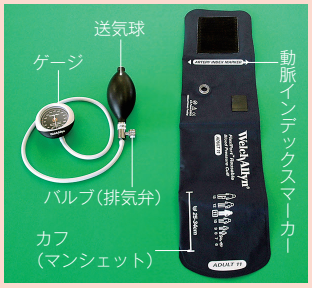
血圧測定

1 手洗いをし，必要物品を用意する



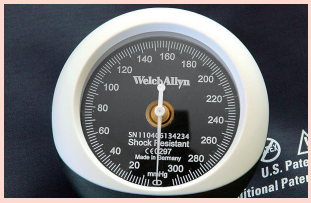
2 使用する血圧計の作動状況を確認する
- 送気球を繰り返し圧迫して送気し，ゴム嚢が膨らむかどうか
- いったん膨らんだゴム嚢から空気が漏れていないか
- カフ（マンシェット）の幅や長さが本人の体格および測定部位と合っているか

3 血圧測定の目的と方法を伝え，測定の承諾を得る

4 体位を，座位または仰臥位に整える

5 上腕を露出させ，十分に伸展させる

6 上腕の太さに対応した幅のカフを選択し，ゲージの目盛りが「0」の位置にあることを確かめる



7 上腕動脈の位置を触診で確認する

8 カフを上腕，肘関節から 2～3 cm 程度上方に巻く

※動脈インデックスマーカーのあるタイプでは，上腕動脈上に動脈インデックスマーカーが位置するようにカフを調節する

9 心臓とカフの高さが同じになるように腕の位置を調節した後に，上腕動脈が触知できる部位を確認し，聴診器をその部位に当てる

10 前回の測定時の収縮期血圧を目安の値とし，その目安よりも 20～30 mmHg 程度高い圧となるように加圧する

11 血圧測定は 2 分程度の間隔をあけ，少なくとも 2 回行う

12 終了後，後片づけをし，記録をする
- バルブを完全に緩め，カフから排気する
- 腕からカフを外す
- 衣服や寝具を整える
- 測定値と測定が終了したことを伝える
- 使用物品を片づける
- 測定値を記録する
- 手洗いをする

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

脈拍測定（橈骨動脈で実施する場合）

1 準備を整え，説明する
- 手洗いをし，必要物品を用意する
- 使用する時計（またはストップウォッチ）の作動状況を確認する
- 必要物品をベッドサイドに運ぶ
- 脈拍測定の目的と方法を伝え，その承諾を得る

▼

2 身体状況などを確認し，測定前数分間，安静にするように伝える

▼

3 体位を，座位または仰臥位に整える

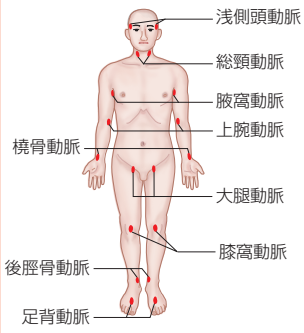
▼

4 看護師の手は事前に温めておく

5 高齢者の手関節部分を露出する

▼

6 橈骨動脈の位置を確認する
- 脈拍は，体表面を走行する動脈の拍動の触知により測定する．脈拍を触知できる部位には浅側頭動脈，総頸動脈，腋窩動脈，上腕動脈，橈骨動脈，大腿動脈，膝窩動脈，後脛骨動脈，足背動脈などがある（図）



7 看護師の示指，中指，環指を3本そろえた状態で，橈骨動脈部位に置く

▼

8 脈拍測定は通常1分間行う．脈拍の回数，リズム，硬さ（緊張度）や大きさ（触知している看護師の指がどの程度持ち上げられるか）などを確認する

▼

9 終了後，後片づけ，記録をする
- 終了したことを伝え，寝衣や寝具を整える
- 測定値や性状を記録する
- 使用した物品を片づける
- 手を洗う

≪脈拍の判定≫
- 成人の場合は60～80回/分が正常値の目安
- 脈拍測定時の観察ポイントとして，回数，リズム，大きさ（触知している看護師の指がどの程度持ち上げられるか）や緊張度（硬さ）などの項目があり，脈拍の大きさと緊張度の変調は下表の要因に起因する

