

O-1 ERCP を受ける患者の苦痛調査から学んだこと

～安楽に受けられる看護援助を目指して～

杏林大学医学部附属病院 内視鏡室

○中村佳代子、加藤千代美、小山内華代、種岡 貴子、小河百合子

はじめに

検査・治療に伴う患者の苦痛を最小限にする為に、鎮痛・鎮静薬の投与やマットの工夫、言葉をかけるなど苦痛の緩和に努めている。しかし、このような援助を行っていても身体を動かすことや苦痛表情は見られており、どのような苦痛を感じていたのか疑問を持った。そこで私達は患者の苦痛を調査し、看護援助を見出すことができたので報告する。

表 1

項 目	内 容
苦痛の合図の有無	有：10名、無：10名、無効回答：1名
合図があった場面	EST 中、採石中、細胞診採取時、ステント挿入時
合図のあった時の看護師の対応	言葉をかける（励ます・共感する） スキンシップ 検査の経過を伝える
患者が看護師に望む援助	「後どの位で終わるのか知りたい」 「上手く進んでいると言われたい」 「何かをする前に言葉をかけてほしい」 「手を握ってほしい」

図 1

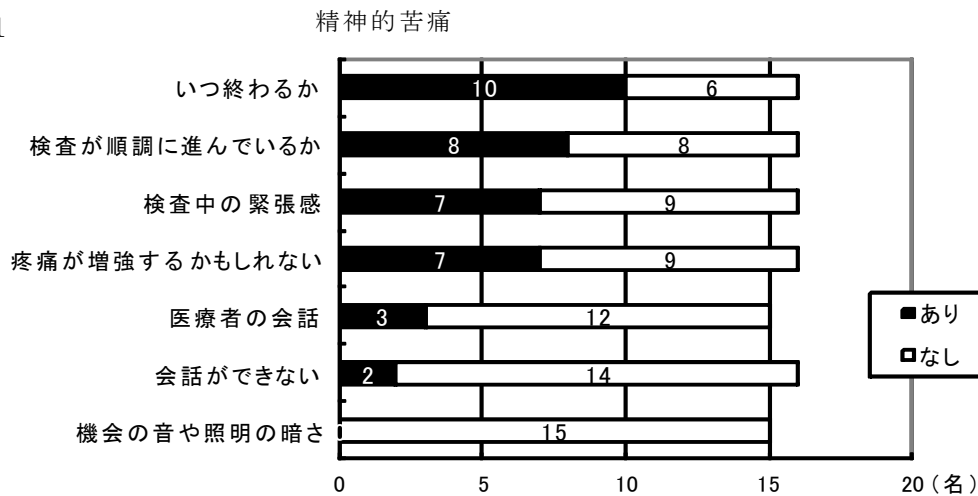
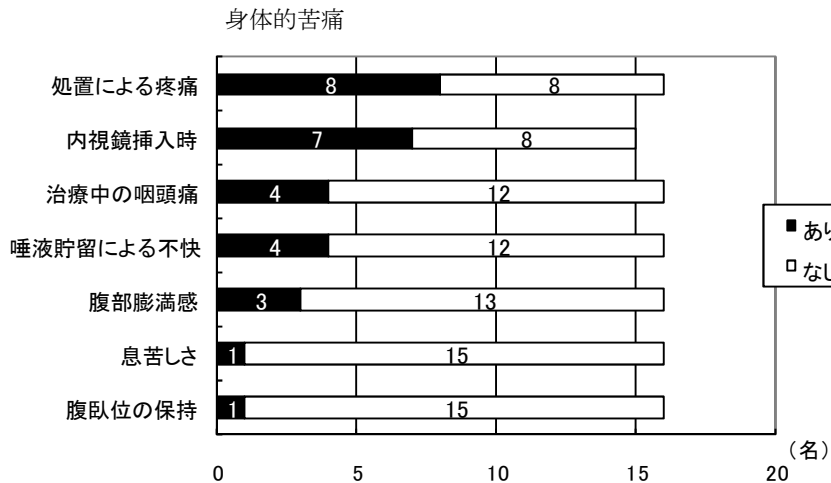


図 2



目的

ERCP を受ける患者の苦痛を調査し、看護援助を見出すことができる

研究方法

対象：口頭でのコミュニケーションが可能な患者 21 名

手順：1.前日、対象患者に調査の承諾を得る

2.当日、患者と共に苦痛時の合図を決める

3.ERCP 中患者の苦痛とその時の看護介入を調査

方法：定量調査・構成的な面接法

ERCP 中；患者から合図があった時 患者の苦痛表情がみられた時

終了時；複数選択法 精神的・身体的苦痛の各 7 項目

調査時期・内容

ERCP 中；疼痛・腹部膨満感・息苦しさ・体位の苦痛の有無を合図で確認し、看護師はどのような介入を行ったか

後；検査中の苦痛・不安など、精神的・身体的苦痛の各 7 項目

倫理的配慮

調査内容は研究目的以外に一切使用しないこと、不参加による不利益の無いこと、個人情報は一切公開しないことを口頭及び書面で説明し、承諾を得た。

結果

表 1. 図 1. 2 参照

考察

精神的・身体的苦痛において『いつ終わるのか』『検査が順調に進んでいるのか』という不安や『処置による疼痛』等が回答の多数を占めた。村田らは「患者は、検査を受けるにあたり、急変の可能性や検査時の疼痛、検査結果などに様々な不安や恐怖感を抱いている」¹⁾と述べている。体験したことのない治療への不安、どのような痛みがあるのだろうという恐怖を抱き、いち早く回避したい気持ちからこれらの回答を得たのではないかと考える。看護師に望む援助として「後どの位で終わるのか知りたい」「上手く進んでいると言われたい」「何かをする前に言葉をかけてほしい」等の意見があり、それらを踏まえた上で適宜言葉をかけて苦痛を確認しなければならないことが分かった。

身体的苦痛は遂行上避けられないが、板垣は「痛みには 2 つの側面がある。1 つは身体的感覚であり、もう 1 つはその感覚に対する情緒的感覚である。つまり、痛みは心身両面の体験である」²⁾と述べている。不安や恐怖感等は身体的苦痛を助長させる可能性があり、精神的側面からの看護援助として言葉をかけることや苦痛を共感することは、身体的苦痛の緩和の援助に繋がるだろうと考える。

しかし内視鏡を経口的に挿入している患者は気持ちを言葉にすることは困難であり、看護師から意識的に患者の苦痛を確認し対応することが求められる。事前に合図を決めることは、意思疎通を図る手段として有効であり、患者の側にいる看護は患者の安楽に繋がるのではないかと考える。そのため、被爆防護を行いながら患者から見える位置や表情の観察できる位置に立ち、援助を行うことが必要である。具体的にはタッチングをしながら苦痛を確認する、励ましや共感して言葉をかける、処置の予告や進行状況を伝えることは効果的な援助であるため、その結果をスタッフ間で共通認識し、ERCP を受ける患者の看護基準に取り入れ、実践していきたい。

結論

- 1.患者が苦痛と感じていたのは『検査がいつ終わるのか』『検査が順調に進んでいるのか』という不安や『処置による疼痛』であり、処置を行う前の説明や進行状況を伝えることが必要である。
2. コミュニケーション方法として検査前に合図を決めることやタッチングをしながら苦痛を確認する、苦痛を共感して言葉をかけることは安楽に繋がり、苦痛の緩和を図る援助として必要である。

〈引用・参考文献〉

- 1)村田淳子，他：検査・治療前のオリエンテーション. *Heart nursing* 15 : 890~897, 2002.
- 2)板垣昭代（編）：がん患者の看護. 中央法規出版：p178, 2002.
- 3)丸山祥子，他：胃内視鏡検査を受ける人の辛さの要因. *日本看護学会論文集 成人看護* : 3~5, 2007.

