

2) 特別養護老人ホームと訪問看護ステーションの連携方法・内容

(1) A特別養護老人ホーム・A訪問看護ステーション

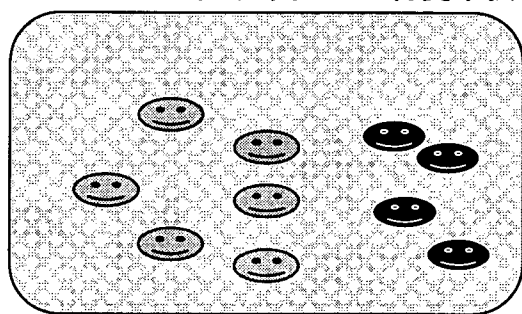
訪問看護ステーションから特養への訪問は、定期的に週2回、1回あたり平均滞在時間は145分(2.4時間)で、1つのユニット(入所者10人)のうち、4人を対象として訪問した(入所者1人あたり1回約36分)。

訪問看護ステーションから4人の職員が2人ずつ交替で訪問する体制をとり、比較的医療ニーズの高いユニットで看護上時間を要する胃瘻と吸引(呼吸管理)を中心に関わりをもつこととした。

図表 C-II-4 A特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間(単位:分)

月日		時間	滞在時間	訪問看護師の人数	合計(時間×訪問看護師数)
1月21日	月	15:30~18:00	150	2	300
1月23日	水	14:00~17:00	180	2	360
1月24日	木	14:00~17:00	180	2	360
1月28日	月	14:00~17:00	180	2	360
1月30日	水	14:00~16:30	150	2	300
2月5日	火	14:00~15:45	105	2	210
2月7日	木	14:00~16:00	120	2	240
2月12日	火	14:00~16:00	120	2	240
2月15日	金	14:00~16:00	120	2	240
合計	回数		9		9
	滞在時間		21.8		43.5
	1回あたり		2.4		

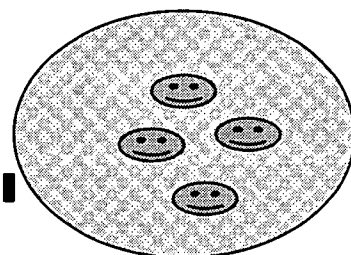
開設から2年 定員50人 特養単独



A特養

1ユニット(10人)中4人に介入

2人で訪問
1回2~3時間
(平均2.4時間)
週2回昼間定期訪問



Aステーション

4人の看護師が2人
ずつ交代で訪問

対象者選定理由

比較的医療ニーズの高い看護上時間を要するユニット

胃瘻管理と吸引(呼吸管理)を中心に関わりをもつ

(2) B特別養護老人ホーム・B訪問看護ステーション

訪問看護ステーションから特養への訪問は、定期的に週2回、1回あたり平均滞在時間は117分(2.0時間)で、1フロア入所者20人のうち、4人を対象として訪問した(入所者1人あたり約29分)。

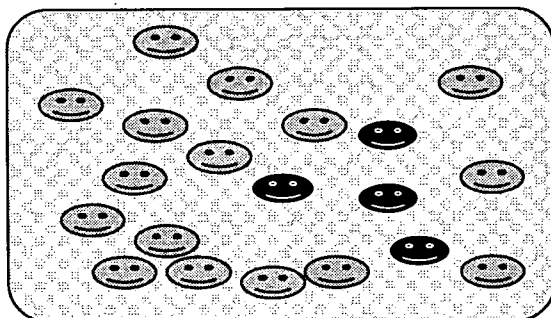
訪問看護ステーションから4人の職員が1~2人ずつ交替で訪問する体制をとり、看護上のニーズが高く、時間を必要とする対象者(ストマ、意欲低下、暴言、褥瘡等)を中心に関わりを持つこととした。

図表 C-II-5 B特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間(単位;分)

月日		時間	滞在時間	訪問看護師の人数	合計(時間×訪問看護師数)
1月22日	火	10:00~12:00	120	1	120
1月24日	木	10:00~12:30	90	2	180
1月25日	金	15:40~17:10	90	1	90
1月29日	火	10:40~12:10	90	1	90
1月31日	木	9:50~11:35	105	1	105
2月5日	火	10:00~12:30	150	2	300
2月7日	木	10:15~11:35	80	1	110
		10:15~10:45	30	1	
2月12日	火	9:50~12:30	160	1	190
		12:00~12:30	30	1	
2月14日	木	10:00~11:50	110	2	220
合計	回数		9	9	
	滞在時間		17.6	23.4	
	1回あたり		2.0		

開設から6年 定員50人

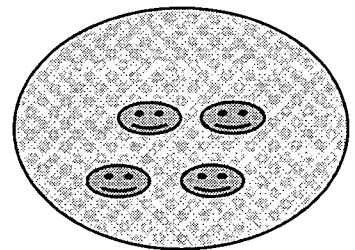
同敷地内に病院併設



B特養

1フロア20人中4人に介入

1~2人で訪問
1回1.5~2.5時間
(平均2時間)
週2回昼間定期訪問



Bステーション

4人の看護師が1~2人
ずつ交代で訪問

対象者選定理由

看護上のニーズが高く、時間を必要とする対象者(ストマ、意欲低下、暴言、褥瘡等)

