

G(肉芽組織)の「一部不良肉芽」のみ治癒遅滞を示す創変化として残った。

#### 4. 症例 2

##### 1) 症例

79歳、女性。主な疾患は脳梗塞、痴呆症であった。平成14年3月に誤嚥性肺炎のために入院し、以後経口摂取不可能となり胃瘻造設となった。褥瘡は、入院時から坐骨結節部にStage II (NPUAP分類)の褥瘡を認めていたが、発生日および発生意因は不明であった。

平成14年3月の創サイズは7.2であったが、エアマットレスの挿入、車椅子用クッションの使用、坐位姿勢の整え、創周囲洗浄、ポリウレタンフィルムドレッシング材の貼付によって4月初旬には3.86までサイズが縮小した。その後サイズは、縮小しても数日で拡大するという状態を繰り返していた。

##### 2) 褥瘡部アセスメントツールによるアセスメント (図11-5)

4月18日のDESIGN総点は5点であった。2週間前の得点と比較し点数が高いまたは不変であった項目と具体的な創変化は、S(サイズ)の「拡大」であった。

##### 3) 治癒遅滞要因と場面のアセスメント

サイズ拡大では、創部をポリウレタンフィルムドレッシングで被覆しているにもかかわらず、尿失禁のため創部が尿で汚染され、かつ創周囲が湿っている湿潤が遅滞要因として抽出された(表11-2-1,2)。

##### 4) 看護計画 (図 11-6)

###### ①尿による創汚染

標準看護計画28が選択された。しかし、2,3,6,7はすでに実施されており、1の禁制のコントロールは治療の適応とならず、5のカテーテルおよび失禁装具は使用不可であったため、4のケアのみ実施することとなった。

##### 5) 結果

2週間後 DESIGN総点は0点となり、褥瘡部は治癒に至った(図 11-7)。

#### 5. 症例 3

##### 1) 症例

87歳、男性。体重36kg。主な疾患は右脳血栓、高血圧であった。平成13年12月に自宅で転倒、右大腿骨頸部骨折により入院し、翌年1月に観血的骨接合術を受けた。術後右脳血栓を再発し保存療法、2月食事摂取困難となりPEG(内視鏡的胃瘻造設術)造設となった。この頃、仙骨部にStageIV(NPUAP分類)の褥瘡を発生した。

平成14年3月状態が安定し転院となった。転院時の創サイズは28であり、黄色壊死に覆われ、頭側を中心に創周囲に広く発赤を認めた。その後、10×10のポケット形成となった。4月末には黄色壊死組織が除去されたが、サイズの縮小がみられなくなった。

##### 2) 褥瘡部アセスメントツールによるアセスメント (図 11-8)

5月上旬のDESIGN総点は16点であった。2週間前の得点と比較し、点数が高いまたは不変であった項目と具体的な創変化は、D(深さ)の「深くなる」、E(滲出液)の「増加」、S(サイズ)の「停滞、肥厚・乾燥」、G(肉芽組織)の「全面不良肉芽」、p(ポケット)の「停滞」であった。

##### 3) 治癒遅滞要因と場面のアセスメント

深さ、滲出液、サイズ、ポケットの項目は、すでに褥瘡ケアツール上の標準看護計画が実施されていた。肉芽組織の全面不良肉芽項の遅滞要因には、不適切な局所

ケア、創均一圧迫、ずれ力、湿潤がツール上遅滞要因として挙げられているが、すでに標準看護計画が実施されていた。栄養状態において、次のような情報が得られた。PEGよりサンエットN3を900cal/day摂取していること、蛋白摂取量が1.0g/kg/日であること、血清アルブミン値が3.2g/dlであることから、エネルギー摂取量ならびには蛋白摂取量が不足している、が遅滞要因として抽出された。(表11-3-1,2)

#### 4) 看護計画

標準看護計画8,9が選択された。この症例は経管栄養による栄養管理のためケアアルゴリズムの選択肢「喫食率50%以下」は判断指標として採用できない。また、体重も1カ月、6カ月の測定値がなく「体重減少率」を判断指標として採用できなかった。

そこで全身状態の視診から「やせ」と判断し、第2の選択肢をありとした。以下、各選択肢にそって、症例3には30~35cal/kg/day、蛋白質1.5g/kg/dayを経腸栄養で補給するが栄養状態改善の看護計画として選択された(図11-9)。

ケア実施後、エネルギーは900cal/day(25cal/kg/day)から1,116cal/day(31cal/kg/day)へ、蛋白質は1.0g/kg/dayから1.5g/kg/dayへそれぞれ増加した。

#### 5) 結果

2週間後の褥瘡部のDESIGN総点は13点であった(図11-10)。ケア介入したG(肉芽組織)は実施前G4から実施2週間後G3へDESIGNの項目得点が減少した。また、E(滲出液)は実施前E3からe2へ、S(サイズ)はS2からs1へ、P(ポケット)は実施前面積が29.9cm<sup>2</sup>から実施2週間後21.7cm<sup>2</sup>に減少した。

ケア実施1ヵ月後3.3g/dl、2ヵ月後に血清アルブミン値は3.5g/dlに増加した。

## 6. 症例4

### 1) 症例

87歳、女性。主な疾患は、糖尿病、間質性肺炎、痴呆であった。平成14年7月施設入所中に肺炎が悪化し、他院で治療にて改善した。この入院中に、仙骨下部にStage IV(NPUAP分類)の褥瘡を形成したため、9月に褥瘡治療と糖尿病コントロール目的で転院してきた。

入院後1ヶ月経過した10月の創サイズは8.2、ポケットサイズは42.62であったが、創周囲洗浄、ポケット洗浄、二層式エアマットレス使用、創部の湿潤環境により、2週間後には創サイズは7.44、ポケットサイズは35.06までに縮小した。その後、ポケットサイズの縮小は見られず、平成14年11月7日では創サイズは6.44、ポケットサイズは35.06であった。

時折、周囲の物品を取ろうとして、身体をくねりながらベッド上を移動する行動がみられた。

### 2) 褥瘡部アセスメントツールによるアセスメント(図11-11)

11月7日のDESIGN総点は17点であった。2週間前の得点と比較し点数が高いまたは不変であった項目と具体的な創変化は、G(肉芽組織)の「全面不良肉芽」「陥没」、P(ポケット)の「左右」「停滞」であった。

### 3) 治癒遅滞要因と場面のアセスメント

「全面不良肉芽」の項目ではすでに褥瘡部ケアツール上の標準看護計画が実施されていた。肉芽の陥没では、6時方向の創縁皮膚が坐位時に創局所を圧迫している創局所圧迫が遅滞要因として抽出された(表11-4-1,2)。ポケットでは、坐位で殿部が吊りあがっている方向性のあるずれ力と側臥位時にポケット部皮膚が浮き上がっていることが遅滞要因として抽出された(表11-4-3)。

### 4) 看護計画

### ①方向性のあるずれ力

標準看護計画 31 が選択されたが、1～4 はすでに現行ケアで実施されており、5 の坐位時間は 1 時間以内であるが、プッシュアップが不可であり、追加するケアはなかった(図 11-12-1)。

### ②創局所圧迫とポケット部皮膚浮き上がり

オプション看護計画 45 が実施された (図 11-12-2)。

### 5) 結果

2 週間後の褥瘡部の DESIGN 総点は 17 点であった (図 11-13)。ケア介入した G (肉芽組織) は実施前、実施 2 週間後ともに G5 と不変であった。P (ポケット) は実施前ポケットサイズが 34.36 から実施 2 週間後 20.76 へ減少した。ただし、この 2 週間で S (サイズ) は実施前が 6.44 から実施 2 週間後 10.35 へ増加した。ケア介入により、P にのみ良好な治癒過程を示した。

