

特別寄稿

Good luck !

高塚 紀子
Noriko Takatsuka

私が砂川市立病院に来たのは32歳の時である。それから32年が過ぎた。来る日も来る日もさまざまな皮膚病を見て、面白かったし勉強になった。迷ったら撮るの方針で、数多くの臨床写真を撮った。記録のためとはいえ、どの患者さんも撮影に協力してくれたのには感謝している。立派なカメラや顕微鏡を買ってもらい、皮膚科の環境は恵まれていた。疲れることや飽きることもあったが、一人医長であり逃げ出すわけにはいかなかった。忙しくて道を踏み外す暇もなく良かったと思う。昨年5月からは2人医師体制になり、35歳も若い先生と一緒に仕事をすることになった。ともに学び、先輩として少しでもよい手本になるよう心がけている。

今では砂川のどこへ行っても知った顔に出会う。路上やスーパーで皮膚病の相談を受け、時にはすっかり忘れていた患者さんに話しかけられる。

患者さんとともに年をとった。10年ぶりや20年ぶりに来た患者さんを見てお互いに年をとったなあと感じる。長い間には、赤ちゃんや、少年少女だった患者さんが職場の同僚にもなった。

15年間は自宅に住んだが、そのあと新町に家を建てすっかり砂川に腰を落ち着けた。空気よし、人情よし、札幌にも近くて便利と、砂川が気に入っている。砂川は子供達にとっても生まれ育った、友達との思い出多い大切な故郷である。

医療事情は変わって来たが、癌告知もその一つである。古いも若きも男も女も癌を告知され、転移を知らされ余命どのくらいと宣告されている。自分の場合は覚悟ができるかしらとまだ不安である。苦しみを経た患者さんから学ぶことは多い。先日皮膚科に、あきれほどへそ曲がりの老女性が入院したのであるが、同室の末期癌の2人は彼女の皮膚病に一喜一憂し、退院する日には自分の

ことのように喜んでくれた。まるで本当の母親のような温かい心であり、彼女を敬遠していた私は反省した。

パソコンとデジカメにさわられるようになったことはラッキーであった。必要に迫られ、教えてくれる同僚に恵まれ何とか用を足すことができるようになった。走り過ぎていく列車にぎりぎり間に合ったような感じである。

1年に1回学会出席のため全国各地を訪れたことも楽しい思い出である。長崎グラバー邸の野外パーティー、徳島の阿波踊り、山口県萩市の城下町などよかったし、会場となった京都国際会館、東京国際フォーラム、パシフィコ横浜などの建築も印象的であった。もちろん学会では皮膚科学に関する多くの新知見を吸収した。

個人的には数年前からヨーロッパに旅行するようになった。テレビや本で知っているつもりであったが実際はちがった。パリやローマでその地に立ってみて歴史の重みを感じた。スペインのトレド、ポルトガルのコインブラなどは美しい街だった。コルドバやアルハンブラではイスラム建築の壮麗さに感嘆した。

10年前患者でできたインド人の女性と知り合ったことも忘れがたい。Leathicaという魅力的な美人で34歳だった。外国人が珍しくて彼女と話しをするために、CDやテープを買い一生懸命英会話の勉強をした。TOEICの試験も受けた。そして思ったのは外国人と話す前に、まず他人に対して心が開かれていなければならない。また豊富な話題と正確な知識、すなわち話すべき中身を自分の内に持っていなければならないということ。母国語できちっとした会話が出来なくて外国語で出来るはずがない。

最後に、医療者と患者の間には物理的にはいくら接近

Good luck !

しても決して越えることの出来ない深い溝があると思う。脳梗塞で身動きならないとか癌で死んでいかなければならないとかは、誰も身代わりになることはできない、たった一人の恐ろしいほどの不安、心細さ、苦悩であろうと思う。現実には各々はその分を生きるしかない。そして医療者がしっかりとその分を全うするには、医療者自身が心身ともに健康で幸せでなければならぬと思う。医療者が生き生きと喜んで働くことは、患者に生きる希望を与え、仕事の能率も上がる。新しい病院がそんな要求に応える職場環境を提供してくれるよう期待している。その一つとしてふさわしい職員食堂ができて、職員にうれしい楽しみと思える食事が提供されるようになればよいと思う。一流のコックさんがいて、早くから遅くまで開いていて、3食とも間に合うような食堂なら素晴らしいな。砂川市立病院がNSTとともに職員のモデル食堂を立ち上げることは病院をより一層充実させることになると思う。

それから病院には静寂が必要と思う。本当に苦しい時、意識があり感覚が研ぎ澄まされているなら周囲が騒々し

いのは耐えられない。大病院には救急や先端医療を担う機敏さや活気とともに死にゆく患者さんを看取る静寂な面が必要と思う。

砂川市立病院での32年を終え、これからどんな運命が待っているか分からないが、人生は神様の所に帰る旅と心得、祈りながらなすべきことをなし、可能な限り朗らかに心楽しく毎日を暮らしたい。

それでは砂川市立病院のすべての皆さん、長い間本当にありがとうございました。

Good luck !



2006年7月ロンドン、ユーロスター前で

特別寄稿

「KOMIケア」導入までの経緯と今後の課題

A Future Strategy of "KOMI CARE"

長谷川育子

Ikuko Hasegawa



[はじめに]

KOMIケアは、「ナイチンゲール思想に基づくKOMI理論によって展開される看護・介護ケアのことで、もてる力を重視し、健康の法則に則った生活の処方箋を描き、実現するケアを目指す。」と定義されている。

当院では、オーダリングシステムの導入を機に看護支援システムの中核にKOMIケアを据えることができたので、導入を決断するまでの経緯及び今後の課題をまとめた。

[本論]

KOMI理論は、F・ナイチンゲール(以下F・Nとする)が1859年に出版した「看護覚え書き - 看護であるもの、看護でないもの - 」という、看護を学ぶものなら看護師・准看護師の資格の違いを問わず必ず一読する、いわゆる看護のバイブルと言っていい書物をベースに金井一薫氏が30年以上の研究を続け確立した理論である。

この著書の中でF・Nは、「他によい言葉がないから“看護”という言葉を使う」と言って近代看護の定義と方向付けを行なった。

F・Nは30歳で看護の訓練を受け、クリミア戦争で負傷した兵士の死亡率を激減させたが熱病にかかりイギリスに帰国する。その後、イギリス陸軍の衛生状態改善の為に働き、1860年に世界で初めて聖トマス病院にナイチンゲール看護婦訓練学校を開設しイギリスから世界各地にナイチンゲール看護師を輩出した。

アメリカに渡った看護師は第二次世界大戦後、GHQの指導のもと日本における看護師の養成に貢献した。日本では、1884年に医師・高木兼寛がイギリスに留学した際、聖トマス病院で教育を受けた看護師が活動しているのを目の当たりにし帰国後、日本で初めて共立東京病院(慈恵病院)に看護婦養成所を開設し、日本の看護に影響を与えた。

このように現代の看護のあらゆる礎を築いたF・Nの生き方に私自身が感銘を受けたことがKOMIケアに出会うバックグラウンドにある。

さて、看護は計画的で継続性がありEBNに基づいて安全に提供されなければならない。看護はケアの視点でアセスメント・看護計画・ケアの実践・評価までを表す看護過程(nursing process)があり、それは看護職の思考過程や実践の根拠を明らかにするものである。

KOMIケアの根幹は、患者さんが持っている力(知識・意志・体力)を把握し、その力を最大限に発揮させることを目標にケアを実践することである。つまり、健康・不健康を問わず時には安らかな死を迎えるその時まで、その人の持っている力を十分発揮できるようにあらゆる環境を整え見守り、支えるという考え方に基いて看護を実践するものである。

ところで、近代の医療はIT化の真っ只中におかれ看護についても同様である。

看護の質を確保するために、標準化・効率性が求められているが電子カルテシステムやオーダリングシステムには、北アメリカ看護協会(NANDA)が開発した、看護診断リストがオプションとして組み込まれていることが多い。

看護診断は、多くの大学病院の看護部がオーダリングシステムと同時に導入したが「表現方法が理解しにくい」「人の気持ちの細かい表現が日本人に違和感がある」など、看護診断を学習し導入したものの、実際には活用していない状況があると聞いている。看護診断に疑問を持ち、マンパワー・知的パワーなどを持っている比較的規模の大きい看護部では、独自のスタンダードケアプランを開発し看護支援システムに組み込んで看護を実践している。

振り返って看護理論の歴史を見ると、ドロシー・ジョ

ンソンの「行動システム・モデル」(1969年)、ドロセア・E・オレムの「セルフケア理論」(1970年)、シスター・カリスタ・ロイの「適応モデル」(1976年)、アイモジン・キングの「目標達成理論」(1981年)等、看護実践を導くための理論構築がこの他にも多数ある。それらは、アメリカの看護理論家が中心になり研究・発表したものである。

金井は「アメリカの看護論の多くは、社会に向かって看護を外側から意味づけ、規定するという性格が強く、それは看護職の役割や業務の範囲を明確にすることには役立つが、看護実践を内側から説く「看護の原理」を欠如させているという点で、ナイチンゲールを乗り越えているとは言いがたいのである。」¹⁾と述べている。

一方、日本の看護界では、「看護に学問は存在しない」「看護はきわめて日常性が高く、人間的な営みであるがゆえに、科学的な思考は馴染まない」などの考え方が根強くあったが、1974年に薄井坦子氏によってF・Nの著作をベースにして導き出した看護理論が、「科学的看護論」として初めて体系化され日本の多くの看護職に支持された。

KOMI理論は、ナイチンゲール思想から「科学的看護論」へと展開された学問の系譜を引くものである。(KOMI理論の構成は資料として添付した。)

KOMI理論によって展開される看護をKOMIケアといい、それを臨床現場で看護実践として表すためのツールとして、KOMI記録システムが平成16年(2004)に完成した。

それによって、これまで1枚ずつPCにインストールをしなければ使用できず、他のPCとも連携できなかったが、オーダリングシステムと連動したKOMI記録システムとして活用できるようになった。

ところで、当院ではオーダリングシステムの導入に伴う看護支援システム導入に向け、平成12年に委員会を立ち上げ翌年から施設見学をしていたがその内容は、帳票類をどうするか、どんな帳票を使用しているのかと言う議論が主で看護をどのような方法で実践するかは検討されていなかった。私は看護支援システムが導入されるものの、看護の根幹が置き去りにされるのではないかと危機感をもった。と言うのは、多くの看護部では、看護支援システムと称して帳票類のみを導入し看護の根幹がないのを見てきたからである。

砂川市立病院の看護部にKOMIケアを導入したのは、先に述べたように現在唯一オーダリングシステムのオプションに導入されている看護診断への疑問が背景にある。当院の看護部が独自でシステムを開発し導入する方法もあるが、当時の看護部は様々な意味においてパワーが不足しており負荷をかけられる状況ではなかった。

しかしながら、「看護」を職業としている看護職は、提

供する看護に責任と自信を持たなければならない。同時に、看護と言う職業を通して達成感を味わい自己成長が得られるのであるから、それが可能となる様々な環境を整えるため看護部が存在すると考えている。看護職員の一人一人が「私たちは の理論で看護を提供しています」と言え、理論を持つことによって共通言語で看護を語り合えるのは強みであり、砂川市立病院で看護をすることにプライドをもてるようになって考えている。

同時に、看護支援システムを導入するには、多額の資金が使われることから、300名以上の看護職員が看護をする際の指標になるとはいえ導入には大きな決断を必要とした。

そこで、平成15年9月、KOMIケアは当院のような「急性期医療に活用できるのか」「クリニカル・パスとの関連はできるのか」「スタンダードケアプランの作成・活用は可能なのか」という課題を持ち、熱心に取り組んでいる堺市に隣接している・阪南中央病院を視察した。(是非、HPを見て欲しい。)

阪南中央病院では、看護部の理念・目標、卒後教育プログラムがナイチンゲール思想で貫かれていた。看護部長とのやり取りや多くの資料から、当院でKOMIケアを導入するには時間を要するが、KOMI理論を理解した上で記録類を整備し、PC用ソフトの開発を進めていけば課題をクリアできると考え導入の決断をした。

その決断を支えたのは院長の理解は言うまでもないが、加えて看護師長・主任看護師が東京のセミナーに自費で参加し、4回・40時間にわたってKOMI理論を学び強力なKOMIケアの推進者となったことである。

さらに、師長・主任は各部署の学習会のリーダーシップをとり個人で購入したソフトをインストールしながらスタッフに指導した。折り良く、平成16年2月に病院機能評価の受審が決まり、標準化・効率化が推進されるなかPCの台数が不足であったが、手書きと併用のまま無理を承知で全部署にゴーサインを出した。

平成17年11月にオーダリングが稼動し、看護支援システムの根幹にKOMIケアの導入が実現でき、操作が簡便なソフトの完成とPCの台数が増加したのは平成18年1月以降のことである。それに先立ち、平成17年7月から8月には看護支援システム教育研修を実施し、職員・臨時職員など延べ367名が参加した。

現在も、看護実践に活用できるスタンダードケアプラン、ケアリングシート等の充実を図ると共に標準化・効率化を追及し、患者さんには安全で質の高い看護の提供、看護職員には手書きの減少及び入力負担が軽減できるよう取り組んでいる。

帳票類の整備も着々と進み、各部署の管理日誌、勤務表、患者割当表をはじめ、栄養アセスメント、在宅復帰スクリーニング、感染症発生及び転帰報告書、褥瘡管理、転倒・

転落スコアシート、看護必要度評価票などを導入している。

最後に、KOMI記録システムをPCと一部手書きを併用していた平成17年3月と看護支援システムが導入された初期の平成18年1月における「看護記録の受け止め」について看護部がアンケートをとったので報告する。(図1)

平成17年3月では、「記録が追いつかない」「記録に負担感がある」「(患者の)変化に追いつかない」「達成感がない」などマイナスの受け止めが多く見られたが、平成18年1月では「変化に追いつかない」は同じであるものの、「記録が追いつかない」「記録に負担感がある」「達成感がない」が若干プラスに変化していることがわかる。また、「患者の理解」「時間の短縮」「達成感あり」「満足感あり」といった項目も若干ではあるが受け止めに良い変化が現れていることがわかった。

今後も継続的に評価し、看護の周辺業務のIT化を進め、看護の根幹を見失わないよう効率化を図る必要があると考えている。

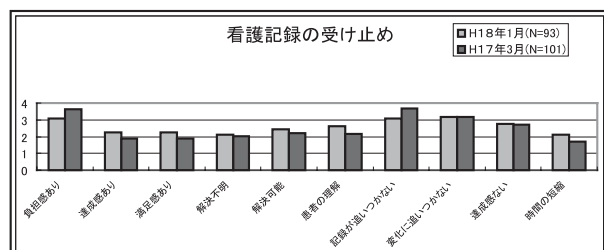
[おわりに]

看護は人の手と目を使って、そのぬくもりを患者さんに伝えることにあり、決して器械ではできない分野である。だからと言って、看護職が個々の価値観で看護をしているのは、看護を受ける患者さんに戸惑いや不安・不満を与えてしまう。

提供する看護の質を安全な高いレベルで保証してこそ、信頼が得られるのである。それには、「看護職でなければならないこと」と「看護職でなくてもできること」、「標準化・効率化できること」と、「標準化・効率化してはいけないこと」を、看護的視点、法的・倫理的側面をもって見極められることが重要になる。

KOMIケアに関する今後の課題は、患者さんに開示できる個別性のある計画と看護の実践、ケアカンファレンスでの看護の振り返り、スタンダードケアプランの更なる開発、いまだ未熟なKOMIケアの基本理論を学び続け看護の質を高めることである。同時に、砂川市立病院看護部に適したソフトの開発を含め、ハード面の整備・充実が必要と考えている。

看護をし続けることは、熱い情熱と使命感を基盤にして専門性の追求をすることであることを肝に銘じたいと考えている。



引用文献

1)金井一薫：KOMI理論,現代社,p.112,2004.

参 考

KOMI理論の構成

- (1)目的論：ケアとは何かを明確にする。
- (2)対象論：ケアの対象である人間を、“生活している人間”として見つめる。
- (3)疾病論：人体・病気・症状をケアの視点で見つめる。
- (4)方法論：ケアワーク展開の道筋を示す。
- (5)教育論：専門職教育のあり方と方向性を解く。
- (6)管理論：組織・管理のあり方と方向性を解く。
- (7)研究論：実践の発展に寄与する研究のあり方と方向性を解く。

症 例

血漿交換で救命できた血栓性血小板減少性紫斑病の一例

A case of thrombotic thrombocytopenic purpura well treated by plasma exchange

長岡健太郎
Kentaro Nagaoka

渋江 寧
Yasushi Shibue

渡部 直己
Naomi Watanabe

廣海 弘光
Hiromitsu Hiroumi

日下 大隆
Hirotaka Kusaka

野村 昭嘉
Akiyoshi Nomura

吉田 行範
Yukinori Yoshida

小熊 豊
Yutaka Oguma

要 旨

血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）は血小板減少、溶血性貧血、腎機能障害、動揺性精神神経障害、発熱を古典的五徴候とする重篤な全身性疾患であり、本症例では血小板輸注後の血小板減少を契機に診断に至り、血漿交換（Plasma Exchange; PE）、ステロイドパルスを用いた治療で救命に至った。TTPは早期診断後の速やかなPEが有効であり、連日の血漿交換を1～2週間連日で施行することが有効とされているが、本邦においては保険適応上、PEは週3回までに制限されており、本症例では3回のPEを連日行なった後、隔日のPEとステロイドパルスを施行して寛解に至った。ステロイドの併用については明確なエビデンスは得られていないが多施設で経験的なステロイドの併用が行なわれており、連日のPEが困難である際は積極的なステロイドの使用が推奨されると考えられた

key words : Thrombotic thrombocytopenic purpura

はじめに

血栓性血小板減少性紫斑病（Thrombotic thrombocytopenic purpura ; TTP）は血小板減少、溶血性貧血、腎機能障害、動揺性精神神経障害、発熱を古典的五徴候とする重篤な全身性疾患であり、早期診断の後速やかな血漿交換により救命される。

今回、我々は血小板輸注後の血小板減少を契機に診断に至り、血漿交換（Plasma Exchange; PE）、ステロイドパルスを用いた治療で救命に至った一例を経験したので報告する。

症 例

患者：74歳、男性

主訴：発熱、全身倦怠感

現病歴：2006.5.26 発熱、下痢あり、当院救急外来受診し、採血にて特に異状認めず、急性上気道炎の診断にてCFPN-PI処方され、経過観察となった。2日後、発熱持続するため、当院救急外来再診したところ、採血にて

CRP 30.3, WBC 8800, Plt 1.1, GOT/GPT 490/383, BUN/Cr 70.5/3.8と著明な血小板数低下と炎症反応、肝機能異常、腎機能異常認め、精査加療目的に当科入院となった。

既往歴：塵肺、高血圧、胃癌（50歳時胃2/3切除後）

家族歴：特記事項なし

生活歴：飲酒歴 焼酎2～3合/日

喫煙歴：20本/日×55年検査所見：

[CBC] WBC 8800/ μ l, RBC 393×10⁴/ μ l, Hb 13.2 g/dl, Plt 1.1×10⁴/ μ l,

[生化学] TP 5.6g/dl, Alb 3.2g/dl, T-bil 1.54mg/dl, GOT 490 IU/l, GPT 383 IU/l, LDH 447 IU/l, GTP 74 IU/l, ALP 876 IU/l, CHE 172 IU/l, AMY 39 IU/l, CPK 228 IU/l, Na 133mEq/l, K 4.6mEq/l, Cl 95mEq/l, Ca 6.9mg/dl, BUN 70.5mg/dl, Cr 3.8mg/dl, FBS 82 mg/dl

[凝固線溶] PT 18.4s, PT-INR 1.54, APTT 37.2s, Fbg 551mg/dl, FDP 80.0 μ g/ml, D-dimer 40.0 μ g/ml

[血清学] CRP 30.3mg/dl, HA-As (-), IgM-HAAb (-), CMV-IgM(-), CMV-IgG(-), RF(-), aPlatelet-Ab(-), PA-IgG (-)

ANA × 0(nucleolar), aDNAAb < 2.0IU/ml,
Lupus Anticoagulant (-), aCL-Ab(-) NCC 17.6 × 104/μl,
MgK 109/μl, M:E比 10:1

両肺野に径3~5mm大の小結節影多数あり、縦隔#4,5,7リンパ節に石灰化あり、肝、胆、膵、副腎、腹腔内リンパ節、前立腺、精嚢、膀胱異常所見なし

右肺門部、右回盲部に集積亢進あり入院前の経過で血小板の急激な低下を認めていたため入院2日目にPC20単位を輸注したところ翌日一旦血小板4万への上昇が得られるもせん妄が出現し、さらにその翌日血小板7千への低下と、発熱、腎機能障害の持続を認めた。明らかな溶血性貧血の所見は認めなかったが血小板数の低下、発熱、精神神経障害、腎機能障害とTTP5徴候のうち4徴候を満たしていることからTTPと診断し、その後PEを3日間連続して行なったところ徐々に血小板数の増加あり、

さらにステロイドパルス併用して隔日3回のPE行なったところ正常域までの血小板数増加が得られた。(臨床経過)

なお血漿交換のFDLカテーテル挿入に伴い出血の危険性が高かったのでFFP16単位の輸注と血小板の輸注を行なっている。

この後TTPの原因検索を開始した。Gaシンチで右肺門部、右回盲部に集積亢進認めたが塵肺や生理的集積によるもので病的意義なく、本症例は感冒を契機とした特発性TTPであったと考えられた。

その後ステロイドテーピングに伴い2度の血小板低下を認めたがいずれもステロイドの増量にて改善得られ、プレドニゾロン内服に変更し外来にてステロイド減量し、経過観察となっている。(臨床経過)

考 察

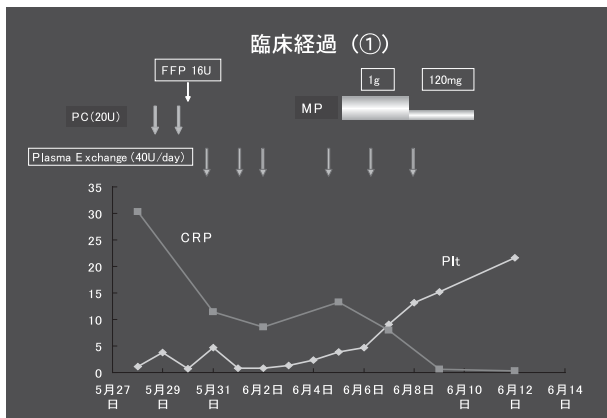
血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)は血小板減少、溶血性貧血、腎機能障害、動揺性精神神経障害、発熱を古典的五徴候とする重篤な全身性疾患である。そのほとんどが後天性で発症し、その要因は感染、妊娠、癌、骨髄・臓器移植、膠原病など多岐にわたる。後天性TTPは成人に多く、発症頻度は人口当たり0.0004%と報告されており、比較的稀な疾患である¹⁾。