(3) C特別養護老人ホーム・C訪問看護ステーション

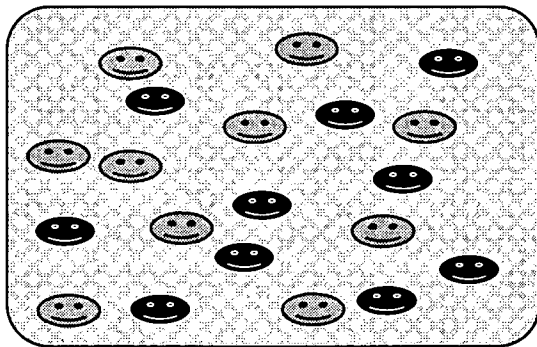
訪問看護ステーションから特養への訪問は、週2回、1回あたり平均滞在時間は190分(3.2時間)で、全体定員100人のうち、10人を対象として訪問した(入所者1人あたり約19分)。

訪問看護師1人で訪問する体制をとり、口腔ケアの必要性があるが、時間をかけることができない、あるいは発熱しやすい、入退院を繰り返す利用者を選定し、口腔ケアを中心に関わりをもつこととした。

図表C-II-6 C特別養護老人ホームへの訪問頻度・滞在時間(単位;分)

月日		時間	滞在時間	訪問看護師の人数	合計(時間×訪問看護師数)
1月28日	月	13:30~17:00	210	1	210
1月30日	水	13:30~16:00	150	1	150
2月4日	月	13:30~16:30	180	1	180
2月8日	金	13:30~17:00	210	1	210
2月13日	水	13:30~17:00	210	1	210
2月15日	金	13:30~17:00	210	1	210
2月18日	月	13:30~16:30	180	1	180
2月22日	金	13:30~17:00	210	1	210
2月25日	月	13:30~16:00	150	1	150
合計	回数		9		9
	滞在時間		28.5		28.5
	1回あたり		3.2		

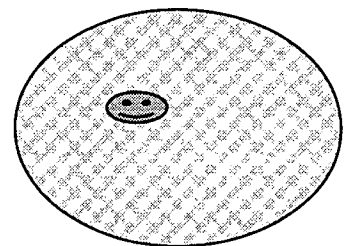
開設から15年 定員100人
同敷地内にケアハウス併設



C特養

全体の中から10人に介入

1人で訪問
1回2.5~3.5時間
(平均3.2時間)
週2回昼間定期訪問



Cステーション

1人の看護師が訪問

対象者選定理由

口腔ケアの必要性があるが、時間をかけることができない。発熱しやすい、
入退院を繰り返す対象者を選定 口腔ケアを中心に関わりをもつ

3) 介入の実際

比較的医療ニーズの高い入居者への介入

(A ペア)

事例1 食事摂取量が増加し、BMIの改善があった事例、
(ID1) 排便コントロールが良好になった事例

1. 基本情報

80歳代、女性。要介護度5、寝たきり度C2、認知症自立度Ⅲb。診断名は、脳梗塞後遺症、脳血管性認知症がある。脳梗塞後遺症として、右半身麻痺があるため、右上下肢の自力運動は困難であり、右上下肢の関節拘縮、右上下肢に浮腫が認められ、ところどころに皮下出血がある。右半身麻痺のため自分で体位を変えることはできない。車椅子の移乗と移動には介助が必要である。車椅子での座位姿勢は保つことができる。言語障害があり、言葉のもつれが多少あるが、会話は可能で、自分の意思をはっきり言うことはできる。しかし、難聴があるため、大きな声で話す必要がある。視力障害はない。日中は自室のベッド上で過ごすことが多いが、食事はホールで取る。嚥下障害はないが、食事の摂取量にはむらがあり、おおむね摂取量は少ない。食事は左手でスプーンを持ち、数回自分で食べる程度で、大部分は介助によって食べている。身長は160cm、体重が36.0kg、BMIは14.1で、やせている。排泄はオムツを使用して、全介助を受けている。仙骨部に褥瘡があり、フィルム貼付をしている。

家族の面会は月1～2回ある。

訪問看護介入時の基本情報

要介護度	5
寝たきり度	C2
認知症自立度	Ⅲb
診断名	脳梗塞後遺症、脳血管性認知症
	処方薬：トーワラートL、プルセニド、カマ

2. 訪問看護の必要性と目的

対象者は、脳梗塞後遺症による右半身麻痺のため、循環不全があり、右上下肢に浮腫がみられる。体交や移動等により内出血斑の形成、表皮剥離など皮膚のトラブルが発生しやすい状態にある。入浴や食事以外はベッド上であり、臥床時間が長く、自力体交不可である。また、尿意・便意がなくオムツを装着しているため、仙骨部に褥瘡形成を繰り返している。現在、1日の食事カロリーは1,100Kcalであるが、食事摂取量にむらがある。現在の身体状態の基礎エネルギー消費量(BEE)は888Kcalである。BMIは14.1であり、低栄養状態にあると考えられる。従って、陰部、臀部の清潔保持、除圧、栄養状態の改善をしていく必要がある。

オムツによる排泄物の刺激、右半身の浮腫、同一体位、低栄養に関連した皮膚統合

性の障害。脳梗塞後遺症に伴う右半身麻痺のため、麻痺側の自力運動困難による関節の拘縮が認められる。また、ベッド上で臥床時間が多く、自力での体動はほとんどみられない。活動量が縮小しているため、健側の関節拘縮も認められる。認知症による自発性、意欲の低下もあるため、このままの状態が続くと廃用性症候群になる可能性がある。従って、日常生活の中で、自分でできる部分を引き出し、生活リハビリを実施していく必要がある。脳梗塞に伴う右半身麻痺、臥床時間が長い、認知症による意欲、理解力の低下に関連した身体可動性の障害がある。

