

ハイリスク患者に対する褥瘡予防

～13年間の取り組みの評価を通して～

柄澤 清美¹⁾・中澤 典子²⁾・渡辺 文子²⁾・渡部 幸²⁾

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 新潟南病院

Bedsore Prevention in High-risk Patients

- Evaluation of a 13-year Initiative

Kiyomi Karasawa¹⁾, Noriko Nakazawa²⁾, Fumiko Watanabe²⁾, Miyuki Watanabe²⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) NIIGATA MINAMI HOSPITAL

キーワード

褥瘡, 体位変換, 体圧再分散, 看護管理

要旨

ハイリスク患者が多いにもかかわらず、ここ4年間治療を要する褥瘡を発生させていない病棟を対象とし、褥瘡予防を可能にした看護力が整ってきた経緯から何が褥瘡予防の必須要件だったかを明らかにすることを目的に、過去13年間の褥瘡予防の取り組みを歴史研究の手法を用いて分析した。分析項目は、患者層、日常生活援助方法（観察と援助技術）、看護用具、看護管理である。

その結果、褥瘡予防の重要要素は以下の4点であると導かれた。患者の個別状況に合わせた除圧すなわち体圧再分散ができれば褥瘡は予防できる。確実に除圧できる体位を探るためには「ありのままに観ること」と「意識的に事実を把握すること」の両方が備わった細やかな観察が必要。確実な除圧の継続には患者にとっての安楽が必須条件。チーム全体で同質のケアが継続的に提供できるような看護管理が必要。

Key words

Bedsore, Positioning, depressurization, nursing administration

Abstract

By adopting a historical research approach, we analyzed a 13-year effort at bedsore prevention, undertaken at a ward where no case requiring treatment has been reported for the last four years, although many of the patients were at high risk. Our analysis aimed at gaining an understanding of the development process of their nursing capabilities, and at identifying the indispensable prerequisites of the successful practice implemented at their ward. The analyzed items included the patient population, the methods used to support patient daily life (i.e., nurse observation and support techniques), the nursing devices employed, and nursing administration.

The analysis revealed the following four points as essential factors for bedsore prevention: (1) bedsores can be prevented if depressurization is appropriate for the patient's individual condition; (2) location of that body position which achieves certain depressurization, it is necessary to observe sensitively, by both "perceiving the situation as it is" and "making a conscious effort to grasp the perceived situation;" (3) patient comfort is essential for the maintenance of successful depressurization; and, (4) nursing administration is necessary which ensures the administration of constant homogeneous care, throughout the team.

はじめに

平成18年度の介護報酬・診療報酬改定以降、療養病棟では要介護度5の寝たきり患者が大半を占めるようになった。褥瘡好発条件をもつハイリスクな対象者が多い状況では、2時間毎に体位変換をしても褥瘡は防げるとは限らず、一勤務帯でも間違った援助がなされれば容易にできてしまうのが現実である。そのようななか、これまで13年にわたり褥瘡予防に努力してきた結果、ブレイデンスケール10以下のハイリスク患者¹⁾を対象にしながら2004年7月以来、治療を要する褥瘡の新規発生は見られていない療養病棟がある。今回、その病棟において褥瘡予防に試行錯誤してきた13年を振り返り、何が褥瘡予防を可能にできたかについて分析したので報告する。

I 研究目的

研究目的は、ハイリスク患者を対象にしながら褥瘡予防を可能にしてきた病棟の看護を質的に分析することにより褥瘡予防に必要な看護力とは何かを明らかにすることである。

II 研究方法

歴史研究の方法を用いる。すなわち、13年間の褥瘡予防の取り組みを看護力の向上の様子から特徴づけ時期区分し、時期ごとに褥瘡予防にかかわる要因が相互にどう影響しあいながら目的を達成していったか、またはしなかったかについて質的に検討する。要因としては、(1)患者層、(2)看護技術(看護方法 体位・保清・排泄・栄養 および 観察)(3)看護用具(オムツと体位変換、)(4)看護管理をあげる。

