

2024 年度

静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程

皮膚・排泄ケア分野 事例報告集

目 次

【 皮膚・排泄ケア分野 】

回腸導管を造設した患者とストーマケアの一部を担う妻への退院支援の介入・・・・・・・・・・	赤星 琴乃	2
壊疽性膿皮症を有する患者が抱く局所疼痛と情動の関係・・・・・・・・・・	石橋 優子	9
仙骨部に褥瘡を発症した超高齢患者の褥瘡が縮小したケアの要因・・・・・・・・・・	今井 佳代	16
認知機能が低下している患者へのストーマセルフケア指導の見直しの必要性・・・・・・・・・・	江頭 奈美	24
ストーマ造設患者に起こる排泄物の漏れを予防するアセスメントの視点・・・・・・・・・・	角川 友希	32
ポケットを有する褥瘡患者に対する外力低減ケアの視点・・・・・・・・・・	勝又 美樹	40
坐骨結節部褥瘡を繰り返す患者の褥瘡再発予防のための支援・・・・・・・・・・	川口 智子	49
重度の多発褥瘡を有する患者の希望に沿った退院支援・・・・・・・・・・	鈴木 早紀	57
高齢患者のストーマセルフケア能力の評価とその支援の考察・・・・・・・・・・	高木 佑回	65
精神疾患を有する患者の褥瘡治癒を目指した多職種による支援とその関わり・・・・・・・・・・	高橋 千裕	73
褥瘡が発生した予後不良患者への自力体位変換指導の意味付け・・・・・・・・・・	仲野 郁未	80
ストーマ造設患者の変化する腹壁状況に対応するストーマ装具選択の視点・・・・・・・・・・	柳原 遼平	87

はじめに

ストーマ造設を行う患者は、排泄経路の変更を余儀なくされるため、ストーマセルフケアの習得が必要となる。ストーマ保有者は、自分自身でストーマケアを行うことが困難な場合があり、家族がストーマケアを支援することも少なくない。ストーマ保有者が高齢になれば、家族や社会資源からの支援がより求められる。また、ストーマ保有者とその家族は、新たな排泄経路になるという身体的・心理的な変化に対する不安を抱えやすく、ストーマ管理の負担や尿漏れ、皮膚トラブルなど、様々な不安を抱えている。長谷部らは、ストーマ保有者と同様に、配偶者もストーマや排便の形態を受け入れがたく、家族も心理的ストレスを抱えている¹⁾と述べている。さらに社会制度上、入院期間がますます短縮化されており、患者だけでなく家族も十分な準備ができないまま、自宅へ退院することになり、患者・家族が抱える不安は一層高まる状況にある。

今回、受け持った患者は、回腸導管によるストーマ造設を行い、ストーマケアには妻の介助が必要となった。実習最終日に、患者の家族から自宅退院後の装具交換について不安があるとの訴えが聞かれ、この発言は、ストーマを保有する患者とその家族が抱える不安の深さを再認識するきっかけとなった。退院支援を通じて患者と家族の不安に向き合い、早期からの包括的なアプローチの必要性があることを学んだ。ストーマを保有した患者とその家族の不安について、早期から様々な方向から介入することで、より患者とその家族が安心して過ごせたのではないかと考えた。退院支援の過程でどのようなアプローチが患者と家族の不安を軽減できるかについて学ぶことができたため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：膀胱上皮内癌(TisM0N0)
3. 患者背景

1) 現病歴

X年、尿潜血陽性にて近医を受診し、膀胱癌疑いとなり、経尿道的膀胱腫瘍切除術を2回施行した。2回目の経尿道的膀胱腫瘍切除術にて残存癌はなかったが、尿路上皮癌の高異型度に該当したためウシ型弱毒結核菌(BCG)膀胱内注入療法を開始した。X+1年にかけて8回施行したが、膀胱鏡下生検にて細胞診クラスⅢbが検出され、BCG膀胱内注入療法の効果を認めなかった。3回目の経尿道的膀胱腫瘍切除術にて、膀胱上皮内癌の診断となり手術の方針となった。入院3日目にロボット支援下膀胱全摘と回腸導管造設術を施行目的で入院となった。

2) 身体的背景

Performance Status(PS)は0、Activities of Daily Living(ADL)は自立している。小児麻痺の既往により右下肢が短縮しており跛行が見られるが、杖などの歩行補助具を使用せずに歩行できる。手指の巧緻性は携帯電話を問題なく操作できる。

Body Mass Index(BMI)26kg/m²と肥満体型である。腹部が山型となっており、A氏の目線では腹部脂肪層の頂点から下部は視認が困難である。

3) 家族背景

70 歳代の妻と 2 人で暮らしている。息子が 2 人おり、ともに 40 歳代である。長男は他県在住であるが、週に 2 回ほど A 氏の自宅に来ていた。次男は県内に在住している。長男は入院中に 1 度面会に来院している。

4) 社会的背景

右下肢小児麻痺の既往があり、身体障害者手帳 5 級を保有されている。
2 年前まで製菓業に勤務していた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

膀胱癌に対してロボット支援下膀胱全摘と回腸導管造設術を施行予定であり、尿路変向となるため日常生活に変化が生じることが予想される。そのため A 氏へ、適切なストーマセルフケアを獲得するための指導が適切に行えない場合、自宅での尿路ストーマを保有した生活の質が低下して日常生活を送ることが困難となることが考えられる。また、病棟で実施するセルフケア指導で A 氏とその家族が不安としていることが解決できない場合、自宅での生活に不安を抱えたままで日常生活を過ごすことになってしまうことが考えられる。

A 氏は妻と 2 人暮らしであり、別居の長男と次男は就労していることから、日常的に妻以外の支援を受けることは難しい状況にあるため、訪問看護の導入を検討する必要があると考える。しかし、A 氏は ADL が自立しており、手指の巧緻性にも問題が見られず、さらに妻のサポートを受けることが可能であった。そのため、セルフケアの状況によって、訪問看護を導入するか検討するタイミングを逃すと退院支援が遅くなり、A 氏の退院時期が遅くなる可能性があると考えた。

経済面については、介護保険は未申請の場合、医療保険で訪問看護を導入すると実費になり、経済的負担が増加することとなる。しかし A 氏は、難病である小児麻痺によって身体障害者手帳を保有しているため、保険料が軽減される。そのため経済的負担が減り、社会的資源を利用することができることから問題ないと考える。

2. 看護上の問題

#1 回腸導管を造設したことによって日常生活に変化をもたらすことが予測される

3. 看護目標

#1 退院後の日常生活についてイメージできる

4. 看護の実際

入院日から受け持ちを開始し、ストーマサイトマーキングを実施した。このとき、A 氏から不安言動は聞かれなかった。受け持ち 3 日目にロボット支援下膀胱全摘と回腸導管造設術を施行し、右下腹部に回腸導管を造設された。ストーマの造設位置は、A 氏の目線からではストーマ下部までの視認が困難であった。

術後 2 日目に初回の装具交換を実施した。看護師が主体で実施し、A 氏と妻は見学をされており、次回から A 氏が主体でストーマ装具交換を実施していくことを伝えると「これは大変だね。気持ち悪いね。」と発言があった。妻にも一部介助してもらうことをお伝えすると「私にできることならやります。頑張ります。」と意欲的な発言が聞かれた。しかし、自信のない声で表情が硬かったことから緊張している様子が強いという印象を受けた。装具交換終了後に妻から「大変ですね。私にできるか心配ですね。」と発言が聞かれた。

術後 5 日目から退院後の生活指導を開始した。病棟看護師が実施する退院指導も含めた内容で日

常生活について、入院前にA氏に配布されている、回腸導管造設後の日常生活に関する病院独自のパンフレットを用いてA氏へ説明を実施した。A氏は「帰ってからの生活で心配なことはないよ。ストーマのことだけだね。変えるのも、漏れるのも心配。」と発言されており、日常生活に不安はないと話された。妻には説明した旨をお伝えしていた。

私は、A氏が排泄経路の変更が行われたことで、入院中から退院後の日常生活に向けての言動や行動に変化が生じると考えていた。しかし入院後からA氏と関わる中で、「ストーマを造設しても退院後の生活の中で心配なことはない。」と繰り返すA氏に疑問が生じた。A氏に入院前までの経過を聴取すると、X+1年10月に経尿道的膀胱腫瘍切除術を目的に入院した際、術後に血尿が持続したため膀胱留置カテーテルを留置して退院した。退院数日後に、発熱と蓄尿袋内に混濁尿が流出する経験をしたと話された。A氏はこの時のことを、「風邪かと思ったから、家で大人しくしていたんだけど、奥さんに言ったら、すぐに病院に行きましようって言っていたよ、心配性だからね。僕は大丈夫だと思っていたんだけどね。病院に行ったら、感染症だって言われちゃってさ、だからもう管で管理するのは怖くて嫌になっちゃったんだよ。」と笑顔で話された。この経験からA氏はカテーテル管理を拒否し、今回ストーマ造設することを希望したことがわかった。A氏は、膀胱留置カテーテルを留置していたため感染管理が重要となることは指導されていた可能性があるが、発熱と混濁尿を認めてもA氏だけでは受診行動に至っていなかった。このことから、退院指導の中で、ストーマや尿性状について、A氏に正しく理解してもらい、尿路感染症の予防も重要な退院指導のひとつであると考えた。A氏へ、パンフレットを用いて改めて尿路感染症の症状と細菌尿の予防方法、受診が必要となる兆候を説明し、「予防の方法もあるんだね。普段から気をつけるようにするよ。」と指導内容に対して、予防の重要性を認識した上で、日常生活での実践に意欲を示した。

術後6日目に3回目の装具交換を実施した。A氏主体で実施し、装具の穴あけをA氏に実施してもらったが、ストーマ用はさみの刃先のみでカットしており面板がギザギザになってしまった。穴あけがギザギザになることで、皮膚障害や尿が潜り込みやすくなり、尿漏れにつながるリスクがあることを説明し、ストーマ用はさみの使用方法を重ねて指導したが修正されなかった。穴あけの手法が修正されなかった要因として、A氏の製菓業という職業から鋏の刃先を使用することが癖になっていることが考えられた。もう一つの要因として、ストーマ用はさみの柄が長いことで鋏を大きく開くことが難しく、力が入れにくいことが考えられた。そのため次回から、はさみの柄が短く、刃先が短い福山医科のストーマ用はさみを使用することを提案した。妻も装具交換の介助を行ってもらったため妻へ穴あけを指導すると実施することができた。妻は左利きのため通常のストーマ用はさみでは、片側が鋭利になっているため装具を貫通するリスクが考えられた。福山医科のストーマ用はさみを使用することで、このリスクは解消することができると推測した。次に装具貼付を実施した。A氏は腹部脂肪層が厚く、ストーマが右下腹部にあり脂肪層頂点より下部にあるため、A氏からストーマ全体を視認することが困難であった。そのため、鏡を用いて装具貼付の練習を実施したが、穴がストーマからずれてしまい、尿漏れにつながるリスクがあった。妻が装具貼付を試みたところ、ずれることなく貼付することができた。妻に、穴あけと装具貼付の協力を得ることで、一連のストーマケアを2人で実施できるため、妻のサポートが十分に得られると考えた。そのため、この時点では訪問看護の導入は不要であると判断した。後日、福山医科のストーマ用はさみを使用して穴あけを実施した。A氏は、はさみの刃先を使用していたことで面板がギザギザになってしまったため、繰り返し練習が必要であることを伝えた。妻は、福山医科のストーマ用はさみを使用したことで、ストーマ装具を貫通するリスクは解消することができた。

術後7日目、正中創側の皮膚保護剤外縁部から剥がれがあった。正中創に痂皮形成があり、痂皮の脱落が影響したと考えた。尿漏れはなかったが、装具交換予定日までには装具が剥がれてしまうことが予測されたため、病棟スタッフにて装具交換が実施された。

術後8日目にA氏へ、尿路ストーマを造設する患者を対象としたメーカーのパンフレットをもとに食事、入浴、外出、災害時について説明を実施した。A氏は「不安なことはあんまりないよ。」と話された。

ストーマケアの指導を進める中で、退院後に医療者が不在でA氏と妻の2人での生活となるため、ストーマケアやストーマを保有した生活で疑問点が出てくる可能性が考えられた。A氏は術後であることによる身体的な疲労に加えて、ストーマケアという新たな排泄方法の管理を行うことの精神的負担が考えられた。そして、妻がA氏の不足したストーマケアの特技を補うため、妻にも精神的負担があると推測された。また指導者より、妻へのサポートが必要ではないかと助言を受けた。そのため、ストーマケアはA氏と妻で行うことを前提とし、相談役もしくは緊急時の対応を目的として、訪問看護の導入が必要であると考えた。A氏に訪問看護の導入を提案し、妻と検討してもらうこととした。

術後9日目、装具交換時に外周テープによる緊張性水疱の形成を認めた。外周テープを水疱に直接貼付することで、剥離刺激によって水疱が破綻するリスクがあるため、看護師にて水疱を避けるように装具をカットした。A氏と妻の会話で「大丈夫？痛くない？」と聞かれた。

術後12日目、装具交換時に水疱が破綻して疼痛があったため、ハイドロコロイド(デュオアクティブET[®])を貼付した。その際、妻から「これはいつまで貼るのでしょうか？」と質問が聞かれた。妻は通常のストーマケアに加えて、水疱が破綻したことによって創傷処置を実施する可能性が予測されたことで、さらに精神的負担が増していたと考えた。表皮が剥離し、寝衣との摩擦により疼痛が出現していたため、貼付期間は1週間程度であるが上皮化したら貼付を終了することを伝え、妻は安堵した表情を見せた。

術後13日目、病棟看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師、医療ソーシャルワーカーの協力のもと訪問看護導入について調整を行っていた。しかし、医師は装具交換を訪問看護師に依頼することが訪問看護導入の目的であると考え、医師から訪問看護導入の許可をもらうことができなかった。訪問看護導入の目的が、医師と病棟、実習生の中で相違があったことが原因であったと考える。そのため、目的を明確にしてから伝える必要があった。A氏の病識が不足していることや、妻の不安が強いことから、皮膚・排泄ケア認定看護師と相談して退院翌日に皮膚・排泄ケア外来を受診してもらうことをA氏と妻に約束した。皮膚・排泄ケア外来への受診で、尿漏れの有無や装具の評価、妻への精神的支援を行い、外来から訪問看護導入をしていくことを認定看護師と共有した。

術後14日目、術後から正中創に近い腹壁の変化が大きく、腹壁に変化が生じていたことから、退院前日であったが、新たな装具を使用することとした。妻はストーマケアの指導時に穴あけの際に手が震えていたり、「これでいいですか？」と、何度も穴あけや面板貼付の位置を確認していたことから、緊張と不安が増しているよう可能性を考えた。装具交換終了後、ストーマ用はさみについて説明を行なった。その際に、妻から「前の交換の時にいた看護師さんには忙しそうと言えなかったんですけどね、私が装具の交換をするから、帰って1人で考えていたら色々不安になってしまいました。ストーマの缺もそうだけど、ここに来て実際にやってみると小さなことだけど、わからないことが出てくるんです。」と不安を吐露された。A氏は「奥さんがやってくれるから大丈夫だよ。頼むよ。」と妻に明るく話しかけるが、妻の不安な表情は変わらなかった。そのため退院翌日に、皮膚・

排泄ケア外来を予約していることや、退院してからでも訪問看護を導入することは可能であることを説明すると安心した表情をされた。また生活が落ち着いたところで、長男と次男にもストーマケアを見てもらい、装具交換の方法を共有することを勧めた。退院後の皮膚・排泄ケア外来への受診時の様子は、この日に実習終了となったため確認することはできなかった。

Ⅲ. 考察

実習最終日に、妻が不安を訴えたことでストーマ保有者の家族の不安を再認識したため、A氏と妻の不安の要因とそれに対するアプローチと、不安が強いストーマ保有者とその家族への退院支援のあり方について考察する。

はじめに、尿路ストーマを保有するA氏の不安について考察する。A氏、妻ともにストーマケアにおいての不安は、「ストーマの装具から尿が漏れることが心配」という点で共通している。A氏が装具から尿漏れすることに不安を抱いている要因として、3つ考えられる。1つ目に、自宅以外で尿漏れをすると装具交換には妻の協力が必要であるため、装具交換が困難であることが挙げられる。2つ目に、入院中に装具が皮膚保護剤外縁部から剥がれるという経験をしたことで、退院後に装具が剥がれて尿漏れするかもしれないという不安につながっていることである。3つ目に、腹壁に変化が生じたことで装具が決定しておらず、新しい装具を使用することはA氏自身の身体に適しているかが分からず、不安を感じていることであると考ええる。入院中に尿漏れを経験しなかったことは、A氏にとって漏れずに管理ができたという自信と不安の軽減につながった。しかし一方で、医療者がいる入院中に尿が漏れた際の対応を学ぶ機会がなかったA氏にとって「漏れるかもしれない」という漠然とした不安が残ったと推測される。祖父江らは、看護師からのストーマケア情報の知覚や便の漏れの改善、セルフケアの確立という漏れないストーマ局所管理ができるようになったことによって、【ストーマを保有した状態での生活への自信】にもつながった²⁾と述べている。A氏が、漏れないストーマケアを実践するためには、穴あけや装具貼付に妻の協力が必要である。しかしA氏は自身のセルフケアの確立ができていないと感じ、尿漏れへの不安につながっていると推測した。そのため、A氏と妻で漏れないストーマケアができていることを、医療者として認める声かけを行うことで、自身のセルフケアが正しく実施できていることを認識して、自信につなげることができたと考ええる。

次に、ストーマケアの一部を担う妻の不安について考察する。A氏は、妻がストーマケアに関与することによって安心感を得られた。しかし妻にとっては、術後であるA氏への身体的・心理的な気遣いと、A氏からの「奥さんがやってくれるから大丈夫だよ。頼むよ。」という妻への依存的な言動に加え、その言動の原因となっているA氏のストーマケアの技術不足を補うことを求められたことは、妻の精神的負担が増大した原因になったと推察する。また水疱が破綻したことによって、通常のストーマケアに加えて創傷処置も行うことが必要になる可能性があったことで、妻の不安を一層増大させたと考ええる。そして、訪問看護の導入が見送られたことで、退院後に医療者に相談できる場を失い、日常生活を問題なく送ることができるのかという不安を感じたと考えられる。妻は、A氏が入院する前から、有症候性尿路感染症を発症した経緯があったことから、A氏の膀胱癌に関連するトラブルとして、不安を感じていた可能性が考えられる。入院前後から生じていた数多くの負担が妻の中で解決されないまま、退院に向けて準備を進めていた。その結果、妻は退院当日まで不安を抱えて精神的な負担が大きくなっていったと推察する。大野は、家族の不安は表出されず、孤立感、無力感を経験している場合もあります。退院に向けた支援は、患者の生活再構築はもちろんですが、患者を支える家族員を患者の背景としてとらえるのではなく、一体として関わる必要がある³⁾と述べている。このこと

から、入院中から妻の不安を緩和するために、看護師が妻にとって安心できる存在となる必要が求められた。しかし私は、A氏が退院後の生活で不安にならないようなストーマケア指導と退院指導を行う必要があると考えており、患者と家族である妻を分けて捉えていたことで、妻への配慮が不足していた。妻もA氏と一体と捉え、A氏を支えるために妻の不安にも目を向け、妻の具体的な不安を軽減する為の対話と対策を装具交換の早期から重ねるべきであったと考える。また茂野らは、入院中に、「基本的ストーマケア」、「社会における行動」を重視した指導を行い、退院後も継続した支援・サポートを行うことにより、退院後のストーマ保有者の不安を軽減し、QOLを保つことができる可能性が示された⁴⁾と述べている。A氏はストーマケアを、体型や手技の問題からA氏自身が実践できなかった。そして社会における行動として、トラブル発生時の他者への協力の依頼の可否、自身でのストーマセルフケアに関する情報収集能力、外出時の注意点の理解度などが不足していたことによって、妻の不安が払拭することができなかったと考える。退院後は、A氏と妻で問題を解決する必要があり、皮膚・排泄ケア外来を受診することは可能だが、自分たちで問題解決するための方法がないことに不安を抱いていたことが推測できる。そのため、皮膚・排泄ケア外来を受診すること以外に、インターネットを用いた問題の解決方法や、患者会、ストーマ装具販売店の紹介を行っていくことが必要だったと考える。

最後に、不安が強いストーマ保有者とその家族への退院支援のあり方について考察する。土田らは、専門外来における皮膚・排泄ケア認定看護師の存在意義のインタビューとして、自分のことをわかってきている専門の窓口として存在する意義、継続的なかわりができること⁵⁾と報告している。A氏と妻は退院時に、装具からの尿漏れやストーマケアへの不安、水疱が破綻した創部の経過の不安、ストーマケアの一部を担う妻の不安、装具が決定していなかったことによる装具の評価が不十分で不安があったと推測する。通常、皮膚・排泄ケア外来の初回受診は、患者のセルフケアの評価やその指導、合併症の有無の観察、ストーマ外来受診の計画を立案していくことが役割であるため、退院後1ヶ月頃であることが多い。しかしA氏と妻の不安が強いため、A氏の退院支援としてこれらの不安を解消または軽減することを目的に、皮膚・排泄ケア外来の早期受診を取り入れたことはA氏と妻の不安の軽減に大きく寄与したと考えられる。実習が終了となったため、皮膚・排泄ケア外来受診時の様子から評価することはできない。しかし、早期受診によって、皮膚・排泄ケア認定看護師から専門的な評価を受けることができ、ストーマケアの相談や、定期的なサポートを受けることができる窓口となるため、A氏と妻の不安に対処することが可能になったと考える。藤野らは、家族のサポートは術後のQOLに影響するため、家族の状況に応じたサポートを支える看護が重要となる⁶⁾と述べている。妻一人がA氏を支える状況はさらなる精神的負担を生じさせる可能性がある。家族へのサポートとして、妻のみではなく、長男と次男にも装具交換に同席を依頼し、装具交換の方法を共有して、家族全体でサポート体制を構築することが必要であり、家族全員を対象とした支援が患者と家族双方の安心感を高めると考える。長谷部らは、ストーマケアを担うことで家族の関係性を維持し、生活への順応を支えていることが示唆された⁷⁾と述べている。A氏を妻と共にサポートできる人が増えることで妻自身の不安や負担が軽減し、ストーマを保有する患者の家族関係の維持としても、妻以外の家族へのアプローチも必要であったと考える。

おわりに

今回の事例を通して、家族を患者の背景として考えるのではなく、患者と家族を一体として捉える視点が必要であることを実感した。これまでの自身の経験から、患者のストーマセルフケアの指導は

本人と配偶者に行うことが多かったが、今回のように配偶者がストーマケアに対して強い不安を抱えている場合には、他の家族も巻き込みながら配偶者の精神的負担を軽減することが求められることを学んだ。

在院日数の短縮により、不安を抱えたまま退院する患者や家族も少なくない。皮膚・排泄ケア認定看護師として、患者を全人的に捉え、入院から在宅まで継続的に関わることで、退院後の生活を見据えた支援を充実させていきたい。特に、退院支援の段階から家族と協力しながらケアの継続性を確保し、患者・家族が安心して生活できるよう努めていきたい。

謝辞

本事例報告をまとめるにあたり、多大なるご指導とご協力を賜りました指導者の皆様、実習先のスタッフの皆様、そして貴重な経験を共有してくださったA氏とご家族様に、心より感謝申し上げます。本実習を通じて得た知識と経験を今後の学びに生かしてまいります。

引用文献

- 1) 長谷部美紀, 富安眞理. 高齢ストーマ保有者とその家族の療養生活への順応過程を支える訪問看護実践. 日本在宅ケア学会誌. 2022, 26(1), 111 - 119.
- 2) 祖父江正代, 前川厚子, 竹井留美. ストーマケアにおける患者と看護師間の相互行為と自己適応との関連性. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2010, 14, 221 - 229.
- 3) 大野貴子. 自宅退院前に患者を介護していけるのかと不安になる家族へのケア. ブレインナーシング. 2013, 29(12), 1210 - 1212.
- 4) 茂野敬, 梅村俊彰, 伊井みず穂. ストーマ保有者のストーマセルフケア状況と不安、QOLとの関連. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌. 2017, 33(3), 71 - 80.
- 5) 土田敏恵, 田中秀子, 飯坂真司. WOC 領域における専門外来の現状と将来展望. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2022, 26, 4 - 5.
- 6) 藤野文代, 林かおり, 前田三枝子. 回腸導管造設患者の周手術期におけるQOLと看護壮年期女性と高齢男性膀胱癌患者2事例の検討. The Kitakanto Medical Journal. 2000, 50(4), 389 - 393.
- 7) 前掲1)

参考文献

- 1) ストーマリハビリテーション講習会実行委員編. ストーマリハビリテーション基礎と実際. 第3版, 東京都, 金原出版, 2016.

はじめに

壊疽性膿皮症は、しばしば強い局所的な疼痛を伴い、患者にとって極めて苦痛を伴う疾患である。疼痛は治療の一環として不可避であり、特に創傷治癒を促進するための創傷処置において、疼痛管理は切り離すことができない。創傷処置を行う医療者は、創傷治癒にのみ焦点を当てるだけでなく、患者の主観的な訴えである疼痛にも焦点を当てることが重要である。また、局所的な疼痛は創傷の治癒段階だけでなく、患者の心理的側面からも影響を受けるとされているため、情動的なサポートも必要不可欠である。

今回、壊疽性膿皮症により強い局所疼痛が生じ、痛みを耐えながら処置を受けている患者を受け持った。私は、局所的な疼痛緩和に重点を置き、創面環境調整を行いながら患者の苦痛を軽減することを目指した。しかし、不安や恐怖等の感情表出があり、それらの情動も疼痛の閾値に影響を与えていた可能性があると考えた。そこで、患者の言動と疼痛の程度を振り返り、疼痛と心理面への関連性と心理面への介入を行う必要性について学びを得たため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：食道癌、壊疽性膿皮症
3. 患者背景

1) 現病歴

食道癌の診断でX年8月ロボット支援下胸腔鏡下食道切除術を施行した。術後経過は良好であり、翌月に腸瘻チューブを留置したまま退院した。退院後は、腸瘻からの経管栄養の投与など、腸瘻管理は自身で行っていた。

X年10月、腸瘻刺入部の疼痛を主訴に来院し、同日緊急入院となった。腸瘻刺入部周囲に壊死組織と悪臭を伴う、辺縁が10cm以上隆起した潰瘍を認めていた。黒色と黄色が混在した壊死組織が創の全面に付着していた。来院時、皮膚転移や壊疽性膿皮症疑いで皮膚生検を実施した。本人より、3週間程前から腸瘻刺入部周囲の違和感があったが、受診のタイミングが分からず、放置してしまったと訴えがあった。

2) 受け持つまでの経過

入院後、1日2回の洗浄と精製白糖・ポピドンヨード配合軟膏(ネグミン[®]シュガー軟膏)による処置を実施していた。腸瘻刺入部周囲の潰瘍部の疼痛が強く、アセトアミノフェン200mg(カロナール[®]錠200mg)を1日600mgで開始したが疼痛コントロールは不良であった。ロキソプロフェンナトリウム(ロキソニン[®]錠)60mgを1日180mg、トラマドール塩酸塩25mg(トラマールOD[®]錠25mg)を1日100mgと徐々に鎮痛剤の種類を増やし対応していた。しかし疼痛コントロールは不良であり、主に処置時の疼痛増強を認めていた。入院後に皮膚生検の結果が分かり、悪性所見は否定された。壊疽性膿皮症の疑いが高く、外用副腎皮質ホルモン剤(アンテベート[®]軟膏)とネグミン[®]シュガー軟膏による処置が開始された。処置は看護師主体で実施していた。

3) 創の状態

サイズは11×6cmであり、入院当初より創の拡大を認めていた。創周囲に発赤、熱感、硬結があり膿性の滲出液は多量であった。創を保護するガーゼは、医療用不織布(メロリン◇)を使用していた。患者の希望により、メロリン◇の上に不織布ガーゼを置き衣服に滲出液が付着しないようにしていた。入院時に付着していた、創全面の壊死組織は、連日のデブリードマンにより除去されつつあったが、創の下側には柔らかい黄色壊死組織が残っていた。A氏は、創に触れるだけでも疼痛増強を認めていた。

4) 身体的状況

洗面やトイレは、点滴スタンドにつかまりながら自立歩行を行っていた。洗面やトイレ以外は主にベッド上で過ごされていた。起き上がるときなど、腹圧がかかる際に腸瘻刺入部の潰瘍部分に疼痛を訴えていた。

5) 心理的状況

デブリードマン終了後「さっきの処置は本当に辛かった」との発言や、夜間も眠れていない様子があった。処置への拒否言動は見られなかった。

II. 看護の実際

1. アセスメント

腸瘻からの脇漏れはなく、腸瘻刺入部の潰瘍が発生した原因は不明である。腸瘻刺入部の発赤と違和感を認めてから、短期間で疼痛を伴う壊疽性の潰瘍が拡大したこと、潰瘍を形成する他の要因がないことから壊疽性膿皮症が疑われると考える。入院後より、鎮痛剤の種類と投与量が徐々に増量されており、疼痛コントロールが不良な状態が続いていると考える。創周囲の硬結、熱感、腫脹、疼痛を認めており、創は炎症状態にあると考えられ、安静時の疼痛の原因であると考えられる。処置の際の疼痛増強は、ガーゼの剥離刺激や洗浄、デブリードマンによる刺激によるものであると考えられ、処置時の疼痛増強は患者の苦痛につながっていると考えられる。疼痛コントロール不良により、潰瘍部分の十分な洗浄、デブリードマン、軟膏塗布ができていない可能性がある。処置が不十分であることで創の清浄化が十分に図れず、創傷治癒が遅延する一因となる可能性があると考えた。潰瘍に固着しないガーゼの使用や刺激の少ない剥離方法の検討、洗浄に関しては可能な限り疼痛が増強しないよう、不必要に擦らない、洗浄液の温度などを考慮した方法を検討していく必要がある。

2. 看護上の問題

＃1 処置時の疼痛増強により十分な創面環境調整ができない

3. 看護目標

＃1 疼痛緩和をしながら創傷治癒を促進する創面環境調整ができる

4. 看護の実際

入院22日目に受け持ちを開始した。受け持ち当初の局所管理は、1日2回の洗浄とアンテベート®軟膏の塗布、ネグミン®シュガー軟膏の塗布であった。疼痛の評価はNumerical Rating Scale(NRS)を使用し、安静時と処置時に分けて評価した。患者は、メロリン◇の剥離刺激や洗浄など創に触れることで疼痛増強を認めており、NRS5～6程度とのことであった。処置中、「痛いんですけど、大丈夫です」と発言があり、ベッド柵につかまりながら痛みを耐えている様子がうかがえた。私は、処置による痛みを軽減することでA氏の苦痛を軽減できると考え、局所の疼痛軽減への介入が最優先であると考えた。メロリン◇を剥がす際の疼痛を軽減するために、ガーゼを十分

に濡らしながら剥がすこと、洗浄による疼痛を軽減するために洗浄水は微温湯を使用し、痛みの確認と声掛けを行いながら実施した。創面にぬめりがあり、スワブやガーゼを使用し優しく擦りながら洗うことでぬめりは除去され、創傷治癒は促進されたと考えた。しかし、創に触れることで疼痛増強がみられたため、スワブやガーゼを用いた洗浄は、患者にとっては適切ではないと考えられた。私は、表面麻酔を使用することで局所の疼痛緩和が得られるのではないかと考え、洗浄前にリドカイン塩酸塩ゼリー(キシロカインゼリー[®]2%)を使用することを提案した。外科医師より使用許可を得てキシロカインゼリー[®]2%の使用を開始したところ、洗浄時の疼痛軽減が得られ、指で優しく創表面を擦りながら洗浄することが可能となった。受け持ち前にデブリードマンを行っていた下側の創周囲の発赤、熱感、硬結、疼痛は軽減していたが、壊死組織が残っていた創部の右上の創周囲の発赤、熱感、硬結、疼痛は見られていた。A氏は、デブリードマンに対して「あのチョコチョコが痛いよね」と話されていた。デブリードマンに対しA氏は恐怖心を示しているのではないかと思われたが、私は、創傷治癒過程を促進するためにはデブリードマンが最優先であると考えた。そのため、特定行為看護師と相談し、創部の右上の壊死組織に対するデブリードマンを実施した。A氏は処置の際に「これ、治るのかしらね。こんなに処置していただいているのに、治ってくれないと困るわよね」と話しており、私は、A氏が創は治らないのではないかと不安を抱えていると考えた。そこで、入院時より創は改善傾向にあること、今後も、洗浄と軟膏塗布をすることで、徐々に改善すると思われることを伝えると笑顔が見られた。

受け持ち5日目、疼痛は安静時がNR S3、処置の際はNR S5、滲出液は少量であった。キシロカインゼリー[®]2%による表面麻酔を行うことで指での擦り洗いはできていたが、創面のぬめりは依然としてみられていた。創面のバイオフィルムを除去するため、指での擦り洗いのみでは不十分であると考えられた。シャワー浴での毎日の洗浄が効果的ではないかと考えたが、A氏からは創に対し「今はまだ見れないわ。怖い」と発言があったため、現時点では自身でのシャワー洗浄は困難であると考えた。特定行為看護師と相談し、疼痛増強することなく十分に創を洗浄する方法として1日1回、抗菌性創傷被覆・保護材(プロントザン創洗浄用ソリューション)の使用を開始した。病棟看護師にも使用目的と使用方法を情報共有し、統一した処置を実施することができた。

受け持ち9日目、疼痛は安静時がNR S3、処置の際はNR S4となった。壊死組織の除去や毎日の洗浄を徹底したことで、炎症が改善し疼痛軽減に至ったと考えられる。患者本人から、これまで定期的に内服していたロキソニン[®]錠を頓服にしたいとの申し出があり、患者の希望通り頓服へと変更となった。患者は「痛み止めにあまり頼りたくない」と訴えていたが、処置の際は疼痛の増強が予測されるため、処置の前だけでも内服するのはどうか提案した。患者は処置の前に鎮痛剤を内服することに理解を示した。患者、病棟看護師と相談し処置の時間を固定化し、処置の30分前にロキソニン[®]錠を内服することとした。また、疼痛が軽減していることは、創の改善を示していることを伝えると、A氏からは笑顔が見られた。

受け持ち12日目、外科医師、皮膚科医師より徐々に創の改善を認めているため、セルフケアが可能であれば退院して良いとの指示があった。A氏にその旨を伝え、退院についてどのように考えているか確認すると「来月、孫の誕生日だし帰れるのであれば早く帰りたい。けど、自分で処置ができるかが不安です。15分置く薬(プロントザン創洗浄用ソリューション)をできるかわからない。自分のことだし、やれるなら自分で処置をしなければと思う。私にもできるような処置であれば帰りたいけど・・・」との発言があった。退院の希望はあるが、自身での処置の継続に不安がある様子であった。このような発言から、A氏は、退院後に行うセルフケアに関する知識が不足して

いることで、退院後の生活がイメージできていないのではないかと考えた。入院を継続するか、セルフケアを習得し自宅退院するか、A氏自身が意思決定をすることが出来るよう、創傷処置に関する十分な情報提供や不安の表出を促し、意思決定を支援していく必要があると考えた。よって、新たに#2 創傷処置方法の情報提供不足により患者の望む生活を送ることができない可能性がある、看護目標#2 セルフケア方法を知ったうえで患者本人が今後の生活について決めることができる、と立案し介入を開始した。セルフケア支援を行う前に、A氏の退院への思いやセルフケアをするうえで不安の傾聴を行った。A氏の思いは、「退院後は週一回でも訪問看護師が来て、傷の状態を見てくれるのなら安心」、「傷の処置は、シャワーで洗浄して軟膏を塗るくらいならできると思う。実際にやってみないとわからないので入院中に練習したい」、「毎日シャワーは浴びないといけないのだろうか。冬であり、脱衣所で処置をしている間の寒さが不安。一人暮らしなので風邪をひくのは困る」「年金暮らしであり経済的な不安はある」とのことであった。A氏の思いを踏まえて退院後のセルフケアについて、特定行為看護師、皮膚科医師、病棟看護師と相談した。主に、洗浄頻度と使用するガーゼについて検討した。皮膚科医師からは、ステロイド外用剤を使用しているため感染リスクを考慮すると毎日の創洗浄が望ましいが、困難であれば2日に1回でも良いとの指示であった。創保護に使用するガーゼに関して、現在メロリン[◇]を使用しているが、コストの問題があり、A氏にとって経済的負担になることが考えられた。退院後に使用するガーゼについて、以下のような情報提供を行った。現在、看護師の手技で毎日創洗浄を実施しているが、創表面のぬめりは減少してきており、メロリン[◇]への固着は軽減している。退院後も1日1回の洗浄を継続することで、創面のぬめりはさらに減少し、滅菌ガーゼによる保護でもガーゼへの固着は軽減するのではないかと考える。しかし、2日に1回の創洗浄とすると、創面のぬめりの増加が考えられ、ガーゼへの固着が予測される。固着することで疼痛の増強や出血のリスクがあるため、その場合はメロリン[◇]の使用が望ましいと考える。A氏は「自分で工夫して、シャワーできるかもしれないね。入院中に毎日シャワーを浴びて練習してみようかな」との発言があり、翌日から毎日のシャワー浴による洗浄を開始した。A氏は、創のセルフケアを意欲的に実施することが出来ていた。

