
国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター

医学雑誌

第1巻 第2号

《看護研究集》

目 次

- **心臓カテーテル検査を受ける幼児期後期の子どもへの疑似体験を用いたプレパレーションの検討**
Trial of preparations for preschool children who undergo cardiac catheterization using the virtual experiences
佐藤 文 近藤 道子 高木 真理 小山 高代 亀井 真紀 橋本 理香
渡邊 真紀子
Aya Satou Michiko Kondou Mari Takagi Takayo Koyama Maki Kamei Rika Hashimoto
Makiko Watanabe 1

 - **心臓血管外科手術後にICU入室した子どもの家族の面会時における思い**
The thoughts of parents who met their children at PICU after cardiovascular surgical operation
山崎 幸代 笠井 麻理 藤下 宜子 谷井 綾 藤本 真由美 渡邊 真紀子
Sachiyo Yamasaki Mari Kasai Nobuko Fuzisita Aya Tani Mayumi Fuzimoto Makiko Watanabe
..... 6

 - **NICU・未熟児新生児病棟における災害時初期行動に対する意識調査
～避難誘導マニュアルを作成して～**
Survey of attitude toward Early behavior at the time of disaster in neonatal ward
～ creating manuals for evacuation guidance ~
石田 美那子 大浦 弘美 安部 裕子 金崎 由香 白川 智子
Minako Isida Hiromi Ohura Yuko Abe Yuka Kanasaki Satoko Sirakawa
..... 10

 - **NICU 看護師による出生前訪問を受けた母親の不安の変化**
The change of mother's anxiety after prenatal visit with NICU nurse
松本 由貴 山本 千恵 谷澤 愛 金子 理香 白川 智子
Yuki Matsumoto Chie Yamamoto Ai Tanizawa Rika Kaneko Satoko Shirakawa
..... 15

 - **産後の母乳栄養に関連する要因の調査・検討**
Research and investigation of factors related to breastfeeding postpartum
藤原 美香 北岡 千恵 富山 かおり 近藤 三枝 小池 秀子
Mika Fujihara Chie Kitaoka Kaori Tomiyama Mie Kondou Hideko Koike
..... 19
-

● **ペリネイタル・ロスを体験した母親へのグリーフケアの検討**

～グリーフケアマニュアルに沿った看護を実践して～

Examination of care to mothers who have experienced perinatal loss

- Practice of nursing care along the grief manual -

小野 恵子 藤田 佐有理 原田 好美 藤川 シズ子 小池 秀子

Keiko Ono Sayuri Fujita Yoshimi harada Shizuko Fujikawa Hideko Koike

..... 24

● **入院時処置に対する家族の思い**

Thought of the family for hospitalization measures

重本 ひろみ 木村 綾 山田 祥世 土居 和生 渡邊 泰代 木村 恵子

Hiromi Shigemoto Aya Kimura Sachiyo Yamada Kazumi Doi Yasuyo Watanabe Keiko Kimura

..... 29

● **幼少期から虐待をうけていた患児の体験の語り**

Narration of experience of the diagnosed infant who was receiving abuse from the childhood term

本岡 靖浩 氏家 田鶴子 高島 清子 磯崎 洋子 森 貴弘 長廣 久美 高畑 美佳

大平 眞智子

Yasuhiro Motooka Tazuko Ujike Kiyoko Takashima Yoko Isozaki Takahiro Mori Kumi Nagahiro

Mika Takabatake Machiko Ohhira

..... 33

● **臨床現場におけるパルスオキシメーターのアラームについての看護職員の意識**

Awareness of nursing staff in clinical settings for the alarm of Pulse oximeter

大窪 尚美 大林 興治 沼野 竹子 五百森 純子 大平 志津

Naomi Okubo Koji Obayashi Takeko Numano Junko Iomori Shizu Ohira

..... 38

● **重症心身障害児(者)の摂食場面を見直して—破衣・異食行動へのアプローチ—**

Review the eating scene of the severely retarded children (person)

- Approach to tear clothes, parorexia action -

高畠 由美子 山下 鮎美 大西 すず子 長谷川 仁美 上原 由見子 二川 幸枝

Yumiko Takabatake Ayumi Yamashita Suzuko Onishi Hitomi Hasegawa Yumiko uehara

Yukie Futagawa

..... 42

● **睡眠時無呼吸症候群のポジショニング効果～ダウン症患者への取り組み～**

Try positioning of apnea-hypopnea syndrome ~ Down Approach to patients~

藤田 加奈 香川 政美 高濱 秋代 國方 あゆみ 後藤 明美 井上 静子

Kana Fujita Masami Kagawa Akiyo Takahama Ayumi Kunikata Akemi Goto Shizuko inoue

..... 46

● **重症心身障害児・者病棟における患者への手洗い行動の習慣化への取り組み**

Initiatives habit of handwashing behavior of patients in the ward to severely disabled children and adults who
松本 舞唯 田中 ルミ 白川 美代子 西山 真知恵 小西 裕美
Mai Matsumoto Rumi Tanaka Miyoko Shirakawa Machie Nishiyama Hiromi Konishi
..... 50

● **強度行動障害者に芳香浴を取り入れた口腔ケアへの取り組み**

The measure for the mouth care which took in Aromatic bath to the intensity behavior disorder person
網崎 美穂 笹井 大輔 中川 修治 白川 裕子 齊藤 三江子 北岡 千秋
Miho Amisaki Daisuke Sasai Shuji Nakagawa Yuko Shirakawa Mieko Saito Chiaki Kitaoka
..... 55

● **手術室における災害対策への取り組み**

—机上シミュレーションによる手術室看護師の意識の変化—
Efforts to disaster measures in operating room
Changes in attitudes of operating room nurse with desktop simulation
渡辺 裕加 矢野 幸子 加藤 望美 福島 和代 西前 真里
Yuka Watanabe Satiko Yano Nozomi Katoh Kazuyo Fukushima Mari Nishimae 59

● **学童の生活習慣病に対する母親の意識調査**

Attitude survey of mother for the lifestyle-related disease of the schoolchild
久保 明美 竹内 和代 稲垣 めぐみ 石原 富子 関 千尋 石井 梨枝子
Akemi Kubo Kazuyo Takeuchi Megumi Inagaki Tomiko Ishihara Chihiro Seki Rieko Ishii
..... 65

● **小児急性期病棟における院内感染防止に対する看護師の意識調査**

Attitude survey of the nurse for the prevention of nosocomial infection in the infant immed iatcnature period ward
中村 麻衣子 植崎 節子 藤村 真美 泉 安耶 渡邊 真紀子
Maiko Nakamura Setuko Uesaki Fujimura Mami Aya Izumi Makiko Watanabe
..... 70

● **救急患者受け入れ時のシミュレーションを取り入れての効果**

—質問紙調査を実施して—
The benefits of introduction simulation of taking in emergent patient
- Results for the information on question and answer -
谷井 綾 徳永 恵理佳 藤本 縁 渡邊 真紀子
Aya tanii Erika Tokunaga Yukari Fujimoto Makiko Watanabe
..... 74

● **未熟児病棟へ入院した児を育てる母親の思いとその変化**

～ノートを活用した交流の有効性～

Feelings and changes of mothers with their babies in premature neonatal ward

- effectiveness of relations between mothers by utilizing notebook -

山岡 伸江 河井 見如 松田 美穂 金崎 由香 安藤 明子

Nobue Yamaoka Miyuki Kawai Miho Matsuda Yuka Kanazaki Akiko Ando

..... 79

● **NICUの照度変更による看護師の身体的疲労度の比較検討**

The differentiation in degree of nurse's physical fatigue by illumination change of neonatal intensive care unit

木村 真美 荒地 貴子 池田 典子 金子 理香 安藤 明子

Mami Kimura Takako Arachi Noriko Ikeda Rika Kaneko Akiko Ando

..... 83

● **母子同室の母親の意識と実際**

—初産婦と経産婦を比較—

As actual as the consciousness of the mother of the mother-and-child same room

- A primipara is compared with a multiparous woman -

西岡 典子 原田 純子 船越 幸希 岩田 千恵 柳原 育子

Nishioka Noriko Harada Jyunko Funakoshi Saki Iwata Chie Yanagihara Ikuko

..... 88

● **M F I C Uにおける日常生活援助の評価**

Evaluation of our support to patient in the MFICU

山野 知里 武田 弥咲 平田 郁恵 谷口 宜子 柳原 育子

Chisato Yamano Misaki Takeda Ikue Hirata Noriko Taniguchi Ikuko Yanagihara

..... 93

● **子どもが入院した時の家族の災害時の対応についての思い**

Thought about the correspondence at the time of the disaster of the family when a child was hospitalized

北村 美樹 植田 沙織 青野 典代 土居 和生 木村 恵子

Miki Kitamura Saori Ueta Noriyo Aono Kazumi Doi Keiko Kimura

..... 98

● **児童・思春期精神科病棟に入院する思春期の患者の思い**

The view of inpatients in a child and adolescent psychiatric ward

東 由紀子 岡村 美恵子 森 貴弘 長廣 久美 高畑 美佳 二川 幸枝

Yukiko Azuma Mieko Okamura Takahiro Mori Kumi Nagahiro Mika Takabatake Yukie Futagawa

..... 102

● **コルネリア・デ・ランゲ症候群患児の成長発達援助**

—生活空間の拡大と遊びを取り入れた関わりを通しての移動・探索行動の変化—

Growth development help of the cornet re-Ade Lange's syndrome affected child

- Change of movement, the exploratory behavior through the relation that adopted expansion and play of the life space -

木戸 志のぶ 池田 悦子 宮崎 舞子 玉井 麗佳 富山 紗希 福島 和代

藤川 美恵 妹尾 里美

Shinobu Kido Etuko Ikeda Maiko Miyazaki Reika Tamai Saki Tomiyama Kazuyo Fukushima

Mie Fujikawa Satomi Senoo108

● **重症心身障害児(者)に対する効果的な紙オムツのあて方と快適な排泄環境の提供への取り組み**

Efforts to provide a comfortable environment and how to apply excretion of disposable diapers effective for severely retarded children (persons)

松澤 愛 牛田 尚子 杉野 浩子 大平 志津

Ai Matsuzawa Naoko Ushida Hiroko Sugino Shizu Oohira111

● **筋緊張亢進がある超重症心身障害児(者)への関わり**

—患者の一日の筋緊張亢進時間の分析—

Relation to a super seriously ill mind and body handicapped child(person) with the muscletonus sthenia

- Analysis of the muscle tonus sthenia time of the patient of day -

井上 舞 勝手 淳一 上原 由見子 渡邊 泰代

Mai Inoue Junichi Katte Yumiko Uehara Yasuyo Watanabe

.....117

● **重症心身障害児(者)病棟に勤務する新人看護師のリアリティショックの分析**

Analysis of the reality shock of nurses who work in the ward severely retarded children

木村 圭一 三木 知絵 白川 美江子 白川 美代子 小西 裕美

Keiichi Kimura Chie Miki Mieko Sirakawa Miyoko Sirakawa Hiromi Konisi

.....122

● **精神発達遅滞を伴う強度行動障害(児)者の口腔ケア**

～口腔機能(舌・口唇・咀嚼・嚥下)を焦点とした歯ブラシの検討～

Behavioral disorders associated with mental retardation (children) of oral health care

- Review of toothbrushes with focus features oral (tongue, lips, chewing and swallowing) -

香川 寿代 岡村 洋子 橋本 理香 隅田 美紀

Sumiyo Kagawa Youko Okamura Rika Hasimoto Miki Sumida

.....127

● **手術室における災害対策に対する看護師の意識—シミュレーションを活用して—**

Awareness of nurses for disaster control in the operating room - By leveraging simulation -

安達 宏 吉田 由紀美 渡辺 裕加 加藤 望美 西前 真里

Hiroshi Adachi Yukimi Yoshida Yuka Watanabe Nozomi Katou Mari Nishimae

.....132

● **THA 術後患者の脱臼予防の家族指導を振り返って**

—認知症のある患者の入浴介助を通して—

田中 直美 林 圭祐 尾崎 美佐 小林 雅也 小笠原 あゆみ

Naomi Tanaka Keisuke Hayasi Misa Ozaki Masaya Kobayasi Ayumi Ogasawara

.....137

● **血液透析患者の掻痒感とかゆみケアの現状について検討**

A hemodialysis patient's itching paraesthesia and the present condition of an itchiness care are examined.

松下 靖子 辻岡 佐和香 天羽 美伶 廣瀬 久代 山崎 文江 岡 千穂

Yasuko Matsushita Sawaka Tsujioka Mirei Amou Hisayo Hirose Fumie Yamasaki Chiho Oka

.....141

● **透析患者の災害に対する知識と危機意識 —災害教育前後のアンケート調査の比較—**

Knowledge and sense of impending crisis for the disaster of the hemodialysis patient

- comparison of the questionnaire survey before and after the disaster education -

黒川 レナ 合田 愛 久保 多江子 山口 美和子 岡 千穂

Rena Kurokawa Ai Gouda Taeko Kubo Miwako Yamaguti Tiho Oka

.....144

● **脊椎圧迫骨折の ADL 拡大時の思いの変化**

Change of the thought at the time of the ADL expansion of the backbone pressure bone fracture patient

松田 侑佳 大田 知佳 川島 遥香 小浦 栄二 河野 薫 十鳥 瑞穂

Yuka Matsuda Chika Oota Haruka Kawashima Eiji Koura Kaoru Kouno Mizuho Jyuutori

.....148

● **術後感染により長期臥床を強いられた患者の思い**

I think of the patients were forced to prolonged immobility by postoperative infection

山野内 真知子 大原 香里 富田 景子 大西 美佳 片岡 真喜代

Machico Yamanouchi Kaori Ohara Keiko Tomida Mika Ohnishi Makiyo Kataoka

.....152

● **糖尿病教育入院経験の有無における精神的負担感情の差— PAID 聴取を通して—**

The difference of the mental burden feeling in the existence of diabetes educational hospitalization experience - Let PAID listening pass -

折野 有紀 新居 優紀 大森 奈央 村上 美智恵 尾崎 恵子

Yuki Orino Yuki Nii Nao Oomori Michie Murakami Keiko Ozaki

.....155

● 一般病棟における未告知のがん患者と関わる看護師の困難感

The difficult feeling of the nurse in connection with the cancer patient of whom it is not notified in a general ward

植村 友香子 尾崎 正吾 新開 眞知子 出下 仁美 尾崎 恵子
Yukako Uemura Syogo Ozaki Mathiko Shinkai Hitomi Ideshita Keiko Ozaki

.....158

● 慢性心不全患者における退院後の内服管理の実態について

For current status of oral administration after discharge in patient with chronic heart failure

山本 由美子 三宅 たえ子 元山 佳奈 大矢根 砂英子 兼近 みどり
Yumiko Yamamoto Taeko Miyake Kana Motoyama Saeko Ohyane Midori Kanetika

.....161

● 看護師の意識に変化を与えた要因

— ストーマリハビリテーションの取り組みを通して —

The factors that reformed the way of nurses' thinking

- through our approach to the stoma rehabilitation -

玉岡 映子 高畠 千穂 坂本 裕香 香川 秀子 山下 志乃 三井 安子
Eiko Tamaoka Chiho Takabatake Yuka Sakamoto Hideko Kagawa Shino Yamashita Yasuko Mii

.....165

● A 病院 ICU 看護師・医師の術後疼痛管理に対する認識

Recognition to nurse of A hospital ICU and doctor's pain controls after the operation

伊音 智美 市川 真理子 岡田 みずほ 藤田 博子 大東 恵 兼近 みどり
Tomomi Ion Mariko Ichikawa Mizuho Okada Hiroko Fujita Megumi Ohigashi
Midori Kanechika

.....169

● 上部消化管内視鏡検査における唾液汚染予防法の検討

— 医療用不織布付きマウスピースを使用して —

Study of saliva pollution prevention methods of the endoscope

清水 沙緒里 西村 淑衣 山路 久美子 高橋 智美 西川 真理子 岸本 美子
Saori Shimizu Toshie Nishimura Kumiko Yamaji Tomomi Takahashi Mariko Nishikawa
Yoshiko Kishimoto

.....172

● 認知症の周辺症状に対して病棟でグループ回想法を用いた効果

It is an effect using the style of recollection for peripheral symptom of dementia in a ward.

林 圭祐 近藤 利旨子 岩田 葵 廣瀬 久代 片岡 真喜代
奥山 真由美 (山陽 学園大学看護学部看護学科)
Keisuke Hayashi Toshiko Kondou Aoi Iwata Hisayo Hirose Makiyo Kataoka
Mayumi Okuyama (Sanyougakuen University)

.....175

● ストーマ装具の装着疑似体験をした看護師の思い

The thought of the nurse who did the wearing simulated experience of ostomy appliances

佐々木 綾花 宮武 瞳 片岡 春美 香川 秀子 岡 千穂

Ayaka Sasaki Hitomi Miyatake Harumi Kataoka Hideko Kagawa Chiho Oka

.....178

● 白内障手術を受けた患者の退院後保護眼鏡装着の現状

Current status of wearing protective glasses after surgery in patients who underwent cataract surgery

小島 伴子 宮本 貴子 眞鍋 かおり 三日月 正子 花岡 沙也加 大西 操

十鳥 瑞穂

Tomoko kojima Takako miyamoto Kaori Manabe Masako Mikazuki Sayaka Hanaoka Misao Oonisi

Mizuho Jyuutori

.....182

● 術後安静臥床の患者に対しての術前オリエンテーション

—写真を用いた患者参画型教育の効果—

The preoperative orientation for the patient of the postoperative rest lying in bed

- Effect of the patient participation in planning type education using the photograph -

長山 幸仁 寺野 麻衣子 松島 友美 小林 雅也 大西 美佳 小笠原 あゆみ

奥村 真由美

Yoshihito Nagayama Maiko Terano Yumi Matsushima Masaya Kobayashi

Mika Oonishi Ayumi Ogasawara Mayumi Okuyama

.....185

● 胃瘻造設時の意思決定に対する家族の思い

The thought of the family for the decision making of Gastrostomy

福本 彩美 中西 真望 横井 由枝 出下 仁美 加納 順子

Ayami Fukumoto Mami Nakanishi Yoshie Yokoi Hitomi Ideshita Junnko Kanou

.....189

● 慢性心不全患者における退院後の内服管理に向けた取り組みとその評価

An action for the internal use management after the discharge in the chronic heart illness patient and the evaluation

石井 美枝 近藤 理江 宮内 沙樹 大矢根 砂英子 兼近 みどり

Yoshie Ishii Rie Konndou Saki Miyauti Saeko Ooyane Midori Kanetika

.....192

● A病棟看護師のインフォームドコンセントに関する意識

Consciousness about the informed consent of the A word nurse

高畠 千穂 井原 裕美 山路 由賀 香川 美咲 高須 智恵 山下 志乃

志多 亜希子 三井 安子

Chiho Takabatake Hiromi Ihara Yuka Yamaji Misaki Kagawa Tomoe Takasu Shino Yamashita

Akiko Shida Yasuko Mii

.....196

● **A 病院 ICU における騒音に対する実態調査**

—音の測定と患者アンケートの結果から—

The survey for the noise in the A hospital ICU

- From the results of the patient questionnaire and measurement of sound -

山下 優 小松 和代 片岡 真裕子 高橋 智美 西山 直子 兼近 みどり

Yu Yamashita Kazuyo Komatsu Mayuko Kataoka Tomomi Takahashi Naoko Nishiyama

Midori Kanechika200

● **開腹時の効果的な保温方法の検討**

Examination of the effective keeping-warm method at the time of an incision in the abdomen

阿佐 奈緒美 大西 倫代 石井 涼太 河野 薫 細谷 千恵子

Naomi Asa Michiyo Onisi Ryota Ishii Kaoru Kono Chieko Hosotani

.....204

● **大腸内視鏡検査における検査前の精神的苦痛に影響する要因分析**

Factor analysis that affect the emotional distress of the pre-test in colonoscopy

山路 久美子 土本 美由紀 清水 沙緒里 西川 真理子 川崎 崇代 岸本 美子

Kumiko Yamaji Miyuki Tsuchimoto Saori Shimizu Mariko Nishikawa Takayo Kawasaki

Yoshiko Kishimoto207

心臓カテーテル検査を受ける幼児期後期の子どもへの擬似体験を用いた プレパレーションの検討

Trial of preparations for preschool children who undergo cardiac catheterization using the virtual experiences

佐藤 文 近藤 道子 高木 真理 小山 高代 亀井 真紀 橋本 理香 渡邊 真紀子
Aya Satou Michiko Kondou Mari Takagi Takayo Koyama Maki Kamei Rika Hashimoto
Makiko Watanabe

独立行政法人国立機構香川小児病院 1 病棟
Kagawa National Childrens Hospital The 1th ward

要旨

QOL の考え方が重視され、医療の主体として子どもを捉え直し、子どもの意思を尊重したケアの一つとしてプレパレーションが注目されている。今回は幼児期後期の子どもに限定し、成長発達に合わせたプレパレーション・擬似体験を実施した。3 症例ともプレパレーション中は表情・体動共にフェイススケール 1 を示していたが処置時のプレパレーションを行うと、1.7 と高くなった。これは説明することによって子ども自身が頭の中でイメージ化し、処置に対する不安や痛みによる恐怖心が強くなったと考える。プレパレーションの手法として iPad を用いて行なった。iPad に興味を示し恐怖心を和らげることに有効であった。

キーワード: プレパレーション, 擬似体験, 幼児期後期の子ども

【はじめに】

入院する子どもは、突然の入院に恐怖や不安を抱き、苦痛のある処置を受けることで混乱することが多い。木内¹⁾は、「子どもに正しい知識を提供することは、子どもの誤った理解によって引き起こされる不安や恐怖を取り除き、また、子どもが情報をもとに自ら意思決定できるよう導くこと、子どもの対処能力を引き出すうえで重要なことである。プレパレーションが、子どものためのインフォームド・コンセントを指す言葉として用いられている。」と述べている。近年、QOL の考え方が重視され、医療の主体として子どもを捉え直し、子どもの意思を尊重したケアの一つとしてプレパレーションが注目されている。

当病棟は、心疾患の患児が多く、診断の確定・治療の決定などに心臓カテーテル検査（以下心カテ）が年間約 150 例行われている。心カテの術前オリエンテーションとして、家族を対象とした説明は行っているが、子どもを対象とした説明は十分ではなく、術後の安静保持のために、鎮静剤を使用している現状がある。特に幼児期後期の子どもは搬入時に啼泣し入室を拒んだり、検査後の心電図モニターや点滴などを見て啼泣することも多く、長時間の安静を保つことが難しく、日常と異なる環境や出来事に対して、戸惑いや不安を感じているのではない

かと思う場面に遭遇することがある。

先行文献で、3～7 歳の子どもを対象に、検査当日、模型と人形を使用し、プレパレーションを実施した結果、子どもはごっこ遊びを通して検査についてポジティブのイメージをもってスムーズに検査を受けることができ、睡眠薬の使用量も減少したという効果が見られたという結果が得られている。

しかし先行文献では、対象患児の年齢の幅が広いため、今回は幼児期後期の子どもに限定し、成長発達に合わせたプレパレーション・擬似体験を実施した。

今回、心カテを受ける幼児期後期の子どもを対象に不安や恐怖などを軽減するためにプレパレーション・擬似体験を実施し、効果的な介入方法を検討したので報告する。

I. 研究目的

心カテを受ける幼児期後期の子どもに対して不安や恐怖などを最小限にするためにプレパレーション・擬似体験を実施し、効果的な介入方法を検討する。

II. 用語の定義

幼児期後期: 幼児期後期 (4 歳～6 歳頃) とは積極性と罪悪感、家族だけでなく保育園・幼稚園での友達関係を経験して積極的に物事を行う意欲を感じる。

表 1 先天性心疾患を持ち、心カテを受ける 4～6 歳児の子ども 3 名

	ケース 1	ケース 2	ケース 3
性別・年齢	女兒 4 歳 7 カ月	男児 5 歳 7 カ月	女兒 6 歳 2 カ月
生年月日	平成 19 年 2 月 21 日	平成 18 年 3 月 14 日	平成 17 年 9 月 11 日
疾患名	ファロー四徴症	僧帽弁閉鎖不全	心室中隔欠損症
背景	父・母・弟(1 歳)の 4 人家族。患児は保育所に通っている。 胎児エコーでファロー四徴症診断。当院で出産し、外来通院となる。徐々に Spo2 低下みられた。平成 19 年 5 月(3 カ月)心カテ・右 BT シェント施行。平成 20 年 3 月 心臓カテ検査施行。平成 20 年 4 月心内膜修復術施行後、外来通院していた。今回、術後評価目的で心カテとなる。	父・母・兄(6 歳)の 4 人家族。患児は幼稚園に通っている。 2 歳の時当院に感染性胃腸炎で入院。入院中に心雑音指摘され、心エコーで僧帽弁閉鎖不全と診断。外来でフォローしていたが左心房・左心室拡大心室の拡大を認め利尿剤開始となる。今回治療方針検討目的のため心カテとなる。	父・母・姉(15 歳)・兄(10 歳)の 5 人家族。幼稚園に通っている。出生時より心雑音あり、近院で外来通院されていた。手術目的に当院紹介となり、手術適応についての精査目的で心カテとなる。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究期間:平成 23 年 9 月 1 日～11 月 31 日
2. 対象:先天性心疾患を持ち、心カテを受ける 4～6 歳児の子ども 3 名(表 1)

3. データ収集方法

- 1) 紙芝居を作成し、iPad に挿入した。
- 2) 検査前日午後、子どもと家族に対し、約 10 分間、プレパレーションを実施した。プレパレーションは個室を使用し、母親と子ども・看護師 3 人で行った。

4. 分析方法

- 1) プレパレーションの介入状況をビデオ録画した。
- 2) プレパレーション前後の子どもの表情・言動・体動の変化を工藤ら²⁾が使用したフェイススケール(図 1)を用いて点数化した。点数が低いほど表情が穏やかである。
- 3) 介入前・中・後の子どもの反応の変化、介入内容とその根拠を記録し、心カテ時の子どもが協力的に行動できた場面とできなかった場面、介入した看護師の気づきについて内容を分析し検討した。

5. 研究結果・分析

実施した介入内容、心カテについての子どもにイメージと子どもが協力的に行動できた場面、子どもの表情・言動・体動の変化、看護師の気づきについてフェイススケールを用いて分析する。

6. 倫理的配慮

対象者に研究趣旨、方法、プライバシーの保護につとめ結果を本研究以外に使用しないこと、本研究の参加は自由であり参加の有無や途中でやめても看護に影響しないことを説明し、同意を得た。またプライバシーの配慮として、プレパレーションは個室で行った。

Ⅳ. 結果

ケース 1 は、プレパレーション実施前は、緊張した表情であったが、椅子に座り話を聞くことができていた。実施し始めると表情は穏やかになり、iPad に興味を示した。術衣の選択などの説明に子どもは興味を示し、大きな声で答えることができていた。しかし、検査搬入時の説明になると、子どもは急に不安な表情を浮かべ、無言になった。「お母さんは?」と問いかけて母親に抱きついていった。検査後の状況の擬似体験を始めると子どもの表情は一層硬くなり、人形に触れる様子は見られなかった。再び iPad で検査後の説明を始めると、表情が穏やかになり、看護師の説明を聞きながら返事をしたり、水分は「紅茶がいい。」など発語が見られた。検査搬入時は不安な表情ではあったが母親に抱っこされて搬入することができ、啼泣はなかった。検査後は覚醒時に不穏状態になったため、タッチしながら声かけするが、体動が激しくなってきたので鎮静剤を使用し、入眠した。モニターやバルンカテーテルを嫌がり、啼泣することがあったが、「これを引っ張ると痛いよ。」と説明を行うと納得した。翌日の処置時には、暴れたり、嫌がったりはしたが、「冷たいけどすぐ終わるからちょっと我慢しようね。」と説明し、落ち着くことができた。点滴・モニター除去時、ぐずつきがみられたが、声かけし、母親の協力を得ることで、実施することができた。



図 1 工藤ら²⁾が使用したフェイススケール

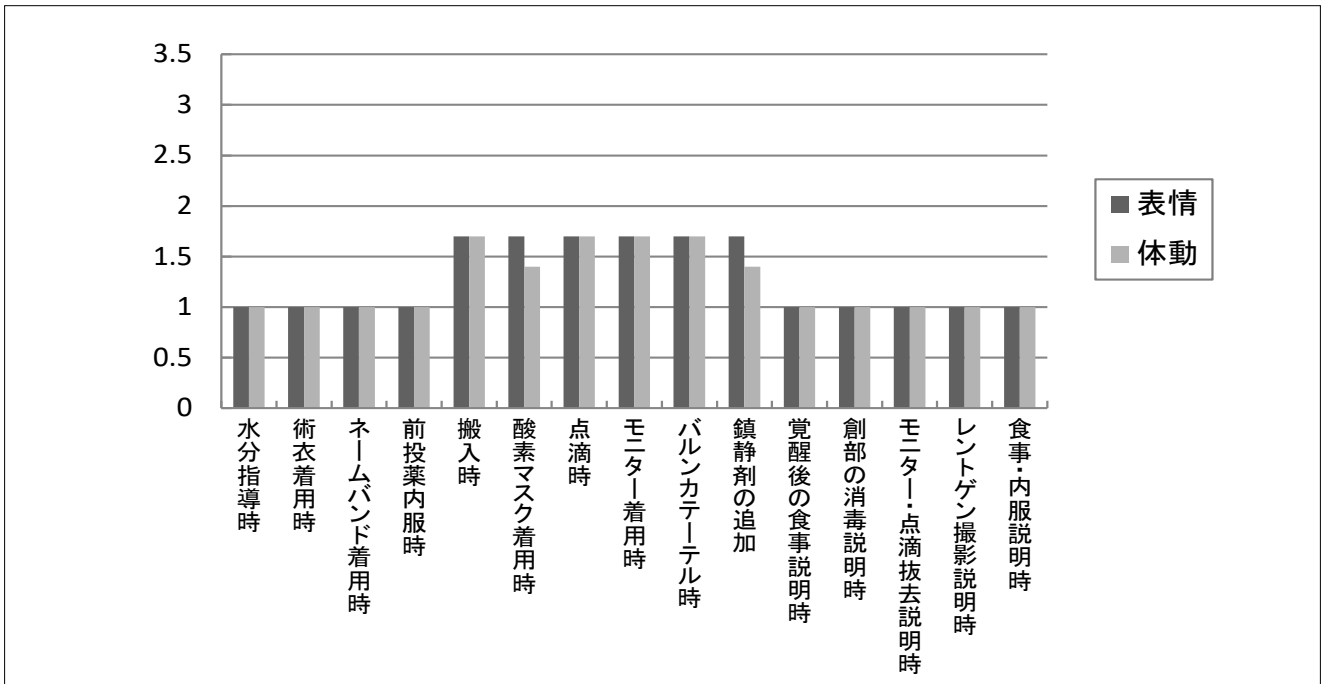


図2 場面毎のフェイススケール点数〈プレパレーション中〉

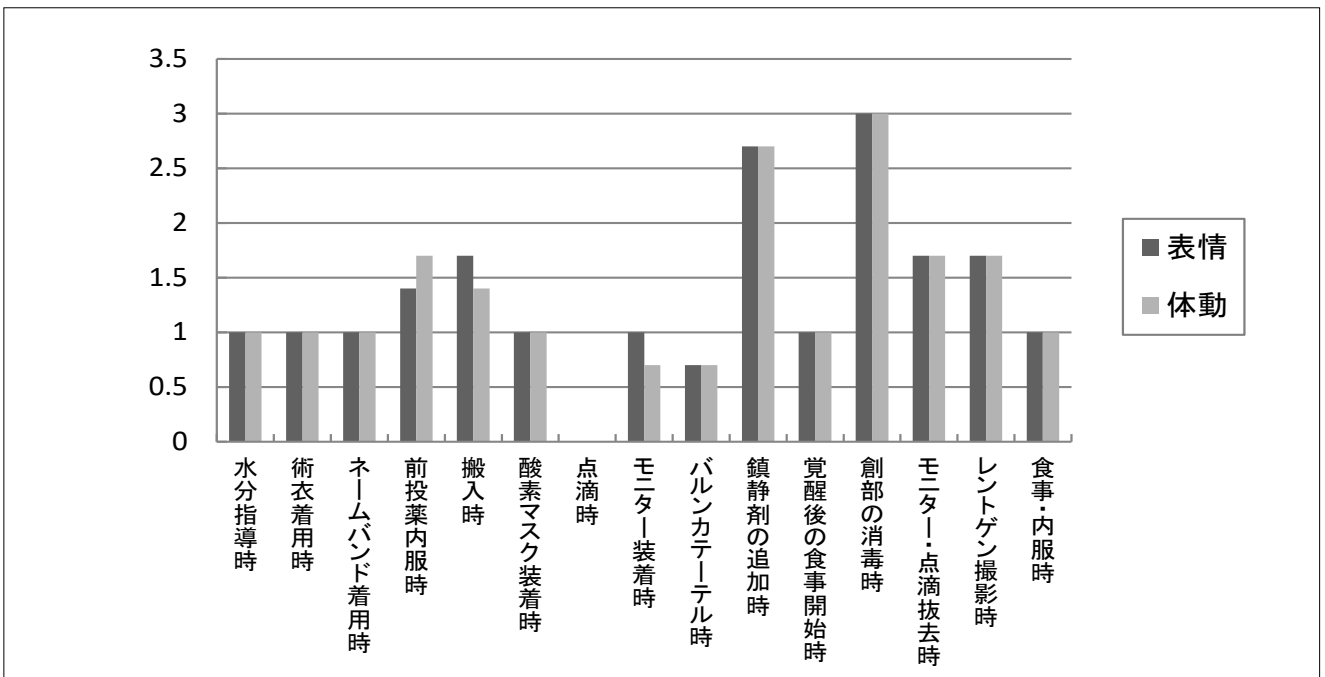


図3 場面毎のフェイススケール点数〈プレパレーション後〉

ケース2では、プレパレーション中はベッド上でゴゾゴゾしながら聞いていた。iPadに興味を持ち、iPadや看護師の顔を見ながらうなづく様子であった。遊びながらではあったが、表情は穏やかで、時々「はい」という返答もあり理解はできている様子だった。検査当日は、前投薬を持参したアンパンマンのコップで内服したが半分内服したところで、「苦い、嫌だ。」と嫌がり内服できなかった。検査後は酸素マスクを無意識にはずす行動が見られた。体動が激しく、「息がしんどくなるからマスクつけとこうな。」と声かけするが不穏状態が強くなり、鎮静剤を使用

した後、落ち着き入眠した。翌日の処置時、体動が激しかったり、嫌がるが、「じっとしてたら早く終わるよ。」との声かけで落ち着き処置できた。点滴・モニター除去時「テープ除けるのはちょっと痛いけどゆっくり除けるから大丈夫。」と説明すると納得した様子で動かず実施出来た。

ケース3では、説明時、看護師と目が合うと笑うが、ほとんど表情を変えず、頷きながら話を聞いていた。時折、困ったような表情で母親を見つめる場面もみられた。iPadは見るだけで、触ろうとしなかった。人形を用いての擬似体験での説明時も人形に触ろうとしなかった。術

衣の話になると、「キティちゃん」と答えていた。検査搬入時、母親の抱っこで入口までいき、手術室の前で看護師に変わるが嫌がることなく入室できた。検査後、ほとんど入眠しており、水分開始時も完全覚醒まで我慢することが出来た。翌日の処置も「前にお話したように今から足の所を消毒するからね。」のみの声かけでベッドに横になり嫌がることなく、説明通りに行えた。

図2・図3に示したように、3症例ともにプレパレーション中は表情・体動共に1を示していたが、処置の説明になると1.7と点数が高くなった。心カテ当日直後は半覚醒時のため点数は高く、説明を行ったが、体動が激しかったため鎮静剤を使用した。また、翌日の処置時も3点を示していたが、説明することで理解し処置することができた。

V. 考察

子どもは、成人のように自分の感情を言葉で、表現・伝達することがうまくできない。子どもの感情の恐れとして突然予期しない出来ごとに直面したときに、心理的なバランスが欠け、身の危険を感じて生じる強い不安状態となる。

特に幼児期は母親から離れること、見慣れない人・物・場所をこわがるという特徴がある。今回3症例ともプレパレーション中は表情・体動共に1を示していたが処置時のプレパレーションを行うと、フェイススケールが1.7と高くなった。これは説明することによって子ども自身が頭の中でイメージ化し、処置に対する不安や痛みによる恐怖心が強くなったと考える。

また、今回翌日の処置時のフェイススケールは4と高かったが、看護師の繰り返しの声かけや説明により理解し処置を受けることができた。鈴木³⁾が「幼児期は自我を強く主張する時期であるが、その一方では4歳ころになると、他者からの規制にも対応する行動をする努力(調整行動, 自制心)もするようになり、自分がどう行動すればいいかを考えることができる。」と述べているように、幼児期後期の子どもは、説明するとどのように行動すべきか考えることが可能であったと思う。

入院は子どもに大きなストレスを与える。田中⁴⁾らは「プレパレーションは子どもが病気や入院によって引き起こされるさまざまな心理的混乱に対し、準備や配慮をすることにより、その悪影響を避けたりやわらげるなど子どもの対処能力を引き出すような環境を整えることとして意味づけられている。」と述べている。

今回プレパレーションの手法としてiPadを用いて行なった。iPadに興味を示し恐怖心を和らげることに有効であった。また、一連の流れを説明することで自分がどのような検査を行うか理解できた。その中で気持ちの表出を促したり前向きに頑張っている様子を支持し認めることが、子どもの主体的な取り組みに影響したと思う。しかし、検査後は泣き叫ぶ子どもに対して一方的な声かけとなり、コミュニケーションが成り立たず、暴れるために鎮静剤を使用する場面がほとんどであった。これは、麻酔からの半覚醒状態のため介入の限界があると考えられる。

しかし、翌日は、コミュニケーションが可能となり、患児は処置の説明を理解し、対処できることにつながったと考える。

VI. 結論

1. プレパレーションで検査の流れや必要性を伝えることが子どもの誤った理解やイメージを正し、恐怖心を軽減することができ、スムーズに処置を受けることができた。
2. 幼児期後期の子どもに対して、興味を引き出す手段としてiPadを用いたことは有効であった。

【おわりに】

今回は症例数が少なかったが、プレパレーションのツールとしてiPadが有効であると示唆された。今後も症例数を増やし、子どもの発達段階を考慮した上で、効果的な実践を目指し、チーム全体で取り組んでいきたい。小児へのプレパレーションを行うことで、小児自身とより深く向き合うことができるようにしていきたい。

【引用文献】

- 1) 木内妙子：プレパレーション，子どものためのインフォームド・コンセント shoolAmenity, 13(139). 42-45. 1998
- 2) 工藤静子他：斜視の術前患児に遮蔽経験を取り入れたプレパレーションの効果 日本小児看護学会誌 Vol. 37, 275-276, 2006
- 3) 鈴木敦子：子どもにとってのプレパレーションの意味，小児看護, 29(5), 536-541, 2006
- 4) 田中恭子・多田千尋・井口雅子：プレパレーションガイドブック，日総研, 2006
- 5) 田中順子・福田真佐美・竹中恭子：手術を受ける患児への聴覚刺激による恐怖心緩和と日本小児看護学誌, Vol. 32, 92-94, 2001

【参考文献】

- 1) 安藤千恵他：心臓カテーテル検査を受ける子供と家族の検査に対する受け止め方 - 小児用パンフレットを用いたオリエンテーションを実施して - 日本小児看護学会誌, Vol.40, 2009
- 2) 高橋まゆみ他：外来・病棟・手術部が連携した手術前プレパレーションの導入の効果日本小児看護学会誌. 39号 2009
- 3) 半田浩美他：心臓カテーテル検査を受ける幼児後期の子どもへの模型と人形を用いた効加的なプレパレーション 日本小児看護学会誌 Vol. 17, No. 1. 2008
- 4) 岩崎景子他：手術を受ける小児のための効果的なプレパレーションの開発 日本小児看護学会誌. 4巻2号 2007
- 5) 小藪壽美子他：緊急入院の児に対するプレパレーションについて - 幼児への絵本の読み聞かせの効果を検討する - 日本小児看護学会誌, Vol. 37, 2006
- 6) 安田真由他：腎生検を受ける幼児への DVD プリパレーションの効果 日本小児看護学会誌, Vol.39, 2008
- 7) 森山亜利佐他：心手術の子どもへのプレパレーション - キワニスドールを用いて - 日本小児看護学会誌, Vol.39, 2008
- 8) 塩川朋子他：検査・処置を受ける子どもに対するプレパレーションへの期待 親の視点を通して 日本小児看護学会誌. Vol.37, No. 1 2007

心臓血管外科手術後に ICU 入室した子どもの家族の面会時における想い

The thoughts of parents who met their children at PICU after cardiovascular surgery

山崎 幸代 笠井 麻理 藤下 宜子 谷井 綾 藤本 真由美 渡邊 真紀子
Sachiyo Yamasaki Mari Kasai Noriko Fujisita Aya Tanii Mayumi Fujimoto Makiko Watanabe

国立病院機構香川小児病院 ICU

Kagawa National Children's Hospital The ICU ward

要旨

心臓血管外科手術後に ICU 入室した患児の面会時の家族の想い、ニーズを知ることができ、面会時の家族との関わり方について示唆が得ることを目的に心臓血管外科手術を受け、ICU 入室した子どもの家族 10 名を対象に、独自に作成したインタビューガイドに沿って半構成的面接法による調査を実施した。その結果、家族の想いとして、7 のカテゴリーと、36 のサブカテゴリー、118 のコードが抽出された。面会時の家族の対応としては、ICU での子どもの様子についての情報提供や子どもを気にかけていると感じることが安心感につながっていた。また、心理的な危機状態にある家族に対してその想いを受容し、子どもの状態を受け入れることができるよう医師と連携を図り、子どもと家族を支えていくことが重要である。

キーワード：ICU 小児心臓血管外科手術後 面会時の家族の想い

【緒言】

心臓血管外科手術後、子どもは呼吸器を装着するなど多くの ME 器機に囲まれることが多い。その状況に驚く家族も多く、面会時に家族は子どもに触れることをためらう姿がみられる。術後子どもの状態は、非日常的であることから、家族の不安は大きく、それがストレスとなり、親子分離状態であることで子どもの状況が把握できず、不安が増強すると考える。

ICU 入室後は、家族と子どもの不安、ストレスを軽減するため家族の面会時の関わり方は重要であると考えられる。しかし看護師は、業務や処置の合間であることや面会時間は短時間であることから、家族と十分なコミュニケーションがとれていないのが現状である。

家族の不安や面会時の対応に関する先行研究^{1) 2)}はあるが、心臓血管外科手術後に ICU 入室した子どもをもつ家族の面会時の想いに焦点をあてた報告はない。

今回、心臓血管外科手術後に ICU 入室した子どもの面会時の家族の想い、ニーズに応じた関わり方について示唆を得る。

I. 対象・方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 調査期間

平成 23 年 8 月 1 日～平成 24 年 2 月 24 日

3. 研究対象

A 病院で心臓血管外科手術を受け、ICU 入室した子どもの家族

4. データ収集方法

- 1) 独自にインタビューガイド作成する (表 1)。
- 2) 半構成的面接法によってインタビューガイドを用い、録音・記述者 2 名による面接を行った。

5. 分析方法

- 1) インタビュー内容の逐語録を作成する。
- 2) インタビューガイド (1)～(3) の表す内容を抽出し、意味内容を損なわないように抽象度を上げて簡潔に表現しコード化する。
- 3) 次にコードの同質性・異質性に基づいて、集約・分類し、意味内容を損なわないように抽出度を上げて簡潔に表現し、サブカテゴリーとする。
- 4) さらにサブカテゴリーを同様の手順で抽出度を上げてカテゴリーとする。

表 1 インタビューガイド

属性	①年齢②疾患名③手術回数
質問内容	(1) 面会時の気持ちは、どうだったか (困っていること、悩んでいることなど)
	(2) どのような情報が欲しかったか
	(3) どのような言葉がけや配慮をして欲しかったか

6. 倫理的配慮

本研究は香川小児病院倫理委員会の承認を得た。研究対象者には、研究目的・有用性、調査結果の使用範囲およびプライバシーの保護を明記した用紙を配付する。インタビューはプライバシーが守られる個室で行い、承諾が得られた場合には録音をする。また、面接を拒否した場合や面接の内容によって、患児・家族に不利益は生じないことを十分に説明する。インタビューした録音内容は、逐語録に起こした後に消去する。逐語録は施錠できる場所に保管し、データ分析後にシュレッターで破棄する。個人を特定するような報告は行わない。以上、個人の人権の擁護には最大限の配慮を行う。

II. 結果

1. 研究対象の属性

子どもの年齢は、2か月～1歳6か月(平均10.8か月)、手術歴は、初回手術は5名、再手術が5名であった。ICU在院日数は、8日～23日(平均13.2日)であった。インタビュー対象者は、父親2名、母親9名であった。年齢は、26歳～41歳(平均38.1歳)であった。

2. インタビュー内容の結果

家族の想いとして、7のカテゴリーと、36のサブカテゴリー、118のコードが抽出された。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》コードは「」で表す。

カテゴリー別では、【手術後の経過に対する想い】【手術直後の子どもへの関わり方の不安】【手術後の情報提供に関すること】【治療の意思決定に関すること】【治療に対する信頼】【ICUの環境に関する想い】【看護師に対する想い】の7のカテゴリーが抽出された。

1) 【手術後の経過に対する想い】《術後の回復に対する想い》では、「面会に来るたびに点滴の数が減っていてすごいなと思った。」という想いがあった。《術後の子どもの姿を見て受けた衝撃》では「人工呼吸器をつけていることはショックだった。」「想像以上にぐったりして苦しませてしまったと思った。」という想いがあった。《手術を無事に終えたことへの安心感》では、「とにかく手術が無事に終わって、無事に出てきたので、ほっとしたというのが一番」などの想いがあった。《経過の心配》では「手術の説明はしてくれたけど、今後どうなるんかと思った」や「子どもの事が、とにかく心配で」などの想いがあった。

2) 【手術直後の子どもへの関わり方の不安】《術後の子どもの接し方が分からない》では「呼吸器も付いていたので、どこまで触ってよいかわからなかった」などの想いがあった。《子どもへの接し方の助言がほしかった》では「看護師さんにこういう風にしたら方がいいと言ってもら

えると助かります」という想いがあった。

3) 【手術後の情報提供に関すること】《術後の経過の説明がほしかった》では「悪い時ほど今の状態を知りたかった」という想いがあった。また、「たくさん付いているチューブ類が、1本ずつ外れているなどを言って欲しかった」などの想いがあった。《説明で安心した》では「先生の説明を聞いて安心した。落ち着いた」や「わからないことは聞いていたので、不安を残して帰ることはなかった」などの想いがあった。《説明に対する満足感》では「いろいろな事を教えていただいて安心した」や「自分が知らないときのことを教えてくれてよかった」などの想いがあった。《説明の物足りなさ》では「ICUでどんな風に過ごしているのか教えてほしかった」想いがあった。

4) 【治療の意思決定に関すること】《手術時期の決断に対する想い》では「経過が思わしくなかったので、手術をこの時期にしてよかったのかと考えた」や手術の決定について自分の判断が悪かったんやろうかといういろいろ考えた」という想いがあった。《手術に対する同意》では「先生から手術の方法を説明され納得して同意できた」という想いがあった。

5) 【治療に対する信頼】《治療に対する安心》では「前回の手術を経験したので不安は大きくなかった」や「2回目の手術だったので分からないことも聞きやすかった」などの想いがあった。

6) 【ICUの環境に対する想い】《みてもらった方が安心》では「早く母子入院したかったが、点滴が沢山ある状態では見てもらったほうが安心だった」という想いがあった。《早く母子入院したい》では「ICUからの転出が最初の説明より遅れて長く感じた」や「子どもが泣いているのなら早く出してほしいと思った」などの想いがあった。

《イメージと異なっていた》では「他の病院を見て、ICUの雰囲気はピリピリしている感じだと思ったけど、そんな感じではなかった」「ちょっと緊張感があった」などの想いがあった。《面会時の配慮が足りない》では「カーテンがないため、他の家族に見られるのでプライバシーがないと思った」や「急患が来た時に、面会できてもこの場に居てもいいのかなと思ったので、面会を断ってもらってもよいと思った」などの想いがあった。また、「ワンフロアなので、自分の子どもより重症な子どもを見ると心が痛む」や「他の子どもさんを見てはいけないうろが仕切りがないので見えてしまう」などの想いがあった。

《面会時間制限に対する想い》では「面会時間については、本人が寝ているだけだったので、ちょうどよかった」「ご飯のときなど、状況に応じて面会できたのはよかった」や「面会したいと連絡したときに、待たされると自

分の子に何かあったのかなど不安になった」などの想いがあった。《周囲に対する遠慮》では「ご飯のときなど、長時間、面会できたけど、いいのかなと思った」などの想いがあった。《面会時の雰囲気について》では「他の病院よりは、雰囲気が温かい」などの想いがあった。

7)【看護師に対しての想い】《医師には質問できない》では「医師に質問するのは緊張して聞けなかった」という想いがあった。《看護師さんによく見ていただいた》では「入院生活が長かったので、みなさんにいっぱいかわいがってもらった」や「看護師が他の子を援助しているのを見て、自分の子にもそうしてくれているんだと思う」などの想いがあった。《看護師に対する遠慮》では「看護師に聞くタイミングが難しい」や「何回も出たり入ったりするのは迷惑じゃないかと気にしながら入った」などの想いがあった。また「看護師によっては、質問しにくい人もいた」などの想いがあった。《看護師に対する安心感》では「皆さん明るく対応してくれたので、入りにくいという事はなかった。自分から声をかけなくても看護師さんの方から話しかけてくれた」や「入室時に声をかけてくれた人には聞きやすかった」などの想いがあった。

《看護師によって対応が違う》では「看護師によっては、結構な量を説明してくれたり、何も説明がなかったりしたので、ある程度は教えてもらいたいと思った」などの想いがあった。《家族の要望に添えていないことに対する不満》では「気になることを看護師さんに話したのですが、改善されてなかったので他の看護師さんにちゃんと言ってくれているのかな…と感ずることがあった」という想いがあった。《看護師の対応に対する希望》では「子どもの状態について「どうなんですか」と聞ける体制になってほしい」という想いがあった。

Ⅲ. 考 察

【手術後の経過に対する想い】は、手術を無事に終えてほっとしたなどの想いがあったと考える。しかし、呼吸器を装着した子どもの姿を見て衝撃を受け、「呼吸器が付いていることはショックだった」や「主人は全然見なかった」などの想いがあり、多くのME器機に囲まれている子どもの様子を見て「重篤である」と感じていたと考えられる。「面会に来るたびに点滴の数が減っていて、すごいと思った。」という想いに対しては、ICUで子どもの状態を実際に見ることで、病状が改善しているという期待や安心感を抱けたと考える。【手術直後の子どもへの関わり方が不安】は、手術を終えた子どもに「触れたい」という想いがある。しかし、ME器機に囲まれている子どもをみて「どこまで触ってよいかわからなかった」や「看

護師さんにこういう風にしたほうが良いと言ってもらえると助かる」という想いから、子どもに触れることへの迷いや恐怖があると考え、そのため、面会時に家族に触れてもよいことを伝えることで親子の愛着形成を促進が図れると考える。【手術後の情報提供に関すること】は、ICUという特殊な環境に入室し、子どもと親子分離状態となり面会時以外の様子はわからない。筒井³⁾は「付き添いをしている理由が、子どもが不安、日常生活が自立できていない、点滴をしている、病院に不慣れなど、子どもを1人残して帰ることへの不安であることを考えると、付添をしていない親は、この不安が解消されることなく日々帰宅しているのだと思われる。」と述べている。このことから、家族は術後の経過について不安を感じ、「ありのままの情報が知りたい」や「具体的な処置内容を知りたい」などの想いがあったと考える。スタッフから面会時に説明を受けることで、安心したいという想いがあると考える。しかし、質問に対して満足な回答を得られなかった場合は、「もっと詳しく教えて欲しかった」などの、今後の経過を知りたいというニーズが生じたと考える。また、先天性心疾患は、病態が複雑であることから、「説明されても分からなかった」という想いがある。看護師は家族の理解度について確認をし、知りたいと想っている情報を把握し、医師との仲介役をすることで、不安の軽減を図る必要があると考える。【治療の意思決定に関すること】は、子どもへの手術の決定は家族に任される。一般的に心臓は生命に直結する臓器であり、家族の不安は大きいと予想される。術後の経過が予期せぬ状態であった場合「手術を決定した自分に責任があるのではないか」「今後どうなるのか」という想いがあり、今後の状態に対する不安は大きくなるのではないかと考えられる。これらのことから、術後の経過によっても家族の想いは変化するため家族の心理的变化に応じた対応する必要がある。

【治療に関する信頼】は、ICUに入室に対して「2回目だったので安心だった」や「わからないことも聞きやすかった」との想いがあり、ICUの様子をイメージできていることや自分の知っているスタッフがいることで安心できたと考える。【ICUの環境に関する想い】は、子どもが泣いている様子を見て、心配になり、「泣いているのなら早く出して欲しいと思ったけど、そうではなかったのよかった」という想いにつながったと考える。しかし、点滴やドレーンなど、たくさんのME器機がついている状態を不安に感じているため、子どもの状態を説明していく必要があると考える。ICUのイメージに対しては「基本的にはいいイメージだった」という想いがあった。し

かし、ICUは術後重症の患者や救急患者がいる様子を見て「ちょっと緊張感があった」という印象を持ったと考える。ICUはワンフロアであり、普段カーテンなどでは仕切っていない。「カーテンがないため他の家族に見られるのでプライバシーがないと思った。」や「子どもより重傷の子どもを見ると心が痛む」などの想いがあり、落ち着いて面会できるように、プライバシーを配慮する必要があると感じた。また、面会制限に対して「短い」と感じた意見もあった。しかし、鎮静中の子どもの面会では「ちょうどよかった」という想いもあり、子どもの状態によって感じ方に変化があった。子どもの状況に合わせて面会時間を延長しており、長く面会できて「よかった」という想いがあった。しかし、周囲へ遠慮から「長時間、居たけど、いいのかなと思った」という想いがあることから、ICUの面会環境と子どもの状況を配慮して面会時間の調整が必要である。また、救急患者の受け入れ後の面会時には「その場においてもよいのかと思った」と家族は感じており面会ができる環境を整え面会を勧めることが必要であると考えた。【看護師に対する想い】は、「医師に質問するのは緊張して聞けなかった。」という想いから医師より子どもの情報を得たいという想いがある一方で、緊張して聞きたいことが聞けない状況があった。このことより、一番身近な存在である看護師が医師と家族の仲介役をすることで、不安を軽減できると考える。ICUに入室する家族は、子どもの接し方について「DVDとか好きなおもちゃで退屈しないように日常生活の援助に気を付けてくれているなどと思った。」「子どもの様子を見て、子どもが安心していれる雰囲気を作っていると感じた。」という想いがある。これは、家族に看護師が子どもに対して気にかけていると感じることができると、スタッフに対しても安心感と信頼感を高めることにつながったと考える。

「入室時に声をかけてくれた人には聞きやすかった。」
「皆さん明るく対応してくれたので、入りにくいということはなかった。自分から声をかけなくても看護師さんのほうから話しかけてくれた。」などの想いがあった。今井⁴⁾は「家族は、看護師を忙しい集団ととらえることも多く、声をかけることが難しい。」と述べている。今回のインタビューで、ICUの状況をみて「何回も面会するのは迷惑ではないか」「長くいてはいけないことがわかる」という発言がみられた。これは面会時に家族が、看護師の状況をみて遠慮していると考えた。また、「気になることを看護師さんに話をしたのですが、改善されていなかったの他の看護師さんにちゃんと言ってくれているのか

な…と感じることがあった。」と、看護師の対応から不安を感じていることがあった。小木曾⁵⁾は「小児の家族から不満は医療者と家族とのコミュニケーション不足からと思われるものがほとんどであった。」と述べていることから、ICUにおいても子どもだけでなく子どもを取り巻く家族に対してコミュニケーションを密に取る必要があると再認識できた。また、ICUに入室する家族は少なからず緊張感を持っており、思うようにスタッフから情報を得られない可能性がある。しかし、話しかけやすい雰囲気を作ることでICUに入室する家族の緊張を和らげることができると考える。これらの結果から、家族はICUに入室している子どもの病状の経過や過ごし方について気にかけており、医療スタッフから情報を得たいと想っている。看護師の対応としては、面会時の環境を整えることや家族とコミュニケーションを密にとることで安心感と信頼感を高めることができると考える。

IV. 結 論

心臓血管外科の手術を受けた子どもをもつ家族の想いとしては、以下のことが明らかになった。

1. ICUに入室した子どもの家族の想いは【手術後の情報提供に関すること】【ICUの環境に関する想い】【看護師に対しての想い】の想いが多かった。
2. 面会時の家族の対応としては、ICUでの子どもの様子についての情報提供や子どもを気にかけていると感じることが安心感につながっていた。
3. 心理的な危機状態にある家族に対してその想いを受容し、子どもの状態を受け入れることができるよう医師と連携を図り、子どもと家族を支えていくことが重要である。

【引用文献】

- 1) 成田尚子, 小玉恵子, 藤田由紀子 他: ICU入室中に病棟で待機する家族が抱える問題 - 先天性心疾患で手術を受けた患児の両親への面接調査から - . 第32回小児看護学会誌: 98-100, 2001
- 2) 小木曾國子: 面会時の対応. 小児看護; 27: 601-606, 2004
- 3) 筒井真優美: これからの小児看護 - 子どもと家族の声が聞こえていますか: 南江堂; 143, 2007
- 4) 今井恵: 子どもの入院に付き添う母親に関する研究 民族看護学の研究方法を用いて, 看護 研究; 30: 119-131, 1997
- 5) 小木曾國子: 面会時の対応. 小児看護; 27: 601, 2004

NICU・未熟児新生児病棟における災害時初期行動に対する意識調査 ～避難誘導マニュアルを作成して～

Survey of attitude toward Early behavior at the time of disaster in neonatal ward
～ creating manuals for evacuation guidance ～

石田 美那子 大浦 弘美 安部 裕子 金崎 由香 白川 智子
Minako Isida Hiromi Ohura Yuko Abe Yuka Kanasaki Satoko Sirakawa

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 未熟児新生児病棟
Kagawa National Children's Hospital The Premature neonatal ward

要旨

本研究の目的は、病棟の特殊性を考慮した避難誘導マニュアルを作成し、ペーパーシミュレーションを行い、災害時初期行動に対する看護師の意識の変化を明らかにすることである。方法は、ペーパーシミュレーション実施前後で、アンケート調査を行った。意識は4項目5段階評価とし、知識は6項目3段階の自己評価尺度で回答を得て点数化し分析した。結論は、災害場面のイメージ化に繋げることが難しく、自信が持てるには至らなかったが、災害時初期行動に対する関心度は上昇した。日常の防災意識は、実際の行動に移すことができており、意識の変化が認められた。今後、定期的な勉強会や避難訓練を通して、意識の向上及び維持に努めることが重要である。

キーワード：ペーパーシミュレーション、避難誘導マニュアル

【はじめに】

近年、新潟県中越地震や東日本大震災と大きな災害が起こっている。四国地方においても南海地震が今後30年以内に起こると示唆されている。山谷は「一般的に、震度5弱以上の揺れに襲われると、大多数の人は強い恐怖感を覚え、震度6以上の揺れになると、その場に立っていることはほぼ不可能である¹⁾」と述べている。災害発生時、看護スタッフとして焦らずに、患者の安全を考慮した的確な行動ができるのか疑問を抱いた。石原は「災害発生時、職員一人一人が行うべき行動を理解していなければならず、一目でわかるフローチャート式マニュアルの作成が必要と考える²⁾」と述べている。当院では地震防災応急計画が作成されており、現在マニュアルの見直しを行っているが、病棟の特殊性に沿った内容ではなく、具体的行動がイメージできない状況にある。統一した知識を持って災害に備えるためには、当院のマニュアルを基に、個々の病棟の特殊性を考慮したマニュアル作成が必要であると考えた。

そこで、災害に対する院内統一の看護管理基準を再確認し、病棟の特殊性を考慮した避難誘導マニュアルの作成に取り組み、ペーパーシミュレーションを実施した。その結果、災害時初期行動に対する看護師の意識の変化が明らかになったので、ここに報告する。

I. 研究目的

避難誘導マニュアルを活用したペーパーシミュレーションで、災害時初期行動に対する意識の変化を明らかにする。

II. 用語の定義

避難誘導マニュアル

- ①患者を安全に避難するために、輸液・人工呼吸器管理中など個々の治療及び、特徴に応じた避難準備方法(資料1)
- ②夜間勤務時に自分の行動や役割がわかるもの(資料2)

III. 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究

2. 対象：NICU・未熟児新生児病棟に勤務する看護師33名

3. 期間：2011年5月～2012年1月

4. ペーパーシミュレーションの実施方法

院内統一の看護管理基準の災害から、連絡体制、避難経路、停電時の対応、消火器・消火栓の場所を抜粋して研究メンバーが資料を作成し、スタッフに配布をして、資料を見ながら研究メンバー1名が代表して説明をした。1回目は看護管理基準についてカンファレンスの時間を利用して1ヶ月間毎週2回開催し、約15分間のペーパーシ

ミュレーションを実施した。スタッフ全員に周知したことを確認した後、NICU・未熟児新生児病棟の特殊性を考慮して避難誘導マニュアルを作成した。避難手順が一目で理解できるように一手順ずつ写真に撮って明示したものを資料1夜勤時での自分の行動や役割がわかるよう一覧にしたものを資料2とした。この避難誘導マニュアルを参考にして、1回目と同様に、カンファレンスの時間を利用して1ヶ月間毎週2回開催し、約15分間のペーパーミュレーションを実施した。勤務の都合で参加できないスタッフに対しては、研究メンバーが個別にペーパーミュレーションを実施した。

5. アンケートの実施方法

ペーパーミュレーション実施前後でアンケート調査を行った。アンケート内容は、災害に対する意識を「よく考える」「考える」「どちらともいえない」「あまり考えない」「全く考えない」等の5段階評価とし、知識に対する質問は初動対策と防災のポイントに沿って独自で6項目で作成した。質問項目は「地震発生時の行動」「避難時の条件」「持ち出し書類の把握」「患者移動及び避難準備・方法」「防災設備状況の確認」「その他の設備・備品の状況確認」に分類し、①分かる②だいたい分かる③分らない、の3段階の自己評価尺度で解答を得た。①分かる②だいたい分かるに解答した場合は正解と思う記述をしてもらった。ペーパーミュレーション後には、ミュレーションに対する意見や行動に変化があったかを自由記載できるよう、アンケートに追加した。

6. 分析方法

ペーパーミュレーションの効果を検討するために、ミュレーションの実施前後のアンケート結果を比較した。知識設問は正回答に2点、正回答が複数ある場合に対して回答数が不足している場合に1点を配点した。自由回答は、記載された内容は類似事項を分類してまとめた。

IV. 倫理的配慮

本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得て行い、対象者にはアンケート配布時に文書で本研究の目的を説明し、個人の匿名性を守り、研究以外に使用しないこと、プライバシーの厳守、研究への参加は自由であることとした。

V. 結果

アンケートはペーパーミュレーション実施前後とも、それぞれ回収率、有効回答率は100%であった。

基本属性について、経験年数の5年未満12名(36.3%)、10年未満10名(30.3%)、10年以上20年未満4名(12%)、20年以上7名(21.1%)であった。病棟の経験年数は5年未満24名(72.7%)、10年未満2名(6%)、10年以上20年未満6名(18.1%)、20年以上1名(3%)であった(図1・2)。

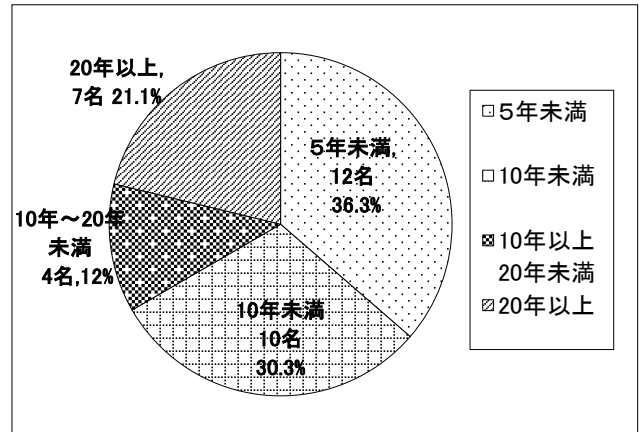


図1 看護師の経験年数

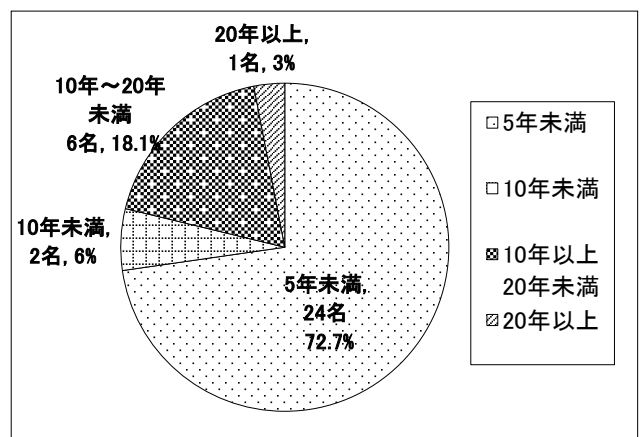


図2 病棟の経験年数

災害の被災者になった経験があるスタッフは3名(9%)であり、災害時に医療班として出動した経験のあるスタッフはおらず、病院の災害マニュアルを読んだことがあるスタッフは9名(27.2%)であった。災害の看護について講義を受けたスタッフは16名(48.4%)、防火訓練を経験したことのあるスタッフは18名(54.5%)いたが、全く受けたことがないスタッフは5名(15.1%)であった。

1. 災害時初期行動に対する意識(5段階評価)

1)「災害時初期行動に対する関心度」は、「よく考える」「考える」を合わせると、ペーパーミュレーション前後で14名(42.4%)から24名(72.7%)に増加した。自由回答については、「自然災害や東日本大震災の

報道から、意識するようになった」などの意見があった(図3)。

2)「災害時の初期行動への自信」は、ペーパーシミュレーション前後で、大きく変化したのは、「どちらともいえない」が9名(27.2%)から19名(57.5%)に増加し、「あまりない」が20名(60.6%)から11名(33.3%)に減少した。自由回答については、ペーパーシミュレーション実施前(以下シミュレーション前とする)のアンケートでは「分らない」との意見が多くみられたが、ペーパーシミュレーション実施後(以下シミュレーション後とする)のアンケートでは「適切な行動できるか心配」「パニックになると思う」という意見がみられた(図4)。

3)「災害場面のイメージ化」としては、「できる」が6名(18.1%)から13名(39.3%)に増加した。自由回答については、シミュレーション前は「経験がなく想像できない」などの意見がみられたが、シミュレーション後のアンケートは「建物が潰れそう」「なんとなく想像できる」などの意見がみられた(図5)。

4)「日常の防災意識」としては、「あまりない」が17名(51.5%)から9名(27.2%)に減少した。自由回答については、シミュレーション前は「非常口前に物を置かない」「物品位置の把握」など病棟内の整理整頓の意見がみられたが、シミュレーション後のアンケートは「保育器やモニター類のストッパーの確認」「避難経路の再確認をした」などの意見がみられた(図6)。

5)その他の自由回答については、シミュレーション前は「不安」「建物の耐震構造」などの意見がみられたが、シミュレーション後のアンケートは「落ち着いた行動がとれるか不安」「避難先での対応」などの意見がみられた。

2. 初期行動・防災に対する知識

シミュレーション後のアンケートから、全ての項目で正解の平均値が上昇している結果となった(図7)。

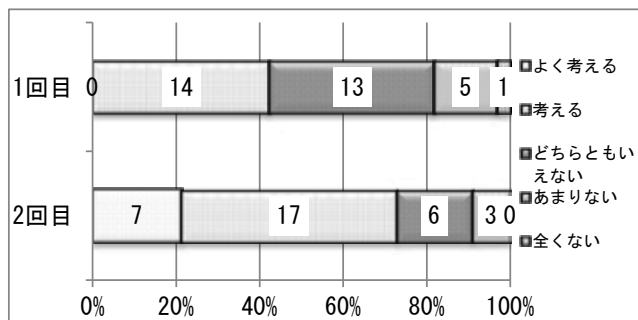


図3 災害時初期行動に対する関心度

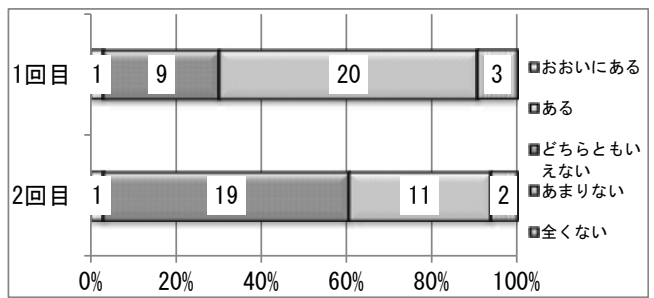


図4 災害時の初期行動への自信

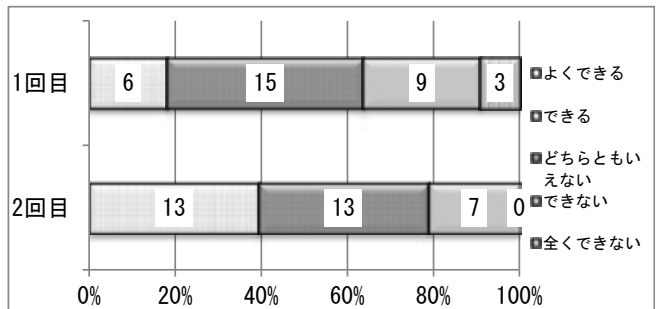


図5 災害場面のイメージ化

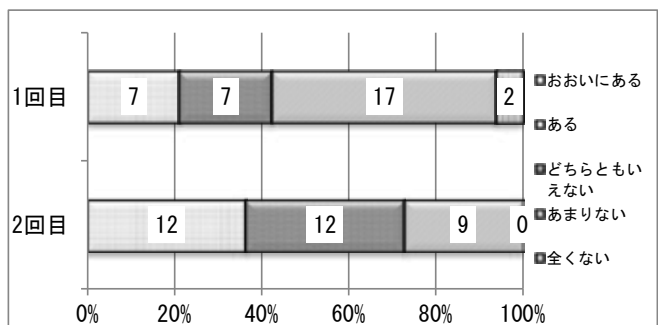


図6 日常の防災意識

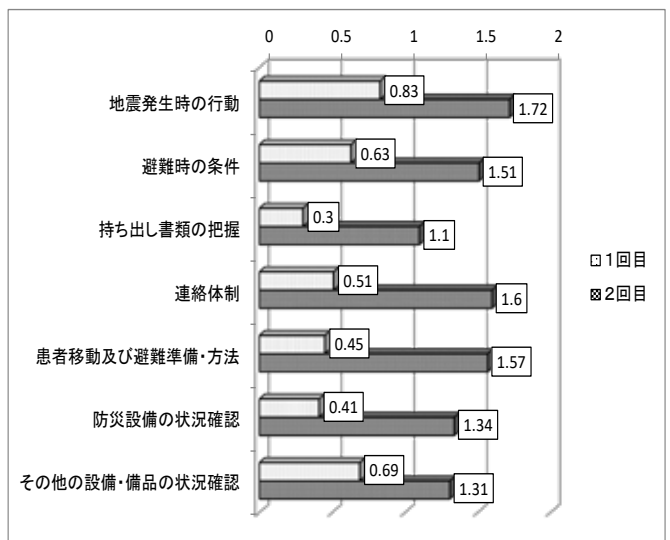


図7 災害に対する知識

VI. 考察

研究対象に関しては、看護師の経験年数の5年未満12名(36.3%)がもっとも多く、病棟の経験年数も5年未満24名(72.7%)であり、病棟は経験年数5年未満のスタッフが最も多い。経験年数が長い方が様々な経験ができており、危機への対応の際に慌てずに対応できるのではないかとと思われるが、経験年数が短いと、日常においても業務に必死で、余裕がない現状がみられる。そのため、災害緊急時の対応が、迅速に対応できないのではないかと考える。災害緊急時には、スタッフ全員が同じレベルで最低限の知識をもって患者を安全に避難することが重要である。

「災害時初期行動に対する関心度」はシミュレーション前から、「よく考える」「考える」で14名(42.4%)おり、関心度は高いといえる。しかし、病院の災害マニュアルを読んだことのあるスタッフは9名(27.2%)であり、経験したことがない災害に対して、不安は募るが、自ら災害に対する知識をつけるなどの行動には移されていないのが現状である。野中は「実際に災害が発生すると、マニュアルを読んでいる時間はないので訓練を通して、とるべき役割と行動を身につけておかないと対応の遅延、二次災害につながる危険がある³⁾」と述べている。そのために、他病棟の応援態勢を考慮し、また病棟へ配置換え直後のスタッフでも一目で理解できるように、輸液・人工呼吸器管理中など個々の治療及び、特徴に応じた病棟独自の避難誘導マニュアルを作成した。避難誘導マニュアルを使用することで、災害場面のイメージ化や避難方法などが、スタッフにシミュレーションでき、緊急時の対応の遅延が防げるのではないかと考える。

「災害時初期行動への自信」は、「ある」と回答したスタッフがシミュレーション前後共に1名(3%)のみであり、「あまりない」が20名(60.6%)から11名(33.3%)に減少した。また、シミュレーション実施後の自由記載には「適切な行動ができるか心配」「パニックになると思う」などの意見を18名(54.5%)のスタッフが回答しており、今回のシミュレーションだけでは実際に行動していないため、行動への自信にまでには結び付きにくく、不安が生じた結果になったと考える。

「災害場面のイメージ化」は、「できる」が6名(18.1%)から13名(39.3%)に増加し「できない」が9名(27.2%)から7名(21.2%)に減少した。他の意識の変化に比べて、できると回答したスタッフが少なく、十分なイメージ化の上昇結果とはいえない。災害の被災者を経

験したスタッフは3名(9%)いるが、多数のスタッフにとっては、災害は未体験のことであるため具体的なイメージがつかめないのが現状である。シミュレーション後のアンケートでも、「イメージができない」と回答したスタッフが7名(21.2%)いた。笠松らは「地震をイメージした訓練そのものの難しさや災害にあったこともないため、日常的に備えることは難しい⁴⁾」と述べており、シミュレーション実施の際に、過去の地震時での病棟の被害状況などを盛り込んで説明はしたが、シミュレーションだけでは、十分な災害場面のイメージ化に繋げることは難しかったのではないかと考える。

「日常の防災意識」では、「ある」が7名(21.2%)から12名(36.3%)へ増加し、「あまりない」が17名(51.5%)から9名(27.2%)と減少した。また、シミュレーション後の行動の変化の自由記載から、病棟の経験年数に関係なく「物品や備品の位置や、避難経路の再確認をした」「非常口前の整理整頓を心がけるようになった」と回答したスタッフが10名(30.2%)いた。病棟内において、以前は非常口前に備品が置かれている状況がみられていたが、シミュレーション後は整理整頓が行動に移されており、防災意識が芽生えているのではないかと考える。保育器のストッパーを止める事、人工呼吸器が無停電装置に接続している事などを確認して、業務に取り組んでいく必要がある。日々の業務においても日常の防災意識の向上に努め、減災を目的とした行動を心がけることが大切である。

初期行動・防災に対する知識の項目では、シミュレーション後に全体的に正解の平均値が上昇している。全てのカテゴリーで知識の向上が認められていることから、スタッフ間に知識がより浸透したといえる。シミュレーション後の自由記載では、「行動のイメージがわいた」を9名(27.2%)、「災害への意識・知識があがった」を11名(33.3%)のスタッフから意見がみられた。また、シミュレーション後の行動の変化への質問では「物品や備品の位置確認」「意識が変わった」など行動の変化にもつながったことから、古岩井らは「危機的状況を日頃からイメージトレーニングすることと、適正な技術が身につくよう普段から避難訓練を繰り返すことは、防災に対する意識の向上や維持につながる⁵⁾」と述べていることと一致している。

今回はペーパーシミュレーションのみの実施であり、頭の中でのイメージしかできていないと思われる。アンケートでも「実際に動けるか不安」と回答したスタッフも3名(9%)みられた。体験する避難訓練は現実感があり、より災害場面のイメージ化につながると考えられる。

今後は、実際に病棟内において避難訓練を通して災害場面のイメージ化につなげていき、災害時に対する意識の向上を維持することが重要である。

VII. 結論

今回の研究により、ペーパーシミュレーションを実施することで以下のことが明らかになった。

1. 「災害時初期行動に対する関心度」が14名(42.4%)から24名(72.7%)に上昇したことから、関心度が上昇した。
2. 「災害時初期行動への自信」は「どちらともいえない」が9名(27.2%)から19名(57.5%)に上昇したが、自信がもてるには至っていない。
3. 「災害場面のイメージ化」は、ペーパーシミュレーションだけでは十分な災害場面のイメージ化につなげることは難しかった。
4. 「日常の防災意識」は、実際の行動に移すことができしており、防災に対する意識の変化が認められた。

5. 今後、避難誘導マニュアルを活用し、定期的な勉強会や避難訓練を通して、災害時に対する意識の向上及び維持に努めることが重要である。

【引用文献】

- 1) 山谷菜樹, 危険から身を守る本一自然災害編一, 創元社: 3, 2010
- 2) 石原哲, 災害看護, 市中病院における災害対策, 南山堂, 東京: 221, 2002
- 3) 野中廣志, 実践! 災害看護ー看護者はどう対応するのかー, 照林社: 30, 2010
- 4) 笠松ふみ子他, 災害時を想定した職員の意識調査への取り組み, 精神化リハビリテーション看護, 看護研究論文 26 (8): 126, 2005
- 5) 古岩井邦江, 渡辺三重子, 防災意識向上への取り組み, 小児看護 30(6): 791-792, 2007

NICU 看護師による出生前訪問を受けた母親の不安の変化

The change of mother's anxiety after prenatal visit with NICU nurse

松本 由貴 山本 千恵 谷澤 愛 金子 理香 白川 智子

Yuki Matsumoto Chie Yamamoto Ai Tanizawa Rika Kaneko Satoko Shirakawa

独立行政法人国立病院機構 香川小児病院 NICU

Kagawa national Children's Hospital The NICU

要旨

本研究の目的は、ハイリスク妊婦に対して出生前訪問を実施し、NICU について情報を提供することで家族の不安がどのように変化したのか明らかにする。対象は、NICU 入院が予測される妊娠 23 週以上、切迫症状で入院中の 3 名に出生前訪問を実施し、産後、半構成的インタビュー調査を実施。母親の発現を逐語録にし、「NICU 病棟に対するイメージ」「赤ちゃんへの思い」「育児に対する思い」「NICU スタッフに対する思い」の 4 つにカテゴリーに分類した。

NICU 看護師が出生前訪問を実施し、よりよい母親との関係形成につながった。また母親は、パンフレットから赤ちゃんとの関わりや NICU 環境や生活をイメージでき、母親の出生前の不安の軽減できた。

以上のことから、4 つの結論を得た。1. NICU 看護師が出生前訪問から関わることで、よりよい母親との関係形成につながった。2. 出生前訪問を行うことで母親は、赤ちゃんとの関わりをイメージできた。3. 出生前訪問でパンフレットを使用することで、NICU 環境や生活をイメージでき、母親の出生前の不安の軽減につながった。4. 出生前訪問を行う際には産科スタッフとの連携が重要である。

キーワード：出生前訪問 ハイリスク妊婦 ファミリーケア

【はじめに】

先行研究にて NICU に入院した児の家族の不安を分析した結果、出生前から母親は在胎週数に関係なく、NICU の環境や児の日常の過ごし方などに対する不安を持っていることが分かった。また、池内らは「我が子が出生直後に NICU に入院となった場合、両親は初回面会において児の状態や児を取り巻く環境を目の当たりにし、戸惑いや不安を感じている」¹⁾ との報告がある。

NICU 看護師は、出生前の妊婦の情報を医師と助産師から得ており、初めて母親と関わるのは出生後の初回面会時であることが多い。中沢らは「ハイリスク妊婦や家族に対し、NICU 看護師が出生前訪問を行うことは、妊婦を取り巻く家族の不安を軽減や出生後の家族支援について有効である」²⁾ と述べている。そのため、NICU 入院が予測される児の母親の不安を軽減し、NICU 入院後の母児愛着形成の促進、NICU 看護師との関係構築がスムーズとなるように、出生前訪問を導入することとした。今回、出生前訪問を実施後、NICU に入院した家族の不安がどのように変化したのか明確にする。

<用語の定義>

出生前訪問：産前に NICU 看護師が産科病棟で入院中の妊婦を訪問すること

I. 研究の目的

産科病棟入院中のハイリスク妊婦に対して出生前訪問を実施し、出生前に NICU について情報を提供することで NICU に入院した家族の不安がどのように変化したのか明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究期間

H23.5 ~ H23.11

2. 研究デザイン

質的研究

3. 研究対象

NICU 入院が予測される妊娠 23 週以上、切迫症状で入院中の妊婦。

4. 調査方法

NICU 経験 3 年目以上の看護師が産科病棟で、妊婦の情報収集を行う。その後出生前訪問を行ない、NICU の概要についてパンフレットを用いて説明を行った。産後、児が NICU に入院した母親のうち了解の得られた対象者に、産科病棟退院後 1 週間後に半構成的インタビュー調査を実施。

5. 分析方法

母親の発言を逐語録にし、NICU に児が入院すること、児の状態、育児に対する不安、悩みなどについての発言の部分抽出した。その後、内容に応じて帰納的に分類し、カテゴリー化した。分類は、NICU の勤務が 3 年以上の研究者 2 名で十分に話し合いながら進め、内容の真实性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究の主旨及び得られた情報は個人を特定せず、本研究以外には使用しないこと、研究への参加は自由意思であり、不参加による不利益は被らないことを書面及び口頭で説明し承諾を得た。本研究は事前に、A 病院の倫理委員会にて承諾を得た。

III. 結果

産科病棟入院中で、プレネイタイルビジット (出生前小児保健指導) を受けた妊婦 3 名のうち、実際病棟に入院となった児 2 名の母親から内容が得られた。

1. 対象者の概要

対象者は以下の 2 名であった。

① 30 歳台後半、経産婦。今回自然妊娠。二絨毛膜性二羊膜性双胎、妊娠 27 週 4 日第一児前期破水。妊娠 30 週 1 日、帝王切開にて出産。

② 20 歳台後半、経産婦。今回、不妊治療で妊娠する。妊娠 31 週 0 日第 2 児の子宮内発育停止、臍帯動脈拡張期途絶をみとめ、先進児骨盤位のため帝王切開にて出産。

2. カテゴリー分類結果

出生前訪問をして NICU に入院した母親から得られたデータを、以下の 4 つの項目「NICU 病棟に対するイメージ」「赤ちゃんへの思い」「育児に対する思い」「スタッフに対する思い」に分けて、訪問前と訪問後の不安の変化を抽出した。

1)NICU 病棟に対するイメージ

訪問前		訪問後	
早産になる	「小さい状態で破水していたので、お世話にならないといけないとは思っていた。」 「怖かったっていうか、どなんやろうって思った。」 「できるだけお腹にいてねといっぱいいっぱいだった。」 「早めに言われたら、見ていたらいいかなと思っていた。」	無事に産まれたことへの安堵感	「事前にこういう部屋で看てもらえることが分かったので、安心して出産できた。」 「いいタイミングに訪問してもらってありがたかった。」

訪問前		訪問後	
NICU 病棟の環境の情報不足	「絶対に入らないかのは分かっていたけど、想像がつかなくて。」 「怖かった。」 「上の子のとき新生児室で、お世話になったけど今回は未熟児なので全く違うところなので、想像がつかなかった。」	NICU 病棟の環境への安心感	「写真を見て同じ状態なのでイメージが湧きやすい。」 「こういうことをしていますよと教えてもらい安心できた。」 「部屋の様子や器械とかもあんな感じというのがあってイメージできた。」 「パンフレットの写真とかあって手洗い、消毒とかいろいろあって、すごいスムーズにはいれた。」

訪問前		訪問後	
子どもの成長過程への不安	「赤ちゃんがどういう成長を保育器のなかで迎っていくか全く知識がない。」 「妹のほうがやっぱりちょっと小さいのでちゃんと育っていくのか気になる。」 「脳、肺、目、腸も心配で考えれば考えるほどしんどくなってくる。」	子どもの成長の喜び	「ちょっとずつ呼吸器が口から外れて鼻から外れて、だんだん管が減ってたりするのはうれしい。」 「早く帰ってこないかな。」 「母乳の量がちょっとずつ増えたり、ちょっとふくらして肉がついてきたかなと思えたら、楽しいというかいっぱい考えられるようになった。」 「お姉ちゃんは、顔が変わってきた。妹はちょっと肉がついたかな。」

2) 赤ちゃんへの思い

訪問前		訪問後	
子どもに対する謝罪	「上の子は1人目やから話しかけたり、触ったりして気にしていたけど、2人目となるとあんまり気にしなくて。」 「上の子に手がかかるからほったらかしっていうのがあって。」	子どもへの愛情	「事前にこういう部屋で看てもらえることが分かったので、安心して出産できた。」 「いいタイミングに訪問してもらってありがたかった。」

3) 育児に対する思い

訪問前		訪問後	
母乳分泌への不安	「上の子は結構出たから大丈夫やったけど、今回は2人分なのでどうなんかな。」	母乳に対する意欲	「今は、けっこう出ているからいいかなと思う。退院したら3時間おきに搾乳せんと。」 「双子はどうやって授乳したらいいですか。」 「母乳容器はなんでもいい？1人は少なくて1人は多くて、量が違うから大きい容器と小さい容器に入れた方がいいのかな？」
祖母への気兼ね	「上の子はおばあちゃんが見てて大変って言われる。早く帰ってこいと言われる。」	退院後の生活の変化	「実家に帰る予定。私がいれば、上の子も全然変わるみたい。」 「帰ったらお風呂がねえ…。1カ月したら一緒に入れるけどベビーバスでもいいですか？3人一気に入れるには大変かなと思って、一緒に入って何かしてあげた方がいいのかなと思って。」
母子分離のつらさ	「今はそんなに離れてないからさみしいという思いはない。」	母子分離のつらさ	「退院後、毎日会えないのでさみしい。近かったら毎日来たいなと思う。」

4) NICU スタッフに対する思い

訪問前		訪問後	
スタッフへの不安	「見たことない。」 「全然知らない人。」	スタッフへの安心感	「見たことある人で挨拶しやすい。」 「来てくれて安心。」

IV. 考察

今回、出生前訪問を行い、その後母親へのインタビューを通して、4つの項目について不安内容の変化が明らかになった。

「NICU 病棟に対するイメージ」については、早産やNICU 病棟の情報不足からくる不安を抱えていた。山崎は「実際に児を見たり触ったりできない母親は、イメージする材料も少ないため児に対する不安や恐れは膨れ上がる」³⁾と述べている。NICU がどのような場所であるか、児が保育器の中でどのようなケアを受けるのか前もって説明を受けることで、想像がつかなかった所から、イメージでき児を預けられる場所としての安心感につながったと考えられた。

また、訪問を行うことは、パンフレットの写真から病棟の環境を具体的にイメージ化することができ、母親に出産に対する心構えをもつように働きかけができたのではないかと考える。母親から「事前にこういう部屋で看てもらえることが分かったので、安心して出産できた」、「部屋の様子や器械とかもあんな感じというのがあってイメージできた」との発言があったように、母親に言葉だけでなく、パンフレットに写真をいれ視覚的に情報提供することで思い描いていた児のイメージが具体的となり、効果的だったと考える。

「赤ちゃんへの思い」については、人工呼吸器や点滴挿入されていることで、かわいそうという気持ちがあり状態や今後の成長に対しての不安があった。出生前訪問を受けることで、新生児の治療や看護についてパンフレットで説明を受け、少し不安が残っているものの、児の療養環境について理解できたと考える。増永は「産前訪問は出産に至った後の具体的な治療の流れを知ることにより、漠然としていた大きな不安の解消に有用であり、

周産期母子医療センターにおいては必須のものと思われた⁴⁾と述べている。また、「ちょっとずつ呼吸器が口から外れて鼻から外れて、だんだん管がなくなったり、減ったりするのはうれしい」と児の成長についての喜びが窺える。状態や療養環境、今後の経過について正しく理解することが不安の軽減につながると考える。

「育児に対する思い」については、面会方法や抱っこできる時期など児との関わり方について不安があった。児がNICUに入院している母親は、出産直後から母子分離を余儀なくされ、児との関わりが十分に出来ない状況にある。子どもが生まれると、親は無条件に子どもを愛し深い絆が結ばれるようになるが、通常の出産と比べるとNICUに入院する児と母親の愛着形成には時間を要することが多い。橋本は「親子の関係性は、『居心地よく親と子どもがともにいる時間を重ねる』ことによって、自然に発達していくものである⁵⁾と述べている。訪問時に面会方法や育児練習の様子を説明することは、児との関わり方、育児練習についての理解につながると考える。そのため入院後、早期から児と面会しタッチングしたり、搾乳することで愛着形成が築け、母親としての役割を確立させる機会となった。

「スタッフに対する思い」について、小林は「妊婦が産前訪問によって、周りからサポートされているという気持ちを持つことができるようにしていくことが大切である⁶⁾と述べている。母親から、「見たことがある人で挨拶しやすい」との発言があり、入室時の緊張を緩和でき、安心することが出来たと考えられた。

また、看護師側も出生前訪問から関わることで、その後の信頼関係構築や今後のケアに役立てることができ、母親とのよりよい関係形成につながったと考えられる。

今回の出生前訪問については、「いいタイミングで訪問してもらってありがたかった」という発言より、適切だったと考える。しかし対象者が少なく個人差があるため、今後の課題として、訪問の時期、タイミングを検討していく必要がある。宿野らは「望ましい母子関係が形成されるためには、NICUスタッフが介入する時期を、産科との話し合いで決定し、母親に配慮をもった訪問が必要である⁷⁾と述べている。妊婦の心理状況を把握し、必要な時に、必要な情報を提供するには、産科病棟の協力なしには実施できない。このことから、産科病棟の看護師、産科医、小児科医、NICU看護師が情報交換を行い、事前に母親の家族背景や妊娠経過、精神状態などの情報を十分に得てから訪問を行わなければならない。

V. 結論

1. NICU看護師が出生前訪問から関わることで、よりよい母親との関係形成につながった。
2. 出生前訪問を行うことで母親は、赤ちゃんとの関わりをイメージできた。
3. 出生前訪問でパンフレットを使用することで、NICU環境や生活をイメージでき、母親の出生前の不安の軽減につながった。
4. 出生前訪問を行う際には産科スタッフとの連携が重要である。

【おわりに】

今回の出生前訪問については対象者も少なく、また妊娠週数や、児の状態など個人差があったが、出生前訪問の方向づけとなった。今後、対象者数を増やし、母親の精神状態や妊娠経過に合わせて、訪問の時期や方法について検討し、継続していきたいと思う。

【引用文献】

- 1) 池内和代. NICU チームで取り組むファミリーケア. 堀内頌編集: メディカ出版: 64-69, 2002
- 2) 中沢京子. NICUにおける出生前妊婦訪問の現状と課題. 日農医誌 53(2):167-171, 2004
- 3) 山崎不二子: 母子関係形成を助けるケア. 小児看護 24(4):480-485, 2001
- 4) 増永健, 岡田真衣子, 橋本洋子. 東京都立大塚病院におけるハイリスク妊婦への産前訪問の取り組み. 日本未熟児新生児学会雑誌. 21(2): 301-306, 2009
- 5) 橋本洋子. "NICUでのこころのケア". NICUとこころのケア: 家族のこころによりそって. メディカ出版: 2000, 116-9
- 6) 小林友幸. NICU看護師・医師による産前訪問が与える影響 1 事例 - 産前訪問実施から出生後退院するまでの言動からの分析より -. 第 14 回日本新生児学会講演集: 122-123, 2004
- 7) 宿野由美子, 尾台順子, 広橋紀江. NICUに入院した児を持つ母親の産褥期の不安の調査. 第 35 回日本看護学会論文集 (小児看護): 164-166, 2004

【参考文献】

- 1) 黒川洋子, 磯村ゆき子, 近藤百世. 産前訪問を受けたMFICU入院中のハイリスク妊婦の思い. 第 41 回日本看護学会論文集 (母性看護): 64-66, 2011

産後の母乳栄養に関連する要因の調査・検討

Research and investigation of factors related to breastfeeding postpartum

藤原 美香 北岡 千恵 富山 かおり 近藤 三枝 小池 秀子
Mika Fujihara Chie Kitaoka Kaori Tomiyama Mie Kondou Hideko Koike国立病院機構香川小児病院 3 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 3th ward

要旨

当病棟では、平成 21 年より母子同室に積極的に取り組み、平成 22 年より頻回授乳を促しミルクの補足を最小限にするなど母乳育児を推進してきた。その結果、退院時母乳率約 30%から約 70～80%と増加傾向にある。母乳育児には私たち医療者の入院中のかかわりが重要であり、授乳指導や援助を行ってきた。しかし、一方で母乳栄養がうまく進まない人たちがいるのも現状である。

そこで今回、当病棟における母乳栄養に影響を与える要因を明らかにしたいと考え、分娩後の母乳栄養に関連する影響要因を 8 項目（出産年齢、出産経験、妊娠週数、分娩形式、胎児数、分娩時出血量、出生時体重リスク、母子同室）挙げ比較、検討した。その結果、全ての項目で影響が見られ、より積極的な支援が必要であることが明らかになった。

キーワード：母乳栄養、母親、新生児

【緒言】

近年、ユニセフ/WHO の勧告により母乳育児が推進され、母乳育児確立のために早期授乳や終日の母子同室などを実施して母乳育児支援に努めている施設が増加している。

当病棟でも、平成 21 年より母子同室に積極的に取り組み、平成 22 年度より頻回授乳を促し、ミルクの補足を最小限にするなど、母乳育児を推進してきた。その結果、退院時母乳率約 30%から約 70～80%と増加傾向にある。下川¹⁾は「母と子の最初の一步にかかわる私たちは、育児によるストレスや不安をできる限り取り除き、出産を経た母親が本当の意味で母親となり、児に対する愛情が満ち溢れた中で育児ができるよう援助していくことが大切」と述べており、母乳育児には私たち医療者の入院中の関わりが重要になってくる。実際私たちも生後 6 時間以内の直母開始から頻回授乳を促し、訴えに傾聴しながら授乳姿勢や効果的な吸啜など授乳指導や援助を行ってきた。しかし、一方で母乳栄養がうまく進まない人たちがいるのも現状である。過去の調査において、初産婦、帝王切開の人、高齢出産の人などは最も母乳育児支援を必要とするという報告²⁾もあり、当病棟における母乳栄養に影響を与える要因を明らかにしたいと考えた。

そこで、今回分娩後の母乳栄養に関連する影響要因を 8 項目（出産年齢、出産経験、妊娠週数、分娩形式、胎児

数、分娩時出血量、出生時体重リスク、母子同室）挙げ、影響要因を明らかにすることで、より積極的な介入ができると考え、この研究に取り組んだ。

I. 研究目的

母乳育児推進に向けて母乳栄養継続に関連する影響要因を明らかにする。

II. 研究の倫理的配慮

当院の入院申し込み用紙の「当院では医療の進歩、向上のために、受診された患者個人が特定されない事を前提に、登録された検査所見等のデータを研究目的で利用させていただくことがあります。あらかじめ、ご了承の上、受診していただきますようお願い申し上げます。」を同意書とし、同意を得たものとする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的研究

2. 研究対象

・入院から退院まで産科病棟新生児室で経過した双胎を含む男児 174 名、女児 181 名（データを出すにあたり、出産数と出生数の違いがあるので今回は出生数を対象とした）

・口唇口蓋裂のない児

3. 調査期間

平成 22 年 7 月 1 日～平成 23 年 7 月 31 日

4. 調査方法

1) 対象をそれぞれ影響要因ごとに群分けし、それぞれの群をリスクなし群 / リスクあり群とする。

- ・ 出産年齢 (35 歳未満 / 35 歳以上)
- ・ 出産経験 (経産 / 初産)
- ・ 妊娠週数 (37 週以上 / 37 週未満)
- ・ 分娩形式 (経膈分娩 / 帝王切開)
- ・ 胎児数 (単胎 / 多胎)
- ・ 分娩時出血量 (以下「出血量」とする) (500ml 未満 / 以上)
- ・ 出生体重リスク (以下「体重リスク」とする) (なし / あり)
- ・ 母子同室 (あり / なし)

5. データ収集方法

1) 当病棟患者の分娩に関する影響要因及び退院時の母乳栄養状況をカルテより収集し集計する。

2) 1 ヶ月健診時の母乳栄養状況を母乳カルテより収集し集計する。

6. 用語の定義

母乳栄養群: 生まれてから母乳だけ与えられていた群。

混合栄養群: 母乳とミルク, 又はミルクのみ与えられていた群。

母子同室: 出生後, 48 時間以内に同室をスタートして 24 時間継続した状態。

出生体重リスク: SGA (体重が 10% タイル未満), LGA (体重が 90% タイル以上)

7. 分析方法

1) 入院から退院時 (以下退院時とする) の母乳栄養群と混合栄養群を比較・検討する。

2) 退院時母乳栄養群と 1 ヶ月健診時の母乳栄養群を比較・検討する。

3) 退院時の母乳栄養群・混合栄養群と影響要因リスクなし群 / リスクあり群を単純集計し, χ^2 検定を用いて解析する。

4) 退院時と 1 ヶ月健診時の母乳栄養群と影響要因リスクなし群 / リスクあり群を単純集計し, マクニマー検定を用いて解析する。

IV. 結果

1. 対象者の背景

対象期間中に, 当病棟で出産・退院し 1 ヶ月健診を当病院で受診した児 374 名中, データ収集できた児 355 名 (双胎を含む), 男児 174 名 (49.0%), 女児 181 名 (51.0%) を対象とした (表 1)。

影響要因ごとに見ると, 母親の出産年齢は 35 歳未満 285 名 (80.3%), 35 歳未満以上 70 名 (19.7%) であった。出産経験は, 経産 207 名 (58.3%), 初産 148 名 (41.7%) で, 分娩形式は, 経膈分娩 273 名 (76.9%), 帝王切開 82 名 (23.1%) であった。妊娠週数は, 37 週以上 348 名 (98.0%), 37 週未満 7 名 (2.0%) で, 出血量では, 500ml 未満 204 名 (57.4%), 500ml 以上 151 名 (42.5%) であった。胎児数は, 単胎 327 名 (92.1%), 多胎 28 名 (7.9%) で, 体重リスクの有無は, リスクなし 303 名 (85.4%), リスクあり 52 名 (14.6%) であった。母子同室の有無については, あり 164 名 (46.2%) なし 191 名 (53.8%) であった (表 2)。

2. 退院時の母乳栄養群と混合栄養群の比較

母乳栄養に関連が予測される要因として出産年齢・出産経験・妊娠週数・分娩形式・胎児数・出血量・体重リスクの有無・母子同室の有無の 8 項目をあげ χ^2 検定を行った。その結果, 有意な差がみられたものは出産年齢, 出産経験, 胎児数, 出血量, ベビー出生体重リスクの 5 項目であった (表 3)。

3. 退院時と 1 ヶ月健診時の母乳栄養群の比較

対象者の 1 ヶ月健診時の母乳栄養群を調査し, 退院時の母乳栄養群と比較し 8 項目それぞれにマクニマー検定を行った。

その結果, 有意な差が見られたものは, 出産年齢, 妊娠週数, 分娩形式, 胎児数, 出生体重リスク, 母子同室の有無の 6 項目であった (表 4)。

表 1 対象者の属性

n = 355		
児 (双胎を含む)	男児	174(49.0%)
	女児	181(51.0%)

表 2 母乳栄養への影響要因

n = 355		
影響要因	リスク	人数 (%)
出産年齢	なし	285(80.3%)
	あり	70(19.7%)
出産経験	なし	207(58.3%)
	あり	148(41.7%)
妊娠週数	なし	348(98.0%)
	あり	7(2.0%)
分娩形式	なし	273(76.9%)
	あり	82(23.1%)
胎児数	なし	327(92.1%)
	あり	28(7.9%)
出血量	なし	204(57.4%)
	あり	151(42.5%)
出生 体重リスク	なし	191(53.8%)
	あり	303(85.4%)
母子同室	なし	164(46.2%)
	あり	191(53.8%)

表3 退院時の母乳栄養と混合栄養の比較 n = 355

影響要因	リスク	母乳栄養	混合栄養	合計	p 値
出産年齢	なし	233	52	285(100)	0.007 *
	あり	47	23	70(100)	
出産経験	なし	171	36	207(100)	0.041 *
	あり	109	39	148(100)	
妊娠週数	なし	276	72	348(100)	0.154
	あり	4	3	7(100)	
分娩形式	なし	220	53	273(100)	0.149
	あり	60	22	82(100)	
胎児数	なし	270	63	333(100)	0.000 *
	あり	10	12	22(100)	
出血量	なし	171	33	204(100)	0.007 *
	あり	109	42	151(100)	
出生体重 リスク	なし	246	57	303(100)	0.009 *
	あり	34	18	52(100)	
母子同室	なし	135	29	164(100)	0.14
	あり	145	46	191(100)	

p < 0.5 (χ²検定)

表4 退院時と1ヶ月健診時の母乳栄養群の比較

n = 355

影響要因	リスク	退院時 母乳栄養	1ヶ月健診時 母乳栄養	p 値
出産年齢	なし	233(81.8%)	173(60.7%)	0.000 *
	あり	47(67.1%)	34(48.6%)	
出産経験	なし	171(82.6%)	119(57.5%)	0.551
	あり	109(73.6%)	88(59.5%)	
妊娠週数	なし	276(79.3%)	202(58.0%)	0.000 *
	あり	4(57.1%)	5(71.4%)	
分娩形式	なし	220(80.6%)	166(60.8%)	0.000 *
	あり	60(73.2%)	41(50.0%)	
胎児数	なし	270(82.6%)	203(62.1%)	0.000 *
	あり	10(35.7%)	4(14.3%)	
出血量	なし	171(83.8%)	125(61.3%)	0.326
	あり	109(72.2%)	82(54.3%)	
出生体重 リスク	なし	246(81.2%)	177(58.4%)	0.000 *
	あり	34(65.4%)	30(57.7%)	
母子同室	なし	135(82.3%)	104(63.4%)	0.011 *
	あり	145(75.9%)	103(53.9%)	

p < .05 (マクニマー検定)

V. 考察

1. 退院時の母乳栄養群と混合栄養群の比較について

母乳育児を推進していく中で、母乳栄養がうまく進まない患者の影響要因を調査した。その結果、当病棟では出産年齢、出産経験、出血量、胎児数、体重リスクが母乳栄養と関連ある要因であることが明らかになった。出産年齢について一般的に35歳以上は高齢出産と言われ、卵巢機能の衰えとともに体力の衰えやその他の理由で出産後の母乳育児に負担を与えていると考える。根津³⁾は「年齢が進むと同時に母乳率が下降している。これは年齢が進むに従い軟産道強靭症が増加するように、加齢が器質的・機能的にも乳汁産生を抑制していく結果と考えられる。」と述べており、乳房ケアと共に身体回復への援助が大切である。

出産経験については経産婦に比べ初産婦は育児に対して不安が強く、何もかもが初めての経験のため授乳時間が長くなったり、頻回に授乳することに母乳不足感を感じ、不安や疲れから経産婦より母乳率が低いと考える。笹尾ら⁴⁾は「初産婦の母乳栄養確率を促進するためには、早期に快適な授乳姿勢を見つめられるように援助することが重要である」と述べている。特に初産婦に対しては授乳姿勢が正しくできているか、児が適切に吸啜できているかを見極め、早期に習得できるように時間をかけて関わる必要がある。

胎児数については一般的に多胎児の場合、分泌不足が懸念されるが、母乳分泌の「需要と供給」のメカニズムから十分な母乳を作る事ができるといわれている⁵⁾。しかし、一日の大半を授乳時間に費やす事となり、疲労・睡眠不足から母乳率が低いと考える。水井⁶⁾は「カギとなる要素は母乳の産生量ではなく、時間と、保健医療従事者、家族、友人からの支援と励ましである」と述べており、授乳環境の提案や母親をサポートする夫・家族も含めた支援が必要と考える。

分娩時の出血量については出血が多いと身体的な回復の影響から母乳率が低いと考える。多くの文献で分娩時の出血多量は母乳栄養確立に影響を与え、また遅延させるともいわれている。貧血がある場合体調に合わせ、ベッド上での授乳や授乳時間を考慮するなど身体的回復の促進に努めることが母乳栄養確立の第一歩となるといえる。

体重リスクについてはSGA児の場合、低血糖のリスク因子の一項目となり低血糖があれば治療によりミルク補足が必要になることがある。補足は一時的な事が多く母親の意思を尊重し安心して母乳栄養を進めていけるよう支援が必要である。またLGA児に対しては母親が母乳不

足感を感じることが多く、補足することがある。母親の不安を軽減し頻回授乳の必要性やその効果を十分に説明し母乳分泌を維持できるよう支援することが重要である。

2. 退院時と1ヵ月健診時の母乳栄養群の比較について

対象者の1ヵ月健診時の母乳栄養群を調査し、退院時の母乳栄養群と比較した結果、出産年齢、妊娠週数、分娩形式、胎児数、体重リスク、母子同室の有無が母乳栄養と関連ある要因であることが明らかになった。

退院時に有意差がみられた出産経験、出血量の2要因については1ヵ月健診時には有意差が見られなかった。

出産経験については、1ヵ月健診時の経産婦の母乳栄養群が退院時より約25%低下しており、わずかながら初産婦の方が14%と母乳栄養群の低下が少なかった。それは、経産婦は退院後上の子の世話も担うことが多く、退院時頻回授乳を行っていた場合、退院後それが困難となりやすい。特に前回ミルクを使用した経験を持つ経産婦は時間確保のため頻回授乳をやめ、混合栄養となりやすいことが母乳栄養群の低下につながったと考えられる。今後、経産婦においては前回の混合栄養経験の有無や退院後の家事・育児環境を踏まえ、支援していく必要がある。初産婦において伊東⁷⁾は「入院中の経験は、初産婦の場合特に学習されることとして記憶に残る」と述べているように、入院中の私たちスタッフの関わりが退院後の母乳栄養継続に有効的に働き、1ヵ月健診時の低下率が少なかったと考え有えられる。出血量については貧血状態に応じて入院中は体調に合わせ、ベッド上での授乳や授乳時間の考慮が必要である。しかし1ヵ月健診までの時間の経過とともに貧血が改善され、分娩時の出血量は母乳栄養に影響を与える要因とはならないと考えられる。

妊娠週数、分娩形式、母子同室の3要因において退院時有意差は見られなかったが1ヵ月健診時には有意差が見られた。妊娠週数については早産児の母乳群が1ヵ月健診時に上昇している。早産児の場合、入院中は吸啜が弱かったり、授乳に時間がかかることなどによる体重増加不良のため補足を要することある。そのため退院後の母乳栄養継続に向けて、入院中に搾乳支援や母親の不安解消に努めることが1ヵ月健診時母乳栄養群の増加につながったと考える。分娩形式については、帝王切開後の母乳率は正常分娩よりも退院時や1ヵ月健診時には低いという報告もあるが今回の調査では退院時の母乳栄養に影響は見られなかった。これは入院中早期離床が困難な場合は、ベッドサイドでの全面的な授乳援助を行うことや母子異室であっても頻回に授乳を促す事で、退院時の母乳栄養に影響がなかったと考える。しかし1ヵ月健診時

には有意差が見られている。栗野⁸⁾は「帝王切開で分娩したお母さんは、自分は母乳育児ができないと思い込んでいたり、出産後の育児や生活に自信が持てず心配に感じていたり、否定的な感情を持つことが多い」と述べており、ただ授乳介助を行うだけでなく母親自身、自信をもって退院後の母乳栄養が継続できるよう支援が必要といえる。母子同室についても、分娩形式と同様授乳室で頻回に授乳を促し、授乳援助を行っていたため有意差がなかったと考える。しかし1ヵ月健診では母乳栄養に影響が見られている。武石ら⁹⁾は「退院してから自信を持って安心して赤ちゃんの世話ができるように、入院中から本来の赤ちゃんの姿に十分慣れておくことが、継続のための第一歩」と述べている。母子同室は入院中から赤ちゃんのさまざまな反応に直面することで退院後の生活を想定しやすいため、母親自身が自らの不安と向き合いながら解決方法を身につけることができる環境となる。そのため、母親の不安が最小限に抑えられ母乳栄養継続につながったと考える。

全体的に見てほとんどの項目において母乳栄養群の低下が見られ(表4)、退院後の母乳栄養の継続の難しさが明らかになった。退院後の母乳育児継続のために今回検討した影響要因が複数影響していると考えられるため、総合的に判断し、個別性のある支援が必要と考える。

今回の研究において当病棟での母乳育児に影響を及ぼす要因が明らかになったが、退院後は今回の影響要因以外にも精神的要因や、環境要因、乳房トラブルなどの身体的要因なども考えられる。しかし、母乳育児継続には母乳で育てたいという母親自身の意欲が一番大切である。今後も母子同室を積極的に勧め、よりスムーズに母乳育児を確立できるよう退院後も踏まえた援助をしていく事が重要である。また、当病棟では助産師が中心となり妊娠中から母乳育児についての情報提供や授乳指導を行い始めており、より母親のニーズに応えられるスキルを身につけサポートしていく必要がある。

VI. 結語

1. 退院時の母乳栄養に影響がみられた要因は出産年齢、出産経験、胎児数、出血量、体重リスクの5項目であり、身体回復の援助と共に不安軽減に努めることが大切である。
2. 退院時と1ヵ月健診時の母乳栄養群の比較において影響がみられた要因は出産年齢、妊娠週数、分娩形式、胎児数、体重リスク、母子同室の有無の6項目であった。しかし出産経験、妊娠週数においては予想に反してリス

