

## 第 56 回内視鏡技師研究会講演要旨 看護ワークショップ

### K W 1 . 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

杏林大学医学部付属病院 看護部 圓山 祥子

#### 目的

上部消化管内視鏡検査は、消化器の検査の中でも最も頻繁に施行されている検査である。同検査は患者にとって侵襲的検査であり、看護師は患者の受ける苦痛を予知し、援助することが必要である。そこで、まず上部消化管内視鏡検査による苦痛に関与する諸因子を明らかにし、それに基づいて上部消化管内視鏡検査における「内視鏡看護」の在り方について考察した。

#### 研究方法

##### 1. 対象

H15年8～11月の間に上部消化管内視鏡検査を受けた患者を対象とした。患者は124名(男性65名,女性59名)であった。

##### 2. 方法

上部消化管内視鏡検査前に患者の年齢、性別、上部消化管内視鏡検査の経験の有無、合併症の有無、上部消化管内視鏡検査の目的を個々の患者のカルテと検査依頼書より収集した。同内視鏡検査前の不安の程度、咽頭麻酔後の咽頭部の不快感・苦痛の程度、検査中の口腔内唾液貯留による不快感の程度、スコープ挿入時・内視鏡検査中・検査後の咽頭部の不快感・苦痛の程度、内視鏡検査全体を通しての総合的苦痛の程度を知るためにVASを使用した質問紙を作成し、検査終了後に患者に記載してもらった。内視鏡検査中には、スコープ挿入時間、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、内視鏡検査中のおくび数・嘔吐反射数、生検の有無を観察し記録した。

##### 3. 統計処理

スコープ挿入時・内視鏡検査中・検査後の咽頭部の不快感・苦痛の程度それぞれの測定値と背景因子との間で重回帰分析を行った。コンピュータ解析には統計パッケージSPSSを用いた。

##### 4. 倫理的配慮と手続き

上部消化管内視鏡検査を受ける患者に対し、検査前に研究の趣旨を口頭で説明し、例え同意をされなくても患者様に一切不利益になるようなことはないことを説明した上で、研究への協力を同意を得た。質問紙への記載は、個人のプライバシー確保のため無記名とし、各個人の回答は特定できないようになっていること、調査結果は本研究の目的以外に使用しないことを説明し理解を得た。

#### 結果

1. スコープ挿入時の咽頭部の不快感・苦痛に対する影響度は、年齢、検査前の不安、スコープ挿入時の嘔吐反射数、スコープ挿入時間の順に大きかった。

2. 内視鏡検査中の咽頭部の不快感・苦痛に対する影響度は、検査中の口腔内唾液貯留による不快感、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、上部消化管内視鏡検査の経験の有無、性別の順に大きかった。
3. 内視鏡検査後の咽頭部の不快感・苦痛に対して影響した因子は、検査前の不安のみであった。
4. スコープ挿入時・検査中・検査後の咽頭部の不快感・苦痛に対して咽頭麻酔が、苦痛を軽減する働きを示すことはなかった。

背景	群	n	(%)
性別	男性	65	(52.4)
	女性	59	(47.6)
内視鏡経験の有無	有	73	(58.9)
	無	51	(41.1)
咽頭麻酔の有無	有	57	(46.0)
	無	67	(54.0)
生検の有無	有	44	(35.5)
	無	80	(64.5)
		平均±標準誤差	
年齢		52.9±1.5	
スコープ挿入に要する時間		14.1±0.7秒	
検査時間		6分39秒±22秒	

## 考察

### 1. スコープ挿入時の問題と看護的援助

特に咽頭反射が強い傾向にある若年者に対して看護師が検査前に詳細な説明と十分なコミュニケーションを計ることによって、スコープ挿入時には患者の緊張が解れ、スコープ挿入時の苦痛が軽減するものと考えられる。また、医師と相談の上、鎮静剤の使用も患者の様子を見ながら考慮したりすることも援助の一つとなる。検査前の問診時に看護師は医師と共に、患者の不安を受容し、特にスコープ挿入時の説明を具

体的にすることで、患者はスコープ挿入に対するイメージを持つことができるように、患者が知りたい情報を提供しながら十分なコミュニケーションをとることで患者の不安を軽減することができるものと考えられる。

スコープ挿入時にはスコープが咽頭部に接するため敏感な人は嘔吐反射が激しくなり、そのために一層スコープが咽頭部を強く擦り、咽頭部の不快感・苦痛へとつながるのである。看護師は患者ができるだけ力を抜くように声かけをし、緊張を和らげるように援助することで、苦痛をある程度軽減させることができるものと考えられる。