## 7. 考察

褥瘡保有患者のケア基準としては、叶谷<sup>1)</sup>の「褥瘡患者のクリティカルパス」がある。クリティカルパスでは、パスにはまらなかった出来事をバリエーションと称し、それを蓄積し分析することで、パスの改善とシステムや体制の改善に役立っている。

そこで今回のケース・スタディにおいても、同様の手法を用いて、褥瘡部ケアツールを考察した。具体的には、クリティカルパスのバリエーションの 2 つの視点である、必要なケア内容を実施できなかった理由、アウトカムに到達することができなかった理由、を症例ごとに検討した。また、2 つの視点以外にも褥瘡部ケアツールの臨床適応上で検討すべきことを症例ごとに挙げた。

### 1) 症例 1

#### (1) 必要なケア内容を実施できなかった理由

方向性のあるずれ力の排除ケアとしてギャッチアップの時間を限定するケアが実施できなかった。経管栄養のためにギャッチアップを実施しており、時間短縮には注入速度を速くする方法が考えられるが、循環器系への負担から望ましくない。

#### (2) アウトカムに到達することができなかった理由

肉芽の「一部不良肉芽」がケア導入後 2 週間後にも治癒遅滞状態として残った。DESIGN では良性肉芽は鮮紅色、細顆粒状を呈するものと定義<sup>2)</sup>されているが、高齢者の褥瘡においては肉芽色が不良のままでも治癒する症例が報告されている<sup>3)</sup>。今後、肉芽以外の項目に創治癒遅滞状態がなく、標準看護計画が継続実施されている場合の肉芽の状態変化を経時的に観察する必要がある。

#### (3) ケアの優先順位

症例 1 にはポケット洗浄と姿勢保持ケアの 2 つが同時に変更され、2 週間後に良好な褥瘡部変化が観察された。このため、創変化とケアとの因果関係が明確に実証できない弊害がある。

### 2) 症例 2

#### (1) 必要なケア内容を実施できなかった理由

溼潤排除ケアとして、禁制のコントロールと貼付型集尿器、カテーテル使用を実施できなかった。痴呆でかつ自力体位変換能力がない高齢者の禁制コントロール方法は確立されておらず、褥瘡保有高齢者の寝たきり、痴呆などの背景から考えるとこのケアの実施度は今後も低いことが予測される。同様に、女性への貼付型集尿器使用は、その貼付技術に熟練を要すること、費用が患者の自己負担であることから、高齢者の臨床では普及していないのが実情であり、実施度が低いことが予測される。

#### (2) アウトカムに到達することができなかった理由

この視点に該当する項目はなく、選択したケアは高齢者に適したケアであり、また褥瘡治癒したことから、有効なケアであると言える。

### 3) 症例 3

(1)必要なケア内容を実施できなかった理由

(2)アウトカムに到達することができなかった理由

症例 3 においては必要なケア内容を実施できなかった理由、アウトカムに到達しなかった理由がなかった。この症例に 2 つのバリエーションが生じなかった理由として、患者の治療目的に褥瘡治癒が挙げられていたこと、褥瘡対策チームに栄養士が含まれていたこと、全身状態が安定していたこと、現疾患がコントロールされていたことが考えられる。栄養管理は、看護だけでなく、医師、栄養士の協働、また患者の治療目的によって左右される。今後はさらに症例数を増やしての検討が必要と考える。

### (3)判断指標

ケアアルゴリズム上、第 2 の判断指標は喫食率または体重減少を活用して判断するものである。寝たきりで経管栄養による栄養管理を受けている本症例には、第 2 の判断指標は活用できなかった。判断指標については、皮脂厚<sup>4)</sup>、上腕周囲長<sup>4)</sup>、腸骨突出度<sup>5)</sup>など簡便な身体計測値の活用を考える必要がある。

また、ケア実施後、明らかな血清 Alb 値上昇は 2 カ月後に観察され、寝たきり高齢者においては、全身状態からのモニタリングは数か月単位を要することが考えられる。

### 4) 症例 4

(1)必要なケア内容を実施できなかった理由

方向性のあるずれ力排除ケアとして 15 分ごとのプッシュアップが実行できなかった理由として、上肢の筋力低下と患者本人に必要な性の理解が乏しかったことが挙げられた。

(2)アウトカムに到達することができなかった理由

期待したアウトカムに到達しなかった項目は、肉芽の「全面不良肉芽」と「陥凹」、サイズの「拡大」であった。理由は、患者のベッド上の動きが褥瘡部へもたらす外力であった。

5)高齢者における褥瘡部ケアツールのケア実施できなかった理由

4 症例の検討から、ケア実施できなかった理由のひとつに、ケア実施による循環器系への負荷があげられた。ケア実施中の観察項目として、当該ケアアルゴリズムに追加することで、患者への安全を確保すべきである。

第 2 に寝たきり、痴呆などの特徴もつ虚弱高齢者に適応する排泄援助技術がないこと、第 3 に熟練を要する排泄援助技術であったことである。次年度の介入研究に向けて、排泄ケアアルゴリズムの改善を行う必要があると考える。

6)高齢者における褥瘡部ケアツールのアウトカムに到達することができなかった理由

看護計画実施にもかかわらず治癒遅滞状態が改善しなかった理由には 2 つあった。第 1 に肉芽の色不良については、それ自体が高齢者特有の褥瘡の特徴を示すものであり、遅滞状態ではない可能性である。今後、さらなる検討が必要である。第 2 に高齢者自身の動きによる外力が褥瘡部の治癒過程に悪影響をもたらしたことである。現在のケアアルゴリズムでは、この外力による悪影響を排除できなかったと考える。今後、高齢者の可動性を維持しながら、褥瘡部の安静を保つ看護技術開発の必要性が示唆された。

## 8. まとめ

治癒遅滞褥瘡を保有する高齢者4症例にて、褥瘡部ケアツールの臨床適合を検討した結果、以下が明らかになった。

①褥瘡部ケアツール導入2週間後に治癒遅滞状態が改善した症例は3症例であり、ツールの臨床適合性が確認された。

②必要なケア内容が実施できなかった理由から、ケア実施中の患者の安全性の確認、排泄ケアアルゴリズムの改善が示唆された。

③アウトカムに到達することができなかった理由から、高齢者褥瘡の肉芽の色の再検討、高齢者の可動性を維持しながら、褥瘡部の安静を保つ看護技術開発の必要性が示唆された。

④血清アルブミン値、体重測定値がなく、経管栄養で栄養管理を受ける褥瘡保有高齢者の栄養状態アセスメント指標をさらに考案する必要がある。

## 9. 文献

1. 叶谷由佳：褥瘡患者のクリティカルパス、よくわかって役に立つ褥瘡のすべて、永井書店、211-232、2001
2. 森口隆彦、他：「DESIGN」－褥瘡の新しい重症度分類と経過評価のツール－、日本褥瘡学会誌、4：1-7、2002
3. 表 志津子：食事摂取経路と褥瘡治癒過程の関連－高齢者における検討－、平成14年度金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文、2003
4. 杉山みち子、他：身体計測、これからの高齢者の栄養管理サービス、5章栄養管理サービス－高齢者の栄養スクリーニング－、第一出版：44-59、1998
5. 須釜淳子、他：褥瘡予防における寝たきり高齢者用簡易栄養状態アセスメント用具の妥当性の検討、日本褥瘡学会誌、4：55-59、2002

