

爪や陥入爪の原因になったり、指先の肉の部分がむき出しになり支えがなくなるのでつまづきやすくなり、転倒の危険が高まったりするからです。

肥厚した爪で硬いときには、ヤスリで削ります。ニッパーなどで切ることにより爪が割れる危険を防ぐためです。肥厚した爪を切るのが難しいと感じた場合は、無理をせず、看護師、医師に相談しましょう。

(b)生活上の注意点

①靴が適しているかを観察する

利用者の履いている靴が爪の障害を引き起こしている可能性も考えられるので、靴のサイズ・形・底の減り方などが問題ないか、観察する必要があります。

②日常の様子の変化に注意する

利用者本人が爪の先まで丹念に観察することはほとんどなく、また、爪の異常に気づいてもその通りに訴えることができない可能性があるため、日常のケアの中で、足を気にしている仕草はないか、歩き方や、歩きたがらないといった変化がないかなどに注意する必要があります。

(3)ケアの注意点・必要な知識と情報

WOC 看護認定看護師はフットケアに関する知識と技術を備えているので、爪のケアに難渋している場合に相談することが可能です。

10)発赤(赤み)に対する対処

(1)アセスメントの要点

(a)発赤(赤み)(発疹、ムシさされ、やけど)が見られた場合の注意点

発赤(赤み)を発見したら、まずは看護師に報告します。

ムシさされややけどなど、明らかに発赤(赤み)の原因がわかる場合には、その原因に基づいて対応します。

発赤(赤み)があってもなんの兆候なのかわからない場合、褥瘡やなんらかの皮膚疾患の可能性もあります。その鑑別は医師に依頼し、指示に従って薬を用い、生活上の改善をします。

(2)ケアの原理・原則

(b)生活上の注意点

①発赤(赤み)部位へのマッサージは避ける

皮膚に発赤(赤み)が見られたとき、血流をよくし循環を改善すればよいと考えてマッサージするのは誤りです。その発赤(赤み)は褥瘡で、すでに圧迫がかかっている部位なので、マッサージにより血管が切断されて血流が途絶えることとなります。そのため、圧迫がかからないような姿勢にするなどの工夫が必要です。

11)創のケア

(1)アセスメントの要点

なんらかの原因によってできた皮膚の損傷部位のことを、専門用語では「創(そう)」と呼んでいます。褥瘡も「創」に含まれます。創部の処置やケアは看護師の仕事ですが、その周囲や環境を整える仕事は介護職も行う仕事ですので、創に対するケアの全般について知ることは意義があります。

水疱、表皮剥離が見られたら、それはすでに褥瘡の兆候です。水疱、表皮剥離を発見したら、まずは看護師に報告します。その上で、適切なケアが必要です。

(2)ケアの原理・原則

(a)創のケアの原則

①洗浄

どのような状態の創であっても、まずは創自体を洗浄することが重要です。

洗浄には、適切な洗浄圧(創を傷つけることなく、しかも十分な洗浄圧である)で生理食塩水を流すことが適しています。(生理食塩水が手に入らない場合には、蒸留水と塩で 0.9%の食塩水溶液を作り代用することも可能です。)

このとき、消毒薬を使う必要はありません。消毒薬の使用は、創から出る滲出液に含まれる、創の治癒に必要な蛋白質や白血球などをも死活させてしまうため、勧められません。消毒薬は細胞にとって毒になり、創の治癒を遅らせる原因になるということです。

ただし、感染している創の場合には異なる処置が必要になりますので、異臭がしたり、汚い色の滲出液が出たり、創の周りが真っ赤に腫れていたり、発熱したりしている場合には、感染が疑われるので、すぐに看護師に報告し、さらに医師による治療が必要です。

②保護、観察

洗浄後その水分を清潔なガーゼなどで軽く拭き取った上で、創部を保護します。

腫れや熱感などの感染徴候のないⅠ度の褥瘡(「褥瘡とは」を参照)の場合、薄いポリウレタンフィルム材を貼ります。これは、創部を摩擦やずれから保護する目的と、創部を観察しやすいという点で、無色透明のフィルム材が最適だからです。準閉塞性ドレッシング材であるポリウレタンフィルム材は、水蒸気を通すけれども水を通さないので、皮膚からの水蒸気の発散を妨げません。ただし、フィルム材には治療効果はないので、Ⅱ度の褥瘡(「褥瘡とは」を参照)になった場合はフィルム材だけではなかなか治りません。

水疱や表皮剥離も含まれるⅡ度の褥瘡の場合、4～5日に1回の交換の割合で、ハイドロコロイドドレッシング材を貼ります。創の治癒には湿潤環境の維持が必要であることが明らかになって以来、閉塞性ドレッシング材の代表としてハイドロコロイドが使われるようになりました。以前は創部を覆う方法としてガーゼを貼っていましたが、この方法では創の治癒に必要な滲出液をガーゼが吸ってしまい、乾いた創部にできた「かさぶた」にそのガーゼが張り付いて、ガーゼをはずすときにさらに損傷を作ってしまうため、治るまでに時間がかかり、凸凹した傷跡が残る方法でした。が、ハイドロコロイドは、創面に貼ると滲出液を吸収しゲル状になって湿潤環境を保つので、創が早くきれいに治ります。また、厚みがあるので、創にとってはクッションの効果もあり、痛みを軽減します。ただし、密閉状態にするので、感染創には使えません。