スコープ挿入時には看護師は患者の緊張を和らげるように声かけを行い、挿入時に要する時間が短くなるように援助することでスコープ挿入時の苦痛を軽減できるものと考えられる。

### 2. 内視鏡検査中の問題と看護的援助

唾液の口腔外への出し方や飲み込まないように十分、検査前、検査中に説明することの他に、時にはゾンデを使って積極的に口腔内唾液を吸引することによって、咽頭部の苦痛も軽減するものと考えられる。

生検や色素散布によって検査時間が延びるような時には、看護師は声かけや患者の緊張を解すようなマッサージをすること<sup>1)</sup>、検査時間の長短に関わらず苦痛の少ない検査が受けられるようになるものと考えられる。

内視鏡経験が初回の患者に対しては、看護師は内視鏡検査中は絶えず声かけをし、検査の経過状況に合わせて看護していくことで緊張を解し、検査中の咽頭部の苦痛を軽減できるものと考えられる。また、内視鏡検査直前に患者が内視鏡検査の目的や意義を理解しているかどうか確認しながら具体的に説明することで、患者自身に検査を受ける心構えができ、検査も落ち着いて受けることができるものと考えられる。

内視鏡検査前の不安や内視鏡検査中の苦痛を女性の方が敏感に感じ、それを質問紙の中

に表現したものと考える。特に女性に対しては、看護師は十分に内視鏡検査について説明し、緊張を和らげるよう援助していくことで咽頭部の苦痛は軽減するものとする。

### 3. 内視鏡検査後の問題と看護的援助

検査前の不安が強いと検査後も咽頭部の不快感が気持ちとして残っているように感じ、それが苦痛として質問紙の中で表現されたものとする。検査前の不安が強い患者には、検査中だけでなく検査後にも咽頭部の違和感が残ることなどについても、患者がイメージできるように説明することで、検査後の苦痛の程度が軽減できるものとする。

### 4. スコープ挿入時・検査中・検査後の咽頭部の不快感・苦痛と咽頭麻酔の有無

咽頭麻酔を施行した方がキシロカインを含まないゼリーを患者に与えた群（以下プラセボ群とする）よりスコープ挿入時の不快感・苦痛が弱いという報告がいくつかある反面<sup>2)・6)</sup>、Lachter.JGら<sup>7)</sup>は麻酔群とプラセボ群で挿入時の不快感・苦痛に有意差がなかったと報告しており、本研究の成績と一致している。咽頭麻酔等(キシロカイン)は、ショックを誘発する危険な薬剤である<sup>8)・9)</sup>。本研究の結果から推測されるように、同薬剤がスコープ挿入時の咽頭部の不快感・苦痛の軽減に寄与していないのであれば、今後、本研究に基づいた調査を進め、上部消化管内視鏡検査の前処置における咽頭麻酔の有用性を医師と共に検討していくことが期待される。

表2 背景因子と不快感・苦痛との標準偏回帰係数

	スコープ挿入時の苦痛	内視鏡検査中の苦痛	内視鏡検査後の苦痛	検査全体の苦痛
性別	-0.031	-0.149 *	-0.082	-0.034
年齢	-0.386 ***	-0.133	-0.107	-0.246 **
内視鏡検査前の不安	0.315 ***	0.102	0.242 *	0.177 *
上部消化管内視鏡検査の経験の有無	-0.096	-0.162 *	-0.078	-0.139
咽頭麻酔の有無	-0.070	-0.109	-0.001	0.022
スコープ挿入時間	0.189 *	0.078	0.029	0.022
検査時間	----	-0.223 *	-0.052	-0.096
スコープ挿入時の嘔吐反射数	0.235 **	0.201 **	0.001	0.194 *
内視鏡検査中の嘔吐反射数	----	0.005	0.149	0.158
内視鏡検査中のげっぷ数	----	0.087	0.151	0.225 **
内視鏡検査中の唾液による不快感	----	0.523 ***	----	----
生検の有無	----	0.085	0.103	0.095

\* P<.05 \*\* P<.01 \*\*\* P<.001

### 結論

女性の患者・若年の患者には、検査中に声かけをし、検査経過を知らせることで不安が軽減する。そして、背部のマッサージによって緊張を解すよう援助する。咽頭反射が激しいようなら鎮静剤の使用も検討する。内視鏡検査を初めて受ける患者・内視鏡検査に対する不安が強い患者には、内視鏡検査に対して具体的に患者がイメージできるように詳細に説明し、検査中には検査の状況や時間経過を知らせることで安心して検査を受けることができるよう援助する。生検などの処置によって検査が長引く時には、患者に説明しながら行い、患者の傍にいて背部のマッサージを施す。咽頭麻酔剤によるショックの例もあるので、患者の背景因子を考慮しながら咽頭麻酔なしの上部消化管内視鏡検査を施行する。

