - 15) 塚田邦夫: 創管理におけるスキンケア, 臨床透析, 13:537-548, 1997.
  - 16) 横田眞二, 熊野和雄: 腹膜炎の診断と治療, 透析ケア, 3:266-273, 1997.

### 3 在宅酸素療法

- 1) 原沢道美編: 慢性呼吸不全と在宅酸素療法, 現代医療社, 1992.
- 2) 日野原重明監修: 呼吸器疾患看護マニュアル, 学習研究社, 1987.
- 3) 日野原重明監修: 在宅酸素療法の実際, 文光堂, 1994.
- 4) 堀江孝至, 木下由美子: 在宅酸素療法ガイドブック, 医学書院, 1990.
- 5) 泉孝英: 在宅酸素療法 Q&A, 医薬ジャーナル社, 1997.
- 6) 木田厚瑞: 在宅酸素療法マニュアル, 医学書院, 1997.
- 7) 木村謙太郎, 石原享介: 在宅酸素療法, 医学書院, 1997.
- 8) 厚生省健康政策局, 日本医師会監修: 在宅酸素療法ガイドライン(医療者用), 総合健康推進財団, 1991.
- 9) 厚生省健康政策局, 日本医師会監修: 酸素と共に生きる道(在宅酸素療法患者用マニュアル), 総合健康推進財団, 1991.
- 10) 厚生省健康政策局医療技術開発室監修: 医療ガス保安管理ハンドブック(改訂版), ぎょうせい, 1993.
- 11) 丸川征四郎: 酸素療法, 中外医学社, 1991.
- 12) 毛利昌史, 町田和子: 呼吸療法マスタースクール, No.6, テクノコミュニケーションズ, 1997.
- 13) 沼田克雄監修: 入門・呼吸療法, 克誠堂出版, 1993.
- 14) 岡安大仁, 岩井郁子編: 成人看護学呼吸器系第2版, 金原出版, 1993.
- 15) 奥宮暁子: 生活調整を必要とする人の看護I, 中央法規出版, 1995.
- 16) 奥宮暁子: ナーシングレクチャー呼吸器系疾患をもつ人への看護, 中央法規出版, 1997.

#### 4 在宅中心静脈栄養法

- 1) Balinsky, W. : Home Care—Current Problems and Future Solutions, Jossey-Bass Publishers, 1994.
- 2) Crow, S. : Prevention of Intravascular Infections Ways and Means, *J. Intraven. Nurs.*, 19 : 175-181, 1996.
- 3) Davis, J.H. : Total Parenteral Nutrition (TPN) at Home, Prototype High-Tech Home Care Nursing, *Gastroenterol. Nurs.*, Nov-Dec 19 : 207-209, 1996.
- 4) Evans-Stoner, N. : Guidelines for Care of the Nursing Clinic, 32 : 769-775, 1997.
- 5) 井上義文：カテーテルと敗血症—中心静脈カテーテルの無菌的管理法, 総合医学社, 1992.
- 6) Intravenous Nurses Society : Intravenous Nursing Standard of Practice, 1998.
- 7) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations : Accreditation Standards for Home Infusion Companies, Chicago, Author : 1990.
- 8) 川村佐和子：平成9年厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書 老人の在宅ケアにおける看護技術研究, 1998.
- 9) Maki, D.G. : Improving Catheter Site Care, Royal Society of Medicine Service, 1991.
- 10) 松末智：在宅中心静脈栄養法（HPN）の管理—実施編, 訪問看護と介護, 3 : 746-750, 1998.
- 11) 松末智：在宅中心静脈栄養法（HPN）の管理—基礎編, 訪問看護と介護, 3 : 663-668, 1998.
- 12) McDermott, M.K. : Patient Education and Compliance Issues Assosiated with Access Devices, *Semin. Oncol. Nurs.*, 11 : 221-227, 1995.
- 13) 三村令児, 平尾頼子, 土屋郁子, 他：在宅中心静脈栄養法, 治療, 77 : 59-64, 1995.
- 14) 根津理一郎, 藤井眞, 山東勤弥, 他：在宅栄養療法の管理指導の実際, Medical Practice, 11 (臨時増刊号) : 361-366, 1994.
- 15) 押川真喜子：在宅における輸液と看護, 臨床看護, 22 : 741-748, 1996.
- 16) 城谷典保, 水野康弘編：在宅治療へのアプローチ—Home Infusion Therapy への取り組み, 薬業時報社, 1995.
- 17) Smith, C., Moushey, L., Ross, J., et al. : Responsibility and Reactions of Family Caregivers of TPN Dependent Patients, *PHN*, 10 : 122-128, 1993.
- 18) Smith, C. E. : Quality of Life in Long-Term Total Parenteral Nutrition Patients and Their Family Caregivers, *JPEN*, 17 : 501-506, 1993.
- 19) Steiger, E., Srp., F., Helbley, M. I., et al. : Home Parenteral Nutrition, Parenteral Nutrition, Philadelphia, WB Saunders, 654-720, 1986.
- 20) 高木洋治, 岡田正：小児在宅栄養輸液のガイドライン, 小児科, 37 : 925-931, 1996.
- 21) 高木洋治, 岡田正：在宅経静脈栄養療法とその管理, Medical Practice, 13 (臨時増刊号) : 145-154, 1996.
- 22) 高木洋治, 藤井眞, 和佐勝史, 他：在宅静脈栄養の実際, Medical Practice, 10 (臨時増刊号) : 348-355, 1993.
- 23) 白井徳子：経静脈栄養, エキスパートナース, 10(6) : 170-173, 1994.
- 24) Varella, L., Watkins, C.K. : Training Patients to Administer Total Parenteral Nutrition via Subcutaneous Infusion Ports, *J. Intraven. Nurs.*, 13 : 51-54, 1990.
- 25) Wickham, R.S. : Advances in Venous Access Devices and Nursing Management Strategies, *Nurs. Clin. N. Am.*, 25 : 345-364, 1990.
- 26) 山田雅子, 沼田美幸：在宅中心静脈栄養法（HPN）実施患者の輸液技術の習得状況とそれに関連する要因について, *JJPEN*, 19(2) : 121-126, 1997.
- 27) 山田雅子：Home Infusion Therapy (HIT) の実際(2)在宅中心静脈栄養法, 月刊ナーシング, 13(13) : 84-86, 1993.
- 28) 山田雅子：静脈留置カテーテルと看護(1)カテーテル合併症と看護, 月刊ナーシング, 13(10) :

- 108-112, 1993.
- 29) 山田雅子：在宅ケアをとりまく現状と問題点—ハイテクホームケアの立場から，保健の科学，38：520-524, 1996.
- 30) 由良二郎編：消化器外科静脈栄養マニュアル，ソフトサイエンス社，1993.
- 31) 在宅中心静脈栄養法マニュアル等作成委員会：在宅中心静脈栄養法ガイドライン（医療者用），文光堂，1996.

### 5 在宅自己導尿

- 1) 荒川創一，守殿貞夫：カテーテル留置と尿路感染症—病態とケアについて，排尿障害プラクティス，5(4)：271-278, 1997.
- 2) 福田とき子：自己導尿の指導に生かす情報の取り方，ウロナーシング，3：450-454, 1998.
- 3) 堀江厚子，浜詰幸子：在宅自己導尿患者への支援の実際，臨床看護，24：198-206, 1998.
- 4) 金谷春之：脳・脊髄疾患における排尿障害，BRAIN NURSING, 10：5-8, 1994.
- 5) Lapedes J., Diokno A.C., Silber S.J.: Clean Intermittent Self-Catheterization in the Treatment of Urinary Tract Disease, *J. Urol.*, 107 : 458-461, 1972.
- 6) スティーブン J. カバナ，(数間恵子，雄西智恵美訳)：看護モデルを使う①オレムのセルフケア・モデル，医学書院，p.2-22, 1993.
- 7) 鈴木珠水：在宅頸髄損傷者の排尿自己管理と，その変更・継続に関する研究，お茶の水医学雑誌，46(3)：125-132, 1998.
- 8) 豊元定子：頸（脊）髄損傷者の尿路感染の予防と自己管理—感染尿のチェックと対処の方法，看護技術，39：1249-1252, 1993.
- 9) 牛山武久：排尿のメカニズムと排尿障害，月刊ナーシング，16(5)：62-66, 1996.
- 10) 山田薰：外傷性脊髄損傷回復期～慢性期の泌尿器科的管理，脊椎脊髄，5(4)：247-252, 1992.

### 6. 在宅人工呼吸療法（筋萎縮性側索硬化症療養者—経気管陽圧法）

- 1) AARC Clinical Practice Guideline, Patient-Ventilator System Checks, *Resp. C.*, 37 : 882-886, 1991.
- 2) AARC Clinical Practice Guideline, Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Adults and Children with Artificial Airways, *Resp. C.*, 38 : 500-504, 1993.
- 3) AARC Clinical Practice Guideline, Ventilator Circuit Changes, *Resp. C.*, 39 : 797-802, 1994.
- 4) AARC Clinical Practice Guideline, Discharge Planning for the Respiratory Care Patient, *Resp. C.*, 40 : 1308-1312, 1995.
- 5) AARC Clinical Practice Guideline, Long-Term Invasive Mechanical Ventilation in the Home, *Resp. C.*, 40 : 1313-1320, 1995.
- 6) アメリカ ALS 協会編，(遠藤明 訳)：ALS マニュアル—ALS と共に生きる，日本メディカルセンター，東京，1997.
- 7) Barry, J.M., Nicholas, S.H., Allen, L.G., et al. : Mechanical Ventilation Beyond the Intensive Care Unit, *Chest*, 113(5) : 289-344, 1998.
- 8) Bromberg, M.B., Forshaw, D.A., Iaderosa, S., et al. : Ventilator Dependency in ALS Management Disease Progression, and Issues of Coping, *J. Neurol. Rehab.*, 10 : 195-216, 1996.
- 9) Farrell, A.M., Eve Obert-Thorn, M. : The Amyotrophic Lateral Sclerosis Client and the Issues Surrounding Mechanical Ventilation, *Holistic Nurse Pract.*, 7(3) : 1-7, 1993.
- 10) Gorski, L.A. : Mechanical Ventilation, High-Tech Home Care Manual, Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers, Inc., 1996.

- 11) 加藤修一：神経系疾患患者の呼吸循環系モニタリング，臨床リハ，3(10)，52-55，1997.
- 12) 川村佐和子編：筋・神経系難病の在宅看護—医療依存度が高い人々に対する看護，日本ブランディングセンター，千葉，1994.
- 13) 川村佐和子，牛久保美津子：訪問看護におけるプロトコール作成のための基礎的研究，看護管理，6：564-571，1996.
- 14) 川村佐和子：平成9年度厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書 老人の在宅ケアにおける看護技術研究，1998.
- 15) 川嶋乃里子：筋萎縮性側索硬化症患者の在宅人工呼吸療法，難病と在宅ケア，3(12)：19-20，1997.
- 16) Mitsumoto, H., Chad, D.A., Prioro, E.P., et al. : Amyotrophic Lateral Sclerosis, Philadelphia, F. A. Davis Co, 1998.
- 17) 長沢つるよ，長谷部綾子，岡戸有子，他：在宅人工呼吸療法(HMV)療養者の社会的入院の必要性—入退院状況の分析，都衛生局学会，NO.99：366-367，1997.
- 18) O' Donohue, Jr., W.J., Giovannoni, R.M., Keens, T.G., et al. : Long-Term Mechanical Ventilation Guidelines for Management in the Home and at Alternate Community Sites, *Chest*, 90(1) : 1-37, 1986.
- 19) 小倉朗子：在宅人工呼吸療法における人工呼吸システムのエラーに起因する療養者健康障害の発生状況に関する研究，お茶の水医学雑誌，46(1)：13-24，1998.
- 20) Shimizu, T., Hayashi, H., Kato, S., et al. : Circulatory Collapse and Sudden Death in Respirator-Dependent Amyotrophic Lateral Sclerosis, *J. Neurol. Sci.* 124 : 45-55, 1994.
- 21) 徳山祥子，川村佐和子，数間恵子，他：長期在宅経気管人工換気療法者における気道净化看護に関する検討，日本呼吸管理学会誌，7：213-218，1998.
- 22) 牛久保美津子，川村佐和子，数間恵子，他：訪問看護サービスの整備課題—訪問看護技術教育と医師との連携，看護管理，6：492-499，1996.
- 23) 輪湖史子，牛込三和子：在宅人工呼吸療法における患者・家族教育の進め方，THE LUNG PERSPECTIVES, 6(1) : 54-58, 1998.

