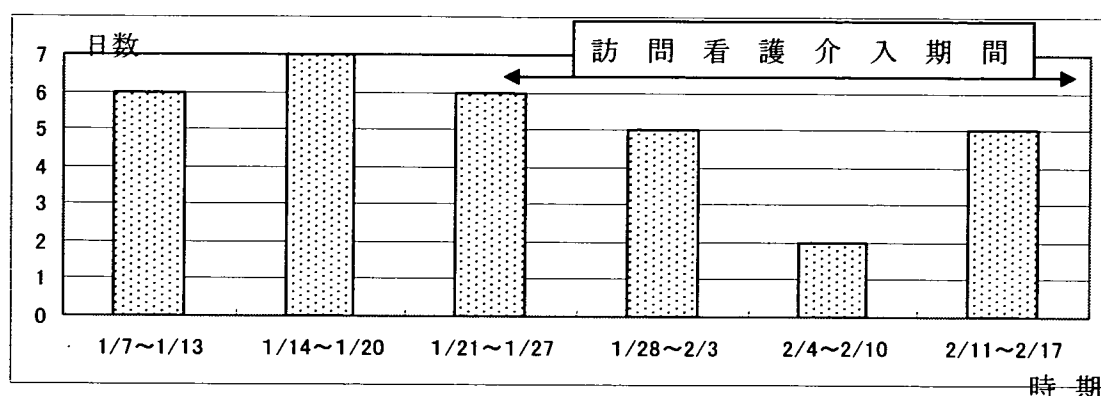


図表 C-II-15 週間別 37℃以上の発熱した日数



④口腔内の清潔保持は、舌苔が軽度あるのが継続しており、口腔内の清潔が改善したとはいえなかった。

(2) 胃瘻周囲のスキントラブルの改善

胃瘻周辺の皮膚では、3時9時の方向の肉芽形成、浸出液は変わらずあり、改善はされなかった。

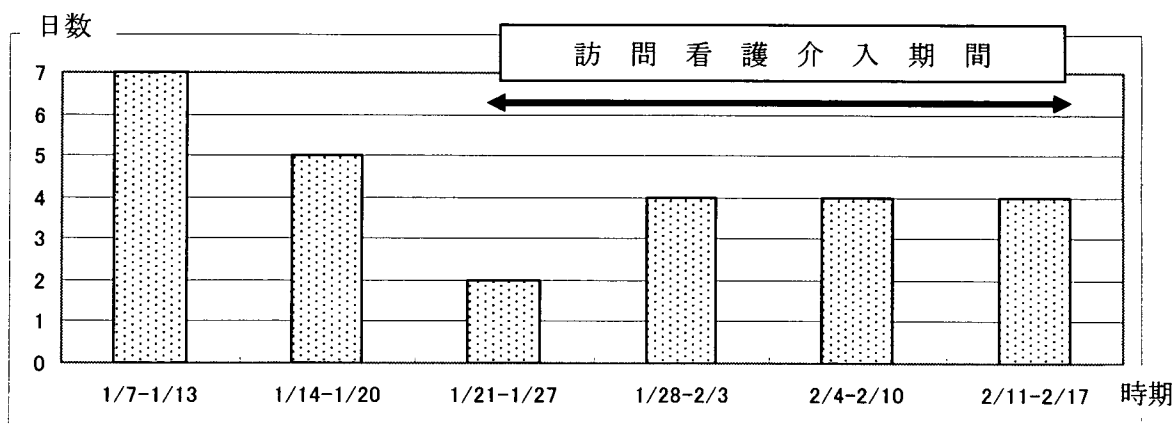
(3) 精神的な安定を図る

夜間独語の減少、感情失禁の減少、昼間の活動性を高めるなどに関しては、明らかな変化はなかった。

(4) 排便回数の減少と便秘の解消

対象者は、排便があるときは、常に便がでており、便がオムツについている状態であった。そのために、対象者は気持ちが悪く、すっきりした状態でなかった。訪問看護師が排便をしたときから、排便回数が減少し、常にオムツに便がついている状態が解消した。従って、対象者の QOL 改善になり、かつ介護する側にとっても介護しやすい状態になった。オムツの交換回数が減少した。