### 引用・参考文献

1)中山満香,三村幸枝,馬越正子,菅野陽子,辻原麻里:胃内視鏡検査時の苦痛軽減へのタッチングの試み-施行後の面接調査および

看護婦への意識調査 - 。臨床看護研究, 5(1), 3 - 15, 1998

- 2) Soma, Y, Saito, H, Kishibe, T, Takahashi, T, Tanaka, H, Munakata, A : Evaluation of topical pharyngeal anesthesia for upper endoscopy including factors associated with patient tolerance. *Gastrointestinal Endoscopy*, 53(1), 14 - 18, 2001
- 3) Isenberg, G : Topical anesthesia ; to use or not to use - that is the question, *Gastrointestinal Endoscopy*. 53(1), 130 - 133, 2001
- 4) Leitch, DG, Wicks, J, el Beshir, OA, Ali, SA, Chaudhury, BK : Topical anesthesia with 50mg of lidocaine spray facilitates upper gastrointestinal endoscopy ? . *Gastrointestinal Endoscopy*, 39(3), 384 - 387, 1993
- 5) Hedenbro, JL, Ekelund, M, Jansson, O, Lindblom, A : A randomized double-blind placebo-controlled study to evaluate topical anesthesia of the pharynx in upper gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy*, 24 (6), 585-587, 1992
- 6) Campo, R, Brullet, E, Montserrat, A, Calvet, X, Rivero, E, Brotons, C : Topical pharyngeal anesthesia improves tolerance of upper gastrointestinal endoscopy ; a randomized double - blind study. *Endoscopy*, 27(9), 659-664, 1995
- 7) Lachter, J, Jacobs, R, Lavy, A, Weisler, A, Suissa, A, Enat, R, Eidelman, S : Topical pharyngeal anesthesia for easing endoscopy ; a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 36(1), 19 - 21, 1990
- 8) 荒川廣志, 田尻久雄 : 前投薬による偶発症(第2章 内視鏡検査・治療に伴う偶発症の予防と対策)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(赤松泰次編) 68-71, 南江堂, 東京, 2003
- 9) 宮崎潤子, 鈴木忠, 石川雅健, 横山利光, 杉洋一, 今真人, 曾我幸弘, 矢口有乃, 池田みどり, 浜野恭一 : 内視鏡検査前処置中のキシロカインショックの2例. *日本救急医学会関東地方会雑誌*, 13(2), 842 - 843, 1992

連絡先 : 杏林大学医学部付属病院 看護部  
0422-47-5511(内線 2261)

## KW2 . 上部消化管内視鏡検査の苦痛度と意識下鎮静法の関係からみた内視鏡看護の在り方

真生会富山病院 看護学修士 河相 てる美

### 〔目的〕

上部消化管内視鏡検査は、上部消化管の疾患の診療において必要不可欠な検査である。しかし、身体的苦痛を伴うため、鎮静剤の静脈投与(以下 - 意識下鎮静法)が行われる。意識下鎮静法が、どの程度有効でどんな人には必要ないのかを明らかにした研究は極めて乏しいのが現状である。そこで、意識下鎮静法は上部消化管内視鏡検査の苦痛度軽減に関与しているか否か、意識下鎮静法を施行しない患者(以下、非鎮静群) 意識下鎮静法を施行した患者(以下、鎮静群) それぞれにおいて、内視鏡検査の苦痛度に関与している因子は何か、意識下鎮静法が有効な患者の背景因子は何か、非鎮静群における内視鏡看護の在り方、鎮静群における内視鏡看護の在り方を考察した。

### 〔研究方法〕

1. 対象 : 上部消化管内視鏡検査を受けた患者 201 名 (非鎮静群 100 名、鎮静群 101 名)
2. 方法 : 検査前に上部消化管内視鏡検査予定の患者全員のカルテと検査依頼書より検査目的、患者の年齢、性、上部消化管内視鏡検査経験の有無、合併症の有無、鎮静剤使用の有無を収集した。検査当日、前処置を行う前の待ち時間を利用して心理テストの記入を依頼した。心理テストは Spielberger によって作製された自己評定質問紙の STAI ( the State-Trait Anxiety Inventory ) の日本語版を用いた。内視鏡検査中には、検査に要した時間、挿入時の嘔吐反射の回数、検査中のおくび数ならびに嘔吐反射の数を記録した。検査の苦痛度調査のために、VAS による質問紙を作成し、検査終了後に患者に記載してもらった。

3.統計処理：非鎮静群と鎮静群の毎々の背景因子および生体反応を t 検定によって比較した。非鎮静群において、内視鏡検査による苦痛度と患者の背景因子および観察項目との関係を Pearson の相関係数にて解析した。同様の解析を鎮静群においても行った。解析には、統計ソフト SPSS 12.0J を使用した。

