

ギャッチベッドによる背上げ行為に関する実態調査

荻あや子 押本由美 遠藤明美 小山恵美子 村上生美 森 将晏

要旨 近年、背上げによる「ずれ」が褥瘡の原因として注目されている。そこで、現場ではギャッチベッドによる背上げ行為がどのように行われているのか、その実態を明らかにした。病院や特別養護老人ホーム、老人保健施設で、看護や介護をしている536名を対象に、独自の質問紙調査を実施した。その結果、経口食事介助時の背上げ角度は60度が最も多く、食後の背上げも含めた合計時間の平均は約80分であった。また、経鼻経管栄養の背上げ角度では30度が最も多く、経鼻経管栄養後の背上げも含めた合計時間の平均は約130分で、食事に要する背上げが長時間続行していた。さらに、褥瘡予防に適切な背上げ角度を知っている者は約5割、体位を整える際、臥床位置を頭側に移動している者が約5割いた。「ずれ」を防止するためにベッドの膝上げ機構を使用し、膝上げをしている者が約4割、背上げ角度の確認では、経験や感覚を拠に実施している者が約7割、背抜きを実施している者は約4割であった。本調査から、背上げ行為の一連の過程が必ずしも適切に実施されていない実態が明らかになった。

キーワード：ギャッチベッド、背上げ、褥瘡、食べる、実態調査

I. はじめに

医療現場において、急速に高齢化が進むなか、2002年に厚生労働省から「褥瘡対策未実施減算」の施策が打ち出され、医療経済的な問題としての取り組みが始まった。それにより褥瘡対策への関心が急激に高まり、医療施設では褥瘡対策チームによるケアが実施されるようになった。これまでの褥瘡は、長期臥床によって発生する仙骨部や踵部などの骨突出部の圧迫が主因と考えられてきた。しかし近年の医療現場では、皮膚に対する圧迫予防対策を講じても、発生を予防することができない褥瘡が問題となっている。その原因として、ギャッチベッドによる背上げ行為によって生じる「ずれ」が取り上げられるようになってきた。この背上げ行為による「ずれ」の問題は、食事介助やリハビリテーションなど日常生活援助に密着したさまざまな看護や介護の中で経験しているために医療従事者の責任や役割は大きいと言える。

これまでの背上げにより発生する「ずれ」を防止

するためのケアに関連する研究では、背上げ時の臥床位置を取り上げて、ベッドと臀部の屈曲点を一致させること（佐藤・小泉・二宮他, 2004）や、上前腸骨棘をベッド屈曲点よりやや頭側よりにして、背上げ後に膝上げをすることが望ましいこと（遠藤・奥山・村上他, 2005）、ギャッチ機構を使用して背上げをした後に患者を抱き起こす方法（大久保・小長谷・小川, 2000；小長谷, 2001）などが安楽をもたらし、褥瘡予防に繋がることを報告している。しかし「ずれ」に関連する研究は少なく、また現場における背上げ行為の実態についても明らかにされてはいない。

そこで今回、背上げにより発生する「ずれ」を防止するために、ギャッチベッドによる背上げ行為が実際に看護や介護の場面でどのように行われているのかその実態を調査することで、日常の背上げ行為を見直し、安全で安楽な背上げ行為を実施するための一助にしたいと考える。

II. 研究目的

褥瘡の原因である背上げにより発生する「ずれ」を防止するために、医療福祉施設でギャッチベッドによる背上げ行為がどのように行われているのか。特に、人間が生きていくために最もニードの高い「食」に焦点をあて、経口食事介助と経管栄養時の背上げの実態と、背上げに関連する知識と行為の実態を明らかにする。

III. 用語の定義

【背上げ】

ギャッチベッドの背ボトム（板）を上げて、上半身を起こすこと。またはギャッチアップすること。

【背上げ角度】

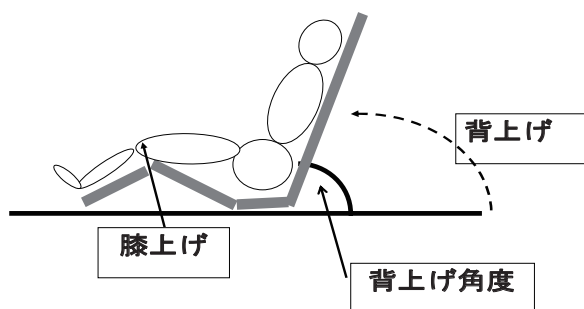
背上げにより生じたベッドの背もたれの挙上角度。

【膝上げ】

ギャッチベッドの膝部分を上げること。

【背抜き】

背上げ後に背部をベッドから一度離し、背部の圧力を軽減すること。



用語の概略図

IV. 研究方法

1. 調査対象

A県内の360施設のうち、調査に承諾の得られた病院80施設と特別養護老人ホーム35施設、老人保健施設20施設で、看護や介護をしている職員を対象とした。

2. 調査期間

平成17年11月～12月末日

3. 調査方法と調査内容

調査は郵送調査法により実施した。まずA県内の

360施設の施設長宛に①調査協力の依頼文、②調査受諾はがき、③回答者用依頼文、④無記名式調査票を同封し発送した。回答者は1施設1病棟について2～3名程度とし、人選は施設に依頼し、調査に協力できる人数を「調査受諾はがき」で返送してもらった。次に「調査受諾はがき」を元に、施設長宛に①回答者用依頼文、②無記名式調査票、③返信用封筒など一式を一人分として、依頼人数分を発送した。調査票の回収は、返信用封筒を用いて直接調査対象者に返送してもらった。