0-2 鎮静下超音波内視鏡検査と上部消化管内視鏡検査の受容性の比較検討

医療法人鉄焦会 亀田総合病院 内視鏡検査室

内視鏡技師 ○金高 恵美, 竹生田 裕, 岩堀 寛之, 松本 紀子
 佐藤 京子, 山本 雄介, 太田江利子, 高橋 英幸
 一河 勇二, 網仲 幸司, 内藤 幹雄, 斉藤 進一
 富永 和宏, 松本 雄三

臨床検査技師 高山 麻衣

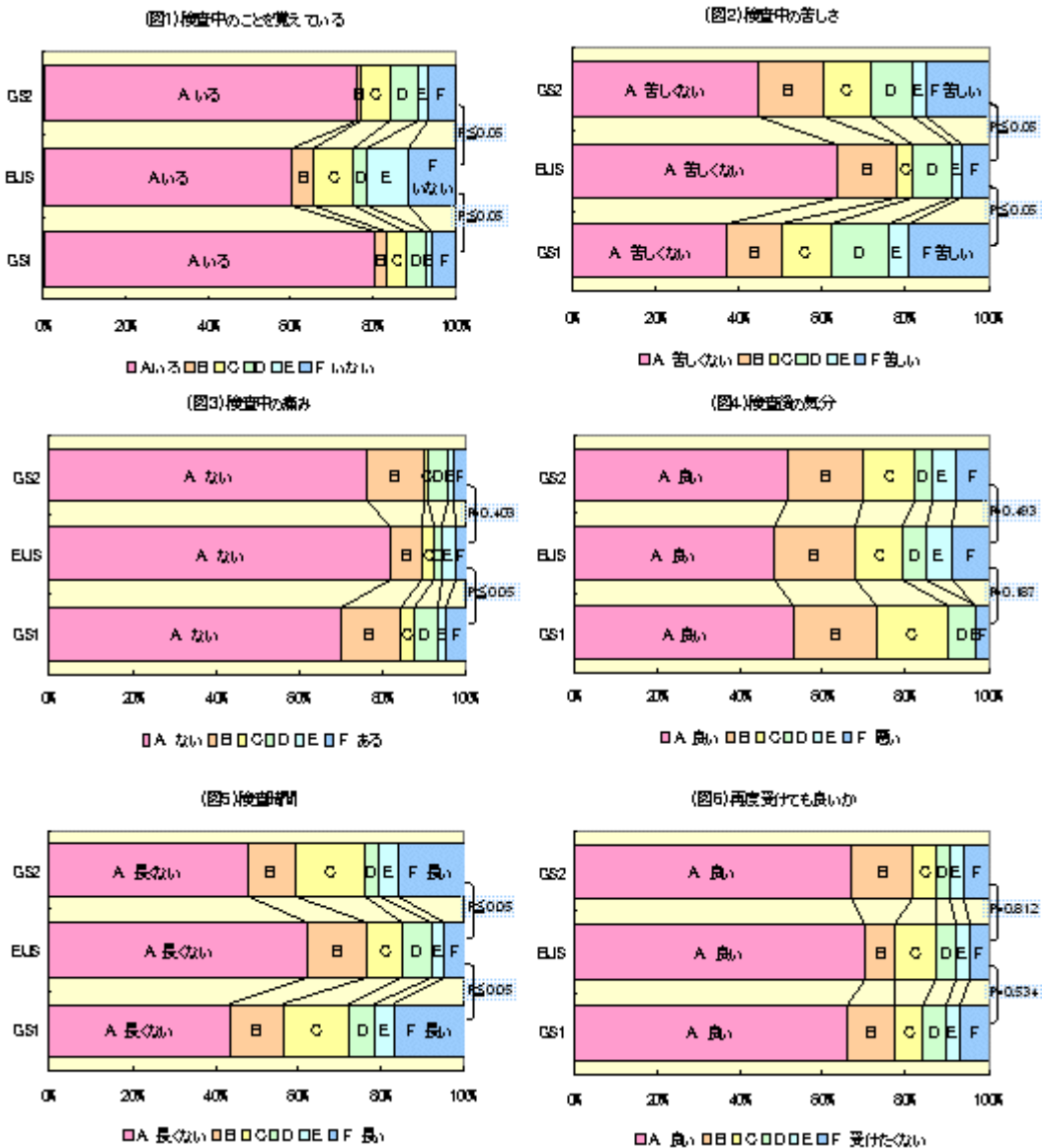
看護師 高橋 康子, 飯沼 幸枝

事務 大宮由香里, 田仲 光子

医師 若杉 聡, 平田 信人

はじめに

超音波内視鏡検査(EUS)は小腸癌の検出能力の高さが報告されている。しかし、EUSはスコープ径が大きく、検査時間も長いため、早期癌検診法として確立されている上部消化管内視鏡検査(GS)と比べ、受容性が低いと考えられている。



目的

EUS を膵癌早期発見の一つのツールとして膵癌リスクグループに定期的に受けていただくことをめざし、EUS時に適切な鎮静剤を使用することでGS同様の受容性を得られるかを比較検討した。

対象

EUS 群：2008 年 11 月～2009 年 4 月に、当院でラジアル型超音波内視鏡(オリンパス GF-UM2000)にて EUS を受けた外来患者 108 名 (平均年齢 64 歳 男:女 66:42)

GS 1 群：2009 年 5 月に鎮静剤の使用に関わらず GS を受けた外来患者 127 名 (平均年齢 66 歳 男:女 63:64)

GS 2 群：GS 1 群のうち鎮静剤を使用し GS を受けた外来患者 89 名 (平均年齢 65 歳 男:女 39:50)

方法

各群にフェイススケールを用いたアンケートを配布し回収した。調査項目は 1) 検査中のことを覚えている、2) 検査中の苦しさ、3) 検査中の痛み、4) 検査後の気分、5) 検査時間、6) 再度受けても良いかの 6 項目、6 段階とした。

結果

1.平均鎮静剤使用量

EUS 群：塩酸ペチジン 33.96mg+ミダゾラム 1.71mg、GS 1 群：塩酸ペチジン 13.65mg+ミダゾラム 0.68mg、

GS 2 群：塩酸ペチジン 19.47mg+ミダゾラム 0.97mg

2.平均検査時間

EUS 群：25.02 分、GS 1 群：16.95 分、GS 2 群：17.67 分

3.アンケート結果

1)EUS 群：A60.6%、GS 1 群：A81.0% (P<0.05)、GS 2 群：A76.1% (P<0.05)(図 1) 2)EUS 群：A63.8%、GS 1 群：A37.3% (P<0.05)、GS 2 群：A44.3% (P<0.05)(図 2) 3)EUS 群：A81.9%、GS 1 群：A70.1% (P<0.05)、GS 2 群：A76.4% (P=0.403)(図 3) 4)EUS 群：A53.4%、GS 1 群：A48.0% (P=0.187)、GS 2 群：A51.7% (P=0.493)(図 4) 5)EUS 群：A62.1%、GS 1 群：A43.7% (P<0.05)、GS 2 群：A47.7% (P<0.05)(図 5) 6)EUS 群：A69.9%、GS 1 群：A65.9% (P=0.534)、GS 2 群：A67.1% (P=0.812)(図 6)

考察

アンケート結果より、検査中の覚醒度、苦痛度、検査時間については有意差があり鎮静下 EUS は GS に比べ、鎮静剤使用量が多いため鎮静効果があり、そのことによってスコープ径が太く、検査時間が平均 10 分程度長いにも関わらず、苦痛は同等ないしは軽く、時間も長く感じないと考えられる。一方で、検査後の鎮静効果の持続については、有意差はなく、今回の鎮静剤使用方法は適切であったと考えられる。また、受容性についても有意差はなく、膵癌のリスクグループに定期的に検査を受けていただくことも可能であると考えられる。

結論

適切な鎮静剤の使用で安全かつ安楽に EUS が施行できることが周知できれば、受容性も向上し、EUS も膵癌早期発見の重要なツールになり得る。

連絡先：〒296-8602 千葉県鴨川市東町 929

〇ー 3 消化器内視鏡検査における鎮静剤使用患者に対する観察内容の変化

～麻酔回復スコア導入による効果～

独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター

○山田加代子、河野 里砂、豊田恵美子、高原美恵子

大谷 仁美、佐々木明子、佐藤 麻子、増田 栄治

【目的】

外来内視鏡室では患者がより安楽に検査が受けられるように治療・処置時に鎮静剤を使用することが多い。覚醒状況の観察基準は看護師によってばらつきがあり客観的な評価基準がない。今回鎮静剤に対する覚醒時の評価基準として麻酔回復スコアを導入した。外来看護師の鎮静患者に対する観察内容が、どのように変化するか調査することで今後の看護ケアの向上につなげる。