対象者への訪問看護は、仙骨部の褥瘡や右上下肢の皮膚剥離の改善、体重増加によるBMIの改善、食事を自力で摂取できるように促すことを目的にした。

3. 訪問看護の実施内容・経過、評価指標

1) 訪問看護実施内容

(1) オムツによる排泄物の刺激、右半身の浮腫、同一体位、低栄養に関連した皮膚統合性の障害から起因する仙骨部の褥瘡や右上下肢の皮膚剥離の改善の看護

- ① 車椅子での座位保持
- ② 食事摂取量が維持できるように声かけを行い、摂取困難時は介助を行う
- ③ 車椅子からベッドへの移乗時は必ず2人で頭側と足側を持ち平行移動を行う
- ④ 仙骨部の褥瘡や右上下肢の皮膚剥離のケア

(2) 脳梗塞に伴う右半身麻痺、臥床時間が長い、認知症による意欲、理解力の低下に関連した身体可動性の障害から

- ① 上下肢のROM運動
- ② 入浴時、浴槽内でなるべく自分で手足を動かすように声をかける
- ③ 食事摂取時、左手で自力摂取できるように環境を整える
- ④ ベッド上での体位変換、オムツ交換時に左手を使用してベッド柵を持つように声かけを行う
- ⑤ 口腔ケア

2) 経過

訪問看護は週2回訪問し、バイタルサインのチェック後、口腔内の状況を把握し、舌苔がある時にはマウスケアを施行した。排便がスムーズに出ていない様子があり、腹部マッサージを施行した。さらに、上下肢のROM運動施行や手浴を施行し、このケアの最中、言葉かけを常に行うようにこころがけ刺激を与えるようにした。陰部洗浄後、陰部、臀部の皮膚観察、褥瘡の処置を行った。しかし、褥瘡や皮膚の剥離は繰り返されていた。

訪問開始時は、ベッド上で臥床している時間が長かったので、できるかぎりホールに出るようにし、離床している時間を長く持つようにした。

食事の自力での摂取に関しては、食事をしているときに話しかけを多くし、一緒にスプーンを持つようにするなどのかわりを持つことによって、自力での摂取が多くなった。表情も穏やかになり、会話も比較的スムーズに話せるようになった。

図表 C-II-7 <4週間の訪問看護の実施状況>

ケア内容	1週	2週	3週	4週	介入時間(分)
心身の状態観察					5分
声かけ、談話、生活状態の観察					5~15分
褥瘡の処置 皮膚観察					5~10分
褥瘡予防のための対応		○			5分
ROM訓練					15分
爪きり	○				5分
手浴、足浴、陰部洗浄、口腔ケア					5~25分
皮膚の観察				○	
バイタル測定					5分

3) 評価指標

(1)食事が自己摂取できる

- (1)-1 車椅子の座位時間の延長
- (1)-2 食事量の増加
- (1)-3 摂食行為の自立
- (1)-4BMI の改善

(2)仙骨部褥瘡の改善

- (2)-1 褥瘡の状態の改善
- (2)-2 褥瘡ケアの軽減 (ケア回数の削減)

(3)意欲低下の改善

- (3)-1 発語の増加
- (3)-2 暴言の減少

4. 訪問看護介入の効果

1) 訪問看護サービスが入ったことによる変化

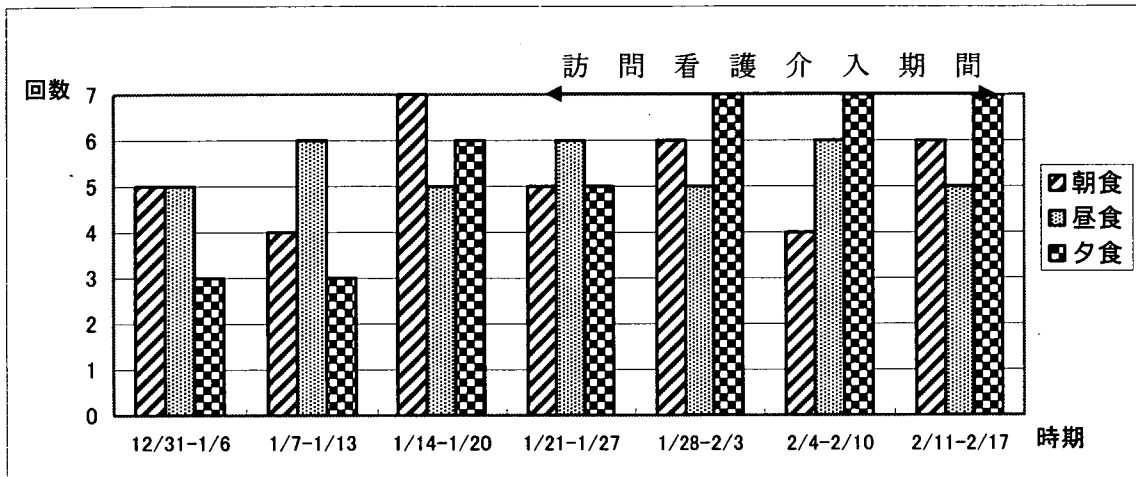
- (1) BMI は 14.1 から 14.9 に改善した。

- ① 体重の増加 (2kg)