4. 調査内容

調査内容は、①対象の概要、②経口食事介助時の背上げ角度と持続時間、経鼻経管栄養時の背上げ角度と持続時間、胃瘻経管栄養時の背上げ角度と持続時間など、③背上げに関連する知識と行為の項目で構成した。

5. 分析方法

得られた調査データは、背上げに関する質問項目ごとにExcel 2003を使用し単純集計を行った。調査対象である病院と特別養護老人ホーム、老人保健施設の全ての施設の特徴を明らかにすることと、施設別では、特別養護老人ホームと老人保健施設を一つにまとめて「施設」とし、「病院」と「施設」の比較を行った。

6. 倫理的配慮

施設長宛に本研究の概要を文書で説明し、同意を得た。本調査への協力は強制ではなく自由意思であることや質問紙の配布は施設長を経由して調査対象者へ配布されるが、途中で回答を放棄できることを可能とした。得られた情報は、研究以外の目的では使用しないこと、施設名や個人名等が特定されないように統計処理や保管を行い、集計後は情報を破棄することを誓約した。また、調査受諾はがきや質問紙の返信をもって、上記内容に承諾を得られたものとした。

V. 結果

1. 対象の概要（表1）

質問紙の配布数は827部、回収数は536部で、回収率64.8%であった。その全てを有効回答とし分析対象とした。対象者の平均年齢は38.2歳（SD±

10.8) で、年齢別では20代が29%と最も多く、次に40代28%、30代23%の順で、50代以上の者も19%いた。性別では女性が94%を占め、男性はわずか6%であった。職種別では看護師が64%と最も多く、次に介護福祉士19%、准看護師と介護士はそれぞれ7%であった。また経験年数では、20年以上が29%と最も多く、次に10年以上27%、5年以上24%の順であり、経験豊富な5年以上の者が8割を

占めていた。

病床数では、20～100床未満が41%で最も多く、次に100～200床未満32%、200～500床未満12%であった。

ベッドの種類では、約90%が電動または手動ベッドであった。しかし、背上げ機構が付いていないベッドについても、電動や手動ベッドに混在して現在でも使用されていた。

表1 対象の概要

項目		全体 n=536 (%)	病院 n=380 (%)	施設 n=156 (%)
年齢	20代	155(29)	100(26)	55(35)
	30代	123(23)	91(24)	32(21)
	40代	152(28)	124(33)	28(18)
	50代以上	102(19)	63(17)	39(25)
	未記入	4(1)	2(1)	2(1)
性別	男性	32(6)	12(3)	20(13)
	女性	504(94)	368(97)	136(87)
職種	保健師	2(0)	2(1)	0(0)
	助産師	4(1)	4(1)	0(0)
	看護師	341(64)	311(82)	30(19)
	准看護師	38(7)	28(7)	10(6)
	介護福祉士	102(19)	21(6)	81(52)
	介護士	36(7)	8(2)	28(18)
	ヘルパー	7(1)	3(1)	4(3)
	その他	6(1)	3(1)	3(2)
経験年数	5年未満	102(19)	59(16)	43(28)
	5年以上	126(24)	78(21)	48(31)
	10年以上	147(27)	110(29)	37(24)
	20年以上	153(29)	131(34)	22(14)
	未記入	8(1)	2(1)	6(4)
病床数	20床未満	3(1)	3(1)	0(0)
	20～100床未満	218(41)	86(23)	132(85)
	100～200床未満	170(32)	147(39)	23(15)
	200～500床未満	65(12)	65(17)	0(0)
	500床以上	74(14)	74(19)	0(0)
	未記入	6(1)	5(1)	1(1)
ベッドの種類	電動・手動	302(56)	233(61)	69(44)
	電動	137(26)	81(21)	56(36)
	手動	37(7)	33(9)	4(3)
	なし・電動・手動	43(8)	31(8)	12(8)
	未記入	17(3)	2(1)	15(10)

注) ベッドの種類の「なし」=ベッドの背上げ機構がないことを示す

2. 「食」に関連する背上げの実態

臨床現場ではギャッチベッドによる背上げがどのように行われているのか、「食」に焦点をあて、経口食事介助と経管栄養における背上げの実態について述べる。なお、回答者には日常の看護経験を元に、背上げ角度や時間を想起してもらった。また、ギャッチベッドによる背上げの最大角度とは72~73度を示している。

1) 経口食事介助における背上げ

【背上げ角度】

ベッド上で経口食事介助をする場合の背上げ角度は、60度が49%で最も多く、次に最大角度が23%、45度が12%であった。施設別では、病院、施設ともに60度の背上げ角度が最も多かったが、次に多かったのは、病院の場合には最大角度で、施設の場合は45度であった。この結果、病院では60度、または最大角度にして経口食事介助を行う者が78%、施設では45度、または60度にして、経口食事介助を行う者が63%で、病院は施設より角度を高くして食事介助をする傾向にあった(図1)。さらに、全体的な特徴として、病院の場合には複数回答している者が多く見られた。これは経口食事介助の背上げ角度が決して一律ではなく、患者の病状や状態によって、さまざまに変化、工夫されているためではないかと考えられた。

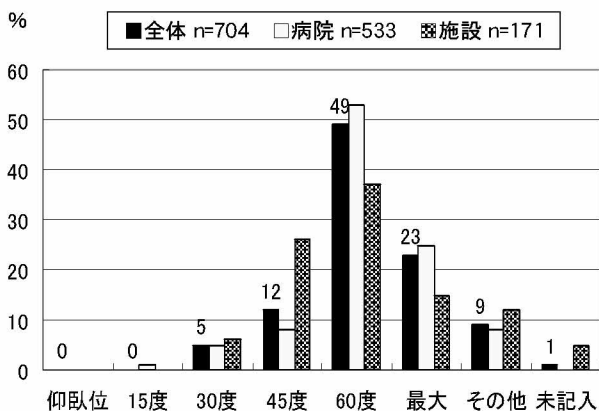


図1 経口食事介助の背上げ角度

【背上げの持続時間】

ベッド上で経口食事介助をする場合の背上げ持続時間については、15~30分が最も多く47%、次に30~60分が39%で、全体の86%を占めていた。施設別においても、ほぼ同様の結果が得られた(図2)。