観察項目	分類	触知される状況
脈拍の大きさ	大脈	1回の心臓からの送血量が大きい場合に触知される．発熱時や大動脈弁閉鎖不全症，左心室肥大の際に確認されることがある
	小脈	一般的に脈拍数が多い（頻脈）場合，触知される
脈拍の緊張度	硬脈	脈拍の緊張度が強く触知される．高血圧や動脈硬化がある場合に確認される
	軟脈	脈拍の緊張度が弱く触知される．低血圧や貧血などがある場合に確認される

※脈拍の大きさは，左心室から拍出された1回拍出量を表す．

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

心音の聴診

1 準備を整え，説明する
- 手洗いをし，必要物品を用意する
- 聴診器など，使用する物品に破損がないか確認する
- 必要物品をベッドサイドに運ぶ
- 心音聴診の目的と方法を伝え，聴診の承諾を得る
- 身体状況などを確認する
- 体位を仰臥位に整える
- スクリーンやカーテンを使用し，本人のプライバシーに配慮する
- 聴診器は事前に温めておく

▼

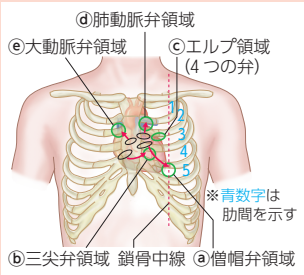
2 胸部を露出する

▼

3 体表（心基部）に聴診器の膜面を密着するように押し当て，僧帽弁，三尖弁，肺動脈弁，大動脈弁の各領域の音をそれぞれ聴診する（右上図）

- 詳細な心音の聴診部位は下記のⓐからⓔのとおり

ⓐ僧帽弁領域（左第５肋間鎖骨中線付近，心尖部）
ⓑ三尖弁領域（第４肋間胸骨左縁）
ⓒエルブ領域（第３肋間胸骨左縁）
ⓓ肺動脈弁領域（第２肋間胸骨左縁）
ⓔ大動脈弁領域（第２肋間胸骨右縁）



4 膜面での聴診が終了したら，ベル面を使用して再度心尖部の聴診を行う．この場合，ベル面部は身体の表面に軽く置く程度の力で当てる
- 音量（音の亢進または減弱の有無），音質〔音の分裂（時間的なずれの有無）〕，心雑音（音の大きさ，音の聴取できる部位と方向）について確認する．また，必要時には心拍数の測定も行い，循環器の機能状態を総合的に判断する

▼

5 終了後，後片づけ，記録をする
- 衣服や寝具を整える
- 使用した聴診器をアルコール綿で消毒する
- 聴取した心音について記録する
- 使用した物品を片づける
- 手を洗う

≪心音の判定≫
- 正常状態で聞かれるⅠ音，Ⅱ音の他，音の分裂や減弱などがあれば病的状態を推測する．また，心雑音の分類（収縮期雑音，拡張期雑音，連続性雑音など）およびその性質などを判別し，異常を推測する
- 通常，Ⅰ音は心尖部で最も強く聞こえる．Ⅰ音の亢進がある場合は僧帽弁狭窄症や三尖弁狭窄症などが，減弱が認められる場合は僧帽弁閉鎖不全症や三尖弁閉鎖不全症などが，Ⅰ音の分裂が認められる場合は完全右脚ブロックや完全左脚ブロックなどが疑われる．Ⅱ音の大動脈を起源とする音はすべての聴診領域で聞き取ることができる一方で，肺動脈弁を起源とする音は肺動脈弁領域でしか確認できない音である．そのため，肺動脈弁を起源とするⅡ音が肺動脈弁領域以外で聴診された場合には，Ⅱ音の亢進があると考えられる．Ⅱ音の亢進がみられる疾患には，高血圧症や肺高血圧症などがある．また，音の減弱が確認される場合には，大動脈弁狭窄症などの疾患の存在が疑われる
- Ⅲ音とⅣ音は，異常がある場合に聴取される心音である．Ⅲ音は拡張型心筋症やうっ血性心不全などで出現し，Ⅱ音の後，つまり拡張早期に聴取される．一方，Ⅳ音はうっ血性心不全や高血圧症などで発生し，Ⅰ音の直前，すなわち拡張晩期に聴取される

