

表 3-5 ずれ予防の具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=43)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア	ケア数	ケア 2 週間後	数	改善率 (%)
ポケット面積	ポケット面積不変	13	創周囲皮膚がずれによってポケット部の皮膚が浮くため皮膚保護材を広範囲に貼付	1	ポケット面積縮小	1	100.0
			ポケット部位を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	2	ポケット面積縮小	1	50.0
					ポケット面積不変	1	
		10	体位によって皮膚がずれてポケット部が浮くため臀部のたるみをテープで引っ張り固定	5	50.0		
			ポケット面積不変	5			
	ポケット面積拡大	3	座位時に体をゆすってずれるため座位姿勢を中止	1	ポケット消失	1	100.0
ギャッチアップ時にずれるため禁止し、車椅子座位へ変更			1	ポケット面積縮小	1	100.0	
体位によって皮膚がずれてポケット部が浮くため臀部のたるみをテープで引っ張り固定			1	ポケット面積不変	1	0.0	
創面積	創面積拡大 (辺縁不整)	11	ギャッチアップ時にずれるため禁止し、車椅子座位へ変更	2	創面積縮小	2	100.0
			ギャッチアップ時にずれるため角度を 30 度に制限	3	創面積縮小	3	100.0
			体位によって皮膚がずれて創部が重なりあうため臀部のたるみをテープで引っ張り固定	1	創面積縮小	1	100.0
			座位時に体をゆすってずれるため座位姿勢を中止	1	創面積縮小	1	100.0
			ずれによる創損傷を予防するためアルギン酸塩ドレッシング材からポリウレタンフォームドレッシング材に変更	2	創面積縮小 (辺縁整)	2	100.0
			ずれによる創損傷を予防するためガーゼからアルギン酸塩ドレッシング材に変更	1	創治癒	1	100.0
			ずれによる損傷を予防するためガーゼからフィルムドレッシング材に変更	1	創面積縮小	1	100.0
	創面積不変	5	エアマットレス使用にてギャッチアップを行うとずれるため、ずれ予防機能のあるエアマットレスに変更	2	創面積不変	2	0.0
			ギャッチアップ時にずれるため角度を 30 度に制限	1	創面積不変	1	0.0
			創部を湿潤環境に保つためアルギン酸塩ドレッシング材に変更	2	創面積縮小	1	50.0
				創面積不変	1		
創縁	創縁肥厚	2	座位姿勢の崩れを整えるために背部にクッション貼用	1	創縁平坦化	1	100.0
			ずれを予防するためガーゼからアルギン酸塩ドレッシング材に変更	1	創縁平坦化	1	100.0
肉芽組織	肉芽増殖停滞	1	ずれによる肉芽組織の損傷を予防するためアルギン酸塩ドレッシング材からポリウレタンフォームドレッシング材に変更	1	肉芽組織増殖停滞	1	0.0
	D in D	2	クッション使用により創部にしわができ圧迫されるため褥瘡部を避けて貼用	1	D in D 消失	1	100.0
			ギャッチアップ時にずれるため禁止し、車椅子座位へ変更	1	D in D 消失	1	100.0
	クレバス	2	ギャッチアップ時にずれるため禁止し、車椅子座位へ変更	1	クレバス改善	1	100.0
			リハビリ訓練時に褥瘡部がずれる運動があり変更	1	クレバス改善	1	100.0

壊死組織 の量	壊死組織増加	4	ギャッチアップ時にずれるため角度を 30 度に制限	3	壊死組織減少	3	100.0
			30 度側臥位では創部がずれて重なり合い擦れるため 90 度側臥位	1	壊死組織減少	1	100.0
			改善数合計		32	74.4	

表 3-6 圧迫の除去・減圧の具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=35)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア	ケア数	ケア 2 週間後	数	改善率 (%)
肉芽組織	D in D	7	圧分散不十分なためエアマットレス変更	2	D in D 消失	1	50.0
					黒っぽい不良肉芽組織	1	
		クッション使用により褥瘡部を圧迫するため褥瘡部に貼用しない	1	D in D 消失	1	100.0	
		座位姿勢の崩れを整えるために背部にクッション貼用	1	D in D 消失	1	100.0	
		褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	1	D in D 消失	1	100.0	
		30 度側臥位によって皮膚がたるみ重なりあって褥瘡部を圧迫するため 90 度側臥位	1	D in D 消失	1	100.0	
		転倒により発生したため褥瘡部の打撲回避	1	D in D 消失	1	100.0	
	白っぽい不良肉芽組織	2	体圧分散用具未使用で十分に体位変換が行えないためエアマットレス使用	1	赤色良好肉芽組織	1	100.0
			褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	1	赤色良好肉芽組織	1	100.0
	肉芽組織増殖停滞	1	褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	1	肉芽組織増殖	1	100.0
クレバス	1	体圧分散用具を使用していたが、プッシュアップもできず、2 時間以上座位をとり続けるため座位時間短縮	1	クレバス消失	1	100.0	
ポケット面積	ポケット面積不変	6	褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	6	ポケット面積縮小	3	50.0
					ポケット面積不変	3	
	ポケット面積拡大	5	圧分散不十分なためエアマットレス変更	1	ポケット消失	1	100.0
座位姿勢の崩れを整えるために背部にクッション貼用			1	ポケット面積縮小	1	100.0	
褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える			3	ポケット面積縮小	3	100.0	
創周囲の皮膚の色調	創周囲発赤	5	圧分散不十分なためエアマットレス変更	3	発赤消失	3	100.0
			クッション使用により褥瘡部を圧迫するため褥瘡部を避けて貼用	1	発赤消失	1	100.0
			褥瘡部を圧迫する体位をとっていたため圧迫を避ける体位に整える	1	発赤消失	1	100.0
創面積	創面積不変	3	座位姿勢の崩れを整えるために背部にクッション貼用	3	創面積縮小	3	100.0
創縁	角化	1	圧分散不十分なためエアマットレス変更	1	角化減少	1	100.0
	創縁肥厚	1	座位姿勢の崩れを整えるために背部にクッション貼用	1	創縁平坦化	1	100.0
壊死組織の量	壊死組織増加	2	座位時の圧分散不十分なためクッション変更	2	壊死組織減少	2	100.0
周囲組織の浮腫	創周囲腫脹	1	クッション使用により褥瘡部を圧迫するため褥瘡部を避けて貼用	1	腫脹消失	1	100.0
改善数合計						31	88.6

表 3-7 薬剤変更の具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=17)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア	ケア数	ケア 2 週間後	数	改善率 (%)	
ポケット面積	ポケット面積拡大 (そのうち悪臭:n=3)	5	細菌コントロールのため精製白糖・ポピドンヨードに変更	5	ポケット面積縮小	5	100.0	
創面積	創面積拡大	2	細菌コントロールのため精製白糖・ポピドンヨードに変更	2	創面積縮小	2	100.0	
	創面積不変	5	細菌コントロールのため精製白糖・ポピドンヨードに変更	5	創面積不変	5	0.0	
肉芽組織	肉芽組織増殖停滞	4	細菌コントロールのため精製白糖・ポピドンヨードに変更	1	肉芽組織増殖	1	100.0	
			肉芽組織増殖のためトレチノイントコフェリルに変更	1	肉芽組織増殖	1	100.0	
			肉芽組織増殖と細菌コントロールのためトレチノイントコフェリルとスルファジアジン銀に変更	1	肉芽組織増殖	1	100.0	
			肉芽組織増殖のためプロスタンディンに変更	1	肉芽組織増殖	1	100.0	
	肉芽の陥凹	1	細菌コントロールのため精製白糖・ポピドンヨードに変更	1	肉芽組織の陥凹不変・創面積縮小	1	100.0	
						改善数合計	12	70.6