さらに、経口食事介助終了後に、そのまま背上げを続行している者は88%で、ほとんどの者が食事終了後も継続して背上げをしていた。

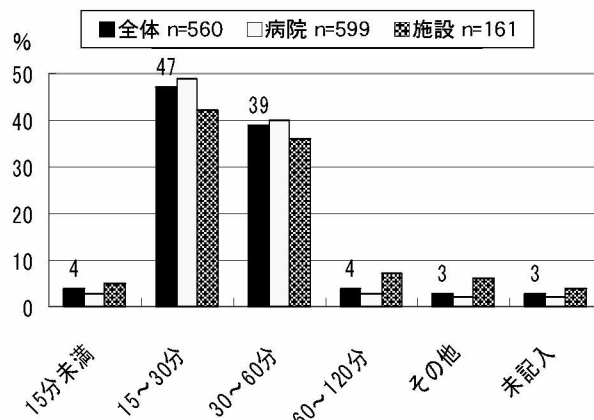


図2 経口食事介助の背上げ持続時間

【背上げ合計時間】

背上げ合計時間とは、ベッド上での経口食事介助が始まり、終了後、臥床するまでの経口食事介助に要する一連の時間を示す。背上げ合計時間は、60分が最も多く41%、次に90分で35%、120分8%の順であった。施設別の比較でも、病院、施設ともに60分が最も多く、次に90分でほぼ同様の結果であった(図3)。背上げ合計時間の平均は、約79.0分(SD±22.2)であった。施設別では、病院79.1分(SD±22.5)、施設78.8分(SD±21.5)で、施設の方が病院に比べて、背上げ合計時間がやや短い傾向にあった。

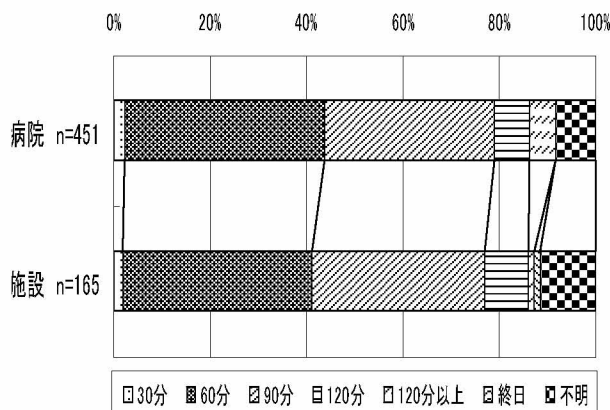


図3 経口食事摂取の背上げ合計時間

2) 経管栄養における背上げ

【背上げ角度】

ベッド上で経鼻経管栄養を行う場合の背上げ角度は30度が33%で最も多く、次に45度が31%、60度が18%であった。施設別では、病院は30度が最も多く、次に45度であった。施設は45度が最も多く、次に30度、60度の順であった。病院では30度、または45度で経鼻経管栄養を行う者が67%、施設では45度、または30度にして、経鼻経管栄養を行う者が51%であった (図4)。

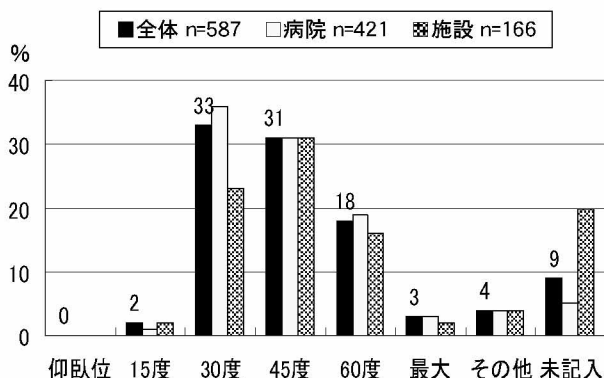


図4 経鼻経管栄養時の背上げ角度

【背上げの持続時間】

ベッド上で経鼻経管栄養を行う場合の背上げ持続時間で、最も多かったのは60~120分で39%、次に30~60分が31%であり、全体の70%を占めていた。施設別の比較でも、病院、施設ともに60~120分と30~60分で全体の7割を占め、ほぼ同様の結果であった (図5)。また、経鼻経管栄養終了後、そのまま背上げを続行している者が83%で、経口食事介助と同様に、ほとんどの者が注入終了後も背上げを継続していた。

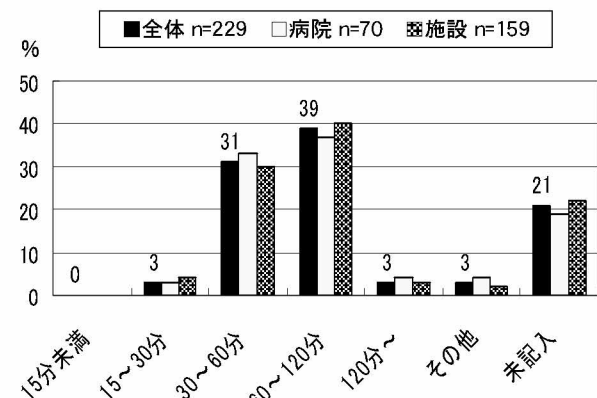


図5 経鼻経管栄養時の背上げ持続時間

経鼻経管栄養200mlの注入時間では30~60分が45%と最も多く、次に15~30分25%、60~120分11%であった。施設別の比較でも、ほぼ同様の傾向であった (図6)。また、胃瘻経管栄養200mlの注入時間においても30~60分が43%と最も多く、経鼻経管栄養とほぼ同様の結果が得られた。