12月23日 体重 36.0kg → 1月26日 体重 38.1kg

② 食事摂取量の増加

図表 C-II-8 8割以上を摂取した食事回数 (週間)

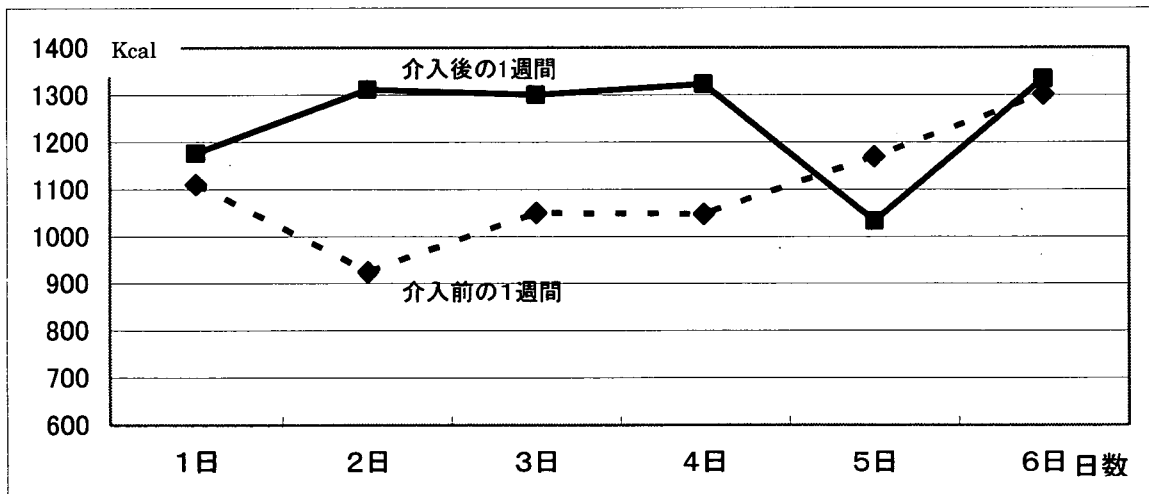


訪問看護介入後は、8割以上を摂取した食事回数が増加し、特に夕食は毎回8割以上を摂取するようになった。

③ 介入後の摂取カロリーの増加

訪問看護介入前では、1日の平均摂取カロリーが1,100Kcalだったが、介入後は1,246Kcalとなり、約13%増の摂取カロリーとなった。

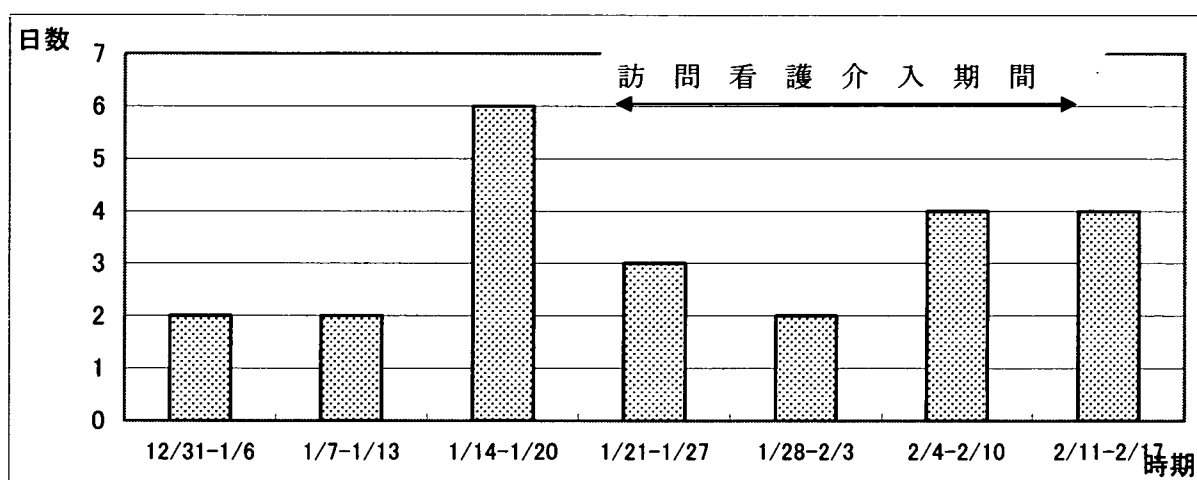
図表 C-II-9 介入前後1週間の1日毎の摂取カロリーの比較



④便秘の解消

訪問看護介入前は1週間に2日ほどが排便のあった日数だったが、訪問看護介入後は1週間に4日排便があるようになった。訪問看護師と特養看護師の指導で、介護士がオムツを交換するときに、腹部マッサージをするようになったことも要因の一つと考えられる。

図表 C-II-10 週間別にみた排便があった日数



(2) 褥瘡や皮膚の剥離の改善

- ①仙骨部の褥瘡、表皮剥離は繰り返されており、完全に問題が解消した状態とはいえない。軽快したり、消失したり、再発したりのくりかえしであるが、悪化はしていない。

仙骨部の褥瘡は、日本褥瘡学会の褥瘡経過評価では2月7日4点、2月13日4点で、局所の炎症徴候を認める状態だった。坐骨部の褥瘡は、日本褥瘡学会の同評価では、2月7日2点、2月13日2点であり、これは発赤が継続してある状態を示していた。