受け持ち15日目、創の安静時痛はNR S0、処置の際はNR S2であり疼痛は軽減していた。洗浄後、創面のぬめりはなく、効果的な洗浄を実施できていた。創周囲の発赤、熱感、硬結、疼痛はなく、創サイズは10×5cmと縮小傾向にあり、創縁からの上皮化がみられた。連日のシャワー浴により創の改善がみられていることを伝えると、A氏からは笑顔が見られた。A氏からは「ちゃんと洗ってきました。左側の小さいところがまだ少しだけ痛いかな」と発言があり創を自身で観察することでできていた。

受け持ち18日目、A氏はシャワーによる洗浄から、ガーゼの貼付まで、一連の流れを自身で実施することができていた。疼痛は安静時NR S0、処置の際はNR S1であった。創のサイズは9.5×4.5cmと縮小傾向となった。

Ⅲ. 考察

創傷治癒を促進するためには、適切な処置を行う必要があるが、処置を優先することで疼痛が増強する可能性がある。局所処置と疼痛のバランスが取れた状態が望ましく、そのためには局所の疼痛軽減が重要であると考え。壊疽性膿皮症に対し、疼痛緩和を図りながら実施した創傷処置促進のための自身の介入が適切であったか、処置に伴う疼痛管理の過程や、不安を抱える患者との関わりについて考察する。

まず、処置に伴う疼痛管理について考察する。壊疽性膿皮症診療の手引きでは、壊疽性膿皮症の疼痛は炎症及びそれによる深い潰瘍によるところが大きい。適切な処置による局所の炎症のコントロールが疼痛の軽快につながる。局所の処置は通常の潰瘍と同様に湿潤環境を保ち、感染予防の観点から洗浄を行い、適切な外用剤、創傷被覆材を用いる。壊死組織が付着している場合は丁寧に剪刀で除去する¹⁾と記載されている。A氏の場合、壊死組織が付着している部分に強い疼痛を訴えていたため、この疼痛は主に創の炎症による影響が大きかったと考えられる。また、創や創周囲の皮膚に触れることでも疼痛が増強されたため、洗浄やデブリードマンという創傷衛生の実践が困難となる可能性があった。私は、効果的な洗浄を行うために、微温湯を使用した洗浄、表面麻酔を使用し表面を愛護的に擦りながら行う洗浄、そしてプロントザン創洗浄用ソリューションを使用した洗浄を行った。A氏は、微温湯や表面麻酔を使用した洗浄では疼痛の増強を訴えており、創表面のバイオフィルムを除去するような効果的な洗浄ができなかった。しかし、プロントザン創洗浄用ソリューションを使用した際は、創表面のバイオフィルムを除去することができ、洗浄中の疼痛増強は見られなかった。プロントザン創洗浄用ソリューションは、創部を擦ることや多量の流水で創部を洗い流す必要がないのが特徴である。A氏の場合、創表面のバイオフィルムを除去するために創部を擦ることが必要であったが、擦ることが疼痛を増強させていた。従って、擦り洗いが不要となるプロントザン創洗浄用ソリューションを用いた洗浄方法は、A氏にとって苦痛の少ない洗浄方法であったと考える。また、栗原は、プロントザンはこのバイオフィルムを制御するとされ、それにはプロントザンに含まれる2つの成分、界面活性剤ベタインおよび抗菌成分ポリヘキサニドが関係している²⁾と述べている。A氏の腸瘻刺入部周囲の壊疽性膿皮症は、炎症期が遷延した状態であったと推測され、炎症が遷延していることで疼痛が長引いていたことが推測される。プロントザン創洗浄用ソリューションの使用は、局所の疼痛緩和を図りながら、創のバイオフィルムを効果的に除去し、壊疽性膿皮症の創傷治癒過程を促進することにつながったと考える。

次に、局所の疼痛による不安が強い患者との関わりについて考察していく。河田らは、痛みが起こるのではないかという不安により、結果的に疼痛閾値が低下する³⁾と述べている。このように、不安が疼痛閾値に影響してくることを考慮すると、A氏は不安、恐怖という情動により痛みの閾値が低下し、より苦痛を感じていた可能性があると考えられる。従って、処置時の疼痛に伴う不安を軽減する関わりが必要であったと考える。A氏はデブリードマンによる疼痛増強への不安や恐怖、また、「治るのかしら」という創の経過への不安を示唆する発言をしていた。これらの不安や恐怖という情動面に対しても介入することで、局所の疼痛緩和につながったのではないかと考えた。A氏は一度デブリードマンを経験しており、デブリードマンに対し、「あのチョコキチョコキが痛い」「さっきの処置(デブリードマン)が本当に辛かった」と繰り返し話していたことがあった。A氏はデブリードマンを行う際、以前経験した痛みを想起し、またあの痛みを感じるのではないかという不安や疼痛増強への恐怖があったのではないかと考える。私は、A氏の「本当に辛かった」という発言から、デブリードマンはA氏にとって思い出したくないほどの辛い体験であったのではないかと考え、A氏とのコミュニケーションの中で、デブリードマンの話題を出すことを避けた。そして、疼痛緩和を図りながらデブリードマンを実施する方法として、A氏の痛みを確認しながら少量ずつのデブリードマンを実施すること、表面麻酔を使用し、可能な限り除痛を図りながら行っていくことを計画していたが、A氏本人に計画の詳細を説明することはしていなかった。処置時の疼痛に伴う不安について、松崎らは、疼痛管理計画についてあらかじめ説明して疼痛の不安を取り除いたうえで手術を行う⁴⁾としている。このアプローチは、手術だけでなく侵襲的処置であるデブリードマンにも同様のことが言えると考え。疼

痛軽減のための計画を丁寧に説明することは、A氏の疼痛に対する共感を示すことにもつながり、A氏のデブリードマンに伴う不安を軽減するために、不可欠な介入であったと考えられる。

壊疽性膿皮症の臨床的特徴として、急速に遠心性に拡大する、始まりは無菌性小膿疱、小丘疹、水性水疱だが、急速に潰瘍化し周囲へ拡大していくことが挙げられる。A氏の創も最初は発赤程度であったが、次第に潰瘍化し、3週間ほどで拡大していた。A氏は「最初は少し赤いだけだったのよ。これ治るのかしらね。治ってくれないと困るわよね」と発言しており、急速に創が拡大したことへの恐怖や、疼痛があることにより今後の創の経過に対する不安を抱えていた。私は、入院時と比較し、創は改善傾向にあることを伝えることで、創の経過に対するA氏の不安は軽減されたと考えた。そこで、創が改善傾向にあることを口頭で説明した。さらに、実際に見ることで創の改善をより実感しやすく、不安が軽減されるのではないかと考え、見ることを促した。口頭での説明に対し、A氏からは笑顔が見られたが、創を実際に見ることはしなかった。創の状態を伝えることは、A氏の創の経過に対する不安に対し適切な介入であったと考える。しかし、A氏の反応から、視覚的なアプローチは適切ではなかった可能性がある。痛みと情動が関係する原因について、河田は、扁桃体が痛みの伝達経路に関わっており、不安や恐怖といった情動ストレスを情報として統合する重要な部位であり、痛みが存在していれば痛みの情動的評価が増強される⁵⁾と述べている。このように、疼痛と不安や恐怖という情動が相互に関連していることを踏まえると、疼痛がある時期は創への恐怖心も強い時期であったと考える。従って、この時期に創を見てもらうという介入は、A氏の恐怖心をさらに助長するものであった可能性がある。患者の個別性や創の治癒段階を考慮し、視覚的アプローチがその患者にとって妥当であるかを見極めて、創に関する情報提供を行うことが望ましいと考える。

創傷のある患者は様々な不安を抱えている。今回の事例を通し、創傷の治癒段階に応じて疼痛の程度は変化し、それに伴い不安や恐怖の大きさも変化することが示唆された。特に、炎症期は疼痛があり増強する時期であり、より不安や恐怖を抱きやすいと考える。従って、この炎症期を遷延させない処置方法の検討が必要となる。今後、疼痛の伴う処置を行う際は、患者の些細な言動を見逃さず、創傷治癒段階と情動面をアセスメントし、適切な段階で必要な声掛けや情報提供を行い、疼痛緩和への介入を行えるよう経験を積んでいく必要がある。

おわりに

創傷治癒を促進するためには、疼痛を伴う処置が必要となる場合が多く、その際に疼痛を完全に除去することは困難である。しかし、皮膚・排泄ケア認定看護師として、患者が体験する痛みを最小限に抑えるために、痛みの軽減方法を検討し、さらに不安や恐怖といった情動面にも配慮した介入が求められる。今後、疼痛を伴う処置において、疼痛と不安や恐怖という情動が相互に関連していることを意識し、心理面に対しても目を向けた介入をすることが求められると考える。

謝辞

今回の実習において、多くの学びを与えてくださったA氏に感謝申し上げます。また、ご多忙の中、暖かくご指導をくださいました実習指導者様、ならびにケアにご協力いただきました特定行為看護師様、病棟スタッフの皆様にご感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 山本俊幸. 壊疽性膿皮症診療の手引き 2022. 日本皮膚科学会診療の手引き. 日皮会誌. 2022,

- 132(6), 1430-1431.
- 2) 栗原里美. プロントザン[®]使用による患者側・医療者側の負担軽減について. 創傷 13. 2022, 151.
- 3) 河田浩, 細井昌子. 痛みの不安とそのマネジメントー心療内科の視点 臨床精神医学. 2010, 39(4), 459.
- 4) 松崎恭一. 創傷治療と疼痛ケア. 創傷 I (2). 2010, 64.
- 5) 前掲 3). 458.

参考文献

- 1) 山本俊幸. 壊疽性膿皮症診療の手引き 2022. 日本皮膚科学会診療の手引き. 日皮会誌. 2022, 132(6), 1415-1440.
- 2) 野末聖香. リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために. 東京, 医歯薬出版株式会社, 2017, 96 - 102.

はじめに

高齢者は、加齢に伴い皮下脂肪や筋肉量が低下するため骨突出がおこり、圧迫がかかりやすい。また、皮膚は菲薄化や扁平化、弾力の低下、ドライスキンとなりバリア機能の低下や脆弱化がおこり、ずれや圧迫に弱くなる。さらに、嚥下機能や味覚、消化吸收機能の低下により、栄養不足となりやすい。そのため、高齢者は褥瘡が発生しやすく、発生すると治りにくいと言われている。また、寝たきりの高齢者では、自力体位変換困難、低栄養、廃用性萎縮、スキンケア困難などによりさらに褥瘡が発生しやすい。浅田は、リスクアセスメントによって導き出された患者個々がもつ要因に対して必要なケアを立案し、実施することが重要となり、褥瘡悪化の予防・治癒環境を整える治療の一貫として重要である¹⁾と述べている。高齢者の褥瘡発生には様々な要因が影響しているため、褥瘡発生時は、なぜ褥瘡が発生したのか要因を探りケアや治療を行っていく必要がある。

今回、術後寝たきりとなり仙骨部と尾骨部に褥瘡が発生した超高齢患者を受け持った。褥瘡の発生要因を頭側挙上による摩擦とずれとアセスメントし、摩擦とずれ予防のため、統一した方法での頭側挙上と背抜きを計画し、実施した。結果として、統一したケアの実施には至らなかったが、尾骨部の褥瘡は治癒、仙骨部の褥瘡は縮小した。この関わりから、褥瘡が縮小した要因を考察し学びを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 90歳代 女性
2. 診断名：小腸イレウス、創哆開、たこつぼ型心筋症、左下肢虚血性潰瘍
3. 患者背景

1) 現病歴

X年7月便秘、嘔吐を主訴に受診し、小腸イレウスと診断され加療目的で入院となった。8月上旬に小腸切除術を施行したが、術後、腹部正中創の創哆開と膀胱穿孔が起こり、9月中旬に腹部皮膚縫合閉鎖、膀胱穿孔部縫合閉鎖術を再度施行した。しかし、再び腹部正中創の創哆開が起こり、連日主治医により処置を行っていた。

術前精査で、たこつぼ型心筋症が指摘された。術後、心不全となり腎機能が低下したことで、全身状態は不良となった。そのため臥床時間が長くなり、ベッド上寝たきり、自力体位変換は不可能となった。さらに、認知機能も低下し、入院時には会話は可能であったが、次第に発語もなくなり、声掛けに対して視線を向けることはあったが、意思疎通は困難な状態だった。

また、入院時に左下肢第1趾～4趾に潰瘍形成があり、下肢エコー上では、左大腿動脈分岐部の閉塞、右後脛骨動脈の狭窄が認められていた。虚血性潰瘍のため、徐々に左下肢足趾から黒色壊死が生じ、足関節まで不可逆的な組織変化が進行していた。下肢切断はせず保存療法を行う方針となり、連日潰瘍部に対して処置が行われていた。また、10月に新たに右下腿に潰瘍が形成され、11月上旬には仙骨部と尾骨部に褥瘡形成がみられた。

2) 既往歴

15年前に高血圧、10年前にS状結腸穿孔のためハルトマン手術を受け、S状結腸ストーマを

造設している。

3) 受け持つまでの経過

① 仙骨部と尾骨部の褥瘡の状態

褥瘡予防に関しては、OHスケール7.5点で、圧切替交換型多層式マットレス(マイクロク
ライメイト ビッグセル アイズ)を使用していた。円背や著明な骨突出はなかった。自力体位
変換が不可能なため、看護師が全介助で体位変換を実施していた。

褥瘡の大きさは、仙骨部は $2.5 \times 1.5\text{cm}$ 、尾骨部は $2.0 \times 1.5\text{cm}$ であり、DESIGN-R[®]2020の
評価では、仙骨部、尾骨部どちらもDU-e3s3i0g0N3p0:9点であった。滲出液は少量で、一部
黄色軟性の壊死組織がありスルファジアジン銀(ゲーベン[®]クリーム1%)を塗布しガーゼ保護
をしていた。

② 下肢潰瘍の状態

両下肢潰瘍部は、感染所見はなく、創面全体が滲出液の少ない柔らかい黄色壊死組織に覆わ
れていた。連日、洗浄とゲーベン[®]クリーム1%を塗布しガーゼ保護をしていた。また、両下
肢に体圧分散、摩擦予防目的のため、床ずれ防止ブーツ(ヒーリフト・スムースブーツ)を装着
していた。ヒーリフト・スムースブーツは、装着方法を統一するために、ベッドサイドに写真
付きで装着方法が掲示されていた。

③ 栄養状態

身長は137cm、体重は42.2kg、ボディマス指数(Body Mass Index: BMI)は $22.5\text{kg}/\text{m}^2$ で
あった。採血データは血清アルブミン値 $1.9\text{g}/\text{dL}$ であった。食事は術後嚥下困難となり、経
鼻経管栄養より半消化流動食(MA-ラクフィア1.0)の $300\text{ml}/300\text{kcal}$ を1日3回注入して
いた。経管栄養後に嘔吐があったため、主治医の指示で頭側挙上40度にて1時間で注入して
いた。

④ 排泄状態

排尿は、尿意訴えることができず失禁のためおむつを使用し、排便はストーマから排泄して
いた。

⑤ 家族背景

A氏は次女と2人暮らしをしていた。入院以前より介護度2と、日常生活に介護が必要な状
況であったため、同居の次女から食事介助などの介護やストーマ管理の支援を受けながら過ご
されていた。長男は県外、長女と次男は県内に居住している。次女は職場が近く、入院後もほ
ぼ毎日面会していた。

術後、主治医より次女と次男に対して、全身状態が不良であり、今後透析治療が必要になる
可能性があることや、左下肢の血流障害のため下肢切断の可能性あることを説明がされた。
その際次女は、「あんなにかわいい母がこんな状態になってかわいそう」「こんなに足が悪くな
っているなんて思いませんでした」「足を切るか決められない」と話していた。最終的に下肢
切断はせず、保存療法を希望された。その後、面会時に痰がらみが気になるため去痰薬を出し
てほしいという要望や、ヒーリフト・スムースブーツの装着方法が看護師によって違うことを
看護師に伝えていた。また、下肢の処置を見学することもあった。

また、次女からは退院後の生活について、今後も一緒に暮らしていきたいとの希望が聞かれ
ていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

仙骨部と尾骨部の褥瘡は加齢による皮膚の脆弱化、低栄養状態であること、おむつの使用による湿潤環境や尿失禁による化学的刺激、除圧不足が原因と考える。そのなかでも、経管栄養実施時の頭側挙上により摩擦とずれが生じていること、背抜きをしていないことでずれを排除できていないことが褥瘡の一番の発生原因であると考え。さらに、頭側挙上が40度のため、仙骨部と尾骨部に摩擦とずれが生じやすい状態であることも要因であると考え。また、頭側挙上による摩擦とずれや低栄養状態などが続くことで、創傷治癒遅延や褥瘡の状態が悪化する可能性があると考え。そのため、摩擦とずれに対しては、病棟で統一された対策を行っていく必要があると考え。頭側挙上により、踵部の褥瘡発生リスクもあったが、褥瘡は発生していない。ヒーリフト・スームスブーツの装着は体圧分散や摩擦予防の効果が、正しく装着できるよう写真を使用し、注意点を病棟看護師間で共有したことで、効果的な使用ができ褥瘡発生を予防することができたと考え。

局所処置は、感染所見がなく、滲出液の少ない壊死組織がある褥瘡に対してゲーベン®クリーム1%を使用中である。これは、補水効果と壊死組織の融解を期待して使用していると考えられ、適切な軟膏が使用されていると判断した。

左下肢の潰瘍は左大腿動脈分岐部の閉塞による下肢血流障害により生じたものと考え。下肢血流障害は未治療のため、今後さらに潰瘍悪化や不可逆的な組織変化が進行することが考えられる。潰瘍部は、滲出液の少ない壊死組織であったため、壊死組織融解と感染制御目的でゲーベン®クリーム1%が使用されていると考え。しかし、寝たきり患者の虚血による潰瘍の治療として、感染管理をしながら壊死部の乾燥させる必要があるため、補水作用を持つゲーベン®クリーム1%ではなく、感染制御と吸水作用を持つ軟膏を使用することが妥当と考え。右下腿の潰瘍は、心不全による浮腫や加齢による皮膚の脆弱化、外旋による圧迫、自力で除圧ができないことや、血流障害により発生したと考え。潰瘍部は滲出液が少なく黄色の壊死組織が残存していることから、補水効果と壊死組織の融解が期待できるゲーベン®クリーム1%による処置が行われていると考えられ、適切な軟膏が使用されていると判断した。

次女は、頻回に面会をしていることや、今後も一緒に暮らしていきたいと考えていること、下肢切断に対してかわいそうと発言していることから、母親への思いが強いと考えられる。A氏は認知機能の低下があり、自身の意志を示すことができず、家族が治療の選択をしなければいけなかった。また、入院が長期になっていることや、次女の知らない間に左下肢の壊死が進行していたこと、右下腿や仙骨部と尾骨部に新たな潰瘍形成をしていること、認知機能の低下に伴い発語が聞かなくなるなど、母親の状態がこれまでと大きく変化していることが、次女にとって不安や負担となっていると考え。そのため、全身状態に変わりはないか確認したり、処置の見学や希望を伝えたりすることで次女は不安を軽減しようとしていたのではないかと考える。

2. 看護上の問題

- #1 摩擦とずれにより褥瘡が発生している
- #2 長期入院、身体変化などにより家族の不安、負担が大きい

3. 看護目標

- #1 摩擦とずれを予防し褥瘡が縮小する
- #2 家族が不安、疑問を表出できる

4. 看護の実際

看護上の問題#1について、褥瘡発生後6日目より受け持ちを開始した。まず、その日の受け持ち病棟看護師2名に背抜きの実施状況を確認したところ、実施していなかったことがわかった。そこで摩擦とずれを排除するために、すぐに背抜きを実施する必要があると考え、病棟看護師へ頭側挙上時の注意点と背抜きの必要性和方法について説明をした。実演しながら、ポイントとして①ベッドのリクライニングポイントと患者の大転子部の位置を合わせる②下肢側から挙上する③頭側挙上をし、30度右側臥位にする④ポジショニンググローブを使用し、背部から臀部、臀部から大腿部の圧抜きをすることを病棟看護師へ口頭で説明し、実施してもらうように依頼した。その3日後、病棟看護師に実施状況を確認したが、頭側挙上や背抜きの方法、ポジショニンググローブの使い方について周知されていなかった。そのため、統一したケアを実施できるように、再度背抜きの方法を実演しながら説明し、その後病棟看護師にも実施してもらい、正しく出来ているかを確認した。また、頭側挙上と背抜きの方法、背抜きのタイミングなどについては手順表を作成し、病棟看護師が見ながら実施できるようにした。頭側挙上の方法は①ベッドのリクライニングポイントと患者の大転子部の位置を合わせる②下肢側を10度～15度挙上する③頭側を40度挙上する④30度右側臥位にする⑤ポジショニンググローブを使用し、肩の下から背部へ手を入れ、背部をマットレスから離すように手を滑らせ、背部から臀部、臀部から大腿部の圧抜きをする、とした。頭側挙上は、電動ベッドのリモコンに挙上角度が表示されるため、リモコンの表示を参考にして医師の指示である40度に挙上してもらった。また、頭側挙上から臥位に戻った時も、背部から臀部の圧抜きをすることや、体位変換のたびに圧抜きをする事が、褥瘡の悪化や新たな褥瘡発生の予防となることも記入し、説明した。経験の浅い病棟看護師には、ケアを実演し必要性和手順を説明した。その後2日に1回程度、昼の経管栄養実施時に頭側挙上と背抜きの実施状況を確認した。計画通りに実施できている病棟看護師もいたが、頭側から挙上したり、適切に背抜きが行われていない場合もあった。適切に実施されていない場合は、その都度口頭で説明したり、私が実演し見てもらうことで、ケアの統一を図るように努めた。また、褥瘡の局所処置を病棟看護師とともに実施し、褥瘡の評価も行った。さらに、病棟看護師に背抜きを実施してもらい、その前後で仙骨部の体圧測定をし、変化をみてもらった。褥瘡発生後15日目、尾骨部の褥瘡は治癒し、仙骨部の褥瘡のサイズは2.0×1.5cmへ縮小していた。病棟看護師と褥瘡が改善していることを共有した。その後も、2日に1回程度、日々変わる受け持ち病棟看護師と一緒に、局所処置や頭側挙上、背抜きを実施した。また、病棟看護師と共に週に1回DESIGN-R®2020を評価し、カルテにも記載することで、その日の受け持ち看護師以外とも情報を共有できるようにした。さらに、ケアに同席した際には、褥瘡が改善しているのは、病棟看護師により適切な処置やケアが行われている成果であることを伝えるよう努めた。

また、A氏のプライマリナースを含めた病棟看護師と摩擦とずれの予防対策についてカンファレンスを行った。私から摩擦とずれ予防の必要性和ケアの方法を説明し、提案したケアが実施可能な内容かを確認した。また、統一したケアを行っていくためにはどのようにするとよいかを相談した。病棟看護師からは、頭側挙上と背抜きの方法について、病棟ではカルテ内に、ケアを入力する欄が決まっているため、そこに頭側挙上と背抜きの方法について入力するとより統一して出来るのではないかという意見があり、カルテに入力することにした。また、何度か大腿部におむつによるスキン-ケアが発生したことがあり、心配の声が聞かれた。尿失禁に対して、おむつの当て方を話し合い、両面吸収パッドの使用は家族への経済的な負担を考慮し使用せず、尿パッドの吸収面を山折りにし、陰部に密着させるように調整した。また、テープ付きおむつの立体ギャザーをしっかりと

立て鼠径部に沿うように装着したうえで、テープを止める。さらに、装着後はおむつと大腿部に手を添え、鼠径部のギャザー部分と皮膚に生じる圧迫やずれを解消するように調整した。

介入を継続しているものの、病棟看護師の頭側挙上や背抜きの実施状況は、下肢側から挙上せずに頭側から挙上をしたり、臀部まで手をスライドさせることができなかつたり、背抜きを実施することを忘れていて声かけが必要な場面もあった。

計画した内容で統一したケアは行えなかったが、褥瘡発生後 21 日目、仙骨部の褥瘡は壊死組織が改善し深さは真皮までの損傷と分かった。サイズは $1.5 \times 0.8\text{cm}$ に縮小し褥瘡の改善を認めた。

看護上の問題 #2 についての介入では、受け持ち初日、次女が面会時に A 氏の上肢を動かしていた。「体が固まらないように、時々リハビリやマッサージをしたり、一緒にテレビを見たりして少しでも良くなればと思っている」と話してくれた。別の日には、病棟看護師とともに下肢の処置を実施している際に、次女が面会に訪れ、処置の様子を見学した。処置を見てもらいながら、行っている処置の内容や、創部の状態が先週と変わらないことを伝えたところ、次女は「よかった」と安心した様子で話していた。

その後、受け持ち 8 日目の褥瘡回診時に、左下肢の創部から悪臭があった。そのため形成外科医師は、感染のリスクから左下肢の切断の検討が必要と考え、皮膚科医師や外科医師と今後の治療方針について確認していくことになった。また、グーベン®クリーム 1% の使用が妥当か形成外科医師と相談し、壊死部の乾燥を促すため中止となった。翌日、次女の面会時に、皮膚・排泄ケア認定看護師から左下肢の状態について説明があった。壊死部を乾燥させていく方針となり処置が変更になったこと、悪臭があるため感染の可能性がある、全身への感染のリスクを考えて下肢切断の検討が必要であること、治療については医師同士で相談していくことが伝えられた。次女は、「外科の先生は感染は大丈夫って言うんだけど・・・」と落ち込んだ様子を見せた。その後も次女は、処置と面会のタイミングが合えば見学を希望され、処置の様子を確認された。見学時には、気になっていることはないか声を掛けるとともに、創部の状態は悪化がないことや、発熱はしていないことなどを伝えた。次女は、「悪くなってなくてよかった。心配ですね」と話していた。その後、左下肢の治療方針に関しては、形成外科医師、皮膚科医師や病棟看護師と話し合い、発熱はなく、悪臭も改善し、創周囲の感染徴候がないことから、年齢や全身状態を考慮し、下肢切断せず乾燥させていく方針となった。翌週の褥瘡回診時、次女が面会中であり、下肢の状態について質問があった。皮膚・排泄ケア認定看護師より、「下肢は 1 週間前と比べ悪化はなく、処置を継続していく」と説明があり、次女は「よかったです」と安心された表情を見せた。また褥瘡の状態について、私から「新たな褥瘡発生はなく、尾骨部の褥瘡は治癒し、仙骨部の褥瘡は大きさが少し縮小している」と伝え、次女は「よかった」と話された。日々の処置を見学し、随時状態を直接確認できたことや、気になる点を聞いたこと、さらに尾骨部の褥瘡が治癒し 1 つ創傷が減ったことが、次女の不安を軽減することにつながったと考える。

III. 考察

今回、A 氏の褥瘡の縮小を目標として、頭側挙上と背抜きについて統一した方法で実施する計画を立案したが、統一した方法を周知するまでには至らなかった。しかし、尾骨部の褥瘡は治癒し、仙骨部の褥瘡は縮小した。褥瘡が縮小した要因について考察する。

褥瘡のケアには、体圧分散、局所治療、スキンケア、栄養管理があり、これらの中で褥瘡発生の要因となっているものを取り除くことが求められる。体圧分散に求められるケアとして、体圧分散寝具

の使用や適切なポジショニング、定期的な体位変換による除圧、摩擦とずれの排除などがある。A氏の一番の褥瘡発生原因は経管栄養時の頭側挙上によりずれが生じ、背抜きをしていないことでずれが排除されていない事であると考えられた。岡田は、頭側挙上の際、仙椎部と仙尾部に加わる「ずれ力」が褥瘡発生の大きな要因となる。ベッドアップ30度とし、ベッドの屈曲に身体を合わせ、背抜きや足抜きで「ずれ」を回避する²⁾と述べている。このことから、A氏に頭側挙上を行う際に、ベッドのリクライニングポイントと関節の屈曲の位置を合わせてから頭側挙上を行い、その後に背抜きを行うケアを計画し、病棟看護師に実施してもらったことは、摩擦とずれを排除するために必要なケアだったと考える。局所治療では、創傷治癒過程の促進のためのケアが必要となる。肉芽形成に必要な局所環境として、壊死組織が存在しないことと感染や炎症がないことがあげられる。壊死組織の存在は炎症が慢性的に遷延し、肉芽形成が阻害され創傷治癒過程を遅延させる原因となるため、壊死組織の除去への介入が必要となる。A氏の褥瘡は感染や炎症所見はなく、滲出液が少ない壊死組織が存在していた。壊死組織融解作用のあるゲーベン[®]クリームを用いたケアは適切な局所治療が行えていたと推測される。スキンケアでは、洗浄、保湿、保護、余分な水分の除去を行う必要がある。尿失禁、便失禁は湿潤の原因となるため、臀部の皮膚を保護することが必要となる。A氏はストーマから排泄していたため、便による褥瘡部や周囲皮膚が汚染させることはなかった。尿失禁に対しては、連日局所ケア時に陰部洗浄と保湿が行われ、褥瘡悪化の原因を排除するケアができていたと考える。栄養管理では創傷治癒過程に必要な栄養素の補給が必要となる。今回、栄養士と経管栄養の内容について相談はしたが、変更や追加をするまでの介入はできなかった。A氏のように低栄養状態の患者に対して、病棟担当の管理栄養士や栄養サポートチームと連携して、必要エネルギー量やタンパク質などの必要な栄養素の補給のために、栄養剤の変更や追加などを検討することも重要なケアであったと考える。

これらのことから、一番の発生原因であった摩擦とずれへの介入をはじめ、壊死組織の除去や便による汚染の防止、尿失禁による汚染に対してスキンケアの実施といった、褥瘡の治癒を阻害する要因を除去できていたことが、A氏の褥瘡の治癒や縮小につながったと推測する。

統一したケアができなかった要因について考察する。今回、頭側挙上は下肢側から挙上すること、背抜きを実施することなど統一したケアを計画したが十分に周知することはできなかった。ケアの周知のために文書のみの手順表を用いたが、文書だけでは具体的なケアの方法をイメージしにくく、実施方法にばらつきが生じやすい。その結果、実施方法にばらつきが生じ、統一したケアの周知には至らなかったと考える。病棟では、ヒーリフト・スムースブーツの装着に関して、統一した装着ができなかったため、写真を撮り、ベッドサイドに掲示することで、統一できるようになっていた。このことから、写真を使用するなど病棟看護師が見て実践できる方法を取り入れることで、統一したケアにつながれたのではないかと考える。特に今まで、背抜きを実施したことがない、経験の少ない病棟看護師には、文書だけでは理解することが難しかったと考えられる。このように経験の少ない看護師に対しては、写真や図を効果的に使用するなど、誰もが見て実践できる手順表の作成が求められると推測する。

しかし、統一したケアを周知できなかったが、褥瘡が縮小することはできた。その要因について考察する。頭側挙上は、頭側から挙上すると尾側にずれが生じるため、先に下肢側から挙上しずれを軽減する必要があると言われている。そのため、A氏へのケア方法を下肢側から挙上するように統一したが、頭側から挙上する病棟看護師もいた。頭側から挙上しずれが生じても、頭側挙上後に背抜きを実施することにより、ずれを排除することができていた可能性があると考ええる。また、背部から臀

部、臀部から大腿部までの背抜きを統一しようとした。しかし、今まで実施したことのないケアだったため臀部まで手を上手く滑らせる事ができない、背抜きする事自体を忘れてしまう病棟看護師もあり、手技を統一するまでには至らなかった。佐々木は、現場で直接的に処置方法を実践し指導することにより、個々の褥瘡ケア技術のレベルが向上した³⁾と述べている。このことから、私が背抜きを実演し見学してもらうことや、病棟看護師とともにケアを実施したことで、今までより背抜きをする回数が増加し、より効果的に摩擦やずれを排除できる機会が増えたと考えられる。その結果、適切なケアを病棟看護師へ統一することは出来なかったが、摩擦とずれを排除することは出来ていたのではないかと考える。以上のことから、統一した方法ではなくても、摩擦とずれを排除できれば褥瘡は改善することができると推測される。また、褥瘡のケアにおいて、病棟看護師がケアを実施していく上で手順書の作成は必要と考えるが、統一したケアが実施できているかが重要なのではなく、褥瘡の発生原因を排除できているかが重要であると考ええる。

鈴木は、充実した看護を行うためにはケアに対する満足感が必要である、自分達の行ったケアが状態の悪い患者の褥瘡を治癒させた、という達成感を生み、その達成感がケアの満足感となった⁴⁾と述べている。今回、病棟看護師とともに定期的に褥瘡の評価を行った。褥瘡が改善していることを共有したことで、病棟看護師がケアの達成感や満足感を感じることができたと考ええる。さらに、褥瘡を改善するためにケアを行っていききたいという気持ちへとつながったため、ケアを継続して実施することができたのではないかと考える。また、体圧測定を実施し、背抜きの効果を数値化したことで、ケアの効果を実感でき、実施する意欲の向上につながったと考えられる。さらに、ケアを病棟看護師とともに行った際に、病棟看護師のケアのおかげで褥瘡が改善していると伝えていたことも、ケアの成果を認められたと感じ、褥瘡のさらなる改善のためにケアを継続していく意欲につながったのではないかと考える。以上のことから、病棟看護師のケアに対する意欲を高める関わりが、ケアの継続につながり、褥瘡の縮小を促した一因になると推測する。

おわりに

寝たきりの高齢者では、褥瘡発生要因を自ら排除することが難しいため、看護師のケアが必要となる。日々の褥瘡ケアの主体は、病棟看護師である。今回A氏との関わりの中で、褥瘡の治癒のためには、病棟看護師の知識や経験に関係なく誰でも同じ質のケアを実施することが必要で、そのために、ケアを統一しなければならないと考えていた。しかし、個々の患者にあった褥瘡発生原因を排除するケアを実施できれば、統一した方法のケアでなくても、褥瘡が治癒や縮小できることを学んだ。今後は患者個々の発生要因をアセスメントし、実際にケアを担う病棟看護師と共に必要なケアを検討し、介入していきたい。また、今回何度も病棟看護師とともに局所処置と背抜きを実施した。しかし、認定看護師として活動していく時には、何度も直接ケアを行うことはできない。病棟内の実践と責任を担う管理者や、リンクナースなどキーパーソンとなる病棟看護師とコミュニケーションを図り、質の高いケアが実施できるように取り組んでいきたい。

謝辞

本事例報告の作成にあたり、多くの学びを与えてくださったA氏とご家族をはじめ、ご多忙の中でも温かくご指導頂いた実習指導者様、ならびにケアにご協力頂きました病棟スタッフの皆様へ心より深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 浅田恵子. 褥瘡発生予防ケア. 昭和学会誌. 2014, 74(2), 115.
- 2) 岡田克之. 褥瘡のリスクアセスメントと予防対策. 日老医師. 2013, 50, 588 - 589.
- 3 佐々木多恵子. チームで協働する皮膚・排泄ケア認定看護師. 月刊地域学. 2014, 28(5), 37.
- 4) 鈴木美枝子. 褥瘡多発患者の看護ケアを通して変化した病棟看護師の意識と今後の問題点. 静岡赤十字病院研究報, 2017, 37, 23.

参考文献

- 1) 真田弘美, 宮地良樹. NEW 褥瘡のすべてがわかる. 大阪, 永井書店, 2012.
- 2) 宮地良樹, 溝上祐子. エキスパートナースガイド 褥瘡治癒・ケアトータルガイド. 東京, 照林社, 2009.
- 3) 田辺生子, 佐野幸子, 西方一臣ほか. 看護師が褥瘡ケアに取り組む現状における困難. 新潟青陵学会誌. 2011, 3(2), 17 - 23.
- 4) 藤原恵美子, 宮脇郁子, 齊藤奈緒ほか. 褥瘡管理における I P W - 皮膚・排泄ケア認定看護師が行う協働における障壁 -. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2012, 16(4), 334 - 336.