これらの材料を使って創部を保護しながら、悪化の徴候がないまま治癒が進んでいるか、毎日創部やその周囲を観察し、様子をみます。

創部の皮膚損傷が深い場合や、褥瘡がⅡ度よりも進んでいる場合は、滲出液の管理が大切になってきますので、ハイドロコロイド以外の材料を使うことがあります。いずれにしても、医師による診察が必要で、その指示のもとに材料を使用します。

(b)生活上の注意点

①摩擦とずれ、圧迫を予防する(「基本動作」も参照)

水疱や表皮剥離の原因となった摩擦やずれ、圧迫が、座位時の姿勢・臥床時の姿勢など、生活のどの場面で起きているのか見直し、水疱や表皮剥離にこれ以上の圧迫がかからないよう、必要に応じてクッションやマットレスを用います。

②周囲皮膚の清潔を保つ

水疱や表皮剥離といった創部に関しての処置は看護師が行い、そのときに創部の洗浄を行って清潔を保ちますが、創部の周囲皮膚の清潔を保つことも同様に重要です。テープなどを使用しているために保清を行わない状態が続かないよう、看護師の処置時に一緒にシャワー洗浄か清拭を行うようにしましょう。

12)糖尿病のスキンケア

(1)アセスメントの要点

(a)糖尿病の既往のある人の皮膚の特徴

糖尿病をもっている人の30%になんらかの皮膚障害がみられています。

皮膚は乾燥性でかさかさしているのかゆみが出やすく、また、免疫力が弱くなっているため感染に対して抵抗力が弱く、搔いた後の傷が感染しやすい状態です。糖尿病が進むと手や足がしびれて徐々に感覚が弱くなってくるため、足にくぎが刺さっても気がつかない、というように、外傷が多くなります。そして、栄養障害のためいったん傷ができると治りにくく、足全体が壊死に陥ることもあります。

(2)ケアの原理・原則

(a)生活上の注意点

①足をよく観察する

入浴時や入浴後に、異常がないか足をよく観察する必要があります。糖尿病をもつ利用者の足に水虫やたこがある場合には、重症化する可能性もあるため、皮膚科の医師に定期的に診察を受けることが勧められます。

*3)「かゆみに対する対処」の「生活上の注意点」を参照

(3)ケアの注意点・必要な知識と情報

WOC 看護認定看護師は、糖尿病をもつ人の足のケアに関する知識と技術を備えているので、ケアについて相談することが可能です。

【用語解説】

・細胞外液・細胞間液

体内の水分のうち、3分の2は細胞内液、3分の1は細胞外液から成っていて、両者は互いに行き来しています。

細胞内液は文字通り細胞の内側に存在しています。

細胞外液は血液やリンパ液と、細胞と細胞の間に存在している細胞間液のことをいいます。つまり、細胞間液は血管外の細胞外液のことです。

細胞間液は、動脈からにじみ出るときには血液が運んできた栄養や酸素を含んでいます。細胞は細胞間液から栄養や酸素を取り込み、エネルギーを生産します。エネルギーを燃やした後の老廃物は、またこの細胞間液に排出され、通常は静脈やリンパ管に再吸収されて、最終的に尿として排泄されます。しかし、浮腫の状態のときは、主にこの細胞間液が増加し溜まっていて、細胞間液の再吸収がされず、血管やリンパ管の流れが滞っている状態になっています。

<参考文献>

- ・塚田貴子・徳永恵子:スキンケアの具体的方法.エキスパートナース,18(4),20-3,2002.
- ・塚田貴子:実習に活かす褥瘡のアセスメントとケア.プチナース, 10(2) , 10-3, 2001.
- ・田澤賢次:糖尿病におけるデルマドローム.スキンケアガイドンス(日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会), 61-2, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- ・徳永恵子:基本的スキンケア.スキンケアガイドンス(日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会), 62-75, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- ・永野みどり:粘着テープによる皮膚障害の予防.スキンケアガイドンス(日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会), 99-100, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- ・真田弘美・大桑麻由美:掻痒.スキンケアガイドンス(日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会), 113-7, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- ・塚田貴子:高齢者のスキンケア.スキンケアガイドンス(日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会), 159-63, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.

高齢者褥瘡ガイドライン

－医療編－

介護職員ならびに看護師は以下のような症状を発見した場合、まず担当看護師に報告すると共に、この症状出現の原因について検討し原因除去とスキンケアを行う。

2～3日経過後も症状の改善がみられないときは、医師の診断を受ける。

褥瘡に関係の深い皮膚病変あるいは症状には以下のような原因や疾患が考えられる(腫瘍は除く)。

I 皮膚病変あるいは症状

1. 骨突出部(褥瘡好発部位)

仙骨部、尾骨部、坐骨部、大転子部、腸骨部、肩甲骨部、踵、各関節突出部

1) 発赤

[考えられる原因]

圧・ずれ

ドレッシングまたはテープ等による刺激

便・尿の刺激

皮膚疾患

[考えられる診断名]

(1) 褥瘡

(2) テープ、ドレッシングによる皮膚炎

(3) 便・尿による刺激(肛門、陰部と連なる発赤)

(4) 真菌、カンジタ(肛門、陰部と連なる発赤)

2) 水疱

[考えられる原因]

圧・ずれ、

ドレッシング材等の一時的刺激

熱源の接触

皮膚疾患

[考えられる診断名]