表11-1-1 症例1の治療遅滞要因と場面のアセスメント

サイズ:停滞 肥厚・乾燥

遅滞要因	場面	チェックリスト
創局所 圧迫	褥瘡部を圧迫する体位をとっている  体圧分散寝具を使用していない 体圧分散寝具使用の場合、適切な圧分散ができていない 補助具が創部にあたっている シーツ、おむつ等のあて物の枚数が多い 薬剤・ドレッシング材が厚い ガーゼの枚数が多い 創局所において創縁皮膚がずれて創を圧迫している 創局所において薬剤・ドレッシング材が圧迫している	90度側臥位 経管栄養時も側臥位 Big-Cell使用 同上 背部のみ使用 シーツ1枚、おむつ2枚 カルトスタット使用 ガーゼ1枚 皮膚ずれなし ドレッシング材による圧迫なし
乾燥	浸出液量に適合した吸水力のある薬剤・ドレッシング材を選択していない	カルトスタット

肉芽:一部不良肉芽

遅滞要因	場面	チェックリスト
創局所 圧迫	上述表参照	上述表参照

浸出液増加

表11-1-2 症例1の治療遅滞要因と場面のアセスメント

遅滞要因	場面	チェックリスト
汚染・感染	下痢便で創部が汚染されている 尿で創部が汚染されている 創および創周囲を洗浄していない 洗浄量は少ない 洗浄圧は弱い 石鹸で創周囲を洗浄していない 交換頻度は少ない 湿潤環境の時期は不適切 創汚染防止のカバードレッシングを選択していない	1回/週排便 尿による創汚染なし 生理食塩水使用 生食20ml使用 ポケット内洗浄せず 注射器に18G注射針装着し洗浄 石鹸洗浄実施 毎日交換 肉芽形成期 便・尿汚染の明らかな事実なし

炎症・感染:周囲発赤

遅滞要因	場面	チェックリスト
汚染・感染	上述表参照	上述表参照
栄養状態 低下	カロリー摂取量は不足している 蛋白質摂取量は不足している	1,200kcal/day Alb 3.0g/dl以上

ポケット: 一方向

遅滞要因	場面	チェックリスト
方向性のある ずれ力	ギャッチアップ時にいつも同じ方向に姿勢がくずれている  坐位時にいつも同じ方向に姿勢がくずれている 体位変換後にいつも同じ形で姿勢がくずれている	経管栄養中下方にずれている 坐位不可 90度側臥位時にくずれなし
汚染・感染	上述表参照	上述表参照

表11-2-1 症例2の治療遅滞要因と場面のアセスメント1

サイズ:拡大

遅滞要因	場 面	チェックリスト
創均一 圧迫	褥瘡部を圧迫する体位をとっている 体圧分散寝具を使用していない 体圧分散寝具使用の場合、適切な圧分散ができていない 補助具が創部にあたっている シーツ、おむつ等のあて物の枚数が多い 薬剤・ドレッシング材が厚い ガーゼの枚数が多い	左右体位変換 トライセル使用 32mmHg 背部のみ使用 シーツ1枚、おむつ2枚 アルゴダーム1枚 ガーゼ1枚
ずれ力	45度以上のギャッチアップをしている 坐位時に姿勢がくずれている 体位変換時に創面が擦れている 体位変換後に姿勢がくずれている 車椅子自乗時に創面が擦れている ベッド⇄イス移動時に創面が擦れている 薬剤・ドレッシング材の形状で創面が擦られている	ギャッチアップせず くずれなし 擦れなし くずれなし 自乗せず 介助で浮かして移動している 創面の擦れなし

表11-2-2 症例2の治療遅滞要因と場面のアセスメント2

サイズ:拡大

遅滞要因	場 面	チェックリスト
湿潤	下痢便で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 尿で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 発汗で創周囲が湿っている 浸出液量に適合した給水力のある薬剤・ドレッシング材を選択していない 交換頻度が少ない 創汚染防止のために適切なカバードレッシングを選択していない	1回/週換便 尿の付着あり 発汗せず アルゴダーム使用  1日1回交換 オプサイトIV3000使用
栄養状態 低下	カロリー摂取量は不足している 蛋白質摂取量は不足している	1400kcal/日 サンケンラクト1本

表11-3-1 症例3の治療遅滞要因と場面のアセスメント

深さ: 深くなる  
 サイズ: 停滞 肥厚・乾燥  
 滲出液: 増加  
 ポケット: 停滞

標準看護計画実施済み

■肉芽: 全面不良肉芽

because 遅滞要因	situation 場面	チェックリスト
栄養状態低下	低Alb カロリー摂取量は不足している 蛋白摂取量は不足している	Alb 3.2g/dl、 摂取カロリー900Kcal/1日(必要エネルギー比0.8)、 蛋白36g/1日(体重あたり1g)、 上腕周囲17.8cm、皮脂厚3mm、 身長150cm、体重36kg、BMI 16
不適切な局所ケア	滲出液量に適切した吸水力のある薬剤・ドレッシング材を選択していない 消毒剤を使用している	アルギン酸塩創傷被覆材使用 生理食塩水にて洗浄
湿潤	下痢便で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 尿で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 発汗で創周囲が湿っている 滲出液量に適合した吸水力のある薬剤・ドレッシング材を使用していない。 交換頻度は少ない 創汚染防止のために適切なカバードレッシングを選択していない	SCC使用 同上 発汗なし アルギン酸塩創傷被覆材使用 1日1回 フィルムドレッシング使用

表11-3-2 症例3の治療遅滞要因と場面のアセスメント2

肉芽: 全面不良肉芽

遅滞要因	場面	チェックリスト
創均一 圧迫	褥瘡部を圧迫する体位をとっている 体圧分散器具を使用していない 体圧分散器具使用の場合、適切な圧分散ができていない 補助具が創部にあたっている シーツ、おむつ等のあて物の枚数が多い 薬剤・ドレッシング材が厚い ガーゼの枚数が多い	左右体位変換のみ Big-Cell使用 0 mmHg仰臥位なし 背部のみ使用 シーツ1枚、おむつ1枚 アルギン酸塩創傷被覆材使用 ガーゼ1枚
ずれ力	45度以上のギャッチアップをしている 坐位時に姿勢がくずれている 体位変換時に創面が擦れている 体位変換後に姿勢がくずれている 車椅子自乗時に創面が擦れている ベッド⇄イス移動時に創面が擦れている 薬剤・ドレッシング材の形状で創面が擦られている	30度以下 坐位不可 2人で体位変換 くずれなし 自乗せず 坐位不可 創面の擦れなし

表11-4-1 症例4の治療遅滞要因と場面のアセスメント1

肉芽形成： 全面不良肉芽

遅滞要因	場面	チェックリスト
不適切な局所ケア	浸出液量に適合した給水力のある薬剤・ドレッシング材を選択していない(浮腫・脱水) 消毒剤を使用している	アルゴダーム使用 生理食塩水使用
創均一圧迫	褥瘡部を圧迫する体位をとっている 体圧分散器具を使用していない 体圧分散器具使用の場合、適切な圧分散ができていない 補助具が創部にあたっている シーツ、おむつ等のあて物の枚数が多い 薬剤・ドレッシング材が厚い ガーゼの枚数が多い	仰臥位体位変換禁止 トライセル使用 37mmHg 背部にのみしよう シーツ1枚、おむつ1枚 アルゴダーム2枚重ね ガーゼ1枚
ずれ力	45度以上のギャッチアップをしている 坐位時に姿勢がくずれている 体位変換時に創面が擦れている 体位変換後に姿勢がくずれている 車椅子自乗時に創面が擦れている ベッド↔イス移動時に創面が擦れている 薬剤・ドレッシング材の形状で創面が擦られている	ギャッチアップせず くずれなし 擦れなし くずれる 自乗せず 介助で浮かして移動している 創面の擦れなし