これらの各項目に対しての事実を、3人の看護師がそれぞれ別々に記憶をたどりながら記述したものをもとに、時期と内容の齟齬について診療記録を確認しながら確認・修正し、ひとつの年表としてまとめる。記憶の想起の際には、各時期区分の特徴を意識し、その特徴に影響を与えた事実を落とさないように依頼する。

それから、各期の看護の質的変化の必然性について、年表の作成を通して確認できた事実をもとに検討する。

時期区分は以下の通りとする。

第1期は、褥瘡予防にまで至らなかった時期である。定型的な世話に時間と手が取られ、意図的な褥瘡予防がなされなかった時期である。

第2期は、褥瘡予防方法が模索された時期である。どのようにしたら褥瘡が予防できるか試行錯誤を繰り返した時期である。

第3期は、褥瘡対策技術が均一化された時期である。第2期で確立された褥瘡予防の方法を、確実にどのスタッフにもできるシステムを整えた時期である。

Ⅲ 倫理的配慮

事実の抽出と論文の記述に際しては、患者および職員の個人名が特定されないようにした。

Ⅳ 結果

1. 時期区分の確定

13年間の看護を項目ごとに年代を追って変化を記し、表1の年表に整理された。第1期

表1 褥瘡予防の歩み

西 暦	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	
時期区分	1期				2期					3期				
患者	主な患者層	IVH、人工呼吸器 経管、寝たきり 経口、車いす 一部介助 血液				経管、寝たきり 経口、車いす 一部介助 療養型病床群					経管、寝たきり 気管切開、要介護5 H18.7月 医療療養病棟26床 (医療区分2、ADL区分3) 介護療養病棟24床(要介護度5)			
	褥瘡患者	~度 10人以上 (処置番 2人) 褥瘡処置Ns管理				~度 7-8人 (処置番 1.5人) → ~度 1-2人					新規褥瘡発生なし			
看護技術	体位を整える 病棟独自の工夫					臥位基本形(仰・浅い側臥位)					ベッド上座位の安定 車いす座位の安定			
	身体の保清	入浴週1回 → 週2回(タオルでこすり洗い) 陰部洗浄				泡を使って手で洗う、ボディクリーム使用					肌水追加			
	排泄の援助	オムツ交換 6~8回/日				オムツ交換 4回/日					酸化Mgによる便のコントロールNs管理			
	栄養管理	I V Hor経管：800~1000kcal/日 経口：800~1000kcal/日				嗜好・嚥下力に合わせて 食事形態の選択はNs管理 お茶ゼリー・エンジョイゼリー					経管：800kcal/日 白湯800ml 経口：800-1000kcal/日 経管のみ 800kcal/日			
	褥瘡リスクの観察					体位変換の度に発赤の有無を確認し、発赤のある 時には、その情報を共有し、原因を追究する 骨格・拘縮・動き・筋肉の厚さ・皮膚の脆弱さ・ 排泄・知覚・本人の安楽さなど視点の共有					入浴時には全身観察し結果を記録に残す リスク評価用紙 に基づく観察 観察したことを標準看護計 画に反映させれば個別計画 になるシステム完成			
用具	オムツ	布オムツ → 紙オムツと カバー → 紙オムツ				心とお肌のケアパッド								
	体位 グッズ	バスタオル ラバーシート 横シート エアマット 安楽枕				ナースパッド シートクッションロール ナースパッドロール 上肢用シートクッション 大判枕、座布団					ダンゴロール ビュアレックスマットレス 掛け布団 綿入り手袋			
看護管理	教育・ カンファ レンス	経鼻気管内吸引指導 ボディメカニクス 看護に課題がある患者についてカンファレンスで相談				学習会 ・高齢者に多い疾患14 ・高齢者体験					介護職への技術指導 (V S、流湯・排便・胃腸管理) 入院患者全員の看護計画を カンファレンスにかける			
	業務 システム	清潔・不潔の区別 M R S A ガウンテクニック スリッパ廃止 蓋付きこみ箱 オムツ交換車の整備 消毒・環境整備 シート・オムツを床に落とさない				業務組み換え (清潔・食事・排泄ケアを中心に) ケアマニュアルの作成					業務の組み換え 業務手順見直し 見直し・修正 申し送り短縮・記録改善			
各期の特徴 (看護が どう変化 したか)	オムツを替えるのみで、皮膚の変化などの観察 点があいまい 褥瘡予防に関する意識が弱く、作っては治療に 専念していた 統一された手順がなくそれぞれのやり方で援助 が行なわれていた 情報共有がなかった 看護師と介護職の仕事が分離していた 清潔、不潔の区別があいまい				個別的な問題解決志向が全員に意識づけられた 紙オムツ導入成功のための意図的観察が実施 発赤を早期に発見する見、なぜその発赤ができた かを考える思考、たまたま見るのではなくあるゆる 可能性を想定して能動的に見る観察力が、繰り返し と訓練のうちに身につけていった 予防的ケアを業務の流れの中に組み込み誰もが確実 に実施するようになった 肺炎予防 - 口腔ケア 尿路感染症 - 菌食、水分補給 褥瘡予防 - 体位変換 転倒予防 - 環境整備 ケア技術の均一化 患者の疾患と看護の理解を深めるための学習会 カンファレンス、情報の共有化 基本技術の習得、指導					観察力の標準化 褥瘡対策に関する危険因子評価用紙を使用 観察視点の標準化・リスク評価項目の必要性を理解) 活用する看護計画(観察・プランニングの連動) 標準看護計画の作成 個別部分(標準からの逸脱を明確に記録) スタッフ全員が統一したケアが出来るよう具体的 プランにする 看護計画立案能力の向上と情報の共有 ケースカンファレンスにより全員が理解を共有 連絡ノート、連絡メモで情報のひろい漏れを防ぐ ケア技術の均一化 ベテランと新人、また看護師と介護職がペアを組む (介護職も含め、一定の質の看護技術を提供) ケアマニュアルを分担執筆(現状で行っている行為を 言語化することで意識化と確実性の向上)				