はじめに

近年、高齢患者のストーマ造設が増加し、厚生労働省の調査によると、ストーマ保有者の令和2年度年度末身体障害者手帳交付台帳登録数は、222,671名であった。うち、回答のあった年齢層別のオストメイト人数は、65歳以上が一番多くて8割以上をしめていた。高齢オストメイトの増加、老々介護、独居、医療の効率化から在院日数の短縮など、様々な問題が多く挙げられている。特に高齢患者は、医療機関への入院をきっかけに、日常生活や社会生活からの隔離による影響を受け、心身機能の低下により、療養先の変更を余儀なくされることがある。よって高齢者のストーマセルフケア指導は、残存機能を発揮でき、退院後支援を含めた指導を行っていくことが重要である。

今回、認知機能低下のある独居高齢患者のストーマセルフケア指導を行った。自宅退院を目指し、A氏がトイレで便排除ができるという目標とし介入した。結果、数回トイレで便排除を行うことはできたが習慣化するまでは至らなかった。そこで、患者への介入を振り返り、適切な時期に有効な指導を実施すること、ケアの方向性を見直しの必要性の学びを得たため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：下部直腸癌(p T1b N0M0) ストーマ閉鎖後直腸吻合部狭窄
3. 患者背景

1) 現病歴

直腸癌にてX年10月にロボット支援下超低位前方切除、拡大S状結腸切除術、一時的双孔式回腸人工肛門造設術を施行した。術後、縫合不全やイレウス、誤嚥性肺炎、真菌血症などが併発したため、5か月の入院期間を要した。X+1年8月に、ストーマ閉鎖を施行した。ストーマ閉鎖後、胃潰瘍による吐血や肺炎を発症、またイレウスを繰り返したため、イレウス管を挿入し、輸液管理で経過観察を続けるが改善しなかった。精査の結果、直腸吻合部狭窄と大腸機能不全と診断された。よって、開腹による回腸人工肛門の再造設の方針となる。X+1年10月に医師から、ストーマ再造設のインフォームド・コンセント(informed consent: IC)をされた際、A氏より手術を拒否された。しかし3週間後に再度、A氏へ現在の病状、今後予測される病状、ストーマの必要性、ストーマ造設後の生活についてICを実施し、手術に同意された。

2) 受け持つまでの経過

手術前日まで5分粥摂取と輸液療法にて栄養管理を行った。臍の右側にあるストーマ閉鎖瘢痕創頭側が、本人が見える位置であることから、回腸末端から40cm程度を右上腹部で挙上され、双孔式回腸人工肛門が造設された。

3) ストーマケア

入院前の便排除はA氏にて実施しており、便排除が遅れて装具が漏れることや上手く便排除ができずにトイレを汚した経験はなく自立していた。装具交換間隔は毎週火曜日、金曜日に訪問看護師の見守りまたは軽介助によってストーマ装具交換を実施していた。使用していた装具は、二品系凸面型面板(ニューイメージFWF凸面テープ付き)、二品系消化管用ストーマ袋、排出口は

キャップ式(ニューイメージイレオストミーパウチ)であった。前回ストーマ造設された際は、長男と一緒に装具交換の指導を受けており、長男も一連の装具交換の手技はできた。また、A氏は装具購入などの金銭管理は難しいため、ストーマ装具購入や他の社会的資源に関しての手続きは長男が実施していた。

4) 既往歴

約5年前に脳梗塞を発症し内服治療中であったが、麻痺はなく日常生活は自立していた。スーパーへの買い物は徒歩で行かれており、食事は米を研ぐなどの自炊は出来ていた。またトイレや入浴も自立していた。通院方法は片道2時間ほどの徒歩であり、外来看護師より転倒のリスクも示唆され徒歩での通院は限界ではないかと指摘があった。手術前のグラスゴー・コーマ・スケール(Glasgow Coma Scale : GCS)はE4V4M6であり、ゆっくり話せば自己にて意思を表出することができ、A氏のペースでゆっくりと理解されていた。しかし、病棟看護師から、入院時より認知機能が低下しているとの指摘があった。手術当日「ストーマは何個作るんだ。前のことは全然覚えてない。また教えてくれ。」や「(背部を指さしながら)ここに前ストーマあったね。」と発言があり、時々辻褄が合わない発言があった。

5) 家族背景

A氏は、妻とは離別し独居であり、無職で生活保護を受給している。キーパーソンは長男であり、同市内に在住されている。長男は妻と子供2人で生活をしており、金銭的援助は不可能であった。長男はストーマ装具交換を実施することできるが、ほとんどA氏と訪問看護が交換していたため、退院してから長男は、ストーマ装具交換を実施していない。しかし、ストーマ用品が不足すると長男が購入し、A氏の自宅に届けていた。入院時からA氏は「自宅に帰りたい。」と発言されていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

入院前は独居で過ごしていたA氏だが、3ヶ月を要する長期間の入院生活に伴い徐々にADLや認知機能が低下したと考えた。要因として、イレウスが繰り返し発症したこと、入院中吐血や肺炎なども発症した経緯があり、病状的にリハビリを積極的に行える状態ではなかった。また、喀痰からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus : MRSA)が検出されており、飛沫感染と接触感染目的で個室管理になっていたことで、離床機会も徐々に少なくなってしまったこともADLや認知機能が低下した原因であると考えた。術後の認知機能低下やADLが低下していることにより、A氏でのストーマ装具交換はもちろん、自宅退院も困難と予測された。しかし、入院時からA氏の自宅帰りたという思いを尊重し、社会資源を活用し、自宅退院を目指すこととした。入院前はストーマ管理をA氏自身が行っていたため、元々のセルフケア能力は高いと考え、入院前に出来ていたストーマ袋より便排除を思い出せるような介入が必要と考えた。装具交換は入院前と同様に、訪問看護師へ依頼することとした。

ストーマの状態は、術前イレウスを繰り返し発症していたことにより、ストーマ浮腫が強く、術前の腸管の状態や栄養状態から、ストーマ壊死や陥没、ストーマ粘膜皮膚離開など合併症が起こりやすいと予測した。手術後ストーマは、非正円のストーマであり、腹壁の平坦度は陥凹型、4〜5時方向に臍と連結する深い皺が連なっていることから、今後離床範囲の拡大によりストーマ近接部の密着性が低下し、面板が浮いてしまうと、隙間から排泄物が潜り込みやすい可能性があると考えら

れた。ストーマ装具より便が漏れてしまうと、ストーマ周囲皮膚障害の発生による掻痒感や疼痛、臭気の漏れなどの発生による日常生活の質低下が予測されるため、ストーマ装具から便が漏れずに定期交換ができるような介入が必要であると考えた。

2. 看護上の問題

#1 認知機能低下による、ストーマセルフケアが困難となる恐れ

#2 腹壁陥凹による、装具より排泄物が漏れる

3. 看護目標

#1 便破棄をおこなうことができる

#2 便が漏れずに定期交換できる

4. 看護の実際

手術後1日目より、術後のストーマ状態の観察、情報収集目的にて介入を開始した。術後2日目、GCS:E4V4M6、質問に対して返答は可能であり、場所や人に対して問いは問題なかったが、日時や季節などの問いに対しては、間違った回答をしており見当識がないと判断した。その他、普通の呼びかけでの開眼は可能であり、離握手などの指示に従っての動作は問題なく実施できた。初回ストーマ装具交換時、A氏から「ここを綺麗にすると痛くないの。知ってるか?」とカットした面板の辺縁をなだらかにしている言動があった。しかし、見当識がなく辻褄が合わない発言もあったため、認知機能低下の評価を行うこととした。術後5日目に、認知機能の評価のために改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa Dementia Scale-Revised: HD S-R)を実施した。自己に関する見当識1点、日時の見当識2点、場所の見当識2点、即時記憶1点、計算能力と短期記憶・ワーキングメモリー0点、ワーキングメモリー0点、数分前の近時記憶4点、短期記憶・視覚記憶2点、言語の流ちょう性2点であり、合計点数は14点で、認知症疑いとの結果であった。これらの結果より、数分前の近時記憶の項目は他の項目よりも点数が高かったことから、一度覚えた記憶や日常生活で習慣化された行為や物などはヒントなどがあれば思い出せる可能性が考えられた。したがって、前回のストーマ造設後のストーマケアの記憶が、今回のストーマ処置を行っていくうちに思い出せる可能性もゼロではないと考えた。そこで、ストーマケアの認識を持つために、ストーマを想起できるような声掛けを実施し、病棟看護師と共有した。「袋の中に便は溜まっていますか?」「お腹についている袋はどうですか?」など、ストーマというキーワードを使用せずに、ストーマによる排泄を連想できるようにした。また、ストーマ装具を装着した部分へ視線誘導し、お腹にストーマがあることを意識づけた。A氏は、介入時よりも言語の理解力も低下しており、記憶の混乱を避けるためにストーマセルフケア指導の際はなるべくわかりやすい短い言葉を使用した。A氏へ「便の排除の必要性和、便が溜まってしまうとどのようなことが起こるか」「便が溜まっていることをナースコールで押す」ように根気強く説明を繰り返した。術後6日目、2回目のストーマ装具交換を実施した。A氏は、「ハサミ貸して。手本をみせる。」と面板を持ちながら、マジックでマーキングしたラインに沿って面板のカットを実施した。少し歪な形状であったが、面板をカットできることから、手指の巧緻性はあると判断した。理学療法士によるリハビリ実施にて、車椅子に30分程度乗車することができ、トイレに座ることが可能となった。そこで、トイレの便座に座って前傾姿勢がとれるか確認し、座って便排除を行える姿勢が保持することができた。

A氏の便の量は、輸液投与中でもあり2150ml/日であった。しかし、トイレ誘導を実施するには、便の量が多いため1000~1500ml/日を目標に排便コントロールをすることとした。術後、大建中湯を内服していたため現在、腹部膨満や腹痛など腹部所見はなく、ストーマ排泄量と排ガスは

でていることから、病棟看護師へ大建中湯を内服の減量もしくは中止を提案し、医師の許可を得てツムラ大建中湯エキス顆粒(ツムラ建中湯エキス顆粒(医療用)[®])の内服が中止となった。その後は、1000ml/日以下まで便の量を減少できた。術後3日目から流動食が開始され、摂取量が増えたことで点滴終了となり、便の量は800~1000ml/日に減少した。トイレ誘導の効果的なタイミングを決定する目的のために、便が出やすい時間と量の把握を行った。病棟看護師に、カルテの経過表へ便を排除した時間と量の記載を依頼した。データと基に便が出やすい時間は、食後2時間に約180~250ml/回排出することが分かった。これをもとに、病棟看護師とカンファレンスを実施し、起床時、10時、14時、17時、19~20時、就寝時をトイレ誘導時間に設定した。消灯から起床時までには本人の睡眠を阻害しないために、看護師にてストーマ装具内に排泄物が溜まっているか確認を依頼した。A氏には、トイレで便の排除を行う時間を記載した用紙をベッドサイドに掲示し、意識してもらうようにした。しかし、看護師がストーマ袋に便が溜まっているか問うと「溜まっていない。」と布団の上からストーマ袋を触りながら返答があった。これにより、ストーマが造設されていることは認知できており、便を排除しないとイケないことも分かっていると判断した。A氏にトイレでの便排除の時間を意識してもらうために、アラーム付きの時計を用い、アラームが鳴った際に、「今何時ですか?」「何をする時間でしたか?」など、見当識と行動を結びつける声掛けを病棟看護師と共に行った。トイレでの便の排除の動作については、便座に座る、下着とズボンを下す、排尿する、ストーマ袋の排出口のキャップをはずす、便を押し出す、排出口を拭く、下着とズボンを上げる、流すボタンを押すという一連はできていた。しかし、排出口を拭くためのトイレレットペーパーの準備が行えず、看護師の介助が必要であった。術後22日目にトイレ誘導を実施した際は、「まだ溜まってない」と発言ありトイレへ促すことはできなかったが、30分後にナースコール押して「便が溜まっておるぞ、トイレ行かないと」と発言あり、トイレにて便排除を実施することができたが、習慣化することはできなかった。

医師から退院調整の許可が出たとき、医療者カンファレンスを行い、現在のADLでは独居での生活はできないが、家族の協力と社会福祉サービスの活用し、自己にて便排除ができれば、本人の希望である自宅退院も可能であるとの結論に至った。キーパーソンである長男に、買い物や食事の提供の依頼などを提案するが「ストーマ装具の購入はできるが、買い物や食事を作るなどの協力はできない、今まで通り基本的に一人で生活ができないと。転院させてほしい。」と返答があった。長男とA氏で今後の療養先を検討して頂き、A氏も納得した上でリハビリ病院への転院を希望された。転院することが決定後、A氏から「これ(トイレに便排除を行う時間を記載した用紙)捨てて、やぶっていい?」などのストーマケアの拒否などが多く関わり方に難渋していた。そこで、老人看護専門看護師と認知症看護認定看護師と一緒にケア方法の見直しを行う目的でカンファレンスを実施した。術後5日目にHDS-Rを実施した時期は、術後せん妄出現していた可能性が指摘され、再度認知機能の評価を行うことを提案された。また、元々独居で生活能力はあると判断できるため、今までの排泄習慣を組み込んだケア計画へ修正することで、その人らしい生活を取り込める可能性があること、排泄障害のある患者は、自分でなんとかしようとする傾向があり、自己流と言われてしまうこともあるが、患者にとっては工夫されたケアをしているという助言を受けた。具体的に今まで便の排除をしていたタイミング、入浴やストーマ装具交換の時間はいつ実施していたのかなどをA氏教えてもらって、ケアに組み込むことを提案された。術後21日目に再度、HDS-Rを実施したところ合計点数は20点であった。これより、A氏の認知機能は術後5日目より改善していたが、認知症疑いを払拭する結果とは至らなかった。拒否する言動は、便の話ばかりで嫌気が

さしていた、もしくは、トイレで便を捨てることができるのにいつまで一緒にやらなくてはいけないのか、今から便を捨てにいかうと思っていたのになどが考えられた。そこで、ストーマというキーワードは出さずに、元々の生活や何気ない会話をした。A氏からは、笑顔が見られ、自ら入院前のストーマでの生活について語ってくれた。入院前のストーマでの生活状況を得た情報を、看護計画へ反映することまではできず、実習期間終了となった。

術後ストーマは浮腫が強く、サイズの最大径は縦 63mm、横 41mm、高さ 24mm であった。形状は非正円で、正中創よりストーマの距離は 3.5 cm 程度であり、排泄口は下方側の腸管であった。腹壁の硬度は 1 縦指以上の窪みで普通、皮膚平坦度は陥凹型、ストーマに連結する皺は 5 時方向に 7 mm 以上の深さであったことから、凸面装具とベルトを使用し、面板の密着性を強化することとした。二品系凸面型面板(ニューイメージ FWF 凸面テープ付きフランジ 70mm)、二品系消化管用ストーマ袋、排出口はキャップ式(ニューイメージイレオストミーパウチ)に用手成形皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール厚さ 2.5mm)を 1/2 カットしたものを貼付した。A氏は頻回に便排除できない事が予測されるため、ストーマ袋のサイズは縦 230mm、横 188mm と大きいものを選択した。またこの装具は、A氏が入院前に使用していた装具でもあるため、便排除が思い出しやすい装具だと考えた。しかし面板の外周テープが臍部にかかり、臍の窪みにより頻回に 4~5 時方向の面板が浮いてきてしまっている状況であった。これより、面板面積が縦 98mm、横 98mm と小さく、排出口はキャップ式(イレファインDキャップ)を選択した。蓄便袋のサイズが前回の装具よりも小さいため、定期的な便排除を行うこととしたことで、ストーマ装具より便が漏れることなく経過した。

Ⅲ. 考察

認知機能低下があったA氏に対し、自宅退院に向けて便の排除についての指導を続けていたが、A氏にとって適切な時期に有効な目標であったのか、ストーマセルフケアの見直しの必要性があったのかを考察する。

ストーマセルフケアの指導状況は、便排除ができるか、装具交換ができるか、清潔な状態を維持できるのか、装具の注文ができるのか、もしくは、できないのかを具体的に見極める必要がある。武田は、高齢者のストーマケアでは、患者の状態によってセルフケアの指導時期も異なるだけでなく、身体・精神心理機能の変化・皮膚の変化・家庭環境の変化など、いくつもの問題が影響します¹⁾と述べている。高齢だからセルフケアができないと判断せずに、A氏のADLや手指巧緻性、潜在能力、必要な支援内容を短期間で見極めて退院支援につなげる必要があると考える。今回、ストーマセルフケア能力を評価した際、認知機能低下が著しいと判断し介入した。HDS-Rを評価した日が術後5日目と術後せん妄の影響を考慮せずに実施してしまった。本告は、せん妄とは急性に発症する認知機能の低下、幻覚・興奮などの精神状態および見当識障害を伴う軽度から中等度の意識障害をさします²⁾と述べており、発症のピークは3~4日で、1週間程度症状を伴うとも言われている。よってA氏は、高齢で脳血管障害の既往があること、術後疼痛が持続していたことから、術後せん妄の発症リスクは高いと考える。また術後の離床意欲や見当識障害からも低活動性のせん妄であった可能性があることから、術後5日目のHDS-R評価はせん妄の影響で点数が低く出てしまった可能性があり、評価のタイミングは、適切でなかったと考える。術後21日目に再度HDS-Rを評価した際は20点であり、前回から6点も上昇していることから、せん妄の影響があったと考える。したがって、術後の認知機能の評価はせん妄を考慮したうえで実施すること、また10日前後で再評価を行い、認知機能低下が術後侵襲に影響していたのかも評価していくことが重要であったと考える。しかし、20点以下と認知機

能低下を認めることから、認知症を否定する結果とは至らなかった。手術による侵襲により、術後認知機能障害(postoperative cognitive dysfunction: POC D)を発症していると考えた。前川は、POC Dは手術や麻酔を受けた患者さんの記憶、注意、遂行機能、言語などの神経認知領域が術前と比べて障害された状態のこと³⁾と述べており、亜急性発症であり、数週間から数ヶ月持続し、不可逆に至ることもあると言われていることから、せん妄とPOC Dの両方が認知機能低下に関与していると思われる。だが、POC Dと術後せん妄の見た目の判断がしにくいため、経過をよく見て、評価していく必要がある。したがって、スタッフの情報から手術前より認知機能低下が示唆されており、手術前に認知機能の評価を行うべきであったと考える。さらに、術後の認知機能の評価はせん妄やPOC Dを評価考慮したうえで実施すること、また10日前後で再評価を行い、認知機能低下が術後侵襲に影響していたのかも評価していくことが重要であったと考える。

私は、HDS - Rの項目点数から、数分前の近時記憶の項目は他の項目よりも点数が高かったことに着目した。一度覚えた記憶や日常生活で週間化された行為や物などはヒントがあれば思い出せると考え介入を実施した。具体的に、ストーマ装具を装着した部位への視線誘導や混乱を避けるために、指導の際は短い単語で行動のみを示すこと、便の排除を誘導するために、時計やカレンダーを用いて、現実見当識訓練の実施をした。大沢らは、現実見当識訓練とは、自分自身や周囲の状況についての正しい理解や、自分自身と周囲の状況を正しく関連づけることを指す⁴⁾と述べている。「便を捨てに行く時間ですよ」ではなく、「14 時なので、便を捨てに行きましょう」など行動を端的伝える方法では有効であると考え、病棟スタッフと共に繰り返し行った。また、便排除の誘導を実施するために、排泄量が溜まりやすい時間と排泄時間を把握し、A氏に周知してもらう目的でベッドサイドに提示し誘導の工夫を行った。安藤は、認知症をもつストーマ保有者の場合、ストーマの管理上の合併症を有しやすいが、療養生活を考えてある部分のセルフケアを習得する必要がある場合、セルフケア指導にも工夫が必要である⁵⁾と述べている。HDS - Rの結果を基に介入し、ストーマ装具を装着した部位への視線誘導は、ストーマによる排泄物を想起させる要因であり有効な介入であった。また、指導の際は短い単語で行動のみを示したことは、記憶の混乱を避けていたと考える。また、排泄量を確認し、定時に誘導したことにより、便やガスが溜まりすぎてストーマ装具から漏れることはなかった。しかし、リアリティ・オリエンテーションを用いた方法は、手術後であれば効果的であったと判断するが、術後せん妄症状が改善されたA氏にとって、見当識を確認しすぎることはかえって混乱を深め、自尊心を傷つけていた可能性が考えられる。そして、定時に排便誘導を行ったケアは、看護師の漏れたくないという都合による看護師の先回りしたケアであり、A氏のやろうとする機会と意欲を奪ってしまっていたと考える。

老人看護専門看護師と認知症看護認定看護師からの助言をもとに、A氏の関わりを振り返ると、患者中心のケアを行っていたつもりだが、看護師の都合の良い方法に転換しており、いつの間にか看護師中心のケアになっていた。A氏の入院前のストーマケアをどのようにおこなっていたという視点、生活力や潜在的能力を見極めて、日々変化する状態に沿ってケア目標の修正ができていなかったと考える。A氏の入院までの本来の生活に立ち返り、ストーマセルフケアができていたことを尊重するケアを組み込むことが必要であった。島田は、高齢者のもつ力は、援助者の関わり方によってその発揮が阻害される可能性があり、高齢者と援助者の関係性の中ではじめて“力”となり得て、その関係性を通して力を発揮することが可能になるのである⁶⁾と述べている。根気よく繰り返しセルフケア指導を続けたことは、認知機能が改善しているA氏にとってはストレスであり、尊重したケアでなかったと示唆する。時には誘導ではなく、声をかけるや見守るという手段やケアの見直しが必要であった。

けれども、繰り返しセルフケア指導を行い、便破棄が数回できたことはA氏にとって、成功体験であり、自宅退院を目指す希望になったのではないかと考える。特に排泄障害のある患者は、排泄について失敗したくない、見られたくないなどの個別性が高く、患者個々で排泄時間やパットの種類や使用方法などを工夫していることが多いと考える。つまり、患者個々の生活習慣や排泄習慣を知ることは、退院に向けてセルフケア指導を検討するうえで重要な情報であると言える。このため、目標やケアを決定する際は、在宅に精通している本人や家族、訪問看護から入院前の患者の生活力、排便習慣、セルフケア内容を情報収集したうえで、設定していく必要があると考える。

以上のことから、認知機能低下にある高齢患者は、日々変化する認知機能を手術前、術直後、術後数週間後と定期的に評価し、それに合わせたセルフケア目標と指導計画を立案することが必要である。そして、ストーマケアを失敗させないという一方的なケアではなく、A氏が入院前にどのようなストーマ管理や排泄習慣だったのかを専門性の高い職種と連携して見守る・距離を置くと言った、できていることを尊重するケアやなど、患者の持てる力が発揮できるような介入が必要であると考えられる。

おわりに

認知機能低下している高齢者は、入院前の生活力や排泄習慣を踏まえた、ストーマセルフケア指導を実施することが重要である。そのためには、術後せん妄やPOCDを評価し、認知機能の評価とそれに基づいた、適切な時期にセルフケア目標を設定すること、認知機能は変化する事を考慮し、目標や計画を見直すことが重要である。そして、患者の排泄習慣を捉えるために、専門性の高い職種と連携し、看護師の一方的なケアになっていないか、時には見守るといった介入も重要である。超高齢化社会になっている現在、今後も認知機能低下によるストーマセルフケア指導について難渋する機会が多くなると予測される。皮膚・排泄ケア分野で専門的な介入をしていくには、ストーマの局所評価だけでなく、ケアの目標をどこにしていけるのか、ストーマセルフケア能力を見極め、患者の生活背景や排便習慣を把握したうえで、持てる力が発揮できるような介入が今後の課題である。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださいましたA氏に心から感謝申し上げます。また、研修の場を提供して下さった、病院看護管理者様、実習指導者様、病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 武田紗代子. 退院調整～こんな調整が必要～. WOC Nursing. 9(8), 東京, 医学出版, 2021, 47 - 54.
- 2) 本告正明. 術後せん妄. 消化器外科 NURSING. 21(9), 2016, 24 - 28.
- 3) 前川謙悟. 術後認知機能障害とその予防戦略: 臨床研究から学ぶ, 医学のあゆみ. 272(8), 2020, 643 - 647.
- 4) 大沢愛子, 前島信一郎. 認知症に対する非薬物的療法とそのエビデンス. 日本老年医学会雑誌, 57(1), 2020.
- 5) 安藤嘉子. 認知症のストーマケア. ストーマケアガイドブック. 東京, 照林社, 2004, 315.
- 6) 鳥田美紀代, 正木治恵. 看護者がとらえにくいと感じる高齢者の主体性に関する研究. 日本老年看護学会, 11(2) : 2007, 112 - 119.

参考文献

- 1) 公益社団法人日本オストミー協会. オストメイトの生活と福祉. 第2部オストメイトに対する日常生活用具給付等に関する調査報告書: 令和4年11月. joa-net.org/wp-content/themes/joa-net/assets/img/pdf/202303_chap2.pdf (参照 2025 - 1 - 15)
- 2) 加藤伸司. “改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の理解と活用”. 老年臨床心理学研究. 2023, vol.4, 47 - 55.

はじめに

大村らは、ストーマ保有者が快適な日常生活を送るためには、適切なストーマ装具によるストーマ管理は不可欠であり、それができないとストーマ保有者のADLだけでなく、Quality of Life(QOL)にも影響をおよぼす¹⁾と述べている。排泄物が漏れないためには患者のストーマ局所や合併症、退院後の生活に影響する要素を考慮したアセスメントを行った上でのストーマ局所管理が重要である。患者にとってストーマ装具から排泄物が漏れ出してしまうことは社会生活を送る中で大きなストレスとなり、社会復帰を遠ざけてしまう原因となる。

今回、直腸腫瘍に対して手術を受けた後に縫合不全による汎発性腹膜炎を発症し、緊急で小腸ストーマ造設術を受け、離床状況の変化に合わせてストーマ装具からの排泄物の漏れを繰り返した患者にストーマ装具選択のため介入した。ストーマ局所をアセスメントするツールを使用して漏れないための手段を試した中で、排泄物が漏れたことへのアセスメントについて振り返り、ストーマ造設患者の排泄物が漏れを予防するアセスメントの視点を学ぶことが出来たため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 男性
2. 診断名：直腸癌、術後縫合不全、急性汎発性腹膜炎
3. 患者背景

1) 現病歴

X年10月腹部膨満で近医受診し精査の結果、直腸腫瘍による腸閉塞の診断で絶食と中心静脈栄養法による保存的治療の目的で入院となった。そのまま入院を継続して直腸癌の手術を行うことが決定した。入院から18日後、ロボット支援下低位前方切除術を施行した。術後4日目より吻合部ドレーンから便汁の流出を認め、術後5日目に縫合不全が原因の急性汎発性腹膜炎を発症した。緊急で洗浄ドレナージ、回腸双孔式人工肛門造設術を施行した。

2) 受け持つまでの経過

A氏は再手術後ICUで術後管理を受けており、その間はストーマ装具からの排泄物の漏れはなく経過した。一般病棟へ移動後は創部痛が強く離床が始まったのは再術後4病日からであった。

3) ストーマの状況

ストーマ形状は非正円ストーマ。再手術後4日目のストーマサイズは縦50mm、横35mm、高さ12mm、最大径縦62mm、横42mmでストーマ浮腫によるマッシュルーム型。ストーマから6時方向に10mmのポート創痕あり。ストーマ周囲皮膚4cm以内の皮膚平坦度はやや山形、連結しない皺はなし、連結する皺はなしであった。

再術後6日目のストーマサイズは縦46mm、横38mm、高さ18mm、最大径縦57mm、横50mm。ストーマ周囲皮膚4cm以内の皮膚平坦度はやや山形、連結しない皺が6時方向にあり。連結するしわはなかった。ストーマ装具膨潤は全周6mm、便の入り込みなし。正中創からストーマまでの距離は54mmであった。

術後に使用しているストーマ装具は二品系外周テープ付き平面装具(ニューイメージFWFテープ付き+ニューイメージイレオストミーパウチ)を使用し、縦 57 mm、横 45mm で穴あけし、正中創側の外周テープは正中創に被る部分を一部カットしていた。アクセサリは用手形成皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール)1/2 枚をストーマ近接部全周へ均等に貼付した。便性状はブリストル便性状スケール 7 であり、1 日に 600-700g の排便があり、ストーマ袋に蓄尿袋を接続してドレナージをしていた。

②身体状況

身長は 178.3cm、体重は 97.7kg、ボディマス指数(Body Mass Index : BMI) 30.7 kg/m^2 であった。

3)家族背景

A氏は独居で、キーパーソンは遠方に在住の母親であった。母親は、入院中はA氏の居宅に在宅していた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、直腸癌に対してロボット支援下低位前方切除術を受け、その後縫合不全により腸管から腸内細菌を多量に含む便が漏れたことで、急性汎発性腹膜炎になったと考えられる。緊急で腹腔内洗浄ドレナージ術と回腸ストーマ造設を施行された。現在使用している二品系外周テープ付き平面装具(ニューイメージFWFテープ付き)はストーマ浮腫がみられる現在のストーマサイズでも適切な開口サイズが確保できている。ストーマ排泄口の高さは 16mm であり現在のA氏のストーマに適していると考えられる。しかし、BMI は 30.7 kg/m^2 のⅡ度肥満であり離床が進むことで現在の腹壁から変化して、ストーマ装具と腹壁が密着せず皮膚に隙間が生じて、便漏れを起こす可能性がある。

回腸人工肛門から排泄される水様便は消化酵素を含んでおり、皮膚に付着すると障害をおこしやすい。A氏は既往に糖尿病があり、術前にコントロールを行っていたが、正中創の離開を起こすリスクが高く、正中創が便で汚染されることで創感染を起こす可能性が高いと考えた。

また、A氏は術前にストーマサイトマーキングを実施しており、ストーマを造る可能性があることは理解していた。しかし、合併症による緊急のストーマ造設となっており、A氏が衝撃を受けている可能性が高い。A氏は自営業の仕事をしており、社会復帰に向けてセルフケアを修得できなければより社会復帰が困難となり、生活も立ち行かなくなってしまうことが考えられる。

2. 看護上の問題

#1 回腸ストーマの便漏れによる正中創の感染リスク

#2 知識不足による回腸ストーマのセルフケア困難

3. 看護目標

#1 入院中便を漏らさずに、定期的間隔で装具交換を行うことが出来る。

#2 知識を得て、セルフケアの手技獲得を行うことが出来る。

4. 看護の実際

A氏のストーマの状況とそれに対するケアについて表 1 に示す。

表 1

介入	状況	ケア
介入 3 日目	ストーマサイズ縦 50 mm、横 35 mm、高さ 12mm 定期の日程で交換 ストーマ周囲に皮膚障害なし 装具の膨潤は全周 10mm 以内、便の潜り込みなし	装具：二品系外周テープ付き平面 装具＋用手形成皮膚保護剤 中 1 日で交換予定
介入 5 日目	定期の日数で交換 ストーマ周囲に皮膚障害なし 装具の膨潤は全周 10mm 以内、便の潜り込みなし ストーマに連結しない皺あり 腹壁の硬さ普通 6 時方向 近接部から一横指下のポート創痕 ストーマ周囲 4cm 以内の皮膚平坦度やや山形 正中創からストーマまでの距離 54mm	装具：二品系外周テープ付き平面 装具＋用手形成皮膚保護剤 中 1 日で交換予定
介入 6 日目	ストーマ 1～2 時方向の皮膚保護剤部の浮き上がり を確認して装具交換実施 装具の膨潤は 1～2 時に皮膚保護剤外縁から 25mm 膨潤、便の潜り込みなし 座位でのストーマ外周 4cm 以内の皮膚には 1 時 11 時方向に陥凹あり 腹壁の硬さ普通	装具：二品系外周テープ付き平面 装具＋用手形成皮膚保護剤にベルト を追加。介入 7 日目に装具交換 予定。A 氏へ便破棄の回数を 4-5 回 ／日となるよう、起床時・毎食後・ 眠前で行うよう指導
介入 7 日目	装具から排泄物の漏れ出しなし 剥がした装具の膨潤は全周 10mm、便の潜り込みな し、面板の浮き上がりなし ストーマ周囲に皮膚 障害なし 腹壁の硬さ普通	装具：単品系外周テープ付き軟性 凸面装具へ変更、用手形成皮膚保 護剤とベルトの使用は継続。中 2 日 で評価予定
介入 8 日目	装具から排泄物の漏れあり サイズに変化なし 剥がした装具の膨潤は 1 時方向から便の漏れ出し あり。面板の浮き上がりあり	病棟スタッフで装具交換実施 装具：介入 6 日目に使用していた 装具とアクセサリーを使用
介入 10 日目	面板は外周テープ部が捲れている 便漏れなし ストーマサイズ縦 44 mm、横 37 mm、高さ 20mm 剥がした装具の膨潤 全周 10mm	前回同様の装具を使用 交換間隔を中 2 日で評価
介入 13 日目	排泄物の漏れあり	病棟スタッフで装具交換実施 前回同様の装具を使用
介入 14 日目	ストーマサイズ縦 40 mm、横 36 mm、高さ 16mm ストーマ外周 4cm 以内の連結する皺 あり 1 時 から 11 時へ一直線でストーマ 0 時方向に連結	装具：単品系凸面装具＋用手形成 皮膚保護剤とベルトの使用は継続
介入 17 日目	ストーマサイズ縦 40 mm、横 32 mm、高さ 18mm 腹壁の皺の有無は前回と同様 ストーマ周囲に皮膚障害なし 腹壁の硬さ普通	前回同様の装具を使用 アクセサ リーに高伸縮固定用皮膚保護テー プ 1 枚を 10 時から 4 時方向の半円 で皮膚保護剤外縁部に貼付
介入 19 日目	ストーマサイズ縦 39 mm、横 32 mm、高さ 18mm ストーマ外周 4cm 以内の皺の有無は前回と同様 高伸縮固定用皮膚保護テープがめくれ上がり、皮 膚保護剤も 1-2 時方向が浮いた状態に粘着性弾	前回同様の装具を使用 アクセサリーを粘着性弾力包帯 (エラテックス®) を追加 装具交換時には剥離剤を使用して

	カ包帯(エラテックス®)が貼付されていた	やさしく剥がすよう説明した
--	----------------------	---------------

介入3日目、装具交換は創部痛によりA氏の離床状況はベッドサイドで足踏みまでであったことから、ベッド上で30度程度の頭側挙上で実施した。ストーマの高さは10mm以上あり、臥床状態の時間が長く腹壁も平坦で皺も見られなかった。そのため術後用装具として使用している二品系外周テープ付き平面装具(ニューイメージFWFテープ付き+ニューイメージイレオストミーパウチ)とアクセサリーの用手形成皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール)を継続した。離床が進むことで体位が変化していき腹壁が変化し、ストーマ周囲に皺やくぼみが生じる。それにより、装具の密着が低下して排泄物が漏れる可能性を考慮して交換間隔は中1日とした。

介入5日目、端坐位の保持が可能となったことから、装具交換の際に腹壁の評価も同時に実施した。ストーマサイズはほぼ変化なく、ストーマの高さは10mm以上あること、現在の腹壁の状況から前回同様の装具で問題ないと判断して継続した。A氏へ社会復帰装具の希望についてストーマ装具の種類と特徴、利点と欠点を説明した上で相談した。ストーマ・フィジカルアセスメントツールを用いて腹壁の評価を行い装具選択基準に合わせて社会復帰用のストーマ装具を選択して、今回の交換で変更することとした。

介入6日目、担当看護師より面板が浮き上がっていると連絡を受けた。1〜2時方向の皮膚保護剤が外縁からストーマ近接部まで浮き上がっていた。腹壁と面板を評価するために装具交換を実施した。翌日に社会復帰用のストーマ装具を装着する予定のため、前回と同じ装具を使用した。浮き上がった原因として、①装具交換時に皮膚保護剤の密着不足②蓄便袋内の便廃棄をするまでの時間が長く皮膚保護剤に水様便が接触し続けて装具の耐久性が低下③離床が進み、腹壁の変化から平面装具では腹壁の変化に追従できず皮膚保護剤が浮いた可能性を考えた。対応として①は、装具を貼付してA氏に皮膚保護剤部全面を手で押さえもらい密着を促す。②は、1日の排便量から便廃棄の回数を5回に分けてもらうよう指導する。③は、変化する腹壁に装具が密着して追従できるよう、アクセサリーにベルトを追加して使用方法と注意点の説明をする。上記3つを実施した。

介入7日目、昨日の腹壁の状況とA氏の希望である簡単に装着できるストーマ装具、可能な限り手間が少ないストーマ装具、排泄口はキャップタイプの要望から単品系軟性凸面装具(キャップのやわびたFT)に変更するため、装具交換を実施。昨日貼付したニューイメージFWFテープ付きの膨潤は全周10mm、便の潜り込みはなかった。ベルトを追加したことで腹壁に密着を促して、体動による密着の阻害を予防できたと判断した。A氏に軟性凸面装具への変更の必要性を説明、了承を得られたため単品系軟性凸面装具(キャップのやわびたFT)、用手形成皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール)とベルトの装着に変更した。土日をまたいで装具の評価を行う予定であり、病棟スタッフに装具が漏れたときの対応の依頼をした。

介入8日目、貼付した装具から排泄物の漏れが生じた。休日であったため、病棟スタッフが対応して面板交換を実施。ニューイメージFWFテープ付き+ニューイメージイレオストミーパウチとブラバプロテクティブシールに変更しベルトを装着した。

介入10日目、病棟スタッフより週末に装具から便が漏れ出した報告を受けた。装具と腹壁の写真が撮影されておらず、漏れたときの状況は不明であった。看護記録は発熱による発汗で装具が浮いて便が漏れ出したと記載があった。介入8日目に貼付している装具と腹壁の評価目的で装具交換を実施した。便の入り込みは見られなかったため、ベルトと二品系装具の嵌合部による腹壁への密着が得られていると判断した。同様の装具を継続して、中1日の交換間隔を中2日へ延長が可能か評

価を行うこととした。

介入 13 日目、病棟スタッフより早朝に排泄物の漏れが生じて装具の交換を行ったと報告を受けた。漏れたときの写真は臥床状態での撮影、装具は 1～3 時方向に便の漏れ出しを確認した。今まで使用していた面板のサイズは縦 120 mm、横 120mm 程度であり、正中創からストーマ近接部までの距離は 54mm であった。体動による腹壁の変化で正中創に皺が発生して、ストーマ装具の密着を妨げるため皮膚保護剤が浮き上がってしまうと考え、現在のストーマ装具では交換頻度を中 2 日に延長することは難しいと判断した。ストーマ装具を変更するため、翌日装具交換を行う予定とした。