## 7 在宅癌化学療法

- 1) American Society of Hospital Pharmacists : Safe Handling of Cytotoxic and Hazardous, American Society of Hospital Pharmacists, 1990.
- 2) 陳瑞東，荷見勝彦，増淵一正：婦人女性器悪性腫瘍患者を対象とした在宅癌化学療法の可能性について—在宅治療に適したCDDPの投与法と適応症例の選択，在宅癌治療，3：5-11，1993.
- 3) 陳瑞東，達木泰裕，平井康夫，他：CDDPの低濃度長時間投与法は臨床的有効性を高める—卵巣癌患者の在宅化学療法をめざして，癌と化学療法，20：265-270，1993.
- 4) 陳瑞東：在宅癌化学療法とその管理，Medical Practice, 13 (臨時増刊号) : 155-166, 1996.
- 5) 藤田健二，古泉秀夫，下川正見：アメリカにおける抗癌剤混注業務の実状，看護管理，2：279-286，1992.
- 6) 小林寛伊，細渕和成：医療廃棄物・誤刺による感染防止対策，廣川書店，1992.
- 7) 小坂健夫，土屋健，菅谷純一，他：胃癌腹膜播種に対する動注化学療法の検討，癌と化学療法，23：1467-1471，1996.
- 8) 小坂健夫，他：予後と在宅移行の面からみた腹膜播種性胃癌に対する集学的治療の意義に関する検討，日本消化器外科学会雑誌，30：1706-1713，1997.
- 9) 武藤淳，蘆野吉和，伊藤公志，他：5-FU, CDDPの少量連日投与による在宅癌化学療法の試み，癌と化学療法，23：245-250，1996.
- 10) 日本病院薬剤師会学術委員会：抗悪性腫瘍剤の院内取り扱い指針，1991.
- 11) Oncology Nursing Society : Safe Handling of Cytotoxic Drugs. 1989.

- 12) OSHA : Work-Practice Guidelines for Personal Dealing with Cytotoxic (Antineoplastic) Drugs, *AJHPA*, 43 : 1193-1204, 1986.
- 13) Shotkin, J.D., Pharm, F.L. : Use of Indwelling Peripheral Catheter for 3-5 Day Chemotherapy Administration in the Outpatient Setting, *J. Intraven. Nurs.*, 19 : 315-320, 1996.
- 14) 城谷典保, 水野康弘編 : 在宅治療へのアプローチ—Home Infusion Therapy への取り組み, 1995.
- 15) 高橋由美子, 他 : リザーバー療法における自己抜針指導の手順の検討, 高知県立中央病院医学雑誌, 24(2) : 47-49, 1997.
- 16) Williams, S.A. : Using Oncology Nursing Society Cancer Chemotherapy Guidelines as Abasis for Continuing Education in Rural Hospitals, *Oncology Nurs. Forum*, 22 : 689-694, 1995.
- 17) 山田雅子, 長谷川朝子, 松浦千恵子, 他 : 化学療法を受けている癌患者の QOL について—入院医療と在宅医療の比較から, 看護研究, 30 : 425-434, 1997.
- 18) 山田雅子 : 在宅治療とその実際—器具・用具と医療廃棄物対策, *Medical Practice*, 13 (臨時増刊号) : 107-112, 1996.

### 8 在宅経管栄養法

- 1) 花岡真佐子 : 経管栄養, 臨床看護, 19 : 618-621, 1993.
- 2) 原口義座 : 高カロリー輸液と経腸栄養—栄養管理とナースの役割, エキスパートナース, 9 (9) : 34-37, 1993.
- 3) 畠山勝義, 武藤輝一 : 在宅経管栄養の実際, *Medical Practice*, 10 : 356-364, 1993.
- 4) 肥後恭子 : 経管栄養, 見てわかる看護処置・第5回, 看護技術, 92(7) : 69-76, 1996.
- 5) 川島みどり, 菱沼典子 : 検証・経管栄養の技術—温度と速度について①経験的知識, ナーシングトゥディ, 10(10) : 34-37, 1995.
- 6) 川島みどり, 菱沼典子 : 検証・経管栄養の技術—温度と速度について②科学的分析, ナーシングトゥディ, 10(12) : 34-37, 1995.
- 7) 川島みどり, 菱沼典子 : 検証・経管栄養の技術—温度と速度について③科学的分析, ナーシングトゥディ, 10(13) : 34-37, 1995.
- 8) 川島みどり, 宮崎康編 : 内科系実践的看護マニュアル, 看護の科学社, 6 : 183-189, 1995.
- 9) Loan, T., Kearney, P., Magn, B., et al. : Enteral Feeding in the Home Environment, *Home Healthc. Nurse*, 15(8) : 531-538, 1997.
- 10) 桃園忍, 青柳明子 : 在宅成分栄養・経管栄養患者, エキスパートナース, 13(6) (5月臨時増刊号) : 154-160, 1997.
- 11) 酒井靖夫, 畠山勝義 : 在宅経管栄養療法とその管理, 在宅治療とその実際, *Medical Practice*, 13 (臨時増刊号) : 135-143, 1996.
- 12) 高添正和, 屋代庫人 : 経腸栄養法の実際と適応, 月刊ナーシング, 16(9) : 24-33, 1996.
- 13) 武澤信夫 : 在宅経管栄養法, 技術・内容別にみた在宅医療の実際, 治療, 77(1) : 65-72, 1995.
- 14) 津田司編 : 在宅医療 Q&A, 医療ジャーナル, 9 : 187-200, 1995.
- 15) 白井徳子 : 経管栄養, 栄養管理に必要な基本手技, エキスパートナース, 10(6) (5月臨時増刊号) : 166-169, 1994.
- 16) 山本三千代 : 経管から経口への過程で口腔ネラトン法を行う試み, エキスパートナース, 11 (2) : 46-49, 1995.

### 9 気管カニューレ管理法

- 1) 福井次矢, 前川宗隆 : 写真でみるフィジカル・アセスメント, 医学書院, 1997.

- 2) 堀江孝至, 木下由美子: 在宅酸素療法ガイドブック, 医学書院, 1995.
- 3) 川村佐和子: 筋・神経系難病の在宅看護—医療依存度が高い人々に対する看護, 日本プランニングセンター, 1994.
- 4) 川村佐和子: 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書 老人の在宅ケアにおける看護技術研究, 1998.
- 5) 川村佐和子: 平成9年度厚生省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究報告書, 全国訪問看護事業協会, 1998.
- 6) 木村謙太郎, 佐藤猛, 川村佐和子, 他: 在宅人工呼吸マニュアル, 日本在宅医療福祉協会在宅医療部会, 1995.
- 7) 厚生省老人保健福祉局老人保健課: 訪問看護研修テキスト, 日本看護協会出版会, 1995.
- 8) 中村美知子: ナースのためのフィジカル・アセスメント, 廣川書店, 1996.
- 9) 西崎統, 蝶名林直彦: ケアに生かす呼吸器検査, 治療の知識, JJNスペシャル No.46, 1995.
- 10) 岡島茂孝, 中田まゆみ: 訪問看護—患者家族の主体的セルフケアをめざして, 学習研究社, 1995.
- 11) 杉本正子, 真船拓子: 在宅看護論—実践を言葉に, 廣川書店, 1997.
- 12) 高橋章子: 最新基本手技 A to Z, 照林社, 1994.

## 10 膀胱留置カテーテル管理法

- 1) Bergener, S.: Justification of Closed Intermittent Urinary Catheter Irrigation / Instillation a Review of Current Research and Practice, *J. Adv. Nurs.*, 12: 229-234, 1987.
- 2) 福島修司: 尿閉に対する処置・治療, 臨床看護, 19: 1189-1195, 1993.
- 3) Gilbert, V., Gobbi, M.: Making Sense of Bladder Irrigation, *Nurs. Times*, 85: 40-42, 1989.
- 4) 日野原重明: 系統看護学講座—解剖生理学, 医学書院, p.419, 1998.
- 5) 松本哲朗: 尿路カテーテル感染防止, 総合臨床, 42(6), 1993.
- 6) 西村かおる: 在宅での排泄ケアの留意点, 訪問看護と介護, 3(6), 1998.
- 7) 岡裕也: 尿路カテーテル—外来管理の問題, MEDICINA, 35(7), 1998.
- 8) 高橋博美, 伊藤英恵, 加藤恵利子: 尿道カテーテル留置・抜去時の看護のポイント, 月刊ナーシング, 16(5): 74-79, 1996.
- 9) 鷹羽ひとみ: カテーテル管理, ウロナーシング, 3(1), 1998.

## 11 人工肛門・人工膀胱管理法

- 1) 青木和恵, 坂本敦子, 世良俊子: レツスタディやさしいストーマケア, 桐書房, 1996.
- 2) Hamptom, G.B., Bryant, R.A.: Ostomies and Continent Diversion, Mosby Year Book, St. Louis, 1992.
- 3) 数間恵子: 在宅療養支援における病院外来看護の役割, 臨床看護, 24: 159-166, 1998.
- 4) 小池みどり, 南由起子: 尿路ストーマ造設患者のアセスメントと看護計画, 臨床看護, 16: 1758-1762, 1990.
- 5) 松原康美, 野口佳代子: 退院指導のポイント, ストーマ患者, ナース必携患者指導マニュアル, エキスパートナース, 13: 194-201, 1997.
- 6) 南由起子, 西尾剛毅, 渡邊千登世, 他: 人工肛門造設術, 消化器外科エキスパートナーシング(櫻井健司監修), 171-190, 南江堂, 1995.
- 7) 南由起子: 非禁制ストーマ(回腸導管・尿管皮膚瘻)造設術を受ける患者ケア, ウロナーシング, 1: 25-31, 1996.
- 8) 中島日出男, 岩間毅夫, 徳永恵子, 他: 緊急ストーマ造設と術後管理, STOMA, 7: 1-3, 1995.
- 9) 大村裕子: ストーマのスキンケア, よく分かるスキンケアマニュアル, 74-79, 照林社, 1993.

- 10) 佐々木廸郎, 宇都宮利善編著: ストーマケアマニュアル—人工肛門診察と看護の手引き, 振興医学出版社, 1997.
- 11) 佐藤エキ子: 尿路ストーマ造設術を受ける患者の看護, ウロナーシング, 1: 19-24, 1996.
- 12) 澤口裕二: ストーマの管理 1—ストーマ装具による管理, 臨床外科, 49: 1399-1407, 1994.
- 13) 柴崎真澄: 尿路ストーマ造設患者の合併症予防とそのケア, ウロナーシング, 1: 38-43, 1996.
- 14) Smith, D.B., Johnson, D.E.: Ostomy Care and the Cancer Patient, Grune & Stratton, New York, 1986.
- 15) ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編: ストーマケア基礎と実際, 金原出版, 1989.
- 16) 高見沢恵美子: オストメイトの QOL を高めるための医療, STOMA WOUND & CONTINENCE, 7: 32-36, 1996.
- 17) 高屋通子, 徳永恵子: スキンケア—基本的知識から失禁・褥創・ストーマまで, 南江堂, 1998.
- 18) 田沢賢次, 藤巻雅夫: ストーマ周囲の皮膚管理における基本的概念—皮膚保護剤について, 日本ストーマ会誌, 4: 25-31, 1988.
- 19) 徳永恵子: ストーマおよびストーマ周囲の合併症, がん看護, 3: 72-76, 1998.
- 20) 徳永恵子: 最新・病棟で役立つ Q&A ストーマケアの実際, ナーシングトゥデイ, 9: 54, 1994.
- 21) 徳永恵子: コロストミーケアの実際, STOMA, 1: 25-28, 1984.
- 22) Watt, R.C.: Principles of Ostomy Care, C. V. Mosby, St. Louis, 1992.

## 12 腎瘻・尿管皮膚瘻管理法（有カテーテル尿路変更）

- 1) 安藤正夫: 泌尿器の基礎知識—尿路留置カテーテル法と看護上の留意点, 看護実践の科学, 22(2): 11-14, 1997.
- 2) 堀江厚子, 浜詰幸子: 在宅自己導尿患者への支援の実際, 臨床看護, 24: 198-206, 1998.
- 3) 井口美奈枝: カテーテル挿入患者のストーマケア, ウロナーシング, 3(2): 46-52, 1998.
- 4) 大森一恵, 水橋恵子: 退院指導のポイント—膀胱留置カテーテル患者, エキスパートナース, 13(6) (5月臨時増刊号), 1997.
- 5) 山名敏子: 管理困難を伴う尿路ストーマケア, ウロナーシング, 3(2): 12-17, 1998.