褥瘡ケア回数は1日3回必要だったが、1回に減少してきていた。

(3) 左手を使い、食事ができる

- ①食事のとき、自力にて健側の手でスプーンを使用しほぼ自力で摂取可能となった。

(4) 臥床時間の短縮

- ①ADLの改善：車椅子に乗ってられる時間が長くなった。
- ②コミュニケーションを図ることにより、笑顔が多くなり、訪問看護師の顔も覚え、「おぼえているよ。よろしくおねがいします」と訪問時挨拶をするようになった。
- ③発語が多くなった。
- ④起きている時間が長くなった。
- ⑤特養のスタッフに「馬鹿」と乱暴な言葉を発することが多かったが少なくなってきた。
- ⑥同じユニットの入居者と、ホールで交流することが楽しみになり、ホールへ出てくるようになった。
- ⑦訪問看護師は毎回、ホールに出ている事例を見るようになった。

2) 特養看護師・介護士への影響

対象者は身長 160cm、体重 36.0Kg で、BMI が非常に少なかった。単に「やせている」ということから、BMI がやせの範囲であり、摂取カロリーを増加することの必要性を再確認し、アセスメントの重要性を再確認した。

5. 評価

1) 訪問看護師・特養看護師の評価

事例のBMI、食事摂取状態などをアセスメントして、訪問看護師と特養看護師、介護士とが協力したことによって、食事の自力摂取が可能となり、その結果、食事摂取量の増加、体重増加となり、BMI がわずかではあるが改善の方向に向かったことは評価できる。

褥瘡は車椅子に座る時間が長くなったり、BMI が改善することによって、今後軽快の期待ができる。

2) 研究者の評価

訪問看護師のアセスメントによってBMI の改善という目的をもって介入することができ、介入効果を得た事例である。食事摂取量の増加にむけて、自力摂取の促進、車椅子で起きている時間の増加、他者との交流の増加などにむけたケアを実施し、1日摂取カロリーの増加、BMI の改善に至ったことは訪問看護介入の効果といえる。

事例2 褥瘡が改善した事例

(ID2)

1. 基本情報

70歳代、男性。要介護度5、寝たきり度C2、認知症自立度IIIb。多発性脳梗塞のため左片麻痺、構音障害があり、胃瘻を造設している。心身の症状としては、脳梗塞による構音障害があるが、発声をすることができる。痰のからまりがあり、SpO₂ 90～93%である。左下肢、足趾に低温火傷による水泡がある。ADLは、移動は全介助、体位交換時に右手で柵につかまることが可能である。下肢は麻痺のため運動はできない。視力障害はないが、聴力障害および、言語障害がある。医療処置として、吸引、PEG処置を必要とする。

妻が毎日面会に来ている。

訪問看護介入時の基本情報

要介護度	5
寝たきり度	C2 車椅子に移乗は全介助を要する。
認知症自立度	III b
診断名	多発性脳梗塞、左片麻痺、 症状：構音障害、胃瘻造設 処方薬：バイアスピリン、ノルバスク、フリバス、パナルジン、 マグミット、メジコン、ピソルボン

2. 訪問看護の必要性と目的

1) 多発性脳梗塞による左片麻痺、構音障害、嚥下障害による誤嚥性肺炎のリスク

対象者は、多発性脳梗塞による左片麻痺があり、車椅子で支えながら座位を保持することはできるが、日常生活はすべて全介助を要する。さらに、構音障害があり、嚥下機能の障害がある。そのため、胃瘻を造設している。このような状態から、口腔内の清潔が保持できないと、誤嚥性肺炎を起こすリスクがある。時々痰がからみ、吸引が必要となっているので、痰がたまったり、うまく喀出できない場合は、肺炎を起こすリスクが高まる。

2) 左下肢、左第1趾に低温火傷があり、水泡形成している。左片麻痺のために、左半身の感覚機能が低下し、温熱刺激に対する反応が自覚できない。そのため、左半身を温熱刺激、外傷、圧迫などによる褥瘡などの危険を予防し、保護する必要がある。

3) 妻が、毎日面会に来て、日中は付き添っている。妻は介護や看護について、心配で見守っていることが多い。

4) 仙骨部左側に表皮剥離し、発赤している褥瘡がある。体位変換を自力で行えないので、同一体位による同一部位への圧迫は褥瘡を誘発したり、仙骨部の褥瘡が悪化するなどの危険性がある。また、仙骨部周囲の皮膚が脆弱であり、便による汚染が頻回で、かゆみもあり、褥瘡の再発が懸念される。

以上のことから、訪問看護として、誤嚥性肺炎の予防、褥瘡と火傷の改善、家族指導を目的に看護を行った。

3. 訪問看護実施内容・経過、評価指標

1) 訪問看護の実施内容

(1) 多発性脳梗塞による左片麻痺、構音障害による誤嚥性肺炎のリスク予防

- ①バイタルサイン (KT、P、BP、SpO₂)
- ②呼吸器感染症の有無 (咳嗽、喘鳴、肺雑音)
- ③口腔、咽頭内、舌の状態観察と口腔ケアの実施: 口腔内の清潔 (口腔内の清拭、義歯洗浄、オーラルバランスジェル塗布)
- ④痰の性状、量の観察
- ⑤肺理学療法 (スクイーミング・タッピング・体位交換による体位ドレナージ)
- ⑥必要時吸引の準備と実施