介入 14 日目、昨日貼付した装具からは排泄物の漏れがなく経過しており、装具交換を実施。ストーマへ連結する皺が増えており、離床が進んだことや手術日数が経過して、腹部の膨満が軽減したことで腹壁の変化が起こった。二品系平面装具では新たに発生した深いしわに追従することが困難となって、皮膚保護剤外縁部からの捲れと皮膚保護剤部に便が入り込み、ストーマ装具から便が漏れ出してしまったと考えた。今回選択した単品系凸面装具(イレファインDキャップ)の皮膚保護剤最大径は 98mm であり、今まで使用していた装具の中では一番貼付面積が小さいものである。凸面の高さも 3mm 程度で反発も少なく、現在の腹壁に密着してくれることを想定した。本人へ再度装具を変更する理由と変更点を説明して、了承を得られたので装具を変更した。スタッフにも装具を変更したことを説明して、中 2 日で評価することを説明した。

介入 17 日目、予定通り中 2 日でストーマ装具から排泄物が漏れず定期交換することができた。しかし、皮膚保護剤外縁の 2～3 時方向が浮き上がり、開口部に貼付したブラバプロテクティブシールの際まで膨潤を確認した。ストーマ近接部は密着していることから、排泄物が漏れる可能性は低い。皮膚保護剤外縁の浮き上がりを予防する目的で、アクセサリーである高伸縮固定用皮膚保護テープ(ブラバ伸縮性皮膚保護テープ)を 10～4 時方向の皮膚保護剤外縁と皮膚の間に貼付した。単品系凸面装具(イレファインDキャップ 50)、用手形成皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール)とベルトは継続し、今回貼付した高伸縮固定用皮膚保護テープによる装具の捲れあがりを予防できるかを評価することとしたため使用を継続とした。

介入 18 日目、病棟スタッフより装具が漏れそうとの連絡を受け、評価の為に装具交換へ同席した。高伸縮固定用皮膚保護テープはすでに捲れあがっていて、粘着性弾力包帯(エラテックス®)が貼付されていた。開口部に貼付したプロテクティブシールの外縁まで便の色に変わっていた。1 日で捲れていたことから高伸縮固定用皮膚保護テープの追加では変化する腹壁に追従することが出来ず、装具が外縁から捲れて近接部付近まで浮き上がり、便が漏れ出す寸前となっていたと考えた。現状を指導者へ説明し、対応について協議を行なって単品系凸面装具(イレファインDキャップ 50)と用手形成皮膚保護剤(ブラバプロテクティブシール)とベルトは継続。皮膚保護剤外縁には粘着性弾力包帯(エラテックス®)を貼付することとした。しかし、剥離時の刺激が強いため、皮膚の損傷を予防する目的で A 氏へ装具剥離時は剥離剤を必ず使用することを説明した。装具交換は受け持ち中に 10 回実施して、定期的間隔を待たずに交換した回数は 4 回、便が装具から漏れ出したのは 2 回で合計 6 回定期の交換前にストーマ装具の交換を行った。正中創の発赤・熱感・腫脹・排膿等の感染兆候は見られなかった。

III. 考察

今回、A 氏のストーマ局所をストーマ・フィジカルアセスメントツールで評価、排泄物が漏れないためのアセスメントを行い、ストーマ装具選択基準を参考にしてストーマ装具を選択した。しかし、

ストーマ装具から排泄物が漏れ出してしまうことが繰り返し起こった。A氏のストーマからの排泄物が漏れた原因を振り返り、排泄物が漏れないための視点とは何なのかを考察をする。

今回腹壁のアセスメントに使用しているストーマ・フィジカルアセスメントツールとは、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会において、2009年に山田が作成されたストーマ局所状況のアセスメントツールである。漏れないストーマ装具の選択にはストーマ装具の装着条件を評価する局所状況のアセスメントが不可欠であるが、その装着条件を評価するツールがないことから作成された。ストーマおよび周囲を、臥位、座位、前屈位をとり実施する。その際、なぜこの項目をこの姿勢でアセスメントする必要があるのかを考えながら行う。また、ストーマ装具選択基準も日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会において、2009年に大村らが社会復帰ケアにおけるストーマ装具選択基準の一提案の中で述べたストーマ装具を選択するためのツールである。これはストーマ局所状況のフィジカルアセスメントを行い、その結果とストーマ装具選択基準の項目とを照らし合わせて選択可能なストーマ装具の種類を導き出すものである。導き出されたストーマ装具の種類について、エビデンスレベルの強いもの、共通点の多いものを絞り込んでから実際の製品を選択していく。これら2つを用いて、排泄物が漏れないためのストーマ装具を選択した。

1 つ目の考察は腹壁の硬さの評価についてである。腹壁の硬さの評価は二本の指(示指と中指)を揃えてストーマすぐ際の皮膚へ縦に抑え込むように当てて評価を行なう。沈み込みは1縦指が完全に沈み込むか、それ以上に沈み込むかで評価する。腹壁の評価方法についてはストーマ・フィジカルアセスメントツール作成時から様々な意見があり、最終的に触診以外に他の手段がないということでこの評価方法となった。石澤は、ストーマ装具と腹壁の密着を考えると、硬いもの同士、柔らかいもの同士では腹壁に密着する時間が短くなる。よくみられる例として、ストーマに高さが無い場合、排泄物が漏れるかもしれないと考えて、凸面装具の使用を考える。すると凸面装具のように面板が硬い場合、硬い腹壁に使用すると硬いもの同士反発しあい、うまく装具が皮膚に密着せず浮き上がりが起こって漏れやすくなる。逆に柔らかい腹壁の場合、二つ折りにできるような単品系平面装具を使用するとストーマ周囲2〜3cmの皮膚が固定しにくく、面板の下に排泄物が入り込みやすくなることがある。このようなことからストーマケアの経験豊富な看護師たちは「硬いお腹には柔らかい装具、柔らかいお腹には硬い装具」ということを常に意識するようになっている²⁾と述べている。今回、腹壁の硬さは普通であると評価を行ったが、その評価が正しいものであったのか疑問が生じた。腹壁の硬さが硬かった場合、自分が選択した装具はプラスチックのリングによって凸面となる凸面装具(キャップのやわびたFT、イレファインDキャップ50)や嵌合部が存在する二品系装具(ニューイメージFWFテープ付き+ニューイメージイレオストミーパウチ)であり、硬い腹壁とは相性が悪いものであり、ストーマ装具と腹壁が反発して同じ場所からの漏れが起こってしまったと考えた。触診はスタッフの手技や患者の腹壁を直接触った経験で積み上げられるものであり、同じ腹壁を評価しても各々によって評価が分かれる可能性がある。そのため、自分の評価以外に、正しく腹壁の評価を行えているかを確認するために、他のスタッフの視点を得ることも漏れを予防するアセスメントの視点として重要であると考えた。

2 つ目の考察はストーマ周囲の皮膚のしわと腹壁に存在するくぼみについてである。石澤は小さなしわでも、装具装着後1日以上たつと面板の乾性粘性(装着開始時からの皮膚保護材の粘着力のこと)は徐々に落ちてくるため、その時にしわの部分の皮膚がひだ状に動きやすくなり、そこから粘着力が落ち隙間ができて漏れのきっかけになる。小さなしわだからと無視することなく、しわの観察をしていく必要がある³⁾と述べている。A氏のストーマ周囲には前屈位で1時から11時に連結するしわが

出現していた。離床が進むことで腹壁に皺が入りやすくなる前屈位が増えた。体動による腹壁の変化でしわが増えることと、皮膚保護剤の乾性粘着が徐々に落ちてくることで、体動で起こる腹壁の変化が腹壁とストーマ装具が密着しなくなり排泄物の漏れの原因になったと考えた。

また、A氏のストーマ周囲には皮膚保護剤を貼付する範囲であるストーマ周囲皮膚より 100 mm程度離れた位置に臍があった。腹壁は多数の筋肉や筋膜で覆われた大きな面であり、体動で腹壁全体が変化する。その中にくぼみが存在することで腹壁の変化がより複雑なものとなり、選択したストーマ装具が腹壁の変化に追従できなくなり外縁から捲れあがってしまったと考えた。

ストーマに連結するしわ、腹壁に存在する臍や手術創などのくぼみは、腹壁が変化する原因となり、しわとくぼみが補正できていないとストーマ装具が追従できなくなり浮いてしまう原因となる。そのため、腹壁のどこにしわやくぼみがあるのか腹壁全体と体位の変化を合わせて観察することが重要である。

おわりに

排泄物の漏れを予防するためのアセスメントの視点として、ストーマ・フィジカルアセスメントツールをはじめとするストーマとストーマ周囲皮膚を評価するためのツールを使用した自己の評価以外に、他者の評価を得ることも排泄物が漏れを予防するための視点として有効であること。しわやくぼみは、ストーマ周囲皮膚のみではなく、一つの面として複雑な形である腹壁で発生する場所を体位ごとに評価することが重要であることも今回の事例で学ぶことができた。そして、今回学んだアセスメントの視点を活かすためには、ストーマ装具が持つ特徴を理解していなければ、排泄物が漏れないためのストーマ装具の選択を行うことが出来ないことを忘れてはいけない。今後、皮膚・排泄ケア認定看護師としてA氏のストーマ管理を考える際に、これらの視点をもってアセスメントしていきたい。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの経験や学びを与えてくださったA氏をはじめ、ご指導くださいました実習指導者様、医師、並びにご協力いただきました病棟スタッフの方々に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 大村裕子, 秋山結美子, 石澤美保子, ほか. 社会復帰ケアにおけるストーマ装具選択の一提案. 日本ストーマ・排泄会誌. 2009, 25(3), 133 - 46.
- 2) 石澤美保子. 臨床に役立つストーマ装具選択のためのアセスメント 4 原則. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2016, 20(1), 16 - 22.
- 3) 前掲 2)

参考文献

- 1) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会編著. ストーマ・排泄リハビリテーション学用語集. 第4版, 東京, 金原出版, 2020.
- 2) ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編著. ストーマリハビリテーション基礎と実際. 第3版, 東京, 金原出版, 2016.
- 3) 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編著. スタンダードケア・シリーズ ストーマ

マケアガイドブック第1版，東京，照林社，2024.

はじめに

日本は欧米と比較すると、ステージⅢやⅣという皮下組織や、筋、骨に至る深い褥瘡が多く発生しており、深い褥瘡を保有した患者に対する実態調査ではポケットの保有率は46%と報告されている。ポケットを有する褥瘡は治癒期間も長期化し、難治性となることが多い。そのため、ポケット形成した褥瘡を有するということは、高齢者の生命を脅かすだけでなく、quality of life(QOL)をも左右してしまうこととなる。このような問題を引き起こすポケット形成の原因については、皮膚の表面と深部組織の相対的な位置がずれる状態で皮膚に強い圧迫が加わった場合や、大量の滲出液を伴い創の内圧が高まった場合、壊死組織が取り除かれないうまま創が縮小した場合などがあげられている。また、ポケット形成した褥瘡に対し加わる外力を排除できないことで、外力性ポケットを生じ、褥瘡を難治化させることがある。そのため、ポケットを有する褥瘡患者に対するケアでは局所管理に加え、創に対する圧力やずれなどの外力を除去することが重要である。

今回、深部損傷褥瘡(deep tissue injury : DTI)疑いからポケットを有する深い褥瘡へと短期間の中で変化した80歳代の患者を受け持ち、創傷治癒過程を促進するための局所管理と、新規褥瘡発生予防に向けたケア介入を行った。

ケア介入を通し、新規褥瘡発生を予防するための外力低減ケアに加え、ポケットを有する褥瘡であることを考慮した際に、重要となる外力低減ケアの視点について学びを得たためここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 女性
2. 診断名：仙骨部褥瘡 両側腎尿管結石 尿路感染 敗血症
3. 患者背景

1) 現病歴

自宅にて生活されていたが、入院以前より要介護4とactivities of daily living(ADL)の低下があった。同居の次女、長男からの介護を受けながら、介護保険サービスを利用し過ごされていた。

X年に発熱、倦怠感を認め自宅療養されていたが、翌日血圧低下を認め訪問看護師の判断にて救急要請された。同日、両側腎尿管結石、尿路感染、敗血症の診断がされ、治療目的にて緊急入院となった。入院時、両上肢などにスキン-テアを有しており、臀部には消退する発赤や一部表皮剥離、脊柱の骨突出部には持続する発赤を認めた。

2) 受け持つまでの経過

① 全身状態

入院後、両側腎尿管結石に対し両側ダブルJステントが留置され、抗生剤投与が開始された。その後全身状態は改善し、抗生剤の投与は終了となった。

入院後はベッド上で過ごすことが多く、自力体位変換は不可でperformance status(PS)は4であり、看護師の介助のもとポジショニングの調整が実施されていた。全身状態は改善を認めているが、入院後に更なるADL低下を認め介護負担が増加した。そのため、現在の状態

では自宅への退院は困難であると判断され、リハビリテーション病院へ転院の方針となった。

既往歴にMPO - ANCA関連血管炎、糖尿病を有している。MPO - ANCA関連血管炎に対しステロイドを長期内服しており、皮膚の菲薄化や乾燥が強く全身にスキン - テアや紫斑が発生していた。

②内服歴

プレドニゾロン錠(プレドニン[®]錠 5 mg) プレドニゾロン錠(プレドニゾロン[®]錠 4 mg) リナグリプチン錠(トラゼンタ[®]錠 5 mg)

③栄養状態

体型は身長 150 cm、体重 50.8 kg、body mass index (BMI) は 22.5 kg/m² と標準体重であるが、背部や仙骨部には骨突出を認める。また全身に軽度浮腫が見られた。

食事は嚥下トロミ食(全粥 主食小盛)を看護師の介助にて 5 割程度摂取されており、経口摂取によるエネルギー量は 700kcal 程度であった。点滴による補液は実施していない。

血液データは TP4.8g/dL、Alb1.9g/dL であった。

④褥瘡の状態

入院時臀部へと消退する発赤を認めていたが、除圧とポジショニングの調整にて新規の褥瘡発生は見られず経過していた。

入院 35 日目に仙骨部よりもやや尾側に 1.3×1.3 cm 大の 2 重発赤を認める創傷が出現した。DTI の疑いがあったが、病棟スタッフにて表皮剥離と判断されジメチルイソプロピルアズレン(アズノール[®]軟膏 0.033%) + ポリウレタンフォーム保護パッド材(アレビン[◇]ライフ)を貼付していた。徐々に壊死組織が顕在化し、入院 40 日目には 1.7×1.3 cm 大の創面が壊死組織に覆われた創傷へと変化した。DESIGN - R[®]2020 では DU - e1s3I3CG6N3p0 : 16 点となった。皮膚科医師の診察後、褥瘡の洗浄とスルファジアジン銀(ゲーベン[®]クリーム 1%)塗布の指示があり、軟膏の塗布と医療用不織布(メロリン[◇])を使用した創部の保護が実施されていた。創面は黄色〜クリーム色の柔らかい壊死組織に覆われており、創縁には一部発赤と創周囲皮膚に水疱や紅斑を認めていた。

II. 看護の実践

1. アセスメント

MPO - ANCA 関連血管炎とは難治性血管炎による多臓器障害性の難病である。血管炎を抑制するため、免疫抑制剤である副腎皮質ステロイドの継続投与が必要であり、A 氏も副腎皮質ステロイドを長期内服していた。そのため、皮膚の菲薄化や乾燥が起り皮膚は脆弱で損傷を受けやすい状態であった。また、低栄養状態や糖尿病による皮膚の乾燥や菲薄化、浮腫、弾力性の低下により皮膚のバリア機能が低下し、更に皮膚損傷が起りやすい状況であったと考える。入院以前より活動性は低下していたが、敗血症を発症したことで、発熱や血圧低下などの症状が出現し自力体位変換が困難となった。長時間に渡り同一体位でいたことで、骨突出のある仙骨部へと強い圧迫が加わり続けた可能性がある。更に、背上げや体位変換後の姿勢の崩れにより摩擦やずれの力が皮膚へと加わったことで、深部組織の血流障害を招いたと考える。仙骨部の褥瘡は排便により創汚染されやすく、細菌感染が発生しやすい。細菌感染が発生したことで炎症が強まり、広範囲に及ぶ組織の壊死を伴う DTI を発生したと考える。DTI により、障害が広範囲に広がっている可能性があり、創周辺の皮膚に水疱や発赤を認めること、疼痛の訴えが聞かれているこ

とからも褥瘡の炎症が強いことが示唆された。そのため、今後創面の拡大や、褥瘡の深達度が変化すること、広範囲の組織壊死によるポケット形成が予想された。深い慢性期褥瘡へと移行し、治癒までには長期間を要する可能性が高いが、そのような状況でも壊死組織を除去し炎症や感染をコントロールすることで、褥瘡の治癒過程を促進することができると考えた。現在は滲出液の少ない乾燥した壊死組織に対し、乳剤性基剤であるゲーベン[®]クリーム 1%を使用中である。これは乳剤性基剤の含有する水分を壊死組織に補水して軟化させることで、自己融解を促していると考えられ、壊死組織の除去を目的とした適切な軟膏の選択が行えていると考える。しかし、病棟看護師と一緒に処置を実施した際、洗浄方法や、外用薬の使用方法を看護師が適切に理解出来ていない様子が観察された。感染を制御し褥瘡の治癒過程を促進させるためには、効果的な統一されたケアの提供が必要であると考えた。

また、皮膚は脆弱で褥瘡が発生しやすい状態であり、ポジショニングの調整や皮膚の保清などの褥瘡予防ケアは実施されていた。しかし、ポケット形成が予測できる深い褥瘡が発生していること、頭側挙上時やポジショニング調整後に身体のずれが生じていたこと、褥瘡発生部位が骨突出部よりずれて発生していたことから日々のケアの中で、圧迫やずれの力に対するケアが不足していた可能性が高いと考えられる。また、新規にスキン-ケアが多発していたことから、皮膚の保護についてのケアや知識が不足していた可能性もある。圧迫やずれ力などの外力は、新規の褥瘡発生の原因となるだけでなく、創の変化や変形による外力性ポケット作成の原因となり褥瘡を難治性にすることもあるため適切な管理を行う必要があると考えた。

2. 看護上の問題

＃1 壊死組織が付着していることで、仙骨部の褥瘡の治癒過程が阻害される可能性がある

＃2 皮膚が脆弱で、自己体動が困難であり褥瘡発生リスクが高い

3. 看護目標

＃1 壊死組織が除去され、褥瘡が改善する

＃2 褥瘡発生を予防するための予防策がとれる

4. 看護の実際

看護上の問題＃1について、入院 41 日目より介入を開始した。褥瘡の状態が変化する可能性があり、状態評価のため連日処置に同席し、受け持ち看護師と共に観察と処置を実施した。

受け持ち 3 日目の褥瘡のサイズは 1.7×1.3 cm であり、創面は全て黄白色の柔らかい壊死組織に覆われていた。DESIGN - R[®]2020 では DU - e1s3I3CG6N3p0 : 16 点となった。滲出液はメロリン[◇]の 1/4 程度であり少量であった。ゲーベン[®]クリーム 1%を使用しているが、外用薬の使用量が少なかつたため、創面全体を厚さ 3mm 程度で覆える量の外用薬を使用するよう受け持ち看護師に指導を行った。また、褥瘡の周囲皮膚を含めて石鹸で十分に洗浄し、十分な量の微温湯を使用して洗浄を行うように説明した。

受け持ち 8 日目の午前中の処置時には、壊死組織は周辺の健常皮膚から遊離し、壊死組織の一部が除去されていた。また、除去された壊死組織の部分から膿様～黄色の滲出液が流出していた。メロリン[◇]には混濁した黄色の滲出液が多く付着していた。汚臭、創周囲の皮膚の浮動性、創縁の発赤などの感染兆候を認めたことから、ポケット形成の可能性があり、壊死組織の除去が必要であると考えた。実習指導者より特定看護師へ連絡し、医師の指示のもとデブリードマンを実施した。褥瘡のサイズは 1.5×1.5 cm であつたが、仙骨部の褥瘡部位を中心に全方向に 7.0×6.0 cm のポケットが形成されていた。DESIGN - R[®]2020 では DU - E6s3I3CG6N3P24 : 45 点となった。ボケ

ット内部の創底は黄白色の壊死組織に覆われており、創面にぬめりを認めていることから、感染を起こしていると考えられた。感染制御のためには、ポケット内腔の洗浄が必要であると考えられたが、創の入り口が狭くポケット内腔の適切な洗浄や観察は困難であった。また、リハビリテーション病院への転院が決定していたが、褥瘡の感染兆候が強く、ポケットを有する褥瘡の管理が困難であるとの理由で転院は延期となった。そのため同日中に、褥瘡の感染コントロールを目的に、皮膚科医師にてポケット切開が行われた。ポケット内腔全体に黄白色の壊死組織が付着しており、創面のぬめりが強かった。感染兆候を認め、滲出液も多いことから、水溶性基剤であるポピドンヨード・シュガー(ネグミン[®]シュガー軟膏)の使用に変更となった。ポケット内腔の洗浄のポイントとして、石鹼を使用し指やスポンジブラシなどでポケット内腔を洗浄するが、洗浄時にポケットを押し広げないように注意すること、シリンジなどを使用し微温湯で圧をかけ洗浄液がきれいになるまでポケット内腔を洗浄すること、同一体位で洗浄は行わず体位を変え洗浄することなどを指導した。また、外用薬はポケット内腔全体に充填するように使用することを受け持ち看護師、リーダー看護師へ説明した。

受け持ち 11 日目に処置に同席した際、ガーゼ上層までクリーム色～灰白色の滲出液により汚染されており、創縁が浸軟している様子が見られた。ポケット内腔のぬめりや壊死組織の付着は持続していた。滲出液が多く、1 日 1 回の処置ではネグミン[®]シュガー軟膏の効果が持続されていない可能性があり、感染が制御され滲出液のコントロールが良好になるまでは 1 日 2 回の処置が必要であると考えた。病棟スタッフへ 1 日 2 回の処置が必要であることを伝えたが、多忙な勤務の中で確実に 1 日 2 回の処置を継続できるかは分からないとの返事があった。そのため、感染制御や壊死組織除去の効果が長く続くことを期待し 1 日 1 回の洗浄後、ヨードホルム(ヨードホルムガーゼ)の使用へ処置が変更となった。

受け持ち 15 日目の褥瘡のサイズは 4.0×4.0 cm、ポケットのサイズは 7.0×6.0 cm、DESIGN - R[®] 2020 では D4 - E6s6I3CG4N3P12 : 34 点となった。創底の壊死組織はほとんど除去されたが、ポケット内腔に所々黄白色の壊死組織の付着があり、一部に腱や骨膜の露出が見られた。

受け持ち 21 日目の褥瘡のサイズは 4.5×4.0 cm、ポケットのサイズは 7.0×6.0 cm、DESIGN - R[®] 2020 では D4 - e3s8i1G5N3P12 : 32 点であった。壊死組織は全体的に除去され、滲出液も減少したため、ネグミン[®]シュガー軟膏の使用へ変更した。洗浄時創面のぬめりを認めたことから、感染制御のため、洗浄時は創面のぬめりが無くなるまで泡洗浄剤と微温湯にて洗浄を行うようスタッフへ指導を行った。

実習期間を通し感染コントロールは良好となり、壊死組織の除去も進んだ。肉芽形成やポケットの収縮は見られなかったが、DESIGN - R[®] 2020 による治癒予測によると、合計点が 19 点以上の場合約 8 割は 3 か月では治癒されないとされている。ポケット形成時の A 氏の褥瘡の DESIGN - R[®] 2020 合計点は 45 点であり、治癒までには長期間を要すると考えられる。肉芽形成やポケットの縮小という創の改善は見られなかったが、感染を制御し壊死組織を除去することで、炎症期が遷延することなく正常な創傷治癒過程を辿ることが出来たと考える。

看護上の問題 #2 について、受け持ち開始後、現在の褥瘡予防対策について情報を収集するため連日処置に同席した。病棟でのケアとして、ビーズクッション型のポジショニングピローを 3～4 個使用し、身体に枕を沿わせるようにポジショニング調整を行っていた。また、高機能エアマットレス(アドバン[®])を使用中であった。ポジショニング調整後、骨突出部の体圧を測定したが測定値は 40mmHg 以下であり骨突出部の除圧は行えていると判断した。しかし、ポジショニング調整後の

圧抜きは実施しておらず、寝衣や横シートが皺になっている様子が見られた。また、頭側挙上などに伴い体位が崩れ姿勢アライメントが崩れている様子が見られた。体位変換は普段看護師2名で実施しているが、夜間や業務が多忙な時間帯などは看護師1名で実施することが多いとのこと、頭側挙上を行っている時間や、体位が崩れた状態での時間も長くなってしまっている現状が見られた。

また、病棟スタッフからは、多忙なことを理由に、皮膚の保清や保湿、除圧などのケアが必要であることは理解しているが、実施出来ていないことが多いとの発言が聞かれた。病棟スタッフ全体が褥瘡予防ケアに対し関心が薄く、褥瘡予防ケアが浸透していない状態であった。そのため、褥瘡予防ケアを病棟チーム内に広げていくことを目的に、看護師1名でも取り組める簡単な内容から介入を開始した。

処置時に保湿剤を使用して全身の保湿を行うこと、体位変換後や頭側挙上後には、ポジショニンググローブを使用し頭から踵まで全身の圧抜きを実施すること、スモールチェンジの方法について指導を計画した。午前中の処置後や、昼食時のポジショニング調整に同席し病棟スタッフへ指導を行った。

受け持ち3日目、病棟スタッフと相談し保湿剤の塗布や剥離剤の使用がケアの一連の流れとして実施出来るよう、褥瘡処置用の物品がまとめられた箱の中に保湿剤や剥離剤などの物品を追加した。またスタッフからは、褥瘡処置、スキン-テア処置に加え、全身への保湿剤の塗布をすることで処置の時間が長くなってしまい負担が大きいとの発言が聞かれた。スキン-テアの多発している前腕や、下肢など部分的に使用することや、ポジショニングの調整時に合わせ、数回に分けて実施することも可能であることを説明した。処置後のポジショニング調整に合わせ、側臥位でのポジショニンググローブを使用した圧抜きや上肢や下肢などの位置を変化させるスモールチェンジの方法を説明しながら実施した。また、昼食時の頭側挙上に合わせ、臀部や背部などの圧抜きの方法や、頭側挙上の時間が長時間に及ばないようにすることなど説明した。

受け持ち8日目、病棟スタッフからスモールチェンジや保湿をすることで本当に効果があるのかと質問があった。患者の状態として、皮膚は菲薄化しており脆弱で損傷を起こしやすい状態であること、保湿やスモールチェンジによる効果や必要性を説明した。その結果、病棟スタッフからは「それならしっかりやった方がいいですね」との発言が聞かれ、保湿剤の準備など積極的に行う様子が見られた。病棟スタッフがケアの必要性を理解することが重要であると感じ、ケアに同席した際には病棟スタッフへと根拠や必要性を説明した。

連日処置に同席しケアを行う中で、徐々に計画の内容を周知することは出来た。しかし、計画したケアの必要性や根拠を病棟スタッフが理解できるような動機付けが出来なかった。また、褥瘡処置時や昼食時以外は、口頭でケアの継続を依頼するような関わりが多くなってしまった。そのため、実習生が同席した際には、計画した内容を実施することはできたが、スタッフが自発的に実施することではなく褥瘡予防ケアを病棟スタッフへと浸透させ継続的に実施することは出来なかった。その結果、スキン-テアの発生や、ポケット切開を行った皮弁に新規に潰瘍が形成されたため、実施したケアでは、A氏に発生した圧迫やずれ力などの外力を低減することは出来ておらず、患者の状態に適したケアの立案が行えていなかったのではないかと考えた。

Ⅲ. 考察

今回、DTIからポケットを有する褥瘡へ変化した患者に対し、新規褥瘡発生の予防と褥瘡の治癒

過程促進のために外力低減ケアを実施した。しかし、ポケット切開後の皮弁に新規に潰瘍が形成されたため、患者に対して実施した外力低減ケアは不十分であった可能性が高いと考えられる。立案した外力低減ケアは患者の状態に対して適切なものであったのか考察する。

褥瘡の治療について、真田は、褥瘡の治療は原因を除去すること、すなわち外力を取り除くこと、また、感染を助長する失禁をコントロールすることに他ならない。さらに、褥瘡発生の引き金となった基礎疾患の治療が最優先される。これらが十分に管理されたうえで、はじめて局所治療を論じることができる¹⁾と述べている。よって、皮膚に加わるずれ、圧迫、摩擦などの外力を除去するための除圧ケアは必要不可欠であり、優先されるものであると考えられる。今回、背上げや背下げにより発生する外力を低減するための局所的な圧迫解除を計画したが、褥瘡の状態が変化する中で局所管理に過度に焦点を当て介入してしまった。そのため、計画した局所的な圧迫解除も継続的に実施することが出来ず、外力軽減のための除圧ケアは不十分であったと考えられる。

また、ポケットを有する褥瘡に対しては更に特別な対応が求められる。高木はポケットが改善しない理由として、処置の困難さから壊死組織が残存していたり、感染を併発していたりすること、また、ポケットにずれが加わり続けることがあげられる²⁾と述べている。更に、骨突出があることで、その部分への圧迫やずれ力が集中するため、ポケットに加わるずれや圧迫も増加すると考えられる。褥瘡部位のずれや圧迫は創内部の血流を阻害し、肉芽組織の増殖を停滞させポケットの治癒過程を阻害する要因となるため、ポケットを有する褥瘡に対しては、褥瘡部位に加わる外力のコントロールが重要となる。A氏においては、褥瘡の感染コントロール、壊死組織の除去は良好であったが、ポケット切開後の皮弁に潰瘍が発生していることから、褥瘡部位に加わるずれや圧迫などの外力低減が不十分であり、創傷治癒を阻害する要因となっていた可能性がある。

ポケットの縮小には、上記で述べた通りポケットに加わるずれ力が影響するが、ずれ力を起こす原因として、患者の姿勢が大きく影響すると言われている。そのため、身体のずれが起こらない安定したポジショニングの調整が必要である。しかし、病棟でのポジショニングを確認すると、背上げ時に、身体とベッドの可動軸が一致せず身体が滑り落ちていたり、長時間背上げ姿勢で過ごしているなど不良姿勢でいる場面が多く見受けられ、安定したポジショニング姿勢の提供は行えていなかった。今回、病棟の特性を考慮し、看護師1名で対応可能な範囲でケア介入を開始することが望ましいと考え、姿勢全体への介入はせず、局所的な除圧を実施することを優先した。しかし、ポケットを有する褥瘡患者に対しては局所的な除圧のみでは不十分であり、身体のずれが発生しないポジショニング調整への介入が必要であったと考えられる。

ポジショニングにおいて、田中は、ポジショニングでは、目標とする体位調整をただ行うという観点だけではなく、全体的なケア(トータルケア)としなければならない。トータルケアのためのポジショニング階層として、最もベースになる層は寝床環境・居住環境である。これらの環境に対する配慮が基本となる。その上に、ポジショニング技術があり、さらにその上がQOLの維持・向上である³⁾と述べている。この観点から、ポジショニング調整は局所の圧迫やずれの回避を目標とするのではなく、患者のQOL向上のために安全で快適な姿勢保持を目標として行う必要があると考える。患者にとって安全で快適な姿勢とは何か、患者のQOLや環境面を意識したポジショニングへの介入が重要であり、その視点を意識したポジショニングへの介入が求められると考える。

ポジショニングに必須な環境として、患者がその人らしく動けるような環境を作ること＝患者らしい安楽な体位を取れるための環境を整えることが基盤となる。A氏らしい安楽な体位について検討する。A氏にとっての安楽な体位を考える上で、患者が自発的に体位について発言することはなかった

が、処置や体位変換時などの際に「痛くしないで」「びっくりした」「怖かった」などの発言が頻繁に聞かれた。皮膚は脆弱で、スキン・テアや褥瘡を保有していたことから体位変換やポジショニング体位により疼痛や不安を感じていた可能性が高い。また、A氏は入院前と同様に自分で食事や移動が出来るようになりたいという希望を持っていた。A氏にとっての安楽な体位とは、ポジショニング姿勢による疼痛がなく心地よい姿勢や、安全に食事や動きを取れるような姿勢であったと考える。このような背景から、ポジショニングの目的は疼痛を軽減し、安全で心地よい体位を提供することであり、そのためにA氏をとりまく環境を整えることも重要なケアであったと推測する。

体圧分散寝具の使用について、今回マットレスはアドバン[®]を使用していた。体圧分散寝具の選択フローチャートを参考とした場合、低圧保持エアマットレスの選択となるため、アドバン[®]の低圧、厚手圧切替モードは妥当な選択であったと考えられる。その他にも、ケアスタッフの人的環境要因の面から自動体位変換マットレス、背上げモードや圧抜き機能のあるマットレスも選択肢となったと考えられる。しかし、全身の圧分散能や圧切替機能を持つ高機能エアマットレスを使用している場合、骨突出の有無や栄養状態などによっては褥瘡発生の可能性がある。患者の状態に適したエアマットレスを使用した上で、状態に応じた体位変換の頻度や方法、ポジショニングの調整など総合的に外力低減ケアを実施することが重要である。

次にポジショニング技術について検討を行う。ポジショニング技術において重要なのは創傷への負担を最小化し、安楽を追求することである。背上げや背下げ、ポジショニング調整後などのケア時に発生する摩擦・ずれ・圧力は、組織の血流障害を招き新規の褥瘡発生の原因となる可能性がある。そのため、看護計画として挙げた局所的な圧迫解除はポジショニングの一部としては適切であったと考える。しかし、ポケットに加わった外力は上記で述べた通り、治癒過程を阻害し難治性ポケットの誘因となる。また、褥瘡を予防するために実施する体位変換や臀部のたるみによっても、創の変形を起こしポケットの治癒過程を阻害する要因となる。松本はポケットを有する患者の体位交換の方法について、平行移動時は、骨突出部を支えるようにして両腕を滑り込ませ、静かに水平に引き寄せる⁴⁾と提案している。これは、創と周辺の組織を一塊としてお盆のように固めて動かすことで、周辺組織が創内に押し込まれるなど創の変形を予防するためであり、更には、身体を持ち上げて動かす方法と比べて患者の恐怖心も低減することが出来るとされている。褥瘡に生じたずれや圧迫を解除することに加え、褥瘡の変形を予防することも必要なケアであったと推測する。

また、局所のみに留まらず、ポジショニング調整の目的が患者にとって安全で安楽な姿勢を保持することであることを意識し、患者の全体像を考えたポジショニング調整を行う必要があった。身体のずれを防止するために、ベッドと身体の可動軸を一致させることや、身体に直接触れない方法で間接的なサポートを行うなど、患者の身体的、心理的状況に配慮したポジショニングが求められた。これらのことを意識しポジショニング調整を実施することで、A氏にとって安全・安楽で心地よい体位かつ、褥瘡の治癒過程を阻害しない体位の調整が可能であったと考える。

更に、褥瘡予防や治癒促進のために個別性のあるポジショニング計画を立てたとしても、その計画が継続的に実施されない限り、外力低減の効果は得られない。交代勤務制の病棟においては、経験値や褥瘡に関する関心についてばらつきが生じやすい。ケアの統一性を保つためには、スタッフ全員がケアの必要性や相手に与える効果を認識することが必要である。そのために有効であるとされている、体験型グループディスカッションなどを用い、スタッフがずれや圧迫による苦痛、ケアの効果を体感することで目的意識を持った統一したポジショニングの実践が出来るようになるのではないかと考える。その他にも、口頭での伝達に頼らず視覚的に情報を伝達すること、実施のみで終了せずに、

病棟スタッフとケアの評価や振り返りの機会を設けることも必要であったと考える。

以上のことから、褥瘡の予防や治癒促進のためには、局所管理のみではなく、外力の低減を考慮したアプローチが必要不可欠である。特にポケットを有する患者に対しては治癒促進のために褥瘡部位に加わる外力や、創の変形、姿勢のずれを考慮したケアが重要であり、褥瘡の発生原因や褥瘡に加わっている外力を考慮した個別性のある対応が必要であると考え。また、ポジショニングの目標は、単に局所的な圧迫やずれを避けることではなく、患者にとって安全で安楽な体位を提供することである。そのためには、患者にとって安楽な体位とは何かを考え、コミュニケーションを取り、褥瘡の発生要因をアセスメントしながら環境を整えていくことが重要である。そして、患者らしい安全で安楽な体位の提供のため、患者の全体像を捉え姿勢全体をみる視点と、創傷への負担を最小とするために局所の圧迫やずれを捉える視点の両方を持ちながらポジショニングに対し介入することが必要であると再認識した。

おわりに

褥瘡の予防において、除圧やポジショニングなどは日常的に実施していたケアであるが、ケアの目的や目標を明確にし、患者の状態に応じた個別的なケアを提供していたわけではないことに気づいた。ポケットを有する褥瘡患者に対しては、身体のずれを予防するために、ポジショニングへと介入することが求められる。ポジショニングにおいて、第一の目標は患者のQOL向上である。そのためには、患者の全体像を捉え患者がその人らしく動ける安全で安楽な姿勢を提供することと、創傷や皮膚への負担を最小にするためのケアの両方を提供することが必要である。更にポケットを有する場合には、褥瘡に加わる外力が創の治癒に影響するため、褥瘡に加わる外力の種類や創の状態に応じた、患者一人ひとりに合ったケアを計画していくことが重要であると改めて認識した。

今回の経験を通じて、褥瘡の予防や治療においては局所管理だけでなく、外力の低減やポジショニングの調整など、全体的な視点が求められることを改めて学んだ。今後は、患者一人ひとりのニーズに応じた個別的で包括的なケアを提供し、より質の高い看護の提供が出来るようになることを目指していきたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの貴重な学びや経験を与えてくださった患者様、ご指導やご協力をいただきました実習指導者様、ならびにケアへのご協力いただきました病棟スタッフの皆様に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 越村洵子, 紺家千津子, 真田弘美ほか. 褥瘡におけるポケット形成にいたるまでの過程の検討. 褥瘡会誌. 2004, 6(4), 607 - 615.
- 2) 高木良重, 町田京子, 山中晴美ほか. 褥瘡患者のポケット形状の変化—ポケット残存方向と体位との関係—. 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌. 2006, 10(2), 51 - 54.
- 3) 田中マキ子. “ポジショニングはなぜトータルケアなのか”. トータルケアをめざす褥瘡予防のためのポジショニング. 東京, 照林社, 2018, 9 - 13.
- 4) 松本衣代. 今, 必要な褥瘡におけるポケット形成機序の理解—仙・尾骨部. 日本医事新報. 2015, 4747, 22 - 25.