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

呼吸音の聴診と呼吸数の測定

1 準備を整え，説明する
- 手洗いをし，必要物品を用意する
- 使用する聴診器の破損の有無を確認する
- 呼吸音聴診の目的と方法を伝え，測定の承諾を得る
- 体位を，座位または仰臥位に整える
- スクリーンやカーテンを使用し，本人のプライバシーに配慮する
- 聴診器は事前に温めておく

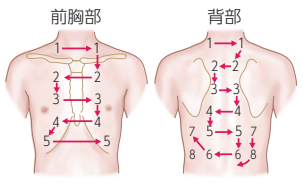
▼

2 胸部を露出する
※以下では臥位で行う場合を説明

▼

3 体表に聴診器の膜面を密着して押し当て，呼吸音を聴診する

- 下図の 1～8 の順に肺野全体の聴診を行う．その際，1 か所につき 1 呼吸（呼気と吸気）は聞き取るようにする．前胸部の聴診が終わり次第，背部の呼吸音を聴診する

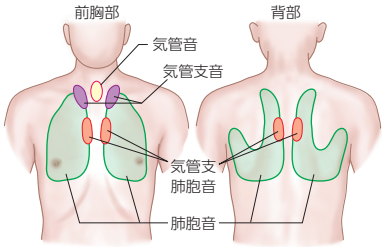


4 高齢者が呼吸数の測定を意識しないようにしながら，胸部や腹部の動きを確認し，1 分間の呼吸回数を測定する．この時，リズムや深さも併せて観察する

5 終了後，後片づけ，記録する
- 衣服や寝具を整える
- 使用した聴診器をアルコール綿で消毒する
- 聴取した呼吸音について記録する
- 使用した物品を片づける
- 手を洗う

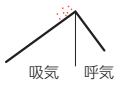
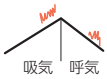
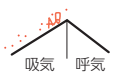
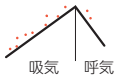
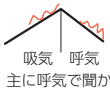
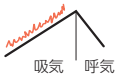
≪呼吸数の判定≫
- 成人の呼吸数の基準値は，16～20 回/分
- 頻呼吸：25 回/分以上
- 徐呼吸：12 回/分以下
- 過呼吸：呼吸数は変化なし，もしくは増加し，一回換気量が増大した呼吸
- 減呼吸：呼吸数は変化なし，もしくは減少し，一回換気量が低下した呼吸（睡眠中など）

≪呼吸音を聴取できる場所の分布≫



≪肺音の分類≫

呼吸音	正常	気管音，気管支音，肺胞音
	異常	減弱・消失，呼気延長，異なる部位での気管支音化など
副雑音	連続性副雑音	低調性連続性副雑音（いびき音，ロンカイ rhonchi）
		高調性連続性副雑音（笛音，ウィーズ wheeze）
	断続性副雑音	粗い断続性副雑音〔水泡音，コースクラックル coarse crackles（粗）〕
		細かい断続性副雑音〔捻髪音，ファインクラックル fine crackles（細）〕
その他（非肺性副雑音）		胸膜摩擦音，ハンマン徴候など