【方法】

対象者：消化器内視鏡検査に関わる外来看護師／11 名

期間：平成 20 年 4 月～平成 20 年 12 月

データ収集方法：

①現状把握として対象者にアンケート調査を行う。

②麻酔回復スコアを導入・使用した2ヵ月後、①と同項目でアンケート調査を行う。
 分析方法：スコア導入前後のアンケートの変化を比較する。

表1 臨床経験年数

3年-5年未満	2人
5年-10年未満	2人
10年-15年未満	2人
20年以上	5人
計	11人

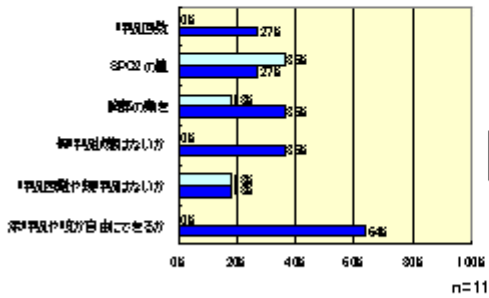
表3 外来経験年数

1年未満	2人
1年-3年未満	4人
3年-5年未満	2人
5年-10年未満	3人
計	11人

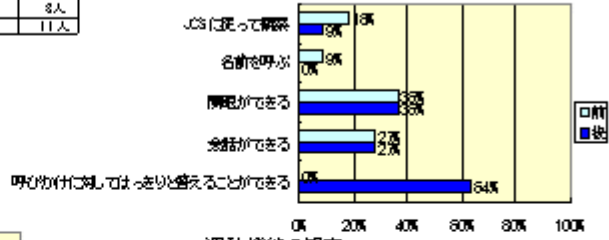
表2 主に内視鏡検査資格

はい	4人
いいえ	7人
計	11人

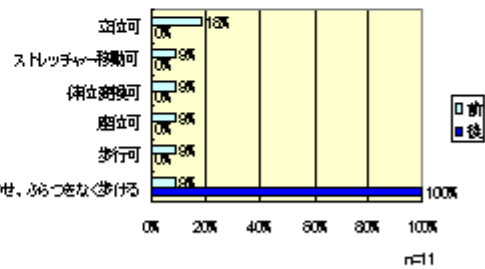
呼吸状態の観察



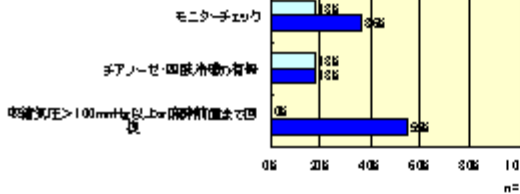
意識レベルの観察



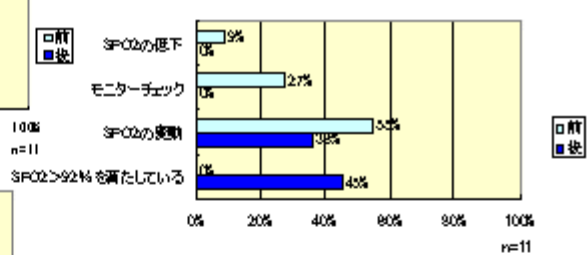
運動機能の観察



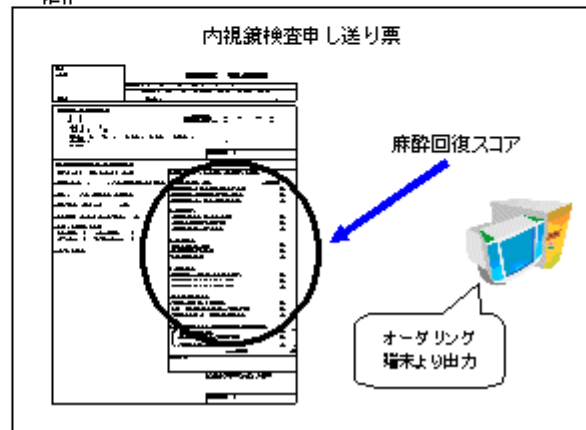
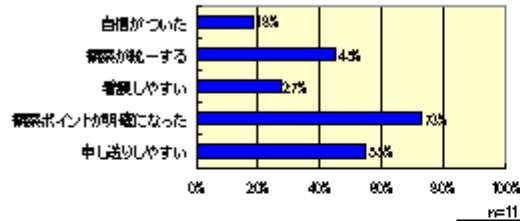
循環状態の観察



動脈酸素飽和度 (SpO2) の安定の観察



スコア使用后感想



【結果】

スコア使用前後のアンケート回収率は100%・スコア導入回数平均5.5回であった。「数人の患者を観察しているため、患者把握が難しい」が前27%、後0%であった。「自分の観察内容が妥当かどうかの不安がある」前55%、後18%「覚醒状態を判断するのに、観察ポイントが分からない」前27%、後0%「覚醒状態の観察がスタッフによってばらばらだと感じる」前7%、後18%「覚醒していると判断し、トイレ歩行的の介助を行ったが、ふらつきがあった」前55%、後55%であった。

【考察】

意識レベルの観察の前アンケート自由記載では観察項目にばらつきがあったが、後アンケートでは患者がはっきり

りと答えるという反応を64%が確認するようになった。運動機能の回復の前アンケート自由記載では座位のみ可など独自の観察項目で観察を行っていた。スコア導入後は100%が手足を自由に動かせふらつき無く歩けると答えている。スコア使用前は、個人の判断や経験により観察し、さらに伝え方や表現の仕方がまちまちであった。覚醒時のベッドからの転落事例も実際に発生している。しかしスコアを使用することにより、観察ポイントが明確となり、さらに点数化することで、患者の情報を把握しやすくなったと考える。スコア使用後の覚醒時のベッドからの転落事例は発生していない。当院内視鏡室では、複数の検査が並列に行われ、看護師が入れ替わることも少なくない。このような場合もスコア導入は、基準に沿った観察内容が統一し、安全管理の一助となると思われる。現在はスコアを内視鏡検査申し送り票の中に取り入れ、患者毎にカルテから出力するシステムをつくり鎮静剤使用患者の必須項目として観察を行っている。

【結論（まとめ）】

スコア使用により看護師の観察内容が統一し患者の覚醒状態が客観的に判断できた。スコアは患者覚醒状態を評価するツールとして有効であったと考える。今後は患者がより安全・安楽に内視鏡を受けられるよう、スコアでの観察内容を看護ケア、援助へとつなげていきたい。

参考文献

- 1)重戸伸幸他：外来看護最前線,Vol.13,No3 P 111 ,2008.12.16.
- 2)日本消化器内視鏡学会、消化器内視鏡ガイドライン 第3版,P47,2007.9.
- 3)中澤三郎他：内視鏡実施時の循環動態研究委員会報告 Gastroenterol Endosc 1997;39:1664-1649
- 4)佐藤絹子：日本消化器内視鏡技師会会報 No.38 P.60 2007.3.
- 5)橋本逸子：消化器・がん内視鏡ケア Vol.12 No.5、2007。「セデーションを行った検査・治療のケア」
- 6)峰徹哉：消化器内視鏡 Vol.19 No.2 2007 「安全な内視鏡のためのセデーションとその管理」
- 7)赤松泰次：これだけは知っておきたい内視鏡室のリスクマネジメント 2003