(1) 褥瘡

(2) 類天疱瘡(他の部位にも水疱が存在する)

(3) ヘルペス(他の部位にも小水疱、紅斑が存在する疼痛)

(4)熱傷(熱源が推定される)

3) 黒色壊死

スキンケアで改善できる範疇を超えている症状であり直ちに担当看護師に報告すると共に医師の診断を受けることが望ましい。

(1)褥瘡

(2)下肢の場合、循環障害、糖尿病皮膚病変、静脈性下腿潰瘍

(3)壊死性膿皮症

(4)壊死性筋膜炎

4) 潰瘍

スキンケアで改善できる範疇を超えている症状直ちに担当看護師に報告すると共に医師の診断を受けることが望ましい。

(1)褥瘡

(2)下肢の潰瘍(循環障害、糖尿病潰瘍、静脈性下腿潰瘍)

(3)皮膚感染症(ヘルペス、最近性、真菌)

2. 肛門、陰部

1) 発赤、糜爛

[考えられる原因]

便・尿による一次刺激 or 炎症

圧迫、ずれ

おむつかぶれ

皮膚感染症

[考えられる診断名]

(1)便・尿による一時的刺激炎症

(2)おむつによる接触皮膚炎

(3)真菌症、カンジタ症

(4)ヘルペス

(5)ページェット氏病

(6)皮膚細菌感染症

3. 骨突出部以外の皮膚変化(褥瘡好発部以外の周辺皮膚変化)

〔考えられる原因〕

テープまたはドレッシング等による皮膚炎
皮膚疾患

〔考えられる診断名〕

- (1)テープ・ドレッシングによる皮膚炎
- (2)便・尿による一次的刺激・炎症
- (3)湿疹、皮膚炎
- (4)真菌症、カンジタ症
- (5)ヘルペス
- (6)類天疱瘡
- (7)疥癬
- (8)薬疹
- (9)熱傷
- (10)壊死性筋膜炎
- (11)壊疽性膿皮症による潰瘍

4.加齢による皮膚変化・皮膚疾患

担当看護師に報告し、スキンケアを行う。改善しない場合には医師の診断をうける。

- (1)皮膚乾燥性掻痒症 皮膚乾燥し、白色鱗屑があり、痒みを訴える。
- (2)脂漏性湿疹
- (3)老人性角化症
- (4)脂漏性角化症

II 褥瘡・創傷の治療(医師のかかわり)

1. 確定診断を行う

褥瘡のステージを確定する。創傷の深さと血行・循環の状態を把握する。

2. 褥瘡・創傷の発生原因を追究し、この原因除去に努める

原因が推定された場合、看護師、介護師の原因除去に協力する。例えば看護介護体制を見直し、適切なマットレスの供給に協力する。

3. 褥瘡・創傷の重症度ステージに従って担当看護師等と協力して治療計画をたてる。

4. 褥瘡・創傷の治療を行う。褥瘡・創傷治療に必要なドレッシング材や薬剤は常備しておくことが望ましい。

5. デブリードメントならびにポケット切除が必要な場合、速やかにデブリードメントを行う。

下腿潰瘍のデブリードメントは血行・循環状態によって施行を決定する。

施設で行えない時は速やかに対処する。

6. 定期的に担当看護師らと共に、治療経過を評価し、その後の治療に反映させる。

Ⅲ皮膚疾患

皮膚変化あるいは症状についての報告があった場合、直ちに確定診断を行い治療の方針、治療計画をたて担当看護師等と共に治療を開始する。

1. 湿疹・皮膚炎

一般に高齢者の湿疹や皮膚炎は慢性化しやすく、難治性で、また汎発かしやすい傾向がある。注目すべき特徴として、乾燥しやすい部位と脂漏部位とでその臨床像が乖離することがあげられる。すなわち、加齢によって頸から下、とくに下肢や腰腹部では皮脂分泌が低下して皮脂欠乏性湿疹を起こす一方、頭部・顔面の脂漏部位では皮脂分泌が逆に亢進する結果、脂漏性湿疹となる。

乾燥性皮膚痒症は鱗屑が発生し乾燥肌となって慢性化すると痒みを訴える。

2. 水疱症

高齢者に発症しやすい水疱症としては、まず類天疱瘡があげられる。緊満性(表皮下)水疱が絆創膏やテープと関係なく発生し、熱傷と間違える場合が多い。現在この疾患は自己免疫性疾患に分類され、その原因抗原も同定されてきている。

治療としてはステロイド剤の内服が主たる治療法である。

3. 皮膚真菌症・カンジタ症

陰部や褥瘡周辺では湿潤となっており皮膚真菌症やカンジタ症が頻発している。皮膚真菌やカンジタ症があると皮膚の炎症がある為、浅い褥瘡が発生しやすい。この皮膚症状は真菌症特有の遠心状の丘疹や発疹、炎症が認められる。治療は乾燥させること抗真菌局所剤を用いる。

4. ヘルペス

高齢者では免疫機能が低下する為に帯状疱疹や単純性ヘルペスが多い。特有の丘疹が神経支配領域に出現し、疼痛を伴う高齢者では痛みが強く長引く治療として抗ウイルス剤を用いる。