図表 C-II-16 週間別排便があった日数



図表 C-II-17 対象者の状態の変化

	1/21	1/23	1/24	1/28	1/30	2/5	2/7	2/12	2/15	2/20	2/25
肺雑音	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-
SpO2(%)			97	94			98		96		
痰の性状											
嘔気・嘔吐	有	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マウスケア		白色残渣			舌苔軽度	舌苔	舌苔軽度	舌苔軽度	舌苔軽度	舌苔軽度	
胃瘻		浸出液黄緑色少量・出血少量・発赤軽度・肉芽軽度	発赤軽度・黄色浸出液少量	浸出液軽度・肉芽あり	浸出液、出血少量・肉芽縮小	薄茶色浸出液・臭気あり	黄緑色浸出液・肉芽有	3時9時の方向に肉芽・滲出液少量	3時9時の方向に肉芽・滲出液黄色少量	3時9時の方向に肉芽・浸出液軽度	淡緑黄色浸出液少量付着・周囲発赤軽度・3時から9時方向肉芽
腸							蠕動緩慢		蠕動緩慢		
排便		なし		水様便中等量弱・摘便		摘便	摘便	摘便	摘便	摘便	摘便
褥瘡					左殿部発赤・背部搔痒感						

2) 特養看護師・介護士への影響

排便のコントロールについての状況把握や自然排便への誘導について考慮する姿勢が見られた。特に介護士に、腹部マッサージの有効性を説明し、全員に理解を求める姿勢が見られた。

5. 評価

1) 訪問看護師、特養看護師の評価

訪問看護師は、対象者の排便コントロールが改善したことは、対象者の QOL 向上になったことを認めた。特養看護師と介護士は、対象者の排便回数が多く、常にオムツが便で汚れている状態であったこと、それが摘便によって改善したことを認めている。1月28日の訪問看護師の記録には、「水様便が中等量あったが、直腸診によって、硬便がふれたため、摘便をした結果、片手一杯の排便があった。」とある。恒常的な便秘が解消したことによって、発熱日数も減少した。

胃瘻周囲の皮膚の改善は至らなかったが、チューブの固定の仕方など今後工夫が必要である。

2) 研究者の評価

対象者の排便コントロールが改善し、QOL の向上、介護負担の軽減になったことは、訪問看護介入の効果であると考えられる。介護士からの聴取によって対象者の排泄の介護に関する以下の状況が把握された。対象者は排便が常にオムツについており、オムツの交換がいつも必要であった。排尿は1日に3～4回であるので、排便がなければ、排尿時にオムツを変えるだけでよい。従って、排便がコントロールされたことによって、オムツの使用枚数が減少した。対象者のオムツの交換回数は1日7回であ

り、排便が常にあった日が多い1週間と排便コントロールができた1週間のオムツの使用枚数と金額を算出した。オムツ1枚25円として計算すると、1週間では525円の節約になる。

①1月7日～13日；排便は常にあるので1日に7回のオムツ交換：オムツ必要枚数49枚、1,225円。

②2月11日～17日；排便は1日1回、週に4日。オムツ交換は1日に4回：必要枚数28枚、700円。

オムツの廃棄処分に要する費用の削減にもなり、必要枚数の減少とあわせて、経済効果は大きいと考えられる。

なお、本対象者は女性であるので、オムツの使用は1枚25円となっているが、これが男性の場合、尿用の小型オムツは1枚10円であり、さらに経済効果は大きい。

事例 4 栄養量のアセスメントにより嘔吐が解消した事例
(ID4)

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。診断名は、脳血管性認知症、脳梗塞後遺症、食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎。声をかけると、顔をじっとみつめたり、大きく開眼する。看護師が「気持ちわるいですか」と問うと、大きくうなづくことができ、問いかけに対する反応は認められる。しかし、意味のある言葉を発することは不可能で、「あー、あー」というのみである。皮膚の掻痒感が強く、手で顔や身体を掻き、傷をつけるので、ミトンをして保護をしている。夜間は痰の吸引が頻回に必要になり、吸引の刺激で嘔吐することがある。SpO₂は 95%~96%で経過している。胃瘻を造設しており、1日3回 1,200ml の栄養剤 MA-8 を注入している。身長 138cm、体重 32kg。

背部に褥瘡があり、褥瘡の処置が必要である。ADL としては、両膝拘縮があり、全介助を要する。

医療処置等： 胃瘻部の処置 吸引 褥瘡の処置 スキントラブルの処置

訪問看護介入時の基本情報

要介護度 5
寝たきり度 C2 手指および両膝拘縮、円背があり、体位変換は自力でできないなど、すべての行為に全介助を要する。
認知症自立度 IV 問いかけに反応ある。
診断名 脳血管性認知症、脳梗塞後遺症、逆流性食道炎、
処方薬：ヨウズレン、マグミット
胃瘻から摂取する栄養食は、MA-8 を 1,200ml(1,200Kcal)。