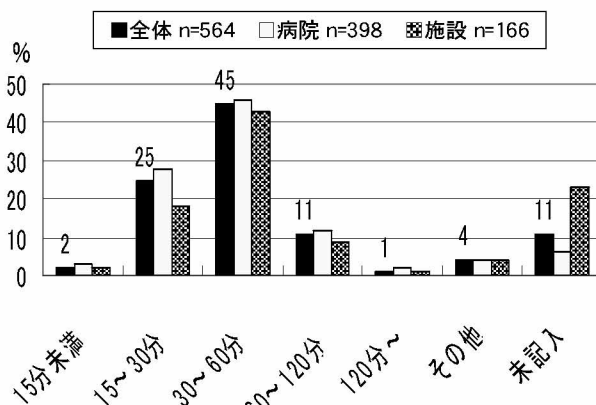


図6 経鼻経管栄養200mlの注入時間

【背上げ合計時間】

経鼻経管栄養の注入開始から注入後、臥床するまでの背上げ合計時間は150分が最も多く29%、次に90分で26%、180分13%、120分8%の順であった。施設別においてもほぼ同様の結果が得られた (図7)。経鼻経管栄養での背上げ合計時間の平均は、約128.9分(SD±38.0)で、経口食事介助よりもさらに長時間背上げを続行していた。施設別では、病院128.2分(SD±38.7)、施設130.8分(SD±36.0)で、病院の方が施設よりも、背上げ合計時間がやや短い傾向にあった。

胃瘻経管栄養においては背上げ角度、背上げ持続時間、背上げ合計時間ともに、経鼻経管栄養とほぼ同様の結果であった。

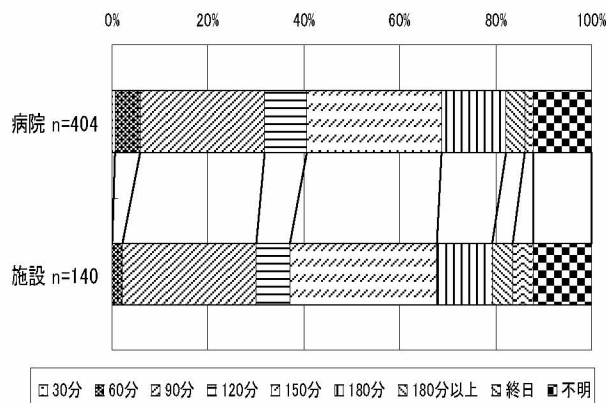


図7 経鼻経管栄養時の背上げ合計時間

3. 背上げに関連する知識と行為の実態

臨床現場では、背上げをどのように実施しているのか、その基盤となる背上げに関連する知識と行為について10項目を質問した。

1) 背上げ前の臥床位置

背上げ前に身体の臥床位置をどのように定めているかについては、身体の屈曲点をベッドの屈曲点より頭側に移動するが最も多く48%、次に身体の屈曲点をベッドの屈曲点と一致させるが46%で、ほとんど差がなかった。しかし、施設別の比較では、病院は身体の屈曲点をベッドの屈曲点に合わせるが多く、施設は身体を頭側に移動するが多く、それぞれ5割を超えていた(図8)。何れにしてもほとんどの者が背上げ前に臥床位置を意識していて、いきなり背上げ行為に至る者は少なかった。

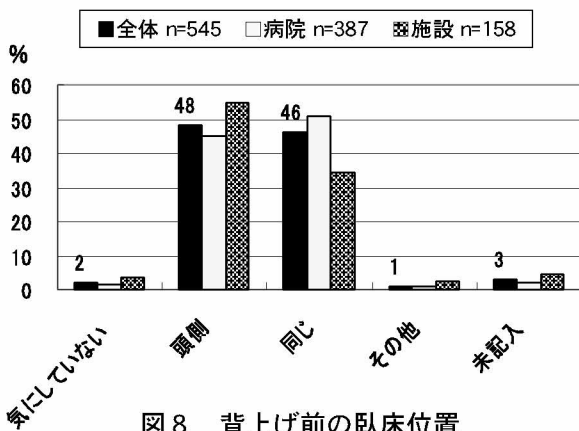


図8 背上げ前の臥床位置

2) 膝上げ方法

ベッド上で座位保持をするための膝上げ方法では、ベッドの膝上げ機構を使用するが、43%で最も多かった。次に、膝上げ機構と枕の両方を使用するが36%、膝上げ機構を使わずに枕やクッションを膝下に挿入するが18%であった。施設別で見ると、病院では、膝上げ機構を使用するが約5割を占め、次にベッドの膝上げ機構と枕の両方を使用するが38%であった。施設では、膝上げ機構を使わずに枕やクッションを膝下に挿入するが36%で最も多く、次に膝上げ機構と枕の両方を使用するが32%、ベッドの膝上げ機構を使用するは23%で、病院に比べて少なかった(図9)。