## 13 癌末期疼痛管理法

- 1) Huddlest, P., Turley, A.: Palliative Care, Melbourne City Mission, 1991.
- 2) Johanson, G.A., (吉原孝次郎訳): ターミナルケアの症状緩和マニュアル, プリメド社, 1998.
- 3) 川越厚編: 在宅ホスピスケアを始める人のために, 医学書院, 1996.
- 4) 川越博美: 在宅におけるがん看護, 臨床看護, 24: 1662-1668, 1998.
- 5) 季羽倭文子: がん看護学, 三輪書店, 1998.
- 6) 国立がんセンター中央病院薬剤部編: モルヒネによるがん疼痛緩和, ミクス, 1997.
- 7) 厚生省薬務局オピオイド研究班編: がんの痛みに対するモルヒネの有効な使い方, ミクス, 1997.
- 8) Lang, S.S., (朝永梨枝子訳): がんの痛みの治療のすべて, 保健同人社, 1996.
- 9) McCaffery, M., (季羽倭文子監訳): 痛みの看護マニュアル, メジカルフレンド社, 1995.
- 10) National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services: Education in Palliative Care Occational Paper 9, London, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service, 1996.
- 11) 下山恵美, 下山直人, 藤井りか, 他: がんの痛みの特徴とそのコントロール, 臨床看護, 24:

- 478-481, 1998.
- 12) Twycross, R.G., Lack, S.A., (武田文和訳) : 末期患者の診療マニュアル第2版, 医学書院, 1993.
- 13) 淀川キリスト教病院編 : ターミナルケアマニュアル, 1998.
- 14 褥創管理法**
- 1) Allman, R.M. : Pressure Ulcer Prevalence Incidence Risk Factor and Impact, *Clinical Geriatric Medicine*, 13 : 421-436, 1997.
  - 2) 天野志保, 川村佐和子, 数間恵子 : 褥創管理プロトコール試案の作成, 看護管理, 7 : 852-858, 1997.
  - 3) 天野志保, 川村佐和子, 数間恵子 : 訪問看護のための「褥創管理」プロトコール作成に関する研究—「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹(試案)の作成, 在宅ケア学会誌, 2(1) : 51-59, 1999.
  - 4) Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E., et al. : Pressure Ulcer Treatment. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.15. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Pub. NO.95-0653, Dec. 1994.
  - 5) Bergstrom, N., Allman, R.M., Carlson, C.E., et al. : Pressure Ulcer in Adults : Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.3. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Pub. NO.92-0050. May. 1992.
  - 6) Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E., et al. : Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.15. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Pub. NO.95-0652. Dec. 1994.
  - 7) Chery, L.K. : The Chronic Wound Management Decision Tree ; A Tool for Long-Term Care Nurses, *J. Wound Ostomy Continence Nurs.*, 23(2) : 92-99, 1996.
  - 8) Elizabeth, M., Weber, B., McDowell, J., et al. : Protocol for Indwelling Bladder Catheter Removal in the Homebound Older Adult, *Home Health Care*, 16(9) : 1998.
  - 9) Flanagan, M. : Guidelines and Protocols in Clinical Decision-Making, *J. Wound Care*, 6 : 207, 1997.
  - 10) Flanagan, M. : Who is at Risk of a Pressure Sore? A Practical Review of Risk Assessment Systems, *Prof. Nurse*, 2 : 305-308, 1995.
  - 11) Flanagan, M. : A Practical Framework for Wound Assessment 1 ; Physiology, *Br. J. Nurs.*, 2 : 1391-1397, 1996.
  - 12) Flanagan, M. : A Practical Framework for Wound Assessment 2 ; Methods, *Br. J. Nurs.*, 2 : 1391-1397, 1996.
  - 13) Flanagan, M. : A Contemporary Approach to Wound Care Education, *J. Wound Care*, 4 : 422-424, 1995.
  - 14) Flanigan, K.H. : Nutritional Aspects of Wound Healing, *Advanced in Wound Care*, 10(3) : 48-52, 1997.
  - 15) 福井基成 : 最新 褥創治療マニュアル, 照林社, 1993.
  - 16) Gary, H.B., Dan, R.B., Monir, H., et al. : Pressure Ulcers ; The Minimum Data Set and the Resident Assessment Protocol, *Advanced in Wound Care*, 8(6) : 18-25, 1995.
  - 17) Harrison, M.B., Wells, G. : Practice Guideline for the Prediction and Prevention of Pressure-ulcers ; Evaluating the Evidence, *Appl. Nurs. Res.*, 9 : 9-17, 1996.

- 18) Himes, D. : Nutritional Supplements in the Treatment of Pressure Ulcers; Practical Perspectives, *Advanced in Wound Care*, 10(1) : 30-31, 1997.
- 19) Karen, L.K. : Challenging Wounds in the Home Care Environment, *Ostomy/Wound Manage.*, 41 : 70-74, 1995.
- 20) 川村佐和子, 牛久保美津子 : 訪問看護におけるプロトコール作成のための基礎的研究, 看護管理, 6 : 564-571, 1996.
- 21) Laverty, D., Mulholland, J. : Protocols and Guidelines for Managing Wounds, *Prof. Nurse*, 13(2) : 79-81, 1997.
- 22) Margaret, B., Harrison, G.W., Andrea, F., et al. : Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers ; Evaluating the Evidence, *Appl. Nurs. Res.*, 9(1) : 9-17, 1996.
- 23) Mary, E., Wolfe, H., Cecilia, R. : Malignant Cutaneous Wounds; A Management Protocol, *Ostomy / Wound Manage.*, 43(1) : 56-66, 1997.
- 24) McCormick, P. : Under Nutrition in the Elderly Population Living at Literature, *J. Adv. Nurs.*, 26 : 856-863, 1997.
- 25) 宮地良樹 : 褥創の予防・治療指針策定のための研究報告書, 平成9年度厚生省老人保健推進など補助金(老人保健健康増進事業分)「老人保健福祉に関する調査研究など事業」による研究報告書, 1998.
- 26) Nancy, A.S., Clare, E.C. : Assessing the Patient with a Wound, *Home Health Nurse*, 17 (1) : 27-36, 1999.
- 27) Nancy, I.B. : Strategies for Preventing Pressure Ulcers, *Clinical Geriatric Medicine*, 13 : 437-452, 1997.
- 28) 認定看護師制度委員会 創傷ケア基準検討会編著 : 創傷ケア基準 NO.1『創傷ケア基準』, 認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会報告書, 1998.
- 29) 柵瀬信太郎, 塚田邦夫, 徳永恵子 : 褥創ケアの技術, 日本看護協会出版会, 1993.
- 30) 真田弘美 : 褥創の予防-圧迫へのケア方法, *STOMA*, 7(3) : 105-113, 1996.
- 31) 真田弘美, 須釜淳子, 稲垣美智子, 他 : 高齢者におけるエアマットレスの内圧と接触圧の関係, 医科器械学, 65(9) : 419-427, 1995.
- 32) 真田弘美, 美濃良夫, 大串小夜子, 他編 : 褥創局所の処置用品ガイド, エキスパートナース, 1996.
- 33) Sharon, B. : Wound Dressings ; Challenging Decisions, *Home Health Nurse*, 17(1) : 18-26, 1999.
- 34) Shinji, K., James, T.P. : Pressure Ulcers in Adults; Family Physicians' Knowledge Attitudes, Practice Preferences, and Awareness of AHCPR Guidelines, *The Journal of Family Practice*, 44 : 361-368, 1997.
- 35) 須釜淳子, 真田弘美, 稲垣美智子, 他 : 体圧分散寝具の接触圧と寝ごこち度の比較, 月刊ナーシング, 15(11) : 130-139, 1995.
- 36) Susan, K.K. : A Team Approach for Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers in Nursing Home Patients, *J. Nurs. Care Qual.*, 10(3) : 34-45, 1996.
- 37) 高屋通子, 徳永恵子 : Skin Care, 南光堂, 1998.
- 38) Tammy, K.B. : Protocols in Practice, *Nursing Care Management*, 2 : 203-218, 1997.

# 在宅療養支援のための医療処置管理 看護プロトコール作成に関する研究

## (1) 訪問看護ステーションにおける「重症者管理加算」に関する届出 ならびに医療処置・器具のある療養者への対応の実態

数間 恵子 (かずま けいこ)  
東京医科歯科大学保健衛生学科

川越 博美 (かわごえ ひろみ)  
聖路加看護大学

川村 佐和子 (かわむら さわこ)  
東京都立保健科学大学

山崎 摩耶 (やまさき まや)  
日本看護協会常任理事

近年、医療の在宅化が著しく進展しているが、それに伴い重症者の在宅療養のケースが増加している。本研究は、そのような療養者への訪問看護による支援体制整備のための課題を明らかにし、かつ在宅で訪問看護婦が医療処置を安全に実施・管理するための看護プロトコールの作成を目的とした。以下、今号と次号にわたって報告する。

### 目的

最近の在宅医療の進展は訪問看護ステーションの訪問対象者にも変化をもたらし、在宅で医療器具を使用している療養者は増加傾向にある。訪問看護はこのような療養者に対し、療養上の世話の視点から、医療処置・器具の管理を生活の中にうまく取り込んでいくように支援する必要がある。

平成10年4月より、訪問看護ステーションでは、医療器具を使用しており、特別な管理を要するものから看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制、その他計画的な管理を実施できる体制を整備すれば、都道府県に届け出て「重症者管理加算」が請求できることになった<sup>1)</sup>。

本調査は、この「重症者管理加算」の設定に関連して、訪問看護ステーションにおける「重症者管理加算」の届出ならびに医療器具使用療養者への対応の実態を調べ、訪問看護における安全な療養支援体制整備のための課題を明らかにすることを目的とした。

### 方法

#### 1. 対象ならびに標本抽出方法と、調査方法

全国訪問看護事業協会に平成10年9月現在、会員登録している1,183訪問看護ステーション(以下、ステーションと言う)を対象とした。都道府県別に3分の1の比率で計394ステーションを抽出し、重症者管理加算に関する調査意書ならびに調査票および返信用封筒を郵送し、回答を依頼した。

#### 2. 調査期間

平成10年10月5日から10月20日とした。

#### 3. 調査内容

調査内容は、1. 訪問看護ステーションの背景(設置主体、職員数、設置時期、所在地)、2. 「重症者管理加算」の届出状況、3. 「重症者管理加算」対象者に対する対応経験および準備状況、4. 「重症者管理加算」に関しての考え方・意見とし、各設問に対する回答は選択肢の択一あるいは複数選択方式、または自由記載方式のいずれかで求めた。なお、3. と4. は「重症者管理加算」届出のいかんにかかわらず尋ねた。

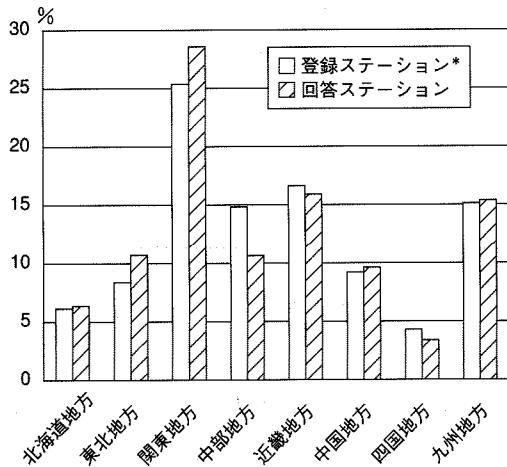
### 結果

#### 1. 回収状況と回答ステーションの背景

210施設から回答があり、うち「重症者管理加算」対象者に対する看護基準あるいは標準看護計画に関する回答のなかった2票を除く208票を有効票とした(回収率53.3%、有効票99.0%)。

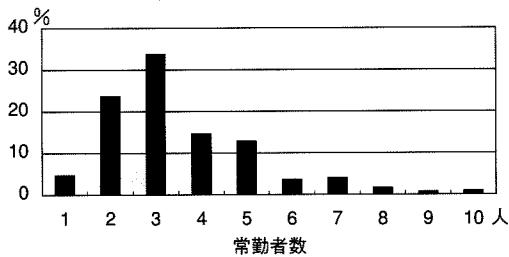
図1に、回答ステーション所在地の全国分布を、登録ステーションの分布と併せて示した。関東地方が28.4%と最も多く、次いで近畿地方15.9%、九州地方15.4%であった。この地域別比率は、全会員登録の全国傾向とはほぼ同様であった。

【図1】回答ステーションの全国分布

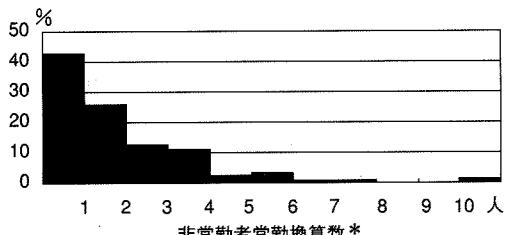


\* 全国訪問看護事業協会登録ステーション

【図2-1】常勤職員数の分布



【図2-2】非常勤職員数(常勤換算)の分布



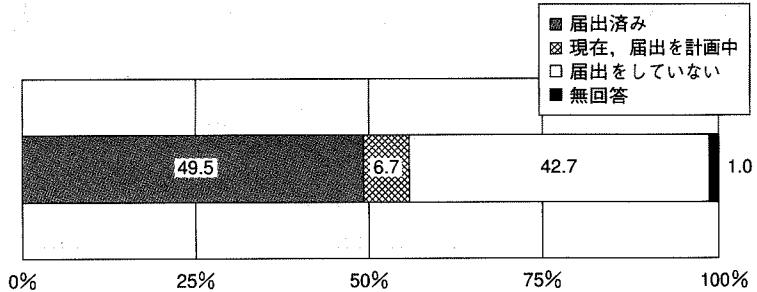
\*  $\sum_i^n$  (各非常勤者の1週間勤務時間) で算出  
40時間

n: 非常勤者人数

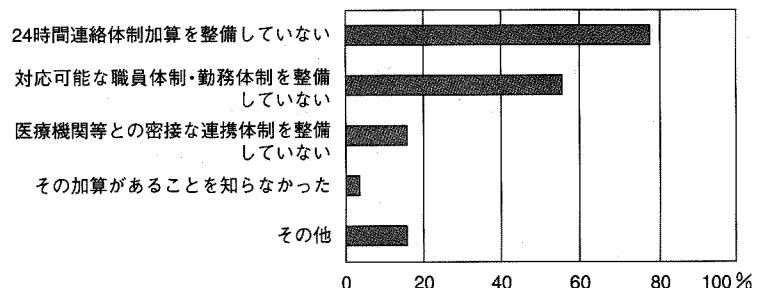
設置主体は医療法人が最も多く55.8%、次いで医師会立14.9%、大臣認定8.2%、社会福祉法人と市町村立がほぼ同率で、それぞれ6.7%と6.3%、看護協会立が3.4%、厚生連が2.4%と続いていた。