〔結果〕

- 1.内視鏡検査による苦痛度は、鎮静群が非鎮静群に比較して有意に低かった。
- 2.非鎮静群においては、検査回数が少ない、年齢が若い、状態不安が強い、特性不安が強い、挿入時の嘔吐反射回数、検査中のおくび数、検査中の嘔吐反射回数が多いということが上部消化管内視鏡検査における苦痛に関与していた。
- 3.鎮静群においては、年齢が若い、状態不安が強い、特性不安が強い、挿入時の嘔吐反射回数、検査中のおくび数、検査中の嘔吐反射回数が多いということが上部消化管内視鏡検査における苦痛に関与していた。
- 4.非鎮静群において 40 歳以下は 61 歳以上に比べ有意に苦痛度が高く、初回の患者は 3 回以上の検査経験者に比べ有意に苦痛度が高かったため、非鎮静群において苦痛度が高い背景因子の患者は意識下鎮静法が有効と思われる。

〔総括〕

苦痛を与えない内視鏡検査のために、意識下鎮静法は大変有効であることから、上部消化管内視鏡検査を受診するすべての患者に、苦痛軽減効果のある意識下鎮静法による内視鏡検査があることを情報提供（メリットとデメリット）する必要がある。非鎮静群における看護の要点は、初回の患者には異常な緊張を取るために検査開始前に深呼吸を促して肩の力を抜き、リラックスさせる。挿入時には腹式呼吸を促し、全身の緊張が緩和するように開眼させ、りきんでいる力を解放させるよう声かけを行う。検査中は咽頭部の圧迫感、おくびや嘔吐反射により全身に力が入ってしまう患者には、呼吸法や声かけを行いリラックスさせる。手を握ったり、背部マッサージも必要である。非鎮静群において、40 歳以下は 61 歳以上に比べ苦痛度が高く、初回の患者は 3 回以上の検査経験者に比べ苦痛度が高いため、医師に相談し、意識下鎮静法を勧めることも援助のひとつである。鎮静群においても看護的援助の項目は基本的には非鎮静群の項目の大部分が入る。看護の要点は、スコープ挿入時は正しい体位と嚥下運動を促す声かけを行う。検査後、覚醒するまでは病院で休んでもらうこと、車の運転は避けることなどを説明しておく。検査中はモニタリングし、患者の状態観察を行い異常の早期発見に努める。

## KW2. 上部消化管内視鏡検査の苦痛度と意識化鎮静法の関係からみた内視鏡看護の在り方

河相てる美（看護学修士 富山真生会病院）氏

論文クリティーク

富山大学看護学科成人看護学

急性期助手 片田 裕子

消化管疾患だけに限らず健診時、手術前検査、処置時等消化器内視鏡検査は現在なくてはならない検査の一つです。しかしながら苦痛や不安のために患者様に大きな負担を与えているのも事実です。消化器内視鏡検査の発達が目覚ましいのもがあり硬性鏡から軟性ファイバーへの変遷、光学内視鏡から電子スコープへの変遷、検査目的から治療目的など大きく変化・進歩してきています。しかし変わらない点があります。それは上部消化管検査においては経口で挿入され咽頭を通して行われていることです。本来ならば 検査の結果に対し不安を抱くべきところが 多くの患者様は内視鏡挿入による咽頭痛、咽頭反射への苦痛、並びにそれらに対する不安感が非常に大きな問題であります。そのためファイバーの軟性化・ファイバーの細径化のファイバーの進化、咽頭麻酔・鎮静剤の使用など患者様の苦痛や不安の除去・軽減などの工夫が行われてきました。

今回取り上げる論文は上部消化管内視鏡検査をいかに苦痛や不安なく受けていただくために咽頭麻酔および鎮静剤の静脈投与（意識下鎮静法）がすぐれているか検討した論文です。

### 患者以外背景の検討

患者様以外の因子では前処置の方法、鎮静群での使用薬剤の種類、量、使用方法が具体的に記載されています。次に内視鏡施行医の技量の差が問題となりますが内視鏡術医の技量の均一性は日本消化器内視鏡学会専門医 3 人に限定され

ているのでわかりやすくなっておりました。しかしながら使用される内視鏡の機種（ファイバー径）の均一性であったこと、また内視鏡医の技量の一つの判断として施行時間があると思いますが施行医ごとの施行時間に有意差がなかったことを示してほしかったと思います。また意識下鎮静法は欧米で浸透しているが日本で浸透していない理由、意識下鎮静法へと動いているのかどうかこの点において明記されることによって論文の質、今後の展望についての評価が明確になるとと思います。