断続性ラ音	連続性ラ音	その他
捻髪音（ファインクラックル）	笛音（ウィーズ）	スクウォーク
バリバリ チリチリ  吸気の終末に弱く聞こえる	ヒューヒュー ピーピー  主に呼気で聞こえる	キュー クゥー  吸気終末期に聞こえる（一瞬の短い音）
水泡音（コースクラックル）	いびき音（ロンカイ）	ストライダー
ブクブク プップッ  吸気の早くから聞こえる	グーグー  主に呼気で聞かれるが，吸気でも聞かれる	ゼーゼー  吸気で聞かれる

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

経皮的動脈血酸素飽和度（SpO_2）の測定

1. 手洗いをし，必要物品を用意する

2. パルスオキシメーターの作動状況を確認する

フィンガーホルダーを開いて電源が入るか確認する

3. 必要物品をベッドサイドに運ぶ

4. 目的と方法を伝え，測定の承諾を得る

5. 体位を，座位または仰臥位に整える

6. 血圧やパルスオキシメーターを装着する手指の血液循環，マニキュアの有無，爪や皮膚の色素沈着の状況などについて確認する

7. パルスオキシメーターのフィンガーホルダーに示指を挿入する

8. 示指を挿入するとパルスオキシメーターが自動的に作動し，酸素飽和度を測定する

9. 終了後，後片づけ，記録をする
   - 衣服や寝具を整える
   - 使用した聴診器をアルコール綿で消毒する
   - 酸素飽和度の値を記録する
   - 使用した物品を片づけ，手を洗う

≪ SpO_2 の判定≫
動脈血酸素飽和度は一般的に96～99％が標準値とされている．また，呼吸不全の目安の値は，90％以下とされている

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

褥瘡予防のケア

1 リスクアセスメントを行い，褥瘡予防の必要性を説明する
- ブレーデンスケールなどを用いて，褥瘡発生のリスクアセスメントを行う
- 本人にリスクアセスメントの結果を伝える
- 本人からの質問に対しては丁寧に回答する．また，家族にも必ず説明し，協力を得る
- 褥瘡を予防する方法を具体的に説明し，理解を得る

▼

2 本人の状態に応じて，適切な体圧分散マットレスを選択する

3 体位の工夫，体位変換を行う
- 仰臥位から側臥位にし，背部，下腿部に体位変換用枕を入れるなどする

- 30 度側臥位にする
- 体位変換は 2 時間ごとを目安に実施する

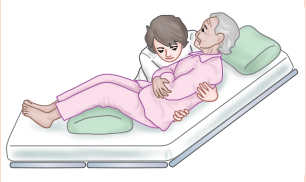
▼

4 ギャッチアップを図る

- 股関節をベッドの可動基点に合わせた上で，下肢を挙上してから，上体を挙上する
- ギャッチアップは 30 度以下にする

▼

5 ギャッチアップした後，抱き起こして，背抜きを行う



▼

6 栄養状態を把握し，改善する

≪体圧分散マットレスの分類と特徴≫

タイプ	マットレスの分類	特徴	対象
高機能タイプ ・圧切り替え型 ・体位自動変換型	エアマットレス	・高齢者の個別のリスク(骨突出，関節拘縮など)に応じて体圧管理ができる ・圧切り替えのため動力を必要とする ・自力で体位変換する場合，安定感が少ない	・身体機能が低下し，自力で体位変換が困難な人 ・終末期ケア，疾患により体位の制限がある人 ・すでに褥瘡がみられる人．個別のリスクとして骨突出，拘縮，浮腫などがある人
汎用タイプ ・静止型	ウレタンフォームマットレス	・発泡素材により，体表面に沿って広い面で身体を支持し，体圧を分散する ・全体が同じ柔らかさのため，個別のリスク(骨突出，関節拘縮など)に応じた体圧管理はできない ・身体との密着面が広く，皮膚が湿潤し，熱がこもりやすい ・清潔を保ちにくい．水に弱く，表面に汚れが付着しても洗濯できない ・長時間の使用で劣化すると，元の厚みがなくなり，圧分散が低下する．ベッドに底づきしていないかチェックを行う	・褥瘡予防，自立支援を目的とした使用 ・自力で体位変換できる人
	天然ゴム系，ゲル素材	・清潔を保ちやすい．マットレス表面に付いた汚れを拭き取ることができる ・マットレスの表面温度が低い．冷たく感じる場合がある	・褥瘡予防，自立支援を目的とした使用 ・自力で体位変換できる人