参考文献

- 1) 大浦武彦. “新しい体位変換”の意義. Geriatric Medicine. 2013, 51(12), 1281 - 1290.
- 2) 紺家千津子, 真田弘美, 須釜淳子ほか. 高齢者における褥瘡治癒過程からみた形態的分類と看護ケアとの関係 - ポケット形成のある褥瘡に焦点をあてて -. 褥瘡会誌. 2002, 4(1), 60 - 69.
- 3) 北川敦子, 紺家千津子, 表志津子ほか. 体位変換技術が褥瘡の形状と血流に及ぼす影響. 褥瘡会誌. 2003, 5(3), 494 - 502.
- 4) 日本褥瘡学会(編). 褥瘡ガイドブック 褥瘡予防・管理ガイドライン(第5版)準拠. 一般社団法人日本褥瘡学会. 第3版, 東京, 照林社, 2023.

はじめに

臀部に知覚鈍麻がある患者は、圧力や痛みを感じにくくなり、体の特定の部位に長時間圧力がかかっても、その感覚を認識できないことから褥瘡発生しやすい状況にある。初期の段階で適切なケアが行われないと、褥瘡は深刻な状態に進展する可能性がある。特に長時間同じ姿勢でいることが多い場合、褥瘡発生のリスクはとて高くなる。つまり、臀部に知覚鈍麻がある患者は生涯にわたり褥瘡予防行動が重要で継続する必要がある。

今回、左坐骨結節部褥瘡を長年保有している患者への再発予防行動を促進させるケアを行う中で、患者の発言と行動を振り返ると、患者のできる範囲での予防行動をとることができていたことがわかった。社会生活を送る中で、どのようにケアを取り入れていくか、長期にわたる経過を踏まえた褥瘡予防に関する患者教育の困難さを感じた。患者が日常生活の中で継続可能な予防行動をとるためには、知識を持つだけでなく、行動可能な動機付けの支援が必要となる。患者の認識変容にむけた指導においての支援に必要なことについて学んだため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：左坐骨結節部褥瘡 左足皮膚潰瘍
3. 患者背景
 - 1) 現病歴

A氏は、約50年前トラックを運転中の交通外傷により、両側大腿骨骨折、右下腿骨折があり、2年間の臥床により生じた両膝関節拘縮により両膝人工関節を挿入している。左下肢麻痺、外側は知覚鈍麻、臀部の知覚鈍麻がある。受傷当時の骨盤固定をしていた装具により左坐骨結節部に褥瘡が生じ、現在まで治癒と悪化を繰り返している。リハビリテーションを経て社会復帰し、現在は20時間拘束勤務のタクシー運転手をしている。休憩も食事も全てタクシー内でとるため、勤務中ほとんどの時間を座位で過ごしている。このような生活背景から、術後生じた左坐骨部の褥瘡は治癒と悪化を繰り返していた。

職場での転倒を機に、以前から治癒と悪化を繰り返していた左坐骨結節部の褥瘡が悪化し、出血が止まらないため、受診した。褥瘡の治療目的のため入院となる。

2) 受け持つまでの経過

入院後、全身麻酔下でデブリードマンを施行した。術後2病日目より持続洗浄型局所陰圧閉鎖療法(negative pressure wound therapy instillation and dwell：NPWT-id)を開始し、22日後終了している。毎日の創部洗浄とトラフェルミン噴霧剤(フィブラスト®スプレー500)の使用、精製白糖ポピドンヨード(ネグミン®シュガー軟膏)塗布の処置を行っていた。週3回はシャワー浴での創部洗浄を行い、形成外科医師により、鋭匙でのデブリードマンや、浮腫状肉芽の外科的デブリードマンを実施していた。入院約1か月後、皮弁形成術施行予定となった。

3) 褥瘡の状況

左坐骨結節部褥瘡の創底は薄赤色で、表面が浮腫状であった。褥瘡サイズは6.0×1.0 cm、ポケ

ットを含むサイズは 10.0×3.0 cm、ポケット深さは 3.5 cm、DESIGN - R[®]2020 は、D4 - e3s6I3CG6n0P12 : 30 点であった。

4) 身体状況

身長 155.6 cm、体重 52.7 kg、body mass index (BMI) 21.77 kg/m²、日常生活自立度は J2 ランク、両手でロフストランドクラッチを使用し、短距離歩行はできる。ベッド上でのプッシュアップは行える。血液データは、TP6.6g/dL、Alb2.7g/dL であった。

5) 社会背景

60 歳代の妻と 20 歳代の息子と同居している。仕事はタクシー運転手で、朝 6 時から翌早朝 2 時までの 20 時間拘束勤務をしている。勤務時間内に 3 時間程休憩があり、休憩は自分のタクシーの運転席で休息をとっている。

自宅環境としては、エレベーター付きのマンションに住んでいる。畳の部屋に固めの布団を敷いて寝ている。妻は 1 型糖尿病で体調がすぐれない日がある。妻より「入院前の傷の処置は全部本人が行っていた。私や息子には傷を絶対に見せないで、次の手術後も見せてくれないと思う。本人は 1 週間で退院すると張り切っているけど、私としては傷が完全に治ってから退院してほしい。仕事で座っている時間が長いので、傷が悪化する可能性があることは理解しています。私が口を挟んでも、すごく嫌な顔をされ、言うことは聞いてくれないので、先生が外来で定期的に診てくれるとすごく安心します。」との訴えがあった。

6) 認識

50 年前の事故の後、歩けるようになって車を運転できるようになりたい思いが強く、リハビリテーションを頑張り運転できるようになった。約 3 年毎に、臀部に小さい穴が開いていることに気が付いたが、病院を受診せずに自己判断でコットンと抗生物質の入っている軟膏を薬局で購入し、適当に穴に詰めて治していた。「感覚がないから痛くないんだよね、ひどくなっても分からないんだよ。生活があるから病院にかかるのも面倒だし。今回傷がひどくなったのは、22 時間勤務が終わって、疲れてめまいがしてふらついて転んでしまったからなんだよ。いつもは右側に倒れるようにしていたけど、今回は左のお尻を打ちやったんだよ。すごく後悔している。早く傷を治して仕事復帰したい。」と、A 氏は話された。

II. 看護の実際

1. アセスメント

約 50 年前の外傷後より、臀部知覚鈍麻があり、骨突出部を長時間圧迫し軟部組織血流障害のため褥瘡が発生したと考える。その後治癒と悪化を繰り返した褥瘡部の皮膚は、周囲の皮膚に比べて血流や栄養供給が不十分であることから傷つきやすく再発しやすい状態であったと考える。また、治癒した部位の皮膚は、圧迫や摩擦に対して敏感であることから、体位変換が不十分な場合、再発が起りやすい状態であったと考える。また、褥瘡が治癒した後も、皮膚のバリア機能が完全に回復せずに、感染が起りやすい状態であった。このように治癒と悪化を繰り返していた臀部は、転倒を機に深い褥瘡発生に至ったと考える。

褥瘡部は、外科的デブリードマン実施後 NPWT-id を施行し、創面積の縮小や滲出液のコントロールができ、創部の血流を改善することにつながったと考える。現在、軽度の浮腫性の肉芽がみられ、バイオフィルムの存在が創傷治癒を阻害する要因と考えるが、毎日のシャワー洗浄とシャープデブリードマンを行い、殺菌作用、創傷治癒作用のある外用薬を使用し皮弁形成術前の準備とし

ての治癒過程に悪化は認められず、問題ないを考える。

褥瘡に対して、市販の薬で治るもの、今回特別ひどくなったのは、転んだことが原因だという認識がある。転倒したことに対して後悔している様子あり、臀部に知覚鈍麻があることにより、繰り返す創傷に対しては、楽観的に捉えている可能性が考えられる。今後も復職の希望があることから、これまでと同様の生活を行うことにより、褥瘡再発のリスクは高いと推察する。再発のリスクが高いことは理解しているが、予防行動をとることができるよう支援していく必要がある。

2. 看護上の問題

#1 褥瘡発生と予防に対する知識不足から、褥瘡再発の可能性がある

3. 看護目標

#1 退院後の日常生活で褥瘡再発予防を意識した発言がきかれる

4. 看護の実際

入院 38 日目から介入し、まずは日常生活動作について確認をした。入浴は、シャワー椅子を使用したシャワー浴のみであった。睡眠は、8 cm 程の厚さのマットレスの上に布団を敷いて寝ている。家の中では、ソファに座り過ごすことが多い生活をしていると確認をした。食事は、自宅では硬い椅子に座りとり、仕事中は車の中で済ませているとの情報を得た。仕事中の食事について A 氏は、「食事は車からなるべく降りないようにドライブスルーできるファーストフードが多いですね。お腹が満たされればいいから身体のことや栄養のことは全く考えていないですね。栄養指導は何十年も前に受けた気がするけど、脂肪分を摂っていればいいんでしょう？適当に過ごせばいいんですよ。もうあと 10 年もないんですから。」との発言があった。仕事後には左下肢が 2 倍に浮腫み、靴を履くことで擦れ左足皮膚潰瘍を生じていたため、靴を脱いで運転をしていた。休憩中に浮腫んだ足で靴を履き、買い物や休憩をとることで、左足皮膚潰瘍を悪化させる可能性があると考えて行動していたことがわかった。潰瘍部が当たらないようにフットウェアを調整することで軽減できることを A 氏に伝えた。

勤務中の姿勢や過ごし方について話を聞くと、運転席シートの上にテンピュール®という体圧分散機能付きクッションを数年前に自己で購入して使用していた。運転時は、左大腿裏にタオルを丸めて入れて、左坐骨結節部へかかる圧を調整していた。仕事中の休憩時は、運転席を 45 度程倒し、右側臥位で休憩していた。仕事で使用しているタクシーは、いつも決まった車種ではなく、3 種類程の車種を使用しているため、シートの形状はそれぞれ異なっているとの情報を得た。「自分で除圧できる方法を考えて、褥瘡を悪化させたくないという思いがあったんですね。」と本人へ伝えた。勤務中は 20 時間以上、車内で座って過ごすため、座位での体圧測定を実施した。テンピュールクッションは会社にあり、持参は難しかった。ウレタンフォームマットレス(ディンブルマットレス)上での体圧は、左坐骨結節部は 43.9 mm Hg、右坐骨結節部は 32.1 mm Hg であった。左大腿に丸めたタオルを入れた状態での体圧は、左坐骨結節部は 31.3 mm Hg であり、休憩時の右側臥位での右大転子部の体圧は、18.0 mm Hg であった。大腿部にタオルを入れることで左坐骨結節部にかかる体圧は減少がみられた。A 氏より、「左の方がやっぱり高い力がかかるんだね。両足と両膝の手術をして変形しているからしょうがないね。」と反応があった。

仕事に効果的な除圧ができるクッションの選択について、作業療法士へ相談し、経済的負担を最小限にするサポートについて、医療ソーシャルワーカー(medical social worker:MSW)へ相談し、情報収集を行った。作業療法士からは、「車のシートの形状にもよるが、褥瘡再発予防のことで考えると、ジェル状の 2 層構造のものがよい。1 層構造のものにするなら、皮膚保護剤を左坐骨

結節部に貼付して保護する方法もある。しかし一番大切なことは、車からなるべく降りる生活を指導する必要がある。」との情報を得た。MSWからは、身体障害者手帳での補装具申請で購入することも可能であるという情報を得た。得た情報を本人へ伝えたところ、「そんな方法もあるんですね、知らなかったです。」との発言があった。現在使用しているテンピュールクッションが劣化し、左坐骨結節部や骨突出部に圧が過度に長時間かかることで、褥瘡再発のリスクが高くなることがあると説明した。さらに、運転姿勢が安全にとれるようなクッションを使用し、褥瘡予防ができるクッションと一緒に考え選択することは可能であると説明した。

どうすれば予防行動がとれるかを考え、まずはプッシュアップが実施できるかを確認したところ、腕の力を使用してプッシュアップをすることはできていた。褥瘡は、長時間の同一体位での局所圧迫による血流が阻害されるため、除圧を行うことは非常に重要な褥瘡予防行動の一つであり、仕事中に除圧行動を継続して行うことができるかについて一緒に考えた。赤信号になったらプッシュアップをする、タイマーをかけてプッシュアップをする、トイレ以外も休憩で車外に出る等の提案をした。しかしA氏より、「気にすればできるけどね、仕事中は気にしてられないよね。お客さん毎移動時間も違うしね。」との発言があり、仕事中に予防行動をとることは難しいと考えていることがわかった。皮弁術後の安静度はベッド上、右側臥位のみ、ギャッジアップ 30 度と体動制限があった。安静制限中に床上での除圧行動がとれているかについて確認をした。訪室時、身体がずれているため、シーツや寝衣のしわを伸ばし姿勢を整えたが、A氏は柵につかまり腕の力で右臀部を引きずり身体を動かす様子があった。左臀部を引きずらないための行動はとれていたが、ずれたままでいる姿勢での皮膚へのずれや摩擦による影響も説明した。A氏からは、「明日位から歩けるようになるみたい、今は傷のことより職場復帰のことしか考えていないね。傷のことは俺がどうこうできるものじゃないし。」との発言があった。皮弁部の血流を保つために持続的に圧迫されない体位をとることや、引きずらない摩擦を与えないことは、A氏が傷のために行うことができるケアであることを伝えた。翌日、腕の力を利用して左臀部を引きずることなく、体位変換や体位調整を行う事が出来ていた。

さらに、治癒と悪化を繰り返していた左坐骨結節部の褥瘡を保有し、病院を受診せず、自己判断で市販の軟膏を使用し処置をしていたA氏に対して、褥瘡に対する知識不足から予防行動が実践できていないと考え、知識の提供を行った。ずれと摩擦の予防が褥瘡再発予防につながることは理解されていたが、仕事のこと、経済的な心配が大きく、早期退院したいという思いが強い様子であったため、再発しないようにどのような生活を送る必要があるかを指導した。褥瘡を繰り返した皮膚の状態について、「褥瘡は、持続的な圧力によって血流が低下し、皮膚が虚血性壊死に陥ることで発生すること。褥瘡が治癒した後でも、同じ部位に再度圧力がかかると、皮膚が再び損傷を受けやすくなり、再発のリスクがあること。褥瘡が治癒した後の皮膚は、血流や栄養供給が不十分な状態が続くため、以前よりも脆弱になっていることがあり、皮膚の構造が損なわれる。年齢や栄養状態が影響すること。褥瘡が治癒する際に、皮膚が瘢痕組織に置き換わることがあり、この瘢痕組織は、元の皮膚よりも柔軟性が低く、再度の圧力に対して耐性が弱い状態になること。褥瘡が再発する際には、感染が伴うことがあり、特に、皮膚が壊死したり、潰瘍が深くなった場合、細菌感染のリスクが高くなるため、治癒がさらに困難になることがあること。」の内容を、資料を用いて読み合わせを行った。さらに、日常生活での注意点については、「体位を定期的に変えることで、圧力がかかる部位を解放し、血流の改善ができる。皮膚の状態を定期的に観察し、早期に異常を発見することが重要で、特に赤みや水疱の兆候に注意が必要であること。栄養状態を改善することで、皮膚の回復

力を高め、褥瘡の再発リスクを低下させることができること。」の内容を、資料を用いて読み合わせを行った。

A氏は繰り返す褥瘡を治したいという思いがある反面、もう長く生きないから悪くなっても仕方がない、早く職場復帰をすることしか考えてない、除圧しなければならないことはわかっているが、仕事では気にしてられない、という思いがあることを病棟看護師と情報共有を行った。さらに、A氏の退院後の生活における褥瘡再発予防について、必要な指導やサポートについてカンファレンスを実施した。病棟看護師からは、「褥瘡だけではなく、左足潰瘍もあるので、きっと退院後に他にも創傷をつくってしまうリスクは高いと思っている。」との意見があった。妻の体調を気にして、家族へ協力を得ることを本人は避けているので、訪問看護の介入を創部観察目的のために導入するなど、第3者の介入をする必要があり、皮膚観察を行うために他者を介入させる必要性を医師から本人へ説明してもらう必要もあるとの共通認識をもった。さらに、退院までにMSWや管理栄養士と連携し、退院後の社会資源の活用について本人への情報提供を行うこと、特に仕事での食事の選び方や褥瘡治癒に必要な栄養についての栄養指導を行う必要があるという話し合いとなった。

皮弁術後の歩行開始後、A氏からは「手術してまだ少しだけど歩けるようになって、ご飯もちゃんと食べられるようになりました。予定通り退院して早く職場復帰して、なるべくできる範囲でやってみます。」との発言が聞かれた。

Ⅲ. 考察

左坐骨結節部褥瘡を保有しながら生活しているA氏へ患者教育をしていく中で、「面倒だよ、できないよ。」と発言していたが、「できる範囲でやってみます。」との発言に変化した。A氏との関わりを振り返り、褥瘡再発予防行動がとれるような支援について振り返り、考察していく。

坐骨部褥瘡は、持続的な圧力や摩擦が加わり組織の血流が阻害され生じるため、坐骨部にかかる圧力を分散させる除圧が有効と言われている。プッシュアップが行えるか確認したところ、実施はできていた。しかし、仕事に実施していたか、これからできそうかを確認すると、「気にすればできるけどね、仕事中は運転に集中しちゃうから気にしてられないよ。面倒だよ、もう長くはないから適当に過ごせばいいんですよ。」との発言があった。松原は、健康関連QOL (health related quality of life: HR-QOL)は創部の状態や病態だけではなく、個人の生活、周囲の環境、過去の体験、受け止め方や考え方によっても異なる¹⁾と述べている。患者が創傷を自分の身体の一部として受け入れ、新たなライフスタイルを見つけていくことを支援することが大切である。再発のリスクを抱えながら生活していく中で、創傷とうまく付き合っていく方法を患者自身でセルフマネジメントしていく必要がある。A氏と共に日常生活を振り返ることは、A氏自身が問題点に気づくことにつながったと考える。患者の自己管理能力を高めるための教育を行うためには、理解度とニーズを把握することが重要であると考えられる。

次に、実際に左坐骨結節部にどのくらい体圧がかかり、褥瘡発生リスクが高いことを可視化する目的で、体圧測定を実施した。A氏より、「左の方がやっぱり高い力がかかるんだね。両足と両膝の手術をして変形しているからしょうがないね。」と反応があった。骨盤が変形しているため、左坐骨結節部の除圧を行う事が、褥瘡再発予防のために必要であることを伝えた。堀らは、患者自身に体圧と摩擦、褥瘡形成のリスクを認識させたことが、褥瘡予防の自己管理に有効であった²⁾と述べている。数値化し、可視化することで、褥瘡発生リスクが高いことの自覚と除圧の必要性を再認識させるケアになったと考える。臀部に知覚鈍麻があるA氏は、痛みの感覚がなく、長時間同じ姿勢を維持

することが多くなる。皮膚の状態を定期的に確認し、褥瘡の初期徴候を発見し、適切なケアを行うことで、褥瘡の発生を防ぐことができると考える。さらに、知覚鈍麻の影響や褥瘡再発リスクについて教育することは、自己管理能力を向上させることにつながる支援であると考えた。

さらに、術後A氏より、「傷を治すことは自分にはできないから、予定通り退院して、早く職場復帰することしか考えていない。」との発言があった。知識はあり、理解はしているが、除圧行動をとらないA氏に対して、なぜ除圧が必要か、繰り返している褥瘡部組織の状態について資料を用いて知識の提供を行い、日常生活で注意することについて説明した。最終日には、A氏から、「早く職場復帰してなるべくできる範囲でやってみます。」との発言が聞かれた。内田らは、患者の行動変容を促すためには、こちらからの一方的な知識の提供ではなく、分かっているけど出来ないという患者の気持ちを受け止め、まずは身近で実行可能な目標を共に考え、その実践を支援し評価することが重要である³⁾と述べている。褥瘡を繰り返した皮膚の状態についての知識を改めて資料を用いて指導することは、知識の再確認ができた。根拠を踏まえて日常生活での注意点に結び付けて説明することで、できないことではなく、できていることを認め、どんな工夫ができるか、身近で実行可能な目標を共に考える支援がA氏の認識変容につながり、自己管理に対する意欲を少しでも向上させることにつながったと考える。また、自己管理による適切な行動選択と実行ができるよう行動変容を教育・支援することを意識した関わりを継続することで、仕事の実施は難しいと話していたA氏が、なるべくできる範囲でやってみます、との発言に変化したと考えた。

A氏の日常生活の大半を占める仕事での行動と一緒に振り返る中で、左足皮膚潰瘍を悪化させないように行動していたことや、運転時は、左坐骨結節部へかかる圧を調整するため、左大腿裏にタオルを丸めて入れる等の工夫をしていた。臀部に知覚鈍麻や左下肢麻痺を生じながら生活してきたことや、予防行動や工夫して生活してきたことを認め、言葉にして伝えたことで、「本当は面倒だよ、実際はできないよ、適当に生きればいい。」という投げやりな発言も聞かれるようになってきた。佐藤は、まずは患者の話をよく聞き、その背景を十分に理解する。また、容易に禁止、否定、拒否の言葉を用いないよう配慮する。患者は治療を適切に行い、理想的な患者になるために生きているわけではなく、理想的な人生を送るための手段として治療を行っているということを念頭に置く。そのためには、患者の社会的背景や人生のステージについても配慮する必要がある⁴⁾と述べている。理解していても、行動できない本当の原因を探るためには、信頼関係を築き、A氏の本当の思いを引き出すためには、継続した関わりが必要であると考えた。A氏の長年の経過や、日常生活行動と一緒に振り返ることで、日常生活の中でA氏が重要と感じていることについて理解を深めることにつながった。また、患者の話をよく聞き、「自己で除圧できる方法を考え、褥瘡を悪化させたくないという思いがあったんですね。」と、今まで工夫して行ってきたことを認め伝えることは、信頼関係を築くことにつながったと考える。また、長い経過で創傷を持ちながら生活してきたA氏の社会的背景を否定せずに聞き、一緒に振り返ることで、褥瘡再発の要因を共有できたと考える。原因の共有をしなければ、次の段階の行動変容まで進めることはできない。そのためにも、信頼関係を築き、認識の変容への働きかけは重要であると考えた。

また、A氏は生活していく上で、褥瘡の治療の他に、経済的な心配を訴え、早く職場復帰したいという訴えが多く聞かれていた。佐藤は、人が健康に関連する行動をとるか否かは、年齢、性別、教育、収入などの要素に大きく影響される⁵⁾と述べている。入院に至らずに日常生活を送ることの金銭的メリットや、家族に心配をかけない心理的なメリットをA氏がどう感じ効果を自覚するかが健康関連行動をとるためには必要だと考える。自己で行動する生活レベルでの習慣化を目指す動機付けが

必要であった。仕事を長く続けていくためにも、褥瘡が再発しないように生活することは重要であり、社会資源の活用だけではなく、健康行動を継続していける支援を考えることが大切である。

諏訪らは、行動変容ステージを、1) 無関心期、2) 関心期、3) 準備期、4) 実行期、5) 維持期の5つに分け、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援することを求めている。A氏は、知識はあるが「面倒だよ、できないよ。」と話していることから、行動変容に関心はあるが、行動を行う意思がない関心期であったと推察した。継続的に関わった結果、できる範囲でやってみますと前向きな発言があり、実行したいという思いに変化し、準備期に至ったと推察した。この時期は、行動変容についての関心があるだけではなく、行動を実行したいと思っている時期であり、確実に実行に移してもらう援助が必要となる。諏訪らは、継続的にかかわり、生活習慣を変えるための行動を実行してもらい、あるいは持続してもらえるように、積極的に支援する必要がある⁶⁾と述べている。患者の行動変容を促進し、患者が自らの内面的な動機を引き出し、行動を変えるための意欲を高めるコミュニケーション技法として、モチベーショナルインタビューというアプローチがある。患者との信頼関係を築き、患者の意見や価値観を尊重し患者の意見を引き出し、内面的な動機を探ることは、褥瘡を早期に発見し悪化させないために必要な支援となると考える。また、褥瘡予防において皮膚の観察は重要であり、社会資源の活用や、近医と連携することで、医療者の定期的フォローが定期的に継続できる環境を整える支援もA氏の行動変容を支えるケアにつながると考えた。

おわりに

繰り返す坐骨結節部褥瘡保有している患者は、新しい生活習慣を獲得するまでに様々な困難を自分なりの方法で乗り越え、新しい生活習慣を獲得し生活している。患者教育をするためには、褥瘡ケアという局所治療だけに着目するのではなく、その人にとっての経過や社会背景を踏まえた上で日常生活を振り返る必要がある。患者との信頼関係を築き、本質的な問題がどこにあるのか、改善可能であるのかを、患者と共に考えていくことが必要である。

謝辞

今回の実習において多くの学びを与えてくださったA氏に心から感謝申し上げます。また、研修の場を提供してくださった、病棟看護管理者様、実習指導者様、病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 市岡茂，須釜淳子．治りにくい創傷の治療とケア．第1版，照林社，2011，195．
- 2) 堀雅美，角谷暁子，折笠博子ほか．褥瘡形成を繰り返す脊髄損傷患者への援助―再発予防にむけて―．褥瘡会誌．2001，3，354．
- 3) 内田陽子，林優子．体重増加の著しい透析患者に行動変容をもたらした援助．岡山大学医学部保健学科紀要，1999，10，57 - 61．
- 4) 佐藤智也．第31回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会教育講演1．患者さんの行動変容をどう促すか：健康行動科学からのアプローチ．日WOCM会誌．2023，27巻，1号，30（28 - 36）
- 5) 前掲4)
- 6) 諏訪茂樹，酒井幸子．行動ステージの支援技術．日本保険医療行動科学会雑誌．2019，34(1)，1 - 6．

参考文献

- 1) 茂木孝. 患者教育の考え方. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 2015, 第 25 巻, 第 3 号, 327.
- 2) 長棟瑞代, 稲垣美智子, 多崎恵子ほか. 糖尿病をもつ患者の“わかっているけれど、できない”ことへの自己対処の様相. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2020, Vol. 24, No. 2, 181 - 190.
- 3) 諏訪茂樹, 酒井幸子. 行動ステージの支援技術. 日本保険医療行動科学会雑誌. 2019, 34(1), 1 - 6.

はじめに

在院日数の短縮、高齢患者の増加や家庭の介護力の低下などから、退院困難な患者を経験している病院は 96.6%にのぼり¹⁾、退院支援がより重要になっている。退院支援が必要な事例の特性として退院後も在宅で医療処置が必要な状態があげられ、退院後も医療処置が必要な患者は、慢性疾患の増加、医療費の高騰、医療の発展により今後一層増加すると見込まれる。特に褥瘡に関しては、療養者および家族は褥瘡のケアや処置に大きな負担を感じている。本論文で紹介した症例では、難治性褥瘡を保有しながら在宅療養をしていた患者が新規に重度の褥瘡を多発発症しながらも、自宅退院を目指した患者・家族との関わりから、生活と介護のバランスを取る重要性について学びを得たため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70 歳代 男性
2. 診断名：左坐骨結節部褥瘡、左右下腿外部褥瘡、左右腓骨頭部褥瘡
3. 患者背景

1) 現病歴

X 年に急性大動脈解離を発症後、対麻痺、膀胱直腸障害、脊髄梗塞(T12 麻痺)が出現して、要介護 3 の状態であり、妻による介護で自宅療養をしていた。X+6 年に左坐骨結節に骨髓炎を伴う褥瘡が発生した。左坐骨結節部褥瘡へは外科的再建術や局所陰圧閉鎖療法を行ったが完全に治癒はせず、さらには仙骨～尾骨部にも褥瘡の発生と治癒を繰り返していた。X+10 年、食欲不振により 1 ヶ月で 8 kg の体重減少があり、緊急入院となった。その際に、左坐骨結節部褥瘡の創拡大とコンピュータ断層撮影(Computed Tomography: CT)所見として坐骨に不整な骨硬化が生じていた。さらに、新規で黒色壊死組織で覆われた両下腿外側と両腓骨頭部の褥瘡が発見された。

2) 受け持つまでの経過

入院後は洗浄と左坐骨結節部褥瘡には精製白糖・ポピドンヨード(ネグミンシュガー[®]軟膏)を塗布してオムツにて保護を実施していた。両下腿褥瘡はスルファジアジン銀(ゲーベン[®]クリーム 1%)を塗布して外科用パッドと包帯で保護をしていた。発熱はないが、骨髓炎の予防として広範囲経口抗菌製剤を 1 週間内服していた。

3) 褥瘡の状態

① 右下腿外部褥瘡

創のサイズは 11.0×2.0cm で DESIGN - R[®]2020 は DU - e3s8i1G6N6p0 : 24 点であった。創の辺縁は大部分が明瞭で柔らかい黄色壊死組織で覆われているが、創の 0、6 時方向の創縁周囲は硬い黒色壊死組織で覆われていた。また、創内の一部分にピンク色の浮腫のある肉芽があった。

② 右腓骨頭部褥瘡

創のサイズは 1.0×0.8cm で DESIGN - R[®]2020 は DDTI - e1s3i0g0n0p0 : 4 点であった。創面の中央が黒色、創周囲が暗赤色で健常皮膚と壊死組織の境界が不明瞭な状態であった。

③ 左下腿外部褥瘡

創のサイズは 12.0×1.5cm で DESIGN - R[®]2020 の評価は右下腿外部と同様であった。黄色の硬い壊死組織で創全体は覆われており、創縁は 0 時方向の一部分のみ辺縁周囲に発赤があり、創辺縁が不明瞭で、それ以外の創縁は明瞭であった。

④左腓骨頭部褥瘡

創のサイズは 1.0×1.0cm で DESIGN - R[®]2020 の評価は右腓骨頭部と同様であった。創面の中央は黒色で、その周囲は暗赤色で健常皮膚と壊死組織の境界が不明瞭な状態であった。

⑤左坐骨結節部褥瘡

創のサイズは 3.4×2.7 cm、ポケットを含むサイズは 3.4×3.7cm で DESIGN - R[®]2020 は D4 - e3s8I3CG6N3P6 : 29 点であった。薄ピンク色の創内の一部はぬめりと浮腫がみられ、全体が不良肉芽で覆われていた。また、創の辺縁は表皮肥厚していて肥厚が創内の一部にもみられる状態であった。

4) 身体状況

炎症反応の採血データとして、CRP は 1.5mg/dL、白血球数は 11410/μL で高値であった。バイタルサインは体温 36.5 度、脈拍 65 回/分、呼吸回数 16 回/分、SpO₂95% で入院前後での変化はなかった。下肢全体は温かく毛が生えており、足背動脈・後脛骨動脈・膝窩動脈は触知可能であった。脊髄梗塞のため腰部～下腿に感覚・運動障害があり、両下肢が外旋して下腿外側がマットレス全体に当たっている状態であった。圧切り替え型エアマットレス(ビッグセル - Ex[®])を 60 kg で体重設定をして使用し、体位交換は 2 時間毎に看護師全介助で実施していた。A 氏はタブレット端末でナンプレやゲームをすることが好きなため、ベッド 45 度以上の背上げをして日中は過ごしていた。

5) 栄養状態

体重 58 kg、身長は立位保持困難のため測定不可能であった。採血データから、総蛋白質値(TP)は 6.7mg/dL、血清アルブミン値(ALB)は 3.3mg/dL であった。入院後、1 週間経過すると食欲は改善しはじめたため、栄養士が介入して食事形態の調整を行っていた。

6) 排泄状態

A 氏は 10 年前に大動脈解離後に膀胱直腸障害となってから、排尿は自己導尿を実施し、排便は緩下剤とオムツを使用して排泄管理を行っていた。1 年前から両手指の振戦が強くなったため自己導尿が困難となり、膀胱留置カテーテルでの排尿管理に変更している。膀胱留置カテーテルは 1 か月に 1 回デイサービス先で定期交換をしていた。介入時 1460ml/日排尿あり、混濁なく黄色透明の尿であった。経口摂取量の低下に伴い、排便コントロールが困難となり入院後は毎日看護師が排便を行い、ブリストル便性状スケールのタイプ 2～3 で片手盛りほど排便がある。

7) 心理的背景

本人は、「食欲低下後、右足に褥瘡ができたと思っていたら、左側にもできた。褥瘡ができた後に悪くならないようにと、デイサービスでビーズクッションを膝下に挿入することを勧められた。クッションが膝に当たって、膝にも褥瘡ができた」と話されていた。また、早く褥瘡が良くなって自宅に帰りたいとの希望が聞かれた。

8) 家族背景

自宅で妻と二人暮らしをしている。同県内に長女と長男がいるが、二人とも医師で多忙のため介護の協力は得られない。家族との関係性は良好である。COVID - 19 が流行する前に、ショートステイ使用後から坐骨部の褥瘡が悪くなったためにショートステイは利用せず、それ以降社会資

源はデイサービスしか利用していない。デイサービスを週 3 回利用しながら 10 年以上妻が介護をしていた。キーパーソンである妻は弁膜症を有しており、手術を予定しているが日常生活動作に支障はない状態であった。入院の際に看護師が介護への労いの言葉をかけると、涙を流す場面がみられた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

今回発生した両下腿外部・両腓骨頭部褥瘡は、ゾニサミド錠(エクセグラン[®]錠)の過剰内服により、食欲不振・嘔気の副作用症状が強く出現して体重減少・筋力低下となり、良肢位が保てず下肢が外旋し下腿外側へ圧迫やずれが生じたことで発生したと考える。さらに、両下腿外部褥瘡の悪化予防のためにショートステイ先で勧められて実施していたポジショニング方法により、腓骨頭部に圧迫が加わり両腓骨頭部褥瘡が発生したと考える。両下肢褥瘡への処置内容は、入院時は黒色壊死組織で覆われ深さの判定が困難であり、壊死組織の除去が優先された。また、炎症反応は白血球数と CRP とともに高値であるが、褥瘡から臭気はなく、創周囲の発赤や熱感、腫脹は見られないが、創底の確認ができない状態であるため感染のリスクは高いと考える。

また、左坐骨結節部褥瘡は対麻痺により、ベッドや車いす上での生活が主体となりエアマットレスベッドと車いす用のエアマットレスクッションを使用していたが、長時間の座位保持により坐骨結節部に圧迫とずれが生じたため、褥瘡が悪化したと考える。左坐骨部の骨髄炎は現在鎮静化しているが骨硬化していることや、対麻痺であることや介護力から、左坐骨結節部褥瘡の治癒は困難であると考えられ、感染を起こさず継続的なケアの実施が目標設定として妥当であると考え。一方で、介入時の創状態としては創内にぬめりがあり、バイオフィームが付着し臨界的定着状態が疑われた。入院前はショートステイがない日は妻が処置を実施していたことから、妻では処置が不十分であったと考える。また、ショートステイ先で勧められたポジショニングにより、腓骨頭部にも褥瘡が生じたことからショートステイのスタッフの褥瘡に対する知識不足があると考え。

ポジショニング方法に関しては、入院後も下腿がマットレスに付いた状態であったため圧迫の除去が出来ておらず、左坐骨結節部褥瘡に関しても常に背上げをしている状態で、仙骨～坐骨にかけて圧が強くかかった状態であると考え。対麻痺により自分自身で姿勢を直すことは困難であり、さらに高齢・振戦のため A 氏自身でのプッシュアップは困難な状態であると考え。

栄養状態に関しては、1 ヶ月で 12% の体重減少率であり、入院時の ALB 値は 3.3mg/dL であるため、低栄養状態であると考え。しかし、A 氏は元々体格が良く、70 歳代の平均身長と A 氏の現在の体重からボディマス指数(BMI)を計算すると、21.8 kg/m²であり普通体重である。入院後、食欲不振の原因を除去してから 2 週間で全粥軟菜食(1300kcal)を毎食全量摂取できるようになり、必要エネルギー量を摂取できているため、今回は栄養状態への介入は不要と判断する。

排泄に関しては、膀胱直腸障害のため排尿は膀胱留置カテーテルで、排便は排便薬や薬物療法でコントロールが出来ており、感染徴候もみられないため今回の介入は不要と判断した。

A 氏のキーパーソンは患者と同年代の妻であり、弁膜症のため手術を勧められていたが 10 年以上献身的な介護を実施し、自宅を長期間空けることができず手術の予定が立たない状態であった。長男・長女は医療者であり、褥瘡への理解があるが、多忙であり積極的なサポートは得られず、妻への介護負担が大きくなっていると考え。