#### 患者背景の検討

過去に何度上部消化管内視鏡検査を受けたことがあるか、つまり経験度に合わせたの検討、また 精神科治療中の患者様を除き心因的影響を極力排除していることがうかがえます。

表 . 1

Ramsay Sedation Score

スコア	鎮静状態
SS1	不安、不穏状態
SS2	協力的、協調性があり、落ち着いている
SS3	命令にのみ反応、global tap や大きい声に反応する
SS4	眠っているが刺激に対してははっきり反応する
SS5	眠っており刺激に対してのろのろした反応
SS6	無反応

\* 成人では Ramsay の鎮静スコアが有名ですが、小児を対象とした良いスコアはありません。

#### 解析法

研究問題の所在を明らかにし、仮説、変数の確認および検証すべき素材に対して適切な研究デザインを選択されている点においてすぐれていると判断します。

調査対象の特性と統計学的な処理を前提としたサンプル集団の特性の繋がりがデータ収集時の目的を達成できていると考えます。

内視鏡前の心理状態が STAI ( the State Trait Anxiety Inventory ) を使い、また苦痛度は VAS ( Visual Analogue Scale ) を使い数値化することはわかりやすく、非鎮静群と鎮静群の背景因子と上部消化管内視鏡検査による苦痛度の二つの事柄を検定により比較することは妥当であったと考えます。また苦痛度と患者様の背景因子および観察項目との関係を Pearson の相関係数により解析したことにより得られたデータの信頼性と解釈の方法が極めて明確になりこの論文のすぐれた点といえると思います。新たな発見や提案、あるいは結果の解釈の今後の看護実践への展望へ繋がる点であるといえます。

非鎮静群を 40 歳以下、41 歳から 60 歳、61 歳以上に分け年齢群による苦痛度の検討は予想どおり若いほど感受性が強いことが示されておりわかりやすくなっておりました。しかしながら年代構成の根拠は何にあるのか知りたいところです。

沈静群では 鎮静度が示されていません。ラムゼースコアなどで示してあれば後の結果がもっと理解しやすかったと考えられます。(表 1) 循環動態の安全性を結果のはじめにいただくとわかりやすかったと思います。

セルシンなどのベンゾジアゼピン系薬剤静脈注射後の問題点として血圧低下、呼吸抑制、持続時間などがあります。本論文では血圧測定により血圧に影響がなかったことが検討されており、結果が示されています。本研究では内視鏡中の苦痛度の検討であるため内視鏡後の安静時間の記載がありませんが、実際は sedation 後の安静時間が帰宅途中の事故防止のため重要と思われました。また 内視鏡検査施行中 鎮静が充分効いていると微小病変の生検時の息止めなど患者様の協力が得られないこととなります。本研究においては影響がなかったのか知りたいと思いました。

この論文の重要性はこれで終わるのではなく、同一患者で内視鏡前の不安度を STAI ( the State Trait Anxiety Inventory ) で、苦痛度を VAS ( Visual Analogue Scale ) で評価し、内視鏡の受け方 ( ファイバー挿入中の呼吸の仕方、口腔内の唾液の処理の仕方 ) を教育しその改善度を見る一歩だと考えます。この点において今後の看護実践への新たな展望に発展する点といえると思います。

今後、上部消化管の検査には咽頭違和感のより少ない経鼻内視鏡が広まってくることが考えられますが、咽頭部にファイバーが通過することには変わりなく今後も sedation 薬の使用、呼吸法の指導などが必要と考えます。この点においても今後の看護実践においての指標となる重要な論文であると考えます。

### KW3 . 業務量調査からみた内視鏡看護の特殊性

富山内視鏡看護研究会	業務量調査班
厚生連滑川病院	高木 妙子
富山赤十字病院	大橋 達子
看護学修士	安東 則子
高岡市医師会看護専門学校	堅田智香子

#### はじめに

今日、消化器内視鏡検査・治療は極めて重要な診療であるが、その内視鏡部門で診療を受ける患者への看護は必ずしも満足いく状況ではない。本研究では、まず内視鏡室では何が行われ、どのような看護が提供されているのか、あるいは一般の看護業務とどういう違いがあるのかを業務量調査から明らかにし、内視鏡看護の特殊性を探ることを目的とした。

#### 第1章：内視鏡看護業務分類コードの作成

##### 研究の背景

平成11年、大橋ら<sup>1)</sup>により内視鏡における看護業務分類が発表され、病棟や外来部門とも異なる内視鏡看護の特殊性が明らかにされた。内視鏡検査・治療部門における看護業務量調査として1施設内における独自の調査票による調査は行われているが、共通の内視鏡看護業務分類コードを用いて複数施設に行った研究はない。