クあり群の方が母乳栄養群より高かった。この事より、入院中の細かな授乳指導や支援が退院後の母乳栄養に繋がっていくといえる。

3. 全体的に1ヵ月健診時には母乳栄養群の低下が見られ、退院後の母乳栄養継続に向けた入院中も含めたより個別性のある支援が必要である。

【引用文献】

- 1) 下川さえこ 他：母乳育児支援アンサーブック，株式会社メディカ出版，140，2004
- 2) 橋本加奈枝：助産雑誌 vol.63, no.7, 株式会社医学書院，642，2009
- 3) 根津八鉦：乳房管理学（改訂），諏訪メディカルサービス，229，1997

- 4) 笹尾あゆみ 他：24時間母子同室と母乳栄養確立の関係，第36回母性看護，76，2005
- 5) 6) 水井雅子 他：母乳育児支援スタンダード，医学書院，238，2007
- 7) 伊東和子 他：初産婦における母子同室の効果，群馬保険学紀要，74，1998.
- 8) 栗野雅代：母乳育児支援アンサーブック，株式会社メディカ出版，103～104，2004
- 9) 武石美千代 他：母乳育児支援アンサーブック，株式会社メディカ出版，200～201，2004

【参考文献】

- 1) 橋本武夫 他：母乳育児支援スタンダード，医学書院，2007

ペリネイタル・ロスを体験した母親へのグリーフケアの検討 ～グリーフケアマニュアルに沿った看護を実践して～

Examination of care to mothers who have experienced perinatal loss
-Practice of nursing care along the grief manual-

小野 恵子 藤田 佐有理 原田 好美 藤川 シズ子 小池 秀子
Keiko Ono Sayuri Fujita Yoshimi harada Shizuko Fujikawa Hideko Koike

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 MFICU
Kagawa National Children's Hospital The MFICU Ward

当院では、妊娠 12 週以降のペリネイタル・ロスを体験した母親に対し、バースプラン、バースレビューを実施している。今回、ケアに対する評価とさらに必要としているケアを検討することを目的とし、ペリネイタル・ロスを体験した母親 12 名を対象に、バースプラン、バースレビューに加え、退院後の電話訪問、健診時の面接を実施した。その結果、バースプラン、バースレビューは有効であり、電話訪問、健診時の面接も必要とされていることが分かった。当院でのグリーフケアは、入院中の母親に対するケアが中心であるが、入院中・退院後の家族との関係は重要であり、家族を含めたグリーフケアが必要であること、個別性を考慮することが不可欠であることが分かった。また、退院後の長期的なサポートの必要性が示唆されたが、実際に 1 ヶ月以降に母親や家族と関わる機会は稀であり、サポートの限界を感じる。

キーワード ペリネイタル・ロス、グリーフケア

【緒言】

ペリネイタル・ロスとは、流産・死産・新生児死亡などによる周産期の喪失体験の総称で、当院では、年間約 30 例の症例がある。近年では、児が亡くなったことを認め、悲しみを表出すること（グリーフワーク）を支援する、グリーフケアの考え方が浸透し、児と出会い、共に過ごし、きちんとお別れができるように配慮されるようになってきた。山中¹⁾は、「赤ちゃんを亡くした母親・家族に対する、私たち看護者が行う支援は、悲しみの軽減ではない。私たちは少しでも心地いい環境の提供や、この先長く続く喪の作業において、心のよりどころになるものを見出す手伝いなど、“静”の看護を提供する。」と述べており、私たちスタッフもグリーフケアの必要性和難しさを感じている。対象者の喪の作業を支えるきっかけとなれるよう、平成 22 年度看護研究を通して、ペリネイタル・ロスを体験した母親へのグリーフケアを検討し、バースプランの形式化、バースレビューの導入に取り組んだ。今回、ケアに対する評価と、さらに必要としているケアを検討するため、バースプラン、バースレビューに加え、退院後の電話訪問、健診時の面接を行った結果、今後のケアの方向性が示唆されたので、ここに報告する。

I. 対象

平成 22 年 7 ～ 12 月、平成 23 年 8 ～ 12 月の期間に、妊娠 12 週以降のペリネイタル・ロスを体験した母親のうち、当院倫理委員会で承認された研究内容および方法を説明し、文書にて同意を得た 12 名。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述研究

2. 方法

グリーフケアフローチャートに沿ってバースプランシートを活用した看護を展開する。

1) バースプラン

A. 中期中絶・在胎 22 週未満の死産、B. 在胎 22 週以降の死産、C. 予後不良の中から対象に合ったものを選択する。それぞれについて入院時、分娩時（帝王切開の場合は帝王切開用を使用）、分娩後のバースプランがある。ただし、新生児死亡の場合は分娩後のバースプランのみ実施する。

ペリネイタル・ロスの状況に応じて、中期中絶・死産の場合は入院時、予後不良の場合は児を看取することを決断した段階、また新生児死亡の場合は児を看取った段階で実施する。

2) バースレビュー

分娩後 48 時間以内に、できるだけ分娩に関わったスタッフが実施する。

3) 電話訪問

対象者に希望の有無と時期を確認し、希望があった場合、できるだけ分娩に関わったスタッフが実施する。また、退院後の状況に応じて必要性があると判断した場合、希望があった場合には再度実施する。

4) 健診時の面接

退院時に決定した健診日に、できるだけ分娩に関わったスタッフが半構成的面接を実施する。

3. データの収集方法・分析方法

バースプラン、バースレビュー、電話訪問、面接の内容を本研究のデータとする。

バースレビュー、電話訪問の内容をそれぞれの用紙に記入する。健診時の面接を録音し、逐語録に起こす。バースレビュー、電話訪問、面接で得られた発言をケアの種類ごとにカテゴリー化し、質的帰納的に分析した。

4. 倫理的配慮

口頭と文書により以下を説明し、文書にて同意を得た。

- 1) 研究協力は任意であり、協力しないことによりその後の看護に影響が及ぶことはない。
- 2) 一度同意書にサインしても、後に拒否することは可能である。
- 3) 研究以外の目的には使用しない。
- 4) 研究結果は、学会・論文等で発表することがあるが、その際には個人情報を含まない形で発表する。
- 5) 個人が特定されることはない。

なお、本研究は当院倫理委員会において承認が得られた後に実施した。

III. 結果

1. 対象者の背景

対象者 12 名の平均年齢は 32.75 歳 (24 ~ 42 歳)。初産婦 6 名、経産婦 6 名であった。不妊治療後の妊娠は 5 名で、分娩時の平均週数は 26 週 (13 ~ 40 週) であった。ペリネイタル・ロスの主な原因は染色体異常、胎児心構築異常、常位胎盤早期剥離、流早産であった。

2. ケアの実際

1) バースプラン

対象者 12 名全例に対し、週数・分娩様式に応じたバースプラン用紙を使用した。

2) バースレビュー

正常分娩において、分娩を想起しやすいという 48 時間以内を目安に行った結果、バースレビューの実施時期は

平均分娩後約 29 時間 (約 8 ~ 50 時間) であった。

3) 電話訪問

希望者 10 名、全例に対し実施した。ただし、平成 23 年度研究期間中においては希望の有無に関わらず全例に実施した。実施者 11 名中 1 名に対し、本人の希望にて 2 度の電話訪問を実施した。電話訪問時の状況で、再度実施の必要性があると判断された対象者はいなかった。

4) 退院後の健診時の面接

退院時に決定した健診日に、分娩に関わったスタッフが実施した。

健診日は、分娩時の週数や入院中の状況によって異なるため、退院後 8 ~ 30 日目となった。

3. 対象者の発言

バースレビュー、電話訪問、面接で得られた発言を分析した結果、以下のカテゴリーが抽出された。

- 1) バースプラン (表 1 バースプランに対する思い)
- 2) バースレビュー (表 2 バースレビューに対する思い)
- 3) 退院後の支援 (表 3 退院後の支援に対する思い)
- 4) その他 (表 4 その他の思い)

IV. 考察

コアカテゴリーを『』、カテゴリーを《》、サブカテゴリーを<>で示す。

1. バースプラン

母親の多くは正常分娩との違いから、分娩や児の状態をイメージできない場合があり、「怖い」、「嫌だ」などの否定的感情を抱く場合がある。また、<考えたくない>、<そむけようとする>など、児が亡くなった現実を受け入れられない場合(『否認』)もある。しかし、バースプランを実施することで《児に対する感情の変化》が見られた。永田²⁾は「死というものの現実を受け入れる際、亡くなった児に会わないと死は現実的なものとなりにくい。また姿を見ないことが、赤ちゃんの姿をマイナスのイメージに歪ませてしまいやすい。」と述べており、児と出会い、共に過ごし、きちんとお別れができること(バースプランの実施)が、児の死を受け止め、家族として歩んでいくための支援となると考える。

水口³⁾は「周産期の死においては、こどもとの思い出は少なく、生まれた後のこどもと過ごせるのは出産後から埋葬までの数日と、時間に限りがある。その時間をいかに過ごしたかは、母親・家族がその後の悲しみをどう受け入れていくかにつながっていく」と述べており、家族が限られた時間を児と共に有意義に過ごせるよう、可能なものを提供し、家族の思いを確認しながらバースプランを決定・実施していく必要がある。そうすることで、

＜児との思い出を形に残せてよい＞、＜児との思い出ができてよい＞、＜児にしてあげたいことができる＞などの肯定的発言が聞かれたと考える。

分娩時の妊娠週数や分娩様式によって提供できるケア内容は異なり、特に在胎22週未満の場合、ケアの内容が限られてくる。しかし、対象に合ったバースプラン用紙を使用することで、幅広い週数に対し、児の状態にあったケアが提供できる。また、＜何ができるか分かる＞、＜見返すことができる＞、＜家族で話し合う＞ことができ、限られた時間を児とどのように過ごすかを考えるきっかけとなっている。実際のバースプランの実施内容には偏りがあり、希望・実施されていない項目もあるが、その選択は家族によって異なるため、選択肢として必要であると考えられる。

これらのことが『バースプランに対する肯定』につながったと考える。その他、対象者の意見より、子宮内胎児死亡や中期中絶の場合、『入院前のバースプランの説明の必要性』を感じた。

2. バースレビュー

バースレビューとは、出産を終えた褥婦が、援助者と共に自分の出産体験を想起し語ることである。東野⁴⁾は「出産体験において喪失体験を持った褥婦にとって、出産体験の振り返りは喪失体験の意識化および悲嘆作業への援助の機会として重要である。」と述べている。特に、ペリネイタル・ロスの場合、児の誕生と別れを同時または短期間のうちに経験することや悲しみを表出する場が限られてしまうことが多い。そのため、感情が複雑に入り混じり感情を抑えてしまうこと、＜疑問＞や＜(否定的感情)＞を抱きやすいことが考えられる。また、分娩様式や処置の影響により、＜分娩時の記憶の空白＞がある場合もあり、＜分娩の実感がない恐れ＞がある。そのため、体験を共にした援助者とバースレビューを行うことは児が亡くなったことを認める悲嘆の場として有効であり、＜分娩に対する肯定的感情＞や『感情・疑問の表出』につながったと考える。

実施時期については、先行研究より分娩を想起しやすい48時間以内に実施することが望ましいが、この期間は母親の心理・身体状況、児の状況による影響を受けやすく、また、入院期間が限られていることから、個別性を考慮して実施時期を決定していく必要がある。

3. 退院後の支援（電話訪問・健診時の面接）

＜電話訪問に対する希望・期待＞から電話訪問が必要とされていることが分かった。先行研究や『悲嘆』より、母親の辛さは児を亡くした直後よりも退院後の方が大き

く、退院後の心のサポートが必要とされている。＜話せる機会があってよい＞ということからも、母親が児のことを語りたと思った時に、語れる場として、電話訪問や健診時の面接が有効であると分かった。今後産後のフォローとして、電話訪問や健診時の面接を継続していきたい。

電話訪問の時期について、＜電話訪問は1週～2週間頃がよい＞という結果だけでは、適した時期を明確にすることはできなかった。対象者の希望や悲嘆の過程は個々によって異なるため、患者の希望に添って実施しながら、時期を判断していきたい。

山中⁵⁾は、「体験した母親によると、1か月健診後に本当につらい時期がくるという。日常生活が戻り、母親は一人で過ごすことが多くなる。急にできてしまった空っぽの時間に、深い悲しみ、無気力、孤独感などが押し寄せ、病的悲嘆に陥りかねない。」と述べている。現在、電話訪問は退院から退院後の初回健診時までの間、健診は退院後1ヶ月以内に実施されており、それ以後の長期的なサポートの必要性が示唆された。しかし、実際に1ヶ月以降に母親や家族と関わる機会は稀であり、サポートの限界を感じる。そのため、病院が相談できる窓口であることを伝えると共に、地域との連携（保健師の訪問など）や自助グループの紹介を行うことで、1ヶ月以降のサポート体制を整えていきたい。

4. その他

当院でのグリーフケアは、入院中の母親に対するケアが中心であるが、バースプランの実施、『家族の絆を深める』ことなどから、入院中・退院後の家族との関係は重要であり、家族を含めたグリーフケア・退院後の支援を行っていくことの大切さが分かった。また、児と出会い、きちんとお別れができること（バースプランの実施）が、家族が児の死を受け止め、家族として歩いていくこと、すなわち、『児の肯定』や『前向きな発言』につながっていると考える。

今回、グリーフケアマニュアルに沿った看護を実践してきたが、竹内⁶⁾は「亡くなった子どもとの触れ合いをすすめることや、子どもと写真を撮ったり、足型や髪の毛を遺したりすることが、もしルーチン（きまりきった手続きや手順）となり、ケアがマニュアル化されてしまえば、それはもはや、つないでゆく人間モデルではなく、分析型の医療モデルとなってしまいます。」と述べている。看護師が統一したケアを行うためのマニュアルは必要であるが、悲しみや思いはそれぞれに異なるため、母親や家族の個別性を考慮し、ケアを行っていくことが不可欠である。

本研究のデータは、入院時から面接を実施した、退院後8～30日までの限られた期間に得られたものであるため、それ以降の悲嘆過程に、どのように影響を及ぼすのかは不明である。

V. 結語

1. パースプランの実施、パースレビューは有効である。

2. 思いを語れる場の提供として電話訪問、健診時の面接が必要とされている。
3. 退院後の長期的なサポートが必要であるが、1ヶ月以降の関わりには限界がある。
4. グリーフケアの内容をマニュアル化することはできず、母親・家族の個性性を考慮し、ケアを行うことが不可欠である。

表1 パースプランに対する思い

『コアカテゴリー』	《カテゴリー》	＜サブカテゴリー＞	「主な母親の発言」	
否認	受け入れられない	考えたくない	現実逃避というか、考えたくないというか、忙しにかまけて	
		そむけようとする	病気のことでインターネットとかで色々調べたら分かるんだろうけど、あんまりそういうのを見なかったり、ちょっとそむけようとした	
情報提供・説明の必要性	パースプラン説明前の思い	分娩・ケアについてのイメージができない	ネットで他の病院を見たが、どの程度してもらえるのか自分では分かりにくい 亡くなったらすぐにお別れなんかと思ってたし、何もできんと思ってた 何がどこまでできるのか分からないし、言ってくれないと分からなかった	
		選択できてよい	何がしたいですかよりも提示して選べるのがよかった	
パースプランに対する肯定	パースプラン用紙による情報提供の必要性	何がわかるか分かる	ある程度何がわかるのか分かってよかった	
		ケアの内容に驚く	こんなのもできるのかとびっくりした	
		見返すことができる	紙面でもらったから、何度も見返すことができた	
		家族で話し合う	説明時に夫がいなくても、後から紙を見て話し合えた	
		説明を受けることで、お産について考えることができた	説明を受けることで、お産について考えることができた	
	思い出の品を残すことに対する肯定的感情	分娩のイメージができた	何もなかったら本当に寂しかった	足型も、母子手帳とかに色々押せてよく主人が嬉しそうに見ている
			写真も本当に撮ってよかったし、本当に嬉しかった	写真も本当に撮ってよかったし、本当に嬉しかった
	児との思い出作りについての肯定的感情	児との思い出ができてよい	小さくてもへその緒とか残せることに驚いた	お臍もあるから嬉しい
			抱けないまま亡くなってしまいう人もいるから抱っこできただけでもいいのかな	抱けないまま抱っこできて嬉しかった
			産後すぐに抱っこできてよかった	産後すぐに抱っこできてよかった
	児に対する感情の変化	赤ちゃんを見るのは少し恐かったけど、会ってよかったしかわいかった	小さいし、皮膚も怖いところがあったけど、抱っこできてよかった	小さいし、皮膚も怖いところがあったけど、抱っこできてよかった
			どんな感じが分らんけん、初めは見るのも嫌だったけど、やっぱり見よったら、自分の子供やけん、写真撮ってこうって思った	どんな感じが分らんけん、初めは見るのも嫌だったけど、やっぱり見よったら、自分の子供やけん、写真撮ってこうって思った
分娩後パースプランを実施しての肯定的感情	色々できてよかった	夫も色々できて喜んでた	夫も色々できて喜んでた	
		赤ちゃんにしてあげたいことは全部してあげられた	赤ちゃんにしてあげたいことは全部してあげられた	
入院前の情報提供の必要性	事前の説明の必要性	事前説明があるとよい	してあげたいことを全部してあげられたから、心残りもないです (事前に手続きの事が)分つとの方が段取りはいいかな 入院までに説明があったら自分で(納棺用の品)用意できるのかなと思います	

表2 パースレビューに対する思い

『コアカテゴリー』	《カテゴリー》	＜サブカテゴリー＞	「主な母親の発言」	
感情・疑問の表(パースレビューの効果)	分娩に対する肯定的感情	話せる機会があってよい	今回の体験について話せるチャンスがあるのは嬉しい	
		疑問を解決できる	小さい疑問を確認して、経過を振り返れたのはすごくよかった	
		分娩が振り返れてよい	お産の経過を知っているスタッフと、振り返ることができてよかった	
		母になれた喜び	赤ちゃん産んだらお母さんになれた、こんな気持ち不思議	
		お産に対する満足感	陣痛に耐えて、産声を聞かせてくれたし、本当に満足だった	
		家族の立会いがよい	上の子と共に家族で分娩できてよかった	
	分娩の実感がない恐れ	分娩時記憶の空白	バタバタと終わってしまてあまり覚えていない	バタバタと終わってしまてあまり覚えていない
			その頃のことはボーっとした感じ	その頃のことはボーっとした感じ
	分娩時の不安・苦痛(否定的感情)	陣痛の苦痛	お産はすごく痛かった	お産はすごく痛かった
			心も前向きでなかったし取り乱した	心も前向きでなかったし取り乱した
疑問	原因を知りたい	お産に対する不安	(他の人の)お産の声を聞くのが何よりも嫌だった	
		どうしてあの子が亡くなったのか、その原因が分かるなら知りたい	どうしてあの子が亡くなったのか、その原因が分かるなら知りたい	

表3 退院後の支援に対する思い

『コアカテゴリー』	《カテゴリー》	＜サブカテゴリー＞	「主な母親の発言」
電話訪問・面接の有効性	電話訪問・面接に対する肯定的感情	話せる機会があってよい	あ〜こうやったな〜って話できるのはいいと思います 話できるのは自分にとってもいいと思う 一緒に分かってくれとる分、気持ちもいいやすい部分がある
		電話訪問に対する希望・期待	電話で話せて元気でた (電話訪問)有り難かったというか、楽しみにしていた (電話で)話ができよかった。もう1回電話してきてほしい 電話してくれるなら、何回もしてほしい 希望しなかったけど、帰ってから相談したいなって思う時があって、やっぱりあった方がよかったんちがうんかかって思った
電話訪問の時期の希望	電話訪問は1週〜2週間頃がよい	気持ちが落ち着いた時期に電話訪問があるのがよい	一番落ち込んでいる時期よりも、少し気持ちが落ち着いた時期にしてくれた方がこっちも話しやすいので、2週間くらいでちょうどよかった
		電話訪問の時期は1週間開けたくらいがよい	3日間1番辛い時期で、なかなかそういう話もできないので、多分1週間あけたくらいがいいのかな
		退院後すぐ(1週間以内)の電話訪問は早すぎる	(退院後1週間の電話訪問)帰ってからすぐって感じがあったので、もうちょっとあとでもよかったかも。

表4 その他の思い

『コアカテゴリー』	《カテゴリー》	＜サブカテゴリー＞	「主な母親の発言」
悲嘆	悲しみの感情	思い出して泣くことがある	思い出の品を見て、一緒に泣いたりも時々する 退院してから何をしても泣けてくる、位牌の前から動けない
		他の子どもを見るのが辛い	退院してから買い物に行った時に子供連れを見て辛くなった 家族は自分は子供を見れんのに他の赤ちゃんを見るのは辛いつて
児の肯定	亡くなった児の存在を認める	児の話をする	赤ちゃんの話はいつもしてます
		児のことを忘れない	いたことを忘れてないことは、やっぱりいいかなとは思う
		児が生活の一部	赤ちゃんが生活の一部になってる感じ
		兄弟が児の存在を理解	上の子が写真に「赤ちゃん」って言ったり、お供えを「これどーぞ」とか上の子も赤ちゃんの存在を分かっている
前向きな発言	次の妊娠について考える	兄弟に亡くなった児の存在を知らせる	旦那が上の子に「赤ちゃんは病気になったから仕方ないやでって話してくれて、「赤ちゃん病気になったんやろ」って言うてる
		次の子どもが欲しい	一人だけだと子どもが可哀想だから、次の子が欲しいって言いよる また子供は欲しいなって思う
家族の絆を深める	夫の存在による良い効果	児がまた帰ってきてくれる	(赤ちゃんについて)また帰ってきてくれるわって言ったりはしよる
		夫への感謝	夫には感謝している。思ったよりも頼りになった
	夫との絆	夫との絆	今回のことで主人と家族の絆みたいなのを深めた
上の子の存在		上の子がおるから忙しいけど、おらんかったら今はこんな気持ちではおれん 上の子がいるから頑張れる これで一人ぼっちだったら、マイナスイメージだったのかな	

【引用文献】

- 1) 蛭田明子. 死産を体験した母親の悲嘆過程における亡くなった子どもの存在, 日本助産学会誌, 23 (1): 59-71, 2009
- 2) 太田尚子. 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ, 日本助産学会誌, 20 (1): 16-25, 2006
- 3) 磯村ゆき子, 黒川洋子. 死産を経験した母親が必要としているケア 死産ケアマニュアルに沿った看護を実践して, 母性看護, 38: 89-91, 2007
- 4) 関和男. 亡くなっていく赤ちゃん和家人へのケア, 日本周産期・新生児医学会雑誌, 45 (1): 10-13, 2009
- 5) 太田尚子. 周産期に子どもを亡くした母親のグリーフ・ワークに関する研究 グリーフ・ワークに影響を及ぼす要因, 茨城県立医療大学紀要, 1: 39-46, 1996

【参考文献】

- 1) 山中美智子. 赤ちゃんを亡くした女性への看護. メディカ出版: 2, 2009
- 2) 永田雅子. 周産期のこころのケア. 遠見書房: 45, 2011
- 3) 水口ひとみ. こどもの死を経験した母親のケア 母性病棟でのかかわり. ペリネイタルケア 23 (11): 939-949, 2004
- 4) 東野妙子, 原愛由美, 久保田和香. マニュアルを活用した「出産体験の振り返り」の分析, 聖母女子短期大学紀要 16: 13, 2003
- 5) 山中美智子. 赤ちゃんを亡くした女性への看護. メディカ出版: 73, 2009
- 6) 竹内正人. 赤ちゃんの死へのまなざし. 中央法規出版株式会社: 225, 2010

入院時処置に対する家族の思い

Thought of the family for hospitalization measures

重本 ひろみ 木村 綾 山田 祥世 土居 和生 渡邊 泰代 木村 恵子
 Hiromi Shigemoto Aya Kimura Sachiyo Yamada Kazumi Doi Yasuyo Watanabe Keiko Kimura

国立病院機構香川小児病院 5 病棟
 Kagawa National Children's Hospital The 5th ward

要旨

A 病棟では、入院患者のほとんどが緊急入院であり、子どもへのケアが優先されることが多いため、子どもや家族の思いを考慮した関わりが十分にできておらず、家族へ必要な情報を提供できていないのではないかと考えた。そこで今回、入院時処置に対する家族の思いを明確にすることを目的とし、入院した子どもの家族を対象にアンケート調査を行った。

その結果

1. 初回入院や子どもの年齢が低いほど入院時処置に対する家族の不安が強い。
2. どのようにして入院時処置が行われるかよりも、入院時処置の必要性や検査結果を知りたいという思いが強い。
3. 説明方法についてはパンフレットを使用しながらの口頭説明を希望する意見が多いということが分かった。

キーワード：入院時処置 家族 思い

【はじめに】

A 病棟は血液腫瘍内科、急性期内科の混合病棟である。急性期内科では入院が多く静脈内持続点滴、尿検査、鼻汁検査などの入院時処置が日常的に行われている。入院患者のほとんどが緊急入院であり、子どもへのケアが優先されることが多いため、入院時処置を行う場合、簡単な口頭説明をした後すぐに子どもと家族を離している。そのため、子どもや家族の思いを優先した関わりが十分にできておらず、家族へ必要な情報を提供できていないのではないかと考えた。

上岡らが「入院後すぐに教えてほしい情報については、「処置、治療」「必要物品」「場所」「付き添い」等についての項目が多くあった。」¹⁾と報告している。しかし、現在院内オリエンテーションパンフレットや病棟オリエンテーションに関する独自に作成したDVDを使用しているが、入院時処置に関する項目は含まれておらず、個々の看護師により説明はさまざまである。そのため、家族にとって入院時処置はイメージしにくく、実際の処置がどのように行われているか最も知りたい情報ではないかと考えた。

そこで、入院時処置に対する家族の思いを把握する必要性を感じ、A 病棟で入院した子どもの家族を対象にアンケート調査を行い、いくつかの示唆を得ることができたのでここに報告する。

用語の定義：入院時処置とは、入院時に行う静脈内持続点滴、尿検査、鼻汁検査などである。

I. 研究目的

入院時処置に対する家族の思いを明確にする。

II. 方法

1. 研究期間：平成 23 年 7 月 1 日～平成 24 年 2 月 8 日
2. 対象：期間中 A 病棟に入院となり、入院時処置が必要になった 0 歳～14 歳の子どもの家族 100 名。
3. 方法：独自に作成した自記式質問紙調査。
4. 調査内容：基本的属性（年齢、入院時間、続柄、兄弟の有無、兄弟の入院経験、兄弟の入院時処置経験、入院回数、病名、入院時説明の有無）、入院時処置中の思い、入院時処置内容、説明方法についての 4 項目であった。
5. データ収集方法：自記式質問用紙を作成、対象者に入院後 48 時間以内に配布し記入後提出してもらった。
6. 分析方法：得られたデータは単純集計をし、さらに属性と記述内容の関連をみるために χ^2 検定を行った。分析ソフトは SPSS Statistics 17.0 を用い、有意水準は 5% とした。
7. 倫理的配慮

1) 本研究の趣旨とアンケート依頼を文書、口頭にて説明し、文書にて同意を得た。アンケート内容、同意書は事前に院内研究倫理委員会の了承を得た。

2) アンケートは無記名とし、研究の参加は対象者の自由であり強制ではないため、参加の有無や途中で辞退しても今後の診療上に不利益は生じないことを説明し、承諾を得た。

Ⅲ. 結果, 考察

1. 対象者の属性

アンケートを100部配布し、回収率83%、有効回答率は100%であった。子どもの年齢は、乳児期17名(20%)、幼児期53名(64%)、学童期10名(12%)、学童期以降3名(4%)であった(図1)。入院回数は1回目44名(53%)、2回目22名(27%)、3～10回目17名(20%)であった(図2)。83名中49名(59%)に兄弟がおり、兄弟の入院経験がありを選択した人は30名(36%)、兄弟の入院時処置経験がありを選択した人は27名(35%)であった(図3)。入院時間は、12～16時29名(35%)で最も多く、次いで8～12時19名(23%)、16～22時17名(20%)、20～24時9名(11%)、0～4時6名(7%)、4～8時3名(4%)であった(図4)。入院時の付き添いは、母親71名(86%)、祖母6名(7%)、両親6名(7%)であり、付添者の年齢は、20～29歳27名(33%)、30～39歳39名(47%)、40～49歳12名(14%)、50歳以上5名(6%)であった。入院時の病名は、肺炎、気管支炎、気管支喘息37名(45%)、発熱15名(18%)、胃腸炎15名(18%)、熱性けいれん2名(2%)、その他14名(17%)であった。

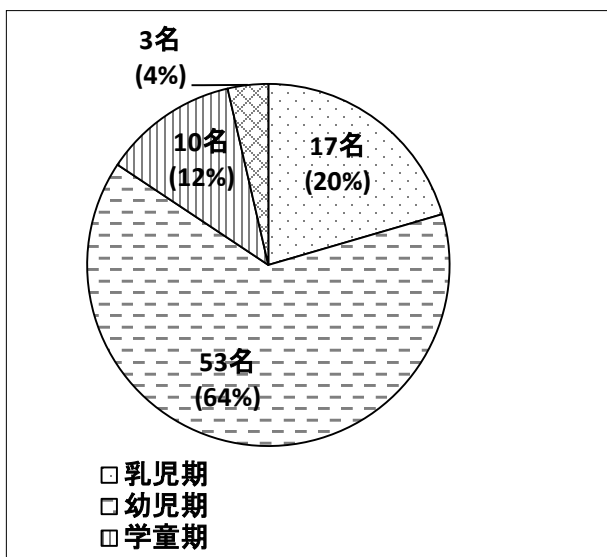


図1 子どもの年齢

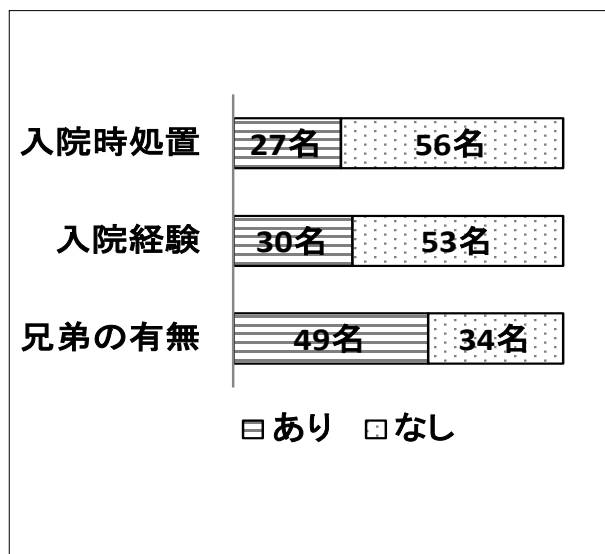


図3 兄弟・入院経験・入院時処置経験

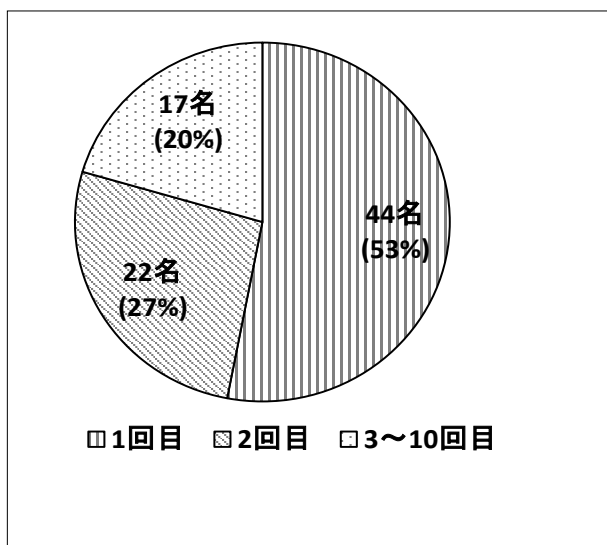


図2 入院回数

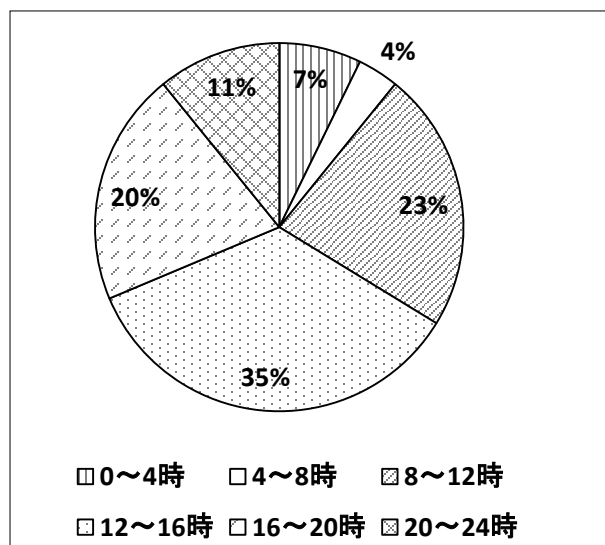


図4 入院時間

表 1. 医療者に対して思うこと

①子どもに対する声かけを聞いて安心した	40名 (48%)
②処置について理解できていたので不安はなかった	38名 (46%)
③どのくらい時間がかかるのだろうか	19名 (24%)
④泣いている時間が長く心配になった	15名 (18%)
⑤前回の入院時と同じことをするのだと思った	14名 (17%)
⑥処置室の中で何をしているか分からず不安になった	10名 (12%)
⑦処置室内での子どもの状況を教えてほしい	8名 (10%)
⑧特に何も思わなかった	8名 (10%)
⑨もっと入院時処置に関する説明をしてほしかった	4名 (5%)
⑩もっと子どもに声かけしてほしい	1名 (1%)

表 2. 子どもに対して思うこと

①子どもがよくなるためには必要な処置だと思った	66名 (80%)
②痛いけど頑張してほしい	53名 (64%)
③子どもと一緒にいてあげたい	37名 (45%)
④代わってあげたい	37名 (45%)
⑤かわいそう	33名 (40%)
⑥痛そう	20名 (24%)

2. 入院時処置に対する家族の思い

入院時処置に関して看護師より説明があったを選択した人は79名(95%)であった。しかし、医療者に対して思うことでは、「処置について理解できていたので不安はなかった」を選択した人は38名(46%)であり、約半数の人がこの項目を選択していなかった。その他「どのくらい時間がかかるのだろうか」19名(24%)、「処置室の中で何をしているのか分からず不安になった」10名(12%)、「処置室内での子どもの状況を教えてほしい」8名(10%)、「もっと入院時処置に関する説明をしてほしかった」4名(5%)という意見があった。このことから、家族が必要とする情報が十分に提供されておらず、入院時処置に関して不安があったと感じているのではないかと考える。

「処置について理解できていたので不安はなかった」を入院回数で比較すると、1回目44名中15名(34%)、2回目22名中10名(45%)、3回目8名中6名(75%)、4回目以上9名中7名(78%)が不安はなかったと答えている。入院回数が増えるにつれて「不安はなかった」と選択した人が有意に増加していた(p=.031)。子どもの年齢で比較すると、0歳17名中6名(35%)、1歳29名中13名(45%)、2歳11名中6名(55%)、4歳以上26名中13名(50%)であり、有意差はなかった。また、「処置室の中で何をし

ているのか不安になった」を入院回数で比較すると、1回目9名(90%)、3回目1名(10%)であった。子どもの年齢で比較すると、0歳17名中5名(29%)、1歳29名中4名(14%)、2歳11名中1名(9%)であり、有意差はなかった。初回入院時は入院時処置内容や状況理解が得られにくく、イメージしにくいいため不安に思う人が多くなっているのではないかと考える。また、子どもの年齢に有意差がなかったことから、今後、初回入院時に家族がイメージしやすい説明を行い、不安の軽減に努めていくことが重要であると考えられる。

子どもに対して思うことでは、「子どもがよくなるためには必要な処置だと思った」を選択した人は66名(80%)で最も多く、次いで「痛いけど頑張してほしい」53名(64%)であった。この結果から、子どもにとって入院時処置は必要な処置であるという認識があり、子どもに頑張してほしいという思いが強いことがわかった。また医療者に対して思うことにおいて、「子どもに対する声かけを聞いて安心した」を選択した人は、40名(48%)と最も多い意見であった。今後も子ども、家族が安心感を持ち、子どもが頑張れるような声かけを継続し、行っていく必要があると考える。

その他の意見として「子どもが母親を呼ぶので、差し支えがなければ付き添わせてほしい」、「子どもの泣き声だけが長時間聞こえ不安だった。手続きなどもあるが一緒にいてあげたいし、入院にあたりどのような処置をするのか知りたい。」という意見もあった。今後、家族の不安を軽減するために、入院時処置の家族の同席を検討していく必要があると考える。

3. 入院時処置説明について

点滴の説明を受けたいと答えた人は79名(95%)、説明してほしい内容については理由64名(77%)、時間39名(47%)、方法22名(27%)であった(図5)。血液検査について説明を受けたいと答えた人は80名(96%)、説明してほしい内容については理由62名(75%)、方法17名(20%)、検査結果58名(70%)であった。尿検査について説明を受けたいと答えた人は80名(96%)、説明してほしい内容については理由67名(81%)、方法17名(20%)、検査結果55名(66%)であった。鼻汁検査について説明を受けたいと答えた人は79名(95%)、説明してほしい内容については理由66名(80%)、方法20名(24%)、検査結果50名(60%)であった(図6)。研究に取り組むまでは、家族にとって入院時処置がどのように行われているか最も知りたい情報ではないかと考えていた。しかし、実際はどうしてその処置が必要なのか、また検査結果はいつわかるのかを

知りたい人が半数以上占めていた。子どもの病状改善のためには、入院時処置を行う必要があると家族は認識しているが、その中でも入院時処置がなぜ必要なのか、検査結果がいつわかるのかなど子どもの病状に直結した説明内容が最も知りたい情報であると考えられる。岡田は「患児、家族が物事を考えられるように情報を提供すること、説明することは重要なケアの一つである。」5) と述べているように、入院時処置の説明時には、家族のニーズに添った情報を伝えていくことが大切であると考えられる。

説明方法について「入院時処置についてどのような説明方法が分かりやすいと思いますか」という問いに対して、パンフレットのみでの説明 1 名 (1%)、口頭説明 10 名 (12%)、パンフレットを使用しながらの口頭説明 70 名 (84%) であり、パンフレットを使用しながらの口頭説明がわかりやすいという意見が多かった。子どもの病状によって家族の不安も変化するため、看護師の一方的な説明ではなく、家族の表情、態度、言動より理解度を確認しながら、必要に応じて繰り返し説明していくことで、入院時処置に対する家族の不安軽減に努めていきたい。

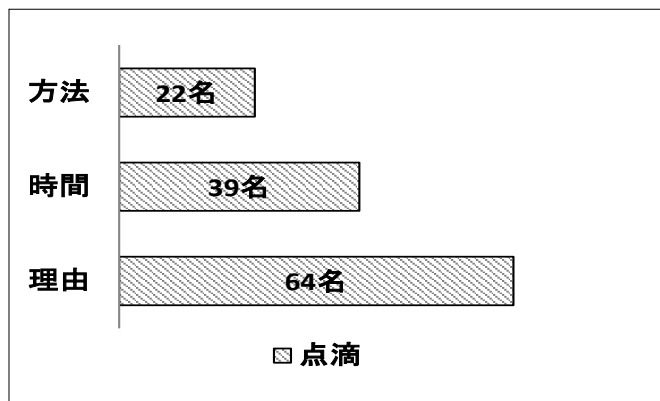


図5 入院処置 (点滴)

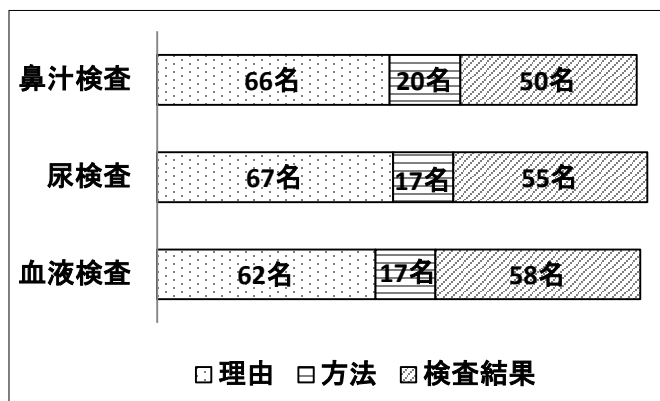


図6 入院時処置 (検査)

IV. 結論

1. 入院回数が多くなるほど、入院時処置に対する不安は少ない。
2. 家族は入院時処置の方法よりも、必要性や検査結果を知りたいという思いが強い。
3. 説明方法についてはパンフレットを使用しながらの口頭説明を希望する意見が多かった。

【おわりに】

今回、明らかになった結果をもとに家族の思いを反映した入院時処置パンフレットを作成し、説明を行うことで、緊急入院時の家族の不安の軽減に努めていきたい。また、入院時処置を行う際の付き添いについては今後検討していく課題である。

【引用文献】

- 1) 上岡めぐみ, 住吉静香, 仲澄子. 小児緊急入院に伴う家族への援助-家族へのオリエンテーションの検討-, 第37回小児看護, 77-79, 2006
- 2) 齊藤礼子, 伊丹朋子, 成田智恵子. 入院した子どもが採血, 点滴挿入を受ける時の母親の気持ち, 第36回小児看護, 110-112, 2005
- 3) 山浦翠, 渡辺よし子, 新井奈加子. 小児病棟における付き添いの検討-母親の不安についてアンケート調査から-, 第20回日本看護学会集録, 小児看護, 100-103, 1989
- 4) 駒場千穂, 吉澤百合子, 菊池妙子. 緊急入院時の母親の心理状態-アンケートによる実態調査結果から-, 第36回小児看護, 300-302, 2005
- 5) 岡田樹美, 山口太津子. 家族の不安の対応, 小児看護, 第22巻, 第6号, 744-748, 1999

【参考文献】

- 1) 飯田久美子, 廣田夕紀, 出口愛. 短期入院の子どもに対する看護援助の満足度-子どもの家族へのアンケート調査より-, 第39回小児看護, 140-142, 2008
- 2) 大場尚代, 大川原結, 藤浪恵子. 小児の入院処置への家族参加に関する検討, 第39回日本看護学会論文集 (小児看護), 110-112, 2005
- 3) 佐野美香. 入院時の対応, 小児看護, 第27巻, 第5号, 595-600, 2004
- 4) 数本和美. 患児の点滴, 採血処置に対する母親の思い, 第36回日本看護学会論文集 (小児看護), 113-115, 2005

幼少期から虐待を受けていた患児の体験の語り

Narration of experience of the diagnosed infant who was receiving abuse from the childhood term

本岡 靖浩 氏家 田鶴子 高島 清子 磯崎 洋子 森 貴弘 長廣 久美
高畑 美佳 大平 眞智子

Yasuhiro Motook Tazuko Ujike Kiyoko Takashima Yoko Isozaki Takahiro Mori Kumi Nagahiro
Mika Takabatake Machiko Ohhira

香川小児病院 6 病棟

Kagawa National Children's Hospital The 6th ward

要旨

本研究は、被虐待児の患児一名を対象に体験をどのように受け止め、捉えているのか可視化することにより、今後の被虐待児の理解につなげ、被虐待児の看護に活用する目的で半構成的面接法を行い、内容を振り返った。

その結果、B 君が体験を語ることによって記憶は体制化され、看護師と共有できる物語になった。入院当初より看護師は、全てを温かく受け止め、スタッフ間で情報を共有し擁護できるように配慮したことで、B 君自身入院生活が心身ともに安全基地と感ずることができ、看護師に対して心を開くようになったことがわかった。心を開き、思いを表出できるようになったのは、現状に応じて、その都度カンファレンスを行い、看護ケアを統一したことで安心感や安全感につながったことがわかった。このことから、被虐待児には理解し難い言動・行動が多々あるが、逸脱された発達段階を考慮することで、被虐待児の心の理解に近づけられると考えられた。

キーワード：被虐待児 面接 発達段階

【緒言】

児童虐待の相談件数は増加傾向にあり、2010 年度の全国の児童虐待相談件数は 44210 件と過去最多となっている¹⁾。それに伴い継続的にケアを受けられる体制を確保し、発達と精神保健に関する包括的な医療の提供が必要となってくる。

A 病棟は、学童・思春期精神科病棟であり、被虐待児も多く入院している。虐待に至った理由や生活上の問題は様々であるが、家族と離れて病棟生活を経験することによって虐待を受けた児は、虐待された体験を表現し、虐待者への認識を含めて、過去の記憶をストーリーとして統合することが望まれる²⁾。しかし、被虐待児が体験してきたことを、どのように受け止め、捉えているのかについて報告をしている研究は少ない。

そこで、被虐待児が今までの体験をどのように捉えているか理解することで、今後、同様の体験をした被虐待児の看護に活用できるのではないかと考えた。

【対象と方法】

I. 目的

母親から虐待を受けていた B 君が今までの体験をどのように受け止め、捉えているのか可視化する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

事例研究

2. 研究対象

患児：B 君 14 歳 男児

診断名：被虐待児

家族構成：母親、弟、内縁者の 4 人暮らし。

性格・行動傾向：人を怒らせるような言葉遣いがあるが、その背景には「見捨てられ不安」があり、人と関わりたいが、関わり方が上手いかないという印象がある(担当の臨床心理士の談)。

入院当初は、素直に感情を表現できなく、自分の欲求を通せなければ怒り、行事への参加には協調性が見られなかった。最近は、少しずつ行事にも参加しており、約束事は守ることができるようになった。感情表現もできるようになったが、欲求が通らないと怒る場面がみられる(担当の養護教諭の談)。

入院当初は、病室に引きこもったり、要求が通らなければ看護師に暴力・暴言がみられた。思いの表出は苦手で興奮することも多々あった。現在は暴力・暴言ともにみられない。特定の看護師には思いを落ち着いて素直に表出できるようになった。(病棟看護師の談)

現病歴および経過：出生時異常なし。食事は3歳まで粉ミルクが中心であった。8歳の時に父親が脳梗塞を発症し、同年死亡。その後母親の育児放棄により施設入所と退所を繰り返した。10歳の時に抑鬱症状が出現し、内服治療のため入院。入院中、1年ほど職員に暴力・暴言、不登校、自殺企図、試す行動がみられた。現在は精神的にも安定し、週末は外泊し、自宅でゲームをしたり、母親と買い物に出かけたりしている。母親は最近誕生した弟を出産するまでは精神的に安定していたが、世話もあり、現在は精神的に安定していない。

Ⅲ. 研究期間

2011年7月～12月

Ⅳ. 研究方法

場所：A病棟 記録室 時間：数十分程度/回

データ収集方法

- 1) 面接は精神的負担にならないよう2週間に1回ほどのペースで行う。
- 2) B君の空いた時間にB君と相談し、日時、面接時間を決める。また、面接時のB君の精神的状態（高揚状態など）や、体調、表情の変化で内容が変わってしまうため、精神的に安定した状態でいった。
- 3) 面接は、B君、面接者1名、記録者1名の3名で行う。面接はB君の信頼関係が構築している看護師で行う。
- 4) B君の今まで経験してきた、出来事について半構成的面接方法を行い、内容を振り返ってもらう。
- 5) B君が話してくれたことを記録（録音）し、物心ついてから今まであった内容を文章化し、面接の元になるものを作成する。
- 6) 2回目以降からは、面接内容の元になったものから面接内容を掘り下げていく。
- 7) 面接ごとに、記録した内容を提示し、承諾が得られた内容を使用した。

分析方法

録音・メモした面接内容を逐語録に起こした。真实性を高めるために児童・思春期精神科病棟で10年以上経がある研究者2名を含む研究者間で繰り返し読み取り、整合性を図った。そして、B君が語った内容を年代ごとに整理し、1. 父親が亡くなるまでの時期、2. 母親と二人の生活が始まった時期、3. 母親と離れて入院となった時期の3期に振り分け、分析した。

Ⅴ. 倫理的配慮

所属機関の倫理委員会の承認を得た。患児、患児の家

族に対し文書と口頭でわかりやすく研究の主旨、録音・メモのデータの取り扱い、プライバシーの保障がされるように配慮することを伝えた。研究の参加は自由意思により、途中辞退も可能で、それによって不利益が無い事、情報を外部に洩らさない事、研究以外には使用しない事、研究後には録音・メモのデータは消去する事を説明し文書にて同意を得た。また、本症例の特殊性を考慮して同意書には「虐待」という言葉を使用しないこととした。

【結果】

面接は、1回20分程度で、計10回行った。（表1）

1. 父親が亡くなるまでの時期（8歳まで）

両親と3人での生活の期間の記憶は「印象が強いから」と述べ、父親のことを多く語った。「お母さんより優しくかった」「好きだった」といい、「お父さんは毎週公園に連れて行ってくれた。毎晩コンビニにも連れて行ってくれた」と、父親との生活の様子を具体的に記憶していた。対照的に、母親のことは「毎晩、父さんと喧嘩してた。お父さんと言うことが反対だった」と否定的な内容を語った。しかし、父親が亡くなった時のことを「死んだのを家で発見したけど、どうも思わなかった。ほんとに何も思わなかった」と述べた。悲しみなどの感情表現はなく「自殺に近かった」「ご飯も食べずに酒だけ飲んでたから」「これでよかったと思う」と述べた。

2. 母親と二人の生活が始まった時期（8歳から12歳まで）

母親と二人だけの生活が始まると「ご飯を段々作らなくなってきた。最後は全然作らなくなり、腹が減ったと言えば買ってこいって。あとお酒、薬も多くなってきた。それで僕が施設行くことになった」と育児放棄がひどくなっていた。また「食事が減ってきたり、作らないのは、しょうがないと思った」と捉えながら、「酒は屋間から飲んで暴れるし、たくさん薬飲むし。次の日になれば忘れてるし。いい加減にしてほしいなと思った」と相反する思いも表現している。母親の行動に対して「嫌だった。暴れているのを止められなかったけど、言い合い喧嘩になつてすごく嫌だった。そんなことがしょっちゅうあったし、港で一緒に死のうとかも言われた」と否定的に語る。虐待という言葉に対して「嫌だった。虐待って言われるまで普通だと思ってた」と、虐待化していた生活が普通の出来事であるように語った。施設に行くことを「くそばあおのせい」と思い、「施設では年上の子に集団で虐められるし、うるさいやつとかいろいろおる」と、施設へ入所することになったことで、母親を責める内容を語った。

また、施設に入所している他児の親について「親が面倒みれんで、世話したくないようなのを預けるとこだ。

実際そうだ。無責任な親たちが預けるとこだ」と言いつつ、自身の母親については「あれは無責任と違う。仕事もしてたし」と、そのような母親ではないと擁護するように語った。施設は「地獄だった。先生も厳しいし、入所しているやつらも怖い、虐められて殺されるかと思った。なんでこんな目に合わんといけんのんかと思うぐらい」と、施設での生活を振り返った。

表1 面接内容

看護師の質問・返答	B君の返答
<p>B君が小さいとき、幼稚園の時のお母さん、お父さんの思い出は？自分が覚えている範囲で。</p> <p>お母さんは？</p> <p>お母さんは毎晩コンビニに行くって怒ってた？</p> <p>お父さんは好きだった？</p> <p>お母さんは？</p> <p>それはB君が小さいときから親に合ってたということ？</p> <p>小学校に入学してからはお母さんお父さんはどうだった？</p> <p>その時どう思った？</p> <p>そのころ両親はよくケンカしてたの？</p> <p>お父さんが目の前で死んでたのを見てほんとにどうも思わなかったの？</p> <p>それはなんで？</p> <p>それからお母さんは変わった？</p> <p>そっか。そのときB君はそれを聞いてお母さんにどう思った？</p> <p>お母さん悪くないよっておもわんかったん？</p> <p>わからなかったんかな？</p>	<p>えーちょっと待ってな。お父さんとは毎週公園で遊びに連れてっててくれた。毎晩コンビニにも連れてっててくれた。</p> <p>父さんのそれが気に入らんで毎晩行くなってケンカしようた。</p> <p>そうや。</p> <p>うん。</p> <p>順位があつてどっかが優先してた。お母さんお父さんの言うことが反対じゃけんどっかにつきよった。</p> <p>そうや。</p> <p>小学校4年だったかなーその時父さんが脳出血で死んだ。</p> <p>どうも思わなかった。これほんまに。冗談抜きで思わなかった。死んだの見たけどどうも思わなかった。死ぬ前に離婚するって話やったけん、別に死んでもかまんなって思ってたんや。</p> <p>父さんが倒れる前はよくケンカしてた。</p> <p>ほんま何も思わなかった。これでよかったんじゃないかなって。</p> <p>なんでやろうな・・自殺に近かったけん。ご飯食べず酒だけ飲みようたけん。</p> <p>その時警察がきてお母さんは過剰に反応して父さんは私が殺したんやって一時なつった。</p> <p>変わった。どうせ警察は私が殺したて思つとるに決まるとるって。</p> <p>別に何も思わなかった。</p> <p>思わんかった。</p> <p>わかつたと思う。</p>
<p>それからお母さんはご飯とか家事せんくなったん？</p> <p>なにがいかんくなった？</p> <p>その時は何も思わんかった？治して欲しいなとか。</p> <p>なんの虐待？</p> <p>じゃB君は面倒みてくれん虐待？それで施設へ？</p> <p>施設行くのはどう思った？</p> <p>自分が施設行ってお母さんは治らんかなって思わんかった？</p> <p>施設行っているんな子がおったけどどうやった？</p> <p>どんなふうにな？</p> <p>それは言うことを聞かなかつたから？</p> <p>お母さんが暴れてても止めなかつたの？</p> <p>暴れてるときB君にむかってはこなかつたの？</p> <p>そのときは警察よばなかつたの？</p> <p>酒飲んでない時は普通のお母さん？</p> <p>それは嫌だった？</p> <p>ほんで今度は施設から病院に入院したけど、入院したときはどう思った？</p> <p>児相の方とも関係は良かった？</p> <p>入院してから一年近く外泊・外出出来なかつたけど自分ではどう思ってた？</p> <p>面会OKになったとき久しぶりにお母さんに会ってどう思った？</p> <p>面会に来た時には外出しているんな物買ってもらって嬉しかったでしょ？</p> <p>単独外出になって家に帰って、お母さんはどう迎えてくれた？</p> <p>いつも通りって？</p> <p>B君はお母さんが寝てたりしてたら普通なの？それがお母さん像なの？</p> <p>いま家返ったら御飯はどうしてるの？</p> <p>一緒に御飯は食べる？</p>	<p>1年生じゃなくて4年の終わりの頃はまだよかったけど5年の途中から・・なんか・・いかんくなった。</p> <p>お母さんの病気が悪化してつた。アル中やろ、葉たぐさん飲んだり、それで施設に行つたんや。</p> <p>いい加減にしてほしいなと思つた。ご飯も1日1回とかになつてきたし。別に飯作つてくれるのは、かまんけど。あと俺、虐待で施設に行つたけん。</p> <p>種類いっぱいあるやんか、飯作らんし、酒飲んだら暴れるし、おかんも自分が虐待しとるっての知つとるけん。</p> <p>そうや。</p> <p>くそばあのせいやって思つた。</p> <p>まったく思わんかった。</p> <p>最悪だった。職員の対応が、しばかれたり。</p> <p>それもあるけど、殴られたり、しとうないことさせられたり、施設におるより、家でお母さんが暴れるとるほうがましだったわ。</p> <p>うん。好きに暴れさしとつた。</p> <p>口で意味分らんことをわーわー言つてきて、そうですか、って感じで。</p> <p>せーへんよ、酒飲んだぐらいで、次の日には覚えてないんやし。</p> <p>「あー頭痛い。今日は酒飲まん」って言いながら昼から飲むの繰り返しやな。</p> <p>うん。むちゃくちゃ嫌だった。港で一緒に死のうとかも言われた。</p> <p>かなり良かった。入院しても、外出、外泊のこと考えてくれようたし、しょうがないなと思つた。我慢せなつて思つた。</p> <p>普通になんとも思わんかった。ああ来たんかぐらいしか。</p> <p>まあ・・</p> <p>いつも通りや。</p> <p>ただいまつて言つたら、お帰りに返ってくる。寝よつたり。</p> <p>うん。それが自然や。いつもそんなんや。</p> <p>食べよう。大半はお母さんが作る。</p> <p>んーいろいろ。お好きなようにしてるよ。</p> <p>ない。おれ好きこのんで来てないし。</p> <p>施設と違つていいわ。</p> <p>全然違うわ。規則はある程度しか決められてないし。しばられた生活がいやなんや。あと変な奴もおるし。</p> <p>暴れたり、ぎやーぎやゆつたり、殴つてくる奴とかいろいろおる。</p> <p>うん。そりやおるやろ。だけん親がみれんで預けるんやろ。みたくないやろ。</p> <p>実際そうやろ。そうゆうとこや。無責任な親たちが預けるんや。</p> <p>ん・・あれは違うやろ。仕事しよつたし。まあ、毎晩毎晩酒飲んで暴れよつたけど。</p> <p>かなり嫌やつた。</p> <p>施設内の心理士さんが聞いてくれようた。児相の人は施設に入れんようたし、ここにおれるけん。</p> <p>ここにおるためには暴れんようにせんといけけん。母は治療もせずなんで僕だけが入院せんといけんのかとは思うけど・・</p> <p>そんなことせんわ。疲れるし。ばからしくなつた。</p> <p>ケンカというか・・お母さんがおかしかった。今は過去の生活と比べて変わつとる。あの頃はお母さんおかしかったし、あれが日常だったんや。今お母さん薬も飲んでないし。</p> <p>俺の見る限りでは治つたと思うし、もうならんよ。普通やろやし。</p> <p>別に・・心配と言うか、気の毒やなつて。</p> <p>だつていりんなりリスクあるやん。危険に落ちるのが一つや二つやないし。俺と同じになるんやろやなつて。</p> <p>うん。俺みたくならんかつたらええけどな。</p> <p>中学部卒業したら退院して家に帰りたい。</p>
<p>母親と一人の生活が始まつた時期</p> <p>母親と別れて入院生活が始まつた時期</p> <p>そっか。じゃ今お母さんとケンカは？</p> <p>家とかでも？</p> <p>薬飲んでないのは心配じゃないの？</p> <p>そっか。お母さんもうすぐ子ども生まれるけど、なんか心配なこととかある？</p> <p>なんで？</p> <p>そっか。少しは生まれてくる子も心配なん？</p> <p>そっか。中学卒業したらどうしたい？</p>	<p>ここにおるためには暴れんようにせんといけけん。母は治療もせずなんで僕だけが入院せんといけんのかとは思うけど・・</p> <p>そんなことせんわ。疲れるし。ばからしくなつた。</p> <p>ケンカというか・・お母さんがおかしかった。今は過去の生活と比べて変わつとる。あの頃はお母さんおかしかったし、あれが日常だったんや。今お母さん薬も飲んでないし。</p> <p>俺の見る限りでは治つたと思うし、もうならんよ。普通やろやし。</p> <p>別に・・心配と言うか、気の毒やなつて。</p> <p>だつていりんなりリスクあるやん。危険に落ちるのが一つや二つやないし。俺と同じになるんやろやなつて。</p> <p>うん。俺みたくならんかつたらええけどな。</p> <p>中学部卒業したら退院して家に帰りたい。</p>

3. 母親と別れて入院となった時期(12歳から14歳まで)

施設から病院に入院することになって「病院だったら施設みたいに暴れる子おらんし、規則にも縛られんから良い」と思う反面「行事とかみんなでやることに参加するのはめんどくさい」とも感じていた。入院当初は暴言・暴力も多く、入院が経過するごとに減少してきた。「ここに居る為には暴れんようにしないといけん。疲れるし、暴れるのが馬鹿らしくなった」と考えるようになっていた。入院して一年外泊・外出できなかったことを「しょうがない、我慢しないと」と思う反面、「母は治療もせずなんで僕だけが入院せんといけないのか」と思ったと語る。数年ぶりの外泊について「家に帰ってご飯もきちんと食べるし、買い物も行って。喧嘩も、あの頃はお母さんがおかしかったし、母と喧嘩が日常だった。今はお酒も薬も飲んでない」と、「過去の生活と変化している」と語った。また最近出産した弟に対しては「心配と言うより、気の毒だなんて」と思い「僕と同じになるんだらうなって、僕みたいにならなかつたらいいけど」と語った。

【考察】

1. 父親が亡くなるまでの時期(8歳まで)

B君は幼い頃父親との思い出を多く語り、対照的に母親に関してはB君との思い出ではないことを多く語っている。これは、ボウルビイが「母親への愛着行動は根源的な欲求であり、乳幼児期に世話や愛情の不足、親からの分離、適切な刺激からの遮断などを経験することはその後の発達段階に大きな影響を与える」³⁾と述べているように、幼い頃に母親との愛着形成ができていないため幼い頃の母親像を語られない状況があることを意味している。また、B君は父親が亡くなっているのを発見したにもかかわらず、「どうも思わなかった。自殺に近かった。ご飯も食べずに酒だけ飲んでたから」と悲しみなどの感情表現をしなかった。杉山は「愛着を形成する要素は感情や情緒と結びついたさまざまな感覚記憶である」⁴⁾と述べているように愛着形成ができていなかったことや、発達の逸脱から他者に対して悲しみの表現ができなかったのではないかと考える。これらのことから、父親が亡くなるまでの時期は、家族を家族と感ずることができない体験であったと考える。

2. 母親と二人の生活が始まった時期(8歳から12歳まで)

この頃は、母の育児放棄を「食事が減ってきたり、作らないのは、しょうがないと思った」と言ったり、虐待という言葉に対して「嫌だった。虐待って言われるまで普通だと思ってた」と言っている。これは、杉田が「子どもは、親や家族とは依存関係にあり、虐待があっても

虐待と理解できなかつたり、人に知られたくないと思ったりすることがある」⁵⁾と述べているように虐待が日常化することで、B君の生活で保証されていた安全感・安心感が欠如したと考えられる。

市川は虐待をうけた子ども達が思春期になって表わす問題点として10の項目をあげている。その中で「人への不信感や被害感を持ち他人への攻撃性が高い」⁶⁾と述べている。また、エリクソンの心理社会的発達モデル⁷⁾によると就学前までに重要な関係範囲として「家族」が挙げられ、就学後より、「学校や仲間集団」と述べている。しかし、B君は家族との関係が上手くいかず、正常な発達段階を追っていないため基本的信頼感が確立できていないと考えられる。それに伴い、施設で生活を送りだすと「施設では年上の子に集団で虐められるし、うるさいやつとかいろいろおる」「親が面倒みれんで、世話したくないようなのを預けるとこだ。実際そうだ。無責任な親たちが預けるとこだ」「地獄だった。先生も厳しいし、入所しているやつらも怖い、虐められて殺されるかと思った。なんでこんな目に合わんといけんのんかと思うぐらい」などと話しており、全てにおいて絶望している状況にあった。これらのことから、B君は家族、他者との関係を築けず、正常な発達段階を追うことができなかつたと考えられる。これらのことから、母親と二人の生活が始まった時期は、何もかもに絶望した体験であったと考える。

3. 母親と離れて入院となった時期(12歳から14歳まで)

入院時、看護師を試す行動や、暴力・暴言などの見捨てられ不安からくる行動・言動がよくみられたが、入院生活を続けていき、試す行動や、暴力・暴言などは減ってきた。B君は「ここに居る為には暴れんようにしないといけん。疲れるし、暴れるのが馬鹿らしくなった」と話した。入院当初より看護師はB君の育った環境を配慮し、B君の全てを温かく受け止め、スタッフ間で情報を共有し擁護できるように配慮した。その結果、B君自身入院生活が心身ともに安全基地と感ずることができ、看護師に対して心を開くようになったと考える。杉山が「被虐待児へのケアは、第一に安心して生活できる場の確保、第二に愛着の形成とその援助」⁸⁾と述べているように「病院だったら施設みたいに暴れる子おらんし、規則にも縛られんから良い」と病院という安心して生活できる場所をみつけ、「あの頃はお母さんがおかしかったし、母と喧嘩が日常だった。今はお酒も薬も飲んでない」「過去の生活と変わるとる」と、過去の記憶として肯定的に述べ、自分自身を客観的に振り返ることができるようになっていた。これらのことから、母親と離れて入院となった時期は、安心できる環境を得た体験であったと考える。

今回、B君と10回の面接を通し、今まで口にする事
 なかった過去の体験や、現在の思いを知ることができた。
 被虐待児は言語化が乏しく、衝動的な行動をとることが
 少なくない。西澤は⁹⁾「自己物語が、子どもの虐待や喪失
 体験を整理し、養育者との関係を含む現在の状況への適
 応の促進につながる」と述べている。そのことから、B君
 が体験を語ることによって記憶は体制化され、看護師と
 共有できる物語になったといえる。被虐待児に意図的に
 関わることは大切であるが、過去を受け止め生きる希望
 をみつけることが出来たのは、一方的に事実を告げるの
 ではなく、自分の人生を肯定的に語るができるよう
 に関わった結果である。また、B君が自分の思いを表出で
 きるようになったのは、B君の現状に応じて、その都度カ
 ンファレンスを行い、看護ケアを統一したことで安心感
 や安全感につながったと考える。

被虐待児には理解し難い言動・行動が多々あるが、そ
 の行動一つ一つに理由がある。逸脱された発達段階を考
 慮することは、被虐待児の心の理解に近づけられると考
 える。

【結語】

今回、被虐待児の今までの経験を聞き、以下の4点が
 明らかになった。

1. 8歳までの体験は、家族を家族と感ずることができ
 なかった体験であった。
2. 8歳から12歳までの体験は、何もかもに絶望した
 体験であった。
3. 12歳から14歳までの体験は、安心できる環境を得
 た体験であった。
4. 患児の現状に応じて、その都度カンファレンスを行
 い、看護ケアを統一したことで安心感や安全感につ
 ながった。
5. 児童・思春期精神科病棟の看護は、患児が自分の思
 いを言葉で表現できるように、看護ケアを統一する
 ことが重要であると再認識した。

【おわりに】

今回、一事例の被虐待児との面接を実施した。当時を
 振り返る内容であり、B君の思いが十分に引き出せていな
 い可能性がある。また、一事例であり、同じ被虐待児で
 も虐待の内容もそれぞれに違い、すべての被虐待児に当
 てはめるには限界がある。しかし、被虐待児の思を聞く
 ことで初めて理解できる児の行動・考えがみえてくる。
 虐待をされてきたことを児自身が表出でき、傾聴してい
 くことも大切ではないかと考える。今回の事例を通して
 今後の看護に繋げていきたい。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省. 児童虐待相談件数等及び児童虐待要保
 護事例の検証結果(第6次報告概要): [http://www.
 mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000g6n1.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000g6n1.html)
- 2) 虐待の手引き. 第7章. 処遇: [http://www.kg-can-
 training.jp/guide/phaze07/0702.html](http://www.kg-can-training.jp/guide/phaze07/0702.html)
- 3) 坂田三允, 萱間真美. 第二章. 濱中喜代: こどもの精
 神看護. 中山書店: 20, 2010
- 4) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害. 学習
 研究社: 35, 2010
- 5) 杉田啓三: 子ども虐待と援助. ミネルバ書房: 24, 2002
- 6) 市川光太郎: 児童虐待イニシャルマネジメント. 南江
 堂: 88, 2006
- 7) 前掲書3). 21, 2010
- 8) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害. 学習
 研究社: 134, 2010
- 9) 西澤哲: 幼児期後期から学童期の子どもの愛着とト
 ラウマに焦点を当てた心理療法. ト라우マティック・
 ストレス. 第6巻, 第1号: 25, 2008

臨床現場におけるパルスオキシメーターのアラームについての看護職員の意識

Awareness of nursing staff in clinical settings for the alarm of Pulse oximeter

大窪 尚美 大林 興治 沼野 竹子 五百森 純子 大平 志津
Naomi Okubo Koji Obayashi Takeko Numano Junko Iomori Shizu Ohira

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 11 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 11th ward

要旨

パルスオキシメーターのアラームに対する意識の現状を明らかにし、看護職員が再認識することで、安全な業務ができると考え、独自に質問紙を作成し調査を実施した。結果、ベッドサイドへの行き方、声出しの有無、巻き替え伝えの有無では、看護職員経験年数6年以上の方が対応できていた。一般病棟と重症心身障害児(者)病棟では、一般病棟の方がアラーム設定できていた。66.5%の看護職員はセンサーを巻き替える事を伝えていなかった。看護職員経験年数を重ねることで、良い対応を考え行動できていることが分かり、一般病棟は急性期患者も多く警報設定の意識を高く持っていることが分かった。患者に影響のないアラームが鳴っても、巻き替える事を伝えていない看護職員がいることも分かった。今後も、アラーム警報時の迅速な対応法を考え、不必要なアラームの発生を減らすことができるよう、アラームに対する意識を高める環境を整えていく必要があると感じた。

Key Word: 臨床現場 パルスオキシメーターのアラーム 看護師の意識

【はじめに】

パルスオキシメーターは、動脈血酸素飽和度を測定し、患者の状態の変化や患者と医療機器の接続状態をアラームで知らせることが役割であり安全に使用していかねばならない。加納¹⁾は、「特に、人の代わりに患者を監視する患者モニターでは、患者の異常を人に知らせるアラームは非常に重要な役割を担っている」と述べている。

パルスオキシメーターは常時装着していることが多く、持続的に測定しながらケアを実施し、センサーの巻き替えを行っている。その際、アラームが鳴ることがあり、患者のそばにいない看護職員に必要な対応を要求する結果になることがある。つまり、実際に対応を必要とされるアラームが鳴っても、センサーの巻き替えを行っているのだらうと思ひこみ、患者のところへ行かないこともある。このようなことが、看護職員のアラームに対する危機感を低くさせており、異常の発見が遅くなるのではないかと考えられる。

谷本²⁾は、「アラームの鳴る回数が多いと、アラームの対応に追われて業務効率が低下し、作業を途中で中断することでほかの業務に影響があり、集中力の低下を招くことが推測された」と報告している。

そこで、今回、パルスオキシメーターを使用する機会の多い一般病棟、重症心身障害児(者)病棟(以下、重心

病棟と略す)看護職員にアラームに対する意識調査を行う事で、現状を再認識し、アラームに対する危機感を高めることができると考えた。

I. 目的

看護職員の意識調査からパルスオキシメーターのアラームに対する現状を明らかにし、再認識することで、安全な業務につなげることができる。

II. 方法

1. 調査期間:H23年10月8日~H23年10月19日
2. 対象:A病院看護職員205名
3. 調査場所:一般病棟, 重心病棟
4. 調査方法:独自に作成した質問紙調査を実施した。質問紙内容は、【アラームが鳴った時の対応】7項目、【センサー巻き替え時の対応】5項目、【警報設定】4項目、【ケア時のアラーム対応】2項目、【夜間のアラーム音対応】1項目、【ヒヤリハット】1項目、各対応の理由は自由記載とした。配布方法は、各病棟看護師長を通して配布を依頼した。記入後は、後日回収袋で回収した。

5. 分析方法

1)【アラームが鳴った時の対応】は、[いつもすぐ対応する]4点~[すぐ対応しない]1点の4段階リカート尺度

として得点化し, [いつもすぐ対応する]・[すぐ対応しない] の2群に分類し χ^2 検定を行った. 統計パッケージ SPSS18, for Windows を使用し, 有意確率 5% にした.

2) 【センサー巻き替え時の対応】【警報設定】【ケア時のアラーム対応】【夜間のアラーム音対応】【ヒヤリハット】は, [ある]・[ない] の2群に分類し χ^2 検定を行った. 統計パッケージ SPSS18, for Windows を使用し, 有意確率 5% にした.

3) 自由記載については, 内容によって帰納的に分類した.

6. 倫理的配慮

研究方法・質問紙内容は, 倫理委員会の承認を得た. アンケートの対象者には, 研究の目的・方法・得られたデータは本研究のみに使用すること, 個人が特定されないこと, 調査協力は自由意思であること, 不利益はないことをアンケートに明記し, 回収袋に回答・回収したことで同意を得たとした.

III. 結果

205 部の調査表を配布し, アンケート回収数 171 名, 回収率は 83% であった. 平均年齢 34.9 ± 11.8 歳, 平均経験年数 11.6 ± 11.9 年であった.

1) 【アラームが鳴ったときの対応】についてベッドサイドへの行き方については, [いつもすぐ行く] 52 名 (30.4%), [すぐ行かない] 119 名 (69.6%) であった. [いつもすぐ行く] 理由としては, 異常の早期発見が 34 名, アラーム確認が 2 名, 重症患者の為に 1 名であった. [すぐ行かない] 理由としては, 処置中ですぐ行けないが 46 名, 異常の早期発見が 30 名, 不正アラームが 4 名であった. 《看護職員経験年数》とベッドサイドへの行き方の関連では, $\chi^2=4.855(p=0.04)$ で有意差があり, 経験年数 6 年以上の方が [いつもすぐ行く] が多かった (表 1).

《一般病棟・重心病棟》とベッドサイドへの行き方の関連では, 有意差はなかった.

消音ボタンの押し方については, [いつもすぐ押す] 63 名 (37.3%), [すぐ押さない] 106 名 (62.7%) であった. [いつもすぐ押す] 理由としては周囲に迷惑がかかるが 14 名, 他患者のアラームとの混合を防ぐが 9 名, 原因追究が 6 名であった. [すぐ押さない] 理由としては原因追究が 32 名, 周囲に迷惑がかかるが 10 名, 他患者のアラームとの混合を防ぐが 9 名であった. 《看護職員経験年数》と消音ボタンの押し方の関連では有意差はなかった.

声出しの有無については, [いつも声出しする] 61 名 (37.9%), [声出ししない] 100 名 (62.1%) であった. 声出しの理由としては, 周囲へのアピールが 62 名, 自分で対応するが 21 名, 他の方法で呼ぶが 4 名, その他が

13 名であった. 《看護職員経験年数》と声出しの有無の関連では, $\chi^2=8.679(p=0.005)$ で有意差があり, 経験年数 6 年以上の方が [いつも声出しする] が多かった (表 2).

2) 【センサー巻き替え時の対応】について

巻き替えの方法として, アラームを消音するが 79 名, アラームを消音しないが 27 名, 電源を切るが 3 名, その他が 27 名であった.

巻き替え伝えの有無については, [伝えている] 55 名 (33.5%), [伝えていない] 109 名 (66.5%) であった.

[伝えている] 理由としては, アラームが鳴るため伝える 16 名であった. [伝えていない] 理由としては, 巻き替え時間が決まっているが 28 名, 短時間で終わるが 11 名であった. 《看護職員経験年数》と巻き替え伝えの有無の関連では, $\chi^2=4.077(p=0.046)$ で有意差があり, 経験年数 6 年以上の方が [伝えている] が多かった (表 3).

3) 【警報設定】について

警報設定値の確認については, [確認している] 144 名 (86.7%), [確認していない] 22 名 (13.3%) であった.

警報設定値確認時の値の設定については, [設定できていた] 92 名 (86%), [設定できていなかった] 15 名 (14%) であった. 《一般病棟・重心病棟》と警報設定値確認時の値の設定の関連では, $\chi^2=8.521(p=0.006)$ で有意差があり, 一般病棟の方が [設定できていた] が多かった (表 4).

4) 【ヒヤリハット】について

ヒヤリハットについては, [経験ある] 29 名 (17.5%), [経験ない] 137 名 (82.5%) であった. ヒヤリハットの内容は, アラーム設定違いが 13 名, 電源入れ忘れが 2 名, 充電切れが 1 名, その他が 7 名であった.

表 1. 《看護職員経験年数》とベッドサイドへの行き方の関連 (χ^2 検定) n=165

	いつもすぐ行く	すぐ行かない	合計
経験年数 6 年未満	17(21.5%)	62(78.5%)	79(100%)
経験年数 6 年以上	32(37.2%)	54(62.8%)	86(100%)

表 2. 《看護職員経験年数》と声出しの有無の関連 (χ^2 検定) n=156

	いつも声出しする	声出ししない	合計
経験年数 6 年未満	19(25.3%)	56(74.7%)	75(100%)
経験年数 6 年以上	39(48.1%)	42(51.9%)	81(100%)

表 3. 《看護職員経験年数》と巻き替え伝えの有無の関連 (χ^2 検定) n=159

	伝えている	伝えていない	合計
経験年数 6 年未満	20(25.6%)	58(74.4%)	78(100%)
経験年数 6 年以上	33(40.7%)	48(59.3%)	81(100%)

表 4. 《一般病棟・重心病棟》と警報設定値確認時の値の設定の関連 (χ^2 検定) n=107

	設定できていた	設定できていなかった	合計
一般病棟	66(93%)	5(7%)	71(100%)
重心病棟	26(72.2%)	10(27.8%)	36(100%)

IV. 考察

1) 【アラームが鳴ったときの対応】についてベッドサイドへの行き方の【いつもすぐ行く】では、異常の早期発見という自由記載が多かった。これは、何がアラームの原因なのか患者の状態を直接観察しており、アラームに対する危機感を持ち行動していると考えられる。【すぐ行かない】では、回答率が69.6%と多く、多くの看護職員は業務中の重複したアラームの対応を経験している事が分かる。自由記載では、処置中ですぐ行けないという回答が多かった。これは、危機感を持って患者の状態を観察しているが、他の患者のケア中で手が離せず直ぐにアラームに対応できないという事があるためだと考えられる。

また、アラームが鳴った時消音ボタンを【いつもすぐ押す】では、周囲に迷惑がかかるや他患者のアラームとの混合を防ぐという自由記載が多かった。これは、安静を必要とする患者の環境及び家族への配慮と周囲の看護職員の業務に迷惑にならないよう行動している事が考えられる。アラームの回数が多くなると処置・ケアの中断や重複対応となり、アラームに対する信頼性が低下し対応の遅れを誘発する危険がある。【すぐ押さない】では、原因の追及という自由記載が多く、異常の早期発見を優先していると考えられる。

《看護職員経験年数》とベッドサイドへの行き方の関連では、【いつもすぐ行く】は、看護職員経験年数6年以上の方が多かった。これは、日々の経験が正確な状況の認知や判断力と危険度の認識を把握し行動でき、複数の患者をケアしながら優先度を判断し看護行為が行なえているためだと考えられる。野崎³⁾は「看護師が臨床現場で行う判断は臨床判断と言われる。アラームに対して判断するのもその一つで、日々の経験上での直感判断になる」と述べている。経験を重ねる事で、スムーズな判断につながり、対応している事が考えられる。看護職員経験年数6年未満では、日々の業務や新しい業務等、学ぶ事もあり、1つの事に集中すると、どこかでアラームが鳴っている事に気づいているが、看護業務を中断するべきか優先度の判断に困惑してしまう事が考えられる。

《一般病棟・重心病棟》とベッドサイドへの行き方の関連では、有意差はなく、アラームに対する意識・対応は同様だと考えられる。

アラームが鳴った時【いつも声出しする】では、周囲へのアピールという自由記載が多かった。これは、消音ボ

タンを【いつもすぐ押す】の理由と同じで、ケアの中断や重複対応となり、アラームに対する信頼性が低下し対応の遅れを誘発する危険があり、看護職員の業務に迷惑にならないよう行動していることが考えられる。【声出ししない】では、自分で対応するや他の方法で呼ぶという自由記載があった。これは、病棟の構造も関係しており、個室の場合は患者・家族の迷惑になるため、小さいワンフロアの場合は自分で見ることで状態が分かるため声を出さないということが考えられる。

《看護職員経験年数》と声出しの有無の関連では、【いつも声出しする】は、看護職員経験年数6年以上の方が多かった。これは、日々の業務の中で不要なアラームに対応したり、重複対応したりする経験をしてきているため、声出ししていると考えられる。

2) 【センサー巻き替え時の対応】について

巻き替えの方法では、アラームを消音するが多かった。また、巻き替えを【伝えている】では、アラームが鳴るため伝えるという自由記載が多かった。これは、他患者のケアにあたっている看護職員の業務の支障にならないように、アラームに対する意識を高く持ち、業務の効率を考えて行動をしている事が考えられる。【伝えていない】では、巻き替え時間が決まっているや短時間で終わるという自由記載が多かった。これは、病棟単位で巻き替え時間を決めている事と病棟全体を把握できる病棟、出来ない病棟等の病棟の構造が異なるため各病棟によりセンサーを巻き替える時の対応に違いがあるためと考えられる。

《看護職員経験年数》と巻き替え伝えの有無の関連では【伝えている】は、看護職員経験年数6年以上の方が多かった。これも、【アラームが鳴ったときの対応】や声出しと同じ理由で、日々の業務の中で経験したことを考えて行動しているためだと考えられる。回答より66.5%の看護職員は伝えていないことが分かる。これは、アラームの消音を押して他看護職員の業務の支障にならないようにしている看護職員もいる反面、センサー巻き替え時に鳴る患者に影響のないアラームが鳴っているにも関わらず巻き替える事を伝えていない看護職員がいるという現状もある。

3) 【警報設定】について

86.7%の看護職員は警報設定値の確認を【確認している】と回答している。実際に、警報設定値が表示されている病棟の内86%の看護職員が警報設定値確認時の値の設定は【設定できていた】と回答している。このことから、多くの看護職員が警報設定値を確認できていることが分かり、警報設定値を考えて患者の処置・ケアを行っていることが考えられる。

《一般病棟・重病棟》と警報設定値確認時の値の設定の関連では、一般病棟の方が重病棟よりもアラーム設定ができていた。一般病棟の方がアラーム設定できていたのは、急性期患者が多く、警報設定することの意味と意識を高く持っているためではないかと考えられる。重病棟は、入浴で警報装置の電源を切る機会がほぼ毎日あり、再装着した際に設定が出来ておらず、次の勤務の確認時に設定できていないことに気付いているのではないかと考えられる。一般病棟と重病棟では、患者の状態や日々の処置・ケア、病室・環境、看護度によっても違いがあるため、差が出てくるのではないかと考えられる。警報設定時は、目的意識を持って設定することが最も重要であり、設定値に設定されていなければ異常の早期発見が遅れ、ヒヤリハットや医療事故につながる恐れがある。

4) 【ヒヤリハット】について

〔経験ある〕29名中約半数の看護職員がアラーム設定違いと自由記載している。これは、電源を切った時に、設定値の再確認ができていないためだと考えられる。このことから、警報設定値の確認は重要であると認識度を高めていくことが必要であり、それがヒヤリハット減少につながるのではないかと考える。

以上より、看護職員経験年数を重ねることで、良い対応を考え行動できていることが分かる。病棟単位では、警報設定値の設定は一般病棟の方ができていたという結果になったが、アラームに対する意識は同じだということが分かった。TMS⁴⁾は、「アラーム事故(対応遅れ)の発生要因には、アラーム設定が不適切、アラームが聞こえにくい、念のためにつけている、患者が移動している場合の対応が不十分、アラームが鳴っている状態への慣れ、スタッフ不足、誰かが対応しているはずという思い込み、がある」と述べている。アラームを正確にキャッチできる環境は、病棟の構造にも関与する。しかし、アラームに対しての意識を持つ事や対応は、看護職員経験年数・病棟に関係なく行っていく必要がある。看護職員は、各病棟環境におけるアラームに対する思い込みや不適切・不十分な問題を解決することで、最優先に患者の事を考え、安全な業務につなげていけると考えられる。

V. 結論

1. 《看護職員経験年数》とベッドサイドへの行き方、声出しの有無、巻き替え伝えの有無では、有意差があり、看護職員経験年数6年以上の方が対応できていた。
2. 《一般病棟・重病棟》と警報設定値確認時の値の設定の関連では、有意差があり、一般病棟の方がアラーム設定できていた。

3. 【センサー巻き替え時の対応】では、66.5%の看護職員はセンサーを巻き替える事を伝えていなかった。

おわりに

今回、看護職員のアラームに対する現状意識を知ることができ、アラームについて考える機会を得た。パルスオキシメーターは有益な生体情報源であり、看護職員経験年数に関係なく、アラームに対する危機感を持つ習慣を身につける事は大切となる。アンケート調査では、質問内容の妥当性にも限界があった。また、各病棟で構造等環境の違いから、調査病棟全体で統一した回答は得られなかった。今後も、アラーム警報時の迅速な対応法を考え、不必要なアラームの発生を減らすことができるよう、アラームに対する意識を高める環境を整えていく必要があると感じた。

【引用文献】

- 1) 加納隆, アラームの聞き逃しについて, 2011-06-01, <http://www32.ocn.ne.jp/~ceanzen/ce-no6/CEno6-Kano01>
- 2) 谷本千恵, 生体情報モニターのアラームに対する意識調査, HEART nursing, 24:102-107, 2011
- 3) 野崎真奈美, わが国における看護職が行う判断の様相, 2012-01-06, <http://ci.nii.ac.jp>
- 4) 東京海上日動メディカルサービス株式会社 (TMS) 企画部メディカルリスクマネジメント室, アラーム事故, リスクマネジャーのための医療安全実践ガイド, 株式会社日本看護協会出版会, 65-72, 2009.

【参考文献】

- 1) 道又元裕, 人工呼吸ケアのすべてがわかる本, 照林社共同印刷株式会社:65, 2008
- 2) 向井直人, 呼吸のバイタルサインを上手に見る, Expert Nurse, 22:109-122, 2006
- 3) 森紀子, 輸液ポンプ・シリンジポンプ・SpO₂モニター・心電図モニター, Expert Nurse, 24:61-68, 2008
- 4) 森紀子, 過信しないで!パルスオキシメータ, Expert Nurse, 26:14-30, 2010
- 5) 小野哲章, ME機器のアラームのあり方, 2011-05-01, <http://www32.ocn.ne.jp/~ceanzen/ceno11pdf/no11ono>
- 6) 日本看護協会, 一般病棟における心電図モニターの安全使用確認ガイド, 2011-05-01. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/Pdf/sindenzu/zenbun>

重症心身障害児(者)の摂食場面を見直して

—破衣・異食行動へのアプローチ—

Review the eating scene of the severely retarded children (person)

—Approach to tear clothes, parorexia action—

高島 由美子 山下 鮎美 大西 すず子 長谷川 仁美 上原 由見子 二川 幸枝

Yumiko Takabatake Ayumi Yamashita Suzuko Onishi Hitomi Hasegawa Yumiko uehara Yukie Futagawa

国立病院機構香川小児病院 12 病棟

Kagawa National children's Hospital The 12th ward

要旨

重症心身障害児(者)の行動問題について、その要因を特定することは難しく、そのためその予防策や改善策についても明確な道筋はない。今回は、問題となる破衣・異食行動に対し、摂食機能に着目して摂食場面における関わり方を見直した。摂食場面の見直しには、摂食機能療法を取り入れ、摂食環境の整備やかっぱえびせんを用いた直接訓練などを中心にメニューを作成した。メニューをもとに意図的に関わりを持つことで、食事に要する時間が適正化され、咬むこと味わうことといった摂食における満足感が反応として表出されたことなどから、摂食場面の充実が図られたことがわかった。また摂食場面の充実が破衣・異食行動の改善につながった。更に本事例において摂食機能が十分活かされていなかったことが明らかになり、そのことで起こる欲求不満が破衣・異食の原因とされる可能性も示唆された。

キーワード： 摂食機能療法 破衣・異食行動 重症心身障害児(者)

【はじめに】

重症心身障害児(者)(以下重症児(者)と略す)の異食に対する行動問題がみられる要因に浅倉¹⁾は、「欲求不満やストレス、感覚異常があることからくる自己刺激的な面がある。また、重症児(者)の精神発達が極めて初期段階であること、アンバランスであることなど、学習面における獲得の不足がある」と述べている。

事例 A 氏は、1 年半ほど前より右前胸部の衣類を引っ張って破り、異食するという行動問題がみられた。A 氏の破衣・異食行動は他者が注意を向けたり、言葉かけにより制止できるが、一時的であり、向精神薬を用いた破衣・異食行動のコントロールで効果は得られず、破衣予防服を着用している現状である。破衣・異食行動は当初、食後 30 分程度の限られた時間でみられたことに着目し、摂食場面および食後のかわり方について振り返りを行った。問題として、服を噛み切るという行為から前歯での咬断はできると考えられるが、現在の食形態がきざみ食であり、摂食機能評価ができていないことが挙げられた。また、水分摂取を嫌がるためピジョンを使用して食物と一緒に流し込むように摂取しているため、1 回の食事介助時間は 5 分程度であり、食事による満足感が得られていない可能性がある。また食後の顔拭き、口腔ケアの際には顔をしかめるな

どの拒否反応がみられることが、食後の破衣・異食行動と何らかの関連性があるのではないかと考えた。

先行研究において、異食があり、正常な捕食方法がなされていない患者に対して、スプーンを使った捕食訓練と一口量の調節を主とした摂食機能訓練を行った結果、異食がほとんどなくなったという報告がある。また鈴木²⁾は、異食における行動分析と対応において「摂食機能の状態を把握し、その指導—噛むことや味わうことなど—も行う必要があります。」と述べており、A 氏にとって適切な摂食機能療法を取り入れ、摂食場面を充実させることで、破衣・異食行動を改善できるのではないかと考えた。

I. 研究の目的

破衣・異食行動のある重症児(者)の事例に、摂食機能療法を取り入れることが有効か検証する。

II. 研究方法

1. 対象患者

A 氏 男性 30 歳代 脳性麻痺 精
寝返り可能 座位保持不可能 発語なし
経口摂取 聴力・視力障害なし

2. 研究期間

平成 23 年 6 月 13 日～平成 23 年 12 月 18 日

3. データ収集及び分析方法

1) 摂食機能療法を取り入れた独自のメニューを作成した。メニューは摂食機能評価及び事前調査をもとに摂食機能療法における食環境整備・食内容整備・摂食機能訓練・その他の 4 項目に沿って作成し(表 1),2 週間毎にメニュー 6 まで追加・修正した(表 2)。

2) 作成したメニューに沿って食事介助を実施し,所要時間を調査した。また捕食・咀嚼・嚥下の 3 項目の摂食パターンについて 2 週間毎に機能評価を行った。

3) 作成したメニューに沿って食事介助を実施し,所要時間を調査した。また捕食・咀嚼・嚥下の 3 項目の摂食パターンについて 2 週間毎に機能評価を行った。

4) 後半のメニュー 5(前期)(後期),メニュー 6(前期)(後期)実施において,それぞれ 2 週間のうち,8 日目に破衣予防服着用の解除を計画的に行った。

5) 破衣行動がみられた時点で着用開始し,破衣予防服着用の解除時間を調査した。

表 1 摂食機能訓練メニュー

摂食機能訓練メニュー○ 平成 23 年○月○日		
食環境整備	心理的配慮	
	介助者の心づかい	
	摂食時の姿勢	
	食器の選択	
	食卓・いすの選択	
食内容整備	栄養(水分)指導	
	調理形態(増粘剤)	
	再調理器具	
摂食機能訓練	間接訓練	
	直接訓練	
	嚥下訓練	
	捕食訓練	
	咬断・咀嚼訓練	
	水分摂取訓練	
	自食訓練	
その他	食後の顔拭き	
	口腔ケア	

表 2 メニュー 1～の追加・修正内容

メニュー 1	メニュー 2	メニュー 3	メニュー 4	メニュー 5	メニュー 6
●摂食時の姿勢: ベッド上臥床→車椅子座位	.....	●車椅子移乗またはベッド上座位	.....	.....	.....
●食器の選択: 水分摂取ピジョン→スプーン	.....	.....	●スプーン→マグカップ	.....	.....
●直接訓練: 砕いたかっぱえびせんを用いた咀嚼・嚥下訓練	●スティック状かっぱえびせんを用いた咬みとり・咀嚼訓練	.....	.....	.....	●間接訓練: 口唇訓練
<拒否反応に対して食後ケアの見直し> ●口腔ケア: 食後すぐ→食後 2 時間	●食後 2 時間→食前	●柔らかいタイプの歯ブラシ使用	.....	.....	.....
●食後の顔拭き: 顔全体→口元のみ	.....	.....	.....	●食前→食後: 花瓶除去を目的とした方法 ●過敏除去を目的とした方法	.....

Ⅲ. 倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会での承認を得た。家族に口頭及び文書にて研究目的・方法と患者へ負担が生じないことを説明した。研究の参加へは自由意思であること、個人が特定されないようプライバシーの保護に努めること、研究以外で使用しないことを説明し、承諾を得た。

Ⅳ. 研究結果

メニュー1では、摂食環境の整備として車椅子にて座位姿勢で摂食できるよう改善した。摂食機能訓練として砕いたかっぱえびせんを用いた捕食・咀嚼訓練を実施した。また正しい用具の選択として水分摂取をピジョンからスプーンに変更して機能訓練を実施し、これらにより摂食時の流し込みをなくした。また食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応に対して、口腔ケアの時間を食後2時間に変更、食後の顔拭きを口元のみに変更した。口腔ケア及び顔拭きを含む摂食における所要時間の平均は、事前調査では31.8分/日、メニュー1では45.6分/日であった(図1)。メニュー1を2週間実施後行った摂食機能評価では、砕いたかっぱえびせんを用いた捕食・咀嚼訓練において正しい捕食機能の獲得があり、嚥下機能に問題がないことが確認された。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続した。メニュー2では、咀嚼機能の獲得をめざしてスティック状のかっぱえびせんを用い、噛み取り訓練を実施した。食後の口腔ケアにおける拒否反応に対して口腔ケアの実施時間を変更し、その他はメニュー1と同様実施した。所要時間の平均は47.9分/日であり(図1)、機能評価ではかっぱえびせんの捕食、咀嚼、食塊形成、嚥下機能に問題なく、かっぱえびせん摂取時には笑顔が見られた。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続した。メニュー3では、摂食機能訓練を続行し、食後の口腔ケアにおける拒否反応に対してケアに用いる歯ブラシを柔らかいタイプのものに変更した。所要時間の平均は43.6分/日であり(図1)、機能評価では機能の維持が確認された。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続した。メニュー4では、摂食機能評価において機能の獲得・維持が確認されたことから、水分摂取機能訓練においてスプーンからマグカップに用具を変更した。所要時間の平均は40.3分/日であり(図1)、機能評価では機能が維持された。メニュー4(後期)の所要時間の平均は38.3分/日(図1)、機能評価では機能維持が確認された。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続した。メニュー5では、言語聴覚療法士との連携により、拒否反応に対する

過敏除去の必要性が明らかとなり、口腔ケアと顔拭きの際の過敏除去に対する具体的な方法を追加した。所要時間の平均は55.2分/日であり(図1)、機能評価では機能が維持された。メニュー5より計画に沿って破衣予防服着用の解除を行った結果、メニュー5での解除時間は7日間(168時間)中3時間であった(図2)。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続した。メニュー5(後期)の所要時間の平均は38.3分/日(図1)、機能評価では機能の維持が確認された。破衣予防服着用の解除時間は7日間(168時間)中5時間であった(図2)。メニュー6では過敏除去を目的に間接訓練において口唇訓練を追加した。所要時間の平均は51.6分/日であり(図1)、機能評価では機能の維持が確認された。破衣予防服着用の解除時間は7日間(168時間)中141時間であった(図2)。メニュー6(後期)の所要時間の平均は61.2分/日であり(図1)、機能評価では機能の維持が確認された。破衣予防服着用は終日解除に至っている(図2)。水分摂取時の拒否反応、食後の口腔ケア及び顔拭き時における拒否反応は持続し、その変動についてメニューごとの関連性は認められなかった。

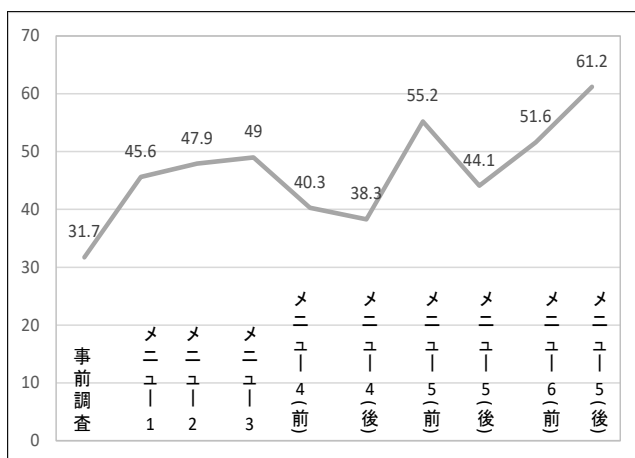


図1 摂食及び口腔ケアの所要時間/一日平均

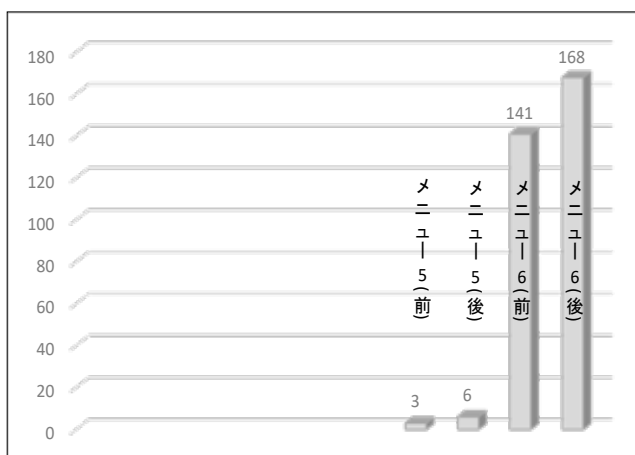


図2 破衣予防服着用解除時間/168時間(7日間)

V. 考察

メニュー1において摂食時の姿勢の改善,水分摂取時の適切な用具の選択により流し込みをなくしたことが,所要時間増加の要因の一つと考える。またメニュー2でスティック状のかっぱえびせんを用いた捕食・咀嚼・嚥下訓練では,笑顔がみられた。咬むこと・味わうことで摂食による満足感が得られ,これらよりA氏の摂食場面は充実したといえる。摂食機能評価では,訓練開始時より捕食・咀嚼機能の獲得が見られたことから,本来持っていた機能が生かされていない可能性がある。メニュー5より破衣予防服着用解除を試み,わずかであるが解除できている。これは,摂食機能療法を取り入れた関わりを継続し摂食場面が充実したためと考えられるが,破衣予防服を着用していたことで一時的に破衣行動を忘れていたとも考えられた。メニュー6では,破衣予防服解除時間が増加し,終日解除に至った。メニュー6では,過敏除去を目的に口唇訓練を取り入れたが,拒否反応は持続しており,過敏除去には至っていない。また過敏除去には長期的な関わりが必要であり,過敏による拒否反応と破衣・異食行動の関連性については不明である。

摂食機能の状態を把握することが異食における行動分析と対応において必要であるといわれているように,A氏の破衣行動においてみられる噛む機能に着目し,摂食機能療法を取り入れたことで摂食場面が充実した結果,破衣・異食行動がみられなくなった。また破衣・異食行動との関連性は明確にできなかったが,ないものと考えていた口腔周囲の過敏反応の可能性が,改めて摂食機能を確認することで明らかとなり,過敏除去の具体的な方法を取り入れたことでケア内容が充実した。

千木良³⁾は,「重症児(者)にとって食事は,人との安らぎあるかわりによって心身の成長発達を支援する貴重な時間」であり,「医療従事者は機能・発達を阻害する存在であってはならない」と述べている。必要量の摂取が優先され,機能・発達が見過ごされることのないよう,摂食場面を心身の成長発達を支援する貴重な時間として捉え,充実させていきたいと考える。

VI. 結論

1. 摂食機能療法を取り入れたことは,破衣・異食行動の予防に有効であった。
2. 摂食場面の充実が破衣行動の予防に効果があった。

【おわりに】

今回の研究ではA氏の摂食機能を正しく評価し,適切な摂食機能療法を行うことで破衣・異食行動の軽減につながることがわかった。しかし,本研究の限界は,A氏のみに着目して行っており,他の重症児(者)に有効であったかどうかは検証できていないことである。

【引用文献】

- 1) 浅倉次男:重症心身障害児のトータルケア第1版,へるす出版:87,2008
- 2) 鈴木健治:障害児の育て方指導方法-行動療法を基礎にして-,ミネルヴァ書房:124,1991
- 3) 千木良あき子:重症心身障害児における摂食・嚥下リハビリテーション,小児看護,へるす出版:614,5,2011

【参考文献】

- 1) 江草安彦:重症心身障害療育マニュアル,第2版医歯薬出版:2005
- 2) 福田茂子:食事ケアの目標と達成留意点,浅倉次男・監,重症心身障害児のトータルケア第1版,へるす出版:157,2008
- 3) 大塚義顕,渋谷泰子:障害児の摂食・嚥下障害の診断と対応マニュアル,千葉県健康福祉部健康づくり支援課:平成21年度
- 4) 塩谷幸子,荒木暁子:重症心身障害児の口腔ケア,小児看護:34,1607-1612,2011
- 5) 田畑光司:重症心身障害者と問題行動-施設処遇の立場から-,特殊教育学研究:32,(3),69-77,1994
- 6) 時岡孝光:中枢神経障害児の摂食障害と摂食機能に関する研究,リハビリテーション医学:29,719-729,1992

睡眠時無呼吸症候群のポジショニング効果

～ダウン症患者への取り組み～

Try positioning of apnea-hypopnea syndrome

～ Down Approach to patients～

藤田 加奈 香川 政美 高濱 秋代 國方 あゆみ 後藤 明美 井上 静子
Kana Fujita Masami Kagawa Akiyo Takahama Ayumi Kunikata Akemi Goto Shizuko inoue

独立行政法人国立病院機構 香川小児病院 13 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 13th ward

要旨

睡眠時無呼吸症候群は、中枢性呼吸障害と閉塞性呼吸障害そして、それぞれの混合型に分類できる。呼吸障害に対する呼吸理学療法は重要とされ、ポジショニングや呼吸介助手技などが臨床で行われている。そこで今回、ダウン症患者の睡眠時無呼吸症候群の症状改善を目的に、側臥位のポジショニングを試みた。その結果、経皮的酸素飽和度（以後、SpO₂と略す）低下回数の減少と回復するまでの時間が短縮された。患者に合ったポジショニングを実施することで、呼吸状態が安定し安楽な日常生活につながった。

キーワード：ダウン症 睡眠時無呼吸症候群 ポジショニング

【はじめに】

睡眠時無呼吸症候群は、中枢性呼吸障害と閉塞性呼吸障害、そしてそれぞれの混合型に分類できる。

ダウン症患者は、①鼻腔から咽頭にかけて細い②上気道における筋力が弱い③アデノイドや扁桃腺の肥大などがあり閉塞性無呼吸症候群が起りやすいと考えられる。「睡眠時無呼吸症候群は、正常児とダウン症患者では有意差は認められていないが、ダウン症患者はいびきや扁桃腺の肥大があり、呼吸障害に至る頻度は高く、20～50%は閉塞性睡眠時無呼吸障害である」¹⁾とされている。

赤柴は「呼吸障害に対する呼吸理学療法は、重要とされポジショニングや呼吸介助手技などが臨床的に行われてきた」²⁾とされている。

そこで、呼吸状態の改善を目的とした効果的なポジショニングが必要と考え、理学療法士と連携を取った。閉塞性睡眠時無呼吸症候群を呈するダウン症患者にポジショニングを実施した結果、呼吸状態の改善につながったので報告する。

I. 研究目的

睡眠時無呼吸症候群を有するダウン症患者にポジショニングを取り入れることで、呼吸状態が改善され、その効果を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究

2. 対象

患者：A氏 60歳代 男性 大島分類2

病名：ダウン症候群 精神発達遅滞

日常生活動作：全面介助 動作緩慢 四肢拘縮なし

現在の状況：24時間パルスオキシメーターを装着中

SpO₂低下時は刺激や体位変換にて改善を図っている。

普段はベッド上で、腹臥位・仰臥位で寝ていることが多い。療育の時のみ、車椅子に移乗している。

3. 研究期間：平成23年9月1日～平成23年11月30日

4. 方法：

1) A氏にポジショニング前の無呼吸低呼吸の状態を知るために、スリープテスタLS-300（以後、睡眠評価装置と略す）を装着し、SpO₂低下（SpO₂ = 94%以下）の回数・継続時間・脈拍数・体位を24時間5回測定した。

2) 1)の結果を基に、理学療法士を交えてポジショニングを検討し、スタッフにポジショニングの方法を周知し、ベッドサイドに写真と方法を表示する。

3) ポジショニングを実施し、睡眠評価装置を装着して、SpO₂低下の回数・継続時間・脈拍数・体位の測

定を 24 時間 20 回行う。

4) ポジショニング介入後、24 時間のポジショニング介入回数を知る。

5. データの分析方法：

ポジショニングの介入前後で、種々のデータをもとにその前後を、統計ソフト (Windows vista excel) を使用して t 検定を行った。有意水準 5% とした。

6. 倫理的配慮：

院内倫理委員会において承諾を得るとともに、対象者の家族に書面と口頭にて研究目的、趣旨、得られた結果は研究以外には使用しないこと、また研究への協力は任意であり、途中辞退も自由であることを説明し、承諾を得た。

III. 結果

計測期間中の温度 20℃～26℃、湿度 40%～60% であった。

1. ポジショニング前の SpO₂ の低下回数は、平均 411 回/日であった。そのうち、仰臥位 112 回/日 (27%)、腹臥位 178 回/日 (44%)、右側臥位 30 回/日 (7%)、左側臥位 74 回/日 (18%)、座位 17 回/日 (4%) であった。(図 1)

仰臥位、腹臥位の SpO₂ の低下回数が多かったため、側臥位でのポジショニングを試みた。ポジショニングの写真と注意事項をベッドサイドに提示し、シミュレーションを行い、病棟スタッフ全員の統一を図った。

A 氏は、動作緩慢ではあるが、体動があるため無理なポジショニングは取らず、睡眠時に SpO₂ 低下がある時のみとした。

2. 24 時間の SpO₂ の低下回数平均は、ポジショニング前 411 回/日で、後 311 回/日であり有意な減少を認めた。(図 2)

3. SpO₂ 低下の最長時間の平均は、ポジショニング前 155 秒で、後 128 秒であり有意な減少を認めた。(図 3)

4. 平均脈拍数は、ポジショニング前 64 回/分、後 64 回/分で変化はなかった。(図 4)

5. ポジショニング介入回数は、開始 1～10 日は平均 13 回/日、開始 11 日～20 日は平均 14 回/日、開始 21 日～30 日は平均 8 回/日ポジショニングをおこなった。(図 5) 開始 1～10 日と開始 11 日～20 日の間で有意差はなかった。開始 11 日～20 日と開始 21 日～30 日の間、開始 1～10 日と開始 21 日～30 日の間で共に有意な減少を認めた。

6. ポジショニング前後の SpO₂ 範囲別低下回数は、90% 以下の低下がポジショニング後では減少している。(図 6)

期間中、平成 23 年 11 月 7 日～平成 23 年 11 月 16 日に涙腺炎を発症したため、その期間は研究を中断した。その他の期間中は、発熱などなく、一般状態も安定していた。

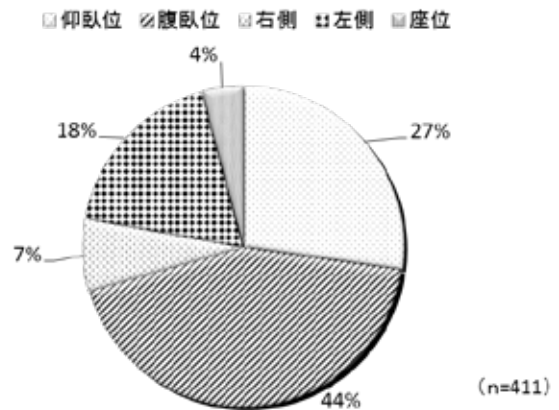


図 1. ポジショニング前体位別 SPO2 低下数

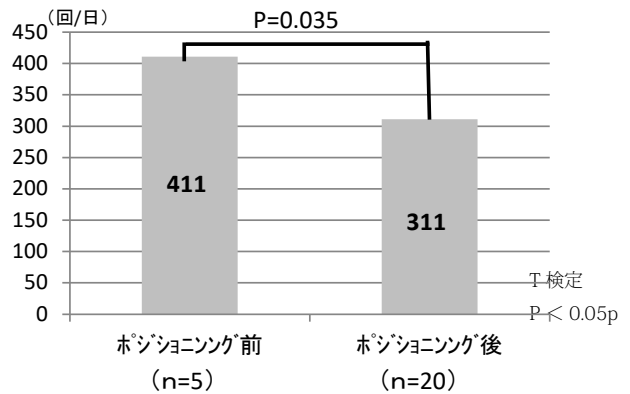


図 2. SPO₂ 低下数の 1 日平均の比較

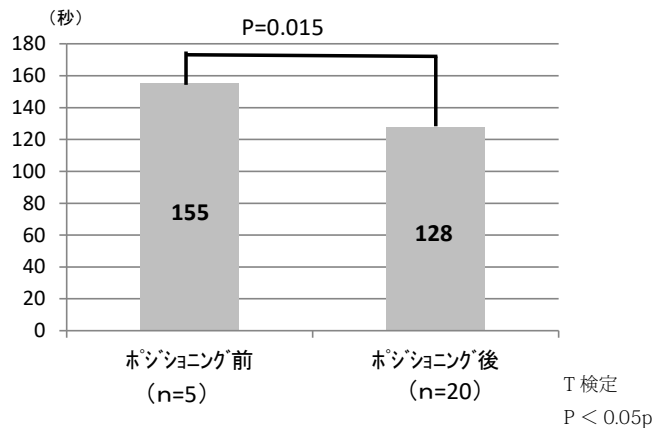


図 3. SPO₂ 低下の最長時間の平均の比較

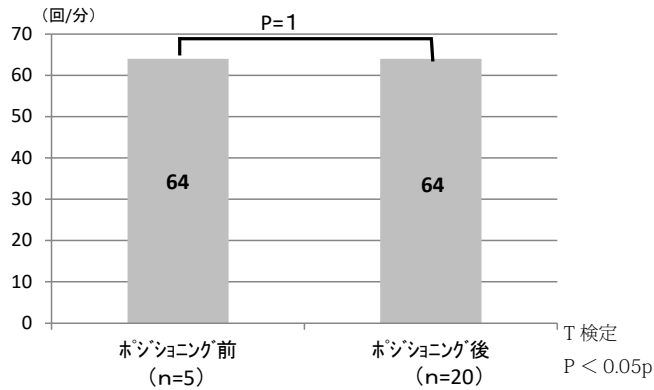


図4. 脈拍数の1日平均の比較

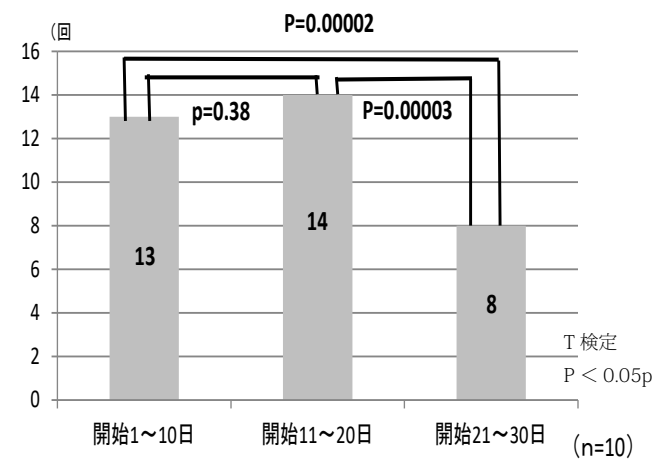


図5. ポジショニング介入回数の1日平均の比較

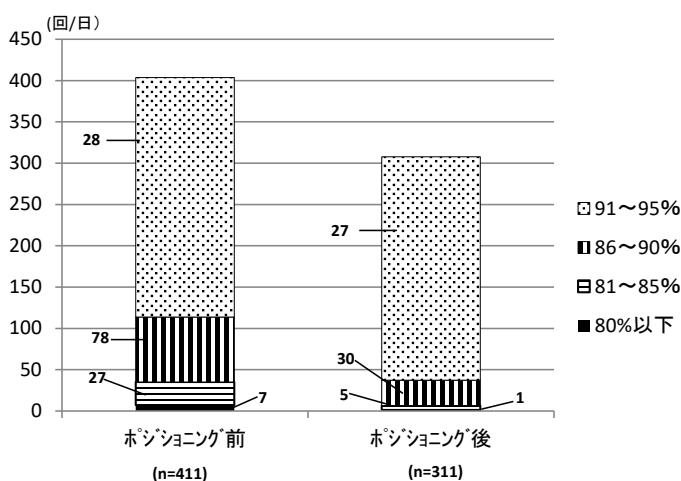


図6. 範囲別 SpO₂ 低下回数

IV. 考察

今回、ダウン症患者が閉塞性睡眠時無呼吸障害になりやすいということで、効果的なポジショニングを実施し、それを継続することで呼吸状態が安定し、安楽な日常生活が送れるようにと考え取り組んだ。