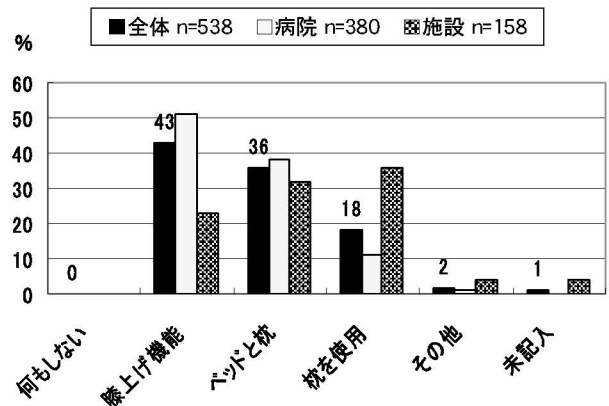


図9 膝上げの方法

また膝上げの順番については、背上げ前に実施するが76%で最も多く、背上げ後に実施するは20%であった。施設別で見ると、病院、施設ともにほぼ同様の傾向であったが、病院では背上げ前に膝上げを実施するが8割以上を占めていた。また施設では背上げ後に膝上げを実施する割合が、病院よりも多かった(図10)。

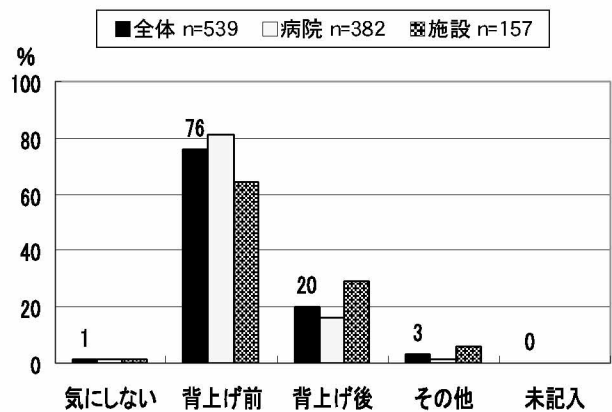


図10 膝上げの順番

3) 背上げ角度の確認方法

背上げを実施する際の角度の確認では、経験的に実施しているが69%で最も多く、次に目安になる方法で実施しているが19%であった。本調査での目安になる方法とは、「ベッド柵を目安にする」「45度を目安にする」「ベッドやベッド柵に印を付ける」「テープを貼る」「ベッドサイドに目を向けて確認する」などであった。また角度計で実際に測定しているは、わずか5%であった。施設別においてもほぼ同様の結果であった(図11)。

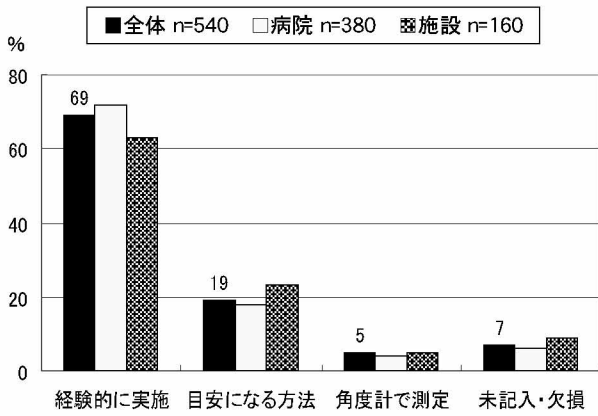


図11 背上げ角度の確認方法

4) 背抜き認識

背抜きについては、背抜きを意識して実施している者が38%で最も多かったが、全体的な傾向としては4割に満たず少なかった。また全く知らない者が22%、知っているが実施していない者が19%、聞いたことがある者が16%で、約6割の者は背抜きを実施していなかった。施設別では、病院は背抜きを実施している者が最も多く43%、施設は背抜きを知らない者が最も多く32%であった(図12)。

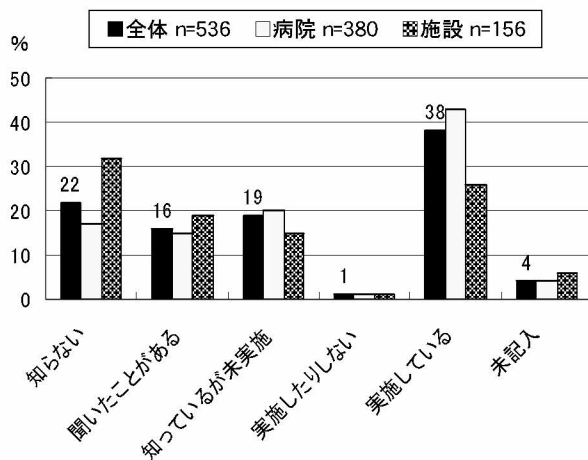


図12 背抜きの認識

5) ずれの認識

背上げによりずれが生じることを知っている者は93%、知らない者は3%であった。施設別では、背上げによるずれを知っている者は、病院が95%、施設が88%で、看護や介護に携わるほとんどの者は背上げ時のずれを認識していた。また、「残留ずれ力」(座位から仰臥位に戻した時に、身体の接触面にずれが残っていること)を認識している者は72%、知らない者は24%であった。施設別では、

「残留ずれ力」を知っている者が病院は75%、施設は65%で、ずれに対する認識は、施設に比べて病院が高い傾向にあった。

6) 背上げ背下げによる体位の整え方

背上げや背下げによる体位や寝衣の整え方については、背上げを行なう前に体位と寝衣の両方を整えている者が最も多く84%であった。次に、体位のみを整えている者が10%、寝衣のみを整えている者が4%であり、気にしていない者も1%いた。

背下げによる体位や寝衣の整え方では、座位から仰臥位に戻した時、側臥位にして寝衣や寝具の乱れを整えてから仰臥位にする者が最も多く69%、次に仰臥位のままで寝衣や寝具の乱れを整える者が18%、気にしていない者が5%であった。背上げを行なう前に、体位と寝衣の両方を整えているが84%で、それと比較すると、背下げ時は援助の実施がやや少ない傾向にあった。また施設別では、ほとんど差が見られなかった。