TTPの成因は血管内皮細胞で産生され血中に放出された超高分子量vWFを分解するvWF-Cpaseの酵素活性を阻害するIgG型抗体が出現することにより、広範囲での血小板凝集が起こる機序が示唆されており、近年確定診断上vWF-Cpase活性とそのインヒビター活性が注目されている²⁾。しかしTTPは早期診断を要する疾患であり、実際は古典的五徴候をもって、あるいは疑われた段階で治療開始しており、vWF-Cpase活性とそのインヒビター活性の測定は臨床的に急性期の重要性は低いのが現状である。

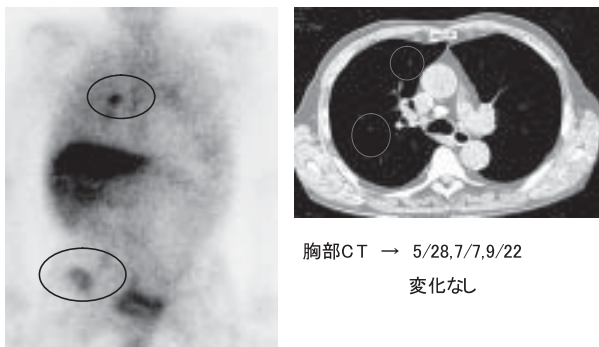
TTPは致死率90%と予後不良な疾患であったが、1970年代よりPEが施行されるようになって生存率70~90%と予後が改善され、治療の基本方針は早期診断後の速やかなPEとなっている^{3,4)}。PEの目的はvWF-Cpase活性に対するIgGインヒビターの除去と同酵素の補充であり、連日のPEを1~2週間連日で施行することにより50~70%の奏功が得られるとされている。本邦においては保険適応上、PEは週3回までに制限されており、本症例では3回のPEを連日行なった後、隔日のPEとステロイドパルスを施行して寛解に至った。

ステロイドの併用については明確なエビデンスは得られていないが多施設で経験的なステロイドの併用が行なわれており、連日のPEが困難である際は積極的なステロイドの使用が推奨されると考えられた。⁵⁾

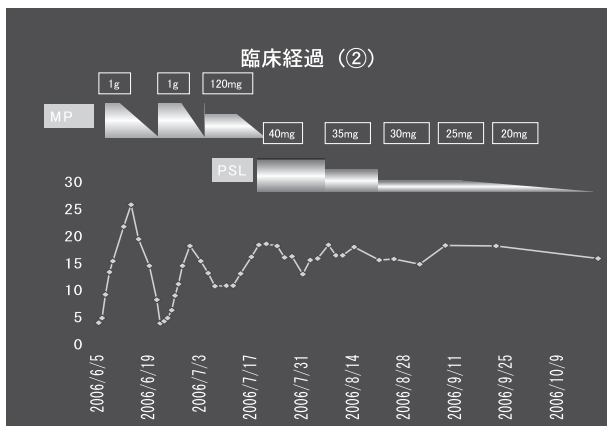
TTPは10年間で36%が再発するとされており、再発予



Ga-シンチグラフィ、CT



胸部CT → 5/28,7/7,9/22
変化なし



防のための維持療法は報告されていない。また再発時は前治療が奏功するとされている。このことから本症例においては定期的な採血による経過観察と再発時の早期対応が重要であると考えられた。⁶⁾

結 語

血漿交換およびステロイド療法により救命できた血栓性血小板減少性紫斑病の一例を経験した。本邦においては保険適応上、血漿交換は週3回までに制限されており、連日のPEが困難である際は積極的なステロイドの使用が推奨されると考えられた。

文 献

- 1) 阿部達生. 血液疾患、第3版. 296-307, 日本医事新報社, 東京, 2002.
- 2) 内山卓. 血液疾患診療のEBM, 第1版. 201-206, メディカルレビュー社, 東京, 2004
- 3) Bell WR. Et al: Improved survival in thrombotic thrombocytopenic purpura-hemolytic uremic syndrome: clinical experience in 108 patients. N Engl J Med. 325: 398-403, 1991
- 4) Bandarenko N. Et al: Multicenter survey and retrospective analysis of current efficacy of therapeutic plasma exchange. J Clin Apheresis. 13: 133-141, 1998
- 5) Rock GA: Management of thrombotic thrombocytopenic purpura. Br J Haematol. 109: 496-507, 2000
- 6) Shumak KH Et al: Late relapses in patients successfully treated for thrombotic thrombocytopenic purpura. Ann Intern Med. 122: 569-572, 1995

症 例

経皮的pCO₂モニター(商品名:センテックデジタルモニターシステム)が臨床的に有用であった重症肥満低換気症候群(Obesity Hypoventilation Syndrome: OHS)(Pickwick症候群)の一例effectiveness of pCO₂ monitor for Obesity Hypoventilation Syndrome: OHS (Pickwickian Syndrome)柏 隆史
Takashi Kashiwa渡部 直己
Naomi Watanabe

要 旨

症例は肥満低換気症候群の一例である。33歳男性。元力士。身長173cm、体重195kg、BMI66.9。風邪を契機として急速に呼吸困難症状出現し、内科受診。血液ガスにて慢性呼吸不全及び多血症を認めた。Fletcher-Hugh-Jones 度(平地は50mしか休まずに歩けない)。覚醒時、座位や立位の方が呼吸しやすく、側臥位は可能であったが、仰臥位は呼吸苦のため不可能であった。夜間、起座位にてBipap(Bi-level Positive Airway Pressure)とpCO₂モニターを装着した。睡眠時は無呼吸低換気を頻回に繰り返した。呼吸状態の変化とpCO₂モニターの変化は非常に相関していた。pCO₂モニターは血液ガスデータとの誤差が少ない上、非侵襲的にリアルタイムにpCO₂、SpO₂の値を測定し、患者の臨床状態を把握するのに有用であったので報告する。

key words : obesity, hypoventilation, OHS, pCO₂ monitor, NIPPV

はじめに

睡眠時無呼吸症候群(Sleep Apnea Syndrome: SAS)特にその大部分を占める閉塞性SAS(Obstructive SAS:OSAS)は本邦では男性の3.3%、女性の0.5%が罹患しているという¹⁾。SASは肥満が大きく関係しており、高血圧、狭心症、心筋梗塞などの心血管病変、脳血管障害などの罹患率や死亡率が有意に高いことが明らかになっている¹⁾。また、日中過眠はQOL(Quality Of Life)の低下をもたらす、交通事故、就労効率の低下や労働災害を惹起する要因にもなっている²⁾。肥満低換気症候群(Obesity Hypoventilation Syndrome: OHS)(Pickwickian Syndrome)は夜間の無呼吸・低換気に加えて、日中の高炭酸ガス血症を伴うものとされている。OHSはOSASの重症型であり、OSASよりも高度の肥満があり、年齢が低く、睡眠呼吸障害の程度が重症で、日中傾眠の程度が高度である³⁾。高血圧や虚血性心疾患以外にも、OHSでは肺高血圧、右心系合併症を高率に有し、突然死や睡眠中の死亡頻度も高い。OHSはOSASよりも合併症が多いため生命予後は悪く、厳密な治療を施行すべきである。近年、生活習慣病の一

つとしてOSAS、OHSに対する国民の関心や注目が高まっている。しかし、診断された患者数は推定患者数よりも少なく、医療機関を受診していない患者が相当数いると考えられている⁴⁾。今回我々はOHSの一例を経験した。pCO₂モニターとはセンサーを耳垂に装着し、継続的、非侵襲的に二酸化炭素分圧(pCO₂)、動脈酸素飽和度(SpO₂)、脈拍数(PR)を同時に測定する装置である。pCO₂モニターは血液ガスデータとの誤差が少ない上、非侵襲的にリアルタイムにpCO₂、SpO₂の値を測定し、患者の臨床状態を把握するのに有用であったので報告する。

症 例

患者：33歳。男性。元力士(15~22歳)。現在は作業員。
主訴：呼吸困難感、全身倦怠感、熟睡感欠如。
既往歴：高血圧、左変形性膝関節症、20歳時、扁桃炎にて扁桃摘出、4年前に近医にてSASにてHOT導入され、身障一級取得している。1年間通院したがその後は通院しなかった。
生活歴：喫煙(+)(40本/day×10年)
現病歴：15歳で150kgあり相撲部屋に入門した。力士時

代には200kgあった。睡眠時に呼吸困難で覚醒したり、日中過眠の傾向があった。仰臥位だと息苦しくて眠れず、側臥位にて寝ていた。H18.11～風邪を契機として急速に呼吸困難症状出現。Fletcher-Hugh-Jones 度(平地は50mしか休まずに歩けない)。12月に入り、再度風邪をひき呼吸困難症状がさらに悪化したため、12月7日当科初診。血液ガスにてHCO₃⁻による代償の限界に近づきつつある慢性呼吸不全及び多血症を認めた。精査、加療目的に同日当科入院となった。

入院時現症:身長173cm、体重195kg、BMI(Body Mass Index)66.9kg/m²(肥満4度、WHO基準でobese class)(肥満分類表1)、血圧165/98、脈拍86整、体温36.4。入院時検査所見:WBC7400 RBC617万 Hb18.1

(表1)《肥満度分類》

BMI	判定	WHO基準
<18.5	低体重	underweight
18.5 ~ <25	普通体重	normal range
25 ~ <30	肥満1度	preobese
30 ~ <35	肥満2度	obese class
35 ~ <40	肥満3度	obese class
40	肥満4度	obese class

Hct58.6 Plt17.2 TP6.4 ALB3.6 AST22 ALT20 ALP219 T-Cho181 Glu111 BNP(Brain Natriuretic Peptide)66.3pg/ml、HANP(Human Atrial Natriuretic Peptide)61.9pg/ml、早朝空腹時インスリン23.3μU/ml、75gOGTT:負荷前85mg/dl、負荷後2時間95mg/dl、

心電図:異常なし

心エコー:左室拡大を認めるものの左室収縮能は保たれている。右心負荷所見なし。CT上では上中咽頭の肥大が見られたが、扁桃を摘出した影響か、喉頭fiber上は咽頭に高度な狭窄部分を認めなかった。

呼吸機能検査:%VC89.4%、FEV1.0%85.5%、

血液ガス(座位Room Air):pH7.34 pCO₂72.5 pO₂43.9 HCO₃⁻38.1 BE12.0 Hb18.0 Hct55.1 SaO₂81.8

入院経過

入院後、食事療法を開始した。理想体重1kg当たりのエネルギー摂取量は20kcalが適切であると考えて1360kcal/dayとした。覚醒時は座位や立位の方が呼吸しやすく、側臥位は可能であったが、仰臥位は呼吸苦のため不可能であった。夜間、起座位にてBipap(S/T mode IPAP 19 EPAP 12 RR 15 %O₂ 21%で設定)とpCO₂モニター装着。覚醒時はSpO₂85 pCO₂70であったが、睡眠時は気道の狭窄や閉塞により頻回に無呼吸となりSpO₂75 pCO₂75となった。呼吸が再開しない時は強制的に覚醒させることによりpCO₂を低下させた。HRは60台

であったが、強制的に覚醒させる前は80台まで上昇した。その後、睡眠時の検査所見はSpO₂90%前後、pCO₂60前後まで改善し、運動療法を開始した。体重は徐々に減少し(入院時195kg 第22病日退院時183kg)熟睡感や日中過眠といった臨床症状の改善がみられた。今までの経過からこの患者ではpCO₂60ではまだ様子を見ることができ、pCO₂70ではそろそろ危ない状態で、pCO₂75以上では強制的に覚醒しなければならないことがわかった。この患者でのpCO₂の限界点がある程度推定することができたので、第12病日簡易polysomnography施行(結果表2)。最初SpO₂91 pCO₂60であったが、入眠とともにデータは徐々に悪化し、5時間40分後(340分後)SpO₂

(表2)*簡易型polysomnographyの解析結果

AHI	60
最低SpO ₂	67%
3%-ODI	61.9
SpO ₂ 95%の時間および全睡眠時間に占める割合	283分23秒(99.4%)
SpO ₂ 90%の時間および全睡眠時間に占める割合	256分46秒(90.1%)
SpO ₂ 85%の時間および全睡眠時間に占める割合	136分55秒(48.0%)
SpO ₂ 80%の時間および全睡眠時間に占める割合	65分39秒(23.0%)

*無呼吸低呼吸指数(apnea-hypopnea index:AHI)10秒以上持続する無呼吸+低呼吸の睡眠1時間平均の発生頻度。
*ODI(oxygen desaturation index)呼吸イベントに伴う一過性SpO₂低下の睡眠1時間平均の発生頻度。

70、pCO₂70となったため、このまま続けることは危険と判断しpolysomnography終了し、Bipap装着した。第13病日CPAPに変更(12cmH₂Oに設定)したが、経過良好で第18病日にはより簡易なautoCPAPに変更した。SpO₂91、pCO₂55とその後も経過良好で第22病日軽快退院し、現在外来通院中である。

考察

厚生省特定疾患呼吸不全研究班が提唱するOHSの診断基準(表3)によると、本症例は高度の肥満、日中過眠、高炭酸ガス血症、重症の睡眠時呼吸障害の全てを満たしていたため、OHSと診断した。重症度基準(表4)に照らし

(表3)《肥満低換気症候群の診断基準》

(平成8年度改訂 厚生省特定疾患呼吸不全研究班)以下のすべてを満たすことが必要である。
高度の肥満(BMI 30kg/m²)
日中の高度の傾眠
慢性の高炭酸ガス血症(pCO₂ 45torr)
睡眠呼吸障害の重症度が重症以上(AHI 30、SaO₂最低値75%、SaO₂<90%の時間が45分以上または全睡眠時間の10%以上、SaO₂<80%の時間が10分以上などを目安に総合的に判断する。)

(表4)《肥満低換気症候群重症度基準》

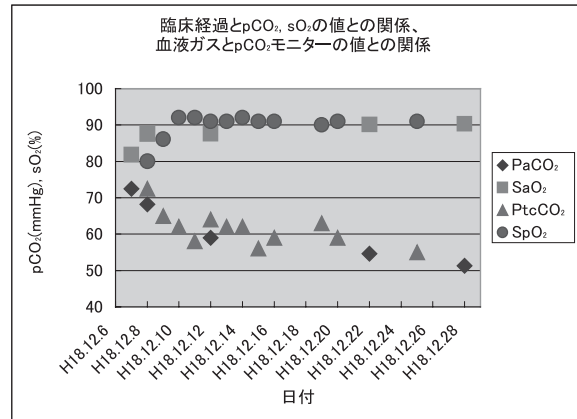
(平成10年度 厚生省特定疾患呼吸不全研究班)
下記6項目に関する点数の総計よりStage1~Stage5に分類する。

- BMIに関して
30-35kg/m²(0点)、35-40kg/m²(1点)、40kg/m²以上(2点)
- 交通事故を含めた日常生活上の支障に関して
支障なし(0点)、支障あり(1点)、高度の支障あり(2点)
- PaCO₂に関して
40-50mmHg(0点)、50-60mmHg(1点)、60mmHg以上(2点)
- 睡眠時のSaO₂ 90%以下の総時間に関して
45-90分(0点)、90-180分(1点)、180分以上(2点)
- 高血圧の合併に関して
なし(0点)、あり(1点)
- 臨床的な心不全に関して
なし(0点)、既往がある(2点)、現にある(4点)

Stage1 : 0、1点
Stage2 : 2、3点
Stage3 : 4、5点
Stage4 : 6、7点
Stage5 : 8点以上

ても、BMI、日常生活上の支障具合、PaCO₂、睡眠時のSaO₂ 90%の時間、高血圧の合併から計9点/13点となり、最重症にあたるstage 5であった。Stage5では、食事療法、運動療法による減量に加えて、nasalCPAP、BipapなどのNIPPV (non-invasive positive pressure ventilation)や気管挿管+人工呼吸などのIPPV (invasive positive pressure ventilation)による治療方法がある⁵⁾。本症例では睡眠中いつ心肺停止になってもおかしくない状況だったので、気管挿管し人工呼吸により治療することが必要だと思われた。今回我々はpCO₂モニターを用いることにより、リアルタイムにpCO₂、SpO₂の値を測定することができた。呼吸状態の変化とpCO₂モニターの変化は連動しており、フィンガーセンサーでのSpO₂の値よりも変化が素早かった。一晩中付き添っていなければならなかったが、気管挿管を避けることができた。Polysomnographyの検査を終了するタイミングを見極めることができた。血液ガスデータとの誤差は少なく(表5)侵襲的な血液ガスの採血回数を減らすことができた。PCO₂モニターの欠点としては8時間おきにセンサーを耳垂から外して初期化しなければならないこと、一旦センサーが耳垂から外れると初期化し直さなければならないこと、センサーを耳垂に装着してから安定した値が出るまで5分程度かかることを挙げることができる。NIPPVを使用し順調に臨床症状、血液ガスの改善を認めた(表5)。しかし、比較的短期間の経過であり、更なる体重減少、食事制限の監視、循環器系の合併症等についても今後厳重にフォローアップしていく予定である。

(表5)



血液ガスは全てNIPPV離脱後3時間位経過してからRoom Airにて測定している。(PaCO₂, SaO₂)
PCO₂モニターの値は原則としてNIPPV離脱直後にRoom Airにて測定した値である。(PtcCO₂: tc=transcutaneous, SpO₂)

文 献

- 高崎雄司、他：睡眠時無呼吸症候群の疫学。別冊医学のあゆみ：睡眠時無呼吸症候群 2006:13-18
- 木村弘、他：原発性肺低換気症候群および肥満低換気症候群の診断基準・重症度分類および予後解析：厚生省特定疾患呼吸器系疾患調査研究呼吸不全調査研究班平成10年度研究報告書 1999:83-86
- 赤柴恒人、他：肥満低換気症候群の臨床的研究：厚生労働省特定疾患呼吸不全に関する調査研究平成14年度研究報告書 2002:72-75
- 牧野英記、他：NIPPVが著効した肥満低換気症候群の一例。日本内科学会雑誌 2004:93(1):145-146
- Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation-A Consensus Conference Report. CHEST 1999:116:521-534

参考) Meir H Kryger,MD,FRCPC: Overview of the management of obstructive sleep apnea-hypopnea in adults : Official reprint from UpToDate, www.uptodate.com

症 例

Mirizzi症候群の一例

A case of Mirizzi syndrome

森田 智慶¹⁾ 吉田 行範¹⁾ 野村 昭嘉¹⁾ 新崎 人士¹⁾ 丹野 誠志²⁾
 Tomonori Morita Yukinori Yoshida Akiyoshi Nomura Hitoshi Shinzaki Masashi Tanno
 長岡健太郎¹⁾ 渋江 寧¹⁾ 廣海 弘光¹⁾ 渡部 直己¹⁾ 日下 大隆¹⁾
 Kentaro Nagaoka Yasushi Shibue Hiromitsu Hiroumi Naomi Watanabe Hirotsuka Kusaka
 小熊 豊¹⁾
 Yutaka Oguma

要 旨

症例は発熱と右上腹部痛を主訴に受診した77歳、男性で、黄疸、肝機能検査値の異常を認めた。超音波検査、CTでは胆嚢内に胆泥を認め、胆嚢の腫大、胆嚢壁の肥厚を認め胆嚢炎を疑う所見であった。核磁気共鳴胆管膵管造影（magnetic resonance cholangiopancreatography;以下MRCP）では、総胆管の狭窄と肝内胆管の軽度拡張を認めたが、総胆管結石は認めなかった。狭窄部の壁が平滑であり、悪性疾患を積極的に疑う所見ではなく、腫大した胆嚢頸部が総胆管を圧排し、閉塞性黄疸をきたしたものの、いわゆるMirizzi症候群と診断した。抗生剤投与にて症状の改善を得た後、再発防止のため開腹胆嚢摘出術を施行した。

key words : Mirizzi syndrome obstructive jaundice

はじめに

総胆管結石症は再度繰り返すことがあり、特に胆嚢摘除を行っていない症例においては胆嚢結石が総胆管に落下して再び黄疸を呈することが多い。一方でMirizzi症候群は胆嚢結石が胆嚢頸部および胆嚢管に嵌頓し炎症を引き起こした結果、総肝管に狭窄や閉塞を来し、胆管炎や黄疸を呈する病態である。今回我々は、以前に総胆管結石による閉塞性黄疸を発症し、内視鏡的乳頭切開術（endoscopic sphincterotomy;以下EST）を施行し治療したにもかかわらず黄疸を来し、当初、総胆管結石症再発を疑ったが、Mirizzi症候群であった一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

. 症 例

患者：77歳、男性

主訴：発熱、右上腹部痛、黄疸

現病歴：2006年2月17日より上腹部痛を自覚したため、2月20日当院内科を受診し、総胆管結石症の診断で3月10日に入院した。3月14日内視鏡的逆行性胆管膵管造影

（endoscopic retrograde cholangiopancreatography;以下ERCP）で総胆管結石を認めたのでESTを施行し、総胆管結石を排石した。胆嚢内は胆泥のみであり、自然排出されるであろうと考え、胆嚢摘除は行わなかった。経過良好で3月19日退院となり、以後居住地近くの内科医院にて経過観察されていた。

10月17日より再び右上腹部痛が出現し、10月18日同医院を受診した。10月19日当科を紹介され、受診したところ総胆管結石症再発の疑いで加療目的に入院となった。

既往歴：胃潰瘍（40歳時）、高血圧

家族歴：特記事項なし

入院時現症：身長160cm、体重65.0kg、血圧147/86mmHg、体温37.1

眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸軽度あり、心雑音無し、胸部ラ音聴取せず、腹部平坦・軟、肝脾触知せず、右季肋部に圧痛あり、反跳痛なし。

Murphy徴候（+）、表在リンパ節触知せず、四肢に異常所見は認めなかった。

入院時検査成績：Table1に示す。炎症所見、胆道系酵素の上昇を認めた。

1) 砂川市立病院内科

Division of Internal Medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 旭川医科大学病院 総合診療部