##### 目的

業務量調査の第一段階として内視鏡検査・治療部門における看護の実態調査のための内視鏡看護業務分類コードを作成する。

##### 研究方法

筒井の看護業務分類コードを基に、内視鏡部門で行う看護業務を抽出した。さらに内視鏡看護独自の業務をコード化し、内視鏡看護業務分類コードを作成した。筒井氏には看護業務分類コード使用と内視鏡看護業務コード追加の許可を得た。

##### 結果

筒井の看護業務分類コード(4分類、428コード、1~400番台)高岡市医師会看護専門学校から、内視鏡部門で行っている看護業務「117コード」を抽出した。また内視鏡看護師が行っている内視鏡独自の看護業務を抽出し、「42コード(600番台)」を作成し、以上の「159コード」を内視鏡看護業務分類コードとした。これを中分類(26項目)にカテゴリ化し、さらの大分類(4項目)にコアカテゴリ化した。(表1)

##### 考察

看護業務・内視鏡看護業務として抽出したことにより、診療の補助業務が中心であると思われていた内視鏡部門に多くの直接・間接看護のコードが存在することが明らかになった。また、診療の補助業務として、観血的処置を実際に行う侵襲性の高い看護業務コードの存在が明らかになり、一般的な看護業務と大きく違う点がここにあると考えた。平成16年看護師による静脈注射が法の解釈の基に認められ、内視鏡看護師が、医師の指示の下に行う治療介助は合法的であるとも言える。反面、治療の良否の一端を担っているという責任があり、専門的技術の習得や訓練を要すると考え段階的な教育の必要性が示唆された。また、日本消化器内視鏡学会の指導として内視鏡技師の業務は、本来持っている職種

の範囲を越えないとされている。今後職種によって業務分担できる可能性が示唆され、看護サービスの効果的な提供を検討することができる考えた。

表1．内視鏡看護業務分類

カテゴリ（中分類）	コアカテゴリ（大分類）
1. コミュニケーション 2. 観察・測定 3. 教育・オリエンテーション 4. 体位変換・移乗・移動 5. 清潔・整容・更衣 6. 排泄介助 7. 問題行動・その他の見守り	. 直接看護
8. 連絡・報告・情報収集 9. 記録・整理 10. 環境調整 11. 洗浄・消毒 12. 設備・機器の保守・点検 13. 緊急時の対応	. 間接看護
14. 前処置 15. 薬剤（注射）・セデーション 16. 内視鏡検査介助【非侵襲性】 17. 内視鏡検査・治療介助【侵襲性】 18. 治療・処置（呼吸・循環器系） 19. 診療援助	. 診療の補助・専門的看護
20. 薬品・物品管理 21. 勤務関連・業務調整 22. 整理・清掃 23. 研修・指導・研究 24. 感染管理 25. 職員の行動 26. その他	. 管理

表2．対象者の属性

対象の看護師歴：

3年～36年

（平均19.3年）

内視鏡室勤務年数：

5ヶ月～36年

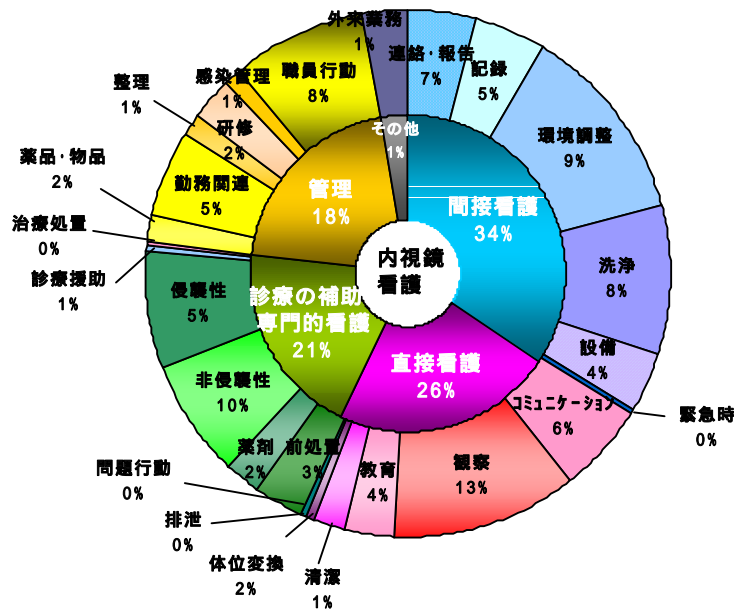
（平均3.8年）

対象施設(右表)：

施設	年間総検査件数
A	3,500
B	4,500
C	11,000
D	7,300
E	6,500
F	10,100
G	4,500



図1. 内視鏡看護業務量調査結果(大分類・中分類の内訳)