職員数は、常勤者(週40時間以上)のみの数(図2-1)では1~10人で、平均3.5人であった。パートタイムがいるのは147ステーション(70.7%)で、常勤者に換算(1週の

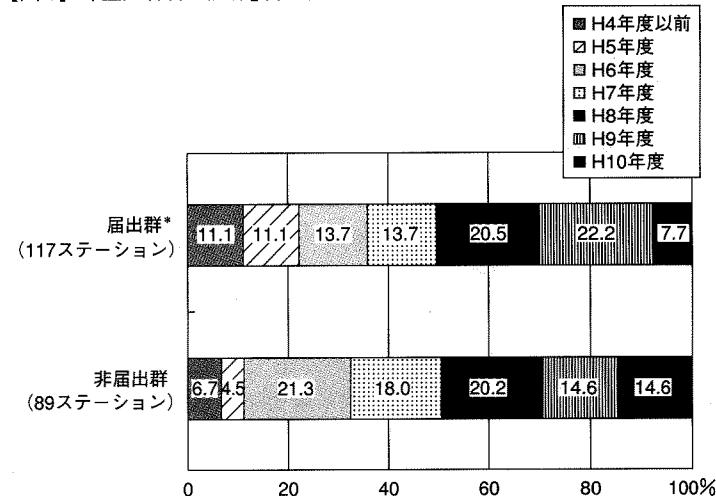
【図3】「重症者管理加算」届出状況



【図4】「重症者管理加算」届出をしていない理由(重複回答)



【図5】「重症者管理加算」届出状況別にみたステーションの設置時期



\* 届出群には「届出計画中」を含む

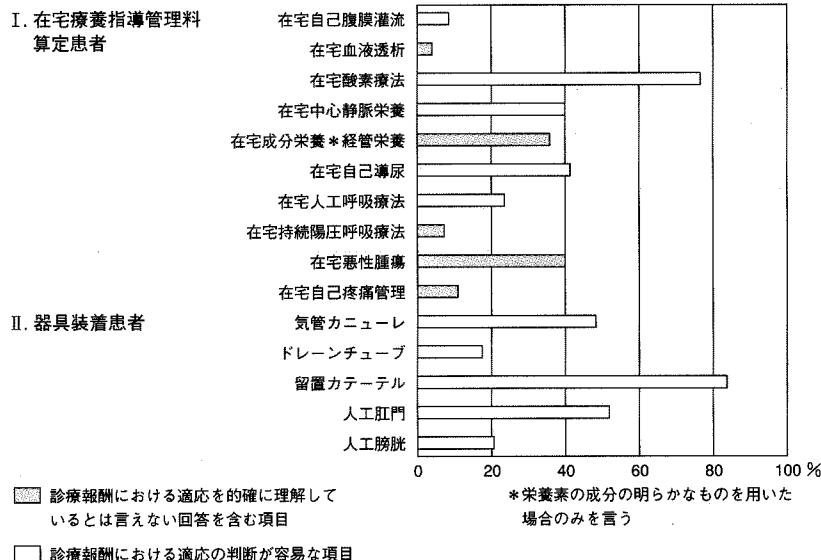
勤務時間と人数をもとに算出)したその人数は平均1.8人であった(図2-2)。

設置時期は平成8年度が最も多く(20.2%)、平成6年度から平成9年度まで全体の72.2%を占めていた。平成3年度以前という回答も2件得られた。

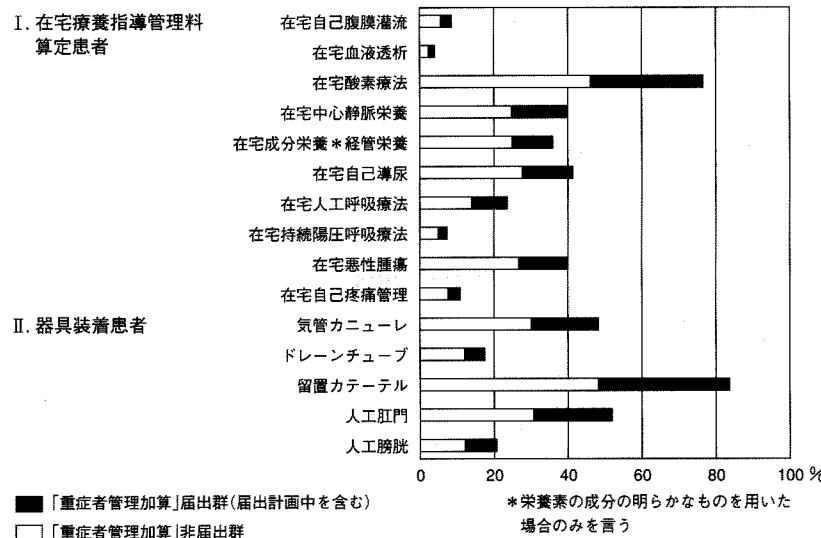
## 2. 「重症者管理加算」の届出状況

図3に「重症者管理加算」の届出状況を示した。すでに

【図6】「重症者管理加算」項目別にみた該当療養者対応経験



【図7】「重症者管理加算」項目別、届出状況別にみた該当療養者対応経験



届出をしているステーションは49.5%で、現在届出を計画しているところの6.7%を加えると、半数以上となった。届出をしていないのは42.7%(89ステーション)で、図4にその理由(重複回答)を示した。

理由として多かったものは、「24時間連絡体制加算を整備していない」が69ステーション(77.5%)、「対応可能な職員体制・勤務体制を整備していない」が50ステーション(56.1%)であった。「医療機関などとの密接な連携体制を整備していない」も13ステーション(14.6%)から挙げら

れていた。「その加算があることを知らなかった」という回答も3件見られた。

### 3. 届出に関する背景の相違

届出状況にステーションの背景が関連があるかどうかを知るために、「すでに届出を出している」および「届出を計画中」の計117ステーション(以下、届出群と言う)と、「届出をしていない」89ステーション(以下、非届出群と言う)とに分け、職員数、設置時期を調べた。

職員数は、常勤者のみでは届出群が $4.0 \pm 1.8$ 人、非届出群が $2.8 \pm 1.2$ 人、常勤者に、パート勤務者を常勤者に換算した数を加えた数でみると、届出群が $5.2 \pm 2.1$ 人、非届出群が $4.2 \pm 2.1$ 人で、いずれも届出群が多く、これらの差は有意であった( $t = 5.62$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 2.95$ ,  $p < 0.01$ )。パート勤務者を常勤換算した数のみの比較では届出群 $1.1 \pm 1.4$ 人、非届出群が $1.4 \pm 2.1$ 人で、差はなかった。図5に、届出群、非届出群別に、設置時期を示した。届出群では平成9年度、平成8年度に設置されたステーションが多く、非届出群では平成6年度、平成8年度、平成7年度と続き、届出群のほうが設置時期が遅い傾向があったが、有意な差ではなかった。

### 4. 「重症者管理加算」対象者に対する対応経験と、医師の指示

図6に、今までに「重症者管理加算」に該当する療養者に対応した経験を示した。

I. 在宅療養指導管理料算定対象患者のうちでは、対応経験が最も多かったのは「在宅酸素療法」の77.9%、次いで「在宅自己導尿」の42.3%、「在宅中心静脈栄養」の40.9%であった。「在宅人工呼吸療法」患者の対応経験も23.1%みられた。「在宅自己腹膜灌流」は8.7%のステーションが経験があると回答していた。

なお、「在宅血液透析」は平成10年4月に認可されたば

【資料 1】在宅療養指導管理料等 請求回数の推移(全年齢)

診療行為	H5.6	H6.6	H7.6	H8.6
1. 在宅自己注射指導管理料	22,618	240,620	257,889	279,046
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者	7,100	7,634	5,670	5,239
3. 在宅酸素療法指導管理料算定患者	19,900	34,631	47,969	411,165
4. 在宅中心静脈栄養指導管理料算定患者	0	366	140	724
5. 在宅成分栄養経管栄養指導管理料算定患者	525	2,664	2,996	3,068
6. 在宅自己導尿指導管理料算定患者	11,380	15,606	14,999	18,776
7. 在宅人工呼吸指導管理料算定患者	0	0	1,540	309
8. 在宅悪性腫瘍指導管理料算定患者	1,062	1,519	3,300	1,146
9. 在宅自己疼痛管理指導管理料算定患者	4	0	11	11
10. 在宅寝たきり患者処置指導管理料	750	1,630	80	77
11. 寝たきり老人処置指導管理料	6,400	7,598	9,155	15,555
在宅療養指導料 (上記指導管理料、および人工肛門・膀胱、 気管カニューレ、留置ドレーンなど)	7,314	9,644	7,193	11,866

請求件数は、厚生省大臣官房統計情報部;社会医療診療行為別調査報告書による、その月の全国推計値

かりであり、病院通院透析患者の訪問経験を回答している可能性がある。また、「在宅成分栄養経管栄養」「在宅悪性腫瘍」「在宅自己疼痛管理」「在宅持続陽圧呼吸療法」に対する回答も、資料1に示した「在宅療養指導管理料算定回数の推移」と対比させてみると、対応経験ありと回答したステーションが多く、診療報酬に示す適応の理解に基づいていない可能性がある。

II. 器具装着患者では、「留置カテーテル」はほとんどのステーションで対応経験があり、「人工肛門」「気管カニューレ」もほぼ半数が対応経験があった。

図7に、上記の処置に対する対応経験の有無が「重症者管理加算」の届出状況の相違によって異なるどうかを示した。いずれの処置についてみても、届出あるいはその計画のあるステーションのほうが、対応経験がやや多い傾向であったが、統計的には差はなかった。

「重症者管理加算」対象の医療処置・器具の管理に関して、医師の指示が「包括的指示」あるいは「具体的指示」のどちらの形式で出されているかを調べた。「包括的指示」という用語が適切に理解されていると判断された回答は、208票中、51票(24.5%)であった。また、調査期間中の「包括指示」に関する問い合わせ(電話あるいはFax)が8件あった。このことから、「包括的指示」という用語が訪問看護ステーションに十分周知されていないと考えられたため、医療処置の種類ごとに指示がどちらの形式で出され

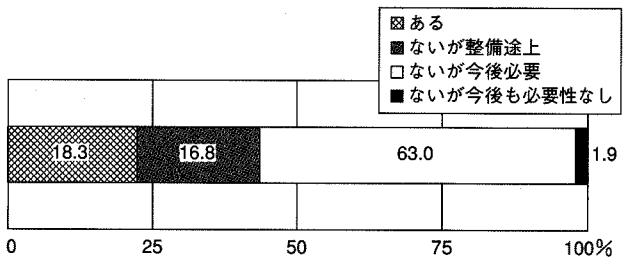
るかの分析は行わなかった。

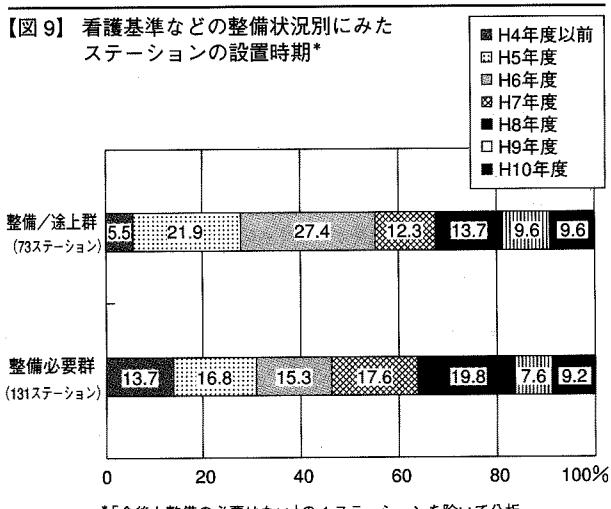
#### 5. 「重症者管理加算」対象に対する看護基準などの整備状況

図8に、「重症者管理加算」対象に関し、病状変化への対応や器具の取り扱いに関する看護基準あるいは標準看護計画などが準備されているかどうかの回答を示した。「ないが、今後整備が必要」という回答が最も多く、63.0%(131ステーション)、「ある」あるいは「整備途上」はそれぞれ、18.3%と16.8%であった。「今後も整備の必要はない」は1.9%(4ステーション)であった。

