

- (a)万が一、転倒しても骨折や怪我をしない環境を整えます。
- (b)利用者が安心感を得られるようにします。
- (c)利用者へ常時見守りと生活支援ができるようスタッフを配置し、夜間の観察や巡回の回数を増やすなどの応援態勢を組めるようにします。

3)暴力行為への対応

(1)アセスメントの要点

暴力行為は、失禁や発熱等の身体的要因や不安等の精神的要因、特定の環境や対人関係に対する怒りや不快の感情表現と捉えられます²⁾。力づくで抑えると逆効果になります。

(2)ケアの原理・原則

- (a)暴力行為がある場合、利用者の気持ちを受けとめ理解を示し、落ち着きを取り戻します。
- (b)身体的要因がある場合は取り除き、苦痛を緩和します。
- (c)不安があるときには一緒に付き添い、気持ちを和らげます。
- (d)光・音・色・対人関係で不快な刺激がないようにします。
- (e)利用者の居場所を作れるように配慮し、居心地のよさ、大切にされていると感じられる雰囲気を作ります。

(3)ケアの注意点

- (a)利用者が暴力をふるう対象が固定化している場合は、その原因を究明し、場合によっては利用者との距離を遠ざけるようにします。
- (b)激しい暴力に及ぶ場合は、原因の究明とともに家族や介護職員、医師、看護師等で対策を検討する必要があります。

4)排泄への対応

(1)アセスメントの要点

おむつや下着を外そうとする原因として、トイレに行きたい、排泄の後始末が不十分でおむつや衣類が排泄物で汚れている、おむつや衣類の素材が合わない、排泄の失敗を恥ずかしいと思っているなどが考えられます。それらの原因を究明し、利用者の気持ちに配慮しながら対処することが求められます。

(2)ケアの原理・原則

- (a)尿意のサインの有無、排尿回数、排尿間隔、失禁の状態から排泄のパターンを把握し、利用者のペースに合った排尿誘導を行い、おむつに頼らない排泄を目指します。
- (b)排泄物がおむつや衣類に付着した場合には、素早く取り替えて体を清潔にします。
- (c)入浴後の保湿や、塗り薬や内服薬の使用により、皮膚の痒みや不快感を取り除きます。
- (d)排泄の失敗をとがめず、利用者が安心できるような話し方や雰囲気づくりをします。

3)ケアの注意点

脱衣が始まった時や排泄・更衣を行う時は別室に移動するなど、プライバシーの保護に十

分配慮します。また、場所を移動することにより不安や混乱を招かないようにします。

5)転倒・転落への対応

(1)アセスメントの要点

要介護度が高い利用者は転倒・転落により骨折や寝たきり状態になり、褥瘡が発生しやすく、生活の質が低下しやすい状態にあります。しかし、転倒・転落を恐れるとかえって運動を勧めなくなったり、身体拘束をしたりする可能性が生じます。そのため、利用者の生活空間の中で転倒・転落の要因を点検し、日常生活動作の自立を目指し、転倒・転落しても骨折や怪我をしない環境を整える必要があります。

(2)ケアの原理・原則

転倒・転落につながる疾患や内服薬の使用、立位・歩行時のふらつき、体動の激しさ、睡眠や排泄の状態を確認し、以下のような転倒・転落への対処を行うようにします。

(a)トイレ

トイレでの転倒は、便座に座っていてずり落ちる、便座からうまく立てない等の理由で起こります。一人での移動や座位保持が難しい場合には、プライバシーに配慮しながら必ず付き添う必要があります。また、トイレに転倒防止柵や手すりをつけるのも効果的です。ポータブルトイレを使用する場合は、安定感があり手すりがついているものを基本的を選びます。

(b)ベッド

ベッドからの転落は、体動が激しい場合やベッドからの移動時に発生する可能性があります。転落の可能性が高い場合は低床ベッドを使用し、臥床時には必ず低床にします。利用者による操作リモコンの誤作動の恐れがある場合、目の触れない場所にリモコンを設置します。また、ベッドの周りにセンサーマット、マットレス、畳等を敷き、転落時の衝撃を和らげて床との段差を最小限にします。

ベッド柵は利用者が取り外せないように固定したり、降りられないように囲んだりしないようにします。移動動作に必要なベッド柵の設置は、理学療法士と共に定期的評価をします。

(c)廊下

施設内の床材によっては、利用者の妨げとなり転倒が起きやすくなるため、滑りにくく、硬すぎず柔らかすぎない材質を選ぶようにします。絨毯のめくれや床が濡れている等、日頃から安全に配慮し、転倒のリスクをなくすことが必要です。

(d)車椅子

車椅子は長時間使用することにより、立ち上がり能力や座位保持能力の減退による転倒、ずり落ち等が起こり、身体拘束につながる危険があります。車椅子を使用する際には、短距離の移動を目的とし、一定時間以上座る場合には「座位保持機能」の車椅子を用います。

車椅子からの転倒予防のためには、立ち上がる原因や目的を究明しそれを除くようにします。また、日常生活の活動の工夫、バランス感覚の向上や筋力増強のための段階的なリハビリテーション、栄養状態の改善等を検討し、全体的な自立支援を図っていきます。

