

治りにくい褥瘡に対するチームアプローチ

大崎町 介護老人保健施設サンセリテのがた

発表者：国生 あゆみ（介護福祉士）

共同研究者 林 みどり・梶ヶ山 加代子・中島 月見・本田 こずえ（看護師）
城之園 誠・木之下 義弘（介護福祉士） 日笠山 真理子・橋口 美奈子（介護士）
飯田 絵美（管理栄養士） 鎌田 健太郎（理学療法士） 春別府 稔仁（医師）

【はじめに】

今回、当施設で対応に苦慮した認知症を有する入所者の褥瘡に対するチームアプローチについて報告する。

【症例】

症例は平成14年5月入所の84歳の女性である。要介護2、障害老人ランクがA2、歩行が監視レベルで可能、その他のADLも自立か一部介助レベルであった。

痴呆症状が顕著で痴呆老人ランクはⅢb、他者への暴言、暴力、徘徊、強い介護拒否が頻回に見られる状態であった。車椅子に乗ったままでテーブルを押し、後方へ転倒する危険性があったため、車椅子の背を柱、もしくは壁につけて日中を過ごす状態であった。診断名は「老人性痴呆」で、その他の疾患はない。この症例の褥瘡発生から、治癒までを褥瘡悪化期、褥瘡治癒期の2つの期に分け、その経緯を報告する。

（Ⅰ）褥瘡悪化期

入所2週目より熱発を繰り返す。8月3日、左大転子部の発赤を確認し、エアーマット使用を開始。数日後皮膚剥離を認め、上皮形成促進作用のある軟膏使用開始。

その後も熱発を繰り返し、8月20日に肺炎発症。安静臥床が契機となりADLが全般的に低下し痴呆症状は悪化、夜間不穏や徘徊によって床の上に寝てしまい、エアーマットの効果が期待出来ない状態であった。8月26日発赤中心部に黄色化見られ、皮膚切開したところ、悪臭を伴う多量の浸出液があり、表面5cm、ポケット8cmの褥瘡を形成。創部よりMRSAが検出された為、感染治療を主とした処置に変更した。

9月上旬、創状態は改善に向かっていたが、浸出液が多く、1日2回の処置を実施した。

入所時からの食事動作は自立で、毎食全量摂取され栄養状態も良好であると思われた。しかし食べこぼしも多く、体重減少もあり血液検査

により低栄養状態であることがわかった為、少量で高カロリー・高タンパク質の得られる栄養補助食品を追加した。

平成15年1月、障害老人ランクはB2、痴呆老人ランクはⅣにレベルダウン。入所時は手引き歩行が可能であったが、この時点で歩行不能になる。

身体機能や精神機能の低下に伴い、褥瘡の治癒を妨げる様々な問題が表面化してきた。

入所当時より食事時に茶碗を投げる、お茶を人にかける、机をたたくなどの行為が見られたが、この時期特に顕著となり、他の入所者から離れた位置で食事を取る対応を取った。

また、他人の服を掴んだり、つまもうとする行為が見られ、本人と他入所者の安全を確保する目的でY字抑制帯を使用した。

また夜間は居室内や廊下を徘徊し、疲労すると廊下や床の上など、場所を問わず入眠している状態であった。巡視時には介助によってマット上へ移動させるが、覚醒させてしまうことで再び徘徊が始まってしまう状態であった。

創部周囲の不快感、搔痒感のためか、衣服・オムツを外し、下半身裸になることも頻回にあった。特に排便時は手に便が付着した状態でかきむしる為、創部が汚染した状態であった。創部を汚染させない為、ラップ保護での対応を試みたが、浸出液が多くなり、感染を防ぐことができず、表面8cm、ポケット10cmまで悪化してしまった。

この時点で移乗、移動動作が全介助となり、要介護度は3から4にダウン。リハビリも理解力低下などが阻害因子となり困難を極めた。

（Ⅱ）褥瘡治癒期

本症例は寝返りや起き上がり動作が自立しており、重度の感覚障害もなかった。褥瘡発生の原因は肺炎による長期臥床や栄養状態の悪化と、それによる局所の循環障害と考えられる。

文献によると、正常人では一晩の就寝中に寝

返りを20~40回していることが報告されている。すなわち1時間あたりに2.5~5回の割合で寝返りをうつことで、局所の循環障害を防いでいるということである。この寝返りの回数を減少させる原因として意識障害や運動麻痺、知覚麻痺とともに痴呆の存在が挙げられている。