2. 訪問看護の必要性と目的

胃瘻から栄養食 MA-8 を 1,200ml 摂取しているが、逆流性食道炎により、嘔吐が頻回にある。1日 1,200 kcal の注入量だが、身長 138cm、体重 32kg、年齢 80 歳代後半という状況から考えると注入量過剰状態も推測される。対象者の基礎エネルギー消費量 (BEE) は 816Kcal であり、身体活動係数を計算しても、必要エネルギー量は 979Kcal である。また、便秘傾向や円背による腹部圧迫も嘔吐を誘発していると考えられ、誤嚥性肺炎のリスクが高い。夜間、痰吸引頻回にあり、吸引刺激で嘔吐を誘発し、頻回に嘔吐している。嘔吐は胃液様のものである。夜間嘔吐があった場合、経過観察のため、朝、昼の注入は休止している。その後、ポカリスエットから注入再開を

している。流涎が常にある。

このような状況から、必要な栄養量のアセスメントをし、嘔吐を減少する必要がある。さらに掻痒感が強く、皮膚の正常のコントロールが出来ないので、皮膚の観察とケアを必要とする。

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) アセスメント

- ①状態の観察：意識レベル、呼吸状態、肺雑音、嘔吐、咳嗽、流涎、排便などの状態の観察
- ②誤嚥しやすい体位
- ③注入栄養量の把握
- ④嘔吐の原因をアセスメントする

(2) 逆流の予防、嘔吐の予防

- ①注入時の体位を工夫する
- ②注入後はベッドアップし逆流を予防する
- ③必要時吸引を行う
- ④腔内を清潔に保つ

(3) 排便のコントロール

- ①排便がない時は腹部マッサージを行う
- ②適切な下剤の内服

(4) 掻痒感が強く、皮膚の正常のコントロールが出来ない

- ①皮膚の保清を図り、皮膚トラブルの部分の清拭は丁寧におこなう
- ②皮膚保護剤を使用する、指示された軟膏の塗布
- ③爪の手入れ
- ④手浴

図表 C-II-18 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					5~10分
声かけ、タッチ、談話					5~15分
褥瘡予防のための対応					2~5分
創傷部の処置(褥瘡以外)					2~5分
気道内吸引	○			○	5分
その他(皮膚ただれ処置、洗浄軟膏)	○			○	5~10分
ROM訓練					5~10分
爪きり	○				5分
手足、足欲、陰部洗浄 清拭	○			○	5~10分
栄養・水分			○		5分

2) 経過

対象者の胃瘻からの注入栄養量が適切かどうかをアセスメントし、栄養剤の種類を変更し、注入量を減少した結果、嘔吐がなくなった。このことは対象者の誤嚥性肺炎のリスクを少なくしている。昼間にホールで車椅子に座っていることがあるが、背中が丸くなっているため、骨突出部のスキントラブル発生のリスクは依然としてある。2月15日夜間、痰のつまりがあり、顔面蒼白となる。痰を吸引した結果 SpO₂ が回復した。便秘は継続しており、摘便したり、ラキソベロン内服によって排便がみられる状態である。

3) 評価指標

(1) 誤嚥性肺炎の予防

(1)-1 栄養のアセスメント

(栄養剤の適量の摂取)

(1)-2 嘔吐回数の減少

(1)-3 便秘の解消

(下剤の減量)

(2) 皮膚の保清と保護

(3) 褥瘡の軽快

図表 C-II-19 対象者の状態の変化

	1/21	1/23	1/24	1/28	1/30	2/4	2/7	2/12	2/15
肺雑音					軽度	軽度	-		軽度
呼吸			平静						
喘鳴	有	有		有	有	有	有		有
SpO2(%)	87	88	96	92	95	93		92	93
痰の性状	白色	白色							白色少量
嘔吐	有			有	有	有			
マウスケア							汚染軽度		
胃瘻	ガーゼ汚染・発赤、一部糜爛	緑色浸出液悪臭			滲出液多量	浸出液黄色少量			
排便				摘便	有形	蠕動弱			
褥瘡		背骨円背部表皮剥離	背骨皮膚剥離無・殿、仙骨部皮膚乾燥気味	左足関節上10cm、脛骨に沿って皮膚剥離、一部糜爛	背骨癒痕・脛骨部、黄色糜爛様	背骨発赤軽度、皮膚剥離			背骨乾燥痂皮形成・背部から臀部掻破痕
備考		右乳房下と腹部に糜爛		全身皮膚乾燥著明・右前腕に内出血斑		2/5より栄養剤の量を減量する			