連絡先：〒586-8521 大阪府河内長野市木戸東町2-1

TEL：0721-53-5761 FAX：0721-53-8904

O-4 鎮静下内視鏡検査を施行した患者に麻酔回復スコアと経過観察表を使用して

-よりよい状態観察を目指して-

公立相馬総合病院 外来内視鏡室

内視鏡技師 ○池田由美子、山下 静子、石田 弘子

内科医師 高橋 裕太、藤原 達雄、熊川 宏美

福島県立医科大学附属病院

内視鏡診療部医師 引地 拓人

目的

当院では2007年4月からEUS等の精密検査の際に、外来患者に対しても鎮静下内視鏡検査を導入した。しかし当院内視鏡室には設備の整った観察室がないため、検査終了後患者を外来処置室まで移動し、外来看護師に状態観察を引き継いでいた。しかし申し送りを受けた外来看護師は、他の業務も兼任しているため患者の状態確認を継続できない場合がある。またかわる看護師の患者帰宅時の覚醒確認の評価基準も一定ではなかった。そこで医療法人友仁会・友仁山崎病院で使用している麻酔回復スコアを参考に、当院の麻酔回復スコア(以下スコア)を作成した。また当院手術室の麻酔記録用紙を参考に経時的にバイタルサインや使用薬剤投与量、スコアを記載できる経過観察表(以下経過表)を作成・使用することで、看護師間の評価基準の統一化をはかり、より安全な患者の状態観察を行うことを目的に研究を行った。

対象と方法

対象は2008年5月から2009年3月までに鎮静下の内視鏡検査を施行した外来患者45名。鎮静は血管確保と経鼻的酸素投与のもと呼吸循環モニターの監視下に、ミダゾラムを投与し(必要に応じペンタゾシンを併用)、検査終了時には適宜フルマゼニルを投与した。検査中バイタルサインなど経過表に記載し、検査終了後はスコアに基づき患者の状態を確認して、内視鏡室看護師から外来看護師に経過表と共に申し送りを行った。外来処置室に移動後は、「セデーション施行時手順」に基づき外来看護師がバイタルサイン測定や状態観察・スコア判定を2-3時間行い、帰宅可能なスコアであることを確認し、医師の診察後に帰宅させた。対象患者の経過表に基づく帰宅までの

状態観察を評価すると共に、外来看護師からの聞き取りを行い経過表の有用性と改善点を評価した。

内視鏡検査記録 (セデーション施行)	
1. 検査名	6. 検査人 名 ()
2. 検査室	7. 検査説明 (済 / 未)
3. 担当看護師	8. 検査時間 (-)
4. 記録係	
5. 検査時間 (-)	

時間		12	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120
SpO ₂													
心拍数													
呼吸数													
SpO ₂													
呼吸													
意識レベル													
運動機能													
呼吸状態													
循環状態													
動脈血酸素飽和度の安定													

＜セデーション関連スコア要＞		
項目	内容	スコア
意識レベルの回復	①簡単な質問に答えられる。	3
	②患者、生年月日、病歴のある場所を覚えてもらうなど	2
	③呼びかけに対して、はっきりと答えられる。	1
運動機能の回復	①座位にて頸痛、めまいがなく、一人で(トイレ)歩行ができ、あらつぎがない。	3
	②歩行時Nsは介助または見守る	2
	③自力で座位が保持でき、介助にて車椅子への移動ができる。	1
呼吸状態の安定	①深呼吸や咳が自由にできる。	3
	②声掛けにて深呼吸ができる。	2
	③声掛けしても深呼吸できない	1
循環状態の安定	①Bp 100/mmHg以上あるいは、セデーション前値まで回復。	3
	②Bp がセデーション前値より45%以下の減少。	2
	③Bp がセデーション前値より50%以上の減少	1
動脈血酸素飽和度の安定	①酸素なしで、SpO ₂ 95%以上 または前値	3
	②SpO ₂ 95%以上保持するため、酸素投与が必要。	2
	③酸素投与しても、SpO ₂ 94%以下で回復しない。	1

※検査終了後、スコア判定で10点以上は車椅子移動、9点以下はストレッチャー移動
 (但し、検査終了後移動時の判定で、項目に1つでもスコア1がある場合はストレッチャー移動とする)
 ※スコア判定は検査終了直後、処置室移動時・検査終了1時間・2時間・3時間とする。

結果

患者の状態観察時間内に転倒転落、呼吸抑制、血圧低下等の問題が生じることなく帰宅でき(平均観察時間133分)、患者から見た安全面も向上した。外来看護師からの聞き取りでは「スコアチェック方法の学習会の再設定」や「状態観察中の処置や、医師からの検査結果説明の有無などの記入欄の追加」等の要望があり適宜改善した。

「経過表の使用により途中から状態観察をした看護師でも経過が一目瞭然となり、スコアにより統一した患者の状態観察が可能になった。」「業務量は増加したが外来における継続看護の意識付けができた。」という意見があった。

結論

消化器内視鏡の診断・治療の進歩ならびに、苦痛の少ない内視鏡検査を希望する患者の増加により、鎮静下に

内視鏡検査を施行する外来患者は更に増加すると思われる。今後は経過表の見直しを行いながら看護師間の意志統一を行い、医師とも協力しながら更なる内視鏡診療の安全管理を追求していきたい。

参考文献

- 1) 小田清佳, 他: 超音波内視鏡検査時のミタゾラムによるSedation後のフルマゼニル投与効果の検証, 日本消化器内視鏡技師会会報 2008. 3 ; 40 : 51-52
- 2) 竹内克由, 他: セデーション後覚醒確認の検討, 日本消化器内視鏡技師会会報2008. 9 ; 41 : 69-70
- 3) 小林直子, 他: 大腸内視鏡の鎮痛・鎮静剤が検査終了後の及ぼす影響, 日本消化器内視鏡技師会会報2007. 3 ; 38 : 43-44
- 4) 佐藤絹子: 内視鏡検査における鎮静剤使用後の安全管理の現状を考える, 日本消化器内視鏡技師会会報2007. 3 ; 38 : 58-60
- 5) 峰 徹哉: 安全な内視鏡のためのセデーションとその管理, 消化器内視鏡2007. 2 ; 19 : 140-145
- 6) 田村君英・星野 洋: 消化器内視鏡技師・ナースのバイブル, 南江堂, 2008:p164

連絡先: 〒976-0011 福島県相馬市新沼字坪ヶ迫142

TEL:0244-36-5101

O-5 大腸内視鏡をより安全・安楽に実施するための取り組み

—患者満足度調査からみた今後の課題—

川崎市立多摩病院 内視鏡センター

○吉田 夏織、井上ふみ子、古畑千奈己、馬場 哲

【目的】

内視鏡センターでは、安全・安楽な検査を提供することを目的に日々業務改善を実施してきた。今回、患者の意見を反映し、安心して検査を受けていただくために大腸内視鏡検査を受ける患者に患者満足度調査を実施し今後の課題を検討した。

【方法】

対象:4月14日~5月15日に内視鏡センターで大腸内視鏡検査・治療を受けた患者110名中満足度調査に回答を得られた109名(99.1%)。方法:a.経口腸管洗浄剤の服用方法、b.内視鏡説明DVD、c.内視鏡センタースタッフ接遇、d.鎮静剤使用の有無と効果、e.内視鏡センター環境について質問紙を作成し検査終了後に配布し調査した。倫理的配慮として質問紙は個人が特定されないよう無記名とした。

【結果】

患者背景は男性65名、女性43名。無回答1名。年齢は80歳代8名(7%)、70歳代34名(31%)、60歳代22名(20%)、50歳代18名(17%)、50歳未満27名(25%)であった。当院での大腸検査・治療が初回74名(68%)、2回目23名(21%)、3回目12名(11%)であった。a.経口腸管洗浄剤の服用方法:自宅服用101名(94%)、来院服用6名(6%)、無記入2名であった。自宅服用者の97%が腸管洗浄剤服用説明用紙はわかりやすかったと回答した。来院での服用理由は、初めてで不安、もともとの体調がよくなかったため、一人暮らしで不安などであった。b.内視鏡説明DVD:内視鏡説明DVDを視聴した患者90名(82%)のうち83名(92%)はDVDがあつてよかった、78名(68%)は不安が軽減したと回答した。具体的な感想として、大腸内視鏡検査の流れがわかった(87%)が最も多く、合併症のことがわかった(42%)、注射の効果がわかった(40%)、検査後の注意点がわかった(38%)との回答があった。c.内視鏡センタースタッフ接遇:検査中の対応では問題なかった。待ち時間が30分以上は25名(30%)おり、そのうち14名(56%)に看護師が検査開始の遅れを説明していなかった。d.鎮静剤使用の有無と効果:鎮静剤使用は83%であった。使用者では検査が辛くなかった62%、辛かった26%、とても辛かった12%であった。鎮静剤使用患者で初回・2回目以上の検査で辛さを比較しても差はなかった。e.内視鏡センター環境については検査室、待合室とも約80%以上快適との回答であった。