2. 看護上の問題

#1 両下腿・左坐骨結節部褥瘡に壊死組織が残存し、細菌感染の併発や創傷治癒の遅延を生じている

#2 褥瘡部位にずれ・圧迫が生じ、褥瘡の創傷治癒遅延が生じる

#3 今後の療養先に関する不安がある

3. 看護目標

#1 褥瘡内の感染を制御し、壊死組織の除去ができる

#2 褥瘡部位にずれ・圧迫がかからない体圧分散ができる

#3 A氏・家族が今後の療養先について検討できる

4. 看護の実際

入院後7日目から介入を開始した。両下腿褥瘡の創傷処置としては、毎日洗浄と創表面をメンテナンスデブリードマンし、ゲーベン[®]クリーム1%を塗布して外科用パッドと包帯で保護をした。デブリードマンにより、黒色壊死組織の大部分が除去でき、創底が明らかになった。介入3日目に形成外科医師とのディスカッションの結果、ゲーベン[®]クリーム1%の塗布前にトラフェルミン製剤(フィブラスト[®]スプレー)を散布することで創底を上げながら、残存する壊死組織の除去を行う方針となった。その後も毎日処置を継続し、残りの壊死組織が除去しながらフィブラスト[®]スプレーを併用し、露出した腱以外の創全体は肉芽が盛り上がってきた。左坐骨結節部褥瘡の処置は、毎日洗浄と、綿棒を使用して創内のぬめりをこすり洗いをした。こすり洗いにより、創内のぬめりが徐々に除去され、肥厚組織の除去ができ創傷とポケットともに縮小した。スタッフが継続してケアを実践するために、褥瘡カンファレンスの際にスタッフへ褥瘡の状態と現在のケア方法、ケア時の注意点を伝達した。これらの実践により、感染を起こすことなく壊死組織の除去が継続できた。

ずれ・圧迫がかからない体圧分散に関しては、両下肢が外旋せず背上げによる姿勢の崩れを予防するために、各下腿に平らで折りたたみもできるクッションを1つずつ入れて、足底もサポートできるように両足底にクッションを挿入した。しかし、それだけでは下腿が外旋するため、各下腿下のクッション下に15×20 cmほどの小さめクッションを挿入した。それにより外旋せず、両下肢がマットレスに当たることを防ぐことができた。両下肢のポジショニングは可能になったが、左坐骨結節部褥瘡へのポジショニングについて検討するために、左坐骨結節部褥瘡周辺の圧力評価を実施した。圧切り替え型エアマットレス(ビックスル-Ex[®])を使用した状態で、携帯型接触圧力測定器(パームQ[®])で仙骨部の圧を測定した。45度頭側挙上の状態による圧は48.2mmHgであった。下肢の圧力軽減の代わりに支点となる部分がないため、仙骨部に強い圧がかかっていると考え、背上げ時の臀部にかかる圧を減らす目的で、大腿部～臀部下に30 cm大の柔らかいクッションを左右逆ハの字になるように挿入した。クッション挿入後、圧は42.6mmHgであった。また、ポジショニングを取った状態で背上げをした後で、背抜きを実施すると圧が37.8mmHgへ低下したため、背上げ時、左右臀部へのクッション挿入とその後の背抜きを実施することとした。これらのポジショニング方法を示した写真入りの掲示物を作成して、褥瘡カンファレンス時に病棟スタッフへ共有をし、作成した掲示物は継続的にスタッフが実施できるように、A氏のベッドサイドに掲示した。また、背上げ後、背抜き・腰抜き・足抜きや、訪室時にスモールチェンジを実施することで圧分散ができることをスタッフに指導した。これらの介入により、提示したポジショニング方法が実施され、A氏の良肢位が保たれた。

療養先に関しては、入院して3週間が経過したタイミングで、キーパーソンである妻が弁膜症手術をA氏の入院中に計画していることが判明したためA氏に話を伺った。A氏が妻に対して長年介

護をしてもらい申し訳ないという気持ちと、弁膜症術後に妻が介護を実施するのは困難であると考えていることがわかった。今までは、自宅退院を目標に褥瘡処置を継続していたため、改めて療養先についてA氏や家族の希望を確認する必要があると考え、新規で#3の計画を立案した。A氏へ療養先について話を伺うと、A氏は下肢褥瘡の改善を望み、褥瘡処置を継続して実施できることを重視していることがわかった。また、以前ショートステイ先での褥瘡ケアにより褥瘡悪化したことから、環境の変化により良くなってきた褥瘡が悪化しないかと不安に思っていることがわかった。そのため、自宅退院と転院のメリット・デメリットを説明し、A氏に比較してもらいながらA氏の意味を確認した。さらに妻に話を伺うと入院時のように涙を流すことはなかったが、介護は大変であったが今までの褥瘡処置ならできると考えていること、自分の手術が心配であるという話を伺うことができた。そこで今後の療養先を検討する目的で、妻と長女に現在の褥瘡の状態と処置内容を実際に実施しているところを見学する機会を作った。見学後に妻の弁膜症手術の予定が決定したことも相まって、転院後に自宅退院をする方針となった。A氏に褥瘡処置を転院先でも継続してもらうことが安心につながると考え、現在の褥瘡状態、処置内容とポジショニング方法についてのサマリーを作成して転院先に持って行ってもらった。

III. 考察

A氏は新規発生した多発重度褥瘡と4年以上再発と治癒を繰り返す難治性褥瘡を保有しながら、自宅退院を目指していたが、妻の手術のため方針が変わった。そのため、改めて患者の希望に沿った退院支援に必要な視点について振り返り、考察を深める。加藤は、患者と家族の思いに沿った退院支援を、6カテゴリーに分けて考察しており、その内の1)「退院後の療養先の心配事について話し合う」、3)「患者と家族に合った介護方法を話し合う」、4)「生活の中に介護がなじませる」の3項目について考察する。

1)退院後の療養先の心配事について話し合う

患者の心配事と要望の語りを促し、受け止め、その事柄について患者、家族とともに丁寧に考えることが求められており、それにより看護職が退院後の生活のイメージをもつことにもつながる²⁾と加藤が述べているように、今回A氏と妻へ入院中に退院後の心配事について思いを確認後、褥瘡処置を実際に家族に見学してもらったことで、退院後の生活を患者・家族そして医療者が共に想像することができたと考える。また、患者の想いとして妻一人での介護の限界を感じつつも、処置を継続しながら褥瘡治癒を目指して自宅退院をしたいという思いがあり、現実と希望にギャップが生じていることがわかった。自宅で医療的処置が必要な患者を高齢者が介護をするためには、斎藤は、家族へ支援を行って家族がもつ入院前の介護のイメージと、現在必要な介護とのギャップを埋めていくことが重要である⁴⁾と述べている。すなわち、入院前後での創状態や処置方法の違い、変更点、ポジショニング方法等を説明し、家族がもつ入院前のイメージと実際に必要な介護とのギャップがないかを確認し、ギャップがあればそれを埋めていく作業が必要になると考える。今回の症例では、妻と長女に実際にケアを見学してもらい、褥瘡の変化と処置の煩雑さを知り、ギャップを把握する機会を作った。妻の発言から、今まで自宅で左坐骨結節部褥瘡の処置を妻は行ってきたため、退院後も同様の褥瘡処置なら自分でできると考えていた。しかし、褥瘡が5か所に増えて処置方法が坐骨部と下肢とで異なること、下肢は誰かの支えがないと保持ができないこと等のギャップを把握したと考える。また、新規発生褥瘡は腱・骨膜が露出する深さになるまで受診に繋がらなかったことから、自宅の介護力不足は明らかで、入院前の環境を変化させないままでの自宅退院は困難であると考え。このように、技術習

得の場面やゴール設定など、医療者と家族で想定していることにギャップが生じていることがある。そのため、金子が、直面しやすい困難への対策を立てられるよう、“ギャップを低減するケア”を行う必要がある⁵⁾と述べているように、的確な状況把握と入院中に創傷治癒を促進させて自宅でも管理可能な創状態にし、家族が実施可能な簡易化された処置方法の検討が必要であると考ええる。

さらに、A氏の想いの一つにショートステイでの褥瘡ケアにより褥瘡が悪化したという経験から、環境の変化への恐怖がある。実際、介護老人保健施設では病院に比べて看護師の配置数が薄く、当直医の配置が義務づけられていないため、医療対応のリスクが高い場合や、重度の褥瘡処置、頻回な吸引、インスリン管理、経管栄養管理などを必要とする場合はほとんどの施設で対応が困難と報告があり、⁶⁾A氏が考えているようにショートステイでは、A氏が望む頻回で高度な褥瘡処置の実施は困難であると考ええる。在宅に移行する場合でも、家庭の介護力そのものが低下していること、地域に訪問診療できる医師が少ないこと、訪問介護サービスのヘルパーには医療行為ができないこと等から、医療依存度の高い療養者に適切な介護サービス計画が提供されにくいなど複合的要因が作用している。そのため、患者と家族に入院前の生活の中での考えや工夫などを聴くことで、患者と家族の思いに沿った退院支援を行い、事前にどのような準備や環境調整が必要かを明確にする必要があると考ええる。退院支援を実施する際に、患者のそのような過去の経験からの思いを聴取しながら、実際に必要となるサービスの種類や、それを利用した生活像を説明することで、真に患者・家族が希望する在宅療養を支援することができると考える。

3) 患者と家族に合った介護方法を話し合う

A氏へ療養先について伺うと、自宅退院の希望がありながら妻の身体状況を労わり、妻が術後に自宅で介護することは大変だと考えていることが判明した。妻は自分自身の身体状況や長年の介護疲れがあり、今回今後の療養の仕方について患者・家族で話し合ういいタイミングであったと考える。下肢褥瘡は新規で4か所発生しており、その内訳は、DESIGN-R[®]2020において深さがDU、合計点数24点の褥瘡が2か所、深さがDTI、合計点数4点の褥瘡が2か所であった。そのため合計点数による褥瘡の治癒予測では、両下腿外部褥瘡は19点以上のため約8割は3か月で治癒しないと考えられる。両腓骨頭部褥瘡は深部損傷褥瘡(deep tissue injury: DTI)疑いのため、介入段階では治癒予測が経たない状態であるが発生部位の直下に腓骨頭が触知できるため、骨・腱に至る重度な褥瘡であることが予測され、2～3週間かけて表面の壊死組織の除去を行い、深さの判定をして治癒予測をする状態であった。左坐骨結節部褥瘡の治癒予測としては、合計点数29点であり、両下腿外部褥瘡と同様19点以上のため3か月以上治癒にかかると考える。さらに、A氏の既往としてT12での脊髄梗塞があり、腰部周囲と下肢に運動障害、感覚障害と神経因性膀胱が出現している状態である。脊髄損傷の患者の褥瘡リスクは、痛覚脱失例が多いため褥瘡発生初期には発見されないことが多く、骨・関節まで達してから診断されることもあり発生頻度は高い⁷⁾と言われている。一旦褥瘡発生すると重症化しやすく活動性がさらに低下して、同一部位への圧迫が長期化してより治癒しづらくなると考える。A氏も同様に4年以上坐骨部・仙骨部・尾骨部への褥瘡の治癒と再燃を繰り返しており、左坐骨結節部褥瘡には感染徴候がみられ、今までの自宅での療養環境では患者の希望する褥瘡治癒の実現は困難であると考ええる。さらにA氏の妻は、自分の病気へ悩みを抱えながら、先行きの見えない介護へ不安や閉塞感を感じていたと考える。堀井らは、孤立予防において、訪問看護師は、孤立のアセスメントを行い、介護者のエンパワメントをうながし、社会参加や生きがいづくりを支え、情緒的な支援を行うこと、そして、家族や関係機関の力を活用して、介護を一人で抱え込まないように、支援体制を整えることが必要である⁸⁾と述べている。今回の症例においても、訪問看護を導入することで、妻への介護負担

を軽減しながら、介護者である妻への心理的支援ができると考える。妻の時間や社会との交流する時間が確保され、妻が一人で介護を抱え込むことがない支援体制を整えることが必要であると考え。さらに、それら在宅調整をスムーズに進めるためには、医療ソーシャルワーカーや訪問看護師、ケアマネージャーなどの多職種と連携して支援方法を検討することが重要であると考え。チームで連携した退院支援の実現には、入院早期から退院支援に目を向けて患者・家族の意見を確認しつつ、現状の情報収集をし、必要なケア内容の予測をたてて関わっていくことが必要である。

以上のことから、DESIGN - R[®]2020 や脊髄梗塞から褥瘡の治癒予測を行い、入院早期から多職種と連携して物品、社会資源、妻への身体的・心理的支援の検討をすることが必要であると考え。

4) 生活の中に介護がなじませる

加藤は、介護がある家庭生活や介護と仕事のバランス、家族の中での役割変更等からくる〔介護生活の大変さ〕がある⁹⁾と述べており、長期に渡る在宅療養の継続には介護者自身の生活と介護のバランスがとれるような支援が必要であると考え。A氏の妻は10年以上献身的にA氏の介護を実施しているため、生活に介護がなじんでいるように感じるが、A氏の新規褥瘡発生や左坐骨結節部褥瘡の創状態、妻の発言から、妻もA氏同様に年齢を重ね持病がある中で、介護と生活のバランスが崩れていたと考える。生活と介護のバランスをとることにより、介護者への負担が軽減し在宅療養の継続をすることが可能になると考える。また、今後の創傷治癒予測を入院当初に患者・家族に伝えることにより、目標を高く持ちすぎることなく、現実的に即したあるべき姿を患者・家族が掲げることができ、どのように生活に溶け込ませられるかを医療者と共に検討することができる。医療者によるイメージと患者・家族によるイメージのすり合わせをすることができ、皆が同じ目標に向かって進むことが可能になると考える。

おわりに

皮膚・排泄ケア認定看護師は、創傷の状態を判断し目指す創傷治癒過程を予測して処置内容や環境調整を行う必要がある。それらの達成には、患者・家族の治療や療養先に対する思いを拾い上げて「その人らしい」生活が継続して送れるように、入院早期から多職種と連携して支援していくことが重要であると考え。そのためにはまず、創傷の改善が重要であり、患者・家族にとって生活の質に直結するケアであるからこそ、患者・家族の生活を中心に適した処置方法・環境調整ができる皮膚・排泄ケア認定看護師になりたい。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださったA氏とご家族に心から感謝申し上げます。また、研修の場を提供してくださった、病院看護管理者様、実習指導者様、病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 永田智子, 大島浩子, 田畑まりえほか. 退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて. 病院管理. 2004, 41(4), 301 - 310.
- 2) 加藤由香里. 患者と家族の思いに沿った退院支援—患者と家族の療養生活に関する思いの語りから—. 岐阜県立看護大学紀要. 2020, 20(1), 37.
- 3) 前掲2). 37.

- 4) 齋藤美沙. 高齢な家族への退院支援. 日救急医学会誌. 2018, 39(3), 376 - 379.
- 5) 金子美千代. 医療処置を必要とする患者が自分らしい生活を再構築するプロセス—グランド・セオリー・アプローチを用いた分析による検討—. 日本在宅看護学会誌. 2023, 11(2), 37 - 47.
- 6) 公益社会法人 東京都医師会. かかりつけ医機能ハンドブック 2009 在宅における医療・介護の提供体制—「かかりつけ医機能」の充実—指針. 3 章介護保険制度と医療. 7 高齢者の入院患者が施設・在宅へ移行する時の問題点. 2009.
https://www.tokyo.med.or.jp/medical_welfare/handbook2009 (参照 2024 - 12 - 27)
- 7) 山内綾子. 再発・急変を見抜く!できるリハナースの目の付けドコロ(最終回) 脊髄損傷の目の付けドコロ. リハビリナース. 2023, 16(6), 612 - 618.
- 8) 堀井利江, 永井眞由美, 宗正みゆき. 高齢介護者の社会的孤立予防における訪問看護師の支援. 日本在宅看護学会誌. 2020, 8(2), 32 - 40.
- 9) 前掲 2). 39.

参考文献

- 1) 渡部洋子. 家族介護者の介護認知に影響をおよぼす要因 在宅療養者の医療処置・管理と肯定的認知における検討. 中京学院大学看護学部紀要. 2012, 2(1), 19 - 32.
- 2) 浅田恵子. 褥瘡発生予防ケア. 昭和学会誌. 2014, 74(2), 115 - 119.
- 3) 北村奈々, 上野美波, 蓮池知ほか. 病を抱え生活を維持する高齢者の生きる力. 高知女子大学看護学会誌. 2019, 45(1), 153 - 162.
- 4) 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子ほか. 医療処置が必要な患者の退院支援における 組織的取り組みと病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌. 2013, 36(4), 39 - 46.
- 5) 古江増隆, 真田弘美, 立花隆夫ほか. 第 3 期学術教育委員会報告—DESIGN-R 合計点の褥瘡 治癒に対する予測妥当性. 褥瘡会誌. 2010, 12, 141 - 147.

はじめに

高齢者のストーマセルフケアは、加齢に伴う身体的・精神的な変化に加え、新たな排泄経路による課題が生じる。視力低下や手指の巧緻性低下、認知機能低下はストーマのセルフケアに大きく影響する。高齢化に伴い、自己でのストーマ管理が困難となる場合がある。高齢化社会の進展により、ストーマ造設を受ける高齢患者の数は増加しており、その中でストーマセルフケア支援の重要性が高まっている。また、診療報酬の改定や医療費適正化計画などにより平均在院日数が短縮され、十分なセルフケア指導ができず、社会資源を活用した退院となることが多いと推測する。山田は、高齢者の特徴を考慮すると、高齢患者がスムーズにセルフケアの確立ができるように援助していくには、個別性を重視し、時間をかけて行う必要がある¹⁾と述べている。認知機能低下が認められていても、本人の能力および家族の介護力を見極め、必要なサポートを個別的な介入方法で反復した支援が必要であると考ええる。

今回、高齢患者のストーマセルフケア能力の評価とその支援を通して、高齢患者の特徴や患者背景を理解した支援が、A氏にとって適切な支援であったか振り返り、また高齢患者のセルフケアの複雑さとその支援について学びを得たためここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：直腸癌
3. 患者背景

1) 現病歴

肝細胞癌にて内服による化学療法にて治療中に頻便の訴えあり、精査目的に下部内視鏡検査を施行したところ、進行直腸癌と診断された。X年11月ロボット支援下腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行された。

2) 受け持つまでの経過

直腸癌と診断され、皮膚・排泄ケア外来を受診し、ストーマ・手術オリエンテーションを施行された。A氏と妻は手術を希望され、術前リハビリを目的に手術予定日の1週間前より入院された。日常生活自立度の維持と呼吸機能訓練を実施されていた。入院後、「なんで入院しているかわからない」「トイレの場所がわからない」と発言されていた。認知症の診断はないが、加齢に伴う認知機能低下が認められる。入院4日目から受け持ちすることになった。

3) 活動状況

左視床出血、肝細胞癌の既往があるが、日常生活動作に支障をきたす明らかな後遺症はない。動作は緩慢だが、日常生活は自立し、独歩でトイレ歩行が可能である。しかし、トイレの場所や入院の目的を忘れてしまう場面がみられた。また、自己への関心が低く、意欲・活動性が低下している。難聴や視力障害はなく、コミュニケーション可能である。手指巧緻性にも問題はないが、署名はできないため、妻が代行している。

午前と午後にリハビリ室で歩行や階段昇降訓練を行っている。

4) 社会背景

キーパーソンの妻と2人暮らし、息子が2人いる。身の回りの世話は妻が手厚い介助をしており、A氏のストーマ管理にも積極的に関与している。長男は県内に在住しており、受診時など送迎のサポートをしてくれる。次男は近隣に在住している。

A氏は以前、自治会の役員やバレーボールのコーチをする等社会貢献され、活発的な性格であったが、視床出血後より、動作緩慢・活動性の低下が著明となった。妻は献身的にサポートしている。

5) 医師からの説明

外来にてA氏と妻へ診断名と今後の治療方針、予定術式、術後合併症を含む手術について説明され、A氏と妻は手術を希望された。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、視床出血後から活動性の低下と加齢に伴う認知機能の低下が認められている。ストーマを造設することを理解している一方で、自己への関心が低く、セルフケアへの意欲も低い。また、高齢による身体的・精神的な制限によりセルフケアの習得には時間がかかると推測する。直腸癌と診断され、永久的人工肛門造設の方針となり、手術目的に入院されたが「なんで入院しているのかわからない」「トイレの場所がわからない」と発言があった。認知症の診断がないことから、これは加齢により年齢相応の認知機能の低下によるものと考え。動作は緩慢であるが、日常生活において動作は自立されている。しかし、視床出血後から活動性が低下し、意欲がないことから、主介護者の妻は献身的にサポートを行っている。妻の献身的で手厚いサポートによって、妻への依存が強く、セルフケアへの意欲が低下したとも考えられる。

A氏は、セルフケアへの意欲や活動性が低下しているため、身体的な制限に加えて、認知機能の低下がみられている。そのため、新しい手技を習得するには時間がかかると予測する。ストーマセルフケア指導を行うには、反復的な支援が必要であり、そのプロセスには時間を要することが予想される。本来なら、ストーマに関するセルフケアなどは本人管理へ指導することが多いが、A氏は視床出血後から、自己への関心や活動への意欲が低く、活動性の低下とつながっていると考える。また、退院後のストーマ管理は妻の主体になることが予測できる。

入院期間が短縮された限られた時間の中で一連のセルフケアの獲得は困難だと考える。セルフケアには多くの手技が必要となるが、その中から便排除のみを自立して行うことができれば、A氏の生活の質を下げることなく、自立した排泄ができると考える。化学療法による手指への感覚異常はなく、日常生活動作は自立が可能であるため、便排除は自立できると考える。しかし、便排除の手技の獲得には反復した支援が必要だと考える。反復したストーマセルフケア指導は、ストーマ受容へとつながる可能性もあると考える。さらに便排除がセルフケアすることが可能になれば、主介護者となる妻の不安や負担の軽減につながると考える。

A氏は、視床出血を起こす前はバレーボールのコーチをするなど、活動的であった。しかし、視床出血後は活動への意欲が低下し、現在の無気力状態が続いている。この過去との活動性の違いに、防御的機構が働いている可能性があり、フィンクの危機理論における防御的退行の段階にあると考えられる。患者は過去の活動的な自分とのギャップに対する恐れや不安を抱えており、そのために心理的に退行し、現状の自分に適応するのが難しくなっていると推測される。そこに、

さらにストーマ造設というボディイメージの変容が続き、自己への関心が低下している可能性があると考えられる。退院後のストーマ管理は訪問看護となる可能性が高いが、緊急時の対応を含むストーマケアの一連の手技を妻が担うことになると推測する。そのため、どこまで習得可能であるか、評価しながら、段階的に支援・指導するよう計画する。本人への便排除以外のセルフケアは、便排除手技を獲得したら剥離剤を使用した面板剥離、洗浄、貼付と段階を追って手技獲得のための指導をする。

2. 看護上の問題

#1 セルフケア意欲の低下により、セルフケア手技獲得が困難になる可能性がある

#2 本人・妻ともにセルフケア獲得ができず、ストーマ管理が困難になる可能性がある

3. 看護目標

#1 退院までに自己にて便排除することができる

#2 漏れがなく、定期的なストーマ装具交換をすることができる

4. 看護の実際

トイレ動作について情報収集を行い、自宅は洋式トイレで、排尿姿勢は立位で行っている。座位で排尿することはないとのことであった。加えて、手指巧緻性を評価するため、装具の排泄口を開閉できるか、マジックテープのつけ外しができるか、実際の装具を触ってもらい、自己にて開閉が可能であることを確認した。

術後3日目、妻と長男の妻が来院され、初回のストーマケア指導を行った。便排除について指導した。ストーマケア中、A氏はストーマを直視するも手を出すことはなかった。妻は「こうですね」と積極的に参加され、説明した内容を口頭で繰り返し、手技についてもまねして動作を繰り返し、理解された様子であった。ストーマケア時に、ストーマを直視するも手を出さないA氏の反応から、ストーマに対する不安や術後創痛により、受容にはまだ時間を要すると考えた。創痛の軽減やA氏の思いを傾聴し、受容過程を見守っていくことにした。また、便排除のセルフケアを通して、ストーマ受容へもつながると考え、セルフケア支援は継続していくことにした。便排除を定期的に反復して指導を行うよう便排除の誘導は2時間～3時間おきに行うよう計画を修正し、実践した。ストーマ装具は、軟性凸面で排出口が巻き上げ式の広口の装具で、便排除しやすい形状となっている。便排除しやすい装具であり、装着後の皮膚トラブルなく経過したため、選定した。

術後6日目に尿道留置カテーテル抜去された。尿取りパットとパンツ型おむつを着用しているが、寝衣やシーツまで汚染する尿失禁が続いている。病棟スタッフにトイレ誘導されるもトイレ歩行を拒否し、尿失禁が持続している。トイレ誘導するも「出ない」「だるい」「行きたくない」と聞かれた。2時間～3時間おきの定期的なトイレ誘導から排尿時に便排除も行うように計画を立案していたが、失禁し、排尿のためのトイレ歩行自体が行えていない。そのため、排泄行動から誘導することに変更した。術前からリハビリ介入しており、日常生活における動作の低下はないも、意欲がなく、活動性がさらに低下している様子であった。これは、創痛やリハビリによる倦怠感や疲労感があるためと考えた。そのため、離床やリハビリの倦怠感・疲労感を観察し、便排除への誘導のタイミングを検討することにした。

術後8日目便排除のため、トイレ誘導し、セルフケア指導を行った。トイレまで独歩で歩行し、動作は緩慢だが、衣服の着脱も自立可能であった。便排除時に、便が手に付着したが、トイレットペーパーで拭き取りすることができた。ストーマ袋排出口付近の便の拭き取りを声かけするも

手が止まってしまったため、介助にて実施した。セルフケア指導は、声かけにておおむね動作可能であった。このことから、反復した指導を継続することで便排除の手技獲得は可能だと評価し、計画継続することにした。

同日、午後に再度訪問し、反復して指導することを目的に便排除のため、トイレ誘導するも「体調が悪い」と拒否あり、便排除を実践することができなかった。活動意欲の低下が著しく、離床やトイレでの排尿・便排除もできないことも多く、計画したように定期的に反復してセルフケア手技を行うことができなかった。

病棟スタッフと便排除の指導は、継続的に支援していくことを情報共有し、A氏の体調に合わせ、トイレ誘導をすすめていくことを合わせて共有した。また、退院後は、訪問看護を導入し、妻へのセルフケア指導を継続する。その後、妻がストーマ管理可能となった場合は、訪問看護の回数を徐々に減らし、緊急時の対応のみへと移行する予定である。

術後10日目、退院時にトイレ誘導し、便排除のセルフケア手技を確認すると、「えっと、どうするんだっけ」と聞かれ、便排除の手技を忘れていた様子であり、声かけにて支援が必要であった。ストーマ袋の排出口がなかなか開けられないため、排出口閉鎖具を母指と示指で把持するように持つと開きやすいことを再度説明し、ゆっくりだが、便排除することができた。しかし、広口の形状であるため、便排除時に手指が便汚染しやすいことがわかった。また、ストーマ袋と腹部や大腿部まで便汚染が拡大された。これにより、便排除しやすい形状の広口は、利点と考えていたが、便の付着により汚染されやすい欠点となったことがわかった。便で汚染された部位は、介助にて清拭した。来院されていた妻に、ストーマ装具の広口形状は、便排除時に、手指や腹部、大腿部に便汚染してしまう可能性があることを説明すると「わたしもこの形に慣れているし、汚れないように手伝うので、この形を使っていきます」とストーマ装具はこのまま継続することを希望された。

セルフケアすることで、ストーマへの受容へとつながり、また退院までに便排除がセルフケアできることを目標に設定していたが、計画通りには、定期的な反復した支援が実施できず、目標達成には至らなかった。

Ⅲ. 考察

高齢者のストーマセルフケアに関する支援は、身体的、精神的、社会的な側面が複雑に絡み合うため、多面的に捉える必要がある。そのため、セルフケアを支援する過程において、患者の特徴を理解し、個別的な対応が求められると考える。今事例を通し、高齢者のストーマセルフケア能力の評価とその支援の重要性について考察する。

まず、身体的要因として、加齢に伴う身体的な衰えが高齢者の特徴である。これにより、ストーマケアに必要な手技を習得する際に多くの障壁が生じる場合がある。視力の低下、手指の巧緻性の低下、筋力の衰えなど、身体的な制限がセルフケアに影響する。ストーマ装具の交換や便排除の操作には単純な手技ばかりではないため、自力で行うことが困難な場合が多い。また、高齢者は既往による制限や手術後の回復に時間を要す場合が多い。そのため、離床や移動の負担が大きい。それにより、患者が自立した排泄行動を維持するためには、身体的なサポートが必要不可欠であり、そのためには看護師や介護者が段階的な支援を提供することが求められる。特に、患者の身体的な特徴を理解した個別的な支援が必要となる。A氏の場合、視床出血後に活動性の低下や、ストーマ造設に対する心理的抵抗が、セルフケアの習得に大きな影響を与えたと考えられる。村田は、危機には時間的制約があると

言われ、短い時には1週間位から通常4〜6週間続き、最終的には善かれ悪しかれ何らかの適応を迎える。そのため介入も焦点を絞って行われる必要がある。介入回数は通常6回程度が望ましいとされている²⁾と述べている。A氏も視床出血による活動性の制限が生じ、危機的状況から、ある程度の適応をし、乗り越えたと考える。しかし、ストーマ造設というボディイメージの変容が重なったことにより、再度危機的状況に陥った可能性も考えられる。そのため、ストーマへの受容や関心、セルフケアへの意欲に時間を要したと考える。また、介入回数において反復的な支援の計画であったが、拒否されることが多く、実践まで至らず、指導できた回数が少ないため、ストーマセルフケアの手技獲得へと至らなかったと考える。指導に至らなかった要因として、意欲や活動性の低下が大きく影響していると考えられる。A氏のセルフケア意欲や活動性の低下に対して、心理的アプローチを強化する必要があると考える。A氏の意欲を引き出すことで動機付けを促すことができた可能性がある。また、A氏の心理的な側面である不安や恐怖、ストーマへの思いについて寄り添い、肯定的に関わることで自己効力感につながる。これにより、長期的なセルフケアの継続が期待できたと考えられる。また、本事例の介入時には考慮できていなかったが、既往の脳出血による高度機能障害の可能性も考えられる。活動が低下し、消極的で意欲がみられない行動は、遂行機能障害の症状の可能性も考えられる。

次に精神的・認知機能的要因として、高齢者は、認知機能の低下がみられることが少なくない。このような場合、セルフケアを行うために、繰り返しの指導や心理的なサポートが必要になる。それは、新しいことを覚えることや忘れやすいという高齢者特有の特徴があるからだ。大澤らは、認知機能低下のある患者であっても、能力・思いを見極めながら目標を設定し、退院調整を図る必要がある。また、難易度を調整し、繰り返しの指導を行うことで、段階的にストーマケアを確立することができる³⁾と述べており、認知症や軽度の認知機能低下がある患者にも、ストーマに関する知識や技術を段階的に提供すること。加えて、患者が自信を持ってセルフケアを行えるよう支援することでセルフケアが可能になると示唆している。そのため、便排除のセルフケアを反復的に指導することに矛盾はないと考える。しかし、A氏にとって簡便な方法であったのか、指導の回数については個別性を考慮した支援にはなり得ていないと考える。簡易的でも見本となる見開きのポスターに手順を示すことやストーマ袋に便がどれくらい貯留しているか確認する時間を決めるなどもっと他方からの介入も検討できたと考える。

続いて社会的要因と家族の役割について、高齢者のストーマセルフケアを支援する場合、家族のサポートが必要である。特に高齢者がストーマを造設した後、その管理は基本的に患者自身が行うべきであるが、A氏のように他者の支援が必要となる場合、家族が積極的に関わる必要がある。家族は、患者のセルフケア能力に応じてサポートし、補う役割を果たすことが多い。A氏も主介護者である妻が多くの役割を担っている。しかし、家族が不安や負担によって、サポートが適切に行われない可能性があるため、看護師は、患者とその家族に対して適切な情報提供や、セルフケア技術の支援・指導を行い、家族の負担を軽減するよう配慮する必要がある。山本は、患者がどこまでできるのか、どこができないのかをアセスメントし、できない部分を支援してもらえよう家族を含めた支援者に協力を依頼して、ケアに参加してもらうことが必要である。さらに、術後合併症などでセルフケア能力が低下した場合は、ケア方法と目標を修正し、早期に家族の協力や社会資源活用の検討も必要である⁴⁾と述べている。加えて、渋谷は、高齢者オストメイトの半数はセルフケアができない状況でその原因は身体的機能低下、併存疾患、進行癌による体力消耗などである。高齢者オストメイトに対するセルフケアの指導ではより簡便な方法を習得させることが必要である⁵⁾と述べている。手技を忘れにくくするための工夫や、患者が一人で実践できるような支援方法について考える必要があった。また、家

族がストーマケアに関与することで、患者の受容が促進され、よりスムーズなセルフケアが可能になることを期待することができると考え、A氏と家族が自信を持ってセルフケアを行えるようになるまで支援を続けることが重要である。妻は積極的に支援に参加し、セルフケアの手技獲得をしようと努力されたが、自宅が遠方であり、頻回の来院ができず、セルフケア指導は2回のみであった。セルフケアの指導回数が少なかったことが、ストーマケアを獲得することを難しくした一因であったと考える。反復的な支援が十分に行われなかったため、セルフケアの習得に至らなかったが、患者の個性や状態・状況に応じた支援を継続的に行うため、スタッフとの情報共有をすることができた。A氏は術後、ストーマケアに取り組むことや活動に対し消極的であったが、その理由として、不安や創痛が関与していたと考えられる。これらの感情に対して、心理的な支援や情報提供を強化することが必要であった。また、ストーマ受容を促進するためには、看護師のみならず、医師や心理カウンセラーなど他職種との連携を深めることで、より効果的な支援が可能であったと考える。ストーマの受け入れには時間がかかることを考慮し、段階的にサポートを行うべきであった。今後は、退院後の生活を見据えた支援計画を策定すること、高齢患者の身体的・精神的な状態に柔軟に対応し、家族や多職種と連携を取りながら支援を行うことが重要であると考ええる。

看護師の支援は、単に技術的な指導にとどまらず、患者の心理的サポートや家族への教育が含まれる。そのため、患者を全人的に捉え、状態を評価し、その状況に応じて柔軟な支援を行う必要がある。患者や家族がストーマに対し、不安や抵抗感を感じた場合、看護師は患者や家族の気持ちに寄り添いながら、患者が受け入れやすい方法で指導を進めることが求められる。また、高齢患者がセルフケアを行えるようにするためには、反復的な支援が重要であり、さらに肯定的なサポートを通じて、患者が自信を持てる支援をすることが欠かせない。さらに、看護師は患者や家族だけでなく、退院後の生活を見据えた支援計画を立てることが必要であると考ええる。大村は、ストーマケアほど個別性が要求されるものがなく、入院期間の短縮化には必ず、退院後の医療の充実が要求されるのは当然のことであり、訪問看護、介護保険、医療連携等々の充実を図ることが急務である⁶⁾と述べているように、患者の個性にあったストーマ装具を選定することも必要となる。退院後も継続的なサポートを行うことで、安心して自宅で生活することができ、セルフケアを行える環境を整えることができるからだ。介入回数が制限されている中で、セルフケアの習得には反復的な支援が不可欠であったと考える。時間的制約を考慮すると、支援内容を簡素化し、最も重要な部分に焦点を当てるべきであった。しかし、短期間での習得を目指すためには、目標設定や優先度をしっかりと見定め、必要な支援を行うことが重要であった。また、可能な限り短い間隔で反復的な支援に取り組める環境を整えるべきであったと考える。具体的には、A氏が気軽に質問できるようなコミュニケーションのしやすい環境を整えることや、病室のトイレだけでなく、病棟内の車いすトイレなどA氏がリラックスできる場所を提供し、不安感を軽減するなどの安心できる環境を整える計画を立案することも必要であったと考える。

高齢患者に対するストーマセルフケア支援は、さまざまな要素が絡み合っており、個別化された支援が必要である。身体的な制限や精神的な障害、家族の支援状況など、さまざまな要因が影響を及ぼすため、看護師は患者の状態を総合的に評価し、それに基づいた支援を行う必要がある。既往から考慮すべき症状や状況はなにか多面的に捉え、計画を立案する。そして、反応や行動から評価し、それを再度アセスメントし、計画を修正していく。このサイクルをさまざまな可能性を考慮し、適宜行っていくことが、個性の高い介入になると考える。今後、高齢者のストーマセルフケア支援においては、個別化されたアプローチと反復的な支援を強化することが重要である。患者一人ひとりに合わせた支援を行うため、介入回数や方法を調整し、患者の心理的負担を減らす工夫が求められる。また、

家族やケアチームとの連携を強化し、患者が安心してセルフケアを実践できる環境を整え、さらに、多職種との情報共有と支援計画の策定が、退院後の生活を見据えた支援を実現するために重要である。

おわりに

高齢患者に対するストーマセルフケア支援において、看護師の支援が患者の身体的・精神的背景に与える影響は大きいことを再認識することができた。特に、A氏のように意欲低下や認知機能の低下がある場合、反復的な指導が必要となるため、セルフケアの習得には時間がかかる。患者が安心してセルフケアを行えるよう支援するためには、患者の個別的な状況に応じた具体的な支援を行うことが必要である。例えば、視力や筋力の低下に配慮した簡易的なケア方法を提案することや、認知機能の低下を考慮した反復した支援が求められる。また、それは柔軟で段階的であることが重要である。反復的な支援と個別化された支援が、患者一人ひとりのニーズに応じて、より効果的に行われることが必要である。特に、高齢患者においては、身体的な制限や精神的な障壁が影響を及ぼす場合があるため、支援の方法や頻度を柔軟に調整し、段階的に支援を強化していくことが求められる。また、家族との連携や、必要な専門職との協力体制を強化することが、患者のセルフケア能力を向上させることができると考える。

本事例では、反復的な支援が十分に行われなかったため、セルフケアの習得に至らなかったが、看護師としては患者の状態に応じた支援を継続的に行い、退院後の生活を見据えた支援計画を策定する必要があることがわかった。また、患者が安心してセルフケアを実践できる環境を整え、患者の身体的・精神的な状態に柔軟に対応し、家族や関係者と連携を図りながら支援を行うことが求められる。

看護師は多面的な支援を通じて患者を支える重要な役割を果たすべきである。そのため、患者一人ひとりの特性を尊重し、患者を全人的に捉え、計画の実施と評価、修正を適切に行いながら、その人に最適で、より良い生活の質を実現できる個別的な支援を提供することが今後の課題である。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの貴重な経験や学びを与えてくださった患者様、ご指導くださいました実習指導者様、医師ならびにご協力いただきました看護師の皆様に関心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 山田陽子. なぜ高齢患者のストーマのセルフケア確立は難しいのか. 看護学雑誌 2004, 68(3), 218 - 222.
- 2) 村田節子. ストーマ受容が困難であったクライアントのセルフケア指導－危機モデルを用いた介入－. 九州大学医療技術短期大学部紀要, 1995, 第22号, 11 - 17.
- 3) 大澤恵子, 加藤奈美. 認知機能低下のある高齢患者へのストーマセルフケアの自立への支援. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 2017, 21(1) 36 - 38.
- 4) 山本亜由美. ストーマ造設患者のストーマセルフケア確立困難の要因. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌, 2020, 36(3), 94 - 99.
- 5) 渋谷均. 高齢者ストーマケアの検討. 日本ストーマ学会誌, 2005, 第21号, 63 - 66.
- 6) 大村裕子. ストーマのセルフケアを阻むもの. 看護学雑誌, 2003, 68, 210 - 213.