5. 熱傷

発生後、速やかに冷却する。その後は創傷治療に準じる。

6. 乾燥性皮膚搔痒症

加齢により皮脂腺が萎縮し、皮膚が乾燥し白色鱗屑が生じ搔痒を訴える。

7. 脂漏性湿疹

皮脂分泌の活発な部位、頭部、顔面、陰部に生じる。症状としては油脂性鱗屑あるいは紅斑が主である。掻痒がある。

8. 薬疹

薬物の体内動態も若年者とは異なり、肝・腎機能の低下もあって、高齢者では薬疹が発生しやすい。内服薬、検査薬、造影剤による薬疹がある。

薬疹には多くの皮疹型があり、ある種の皮疹と薬剤との間に関連は認められる。たとえば汎発性の苔癬型薬疹は降圧剤や冠血管拡張剤によることが多い。また光線過敏型も老人では頻度が高く、ニューキノロン系抗菌剤や非ステロイド系消炎剤によるものも増加している。

9. 疥癬

疥癬はヒゼンダニ(疥癬虫)が皮膚角質層内に寄生して起す掻痒の強い皮膚感染症である。

- ①肌から肌へと感染する直接感染
- ②介護人・看護婦など人を介する場合と布団やベッドを介しての感染、間接経路

症状は感染機会後約1ヶ月の潜伏期間を経て発症する。

- ・ 紅色の小丘疹
- ・ 小豆大の褐色を帯びた暗黒色の小結節
- ・ 疥癬トンネルが特徴的である

ノルウェー疥癬は特別で衰弱した老人、末期がん患者、重症感染患者、副腎皮質ホルモン剤や免疫抑制剤を使用している人など免疫抵抗力が低下している人に多く発症する。

10. 下腿潰瘍.

下腿潰瘍をきたす疾患は実に多岐にわたり、その成因により種々の分類がなされている。90%が静脈性(うっ血性)で5%が動脈性(虚血性)である。その他、外傷(圧迫性、褥瘡、熱傷)、神経性、感染性、腫瘍性の潰瘍などがみられる。正確な診断は実際には種々の検査を行った後にしか下すことができない。

10-1). 糖尿病性下腿病変

神経障害、循環障害、感染症が単独ないし複合して足病変を引き起こす

(1)潰瘍:これは一種の褥瘡であり、神経障害、血流障害足変形の複合によって生じる。

褥瘡と異なるのは安易にデブリードメントを行うことが出来ないことである。血行がどの程度損傷されえているかをABI や最近ではSPP を検査してから改定する

(2)熱傷、外傷も多発する

(3)ASO を併発して壊疽を併発する

10-2). 動脈性皮膚潰瘍

潰瘍発生部位としては足趾の先端から起部にかけて、趾間、これに連続して足背、足底部に最も多く見られる。下腿にもしばしばみられ、特に脛骨前面や外側部に発生する。しばしば辺縁は明瞭で鋭く打ち抜かれ、かつ円形に近い形を取る。辺縁皮膚に色素沈着を認めない。みだりに壊死組織デブリードメントしない方がよい。

10-3). 下肢静脈閉塞症

皮下静脈が閉塞する場合と、深部静脈が閉塞する場合がある。皮下静脈閉塞は多くの場合限局性で症状も軽く、後遺症に難渋することは少ない。静脈閉塞症は動脈閉塞症のように重篤な症状を呈することが少ないため、保存的に処置されることが多い。静脈性では辺縁不規則で、多くは周辺皮膚に色素沈着を伴い、また潰瘍底は筋膜を貫くことがない。

11. 壊疽性膿皮症

下腿に好発する有 性、難治性の潰瘍。原因は明らかではないが種々の基礎疾患に併発しやすい本来潰瘍部は無菌性で急速に潰瘍となり通常の潰瘍治療剤が無効である。

12. 壊死性筋膜炎

急速に進行する皮下組織、筋膜の壊死を特徴とする細菌感染症である。好発部位は四肢、特に下肢である発赤、腫 で始まり発熱、全身倦怠感を伴う。

創部の圧痛がある。ガス壊疽、深在性真菌症を鑑別する必要がある。

日常的な低栄養状態及び脱水のおそれに関するアセスメントとケア

1. はじめに

低栄養状態は、人が生存するのに必要なタンパク質と、活動するためのエネルギーが不足した状態です。食事からのエネルギーとタンパク質の補給が長期間にわたって不足した状態が続いたり、あるいは、疾患や損傷などによって生理的なストレスが加わると、低栄養状態におちいりやすくなります。

低栄養状態になると、生活機能や身体機能は低下し、皮膚に対して体圧を分散するためのクッションである脂肪や筋肉が減少するため、褥瘡が発症しやすくなります。従って、褥瘡予防のために患者に接する機会が最も多い介護職種は、低栄養状態に至りやすい徴候を一早く把握して、介護保険制度改正によって施設及び居宅サービスに導入された管理栄養士による栄養ケア・マネジメントに繋げていくことが求められます。

さらに、脱水状態も脂肪や筋肉の“クッション”の弾力を減らすため、褥瘡予防においては早期に解決しなければならない課題です。介護職は、日常のケアにおいて低栄養状態のおそれをチェックすると同時に、脱水のおそれも以下の項目によってチェックし、栄養ケア・マネジメントへと繋げていくことが求められています。