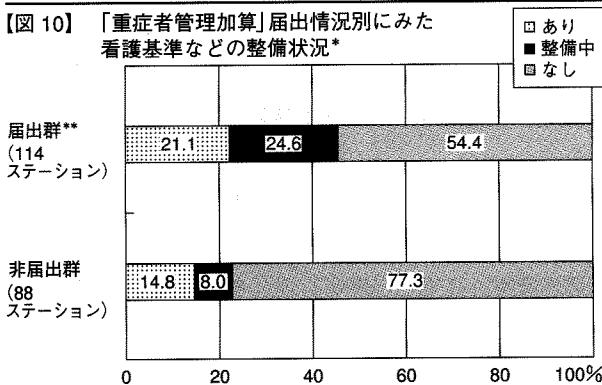
「ある」あるいは「整備途上」と回答した計73ステーションにその理由(重複回答)を尋ねた結果、際立って多かったのは「訪問看護婦によって提供する看護の質の相違をなくすため」98.6%、次いで「あって当然」が42.5%、「主治医に、訪問看護婦が行うことについての了解を得ておく

【図8】「重症者管理加算」対象に対する看護基準などの整備状況





\*「今後も整備の必要はない」の4ステーションを除いて分析



\*「重症者管理加算」届出の無回答および「今後も整備の必要はない」の計6ステーションを除いて分析

\*\*届出群には「届出計画中」を含む

ため」が39.7%、「療養者に、訪問看護婦が行うことについての了解を得ておくため」が28.8%であった。

同じく「ある」あるいは「整備途上」のステーションに、看護基準あるいは標準看護計画では対応に際して判断が困難な場合、どのようにしているか(重複回答)を尋ねた結果では、全ステーションが「主治医に報告して、新たに指示を得る」を挙げ、「文献を調べる」「経験のある訪問看護婦に相談する」も、それぞれ94.5%、80.8%と極めて高い傾向であった。

「ないが、今後整備が必要」と回答した131ステーションがどのようにして整備しようとしているかでは、「参考になるものがあれば、利用したい」が93.1%と極めて高かった。「自分達で準備したい」も29.0%にみられた。なお、本設問に対しても「ある」あるいは「整備途上」のステーションからも回答があり、27ステーションが「参考になるも

のがあれば、利用したい」と答えていた。

「今後も整備の必要はない」の理由として、「療養者の個別の看護が規制を受ける」「そういうものが必要だとは思わなかった」「その都度、主治医から詳細な指示が出る」がそれぞれ選択されていた。

#### 6. 看護基準などの準備状況に関する背景の相違

看護基準あるいは標準看護計画の整備状況にステーションの背景が関連があるかどうかを知るために、「ある」および「整備途上」の計73ステーション(以下、整備/途上群と言う)と、「ないが、今後整備が必要」と回答した131ステーション(以下、整備必要群と言う)とに分け、ステーションの職員数、設置時期および「重症者管理加算」の届出状況を調べた。

職員数は、常勤者のみでは整備/途上群が $4.1 \pm 1.7$ 人、整備必要群が $3.2 \pm 1.6$ 人、パート勤務者を常勤者に換算した数を加えた数でみると、整備/途上群が $5.5 \pm 2.5$ 人、整備必要群が $4.4 \pm 1.9$ 人で、いずれも整備/途上群のほうが多く、これらの差は有意であった( $t = 3.72, p < 0.001$ ,  $t = 3.12, p < 0.01$ )。パート勤務者を常勤換算した数のみの比較では、整備/途上群 $1.4 \pm 2.1$ 人、整備必要群が $1.2 \pm 1.5$ 人で、差はなかった。

図9に、整備/途上群、整備必要群別に、ステーションの設置時期を示した。整備/途上群は平成6年度および平成5年度に開設されたものが多く、整備必要群では平成8年度、平成7年度と続き、整備/途上群のほうが設置時期が早いものが多い傾向にあったが、有意な差ではなかった。

図10に、「重症者管理加算」の届出状況別にみた看護基準などの整備状況を示した。届出群では、整備している、あるいはその途上にあるステーションは約半数近かったが、非届出群では約5分の1で、この差は統計的に也有意であった( $\chi^2 = 13.02, p < 0.005$ )。

#### 7. 「重症者管理加算」に関しての考え方・意見

全体で77ステーションから回答が得られた。表1に、そのうちの届出群49ステーションの回答を整理分類して示した。回答は、1. 診療報酬に関するもの、2. ステーション側に関するもの、3. 他に大別された。

1. 診療報酬に関するものでは、報酬点数に関する事柄が最も多く、「訪問回数による制限がある」「点数が低すぎる」「適応枠の制限が大きすぎる」などであり、「評価さ

れて当然である」という意見もみられた。「訪問回数による制限がある」は、訪問対象者に入院やショートステイの利用がある場合、訪問回数が1月4回に満たず、請求できないというものであった。また、「同一訪問対象者に複数の処置・器具の管理がある場合」が問題として指摘された。

2. ステーション側に関するものでは、「重症者管理加算」対象者に対する理解不足を示す内容のほか、「医療処置・器具管理の勉強が必要」があった。

3. 他に、「在宅医療における医師と看護婦の役割を法的に明確にする必要性」を指摘した意見が1件みられた。

### 考察

全国訪問看護事業協会に登録している1,183ステーションの3分の1に対し、郵送法で「重症者管理加算」に関する調査を行い、約半数から回答が得られた。回答ステーションの分布は登録の全国分布状況とほぼ同様であり、本調査結果から登録会員ステーションの全体の状況が推測可能と考えられた。

#### 1. 「重症者管理加算」の届出状況と該当対象に対する対応経験について

「重症者管理加算」の届出は、計画段階を合わせると約半数のステーションが行っており、この状況は本加算の設定が平成10年4月であることを考慮すると、6カ月後での届出状況としては評価できるものと言えよう。届出をしているステーションでは、届出条件の一つである職員体制として常勤者の数が多いことが確認され、パート勤務者の数にはならないことが明らかになった。このことは、職員体制として、常勤者を多く確保する重要性を示すものと言える。

「重症者管理加算」該当対象者に対する対応経験の回答からは、以下のことが考えられた。Ⅱ. 器具装着患者（「留置カテーテル」「人工肛門」「気管カニューレ」など）については、訪問看護婦が直接管理したり、観察できたりする機会が多いため、信頼できる回答であろう。Ⅰ. 在宅療養指導管理料算定患者のうちでは、「在宅自己腹膜灌流」「在宅酸素」「在宅中心静脈栄養」「在宅自己導尿」「在宅人工呼吸療法」については、訪問時の観察あるいは処置により一見して明らかであるところから、回答は対象ステ

【表1】「重症者管理加算」に対する考え方・意見

内 容	件数
1. 診療報酬に関するもの	
・訪問回数による制限がある	8
・点数が低すぎる	8
・適応枠の制限が大きすぎる	7
・評価されて当然である	6
・同一対象者に複数の処置があっても同額であることの問題	4
・医療機関への「在宅療養指導管理料」算定確認に対する困難	3
2. ステーションの側に関するもの	
・「重症者管理加算」対象に対する理解不足を示す記述	5
・医療処置・器具管理の勉強が必要	3
・体制に伴う問題	1
3. 他	
・在宅医療における医師と看護婦の役割を法的に明確にする必要性	1
・その他	3

すでに届出しているステーションのうち、49施設の自由回答

ーションの対応経験の状況を実際に示していると考えられる。

一方、Ⅰ. 在宅療養指導管理料算定患者のうち、残る算定項目の「在宅血液透析」「在宅成分栄養経管栄養」「在宅悪性腫瘍」「在宅自己疼痛管理」「在宅持続陽圧呼吸療法」については、医療機関からの請求件数に基づく全国推計値（資料1）および診療報酬の適応に照らしてみると、回答された対応経験は妥当とは考えられない。このことは、「重症者管理加算」に関する意見・考えのうち、ステーション側の理解の不足を示す回答があつたことと併せ、「重症者管理加算」適応対象について理解を深める必要性を示しており、努力が求められる点と言えよう。

「重症者管理加算」該当対象者に対する対応経験があるステーションは、「留置カテーテル」「在宅酸素療法」では8割前後、「人工肛門」「気管カニューレ」では約半数、「在宅自己導尿」「在宅中心静脈栄養」ではほぼ4割で、他の項目も含め、それぞれ半数近くが届出をしていないステーションからの回答であった。このことは、ステーションの体制が「重症者管理加算」の届出要件に満たない場合でも、療養者にそれらの処置があれば、対応している実態を示していると考えられる。

#### 2. 「重症者管理加算」該当対象に対する看護基準などの整備状況について

「重症者管理加算」の届出をしている、していないにかかわらず、その該当対象に関する看護基準あるいは標準

看護計画の整備状況を尋ねた結果では、整備あるいはその途上にあるのは全体の35%で、残る3分の2では整備されていない現状であった。また、整備状況は、「重症者管理加算」届出群では届出計画段階のステーションを含め、半数近くであったが、非届出群では5分の1を超える程度であった。

「重症者管理加算」の届出群のほうが整備状況がよい理由としては、次のことが考えられる。職員数では、届出群のほうが常勤者の数が多かったが、このことは看護基準などの整備のための陣容が整っていることでもあると考えられるが、その他に、勤務者の数の多いことから、看護者の相違による技術格差を少なくする方策とも考えられる。整備理由としてほとんどのステーションが、「訪問看護婦によって提供する看護の質の相違をなくすため」と回答していたことは、この裏付けと考えられる。

また、看護基準などを整備していないステーションは全体の3分の2に当たり、「重症者管理加算」を届出していないところがそのうちの5分の4を占めるることは、これらのステーションでは看護基準などの整備の必要性を認めているものの、職員数も少なく、整備のための陣容からいっても、整備困難な状況にあることが推察される。整備していないほとんどのステーションで「参考となるものがあれば、利用したい」と回答していたことに注目する必要がある。

### 3. 医師の指示と指示受けに関して

医師の指示に関しては、「包括的指示」という指示形態が十分理解されていない現状が明らかになった。「包括的指示」は、「個別具体的指示」が各療養者の状態・状況に応じてどのような行為をとるかを看護婦に細かく指示するものであるのに対し、ある処置の実施・管理およびその処置によって起こる可能性のある困難な状況への対応を含めて看護婦に判断が求められ、どのような状況であれば医師に報告するかについてもその判断の中に含まれられる指示形態である。

訪問看護では、医師が往診して指示を出した時点とその後看護婦が訪問する時点との時間差が医療機関内に比して大きく、訪問の時点で療養者の状態が変化している可能性があること、また、看護婦は医師とは物理的に離れた療養者宅で対応するため、その時々の状況の逐次報告により医師から指示を得るのが困難という特徴がある<sup>2)</sup>。

これらの特徴から、訪問看護では「個別具体的指示」が実効を伴うのは困難と考えられ、「包括的指示」という指示形態が重要になってくる。

しかし、「包括的指示」では、それを受け、実行する看護婦に高い判断能力が求められるため、指示を受け、実施する看護婦によっては、提供される看護行為の質が異なる可能性がある。したがって、訪問看護ステーションが「包括的指示」を受ける場合には、そのための体制として、療養者がどのような状態であればどのような看護行為をとるか、という判断経路を示した管理基準を整備しておくことが必須と言える。

### まとめと今後の課題

全国訪問看護事業協会登録ステーション1,183のうち3分の1に「重症者管理加算」に関する郵送調査を行い、約半数から得られた回答を分析した。「重症者管理加算」の届出は、計画段階を合わせて約半数のステーションが行っていること、その届出をしているステーションでも看護基準などの整備状況は約半数であること、「重症者管理加算」該当対象者への対応は、届出をしていないステーションでも行われており、かつ、非届出のステーションでは、常勤者も少なく、看護基準などを整備する陣容自体が脆弱と考えられること、看護基準などについては、すでに整備しているステーションも含めて、「参考となるものがあれば、利用したい」という回答が大多数を占めた。

以上より、どのステーションでも活用できる、訪問看護において医療処置・器具の管理に関する提供する看護の質を保証する方策を検討する必要性が裏付けられた。そこで、その方策として、療養者の状態ならびにとるべき看護行為の判断経路を示した管理基準を、現在作成している。

また、診療報酬の適応に関するステーション側の努力を求める必要性が指摘された。

#### ●引用・参考文献

- 1) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・厚生省保険局医療課監修:訪問看護の手引き—老人訪問看護・訪問看護—、社会保険研究所、平成10年4月版.
- 2) 川村佐和子:平成6年度厚生省看護対策総合研究事業研究成果報告書  
老人に対する看護技術研究.