【考察】

1. 腸管洗浄剤内服説明用紙はわかりやすかったとの回答が多かった。来院での内服も引き続き必要と考えられた。
2. 大腸内視鏡説明DVDは検査の流れを把握することに大変有効であった。大腸内視鏡検査の流れ、合併症、注射の効果、検査後の注意点がわかることにより、検査への不安が7割ほど軽減できていることが明らかになった。

3. 検査が辛かったと回答している患者に対して、より安楽に検査を実施するためには鎮静剤の使用量と前回の検査状況を把握できる問診票の改善が必要であると考えられた。
4. 待ち時間が30分を超え、検査が遅れる場合の患者への配慮については状況説明、謝罪、気分不快の有無を確認する意味でも重要であり、スタッフ指導が必要と考えられた。
5. 内視鏡センターの環境は概ね良好であると考えられた。

【結論】

患者満足度調査の結果、今後の改善点として問診票の改善と、検査待ち時間が長い患者への配慮が必要であることが明らかとなった。

【参考文献】

- 1)木村友子他：大腸内視鏡検査オリエンテーションの実態調査、中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌、4巻、P31-34、2008.
- 2)久米佐枝子他：被験者の望む大腸内視鏡検査および治療 医療現場の変革ツールとして満足度調査を活用して、日本消化器内視鏡技師会会報、41号、P57-59、2008.

連絡先：〒214-8525 神奈川県川崎市多摩区宿河原 1-30-37
TEL: 044-933-8111

〇-6 カプセル内視鏡小腸検査導入における取り組みの実際と内視鏡技師の関わり

大腸肛門病センター 高野病院

内視鏡技師 ○松平美貴子、松永香織、西坂好昭、
医師 野崎良一

【はじめに】

カプセル内視鏡小腸検査（CE）は、従来診断が困難で暗黒大陸と呼ばれてきた小腸の観察が可能になった。これまでの内視鏡検査では出血源の同定が難しかった小腸出血の診断に威力を発揮する。当院では平成20年12月にCEを導入し、ギブンイメージング社のギブン画像診断システムを採用した。今回、導入にあたっての当院での取り組みと内視鏡技師の関わりについて報告する。

【CEとは】

CEは直径11mm、長さ26mmのカプセル内視鏡を服用し、蠕動運動で徐々に進みながら、全長6~7mある小腸粘膜の状態を観察し撮像を行う。撮影枚数は1秒間に2枚、9~10時間の検査時間で約5万~7万枚の画像を撮影する。得られた画像を専用のワークステーション、解析ソフトで読影して診断する。検査の流れは表1に示す。

【取り組みの実際と関わり】

消化器内視鏡専門医とともに導入前に4回、導入後1回、読影ハンズオンセミナー（一人一台のパソコンが与えられ、自ら操作しながら読影・診断するトレーニング）に参加し、CEの原理、読影・診断法の訓練を受けた。また、医師、内視鏡スタッフへの勉強会、職員全体への院内基礎勉強会も実施し、その後も勉強会や症例報告を行っている。文書類では、同意書、手順書、オリエンテーション用紙、職員用チェックリスト、患者用クリニカルパス、症例一覧ファイルなどを作成した。

CEにおける内視鏡技師の関わりは、検査前オリエンテーション~検査前の点検・準備~検査の実施・終了、予約、読影、データ管理などがあげられる（表2）。医師は適応の判断、同意書説明、診断・読影、結果説明を行うが、その他は全て内視鏡技師が関わっているのが現状である。

読影も、まず内視鏡技師が行っている。見逃しがないように全画像を3回繰り返し見るようにしている。その後医師が読影しダブルチェックする。最終的に2人で診断後レポートを作成している。

【結果】

手順書、職員用チェックリスト、患者用クリニカルパスは外来用、1泊入院用、入院患者用の3パターンを作成した。

平成21年9月までに25例26件（男性12例、女性13例）のCEを行った。平均年齢61.2歳（20~92歳）。何

らかの所見が得られた有所見件数は26件中24件(92.3%)、責任病変(原因とみられる病変)が得られた件数は9件(34.6%)だった。責任病変の内訳は、NSAID腸炎2件、回腸びらん2件、Angioectasia(血管拡張)2件、潰瘍性大腸炎の小腸病変1件、クローンカイト-カナダ症候群2件だった。カプセル内視鏡が大腸まで到達し、全小腸が観察できた件数は21件(80.8%)だった。全例、気分不良等みられず、偶発症もみられなかった。

表1.カプセル内視鏡小腸検査の流れ

<p>検査予約時 カプセル内視鏡小腸検査の適応の判断(医師) 同意書の説明(医師) 検査前オリエンテーション(内視鏡技師)</p> <p>検査前日 食事は夕食まで摂取可 20時 マグコロールP等張液900ml(ラキソベロン10ml)服用</p> <p>検査当日 7時 アノレキシノン2錠内服 朝食欠食</p>	<p>センサアレイ貼付</p> 	<p>レコーダベルト装着</p> 	<p>カプセル内視鏡服用</p> 
<p>カプセル内視鏡服用後、2時間後水分可、4時間後食事可 9~10時間後検査終了(データレコーダ回収)</p> <p>1週間後 結果説明</p>			

表2.カプセル内視鏡小腸検査における内視鏡技師の関わり

- 検査前オリエンテーション
- 同意書の確認
- 検査前の準備・点検
(患者チェックイン、センサアレイの準備、必要物品の確認、腸管洗浄液の投与)
- 検査の実施
(センサアレイ貼付、カプセルの服用、作動確認、検査中の注意事項説明)
- 終了後のセンサアレイの除去、データレコーダ回収
- カプセル回収方法の説明
- 結果説明日の予約
- データダウンロード
- 読影、レポート作成
- 手順書、クリニカルパス、チェック表の作成および運用
- データ管理

【考察】

導入前からトレーニングを受けるなど、医師とともに取り組んだことにより、導入後は問題なく実施できている。CEにおける内視鏡技師の役割は大きく、今後内視鏡技師がCEを理解し知識を習得することが重要と思われる。

手順書、職員用チェックリストは、行動レベルで分かりやすいため、説明内容や検査手順においてスタッフ間の統一が図れた。患者用クリニカルパスも患者に理解しやすく、不安の緩和につながった。

【結論】

導入前からトレーニングを受けたことにより、導入後は問題なく円滑に検査が行えた。また、各種文書を作成し活用することにより、スタッフ間の統一が図られ、患者の不安が緩和された。

CEは苦痛がなく、患者の負担が大幅に軽減され、小腸病変の精査として今後普及すべき検査法である。そのため、内視鏡技師の果たす役割は非常に大きく、今後さらに知識を深め、医師と連携を図りチーム医療に取り組んでいかなければならない。

連絡先 〒862-0924 熊本市帯山 4-2-88
TEL 096-384-1011
FAX 096-385-2890

O-7 内視鏡検査でのペパーミントオイルを使用し消化管運動抑制したときの患者の反応

～患者の気持ちに焦点をあてて～

三田市民病院 外来 I

○飯田 真由、中本 博司、藤原 豊美、小島小夜子

はじめに

近年、日本消化器内視鏡技師学会では、鎮痙剤にかえてペパーミントオイル（以下ミントと略す）の使用が推奨されている。しかし、患者の反応について述べられている文献は少ない。