(2) 褥瘡、火傷の改善

- ①褥瘡、火傷の状態の観察とケア

(3) 家族指導

- ①妻の悩みや訴えを聞く
- ②ケアの説明と家族がケアをするときに注意することなどを丁寧に説明する

(4) 排便コントロール

- ①排便状況の確認
- ②腹部マッサージ
- ③必要時排便の実施

(5) 仙骨部周囲の褥瘡再発予防

- ①仙骨部皮膚の観察
- ②皮膚保護剤の塗布
- ③圧迫除去

図表 C-II-11 訪問看護介入内容と時間

ケア内容	1週	2週	3週	4週	介入時間(分)
バイタル測定					5~10分
心身の状態観察					10分
声かけ、タッチ、談話					5~10分
褥瘡の処置					3~10分
褥瘡予防のための対応					3~5分
創傷部の処置(褥瘡以外)(PEG)					2~3分
浣腸、摘便	○				10分
その他(火傷)					2~3分
ROM訓練 呼吸リハビリ					5~10分
手足、足欲、陰部洗浄 口腔保清					5~25分
家族への説明、連絡					5~10分
皮膚の観察					5分
排泄コントロール					5分

2) 経過

訪問看護介入期間中、呼吸状態では、喘鳴が継続していたり、肺雑音も消失するようには至らなかつたりしていたが、SpO₂が少し改善したり、発熱することがなくなったりした。しかし、泥状便が頻回にでており、排便状態は改善できなかった。摘便することによって、泥状便の回数が減少することがあったので、今後改善の期待が持てる。褥瘡は皮膚が乾燥してきて、改善してきた。日中常に家族が付き添っているので、家族の相談に乗ることも多かった。

3) 評価指標

①誤嚥性肺炎の予防

①-1 舌苔の減少

①-2 自己排痰を可能にする

①-3 咳嗽、喘鳴、肺雑音の消失、SpO₂の数値の改善

①-4 発熱回数減少

②褥瘡、火傷の改善

- ③自然排便になる
 - ③-1 泥状便の回数の減少
 - ③-2 下剤の減少
 - ③-3 排便ケア（下剤投与後）減少
- ④家族の精神的な安定

4. 訪問看護介入の効果

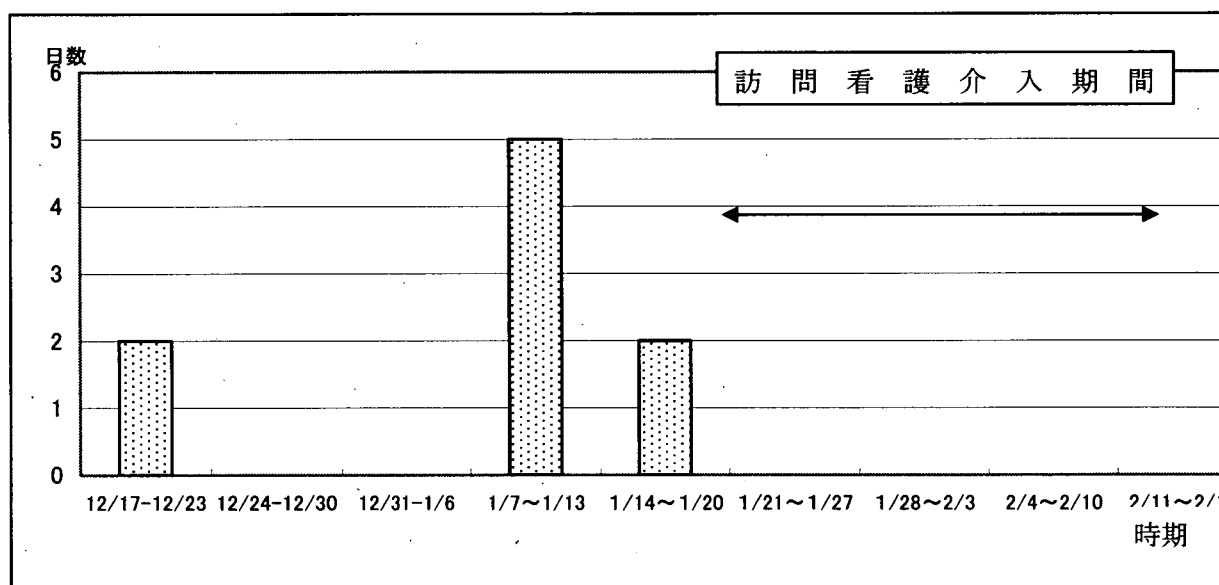
1) 訪問看護サービスが入ったことによる変化

(1) 呼吸器感染症の予防

①発熱回数の減少

発熱回数は、訪問看護介入前5週間の間では、1週間に2日発熱したときが2回、1週間のうち5日発熱したときが1回あった。しかし、訪問看護介入後は4週間にわたって発熱した日は1日もなかった。

図表 C-II-12 週間別発熱日数 (37℃以上)



