

「先輩から直接指導を受け、業務手順を見て学ぶ努力をしている」、経験2～3年では、「先輩の手技を見て学ぶ以外に、積極的に講演会や研修会に参加して自分の感性を高めている」と回答している。経験4～5年では、「患者に接しているところを同僚に見てもらい、評価を受け、後輩にフィードバックしている。患者への声かけが不足しているような時には補足し、その場面を後輩に見せる」と答えていた。経験6～10年では、「後輩を指導する際は理由づけをし、心を込めて教えている」。また「患者の表情、態度、言動の一つひとつを観察し、行動に疑問を抱いた時には立ち止まって声かけをするようにしている」との回答が得られた。11年以上では、「後輩が困っている時、迷っている時に客観的に察知して手を差し伸べ、相談された時は基本的な技・経験を踏まえ、具体的に伝えるように心がけている」という回答が最も多かった。

## ある状況下で起こったことを記録し、共有することが必要

考察を表3に示す。経験3年以下は知識と技を吸収する時期である。「専門知識、技術は習得中で、まだ身につけているとは言えない」という回答に代表される。

経験4～5年は「一人前」と言われる時期で、看護の精神に対するポイントが高い。これは知識や技を習得する時期を経て、「心のケア」「精神看護」が大切であると認識している表れであり、自分自身に求められる役割の拡大と周囲からの期待を自覚できている証と言えよう。ただ

し、役割の拡大と期待の大きさが、重圧感やストレスになる時期とも推察される。

経験6～10年の中堅になると、いかなる場面でも対応し得る知識と技を備えており、経験に基づいて全体の状況を把握できると認識していることがわかる。そうした自信が患者、家族、スタッフからの信頼につながっていることを実感していることもうかがうことができる。

達人の域に入る経験11年以上では、日常業務を手際よくこなし、後輩への業務指導も適切に行われている。この経験値に達した看護師には、さまざまな勉強会や講習会の講師役としての期待も大きく、そのために必要な学習や努力を伴った経験を積むことが大切であると考えられる。

\*

透析医療を担う看護師にとっては、知識のみならず、経験に基づく技が重要になってくる。そのためには、自分の経験、他人の経験にかかわらず、どのような状況で、何が起こったのかをエピソード形式で記録し、それをスタッフ全員で共有することも今後は必要になってくるのではないだろうか。そのことが自己研鑽、自己啓発の一助となり、さらに後進への貴重な財産になるものとする。

表2 技の取得・伝達方法(勤務年数6年以上)

経験 6～10年	<ul style="list-style-type: none"> <li>●指導する時は理由づけをし、心を込めて教える。</li> <li>●患者をよく観察し、行動に疑問を感じた時は立ち止まり声かけをする。</li> </ul>
経験 11年以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>●客観的に察知して手を差し伸べ、相談された時は具体的に伝える。</li> <li>●なぜ、何のためにを常に考えながら、指導する。</li> <li>●技・経験を踏まえ指示する。</li> </ul>

表3 考察

経験 3年以下	「専門的な技術は習得中である」という意見が多く見られた。
経験 4～5年	看護の精神のポイントが高く、「心のケア」「精神看護」が大切と認識している。
経験 6～10年	知識・技を備え、経験に基づいて全体状況を把握でき、信頼へとつながっている。
経験 11年以上	手際よく業務をこなし、後輩への指導も行われている。種々の勉強会・講習会の講師としての期待も大きい。