から第2期への転換年は、紙オムツ導入の1999年と特定された。紙オムツの導入は、看護時間を捻出するための必要条件でもあり、同時に家族の理解と協力を得るためにより看護の証明を強く求められる契機でもあったため、明確な転換年であった。第2期から第3期の転換年については、変化の要因が複数あったが、入院患者全員の看護計画をカンファレンスにかけて患者情報と注目点を共有したこと、褥瘡リスク評価表に基づく観察が軌道にのり始めたことの2つがあり、成果としてNAUAPのstage 度以上の褥瘡患者が皆無になった2004年が妥当とされた。この時期区分の特定によって、この3期の時期区分にそって分析していくことが可能であることも確認された。

第1期は1995年から1999年、第2期は1999年から2004年、第3期は2004年から現在とし、以下に、各期ごとに褥瘡予防にかかわる要因が相互にどう影響しあいながら目的を達成していったか、またはしなかったかについて検討する。

2. 第1期の看護

この時期は、褥瘡予防にまで至らなかった時期である。患者は人工呼吸器使用者から、社会的入院までさまざまであった。それに対し、この時期の看護は、与薬、オムツ交換、食事介助など決められた処置を行うことに重きがおかれ、患者の個別性への配慮は個々の看護師の力量次第で継続性はなかった。また、処置中心であるため、あらゆる面で、予防という視点が無かった。また実際に、布オムツを使用し、1日6～8回のオムツ交換と漏れるたびのシーツ交換に手が取られている状況では、他のケアを確実に行うことは難しかった。口腔内の汚れも目立ち、食後も口腔ケアをする人としていない人があった。