ここでは、栄養ケア・マネジメントにつなげるための、アセスメント方法を重視しました。

2. アセスメントとケアの原則

1) 低栄養状態のおそれのある場合

(1) 体重の把握

(a) アセスメントの要点

体重減少の程度を把握するためには、定期的な体重測定が何よりも必要になります。栄養マネジメント加算を取得している介護保険施設では、対象者の体重が定期的に測定されますので、体重の記録で確認します。一般的に体重が、一週間で3%以上、1ヶ月に5%以上減少している場合、たとえば、平常時体重が50kgであれば、1.5～2.5kg体重が減少していれば、栄養ケア・マネジメントによって対応するために管理栄養士や介護支援専門員に連絡をします。

計算式

体重減少率の計算方法 $(\text{平常時体重(kg)} - \text{現在の体重(kg)}) \div \text{平常時体重(kg)} \times 100$

平常時体重(通常体重ともいう)は、体重の測定値が少なめであったとしても、その人にとって6～12ヶ月安定している体重を言います。また、体重がほかの人に比べて多めであっても、後期高齢者においては、介護予防の観点から、BMI30以上の肥満の診断を受けるまでは、医師による食事療法のための体重減少の指示がだされている場合以外は、低栄養状態を改善するための栄養ケアが必要です。

(b)ケアの原則・考え方

①体重を定期的に計測する。

介護保険施設においては、栄養マネジメント加算を取得している場合には、低栄養状態の低リスク者は、3ヶ月毎、中リスク者は1ヶ月毎、高リスク者は2週間毎に体重を測定しなくてはならないとされています。しかし、栄養マネジメント加算を取得していない施設においても、高齢者ケアの一環として定期的な体重測定を行っていくことが求められます。

②体重減少率を把握する(上記式参照)

体重減少は最も重要な低栄養状態のリスクを示します。体重の減少は対象者の体重に関わらず(肥満の場合でも)、筋肉の喪失や体たんぱく質の消耗を示しています。

褥瘡予防においては、体脂肪や筋肉は重要な体圧分散組織となりますので、平常時の体重を維持することが大切になります。また、入院高齢患者では、1年間の体重減少率が5%以上であれば、褥瘡の出現リスクが高くなり、食事の要介助になるリスクが高くなることが確認されています。

③体重減少の程度を管理栄養士に連絡する

管理栄養士は、体重の回復を測るために適切な栄養ケア計画を見直し、適正なエネルギー、タンパク質の補給量と食事などの補給方法について計画の作成や修正をします。

(2)食事摂取量の把握 (目安:3日間連続して食事の1/4以上残している。あるいは1日2食以下)

(a)アセスメントの要点

毎日の食事の提供量を100%にした時の食べた割合を喫食率(5)として記録しておくことが必要です。食事の摂取量が減少している場合は、喫食状況を観察して、対象者や家族にその原因について質問してみます

(b)ケアの原則

①食事摂取量を記録し、把握する

食事量が減少している場合は、食べているものと食べていないもの(肉や魚は残すが、飯や甘いものは食べるなど)、その頻度や量を記録します。栄養ケア・マネジメント担当の管理栄養士や介護支援専門員に連絡します。

(3)食事環境の整備

(a)アセスメントの要点

対象者の食欲、好きな食べ物、食べられる食べ物はその日、その日の身体状況や心理状態によって異なります。対象者の日常の食べる様子から、「食べることを」障害する問題を、姿勢、食器の色や大きさ、食事時間や食事に関連する環境などの観点からも把握するように努めていくことが求められます。また、対象者の好きなタンパク質やエネルギーを提供する食事や食品、食欲のない時でも食べられる食品などを、日ごろから聴取しておくことも求められま

す。

(b)ケアの原則

①エネルギー、たんぱく質摂取量の向上

食事の摂取量が減少している場合には、たんぱく質やエネルギーが高い食品から摂取するようにします。また、管理栄養士が、対象者の嗜好や食習慣に対応した栄養補給ができる栄養ケア計画を作成するので、できるだけ全量を摂取できるように声かけや、食事介助が必要な場合は十分な時間を取るなど、対象者に適した摂食を促す工夫をし、摂取量を管理栄養士に報告します。

②食事の姿勢

高齢者は全身の筋力低下もみられ食べる姿勢が崩れると腹部が圧迫されて、食欲がなくなったり、誤嚥や嘔吐の原因ともなります。また、食事による疲労感は食事摂取量に大きく影響してくるので、適切な姿勢が維持できるように器具を使用して調整します。

③経管経腸栄養実施時の姿勢

経腸栄養を実施している場合は、誤嚥を予防するため、投与中、投与後少なくとも 1 時間は頭側挙上状態を安楽な姿勢となるよう、補助用具を用いて整えます。また、胃瘻や腸瘻がある場合は、瘻孔が圧迫されないよう造設位置を確認し、投与や嚥下リハビリテーションのために頭側挙上する場合は楽な状態で保てるよう、枕などを用いて調整します。このとき頭部挙上の角度や身体状況により、褥瘡の好発部位に圧力がかかりますので注意してください(基本動作参照)。

④摂食動作の問題

食欲があっても、自分で上手に食べられない、食べこぼしが多い、食事に時間がかかる、残食が多いのに空腹を訴える場合は、規定された食事の時間や一回の食事の量、食事介助の時間が不十分な場合があります。食べる意欲があるのであれば、食べやすいように食べ物を整えたり、一回に提供する量を少なくし、間食を充実させたり、適切な食器や自助具を活用したり、介助時間の検討を含めて、介助方法を見直すよう考慮します。