# 褥瘡医療に貢献するET/WOC看護のサイエンスとアート

宮城大学 副学長  
徳永 恵子



## 親切で良い人というだけの看護師像

米国のジャーナリスト、スザンヌ・ゴードンは、看護師が看護を必要とする人たちに理解されていないと述べている。アンケートによると、先進国の多くで「看護師を信頼している」という回答がある一方、その仕事内容についてはほとんど知られていない。治療に関する説明をいくら行っても、看護師は「親切で良い人」としか認識されない。これは看護の専門的な役割について十分な説明がなされていないからである。もう一つの要因としてゴードンは「『美德のScript(台本)』による沈黙」を挙げている。看護は19世紀、「自己を犠牲にする特命の献身的、利他的仕事」として確立された。問題はこの看護モデルが現在も生きていること——つまり「白衣の天使」というイメージを、看護師自身もいまだに持っている点である。このイメージを払拭し、看護が医療の成否を左右することを知ってもらうためにも、看護師が24時間にわたって患者の生命を守るスペシャリストであることを積極的に説明しなければならない。それが患者への理解を促すだけでなく、看護師のポジションを高めることにもなる。

## サイエンスとアートが見えやすいWOC看護

日本褥瘡学会は、1998年の設立以降、褥瘡対策未実施減算に際する褥瘡対策の指針などを提案。さらに、2004年の褥瘡患者管理加算、減算基準の見直しのほか、2006年4月には褥瘡患者加算の新設にも関わっている。これは専任者の配置によってハイリスク患者ケア加算が

つくというもので、WOC看護を示唆している。治療現場で看護が専門家として認められたという点で画期的な改定と言えるだろう。WOC看護の要素であるWound(創傷)、Ostomy、Continence(失禁)などのケアは、それぞれ特化された分野であるが、皮膚の健康維持、つまりスキンケアに関する知識と技術が求められるという点で共通している(図1)。また、排泄機能障害による身体的、精神的なストレスに対する支援もWOC看護の機能の一つである。例えばStomaが造設されて、ケアがうまくできれば、それで問題解決というわけではない。手術前と同様のQOLを維持できるよう、オストメイトに対するサポートを継続することもWOC看護の重要な役割になってくる。

WOC看護では看護領域における重要な二つの要素、サイエンスとアートが非常にわかりやすい形で見えてくる。例えば創傷管理では、創のアセスメントに基づいてマイナス要因を外していけば、治癒が非常に困難とされていた褥瘡、あるいは下腿潰瘍でも、治癒に向かわせることができる。これがサイエンスの部分である。アートの部分とは、手術後にボディイメージはもちろん、人生観まで変わることもあるオストメイトをいかにサポートするかという点に求められてくる。

WOC看護の前身であるET(Enterostomal Therapy)はもともと医師によって始められた。潰瘍性大腸炎の手術を受けた女性に対し、執刀医が術前、術後、さらに社会復帰に至るまで、アドバイス等のサポートを行ったところ、リハビリテーションやQOLの向上に高い効果が認められたのである。これが基点となり、1961年にはCleveland Clinicでトレーニングが開始された。当初は医療従事者以外も対象にしていたが、1975年には看護師がETの基準となり、

図1 WOC看護の領域

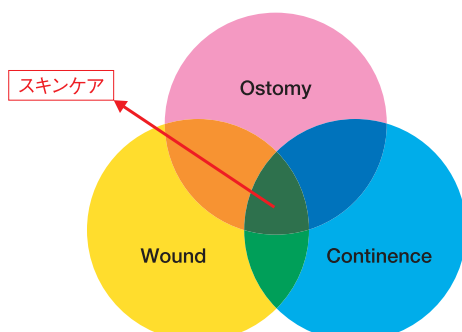


表1 ETからWOC看護への変遷(アメリカ)

1958年	Dr.Turnbull & Norma Gill
1961年	ET研修開始(CCF)
1968年	北アメリカET協会
1971年	IAET
1975年	看護師が基準
1976年	WCET
1981年	看護学士(BSN)
1993年	IAET→WOCN

**Wound, Ostomy & Continence  
Nurses Society**  
An Association of **ET** Nurses

その後さまざまな経緯を経て現在に至っている(表1・2)。

## ドレッシング材の褥瘡への応用

1981年にCleveland ClinicでET研修を受けたのち、ETとして関わったA大学附属病院にはオストメイトが常時15人は入院していた。ETによるケアが導入される前は接着剤つきのパウチによりStoma周囲がただれるのは当たり前で、「そうしながら皮膚は強くなる」などと言われていたものである。オストメイトは増設されたStomaと、指導されたケアにあわせてリハビリ生活を余儀なくされていた。