(e)椅子

椅子は、身体機能が低下しても寝たきりを防ぐための補助用具として有効です。利用者のADLや身体状況に適した椅子を利用するようにします。また、椅子と合わせて使用するテーブルの高さは、椅子や車椅子の肘掛けがテーブルの下に入る位がよいとされています。しかし、利用者の座高の高さによっては椅子とテーブルによる身体拘束となり得るため、多様な高さの椅子とテーブルや、安全で簡単に高さを調節できるものを導入するようにします。

(3)ケアの注意点

- (a)体動が激しく、転倒や転落の可能性が高い場合は側で見守るようにします。
- (b)利用者に転倒・転落の危険があることや身体拘束をしない理由を、家族にもあらかじめ説明し理解してもらいます。
- (c)内服薬の作用や副作用によるふらつき等が考えられる場合には、医師に相談して薬の量を調整してもらいます。

6)非経口栄養法への対応

(1)アセスメントの要点

非経口栄養法³⁾は、食事が口から摂取できないか、摂取量が十分でない利用者に行われます。非経口栄養法は経静脈栄養と経腸栄養に分かれますが、どちらもチューブにつながるため行動が制限され、利用者は拘束感や不快感を抱いて自分で抜去したり、体動が激しいとチューブが抜けたりすることがあります。そのため、経静脈栄養と経腸栄養を安全に行えるような配慮が必要となります。

(2)ケアの原理・原則

- (a)経静脈栄養と経腸栄養の実施時間や回数、量について、利用者の生活リズムに合わせてスタッフが見守る中で安全に行えるよう、医師や看護師、管理栄養士と検討します。
- (b)経静脈栄養と経腸栄養のチューブやボトルは、利用者に見えないところに置くか、見えないようにタオルや布等で覆います。
- (c)管の固定部の皮膚をかきむしらないよう常に清潔に保ち、発赤や痒み、不快感を取り除くようにします。
- (d)経腸栄養の実施中は、車椅子やリクライニング式車椅子を使用し、栄養剤がこみ上がらないように座位を保つようにします。また、会話やゲームなどをして利用者の気を紛らわすようにします。

(3)ケアの注意点

- (a)利用者の訴えを聞き、チームでケア方法を検討します。
- (b)実施中、皮膚トラブルや、嘔吐・下痢等の異常が生じた場合、医師や看護師、管理栄養士に報告し対処します。

7)意思確認

(1)アセスメントの要点

高齢者の終末期は、徐々に生体の老化が進んだ末に、枯れるような自然な死が訪れることが多く見られます。利用者の尊厳を保持し、生活ニーズを満たすためには、利用者と家族がどのような最期を迎えたいかという意思を確認した上で支援する必要があります。

(2)ケアの原理・原則

(a)医療体制が医療機関ほど十分ではなく、高度な治療や急変時の医療処置が限られているため、入所時に、施設の方針、施設でできることとできないことを伝えます。

(b)利用者・家族の意思を確認します。

①確認する時期は、入所時や、利用者が施設の生活に慣れてきた時、急変時等、利用者と家族の状況に合わせて、適宜行うことが必要となります。

②確認する内容は、最期の迎え方、看取りの希望に関することであり、具体的には、最期の看取りの場所(在宅や医療施設等)、施設で看取る際の家族の付き添いの有無、医療処置や心肺蘇生の希望等が挙げられます。

(3)ケアの注意点

(a)利用者や家族の意思は、利用者の状態により変化することが多いため、利用者や家族の気持ちに寄り合い、適宜意思の確認をする必要があります。

(b)確認した利用者や家族の意思の内容は、利用者を看取るケアチームで共有し、ケアの方針を検討するようにします。

8)終末期の判断

(1)アセスメントの要点

利用者の身体状態に今までの一時的な低下と異なる傾向が見られる場合は、終末期と予見できます。利用者は高齢であるために症状がなく病気が進行し、症状が現れた時には、すでに重症化していることも多くあります。そのため、利用者の身体状態を把握して少しの変化でも見逃さないようにし、終末期の判断がなされた場合には終末期のケアに切り替えて⁴⁾、利用者の苦痛を積極的に緩和する必要があります。

(2)ケアの原理・原則

終末期には、経口摂取の低下や体重の減少が長期に見られたり、疾患が進行して急変したりします。このような状態が見られた場合、看護師と共に利用者の状態を観察し、医師に相談して施設内での看取りの可否について検討します。

(3)ケアの注意点

医師の判断を求める時には、これまでの利用者の状態や人生、家族への意思確認の中で得られた情報を的確に伝え、利用者や家族の意向に沿った判断結果を得るようにします。

9)死の準備教育

(1)アセスメントの要点

利用者と家族が死を受けいれ、最期まで生活の質を維持しながら充実した時を過ごすためには、死の準備教育により真実を伝え、支援することが必要となります。十分な理解が得られない時には、何度も繰り返し説明を行う必要があります。