⑤適切な食器・自助具の活用

使用している食器や用具が、本人の機能や状態とあっていないと食事に時間がかかったり、食べこぼしが生じたり、食べる意欲が低下したり、十分な食事量がとれないことがあります。食器や用具が合わず、動作に困難があるときは、管理栄養士に相談し、検討を行うことが必要です。食事動作のしやすさについては、基本動作参照。

(c)問題点の把握と報告

介護職種は栄養ケア計画を実施する中で、嗜好にあわない、飽きがきた、量が多すぎる等の問題が生じた場合や、提供されている食事を食べるのに時間がかかったり、食器や自助具が使いにくいような場合には管理栄養士に直ちに連絡します。栄養ケア計画の実施は、多職種協働によって取り組みます。介護職種は、管理栄養士が作成し、対象者や

家族が同意した栄養ケア計画に基づいて本人の日常的な食事の様子や、介助方法やその折の対象者の観察を行うことが重要な役割になります。

(4) 咀嚼や嚥下の問題

(a) アセスメントの要点

食事の形態が適切かどうかを確認する。噛みにくそう、飲み込むのに時間がかかる、むせやすいなど、咀嚼・嚥下に問題が生じる食べ物や飲み物、生じない食べ物や飲み物について把握します。

咀嚼や嚥下の機能の問題がある場合には、以前よりも食事に時間がかかる、義歯を入れたがらない、ムセが多くなる、飲み込むのに時間がかかるなどが観察されます。

口腔ケアは虫歯の予防だけでなく、口腔粘膜の正常化や正常な味覚の保持、唾液の分泌の促進、口臭除去、誤嚥性肺炎の予防、口腔機能の維持などの効果があります。単なる清拭だけではなく、個々の口腔機能状態を観察しながら、ブラッシングを行うことで、刺激を与えて唾液分泌を促すこともできます。高齢者は義歯を使うことが多いですが、義歯の適合性や衛生状態も食欲に影響するので、義歯の痛みや咀嚼状況に注意し、毎食後適切に洗浄します。

(b) ケアの原則

栄養ケア計画において、初期の栄養ケア計画に基づいてとろみをつけた食事や飲料が提供されている場合でも、咀嚼に時間がかかったり、飲み込みにくそうだったり、むせるようであれば再度管理栄養士に、摂食・嚥下の問題が生じる食べ物、飲み物を連絡して、食塊の大きさや、形態、粘度の調整が必要な場合は対応してもらいます。

義歯をつけるのを嫌がる、口の痛みがあるなど、義歯や口腔、嚥下の問題が食事摂取減少の原因と思われる場合には、摂食・嚥下リハビリテーションの担当者や担当医師に連絡します。自助器具の手配や適正な食事介助時間の確保、食事姿勢の保持が必要となっている場合には、各専門職員による問題解決が図られるように、介護支援専門員等に連絡をします。

(5) 原因が特定できないが、低栄養状態のおそれがある

(a) アセスメントの要点

上記のいずれにも該当しない、あるいは、該当するかどうか判断がつかないが、対象者が低栄養状態のおそれがあると感じられる場合には、当該項目にチェックし、その理由を(a)～(g)から選択し、栄養ケア・マネジメントが必要であることを、管理栄養士、介護支援専門員に連絡する。管理栄養士は栄養アセスメントを行い、低栄養状態のおそれの程度や解決すべき課題について評価・判定し、栄養ケア計画を作成します。

(b) ケアの原則

ケアの原則は、①体重の把握、②食事摂取量の把握、③摂食の問題、④食事環境の整備を参照のこと。疾患等による栄養状態の低下のおそれがある場合には、医師、看護師、介護支援専門員、管理栄養士による医学的管理の必要性の検討が必要になります。

(c)心理ケア

意欲の低下や抑うつ的な症状は食事量の低下だけでなく、消化・吸収能にも影響を及ぼします。なるべく人の多いところで食べるなど食事の環境を変えたり、食器を変えるなど、いつもと違う気分で食事ができるように工夫してみます。意欲の低下や抑うつ状態が続く場合は、心の専門医に早めに相談します。

2)脱水のおそれのある場合

褥瘡を予防するうえで、適正な水分状態を維持することは体圧を維持するための皮膚、皮下脂肪、筋肉の細胞を健全に維持する上で重要です。そのため、介護職種は、低栄養状態のおそれを把握すると同時に、脱水のおそれについても早期に把握していくことが求められます。

(1)乾燥状態の把握

(a)アセスメントの要点

脱水のおそれは、皮膚や粘膜が乾燥を確認して、早期に対応することが求められます。特に口唇や腋窩の乾燥は脱水のおそれが高いことを示しています。以下のような状態が把握できるかどうかを観察してみます。

(b)ケアの原則

皮膚の冷感がある、皮膚緊張の低下がある、皮膚(腋窩)の乾燥や、口唇の乾燥が、舌の乾燥、亀裂がある、口腔内粘膜の乾燥がある、唾液に粘稠が見られる場合には、水分の摂取量のめやすである1日にお茶碗(200 cc)5杯以上摂取しているかどうかを把握し、少ないようであれば管理栄養士に連絡し、適切な水分補給方法について指示を仰ぎます。