そのような状況のなか、褥瘡に関しても処置番にまかせっきりで、危険予知・予防という視点での観察力や意識が弱かった。ラウンドの度に同じ体位で過ごしている患者をみても、それがどういう結果に結びつくかにまで思い至らず、浸出液が出るようになって初めて気付くという状態だった。この時期の褥瘡患者数(stage ~)は、常に10人以上であり、機能別看護の処置番看護師を2人あて、処置をしていた。看護時間が確保できずに褥瘡予防ができず、その処置に時間と手間を取られるという悪循環があった。

体位変換は体の下にバスタオルを敷き、下がった体を上に上げるのに両側からバスタオルを持ち上げていた。特別な技術を要さずに誰でも重い体を移動できる方法ではあったが、患者にとってはハンモックのように揺れる不安定さがあり、体動によりバスタオルのしわができるという問題もあった。

3. 第2期の看護

この時期は、褥瘡予防方法の模索に特徴づけられる。きっかけは、高吸収の紙オムツの導入を決心したことだった。その導入を家族に承諾してもらうためにも成果を確実に出す必要に迫られ、スタッフ一丸となって2週間、集中的に入院患者一人ひとりの皮膚の状態や排泄に関するあらゆる観察を細かにした。その結果、費用の負担を了承されて高吸収の紙オムツが導入できたことは、看護業務の時間のゆとりを作り出すとともに、スタッフに意図的な観察の意識をうえつけた。漏れないオムツの当て方と体位を工夫し続けることは、褥瘡予防にもつながっていると実感できたことから、次々と改善を繰り返していった。

褥瘡予防の看護技術として一番改善できたことはポジショニングの技術である。どんな

体型の人でも褥瘡好発部位を確実に除圧し、体圧再分散できるような体位の作り方のバリエーションを開発していった。

その基本型は、2000年に開発できた。まず、体圧分散を考えたときナースパッドが手術室で使用されていた事を想起し、手術台の上で長時間同一体位をとっているにもかかわらず、それ程ひどい発赤はみられなかった記憶から、試してみる価値があると考えた。そして、次には好発部位を意識した除圧を考えた。当時、圧倒的に多かった褥瘡部位は仙骨部であった。この部位は、臥床時には体の中で最も荷重のかかる部分であり、ここを浮かせるには両側の臀筋から腰までを支えるものが必要であると考えた。その頃、片麻痺の人を座位にした時に麻痺側に倒れるのを防止するためにバスタオルでロールを作って使用していたので、それからヒントを得て大判のバスタオルを用いて直径10cm位のロールを作り、ビニールテープで止め、その上からくずれにくくするためにストッキングで被った。それを臀筋から腰にかけて左右に1本ずついれて仙骨部の除圧の確認をした。大腿後面～下腿にかけては座布団で支えることにより踵・踝部の除圧ができ、さらにもう1本のロールで足底を支えることにより下肢全体の緊張が除去できた。次に安楽と材質に拘った。バスタオルロールは実際寝てみると少し固く感じられた。また、時間の経過と共に支持力の低下があった。既製品でナースパッドロールはあったが高額のため本数が揃えられず、探した結果シートクッションに行き着いた。それを巻いてテープで止め使用したところある程度の弾力もあり、高さも維持でき使えるとの確信を得た。互いに体験してみるうちに、上肢の下にもクッションがあると手の重みを感じなくていい、枕ももう少し大きいほうが楽だと、次々に改善がなされ基本型が完成した。

この基本型に行きつくまで様々な体位変換を試みるたびに、結果に興味を示すスタッフが増えていった。そして、それが自分の行ったケアに対する確認を常に行なうという思考につながり、実施、評価、改善計画の看護過程のプロセス、すなわち個別的な問題解決思考を自分の看護に取り込むことにもなった。発赤が生じれば、何故赤くなったのかを問い続け、共に考え、工夫を重ね次の結果を出すということをスタッフが協力しながらチームで進めていく土壌ができた。しっかりと事実をとらえて改善策を出せば褥瘡は予防でき、治癒につながるということが体験できた。そして、それが自信につながり、褥瘡は治るという確信をもった。また、その取り組みの結果として、ダンゴロールによる仰臥位²⁾や完全側臥位³⁾、ベッド上座位の安定、車いす上の座位安定、などの応用型が生まれていった。