Stomaケアを画期的に変えたのは、現在Moist Wound Healingに用いられているドレッシング材、つまり皮膚保護材(バリケア)の開発である。ケナログの基剤(オラベース)が口腔内の粘膜に使用できるなら、Stoma周囲の傷んだ皮膚にも使用できるのではないか。この発想から、1976年にはバリケアによるStoma周囲の皮膚保護治療が誕生し、その後バリケアは仙骨部の褥瘡に応用された。そして、閉鎖性の環境で創を管理することをStomaケアの経験から学び、褥瘡ケアに応用して、ETナースケアにより1978年、閉鎖性ドレッシングによる湿潤環境理論、つまりMoist Wound Healingによる創傷管理が可能となった。

現在の創傷管理のベストプラクティスは、創自体の湿潤環境は良いが、創周囲の皮膚の浸潤はマイナスと考える。湿潤環境を創面に形成する機能からドレッシング材は4つに分類することができる(表3)。**①**~**③**は安全性が確かめられて、保険適用を受けている。**④**のポリウレタンフィルムは創傷管理では保険適用にならないが、2次的ドレッシング材

として使用されている。

近代ドレッシング材は、創の湿潤環境を保持して乾燥させない治癒環境を形成するだけでなく、傷に付着しないため二次的損傷も予防が可能である。また、培地のような環境を作るため、上皮化を妨げることはない。さらに、壊死組織がある場合は、滲出液に含まれるコラゲナーゼで自己融解されていく。これはdebridementの1つの選択肢にもなっている。ほかにも疼痛緩和を促すなど利点は多い。

中でも閉鎖性ドレッシングは、**①**創への直接密着により酸素を遮断し、血管新生が促進される。これによって肉芽細胞の増殖が促進される、**②**細菌を通さないため、創感染リスクが低い、**③**創周囲の健常皮膚を保護する、**④**ドレッシング交換が簡便、**⑤**入浴などQOLの向上に貢献する——といった利点がある。

表4は創傷治癒環境の整備に関するポイントである。まず炎症期をいかに早くクリアして肉芽増殖期に移行させるかが決め手となる。自然な治癒を妨げる処置についても注意が必要である。

## ボディメカニクスからキネステティックへ

「褥瘡は看護の恥」という言葉に見られるように、褥瘡はこれまで看護の善し悪しを測る一種のバロメーターと捉えられていた。看護さえしっかりしていれば予防できるものというわけである。しかし、近年の研究により褥瘡は、科学的な根拠に基づいたドレッシング法を行えば治癒させることが可能な創傷であること、加えて発生要因が多岐にわたるため、単に看護師の対応だけで問題解決できるもの

表2 ETからWOC看護への変遷(日本)

1976年	田村泰三医師
1979年	高橋美枝子看護師
1980年	ストーマリハビリテーション講習会
1981年	JAET設立(7名で発足)
1986年 (~94年)	聖路加国際病院ETスクール・CCFサテライト校 1990年にCCFより独立
1996年 (~現在)	日本看護協会認定部認定看護師教育 (現看護研修学校WOC看護学科)開講
2005年~	認定看護師教育機関 4校
2006年	JAET→JAET/WOC

表3 湿潤環境を創面に形成する機能

<b>①</b>	浸出液を吸収し保持する。 ●ポリウレタンフォーム、キチン、ハイドロファイバー® アルギン酸塩、ハイドロポリマー	E ↓ e
<b>②</b>	創面を閉鎖し創に湿潤環境を形成する。 ●ハイドロコロイド	
<b>③</b>	乾燥した創を湿潤させる。 ●ハイドロジェル	
<b>④</b>	その他 ●ポリウレタンフィルム	