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

対象者は、訪問看護師の指摘により、栄養剤の種類をかえ、さらに注入量を 1,200ml から 900ml に変更した。1回の注入量が、400ml から 300ml に減少し、その結果、嘔吐がなくなった。対象者の基礎エネルギー消費量 (BEE) は 816Kcal、身体活動係数を加味した必要エネルギー量は 979Kcal である。したがって CZ-Hi900 ml とおやつ の摂取により十分に必要エネルギーは摂取できると考えられる。

栄養剤は、便秘の解消を目的に MA-8 は繊維質 0.4/100Kcal なので、CZ-Hi 繊維質 2.0/100Kcal にかえた。しかし、便秘は解消されていない。

皮膚の掻痒感は軽快しないので、相変わらずミトンを着用している。しかし、手の臭いは軽快した。

2) 特養看護師・介護職への影響

対象者の栄養状態をアセスメントした結果、栄養剤の種類の変更と注入量の減少を栄養課の管理栄養士と相談し、さらに、特養配置医と相談し、対象者の栄養剤の変更に関する調整を特養看護師が行った。

栄養剤の注入量を減少したその日から、嘔吐がなくなったので、栄養剤変更の効果を、特養看護師は認めた。

5. 評価

1) 訪問看護師・特養看護師の評価

訪問看護師は、対象者の嘔吐を減少させたことは、適切な栄養アセスメントと、医師、特養看護師、栄養士らの連携による調整ができたことを評価している。

胃瘻周囲の皮膚の状態は徐々に良好な状態になっており、最終的には、胃瘻周囲の皮膚の問題はなくなった。

2) 研究者の評価

適切なアセスメントにより、対象者の嘔吐がなくなり、QOLの向上をみたことは、訪問看護介入の効果であると考えられる。

さらに、アセスメントの重要性、看護師、介護士、栄養士との連携の必要性などをこの事例をとおして特養職員に理解してもらえたことは、今後、他の事例への看護によい影響を及ぼすと期待できる。

図表 C-II-20 ペアAの事例 (ID1~4)

ID	年齢	疾患名等	要介護度	服薬	介入前の情報	評価指標 (ケア目標)	ケア目標に向けて実施した内容	介入効果
ID1	80代	脳梗塞後遺症 脳血管性認知症 褥瘡 言語障害	5	トーワラートL ブルセニド 2T カマ	・脳梗塞により、左側上・下肢完全麻痺、浮腫があり食事全介助 ・低栄養状態 ・仙骨部表皮剥離あり ・スタツプに馬鹿」と乱暴な言葉を発する	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(ケア回数削減) ③意欲低下の改善 ③-1 発語の増加 ③-2 暴言の減少	①・車いすでの座位の保持 食事摂取量が維持できるよう声かけ ・上下肢 ROM 運動、手浴、浴槽内での自発的な運動 ・カップを持つ、スプーンを持つストローで飲水等一緒に行う ・口腔ケア ②・褥瘡ケア ・移乗時二人で平行移動をする ③・フロアでおやつを食べる ・声かけ 足浴等によるスキジップの機会	①-1O ①-2O ①-3O ①-4O(体重2kg増) ②-1× ②-2O(1日3回→1回) ③-1O ③-2Δ
ID2	70代	多発性脳梗塞 左片麻痺 褥瘡、火傷 胃瘻	5	バイアスピリン ナルバスク パナルジン マジコン ピソルボン マグミット フリバス ケタス ノルバク	・脳梗塞による構音障害 ・喀痰のため吸引必要 ・左下肢に低温火傷による水疱あり ・家族が日中長時間付き添っているため家族ケアが必要 ・便秘のため下剤使用により泥状便頻回にあり	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 呼吸音の安定化 ①-4 体温の安定化 ②褥瘡火傷の改善 ③便自然排便になる ③-1 泥状便の回数減少 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	①・口腔ケア ・肺理学療法(スクイージング・タッピング・体位ドレナージ)の実施および家族に指導 ・排痰ケア ②・褥瘡火傷のケア ③・腹部マッサージの施行について家族への指導、介護職への協力の調整 ④・ケアを家族と一緒にやることで信頼関係を作る ・家族の思いを受け止める	①-1O ①-2O ①-3O ①-4O ②O ③-1O ③-2O(1T減少) ③-3O ④O