参考文献

- 1) ストーマ・排泄リハビリテーション学：用語集. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会編. 第4版, 東京都, 金原出版, 2020.
- 2) 茂野敬, 梅村俊彰, 伊井みず穂, ほか. ストーマ保有者のストーマセルフケア状況と不安、QOLとの関連. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌, 2017, 33(3), 71 - 80.
- 3) 祖父江正代, 前川厚子, 竹井留美. ストーマケアにおける患者と看護師間の相互行為と自己適応との関連性. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, J. WOCM, Vol. 14, No. 2, pp221 - 229, 2010.
- 4) 術前から退院までのケア. ストーマケア実践ガイド：術前から始める継続看護. 松原康美編. 第2版, 東京都, 学研メディカル秀潤社, 2014, 82 - 96.

はじめに

超高齢社会を迎えた日本では、2025年には人口の5人に1人が75歳以上の後期高齢者となると言われている。医療施設においても、超高齢化の進展による医療ニーズの増大や複雑化に対応するため、短い入院期間に同時に並行して展開する多職種によるチーム医療が進められている。診療報酬において専門性を有する看護師の配置が評価され、多職種を束ねるチームマネジメントは認定看護師の重要な役割となっている。また、精神疾患を有する患者はセルフケア能力が低下しやすく、セルフケアの視点からのアセスメントやケアが重要である。そのため、多職種による多面的なアプローチが患者ケアにおいて必要である。

今回、精神疾患を有し自宅でのセルフケアが困難となり、仙骨部に褥瘡が発生した患者を受け持った。褥瘡の管理方法や退院先の検討について多職種と連携しながら支援を行う中で、褥瘡治癒に向けたチーム医療の重要性と皮膚・排泄ケア認定看護師の役割について学びを得たため、報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：子宮頸部腺癌ⅢC1r期
3. 患者背景

1) 現病歴

A氏は既往歴に統合失調症やうつ病の精神疾患や結腸無力症などがあり、生活保護を受けながら独居で生活をしていた。X年に子宮頸部腺癌と診断され子宮摘出を提案されるも希望せず、X+1年に円錐切除術を施行した。X+4年以降は受診をしていなかった。X+7年に性器出血、排尿困難がみられ外来を受診し、磁気共鳴画像法(Magnetic Resonance Imaging: MRI)を施行した。排尿困難に対し、膀胱留置カテーテルを挿入し右腎瘻造設を行った。訪問ヘルパーや訪問看護などを導入し在宅療養を行っていたが、セルフケアが全く行えず衣服や布団などが便で汚染された不衛生な状態であり、食事も偏った内容となっていた。X+7年11月に下肢痛が出現し自力体動が困難となり、重篤な低ナトリウム血症や肝障害が出現し、半ば昏睡状態となり救急搬送された。全身管理や療養環境の調整を行う目的で入院となった。

2) 受け持つまでの経過

①褥瘡の状態

入院時、仙骨部に深部損傷褥瘡(Deep Tissue Injury: DTI)を疑う持ち込み褥瘡がみられた。DESIGN-R®2020はDDTI-e3s9i1g0n0p0:13点、広範囲に発赤がみられ、創中央には表皮剥離(3.0×1.5cm)がみられた。一部は暗赤色を呈しており二重発赤を認めた。ジメチルイソプロピルアズレン(アズノール®軟膏 0.033%)を塗布し、医療用不織布(メロリン◇)で保護をしながら、創状態の変化を観察していた。

②身体状態

入院直後は下肢痛や右手脱力がみられ、ベッド上で過ごすことが多かった。下肢痛が出現した原因は不明であるが、右手脱力は体動困難となった際に、自重で圧迫されたことによる橈骨

神経麻痺と考えられた。疼痛に対し、オピオイドの持続注射の開始や整形外科医師の診察、緩和ケアチームが介入したことにより、疼痛コントロールは良好となった。さらにリハビリテーション(以下リハビリ)の介入も始まり、自力でトイレ歩行ができるまで Active of Daily Living(ADL)の拡大が見られた。ベッド上での自力体位変換も可能であった。

③栄養状態

軟菜食(900kcal)を経口摂取していた。摂取量は平均で主食5割、副食3割ほどであった。食事姿勢はベッド上で端坐位となり摂取していた。身長158cm、体重40.7kg、ボディマス指数(Body Mass Index: BMI)は 16.3 kg/m^2 と極度のやせ型であり、骨突出が著明であった。採血データ上ではAlb 2.4 g/dL 、Hb 8.1 g/dL であった。

④排泄状態

リハビリパンツと尿取りパッドを着用していた。便回数は3回/日程度であり、腸疾患に対する多数の手術歴があることから失禁の状態、便の出る感覚がなかった。ブリストル便性状スケールはタイプ6~7であった。排尿は、膀胱留置カテーテルと右腎瘻カテーテルを挿入していた。

3)生活背景

独居でありキーパーソンの友人は存在するが、精神疾患の影響からセルフケアが全く行えず、何度も入退院を繰り返している経緯があった。また、自宅では訪問ヘルパーに攻撃的な態度をとったり、入院中もケアを拒否したりするなどの行動がみられた。内服の自己管理もできないため、過去には自宅で医療用麻薬を過剰内服した経緯もみられた。

A氏は今後、疼痛コントロールがつけば自宅へ帰りたいとの希望を持っていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

下肢痛が出現し自力体動が困難となり、仙骨部に持続的な圧迫が加わったことで褥瘡が形成されたと考える。もともと医療用麻薬を内服しており、疼痛の閾値が上がり、仙骨部に痛みを感じにくくなっていた可能性がある。また、便失禁により肛門周囲や仙骨周囲までの皮膚が浸軟した状態であり、そこにずれや摩擦が加わったことで褥瘡の発生につながったと考える。褥瘡は尾側寄りの仙骨部に形成されているため、頭側挙上の状態で過ごす時間が長かったと推察する。さらに、A氏は統合失調症やうつ病を有しており、これらの精神疾患がセルフケア能力の低下を招き、効果的な体圧分散やスキンケアが行えていなかったことも、褥瘡形成の要因の一つと考えられる。仙骨部の褥瘡はDTIを疑う所見がみられ、Alb値やBMIから低体重・低栄養状態と考えられることから、今後創状態の悪化や創傷治癒遅延を起こす可能性が高いと予測される。さらに、入院後も効果的な体圧分散やスキンケアが行えなければ、褥瘡悪化へとつながる可能性が高いと推察される。

A氏は独居であり、キーパーソンである友人からの支援をはじめ、訪問ヘルパーや訪問看護といったサービスを利用していたにも関わらず、何度も入退院を繰り返し、在宅療養中に褥瘡が発生していることから、在宅での療養環境が整っていないと推察する。精神疾患によるセルフケア能力の低下も加味すると、適切な在宅療養を行うためには、より手厚い支援体制が必要であると考えられる。A氏は疼痛コントロールがつけば自宅へ帰りたいとの希望があり、褥瘡管理や新たな皮膚障害を起こさないためにも、在宅療養環境の調整が必要であると考えられる。退院後も褥瘡処置は継続となる可能性が高く、今後在宅療養が可能かどうかも含め、主治医や医療ソーシャルワーカーを含む退

院支援チーム、ケアマネージャーなどの多職種と連携し、退院先の検討を行っていく必要がある。

2. 看護上の問題

#1 仙骨部の褥瘡が悪化する可能性がある

#2 在宅療養環境が整っておらず褥瘡が発生している

3. 看護目標

#1 仙骨部の褥瘡に感染が起こらない

#2 褥瘡管理に必要な在宅支援を受け入れることができる

4. 看護の実際

#1 について、入院 3 日目より受け持ちを開始した。受け持ち 8 日目、褥瘡の暗赤色となっていた部分に黒色化がみられ、翌日には黒色化した部分が黄色壊死組織へと変化していた。黄色壊死組織の深さは、創縁との段差がないため浅い創であると推察した。黄色壊死組織があることで感染を起こす可能性があり、現在の状況では感染を制御するために黄色壊死組織を除去することが優先されると考えた。そのため、#1 を中止し、看護上の問題 #3 黄色壊死組織が存在しており創傷治癒遅延が発生している、看護目標 #3 黄色壊死組織が除去され増殖期に移行する、を新規に立案した。

創底が浅いと思われる黄色壊死組織を除去できるよう、アズノール[®]軟膏 0.033% で創面保護をしつつ洗浄時にはガーゼで擦り洗いをし、黄色壊死組織を除去できるか確認していく方針とした。黄色壊死組織は 2 か所存在しており、サイズは 1.5×0.7cm、1.5×0.4cm であった。黄色壊死組織は柔らかく、ガーゼで擦ることで少量のみ除去が可能であった。受け持ち 12 日目、サイズが小さい黄色壊死組織は、辺縁との段差があり今後深さが拡大していきそうな印象を受けた。そのためガーゼで擦る物理的なデブリードマンでは黄色壊死組織の除去が不可能であり、外用薬による化学的デブリードマンが必要ではないかと考えた。黄色壊死組織の乾燥がみられるため、水分を与え軟化させることで自己融解を促すゲーベン[®]クリーム 1% の塗布が妥当であると判断した。さらに、黄色壊死組織周囲の上皮化してきた皮膚は浸軟を防ぐため、アズノール[®]軟膏 0.033% の塗布が適切ではないかと考えた。そこで、皮膚科医師と外用薬の選定についてディスカッションを行った。その結果、感染制御と黄色壊死組織の自己融解を促すため、黄色壊死組織にはゲーベン[®]クリーム 1% を、黄色壊死組織以外の皮膚にはアズノール[®]軟膏 0.033% を塗布していくこととなった。褥瘡に対する軟膏の塗布方法を病棟看護師へ指導し、チーム内で統一したケアができるよう情報の共有を依頼した。受け持ち 20 日目、褥瘡や褥瘡周囲皮膚に感染兆候や浸軟はみられず、黄色壊死組織以外の周囲皮膚はほぼ上皮化していると判断した。2 か所ある黄色壊死組織は、どちらも DESIGN-R[®]2020 は DUELS3i0G6N3p0 : 13 点であった。黄色壊死組織の一部分で創底を確認することができたため、自己融解は若干進んできている印象を受けた。しかし、外用薬をゲーベン[®]クリーム 1% に変更してから 1 週間が経過しても、黄色壊死組織の自己融解が想定していたよりも進んでいなかったため、化学的デブリードマンでは黄色壊死組織の除去が不十分であると考えた。そこで、褥瘡回診時に処置方法を形成外科医師に相談し、シャープデブリードマンを実施した。黄色壊死組織は硬く、実施中に疼痛の訴えがあったため 1 割ほどしか除去できなかった。黄色壊死組織の自己融解を促進するため、ゲーベン[®]クリーム 1% の塗布を継続することとなった。

創傷治癒遅延を引き起こしている要因として、効果的な除圧ができていないこと、低栄養状態であることが考えられた。A 氏のリハビリ担当である理学療法士に、A 氏の現在の ADL 状況やリハビリでのゴールを確認した。A 氏は、点滴スタンドにつかまりながら 30m ほど自力歩行が可能であった。理学療法士から A 氏の筋力や病状、リハビリへの意欲などを考慮し、これ以上の ADL の回

復は望めないとの意見が聞かれた。また、自力歩行は可能であるが、精神疾患の影響から気分がむらがあり、効果的な除圧ができない日もみられた。そのため、病棟看護師へA氏は歩行可能であるが日によっては効果的な除圧ができないこともあるため、除圧の促しをしてほしいことを伝えた。栄養状態に関して、食事摂取量は3〜5割ほどとむらがあり、入院後もAlb2.6g/dL、Hb9.8g/dLと低栄養状態が続いていた。そこで、栄養状態の改善が必要であると考え、A氏に栄養補助食品のゼリーやドリンクなどは摂取できそうか確認したが、「そういうのはあまり食べたくない」との返答が聞かれた。A氏はもともと偏食であり、栄養状態の改善は見込めないと思っていたが、その後管理栄養士からA氏に、コラーゲンペプチドを配合しているブイ・クレスC P10を栄養補助食品として提供することが提案され、本人が了承されたため食事に追加することとなった。

実習期間内に黄色壊死組織の除去ができなかったため、病棟看護師へ褥瘡部の処置の継続、除圧の促し、栄養状態の観察を引き続き実施してもらうよう依頼した。

#2について、受け持ち5日目、病棟看護師より介護申請が未申請であったため申請を行ったと情報があつた。申請結果が出てからでないとサービスの利用はできず、結果が出るまでは1か月程度かかる見込みとのことであつた。それまでの過ごし方としては、①当院に入院継続②介護保険サービスの利用開始を待たずに自宅へ退院③地域包括ケア病棟へ転院しリハビリなどを行いながら申請結果が出るのを待つ、の3択であるとのことであつた。受け持ち8日目、A氏に退院先の希望を確認すると、「痛みが落ち着いたら自宅へ退院したい」との希望が聞かれた。病棟看護師へA氏の退院先についてどのように考えているかを確認すると、「本人は家に帰ったら自分のことをちゃんとやると言うが、実際に帰るとセルフケアが何もできず褥瘡ができたり体調が悪くなったりして再入院になる。本人のためにも療養先を検討したいと思っている」との発言が聞かれ、A氏と病棟看護師の希望に相違がみられた。受け持ち12日目、病棟看護師から3日後にA氏の退院先の方向性を話し合う多職種カンファレンスを実施するとの情報があり、受け持ち15日目、主治医、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、研修生で多職種カンファレンスが開催された。褥瘡の経過と治癒予測、現在の処置方法について情報提供を行った。カンファレンスの結果、自宅退院は困難であり自宅以外の退院先を検討する方針となった。受け持ち16日目、主治医からA氏へ今後の退院先に関する病状説明が行われた。退院後も継続して褥瘡管理や腎瘻管理などの医療処置が必要であることから、自宅退院は困難であると考えられることが伝えられた。さらに、褥瘡管理ができず創感染を起こした場合、命を落としかねないため、褥瘡が治癒するまでは自宅以外の療養先を検討していることを説明され、A氏より渋々了承が得られた。主治医よりA氏へ代替案として、一時外泊するのはどうかと提案があり、A氏の誕生日でもあり友人が迎えにきてくれる日に、1泊2日で外泊することとなった。受け持ち20日目、外泊より戻ったA氏から「家に帰りたと思っていたけど、自宅以外に退院するのも今はしょうがないかなって思っている。外泊したときに全然身体が動かなくて、何もできなかったのがショックだった。痛みが落ち着いたときにでも家の片付けができればいいかなって思っている。友達にも協力してもらうようお願いした」との発言が聞かれた。A氏は自身の体調を踏まえ、退院先が自宅以外となることを少しずつ受け入れようとしている姿がみられ、最終的に自分の意思で医療施設への入所を選択した。

Ⅲ. 考察

精神疾患を有する患者の褥瘡治癒に向けて多職種と連携し協働する際に、皮膚・排泄ケア認定看護

師が果たすべき役割と多職種連携の重要性について考察を行う。

褥瘡ガイドブックでは、創面に壊死組織が存在すると炎症が慢性的に遷延し、肉芽の形成が阻害されて創傷治癒が遅延する。したがって、外科的デブリードマンや外用薬による化学的デブリードマンを行って壊死組織を除去し、創面の清浄化を図ることが褥瘡治療において重要となる¹⁾と述べている。A氏の仙骨部褥瘡の黄色壊死組織はやや乾燥傾向であり、自己融解を促すため、皮膚科医師とディスカッションを行いゲーベン[®]クリーム1%を選定した。ゲーベン[®]クリーム1%は乳剤性基剤であるため、壊死組織に水分が付加されて軟化し、自己融解が促進される。したがって、乾燥傾向である黄色壊死組織に水分を与え自己融解を促進させるためには、適切な外用薬の選定であったと考える。しかし、ゲーベン[®]クリーム1%を黄色壊死組織に塗布することで薬剤が周囲に漏れ出て、周囲皮膚が浸軟し創傷治癒を阻害する可能性があると考えた。浸軟予防として周囲皮膚にアズノール[®]軟膏0.033%を塗布していたが、周囲皮膚の浸軟を恐れて黄色壊死組織へのゲーベン[®]クリーム1%の塗布量が少なくなっていたことで、黄色壊死組織の自己融解が想定より進まなかったと考える。大関は、創の病態に必要な局所環境をいかに作りだし、薬効を発揮させるかが局所療法を進める決め手となる²⁾と述べている。創の病態を適切に評価し、どの部分から優先的に治癒を促進させるかを考える必要があった。皮膚・排泄ケア認定看護師は、患者にとってのメリット・デメリットを考え、患者に不利益が生じないよう適切な判断をすることが求められる。A氏の創状態においては、黄色壊死組織の自己融解が進むメリットと周囲皮膚が浸軟してしまうデメリットを考え、外用薬の選定を行う必要があったと考える。そのため専門性の高い医師と協働し連携を図りながら適切な外用薬を選定することで、患者への最適な局所療法が提供できると推察する。また、外用薬の選定や使用方法については、外用薬の特性や塗布量、薬剤を配合する場合の注意点など専門性の高い知識や技術が求められる。そのため、薬剤師と連携することでより良いケアの提供が可能になると考える。

A氏の歩行状態はスムーズであったため、ベッド上でも効果的な除圧が可能であると判断したが、起居動作や自力での寝返りの頻度などを確認し、効果的な除圧が可能であるかを評価することが不足していたと考える。理学療法士との連携においては、下肢の動きの程度や右上肢の麻痺の程度、筋力の状況などを評価してもらい、どうすれば自力での効果的な除圧ができるかを共に考えることで、より良い体圧分散ケアにつながれると考える。日高は、褥瘡ケアにおいて理学療法士は、褥瘡発生の予防として、発生要因を減らし、また、ポジショニングやシーティングといった療養環境の整備に貢献することができる³⁾と述べている。理学療法士と協働し麻痺の程度や四肢の可動性、筋力の状況、リハビリへの意欲などを評価することで褥瘡の発生・悪化要因を減らし、療養環境を整備することにつながると考える。また、精神疾患を有する患者は特に精神的特徴も考慮しながら、効果的な体圧分散ケアや体位変換方法を検討する必要があると考える。

管理栄養士との連携は、創傷治癒促進につながるため重要であると考えます。A氏に栄養補助食品の摂取を提案し却下された時点で、栄養状態の改善は難しいと判断した。しかし、どうすれば栄養状態の改善が見込めるのかを管理栄養士に相談し連携することで、栄養状態の改善が図れた可能性がある。鈴木は、褥瘡の発生と治癒遅延には栄養障害が根底にあり、褥瘡の予防と治療において栄養の評価と改善は不可欠である。局所治療、手術治療とあわせて、チーム医療で取り組み、個々の患者に合った適切な栄養管理に多面的にアプローチしていくことが重要である⁴⁾と述べている。A氏においても、低栄養状態、貧血、低ナトリウム血症など栄養状態の悪さが褥瘡発生や創傷治癒遅延につながっていたと考える。さらに、精神疾患の影響による食欲の低下や偏食も低栄養状態の要因になっていた可能性がある。食事摂取状況や採血データ、創傷治癒状況を観察し精神疾患の影響も加味しながら、管理

栄養士と協働し栄養状態の改善に向けた介入をすることで、創傷治癒促進につながると考える。

以上のことから、褥瘡ケアは局所的なケアだけでなく患者を広い視野で観察し、どの部分が創傷治癒遅延につながっているのか、その要因は看護介入で取り除けるものなのか、どの職種と連携すればより良いケアが提供できるのかを考えることが大切である。

次に、精神疾患を有する患者の褥瘡治癒に向けた多職種連携の重要性について考察を行う。相川らは、チーム医療においてもっとも重要なことは、それぞれのスタッフが職種の特殊性を理解し、患者への利益の還元がどの視点から行えるのかを見極めて話し合いを続けていくことである⁵⁾と述べている。A氏の退院先を検討するために開催された多職種カンファレンスでは、主治医は医学的観点から今後の治療方針や予後予測をし、病棟看護師はこれまでのA氏の生活背景や個別性を捉え、A氏にとって最適な療養環境を提供しようと考えていた。医療ソーシャルワーカーは生活環境や地域との連携において専門性を活かした視点から評価し、退院調整看護師は今後の治療方針を把握しながら最適な療養の場の選定を行っていた。自宅に帰りたいというA氏の希望を考慮しつつ、何がA氏にとっての最良なのかを多方向から検討していたと考える。その中で皮膚・排泄ケア認定看護師としての役割は、褥瘡の状態を正確に把握し、今後の褥瘡の経過予測や治癒予測を他の職種にも理解できるように述べることであったと考える。多職種カンファレンスで褥瘡の経過などを情報提供したことで、他の職種にもA氏の褥瘡の状態が伝わり、今後も褥瘡の管理が必要であるため自宅退院は厳しいという判断に至った。対象にとっての最適な方針を検討するためには、多方向から対象を把握し、情報を共有することやゴール設定を共通認識することが必要であり、多職種カンファレンスは重要な手段であると考えられる。A氏の現病歴からの予後予測は半年以上と説明がされていたが、褥瘡管理ができず創感染が起こった場合、予後が短くなる可能性があった。さらに、精神疾患があり周りのサポートを受けたくないが、セルフケアが全くできないというA氏の背景も考慮し、医療施設への入所という選択に至ったと考える。精神疾患を抱える患者はセルフケア能力が低下しやすく、褥瘡の予防や治療が困難になる場合が多い。また、精神症状や対人関係、経済問題などの対処しなければならない困難や不安を抱えている。A氏においても、精神疾患からケアの拒否や意欲の低下、社会とのつながりの希薄化がみられ、それらが褥瘡の発生や入院後の創傷治癒遅延の要因となっていたと推察する。複雑な問題に対応し褥瘡治癒を目指すためには、多職種による多面的なアプローチが必要であり、身体的・精神的・社会的要因を総合的に評価する多職種連携の重要性が明確となったと考える。

皮膚・排泄ケア認定看護師は、褥瘡の状態や今後の経過予測、治癒予測を正しく判断し、退院先でも継続可能な処置方法なのか、使用物品はあるのか、感染兆候が出現した場合はどのように連絡すればよいのかなど、多角的な視点を持ち褥瘡ケアに関わっていく必要がある。また、褥瘡治癒に向けて効果的な除圧ができるよう除圧方法やポジショニング方法を理学療法士と相談したり、栄養状態の改善を管理栄養士と相談したりなど、他の職種と連携することは、患者への最適なケアを提供するうえで欠かせないものとなっている。それぞれの専門職の知識や技術を連携させ、風通しのよい関係性を築くことで多方面から患者支援ができると考える。また、多職種から情報を受け取るだけでなく、介入した結果はどうであったかをフィードバックし、感謝の気持ちを伝えながら関係性を築いていくことも、多職種連携において重要であると考えられる。皮膚・排泄ケア認定看護師は、患者を取り巻く様々な職種の多様性を認め、それぞれの職種が持てる力を発揮できるように、交渉・調整を図り、チームをコーディネートすることが必要である。さらに、患者の病状や背景を身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの4側面から多角的に捉え、様々な視点からアプローチを行い、褥瘡治癒に向けたケアができるよう多職種で関わっていくことが求められる。患者中心の医療を多職種でコミュニケーション

ンを取りながら提供することが重要であると考える。

おわりに

今回、精神疾患を有するA氏の褥瘡治癒に向けて、様々な職種と連携し支援を行った。多職種で連携し協働することで、セルフケア能力が低下しているA氏の個別性を考慮した、専門性の高いケアが提供できることを学んだ。多職種を束ねるチームマネジメントは認定看護師の重要な役割となっており、情報の収集や統合、職種間の橋渡しなど様々な役割を担っている。今後は皮膚・排泄ケア認定看護師として、チーム全体を見渡し、情報の共有や目標の統一などを図りながら、皮膚・排泄ケア分野の専門性を発揮しつつ、局所ケアだけでなく患者を多角的な視点で捉え、支援していけるよう取り組んでいきたい。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れてくださり多くの経験と学びを与えてくださったA氏に心から感謝申し上げます。また、ご多忙の中、温かくご指導をくださいました実習指導者の皆様、医師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー並びにご協力いただきました病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本褥瘡学会編. 褥瘡ガイドブック 褥瘡予防・管理ガイドライン(第5版)準拠. 一般社団法人日本褥瘡学会. 第3版, 東京, 照林社, 2023, 72.
- 2) 大関由美. 褥瘡治療に使用する外用薬. 昭和学会誌. 2014, 74(2), 132.
- 3) 日高正巳. 褥瘡治療への理学療法の挑戦. 理学療法学. 2014, 41(4), 259.
- 4) 鈴木文. 褥瘡と栄養. 昭和学会誌. 2014, 74(2), 127.
- 5) 相川一樹, 齊藤貴子, 吉山まおほか. 多職種チームで介入したケアの効果について: 自殺企図のある壊死性筋膜炎の事例から. 第47回日本精神科看護学会. 2022, 30(145), 299.

参考文献

- 1) 庄司理恵. 褥瘡治療を薬剤学的視点から考える. 薬剤学. 2015, 75(5), 285 - 290.
- 2) 千葉理恵. 精神疾患をもつ人のセルフケアとリハビリ. P A Sセルフケアセラピー看護学会誌. 2021, 3, 52 - 55.
- 3) 成島道樹, 松永晃直, 岡上能斗竜ほか. 精神疾患を背景とする低栄養に伴う感染性褥瘡に対して複合的なアプローチによる治療が有効であった1例. 日農医誌. 2020, 69(4), 411 - 415.
- 4) 細田満和子. 「チーム医療」再考 チームアプローチでデザインするこれからの医療ケア. 保健医療社会学論集. 2013, 23(2), 7 - 15.
- 5) 藤原恵美子, 齊藤奈緒, 多留ちえみほか. 皮膚・排泄ケア認定看護師が行う褥瘡管理における協働の実相. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会. 2014, 18(1), 20 - 28.
- 6) 公益財団法人長寿科学振興財団. 健康長寿ネット. 日本の超高齢社会の特徴. 2019.
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/nihon.html> (参照 2024 - 12 - 27)

はじめに

がん患者の抱える身体症状には、呼吸困難や倦怠感があり、これらは可動性の低下を引き起こし、褥瘡の発生要因となる。特に、がん終末期に褥瘡が生じると、患者は身体的苦痛だけでなく、「また悪いところが増えた」と感じることで病状の進行を意識し、精神的苦痛も増大する。また、身体機能の低下により、自分でできることが減少することが、スピリチュアルペインを引き起こすこともある。

今回受け持った患者は、可動性の低下により仙骨部に褥瘡が発生していた。入院期間が40日を超えても退院の見通しが立たず、「未来なんか、みえない」と発言するなど、生きる希望を失いかけていた。しかし、自力体位変換の指導を行った際、患者の意欲向上が見られた。

終末期がん患者への看護において、患者が生きる力を見出せるような関わりが重要である。今回、自力体位変換の指導を通じて患者に希望が芽生え、それが精神的苦痛やスピリチュアルペインの緩和につながった可能性があることを学んだため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性
2. 診断名：血管免疫芽球性T細胞リンパ腫(ステージIV)、敗血症
3. 患者背景

1) 現病歴

X年2月に血管免疫芽球性T細胞リンパ腫と診断され、CHOP療法を6コース実施された。その後ツツジノスタット(ハイヤスタ®)40mgを服用し、治療が継続された。同年10月、血小板減少が進行し休薬となった。その後、咽頭痛と発熱を認め、救急外来を受診された。受診時には血圧低下も認められ、敗血症性ショックと診断され入院となった。

2) 受け持つまでの経過

入院後より昇圧剤、抗生物質、副腎皮質合成ステロイドが投与され、全身管理が行われていた。経口摂取量の低下により、中心静脈栄養が実施されていた。入院後より1日数回痙攣発作が出現しており、抗痙攣薬の投与も行われていた。入院前から下肢の浮腫および腹水の増加傾向がみられ、入院時には胸水貯留も認められた。息苦しさのため酸素2Lの投与が行われていた。体重は浮腫と腹水により約20kg増加していた。胸水、腹水、浮腫に対する治療としてアルブミン製剤が投与され、入院36日目からは利尿剤の投与が開始された。

入院22日目、仙骨部周囲に4.0×3.0cmと1.5×1.0cmの2カ所の褥瘡が発見された。入院29日目には、背部と両側腹部の複数の部位から滲出液の漏出があり、リンパ漏が認められた。さらに、入院41日目には両踵部に5.0×5.0cmの疼痛と熱感を伴う二重発赤が発見された。

現状の治療を継続しているが、反応は不十分であり、入院から40日が経過した時点でも昇圧剤の持続投与が必要な状態であり、容態の改善はみられていなかった。

3) 身体状況

Performance Status(PS)は4であり、排尿は尿器を使用して自己排泄していたが、排便はオムツを使用していた。

体型は、身長 171.7 cm、体重 87.2 kg、Body Mass Index (BMI) 29.6 kg/m² であった。

血液データは WBC $1.69 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、RBC $1.31 \times 10^6 / \mu\text{g}$ 、Hb 4.3 g/dL、Ht 12.4%、PLT $0.4 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、CRP 0.3 mg/dL、TP 4.1 g/dL、Alb 2.6 g/dL であった。

4) 創傷の状態

① 褥瘡

入院 38 日目には、仙骨部の褥瘡は 5.0×3.0 cm と 3.0×2.0 cm に拡大していた。両部位とも DESIGN-R[®]2020 で評価をすると d2-e3s6i0g0n0p0 : 9 点であった。1 日 1 回微温湯による洗浄後にポピドンヨード・精製白糖(ネグミンシュガー[®]軟膏)を使用し処置を行っていた。また、体圧分散式エアマットレス(ビッグセル インフィニティ)を使用し、2 時間毎に看護師による体位交換の計画も実施されていた。しかし、側臥位時には腹水により皮膚や筋肉が引っ張られることにより疼痛が生じるため、A 氏は体位変換を拒否することがあった。そのため、苦痛のない範囲で間接法によるスモールチェンジが実施されていた。A 氏はベッドリモコンを操作し頭側挙上の姿勢を保っていることが多かった。

② リンパ漏

背部、両側腹部からの滲出液の吸収のため、吸水シートを使用していた。しかし、体動によって吸水シートが皺になり、裏面のナイロン部分が肌に接触すると不快感を覚え、A 氏自身に取り払ってしまうことがあった。その結果、病衣が滲出液で濡れ、皮膚の浸軟を引き起こしていた。

5) 家族構成

A 氏と妻は外国人で、約 20 年前に来日している。夫婦 2 人暮らしで、A 氏は簡単な日常会話は行えるが、医師からの説明は妻の通訳を介して行われている。子供は 5 人おり、すでに独立している。

6) 医師からの説明

医師より A 氏と妻に病状説明が行われ、可能な抗がん剤を適宜使用する、抗がん剤は行わずに現状維持を図る、ホスピスの入所や自宅療養を検討し少しでも自宅で過ごすことを目指す、という 3 つの選択肢が提示された。A 氏と妻は自宅に戻りたいという強い希望を持っていたが、延命のために可能な抗がん剤を適宜使用することを選択した。意思決定後、エトポシド(ラステット[®]S カプセル)の服用を開始した。

II. 看護の実際

1. アセスメント

血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫の進行により活動性が低下していたところに敗血症を発症し、発熱や血圧低下、倦怠感などの症状が現れ、可動性の低下が生じたと考える。可動性の低下には、下肢の浮腫や腹水の影響も関与していると考ええる。血液検査では易感染状態が持続しており、褥瘡の感染リスクが高い状態である。現在の褥瘡処置は、感染制御を目的として洗浄とネグミンシュガー[®]軟膏を使用しており、適切な処置ができていると考える。仙骨部の褥瘡発生の要因としては、自己体位変換困難であること、腹水の増加により仙骨部の体圧が増加していること、ドライスキンや皮膚の菲薄化により、軽微な外的刺激で皮膚損傷が生じやすい状態であることが考えられる。さらに、長時間の頭側挙上により仙骨部に圧迫、ずれ、摩擦が生じ、褥瘡が発生したと考える。また、頭側挙上時に下肢挙上が行われなかったことで、踵部にずれと圧迫が加わったと考える。頭側挙上は、

胸水や腹水のあるA氏にとって最も安楽を得られる姿勢である。そのため、A氏の安楽を維持しながらも、仙骨部と踵部の除圧を図るためのポジショニングの検討が必要であると考え。また、背部と側腹部の皮膚も同様に脆弱であり、軽微な外的刺激による皮膚損傷のリスクが高い。低アルブミン血症や血管透過性の亢進により組織間液が増加し、皮膚損傷部位からの漏出がみられた。リンパ漏による皮膚の浸軟やびらんの発生リスクは高いと考えられる。そのため、洗浄と保湿を行うことに加え、吸水シートを用いて滲出液を吸収し、皮膚を滲出液から保護することが必要であると考え。

2. 看護上の問題

- #1 免疫力が低下しているため褥瘡感染のリスクが高い
- #2 仙骨部・踵部の褥瘡が拡大・深達度の進行がある
- #3 滲出液により背部、両側腹部の皮膚のびらんが発生する可能性がある

3. 看護目標

- #1 仙骨部褥瘡の感染を起こすことがない
- #2 仙骨部・踵部の褥瘡が拡大・深達度が進行しない
- #3 びらんを予防することができる

4. 看護の実際

入院 41 日目より受け持ちを開始した。仙骨部の褥瘡に対しては、現在の処置を継続し、週に 1 回 DESIGN - R[®]2020 を用いて評価を行った。また、病棟看護師とカンファレンスを実施し、褥瘡の状態を共有した。頭側挙上時の角度を確認したところ、A氏は 38 度前後の角度を好んでいることがわかった。そして、A氏自身がリモコンの操作を行っているため、下肢の挙上が行えていないことがわかった。38 度の頭側挙上の姿勢で、仙骨部の体圧を体圧測定器(パームQ[®])で測定したところ、119mmHg であった。角度を調整しながらA氏の安楽が保持できる角度を確認した結果、頭側挙上 25 度以上であった。頭側挙上 25 度での仙骨部の体圧は 82.5mmHg であった。仙骨部の除圧を目的に、体位交換用枕(サーモフィット パディ)を 2 つ使用し、臀筋に当たる位置に挿入した。挿入後、A氏に不快感の有無を確認したところ、「これは大丈夫。」との訴えであった。この方法で仙骨部の体圧を測定すると、52.8mmHg であった。病棟看護師には、頭側挙上時にこの方法で除圧を行うよう指導した。また、踵部の除圧については、頭側挙上時に下肢も挙上するようA氏に指導したところ、指導後は下肢挙上を継続して実施するようになった。

背部、両側腹部のリンパ漏に対して、介入前は吸水シートを漏出部に当て、4~6 時間毎に交換していた。処置としては漏出部を清拭タオルで拭くだけであったため、介入後より、弱酸性洗浄剤を用いた微温湯での洗浄を実施した。また、白色ワセリン(プロペト[®])を処方してもらい、1 日 1 回塗布するよう指導した。受け持ち 3 日目、リンパ漏周囲の皮膚の浸軟が改善しないため、眠前に清拭タオルで漏出部とその周囲を押し拭きすること、さらにプロペト[®]の塗布回数を 1 日 2 回に増やすことを計画に追加した。