7) 褥瘡予防のための背上げ角度の認識

褥瘡学会で推奨する背上げ角度を認識している者は50%、知らない者は47%であった。施設別で見ると、病院では知っている者が60%いたが、施設では知らない者が71%を占めており、知っている者25%を大きく上回っていた(図13)。また、背上げや背下げにより生じるずれや残留ずれ力については7割以上の者が認識していたが、褥瘡予防のための背上げ角度については、約5割の者が認識していなかった(図13)。

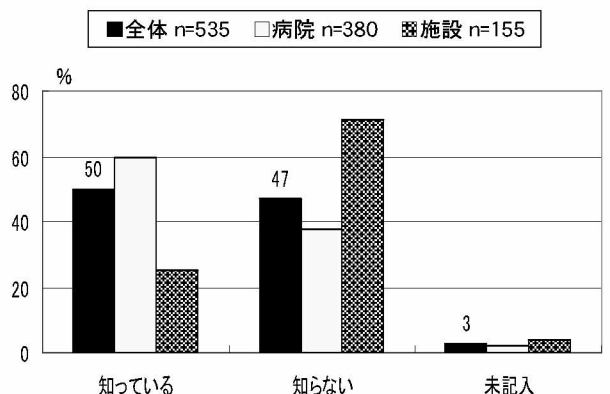


図13 褥瘡学会推奨背上げ角度の認識

VI. 考察

1. 「食」に関連する背上げと褥瘡予防

臨床現場でのギャッチベッドによる背上げ角度では、経口食事介助の場合、60度が最も多く、次に最大角度、45度の順であった。しかし背上げ角度60度については、圧迫とずれが大きく、褥瘡が最も発生しやすい角度であると言われている。田中・畑中・深田他(1994)は「ギャッチアップ45度では上半身の50%の重さと臀部の重さが、ギャッチアップ70度では上半身の88%の重さと臀部の重さが加わり、仙骨下から尾骨にかけての圧力が増加する」ことや、田中・武田・那須他(2002)は「ベッド挙上80度では、すべての体格において、尾骨、臀部、坐骨結節部にかかる体圧が最も高く、褥瘡予防が重要である」(P91)と述べ、背上げ角度が大きくなるにしたがい体圧が高くなることを報告している。また平田(1987)は「ベッドの傾きとともに滑る力は増大して45度で最大になり、それ以後は減少して90度では0になる」(P186)と述べ、ベッドを挙上した際に、下半身がベッドに沿って滑ろうとする力は、45度の時に最も大きいとしている。このように、経口摂取の体位は褥瘡予防の観点からいうと、圧迫とずれが最も大きく、褥瘡発生の危険性が高い体位であると考えられる。しかし、ベッド上での「食」に焦点をあてると、人間は本来、食事をする姿勢である垂直座位に近付けていくことが望ましく、それは重力が身体に対して下方に働くので、食物が食道から胃へと移動しやすいことや、胃に移動した食物が逆流しにくいことであるといえる。また、食事がこれから始まるという気持ちの準備や、食事を見ながら摂取できること、上肢が動かしやすい体位であることなど現場で実施されている体位の意味は大きいと考えられる。

経鼻経管栄養の場合の背上げ角度は、30度から45度が全体の64%を占めていた。経管栄養注入の場合は、座位または30度から45度の半座位にし、注入後は30分から1時間は頭部を挙上した状態で安静にすることが望ましいと言われている(村中・玉木・川西他, 2005, P41)。その理由は、角度が低い場合、鼻腔から胃にチューブが留置していることによって、胃内容物が逆流する危険性が高くなるためである。したがって「食」に関しては、嚥下機能や消化吸収機能など生理的要素を踏まえた上で、長時間の同一体位やそれに伴う身体的、精神的苦痛に配

慮しなければならないであろう。しかし経管栄養の場合、背上げ30度以下で、エアマットを使用しているにもかかわらず発生を防ぐことができなかったという報告(澤倉, 2005)もある。特に今回の調査では、食後の背上げ続行時間も含めると、その背上げ合計時間の平均は、経口食事介助では約80分、経鼻経管栄養では約130分と、長時間に及ぶことが明らかになった。川田・佐藤・磯野他(2003)は「時間の経過とともに苦痛度は増し、ずれは大きくなった」(P40)と述べ、30度による苦痛度と60度によるずれについて、60分と120分を比較して有意な差があることを報告している。このように背上げが長時間に及ぶことで、摩擦やずれが生じ、最初に整えた姿勢は崩れ、生体内部では骨に付着した組織が接した面と硬い骨に挟まれてねじれや変形をもたらすことになり(小長谷, 2001)、苦痛への影響が大きいことが考えられる。さらに、ベッド上での食事介助や経鼻経管栄養を必要とする場合には、意思を他者に伝えることのできない者や、麻痺や関節拘縮が強くて自力で身体を自由に移動させることのできない者、栄養状態や全身状態の悪い者などが対象になることが多い。そのため、医療従事者が気付かない限り、長時間の同一体位を強いられる可能性が高くなる。そこで対象者個々に合わせた背上げ角度や背上げ時間の検討が必要になるであろう。また長時間の背上げが必要な場合には、マニュアルやルチン化された対応ではなく、観察やコミュニケーションを通して、ひとり一人に応じたずれの対応や除圧方法を考えていく必要があると思われる。