ID3	80代	なし	<p>食事摂取量の減少 微熱傾向 胃瘻部の発赤、9時方向に肉芽形成 時々嘔吐あり 拘縮なし</p>	<p>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 口腔内の清潔保持 ②胃瘻周囲のスキンケアの改善 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便秘の解消</p>	<p>①栄養剤注入中のギャッジアップまたは座位 施設職員の協力を得る ・添加速度の減速(2時間かける) ・栄養剤の固形化 ・口腔ケア ・栄養剤や注入量を見直し ②胃瘻部洗浄しナビガーゼ使用 ③・声を多くする ・車椅子に乗車し気分転換を図る ・ゆったりした態度で接する ・車椅子やベッドからの転倒に注意する ・遊ビリテーションの実施 ④・排便子エック、腹部マッサージ ・直腸診後随時排便実施 ・施設職員の協力を得る</p>	<p>①-1△ ①-2× ②-× ③-1× ③-2× ③-3× ④○</p>
ID4	80代	ヨウズレン マグミット	<p>言語不明瞭 全身の皮膚の乾燥感、掻痒感著明 皮膚トラブルあり ミトンの装着 ミトン離脱時、掻く (特に右手で掻く、皮膚の出血あり) Peg 注入時、座位の保持 注入速度 300mlを1時間30分程度 注入後、座位保持1時間 両膝拘縮</p>	<p>①誤嚥性肺炎の予防 ①-1 栄養剤のアセスメント(栄養剤の適量の摂取) ①-2 便秘の解消(下剤の減量) ②皮膚の保湿と保護</p>	<p>①・栄養状態をアセスメントをし、検討後栄養剤の量の変更(配置医と連携) ・排便子エック、腹部マッサージ ・直腸診後随時排便実施 ・施設職員の協力を得る ・栄養剤注入中、注入後のギャッジアップ ・随時吸引実施 ②・爪の手入れ ・手浴(皮膚保護剤の使用)、軟膏の塗布</p>	<p>①-1○ ①-2△(下剤は減量しなかったが職員の意識変化) ②○(においや汚れが改善)</p>

介入の実際

看護ニーズの高い入居者への介入
(Bペア)

事例 5 下肢の循環不全の改善に向けたケアを実施した事例
(ID5)

1. 基本情報

70 歳代、男性。要介護度 5、寝たきり度 B2、認知症自立度Ⅲ。認知症の状況は平成 17 年 8 月の時点で長谷川式 0 点だった。現在は、今年は何年か問うと、「ねずみ年」と答える。平成 13 年 8 月多発性脳梗塞を発症し、現在に至る。聴力、視力は正常である。言語を発することは少ないが、会話が少し可能であり、日常生活でのコミュニケーションは取れる。身体症状として、下痢、便秘、血行障害（両下肢）がある。特に両下肢の血行障害は浮腫と冷感を伴い、皮膚の色も紫に変化している。下肢の保温のため靴下をはいているが、いつも自分で脱いでしまう。食事摂取量は普通であり、食べこぼしが多いが、自分で食事を摂取する意欲があり、殆ど自分で食事を摂取できる。しかし、時々、食べたあとの食器が空になると投げる。車椅子の操作は自分でできるので、フロア内を自由に移動できる、しかし、ベッドから車椅子への移乗は介助が必要な状態である。排泄は尿意、便意共になく、オムツを使用している。

家族の訪問は時々ある。

訪問看護介入時の基本情報

要介護度 5

寝たきり度 B2 車椅子での移動は自分で可能。車椅子への移乗は介助。

認知症自立度 Ⅲ

診断名 多発性脳梗塞、血管性認知症、顔面白癩。

処方薬：レストマート N， オーネス ST， チスタメット、カマ、カリメート、抗ヒスタミン剤、フェロミア

2. 訪問看護の必要性と目的

対象者は、多発性脳梗塞のため運動障害があり、日中は車椅子で過ごしている。しかし、下肢の循環不全のため、下肢を下げていると、両下肢ともに浮腫と冷感が生じる。皮膚の色も膝下から紫色になる。靴下を履いていても、自分で脱いでしまうなどの行為がある。両下肢の循環障害のために閉塞性動脈障害の症状が見られるので、その改善と、悪化の予防が必要である。