②咳嗽、喘鳴、肺雑音の状態、

③SpO₂

④痰の性状、

肺理学療法として体位ドレナージとスクイーピングを行い、排痰を促す。

肺雑音は軽度あるときがあったが、最近は良好な状態になっている。

喘鳴は消失しなかった。

舌苔の減少はみられなかった。

SpO₂、痰の性状は表のとおりである。

図表 C-II-13 呼吸器症状、胃腸、火傷および褥瘡の経過

	1/21	1/23	1/24	1/28	1/30	2/5	2/7	2/12	2/15
肺雑音	—	軽度	左上葉	—	—	—	—	—	軽度
呼吸	不規則						嘆息気味		
喘鳴	—		有	有	有			有	有
SpO2(%)	95	95	92	97	97	93	95	97	96
痰の性状					白色	白色		クリーム状 水様多量	白色
マウスケア		舌上白色	舌苔・乾燥	苔点在		舌苔	舌苔	舌苔	舌苔
胃瘻					発赤軽度				
腸			蠕動有	蠕動弱					
排便			摘便	泥状便	泥状便多量				
火傷	火傷(左第1 趾内側 1.5×2.0cm 大水泡 低温火傷)	中心部 黒色			一部黒 色壊死	浸出液 少量	1.5×2.0水 泡の中心 部は黒く、 周囲は上 皮化	黒色 か皮乾 燥	黒色壊 死、縁よ りはがれ
褥瘡		表裏剥離	発赤薄い	有	暗紫色	発赤軽度	紅斑		乾燥
備考			ソケイ部、 肛門周囲発 赤軽度		分泌液黄 色極少量 のみ				舌苔は僅 かになって きた

(2) 褥瘡、火傷の改善

褥瘡は黒色になり乾燥してきて上皮化してきているので、回復にむかってきた。

(3) 排便回数の減少

オムツ交換時に泥状便が毎回出ていたが、腹部マッサージ等を行うことにより、便のケアが少なくなった。(1日に4～5回の泥状便が見られスキントラブル発生の恐れもあったが、訪問毎にマッサージや必要時直腸診を行い摘便を施行することでだらだらとした便のもれがなくなり、オムツ交換の頻度が減った。摘便した翌日は排便回数が減少する。

泥状便に関して、下剤のコントロールを医師に相談し、下剤は2錠から1錠に減った。

(4) 家族の精神的な安定

家族は訪問看護師に会うと話ができ、相談にのってもらえることを喜んでいった。

2) 特養看護師・介護士への影響

看護師は泥状便と下剤の関連性についてアセスメントし、医師に相談するようになった。

介護士は、腹部マッサージ等の指導を訪問看護師と時間が合えば、一緒に指導を
してもらう時間がほしいと、利用者の状態の改善に前向きに取り組もうとする姿勢
が見られた。

5. 評価

1) 訪問看護師、特養看護師の評価

訪問看護師が介入するようになって、排便状態の観察をして必要時排便をし、腹
部マッサージをするなどして、排便回数の減少をみた。しかし、泥状便が継続し、
まだ十分に排便コントロールができたとはいえない状態だった。褥瘡の改善、発熱
しなくなったことは、訪問看護介入の効果と考えられる。

2) 研究者の評価

家族から悩み事などの相談を受けていることは、訪問看護師が定期的に介入する
ことによって、看護をしている時間中、家族は相談できる時間を確保していること
になる。このような時間を持つことによって、家族が精神的安定を保つことができ
る。特養の看護師や介護士とは別に外部の専門職への相談の必要性も考えられる。

訪問看護師による介入効果として、呼吸状態の観察と肺理学療法を実施した。ス
クイーピング実施前の SpO₂ は 94%、実施後のそれは 96% と改善されている。対象者
の喘鳴の消失、痰の性状の改善は見られなかったが、肺雑音は以前と比べて軽度にな
ってきている。肺理学療法は呼吸器症状の悪化の予防には効果があったと考えら
れる。

事例3 排便コントロールが良好になった事例、発熱回数が減少した事例、
(ID3) オムツの必要枚数の減少による経済効果があった事例

1. 基本情報

80歳代、女性。要介護度5、寝たきり度C2、認知症自立度IV。診断は、アルツハイマー型認知症、第一腰椎圧迫骨折、貧血がある。嚥下障害、意識低下が見られるので、経口的な食事摂取は不可能なため、胃瘻を造設している。心身の状況として、夜間独語、感情失禁があり、精神的にむらが見られる。聴覚障害と言語障害は中等度にあるが、簡単なコミュニケーションをとることは可能なので、話しかけに声をだしたりすることはできる。夜間に覚醒していて、昼間に寝ていることが多いので、昼夜が逆転する生活リズムとなっている。しかし、時に意識が低下することがある。微熱傾向で、37℃以上の発熱が多い。排泄は失禁状態で、オムツを使用している。便秘傾向で、排便は4-5日に1回の状態である。胃瘻部周囲の皮膚の発赤があり、9時方向に肉芽形成がある。時々嘔吐がある。

ADLの状態は、寝たきりで、全介助状態である。四肢の拘縮はない。車椅子で背中にもたれて、支えがあれば、座位でいることは可能である。

医療処置等は、点滴静脈注射がある場合はその処置、PEGの処置などがされている。

訪問看護介入時の基本情報

要介護度	5
寝たきり度	C2
認知症自立度	IV
診断名	アルツハイマー型認知症、第一腰椎圧迫骨折

2. 訪問看護の必要性と目的

対象者は、胃瘻を造設しているが、嘔吐があり、さらに排便のコントロールがうまくいかず時々下痢症状がある。嘔吐や下痢のあるときには、日中点滴を施行している。このため、バイタルサインや症状の観察が必要であり、安静のため必要最小限のケアでQOLを保つように看護を行う必要がある。