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

疼痛緩和のための安楽な体位のとり方（仰臥位，半座位）

1 手順，目的，所要時間を伝え，同意を得る

▼

2 仰臥位

使用している掛け物を外す

▼

側臥位にし，背面の体圧がかかる部位の観察を行う

▼

身体の位置が下方にずれている場合は，身体を頭側に持ち上げ，頭部，脊柱，骨盤が一直線上になるよう調整する

▼

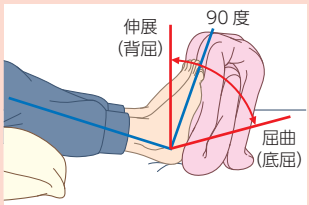
枕が肩，頸部，頭部にかけて当たるように位置を調整する

▼

殿部とベッドの間にクッションを挿入し，仙骨部の体圧分散を行う

▼

足関節を 90 度に保つよう足底部にクッションなどを当てる



股間を適度に開き，膝を軽く屈曲させる

・股関節は 15 度外転させ，10～30 度屈曲し，内旋・外旋中間位とする

▼

前腕の下にクッションを置く

・肩関節は 10～30 度外転させ，肘関節は 90 度程度の屈曲を保ち，回内・回外中間位を保持する

▼

マットレスと腰部・殿部・肩部の接触面に手を入れて圧抜きを行う

2 半座位（ファウラー位，セミファーラー位）

使用している掛け物を外す

▼

枕の位置をベッド上方にとり，身体を水平移動する

徐々にギャッチアップしていく

・足側→頭側の順で挙上する

↓

▼

背部から腰部・殿部の圧抜きをし，体圧分散を適切に行う

▼

身体がずり落ちていないかを定期的に確認する

・自分で体位を変えることができない高齢者では，体圧分散マットレスを使用し，状態や疲労度をみながら調整する

▼

3 後片づけをする

・使用した物品を施設の規定に沿って洗浄・消毒する，または所定の場所に片づける

・高齢者のそばを離れる際は，ナースコールを手の届くところに置く

・時間を決めて定期的に訪室し，状態を確認する

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

疼痛緩和のための安楽な体位のとり方（側臥位）

1 手順，目的，所要時間を伝え，同意を得る

2 使用している掛け物を外す

3 左右どちらかで側臥位，半背臥位，半腹臥位のいずれかをとる．どの体位をとるかをあらかじめ決めておく

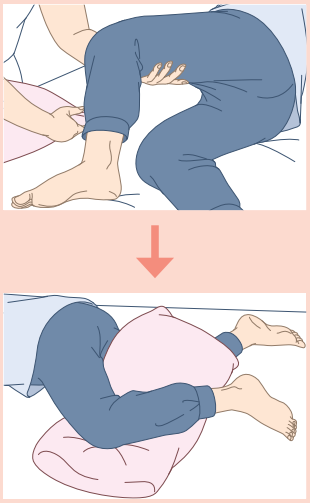
・側臥位

・半背臥位

・半腹臥位

4 股・膝関節を適度に屈曲し，安定させる

5 上側の下肢を前方にずらして股関節を 90 度ほど屈曲させ，枕やクッションに乗せる



6 肩関節を軽く屈曲させ，胸腹部全面に枕を入れ，上側の上肢で抱えるようにする．この時，肘関節も屈曲させる

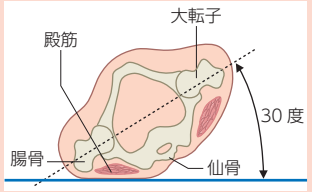
7 肩部，大転子部などに手を入れてマットレス面との接触を解除し，圧抜きを行う

8 下肢の位置を調整する

9 頭部から頸部をしっかり支えられるよう，枕の位置を調整する

10 背部にも安楽枕を当てる

・90 度側臥位では肩峰部や大転子部に圧が集中するため，殿部（殿筋）で荷重を受けるように 30 度側臥位をとるとよい（図）