さらに、車椅子を自分で操作し、建物内の移動は可能であるが、車椅子への移乗は全介助をしてもらっている。

このようなことから、対象者には、下肢の循環を促進するための看護と、車椅子への移乗のためのADLの改善に向けた看護を目的として訪問看護を行った。

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) 発語がほとんどない方なので、挨拶等のコミュニケーションを重要視し、声かけを多くするようにしながら看護を行う。
- (2) フットバスを施行（バブを4分の1に割ったものをいれ、マッサージを行いながら足浴を行った。）
- (3) 足浴後は、スキンローションを使用してマッサージを行う。
 - ・ 入浴剤の選択を利用者の方に選んでもらうなど本人の参加を促すような関わりを行った。
 - ・ できるだけ、発語を促すような関わりを行った。
- (4) 訪問看護は週2回、火曜日と金曜日に実施した。
- (5) 手浴、手の体操（グーパー）

図表 C-II-21 4週間の訪問看護の実施状況

	1週	2週	3週	4週	介入時間(分)
心身の状態観察					5分
生活状態の観察					10分
声かけ、タッチ、談話					5分～15分
ROM訓練	○				
爪きり		○			
マッサージ(下肢)					5分～15分
足浴					15分～30分
食事介助	○				10分

注：声かけ、タッチ、談話は、足浴とマッサージをしながら行った。

2) 経過

訪問看護師は週2回訪問し、足浴とマッサージを中心に看護を実施した。以前は足浴時には、湯から足を出してしまっていて、足浴が出来なかったが、マッサージをしながら足浴をすることによって、足を湯から出さなくなった。話かけを多くするようにして、あわせなかった視線が合うようになり、訪問看護師の顔を覚えてくれた。言葉も殆ど発していなかったが、問いかけに対して、「うん」「やる」「気持ちはいい」といった言葉が出てきた。1週目は、対象者の生活状態の観察をし、さらに、対象者

と親しくなるために食事の介助をする時間をもった。2週目以降は、足浴とマッサージを中心にした看護を実施してきた。

介入時間は心身の状態観察、足浴とマッサージなどで平均30分だった。

3) 評価指標

(1) 下肢循環不全の改善 (足浴・マッサージ等)

(1)-1 浮腫の改善

(1)-2 チアノーゼの解消

(1)-3 足浴をいやがらずにできる

(1)-4 靴下を脱いでしまわない

(2) 手の循環不全の改善(介入途中から)

(3) 意欲を引き出す。

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) 下肢の皮膚、温度等の改善。

足浴時、10分くらいお湯に足をつけていると皮膚の色は赤みを帯び、暖かくなる。両下肢の皮膚の色が、紫色から普通の皮膚の色に近くなり、改善した。足浴後は冷感も軽減した。

靴下は以前と比べて脱がなくなった。

(2) 手の運動、手浴の結果、浮腫が消失した。

(3) 対象者は自ら言葉を発することが増加した。表情が穏やかになった。

2) 特養看護師・介護職への影響

今後利用者にとって効果的になるために、足浴を、曜日を決めて、訪問看護師が介入する時と介護職が介入する日、入浴日と継続して実施することが検討された。

5. 評価

1) 訪問看護師・特養看護師の評価

対象者に訪問看護が介入した結果、両下肢の循環不全が改善し、皮膚の色が紫色から肌色になり、足浴後は冷感も軽減した。訪問看護師は週2回足浴を実施したが、下肢の循環不全の軽減になったことは、介入の評価といえる。

2) 研究者の評価

対象者は両下肢循環不全を放置することにより、循環不全が悪化することが確実に予測されたが、訪問看護介入によって改善した。対象者への訪問看護は、対象者

のQOL向上、悪化予防の効果があったと考えられる。さらに、足浴を特養の看護師、介護士が継続して実施する検討がされたことは、今後に期待できる。

事例6 人工肛門ケアに関するアセスメントを実施した事例

(ID6)

1. 基本情報

90歳代、男性。要介護度4、寝たきり度C1、認知症自立度Ⅲ。昭和57年6月、S状結腸癌のため手術を受けた。約1年後の昭和58年4月に結腸癌のため再び手術を受け、人工肛門を造設した。その後、昭和62年前立腺肥大の手術を受けた。現在、人工肛門から水様便が頻回にあり、ガスも多いため、パウチの交換を頻回に行う必要があり、そのために人工肛門周囲の皮膚のただれがある。尿の留置カテーテルが挿入されている。仙骨部に褥瘡がある。難聴があり、よく聞こえないので、会話が続きにくいことが時々ある。訪問看護師の話しかけに「90歳だから、何を言っているかよくわからないんだよ」と答える。最近は傾眠状態でいることも多い。日中はベッドで寝ていたりするが、車椅子に乗ってホールで過ごすことも多い。車椅子への移乗は介助を要する。食事はおかゆときざみ食、お茶はとろみをつけているものを食しているので、嚥下は良好で、むせることもない。食事は自力で摂取可能だが、こぼすことが多く、さらに、意欲低下が顕著なため途中で食べるのを止めてしまうので、職員の介助が必要である。