2. 背上げに関連する知識・行為と褥瘡予防

背上げ時、臥床位置を頭側に移動している者が約5割いたが、これは背上げにより、身体がベッドの下にずり落ちることを予防する行為であることが推測される。足元へのずれが大きい場合、身体を整えようと、臥床位置を頭側に移動させ背上げを行うが、再び身体は足元にずり落ちる。背上げによって起こる身体の移動が、寝具・寝衣と仙骨部や坐骨結節部の皮膚の間に摩擦を発生させ、身体の組織にずれを生じ、褥瘡のリスクが高まることに繋がる(棚瀬・徳永・塚田, 1993; 大久保・小長谷・小川, 2000)ために、ベッド上の臥床位置は重要である。佐藤・小泉・二宮他(2004)は「ギャッチアップ時にはベッドと臀部の屈曲点を一致させることが望まし

い」(P64)ことや、遠藤・奥山・村上他(2005)らは「背上げ方法として、上前腸骨棘がベッド屈曲点よりやや頭側よりで(省略)臥床させることが望ましい」(P53)と述べているように、上前腸骨棘とベッドの屈曲点をほぼ一致させるよう臥床位置を定めることがずれを少なくする方法に近付くのではないかと考えられる。さらに、対象者の体格やベッドの大きさなどに留意し、寝具・寝衣のしわや体位を整えることが大切である。またその際には、摩擦やずれが起こらないように、2人以上で患者の身体を支え、浮かせながらケアを行う(武田, 2002)ことが重要であると思われる。

膝上げ方法では、ベッドの膝上げ機構を使用し、膝上げをしている者が約4割と多かった。ベッドの屈曲点と上前腸骨棘を一致させた場合、ベッドの膝上げ機構だけでは、下腿部が挙上してしまうことになる。それはベッドの大きさや機能が日本人の体型に合わせて作られていないことが原因である。したがって、ベッドの膝上げ機構だけでは、対象者個人の体格や臥床位置に配慮した膝上げを実施しているとは言い難い。今後、大腿後面を支持できるクッションなどの使用により、個々に合わせた膝上げ方法(堀野・浅井・冠野他, 2006, P247)を工夫していく必要がある。また膝上げの順番については、背上げ前に実施する者が多かったが、これも背上げをすることによって、ずれが生じるであろう身体を、足元を上げることによって防止しようとしていることが推測される。遠藤・奥山・村上他(2005)らは「背上げ時に身体がずれ落ちないように位置に臥床させ、上半身への負荷と仙骨部のズレ力の軽減を図るとともに、座位になってからのずれ下がりやを予防する目的で、背上げ後に膝上げをするのが望ましい」(P53)と述べている。今後は具体的な行為としての膝上げ方法を、安楽性とともに考えていく必要がある。

背上げ角度の確認方法は、経験を拠に実施している者が約7割、目安になる方法で実施している者が2割であった。目安になる方法としては、「ベッド柵を目安にする」や「45度を目安にする」「テープを貼る」など、測定しなくても実際の角度に近い状況を作り出す工夫をしていた。しかし、久下沼・陰山・大塚(2003)は「ベッドの挙上角度は、指示された角度よりも有意に低く、看護師は医師に比べてバラツキが大きい」(P47)と指摘しているよう

に、今回の調査でも実測していないので、経験や感覚を拠に実施している実態に問題はないのか、今後検討していく必要があると思われる。

背上げ時のずれを認識している者は約9割で、残留ずれ力を知っている者は約7割であった。しかし背抜きについては、背抜きを認識して実施している者は約4割であり、約6割の者は背抜きを実施していなかった。ギヤッチアップやダウン時に起こるずれ落ちの過程(大久保・小長谷・小川, 2000)は、背部全体に対して力が往復している状態である。皮膚表面と皮下組織との間に生じるずれは、放置することにより、創面の広範囲化やポケット形成に繋がる恐れもあるため、ずれに対するケアは非常に重要であると言える。小長谷(2000)は「抱き起こしによって、背部における引っ張り荷重が解放され、足元にずれ落ちようとする水平方向の荷重は有意に減少している」(P19)と抱き起こし、つまり背抜き行為による効果を明らかにしている。また背抜き方法については「患者の望む位置まで背上げをした後、いったんベッドから抱き起こして背中の中のシーツのたるみや衣類を整え、再び背ボトムに戻すと、患者の安楽が得られる」(P18~19)とし、そのケアの必要性を述べている。今回の調査では、背抜きをあまり実施していない実態があったが、今後、背抜きケアが褥瘡予防や安楽に繋がるケアとして、臨床現場に取り入れられていくことが重要である。

褥瘡予防のための背上げ角度の認識では、適切な背上げ角度を知っている者は5割で、知らない者も約5割であった。さらに施設においては、約7割の者が知らないと答えていた。背上げ角度については、田中・武田・那須他(2002)は「体圧、温度・湿度、摩擦の3つの実験結果からベッド挙上角度は最大20度が望ましい」(P98)ことを、さらに日本褥瘡学会では「褥瘡予防の観点から30度までが望ましい」ことを推奨している。しかし、今回の調査からは看護師や介護者が必ずしも十分な知識を獲得しているとはいえず、さらに個々の能力によってケアの内容にも個人差があることが考えられる。今後、各々が広くアンテナを張り、知識や技術を習得すべく努力をすることはもちろんのことであるが、組織として、またチームとして、どのように責任ある看護ケアを実施できるのかを考えていかなければならないと思われる。