(2)ケアの原理・原則

(a)利用者と家族には可能な限り病名や病状、余命の説明を行うようにします。

(b)死が近いことを説明するだけでなく、利用者や家族の訴えを聞き、不安が増強しないように配慮します。

(3)ケアの注意点

利用者や家族に関わるケアチームで十分に話し合って共通認識を持ち、支援できる態勢をつくります。

10)看取りのケア

(1)アセスメントの要点

死期が近づくと、容態が大きく変化してくることがあるため、ケアチームで容態の変化に留意し、苦痛の緩和と合併症の予防に努めるようにします。施設内で看取りを行う場合には、可能な限り利用者のそばに付き添い、日常生活の延長にある最期を静かに迎えられる環境を整備します。また、できる限り家族水入らずで過ごせる状況を作ることも重要です。

(2)ケアの原理・原則

(a)利用者と家族の意向に沿い、静かに見守るという方針を崩さないようにします。

(b)家族の付き添いはあらかじめ確認し、家族が付き添う場合には、最期を穏やかに迎えられるよう家族に休む場所を提供し、経過説明をします。また、スタッフにいつでも対応してもらえらるという安心感をもってもらい、不安が少しでも緩和できるようにします。

(c)死の兆候を理解し、安らかに逝くための対処ができるようにします。

死の徴候とは呼吸停止、心停止、瞳孔散大・対光反射の消失を示し、これらの徴候により死の判定を行います。これらの徴候がある場合、医師への連絡が必要となります。

(d)どの状態で、看護師、医師へ連絡するかをあらかじめ申し合わせておきます。医師とは緊急時に必ず連絡が取れるように依頼し、予測できる事態への対応方法について話し合っておきます。

(e)医師の診察後 24 時間以内に利用者が死亡した場合、事前に確認していた対応方法に即して、利用者の死に立ち会った看護師が医師に連絡して状況を報告し、医師の判断および指示に従って死後のケアを進めます。医師が 24 時間以内に診断していない場合は、医師へ死亡診断を依頼します。

(f)利用者を看取ったケアチームのメンバーを中心にグリーフケアを行います。

グリーフケアとは、愛する家族を失う人々がその悲嘆を適切に受けとめられるように支援することを意味します⁵⁾。グリーフケアの共通のプログラムはないため独自に工夫し、終

末期ケアの開始から始めて死別後も継続して、家族が故人にうまく「別れ」を告げられたかを確認します。

11)褥瘡ケア方法の判断

(1)アセスメントの要点

死が近づくと、痛みや倦怠感、呼吸困難、食欲不振に伴う体重減少や皮膚の乾燥、意識障害が出現し⁵⁾、同一体位の保持や転倒・転落等により褥瘡が起こりやすくなります。どの時期においても褥瘡をつくらないことが大切ですが、この時期は、穏やかに最期を迎えるために安楽な体位をとり、静かに見守ることが利用者の苦痛を軽減させることにつながります。そのため、利用者の苦痛の状況に応じて、褥瘡の予防は最小限に行うようにします。

(2)ケアの原理・原則

- (a)清拭時やおむつ交換時に皮膚の観察を行い、皮膚トラブルの早期発見に努めます。特に、骨の突出部に注意します。
- (b)可能であれば2時間毎の体位変換を行いますが、本人の苦痛に配慮します⁶⁾。シーツや寝衣にしわをつくらないようにし、体位変換はベッドシーツやパッドを用いて行い、摩擦やずれ等の皮膚への負担を軽くします。
- (c)頭側挙上(ギャッチアップ)可能なベッドや各種の除圧マット、自動的体位変換用エアマット等を、利用者の意見も聞きながら使用します。
- (d)家族にも利用者の身体状態や、褥瘡予防についての考え方を説明しておきます。

(3)ケアの注意点

利用者の苦痛と褥瘡予防のケアの両立が困難な場合には、利用者・家族とスタッフで話し合い、苦痛が最小限になる方法を検討します。

<引用文献>

- 1)伊藤雅治,井部俊子:特別養護老人ホーム 看護実践ハンドブック—尊厳ある生活を支えるために.中央法規出版,東京,2006.
- 2)堀内ふき,大淵律子,金子昌子:老年看護学—高齢者の健康と障害.ナーシンググラフィカ 26,252-253,メディカ出版,大阪,2006.
- 3)内菌耕二,小阪樹徳監修:看護学大辞典・第5版.1788,メヂカルフレンド社,東京,2005.
- 4)K.K.キューブラ,P.H.ペリー,D.E.ハイドリッヒ:エンドオブライフ・ケア 終末期の臨床方針.医学書院,東京,2004.
- 5)川越博美,山崎摩耶,佐藤美穂子:最新訪問看護研修テキストステップ 2,1 緩和ケア.68-69,日本看護協会出版会,東京,2005.
- 6)日本ホスピス・在宅ケア研究会:退院後のがん患者と家族の支援ガイド.プリメド社,2005.

<参考文献>

- 1)伊藤雅治,井部俊子:特別養護老人ホーム 看護実践ハンドブック—尊厳ある生活を支える

ために.中央法規出版,東京,2006.