寝返り回数減少が褥瘡発生の原因ではという仮説の元、一晚の就寝時の姿勢を観察したところ、就寝時間の21:00から翌日の7:00までの10時間で、自発的に行った寝返りは3回だけであり、最大で2時間30分もの間、身動きひとつしない時間帯があった。

本症例は痴呆症状の徘徊が顕著でエアーマットもその効果を十分に発揮せず、褥創が悪化している時期には床の上で寝ている姿が職員に確認されている。寝返りに必要な運動機能は十分持ち合わせているものの、実際の寝返り回数は予想以上に少ないものであった。

仮説ではあるが、左側臥位で寝ている姿も確認されていることから、徘徊によってベッド上から四つ這いで床に移動、入眠時に左側臥位となり、寝返りを十分に出来ず容易に組織の虚血状態を作っていたのではないかと考えた。このことによりケアの内容を改めて検討した。

まず、本症例の暴言・暴力などの問題行動の原因を寂しさからくるストレスと推測し、コミュニケーションを重視した個別対応を試みた。

まず食事の時間は介護者がマンツーマンで接する事で、会話の時間を設けた。他人の手を掴み離さない・大声で叫ぶ行為については、歌の好きなS氏に音楽療法を実施し、集団活動に参加して頂く事で、精神安定が図れないかと考えた。初めは、職員付き添いのもと離れた場所で歌を聞き、機嫌が悪くなると大声を出してしまい変化は見られなかったが、回を重ねる事で歌を聞き入れ、気持ちが穏やかになり、他入所者との距離間が縮まった。さらに、会話の時間を増やす事で、問題行動が減少していき、音楽療法においても皆と同じ歌が歌え、集団活動に参加出来るようになった。

居住環境の整備については、体動激しくマットレスからずれて床に寝ていることがあり、マットレスを2枚敷き、臥床スペースを拡大した。巡視時には、その都度ベッドメイキングをこまめに行い、体位交換についてはできるだけ褥瘡部位の圧迫を避けるように心掛け、2時間ごとの体位交換表を作成した。

オムツはずしについては、交換回数の増加、緑茶による陰部洗浄・清拭を行う事で搔痒感が

軽減し、オムツをいじる行為が徐々に減少していった。また排便コントロールと職員の考案した着衣により、オムツはずしが見られなくなった。

栄養管理については、血液検査で貧血改善見られず、鉄剤開始。併せて鉄吸収を促進する、ビタミンCと創傷治癒に必要なたんぱく質・亜鉛強化のゼリーを追加した。

悪化した褥瘡に対しては、処置内容を検討しながらケアに当たり、平成15年12月の時点で、表面1.5cmまで改善見られた。しかし、ポケットは未だ6cmの大きさであった。

体重は減少傾向に歯止めがかかり、徐々に増加。これとともに貧血及び栄養状態改善見られた。なかなか改善が見られなかったポケットにもようやく治癒の兆候が現れ、平成16年6月に消失。7月から創傷被覆材を使用し、11月に完治した。

【考察】

褥瘡治療はここ数年飛躍的な進歩を見せており、治療指針や計画も文献等より手軽に入手できるようになっている。当施設においても褥瘡を有する入所者に対する委員会でのカンファレンス等によって早期の褥瘡治癒を目指してきた。

しかし今回の症例を通して経験したことは、認知症を有する入所者に褥瘡が発生した場合、褥瘡の治療だけでは対応できないことがあるという事である。当症例の褥瘡が完全治癒に至った原因として、治療マニュアルにあるような体位交換や栄養管理だけでなく、コミュニケーションによる精神の安定化等の認知症に対するアプローチも大きかったのではと考える。

入所時に顕著であった暴言・暴力行為も現在は見られなくなり、職員と一緒に歌を唄ったり、他の入所者との輪に入り、レクリエーションを楽しんでいる姿を見ると、治療だけではなくその人個人に合わせたケアを同時に行うことが褥瘡の治療にとって必要なものであると考えらる。

5. まとめ

褥瘡は、予防が第1であるが不幸にして発生した場合、できるだけ早期のアセスメント、適切なケアを行うことが基本である。今回の症例を通して褥瘡を完治するにあたってチーム医療、連携の大切さを痛感した。正確な褥瘡の状態把握とともに、常に新しい情報を模索し、施設内での褥瘡を無くしていきたい。