訪問看護介入時の基本情報

要介護度	4
寝たきり度	C1
認知症自立度	Ⅲ
診断名	脳血管性認知症、結腸癌手術後人工肛門、前立腺肥大
	処方薬：カマ、リモイスコート（皮膚保護剤スプレー）

2. 訪問看護の必要性と目的

対象者は、人工肛門から水様便が頻回にあり、ガスも多いためパウチの交換が多い。そのため、人工肛門周囲の皮膚のただれがある。また、パウチの種類も本人に適合しているかどうかのアセスメントをしていなかった。便の状況を把握し、皮膚・排泄ケアの認定看護師の指導を受けながら、本人にあったパウチの選択、皮膚トラブルの軽減を図る必要がある。

食事は自力で摂取可能だが、途中で傾眠したり、意欲が低下するため、途中で食べるのをやめてしまう。食事時の介助の方法を検討して、自分で摂取することを促すこと、食事時の言葉かけによる食事摂取量の増加を図ることが必要である。

このような看護の必要性が認められたため、対象者の人工肛門のケアのアセスメン

トとケアを実施し、人工肛門周囲の皮膚のただれを軽減すること、さらに、食事摂取の改善に向けて、対象者の意欲向上に向けた看護を目的とした。

3. 訪問看護の実施内容・経過、評価指標

1) 訪問看護の実施内容

(1) 人工肛門ケアに関して

① 人工肛門周囲皮膚の観察、ケア、パウチなどのアセスメントを認定看護師が行う。

② 認定看護師（皮膚・排泄ケア）の訪問により、適切と思われるパウチ7種類からの選定。7種類の中から、コスト面、使い心地等を考え、特養看護師と訪問看護師で3種類に絞る。

③ 3種類のサンプルを順次使用し、評価をしていく。

④ 特養看護師と訪問看護師の役割分担

訪問看護師：新しいパウチの選択について専門的な知識を取り入れる。

特養介護職のケア方法の確認と指導を行う。

訪問時パウチの適応の評価、皮膚のケアなどを実施。

特養看護師：介護職へのケア方法の徹底

(2) 意欲向上に向けた支援

訪問時、言葉をかけ、できるだけ会話をもつようにすること、さらに食事中に言葉をかけ、食事摂取量の増加を図るとともに、介助の方法を検討して、自分で摂取できるように促す。

図表 C-II-22 訪問看護介入内容と時間

	1週	2週	3週	4週	介入時間(分)
心身の状態観察					5分
生活状態の観察					10分
声かけ、タッチ、談話					5分～15分
人工肛門の管理					15分～40分
膀胱留置カテーテルの管理					10分～15分
マッサージ				○	5分～15分
足浴				○	15分～30分
食事介助	○				10分

2) 経過

対象者の人工肛門の造設は昭和 58 年であり、かなり長期間にわたってパウチの不具合が続いていた。訪問看護ステーションの認定看護師（皮膚、排泄）の専門的アセスメントをうけ、パウチの試用が始まったのは訪問看護開始 3 週間目であった。介入開始後 3 週間から現在に至るまで、特養の看護師と訪問看護師との情報交換、介護士による情報提供をうけて、パウチ試用を継続中である。人工肛門からの排ガスには夜間の巡視のたびに（20 時、22 時、0 時、4 時）排出口よりガス抜きをしていた。

傾眠が強く、食事の自力摂取が全部できなくなっているため、介護士が、コーヒーをいれて勧めると、一人で全部飲むことができる。

訪問看護師の声かけに対しても、眠気が強く、ほとんど答えがない。車椅子に乗ってホールでいてもウトウトしている状態が続いている。

3) 評価指標

(1)ストマの皮膚の改善

(1)-1 ストマ及びパウチのアセスメント

(1)-2 ケアの方法の改善

(1)-3 人工肛門周囲の皮膚の発赤、糜爛の軽減

(2)意欲の向上,表情の変化

(2)-1 食事の自力摂取を促す

(2)-2 食事介助の工夫

(2)-3 以前好きだったことを探し誘う

(3)バルン交換に抵抗がなくなる

(4)皮膚搔痒感軽減

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

人工肛門パウチの変更に関しては、訪問看護ステーションに所属する認定看護師（皮膚・排泄ケア）の指導の下、訪問看護師と特養看護師とで、新しいパウチの変更を試み中である。従来使用してきたパウチは毎日交換する必要のあるタイプだったが、新しいパウチは 3 日に 1 回交換するタイプである。

