

【要望演題】 「心の追求・気配り・目配りの実践」

【基調講演】 「検査を補助しつつ検査を受ける人をケアすること」

神戸市看護大学 教授 林 千冬

1. 問題はどこに

当初の講演依頼は、消化器内視鏡技師（以下、内視鏡技師）の資格を持つ看護職者に、「看護の心」について何か話してほしいとのことであった。即座に私は、なぜそれを学会の場であらためて追求したいのか、しなければならないのかと質問した。担当者からの返信には「高度な治療手技を完遂することに力が注がれ、(中略) 患者中心の、患者のための治療が、置き去りにされつつあるのではないかと思うことが少なくない」「治療や検査を受ける患者の気持ちを受け止め、より安心で安楽にそして安全に内視鏡治療や検査を提供していくために看護師は内視鏡室での存在意義がある」とあった。

看護職者は、一般的にもよく「とにかく技術に偏り、心を忘れがち…」といった反省をしばしばする。この場合の技術とは、診療の補助業務であることがほとんどである。だが果たして、心と技術（・知）とは対立するのだろうか。それとも心と技術（・知）とのバランスが取れないことにジレンマがあるのだろうか。

2. 治療・検査への関心か、治療・検査を受ける人への関心か

保健師助産師看護師法に定められた看護師の業務は、「診療の補助」と「療養上の世話」である。内視鏡技師／看護師の治療・検査場面での業務には、医師への直接的技術的介助という診療の補助業務の占める割合が高いのかもしれない。しかし、ケアリングの基盤である患者中心の視点で見れば、看護における「診療の補助」業務とは、現象面では診療をする人（医師）を補助してはいても、本質的には診療を受ける人（患者）を補助することと捉えるべきだろう。看護職者が関心を寄せるべきは、「治療・検査」そのものではなく、あくまで「治療・検査を受ける人」であるべきなのである。

ベナー（2005）は、名著「看護ケアの臨床知」において、先のような“治療か、人か”の問題について次のように述べている。すなわち、患者を救うために痛みを引き起こす処置を行う看護師は、正確な処置を行う一方で、有効な痛みの管理方法を開発することが第一義の役割である。そのためには、そのケアによって誘発される患者の苦痛を直視することに耐えるために、一時的に患者を客観視するという方法を取るが、それこそが、看護のアートの倫理的な中核だということである。

同様にベナーは、凄惨極まる事故現場で、緊急の気管内挿管を行うナースの次のような語りを紹介している。

「その場合、患者は実は人間ではないのです。“私は（その人の）気道を支えている”というようにね」「(中略) それはどんな時でも人間としての患者を見ないことを意味しているのではなく、仕事を終わらせることに焦点を当てなければならないのです。病院に着いて患者にケアしなくなったら、その時患者は人に戻り、後から彼らに配慮することができるのです。」

「人間としての患者を見ない」。一見、非倫理的専門性とも受け取られかねない語りである。しかしベナーは、これが情動的な切り離しや無関心などではなく、展開していく危機的状況の中で、どんなケアが必要なのかを見極められた適切な倫理的・臨時的な判断と敬意をもったケアリングなのだという。

3. 生活行動援助と癒し

一方、看護業務のもうひとつの柱は「療養上の世話」、言い換えれば生活行動援助である。生活行動援助とは、人間が人間らしく生活していくための営みに不具合や不自由の生じたときにこれを手助けすることである（川島，2011）。内視鏡による治療・検査によっておこる不具合や不自由を手助けすること、すなわち、治療・検査中の苦痛の緩和、鎮静され身動きできない患者の体位を正しく安楽に整えること、検査前の説明により患者自身が検査準備を整えられるよう支援すること等々がこれに該当する。

さらに、看護には癒しの役割もある。小板橋は、「病者の身体／こころは孤独であるどのような薬によっても、癒すことはできない。そのための技の中心に、触れるという技がある。治療が難しい場合でも、癒すことはいつでもできる（小板橋，2011）と述べ、看護には、手を用いたリラクゼーションやマッサージ、タッチングなど様々な癒しの技術があると指摘する。内視鏡看護においても、検査前の不安、検査時の苦痛やおびえを迅速に察知して言葉をかけ、痛みのある場所や緊張している部位に手を当て、さすりながら患者のそばに寄り添うといった技を、すでに多くの看護師が駆使しているのではないだろうか。