11 後片づけをする

・使用した物品を施設の規定に沿って洗浄・消毒する，または所定の場所に片づける

・高齢者のそばを離れる際は，ナースコールを手の届くところに置く

・時間を決めて定期的に訪室し，状態を確認する

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

温罨法

1 事前に排尿を済ませてもらう

2 目的や手順，所要時間を伝え，同意を得る

3 必要物品を用意する

4 **冷感に対して湯たんぽを用いる場合**

60～70℃に調整しておいたピッチャーの湯を湯たんぽの1/2～2/3まで入れ，空気を抜いて栓を締める
・漏れがないことを確認する

湯たんぽの周囲の水分をタオルで拭き，カバーに入れる

足元から10 cmほど離して置き，その後は頻回に訪室し，状態を確認する

4 **ホットパックを部分的に使用する場合**

ホットパックを電子レンジ，保温庫で温める

ホットパックを疼痛のある部位(肩，腰など)にカバーやタオルに包んで当てる
・貼付する場合，時間は10～15分程度とする

4 **腹部膨満に対してメンタ湿布を用いる場合**

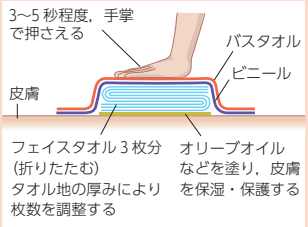
洗面器に湯を入れ，ハッカ油を1滴たらす

フェイスタオルを洗面器に入れ，湯に浸す

洗面器からフェイスタオルを取り出す

フェイスタオルの熱さを確認し，高齢者の腹部に当てる

湿布(フェイスタオル)をビニール，バスタオルで覆ったうえで，腹帯などで固定し，寝衣を整える
・腹部では臍部を中心に，腰背部では第5～6腰椎を中心に貼用する
・貼用時間は10分程度を目安とし，冷めないうちに適宜フェイスタオルを交換する



5 後片づけをする
・物品は規定に沿って廃棄・消毒・収納する
・本人の状態，訴えに注意し，経時的にバイタルサインや皮膚の変化の有無を確認する
・高齢者のそばを離れる際は，ナースコールを手の届くところに置く

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認

冷罨法

1 事前に排尿を済ませてもらう

2 目的や手順，所要時間を伝え，同意を得る

3 必要物品を用意する

4 冷感を得るなど安楽を目的として氷枕を用いる場合

バイタルサインを測定し，悪寒などの訴えや末梢皮膚温などを確認する

氷枕を作る．氷枕に氷を 2/3 入れ，約 200 mL の水を加える

氷枕の空気を抜く

留め金具を上部にしっかりかける

漏れがないことを確認し，カバーをかける

枕を外し，氷枕を本人の頭が中央にくるように置く

冷たさ，安定性などを本人に確認し，タオルを適宜使用する

4 急速な解熱を目的として氷嚢や氷頸を用いる場合

氷嚢や氷頸を用いて表在性の太い血管（頸動脈，腋窩動脈，大腿動脈など）を直接冷却する

5 後片づけをする

- 物品は規定に沿って廃棄・消毒・収納する
- 本人の状態，訴えに注意し，経時的にバイタルサインや皮膚の変化の有無を確認する
- 高齢者のそばを離れる際は，ナースコールを手の届くところに置く

※上記は書籍の内容を簡略化してまとめている．手順の詳細や，根拠・コツ・注意点などのポイントは書籍にて確認