時折嘔吐があるのは、胃瘻からの栄養剤注入後に生じる逆流性食道炎があること、また、排便コントロールがやや不良であるため、便秘により悪心や嘔吐を生じる可能性がある。胃瘻から注入した栄養剤の逆流や嘔吐により肺炎を起こす危険性がある。

胃瘻造設しており、周囲のスキントラブルが軽度見られる。胃瘻周囲の皮膚の障害の悪化を予防する必要がある。

認知症、夜間独語、感情失禁あり、精神的にむらがある。そのため、精神的な安定をはかるため、コミュニケーションをはかり、昼間の活動性を高める必要がある。

これらの看護の必要性から、嘔吐の原因や症状、状態のアセスメントをし、嘔吐を予防するための看護を行うこと、発熱の状態を観察し、口腔ケア、逆流性肺炎の予防をする、精神的安定をもち、かつ日中は覚醒して夜間の独語や感情失禁を軽減するよう目的として看護を行う。

図表 C-II-14 4週間の訪問看護の実施状況

ケア内容	1週	2週	3週	4週	介入時間(分)
バイタル測定	○				5分
心身の状態観察					5~15分
生活状況の観察					2~15分
声かけ、タッチ、談話					3~5分
本人への療養指導・説明					
創傷部の処置(褥瘡以外)胃瘻					5分
浣腸、摘便					5~10分
ROM訓練			○		5~10分
マッサージ(腹部)	○				10分
爪きり				○	5分
手足、足欲、陰部洗浄 マウスケア					5~10分
皮膚の観察		○			10分

3. 看護内容・経過、評価指標

1) 看護介入内容

(1) 看護問題1 ; 注入した栄養剤の逆流や嘔吐により肺炎を起こす危険性がある
客観的観察事項として以下の事項の情報を把握し、アセスメントする。

- ①バイタルサインのチェック
- ②悪心、嘔吐の有無
- ③嘔吐物の性状や頻度
- ④口腔内の状態

⑤呼吸器感染兆候の有無（咳嗽、喘鳴、肺雑等）

⑥ 腹部症状、排便状況

ケアとして以下のことを実施する。

①注入中、ベットアップ又は座位とし誤嚥を予防する

②2時間かけて滴下する

③必要に応じ栄養剤の固形化

④口腔内の清潔を保つ・・・マウスケア、ジェル塗布

⑤排便コントロールを図る

⑥栄養剤や注入量が適切か見直す

(2) 看護問題2；胃瘻造設しており、周囲のスキントラブル軽度あり皮膚統合性の障害のリスクが考えられる。客観的観察事項として以下の事項の情報を把握し、アセスメントする。

①胃瘻周囲の皮膚の観察

②ガーゼの汚染状況

③胃液や栄養物の漏れがないか確認する

ケアとして以下のことを実施する。

①洗浄施行、ナビガーゼこより使用

(3) 看護問題3；認知症、夜間独語、感情失禁あり、精神的に斑が見られる。精神的な安定を図るため、コミュニケーションを図り昼間の活動性を高める必要がある

客観的観察事項として以下の事項の情報を把握し、アセスメントする。

①言動、表情、活気の程度、精神状態

ケアとして以下のことを実施する。

①声かけを多くする

②車椅子に乗車し気分転換をはかる

③ゆったりとした態度で接する

④危険防止に努める（ベッドや車椅子からの転落）

⑤遊ビリテーションの実施

2) 経過

訪問看護師は、バイタルチェック後、腹部症状の状態観察 胃瘻部の観察、処置を行うことや排便状況をチェックした後、腹部マッサージ、直腸診後硬便が触れる場合、排便を行った。実施したケアには、陰部洗浄、口腔ケアもふくまれ、声かけを行いながら実施するようにした。反応が良いときには、車椅子に乗車し、遊ビリテーションを行った。

胃瘻部の状況は今のところ改善はみられなかった。アセスメントをしっかり行い、

チューブの固定の工夫が今後必要である。

嘔吐に関しては、対象者の1日摂取カロリーの必要性から、栄養剤の工夫を行うなどを今後行う。

排便コントロールに関しては、訪問時硬便が触れた場合摘便したので、頻回に少量づつ排便があったが摘便により排便の回数が減った。

3) 評価指標

(1) 栄養剤の逆流や嘔吐による誤嚥性肺炎の予防

①-1 嘔吐の減少

①-2 呼吸器症状（呼吸、肺雑音、痰の性状）が悪化しない

①-3 発熱の減少

①-4 口腔内の清潔保持

(2) 胃瘻周囲のスキントラブルの改善

(3) 精神的な安定を図る

③-1 夜間独語の減少

③-2 感情失禁の減少

③-3 昼間の活動性を高める

(4) 頻回の少量の排便による便秘の解消

4. 訪問看護介入の効果

1) 訪問看護サービスが入ったことによる変化

(1) 栄養剤の逆流や嘔吐による誤嚥性肺炎の予防

①嘔吐の回数は、1月21日に嘔吐があったが、その後はない。

②呼吸器症状に関しては肺雑音はなく、SpO₂の値も良好である。

③発熱回数の減少

発熱回数は、訪問看護介入前と比べて、訪問看護介入後は減少した。すなわち、介入前の2週間は、1週間のうち37℃以上に発熱した日数はそれぞれ6日、7日とあり、ほぼ毎日発熱していた。しかし、介入後は、発熱日数が減少し、少ない週は1週間に2日、多い週で1週間に5日に減少した。