これらの成果は、褥瘡患者の減少として表れた。紙オムツ導入の時期にはstage ~ 度の褥瘡患者が7 - 8人あり、機能別看護の処置番1.5人でその治療処置にあっていたが、2年後にはstage ~ 度の褥瘡患者は1 - 2人となり、機能別看護ではなく受け持ち対応で間に合うようになった。

以上のことから、この時期に褥瘡予防の模索を支えてきた要因をみると、3つの条件が挙げられる。1つめは高吸収の紙オムツやナースパッドのような用具に助けられたこと、2つめは具体的な体圧再分散方法が開発できたこと、3つめは個別の援助を展開できる問題解決思考能力が向上したことである。

また、それらを側面から支えたものは、ケアや学習に向かうことができるための時間管理、相互協力して技術向上を図ろうというスタッフの切磋琢磨する態度であった。

時間管理については、業務整理をして予防的ケアを誰もが確実に実施できるように1日

の流れの中に組み込んだことや、カンファレンスを勤務時間内に行えるようにし、患者対応の2人以外は集中して議論できるようにしたことがあげられる。

スタッフの切磋琢磨する態度としては、体位変換がうまくできていない時にその人を呼び止めて「何故だろう」と問いかけ、やり直しを徹底することに代表される。相互に指摘しあうことは、双方に大きな負担でもある。感情的にもなりやすい。しかし、褥瘡予防を第一に考えれば必要であると励ましあいながら実践した。これは、療養病棟に変わったことをきっかけにスタッフ数が減り、責任の所在が明確になったことや、褥瘡の治療を、デブリードメントも含めて全て看護師管理になっていたことで、自分たちのペースで取り組めるとともに看護の責任意識が強まったことも関係している。意識の向上とともにカンファレンスに自分の休日返上で参加するスタッフも多くなってきた。

4. 第3期の看護

この時期は、褥瘡対策技術の均一化に特徴づけられる。第2期までに、どのような状況の患者であっても褥瘡予防ができるだけのノウハウが蓄積できており、その褥瘡予防の方法を、確実にどのスタッフにもできるシステムを整える段階にはいった。

患者の全体像を全員が同じように把握できないか、情報量を均一化できないかと思い、褥瘡患者のリスク評価用紙の活用に着目した。はじめは病院全体で使用していた評価用紙を用いたが、必要だと思う情報を記入する項目がない、丸をつけるだけでは具体的な情報を示すことができないなど、すでに観察力を身につけているスタッフから意見があり、病棟独自の用紙に改訂していった。その過程で、リスク評価用紙については、項目があるから埋めるというような機械的な使い方をするのではなく、なぜその項目が必要で、どのような情報が褥瘡予防のために必要なのかが検討された。また、用紙の記載状況から、相互に不足を指摘しあい、観察力のあるスタッフの情報が共有できるようになってきた。

リスク評価用紙が軌道に乗ってくると、スタッフ全員の観察力が向上し、何が標準で何が逸脱した「個別に対応すべき」条件かが峻別できるようになった。そして、個別情報への対処を一般的に行っている褥瘡予防に追加することが個別の褥瘡予防になると、明確に実感できた。そこで、標準看護計画を明文化し、標準から逸脱する個別部分（認知のレベル・基本動作・骨突出・関節拘縮・皮膚の状態・栄養状態・浮腫）についての計画を追記するということに、リスク評価用紙と看護計画が連動して活用できるようになってきた。