表11-4-2 症例4の治療遅滞要因と場面のアセスメント2

肉芽形成： 全面不良肉芽

遅滞要因	場面	チェックリスト
湿潤	下痢便で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 尿で創部が汚染され、かつ創周囲が湿っている 発汗で創周囲が湿っている 浸出液量に適合した給水力のある薬剤・ドレッシング材を選択していない 交換頻度は少ない 創汚染防止のために適切なカバードレッシングを選択していない	便汚染なし 尿道カテーテル留置 発汗なし アルゴダーム 2回/日交換 オプサイトIV3000使用
栄養状態低下	カロリー摂取量は不足している 蛋白質摂取量は不足している	1600kcal 不足なし

肉芽形成： 陥没

遅滞要因	場面	チェックリスト
創局所圧迫	創局所において創縁皮膚がずれて創を圧迫している 創局所において薬剤・ドレッシング材が圧迫している	6時方向の皮膚創を圧迫する 圧迫なし
汚染・感染	創および創周囲を洗浄していない 洗浄量は少ない 洗浄圧は弱い 石鹸で創周囲を洗浄していない 湿潤環境の時期は不適切	生理食塩水で洗浄 300ml/回 注射器に18G注射針つけ洗浄 石鹸使用 肉芽形成期

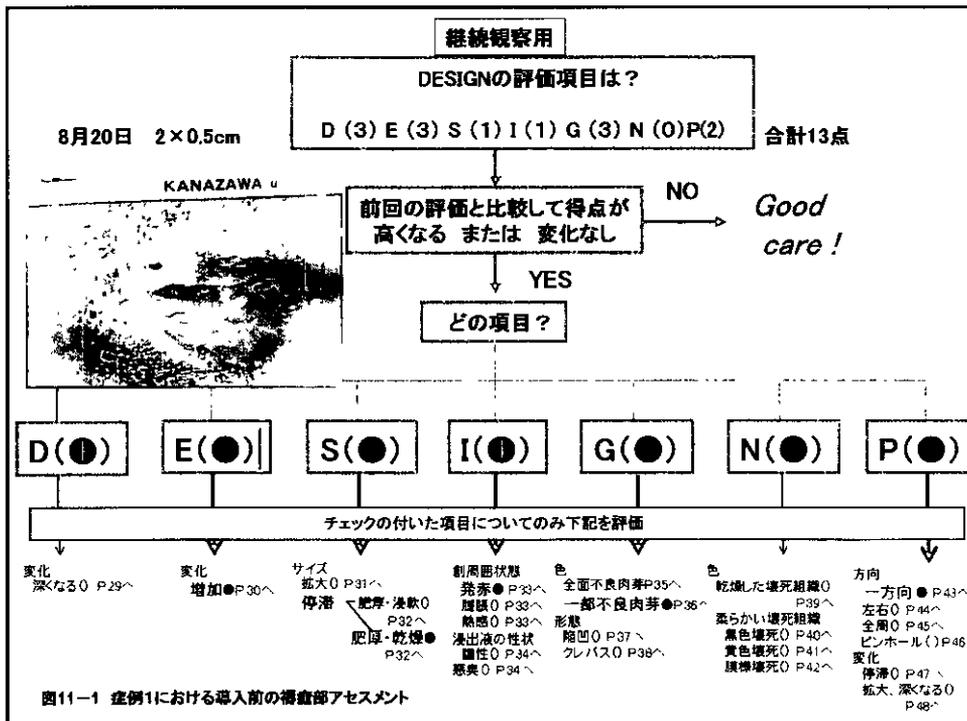
表11-4-3 症例4の治療遅滞要因と場面のアセスメント3

ポケット: 左右

遅滞要因	場面	チェックリスト
方向性のあるずれ力	ベッド上坐位で殿部が吊りあがっている 坐位で殿部が吊りあがっている	吊りあがりなし 吊りあがりあり
汚染・感染	上述表参照	上述表参照

ポケット: 停滞

遅滞要因	場面	チェックリスト
ずれ力	上述表参照	
ポケット部皮膚の浮き	側臥位時にポケット部皮膚が浮き上がっている	浮き上がりあり
汚染・感染	薬剤・ドレッシング材がポケット内に残存している	なし
創局所圧迫	薬剤・ドレッシング材がポケット内に充填しすぎている	充填してはず
栄養状態低下	上述表参照	



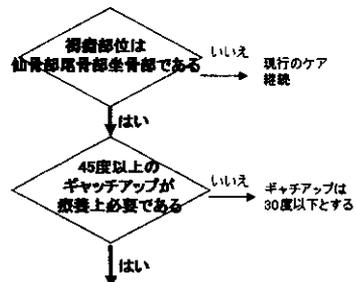
ケア番号19: 洗浄量が少ない

- 原則的に薬剤やドレッシング材の交換のたびに、十分な量の洗浄水を用いて洗浄する
- 創底が観察できるまで、局所用薬剤やドレッシング材の残存物、その他の異物、過剰な滲出液、膿、代謝性老廃物、細菌などを洗い流す