体位別 SpO₂ の低下回数の結果より、普段仰臥位・腹臥位で睡眠していることが多く、仰臥位 112 回 (27%)、腹臥位 178 回 (44%) で、SpO₂ の低下回数が多かった。仰臥位は、重力によって舌根沈下が起こりやすいため、SpO₂ の低下回数が多いと考えられる。腹臥位は、重力の作用で下顎と舌が前方に突出するため、舌根沈下など気道狭窄を防ぎやすい体位と言われているが、A 氏は、睡眠時に首を反らすため、頸椎の圧迫や枕に顔を押し付けた姿勢から、SpO₂ の低下回数が多いと考えられた。日野原は「無呼吸やいびきは仰臥位で増悪し、側臥位で改善することがある」³⁾ と述べていることから、理学療法士と連携し、側臥位でのポジショニングを行うことで、呼吸状態の安定が図れるのではないかと考えた。ポジショニング中は、クッションや枕を使用するため、A 氏の体動により窒息の危険性があるため、巡回・観察を頻回に行いながら実施した。

ポジショニング前後の SpO₂ の低下回数平均は、前 411 回 / 日で、後 311 回 / 日であった。宮崎他によれば、「睡眠体位 (仰臥位) は軟口蓋の沈下により上気道を狭小化する増悪因子であり、側臥位では無呼吸・食道内圧変動が減少し酸素飽和度が改善される」⁴⁾ と述べている。側臥位を取ることで気道狭窄や窒息を予防でき、呼吸の安定に繋がったと考えられる。

SpO₂ 低下の最長時間の平均は、ポジショニング前 155 秒で、後 128 秒であった。ポジショニング前は、SpO₂ が低下しても効果的なポジショニングが分からず、刺激や体位変換を行っていたため、SpO₂ の回復が遅いと考えられる。ポジショニング後でも、2 分程度 SpO₂ の低下があったのは、ポジショニングの仕方にスタッフが不慣れで、時間がかかったのではないかと考えられた。ポジショニングを実施することで、30 秒程度も SpO₂ 低下時間が減少したことより、安楽な呼吸・睡眠に繋がったのではないかと考えられる。

ポジショニング介入回数が減少傾向であることは、SpO₂ の低下回数も減少していることである。これは、ポジショニング介入前は、腹臥位や仰臥位での生活習慣であったので、介入当初は側臥位に慣れず、保持することが困難であった。しかし、継続していくことで、側臥位に慣れ、体位を保持することができるようになったためと考えられる。

今回、理学療法士による技術指導のもと、A氏に合ったポジショニングを導入したことで呼吸状態の改善につながった。

V 結論

今回の実験比較研究で以下のことが明らかになった。

1. 側臥位のポジショニングで SpO₂ の低下回数が減少し、ポジショニングの介入回数も減少した。またポジショニングの介入により、SpO₂ が低下し回復するまでの時間が短縮した。
2. ベッドサイドにポジショニングの写真と方法を表示することで、スタッフ間で統一ができ、継続した看護の提供ができた。

【おわりに】

普段の睡眠体位の習慣を急に変えることは難しいが、病棟スタッフ全員が統一したポジショニングを継続して行うことで、呼吸状態の安定が図れると考える。

閉塞性睡眠時無呼吸症候群のある患者に対しては、病態は様々であるが、一人ひとりの個別性をふまえたポジショニングを検討していくことが今後の課題である。

【引用文献】

- 1) Dahlqvist A, Acta Otolaryngol. 2003 Dec; 123(9): 1094-7
- 2) 赤柴恒人：睡眠時無呼吸症候群の診断と治療，LUNG：14-36，2006
- 3) 日野原重明：腹臥位療法の意義について，日本医事新報，No.4337，p68，2007
- 4) 宮崎総一郎，田中俊彦，日暮尚樹：いびき・睡眠時無呼吸症候群，ENTONI 162 50-56，2007

【参考文献】

- 1) 内田直：好きになる睡眠医学・眠りのしくみと睡眠障害，講談社，2006
- 2) Teresa EP, Catharine MM, Sandy MC, Elizabeth MG 脳性まひ児の24時間姿勢ケア，三輪書店，20，2006

重症心身障害児・者病棟における患者への手洗い行動の習慣化への取り組み

Initiatives habit of handwashing behavior of patients in the ward to severely disabled children and adults who

松本 舞唯 田中 ルミ 白川 美代子 西山 真知恵 小西 裕美
Mai Matsumoto Rumi Tanaka Miyoko Shirakawa Machie Nishiyama Hiromi Konishi

国立病院機構香川小児病院 15 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 15th ward

要旨

重症心身障害児・者病棟における、患者への食前の手洗い行動の習慣化に取り組んだ。対象者は A 氏・B 氏・C 氏の 3 名である。A 氏においては、手洗い行動を習慣化できたが、B 氏・C 氏においては、習慣化できなかった。その要因として、各児の気分の変動や洗面所の環境が麻痺や拘縮のある B 氏・C 氏に適さなかったことが考えられる。今後は、手洗い行動を少しでも楽しく実施できるよう、洗面所の環境整備や他部門のスタッフと連携し、継続した指導に取り組むことで習慣化につなげていける可能性があると考えられる。

キーワード：重症心身障害児・者 手洗い 習慣化

【はじめに】

重症心身障害児・者（以下重心とする）は、心身ともに何らかの障害があり、日常生活におけるセルフケア不足が問題となっている。当病棟の入院患者は車椅子や床を転がるなどの移動方法であり、手指が直接床に接する患者も多く、清潔が保たれていないと考えられる。食事前のおしぼりでの手拭きでは不十分であり、衛生的かつ快適に食事が行えていない。しかし、コミュニケーション能力がある患者であれば、職員の介入で残存機能を引き出し、手洗いが習慣化できるのではないかと考えた。井下らの研究においても、「重症心身障害児において、段階を追って関わることで自力で手洗いができる習慣につながった」¹⁾との結果が得られている。そこで、清潔行動を習慣化し、清潔の保持ができるように、食前の手洗い介助・指導をしたいと考えた。

I. 目的

食前の手洗い介助・指導により、清潔行動の習慣化に繋がる効果的な介入方法を検討する。

II. 研究方法

1. 対象

遠城寺式・乳幼児分的発達検査（修正年齢は 16 歳とする）において、発達年齢が近く、手洗い行動が習慣化できていない患者 3 名を対象とする。

A 氏 診断名：脳性小児麻痺 精神発達遅滞
（大島分類 2）DQ=11.2

右片麻痺と若干の四肢拘縮があり、歩行不能のため車椅子

使用している。本人の訴えは「あーあー」と発語する程度である。嬉しい時は笑顔で、不愉快な時は泣いて訴える。

B 氏 診断名：二分頭蓋 水頭症

（大島分類 2）DQ=13.9

背部前傾で拘縮があり、歩行不能のため車椅子使用しているが、座位移動することもみられる。特にトイレでの排泄後からホールまで移動する際によくみられ、不衛生である。発語可能であるが、感情が高ぶった時にのみはっきり聞きとれ、普段の発語は聞き取りが困難である。不愉快な時は首をかしげ、嬉しい時は笑顔がみられる。性格は頑固で、無理強いすると自傷行為（頭髪・陰毛の抜毛、爪剥離など）が見られるなど感情の起伏が激しい。抑圧するような声かけは好まない。

C 氏 診断名：脳性小児麻痺 てんかん

（大島分類 2）DQ=12.8

下半身不随、歩行不能のため車椅子使用している。トイレでの排泄時は床を這い、自力で行うため不衛生である。発語はあるが不明瞭であることが多い。性格は自分が中心でないと不機嫌となる。職員に対して好き嫌いを示し、処置やケアを拒否するなどのこだわりがあり、攻撃的な行為も見られる。

2. 研究期間

H23 年 9 月 29 日～H23 年 11 月 16 日

3. データの収集・分析方法

手洗い介助・指導実施後の行動の変化を独自で作成した手洗い行動経過表を用いて調査を行い、情報収集し、分析・評価する。

4. 研究デザイン 事例研究

5. 倫理的配慮

本研究が対象者に対して、身体的・心理的影響を及ぼさないこと、プライバシーを厳守すること、本研究はいつでも辞退できることの説明を文書にて家族・後見人に説明し、承認を得てケアを実施する。

6. 手洗い介助・指導の関わり方

1) 各段階の到達目標に沿った援助を実施する。

第1段階 到達目標：手洗いに慣れる。

第2段階 到達目標：手洗いに興味を持ち、自主性が見られる。

第3段階 到達目標：手洗いを自主的に行うようになる。

Ⅲ. 結果

1.A氏

全期を通して、嫌がる、拒否することはほとんどみられず、手洗いが出来ていることが多かった。前期は、職員の介助で車椅子を押し、洗面所へ連れて行くことが比較的多かった。その際、自ら手を伸ばして水を出し、手を擦り合わせるなど、自主的に行え、手洗い行動に対し積極的な姿勢が見られた。手洗い終了後褒めると笑顔がみられた。その後、中期以降は、声かけのみで洗面所に向かうなど自主的な行動がさらに多くみられ、手洗い時の一連の動作についても、ハンドソープを使うことが多くなるなど積極性がみられた。褒めた時も、笑顔だけでなく、返事をするが増加した。

2.B氏

前期は、声かけに対して、笑顔で洗面所に向かい、自主的に手洗いができることが多かった。手洗い時の一連の動作についても、ハンドソープを使うことを嫌がったのみで、上手に洗っていた。しかし、中期になると、職員の声かけに首を横に振り拒否し、職員が介助しようとしても、車椅子のタイヤを抑え、嫌がることが多くみられた。また、洗面所に向かっても職員が途中で声かけをすると、突然、ホールへ向かい、手洗いを拒否するなどの行動もしばしばみられた。後期も職員の声かけに対して、拒否が多くみられたが、手洗いが行えた際には笑顔がみられた。しかし、他患者が手洗いに向かわないと、車椅子で突進することがあった。

3.C氏

前期は手洗いの声かけをすると、自ら進んで洗面所に行く、素直に応じるといった行動が多くあり、手洗いも笑顔で行う姿がみられた。しかし、中期に入ると声かけに拒

否することがやや増え、手洗いの一連の動作も職員が介助することが増えた。後期は声かけに拒否することが多くなり、洗面所に手が届かないと訴え、手洗いも中期と同様に、職員が介助することが多かった。全期を通して、介助者によって反応が異なり、素直に手洗いをを行う場合と拒否する場合があった。しかし、拒否した場合でも、介助者が代わると手洗いを行っていた。また、食前には手洗いを嫌がるが多かったが、排泄後には手洗いを自ら進んで行うなどの行動がみられた。

Ⅳ. 考察

今回発達年齢が、2歳～3歳の対象患者について、手洗い行動に介入し、習慣化を図ってきた。しかし、患者の反応は様々だったこともあり、職員が統一した関わりができなかった。

A氏においては、表情に変化はみられなかったが、嫌がる様子はほとんどみられず、最終的には声かけのみで手洗いができるようになった。食事前という決まった時間帯に、指導を繰り返すことで、手洗いが習慣化されたと考える。また、褒めることでA氏自身も成功体験として印象に残り、より手洗い行動に対して積極的に取り組む気持ちになったと考えられる。

B氏においては手洗い行動に素直に応じることができたのは前期のみであった。中期以降は、職員の声かけに嫌がるが多く、日々の気分の変動により手洗い行動を拒否し、習慣化することはできなかった。そのため介入方法をB氏の気分に合わせてその都度検討し、変更して取り組んだ。B氏が嫌がるときは、手洗い行動を強要しないようにした。B氏は、こだわりがあり、自分のペースで行動するため、職員が声かけをせず見守りのみであると、自分から手洗いに向かう姿も数回ほどみられた。また、A氏やC氏に声かけしている際に、B氏が二人に向かって突進していき、手洗いに行くように促すなどの行動もみられたことから、手洗いの必要性については理解しているのではないかと思われた。岡本らの研究においても、「病院全体で患者や家族に手洗い指導を取り組んだことで患者の手洗いの関心を高め積極的な手洗いをを行うことにつながった」²⁾と報告されている。そのため、当病棟においても、病棟全体で手洗い指導に取り組み、B氏が興味を持てるように関わっていく必要がある。

C氏においても、B氏同様に手洗いを拒否することが中期になり増加した。C氏の場合、洗面所の環境が、麻痺や拘縮のあるC氏の身体に合ったものではなく、手が届きにくかったことが原因ではないかと考えられる。岡本らの研

究において、「洗面所の環境を麻痺の患者にも使用しやすいように整えたことが積極的な手洗いを行うことにつながった」²⁾との結果が報告されているため、今後洗面所の環境を改善した場合、C氏が手洗いを積極的に行える可能性があるといえる。そして、C氏だけでは不十分なところを職員側で介助することにより、C氏が手洗い行動に対して、不快な思いをすることがないように取り組んでいきたい。また、C氏は、本研究実施期間中、排泄後の手洗い行動は習慣化されていたが、食前の手洗い行動の習慣化はできなかった。そのため、食前の手洗い行動の必要性を、理解できていないといえる。C氏は、言語理解度がA氏やB氏に比べ発達しているため、食前の手洗いの必要性について説明しながら、対応していく必要がある。

手洗いの指導において、横井らの研究による「構造化を意識した手順書による視覚支援などで効果的であった」³⁾と報告されているが、本研究においては、対象者が手順書の内容を理解できないため、実施しなかった。しかし、横井らの研究において、「視覚でわかりやすく示すものを常に手洗い場に置くことにより、子どもたちはより関心を持ち取り組むことができた」³⁾との報告がなされていること

から、手順書の内容が理解できなくても、何か興味を持てる視覚での支援がなされれば、手洗い行動に対して、拒否することが少なかったかもしれない。また、田辺⁴⁾らの研究で「手洗い指導教室において『手洗いうた』を使用し、幼稚園児や小学校低学年児に指導したところ、楽しんで手洗い学習をすることができ、今後手洗いをしていくための大きな動機付けになった」との内容が報告されている。そのため、今後は手洗い行動が楽しく実施でき、習慣化に取り組めるよう、保育士など他部門の職員と連携しながら、取り組んでいく必要があると考えられた。

V. 結論

1. A氏は、食前の手洗い介助・指導や、褒めることにより、手洗い行動が習慣化された。
2. B氏・C氏は、患者の特性やこだわりにより、手洗い行動の習慣化はできなかった。
3. 洗面所の環境を整え、統一した指導方法を検討していくことで習慣化につながる可能性がある。
4. 各患者に応じた段階設定や介入方法が必要である。

表1 手洗い行動におけるA氏の反応 ※ ()内は実施できた回数

前期	中期	後期	
1. 手洗い声かけ時	1. 無表情 (6)	1. 部分介助 (7)	1. 声かけのみで移動 (10)
	2. 声かけのみで移動 (5)	2. 声かけのみで移動 (6)	2. 無表情 (5)
	3. 笑顔 (1)	3. 他患者の声かけで移動 (5)	3. 無視 (1)
	無視 (1)		他患者の声かけで移動 (1)
2. 洗面所への移動時	1. 自主的 (10)	1. 無表情 (5)	1. 自主的 (9)
	2. 無表情 (4)	職員の場所を確認 (5)	2. 職員の場所を確認 (5)
	3. 泣く (1)	2. 笑顔 (2)	3. 笑顔 (2)
3. 手洗いした時	1. 無表情 (11)	1. 自主的 (13)	1. 自主的 (15)
	2. 自主的 (9)	2. ハンドソープの使用 (10)	2. ハンドソープの使用 (9)
	3. ハンドソープの使用 (2)	3. 部分介助 (2)	3. 笑顔 (6)
4. 手拭きした時	1. 自主的 (13)	1. 自主的 (15)	1. 自主的 (14)
	2. 無表情 (3)	2. 部分介助 (4)	2. 無表情 (6)
		3. 無表情 (3)	3. 笑顔 (5)
5. 褒めた時	1. 笑顔 (15)	1. 笑顔 (17)	1. 笑顔 (17)
			2. 返事をする (5)
			3. 鏡を見る (3)
その他	1. 声かけのみで移動 (2)		1. 手洗い時へベッドを外す (1)
	2. ハンドソープ介助 (1)		
手洗いができた回数	15	20	18
手洗いができなかった回数	0	0	0
総記述数	15	18	18

表2 手洗い行動におけるB氏の反応

	前期	中期	後期
1. 手洗い声かけ時	1. 笑顔 (8) 2. 無表情 (4) 拒否 (4)	1. 拒否 (8) 2. 無視 (2) 笑顔 (2)	1. 拒否 (10) 2. 笑顔 (4) 3. 自主的 (1)
2. 洗面所への移動時	1. 自主的 (5) 2. 見守り (3) 笑顔 (3)	1. 自主的 (1) 笑顔 (1)	1. 笑顔 (5)
3. 手洗いした時	1. 見守り (6) 2. 無表情 (4) 3. 笑顔 (3)	1. 笑顔 (1) ハンドソープの使用 (1)	1. 笑顔 (3) 2. 介助 (1)
4. 手拭きした時	1. 自主的 (8) 2. 笑顔 (4) 3. 見守り (2)	1. 笑顔 (3)	1. 自主的 (5) 2. 無表情 (1)
5. 褒めた時	1. 笑顔 (11)	1. 笑顔 (8)	1. 笑顔 (5) 2. うなづく (1)
その他	1. 自主的 (3) ハンドソープを嫌がる (3) 2. 声かけに嫌がる (1) 他患者に突進 (1)	1. 自主的 (1) 声かけに嫌がる (1)	1. 他患者に突進 (1)
手洗いができた回数	16	6	5
手洗いができなかった回数	6	10	10
総記述数	22	16	15

表3 手洗い行動におけるC氏の反応

	前期	中期	後期
1. 手洗い声かけ時	1. 自主的 (7) 2. 素直 (7) 3. 拒否 (5)	1. 自主的 (8) 2. 拒否 (7) 3. 穏やか (3) 他患者声かけ (3)	1. 拒否 (14) 2. 自主的 (7) 3. 嬉しそう (4)
2. 洗面所への移動時	1. 自主的 (14) 2. 介助 (4) 3. 素直 (2)	1. 笑顔 (8) 2. 自主的 (5) 3. 介助 (3)	1. 穏やか (4) 2. 自主的 (4) 3. 介助 (3) 笑顔 (3)
3. 手洗いした時	1. 素直 (8) 2. 笑顔 (5) 3. 自主的 (3) 険悪 (3)	1. 介助 (12) 2. 自主的 (4) 3. 素直 (1) 笑顔 (1)	1. 介助 (12) 2. 自ら水を出す (5) 3. 届かないと訴え (3) 褒めて笑顔 (3)
4. 手拭きした時	1. 自主的 (19) 2. 笑顔 (12) 無表情 (1)	1. 自主的 (13) 2. 笑顔 (12) 3. 得意気 (1)	1. 自主的 (16) 2. 笑顔 (3) 3. 諦めて (1)
5. 褒めた時	1. 笑顔 (16) 2. 無表情 (4)	1. 笑顔 (13) 2. 無表情 (1)	1. 笑顔 (9) 2. 嬉しそう (4) 3. 素直 (1)
その他	1. 蛇口に届かない (1) トイレ後は手洗い (1)	トイレ後は手洗い (2) 蛇口に届かない (1)	蛇口に届かない (5)
手洗いが出来た回数	20	16	19
手洗いが出来なかった回数	5	5	2
総記述数	25	21	21

【おわりに】

本研究において、手洗いの習慣化に繋がったのはA氏のみであった。B氏やC氏については、特性やこだわりにより、習慣化が出来なかった。発達年齢は同じでも、介入方法は様々であることが分かった。そのため患者にとって、手洗い行動の習慣化が苦痛でないようにするためにどうすればよいのか、その都度検討していくことが必要であることを理解した。また、患者に統一した関わりができるよう、職員に周知を徹底していくことが必要である。評価の基準についても、明確にしておくことが大切である。このようなことをふまえた上で、今後は個々の患者の特性に応じて、手洗い行動の習慣化を継続していきたいと考えている。

【引用文献】

- 1) 井下隆, 細田安伸, 徳留盛雄, 重心児(者)における食事前手洗い習慣獲得への取り組み, 国立病院総合医学会 :686,2007
- 2) 岡本祐美子, 吉岡智子, 大屋ますみ, リハビリ病院におけるICTの活動報告-障害のある患者の手洗い指導について-, 日本環境感染学会誌 :147,2009
- 3) 横井透, 寺分彩子, 安宅玲子, 手洗いの指導:構造化を意識した手順書による視覚支援, 小児保健いしかわ :26-29,2010

【参考文献】

- 4) 田辺正樹, 福田みどり, 土井弘子, 小学校・幼稚園における「手洗い指導教室」-病院の外に飛び出そう-, メディカルオンライン :10-12,2009

強度行動障害者に芳香浴を取り入れた口腔ケアへの取り組み

The measure for the mouth care which took in Aromatic bath to the intensity behavior disorder person

網崎 美穂 笹井 大輔 中川 修治 白川 裕子 斉藤 三江子 北岡 千秋
Miho Amisaki Daisuke Sasai Shuji Nakagawa Yuko Shirakawa Mieko Saito Chiaki Kitaoka

国立病院機構香川小児病院 16 病棟
Kagawa Children's Hospital 16 ward

要旨

A 病棟は、強度行動障害者が多くを占める動く重症心身障害者病棟である。強度行動障害者は、口腔内に異常が生じていても訴えをうまく表現できないため、問題行動となって症状が現れており、患者個々に対して適切な口腔ケアが実施できていない状況にある。そこで、口腔ケアの手技統一を図り、芳香浴を取り入れ、対象者 5 名に実施した。結果、対象者 5 名の芳香浴を実施しない場合の口腔ケアと芳香浴を使用した口腔ケアでは、口臭・出血・行動で有意差が見られた。開口時間は、54.97 秒間の延長がみられた。

このことは、先行研究で、芳香浴が問題行動の軽減に有効であったように口腔ケアにおいても芳香浴を使用し、リラックスできる環境の中で行うことで、口腔ケア時の問題行動の軽減につながった。

キーワード：強度行動障害 口腔ケア 芳香浴

【はじめに】

口腔ケアは、口腔の疾病予防、健康保持・増進による QOL 向上を目指した科学であり技術であると定義され、ヘンダーソン¹⁾は、「患者の口腔内の状態は看護の質を最もよく現わすもののひとつである」と述べている。

現在 A 病棟では、一日 2 回の口腔ケアを行っている。B 病院の口腔ケアマニュアルは 9 歳未満の小児対象のものであり強度行動障害者への実施方法として適さない部分があり、職員に口腔ケアの知識、手技に個人差が見られている。また、歯科医も常駐してなく、歯の形態異常による磨き残し、向精神薬の副作用などの問題があり、自分で清潔行為ができず緊張や抵抗があり協力を得られない患者が多い。

そこで、口腔ケアの必要性を再確認し、手技を統一することで口腔ケアのレベルアップを図り、芳香浴を使用したりリラックス空間を整えることで、口腔ケア中の問題行動が緩和され、患者の口腔衛生状態の向上を図ることができると考え本研究に取り組んだ。

I. 研究目的

芳香浴を使用して強度行動障害者の問題行動を軽減させ口腔ケアに取り組むことで、どのような効果を及ぼすのか検討する。

用語の定義

強度行動障害者：強度行動障害判定基準における自傷・

他傷・こだわり・物壊し・睡眠障害・食事関係の障害・排泄関係の障害・多動・騒がしさ・パニック・粗暴の 11 項目で、行動障害の発現程度をスコア化することで判別でき、10 点以上が強度行動障害者となる。

芳香浴：芳香植物から抽出された精油を揮発性の芳香物質で肺・鼻粘膜から吸入させる方法で吸入後約 5 分で血中に精油の成分が出現し、7～8 分で体外に排泄される。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：実験研究
2. 期間：平成 23 年 10 月～12 月
3. 対象：強度行動障害者の医療度判定基準に基づき、強度行動障害スコアの高い A 病棟入院中の患者 5 名

4. 方法

1) 勉強会の開催

B 病院の口腔ケアマニュアルを基に作成した強度行動障害者に対する口腔ケアの手順と方法、口腔ケアアセスメントについて全スタッフに周知する。

2) 口腔ケアの実施方法

- (1) 強度行動障害者に対する口腔ケアの手順に沿って実施する。
- (2) 静かな個室で一人ずつ椅子に座ってもらい、口腔ケアを 1 対 1 で 9 時 30 分から 5 分間行う。
- (3) 芳香浴を実施しない場合の口腔ケアを 10 日間行う。

- (4) 芳香浴を使用した口腔ケアを1ヶ月間行う。
 ① 9時15分からアロマポットを使用し芳香浴を開始する。
 ② 口腔ケアの前に2.5ℓの微温湯に精油0.1mlを含ませたタオルで顔全体を清拭する。

3) 観察項目と評価基準

- (1) 岸本²⁾の「初期評価シート」(ROAGスケールを元に作成)を元に口腔ケアアセスメント表を独自に作成し、歯や口腔粘膜の状態、汚れの付着状況、行動状況、開口時間を観察し記録する(表1)。
 (2) 評価基準は3段階に分け、点数化する。

5. 分析方法

対象者5名の芳香浴を実施しない場合の口腔ケアと、芳香浴を使用した場合の口腔ケアの口腔内状況・行動状況などの単純記述統計を行い、評価点数平均値を比較した。

芳香浴なしと芳香浴ありについてt検定を行いP<0.05を有意差ありとした。

6. 倫理的配慮：対象者の家族、主治医には、事前に研究目的、内容について説明し、プライバシー保護と共に得たデータは、研究以外には使用しない事を口頭により説明し承諾を得る。対象者には本人の分かる範囲で説明し、拒否する時は速やかに中止することとした。

III. 結果

対象者5名の芳香浴を実施しない場合の〈表2〉患者背景

口腔ケア(芳香浴なしと略す)と芳香浴を使用した口腔ケア(芳香浴ありと略す)の口腔内状況は、芳香浴なし口臭2.28点、出血2.02点、芳香浴あり口臭2.05点、出血1.7点で有意差があった。(図1)

行動では、芳香浴なし1.30点、芳香浴あり1.12点で有意差があった。開口時間は、芳香浴なし84.18秒、芳香浴あり139.15秒で、54.97秒間の延長がみられ有意差があった。(図2)

対象者個々の口腔内状況と行動状況は、表2に示す。

A氏は、芳香浴なし食渣2点、口臭2.7点、芳香浴あり食渣1.67点、口臭1.97点で有意差があった。芳香浴なしは、首ふり・口を開けない・歯ブラシを噛み舌でブラシを押し出す・看護師の手を払うという行動が見られていた。芳香浴ありは、問題行動が減少し、口腔ケア中の表情も穏やかになり笑顔が増えた。

B氏は、芳香浴なし歯肉増殖3.00点、芳香浴あり歯肉増殖2.87点で有意差があり、院外歯科医の往診の際に研究実施前に比べて歯肉の状態が改善できていると評価を受けた。

行動では、芳香浴なし1.13点、芳香浴あり1点で有意差があった。芳香浴なしは歯ブラシをつかんで介助者にさせないというこだわりがあり、開口せず軽い拒否が見られていたが芳香浴ありは開口するようになり拒否がなくなった。

C氏は、芳香浴なし口臭2.0点、芳香浴あり1.80点で有意差があった。また、芳香浴なし・ありにかかわらず声かけに笑顔がみられ、顔に触れると声を出して笑う行動が見られた。しかし、いつもと違う介助者が口腔ケアを行うとエプロンを引っ張り嫌がる行動が見られた。

D氏は、芳香浴なし歯肉出血1.9点、行動1.93点、芳香浴あり歯肉出血1.17点、行動1.3点で有意差があった。芳香浴なしは、逃げる・手で払う・首ふり・奇声・緊張などの行動が見られたが、芳香浴ありは、何度か口腔ケアを行い慣れてくると嫌がる行動は示さなかった。

E氏は、芳香浴なし口臭2.1点、歯肉増殖2.2点、歯肉出血1.9点、芳香浴あり口臭1.57点、歯肉増殖1.83点、歯肉出血1.47点で有意差があった。芳香浴なしは、声かけにスムーズに応じていたが表情が硬かった。芳香浴ありは、介助者の顔をみては表情が柔らかくなり笑顔が見られた。

〈表1〉 口腔ケアアセスメント表

口腔内状況			
判定基準	1点	2点	3点
食渣の残留	なし	少	多
舌苔	なし	少	多
口腔乾燥	なし	少	多
口臭	なし	弱	強
歯肉増殖	なし	中等度	高度
歯肉出血	なし	少	多
開口時間			
表情			
声かけに応じる			
口腔ケア時の行動状況			
逃げる	なし	少	ある
手で払う	なし	少	ある
首ふり	なし	少	ある
口を開けない	なし	少	ある
ブラシを噛む	なし	少	ある
奇声・叫声	なし	少	ある
緊張	なし	少	ある
他害	なし	少	ある

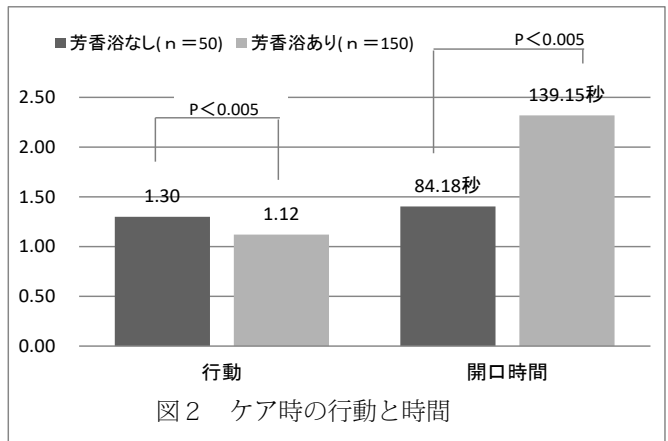
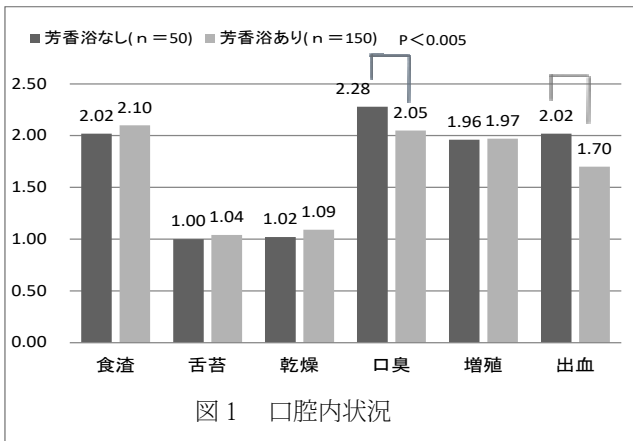


表2 患者背景

対象	年齢	性別	大島分類	疾患名	口腔ケア時の行動障害	口腔ケア時の行動障害
A氏	28歳	男	19	精神発達遅滞, 視力障害, 癒着性イレウス	自傷, 他害, 頭突き, ベッドに身体を打ち付ける, 大声を発する, 急に顔面を紅潮させ興奮する.	開口しない, 歯ブラシを噛む, 歯の形態異常
B氏	33歳	女	18	てんかん, 興奮性発達遅滞,	自傷, 他害, 頭突きドア叩き, ドアに体当たりする, 飲食物に執着, 脱衣, こだわり	十分な開口が出来ない, 口の中に指を入れる, 歯槽膿漏
C氏	33歳	男	19	ダウン症, 精神発達遅滞	自傷, 反すう, 異食,)唾を飛ばす, 手づかみで一気に口内に食物を入れ窒息の危険性がある.	反すうがあり常に口腔内に食物残渣がある.
D氏	29歳	男	17	てんかん, 精神発達遅滞	反すう, 異食, 放尿, 一気に手づかみで食べる, 興奮し, 大声を発し傍にいる人を叩く	身体をくねらせて拒否する
E氏	45歳	男	11	自閉症(易興奮性)	自傷, 反すう, パニック, 食べ物を一気に入れる.	表情が硬く上手く表出できない

表3 口腔内状況 (芳香浴なし・ありの結果)

項目	芳香浴なし (n: 10)	芳香浴あり (n: 30)	結果
A 食渣	2	1.67	P <0.005
舌苔	1	1	n p
乾燥	1	1.17	P <0.05
口臭	2.7	1.97	P <0.005
増殖	1	1.63	P <0.005
出血	1.6	1.33	n p
行動	1.29	1.27	n p
開口時間	86.9	137.43	P <0.05
B 食渣	2.7	2.37	n p
舌苔	1	1.03	n p
乾燥	1	1.1	n p
口臭	2.5	2.9	P <0.05
増殖	3	2.87	P <0.05
出血	2.7	2.43	n p
行動	1.13	1	P <0.05
開口時間	97.2	191.7	P <0.005
C 食渣	2.2	2.7	P <0.01
舌苔	1	1.03	n p
乾燥	1.1	1.07	n p
口臭	2	1.8	P <0.05
増殖	1.8	2	n p
出血	2	2.1	n p
行動	1	1.01	n p
開口時間	90.4	157.3	P <0.005
D 食渣	1.6	1.93	P <0.05
舌苔	1	1.07	n p
乾燥	1	1	n p
口臭	2.1	2	n p
増殖	1.8	1.5	n p
出血	1.9	1.17	P <0.005
行動	1.93	1.3	P <0.005
開口時間	62.6	82.3	n p
E 食渣	1.6	1.83	n p
舌苔	1	1.07	n p
乾燥	1	1.1	n p
口臭	2.1	1.57	P <0.005
増殖	2.2	1.83	P <0.05
出血	1.9	1.47	P <0.05
行動	1.14	1.01	P <0.005
開口時間	83.8	127.7	P <0.05

IV. 考察

A病棟は、自傷・他傷・こだわり等の問題行動がある動く重症心身障害者病棟である。強度行動障害者は、口腔内に異常が生じていても訴えをうまく表現できず、口唇や舌を噛む、口の中に指を入れる、頭や頬・下顎を叩くなどの問題行動となって現れる。また、十分に開口せずブラッシングを嫌がる傾向があり、患者個々に対して適切な口腔ケアが実施できていない状況にある。

先行研究において芳香浴は、問題行動の軽減に有効であったと報告されており、和田³⁾は、「爽やかな香りを嗅ぐと一瞬で眠気が吹き飛んだり、心地よいトリートメントでイライラが鎮まったりするのは、生物の原始的な感覚である嗅覚と触覚に働きかけるためである。」と述べていることからアロマオイルを用いた芳香浴を口腔ケアに取り入れ実施した。対象者5名に開口時間が延長し、有意差が認められたのは、先行研究で、芳香浴は、問題行動の軽減に有効であったように口腔ケアにおいても芳香浴を使用し、リラックスできる環境の中で行うことで、口腔ケア時の問題行動の軽減につながったと考える。

A病棟では、向精神薬を服用している患者が多くその副作用には、口内炎や易出血傾向などが見られる。B氏は、歯肉炎で歯槽膿漏が見られており、こだわり行動からぐらつく歯が気になり口腔内に手を入れ、出血させる行動が見られていた。芳香浴を使用しこだわり行動が減

少し、より開口時間が延長したことから口腔ケアに取り組むことができ歯肉の状態が改善されたと考える。また、継続した口腔ケアの実施により、定期的訪問歯科医から良い評価を得ることができたのではないかと考える。A氏は、芳香浴ありでは、笑顔が増えた。以前より、他者との触れ合いを好んでおり、芳香浴環境でリラックス効果が高まり、丁寧なブラッシングができ口腔ケアが効果的に行えたと考える。また、患者と看護師が1対1の関係で口腔ケアを行うことで、安心感や信頼関係の構築ができ、問題行動を起こすことなく口腔ケアが行えたのではないかと考える。

VI. 結語

1. 強度行動障害者の口腔ケアは芳香浴を取り入れることで問題行動が減少し、口腔内の口臭及び口腔内出血の減少が見られた。
2. 1対1の関係で口腔ケアを行うことで、安心感や信頼の構築ができたことで問題行動の減少につながった。

【おわりに】

芳香浴は、ストレスの緩和のみならず問題行動の軽減につながり、効果的な口腔ケアを行うことができる。嫌がる時には患者の反応をみながら、自らが開口するの

を待ち、患者の受容のもとで行うことが重要である。また、アセスメントシートを活用し状態に応じて訪問歯科の依頼をして口腔内環境の改善に向けて取り組んでいきたい。今回の研究では対象患者5名への実施であったが、今後は、毎日の口腔ケアや、日々の看護の中に取り入れていきたい。

【引用文献】

- 1) ヴァージニア・ヘンダーソン：看護の基本となるもの「改訂版」,湯填ます,小玉香津子訳,日本看護協会出版会,13-53,1978
- 2) 岸本裕充：成果の上がる口腔ケア,医学書院,2011
- 3) 和田文緒：アロマセラピーの教科書,新星出版社,30,2009

【参考文献】

- 1) 喜田川善政・村松真澄・井上農夫男：肺炎予防と口腔ケア,日本口腔ケア・リハビリテーション学会誌,17(2),133-138,2007
- 2) 村松真澄：病棟でもココまでできる口腔ケア,ナーシング・トゥデイ,10月臨時増刊号,2009
- 3) 看護臨床に役立つ口腔ケア,ナース専科,7月号増刊,2003

手術室における災害対策への取り組み

—机上シミュレーションによる手術室看護師の意識の変化—

Efforts to disaster measures in operating room

Changes in attitudes of operating room nurse with desktop simulation

渡辺 裕加 矢野 幸子 加藤 望美 福島 和代 西前 真里

Yuka Watanabe Satiko Yano Nozomi Katoh Kazuyo Fukushima Mari Nishimae

国立病院機構香川小児病院 手術室

Kagawa National Children's Hospital The Surgery ward

要旨

手術室は、麻酔により意識のない状態の患者を治療する特殊な場所である。災害発生時には迅速な対応が求められるが、A 病院手術室では、災害発生時を想定した防災訓練を実施したことがなく、実際に行動できる災害対応マニュアルが作成されていないのが現状である。そこで今回、災害に遭遇し混乱した状況の中で、効果的な災害看護をおこなうための対策として、災害対応マニュアルの作成及び、机上シミュレーションと災害対応マニュアルの読み合わせを実施し、シミュレーション前後の手術室看護師の災害に対する意識の変化を比較した。その結果、シミュレーション前では、災害時をイメージできていないスタッフが多く、災害対策について不安をもっていた。また災害対応マニュアルの作成と読み合わせを行うことは、知識の習得に効果があり、机上シミュレーションを行うことで、災害発生時をイメージでき災害に対する危機管理意識の向上につながった。

キーワード：災害看護，災害対策マニュアル，机上シミュレーション

【はじめに】

近年、大規模な自然災害が起こっており、災害看護の必要性が重要視されている。災害時の看護は、災害に関する看護独自の知識や技術を用いるとともに、災害が及ぼす被害を最小限にできるように、患者の安全を第一に考え活動していかなければならない。

手術室は、麻酔により意識のない状態の患者を治療する特殊な場所であり、災害発生時の迅速な対応が必要とされる。しかし、A 病院手術室では災害発生時を想定した防災訓練を実施したことがなく、また実際に行動できる具体的な災害対応マニュアルが作成されていないのが現状である。災害には様々な種類と規模があり、発生時期も予測することができない。災害に遭遇し混乱した状況の中で、効果的な災害看護をおこなうためには、スタッフ全員が災害時の対応を習得し、いつでも実践できるように、日ごろからの備えが必要であると考えられる。

そこで、今回災害対策として、災害対応マニュアルの作成及び、机上シミュレーションとマニュアルの読み合わせを実施し、手術室看護師の災害に対する意識の向上及び、知識の習得に効果が見られたのでここに報告する。

I. 研究目的

災害対応マニュアルを使用した机上シミュレーションを行うことにより、手術室看護師の災害に対する意識の変化を明らかにする。

II. 用語の定義

机上シミュレーション：実際に体を動かすものではなく研究者が作成したシナリオを基に、イメージの向上や、判断力の向上を目的とした訓練。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究
2. 研究対象：手術室看護師 11 名（師長 1 名を含む）
3. 期間：平成 23 年 7 月～12 月
4. 場所：A 病院 手術室
5. 方法：
 - 1) マニュアル作成チームメンバーが災害対応マニュアル作成（手術室非常設備について、地震・火災・停電時対応フローチャート、看護手順）
 - 2) 机上シミュレーション前意識調査

3) 地震発生を想定したシナリオを配布し、個々で机上シミュレーション施行。その後、2グループに分かれて、研究メンバーが主導となり、作成した災害対応マニュアルの読み合わせ、及びシミュレーションについての意見交換

4) 机上シミュレーションで出た個々の意見をもとに、手術室看護師全体で一通りの流れを確認

5) 机上シミュレーション後意識調査

6. シミュレーション前後の意識調査の実施方法：質問紙法（選択回答方式，自由回答方式）

シミュレーション前後に手術室看護師へ，研究者が独自に作成した質問用紙を配布し協力を得た。

7. 調査内容

アンケート内容は，対象者の属性と，災害対策に対する意識とした。災害対策に対する意識・知識・行動の大きく3つのカテゴリーに分類して調査した。

1) 対象者の属性は，看護師経験年数・手術室経験年数を調査した。

2) 災害に対する意識については全6項目を，「ある」4点「ある程度ある」3点「あまりない」2点「ない」1点の各4段階で点数化した。3) 災害に対する知識については全15項目を，「分かる」4点「ある程度分かる」3点「あまり分からない」2点「分からない」1点とした。4) 災害に対する行動については全8項目を，「できる」4点「ある程度できる」3点「あまりできない」2点「できない」1点とした。

8. データ分析方法

各質問項目の点数を算出し，シミュレーション前後の点数の変化をMann-WhitneyのU検定を行い比較した。有意水準は5%とした。

9. 倫理的配慮

研究趣旨，アンケート用紙については院内の倫理委員会の承認を得た。

アンケートの協力は自由であり協力の有無に関わらず不利益はないこと，また，無記名とし個人を評価することではないこと，研究目的以外では使用しないことを説明し同意を得た。

IV. 結果

アンケート回収率は100%，有効回答率は100%であった。

1. 対象者の属性（図1・2）

看護師経験年数：1年未満2名，1年から5年未満1名，5年以上10年未満3名，20年以上5名

手術室経験年数：1年未満4名，2年以上7名

2. 意識について（図3）

1) 災害が起きたときにイメージしたことがありますか
「ある」「ある程度ある」前5名(45%) 後9名(90%)，「あまりない」「ない」前6名(55%) 後2名(18%)

2) 災害発生時何をしなければいけないか思いつきますか
「はっきり思いつく」「大体思いつく」前4名(36%) 後10名(91%)，「あまり思いつかない」「思いつかない」前7名(64%) 後1名(9%)

3) 災害対策に不安を感じたことがあるかについて「ある」「ある程度ある」前10名(91%) 後10名(91%)，「あまりない」「ない」前1名(9%) 後1名(9%)

4) 迅速な対応ができると思うか「思う」「ある程度思う」前1名(9%) 後3名(27%)，「あまり思わない」「思わない」前10名(91%) 後8名(73%)

5) 定期的な防災訓練は必要だと思いますか「とても思う」「思う」前11名(100%) 後11名(100%)，「あまり思わない」「思わない」前0名(0%) 後0名(0%)。検定の結果，有意差がみられた項目は「災害発生時何をしなければいけないか思いつきますか」であった。意識合計は，シミュレーション前後で比較すると有意差はみられなかった(表1)。

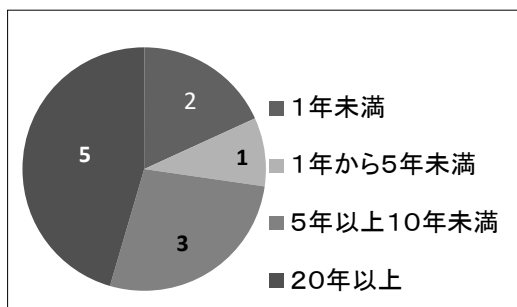


図1 看護師経験年数

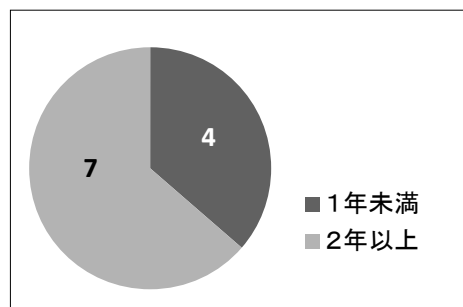


図2 手術室経験年数

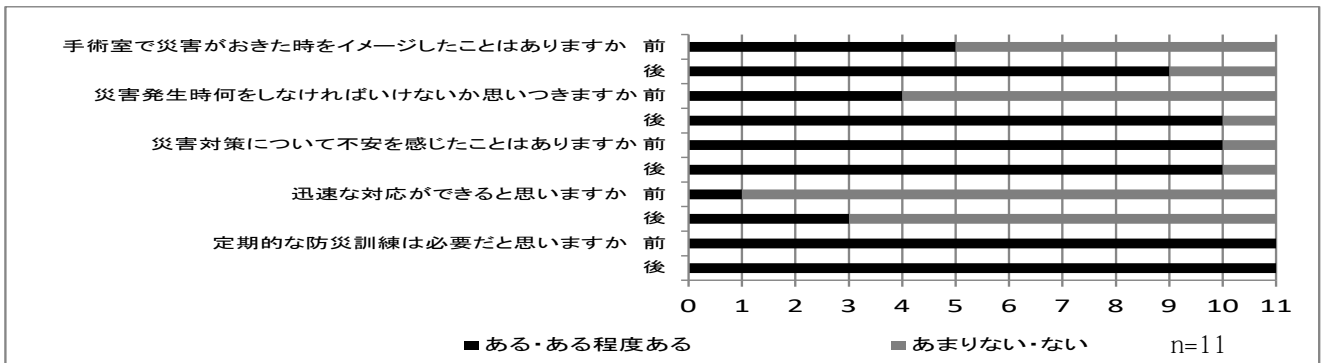


図3 災害に対する意識について

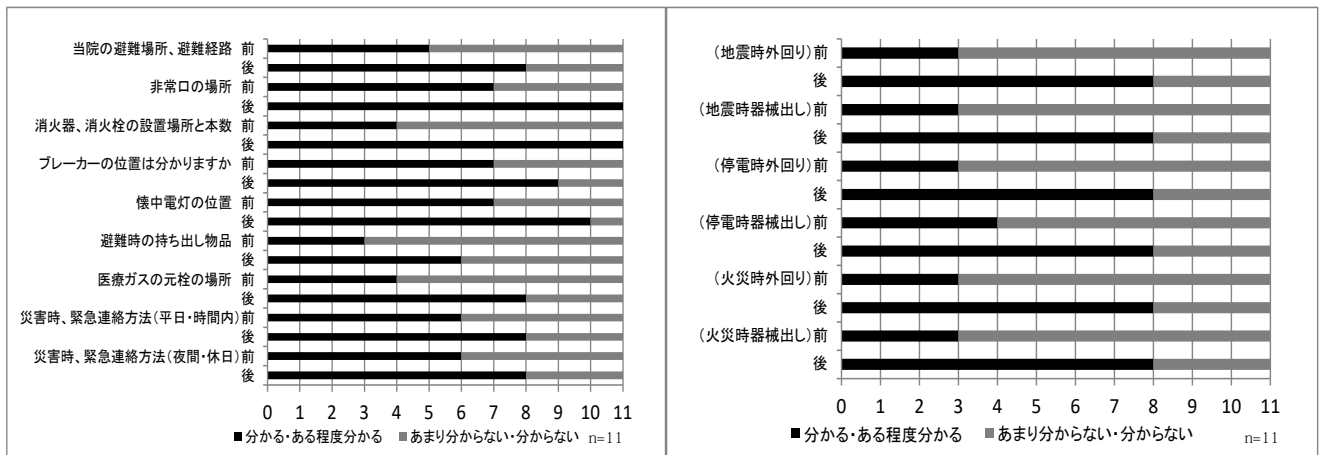


図4 災害に対する知識について

表1 災害に対する意識について シミュレーション前後の変化 (中央値)

質問内容	時期	
	シミュレーション前	シミュレーション後
手術室で災害がおきた時をイメージしたことはありますか。	2	3
災害発生時何をしなければいけないか思いつきますか	2	3*
災害対策について不安を感じたことはありますか	4	4
迅速な対応ができると思うか	1	2
火災マニュアルがあることを知っていますか	4	4
どこにあるかわかりますか	4	4
読んだことがありますか	1	4
定期的な防災訓練は必要だと思いますか	4	4
意識合計	22	28

Mann-Whitney のU検定
*: p<.05

3. 知識について (図4)

- 1) 避難場所、避難経路は分かりますか「分かる」「ある程度分かる」(以後「分かる」とする)前5名(45%)後8名(73%)「あまり分からない」「分からない」(以後「分からない」とする)前6名(55%)後3名(27%)
- 2) 非常口の場所は分かりますか「分かる」前7名(64%)後11名(100%)「分からない」前4名(36%)後0名(0%)
- 3) 消火器、消火栓の設置場所と本数は分かりますか「分かる」前4名(36%)後11名(100%)「分からない」前7名(64%)後0名(0%)
- 4) ブレーカーの位置は分かりますか「分かる」前7名(64%)後9名(82%)「分からない」前4名(36%)後2名(18%)

- 5) 懐中電灯の位置は分かりますか「分かる」前7名(64%)後10名(91%)「分からない」前4名(36%)後1名(9%)
- 6) 避難時の持ち出し物品は分かりますか「分かる」前3名(27%)後6名(55%)「分からない」前8名(73%)後5名(45%)
- 7) 医療ガスの元栓の場所は分かりますか「分かる」前4名(36%)後8名(73%)「分からない」前7名(64%)後3名(27%)
- 8) 災害時、緊急連絡方法は分かりますか(平日・時間内)「分かる」前6名(55%)後8名(73%)「分からない」前5名(36%)後3名(27%)
- 9) 災害時、緊急連絡方法は分かりますか(夜間・休日)「分かる」前6名(55%)後8名(73%)「分からない」前5名(36%)後3名(27%)
- 10) 地震発生時のとるべき行動は分かりますか(外回り)「分かる」前3名(27%)後8名(81%)「分からない」前8名(73%)後3名(27%)
- 11) 地震発生時のとるべき行動は分かりますか(器械出し)「分かる」前3名(27%)後8名(73%)「分からない」前8名(73%)後3名(27%)
- 12) 停電時のとるべき行動は分かりますか(外回り)「分かる」前4名(36%)後8名(73%)「分からない」前7名(64%)後3名(27%)

13) 停電時のとるべき行動は分かりますか(器械出し)「分かる」前4名(36%)後8名(73%)「分からない」前7名(73%)後3名(27%)

14) 火災時のとるべき行動は分かりますか(外回り)「分かる」前3名(27%)後8名(73%)「分からない」前8名(73%)後3名(27%)

15) 火災時のとるべき行動は分かりますか(器械出し)「分かる」前3名(27%)後8名(73%)「分からない」前8名(73%)後3名(27%)。検定の結果,全15項目のうち11項目について有意差がみられた。知識合計は,シミュレーション前後で比較すると有意差がみられた(表2)。

4. 行動について (図5)

1) 消火器・消火栓を使用できますか「できる」「ある程度できる」(以下「できる」とする)前5名(45%)後9名(82%)「あまりできない」「できない」(以下「できない」とする)前6名(55%)後2名(18%)

2) 避難時,持ち出し物品を準備できますか「できる」前2名(18%)後7名(63%)「できない」前9名(82%)後4名(36%)

3) 地震発生時とるべき行動が実際に行えますか(外回り)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)

4) 地震発生時とるべき行動が実際に行えますか(器械出し)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)

5) 停電発生時とるべき行動が実際に行えますか(外回り)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)

6) 停電発生時とるべき行動が実際に行えますか(器械出し)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)

7) 火災発生時とるべき行動が実際に行えますか(外回り)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)

8) 火災発生時とるべき行動が実際に行えますか(器械出し)「できる」前1名(9%)後6名(55%)「できない」前10名(91%)後5名(45%)。検定の結果,全8項目のうち8項目で有意差がみられた。行動合計は,シミュレーション前後で比較すると有意差がみられた(表3)。

表2 災害に対する知識について シミュレーション前後の変化(中央値)

質問内容	時期	
	前	後
当院の避難場所、避難経路は分かりますか	2	3
非常口の場所は分かりますか	3	4*
消火器、消火栓の設置場所と本数は分かりますか	2	4*
ブレーカーの位置は分かりますか	3	4
懐中電灯の位置は分かりますか	3	4*
避難時の持ち出し物品は分かりますか	3	3*
医療ガスの元栓の場所は分かりますか	1	4*
災害時、緊急連絡方法は分かりますか(平日・時間内)	1	4
災害時、緊急連絡方法は分かりますか(夜間・休日)	3	4
災害時とるべき行動は分かりますか(地震時外回り)	3	3*
(地震時器械出し)	2	3*
(停電時外回り)	2	3*
(停電時器械出し)	2	3*
(火災時外回り)	2	3*
(火災時器械出し)	1	3*
知識合計	33	52*

Mann-Whitney の U 検定
*: p<.05 n = 11

表3 災害に対する行動について シミュレーション前後の変化(中央値)

質問内容	時期	
	前	後
消火器・消火栓を使用できますか	2	3*
避難時、持ち出し物品を準備できますか	1	3*
災害時取るべき行動が実際に行えますか(地震時外回り)	1	3*
(地震時器械出し)	1	3*
(停電時外回り)	1	3*
(停電時器械出し)	1	3*
(火災時外回り)	1	3*
(火災時器械出し)	1	3*
行動合計	9	24*

Mann-Whitney の U 検定
*: p<.05 n = 11

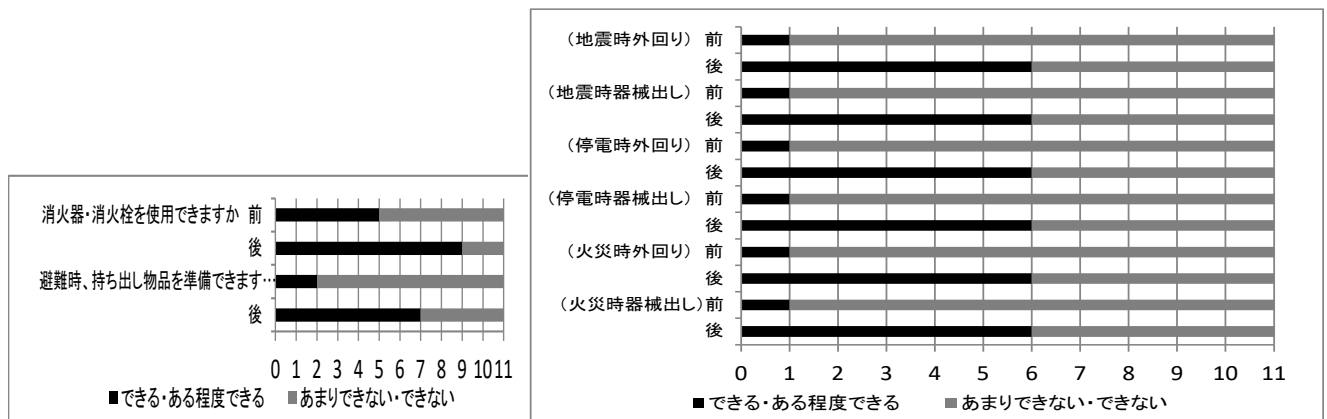


図5 災害に対する行動について

V. 考察

1) 意識について

シミュレーション前は、災害対策について不安があると答えたスタッフは91%であり、手術室の災害対策に不安があると考えているスタッフが多かった。しかし、災害がおきたときをイメージしたことがないスタッフは過半数を超えていた。このことから、災害対策について不安と考えるスタッフが多いにも関わらず、災害がおきたときをイメージできていないと考える。また、中には「考えたこともなかった」との意見もあり、災害に対する危機管理意識は低かったと考えられる。その要因としては、実際に大きな災害に遭遇した経験がないこと、また具体的な災害対策マニュアルがなく、今までに手術室を対象とした訓練を行ったことがないためであると考えられる。自由記載で、「何から行動したらよいのか分からない」「優先順位が分からない」という意見が聞かれたように、災害に対しての漠然とした不安感をもっていたと考える。

災害がおきたときのイメージをしたことがあると答えたスタッフは、シミュレーション後82%に増加していることから、フローチャートなどで一連の行動を示すことによって自分の役割行動が明確となり、災害時のイメージができるようになったと考える。また、シミュレーション後マニュアルの読み合わせと意見交換を行い、実際に災害が起こった時に手術室内はどのような状況になるかや、避難方法などを話し合うことができおり、災害時の被害にあった状況をイメージできていると考える。

シミュレーション後も不安があると答えたスタッフは82%と多い。自由記載で、「シミュレーションを行いより現実的となり不安が増悪したから」「実際に行動できるか不安」という意見が聞かれた。このことから、シミュレーションを行い、災害時をイメージできるようになったことで、危機管理意識の向上につながっていると考えられる。

2) 知識について

全15項目のうち11項目について有意差がみられた。非常設備や医療ガスの元栓については、災害対策マニュアルを作成し、読み合わせを行ったことで、知識の習得に効果があったと考えられる。また、災害時のとるべき行動については、地震時・停電時・火災時の外回り・器械出し看護師の役割を、フローチャートで示すことによって、とるべき行動を一連の流れとして理解できている。災害時の対応行動は起こった被害に対する行動であることから、災害をイメージできる知識が必要であるといえる。今回の結果からも、知識を習得したことによって、災害時をイメージできたことにつながっていると考えられる。

3) 行動について

今回は、机上シミュレーションであり、実際に避難訓練を行っていないため、行動についての変化はあまりみられないと考えていたが、全項目において有意差がみられていた。行動するためには知識が必要であり、シミュレーション前の結果で、「あまりできない」「できない」と答えたスタッフが多くみられたのは、行動が実際に行えないという意味ではなく、災害時をイメージ出来ていなかったからではないかと考える。今回マニュアルにて知識を習得したことによって、とるべき行動を理解できたことから、実際に行動はしていないが、行動できるだろうという意識に変化したと考えられる。

消火器・消火栓を使用できると答えたスタッフは後82%へ増加していた。消火器・消火栓を実際に使用したことがないスタッフも多くいたが、災害対策マニュアルでの非常設備として、写真を用いて使用方法を作成したことで、理解しやすかったのではないかと考える。日ごろ、消火器や消火栓を取り扱う機会がないため、今後も繰り返した学習が必要であると考えられる。避難時、持ち出し物品を準備できると答えたスタッフは後63%へ増加した。避難時持ち出し物品を災害対応マニュアルに示したことで、準備できると答えたスタッフが増えたと考える。

シミュレーション後、迅速に行動できると答えたスタッフは27%と少ない。自由記載に、「なんとなくイメージは出来たが、実際に動くとなると分からない」との意見があったことから、今後は実際に訓練を行い、体験的に学ぶことでイメージを膨らませ行動力への自信をつけていく必要がある。

アンケートの結果より、普段から災害時の危険を予測して行動するスタッフが少ない傾向がみられた。酒井ら¹⁾は、「災害が発生してから援助方法をはじめて考えるのではなく、日常から災害時に自分のとるべき行動を考えて、あらかじめ準備しておく。このような準備の積み重ねによっていざ災害時に冷静かつ、素早く適切な行動を自然にとることが出来るようになる。」と述べている。日常から「災害時には被災状況はどうなるのか」「どのように行動すべきか」「他職種とどのように協働すればよいか」など、災害時の自分の行動を、意識しておくことが重要であると考えられる。災害はマニュアル通りに発生することは少ない。手術室では、様々な被害場面が想定されるため、繰り返し訓練を行うことで、災害に対する危機管理意識を高めていく必要があると考える。

また、手術室は麻酔科医、各科医師、臨床工学技師、看護師がチームとして働いている。今後は、麻酔科医、各科医師、

臨床工学技師の役割を含めたマニュアルを整備し、共に訓練していく必要がある。

VI. 結論

1. シミュレーション前では、災害時をイメージできていないスタッフが多く、災害対策について不安をもっていた。
2. 災害対応マニュアルを作成し、読み合わせを行うことは、知識の習得に効果がある。
3. 机上シミュレーションにより、災害時発生時をイメージでき手術室スタッフの災害に対する意識が向上した。

【おわりに】

研究の限界として、対象者が11名と少なく当院だけのデータであるので、一般化することは難しい。

【引用文献】

- 1) 酒井明子他：看護の専門知識を統合して実践につなげる災害看護 南江堂 174,2008

【参考文献】

- 1) 堀内義仁他：災害医療シリーズ No.10 災害に強い病院作り
- 2) 渡辺由紀子ほか：手術室の災害対策と教育の実際，メディア視覚教材+実践手術看護 4(2)
- 3) 飛田貴史ほか：火災マニュアルを活用した避難訓練と危機管理意識の向上，メディア視覚教材+実践手術看護 3(4)

学童の生活習慣病に対する母親の意識調査

Attitude survey of mother for the lifestyle-related disease of the schoolchild

久保 明美 竹内 和代 稲垣 めぐみ 石原 富子 関 千尋 石井 梨枝子
Akemi Kubo Kazuyo Takeuchi Megumi Inagaki Tomiko Ishihara Chihiro Seki Rieko Ishii

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 外来
Kagawa National Children's Hospital The Outpatient Ward.

要旨

本研究は、成人病予備軍と指摘されている生活習慣病で小児内分泌外来を受診した学童の母親 15 名と、非生活習慣病の学童の母親 30 名を対象に半構造的アンケート調査を行い、母親の生活習慣・生活習慣病に対する意識の違いを明らかにすることを目的とした。アンケート内容は、1. 母親の属性 2. 子どもの家庭内生活習慣 3. 子どもの家庭外生活習慣 4. 母親の生活習慣・生活習慣病の思いと予防行動の 37 項目と自由記載とした。結果、「食生活に注意していれば生活習慣病にならない」という項目に有意差 ($P < 0.05$) を認めた。また、母親の生活習慣病に対する意識の中に、生活習慣病群は「危険な事として親子で認識しているが継続できない」「怖い」などに対して、非生活習慣病群は「考えたことが無かった」「学校や町で生活習慣病を教えてほしい」などであった。学童と母親・家族が共に、生活習慣・生活習慣病に対する知識と行動が変化する援助が重要である。

キーワード：学童, 生活習慣病, 母親, 意識調査

【はじめに】

学童期の生活習慣病は増加傾向にあり、「文部科学省学校保健統計調査報告書」¹⁾によると肥満児は約 20 年間に 2～3 倍に増加していると報告されている。生活習慣病の要因には、遺伝的要素と生活習慣が影響し発生すると言われており、食事の欧米化、ファースト・フードなどの食生活とゲームなどによる不規則な生活時間や運動不足、家族形態の変化が子どもの生活環境を左右している。

生活習慣病の早期予防のために学校検診が精密に行われ、A 小児内分泌外来にも生活習慣病の精査での受診率が高くなり、高度肥満、高コレステロール血症、糖尿病の指摘を受ける学童が増加してきている。筒井ら²⁾によると「学童前期 (6 歳～8 歳) は基本的習慣を獲得する時期であるが、食欲が旺盛で間食が多くなり体内脂肪がつきやすい時期であると述べ、学童後期 (9 歳～11 歳) は年齢にしたがって知的関心が高まる時期でゲーム等の生活変化による運動不足により、肥満児が増加する時期」と指摘している。

生活習慣病は、生活習慣を変えることが基本であるが、大人でも生活習慣を変えることは難しい。外来診療で食事指導を受けたり、学童自身が生活目標を決定し努力をしている。しかし、達成や継続をすることが困難な場合があり、生活習慣は母親の子どもに対する教育や影響が大きいと考える。

そこで本研究は、学童をもつ母親が生活習慣・生活習慣病に対してどのような意識があるかを明らかにすることで、母親と学童が共に生活習慣・生活習慣病に対する知識と行動が変化する支援が必要であり手段の糸口を見出した。

I. 研究目的

生活習慣病の学童をもつ母親と、非生活習慣病の学童をもつ母親の生活習慣・生活習慣病に対する意識の違いを明らかにする。

用語の定義

1. 【意識】主観的なもので、知っていることの内容を意味したり、知ったり気づいたり過程を意味する。また、考え・思いも含むとした。
2. 【生活習慣病群】成人の生活習慣病に移行する可能性がある小児の高度肥満、高コレステロール血症、2 型糖尿病をもっている学童群とした。
3. 【非生活習慣病群】慢性疾患をもたない学童群とした。
4. 【健康行動】健康の保持・増進、病気からの回復を目的として行われる行動として、主に食習慣、運動習慣、予防知識や予防行動とした。
5. 【家庭内生活習慣】家族と生活をする中心の場で、主に家という囲いの中の日常行っている生活の後天的な行動様式とした。

6.【家庭外生活習慣】家族との生活以外の場で、主に学校・塾・友達との遊び場などで生活の後天的な行動様式とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：調査研究

2. 研究対象

1)【生活習慣病群】A小児内分泌外来に通院歴または、現在治療中の生活習慣病（高度肥満、高コレステロール血症、糖尿病）と診断された学童（7歳～12歳）の母親25名に対して、研究者より電話または外来受診時に、同意を得られた22名に対して送付した。郵送回答で同意を得られた15名。

2)【非生活習慣病群】A小児外来を受診した、慢性疾患をもたない学童をもつ母親30名に説明し同意を得られた30名。

3. 研究期間

2012年10月20日～2012年12月20日。

4. 調査方法

調査内容は研究者が独自に作成した半構造的アンケートで、食事・睡眠・運動行動を中心に①親の属性（年齢・職種など）②子どもの家庭内生活習慣（起床・就寝時間・体重測定など）③子どもの家庭外生活習慣（運動・運動の種類など）④親の生活習慣・生活習慣病意識（生活習慣病の言葉聞いたことがあるかなど）⑤生活習慣病の親の予防行動（体形に劣等感があるかなど）の37項目と自由記載とした。配布方法は、生活秀看病は電話で郵送の同意を確認して郵送を行った。非生活習慣病群は、外来受診時に説明し同意を得た母親に手渡した。回収方法は、生活習慣病群は研究者宛に返信依頼を行い、非生活習慣病群は封筒に入れて回収箱に投函依頼を行った。

5. データ分析方法

生活習慣病群と非生活習慣病群に分類し、①親の属性②子どもの家庭内生活習慣③子どもの家庭外生活習慣について両群を集計し比較した。また④親の生活習慣・生活習慣病意識⑤生活習慣病の親の予防行動について、エクセルを使用しクロス集計による χ^2 検定を行った。

6. 倫理的配慮

A病院倫理審査委員会の承認を得て、研究者より生活習慣病群は電話での口頭で同意説明を行い、承諾得られた対象者にアンケート用紙と同意説明文書を郵送し返信にて同意を得た。非生活習慣病群の対象者には、外来受診時に研究者および外来看護師より同意説明を口頭と文書でおこない投函によって同意を得た。説明文書には、研究の主旨・目的を説明し、研究参加・不参加、途中で辞

めることなど、自由意志であり不参加であっても今後の診察には影響しないことを説明した。また、アンケート調査は無記名であり、研究結果は学会等での発表・投稿以外には使用しないこと、アンケート用紙は研究終了後裁断し破棄することなどプライバシーの保護について説明し同意を得た。

III. 結果

アンケート用紙の回収率は、生活習慣病群22名中15名（回収率68.0%）非生活習慣病群30名中30名（回収率100%）であった。

1.【親の属性】（表1）

生活習慣病群の母親の平均年齢は42.4歳で、非生活習慣病群の母親の平均年齢は33.7歳であった。家族構成は、生活習慣病群が平均4.3人でうち子どもが平均2.0人（平均年齢11.7歳）非生活習慣病群は平均4.2人うち、子どもの平均2.1人（平均年齢8.9歳）であった。職業は会社員が一番多く生活習慣病群40.0%、非生活習慣病群33.0%で次に医療関係、自営業の順であった。勤務形態は、生活習慣病群は常勤者が53.0%で多く、非生活習慣病群は非常勤者が60.0%が多かった。「夜勤がありますか」に対して「無い」が生活習慣病群87.0%、非生活習慣病群73.0%であった。食事を主に作る人は「母親」が生活習慣病群80.0%、非生活習慣病群97.0%で「祖母」が生活習慣病群13.0%、非生活習慣病群3.0%であった。「家族に生活習慣病の病気に罹っている人がいるか」では生活習慣病群が多く73.0%、非生活習慣病群37.0%であった。

2.【子どもの家庭内生活習慣】（表2）

起床は両群とも6時～7時が一番多く、生活習慣病群93.0%、非生活習慣病群87.0%と大差は見られなかった。就寝については22時～23時頃が生活習慣病群40.0%、非生活習慣病群6.6%と生活習慣病群が夜遅くまで起きていた。毎日の体重測定は生活習慣病群46.6%、非生活習慣病群56.6%でわずかであるが非生活習慣病群の方が多かった。食事時の飲み物は両群とも、「ジュース類は1日何cc飲みますか」の問いに一番多かったのが生活習慣病群の「飲まない」47.0%、非生活習慣病群では23.0%であった。おやつの種類で好きな物では、スナック菓子が生活習慣病群20.0%に対して、非生活習慣病群は80.0%を占めていた。生活習慣病群の学童の中には複数のおやつを好んで食べるが33.0%と高く、非生活習慣病群では7.0%であった。

また、生活習慣病群にはおやつを食べない学童が7.0%であった。

3. 【子どもの家庭外生活習慣】(表3)

体育の授業以外に運動を行っている時間は、30～60分が最も多く生活習慣病群 45.0%, 非生活習慣病群 38.0%であった。生活習慣病について学童が何らかの形で学習したことがあるのは両群とも「はい」が多く、生活習慣病群 73.0%, 非生活習慣病群 57.0%であった。「生活習慣病の血液検査を受けたことがありますか」の項目は生活習慣病群の「ある」が 93.0%, 非生活習慣病群は 30.0%であった。「子どもの生活習慣病を聞いたことがありますか」は「はい」が生活習慣病群は 100% で非生活習慣病群は 90.0%

であった。また、「学童が生活習慣病を学習しているか」には生活習慣病群が 73.0% で非生活習慣病群が 57.0% であり、学校や地域での啓発によるものと思われる。

4. 【母親の生活習慣・生活習慣病の思いと予防行動】(表4.表5)

「生活習慣病に意識としてバランスのとれるように気を付けている」母親が、生活習慣病群 83.0% も非生活習慣病群 94.0% で高かった。生活習慣病群の母親からみた「学童は自分の体型に劣等感をもっている」が 73.0% で非生活習慣病群は 40.0% であった。

表1. 対象者の属性

項目		生活習慣病群 n=15		非生活習慣病群 n=30	
		人	%	人	%
母親	平均年齢	42.4 歳 (34 ~ 50) ± 4.4		33.7 歳 (30 ~ 49) ± 5.7	
	平均年齢	11.7 歳		9.0 歳	
子ども	平均年齢	11.7 歳		9.0 歳	
	平均人数	2.0 人		2.1 人	
家族構成	核家族	6	40%	20	67%
	拡大家族	7	47%	4	13%
	母子	1	7%	2	7%
	無回答	0	0%	4	13%
仕事	会社員	6	40%	10	33%
	医療関係	4	27%	7	23%
	自営業	4	27%	0	0%
	その他	2	13%	8	27%
	無回答	1	7%	5	17%
勤務形態	正社員	8	53%	6	20%
	臨時社員	4	27%	19	63%
	その他	2	13%	0	0%
	無回答	1	7%	5	17%
生活習慣病の家族	いる	11	73%	11	37%
	いない	4	27%	19	63%

表3. 子どもの家庭外生活習慣

項目		生活習慣病群 n=15		非生活習慣病群 n=30	
		人	%	人	%
体育外に運動している	1回/週	4	21%	9	30%
	3回/週	2	13%	11	37%
	4回/週	6	40%	9	30%
	毎日	1	7%	1	3%
	していない	2	13%	0	0%
体育外に運動している時間	30分以内	3	27%	3	14%
	30～60分以内	5	45%	8	38%
	60～120分以内	1	9%	5	24%
	120分以上	2	18%	5	24%
生活習慣病を学習している	している	11	73%	17	57%
	していない	4	27%	13	43%
生活習慣病の検査を受けた	受けた	14	93%	9	30%
	受けていない	1	7%	20	67%
	無回答	0	0%	1	3%
食生活で栄養指導を受けた	受けた	12	80%	3	10%
	受けていない	3	20%	27	90%

表2. 子どもの家庭内生活習慣

項目		生活習慣病群 n=15		非生活習慣病群 n=30	
		人	%	人	%
就寝時間	21時以前	0	0%	4	13%
	21～22時迄	9	60%	24	80%
	22～23時迄	8	40%	2	7%
毎日体重測定	行っている	7	47%	17	57%
	行っていない	8	53%	13	43%
朝食は食べる	毎日	12	80%	29	97%
	4回/週	2	13%	1	3%
	2回/週	1	7%	0	0%
夕食は何時に食べる	17～19時迄	10	67%	23	77%
	19～21時迄	5	33%	7	23%
おやつは何を食べる	クッキー菓子	3	20%	24	80%
	ケーキ類	4	27%	3	10%
	饅頭類	1	7%	1	3%
	ラーメン類	1	7%	0	0%
	その他複数	5	33%	2	7%
	食べない	1	7%	0	0%
	無回答	0	0%	0	0%
平日ゲームをする時間	30分以内	3	20%	5	17%
	30～60分以内	2	13%	12	40%
	1～2時間以内	8	53%	8	27%
	2～3時間以内	2	13%	4	13%
	その他	0	0%	1	3%

表4. 母親の生活習慣病の思い・予防行動

項目		生活習慣病群 n=15		非生活習慣病群 n=30		検定
		人	%	人	%	
①食事のバランスに気を付けている	はい	12	80	27	94	N.S
	いいえ	2	13	1	3	
②現状を続けていると生活習慣病になる	はい	14	94	9	30	N.S
	いいえ	0	0	13	43	
③生活習慣病は食に注意したらならない	はい	10	66	14	48	*
	いいえ	2	14	7	24	
④子どもは生活習慣病を知っている	はい	10	67	11	37	N.S
	いいえ	4	27	18	60	
⑤子どもは体型に劣等感がある	はい	11	73	12	40	N.S
	いいえ	2	14	15	50	
⑥朝食はしっかり食べるのが大切	はい	15	100	30	100	N.S
	いいえ	0	0	0	0	

χ²検定 * P<0.05 N.S (nonsignificant)

表5. 子どもの生活習慣病について母親の思い

生活習慣病群 n=15	非生活習慣病群 n=30
・怖い、罹ったら困る可愛そう	・深刻、怖い病気
・子どもが糖尿病になると驚いた	・小学校は管理できるが中学は難しい
・蛋白質・野菜中心にしていきたい	・どうしたらいいのかわからない
・親が励まさないといけない	・親の責任
・親の好きな物を一緒に食べ太った	・夫の遅い夕食一緒に食べるので困る
・親の責任	・予防が大切
・注意したら隠れて食べる	・あまり考えたことがない
・ゲームする時間減らして欲しい	・祖父母の生活習慣に対する意識が薄い
・運動する気が無い	・仕事をしているから寝かすが21時
・親子して継続性が難しい	・学校・町で生活習慣病を教えてほしい

母親の生活習慣病に対する思い・予防行動では、生活習慣病群はどの項目も「はい」が60%～100%であった。非生活習慣病群では「子どもの生活習慣病が重症な病気につながる」「朝食はしっかり食べることが大切」「バランスのとれた食事」「健康を保つために約束・目標が必要である」で「はい」が半数以上であった。しかし「食生活に注意していたら生活習慣病になることはない」「今の生活を続けると生活習慣病になる」「子どもは生活習慣病がどんな病気か知っている」は、生活習慣病群とは異なり半数以下であった。また、「生活習慣病は食生活に注意すればなることはないと思う」に生活習慣病群の方が有意に高値であった。(P<0.05)

VI. 考察

子どもの生活リズムは家庭環境により変化する。その要因は、母親の変則勤務などが学童の生活習慣に影響が大きいのではと考えた。しかし今回の研究では生活習慣病群の常勤者が多いという結果から、職種や変則勤務は関連性が少ないと思われる。

両群の母親の思いの中に、「仕事が遅くまでかかり夕食が遅くなり待てない」という母親の社会的役割が変化していることが理由ではないかと考える。また、料理を作る人は母親が多いが、祖母が行っている家庭もあり高齢化社会の中、家庭での祖父母の役割も広がっている。しかし、核家族は母親の負担が多くなりそれが就寝時間の遅れにつながっているのではないかと考える。

学童の起床と就寝は、両群とも6時～7時に起床しているが就寝時間は生活習慣病群の方が遅く23時頃であった。学童期の睡眠時間は前期が約11～12時間、後期が約10時間と言われていることから平均21時頃の就寝時間が必要で23時に睡眠することは生活のリズムが崩れ起床時間、朝食、活動に影響がでるのではないと思われる。

家族に生活習慣病、肥満、糖尿病に罹患している人が多いのが生活習慣病群であった。生活習慣病群の母親は食生活についての大切さは理解できているが、現実には「ゲームやTVの時間を減らしてほしい」「食べることを辞めさせようとしたら怒ったり叩いたり口の中に押し込んだり、隠れて食べる行動がある」など母親の意識だけでは生活習慣を変えることは難しくジレンマが発生し悪化していくのではないかと考える。家族全員が生活改善に意識し行動することが重要である。

健康行動として体重測定は大切な健康指標であるが生活習慣病群の方が、体重測定を毎日行っていない学童が多い結果であった。学童を含む家族が自分の健康管理や治療に向けてのやる気はとても重要である。しかし、目標と一緒に考え設定しても後戻りが良くあり、「病院で話を聞いても親子して継続性がない」という、あきらめが生活習慣病群の母親にあったと考える。野口³⁾によると逆戻りがおこる理由として「ネガティブな情動(ストレスフル)の時」「特定の目標を失った時」「健康的な習慣を行っていないという動機が低い時」「周囲からのサポートがえられない時」「人間関係で葛藤状態である時」などが挙げられている。学童を取り巻く学校生活、道徳性、性差、信頼関係など環境を振り返る必要があるのではないと思われる。

また、弓場ら⁴⁾は質的研究で肥満外来に通院する子どもをもつ母親の認識の中核概念で「危機感のない肥満への思い」であり、母親の知識不足と動機づけが見られない状況であると述べている。

今回のアンケート調査では、生活習慣病群および非生活習慣病群も「食生活に注意していれば生活習慣病にならない」という問いに有意差を認めた。行動を変えるため家族・学校社会の協力の基行動が変化し、この行動が健康行動に結びつくのではないかと考える。また、岡堂は⁵⁾「学童期は自分の食事は自分で管理していける力を身につける段階である」と述べており、健康管理に結びつく健康行動に対する意識づけが重要である。

V. 結論

1. 生活習慣病群の母親は、朝食や食事のバランスに気を付けていたことから食生活の大切さが理解できている。
2. 非生活習慣病群の母親より生活習慣病群の母親の方が、「食生活に注意すればなることはない」という思いが強い。
3. 生活習慣病群の母親には、母親が意識するだけでは学童の生活習慣が改善できないジレンマがある。

以上のことから看護支援は、学童を中心とした母親の支援だけでなく、母親と一緒にサポートしてくれる家族の生活習慣病に対する意識と健康行動への支援が重要である。

【おわりに】

学童をもつ母親の生活習慣病に対する意識調査を行った。子どもの教育・しつけは母親というイメージが多い。しかし、現社会において様々な家族のパターンがあり、個々の家族環境を考慮して家族員が協力して健康行動を変化できるように働きかけていく必要がある。今回の研究を基盤として、学童の生活習慣に対する健康行動を増強できるような家族を含めた外来看護を考えていきたい。

【引用文献】

- 1) 文部省学省 . 平成 14 年度学校保健統計調査報告書 , 文部省学省 .3-9.2003
 - 2) 筒井真優美 . 小児看護学子どもと家族の示行動への判断とケア第 6 版 , 日総研 .2010
 - 3) 野口京子 . 第 12 章健康的な生活習慣を作る , 健康心理学 , 金子房書 .166-175.1998
 - 4) 弓場紀子 , 土居洋子 . 肥満外来に通院する子供をもつ母親識一グラウンデッド・セオリーによる分析一 . 小児保健研究 第 64 卷 第 2 号 ,2005
 - 5) 岡堂哲雄 . 小児ケアのための発達臨床心理 , へるす出版 .2001
- 【参考文献】
- 1) 戸渡敏之 . 学童期の肥満症に対する運動療法について 行政の立場から . 小児診療 52:1121 - 1127.1999
 - 2) 結城瑛子 . 肥満児母子の食行動の特徴 . チャイルドヘルス . VOL14.No12.2011
 - 3) 志垣 瞳 . 幼児の健康と食生活に関する研究 . 帝塚山大学短期大学部要 38:103-114.2001
 - 4) 山村涼子 . 小児生活習慣病外来における肥満改善は可能か . 久留米信愛女学院短期大学研究紀要 31:33-37.2008
 - 5) 中村伸枝 . 学童の親がとらえた子どもの生活習慣と生活習慣が改善できない理由 . 千葉大学看護学部紀要 23:15-22.1999

小児急性期病棟における院内感染防止に対する看護師の意識調査

Attitude survey of the nurse for the prevention of nosocomial infection in the infant immediate nature period ward

中村 麻衣子 植崎 節子 藤村 真美 泉 安耶 渡邊 真紀子
Maiko Nakamura Setuko Uesaki Fujimura Mami Aya Izumi Makiko Watanabe

国立病院機構香川小児病院 1 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 1th ward

要旨

標準予防策についてとても大切だと認識している人は多かったが、実施状況を見てみるといつも実施できていると回答した人は少なかった。6 項目の質問で標準予防策が大切であると認識できているが実施率が低かった。処置後手袋を外し次の患者にうつることにに対して認識と実施ともとても大切にしていて / いつも実施している割合が高かった。エプロンの着脱に関する質問では普段からあまり実施していないとの回答があった。以上のことより普段と緊急時に関係なく標準予防策が実施できるように現在の状況を改善していく必要があると考えられる。

キーワード：看護師 院内感染防止 意識調査

【はじめに】

医療従事者において院内感染は大きな問題となる。急性期病棟は、様々な疾患を受け入れることが多く看護必要度も高い。長期療養入院患児は MRSA や VRE の保菌者であることがあるため院内感染を予防するためには標準予防策である手指衛生遵守の徹底が求められる。斎藤¹⁾は、「小児患者、特に新生児・乳幼児は、看護の必要性が高く、医療者と患児の接触の頻度ならびにその接触度が高いことから、入院患児の感染症を他の患児へ、あるいは医療従事者へ伝播させないことが、重要な課題である。」と述べている。

当病棟は、多床室で長期療養入院していることにより MRSA や VRE の院内感染を起こす可能性のある菌を保菌している患児が多い現状がある。

そこで今回、多床室で患児の看護を実施している看護師を対象に、院内感染防止対策に関してどのように認識し行動しているのかを把握する目的で、意識調査を行った。

I. 研究目的：看護師の院内感染防止対策に対する意識をアンケート調査し、現在の状況を把握する。

II. 研究方法

1. 調査対象：病棟看護師 25 名

(有効回答 15 名・無回答 10 名)

2. 調査期間：平成 24 年 10 月 1 日～ 11 月 1 日

3. 調査方法：多床室で長期療養入院患児の看護を行っている時の院内感染防止に対する意識をアンケート調査する。

4. 分析方法：アンケート結果を単純集計しグラフに表し比較した。

5. 用語の定義

緊急時：ME 機器のアラームが鳴った時・患児の状態が急変した時

処置時：吸引時・注入時・おむつ交換時

6. 倫理的配慮

対象者に研究趣旨、方法、プライバシーの保護につとめ結果を本研究以外に使用しないこと、本研究の参加は自由であること参加しないことによる不利益がないことを説明し、同意を得る。

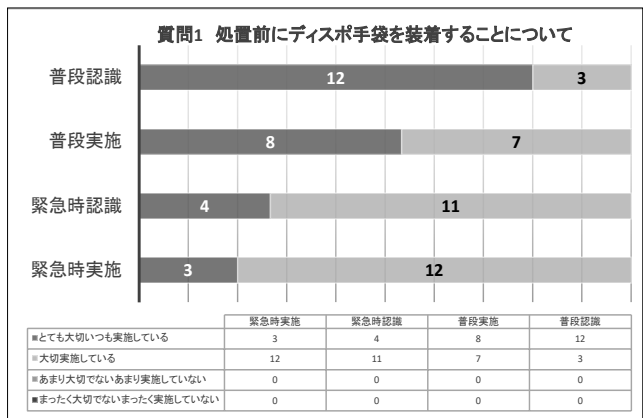


図 1. 処置前にディスポ手袋を装着することについての普段・緊急時の認識と実施

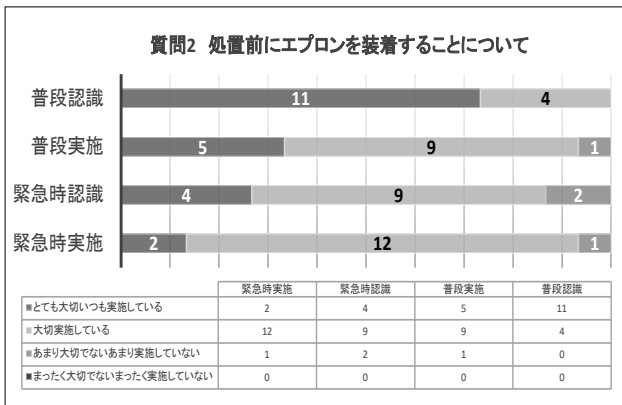


図 2. 処置前にエプロンを装着することについての普段・緊急時の認識と実施

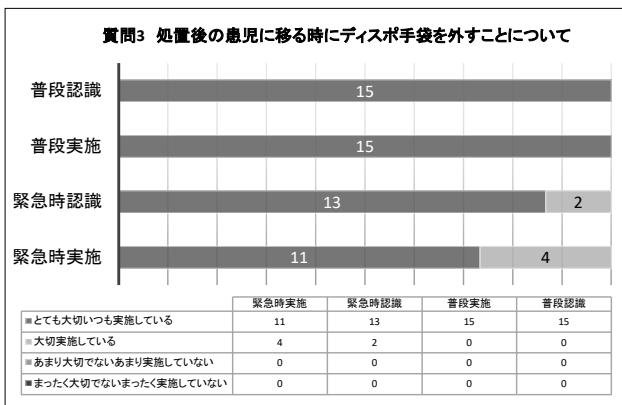


図 3. 処置後の患児に移る時にディスポ手袋を外すことについての普段・緊急時の認識と実施

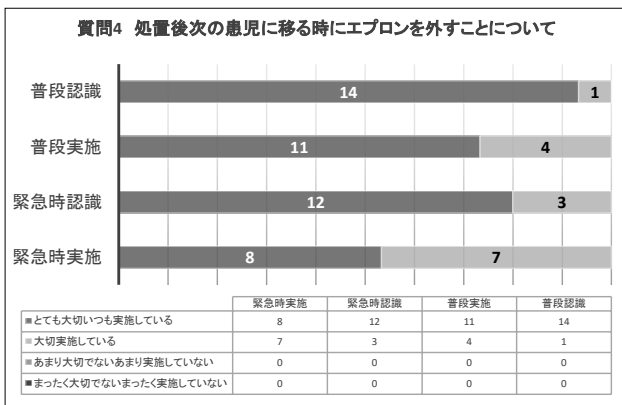


図 4. 処置後次の患児に移る時にエプロンを外すことについての普段・緊急時の認識と実施

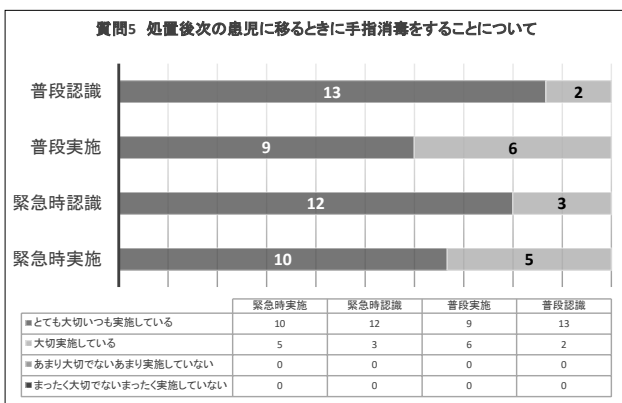


図 5. 処置後次の患児に移る時に手指消毒することについての普段・緊急時の認識と実施

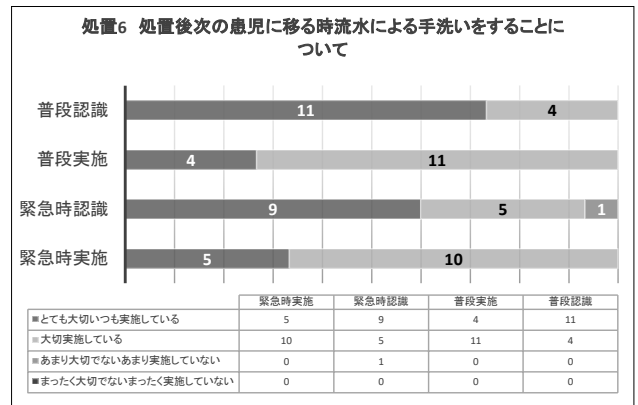


図 6. 処置後次の患児に移る時に流水による手洗いすることについての普段・緊急時の認識と実施

III. 結果

アンケートの回収率は 25 名中 15 名で全体の 60%であった。

普段手袋の装着についてとても大切だと認識している人は 12 名であった。普段の実施状況を見てみるといつも実施できていると回答した人は 8 人で実施できていると回答した人は 7 人であった (図 1)。

普段エプロンを装着することについての質問では、とても大切・大切と認識していると回答した人がほとんどであったが緊急時にはあまり大切でないと回答した人が 2 人いた。その理由として、患児の緊急性を最優先に考える必要があるからとの意見があった。実施状況を見てみると、普段あまり実施していないと回答した人が 1 人いた (図 2)。

次の患児に移る時に手袋を外すことについて普段は全員がとても大切だと認識し、いつも実施できていると回答している。緊急時の認識・実施の状況についてもとても大切/いつも実施している割合が他の項目と比べ、多かった (図 3)。

次の患児に移る時にエプロンを外すことについては、普段いつも実施していると回答した人は 11 人であったが緊急時には 8 人に減少した (図 4)。その理由として、手袋よりもエプロンを外す方が多少時間がかかり、また患児に直接触れることが少なく緊急時には外さない事があるとの意見があった。

次の患児に移る時に手指消毒することについては、普段と緊急時でとても大切であると回答した人は普段 12 人、緊急時 13 人いたが実施状況を見てみると普段いつも実施しているが 9 人、緊急時いつも実施しているが 5 人となっている (図 5)。

処置後、次の患児に移る時に流水による手洗いができているについて、普段緊急時ともにいつも実施出来ている人は少なかった (図 6)。その理由として、目に見えな

い汚れがない場合は手指消毒をすればいい、流水での手洗いは時間がかかるため緊急時は手指消毒を優先するとの意見があった。

IV. 考察

今回、多床室で患児の看護を行う看護師を対象として、院内感染防止対策に関して標準予防策をどのように認識し行動しているのかを知る目的で、アンケート調査した。

今回の研究では対象人数が少なく、t検定での有意差を出すことができなかった。

しかし普段と緊急時では標準予防策が行えにくくなることは、小川⁷⁾の先行研究の中で、「夜勤帯や看護師が少ない勤務帯、人工呼吸器使用患児が多くなる場合は、手指衛生活動ができにくい傾向であった。」と述べているように確かなことであると考えられる。6項目の質問で標準予防策がとても大切であると認識できているが実施率が低い現状があった。実施できていない理由として、緊急時には患児の緊急性を最優先にしているため実施しにくくなるとの意見があった。特に呼吸器やモニター類のアラームが鳴った時には患児の生命に直結していることが多く最優先されるのは患児の生命であるため標準予防策が実際に実施できていない場合があると考えられる。

処置後手袋を外し次の患者にうつることに対して認識と実施ともにとっても大切にしている/いつも実施している割合が高かった。この理由としてアラームが鳴ったとき処置後すぐに手袋を外すことができ、手指消毒をして対応することが容易なためと考えられる。

アンケートの結果で処置前にエプロンを装着することについての質問に対し、あまり大切でない、あまり実施していないと回答した人がいた。安藤⁹⁾の先行研究の中で感染症のイメージでは、「感染予防が大切である」「人から人へうつるもの」「体力の低下している人にうつる」と答えた親が多かったが、「同じ病棟内に感染症の入院患者がいる」「入院中にほかの感染症にかかる」と思っていない親は4割であった。これは、「感染症に対して危機感を持っている親も多いが、入院していることで安心感をもって親もいるということである。」と述べている。このことから看護師は院内感染防止に対する認識を高め実施していかなければならないと考えられる。

今後の課題として、普段と緊急時に関係なく標準予防策を実施できるように現在の認識や実施状況を改善していく必要があると考えられる。また今回の回答の中で、緊急時処置前にエプロンを装着することや処置後次の患児に移る時に流水による手洗いをするものの質問に対しあまり大切でないと回答した看護師がいた。この回答

を受け、早急に病棟看護師の意識を改善していく必要があると考えられる。土橋³⁾の先行研究で「院内感染に関する研修会参加では、知識、態度、実践得点は院内研修に参加しているものが参加していないものより有意差をもって高かった」と考察があげられている。そのため、基本的知識や最新の知識についての教育や研修を行うことや、実施に結び付けられるような研修を行い、認識や実施状況の改善に努めていく必要があると考えられる。

V. 結論

院内感染防止に関するアンケート調査で以下の事がわかった。

- 1 標準予防策はとても大切だと認識できていても実施状況を見てみると実施できていないことが多かった。
- 2 普段と緊急時を比べると緊急時になると実施できていないことが多かった。
- 3 処置後手袋を外し次の患者にうつることに対して認識と実施ともにとっても大切にしている/いつも実施している割合が高かった。
- 4 処置前にエプロンを装着することについての質問では普段からあまり実施していないと回答している人が1人いた。緊急時の認識では2人があまり大切でないとの回答があった。

VI. おわりに

今回の研究で標準予防策に関して十分理解は出来ているが、緊急時には感染対策よりも患児の緊急性を優先的に考え行動していることが分かった。しかし、院内感染の防止には看護師1人1人が適切な標準予防策を遂行しなければならない。今後の課題として、今回は研究対象の看護師の人数が少なく有意義な研究結果を出すことができなかったため、今後は、今回のアンケートを基に緊急性に関わらず院内感染防止に対する対応ができるように検討していきたい。

【引用・参考文献】

- 1) 国立成育医療研究センター：ナースのための小児感染症 予防と対策 中山書店.p2-3.2011
- 2) 島崎 豊：かんたんマスター 感染対策 2008
- 3) 藤田昌久：ステップアップ 院内感染防止ガイド 2006
- 4) 五十嵐 隆：小児科臨床ピクシス1 小児救急医療 2008

- 5) 吉野由紀子：感染管理推進委員の育成 中国四国地区
国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌
VOL. 6 57 - 60, 2010
- 6) 伊藤智恵子他 医療従事者の感染防止に対する意識調査 医器学 VOL. 61 NO4, 197, 1991
- 7) 小川真理子 手指衛生に焦点を当てた新生児治療室における感染対策の取り組み こどもケア VOI3 NO.4
- 8) 土橋ルミ子他 標準予防策における看護師の知識・態度・実践に関する調査 環境感染誌 VOL.23 NO.5
- 9) 安藤めぐみ他 入院した子どもの親の感染症に対する認識と感染予防行動の実態調査 看護研究集録（第8巻）26 - 30

救急患者受け入れ時のシミュレーションを取り入れての効果 —質問紙調査を実施して—

The benefits of introduction simulation of taking in emergent patient
-Results for the information on question and answer-

谷井 綾 徳永 恵理佳 藤本 縁 渡邊 真紀子
Aya tanii Erika Tokunaga Yukari Fujimoto Makiko Watanabe

国立病院機構香川小児病院 ICU

The Medical Journal of Kagawa National Children's Hospital The Intensive Care Unit

要旨

救急患者受け入れ時の対応に関するシミュレーションを行い看護師の意識変化を明らかにすることを目的に、ICU 看護師 20 名を対象に質問紙調査を実施した。方法は、PALS プロバイダーマニュアルを基にして質問紙を作成し、シミュレーションの実施前後で回答してもらった。その結果、PALS における一次評価について知っているかという項目については有意差 ($p=0.034$) が見られたが、その他の項目では有意差は見られなかった。チーム内連携や家族対応に関する項目は、シミュレーション実施後に看護師の意識が低下していた。1 回のシミュレーション実施では看護師のモチベーションの向上には繋がらなかった。救急患者受け入れに対する知識、技術、チーム連携の向上のためには、対象者のニーズに合わせて段階をおった教育内容を検討していくことが必要である。

キーワード：救急患者受け入れシミュレーション、看護師の意識、PALS

【はじめに】

当院の ICU では心臓外科や脳外科などの術後患者の看護と同時に、心肺停止や重積けいれんなどの三次救急患者を受け入れるという役割がある。

救急での看護師の役割は救急患者を短時間にアセスメントし、緊急事態かどうかを判断しなければならない。しかし看護師の経験年数や緊急時の対応の経験値の差などから、対応方法や技術・知識面にも差が出てくる。そのためにも、日々の業務の中で患者の急変や救急患者の対応に備える必要がある。先行研究¹⁾においても、危機管理についての教育が必要であるということが明らかになっている。また丹羽²⁾は「シミュレーションを行うことにより、学習効果を確認しながらすすめられ、実際には体験し難くリスクの高い状況の体験が繰り返しできる。」と述べている。

今回 ICU 看護師を対象に、救急患者受け入れ時のシミュレーション（以下シミュレーションとする）を行うことにより、知識や技術の向上、看護師のモチベーションの向上にも繋げることができるのではないかと考えた。そこで、シミュレーション実施前、実施直後に質問紙調査を行い、シミュレーション前後の看護師の意識の変化を明らかにしたいと考えた。その結果からシミュレーションの効果を検証したい。

I. 研究目的

救急患者受け入れ時のシミュレーション実施前後に質問紙調査を行い、看護師の意識の変化を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成 24 年 11 月 19 日～平成 25 年 1 月 3 日

2. 研究対象

シミュレーションを受けた看護師 20 名

3. データ収集方法

1) 質問紙調査

シミュレーション前に独自で作成した質問紙を配布した。質問紙はシミュレーション実施前、実施直後、実施 3 ヶ月後用を同時に配布し、それぞれの時期に回答してもらい、回収箱を設置して回収した。質問紙は AHA ガイドライン 2005 の PALS プロバイダーマニュアルを基に作成し、以下の項目について調査した。

2) 質問内容

- ①対象者の属性：看護師経験年数、ICU 経験年数
- ②蘇生に関する技術：1 人マスクバギング法、胸骨圧迫などについて適切な方法で実施できると思うか
- ③蘇生に関する知識：PALS における初期評価から二次評価まで知っているか、PALS の評価を活用しているか

④救急患者を受け入れることへの意識：救急患者を受け入れることや、受け入れ時の準備物品について普段の業務のなかで意識しているか

⑤チーム連携について：チーム内の役割、医師との連携、家族対応について意識しているか

①～⑤の評価基準は「とてもそう思う」から「全くそう思わない」「いつも意識している」から「全く意識していない」など4段階とした。

⑥救急患者の受け入れについて日頃から感じていることや考えていることについて自由記載を設けた。

*実施後は以下の項目を追加した。

⑦シミュレーションは実際の業務の中で活用できていると思うか

⑧シミュレーションは実際の場面で活用できたか
評価基準は「とても活用できている」から「全く活用できていない」の4段階とした。

⑨シミュレーションはどのような内容のものがいいと思うかについて自由記載を設けた。

3) シミュレーションの内容

シミュレーションはシナリオベーストレーニングとし、対象者3名(看護師の役割)、企画者で医師2名、応援看護師1名、当直師長1名を振り分け実施した。患者設定は心肺停止とした。

4. データ分析方法

質問紙より得られた回答の内容を単純集計し、前後の変化を分析する。統計解析にはSPSS Statistics17.0 for Windowsを用いてMann-Whitney-Wilcoxon(マン・ホイットニー・ウィルコクソン)検定を使用した。有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

対象者に研究主旨、方法、プライバシーの保護、結果を本研究以外に使用しないこと、研究の参加は自由意志であり業務上不利益を生じないこと、回答用紙からは対象者個人が特定されないことを説明し同意を得た。また、香川小児病院倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 研究結果

アンケートの回収率はシミュレーション実施前が100%、実施直後が85%であった。対象者の属性は看護師経験年数が1年から26年(平均11年)、ICU経験年数が1年未満から13年(平均3.4年)であった。以下、各項目別に結果を示す。

1. 蘇生に関する技術

技術面で有意差がある項目はなかった。各項目について前後の変化を見ると、シミュレーションの中で看護

師が体験した技術であるマスクバギング、胸骨圧迫、気管挿管介助、Aライン介助の4項目は、適切に実施できるとおもうかという質問に対し「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答した割合が7割以上であった。一方、骨髄針挿入介助、CV介助、電気的除細動介助については、「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答した割合は6割以下であった(図1)。

2. 蘇生に関する知識

PALSにおける一次評価について知っているかという項目で有意差が見られた($p=0.034$)。その他の項目で前後の割合の変化を見ると、実施前から実施後にかけて、「少し知っている」と回答した割合が増加していた。また、「あまり知らない」と回答した割合が減少していた。PALSの評価を活用しているかについては、「時々使用している」と回答した割合が実施後に増加していた。「あまり使用したことがない」「使用したことがない」と回答した割合が実施後に減少していた(図2)。

3. 救急患者を受け入れることへの意識

救急患者の受け入れに対する意識については、「いつも意識している」と回答した割合が、実施前では29.4%、実施後では35.3%へ増加していた。「時々意識している」と回答した割合が、実施前では58.8%、実施後では52.9%へ減少していた。「あまり意識していない」と回答した割合は、実施前、実施後で変化がなかった。救急患者の受け入れが実施できると思うかという質問では「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答した割合が、実施後に増加していた。「あまりそう思わない」と回答した割合は、実施前では52.9%、実施後では29.4%へ減少していた(図3)。

4. チーム連携について

チーム内の役割を意識しているかについては「いつも意識している」と回答した割合は、実施前、実施後で変化はなかったが、「時々意識している」と回答した割合は実施後64.7%から58.8%へ減少していた。一方、「あまり意識していない」と回答した割合は、実施後に5.9%から11.8%へ増加していた。チーム内の役割を遂行できると思うかについては、「とてもそう思う」と回答した割合が11.8%から17.6%へ増加し、「少しそう思う」と回答した割合が64.7%から52.9%へ減少していた。「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と回答した割合は、変化がなかった。医師との連携を意識しているかについては「いつも意識している」と回答した割合が35.3%から17.6%へ減少し、「あまり意識していない」と回答した割合は、実施前では11.8%、実施後では29.4%へ増加していた。また、医師との連携が実施できると思うか

については、「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答した割合は実施前後で変化がなかったが、「あまりそう思わない」と回答した割合が23.5%から29.4%へ増加していた。家族対応を意識しているかについては「いつも意識している」と回答した割合は、実施前後で変化がなかったが、「時々意識している」と回答した割合が58.8%から47.1%へ減少していた。「あまり意識していない」と回答

した割合は、実施前では5.9%、実施後では23.5%に増加した。家族対応が実施できると思うかについては、「とてもそう思う」が実施前5.9から実施後17.6%へ増加していたが、「少しそう思う」と回答した割合は、実施前では41.2%、実施後では29.4%へ減少していた。「あまりそう思わない」「全くそう思わない」は、変化がなかった(図4)。