4. 内視鏡技師資格をもつ看護職者に期待すること

重要な課題は、研究やナラティブなどをとおして、暗黙知となっている生活行動援助や癒しの技を共有し、言語化するとともにエビデンスを明確化し、新たな形式知を生み出し普及させていく取り組みである。

今日、慢性的な看護職員不足が、現場の過重労働を生み、看護職者の職務満足度を阻害していることは周知のとおりである。さらに問題なのは、こうした中で、患者・市民の目から、「看護職者とは何をする人か」がきわめて見えづらくなってきていることである。それは「看護師さんは治療をする人。お世話はヘルパーさんに頼むもの」といった誤解さえ招いている危機的事態である。

看護職者とは何をし何ができる人かを、ケアリングの有用性を具体的に、患者・市民に理解される形で示さなければならない。こうした「看護の可視化」を実現するために、今こそ看護職者には、ケアの根拠を示し、目標・計画そして成果を開示し、説明責任を果たせるだけの力量が求められている。内視鏡技師という専門技術をもつ看護職者にこそ、大いにこれを

期待したい。

文献

- 1) パトリシア・ベナー、井上智子監訳：看護ケアの臨床知、医学書院、2005
- 2) 川島みどり編：触れる・癒す・あいだをつなぐ手・TE-ARTE 入門、看護の科学社、2011
- 3) 小坂橋喜久代：TE-ARTE の技をもつ意味、前掲2), p. 36

Y-1 PEG 患者の術前情報収集用紙の作成から内視鏡看護を考える

市立砺波総合病院 内視鏡センター

内視鏡技師 ○朝倉由紀子・西尾 優子

はじめに

当院、内視鏡センターでは年間 50~60 件の PEG を行っている。当院での PEG 患者の術前情報収集は当日にカルテからの情報と病棟看護師の申し送りだけで、PEG 専用の記録用紙はなく、全検査共通の用紙を使用していた。そのため、PEG 患者の情報収集がスムーズにできず、全体像を把握するのに時間がかかっていた。

そこで、PEG 患者の状態を把握するために従来の記録用紙を使用し術前訪問を試みた。しかし内視鏡勤務年数の少ない看護師から「PEG 患者の観察点が、網羅されていないため使用しにくい」という意見が聞かれた。このようなことから、統一した術前情報収集ができるように PEG 患者専用の記録用紙を作成したので報告する。

研究目的

PEG を受ける患者の術前情報収集項目を明確にし、安全な PEG が実施できる。

研究方法

1. 対象：内視鏡看護師 5 名 術前訪問導入前の記録用紙
2. 研究期間：2008 年 12 月~2011 年 5 月
3. 調査方法：対象者には、アンケート調査を行い、術前訪問導入前の PEG 患者 49 症例の記録用紙から問題点を調査した。
4. 調査内容 分析方法：1) PEG 患者 68 症例に術前訪問を行った。対象者に PEG 前日及び当日の情報収集項目についてアンケート調査（自由記載）を行う。2) ①術前訪問導入前の 2008 年 12 月から 2009 年 11 月までの PEG 患者 49 症例の記録用紙から情報収集項目を抽出した。②術前訪問導入前後の情報収集項目の比較と偶発症や PEG 時の対応の問題よりどのような情報が必要だったかを分析する。

以上アンケート調査による情報収集項目と PEG ガイドラインを参考に PEG 術前情報収集用紙（別表参照）を作成する。

倫理的配慮

研究参加は自由意志によること、またアンケートで得られたデータ及び結果は研究以外に用いることはないことを説明し、口頭にて同意を得た。本研究は当院の倫理委員会にて承諾を得ている。