Department of General Medicine, Asahikawa Medical College Hospital

2006年10月20日に撮影したCT (Fig1) では胆嚢の腫大、壁の全周性肥厚、胆嚢周囲の毛羽立ちや濃度上昇が認められ、急性胆嚢炎および周囲に波及した炎症を示していた。胆嚢内・総胆管に結石は判然とせず、腫瘍性病変も認められなかった。左右の肝内胆管に拡張は見られなかった。ESTを施行していることから総胆管に落石した結石が排出された可能性も考慮した。

10月23日に施行した超音波検査所見 (Fig2) でも胆嚢内に結石は認められず、胆泥の貯留と胆嚢炎の所見を認めたのみであった。

10月24日に撮影したMRCP (Fig3) では胆嚢管部に signal void が認められ、小さな結石または胆泥と考えられた。胆嚢管と総胆管の合流部で総胆管に狭窄が見られた。しかし狭窄した総胆管の壁は平滑であるため、腫瘍性の狭窄ではなく、胆嚢の炎症の波及に伴うものと考えられた。

以上の検査所見から本症例は急性胆嚢炎により Mirizzi 症候群を発症したものと診断した。抗生剤により炎症は改善したが、今後も同様の症状を繰り返す可能性が高いと判断したため、外科へ胆嚢摘出術目的に転科となった。

手術所見

2006年11月6日に胆嚢摘出術を施行した。胆嚢壁の著大な肥厚とその周囲組織の炎症性変化、癒着を認めた。胆嚢頸部とその周囲組織が総胆管を圧排していた。胆嚢内に胆石はみられず、胆汁20ccを吸引した。胆嚢摘出を行ったところ、術後総胆管狭窄は改善した。

摘出した胆嚢の内壁に多発性腫瘍性病変を認めたが (Fig4)、組織学的に炎症細胞浸潤と炎症性肉芽組織の形成によるもので、悪性所見は認められなかった。

考 察

当初我々は、総胆管結石症再発による閉塞性黄疸を来したと考えていた。しかし、総胆管内に結石はなく、胆嚢管と総胆管の合流部で総胆管の狭窄を認め Mirizzi 症候群であった。胆嚢内には明らかな結石はなかったが胆泥が貯留しており、これらにより急性胆嚢炎を発症した結果 Mirizzi 症候群を発症したのかもしれない。また、以前に施行された EST によって逆行性の胆管炎を生じ、それにより惹起された胆嚢炎から生じた Mirizzi 症候群かもしれない。

胆道狭窄は、日常散見される疾患であるが、胆道結石や胆道手術、外傷などの明らかな病歴がない場合、良悪性診断は時として困難なことがある。胆道 X 線造影検査所見では、胆管狭窄像の形態により良悪性の診断を行っているが、これのみでは良悪性の診断ができないことも多く、MRCP などの他の画像所見や腫瘍マーカー、細胞診で総合的に診断することが重要である。本症例で

は胆石による急性胆嚢炎、閉塞性黄疸を繰り返しており、EST を施行したにもかかわらず、同様の症状が再発した。現病歴や種々の検査により Mirizzi 症候群の可能性が高いと診断したが、この場合においても悪性病変を除外することが肝要である。

Bain らは 31 例の胆道狭窄患者を検討し、良悪性の診断に超音波検査が有用であると述べている。すなわち、腫瘤像や転移巣の確認や、肝内胆管拡張が悪性胆道狭窄に有意に認められ、一方、胆道造影における平滑な狭窄像と不整な狭窄像とは、悪性疾患においても半々に認められる所見であったと報告している¹⁾。本症例では狭窄部は平滑であり、肝内胆管の軽度拡張を認めるが、腫瘤像や転移巣を認めなかったため良性疾患の可能性が高いと判断した。

画像以外の検査所見では、確定診断を得るための病理学的検査が重要である。胆道狭窄症例に対し、経乳頭筋的に擦過細胞診を行った結果、60.6% が腫瘍性病変と診断されたとの報告がある²⁾。また、細胞診の感度を向上させるために、擦過細胞診に p53 免疫染色を付加することが有用であるとも言われている³⁾。また経乳頭筋胆管生検が確定診断に有用である。しかし、浸潤性胆管癌では粘膜下を伸展するものも多く、生検確定診断が困難な症例もある。また、繰り返し生検を行うために内視鏡的処置を何度も行うことは患者にとって苦痛である胆管浸潤を伴う胆嚢癌や肝門部胆管癌では、80% の症例が術前胆汁細胞診で class b 以上の陽性となっている⁴⁾。

腫瘍マーカーについては、そのみでは診断的意義は乏しいが、他の所見と合わせれば有用な情報となる。CEA、CA19-9 が胆管浸潤のある胆嚢癌で陽性になるのは約 70% であり、肝門部胆管癌では CEA が 28% 程度と低い陽性率であるが、CA19-9 は 70% 以上である⁴⁾。本症例では CEA も CA19-9 も低値であり、悪性疾患ではないことを示唆できた。

今回経験したような胆道狭窄を示す例では、悪性疾患を除外することが重要であると考えるので、超音波検査や胆道鏡下生検や胆汁細胞診を施行することで、可能な限り術前良悪性診断を行うべきである。しかし患者に過大な侵襲を与えないように心がける必要があると考えるものであり、上述の文献は知識が役立つであろう。

- 1) Bain VG, Abraham N, Jhangri GS, Alexander TW, Henning RC, Hoskins ME, et al. Prosoective study of biliary strictures to determine the predictors of malignancy. *Can J Gastroenterol* 2000;14:397-402
- 2) Stewart CJ, Mills PR, Carter R, et al. Brush cytology in assessment of pancreatico-biliary strictures: a review of 406 cases. *J Clin Pathol* 2001;54:449-55
- 3) Tascilar M, Sturm PDJ, Caspers E, et al. Diagnostic p53 immunostaining of endobiliary brush cytology- Preoperative cytology compared with surgical specimen.

Mirizzi症候群の一例

Canser(Canser Cytopathol) 1997;87:306-11

4) 三浦靖彦,遠藤格,熊本宜文,ほか。悪性疾患と鑑別困難であった良性胆道狭窄の3例。胆道2002;16:317-24

Table1:入院時検査成績

< CBC >

WBC 14600/ μ l (Seg 82% ,Lym 8% ,Mon 8% ,Eos 2%) RBC 328万/ μ l、Hb 14.8g/dl、Ht 43.7%、MCV 95.6fl、MCH 32.4pg、MCHC 33.9%、Plt 15.3万/ μ l

< 生化学 >

TP6.8g/dl、Alb 4.2g/dl、AST 167IU/l、ALT 205IU/l、LDH 169IU/l、T-bil 3.76mg/dl、D-bil 0.89mg/dl、ALP 248IU/l、 γ -GTP 196IU/l、ChE 276IU/l、CPK 62IU/l、AMY 101IU/l、BUN 24.1mg/dl、Cre 1.3mg/dl、UA 3.6mg/dl、Na 141mEq/l、K 4.2mEq/l、Cl 101mEq/l、Ca 8.6mg/dl、P 3.8mg/dl、T-cho 271mg/dl、TG 50mg/dl

< 凝固系 >

PT 13.3sec、PT 95%、APTT 26.4sec、Fbg 860mg/dl

< 血清学 >

CRP 20.0mg/dl

< 腫瘍マーカー >

CEA 1.9ng/ml、CA19-9 11.4U/ml

Fig1:CT



Fig2:超音波検査所見 (胆嚢)



Fig3:MRCP

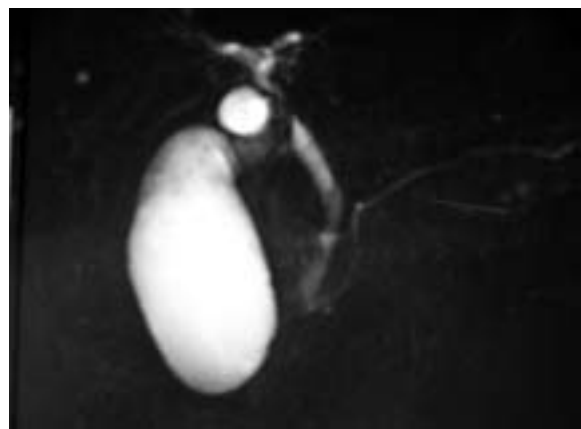


Fig4:摘出した胆嚢



症 例

Cardiac Disturbance Syndromeの二例

Two cases of cardiac disturbance syndrome

清水 紀宏¹⁾
Toshihiro Shimizu佐々木 基¹⁾
Motoi Sasaki平林 高之¹⁾
Takayuki Hirabayashi渋谷 雅之²⁾
Masayuki Shibuya菅井 衣代²⁾
Kinuyo Sugai伊藤 文博³⁾
Fumihito Ito

Key words : cardiac disturbance syndrome, renal artery angioplasty, ultrasonography

背景：腎動脈が狭窄することにより、レニン・アンジオテンシン系の活性化がおこり、難治性高血圧を呈してくることは腎血管性高血圧としてよく知られている。しかし、最近高血圧以外にもさまざまな臨床床状を呈してることが報告されている。その症状とは腎機能障害、冠動脈に狭窄がないにもかかわらず、狭心症様の胸痛、重症冠動脈病変による狭心症、突然の肺水腫などが報告されている。その中でも不安定狭心症様の胸痛症候群や突然の肺水腫を呈してくる群がCardiac disturbance syndromeといわれている⁽¹⁾。今回、Cardiac disturbance syndromeと考えられる二例を経験し、その治療に腎動脈形成術が有効であった二例を経験したので報告する。

症例1：71歳男性

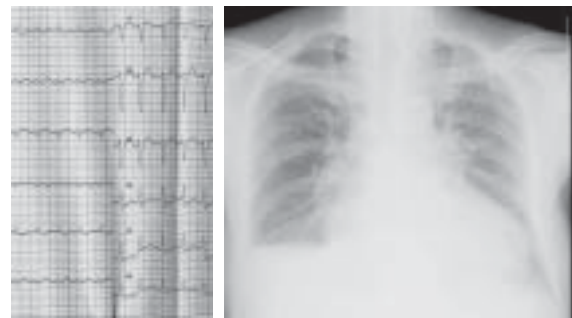
主訴：呼吸困難

現病歴：1996年1月胸部レントゲン写真で心拡大を指摘され当科初診。日常生活では特に自覚症状を認めなかった。冠動脈造影で有意狭窄なし。左室造影ではびまん性に収縮低下しており、左室駆出率15%であった。拡張型心筋症と診断し、ジゴキシン0.25mg、イラプリル5mg、アセト20mgを開始した。その後安定して経過。2001年から心不全増悪のため入院を繰り返すようになった。2005年1月4日夜間突然に呼吸困難出現し当院に救急搬送された。

既往歴：糖尿病、高血圧、高脂血症、喫煙、大腸癌術後
入院時現症：血圧184/134mmHg 心拍145/分 整。胸部X線写真で肺うっ血を認めた。

症例1

来院時所見



症例1

Labo data

WBC	12600/μl	Cr	2.2mg/dl ↓
Hb	12.4 g/dl	BUN	41.3mg/dl ↑
Plt	21.2 x10 ⁴ /μl	CCR	16.8ml/min ↓
TP	7.6 g/dl	UA	6.7mg/dl
ALB	4.5g/dl	Na	132mEq/l
TB	1.10mg/dl	K	4.9mEq/l
AST	24g/dl	TCHO	97mg/dl ↓
ALT	27g/dl	HbA1c	8.2% ↑
ALP	255IU/l		

入院後経過：カルベリチド0.1、ミルリノン0.5を投与し心不全は軽快した。その後再精査を行った。冠動脈造影では有意狭窄を認めなかった。心エコー図ではLVd 65と心拡大を認め、%FS 8%と収縮能低下、

1) 砂川市立病院循環器科

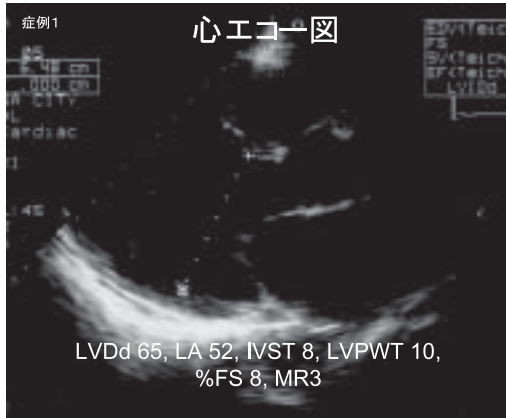
Division of Cardiology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院 臨床検査科

Division of Clinical Laboratory and Physiology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

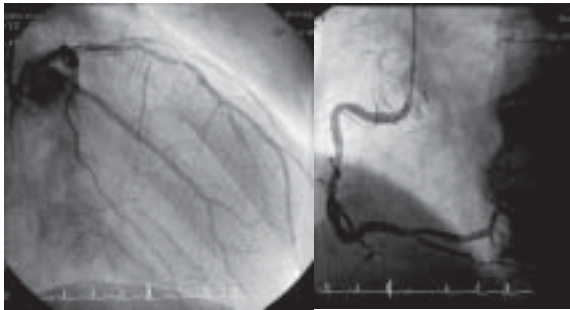
3) 奈井江町立病院 内科

Division of Internal Department of Clinical Medicine, Naie City Medical Center



症例1

冠動脈造影



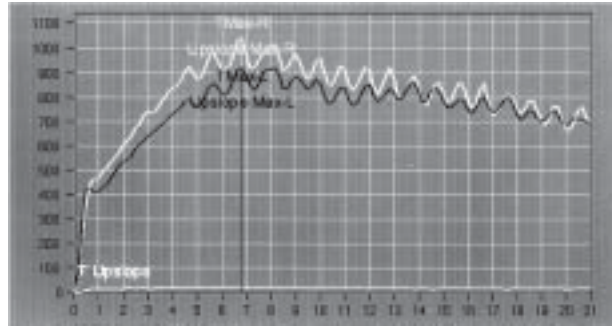
症例1

MRA



カプトプリル負荷腎レノグラム(MAG-3)

症例1

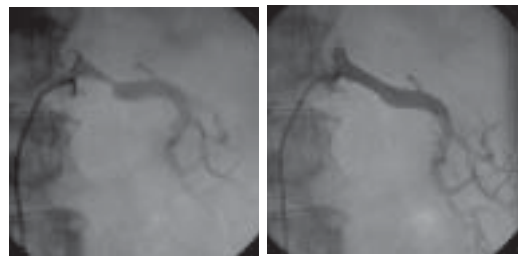


(術後)

tetheringにともなう僧帽弁逆流を三度認めた。腎動脈エコーで右32.3cm/sec, 左127cm/secと左側で加速血流を認めた。Ankle-brachial indexは右0.64 左1.09と右側で低下を認めた。造影MRAを行い、左腎動脈狭窄と右外腸骨動脈狭窄を認めた。血漿レニン活性は31.0 ng/ml/h アルドステロン血中濃度は8.1ng/dlといずれも増加していた。カプトプリル負荷腎レノグラムではTmaxは右7.3/min, 左6.8/minと左右差を認めないものの、peak countは左側で低下していた。アンジオテンシンII受容体拮抗薬、ベータ遮断薬を用いて心不全に対する薬物治療を行い、在宅酸素療法、エリスロポイエチン投与も行ったが1-2ヶ月毎に心不全による入院治療を必要とした。2005年11月に左腎動脈狭窄に対して経皮的腎動脈ステント留置術(GC: Brite tip RDC1 6F, GW: Dejavu, Stent: Genesis 5.0x18)を施行した。術後のカプトプリル負荷

症例1

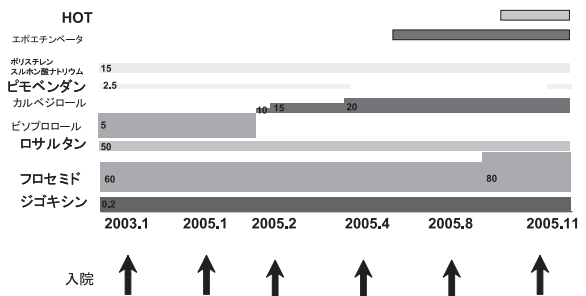
腎動脈形成術



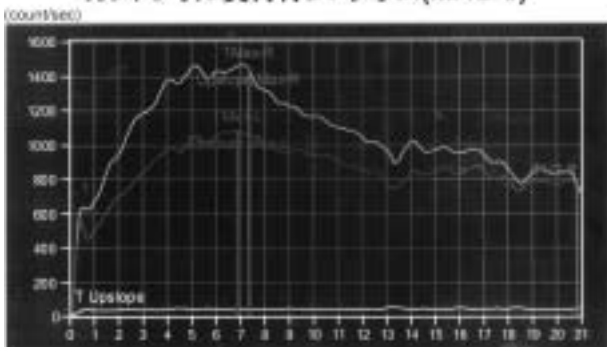
GC: Brite tip RDC1 6F
GW: Dejavu
Stent: Genesis 5.0x18

症例1

経過図



症例1 カプトプリル負荷腎レノグラム(MAG-3)



(術前)

ジンレノグラムではpeak countの左右差は消失し、血漿レニン活性は5.1 ng/ml/h アルドステロン血中濃度は2.6ng/dlと低下した。その後約一年にわたり心不全による入院を必要としていない。

症例2：72歳男性

主訴呼吸困難

現病歴：昭和54年に心筋梗塞を発症、保存的に加療。平成12年に冠動脈造影を施行した。#7 90%、#12 90%、#1 100% (small)。経皮的冠動脈ステント留置術を施行した。

#7に multilink 3.5x15, #12に NIR 3.0x16を留置し良好な拡張を得られた。平成13年 確認造影を行い再狭窄を認めなかった。左室造影ではびまん性に収縮低下しており、左室駆出率47%であった。NYHA IIで経過していた。平成18年7月24日外来受診時には心不全徴候なし。26日突然の呼吸困難出現し、当院へ救急搬送された。

既往歴：高脂血症、高血圧

生活歴：喫煙20本/日 40年間、飲酒なし

入院時現症：血圧160/110mmHg 心拍数 155/分 整。胸部レントゲン写真で著明な肺うっ血を認めた。

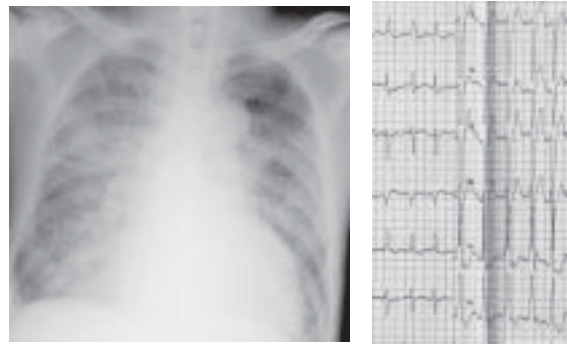
入院後経過：一時人工呼吸を必要としたが、カルペリド0.1 投与で心不全は軽快した。その後精査を行った。腎動脈エコーで右109.0cm/sec, 左165.0cm/secと両側で加速血流を認めた。血漿レニン活性は1.0 ng/ml/h アルドステロン血中濃度は3.1ng/dlといずれも上昇を認めなかった。カプトプリル負荷ジンレノグラムでは右側で特に血流相の低下を認めた。血管造影を行い、両側腎動脈狭窄を認め、経皮的腎動脈ステント留置術 (GC:Brite tip RDC1 6F, GW: Dejavu, Stent: Lt Genesis 6.0x18, Rt Genesis 5.0x18, 4.0x18) を施行した。その後心不全による入院治療を必要としていない。

考察：従来、腎動脈狭窄症は2次性高血圧の一つである腎血管性高血圧の原因として考えられていた。しかし、最近、腎動脈狭窄に伴い様々な症状、病態を起こしてくるとわかってきた。今回、心不全を発症し、腎動脈狭窄を合併した症例に対して、腎動脈ステント留置術を施行した。その結果、その後の心不全による入院を抑制できた二症例を報告した。

心疾患に腎動脈狭窄を合併した場合、合併しない場合よりも予後が悪いと報告されている⁽²⁾。心疾患の診療を行う際に、予後改善が治療目標であるので、腎動脈狭窄症のスクリーニングを行うことはきわめて重要である。しかし、従来の血漿レニン活性測定は感度50-70%、特異度70%とスクリーニングの手法としては不十分と考えられる。その他の検査としては腎レノグラムは感度61-96%、特異度87-100%、CT, MRAは感度90-95%、特異度90-95%、エコーは感度84-98%、特異度90-98%と報告されている⁽³⁾。画像診断はいずれも十分な精度を認める。しかし、CT,では造影剤を必要とし、多くの腎障害を伴った

症例2

入院時所見



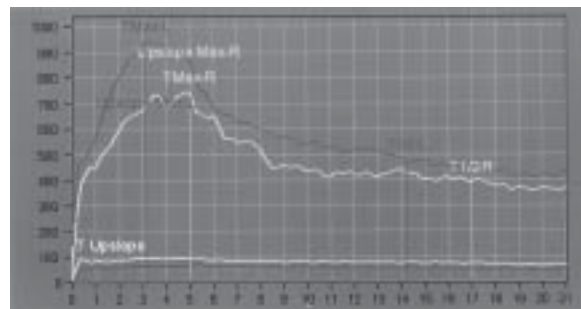
症例2

腎動脈造影



症例2

カプトプリル負荷腎レノグラム(MAG-3)



症例2

腎動脈形成術後



GC Brite tip RDC1 6F, GW: Dejavu, Stent: Lt Genesis 6.0x18, Rt Genesis 5.0x18, 4.0x18

症例には施行が難しい。また石灰化を伴った場合精度が低下してしまう。MRAは造影剤を使用するものの、腎毒性はヨード造影剤ほど強くない。ただ、心不全の症例には植え込み型除細動器や心室再同期療法の施行されている症例には使用できない。腎動脈エコー法はパルスドップラー法にて腎動脈と大動脈の流速を測定し、腎動脈狭窄の有無を判定する。腎動脈の描出に習熟が必要であるが、大部分の症例で描出可能である。今回の症例のように粥状硬化性腎動脈硬化症を発症してくるような症例は糖尿病性腎症を合併していることも多く、ヨード造影剤使用がためらわれることが多い。このような場合、腎動脈エコー法はきわめて有用な診断手法であるといえる。

結語；

腎動脈狭窄が強く関与したと考えられるCardiac disturbance syndromeを経験した。

心不全の治療に腎動脈ステント留置術が有効であった。腎動脈狭窄症の診断には腎動脈エコーが有用であった。

引用文献

- (1) Martin LG. et al; Quality improvement guidelines for angiography, angioplasty, and stent placement in the diagnosis and treatment of renal artery stenosis in adults. J Vasc Interv Radiol. Nov; 13(11): 1069-83, 2002.
- (2) Conlon PJ. Et al: New insights into the epidemiologic and clinical manifestations of atherosclerotic renovascular disease. Am J Kidney Dis. Apr;35(4):573-87. 2000.
- (3) Strandness DE Jr.: Duplex imaging for the detection of renal artery stenosis. Am J Kidney Dis. Oct;24(4): 674-8, 1994.