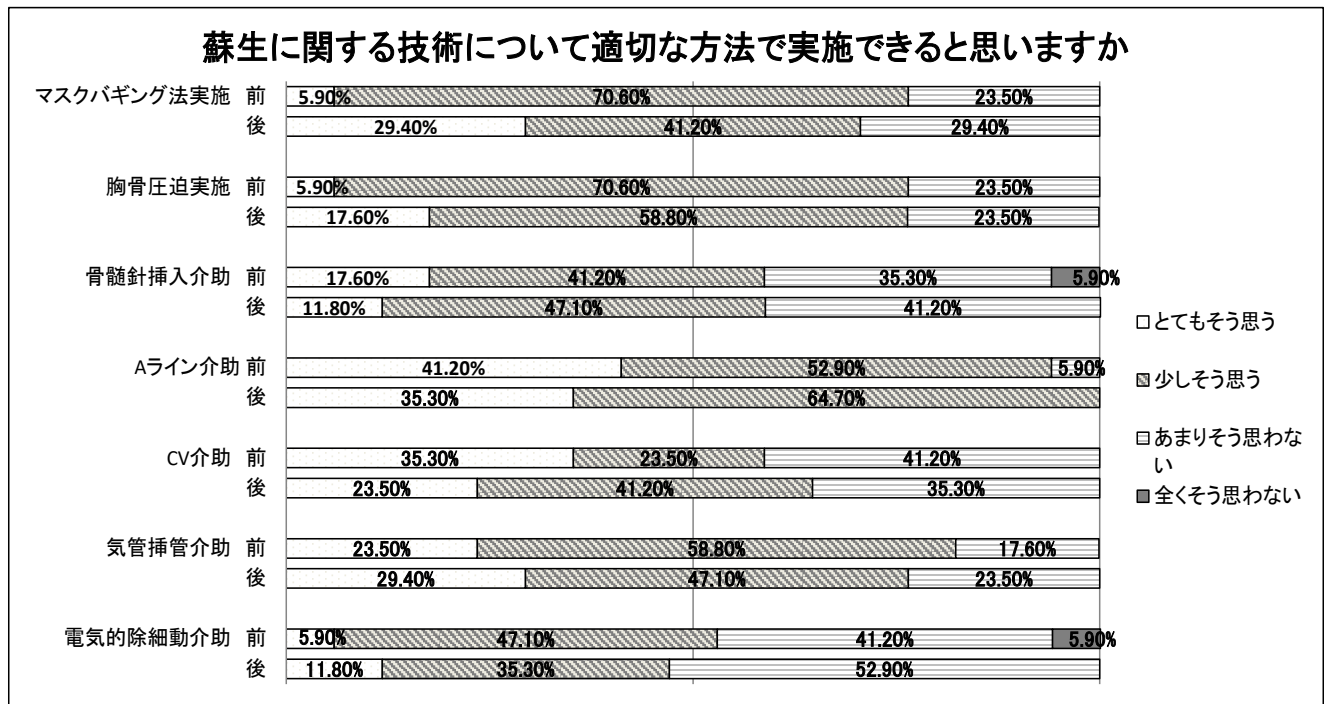


図1. 蘇生に関する技術について

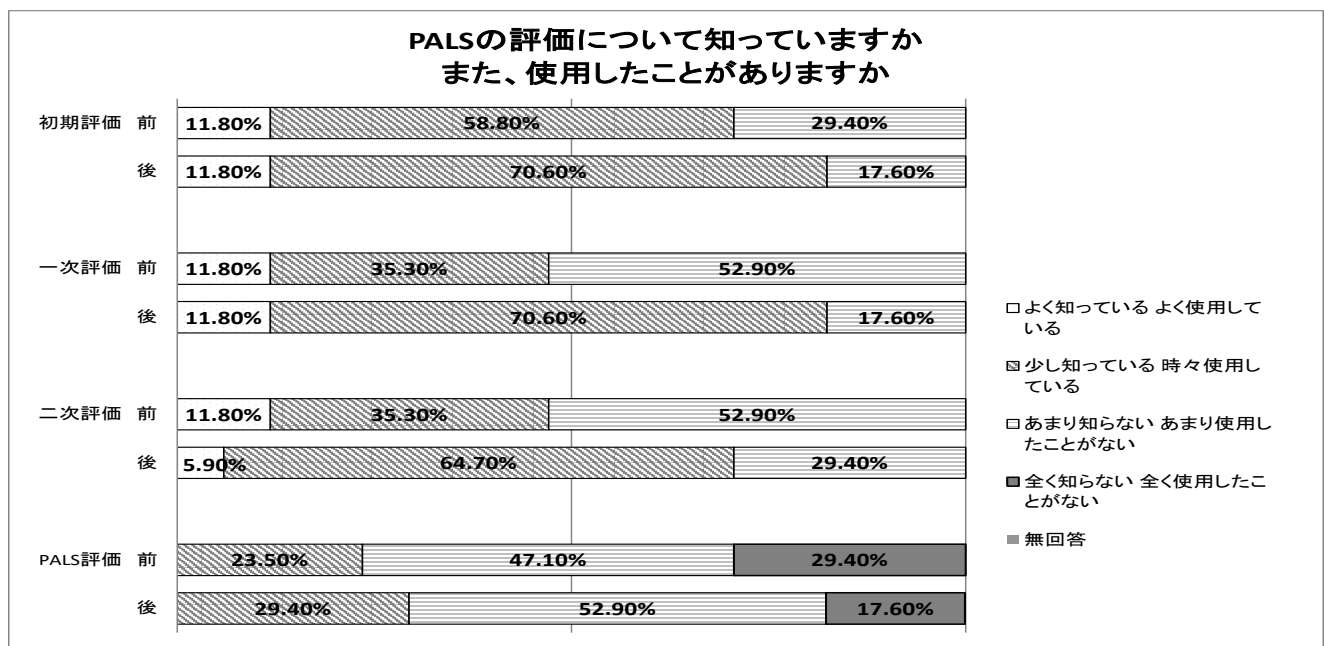


図2. 蘇生に関する知識について

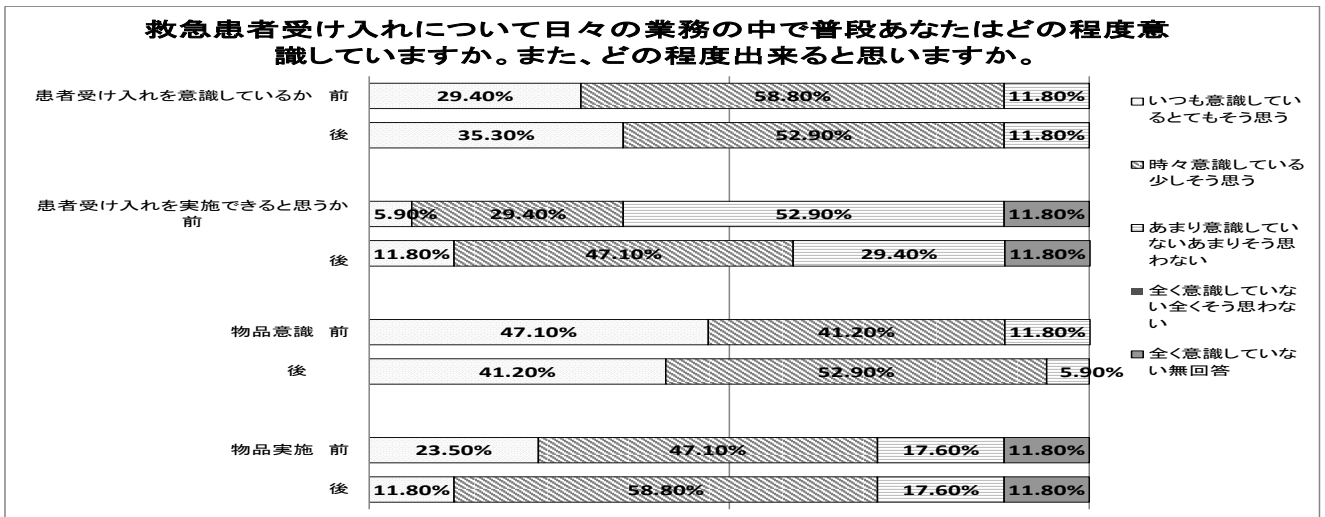


図3. 救急患者を受け入れることへの意識

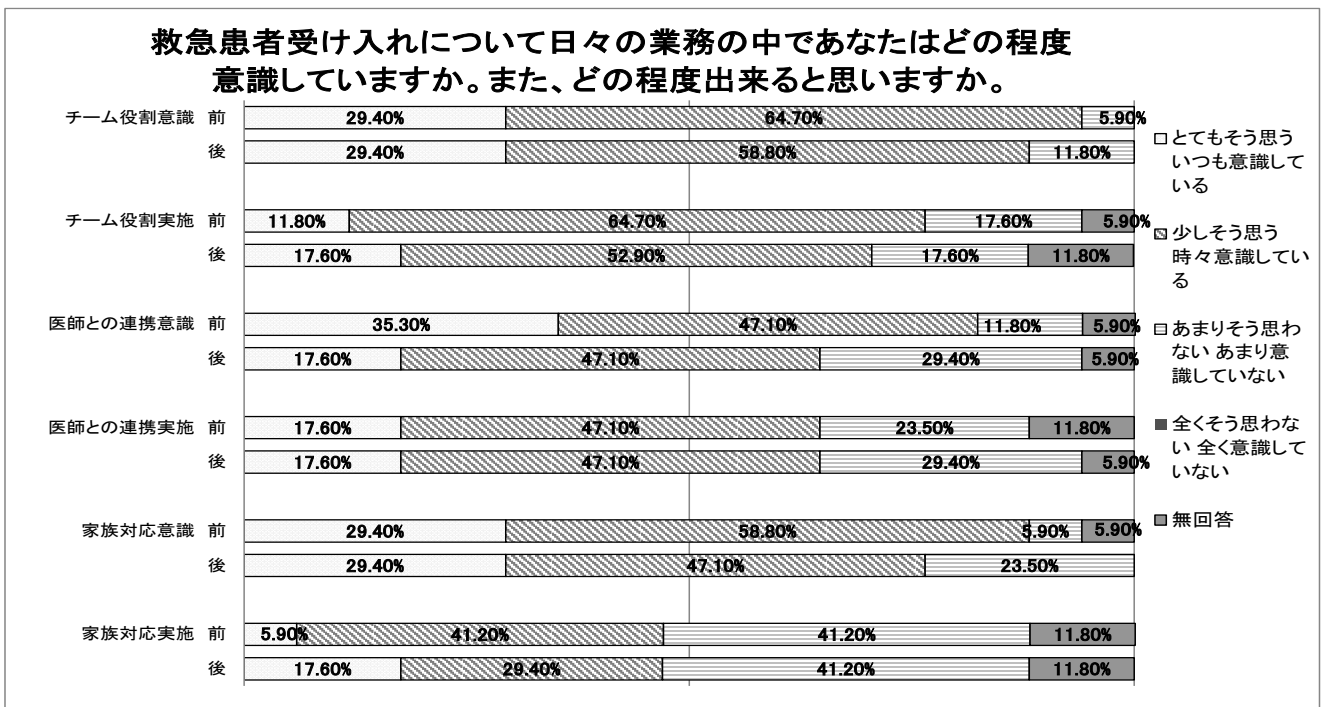


図4. チーム連携について

IV. 考察

蘇生に関する技術ではマスクバギング、胸骨圧迫、気管挿管介助、Aライン介助が適切に行えると思うかについて、シミュレーション前後共に7割以上が「とても思う」「少し思う」と回答していた。これらの技術はシミュレーションのシナリオの中で一部の対象者が体験した技術であった。また、日常の業務の中でも実施されることが多い技術であるため、大半の看護師が経験したことがあると予測され回答率の増加に繋がったと考える。一方、骨髄針介助、CV介助、電気的除細動介助が適切に実施できると思うかについては「とても思う」「少し思う」の回答が6割以下であった。これらの技術は、シミュレーションのシナリオの中でも実施する場面

がなかった。さらに、実際の救急場面でも実施することが少なく経験したことがある看護師が少ないことから自信のなさに繋がっているのだと思われる。今後、これらの自信の少ない技術についてシミュレーションのシナリオの中に取り入れたり、技術のみの研修を行いこれらの技術の習得率を上げていく必要がある。

蘇生に関する知識では、PALSにおける一次評価について有意差があった(P=0.034)。初期評価、二次評価においては有意差が見られなかったものの、実施後では7割以上が認知できていた。これはシミュレーションのシナリオの中にPALSの評価を取り入れたことで、対象者にPALSの評価について知る必要があるという動機づけとなり、シミュレーション実施後にPALSの認知度が上がった

と考える。しかし、PALS の評価の活用状況については、実施前後での変化は見られなかった。これは、PALS の知識を持っていても実際に活用している割合は少ないことを示している。PALS の評価を活用するためには、まず講義や座学などで知識を習得する必要がある。これらの得た知識をシミュレーションで使ってみることで知識と技術が統合され体験型の学習になり得ると考える。

救急患者受け入れを普段意識しているかについては、シミュレーション前後共に「いつも意識している」「時々意識している」と回答したスタッフが8割以上であった。一方、救急患者受け入れが実施できると思うかについては、シミュレーション前後共に「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答したスタッフが6割以下であった。このことから、日々の業務の中で救急患者を受け入れることへの意識は持っているものの、実際に受け入れを実施できるかについては自信がないことが予測される。当病棟は心肺停止などの三次救急患者の受け入れ件数が年間約23例（ICU入室11%）であり、看護師個々が経験する回数が限られているため経験値が十分であるとはいえないことが影響している。

今回実施したシミュレーションは、チームでの情報共有や役割分担、リーダーやメンバー、医師との連携、さらに家族へどう対応するかが重要になる構成であった。質問紙調査で、チーム内の役割遂行、医師との連携、家族対応について意識しているかおよび実施できると思うかについて「いつも意識している」「時々意識している」、「とてもそう思う」「少しそう思う」の回答が実施後には増加すると予測していた。しかし、すべての項目において1割減少していた。これは、対象者がシミュレーションを実施した中で、チーム内のコミュニケーションについて自己の不足点を発見し、自身の役割を果たすことができなかつたと感じたためだと考える。また、シミュレーションのチーム編成は、対象者個々の能力を考慮せず、ランダムに編成した。増山³⁾は「学習者の実態や傾向を

知り、研修の目標を達成するための学習者の前提となる知識、技術を把握しておく必要がある。」と述べている。このことから、対象者のスキルに合わせた目標設定を行い、個々の課題に沿ったシミュレーションを行うことが重要であると考えられる。

V. 結論

1. PALS における一次評価について知っているかという項目で有意差が見られたが、その他のすべての項目では有意差は見られなかった。
2. チーム内連携や家族対応に関する項目は、シミュレーション実施後に看護師の意識が低下していた。1回のシミュレーション実施では看護師のモチベーションの向上には繋がらなかった。
3. 救急患者受け入れに対する知識、技術、チーム連携の向上のためには、対象者のニーズに合わせて段階をおった教育内容を検討していくことが必要である。

【引用文献】

- 1) 木本智恵他. 手術部における急変時の危機管理能力の調査—医療行為モデルによる分析—. 看護総合 38 : 202-204, 2007
- 2) 丹羽由美子. 成人教育のいろいろな形式を知ろう. EMERGENCY CARE24 : 19-26, 2011
- 3) 増山純二. 救急ナースが開く勉強会 & 講習会. EMERGENCY CARE24 : 10-18, 2011

【参考文献】

- 1) 阿部幸恵. 実践力向上のためのシミュレーション教育. Nursing Today25 : 18-21, 2010
- 2) 並木温. 急変対応におけるシミュレーション教育の重要性. HEART nursing23 : 31-34, 2010
- 3) 谷地哲之. 東京医科大学病院の急変対応シミュレーション. HEART nursing23 : 42-48, 2010

未熟児病棟へ入院した児を育てる母親の思いとその変化 ～ノートを活用した交流の有効性～

Feelings and changes of mothers with their babies in premature neonatal ward
-effectiveness of relations between mothers by utilizing notebook-

山岡 伸江 河井 見如 松田 美穂 金崎 由香 安藤 明子
Nobue Yamaoka Miyuki Kawai Miho Matsuda Yuka Kanazaki Akiko Ando

独立行政法人国立病院機構 香川小児病院未熟児新生児病棟
Kagawa national Children's Hospital premature neonatal ward

要旨

生後早期の母親の心理状態はその後の愛着形成に影響するため、心理面をサポートすることは重要な援助である。未熟児病棟へ入院となった児の母親は、予想外の出産や児の状態への心配、突然に親役割を担うなど、身体・社会・心理的状况が大きな変化を余儀なくされる中で戸惑いや不安な思いが強い。しかしそれらを表出する機会が大変限られ、抱え込みがちな現状があった。

そこで今回、当病棟へ入院した児の母親同士が「ノート」を媒介としてお互いの思いを交流させる機会を提供した。これによって母親たちは不安や戸惑い、日々の面会の中で感じる気持ちの変化を表出し、お互いに共感しあえる機会が得られた。そしてそれは母親が自分自身の感情を受け入れたり児に対する受容や愛着への過程となった。母親同士が出会い、気持ちを語り合い、共感できる機会＝ピアサポートの機会を提供することは母子の愛着形成につながる重要な援助でもあった。

キーワード：不安、未熟児、ピアサポート

【はじめに】

近年、極低出生児・ハイリスク新生児の入院は増加傾向にあり、核家族化・周囲との希薄化も進み、育児不安や育児ストレスは社会問題として取り上げられている。NICU・未熟児室へ入院となった児は疾患などにより、個性が高く、周囲に相談できず、様々な思いを表出する機会が少ない。入院直後は母親同士の間関係が確立出来ていないため、実際は入院した患者同士の母親の交流は持ちづらい現状にある。面会時には母親同士の交流はあまり見られないが、授乳室では同じ時間を過ごすことによって母親同士の交流につながっている。永田¹⁾はNICU未熟児へ入院となった母親に対する支援として「現実的な母親役割を支持する事とともに母親が情緒的交流ができるよう支えていく支援」の大切さを述べている。

そこで今回、母親同士の交流の場を持つための支援として、ノートを活用した交流を試みた。その結果、未熟児病棟へ入院となった児の母親に対しノートを置くことで、気持ちの表出や間接的交流の機会を提供することが、変化をもたらす有効的であったため報告する。

I. 研究の目的・意義

ノートを通して母親の思いの変化と有効性を明らかにする。

用語の定義

「ノート」とは母親の思いを自由に記載するノート。「ピアサポート」とは出生体重・在胎週数・児の性別・疾患に関係なく、未熟児病棟へ入院している児の母親同士と定義する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的研究・事例研究

2. 対象：未熟児病棟へ入院となった児の母親

3. 期間：平成24年5～11月

4. ノート設置場所：未熟児新生児病棟授乳室

5. インタビューは乳児健診センターのフォローアップ外来

1) 授乳室においてあるノートを利用した母親のうち同意が得られた方に対し、退院後インタビューを行う。

2) インタビューは、独自に作成したインタビューガイドを使用し、「児が入院した直後・入院中に抱いた思い」「入院時医療者に望んだこと」「何でも書き込めるノートを活用しての思い」3項目について半構成的なインタビューを行う。得られた母親の言葉を逐語録にし、データとして収集・分類する。

6. 分析方法

インタビューとノートから得られたデータを独自に分類し、カテゴリー、サブカテゴリー化し分析する。

7. 倫理的配慮

院内の倫理委員会において承諾を得る。

以下について研究の対象者に書面で伝える。

- 1) インタビューは看護研究の取り組みであり決して強制されるものでなく、参加の有無によって不利益や看護ケアに差が生じないこと。
- 2) 研究に参加した場合、プライバシーは最大限に尊重され、個人情報保護されること。
- 3) この研究によって得られた全ての情報は研究目的以外で使用されることはないこと
- 4) 早産児及び、疾患を持って生まれ入院となった児の母親は、一定の心理過程をたどることが明らかになっており、ノートの利用も含め母親への働きかけは、そういった心理過程を理解し配慮したうえで行う。

	在胎週数	出生体重	入院期間	同胞	サポート体制
A	33週5日	1,995g	40日	0人	実家が近い 祖父母・夫
B	32週4日	2,042g	28日	1人	実家が遠く、 サポート体制が 乏しい
C	30週2日	1,368g	53日	2人	夫
D	35週1日	1,730g	35日	0人	母方祖母 1カ月は里帰り

III. 結果

1. 交流ノートを活用した母親のうち同意が得られた4名にインタビューを行った。

2. インタビューの結果

インタビューの結果12のカテゴリーと30のサブカテゴリーに分類された。カテゴリー1【不安】サブカテゴリー：ネットに対する不安、赤ちゃんに対する不安、自分自身への不安で分類し、「何が何だか分からず」「心の準備もないまま、初めての出産を迎えることになった、戸惑った」「ネットは怖いことが多いので調べなくなった。途中でやめた」「落ち込む」といった発言があった。

2【赤ちゃんへの思い】罪悪感と受容、赤ちゃんに対する愛着、赤ちゃんに会える安心として、「赤ちゃんを受け入れられない気持ち」があった。3【未熟児室での母親同士の関係】授乳室での母親同士の会話からは、「顔見知りができたら和やかというか、話せるのは癒しだった。」「授乳室で話しできる時間は、気晴らしだった。」「大部屋では周りも気になるけど授乳室で話すのは楽しかった」があった。4【ノートを通した思い】ノートを読んですっきりした、ノートを読んで癒された、ノートを読んで共感した5【母の内面】自分の気持ちを伝える人がいない、自分のことを分かってもらえない、自分のことを聞いてもらいたい、他の人とは違う思い、自分の気持ちに触れて欲しくない6【医療スタッフへの思い】医療スタッフへの嬉しかった体験、医療スタッフにしてもらいたかった事では、「頼りになるのは看護師さん」「付き添ってくれるのが嬉しかった」があった。7【家族との関係】家族からのサポート8【友人との関係】友人へは赤ちゃんのことを伝えにくい9【出会い】同じ境遇の母親との出会いでは、「同じ境遇のお母さんにあつたことで先がみえた」「同じ病気の児を抱える母親に会ったことが支えになった」「他の人ともっと話したかった」の発言があった。10【世間の声】外に出たくないでは、「周りには知られたくない」とあった。11【情報源】友人からの情報、ネットからの情報、ノートからの情報、医療スタッフからの情報12【人からのサポート】人とのつながりが無い、退院後の自分の時間であった。

【カテゴリー】●サブカテゴリー
1. 【不安】●ネットに対する不安●赤ちゃんに対する不安●自分自身への不安
2. 【赤ちゃんへの思い】●罪悪感と受容●赤ちゃんに対する愛着●赤ちゃんに会える安心●赤ちゃんを受け入れられない気持ち
3. 【未熟児室での母親同士の関係】●授乳室での母親同士の会話
4. 【ノートを通した思い】●ノートを読んですっきりした●ノートを読んで癒された●ノートを読んで共感した
5. 【母の内面】●自分の気持ちを伝える人がいない●自分のことを分かってもらえない●自分の事を聞いてもらいたい●他の人とは違う思い●自分の気持ちに触れてほしくない
6. 【医療スタッフへの思い】●医療スタッフからの嬉しかったケア●医療スタッフにしてもらいたかったこと
7. 【家族との関係】●家族からのサポート
8. 【友人との関係】●赤ちゃんの事を伝えにくい
9. 【出会い】●同じ境遇の母親との出会い
10. 【世間の声】●外に出たくない
11. 【情報源】●友人からの情報●ネットからの情報●医療スタッフからの情報
12. 【人からのサポート】●人とのつながりが無い●退院後の自分の時間

3. 交流ノートの記述の結果

9のカテゴリーと16のサブカテゴリーに分類された。カテゴリー1【不安】サブカテゴリー:出産に対する不安, 赤ちゃんに対する不安, 自分自身への不安 2【赤ちゃんへの思い】赤ちゃんへの罪悪感, 赤ちゃんに対する愛着, 赤ちゃんに会える安心, 3【ノートに書いた質問】母乳の事, 家族の事 4【質問の答え, アドバイス】母乳の事, 家族の事 5【ノートを読んで書いたこと】育児への共感では, 「悶々とした気持ちが吐き出せた」「書きながら何となく気持ちが整理できた」や「自分もそうだったって思った」という発言があった。6【家族との関係】家族からのサポート, 家族の事 7【家族との関係】家族からのサポート, 家族の事 8【人からのサポート】人とのつながりが無いでは, 「誰かに思いを分かってもらいたかった」とあった。9【退院後について】母の願い, 母の質問であった。

【カテゴリー】 ●サブカテゴリー
1. 【不安】 ●出産に対する不安 ●赤ちゃんに対する不安 ●自分自身への不安
2. 【赤ちゃんへの思い】 ●赤ちゃんへの罪悪感 ●赤ちゃんに対する愛着 ●赤ちゃんに会える安心
3. 【ノートに書いた事】 ●授乳のこと ●家族のこと
4. 【質問の答え, アドバイス】 ●授乳のこと ●家族のこと
5. 【ノートを読んで書いたこと】 ●育児への共感
6. 【家族との関係】 ●家族からのサポート ●家族のこと
7. 【人からのサポート】 ●人とのつながりが無い
8. 【退院後について】 ●母の願い ●母の質問

IV. 考察

インタビューの結果, 入院初期は, 予定外の出産や母子分離で「心の準備もないまま, 初めての出産を迎えることになった, 戸惑った」「赤ちゃんを受け入れられない気持ち」といった赤ちゃんへの思いや, 「何が何だか分からず」などの不安があった。これらの不安は, 急な出産を迎えた状況の変化に対するショックや戸惑い, 親になる実感が持てないまま親としての役割を余儀なくされた現実から生じていた。ドローターの心理過程の変化で述べられているように, ショックの時期には, よく泣いたり, どうしようもない気持ちになったり, 時には逃げ出したい衝動にかられたりする。実際母親からは, そのような発言が聞かれている。入院初期の母親は, 否認や戸惑い, 不安を抱え, 混乱や逃げたいという思いが高まり, また「誰かに思いを分かってもらいたかった」とそれらを表出する場を求めていた。しかし実際にはそのような相手や機会が得られず, 不安や戸惑いを抱え込んでいたと考えられる。

医療スタッフについては, 看護師からの声かけやアドバイスを受け, 「頼りになるのは看護師さん」「付き添ってくれるのが嬉しかった」などの発言が聞かれた。特に入院初期には, 看護師からのサポートを必要としている様子があった。個々の母親が必要とする情報の提供や思いの傾聴に努めケアを実施していく必要が示唆される。

また「周りには知られたくない」という思いから, 疾患や予後など自分が知りたいことについて, インターネットを利用する母親が多くいた。しかし「ネットは怖いことが多いので調べなくなった。途中でやめた」「落ち込む」など, 情報の混在があり不安の増大をきたしやすいと考える。また, 得られた情報が自分の子どものケースにあてはまるものかなど取捨選択ができなかったとの発言もあった。情報源においても「頼りになるのは看護師さん」など, 実際に有用で役に立った情報は, 日々児に接する病棟のスタッフからのものであった。不必要な不安の増大を招かないという点でも児の個別性に応じた医療からの具体的な情報提供が求められていると考える。

他の母親と実際の面会時などを通じて交流があった母親からは「顔見知りができたら和やかというか, 話せるのは癒しだった。」「授乳室で話してできる時間は, 気晴らしだった。」などの発言が聞かれた。「同じ境遇のお母さんにあったことで先がみえた」「同じ病気の児を抱える母親に会ったことが支えになった」など, 思いの表出や共感ができる相手との出会いは母親の心理状況に大きな変化をもたらしていた。未熟児新生児病棟はワンフロアであり, そこでは自分の思いを語ると周囲にそのまま聞こえてしまう。「大部屋では周りも気になるけど授乳室で話すのは楽しかった」「他の人ともっと話したかった」という発言も聞かれた。授乳室のように, リラックスして母親同士が語り合える空間が得られたことが, 他の母親とのコミュニケーションをとろうという行動につながったのではないか。母親の状況に気を配り, 安心できる環境を提供する配慮は, 母親同士の出会いのサポートになり, 結果として母親に共感の機会をもたらしたり不安を軽減することにつながると考えられる。

実際には他の母親と話す機会が持たなかった母親であっても今回試みたノートに自分の思いを記載する行動がみられた。ノートを通した思いとして, 「悶々とした気持ちが吐き出せた」「書きながら何となく気持ちが整理できた」など前向きな発言が多く聞かれた。大日向²⁾は「話すことは癒されること」であり, 母親が気楽に悩みや不安を訴えることができる場と人の必要性を述べている。

今回の試みで、ノートに書き込んで読み合うことで、共感した、すっきりした、安心した、自身の心情の振り返りにつながったという思いを持ってもらうことができた。他の母親に共感することで、自分の抱いていた否定的な感情を受容できたという発言もあった。ノートの書き込みに「自分もそうだったって思った」と自身の心情を振り返った母親もいた。ノートでの交流は、自分だけじゃないという孤立感を拭うのみでなく、前向きな思いを持つきっかけをもたらしたり、児への肯定的感情の促進につながったと考える。ノートを活用した交流によって実際に他の母親と交流が持てなかった母親達もこのようなピアサポートの機会と対象が得られていた。

不安や心配、戸惑いを抱えながら面会に通ってくれる母親同士が出会い、気持ちを語り合い、共感できる機会＝ピアサポートの機会を持つことは、結果として母子の愛着形成にもつながる。その機会を提供することは母子をサポートするスタッフにとっても重要なケアの視点であると考えられる。

V. 結論

1. ノートでの間接的な交流は、話ができない、知られたいくない母親に対して有効的であった。
2. 母子分離となっている母親は、ノートで他の母親と交流の機会をもつことで、気持ちの表出、共感の機会が得られ、不安、孤立感を軽減できた。さらに「否定的な感情の受容」「自身の気持ちの振り返りの機会」「肯定的感情の促進」といった効果が得られた。
3. 入院初期の母親は医療スタッフからのケアと具体的な情報を求めている。

【おわりに】

今回の研究では、インタビュー対象が4例と少なかった。しかし、母親のインタビューを通し、どのケースでも同じ境遇にある仲間＝ピアサポーターへのニーズがあり、そのニーズに応えられることは母児にとって望ましいことが分かった。その効果と重要性をふまえ、今後の臨床では母親の心理過程をより細やかに把握し、それに応じてサポートしていきたい。

【引用文献】

- 1) 永田雅子：周産期の心のケア, 遠見書房 59, 2011
- 2) 大日向雅美：育児不安 発達心理学の立場から, 心の科学, 日本評論社 10-15, 103, 2002
- 3) D. ドローター：the adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation; a hypothetical model. *pediatrics*, 56-5, 710-7, 1975

NICUの照度変更による看護師の身体的疲労度の比較検討

The differentiation in degree of nurse's physical fatigue by illumination change of neonatal intensive care unit

木村 真美 荒地 貴子 池田 典子 金子 理香 安藤 明子
Mami Kimura Takako Arachi Noriko Ikeda Rika Kaneko Akiko Ando国立病院機構香川小児病院 NICU
Kagawa National Children's Hospital The NICU ward

要旨

ディベロップメンタルケアは、患者中心の理念をもとにNICUの環境を再調整しようとするものである。当院でも平成20年より光環境の調節を行っている。しかし、これまでNICUの照度測定をしたことがなく、看護師より皮膚色の観察・チューブ類の確認などが行いにくい、疲れやすいとの声があった。そこで、新生児にとって最適な光環境で医療者にとっても働きやすい光環境を検討するため、低照度・高照度での照度測定と看護師19名を対象に「自覚症しらべ」「近見視力測定」「独自に作成した質問紙アンケート」を用いて比較した結果、高照度での身体的疲労度の改善がみられた。

キーワード：ディベロップメンタルケア 低照度 看護師の疲労

【はじめに】

ディベロップメンタルケアは、患者中心の理念をもとにNICUの環境を再調整しようとするものである¹⁾。当院でもディベロップメンタルケアの一環として、平成20年より光環境の調節を行っている。NICUの窓は24時間遮光カーテンを閉め、照明の一部を消して間引きし、さらに保育器の4面を遮光カバーで覆うことで保育器内の低照度環境を提供している。しかし、これまでNICUの照度測定をしたことがなかった。また、この環境に対し看護師より皮膚色の観察・チューブ類の確認などが行いにくい、疲れやすいとの声があった。小澤²⁾は、「低照度による看護師への疲労や安全性への懸念が報告されており、早産児にとって最適な光環境と医療スタッフにとって働きやすい光環境のバランスを各施設で調整する必要がある」と述べている。日本ではディベロップメンタルケアの提供は、個々の病院施設に委ねられており、NICUの照度指針が明確ではない²⁾。そこで、現在の光環境について照度測定、看護師への調査を行い、米国小児学会ガイドラインを参考に、新生児にとって最適な光環境で医療者にとっても働きやすい光環境を検討したので報告する。

I. 研究の目的

低照度環境と照度をあげた環境でのNICU看護師の身体的疲労度の変化を明らかにする。

用語の定義

『低照度』とは照度変更前の暗い環境であり、保育器内平均11.5lux、保育器外平均69.8luxである。

『高照度』とは米国小児学会ガイドラインを参考にし、より明るくした環境であり、保育器内5lux以下、全体照度100~200luxとする。

II. 研究方法

1. 研究期間：平成24年5月～平成24年12月
2. 研究デザイン：量的研究
3. 研究対象：NICU看護師19名
4. 方法：

1) 現在の各勤務帯の照度をアトムフォトセラピーアライザIIを使用し、看護師が処置で常に使用している場所である保育器内、保育器外で測定した。測定時間は日勤帯11:00~12:00、準夜帯21:00、深夜帯2:00とし、測定期間は3日間とした。

2) 低照度での調査（日勤帯）

自覚症しらべ・近見視力測定・独自のアンケート調査を同時に行った。

(1)「自覚症しらべ」(日本産業衛生学会産業疲労研究会)³⁾を用いて、勤務の開始時・終了時に実施した(表1)。質問項目は、25項目、5群(I群：ねむけ感、II群：不安定感、III群：不快感、IV群：だるさ感、V群：ぼやけ感)の構造をもつ。25項目それぞれに、1. まったくあては

まらない, 2. わずかにあてはまる, 3. すこしあてはまる, 4. かなりあてはまる, 5. 非常にあてはまる, のいずれか1つに○をつける5段階評価方式をとった。点数が高いものを疲労度が高いと判断する。

(2) 近見視力表で勤務の開始時, 終了時に目の疲労度を測定した。また, 自覚症しらべと共に実施し, 症状と比較した。

(3) 独自に作成した質問紙を使用しアンケート調査属性は, NICU 勤務年数, 年齢, コンタクト・眼鏡の有無の項目とし, 低照度になっての見えにくさなど12項目を用いた。評価方法は, 4段階の点数化で行い, 評価基準は, 1点「まったくあてはまらない」, 2点「すこしあてはまる」, 3点「かなりあてはまる」, 4点「非常によくあてはまる」とし, 点数が高いものを疲労度が高いと判断した。また低照度・高照度に関する感想や看護師が感じることを自由記載とした。

表 1. 自覚症しらべ

I群: ねむけ感	ねむい, 横になりたい, あくびがでる, やる気がとぼしい, 全身がだるい
II群: 不安定感	不安な感じがする, ゆうつな気分だ, おちつかない気分だ, いらいらする, 考えがまとまりにくい
III群: 不快感	頭がいたい, 頭がおもい, 気分がわるい, 頭がぼんやりする, めまいがする
IV群: だるさ感	腕がだるい, 腰がいたい, 手や指がいたい, 足がだるい, 肩がこる
V群: ぼやけ感	目がしょぼつく, 目がつかれる, 目がいたい, 目がかわく, ものがぼやける

3) 高照度での調査 (日勤帯)

(1) 全体照度を 100~200ルクスに上げて保育器内の照度を 5lux 以下に保った。注意点として, 新生児への影響をなくすため, 処置を行う時以外は保育器カバーを保育器の扉のラインまで覆い必ず名札は見えるように統一した。

(2) 高照度に変えて1か月後に「自覚症しらべ」「近見視力測定」「質問紙アンケート調査」の調査をした。

5. データの分析方法

1) 目の疲労に対しては, 近見視力表を用い勤務前後の変化を比較する。

2) 自覚症しらべ・アンケート調査は低照度時, 高照度時の勤務前後で比較する。

3) 自覚症しらべ・近見視力の統計解析には統計ソフト SPSS statistics 17.0 を用い, マン・ホイットニ U 検定をした。

6. 倫理的配慮

保育器内に, 不要な光刺激を与えないよう新生児に配慮した。研究協力者には, 本研究の趣旨および協力内容

研究への参加は自由意思であり不参加による不利益はないこと, 研究途中であっても自由に研究参加を取り消すことができること, 結果は本研究以外には使用せず個人が特定されないように処理し, 秘密を厳守することを口頭で説明し承諾を得る。収集したデータは鍵のついたものに保管し, 研究終了後破棄する。香川小児病院倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

1. NICU 内低照度

照明は間引きしているため, 室内全体が同じ照度ではなく, 保育器内では 0~43lux, 保育器外 41~161lux であった (表 2)。

2. NICU 内高照度

保育器内では 1~2lux, 保育器外では 111~164lux であった (表 3)。

3. 自覚症しらべ

対象者は 19 名で, 有効回答率は 94.7% であった。対象者の平均年齢は 33 歳であった。マン・ホイットニ U 検定の結果有意差はなかった。

1) 低照度の自覚症しらべでは, 点数の最小値~最大値について示す (表 4)。I 群 (ねむけ感) については勤務前が 5~21 点で平均は 8.4 点であり, 勤務後は 5~17 点で平均は 8.7 点であった。II 群 (不安定感) については勤務前が 5~18 点で平均は 7.8 点であり, 勤務後は 5~21 点で平均は 7.7 点であった。III 群 (不快感) については, 勤務前が 5~13 点で平均は 7.5 点であり, 勤務後は 5~19 点で平均は 8.7 点であった。IV 群 (だるさ感) については, 勤務前が 5~15 点で平均は 8.3 点であり, 勤務後は 7~16 点で平均は 10.7 点であった。V 群 (ぼやけ感) については, 勤務前が 5~17 点で平均は 7.7 点であり, 勤務後は 5~22 点で平均は 13.1 点であった。

2) 高照度の自覚症しらべでは, 点数の最小値~最大値について示す (表 5)。I 群 (ねむけ感) については勤務前が 5~17 点で平均は 8 点であり, 勤務後は 5~15 点で平均は 7.7 点であった。II 群 (不安定感) については, 勤務前が 5~15 点で平均は 7.1 点であり, 勤務後は 5~12 点で平均は 6.4 点であった。III 群 (不快感) については勤務前が 5~9 点で平均は 6.5 点であり, 勤務後は 5~14 点で平均は 6.9 点であった。IV 群 (だるさ感) については, 勤務前が 5~18 点で平均は 7.6 点であり, 勤務後は 5~16 点で平均は 9.2 点であった。V 群 (ぼやけ感) については, 勤務前が 5~16 点で平均は 7.7 点であり, 勤務後は 5~16 点で平均は 10.2 点であった。

表 2. NICU 内照度 (低照度平均照度)

	保育器内	保育器外
深夜勤務 (2:00)	5.4	54.2
日勤 (11:00 ~ 12:00)	16.6	81.9
準夜勤務 (21:00)	12.7	73.5

単位：ルクス

表 3. NICU 内照度 (高照度平均照度)

	保育器内	保育器外
深夜勤務 (2:00)	1	142
日勤 (11:00 ~ 12:00)	1.31	165
準夜勤務 (21:00)	1	129

単位：ルクス

表 4. 低照度自覚症しらべ

n = 18

	勤務前		勤務後	
	最小～最大	平均	最小～最大	平均
I 群 (ねむけ感)		8.4	5~17	8.7
II 群 (不安定感)	5~18	7.8	5~21	7.7
III 群 (不快感)	5~13	7.5	5~19	8.7
IV 群 (だるさ感)	5~15	8.3	7~16	10.7
V 群 (ぼやけ感)	5~17	7.7	5~22	13.1

単位：点

表 5. 高照度自覚表しらべ

n = 18

	勤務前		勤務後	
	最小～最大	平均	最小～最大	平均
I 群 (ねむけ感)	5~17	8	5~15	7.7
II 群 (不安定感)	5~15	7.1	5~12	6.4
III 群 (不快感)	5~9	6.5	5~14	6.9
IV 群 (だるさ感)	5~18	7.6	5~16	9.2
V 群 (ぼやけ感)	5~16	7.7	5~16	10.2

単位：点

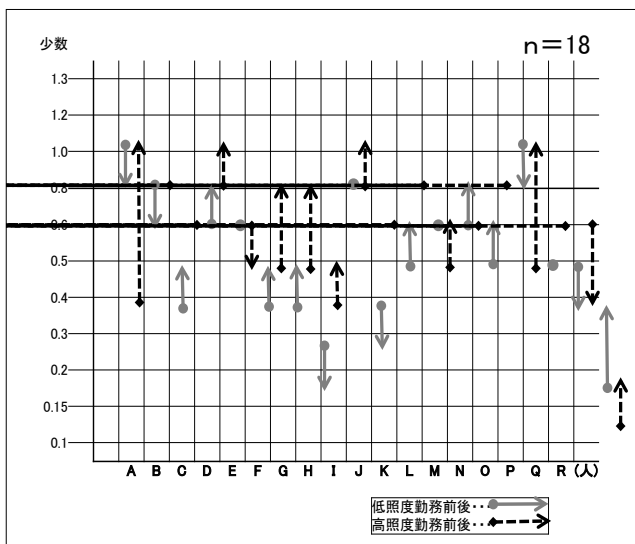


図 1. 近見視力測定結果

表 6. 低照度・高照度環境についてのアンケート結果 n = 18

	低照度 (平均点)	高照度 (平均点)
①低照度になって視力が落ちたと感じる	2.6	1.1
②シリンジの目盛りが見えにくいと感じる	1.9	1.3
③患児の皮膚色の観察がしにくいと感じる	2.7	1.4
④気管チューブの観察がしにくいと感じる	2.8	1.5
⑤胃チューブの観察がしにくいと感じる	2.6	1.4
⑥輸液ルートの観察がしにくいと感じる	2.3	1.4
⑦ケア、処置の介助がしにくいと感じる	2.5	1.4
⑧低照度が危険と感じたことがある	2.4	2.5
⑨記録時に文字が見にくいと感じる	1.9	1.4
⑩カルテの文字が読みにくいと感じる	1.8	1.4
⑪パソコンの画面を見るとき目が疲れていると感じる	2.7	2.2
⑫照明を明るくできるのであれば明るくしてほしいと思う	2.8	2.8

単位：点

4. 近見視力測定 (図 1)

看護師の年齢は、20 歳代が 8 名、30 歳代が 5 名、40 歳代が 5 名であった。マン・ホイットニ U 検定の結果有意差はなかった。近見視力表の結果から低照度の場合勤務前後を比較して、勤務後に視力が良くなっているのは 8 名、悪くなっているのは 6 名であった。高照度の場合勤務前後を比較して、勤務前後に視力が良くなっているのは 9 名、悪くなっているのは 2 名であった。視力変化度数は、低照度で最も変化が小さい人で 0 大きい人で 0.2 であり、平均 0.11、高照度で最も変化が小さい人で 0 大きい人で 0.7 であり、平均が 0.2 であった。

5. 質問紙アンケート調査 (表 6)

1) 低照度環境について

①低照度になって視力が落ちたと感じる③患児の皮膚色の観察がしにくいと感じる⑫照明を明るくできるのであれば明るくしてほしいと思うについて 4 点の人が 4-5 名であった。⑨記録時に文字が見にくいと感じる⑩カルテの文字が読みにくいと感じるについて 1 点の人が 7-8 名であった。平均点は、③患児の皮膚色の観察がしにくいと感じるでは 2.7 点④気管チューブの観察がしにくいと感じるでは 2.8 点⑤胃チューブの観察がしにくいと感じるでは 2.6 点⑥輸液ルートの観察がしにくいと感じるでは 2.3 点⑧低照度が危険と感じたことがあるでは 2.4 点であった。

2) 高照度環境について

⑧低照度が危険と感じたことがある⑫照明を明るくできるのであれば明るくしてほしいと思うについて 4 点の人が 3-5 名であった。①低照度になって視力が落ちたと感じる②シリンジの目盛りが見えにくいと感じるについて 1 点の人が 14-16 名であった。平均点は、③患児の皮膚色の観察がしにくいと感じるでは 1.4 点④気管チューブの観察がしにくいと感じるでは 1.5 点

- ⑤胃チューブの観察がしにくいと感じるでは 1.4 点
- ⑥輸液ルートの観察がしにくいと感じるでは 1.4 点
- ⑧低照度が危険と感じたことがあるでは 2.5 点であった。

3) 低照度に関する自由記載

「特に深夜勤務が見えにくい」「チューブ類のメモリが見えにくい」「新生児への影響を考慮し、児の場所は低照度を維持するケアと環境維持の工夫を心がけていくことが大切だと思う」「ディベロップメンタルケアの観点から低照度は重要だが、医療安全の面から危険と感じることもあるため、新生児にアイマスクを使用するなど両方をうまく取り入れたケアが必要」などの意見があった。高照度に関する自由記載では「高照度になって児の観察がしやすく、新生児にとっても看護師にとっても良かったと感じた」という意見があった。

IV. 考察

低照度環境の照度測定の結果では、保育器内の平均照度が日勤 16.6lux であった。これは、室内の照明を間引きしているため、保育器の位置によって照度に差があったことや他児の光線療法の影響があったと考えられる。

自覚症しらべの結果から、勤務前の得点では低照度で 8.4 点、高照度で 8 点と共に I 群(ねむけ感)が最も高い。これは、朝起床してから時間があまり経過していないため、ねむけ感が強いと考えられる。低照度では勤務前の 8.4 点より勤務後の 8.7 点の方が得点が高いのに対し、高照度では勤務前が 8 点、勤務後が 7.7 点と得点が低くなっている。これは、高照度にすることで視覚が刺激され、ねむけ感が軽減した効果であると考えられる。II 群(不安定感)の勤務前後の比較では低照度、高照度ともに勤務後に得点が低くなっている。これは、勤務後仕事から解放された安堵感が影響している。また高照度にしたことで 0.7 点と大幅に下がった。これは、高照度になったことでリラックスでき安定した気分で仕事に取り組んでいるのではないかと考えられる。III 群(不快感)では、低照度の勤務前が 7.5 点に対し、高照度の勤務前が 6.5 点、低照度の勤務後が 8.7 点に対し、高照度の勤務後が 6.9 点と大幅に下がっている。これらのことから精神的疲労にあたる II 群、III 群ともに高照度にすることで気分的にも明るくなりストレス軽減につながったと考える。IV 群(だるさ感)、V 群(ぼやけ感)は低照度では、IV 群で 8.3 点から 10.7 点、V 群では 7.7 点から 13.1 点と上昇し、高照度では IV 群で 7.6 点から 9.2 点、V 群で 7.7 点から 10.2 点と上昇しており、ともに勤務前後の得点の上昇

幅が大きい。」また、V 群(ぼやけ感)では低照度、高照度ともに勤務後の得点が非常に高くなっている。これは、新生児の観察を集中して視覚から情報収集することで眼の疲労を起こしていると考えられる。しかし、高照度にすることで勤務前後の得点の上昇幅は小さくなった。身体的疲労にあたる IV 群、V 群の勤務後の得点が低照度、高照度ともに非常に高いことは NICU の過酷な勤務状況が影響していると考えられる。低照度の勤務後と高照度の勤務後の比較で、ほぼ全ての項目において高照度の点数が低くなっていることは、疲労度が改善されたと考えられ、このことから小澤²⁾が述べていた安全性への懸念が軽減したといえる。

近見視力表の結果、視力分布が通常仕事を行うのに支障のない範囲とされている 0.8 より下回っていることから、常に眼に疲労をかかえている事が考えられる。また視力結果をみると、視力が良くなっているか、変化がなかったのが低照度では 12 名、高照度では 16 名であり明らかな差はなく、年齢別に関しても眼の調節範囲の差は認めなかったが、自覚症しらべの結果(V 群:ぼやけ感)と共に比べると 11 名が疲労感の軽減を感じていることから、照度を上げることは看護師の眼の疲労度の軽減に効果はあるといえる。産業医科大学が行っている先行研究⁴⁾においても近見視力に関しては、有意な差は認めないが、低照度環境は看護師のねむけ感やぼやけ感に影響を及ぼし、適切な照度調節の改善が必要であったとされている。このことから、今回の照度変更は看護師の疲労軽減に必要であったと考えられる。しかし今回の調査では低照度の場合・高照度の場合、共に勤務前後を比較すると勤務後の方が視力が良いという結果が多くでている。これは今回の調査では間に休憩時間をはさんでおり、長時間近くを集中して見ていたため眼の疲労が起こっていたが休憩を入れることで疲労が軽減したと考えられる。このことから、休憩が疲労改善に有効であることがいえるが、低照度が及ぼす疲労への影響を明らかにするために今後は調査方法を、仕事を持続して行った後に測定し再度休憩後に測定、さらにもう一度仕事を持続した後に測定するといった方法に変更すると違った結果が出たかもしれない。

今回の研究の動機となった新生児の観察がしにくいとの意見を質問紙アンケート調査の結果からみると、『患児の皮膚色の観察がしにくいと感じる』『気管チューブの観察がしにくいと感じる』『胃チューブの観察がしにくいと感じる』『輸液ルートの観察がしにくいと感じる』全てにおいて低照度と高照度を比較すると 1 点前後低くなっ

た。このことから小澤²⁾が述べていた安全性への懸念が軽減し、看護師が働きやすい環境をつくることのできたと考える。唯一点数が上昇した『低照度が危険と感じたことがある』の項目については、高照度になったことで改めて低照度環境の危険性を感じたのではないかと考える。アンケートの自由記載からも、看護師は低照度環境で働きにくさを感じながら業務に取り組んでいることが明らかとなった。また、ディベロップメンタルケアを考慮し、新生児に影響がないことを条件に環境を変えてほしいという意見も多い。小澤²⁾は「早産児にとって最適な光環境と医療スタッフにとって働きやすい光環境のバランスを各施設で調整する必要がある」と述べている。今回、保育器内の照度を5lux以下に保ち、NICU全体照度を上げることで、看護師にとって働きやすい環境に変えることができた。しかし、処置や観察の際に保育器のカバーを一度にはずす、処置用ライトを急に点灯するなどの行動がみられる。小澤^{2) 5)}らは、「急速に照明を明るくすることは児のストレス反応を誘発する」と述べている。今後は、保育器カバーは規定の位置まで確実に覆う、カバーは足元からゆっくり外す、細かい観察にはペンライトを使用する、新生児に光が当たるときにはアイマスクを使用するなどディベロップメンタルケアの意識づけの向上が必要である。また「サーカディアンリズムの面から、ウルトラディアンリズムに合わせたケア介入や修正39週以降は明暗周期を作る」⁶⁾ことなど、それぞれ新生児の修正週数にあった個別的なケアが行えるよう取り組んでいく必要がある。

V. 結論

1. 自覚症しらべ・アンケート調査では高照度の方が低照度より得点が低くなったことから、看護師の疲労度が低くなった。
2. 高照度にするすることで、「視力が落ちた」「皮膚色の観察がしにくい」の2項目で4点の人が減少していることから働きやすい環境をつくることができた。

【おわりに】

今回、高照度にすることで看護師の疲労度の改善につなげることができた。しかし、質問紙アンケートもオリジナルであり、近見視力測定の方法も今回の場合は信頼性と妥当性が不十分である。また、一病院のNICU看護師19名に限られており対象数も少なく一般化は難しい。今後の課題として日常的な照度測定や評価を実施し新生児に影響を与えず、看護師が働きやすい環境の整備を行い、更に新生児をストレスから保護するため、看護師のディベロップメンタルケアに対する意識の向上をはかることが重要である。

【引用文献】

- 1) 横尾京子. ディベロップメンタルケアが看護に求める理念. Neonatal Care Vol.14 no.11. 10-14
- 2) 小澤末緒. NICUとGCUの光環境が早産児に及ぼす影響に関する文献的考察. 日本新生児看護学会誌 Vol.13.No.3.6-17, 2007
- 3) 日本産業衛生学会産業疲労研究会. 「自覚症しらべ」2002
- 4) 増田 将史, 吉積 宏治, 福江 由美子. NICUにおける照度と看護師の疲労との関係. 産業医科大学. 産衛誌. 47巻. 2005
- 5) 酒井紀子. NICUとそのアメニティー新生児と光環境. 産期医学. vol.30 no7. 874-878, 2000
- 6) 島田三恵子. 低出生体重児の睡眠リズムの発達とケア. 日本新生児看護学会誌. Vol9 No.1. 2-13, 2002

母子同室の母親の意識と実際 —初産婦と経産婦を比較—

As actual as the consciousness of the mother of the mother-and-child same room
A primipara is compared with a multiparous woman

西岡 典子 原田 純子 船越 幸希 岩田 千恵 柳原 育子
Nishioka Noriko Harada Jyunko Funakoshi Saki Iwata Chie Yanagihara Ikuko

Kagawa National Children's Hospital The 3th ward
独立行政法人国立病院機構香川小児病院 3 病棟

要旨

周産期における母子の愛着形成に適した環境として、母子同室が検討・実証されている。母乳育児推進を目的に、平成 21 年より母子同室を取り入れ母乳育児率をあげることができた。しかし、母親の母子同室に対する意識は明らかではないため、母子同室に対する意識調査を行ったところ、初産婦と経産婦で意識の差が明らかとなった。そこで、患者のニーズを理解し個別性に応じた育児・授乳指導に繋げられるよう検討した。

キーワード：母子同室，育児不安，授乳援助

【緒言】

母子同室は母子間の愛着形成においても有効だと評価されている。そのことを、仁志田¹⁾は「母児同室には、母親が自分の児のみを取り扱うため感染のリスクが低く、母乳育児確立の割合が高まり、退院後の育児に関するトラブルが少なくなるといったメリットがある。母子関係の確立にとっても、母児同室は、はるかに有利である。」と述べている。また、1989 年に WHO / UNICEF が「母乳育児成功のための 10 か条」の共同声明を発表し、1991 年には「赤ちゃんにやさしい病院運動」(BFHI) が世界的に広まった。その目的は、母乳育児を当たり前のものとして支持する保健医療環境をつくり、すべての赤ちゃんに、人生が始めるにあたって、最高のスタートが切れるようにすることである。母乳育児成功のための 10 か条の第 7 条に「母親と赤ちゃんが一緒にいられるように、終日、母子同室を実施しましょう。」と提言されており、母乳育児を推進するために母子同室は必要とされている。

このような動向をうけ、母子関係確立や母乳育児推進に向けて母子同室を勧め、その結果、母乳育児率は平成 22 年が 45.4%，平成 23 年が 61.9% と増加している。また、児と一緒に過ごすことで育児に慣れることができ、母親が自信を持って退院後の生活を始められているという利点がある。しかし、その一方で入院中に「あ

かちゃんを預かってほしい。」と訴える母親もいる。実際に、「児が泣きやまない」、「授乳が終わって寝かせると泣いてしまう」、「眠れない」、「ご飯がゆっくり食べられない」などの理由があった。母親がさまざまなことで困惑している様子があるが、実際に母子同室に対してどのような意識を抱いているかは、現在のところ明確ではない。日頃、看護する上で初産婦は経産婦と比較して授乳方法についての質問や戸惑いの声が多く聞かれる。

そこで、母子同室を行う初産婦と経産婦の意識の違いを比較し効果的な介入を見出し今後のケアに活かす事が重要となってくる。今回、当院で出産し母子同室を行っている母親を対象に母子同室に対する母親の意識をアンケート調査したので報告する。

I. 研究目的

母親のニーズに応じたサポートを目指して、母子同室を行った初産婦と経産婦の意識の違いを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン

仮説検証型研究

2. 研究対象

母子同室を経験した初産婦と経産婦

3. 調査期間

平成 24 年 7 月～ 10 月

4. 調査方法

独自に作成した自記式質問用紙を用いて調査する。

5. 調査内容

対象の属性と「母子同室をして良かった点」「母子同室をして悪かった点」「母子同室をして戸惑いや不安に思った項目」「退院後もなお不安に残る項目」「母子同室中の相談相手」「母子同室を行ってどうだったか」と自由記載とした。

6. データ収集方法

退院指導時に自記式質問用紙を配布し、退院までに記入し提出してもらう。

7. 分析方法

統計ソフト SPSS を用いて χ^2 検定を用い有意差検定を行った。と t 検定を用い、有意水準は 5% とした。

8. 研究の倫理的配慮

対象者に、アンケート調査の趣旨および回答内容は統計処理を行い、個人名が特定されないこと、本研究の目的以外には使用しないことを説明し、同意を得られた方に対し依頼する。

III. 結果

1. 対象の属性

対象者 34 名に対し、有効回答が得られた 34 名 (有効回答率 100%) を分析対象とした。母親の平均年齢は 30.45 歳 (SD 5.9)、分娩様式が経陰分娩 27 名 (84%) 帝王切開 5 名 (15%) 初産婦 20 名 (58%) 経産婦 14 名 (41%) であった。母子同室の開始日の平均が 2.35 日 (SD 1.6) であった。母子同室を母親から希望したのは 30 名 (88%) 勧められて開始したのは 4 名 (11%) であった。個室を利用したのは 31 名 (86%) 二人部屋を利用したのは 3 名 (8%) であった。当院が母子同室を勧めていることを知っていたのは 28 名 (82%) 知らなかったのは 6 名 (17%) であった。退院後の育児をサポートしてくれる人があるのは 33 名 (97%) いないのは 1 名 (2%) であった。以前に母子同室を経験したことがある人は 5 名 (14%) 経験がない人は 29 名 (85%) であった。

2. 母子同室の利点と欠点

母子同室を行った利点に当てはまると答えたもので、初産婦と経産婦で有意差がみられたのは 2 項目であった。母乳の意欲が増したと感じた初産婦の平均値は 3.45 点 (SD 0.51) で、経産婦は 3.85 点 (SD 0.36) であり、 $p=0.01$ で有意差がみられた ($p<0.05$)。すぐに授乳ができると感じた初産婦の平均値は 3 点 (SD 0.97) で、経産婦

は 3.57 点 (SD 0.51) であり、 $p=0.05$ で有意差がみられた ($p<0.05$) (図 1)。それに対して母子同室を行った欠点と答えた初産婦と経産婦で有意差がみられたのは 1 項目であった。食事がゆっくりできなかったと感じた初産婦の平均値は 2.7 点 (SD 0.86) で経産婦は 2.0 点 (SD 0.87) であり、 $p=0.02$ で有意差がみられた ($p<0.05$) (図 2)。

3. 赤ちゃんのことで気になった点

入院中に母子同室を行って不安だったと答えた初産婦と経産婦で有意差がみられたのは 3 項目あった。啼泣に不安を感じると答えた初産婦は 30% で経産婦は 0% であり、 $p=0.03$ で有意差がみられた ($p<0.05$)。授乳の方法に不安があると答えた初産婦は 55% で経産婦は 7.1% であり、 $p=0.009$ で有意差がみられた ($p<0.05$)。ミルクの補足に不安があると答えた初産婦は 30% で経産婦は 0% であり、 $p=0.031$ で有意差がみられた ($p<0.05$) (図 3)。退院後も不安に思っていると答えた初産婦と経産婦で有意差がみられたのは 2 項目であった。啼泣と答えた初産婦は 30% で経産婦は 0% であり、 $p=0.031$ で有意差がみられた ($p<0.05$)。ミルクの補足と答えた初産婦は 40% で経産婦は 7.1% であり、 $p=0.05$ で有意差がみられた ($p<0.05$) (図 4)。

4. 母子同室中の相談相手

母子同室中に困ったり不安に思った時の相談相手は、「看護師・助産師」30 名 (88%)、「家族」14 名 (41%)、「友人」4 名 (11%)、「他の母親」3 名 (8%)、「その他」0 名 (0%) であった (図 5)。

5. 母子同室をして良かったか

母子同室をして良かったかという問いに対し、「良かった」23 名 (67%)、「少し良かった」6 名 (17%)、「少し悪かった」1 名 (2%)、「悪かった」0 名 (0%) であった (図 6)。

6. 自由記載

初産婦の肯定的な意見として、「自分の子どもがどういう時にぐずるか、機嫌が良くなるかなどがわかり、退院後の生活に対する不安がすごく軽くなった。」「退院した時に分からないことが入院中に少し分かったから、どれくらいの頻度で泣いているかがわかった。家でどうやって育児していったらいいのか家で困らないよう積極的に教えて下さったので良かった。」という意見が多かった。否定的な意見は、「睡眠不足の影響もあると思うが、母乳の出が悪くストレスになった。」「夜間はきつかった。授乳のタイミングや赤ちゃんのリズムをつかむのが難しかった。」という意見があった。経産婦の肯定的な意見として、「自宅に帰った時の練習ができたので帰ってからの苦にならなくなった。」「赤ちゃんと過ごす時間が長くて

育児に意欲がもてた。」「赤ちゃんとの距離が身近に感じ安心できた。」という意見が多かった。否定的な意見は、「トイレなどで部屋を空ける時に赤ちゃんを預けないといけ

ないので、赤ちゃんが寝ていると起こしたくなくて行きづらかった。」という意見があった。

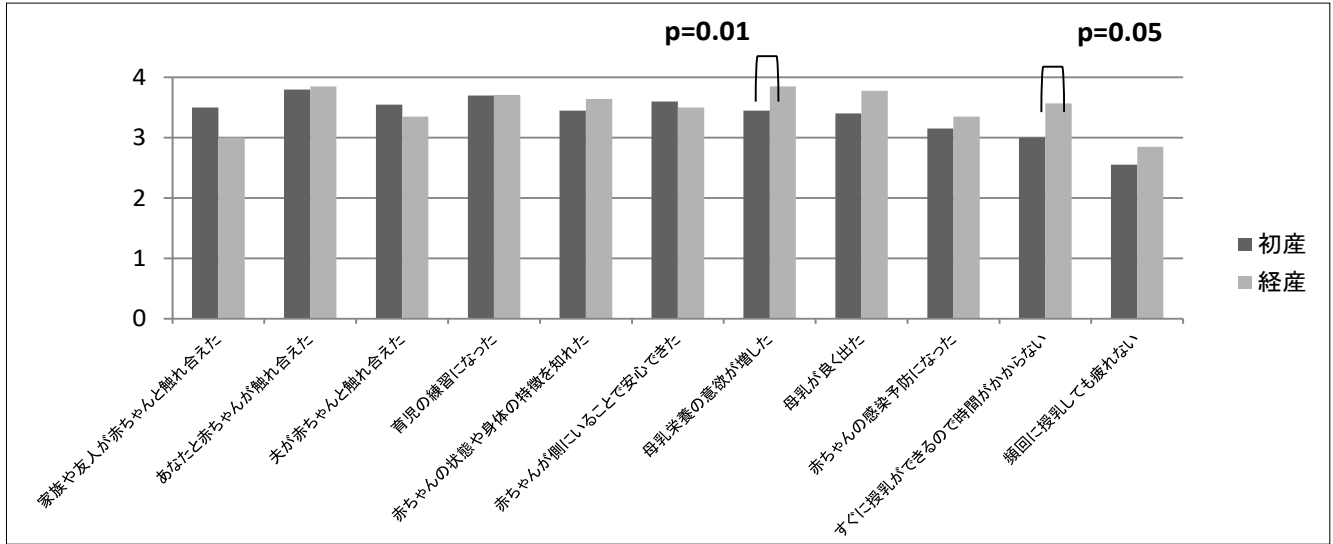


図1 母子同室の利点

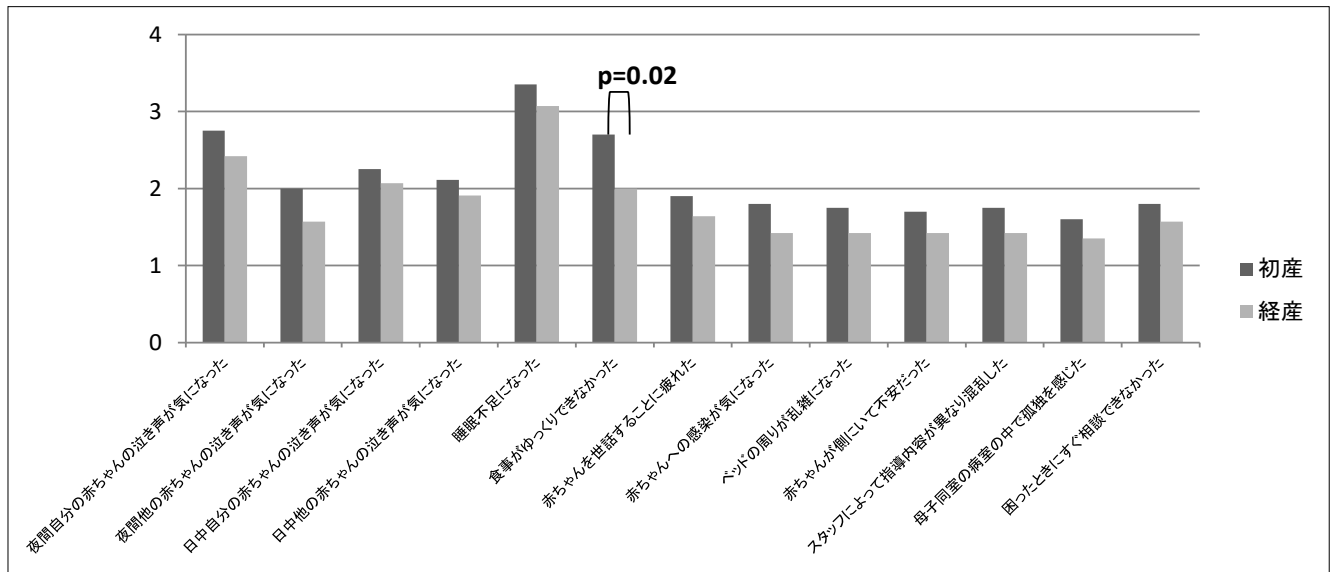


図2 母子同室の欠点

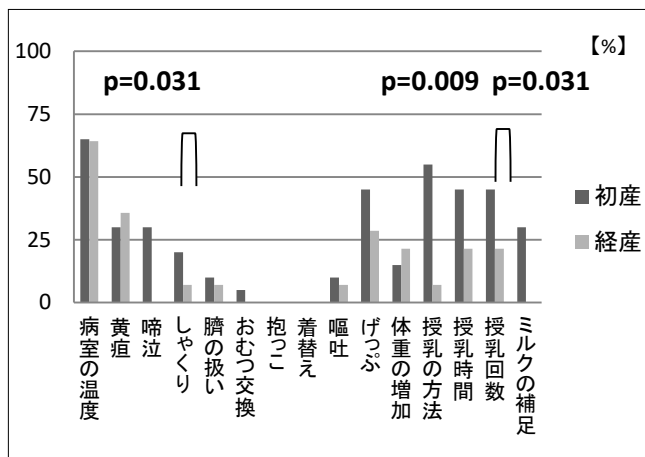


図3 入院中の不安

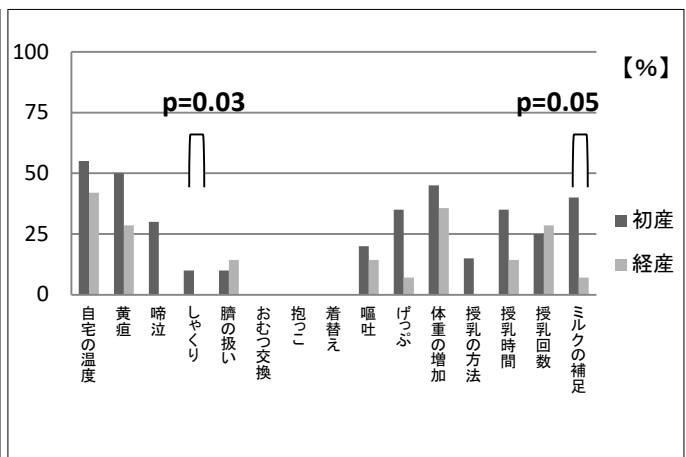


図4 退院後も不安

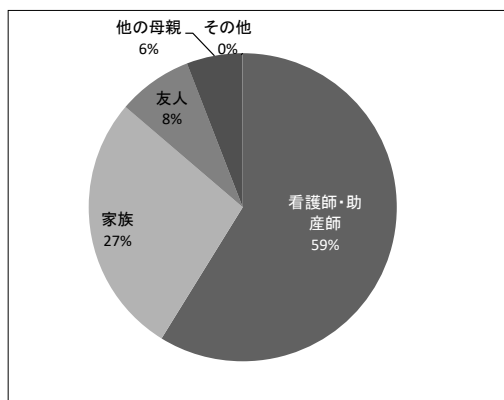


図5 母子同室中の相談相手

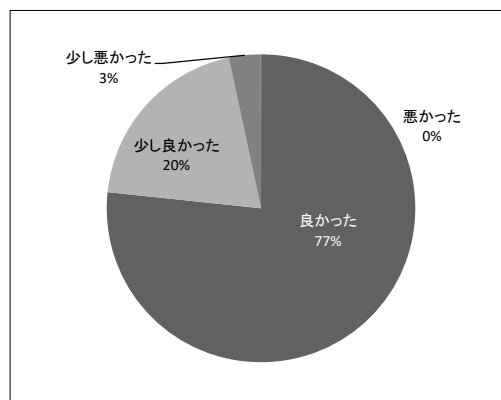


図6 母子同室をして良かったか

IV. 考察

母子同室を行い「母乳意欲が増した」「すぐに授乳ができる」と回答した方で、初産婦と経産婦に有意差がみられた。笹尾²⁾らは、「初産婦は乳管開通に時間がかかるため、経産婦よりも分泌が増量するまでに時間を要することが第一の要因と考える。第二に育児技術や授乳手技が未熟であるため、効果的な授乳ができるために時間を要することがあげられる。」と述べているように、個人差はあるが初産婦に比べ経産婦の方が母乳分泌の増加が早い傾向がある。児の欲求に対し母乳分泌量が不十分であると、母親は児に対して申し訳ない気持ちになったり、母乳育児に対して不安を感じたことが、初産婦の母乳意欲に影響したと考えられる。しかし、初産婦と経産婦の母乳分泌量については今回の調査対象ではないため明らかにはできなかった。すぐ授乳ができることについても、初産婦はポジショニングやラッチオンなど初めての授乳手技に慣れるまでに時間を要するため、経産婦に比べると授乳に時間がかかると感じたことが考えられる。

また「食事がゆっくりできなかった」と回答した方が、経産婦より初産婦が多く有意差があった。新生児の生活パターンを経験している経産婦は、児の哺乳欲求にスムーズに対応し授乳を行い、児が眠っている合間に食事を摂るなど、どのように自分の時間を使うか経験している。しかし全てにおいて初産婦は初めてのことが多く、児の特徴や生活パターンを十分に理解できていない。出産前の生活から児の生活パターンに合わせて、大きく変化する必要があることが分からず戸惑う可能性があると考えられる。このことにより初産婦に対し、戸惑いや混乱を解消しながら児の生活リズムを理解できるよう指導や援助する必要があると考える。

入院中に母子同室を行って不安な項目の中で、初産婦と経産婦に有意差があり、初産婦の半数以上が不安を感じていた。しかし、その授乳方法の不安は退院後15%まで減少していた。長濱³⁾は「24時間母子同室により母親

は児の泣く、あるいは母乳を欲しがるとのサインがわかり、児の哺乳欲求に応じた自律授乳を行うことができる。」と述べていることから、児の特徴や哺乳欲求のサインを理解することでスムーズに授乳を行うことができる。また、何度も授乳を経験することで手技を習得できる。よって母子同室を行うことで、児の哺乳欲求に応じて授乳を行うという一連の流れを理解でき、退院後に授乳方法が不安という回答が減少した要因と考える。また、スタッフは基本的なポジショニングやラッチオンを説明するだけでなく、トラブルが生じた際にすぐ介入しているため、これも母親の不安を軽減させたと考えられる。実際、母乳率も増加傾向にあり、今後も母乳育児の習得に向けて関わりを続けていく必要がある。

母子同室中の相談相手でもっと多かったのは看護師や助産師であることをスタッフは念頭に置き、日々のルーチンの指導だけでなく、母親の心に寄り添う精神的サポートを付加したエモーショナルサポートが大切であると考えられる。

母子同室に対してほとんどの母親が「良かった」「少し良かった」と回答しており、母親の印象は良いイメージを持っていることが考えられる。今後も母親と児の状態を把握したうえで、可能な方には積極的に母子同室を勧め、育児を習得し自信を持って退院後の生活を始められるよう関わる必要がある。

V. 結論

1. 初産婦はポジショニングやラッチオンなど初めての授乳手技に慣れるまでに時間を要するため、経産婦に比べると授乳に時間がかかり母乳意欲に影響した。
2. 初産婦は児の特徴や生活パターンが十分に理解できていないため、戸惑いや混乱を解消しながら児の生活リズムを理解できるよう指導や援助が必要である。
3. 初産婦は入院中の授乳方法に不安があるが、母子同室を経験することで不安が軽減できる。

4. 入院中の相談相手は6割が看護師と助産師であった。
5. 母子同室に対して良いイメージを持っている母親が97%だった。

【おわりに】

今回の調査で、ほとんどの母親が母子同室を行って良かったと回答していることは、母子同室を勧めるうえでスタッフの意欲の向上となった。しかし、合併症に伴う産後の経過不良や新生児の状態などにより母子同室ができない母親は調査対象ではないため、これが全ての母親の意見ではない。今後も、母親や児の状況を把握したうえで、積極的に母子同室を勧めていきたい。初産婦と経産婦での意識の違いが明らかとなり、今後はそれぞれに応じて個別性のある関わりを見出していきたいと考える。また、不安を抱えたまま退院する母親もいるため、地域連携室など必要な関係部署との連携を継続していきたいと考える。

【引用文献】

- 1) 仁志田博司, 新生児入門, 医学書院:131, 2009
- 2) 笹尾あゆみ, 24時間母子同室と母乳栄養確率の関係, 母性看護:74-76, 2005
- 3) 長濱博子, ペリネイタルケア, 株式会社メディカ出版:11, 2011

【参考文献】

- 1) 涌谷桐子, 母乳育児支援ブック(ペリネイタルケア), 株式会社メディカ出版:95-98, 2009
- 2) 水野克己, これでナットク母乳育児, 株式会社ヘルス出版:18-20, 2009
- 3) 国吉江利子, 母子同室の評価, 母性衛生:48-3, 124, 2007
- 4) 芳賀深雪, 母子同室に関する褥婦の意識調査, 仙台市立病院医学雑誌 31 巻:93-100, 2011
- 5) 曾根陽子, 当院婦人科病棟における母子同室に対する満足度調査, 南予医学雑誌 10 巻 1 号:51-57, 2009

MFICUにおける日常生活援助の評価

Evaluation of our support to patient in the MFICU

山野 知里 武田 弥咲 平田 郁恵 谷口 宜子 柳原 育子

Chisato Yamano Misaaki Takeda Ikue Hirata Noriko Taniguchi Ikuko Yanagihara

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 MFICU

Kagawa National Children's Hospital The MFICU Ward

要旨

MFICUでは、リスクの高い妊産褥婦に援助を行う一方で、昼夜を問わず分娩や緊急帝王切開が行われている。このような特殊な環境の中で入院生活を送る妊婦にとって満足な援助が行えているか検討・評価することを目的とし、MFICUに1週間以上入院した妊婦にアンケートを実施した。その結果、現在の日常生活援助は、ほぼ全ての項目において満足の意見であり、特に、精神的援助においては高い評価が得られた。しかし、一方で、入院時のオリエンテーションや療養環境などについては改善点も見つかった。プライバシーが守られにくい環境の中、入院生活を送る妊婦にとって普段は何気ないことが不安やストレスになることを、スタッフが認識し援助することが望まれる。しかし、対象人数が少なく、入院中の実施であったため、率直な回答への限界を感じた。今後も妊婦の気持ちを理解しようとする関わりや妊婦の思いに寄り添った看護を継続していく必要がある。

キーワード：MFICU 日常生活援助 評価

【はじめに】

近年、不妊治療の進歩や出産年齢の高齢化、基礎疾患をもつ女性の妊娠の増加などを背景として、ハイリスク妊婦が増加している。A病院でも総合周産期母子医療センターの特性から、ハイリスク妊婦の母体搬送や他院からの紹介が多く、突然の入院環境の変化や母体・胎児の治療などによる妊婦の不安、戸惑いは大きい。妊娠期は母親役割を獲得するための準備段階として重要な時期であるため、妊婦の生活に総合的に目を向け、看護していくことが必要である。

A病院MFICUではリスクの高い妊産褥婦に対する援助を行う一方で、昼夜を問わず母体搬送の受け入れ、分娩や緊急帝王切開も行われている。私たちはこのような特殊な環境の中で入院を余儀なくされている妊婦にとって満足な援助が行えているか疑問に思った。

先行研究では、妊婦の精神面を調査したものは多いが、スタッフの援助に対しての意見を調査したものは少ない。そこで本研究を通して私たちの行っている援助を検討・評価することにより、来年度からの新病院移行に向けて、更なる看護の質向上のために活かしたいと考えた。

I. 研究目的

MFICUに入院した妊婦が、現在の日常生活援助に対して、どのように感じているのかを明らかにし、評価する。

II. 研究方法

1. 対象：MFICUに1週間以上入院した妊婦
2. 期間：平成24年9月～平成24年11月
3. 方法：無記名選択自記式質問紙調査法。アンケートは、リアン・R・エリクセンの看護ケア満足度測定尺度とLisserの尺度を参考にMFICU独自で考えられる因子を追加し作成した。説明文書を使用して患者に説明し、同意の得られた方にアンケートを依頼する。
4. 調査内容：対象者の属性（年齢、MFICU入院時の妊娠週数、初経産、入院経路、他院での入院経験）、入院時オリエンテーション、清潔ケア、NST、検温、巡回、出産準備・指導、精神的援助、療養環境の全9項目。
5. データ収集方法：アンケートは病棟内に設置した回収箱で保管、後日研究メンバーが回収した。
6. 分析方法：単純集計
7. 倫理的配慮

アンケート内容、同意書は、事前に院内研究倫理委員会の了承を得た。研究協力は任意であり、協力しないことによりその後の看護に影響が及ぶことはない。一度同意書にサインしても後に拒否、中断することは可能である。研究以外の目的には使用しない。個人が特定されることはない。以上のことを口頭と同意書にて説明し承諾を得た。

Ⅲ. 結果

対象者は23名中、21名回収した。(回収率91.3%)

1. 対象者の属性:年齢は、20歳代6名、30歳代14名、40歳代1名であった。初経産については、初産婦11名(52%)、経産婦10名(48%)であった。入院経路は、母体搬送12名(57%)、外来9名(43%)であった。入院時妊娠週数は、24週未満5名(25%)、25～29週未満2名(9.5%)、29～33週未満3名(14%)、33～35週未満2名(9.5%)、35～37週未満2名(9.5%)、37週以降1名(5%)、無回答6名(28%)であり、平均妊娠週数は、28.5週であった。他院での入院経験は、「あり」12名(57%)、「なし」9名(43%)であった。

2. 入院時の説明(オリエンテーション)

入院時の説明については、「満足」12名(57%)、「やや満足」7名(33%)、「どちらでもない」1名(5%)、無回答1名(5%)であり、母体搬送群と外来入院群で比較すると、「満足」と答えたのが、母体搬送群:50%、外来入院群:67%、「やや満足」と答えたのが、母体搬送群:33%、外来入院群:33%、「どちらでもない」と答えたのが、母体搬送群:8.3%、外来入院群:0%であった(図1)。パンフレットの内容は、「満足」7名(33%)、「やや満足」8名(38%)、「どちらでもない」5名(24%)、無回答1名(5%)であった。母体搬送群と外来入院群で比較すると、内容に「満足」と答えたのが、母体搬送群:25%、外来入院群:44.4%、「やや満足」と答えたのが、母体搬送群:25%、外来入院群:55.6%、「どちらでもない」と答えたのが、母体搬送群:41.7%、外来入院群:0%であった(図2)。

3. 清潔ケア

清拭については、「満足」18名(86%)、「やや満足」3名(14%)、清拭のときのスタッフの声かけは、「満足」18名(86%)、「やや満足」3名(14%)であった。足浴については、「満足」18名(86%)、「やや満足」3名(14%)、その際「足のマッサージに感動した」や「指の間も洗ってもらえてよかった」、「爪切りも一緒にしてほしい」という意見もあった。陰部洗浄については、「満足」9名(43%)、「やや満足」7名(33%)、「どちらでもない」1名(5%)、「やや不満」1名(5%)、無回答3名(14%)であり、陰部洗浄の際に難しかったことは、「洗えているか不安」が9名(43%)、「ボトルの使用方法」が6名(29%)、「洗うときの姿勢が辛い」が5名(24%)、「陰部の洗い方」が3名(14%)、という結果であった。また、「不慣れである」、「時間がかかり次のトイレの人が待っているのが気になる」などの意見もあった。

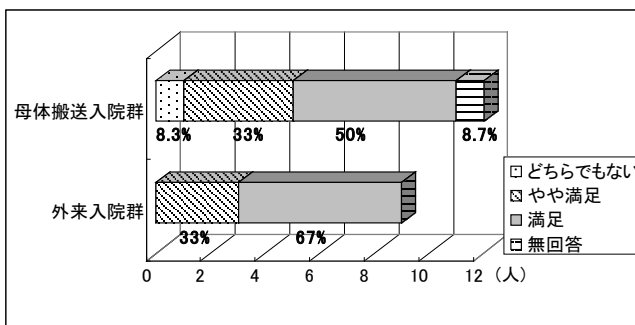


図1 入院時オリエンテーションの説明

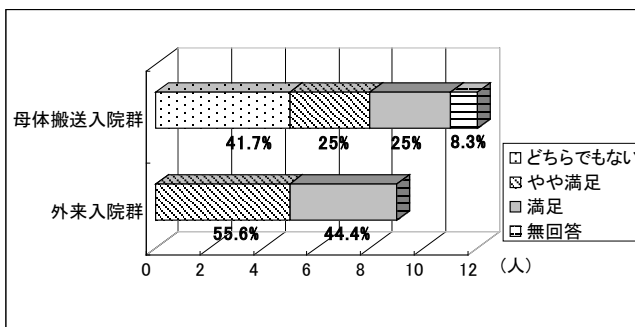


図2 入院時オリエンテーションのパンフレット内容

4. NST時

モニタリング中のスタッフの声かけについては、「満足」19名(90%)、「どちらでもない」1名(5%)、無回答1名(5%)、モニタリング中の接し方については、「満足」18名(85%)、「どちらでもない」1名(5%)、無回答2名(10%)であった。モニターの装着時間については、「満足」8名(38%)、「やや満足」6名(29%)、「どちらでもない」5名(24%)、「やや不満」1名(5%)、無回答1名(5%)であった。その理由に「長い」という意見があった。姿勢への配慮では、「満足」14名(66%)、「やや満足」6名(29%)、無回答1名(5%)であった。モニタリング中の希望は、「赤ちゃんの心音を聞いていたい」が5名(50%)、「モニターの結果を紙で見たい」が3名(30%)、その他3名(33%)であり、それぞれ「モニターが見えるように置いてほしい」が2名(66%)、「どんなときがいいのか教えてほしい」という意見であった。

5. 検温時

スタッフの声かけについては、「満足」17名(80%)、「やや満足」2名(10%)、無回答2名(10%)、スタッフの接し方については、「満足」17名(80%)、「やや満足」1名(5%)、「どちらでもない」1名(5%)、無回答2名(10%)であった。

6. 巡回時

巡回時の勤務交代の挨拶については、「満足」17名(80%)、「やや満足」2名(10%)、無回答2名(10%)であった。自由記載では、「毎朝の担当紹介には好印象」

という回答もあった。巡回時のスタッフの声かけについては、「満足」19名(90%)、無回答2名(10%)、接し方については、「満足」18名(85%)、「やや満足」1名(5%)、無回答2名(10%)であった。点滴チェックについては、「満足」10名(47%)、「やや満足」3名(14%)、「どちらでもない」2名(9.5%)、無回答5名(23%)であった。その意見として、「点滴チェックの回数が多い」、「夜間はやめてほしい」があった。夜間の巡回については、「満足」12名(57%)、「やや満足」6名(29%)、無回答3名(14%)であった。中でも「夜間の巡回、点滴チェックで目が覚めることがある」という回答があった。

7. 出産準備・指導

妊娠中に当院の出産準備のパンフレットを用いて、話を聞いた人は10名(48%)、聞いてない人は11名(52%)であった。パンフレットの内容は、「満足」10名(100%)であった。その際のスタッフの話し方は、「満足」9名(90%)、「やや満足」1名(10%)であった。指導を受けた時期は、「満足」6名(60%)、「やや満足」2名(20%)、「どちらでもない」2名(20%)であった。

8. 精神的援助

よく話を聞いてくれたかについては、「満足」20名(95%)、「やや満足」1名(5%)であり、丁寧な対応だったかについては、「満足」17名(80%)、「やや満足」3名(15%)、「どちらでもない」1名(5%)であった。声がかかりやすい雰囲気だったかについては、「満足」17名(80%)、「やや満足」2名(10%)、「どちらでもない」2名(10%)、話しやすさについては、「満足」19名(90%)、「やや満足」2名(10%)であった。スタッフがいることでの安心感については、「満足」17名(80%)、「やや満足」3名(15%)、「どちらでもない」1名(5%)であり、「よく話を聞いてくれたので不安なく過ごせた」、「スタッフのおかげで心強かった」、「突然の入院で心細く不安でいっぱいだったが、気にかけてくれたので気持ちが楽になった」などの意見があった。

9. 療養環境について

病室での生活については、「満足」6名(29%)、「やや満足」10名(48%)、「どちらでもない」3名(14%)、「やや不満」1名(5%)、無回答1名(5%)であった。プライバシーの配慮については、「満足」8名(38%)、「やや満足」10名(48%)、「どちらでもない」3名(14%)であった。プライバシーが守られていないと感じるのは、「排泄時」2名(10%)、「個人情報を知られる時」2名(10%)、「同室者の声」1名(5%)、「清掃業者のカーテンの開けっ放し」1名(5%)であった。気になる音については、複

数選択式で、「機械のアラーム音」6名(29%)、「お産の声」5名(24%)、「面会者の声」4名(19%)、「同室者の声」3名(14%)、「ナースコールの音楽」1名(5%)、「救急車の音」1名(5%)、「赤ちゃんの泣き声」1名(5%)、「ドアの開閉音」1名(5%)、「その他」2名(10%)、無回答5名(24%)であった。その他、「カーテンが締め切られているため閉塞感がある」、「窓が見られると良かった」などの意見があった。

IV. 考察

入院時のオリエンテーションは、院内統一のパンフレットとMFIICU独自のラミネートパネルを使用し説明している。現在行っているオリエンテーションが、満足である方は、57%である。しかし、母体搬送群、外来入院群と比較すると、母体搬送群では、説明と内容ともに「どちらでもない」の回答があり、満足とは断定できない状況であると考えられる。母体搬送入院は、ストレッチャーでMFIICU専用の救急搬送口から、直接病棟に入院となる。そのため、病院全体の構造も分からず、自分のおかれている状況も理解できずに不安を抱えたまま、母体や胎児の異常について説明を受け、心身ともに負担が大きい。また急な転院により、療養環境が変化することで戸惑い、家族を含め、現状を受容し難いと言える。戸川らは「ハイリスク妊婦の入院は母体搬送など緊急入院が7割を占めており、入院中最も辛かった時期が入院当日と1週間以内が4割を占めていた」¹⁾と述べており、実際に入院直後に、一方的なオリエンテーションを行なっても十分に理解できないことが多いとも考えられる。そのため、妊婦の不安を軽減し、自分自身の状態をスムーズに認識し、受け入れていけるような説明、援助が必要であると考えられる。今後は、入院当日に限らず状況に応じて繰り返し説明を行い、見返すことができるような個々のパンフレットの改善を行っていく必要があると考える。

清潔ケアについては、安静度に応じて行っている。安静度1は、バルンカテーテルを挿入し、ベッド上臥床安静、安静度2は、ポータブルトイレの使用が可能なベッド上安静、安静度3は、トイレまで歩行可能、安静度4は、病棟内歩行可能と定めて、医師の指示のもとケアを行っている。今回のアンケートで回答を得た全員が、清拭と足浴に関しては、「満足」または「ほぼ満足」と答えており、その際のスタッフの対応にも満足な意見が多い。緊急入院の妊婦も多く、中でも、急にベッド上の絶対安静が必要となる妊婦も少なくないため、それまで当たり前に行っていた清潔セルフケアを制限されることに、ジレンマ

を感じていると言える。しかし、満足な意見が多く得られているのは、足浴時にマッサージを行うなど妊婦の安楽を考慮した結果によるものではないかと思われる。これからも妊婦のニーズに沿った細やかな援助が必要であると考える。

陰部洗浄は、シャワーの許可のない妊婦に対して、膣からの上行感染予防のためにも、毎日微温湯を入れた陰部洗浄用のボトルを手渡し、セルフケアしている。「満足」、「やや満足」が70%以上ある一方で、「洗うときの姿勢が辛い」、「ボトルの使用方法が難しい」との回答が約3割あり、自由記載では、「不慣れである」、「時間がかかり次のトイレの人が待っているのが気になる」との回答があった。入院時の感染予防の説明により、妊婦自身は必要性を十分理解されていると考えられるが、手技については困難な点もあることが視えた。妊婦にとって前傾姿勢は難しく、不慣れなことであると理解し、詳しい説明とともに援助の方法を改善していく必要がある。

入院中の妊婦は、毎日NSTを施行し、胎児心拍、腹部緊満の評価を行っている。腹部緊満の回数やそれに伴う胎児心拍の異常により、モニター装着の時間が長時間になることも多いため、妊婦の苦痛にもなり得る。しかし、クッションやベッドにて、安楽な体位を意識し、スタッフが、何度も訪室することによって、姿勢や精神面の配慮を行っている。そのため、ほぼ全員から「満足」との回答が得られている。その上で、「赤ちゃんの心音を聞いてほしい」、「どんなときがいい状態なのか教えてほしい」という胎児の状態を気にかける意見も多くあった。戸川ら²⁾の研究でも、入院中の不安の大半が胎児の状態であると示されている。NSTは毎日行われているものであり、異常が見られない場合は、大丈夫であることを伝えるのみで詳しい説明は行わないが、状況や希望に合わせて、モニタリング所見、特に、児の状態を知らせることで、不安の軽減や安心感を与えることにつながると考えられる。

勤務交代時の挨拶については、「満足」、「やや満足」合わせて90%であり、またそのときのスタッフの声かけ、接し方についても「満足」との回答が多かった。勤務の始めと終わりの交代時に受け持ちスタッフが訪室し、挨拶をしている。また、定期的に点滴チェック、状態の確認を行っている。佐藤らは「妊婦はその時間の担当助産師を知ることによってニーズを伝えやすくなり、安心感を得ていることがわかった」³⁾と述べている。これらの関わりが有効なことであると認識し、妊婦のそばに付き添うことで思いを表出しやすい環境作りに努めることが大切である。選択項目で、「夜間の巡回はやめてほしい」、「点滴チェックの回数が多

い」という回答があった。しかし、MFIICUでは、持続点滴をしている妊婦も多く、状態の観察も重要であるため、夜間の巡回は必須である。巡回により、妊婦の睡眠を妨げてしまうこともあるが、入院時から十分な説明を行い、理解を得ておくことが重要であると考ええる。

出産準備・指導については、基本的に入院している妊婦全例に行うようにしているが、入院や母体搬送された週数、重症度の違いで指導を行わず、そのまま分娩に至る場合もある。戸川らは「適切な時期に出産や育児に目が向けられ、母親役割の獲得ができるように分娩前教育を行うことが大切である」⁴⁾と述べている。急変が起り得る状況の中で、適切な時期を決定することは難しく、妊婦の状態や病状、本人の希望を踏まえながらカンファレンスを行い、できる限り妊婦のニーズに応じた適切な時期に実施していけるように努めていきたい。

精神的援助については、全ての項目で、ほぼ満足との回答であった。また、検温時のスタッフの関わりにも、満足との回答が多かった。さらに自由記載では、「笑顔に安心した」、「話を聞いてくれて不安なく過ごせた」、「長い入院生活も頑張れた」という発言も得られた。唐澤らは「妊婦は、家族、面会者、スタッフなどと会話することは、気分転換や、情報収集・情報交換の場となっており、さらに、思いを表出することで、精神的安定を得ていた」⁵⁾と述べており、スタッフの訪室によって、入院生活の中で、気分転換を行い、精神的に安楽を得ることができるような機会となっていることが再認識できた。また、スタッフが妊婦の気持ちを理解しようと関わった姿勢が、精神的援助について高い評価につながったと考えられる。助産師の言葉遣いや接し方などから受ける印象や雰囲気は、安心感をもたらす要素であるため、今後も妊婦に寄り添った看護を継続していく必要があると考える。さらに、現在は、より細やかな精神的援助を行うために、臨床心理士と連携し、情報を共有している。また、日々のカンファレンスの他に、MFIICU、NICUの医師、スタッフ、臨床心理士による週1回の合同カンファレンスの実施や、状況に応じてプレネイタルビジットを行うことで、出生前から総合的に支援している。今後も周産期チームの連携により、さらなるサポート体制の強化に努めていきたいと考える。

療養環境については、約2割に「どちらともいえない」、「やや不満」との回答があり、「カーテンで閉塞感がある」や「窓が見られたらよかった」との回答があった。当院のMFIICUは、病室と分娩室・手術室が廊下を挟んで向かい側にあり、構造上防音を行うことは難しい。実際

に、分娩の声や機器類のアラーム音などの防ぎにくい音が気になるとの意見が多くあった。藤井は「患者が気になる音の多くはワゴン車等の移動、足音、話し声、いびき等の人が発生源となる音であり、病気、治療、入院生活等のストレスが負荷となる患者にとって、50 dB程度の低い騒音レベルでもストレスとなる⁶⁾」と述べている。大部屋で、他患者の話し声や生活音が聞こえ、プライバシーが守られにくい環境の中、長期の入院やベッド上安静、胎児への不安を抱えながら生活を送ることへのストレスは図り知れない。ハード面の充実が厳しいのが現状であるため、足音やドアの開閉音、話し声など低い騒音レベルでも入院生活を送る妊婦にとってストレスになることを、それぞれのスタッフが再認識しなければならないと考える。また、病室は、安静度や週数、疾患、妊婦・褥婦などで考慮し決定しており、患者の意見を取り入れながら病室の変更や騒音対策を行い、よりよい環境の提供に努めている。実際アンケートには、「気持ちを察して早期に対応してくれてありがたかった」との回答もあった。一方で、閉塞感を感じるなどの意見もあったが、入院時のオリエンテーションで、病棟の構造などを含め丁寧に説明しておくことで、患者の協力を得られるのではないかと考える。

V. 結論

1. 現在の日常生活援助に対して、調査した項目ほぼ全てにおいて満足・やや満足という意見であった。
2. スタッフの対応については、精神的援助において高い評価が得られた。
3. ハード面には限界があるが、入院生活を送る妊婦にとってのストレスを認識し援助することが望まれる。
4. 入院時オリエンテーションは病状に合わせて行う。

【おわりに】

今回のアンケートによって、現在行っている援助に対して満足と感じている妊婦が多いことが明らかになっ

た。研究の限界として、対象となる人数が少ないこと、また入院中に実施したことから率直な意見が得られていないとも考えられる。調査方法の再検討を行い、今後も継続して調査していく必要があると考える。新病院移行により、病院の施設や機能も変化するが、より質の高い看護が提供できるように本研究を活かしていきたい。

【引用文献】

- 1) 戸川優子他, MFICU入院中の妊婦の思いと看護への要望, 母性看護, 40:42-44, 2009
- 2) 1)と同様
- 3) 佐藤志乃他, MFICUに入室した妊婦への援助の評価—MFICU開設に伴って—, 母性看護, 39:24-2, 2008
- 4) 1)と同様
- 5) 唐澤千秋他, 切迫早産妊婦の入院中の思いと看護者への期待, 母性看護:143-145, 2005
- 6) 藤井千枝子, 住環境と看護, 看護学雑誌 7, 医学書院:614-615, 2001

【参考文献】

- 1) リリアン・R・エリクセン, 看護ケアに対する患者満足度を測る 看護アウトカムの測定, エルゼビアジャパン:274-249, 2006
- 2) 成田伸, 周産期ハイリスクケアの構築の必要性, 助産雑誌:66, 210-215.2012
- 3) 戸川優子他, MFICU入院中の妊婦の思いと看護への要望, 母性看護, 40:42-44, 2009
- 4) 大月英理子, MFICUにおける看護の実態と課題, 助産雑誌, 66:238-243, 2012
- 5) 中村康香, 切迫早産で入院中の妊婦に必要な看護支援とは 入院生活の実態を知ってケアに生かす, 助産雑誌, 66:226, 2012
- 6) 蓼沼由紀子他, 切迫早産により入院中の妊婦の予期的不安, 母性衛生, 46:267-274, 2005

子どもが入院した時の家族の災害時の対応についての思い

Thought about the correspondence at the time of the disaster
of the family when a child was hospitalized

北村 美樹 植田 沙織 青野 典代 土居 和生 木村 恵子
Miki Kitamura Saori Ueta Noriyo Aono Kazumi Doi Keiko Kimura

国立病院機構香川小児病院 5 病棟
Kagawa National Children's Hospital The5wards

要旨

A 病棟の急性期内科はほとんどが緊急入院で、母子同伴入院が多い。災害時には患児と家族の安全も守る必要があり、避難を迅速にするため、家族の協力も不可欠である。しかし、災害時の具体的な行動について伝えることができていない。そこで今回、入院した子どもの家族の災害時の対応についての思いを明らかにする必要性を感じ、アンケート調査を行った。その結果 1) 災害について普段から気にしている家族は多かったが、対策を行っている人は少なかった。2) 酸素説明が重要だと思っている家族は点滴説明も重要であると考えていた。3) 避難時何を持って避難すればよいかを重要だと思っている家族は酸素・避難ルート・避難場所の説明も重要であると考えていた。4) 説明方法はパンフレットを使用しながらの口頭説明を希望する意見が多かった。5) 家族への十分な説明が必要である。6) 看護師が災害に対して高い意識を持ち、対応を十分に理解しておく。という結果を得た。

キーワード：災害、家族の思い

【はじめに】

昨年東日本大震災が発生し、災害看護の重要性が高まっている。中四国地区においても 2006 年 1 月 1 日時点における南海地震の発生率は、今後 30 年以内に 50%程度、50 年以内に 80～90%に達するとされている。すなわち今世紀前半にも次の南海地震が発生する可能性が高いと言われており、緊急時を想定した実践的な防火訓練が必要とされている。昨年度は病院の避難訓練に加え、各病棟内で災害時ペーパーシミュレーションを実施した。災害は突然起こるものであり予測できない、その場にいる人が状況を適切に判断し、対応することが重要である。

A 病棟は急性期内科・血液腫瘍内科病棟である。急性期内科では緊急入院が大半を占めており、患児の精神的安定のために母子同伴入院が多い。そのため、災害時には患児だけでなく家族の安全も守る必要があり、非難を迅速にするためには、家族の協力も不可欠である。現在、入院時オリエンテーションでは病棟の構造や処置内容について口頭・紙面・DVD による説明を行っている。しかし、急な入院で患児・家族が混乱している中、災害時の具体的な行動について伝えることができていない現状がある。

小原ら¹⁾は「災害への心構えで最も大事なことは、災害は起こるものであるという認識に立つことです。その上で、災害について知ることに勤め災害への備えを進め

ることが大切です。それが災害発生時に速やかに対処でき、災害を最小限に食い止める減災を可能にします。」と述べているように、医療者だけの認識だけではなく、家族に対して災害時の対応を説明し、災害は起こるものであるという認識を家族と医療関係者間で共有することが重要であるとする。そのため、患児・家族の災害時の対応についての思いを明らかにする必要性を感じ、A 病棟で入院した子どもの家族を対象にアンケート調査を行い、いくつかの結果を得ることができたのでここに報告する。

I. 研究目的

独自に作成したアンケート調査を行い、子どもの家族の災害時の対応についての思いを明確にする。

II. 研究方法

1. 期間：平成 24 年 10 月 26 日～11 月 22 日
2. 対象：A 病棟に入院となった子どもの家族 100 名
3. 方法：独自に作成し、プレテストを行った自記式質問紙調査
4. 調査内容

基本的属性(子どもの年齢・入院時間・記入者の続柄・兄弟の入院経験・児の入院回数・処置内容・移動方法)、普段の災害への意識、入院中の災害時の対応についての 3

項目であった。

5. データ収集方法

自記式質問用紙を作成，対象者に入院後 48 時間以内に配布し，記入後質問紙は記録室に回収ボックスを設置し，回答者自ら投函してもらう。得られたデータは統計ソフト SPSS17.0 を用いて相関係数を算出した。有意水準は 5% とした。

6. 倫理的配慮

1) 当院倫理委員会承認後，研究対象者に本研究の趣旨とアンケートの依頼を口頭にて説明し，アンケートの回答をもって研究同意とすることとした。

2) アンケートは無記名をとし，研究の参加は対象者の自由であり強制ではないため，参加の有無により今後の診療上に不利益は生じないことを説明し，承諾を得た。

Ⅲ. 結果・考察

回収率は 75 名 (75%) であった。回答者は母親 64 名 (85.4%)，父親 9 名 (12%)，祖母 2 名 (2.6%) であった。子どもの年齢は乳児 27 名 (36%)，幼児 40 名 (53.3%)，学童 8 名 (10.7%) であり，入院患児の平均年齢は 1.29 歳 (± 1.337) であった。

兄弟の入院経験の有無は，入院経験あり 28 名 (37.3%)，なし 47 名 (62.7%) であった。今回入院となった子どもの入院経験の有無は，入院経験あり 34 名 (45.3%)，なし 41 名 (54.7%) であった。入院時間は 0～8 時 7 名 (9.3%)，8～16 時 40 名 (53.3%)，16～24 時 26 名 (34.7%) であった。

入院時に行った処置は，点滴 74 名 (98.7%) であり，入院中の患児のほとんどが点滴を行っていた。次いで吸入 35 名 (46.7%)，吸引 34 名 (45.3%) であった。吸入や吸引処置が多かった理由として，冬季に流行しやすく乳幼児に多い疾患である RS ウイルス感染症の患児が多かったことが考えられる。その他処置としては，血液検査・尿検査があった。「お子様はどのように移動していますか」では，自宅での移動方法は 1 人で自由に歩けるが 40 名 (53.4%) で一番多く，抱っこのみで移動する 25 名 (33.3%)，支えがあれば歩ける 10 名 (13.3%) であった。入院中は抱っこのみで移動する 37 名 (49.3%)，支えがあれば歩ける 4 名 (5.3%)，1 人で自由に歩ける 31 名 (41.4%) であった。多くの子どもは 1 歳 3 ヶ月ごろまでに歩行を始め，1 歳半ごろには前方だけでなく横や後ろへの歩行もできるとされている。研究期間中の入院患児の平均年齢は 1.29 歳 (± 1.337) であり，1 人で自由に歩けるが多かった。

「災害について普段から気にしている」では，とても

気にしている 13 名 (17.3%)，少し気にしている 49 名 (65.4%)，あまり気にしていない 13 名 (17.3%) であった。「普段から災害時の対策をしていますか」では，はいと答えた人は 19 名 (25.3%)，いいえと答えた人は 56 名 (74.7%) であった。

災害について普段から気にしている家族は 62 名と多かったが，対策を行っている家族は少なかった。ネクスティア生命が 2012 年 3 月に 20～59 歳の男女 1239 名を対象に「東日本大震災後の地震に対する防災や，食に対する意識の変化の調査」を実施しており，中本²⁾が「地震に対し何らかの備えをしている人は 63% であった」と報告している。

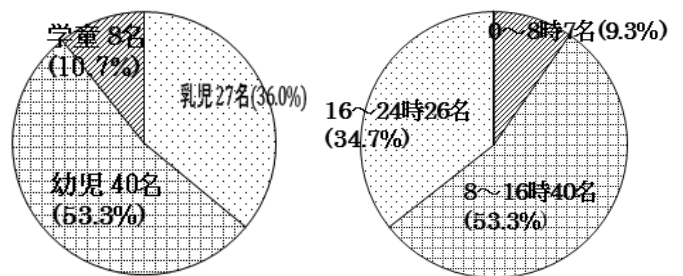


図 1 入院時の年齢

図 2 入院した時間

表 1 入院時処置 (%)

点滴	74 名 (98.7)
吸入	35 名 (46.7)
吸引	34 名 (45.3)
酸素	13 名 (17.3)
その他	2 名 (2.7)

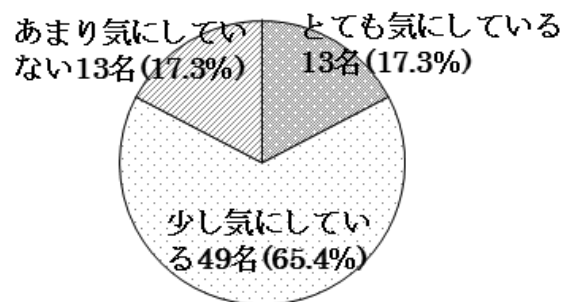


図 3 普段から災害を気にしているかどうか

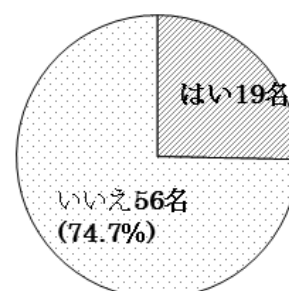


図 4 普段の対策の有無

香川県は四国地方の北東部を占め、瀬戸内海に面する県であり、年間を通じて雨の少ない気候である。長谷川³⁾は災害に弱い香川県とし『「災害が少ない」』『人も地盤も雨慣れ、地震慣れしていない』『根拠のない安心感』』と報告しているように、香川県は災害が少ない。また高野ら⁴⁾は「被災経験のない地域では防災意識を持ちにくく、災害発生時の具体的な状況をイメージし難いことが明らかとなった」と述べているように、災害を経験していない地域ではイメージしにくく、家庭での災害対策を立てるに至っていないのではないかと考える。「入院時災害時の対応について説明はありましたか」では、説明を受けた27名(36%)、受けていない46名(61.3%)、無回答2名(2.7%)であり、半数以上が説明を受けていなかった。鈴木⁵⁾が「日常的に看護師自身が災害に対する危機管理意識を高め、災害に備えた対策に取り組むことが重要である」と報告しており、予測できない災害の場面でも看護師は適切な行動がとれなければいけない。また、南ら⁶⁾は「災害発生時に病院内で医療活動を効率的に行うためには、職員や必要に応じて患者も災害の規模などについて情報を共有し、病院内の全員が同じ認識を持つ必要がある」と述べているように、小児病棟では、災害発生時の家族の協力は不可欠であり、そのためには家族への十分な説明が必要である。当院でも避難訓練は定期的に実施されているが、東日本大震災後には病棟単位で災害時の対応についてペーパーシミュレーションを実施し、看護師の災害に対する意識を高め、災害看護について改めて考えるきっかけとなった。「入院時、災害時の対応についてどの程度説明が重要だと思いますか」に関しては、点滴をどうするか説明がとても重要51名(68%)、重要22名(29.4%)、少し重要1名(1.3%)、重要でない1名(1.3%)であった。酸素をどうするか説明ではとても重要49名(65.3%)、重要22名(29.4%)、少し重要1名(1.3%)、重要でない2名(2.7%)であった。これは患児にとって酸素は生命に直結する内容であり、とても重要・重要・少し重要を選択した家族は合わせると72名(96%)と多かったのではないと思われる。避難ルートは、とても重要59名(78.7%)、重要11名(14.7%)、少し重要4名(5.3%)、重要でない1名(1.3%)であった。避難場所の説明はとても重要である53名(70.7%)、重要16名(21.3%)、少し重要5名(6.7%)であり、重要でないを選択した家族はいなかった。何を持って避難すればよいかの説明は、とても重要31名(41.3%)、重要22名(29.4%)、少し重要19名(25.3%)、重要でない3名(4%)であった。非常口の説明は、とても重要57名(76%)、重要16名(21.3%)、少し重要2名(2.7%)

であり、重要でないを選択した家族はいなかった。「災害時の対応について説明を重要」としている家族の中で、有意差のある項目があった(表1)。酸素説明が重要だと思っている家族は点滴説明も重要であるを選択する傾向があった($p = .615$)。これは、子どもが酸素や点滴を行っている場合、電源・バッテリーの有無や酸素や点滴台をどのようにすればよいのか分からず、災害時迅速に避難できないのではないかと感じていたと考える。避難時何を持って避難すればよいかを重要と選択した家族は、酸素・避難ルート・避難場所の説明が重要であると選択し有意差があった($p = .237$)、($p = .353$)、($p = .463$)。これは子供が酸素を使用している家族にとって酸素を使用しながらどのように移動しどこに向かえばよいのか、移動先に酸素はあるのだろうか、また点滴台などをどのように移動すればよいのかなど、疑問に感じているのではないかと考える。避難ルートの説明を重要と選択している家族は避難場所の説明も重要であるを選択しており有意差があった($p = .614$)。また、非常口の説明も重要であるを選択しており有意差があった($p = .681$)。避難場所の説明が重要であると選択した家族は非常口の説明も重要であると選択しており有意差があった($p = .514$)。この結果から災害時に避難する際、非常口・避難ルート・避難場所には一連の関連性があると示唆された。また、入院中1人で歩けるを選択した人が31名(41.4%)おり、いざと言う時は家族が抱っこして移動することが考えられるため、非常口・避難ルート・避難場所について重要であると感じているのではないかと考える。

「今後どのような方法で説明を希望されますか」ではパンフレットのみ11名(14.7%)、パンフレットと口頭の説明45名(60%)、パンフレットと実際に病棟内を案内しながらの説明18名(24%)、無回答1名(1.3%)であった。また、その他の災害に対しての要望に関する自由記載では「避難に必要な時間、避難していなければいけない時間などを説明して欲しい。」「入院期間が短いめ説明を受けても覚えているかわからないが、すぐ避難できるよう点滴などどうするか教わっておきたい。」「現在している処置が行えなくなった場合生命に直結するの判断できるよう、その人にあったパンフレットがあると安心。付き添い時間が長いので、パンフレットが充実していたら読むと思う。」「入院時ではなく少し落ち着いた頃に、パンフレットと映像で説明してほしい。」「避難訓練を定期的に行って欲しい。」など、さまざまな意見があり、視覚だけでなく、聴覚を使った説明方法を取り入れることで、より理解しやすいのではないかと考える。

表2 災害時の対応についてと基本的属性についての相関係数

	M(SD)	災害について	入院時間	月年齢
災害について	3.00 (0.603)			
入院時間	14.64 (4.863)	.042		
月年齢	1.29 (1.337)	.037	-.062	
重要点滴	3.64 (0.595)	.250	-.023	-.034
重要酸素	3.63 (0.598)	.217	-.090	-.041
重要避難ルート	3.74 (0.559)	.103	-.006	-.178
重要避難場所	3.68 (0.559)	.168	.014	-.140
重要持参物	3.14 (0.874)	.225	-.357	-.101
重要非常口	3.74 (0.502)	.154	-.075	-.157

IV. 結論

1. 災害について普段から気にしている家族は多かったが、対策を行っている人は少なかった。
2. 酸素説明が重要だと思っている家族は点滴説明も重要であると考えている。
3. 避難時を持って避難すればよいかを重要と選択した家族は、酸素・避難ルート・避難場所の説明が重要であると考えている。
4. 避難場所の説明が重要であると選択した家族は避難ルートの説明が重要であると考えている。
5. 非常口の説明が重要だと思っている家族は、避難場所の説明が重要であると考えている。
6. 説明方法についてはパンフレットを使用しながらの口頭説明を希望する意見が多かった。
7. 災害発生時の家族の協力は不可欠であり、家族への十分な説明が必要である。
8. 看護師が災害に対して高い意識を持ち、対応を十分に理解しておかなければならない。

【おわりに】

予測できない災害発生時に、安全かつ迅速な対応ができるよう、災害に対しての高い意識をもつことが重要である。また、今回明らかになった結果をもとに、患児・家族が災害時の対応についての思いを反映したパンフレットを作成していきたい。

【引用文献】

- 1) 小原真理子, 酒井明子: 災害看護 - 心得ておきたい基本的な知識. 南山堂: 224, 2012
- 2) 中本三千香: 東日本大震災後の地震に対する防災や、食に対する意識の変化の調査. ネクスティア生命: 2, 2012
- 3) 長谷川修一: 香川県における地震災害: 159, 2003
- 4) 高野陽子, 川上幸子, 藤田裕子: 医療的ケアを必要とする子どもと家族の災害時の備えに関する意識調査 - 小児専門病院における災害対策マニュアル作成に向けての取り組み -. 第40回日本看護学会小児看護: 49~50, 2010
- 5) 鈴木泰子: 『小児病棟用ケアパッケージ』の導入小児専門病院における取り組み. 小児看護: 30(6), 779~783, 2007
- 6) 南裕子, 山本あい子: 災害看護学習テキスト概論編: 34, 2007

【参考文献】

- 1) 金澤絵梨他: 小児病棟での火災訓練を振り返り安全な避難方法の検討. 第38回日本看護学会論文集 (小児看護): 53~55, 2007
- 2) 神屋たみえ他: 大規模震災時の入院患者避難誘導の判断に関する研究. 第37回日本看護学会論文集 (小児看護): 48~50, 2006
- 3) 井上みゆき: 災害時の小児病棟. 小児看護: 30(6), 738~744, 2007
- 4) 小黒正榮: 日常診療に役立つ小児感染症マニュアル 2007. 東京医学社: 374, 2006

児童・思春期精神科病棟に入院する思春期の患者の思い

The view of inpatients in a child and adolescent psychiatric ward

東 由紀子 岡村 美恵子 森 貴弘 長廣 久美 高畑 美佳 二川 幸枝
Yukiko Azuma Mieko Okamura Takahiro Mori Kumi Nagahiro Mika Takabatake Yukie Futagawa

国立病院機構香川小児病院 6病棟
Kagawa National Children's Hospital The 6th ward

要旨

児童・思春期精神科病棟の入院には、対人関係の未熟な患者に起こりうるトラブルを防止する目的で様々な規則を設けている。そのため、患者が入院生活でどのような思いを抱いているのかを明らかにし、今後の看護援助につなげるための示唆を得たいと考え、児童・思春期精神科病棟に入院している患者のうち、長期入院し状態が落ち着いている患者4名を対象にインタビュー調査を行った。