結果

1. 対象者の背景：看護師 5 名 内視鏡勤務年数：平均 3.9 年 (0.5 年~10 年)
2. 術前訪問導入前の項目と導入後のアンケート調査から不足していた項目は、「PEG までの経過」
「WBC」「TP」「ALB」「CRP」「経管栄養」「尿道フォーレ」「造設時のセデーションの指示」「身体の拘縮」「円背」「腹部手術歴」「褥創」「開口制限」「家族待機（時間調整）」「家族、本人の要望」であった。
3. 術前訪問導入前の記録用紙から偶発症と対応の問題は、1) 「SPO₂ が低下し酸素を開始した」4 例で内 2 例は、セデーション施行後。2) 「PEG 時家族が不在であった」4 例。3) 「拘縮や円背により体位がとりにくかった」2 例。4) 「PEG 終了後歯が折れていた」1 例。5) 「PEG 終了後顎が外れていた」1 例であった。
4. アンケート結果の項目と PEG ガイドラインからの「口腔ケア」「極度の肥満」「経口摂取量」「身長」「体重」「便秘コントロール」の項目からアセスメントとして必要な「問題点」「対策」「結果」を追加し PEG 術前情報収集用紙を作成した。

(別表)

PEG術前情報収集用紙

検査日	年	月	日	訪問日	年	月	日
ID	科			病棟			
氏名	年齢			(男・女)			
感染症	HBS()	HCV()	Wa()	Tb()	MRSA()		
アレルギー	(無・有)			同意書()			
目的	経過						
主病名	既往歴						
腹部手術歴(無・有)							
<検査データ>							
WBC() TP() CRP() Hb() 血小板() 出血時間()							
ALB()							
<身体情報>							
意識レベル() 意思疎通(可・不能) 麻痺(右・左) 拘縮部位(無・有) 褥創(無・有)							
(GCS)							
身長(cm) 体重(kg) 極度の肥満(無・有) 便通コントロール(日)							
義歯(無・有) 動揺歯(無・有) 開口障害(無・有) 円背(無・有) 顎関節脱臼歴(無・有)							
バイタルサイン Bp / mmhg P KT SPO2							
<治療・医療行為>							
点滴(無・有) 経管栄養(無・有) 経口摂取量()							
口腔ケア() 酸素(無・有 ?) 吸痰(不要・要)							
内服薬 当院()							
他院()							
抗凝固剤 無・有() 日～中止)							
不穏(無・有) 尿道カテーテル(無・有) 造設時のセデーションの指示(無・有)							
<本人・家族の要望>				その他			
家族の来院時間の確認 ()							
<問題点>							
<対策>							
<結果>							

考察

アンケート調査の結果、不足していた項目の「セデーションの指示」「身体の拘縮」「円背」「褥創」「開口制限」「腹部手術歴」は、偶発症やPEG時の対応の問題を予防するために必要な項目であり、妥当な結果と考える。術前訪問では、意志疎通が困難な患者の場合、家族に話を聞く例も少なくない。また、突発的な偶発症や何らかの理由でPEGが中止になることがあるため、「家族待機(時間調整)」も必要である。「本人、家族の要望」は、術前訪問時、患者、家族から「痛くないようにしてほしい」と希望されたことがあり、不安なくPEGが受けられるよう術前からの精神面のサポートも重要である。

内視鏡看護業務基準では「内視鏡看護とは内視鏡検査・治療の場において、患者家族に対し専門知識・技術を用いて看護介入することである」と述べている。「問題点」「対策」「結果」の項目は、情報収集した内容から情報をアセスメントし看護介入することで、安全なPEGが実施できるのではないかと考える。またPEG専用の記録用紙と術前訪問により内視鏡勤務年数を問わず、統一した情報収集が可能になると考える。

おわりに

今回、PEG患者の術前情報収集用紙を作成し、内視鏡経験年数を問わず統一した情報収集が可能となった。今後もPEG患者の安全、安楽を考え術前情報収集用紙の充実を図りたい。