症 例

当科における初発胸部食道癌に対する放射線化学療法の検討

Chemoradiotherapy for Squamous Cell Carcinoma of Esophagus

松久 忠史
Tadashi Matsuhisa林 俊治
Shunji Hayashi田口 宏一
Kouichi Taguchi湊 正意
Masaoki Minato

要 旨

初発胸部食道癌のうち深達度T2以深で他臓器転移の無い切除可能6症例に術前放射線化学療法を、深達度T1でEMRの適応の無い3症例に根治的放射線化学療法を施行した。前者(Mt: 2例, Mt/Lt: 4例, T3: 5例, T2: 1例, N0: 3例, N1: 1例, N2: 2例)には30 40Gy/12 20frの放射線と5FU/CDDP 250 500/2.5 5 mg/body/day(5投2休)を同時に施行、直接効果はNC: 1例, PR: 5例であった。胸部食道垂全摘、胸腔内吻合を施行し縫合不全は無く病理学的効果判定はGrade1: 2例, 2: 1例, 3: 3例であった。3例(1例: 右中間気管支幹、2例: 術前に未照射で未郭清のリンパ節)に再発を認めた。後者(T1a: 1例, T1b: 2例, 全例N0)には60 66Gy/26 33frの放射線照射と同様の化学療法を施行、全例で病巣が消失し1例で照射域外の食道粘膜に再発した。放射線化学療法は主病巣には縮小効果が期待できるが、放射線照射域とリンパ節郭清域についてはさらなる検討が必要と考えられた。

Key Words : chemoradiotherapy, esophageal cancer

はじめに

食道癌においては、他の消化器癌と同様に深達度が深くなるにつれてリンパ節転移率が高くなるが、主病巣の占拠部位と深達度によっては、頸部、胸部、腹部などに占拠部位から離れたリンパ節転移が認められる。本邦においては、癌の深さが粘膜層までにとどまりリンパ節転移がないと定義されている早期癌を中心に内視鏡的粘膜切除(endoscopic mucosal resection: EMR)が、癌の深さが粘膜下層以深の場合にはリンパ節郭清を含めた食道切除術が選択される場合が多い。今回我々は、初発胸部食道癌に対してその深達度に応じて、術前放射線化学療法(以下、術前療法)および根治的放射線化学療法(以下、根治的療法)を施行し検討した。

対象と方法

平成14年11月から平成17年12月までにおける初発胸部食道癌のうち、深達度¹⁾がT2以深で他臓器転移を伴わない切除可能な食道癌に対して術前療法を、深達度がT1

でEMRの適応の無い食道癌に対して根治的療法を施行した。全例において治療効果、副作用、手術を含め治療後の経過を評価し前者においてはさらに病理学的な効果判定を行った。

症例と病変

全例が男性で、術前療法は6例、年齢は59 77歳(平均69.2歳)、腫瘍占拠部位¹⁾はMt 2例、Mt/Lt 4例、深達度はT3 5例、T2 1例、リンパ節転移¹⁾はN0 3例、N1 1例、N2 2例であった。根治的療法は3例、年齢は59~72歳(平均66.3歳)、腫瘍占拠部位はMt 2例、Mt/Lt 1例、深達度はT1α(スキップあり) 1例、T1β(全周性) 2例、リンパ節転移を認めたものはなかった。

治療プロトコール

5日間連続して5FU 250 500mg/body/dayとシスプラチン2.5 5mg/body/dayの点滴静注とこれに併せての放射線照射を行い2日間休止するサイクルとし、術前療法では30 40Gy/12 20frを根治的療法では60 66Gy/

26 33frの線量が終了するまで繰り返した。全例において病巣と病巣部食道傍リンパ節を含む領域に照射したが、病巣が広い症例、主病巣から離れたリンパ節転移を伴う症例の一部、対象期間における後期の症例では予防的にさらに広い照射域とした。

治療効果と副作用

術前療法では腫瘍に対する直接効果¹⁾はNC 1例、PR 5例で、リンパ節は2症例3個の転移腫大が疑われたが1個が縮小した。なお、106recR²⁾の1個は照射域に含まれていなかった。根治的療法では、全例において主病巣が消失した。3例において白血球低下から化学療法を中断したが、全症例で目標とする放射線線量まで照射し得た。その他、重篤な副作用は認められなかった。

手 術

全例が胸部食道亜全摘、胸腔内吻合で胃癌術後と胃切除同時施行の2症例は、食道遊離空腸吻合とした。術前に転移腫大が疑われたリンパ節はすべて切除した。術後は、致命的な合併症無く良好に経過し縫合不全も認められなかった。術前療法における病理学的効果判定³⁾はGrade 1 2例、Grade 2 3例、Grade 3 1例だった。

照射域と再発部位

術前療法で治療前にリンパ節転移が疑われたのは症例2, 4, 6の3例(Fig.1)で、このうち症例2では106recRが照射域から外れているが、症例4, 6では主病巣と転移腫大リンパ節が照射域に含まれていた。症例1では病巣が広い範囲で存在していたので、106recRも含めて上縦隔までの予防的照射も行なった。このうち3例(症例1, 2, 6)で再発した(Fig.2)。症例1は手術時に局所の癒着が高度で切除に難渋したpT3症例で右中間気管支幹から再発した。症例2, 6では術前に未照射で未郭清のリンパ節(101, 104)に再発した。根治的療法においては1例が、治療終了後1年2か月で照射域外の食道粘膜に再発した。

考 察

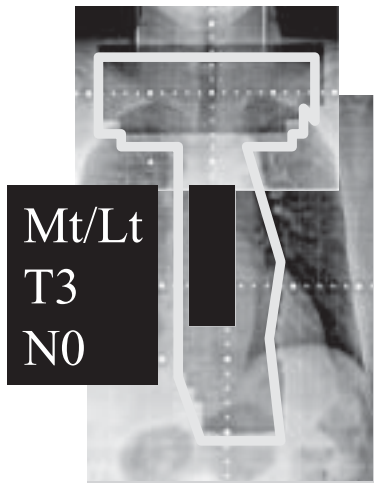
食道癌に対する根治的放射線化学療法に関してEMRの適応のないT1 N0 M0症例(T1bを含む)における検討では、手術と同様の生存成績であるとされているが²⁾、粘膜下層に達しリンパ節転移を伴うT1b N1 M0症例では手術を第一選択とするべきであるとする報告が多い。また、現状においてはT1b N0 M0症例に関しては系統的リンパ節郭清を伴う食道切除術と根治的放射線化学療法のどちらが優れているかは結論がでていない³⁾。今回の検討のなかで根治的放射線化学療法にはT1bが2例含まれていたが、手術と放射線化学療法を提示したところ1例は手術を希望せず1例は全身状態が不良な同時性胃癌合併

症例であった。放射線治療では大きなリンパ節転移の制御は困難なことが多く、標的体積を小さくするほど有利な放射線治療にとっては広範囲な照射域の設定は不利な条件となるためT1b症例におけるリンパ節転移に関してどの程度の転移までが放射線照射により制御可能なのかは不明であるが、3領域のリンパ節転移を治療することは困難であるとされる⁴⁾。

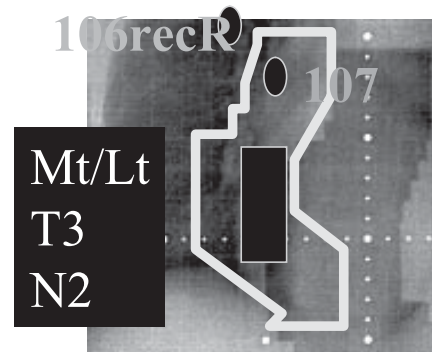
一方、系統的リンパ節郭清を伴う食道切除術が第一選択とされるStagell/III症例において放射線照射域からの再発が認められなかったという報告からは、広範な予防照射(T次照射)の有効性が推測される⁵⁾。今回の我々の検討においても再発したリンパ節は未照射、未郭清のリンパ節であった。術前放射線化学療法は治癒切除率を高め^{6,7)}、引き続き施行される手術における根治度Aが最大の予後規定因子となる⁸⁾との報告をあわせると、術前治療の効果を目安に症例を選択して手術もしくは根治的放射線化学療法への移行を選択するという治療方針も考えられる。根治的放射線化学療法が根治手術可能な食道癌に対して手術治療と同等の治療成績を示したという報告⁹⁾の背景にはT字の照射域設定があり、手術治療における3領域郭清の重要性が放射線照射域に反映された結果と考えられる。現状においては、術前放射線化学療法が手術単独に比べて生存率の改善に寄与するかは結論がでていないが、今後は適切な放射線照射域の設定と手術症例の選択、リンパ節郭清の範囲の決定が重要になるとと思われる。

結 語

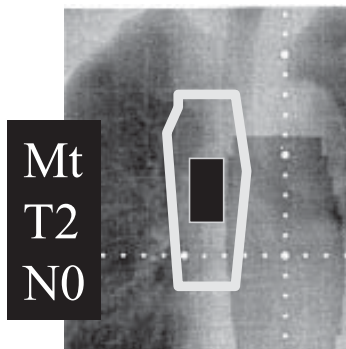
初発胸部食道癌に対する放射線化学療法について検討した。主病巣には縮小効果が期待できるものの、放射線照射域とリンパ節郭清域をどのように組み合わせるかにについては、さらなる検討が必要と考えられた。



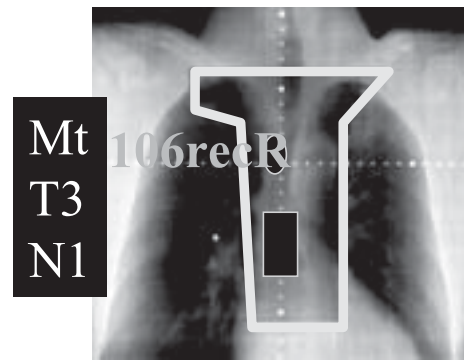
症例 1



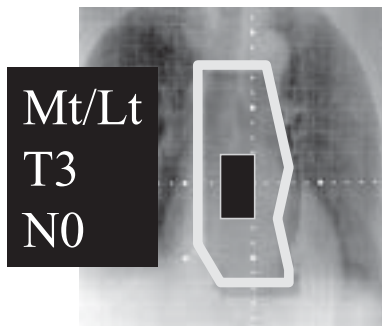
症例 2



症例 3



症例 4



症例 5



症例 6

■ : 主病巣 ● : 転移リンパ節

Fig.1: 術前療法における病巣と照射域

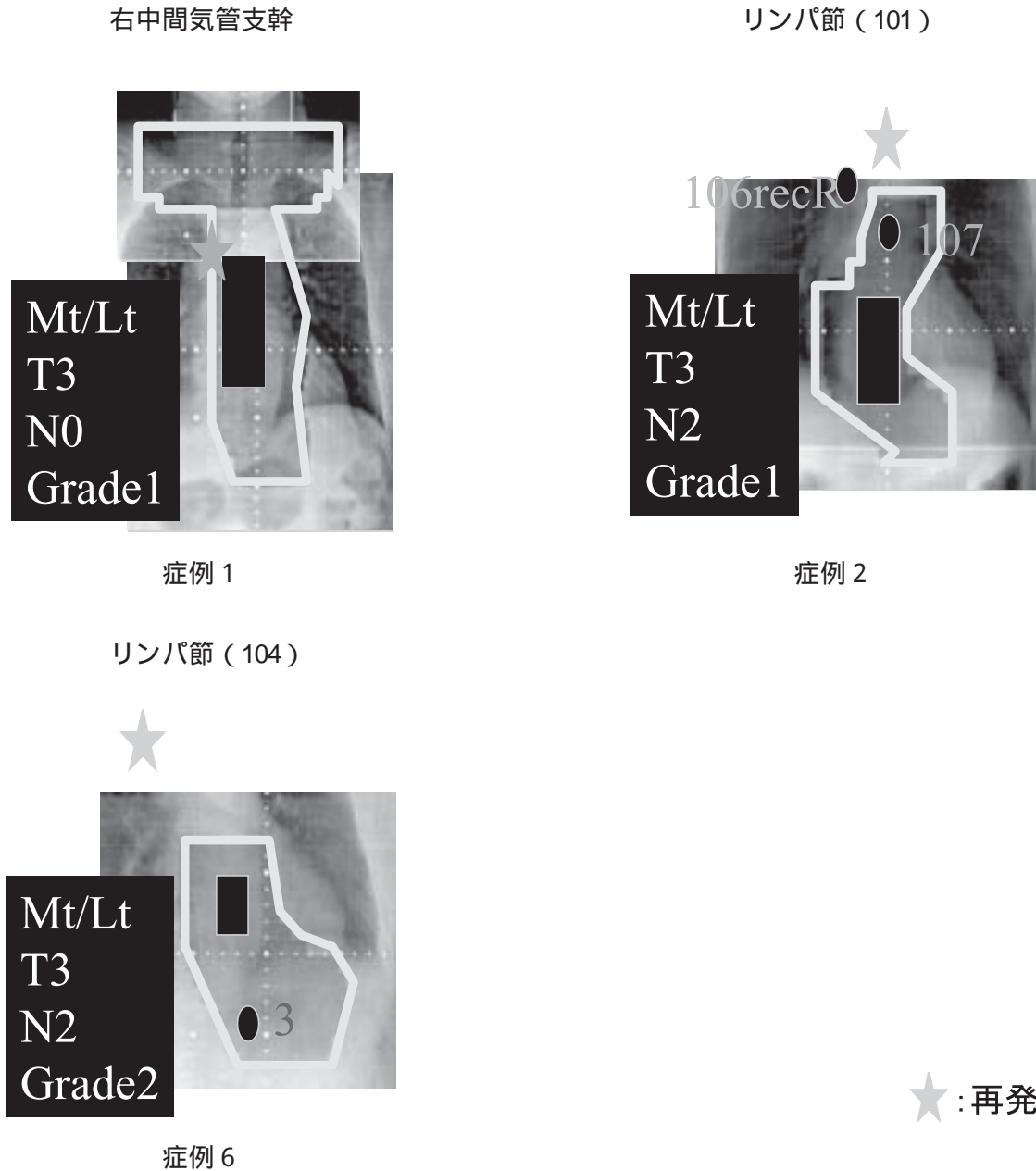


Fig.2: 再発部位

文 献

- 1) 日本食道疾患研究会. 食道癌取り扱い規約, 第9版, 金原出版, 東京, 1999
- 2) 室 圭 他: 食道癌における根治的な放射線化学療法. 臨床消化器内科 18(11): 1507-1514, 2003
- 3) 藤田博正 他: 食道癌のChemoradiotherapy. 癌と化学療法 30(7): 937-943, 2003
- 4) 西尾正道 他: 食道表在癌の放射線治療. 臨床消化器内科 18(11): 1499-1506, 2003
- 5) 村上龍次 他: 手術不能食道癌に対する根治的放射線治療. 臨床放射線 49(9): 1139-1143, 2004
- 6) Urschel JD. et al: A meta-analysis of randomized controlled trials that compared neoadjuvant chemoradiation and surgery to surgery alone for respectable esophageal cancer. Am J Surg 185: 538-543, 2003
- 7) Fiorica F. et al: Preoperative chemoradiotherapy for esophageal cancer; a systemic review and metaanalysis. Gut 53: 925-930, 2004
- 8) 愛甲 聡 他: 進行食道癌術前化学放射線療法後の手術適応に関する臨床的検討. 日消外会誌 37(2): 99-106, 2004
- 9) Hironaka S. et al: Nonrandomized comparison between definitive chemoradiotherapy and radical surgery in patients with T2-3NanyM0 squamous cell carcinoma of the esophagus. Int J Radiation Oncology Bio Phys 57: 425-433, 2003

症 例

特発性正常圧水頭症について

Idiopathic normal pressure hydrocephalus

本間 敏美¹⁾ 高橋 明¹⁾ 柴田 和則¹⁾ 寺岡 政敏¹⁾
 Toshimi Honma Akira Takahashi Kazunori Shibata Masatoshi Teraoka
 内海久美子²⁾ 館農 勝²⁾ 小林 清樹²⁾
 Kumiko Utsumi Masaru Tateno Seiju Kobayashi

要 旨

“治る認知症”として特発性正常圧水頭症が注目されている。当院での診断・治療した症例を供覧し、文献考察を加えて報告する。

Key words : Dementia, Hydrocephalus

はじめに

特発性正常圧水頭症 (idiopathic normal pressure hydrocephalus : iNPH) は“治る認知症”として近年注目を浴びている。iNPH に対する唯一の治療方法は髄液シャント術であり、水頭症に対する手術として確立された手術方法である。当センターではこれまで4例の手術症例を経験し、良好な結果が得られている。若干の文献考察をくわえて報告する。

症 例

75 歳女性

現病歴：1ヶ月前より認知障害、歩行障害、尿失禁が見られるようになり当院もの忘れ外来を受診する

既往歴：40年前に子宮癌

神経学的所見：長谷川式簡易スケール (HDS-R) 21点、小刻み歩行で急速な方向転換が不能、尿失禁あり、筋力に左右差は見られない。

神経放射線学的所見：MRI では脳室拡大、円蓋部脳溝の狭小化がみられ、冠状断では高位円蓋部の脳溝とクモ膜下腔の狭小化、シルビウス裂の開大、脳底槽の開大がみられる。(Fig.1)

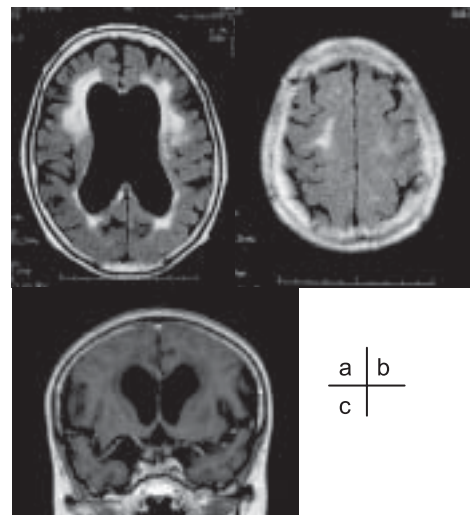


Fig.1

a) 脳室拡大 b) 円蓋部の脳溝の狭小化
 c) 高位円蓋部の脳溝とクモ膜下腔の狭小化シルビウス裂の開大, 脳底槽の開大が見られる。

経過：Tap test 施行したところ、初圧 120 mm であり、髄液所見は細胞数 0/3、蛋白 29、糖 67、Cl123 と正常であり色調も透明であった。歩行障害の改善がみられ、Tap Test 陽性であったので iNPH と診断した。右後角穿刺による脳室・腹腔シャント術を施行した。(Fig.2) 術後3日目で歩行が

1) 砂川市立病院脳神経センター脳神経外科

Center of Neurosurgery and Neurology, Department of Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院精神神経科

Division of Neuropsychiatry, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

可能となり、尿失禁も見られなくなった。
術後7日後のHDS-Rは24点と改善し、
独歩にて退院した。



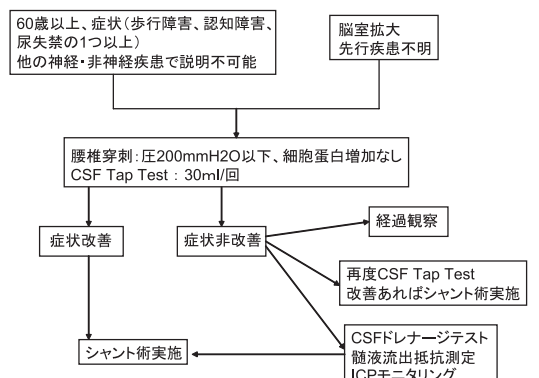
● 腹腔側チューブ ➡ 脳室側チューブ

Fig.2 術後腹部単純X線写真、頭部CT

考 察

わが国は急速な高齢者社会を迎えるにあたって高齢者の医療・介護が重要な社会的問題となっている。特に認知症はもっとも重要なテーマのひとつである。

歩行障害、痴呆、尿失禁をきたし、髄液循環障害に起因する脳室拡大を伴う病態で緩徐に進行するが、適切なシャント術によって症状の改善を得る可能性のある症候群であり1965年Hakim, Adamsらによって治療可能な痴呆として正常圧水頭症を報告した。その中で中、高齢者に多く見られ先行疾患がないものをiNPHと定義した。しかし、iNPHはパーキンソン症や血管性痴呆との鑑別が容易ではないこと、髄液シャント術を行っても硬膜下水腫・血腫などの合併症によって術前よりも症状が悪化する例があることより、その診断と治療は特発性正常圧水頭症診療ガイドラインによって厳密に定められている。¹⁾(表1)



(特発性正常圧水頭症診療ガイドラインより一部改変)

表 1

当院の4例の症例はガイドラインの診断基準をすべてみたすものであり、結果として良好な結果を得ている。
(表2)

当院の治療成績

症例	歩行	HDS-R	尿失禁
85 F	小刻み→正常	4→13	(+)→(-)
80 M	前傾姿勢 方向転換が不備 →正常	15→24	(-)→(-)
80 M	前傾姿勢 方向転換が不備 →正常	8→8	(-)→(-)
75 F	小刻み→正常	21→24	(+)→(-)

表 2

髄液シャント術には主に脳室・腹腔シャント術、脳室・心房シャント術、腰部クモ膜下腔・腹腔シャント術がある。対象が高齢者であることより心合併症・変形性腰椎症が多いこと、手術手技が確立されていることや熟練されていること理由で当院では脳室・腹腔シャント術を行っている。

シャントシステムは主に固定式差圧バルブ、自動可変抵抗バルブ、可変式差圧バルブ、サイフォン効果防止装置がある。36 - 75%の症例で術後圧変更を要するとの報告があり、ガイドラインでは可変式差圧バルブが推奨されている¹⁾。当院での症例は全例で可変式差圧バルブを用いており、術後全例で圧変更を行っている。

ま と め

iNPHは適切に診断・治療を行えば改善する症候群であり、患者とその家族の満足が得られやすい。しかし、iNPHの治療方法である脳室・腹腔シャント術は確立された手術手技あるために、安易に診断・治療される危険性がある。高齢者故に手術合併症が起こるとかえって症状の悪化や生命の危機をきたすことが考えられるので、ガイドラインに準拠した慎重な診療が必要である。