2)平成13年6月身体拘束ゼロ作戦推進会議 ハード改善分科会:身体拘束ゼロに役立つ福祉用具・居住環境の工夫 「生きる意欲」を引き出す環境づくり, <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kenkou/tp0814-1.html>>

褥瘡対策におけるリーダーシップ

褥瘡予防は、高齢者施設における基本的なケアであるだけに、意識しないといままでのケアで満足してしまうことがあります。この日常的なケアをよりよいものにするためのリーダーシップが必要です。リーダーシップとは、「集団・組織のメンバーが目的達成に向って積極的・自発的にその活動に参加・貢献するように誘導し、さらに構成員相互の連絡性を維持・向上させる機能である」とされ、指導力や統率力とも言われています。高齢者施設における褥瘡予防ケアの質向上に必要なリーダーシップには、次のような責務が含まれます。

1. 施設の基本理念に基づいて、褥瘡予防ケアの方針を明確に打ち出す

褥瘡予防ケアの充実には、新しい知識や技術の導入ならびにマンパワーや設備の充実が必要となります。その際には、ケアの質向上という福祉や医療に携わる者にとっては大変にやりがいのある結果を期待できますが、抵抗や葛藤が伴うこともあります。ケアに対する考え方を統一するためには、施設の執行部門および褥瘡対策チームやその担当者によって、その方針を明確に示し、その実現のために支援する姿勢を貫くのが最も重要です。

2. 施設の職員全体で、スタッフを支援する雰囲気をつくる

リーダーには、スタッフが自発的に新しいケアを挑戦したり、継続したりする意欲や自律性を育てる態度が必要です。そのためには、威圧的に命令するのではなく、スタッフを認め、助けて、スタッフが安心してのびのびと個別のケアを創造できるように支援できる組織文化を醸成することが大切です。

3. 推進する役割

スタッフが納得するには、実際にケアを実施しその成果を経験することが最も有効でしょう。その際にリーダーが実際に実施したり、実施できるように手配したりする必要があります。それには、褥瘡対策に関する知識や技術が必要ですが、すべての領域のケアができる必要はありません。よりよいケアができるように調整ができることが最も大切でしょう。多職種協働が効果的に出来るように調整したり、WOC(Wound Ostomy Continence :創傷・オストミー・失禁)看護認定看護師のような専門家を外部から導入し、ケアの相談対応を行うことで、介護スタッフだけで困難な問題も容易に解決することがあります。そういう成功体験を出来る限り多くスタッフに提供することがリーダーとして重要な責務の一つです。

〈参考文献〉

- ・志自岐康子,他:抑制しない看護を可能にした要因－高齢者施設の場合-,日看管会誌,(1),5-13,2004.
- ・村上美好:リーダーシップの本質,看護管理概説(井部俊子,中西睦子 監修),131-144,日本看護協会出版会,東京,2003.
- ・P.F.ドラッカー:プロフェッショナルの条件,ダイヤモンド社,2000.

褥瘡予防対策に必要な環境の整備

入所者が生きがいを持って自立して活動できるような環境作りが、活動性を支えることとなります。また、入所者の生活や療養の場に必要な設備や備品すべてにおいて、利用者の身体に合い、不安なく使える配慮が必要です。これは、利用者の活動性が低下してしまうことを予防する意味でも、転倒転落や身体拘束を回避するためにも重要です。

また、褥瘡発生要因を複数持つ利用者に対する褥瘡予防ケアのための備品の常備も必要です。施設で準備できない場合には、利用者やその家族が購入または借り入れ(レンタル)できるよう、適当な製品と入手方法の情報を提供し、利用者の意思で入手できる選択肢を提供することで、利用者の意向を反映した環境整備を支援することになります。

一方、習慣化している古いケア方法や誤ったケア方法を止め、新しく開発された知識や技術や物品を導入させてケアの質を向上させる上で重要なのは、褥瘡ケアに関する専門家に相談対応できるようなしくみです。組織として公的に認められた立場で専門家に相談対応できるような関係が構築されていることが、ケアの質を保証するために重要な環境と言えます。

1. 活動の意欲を維持する環境

自然とのふれあいや趣味を楽しむ場の提供など、入所者の生きがいを刺激するような環境が入所者の活動性を支えになります。また、心地よい椅子や散歩道、他の利用者と交流できる共有スペースなど、安全に活動し、リラックスできる場が多く存在することが、活動の意欲に大きく影響します。

物理的な環境だけでなく、家族や地域の人々との交流や施設内の行事も入所者が楽しめる機会になります。

2. 生活環境の整備

ベッド、椅子、ソファは、利用者の身体に合った自立した活動を維持できるものがが必要です。床、廊下、トイレ、浴場では、段差の無い構造や手すりの整備などが必要です。長時間車椅子で生活する利用者には、身体に合った良肢位が保てる車椅子を提供する必要があります。個々に合った物品を準備できない場合には、一時的に(←不要)安全な踏み台やクッションなど一時的に使用するものを組み合わせて使用することで、できるだけ利用者の身体に合わせ、調整します。

3. 褥瘡のハイリスク要因を持つ利用者への褥瘡対策物品の整備

低栄養、浮腫、拘縮、意識障害など、褥瘡の発生要因を複数持つ利用者には、褥瘡予防機能をもつ体圧分散寝具の使用が薦められます。通常使用のマットレス上でケア提供者が多大な労力を費やして体位変換を実施するよりも、褥瘡予防には有効で、利用者は快適でありQOLが維持されます。使用する利用者の活動性、体重、体位、好みなどにより、適した体圧分散寝具が異なるので、軟らかさや厚みの異なる複数の体圧分散寝具から選択できるのが理