(2)水分出納量の把握

(a)アセスメントの要点

水分摂取量が不十分であると、尿量が減少し、濃縮尿となるため、色が濃くなったり、臭いが強くなります。

(b)ケアの原則

通常よりも排尿回数が少ない、色が濃い、臭いが強い場合は、水分排泄量が少なくなっている可能性があります。尿量が少ないと思われる場合は、通常の一日の排尿量・回数と水分摂取量を比較してみます。水分摂取量は1日にお茶碗(200 cc)5杯以上を目標に、実際の摂取量を把握し、少ないようであれば、どの程度少ないかを管理栄養士に連絡をします。

(3)便秘の状態の把握と原因の推察

(a)アセスメントの要点

食事や水分摂取量が不十分であると、便中の水分量が減少し、便が固くなるので、排便しにくくなり、便秘傾向となります。

(b)ケアの原則

便状の把握

いつもと比べて、便量、頻度の減少や、排便痛、排便困難、便が固い場合は、便秘の可能性があるので、まず水分の目標摂取量(1日にお茶碗(200 cc)である5杯以上摂取しているかどうか)を把握します。高齢者の多くは毎日「お通じ」があることを好みますが、水分の摂取量を増やし、甘味料にオリゴ糖使用したり、食物繊維が摂取できるような栄養補助食品を使用するなど、なるべく下剤の使用は避けるようにします。

また、以下の項目に当てはまる便秘の原因が該当しないかを推察し、管理栄養士に連絡します。

- ① 食事の摂取量は十分か？
- ② 残食に食物繊維を含む食品が多いか？
- ③ 水分摂取量は十分か？
- ④ 便秘の副作用のある医薬品を服用していないか？

運動不足による腹部の刺激不足も便秘の原因になりますが、運動量が低下している高齢者においては適正な運動量の確保は難しくなります。このような場合は、腹部マッサージで腸を刺激すると便が出やすいことがあります(臍の左下のS字結腸あたりを中心に腸を刺激します)。

(4) 下痢の便状の把握と原因の推察

(a)アセスメントの要点

褥瘡の予防において下痢は脱水を誘発するので、便状、頻度、色、量などについて観察し、記録します。

(b)ケアの原則

①水分摂取量の確保

下痢がある場合は水分摂取量の確保が必須です。水様便がつづく下痢については、感染が疑われることが多いので、この場合は手指の清潔を心がけ、速やかに医師に連絡し、適切な指示を仰ぐ必要があります。

また、下痢の原因を以下の項目から推察してみます。

- 排便量、頻度を正確に把握する(個々の通常と比較して)
- 服用している医薬品に下痢の副作用がないか確認する
- 下剤の使用も下痢の原因となるので、漫然と継続使用になっていないか確認する
- 経腸栄養剤や濃厚流動食が主な栄養摂取源である場合、普通便は泥状便であることが多いので、投与速度を遅くして様子を見る(一般的な消化酵素を多く含む下痢便とは皮膚への刺激が異なる)
- 腹痛があったり、水様便(固形物がほとんど無い、あるいは未消化物が見ら

れる)の場合は、速やかに医師の判断を仰ぐ

②下痢の原因の把握

感染による水様便以外の下痢については、まず服用している医薬品が関連する可能性がある(下剤の服用、下痢の副作用のある薬が多いので)、服薬状況を確認します。経管栄養を実施していて、通常の便よりも柔らかい場合には、管理栄養士や介護支援専門員、看護職員と相談し、投与速度の調節や(ゆっくり投与する)、食物繊維が添加などによって便状を調整することを試みていきます。

(5)必要水分量を確認し、水分摂取を促す

(a)アセスメントの要点

食事が十分に摂取されている場合には、食事に含まれる水分を約1ℓとし、残りは飲料水とします。例えば、食事量が1/4以下であれば、食事からの水分摂取量は750ml以下となっているので、その分を残りの飲料水として補うことが必要になります。この場合、水分摂取制限がない場合の水分摂取量の目安は、以下を参照して下さい。

⑤ 1日にお茶碗(200 cc)5杯以上(例:起床時、毎食事時、就寝前、入浴後など)

⑥ 5杯以下の場合は、ほかに水分を取っていないかを確認します。

⑦ 水分摂取が十分でない場合は、嗜好にあった方法で水分を提供する(お茶、ジュース、ゼリー、果物、濃厚流動食・経腸栄養剤など)

(b)ケアの原則

①水分摂取量の把握

高齢者では、水分保持能力が低下する傾向にあるので、水分摂取量においては、各々が目標とする水分摂取量(食事からの水分を含むが、食事以外の「水分」の目標量)を明確にしておくことが求められます。

②水分摂取を促す

高齢者では、むせや嗜好、あるいは頻繁なトイレ通いを避けるため水、お茶などからの水分摂取が困難あるいは避けることが少なくありません。このような場合には果物、ゼリー、スープなど、水分の多い食品の摂取をすすめます。少量ずつでも水分摂取量を確保するように努めます。食事は汁物など水分の多いものから先に食べるように勧めます。服薬時の水分摂取量を増やすことによっても1日に200～300cc程度の水分摂取量を増やすことが可能になります。

〈文献〉

- 1)平成 16 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書—要介護者における低栄養状態を改善するために—(主任研究者 杉山みち子)377 頁(2005)
- 2)「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示に

ついて」(老老発第 0907002 号). 平成 17 年 9 月 7 日.