表 3-8 ドレッシング材変更の具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=9)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア	ケア数	ケア 2 週間後	数	改善率 (%)	
創面積	創面積不変	2	創部を湿潤環境に保つためアルギン酸塩ドレッシング材に変更	2	創面積不変	2	0.0	
	創面積拡大・創縁浸軟	2	過剰な創部の湿度をコントロールするため薬剤からアルギン酸塩ドレッシング材に変更	2	面積縮小・浸軟消失	2	100.0	
肉芽組織	白っぽい不良肉芽組織	2	創部を湿潤環境に保つためアルギン酸塩ドレッシング材からハイドロコロイドジェルに変更	1	赤色良好肉芽組織	1	100.0	
			創部を湿潤環境に保つため薬剤からアルギン酸塩ドレッシング材に変更	1	赤色良好肉芽組織	1	100.0	
	肉芽の陥凹	1	過剰な創部の湿度をコントロールするため吸水力の高いアルギン酸塩ドレッシング材に変更	1	不変	1	0.0	
ポケット面積	ポケット面積不変	2	過剰な創部の湿度をコントロールするため薬剤からアルギン酸塩ドレッシング材に変更	2	ポケット面積縮小	2	100.0	
						改善数合計	6	66.7

表 3-9 スキンケアの具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=8)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア	ケア数	ケア 2 週間後の状態	数	改善率 (%)
創面積	創面積不変	5	洗浄量不足のため洗浄量増加	1	創面積不変	1	0.0
			尿汚染による皮膚損傷予防のため撥水性クリーム塗布	4	創面積縮小 創面積不変	2 2	50.0
	創面積拡大(表皮剥離)	2	尿汚染による皮膚損傷予防のため撥水性クリーム塗布	2	創面積縮小	2	100.0
創縁	創縁浸軟・肥厚	1	創周囲鱗屑認めるため石鹸にて洗浄	1	創縁浸軟・肥厚改善	1	100.0
改善数合計						5	62.5

表 3-10 栄養状態の整えの具体的なケア内容とケア前後の創の変化 (n=7)

遅滞該当項目	ケア前	数	ケア内容	ケア数	ケア 2 週間後	数	改善率 (%)
肉芽組織	肉芽組織増殖停滞	4	摂取カロリー、蛋白量は十分であるが、肉芽が増殖しないため肉芽増殖に必要な亜鉛を多く含有している補助食品を追加	1	肉芽組織増殖	1	100.0
			1日に必要なカロリー量が不十分のため経管栄養のカロリー増量	3	肉芽組織増殖	3	100.0
	白っぽい不良肉芽組織	1	摂取カロリー、蛋白量は十分であるが、肉芽が増殖しないため肉芽増殖に必要な亜鉛を多く含有している補助食品を追加	1	赤色良好肉芽組織	1	100.0
ポケット面積	ポケット面積不変	2	摂取カロリー、蛋白量は十分であるが、ポケット内の肉芽が増殖しないため、肉芽増殖に必要な亜鉛を多く含有している補助食品を追加	1	ポケット面積不変	1	0.0
			低蛋白血症のため蛋白補助食品追加	1	ポケット面積縮小	1	100.0
改善数合計						6	85.7

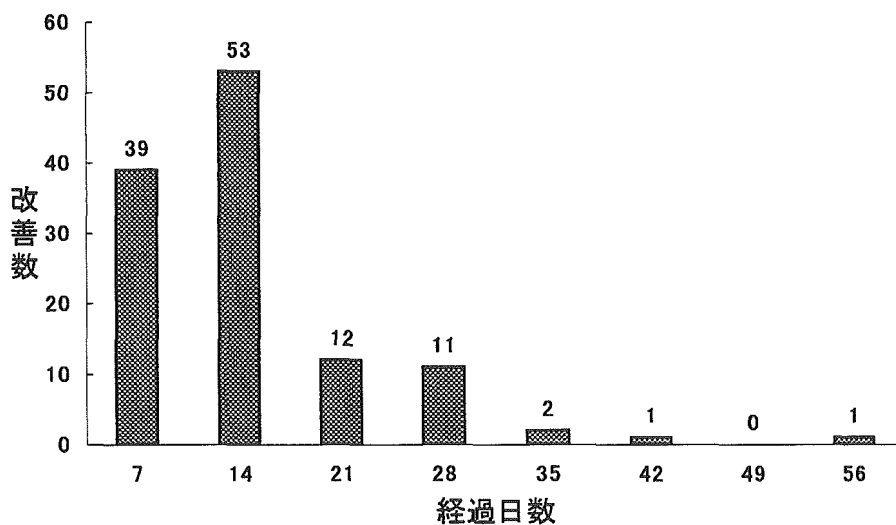


図 3-1 ケア介入後の創部改善所要期間 (n=119)

4章 エキスパート・オピニオン

1.目的

高齢者の褥瘡ケア用創部アセスメントツール作成のために、褥瘡治療・管理に携わる医師・看護師から治癒遅滞褥瘡の創状態と要因とを調査し、エキスパート・オピニオンを明らかにする。

2.対象

対象の選択は裁定標本抽出法とした。すなわち、日本褥瘡学会会員で、研究分担者がその専門領域において褥瘡管理のエキスパートと判断し推薦した医師 95 名および看護師 157 名を対象とした。また、平成 12 年までに登録された ET&WOC ナース 226 名も対象とした。

3.方法

無記名式調査用紙を作成し、郵送による配布と回収を行った。

調査内容は、回答者の基本属性と主題質問項目から構成された。主題的質問項目は、褥瘡学会学術教育委員会からの創評価尺度 DESIGN の項目ごとに創変化を取り上げ、治癒を妨げる要因との関係を順序尺度にて回答するものである。

また創変化は、創評価尺度 DESIGN の項目ごとに、自由回答式にても調査した。得られた記述内容を、DESIGN 評価項目にそって整理し、創状態遅滞を示す表記を抽出した。

創変化と各要因との関係の強さは 1～5 段階評価とし、数字が大きいほど関係が強いと判断した。要因は身体（全身）状態、局所要因（圧迫、湿潤、摩擦・ずれ）、創部ケア、疾患・病態と治療に分類した。要因の抽出基準として、「5 点：とても関係する」または「5 点：やや関係する」と回答した割合が最頻値で、かつ 50%以上の支持率を得ることとした。支持率が 50 以上～70%未満の場合は、「1 点：全く関係しない」の支持率が、「5 点：とても関係する」の支持率を越えていないことを確認した。

4.褥瘡評価尺度 DESIGN

この褥瘡評価尺度は日本褥瘡学会学術教育委員会によって開発されたものである。臨床で医療従事者が使いやすいことを目標に、項目を 7 項目と厳選し、かつ日本の褥瘡に適合するよう作成されている。2001 年 9 月に開催された第 3 回日本褥瘡学会学術集会のコンセンサスシンポジウムにて発表され、その後さらに改訂され完成した。DESIGN ツールの詳細は第 5 章資料として添付した。

第 2 章・3 章においては、研究者が創傷に関する専門教育をうけた WOC 認定看護師であったため創評価尺度として PSST (pressure sore status tool) を使用した。これは評価項目が 13 項目と多く、使用には訓練が必要である。そこで、本調査は分野の異なる医療従事者を対象とするため、共通アセスメントツールとして開発された DESIGN を用いることとした。