その結果、【規則のある生活の中での不本意な思い】【人間関係の中で感じる満足と不満】【家族との関わりの中で感じる思い】【将来に向けての希望】の категорияが形成された。患者は、言語の理解と表出に問題を持っている事が多く、病棟の規則や他児との関わりの中でストレスを感じながら入院生活を送っていた。患者の疾患の特徴や年齢に応じた心理的・身体的な発達を踏まえ、卒業や退院を前に患者が自分で進路を決定できるように看護していく必要が示唆された。

キーワード：児童・思春期精神科病棟 入院生活 長期入院患者の思い

【はじめに】

A病棟は昭和51年より児童・思春期における精神科治療を行っており、受診患者は増加傾向にある。それに伴い、B病棟でも不登校・発達障害・摂食障害など心と行動に問題のある患者の入院が増加している。山崎¹⁾が「児童・思春期精神科の入院治療は、学校や家庭・地域社会で行き詰った子ども達を、一定期間引き受け、患者がそれぞれの課題に取り組み、心理的に成長して再び外の世界で生きていけるように支援する保護的・支援的な場」と述べているように、B病棟でも患者の生活習慣の改善や他者との関わりを通して成長発達できるように支援している。また、対人関係の未熟な患者に起こりうるトラブルを防止する目的で様々な規則を設けている。しかし、規則に対して患者からの不満も多いのが現状である。

本研究では、思春期の長期入院患者（以後、患者とする）が児童・思春期精神科病棟の規則や行動の制限、集団生活に対してどのような思いを抱いているのかを知り、看護の示唆を得て今後の看護援助に活かしたいと考えた。

I. 目的

患者が精神科病棟での入院生活においてどのような思いを抱いているのかを明らかにし、看護の示唆を得て今後の看護援助につなげる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 用語の定義

思い：患者が精神科病棟での入院生活や養護学校での生活に対して日頃考えている事。

精神科病棟：開放型の児童・思春期精神科病棟。

長期入院：B病棟での入院生活が3年以上である事。

3. 研究対象者

精神科病棟に長期入院している患者のうち、状態が落ち着いておりインタビューに対応できると判断した患者。

4. 研究期間

平成24年10月～平成24年12月

5. データ収集方法

1) 患者が「病棟の規則の中で生活する事についてどのような思っているのか」「病棟での集団生活で良い所・悪い所」「養護学校の生活で良い所・悪い所」「入院生活で楽しい事」について研究メンバーが独自にインタビューガイドを作成した。

2) 面接はインタビューガイドを用いて半構成的面接法で行い、プライバシーの確保ができるよう個室で実施した。

3) 面接時間は一人1回30分程度とし、患者の精神的負担を考慮して、2回に分けて実施した。また、患者の仕草や表情から集中力の低下を感じた場合や、患者が希望した際は中断できるよう配慮した。

4) 面接内容は患者の許可を得て、ボイスレコーダーで録音し、逐語録を作成した。

6. 分析方法

逐語化したデータを信頼性の高いものとするために、患者に確認してもらった。得られた4人の逐語録から、患者の思いが語られていると思われるデータを抽出し、コード化した。さらに、4人のデータを統合し、比較検討する事でサブカテゴリーを形成した。研究者間で討議し、主題が明確になるまでカテゴリー化した。

7. 倫理的配慮

本研究はA病院の倫理委員会の承認を得た。研究目的、プライバシーの保護と守秘義務の厳守、研究参加は任意であり、不参加によって不利益が生じない事、研究期間中や終了後のデータの取り扱いなどについて患者及び保護者に口頭及び文書で説明し、同意書に署名を得た。

III. 結果

4名全員(男1名、女3名)の同意が得られた。

1. 研究対象者の背景

研究対象者は表1に示した。

2. 精神科病棟に入院する患者の思い

精神科病棟に入院する患者の思いとして、503のデータから73のコードが抽出され、10のサブカテゴリーから4のカテゴリーが形成された。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、コードは『』で示す(表2)。

1) 【規則のある生活の中での不本意な思い】

精神科病棟での規則について患者は否定的な思いと、仕方がないという思いについて語った。《規則に対して否定的な思い》では、『規則のある生活は自由があまりない』『規則によりできる事が制限されてとても苦しい』と規則に対しての不満を訴える反面、『過去に危険物を持ち込む人がいて、見ていたら恐ろしかった』

『看護師さんに内緒で、カッターなど隠し持っている人達がいそう』などの不安や『携帯やゲームを預けないといけない事は仕方がないなどと思う』など《規則に対して仕方がないという思い》があった。

2) 【人間関係の中で感じる満足と不満】

精神科病棟や養護学校での集団生活の中で患者は、他者・養護学校・大人との関わりなど人間関係に対して様々な思いを抱いていた。《同性・異性を意識する

事で生まれる羞恥心》では、『自室での着替えでも、人が来ていないのを見計らっている』『同性でも異性でも、着替え中は気を使って欲しい』など異性に対しての羞恥心はもちろん、同性に対しても羞恥心を抱いていた。また、『状態の悪い患者が騒がしいため落ち着かない』『平日は病棟に居りたくない』などから《病棟に入院する他児との関わりの中で感じる煩わしさ》を持っていた。《大勢の中での孤独感》では、『グループが出来ていると近づけない』『病棟は人数が多いのに寂しいと思う時がある』『病棟のように人数が多い所は苦手』などと感じており、『看護師が他児の対応をしていて、自分を見てくれてないと感じる事がある』『なんで辛いのかと聞かれても、自分自身がわからないから答えられない』『辛い時や、その理由を言えない時に、どうしていいかわからない』『時間をかけて話すことがしんどい』など《大人との関わりの中で感じる辛さ》も感じていた。

3) 【家族の中での自分】

長期入院中の患児は、『家での居場所がなくなってしまう』『家族と離れて生活するため、多少のすれ違いなどがあり寂しい』など《長期入院している事への寂しさ》があった。患者は週末や長期休暇には外泊しており、《外泊する事に対する嬉しさ》では、『家族に悩み事を相談して聞いてもらっている』事が明らかになった。また、『家に帰ると、自分がやらなければならない役割があり大変だ』など《家庭の中での役割に対する思い》も語っていた。

4) 【将来に向けての希望】

養護学校の生活については『2・3年になったら進路が気になって、楽しめない』『3年生を見て大変そう』という思いがあった。養護学校卒業後に退院となる患者は、『自分に合った仕事をしたい』『専門学校へ行って資格を取らないといけない』『将来の事も考えて、家から通学したい』など、それぞれの将来に向けて《これからやりたい事》を語った。

表1 研究対象者の背景

対象者	年齢	性別	疾患名	在院日数
A	15	女	多動性障害	3年39日
B	16	女	解離性障害	3年85日
C	16	男	多動性障害	9年221日
D	18	女	アスペルガー症候群	4年358日

表2 精神科病棟に入院する患者の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
規則のある生活の中での不本意な思い	規則に対して否定的な思い	はさみなどの決まりが最近うるさく言われ始め、なんで変わったのかと思った 規則のある生活は自由があまりない 規則によりできることが制限されてとても苦しい 病棟から自由に外に出ることができないのは嫌だ 外出・外泊時に書類を書かないといけないことが面倒くさい はさみを使いたいの、わざわざロッカーから出してもらわなければならないのが不便 携帯を預けないといけないために不便がある 携帯を預けるのを忘れてしまうことがある 夜間の巡回時に目が覚めてしまうことがあり、その後なかなか寝れない事がある 朝起こされると、もう少し寝ていたいと感じることがある 病棟と学校が互いに情報を共有しているのは嫌 持病の関係で一人で外出するには医師の許可がいる 学校から昼食時に病棟まで戻ってこなくてはならない 1回に入浴出来る時間が短く、ゆっくり入浴できない 入浴できる時間を増やしてほしい 食事をもう少し置いといて欲しい 通学生の友達は病棟に面会に来れない 必要なものがすぐに手に入らないのが不便 病棟行事に患者がしたいものも取り入れて欲しい 看護師に朝起こしてもらえないことは、嫌な時もあるが、遅刻をする心配がない	20
	規則に対する仕方がないという思い	病棟の食事時間については妥当だと思う 預かんかったら怒られるけん預けよる 携帯を夜間預けることに抵抗はない 洗濯器内の取り忘れがあれば教えてあげているようにしている 病棟で生活している方が、規則正しい生活ができていて 過去に危険物を持ち込む人がいて、見ていたら恐ろしかった。 看護師さんなどに内緒で、カッターなど隠し持っている人達がいうさだ 携帯やゲームを預けないといけない事は仕方ないなどと思う	8
人間関係の中で感じる満足と不満	同性・異性を意識した羞恥心	外出・外泊から帰ってきたときの荷物検査を記録室で行うのは、恥ずかしいので嫌だ 自室での着替えでも、人が来ていないのを見計らっている 巡回でスタッフが入ってくる時は着替え中と声かけている 同性でも異性でも、着替え中は気を使ってほしい 巡回などで異性が部屋に入るのは嫌ではなく、恥ずかしい 異性職員の巡回はあまり好きではない 下着などの洗濯物の干し方には気を使っている 自分の洗濯物をとり忘れてしまうと恥ずかしい 同性職員が巡回のために、着替えているときに入ってくるのは気にならない お風呂が他児と共同使用になっており、他児の入った浴槽に入る事に抵抗がある 巡回などで異性が部屋に入るのは嫌ではなく、恥ずかしい	11
	病棟生活の中で他児に対して感じている煩わしさ	病棟はうるさくて、平日は居たくない 病棟は一人になる時間がなく、状態の悪い患児が騒がしいため落ち着かない 家でも病棟でも気の使い方は変わらない 暴れたり、大声だしたりする他児に対して静かにしてほしいと思っている 病棟内で他児からの理不尽な暴力を受け腹が立った 小学生に対しては、気を使うことが多い 病棟のTVは、自分の見たい番組があっても他児が使用して見れない事がある 他児や同室者に対して気を使う事がある 洗濯物を取り忘れていた時、看護師さんが言いにくると他の子たちが言いに来るとでは違う 病棟は人数が多いのに寂しいと思う時がある	9
大勢の中での孤独感	大勢の中での孤独感	グループが出来ていると近づけない 病棟のように人数が多い所は苦手 訓練棟で一緒に遊びをする子がない	4
	大人との関わりの中で感じる楽しみと辛さ	看護師が他児の対応をしていて、自分を見てくれないと感じることがある 携帯を預けるのを忘れて寝た時に、勝手に持って行かれると腹が立つ。 辛い時やその理由を言えない時に、どうしていいかわからない 時間をかけて話すことがしんどい なんで辛いのかと聞かれても、自分自身がわからないから答えられない 自分が部屋にいない時に看護師や掃除スタッフが部屋に入ってくるのは嫌だ	5
家族との関わりの中で感じている思い	長期入院していることへの寂しさ	長く入院していると、家での居場所がなくなり寂しいことがある 入院したばかりのころは、家族と離れることがすごく辛くて泣いたこともあった 家族と離れて生活するため、多少のすれ違いなどがあり寂しい 姉妹と話が合わないことがある 母は夜仕事の時はいない 家族に悩み事を相談してもわかってもらえないことがある	6
	家に帰る事に対する嬉しさ	家族に悩み事を相談して聞いてもらっている 家に帰ると自由があり、やりたいことがやりたい時にできる	2
	家の中で役割がある事に対する思い	家に帰ると、自分がやらなければならない役割があり大変だ 家では食事の準備などをしなくてはならない	2
将来に向けての希望	これからやりたい事	将来のことも考えて、家から通学したいと考えている 専門学校へ行って資格を取らないといけない 2・3年になったら進路が気になって、楽しめない 3年生を見て大変そうだと思う 将来、仕事を始めたら病棟を出ないといけない 自分に合った仕事をしたい	6

IV. 考察

今回の研究対象者は、15～18歳の患者であり、心理的にも社会的にも子どもから大人への過渡期である。このような時期にある患者達は、同年代の子ども達とは違った入院という特殊な環境の中で感じている様々な思いが明らかになった。

【規則のある生活の中での不本意な思い】

土田²⁾が「環境としての思春期病棟は、子どもたちの安全と施設の安全性を確保する必要上、病棟規則をはじめ様々な取り決めが施されている」と述べているように、B病棟でも一定の規則を設けている。患者は、様々な規則の中で生活しており、何らかの不満や窮屈感を抱いていると予測していた通り『規則のある生活は自由があまりない』『規則によりできる事が制限されてとても苦しい』という思いをもっていた。これは、家庭で生活している同世代の子ども達が、自由に携帯電話やゲームを使用したり、自由に外出できる反面、B病棟に入院している患者は、規則により携帯電話やゲームの使用時間が制限されていたり、外出時には外出申請許可書が必要であるなどの煩わしさもあり、「規則に対して否定的な思い」を感じていたと考えられる。

しかし、『過去に危険物を持ち込む人がいて見ていたら恐ろしかった』『看護師さんなどに内緒で、カッターなど隠し持っている人達がいそうだ』など規則を守らない患者に対する恐怖心を抱いたり、『預けなかったら怒られるし』『携帯やゲームを預けないといけない事は仕方がないなと思う』など不本意ではあるが、「規則に対して仕方がないという思い」もあった。これは、社会にはルールがあり、ルールを守る必要性について看護師が日常的に伝えている事や規則を守らない他患者への恐怖体験から、集団生活の中で、規則を守るとは不本意ではあるが、必要な事として認識していると考えられる。今後も患者個々の発達段階を踏まえ、病棟パンフレットなどを活用し、場面に応じて視覚的にルールを守る必要性を説明していく事と病棟環境調整の必要性が示唆された。

【人間関係の中で感じる満足と不満】

《同性・異性を意識した羞恥心》では、研究者は、青年期の患者にとって異性職員の巡回に対して「嫌だ」と感じていると思っていたが、患者は『自室での着替えでも、人が来ていないのを見計らっている』『同性でも異性でも、着替え中は気を使って欲しい』という思いがあり、同性・異性に関わらず、着替え中に他人が入ってくる事に対して羞恥心を抱いていた。坂田³⁾は発達障害を持つ患者は「基本的な人間の持つ欲動に対する感受性が極端

に高かったり、低かったりする」さらに、思春期は「まだ自分というものがしっかりと出来上がっているわけではないために、周りの事がとても気になる年代」と述べているように、思春期は心も体も大きな変化のある時期であり、周囲の目や友人との関係も気になってくる時期でもあるため、患者の成長発達だけでなく、思春期の患者の心理的特徴を理解した上で、細心の注意を払い入室するなど倫理的配慮の必要性を再認識した。

《病棟に入院する他児との関わりの中で感じる煩わしさ》では、『状態の悪い患者が騒がしいため落ち着かない』『平日は病棟に居りたくない』という思いを持っていた。山崎⁴⁾は、「精神科病棟に入院する青年たちにとって、衝動コントロールが未熟な反応性愛着障害や発達障害の小学生たちの騒がしさにゆっくり休めないと感じることが多い」と述べているように、B病棟でも小学生から高校生までの患者が常時入院しており、症状が落ち着かず不安定な患者は大声を出し、衝動的な行動を繰り返す事が多いため、病棟がゆっくり安心して休める場になっていないと考えられる。看護師は、不安定な患者の対応だけに目を向けるのではなく、病棟全体の患者に目を向けに目を向け、落ち着いて生活できる病棟環境を整備することの重要性が示唆された。

《大勢の中での孤独感》では、『グループが出来ていると近づけない』『病棟は人数が多いのに寂しいと思う時がある』『病棟のように人数が多い所は苦手』などと語った。山崎⁵⁾は「広汎性発達障害の患者は、人との距離感が遠めの子どものが多く、不適切な養育を受けた子どもや注意欠陥多動性障害の患者は近くなりやすい」と述べている。発達障害がある患者は、コミュニケーションや対人関係をつくるのが苦手であるため、病棟内の患者が、グループで楽しそうに過ごしているのを見ても、話題の相違や他患者と適度な距離感がつかめず上手くグループに入り込めないことで、孤独感を感じ寂しく感じるのではないかと考えられる。

《大人との関わりの中で感じる辛さ》では、『なんで辛いのかと聞かれても、自分自身がわからないから答えられない』と語っており、物事を論理的に考えたり、順序立てた考え方や状況を把握するなどの判断が困難であるため、不安やイライラなど自分の気持ちや思いを上手く言語化できないためであると考えられる。また、看護師が不安定な他患者の対応をしている状況を見て『看護師が他児の対応をしていて、自分を見てくれないと感じる事がある』と語った。患者は、看護師に「守られている」「大切にされている」といった安心感や信頼関係を築きたいと考えており、看護師が不安定な他患者の対応をし

ていても、「自分のことも見て欲しい」という思いが強いのではないかと考えられる。看護師は、常に患者の表情や行動の奥にある気持ちをキャッチし、安心感を与え信頼関係を築けるよう関わることの重要性が示唆された。

【家族との関わりの中で感じる思い】

《外泊に対する嬉しさと辛さ》では、対象者は週末や長期休暇になると、外泊をしている。山崎¹⁾は、「外泊中に入院中に起こった出来事について、家族に愚痴を言ったり、相談したりする子どもも多い」と述べているように、患者は『家族に悩み事を相談して聞いてもらっている』と語った。その反面、『家族に悩み事を相談してもわかってもらえない事がある』と語った。坂田⁶⁾は、発達障害児は「言葉の理解と表出に問題がある」と述べており、家族に話を聞いて貰えるという安心感とは裏腹に、相談しても理解してもらえないという辛さを感じていた。患者の家族が精神面での困難を抱えているケースも多く、親子で有効なコミュニケーションが図れていないことが予測される。

《長期入院していることへの寂しさ》では、患者は長期入院しており、家族と過ごす時間が少ない。船越ら⁷⁾が「入院が長期化すると、子どもの居場所がなくなるという問題が起ってくる」と述べているように、患者は『家での居場所がなくなってしまう』といった不安を抱いていた。また、『家族と離れて生活するため、多少のすれ違いなどがあり寂しい』と語っていた。さらに、『母は夜仕事の時はいない』『姉妹と話があわないことがある』という思いは、患者が母子家庭であったり、母親の仕事の都合で外泊中も一緒に過ごせなかったり、長期入院していることで姉妹での共通の話題がない事などが考えられる。看護師は、患者の成育歴や家族背景を踏まえ、家族が患者を受け入れられるような家族支援を行なうことが重要であると考えられる。

《家での役割に対する思い》では、患者は、『家に帰ると、自分がやらなければならない役割があり大変だ』『家では食事の準備などをしなくてはならない』など、外泊した際に家族から家事を任されている事は、面倒くさいという思いを持ちながら、家事の内容や家族の反応について語った。船越ら⁸⁾が「子どもが家庭内での居場所が確保できるように、子どもに家庭内での役割を見出せる方法を提案する必要がある」と述べているように、家の中での自分の役割がある事は、自分の家庭での居場所づくりにつながると考えられるが、患者が達成感を得られるような役割を与え、家族が労いの言葉をかけるなど、患者自身が「自分は必要とされている」「愛されている」

と感じ、役割意欲が高まるよう家族への働きかけが重要であると考えられる。

【将来に向けての希望】

患者は、進学や就職などの進路選択の時期であり《これからやりたい事》では、養護学校の生活では『2・3年になったら進路が気になって、楽しめない』『3年生を見て大変そうだと思う』と語った。養護学校での先輩など他者と交流する中で、先輩の進路など他者に興味を示していることが明らかになった。このような経験から、養護学校卒業後に退院となる患者は、『自分に合った仕事をしたい』『専門学校へ行って資格を取らないといけない』『将来の事も考えて、家から通学したい』など、自分の将来について、どのような仕事ができるかを真剣に考え、社会に出る準備をしようとしている事が明らかになった。看護師は、患者の疾患や状態を把握して、患児一人ひとりに適切な情報提供を行うと共に患者の思いを傾聴し、将来に向けて、患者自ら意思決定し社会生活が送れるよう支援する必要がある事が示唆された。

V. 結論

1. 児童・思春期精神科病棟に入院する思春期の患者の思い 10 のサブカテゴリーと 4 のカテゴリー【規則のある生活の中での不本意な思い】【人間関係の中で感じる満足と不満】【家族の中での自分】【将来に向けての希望】により形成された。看護の示唆として以下の事が明らかになった。

1. 患者が理解できるよう場面に応じて視覚的に規則を守る必要性を日常的に伝えると共に病棟環境を調整する必要がある
2. 看護師は、日頃から患者の様子や変化を察知し、思いを言語化できる関係づくりが重要である
3. 外泊中は、患者自身が役割意識を持ち、「自分は必要とされている」「愛されている」という体験ができるよう家族機能を強化できるよう支援していくことが重要である
4. 看護師は、患者の将来に向けての思いを傾聴し、患者の疾患の特徴や成育歴・家族背景を踏まえ、患児一人ひとりに適切な情報提供を行い、社会生活が送れるよう支援することが重要である

【おわりに】

本研究は、対象者が 4 名と少なく一般化するには限界がある。看護師は、大人への移行期にある思春期の子どもの特徴、成長・発達、家族背景などを考慮し信頼関係の構築に努めていきたい。

【引用文献】

- 1) 山崎透. 入院治療の理念と治療構造, 児童精神科の入院治療, 金剛出版:9-48, 2010
- 2) 土田幸子, 長江美代子. 児童精神科に入院する思春期年代の子どもの攻撃性の特徴—小中学校と児童精神科における比較調査より—, 三重看護学誌:83 - 92, 2011
- 3) 坂田三允. 思春期・青年期と精神看護, 思春期・青年期の精神看護, 中山書店:2 - 23, 2008
- 4) 前掲書 1)
- 5) 前掲書 1)
- 6) 前掲書 3)
- 7) 船越明子. 児童・思春期精神科病棟における看護ガイドライン, 児童・思春期精神科病棟における看護ガイドラインの開発:32-37, 2012
- 8) 前掲書 7)

コルネリア・デ・ランゲ症候群患児の成長発達援助

—生活空間の拡大と遊びを取り入れた関わりを通しての移動・探索行動の変化—

Growth development help of the cornet re-Ade Lange's syndrome affected child

-Change of movement, the exploratory behavior through the relation that adopted expansion and play of the life space-

木戸 志のぶ 池田 悦子 宮崎 舞子 玉井 麗佳 富山 紗希 福島 和代
藤川 美恵 妹尾 里美

Shinobu Kido Etuko Ikeda Maiko Miyazaki Reika Tamai Saki TomiyamaKazuyo Fukushima
Mie Fujikawa Satomi Senoo

独立行政法人国立病院機構 香川小児病院 7病棟

Kagawa National Children's Hospital The 7th ward

要旨

コルネリア・デ・ランゲ症候群の児に対して、ベッド上だけでなく自室に設置したプレイマットで、他者と過ごせる時間を設け、生活空間の拡大と、他者との触れ合いやタッチング・発達段階に応じた遊びを取り入れた。短期間で発達検査に変化はみられなかったが、情緒面には変化がみられ特にタッチングは快への働きかけに有効であった。

キーワード：コルネリア・デ・ランゲ症候群 成長発達

【はじめに】

コルネリア・デ・ランゲ症候群は、¹⁾「常染色体優性またはX連鎖性遺伝であり、成長不良、発達遅滞、多毛、眉毛癒合等の特徴ある顔つき、四肢奇形を主徴とする先天性の奇形症候群である。IQの範囲は30未満～102であり、成長・発達には個人差がある。そのため、個人の成長・発達に合わせた支援が必要」と言われている。また、入院する事で生活空間はベッド上となり、病院の中だけの刺激に限定され、子どもが新しく獲得した能力を発揮して自ら周囲を探索していく機会の多くが奪われることとなる。限られた環境の中であっても、遊ぶ「人」、「もの」、「空間」、「時間」があり、遊びが「日常」として存在していくような環境づくりは小児が安心して、入院生活を送り、病気や障害をもちながらもその子らしく成長・発達していくために重要である。入院する子どものQOLの維持・向上のために、私たちも環境となり児の情緒発達を促し、社会性を身につけ、創造性を伸ばすことができるように援助していく必要がある。

今回、出生時より、当院で母子分離入院のコルネリア・デ・ランゲ症候群の児に対して、ベッド上だけでなく自室に設置したプレイマットで、他者と過ごせる時間を設けた。生活空間の拡大と、他者との触れ合いやタッチング・発達段階に応じた遊びを取り入れることで、運動機能・情緒面に変化があるのではないかと考え、本研究に取り組んだ。

I. 研究目的

コルネリア・デ・ランゲ症候群で入院中の患児に対して、日中プレイマットで過ごせるよう生活空間の拡大と他者との触れ合いタッチング、発達段階に応じた遊びを取り入れる等、意図的な関わりをもつことにより、反応・成長発達の促進を図る。

II. 研究方法

事例研究

1. 期間：平成24年10月～平成24年11月末まで
2. 事例紹介：A君3歳男児 コルネリア・デ・ランゲ症候群。40週3日1656gにて出生。既往歴として、肥厚性幽門狭窄にて腹腔胸下幽門筋切除術・胃瘻造設術、口蓋裂にて口蓋裂形成術を施行している。

<現在の状態>

食事：胃瘻より経管栄養（1日5回）

排泄：オムツ使用、臀部にただれがあり排便時は痛がる様子がある

更衣：全面介助

視覚・聴覚：乱視、両側高度先天性難聴

移動・運動：両手指欠損、両肘、肩に硬縮と運動制限、両関節開排制限ありベッド上で手足を動かす（津守稲毛式乳幼児精神発達検査で運動4ヵ月、探索・操作2ヵ月程度）

リハビリテーション：関節可動域訓練、立位・座位保持

訓練中立位・座位になると下肢の伸展が強く、体が反り返る

反応：あやすと笑い声をだす、痛み刺激・行動の抑制があると啼泣する。口腔ケア・口鼻腔吸引時激しく抗する（津守・稲毛式乳幼児精神発達検査で1～2ヵ月度）

保育：絵本やリズム遊びを好む。足をバタバタとさせ「キャーキャー」と声を出し笑顔で喜びを表現する。

今回、看護介入として看護問題#1成長発達遅延に対して関わった。

これまでベッド上で行っていたリハビリテーション・保育をプレイマットで実施し、看護師は、プレイマットでの遊び・座位保持時でのポジショニング方法を写真にて明示した。

看護目標は、言語的、認知的、運動的な活動面での行動が向上するとした。

<看護計画>

- O-P
1. 啼泣力、活気、体動
 2. 表情、顔色
 3. バイタルサイン
 4. 臀部の皮膚状態
 5. 座位時間
 6. おもちゃの種類

- T-P
1. 患児の発達評価を1ヶ月毎に津守・稲毛式乳幼児精神発達検査を用いて評価する。
 2. プレイマットでの遊び・座位保持時でのポジショニング方法を写真にて他スタッフに明示する。
 3. 観察表作成（おもちゃや遊びの内容・他患児との関わり・プレイマット使用時間・座位保持時間・臀部の状態・自由記載）（表1）
 4. 日常生活援助の中で、発達段階に合わせた遊びの援助、1日15～30分程度、自室に設置したプレイマットで過ごす時間を設ける。
実施時、観察表へ記入する。

3. 倫理的配慮

児の保護者に研究の趣旨及び、学術的目的以外で個人情報を使用しないこと、本人と特定できないように配慮すること、研究で得た個人情報については研究終了後処理すること、途中で研究への協力を断っても不利益を被らないことを説明し承諾を得た。

Ⅲ. 結果及び考察

実施後の児の変化について、観察表から得られた情報を、ケア介入前と比較した（表2）。

実施前は、ベッド上で過ごすことが多く、限られた空間で単調な生活を送っていた。ベッド柵に足をかけて、反動でベッド上を動く事はあったが、外界からの刺激も少なく行動範囲も限られた状態だった。バギーに移乗すると、看護師や他児を目で追うことはあったが、ベルトで体幹を固定されているため足や腕を動かす程度だった。プレイルームの広い空間に移動しても初めはじっとして動かない状態だった。介助にて座位保持するがすぐに嫌がり体が反り返りした。そのため広い空間に慣らすため、自室にプレイマットを敷き、リハビリテーションや保育をプレイマット上で実施した。看護師は日常生活援助の中に遊びの時間を設け、発達段階に合わせた遊びを取り入れながら、座位保持訓練を合わせて行った。他児や私たち看護者との触れ合い・発達段階に応じた遊びを取り入れた座位保持訓練の介入を行うようになってから、人を注視・追視する様子も増えた。座位になると嫌がり啼泣する事もあったが、おもちゃや絵本に興味を示し、その間は座位で過ごせる事もあった。また、マット上に寝かせると、自ら下肢に力を入れてお尻を浮かせて少しずつ自分で動き、寝がえりしマットの端まで移動できるようになった。さらに、マット上でタッチングすると喃語を発し、笑顔となる事が多くみられるようになった。

しかし、実施1ヵ月後の津守・稲毛式乳幼児精神発達検査では、運動4ヵ月、探索・操作2ヵ月と、発達に差はなかった。実施から評価期間が短期間であり、発達評価ではステップアップには至らなかった。しかし、津守らは「²⁾いろいろな姿勢をとることによって、視野は変化し、いろいろなものを見たり触ったりすることができる。姿勢の変化で乳児の経験の範囲も広がるということが出来る。」また、「²⁾自分のからだを自分で移動させることができるようになると、生活空間は、著しく拡大し、自律能力が増大する。外界の物事に好奇心を持ってそれを取りにいきたいという欲求の表れである。」と言われている。生活空間の拡大と共に、同室児や私たち看護者との触れ合いの時間を積極的につくる事で、外界からの刺激が増え、成長発達の促進に繋がると考えられる。

今回の援助を通して、発達初期段階にあるA君にとって人との関わりの場面で反応が多くみられた。ピアジェは³⁾、「子どもの知能は知覚や行動を基にして、環境との相互作用のなかで発達する」と考えている。母子分離入院中の児にとって、母子相互作用の機会が少なく、遊びの時間にタッチングを行うことは他者の優しさを感じられる機会であり、乳幼児期の愛着形成や心身発達の促進に大きな影響を与えていると考えられる。

また、宇佐川は「⁴⁾感覚の使われ方の順序性について、初期段階にある子どもは、揺れ（前庭感覚）や関節への刺激（固有感覚）、触覚からの刺激が、もっとも受容しやすい」と述べている。プレイマットに移動し看護師が付き添い、意図的に関わる事により、呼びかけやタッチングなどスキンシップの増加に繋がった。児の傍にいる時間が増えた事により、児の表情に変化が認められ、笑顔が見られるようになった。今回の取り組みでは、児とコミュニケーションが図れ、よりよいスキンシップの増加に繋がり快への働きかけに有効であったと考える。そして、児に関わる看護師も意図的にかかわる必要性を認識できた。

表1 観察表

	月 日()	月 日()	月 日()
プレイマットでの遊びの時間			
他患児の有無(人数)	有(人)・無	有(人)・無	有(人)・無
臀部の状態	出血・発赤・表皮剥離	出血・発赤・表皮剥離	出血・発赤・表皮剥離
座位時間	分	分	分
おもちゃの種類			
その他(自由記載)例) どんな時に泣いたか、笑ったか発語したか、どんな関わりがよかったか、中断理由			

表2 ケア介入前後の変化

ケア介入前		ケア介入後
・声かけに笑顔 ・関わりに声を出して笑う	声かけ・タッチング →	・声かけに笑顔になりNSや他児の動きを追視する
・プレイルームではその場でじっと動かない	NSや他児との関わり →	・声を出して笑いNSや他児を見ると近寄っていく
・バギー移動時、足や腕を動かす	保育・リハビリをプレイマットで実施	・プレイマットに移動すると笑顔になる
・ベッド内柵に足をかけ背這いで移動する	プレイマットへ移動	・両下肢と殿部を使いマットの端まで広範囲に移動する
・ベッド上で手足を動かす	NSや他児との関わり →	・寝返りをするようになった
・座位にすると嫌がり体を反らせる	ポジショニングの統一 遊び・おもちゃの使用	・両足で何かを掴もうとする
	NSや他児との関わり →	・座位になると嫌がり泣きだす
		・おもちゃや他児を見て、嫌がらずに座位で過ごせる時間が出来た
		・おもちゃを腕に引っかけて振るなどし集中している時間は
		・マット上で寝がえりし自由に動きまわる

IV. 結論

1. 生活空間を拡大させ、意図的な関わりをすることで、運動機能・情緒面に変化がみられる
2. タッチングは快への働きかけに有効である

【おわりに】

A君に対して、人的環境となる私たちが、よい感覚・知覚・認識の刺激になれるよう、運動・社会・言葉の発達に関わっていく必要がある。今後も遊び内容の充実や検討を図り、継続した関わりで発達を支援していきたい。

【引用文献】

- 1) Matthew A Deardorff : Gene Reviews Japan, <http://grj.umin.jp/grj/CdLS.htm>
- 2) 津守真：乳幼児精神発達診断法，大日本図書，168 - 169, 1995
- 3) 二宮啓子 他：小児看護学概論，二宮啓子・今野美紀，南江堂，p.27 - 28, 2009
- 4) 宇佐川治：感覚認知の発達（その2）；教育実践における発達の視点の重要性．養護学校の教育と展望，110：48 - 51, 1998

【参考文献】

- 1) 高野笑子・奈良場美奈子・渡辺好子，他：遊びの援助を通して，見出された重症心身障害児の快の評価基準，日本小児看護研究会誌，6（2），16 - 21, 1997

重症心身障害児(者)に対する効果的な紙オムツの当て方と快適な排泄環境の提供への取り組み

Efforts to provide a comfortable environment and how to apply excretion of disposable diapers effective for severely retarded children (persons)

松澤 愛 牛田 尚子 杉野 浩子 大平 志津
Ai Matsuzawa Naoko Ushida Hiroko Sugino Shizu Oohira独立行政法人国立病院機構香川小児病院 11 病棟
Kagawa National Children's Hospital The 11th ward

要旨

オムツの効果的な当て方のケア検討前後のオムツ内湿度、不快指数の変化、尿漏れ回数の変化を明らかにし再認識することで快適な排泄環境が提供できると考え取り組んだ。結果、湿度の変化については有意差の有無に個人差はあるが全体的に最大値が下がっていた。不快指数の変化については有意差に個人差はあるがすべてのケースで減少した。尿漏れの比較についてはすべてのケースで改善された。患者の身体的特徴など個別性に関連して性差のみで考えるのには限界があることが分かった。ケア検討前後ともに不快指数の上昇は見られたが検討後のほうが上昇の最大値が低く経緯していることもわかった。尿漏れの回数が減ったことで一人あたりのオムツ使用枚数の減少にもつながった。今後他の患者にも個別性のあるオムツの当て方を検討、実施し快適な排泄環境を提供できるよう努めていきたい。

Key Word：重症心身障害児(者) 効果的なオムツの当て方 オムツ内の温度・湿度

【はじめに】

当病棟は重症心身障害児(者)病棟であり、大島分類1の患者が多く、入院患者40名中気管切開25名、人工呼吸器装着12名で全員紙オムツを使用している。紙オムツの基本的な機能は、尿を肌に広げずに吸収し、肌から離してオムツの内部に固めることであり、一般的には枚数を少なくなおかつなるべく薄く当てるのが大切であるといわれている。患者は、変形・拘縮など身体的特徴があり、オムツの当て方は難しく尿漏れが生じ衣類を汚染することが多い。尿漏れが発生すると、パッドの吸収力が足りなかったと考え何枚ものパッドを重ねて当てる「重ね使い」が日常的に行われていた。そのため腰周りが異常にふくらみ体型より大きいサイズの衣類を着用し見た目も悪く、不快に感じているのではないかと考えられた。

舟木ら¹⁾は、「重ね使いは吸収機能や保水機能補強にはほとんどならず、紙オムツの中で重なりにより隙間を作ることになり、かえって漏れやすくなる」と述べている。

尿漏れによる頻回なりネン交換や衣類の着脱は、患者の負担となり骨折のリスクも高まる。また汚染した衣類が肌にふれると不快な思いが増強するのではないかと考えられる。

そこで、正しいオムツの当て方を学ぶ勉強会を行い、オムツ内の温度・湿度を測定することで時間的変化の明確化、オムツの当て方の検討により快適な排泄環境が提供できると考え本研究に取り組んだ。

I.用語の定義

- ・尿漏れ
尿がテープ式オムツからはみ出した状態(シーツ・衣類などに汚染した場合)
- ・効果的なオムツの当て方
正しいオムツの当て方を踏まえた個別性のある当て方
- ・不快指数
気温・湿度などいくつかの気象要素を組み合わせる人体の感じる快・不快の程度を表した指数
計算式(DI = 0.81 T + 0.01 H × (0.99T - 14.3) + 46.3)
に当てはめて代用(Tは乾球気温,Hは湿度)

II.研究目的

1. オムツの当て方のケア検討前後のオムツ内湿度・不快指数の変化を明らかにする
2. オムツの効果的な当て方のケア検討前後の尿漏れ回数の変化を明らかにする

III.研究方法

1. 期間：倫理委員会承認後～平成24年10月
測定期間：①9月15日～9月29日
②10月6日～10月20日
2. 対象：尿漏れが多く日常的に重ね使いをしている患者4名(男女各2名)

3. 方法：

1) 対象患者 4 名に従来通りのオムツの当て方を行い、オムツ内の温度・湿度の測定実施（測定部位は鼠径部・臀部・腹部の 3 点 15 分～150 分 15 分毎計 10 回）※計測は研究者 2 名にて行う。

2) 正しいオムツの当て方の勉強会の実施（参加できなかったスタッフへの伝達・周知を行う）・効果的なオムツの当て方の検討。

（従来のオムツの当て方）

男性：テープ式オムツ (M) に尿とりパッドを 2 枚しく。陰茎を尿とりパッド 1 枚で巻き左右の腰に尿漏れ防止のため 1 枚ずつ当てる（計 7 枚）

女性：テープ式オムツ (M) に尿とりパッドを 2 枚しく（計 3 枚）

（検討後のオムツの当て方）

男性：テープ式オムツ (S) に陰茎を尿とりパッド 1 枚で巻く（計 2 枚）

女性：テープ式オムツ (S) に尿とりパッドを 1 枚しく（計 2 枚）

3) ケア検討後のオムツの当て方で測定（測定方法は検討前と同様）

4) 尿漏れ調査（ケア検討前後）

4. 分析方法

4 つのケース各 200 回分のデータのうち排尿のなかったデータを除き、中央値にて比較した。

（排尿回数・・・ケース 1:9 回・ケース 2:15 回・ケース 3:9 回・ケース 4:15 回）

1)【ケア検討前後 10 日分の湿度・不快指数】は、統計パッケージ SPSS18,for Windows を使用し Mann-Whitney の U 検定を行った。有意確率は 5% にした。

2)【ケア検討前後の尿漏れの比較】は 2 つの分析方法を用いた。

①統計パッケージ SPSS18,for Windows を使用し、Friedman の U 検定を行った。有意確率は 5% にした。

②単純集計し、記述統計で比較した。

5. 倫理的配慮

対象者の家族または後見人に口頭・書面で研究目的と方法、個人的情報の保護、プライバシーを尊重し患者に不利益が生じないことを説明し同意を得た。

IV. 結果

1)【対象者の背景】について

20 代 1 名,30 代 1 名,40 代 2 名男女各 2 名。対象患者 4 名全員に開排制限があった。ケース 1 は、尿回数が少なく 1 回量が多く尿とりパッド大の許容量の 900 g

を超える。ケース 2 は、仰臥位及び両下肢の伸展が不可であるケース 4 については、1 回量が少なくオムツ内への排尿回数が頻回で尿とりパッド大の許容量を超える（表 1）。

2)【ケース毎のケア検討前後の湿度と不快指数の変化】について

(1) 湿度について

①各ケースの時間的な変化

ケース 1 は、15 分後より一旦下降し 60 分以降上昇した。ケース 2 では、全ての部位でケア検討後に減少した。ケース 3 は全ての部位において 60 分以降上昇がみられた。ケース 4 では全ての部位で 60 分以降上昇がみられた。

②ケース毎のケア検討前後の有意差

ケース 1 は臀部と腹部において 30 分後に有意差が認められた。ケース 2 は鼠径部の 90 分 105 分 135 分 150 分後に、臀部の 90 分 105 分 120 分 150 分後に、腹部の 105 分 120 分 135 分後でそれぞれ有意差が認められた。ケース 3 は、全ての部位において有意差は認められなかった。ケース 4 は臀部の 75 分後に有意差が認められた。

③ケア検討前後の測定部位での最高湿度の比較

ケア検討前後において湿度の最高値を部位別で比較した。鼠径部では、ケース 1 は検討前 75.4%、検討後 73.2%、ケース 2 は検討前 83.8%、検討後 74.6%、ケース 3 は検討前 69.3%、検討後 69.5%、ケース 4 は検討前 68.6%、検討後 69.6% となった。臀部では、ケース 1 は検討前 69.8%、検討後 69.2%、ケース 2 は検討前 78%、検討後 68.7%、ケース 3 は検討前 81.6%、検討後 84.3%、ケース 4 は検討前 70.4%、検討後 69.9% となった。腹部では、ケース 1 は検討前 73.8%、検討後 74.5%、ケース 2 は検討前 81.1%、検討後 74.5%、ケース 3 は検討前 65.6%、検討後 70.3%、ケース 4 は検討前 65.9%、検討後 70.9% であった。（表 2,3,4）

(2) 不快指数について

①各ケースの時間的な変化

各ケースケア検討後全てにおいて減少した。

②ケース毎のケア検討前後の有意差

ケース 1 は 15 分 105 分後で有意差が認められた。ケース 2 は 45 分 75 分 90 分 105 分 120 分 135 分後で有意差が認められた。ケース 3 では有意差は認められなかった。ケース 4 は 75 分後に有意差が認められた。

③ケア検討前後の最高不快指数の比較

ケア検討前後において不快指数の最高値を比較してみると、ケース 1 は検討前 90、検討後 88、ケース 2 は

検討前 90, 検討後 87, ケース 3 は検討前 86, 検討後 86.5, ケース 4 は検討前 87, 検討後 85.5 であった

(3) 【ケア検討前後の尿漏れの比較】について

ケア検討前後の尿漏れの変化はケース 1 は 14 件から 10 件, ケース 2 は 10 件から 4 件, ケース 3 は 4 件から 3 件, ケース 4 は 21 件から 4 件と改善された. Friedman 検定を行ったところ全てのケースにおいて有

意差は認められなかった. オムツの使用枚数についてはケア検討前では男性はテープ式オムツ (M) 1 枚尿とりパッド (大) 3 枚尿とりパッド (小) 2~3 枚, 女性はテープ式オムツ (M) 1 枚尿とりパッド (大) 2 枚を使用していたが, ケア検討後では男女ともにテープ式オムツ (S) 1 枚と尿とりパッド (大) 1 枚と減少した.

表 1 対象者の背景

患者	性別	年齢	病名	開排泄制限	特徴
A	男性	30代	溺水	あり	尿回数少なく1回量が多い
B	男性	20代	低酸素脳症	あり	仰臥位不可・皮膚湿潤あり・両下肢伸展不可
C	女性	40代	脳性麻痺	あり	側彎があり強度の筋緊張・両下肢伸展不可
D	女性	40代	レックリングハウゼン氏症	あり	易骨折・尿回数が多い・両下肢伸展不可

表 2. ケース毎のケア検討前後の鼠径部湿度の変化 (中央値)

		オムツ交換15分		オムツ交換60分		オムツ交換90分		オムツ交換120分		オムツ交換150分	
ケース1	検討前	74.4%	N.S	64.9%	N.S	72.0%	N.S	75.4%	N.S	72.5%	N.S
	検討後	73.2%		69.3%		70.9%		73.0%		71.1%	
ケース2	検討前	66.7%	N.S	70.0%	※	80.4%	N.S	75.6%	N.S	83.8%	※
	検討後	74.6%		66.3%		64.9%		64.8%		71.6%	
ケース3	検討前	65.7%	N.S	58.8%	N.S	69.3%	N.S	66.1%	N.S	66.8%	N.S
	検討後	64.0%		61.2%		66.4%		67.1%		69.5%	
ケース4	検討前	62.4%	N.S	61.6%	N.S	67.5%	N.S	68.6%	N.S	67.6%	N.S
	検討後	65.4%		66.9%		64.9%		65.4%		69.6%	

Mann-Whitney の U 検定 P.05,N.S:Not Significant

表 3. ケース毎のケア検討前後の臀部湿度の変化 (中央値)

		オムツ交換15分		オムツ交換60分		オムツ交換90分		オムツ交換120分		オムツ交換150分	
ケース1	検討前	69.1%	N.S	64.4%	N.S	67.1%	N.S	69.8%	N.S	68.0%	N.S
	検討後	66.5%		63.7%		69.2%		65.8%		64.2%	
ケース2	検討前	70.4%	N.S	73.2%	N.S	75.3%	※	71.4%	※	78.0%	※
	検討後	68.7%		66.3%		65.8%		60.5%		64.6%	
ケース3	検討前	67.1%	N.S	62.7%	N.S	74.6%	N.S	81.6%	N.S	81.3%	N.S
	検討後	60.6%		68.1%		76.5%		78.5%		84.3%	
ケース4	検討前	59.5%	N.S	70.1%	N.S	69.8%	N.S	70.4%	N.S	69.7%	N.S
	検討後	59.6%		60.7%		63.9%		64.8%		69.9%	

Mann-Whitney の U 検定 P.05,N.S:Not Significant

表 4. ケース毎のケア検討前後の腹部湿度の変化 (中央値)

		オムツ交換15分		オムツ交換60分		オムツ交換90分		オムツ交換120分		オムツ交換150分	
ケース1	検討前	69.6%	N.S	67.5%	N.S	70.3%	N.S	73.8%	N.S	68.6%	N.S
	検討後	71.4%		66.5%		68.7%		71.0%		74.5%	
ケース2	検討前	64.7%	N.S	68.0%	N.S	75.9%	N.S	75.6%	※	81.1%	N.S
	検討後	68.5%		63.3%		67.1%		66.7%		74.5%	
ケース3	検討前	65.6%	N.S	55.1%	N.S	63.4%	N.S	60.8%	N.S	64.7%	N.S
	検討後	64.3%		59.9%		63.5%		69.8%		70.3%	
ケース4	検討前	63.3%	N.S	60.1%	N.S	64.9%	N.S	64.3%	N.S	65.9%	N.S
	検討後	62.4%		61.7%		62.9%		65.3%		70.9%	

Mann-Whitney の U 検定 P.05,N.S:Not Significant

V. 考察

ケース1では湿度について臀部と腹部の30分後には有意差が認められ15分後より一旦下降し60分以降上昇していた。これは、隙間からの空気を外に逃がしたことで湿度が下がりその後は空気の換気ができにくかったと考えられる。不快指数については尿回数が少ないことからオムツ内環境の変動があまりなかった為にはっきりした有意差が認められなかったのではないかと考えられる。尿漏れの回数は14件から10件に減少した。尿漏れの減少が少ないのはオムツの許容量内ではあるが一回の尿量が多くそれにより隙間ができることによるものと考えられる。仰臥位又は左右側臥位で過ごすことが多く、著明にやせていて腸骨部周辺にテープ式オムツがフィットしにくく、また陰茎が右に傾いていて右側に多くもれが発生していた。従来は陰茎を腹部中央においた尿とりパッドに持っていき巻く方法を行っていた。勉強会で、テープ式オムツや尿とりパッドの構造や正しい当て方の方法・手順を学び、尿とりパッドを陰茎の向きにあわせ自然な形のままオムツパッドを装着するよう改善した。テープ式オムツを1つ小さいサイズにすることによって腸骨部周辺に紙オムツをフィットさせる事ができた。これらの事が尿漏れ減少に繋がったのではないかと考えられる。

ケース2では湿度について全ての部位において、90分以降有意差を認め、ケア検討後減少していた。不快指数についてはオムツ交換後45分から全てにおいて有意差が認められた。このことは発汗が多く常に全身がしっとりしていることも要因のひとつではないかと考えられる。尿漏れの回数は10件から4件に減少した、下肢が屈曲し膝関節が、「く」の字になっていて、仰臥位のポジションがとりにくい。また背部特に肩甲骨付近の変形が強く左右に大きく体位変換をしている為左右腸骨付近からオムツの密着不足によるもれが多く発生していた。勉強会后、陰茎を自然な形のまま包むように巻き体格にあった1つ小さいサイズのテープ式オムツにし、ギャザーを鼠径部に沿わせるように装着させることで、体にフィットし尿漏れの減少に繋がったのではないかと考えられる。

ケース3では湿度について全ての部位において有意差は認められなかった。全ての部位において60分以降上昇がみられた。不快指数についても有意差は見られなかった。ひとつサイズの小さいオムツを使用し尿漏れの回数は4件から3件に減少した。下肢が右側に倒れ、屈曲があり、また緊張が強く体に触れるとさらに緊張し、股関節も介助者の手がやっと入るくらいしか開排できず、オムツの装着が難しかった。尿量も多いため大きいサイズのテープ式オムツと尿とりパッドを2枚使用していた。勉強会后ひと

つ小さいサイズのテープ式オムツへの変更、および尿取りパッドを1枚にすることができた。

ケース4では湿度について臀部で有意差を認めた。全ての部位において60分以降上昇がみられた。不快指数については有意差は認められなかった。常にだらだらと尿が出ていてオムツ内が湿潤している為にオムツ内環境がコントロールできず有意差が認められなかったのではないかと考えられる。尿漏れの回数は21件から4件に減少した。体全体が左側に傾斜し、上下肢共に屈曲している。尿回数が多いことと開排制限が強い為オムツのギャザーが股関節にきれいに密着できていないことが尿漏れの原因であると考えられたため、勉強会后に尿取りパッドのギャザーを鼠径に密着させ、さらにひとつ小さいサイズのテープ式オムツを使用したことで体にフィットさせる事ができたのではないかと考えられる。

瀧田²⁾は、「パットの重ね使いにより、テープ式オムツのサイズが大きくなると、生活の中の動き(体位交換・移乗等)でオムツの中のパットがズレる、隙間ができる、吸収ができない、漏れがおこるといった悪循環になる・圧がかかる・摩擦が生じる・湿度が上がるなどオムツ内環境の悪化原因にもなる」と述べている。

今回有意差は認められなかったもののオムツの当て方の検討後に全てのケースで尿漏れ回数が減少していた。これは勉強会を行い患者個々にあったオムツを選択したこと、オムツの立体ギャザーをしっかりと立てて使用したこと、効果的にオムツを当てたことで重ね当てがなくなり結果としてオムツ間の隙間が無くなったことが関連すると考えられる。

VI. 結論

- 1.【ケース毎のケア検討前後の湿度の変化】については、有意差の有無に個人差があるが、時間的変化では全体的に最大値が下がっていた。
- 2.【ケース毎のケア検討前後の不快指数の変化】については有意差に個人差があるが時間的変化ではすべてのケースで減少した。
- 3.【ケア検討前後の尿漏れの比較】については全てのケースで改善された。

【おわりに】

オムツ内の湿度、不快指数は減少しており、尿漏れも改善でき本研究は効果があったと考える。しかし、今回対象者が4名と少ないことで明らかな有意差が得られずより根拠のある結果が得られなかった。今後他の患者へ実施し快適な排泄環境を提供できるよう努めていきたい。

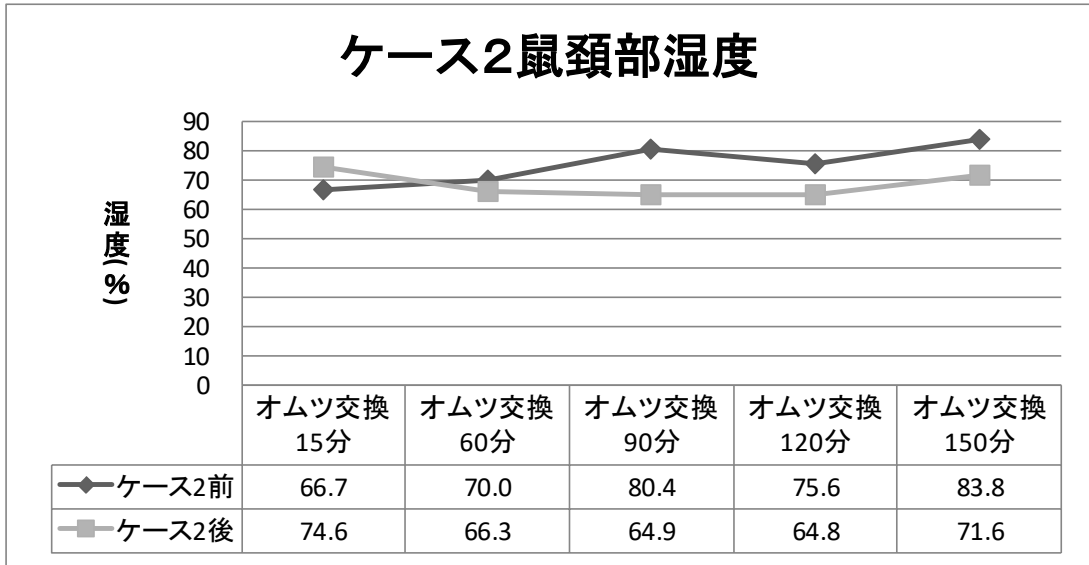


図 1. ケース 2 鼠径部湿度

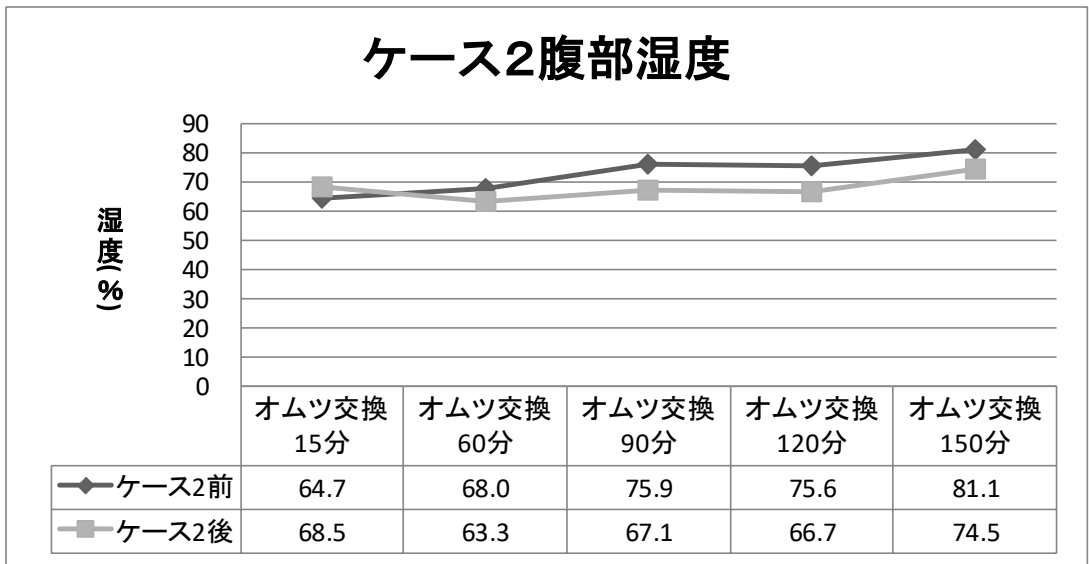


図 2. ケース 2 臀部湿度

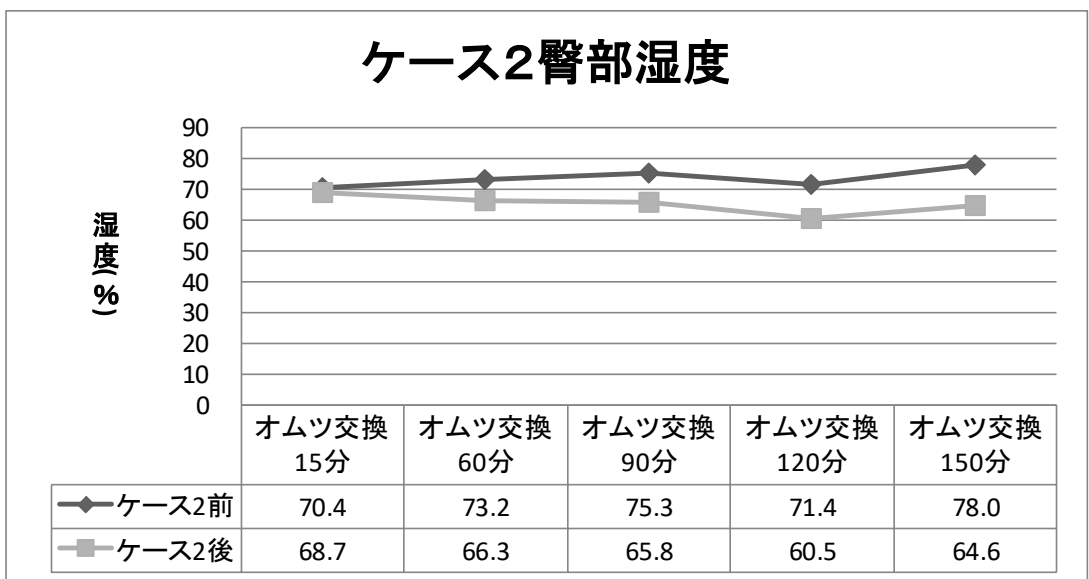


図 3. ケース 2 腹部湿度

表 5. ケース毎のケア検討前後の不快指数の変化 (中央値)

		オムツ交換15分		オムツ交換60分		オムツ交換90分		オムツ交換120分		オムツ交換150分	
ケース1	検討前	88	※	89	N.S	90	N.S	89	N.S	89	N.S
	検討後	83.5		85		85.5		86.5		88	
ケース2	検討前	84	N.S	87.5	N.S	89	※	88.5	※	90	N.S
	検討後	84		86		84		86		87	
ケース3	検討前	82	N.S	84	N.S	86	N.S	86	N.S	86	N.S
	検討後	81		83		84		85		86.5	
ケース4	検討前	84	N.S	86	N.S	86	N.S	87	N.S	86	N.S
	検討後	82.5		83.5		85		84.5		85.5	

Mann-Whitney の U 検定 P.05,N.S:Not Significant

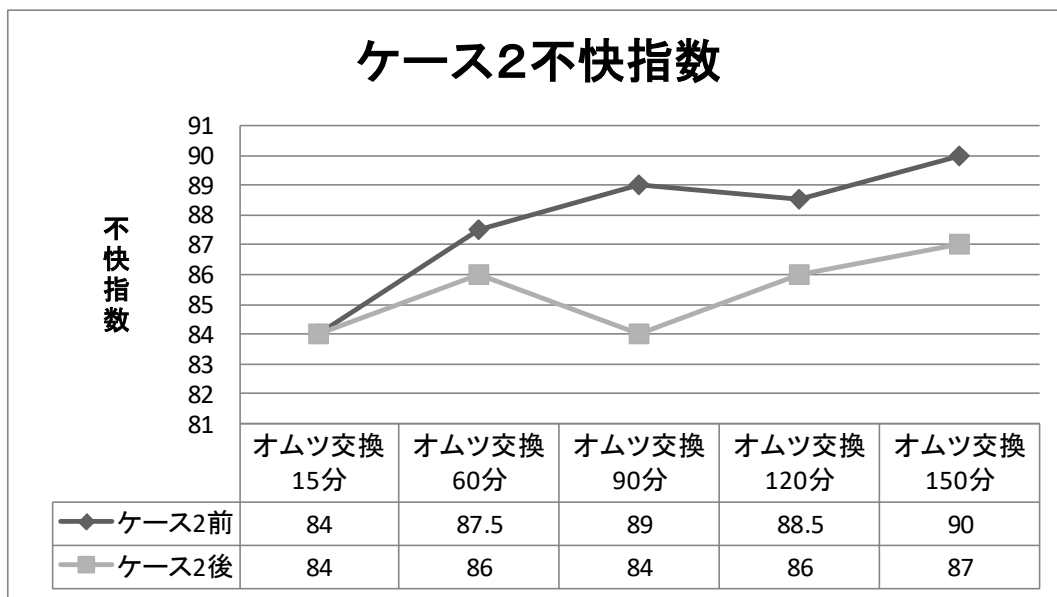


図 4. ケース 2 不快指数

【引用文献】

- 1) 舟木千華他：もれないオムツのあて方への取り組み，排泄ケア研究発表会，2006.
- 2) 瀧田洋子：正しいオムツの当て方講習会講師，(株)光洋ケア・コンシェルジュ (パンフレット)

【参考文献】

- 1) 浜田きよ子：プロの排泄ケア入門オムツマスター，1 - 97 日総研，2012-03
- 2) 倉田慶子： - 長期入所者を中心に - ，小児看護，重症心身障害児の看護，ヘルス出版：536 - 546,2011
- 3) 石川起代他：重症心身障害児（者）における安楽なオムツの使用の検討，日本重症心身障害学会誌：272,2010

- 4) 高田克子他：適正なオムツパッドの使用を試みて，日本重症心身障害学会誌，：257,2009
- 5) 和田美智子他：重症心身障害者のオムツの当て方の検討 - 尿漏れ及びオムツ内環境に着目して - 日本重症心身障害学会誌：294,2009
- 6) 映寿会みらい病院：漏れないオムツのあて方への取り組み，2012-04-06，
- 7) 紙オムツ通販本舗：紙オムツの選び，2012-04-06，
- 8) 浜田きよ子：プロの排泄ケア入門オムツマスター，日総研：1 - 97 日総研，2012-03

筋緊張亢進がある超重症心身障害児（者）への関わり

—患者の一日の筋緊張亢進時間の分析—

Relation to a super seriously ill mind and body
handicapped child(person) with the muscletonus sthenia
—Analysis of the muscle tonus sthenia time of the patient of day—

井上 舞 勝手 淳一 上原 由見子 渡邊 泰代
Mai Inoue Junichi Katte Yumiko Uehara Yasuyo Watanabe

香川小児病院 12 病棟

Kagawa National Children's Hospital The 12th ward

要旨

超重症心身障害児（者）（以下、超重症児と略す）は筋緊張亢進に伴い泣くことがあり、対応としてオムツ交換やクーリングの更新、体位変換を行ってきた。しかし、筋緊張がおさまることは少なく、筋緊張の要因を見出せなかった。そこで、独自で作成したチェック表を用いて、筋緊張亢進に伴い、筋緊張亢進時間を分析し、その結果、注入開始時、与薬開始時に泣いていることが分かった。ニーズを言語的に伝えてくることは少ないため、看護師は患者の小さな変化や些細なサインを見逃さず、それを捉え患者のニーズを満足させる必要があると考える。

キーワード：筋緊張，泣く

I. 緒言

超重症児は筋緊張亢進時に呼吸障害を伴うことがある。江草は「筋緊張亢進の要因として、心理的要因、痛み、発熱、急激な気温変化、体温不良、疲労、空腹、口渇、脱水、消化管障害、呼吸障害、誤嚥、睡眠不足などがあり、このような原因や誘因を検討しそれへの対応を行うことが対策の基本である。」¹⁾と述べている。また、「個々の入所者には、個別的な視点でそれぞれのニーズを把握され、適切な医療と生活が保障されていることが基本である。」²⁾と述べている。今回、筋緊張亢進時に SpO₂ が低下するほど泣いていることが昼夜を問わずみられる超重症児における対応として、①安心感やリラックスを図るため、短時間ではあるが本人に言葉かけをしながらタッチングすること②筋緊張で発汗するためアイスノンを貼用すること③不快感を減少させるようおむつを確認し交換すること④気分転換のためラジオを聴かせること⑤空腹ではないかと考え、経管栄養の注入を早めに開始すること⑥筋緊張緩和のため体位変換等の対応をしている。しかし、これらの対応を行っても、筋緊張亢進は軽減しないことが多くみられ、なぜ筋緊張亢進を起し、SpO₂ が低下するほど泣くのか欲求の要因を明らかにすることは自分で訴えることができず困難であるため、様々なニーズとして生理的欲求(空腹)、環境面、薬剤、心理的側面の要因が考えられる。

そこで、今回コミュニケーションがとれない超重症児の一日の筋緊張亢進に伴う SpO₂ 値の低下を起こすほど泣く状態を観察し、検討する機会を得たので、その経過を報告する。

II. 研究目的

コミュニケーションがとれない患者の一日の筋緊張亢進時間を分析する。

用語の定義

筋緊張：上肢・頸部に力が入り、本人が何らかの動作をしている。又は、他動的に動かす場合に抵抗がある。

泣く：涙は出ていないが泣いているような表情になる。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 対象

太郎さん（仮名） 男性 19 歳

大島分類 1 超重症児スコア 29 点

・診断名：溺水後の無酸素性脳症後遺症による脳性麻痺、てんかん

- ・入院に至った経過及び入院後の経過：多動・てんかんにてフォローしており，小学校2年の時，溺水事故によって入院となる．母は太郎氏が入院する前よりうつ病を発症しており，妹も精神科で入退院を繰り返している．当病院入院後はICU，一般病棟を経て平成15年1月より重症心身障害児（者）病棟（以下重心病棟と略す）へ転棟となる．
- ・手術歴：気管切開術施行（10歳），喉頭気管分離術施行（13歳），両股内転筋筋切除術・左膝ハムストリング術・右股筋群解離術施行（14歳）．
- ・薬剤：抗けいれん薬2剤，筋弛緩薬2剤，気管支拡張剤2剤，肝機能改善薬3剤使用している．
- ・普段の姿勢と体位：脊柱左側弯，右頸部後屈，左膝関節伸展不可，右膝関節屈曲不可，両上肢伸展不可
- ・栄養状態：経鼻経管栄養（サンエットSA 900ml 900kcal）体重18.6kg
- ・家族背景：母・妹の3大家族で，面会が，4～5回/週各々10分程度ある．面会時スタッフに太郎さんの情報を聞き，積極的に太郎さんに話しかけている．

3. データ収集方法および期間

第1回目調査期間 平成24年7月1日～7月7日	24時間の筋緊張状態の把握 ①表情で判断できるよう写真を使用し，独自で作成したフェイススケール（1閉眼している（寝ている），2開眼しているが，泣いていない，3泣いている表情をする，4泣いている，5激しく泣く）を作成する． ②観察チェック表に（フェイススケールの値，SpO ₂ 値，心拍数，家族の面会の有無，実施した処置内容）を受け持ち看護師が30分毎に記載する．
第2回目調査期間 平成24年8月22日～8月28日	2回目の調査（1回目の調査結果を踏まえ，注入前に頭部・背部にアイスノンを貼用し1回目の調査同様に30分毎に記載する．）
平成24年9月9日～10月31日	実施後の評価

4. 分析方法

1) どの時間に泣いていることが多いか，観察表を基に分析する．

2) 表情で判断できるよう独自で作成したスケールを（閉眼している（寝ている）1点，開眼しているが，泣いていない2点，泣いている表情をする3点，泣いている4点，激しく泣く5点）で点数化し，30分毎のデータを1時間にまとめ，集計し比較した．1回目と2回目のそれぞれのケアを一元配置分散分析した．

5. 倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会での承認を得た．患者，家族に口頭と文書にて研究目的，方法を説明する．研究の参加へは自由意思であること，この研究で得られた情報は研究目的以外には使用せず，個人を特定されないように配慮する．また，同意いただけない場合でも今後何ら不利益を生じることではなく，同意された後でも同意の撤回は可能なことを説明し，承諾を得た．

IV. 結果

フェイススケールを点数化し，最も泣いている時間帯は，1回目では，5時の47点，次に6時，14時の46点，次いで高いのは21時の45点であった．その時間帯は注入開始・薬剤投与の時間帯であり激しく泣き発汗を伴うため，筋緊張に伴う不快感の緩和を目的に，注入開始時・薬剤投与時にアイスノンを更新した．2回目では，11時の41点，次に20時の39点，次いで高いのは，14時の38点であった．この点数の高い時間帯は注入，与薬の時間帯である．点数が低かったのは，1回目では，9時の17点，次に1時の18点，次いで8時の19点であった．2回目では17時の20点，次に2時，8時の21点，次いで16時の23点であった（図1）（図2）．

筋緊張亢進時SpO₂の低下やHRの上昇があるが，必ずしも筋緊張亢進の時間帯に起っているのではなかった（図4）（図5）．

それぞれのケアを一元配置分散分析で比較をした．1回目のフェイススケールにおいて与薬とオムツ変換ではP値が0.039，注入と体位変換では0.0002，与薬と体位変換では0.00005と有意差が認められた．2回目のフェイススケールにおいて注入とオムツ交換ではP値が0.0003と有意差を認めた．その他の項目では有意な変化は認められなかった．

注入と与薬には有意差がなく，どちらの処置の時間帯に，より筋緊張が強いのか不明であった．

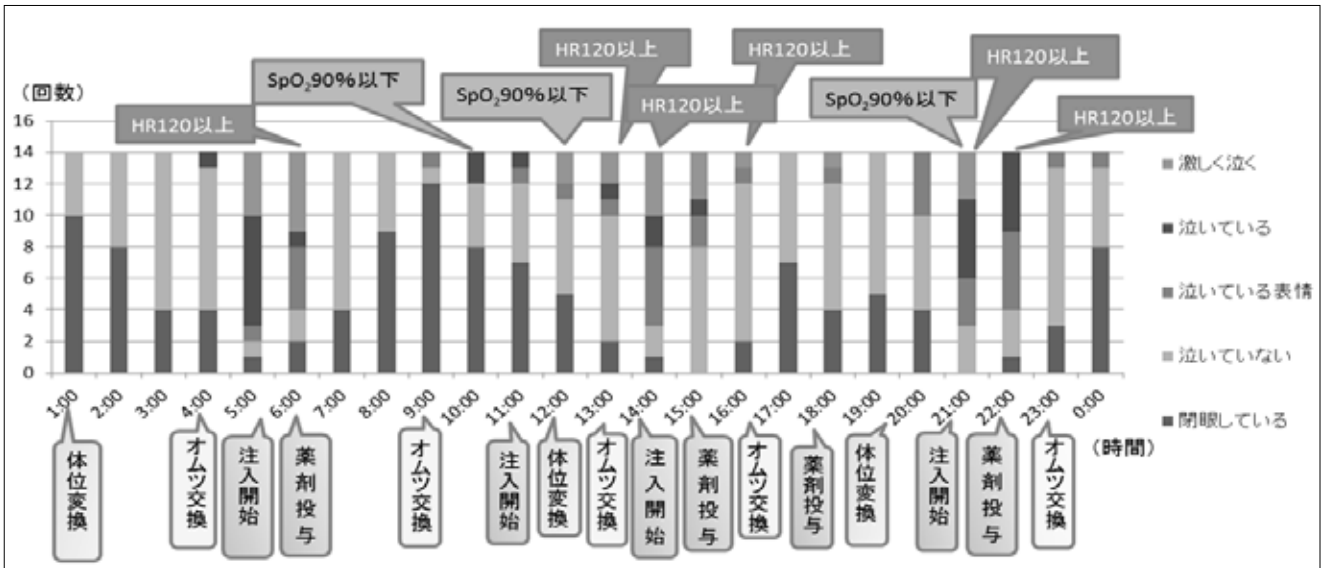


図1 一日の表情の変化 (1日目)

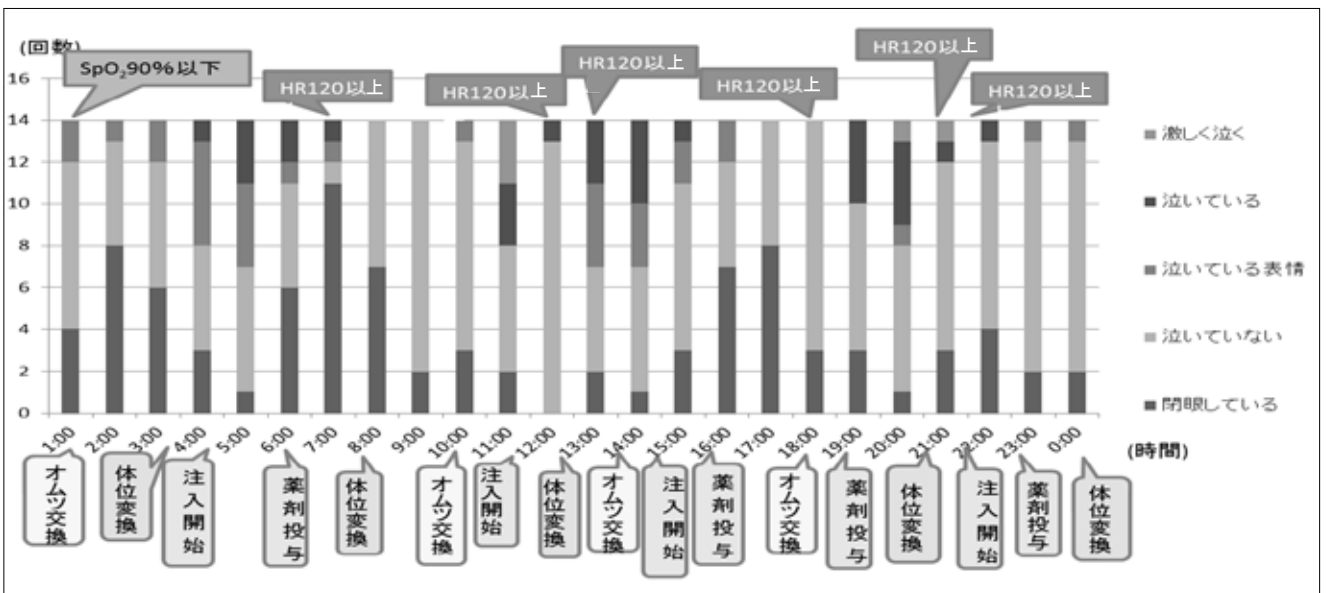


図2 一日の表情の変化 (2日目)

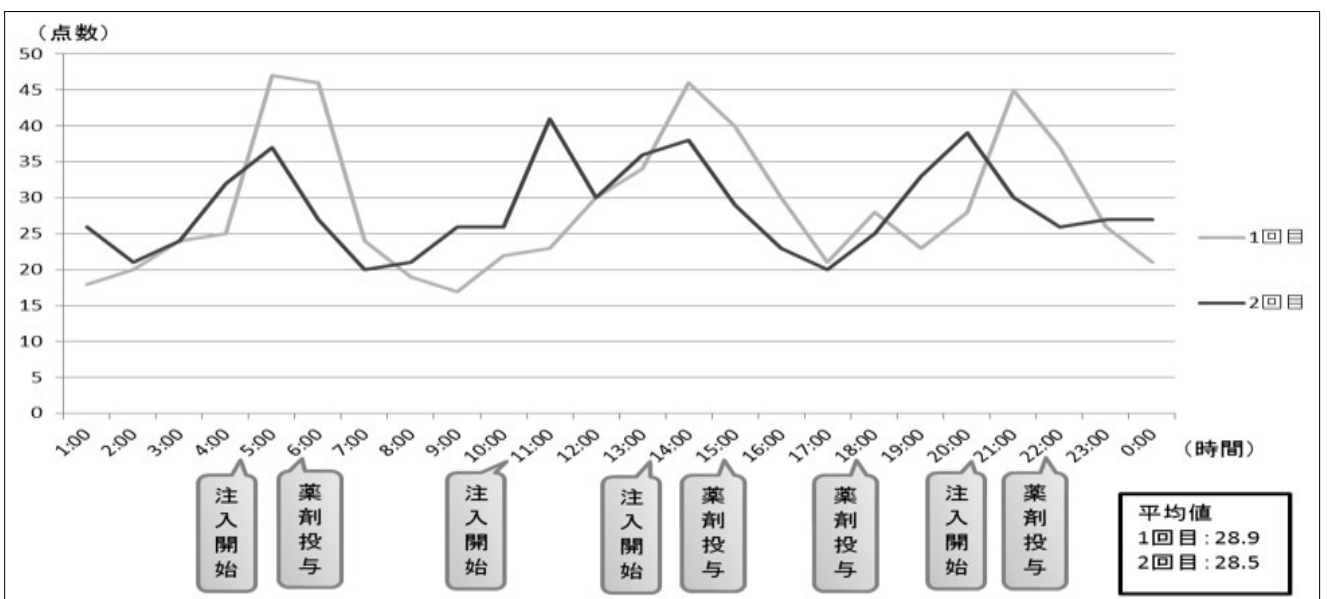


図3 フェイススケール比較

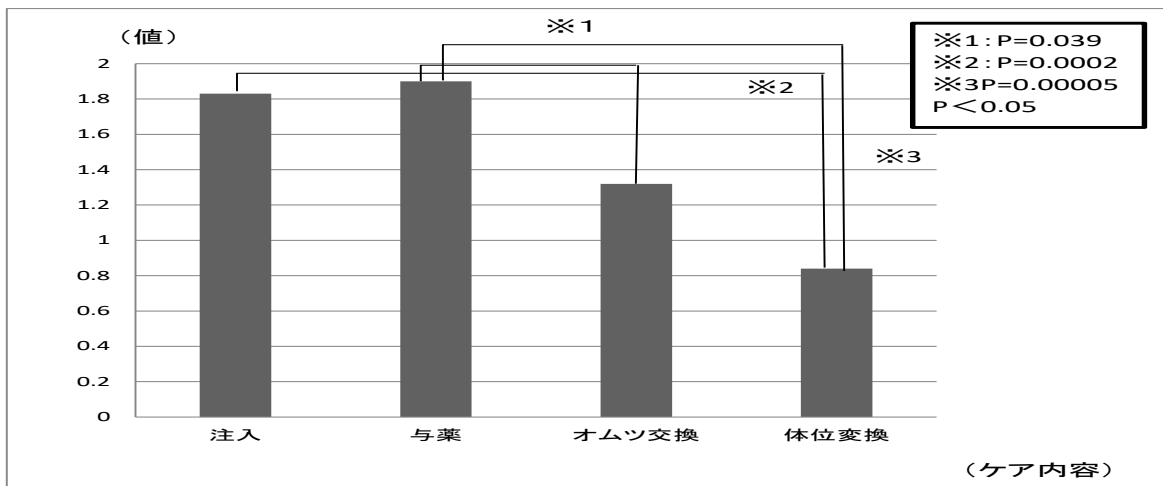


図4 フェイススケール平均値

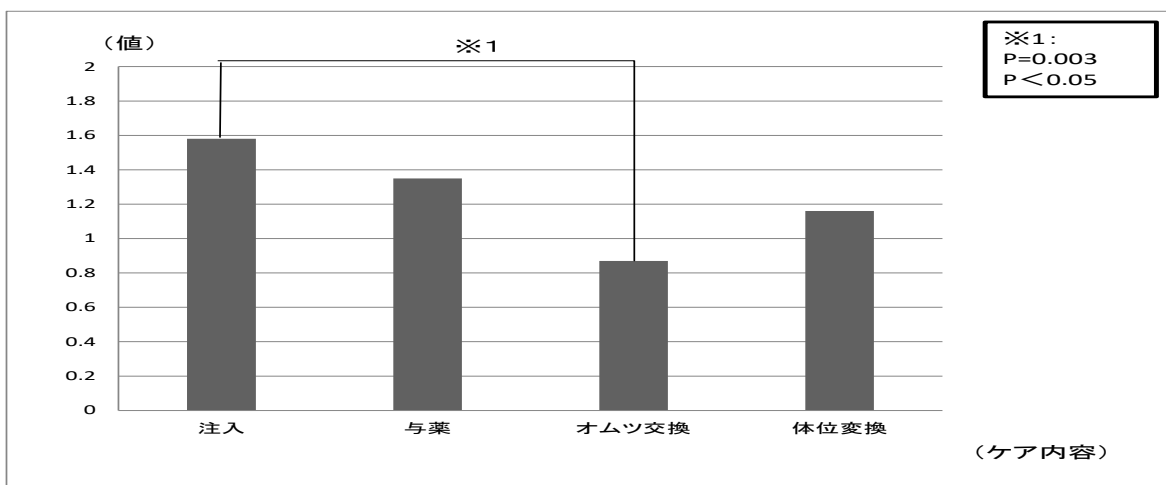


図5 フェイススケール平均値

V. 考察

今回1日の患者の表情をフェイススケールで判定し点数化してみると、注入や与薬の開始時間に泣いていることが多いことが明らかになった。注入時は空腹が理由で、与薬時は薬剤の影響で筋緊張が亢進したと考えるが、どちらがより筋緊張亢進の要因となっているか一元配置分散分析を行ってみたが、有意差はなく明らかにならなかった。しかし、対策として栄養量や注入回数の見直し、また与薬に関しては医師と相談し、薬剤や投与時間等を検討する必要があると考える。

1回目の調査時、注入開始時に筋緊張亢進により発汗が多いと感じたため、2回目の調査時には注入開始前に筋緊張時の緩和として頭部と背部にアイスノンを貼用したが、注入開始時のフェイススケールの平均点数では、差はなく効果があったとは言えない。また、太郎さんは変形・拘縮が強いことから筋緊張亢進時には疼痛もあったと推測される。浜名らの先行研究において「筋緊張亢進時に体位変換を行うと筋緊張亢進が消失することがあり、筋緊張亢進時の体位変換にリラックス効果があっ

た。」³⁾と述べている。筋緊張時に体位変換やマッサージなども実施したが、改善には至らなかった。しかし、PTと連携がとり患者に適したポジショニング方法について検討していれば、少しでも緊張や疼痛が緩和できる有効な体位変換ができたのではないかと考える。

調査前には夜間ずっと泣いており、SpO2の低下やHRの上昇が頻回に起こっている印象であったが、調査中は、1回目、2回目を通して深夜間は泣いている回数は少く、SpO2の低下やHRの上昇は筋緊張亢進時以外にもあり、分泌物の貯留なども原因と考えられる。

江草は「個々の入所者には、個別的な視点でそれぞれのニーズを把握され、適切な医療と生活が保障されていることが基本である。」⁴⁾と述べているように、太郎さんには太郎さんが求めるニーズがあり、それを満たすための関わりが必要になってくる。超重症児であり自らの欲求を表出することができないため、患者に関わることの多い看護師にはそれをくみ取る必要がある。日々の関わりの中での些細な変化やサインを見逃すことがないように継続した観察を行い、情報収集し評価を行っていく必要

がある。そうすることで個々の患者が求めるニーズを捉えて、適切なケアが提供できるのではないかと考える。

VI. 結語

1. 6時, 14時, 21時の注入前後1～2時間に泣いていることが多かった。
2. 筋緊張亢進時, 患者がリラックスでき, さらに効果的な体位を考案することも重要となる。
3. 注入と与薬前に泣いている事が多かったが, 有意差はなかった。
4. 注入開始時に頭部と背部にアイスノンを貼用しても, 筋緊張亢進に効果はなかった。

【引用文献】

- 1)2)4) 江草安彦：重症心身障害療育のマニュアル, 医歯薬出版, 82, 216, 321, 2005
- 3) 浜名真希他：筋緊張がある重症心身障害者ストレスと体位変換のリラックスの効果—唾液アミラーゼ測定による検証—中四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 VOL4, 2008

【参考文献】

- 1) 青景子他：重症心身障害児(者)栄養評価指数の検討の—身体的特徴と加齢による変容の視点を加えて—, 中四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 VOL3, 2007
- 2) 江草安彦：重症心身障害療育マニュアル, 第2版医歯薬出版, 2005
- 3) 星野美智子他：入院生活によるストレス—快適な入院環境作りと睡眠への援助—第38回小児看護 2007
- 4) 重症心身障害者の環境に関する看護師の認識中四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 VOL4, 2008
- 5) 中野仁美他：寂しさや不安がある入所者の小集団活動に参加した思い, 中四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 VOL5, 2009
- 6) 大塚まゆみ他：重症心身障害児(者)病棟における楽しい時間となるかわりの工夫と患者の反応との関連, 第36回日本看護学会論文集(小児看護), 2005
- 7) 白川美代子他：強度行動障害患者の音楽療法の効果—唾液アミラーゼ活性値によるストレス度合い—中四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 VOL4, 2008

重症心身障害児(者)病棟に勤務する新人看護師のリアリティショックの分析

Analysis of the reality shock of nurses who work in the ward severely retarded children

木村 圭一 三木 知絵 白川 美江子 白川 美代子 小西 裕美

Keiichi Kimura Chie Miki Mieko Sirakawa Miyoko Sirakawa Hiromi Konisi

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 15 病棟

National Hospital Organization Kagawa Children's Hospital. The 15th ward

要旨

重症心身障害児(者)(以下、重症児(者))病棟における新人看護師のリアリティショックの要因の明らかにする。重症児(者)の関わりでは、病気・障害の理解の難しさや意思疎通の難しさからネガティブイメージを持っていた。重症児(者)看護では人権尊重が大切であり、ケアを通して看護倫理に基づき人間関係の構築を図ろうとしていた。技術・知識面では、学生時代とのギャップがあり看護ケアに不安を抱えていた。また、医療ケアが少ないため一般病棟との技術の差に不安を感じていた。重症児(者)看護をする上で経験したことの無いリアリティショックを呈していることがわかった。

キーワード：重症心身障害児(者) リアリティショック 新人看護師

【はじめに】

新人看護師は、重症児(者)病棟に配属され一般病棟と異なる環境や重症児(者)の身体的特徴・行動障害などに接し、一層の戸惑いや不安を感じている場合が多い。また、看護実践において個別性に応じた安全・安楽な看護が求められ、重症児(者)との意思疎通の難しさを耳にすることがある。平賀らは「新卒看護師は周囲の環境に適応できずに看護実践能力を周囲と比較する中で不安や焦りを感じ精神的な疲労が蓄積される」¹⁾と述べている。学生時代に経験したことの無い、重症児(者)看護の難しさに直面し、リアリティショックを受ける新人看護師も少なくない。一般病棟でのリアリティショックの要因は先行文献²⁾で明らかになっているが、重症児(者)病棟においてはまだ十分ではない。そこで、重症児(者)病棟に勤務する新人看護師のリアリティショックを明らかにし、今後、新人看護師への支援体制を整える手がかりを得たいと考え本研究に取り組んだ。

I. 目的

重症児(者)病棟における新人看護師のリアリティショックを明らかにする

II. 方法

1. 研究デザイン：質的記述研究

2. 研究期間：平成 24 年 10 月 1 日～平成 24 年 10 月 24 日

3. 研究対象者：重症児(者)病棟に配属された 2 年目看護師 11 名

4. データ収集方法：自記式質問紙調査法。質問項目は、

①対象者の属性②初めて重症児(者)病棟に勤務して困ったこと③障害のある重症児(者)に関わった時の気持ち④人間関係で困ったこと(重症児(者)・家族・看護師・他職種者など)⑤技術や知識面で困ったこと⑥困った時のサポート者とその内容について回答を自由記述によって得る。質問紙は 2 週間後に回収する。

5. 分析方法：記述内容について、クラスタリング、カテゴリー化する。分析結果の信頼性と妥当性を高めるために、研究者の一致が得られるまで意見交換をする。

6. 倫理的配慮

対象者に対して研究への参加は自由であり、断ることや途中で辞めることにより何ら不利益を被ることはない。得られた個人情報は本研究以外には使用せず、取り扱う情報はすべて個人が特定できるものは一切記載しない。得た情報は学会発表に使用し、収集した情報は分析結果がまとまった時点で速やかに破棄する事を、研究対象者へ書面で説明し依頼を行い、質問紙に回答されたことで承諾が得られたこととする。

III. 結果

重症児(者)病棟で勤務する調査対象者 11 名のうち記述調査に協力を得られたのは 9 名で 20 歳から 30 歳代の女性であった。また、重症児(者)病棟実習経験者は 1 名で重症児(者)病棟を希望していた(表 1)。

調査結果から新人看護師のリアリティショックをカテゴリー化した。(以下【 】はカテゴリー< >はサブカテゴリー<< >>はサポート者:内容とする)

1. 重症児(者)に関わった時の気持ちでは、【ポジティブイメージ】【ネガティブイメージ】【その他】の3つのカテゴリーが抽出された。【ポジティブイメージ】では<愛しさ>が、【ネガティブイメージ】では<病気/障害への理解の難しさ><意志疎通困難の不安>が、【その他】では<驚き>のサブカテゴリーで各々構成された(表2)。

2. 重症児(者)看護に大切なことでは、【重症児(者)の関わり方・態度】【アセスメント能力】の2つのカテゴリーが抽出された。【重症児(者)の関わり方/態度】では<人権尊重><非言語的コミュニケーション><自己/他者の安全>のサブカテゴリーで構成された。【アセスメント能力】では<観察><適切な判断能力>のサブカテゴリーで構成された。(表3)。

表1 対象者の属性

性別	: 女性 9 名	
年齢	: 20 歳代 8 名	30 歳代 1 名
重症心身障害児(者)病棟の実習経験	: あり 1 名	なし 8 名
当院に重症心身障害児(者)病棟があると知っていた	: はい 6 名	いいえ 3 名
重症心身障害児(者)病棟を希望した	: はい 1 名	いいえ 8 名

表2 重症心身障害児(者)に関わった時の気持ちの要因

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
ポジティブイメージ	愛しさ(1)	・ すごく愛しいと感じました
ネガティブイメージ	病気/障害の理解の難しさ(5)	・ 難しい(重症児(者)への理解の困難)
		・ 変形や拘縮がある患者さんは特に触れるのが怖かった
		・ 意思の疎通がとれない患者さんに対してどう言葉をかけたらいのか困った
意志疎通困難の不安(3)	・ どのように接していいか戸惑うことが多かった	
	・ どうしてこんなに拘縮があるのか不思議で驚いた	
	・ どう、コミュニケーションを図ったら良いかわからなかった	
その他	驚き(1)	・ 意思疎通が難しく戸惑った
		・ どうすればよいのか分からなかった
その他	驚き(1)	・ 小児病院に就職したのに、子どもだけでなく大人がたくさんいる事に驚いた

表3 重症心身障害児(者)看護に大切なこと

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
重症心身障害児(者)関わり方・態度	人権の尊重(4)	・ 一人の人として接すること
		・ 患者の思いを汲み取り看護を行っていくこと
		・ いつもと違うことに敏感になろうと気をつけている
非言語的コミュニケーション(2)	・ コミュニケーションよりも非言語的コミュニケーションの方が大切だと思う	
	・ 会話成立が困難な患者には、特に非言語的コミュニケーションが重要	
自己/他者の安全(1)	・ 患者の身を守りつつ、自分の身を守ることも大切	
アセスメント能力	観察(4)	・ 何も訴えてくれないので観察が大事
		・ 自分で訴えることが出来ないで観察が必要
		・ 自分で伝えられない分、観察することが大切
適切な判断能力(3)	・ 一般状態の観察	
	・ 患者の変化時の早期対応	
	・ アセスメント能力	
		・ 患者は身体に不調があっても訴えることができないため日々のアセスメントが重要

表4 新人看護師の意志疎通に対する不安の要因

カテゴリー	サブカテゴリー	内容	〈サポート者：内容〉
重症心身障害児(者)との関わり	会話ができない(5)	・会話ができないため患者の訴えがわからなくて困った	〈先輩看護師：優しい対応に安心しました〉 〈先輩看護師：コメントなし〉 〈先輩看護師：相談して患者さんが何を訴えているのかを教えてください〉 〈先輩看護師：患者さんの表情の変化などで訴えの内容を伝えてくれる事を指導してくれた〉
		・何を訴えているのかわからなくて困った	〈先輩看護師：患者の言っていることを教えてくれた〉
	接し方がわからない(3)	・患者が呼んで苦しそうな表情をしていても何を訴えているのかわからなくて困った	〈自己：患者をみて覚えるように努力した〉
		・どのように接すればいいかと戸惑った	〈プリセプター：困っていることを聞いてくれて相談ののってくれた〉 〈先輩看護師：話を聞いてあげ、共感してあげることが大切〉
	自傷・他害の原因が分からない、他害を受ける(2)	・自傷や他害など行動障害の原因について患者ごとにそれぞれの原因がある ・急に興奮するのでも時々他害を受ける	〈サポート者：記載なし〉 〈先輩看護師：興奮前後の患者の状況、表情に注意して少し距離を置く〉
看護師(同僚/上司)との関わり	報告/連絡/相談(2)	・リーダーの先輩に何をどのように報告をしたらいいかわからなかった	〈師長、副師長、プリセプター、先輩看護師がどのようにしたらよいかを教えてください〉
		・申し送りをするのにどのようにしたらいいかわからなかった	〈サポート者：記載なし〉
	患者ケアの内容が違う(1)	・各自が各自のやり方、看護観があり言われること患者に対するケアの内容が違っていた	〈看護師長：重症心身障害児(者)病棟では看護の基礎がきちんと身につくとに教えてもらった 〈同期看護師：様々な話をする中で考えることができた〉
	他病棟との技術の差(1)	・他病棟の同期と技術的な面で差ができるのではないかと悩んだ	〈同期や家族が支えてくれた：内容不明〉
重症心身障害児(者)家族との関わり	その他(1)	・色々悩んだことがある(1)	〈先輩看護師：隣の部屋から呼んでくれてその場を離れやすくしてくれた〉
	苦情の対応(1)	・先輩看護師・病院への苦情を延々と話されて、その場を離れられず次の業務ができずに困った	〈先輩看護師：相談して解決した〉
	患者家族からの質問の対応(1)	・新人の時は家族にいろいろと質問されたが初めてだったので困った	〈サポート者：記載なし〉
他職種との関わり	報告/連絡/相談(1)	・面会に来ない家族が多くて意思疎通が図りにくい	〈先輩看護師：医師への報告の仕方が分らず困った(1)〉 〈先輩看護師：どのようにしたらよいかを教えてください〉

表5 技術や知識面で困ったことの要因

カテゴリー	サブカテゴリー	内容	〈サポート者：内容〉
日常生活援助/知識	学生時代とのギャップ(2)	・もっと丁寧にしておいて欲しいと悩んだ	〈サポート者：記載なし〉
		・「昔からやけんしょうがない」あなたが調べて皆に言ってみて・・・なんだか悲しい	〈サポート者：記載なし〉
	食事介助に困った(4)	・「昔からこうしている」という理由で食事介助している。それでいいの？という疑問だらけ	〈先輩看護師：先輩看護師について行きながら「こつ」を教えてください〉
		・患者によって食事介助方法が違っているため「こつ」を掴むのに時間がかかった	〈プリセプター：1対1で嚥下状態を観察し患者個々の特徴を教えてください〉 〈サポート者なし：盗食をする患者については、先輩の行動を観察し自己学習した〉
	入浴介助に困った(2)	・自分ひとりで入浴介助できないことが多く、何をしていたかわからなかった	〈先輩看護師：教わりながら覚えることができた〉
更衣介助に困った(1)	・入浴介助の更衣時など、拘縮の強い患者さんを介助するとき	〈先輩看護師：ゆっくり落ちついて安全・安楽に介助する〉	
診療介助に関する技術/知識	実践不足による不安(6)	・注射手技など、「この病棟の患者は特別だからそれぞれのやり方がある」と言われて困った	〈サポート者：記載なし〉
		・ほとんど点滴や呼吸器がなかったので触れるのが不安だった	〈プリセプター・1年先輩看護師：『がんばったノート』でわからないことを質問した〉 〈先輩看護師：見守りの中実施することができた〉
		・あまり機会がない輸液管理技術に自信がなかった	〈先輩看護師：どうすればよいかを教えてください、技術指導をしてくれた〉
	研修の不満(3)	・呼吸器装着の患者のSpO2の低下時、どのように対応したらよいか	〈先輩看護師：どうすればよいかをその時々で教えてください、技術指導をしてくれた〉
		・いれん発作時の対応について困った	〈師長：重症心身障害児(者)病棟では、看護の基礎をきちんと身につけて欲しい〉
		・他病棟の同期と技術面で差ができていないのではないかと悩んだ時もあった	〈サポート者：記載なし〉
技術習得が困難(2)	・研修の時期も一般と重心では経験できることに差があるので考えて欲しい	〈サポート者：記載なし〉	
	・新人研修で教えてもらっても、病棟では経験の機会がない	〈サポート者：記載なし〉	
教示者の差異(1)	・研修の少しだけでは困る	〈サポート者：記載なし〉	
	・輸液管理(注意事項について)	〈支援看護師・プリセプター：輸液患者を受け持ったら、刺入部の状態や滴下確認などきちんと確認する事を学習した〉 〈サポート者不明：ここでしか学べない事を学んでいったらいい〉	
		・医療的な処置がなさすぎて、技術の習得が困難	〈先輩看護師：内容を学んでいったらいい〉
		・輸液などの方法は教えてくれる先輩により違うが、丁寧に教えてくれる先輩もいた	〈先輩看護師：内容を学んでいったらいい〉

3. 新人看護師の意思疎通に対する不安の要因では、【重症児(者)との関わり】【看護師(同僚・上司)との関わり】【重症児(者)家族との関わり】【他職種との関わり】の4つのカテゴリーが抽出された。【重症児(者)との関わり】では「<会話が出来ない><接し方が分からない><自傷・他害の原因が分からない、他害を受ける>」のサブカテゴリーで構成された。【看護師(同僚/上司)との関わり】では「<重症児(者)へのケアの内容が違う><報告/連絡/相談><他病棟との技術の差><その他>」のサブカテゴリーで構成された。【重症児(者)家族との関わり】では、「<苦情の対応><重症児(者)家族からの質問への対応><面会がない>」のサブカテゴリーで構成された。【他職種との関わり】では「<報告/連絡/相談>」のサブカテゴリーで構成された。サポート者及び内容については【重症児(者)との関わり】において10回答のうち8回答が「先輩看護師で、重症児(者)が何を訴えているのかを相談した」とであった(表4)。

4. 技術や知識面で困ったことの要因では、【日常生活援助/技術】【診療補助に関する技術/知識】の2つのカテゴリーが抽出された。【日常生活援助/技術】では、「<学生時代とのギャップ><食事介助に困った><入浴介助に困った><更衣介助に困った>」のサブカテゴリーが構成された。【診療補助に関する技術/知識】では、「<看護実践に対する不安><技術習得が困難><研修の不满><教示者の差異>」のサブカテゴリーが構成された。サポート者及び内容として【日常生活援助/技術】では「先輩看護師に“こつ”を教えてもらった」と「昔からこうしている」という理由で食事介助している」という記載があった(表5)。

IV. 考察

新人看護師のリアリティショックについて、重症児(者)に関わった時の気持ちの要因、重症児(者)看護に必要な要因、新人看護師の意思疎通に対する不安の要因、技術や知識面で困ったことの要因の4項目を分析した。

1. 重症児(者)に関わった時の気持ちの要因では、新人看護師はネガティブイメージを持っていた。なかでも、重症児(者)に対する「<病気/障害の理解の難しさ>」があり、経験したことのない身体的特徴・行動障害のある重症児(者)に対してどのように関わり看護を行ったらよいかと悩んでいた。重症児(者)病棟の実習経験がない8名においては、身体的特徴や意思疎通の困難さはリアリティショックとなり、ネガティブイメージに繋がったのではないかと考える。西藤は「重症児看護の困難さは、『重症児のニーズの把握』に次いで『重症児の病気や障害の理

解』に関することが圧倒的に多かった」と述べている。

2. 重症児(者)看護に必要な要因では、【重症児(者)の関わり方・態度】において多かったのは「<人権尊重>」であった。重症児(者)をひとりの人として接することの重要性とケアを通して人間関係の構築を図ろうとする姿勢がみられた。重症児(者)病棟に勤務することで、人間対人間の関係を確立しケアする人もされる人もお互いに成長していくことで、看護の本質を見つめ直すことができるのではないかと考える。「<非言語的コミュニケーション>」では「発語・言語的表現が困難なため非言語的コミュニケーションが重要である」と考える。【アセスメント能力】では主観的情報が少ないため、他覚的情報を積極的に収集する観察能力が求められる。アセスメント能力を向上させていくことが必要と考えていることが分かった。

3. 新人看護師の意思疎通に対する不安の要因では、【重症児(者)との関わり】において10回答のうち8回答が「<会話が出来ない><接し方が分からない>」などのコミュニケーションに苦慮していることが分かった。重症児(者)は言語的コミュニケーションも必要であるが、非言語的コミュニケーションを必要としていることが多い。先輩看護師は、個々の重症児(者)の特徴とわずかな表情の変化から感情を読み取りコミュニケーションを図っていた。それらは長年の経験や重症児(者)との関わりの中かで確立されたものであり、新人看護師にとっては重症児(者)とのコミュニケーションをさらに難しくしていると考えられる。市江は「就職した時の状況として、看護師は対話にたよれない無反応さに、あせりや戸惑いを感じたと思われた。障害児・者病棟においては、対象の行動の意味が理解できないことが重なり、偏見とあせりや戸惑いの感情が循環し、実践に満足や達成感が得られない」と述べている。このことから、新人看護師は重症児(者)と先輩看護師の相互関係で交わされる態度(姿勢)や行為からコミュニケーションの方法を学びとっていた。そして、行動模倣をすることや、得た情報から様々なサインを読み取り意思疎通を図りながら信頼関係を築き、より一層重症児(者)との人間関係を築こうとしていた。このことから、先輩看護師やプリセプター等のサポートは新人看護師の不安を和らげる要因になったと考える。

4. 技術や知識面で困ったことの要因では、【日常生活援助/知識】において重症児(者)の身体的特徴からくる変形や拘縮があり食事・入浴・更衣介助に困ったと考えられる。9回答のうち6回答はサポート者や内容の記載がなく、どのようなサポートを受けたか分からない。先輩看護師は指導をしているつもりでも、新人看護師はそうに受けとめていなかった場合もあり、サポート者も新人看

看護師に対して指導を行っていなかった場合もあったのではないかと考えられる。先輩看護師から得た看護行為の中には、「昔からこうしている」という理由で看護を行っている。新人看護師の中には先輩看護師の看護行為を模倣し疑問を抱きつつ看護実践をすることで心理的葛藤もあったのではないかと考えられる。

サポート者は、新人看護師が困難と感じている時に、自信と満足感を持てるようなサポートを行い、困難を乗り越えられるような働きかけを行うことが大切であると考え。〈学生時代とのギャップ〉では、学生時代はひとりの患者を対象として看護を行っていたが、就職後は、受持ち患者の人数や日常生活援助業務の多さがあり、時間の制約のなかで看護を行っていかねばならないことから心理的葛藤を呈していたと考える。

【診療補助に関する技術/知識】においては〈実践不足による不安〉が多かった。重症児(者)病棟では医療ケアが少なく、サポート者はプリセプターや先輩看護師などで技術指導を行っていたが、急変時の対応や輸液管理等に不安を感じていた。

一般病棟の同期看護師との技術面の差に不安が繋がり、院内新人研修の不満となったのではないかと考える。佐居は、「実習で経験しない看護技術が新人看護師にリアリティショックをもたらす」⁵⁾新人看護師はティーチングされるだけでなく自身の自己研鑽も必要だと考える。今後は、新人看護師や先輩看護師も含め、重症児(者)看護教育の再検討が課題であると考え。

V. 結論

1. 重症児(者)の関わりでは、患者理解の難しさからネガティブイメージを持っていた。
2. 重症児(者)看護では人権尊重が大切であり、ひとりの人として接することの重要性を感じ、ケアを通して看護倫理に基づき人間関係の構築を図ろうとしていた。

3. 技術・知識面では、日常生活援助において看護ケアに不安を抱えていた。医療ケアが少ないため一般病棟との技術の差に不安を感じていた。

VI. 今後の展望

今回の研究の限界としては研究参加者が9名と少なく、上司や先輩看護師からどのような意見や指導を受けたかわからない。新人看護師が感じているリアリティショックと上司や先輩看護師が感じているリアリティショックの乖離があるのではないかと考えられる。

今後重症児(者)看護における新人看護師のリアリティショックについてより深く研究していく必要がある。

【引用・参考文献】

- 1) 平賀愛美, 布施淳子. 新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違. 日本看護研究学会雑誌 vol.30 No.1:109~118, 2007
- 2) 川口真美, 綿祐二. 重症心身障害児施設におけるケアの実践に関する一考察—福祉職と看護職の意識と実践評価の差異の検討—. 文京学院大学人間学部研究紀要 vol.10 No.1:183~197, 2008
- 3) 西藤武美. 重症心身障害児(者)看護の専門性. 日本重症心身障害学会誌第35巻1号:77~83, 2010
- 4) 市江和子. 重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス. 日本看護研究学会雑誌 vol.31 No.1:83~90, 2008
- 5) 佐居由美, 松谷美和子. 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方. 聖路加看護学会誌 vol.11 No.1

精神発達遅滞を伴う強度行動障害(児)者の口腔ケア

～口腔機能(舌・口唇・咀嚼・嚥下)を焦点とした歯ブラシの検討～

Behavioral disorders associated with mental retardation (children) of oral health care

～ Review of toothbrushes with focus features oral (tongue, lips, chewing and swallowing) ～

香川 寿代 岡村 洋子 橋本 理香 隅田 美紀
Sumiyo Kagawa Youko Okamura Rika Hasimoto Miki Sumida国立病院機構 香川小児病院 16 病棟
Kagawa Children's Hospital 16 ward

要旨

高度な精神発達遅滞患者は、口腔の形状や歯列の異常・嚥下障害・感覚機能低下・口唇閉鎖不全・舌突出・流延多量等の摂食機能障害を合わせ持つことが多いと言われている。そこで、口腔機能と口腔ケアをアセスメントし、ケアの見直しを行った。歯ブラシと嗽の方法を変更した事で、口腔内環境とケアの受け入れにどのような変化が現れるか検証した。

口腔機能は対象者の80%に何らかの障害があった。対象者個々に合わせた歯ブラシを検討した結果、歯ブラシのヘッドの大きさは12%小さくなり、毛先は山切りカットからフラットタイプになった。その結果、歯垢付着・舌苔の状態・歯肉出血について改善が見られた。ケアの受け入れは変化がなかった。

患者に合った歯ブラシによるブラッシングにより口腔内環境が改善した。アセスメントは定期的に患者の状態に合わせて行う必要がある。

キーワード：口腔ケア 歯ブラシ 強度行動障害

I. はじめに

高度な精神発達遅滞患者は、口腔の形状や歯列の異常・嚥下障害・感覚機能低下・口唇閉鎖不全・舌突出・流延多量等の摂食機能障害を合わせ持つことが多いと言われている。そして、向精神薬や抗てんかん薬の服用による弊害として口腔内の自浄作用の低下、歯肉増殖があり、良好な口腔内環境保持を難しくしている。

A病棟は、1日2回(朝・夕)歯ブラシを使用した口腔ケアを行っている。精神発達遅滞からくる認知力不足によりケアを嫌がる患者も多く、援助が難しい。その結果、歯石の蓄積や強い口臭が軽減しない現状がある。平成23年度、「強度行動障害者に芳香浴を取り入れた口腔ケアへの取り組み」と題し、芳香浴を取り入れた口腔ケアを実施し、対象者5名について口臭・歯肉出血・口腔ケア拒否行動の改善が見られた。内海ら¹⁾は「精神科病棟看護スタッフにおける口腔ケアに関するアンケート調査で、実際には個々の患者にあった十分なケアが実施できていない可能性が示唆され、チーム医療として、スタッフに対する歯科の専門知識・情報の共有が急務である」と述べている。南ら²⁾は「重度障害者入所施設で実施する歯科保健活動の課題として、職員全員が一定レベルの

口腔ケアを継続して行える環境を作ること、施設全体としては、利用者の摂食・嚥下機能の低下が予想され、機能的な口腔ケアについても普及させる必要がある」と述べている。

そこで患者個々の口腔機能に合わせた歯ブラシの検討を中心に、口腔ケアを見直す事で、口腔内環境が改善されるのではないかと考えた。

II. 用語の定義

口腔ケア：歯ブラシを使用したブラッシング

口腔機能：嚥下・舌運動・口唇閉鎖・咀嚼・食形態・残存歯

口腔内環境：舌苔・口臭・歯垢・歯肉出血・を合わせたもの

III. 研究目的

口腔機能と口腔ケアをアセスメントし、歯ブラシの検討を中心としたケアの見直しを行うと共に、対象の口腔内環境とケアの受け入れにどのような変化が現れるか検証した。

IV. 研究方法

1. 研究期間 平成 24 年 10 月～ 11 月
2. 対象者 保護者の同意が得られた患者 35 名。性別は、男性 24 名・女性 11 名、平均年齢 42 歳、大島分類による活動レベルは、走る 15 名・歩く 12 名・歩行障害 17 名・座る 7 名・寝たきり 1、抗癌薬内服者は 25 名だった。

3. 方法

1) アセスメント方法

渡邊らの「迫田式口腔ケアアセスメント」を基に独自に作成したアセスメントシートを使用し、3 段階評価で点数が高いほど状態が良いとした。

(表 1)

(1) 口腔機能の評価

対象者の嚥下状態・舌運動・口唇閉鎖・咀嚼・食形態・残存歯の 6 項目を介入前に評価した。

(2) 口腔内環境の評価

ケア前の舌苔の状態・口臭・歯垢付着・歯肉出血・歯肉増殖の 5 項目、ケア中の歯肉出血、ケア後の舌苔の状態・口臭・歯垢付着・歯肉出血の 4 項目を介入前・介入 1 週間後・介入 4 週間後に評価した。

(3) 口腔ケアの受け入れの評価

ケアの嫌がり方・歯ブラシの嫌がり方の 2 項目を介入前・介入 1 週間後・介入 4 週間後に評価した。

2) 患者個々の状態に合わせた口腔ケア方法の検討

(1) 歯ブラシの選定は 6 種類の候補歯ブラシの中からアセスメント結果を基に、受け持ち看護師がブラッシングのプレテストを行い決定した。

(2) 口腔機能に合わせた嗽方法を選定した。

(3) 歯磨きの方法は病棟の口腔ケアマニュアルを参照した。

(4) 心身をリラックスさせる為、朝の歯磨き時にアロマミストを患者周囲にふりかける芳香浴を実施した。アロマミストは無水エタノール 300 ml、精製水 200 ml、ラベンダー 20 滴 (1 ml)、ティートリー 20 滴 (1 ml) の混合液とした。

3) 分析方法

アセスメント結果をエクセル 2010 で集計した。結果を介入前・介入 1 週間後・介入 4 週間後について SPSS17.0 を使用し、ウイルコクソンの符号付順位検定で、優位水準を 5% として解析した

V. 倫理的配慮

研究の趣旨及び方法と今回得られたデータは個人的な不利益は無く個人が特定されないこと、研究目的以外には使用しないことを患者の家族に文章で説明し承諾を得た。また症状が悪化したり、本人が拒否した場合は途中で中止することとした。