引用文献

- 1) 内島夫佐子：内視鏡技師によるESD、PEG 予定患者に対する術前訪問の試み、第77回日本消化器内視鏡学会総会 Vol. 51, p990, 2009
- 2) 鈴木裕, 他：PEG ガイドライン, 消化器内視鏡ガイドライン第3版, p311, p319, 2006
- 3) 井谷智尚他：PEG と PTEG, 総合消化器ケア, Vol. 10 No. 5 日総研 p14, 2005
- 4) 朝山雅子：胃瘻造設時の管理Q&A, 看護技術 Vol. 52 No. 2, p17-18, 2006
- 5) 上田道子, 内視鏡看護委員：内視鏡検査・治療における看護業務基準, 消化器内視鏡看護業務基準, 日本消化器内視鏡技師会看護委員会, 2008

参考文献

- 1) 岡田晋吾, 他：PEG ケアの最新技術, 北海道胃瘻研究会 p2-15, 2010
- 2) 小川滋彦：PEG パーフェクトガイド, Nursing Mook, 学研 p16-19, 2006
- 3) 堀内春美：消化器内視鏡看護, 基礎から学びたいあなたへ, 日総研 p14-22, 2003

連絡先：〒939-1395 富山県砺波市新富町 1-61

Tel:0763-32-3320

Y-2 大腸内視鏡検査における検査着の工夫

医療法人社団根本医院

内視鏡技師 ○鈴木 正江・佐藤 明美・矢嶋真理子・木内 洋子
鈴木 尚美・渡部たか子・菅井 直子
看護師 高谷 明子・椎名 好美
看護助手 小早志淳子
医師 根本 達久・根本 雄治

【目的】

大腸内視鏡検査を受ける患者は検査に対して、検査結果や検査方法など様々な不安を抱えている。私達内視鏡検査技師は検査における器具の管理、介助と患者の一般状態観察以外に、患者の不安や下半身の露出による羞恥心に対しての心配りが大切な使命の一つと考えている。当院では大腸内視鏡検査時、ほぼ全例に鎮静剤を使用しているため、鎮静剤投与後に患者に腰を上げて戴いて検査着をまくりあげることが難しくなるため患者には事前に検査着をまくりあげた状態で検査開始を待って戴いていた。この状態で検査を待つというのは患者にとって恥ずかしく、苦痛なことである。そこでこの不安や羞恥心を少しでも和らげる為にはどうしたらよいか考えた。今回これらのケアに配慮した検査着を工夫、試作し患者に大腸内視鏡検査時使用して、好評を得たので発表する。