想的です。高価であり、準備できる数に限りのある体圧分散寝具は、使用頻度、使用開始から終了までの期間、メンテナンスなどの状況を褥瘡対策チームが把握し、どの利用者が最も優先して使用するべきか、効率よく使用できるよう管理します。ティルト式車椅子など、褥瘡予防に有効な特別な車椅子についての管理においても同様です。これらの使用状況の把握により、利用者のニーズに対して物品が不足している場合には、施設として必要数を常備できるよう、計画的な予算配分が必要になります。

骨突出部の皮膚や発赤が繰り返される皮膚を保護するための皮膚保護材として、また、早期の褥瘡を発見した際の応急処置材料として、ハイドロコロイドドレッシングなどの被覆材などを常に使えるように準備しておくことも必要です。失禁による皮膚の浸軟(ふやけ)やびらん(表皮剥離)を予防するための皮膚保護オイルなども常備するとよいでしょう。

4. 褥瘡対策に関する専門家を活用するしくみ

褥瘡予防ならびに治療ケアに関して困難な問題があった場合に、外部の専門家に相談し、問題の解決方法やケアに関する知識や技術の向上を図れるようなシステムを導入することが望まれます。相談する問題の領域によって異なりますが、褥瘡ケアに関する相談対応ができる代表的な専門家としては、OT、PT、ST、管理栄養士、WOC(創傷・オストミー・失禁)看護認定看護師、コンチネンスアドバイザー、医師(形成外科、皮膚科)などが挙げられます。

1) 外部の施設(組織)の専門家との契約

外部からの専門家が無所属でいる場合を除いて、コンサルタントである専門家に相談を依頼するためには、その専門家が所属する施設(組織)との契約が必要になります。相手側の施設(組織)は、多くの場合、専門家を多く抱えている規模の大きい病院になります。施設(組織)間の交渉をし、その組織員である専門家が外部の組織(利用する側の施設)に貢献することが認められた場合に、専門家をコンサルタントとして施設(利用する側の施設)で活用する仕組みが構築できます。主に次のような扱いがあります。

- (a) 相手組織に謝金を支払い、相手組織員である相談対応できる専門家を、依頼する。
- (b) 相手組織に許可を得て、相手組織員である相談対応できる専門家を、相手組織の勤務時間外に、依頼する。その際には、個人に謝金を支払う。

これらの際には、利用する側の施設で専門家に依頼する内容や時間、謝金などを明記した専門家の所属施設(組織)長に宛てた「依頼状(要項)」、それに対する専門家本人の「承諾書」、所属施設(組織)長からの「同意書」または「許可書」のような施設(組織)同士の公文書の交換が必要になります。この方法で、ケアに必要な製品を製造・販売している福祉・医療機器関連の企業や小売店に所属している専門家に依頼することもできます。その際、その専門家が製品の宣伝目的ではなく、ケアに必要な正しい知識や技術を提供したり、問題解決する支援を目的としたりしていることを確認することが大切です。

専門家を抱えている施設(組織)からすると、自らの組織に貢献すべき専門家の時間を外部の施設への貢献に使われることになり、高齢者施設からの依頼を許可するためには、マンパワ

一を何らかの形で補うなどの努力が必要になります。このような努力をして、外部の組織とも連携でき、社会貢献をしているような開かれた施設(組織)には、見返りとしてそれなりの報酬が施設(組織)に入るようなシステムが望まれます。

2) 関連施設に所属している専門家との連携

高齢者施設の設置主体が、複数の医療・福祉施設を経営しており、専門家がその関連施設に所属している場合には、連携がずっと容易になります。同じ設置主体であれば謝金や公文書のやり取りは省略できます。専門家の管理者の単独の判断で活用が可能な場合もありますが、施設(組織)全体の特徴と専門家の技量に合わせて、施設(組織)内で専門家の効率的な活用システムを構築することが望まれます。

3) WOC(創傷・オストミー・失禁)看護認定看護師の活用

褥瘡の予防とケアに関しての専門家として、日本看護協会が認定している WOC(創傷・オストミー・失禁)看護認定看護師(以下 WOC 看護師)がいます。コンサルテーション(相談)が役割の一つに挙げられる認定看護師は、コンサルタントとしての訓練を受けており、また、褥瘡ケアの経験を積んでいるので、高齢者施設の褥瘡予防に関する相談対応に適しているといえます。以前はその数が非常に少なく、依頼は困難でしたが、平成 19 年度には、養成課程が全国に 7 校と増え、年間 200 人以上増えることになり、身近な存在になります。WOC 看護師を検索するには次のような方法があります。

(a) 日本看護協会の活用

平成 18 年 10 月の時点で、442 名の WOC 看護認定看護師が日本看護協会認定看護師名簿に登録しています。この登録名簿は、インターネット上にて公開されています。(日本看護協会ホームページ www.nurse.or.jp/)

所属施設(組織)名、都道府県が明記されているので、コンサルテーションシステムを構築・検討する上で活用することが可能です。1.の契約の方法を参考にして、まずは相手施設(組織)との交渉から始める必要があります。