また、ケアの内容やレベルをそろえるという点では、ケアマニュアルの繰り返される修正が役立った。ケアマニュアルの作成は、スタッフによる分担執筆の形をとり、現状行っている行為を言語化していった。マニュアル作成の初期（第2期）は、病院共通のものに少し手を加えたもの、または、参考図書を鵜呑みしたようなものだったが、本当にそのようにしているかと検証すると、療養病棟の入院患者にはふさわしくない方法であったり、実践の中で見出したコツが伝授されていなかったりという不足があった。実践により結果を得て確信を持っているはずの技術を大切にしようというモットーで修正を繰り返した。療養病棟になって患者層が固定化したことも、病棟特有の方法を一定させることや工夫を共有することを促進した。ケアマニュアルの作成を通して自分たちの看護技術に根拠と自信を持つことにつながった。また、新人スタッフ教育にも有用であった。

しかし、具体的な技術の伝授という点では、ベテランと新人、看護師と介護職がペアを

組むように勤務を配慮し、一緒に体位変換などの援助を提供しながら一定の質の援助技術にしていくことが最も確かな方法であった。

技術レベルが均一化できたというのは、stage 度以上の褥瘡患者が2004年7月以来、1人も出ていないということから証明できる。

以上のことから、この時期に褥瘡対策技術の均一化ができた要因をみると、2つの条件が挙げられる。1つめは、リスク評価用紙と看護計画の連動により個別ケアを導く流れが定型化できたこと、2つめは、ケアマニュアルや直接指導により病棟内で通用する看護技術がかなり細かいところまで統一できたことである。

また、それらを側面から支えたものは、個々の看護力と看護責任を共有する意識の向上である。観察力を身につけたスタッフは、ケアの良し悪しが患者の体を通して結果として返ってくることを知っているのも、さらに細かい観察をするようになった。看護技術も、一人ひとりに合わせた工夫と、繰り返しの中で自然と磨かれていった。そして、それがスタッフ間で共有できている実感があった。第2期から継続されたスタッフ間の切磋琢磨は、「この病棟の看護で求められる内容とレベル」についての共通理解を生み出し、できていなかったことについての相互の指摘にも「教えてくれてありがとう」と言えるまでになってきた。

V 考察

褥瘡予防には、局所のストレスを除くという点では体圧再分散とずれ防止が必要であり、皮膚耐久性の向上という点では清潔と栄養状態の向上が必要とされている。今回の研究結果からは、栄養状態についてコントロールすることができない環境下⁴⁾で主に局所のストレスをなくすという援助を徹底したことで褥瘡予防ができたと解釈できる。そこで、まず、一人ひとりの体型と状況に合わせたポジショニングにおいて、看護師から繰り返し述べられた実践を通して得られた知見2つについて、そこに至った経験と褥瘡予防への効果について述べる。

1. きめ細かな観察

その対象にとって確実に体圧分散できる体位を探るプロセスでは、きめの細かな観察がなされ、それを反映させた様々なポジショニングのバリエーションが発明されていた。そのコツについて尋ねると次のように説明された。「体位変換のときだけ観察ポイントを観るのではなく、まずは日常から患者のありのままを観る、事実を写真や映像を撮るように観ることが重要である。そして、気になるところに意識を向け、残存する動きが骨の突出にどう関わってくるのか、気管内吸引時の咳込みで身体がどれだけ動きズレや摩擦が加わるのか、皮膚に触れて感じる弾力はどうか等、何がこの人の褥瘡のリスクになっているかを意識的に把握する。『ありのままに観ること』と『意識的に事実を把握すること』の両方が備わってきめ細かな観察になる」。また、観察は恒常的・継続的になさなければならぬことも強調し、「その体位で体圧分散できていたはずが、拘縮の進行により重心が変化して発赤が見られたり、良肢位に整えた時には見られなかった骨突出が外旋位になると見られたりすることもある。想定外の発赤を発見した時には、もう一段細やかな観察と看護