試用開始後は人工肛門パウチ交換回数が減少してきた。さらに試用開始 1 週間後には、人工肛門周囲の皮膚の発赤と糜爛は貼付部には見られなくなった。

介入前よりパウチ交換回数が少なくなったことは、長期的には経済的負担が少なくなること、剥離刺激を減少させ皮膚のトラブルの改善などの効果が期待できた。下記の表は、介護記録からパウチ交換の記録を抜粋し、パウチ交換回数を 1 週間ごとにまとめたものである。

図表 C-II-23 人工肛門パウチ交換回数

	1/18-1/24	1/25-2/2	2/7-2/14	2/15-2/22
パウチの交換	5回	4回	3回	1回
入浴回数	1回	2回	2回	1回
	従来のパウチ		新しいパウチ試用開始	

このモデル介入において、人工肛門管理における特養看護師、訪問看護師の役割が明らかになった。

なお、特養看護師、訪問看護師、訪問看護ステーションの認定看護師（皮膚・排泄ケア）それぞれが役割を分担し、人工肛門管理の向上のため次のように連携した。

認定看護師（皮膚・排泄ケア）の役割はアセスメントと、適切なパウチの選択と指導であった。対象者の人工肛門が陥没しているのを、凸面単品系装具を勧められ、3種類を選択し、コストおよび試用状況によって、ひとつの種類に決めることとなった。

さらに、訪問看護師のアセスメントによって、凹面だったストマが凸状になるように装具の工夫をした。その結果、少し凸状になった。



(介入前)



(介入後)

特養看護師の役割として、①皮膚保護剤の溶け出しの様子、②皮膚の発赤、かぶれの有無、介護職員の使い勝手（便の処理のしかたの便利さ）などを観察してもらうことになった。

訪問看護師は訪問時、普段の様子を特養看護師から情報を得ること、加えて、人工肛門周囲の観察とケアを行った。

図表 C- II -24 人工肛門管理における看護師の役割

訪問看護ステーション看護師		特養看護師
認定看護師	訪問看護師	
1. 人工肛門の状態のアセスメント 2. 適切なパウチの選択 3. パウチの試用に向けた製品の準備 4. 試用中の相談にのる	1. 人工肛門の形状、周囲の皮膚の状態の観察、便の状態の把握 2. 特養看護師との調整、介護士によるケア時の情報収集 3. パウチの適応状態の把握と認定看護師との連絡相談	1. パウチ試用中の観察 2. 介護士の介護時の使い勝手などの情報把握 3. 訪問看護師との調整 4. 家族の意向、コスト管理などの情報把握

(2) 発語の増加、表情の変化があるようになる

訪問看護師の顔を覚えてくれるようになったが、発語の増加、表情の変化は認められなかった。

(3) 留置カテーテルのケア

現在、施設では、留置カテーテル交換を対象者がいやがるので、3人で押さえて行っているということであったが、今回訪問看護師と施設職員との2人で抵抗なく実施できた。本人に説明を十分して、信頼関係をつくれればできる（耳元で十分説明しながら実施した）ことが把握できた。

2) 特養看護師・介護職への影響

認定看護師が人工肛門のアセスメントを行ったことによって、特養看護師や介護士は人工肛門ケアの方法、パウチのタイプなど最新の情報を得た。パウチによって交換回数も異なること、人工肛門の形状に合わせ、パウチのタイプを選定し試用できたことは、今後の看護や介護への参考になったことを話していた。

5. 評価

1) 訪問看護師、特養看護師の評価

対象者の人工肛門管理に対して、認定看護師によるアセスメントと指導をうけ、さらに、訪問看護師による看護の効果が期待できる状況である。専門的な看護の情報を提供し、対象者の状態の改善を図ることができたこと、かつ、適切なパウチの使用による経済的負担の軽減が図れることができた。

特養看護師からは、専門的な情報提供の効果から、今後も継続してかかわってもら