(b) 日本 ET/WOC 協会の活用

日本看護協会認定の WOC 看護認定看護師と、海外で認定を受けた ET(Enterostomal Therapist)・WOC 看護師(ET と WOC の機能は同じです)が本協会に所属しています。(日本 ET/WOC 協会ホームページ www.etwoc.org/)

日本全国に 11 のブロックが設置されており、ブロックごとに活動を行っています(①北海道②東北③北・甲信越④北関東⑤東関東⑥東京⑦神奈川⑧東海⑨関西⑩中・四国⑪九州)。

(a) と同様にコンサルテーションシステムを構築・検討する上で活用することが可能です。

4) インターネットによる情報活用

(a) 作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、管理栄養士、コンチネンスアドバイザーは、専門職団体を組織しており、各県に支部があるので、専門的な相談対応に応じてくれる専門職の情報について問い合わせることができる。

① 日本作業療法士会(ホームページ <http://www.jaot.or.jp/>)

- ② 理学療法士会(ホームページ <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jpta/>)
- ③ 日本栄養士会(ホームページ <http://www.dietitian.or.jp/>)
- ④ 日本コンチネンス協会(ホームページ <http://www.jcas.or.jp>)
- ⑤ 株式会社排泄総合研究所・むつき庵(ホームページ <http://www.mutsukian.com/>)
- ⑥ 特別非営利活動法人 日本シーティング・コンサル協会
(ホームページ <http://www.techno-aids.or.jp/h>)

(b) 褥瘡予防に使用する機器安全性については、下記の HP でも情報が得られる。

- ① 製品評価技術基盤機構(ホームページ <http://www.nite.go.jp/>)
- ② 財団法人テクノエイド協会(ホームページ <http://www.seating-consultants.org/>)

(c) 都道府県ならびに自治体で設けている福祉機器展示場で、その情報について問い合わせることができる。

地域包括支援センター(全国地域包括・在宅支援センター協議会)
(ホームページ <http://www.zaikaikyo.gr.jp/>)

<参考文献>

- ・ 伊藤雅治,井部俊子:特別養護老人ホーム 看護実践ハンドブック—尊厳ある生活を支えるために,中央法規出版,東京,2006
- ・ 日本看護協会ホームページ www.nurse.or.jp/
- ・ 日本 ET/WOC 協会ホームページ www.etwoc.org/
- ・ 日本作業療法士会(ホームページ <http://www.jaot.or.jp/>)
- ・ 理学療法士会(ホームページ <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jpta/>)
- ・ 日本栄養士会(ホームページ <http://www.dietitian.or.jp/>)
- ・ 日本コンチネンス協会(ホームページ <http://www.jcas.or.jp>)
- ・ 株式会社排泄総合研究所・むつき庵(ホームページ <http://www.mutsukian.com/>)
- ・ 特別非営利活動法人 日本シーティング・コンサル協会
(ホームページ <http://www.techno-aids.or.jp/h>)
- ・ 製品評価技術基盤機構(ホームページ <http://www.nite.go.jp/>)
- ・ 財団法人テクノエイド協会(ホームページ <http://www.seating-consultants.org/>)
- ・ 地域包括支援センター(全国地域包括・在宅支援センター協議会)
(ホームページ <http://www.zaikaikyo.gr.jp/>)
- ・ 厚生労働科学研究会 監修:厚生労働科学研究費補助金取り扱い細則,平成 17 年度厚生労働科学研究費の手引き(厚生労働科学研究会 監修), 145-149, ぎょうせい,東京,2005.

褥瘡対策に関するスタッフの人材開発

スタッフ教育は褥瘡予防対策体制の重要な柱です。たとえ、褥瘡予防に対する思いがあっても、知識や技術が不十分では効率のよい対策ができません。褥瘡予防に関するそれぞれの職種や立場の機能が果たせるような技能が必要であり、その知識や技術を習得するような教育が計画的にすることが重要です。施設内教育ならびに施設外研修などにより、職種・職位に応じた学習目標を達成するようなスタッフ教育を計画的に実施することが望まれます。

1 施設内教育

施設内教育の目標は、次の二つです。

- ① 褥瘡予防ケア基準の内容がスタッフ全員に理解できる。
- ② 褥瘡に関する新しい知識や技術を施設内で活用できるようになる。

どんなに経験年数が少ない介護職員でも、目標の①は到達できるように下記のような方法で教育の機会を持ちます。事例検討会や講義形式の学習会には、対象になる実際の利用者の状況に応じた領域の褥瘡ケアの専門家が、コメンテーターや講師を勤めることで、最新の知識や技術を、現実の利用者へのケアに活用できるよう提示され、目標の②の到達に効果的です。

- (a)オリエンテーション
- (b)事例検討会
- (c)講義形式の学習会
- (d)学会・研修会の伝達講習

2 施設外教育

施設外教育を受ける主な目的は、次の2つです。

- ① 褥瘡ケアに関する最新の知識を得て、施設の状況にあわせて活用する。
- ② 他施設のケアについて知ることで、所属施設のケアの課題を明らかにし、ケアの質向上のための対策に取り組むことができる。

施設内の褥瘡予防ケアについて十分な経験を重ね、ケア基準について理解しているスタッフには、施設外での研修の場の機会を持つことで、施設内では得られない知識や技術や考え方を学ぶことができます。その学びを施設内で伝達講習したり、新しいケア方法に取り組んだりすることで、施設内のケアの向上のために役立たせることができます。

- (a) 研修会
- (b) 学会・研究会への参加
- (c) 他施設の見学や他施設における実習研修

〈参考文献〉

・野地金子：継続教育学習計画，看護における人的資源活用論（井部俊子，中西睦子 監修，手

島恵 編集),59-70,日本看護協会出版会,東京,2003.