# 訪問看護のための「褥創管理法」プロトコールにおける「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）妥当性の評価

## I. 研究目的

在宅療養における褥創管理は、感染管理を含む褥創の治療と、褥創発生や悪化に影響を及ぼす「栄養の管理」、「組織への負荷の管理」など、さまざまな視点からのケアを継続的に要する。つまり療養者（および家族）と介護者、看護婦、医師、他の医療従事者の緊密な連携が重要となり、日常的なケアと医師の処方にもとづく医材、薬剤などによる処置を効率よく組み合わせ、できる限り迅速に治療目標を達成しなければならない。

そこで先行研究<sup>1) 2)</sup>において、褥創管理の質を高い水準で長期的に維持することができる方策として、「褥創管理法」プロトコール作成の重要性を提示した。そして「褥創管理法」プロトコールに必要な、「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）を作成<sup>3) 4)</sup>した。これら判断樹（試案）は、調査地域における実態の分析と文献検討により作成したものであるが、これにさらなる臨床判断を加え、構成要素の整合性を高めることによって、より実用的で、質の高い判断樹を作成することができると考えられる。

そこで本研究では、①訪問看護婦の褥創管理の実施状況を把握し、②先行研究により作成した「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）の妥当性を評価し、改善を要する点について明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象

全国の訪問看護ステーションから、以下の条件を満たす16施設を選び、そこに勤務する訪問看護婦計249名

（常勤および非常勤）を対象とした。

- ・重症管理加算を実施している。
- ・訪問看護ステーションに勤務する常勤の訪問看護婦が3人以上である。
- ・関連施設および医療職との連携が綿密に行われている。

### 2. 調査期間

1998年12月から1999年2月とした。

### 3. 調査方法

現在「褥創管理法」を要する療養者を担当している場合には、先行研究により作成した「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）＜資料1.2＞を試行した結果から、また、担当していない場合にはこれまでの経験にもとづいて、各判断樹の妥当性を評価するために、以下のような自記式調査票を作成し、郵送調査を行った。

#### 1) 対象者の基本的属性と褥創管理の実施状況

(1) 対象者の基本的属性（年齢、勤務形態、看護職の免許の種類、看護職としての通算就業年数、訪問看護職としての通算就業年数、訪問看護職としての看護活動内容を把握するための「在宅療養指導管理料」算定対象受け持ち経験の有無）

(2) 「褥創管理法」の実施状況（現在担当している褥創管理を要する療養者の人数、これまでに経験した褥創管理を要した療養者の人数、これまでの褥創管理において経験した褥創のステージ、褥創管理を行う際に最も困ったこと、医師の指示や処方が必要であった場合の連携方法および看護婦間で情報を共有する際に工夫していること、家族や介護者への指導内容）

#### 2) 「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹（試案）に関する評価

- (1) 以下の内容について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）アセスメント項目とその理由および改善点、判断樹（試案）に提示されている項目以外に、実践の場で有効なアセスメント項目と判断基準
- ①栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント
  - ②水分摂取量のアセスメント
  - ③咀しゃく力・嚥下力のアセスメント
- (2) 「消化管の機能のアセスメント方法」として、実践現場で具体的に行っている方法
- 3) 「組織への負荷の管理」判断樹（試案）に関して
- (1) 以下の内容について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）アセスメント項目とその理由および改善点、判断樹（試案）に提示されている項目以外に、実践の場で有効なアセスメント項目と判断基準
  - ①新たな褥創発生の危険性に関するアセスメント
  - ②体圧調整用具の必要性に関するアセスメント
  - ③エアマットの必要性に関するアセスメント
- (2) 適切な体圧調整用具の選択について、実践の場で有効なアセスメント方法

なお、「褥創管理法」の実施状況および各判断樹に関する調査票はすべて自由記載とした。また、対象者の基本的属性および褥創管理の実施状況に関する調査票はそれぞれの訪問看護婦に、「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）に関する調査票は、各訪問看護ステーションにそれぞれ1部ずつ配布し、共通して担当する療養者について検討した内容について記載してもらった。

### III. 研究結果

#### 1. 回収率と対象者の概要

対象者の基本的属性および「褥創管理法」の実施状況に関する調査票は、59票回収され（回収率23.7%）、すべて有効回答であった。対象者の基本的属性は表1に示した。

対象者の平均年齢は40.0歳、看護職の免許の種類は、保健婦4人（6.8%）、看護婦49人（83.0%）、准看護婦6

表1 対象の基本的属性

N=59

属性	人 数	(%)
<b>勤務形態</b>		
・常勤職員	41人	(69.5)
・非常勤職員	12	(20.3)
・パート	6	(10.2)
<b>看護職の資格</b>		
・保健婦	4	(6.8)
・看護婦	49	(83.0)
・准看護婦	6	(10.2)
<b>看護教育</b>		
・3年制専門学校	35	(61.4)
・2年制進学課程	16	(28.1)
・その他	6	(10.5)
・無回答	2	
<b>訪問看護職就業通算年数</b>		
・1年未満	17	(29.3)
・1年以上	41	(70.7)
・無回答	1	
<b>訪問看護職前、看護離職機関</b>		
・なし	31	(52.5)
・1年未満	5	(8.5)
・1年以上	23	(39.0)
<b>平均値 (範囲)</b>		
年齢（歳）	40.0	(26~64)
看護職就業年数（年）	14.0	(2~40)
訪問看護職就業年数（年）	4.4	(1~22)
訪問看護職前の看護離職期間（年）	6.5	(1~16)

人（10.2%）であった。看護職としての平均通算就業年数は14.0年であり、訪問看護職としての平均通算就業年数は4.4年であった。さらに、訪問看護職として従事する前に看護職から離れていた期間が「なし」と回答したものは31人（52.5%）、「1年以上」23人（39.0%）、であり、平均離職期間は6.5年であった。「在宅療養指導管理料」算定対象受け持ち経験の有無では、「在宅寝たきり患者」の受け持ちを84.7%が経験していた。

また、「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）に関する調査票は、8票回収され（回収率50.0%）、すべて有効回答であった。

#### 2. 褥創管理の実施状況

現在担当している褥創管理を要する療養者の人数、これまでに経験した褥創管理を要した療養者の延べ人数、およびこれまでに経験した褥創のステージは表2に示した。ステージI～IIIは、80%以上の訪問看護婦が経験していた。

また、褥創管理を行う際に最も困った主なことは表3

表2 「褥創管理」の実施状況

N=59

	平均値 (範囲)
1人の訪問看護婦が、現在担当している療養者の中で、「褥創管理」を要する人数 (人)	10.0 (1~40)
1人の訪問看護婦が、これまでに経験した「褥創管理」を要した療養者の延べ人数 (人)	23.2 (1~90)
「経験あり」回答者数 (%)	
これまでに経験した「褥創」のステージ	ステージI 51 (86.4) ステージII 52 (88.1) ステージIII 51 (86.4) ステージIV 41 (69.5)

表3 「褥創管理」を行う際に、最も困ったこと

(自由記載)

「褥創管理」における困難な点	件 数
介護について <延べ53件>	
・介護者、家族の負担が大きい	42
・褥創の重症化、複数箇所からの発生により、処置が複雑になる	11
薬剤・ドレッシング材などの供給について <延べ22件>	
・薬剤・材料の費用がかかる、医材の供給が円滑でない	12
・褥創の状態に応じた適切な薬剤の選択や処置法の決定がむずかしい	10
医師との連携について <延べ12件>	
・医師が、必要な時期に必要な処置を実施してくれない	12
さまざまな側面からの管理について <延べ12件>	
・日常に褥創発生、悪化の誘因が多く、さまざまなケアを要する	12

表4-1 医師との連携方法

(自由記載)

医師との連携方法	件 数
電話およびFAXによって状態報告、指示受けをする	13
主治医から直接指示をもらう	10
写真や絵によってカルテ上に情報提供し、指示を得る	7
患者宅への同行訪問	6
受診（往診）の依頼	5
・皮膚科医師往診依頼	2
・主治医から皮膚科医（泌尿器科あるいは外科）紹介	2
・外科医の往診依頼（デブリードマン必要時）	1
・1回/1週の往診依頼	1
・担当保健婦→主治医の連携	1
カルテに褥創の欄を作成し、褥創のステージ分類を記載する	3

に示した。介護者・家族の負担が大きいことなど、介護に関する内容が最も多く延べ53件、続いて薬剤・ドレッシング材などの供給に関する内容が延べ22件、医師との連携に関する内容が延べ12件であった。

医師の指示や処方が必要であった場合の連携方法および看護婦間で情報を共有する際に工夫している主なことは表4-1、4-2に示した。

いずれも、看護記録およびカルテの有効な活用方法や、綿密な情報の交換および共有方法に関する内容であり、

いかに必要な内容を正確に共有するかについての具体的な方法が多かった。

また、褥創管理に関する家族や介護者への主な指導内容は表5に示した。除圧の方法や保清の方法など「組織への負荷の管理」に関する内容が最も多く延べ105件、続いて褥創処置の方法や皮膚の観察の仕方など「褥創の処置」に関する内容が延べ39件、「栄養管理」に関する内容が延べ38件であった。

表4-2 看護婦間での情報共有方法

(自由記載)

情報の共有方法	件 数
看護の質を維持するための方法について	
・カンファレンスの実施	9
・勉強会、事例報告会の実施	2
処置の方法について	
・随時、情報収集（話しあい、看護記録物の参照）、カルテ参照	8
・連絡ノートを作成し、共有する	5
・看護婦同士で同行訪問：複数の看護婦による処置法の選択	4
・他職種と同行訪問し、正確な情報を得る	4
・電話による情報交換をする	2
・処置表を作成（統一した処置の実施、カンファレンスでの評価、検討）	2
褥創の評価について	
・写真あるいは絵によって情報提供する	6

表5 「褥創管理」に関する家族、介護者への指導内容

(自由記載)

指導内容	件 数
組織への負荷の管理 <延べ105件>	
・除圧の方法（体位変換、安楽な体位、除圧用クッションなどの工夫）	55
・局所部分浴などを含む、清潔の保持、巡回入浴の導入	37
・褥創の原因である圧迫、摩擦、ずれの予防、除去	9
・適切な湿潤環境	4
褥創の処置 <延べ39件>	
・処置方法と回数	36
・皮膚の観察と（予防的）保護の方法	3
栄養管理 <延べ38件>	
・栄養管理の方法（高蛋白食、高カロリー食について、食事摂取時の工夫など）	38
その他の介護方法 <延べ13件>	
・褥創を作らない介護方法の指導	9
・褥創発生の早期発見の方法、好発部位について説明	3
・社会資源の利用方法	1

### 3. 「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹（試案）について

#### 1) 栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメントについて

以下のアセスメント項目について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）理由、およびどのように改善したか（あるいはどのように改善すれば困難が解消されるか）に関する記載があった。

##### (1) 「体重」

判断が困難であった理由は、「寝たきりの人は体重測定が困難である」、「高齢者の体重測定は困難である」などであり、その改善策は「他のアセスメント項目を指標とする」、「体重以外に、体格などで表現する指標を加える」などであった。

##### (2) 「摂食状況」

判断が困難であった理由は、「独居老人の摂食状況

は、正確に把握することができない」、「家族が摂食状況を正確に把握していない」、「主疾患や合併症の存在から、どの程度であれば『摂食カロリーが低下していない』と判断すればいいのかわからない」などであり、その改善策は、「家族に摂食量や内容を詳細に記録してもらう」、「他のアセスメント項目を指標とする」などであった。

##### (3) 「血液・尿などの検査値」

判断が困難であった理由は、「定期的な血液検査をしていない（医師の指示がない）」、「看護婦の判断だけでは、血液検査の依頼をすることがむずかしい」などであり、その改善策は、「他のアセスメント項目を指標とする」であった。

これらのアセスメント項目以外に、実践の場で有効な項目として「口腔の状態」があり、その判断基準は「義歯が合っている」、「口腔ケアがなされている」などであつ

た。

### 2) 水分摂取量のアセスメントについて

以下のアセスメント項目について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）理由、およびどのように改善したか（あるいはどのように改善すれば困難が解消されるか）に関する記載があった。

#### (1) 「水分出納バランスが適当である」

判断が困難であった理由は、「既往歴などにより『適当か否か』を判断するのがむずかしい」であり、その改善策は、「本人（療養者）の状態に応じて、1日ではなく、1週間の水分出納バランスを目安とする」であった。

#### (2) 「尿量・排尿回数が適当である」

判断が困難であった理由は、「オムツなどを使用していると、正確な尿量がわからない」であり、その改善策は、「1回の排尿量のみ測定し、1日の尿量はそれに回数をかけあわせて推測する」であった。

#### (3) 「水分摂取に相応した発汗がある（環境との関連性を含む）」

判断が困難であった理由は、「夏場や、熱発したとき以外の発汗状態は正確に把握できない」、「家族に正確な発汗状態を把握してもらうのはむずかしい」などであり、その改善策は、「本人（療養者）や介護者が見てわかるときは参考とするが、それ以外は、他のアセスメント項目を指標とする」などであった。

#### (4) 「極度の口渴の訴えがない」

判断が困難であった理由は、「オムツ交換が頻繁になるため、介護者に対して迷惑をかけたくない」と遠慮から、本人（療養者）が我慢しており、口渴があっても訴えないことがある」であり、その改善策は、「療養者自身に水分の必要性などを説明する」、「水分摂取量を記録してもらい推測する」などであった。

これらのアセスメント項目以外に、実践の場で有効な項目として「便の硬さや排便回数が適当である」などがあった。

### 3) 消化管の機能のアセスメント方法について

消化管の機能をアセスメントするために、実践の場で注目している内容は、「食事の摂取状況」として「食欲があるか」、「摂食量が十分であるか」、「食事形態はどのようなであるか」、「排便の状況」として「排便回数、性状

はどうか」、「腹部の状態」として「腸蠕動音がしっかりと聴取できるか」、「吐気や腹痛はないか」、「腹満はないか」などであった。このほか、「唾液の分泌は十分か」、「悪性疾患による栄養分の消化吸収の状況や、糖尿病などの代謝性疾患による影響はどうか」についてアセスメントする方法があった。