## 第2章：看護業務量調査

### 研究背景

内視鏡看護の業務量調査として、共通の業務分類コードを用いて複数施設に行った研究はない。また、内視鏡看護師の業務量として直接看護、間接看護、診療の補助・専門的看護、管理にどれだけの時間が費やされているかは明らかにされていない。

### 研究目的

内視鏡検査・治療部門における看護の実態から業務量を測定し、内視鏡看護の特殊性を明らかにする。

### 研究方法

- 1) 対象：T県7施設(消化管内視鏡検査・年間2,500件以上)に勤務する内視鏡看護師30名。
- 2) 期間：平成16年6月1日～9月30日
- 3) 調査方法：第1章で作成した内視鏡看護業務分類コード・中分類26項目を使用して、業務量調査(1分単位で8時間)を他者観察で行った。調査票には対象の属性を問うフェースシートを添付した。同一時間(1分)以内に複数の業務が行われている場合は、その一つを選択するのではなくすべて記録することとした。
- 4) 分析方法：内視鏡看護業務分類コードに沿って大分類、中分類の看護業務量を集計・分析した。
- 5) 倫理的配慮：調査施設の倫理委員会の承認を得、業務に支障がないよう配慮した。調査対象者にはプライバシーの保護、参加・中断の自由、不利益の回避、匿名性を文書で説明し、同意を得た。

### 結果

#### 1) 調査対象者の背景

対象の看護師歴は3年から36年(平均19.3年)、内視鏡室勤務年数は0.5年から36年(平均3.8年)であった。内視鏡看護師の業務は前処置担当、検査室担当、洗浄担当などに分担され、ときには本来の担当を超えて看護業務が実施されていた。(表2)

#### 2) 内視鏡看護業務分類の内訳(図1)

内視鏡看護業務分類の内訳として大分類では、間接看護(34%)が最も多く、次いで直接看護(26%)、診療の補助・専門的看護(21%)、管理(18%)の順であった。中分類では、観察、内視鏡検査介助【非侵襲性】、環境調整の順に多く、内視鏡看護独自の業務(600番台)の占める割合は、26%であった。また、1分間中に複数の看護業務が計上され重複業務が多いという傾向があきらかになった(最大6項目)。山崎ら<sup>3)</sup>の一般病棟の看護業務重複回数8時間で155.2回(1時間で平均19.4回)と比較した場合にも内視鏡看護業務重複回数、3時間で90回(1時間で30回)と多いことがわかった。

### 考察

実際の業務量調査を通して、間接・直接看護が6割を占める結果であり、内視鏡部門における看護の存在を認識した。

常時、医療機器を扱いながらの診療部門において、内視鏡室の環境調整、機器の整備、洗浄・消毒なども看護業務に含まれており、間接看護の割合に影響していた。看護師の専門性を生かす業務調整が行えるならば、直接看護時間の増加は可能と考える。

複数の看護業務を同時に、または瞬時に切り替えながら行っているという「重複業務」の特徴が明らかになった。石井らは「重複業務は与えられた時間量に対して遂行業務量が多ければ多いほどその割合は増加することが考えられる」<sup>4)</sup>と述べており、これらの業務は、決められた時間内に所定の検査件数を終えなければならないという必然性のもとに行われている業務である。しかし、十分な時間をとって1つ1つの業務を行うことができない現状は、患者・家族、内視鏡看護師双方に不満感をもたらすかもしれない。

業務として機能分担されている部分では、スタッフ間での確認や情報交換が行われており、常に他スタッフの動き、全体の動きをとらえ、チームとしての機能も発揮されていた。

看護業務量調査において、筒井は「看護行為を細分化した場合、看護行為として成立する最小の単位時間がどのくらいかという目安が必要である。」<sup>2)</sup>と述べており、本調査において調査単位時間を1分間としたが、妥当であったかは検討を要する。

結語

- 1)内視鏡部門で行う看護業務コードを抽出・検討し、159コードの内視鏡看護業務分類コードが作成された。
- 2)業務量調査において内視鏡看護業務は間接看護、直接看護、診療の補助・専門的看護、管理の順に多い結果であった。
- 3)内視鏡部門の中で分担された看護業務が行われており、チームとして機能していた。
- 4)1分の単位時間にも複数の看護業務が計上され重複業務が多い傾向が明らかになった。