そこで、今回ミントを使用し内視鏡検査を行ない、患者の気持ちを知り苦痛を最小限にした内視鏡検査を受けられる方法を看護師の立場から検討したので結果を報告する。

研究目標

1. 内視鏡検査時、鎮痙剤を使用したときの副作用の出現の実際を知る。
2. ミントを使用したときの患者の気持ちを知る。
3. 1と2を比較し、患者にとって安全安楽で効果的に検査を実施する方法を検討する。

研究方法

研究期間：平成20年10月14日～31日

対象：研究参加に同意が得られた上部内視鏡検査を受けた患者

方法：検査時にミントを散布する。検査後、薬剤の副作用の出現の有無やミントを使用しての意見を自由に記載するアンケートを実施。副作用の有無、ミントを使用したときの意見を単純集計し、KJ法を用いて分析する。

倫理的配慮：研究参加者に対し、文書および口頭で、研究の趣旨、研究参加、使用薬剤の選択、途中辞退の自由、及びプライバシーの保護等を説明し、研究参加の同意を得た。

結果

研究期間中に検査を受けた総数は146人であった。研究参加者は117人、有効回答数は110人であった。 (図1)

1)

1) そのうち経験者は65人であり、前回の検査で注射薬剤を使用し、副作用のあった患者は11%であった。(図2)

2) ミントを使用した患者で、匂いについては、『良い』と答えた人が8%、『気にならない』と答えた人が91%、『悪い』と答えた人が1%であった。(図3,4) ミントに対する意見は、良かったという意見と変化なかったという意見に分かれた。

以前検査を受けたことがあり、今回ミント使用した人の意見をKJ法で分析すると、「分からない」「変わらない」「楽」「良かった」のカテゴリーに分かれ、その他に「今回のほうが後が気分いいように思います」「注射を受ける不安がない」という意見がきかれた。(表1)

次回受けるとしたらどちらを選択するか質問では、『ミント』が86%、『注射薬剤』が3%、『どちらでも良い』が4%、無回答が6%であった。(図5)

使用した医師の反応は、蠕動運動の再開『あり』が24%、『なし』が76%であった。(図6) また、検査中困った事では『あり』が14%、『なし』が86%であった。(図7)

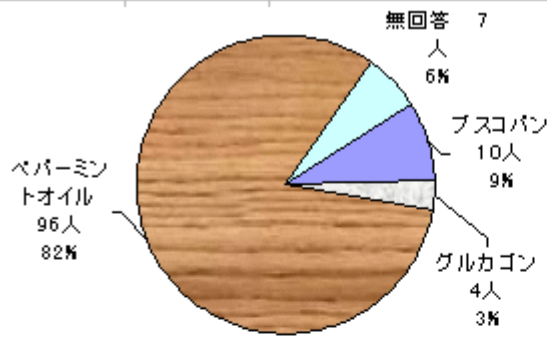


図1 上部内視鏡検査

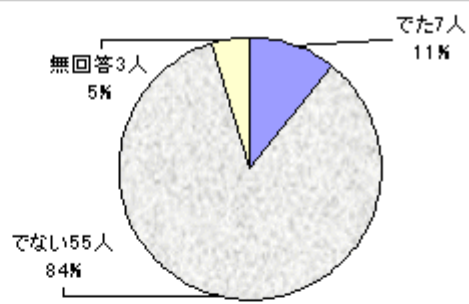


図2 前回、内視鏡検査を受けたあと薬剤の副作用がでた

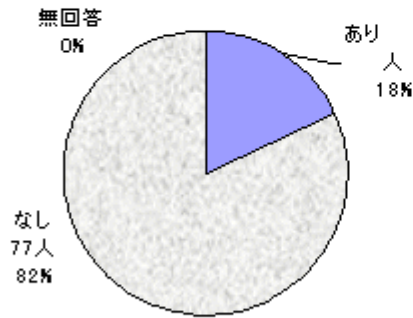


図3 お腹の張りの有無

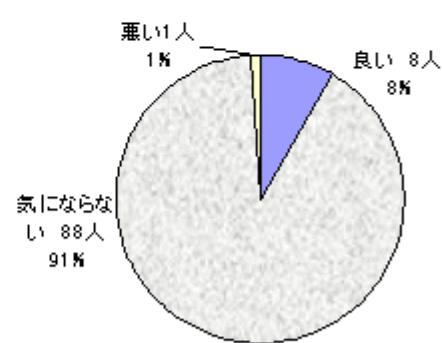


図4 匂いについて

意見	内容
良い	良い、良かった、ペパーミント使用のほうが良い 今回のほうが後が気分良いように思います 何も体調不良もなく快調です
楽にできた	楽にできたと思います、楽である、楽に受けられた 楽だった、今回のほうが楽でした 今回のほうが楽であった・胃の張りが↓ゲップ↓ カオラが入ったときの苦痛が少なかった
変わらない	変わらない・不変(3人) 特に変化なし(2人) まったく何も感じない、差がないように思いました 前回がかなり前のため忘れていますが、特に変化ないように思います、 特に気に入らない、相違ないように思います 大きな変化はなかった、気に入らない、前回と同様であった 別に問題はなかった、別に変わらなかった
よく分からない	分かりませんでした、分からない(4人) はっきり分からない、分かりません、分からない どちらも使用したので不明、ただし同じ効果を期待できるのであればペパーミントを選びたい よく分からない、差がないように感じる
その他	注射を受ける不安がない

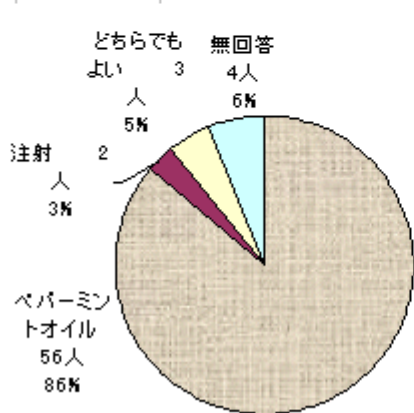


図5 次、受けるとしたら

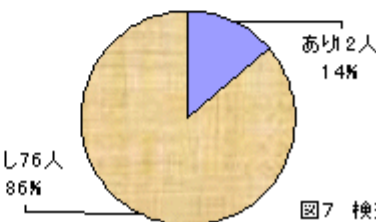
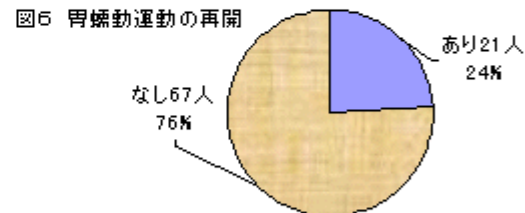


図7 検査中困ったこと

考察

薬剤による副作用の出現が予測より多くみられた。当院では1日に12~14人が上部内視鏡検査を受けているため、最低1人は副作用を感じていることになる。1人に関わる時間に限りがあるが、患者の訴えを傾聴し不

安の軽減に努める必要がある。

一般的にミントは好き嫌いがあり受け入れは難しいと考えていたが「爽やかな感じがする」という声や、次回のミント希望が86%という結果からミントの受け入れは良好であったと考える。

注射に対する「不安もなくなる」との意見が聞かれ、患者は検査による不安の他に、注射による痛みの不安も持っていることが分かった。ミントを使用することで、注射による痛みと副作用が除去できることになり、検査に対する不安の軽減に繋がると考える。

医師の反応からミントを使用することに大きな問題はなく、消化管の蠕動運動を抑制する効果は有効であり、より安全・安楽に検査を受けられることに繋がると考える。

結論

①内視鏡検査を受ける約11%の患者が抗コリン剤の副作用が出現していることが分かった。

②ミントの使用に関して患者の受け入れも良好であった。蠕動運動抑制に有効で、検査使用に問題はない。

③具体的に実施については調整できていないが、今後医師とも相談しミント使用に向けて検討していく。

キーワード：ペパーミントオイル、上部内視鏡、鎮痙剤

連絡先：〒669-1321 兵庫県三田市けやき台3丁目1番地1

TEL 079-565-8000 (代表)