⇒ ポケット内の洗浄分を含めて生理食塩水50ml以上使用

図11-2 症例1のポケット洗浄ケア計画

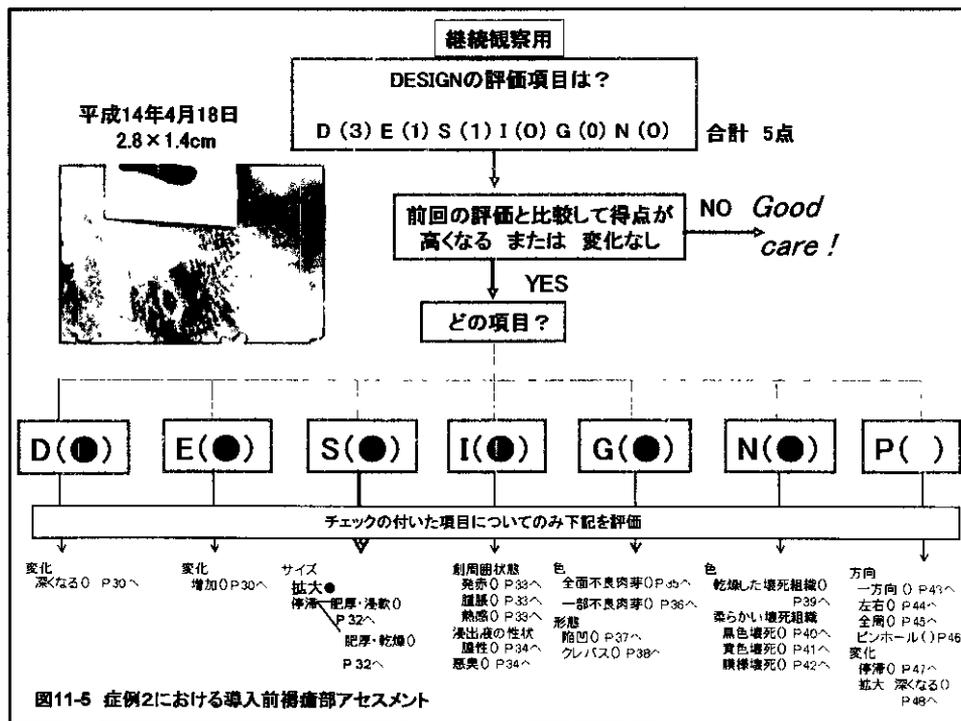
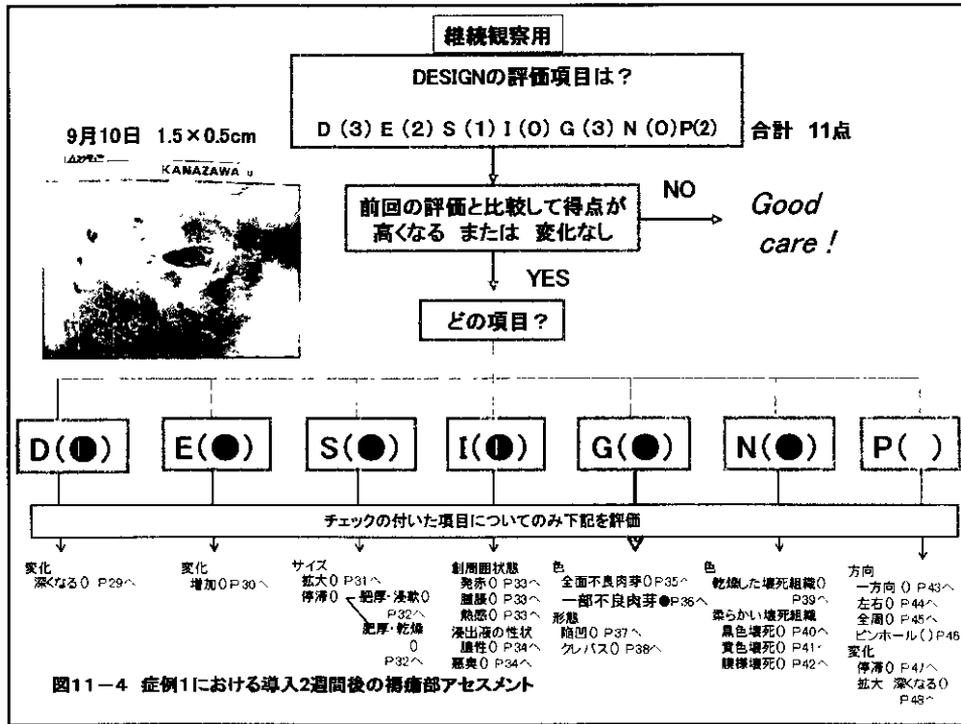
ケア番号30 ギャッチアップ時にいつも同じ方向で姿勢がくずれている

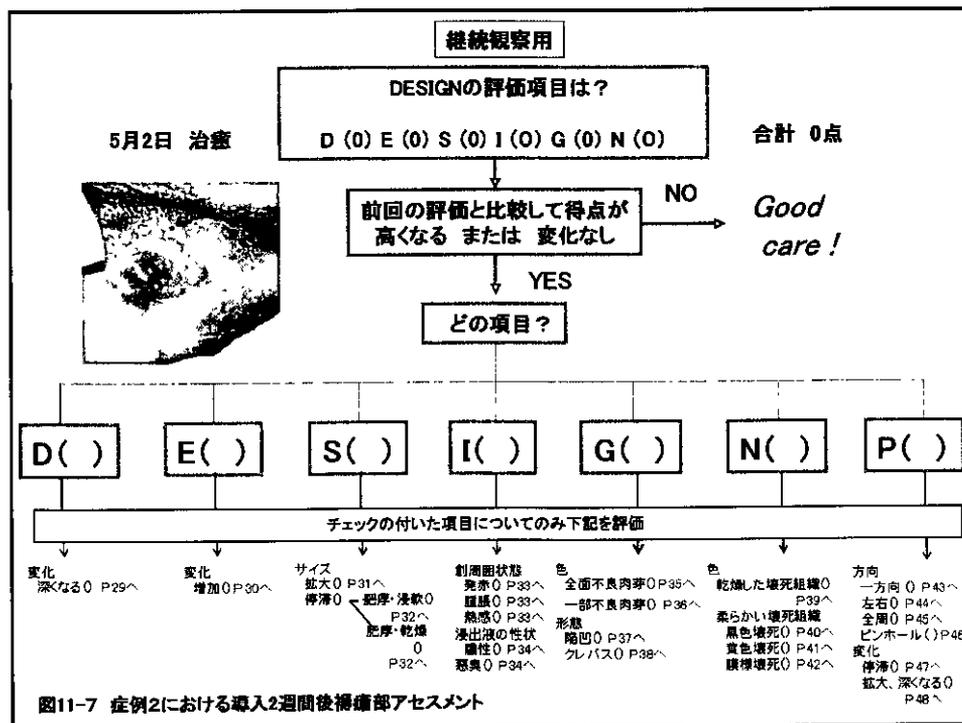
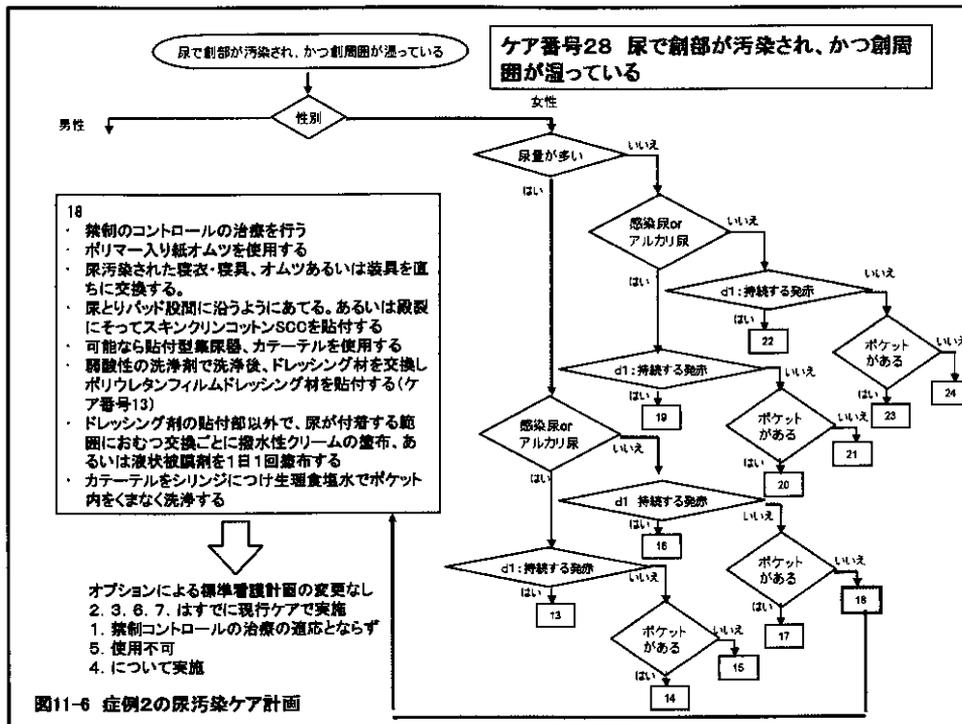