### 4) 咀しゃく力・嚥下力のアセスメントについて

以下のアセスメント項目について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）理由、およびどのように改善したか（あるいはどのように改善すれば困難が解消されるか）に関する記載があった。

#### (1) 「十分な咀しゃく力がある」

判断が困難であった理由は、「(義歯の不適合などにより)歯のかみ合わせが悪いのか、咀しゃく機能の低下があるのかの判断がむずかしい」であり、その改善策は、「食事形態を変えて、摂食状況を見る」であった。

#### (2) 「嚥下障害がない」

判断が困難であった理由は、「嚥下障害がはっきりしないことがある」「痴呆や精神的問題により摂食を拒否するため、嚥下機能がわからない場合がある」などであり、その改善策は、「さまざまな場面での嚥下機能に関する情報収集を行い、アセスメントする」、「食事形態を変えて、摂食状況を見る」などであった。

また、これらのアセスメント項目以外に、実践の場で有効な項目として、「摂食に時間がかかるないか」、「むせが多くないか、口腔内に食物が多く残らないか」、「ゴックン」などの口頭指示に、応じることができるか」、「10ml程度の飲水で、食器を持とうとするか（摂食に対する意欲を査定する）」、「舌を思い切り出したときに、口唇より外へ出るか」などがあった。

### 4. 「組織への負荷の管理」判断樹（試案）について

#### 1) 新たな褥創発生の危険性に関するアセスメントについて

以下のアセスメント項目について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）理由、およびどのように改善したか（あるいはどのように改善すれば困難が解消されるか）に関する記載があった。

#### (1) 「全身の栄養状態が低下している」

判断が困難であった理由は、「どの程度を『低下し

ている」と判断するのか明確でない」であった。

#### (2) 「高齢である」

判断が困難であった理由は、「高齢とは何歳以上のことかわからない」であり、その改善策は、「高齢を65歳以上と定義する」であった。

#### (3) 「寝たきりあるいは車椅子上での生活が1日の大半を占める」

判断が困難であった理由は、「車椅子乗車時、座位バランスが悪く、常に傾いてしまったりずれたりする場合があり、一概に時間だけでは、判断しかねる」であり、その改善策は、「車椅子上での姿勢が適切であることを条件とする」であった。

また、これらのアセスメント項目以外に、実践の場で有効な項目として、「四肢の拘縮や変形がある」、「骨の突出がある」、「貧血がある」、「全身の清潔が保持できない」、「新たな疾患が発生する危険性がある」、「肺炎の合併など全身状態が悪化している」などがあった。

#### 2) 体圧調整用具の必要性に関するアセスメントについて

判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）アセスメント項目は、「マットや布団の堅さ、材質（通気性・吸湿性）、厚さ、重さが適当でない」であり、その理由は「どの程度であれば『適当』なのかがわからぬ」であった。またその改善策は、「材質や通気性などについて、具体的な基準を定める」であった。

#### 3) エアマットの必要性に関するアセスメントについて

以下のアセスメント項目について、判断が困難であった（あるいは困難であると思われる）理由、およびどのように改善したか（あるいはどのように改善すれば困難が解消されるか）に関する記載があった。

#### (1) 「自己による効果的な体動が不可能である（褥創に体圧のかからない体位がとれない）」

判断が困難であった理由は、「自己による体動困難のみならず、四肢の拘縮や変形、痛み、痴呆などにより他者による体動も困難な場合がある」であり、その改善策は、「自己による体動のみならず、他者による体動の状況も考慮する」であった。また、「自己による体動が可能であっても、不適切なエアマットの使用（静止型交換マットレス）に伴い、褥創が悪化した事例があった。現状では、適切なエアマットの導入が経

済的にも困難な療養者が多いため、ある程度の可動性、活動性があっても、エアマットでの除圧、減圧が不可能な場合がある」との記載もあった。

#### (2) 「日中の生活の大半がベッド上である」

判断が困難であった理由は、「ベッド上でも、寝かせきりの場合と端座位などをとれる場合とがある」であり、その改善策は記載されていなかった。

#### (3) 「端座位が不可能である」

判断が困難であった理由は、「端座位が不可能でも、車椅子座位はとれることがある」であり、その改善策は「判断基準を『端座位、または車椅子座位が不可能である』とする」であった。

また、これらのアセスメント項目以外に、実践の場で有効な項目として、「（エアマットを導入するだけの）金銭的な余裕があるか」、またそれに関連して、「介護者、家族の理解があるか」、「介護力はどうか」、「四肢の拘縮や変形により局所的に圧迫を受けることはないか」などがあった。

#### 4) 適切な体圧調整用具の選択について

適切な体圧調整用具の選択について、判断樹（試案）に提示されているアセスメント項目以外に、「るいそうの程度」を考慮に入れる必要があるとの記載があった。

### IV. 考 察

#### 1. 在宅における「褥創管理」

在宅において訪問看護婦が行う褥創管理は、非常に高い割合で行われており、その際に経験した褥創のステージも幅広いことが明らかとなった。しかし在宅における褥創管理は、家族・介護者の負担が大きく、医材の供給も十分ではないことに加え、他の医療従事者との連携が困難なことが少なくないことも明らかとなった。

したがって、正確かつ必要な情報を訪問看護婦、医師、家族・介護者、他の医療従事者が共有化できるよう、共通の用語や判断基準について定め普遍化すること、およびその質の向上を図ることは急務であり、具体的な看護活動の内容と、医師との連携基準が明確化された判断樹の活用は非常に有効性が高いことが示唆された。

#### 2. 「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹（試案）の改善を要する点

#### 1) 「栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必

### 要性のアセスメント」および「水分摂取量のアセスメント」

「栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント」および「水分摂取量のアセスメント」では、それぞれの判断基準を『すべて満たす』という条件であった。しかし「寝たきり療養者の体重測定が困難である」、「摂食状況を正確に把握することは困難である」、「定期的な血液検査を医師に依頼するのは、その調整過程が複雑なことから困難である」、「水分出納バランスの適切性を判断するのが困難である」、「発汗など不感蒸泄を正確にアセスメントすることがむずかしい」、「口渴があってもそれを表出しない場合がある」など、すべての条件を満たすことが困難な環境であることが指摘された。つまり在宅においては、療養者の多くが高齢であり、その家族、介護者もまた高齢である場合が少なくないこと、訪問看護婦が毎日訪問しているわけではないため、日々の介護能力によりアセスメントに大きな相違が生じる可能性があること、医師が常駐しないこと、医療に必要な器材が必ずしも供給できないことなどから、判断基準について再検討する必要性のあることが示唆された。

「栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント」では、「体重」のアセスメント方法として、「寝たきり療養者の体重測定は、介護者が療養者を抱えて体重計に乗り、介護者の体重を差し引いたものとする」などの考慮を入れる必要がある。

また、「摂食状況」では、「栄養バランスの詳細など、具体的な内容を含め毎日記録し、療養者の個人的背景（年齢、全身状態、疾病、合併症、薬剤の使用など）および社会的背景（介護力、経済力、文化的背景など）を十分に考慮したうえで、『適切性』を判断すること」を、「水分出納バランス」では、「日々の水分摂取量と排泄状況（オムツを使用している場合、総重量から排泄量を換算する）を詳細に記録し、療養者の個人的背景（年齢、全身状態、疾病、合併症、薬剤の使用など）および社会的背景（介護力、経済力、文化的背景など）を十分に考慮したうえで、『適切性』を判断すること」などの説明文を判断樹に添付するなどの工夫が必要であると考えられる。

### 2) 「消化管の機能のアセスメント」および「咀しゃく力・嚥下力のアセスメント」

「消化管の機能のアセスメント」および「咀しゃく力・嚥下力のアセスメント」は、身体的機能に関する重要なアセスメント項目であることから、具体的なアセスメントの方法を提示する必要性のあることが示唆された。「消化管の機能のアセスメント」では、「栄養状態あるいは影響因子改善の必要性および水分出納バランスのアセスメントに加え、腹部の状態（腸蠕動の有無や程度、吐気、腹痛の有無など）から、消化管の機能についてアセスメントする。なお、医学的診断および治療を要する場合には、医師に報告し、消化管の機能に対応した栄養摂取の方法を検討すること」を、「咀しゃく・嚥下機能のアセスメント」では、「少量の蒸留水を咽頭に注入し、嚥下が起こるまでの時間をアセスメントする。また、口腔内の食物残渣量から咀しゃく・嚥下機能をアセスメントする。なお、義歯の具合、口腔内の状態、意識状態などを十分に考慮し、看護活動により経口だけで、栄養所要量摂取が可能かをアセスメントすること」などの説明文を判断樹に添付するなどの工夫が必要であると考えられる。

### 3. 「組織への負荷の管理」判断樹（試案）の改善を要する点

#### 1) 「新たな褥創発生の危険性に関するアセスメント」

「全身の栄養状態が低下している」および「高齢である」について、判断基準が不明確であることから、再検討する必要性のあることが示唆された。

「全身の栄養状態」の具体的な判断基準を提示するために、「栄養状態の評価と栄養補給」の判断樹を用いることが有効であると考えられ、「栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント」の項目のうち、1つでも“はい”がある場合を「全身の栄養状態が低下している」と判断するとわかりやすい。また、「高齢である」は、一般的な高齢の概念である「65歳以上である」と変更する。しかし「療養者の個人的背景（年齢、全身状態、疾病、合併症、薬剤の使用など）および社会的背景（介護力、経済力、文化的背景など）を十分に考慮し、これよりも早期に該当する場合もある」ことを添付し、在宅の場合においては特に、アセスメントの範囲を大きくとらえる必要性のあることを加える必要があろう。

#### 2) 「体圧調整用具の必要性に関するアセスメント」

「マットや布団（寝具）の適切性」について、判断基準が不明確であり、再検討する必要性のあることが示唆された。ここでいう寝具の適切性は、褥創管理においての適切性であるが、療養目標によっては、寝心地、安楽を優先させる必要があるかもしれない。また、多種多様の寝具が市場にあり、その具体的な判断基準を定めることは困難である。「マットや布団の堅さ、材質（通気性・吸湿性）、厚さ、重さが適当でない」では、「療養者背景のアセスメント（年齢、体格、全身状態など）にもとづき、褥創管理を行うにあたって『適当か否か』を判断する必要性がある。つまり、骨突起部にかかる局所的な負荷の度合いや摩擦、ずれのかかり具合、湿潤環境の程度などが、療養者の体格や可動性、活動性、湿潤環境の状態などから『適切であるか否か』を判断すること」などの説明文を判断樹に添付するなどの工夫が必要であると考えられる。

### 3) 「エアマットの必要性に関するアセスメント」と「エアマットの導入」

エアマットとは、減圧用具としての上敷きマットレス（静止型／圧切替型）、交換マットレス（静止型／圧切替型）、除圧用具としての特殊ベットなどをさす。上敷きマットレスは、必ずしも除圧効果（毛細血管圧32mmHg以下）が得られるとは限らないため、定期的な体位変換が重要となる<sup>5)</sup>。しかし、交換マットレスや特殊ベットは、上敷きマットレスと比較して減圧効果が高い<sup>6)</sup>が、非常に高価であるものが多く、その管理も煩雑なもののが少なくない<sup>7)</sup>ことから、現状においてこれらを個人購入して使用することはむずかしい。一方、行政からの貸し出しにも限度があり、実際には、最も効果的なエアマットが導入されていない場合がほとんどである。判断樹（試案）の「エアマットの導入」では、これらの状況を加味し、エアマットの種別を細分化せずにその導入の可能性をアセスメントするものとした。しかし、「不適切なエアマットの導入に伴い、褥創が悪化した」、「本来は、治療用具としての適切なエアマットを、行政で供給してほしい」といった意見もあったことから、「エアマットの導入が可能か」では、「褥創の状態に対応したエアマットの導入が可能か」と変更し、エアマットは、治療用具としての性質が極めて高く、その有効性について十分に検討する必要性があることを加える。そして、「エアマッ

トのみでは除圧・減圧が不可能な部位（踵部、その他の骨突起部など）については、体圧調整用具を使用すること」などの説明文を判断樹に添付するなどの工夫が必要であると考えられる。このことは、在宅において「褥創管理」を行う際に最も困ったこととして記載の多かった「介護者、家族の負担が大きい」ことを減ずる効果もある。

また、褥創の状態に伴うエアマットの学術的な在宅使用基準を早急に明らかにする必要性のあることも示唆された。

## V. まとめ

「栄養状態の評価と栄養補給」および「組織への負荷の管理」判断樹（試案）は、それぞれの管理のスタンダードである。在宅環境に伴う個別性を考慮するためには、訪問看護婦の正確なアセスメントと、他の医療従事者との綿密な連携が重要となる。本調査から、現状では個別的な段階で、千差万別の判断に困難を窮めていることが明らかとなった。したがって今後は、判断樹の質を向上すること、また判断樹の使用方法に関する訪問看護婦への教育方法について検討することが課題である。

## 引用文献

- 1) 川村佐和子、牛久保美津子：訪問看護におけるプロトコール作成のための基礎的研究、看護管理、6(8)：564-571, 1996.
- 2) 天野志保、川村佐和子、数間恵子、他：褥創管理プロトコール試案の作成、看護管理、7(11)：852-858, 1997.
- 3) 川村佐和子：老人の在宅ケアにおける看護技術研究報告書、「平成10年度厚生省老人看護対策総合研究事業」による報告書、p.41-52, 1998.
- 4) 天野志保、川村佐和子、数間恵子、他：訪問看護のための「褥創管理法」プロトコール作成に関する研究—「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹（試案）の作成、在宅ケア学会誌、2(1)：51-59, 1999.
- 5) 須釜淳子、真田弘美、稻垣美智子、他：体圧分散寝具の接触圧と寝ごこち度の比較、月刊ナーシング、15(11)：130-139, 1995.
- 6) 真田弘美、美濃良夫、大串小夜子、他編：褥創局所の処置用品ガイド、エキスパートナース、1996.