〇-8 大腸洗浄剤の集団指導における外来患者待ち時間の短縮

九州大学病院 光学医療診療部

看護師 ○清家 由子、清藤 美子、江田 桂子

内視鏡技師 内藤 礼子

医師 矢田 親一郎、清水 周次

背景・目的

近年の全国的な大腸疾患の増加に伴い、当院でも大腸内視鏡検査数は、昨年度約3,000件と増加している。検査を行うには、前処置として腸洗浄剤の内服が必要である。その内服方法の指導は、安全な前処置および効果的な大腸検査に繋がる。当院では、これまで看護師が個人指導を行い、時間短縮のため前処置オリエンテーションのスライドを觀てもらっていた。しかし、1日20名以上の患者に指導を行う場合、最大1時間近くの待ち時間となることもあり問題となっていた。

そこで今回、更なる時間短縮のために集団指導を実施し、集団指導の有意性を検討した。

研究方法

1. 対象：前処置説明を受ける外来患者

I群 (個人指導) 69名、II群 (集団指導) 60名、計129名

2. 期間：I群 平成20年5月14日～平成20年6月23日

II群 平成21年2月1日～平成21年2月27日

3. 調査方法：内視鏡室受付後から説明開始までの待ち時間を比較検討する

4. 指導方法：

【個人指導】

担当看護師が1対1で受付順に問診し、前処置説明を行う。看護師は1人の患者の説明を終えて、次の患者に説明することを繰り返し行う。より分かりやすいように、8時30分から全大腸検査終了まで前処置オリエンテーションのスライドを觀てもらった。

【集団指導】

作成した指導マニュアルに沿って看護師が、受付順に問診を行い説明コーナーへ案内し、前処置オリエンテーションのスライドを觀てもらった。説明開始は9時から所要時間10分で、最大10名の患者を対象に行った。

5. 分析方法：単純集計、t-検定

結果

対象の背景においてI群は男性43名、女性26名、年齢は17歳から85歳 (平均年齢59歳)、II群は男性35

名、女性 25 名、年齢は 17 歳から 85 歳（平均年齢 58.1 歳）で 2 群間に有意差は認めなかった。待ち時間の検討において I 群は 2 分から 50 分（平均待ち時間 16.9 分）、II 群は 1 分から 38 分（平均待ち時間 12.4 分）であり、有意差をもって待ち時間の短縮を認め（ $p < 0.05$ ）、また最大待ち時間も 12 分短縮できた。

考察

今回の結果、腸洗浄の説明までの待ち時間は、集団指導群が 1 人当たり平均 4.5 分短縮することができた。このことは、同じ説明を何度も繰り返す個人指導より、1 度で複数に同じ条件・内容説明を行う集団指導の方が効率的であること、説明内容・開始時間・所要時間を設定し、看護師全員がマニュアルに沿って指導できたことが、時間短縮に繋がったと考えられる。厚生労働省の平成 20 年度受療行動調査の概況¹⁾で、診察前の待ち時間毎の満足度調査では 15 分未満で 11.3%、30 分～1 時間未満で 35.3%と不満の割合が高い。患者は、待ち時間が長くなるにつれて、処置に対する不安感や緊張感、待たされることへの苛立ちなどがあると考えられる。集団指導により、時間短縮できたことは、それらの不満を少し解消できたのではないかと考える。また、個人指導では患者と看護師間の教育的な関わりから、集団指導では新たに患者間の仲間意識も増え、情報を共有する場面も見られた。伊藤²⁾は、「内服時グループで過ごすことにより内服方法や検査説明の理解の支援効果がある」と述べている。同じ検査を受ける仲間が一緒にいることで情報交換や励ましにより内服の支援効果を高め、心理的負担を軽減することが分かった。

しかし、集団指導では患者の理解度に差があり、個別に補足指導が必要であること、説明開始より早く来室し待たせるケースもあった。今後は、患者への負担を最小限度にできるように開始時間の変更および理解度に応じた説明方法を選択して行く必要がある。

結語

1. 集団指導は、待ち時間の短縮に繋がった。
2. 患者間の支援効果が得られた。
3. 患者の理解度に応じた説明方法を選択する必要性を再認識した。
4. 今後も患者の負担を最小限にできるよう努める。

キーワード：大腸内視鏡前処置、集団指導、時間短縮

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成 20 年度受療行動調査の概況
- 2) 伊藤美穂：大腸洗浄剤内服に対するグループ指導の効果，共済医報，55；123，2006.

参考文献

- 1) 加根千賀子：外来で待ち時間が発生したとき、患者が不快と感じることと患者が求めるケア，第 38 回看護管理，213-215，2007
- 2) 小崎明美：外来待ち時間への不満の軽減に向けた取り組み，第 38 回看護合，276-278，2007

連絡先：〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出 3-1-1 Tel.092-642-5766

0-9 大腸内視鏡検査における下肢の露出による不快感の緩和対策

～足カバーを作成して～

名古屋通信病院 ○徳田美和子、光行佐智妃

【はじめに】

大腸内視鏡検査は患者にとって、様々な苦痛や不快感を伴う検査である。不快感の要因の一つに下肢の露出が挙げられる。当院では、検査の際、裾丈の浴衣型検査着とトランクス型の検査用下着を使用していたが、患者からは「寒い」と言われることが度々あった。また女性患者の場合は「寒さ」に加え検査の性質上、下肢を露出することから「羞恥心」などの精神的な苦痛を与えていると思われた。田中は“内視鏡室における看護師の役割を、検査介助以外に「患者の心身の管理」である“¹⁾と述べている。患者は、内視鏡室のような特殊な環境では、そこにいる医療スタッフと十分な人間関係が確立されていないまま検査を受けているケースが多い。つまり身体的および精神的な苦痛や不快感を表出しやすい環境ではない。看護師は、そういった患者の心理状態を察し、苦痛

や不快感の軽減策を講じる必要があるということだ。以前は、バスタオルなどを用いることもあったが、検査中に体位を変えることが多く、十分に下肢を覆うことができなかった。また、術者の邪魔になることもあり良策ではなかった。そこで、それらの問題を解決するために“足カバー”を作成し、現在使用している。“足カバー”^{注)}の有効性について、患者およびスタッフに質問紙調査を行ったので、その結果を報告する。

注) 足カバー：レックウォーマーのように膝上からふくらはぎまでを覆うフリース素材のもの。



【方法】

平成 21 年 1 月 8 日～2 月 19 日に大腸内視鏡検査を受けた患者 50 名と、検査に就いた医師、看護師 8 名を対象に自記式の質問紙調査方法を行い、足カバーの有効性を評価した。

- ・ 倫理的配慮：対象者には研究の目的及び趣旨を、口頭と文書で説明し研究参加を依頼した。ただし質問紙は無記名とし、自由意思を尊重した。また、参加にあたり個人が特定されないこと、本研究以外でこの資料を使用しないことなどプライバシーを配慮した。

【結果】

性別や年齢に関係なく“足カバー”の着用が、下肢の露出による羞恥心の軽減、防寒性、体液等が皮膚へ付着することによる汚染の防止などに有効であった。また、医療者からも必要性が評価された。

【考察】

当初、下肢の露出による不快感は女性の方が強く感じているのではないかと考えていたが、回答に男女差および年齢差が無かった。このことから、患者はその背景に関係なく下肢の露出に何らかの不快感を持ち、下肢を覆うことは緩和対策として有効であるということがわかった。また、医療スタッフからの評価が良かったのは、医療スタッフ各々が検査を受ける患者の気持ちを“自分のこととして”とらえていたからだと考える。

今回は不快感の成因として“寒さ”と“羞恥心”を主に考えていたため、患者個々の不快感の内容を知るには質問が十分ではなかった。

【結語】

迅速な対応を求められる内視鏡検査では、検査介助を優先せざる負えない場面も多いが、今後も看護師として、検査を受ける患者の環境の改善に取り組んでいきたい。

【引用文献】

- 1) 田中 三千雄：消化器内視鏡看護、日総研、2003

【参考文献】

- 1) 光島 徹・田辺 聡：消化器内視鏡スタッフマニュアル、医学書院、2008
- 2) 平塚 秀雄・平塚 卓：内視鏡室Q&A、中山書店、2008
- 3) 田村 君英：ナースのための消化器内視鏡マニュアル、学研、2003
- 4) ヴァージニア・ヘンダーソン：看護の基本となるもの、日本看護協会出版会
- 5) フローレンス・ナイチンゲール：看護の覚書、現代社