文 献

- 1) 特発性正常圧水頭症診療ガイドライン：日本正常圧水頭症研究会特発性正常圧水頭症ガイドライン作成委員会

症 例

低用量シクロスポリンが奏功した爪乾癬の3例

Three cases of psoriatic nails successfully treated with low dose ciclosporin

加藤 潤史
Junji Kato高塚 紀子
Noriko Takatsuka

要 旨

乾癬の爪症状の治療は局所的治療では無効なことが多く、満足する治療は少ない。低用量シクロスポリン投与で改善した3例を経験したので報告する。

Key words : psoriatic nail ciclosporin

はじめに

2004年にネオオーラル®による乾癬治療のガイドラインが改定され、「現在の治療効果に満足が得られない患者」の項が追加された。他治療で無効であった乾癬の爪症状に対して低用量シクロスポリンで奏功したので報告する。

症 例 1

患者：63歳、女性

初診：2006年3月23日

主訴：手指の落屑性紅斑、爪変形

既往歴：特になし。

現病歴：5～6年前から手指の落屑性紅斑、爪変形症状が出現した。4ヶ月前より悪化してきた。他院でステロイド軟膏を外用するも改善を認めない。他科の薬剤服用もしていない。

初診時現症

手指部に境界明瞭な落屑性紅斑があり、爪は混濁し、表面は脆く、爪甲の脱落も認める。

左拇指手掌面の紅斑部位より4月17日皮膚生検施行した。

臨床検査所見：

鏡検で爪甲から真菌要素を認めない。

血算、肝機能、腎機能など一般検査項目に特記すべき

異常はない。

病理組織学的所見

不全角化、有棘層の肥厚、表皮突起の延長、顆粒層は減少、真皮上層血管周囲性にリンパ球細胞浸潤を認める。乾癬と矛盾しない所見であった。

経 過

臨床および病理所見より乾癬と診断し、ビタミンH内服とビタミンD3外用剤、ステロイド外用剤で治療するも改善認めず、2ヵ月後よりエトレチナート（チガソン®）30mg/day内服を開始した。疼痛などの自覚症状、紅斑、落屑は軽度改善するが、十分な効果は得られず、爪症状は不変であった。11月からシクロスポリンを食前100mg/day（2mg/kg）分1で内服を始めた。3週間後、手指の紅斑、落屑はさらに改善し、2ヶ月後に爪症状も改善を認めた。（図1）

（図1）



症例1 治療前



症例1 治療後（2.5ヵ月後）

症 例 2

患 者：62歳、男性

初 診：2001年3月7日

主 訴：下肢の紅斑、鱗屑

手指の爪変形

現病歴：1996年頃から手指爪変形、手掌、足底、左下肢に鱗屑を伴う紅斑性局面を認める。

経 過

臨床経過より乾癬の診断で、ビタミンD3外用剤、ステロイド外用剤で局所療法するも症状あまり改善は見られなかった。2006年11月から、シクロスポリン(100mg/day)の内服を始めた。4週間後、足底の症状は軽減し、8週後には爪症状も改善した。10週後に75mg/dayに減量するも症状再燃は認めていない。

症 例 3

患 者：60歳、男性

初 診：2006年7月20日

主 訴：頭部、下肢の鱗屑を伴う紅斑性局面。手、足爪の変形。

現病歴：7～8年前より手足爪の陥凹出現。他院で爪白癬として4年間治療するも改善せず。

経 過

鏡検で爪甲から真菌要素認めず、臨床所見より乾癬と診断し、局所療法に加え、シクロスポリン(200mg/day)を内服する。4週後より頭部、四肢は症状軽減を認めた。その後シクロスポリン漸減し、4ヶ月後には爪の陥凹症状も改善した。(図2)

(図2)



症例3 治療前



症例3 治療後(4ヵ月後)

考 察

乾癬患者はわが国では10万人を超えると推定され¹⁾、男女比は2:1である²⁾。乾癬の病態は、表皮細胞の増殖亢進とターンオーバー時間短縮という表皮の増殖性変化と免疫学的異常(病変部にリンパ球、好中球浸潤)が関与している。

報告者により異なるが、乾癬患者の約50%に爪の変化があるといわれている。³⁾

乾癬症状が爪のみで発症した場合、爪白癬との鑑別が必要である。乾癬の爪症状として、点状の陥凹、爪甲剥離、爪質の変化、変色、角質増殖などが多く、Achtenら⁴⁾は爪母、爪床、爪縁に接した爪下部のどの部位に乾癬病巣が生ずるかで爪症状の違いが起こると述べている。爪の変形は患者にとっては、人前で手を出しづらいと悩みは大きい。

現在、乾癬の一般的な乾癬治療は、局所療法としてビタミンD3外用剤、ステロイド外用剤で、さらに症状に応じてPUVA、NB-UVB、エトレチナート、免疫抑制剤を使用する。しかし乾癬の爪症状に対しては局所的治療は無効なことが多い。

2000年に今までのシクロスポリンより吸収のばらつきを改善したシクロスポリン製剤(ネオーラル®)が発売され、2004年にガイドラインも改訂され、シクロスポリンの使用頻度は増加してきている。

シクロスポリンの短所に薬価が高いことがあげられるが、今までの食後分2で内服していた量の2/3量を吸収の良い空腹時に、分1で内服にすることで同程度の臨床効果を得るとの報告¹⁾もあり、今後使用頻度がより多くなると思われる。

文 献

- 1) 小澤明：日皮会誌.116(2):143-163,2006
- 2) 武藤正彦、飯塚一：最新皮膚科学大系7.中山書店 東京：186-,2002
- 3) 東 禹彦：爪.102:金原出版 東京:2004
- 4) Achten,G：Intern.J.Dermatol.22:556,1983

症 例

目標管理を導入した結果から 今後のキャリア開発の改善策を考える

Prospect for development of nursing talent from the result of a management by objectives

伊藤ひろみ
Hiromi Ito

要 旨

看護部では、平成15年から目標管理とクリニカル・ラダーを導入し、4年目に入る。その経過を振り返ってみると看護部の人材育成する仕組みとして機能するまでに3つの支援する段階があった。看護部のひとり一人のキャリア開発システムをさらに整備していくために、変化した現状の課題をさらに改善し、マネジメントサイクルをすすめていくことが求められる。目標管理とクリニカル・ラダー導入後の3年間の結果から看護部としての現状の改善策を考えた。

Key Words: Management by objectives and self-control, Clinical ladder, Management cycle, Career development,

はじめに

医療現場においての医療制度や診療報酬体系は、病院環境にとって年々厳しい現状にある。これまでの行ってきた病院経営や人材育成の方法では、医療環境の変化に対応することは難しい。看護職としても、この新しく変化する時代にどのように病院経営に参加し、看護の機能をはたすことができる人材を育成するかは重大な課題である。組織を変化させ人材を育成するために多くの病院では、目標管理という管理の手法を導入してきている。目標管理は、1954年にP.F.ドラッカーが「現代の経営」の中で理論的基礎を提唱し、日本の企業において導入がなされた管理の手法である。この目標管理は、個人と組織が結びつきを強めることを目指し、目標にそって自己の管理をするという手法である。特に病院のなかで、看護部門は、多くの人員によって構成され、人の育成については、より具体化した実行可能な育成計画が求められる。看護部では、看護の実践力を高める人材育成の取り組みとして、目標管理をおこなってきている。目標管理と共に看護の実践力の到達度をみるための臨床実践能力評価（後にクリニカル・ラダーと改名）も同時に導入をおこなった。臨床実践能力評価は、他者が実践能力の評価す

ることを目的とするのではなく、あくまでも自己臨床実践力の達成度を見つけていくことに主眼をおき、上司とともに取り組むことを行っている。

この目標管理と臨床実践能力評価（クリニカル・ラダー）の導入を行って3年間が経過した。年々改善を加えながら取り組み、看護部としてこの過程が3つの支援する段階があることが明らかになった。その過程を振り返り、変化したことを整理することで今後の取り組みを明確にした。

実践結果

第1段階 目標管理を看護部全体で取り組むための仕組みづくり

平成15年に目標管理の導入にあたり、当院におけるキャリア開発の考え方を明確にすることからおこなった。キャリアは、生涯を見通した連続性のある広い概念である。平井に¹⁾よると、キャリア発達は、キャリア形成を個人の側から捉えようとする概念である。一方キャリア開発とは、個人の成長・発達の理論と組織の拡充・発展を重視する理論がうまく調和する相互作用という構造をとることにその特質をみることができる。と述べている。したがってキャリア開発は、個人の側面からと組織の側

からの視点が含まれ、その両者が補完的に機能することで、それぞれのキャリアの発達を目指したものであると理解した。この概念の構造をふまえ、自治体立の病院であることより、看護部門におきかえて考えることにした。看護部におけるキャリア開発は、看護師個々が自己の目標達成をするうえで、各個人の能力およびライフサイクルに応じて組織の支援を受けながら、臨床実践能力の向上に取り組むこととした。

目標管理を導入するにあたり最も大切にしたいことは、ひとり一人の成長・発達を目指した仕組みをつくること、さらにその目標管理のもとに看護部全体で専門職としてのキャリアアップを目指すことであった。目標管理は、個人の責任を認めるための仕組みだけではなく、看護部としてもその環境を整える仕組みづくりであるということを確認し合い、意思の統一をはかることに多くの時間を費やした。さらにキャリアを開発するということは、看護部としてのもっている資源を活かしながら看護部が成長できる環境を提供できるかというチャレンジでもあった。一方では、看護部門が病院に対してこれから発展した仕組みをつくることへの将来展望も含めた取り組みとした。

キャリア開発において最も中核になることは、看護部が目指す看護を看護部の理念から丁寧に紐解くことであった。目指す看護としての看護部における理念は、「あらゆる人々の立場を尊重し、あたたかく思いやりのある看護を提供する」とした。看護目標は、「患者様の自然治癒力を引き出しながら生活過程を整えた責任のある看護を展開する。常に患者様の同意を得ながら看護を行う。患者様の立場にたち心のかような安全と安心を提供できる」とした。患者様の立場に立つということや責任をもった看護を展開することなどをキーワードとした。

さらに現状における看護師の課題を明確にしていった。これは、その後看護部が求めている看護師の必要な力に発展していくことにつながっていった。現状の課題は、1. 臨床実践能力の向上（主に看護過程の遂行能力）2. 看護者間のコミュニケーションの活性化 3. 看護部の方針の共有と徹底 4. 職務の明確化 5. やる気につながる評価 6. チャレンジ精神の育成 7. セフティ・マネジメントに対する取り組みであった。この現状の課題が臨床実践能力評価表（後にクリニカル・ラダー）の要素になることになった。

その作業と同時進行で院内の継続教育を再構築することでもあった。当院の院内教育は、組織のニーズと看護師個々のニーズに合致させたところで成り立っている。院内教育は、対象別や役割別のコースを数多くもっているがその他個々の能力を開発するということを目指し、自主学習会と称して自らがやりたい看護の技術を修得できるコースも立ち上げている。専門職としては、院内の

集合教育ばかりでなく、部署でのお互いにその場で教えあう教育が要となるので、部署における教育計画としてオリエンテーション内容の見直しやプリセプターシップのプログラムの再考することも行った。

砂川市立病院として看護職員のキャリアを開発するためのシステムとしては、育成をするシステム（院内外の研修）と評価（臨床看護実践力の評価・人の配置）と人材を活用するシステム（担当会議、支援看護師・認定看護師としての活動）が総合して繋がる仕組みとした。これらが相互に関連しあいキャリア開発に影響を及ぼしことになり、どの仕組みも欠かすことができないこととして図式化（図1）した。

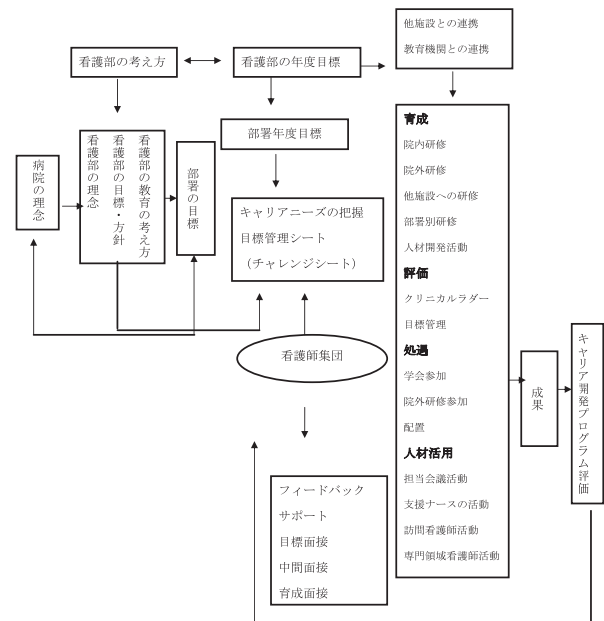


図1 キャリア開発の取り組みモデル（労働福祉事業団中部労災病院の引用一部改変）

専門職としての看護師それぞれが成長をするためには、将来像としての看護師の発達モデルを図に描いた。そのために、臨床実践能力レベル設定を4段階とし、その後管理領域を極める看護師と専門性を極める領域に発達していくモデル図（図2）の作成をした。

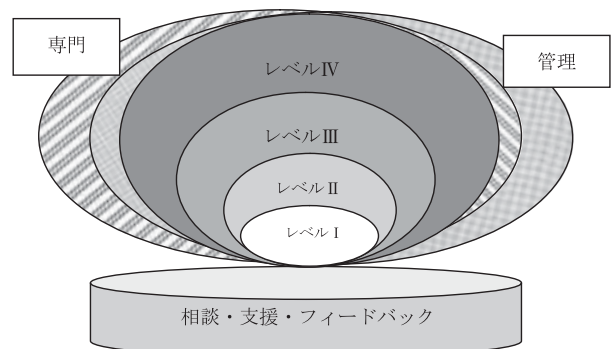


図2 看護師の成長・発達モデル

表1．看護師の能力と能力段階設定の構成

	レベル	レベル	レベル	レベル
看護実践能力:(看護過程展開能力)	基本的な看護技術、看護過程の展開ができる	日常必要とされる看護実践が単独で実施できる	モデル的な看護実践の教示をすることができる	論理的知識と実践的知識を応用し、分析的看護実践ができる
組織的役割遂行能力:(役割責務能力・人間関係能力)	メンバーの役割ができるルティーンな業務と役割を遂行できる	リーダーの役割、病棟での係として創造的な能力を要求される役割を遂行できる	所属する職場で特殊な専門的な能力を必要とされる役割や指導的な役割(学生指導、学習会、業務改善)を遂行できる	所属をこえた重い役割地域から求められる役割、成果の問われる責任の重い役割を遂行できる(院内会議の委員)
自己教育・研究能力:(自己啓発・看護研究看護教育)	指導によって自己の教育的課題を発見することができる	自己の教育的課題に向けた教育活動を展開できる研究活動に参加できる	自己教育活動に積極的に取り組むとともに教育活動について指導的な役割(標準クリニカル・ラダー一部改変)を実践することができる。指導をうけながら研究活動に取り組む	高度な看護技術やシステム開発に従事できる組織的研究活動を実践できる

臨床実践能力評価については、段階的に必要となる能力を新人、レベル 1～4までの4段階とした。これは、ベナー (Patricia Benner)²⁾によって看護の技術習得段階を分類したものであり、臨床看護業務を技術修得のドレイファスモデルを適用したものである。当院の実情にあわせて一部改変した。ベナーの技術取得モデルでは、横軸は、各個人の成長・発達として初心者、新人、一人前、中堅、達人として区分しているが当院の技術修得段階としては、新人、担当看護師、受持看護師、コーディネーターとして看護方式上で役割を果たす業務記述からの設定とした。縦軸は、看護に必要な能力として看護実践能力、人間関係能力、役割・責務遂行能力、研究・教育能力の4領域を設定した。

臨床実践能力評価をするためには、態度面での要素が、保有している能力に影響されることが知られていることより、態度のシートも作成するに至った。

臨床実践能力の評価表としてのシート、看護方式における役割シート、態度の要素を抽出した態度シートから構成され、これら3種類のシートの記述から各自の目標の到達度が導き出され、目標設定を記入する目標管理シート(チャレンジシート)によって進めていくことにした。

目標管理や臨床実践能力評価を運営するために、目標管理の考え方、目標管理進め方、目標管理運営のシートからなる冊子を作成して導入に至った。

第2段階 目標管理・臨床実践能力評価導入後の支援

1年目は目標管理の進め方にそって運営することを重要視した。目標は、成果目標の設定することで、どのように行動できたかという一連の流れに沿って実行するというように終始した。1年目は、導入の開始の時期が、遅れたことでやっと運営にのせるという状況であった。2年目は、成果目標は私の目標として具体的に立案することを心がけてきたが、看護師長との話し合いにおい

て成果目標が到達できるような目標を立てることが各部署で大変苦慮していることが明らかになった。また専門職としての必要な能力としての4領域(看護実践、人間関係、役割・責務、教育・研究)を考えることにエネルギーを費やすことになった。看護師長は、人材育成として個人の役割を決める時にやりたいことを目標管理シートから読み取りながら、研修への導きや役割を与えるために活用しはじめてきていた。同時に看護部との面接も行ってきているが、人の育成についての問題や、看護部の方針としての内容のすりあわせができることで、現状における管理的な問題が浮き上がり、その対処についても看護師長と主任看護師と看護部との話し合いももてるようになってきた。

平成16年度のチャレンジシートにおいて、目標の抽象度が高く、行動の評価が行いにくいという現状にあった。この問題を検討した結果、チャレンジシートの目標欄をさらに細分化し、行動目標(行動計画)の欄を新たに設けることで成果目標に繋がっていくのではないかとこの修正を加えた。その結果、行動計画には複数の行動目標を書ける人が半数位に増加していった。

第3段階

1. クリニカル・ラダーに移行した目標管理による支援

目標管理について毎年若干の修正を加えながら進めてきてはいたが、さらに目標がもっと全員で立てやすくなるものかという課題があった。同時平成14年から日本看護協会が看護政策立案のために基盤整備推進事業によって開発された「ジェネラリストの標準クリニカル・ラダーの開発」が公表された。当院の臨床実践能力評価と似た内容であったこと、さらには臨床実践能力が3領域と整理されてきていたことなどから、このジェネラリストのクリニカル・ラダーを当院用に改変した(表1)。これまでの臨床実践能力評価をクリニカル・ラダーと命名することも同時におこなった。クリニカル・ラダーの構

表2 クリニカルラダー（レベル）シート

レベル		年	月	日
		自己	上司	
到達目標	指導を受けながら基本的看護技術が安全・確実に実践できる。	A B C D	A B C D	
	指導を受けながら、ケア方針に沿った看護が実践できる。	A B C D	A B C D	
	部署の特殊性と業務内容を理解できる。	A B C D	A B C D	
	担当看護師としての業務ができる。	A B C D	A B C D	
	組織人としての自覚を持ち、責任ある行動がとれる。	A B C D	A B C D	
	看護に必要な病態の知識について主体的に学習できる。	A B C D	A B C D	
	看護研究や事例検討に参加できる	A B C D	A B C D	
看護実践	サポートを受けながら看護手順に基づいて、基本的看護技術ができることが増える			
	KOMI記録システムの対象論・目的論を意識した上で情報収集ができる。			
	患者・家族の思い、看護師の気がかりを具体的に書くことができる			
	KOMI記録システムの一連の流れにそって記録することを経験する（数例）			
	指導を受けながらグランドアセスメントを行いケアの方針を立案することができる			
	KOMIチャートは事実に沿っているかを先輩看護師の評価を受ける			
	指導を受けながら行った看護や患者の反応を事実にそって記録ができる			
	行った看護の結果をタイムリーに報告できる			
組織的役割遂行	リーダーシップ	K O M I ケア の 視 点 から 重 点 ケ ア を 決 め 、 数 回 実 践 し 、 工 夫 し た こ と を 述 べ る こ と が で き る		
		部署の特殊性と業務の流れ特徴的な看護について述べられる		
		指導を受けながら指示・報告の仕方が理解できる		
		カンファレンスにて行った看護について発言できる		
		1日の業務計画を立て、突発的なことが発生しない日は時間内に終わらせることができる		
		看護部の理念や目標、部署の目標を理解し活動に参加をする		
	チーム療ム	業務やシステムに関する疑問や不安をプリセプターや同僚に話すことができる		
		各部門の役割と連携がわかる		
		他の職種と用件がわかり意思を伝えることができる		
		療養環境についてKYTの視点から報告でき、次の行動がわかる		
		医療機器診療機材の取り扱いをマニュアルを遵守して看護行為を行うことができる		
		医療事故の重大性を理解し、安全についての指導をうけ確認行為を確実に行うことができる		
	安全管理	事故発生時はマニュアルにそって速やかに報告できる		
		支援を受けながら事故予防対策を考えることができる		
		標準予防策と感染経路別対策を理解し、マニュアルをみながら行動できる		
		緊急事態が発生した時は指示にしたがい救命行動がとれる		
		患者・家族・メンバー、他部門の職員に自らすすんで挨拶ができる		
		患者様への説明は、思いを汲み取り、合意を得ることができる		
説明責任	指導を受けながら、高齢者の患者・家族の意思を尊重できるような対応を考える			
	看護者の倫理要綱の内容を理解できる			
	自己を振り返り、できること、できないことを明確にして、不足部分を学習できる			
	部署の学習会に参加できる			
自己教育・研究	院内研修プログラムに参加できる			
	看護部のキャリア開発プログラムを理解できる			
	自分の学んだ知識や技術を他者に伝達・共有できる			
	学生の目標を理解し、関心を持って接することができる			
	自分自身の感情・思考・行動の傾向を知る			
	記入方法	4段階評価 A ほぼ達成 B 半分達成 C 半分に満たない D 下回る		

2003.10作成 2006.3改訂 2007.3改訂 2007.8改訂

成は、ジェネラリストの標準クリニカル・ラダーを活用し、縦軸に看護実践能力、組織的役割遂行能力、自己教育・研究能力の3領域とした。横軸はレベル ~ までとした。当院の臨床実践能力評価は、4段階であったため、

文言の修正だけを行った。クリニカル・ラダーの組織的役割の要素については、当院における求められる看護師としての導入時の要素をさらに発展させ、「チーム医療」「安全管理」「説明責任」「リーダーシップ」の要素を抽出

した。(表2)それぞれの要素に対しては、病院の理念や看護部の理念から導かれたキーワードであった。

看護の展開に際しては、ナイチンゲールの看護の思想を基本としながらKOMI記録システムがIT化されたこともあいまって、看護部の理念も「ひとりひとりに関心を

もち、もてる力を高め、誠実な看護を実践します。地域に親しまれ、安心できる看護を提供します。」とさらに看護がわかりやすく伝わるように見直しをおこなった。看護部の目標も理念を受けて、説明責任やチーム医療といった文言から目標の修正をし、多くの看護師に伝わる