表 1 アセスメントシート

内容	主な観察	3点	2点	1点
口腔機能の評価	食事内容・摂取方法	普通食・きざみ	ペースト	流動・経管
	(咀嚼) 噛む機能	噛める	舌押しつぶす	困難・丸飲み
	(嚥下) 飲み込み・むせ	正常	水分をむせる	困難
	舌の動き	左右動(自在に動く)	上下動	前後動
	口の開閉	普段は口唇を閉じる	時々開口している	常に開口している
	残存歯数	20本以上	10~20本	10本以下 0本=0点
ケア前 口腔内環境の評価	舌苔	なし	舌の1/2以下にあり	舌の1/2以上にあり
	口臭	市販の口臭メータによる測定値		
		0 1	2 3	4 5
	歯肉腫脹(増殖)	なし	一部にあり	歯肉全体にあり
	歯肉出血	なし	一部にあり	歯肉全体にあり
	歯垢付着	なし	数本あり	半数以上あり
ケア中の歯肉の評価	歯肉出血	なし	一部にあり	歯肉全体にあり
ケアの受け入れの評価	ケアの嫌がり方	好む	時々噛む・振り払う	いつも噛む・振り払う
	歯ブラシの嫌がり方	押しのけない	時々舌・口唇で押しのける	いつも舌・口唇で押しのける
ケア後 口腔内環境の評価	舌苔	なし	舌の1/2以下にあり	舌の1/2以上にあり
	口臭	市販の口臭メータによる測定値		
		0 1	2 3	4 5
	歯肉出血	なし	一部にあり	歯肉全体にあり
	歯垢付着	なし	数本あり	半数以上あり

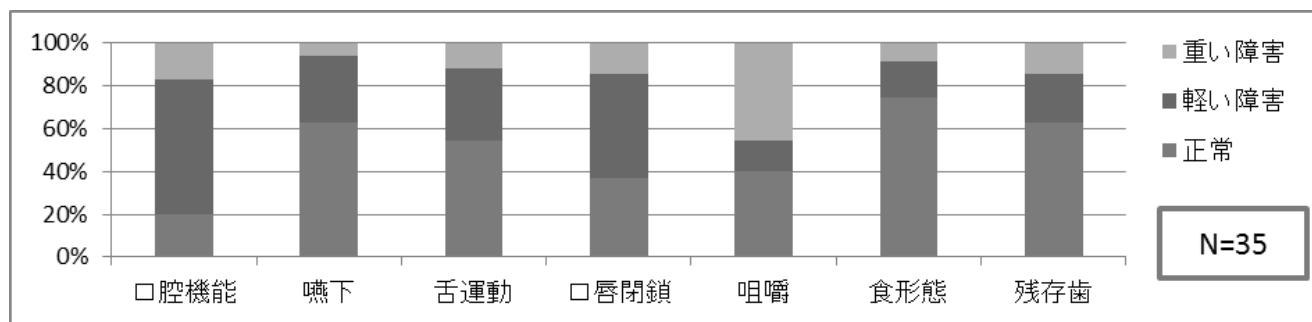


図1 口腔機能

表2 歯ブラシの検討

介入前					検討後				
歯ブラシの名称	サイズ(cm)			使用数	歯ブラシの名称	サイズ(cm)			使用数
	長さ	幅	毛足			長さ	幅	毛足	
超軟毛歯ブラシ(成人用)	2.7	1	1.2	4	ロール歯ブラシ	1.5	1	1	2
超軟毛歯ブラシ(小児用)	2	1	1	5	極細毛歯ブラシ	1.8	1	0.8	12
山切りカット歯ブラシ	2.5	1	1	23	先端極細毛歯ブラシ	2	1	0.8	12
小児用歯ブラシ(小)	2	0.8	0.8	1	普通歯ブラシ①	2	0.8	0.9	4
ロール歯ブラシ	1.5	1	1	2	普通歯ブラシ②	2	0.8	1	2
					小児用歯ブラシ①	1.7	0.8	0.8	2
					小児用歯ブラシ②	1.8	0.9	0.7	1

表3 口腔内環境の変化

		介入前		1週間後		4週間後	
口腔内環境	ケア前	6.8	[]	6.9	[] *	7.0	[] *
	ケア後	6.9		7.4		7.5	
				*			
口臭の実測値	ケア前	1.6	[]	1.9	[] *	2.8	[]
	ケア後	1.8		2.8		2.9	
				*			

・ウイルコクソン符号付き順位検定

* p<0.05

VI. 結果

1. 口腔機能 (図1)

口腔機能は、15点の正常7名20%、14～10点の軽い障害22名63%、9～5点6名17%で、軽い障害を持つ対象者が多かった。口腔機能を項目ごとに見ると、口唇閉鎖、咀嚼、舌運動の順に約半数の対象者に障害が見られ、口腔機能が高い対象の方が、残存歯が多かった。

2. ケア方法の検討

1) 歯ブラシの変更 (表2)

歯ブラシを変更するにあたっての不安として、毛先に弾力のある歯ブラシを使用すると歯肉を傷つけ出血するのではないか、対象が嫌がるのではないかという意見があった。介入以前に使用していた歯ブラシのヘッドの大きさの平均は、長さ2.1cm・幅1cm・毛足の長さ1cmだった。毛先の形状は、山切りカット23名・

フラット10名・ロール2名だった。毛の硬さは、超軟毛9名・ふつう23名・ソフト3名だった。歯ブラシの毛先は山切りカットからフラットへ、毛はある程度の弾力と密度があり、毛先が細かい物への変更が多かった。患者の体型や歯ブラシの受け入れ状況や、歯磨き介助のしやすさを考慮した。ロール歯ブラシを使用中の2名は歯ブラシの変更をしなかった。歯ブラシヘッドの大きさの平均は、長さ1.9cm・幅0.9cm・毛足の長さ0.8cmとなった。歯ブラシの大きさは平均12%小さくなった。毛先の形状は、フラット33名・ロール2名、毛の硬さは全てふつうとした。

2) 嗽の方法

嗽のできない対象には、ケア後にお茶をコップ1杯約150ml飲用、嚥下困難のある患者はケア後に口腔内を清拭した。

3. 介入による変化 (表 3)

1) 口腔内環境の変化

口腔内環境の中で、口臭測定に関しては、測定値にばらつきが大きかった。そのため、口臭以外の歯垢付着・舌苔の状態・歯肉出血 3 項目の合計を平均し得点を見た。介入前はケア前 6.8 点・ケア後 6.9 点で得点のケア前後で優位差を認めなかった。介入 1 週間後のケア前 6.9 点・ケア後 7.4 点、 $p=0.000$ と介入 4 週間後のケア前 7.0 点・ケア後 7.5 点、 $p=0.000$ でケア前後の優位差を認めた。ケア前の口腔内環境は介入前・介入 1 週間後・4 週間後で優位差を認めなかった。ケア後の口腔内環境は、介入前と介入 1 週間後で優位差を認めず、介入前と介入 4 週間に $p=0.017$ で優位差を認めた。

2) 口臭の実測値の変化

口臭実測値の平均を見ると、介入前のケア前 1.6・ケア後 1.8 で優位差を認めなかった。介入 1 週間はケア前 1.9・ケア後 2.8、 $p=0.000$ で優位差を認めた。介入 4 週間後のケア前 2.8・ケア後 2.9 で優位差を認めなかった。

3) ケアの受け入れの変化

ケアの受け入れは、介入前 4.6 点・介入 1 週間後 5.1 点・介入 4 週間後 4.5 点で得点に優位差を認めなかった。

VII. 考察

口腔ケアについて渡邊⁴⁾は、「口腔の疾病予防、健康保持・増進による QOL 向上を目指した科学であり技術である」とされ、ヘンダーソン⁵⁾は「患者の口腔内の状態は看護の質を最もよく現わすもののひとつである」と述べている。

介入前は、ケア後に口腔内環境が改善していなかった。そして、介入前に使用していた山切りカットの歯ブラシは、歯の谷間に沿わせてブラッシングする必要があるため、口唇に力を入れたり、歯ブラシを押しつけようとする対象者の歯磨き援助には不向きであることが分かった。歯ブラシ変更は、奥歯と歯周ポケットのブラッシングが出来ることを目指して、歯ブラシのヘッドの大きさ、毛先の形状、密度、硬さ、操作性の良さを選定基準とした。その結果、対象者に合った歯ブラシを選択出来た。その事が口腔内環境の改善につながったと考える。また、ブラッシングによる口腔への刺激は、唾液流出や消化管の運動を促進し摂食機能向上へのアプローチにつながる。

介入 1 週間後、ケアの受け入れは良くなる傾向があった。しかし、介入 4 週間後で介入前に戻った。それは、歯ブラシの一部に摩耗がみられ毛先が痛んでいる物があったので、使用感が悪くなったためとも考えられる。対象者の中には、歯ブラシを遊び道具として噛んだり、吸ったりすることもあり毛先の摩耗は患者の状態により大きく異なる。歯ブラシは、毛先が摩耗する前に交換することが望ましい。より良いケアを継続するために、アセスメントを定期的に行う必要がある。

アセスメントシートを用いたことで、対象の 80% に何らかの口腔機能障害がある事を踏まえて、スタッフ一人一人が対象の口腔ケアを改めて考えることが出来た。そのことが、口腔ケアへの意識向上への一歩となったと考える。

口臭の測定値が回を追うごとに高くなったのは、対象者が口臭の測定に慣れリラックスした深い呼吸で、上手に口腔内の臭気を呼気として排出できるようになったためとも考えられる。また、対象者の 97% に歯石の蓄積があり、ブラッシングによるケアは、さらなる歯石の蓄積を予防する目的があった。細菌の集合体である歯石は強い臭気を放つ、本研究では歯石の除去を行っていないため、口臭の改善が見られなかったと考える。

VIII. 結論

1. 患者に合った歯ブラシによるブラッシングにより、口腔内環境が改善した。
2. アセスメントを定期的に患者の状態に合わせて行う必要がある。

IX. おわりに

簡単なアセスメント方法を取り入れ、定期的な評価ができるようにアセスメントシートをさらに改善し、精神発達遅滞を伴う強度行動障害(児)者にとって心地よいと感じ受け入れられる効果的な口腔ケアを継続したい。

【引用文献】

- 1) 内海明美, 松浦光洋, 平野薫. 精神科病棟看護スタッフにおける口腔ケアに関するアンケート調査. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 3(3): 378-378, 2009
- 2) 南菜穂子, 浦田政代, 澤田祐里. 公設公営障害者歯科保健センターにおける重症心身障害児・者入所施設での歯科保健活動, 日本歯科衛生学会誌 4(1): 144-144, 2009

- 3) 渡邊裕. アセスメントとケアがよくわかる! 口腔ケアの疑問解決 Q & A. Nursing Mook68, 学研メディカル秀潤社: 117-117, 2011
- 4) ヴァージニア・ヘンダーソン著, 湯填ます, 小玉香津子訳. 看護の基本となるもの「改訂版」. 日本看護協会出版会: 13-53, 1978

手術室における災害対策に対する看護師の意識

— シミュレーションを活用して —

Awareness of nurses for disaster control in the operating room

— By leveraging simulation —

安達 宏 吉田 由紀美 渡辺 裕加 加藤 望美 西前 真里
Hiroshi Adachi Yukimi Yoshida Yuka Watanabe Nozomi Katou Mari Nishimae

国立病院機構香川小児病院 手術室
Kagawa National Children' Hospital The Surgery Ward

要旨

災害発生時には迅速な対応が求められる。特に手術室は、麻酔により意識のない状態の患者を治療する特殊な場所である。A病院手術室では、災害対応マニュアルは作成されているが、防災訓練を実施したことがない。そこで今回、災害に遭遇し混乱した状況の中で、効果的な災害看護をおこなうための対策として、災害時のシミュレーションを災害対応マニュアルのフローチャートに沿って、同じ内容で2回実施した。その結果、1回目のシミュレーションでは、災害時の具体的な行動をイメージできていないスタッフが多かったが、2回目のシミュレーションでは、それぞれの役割と行動を理解することができており、災害に対する危機管理意識の向上につながった。

キーワード：災害看護，災害対策マニュアル，シミュレーション

はじめに

災害時の看護は、災害に関する看護独自の知識や技術を用いるとともに、災害が患者に及ぼす影響を最小限にできるように行動しなければならない。

前年度、手術室における災害対応マニュアルを使用した机上シミュレーションを実施してスタッフの意識調査を行い、災害時に必要となる基本的な知識の習得、災害看護に対する意識の向上が明らかになった。そこで、実際の状況を設定したシミュレーションを災害マニュアルのフローチャートに沿って実施することで、災害発生時の役割ごとの必要な技術、災害時の意識や思いが明らかになるのではないかと考え、本研究に取り組んだ。

I. 研究目的

災害対応マニュアルを使用しフローチャートに沿った災害時のシミュレーションを実施することにより、手術室看護師の災害発生時の役割ごとの必要な技術、災害時の意識や思い、今後の課題を明らかにする。

II. 用語の定義

災害対応マニュアル：A病院の手術室における災害発生時のスタッフの行動を明文化して示したもの。シミュ

レーション：研究者が作成したシナリオを基に、実際に体を動かして、イメージの向上や、判断力の向上を目的とした訓練。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：関連検索型

2. 研究対象：A病院の手術室看護師9名(師長1名を含む)

3. 調査期間：平成24年10月から11月

4. 方法：

1) 災害対応マニュアルにおける火災発生時フローチャートをもとに、実際の手術を想定した物品の準備を行い、火災発生のシミュレーションを実施。1ヶ月後に同じ設定でシミュレーションを行い、合計2回のシミュレーションを実施。各シミュレーション後に研究メンバーが主導となり、シミュレーションについての振り返りおよび災害発生時フローチャートにおける自分の役割の振り返りを実施。

2) 1回目のシミュレーション後にアンケート調査。

3) 2回目のシミュレーション後にアンケート調査。

5. データ収集方法：質問紙法（選択回答方式，自由回答方式）

6. 調査内容：アンケート内容は、対象者の属性とシミュレーションにおける役割、災害に関する質問、火災発生時フローチャートの確認項目に沿った内容。

1) 対象者の属性は、看護師経験年数・A病院での手術室経験年数。

2) 災害に関する質問については全3項目を、「はい」か「いいえ」で回答。

3) 火災発生時フローチャートの確認項目に沿った質問については全12項目を、「できた」10点「ややできた」20点「ややできなかった」30点「できなかった」40点。

7. 分析方法：各質問項目の点数を算出し、点数の変化を χ^2 検定で比較した。統計ソフトはMicrosoftのExcelを用いた。有意水準は5%とした。

8. 倫理的配慮：研究の趣旨、アンケート用紙については院内の倫理委員会の承認を得た。シミュレーションへの参加は自由意志であり、アンケートは無記名とし個人を評価するものではないこと、研究目的以外では使用しないことを説明し同意を得た。

IV. 結果

アンケート回収率は100%、有効回答率は100%。

1. 対象者の属性 (図1, 2)

看護師経験年数：7年未満が5名、7年以上が4名。

手術室経験年数：7年未満が7名、7年以上が2名。

2. 災害に関する質問 (図3)

1) 学生時代に災害に関する授業を受けたことがある「はい」5名(55.6%)「いいえ」4名(44.4%)。「はい」と答えた人は看護師経験年数が7年未満、「いいえ」と答えた人は看護師経験年数が7年以上であった。

2) 災害に関する研修や研究に取り組んだことがある「はい」5名(55.6%)「いいえ」4名(44.4%)。3) 災害に関する訓練(防火訓練など)を受けたことがある「はい」6名(66.7%)「いいえ」3名(33.7%)。この項目のシミュレーション2回目は全員が「はい」の結果となった。

3. 火災発生時フローチャートの確認項目に沿った質問 (図4, 5)

1) 大声で周囲に知らせ、応援を呼ぶ「できた」「ややできた」(以下「できた」とする)1回目2名(22.2%)2回目4名(44.4%)「ややできなかった」「できなかった」(以下「できなかった」とする)1回目7名(77.8%)2回目5名(55.6%)。

2) 手術の進行確認「できた」1回目6名(66.6%)2回目8名(88.9%)「できなかった」1回目3名(33.4%)2回目1名(11.1%)。

3) 副師長・師長(当直師長)に報告「できた」1回目3名(33.3%)2回目3名(33.3%)「できなかった」1回目6名(66.7%)2回目6名(66.7%)。

4) 患者の状態把握「できた」1回目7名(77.8%)2回目9名(100%)「できなかった」1回目2名(22.2%)2回目0名(0%)。

5) 避難経路確保「できた」1回目5名(55.5%)2回目6名(66.7%)「できなかった」1回目4名(44.5%)2回目3名(33.3%)。

6) 避難準備の確認「できた」1回目6名(66.6%)2回目9名(100%)「できなかった」1回目3名(33.4%)2回目0名(0%)。

7) 閉創後患者移動の準備「できた」1回目6名(66.6%)2回目7名(77.8%)「できなかった」1回目3名(33.4%)2回目2名(22.2%)。

8) 二次災害防止「できた」1回目2名(22.2%)2回目4名(44.4%)「できなかった」1回目7名(77.8%)2回目5名(55.6%)。

9) 避難誘導, 避難介助「できた」1回目6名(66.7%)2回目9名(100%)「できなかった」1回目3名(33.3%)2回目0名(0%)。

10) 患者の状態観察「できた」1回目5名(55.6%)2回目8名(88.9%)「できなかった」1回目4名(44.4%)2回目1名(11.1%)。

11) 持ち出し物品の持ち出し「できた」1回目4名(44.4%)2回目8名(88.9%)「できなかった」1回目5名(55.6%)2回目1名(11.1%)。

12) 患者の避難状況を報告「できた」1回目2名(22.2%)2回目4名(44.4%)「できなかった」1回目7名(77.8%)2回目5名(55.6%)。

4. χ^2 検定の結果

火災発生時フローチャートの確認項目に沿った質問は、1回目と2回目を比較すると、全12項目のうち7項目(2, 5, 7, 8, 10, 11, 12)において有意差がみられた。災害に関する質問における、学生時代に災害に関する授業を受けたことがあるにおいて、「はい」と「いいえ」の2群で、1回目と2回目を比較すると、「いいえ」において有意差がみられた。

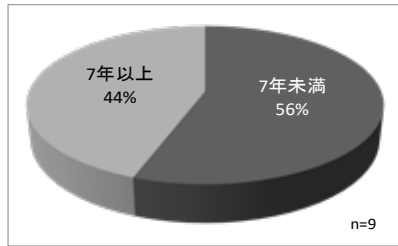


図1 看護師経験年数

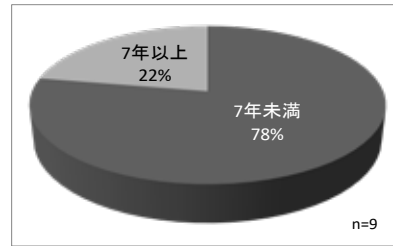


図2 手術室経験年数

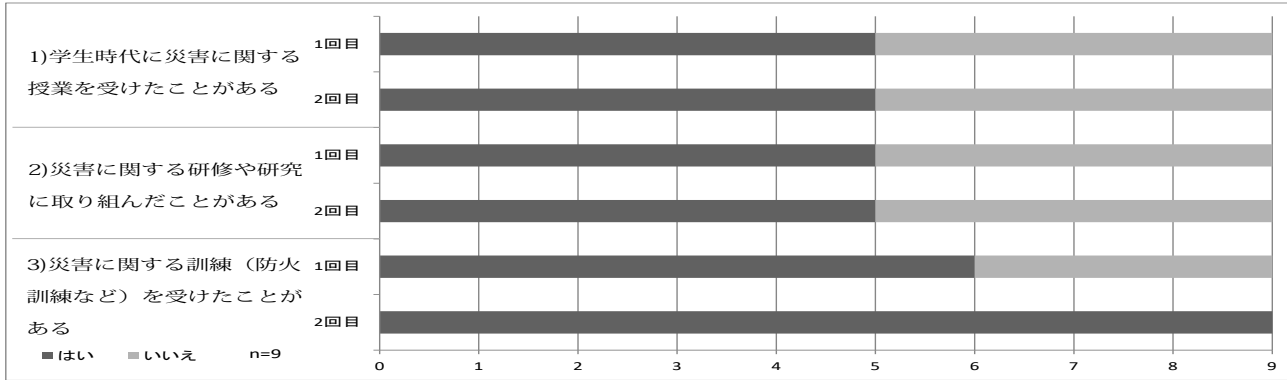


図3 災害に関する質問

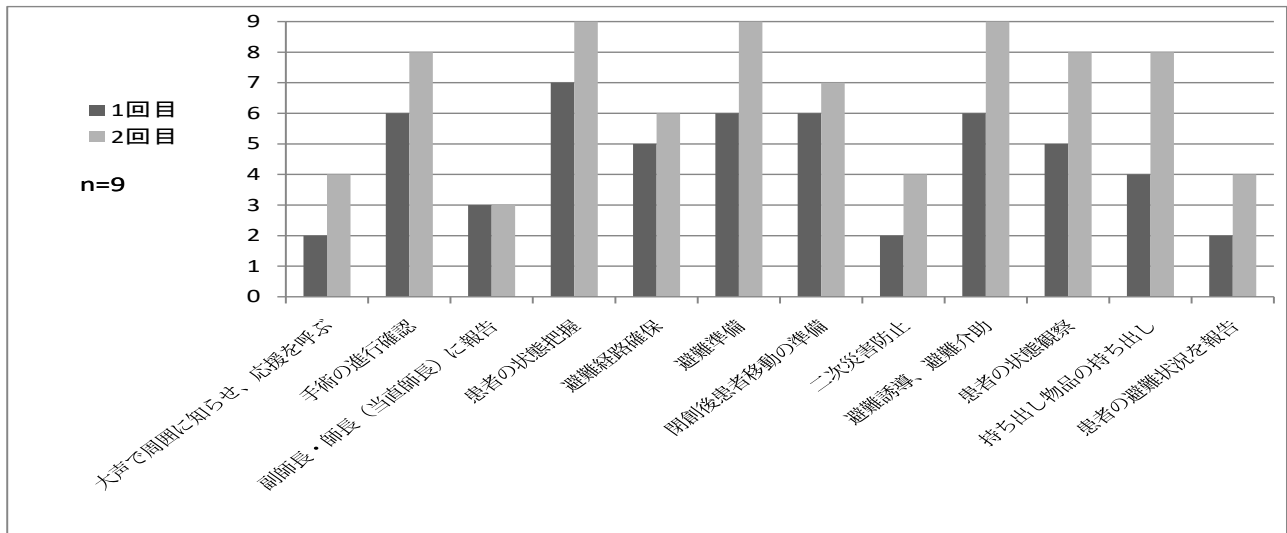


図4 アンケート結果（できた・ややできた）

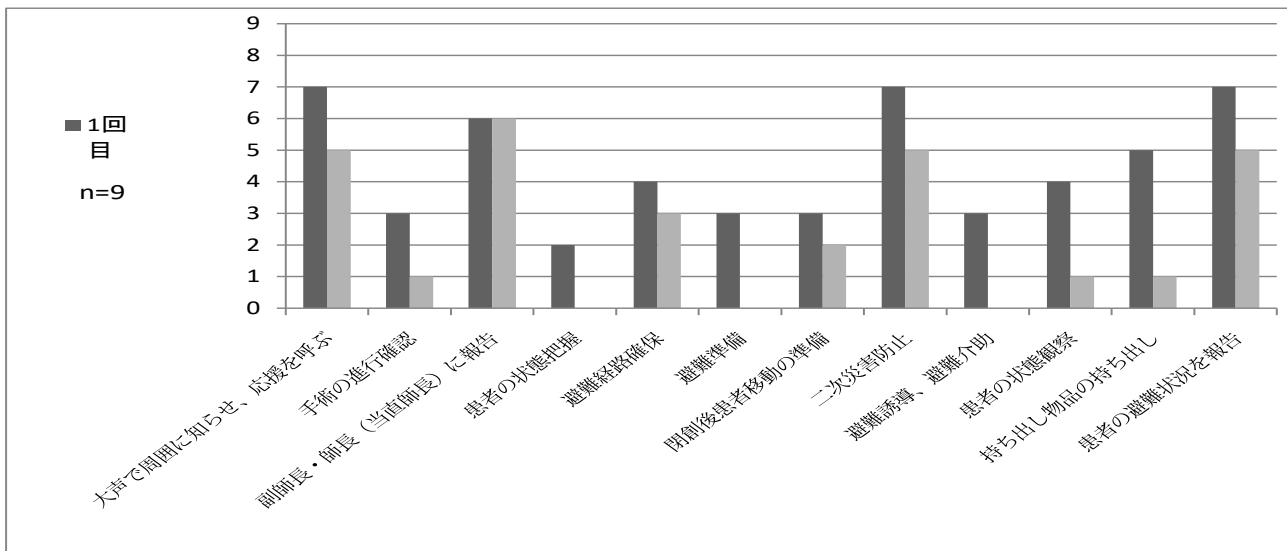


図5 アンケート結果（ややできなかった・できなかった）

V. 考察

火災発生時フローチャートの確認項目において、

- 1) 大声で周囲に知らせ、応援を呼ぶにおいては、「外回り看護師が報告した」「外回り看護師が呼んでくれた」という意見があった。器械出し看護師は清潔操作が必要であるので移動することはできないため、外回り看護師が実施する項目となると考える。
- 2) 手術の進行確認においては、1回目に「パニックにならず落ち着くこと」という意見があった。初めてのシミュレーションで気が焦っていて忘れてしまったことが要因と考える。その経験を踏まえ2回目のシミュレーションに臨むことができたと考え。
- 3) 副師長・師長(当直師長)に報告においては、「もう一人の外回りが報告してくれた」「直接していない」という意見が多くあった。報告の必要性は理解していたと考えるが、役割分担から実施するスタッフが固定される項目になると考える。
- 4) 患者の状態把握においては、どのような状況であれ職務上最も重要な項目であるので1回目と2回目ともに実施できていたと考える。
- 5) 避難経路確保においては、1回目に「患者のことを考えていた」「避難経路の確認をしていなかった」「邪魔な物品をよけることを忘れていた」という意見があった。初めてのシミュレーションであり、また災害訓練が初めてというスタッフが3名(33.7%)という現状もあって、具体的に避難経路をイメージすることや相談することができなかったと考える。その経験を踏まえ2回目のシミュレーションに臨むことができたと考え。
- 6) 避難準備の確認においては、器械の片づけ、薬品カートや持ち出し物品をそれぞれの役割において必要なことを1回目と2回目ともに実施できていたと考える。
- 7) 閉鎖後患者移動の準備においては、「サーチレーションを外し忘れた」「もう一人の外回りがした」「他の必要物品の準備中に終わっていた」という意見があった。この時期になると器械出し看護師は手をおろして、すべてのスタッフが患者移動の準備に入っているため行動が煩雑になってしまっていたと考える。「リーダーを明確にする必要があった」という意見もあり、報告・連絡を行うためのリーダーを明確に示しておく必要があると考える。
- 8) 二次災害防止においては、1回目に「避難することで精一杯だった」「酸素の配管など部屋の状況を確認できなかった」という意見があった。その経験を踏まえ2回目のシミュレーションに臨むことができたと考え。
- 9) 避難誘導、避難介助においては、患者の安全を第一に

考え、1回目と2回目ともに実施できていたと考える。

10) 患者の状態観察においては、1回目は避難することに頭がいっぱいだったが、2回目は「同じ内容なので落ち着いて行動できた」という意見があった。患者に直接寄り添っていなくても患者のことを気にかけて避難することができるようになったと考える。

11) 持ち出し物品の持ち出しにおいては、1回目に「何を運べばいいかわからなかった」という意見があった。その経験を踏まえ2回目のシミュレーションに臨むことができたと考え。

12) 患者の避難状況を報告においては、1回目に「何を報告すればよいか思いつかなかった」「他の看護師がしてくれた」という意見があった。フローチャートの確認項目には具体的な報告内容が記載されていないので、困惑したスタッフが多かったと考える。

災害に関する質問において、1) 学生時代に災害に関する授業を受けたことがあるに関して、「はい」の属性は看護師経験年数が7年未満のスタッフ、「いいえ」の属性は看護師経験年数が7年以上のスタッフに分けられた。このことから「いいえ」の群は、職務経験の差から、1回目のシミュレーションよりも2回目は行動を改善して臨むことができたと考え。

自由記載に「2回行ったことで気づきもあり落ち着いて行動できた」という意見があった。1回目のシミュレーションに比べ2回目は効果的に行動できていたと考える。また、「災害時にはパニックになって同じ行動をとってしまうかもしれないので、自分の行動を伝えることの大切さを感じた」「マニュアルやフローチャートを見るだけでは気づかないこともあり、実際に行動してみると、とてもよい機会になった」「実際に行動してみてマニュアルが見つらいと感じマニュアルの改善点が発見できた」「口頭だけでは連絡指示に限界がある」「フローシートを見ながら行動するのは難しい」という意見もあった。今後の課題として、災害対応マニュアルのフローチャートにおける各役割の行動と報告内容を明確にするためにアクションカードの作成を検討していく必要がある。

今回は火災発生時フローチャートに沿ったシミュレーションを2回行った。自由記載に「違う場面でのシミュレーションをすることで実際の災害に対応していく力をつけることができる」という意見もあり、災害に対する危機管理意識の向上につながった。今後は他の災害を想定したシミュレーションの実施を検討するとともに、効果的な災害看護をおこなうために訓練を継続して行く必要がある。

VI. 結論

1. シミュレーションを繰り返し行ったことで、災害対応マニュアルに沿った行動ができるようになった。
2. 災害対応マニュアルのフローチャートは、各役割の行動と報告内容を明確にする必要がある。

【おわりに】

研究の限界として、対象者がA病院だけの9名と少ないデータであるので、一般化することは難しい。

【参考文献】

- 1) 渡辺由紀子, 手術室の災害対策と教育の実際. メディア視覚教材+実践手術看護: Vol.4 No.2
- 2) 飛田貴史, 火災マニュアルを活用した避難訓練と危機管理意識の向上, メディア視覚教材+実践手術看護: Vol.3 No.4

THA 術後患者の脱臼予防の家族指導を振り返って

— 認知症のある患者の入浴介助を通して —

田中 直美 林 圭祐 尾崎 美佐 小林 雅也 小笠原 あゆみ
Naomi Tanaka Keisuke Hayasi Misa Ozaki Masaya Kobayasi Ayumi Ogasawara

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 1 病棟 1 階
Zentsuji National Hospital The first floor of 1ward

要旨

今回 1 事例の検討であるが、退院指導が十分に出来ていない現状の中で、夫への退院指導の必要性を考える貴重な機会となった。退院後の生活において夫の思いや不安を明らかにし、夫の希望を尊重し、看護師と共に行うことにより効果的な指導が行えた。今後は退院への支援は患者・夫と共に退院へのゴールを共有できるよう、積極的な参画を促し、夫が主体的に取り組むを促す事ができる退院指導を行っていく必要があると考えられる。

キーワード：人工股関節全置換術 認知症 家族指導

【はじめに】

A 病棟は整形外科の回復期・リハビリ期の病棟で、転倒などに伴う骨折で入院する認知症のある高齢の患者が多い。その為疾患による身体機能の低下だけでなく、治療上必要な安静による筋力低下等もあり、入院前と比較して ADL が低下している。家族形態の変化により高齢夫婦の二人暮らしや独居、家族関係の希薄により効果的な退院指導の教育を行う事が困難となっている。古谷ら¹⁾は「入院時より、患者のみならず、主介護者を含めた情報収集を行い、生活をイメージした介護指導を行う必要がある」と述べており、特に認知症のある高齢患者の場合は、家族に対しての指導が必要となってくる。退院後、安全な日常生活を送る為には、入院中に個々の生活にあった退院指導を行う必要があり、患者自身の問題だけでなく家族の現状や問題点を把握した上で退院できるように支援を行っていくことが重要である。

今回、人工股関節全置換術後、脱臼を起こし入院を繰り返す短期記憶障害のある患者に対して脱臼することなく日常生活が送れるよう夫を含めた関わりを持つ必要があると考えた。今回は、夫への指導が出来ておらず夫が退院後日常生活についての思いや不安があるのか確認していなかった。そこで、今回退院後の生活において夫の思いや不安を明らかにし、その不安に対し焦点をあて、夫と共に生活援助を行う事で退院後の不安軽減や再脱臼予防に繋げる事ができるのではないかと考え、本研究に取り組むこととした。

I .用語の定義

参画：退院に向けて具体的プランの計画を看護師と一緒に夫が行う

共有：退院に向けて夫の主体的な取り組みを促す

II .研究目的

認知症をもつ患者の夫に対する脱臼予防の退院指導が有効であるかを検討する

III .研究方法

1. 研究協力者：THA 術後、脱臼をおこし再入院した患者と夫

2. 研究期間：平成 23 年 7 月～平成 24 年 2 月

3. データの収集方法とツール

前回入院カルテ、今回入院カルテより治療、リハビリ内容、ADL、看護介入、患者の発言・反応を収集する。また、外泊時のアンケートや外泊前後の夫への面接により、自宅での生活環境や状況などの情報を収集する。

4. データの分析方法

面接、外泊シートを作成し記入してもらう。外泊後、外泊シートに添って面接、関わりから得られた情報を継続的に整理し患者の夫に対する脱臼予防の指導が効果的であったか分析し分類した。

5. 対象者の背景

氏名：B 氏、67 歳、女性 病名：右大腿骨骨頭壊死・右 THA 術後脱臼・短期記憶障害

調査期間：平成 23 年 11 月 10 日～平成 24 年 1 月 13 日

病歴：平成 22 年 9 月右大腿骨骨頭壊死をおこし入院（1 回目）。同年 9 月 3 日右 THA を行う。その頃より短期記憶障害が出現し始める。退院後平成 23 年 5 月 13 日、昼食の準備をしていて右股関節に疼痛出現し動けなくなり右 THA 後脱臼と診断される（2 回目）。整備後ヒッププロテクター装着しリハビリ開始となり、8 月 5 日自宅退院となる。翌日トイレで転倒。脱臼整備後入院（3 回目）。8 月 18 日右 THA 施行。術後外旋 90 度にて軽度脱臼傾向になるため、股関節の可動制限をかける下肢全体を覆う硬性プロテクターを装着する。以前より短期記憶の欠落がみられた。

生活状況：夫（72 歳）と二人暮らし。70 歳までは仕事をしていたが現在は無職。趣味は山歩き。

IV. 研究の倫理的配慮（対象者の保護）

倫理委員会で承認後、研究対象者に研究の主旨と方法を文章と口頭にて説明し、口頭および書面で承諾を得た夫に面接を実施。研究への不参加・途中中止の可やその際に不利益が生じない事、調査によって得られた情報は研究者以外の者が使用することのない事、研究以外の目的で使用することはない事、研究終了時に破棄する事を説明する。

V. 結果

外泊前の面接により「装具のつけ方はあまり知らなかった」という発言に対しパンフレットを使用し指導を行った。外泊後「家でもシャワーをしてあげたい」という発言が聞かれた為入浴介助に夫も参加できるように計画し一緒に行った。入浴指導 1 回目の際には「わしにも一人で行けるようになるのかな」という発言が聞かれていたが、入浴介助 4 回目には夫は一連の援助はできるようになった。退院 1 週間後「週 3～4 回風呂に入れている。駄目な姿勢は注意している。」という発言が聞かれ、退院 1 か月後も「週 4 回風呂に入れている。妻は 1 人家で留守番している。わしも山歩きに行き気分転換出来ている。」という自信を持った反応が得られた。（表 1）

VI. 考察

外泊前の面接では、夫は「前回の退院前は装具のつけ方は知らなかった」と言っておりヒッププロテクターの装着方法についての知識は乏しかった。又、平成 23 年 5 月 13 日の入院では、看護師側もパンフレットを使用した退院指導は行っていたが、再脱臼の危険性や装具の重要性について夫がどれだけ認識しているか、理解しているか確認が出来ていなかった。夫からすれば医療者側からの働きかけがなければ、夫がその必要性や重要性を認識する事もで

きず、一方的な指導が今回の脱臼に繋がったと思われる。そこで 1 回目の外泊前に夫と担当 PT から患者の活動状況や生活について情報収集を行い、外泊に向けて指導プランを立て装具の装着方法や禁忌肢位や外泊中の注意点などについて夫への指導を行った。指導後は「装具のつける順番が分かった」と言っており、問題なく一度目の外泊を終えることが出来た。PT と看護師が連携しポイントを絞って統一した指導を行った事で理解が得られたと考えられ、外泊後夫から「家でもシャワーしてあげたい、どう風呂にいれるのか見てみたい」という意欲的な発言に繋がったと思われる。これは今回、看護師が意図的に関わっただけではなく、夫が装具の知識を得て重要性を認識したことで、学習すれば自分でもできるのではないかと思っただけではないかと示唆される。そこで、外泊後夫の希望を尊重し入浴指導を 4 回行った。1 回目の入浴指導の際、夫から「わしにも一人で行けるようになるのかな」という不安な発言があった。2 回目の入浴指導後では、夫からさらに「浴槽に入れてあげたい」という希望があり、浴槽に入る指導計画を立て介入をした。3 回目の入浴では、ほぼ夫 1 人で装具の装着ができるようになり、4 回目の入浴指導では、夫 1 人で装具の装着ができるようになり不安は解決された。看護師が夫の希望を尊重した関わりを持ち、夫と一緒に入浴介助を行った事で、装具の着脱方法等具体的に指導ができた。又同時に、指導の度に次の課題が明確となり、一方的な指導ではなく効果的な指導が行える事ができた。今回、夫の希望を尊重した関わりを持った事で、硬性プロテクター装着や再脱臼予防に対する学習への動機付けに繋げる事ができたのではないかといえる。又、入浴指導 4 回目には入浴の一連の援助はできるようになった事で成功体験が介護への自信となり、さらに学習に対して十分な動機付けとなり、夫のやる気へと繋がったのではないかと考える。家の浴槽と病院の浴槽の大きさ深さとの違い、夫の年齢より新しい知識や技術を習得する事は大変であり身体も自由になりにくい年齢に達している夫が B 氏の介護をしなければならず、しかも装具を着けておりかなりの不安の中、実践していったのは B 氏と一緒に家で過ごしたいという思いが強く長年連れ添った B 氏への愛情があったからこそ、その力が可能にしたといえる。野嶋ら¹⁾は「家族に対する教育的なアプローチで重要なことは、家族をケアの対象として位置づけ、知識の伝達情報提供のみならず家族が病者との生活に対処することができるという自信の育成を図ることである」と述べている。指導の場において、学習に対して十分な動機付けを持たせる事は容易ではないが、看護師は一方的な指導を行うのでは

なく、夫のニーズを把握し、夫と一緒に退院に向けて不安を解決し家族の自信を高めるよう働きかけをする事が重要であるといえる。

退院1週間後のインタビューでは「週3～4回風呂に入れている。駄目な姿勢は注意している」と言っており、退院後も継続して入浴介助を行っていた。退院前に、看護師と共に退院に向けて具体的なプランを立て、一緒に入浴介助を行い、積極的に参画した事で、夫が退院してからの介護をうまくやっていけるという自信を持たせた事が伺える。そして再度脱臼を起こす危険性のある妻と共に生きていく状況に対処し、乗り越えていく場面での大きな力となったといえる。

退院1か月後のインタビューでは「風呂は週4回入っている。日中、B氏は1人でいることが多く自分も趣味の山歩きをしている」と言っており、夫は自分自身の時間を確保できており、介護と趣味と折り合いをつけた生活が送れていた。夫のニーズに合わせた結果、少しの動機付けであっても、それを維持し、さらに高められ実行できたと思われる。

今回、一方的な指導を行うのではなく、夫の希望を尊重し、退院に向けて共に具体的なプランを立て共有し、

積極的な参画が得られた事で、夫に良い結果が得られたといえる。今後は、この一事例に留まらず、看護師は、家族の状況のアセスメントを行い、家族の問題点を抽出するのではなく家族の持っている力や強み・長所を見出そうとする姿勢をとっていく必要がある。又、援助方法の方向性は、家族の持つ力と主体性を最大限発揮できるよう、強みを活かせるよう支えていくことが重要な課題となる。

VII. 結論

1. 退院に向けて看護師は一方的な指導を行うのではなく、夫の状況のアセスメントを行い、夫と共にプランを立て共有し、積極的に参画させる事で効果的な指導が行う事が出来た。
2. 夫の希望を尊重した関わりを持ち、夫の持っている力や強み・長所を見出し働きかける事で硬性プロテクター装着や再脱臼予防に対する学習への動機づけに繋げる事が出来た。
3. 退院までに入浴介助の一連の動作が出来るようになり、その成功体験が介護への自信となり夫のやる気へと繋がり、退院しても継続して行う事が出来た。

表1 夫への面接と入浴指導の実際

	看護介入	夫の言動・反応	看護プラン	次回の指導・関わり内容
11/10	外泊前面接	「装具のつけ方はあまり知らない。家の改修はある。また脱臼したら困る。風呂はデイサービスで入るようになっている。」	P Tから活動状況や生活についての情報収集する。外泊に向けての指導プランを立てる。	装具の装着方法や禁忌部位、外泊中の注意点をパンフレットを用いて指導。
11/14	外泊前指導	「装具のつける順番が分かった。今回は前の入院とは違うということが分かった。前は完治していたと思っていた。」		
11/15	外泊後面接	「装具の不具合はなかった。一緒なら家事は何かやれそう。家でもシャワーしてあげたい。どう風呂の入るのか見てみたい。」	夫の希望を尊重しシャワー浴介助指導プランを立てる。入浴日は夫も共にシャワー浴介助に参加してもらう。	夫にシャワー浴の方法を説明を加えながら見学してもらう。
11/22	入浴指導①	「わしにも一人で出来るようになるのがあるかなあ。」		装具を外す、下肢を洗うなどの援助を実際に行ってもらう。
11/24	入浴指導②	「家の風呂は狭い寒い。狭いから装具の着け外しが大変だろうな。」	外泊後再度入浴指導を行う計画を立て、参加の同意を得る。	
11/30	外泊後面接	「悪い方の足で踏ん張ってる。足がむくむのが気になる。風呂では装具を外すから心配。でも浴槽にも入れてあげたい。」	装具の事、体重のかけ方、家事を行う際の注意点などのパンフレットを作成。	装具の着脱、下肢を洗う援助をしてもらう。
11/30	入浴指導③	多少の訂正あるも装具は夫一人で出来ている。「装具外して動くのが心配。」	浴槽に入る動作の指導プランを立てる。次回の指導時にP Tに参加してもらう。	入浴の一連の援助を夫ひとりで実施してもらう。浴槽に入る方法の指導を行う。
12/4	入浴指導④	夫一人で装具装着できる。真剣な表情で取り組み、入浴の一連の援助は出来ている。		パンフレットを用いて装具、日常生活に関する事の振り返り指導を行う。
12/4	退院前指導	「わかった。」とうなずいている。		次回受診時に面接を行う事を約束する。
12/13	退院後面接①	「何度も装具や風呂の事は教わったから、今は困ったことはない。週3～4回風呂に入れている。ダメな姿勢は注意している。」		次回受診時に面接を行う事を約束する。
1/13	退院後面接②	「家事は妻一人でしている。装具があるから安心。風呂は週4回。考えながら慎重に着替えたりしているみたい。」		

【おわりに】

今回1事例の検討であるが、退院指導が十分に出来ていない現状の中で、夫への退院指導の必要性を考える貴重な機会となった。退院後の生活において夫の思いや不安を明らかにし、夫の希望を尊重し、看護師と共に行うことにより効果的な指導が行えた。今後は退院への支援は患者・夫と共に退院へのゴールを共有できるよう、積極的な参画を促し、夫が主体的に取り組みを促す事ができる退院指導を行っていききたい。

【引用文献】

- 1) 野嶋佐由美：退院という課題に取り組む家族へ看護のあり方，家族看護，2（1），6-15，2004
- 2) 古谷澄子：回復期リハビリテーション病棟から在宅への退院支援に影響する要因の分析，第38回地域看護，91-93，2007

【参考文献】

- 1) 伊藤浩，松野丈夫：人工股関節置換術メリット・デメリット，15（2），18-24，2010
- 2) 岡原一徳：認知症の基礎知識，リハビリナース，4（6），8-14，2011
- 3) 佐瀬真粧美，岡田久恵：高齢者の退院に向けた家族の看護，家族看護，2（1），90-95，2004

血液透析患者の掻痒感とかゆみケアの現状について検討

A hemodialysis patient's itching paraesthesia and the present condition of an itchiness care are examined.

松下 靖子 辻岡 佐和香 天羽 美伶 廣瀬 久代 山崎 文江 岡 千穂
Yasuko Matsushita Sawaka Tsujioka Mirei Amou Hisayo Hirose Fumie Yamasaki Chiho Oka

国立病院機構善通寺病院 1 病棟 2 階
Zentsuji National Hospital The second floor of 1 ward

要旨

血液透析患者の掻痒感とかゆみケアの現状を知るためにアンケートを集計した結果、入浴やシャワーは痒みの重症度に関係なく週3～4回の患者が多く、重症度3以上の患者の半数が内服と軟膏の両方を使用していた。患者の半数は皮膚が乾燥しており、患者が実施しているケアには掻痒感を増強させる原因となるものもあった。以上のことから乾燥に対するスキンケアが実施できれば掻痒感が軽減することが示唆され、掻痒感に対しての予防・ケアについて指導を行うことが必要であると考えられる。

キーワード：かゆみケア 血液透析 掻痒感

【はじめに】

近年の報告によると、透析患者の75%が毎日掻痒感を訴えている。透析患者の掻痒感頑固でイライラし透析を苦痛にさせ、さらに夜間に強くなることもあり、不眠の原因やQOLの低下にも繋がる。また、掻痒感により掻きむしることで皮膚の正常な生理機能が低下し、湿疹や皮膚炎を起こし、さらに掻痒感が増すという悪循環となる。

先行研究で、永久カテーテルの出口部感染には、糖尿病、出口部感染既往、低栄養状態、掻痒感、出口部ケアのばらつきなどが影響している可能性が示唆された。要因として挙げられたものには、内服や栄養指導、家族の支援があれば改善が予想できるが、掻痒感出口部だけでなく全身症状として起こることが多い。A病院では掻痒感に対して内服や軟膏処置、対症療法を実施しているが患者によってケア方法も異なり効果も様々で、掻痒感の軽減には至っていない。そこで今回は、血液透析患者を対象に皮膚状態や掻痒感の程度、止痒外用薬や内服薬、日常生活の現状を分析し、今後のスキンケアや生活指導に繋がりたいと考える。

I. 研究目的

A病院で血液透析を行っている掻痒感を訴える患者に対して、皮膚状態や掻痒感の程度、止痒外用薬や内服薬、日常生活状況及び実施しているかゆみケアについて現状を分析する。

II. 用語の定義

かゆみケア：透析患者の掻痒感を軽減させるために行うスキンケアのこと

III. 研究方法

1. 研究デザイン：調査研究

2. 研究対象：血液透析患者 59 名

3. 研究期間：2011 年 9 月から 11 月

4. データの収集方法とツール：内服状況、かゆみケア方法や日常生活習慣、皮膚状態について文献を基に質問紙を作成し、透析日に渡して1週間後の透析日に持ってきてもらい、その後回答が不足している時は聞き取りを行う。かゆみの程度については、白取の痒みの重症度基準を使用する。皮膚状態に関しては、段野のかゆみのアセスメントを参考にし、本研究に必要な項目に変更して評価をする。

5. データの分析：質問紙の回答を基に項目ごとに単純集計し重症度別で比較する。また、皮膚状態をかゆみのアセスメントを使用して評価し単純集計する。

IV. 研究の倫理的配慮

対象患者に研究の目的や本研究以外では使用しないこと、また個人データは外部には漏れないように説明し依頼する。また研究への協力は自由であり、拒否されても不利益や処置・ケアに影響は受けないことを説明書を基に口頭説明し同意を得る。

V. 結果

対象者である血液透析患者 59 名にアンケートを配布し、返却は 43 名で回収率は 73% であった。この 43 名全員を有効回答とする。43 名のうち掻痒感なしが 10 名、掻痒感ありは 33 名であった。このうち男性は 25 名、女性は 8 名であった。掻痒感の部位については複数回答で回答してもらった。全体でみると、図 1 のように下肢 14 名、背部 12 名、全身 8 名、シャント部 8 名、上肢 6 名、カテーテル出口部 3 名、胸腹部 2 名の順で多かった。

皮膚状態については皮膚がカサカサして乾燥していると感じている患者は 16 名であった。その他は、発赤や湿疹、掻痒感はあるが特に皮膚に症状はみられなかった。

掻痒感の程度については白取の痒みの重症度基準（表 1）を使用して、透析前後のかゆみの変化、透析日・非透析日の夜間のかゆみの変化について回答してもらった。重症度 3 以上の患者は 10 名であった。また、透析後に掻痒感が増強 9 名（重症度 3 以上 2 名）、減少 4 名であった。透析日の夜に掻痒感が増強 3 名、減少 5 名、非透析日の夜に増強 5 名（重症度 3 以上 2 名）、減少 3 名であった。どの時間帯でも掻痒感の程度が変化しないのは 16 名であった。

止痒外用薬や内服については、掻痒感を訴えている患者 13 名が内服をしており、20 名は軟膏を使用していた。両方使用している患者は 9 名、このうち重症度 3 以上は 5 名であった。軟膏を使用している患者のうち塗布する時間帯が決まっているのは 12 名であった。1 番多い回答は入浴後の 5 名で、その他は掻痒感があるとき、就寝前、夕方、気になればなど、時間帯が決まっていない患者は 8 名であった。

日常生活における清潔面については、清潔面では透析をしていることもあるのか入浴・シャワーしているのは毎日 10 名、週 3～4 回 33 名であった。重症度 3 以上、2 以下、掻痒感なしのどの段階も週 3～4 回が多かった。下着や衣類の交換頻度では、毎日 27 名、週 3～4 回 16 名であった。たとえ入浴やシャワーをしていなくても下着・衣類の交換は毎日実施している患者が多かった。重症度 3 以上、2 以下は毎日実施している患者が多かった。体を洗う時に使用する素材については、タオルや柔らかい素材は 40 名と多く、硬めの素材は 3 名と少なかった。重症度 3 以上は 10 名、かゆみなしは 9 名が柔らかい素材を使用していた。お湯のあつい・ぬるいは本人の感覚でしかないが、あつめ 23 名、ぬるめ 20 名であった。このうち重症度 3 以上は 7 名があつめのお湯を使用していた。重症度 2 以下と掻痒感なしでは差はみられなかった。かゆみケア対策については、患者自身が工夫しているこ

とを自由に記載してもらった。清潔を心掛けている、身体を温める、綿の肌着を着る、できるだけ掻かない、服の上から叩く、あつめのお湯につかる、ぬるめのお湯につかる、かゆみがある時は石鹸を使用しないなど様々な回答があった。

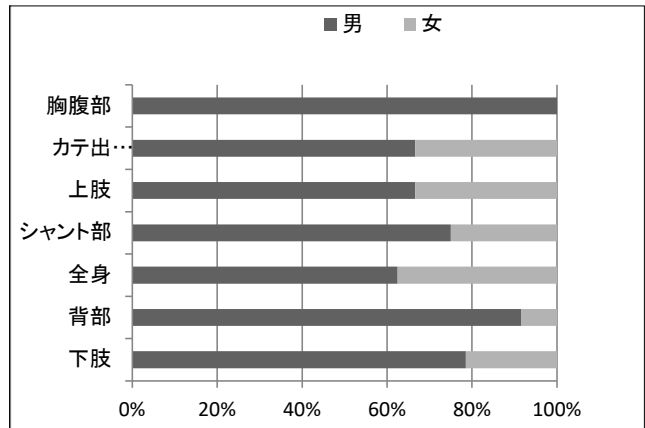


図 1 かゆみの部位

表 1 白取の痒みの重症度基準

重症度	日中の症状	夜間の症状
4	居ても立ってもいられない痒み。掻いてもおさまらず、ますます痒くなり、仕事も勉強も手につかない。	痒くてほとんど眠れず、しょっちゅう掻いているが、掻くとますます痒みが強くなる。
3	かなり痒く、人前でも掻く。痒みのためイライラし、絶えず掻いている。	痒くて目が覚める。ひと掻きすると一応眠るが、無意識のうちに眠りながら掻く。
2	ときに手がいき、軽く掻く程度で一応おさまる、あまり気にならなくなる。	多少痒みはあるが、掻けばおさまる。痒みのために目が覚めることはない。
1	ときにむずむずするが、特に掻かなくても我慢できる。	就寝時にわずかに痒いが、特に意識して掻くほどではない。
0	ほとんどまたは全く痒みを感じない。	ほとんどまたは全く痒みを感じない。

VI. 考察

近年の報告によると透析患者の 75% が毎日掻痒感を訴えているといわれており、当院でもこの報告と同じくらいの割合である 77% が掻痒感を訴えているという結果となった。

児玉は¹⁾「透析患者では、健常人に比べ角質の水分量や皮膚からの水分喪失量は極めて少なく、乾燥性皮膚炎を呈し、掻痒症との関連が指摘される」と述べている。また、皮脂欠乏症は主に、手足、特に膝から下、すね、大腿の裏側、および腰部周辺などに多くみられ、背中に症状が現れることもある。症状として皮膚がカサカサしてはがれ落ちたり、ひび割れなどがある。このことより皮膚が乾燥していると感じたり、下肢や背部のかゆみを半数近くが訴えていることから、患者の半数近くは主に皮膚の乾燥によるかゆみである皮脂欠乏症と考えられ

る。しかし、もう半数の患者は皮膚に特に症状はみられないためその他の原因が考えられる。

かゆみケアのポイントとして、入浴、清拭などで皮膚を清潔に保つこと、保湿剤で皮膚に潤いを与えること、衣服は刺激が少ない木綿を選ぶ、温熱はかゆみを増強させるため、暖房、電気毛布の使用は控えることなどが挙げられている。宮地は²⁾「住環境を加湿し、過度の入浴やタオルによる摩擦を避け、熱い湯に長時間入浴したり、イオウ入りの温泉入浴剤などを使用したりして脱脂させないように指導する必要がある」と述べている。結果から入浴やシャワー、清拭を週3～4日実施している患者が多く、かゆみを訴えていない患者も同様の割合で差はみられなかった。下着や衣類の交換は毎日実施している患者が多かった。入浴などが毎日できなくても、下着や衣類を交換することで同じものを着ているよりは清潔であり、入浴などを週3～4日実施している患者は皮膚への刺激が少なく必要な皮脂が剥がれ落ちることが少ないため毎日清潔ケアを実施していなくても掻痒感が増強する患者が少ないと考える。重症度3以上の患者の半数以上はあつめのお湯を使用しており、硬い素材のもので身体を洗うという患者や患者自身が工夫して実施しているケアの中にも熱めのお湯につかる、体を温めるなどの回答があった。このことから、入浴後に皮膚が乾燥しやすく掻痒感が増強していると考えられる。入浴後は、石鹸で失われた皮脂を補う意味で、乳液やクリームなどを外用するスキンケアが求められている。結果から、軟膏を塗布する時間帯は入浴後や就寝前が多かったがその他はばらつきがあり、時間帯は気にせず軟膏を塗布している患者を含めると半数以上であることから、軟膏を塗布する時間帯を変更すれば掻痒感の軽減に繋がると考える。また、体を洗うものはタオルや柔らかい素材であれば皮膚に優しいと思っていたが、タオルによる摩擦、石鹸の使用などもケアしていく上で考慮する必要があることが分かった。皮膚が乾燥することによる掻痒感の患者が半数いることから、乾燥に対するスキンケアを実施することが掻痒感の軽減に繋がると考える。また、患者自身が良いと思って実施しているケアの中にはかゆみを増強させる原因となるケアもあるため、かゆみに対する予防やケア理解してもらうことが必要であると考えられる。

VII. 結論

1. 入浴やシャワーは重症度に関係なく週3～4回の患者が多かった。
2. 重症度3以上の患者の半数が内服と軟膏の両方を使用していた。
3. 皮膚が乾燥している患者が半数いることから、乾燥に対するスキンケアが実施できれば掻痒感が軽減することが示唆された。
4. 実施しているケアには、掻痒感を増強させる原因となるものがあるため、掻痒感に対しての予防・ケアについて指導を行うことが必要である。

【引用文献】

- 1) 児玉史子: 血液透析患者の癢痒症に対するセラミド配合入浴剤の効果, 2006
- 2) 宮地良樹: かゆみー透析のかゆみから老人性皮膚掻痒症のかゆみまで, no.37, medicina, 2000

【参考文献】

- 1) 段野貴一郎: 透析患者の不快症状アセスメントと治療・ケア, 透析ケア, Vol.11, No.10, 16, 2005
- 2) 段野貴一郎: 透析室に置きたい かゆみ治療パーフェクトガイド, 13, 2008
- 3) 平田純生: ナースが知りたい透析患者のくすり Q&A64, 透析ケア, 135-136, 2009
- 4) 飯田喜俊他: 専門医に聞きたいコメディカルのための腎不全・透析療法 Q&A101, 160-161, 2003
- 5) 小林千恵他: 皮膚掻痒感が強い患者に対するラベンダーを利用したアロマバスの効果, 成人看護II, 76-78, 2000
- 6) 小池瑞世: 内科系病棟でのスキンケアトラブルの対応・予防, 透析患者のスキントラブル, SCENE6
- 7) 西岡清他: 実践 皮膚病変のみかた, 日本医師会雑誌, 第134巻 特別号(2), 282-283, 2005
- 8) 大平整爾: 基礎知識からナースまでまるわかり 透析患者の合併症 50, 透析ケア, 42-43, 2010
- 9) 白取昭: Mequitazine(LM-209)による癢痒性皮膚疾患の治療効果, 西日皮膚 45, 470-473, 1983
- 10) 辻岡佐和香: 血液透析患者の永久カテーテル感染に繋がる要因の検討, 善通寺病院 看護研究集録, 101-105, 2010

透析患者の災害に対する知識と危機意識 —災害教育前後のアンケート調査の比較—

Knowledge and sense of impending crisis for the disaster of the hemodialysis patient

— comparison of the questionnaire survey before and after the disaster education —

黒川 レナ 合田 愛 久保 多江子 山口 美和子 岡 千穂
Rena Kurokawa Ai Gouda Taeko Kubo Miwako Yamaguti Tiho Oka

国立病院機構善通寺病院透析室

Zentuji National Hospital Dialysis Room

要旨

外来血液透析患者に災害教育を行うことが知識や危機意識にどのように関連するかを検討した。1回の災害教育でも知識はおおいに向上し、教育直前にアンケートを実施することに効果があった。危機意識はすべての質問に有意差はみられず、今回の方法では効果的とは言えなかった。具体的にイメージ化できるよう体験を取り入れた教育を実施していく必要がある。しかし、危機意識においては、65歳以上と未満では効果が違うため、年齢に応じた教育方法を考える必要がある。

キーワード：災害教育 危機意識 アンケート

【はじめに】

2011年3月11日、東日本大震災により、一層の災害対策が重要となっている。当院でも災害対策として2008年より、災害用パンフレットの作成、災害時フローチャートの作成、透析条件カードの配布、透析時緊急離脱方法などを取り決めた。しかし、当院はこれまで災害による大きな被災もなく、患者からも「この地域は災害が少ないから」と危機意識の低い発言も聞かれ、患者参加の避難訓練もできていない。小原¹⁾は、「災害への備えに関する心構えで最も大事なことは、『災害は起こるものである』という認識に立つことである」と述べている。そこで今回、災害教育により災害に対する知識と危機意識がどう変化するか明確にし、今後の指導に役立てたいと考えた。

I. 研究目的

外来透析患者に災害教育を行うことが知識や危機意識にどのように関連するかを検討する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

比較調査研究

2. 研究対象

当院に3ヶ月以上通院する認知障害のない透析患者41名。

3. 研究期間

2011年8月～12月

4. 調査方法

1) 災害に対するアンケートを独自に作成し聞き取り調査した。アンケート内容は災害に対する知識(以下知識)を問う質問と、災害に対する危機意識(以下危機意識)を問う質問に分け、4段階評定尺度を用い、「おおに思う」や「よく知っている」などを4点、「少し思う」や「少し知っている」などを3点、「あまり思わない」や「あまり知らない」などを2点、「全く思わない」や「全く知らない」などを1点とした。透析時に地震が起きた時の対処行動を問う質問のみ自由回答とした。

2) 調査項目

属性として、性別、年齢、透析年数、バスケルアーアクセス方法を調べた。

知識を問う質問(全9問)として、①透析時に地震が起きた時の対処行動②災害用伝言ダイヤルの利用方法③自分の使用しているダイライザー④透析時使用の抗凝固剤⑤ドライウェイト⑥透析条件カードは災害対策として必要か⑦透析室の非常口⑧透析時緊急離脱方法⑨避難訓練は必要か(②～⑨は四択)とした。

意識を問う質問(全9問)として、⑩身近に災害が起こるか⑪災害用伝言ダイヤルの練習希望⑫自分の透析条件を知りたいか⑬透析条件カードの携帯⑭透析条件の更新⑮避難経路を知りたいか⑯緊急離脱訓練の希望⑰回路的把持⑱避難訓練の希望(⑩～⑱も四択)とした。

3) 実施方法

まず前アンケートを実施。直後に災害のビデオ視聴²⁾ (21分) と当院で作成したパンフレットを用いて前アンケートを実施した看護師が災害教育 (10分) を行った。後アンケートは次回の透析日に実施した。パンフレットの内容は、「a. 災害が起こった時の行動 b. 病院の連絡先 c. 災害時のための備え d. 透析中に地震が起こったときの対処行動 e. 災害時の食事 f. 非常用持ち出し物品」である。

4) 分析方法

得られたデータは単純集計し、知識度と危機意識度を1点～4点で評価し、高評価を4点とした。SPSSにて教育前後の比較をウィルコクソンの符号付順位検定を行った。

4.用語の定義

危機意識：大災害に対処しようとする自覚

正常化の偏見：危機が告知されても危険性が曖昧である場合、心理的緊張を解消するために危険度を低く評価する傾向

5.倫理的配慮

院内の倫理委員会にて承認を得た。また、対象者に口頭及び文書で研究の目的、趣旨を説明し同意を得た。アンケートは無記名とし、個人は特定されないこと、データは研究目的以外では使用しないこと、途中から拒否できること、参加・不参加でも治療に影響は無いことを説明した。

III. 結果

1. 対象者 41名中、同意を得られたのは37名 (90.2%)、有効回答数37名 (100%) であった。

1) 属性 ①男性23名, 女性14名 ②年齢37～87歳 (平均年齢65.7歳)。③透析年数 1年未満2名, 1年以上5年未満18名, 5年以上10年未満7名, 10年以上10名。④バスキュラーアクセス方法 内シャント30名, グラフト5名, 長期留置カテーテル2名。

2. 質問それぞれに教育前後で検定をおこなった。(表1・2)

表1の結果より、知識は、ドライウェイト (以下DW) と避難訓練の必要性以外に有意差がみられた。表2の結果より、危機意識においてはすべてに有意差がみられなかった。自由回答とした「透析中に地震が起きた時の対処行動」(図1)については、当透析室では65歳以上の高齢者が59.4%を占めているため、一般的には5つの対処行動を取るよう指導するのだが4つに絞って教育した。「1. 回路を握る。2. 毛布をかぶる。3. ベッド柵につかまる。4. 動かず看護師の指示を待つ。」を正答とし、指導後には51.3%の患者が3つ以上回答できていた。

次に65歳未満と65歳以上で分類し、知識と危機意識を総合的に検定した。(図2.3.4.5)

図4より危機意識において、65歳未満は有意差がみられた。全体では有意差がみられなかったが、65歳未満に限定すれば危機意識が向上することがわかった。図5より、65歳以上には有意差がみられなかった。

表1 知識を問う質問

n=37

質問	程度	4	3	2	1	p値
災害用伝言ダイヤルの利用方法	教育前	2 (5.4%)	7 (18.9%)	14 (37.8%)	14 (37.8%)	p =0.008 **
	教育後	2 (5.4%)	16 (43.2%)	15 (40.5%)	4 (10.8%)	
ダイアライザーの種類	教育前	3 (8.1%)	7 (18.9%)	7 (18.9%)	20 (54.1%)	p =0.003 **
	教育後	6 (16.2%)	15 (40.5%)	8 (21.6%)	8 (21.6%)	
透析時抗凝固剤の種類	教育前	4 (10.8%)	9 (24.3%)	6 (16.2%)	18 (48.6%)	p =0.000 ***
	教育後	11 (29.7%)	11 (29.7%)	7 (18.9%)	8 (21.6%)	
ドライウェイト	教育前	32 (86.5%)	3 (8.1%)	0 (0.0%)	2 (5.4%)	p =0.257 n s
	教育後	33 (89.2%)	3 (8.1%)	1 (2.7%)	0 (0.0%)	
透析条件のカードの必要性	教育前	20 (54.1%)	13 (35.1%)	2 (5.4%)	2 (5.4%)	p =0.039 *
	教育後	27 (73.0%)	8 (21.6%)	2 (5.4%)	0 (0.0%)	
非常口	教育前	21 (56.8%)	0 (0.0%)	3 (8.1%)	13 (35.1%)	p =0.000 ***
	教育後	33 (89.2%)	4 (10.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
透析時緊急離脱方法	教育前	0 (0.0%)	10 (27.0%)	2 (5.4%)	25 (67.6%)	p =0.000 ***
	教育後	8 (21.6%)	15 (40.5%)	9 (24.3%)	5 (13.5%)	
避難訓練の必要性	教育前	12 (32.4%)	19 (51.4%)	6 (16.2%)	0 (0.0%)	p =0.819 n s
	教育後	15 (40.5%)	16 (43.2%)	4 (10.8%)	2 (5.4%)	

***p<.001

**p<.01

*p<.05

表2 危機意識を問う質問

n=37

質問	程度	4	3	2	1	p 値
大規模災害が身近に起こるか	教育前	17 (45.9%)	10 (27.0%)	9 (24.3%)	1 (2.7%)	p =0.285
	教育後	3 (8.1%)	11 (29.7%)	19 (51.4%)	4 (10.8%)	n s
災害用伝言ダイヤルの練習希望	教育前	8 (21.6%)	14 (37.8%)	7 (18.9%)	8 (21.6%)	p =0.268
	教育後	9 (24.3%)	17 (45.9%)	6 (16.2%)	5 (13.5%)	n s
透析条件を知りたいか	教育前	15 (40.5%)	11 (29.7%)	10 (27.0%)	1 (2.7%)	p =0.825
	教育後	14 (37.8%)	16 (43.2%)	4 (10.8%)	3 (8.1%)	n s
透析条件カードの携帯	教育前	23 (62.2%)	1 (2.7%)	9 (24.3%)	4 (10.8%)	p =0.088
	教育後	26 (70.3%)	2 (5.4%)	7 (18.9%)	2 (5.4%)	n s
透析条件カードの更新	教育前	3 (8.1%)	5 (13.5%)	6 (16.2%)	23 (62.2%)	p =0.718
	教育後	6 (16.2%)	2 (5.4%)	5 (13.5%)	24 (64.9%)	n s
避難経路を知りたいか	教育前	14 (37.8%)	13 (35.1%)	6 (16.2%)	4 (10.8%)	p =0.101
	教育後	17 (45.9%)	13 (35.1%)	5 (13.5%)	2 (5.4%)	n s
透析時緊急離脱訓練の希望	教育前	10 (27.0%)	15 (40.5%)	10 (27.0%)	2 (5.4%)	p =0.360
	教育後	8 (21.6%)	18 (48.6%)	6 (16.2%)	5 (13.5%)	n s
透析中の回路の把持	教育前	28 (75.7%)	0 (0.0%)	4 (10.8%)	5 (13.5%)	p =0.141
	教育後	30 (81.1%)	1 (2.7%)	2 (5.4%)	4 (10.8%)	n s
避難訓練の希望	教育前	10 (27.0%)	17 (45.9%)	7 (18.9%)	3 (8.1%)	p =0.130
	教育後	8 (21.6%)	18 (48.6%)	5 (13.5%)	6 (16.2%)	n s

***p<.001

**p<.01

*p<.05

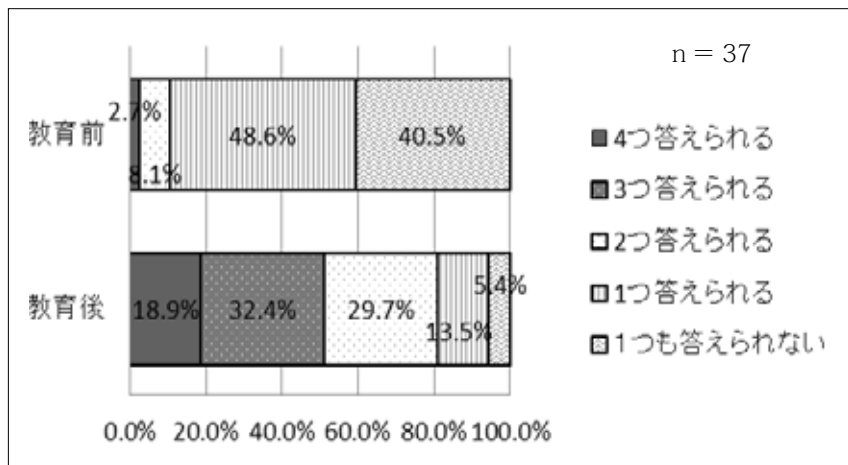


図1 透析中に地震が起きた時の対処行動

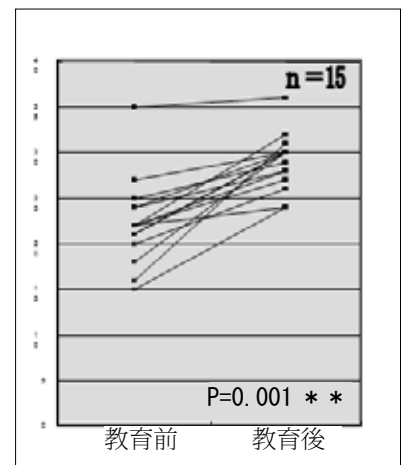


図2 災害に対する知識(65歳未満)

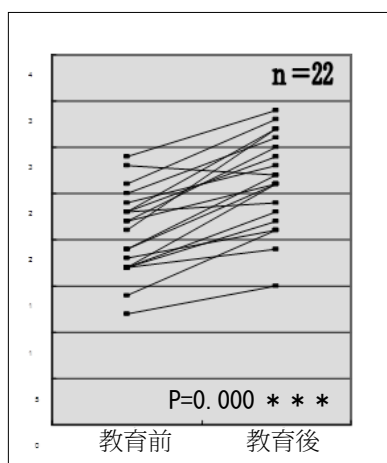


図3 災害に対する知識(65歳以上)

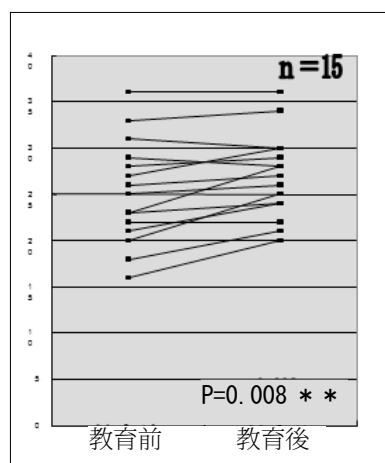


図4 災害に対する危機意識(65歳未満)

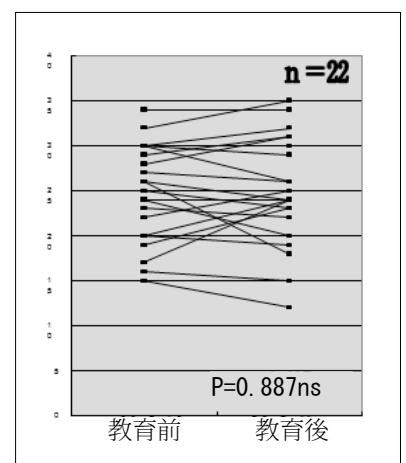


図5 災害に対する危機意識(65歳以上)

IV. 考察

1回の災害教育でも知識はおおいに向上した。その要因として、前アンケート終了後すぐに指導を行う方法が、アンケート内容から重要な要点を把握でき、効果的に働いた。またDWに有意差がなかったのは、DWが普段から患者にとって一番身近な透析条件であり、教育前より86.5%の人が自分のDWを言えたため有意差がみられなかった。危機意識はすべてに有意差はみられず、今回の方法では効果的とは言えなかった。これは、ビデオ視聴から被災透析患者が体験した危機を知っても、自分や周りには起きないという正常化の偏見が³⁾働き、危機意識を上げる効果には至らなかったことも要因と考えられる。災害自体少ない香川県は⁴⁾、災害へのイメージ化を図ることが困難である。富永は⁵⁾、「災害をイメージできれば、認識や対策のレベルは自然と高まる」と言っている。

「透析中に地震が起きた時の対処行動」(図1)において、教育後に51.3%の患者が3つ以上回答できるようになったのは、実際に毛布をかぶったりベッド柵をつかんだり体験を取り入れて実施したためと考えられる。具体的にイメージ化しやすい教育は有効と言える。しかし、危機意識は65歳以上の患者には高めにくく、特に体験を取り入れた方法を考えていく必要がある。

V. 結論

1. 1回の災害教育でも、災害に対する知識の向上に効果がみられた。
2. 65歳未満には災害教育により危機意識の向上に効果がみられた。
3. 65歳以上には体験によりイメージ化をはかる災害教育が必要であると示唆された。

VI. おわりに

今回の研究により、危機意識を高めることの難しさが明らかになった。そのため、今後アンケートには自由回答を多く取り入れ、具体的要因を調べるアンケート作成を行う必要性を感じた。

【引用文献】

- 1) 小原真理子：いのちとこころを救う災害看護，98，学研メディカル秀潤社，2008
- 2) 山崎親雄総監修：透析室トラブルシリーズ5 第3部「災害に負けない私たち」，透析患者さんの災害対策，中外製薬株式会社，VHS.
- 3) 矢守克也：再論－正常化の偏見－，実験社会心理学研究，48(2)，137 - 149，2009
- 4) 総務省消防庁：「地域防災力・危機管理能力」の都道府県の自己評価，2004
- 5) 富永正志：患者の災害教育，透析ケア，12(7)，62 - 66，2006

脊椎圧迫骨折のADL拡大時の思いの変化

Change of the thought at the time of the ADL expansion of the backbone pressure bone fracture patient

松田 侑佳 大田 知佳 川島 遥香 小浦 栄二 河野 薫 十鳥 瑞穂
Yuka Matsuda Chika Oota Haruka Kawashima Eiji Koura Kaoru Kouno Mizuho Jyuutori

国立病院機構善通寺病院 1 病棟 3 階
Zentsuji National Hospital The third floor of 1ward

要旨

脊椎圧迫骨折を受傷し、保存療法のため入院となり「床上安静期」においても、消極的思いと前向きな思いが同じ割合で聞かれた。「端座位が可能になった時」には、前向きな思いや喜びの思いが多く聞かれ、「歩行器にて病棟内歩行が可能になった時」には、退院のことを考える時期にもなり、様々な思いが聞かれた。入院してから退院となるまでには、前向きな思いや不安な思い、他にも様々な思いがADL拡大により変化していくため、それぞれの時期での患者の思いに目を向けた看護が必要である。

キーワード：脊椎圧迫骨折 ADL 拡大 思いの変化

【はじめに】

高齢女性が年々増加するに伴い、圧迫骨折の患者は増加している。新規発生は年間 30 万人から 100 万人とされており、その主な原因である骨粗鬆症の患者は更年期以降の女性に多く、60 代女性の 3 人に 1 人、70 代女性の 2 人に 1 人が患者になっている可能性があるとしている。骨粗鬆症性圧迫骨折は発生頻度が高く、その治療としては安静臥床による保存療法が中心となる。

A 病棟は整形の患者も含む混合病棟であり、圧迫骨折患者には、クリティカルパスを使用している。パスに沿って安静保持から離床を進めるなかで、いつのまにかADLが拡大している患者が多いが、パスの経過通りになかなか離床が進まない患者もいる。

圧迫骨折の急性期は疼痛が強く、体動すら自力で行えない患者もいる。臥床状態で入院され、体動すらできないという辛さから、「本当に歩けるようになるのか、どのくらいで治るのか」という不安を持っている患者の声も聞かれた。しかし、疼痛から体動に消極的で苦痛表情のある患者が、ADL 拡大にともない、表情の変化、疼痛がありながらも積極的になっている様子も見られる。そこで患者のADL拡大時の思いの変化を知り、その思いに対応した援助が必要ではないかと考えた。

各段階での思いを関連付けた先行研究はなく、今回各段階での思いを知ったことにより、今後の援助の示唆を得ることができた。

I. 研究目的

1. 脊椎圧迫骨折患者の、ADL 拡大時における患者の思いの変化を調査・分析し、明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象：

脊椎圧迫骨折を初めて受傷し、床上安静・床上排泄をすることとなった自力での体位変換が困難な 60 歳以上の認知症の診断のついていない患者（男女を問わない）3 名。

2. 調査期間：平成 23 年 7 月～12 月

3. 調査方法

独自のインタビューガイドを用いて、半構成的面接法により、「床上安静期」「端座位が可能になった時」「歩行器にて病棟内歩行が可能になった時」で患者の思いをインタビューした。「床上安静期」は患者の同意を得たうえで病室で、以降はカンファレンス室で、10～20 分程度実施した。また録音することの承諾を得て、録音し逐語録にした。

4. 分析方法

1) 面接式聞き取りの結果を、発言内容に基づいて分類し、カテゴリー化した。

5. 用語の定義

ADL の拡大：床上安静から端座位歩行器までの段階を経て離床していくこととする。

6. 倫理的配慮

研究対象者には得た情報は研究以外の目的に使用しないこと、研究協力は拒否することができ、それによって不利益がもたされないこと、個人が特定されないよう処理されプライバシーは保護されていることを説明し、同意が得られた患者に面接を依頼した。この研究は、A院の倫理委員会の審査を受け承認をうけている。

Ⅲ. 研究結果

1. 患者の属性

60代1名(女性, 自宅へ退院), 80代2名(女性, 施設へ退院, 男性, 転院)。

2. 3つの時期での思い

今回、『床上安静期』『端座位が可能になった時』『歩行器にて病棟内歩行が可能になった時の3つの時期に分け思いの抽出を行った。

思いについては、インタビュー内容より193の思いを抜き出した。これらを、意味内容の類似性に注目して分析した結果、『床上安静期』では、60の思いがあり、18の[サブカテゴリー]と6の【カテゴリー】に分類された。次に、『端座位が可能になった時』では、41の思いがあり、20の[サブカテゴリー]と7の【カテゴリー】に分類され、『歩行器にて病棟内歩行が可能になった時』では、92の思いがあり、26の[サブカテゴリー]と9の【カテゴリー】に分類された。

『床上安静期』のカテゴリーでは【良くなることへの希望】が14件、【自立への意欲】が10件、【今まで出来ていたことが出来なくなって辛い】が12件、【他人に手助けを求めないといけない辛さ】が11件、【圧迫骨折による痛み】が2件、【受傷による変化への驚き】が9件であった。サブカテゴリーで多かったのは、【自分がしたいことができない】が10件、【良くなると思えば絶対良くなる】が6件、【自分のことは自分でしたい】が5件、【怪我する前と生活が全然違う】が5件であった。

『端座位が可能になった時』のカテゴリーでは【良くなることへの希望】が14件、【自立への意欲】が2件、【ADL拡大に伴う喜び】が11件、【今までできていたことが出来なくなって辛い】が3件、【圧迫骨折による痛み】が2件、【不安】が4件、【医療者に対する思い】が5件であった。サブカテゴリーで多かったのは、【ちょっと動けたから歩けるかなあと思う】【ちょっとでもせないかん】【トイレが自分でできて嬉しい】がそれぞれ4件であった。『歩行器にて病棟内歩行が可能になった時』のカテゴリーでは【良くなることへの希望】

が14件、【自立への意欲】が7件、【ADL拡大に伴う喜び】が11件、【痛み消失】が4件、【入院中の不安】が9件、【退院後の不安】が16件、【家族への思い】が12件、【コルセット装着による安心感】が17件であった。サブカテゴリーで多かったのは、【コルセット装着によるしんどさや不安】が10件、【コルセット装着による慣れやありがたさ】が7件、【近所付き合いの中で体への負担が増えることが不安】が6件、【家族が協力的でありがたい】が5件であった。

Ⅳ. 考察

床上安静期には考えていたより前向きな思いが多く、自分がしたいことができなくて辛いという思いも予想通り多かった。しかし、前向きな思いと辛い思いがほぼ同数で入り混じっている状況である。入院後おおよそ5日から7日後の患者について、矢倉¹⁾は「突然床上安静を強いられ、それまでの生活とは異なる状況を経験していることから、今後の不安を含め様々な思いや葛藤を抱えている時期」と述べている。不安の思いは聞かれなかったが、怪我をする前との生活の違い、まさか自分が…という驚きが聞かれていることから、今の状況を受け入れられていないのではないかと考える。端座位が可能になった時には、前向きな思いや喜びの思いが一番多く、不安やさの思いは予想外に少なかった。コルセットは端座位が可能になる時より装着となるため、そのことによる思いが聞かれると思っていたが、この時期には聞かれなかったのは予想外だった。歩行器にて病棟内歩行ができる時期になると、予想通り前向きな思いと不安に対する思いが多かった。前向きな思いが多かったことは、ADLが拡大することによって喜びや自信につながったためと考えられる。また、不安に対しても退院後のことについて考えだす時期になり不安に思うことが増えたためと考えられる。さらに、退院後の不安を感じる中にも、家族の協力への感謝や子供には負担をかけたくないという思いもあることがわかった。中島²⁾は「患者にとって家族のサポートが歩行に対しての意欲向上につながった。」と述べている。床上安静期より、早よよくならんといかん、歩けるようになって帰りたいという前向きな思いが多かったのは、家族のサポートがあり、家族を思う患者の思いからではないかと考える。

各段階において、カテゴリーの内容が変わって変化していくものと、カテゴリーの内容は変わらず中の思いが変わっていくものがあり、ADL拡大により変化していく思いのつながり(関連性)を見ることができた。

カテゴリーの内容が変わって変化していくものに、端坐位期以降に見られる喜びは床上安静期に聞かれた、他人に手助けをもとめないといけない、今まで出来ていたことが出来なくなって辛いという思いがADL拡大に伴いできるようになったことで喜びへと変わったと考えられた。磯崎ら³⁾は「治そうという強い意志を持っている患者の場合、共に喜び合うことは次へのステップを目指す動機づけとなる。」と述べている。看護師は、ADL拡大による患者の喜びを共に喜び合う姿勢が必要であり、そうすることが今後の患者の闘病意欲にも影響すると考えられた。

コルセットに関する思いは、歩行可能になった時に多く見られた。このことは床上安静期で見られた受傷部位に対する痛みが、歩行可能になった時になくなったこと、行動量の増加によりコルセット装着に意識が移ったことも一因すると考えられた。

不安な思いは、端坐位期に入院中の不安として見られ、歩行期には退院後の不安も追加された。それは、上記にも挙げたように、退院が間近に迫ることで退院後に生活をする上で、動かなければならないことや近所付き合いによる体への負担が増えることに対する不安が出てきたためと考えられた。

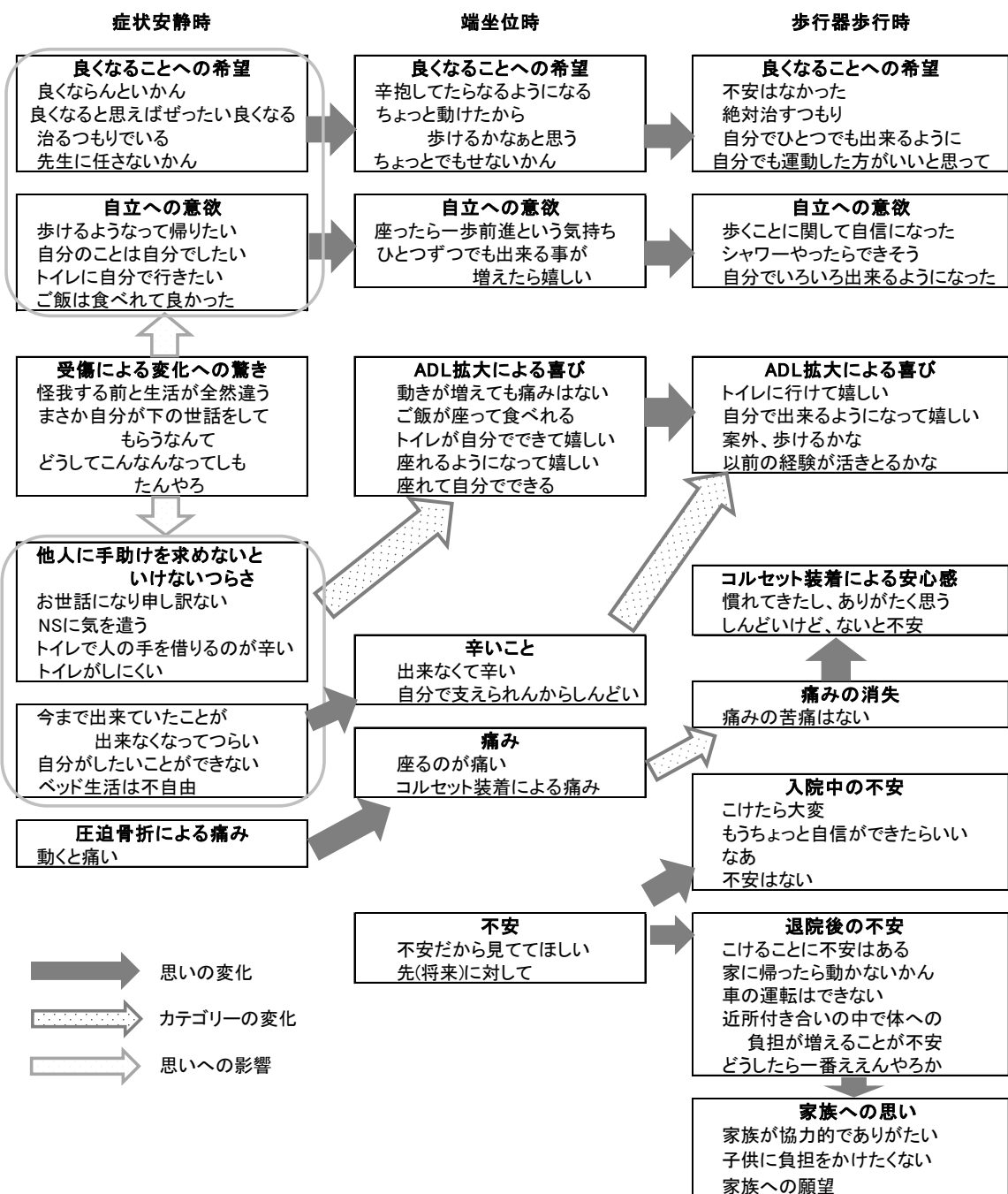


図 1.3 段階での思いの変化

V. 結論

1. 床上安静期においても、消極的思いと前向きな思いが同じ割合だった。
2. 3つの時期で同じカテゴリーで思いの内容が変化していくものと、カテゴリー自体が変化していくものがある。
3. 歩行器にて病棟内歩行が可能になった時には、多くの不安を抱えての退院となっていた。

VI. 終わりに

今回対象者が3名と少数であり、属性も異なっていたため、このまま看護に結びつけるには限界がある。また、この結果が有効かどうかを今後さらに多くの患者から思いを得て検討する必要がある。しかし、3つの時期での思いの変化は実感できたため患者の思いに目をむけた看護は行っていききたいと思う。

【引用文献】

- 1) 矢倉ひとみら：床上安静を強いられる整形外科患者の安静を守るという理解への影響，第37回成人看護Ⅱ，38-40, 2006
- 2) 中島亜希，佐伯俊子：転倒後の患者の歩行に対する意欲形成要因，第33回老人看護，59-61, 2001
- 3) 磯崎佐知子，野上キミ子：頸髄損傷不全患様の気持ちの立ち直りを支えた看護者のかかわり：患者の語りの分析，第36回成人看護Ⅱ，387-389,

術後感染により長期臥床を強いられた患者の思い

I think of the patients were forced to prolonged immobility by postoperative infection

山野内 真知子 大原 香里 富田 景子 大西 美佳 片岡 真喜代
Machico Yamanouchi Kaori Ohara Keiko Tomida Mika Ohnishi Makiyo Kataoka

国立病院機構善通寺病院 1 病棟 4 階
Zentsuji National Hospital The fourth floor of 1 ward

要旨

今回 A 病棟において腰椎固定術後、尿・血液感染し長期臥床を強いられた B 氏の言動に対しどのような関わりをすればよかったのかという疑問を持ち研究を行った。その結果、治療に対し受け入れられない思い・不安・苛立ち・身近な家族の存在で安心感が得られていたということが分かった。

キーワード：長期臥床 感染 思い

【はじめに】

整形外科では、人工関節置換術をはじめとする、外科的手術（腰椎固定術以下 PLIF、人工股関節置換術、人工膝関節置換術、人工骨頭置換術）が行われている。術後感染を起こすと、ドレーン挿入に伴い長期安静臥床が治療の一部となる。今回 A 病棟で PLIF 後、尿・血液感染し長期臥床を強いられた B 氏の言動に対しどのような関わりをすれば良かったのか疑問を持った。

そこで今回、長期臥床をする中で B 氏がどういった思いを持っていたのかを明らかにし、今後の看護に活かしていきたい。先行研究では術後早期離床における患者の思いやがん患者の思いを分析したものがあつた。しかし、整形外科疾患で感染のために長期臥床を強いられた患者の思いについての研究はなかつた。

I. 用語の定義

尿・血液感染直後：術後 17 日目から 19 日目。発熱してからの 3 日間。

長期臥床中：術後 19 日目から術後 61 日目。車椅子使用許可が出るまでの 42 日間。

安静度はベッド上。また、ベッドアップ 30°まで許可。

回復期：術後 61 日から 63 日目。車椅子使用から歩行器使用までの 3 日間。

II. 研究目的

整形外科疾患の術後感染により長期臥床を強いられた患者の思いを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン
質的研究

2. 研究対象

1) B 氏。64 歳。男性。腰部脊柱管狭窄症。PLIF の術後 17 日に尿・血液感染を発症。

3. 研究期間

平成 23 年 9 月～ 11 月

4. データと収集方法とツール

落ち着いた雰囲気で行えるよう静寂な個室を準備する。インタビュアー 1 名、記録者 1 名を配置する。インタビュー結果をもとに半構成的にデータを収集する。

5. データの分析方法

インタビューによって得られたデータを逐語に起こす。逐語化したものを、カテゴリー分類し、時系列にて図式化し、研究メンバーで妥当性について検討を行なう。

IV. 倫理的配慮

研究目的・研究の趣旨を説明し文書にて研究実施の承認と協力への承諾を得る。研究対象者には、プライバシーが保持されること、個人名を挙げないこと・研究結果の公表について説明し、データは研究以外に使用しないことを文章に記載する。

V. 結果

B氏の思いを、3つの時期〔尿・血液感染直後〕〔長期臥床中〕〔回復期〕に分類した。尿・血液感染直後では、『病気が悪くなったことに対する受容できない患者の思い』『早く今の現状から抜け出したい思い』『家族が側にいてくれた事に関連した安心感』の3カテゴリーが抽出された。長期臥床中では、『現状を受け入れなければならないが、受け入れられない思い』『早く今の現状から抜け出したい思い』『看護師の言葉に対して苛立ちの表出』『もとのように歩けるか不安』『治療に対しての不安』『今の自分自身（身体状況）を知りたい気持ち』『予後に対する絶望感』『家族が側にいてくれた事に関連した安心感』『医師に対する信頼』『病状改善と共に希望が見えてきた、期待感あり』の10カテゴリーが抽出された。回復期では、『離床への自信』の1カテゴリーが抽出された（表1）。

VI. 考察

1. 尿・血液感染直後 3日間

B氏は離床への意欲が強く、術後3週間経過しリハビリを開始するのを期待していた。しかし感染を発症し、延期になったこと、また感染を発症したことで「何かあったらイライラしていた」、「少しのことが我慢できない」と発言あり、床上安静期間が延びたことで『病気が悪くなったことに対する受容できない患者の思い』があったと考える。しかし、感染直後は心が動揺している時期であったが、「家族が来てくれたし、気が晴れた」の発言からも、この時期に身近な存在の家族がいてくれることで安心感が得られていたと考えた。家族のサポートがあったことで社会的支持は得られていたと考える。

2. 長期臥床中 42日間

この時期では感染直後とは異なり、現状は理解しているが、「横になっているから考えるのはこのことだけ」「ずっと寝とったら、したことも月日も忘れる」の発言より、受容しなければならないが自己の中で葛藤が生じていたと考える。医師より、採血結果で炎症反応が低下していれば、回復の見込みはあると説明を受けていた。この時期B氏は疼痛やしびれという症状はなく、発熱もみられなくなっていた。「早く採血結果が知りたい」と発言があり、採血結果に期待していたと考える。しかし、採血結果で炎症反応が悪化し、再手術の説明を受けたばかりで、感染直後のように動揺し無力状態になっていた。そのため「やる気が起こらない」「夢も希望もない」と発

言していた。これは『予後に対する絶望感』と考える。B氏の身近にいる存在として、家族や看護師等がいた。B氏は「腹が立って、腹が立って仕方がなかった。」と発言があり、看護師の対応・言葉に対してストレスをぶつけてきたのではないかと考える。これは手術直後からの安静や点滴・ドレーン類により制限された生活を送っており、不安や焦りが怒りと変わって表出されたのではないかと考える。G.バートン¹⁾は「患者はナースの考えを押し付けることなく、自由に自分の感情を表明することができれば、自分の思考や感情を明瞭にする事ができ、その結果、態度や行動を変えることができるのである。」と述べている。看護師は患者の行動の意味を考え、思いを尊重した関わりが意欲を損なわずに患者の理解を得ることに繋がるのではないかと考える。医師は手術前から、レントゲンや採血結果をB氏に説明していた。また、感染後にはさらに詳しく現在の状況や治療方針を頻回に説明していた。それに対し、B氏は医師に対して「全てを任している」と言い厚く信頼していたと考える。長期臥床中は、B氏にとって最も長く辛い時期と考える。なぜならば、現実を受け入れられない思い・不安・苛立ち・絶望を何度も何度も繰り返していたからである。

3. 回復期 3日間

回復期に入ると、「なんちゃ困ったことはない」「もう歩いているんで」のように『離床への自信』となり、前向きな発言になったと考える。

小島操子²⁾は「人がストレスの多い出来事に遭遇すると、最初の反応として不均衡状態をあらわし、ついで均衡回復に対する切実なニーズをあらわすとしている。そして均衡を取り戻し危機を回避するか、不均衡が持続あるいは増大して危機に陥るかは、問題解決決定要因の適切さや充足状態によって決定づけられる。」と述べている。感染直後は現実の認知ができておらず、現実を受け入れられるようサポートする必要がある。長期臥床中は、対処機制として怒りをあらわした。これはB氏の感情の表出として正常な反応であるため、看護師は受け止めなければならない。そして、看護師間でカンファレンスを行い、B氏について情報共有をし、一貫した態度で接する必要がある。すべての時期を通して社会的支持であるB氏に対する家族サポートは得られていたが、看護師から家族への関わりは不十分であったと考える。今後、看護師は長期臥床を強いられる患者を支える者として家族と協力し、関わっていく必要があると考える。

表1. 時期ごとのB氏の思い

時期	カテゴリー	コード
尿・血液感染直後	・病気が悪くなった事に対する受容できない患者の思い	・何かあったらイライラしていた。 ・少しの事が我慢できない。(いつもは人を傷つけない。)
	・早く今の現状から抜け出したい思い	・早く自分の足で歩きたい。あーはやく歩きたい
	・家族が側にいてくれた事に関連した安心感	・家族が来てくれた。少し気が晴れた。
長期臥床中	・現状を受け入れなければならないが、受け入れられない思い	・一段落ついた所で言われて辛かった。 ・ずっと寝とったら、したことも月日も忘れる。 ・今横になっているから考えるのはこのことだけ。 ・ストレスがたまるとる。 ・自分でできんから人にしてもらうのは申し訳ない。
	・早く今の現状から抜け出したい思い	・早く自分で出来るようになりたい。 ・早く歩きたい、いつでも歩ける
	・看護師の言葉に対し苛立ちの表出.	・腹が立って腹が立って仕方なかった。 ・自分でもイライラしと思う、普通じゃない。
	・もとのように歩けるか不安	・この先どうなるか不安やわ、不安でたまらん。
	・治療に対しての不安	・点滴はいつまで続くんやろう
	・今の自分自身(身体状況)を知りたい気持ち	・早く採血結果がしりたい。
	・予後に対する絶望感	・何もやる気が起ころん、夢も希望もない、全然何もしたくない。 ・また手術かと思うと気がめいる。 ・また値が上がった。夢も希望もない。
	・家族が側にいてくれた事に関連した安心感	・次女や孫が面会に来る事が楽しみやし、嬉しかった。和やかな気持ちになった。
	・医師への信頼	・先生がいろいろ説明してくれるからうれし
	・病状改善と共に希望が見えてきた、期待感あり	・一昨日から本当に気分がええんや。 ・採血結果がよかったよ、希望が見えてきた。うれしい。 ・炎症反応の数値が1.3まで下がった。希望が見えてきた。
回復期	・離床への自信	・なんちゃ困ったことはない。 ・自分で洗面所に行ってシャンプーしようかと思っている。 ・もお、歩いているんで、早く歩行器にならんかな。

VI. 結論

長期臥床を強いられた患者の思いとして次の3点が明らかになった。

1. 尿・血液感染直後は治療に対して受け入れられない思いがある。
2. 長期臥床中は現実を受け入れない思い・不安・苛立ち・絶望を何度も繰り返している
3. すべての時期において身近な存在の家族がいてくれることで安心感が得られていた。

VII. おわりに

術後に感染をおこし、長期臥床を強いられた患者は様々な思いを抱きめまぐるしく変化することがわかった。看護師は患者の心理状態を察し、思いやりのある態度で寄り添い、患者のペースに合わせてケアを行うことが大切である。今回は1事例であり、得られたデータだけでは研究としての限界がある。今後の課題として、データを集積し時期ごとに必要な看護を提供していきたい。

【引用文献】

- 1) Gnevie,brton: ナースと患者—人間関係の影響(1),1996,大塚寛子・武山満智子訳,医学書院,136,1999
- 2) 小島操子:看護における危機理論・危機介入改訂2版,金芳堂,73-77,114-136,2010

【参考文献】

- 1) 石井政治:整形外科看護,16(2),10-22,38-51,2011
- 2) 小見山貴充:整形外科看護,整形外科の看護Q & A, 秋季増刊,130巻,155-179,2006
- 3) 藤江美文他:長期に化学療法を受け続ける前立腺がん患者の化学療法に対する意識,日本看護学会論文集,成人看護II,第39回,3-5,56-57,2008
- 4) 山元恵子:写真でわかる整形外科看護,15-17,株式会社インターメディカ,2010

糖尿病教育入院経験の有無における精神的負担感情の差

— PAID 聴取を通して —

The difference of the mental burden feeling in the existence of diabetes educational hospitalization experience

—Let PAID listening pass—

折野 有紀 新居 優紀 大森 奈央 村上 美智恵 尾崎 恵子
Yuki Orino Yuki Nii Nao Oomori Michie Murakami Keiko Ozaki

普通寺病院 1 病棟 5 階

Zentsuji National Hospital The fifth floor of 1 ward

要旨

教育入院経験の有無による精神的負担感情に有意な差は無かったが、糖尿病の受容、低血糖、合併症については PAID 点数が高く関心が高いことが示唆された。インスリンを使用していない患者にとっては、教育入院が精神的負担感情を軽減させる可能性があることが示唆された。今後 PAID 各質問項目の中で、点数が比較的高かった内容に関しては積極的に指導内容に取り入れていくことが、今後の糖尿病療養用指導において重要であると考えられる。

キーワード：PAID 糖尿病教育入院 糖尿病療養指導

【はじめに】

当院では、平成 18 年から糖尿病教育入院クリニカルパスを導入し、血糖コントロール不良やインスリン導入のため入院となった患者に対して糖尿病療養指導を行っている。また平成 23 年 2 月より糖尿病センターを開設したことで、外来でも糖尿病療養指導が行われるようになった。我々は先行研究で精神的負担感情について患者理解をするため、糖尿病教育入院患者の PAID の変化とその要因についての検討を行った。研究対象患者が 1 名ではあったが、教育入院をすることで精神的負担感情の減少がみられた。しかし、教育入院による精神的負担感情の変化の明確化や、必要な糖尿病療養指導を検討することができなかった。今回は、教育入院患者だけでなく、教育入院をしたことのない外来通院患者にも PAID を活用しインタビューすることで、それぞれの患者の抱える精神的負担感情の要因を比較することとした。本研究を行うことで、我々の先行研究で見出せなかった結果や、教育入院の有無だけでなく患者背景の違いにも注目し今後、対象に応じたよりよい指導内容や介入方法を検討していくことができると考えた。

I. 研究目的

糖尿病教育入院経験者と外来通院のみの患者に PAID の聴取を行い、PAID 点数を比較することで、抱える精神的負担感情の違いを見つけ、患者個々に応じた効果的な介入方法を見出す。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的研究
2. 研究対象：糖尿病センター通院患者 20 名（糖尿病教育入院歴有 10 名、無 10 名）
3. 研究期間：平成 23 年 4 月～平成 24 年 2 月
4. データの収集方法とツール
診察前または診察後に、プライバシーの守られる個室で PAID の聞き取りを行う。
5. データの分析方法
PAID 聴取した結果を教育入院歴の有無、糖尿病型、性別、婚姻の有無、インスリン自己注射の有無で PAID の質問 20 項目の合計点数の有意差を Student-t 検定にて分析する。危険率は 5 % 以下をもって有意差有りとする。
6. 用語の定義

PAID：糖尿病であること、糖尿病の治療、糖尿病に基づく症状や合併症が、社会的機能や心理状態に与える影響を測定する糖尿病特異的質問票。最低 20 点、最高 100 点であり、点数が高いほどストレスが大きい。糖尿病教育入院：医療スタッフによる生活指導、または食事療法・運動療法・薬物療法に関する指導により治療に必要な知識・手技を身につけるための入院。糖尿病療養指導：患者自身が自己の生活を継続的に自己管理できることを目標に、教育的な援助を行う。

7. 倫理的配慮

研究の目的と意義, 自由参加の権利と調査内容の保護を説明し, 同意を得られた患者のみを対象とする. またプライバシー保護のため質問紙は個人が特定されないように無記名でデータを扱い, 質問紙にて得られた結果は本研究のみに使用することを保障する. 質問紙の記載場所は個室とし, プライバシーが守られるよう配慮する.

III. 結果

対象者である糖尿病センター通院患者 20 名 (糖尿病教育入院歴有 10 名, 無 10 名) に対し, 16 名 (糖尿病教育入院歴有 9 名, 無 7 名) から研究の同意が得られ, PAID 聴取を行った. (有効回収率 80%) 患者の概要に関しては表 1 に示す.

結果 1

教育入院歴の有無での PAID 平均点数は, 教育入院歴有り患者では 48.3 点, 無しの患者では 50.7 点と, 教育入院歴の有無による有意差は認めなかった (図 1).

結果 2

教育入院歴の有無で分類せず, 患者背景の違いでも細かく分類し分析した結果, 性別の違いによる PAID 平均点数は, 男性患者では 52.7 点, 女性患者では 47.4 点と, 性別の違いによる有意差は認めなかった. 婚姻の有無による PAID 平均点数は, 独身患者では 45.3 点, 既婚患者 50.8 点と, 婚姻の有無による有意差は認めなかった. 糖尿病型の違いによる PAID 平均点数は, 1 型糖尿病患者では 45.8 点, 2 型糖尿病患者では 51.0 点と, 糖尿病型の違いによる有意差は認めなかった. 性別の違いによる PAID 平均点数は, 男性患者では 52.7 点, 女性患者では 47.4 点と, 性別の違いによる有意差は認めなかった. 婚姻の有無による PAID 平均点数は, 独身患者では 45.3 点, 既婚患者 50.8 点と, 婚姻の有無による有意差は認めなかった. インスリン自己注射の有無による PAID 平均点数は, インスリン自己注射有りの患者では 47.6 点, 無しの患者では 53.2 点と, インスリン自己注射の有無による有意差は認めなかった.

結果 3

我々の先行研究にて, PAID の質問 20 項目を KJ 法にて 6 つの項目に分類しており, 今回もこの 6 つの分類を活用し, 教育入院歴の有無での PAID 合計点数を比較した.

PAID の質問 20 項目の分類の内訳は表 2 に示す.

各項目の合計点数に関して, 2 つの質問項目の合計点数の場合, 一人当たりの最低点数は (1 点 + 1 点) 2 点, 最高は (5 点 + 5 点) 10 点として計算している. 6 つの項目に分類して教育入院歴の有無で分析した結果, 表 3 に

示したように, PAID 合計点数の平均に関して全ての項目で有意差は認められなかった. しかし, 教育入院歴の有無でさらに細かく分類して分析した結果, インスリン自己注射をしている患者だけをみたとき, 糖尿病の受容に関しては教育入院歴有りの患者は 19.25 点, 無い患者では 19.0 点. 糖尿病の治療に関しては教育入院歴有りの患者は 8.6 点, 無い患者では 7.0 点. 食事療法に関しては教育入院歴有りの患者は 5.7 点, 無しの患者では 6.0 点といったように合計点数の平均に違いがほとんどみられないのに対し, インスリン自己注射をしていない患者だけをみたとき, 糖尿病の受容に関して教育入院歴有りの患者は 23 点, 無しの患者では 19.5 点. 糖尿病の治療に関しては教育入院歴有りの患者は 8 点, 無しの患者では 10 点. 周囲の協力に関しては教育入院歴有りの患者は 3 点, 無しの患者では 6.5 点といったように, 合計点数の平均に有意ではないものの違いがみられた.

表 1 対象患者概要 n=16

	教育入院歴有り n=9	教育入院歴無し n=7	有意差 p<0.05
性別	男性 4 名 (44.4%) 女性 5 名 (55.6%)	男性 2 名 (28.6%) 女性 5 名 (71.4%)	n.s
年齢	58.3 ± 10.4	64.0 ± 10.1	n.s
糖尿病型	1 型 4 名 (44.4%) 2 型 5 名 (55.6%)	1 型 1 名 (14.3%) 2 型 6 名 (85.7%)	n.s
婚姻の有無	独身 2 名 (22.2%) 既婚 7 名 (77.8%)	独身 2 名 (28.6%) 既婚 5 名 (71.4%)	n.s
インスリン自己注射の有無	有り 8 名 (88.9%) 無し 1 名 (11.1%)	有り 3 名 (42.9%) 無し 4 名 (57.1%)	n.s

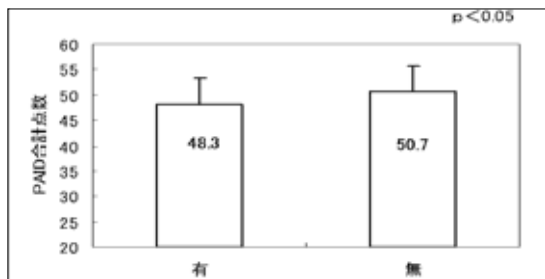


図 1 教育入院歴の有無での PAID 合計点数平均

表 2 PAID 質問 20 項目を KJ 法にて分類

糖尿病の受容	2, 3, 6, 7, 8, 10, 14, 16
糖尿病の治療	1, 13, 15, 20
食事療法	5, 11
合併症	12, 19
周囲の協力	4, 17, 18
低血糖	9

表 3 PAID 質問 20 項目を KJ 法にて分類した PAID 合計点数の平均

	教育入院歴有 N=9	教育入院歴無し n=7	有意差 p<0.05
糖尿病の治療 (min8,max4 0点)	8.5 ± 3.5	8.7 ± 2.9	n.s
糖尿病の受容 (min4,max20点)	19.2 ± 8.0	19.4 ± 6.0	n.s
周囲の協力 (min3,max15点)	4.9 ± 2.0	6.1 ± 2.5	n.s
食事療法 (min2,max10点)	5.6 ± 2.2	6.2 ± 2.1	n.s
合併症 (min2,max10点)	6.3 ± 2.4	6.9 ± 2.1	n.s
低血糖 (min1,max5点)	3.0 ± 1.3	3.8 ± 1.4	n.s

IV. 考察

結果 1, 2, 3 より, 教育入院歴の有無や患者背景の違いに注目し, PAID 点数に差について分析した. 結果, 今回全ての分析結果において有意差はみられなかった. しかし結果 3 でインスリン自己注射有りの患者と教育入院歴の有無, インスリン自己注射無しの患者と教育入院歴の有無で分析した結果, 前者は合計点数の平均に差がほとんど無いのに対し, 後者は合計点数の平均に有意では無いものの違いがみられた. 前者で合計点数に違いがみられなかったのは, 教育入院しない患者の場合であっても, インスリン自己注射導入時には, 外来で糖尿病全般に関し患者指導を行っていることが関係していると考えられる. その反面, 後者で合計点数に違いがみられた誘因としては, 教育入院により指導を受けることで糖尿病に関する知識を得たことが関係していると考えられる. 糖尿病の受容に関して教育入院歴有りの患者で PAID 点数が高く, 糖尿病の治療に関して PAID 点数が低い誘因としては, 糖尿病に関する知識を得ることで, 今後一生糖尿病と付き合いなければならぬことなどによりストレスは高まったが, その反面, 食事や運動, 薬物により上手く糖尿病と向き合い, コントロールしていく方法を知ったことで, 今後の治療に対するストレスが少しではあるが軽減したと考えられる. 周囲の協力に関して教育入院歴有りの患者で PAID 点数が低かった誘因としては, 教育入院時には協力者の有無を確認し, 日常生活指導や栄養指導に同席していただくことで, 今後の治療における協力体制を構築できたことが関係していると考えられる.