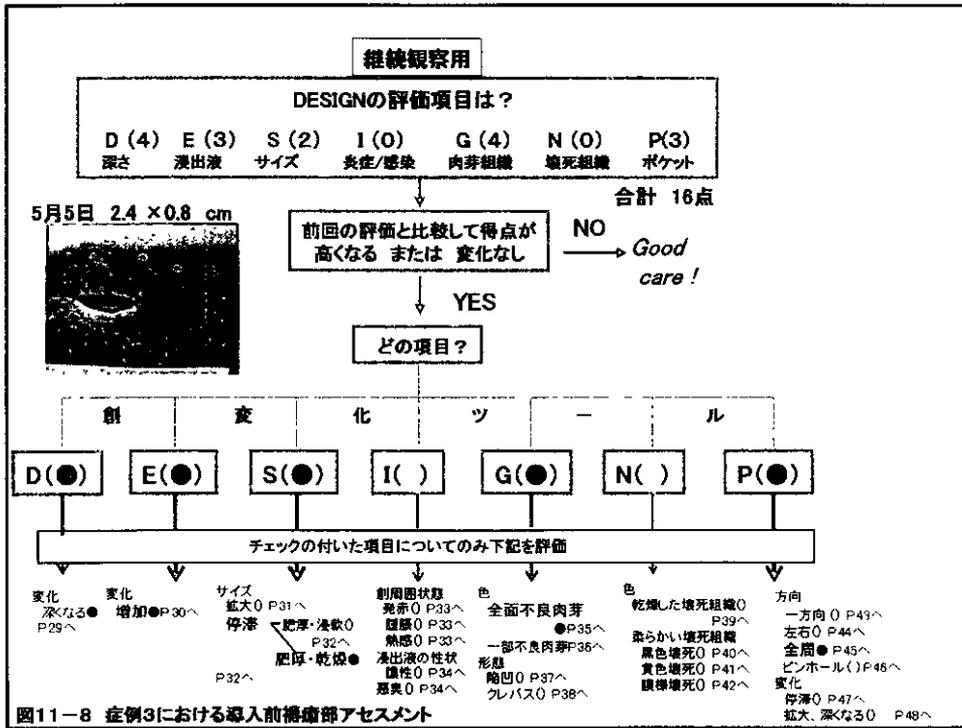
1. ずれ防止機能付マットレス使用
2. 足側から挙上
3. 小枕多用し姿勢保持(姿勢が崩れる方向に枕)
4. ギャッチアップの時間を限定
5. しわになるバスタオルを敷かない
6. 可能ならば側臥位のままでギャッチアップ