が求められるのだ」と述べられた。

これは、看護過程そのものである。そして、そのサイクルが日々の実践と結びついている。褥瘡は数時間の圧迫によって発生するが、stage 1 度までであれば、予防的な対応を徹底すれば自然治癒が期待できる。この病棟で治療を要する褥瘡をつくっていないのは、1度の褥瘡を確実に発見し、即必要な対応につなげているからである。そして、その経験がポジショニング技術を病棟共通の技術として成熟させ、様々な看護用具の発明を生み出し、かつリスクを予測しながらリスクを避ける援助をしていくことに生かされているからであると考えられる。

2. 安楽であるということ

確実な体圧分散を目指して観察し続けて気がついたことは、「安楽な体位でなければ保持し続けられない」であったという。

人はみな、異なる体型をしており、好みの体位も違うので圧迫される部位も微妙に違う。一般的にいいと言われている体位でも、本人にとっては楽でなければ、安楽な体位に戻ろうとして摩擦やズレが生じる。摩擦やズレは、表皮と真皮の間に乖離を生み、治療を要する水泡や皮膚剥離を引き起こす。したがって、ポジショニングが本人にとって安楽であることは、体圧分散効果が持続するだけでなく、摩擦やズレから皮膚を守るためにも肝要となる。

安楽というのは主観である。寝たきりで自発語のみられない対象のそれをどうやって把握するかについては、「体位変換前後やラウンド毎に、患者の身体の下にそっと手を入れて除圧したいところが浮き続けているかを観て、体位が保持し続けられているか確認をする。表情や言葉・体位のズレの有無・睡眠状態・全体のバランス・見た感じなどから安楽かどうかを評価する。安楽に見えるときは、体位も自然で無理が無い」とのことだった。結果的に褥瘡をつくっていないということは、その評価に間違いが少ないということの証明である。

次に、もう一つの要点であるスタッフの意思および技術の統一について述べる。すなわち、同質のケアが提供される条件についてである。

3. 同質のケアが継続して提供されること

褥瘡は一勤務内、数時間でもできてしまう。そして一度できてしまえば、1度の褥瘡でも治癒までに7～10日は要する。治すまでの労力は予防にかけるものと比較にならず、予防が最重要課題となる。過去4年、治療を要する褥瘡発生がないということは、とりもなおさず病棟スタッフ全員が同質の予防技術をもっているということである。こだわってきた予防ケアの内容が細かい観察に基づいた個別的なポジショニングであったことはすでに述べた。そこで、その技術を全員のものにできた理由について考察する。

きめ細かな観察を鍛えることに一番有効だったことは何かと尋ねたら「ケースカンファレンスだと思う」とのことだった。そこでは、受け持ち患者についての病態生理・治療・看護・予防などについて看護師がまとめたうえで、リスク評価用紙で全身状態を査定し看護計画に結び付けて紹介した後意見交換がなされていた。その時に、自分が観察した事、

他者が観察していたこと、それぞれの意図や意味づけが交換されたという。

看護は、看護師と患者の間に援助技術を通して成立する再現できない交流である。その瞬間、何を見て何を感じ、何を伝え何をなした、また受けたかは、他者から見えやすい部分と見えにくい部分がある。カンファレンスで行われた具体的な議論は、それらをつぶさに言語化し、自分の観察の傾向や不足を自覚し、観察力を磨くことになっていった。介護職にもわかりやすく、みんながわかる・できるに繋がった。「発赤をつくらない」という目標が明確で、援助の結果が具体的に目に見えて評価できるものだったことで、カンファレンスが単なる勉強会で終わらなかったのであろう。また、それを自分の技術に取り込むことで成長が実感できた、だから努力し続けられたと考えられる。その結果、日常的に観るべき視点を研ぎ澄まして意図的に観察する、その事実在即して対応を工夫していく、そしてその結果に興味を持って見に行くということがトレーニングされていったのだと考える。