- 7) 真田弘美：褥創の予防－圧迫へのケア方法, STOMA, 7(3) : 105-113, 1996.

#### 参考文献

- 1) Allman, R.M. : Pressure Ulcer Prevalence Incidence Risk Factor and Impact, *Clinical Geriatric Medicine*, 13 : 421-436, 1997.
- 2) Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E., et al. : Pressure Ulcer Treatment. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.15. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Pub, NO.95-0653, Dec, 1994.
- 3) Bergstrom, N., Allman, Rm., Carlson, C.E., et al. : Pressure Ulcer in Adults : Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.3. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Pub, NO.92-0050, May, 1992.
- 4) Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E., et al. : Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians. No.15. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Pub, NO.95-0652, Dec, 1994.
- 5) Chery, L.K. : The Chronic Wound Management Decision Tree ; A Tool for Long-Term Care Nurses, *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 23(2) : 92-99, 1996.
- 6) Flanagan, M. : Guidelines and Protocols in Clinical Decision-Making, *Journal of Wound Care*, 6 : 207, 1997.
- 7) Flanagan, M. : Who is at Risk of a Pressure Sore? A Practical Review of Risk Assessment Systems, *Professional Nurse*, 2 : 305-308, 1995.
- 8) Flanagan, M. : A Practical Framework for Wound Assessment 1 ; Physiology, *British Journal of Nursing*, 2 : 1391-1397, 1996.
- 9) Flanagan, M. : A Practical Framework for Wound Assessment 2 ; Methods, *British Journal of Nursing*, 2 : 1391-1397, 1996.
- 10) Flanigan, K.H. : Nutritional Aspects of Wound Healing, *Advanced in Wound Care*, 10(3) : 48-52, 1997.
- 11) 福井基成：最新褥創治療マニュアル, 照林社, 1993.
- 12) Gary, H.B., Dan, R.B., Monir, H., et al. : Pressure Ulcers ; The Minimum Data Set and the Resident Assessment Protocol, *Advanced in Wound Care*, 8(6) : 18-25, 1995.
- 13) Harrison, M.B., Wells, G. : Practice Guideline for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers ; Evaluating the Evidence, *Applied Nursing Research*, 9 : 9-17, 1996.
- 14) Himes, D. : Nutritional Supplements in the Treatment of Pressure Ulcers ; Practical Perspectives, *Advanced in Wound Care*, 10(1) : 30-31, 1997.
- 15) Karen, L.K. : Challenging Wounds in the Home Care Environment, *Ostomy/Wound Management*, 41 : 70-74, 1995.
- 16) Laverty, D., Mulholland, J. : Protocols and Guidelines for Managing Wounds, *Professional Nurse*, 13(2) : 79-81, 1997.
- 17) Margaret, B., Harrison, G.W., Andrea, F., et al. : Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers ; Evaluating the Evidence, *Applied Nursing Research*, 9(1) : 9-17, 1996.
- 18) McCormick, P. : Under Nutrition in the Elderly Population Living at Literature, *Journal of Advanced Nursing*, 26 : 856-863, 1997.
- 19) 宮地良樹：褥創の予防・治療指針策定のための研究報告書, 平成9年度厚生省老人保健推進など補助金（老人保健健康増進事業分）「老人保健福祉に関する調査研究など事業」による研究報告書。
- 20) Nancy, A.S., Clare, E.C. : Assessing the Patient with a Wound, *Home Health Nurse*, 17(1) : 27-36, 1999.
- 21) Nancy, I.B. : Strategies for Preventing Pressure Ulcers, *Clinical Geriatric Medicine*, 13 : 437-452, 1997.
- 22) 認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会編著：創傷ケア基準 NO.1『創傷ケア基準』, 認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会報告書, 1998.
- 23) 柚瀬信太郎, 塚田邦夫, 德永恵子：褥創ケアの技術, 日本看護協会出版会, 1993.
- 24) 真田弘美, 須釜淳子, 稲垣美智子, 他：高齢者におけるエアマットレスの内圧と接触圧の関係, 医科器械学, 65(9) : 419-427, 1995.
- 25) Sharon, B. : Wound Dressings ; Challenging Decisions, *Home Health Nurse*, 17(1) : 18-26, 1999.
- 26) Shinji, K., James, T.P. : Pressure Ulcers in Adults ; Family Physicians' Knowledge Attitudes, Practice Preferences, and Awareness of AHCPR Guidelines, *The Journal of Family Practice*, 44 : 361-368, 1997.
- 27) Susan, K.K. : A Team Approach for Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers in Nursing Home Patients, *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3) : 34-45, 1996.
- 28) Tammy, K.B. : Protocols in Practice, *Nursing Care Management*, 2 : 203-218, 1997.

## 「栄養状態の評価と栄養補給」判断樹（試案）

栄養状態改善の必要性あるいは影響因子改善の必要性のアセスメント	
1. 体重	・<標準体重×0.8>以上の体重を満たしている。
2. 皮下脂肪厚	・十分な皮下脂肪があり、骨の突出が見られない。
3. 摂食状況	・1日あたりの摂取カロリーが低下していない。
4. 皮膚の状態	・脂質・タンパク質・ビタミンなどの栄養バランスが適切である。 ・浮腫がない（沈下性浮腫および四肢末梢の浮腫を含む）。 ・皮膚の色や艶、弾性が良好である。 ・皮膚の乾燥がなく、表皮落屑がない。
5. 排泄の状況	・不消化便や下血がない。 ・常習的な宿便や便秘がない。
6. 血液・尿などの検査値	・血清総蛋白 $\geq 6.7 \sim 8.3\text{g/dl}$ 、アルブミン $\geq 2.0 \sim 3.0\text{g/dl}$ である。

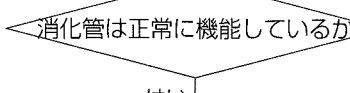
はい

## 水分摂取量のアセスメント

- 水分出納バランスが適当である。
- 尿量・排尿回数が適当である。
- 水分摂取に相応した発汗がある（環境との関連性を含む）。
- 口唇、下、口腔内の色、乾燥状態、湿润状態に異常がない。
- 極度の口渴の訴えがない。
- 皮膚乾燥の状態が適当であり、落屑がなく、極度の湿润環境も有しない。
- 皮膚の弾性が適当である。

以上の条件をすべて満たしている

いいえ



医師に報告

はい

## 咀しゃく力・嚥下力のアセスメント

- 十分な咀しゃく力がある
- 嚥下障害がない

以上の条件をすべて満たしている

いいえ

いいえ

看護活動により経口だけで栄養所用量摂取が可能か

はい

- A. 咀嚼力低下に対する看護活動の実施  
 1. 食事形態の変更（流動食、きざみ食などの導入）  
 B. 嚥下障害に対する看護活動の実施  
 1. 食事形態の変更（流動食や軟食の導入）  
 2. 食材表面潤滑剤の使用  
 3. 水分と食物の同時摂取  
 4. 増粘剤の使用  
 C. 咀しゃく力低下および嚥下力低下に対する看護活動の実施  
 1. 栄養補助剤の経口摂取による使用（濃厚流動食、半消化態栄養剤などの併用）

いいえ

自力摂取が可能か\*

はい

介護の社会資源に関する情報の提供、コーディネート

はい

食欲があるか

いいえ

食欲低下の要因アセスメント

要因に対応した看護活動

はい

痴呆などに伴う摂取障害がないか

いいえ

食事に集中できるような環境の整備

はい

食事の準備ができるか

いいえ

ヘルパーの紹介や配給の手配

はい

十分な食材が購入できるか

いいえ

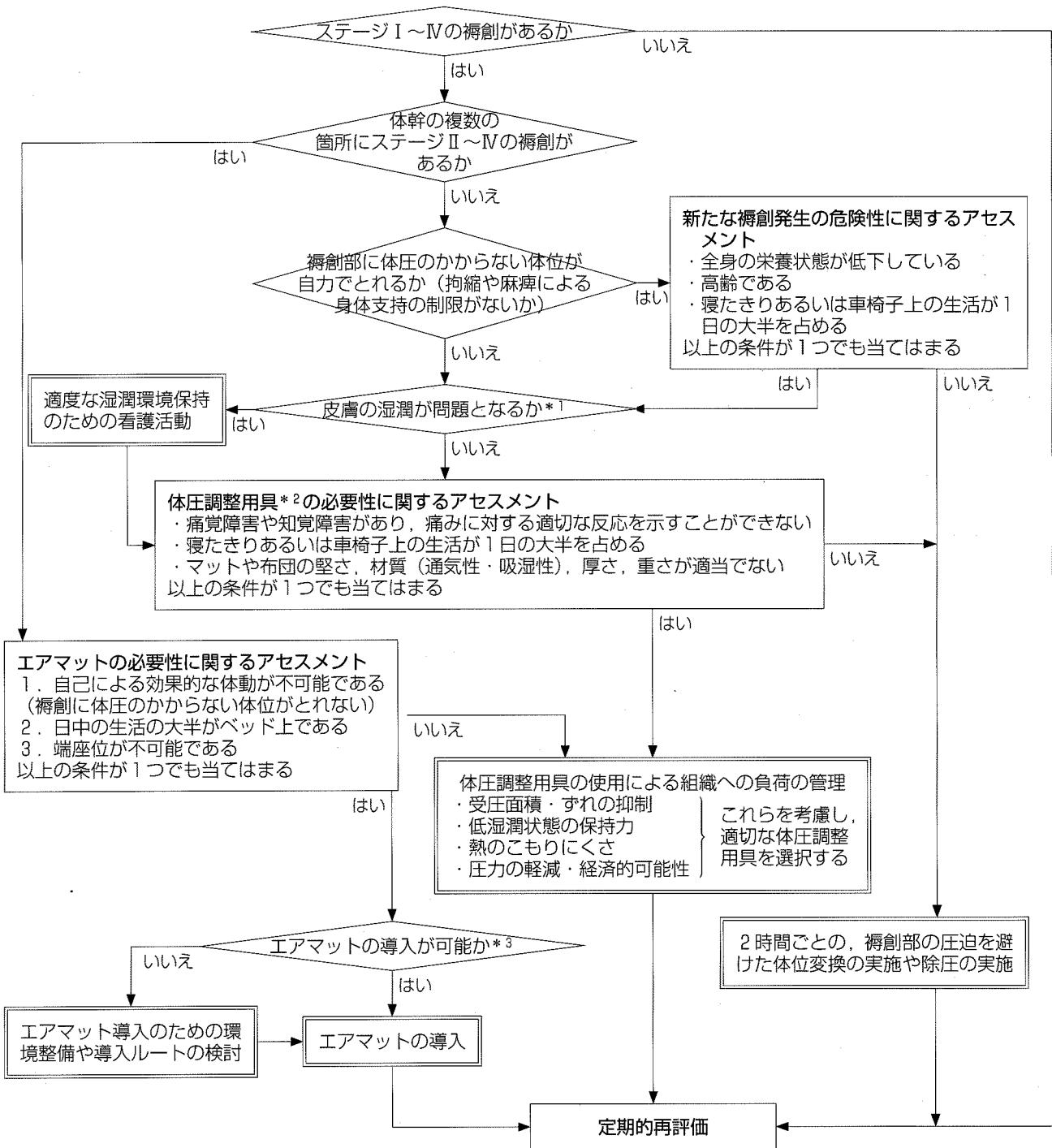
経済的側面に関する看護活動の実施

はい

栄養状態の定期的な再評価

\* : 体幹後屈および頸部屈曲位が維持でき、上肢と手指が動きやすく、口の動きとの強調が容易な摂食姿勢がとれるかどうかをさす。

## 「組織への負担の管理」判断樹（試案）



\*1 失禁時やおむつ使用の際、汚れてもすぐ交換することができない、あるいは過度の発汗時、清潔の保持ができないなど。

\*2 エアマットを除く除圧マットをさす。

\*3 エアマット導入の可能性には、行政措置の可能性や経済的可能性を含む。

平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康推進等事業)

---

在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書  
在宅療養を支援するための医療処置管理  
看護プロトコール作成に関する研究

---

平成11年3月  
発行 社団法人 全国訪問看護事業協会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8  
YKB 新宿御苑ビル1001  
TEL 03-3351-5898 (FAX兼用)

---

印刷 株式会社スキルプリネット

---