- 田端恵子:介護療養型医療施設における多職種混成チームの成果,看護学雑誌,67(2),143-149,
- ジャニス・ライダー・エリス,セリア・ラブ・ハートレー:スタッフ教育によるケアの向上,看護ケアのマネジメント(ジャニス・ライダー・エリス,セリア・ラブ・ハートレー志自岐康子,勝野とわ子 監訳),131-148,メディカ出版,大阪,2005

褥瘡対策に関する情報管理

褥瘡予防対策において、利用者の情報収集から施設長のケア方針の発信、スタッフ内での重要な情報の共有まで、滞りなく、迅速に正しい情報が行き渡る情報システムが必要です。それによって、褥瘡やそのリスクを持つ利用者の動向、ケアの質、設備備品の活用状況などが把握でき、効率的なケア実践が可能な組織となります。

1. 褥瘡ケアに関する情報の発信

施設の褥瘡ケアに関する方針、褥瘡対策担当者ならびに褥瘡対策チームの役割、褥瘡ケア基準、新たな取り組みなどを明文化し、スタッフ全員が身近に手にとって確認できるようにファイルにしておく必要があります。スタッフ全員が同じように理解するまで、新人スタッフへのオリエンテーション、定期的なスタッフ会議などで、施設における褥瘡対策の内容について伝えます。

2. 利用者の褥瘡のリスクならびに褥瘡の保有状況の把握

褥瘡発生の可能性や褥瘡のリスクの発生の可能性があった場合に、漏れなく報告して多職種でのケアカンファレンスで検討するようにします。その際、記録に残し、後にさかのぼって褥瘡のリスクや発生についての経過が確認できるようにしておきます。そうすることで、施設全体の褥瘡の発生状況やリスク保有者の状況、ならびに褥瘡対策の実施状況の情報を収集し、分析して、問題の明確化と解決へ導く根拠が得られます。

褥瘡の発生や高度なリスクの保持者に関してなど、重要な情報は、カードなどの定められた様式で、褥瘡対策チームまで届けられるようにしておくのがよいでしょう。褥瘡対策チームで褥瘡発生状況の集計ならびに分析し、施設全体の情報把握と課題の明確化ができることが望まれます。

3. 褥瘡予防ケアならびに治療的ケアの実施状況の把握

褥瘡予防ケアに関して、定期的なケアカンファレンスで評価することが大切です。特に高度のリスクがあり、個別に褥瘡予防ケアの計画をたてて個別の予防ケアを実施している場合には、そのケア計画やケアの実施状況が適当か2週間に1度程度の間隔で複数のスタッフで検討し、記録に残すことで、ケアの妥当性を継続的に評価することが重要です。

4. より効率的なケアに結びつく新しい情報の導入

書籍の整備、研修や学会・研究会への参加、専門家による最新の知識技術の提供の機会の設定など、施設内で必要な知識や技術についての情報をスタッフが獲得できるような活動を推進する必要があります。

- ジャニス・ライダー・エリス,セリア・ラブ・ハートレー:評価およびフィードバックの与え方,看護ケアのマネジメント(ジャニス・ライダー・エリス,セリア・ラブ・ハートレー志自岐康子,勝野とわ子 監訳),150-172,メディカ出版,大阪,2005
- 今田光一:クリニカルパスを医療記録にしよう!,医療の標準化・質の向上(立川幸治,阿部俊子 編集),33-45,医学書院,東京,2005
- 内布敦子:看護サービスの質保証と評価・改善,看護マネジメント論(井部俊子,中西睦子 監修 村上美好,木村チヅ子 編集),90-111,日本看護協会出版会,東京,2003.

執筆者一覧

編集

永野みどり (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

執筆者(執筆順)

永野みどり (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

徳永恵子 (宮城大学大学院看護学研究科 教授)

江幡智栄 (千葉大学医学部附属病院 WOC看護認定看護師)

黒田豊子 (宮城大学大学院看護学研究科 WOC看護認定看護師)

新田淳子 (有限会社オンザトップ ケアデザイン研究所)

木之瀬隆 (首都大学 健康福祉学部 人間健康科学研究科 准教授)

平木久美子 (宮城大学大学院看護学研究科 WOC看護認定看護師)

遠藤貴子 (東京大学大学院医学系研究科 WOC看護認定看護師)

大浦武彦 (北海道大学 名誉教授、医療法人社団廣仁会褥瘡・創傷治癒研究所 所長)

杉山みちこ (神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科 教授)

有澤正子 (アボットジャパン株式会社栄養剤製品事業部)

葛西好美 (順天堂大学看護学部 助教授)

山田尚子 (日本大学医学部附属板橋病院 WOC看護認定看護師)

緒方泰子 (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 助教授)