A氏より「なんでお腹から水が漏れるの？わからない。これが漏れていることが、いま一番気になる。ずっと、むくみや腹水が増えている。なんで？」と質問があった。前日にも同様の質問があり、その際に皮膚・排泄ケア認定看護師より説明が行われていたが、A氏は口頭での説明のみでは十分に理解できていなかったことがわかった。そこで、A氏の母国語の文章と画像を用いた説明資料を作成し、腹水の原因、腹水が漏出する理由、ケア方法について記載した。A氏は一文ずつ読み進めた後、「よくわかった。」と発言した。しかし、その後すぐに「じゃあこれは治るのはむずかし

いね。いつ治るの？」と問いかけ、腹水に対する根本的な治療を求めていることがわかった。翌日、病状説明に立ち会い、主治医と情報共有を行った。主治医はA氏と妻に対し、「昇圧剤で血圧を維持しながら、利尿剤を使用し、安全に浮腫を軽減させる方法をとっている。」と説明をした。妻から「腹水は抜けないですか？」との質問があり、主治医は「血小板数が低いため、実施には高いリスクが伴う。」と回答した。その内容は妻によって通訳され、A氏に伝えられた。A氏は治療方針については頷き、理解を示したが、その後「3日でもいいから家に帰りたい」と発言した。しかし、医師が返答する前に、妻が「それはできない…」とA氏に伝えた。

病状説明後、A氏に病状説明の内容をどのように捉えたかを確認すると、「もう、このまま、病院で死ぬと思う…。未来なんか、みえない。」と暗い表情で話された。そして、「あなたは、どう思う？」と問いかけられた。数秒沈黙した後、「未来がない、とは思わないです。」と返答すると、A氏は「本当？本当にそう思う？」と驚いた表情で言った。その後、「そっか…。じゃあがんばろうかな…。」と話し、表情が和らいだ。

受け持ち8日目、A氏は食事摂取量が増加傾向にあり、息苦しさの訴えが減少し、頭側挙上をしなくても安楽に過ごせる時間が増えていた。一方で、仙骨部の褥瘡は拡大傾向であり、間接法やポジショニングのみでは仙骨部の除圧が不十分であることが考えられた。そこで、A氏の精神的なケアも考慮しながら、より効果的な仙骨部の褥瘡ケアを行うため、自力体位変換の計画を検討した。A氏の担当の理学療法士、受け持ち看護師と共に方法を検討し、「リハビリの方と一緒に身体の向きを変える練習をするのはどうですか？」とA氏に提案したところ、「やってみる」と前向きな返答が得られ、実施に至った。具体的には、仰臥位の状態から、理学療法士がA氏の腰を支え、A氏自身は柵を掴み側臥位になる動作を数回繰り返した。リハビリ後、A氏は疲労感を訴えたものの、呼吸苦はなく、「がんばる。」と力強く発言した。側臥位の際、A氏より「ちょっとここが痛い。」と仙骨部褥瘡の疼痛が訴えられた。疼痛の原因としては、体動時の摩擦が考えられたため、処置時の軟膏の塗布量を増やすことを検討した。また、看護師が介助で行う体位変換時には側腹部の疼痛を訴えることがあったが、自力体位変換時には側腹部痛はみられなかった。

踵部の除圧を継続した結果、受け持ち8日目には中心部の暗紫色の発赤が消退し、全体的な紅斑のみとなっていた。また、リンパ漏による滲出液は減少傾向にあり、皮膚の浸軟も改善がみられた。A氏に、踵部の褥瘡の軽快やリンパ漏の改善について伝え、「よっしゃー！」と大きな声で喜びを表現した。受け持ち10日目、A氏は前日から発熱と水様便の排泄が続いていた。仙骨部の褥瘡を測定すると、 6.7×3.7 cm、 4.5×3.3 cmと拡大しており、褥瘡表面の一部には茶色変化がみられ、周囲皮膚には発赤と硬結を認めた。褥瘡部と周囲皮膚の洗浄を実施し、ネグミンシュガー[®]軟膏による処置を継続した。A氏は発熱により強い倦怠感を訴え、「ごめんね。今日はがんばれない。」とリハビリを休みたい意思を示した。

介入の結果、仙骨部褥瘡は炎症兆候を認めたものの、感染には至らなかった。踵部の発赤は軽快した。仙骨部褥瘡は深達度の進行はなかったが、創サイズは拡大した。背部と両側腹部のリンパ漏による皮膚障害は予防することができた。

Ⅲ. 考察

今回、「未来なんか、みえない」と嘆かれるA氏に対し、自力体位変換の指導を行ったことで、A氏の意欲向上がみられた。自力体位変換の指導がA氏にどのような影響を与えたのかを、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインの4つの側面から考察する。

A氏の身体的苦痛には、40日以上臥床状態による身体可動域の制限や、褥瘡発生や悪化による疼痛、さらにケアや処置に伴う負担があると考えられる。全身状態としては、胸水や腹水による息苦しさ、血管免疫芽球性T細胞リンパ腫や抗がん剤の影響による倦怠感が見られた。また、看護師の介助で側臥位に体位変換を行う際、腹水により側腹部の皮膚や筋肉が引っ張られ、疼痛を伴っていた。そのこともあり、仙骨部の除圧が十分に行えず、褥瘡が悪化する要因となっていた。しかし、自力体位変換を実施した際には、側腹部の疼痛が出現しなかった。これは、A氏自身が意識的に側臥位を保持することで、腹水による側腹部の引っ張りを軽減できたためと考える。自力体位変換の指導によって、仙骨部の除圧や可動性の改善が期待できる反面、体動による酸素消費量の増加により、呼吸苦が出現する可能性や、倦怠感の増強が懸念される。また、A氏が一人で体位変換を試みた場合、動作の困難さから仙骨部の摩擦やずれを助長し、褥瘡が悪化するリスクも考えられる。

精神的苦痛への影響について考察する。A氏は、褥瘡の悪化による疼痛だけでなく、「また悪いところが増えた」と感じることで、身体のさらなる悪化への不安や死への恐怖を抱えている可能性が考えられる。さらに、褥瘡が悪化する中で、「何もできないことがない」という無力感を感じることは、精神的苦痛を一層増強させる要因となったと推察される。しかし、A氏の精神的苦痛が緩和されたと考えられる出来事もあった。それは、踵部の褥瘡の軽快やリンパ漏の改善である。この知らせを受けたA氏は、「よっしゃー！」と大声で喜びを表現した。この反応は、単に創傷の回復を喜ぶだけでなく、「頑張ればまだ生きられるかもしれない」「家に帰る望みが叶うかもしれない」という希望を抱くきっかけとなったと推察される。祖父江らは、褥瘡が軽快あるいは治癒すると、“治る力の存在による生きる励みと意欲”“遠ざかった死と安堵感”がみられる¹⁾と述べている。この視点から考えると、A氏の「よっしゃー！」という叫びは、自己の治癒力に励まされたことによる精神的苦痛の軽減を示していたと考えられる。自力体位変換の指導が精神的苦痛に与えた影響としては、「仙骨部の褥瘡も治るかもしれない」という希望を生み出し、それに向けて努力する意欲を高めた可能性が示唆される。

社会的苦痛への影響に関しては、A氏は40日以上入院により社会との隔絶感を抱えていた可能性がある。今回の自力体位変換の指導は、受け持ち看護師と理学療法士と協力して行った。この関わりを通じて、A氏は「自分を支えるチームが存在する」という認識を持ち、チームの一員としての役割を感じることができたと考えられる。

スピリチュアルペインへの影響について考察する。スピリチュアルペインは、身体的苦痛や精神的苦痛、社会的苦痛と密接に関連し、自己の存在と意味の消滅を感じることによって生じる。A氏の「未来なんか、みえない。」という言葉は時間性の喪失と、自分に何もできることはないという自律性の喪失によるスピリチュアルペインであったと考える。自力体位変換の指導を行ったことで、A氏は「自分にもまだできることがある」と認識し、希望を持つことができたのではないかと考える。このことは、スピリチュアルペインの緩和につながった可能性が考えられる。

これら4つの側面から考えると、自力体位変換の指導には身体的負担の増加というリスクがある一方で、精神的苦痛やスピリチュアルペインの緩和に寄与する可能性が示唆された。今回、A氏にとって自力体位変換の実施は苦痛ではなかったため、実践することができた。その背景には、このケアがA氏の希望と一致していたことが考えられる。濱田らは、患者を取り巻く状況が厳しい状況へと変化しても、患者自身がその状況を認知した上で、自分にとって意味あるものを見出したり、何か一つでも明るい未来の可能性を見出せるような見方ができた時、患者は希望を抱き続けることができると考える²⁾、と述べている。A氏は自身の厳しい状態を認識しながらも「家に帰りたい」という強い思いを持っていた。自力体位変換の指導を受けたことで、「自分にもできることがある」という希望が生ま

れ、明るい未来の可能性を見出すきっかけとなったのではないかと考える。この希望を持つことができた結果、精神的苦痛やスピリチュアルペインの緩和につながった可能性がある。

一方で、身体的負担の増加はA氏の生命維持に影響を与える可能性がある。今回、理学療法士や受け持ち看護師と連携したことで、循環動態や呼吸状態を悪化させない範囲での実施が可能となったが、今後も全身状態のアセスメントを慎重に行いながら対応する必要がある。具体的には、バイタルサインやA氏の症状を適宜確認し、体調が良好な際には身体的負担の少ない範囲で実施し、体調が優れない場合には無理をさせないなど、状態に応じた柔軟な対応を行うことが必要であると考ええる。

最後に、A氏の「未来なんか、みえない」と「3日でもいいから家に帰りたい」という言葉について考察する。A氏が言う「未来」が具体的に何を意味するのかを十分に理解することができていなかった。また、同様に「3日でもいいから家に帰りたい」という発言についても、なぜ3日という期間にこだわったのかを明確にすることができていなかった。私は実習中、この言葉の意味を「3日だけでも自宅に戻り、安心できる時間を過ごしたい」とA氏が考えていると解釈していた。しかし、A氏は外国人であり文化的背景や死生観が異なることが考えられるため、私の解釈とは異なる意味を持っていた可能性が高い。そのため、A氏の発した言葉の意味を明確にする必要があったと考える。また、私が「未来がない、とは思わないです。」と伝えたのは、A氏に希望を持ってほしいという思いからであった。その言葉の後にA氏の表情が和らいだことから、一時的な慰めにはなったと考えられる。しかし、A氏の予後が不良であることを考慮すると、この慰めは一時的なもので終わる可能性が高い。祖父江は、患者がスピリチュアルペインを表出した際、看護師は個人の考えで修正することや慰めること、否定的な対応をとることはせず、そのときの患者の感情に焦点をあて、苦悩を理解することが重要である。そのためには、看護師に患者の気持ちから逃げることなく、その場にとどまる心構えと、しっかりと相手を受け止めようとする姿勢が必要となる³⁾と述べている。この視点から考えると、私が行うべきだったのは、A氏の「未来なんか、みえない。」という発言の背景にある感情に焦点を当て、A氏が抱える苦悩を深く理解しようとする対話を行うことであったと考える。しかし、日本語のコミュニケーションに不安があり、A氏の言葉を的確に理解できない可能性があったため、それ以上の会話を深めることができず、曖昧な解釈となってしまった。この問題を解決するためには、医療通訳や翻訳アプリの活用が必要であると考ええる。これらのツールを活用することで、A氏が苦悩を表出した際に、適切に受け止め、A氏の言葉の本質を理解することが可能となる。以上のことから、今回のA氏への精神的支援は十分であったとは言えず、今後の課題として残ったと考える。

おわりに

褥瘡ケアは、身体的側面にとどまらず、精神的、社会的、スピリチュアルな側面への支援も含まれる。がん終末期における褥瘡は、単なる身体的苦痛にとどまらず、精神的苦痛やスピリチュアルペインを引き起こす要因となる。これらの苦痛を適切に受け止めた上でケアを実践することが、全人的苦痛の緩和につながる。患者の全身状態と意向を十分に把握し、褥瘡の治癒だけを目的とするのではなく、患者が生きる希望を持てるようなケアを実践できる認定看護師を目指していきたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの貴重な経験と学びを与えてくださった患者様、丁寧にご指導いただきました実習指導者様、そしてケアにご協力いただきました病棟スタッフの皆様に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 祖父江正代, 前川厚子, 竹井留美. がん終末期患者の褥瘡に対する意味付けとケアへの期待. 本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 15 号, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編集委員会, 2011, 46 - 54.
- 2) 濱田由香, 佐藤禮子. 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌, 2022, 16 巻 2 号.
- 3) 近藤まゆみ, 祖父江正代. がん患者の褥瘡ケア. 日本看護協会出版会, 2009, 273.

参考文献

- 1) 有賀洋文. 褥瘡ガイドブック 褥瘡予防・管理ガイドライン(第5版) 準拠. 一般社団法人日本褥瘡学会. 第3版, 照林社, 2023.
- 2) 藤本恭子, 氏平景子. 本人の苦痛を4側面から理解し、症状緩和につなげる. 日本看護協会出版会, 2022, 24(4).
- 3) 野中千春, 樋口まち子. 在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究. 国際保健医療, 2010, 25(1).
- 4) 村田久行. 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア. 日本ペインクリニック学会誌, 2011, 18(1).

はじめに

厚生労働省による 2020 年の調査では、ストーマを保有している身体障害者手帳取得者が 215, 251 人であった。身体障害者手帳を取得していない永久ストーマ保有者、一時的ストーマ保有者を合わせるとさらに人数は多い。ストーマ保有者の人数は増加しており、その要因は医療の発達によりストーマを造設することで救命が行えるようになったことや、直腸温存を行いながら、創部治癒を待つ間に一時的ストーマの造設を行うことが増えてきたためである。ストーマ装具、アクセサリはあらゆる患者に対応できるように開発が進んでいるが、多様化するライフスタイルに対するニーズが多く求められている。ストーマ保有者のストーマ管理の一番の問題として挙がるのは、排泄物の漏れである。排泄物による皮膚障害以外にも、臭気や羞恥心が大きく、排泄物の漏れは Quality of Life(QOL) を大きく損なうものである。

今回、腫瘍によるイレウスを発症しストーマ造設をおこなった患者を受け持った。装具選択中に本人のニーズを中心とした装具選択を行い、排泄物の漏れを経験した。本人のニーズだけでなくストーマ装具選択における視点や、今後の身体変化を見越した装具選択を行う事、排泄物を起こさないようにするためのストーマ装具選択についてアセスメントを学ぶことができたため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60 歳代 男性
2. 診断名：S 状結腸癌、腫瘍性腸閉塞、閉塞性大腸炎
3. 患者背景

1) 現病歴

X 年 5 月頃より食思低下、下腹部の痛みを自覚した。10 月に腹部痛の増強、排便困難にて救急搬送された。コンピュータ断層撮影(computer tomography : CT)にて S 状結腸部の腫瘍が認められ、大腸内視鏡検査を施行した。腫瘍部のスコープ通過は困難であったが、排便が見られていたことから流動食を摂取し、化学療法先行での手術を検討していた。しかし、痛みの急激な悪化があり、イレウスへ移行していたため経肛門的イレウス管の挿入となり、入院 17 日目に腹腔鏡下状 S 結腸切除、一時的双孔式回腸ストーマ造設術が施行された。

2) 受け持つまでの経過

術後合併症なく経過し、術後 2 日目に社会復帰用装具を使用開始した。ストーマ装具からの便排除は、一度指導を行い手技獲得が得られていた。排便量、尿量のセルフモニタリングを行えている。

3) ストーマ、ストーマ周囲の状況

ストーマは、右下腹部に造設され、ストーマサイズは縦 20mm、横 20mm、高さ 15mm で、色調はピンク色で浮腫状、水様便の排泄があった。ストーマ装具は、単品系平面型装具(センシュラミオ 1)のフリーカットを使用していた。術後の腸蠕動回復にて水様便が増加していくことが考えられていたため、用手成形皮膚保護剤(アダプト皮膚保護シール)を 1/6 枚を使用し、棒状に成形してストーマ近接部の全周に貼付していた。

ストーマ近接部には、ストーマ粘膜皮膚離開や皮膚障害はなかった。皮膚保護剤部、皮膚保護剤外部にも皮膚障害は認めなかった。腹壁の柔らかさは普通で、上腹部にたるみがあり、6時方向の腹壁にストーマに連結しない皺があった。

4) 栄養状態

身長は166 cm、体重は48.3 kg、Body Mass Index(BMI) : 17.5kg/m²で、5か月前からの食思低下にて4 kgの体重減少があった。入院後から絶食指示で、術後4日目から消化態流動食(ペプチーノ)が開始の予定であった。

術後3日目の血液データは、Hb : 10.7g/dL、TP : 5.6g/dL、Alb : 2.6g/dL、CRP : 6.7g/dL、ChE : 92U/Lであった。

5) 社会背景

妻との二人暮らしで、長男、長女は隣の市に住んでいる。交代制の仕事をしており、夜勤なども行っていた。身体状況が落ち着いたら仕事に復帰予定である。

ストーマ装具交換は本人が行う予定となっていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏がストーマ装具交換を行っていく予定であり、今後職場復帰も考えているため予定外の排泄物の漏れなどのトラブル時に対応し易い、シンプルケアで行えるものが良いと考える。はじめに使用を開始したセンシュラミオ1は単品系平面装具であり、セルフケアを行うためのシンプルケアとして妥当である。現在腹壁のたるみは少なく、ストーマ周囲のくぼみも見られない。6時方向の連結しない皺は平面型装具で追従できる。ストーマの高さも十分にあり平面型装具の使用で問題はないと考える。上腹部のたるみは、5か月で3 kgの体重減少と入院後の絶食対応で手術までの17日間の間に1 kgの体重減少があったため、出現したと考えられる。腹壁の皺、たるみの状況、ストーマの高さより現在の装具で問題は無いと考える。アダプト皮膚保護シールは手技行程が多くなるため、使用しない方がシンプルケアであるが本人の手技では問題なく使用できると考える。

一度の説明で便排除の手技獲得しており、手指巧緻性は良好であると考ええる。また、セルフモニタリングも行っており、認知力や理解力も良好と考える。手技の難しさや手技行程の数が多くなることでの手技獲得困難や、排泄物の漏れが起こることは現時点では考えにくい。

緊急入院であり、急な告知からストーマ造設をおこなっているが悲嘆はみられていない。ストーマに対する嫌悪感や便排除に対する拒否もないため、ストーマの受容ができないことや、自身の状況を受け入れられずセルフケア拒否になることも考えにくい。

これらより、装具交換の手技指導を進めていきながら、排泄物の漏れなどのトラブルに対応し易いシンプルケアの装具選択が必要だと考えた。装具選択に難渋することで本人の手技獲得が遅れ、セルフケアの自立が遅れていくことが考えられた。

2. 看護上の問題

#1 セルフケア自立が行えず、社会復帰が遅れる

#2 本人に合った装具が決まらない

3. 看護目標

#1 ストーマセルフケアが確立する

#2 生活、希望に合った装具選択ができる

4. 看護の実際

術後3日目から介入を開始し、介入2日目に装具交換を行った。ストーマの12時方向の腹壁にたるみがあり、6時方向にはストーマに連結しない細かい皺があった。面板の膨潤は全周に13mmであった。食事が開始予定のため、排便量が増加するが水様便から泥状便へ便性が変化していくことが予想された。便中の水分量が低下し、面板の膨潤が抑えられることが考えられ、現在ストーマ近接部に皮膚障害が無い状態のため、このまま経過を追っていくこととした。

介入3日目に、ストーマ装具から排泄物の漏れが出現した。ストーマ6時方向の腹壁の皺が深くなっており、7時方向のストーマ近接部に浅いくぼみを認めた。くぼみにより面板の接着不良がおき、過度な膨潤となり漏れにつながったと考えた。現在、術後5日目でさらなる腹壁の変化が起こればと考えられること、センシュラミオ1の排出口での便排除手技は確立していたため、装具変更は行わず腹壁のくぼみに対してアダプト皮膚保護シールを追加して貼付することとした。2日ごとの装具交換を行っていき、排泄物の漏れはなかった。

介入7日目にストーマ装具6時方向から排泄物の漏れがあり、ストーマ装具交換を行った。腹壁のたるみが出てきており、体位が変わるときに腹壁の変化が大きくなっていた。また、新たにストーマ近接部4～8時方向にくぼみが出現した。ストーマ6時方向の連結しない皺は、平面装具で追従するため問題はない。しかし、4～8時方向のくぼみは平面装具では追従できなかった。アダプト保護シール1/6枚ではくぼみの補正が行えていなかったため、便の潜り込みにて排泄物の漏れが起こったことが考えられた。A氏より、「作業工程が多いと大変だね。少なくなればいいけど」と訴えがあり、皮膚保護剤を使用しないシンプルなケアを希望していた。術後10日になっており、食事也开始し腹壁の変化も落ち着いてきたと考えたため、シンプルケアのためアダプト保護シールを使用しない装具を検討した。ストーマ装具の貼付が容易な単品系であり、くぼみや皺に対応できる凸面型装具で、A氏が便排除に慣れているセンシュラミオ1ライトに装具変更をおこなった。

翌日の介入8日目に、ストーマ装具2～3時方向の面板の接着が剥がれて浮いてきてしまった。腹壁の柔らかさは普通であったが、体位が変わった際に凸面部に掛かる圧が強まり、腹壁と反発したことで面板の接着が剥がれ浮いてしまったと考えた。シンプルケアを第一に考えていたが、排泄物の漏れを繰り返しおり、実習指導者から助言をもらった。そして、シンプルケアよりも一番の問題を、排泄物の漏れが起こる原因となる装具が合わないことと捉えた。看護問題を本人に合った装具が決まらないに変更し、装具選択をおこなった。ストーマ近接部のくぼみに対応できるのは凸面型装具であり、その中でも腹壁により追従しやすい柔らかい凸面型装具が適していると考えた。さらに、腹壁のたるみもあり、活動性が増加していることを考え、たるみや動きにも追従性の高い外周テープ付きの装具が安定すると考えた。単品系軟性凸面型装具のやわびたFTが適していると考えた。また、ストーマ装具の製造業者を変更する事になったため、排出口の仕様が異なる。そのため、排泄口を変更し、イレオストミー用装具のキャップのやわびたFTとしA氏の使用感を確認することとした。キャップのやわびたFTで排泄物の漏れが起きた場合やテープ部での皮膚炎症状出現に備え、他の装具やアクセサリを使用準備も行った。

介入11日目に装具交換を行った。面板の膨潤は8mmで排泄物の漏れ、皮膚障害無く経過していた。A氏はイレオストミー用装具のキャップ式排出口の使用に対して「これなら出すときに手が汚れなくていいね」との評価があった。また、テープ部はやや搔痒感があるが問題にはならない程度で、装具交換の際にテープ部をはがすのがやや難しいと感じていた。イレオストミー用装具はストーマ袋が巻き上げ式のものより長く、キャップの長さも合わさり、動いてしまうため邪魔になって

いた。アクセサリとして腹巻やチューブインナーを提案し、パンフレットを使用して情報提供を行った。

介入 14 日目にストーマ装具 2～3 時にある臍部方向の面板の膨潤が 20mm になっていた。それ以外の部分は 7～8mm 程度の膨潤であった。腹部の痛みが強くあり、丸まった状態で過ごしており便性も水様便になっていたため臍方向の面板が屈曲にて圧が増し、面板が浮きやすくなっていたため、膨潤が強まっていたと判断し、装具継続とし装具交換のみ行った。腹部の動きに追従できるようにストーマベルトの着用を勧め、購入することとなった。

その後排泄物の漏れなく経過し、装具交換手技は自立し行えていた。キャップのやわびた F T はテープ部の搔痒感は軽度あり改善は無かったが、皮膚障害なく経過し、介入 16 日目に退院となった。

Ⅲ. 考察

シンプルなストーマケアを目指すことで、ストーマ装具からの排泄物の漏れを引き起こし、患者の負担となってしまう。身体状況、腹壁の変化にて排泄物の漏れが起こっている状態において、どのような視点でストーマ装具の選択をおこなっていくのかを考察する。

まず、身体状況などからどのような装具が選択できるか考察する。腹部の膨満の程度やストーマ周囲の皺など見て確認できる項目は確認しやすい。しかし、腹壁の硬さやストーマの突出度、ストーマ周囲の皺などはアセスメント力が必要であり、確認不足になりやすい。ストーマ装具の選択の原則は、体位による腹壁の変化、腹壁の硬さ、ストーマの突出度、ストーマ周囲の皺の 4 つを評価することである。石澤は、4 原則は、ストーマケア経験に関係なく意識し続ける原則と考える¹⁾と述べているこの 4 原則を A 氏に当てはめて考えると、体位による腹壁の変化は、仰臥位の状態に比べて座位になることでの変化は見られなかった。腹壁の皺は、体位によって変化はなかったが経過を追うごとに 12 時方向、6 時方向に皺が出現し 7 時方向にくぼみが出現した。腹壁の硬さは、ストーマ周囲すべての方向に 1 縦指入る、普通の状態であった。腹壁の硬さが普通のため、平面型装具と凸面型装具のどちらでも使用することに問題がないと考える。しかし、腹壁の変化が出てきている状態では腹壁の硬さも変化し、平面型装具では腹壁のたるみから面板の接着不足がおこり面板が浮いてしまうことが考えられる。凸面装具では装具と硬い腹壁が反発し浮いてしまうなど、腹壁の硬さの変化に合わない装具で漏れにつながる可能性が考えられる。ストーマの突出度は 15mm であり、高さのある「突出型」であった。双孔式ストーマであり、口側の排泄孔は上向きであった。ストーマの高さでは、装具選択で問題となる 10mm 以下の「非突出型」には当てはまらなかった。ストーマ周囲の皺とくぼみは、ストーマ周囲 2～3 cm を対象にしており、指でつまんで伸びる皺か伸びない皺かとなっている。皺は 6 時、12 時方向にありつまんで伸びる皺であった。そのため、伸ばして貼付することで密着は得られるが、柔らかい平面型装具の場合では面板の粘着力が落ちてくると、皺部分の面板が剥がれやすくなり、排泄物の漏れに繋がる。くぼみは 7 時方向にあり、深さ 20mm、幅 20mm であった。くぼみに対して用手成形皮膚保護剤や凸面型装具を使用しないと、面板がくぼみ部に接着できず排泄物の漏れに繋がる可能性が高い。A 氏ではこの 4 原則の情報収集は行えていた。この情報よりストーマの高さから平面型装具の使用はできそうであるが、周囲の皺を伸ばして貼付できる凸面型装具を使用するほうが効果的であり、くぼみに対しても凸面型装具でくぼみに沿うように貼付するか、用手成形皮膚保護剤を使用するのが効果的と考えられる。腹壁の硬さは、普通であるが変化してきており柔らかい凸面を使用も考慮される。そのため単品系軟性凸面装具である、キャップのやわびたを使用したことは 4 原則上、妥当であったと考えられる。

次にストーマ装具を選択する時期について考察する。介入開始時のA氏のストーマ装具は、センシユラミオ1が貼付され、面板の膨潤を軽減するためにストーマ近接部にアダプト皮膚保護シール使用していた。病棟の方針として、術後は平面装具を使用し、排泄物の漏れなどトラブルに対しては、用手成形皮膚保護剤の使用をしてストーマ周囲の皺やくぼみなど局所の対応を行っていき、腹壁の状態変化が落ち着き、排泄物の性状がコントロールを行えてきた際に装具変更を行っていくというものであった。私も腹壁の変化の可能性を考え、腹壁の変化が落ち着いた状態で装具選択を行っていくことが良いと考えたが、装具変更を行うまでに排泄物の漏れがあり、装具決定に時間を要した。立花らは、ストーマ装具選択フローチャートとストーマ術後セット導入後は、導入前に比べてストーマ装具決定までの期間や装具交換回数が有意に減少²⁾と述べている。研究では術後よりイレオストミーに対しては軟性凸面型装具を使用し、ストーマ粘膜皮膚離開などの合併症なく装具決定に至っていることが報告されている。腹壁変化や腹壁の評価はされていないが、軟性凸面型装具が腹壁のどのような硬さにも対応できているためだと考える。A氏の腹壁の変化を見て装具を考えていたが、腹壁の変化があったとしても軟性凸面装具を使用することで、問題なく装具を貼付できていたことが考えられる。腹壁の状況が極端である場合、例えば大きな連結する皺がある、小さなくぼみがあり腹壁が柔らかいなどは軟性凸面装具での対応は難しいことが考えられる。しかし、腹壁に皺がある、くぼみができるなど軟性凸面で対応できる変化が起こることが考えられる場合、軟性凸面型装具を早期より使用することで、腹壁の変化に対応でき排泄物の漏れを予防できると考える。また、排泄物の漏れを予防することで、患者の負担を軽減でき排泄物による皮膚障害を軽減できると考える。腹壁の変化が考えられる状態であっても、早期から腹壁の変化に対応できるストーマ装具の使用が有効であったと考える。

次に、凸面型装具ではなく軟性凸面型装具が効果的であったかの考察を行う。凸面装具はストーマ周囲の皮膚を凸面で抑え、ストーマ排泄口を皮膚の高さより高くすることができる。また、腹壁にある陥凹に対して当てはまるような構造であり、平面装具では追従できない陥凹に対しても安定して貼付する事ができる。ストーマに連結する皺に対しても、皺を伸ばした状態で貼付することで皺を押さえつけることができ、皺が伸びた状態のままにできる。腹壁のくぼみに対応でき、皺に追従できると考え、凸面型装具を選択した。腹壁の柔らかさは普通であり、凸面型装具でも反発がすることなく対応が可能だと考えた。皮膚・排泄ケア認定看護師の軟性凸面装具を使用した症例の語りから能登らは、「従来の硬性凸面型面板の選択とは異なるストーマと腹壁の状態のときに軟性凸面型面板と使用していた」³⁾と述べている。柔らかい腹壁では、平面装具を貼付しても腹壁とともに面板が動いてしまい安定しないが、凸面型装具を使用することで柔らかい腹壁が固定されてストーマ周囲に安定感が得られる。体位による腹壁の変化がある場合も凸面型装具が面板貼付部を押さえつけていることで、腹壁の変化を起こさせないようにして安定させることができる。しかし、腹壁が突出している場合や、腹壁が硬い場合には面板の硬さが腹壁と反発して、弾かれて浮いてしまう。軟性凸面の場合、突出している腹壁や凸面型装具では反発してしまうような硬い腹壁でも反発しないことがあり、凸面型装具では貼付が難しい腹壁状況でも安定させることができる場合がある。このことより、腹壁状況の違いから凸面型装具と軟性凸面型装具の使い分けを行っていることが考えられる。ストーマの高さが無い非突出ストーマでは、排泄物が面板付近から排泄され、面板に潜り込みやすいため、凸面型装具を使用してストーマ近接部を押さえつけ、相対的にストーマの高さを出すことが推奨されている。特に腹部が膨満している体型だと体位により、腹部にかかる重力や腹圧が変わることで腹部の形が変化しストーマの高さ、大きさが変化することがある。凸面型装具を使用することでストーマ周囲を押さえつけて安定させ、ストーマ周囲の腹壁が変化し、ストーマの高さや形が変化することを予防できる。腹

部が膨満していると凸面型装具では、面板が腹壁を押さえつける力が強く反発してしまうことがある。ストーマが骨突出部付近に造設された場合やストーマ位置不良の場合、凸面型装具では骨などと干渉してしまい、面板が浮いてしまう可能性がある。ストーマの高さは非突出ストーマでは凸面型装具が推奨されるが、突出ストーマでも凸面型装具の使用は問題が無い。この場合は周囲皮膚状況による選択の違いが出ていると考えられる。腹壁が突出している場合や腹壁が硬い場合、ストーマ位置で骨などと干渉してしまう場合は軟性凸面にすることで、腹壁や骨などの硬い組織との反発を抑えられ、安定させることができる可能性が考えられる。そのため、ストーマ自体の高さや大きさなどの問題よりも、ストーマの位置や周囲状況により軟性凸面の使い分けを行っていると考えられる。A氏はストーマ近接部4～8時方向にくぼみが生じており、6時方向にストーマに連結しない皺があった。腹壁にはたるみがあったため凸面型装具の使用が考慮される状況であった。しかし、凸面型装具を使用したことで腹壁と反発してしまい、面板が浮いてしまった。これは、腹壁の硬さは普通であったが皺やたるみを伸ばして装具を貼付しており、腹壁の柔らかい部分が伸ばされて腹壁の硬さが出てしまったからではないかと考える。またその状態で離床が進み、活動性が増したことで体位を変化させることが増え、臍や創部など腹壁の硬い部分が面板と干渉し反発してしまったと考えられる。そのため、腹壁の硬さが普通であったとしても、皺やたるみがある場合は腹壁の硬さが変化することを考え、凸面型装具よりも軟性凸面型装具を選択することが有効だと考える。ストーマ近接部のくぼみに対応できる凸面型装具で、腹壁に追従するように軟性凸面型装具を選択した。しかし、凸面型装具は腹壁を伸ばして安定させるため、追従性を考えた軟性凸面型装具の選択は適切ではなかった。その一方で、腹壁の硬さに対して弾かないように追従するという意味では効果的な選択であったと考える。凸面型装具ではなく、軟性凸面型装具を選択する際は腹壁のたるみや皺を伸ばして、貼付する状態での腹壁の硬さの確認や、体位変化による腹壁の硬さの変化をみて、腹壁の硬さに合うかの確認をすることが重要だと考える。

続いて、イレオストミー用装具の選択について考察する。イレオストミー用装具は排出口がキャップ式になっており、閉鎖式採尿バックに接続することができる。イレオストミーは、排便コントロールが図れていない状態では水様～残渣様の便性であり、量も多く夜間に閉鎖式採尿バックに接続してストーマ袋に排泄物が溜まりすぎないようにすることで、排泄物の漏れ予防に繋がる。またキャップ式装具では、水様便の便排除時に排泄物をコントロールしやすいメリットがあるが、便性が泥状になると排出口から閉鎖式採尿バックに流れず溜まってしまうことや、便排除時に排泄物を絞り出す必要があり、手技の手間が増えることがある。A氏は排出口が開口巻き上げ式の装具から使用を始めており、便排除を早期に自立していた。そのため、排出口の変更を行わなかった。また、施設や看護師の方針でイレオストミー用装具を積極的に使用していないということもあり、イレオストミー用装具の使用に躊躇していた。しかし、装具変更後にA氏が便排除時に手の汚染があり、気になっていたことが分かった。手技が確立し本人にケアを任せていると、本人からの訴えが無ければ問題点を把握することは難しい。A氏にとってストーマケアに関しては知識の無い事であり、手が汚染されることも仕方がないことだと思っていたことが推測される。ストーマケアの問題点として一番に挙がるのは、排泄物の漏れと言われている。手指巧緻性が低下していると、便排除や装具交換が問題としてより重大となる場合がある。しかし、手指巧緻性に優れセルフケア能力がある人に対しては、排泄物の漏れやストーマ管理についての問題が注目され、本人の抱える便排除などの問題は見えにくくなる。今回、イレオストミー用装具を使用したことにより、本人の抱えていた便排除時に手が汚れるという問題点が浮き彫りになった。A氏の「これなら出すときに手が汚れなくていいね」という評価から、問題点

が改善したことにより満足感が得られたと考える。石澤は、ストーマ保有者が満足し、その装具を使用したいと思えることが重要⁴⁾と述べており、医療者側が考える問題だけでなく、患者自身が抱える問題を意識して確認を行っていくことが、装具に満足することであると考えている。

おわりに

ストーマ装具選択は患者のQOLに直結するケアであり十分なアセスメントを行い、生じている問題を看護師間で共有し継続したケアを行っていくことが必要である。アセスメントを行うには様々な情報が必要であるが、ストーマ装具選択のためのアセスメント4原則などを常に意識することで統一した情報収集ができると考える。装具選択では、排泄物の漏れが起きないことが一番重要であり、そのためには腹壁にあった装具を選択する事が必要だと考える。平面型装具、凸面型装具だけでなく軟らかい装具か硬い装具かの判断を腹壁のアセスメントにて行い、排泄物の漏れが起きないことを第一として、本人の使いやすさなど本人に合わせた装具を選択していくことなど、装具選択時の優先順位を持つことが必要だと考える。その上で、本人のニーズに合わせ、問題点に対応したものが本人に合った装具であり、本人が納得する装具になるのだと考える。今後は情報収集の統一を図り、状態の変化を経時的に追いながらアセスメントができるようにしていく。院内での情報収集の統一を図っていき、各装具の特徴を抑え、腹壁に合った装具選択をおこない排泄物の漏れによる苦痛が起きないようにしていきたい。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、数多くの学び、経験をさせていただいたA氏をはじめ、ご指導いただいた実習指導者の皆様、病院スタッフの皆様に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 石澤美保子. 臨床に役立つストーマ装具選択のためのアセスメント4原則. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2016, 20(1), 16 - 22.
- 2) 立花由紀子, 白川和義, 大重まどかほか. ストーマ装具選択フローチャートとストーマ術後セット導入による早期かつ適切な装具決定への効果の検討. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌. 2024, 40(2), 75 - 86.
- 3) 登千恵, 渡邊明子, 島田美穂ほか. 皮膚・排泄ケア認定看護師が軟性凸面型面板の選択時に考慮するストーマとストーマ周囲腹壁の状態に関する一考察. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2023, 27(3), 553 - 558.
- 4) 前掲1)

参考文献

- 1) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会編. ストーマ・排泄リハビリテーション学用語集. 第4版, 金原出版, 2020.
- 2) ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編. ストーマリハビリテーション基礎と実際. 第3版, 金原出版, 2016.