今回の研究目的であった PAID 点数を比較することで, 抱える精神的負担感情の明らかな違いをみいだすことはできなかったが, KJ 法を活用し細かく分析していく中で, 教育入院歴の有無や患者背景の違いに関係なく, 低血糖や合併症に関する質問に対する点数が 3 点から 5 点をつけた患者が多いことにも気がついた. 教育入院により低血糖や合併症について正しく知ることによって, PAID 点数は減少していくのではないかと我々は考えていた. しかし, 患者と話している中で, 「合併症のことを知ったことで, 少し怖くなった.」「入院中に低血糖を起こして怖かった. 不安.」などといった発言が聞かれ, 患者の捉え方によっては, 詳しく知ったことや実際に経験したことが恐怖心へと変わってしまうこともあるということが言える. 松林¹⁾が「心理的ストレスが情緒的混乱をまねき, 糖尿病に対する治療意欲を低下させ, 治療へのコンプライアンスを低下させることもある.」と述べているように, 低血

糖の実体験や合併症に関する不安や恐怖が, 今後の治療の妨げになることのないよう患者と関わっていくことが重要である.

また, 今回の研究で使用した PAID の質問表自体がアメリカで開発された質問表であり, 日本語訳されているものの, 患者にとっては質問内容が複雑であったと考えるが, 今後 PAID 各質問項目の中で, 点数が比較的高かった内容に関しては積極的に指導内容に取り入れていくことが, 今後の糖尿病療養用指導において重要であると考えられる.

V. 結論

1. 教育入院経験の有無による精神的負担感情に有意な差は無かったが, 糖尿病の受容, 低血糖, 合併症については PAID 点数が高く関心が高いことが示唆された.
2. インスリンを使用していない患者にとっては, 教育入院が精神的負担感情を軽減させる可能性があることが示唆された.

【おわりに】

本研究では対象患者が少なかったことから, 結果を一般化するには限界がある. 今後は多くの対象者の患者背景の違いによる精神的負担感情について分析し, 患者個々に応じた糖尿病療養指導のあり方を検討していくことが課題である.

【引用文献】

- 1) 松林直. 糖尿病とストレス. 臨床看護. 26. 2: 189-192, 2000

【参考文献】

- 1) 石井均. 患者の持てる力を開化. 糖尿病エンパワメントの坎どころ. 看護学雑誌. 69. 2. 110-121, 2005
- 2) Neal Friedman Caring for the Diabetic Soul. 石井均監訳. 糖尿病こころのケア. 111-114. 医歯薬出版株式会社 (東京), 1999
- 3) 安酸史子. 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 エンパワメントと自己効力. メディカ出版, 2010
- 4) 小松桂他. 糖尿病教育入院前後での糖尿病に関する負担感情の変化— PAID の質問表と患者背景因子の関連要因の検討—. 糖尿病. Vol48. No1. 57-62, 2005

一般病棟における未告知のがん患者と関わる看護師の困難感

The difficult feeling of the nurse in connection with the cancer patient of whom it is not notified in a general ward

植村 友香子 尾崎 正吾 新開 眞知子 出下 仁美 尾崎 恵子
Yukako Uemura Syogo Ozaki Mathiko Shinkai Hitomi Ideshita Keiko Ozaki

独立行政法人国立病院機構普通寺病院 1 病棟 5 階
Zentsuji National Hospital The fifth floor of 1 ward

要旨

「未告知患者への看護」に対して困難感を抱いている回答が多かった。その中でも「患者から今後のことを聞かれた時」への回答が多かった。また、医師との連携が不十分と感じている回答も多かった。家族の強い希望に対しても困難感がある回答が多かった。以上のことより患者に対しては不安を与えないように看護師間で統一した声かけができるようカンファレンスを行い決めていく必要がある。医療間の連携に対しては、今後の方針の統一のためにインフォームドコンセントに参加し看護記録へ残すことが必要だと考える。家族に対しては話し合いを行うための時間を設け家族看護に努めていく必要がある。

キーワード：一般病棟 未告知 困難感

【はじめに】

日本でのがん患者へのがん告知率は 1990 年代に 30% だったが 2009 年 3 月の厚生労働省より病名告知は 65.9%、余命告知は 30.1%¹⁾ と報告されている。本家氏の報告では、がんも含めた難治性の疾患に罹患した場合、絶対に知りたくないと回答した人は 2.5% と極めて少数で 76.7% の人はたとえ、治癒の望みがなくても事実を知りたいと回答していた²⁾。A 病棟ではがんを抱えた患者もおり、さらに高齢者で理解力が低い患者や認知症の患者も多い。そのため、患者により告知されず治療がおこなわれている現状があり、治療や病状の説明が曖昧になり患者一看護師間の信頼関係の発展に困難を極めた事例もある。平井氏の先行研究³⁾ ではがん患者を対象に告知の現状を調査した結果、医師から説明を受けて 61% が治療に立ち向かえる、14% が不安がなくなると回答しており、適切な病名告知は患者に好ましい影響を与えていることを明らかにしている。しかし、A 病棟で看護師は未告知のがん患者に対して症状の説明やケア時も真実を明かすことができず、がんについて触れることができないため嘘をつき家族と口裏を合わせることがあった。看護師は未告知のがん患者の心と正面から向き合えず悩み、信頼関係の発展に困難を極めたケースもある。このようなことから一般病棟で看護師が未告知の患者に対してどのような困難さを抱いてケアを行っているのか明らかにし、今後未告知のがん患者に対して統一したケアができるよう繋げていきたい。

I. 研究目的

一般病棟で未告知のがん患者と関わることで抱えている看護師の困難感について明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：記述的調査的デザイン
2. 研究対象：病院内でがん患者に携わったことのある看護師 75 名
3. 研究期間：平成 23 年 9 月～12 月
4. データの収集方法：4 病棟の看護師長に研究の趣旨を説明しスタッフに協力を求めた。質問票は一週間後に調査者が回収した。質問内容は看護師の背景として、年齢や経験年数などと、困難感は先行研究^{4) 5)} を参考に独自に「未告知患者への看護 (8 小項目)」「家族への看護 (5 小項目)」「薬剤への対応 (4 小項目)」「医療者間の連携 (4 小項目)」の大項目に分類し、計 21 小項目で構成した。調査基準は、全くない、あまりない、少しある、非常にあるの 4 段階とした。また各大項目の最後に看護師の日頃の具体的な困難や苦悩が聞けるよう自由記載を設けた。
5. データの分析方法：アンケート結果から 4 つのカテゴリーを 21 項目ごとに単純集計した。
6. 用語の定義
一般病棟：病態が不安定な状態から治療によりある程度安定した状態など急性期の患者や終末期の患者が混在している病棟のことである。

未告知：本研究では病名，病状，予後などの告知すべてを患者に告げず家族のみに告知されたとする。

7. 倫理的配慮：

倫理委員会において承認を得た。対象者には研究の目的・方法・プライバシーの保護・個人が特定されないように配慮することを文章と口頭で説明した。同意についてはアンケートの回答をもって得たとみなした。研究以外では使用しないように研究後には破棄することを保証する。

III. 結果

アンケートは75名に配布し51名から回答が得られ(回収率68%)，その全てを有効回答とした。対象は看護師の経験年数は1年未満2名，1年以上4年未満18名，4年以上6年未満4名，6年以上10年未満3名，10年以上24名であった。看護師の困難感に対する全体平均は非常にある15%，少しある43%，あまりない35%，全くない7%であり少し困難感を抱いていた。4大項目別で平均をみると「未告知患者への看護」では非常にある24%，少しある41%と65%が困難感を抱いていた。「家族への看護」では非常にある13%，少しある48%と61%が困難感を抱いていた。「薬剤への対応」では非常にある16%，少しある49%と65%が困難感を抱いていた。「医療者間の連携」では非常にある4%，少しある32%と36%が困難感を抱いていた。医療者間の連携以外の3大項目6割以上困難感を抱いていた。(図1参照)

21項目の中で非常にあると一番回答が多いのは患者から今後のことを聞かれた時であり55%を占め，少しあるも含めると90%が戸惑いを感じていた。自由記載は『長くないのかな？と言われた時に困った』，『あいまいな答えになり不安にさせる』の意見があった。次いで病気を悟られるのではないかと不安や緊張感を抱いているのは45%であり，少しあるも含めると88%であった。患者から病状・検査について質問された時返答に困ったと41%が回答し，少しあるを含めると90%であった。自由記載は『スタッフ全員が質問に同じ答えが返せない』，『深刻な質問にどうしても間ができてしまう』の意見があった。患者へのコミュニケーションの困難感37%を占め少しあるを含めると84%と回答していた。患者への困難感を強く抱え，積極的にコミュニケーションをできているは非常にあるだけを見ると8%だが，少しあるも含めると67%であった。自由記載は『患者を騙している気がして申し訳なく思う』の意見があった。

少しあるも含め困難感があるとしてみると，医師との連携が不十分と85%が感じている。自由記載は『医師が

病状説明の内容を記録していない』，『医師のインフォームド Consentに入るのが難しい』の意見があった。次いで患者から薬について質問された時返答に困ったのは77%であり，麻薬の質問に関して71%であった。麻薬以外の薬剤になると49%であった。自由記載は『薬に対して痛みどめとしか答えられず困る』，『麻薬の使用時にどのように説明したらよいか』の麻薬に対する意見があった。家族への困難感もあり，家族の面会時患者にかかわる面で不安や緊張感を72%が抱えていた。家族の強い希望に対し71%が困難感を抱え，自由記載で『家族の強い希望に自分が答えられるか不安』の意見もあった。不安や緊張感を抱える中家族への希望を67%が確認していた。一方で家族に病状の理解度や患者へ告知しない理由の確認は30%程度であった。自由記載は『終末期の患者に家族が何とかしてほしいと言われた』の意見があり，家族が患者の状態を受け入れてきていないことが明らかになった。経験年数での全体平均では困難感が非常にあると1年未満4%，1年以上4年未満18%，4年以上6年未満20%，6年以上10年未満が28%，10年以上13%であった。

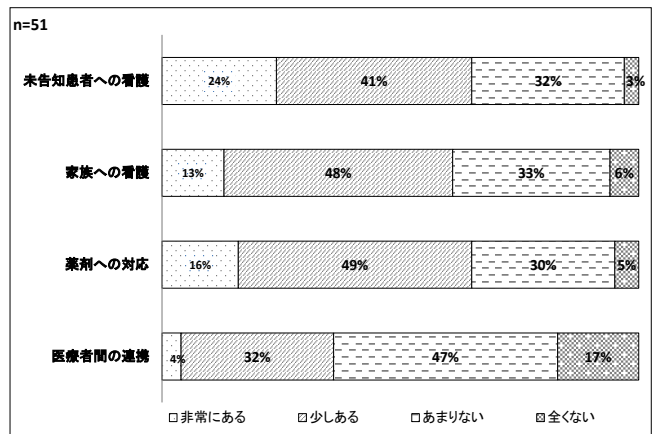


図1 各項目の全体集計

IV. 考察

アンケート結果よりすべての質問に対しての困難感の平均が少しあると43%が回答していたことにより未告知のがん患者に関わることで困難感があることが分かった。大項目では未告知の患者，家族，薬剤について困難感が多くみられていた。これは一般病棟であるためがん患者との関わり自体が少なく不安や苦手意識があるためだと考えられる。

未告知患者においては病気，今後のことについて聞かれた時一番困難感があったのは未告知であり真実を伝えられないという戸惑いがあるからだと考える。患者が真実を知らないことで，患者の意向を尊重しながら，医療者が患者・家族と一緒に今後のことについて考えていく

ことができない。そのため、どのように患者と関わればよいか悩み困難感を抱えているのだと考える。また、病気を悟られるのではないかと不安や緊張感を多く抱えている。垣本の研究⁶⁾では苦手な患者との関わりで圧迫感を感じ、閉鎖的な環境に苦手意識を感じていることを明らかにしている。苦手意識を持つと患者と看護師間の信頼関係にも影響する。さらに看護師間で統一した声かけが決まっていなと考えられ、カンファレンスを行い統一した声かけを決める必要がある。コミュニケーションは積極的に行っているが困難感を抱えている。患者の苦痛を少しでも緩和したい、患者の希望に答えられるように援助したいと、看護師の使命感があるも表面的にしか関わっていないと思う。『スタッフ全員が質問に同じ答えが返せない』、『深刻な質問にどうしても間ができてしまう』の意見から、看護師が患者に感情をふさぎこんで関わっており違和感を抱かせる原因にもなる。医師と看護師の連携に対して不十分と感じており、『医師のインフォームドコンセントに入ることが難しい』ことから医師と看護師と家族の時間の調整が困難なため、インフォームドコンセントに看護師が同席できない現状があるのだと思う。看護師と医師と家族の治療など今後の方針の統一のためにもインフォームドコンセントに参加し看護記録へ残すことが必要だと考える。掛橋の研究⁷⁾では医師と看護師は話し合いの調整が難しい為、がん患者と医師との間で看護師は板挟みとなりジレンマを起すという結果がある。今後はジレンマを起ささないように医師とのコミュニケーションを積極的に図っていく必要がある。

麻薬の説明に対し困難感を多く抱えており一番病気と密接している薬剤のためだと考えられる。またスタッフ間で統一した説明が確立されていないため、説明時に病気を悟られるのではと不安感がある。『麻薬の使用時にどのように説明すればいいのか』、『ただの痛みどめと言っても疑われることがあるため説明に悩む』と緩和ケアの知識や経験なども結果に影響している。家族に対し困難感も抱え、家族の強い希望への困難感、家族に不安や緊張感が強いこと、『家族の強い希望に自分が答えられ不安』の意見より、家族の期待に添えるのかというプレッシャーが大きいことが分かった。また多忙な勤務で家族と医療者の関わる時間確保が不十分であり、話しやすい環境を調整できていないことも原因である。病状の理解度など家族の思いを把握せず違う病状の捉え方をしていた場合、病気への受け入れが難しくなる。今後は家族と話し合いを行うため時間を設け家族看護に努めていく必

要がある。看護師経験年数別では回答者のうち10年目以上が24名、1年目未満が2人と人数にむらが見られたのは経験年数の指定をせずに調査の依頼を行ったためである。今後は対象者の指定を行うなど幅広く多くの対象者に協力を得ることが必要である。1年未満以外は全体的に困難感がみられていることが分かった。平木⁸⁾は「人が変化し、成長することには、葛藤が伴う。」と述べており、経験年数に関係なく年数ごとに葛藤を抱え困難感にも繋がったのだと考える。

V. 結論

1. 看護師が困難感を抱いていたのは、未告知のがん患者と家族、薬剤の項目で約60%が困難感を抱いていた。項目別では未告知のがん患者から今後のことを聞かれた時であった。
2. 未告知のがん患者や家族に統一した説明ができるようにマニュアルを作成していく。
3. 医療者間での連携を図るため、積極的にコミュニケーションをし、カンファレンスを開くことで情報共有を深める必要がある。

【引用文献】

- 1) 松島英介, 厚生労働科学研究費補助金「わが国の尊厳死に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書
- 2) 本家好文, がんを伝えることはなぜ大切か - 患者の生をサポートする医療者の視点から -, ターミナルケア3:186, 2003
- 3) 平井啓, 原俊昭, 篠崎毅他, 末期がん患者への病名告知とコミュニケーションの現状, 緩和ケア16, 2:183, 2006
- 4) 笹原朋代, 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度, 緩和ケア18:114-117, 2008
- 5) 満留成美, 小野美幸, 中元めぐみ, がん看護場面で看護師に生じる葛藤と経験年数との関係, 第40回成人看護II:260-262, 2009
- 6) 垣本尚美, 増木菜美子, 生天目晶子他, ターミナル期患者の病室から足が遠く看護師の実態, 第37回看護総合:304-306, 2006
- 7) 掛橋千賀子, がん看護場面で看護師が感じるジレンマの分析, 第34回日本看護学会論文集:167-169, 2003
- 8) 平木典子, 葛藤から協力への道程, 現代のエスプリ至文堂出版:181-185, 2005

慢性心不全患者における退院後の内服管理の実態について

For current status of oral administration after discharge in patient with chronic heart failure

山本 由美子 三宅 たえ子 元山 佳奈 大矢根 砂英子 兼近 みどり
Yumiko Yamamoto Taeko Miyake Kana Motoyama Saeko Ohyane Midori Kanetika国立病院機構普通寺病院 2病棟2階
Zentsuji National Hospital 2 ward second floor

要旨

退院した患者の約4割が正しく内服できておらず、内服できない原因として加齢だけでなく処方数の多さ・薬識不足・薬の効果が理解できていないことが考えられる。今後は看護師も積極的に服薬指導を行い、薬を中断することでの危険性を伝え、患者の退院後の生活パターンを考慮して疑問や質問に答えていくことで、服薬管理に対する理解を深めていく必要があると考える。

キーワード：慢性心不全 内服管理 実態調査

【はじめに】

近年、慢性心不全患者は増加の一途をたどりA病棟でも循環器疾患患者の40%を占めており、入退院を繰り返す患者が増えている。心不全増悪による再入院の原因としては、水分・塩分過剰摂取、過労、内服自己中断、治療薬服用の不徹底などがある。

眞茅¹⁾は「薬物療法の中断は心不全増悪の誘因の一つであり、服薬のコンプライアンスを向上させることが治療成功の鍵となる」と述べているように、心不全をもつ患者にとって薬物治療は疾患のコントロールを図るために不可欠であり、疾患の増悪を防ぐためにも退院後の継続した服薬は極めて重要である。しかし、A病棟では入院中より内服管理できる患者は1割程度であり、服薬指導を行っているものの、「何の薬かわからない」「これは飲んでいない」等の発言が聞かれ、再入院の際に処方数と残余数が合わないことが多い。先行研究では様々な服薬判定基準を使用し、入院中の内服管理に向けた援助については多くの研究がなされているが、退院後も継続して服薬できているかどうか実態を調査した研究はなかった。

そこで今回、B病院において慢性心不全にて入院歴がある患者で、退院後の内服管理の実態や日常生活に関する把握を行い、今後の看護介入の一助とすることを目的に本研究に取り組んだ。

I.用語の定義

慢性心不全：高血圧、虚血性心疾患、心筋症などの様々な循環器の臨床経過の果てに新機能低下を生じ、末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を拍出でき

ず、肺または体静脈系にうっ血をきたし生活機能に障害を生じた病態。

内服管理：処方された内服薬（疾患において必要であり継続を要する薬）を患者または家族が管理し、医師の指示通りに内服ができること。

II.研究目的

B病院において、慢性心不全にて入院歴がある患者で、退院後内服管理ができていない人との実態や日常生活に関する把握を行う。

III.研究方法

1. 研究対象：A病棟に入院歴があり心不全治療薬を内服している慢性心不全患者17名。認知症、判断力低下、視力低下、上肢の運動障害のある患者は除いた。

2. 研究期間：平成23年9月～12月

3. 研究方法・データ収集：

1) 退院後の自宅での内服状況が分かるよう、独自に聞き取り調査表を作成した。項目は、内服薬処方数と残余数、一包化の有無、内服管理は誰が行っているのか、適切に内服できているか、内服薬の飲み方とし、適切に内服できていない場合にはその理由に合うものをチェックまたは自由記載した。また内服以外にも、水分制限、食事・塩分制限、退院後のADL等心不全患者に重要と思われる項目についても自由に記載できるように記入欄を設けた。

2) B病院で処方された内服薬全てを外来受診時に持ってきてもらうよう前日までに連絡し、外来受診日に聞

き取り調査票を用いて残余薬の確認、面接を行った。

3) I群「内服できている群」、II群「内服できていない群」を比較検討する。

- ・ I群：残余薬がなく指示通りに内服できている人、残余薬があっても内服薬の副作用について理解しており、残余薬の理由について明らかにできる人
- ・ II群：数種類は内服できている人、また全く内服できていない人、および残余薬がありその理由を明らかにできない人

IV. 研究の倫理的配慮

対象者およびその家族に、調査によって得られた情報は研究者以外の者が使用することはないこと、本研究以外の目的では使用しないこと、本研究の参加は自由であること、研究終了と同時に破棄することを説明し同意を得た。

V. 結果

調査人数は男性14名、女性3名の計17名であり、平均年齢は75歳であった。そのうち内服できているI群は10名(59%)で平均年齢72.3歳、内服できていないII群は7名(41%)で平均年齢78.7歳であった。「内服の管理は誰が行っているか」では、I群は「自分」が8名で80%「家族」が2名で20%であり、II群は「自分」が6名で86%「家族」が1名で14%であった。「一包化の有無」についてI群は「一包化している」が4名で40%「一包化していない」が6名で60%であり、II群は「一包化している」が2名で29%「一包化していない」が5名で71%であった。(表1)

また一包化している場合、確実に内服できているのは6名中4名で67%であり、できていないのは2名33%であった(図1)。一包化していない場合は、確実に内服できているのは11名中6名で55%であり、できていないのは5名45%であった(図2)。内服薬の飲み方についてI群で最も多かったものは、表2のように「一回分ずつ出して飲んでいる」で、その他に「薬袋に日付を記入し内服したらチェックを入れる」「血圧手帳に飲んだ薬を記入する」「前日に朝・昼・夕の小袋に分け準備する」といったものがあつた。内服できない理由については、表3に示したように「うっかり忘れ」や「自己判断での中断」であり、その他に薬の種類が多くて分からなくなるといった理由も挙げられた。

II群では「2日分ずつ出して小袋に入れる」「家人が準備するが本人が時々拒否をする」といったものや、「95歳で一人暮らしであり家族も忙しいため、内服について

は全て本人に任せていた」という意見もあつた。日常生活については表4に示したように、I群II群共に食事に気をつけているといった意見がきかれた。

表1 退院後の服薬状況

	内服できている (I群)	内服できていない (II群)
人数	10名 (59%)	7名 (41%)
平均年齢	72.3歳	78.7歳
内服管理	自分8名 (80%) 家族2名 (20%)	自分6名 (86%) 家族1名 (14%)
一包化	している4名 (40%) していない6名 (60%)	している2名 (29%) していない5名 (71%)

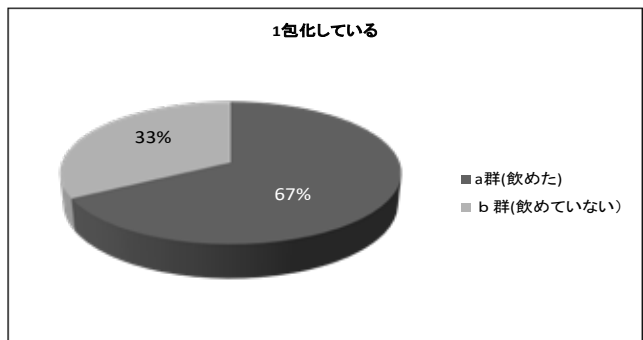


図1 一包化している場合での内服管理

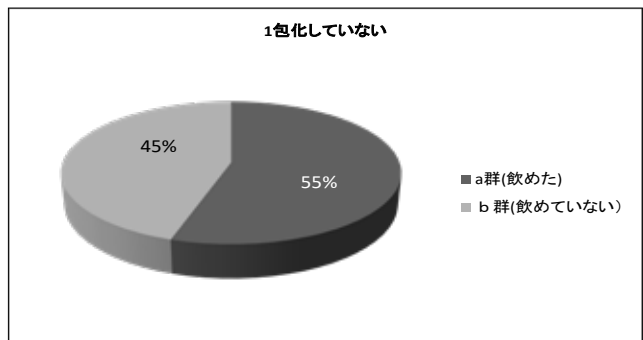


図2 一包化していない場合での内服管理

表2 内服できている人の飲み方 n = 11

一回分ずつ出して飲んでいる	3名
薬袋に日付を記入し内服したらチェックを入れる	1名
血圧手帳に飲んだ薬を記入する	1名
前日に朝・昼・夕の小袋に分け準備する	1名

表3 内服できていない理由 n = 6

うっかり忘れ	4名
高齢であるが家人が忙しいため本人に任せていた	1名
自己判断での中断	3名
きちんと飲んでいるつもりであった	2名
面倒だった	1名
薬の効果が理解できていない	1名
家人が準備するが時々拒薬する	1名

VI. 考察

心不全患者にとって、正しい服薬を続けることは合併症の予防や疾患のコントロールを図るために極めて重要である。今回の調査の結果、41%の人が正しく内服できておらず、内服できている人に比べて平均年齢が6.4歳高かった。しかし、年代はI群II群共に70代であり大差がないことから、高齢者特有の適応力の低下が内服管理にも影響を及ぼすと考えていたが、加齢のみが原因であるとは言えない。内服管理に関してはI群とII群共に自分で薬を管理している人がほとんどであり、家族管理は1～2割程度であった。私達は家族に協力を依頼すれば、確実に内服が出来るであろうと予想していたが、現状としては家族のフォローは少なく、家族に全てを期待することには限界があると考えられる。確実に内服できるようにするためには、やはり患者自身に内服してもらえよう入院中より取り組むことや、外来でフォローしていく必要があると考えられる。

杉本²⁾らの研究では「一包化患者の誤薬する率は、一包化していない患者の約半分に減少している」という結果が報告されている。今回の研究でも一包化している方が、確実に内服できている人が67%とやや高い傾向にあった。調査対象者のほとんどが6～15種類の薬を処方されていたことから内服を確実にすることを優先に考えた時、一包化は効果的であると思われる。しかし、一包化していても55%の人が内服できていることを考えると、薬の知識や病識も影響しているのではないかと考える。

全て内服できている人は「一回分ずつ出して飲んで」「薬袋に日付を記入し内服したらチェックを入れる」といった自分なりに飲み忘れがないように工夫していた。この結果より、心不全は長期間の服薬が必要であるため、入院中よりその人に合った自分なりの管理方法を具体的に見つけ出すことができるよう関わっていくことが重要であると考えられる。患者が自分に合った方法を選択して管理していくことで、退院後の誤薬や飲み忘れといった行動が予防できるのではないだろうかと思われる。また、服薬自己管理において生野³⁾らは「通常約4日程続けて指導を行うと、完全にセットできるようになる」と述べている。病棟では、入院中に自己管理へ移行した患者に継続して指導が十分でなかったため、このような方法を取り入れていくことも必要であると考えられる。

内服できない人は、「自己判断で中断」「薬の効果が理解できていない」とあることから、薬識不足、内服の必要性が十分理解できていないことが確実に内服できない要因の一つであると言える。入院中は医療者が内服の管理を行うことができるが、退院後は全面的に患者本人または家族の判断に任された管理となる。石神⁴⁾らは「内服を継続するという行動は、今後の予後改善のコントロールに、この薬がどれだけ必要であるのかということ、患者自身が理解することによって生まれる」と述べている。このことから、今後は看護師も積極的に服薬指導を行い、薬を中断することでの危険性を伝え、患者の退院後の生活パターンを考慮して疑問や質問に答えていくことで、服薬管理に対する理解を深めていく必要があると考えられる。

日常生活については、全て内服できている人もできていない人も食事に注意しているという回答が得られたが、全て内服できている人の方が塩分のことや薬と食材の食べ合わせに注意しているという意見が多かった。これは、自分の病気について理解し、その対処行動ができているからであると考えられる。退院後の運動・仕事については、明らかな差はなく同様の回答が得られた。

VII. 結論

1. 退院した患者の約4割が正しく内服できていない
2. 内服できない原因として加齢だけでなく処方数の多さ・薬識不足・薬の効果が理解できていないことが考えられる
3. 一包化は内服管理に効果的である
4. 内服ができている群の多くが、自分なりの工夫をしている
5. 食事については内服できている群の方が注意をしている傾向にある

【おわりに】

今回の研究で、退院後に正しく内服出来ていない患者が多くいることが明らかとなった。退院した患者の内服管理については、病棟看護師ではフォローしきれない現状がある。今後の課題として今回の研究結果を踏まえ、個人に合った服薬指導を充実し、確実な内服管理の確立に向けて取り組んでいきたい。また、指導したことが外来にて継続できるようなシステムを構築して行くことも重要である。

【引用文献】

- 1) 眞茅みゆき：慢性心不全患者の重症化と合併症予防に向けた疾患管理プログラムの構築，看護技術，54 (12)，88 - 92，2008
- 2) 杉本亜有美他：一包化調剤における循環器患者の服薬状況—自己管理下でも誤薬の要因を探る—，第39回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），208 - 210，2008
- 3) 生野芳博他：入院患者の服薬指導，JJSHP，29(5)，75-78，1993
- 4) 石神亜由美他：循環器病棟における服薬行動—服薬行動に対する患者の実態調査—，第34回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），108 - 110，2003
- 3) 葛西裕美他：看護師の服薬指導の実態—内服薬を自己管理している患者を対象に—，第35回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），6 - 8，2004
- 4) 加藤ゆり他：服薬自己管理向けの一考察—チェックシートを使用し服薬自己管理方法の適正を考える—，第35回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），205 - 207，2004
- 5) 小林奈々恵他：内服薬の自己管理を妨げる要因の分析—ローゼンバーグの態度モデル及びTEGを用いて—，第35回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），258 - 260，2004
- 6) 田瀬裕子他：入退院を繰り返す心不全患者のセルフケア不足の要因，第34回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），141 - 143，2003
- 7) 中野千秋他：服薬能力判定基準を用いた内服薬自己管理に対する援助方法の試み，第39回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），211 - 213，2008

【参考文献】

- 1) 井上百合子他：急性心筋梗塞患者への退院指導の検討，第41回日本看護学会集（成人看護Ⅱ），148 - 151，2010
- 2) 今木恵子他：内服薬アセスメントシート活用の実態—活用2年目の現状と今後の課題—，第38回日本看護学会集録（看護管理），89 - 91，2007

看護師の意識に変化を与えた要因

— ストーマリハビリテーションの取り組みを通して —
 The factors that reformed the way of nurses' thinking
 ~ through our approach to the stoma rehabilitation ~

玉岡 映子 高島 千穂 坂本 裕香 香川 秀子 山下 志乃 三井 安子
 Eiko Tamaoka Chiho Takabatake Yuka Sakamoto Hideko Kagawa Shino Yamashita Yasuko Mii

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 2 病棟 3 階
 Zentsuji National Hospital The third floor of 2ward

要旨

先行研究の結果ストーマリハに対し不安を抱いていた A 病棟看護師に対し、ストーマリハについて新たな取り組みや介入方法の検討を行い、経験を重ねることで、ストーマリハに対する視野拡大に繋がり、ケア体制の充実による安心感や WOCN という強みとなる存在を得、困難を乗り越え自己効力感を高めた。以上のことがストーマリハに対する看護師の意識に変化をもたらした要因と考える。

キーワード：ストーマリハビリテーション 意識の変化 要因

【はじめに】

A 病棟ではストーマ造設が年間 6 例でありストーマリハビリテーション（以下ストーマリハ）に携わる機会が少なく、病棟看護師からストーマリハに対する不安の声が聴かれていたため、ストーマリハに対しどのような思いを抱いているのか 2009 年に研究¹⁾を行った。結果、ストーマに対するマイナスな感情と前向きな思いを抱きながら日々のケアに携わっていたことが明らかになった。そこで専門的な知識や技術を身につけるためにストーマ外来研修やストーマリハ指導用のしおり、ストーマリハ計画表を新たに作成した。またストーマ受容やセルフケア自立に向けての援助についてチームカンファレンスを行い介入方法について検討を行った。

以前病棟ではストーマ装具交換や指導を皮膚排泄ケア認定看護師（以下 WOCN）やストーマ経験が豊富な看護師に頼っている現状があったが、取り組みを始めて 1 年が経過し、現在は自信を持ちチームで関わる意識が高まってきたのではないかと考えた。看護師が苦手意識を乗り越える要素の一つとして岡林²⁾は「専門的な知識や技術が身につけてきて、対応に自信が持てるようになってきたこと」と述べている。また梶原³⁾は「経験を重ね、知識を習得することでストーマケアに自信がもてることとされていることから、学習や経験などによる知識の習得が看護師の意識に影響している」と述べ、経験や学習を重ねることはケアの向上だけでなく看護師の自信となり、A 病棟看護師が抱えていたストーマリハに対するマイナスな

感情をプラスに変える要因になるのではないかと考えた。

先行研究では看護師のストーマリハにおける実態調査の報告は複数あるものの、その後の看護師の意識の変化を明らかにした研究はない。そこで今回、上記の取り組みや経験を通して、A 病棟看護師のストーマリハに対する意識に変化をもたらした要因を明らかにすることを目的として研究を行い、ストーマ造設件数の少ない施設が抱える問題において効果的なスタッフ教育の実践化に貢献できるのではないかと考えこの研究に取り組んだ。

I. 用語の定義

ストーマリハビリテーション：ストーマと合併症の障害を克服して自立するだけでなく、オストメイトの心身および社会生活の機能を回復させること

II. 研究目的

ストーマリハに関する取り組みや経験を通して、A 病棟看護師のストーマリハに対する意識に変化をもたらした要因を明らかにする

III. 研究方法

1. 研究デザイン：因子探索研究
2. 研究参加者：A 病棟看護師 4 名（1 年目看護師を除きストーマ外来研修の経験がある看護師）
3. 研究期間：2011 年 4 月～ 2012 年 3 月

4. データの収集方法とツール

インタビュー 1 名参加者 1 名で、面接時間は 30 分程度で行った。事前に録音することの了承を得て、ストーマ造設患者との関わりを通して何を体験しましたか。またそれらは今のあなたの経験にどのように活かされていると思いますか。などの面接ガイドに沿って半構成的に面接を行い、その後面接内容を逐語的に文章化した。

5. データの分析方法

面接で得られたデータを研究メンバーで何度も読み返し、データの中から A 病棟看護師のストーマリハに対する意識に変化をもたらした要因に関する文章を抜き出し、意味が類似したものを集め類型化しカテゴリ別に整理する。

IV. 倫理的配慮

研究参加者より得られたデータは本研究以外の目的で使用されないこと、研究参加者のプライバシーが保護されることを文章と口頭で説明し了承を得た。また倫理委員会の承認を得て実施した。

V. 結果

1 年目看護師を除くストーマ外来研修の経験がある看護師に面接した内容を分析した結果、ストーマリハに関する看護師の意識に変化をもたらした要因として 8 個のカテゴリとそれに付随する 25 個のサブカテゴリが抽出された (表 1)。

表 1 看護師のストーマリハビリテーションへの意識に変化を与えた要因

病棟看護で深めた学び	ストーマ周囲の補正方法の工夫について学ぶ	器具やアクセサリー類は患者と関わっていく中で知識がつき応用方法を学んだ(A1) 難しかった事例からスキニングや補正方法の難しさを学んだ(B1) ストーマが陥没した人や、便が滞りこんだ人への補正方法は経験を通して学んだ(C1)	チームが団結しストーマ患者と関わる	記録を充実させる(A20)	記録を充実させ、みんなで共有することで患者にチームで関わることでできる(A20)
	自己学習をして術前ケア方法を学ぶ	院外の研修で学んだマーキングを術中で実践した(A3) ストーマの専門用語は記録を書くことで覚えた(A4) 基本的な知識は院内勉強会で得た (A5)		カンファレンスを重ねチームで関わる	チームカンファレンスで話し合うことでケアがやりやすくなり安心できる(D13) スタッフでケアについて話し合う場があった方が成長できる(C20) カンファレンスし意見を出し合うことでチームで関わっている感じがする(C17) ストーマセルフケアを自分で調べてチームで話し合う場が必要だと思う(C18)
ストーマ外来で社会復帰した患者の個別ケアを学ぶ	ストーマケアの個別性を学ぶ	ストーマケアは個性があるためマニュアルはない(A6) ストーマはみんなが同じものではないため根拠で覚えていくしかない(A7) ストーマケアはどれも同じものは無い。ひとつ学んだからといって次の人も同様というわけにはいかない(A8) 経験を積むことでストーマケアに関する知識も身につけてくる(C3)	難症例からの心情的変化	ストーマケアは一人でやる	ストーマケアは一人でやるものだと思う(C19) トラブルのある患者ほどチームで関わる必要がある(B8) 一人でやるよりもみんなで関わるほうが心理的負担が少なく感じる(D14)
	ストーマ受容の過程を学ぶ	皮膚トラブルを悩まされていた患者との関わりが自分の中で勉強になった(B2) ストーマを受容していく過程(フシの危機モデル)を関わりから学んだ(D1) 受け入れが困難な患者家族との関わりで、段階を踏んで関わりっていくということを学んだ(A9)		身近でケアをするスタッフを見て学ぶ	先輩の患者との関わり方が自分のケアに影響をうけた(B9) 先輩のケアを見て個別性について学んだ(B10) スタッフが行っているケア方法や記録の書き方を見て学んだ(A22)
ストーマ外来で社会復帰した患者の個別ケアを学ぶ	ストーマ外来で患者自身のセルフケアを学ぶ	退院して自宅で生活している人ならではの食生活や排便コントロールの悩みを知った(C4) 外来ではストーマヘルニアなど病棟では見たことのない合併症について学んだ(A10) 長年器具を使用しているため皮膚トラブルを起こしている人など病棟とは違った状態を学んだ(A11)	難症例の経験がスキルアップとなる	ストーマケアに責任を強く感じる	ストーマケアに対してやるしかないという覚悟ができた(D15) ストーマケアは看護師が主体となって進めていくため責任を強く感じる(D16) 患者家族に指導するためには自分自身がストーマケアを理解していなければならない(D17) 初めてマーキングを行なった時は私なんかでいいのかと不安があり責任を感じた(D18) 先輩に頼っていたケアもA氏との関わりからほっておくと大変なことになる事がわかり、対応できるようにしなければならないと感じた(B11)
	ストーマ外来で継続ケアを学ぶ	ストーマ外来で器具や補正方法の個別性を学んだ(C5) ストーマ外来では慢性期の患者独自のセルフケアについて学びおもしろかった(D2) ストーマ外来で患者自身がこだわりをもってセルフケアをする姿から個性を学んだ(A12) 自己管理が難しい人や、施設が通っていない人、皮膚トラブルを起こした人のセルフケア方法を学んだ(C6) ストーマ外来で新しい知識をしたら、次の受診でそれを評価することを学んだ(C7) 退院後も継続して施設の方がストーマ管理してくれていると思った(A13) ストーマ外来で退院後と入院中のケアの違いを学んだ(B3)		難症例に懲り苦しんだ	外傷と管理のケア方法に懲り苦しんだ(B12) 自分が交換した器具が漏れないかプレッシャーがあった(B13) 排泄が漏れた状態で数時間おいただけで皮膚トラブルが生じ、ちゃんと対応できればこんなことにならなかったのにと思った(B14) A氏の外傷とケアが重なってしまったため強く印象に残っている(D19) 新人の頃経験した難しかった巨大結腸癌のストーマケア(臭い・浮腫・よく漏れる)が強く印象に残っている(D20)
WOCNをいう大きな存在	WOCNのケアを手本に学ぶ	WOCNがストーママイトマーキングしているのを見て学んだ(C8) WOCNがいるから器具選択や補正方法が身につく(C9) WOCNがストーマ器具のメソッドやメソッドを教えてくれた(C10) WOCNが行っているケアを見て学んだ(D3) WOCNがいると勉強意欲が湧き、学習意欲に繋がる(D4) 食生活やセルフケアについてWOCNが何気ない会話の中で情報収集していた(B4)	自分自身の成長を実感する	難症例の経験がスキルアップとなる	難症例を経験してみんながストーマケアに慣れていないといけなかった(B15) A氏の経験に比べたらストーマ患者との関わりが抵抗がなくなった(B16) 外傷のあるK氏の経験がスキルアップとなり、トラブルの無いストーマケアなら一人でも大丈夫だと思える(B17) 難しい事例を経験したため、トラブルのないストーマケアは簡単に見えるようになった(C21) トラブルの無い人の器具交換は手馴れよく行えるようになり、それは自信にも繋がっている(C22) 習性なケアでなければ抵抗なくできるようになった(D21)
	WOCNに頼り過ぎている	今までWOCNに頼ってばかりだったと感じている(C11) WOCNの存在が大きすぎて器具選択や補正方法では頼ってしまう(C12) WOCNの存在は大きい(D5)		ストーマケアへの抵抗感が軽減する	ストーマケアに関わるのが日常に感じるようになった(C23) ストーマケアが自然と嫌だという気持ちが無くなった(C24) 前はストーマケアが大ごとというイメージは無くなりケアに抵抗なく入れるようになった(D22)
患者指導体制の充実	WOCNに新たな知識を学ぶ	WOCNとケアを共にすることで補正方法など新しい知識が増える(C13) WOCNがいるだけで新しいことが学べる(D6) WOCNがいなければ多様な器具やアクセサリーの存在や個別性に合ったケアを知る事ができなかった(D7) WOCNから学んだことを次のケアに活かせる(D8) 疑問をWOCNに尋ねると根拠がわかり、違う事例を見た時に知識が活かされる(A14) WOCNが様々な器具の説明をしてくれたため、物品について学ぶことができた(A15)	次への学習課題になる	経験を重ねる	マーキングが意外とできて感じた(C25) 自分の補正方法が上手くなった(C26) 前はストーマのことが全然わからなかったが、今はできるようになって嬉しい(A23) マーキングができるようになり嬉しかった(A24) ストーマ外来に行く。技術・知識に自信がついた(B18) 経験を経て以前よりはるかにストーマケアに自信がついた(B19) 昔は自分自身知識が無くストーマに関わるのが不安だったが経験が自信に繋がった(D23) 経験を重ね患者指導にも少し自信が出てきた(D24) 自分自身の経験値が上がり、技術面ではだいぶ成長したと感じる(D25) 経験してわかることが増え、今は少し安心してケアや指導ができるようになった(A25) 経験を重ねることで患者に質問された時、自分なりにすぐに答えを返せるようになった(A26)
	しおりがあることで安心できる	しおりが無い時と比べるとしおりがあった方が指導の際気持ちよくなった(A16) セルフケアの指導はしおりがあれば一人でできる(A17) しおりがあると安心できる(D9) しおりがあると指導前に自分自身の知識を確認できて安心感がある(C14)		アセスメント力に不安がある	自分が主体となってケアをかけることで漏れるかもしれないという不安がある(C28) 何回試しても漏れ、何が原因か考えた時、先輩の助言がないと自分では原因をアセスメントはできない(A28) 自分でアセスメントしケアを行うことに不安がある(D27)
患者指導体制の充実	しおりで自分の知識が確認できる	あやふやなことも、しおりで知識が確認できる(B5) 順序を踏ったしおりやストーマリハビリテーション計画表で知識がついた(C15) 前は自分が理解できていなかったため、退院指導が当たらないで欲しいと思っていたがしおりをみれば今なら指導内容が分かる(C16) しおりがあることで最低限おさえておくべき内容が明確になった(D10) 全然わからなかった社会保障制度もしおりがあればわかるようになった(A18)	しおりがあることで統一した指導ができる	しおりがあることで統一した指導ができる	しおりがあると指導が統一され患者も納得できる(B6) しおりがあることで患者を納得させあげられるような統一した指導ができる(A19) しおり作成前は個々で指導内容が違い、患者を混乱させているのではないかと不安があった(D11) ストーマリハビリテーション計画表やしおりがあることで統一した指導やケアができる(D12)

VI. 考察

【病棟看護で深めた学び】【ストーマ外来で社会復帰した患者の個別ケアを学ぶ】

病棟では術前から社会復帰に向けての関わりが主となる。ここでA病棟看護師はストーマリハの基礎であるケア技術や個別性、ストーマ受容過程について学びを深めていた。またストーマ外来研修では病棟では学ことのできなかった晚期合併症や、それらと付き合いしていく患者の姿から継続ケアの必要性を学んでいた。舩山ら⁴⁾は「ストーマケアに関わる看護師は、やむなくストーマのある身体となったストーマ保有者の心理を思いやりながらも「継続看護」を意識におき、切れ目のない看護が行なわれるよう、ストーマ保有者を支える体制を整える役割がある」と継続看護の重要性を述べている。病棟の経験しかなかった看護師が、ストーマ外来研修に参加することでストーマ保有者の新たな一面を知り学ぶきっかけとなり、病棟でのケアにフィードバックしようという意欲やA病棟看護師のストーマリハに対する視野拡大に繋がったと考える。

【WOCN という大きな存在】

A病棟看護師はWOCNとストーマリハを共にを行い、見て学ぶことで新たな知識を得、学習意欲の向上へと繋がっていた。八尾ら⁵⁾は「ストーマ看護実践能力が低い看護師が装具交換を行う場合は、皮膚・排泄ケア認定看護師などの熟練した看護師が同席して実践の中での指導機会を増加することが、実践能力の向上に効果的である」と述べている。苦手な分野ではWOCNに頼りすぎていると感じているスタッフもいるが、A病棟看護師にとってWOCNはストーマリハを行う上で最も身近で見本となり、強みとなる存在であるといえる。

【しおり作成による患者指導体制の充実】【チームが団結しストーマ患者と関わる】

今回ストーマリハ指導用のしおりを作成したことでA病棟看護師は、患者が納得できる統一した指導を行なうことが出来るようになったと感じている。これについては、しおりで自分自身の知識の確認のみならず指導時の安心感を得ており、しおり作成により患者指導体制を充実させた事で以前あった指導時の心理的負担の軽減に繋がったと考える。また当病棟は3交代の勤務体制をとっており受け持ち看護師が毎日変化する。そうした中で患者を全人的にサポートする為に情報の共有は欠かせない。記録を充実させ情報を共有することや、チームカンファレンスを行い意見交換を行うことは仲間から情報追加や助言が得られ、ケア方法に困った時や関わりに困難を感じた時新しいアイデアが加わり問題解決に繋がるヒ

ントになる。そして、A病棟看護師はストーマリハはチームで関わるものであると認識しており、ケア実施時には一人で行なうよりもチームメンバーの協力を得関わることで、自分以外のスタッフの患者への関わり方を見て学ぶ学習の機会となり、一人で行なわなくてはならないという心理的負担の軽減にも繋がっていた。以上のようにチームで関わるストーマリハ体制を整えたことは、指導内容の充実だけでなくケアを行う時の看護師の安心感をもたらした要因であると考えられる。

【難渋症例からの心情の変化】【自分自身の成長を実感する】【次への学習課題が明確になる】

A病棟看護師は膵胆汁が排出される外瘻孔管理や巨大結腸症のストーマ管理などの難渋症例に悪戦苦闘した経験があった。その経験はA病棟看護師のストーマリハに対する意識に凄まじい印象を残し、ケアを行うことにプレッシャーを与えた。しかし悪戦苦闘しながら乗り越えた経験は、ストーマケアが出来るようにならなくてはならない、なんとかしなくてはならないという自律性を高め、覚悟と責任感を強く抱ききっかけとなった。難渋症例を経験したことでストーマ保有者が変化していく姿を目の当たりにし、自らが行ったケアがストーマ保有者に役立つという感覚を持つことで個々のスキルアップとなり、ケアへの抵抗感が軽減しトラブルの無いストーマケアなら一人でも行なえるという自信に繋がったと考える。このように、ストーマケアを習得した喜びや数々の成功体験を得ることは個人の自己効力感を高め、さらに次への学習課題を明確にしていっていったと考える。

以上から、病棟やストーマ外来での学びによりストーマリハに対する視野を拡大させたこと、しおりやチームによるストーマリハ体制の充実により安心感を得たこと、WOCNという強みとなる存在、難渋症例を経験して自己の成長を実感し自己効力感を高めたことが、A病棟看護師のストーマリハに対する意識に変化をもたらした要因であると考えられる(図1)。

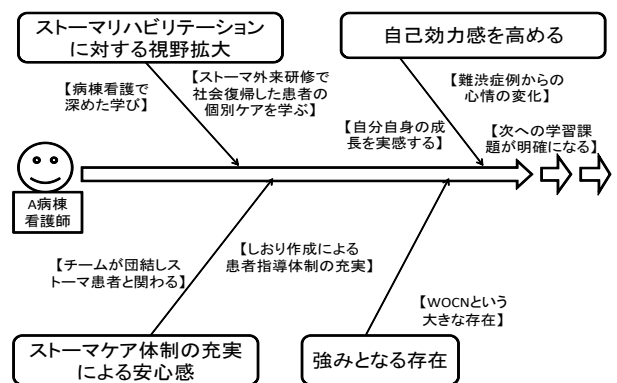


図1 カテゴリーの関連性

VIII. 結論

ストーマリハに対する視野拡大やケア体制の充実による安心感, WOCN という強みとなる存在, 自己効力感を高めることが看護師の意識に変化をもたらした要因である。

【おわりに】

本研究では研究者が同病棟者であるため主観が入りやすく解釈に偏りが生じた可能性がある。しかし症例数が少ない病棟において, ストーマ外来研修やしおり作成による患者指導体制を充実させたことは効果的なスタッフ教育の実践化に貢献できることが示唆された。

【引用文献】

- 1) 片岡真裕子: ストーマリハビリテーションに対する看護師の思い, 第 64 回国立病院総合医学会講演抄録集, 651, 2010
- 2) 岡林順子: 患者とのかかわりが苦手な看護師が苦手意識を乗り越えた要素, 日本看護学会論文集, 第 36 回看護総合, 14-16, 2005
- 3) 梶原晴菜: 外科系病棟に勤務する看護師のストーマケアに対する意識と学習会・講習会の参加状況及び学生時代に受けた教育との関連, 北日本看護学会誌, 11 (1), 23-29, 2008
- 4) 初山こずえ他: ストーマケアエキスパートの実践と技術, 照林社, 118, 2007
- 5) 八尾早希子他: ストーマ看護実践能力尺度を用いたストーマ看護実践能力の把握とその関連因子の検討 - ストーマ装具交換経験回数と受け持ち看護師経験の有無との関連 -, 第 39 回成人看護 II, 18-20, 2008

A 病院 ICU 看護師・医師の術後疼痛管理に対する認識

Recognition to nurse of A hospital ICU and doctor's pain controls after the operation

伊音 智美 市川 真理子 岡田 みずほ 藤田 博子 大東 恵 兼近 みどり

Tomomi Ion Mariko Ichikawa Mizuho Okada Hiroko Fujita Megumi Ohigashi Midori Kanechika

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 ICU

Zentsuji National Hospital Intensive Care Unit

要旨

A 病院 ICU 看護師は患者の疼痛の程度やバイタルサインを観察し、アセスメントした上で薬剤を選択し投与しているが、統一された疼痛スケールはない。どのような指標で疼痛をアセスメントしているのか疑問に感じ、A 病院 ICU 看護師・医師に術後疼痛管理についてどのように感じているのか調査した。疼痛スケールの必要性は、看護師・医師共に全員が「必要である」と感じている。看護師・医師が共通認識でき、使用できる疼痛スケールの開発を行うことが、効果的な術後疼痛管理、安心・安楽な看護の提供に繋がると考えられた。病院内で統一された疼痛スケールを使用することが今後必要である。

キーワード：術後疼痛管理 認識 疼痛スケール

【はじめに】

術後疼痛は、合併症の発生を高め、回復遅延に繋がりが臨床的に、術後疼痛管理は重要であるといわれている。

A 病院 ICU 看護師は患者の疼痛の程度やバイタルサインを観察し、個々の経験や知識に基づいて疼痛時指示の中から、患者の個別性に合った薬剤を選択し投与している。しかし、統一した疼痛スケールはなく、どのような指標で疼痛をアセスメントしているのか疑問に感じ、A 病院 ICU 看護師に術後疼痛管理についてどのように感じているのか調査した。その結果、「医師の術後指示が曖昧である」「どの程度の疼痛で薬剤投与をすればよいかわからない」という意見が多かった。

そこで、医師が求めている術後疼痛管理がどのようなものであるか知るために、看護師・医師の術後疼痛管理に対する認識を明らかにし、看護の示唆を得るために本研究に取り組むこととした。

I. 用語の定義

術後疼痛：手術後に出現する創部痛。また、それに関連する痛み。

術後疼痛管理：術後疼痛に対する薬剤投与や看護援助の提供。

6 段階スケール：フェイススケールと 0-5 の数字で疼痛を表現するスケールを組み合わせたもの。

疼痛コントロール必要値：6 段階スケールで看護師・医師が管理したいと考える疼痛コントロールの値。

薬剤使用必要値：6 段階スケールで看護師・医師が薬剤投与を必要であると考えた値。

II. 研究目的

A 病院 ICU 看護師および医師の術後疼痛管理に対する認識を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的記述研究

2. 研究対象

A 病院 ICU 看護師 18 名。

A 病院で全身麻酔下手術を行う医師 15 名。

3. 研究期間

平成 23 年 5 月～平成 24 年 2 月

4. データの収集方法とツール

A 病院 ICU 看護師 18 名、医師 15 名に独自で作成した質問紙を実施した。得られた結果の信憑性を高めるため研究者間で検討した。その結果、4 項目の質問項目を抽出した。質問項目は、0～5 の 6 択で回答を得た。

5. データの分析方法

質問紙で得られた結果を集計し、内容分析を行った。

IV. 倫理的配慮

質問紙の前文に、研究目的と研究の参加・回答は自由であり途中中止が可能であること、回答による不利益を被らないこと、収集データは研究目的以外には使用しないことを文書で説明した。無記名の回答用紙であり、回答から個人が特定できないように配慮した。回答を得ることで同意を得たとした。A病院倫理委員会で承認を得た。

V. 結果

質問紙の回収数は、看護師 18 名中 16 名 (88%)、医師 15 名中 15 名 (100%) であった。

1. 疼痛スケールの必要性

看護師・医師共に全員が「必要である」と回答した。

2. 疼痛スケール使用の有無

看護師 16 名中 15 名 (93%)、医師 15 名中 3 名 (20%) が疼痛スケールを使用していた。

3. 6 段階スケールを用いた疼痛管理

1) 疼痛コントロール必要値

看護師はスケール 2 が 16 名中 9 名 (56%) (図 1)、医師はスケール 3 が 15 名中 8 名 (53%) (図 2) であった。

2) 薬剤使用必要値

看護師はスケール 3 が 16 名中 10 名 (62%) (図 1)、医師はスケール 3・4 が、それぞれ 15 名中 5 名 (33%) (図 2) であった。

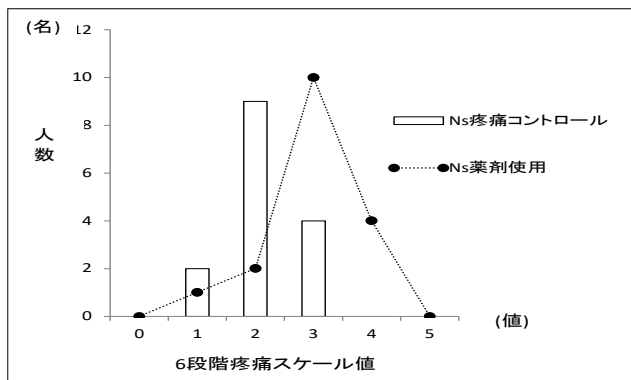


図 1. 看護師の疼痛管理

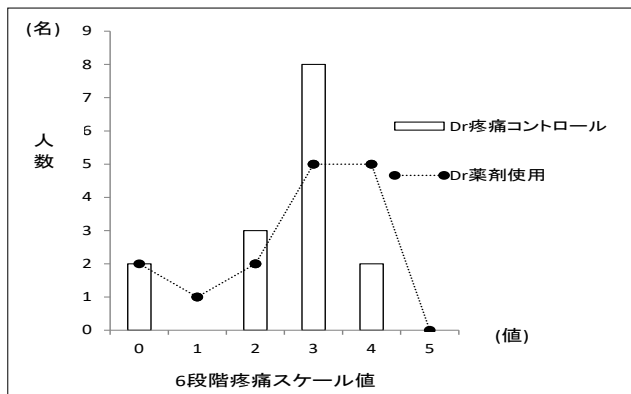


図 2. 医師の疼痛管理

VI. 考察

1. 疼痛スケールについて

疼痛スケールの必要性は、看護師・医師共に全員が「必要である」と回答した。疼痛スケール使用の有無は、看護師 16 名中 15 名使用していたが、医師の使用率は 15 名中 3 名であった。中橋は、「スケールは患者の疼痛を捉えることを助け、スタッフが患者の疼痛を共通理解するためにスケールの活用は有効である」¹⁾と述べている。A病院でも、看護師は疼痛スケールが必要であると認識しており、実際に多くの看護師が使用している現状が明らかとなった。医師は、疼痛スケールの使用率が低値であった。その要因として、常に患者の側にいる看護師が疼痛の変化に気づきやすく、医師は随時疼痛評価を行うことができない為、疼痛に対する情報を看護師から得ているからではないかと考えられる。

2. 6 段階スケールの使用について

疼痛コントロール必要値・薬剤使用必要値を 6 段階スケールの値を用い、看護師と医師で比較しようと試みた。立仙らは「数字での表現よりも、表情や言葉で訴えることを好むものもいる。その中には、理解力の低い小児や高齢者が多かった。理解力が十分ある患者でも、「数字の下に、少し痛いとか、かなり痛いとか書いてあった方がわかりやすい。」との言葉も聞かれた」²⁾と述べている。今回、6 段階スケールの各値に疼痛の強さの違いを明確に定義付けできておらず、スケールのそれぞれの値について、個人の捉え方に違いがあると考えられた。そのため、数値のみでの看護師と医師の疼痛管理についての違いを明らかにすることは困難である。今後の臨床での疼痛スケールの活用として数値で評価するスケールを用いる場合は、それぞれの値に言葉で定義付けをするか、言葉で表現する疼痛スケールを併用する必要があると考えられる。また、定義付けされた疼痛スケールを用いることで、患者自身が理解しやすく、看護師・医師にとっても経時的な変化を分析でき、適切な疼痛評価に繋がるのではないかと考えられ、A病院内においても共通認識できる統一したスケールが必要ではないかと感じている。

3. 薬剤使用のタイミングについて

城市らが行った研究結果から、「患者の鎮痛剤使用の希望がフェイススケールの 3～4 に集中している」³⁾と述べている。A病院 ICU 看護師・医師に関する薬剤必要値の結果では、6 段階スケール 3・4 で薬剤を使用すると回答しており (図 1, 2)、城市らが行った研究結果と薬剤を必要とするタイミングが一致していた。しかし、今回は患者を対象に術後疼痛管理について質問

しておらず、患者の望む疼痛管理ができていないか明らかでない。本研究に取り組んだ段階では、薬剤必要の有無もスケールで表されるのではないかと考えていた。しかし、薬剤使用のタイミングについては、患者自身が選択すべきものである為、スケール以外に選択してもらう必要がある。スケールによる客観的な判断と患者の訴えの両方を観察することで、より個別性に合わせた疼痛管理が行えると考えられた。

今回の研究では、看護師・医師自身の経験年数やスケールへの理解度に関する調査を行っておらず、年齢・経験年数・業務経験などの背景に、個人差があるため転移可能性に限界がある。

今後、これらの背景に関係なく、看護師・医師が共通認識でき、使用できる疼痛スケールの開発を行うことが、効果的な術後疼痛管理、安心・安楽な看護の提供に繋がると考えられた。また、病院内で統一された疼痛スケールを使用することが今後の課題である。

Ⅶ. 結論

1. A 病院 ICU 看護師・医師ともに疼痛スケールは必要であると感じている。
2. 数値で評価するスケールを用いる場合には、言葉での定義付けが必要である。
3. どのような背景でも、院内で共通認識できる統一した疼痛スケールが必要である。

【引用文献】

- 1) 中橋淳子, 麻薬性鎮痛薬によるがん性疼痛コントロールに対する看護師の認識と実践について, 山梨県立大学看護部紀要 11:20, 2009
- 2) 立仙美香他, ビジュアルアナログスケール (VAS) を用いた術後の除痛の一考察, 看護研究集録:57, 1998
- 3) 城市麻紀他, フェイススケールを用いた術前オリエンテーションの有効性～患者参加による術後疼痛緩和を試みて～, 益田赤十字病院誌 1:99, 2003

【参考文献】

- 1) 遠藤みどり, 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識, 山梨県立看護大学, 紀要, 5:61-70, 2003
- 2) 井出康雄, 術後鎮痛の管理と対応, 日本醫事新報, 4086:8-13, 2002
- 3) 光畑裕正, 術後疼痛管理の実際, 麻酔, 54:20-28, 2005
- 4) 妹尾育美, 術後疼痛管理の実際, 重症集中ケア, 9:4, 30-34, 2010
- 5) 行岡秀和, ICUでの鎮静・鎮痛のオーバービュー, 鎮静・鎮痛の評価法, ICUとCCU, 30:11, 903-909, 2006
- 6) 行岡秀和, ICU看護師の鎮痛・鎮静についての認識と評価, 日本集中治療医学会雑誌, 10:2, 131-134, 2003

上部消化管内視鏡検査における唾液汚染予防法の検討

—医療用不織布付きマウスピースを使用して—

Study of saliva pollution prevention methods of the endoscope

清水 沙緒里 西村 淑衣 山路 久美子 高橋 智美 西川 真理子 岸本 美子

Saori Shimizu Toshie Nishimura Kumiko Yamaji Tomomi Takahashi Mariko Nishikawa Yoshiko Kishimoto

善通寺病院 外来

Zentsuji National Hospital Outpatient Department

要旨

A病院の上部消化管内視鏡検査（以下 GIF）では検査時の唾液汚染予防のために、タオルを枕もとに敷いて唾液を受けていた。しかし、唾液の多い患者では衣服にまで唾液汚染がみられ、不快感の訴えがあった。そこで検査への苦痛が軽減できるよう、GIF 時の唾液汚染予防法について検討し、医療用不織布付きマウスピース（以下不織布マウスピース）を用いた唾液汚染予防法が有効であったため、報告する。

キーワード：上部消化管内視鏡 唾液汚染 医療用不織布

【はじめに】

A病院の GIF では、以前より検査時の唾液汚染予防のために、患者にタオルを持参してもらい、それを枕もとに敷いて唾液を受けていた。しかし、唾液の多い患者にはそれでは不十分であり、衣服にまで唾液汚染がみられることがあった。代わりにディスプレイエプロンを使用してみたが、エプロンと首元の間に隙間があると、そこから唾液が衣服に流れたり、唾液の量が多いと床まで唾液汚染が広がるがあった。また、タオルやエプロンといった、顔の下に敷きこむタイプのものでは、どうしても顔面への唾液汚染もあり、患者から不快感を訴えられた。GIF は、苦痛を伴う検査である。そのうえ唾液汚染による不快感があれば、患者にとってより苦痛な検査となってしまう。そこで、検査への苦痛を少しでも軽減できるよう、唾液を効率よく口腔から排出し、顔面や衣服への唾液汚染予防の検討を行うことにした。

山口ら¹⁾が、膿盆だけでは不十分な唾液汚染に対し、ガーゼドレーン付きマウスピースを考案しその有効性を得ているが、ガーゼより適したものがないか、違和感の軽減されるものがないかと考えた。そして、ガーゼより吸水性に優れ、安価である医療用不織布をガーゼドレーンの代わりにし、マウスピースに取り付けたものを使用して、唾液汚染予防に対する効果を検討した。

I. 研究目的

GIF 施行時に不織布マウスピースを用いて唾液汚染予防の有効性を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：因果仮説検証研究

2. 研究対象：GIF を受ける外来患者 100 名。鎮痙剤や鎮静剤使用者は除外する。

3. 研究期間：平成 23 年 5 月～平成 24 年 3 月

4. データの収集方法とツール

不織布マウスピースを使用する群を実験群、使用しない群を対照群とし、それぞれ 50 名のデータを収集した。実験群では、検査時に患者の頭の下に吸水性のアンダーパットを敷き不織布マウスピースを装着し、患者の口角から出た不織布の先を膿盆に固定して口腔から流れ出た唾液をアンダーパットと膿盆で受けるようにした。対照群では、実験群同様に患者の頭の下にアンダーパットを敷き、通常のマウスピースを使用して唾液をアンダーパットのみで受けた。観察項目として、唾液の量・唾液汚染範囲・唾液汚染による不快感・不織布マウスピースの違和感のデータを収集した。

5. 分析方法

実験群と対照群で得られた患者のデータを、マン・ホイットニーの U 検定で分析し、 $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。唾液の汚染範囲（5 件法）・唾液汚染による不快感・不織布マウスピースの違和感（4 件法）については、それぞれの項目で実験群と対照群で比較検討した。

6. 用語の定義

不織布マウスピース：通常のマウスピースに医療用不織布を取り付けたもの。

不快感：唾液汚染により快くないと感じること。

違和感：不織布マウスピースを使用することにより生じる、じっくり調和しない感じ。

7. 倫理的配慮

倫理委員会の承認を得て、個人が特定されず拒否しても不利益は被らないことなどを口頭と文書で説明し、文書で同意を得た。

III. 結果

対象者は全体で男性が 56 名，女性が 44 名であった。年齢・室温・湿度・検査時間において両群で有意差はみられなかった（表 1）。

検査中の総唾液量は一人当たり平均 7.0g であり，両群に有意差はなかったが，アンダーパットの唾液量の比較では，実験群 2.6g，対照群 6.3g で有意差がみられ，実験群の方が唾液汚染が少ないという結果になった。（図 1）また，検査時間が長い方が唾液量も多くなり，若年者ほど唾液量が多い傾向にあった。（図 2）唾液汚染範囲の結果は，実験群で①汚染なしが 74% で最も多く，②顔面のみ汚染 10%，③アンダーパットまで汚染 1%，④衣服まで汚染 2%，⑤床まで汚染はなかった。対照群では，③アンダーパットまで汚染と①汚染なしが 40% で最も多く，次に②顔面のみ汚染が 12%，④衣服まで汚染が 6%，⑤床まで汚染が 2% で実験群の方が汚染範囲は少なかった。（図 4）唾液汚染の不快感は両群ともほとんどみられなかった。（図 5）また，実験群において，90% が不織布マウスピースの違和感はないと答えた（図 6）。

表 1 唾液量に影響を及ぼすと考えられる因子の平均値 有意差 (n = 100)

	性別	年齢(歳)	室温(°C)	湿度(%)	検査時間(分)	総唾液量(g)
全体(SD)	男性56名 女性44名	69.1(±11.7)	23.8(±1.2)	55.3(±7.3)	8.7(±3.0)	7(±8.6)
実験群(SD)	男性29名 女性21名	70.9(±11.1)	23.8(±1.2)	55.7(±7.3)	8.9(±3.2)	7.8(±8.6)
対照群(SD)	男性27名 女性23名	67.2(±12.1)	23.8(±1.2)	55(±7.5)	8.4(±2.8)	6.3(±8.5)
有意差 (p<0.05)	0.688	0.18	0.751	0.702	0.29	0.06

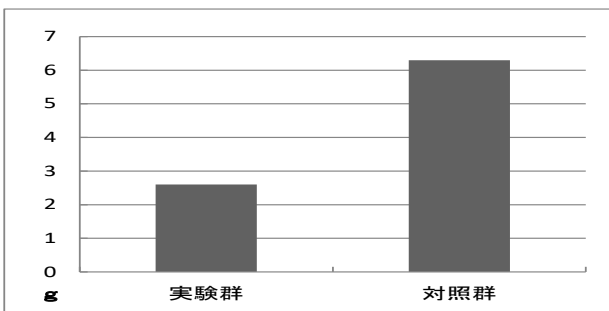


図 1 アンダーパットの唾液量の比較

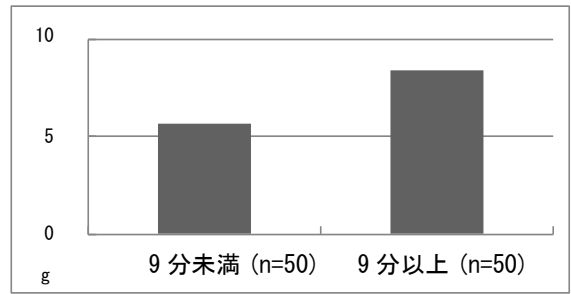


図 2 総唾液量と検査時間の関係

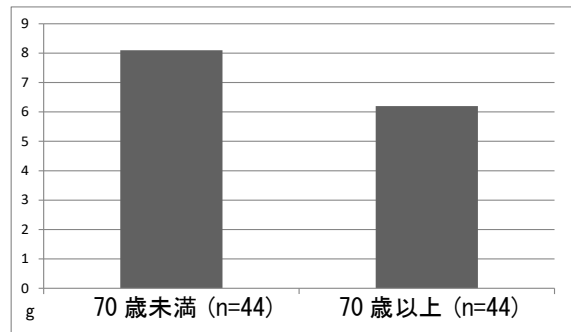


図 3 総唾液量と年齢の関係

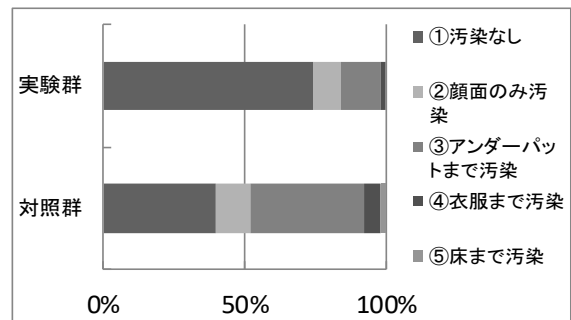


図 4 唾液汚染範囲

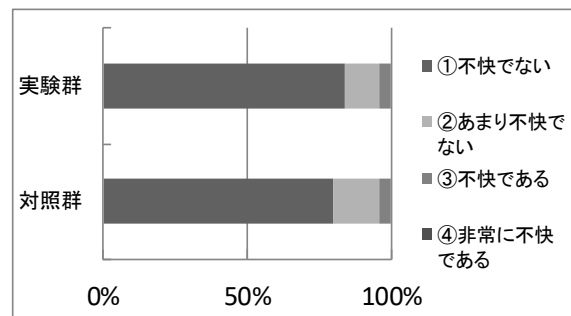


図 5 唾液汚染の不快感

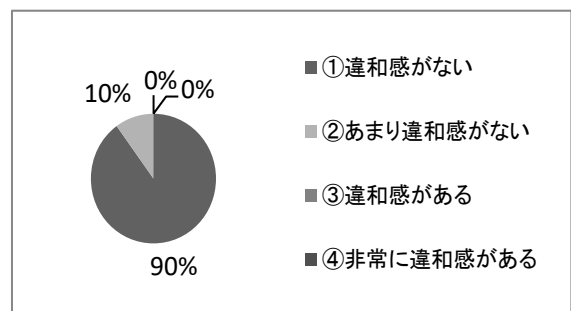


図 6 不織布マウスピースの違和感

IV. 考察

今回の結果で、総唾液量が実験群の方が多かった。これは、医療用不織布はガーゼより約 1.5 倍も吸収力が高いため口腔内の唾液まで吸収し、その結果、実験群の総唾液量が多くなったと考える。唾液を効率よく吸収するためアンダーパットへの汚染も軽減され、不織布マウスピースの効果はあったと言える。また、医療用不織布はガーゼよりも安価であり、約 1/2 の価格である。違和感も少なく、唾液汚染予防に有効な方法であったと考える。

検査時間が長くなればなるほど唾液量は増加することが明らかになった。このことより、病変部の詳細観察が必要な場合や、内視鏡治療などの長時間にわたる内視鏡挿入時は特に、唾液汚染に対する配慮や患者の観察が重要であると考えられる。また、有意差はなかったものの年齢が若いほど唾液量は増える傾向にあった。中島ら²⁾は「唾液をはじめとする消化液の分泌量の減少も、加齢による大きな特徴である。唾液の分泌は 80 歳以上になると若年者の約 1/2 となり、健康状態が不良であったり、総義歯の場合ではさらに減少が著しい。」と述べており、また、日野原ら³⁾は「高齢者では、唾液腺の分泌細胞数が減少するため唾液分泌が不十分になりやすい」と述べている。このことより、若年者ほど唾液量は多い傾向にあり、唾液汚染予防に注意して対応していく必要がある。

また、唾液汚染による不快感は実験群対照群ともにあまりみられなかった。これは、唾液汚染による不快感よりも、GIF の苦痛や不安が大きかったためではないかと考えられる。医療現場は日々進化しているが、まだまだ患者にとって苦痛の大きい検査であると言える。看護師は、患者の苦痛や不安を少しでも軽減できるようタッチングや声かけ、また検査前に不安を表出できるように環境作りをするなど常に患者に寄り添う援助ができるよう努めることである。今回の調査で得た結果を踏まえて、今後の GIF 介助に携わっていききたい。

V. 結論

1. 不織布マウスピースは、違和感もほとんどなく、安価で唾液吸収力の高い方法として、GIF 施行中の唾液汚染の軽減に有効である。
2. 検査時間が長いほど唾液量も多くなり、年齢が若いほど唾液量も多くなる傾向にある。
3. GIF を受けた患者にとって唾液汚染による不快感より検査への不安・苦痛の方が大きい。

【おわりに】

今回、不織布マウスピースを使用してもアンダーパットや衣服まで汚染されたケースもあり、個人差が認められた。これは、体動や嘔吐反射が強かったことが挙げられるが、原因がはっきりしないものもあった。口角の形の違いやマウスピースの啜え方の違いに差があったことも考えられ、不織布マウスピースに改良の余地があると言える。GIF 時の苦痛軽減のよりよい看護のため、今後の検討課題にしていきたい。

【引用・参考文献】

- 1) 山口典美：上部消化管内視鏡検査時の唾液汚染の予防—ガーゼドレーン付きマウスピースの効果—，第 40 回日本看護学会論文集—看護総合—，138-140，2009
- 2) 中島紀恵子，井出訓他：系統看護学講座専門 20 老年看護学，102 (1)，1987
- 3) 日野原重明他：看護のための最新医学講座 17 老人の医療，21 (10)，2001

認知症の周辺症状に対して病棟でグループ回想法を用いた効果

It is an effect using the style of recollection for peripheral symptom of dementia in a ward.

林 圭祐 近藤 利旨子 岩田 葵 廣瀬 久代 片岡 真喜代
奥山 真由美 (山陽学園大学看護学部看護学科)

Keisuke Hayashi Toshiko Kondou Aoi Iwata Hisayo Hirose MakiyoKataoka
Mayumi Okuyama (Sanyougakuen University)

普通寺病院 1 病棟 1 階

Zentsuji National Hospital The first floor of 1ward

要旨

A 病棟は整形外科の回復期・リハビリ期の病棟で、大腿骨頸部骨折等で認知症患者も多く入院している。病棟でのグループ回想法を通して認知症患者が、人生を振り返り意味のある人生であったと評価し直し、満足感を得て精神的に安定し、QOL の向上を図れるのではないかと考えた。病棟で回想法を行うことで C 氏は同室者となじみの関係を築くことができ車椅子に落ち着いて座ったり、病棟での回想法は拒否することなく参加できるようになった。さらに病室で安心して過ごすことができるようになったことで、リハビリ時にせん妄が出現することなく取り組むことができるようになった。認知症患者がせん妄や認知症の行動障害を起こすことなく、精神的に安定した状態で入院生活を過ごすことができるように、グループ回想法を行うことで安心できる、なじみとなる場を提供できるよう環境を整えることが必要であると考ええる。

キーワード：認知症 グループ回想法

【はじめに】

認知症の中核症状には「物忘れ」「見当識障害」「判断力の低下」などがあり中核症状に身体的、心理的、状況的な要因が加わって生成される行動障害や精神症状が認知症の周辺症状と呼ばれる。A 病棟は整形外科の回復期・リハビリ期の病棟で、大腿骨頸部骨折等で認知症患者も多く入院している。認知症患者との係わりの中で、認知症の周辺症状として様々な行動・心理症状がみられることがあるが「なぜこのような行動をとるのか?」「なぜこちらの言うことを聞いてくれないのか?」「なぜこちらの考えを聞いてくれないのか?」と医療者本位に考えてしまう。しかし認知症患者も不安や混乱、焦燥感など自分の気持ちを訴えることが困難で思いを理解して欲しいという気持ちを持っていて、精神的に不安定になっているのではないかと考えた。B 病院のリハビリテーション科では認知症患者に対してグループ回想法を取り入れたリハビリテーションを毎日行っている。竹田らは¹⁾「回想法は、表情の変化、会話・発言の増加、他者との交流の増加、行動の変化・自主性の増加などの効果をもたらす」と述べており、今回グループ回想法を通して認知症患者が、人生を振り返り意味のある人生であったと

評価し直し、満足感を得て精神的に安定し、QOL の向上を図れるのではないかと考えた。

I . 目的

認知症患者に対して病棟でグループ回想法を取り入れることで、看護介入の一助として、示唆を得ることができる。

II . 用語の定義

1. グループ回想法：グループを対象にし、対象者の過去の出来事や生活に焦点をあてて人生を振り返る支援をすることで、心の安定や周囲の人との質の高い交流を目指す援助方法のひとつ。
2. DBD 認知症傷害尺度：28 項目からなり、認知症の軽度から最重度に至るまでの行動異常が網羅されている。最近 1 週間くらいのあいだに対象者にみられる各行動障害の出現頻度を介護者に質問し、5 段階で評価するもので、介護負担度との相関が強い。評価の範囲は 0 ~ 112 点であり、得点が高いほど、行動障害による介護負担が重いことを示す。

3. 身ぶりの表現の分類表：対象者の身ぶり表現から、その意味内容を抽出したもの。身ぶり表現の例示から体をあずける、身を乗り出すといった全身を使った表現、表情、視線、人との距離のとり方など、それぞれ7種類の肯定的な感情・否定的な感情を抽出する。

Ⅲ. 方法

1. 対象：B病院のリハビリテーション科で行なっているグループ回想法に参加している認知症患者C氏。93歳女性、自宅でポータブルトイレに移動しようとして転倒する。10/18入院となり右大腿骨頸部骨折と診断される。入院後スピードトラック牽引開始、誤嚥性肺炎により呼吸状態が悪く酸素吸入開始となった。10/26人工骨頭置換術を施行し、術後脱臼予防のヒッププロテクター装着。ヒッププロテクターが気になり外そうとしたりベッド柵を乗り越えようとするのがあり日中夜間に胸抑制をしていた。また看護師に対して「殺せ、死んだらええんじや」「御飯食べさせてくれ、暴れるぞ」など激しい言葉を使ったり、眠前薬を吐き出し拒薬することもあった。不穏行動がみられリハビリも実施困難な状態であった。11/10A病棟転棟となる。長谷川式簡易知能評価スケールは、8点である。

2. 期間：平成24年11月～平成24年12月

3. タイムスケジュール 1週目：1週間の患者の状態を観察し朝のカンファレンス時にチームメンバーでDBD認知症傷害尺度を使用し患者の認知症の周辺症状を評価する。

2週目：月曜日から金曜日の午後に1時間程度B病院の作業療法士が行っているグループ回想法に参加中の患者の発言や反応を研究メンバーが研究用記録用紙に記載する。さらにグループ回想法後に病棟で、当日グループ回想法で話し合った話題について患者と研究メンバー1名で10分間話をして振り返る。その際の患者の発言や反応を観察し身ぶりの表現の分類表から肯定的な感情を表しているか、否定的な感情を表しているのか記録する。

3週目：昼食後、当日のC氏の受け持ち看護師が病棟でC氏の同室者と一緒に昼食後にグループ回想法を30分間行なう。昔の写真を見たり昔の遊びをして思い出を語ってもらう。その際の患者の発言や反応を観察し身ぶりの表現の分類表から肯定的な感情を表しているか、否定的な感情を表しているのか記録する。

4週目：4週目の患者の認知症の周辺症状を、朝のカンファレンス時にチームメンバーでDBD認知症傷害尺度を使用し評価する。1週目と比べ認知症の周辺症状の変化を調べる。

Ⅳ. 研究の倫理的配慮（対象者の保護）

対象患者および家族に対して研究の主旨と方法を文章と口頭にて説明し承諾を得た。研究への不参加・途中中止が可能なことやその際に不利益が生じないことを説明した。研究に際して、B病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅴ. 結果

11/10、C氏は整形外科の回復期病棟であるA病棟に転入し、ナースステーション横の多床室に入室した。入室した部屋には大きなテーブルがあり、そこで同室者と話をしたり食事はテーブルで同室者4人と一緒に食べるようになった。C氏は同室者と話すことで車椅子から立ち上がることなく座っていた。抑制は夜間と車椅子に座っている時のみ行った。11/26車椅子座位時抑制解除となり11/30より夜間不穏はみられず胸抑制は解除した。リハビリ時もしんやがみられなくなった（表1）。転棟時のDBDスケールは7点、退院時は21点だった（表2）。

表1 C氏の転入後の経過

11/13 1週目	リハビリでの回想法に参加中「えらい」「足が痛い」「なんで私だけこんなことするんな」と参加を嫌がる。参加中はほとんど眠っている。話かけるが反応はなく、否定的な身ぶりの表現がみられた。
11/14 1週目	夜間胸抑制中「看護婦さん、ちょっとトイレ」と、ごそごそ動きズボンを脱いでいる。日中にヒッププロテクターを外して、直そうとすると手をもってきて手を噛もうとする。リハビリでのグループ回想法に誘うが嫌がり参加中はズボンを触ったり、ヒッププロテクターを気にしている。回想法の終了後ベッドに臥床し、ベットサイドで話を聞こうとするが「おしりが痛い」とズボンとオムツを脱ごうとして話に集中できない。しかし車椅子に座り勤めていた仕事のことや生まれ育った地域のことを尋ねると、こちらに視線を向け「看護婦しよった」「産婆しよった、呼ばれたら行きよった」と話してくれた。
11/20 2週目	病棟で回想法を実施する。同室者と共に紙風船で遊ぶ。昔葉屋さんが紙風船を持って来てくれたと会話にも参加している。同室者の話に頷くなど肯定的な感情を表す身ぶりがみられた。
11/26 3週目	C氏は看護婦、産婆をしていたことから沐浴をして昔の思い出を語ってもらうようにグループ回想法を実施。手が震えて、赤ちゃんの人形を使つての沐浴は実施できなかった。しかし人形を見て当時どのように沐浴をしていたかを教えてくれた。自身の子育てについて話す。
12/2 4週目	病棟での回想法で地元のお祭りについて話をする。祭りの由来や思い出を笑顔で話す。同室者に自分から思い出を話す。長い間他者が話していると寝衣をゴソゴソと触っている。地元の思い出についてよく覚えている。毎食後同室者と30分程度車椅子に座り話をしている。
12/9 4週目	病棟での回想法でわけぎのぬたあえ、あんもちの写真などをみってもらう。同室者と地元の餅屋について話す。会話もしっかりとしていた。

表2 C氏のDBDスケール結果

行動症状項目	転入3日後 11/13	退院時 12/10
昼間、寝てばかりいる	0	3
落ち着きなくあるいは興奮して やたらに手足を動かす	0	4
陰部を露出する	3	4
同じ動作をいつまでも繰り返す	0	4
根拠なしに人に言いがかりをつ ける	0	1
合計	7点	21点

VI. 考察

認知症患者はなじみの場、なじみの関係性が形成された時に安定した行動がとれるようになっていられると言われており、山田は²⁾「仲間4～5人ほどの少人数だと、なじみの関係ができやすい。なじみの顔がそろうことで、食事の時間がきたという見当識を助けることにもつながる」と述べている。C氏は転入後食事を同室者と一緒に食べることで、同室者となじみの関係を築くことができ車椅子に落ち着いて座ったり、病棟での回想法は拒否することなく参加していたのではないかと、さらに病室で安心して過ごすことができるようになったことで、リハビリ時にせん妄が出現することなく取り組むことができるようになったのではないかと考える。また水谷らは³⁾「グループ回想法の効果として情緒面の安定や問題行動の軽減、対人交流の促進などが認められている」と述べている。病棟での回想法を実施することは患者同士の交流の機会を促し、お互いに共感したり同じような人がいるという安心感を持つ機会となったのではないかと考える。大腿骨頸部骨折で入院した認知症患者の場合、突然の入院や環境の変化、活動が制限されることによりせん妄が発生する可能性は高く、せん妄が発生すると治療をすすめていく上での妨げとなる。認知症患者がせん妄や認知症の行動障害を起こすことなく、精神的に安定した状態で入院生活を過ごすことができるように、グループ回想法を行うことで安心できる、なじみとなる場を提供できるような環境を整えることが必要であると考え、退院時の

DBDスケールの結果が、転入時に比べ悪化していたが、DBDスケールを評価した時期が、術後の急性期と回復期で評価しており患者の状態に変化があることから、2つの時期を比較し評価することは難しいといえる。転入後、患者の精神が落ち着き同室者と過ごしたり、リハビリ時にもせん妄が出現することなく取り組めるなど、患者により傾向がみられていたことから、転入後から退院後の間にもDBDスケールの結果が良くなるような変化もみられたのではないかと考えられる。

VII. 結論

患者にとってなじみの場となった病室で、看護師が、グループ回想法を行なうことは、患者の精神が落ち着き、手術後のリハビリを進める助けとなり、QOL向上を図る為の看護介入の一助となり得る事が示唆された。

【引用文献】

- 1) 竹田恵子, 中尾美幸, 池田薫他: 高齢者に対する回想法の効果～回想ボードを用いた試み～第37回日本看護学会論文集(老年看護), 184-186, 2006
- 2) 山田律子: 認知症高齢者の生活環境づくり, 認知症高齢者の看護(中島紀恵子), 98, 医歯薬出版株式会社, 2011
- 3) 水谷信子: 最新老年看護学, 269, 日本看護協会出版会, 2011

【参考文献】

- 1) 廣木沙世: 認知症高齢者の回想法で得られる情報とケアへの継続性, 第37回日本看護学会論文集(老年看護), 6-8, 2006
- 2) 飯干紀代子: 今日から実践認知症の人とのコミュニケーション感情と行動を理解するためのアプローチ, 中央法規出版株式会社, 2011
- 3) 中島紀恵子: 認知症高齢者の看護, 医歯薬出版株式会社, 2011

ストーマ装具の装着疑似体験をした看護師の思い

The thought of the nurse who did the wearing simulated experience of ostomy appliances

佐々木 綾花 宮武 瞳 片岡 春美 香川 秀子 岡 千穂
Ayaka Sasaki Hitomi Miyatake Harumi Kataoka Hideko Kagawa Chiho Oka

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 1 病棟 2 階
Zentsuji National Hospital The second floor of 1 ward

要旨

ストーマリハビリテーションを行っている看護師に対してウロオストメイトの疑似体験を行った。痒みによる辛さ、動作時の違和感、眠れない、漏れることへの不安の思いが上がった。体験者は各自で不快感、不安に対して工夫も行っていった。しかし、痒みに対する不快感の意見が多かったにも関わらず、痒みに対しての工夫は漏れる事への不安にもつながるため出来なかった。以上のことよりケア時の痒みに対する工夫の必要があると考えられる。

キーワード：ウロオストメイト、疑似体験、思い

【はじめに】

ウロオストメイトの多くは、癌に罹患したことに対して衝撃を受け、手術に対する不安、ストーマ造設というボディイメージの変化に伴う身体的、心理的、社会的に不安定な時期を在院日数の短縮化に伴い早期から在宅で過ごしている。入院時、術前オリエンテーションをパンフレットを用いて行っている。術後も患者の状態に合わせてストーマリハビリテーションを行っているが、その中で、ストーマ造設にともなう患者の様々な思いを十分理解した関わりが行えているのだろうか。また、説明では術前同様の生活ができることを伝えているが、生活の中で看護師が気付かない制約があるのではないかと考えた。生駒久美子ら¹⁾はオストメイト疑似体験を通して知識・技術の向上とケアの改善、パンフレットの改善を目的に研究されているが、ウロオストメイトの思いについては明らかにされていない。そこで、実際に A 病院の看護師の疑似体験を通してのウロオストメイトの思いを明らかにしたいと考えこの研究に至った。

I. 研究目的

ウロオストメイトの疑似体験をした看護師の思いを明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究参加者：A 病棟看護師 10 名（ランダムに選択）
2. 調査期間：平成 24 年 10 月 1 日～ 11 月 1 日

3. 方法

- 1) 研究参加に同意が得られた看護師に、3 日間ストーマ装具を装着し過ごしてもらう。ストーマパウチの種類はユーケアー UC を使用した。装着位置は各自でストーマサイトマーキングを実施し装着してもらった。ストーマパウチの中には尿に見たてたお茶を 100ml 入れる。入浴、シャワー浴、運動など普段通りの生活を過ごしてもらい、皮膚に異常が生じた場合には中止することを伝えた。
- 2) プライバシーが保てる部屋にて 20 分程度の半構成的面接で体験についてオープンクエスションでインタビューし、承諾を得たうえで内容を録音する。
- 3) 分析方法は思いを逐語録から抽出し、グランテッドセオリーを使用して分析を行った。

4. 用語の定義

ストーマリハビリテーション：ストーマ保有者の心身および、社会生活の機能を回復させ 促進する技術と方法。

疑似体験：ウロオストメイトの立場や境遇に似せた状況を作り、実際にウロオストメイトの立場や境遇におかれたかのような体験をすること。

ストーマ装具：ストーマに装着する装具。面板とパウチも含む。

5. 倫理的配慮

看護師に、研究の目的・内容を同意書、口頭で説明したうえで、研究参加は自由であること、中断及び中止が

できること、話したくないことは話す必要は無いことを説明する。また、研究以外の目的でデータを使用しないこと、研究終了時点で得られたデータは全て破棄することを伝える。

表1 ストーマ装具を疑似体験した看護師の思い

【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉	「コード」
痒みによる辛さ	痒みが1番辛い	<ul style="list-style-type: none"> ・痒みが一番気になった ・汗で蒸れて痒みが一番気になる ・患者さんにかぶれや、痒みは辛いだろう ・3日目が一番辛い
	面板周囲がしばらく辛い	<ul style="list-style-type: none"> ・面板の周りもかゆみがあって辛かった ・面板を剥がした今でもちょっと辛い
	入浴後痒みが増強	<ul style="list-style-type: none"> ・お風呂とか、暖まったら特にかゆみが強くなった ・掻いたら剥がそうで辛かった
	皮膚トラブルの発生（かぶれ、発赤）	<ul style="list-style-type: none"> ・面板のところが、かぶれてはないけど、掻くと赤くなった ・皮膚が弱いからかぶれた
動作時の違和感	装具を装着することによる違和感	<ul style="list-style-type: none"> ・普段ないものが着いているから、違和感がある。すごい気になって何をすることも気になった ・足を上げたり、座ったりした時には違和感で装着していることを意識した
	背伸びをしたときの皮膚のつっぱり	<ul style="list-style-type: none"> ・背伸びすると皮膚がつっぱって剥がれそうなきももあった ・家事動作時、身体が伸びたとき皮膚が突っ張る感じがした。
	しゃがむ動作時の違和感	<ul style="list-style-type: none"> ・和式トイレや拾う動作では面板が食い込み上手くしゃがむ事が出来なかった ・しゃがむとコックが気になった ・階段の昇降やソファでは、コックがあたって気になった
	内容物の重さで動きづらい	<ul style="list-style-type: none"> ・走ると音がチャポチャポ気になるし、重さもあって走りにくい ・走ると音がチャポチャポ気になるし、重さもあって走りにくい ・100cc入って重さも感じた
違和感で眠れない	重み（尿が動く）違和感で眠れない	<ul style="list-style-type: none"> ・夜も寝返りを打つごとに目が覚めた ・寝入るまで、パウチの中のお茶の重みの違和感で寝付きにくい
	姿勢の制限によって眠れない	<ul style="list-style-type: none"> ・普段通り、うつぶせではパウチが圧迫されて眠れなかった ・ウロバックに接続するとより拘束感があり眠れないだろう
漏れることへの不安	お風呂で濡れて漏れることへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・普段通りにシャワーが出来るかと指導するが、自分がシャワーすると濡らすことで漏れるのではないかと不安だった ・湯船に浸かったけど、剥がれるのが怖くて短めにさっと出た。 ・お風呂からあがってパウチを拭いても濡れている感じがしてずっと気になった ・面板の辺りも洗いたいけど剥がれそうで洗えなかった
	着脱時のひっかかりによる漏れへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレで下着をおろす時一緒に面板がひっかかり外れそうだった ・着替えの時、コックが服に引っかかりそこから漏れそうだった ・緩い服だと固定されなくてパウチの重さで漏れてしまう気がする
	外出先で漏れることへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・外出先で患者さんは尿で濡れてしまったらショックだし、外出もおっくうになる ・仕事でも漏れることが一番の気がかり
	睡眠時に漏れる事への不安	<ul style="list-style-type: none"> ・姿勢によってパウチを圧迫して漏れそうなきがした ・ウロバックに接続していなかったら、パウチがいっぱいになって漏れることもあるだろう。
ボディイメージの障害	周囲へパウチの音が聞こえていないか気になる	<ul style="list-style-type: none"> ・着替え中や外出先のトイレで周りに人がいて「ガサガサ」って周りに聞こえたのかと思いきや気になった ・歩いたり、走ったりすると中の水の音や袋がこすれる音が他の人に気づかれるのが気になった
	装具が見えそうで周囲の目が気になる	<ul style="list-style-type: none"> ・服で見えないだろうけど、ストーマパウチのふくらみで、周りの人の目が気になった。 ・着替えのときも他の人もいたから恥ずかしかったからそっと着替えた。
	衣服において考えられる制限	<ul style="list-style-type: none"> ・タイトな服は無理。 ・ストーマパウチを着けてもおしゃれをしたいという人もいるし制限とかあるように思う。 ・ストーマが邪魔で下着がきちんと装着できず気持ち悪い
	家族のおどろいた反応	<ul style="list-style-type: none"> ・家族にも見せるとびっくりしていた
漏れないようにする工夫	入浴時に濡れて漏れない工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ストーマの所にタオルをすることで濡れは少なかった ・パウチにピンポイントでお湯を掛けないように入った ・剥がれることを気にしていつもより短くすませた ・剥がれてきたときはあまり触らず湯船から出た
	補強テープの使用	<ul style="list-style-type: none"> ・剥がれそうなき所は補強テープを使用してお風呂に入った
	着脱時に装具を固定する為の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・少しきつめの服やタイツでストーマを押さえた
周囲に気づかれない工夫	周囲からの視線に対する工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・タイツを使用し水の音や、袋が擦れる音がもれないようにした ・周囲にストーマが気づかれないような服を選んだ ・着替えるときには装具を隠しながら（タイツなど使用して）着替えた
違和感が軽減する工夫	日常生活において違和感があったが慣れてきた	<ul style="list-style-type: none"> ・タイツなど工夫もして慣れてきた ・背伸びしたりしゃがむ時はパウチを押さえながら動いた ・着けてみて違和感は徐々に慣れた
ウロオストメイトへの思いの寄り添い	一生続くかもしれない憂鬱	<ul style="list-style-type: none"> ・これが一生続いたらと思うと辛く、憂鬱になる ・排泄物が持続的にできるのは辛い ・かゆみや皮膚トラブルで軟膏つけたら、面板はくっつかないし、自分だったら3日も耐えられない ・趣味に対しても消極的になってしまうのではないかと
	尿が漏れた場合の不快感	<ul style="list-style-type: none"> ・もし漏れたら本来なら、尿だし臭いとか気になるだろう
	ウロオストメイトの気持ちに近づける	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の体験を通して、患者さんの気持ちによりそえてよかった。 ・患者さんと関わる中で、細かい所も質問される方もいて、その気持ちも分かった ・患者さんは知識はまだ無い為、生活において、心配もたくさんあるだろう
	ウロオストメイトが看護師に抱く思いが予測できた	<ul style="list-style-type: none"> ・自信や知識がない看護師が装具交換して漏れると心配になる。 ・「ストーマ着けたことない人に指導されても、気持ちわかるの？」って思う患者さんもあると思う
ストーマケアの見直し	今後の指導において具体的に説明していきたい	<ul style="list-style-type: none"> ・出来るだけ元の生活に近づける工夫を考えたい ・服を実際着てみて服にあうパウチの位置とか退院後の事も考えられると良い ・体験をしたからこそ自信を持って日常生活を送ることが出来ることを伝えられる ・シワのないところにストーマを作るの大切だと改めて感じた ・コックの引っかかりが気になるから、パウチを覆う袋とか作って引っかかりないように工夫する
	今後の指導の参考になった	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に自分が着けたことのある意見を伝えられるため、説得力のある説明ができる ・今までの指導では想像でしか伝えなかったが、患者さんの不安が予測できるようになった
	今までの指導についての反省、一方的な指導の反省	<ul style="list-style-type: none"> ・体験してみて、振り返ると一方的な指導だった ・これまで本当に患者さんに共感していたのか見直す事が出来た
剥がした後の爽快感	剥がした後の爽快感	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワーでようやく外して思い切り掻いた ・装具を外した時には快適だった

Ⅲ. 結果

看護師 10 名から 208 のコードが抽出され、30 のサブカテゴリ、11 のカテゴリが形成された。以後カテゴリを【】、サブカテゴリは〈〉、コードを「」と表す。看護師 10 名は、ストーマ装具を自分に装着することは初めてであった。

ストーマ装具装着体験看護師概要（人）看護経験：5 年未満 (5), 5～10 年 (1), 10～20 年 (1), 20 年以上 (3)
ストーマケア経験：5 年未満 (6), 5～10 年 (4)
体験中に漏れなかった：(8)
体験中漏れてしまった：(2)

Ⅳ. 考察

疑似体験を通して【動作時の違和感】、【違和感で眠れない】、【漏れる不安】、【ボディイメージの障害】にあるように、日常生活の中にはさまざまな制約があることに気づいた。

「家事動作時の皮膚が突っ張る感じ」、「背伸びすると皮膚がつっぱって剥がれそうなきもあった」などの動作は皮膚の伸展に面板が追随出来ず皮膚の突っ張り感を生じ、「和式トイレや拾う動作では面板が食い込み上手くしゃがむ事が出来なかった」では、面板の外縁部が腹部にあたると面板が剥がれそうになるというような【動作時の違和感】が【漏れへの不安】を生じていると考える。

「夜も寝返りを打つごとに目が覚めた」、「パウチの中のお茶の重みの違和感で寝付きにくい」など普段感じる事のない腹部での波打つ感覚や重さ、「普段通り、うつぶせではパウチが圧迫されて眠れなかった」という【違和感で眠れない】うえに、眠ろうとすると「姿勢によってパウチを圧迫して漏れそうな気がした」という〈睡眠時に漏れる事への不安〉を生じ【漏れへの不安】につながっていると考える。

また患者指導の時は、パウチを装着したままシャワーや入浴が出来る事を説明しているにも関わらず、「湯船に浸かったけど、剥がれるのが怖くて短めにさっと出た」、「面板の辺りも洗いたいけど剥がれそうで洗えなかった」などの〈お風呂で濡れて漏れることへの不安〉を抱えているため、実際には短時間の入浴や面板周囲の洗浄が出来ず満足した入浴は難しかった。着脱時にも、ストーマ装具に意識していないと「トイレで下着をおろす時一緒に面板がひっかかり外れそうだった」、「着替えの時、コックが服に引っかかりそこから漏れそうだった」など〈着脱時のひっかかりによる漏れへの不安〉があった。

【ボディイメージの障害】に関しては、外出時には〈周囲へパウチの音が聞こえていないか気になる〉、〈装具が見えそうで周囲の目が気になる〉など周囲からの視線への不安があり、それらが「タイトな服は無理」というような〈衣服において考えられる制限〉につながっていると考える。このように【ボディイメージの障害】の周囲からの視線への不安があるため、「外出先で患者さんは尿で濡れてしまったらショックだし、外出もおっくうになる」、「仕事でも漏れることが一番の気がかり」などの〈外出先で漏れることへの不安〉を生じていると考える。

以上のことから活動中から眠る時に至まで多くの制約があり、常に【漏れへの不安】とともに過ごしていることがわかった。

それらの制約を少しでも軽減できるように【違和感が軽減する工夫】、【漏れないようにする工夫】、【周囲に気づかれない工夫】といった対処行動につながった。〈背伸びをしたときの皮膚のつっぱり〉、〈しゃがむ動作時の違和感〉に対して「背伸びしたり、しゃがむ時はパウチを押さえながら動いた」ことで剥がれそうになる動作に対して意識が出来たと考える。〈内容物の重さで動きづらい〉ことに関してはパウチの重さをタイツなど使用する事で体幹に固定が出来ることで〈日常生活において違和感があつたが慣れてきた〉と考える。【動作時の違和感】に対しては【違和感が軽減する工夫】につながった。そして、〈お風呂で濡れて漏れることへの不安〉に対して「ストーマの所にタオルをすることで濡れは少なかった」、「パウチにピンポイントでお湯を掛けないように入った」、「剥がれることを気にしていつもより短くすませた」などの〈入浴時に濡れて漏れない工夫〉や〈補強テープの使用〉を行った。〈着脱時のひっかかりによる漏れへの不安〉に対しては「少しきつめの服やタイツでストーマを押さえた」事で【漏れることへの不安】に対して【漏れないような工夫】がされたことがわかった。また、タイツを使う事は〈装具が見えそうで周囲の目が気になる〉、ことに対して、水の音や、袋が擦れる音が漏れないようになり、パウチのふくらみを押さえることや着替えるときには周りの人からパウチを隠す事が出来た。〈衣服において考えられる制限〉については「周囲にストーマが気づかれないような服を選んだ」としてふくらみのある服を着た。【ボディイメージの障害】に対して【周囲に気づかれない工夫】へとつながったと考えられる。今回の疑似体験の期間は 3 日間という短期間の設定であったため、それらの制約を自分たちなりに工夫し過ごすことが出来た。

しかし、ウロオストメイトは「一生続くかもしれない憂鬱な思い」や「かゆみや尿が漏れた場合の不快感」【漏れへの不安】など様々な感情を抱くのではないかと考える。

【痒みによる辛さ】に関しては、それに対する工夫点は上げられていなかった。今回の疑似体験で「痒みが一番辛い」という意見が多かったにも関わらず、痒みの軽減の工夫はされていなかった。それは「お風呂とか、暖まったら特にかゆみが強くなった」入浴時は装具が濡れて漏れる危険性があり「掻いたら剥がれそうで辛い」ということや、軟膏などを使用することで面板の粘着力が低下して剥がれるおそれがあることが【漏れる不安】を生じ、工夫点することが出来なかったのではないかと考える。そして、軽減する工夫にいたらず3日間を我慢して過ごし【剥がした時の爽快感】へ思いが繋がったと考える。

工藤拓実ら²⁾は「日常生活動作が増える不便では、その行動をとる上で、苦勞の共感により、造設者の行動の継続を促す援助が必要である」と述べている。今回の疑似体験を通して、ウロオストメイトが抱く様々な感情を、直接感じる事が出来たからこそ【ウロオストメイトへの思いの寄り添い】から苦勞の共感が出来たと考える。さらに、「患者に自分が着けたことのある意見ストレートに伝えられるため、説得力のある説明ができる」、「今までの指導では想像でしかいえなかったが、患者さんの不安が予測できるようになった」など【ストーマケアの見直し】から造設者の行動の継続を促すことへとつながったことがわかった。

V. 結論

1. 208のコードが抽出され、30のサブカテゴリ、11のカテゴリ、が形成された。
2. 疑似体験を通して、漏れることへの不安を常に抱えて生活していることに気づいた。
3. 【動作時の違和感】、【漏れることへの不安】、【ボディイメージの障害】に対しては日常生活の工夫をすることが出来た。しかし、【かゆみによる辛さ】を感じながらもかゆみの工夫は出来なかった。
4. 疑似体験を通して【オストメイトへの思いの寄り添い】を感じることができた。

VI. おわりに

痒みに対して、少しでも装具を剥がした時の爽快感や解放感が得られるように、工夫することが今後の課題となった。

ウロオストメイトは、一見すると健常者とさほど変わらないように見えるが、その裏では不安とともに気を遣いながら日常生活をおくっている。今回、ウロオストメイトの不安の一部を体験し共有することが出来た。今後のストーマケアの際、元通りの生活とは難しいが不快な思いや不安に対して、工夫をすることでよりストーマとの生活を受容しやすいよう見守り、支援していきたい。

【引用文献】

- 1) 生駒久美子他：ストーマケアにおける看護師の知識・技術の向上をめざして、日本農村医学誌,53(3),462-462,2001
- 2) 工藤拓実他：パウチ装着模擬体験による人工肛門増設者の不安・不便,消化器外科ナーシング,11(5),80-83,2006

【参考文献】

- 1) 岩間智子, 上道悦子, 青山千夏：ウロストーマ保持者のQuality of Life,STOMA,60-65,1991
- 2) 西山博之：データで見る尿路変向のトレンド,泌尿器ケア,15(1),16-20,2010
- 3) 日本ストーマリハビリテーション学会：ストーマリハビリテーション学用語集(第2版)43,66,金原出版(東京),1997
- 4) 松浦信子：ストーマ造設の告知を受けた患者へのケア,月刊ナーシング,32(1),8-20,2012

白内障手術を受けた患者の退院後保護眼鏡装着の現状

Current status of wearing protective glasses after surgery in patients who underwent cataract surgery

小島 伴子 宮本 貴子 眞鍋 かおり 三日月 正子 花岡 沙也加 大西 操 十鳥 瑞穂

Tomoko kojima Takako miyamoto Kaori Manabe Masako Mikazuki Sayaka Hanaoka Misao Oonisi Mizuho Jyuutori

国立病院機構善通寺病院 1 病棟 3 階

Zentsuji National Hospital The third floor of 1ward

要旨

保護眼鏡を 14 日間装着できた人とできなかった人は半数ずつであった。保護眼鏡を 14 日間装着できた人は意識づけができており、好印象を感じていたが 14 日間装着できなかった人は危機意識が低く、意識づけができていなかった。以上のことよりパンフレット内容、説明方法の見直しと統一、外来との連携を密にして患者の個々の価値観に働きかける習慣づけを行うことで正しい認識ができる指導方法への変更が必要であると考えられる。

キーワード：白内障術後 保護眼鏡 装着の認識

【はじめに】

白内障手術後は点眼による感染予防が中心であるが、術後管理のひとつに保護眼鏡の装着がある。眼の保護方法は病院により異なっているが A 病院では医師の指示のもと術後眼内炎と外的刺激による眼球損傷の予防のために、術後の定期受診期間である 14 日間の保護眼鏡装着を指導している。

大鹿¹⁾は「現在の日本における白内障手術後眼内炎の発症率が約 0.05%，すなわち 2,000 例に 1 件程度と考えてよい」と報告している。また三戸岡²⁾は「術後にも創口から細菌が眼内に侵入することも否定できないため、術後の患者への清潔ケアの指導も重要である。」と述べている。白内障手術を受けた患者は視力の回復を期待しているが術後眼内炎の発症や眼球損傷すると失明する可能性が高い。日常生活のなかでは外傷による眼球損傷のリスクがあり、白内障術後に眼内炎や眼損傷をきたすと術後に期待される視力回復が望めなくなる。

A 病院では入院前の外来で医師から保護眼鏡の説明を行い、入院時に再度保護眼鏡の必要性の説明を行っている。入院中に保護眼鏡の装着理由や時間についての質問があるが、手術後や通院時に保護眼鏡を装着できていない患者が見受けられる。それは必要性の認識の違いがあるからだと考える。また 14 日間の保護眼鏡の装着が守られていなかったことで眼損傷し再手術となった患者がいる。そこで術後保護眼鏡装着の必要性の認識度と装着の現状を調査し今後の保護眼鏡の有効な活用につなげたいと考えた。

I. 研究目的：白内障手術後の保護眼鏡装着の現状と必要性の認識を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究

2. 研究対象：保護眼鏡を購入し白内障手術後翌日退院した患者のうち、本研究に同意を得られた患者 34 名。

3. 研究期間：平成 24 年 8 月～12 月

4. 調査方法

1) 保護眼鏡の装着状況と必要性の理解度を認識として独自にアンケートを作成し調査した。アンケート内容は「保護眼鏡装着期間」「保護眼鏡装着場面と未装着場面」「装着しなかった理由」「保護眼鏡の必要性と認識」「装着しての感想とその理由」についてとした（「保護眼鏡の必要性」「装着しての感想」は「すごく知っている」から「まったく知らない」の順位尺度法、「保護眼鏡装着場面と未装着場面」「装着しなかった理由」「装着しての理由」は複数回答可）。

2) 手術後 14 日目の外来受診日の待ち時間に回答した後外来看護師が回収して調査を行った。

5. 分析方法

アンケート結果は項目毎に単純集計し分析した。保護眼鏡の 14 日間装着の有無で比較し、14 日装着できていなかった理由を分析した。有意差がみられそうな項目に対して χ^2 検定を行った。

6. 用語の定義

保護眼鏡：感染予防と外部の刺激から眼を保護する眼鏡。

7. 倫理的配慮

研究対象者には入院時に本研究の趣旨，調査協力の有無は自由意志に基づき，データは統計的処理し本研究以外では使用しない旨を口頭と文書で説明し，同意が得られた患者に調査への協力を依頼した．本研究は当院の倫理委員会の審査を受け承認を得ている．

III. 結果

アンケートは 42 部配布し 34 名から回答が得られ回収率は 80.9%，有効回答率 100% であった．そのうち男性 17 名 (50%)，女性 16 名 (47%)，無回答 1 名 (3%)，平均年齢は 77.9 ± 6.2 歳であり 70 歳代以上が全体の 93% を占めていた．白内障の手術経験はある人が 10 名 (29%)，ない人が 23 名 (68%)，無回答 1 名 (3%) であった．

全員の保護眼鏡装着期間は 1 日 1 名 (3%)，3 日 1 名 (3%)，4 日 3 名 (9%)，5 日 1 名 (3%)，6 日 1 名 (3%)，7 日 3 名 (9%)，10 日 2 名 (6%)，11 日 1 名 (3%)，12 日 1 名 (3%)，13 日 2 名 (6%)，14 日 17 名 (50%)，無回答 1 名 (3%) で，保護眼鏡を 14 日間装着できた人とできなかった人は半数ずつであった．それぞれの比較内容については以下の図に表す．(図 1 から図 7)

14 日間装着できた人とできなかった人の人数比率において有意差が認められたのは保護眼鏡の認識についての設問うち「水から眼を守るため」(p=0.037) と「感染を防ぐため」(p=0.038) であった(表 1)．

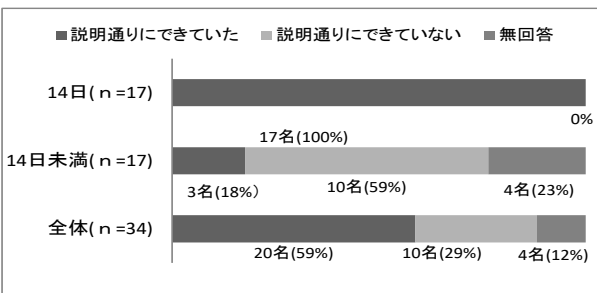


図 1 保護眼鏡使用方法

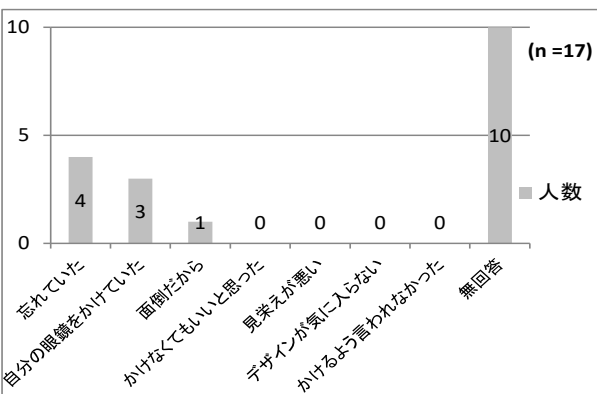


図 2 装着しなかった理由 (複数回答)