表3 看護部事業計画

平成19年3月

砂川市立病院看護部の事業計画

キーワード:改築準備,KOMIケアの実践,重点ケア(ケア項目),生活習慣病,禁煙,退院支援,フィジカルアセスメント					
病院の事業計画	看護部の目標	看護部具体的目標	看護部実施計画	具体的到達目標	目標具現化
地域住民に信頼され安心される医療サービスの提供	もてる力を重視した看護を実践します	患者様・ご家族の思いや気持ちを尊重し、病態像と生活過程を関連させた看護を実践する 日々の関りの中で患者様の必要とすることを引き出し、もとの生活に近づけるよう安心した生活を支援する	受持患者の半数はKOMIケアの実践ができる ケースカンファレンスにて病気の成り行きを図や数値で説明できる ケースカンファレンスでケアプランを評価し、患者・家族に提示できる スタンダードケアプランを修正できる 患者様がもとの生活に近づけるように目的をもった関りをする 病状に適した重点ケアを積極的に実践をする	受持患者様の半数の人は、KOMIケアを実践する(監査をする(部署の基準を作成する)月に1回ケースカンファレンスを開催する 受持患者様のケア方針を提示する スタンダードケアプランについて月1回検討する 受持患者の責任をもち、もとの生活に近づけるようなケアを記録に残す 各部署は重点ケアを一つ掲げ、実施する モジュール型継続受持方式の評価する	部署 研修・看護記録担当会議 部署 部署 看護部マネジメント会議 看護記録担当会議 主任看護師・看護師長会議 部署 看護部 個人
医療安全の管理体制の強化	安心・安全を目指した説明責任を果たします	患者様・ご家族に合わせた安心できる説明を行い、合意をえて実践し、結果について責任を負う	安全を脅かした場合は、報告し、対策を検討し、防止できる 医師から説明がある時は、反応を観察し、理解状況を把握する 個人情報保護を確保し、共有する範囲については、上司の判断のもとに行う スタンダードプリコーションを実施する 暴力を未然に防ぐ、対策を立案・実施する	セフティ-マネジメントシステムに1週間以内に患者に行った対応と対策を報告する IC内容を確認し、受け止め方の相違を記載する 所属部署以外の個人情報を管理する 感染兆候を早期に発見する 院内暴力の防止する指針を作成し、普及活動を行う	部署 医療安全委員会 セフティマネジメント担当会議 部署 看護部 院内感染対策委員会 感染管理担当会議 院内暴力防止担当会議 個人
地域の中核病院として役割を果たす 救急医療、緩和医療の充実	チーム医療の一員としての役割を果たします	救急医療体制を整え、救急看護体制を見直す 相手の立場にたった発言をし、チーム構成員と協働し、チーム活動を推進する 健康を守る環境を整える 退院後の生活に着目し、必要な資源を多職種と連携できる	救急看護技術を身につける 緩和ケアの専門的な技術を提供し、結果を纏める 禁煙体制の整備 カンファレンスで検討し、早期の在宅療養支援を目指す NSTとの連携を強化する 褥瘡対策を強化する 地域住民から信頼される言動を増やすことができる	BLS・AEDが全員実施することができる 事例をまとめて発表する 禁煙教育を1回開催する。禁煙教室を開く 1週間以内にスコアをつけ、カンファレンスにて判断し、地域連携室と事例検討する 栄養アセスメントを再評価し、NSTと連携する 褥瘡バスを活用し、予防とケアを行う ご意見箱の苦情が減る	部署 緩和ケア担当会議 禁煙支援担当会議 部署 NST担当会議 褥瘡対策担当会議 患者サービス担当会議 個人、 看護助手個人
教育研修機関としての研修の強化	自らの成長・発達を目指し、専門職としての役割を果たします	自己の目標が達成できるように支援する 医療安全・褥瘡対策分野の看護師の教育の場を提供する 専門性を高めるために個人の責任として継続的な学習をします	面接を通して自己目標が達成できるよう支援をする 学習会の実施をする 認定看護師を育成する 臨床指導者を育成する 看護管理者を育成する 新人看護職員の育成をする	年3回の面接の実施(4月,9月,3月)目標管理のシートの検討 臨床実践レベルにあわせた院外研修2回,院内研修6回以上参加する 感染・緩和ケア・WOCに各1名育成 年間1名の臨床指導者の育成(3-5年以上) 看護協会の管理者研修に各1名は参加する 新人看護職員の育成システム(特に臨床研修計画)を円滑に行い評価をする	看護部 部署 部署 看護部マネジメント会議 看護部 部署 看護部 看護部 研修担当会議 個人
合理的な健全な経営を推進し、働きがいの環境を整備	医療の変化に対応した病院経営に参画する 横断的な活動を通し、積極的に発言します	将来の病院経営に参画する 職員の働きがいの環境を整える	新病院に向けて創造的な意見が述べられる 看護必要度の学習会を実施する 職員の満足度の調査をする クリニカルパスの充実する	病棟稼働率83%維持 各部署の25%が看護必要度の評価者になれる 職員満足度を5月に実施・評価 クリニカルパスの見直し、ケア方針を入れる SPDの検討	部署 看護部マネジメント会議 看護部・患者サービス担当会議 クリニカルパス担当会議 部署 看護部 個人

言葉を選び、看護の内容をわかるような修正をした。さらに病院の目標や看護部の目標をから部署目標、個人目標とつながるように目標の具現化するために事業計画として明確に提示をした。(表3)

2. 目標管理・クリニカル・ラダー導入後の変化

目標管理・クリニカル・ラダーを導入し、3年を経過したところであり、まだまだ改善の余地はある。アンケート

図3. 看護師長の目標管理の現状

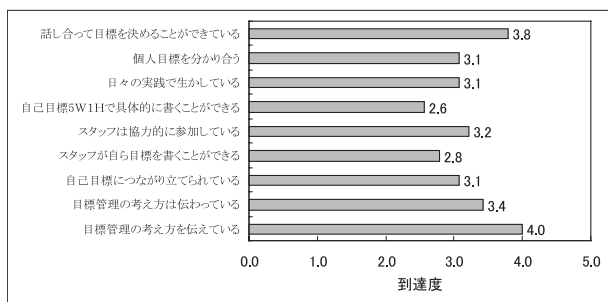
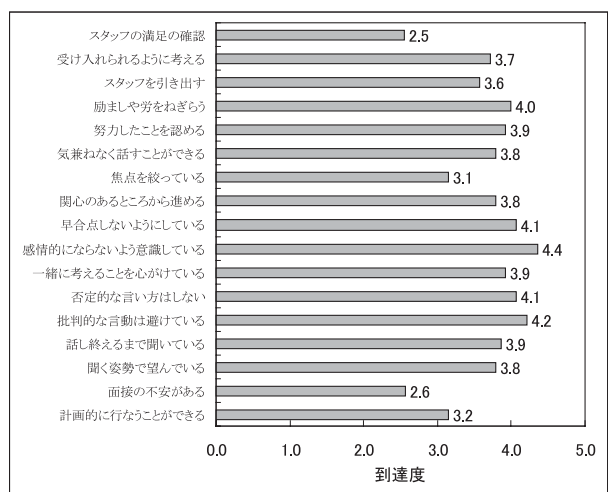


図4. 看護師長の目標管理面接の到達度



トにて看護師長に目標管理の運営と面接について変化した事項の評価を行った。(図3・図4)5段階評価にて、5点満点を到達度が高いとし、平均点を算出した。目標管理の運営については9項目、目標管理の面接については17項目を設定して評価した。目標管理の運営についての高い得点の項目は、目標管理の考え方を伝えている(4点)スタッフと話し合って目標を決めている(3.7点)と高かった。スタッフが自ら進んで目標を立てられている(2.8点)。自己目標は、5W1Hで具体的に目標をかくことができている(2.6点)低い値であった。また面接においては、計画的に行っている(3.2点)焦点を絞って聞いている(3.1点)と応えていた。スタッフの満足の程度を確認している(2.6点)とやや低く、面接においてのスタッフへのフィードバックを行うことは少ない現状にある。スタッフの目標の立て方については、組織

目標や部署目標とつながって立てることができるようになったと認識している看護師長が増えてきた。しかし、目標を具体的に5W1Hで書くことにまでは至っていないことを問題視していることが伺われた。看護実践への変化としては、受持看護師として“受持になりたい”申し出ることや口腔ケアや足浴などのケア計画を立てることに目が向きはじめていることの変化をあげていた。看護師長は、声かけが多くなってきているなどわずかな変化を感じ取っていることが伺われた。また3回行われる面接については、悩みを打ち明けることがあったり、積極的に面接を希望してきたりすることが看護師長の手ごたえと感じとっている記載が多かった。看護師長は、計画的に行えないと反省的に受け止めていながらもやりたいことが各自共有できることや日頃の思いや不満を語るなど利点をあげている。一方で個人の目標への係わり合えるようにしていますか(3.0点)日々の看護実践で個人目標を活かすように配慮していますか(3.0点)であることより、もっと看護師長として個人目標とのつながりをもっていくことの必要性を再認識していることが明らかになった。

考 察

1. マネジメントサイクルから考察

マネジメントサイクルから振り返ってみると、第1段階の取り組みは、主に計画・組織化段階にあたり、第2段階は指揮する段階にある。第3段階は、統制する段階にあり、クリニカル・ラダーの変更やいままでの取り組みの評価をすることなどが含まれる。これらの段階において、最も大切にしながら行うことは、この目標管理・クリニカル・ラダーが毎年見直されている看護部の方針にそって、どのように運営していくことができるのかと看護部としての到達するレベルを明らかにすることである。そのことが現実的にいけるレベルで看護師長が理解しながら、部署の運営ができるかにかかっている。看護部の方針が何を求めているのかということと現状での看護の質をどのように行っていくのかということの情報共有のための看護師長と看護師個々の面接である育成・中間・目標面接が重要である。同時に管理者と看護部との面接によってどのような看護の提供できるかの目指すことを共有できるかが大きい位置を占めている。看護部の方針としての変更点や改善点を常に提示しながら、その変化を起こしながらすすめていくことで看護内容を表せるようになってきている。看護部全体での大きなシステムとしてのマネジメントのサイクルが機能し、さらに各部署でのPACDサイクルが機能していくことが今後も求められる。

2. 今後のキャリア開発としての目標管理・クリニカル・ラダーの課題

3年間経過した現在、目標管理においては、年間を通して目標管理のサイクルで取り組むことは、習慣化されつつある。クリニカル・ラダーの、看護実践力に焦点化し、強化することができるかと看護部とのすりあわせを蜜に行い継続して支援することができるにかかっている。個々のもっている強みとなる能力をどのように引き出し、さらに弱みとなることをどのように介入するのかという人の変化に関わっていくことである。各自どのような分野に向いているのか、さらに各自が何に興味をもっているのかという情報の集約化は出来つつあるが、まだまだ、個々の看護師のやる気という動機付けることが主流であり、看護部としても学び、学び合う環境を整えることが必要である。うまくいった体験、うまくいかなかった体験など、行った事実から看護の内容を引き出していけるような機会がカンファレンス以外にも必要である。さらには、目標管理のチャレンジシートの検討も必要になる。これは、各領域で具現化していくことであり、専門領域におけるクリニカル・ラダーや管理者のクリニカル・ラダーシートの検討やさらに特定分野（外来・手術室）のシートの検討も行う予定である。クリニカル・ラダーは本来文脈で切って解釈するものではなく、看護そのものの事象からひき出すものである。行なっている看護をありのままに表出する行為として事例を検討する仕組みをつくらなければならない。ひとり一人のほんのすこし変化を見過ごさず、全体で取り組みを推進できたことは、今後の個々の看護師の成長につながる。平成19年度は、院内教育システムとしての新人臨床研修制度を取り入れながら、看護部全体での実践力の向上に取り組むことを行っているが、院内の研修のシステムとしては発展途中である。院内教育の研修の制度化などの大きなしくみとひとり一人の目標への支援があいまってキャリア開発は行われる。人を育てるためのフォロー体制を強化することを看護部としても取り組みつづけなければならない。看護部だけではなく、病院全体で目標管理に取り組む波が押し寄せてきているので院内全体としての取り組みに発展することを願っている。

引用文献

- 1) 平井さよ子著：看護職のキャリア開発 日本看護協会出版会,2002, 45-46 .
- 2) Patricia Benner著 井部俊子監訳：ベナー看護論 新訳版, 医学書院, 2005, 11-32 .

症 例

精神科疾患患者における褥瘡発生の実態とその対策

Prevalence and precaution of pressure ulcer in psychiatric patients

藤井 恵子
Keiko Fujii

上野 浩司
Hiroshi Ueno

要 旨

2002年4月実施の診療報酬改定で褥瘡対策の評価という項目が新たに付け加えられ、当院でもクリニカルパスを用いた褥瘡予防を行っている。しかし、精神疾患患者は生活自立度やOHスケール等の危険因子が低くても、精神症状の悪化により褥瘡が発生しやすいことが考えられた。そこで、褥瘡発生の実態を調査しフローチャートを作成して予防対策を実施したところ、褥瘡発生を減少させる事ができた。

Key words : pressure ulcer, psychiatry, precaution, psychotropic drug

はじめに

当院では褥瘡予防にクリニカルパス（以下パス）を使用しているが、精神科疾患患者はパスでリスクが低くても褥瘡が発生しているケースがみられた。そこで精神科疾患患者の褥瘡発生の原因を調査し、予防のための対策を行ったことで褥瘡発生を減少させることが出来たので報告する。

【目的】

- 1) 精神科疾患患者の褥瘡の実態を調査し、その要因を明らかにする。
- 2) フローチャートを作成し、発生要因の高い精神科疾患患者の褥瘡を予防する。

【方法】

調査対象：12名

A群(褥瘡非発生)4名 B群(褥瘡発生)4名

C群(予防群)4名

調査期間：平成17年6月～17年12月

方法：1) 精神科疾患患者の褥瘡発生の要因を発生群と非発生群別に分析した。

- 2) 褥瘡発生要因のある患者にフローチャートを用いて予防対策を強化した。

倫理的配慮：調査対象の患者に口頭で同意を得た。本人

に承諾を得るのが困難な場合は家族に同意を得、今回の研究以外には個人情報公表しないことを説明した。

【結果】

- 1) A群は生活自立度がC2と低く、OHスケールは平均値5.125であり、褥瘡の発生率が高い傾向にあったが予防が可能であった。

B群は生活自立度が正常からB2と高く、OHスケールも平均値2.5と低かった。総蛋白はA群が平均値6.5g/dlであり、B群は6.8g/dlと若干高い傾向にあった。B群の精神症状は幻覚・妄想・譫妄状態にあり、睡眠薬の使用や隔離・拘束が実施されていた。褥瘡が発生したのは正常からB2の範囲であり自立度の高い患者が多い。非発生群Aはいわゆる寝たきりであり、夜間体位変換を行っていた。発生群Bは昼間の体動が活発、あるいは車椅子での活動であったが、そのうちの3名は精神症状のために夜間の体位変換が困難であった。

- 2) そこで褥瘡発生の原因と考えられる項目を抽出し、フローチャートを作成した。予防群Cはもともと自立度が自立かAのレベルであり、OHスケールの危険度も低かった(表1)。しかし、精神症状の変化を早期に把握し、フローチャートを用いて顕在化した危険因子

に基づき、高機能ベッドの使用、バスタオルによる三角枕を使用した体位変換、さらに、栄養・水分の確保、スキンケアなどの予防対策を実施したところ褥瘡が発生しなかった。

【考察】

一般的に褥瘡発生の原因は応力×時間×頻度と言われている。危険因子には自立度、動作能力、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態の低下、皮膚の湿潤、浮腫が上げられる。しかし今回調査した褥瘡発生患者4名は自立度が高く、危険因子が低いにも関わらず褥瘡が発生している。その要因として

活動は活発でも、薬剤や拘束による鎮静がかけられ夜間の自力体位変換が困難な状態にある。さらに睡眠を妨げたくないために体位変換を行うことを看護師が躊躇しやすい。

精神症状が悪化した場合、疼痛や持続的な圧迫に対するの認知が低下する。

拒絶や興奮のため、皮膚の状態を観察しケアすることが困難になる。

精神薬による発汗、低血圧、運動常同、ジストニアなどが血流の低下、皮膚の湿潤、ずれなどを引き起こし、褥瘡の発生要因となる。

創に対する無関心、自傷行為がある。

等が考えられた。

精神科疾患患者は生活自立度やOHスケールだけでなく、精神症状の悪化や、それに伴う身体拘束、睡眠薬の使用が褥瘡発生に影響していると予測された。メジャートランクリザーの薬理作用の影響として自律神経系に作用し、交感神経を遮断するため末梢血管拡張による血圧低下を引き起こす。山田らの研究のクリアランス法によれば、安静時の血流が悪い時では少ない負担でも血流が停止し、夜間入眠中には負担の小さい圧迫でも、容易に褥瘡発生の条件となる。また知覚に及ぼす影響もあるため、同一体位でいても苦痛を感じない事が考えられる¹⁾。不安、緊張、興奮状態では皮膚血管は収縮し循環血液量は減少するが、精神科疾患患者においてはそれが高度な場合が多く、循環不全も高度となり易い。さらに精神症状が悪化すると食事量の減少や不動、又、発汗による清潔の保持が困難になり²⁾、拒否や興奮が強いため皮膚観察の困難が生じる。このような身体状態では短時間の局所圧迫において褥瘡の急激な悪化や増悪を来たしやすいのではないかと考える。

ランディスらによると体圧は32mm Hgが褥瘡を発生させないため望ましいと言われている³⁾。マルチパット型簡易体圧測定器(セロ; ケーブ社)にて測定の結果、三角枕使用によって、肩甲骨は35,9から16,7に、仙骨では52.6から32.0に減圧が出来ることがわかった。拘束が行われていても、三角枕による体位変換は可能であり、

少しの動きで体圧が変わるので、患者の睡眠を妨げることも無かった。

フローチャートを使用することで、圧迫や、湿潤等の危険要因の認知が高まり、スキンケアや清潔の保持に対する褥瘡予防の意識も高まったと考える。平成17年(1~12月)24件だった発生報告書が平成18年(1~11月)には5件と減少した。

精神科疾患患者の褥瘡管理には、意思疎通の困難、不随意で持続的な体動、身体・行動抑制、薬剤による影響など、ケアをするうえでの問題が多数存在する⁴⁾。それらにどう対処していくかによって褥瘡の発生や治療期間が左右される。精神症状の悪化を予測し、そのための対策を早期に行う事で、バスから想定しにくい精神科疾患患者の褥瘡発生を予防する事が出来ると考えられた。

【結論】

1) 精神疾患患者は、生活自立度やOHスケール等の危険

表1 褥瘡発生要因

	褥瘡発生	生活自立度	OHスケール	精神症状	睡眠薬	隔離抑制	総蛋白
A 郡非発生	無	C 2	4.5	有	有	無	7.0
	無	C 2	6	無	無	無	6.2
	無	C 2	4	無	有	無	7.3
	無	C 2	6	有	無	無	5.9
B 群発生	有	A 2	2.5	有	有	拘束	6.4
	有	正常	3	有	有	隔離	8.3
	有	B2	1.5	有	有	拘束	6.4
	有	J 2	3	有	有	隔離	6.4
C 群予防	無	C2	6	有	有	無	7.0
	無	B 2	4.5	有	有	拘束	6.3
	無	B 1	6	有	有	拘束	6.3
	無	C2	3	有	有	拘束	5.6

危険因子が低くても、精神症状の悪化により褥瘡が発生しやすい。

2) フローチャートを用いて早期の予防対策を実施することによって褥瘡発生を予防できた。

引用文献

- 1) 山田道広他: 褥瘡予防 - 特に生体に加わる圧迫の影響について. 理学療法と作業療法11(1): 27-35, 1977.
- 2) 西川幸範他: 精神科における褥瘡形成についての多元的要因の一考察. 成人看護 2(17): 126-127, 1993.
- 3) 須釜淳子他: 褥瘡ケアにおけるマルチパット型簡易測定器の信頼性と妥当性の検討. 褥瘡学会誌2(3), 2000.
- 4) 西出薫他: 精神疾患をもつ患者の褥瘡ケア. 月刊ナーシング23(5): 131-139, 2003.

参考文献

- 1) 辻依子他: 精神科疾患と褥瘡の発生(その2). 日本褥瘡学会誌 6(4): 643-646, 2004.