おわりに

今後はチーム医療の中での連携を見直し、看護師の適正配置と業務の分担により、効果的な看護サービスの提供を検討することで、内視鏡看護の確立を目指していきたいと思う。

#### 【参考文献】

- 1)大橋達子、他：内視鏡看護について - 日常業務における看護 - 日本消化器内視鏡技師会会報, N023, P37-38, 1999
- 2)筒井孝子：看護量の測定および推定のための方法論に関する研究 - 看護業務分類コードの作成について - ,看護管理, Vol.7, No.12, P890-900, 1997
- 3)山崎聖子、他：直接看護業務時間の分析 看護業務における実態調査報告(日勤帯)より,第31回看護管理 P193-195, 2000
- 4)石井豊恵、他：タイムスタディによる結果の解析手法,看護研究, VOL.37, No.4, P47-8, 2004
- 5)嶋森好子：看護必要度評価法確立に向けた看護業務量調査,看護管理, Vol19, No3, P230-36, 1999
- 6)日本看護協会看護婦職能委員会編：看護婦業務指針, P13-4, 日本看護協会出版会, 1995
- 7)富田千里、他：看護業務の直接看護時間・転換回数・割り込み業務と誤薬事故発生の関連について,第33回看護管理, P42-44, 2002

連絡先：〒936-8585 富山県滑川市常盤町119  
厚生連滑川病院 外科外来

KW4 . 看護と文献について タッチの文献検討から

富山県立中央病院 内視鏡技師・看護学修士 安東 則子

はじめに

臨床の看護場面における問題解決にあたって、これまでの経験だけでなく文献を活用した看護を展開することは重要である。また患者に対して適切な情報を伝える時にも、文献を通しての情報は役立つと考える。研究のために文献を活用することは誰でもが理解できるが、臨床の場においてこそ必要であることが忘れられてはいないだろうか。

今回、自身の研究を通して文献検索において学習した中で、それぞれの文献にはさまざまな特徴があることがわかった。一方、インターネット上に膨大な情報が存在しているが、その質はさまざまで何を基準に検索していけばよいのか、分からない状況であった。以上のことより、文献検索についてまとめたので発表する。

#### 目的・方法

文献検索の方法について説明し、臨床看護、看護研究に生かす実際を述べる。

#### 結果

1. 主要な情報源：単行書・学術雑誌・学術論文・看護雑誌・参考資料（看護学事典、看護研究用語事典、看護英和辞典など） これらは印刷物になっているものから、Web サイト上で見ることのできるものもある。
2. Web サイト：(国内) 日本看護協会・構成労働省統計表・大学医療情報ネットワーク・日本医師会・国立情報学研究所など / (海外) Nursing world・HealthWeb Nursing・The American Medical Association など
3. 看護関係二次資料（学術雑誌等に掲載される論文、記事についてそのアウトラインがわかるようなエッセンスを取り出し、キーワードや著者等、いろいろな手がかりから探せるようにまとめた資料）：医学中央雑誌・最新看護索引・日本看護関係文献集・看護関係雑誌文献目録・臨床看護研究文献集・JMEDPlus・CINAHL・PubMed など
4. PubMed を用いた文献検索  
思いついた言葉を打ち込む、Nursing Journals に限定する（検索の基本ステップ）  
上位語や下位語を見付けてより適切な検索語があるか検討する、関連文献を探す（ステップアップ検索）  
システムティックレビューを用いエビデンスの高い文献を検索する（エビデンス検索）。また信頼性の高い医療情報を提供している The Cochrane Library で作成された抄録も PubMed 上で検索できる。
5. 医療情報サイトの検証  
情報提供の主体が明確なサイトの情報を利用する  
営利性のない情報を提供する  
客観的な裏づけがある科学的な情報を利用する  
公共の医療機関、公的研究機関により提供される医療情報を主に利用する  
常に新しい情報を利用する
6. 文献調査の種類と範囲  
カレント・アウェアネス・・・現在発生している新しい情報を継続的に追いかける調査  
遡及検索（レトロスペクティブ・サーチ）・・・現在から過去のある時点までに発表された文献を、遡って調べていく  
方法  
事項調査・・・簡単な事柄や事実を調べ確認すること

#### まとめ

文献調査は研究をする上で欠かせないが、多くの文献の中からエビデンスの高いものを選択し、研究の参考にできることが望ましいと考える。またサイト情報は変化が激しいだけに、友人や知人との情報交換もヒントになる。現在、内視鏡の研究を行っているが文献検索をおこたらず、まとめていきたいと考える。

#### 参考・引用文献

- 1) 山崎茂明、六本木淑恵：看護研究のための文献検索ガイド．日本看護協会出版会(東京), 2006
- 2) D.F. ポーリット、B.P. ハングラー、監訳；近藤潤子：看護研究原理と方法．医学書院(東京), 2003

連絡先：〒930-8550 富山市西長江 2 丁目 2-78

TEL 076-424-1531