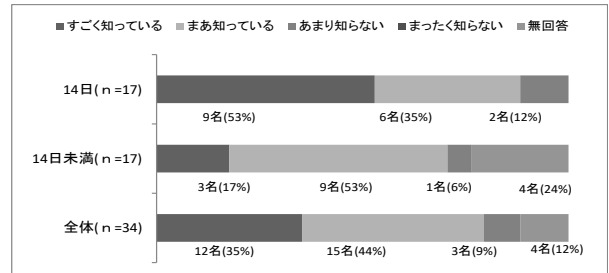


図 3 保護眼鏡の必要性

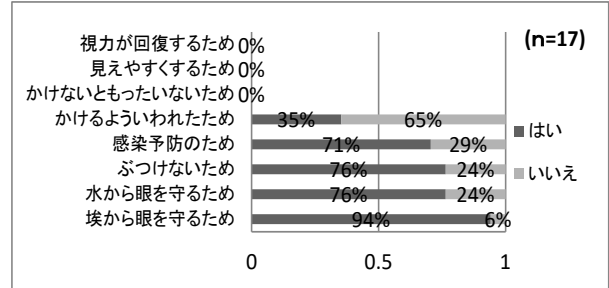


図 4 14 日間できた人 装着する理由 (複数解答)

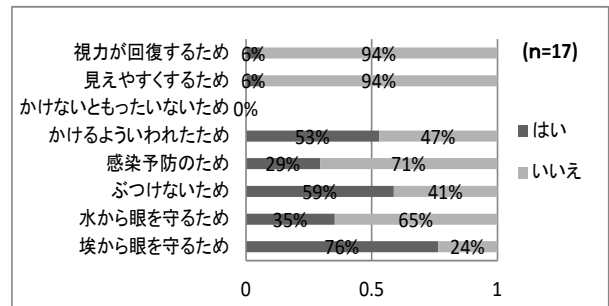


図 5 14 日間できなかった人 装着する理由 (複数解答)

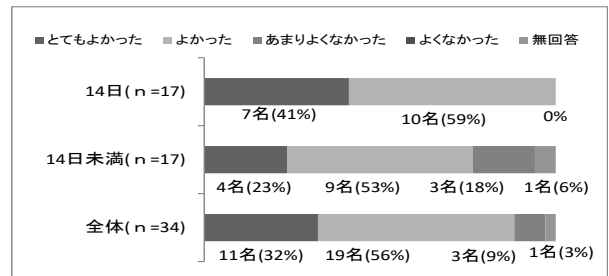


図 6 保護眼鏡を装着しての感想 1

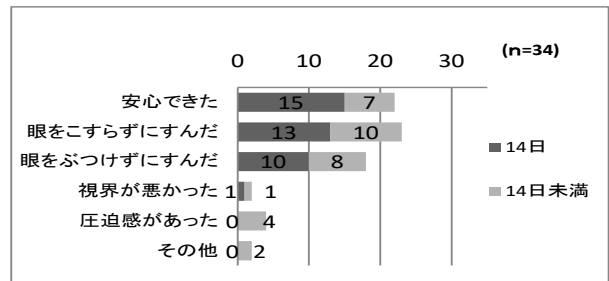


図 7 装着しての感想 2 (複数回答)

表 1 有意差が認められた項目

	水から眼を守るため		P=0.037	感染を防ぐため		P=0.038
	14日未満	14日		14日未満	14日	
はい	6(35%)	13(76%)		はい	5(29%)	12(71%)
いいえ	11(65%)	4(24%)		いいえ	12(71%)	5(29%)
合計	17	17		合計	17	17

p < 0.05

p < 0.05

IV. 考察

保護眼鏡を14日間装着できた17名のうち全員が説明通りに使用できており、保護眼鏡の必要性を「すごく知っている」と答えている人が14日間装着できなかった人の3名(17%)に対し9名(53%)であり、必要だという認識のなかで装着できていたことが考えられる。また保護眼鏡を装着する理由を「埃から眼を守るため」16名(94%)、「水から眼を守るため」13名(76%)、「ぶつけないため」13名(76%)、「感染予防のため」12名(71%)が正しく回答していることから保護眼鏡の認識ができていたと考えられる。「かけるよう言われたため」6名(35%)の回答は、説明での意識づけができていたと考えられる。装着しての感想を全員が「とてもよかった」「よかった」のどちらかに回答していることから装着の好印象が14日間の装着につながったと考えられる。

保護眼鏡を14日間装着できなかった人のうち説明通りに使用できたのは3名(18%)で、装着しなかった理由は「忘れていた」4名(24%)、「面倒だから」1名(6%)であった。また装着しての感想を「圧迫感があった」4名(27%)、「視界が悪かった」1名(6%)、「不自然感があった」1名(6%)、「苦痛だった」1名(6%)と答えている。このことは日常生活の中で眼球損傷や眼内炎を引き起こす危険性がないという考えや患者それぞれの保護眼鏡に対する価値観の違いにより危機意識が低くなり装着しなかったことにつながっていると考えられる。このような理由から装着しない人を減らすために、装着しなければ術後眼内炎や眼球損傷を起こすという危機意識を持てる説明方法を工夫し理解してもらう必要がある。保護眼鏡の必要性を「すごく知っている」「まあ知っている」と答えた人合わせて12名(70%)であったが、14日間装着できた人とできなかった人の人数比率において「水から眼を守るため」と「感染を防ぐため」の設問で有意差が認められたこと、「見えやすくするため」「視力が回復するため」といった誤った認識をしていることより保護眼鏡の正しい認識が不十分であったことも14日間装着できなかった理由であると考えられる。「かけるよういわれたため」9名(53%)と回答しているが装着できなかったことは説明による意識づけができていなかったと考えられる。そこには認識できているかの確認不足が原因ということも考えられる。今回の対象者も70歳以上が9割以上を占めていたように老人性白内障の手術を行う患者は高齢者である。高齢者は知的能力の加齢変化と心理において価値観や生活習慣に関わる変化を受け入れがたいとする心理がある。そのため内容に個々の価値観による変化や脚色加わってたりすることで新しい情報を的確に認知・解釈・記憶することが不明解になる

ことも理由のひとつとして挙げられる。さらに白内障手術のために入院する患者さまさまざまな不安や緊張を抱えて入院する人が多い。また当日一泊入院で白内障手術を行うため入院時に医療者から説明される内容が多く、術後の指導内容まで十分に理解できていないことが考えられる。そのような状況のなか説明時に使用する術後の説明パンフレットに保護眼鏡の内容は一文でほとんどが口頭での説明に終わっている。正しく認識して装着できるようにするために、パンフレットに保護眼鏡の内容を充実させ、手術から落ち着く翌日に再度確認すること、患者だけではなく患者をサポートしてくれる人への説明等、習慣づけができる指導の必要性がある。また退院後も術後14日目までに数回受診するため外来との連携を密にして14日間の装着に繋げることも必要である。正しい認識のなかで装着できれば術後眼内炎や眼球損傷のリスクの軽減や日常生活への安心につながり良好な経過をたどることができる。

V. 結論

1. 保護眼鏡を14日間装着できた人とできなかった人は半数ずつであった。
2. 保護眼鏡を14日間装着できた人は意識づけができており、好印象を感じていたが14日間装着できなかった人は危機意識が低く、意識づけができていなかった。
3. 危機意識が低いことに対しての正しい認識ができる指導方法への変更が必要である。

【おわりに】

今回の研究で保護眼鏡装着の現状、必要性の認識、次の課題が示唆された。今回の研究をふまえてパンフレット内容、説明方法の見直しと統一、外来との連携を密にして患者の個々の価値観に働きかける習慣づけを行っていきたい。

【引用文献】

- 1) 大鹿哲郎：白内障術後眼内炎：発症頻度と危険因子，あたらしい眼科，22(7)，871-873，2005
- 2) 三戸岡克哉：白内障術後眼内炎，眼科，48(5)，755-762，2006

【参考文献】

- 1) 松本千明：やる気を引き出す8つのポイント行動変容をうながす保健指導・患者指導，医歯薬出版株式会社，2007
- 2) 村田洋子：選ばれる看護師になるためにナースのための看護教育，日経BP社，2002

術後安静臥床の患者に対しての術前オリエンテーション

—写真を用いた患者参画型教育の効果—

The preoperative orientation for the patient of the postoperative rest lying in bed
—Effect of the patient participation in planning type education using the photograph—

長山 幸仁 寺野 麻衣子 松島 友美 小林 雅也 大西 美佳 小笠原 あゆみ 奥村 真由美
Yoshihito Nagayama Maiko Terano Yumi Matsushima Masaya Kobayashi
Mika Oonishi Ayumi Ogasawara Mayumi Okuyama

国立病院機構善通寺病院 1 病棟 4 階

Zentsuji National Hospital The fourth floor of Iward

要旨

脊椎術後は骨癒合が得られるまで安静臥床が強いられる。患者からは「こんなに寝る期間が長いとは思わなかった。」といった発言があり、今回術前オリエンテーションを通して、床上でのADLを書面と実際に体験してもらう体験型オリエンテーションを実施した。体験型オリエンテーションは術後のイメージ化が図れ、術後臥床でのADLを受け入れることができたが、実際に体験したこととスタッフの援助方法がことなることで、患者は戸惑いを生じたり、術後の長期安静臥床に対する苦痛は体験型オリエンテーションでは軽減することができなかった。

キーワード：体験型オリエンテーション 安静臥床 パンフレット

【はじめに】

脊椎疾患にはさまざまな原因によって神経が圧迫されることで、痛みが出現したりしびれや麻痺が生じることで日常生活に支障をきたす。痛みやしびれに対して保存的な治療を行うが、改善しない場合には手術治療の適応となる。脊椎の手術は圧迫された神経の除圧が目的であり、除圧術やプレートをを用いた固定術が行われ、術後は骨癒合が得られるまで患者には安静臥床が必要とされる。しかし患者からは「こんなに寝る期間が長いとは思わなかった。こんなしんどい思いするなら手術せん方がよかった」といった発言があった。安達ら¹⁾は「患者は情報を提供され、手術に対してのある程度のイメージがわくと、手術というストレスに対処できる。」と述べている。そのため、術前より患者に適切な情報を提供し、術後のADLのイメージができるようなオリエンテーションを行っていく必要がある。先行研究ではパンフレット等によるオリエンテーションを通して術前の不安の軽減や術後のイメージ化を図った研究は行われていたが、体験型のオリエンテーションを行う研究は行われていなかった。そこで、今回術前オリエンテーションを通して、主要な日常生活動作3点に焦点をあて、床上での食事、排泄、口腔ケアを書面と実際に体験してもらう。それらの実施を通して術後ADLの変化にイメージが持て、体験型オリエンテーションが効果的であったか検証する。

I. 用語の定義

術前：ここでは「手術する前の時期」とし、術前3日～手術室搬入までと定義する。

II. 研究目的

脊椎手術を行う患者に体験型オリエンテーションを行う事によって、術後の身体的、精神的、社会的側面に与える影響を明らかにし、体験型オリエンテーションが効果的であったか検証する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：質的研究
2. 調査対象：本研究に同意された脊椎手術（除圧術、固定術）を行う予定患者3名で、手術まで期間が3日以上あり、また認知症や精神科疾患に罹患していない患者を対象とする。
3. 対象者の属性：年齢は80歳代、男性2名、女性1名であった。3名共に無職であり、家族の協力も得られていた。
4. 研究期間：2012年6月～同年12月までとする。
5. データの収集方法：術前に患者に看護師がパンフレットを渡し、目を通した後、病室にてパンフレット同様に臥床での食事、排泄、口腔ケアを実施してもらう。術後疼痛や痺れなどの苦痛がなく比較的全身状態が落ち着いた際半構成的面接法におけるインタビューを行い、レコー

ダーにて患者の音声を録音しデータを収集する。また手術後インタビューを行うことを術前のオリエンテーション時に伝える。インタビュー内容として、オリエンテーションを行なって術後のイメージ化がもてたか、体験型オリエンテーションを実施しての効果、パンフレットについてなどに着目して実施した。

6. データの分析方法：データから逐語記録を作成し、文章をひとつの意味内容で区切るコード名を付け類似性に沿って分類しカテゴリーを作る KJ 法を使用した。

IV. 倫理的配慮

事前に院内の倫理委員会の承認を得て、患者と家族に今回の研究の目的を文書で説明し理解と同意を得た。参加は本人の自由意思であること、調査で得られた内容は研究以外の目的で使用しないことを伝え、またインタビュー内容は秘密主義とし、個人が特定されないことを伝える。

V. 結果

分析結果：体験型オリエンテーションに対する患者の思いには [パンフレットの効果] [術前体験の効果] [看護師への思い] [治療に対しての思い] 4つのカテゴリーが存在した。[パンフレットの効果]の中には<パンフレットが見やすく理解しやすかった><パンフレット通りではなかった><術後疼痛等が強くパンフレットが見れなかった>のサブカテゴリーが存在し、パンフレットに関しては視覚的に工夫したことで理解が得られた。又、疼痛等が強ければ、繰り返しパンフレットを見る余裕が無い事が分かった。[術前体験の効果]の中には<術前に術後の食事を体験して役に立った><術前に術後の排泄を体験して役に立った><術前に術後の口腔ケアを体験して役に立った><術前に術後のADLを体験して役に立った>のサブカテゴリーが存在し、術前に体験した事で術後のイメージ化が図れ、臥床したままでの日常生活動作では、戸惑いもなく受け入れることができた。[看護師への思い]の中では<看護師が丁寧に指導した><看護師のケアの統一性が図れなかった><ケア時看護師への遠慮>のサブカテゴリーが存在し、感謝している一方で迷惑をかけるのが辛いと感じていることが分かった。[治療に対しての思い]の中には、<術後安静による精神的苦痛><予想より疼痛等がなく問題がなかった>のサブカテゴリーが存在し、長期臥床による精神的・肉体的苦痛があることが分かった。

VI. 考察

術前オリエンテーションではパンフレットを媒体とし、患者自身に術後の安静度を体験して術後のイメージの獲得、また体験型オリエンテーションが患者にとって効果的であったかを検証した。[パンフレットの効果]では「絵が入っていて見えやすかった、分かりやすかった」など意見があり、文字を大きく、また患者の視覚に訴えかけることにより、書面口頭のみ説明より一層術後のイメージがもてたと考える。赤土は²⁾「指導用具や、単に読んだり、聞いたりするだけのものより、見る+聞く、見る+聞く+触るといった、五感のいくつかを刺激するものの方が、記憶に残る」と述べている。パンフレット作成に当たり文面だけでなく、実際の体位や、必要物品を載せることでよりイメージ化が図れたのではないかと考える。また、今回の症例ではそれぞれ症状の程度が異なっており、症状が安定している患者の方がオリエンテーションをやってよかった、役にたったと前向きな発言がみられた。反対に症状が強い患者は「痛くてパンフレットをみる余裕がなかった、とにかく痛みが強くて何もできなかった」といっており、疼痛などの症状がストレスとなり術後のADLをスムーズに行えない因子となっていることがわかる。その為、症状増強時には積極的に疼痛緩和を行っていき、患者が臥床でのADLを自分で行えるよう看護師は関わっていく必要があると感じた。疼痛、神経症状の感じ方は個人差があり、術前オリエンテーションにより疼痛をなくすことはできない。どのような症状があるか、また術後疼痛の緩和について説明を追加することによって術前の患者のストレスを軽減できたのではないかと考える。

[術前体験の効果]では各々の項目で<体験して役に立った>というカテゴリーが見られた。藤岡ら³⁾は「シミュレーション技法の中の一つに体験学習があり、自らの体や心、知能や感覚等自分のすべてを駆使して学習することで、“知る、分かる”レベルから“実際できる、実際に感じて理解できる”レベルに到達できる」と述べている。実際に体験を行なった食事、排泄、口腔ケア、清拭について「横向きで食事、口腔ケアすることは大変重要だと思った、実際にやって見たことで大変分かりやすかった」という意見があった。これらの結果により、体験することで頭の中だけのイメージではなく記憶に残り、患者自身の体で学習することができ、術後のイメージ化が図れた。その為術後臥床したままでの日常生活を戸惑い無く受け入れることができたのではないかと考える。またこれまでのような「こんなはずではなかった、手術なんかするんじゃないか」といった後ろ向きな発言が聞かれ

なかったことより効果的なオリエンテーションが行えた
と考える。

[看護師への思い]で「人によってやり方が違った」という意見が出たことに対し、オリエンテーションで患者が実際に体験したことと看護師の援助方法が異なることで患者に戸惑いが生じ、効果的なオリエンテーションに繋がらないのではないかと考える。統一したケアを実施していくことが大切であり、看護師間でオリエンテーションへの情報を共有していく必要があった。また性別、年齢の違いにより排泄介助による羞恥心、ケアの中での看護師への遠慮、自分で出来ない事に対して焦燥感が見られていることがわかる。術後はベッドサイドが患者の生活の場であり、自分のやりたいことができないことでジレンマを感じている。術前オリエンテーション時に、できないことは看護師が手伝うこと、またいつでも力になり、患者が少しでも安楽に療養できるようケアを提供することを伝え、患者と真摯に向き合っていくことが大切だと感じた。術前後のインタビューでは不安に対しての訴えがあまり見られなかった。術前に十分なインタビューが取れなかった為、オリエンテーションによる不安の変化については検証できなかった。

術後は家族が献身的な介護を行っており、また家庭環境においても長期の入院期間の障害となる要因（家族の介護、経済的負担など）も見られなかった。これらのような患者を取り巻く環境もインタビューの中で不安の訴えがなかった因子につながっていたのではないかと考える。

[治療に対しての思い] のカテゴリでみられるように術後3週間という安静期間は患者にとってとても長く感じ、また思うように体を動かせないことでストレスとなり、苦痛を伴う。今回オリエンテーションでは術後の状態をイメージ化することはできても、長期臥床による身体的、精神的苦痛は十分に解消することができなかった。今後の課題として少しでも長期臥床による苦痛を緩和していくか考えていく必要があると感じた。

Ⅶ. 結論

1. 患者と一緒に体験型オリエンテーションは術後のイメージ化が図れ、術後臥床したままでの日常生活動作は戸惑い無く受け入れることができ、効果的であった。
2. 症状の増悪やケアの統一が不十分であればオリエンテーションの効果が低下する。

表1 体験型オリエンテーションを実施しての患者の思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
パンフレットの効果	パンフレットが見やすく理解しやすかった	絵が入っていて見やすかった。 全体的にわかりやすかった。 写真が入っていて読みやすかった。
	パンフレット通りではなかった	出されたご飯が見えなかった。 (パンフレットと同じように見えなかった)
	術後疼痛等が強くパンフレットが見れなかった	とにかく痛みが強かった。軽率な考えやった。 痛くてパンフレットを見る余裕がなかった。 痺れがまだ残ってる。足が重だるい。 横に向いたとき目が回る。
術前体験の効果	術前に術後の食事を体験して役に立った	横に向いての方が食べやすかった。 こうすれば楽に食べれるんやと思った。 実物を持ってきてくれてわかりやすかった。
	術前に術後の排泄を体験して役に立った	やってみて難しかった。 こぼれてないか心配。 事前にやっと思ったけんちよっとは違う。 おむつの中で(排泄)するもんやと思った。 実際に当ててくれたことでわかりやすかった。
	術前に術後の口腔ケアを体験して役に立った	横向きですることは大変重要だと思った。 寝たままでするのは難しい。
	術前に術後のADLを体験して役に立った	手術後の役に立った。(術前に実際に) やってよかった。 練習してよかった。とても参考になった。 体験してるのとしてないのでは違うと思う。 ゆっくり思い出しながらして、焦らず落ち着いて出来た。
看護師への思い	看護師が丁寧に指導した	看護師が丁寧に教えてくれた。 看護師がやりやすい方法を教えてくれた。
	看護師のケアの統一性が図れなかった	人によってやり方が違う。
	ケア時看護師への遠慮	寝ながらは出ない。してもらうのが気の毒。 歳とってるけど恥ずかしい。 失敗して看護師に迷惑かけたのが辛い。
治療に対しての思い	術後安静による精神的苦痛	3週間は長い。1日がとても長く感じる。 何もできない。寝返りもできないのが辛い。 動けないのでみんなに迷惑をかける。
	予想より疼痛等がなく問題がなかった	痛み痺れはほとんどなかった。 もっと(症状が)あるものだと思っていた。 日に日に良くなっている。特に問題はない。

【おわりに】

術前に体験型オリエンテーションを取り入れることで、術後前向きに日常生活を送れていた。今回は症例数が少なく十分に検証が行えなかったが、今後も体験型オリエンテーションを取り入れ、改良を行いより一層効果的なオリエンテーションを実施していきたい。

【引用文献】

- 1) 安達真弓他. 患者への手術室看護婦による術前オリエンテーションの有効性.
第11回手術室学会発表集録：131－134. 1997
- 2) 赤土正幸. ケアのここをシリーズ④患者指導にあたって. インターメディカ：44, 1995
- 3) 藤岡完治・野村明美. わかる授業をつくる看護教育技法3 シミュレーション・体験学習, 医学書院：6, 2000

【参考文献】

- 1) 江川樹美子他. 後のイメージ化を図る術前オリエンテーションの取り組み－写真を用いた術前オリエンテーションの効果－. 第40回日本看護学会論文集（成人看護学Ⅰ）：166－168, 2009.
- 2) 酒匂好美他. 術後の早期離床に向けての援助－術後のイメージを持つことへの効果－. 第37回日本看護学会論文集（成人看護学Ⅰ）：375－376, 2006.
- 3) 嶋田壽子. 見直そう！整形外科の看護技術. 整形外科看護：第16巻, 60, 2011

胃瘻造設時の意思決定に対する家族の思い

The thought of the family for the decision making of Gastrostomy

福本 彩美 中西 真望 横井 由枝 出下仁美 加納 順子

Ayami Fukumoto Mami Nakanishi Yoshie Yokoi Hitomi Ideshita Junnko Kanou

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 1 病棟 5 階

Zentsuji National Hospital The fifth floor of 1 ward

要旨

胃瘻造設は栄養摂取の代替手段として導入されたが、現在では終末期患者への導入も増加している。意思表示困難な患者の家族は、どのような思いで胃瘻造設を決定したのかという疑問を抱くことがあった。今回、意思決定時の思いに焦点をあて研究を行い、胃瘻造設時の家族は、生きて欲しい・死なせられないという強い思いがあり意思決定していることが分かった。また、意思表示できていたときの患者の意思を確認しておくことで、うしろめたい気持ちを持つことなく代理決定することができる。看護師は早期より患者・家族の思いを知り、受け止めたうえで個別性に合わせた情報の提供をしていく必要があると考えられる。

キーワード：胃瘻 患者家族 意思決定

【はじめに】

胃瘻造設の本来の目的は再び経口摂取できることであり、嚥下機能低下に対して栄養摂取の代替手段として導入されていたが、現在では認知症や終末期の患者への導入も増加している。

B 病棟には高齢者が多く、ADL 低下や誤嚥性肺炎により経口摂取困難な患者が多い。主病の治療回復や褥瘡予防・治癒のために栄養状態の管理が求められ、胃瘻造設を行うケースも少なくない。延命治療は望まないと家族が意思表示している患者にも胃瘻造設する例もあり、看護師は意思表示できない状態のまま終日臥床で過ごす患者の姿をみて、患者にとって望む姿なのかと疑問を抱くことがある。

山下らの研究で胃瘻造設後の患者家族の思いとして「これでよかったのか」という諦めの気持ちが継続されていたり、胃瘻について理解できていなかったりしたことが明らかになった。退院後も胃瘻造設の選択について諦めや不安の気持ちを抱き続けているのは、患者の意思を確認できないがゆえ、西口¹⁾の述べるような「本人にとって望まれていた治療だったのか、本人にとって本人の望む生き方であるかどうか」がわからないことが原因であると考えられる。

胃瘻造設決定までの心理変化についての研究はあったが、意思決定時の思いに焦点を当てた研究は見当たらなかった。患者の望む生き方を患者に確認できない状況で、家族はどのような思いをもって胃瘻造設を決定したの

か、その思いを明らかにし、どのような関わりができるかを検討し今後の看護に活かす。

I. 用語の定義

家族：胃瘻造設目的の入院ではなかったが、入院後なんらかの原因によって胃瘻造設することとなった、意思表示が困難な患者の家族

II. 研究目的

入院後に胃瘻造設することとなった意思表示が困難な患者の家族が意思決定した時の思いを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

記述探索的デザイン

2. 研究協力者

胃瘻造設目的の入院ではなかったが、入院後なんらかの原因によって胃瘻造設することとなり、胃瘻造設を承諾した3家族

3. データ収集期間

平成 24 年 10 月～平成 24 年 12 月

4. データ収集方法

インフォームドコンセントの原則に基づき協力を得られた方のみ、プライバシーが守れる個室又はカンファレンス室にて 30 分程度の時間で、半構成的面接を行った。面接では胃瘻造設決定時の思いや決定に至った理由

について焦点を当てて独自のガイドラインを作成し、それに沿って行った。得られた内容はその場で記録し、逐語録に起こした。

5. データ分析方法

得られたデータのもつ文脈に留意しながら家族の意思決定に関わっていると思われる語りを抽出し、意味の解釈を行い、コード化（以下“”）した。そして、それぞれの

内容を確認しながら、類似するものをまとめサブカテゴリー（以下『』）、カテゴリー化（以下【】）した。

IV. 研究の倫理的配慮

A 病院倫理委員会承認後、研究協力者に研究の主旨、方法、匿名性の確保、プライバシーの保護について文書にて説明し、研究への不参加・途中中止の可やその際の不利益が生じないこと、調査によって得られた情報は研究者間以外の者が使用することはないこと、研究以外の目的で使用することはないこと、研究終了と同時に破棄すること等を文書と口頭にて説明し承諾を得た。

V. 結果

研究協力者は、70 歳代女性 2 名、50 歳代女性 1 名であった（表 1）。

インタビューにより 42 コードが得られ、胃瘻造設時の意思決定に対する家族の思いを表す【うしろめたい気持ち】【死なせられない】【回復に対する希望】【生きて欲しい】【重責感】【情報からの受諾】の 6 つのカテゴリーと 15 のサブカテゴリーが抽出された（表 2）。

表 1 対象協力者一覧

研究協力者	A 氏	B 氏	C 氏
研究協力者の年齢・性別	70 歳代女性	70 歳代女性	50 歳代女性
患者との続柄	長女	妻	長女
患者の年齢	103 歳	74 歳	86 歳
決定時の患者の ADL	終日臥床	介助にて歩行可、車椅子	介助にて車椅子移乗可
患者の入院から胃瘻造設に至るまでの経験	H21 年より ED チューブ挿入にて栄養摂取していたが誤嚥性肺炎を繰り返していた。今回吐血が見られ消化管出血で入院。その後家族が胃瘻造設希望する。	脳梗塞を起こした後、自宅にて生活していたが誤嚥性肺炎となり入院。肺炎改善後食事開始となったが食事摂取拒否した。	脳梗塞をお越し、だんだん嚥下機能が低下し、嚥下訓練食を摂取していたがしばらくして食事摂取を拒否した。

表 2 胃瘻造設時の意思決定に対する家族の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	分類されたコード
生きて欲しい	家族の生きて欲しいという強い意志	母は食糧不足で苦勞していたから、本人の意思はないけど、栄養を入れる方法があればしてあげたいと思った。決めるのは自分と想っていた。 本人は病気になる前に 78 の時、私は 80 まで生きたからいつ死んでもいいと言っていたが、家族としては生きていてほしい。
	栄養をとるためにほかの方法はなく仕方がない	鼻から管を入れて様子を見る予定だったが、再度状態が悪くなったので胃瘻じゃないといけなかなと思った。施設の人に点滴はできないし、鼻からでも無理でないとやわれ胃瘻かなと思った。 栄養をとるためには胃瘻するしかしかたがないと思った。 私のところは目が見えないのが最大のあれやね、見えていたら食べてて状態は違ったかもしれない。
	苦痛少なく栄養をとれる	このままチューブを入れておくのではなく胃瘻にすれば、不快感もなく命ある限り生きられるかなと思った。 胃瘻なら鼻から入れるようなことはないし、苦痛な時間も少ないかなと思った。 胃に穴をあけなくてもと思ったが、ちょっと触っただけでも嫌がるから胃瘻のほうがいいと思った。
死なせられない	食べられないのをほっておけない	年寄りには造ると言って手術してうまくいかないこともあるが、尽力を尽くしてもらったなら仕方ないと思った。 食べなくなると、熱がでたりして、点滴だけでは無理だし、年齢的にも 70 歳以上ではほっておけない。 延命という気持ちも半分あつし、食べられないという状況をほっておくわけにはいけないと思った。
	本人が生きようとしていると感じたからどうにかしてあげたい	生きよう、生きようと本人の体がそうするのであれば、そうしてあげようと思った。 おじさんの生きる力がある限りは、家族としてはしてあげたい。
	栄養をいかない状態のまま死なせるわけにはいかない	子供としては餓死させるのはいけないと思った。 水も飲めないから、餓死するということは娘の私にはできなかった。 口から食べられないし、年齢も 70 歳となると、点滴だけでは見殺しみたいになるって言われた。 食べなかったら亡くなるだろうと思った。
重責感	一人で決断することが不安で身内に相談する	先生から説明を受けて、娘と弟に相談してお姉さんが良いならそれで良いと言われた。 息子にも相談した。 弟にも相談し、できるときにしたほうが良いと言われた。
	専門家からアドバイスをもらいたい	胃瘻について同級生の内科の医師に相談した。 食べなくて、他に方法がないのなら胃瘻をしたほうがいいんじゃないかと、同級生の医師に言われた。
	意思表示できていたときの本人の意思の尊重	本人が以前延命は希望しないといっており、医療者からは胃瘻は延命でないとやわれ、造ろうと思った。 延命が嫌だと言っていた主人の意思も尊重しなくてはいけない。
うしろめたい気持ち	本人の意思がわからないまま決断することのうしろめたさ	決断の時は迷ったけど、造ったことは後悔してません。 うしろめたいという気持ちがなかった訳ではない。 胃瘻を造ることで命を長らえるということが本人にとっていいかはわからない。
	社会情勢に対するうしろめたさ	高齢者の胃瘻について医療費の無駄ではないかと問題になっていることは知っています。
回復に対する希望	回復する見込みがあったから今しかない	だんだん食べられなくなり体力も時間の問題みたいな感じになり、今しかないと思った。 胃瘻を造るなら元気が今がいいと言われた。 寝たきりの状態だったら胃瘻を造っていなかったかもしれない。
	栄養を入れることで回復に繋がるといいう思い	本人も食べずにしんどいより栄養を入れて元気がなったほうが良いと思った。 食べない状態より少しでも栄養を入れるほうが安心できる。
情報からの受諾	主治医に勧められるままの選択	おじさんが食べれないのなら、元気うちなら胃瘻というのができると主治医より説明を受けた。 胃瘻については全然知らなかったが、主治医に聞いた。
	知識や情報があることで受け入れられる	胃瘻については知識はあった。 先生に、年だから何があるかわからないと言われたが、高齢者にもしているし今のところトラブルもないとも説明を受けた。 胃瘻という言葉は知らなかったが、以前入院していた時に（胃瘻している患者さんを）見たことはあった。 最近では胃瘻を造る人も多いから、技術も進んでいるのだと思って造ることにした。

VI. 考察

患者の生きてきた過程、背景は様々であり、家族は‘母は食糧不足で苦勞していたから、本人の意思はないけど、栄養を入れる方法があればしてあげたいと思った’と考え、家族の生命に対する希望が‘家族としては生きて欲しい’という強い思いとして表れていた。また生きていくためには栄養をとらなければならない、その方法として胃瘻造設という選択を求められた中『栄養をとるためにはほかの方法はなく仕方がない』と思っはいるが‘不快感もなく命ある限り生きていられるかなと思った’鼻から入れるようなこともないし、苦痛な時間も少ないかなと思った’などと、胃瘻が命を繋ぐ方法として考えるのではなく、できるだけ『苦痛が少なく栄養をとれる』方法で【生きて欲しい】と強く願う思いが伺えられた。【死なせられない】には、家族は経口摂取できないのが続いている状況を改善させる方法、策をしないまま『食べれないのをほおっておけない』という気持ちをもっており、家族の立場から‘子供としては餓死させるのはいけないと思った’と、造設せずに食べられないままの状態が続くということは“死”に繋がる深刻な状況と捉え『栄養をいかない状態のまま死なせるわけにはいかない』という思いに繋がっていた。また、面会に来た家族の目には‘生きようと本人の体がしている’と映り、家族として『生きる力がある限りどうかして助けたい』という思いが決断に大きく影響していたと考えられる。

家族の中には医師より説明を受けて初めて胃瘻について知り、胃瘻についての知識が少ないまま決断はできず不安を抱いており、一人での判断はしきれず、身近な親族に意思の確認を求めるために『一人で決断することが不安で身内に相談する』情報を得るため『専門家からアドバイスをもらいたい』と行動し決断に至ったことが伺える。また意思の確認はできないが代理決定することの責任を重く感じながら‘延命は嫌だと言っていた主人の意思も尊重しなくてはいけない’と『意思表示できていたときの本人の意思の尊重』し【重責感】を持ちながら決断していた。このような多方面への相談から代理決定に対する重責感の重さは計り知れないものであることが伺えられる。菅沼らは²⁾「家族は患者に代わって決定することの重責感を持ち、かつ実施するかどうかについて悩みながら決定に至っていた」と述べており、看護師は家族の揺れ動く心情があることを理解し、患者の思いや家族の思いを早期より情報収集し、思いを受け止めていく必要がある。

家族は‘胃瘻を造ることによって命を長らえるということが本人にとっていいのかどうかはわからない’と本人の意思がわからないまま家族の意思で決定してしまうことに対するうしろめたさと、現在の高齢者に対する胃瘻造設について否定的な社会情勢を知っているが造設を決断することに対する【うしろめたい気持ち】をもっていた。本人の意思がわからないままに決定することに対するうしろめたさについては、患者の意思疎通が可能な時期のうちに、今後の生き方について話し合っておくことでこのよううしろめたい気持ちを持たずに決定できるのではないかと考えられる。【回復に対する希望】には、今後胃瘻を造設することで終日臥床のままが続くのではなく、身体的に回復の見込みがあるのなら造設しようという『栄養を入れることで回復に繋がる』という気持ちと、本人の現在の身体的側面から『回復する見込みがあるから今しかない』と思ひ決断に至ったと考えられる。【情報からの受諾】には、もともと胃瘻に対する知識や情報を持っていたことや、常に本人を診てくれている主治医からの、胃瘻の情報だけでなく現在の本人の状態もふまえての説明を聞いて受諾に至ったと考えられる。このことから、看護師からは個別性に合わせた情報を提供していく必要があると考えられる。

VII. 結論

1. 家族には、生きて欲しい・死なせられないという強い思いがあり意思決定していた。
2. 意思表示できていたときの患者の意思を確認しておくことで、うしろめたい気持ちを持つことなく代理決定することができる。
3. 看護師は早期より患者・家族の思いを知り、受け止めたうえで個別性に合わせた情報の提供をしていく必要がある。

【引用文献】

- 1) 西口幸雄, 矢吹浩子, エキスパートナースガイド, 胃ろう (PEG) ケアと栄養剤投与方法, 照林社, 2009
- 2) 菅沼敦子, 胃ろう造設を受けた患者の家族の心理変化, 第39回日本看護学会論文集, 老年看護, : 47 ~ 49, 2008

慢性心不全患者における退院後の内服管理に向けた取り組みとその評価

An action for the internal use management after the discharge in the chronic heart illness patient and the evaluation

石井 美枝 近藤 理江 宮内 沙樹 大矢根 砂英子 兼近 みどり
Yoshie Ishii Rie Konndou Saki Miyauti Saeko Ooyane Midori Kanetika

国立病院機構善通寺病院 2 病棟 2 階
Zentsuji National Hospital The second floor of 2ward

要旨

慢性心不全患者が退院後も継続して内服管理できるような看護介入を検討し、内服フローチャートを作成、介入し、その結果を評価するため退院後ききとり調査を行った。

入院中内服できなかった患者は、退院後も内服できておらず、入院中内服できていた患者は退後も入院中と同じ方法で内服できていた。入院中の看護師の関わりが退院後の服薬管理に大きく影響する事が分かった。また80歳以上の高齢、独居および社会との交流がない人は介入困難な傾向にあった。今後はフローチャートの改訂を続け、個々に合わせた内服援助方法を見つけだしていきたい。また、退院後も継続して内服管理ができるよう、外来や地域との連携・構築が必要だと考えられる。

キーワード：慢性心不全，内服管理

I. はじめに

慢性心不全において、内服を確実に行うことは心不全増悪予防の重要な因子となり、内服管理は一生続けて行かなければならない。

昨年 A 病棟で、慢性心不全患者に対する内服管理の実態調査を行った結果、退院した患者の 4 割が正しく内服できておらず、原因として加齢だけではなく処方数の多さ、薬に対する知識不足、病識がないことが挙げられた。

また、内服できている人は、自分なりに飲み忘れのないよう工夫しており、先行研究でも数種類の管理方法から患者個々にあったものを選び、指導することで、退院後も継続して内服できたとの報告があるように、入院中よりその人にあった管理方法を具体的に見つけ出すことが重要であると考えられた。

そこで今回、A 病棟における慢性心不全患者に対し、個々にあった内服管理に向けた援助を行うことで退院後も確実に内服を続けられることを目的に本研究に取り組むこととした。

II. 研究目的

慢性心不全患者が退院後も継続して内服管理ができるような看護介入を検討し、その結果を評価する。

III. 研究方法

1. 研究対象：A 病棟に入院した慢性心不全患者（急性期は除く）のうち、内服フローチャートを使用して介入後、

退院後に内服確認が行えた 7 名

2. 研究調査期間：平成 24 年 8 月～平成 24 年 12 月

3. 研究方法・データ収集：

1) 内服フローチャートの作成：内服自己管理に向けて、統一した視点で指導・介入するために患者の管理能力を判断するための指標とした。患者の管理能力に応じてスタート地点を決めること、誰が介入しても同じ視点で指導・介入ができることを目的にフローチャートを作成した。

2) 看護介入：内服フローチャートに沿い、一回渡し・BOX 渡し・自己管理など複数の項目から個人に合ったものを選択し、介入を行う。

3) 介入の評価

(1) 退院後初回受診日に患者に内服状況、生活状況を聞き取り調査する。調査票は退院後自宅での内服状況が分かるよう、独自に作成した。項目は、内服薬処方数と残余薬・内服管理は誰が行っているのか・適切に内服できているか・内服方法とし、適切に内服できていない場合にはその理由に合うものをチェックまたは自由記載した。また食事・活動など生活状況についても聴取した。

(2) I 群「内服できている群」、II 群「内服できていない群」を比較検討し、介入の評価を行う。

・ I 群：残余薬がなく指示通りに内服できている人

・ II 群：数種類は内服できている人、また全く内服できていない人、および残余薬があり、その理由を明ら

かにできない人

4. 用語の定義

慢性心不全: 高血圧, 虚血性心疾患, 心筋症などの様々な循環器疾患の臨床経過の果てに心機能低下を生じ, 末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を拍出できず, 肺または体静脈系にうっ血をきたし生活機能に障害を生じた病態.

内服管理: 処方され疾患に必要であり継続を要する薬を患者または家族が管理し, 医師の指示通りに内服ができること.

5. 倫理的配慮

調査データは, 研究対象者が特定できないようにすること, また対象者および家族に, 調査によって得られた情報は研究者以外の者が使用しないこと, 本研究外の目的では使用せず研究終了と同時に破棄することを説明し同意を得た.

以上の内容を当院倫理委員会にて承認を得た.

IV. 結果

1. 看護介入 図1に沿い11名に介入した. 全員一回渡しより開始し, 表1より, 内服できるようになった患者は8名(72.7%), 内服できなかった患者は3名(27.3%)であった.

・内服できるようになった患者 8名(100%)の患者が理解力および薬識があり, 自己管理へ移行時1名が一度間違いはあったが, 指導後はできていた. また「薬袋の日付欄にチェックをしてもらおう」「時間で声かけ」「薬箱の作成・購入」「色分け・大きい字での表示・色で区別」「家人や連携を通し訪問看護師への協力依頼」など指導することで, 自信がつき, 自分なりの方法が確立され内服できるようになった.

・内服できなかった患者 3名(100%)の患者が理解力及び薬識がなく, BOX渡しから自己管理へ移行の過程で3名共に間違いが生じ, 最終的にBOX渡しとなった. また, 内服できていると思っていること, 忘れていることが多々あるため介入時個々に合わせた工夫だけでなく, 「看護師間で特に注意し内服行動の情報共有・指導内容の検討を行う」などを行った. また, 管理意欲は両群共にあったが, 内服できることには差は見られなかった.

2. 介入の評価

退院後外来で調査し, 全員女性であり平均年齢は76.8歳であった(表2). そのうちI群は4名(57.1%), 平均年齢71.5歳, II群は3名(42.9%), 平均年齢84.0歳であった. 家族構成はI群4名全員が同居, II群は2名独居, 1名が同居であった. 内服管理は, I群4名(100%)II群2名(66.6%)が「自分」であった.

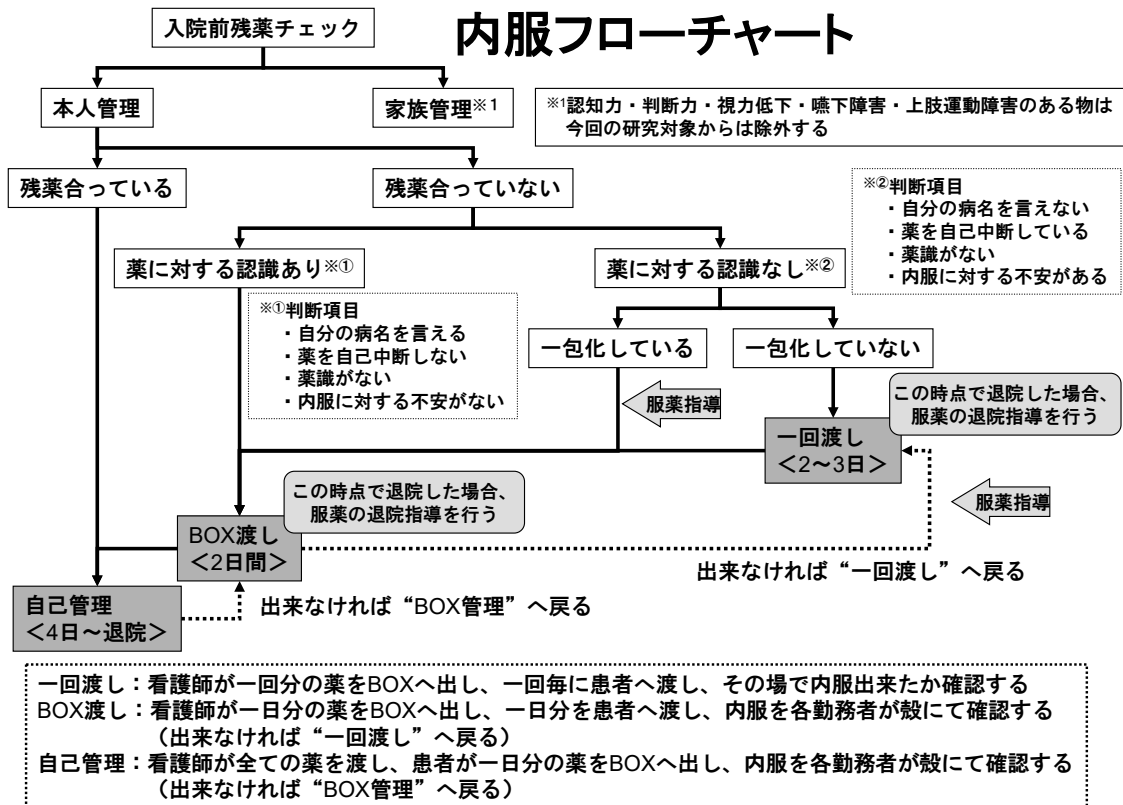


図1 内服フローチャート

表1 入院中介入結果

入院中介入結果 (11名中)		
	内服できるようになった 8名	内服できなかった 3名
理解力	指導を理解できる。	<ul style="list-style-type: none"> 返事は良いが理解できていない。 内服時と同じ薬を2回取り出そうとした。 取り出した薬をもとの袋に戻せなかった。 内服以外の行動でNSが理解度が低いと感じた。 服薬指導後内容忘れていた。(資料の置き場所も不明) 内服した事自体の忘れあり。
BOX渡しへ移行後	全員間違いなくできた。	2名間違いなくできた。1名について時に促すことが必要。
自己管理へ移行後	1名間違いあり指導後できた。	全員間違いあり、出来なかった。
薬識	ある8名 なし0名	ある0名 なし3名
管理意欲	ある8名 なし0名	ある3名 なし0名
日々の変化	間違いなく内服できたことに自信がもてた。	昨日できたことが出来ない、出来たと思っている。
看護師介入内容	<ul style="list-style-type: none"> 薬を出すとき薬袋に日付欄にチェックをしてもらう。 食前薬、時間薬は薬袋に色分け、大きい字で分かり易く記入した。 時間がくれば、声かけを行う。 薬箱を別にし、紙を貼り視覚的に区別した。 内服状況や本人の不安点を家人へ伝えた。 薬箱を看護師で作成し、渡した。 薬箱の購入を家人へ依頼した。 独居の場合地域連携と相談し、訪問看護師へ介入依頼。薬カレンダーを作成し家人にセットしてもらい内服確認を電話でもってもらうよう依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> 不安がある患者への指導内容を話し合った。 薬袋に時間、薬名を大きく記入。 薬を出す行動に集中するよう指導。 行動を指示し、一度に言わず本人のペースに合わせて指導。 チェックシートを用いて内服状況を情報共有。 忘れっぽい一つのことを伝えた後聞き返しながら指導。 薬の一覧表を見ながら何に薬か説明した。

表2 退院後調査結果

	内服できている (I群)	内服できていない (II群)
人数 / 性別	4名 (57.1%) / 女性	3名 (42.9%) / 女性
平均年齢	71.5歳	84.0歳
家族構成	独居0名 同居4名	独居2名 同居1名
内服管理	自分4名 (100%) 家族0名 (0%)	自分2名 (66.6%) 家族1名 (33.3%)
一包化	している2名 (50%) していない2名 (50%)	している2名 (66.6%) していない1名 (33.3%)
内服方法	<ul style="list-style-type: none"> 前日に薬箱へ準備 3名 (昼忘れがちなため「伊-ビス」に持っていくようにした) その都度内服している 1名 入院中からの方法で行っている。(4名)* 	<ul style="list-style-type: none"> その都度内服している 毎朝一日分を食卓に準備 (食卓だと飲み忘れがないため)
入院中内服	出来ていた4名 (100%) 出来ていなかった0名 (0%)	出来ていた0名 (0%) 出来ていなかった3名 (100%)
食事	<ul style="list-style-type: none"> 自分で自炊している。 夫または妹と協力して自炊している。 	<ul style="list-style-type: none"> 自炊している。・毎日弁当注文している。
食事工夫点	<ul style="list-style-type: none"> 噛む回数を増やした 柔らかいものを食べるようにした。 味は薄く野菜ふやした。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に気にしていない。 食欲がない。
活動	<ul style="list-style-type: none"> 1日一回家の周りを歩く。 「伊-ビス」2回/週 (入浴・リハビリ) 散歩を1日2回行う。・妹の車で買い物へ行く。 孫が会いに来る。 	<ul style="list-style-type: none"> 家の庭を少し見る。 何日も家から出ない日がある。 ほとんど家の中で過ごす。
身体的苦痛	<ul style="list-style-type: none"> 家事を一度にせず、休みながら行う。・前回退院後一人で入浴中に疲労感あったため今回「伊-ビス」で入っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行時疲労感ある。 洗濯で2階にあがるのも疲労を感じる。
家族の協力	<ul style="list-style-type: none"> 息子が入院をきっかけに優しくなった。 入浴介助や車を運転して買い物。 自炊を一緒にやる。 	<ul style="list-style-type: none"> ENT時に内服介入依頼したが介入得られなかった。 1週間分の内服準備。

また、I群4名共入院中に内服できるようになり退院後も内服管理できていた。II群3名は入院中より内服できておらず、退院後もできていなかった。内服方法は、I群3名(75%) II群1名(33.3%)が入院中よりの内服管理方法を取り入れており、両群共に退院後内服方法を変更している人もいた。また、食事についてI群では、「味を薄く野菜を増やした」と工夫点が聞かれた。さらに活動についてI群では「毎日散歩を行う」「デイサービスに行く」などで、II群では、「特に何もしていない」「しんどいから家にいる」などの意見が聞かれた。

V. 考察

今回介入の結果、退院後42.9%の患者が内服管理できておらず、入院中内服管理できるようになった。患者は退院後も全員継続して内服できているのに対し、入院中内服管理できなかった患者は退院後も内服できていないという結果が得られた。このことより、入院中の看護師の介入が退院後内服を継続できるか大きく影響するということが分かった。また内服できている群は、内服フローチャートを新たに作成したことで自己管理能力を判断するためのツールができ、内服管理に向けて統一

した介入・指導が行えたことが退院後の継続に繋がったと考える。また、先行研究および前回の研究結果で得られたように個々に合った内服管理方法を見出すために、BOX管理の時点で「薬箱の作成・購入」「色分け・大きい字での表示・色で区別」したことで自己管理に繋げることができた。

また、内服できていない群の要因として「理解力」が挙げられた(表1)。フローチャートに沿い、認知力・判断力の低下のある患者は除外し、内服管理可能と判断したが、明確な指標はなく、全員がBOX渡しから自己管理に移行して行く段階で「内服した事自体忘れてる」など理解力だけでなく、認知力の低下が明らかとなった。今後は、認知力の判断基準として「長谷川式簡易知能評価スケール」などを用いると共に段階ごとに理解度を評価し援助できるようにフローチャートの改訂を行って行く必要がある。

さらに、内服できる群は全員薬識があるのに対し内服できない群は全員薬識がないという結果であった。内服できていない群は、服薬指導を受けても薬識が得られなかった。今回研究を進めるにあたり、薬剤師に個々の患者情報を提供しお互い協力しながら行ってきたが、服薬指導は薬剤師に任せていた。服薬指導は、薬の説明に終わるのではなく実践において指導を繰り返すことが重要である。そのため指導体制を整え、薬は飲まされるものではなく、自分で飲む必要があるという意識を定着させるために服薬に対する思いや不安を表出できるような環境を整えるなどあらゆる側面を考慮した援助を行うことも今後の課題である。

また、今回内服できている群に比べ内服できていない群では平均年齢が約13歳高く、内服できている群は全員同居しているのに対し、内服できていない群では、独居の割合が多かった。また、内服できている群は「散歩する」「デイサービスに行く」など社会との交流があるのに対し、内服できていない群では「特に何もしていない」「しんどいから家にいる」などであった。小林¹⁾らは「内服できない場合、家庭や社会において、人間関係が希薄であるという特徴がある」と述べているように、今回の研究でも活動範囲が狭く、社会性に乏しい独居の場合内服できない傾向にあった。また、1名ではあったが高齢で独居である患者に対し、家人だけでなく訪問看護師に内服

管理協力を依頼し、毎日内服確認を行ってもらった。このように介入して行くことで退院後も内服の継続に繋げることができたため、今後も在宅での患者のライフスタイルに合わせた指導を行い地域社会に向けたサポート体制の確立を検討して行く必要がある。

VI. 結論

1. 内服フローチャートを新たに作成したことで自己管理能力を判断するための共通のツールができ、内服管理に向けて統一した介入・指導が行えるようになった。
2. 介入した患者の約4割が内服管理できていなかった。
3. 入院中内服管理できるようになった患者は退院後も全員継続して内服できているのに対し、入院中内服管理できなかった患者は退院後も内服できていなかった。
4. 内服できている人は個々に合った自己管理方法を見つけ出し、退院後も継続できている。
5. 退院後、80歳以上の高齢・独居および社会との交流がない人は介入困難の傾向にある。

VII. おわりに

今後はフローチャートの改訂を続け、内服管理できるような援助方法を見つけ出し、働きかけていきたい。同時に退院後も内服管理が継続できるように外来との連携・構築が必要であると考えます。

【引用文献】

- 1) 小林奈々恵他：内服薬の自己管理を妨げる要因の分析—「ローゼンバーグ」の態度モデル及びTEGを用いて—, 第35回日本看護学会集録(成人看護Ⅱ), 258—260, 2004

【参考文献】

- 1) 今木恵子他：内服薬アセスメントシート活用の実態—活用2年目の現状と今後の課題—, 第38回日本看護学会集録(看護管理), 89—91, 2007
- 2) 葛西裕美他：看護師の服薬指導の実態—内服薬を自己管理している患者を対象に—, 第35回日本看護学会集録(成人看護Ⅱ), 6—8, 2004

A病棟看護師のインフォームドコンセントに関する意識

Consciousness about the informed consent of the A ward nurse

高島 千穂 井原 裕美 山路 由賀 香川 美咲 高須 智恵 山下 志乃
志多 亜希子 三井 安子

Chiho Takabatake Hiromi Ihara Yuka Yamaji Misaki Kagawa Tomoe Takasu Shino Yamashita
Akiko Shida Yasuko Mii

善通寺病院2病棟3階

Zentsuji National Hospital The third floor of 2ward

要旨

A病棟看護師はほぼ全員がICに同席する必要があると回答しているが、90%以上が同席した経験が「あまりない・全くない」と回答していた。しかし同席に関する意識が薄いこと、時間に余裕がないことなど同席率が低い原因が明らかとなった。また、様々な事例からIC同席の必要性を感じ、同席による看護師の役割について意識できていたことも明らかになった。今後、看護師がICに同席し患者の望む役割が果たせるよう、業務の体制づくりと再度意識できる研修などの機会を作り、カンファレンスの場をA病棟全体で作っていくことが重要であると考えられる。

キーワード：インフォームドコンセント，看護師の同席

【はじめに】

インフォームドコンセントとは患者にとって意思決定をする上で必要かつ、当然の権利である。A病棟では、病状説明、告知、治療、手術説明など、日々様々なインフォームドコンセント（以下IC）が行われている。小島¹⁾は、ICにおける看護の役割を①情報の確認と補足・修正、②医師への仲介、③心理的支援、④危機への看護介入、⑤啓蒙・教育、⑥同意に対するサポートをあげている。先行研究にて、ICを取り上げたものは多く、看護師がICに同席することについての意向調査では、看護師がICに同席することを70%以上の患者が望んでおり、その理由として、治療に関する専門知識と精神的支援の2つを求めていることが明らかになっている。

しかし、A病棟での看護師のIC同席は十分とは言えず、その内容の共有も不十分であり、カルテ上で医師の記録から説明された内容や患者の反応などを把握するのは難しい。また、同席することで果たされるべく看護師の役割についても不十分なのではないかと考えた。

そこで、A病棟看護師がICの同席をどのように意識しているのかを明らかにし、同席率が低い原因を探り、看護師の役割を果たすための示唆を得るために研究に取り組んだ。

インフォームドコンセントにも様々な種類があるが、今回はA病棟で患者に多く行われている「治療方針とそ

の内容」について限定することとする。

用語の定義

インフォームドコンセント：医師と患者が治療方針とその内容についてさまざまな情報を提供し、そのうえで患者が決定し同意を得ること。

インフォームドコンセントの看護師の同席：医師と患者が、治療方針とその内容について直接話し合う場面に看護師が同席することとする。

I. 研究目的

A病棟看護師のICに関する意識を明らかにし、同席率の低い原因は何かを明確にする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述研究

2. 研究参加者：A病棟看護師18名（師長を除く病棟看護師）

3. 研究期間：2012年4月～2013年3月

4. データの収集方法とツール

対象者に、独自で作成した質問用紙を配布し、以下の項目について質問した。

性別、経験年数、病棟配属年数、IC同席に関する項目、ICの意識に関する項目（ICの同席の必要性とその理由、ICの内容の把握法、ICに同席または同席できないことが

患者や医師との関係にもたらした影響について、ICに同席することに関する看護師の役割)を作成した。

5. データの分析方法

質問紙より得たデータを項目別に単純集計する。自由記載により得たデータはコード化し、類似化したものをカテゴリー別に整理する。

6. 倫理的配慮

研究参加者より得られたデータは、研究以外の目的で使用されないこと、研究参加者のプライバシーが保護されることに配慮すること、研究に協力しなくても不利益にならないこと、どの時点でも研究協力を拒否してよいことを説明し、了承を得る。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

質問紙 18 部を配布し、18 名の回収が得られた(回収率 100%)。基本属性として男性 0 名(0%)、女性 18 名(100%)。A 病棟看護師の経験年数は、1 年未満 3 名(17%)、1～3 年 4 名(22%)、4～5 年 3 名(17%)、5～10 年 4 名(22%)、10～20 年 2 名(11%)、20 年以上 2 名(11%)であった。病棟配属年数は、1 年未満 3 名(33%)、1～3 年 8 名(44%)、4～5 年 2 名(11%)、5 年以上 2 名(11%)であった。

2. IC の同席とその認識について

1) 病棟看護師の IC 同席の実態として、IC に同席した経験について、全くない 6 名(33%)、あまりない 11 名(61%)、ある程度同席している 1 名(6%)という結果であった。その中で全くない 6 名(33%)、あまりない 11 名(61%)と答えた看護師の経験年数の割合をグラフ化したところ、両者とも経験年数が 10 年未満の看護師が半数以上を占めた。(図 1・2)

2) IC 内容の把握の方法については、17 名(45%)が医師やカルテからという回答が多くを占め、次いで同席した看護師、患者家族から、自身が同席してという回答が得られた。(図 3)

3. IC に同席することが望ましいと思う業務についてグラフ化すると、受け持ち看護師、部屋持ち看護師、状況に応じ誰でもという回答が多く割合を占めた。(図 4)

4. IC 同席の必要性について、必要だと思うが 17 名(94%)、どちらでもないが 1 名(6%)であった。どちらでもないという回答した理由は未記載であった。

5. IC 同席に関する意識

IC に関する意識については表 1 のようなカテゴリーが抽出された。

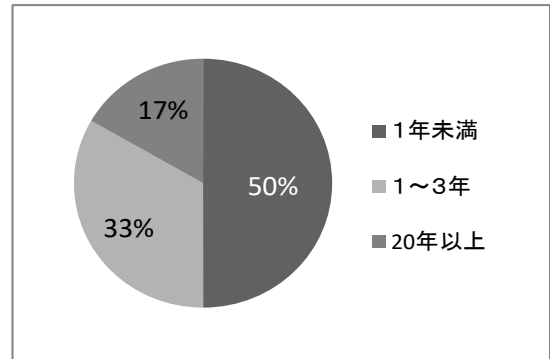


図 1 全くないと答えた看護師の経験年数

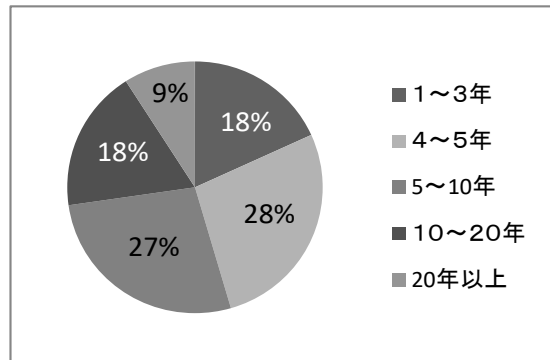


図 2 あまりないと答えた看護師の経験

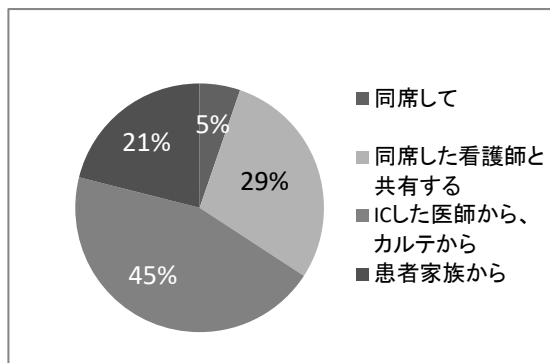


図 3 IC 内容の把握方法

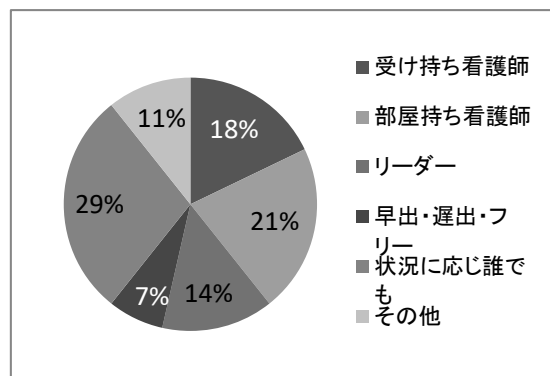


図 4 IC に同席することが望ましいと思う業務

表 1 IC の同席に関する意識

質問項目	カテゴリ名
ICに同席することに関して看護師の役割はどのようなものがあるか(10)	医師・患者間の調整役(10)
	ICの補足(5)
	看護師との情報共有(5)
	患者家族の精神的ケア(4)
	統一したケアの展開(4)
	医師との情報共有(2)
	患者の理解度の確認(2)
	同席をケアに繋げる(1)
	意思決定の援助(1)
	コメディカルとの連携(1)
ICの同席が必要だと思う理由(9)	IC内容の把握のため(5)
	IC内容を看護師間で共有するため(5)
	ICの同席をケアに繋げるため(5)
	患者の気持ちを理解するため(4)
	患者・家族の反応と理解度の把握のため(3)
	補足説明するため(3)
	病状の把握のため(2)
	医師患者間の調整が必要(2)
信頼関係の構築(1)	
ICに同席できず患者と医師と関わる上で困ったこと(6)	IC内容が分からない(9)
	患者の対応・ケアに困った(6)
	患者の理解度・反応が分からない(5)
	医師と患者の板挟みになる(3)
	患者に不信感を抱かせる(2)
特に困ったことはない(1)	
ICに同席し患者と医師と関わる上でよかったこと(5)	患者の理解度反応が分かる(8)
	説明の補足ができる(4)
	ケアに繋げる(3)
	治療方針が分かる(2)
ICに同席したことがあまりない・全くない理由(5)	多忙・時間に余裕がないから(18)
	ICに対する認識が薄いから(5)
	師長・先輩が同席しているから(3)
	IC予定の患者の部屋もちが未経験(1)
	場所が不適切(1)

IV. 考察

1. IC に同席した経験について

A 病棟看護師は、ほぼ全員が IC に同席する必要があると認識しているが、90%以上が IC に同席した経験が、「あまりない・全くない」と回答している。その理由として多かったのは「多忙・時間に余裕がない」であった。日々、看護師が抱えているケアは多く、時間が指定されたケアもある。しかし、IC に同席するにはケアの調整をし、同席しなければならない。アンケートより A 病棟では多忙で、ケアの調整をして時間を作り同席することが困難な状況であると考えられる。予定外の IC であれば、なお調整が困難であり、同席率の低い原因と考えられる。また、経験年数の浅い看護師からは、自分が同席するという認識がないことや、師長・先輩が同席しているからしなかったという意見があった。これらより、IC に同席することが自己の優先順位のなかで低く、同席するという認識が

薄いと考えられる。これらの業務調整や認識の薄さが同席率の低い原因だと考えられる。その他、場所が狭いという回答もあり、IC 同席人数が多い場合、A 病棟の IC 場所では狭く、看護師が同席をためらうことも原因の一つと考えられる。

2. IC の同席が必要だと思う理由

A 病棟は消化器外科病棟であり、治療方針について IC する際、癌の告知を伴う場合がある。本人に告知することもあれば、家族が本人には未告知を希望することもあり、それは今後治療していく上で重要となる。家族は本人に未告知を希望していたが看護師が把握できおらず、ケアや関わりに支障をきたした事例があった。これより「IC の把握」、「IC 内容を看護師間で共有するため」、「IC の同席をケアに繋げるため」、「患者の気持ちを理解するため」などのカテゴリが生まれ、A 病棟看護師は、IC 内容をカンファレンスで共有し、全員が把握することでケアを統一していく必要があるという意識が強くなったのではないかと考える。

3. IC に同席し、患者と医師と関わる上でよかったこと、困ったこと

A 病棟では、時に医師からの IC を患者が理解できておらず、医師と患者・家族の間に食い違いが生まれ、再度医師に IC を依頼したり、看護師が IC 内容を医師に確認し、説明をすることがある。また、IC 内容を看護師が知らず、「患者から質問されても適切なケアができなかった」、「患者との会話で IC 内容を把握することになり適切なケアができなかった」、という経験をしている看護師が多数いた。このように同席できなかったことが、統一したケアの提供や、患者との信頼関係の構築などに影響を与えたと認識していると考えられる。

4. IC に同席することに関して看護師の役割はどのようなものがあるか

A 病棟看護師は同席する看護師の役割を医師患者間の調整役、精神的ケアなど多数回答した。中俣ら²⁾は、医師の説明時に患者は緊張しやすく、適宜説明内容の理解度を確認する必要があると述べている。A 病棟で行われる IC は、癌の告知やそれに関連した治療方針、また予後についてなど、患者が理解し受容するのは容易ではない。A 病棟看護師は、医師と患者の意思疎通がとれず生まれた両者の食い違いや板挟みを経験し、患者が医療者に苛立ちや不信感を抱き対応に困った経験をしている。そのような患者の心理状態を最初に感じるのは看護師であり、それを医師に伝えるのも看護師の役割である。患者が疾患や治療を理解し受容できるような看護師の役割を様々

な経験から実感し、上記のようなカテゴリーが生まれたのではないかと考える。

今回の研究でA病棟看護師は、様々な事例からIC同席の必要性を感じ、同席による看護師の役割についても認識していた。しかし同席に関する認識が薄いことや業務調整がされない等の原因で同席率が低い現状が明らかになった。今後、看護師がICに同席し患者の望む役割が果たせるよう、業務の体制づくりとICの同席に関する看護師の役割が再認識できる機会やカンファレンスの場をA病棟全体で作っていくことが重要である。

V. 結論

1. 同席率が低い原因について、同席に関する意識が薄いこと、時間に余裕がなく業務調整されていないこと、IC場所が不適切であることが明らかになった。

2. IC同席はA病棟看護師全員が必要と回答し、看護師の役割も認識できていることが分かった。

【引用文献】

- 1) 小島操子他：患者中心の医療のあり方，日本社会保険医学会演説集，86－88,1990
- 2) 中俣直子他：鹿児島県内の看護者のインフォームド・コンセントに対する認識と実施状況の分析，鹿児島大学医学部保健学科紀要，12(2),59-70,2002

【参考文献】

- 1) 可知彩香他：インフォームド・コンセントにおける看護師の役割－患者と看護師の意識調査から－，第37回看護研究学会誌看護総合，360，2006

A 病院 ICU における騒音に対する実態調査 —音の測定と患者アンケートの結果から—

The survey for the noise in the A hospital ICU
-From the results of the patient questionnaire and measurement of sound-

山下 優 小松 和代 片岡 真裕子 高橋 智美 西山 直子 兼近 みどり
Yu Yamashita Kazuyo Komatsu Mayuko Kataoka Tomomi Takahashi Naoko Nishiyama Midori Kanechika

独立行政法人国立病院機構善通寺病院 ICU
Independent Administrative Institution National Hospital Organization Zentsuji Hospital

要旨

A 病院集中治療室（以下 ICU と略）は 6 床のベッドが、カーテンのみで仕切られたワンフロアで構成されている。退院時アンケートの集計結果にて ICU 内で職員同士の会話が気になったとの結果が出ている。豊増¹⁾は、「音の対策を考えるためには、気になる音や発生する時間帯を把握することが必要」と述べており、看護師は、患者が気にしている音を知り、患者が身体的精神的に快適な音環境を提供する努力が必要であると考えた。

キーワード：ICU 騒音

【はじめに】

ICU は夜間の緊急入院も多く、昼夜を問わず処置が行われ、医療機器のアラーム音やモニター音、医療者同士・医療者と患者の会話、他の患者に行われている処置などの多種多様な音が溢れている。いかに治療に必要な機械から出る音であっても、患者にとって音を聞くことが目的でない場合には、不快さを減少させる対策を講じることは必要である。そのなかで、私達看護師は ICU 内にリラクゼーション目的で BGM を流したり、夜間手洗い時など水道の水圧を緩めてシンクで発生する音を小さくしたりするなど工夫をしている。ICU の騒音レベルは先行研究から報告されているが、施設によって、構造や使用している医療機器も違い、ICU の騒音レベルを ICBEN の尺度を使用して評価している先行研究はない。そのため、A 病院 ICU でも入室患者がどのような音を騒音と感じ、どのように受け止めているかを知るため、ICU 退室後の患者へのアンケート調査を実施した。結果、ICU 内の音の実態が明らかになったので報告する。

I. 用語の定義

騒音：患者にとって不快な音。好ましくない音の総称であり、何かの妨げになる音、あるいは聴力その他の生理機能を低下させるなどの健康上悪影響を与える音

ICBEN：International Commission on the Biological Effects of Noise の略であり、騒音のうるささに関する言葉の国際標準尺度。

ICU 退室患者：ICU 入室後、一般病棟に退室、または退院する患者

II. 研究目的

A 病院 ICU における騒音に対する実態を音の測定と患者アンケートの結果から明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象：日常会話が可能な ICU 退室患者 {意識レベルが GCS(E4V5M6) 以上、認知症、高度な難聴のある患者は除く。記載できない患者には了解を得て、看護師が代筆する}

2. 研究期間：平成 24 年 9 月～平成 25 年 3 月

3. データの収集方法：

1) アンケート調査の実施

研究対象者である ICU 退室患者に退室時にアンケート用紙を配布し、アンケート回収箱へ入れてもらうようにする。アンケート内容は ICBEN による国際統一尺度の日本語対応版を使用し、「全くうるさくない」「それほどうるさくない」「多少うるさい」「だいぶうるさい」「非常にうるさい」の 5 段階尺度で多肢選択法とする。

2) ICU 内の音の測定条件を以下とする。

(1) 測定計の種類 デジタル騒音計

(2) 測定場所 各ベッドの頭部側、高さ 1 メートル

(3) 測定時間 3時間毎の音を1週間ごとに3か月間測定

IV. 研究の倫理的配慮

対象者となる患者と看護師に研究目的、研究内容を口頭と文書で説明した。得られたデータは、この研究以外の目的で使用されることはないこと、研究者以外の者が、データを用いることはないこと、参加者のプライバシーが保護されることに配慮して行い、患者に研究の協力の有無で不利益にならないことを説明した。本研究は、院内の倫理委員会の承認を得た。

V. 結果

図1の患者アンケートの結果から「全くうるさくない」「それほどうるさくない」のうるさくない群が多数を占めた。「多少うるさい」「だいぶうるさい」「非常にうるさい」のうるさい群では、「他患者からの発聲音」「機械」「医療者と他患者」「医療者同士の話し声」の順が多かった。患者アンケート自由記載では不快と不快ではないに分け、原因を分類した。

図2の各ベッドの平均dBではNo.1が最も高く、No.6が最も低かった。図3の各ベッドの騒音別dBでは「ハザードBOX」「インターホン」「電話」はベッドからの配置に近いほど高い値が得られ、その他はベッド配置による差はさほどなかった。図4の各時間の平均dBではバラつきがみられた。

VI. 考察

ICUは一般病棟に比べ術後や緊急の重症患者を受け入れるため、医療機器が充実している。A病院ICUでも、さまざまな医療機器からアラーム音が発生している。患者アンケートからもアラーム音に対して、音が何を意味しているのか分からず、不安に感じているといった意見が聞かれた。服部ら²⁾は「聴くものにとって、音源が不明なものあるいは音の持つ意味が不明なものは、音を与える影響が大きい」と述べており、星ら³⁾は「今まで聞いたことのない医療機器の警報音や、個室外から聞こえる不明音はその都度緊張と不安を与え、音に対して脅威を感じさせる。」と述べている。術前オリエンテーションでは音に対しての説明は行っているが、主に機械音に対しての説明である。若杉ら⁴⁾は「術前オリエンテーションでICUに関する不安の軽減が出来た」と述べており、医療機器以外の音に関しての説明も入室前に十分行い、実際に発生した時にも音に対しての説明が重要である。

今回の実態調査において「他患者からの発聲音」「機械」「医療者と他患者」「医療者同士の話し声」の数値が高かったのは、カーテンだけで仕切られたワンフロアであることや、時間を問わず行わなければいけない処置があることが考えられる。また、高齢の難聴患者、不穏患者が入室している場合は、話し声が大きくなっているため、他患者に影響していると考えられる。

A病院ICUにはナースコールがなくベッド柵に鈴をつけナースコールとして使用している。患者は鈴の呼び出し音を不快に感じているという意見が多かった。大倉⁵⁾は「不快な音は、繰り返したり長時間続くと不快感が増加する。」と述べていることから鈴の鳴らし方の指導や、鈴を鳴らす前に介入することで改善できると考えられる。

各ベッドの平均dBをみるとナースステーションに近いベッドのほうが高く、遠くなるにつれて平均dBは低くなっている。これは、ナースステーションに近い位置のベッドは医療機器を多く使用している重症な患者が入室している事が多く、ナースステーションから離れるにつれ病状が安定している患者を配置していることが多いためであると考えられる。各ベッドの騒音別dBでは、ハザードBOX、インターホン、電話はベッド位置に近いほど高い値が得られたが、その他の項目ではベッド位置による測定値の差は得られなかった。先行研究でも不快に感じる音は、感じる者の主観的評価と必ずしも物理的な音は一致しないことが言われている。入室患者の年齢、疾患、性格、状態などを把握し、ベッドコントロールすることは、患者の療養環境の改善につながると考え、継続して行う必要がある。

WHOでは病院内の環境基準として、日中50dB以下、夜間40dB以下を推奨している。日中は50dB以下で経過できていたが、夜間は常に40dB以上であった。図4の3か月間の時間ごとの計測で月ごとにバラつきがみられたのは、緊急入院や急変がいつ起こるか分からない環境であるため、その時の環境がデータとして反映していると考えられる。また、昼夜に差が見られないということは、医療者の処置や、機械音は時間を問わずに発生しているためだと考えられる。ICUの構造上及び形態上、物理的に改善は難しいが、看護師の意識付けで改善できる発聲音は多数あると考える。また今回の自由記載において、看護師の笑い声や靴音が気になったとの回答もあり、今後これらのことも含めて看護師の意識改善に努める必要がある。

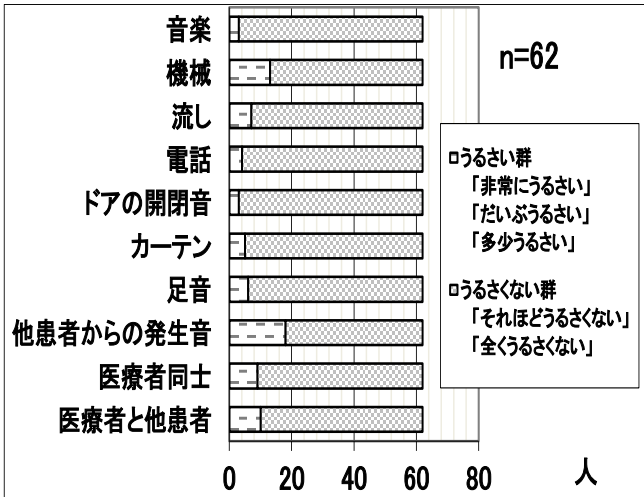


図1 患者アンケート結果

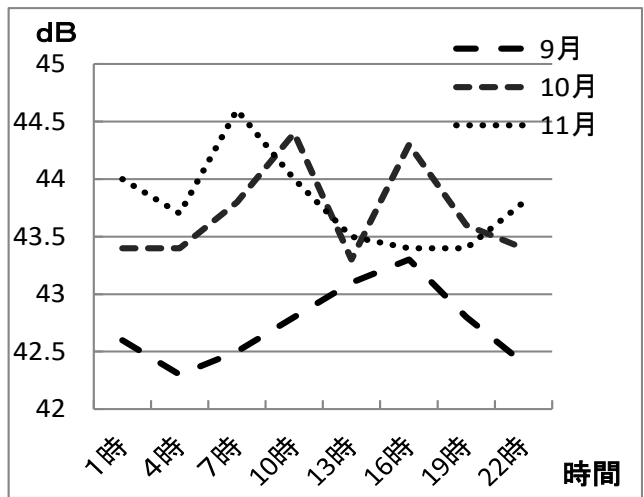


図3 各ベッドの騒音別 dB

表1 患者アンケート自由記載

不快	不快	不快ではない
看護師サイド	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の足音がうるさかった。靴を変えた方がいい。 血圧計バンドの開ける音。 看護師の笑い声が非常にうるさかった。 音に関して覚えているのは、看護師の働く音。 音が静かすぎると医療者の話し声に注意がいく。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分のことで精一杯で音など気にならない。 音楽が流れていたのは非常に良かった。 ICUだから様々な音がするのは致し方ないことだと思う。
患者サイド	<ul style="list-style-type: none"> 両隣の患者の痰が絡んだ咳が気になって眠れなかった。 鈴の音が悪い。 呼び出し音がうるさかった。 鈴の音がうるさかった。 隣のベッドの人の寝息。 	
環境	<ul style="list-style-type: none"> ICUはもっと静かなところだと思っていた。 うるさくてぜんぜん眠れず、休めるどころではなかった。 ベッドの位置を考えてほしい。静かな位置が良かった。 工事の音がうるさくて全然眠れなかった。 機械の警報音がよく鳴って、どの機械から鳴っているのかわからない。不安になった。 	

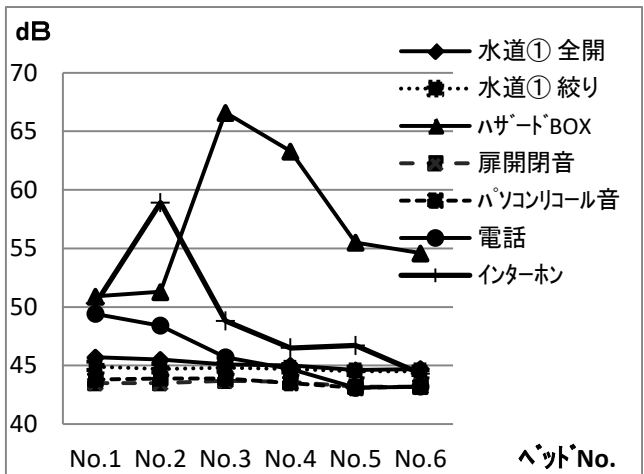


図4 各時間の平均 dB

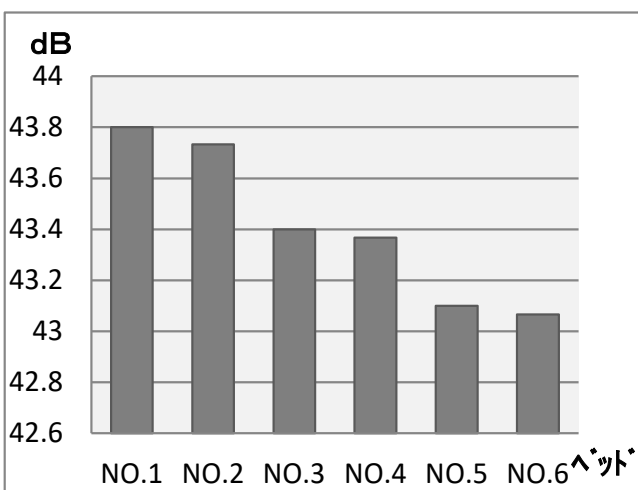


図2 各ベッドの平均 dB

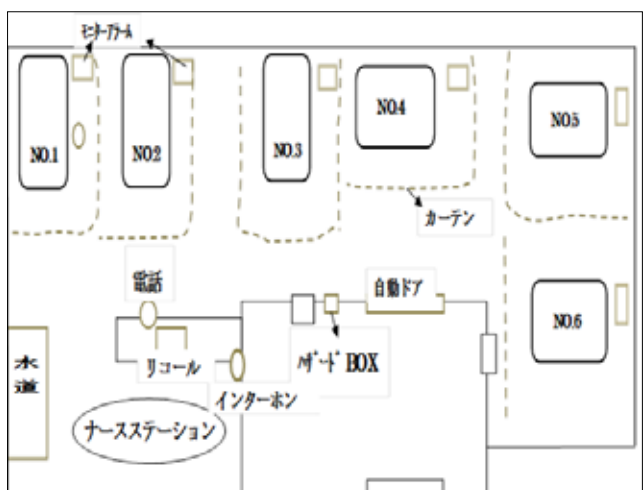


図5 A病院 ICU 見取り図

VII. 結論

1. ICU病棟内で騒音レベルは「ハザードBOX」「インターホン」「電話」の順で高かった。
2. 時間による音の大きさはその時の環境によってバラつきがみられた。
3. 患者が不快に感じている音としては「他患者からの発声音」「機械音」「医療者と他患者」が挙げられ、これらのことは今後の看護師の意識改善、早めの介入の検討が必要であることが明らかとなった。
4. ナースステーション近くのベッドほど医療機器使用頻度が高く騒音レベルも高いため患者の状態に合わせたベッドコントロールする必要がある。

【おわりに】

今回は、ベッドごと、各測定場所の測定値、患者アンケートの結果についての関連性についてや、患者の年齢、在室日数、疾患など、個別性は考慮しておらず、実態調査のみに留まっている。そのため一概に今回の研究内容が当院におけるICUの騒音結果とは言いきれず、転移可能性に限界がある。音の測定結果と患者アンケート結果の内容をスタッフが把握することで騒音に対しての意識改善や音環境の改善につなげ、日常業務の中で入室患者に快適な音環境を提供していく必要がある。

【引用文献】

- 1) 豊増美貴, 大鶴徹: 病院ICUの音環境改善に関する研究, 日本建築学会技術報告集, 23, 2006
- 2) 服部俊子・永井緑・青山ヒフミ, 他の音 環境—第1報—サウンドスケープICUとCCU, 19(6), 536, 1995
- 3) 星直子・長谷川真美: ICU入室患者に「音」もたらす影響とその意味—個室入室を経験した患者のインタビューから—, 第38回日本看護学会論文集(成人看護I), 207, 2007
- 4) 若杉裕子・東美緒・塚田千恵理, 他: ICU入室患者に対する術前オリエンテーションの効果と課題, 第38回日本看護学会論文集(成人看護I), 115, 2008
- 5) 大倉美穂・黒田裕子: 病床における音環境のエビデンス, 臨床看護, 28(13), 1923-1932, 2002

【参考文献】

- 1) 中尾恵子, 鳥越俊宏: 病棟音環境における患者と看護師の認識の比較—現状の把握と分析—, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 99-102, 2007
- 2) 牧さつき, 池美保: 騒音測定とアンケート調査による騒音と睡眠への検討—睡眠環境に対する患者サービスを考える—, 第33回日本看護学会論文集(看護管理), 242-244, 2002

開腹時の効果的な保温方法の検討

Examination of the effective keeping-warm method at the time of an incision in the abdomen

阿佐 奈緒美 大西 倫代 石井 涼太 河野 薫 細谷 千恵子
Naomi Asa Michiyo Onisi Ryota Ishii Kaoru Kono Chieko Hosotani

独立行政法人国立病院機構普通寺病院手術室

National Hospital Organization Zentsuji Hospital Operation room

要旨

現在外科開腹手術において、上半身用ベアハッガーを使用している。しかし、術中の保温について不十分だと感じるがあった。全身用ベアハッガーとの保温効果を比較し、体温変化を観察することで術中保温の重要性を再認識することができた。今後も今回の結果を参考に効果的な保温方法を考えていく必要がある。

キーワード：術中体温管理 ベアハッガー

【はじめに】

全身麻酔での手術では麻酔薬の血管拡張作用により血管が拡張し、中枢から四肢に向けての血流が増加することで再分布性体温低下が起こりやすい。また、硬膜外麻酔に伴い、交感神経がブロックされることで末梢への熱の移動が促進されたり、開腹手術により、術野からの放射と蒸散が起こり低体温になりやすい。手術中の低体温はシバリングを引き起こし、術後の回復期間に影響を与えるとされている。そのため、手術中の保温は大変重要であるといえる。

稲垣¹⁾は「術中体温保持に必要な介入として、麻酔導入時まで室温を高く維持、温風式加温装置や循環式加温マットレスの使用、吸湿発熱繊維（クーデック® プレスウォーム）による保温、総合アミノ酸輸液、輸血加温装置を使用した輸液の加温、呼吸回路の加温加湿がある」と述べている。現在A病院ではフロア全体での室温管理の設備がなく、各部屋で温度調節ができない。そのため麻酔導入時まで室温を高く維持することが困難である。そのため、看護師が介入できるのは、保温装置である。手術中の保温装置としては、温風式加温装置（以下ベアハッガー）や循環式温水マットなどがあるが、ベアハッガーは温水マットに比べ、末梢循環がよく保たれ保温効果が高いといわれている²⁾。また、再分布性低体温については、麻酔導入前からベアハッガーや循環式温水マット等を使用して加温しておくことが重要であるといわれている³⁾。上半身用のベアハッガーは頭部を覆えるシートが付いておりそのシートを使用し血流の多い頭部の保温を行え、またSpO₂値を測定する手指を保温できる。そのため現在A病院では外科開腹手術において上半身用を

使用し保温している。しかし、腹部全体が消毒範囲となる開腹手術の場合上半身の保温範囲は狭くなり、術中の保温に対して不十分だと感じるがある。そこで、ベッドに敷く全身用を使用することでベッドと患者間での伝導を防ぐことができるのではないかと考えた。しかし、全身用を使用した場合上肢は外転するため、上肢の保温を行うことができず、布の掛物だけの保温になるが、沖田ら⁴⁾は「覆布で皮膚表面を覆うだけで熱喪失は防げる」と述べている。現在手術後にシバリングを起こす患者は少ないが、術後手指の冷感が見られることがあった。全身用を使用することで手術中の体温低下をより防ぐことができれば、今後全身用も積極的に使用できる。今回は、従来の上半身用のベアハッガーを用いた場合と、全身用のベアハッガーを用いた場合の術中体温の差があるかを比較し、全身用の保温効果を明らかにする。

I. 研究目的

開腹手術における、全身用ベアハッガーの効果を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン 準実験研究

2. 研究対象

A病院で全身麻酔・硬膜外麻酔併用で開腹手術を受ける承諾の得られた患者4名

3. 研究期間

平成24年6月～平成24年12月

4. データの収集方法とツール

麻酔開始から麻酔覚醒まで 15 分おきに鼓膜温と直腸温または食道温, SpO₂ 値, 手指の冷感の有無を測定・観察する。麻酔覚醒後はシバリングの有無・手指の冷感を観察する。麻酔開始時, 麻酔覚醒後患者の訴えを聞く。

入室前から, 上半身用使用時は電気毛布で, 全身用使用時はベアハッガーを使用してベッドを加温しておく。全身用使用時, 上肢はバスタオルを敷いてから従来の覆布をかける。上半身用使用時は, 従来通り覆布の間にベアハッガーをはさむ。上半身用と全身用については, ランダムに分ける。

5. データの分析方法

それぞれの保温方法から得たデータを Microsoft Excel 2010 を使用しグラフ化する。その後, 体温の推移, 差を比較検討した。

III. 研究の倫理的配慮

術前訪問時, 手術中の体温管理, 保温方法について文書にて説明を行う。プライバシーの保護, 得られたデータは研究以外に用いないこと, いつでも拒否できること, それによる不利益がないことを患者に説明し, 研究が終了したら破棄することを伝え, 文書による同意を得る。倫理委員会に申請し承諾を得た。

IV. 結果

患者は 78 ± 8 歳の男性 2 名, 女性 2 名の計 4 名であった。全身用ベアハッガーを使用した 2 名を A・B とし, 上半身用ベアハッガーを使用した 2 名を C・D とする。

術中体温変化は図 1 の通りである。A は, 麻酔開始時 36.9℃, 一時間後 36.2℃, 3 時間 45 分後に最低体温 35.2℃となり, 帰室時 35.8℃, その後体温上昇している。B は, 麻酔覚醒時 37.0℃, 一時間後 36.7℃, 麻酔覚醒時に最低体温 36.4℃となり, 帰室時 37.1℃, その後体温上昇している。C は麻酔覚醒時 36.6℃, 一時間後 35.8℃, 三時間後最低体温 35.2℃となり, 帰室時 35.8℃, その後体温上昇している。D は, 麻酔開始時 36.9℃, 一時間後 36.7℃, 麻酔覚醒時最低体温 36.1℃となり, 帰室時 35.9℃, その後体温上昇している。鼓膜温は直腸温・食道温 ± 0.5℃となった。全症例麻酔覚醒後, シバリングは生じなかった。A・B・D は四肢冷感はなし。C は両上肢冷感があった。SpO₂ 値は, 4 名とも術中は 100%, 帰室後も 97 ~ 100%であった。

麻酔前・麻酔覚醒後, 患者から寒さを訴える言葉は聞かれなかった。

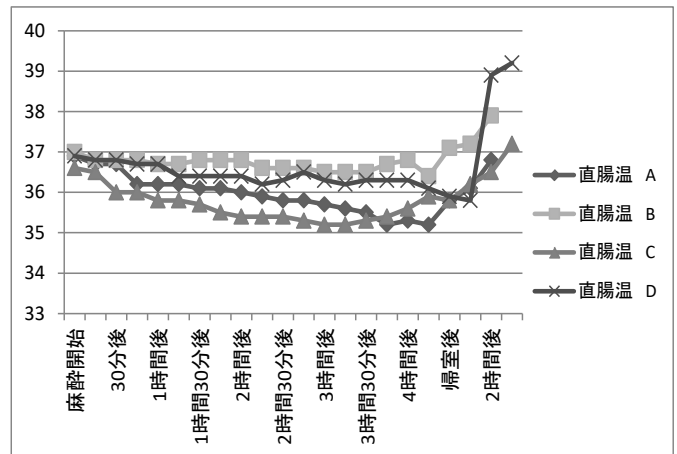


図 1 術中の直腸温の変化

V. 考察

現状として, 全症例が患者入室前からベッドを加温できていなかった。しかし, 今回の研究で入室前から加温することで患者から寒さの訴えを聞くことはなかった。そのため, 寒さによる血管の収縮を防ぐことができた。

稲垣⁵⁾は「術中体温低下は3相に区分され, 麻酔導入1時間経過からの体温保持が重要である」「麻酔導入後1時間までは, 麻酔導入による体温の中枢から末梢への再分布で, これによる効果的な体温低下の予防策はない」と述べている。今回の症例でも, 麻酔導入後から1時間で0.2 ~ 0.8℃の体温低下が起こっている。青山⁶⁾は「麻酔導入後1時間で1 ~ 1.5℃低下し, 3時間で2℃低下, その後体温低下により血管収縮反応が起こり体温は横ばいとなる」と述べている。麻酔導入時から最低体温の差は, A - 1.7℃, B - 0.6℃, C - 1.4℃, D - 0.8℃であり, 青山が述べている範囲内の体温低下となった。麻酔開始1時間後から麻酔覚醒までの最低体温では, 全身用を使用したAでは - 1.0℃, Bでは - 0.3℃, 上半身用を使用したC・Dでは - 0.6℃の体温低下が起こっている。全身用を使用した場合の体温低下は, 0.3 ~ 1.0℃と差がある。全身用は患者の周囲を温風で囲むような環境を作ることができるが, Aの場合どこかで温風を遮断してしまい, そのような環境が作れていなかった可能性がある。今回の研究の結果から全身用の使用も可能である。しかし, 十分な保温が行われていない場合は, 低体温になる可能性があるため上半身用に切り替えるなど, 対応できるような準備が必要である。しかし, Bのように効果的に使用できた場合は上半身用よりも全身用の方が効果的に保温できる。上半身用を使用した場合の体温低下は, 2例とも同程度であり, 全身用のように温風を遮断する可能性が低く, 安定した保温効果が期待できる。また, 麻酔覚醒時は最低体温とほぼ同じ体温または軽度上昇しており, 青山が述べているような体温変化となった。

上半身用を使用したCは上肢もベアハッガーにて保温していたが、麻酔覚醒後手指の冷感がみられていた。全身用の場合、上肢はバスタオルのみの保温であったが冷感にはみられていなかった。このことより、バスタオルの使用は効果的である。しかし一方で、ベアハッガーを使用しているも皮膚表面を十分に覆えていないと保温は困難である。今後上半身用を使用する場合、追加でバスタオル等の使用も考慮すべきである。

麻酔覚醒後は病室用のベッドに移動し、病衣を掛けその上から電気毛布を掛ける。ベッドは電気毛布で温められているが、病衣は温まっていないため体の熱が移動し病室後体温低下がおこっている可能性がある。今後は移動するベッドだけでなく、病衣も温めておく必要があると考える。

今回は症例が2例ずつであり、十分な結果が得られなかったが、保温方法を見直すことができた。現在の保温方法だけでなく、術前からの保温や上半身用を使用時には追加でバスタオルの準備、病室時病衣の加温が必要である。また、今回検討した全身用も効果的であり、積極的に使用していくべきである。

VI. 結論

1. 上半身用と全身用では、どちらも術後の体温低下は起こっていない。しかし、全身用の場合は使用時の環境によって保温効果が変わってくる可能性がある。適切に使用できた場合、全身用ベアハッガーは有効である。

【おわりに】

今回の研究により、術中保温の重要性を再認識することができた。今後改善点を生かし、効果的な保温を行い患者により良い環境を提供していきたい。しかし今回は、4症例と対象患者が少なく今後も症例を増やし検討をしていく必要がある。

【引用文献】

- 1) 5) 稲垣喜三, 術後管理の最新ポイント 5, OPE nursing 2012 vol27 : 73, 2012
- 2) 岩坂日出男, 全身麻酔下開腹術中の保温効果の検討, 麻酔 41 巻 4 号 : 666-668, 1992
- 3) 菊池真弓, 再分布性低体温に対する麻酔導入前温水式下肢加温の効果, 第 41 回成人看護 I : 77-79, 2010.
- 4) 沖田美代子, 体温管理, OPE nursing97 春季増刊 : 181, 1997
- 6) 青山延布子, 体温異常の早期発見と対策, OPE nursing2011 vol.26 : 46-51, 2011

【参考文献】

- 1) 沖田美代子, 体温管理, OPE nursing97 春季増刊 : 181, 1997
- 2) 山蔭道明, 及川慶浩, 看護視点で考える手術中の体温管理, 月刊ナーシング vol.30 : 93-96, 2010
- 3) 井上順子, 全身麻酔下における術中体温変化の実態調査, 第 29 回成人看護 I : 110-112, 1998
- 4) 大山直己, 肩関節鏡視下手術における体温管理, 第 41 回成人看護 I : 150-152, 2010
- 5) 竹谷幸子, 術中体温管理における保温効果の比較, 第 33 回成人看護 I : 68-70, 2002
- 6) 谷山健作, 開腹手術時の体温管理の検証, 手術医学 : 103-105, 2005

大腸内視鏡検査における検査前の精神的苦痛に影響する要因分析

Factor analysis that affect the emotional distress of the pre-test in colonoscopy

山路 久美子 土本 美由紀 清水 沙緒里 西川 真理子 川崎 崇代 岸本 美子

Kumiko Yamaji Miyuki Tsuchimoto Saori Shimizu Mariko Nishikawa

Takayo Kawasaki Yoshiko Kishimoto

善通寺病院 外来

Zentsuji National Hospital Adult Outpatient Department

要旨

A病院内視鏡室看護師は、大腸内視鏡検査（以下CFと略す）を受ける患者から「検査のことを考えて夜も眠れなかった。」「怖いです。」「前回しんどかった。」などといった声を聞き、CFは精神的な苦痛の大きい検査であることを感じた。そこで、今回CFを受ける患者の精神的苦痛の分析を行い、精神的苦痛に影響する要因を明らかにすることでより効果的な検査前の精神的苦痛軽減に向けた看護ケアが提供できると考えた。アンケート調査によりCFを受ける患者の精神的苦痛の分析をリッカート法を使用し行った。結果、精神的苦痛に影響する要因が初回者、女性、70歳以上であることがわかった。

キーワード：大腸内視鏡検査 苦痛 要因

【はじめに】

大腸内視鏡検査を受けられる患者から「検査のことを考えて夜も眠れなかった。」「怖いです。」「前回しんどかった。」などといった声が聞かれ、看護師は、CFは患者にとって肉体的だけでなく、精神的にも苦痛を伴う検査であることを日々の検査で強く感じている。江田¹⁾は「患者にとって不安や苦痛は付きまとうものであり看護師をはじめ医療従事者はそういった患者の気持ちが少しでも和らぐようにかかわっていかねばなりません。」と述べている。A病院内の看護師は、できるだけ話を聞き精神的苦痛の軽減に努めているが、十分なケアが行えているとはいえない。秋森らはCFを受ける患者の苦痛について文献より調べ、精神的苦痛・肉体的苦痛・社会的苦痛に分類し、一人の事例を通して看護介入を行っている。また先行研究において、上部内視鏡検査における患者の苦痛に影響する要因の検討は行われているが、CFを受ける患者の検査前の精神的苦痛に影響する要因の検討についての調査は行われていない。

そこで今回CFを受ける患者の精神的苦痛の分析を行い、精神的苦痛に影響する要因を明らかにすることでより効果的な検査前の精神的苦痛軽減に向けた看護ケアが提供できると考えた。

I. 用語の定義

検査前：CFを受けることが決定してから検査を開始す

るまでの期間

精神的苦痛：CFを受ける患者が検査を受けることが決定してから検査を開始するまでに感じた精神面における痛みや苦しみや不安

II. 研究目的

CFを受ける患者の検査前の精神的苦痛に影響する要因を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的研究：関係探索研究

2. 研究対象

A病院で平成24年8月～同年10月にCFを受ける外来患者（通常のコミュニケーションが可能な患者を対象とし緊急例は除く）

3. 研究期間

平成24年7月～平成25年3月

4. データの収集方法とツール

A病院にて調査期間中（平成24年8月～同年10月）にCFを受ける外来患者に、検査当日の受付をしてから検査までの間に検査担当看護師が患者待合室にて研究の説明を行った。紙面にて同意を得た患者に無記名の質問紙を手渡し記入してもらい、検査開始までに待合室に設置した箱に投函してもらった。

調査項目は、秋森らが考えたCFに関する精神的苦痛(知らない検査に対する不安・痛みに対する恐怖心・検査待ちの期間に病気が進行しないか・検査結果に対する不安・検査中に排便排気が出ることへの不安・便が残っていて検査できない不安・不安に伴う不眠・絶食による空腹)を参考に、リッカート法(4段階)を使用した質問紙を作成し、追加質問項目として患者背景(年齢、性別、検査回数、検査理由、前回の検査時の肉体的・精神的苦痛の有無)を調査する。質問紙はプレテストを行い結果により修正を加えた。尚CFはパスを使用し、検査予約時に各科で患者、家族に説明を行った。

5. データの分析方法

各項目に対し基本的統計処理を行い、マンホイットニーU検定を使用する。統計ソフトは「らくらく統計ナース」2011年版、メディカ出版を使用した。またリッカート法(すごくあった1点、あった2点、なかった3点、まったくなかった4点)を点数化し、男女別、70歳未満以上別、初回者経験者別において両群間での平均点を比較し、有意差を求めた。

IV. 研究の倫理的配慮(対象者の保護)

A病院倫理委員会の承認を得たうえで、調査前に研究目的や方法について対象者に、プライバシーや匿名性、秘密の保持、研究への参加の自由、研究後はデータを放棄することを説明し紙面にて承諾を得た。

V. 結果

1. 対象者の概要

質問紙配布数は100票であり100名から回答を得た(回収率100%)。男性60名(60%)女性39名(39%)無回答1名(1%)有効回答数99名平均年齢68.9歳だった。

2. 検査理由

検査理由は、「便の検査で引っかかった」43名「定期健診」27名「その他」11名「便秘」6名「おなかが痛い」5名「便が赤かった」3名「下痢」2名の順であった。男女別検査理由の1位は「便の検査で引っかかった」男性20名(33.3%)女性23名(60.5%)が最も多く次いで「定期健診」「その他の理由」の順に多かった(図1)。

初回者と経験者の検査理由1位は、「便の検査で引っかかった」初回者が22名(53.7%)経験者が21名(36.2%)であった(図2)。

3. 対象者の実態

CFを受ける患者の精神的苦痛の内容は、「すごくあった」と「あった」を合わせると、「結果への不安」81名(81%)「痛みの恐怖心」71名(71%)「便ガスの不安」66名(66.7%)の順で多かった(図3)。

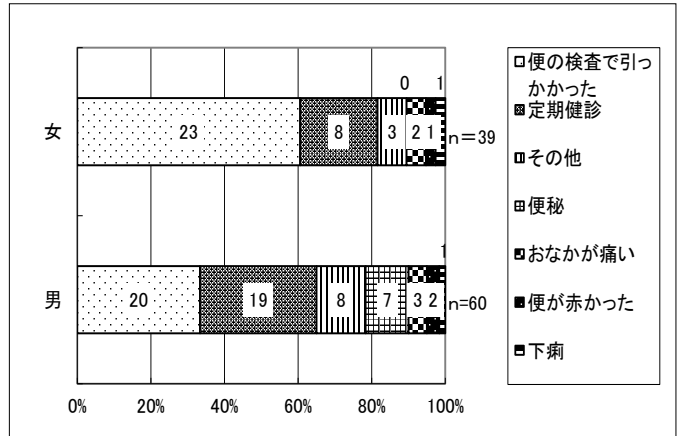


図1 CFを受ける男女別検査理由

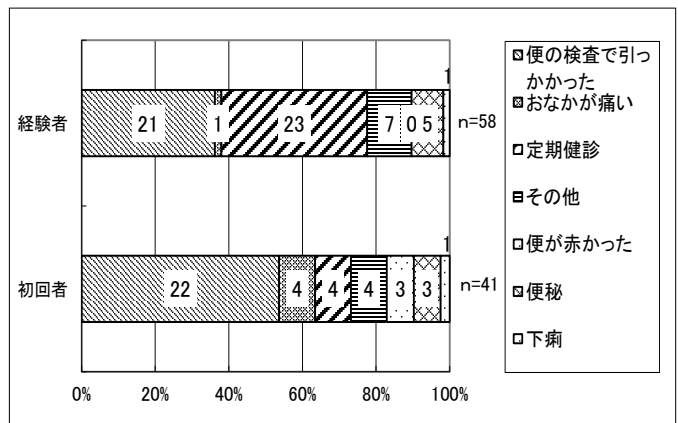


図2 初回者と経験者の検査理由

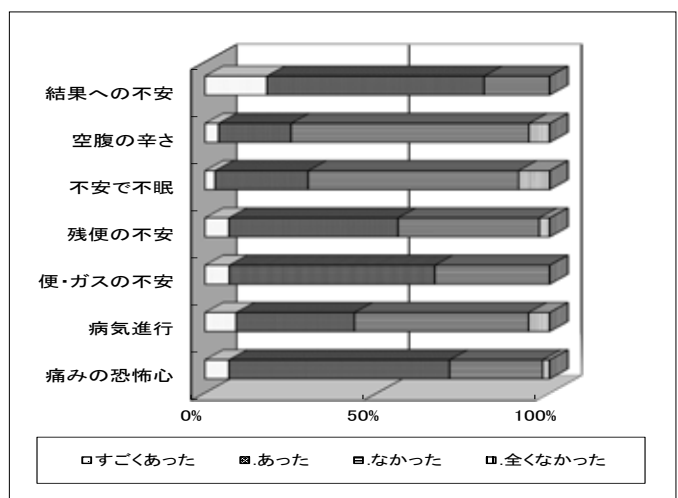


図3 CFを受ける患者の精神的苦痛内容 n = 99

男女別で各項目を比較した場合、有意差があったのは検査回数 $p = 0.005$ 、(表1) 前回の辛さ $p = 0.012$ 、痛みの恐怖心 $p = 0.003$ 、便ガスの不安 $p = 0.03$ 、不安で不眠 $p = 0.001$ であった(表1)。「検査回数」では男性が女性より多く有意差が見られた。「前回の辛さ」は女性が男性より強く感じていた。「痛みの恐怖心」は女性が男性よりあった。「便ガスの不安」では、女性が男性より強く不安を感じていた。「不安で不眠」では女性があったと答えていた(表2)。

初回者か経験者で各項目を比較した場合では「痛みに対する恐怖心」 $p = 0.001$ 、「便が残り検査できない不安」 $p = 0.026$ で有意差がみられた(表3)。

また70歳未満、70歳以上で各項目を比較した結果では、「不安で不眠」のみで有意差がみられた(平均70歳未満 2.92 ± 0.65 , 70歳以上 2.64 ± 0.64 , $p=0.025$) (表4)。

表1. 男女別でみた検査回数 (男性60名女性39名)

	男性 (SD)	女性 (SD)	有意差
検査回数	2.5 (± 1.3)	1.7 (± 1.0)	$p=0.005$

表2. 男女別でみた項目ごとの得点

	男性 (SD)	女性 (SD)	有意差
前回の辛さ	1.7 (± 1.3)	1.0 (± 1.2)	$p=0.012$
痛みの恐怖心	2.4 (± 0.6)	2.0 (± 0.5)	$p=0.003$
便・ガスの不安	2.4 (± 0.6)	2.1 (± 0.6)	$p = 0.03$
不安で不眠	2.9 (± 0.7)	2.5 (± 0.6)	$p=0.001$

マンホイットニーU検定 $n = 99$

表3. 初回者と経験者別でみた恐怖心と不安の得点

	初回者 (SD)	経験 (SD)	有意差
痛みの恐怖心	2.0 (± 0.5)	2.4 (± 0.7)	$p=0.001$
残便の不安	2.2 (± 0.6)	2.5 (± 0.7)	$p=0.026$

マンホイットニーU検定 $n = 99$

表4. 70歳未満70歳以上でみた「不安で不眠」の得点

	70歳未満	70歳以上	有意差
不安で不眠	2.96 (± 0.67)	2.67 (± 0.63)	$P=0.027$

マンホイットニーU検定 $n = 99$

VI. 考察

CFを受ける患者の精神的苦痛の内容は「結果への不安」「痛みの恐怖心」「便ガスの不安」があり、「空腹の辛さ」は長時間絶食のため強いと思われたが、今回の結果では少数であった。これは下剤の服用や検査への不安のために「空腹の辛さ」はあまり感じなかったのではないかと考える。

質問紙分析の結果、CFを受ける患者の検査前の精神的苦痛に影響する要因は、性別、年齢、検査経験の有無があげられる。「前回の辛さ」や「痛みの恐怖心」は男性より女性が強く感じており、これは上部内視鏡検査前の不安や内視鏡検査中の苦痛を女性が敏感に感じているという先行研究とも一致する。現在は全員に対して同様にCFの説明を行っているが、今後女性には今まで以上に不安を軽減するような関わりが必要である。また男性より女性のほうが、「便・ガスが出ることへの不安」を感じているため、排便回数が多く水様便になっていけば便は内視鏡から吸引できることや、腸管内に送気をするので、排ガスは我慢せずに出してよいことを検査前に伝えていくことで不安の軽減につながると考える。また松田らにより、検査経験回数によって患者の心理的負担が軽減することが報告されているように、初回者は経験者より「痛みの恐怖心」は強く「便が残り検査ができないのではないかと不安」がある。初回者には、痛みがあれば言ってもらってかまわないことや、検査に支障がない便の状態などの説明を十分に行うことが大切である。70歳未満より70歳以上に「不安で不眠」が多いのは高齢者の心理的特徴も起因していると考えられた。

以上のことより、70歳以上の初回の女性は検査前の精神的苦痛が強いと予想されるので、外来での検査説明時や待ち時間に、患者が不安を表現できるような話しやすい雰囲気を作り、丁寧な説明を行う必要がある。

内視鏡看護において、検査や処置の安全性や効率性を重視するのみでなく、患者の精神的苦痛を軽減することは検査を安全安楽に行う上で重要なことと考える。

VII. 結論

1. CFにおける検査前の精神的苦痛は、「結果への不安」「痛みの恐怖心」「便・ガスの不安」の順で多い。
2. 患者は空腹の辛さよりも、精神的苦痛を感じる人が多い。
3. 経験者より初回者、男性より女性、70歳以下より70歳以上の患者に精神的苦痛が強い。

【おわりに】

今回の研究で70歳以上の初回の女性に精神的苦痛が強いことがわかった。今までは全員に同じように説明や援助を行っていたが、中でも特に70歳以上の初回の女性に精神的苦痛を緩和できるように、声かけやタッチングなどを行う必要がある。今後の課題として内視鏡室の看護師が誰でも同じ援助ができるように検討していきたい。

【引用文献】

- 1) 江田佳子：やさしくわかる内視鏡検査・治療・ケア，田中雅夫監修，58-64，2011

【参考文献】

- 1) 富田佳加：胃内視鏡検査における不安に関する実態調査，看護総合，41，279-282，2012
- 2) 早川ユリ：胃内視鏡を受けた患者の不安に焦点を当てて：アンケートよりわかった初回者と経験者の不安の相違，看護総合，39，254-256，2008
- 3) 秋森日出子：大腸内視鏡検査における苦痛の軽減，看護技術，44（15），1621-1625，1998
- 4) 圓山洋子：上部消化管内視鏡検査における患者の苦痛に影響する要因の検討，日本消化器内視鏡技師会会報，37，137-139，2006
- 5) 松田つよみ：注腸透視前処置の残便に影響を与える要因の分析，臨床看護研究の進歩4，医学書院，65-71，1992

国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター
医学雑誌 第1巻 第2号

The Medical Journal of Shikoku Medical Center for Children and Adults
Volume 1 Number 2

平成26年3月20日 発行

発行 独立行政法人国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター

〒765-8507

香川県善通寺市仙遊町2丁目1番1号

TEL 0877-62-1000

FAX 0877-62-6311

発行者 独立行政法人国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター
院長 中川 義信

編集者 独立行政法人国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター
臨床研究部長 横田 一郎