褥瘡対策体制※の自己評価票

番号	大項目	中項目	小項目(評価項目)	確認事項	自己評価
1	組織における褥瘡対策体制の位置づけ	褥瘡対策体制が明確に、組織に位置づけられている	理念・運営方針に基づき組織図があり、褥瘡対策体制(委員会)が、組織の中で位置づけられている	組織図がある、褥瘡対策体制が位置づけられている	1. はい え 2. いい
2	ケア提供の方針	ケアの提供方針がある	施設としてケア提供の基本的考えの記載があり、職員に周知されている		1. はい え 2. いい
3	褥瘡対策チームの機能	多職種により構成された褥瘡対策チームがある	多職種により構成された褥瘡対策チームがあり、定期的に会議を開催している	利用者の入所時の情報、容態変化時の情報を、必要に応じて振り返ることができるよう記録が工夫されている。	1. はい え 2. いい
4		褥瘡対策として必要な情報管理が適切に行なわれている	容態の変化や生じた問題等の利用者情報が、各専門職や管理者に伝わり、褥瘡対策体制を中心に組織的に対応している	褥瘡対策に関する委員会が挙げてきた情報(ヘルシク者の情報等含む)に対して、対処方法が話し合われ、対処している。また、施設内の他の活動単位(栄養ケアマネジスト等)とも連携し、相互に必要な情報を交換している。これらに関する記録がある。	1. はい え 2. いい
5			ケア提供に必要な知識や技術の教育が、新入スタッフに対して行なわれている	一定の内容が、新しいスタッフへの新人研修で実施されている(研修に関する記録で確認できる)	1. はい え 2. いい
6			職員の継続教育として、最新の知識や技術を持つ専門家による講義や症例検討などの教育活動が計画・実施されている	年間計画がある。施設内での企画が難しい場合は、外部研修を活用し、参加者が施設内スタッフへフィードバックする仕組みがある。職員教育の際、外部リソースである専門家を講師とする研修を実施している(または、外部研修に参加した職員が、施設内の職員研修内容を伝える仕組みがあり機能している)	1. はい え 2. いい
7			褥瘡予防ケアに関する基準や手順が整備されている	アセスメント内容、状態の変化をとらえた際に情報を伝達するルールがあり、機能している。(ルールを明文化し周知している)	1. はい え 2. いい
8			指針が整備されている	基準・手順、業務マニュアルがあり定期的に見直されていることが記載されている。	1. はい え 2. いい
9			指針が活用されている	介護職の経験年数に関わらず、同じ視点でアセスメントおよびケアを提供できるように、ケア記録方法が統一され、記録がケア情報を振り返るために活用されている(ことを確認できる記録がある)。	1. はい え 2. いい
10				ケア基準・手順の中に、観察の視点が示されている。	1. はい え 2. いい
11				仕組がある。委員会の記録に残っている。	1. はい え 2. いい
12				外部リソースにより問題が解決し、妥当な決定ができている(記録などで、確認できる)。	1. はい え 3. いい
13				安全の側面に配慮すると同時に、施設内環境(物品・設備)の「快適さ」が確保されている(例:明るく清潔で皆が集いやすいような食堂や空間、入所者の機能に依りて利用可能な多様な種類の椅子の確保、など)	1. はい え 2. いい
14		療養生活環境が整備されている	入所者が、快適な環境で療養生活が送れるよう、施設内の環境を整備している。	褥瘡対策チームの定例の会議等で、話し合われ、予算が確保されている(情報を必要利用者者に提供できている(ことを、会議記録で確認できる)。	1. はい え 2. いい
15			褥瘡ケアに必要な消耗品、備品、設備等を、必要な種類・必要数を整備している	情報提供のためのパンフレット等が、来所者の見やすい場所においてあり、家族や本人に説明している。	1. はい え 2. いい
16			褥瘡ケアに必要な消耗品、備品、設備等について、リスクの高い入所者や家族に、情報提供している	最低でも、年に1度は、何らかの評価票を用いて自己評価を行っており、結果の記録がある。	1. はい え 2. いい
17			自己評価を行い、効果的な褥瘡対策活動に資している	改善活動の記録がある。何らかの形でスタッフが改善活動に参加したことが記録されている。	1. はい え 2. いい
18				必要物品の購入、教育、外部資源の活用等を行なえるよう予算を確保している。褥瘡対策体制の担うべき機能を、施設長は理解している。これらの機能が果たせられるよう、予算を計上している。	1. はい え 2. いい
19	施設長・管理者・褥瘡対策委員会のリーダーシップ	施設長・管理者・褥瘡対策委員会が、リーダーシップを発揮している	褥瘡対策体制のリーダーが、褥瘡対策委員会の中でリーダーシップを発揮している	定期的に委員会を開催し、日常ケアで発生した問題点を、話し合い、現場に情報を返していることが、委員会記録で確認できる。	1. はい え 2. いい
20				特定の1人に依存せず、褥瘡対策に関わる委員会を構成するメンバー1人1人が、任務を果たしている。何らかの記録で確認できる。	1. はい え 2. いい
21					1. はい え 2. いい

※ 評価には、構造・過程・結果からの評価があるが、本自己評価票では体制(構造)を評価対象とする。