オプションによる標準看護計画の変更なし  
 1. 2. 3. 5はすでに現行ケアで実施  
 4. 経管栄養注入時間の短縮は不可  
 6. について実施

図11-3 症例1の姿勢保持に関する看護計画







ケア番号8 エネルギー摂取量は不足している  
 ケア番号9 蛋白質摂取量は不足している

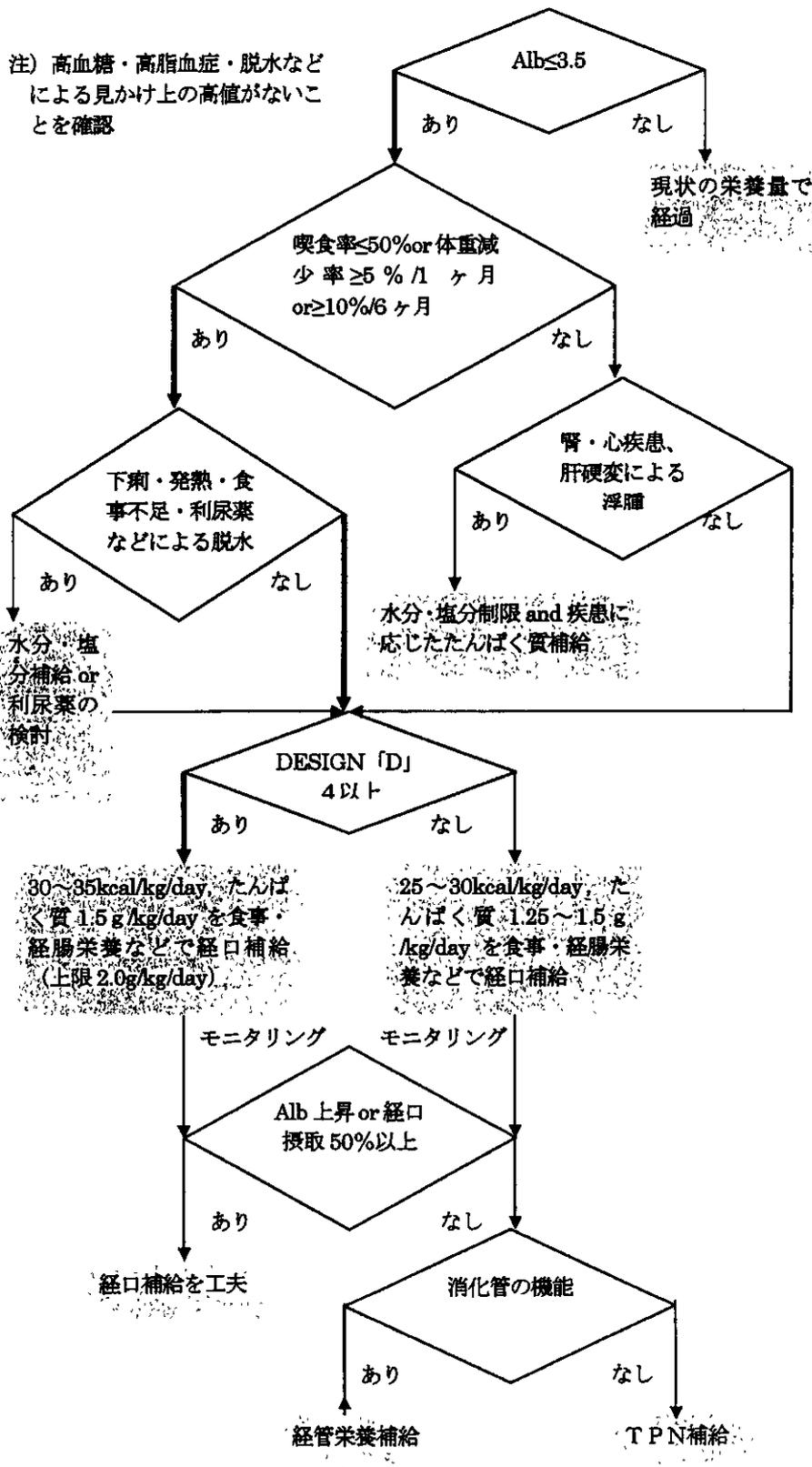
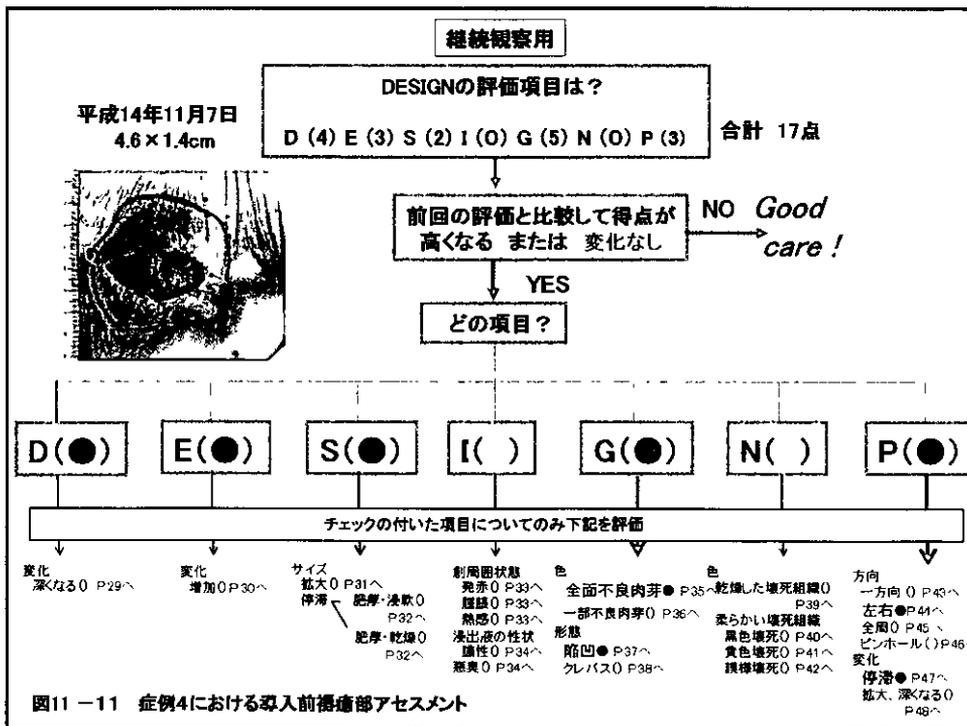
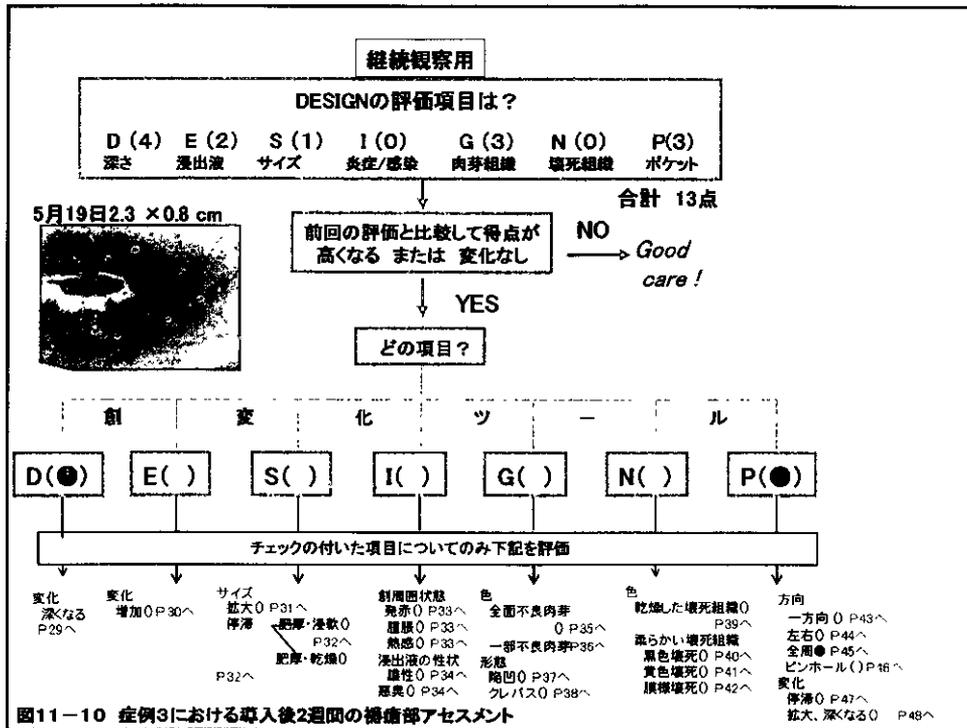
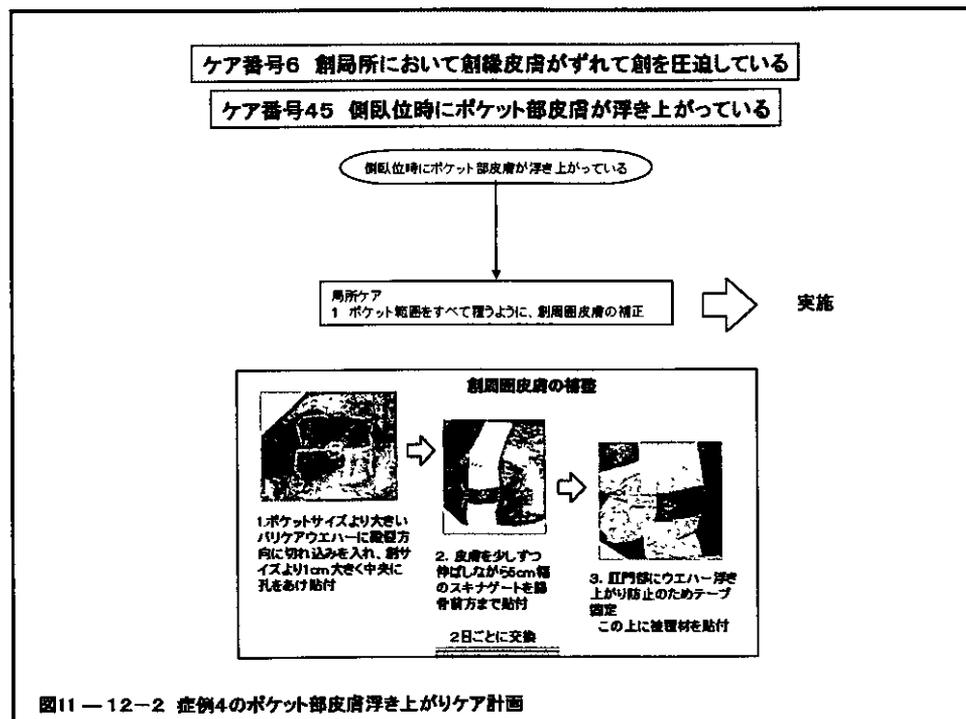
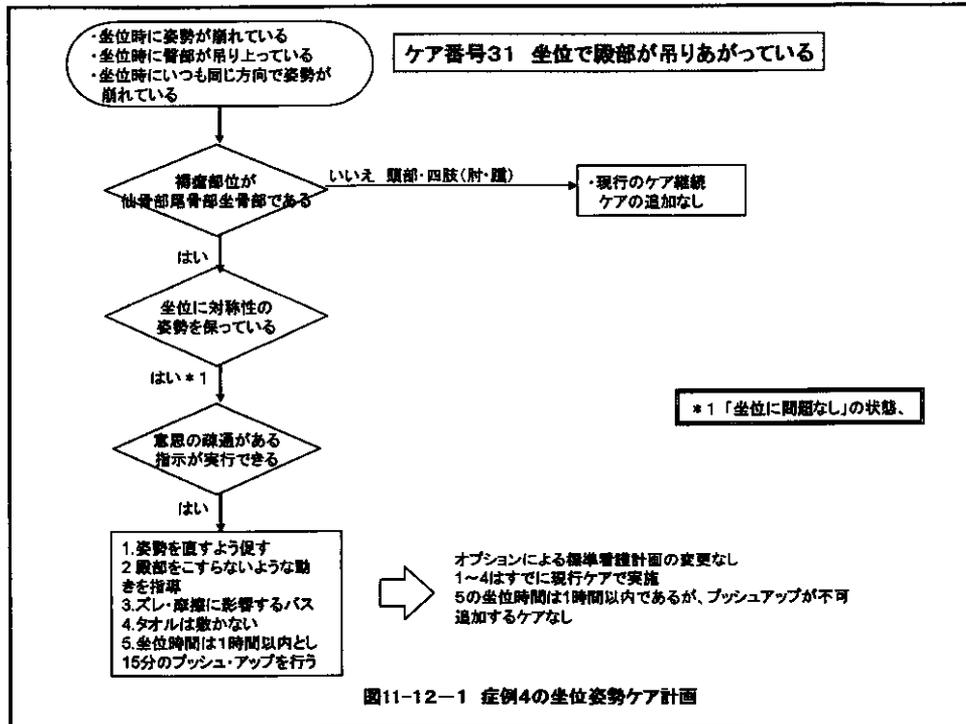
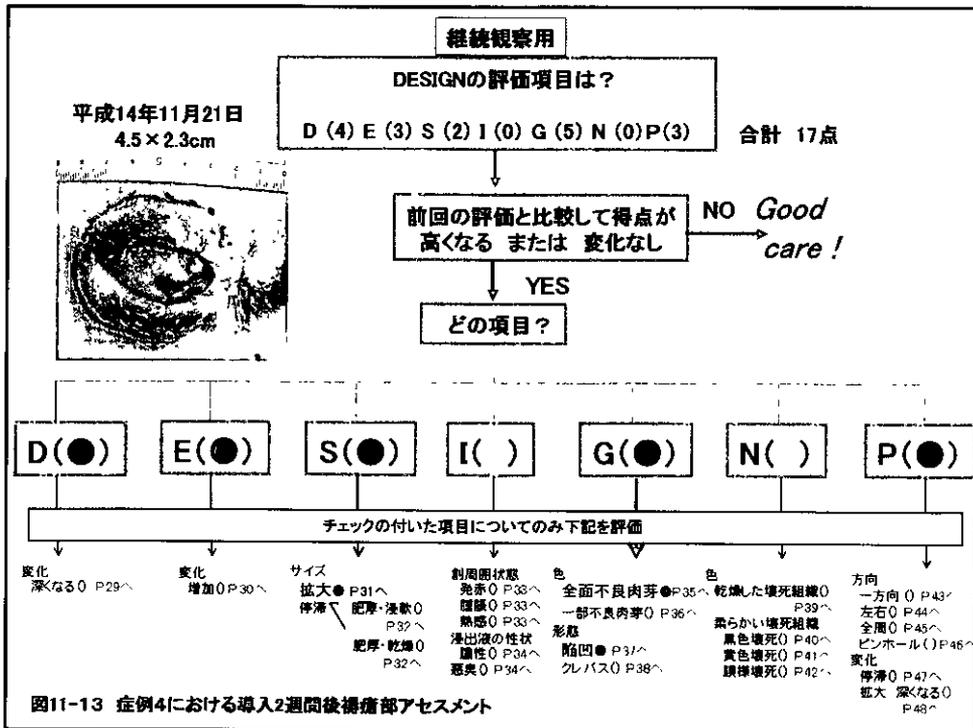