5.結果

1)回答者の基本属性

(1)回収率（表 4-1）

調査用紙の回収率は、51.2%であった。そのうち有効回答率は 96.0%であった。職種別回収率において、医師では、外科医（77.8%）が最も高く、次いで皮膚科医、形成外科医、内科医の順であった。看護職では、看護師（67.1%）、ET&WOC ナース（38.5%）であった。その他に、準看護師 2 名、臨床検査技師 1 名から回答を得た。

(2) 回答者の経験年数（表 4-2）

全回答者の平均経験年数は 16.3 ± 8.3 年であった。職種別平均経験年数において、医師では内科医 (23.0 ± 2.8 年)、形成外科医 (23.0 ± 7.2 年) が最も長く、次いで皮膚科医、外科医であった。看護職では、ET&WOC ナース (16.2 ± 6.1 年) が最も長く、次いで准看護師、看護師であった。ET&WOC ナースの認定看護歴は平均 6.8 ± 4.6 年であった。

(3) 褥瘡治療・ケアに関わってからの年数 (表 4-3)

全回答者の褥瘡治療・ケア経験平均年数は、 9.6 ± 7.4 年であった。職種別平均経験年数において、医師では、形成外科医 (19.3 ± 7.4 年) が最も長く、次いで皮膚科医、内科医、外科医であった。看護職では、ET&WOC ナース (8.9 ± 5.4 年) が最も長く、次いで看護師、准看護師であった。

(4) 患者の年齢層 (表 4-4)

回答者が治療・ケアに携わる褥瘡保有患者の年齢層を複数回答式で調査した。全回答者で最も多い比率を占めた年齢層は高齢者 (25.1%) であり、次いで超高齢者 (22.2%) であった。また、高齢者・超高齢者層の治療・ケアに全く関与しない回答者は 5 名であった。

(5) 患者の健康段階 (表 4-5)

回答者が治療・ケアに携わる褥瘡保有患者の健康障害の段階を複数回答式で調査した。全回答者で最も多い比率を占めた段階は慢性期 (25.5%)・リハビリ期 (25.5%) であり、次いでターミナル期、急性期、その他、精神障害であった。

(6) 褥瘡治療・ケアを行う施設 (表 4-6-1・4-6-2)

回答者が治療・ケアに携わる施設を複数回答式で調査した。全回答者で最も多い比率を占めた施設は地域支援病院 (18.7%) であり、次いで特定機能病院、療養病院の順であった。

(7) 1 か月平均褥瘡患者のべ人数 (表 4-7)

全回答者の平均のべ患者数は 19.4 ± 24.9 名であった。職種別において、医師では外科医 (41.9 ± 40.4 名) が最も多く、次いで内科医、皮膚科医、形成外科医の順であった。看護職では、准看護師 (55.0 ± 7.1 名) が最も長く、次いで ET&WOC ナース、看護師の順であった。

2) 創変化

(1) 深さ (Depth)

深くなる、不変の 2 つの創状態が調査結果から得られた。表皮形成期において創の深さ不変は良好な治療過程と判断されることから、不変は削除した。

(2) 浸出液 (Exudate)

感染に特有の浸出液の変化を除いた表記を抽出し、浸出液増加を得た。

(3) 大きさ (Size)

創縁・創周囲の状態を含めて抽出した。

拡大、周囲発赤、角化・肥厚、浸軟、びらん、不整形の 6 つの創状態を調査結果から得た。周囲発赤部がびらんし、その結果、創サイズが拡大すると解釈される創変化は、拡大とした。不整形は大きさに関する状態ではなく、創辺縁の状態であり、新たな創アセスメント項目とした。角化・肥厚、浸軟は、創サイズ停滞とコーディングした。

以上、大きさは、拡大、停滞の 2 つとした。

(4) 炎症／感染 (Inflammation/Infection)

周囲発赤、創上と創縁皮膚がブヨブヨ、膿痂疹併発、炎症、腫脹、創周囲硬結、浸出液増加、膿性浸出液、悪臭、創浮腫、不整形びらん、黄色肉芽、汚い肉芽、白色からピンク色肉芽の 14 の創状態を調査結果から得た。炎症／感染特有を示さない不整形びらん、肉芽変化 (黄色肉芽、汚い肉芽、白色からピンク色肉芽)、創浮腫は削除した。また、皮膚科専門知識を要する膿痂疹併発も削除した。次に創状態を創周囲状態と浸出液に分け検討した。その結果、創周囲状態を示す周囲発赤、創上と創縁皮膚がブヨブヨ、炎症、腫脹、創周囲硬結は腫脹・周囲発赤とコーディングした。浸出液については浸出液増加は、浸出液 (Exudate) と重なるため、削除し、膿性浸出液、悪臭の 2 つとした。

(5)肉芽形成(Granulation)

増生停滞、不良肉芽、肉芽浮腫、肉芽の乾燥、赤黒い肉芽、全面黄色肉芽、白っぽい肉芽、肉芽からの出血、クレパス、くぼみの10の創状態を得た。

肉芽の性質と色または形態変化を示すものに分けられた。肉芽の性質と色は同一現象を示すこと、色認知は個人によって異なるため、性質を採用した。以上から、増生停滞、不良肉芽、肉芽浮腫、肉芽の乾燥、赤黒い肉芽、全面黄色肉芽、白っぽい肉芽、肉芽からの出血は不良肉芽とコーディングした。形態変化は、クレパス、くぼみの2つとした。

(6)壊死組織(Necrotic Tissue)

除去されない、繰り返す、増加する、薄い、黄色、黒色、硬い、浸軟または柔らかい、骨に達する、皮弁部分のみ壊死の10の創状態変化を得た。

量変化、色、硬さ、壊死領域を示すものに分けられた。量変化は、前回観察の量に関する客観的情報が得がたく、アセスメントできないため採用しないこととした。したがって、除去されない、繰り返す、増加する、を削除した。

硬さと色の組み合わせで、硬い壊死組織、柔らかい壊死組織(黒色)、柔らかい壊死組織(黄色)、薄く柔らかい壊死組織の4つにコーディングした。柔らかい壊死を3つにコーディングしたのは、要因、場面が各々異なっていたためである。

壊死領域については、骨に達しているか、皮弁部分であるかの判断が困難であるため採用しなかった。

(7)ポケット(Pocket)

形成、拡大、治癒遅延、トンネル、ピンホールの5つの創状態変化を得た。各々独立した創変化として採用した。

3)創変化と各要因との関係の強さ(表4-8)

(1)深くなる

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア(圧)要因86.4%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では9項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要因は病的骨突出(90.5%)であった。ケア要因(圧)では6項目抽出され、体位変換(94.0%)が、ケア要因(湿潤)では3項目抽出され、便失禁(72.2%)が、ケア(摩擦・ずれ)要因では5項目抽出され、ギャッチアップ(87.3%)がそれぞれ最も支持率が高かった。創部ケアでは3項目抽出され、外科的デブリ未実施(77.8%)が、疾患・治療要因では13項目抽出され、ショック状態(92.9%)がそれぞれ最も支持率が高かった。

(2)創サイズ拡大

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア(圧)要因79.5%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では8項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要因は低アルブミン血症(78.2%)であった。ケア要因(圧)では5項目抽出され、体圧分散寝具(83.7%)が、ケア要因(湿潤)では3項目抽出され、便失禁(80.2%)が、ケア(摩擦・ずれ)要因では5項目抽出され、ギャッチアップ(86.5%)がそれぞれ最も支持率が高かった。創部ケアでは2項目抽出され、創周囲清潔(64.7%)が、疾患・治療要因では6項目抽出され、がん終末期(74.6%)がそれぞれ最も支持率が高かった。