ではなく、チーム医療、多職種の協働が必要な病態であることが明らかになっている。

予防環境を整える看護という観点から言えば、「自力で動けないこと」こそ褥瘡の原因である点を念頭に置く必要があるだろう。つまり欠かせないのは「動かすケア」である。また、褥瘡が廃用症候群の中の、局所性廃用の一つにすぎない点にも注意が必要である。例えば「2時間おきの体位変換」といったケアプランを立てるが、これは褥瘡予防というより、廃用症候群という、活動性を損なうもっと大きな問題を解決するために行っている。つまり、廃用症候群の予防を行えば、当然、褥瘡も予防できるのである。

キネステティックという新しい概念がある。動きの感覚をコミュニケーションに応用するもので、もとは心理学によって確立されたものである。その実践には、まずモビリゼーションを理解する必要がある。これは、人が病気や怪我で自力では十分に動けない状態でも、早く効果的な回復のプロセスへと導くために必要不可欠な「動き」の援助のことを言う。動かしてあげるのではなく、自力で動かせる部分を最大限に尊重し、自然な動きを実現するための支援を行うことである。

動けないケースに対し、従来はボディメカニクスの原理を応用した体位変換や移動を行っていたが、これはモビリゼーションではない。持ち上げる、引っ張る、シーツで動かすなどは実施することは簡単であるが、患者の筋肉や骨の本来の機能を活性化させることはなく、動けない状態を助長する側面があった。いわば重い荷物の運搬方法に共通するもので、介助者に負担をかけずに効率よく動かす技術と言える。

モビリゼーションにおいては、動きというものを人の基本的な機能と考える。動きの機能を損なわないように、

動けない部分を援助することをケアに組み込む。患者の自然な動きを支援するもので、患者自身が動いていると感じさせる援助なのである。さらに動作によるコミュニケーションも図る。例えば体位変換の際に、動かす方向に顔を向けるが、これは一連の動作におけるオリエンテーションの一つと言えるだろう。

キネステティックに基づいた動きの援助は、寝たきりや拘縮にしない看護援助、さらには褥瘡予防につながるものと期待される。

### これからの褥瘡ケアに求められるもの

看護師には、常に患者を守り、安全な処置や治療が実施されているかを24時間モニターする役割が委ねられている。また、もし患者の安全性を脅かす処置が実施されるならば、看護師は医師に対しても「ノー」と言えるようにならなければならない。表5に示すように褥瘡ケアにおける看護の役割と責任は、まず予防・治療環境の整備である。二番目の全身的な治療目標に合致した褥瘡ケアとは、褥瘡の治癒がすべての患者の治療目標にはならないということの意味している。例えば在宅なら、安全で簡便な創管理が基本になるだろう。また、ターミナルな状態にある患者であれば、苦痛をできるだけ軽減するケア、感染させないことを目標にしたケアが求められる。つまり、あくまでも患者の安全・安楽を優先した褥瘡ケアを展開する必要がある。

褥瘡ケアはコラボレーションである。褥瘡対策チームによる協働は、褥瘡ケアを進歩させるだけでなく、患者のQOLを向上させることを目的とした医療サービスを象徴するモデルにもなり得るであろう。

表4 創傷治療環境の整備

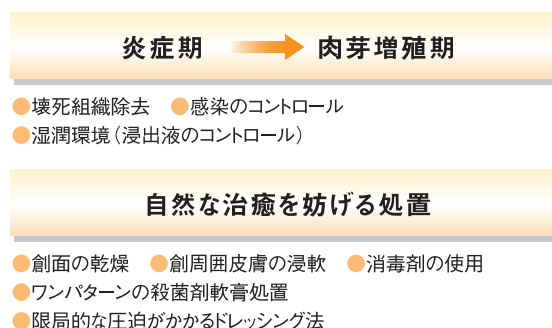


表5 褥瘡ケアにおける看護の役割と責任

- 予防・治療に必要な環境を整備する (教育、予防用具の整備など)
- 全身的な治療目標に合致したケア
- 患者の安全と安楽を最優先する
- 考える看護・説明できる看護 (科学的根拠に基づくケア)

### Holistic care

### 褥瘡対策チームメンバーとの協働