- 3) 平成 17 年度厚生労働省老人保健健康増進等補助金「介護予防サービスの実施プログラムの開発及び提供・支援体制の検証事業 介護予防サービスの提供に係るマニュアルの開発に関する研究 2) 栄養改善マニュアルの作成」(主任研究者 杉山みち子). 86 頁 (2005) (厚生労働省ホームページ掲載)
- 4) 加藤昌彦、清水幸子、杉山みち子、田中和美、原田雅子、星野和子:「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの業務のために」東京. 有限責任中間法人 日本健康・栄養システム学会 85-140 (2005)
- 5) ヘルスアセスメント検討委員会:ヘルスアセスメント マニュアル、p164-179, 厚生科学研究所、東京
- 6) 梶井文子、杉山みち子、五味郁子:在宅虚弱高齢者における脱水状態, 聖路加看護大学 紀要 32, 43-50, 2006.

尊厳の保持・生活ニーズを優先したケア調整

1. はじめに

尊厳の保持とは、日常生活の活動や社会的な活動、人生の最期のあり方などの利用者の自己決定・選択を最大限に尊重し、その人らしい生活を支えることを意味します。生活ニーズとは、その人なりの健康状態を維持し、日常生活の中に楽しみを見出すという生活の質(QOL)の維持・向上に関するニーズを示します¹⁾。高齢者施設は、利用者にとって「生活の場」だけでなく、終の棲家としても機能します。そのため、利用者の尊厳を保持し生活ニーズを優先して、その人らしく天寿を全うできるようなケアが必要となります。

利用者の尊厳の保持や生活ニーズの充足に影響し、褥瘡が発生する主な要因として、身体拘束と終末期を穏やかに過ごすための安静が挙げられます。身体拘束は、本人の意志に関係なく身体や行動を制限する行為全般を指し、利用者の「生命又は身体を保護するため緊急にやむを得ない場合を除き」法的に禁止されています。身体拘束は、褥瘡の発生だけでなく人間としての尊厳も侵し、時には死期を早める場合もあります。また、身体拘束により家族の精神的苦痛も大きくなります。そのため、身体拘束に代わる方法を検討する必要があります。

また、終末期の利用者は、栄養状態の悪化や体力低下に伴って自力で動けなくなり、褥瘡が発生しやすくなります。一般的に褥瘡の発生は新たな苦痛となりますが、終末期には痛みや倦怠感が生じやすいために、安静が利用者にとって安楽な姿勢となり、褥瘡予防による体位変換自体が苦痛となることがあります。そのため、褥瘡の発生原因だけでなく苦痛や残された時間も考慮し、利用者・家族の意向に沿い様子を見ることも必要となります。終末期は利用者の苦痛の除去が優先されますが、同時に遺される家族の苦痛も除去し、利用者の死を受けとめられるよう死の準備教育を行う必要があります。また、スタッフ間でケアの方向性を統一し、その人らしい最期を迎えられるよう、終末期のケアをより充実させる必要があります。

2. ケア

1) 身体拘束を回避する環境

(1) アセスメントの要点

「立てないのに立とうとする」「転びやすいのに歩こうとする」などの「問題行動」に意識が向けられると身体拘束が起りやすくなり、無理矢理その行動を止めようとするためますます激しく抵抗し、ケアの量が増える結果となります。そのため、常に「できるADL」と「できないADL」を集中的にアセスメントし、利用者の行動の理由を突き止めて、利用者が落ち着ける環境を整備することが必要となります。

(2) ケアの原理・原則

(a) 利用者の入所前に家族を含めた面接を行い、利用者の基礎情報を確認します。

(生活歴、疾患や障害の既往歴とそれらの受けとめの程度、前の施設や病院で問題となった行動と行われていたケア、利用者・家族のケアへの期待など。)

(b)利用者の問題行動の理由を突き止めて解消します。問題行動には、通常以下の理由が想定されます。

①スタッフの行為や言葉かけが不適當、またはその意味が分からない場合。

②自分の意志にそぐわないと感じている場合。

③不安や孤独を感じている場合。

④身体的な不快や苦痛、身の危険を感じている場合。

⑤何らかの意思表示をしようとしている場合。

(c)「起きる」「食べる」「排泄する」「清潔にする」「その人らしさを大切にすること」といった基本的なケアを着実に実行します。

(d)家族や施設長も含め、スタッフ間で議論する機会を設けて、身体拘束を防止するための共通の認識をもつようにします。

(e)事故の起こらない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保します。

①手すりをつける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなど環境を整えます。

②状態が落ち着かない利用者がある場合には、随時応援に入れる態勢を確保します。

(f)常に代替的な方法を考え、身体拘束は極めて限定的に行います。

①仕方なく身体拘束をしている場合、その原因を考え、いかに解除できるかを検討します。

②解決方法が分からない時には、外部の研究会への参加や相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にします。

(3)ケアの注意点

入所直後は環境の変化による「不穩」が起こることを想定し、転倒・転落を未然に防ぐ環境を整える必要があります。

2)徘徊への対応

(1)アセスメントの要点

徘徊をしている利用者は、本人なりに理由がある場合が多いため、その理由を探り対応策をとることが大切です。

(2)ケアの原理・原則

(a)利用者の行動パターンや心理状態を把握します。

(b)危険な物や障害となる物を置かないようにし、徘徊の途中で疲れたら休めるように椅子や腰掛を置くようにします。必要時は、付き添うようにします。

(c)命令口調での行動阻止は控えるようにします。

(d)利用者の状態に応じた作業で気分転換を図り、自尊心を満たすようにします¹⁾。

(3)ケアの注意点