精神科疾患患者における褥瘡発生の実態とその対策

- 2) 斉藤恵美他：精神科における褥瘡発生とその要因～松沢病院褥瘡患者統計から．東京都保健医療学会誌107：408-409，2003．
- 3) 煙山晶子他：躁鬱病患者に発生した褥瘡への援助．秋田大学医短紀要7：131 - 136，1999．
- 4) 黒川正人他：精神疾患患者の褥瘡はなぜ治りにくいか．褥瘡学会誌8(2)：160-164，2006．
- 5) 長嶺敬彦：はじめての抗精神薬「副作用」マニュアル．精神看護8(4)：19-33，2005．
- 6) 田口アサ他：精神科における身体疾患患者の看護基準について．看護技術30(9)：46-54，2006．
- 7) 大浦武彦：あきらめないで！床ずれは治る．株式会社メディカルトリビューン東京：151-160，2004．

症 例

K O M I 理論を用いた妊娠中の看護手順

Nursing procedure for pregnant woman with a KOMI theory

名尾 晴美
Harumi Nao

要 旨

妊娠・出産の主役はあくまでも妊婦とその家族である。「安全性と快適さ」という基準の上に、女性自身の意見が反映され、妊婦の身体内部に宿る自然性、健康の法則が十分にその力や機能を発揮できるように生活過程を整える妊娠中のケアとしてKOMI理論を用いた保健指導を行なうことが重要である。

Key words : Nursing procedure for pregnant woman, KOMI theory

はじめに

食生活をはじめとするライフスタイルの変化と高齢出産の増加により、出産のリスクが高まっている今日、安全な出産のために妊娠中のケアがより重要となってきた。しかし、一般的には今までの妊産婦死亡率の低さにより正常分娩が当たり前という認識、風潮があり、出産のリスクを軽視しているのが現状である。21世紀初頭の国民健康運動の一環である「健やか親子21」の中で「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」を求めている。妊娠・出産は生理的現象であるが、心身に及ぼす影響は計り知れないものがある。妊婦の身体内部に宿る自然性、健康の法則が十分にその力や機能を発揮できるように生活過程を整える妊娠中のケアをいかに実践するか、保健指導に重点をおき、かつKOMI理論を用いた妊娠中の看護手順の作成を試みた。

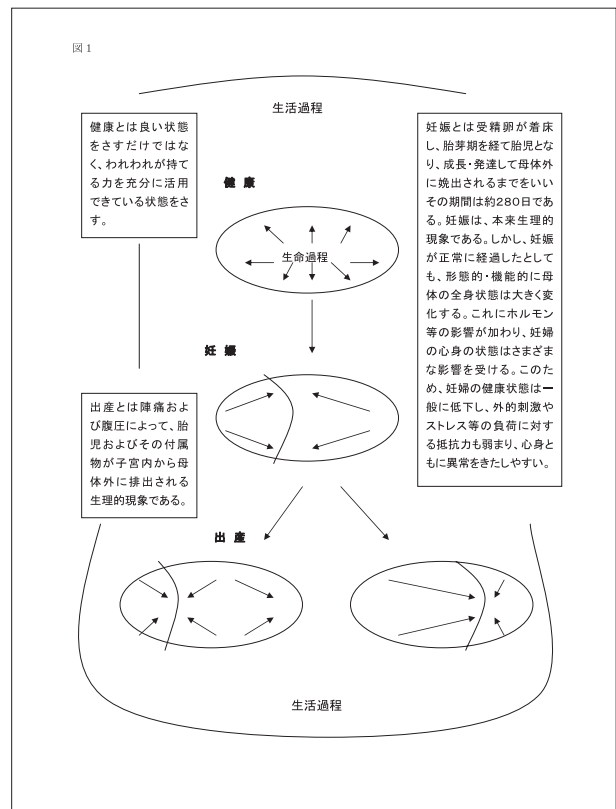
方 法

1. KOMI理論における「健康 - 病気 - 予後モデル」を、出産においては「健康 - 妊娠 - 出産」という視点で捉え(図1)「生命過程」が順調に営まれるためには「生活過程」のあり様が大きな影響を及ぼすという観点で現状の妊娠初期からの指導、ケアを見直す。
2. 「ケアの5つのものさし」にもとづきケアを分析し

保健指導チェックリスト(表1)を作成する。

(1) 生命の維持過程(回復過程)を促進する援助

具体的には、「自らの体内に自分とは別の存在を認識し



この存在に対する愛着を育むようにする。”“自分の生活過程の現状を把握する。”を目的とする。

妊娠初期...分娩予定日

妊娠中期...基本情報シート記入・K O M I サークルチャート記入

(2) 生命体に害となる条件・状況を作らない援助

(3) 生命力の消耗を最小にする援助

具体的には、“妊娠は、病気ではないことを受容し生命力を消耗させない。”を目的とする。

妊娠初期...流産について・妊娠と薬・お酒とタバコ・夫婦生活・つわり、妊娠中の栄養

妊娠中期...日常生活について・貧血について・乳房手当て

妊娠後期...お産が近づいたら

(4) 生命力の幅を広げる援助

(5) もてる力・健康な力を活用し高める援助

具体的には、“妊娠の受容を促すと同時に安心して出産できる環境を整えることの重要性”妊婦は自分の産み方を選択する権利があるが、それを実現するため自分が決めた出産法に取り組む責任もある。”を目的とする。

妊娠初期...妊婦健診について・母子健康手帳の活用・母親学級の必要性、紹介

妊娠中期...衣服・赤ちゃん用品の準備・母親学級の必要性、紹介・パースプラン(表2)作成について(家族と話し合う)

妊娠後期...パースプラン作成についての助言・お産の始まりと入院時期・入院の方法・入院中の過ごし方(クリニカルパス参照)

方(クリニカルパス参照)

3. 仮の手順に添って妊娠初期・中期・後期の保健指導を実施・評価する。

結 果

保健指導を妊娠初期(8週~11週)3人、妊娠中期(16週~19週)1人、妊娠後期(36週)6人、計10人に実施した。初期の保健指導は、妊娠が確定し医師より“妊娠届出用紙”が発行され次回、妊婦健診日までに母子健康手帳を持参するよう指導する。しかし、今後も妊娠が継続される可能性は100%とはいえない。その為、母子健康手帳を持参した後、基本情報シート及びK O M I サークルチャート記入とする。(安定期の妊娠16週以降)分娩予定日、妊婦健診について、決定した分娩予定日を告げ、今後の妊婦健診の必要性を説明すると納得している反応が見られた。母子健康手帳の活用、母親学級の必要性、紹介について、自分の住民票のある市町村に届け出て母子健康手帳を交付してもらう。各市町村で妊娠中に受けられるサービスについて情報を得られることを説明する。各市町村でサービスに格差があることを知らない方が多くおり、驚きの表情が見られた。流産、妊娠と薬、お酒とタバコについて、興味深く真剣に聴いていた。夫婦生活について、夫婦間の問題であるから、よく話し合い夫に理解してもらい円満に解決するよう説明する。しかし、医療側として流産や破水の原因になることを必ず付け加える必要があると考える。また、異常を感じたら、必ず医療機関に受診するよう勧めることを付け加

表1

妊婦健診チェックリスト

ID _____					
氏名 _____ 年齢 _____ 初・経(回) GT(年 月 日)					
時期	ケアの内容	月 日	月 日	月 日	月 日
妊娠初期	妊婦健診について 分娩予定日 流産について 母子健康手帳の活用 母親学級の必要性、紹介 妊娠と薬 お酒とタバコ 夫婦生活 つわり、妊娠中の栄養				
妊娠中期	基本情報シート記入 K O M I サークルチャート記入 日常生活について (体重管理・運動) 衣服 赤ちゃん用品の準備 貧血について 乳房手当て 母子健康手帳の活用 母親学級の必要性、紹介 パースプラン作成について (家族と話し合う)				
妊娠後期	基本情報シート記入 K O M I サークルチャート記入 パースプラン作成についての助言 お産が近づいたら お産の始まりと入院の時期 入院の方法 入院中の過ごし方 (クリニカルパス参照)				

表2

私のパースプラン

お産をされるあなたと、私たち医療者が出産の日を迎えるために、あなたのお考えを率直にお聞かせ下さい。

お名前 _____ 出産予定日 _____ 年 月 日

1. 自分が母親になる事や、出産についてどんな印象をお持ちですか？
今までお聞きになった、またはご自分の体験をもとにお書きください。
2. どんなお産がしたいとお考えですか？
また、何かご希望がありますか？
3. 今回の妊娠出産について、ご家族とはどのようなお話をしてらっしゃいますか？
4. 育児(母乳保育)の方針についてどのようなお考えですか？
5. 退院後はどちらに戻られますか？
①自宅 ②実家 ③夫の実家 ④その他()
6. 退院後のお手伝いの主力はどなたですか？
①自宅 ②両親 ③夫の両親 ④その他()

え説明する。つまり、妊娠中の栄養について、一般的な指導に加え、個々の個別性を十分考慮し指導する必要があると感じた。また、最新の情報を提供する事で、興味を持ってもらえると実感した。つまりは、精神的な心のケアが必要なこと(習慣性流産の方、望まない妊娠など)が多いので、さまざまな生活背景を考慮し実践的な助言と支援をする必要がある。

妊娠中期の保健指導は、約20～30分間。基本情報シート記入、KOMIサークルチャート記入について、個々のさまざまな生活背景がみえた。改善が必要なことに対し、柔軟に対応できるだけの情報、育児技術や家事技術のバリエーションの選択肢や可能性を提供する必要性を感じた。妊婦からの情報だけでなく、夫やパートナー、各々の親から直接情報が得られると効果的な指導が出来るようになる。時間配分を考え、妊婦に負担にならないよう情報を得る必要がある。日常生活について(体重管理・運動) 体重管理は、妊婦自身興味があり“気を付けているがなかなか思い通りにならずコントロールが出来ない”というのが現状らしい。そこで、今回「健やか親子21」推進検討会から発表された「妊産婦のための食生活指針」に沿って、別紙パンフレットを用いて指導したところ、質問があり反応が得られた。衣服、赤ちゃん用品の準備、貧血、乳房手当てについて、パンフレットに沿って説明した。いろいろな育児雑誌からも情報を得ている感じで、特に質問はなかった。母子健康手帳の活用、母親学級の必要性、紹介について、持参した母子健康手帳の妊婦自身で記入すべきところが記入されているか確認

した。今回の妊婦は記入しており、まだ、未婚の方であったが妊娠を受容し仕事と私生活を楽しんで過していることが会話の中から伺えた。母子健康手帳交付時、市で開催している母親学級について紹介され、受講する予定と話されていた。妊産婦の主体性を確認する為にも、記入していない妊婦に対しては、次回妊婦健診時の確認が必要である。パースプラン(家族と話し合う)、パースプラン作成についての助言、実施者の5人中、3人がパースプランという言葉聞いたことがない、意味がわからないとのことだった。パースプラン用紙を渡し説明。すでに出産した、3人中、2人がパースプランの用紙を入院時に持参してくれた。共に初産婦で持参しなかったのは経産婦で第1子は、当院で出産していた。まだ、妊娠中の妊産婦に関しては、パースプランの用紙提出を促し信頼関係を築くコミュニケーションツールとして活用していきたい。パースプランの作成は妊産婦の自主性を促し、分娩の理解を深め、助産師との意思の疎通をよくし、快適で自分の納得のいくお産をしてもらうための方法となると考える。パースプランを提出してくれた妊産婦にフィードバックしてもらうことで、助産師としてより内容のあるパースプランシステムが作れると考える。産褥3～4日目にパースレビュー用紙(表3)に記入し提出してもらった。1人は、緊急帝王切開になったが、妊娠中から帝王切開の可能性があると医師より説明がされていた。さまざまな状況に変化する分娩時に事前に異常の可能性を説明しておくことは大切だと感じた。安易に不安を与えるのではなく、情報としての提供が必要である。

妊娠後期の保健指導、お産が近づいたら、お産の始まりと入院の時期、入院の方法について、既存のパンフレットに沿って説明する。住所、季節の路面状況、交通手段、分娩回数、前回の分娩状況、内診所見など情報を収集し適切な時期に入院出来るよう指導した。入院中の過ごし方(クリニカルパス)、出産後に渡していた、産後のクリニカルパスの用紙を見せ入院生活のイメージを持てるようにした。当院で出産した方、初産婦の方、他院で出産した方様々だったが、反応としては、「入院中の経過について知りたかった。」との声があり産後の生活に主体性を持てる様にする為には有効である。

考 察

周産期医療の特徴は、正常と異常とが紙一重であることだ。しかし、妊娠・出産時の主役はあくまでも妊婦とその家族である。「安全性と快適さ」という基準の上に、女性自身の意見が反映されるように、最良のケアを提供できる力を常に備えながら助産師として周産期医療の中で代弁者になりたい。その為にも、「生活過程」のあり様を把握し、整える事が重要になる。また、「自分自身の持つ

表3

パースレビュー用紙

様 平成 年 月 日 出産おめでとうございます。

この用紙は、ご自分のお産を振り返っていただくためのものです。お産の時に思ったことを自由にお書きください。

1. 自分のお産はイメージどおりでしたか？

2. お産のときに感じたこと・考えていたことをお書きください。

3. 助産師へのご意見・ご要望があればお書きください。

4. 何か他に ご意見・ご要望があればお書きください。

力を最大限に発揮できるようにケアを受け満足した「自分の希望・考えを親身に聴いてもらい、母児の安全を考えながら医療を実施してもらった」などと感じてもらえるような真に役立つ保健指導をしなくてはならないと考える。

文 献

- 1) 金井一薫 . ナイチンゲール看護論・入門,第 1 版 . 現代社,東京,1993 .
- 2) 金井一薫 . K O M I 理論 看護とは何か 介護とは何か , 第1版.現代社,東京,2004 .
- 3) 水上尚典 : 第19回実地医家と助産師のための周産期セミナー資料・妊婦の体重について . 2006.
- 4) 瀧本秀美 : 妊娠期の体重管理・妊娠中の体重増加の考え方. 臨床栄養 Vol.109 No.2 : 164-169, 2006.
- 5) 菅沼ひろ子 : 周産期母子保健指導における助産婦の役割.周産期医学 Vol.30 No.2 : 249-252, 2000-2.
- 6) 九島璋二 : 自然出産と心理療法.周産期医学 Vol.32 No.1 : 53-56, 2002-1.
- 7) 松岡恵 : 母親になる過程を支えるための助産婦の役割.周産期医学 Vol.32 No.1 : 107-110, 2002-1.
- 8) 坂井昌人 他 : 妊婦と分娩における安全性と快適さの調和を求めて.周産期医学 Vol.32 No.4 : 500-504, 2002-4.
- 9) 杉本充弘 : 妊娠中期のプライマリパースプラン.周産期医学 Vol.34 No.11 : 1727-1732,2004-11.
- 10) 中林正雄 : 巻頭言.周産期医学 Vol.36 No.5 : 534-535, 2006-5.
- 11) 竹村秀雄 他 : 分娩の安全と快適さ.周産期医学 Vol.36 No.5 : 629-633, 2006-5.

症 例

化学療法を行う患者様へパンフレットを作成して

A guide leaflet of chemo therapeutic outline for inpatients

松村 美沙
Misa Matsumura

要 旨

化学療法を行う患者様は副作用に対する不安を抱えながら治療を行っている。当科では統一した指導が行われていなかったため、統一した指導内容の見直し、また、副作用の出現時期・対処法について情報提供する必要性があると考えパンフレット作成に取り組んだ。その結果、患者様へのもてる力・健康な力を高める援助につながったため報告する。

キーワード：健康的側面・もてる力
health view・human power

はじめに

2病棟では、消火器癌で再発や転移のため手術できず、化学療法を行う患者様が増えている傾向にある。KOMIチャートを見直したところ、抗がん剤治療を行う患者様は副作用に対し不安が大きい、自分の事は自分でしたいという気持ちもあった。患者様が安心して治療を行えるようには看護師が統一した情報提供をすること、治療中・退院後も副作用をコントロールしながらできるだけ今までどおりの生活が過ごせるよう、副作用の出現時期、症状とその対処法に対して情報提供をすることが必要であると考えた。また短期間の入院の間に治療を行い退院となる。限られた入院期間の中で、一度に説明を行っては患者様の負担も大きいと考え、何度でも見返すことができるようパンフレットの作成に取り組んだ。

目 的

副作用の出現時期・対処法について情報提供し生活過程を整えることにより患者様の健康的側面に働きかけ、持てる力を最大限に活かす。また、看護師が統一した情報提供をすることで患者様が安心して治療を行えるようにする。

方 法

大腸がん(FOLFOLX療法)の患者様にパンフレット、チェック表を用いて副作用の症状、対処法について説明する。3名の患者様に実施する。

結 果

M様 男性 76歳 6クール目

パンフレットを用いて説明を行うと「もっと早くにほしかったな」という言葉が聞かれた。徐々に骨髄抑制が起こってきており、治療が延期になったこともあり自分でも色々と調べている方であった。また、チェックリストを用いながら、現在体に起きていることを一緒に確認していった。特に自覚症状はみられていなかったが、ヘモグロビンが減少していたためコメント欄に看護師から患者様へ次回の入院時まで気をつけてほしいことを、コメントした。患者様からも「免疫力を高めるためにどんなことをしたら良いのか？」など質問があり、食事について調べ情報提供を行った。7回目の入院時にパンフレットの内容について再度確認したところ「内容はわかりやすく役にたった」「自分なりに食事に工夫してきたよ」と患者様から話され、血液データも回復しており、

化学療法を行う患者様へパンフレットを作成して

頑張っていることが結果にでたことを一緒に確認した。

S様 78歳 男性 7クール目

しびれの症状が出てきているために興味をもち受け取ってくれる。8回目の入院時に再度パンフレットについて確認したところ、パンフレットの内容を参考にさらに自分にあった方法でしびれを予防されていた。

E様 54歳 男性 5クール目

パンフレットを渡すと「色々調べてくれたのだね」と喜ばれる。副作用の症状がみられていなくパンフレットについては、特に感想は聞かれなかった。その後治療回数が増えていき、退院後味覚障害がでて「パンフレットを参考に色々やってみた、レモン水が自分には合っていたみたいだよ」という言葉が聞かれパンフレットが自宅に帰ってから活用されていることがわかった。

ま と め

パンフレットを作成し患者様と関わりM様から「もっと早くに欲しかった」という言葉やE様のように治療中副作用の症状がでていなくても退院後に副作用が出現することがある。このことから症状に対する対処方法を事前に指導することの大切さを感じた。チェックリストを活用することで患者様と現在の状況を共有でき、また、予防的に関わることで患者様の健康的側面に働きかけ治療を継続できるようにサポートすることにつながったと考える。今回パンフレットを作成したことで指導内容の統一ができ、患者様に均一な看護を提供できると考える。患者様が社会生活を送りながら、できるだけその人らしく日常生活を送ることができるよう、また、安全に安心して治療を受けられるように関わっていかなければならない¹⁾。看護業務が多忙さを増す中で患者様が安全に安心して治療を受けられるような環境作りと看護師の知識や技術の向上、信頼関係を築き、個性のある看護を提供できるよう今後も課題として取り組んでいこうと考える。

参考・引用文献

- 1) 日総研グループ: がん化学療法 看護実践集 第1版第1刷 p122
日総研出版 2005
- 2) 渡辺 亨・飯野 京子: 患者の「なぜ」に答えるがん化学療法Q&A 医学書院
第1版第1刷 2002 第1版第5刷 2005
- 3) 佐々木憲一郎: がん看護学 ベッドサイドから在宅ケアまで 三輪書店
第1版第1刷 1998 第1版第5刷 2004
- 4) http://www.khsc.or.jp/materials_collection/05/05_01.pdf

抗がん剤治療を 受けられる方へ



砂川市立病院
2病棟

副作用について

抗がん剤の標的はがん細胞ですが、がん細胞だけに薬を効くようにする方法はまだ確立されていません。

抗がん剤の投与を受けると正常細胞の中でも成長のスピードの速いもの(骨髄・粘膜・毛根・爪)などが影響を受けることになり、いわゆる「副作用」として症状があらわれることになります。

また、心臓・膀胱・肺・神経系にも障害を与えることがあります。

治療が終了すると多くの正常細胞は急速に回復するので、副作用の多くは個人差がありますが次第に軽くなっていきます。

★副作用は人によって大きく違ってきます。心配しすぎないようにして、できるだけリラックスして治療を受けるようにしましょう。

★治療中はあなたが主役です。副作用をコントロールしながら、できるだけ今までどおりの生活が過ごせるよう、みんなでお手伝いします。そのためには情報の共有が重要です。どんな症状があつて、どう感じたか、どうふうに行動したか教えてください。

吐き気・嘔吐

吐き気・嘔吐は、出現する時期によって次の3つにわけられます。

1. 治療開始から24時間以内に起こる吐き気・嘔吐
抗がん剤そのものによる影響が考えられ、治療開始前に予防薬を使用します。
2. 治療開始から2日目以降、数日の間に起こる吐き気・嘔吐
個人差が大きく原因はまだよくわかっていませんが、吐き気止めがあるので「吐き気止めは効かない」とあきらめないで医師や看護師に声をかけて下さい。あなたに一番合う薬をさがしましょう。
3. 治療のことを考えることによる吐き気・嘔吐
一度治療で吐き気や嘔吐を経験することから次に病院に来院ただけ点滴を見ただけで吐き気を感じる場合があります。

脱毛

髪の毛の細胞は頭皮に約10万個あり、一つ一つが個別に発毛から脱毛までの周期を営んでいます。このため普段は一気に髪が生えて一気に抜けるということは起こりません。約10万個の髪の毛の細胞のうちおよそ90%が2~6年かけて成長しておりあとの10%が抜けるまへの準備をし、一日に約100本が自然に脱毛しています。

抗がん剤はこの成長している90%の髪の毛の細胞にも影響を与えるので、急激な脱毛が起こってきます。治療開始すぐにはおこりませんが、10日~2、3週間ぐらいで起こり始めることが多いようです。

ただし、抗がん剤の影響は一時的なものですので、治療が終了し3~6ヶ月すれば再び髪の毛は生えてきます。

脱毛が始まったら・・・

- ★刺激の少ない弱酸性のシャンプーを使いましょう。シャンプーのしすぎに注意し、保湿に心がけるようにしましょう。
- ★ブランは柔らかく、目のあらいものを使いましょう。
- ★パーマ、毛染めは避け、ドライヤーは温度に気をつけ低温を心がけましょう。
- ★布製のキャップ、バンダナ、かつらなどを使用してみましょう。

吐き気が強いとき・・・

- 深呼吸をする、ゆるめの服を着てできるだけ身体をしめつけないようにしましょう。
- 一回に食べる量を少なくして食事の回数を多くしましょう。
- 食事の時に水分をとり過ぎないようにし、食事の時以外にできるだけ多くの水分をとりましょう。
- 温かいものは匂いで吐き気を誘発しやすいので、室温程度に冷ましてから食べるようにしましょう。
- 甘いもの、揚げ物、脂肪分はさげましょう。消化のよい、胃に長く留まらない物がいいでしょう。

消化のしやすい調理法は煮る・蒸す・茹でる方法です。

食べ物例

- ・粥 ・おじや ・雑炊 ・煮込みうどん ・フレンチトースト ・半熟たまご
- ・茶碗蒸し ・スクランブルエッグ ・卵豆腐 ・炒り卵 ・温泉卵 ・牛乳
- ・プリン ・ひらめ ・かかれい ・あじ ・たら ・まぐろ ・さけなどの煮物
- ・グラタン ・シチュー ・ヨーグルト ・チーズ ・パパリア ・ビスケット
- ・湯豆腐 ・冷奴 ・豆腐のあんかけ ・白和え ・納豆 ・味噌汁 ・ゼリー
- ・とろろいも ・野菜の煮物 ・クッキー ・カステラ ・卵ボーロ など

骨髄抑制

骨髄は血液のもとを造っています。抗がん剤治療を受けた皆さんは一時的に血液の働きが低下します。血液の働きが回復するまで、このパンフレットを参考にしてみてください。



ちょっとお勉強！！ 血液について

血液は白血球・赤血球(ヘモグロビン)・血小板・血漿からできています。

白血球 : 体に進入したばい菌と戦う
(3000~9000/ μ ℓ)

ヘモグロビン: 体中に酸素を運ぶ
(男性:15~17g dℓ、女性:12~15g dℓ)

血小板 : 血を止める役割
(13万~37万/ μ ℓ)