(3)感染

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア(湿潤)要因81.1%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では3項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要因は低アルブミン血症(71.0%)であった。ケア要因(圧)とケア(摩擦・ずれ)においては、どの項目も抽出されなかった。ケア要因(湿潤)では3項目抽出され、便失禁(90.5%)が最も支持率が高かった。創部ケアでは7項目抽出され、創の不潔(93.3%)が、疾患・治療要因では3項目抽出され、糖尿病(85.3%)がそれぞれ最も支持率が高かった。

(4)肉芽増生停滞・不良肉芽、肉芽壊死

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア(圧)要因72.9%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では8項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要

因は低アルブミン血症（90.0%）であった。ケア要因（圧）では6項目抽出され、体位変換（82.1%）が、ケア要因（湿潤）では2項目抽出され、便失禁（63.5%）が、ケア（摩擦・ずれ）要因では4項目抽出され、体位変換（76.2%）がそれぞれ最も支持率が高かった。創部ケアでは7項目抽出され、外科的デブリ未実施（78.6%）が、疾患・治療要因では7項目抽出され、糖尿病（79.0%）がそれぞれ最も支持率が高かった。

(5)壊死組織性状と量

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア（圧）要因 68.8%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では2項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要因は低アルブミン血症（60.0%）であった。ケア要因（圧）では5項目抽出され、体位変換（73.4%）が最も高い支持率であった。ケア要因（湿潤）においては、どの項目も抽出されなかった。ケア（摩擦・ずれ）要因では3項目抽出され、体位変換（67.1%）が最も高かった。創部ケアでは3項目抽出され、外科的デブリ未実施（78.2%）が、疾患・治療要因では4項目抽出され、糖尿病（66.3%）がそれぞれ最も支持率が高かった。

(6)ポケット形成、深くなる

全要因の中で最も平均支持率が高かったのは、ケア（摩擦・ずれ）要因 75.5%であった。以下、要因別に述べる。身体的要因では5項目抽出された。そのうち、最も支持率が高かった要因は病的骨突出（65.5%）であった。ケア要因（圧）では5項目抽出され、体位変換（79.0%）が最も高い支持率であった。ケア要因（湿潤）においては、どの項目も抽出されなかった。ケア（摩擦・ずれ）要因では5項目抽出され、ギャッチアップ（86.1%）が最も高かった。創部ケアでは2項目抽出され、外科的デブリ未実施（66.7%）が、疾患・治療要因では糖尿病（57.9%）のみが抽出された。

6.考察

1)回収率

調査用紙の全回収率は、51.2%と低い結果であった。これには、今回の調査内容が、高齢者褥瘡の保存的治療における治療過程についての調査であったこと、ケアとの関連を主に調査したことが影響していると考えられる。また、ET&WOCナースにおいても38.5%と低い回収率であったが、ストマケアを中心に関わっている者が多いためと考える。

2)エキスパート・オピニオンによる治療遅滞の創変化と要因

記述による治療遅滞変化から、深さ、浸出液では各々1変化、大きさでは2変化、炎症/感染、肉芽形成では各々3変化、壊死組織では4変化、ポケットでは5変化を抽出した。変化が多い創状態すなわち、ポケット、壊死組織から医師または看護師は褥瘡治療過程を遅滞していると判断していることが示唆された。

遅滞要因については、深さ、サイズ、肉芽形成、壊死組織においてケア（圧）が、感染においてはケア（湿潤）が、ポケットにおいてはケア（摩擦・ずれ）が最も影響していると抽出された。このことから、褥瘡治療遅滞には身体要因や疾患・治療よりケア要因が影響していると医師または看護師が考えていると言える。すなわち、褥瘡保有患者のケアを改善することで治療遅滞褥瘡は減少する可能性があり、褥瘡ケア用創アセスメントツールの作成と有効性の検討を目的とする本研究の意義は大きいといえる。

3)エキスパート・オピニオンの妥当性

高齢者・超高齢者を対象としない回答者は5名のみであり、残りの247名(98%)は、高齢者の褥瘡治療・ケアに従事していることから、得られた結果は高齢者の褥瘡に関する実態を反映するものと考えられる。また、現在の月平均褥瘡患者のべ人数が19.4±24.9名と、1日1名以上の頻度で褥瘡部を観察しており、この点からも、回答結果は高齢者の褥瘡に関するエキスパート・オピニオンであると考えられる。

しかし、回答者の選択は確立的標本抽出から得たものでないため、結果には偏りが生じているともいえる。今後のツール作成には、実態調査から得た結果との照合や妥当性を高める方法論を検討する必要がある。

7.謝辞

ご多忙の中、本調査をすすめるにあたりご協力を賜りました医師 60 名、看護師 104 名、ET&WOC 認定看護師 87 名、准看護師 2 名、臨床検査技師 1 名の皆様に深く感謝いたします。

表4-1 質問紙回答者職種 および 職種別回答率(n=252)

	度数(名)	比率(%)	度数(名/名中)	回収率(%)
外科医	7	2.7	7/9	77.8
内科医	2	0.8	2/6	33.3
皮膚科医	20	7.9	20/27	74.0
形成外科医	31	12.3	31/53	58.5
ET&WOCナース	87	34.4	87/226	38.5
看護師	104	41.1	104/155	67.1
准看護師	2	0.8	2/2	100.0
合計	253	100	252/492	51.2

その他:

・臨床検査技師 1名

表4-2 各職種と経験年数(ET&WOC経験年数)

	平均±標準偏差(年)	幅(年)	平均±標準偏差(年)	幅(年)
外科医	22.1±10.8	15-25		
内科医	23.0± 2.8	21-25		
皮膚科医	22.8± 9.8	6-42		
形成外科医	23.0± 7.2	10-40		
ET&WOCナース	16.2± 6.1	5-30	6.8±4.6	0.2-20
看護師	12.6± 7.1	1-38		
准看護師	13.5± 4.9	10-17		
全体	16.3± 8.3	1-42		

表4-3 褥瘡治療・ケアに関わってからの年数
(n=252)

	平均±標準偏差(年)	幅(年)
外科医	10.0±5.5	6-20
内科医	15.0±7.1	10-20
皮膚科医	15.5±9.5	3-42
形成外科医	19.3±7.4	6-35
ET&WOCナース	8.9±5.4	2-27
看護師	5.9±5.0	0.5-23
准看護師	4.5±4.9	1-8
全体	9.6±7.4	0-42

表4-4 対象の年齢層

	乳児 名(%)	幼児 名(%)	小児 名(%)	青年 名(%)	成人 名(%)	中年 名(%)	高齢者 名(%)	超高齢者 名(%)	計
外科医	1(5.6)	1(5.6)	1(5.6)	1(5.6)	3(16.7)	3(16.7)	5(27.8)	3(16.7)	18
内科医						1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	5
皮膚科医	3(4.6)	1(1.5)	2(3.0)	5(7.7)	8(12.3)	11(16.2)	19(29.2)	16(24.6)	65
形成外科医	8(5.6)	8(5.6)	9(6.3)	14(9.9)	23(16.2)	28(19.7)	28(19.7)	24(16.9)	142
ET&WOCナース	15(3.9)	13(3.4)	21(5.4)	46(11.9)	59(15.3)	79(20.5)	75(19.4)	78(20.2)	386
看護師	3(1.2)	2(0.8)	1(0.4)	7(2.8)	26(10.2)	54(21.3)	91(35.8)	70(27.6)	254
准看護師							2(50.0)	2(50.0)	4
計(比率)	30(3.4)	25(2.8)	34(3.9)	73(8.4)	119(13.6)	176(20.2)	222(25.1)	195(22.2)	874