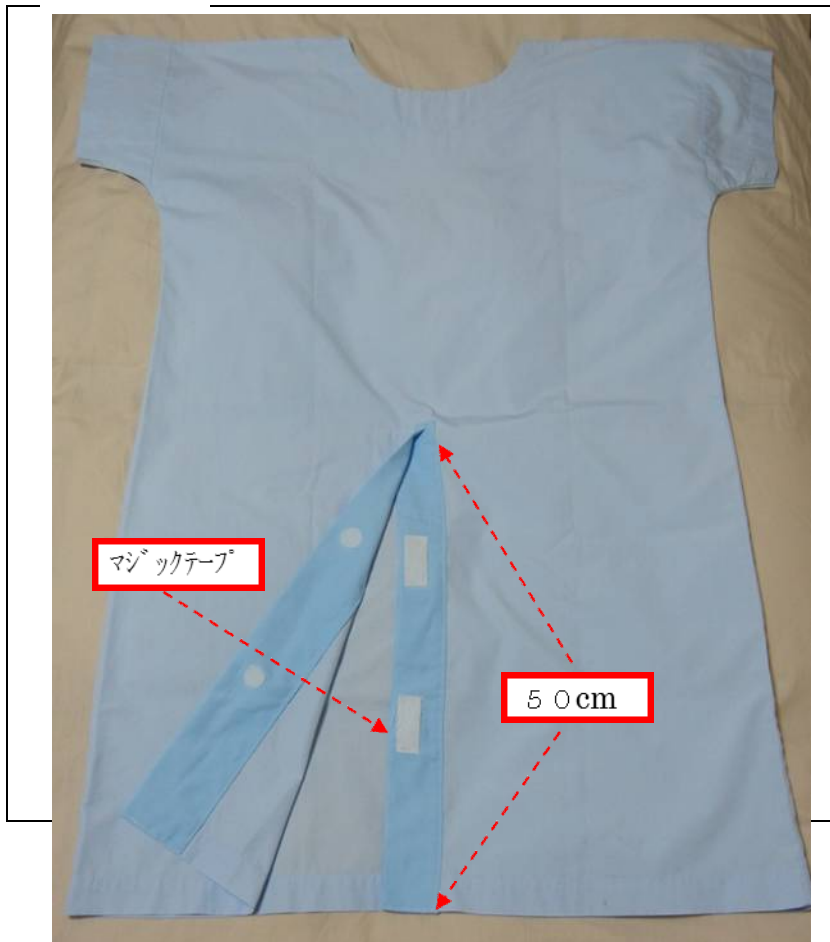
【方法】

(第一次試作品) は市販の検査着の両端に約 70cm のスリットを入れ、三か所をマジックテープで止め、検査直前に簡単に開けられ検査出来るようにした。検査前に左側のスリットのみマジックテープを外し左側臥位となり、鎮静剤投与後に右側のマジックテープを外し後ろ部分のみ検査着をたくし上げ検査を実施した。実際に使用してみると検査直前まで不必要な露出が避けられるようになった。しかし、更衣室から検査室への移動の時等に、スリット部分から下肢や検査用パンツが見えてしまうという問題点が浮上した。

(第二次試作品) は前回の問題点からスリット部分にマチをつけた。これにより下肢が見えてしまうという問題点は解消した。

(第三次試作品) は左右両側につけたスリットを左側一か所のみとした。患者は左側臥位の検査体位をとり、鎮静剤投与後左側スリットから右側上方へ検査着をまくるようにし検査を行った。これにより、以前より速やかに検査開始することが出来た。

(第四次試作品) では事前にマジックテープを外さなくてもいいように、後ろ身頃左側から 15cm のところに一か所縦に 50cm のスリットを入れマチをつけた。これにより、左側臥位となったままでマジックテープを外すことができ、更に検査開始時間の短縮と簡便化が図れた。しかし、使用してみると左側臥位となった時、スリット部分が予想よりも身体の下に入ってしまう介助が困難であった為、更に改良し後ろ身頃の中心にスリットを入れ完成品(図参照)とした。スリットを中心にしたことで容易にスリットをまくることが出来るようになった。患者は左側臥位に寝たままで検査着をまくりあげることなく検査を待つことができ、検査医または介助内視鏡検査技師がスコープ挿入時、簡単に検査着の準備が出来るようになった。



【結果】

市販の検査着にスリットを入れることで、検査前から下半身を不必要に露出することなく、鎮静剤投与後速やかに検査実施できた。これにより下半身の露出時間の短縮、鎮静後の大腸内視鏡検査の準備の簡便化が図れた。

【まとめ】

市販の検査着にスリットを入れるという小さな工夫が患者の不安な気持ちと羞恥心の軽減に繋がり、更に検査直前の介助を容易にすることができ、患者の立場にたったケアとして有用であった。特に下半身を露出しなければならない検査等の時、私達内視鏡検査技師の細やかな気配りによって患者の羞恥心や緊張を少しでも取り除き、安心して大腸内視鏡検査を受けるために様々な視点を持つことが必要と考える。

連絡先：〒287-0003 千葉県香取市佐原イ 1693

TEL 0478-54-2823 FAX 0478-54-2798

Y-3 内視鏡的逆行性膵胆管造影法の安全安楽な体位保持の工夫

J A 広島総合病院 内視鏡科

内視鏡技師 ○田島 由貴・石崎 淳子・本山 敏恵
平舛 仁美・久保田美子・米田 直美
看護師 山田小百合・富山 直美・田中 則子
田地由紀乃・石川 知佳

目的

一般に、内視鏡的逆行性膵胆管造影法の体位は、スコープ挿入時は左手を背中側にして左半側臥位になり、フーター乳頭確認後完全腹臥位に体位変換する。検査中は静脈麻酔による鎮静を行っているが、体動により検査が中断することがあった。そこで、検査・治療がスムーズに行える安全安楽な体位保持方法の改善が必要と考え研究を行った。