【連絡先】 〒461-8798 愛知県名古屋市東区泉 2 丁目 2-5
Tel : 052-932-7151 fax : 052-932-2418

CFパスについて

患者用パスの中には、食事の内容についての説明と下剤については、以前の説明用紙では1種類の飲み方しか記載していなかった。当院では1時間以上かけて来院される方・高齢の方・他の検査のある方などがある。全ての患者に対応できるように3種類の下剤の飲み方を記載し患者にあった飲み方を選択出来るようにした。今回のパスには検査後の事についても記載するようにした。以前は組織検査をした場合のみ別の説明用紙を渡していた。が今回のパスには組織検査後の注意点などを記載し必要な方にはチェックをして説明するようにした。

医療者用パスは3枚複写にした。1枚目は検査予約日に下剤の本数のチェックとサインを行い、この部分を剥ぎ取り会計に出すようにした。2枚目は検査当日に使用した下剤の本数・薬剤・生検場所などをチェックし剥ぎ取り会計に出すようにした。3枚目はカルテ添付用にした。検査中のバイタルチェック・検査後の症状を記入するようにした。全部の項目に対して複写で記載されている為、前回検査時どのようなようであったか一目で確認出来る。

方法・結果

2006年11月よりパスの作成を行い、2007年1月よりパス使用開始した。パス使用当初は、医療者用パス内の記入チェック漏れ等が目立っていた為、2007年2月～2008年1月の1年間6項目についてチェックを行った。(図1)項目については、サイン・指導、教育・カルテ印・下剤本数・予約日間違い・予約日記入である。スタッフへは、月に1回の話し合い時に集計した結果を報告しチェック漏れの注意を促した。パスを使用している中で作成から2回の改訂を行い現在のパスを使用している。パス使用開始から2年間でパス数が3091件となった。2年間使用後のチェック漏れ調査を6ヶ月間行ったが、(図2)必ずしも漏れがなくなったとは言えないが開始当時と比較すると少なくなっている。以上のことから全スタッフにパスの運用が浸透してきたと考える。

結語

パス使用の中で3091件中ポリープがありポリープ切除後入院された症例が146件あった。当院では検査予約時に、病棟予約が出来ている患者は検査中にポリープがあった場合切除後入院するようにしている。その場合病棟用申し送り用紙にパスと同様の事を転記するため時間を要しているのが現状である。入院した場合でも使用できる外来と病棟の連携したパスの作成が必要だと考える。今後の課題としては、パス使用は有用であるが今後電子カルテの導入も考えられているため、電子カルテにも対応できるよう様々な方面の意見を取り入れ更なる検討・改善が必要である。

連絡先：〒874-0833 大分県別府市大字鶴見 3898 番地 Tel：0977-22-0391

〇-11 先行研究を用いた質的分析による患者のナラティブを尊重した内視鏡看護の探索

聖隷佐倉市民病院

〇平野 幸子, 生野 幸子, 小池 直人, 小川 真生

【目的】

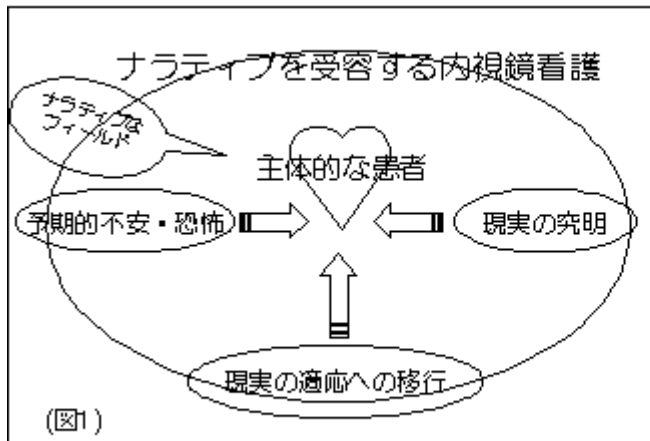
先進専門的な内視鏡医療の基盤のひとつである内視鏡看護は、「患者の安全・安楽」「患者主体性の重視」の看護介入が求められている。先行研究の動向調査の結果からは、患者主体性のある看護の視点をもつ研究が今後の課題に挙げられている。そこで、先行研究からナラティブを手法とした内視鏡看護を探索した。

【方法】

「医学中央雑誌」(1999～2009年)Web版を用い、「内視鏡看護」「内視鏡看護/ナラティブ」「内視鏡看護/看護論」をキーワードに検索した。「内視鏡看護/ナラティブ」、「内視鏡看護/看護論」により検索可能な先行研究は認められなかった。そこで、「内視鏡看護」の検索結果96件の先行研究から、ナラティブな手法、すなわち患者の訴えをナラティブと捉え、看護介入がされたと考えられる文献を選別した。ナラティブと内視鏡看護の質的因子を抽出・カテゴリ化し、ナラティブな視点から分析・概念化した。ただし、セデーション等の非侵襲的 patient 背景は除外している。

【結果】

ナラティブな手法に関与すると考えられる文献は5件であった。患者の不安な表情や質問の内容に対応して、「説明」や「コミュニケーション」に通じた積極的な看護介入を実践した報告が認められた。その報告から「看護師が患者の不安や辛さのナラティブを受容する」とカテゴリ化された。また、看護介入の時点を内視鏡検査・治療の前、中、後の三段階に分類し、患者の心理的動向に沿った専門的な内視鏡看護を検討した文献が認められた。それらの報告からは、第一段階、検査前「予期的不安・恐怖」、第二段階、検査中「現実の適応への移行」、第三段階、検査後「現実の究明」と3つにカテゴリ化された。これらのカテゴリを統合すると、ナラティブというフィールドに存在する患者は内視鏡看護において主体的に捉えられ、経過に即したナラティブな手法による内視鏡看護が実在すると概念化された(図1)。



【考察】

文献検索では、先行研究が認められなかったが、ナラティブな手法から分析すると潜在的に心理的看護介入として内視鏡看護が実践されていたことが示唆された。しかし、内視鏡看護はナラティブな手法を科学的に捉える看護介入として発展していく課題があるといえる。患者をナラティブな手法で捉えることは、患者のもつ背景や環境を捉えることであり、すなわち患者をホリスティックに捉えることができる。したがって、看護の核へ一層近づくことがナラティブを通して可能となるといえる。ベナーは「看護は技術だけでは存在しない。効果的な看護の核をなすもの、それは、患者を気づかっていることを、患者に伝える事である。」と述べている。内視鏡医療の専門的な技術の向上は安全性の視点からも内視鏡看護として重要であるが、看護とは、専門技術のみではないと考える。つまり専門的な知識、技術とナラティブな手法の看護介入がスパイラルすることで内視鏡看護の目指す患者主体性のある、安全・安楽な内視鏡医療が構築されていくと考えられる。

【結語】

ナラティブをテーマ(キーワード)にした内視鏡看護の研究は認められなかった。しかし、ナラティブな手法は、心理的看護介入という形で内視鏡看護の臨床において実践されていた。したがって、ナラティブな視点を尊重した内視鏡看護は、患者主体性を重視した看護介入の手法になりうると考えられる。

引用文献

1) パトリシア・ベナー/早野真佐子訳(2004): エキスパートナースとの対話—ベナーの看護論・ナラティブス・看護倫理. 照林社

参考文献

1) パトリシア・ベナー/井部俊子監訳(2006): ベナー看護論新訳版—初心者から達人へ. 医学書院

2) トリシャ・グリーンハル/ブライアン・ハーウィッツ/斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史監訳:(2007). ナラティブ・ベイスト・メディシン. 金剛出版

連絡先: 〒285-0825 千葉県佐倉市江原台 2-36-2

TEL 043-486-1151