このうち、高齢者以上をケア対象者としていないものは計5名で、その内訳は形成外科医で1名、ET&WOCで1名、看護師3名であった。

表4-5 対象の健康段 (n=252)

	急性期 名(%)	慢性期 名(%)	リハビリ 名(%)	ターミナル 名(%)	精神障害 名(%)	その他 名(%)	計
外科医	3(18.8)	5(31.3)	1(6.3)	3(18.6)	1(6.3)	3(18.6)	16
内科医	1(16.7)	2(33.3)	2(33.3)	1(16.7)			6
皮膚科医	13(17.6)	19(25.7)	11(14.9)	15(20.3)	8(10.8)	8(10.8)	74
形成外科医	21(17.1)	28(22.8)	24(19.5)	16(13.0)	18(14.6)	16(13.0)	123
ET&WOCナース	61(20.6)	64(21.6)	50(16.9)	68(22.0)	14(4.7)	39(13.2)	296
看護師	37(13.9)	83(31.1)	34(12.7)	69(25.8)	23(8.6)	21(7.9)	267
准看護師				2(33.3)	2(33.3)	2(33.3)	6
計(比率)	136(17.3)	201(25.5)	122(25.5)	174(22.1)	66(8.4)	89(11.3)	788

表4-6-1 対象と褥瘡治療・ケアを行なう施設

	有床 名(%)	療養の一 般診療所 名(%)	無床診療 所 名(%)	地域支援 病院 名(%)	特定機能 病院 名(%)	臨床研修 病院 名(%)	老人病院 名(%)	療養病院 名(%)	精神病院 名(%)
外科医	1(7.7)			2(15.4)	1(7.7)	2(15.4)	1(7.7)	1(7.7)	
内科医							1(14.3)	2(28.6)	
皮膚科医	3(6.3)	2(4.2)	1(2.1)	7(14.6)	9(18.8)	4(8.3)	4(8.3)	3(6.3)	2(4.2)
形成外科医	2(3.6)		2(3.6)	10(18.2)	15(27.3)	10(18.2)	1(1.8)	5(9.1)	
ET&WOCナース	7(3.4)	10(4.9)	2(1.0)	36(17.6)	37(18.1)	21(10.3)	12(5.9)	20(9.8)	7(3.4)
看護師	4(3.7)	1(0.9)	2(1.9)	27(25.0)	15(13.9)	9(8.3)	2(1.9)	20(18.5)	2(1.9)
准看護師	1(25.0)	2(50.0)						1(25.0)	
計(比率)	18(4.1)	15(3.4)	7(1.6)	82(18.7)	77(17.5)	46(10.5)	21(4.8)	52(11.8)	11(2.5)

表4-6-2 対象と褥瘡治療・ケアを行なう施設

	介護老人 福祉施設 名(%)	介護老人 保健 名(%)	介護療養 医療施設 名(%)	在宅 名(%)	その他 名(%)	計
外科医	1(7.7)	1(7.7)	1(7.7)	1(7.7)	1(7.7)	13
内科医	1(14.3)	2(28.6)		1(14.3)		7
皮膚科医	3(6.3)	3(6.3)	3(6.3)	4(8.3)		48
形成外科医	1(9.1)	3(5.5)	2(3.6)	3(5.5)	1(1.8)	55
ET&WOCナース	9(4.4)	8(3.9)	9(4.4)	19(9.3)	7(3.4)	204
看護師	1(0.9)	2(1.9)	6(5.6)	16(14.8)	1(0.9)	108
准看護師						4
計(比率)	16(3.6)	19(4.3)	19(4.3)	21(4.8)	10(2.3)	439

表4-7 1ヶ月平均での褥瘡患者のべ人数

(n=252)

	平均±標準偏差(人)	幅(人)
外科医	41.9±40.4	0.5-110
内科医	40.0±14.1	30-50
皮膚科医	28.8±26.7	1-80
形成外科医	20.2±23.1	0-90
ET&WOCナース	23.5±24.0	0-120
看護師	9.4±20.7	0-150
准看護師	55.0±7.1	50-60
全体	19.4±24.9	0-150

表4-8 数量データから抽出された要因(最頻値でかつ50%以上の支持率)

創変化 深くなる	身体的要因	率	ケア(圧)	率	ケア(腫潤)	率	ケア(摩擦・ずれ)	率	創部ケア	率	疾患、治療	率	
平均 創サイン拡大 (浸軟、肥厚 角化)	ろいそろう 拘縮 病的骨突出 麻痺 低Alb 低Hb 皮膚湿潤 浮腫	54.0	体位変換	94.0	尿失禁	70.6	体位変換	84.9	創周囲清潔	57.1	糖尿病	87.3	
		87.3	体圧分散用具	93.3	便失禁	72.2	キヤッチアップ	87.3	洗浄量不足	60.3	腎疾患	59.5	
		79.8	補助具	82.9	おむつ交換回数	60.7	キヤッチアップ	83.7	外科的ケア未実施	77.8	脳血管障害	64.7	
		90.5	キヤッチアップ	88.1			体位姿勢	53.1			呼吸器疾患	56.0	
		72.2	座位姿勢	85.3			移乗動作時 身体拘束	54.4			循環器疾患	61.9	
		89.3	ガーゼ枚数	75.0							骨髄損傷	82.1	
		76.6	低Hb								神経難病	55.6	
		52.4	皮膚湿潤								閉塞性動脈疾患	71.4	
		68.7	浮腫								皮膚疾患	73.8	
											シヨック状態	92.9	
									リハビリテーション	63.9			
									褥瘡再発創	63.9			
									がん終末期	52.0			
									がん終末期	68.1			
											68.1		
平均 感染	ろいそろう 拘縮 病的骨突出 低Alb 低Hb 脱水 浮腫 微量元素不足	74.5	体位変換	86.4	尿失禁	67.8	体位変換	72.7	創周囲清潔	65.8	糖尿病	72.2	
		62.3	体圧分散用具	83.3	便失禁	80.2	キヤッチアップ	86.5	外科的ケア未実施	64.7	骨髄損傷	63.1	
		63.5	補助具	73.0	おむつ交換回数	58.7	体位姿勢	77.4		61.5	閉塞性動脈疾患	60.3	
		69.8	キヤッチアップ	82.1			リクランニオン車使用	52.0			シヨック状態	66.7	
		55.2	座位姿勢	75.4			移乗動作時	57.1			がん終末期	66.7	
		78.2	低Alb								がん終末期	74.6	
		64.3	皮膚湿潤								褥瘡再発創	74.6	
		63.1	浮腫									55.6	
		67.5											
		65.5											
平均 肉芽 増生停滞 不良肉芽 肉芽壊死	ろいそろう 拘縮 病的骨突出 低Alb 低Hb 脱水 浮腫 微量元素不足	71.0	体位変換	82.1	尿失禁	81.1	体位変換	71.7	創周囲清潔	63.1	糖尿病	85.4	
		57.5	体圧分散用具	81.7	便失禁	61.5	キヤッチアップ	84.1	洗浄量不足	81.7	がん終末期	85.3	
		59.9	補助具	70.6	おむつ交換回数	63.5	体位姿勢	68.7	外科的ケア未実施	67.9	化学療法	60.7	
		90.0	キヤッチアップ	77.4			移乗動作時	93.3	創の不潔	82.1	化学療法	56.7	
		82.1	座位姿勢	71.0					壊死組織残存	85.3			
		55.2	ガーゼ枚数	54.8					ハパトロコロイド	93.3			
		60.7	浮腫							88.5			
		52.4	微量元素不足							54.4			
		64.0								79.0			
		60.0								57.9			
平均 壊死組織性状 と量	ろいそろう 病的骨突出 低Alb 低Hb	52.0	体位変換	72.9	尿失禁	62.5	体位変換	67.9	創周囲清潔	63.5	糖尿病	63.4	
		60.0	体圧分散用具	73.4	便失禁	67.1	キヤッチアップ	67.1	洗浄量不足	56.3	腎疾患	66.3	
		52.0	補助具	72.6	おむつ交換回数	65.9	体位姿勢	65.9	外科的ケア未実施	60.3	閉塞性動脈疾患	52.8	
		60.7	キヤッチアップ	67.1			移乗動作時	61.5		78.2	シヨック状態	52.8	
		60.7	座位姿勢	67.5							がん終末期	61.1	
		52.4	微量元素不足	63.5									
		64.0											
		60.0											
		52.0											
		64.0											
平均 ボケツト形成 ボケツト深くなる	ろいそろう 病的骨突出 低Alb 低Hb	56.0	体位変換	68.8	尿失禁	64.8	体位変換	64.8	創周囲清潔	64.9	糖尿病	58.3	
		57.1	体圧分散用具	79.0	便失禁	84.1	キヤッチアップ	84.1	洗浄量不足	52.0	腎疾患	57.9	
		65.5	補助具	70.6	おむつ交換回数	86.1	体位姿勢	86.1	外科的ケア未実施	66.7	閉塞性動脈疾患	66.3	
		56.7	キヤッチアップ	62.3			リクランニオン車使用	84.1				シヨック状態	66.3
		65.1	座位姿勢	75.8			移乗動作時	60.7				がん終末期	66.3
		56.3	低Alb	70.2									
		60.1	低Hb	71.6									