図 11-9 症例3の栄養改善計画 (エネルギー、蛋白質)







資料 1 3 章全身状態からのケア判断樹

構造化抄録

文献番号	1						
論文タイトル	Clinical indicators associated with unintentional weight loss and pressure ulcer in elderly residents of nursing facilities						
著者名	SHIRLEY A.GILMORE,PhD,RD;GRETCHEN ROBINSON,MS,RD,FADA;MARY ELLEN POSTHAUER,RD;JANICE RAYMOND,MS,RD						
雑誌名	Journal of the american dietetic association						
巻(号)	Sep 95(9)	ページ	984-92	年	1995	論文種類	原著論文
エビデンス	4(症例集積研究)						
キーワード	pressure ulcer,weight loss						
目的	療養施設の65歳以上の高齢者で、6ヶ月で現体重の10%以上あるいは1ヶ月に5%以上の自然な体重減少をした人々あるいは、II、IIIまたはIV度の褥瘡のある人々に関する指針をつくる						
研究デザイン	症例対象研究						
場所・設定	nursing facilities(療養施設)とケアホーム						
対象	6ヶ月で現体重に10%あるいはそれ以上の自然な体重減少を経験した65歳以上の高齢者290名。 II、IIIまたはIV度の褥瘡のある65歳以上の高齢者265名。						
方法	1993年4月、6月、8月の3つの期間に分けて調査された。(報告は4月のみ) 体重減少群では、①過去3日連続で配られた食事摂取量が50%以下、②フードピラミッドで定義されている食品群を全て摂取できない、③過去7日、代用食品を50%以上を摂取できない、④過去7日間で栄養補助食品(サプリメント)を50%以上摂取できない、⑤口腔痛によって形態を変えた食事を食べる能力や欲求、⑥咀嚼問題、⑦合わない総入れ歯、⑧欠けたり無くなった歯、⑨飲み込みに問題、⑩視力障害、⑪(本質的な)機能能力の減少、⑫呼吸の短縮、⑬食欲不振を改善する薬、⑭失語症、⑮自動計画の必要性、⑯吐き気や嘔吐、⑰歩行と徘徊をする痴呆症に必要な栄養を増やす、⑱慢性閉塞性肺疾患(COPD)、⑲炎症、⑳褥瘡、21)パーキンソン病または振戦、22)癌、23)正常な水化状態のアルブミン35g/L以下、24)コレステロール4.1mmol/L(155mg/dl)以下の24項目。 褥瘡群では、①6ヶ月間に現体重10%あるいは1ヶ月間に5%の自然な体重減少あるいは体重増加、②過去3日連続して配膳された食事摂取50%以下、③過去7日間で代用食品の50%以上を摂取、④過去7日間栄養補助食品の50%以上を拒否、⑤血清浸透圧が295mOsm/L以上、⑥正常な水化状態での血清アルブミン35g/L以下、⑦コレステロール4.1mmol/L以下、⑧現体重当たりたんぱく質1.2g/kg摂取、⑨1日当たりビタミンCを120mg以上摂取、⑩II、III、IV度の褥瘡で15mg以上の亜鉛補給、⑪目標体重に対し求められたエネルギーの1.5倍量を摂取の11項目をあげた。						
効果判定指標	有効データ数の50%以上						
主な結果	無意識の体重減少群(%は有効データ数に対し) 過去連続3日間食事摂取量が50%以下 n=154(56%) 過去7日で代替食品の50%以上摂取できない n=74(38%) 過去7日で栄養補給の50%以上摂取できない n=77(31%) 咀嚼の問題 n=148(53%) 機能能力の低下 n=174(63%) 褥瘡 n=52(18%) 脱水のない状態でのアルブミン3.5g/dl以下 n=75(50%) コレステロール156mg/dl以下 n=54(51%) II、III、IV度の褥瘡群(%は有効データに対し) 過去3日連続食事摂取率50%以下 n=59(24%) 過去7日で代替食品の50%以上摂取できない n=27(13%) 過去7日で栄養補給の50%以上摂取できない n=32(15%) 平常時体重減少率5%/月か10%/6月以上 n=67(27%) 現体重当たり1.2g/kgのたんぱく質を摂取 n=191(90%) 目標体重に対し求められたエネルギーの1.5倍を摂取 n=133(68%) 1日当たりビタミンC120mg以上摂取 n=154(77%) 脱水のない状態でのアルブミン3.5g/dl以下 n=90(64%) コレステロール156mg/dl以下 n=54(47%) 3つの高度介入は、現体重1kg当たり1.2gのたんぱく質であり、毎日ビタミンC120mg以上摂り、目標体重を基本にした必要エネルギーの1.5倍を摂った。血清アルブミンレベルが医学記録で実証された時、両方の診断に対し論理的に正しかった。						
結論	不適切な栄養摂取、疾病、そして機能低下は、低栄養の危険因子となる。褥瘡のある入居者の摂取率は、体重減少率が大きい入居者より多い傾向にあるが、アルブミンが低い患者の割合が多いため、高齢居住者の栄養状態の評価は、検査データでもみることが重要である。						