看護技術の均一・共有は、文化の伝承のような側面をもっている。この病棟の看護にも、それが感じられた。その点を看護管理者に問うと、「スタッフが看護の責任を共有しながら伝え合ってきた」と説明された。そして、「やるべきことをきっちりやる、やれていないとしたら何故なのか、何故やらなければならないのか・・・どのようにすればよいのかを、具体的に言葉と行動で伝え続けてきた。ときとして疎まれながらも、諦めず、葛藤しながらも現場の中で、何故、どうして、と1人1人に問い続け、やり直させ、技術が身につくまで見守り続けることのできるリーダーが育ってきた。当たり前のことを、できるところからやり続けてきた」と振り返っていた。看護は具体的で実践的なものだということを実感する。地道で明確な信念が実践を支え、褥瘡予防の技術の均一化がなされてきたのだと考える。

VI 結論

褥瘡予防ができた要因を探り、この病棟において試行錯誤を通し辿りついた確信を次の4つに整理できた。

1. 患者の個別状況に合わせた除圧すなわち体圧再分散ができれば褥瘡は予防できる。
2. 確実に体圧分散できる体位を探るためには、「ありのままに観ること」と「意識的に事実を把握すること」の両方が備わった、きめの細やかな観察が必要である。
3. 確実な体圧分散の継続には患者にとっての安楽が必須条件である。
4. 褥瘡予防のためには、チーム全体で同質のケアが継続的に提供できるような看護管理が必要である。

おわりに

「褥瘡は看護の恥」という言葉がある。褥瘡予防だけが看護の責任ではないと思いつつ、今回、実際の褥瘡予防の取り組みを分析し、たしかに褥瘡予防は看護の原点であると実感した。なぜなら、ここで行われている褥瘡予防は、患者の実態（皮膚の予備力・体型・動き）に個別に対応し、体位を整える・清潔にするという生活を整える援助を通して行われ、また、その援助経験を通して自らの技術向上にフィードバックする職人技が導かれて

いたからである。

また、看護は連携・協働が重要であると言われるが、それは、患者の24時間を中心に患者に必要なだけの援助を提供するためには当然の条件であるとも再認識した。この病棟では、患者層が固定化したことも、いろいろなことを統一しやすくした一因であると思うが、看護の質を均一化するプロセスは理念と責任の共有が鍵なのではないかと思った。

なお、この研究の一部は、新潟青陵学会学術集会示説で発表されている。

注

- 1) 現入院患者のブレードスケールは平均8.7。
- 2) 他院より仙骨部に直径15cm程の褥瘡のある患者が転院された時に発明された、仰臥位をとるときに臀筋のみで左右から支えるために臀筋にあうように当てる用具。上半身は座布団で支え高さを出し、大腿後面を2つ折にした座布団で支える。
- 3) 脊柱から仙骨部までを完全に除圧するときの形。腰のくぼみの部分に細めのロールを通し大転子の下の部分に2つ折りにしたシートクッションをいれ、腸骨・大転子部を浮かせ、下になる方の肩は体重がかからないように抜きだし、懐にクッションを抱えてもらい、上になる方の下肢を走っているような姿勢に出す。
- 4) 療養病棟においては診療報酬の特徴から、検査・治療が積極的には実施できない状況がある。現在は入院患者全員が経管栄養であり、摂取Callは600-800Callになっている。最近の検査データはないが、過去の例ではアルブミンが2.5mg/dl以下の患者もあった。

参考文献

- 1) 大浦武彦・褥瘡予防・治療ガイド．10-34．東京：照林社；2001年
- 2) 小松浩子・菱沼典子．看護実践の根拠を問う．146-163．東京：南江堂；1998年
- 3) 真田弘美．褥瘡ケアアップデート．2-34．東京：照林社；1999年
- 4) 真田弘美・須釜淳子．エビデンスに基づく褥瘡ケア．2-14．東京：中山書店；2003年
- 5) 真田弘美・須釜淳子．実践に基づく最新褥瘡看護技術．4-63．東京：照林社；2007年
- 6) 真田弘美．褥瘡対策のすべてがわかる本．31-40．東京：照林社；2002年
- 7) 田中マキ子．動画でわかる褥瘡予防のためのポジショニング．2-23,50-97,116-119．東京：中山書店；2006年