5章 褥瘡ケア用創部アセスメントツールの作成

1. 目的

創傷治療・ケア専門家でなくても創部アセスメントが可能となる褥瘡ケア用創部アセスメントツールを作成する。

2. 方法

1) 基礎表作成

2～4章から得られた結果をもとに、創変化とその定義、創変化要因、場面を抽出し、褥瘡ケア用創部アセスメントツール基礎表を作成した。

(1) 分類項目

アセスメントのための分類項目を設定した。条件は、発生要因と治癒環境を褥瘡部から直接アセスメント可能となること、とした。

発生要因アセスメントには、部位、辺縁、ポケットを分類項目とした。

治癒環境アセスメントには、日本褥瘡学会学術教育委員会による DESIGN 評価項目である、深さ、浸出液、サイズ、感染、肉芽形成、壊死組織、ポケットを分類項目とした。

双方に重なる分類項目として設定されたポケットは連合し、1つの分類項目とした。

(2) カテゴリー

項目ごとに、カテゴリーを設定した。必要な場合は、さらにサブカテゴリーを設定した。

部位は、1章 発生部位と発生要因の結果から、褥瘡発生部位をカテゴリーとして抽出した。

辺縁は整と不整の2カテゴリーとした。

深さ、浸出液、サイズ、感染、肉芽形成、壊死組織、ポケットは、治癒遅滞褥瘡の創状態から、それぞれカテゴリーを抽出した。次に、エキスパート・オピニオンからえた結果を連合した。類似した創状態を同一カテゴリーに含め、異なった創状態は新たなカテゴリーとした。

(3) 定義

カテゴリーまたはサブカテゴリーが示す内容を一般看護師が判別可能となるよう定義した。

(4) 要因

創変化のカテゴリーまたはサブカテゴリー別に要因を整理した。

発生要因は、第2章結果から70%以上の褥瘡に該当した要因から抽出した。

治癒遅滞要因は、第3章結果においてケア後2週間の改善率が70%以上得られた創状態変化から、ケア内容が遅滞要因を緩和したと判断し、抽出した。

次に、エキスパート・オピニオンから70%以上の支持率を得た要因を連合した。

(5) 場面

上記(4)にて抽出された要因が具体的に発生した場面を整理した。次に、エキスパート・オピニオンから70%以上の支持率を得た場面を連合した。

場面は、ケア、身体、創部ケア、疾患・治療の4側面から整理した。

2) 基礎表の妥当性確保

(1) 方法

専門家パネル8名によるフィードバックを行った。専門家パネルの構成は、褥瘡を含めた創傷治療の専門医師3名（形成外科医2名、皮膚科医1名）、創傷・オストミー・失禁看護認定看護師2名、看護技術に関する専門知識と技術をもつ看護系大学教官2名、褥瘡患者のリハビリテーションに関する専門知識と技術をもつ理学療法士1名である。

その後、専門家によってフィードバックされたものを、一般看護師14名にフィードバックした。看護師に次のように質問した。「あなたの褥瘡ケアに関する経験がこの基礎表の

中に書かれているか?」。基礎表にない経験が発言された場合は、基礎表に追加した。最後に、専門家パネル8名によるフィードバックを行い、内容妥当性を確保した。

(2)基礎表の概要(表5-1)

部位は、脊椎部、腸骨稜部、仙骨部、大転子部、尾骨部、坐骨結節部、踵部の7カテゴリーに分かれ、37場面が抽出された。さらに、腸骨稜部は2サブカテゴリー、仙骨部は3サブカテゴリー、尾骨部は3サブカテゴリーに分かれた。

辺縁は、不整、整の2カテゴリーに分かれ、11場面が抽出された。

深さは、深くなるの1カテゴリーに分かれ、25場面が抽出された。

浸出液は、浸出液増加の1カテゴリーに分かれ、2場面が抽出された。

サイズは、拡大、停滞の2カテゴリーに分かれ、32場面が抽出された。さらに停滞は2サブカテゴリーに分かれた。

感染は、腫脹・発赤、膿性浸出液・悪臭の2カテゴリーに分かれ、11場面が抽出された。

肉芽形成は、全面不良肉芽、一部不良肉芽、陥凹、クレバスの4カテゴリーに分かれ、44場面が抽出された。

壊死組織は、乾燥壊死組織、柔らかい壊死組織の2カテゴリーに分かれ、29場面が抽出された。さらに、柔らかい壊死組織は、3サブカテゴリーに分かれた。

ポケットは、6カテゴリーに分かれ、43場面が抽出された。

3)褥瘡ケア用創部アセスメントツールの作成(資料)

基礎表をもとに褥瘡ケア用創部アセスメントツールを作成した。基礎表同様に、専門家パネル8名と一般看護師14名へのフィードバックを行い、内容妥当性を確認した。

(1)ツールの構成

初回観察用と継続観察用がある。初回観察用は、発生要因または現在の創治癒環境をアセスメントする目的で使用する。継続観察用は、前回からの創変化を観察し、変化から創治癒環境の適切・不適をアセスメントする目的で使用する。

初回観察用、継続観察用いずれも、創状態アセスメントと創治癒遅滞状態の有無をアセスメントする構成となっている。創状態アセスメントには、日本褥瘡学会学術教育委員会によるDESIGN(褥瘡経過評価用)を用いた。創治癒遅滞状態は基礎表のカテゴリーまたはサブカテゴリーを用いた。

(2)条件

褥瘡治療・ケアに関わる医療従事者が知識、経験を問わず使いやすいことを条件とした。条件を満たすため、褥瘡部の写真と概説図を用いて、褥瘡遅滞状態を記述した。また、評定は2者択一方式とした。