Ⅶ. 結論

医療福祉施設で背上げ行為がどのように行われているのか質問紙調査を実施した結果、以下の実態が明らかになった。

1. 経口食事介助の背上げ角度は60度が最も多く、食後も背上げを続行していた。背上げ合計時間は60分が最も多く、次に90分で、背上げ合計時間の平均は約80分であった。
2. 経鼻経管栄養の背上げ角度は30度が最も多く、栄養注入後も背上げを続行していた。背上げ合計時間は150分が最も多く、次いで90分で、背上げ合計時間の平均は約130分であり、長時間背上げを続行していた。
3. 臥床位置の整え方では、頭側に移動している者が約5割いた。これは身体の移動によりずれ力を発生させることに繋がるため、ベッドの屈曲点と上前腸骨棘を一致させる必要がある。
4. ベッドの膝上げ機構を使用し、膝上げをしている者が約4割いた。膝上げ機構だけでは個人の体格や臥床位置に配慮した膝上げを実施しているとは言い難い。今後、クッションなどの使用により大腿後面を支持できる個人に合った膝上げ方法と体位を整えていく必要がある。
5. 背上げ角度の確認では、経験や感覚を拠に実施している者が約7割と多く、実際の角度と認識の測定差が考えられた。
6. 背抜きについて知らないと回答した者は約2割で、背抜きを実施していた者は約4割であり、知識は十分に活用されていなかった。以上から、背上げ行為の一連の過程が必ずしも適切に実施されていない実態が明らかになった。

謝辞

本研究の一部は、第32回日本看護研究学会において発表しました。また本研究は平成17年度岡山県立大学特別研究費助成を受けて行いました。

文献

遠藤明美, 奥山真由美, 村上生美, 森將晏 (2005). ギャッチベッドの背上げにおける援助方法の検討 臥床位置と膝上げ方法から考える. 日本看護研究学会雑誌, 28(5), 47-53.

平田雅子 (1987). ベッドサイドを科学する 看護に生かす物理学. 学習研究社.

堀野千里, 浅井優子, 冠野真弓, 高橋弥由, 押本由美, 森將晏, 遠藤明美 (2006). 座位における圧迫・ズレを軽減するための効果的な膝上げ方法の検討, 日本看護研究学会雑誌, 29(3), 247.

川田和美, 佐藤静香, 磯野浩之, 武田久美子(2003). 集中治療室における効果的なポジショニングの検討. 日本看護学会論文集33回成人看護 I, 39-41.

小長谷百絵 (2001). 摩擦・ずれ防止 ベッド挙上時の摩擦・ずれについて. EB NURSING 1(3), 14-20.

久下沼由希, 陰山淑江, 大塚将秀 (2003). 感覚に頼ったベッド挙上には誤差がある. 日本集中治療医学会雑誌11(1), 47-48.

村中陽子, 玉木ミヨ子, 川西千恵美編著 (2005). 看護ケアの根拠と技術. 医歯薬出版株式会社, 34-42.

大久保祐子, 小長谷百絵, 小川鑛一 (2000). ベッドの背を上げ下げする時の身体への影響. 日本褥瘡学会, 2(1), 45-50.

佐藤可奈, 小泉仁子, 二宮彩子, 増田敦子(2004). 身体屈曲基点の「ずれ」がギャッチアップ時の体位と身体位置の移動に与える影響. 看護技術 50(1), 60-64.

澤倉佐知子 (2000). 経管栄養を行っている患者の褥瘡予防と対策エアマットレスを使用している4症例の分析から. 難病と在宅ケア, 6(7), 36-40.

武田利明 (2002). 褥瘡ケアのエビデンス 動物を用いた基礎研究から. 臨床看護, 28(13), 2086-2092.

田中靖子, 武田弘美, 那須則子, 大野かおり, 平田雅子(2002). 褥瘡の発生予防と治療に関する研究. 看護技術, 48(14), 90-98.

田中靖子, 畑中あかね, 深田裕子, 岩永淳子, 堀川佳子, 村上明美, 太鼓場洋子, 吉永喜久恵, 平田雅子, 西田恭仁子 (1994). 褥瘡の発生予防と治療に関する研究 (第3報) 体位による体圧の変化. 神戸市立看護短期大学紀要13号, 1-12.

棚瀬信太郎, 徳永恵子, 塚田邦夫 (1993). 褥瘡ケアの技術. 日本看護協会出版, 27-30.

Current Status of Backrest Elevation from a Survey of Hospitals and Care Facilities

AYAKO OGI, YUMI OSHIMOTO*, AKEMI ENDO**, EMIKO KOYAMA*,
IKUMI MURAKAMI, MASAHARU MORI

*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University,
111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan*

**Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University,*

***Health and Clinical Nursing, Tamano Institute of Health and Human Services,
1-1-20, Chikko, Tamano-shi, Okayama 706-0002*

Abstract

Recent advances in pressure ulcer study show that shearing force is also an important factor on the development of pressure ulcers. Slides of the body are often given when the backrest of the bed is elevated during feeding of a bedridden patient; therefore, we surveyed the degree of backrest elevation at hospitals and care facilities. Five hundred and thirty-two caregivers answered our questionnaires (collection rate: 65%). Most frequent backrest elevation angles were 60 degrees for oral food intake, and 30 degrees for tube feeding, while duration of elevated backrest position (including after feeding) was 80 min and 130 min, respectively. Caregivers who knew the appropriate backrest elevation angle for preventing pressure ulcers was 50%. Forty-eight percent of caregivers considered the appropriate lying position before backrest elevation. Forty-three percent of caregivers used knee-up function of the bed to prevent the body from sliding down during backrest elevation. Sixty-nine percent of caregivers estimated the backrest angle from their experience or feeling. Thirty-eight percent of caregivers did a body stress-decreasing procedure soon after backrest elevation. In summary, some caregivers did not have enough knowledge about the backrest elevation process and did not always use the appropriate procedure.

Keywords : Gatch bed, backrest elevation, pressure ulcer, feeding, survey