方法

1)内視鏡科看護師 10 名を対象に従来の体位保持方法を体験後、痛みや苦痛を感じる部位や体位の安定感等を調査した。2)調査結果をもとに改善策を考案し、同じ被験者で体験して再調査した。3)研究に同意を得られた患者 30 名に改善策を臨床応用後、内視鏡科看護師にこの方法が有用であったかについて調査した。調査は質問紙調査とし、体験時間は 60 分（側臥位 10 分、腹臥位 50 分）とした。倫理的配慮：研究は院内の倫理委員会の許可を得て実施した。

結果

従来の体位体験には厚さ 1cm のポリウレタンフォームのマットを使用した。痛みや苦痛を感じる部位は、複数回答で側臥位が 18 ヶ所、腹臥位が 34 ヶ所あった。側臥位、腹臥位ともに頸部が一番多く、次いで腹臥位の胸部が多かった。側臥位では「体位の安定感がない」と半数以上のスタッフが回答していた。

改善策は 1. 従来のマットの上に厚さ 5 cm のウレタンマットを敷く。2. 側臥位は抱き枕を使用する。3. 腹臥位では上肢を体幹に添わせて肘を中心に肩から前腕までを広くマジックテープでウレタンマットと一緒に固定し、下肢についてもマジックテープで膝を中心に固定することにした。改善策体験後の調査結果は、痛みや苦痛を感じる部位は側臥位では 18 カ所が 3 カ所に軽減した。腹臥位では、34 ヶ所が 20 ヶ所に軽減し、頸部と胸部ともに減少したが、頸部は依然として半数のスタッフが痛みや苦痛を感じていた。体位の安定感では、改善後の側臥位ではスタッフ全員が「安定感がある」と回答していた。抱き枕は利用する価値がある、と評価された。

有用性の調査では、「患者にとって安全安楽な体位保持方法としますか？」の問いに「思う」が 9 名で「改善後は苦痛なく体位保持できた」「マジックテープで安全に固定できていた」と、「どちらともいえない」は 1 名で「体動が激しすぎる場合、マジックテープがあるとかえって体位保持しにくい」と回答があった。「医療者にとって検査・治療がスムーズに行える体位保持方法としますか？」の問いに「思う」が 5 名で「体動が最小限になり介助しやすくなった」と、「思わない」が 1 名で「確実に動かないわけではない」と、「どちらともいえない」が 4 名で「軽度の体動は固定の効果があるが、鎮静効果によって異なる」と回答があった。

考察

改善策施行後には、痛みや苦痛を感じる部位は減少し楽になったという意見が得られ、厚みのあるウレタンマットは安楽な体位保持に有効と考えられた。抱き枕は上肢から下肢まであり基底面が広がり、両下肢が重ならず体位保持できたことが安定感につながったと考えられた。マジックテープの固定により軽度の体動は制限できたが、固定後も検査が中断することがあった。タオルケットで身体を固定した上からマジックテープで固定する等、さらなる固定方法の工夫が必要という意見もあった。また、安全性を確保した上で必要十分な鎮静剤の追加や薬剤変更も重要な対処方法と考えられた。

結語

検査体位の体験により同一体位の苦痛が理解できた。この体験を日頃の看護につなげていきたい。今回の改善策は、看護師が体験した結果から考案した方法である。今後は患者を対象に調査を行い、安全安楽な体位保持方法のさらなる改善に取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 田中マキ子：らくらく&シンプルポジショニング，中山書店，2010
- 2) 田中マキ子：動画でわかる褥瘡予防のためのポジショニング，中山書店，2006

3)大阪けいさつ病院編著：損傷予防のスペシャリスト・整形外科医が監修 術式別 手術体位マニュアル[決定版]，日総研，2007

連絡先：〒738-8503 広島県廿日市市地御前 1-3-3

TEL：0829-36-3111