表5-1-1 褥瘡ケア用創部アセスメント基礎表

分類	IF(創変化)		用語の定義	BECAUSE(要因)	SITUATION(場面)	
	部位 Location	褥瘡部～褥瘡部上の創			創部	創部
褥瘡	腰骨後部	前腰骨後部	前腰骨後部上の創	体位 体位	ケア 身体	30度側臥位、補助具、座位姿勢 円背
		後腰骨後部	後腰骨後部上の創	体位 体位	ケア 身体	120度側臥位 病的骨突出
	仙骨部	直上・上部	正中仙骨後上部の創	体位 体位	ケア 身体	30度側位 病的骨突出
		直上・下部	正中仙骨後下部の創	体位 体位	ケア 身体	仰臥位 褥瘡、円背
	大転子部 尾骨部	大転子部上の創	大転子部上の創 尾骨部を軸とした左右対称の創	体位 体位	ケア ケア	90度側臥位、座位姿勢 ケア ケア
		尾骨部	尾骨部に一致した線状の創	体位 体位	ケア ケア	ケア ケア
	坐骨結節部	坐骨結節部上の創	股裂部に彫刻刀で削ったような凹凸型の創	体位 体位	ケア ケア	ケア ケア
		尾骨部上の創	尾骨部上の創	体位 体位	ケア ケア	ケア ケア
	辺縁 Border	不整	地図状の辺縁	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア
		整	円・た円の辺縁	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア
深さ Depth	深くなる	深さが増える	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
	浅くなる	深さが増える	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
浸出液 Exudate	浸出液増加	前回交換時と比較し浸出液量が増加	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
	拡大(周囲発赤・びらん含む)	算出した創サイズが前回より大きい	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
創サイズ Size 創周囲含む	増大	算出した創サイズが前回と不変でかつ創縁が厚くふやけている	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
	増大	算出した創サイズが前回と不変でかつ創縁が厚く乾燥している	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
感染 Infection	腫脹、周囲発赤(発赤を伴わないことあり)	創周囲が赤く熱感があり、腫れている。創部を圧迫すると浮腫感がある	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	
	膿性浸出液、悪臭	粘着が強いペーパージュ、黄色、緑の浸出液を認め、かつ悪臭を伴う。創全面ばかりでなく、局所のみ認められる場合もある	褥瘡・すれ 褥瘡	ケア ケア	ケア ケア	

表5-1-2 褥瘡ケア用創部アセスメント基礎表

分類	IF (創変化)	定義	BECAUSE (要因)	SITUATION (場面)
肉芽形成 Granulation	全面不良肉芽	創底の肉芽組織の色が全面鮮紅色でない	肉芽浮腫	創部ケア 薬利・ドレッシング材の選択
			肉芽の隆起	ケア 車椅子自操、キヤッチアップ、病的骨突出
			創全体の圧迫	ケア 体位変換、体圧分散用具、補助具、キヤッチアップ
			汚染	ケア 便失禁、尿失禁
			栄養状態低下	創部ケア 創周囲の清潔、洗浄量不足、外科的ケアリ未実施
			未梢循環障害	身体 低AIB、低Hb、がん終末期、熱量摂取不足、垂鉛摂取不足
			肉芽肥水	疾患・治療 糖尿病
			肉芽局所の圧迫	創部ケア 薬利・ドレッシング材の選択
			創縁局所の圧迫	ケア 体位変換、補助具、座位姿勢、キヤッチアップ
			創局所の圧迫による肉芽の肥大	ケア 体位変換、体圧分散用具、補助具、座位姿勢、キヤッチアップ
壊死組織 Necrotic Tissue	乾燥壊死組織	硬く厚く密着した黒色あるいは黄色壊死組織	創全体の圧迫	創部ケア ガーゼ交換
			肉芽局所の圧迫	ケア 補助具、キヤッチアップ、座位姿勢
			創局所の圧迫	ケア 便失禁、尿失禁
			創局所の圧迫	創部ケア 創周囲の清潔、ドレッシング材種類
			創局所の圧迫	ケア 30度側臥位、補助具、キヤッチアップ、長時間の座位
			未梢循環障害	ケア 体位変換、体圧分散用具、補助具、座位姿勢、キヤッチアップ
			肉芽局所の圧迫	創部ケア ガーゼ交換
			肉芽の隆起	ケア 体位変換、体圧分散用具、補助具、キヤッチアップ
			汚染	ケア 体位変換、体圧分散用具、補助具、キヤッチアップ
			汚染	ケア 皮膚たるみ
ポケット Pocket	一方向	空間が一方向にある	すれ	創部ケア 創周囲の清潔、洗浄量不足
			感染	ケア キヤッチアップ、座位姿勢、体位変換、リクライニング車
			すれ	創部ケア 可動しやすい皮膚、病的骨突出
			感染	創部ケア 外科的ケアリ未実施、洗浄量不足
			すれ	ケア 体位変換、補助具、移乗動作
			すれ	ケア キヤッチアップ、座位姿勢
			圧迫	ケア 病的骨突出、臀部皮膚たるみ
			すれ	ケア 便失禁、尿失禁
			感染	ケア 疾患・治療 糖尿病
			感染	創部ケア 体位変換、補助具、座位姿勢
ポケット Pocket	左右 空周	空間が体軸に対し左右方向に向かっている	すれ	ケア キヤッチアップ、座位姿勢
			感染	ケア 病的骨突出、臀部皮膚たるみ
			未梢循環障害	ケア 便失禁、尿失禁
			感染	ケア 疾患・治療 糖尿病
			感染	創部ケア 体位変換、補助具、座位姿勢
			感染	ケア キヤッチアップ、座位姿勢
			圧迫	ケア 病的骨突出、臀部皮膚たるみ
			すれ	ケア 便失禁、尿失禁
			すれ	ケア 疾患・治療 糖尿病
			すれ	創部ケア 体位変換、補助具、座位姿勢
ポケット Pocket	前後 空周	空間が体軸に対し前後方向に向かっている	すれ	ケア キヤッチアップ、座位姿勢
			感染	ケア 病的骨突出、臀部皮膚たるみ
			未梢循環障害	ケア 便失禁、尿失禁
			感染	ケア 疾患・治療 糖尿病
			感染	創部ケア 体位変換、補助具、座位姿勢
			感染	ケア キヤッチアップ、座位姿勢
			圧迫	ケア 病的骨突出、臀部皮膚たるみ
			すれ	ケア 便失禁、尿失禁
			すれ	ケア 疾患・治療 糖尿病
			すれ	創部ケア 体位変換、補助具、座位姿勢

褥瘡ケア用 創部アセスメントツール

はじめに

- このツールは厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)の研究事業である研究課題「褥瘡ケアにおける看護技術の基準化とその経済評価(H13-長寿-020)」によって作成したものです。
- このツールに使用している写真等の資料は、金沢大学医学部保健学科の褥瘡ケア症例から抜粋したものです。
- 完成版ではありませんので、本ツール使用に関しましては許可が必要です。

褥瘡ケア用 創部アセスメントツールとは

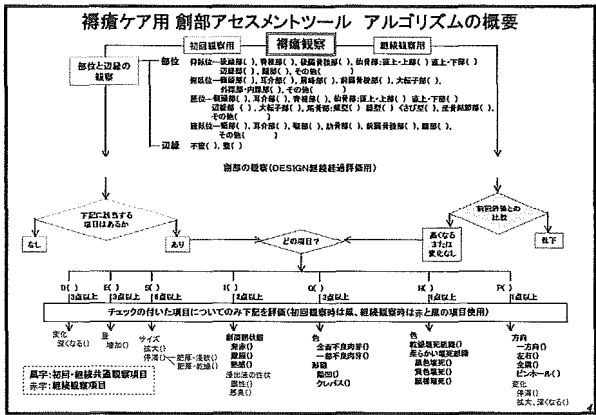
褥瘡の状態から必要なケア方法を導き出すためのツールです。

特色

褥瘡の観察ポイントが写真や図によって解説されているため、褥瘡ケアに携わる医療従事者なら誰でも使用可能で、かつ適切なケア方法を導くことができます。

褥瘡ケア用 創部アセスメントツールの概要

- 次ページのアルゴリズム通りにアセスメントを行います。
- 左側の「初回観察用」は、発生原因をみる目的のためのものです。創部を部位と辺縁から観察して該当する項目を選択します。その後、創部を日本褥瘡学会の褥瘡「創評価と分類」DESIGN(褥瘡経過評価用)を用いて、次のアルゴリズムに連動した該当する黒色の文字の創の状態を選択します。
- 右側の「継続観察用」は、創部のみからDESIGNを用いて次のアルゴリズムに連動した該当する黒と赤色の文字の創の状態を選択します。
- 選択した創部の状態から、必要なケアの方向性を確認します。
- 1週間ごとに褥瘡ケアカラーツールを用い、創の状態とケアを評価します。

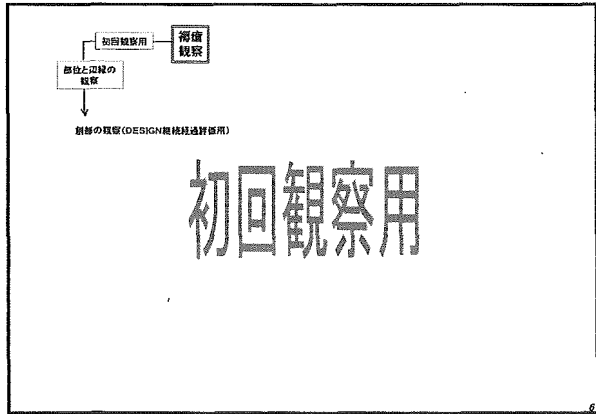


褥瘡「創評価と分類」DESIGNとは

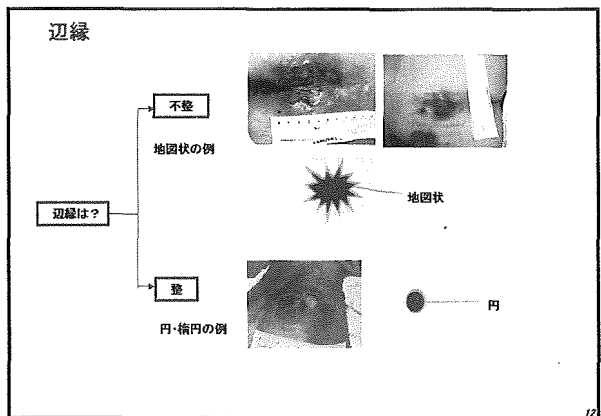
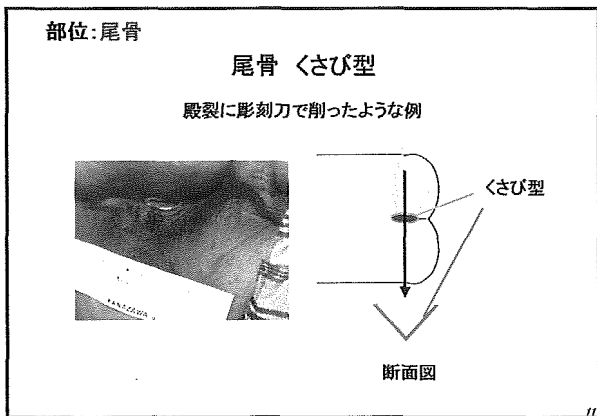
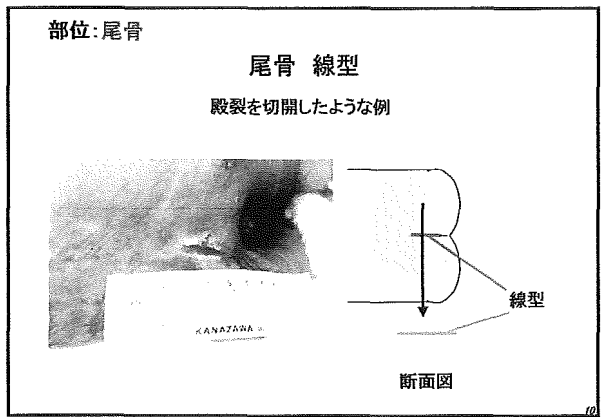
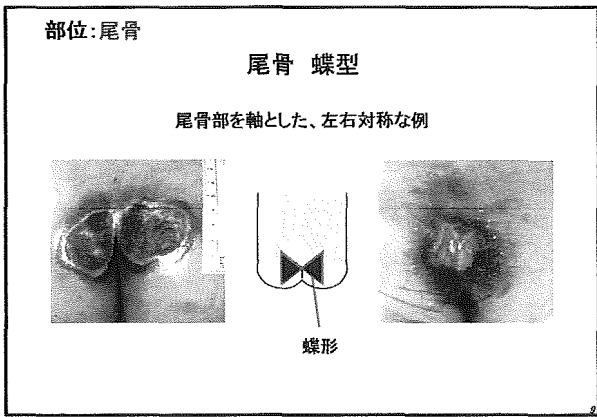
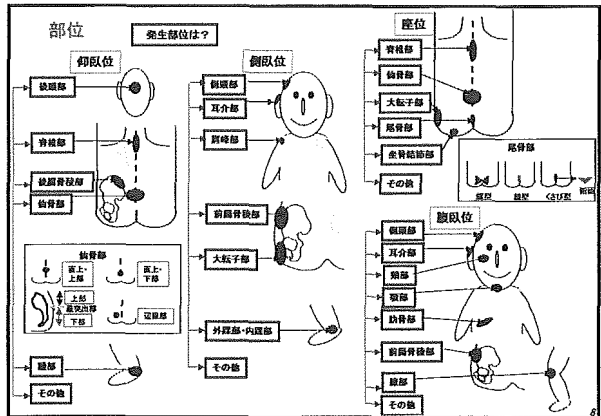
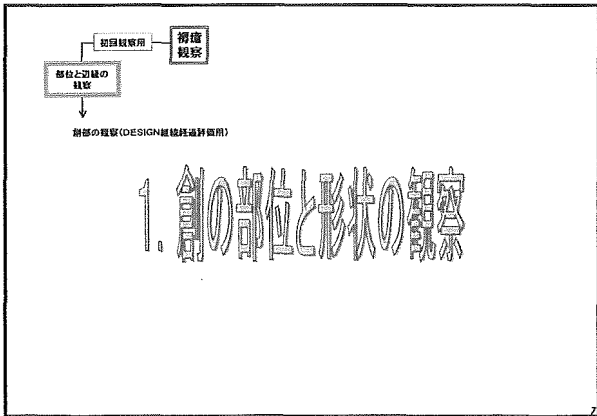
日本褥瘡学会 学術委員会 ワーキンググループが作成し、創を判定するツールとして提唱しているものです。

DESIGN (褥瘡経過評価用)

項目	内容	[黒]	[赤]	[黄]	[白]	[紫]	[青]	[緑]	[黒]	[赤]	[黄]	[白]	[紫]	[青]	[緑]	
D	1															
	2															
	3															
DC	1															
	2															
	3															
DC1	1															
	2															
	3															
DC2	1															
	2															
	3															
DC3	1															
	2															
	3															
DC4	1															
	2															
	3															
DC5	1															
	2															
	3															
DC6	1															
	2															
	3															
DC7	1															
	2															
	3															
DC8	1															
	2															
	3															
DC9	1															
	2															
	3															



褥瘡ケア用 創部アセスメントツール



褥瘡ケア用 創部アセスメントツール