白血球が減少するとどうなるの？



骨髄で造られる白血球は、私たちの体を感染から防ぐ働きをしています。治療開始後、7～14日後に最も少なくなります。白血球数は2000/ μ L以下になると、免疫力が低下し、感染症にかかりやすくなります。非常に少なくなったときは白血球を増やす薬を注射することもあります。数値が低くなりますが、通常の反応なので心配しないでください。

感染予防が大切です！

- ★口からの感染を予防するため、手洗いうがいの基本です。
- ★治療開始後 7～14 日頃は、人ごみに注意し、外出時はマスクをつけましょう。



- ★剃刀や歯磨きで皮膚や歯肉に傷をつけないようにしましょう。傷を作ってしまった時は流水と石鹸できれいに洗った後に消毒をしましょう。

赤血球が減少するとどうなるの？



赤血球が減少すると貧血になります。貧血になると、体に十分な酸素の供給が行われなくなるので、疲れやすくなったり、めまいや息切れなどの症状が出てくることがあります。

貧血になったら・・・

- ★十分に体を休めましょう。
- ★一日にする仕事を制限しましょう(買い物・育児・家事・運転などは家族に手伝ってもらおう)
- ★しっかりと食事を取りましょう。特に鉄分を取りましょう(レバー・赤みの魚・ほうれん草などの緑色野菜)
- ★立ち上がったときや起き上がる時は、ゆっくり体を動かしましょう。

- ★規則正しい、排便の習慣をつけましょう。硬い便によって肛門が傷つき、感染を起こすことがあります。便秘がちの方はお知らせください。
- ★ガーデニングなどの庭仕事、ペットの世話をするときは手袋をしましょう。
- ★体調をみながらですが、毎日お風呂に入りましょう。
- ★入院中の方は、風邪を引いている人やお子様のご面会も感染の機会が増えることになるので、ご家族以外の方の面会はなるべくおさげ下さい。



血小板が減少するとどうなるの？



血小板が減少すると止血が十分にできなくなるため、ちょっとした傷でも血が止まりにくくなったり、少しあただけで内出血をおこしたりと出血しやすくなります。もし、歯茎からの出血や鼻血、打った覚えのない内出血、点々と紫斑がでたり、尿が赤みを帯びたり、便の色が赤くなるということがあれば至急病院に連絡下さい。

出血傾向のときは・・・

- ★歯ブラシは柔らかいものを使用する。
- ★鼻をかむときは、静かにかむ。
- ★排便時、強く力みすぎない。排便コントロールをしましょう。
- ★皮膚に怪我をしないように気をつける。(刃物や工具の使用など)

口内炎

治療開始後、3~7日頃、また白血球の減少したときなどに出現します。
口の中がヒリヒリしたり、痛みが出現したり、唾液が減少して口が乾く感じがします。つらい時期もあると思いますが、口内炎は治療終了後2~3週間すると必ずよくなります。医療スタッフと力を合わせて乗り切りましょう。

口内炎には予防が1番です！！

- ★できれば治療開始前に、虫歯の治療をしておきましょう。
- ★毎食後の歯磨き(柔らかい歯ブラシで口の中を傷つけないように)をし、よくうがいをしましょう。
- ★毎日、口の中を見る習慣をつけることも重要です。毎朝、歯磨き、うがいの後に唇と舌も含めて口をみましょ。ヒリヒリするところがある、白い斑点ができて、痛いところがある、食べたり飲んだりするのが辛い、出血している・・・などの症状があればできるだけ早く医師、看護師に知らせてください。

味覚異常・口腔乾燥

味覚異常は塩味が鈍感になったり、苦く感じたり、甘味に敏感になったり、味を感じなくなったりと人によって症状はさまざまです。口内炎などで口の中に傷があるかないかだけでも食事の内容が変わりますが・・・

- ★塩味がいつもとちがう感じ方になった場合は、塩、醤油、味噌などの調味量を変えてみたり、だしやごまの香り、酢の物などをためてみましょう。
- ★味を感じないときは、味付けをいつもより濃いめにしたり、酢の物、汁物、果物をとる回数を増やす、食事を少し冷まして食べるなどしましょう。
- ★口の中が乾燥するときは、梅干・あめをなめる、シュガーレスのガム・すめを噛む、水分をとる、レモン水・炭酸水などでうがいをする、飲み込みやすい水分の多い食事を工夫するなどしましょう。

口内炎が起こったら・・・

- ★引き続き歯磨きとうがいをし、口の中をきれいにしておきます。ただし、歯ブラシでは刺激が強すぎて歯磨きが十分行えないときは、うがいを重点的にします。
- ★口内炎の治療にはうがい薬やぬり薬などの多くのお薬があります。症状によって処方しますので、医師、看護師に相談してください。
- ★食事は基本的には自分の食べられるものを食べるのが大事になります。ただし、口に刺激を与えないために熱いもの・硬いもの・香辛料の刺激の強いもの・酸味の強いものは控えましょう！！

★LV/5FU 療法の患者様へ★



口内炎予防として、口腔内冷却法(クライオセラピー)があります。薬剤使用時に口の中に氷片をいれてもらい、口の中を冷やすことで薬剤の粘膜細胞への接触を低下し、口内炎を予防します。看護師から、説明がありますので協力をお願いします！

食事の例

- ・おすまし ・シチュー ・スポーツドリンク ・野菜ジュース ・プリン
- ・ヨーグルト ・ゼリー ・アイスクリーム ・おじや ・雑炊 ・おかゆ
- ・煮込みうどん ・湯豆腐 ・そうめん ・あんかけ豆腐 ・茶碗蒸し

🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷
のどごしが良くて、水分と一緒に飲み込めることがポイントです！！
 🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷🍷

- ★唾液は噛むことによって分泌が促進されるので、柔らかいもので良く噛むことを心がけてください。
- ★口の中が乾燥している間は、いつでも水分補給ができるようにお茶やお水を身近においておきましょう。
- ★スプレーなどもありますので症状のひどい方は相談してください。

食欲不振

治療中は、吐き気や口内炎、病気への不安、抗がん剤の影響など様々な理由で食欲の低下がおこります。原因となっている症状をとることが一番ですが「欲しくないから食べない」「食べられない」と食事をするのをあきらめないで下さい。

食欲不振は個人差はありますが、治療をしている方は誰でも経験する副作用です。食欲のないときは、一口だけでも食べ続けることが大切です。食べ物が腸に入って腸が正常に運動することによって腸の生理機能が働き免疫力がアップします。全く食べない期間が長いと小腸の粘膜が落ちて吸収が悪くなり悪循環です。

- ★食事の時間にこだわらず、少しでも食欲のあるときに食べるようにしましょう。
- ★食べたくない日、食べられない日は、水分をたくさん飲むようにしましょう。
- ★なるべく家族や友人と食事をしましょう。
- ★食事を作らなくてはならない方は、治療のスケジュールに合わせて、体調の良いときに何食分かを準備しておくといでしょう。

便秘

抗がん剤の種類によっては腸の動きが弱くなり、便秘になることがあります。また、治療中は運動不足や吐き気による食量や水分摂取量の減少によっても便秘になります。

便秘になると「吐き気」「食欲不振」「頭痛」「不眠」「全身倦怠感」などの症状がみられることもあります。

- ★できれば毎日同じ時間に排便を試みるように習慣をつけましょう。
- ★できるだけ水分をとるようにしましょう。(少しずつ何回かに分けて)
- ★体を動かすことにより腸の運動が促されるため散歩するなど適度に運動しましょう。
- ★腰やお腹を温めるのも効果があります。
- ★便秘の状態によっては、便を軟らかくする薬を服用することも必要になります。

下痢

抗がん剤の種類によっては、消化管の粘膜が損傷をうけ、下痢をすることがあります。消化管粘膜は再生しますので、通常は一時的な症状です。治療開始後 24 時間以内に起こる下痢は比較的軽微な症状が多いようです。

下痢が起こったら・・・

- ★下痢止めが処方されます。下痢が収まるまで十分に使いましょう。また、一回に食べる量を少なくし、食事の回数を多くしましょう。
- ★生野菜・豆類・生やドライフルーツ(バナナ、オレンジ、桃はかまいません)ポップコーンなどの繊維の多く入った食べ物は避けて繊維の少ない食事をとりましょう。
- ★コーヒー、紅茶、お茶、アルコール類、スパイスの効いたものなど刺激のあるものも避けましょう。
- ★体の中の水分とカリウムが失われるので、バナナやオレンジ、じゃがいも、桃などでカリウムを補い牛乳などの乳製品は避けるようにしましょう。

倦怠感

倦怠感とは「だるい」「すぐ疲れてしまう」「何もする気がおきない」「体がおもい」「集中できない」などと感じることで。

抗がん剤によって影響を受けた正常な細胞が自己修復をしようとしてより多くのエネルギーを使用するために起こったり、食欲不振などからエネルギー不足、副作用による様々な不快な症状の出現のために起こったりします。

倦怠感、治療を受けるほとんどの方が感じるものといわれています。

一般的に初回投与の 2～3 日目に出現し 1 週間前後でピークをむかえます。その後徐々に軽減しますが、治療が繰り返される場合は蓄積されます。

倦怠感がでてきたら・・・

- ★一日のうちどこが一番体力があるか考え、必要な用事はその時間帯に行うようにしましょう。
- ★活動した後は必ず休息が取れるようにしましょう。
- ★できれば昼寝をしましょう。

- ★倦怠感以外の副作用を積極的にコントロールしましょう。
- ★マッサージやリラクゼーションも試してみてください。
- ★水分は十分にとれていますか？吐き気などのために水分が十分取れていないときは脱水による倦怠感がでている場合もあります。



大事なことは倦怠感によって寝たきりにならないことです。
 休息をとりながら少しでも体を動かしましょう。
 もし、起き上がるのも辛い、寝ていても動悸がするなど、今まで感じたことのないような辛さを感じたら病院に連絡してください。



膀胱と腎臓

腎臓は体内の異物や老廃物をろ過する臓器です。
 抗がん剤は肝臓で代謝され、腸へと送られるものと腎臓でろ過され排出されるものがあります。
 腎臓から排出される抗がん剤は、腎臓の働きがよくないと使うことができません。また、抗がん剤によって腎臓自体が影響を受ける可能性があります。薬によっては膀胱の粘膜に影響を受ける場合があります。このため点滴をたくさんすることによって腎臓から膀胱にはできるだけ温度の薄くなった抗がん剤が通っていくようにしています。

- ★点滴がなくなってもしばらくは水分をできるだけとるようにしましょう。
吐き気などで水分が取れない場合は点滴が追加になることもあります。
- ★治療中は尿に触れないように気をつけましょう。こぼしてしまった場合は早急にふき取り水を流して洗っておきましょう。

手足のしびれ

冷たいものに触れたり、飲んだりすることで口唇周囲、のど、手のひら全体や、足の裏などしびれやびりびりした痛みが出てきます。治療をやめれば回復しますが、治療中不快な思いをされるかもしれません。症状を完全にとりさることは難しいですが、少しでも軽くする方法があります。治療中は冷たいものに注意し、温めのあるところを避けましょう。

しびれがでてきたら・・・

- ★しびれのため手足の感覚が鈍くなっています。傷ややけどに注意しましょう。
- ★しびれている部位を温めると末梢の循環を良くする効果があります。しかし、個人差があり、逆にしびれを強く感じる方もいます。
- ★足先がしびれている場合、しめつける靴下やきつめの靴はしびれを増強させる可能性がありますので注意しましょう。
また、車の運転にも注意が必要です。足先のしびれの程度によっては運転を控えたほうが良いこともあります。

ご家族の方へ

治療中は感染にかかりやすい状態です。
 患者様ご自身のうがい・手洗いは、もちろん重要ですが、一緒に生活されているご家族もできるだけ外から持ち込まないよう、患者様と一緒にうがい・手洗いをしましょう。

- ★心配なことは遠慮なく、近くのスタッフに声をかけてください。
- ★退院後、心配などありましたら病棟の方へ連絡下さい。

TEL:54-2131
第2病棟



症 例

不安を軽減し意欲を支える看護 ～人工股関節置換術を受けた患者様との関わりから～

Nursing care for the total hip arthroplasty patients

稲垣 裕子
Yuuko Inagaki

要 旨

人工股関節術を受けた患者様に対して術前から不安を軽減できるよう関わり、意欲を支える事で、術後の早期離床や退院後の生活に対し自信を持つ事ができたのでここに報告する。

key words : total hip arthroplasty , anxiety

はじめに

今回、左人工股関節置換術を受けた患者様を受け持たせていただき、手術や今後の生活に対して少しでも不安を軽減し、本人の意欲を支えるよう関わる事で、今後に対して自信を持ちスムーズに日常生活動作（以下ADL）が拡大し退院する事ができたので、ここに報告する。

患者紹介

I氏 83歳 女性

診断名：左変形性股関節症

既往歴：40歳高血圧（奈井江町立病院、内服治療中）、42歳盲腸（奈井江町立病院、手術）、78歳痔（神部病院、手術）

家族背景：一人暮らしで奈井江に在住。夫と子供4人（男3人、女1人）いるが、夫と長女はすでに亡くなっている。一番近くに住んでいる息子でも岩見沢のため、時々しか会えない。

現病歴：平成15年11月頃より左股関節痛出現、奈井江町立病院に通院していたが、強い痛みではなかったため、自宅で様子を見ていた。去年より左股関節痛増強、当院紹介にて8月に受診、手術勧められ入院となる。

入院時の状態：左股関節部痛あり、1本杖または歩行器歩行されている。歩行時跛行あり。（身長140cm、体重45kg、BMI23.0）

II 看護の展開

1. ケアの視点で病気を見つめる

変形性関節症は、加齢が大きく関与している。しかし、加齢によって関節内の変化は生じても、必ず変性をもたらすわけではない。軟骨の強度に対し軟骨にかけられる力が過大になると変性する。したがって荷重関節である股関節が、慢性的な荷重から最も変性を起こしやすい。そのため、過体重や筋力の低下は、大きな増悪因子となる。

また、軟骨が損傷や疾患によって弱化、あるいは正常な骨で支持されていない事などでも軟骨に変性を生じる。関節はその構造によって運動に一定の制約を受けるが、無理な外力が加わると関節が損傷する。

人工股関節置換術後は、周囲の軟部組織が強度を持ち始めるまでの期間（約3週間）は特に脱臼しやすい。術後に脱臼を起こさない肢位の理解を得て、術後ADLの中で指導していく。また、人工股関節置換術は股関節可動域の制限を強いられ、日常生活行動に影響があっても、工夫する事により快適に生活できるという安心感を術後の体験をとおして理解を得ることが大切となってくる。

I氏の場合も、BMIから体重は標準であり、特に既往がないことから、加齢が影響していると考えられる。加齢に伴う細胞の分裂・増殖能力の低下は、各臓器における細胞数の減少を反映し、加齢に伴いほぼ直線的に低下する。また、身体機能の変化は、高齢者の活動性に变化をおこす。

全身の筋力量の低下は、耐久力を低下させ、結果としては筋力低下をきたして活動性を低める。

そして、高齢者の術後の安静は、2~3日であっても筋力の低下をまねき、臥床期間が長くなるほど運動機能は低下し、ADLの自立が困難になる。可能な限り早期離症をすすめることが重要となってくる。また、術後の生活行動や股関節の可動域の制限、今後についての不安があると考えられるため、早めに説明・指導をし、術後や退院後の生活をイメージする事で、リハビリに対する意欲、積極性が増し不安なく退院へ向かう事ができると考える。現在の体重を維持し、筋力低下・意欲低下を予防するためにも、術後の不安を軽減し意欲を支えることで、回復を早め早期離床、リハビリを継続していけるよう関わっていくことが必要となってくる。

2. グランドアセスメント

左股関節痛あり、今回人工股関節置換術を行うことになった。人工股関節置換術後は、体動によって痛みが出現しやすく、痛みがあることによって、臥床期間が長くなり離床が遅くなる。またI氏は83歳と高齢であるということから、回復力が遅く、術後の制限がある事に対する不安などからも意欲が低下する可能性があり、その事も離床を遅らせる原因となる。痛みを緩和し、不安を軽減して意欲を低下させないよう関わり、もてる力・健康な力を高めて行くことが必要となってくる。

3. ケアの方針

- (1) 精神的に安定した状態で手術に臨めるよう関わる。
- (2) 創痛を緩和しながら安静による弊害を予防し、早期離床とADLの拡大を目指す。

4. 行い整える内容

- (1) 患者様、家族の不安や戸惑いなどの訴えを傾聴し、軽減できるよう関わる。 左下肢免荷重での車椅子移乗練習、三角枕の装着体験を行う。

- (2) 創痛、下肢のしびれ、創部の腫脹・熱感の観察をする。

創痛増強時は速やかに鎮痛剤を使用し緩和に努める。いつでも痛みや苦痛を訴えられるような態度で接する。

患者様が自分でできる動作は取り入れられるよう、ベッド周囲の環境を整える。

安制度が拡大する時には十分な説明をし、行動が安定するまで看護師が付き添い転倒防止に努める。

車椅子移乗が自立したら、洗面所での洗面ができるよう説明する。

リハビリ後には休息を十分にとり、体力の消耗を最小限にする。

清潔の援助を通し全身の観察を行い、マッサージ効果により血行促進、合併症、感染症の予防に努める。患部クーリングの実施。

インパルス、弾性ストッキングの装着。

患者様ができたことに対し認め、意欲を支えるよう関わる。

退院後の生活行動についての指導する。(脱臼について)

5. 実行内容・結果

ケア方針(1) 術後の不安を軽減し、スムーズに車椅子移乗できるよう術前から練習を行った。車椅子移乗は、患肢である左下肢を床につけないよう右下肢で立ち、車椅子の移乗をまず自分が行ったのを見てもらってから、患者様に行ってもらった。そして、車椅子移乗時、脱臼予防のために枕を股に挟んでもらった。三角枕についても術後しばらくの間固定されてしまうため、事前に体験をしてもらった。また、その際術後は、様々な管が入ってくるため自分で動いてほしくない事や看護師2人で体位変換を行う事を説明した。

ケア方針(2) 術後インフューザーが入っていたため創痛自制内で経過され、術後2日目で抜去となる。その後も創痛増強なく、鎮痛剤を使う事はなかった。術後3日目には、Jバック抜去となり、翌日には免荷で車椅子移乗可、術後6日目には全荷重可、術後7日目には、三角枕からそば枕へと変更、リハビリ開始、術後8日目にはバルーン抜去、術後9日目には、全抜糸となった。車椅子移乗については、始めの何回かは看護師が患肢を支えて移乗したが、その後は見守りだけでできるようになっていた。また、脱臼予防のため、車椅子移乗時は、体交枕やトイレットペーパーで作った枕をはさむよう説明すると時折忘れてしまうことはあったが、だいたいできていた。車椅子からトイレの便座に座る際も移動はスムーズにできていたが、座ってから両膝を内側にする事があり、内股になると脱臼する可能性がある事を説明、見かけた時はそのつど注意していった。術後6日目より、全荷重可となるが、歩行器での歩行はできず、翌日リハビリで歩行練習を行った後から病棟でも少しずつ行うようにしていった。歩行器歩行を開始してから、1週間くらいは、看護師が見守りでトイレや洗面など行っていたが、歩行状態も安定しているため、その後は一人で行っていた。入浴も全抜糸が終わりキズの確認をしてから、看護師が付添い入浴し、その際、浴槽への入り方など説明しながら行った。I氏からは、退院後の不安について聞かれてはいなかったが、一人暮らしのため身のまわりのことは自分でしなければならない。そのため、自宅に戻った時の生活行動を一緒に考え、入浴や着替えなど生活の中で脱臼に気を付けていかなければならないことを説明

していった。

6. 評価

車椅子移乗を実際に行ってもらい、左免荷での移動はふらつくことなくスムーズに行えた。患者様からも、「どうやって移動するかわかった。先にやってもらって良かった。」などの言葉が聞かれた。これは、術前から練習をしていたため、術後の車椅子移乗も不安なくスムーズに行う事ができたと考える。三角枕についても、自分で動けない事について、嫌な表情をされるかと思っていたが、「楽ちんだわ。これでいいの」などと笑顔で話されており事前に体験してもらった事で、術後不安は聞かれなかったと考える。歩行器に関しては、「ホントに患肢をつけてもいいんだろうか」などと初めは不安があったため、すぐには歩行出来なかったが、リハビリを行った事で不安がなくなり自信がつき「歩けるんだから歩かないと」と前向きな気持ちに変わった事で、スムーズに行う事ができたと考える。入浴での浴槽の入り方や椅子からの立ち上がり方など、自分が行ったのを見てもらいながら説明を行い、I氏からは「大丈夫、気をつけるから。」と話され生活行動に対して説明を行った事で、不安は聞かれず安心して退院へ向かう事ができたと考える。I氏のように不安やトラブルが起きることなく回復が早かったのは、術前から取り組んだ事と、I氏の不安を傾聴し、できた事を一緒に喜び認めていった関わりが、I氏の前向きな気持ちを支えていけたと事と考える。反省点として、退院してからも見れるようなパンフレットを作成すれば、退院後もI氏が気をつけなければならない事を確認することができ、継続して脱臼などの合併症に注意していったのではないかと考える。

考 察

金井は『ケアとは、人間の身体内部に宿る自然性、すなわち健康の法則が、十分にその力や機能を発揮できるように、生活過程を整えることであって、それは同時に対象者の生命力が高まるような、最良の条件を創ることである』と述べている。I氏は、83歳と高齢であり、退院後一人の生活に戻らなくてはいけないという事を考えると、術後の早期離床が今後大きく影響すると考えられた。不安は行動を消極的にさせ、ADLの拡大や退院に向けての意欲を低下させる。術後や今後について予測し、援助していく事で、退院後の生活を具体的にイメージでき、自信となり、早期離床、退院へとつながったと考えられる。また、I氏は、とても話し好きで前向きな方であり、不安な言動は聞かれなかったが、退院後は一人の生活に戻るためいくらかの不安はあったと思われる。退院後は脱臼などの合併症について理解し、生活行動の中で注意してほしいことを指導したことは、退院後の生活に

対する不安を軽減し、自信を持つ事ができ、持てる力・健康な力を活用し高めることができたと考える。

IV ま と め

人工股関節置換術の術後は、脱臼などの合併症の可能性があり、I氏は高齢で一人暮らしのため、退院後の生活行動に不安があると考えられた。しかし、術前から不安について傾聴し、早期から日常生活行動の指導を行い意欲を支えることが、術後の早期離床や退院後の生活に対する自信につながったと考える。

引用・参考文献

- 1) 金井 一薫著：KOMI理論 2004 現代社 P33

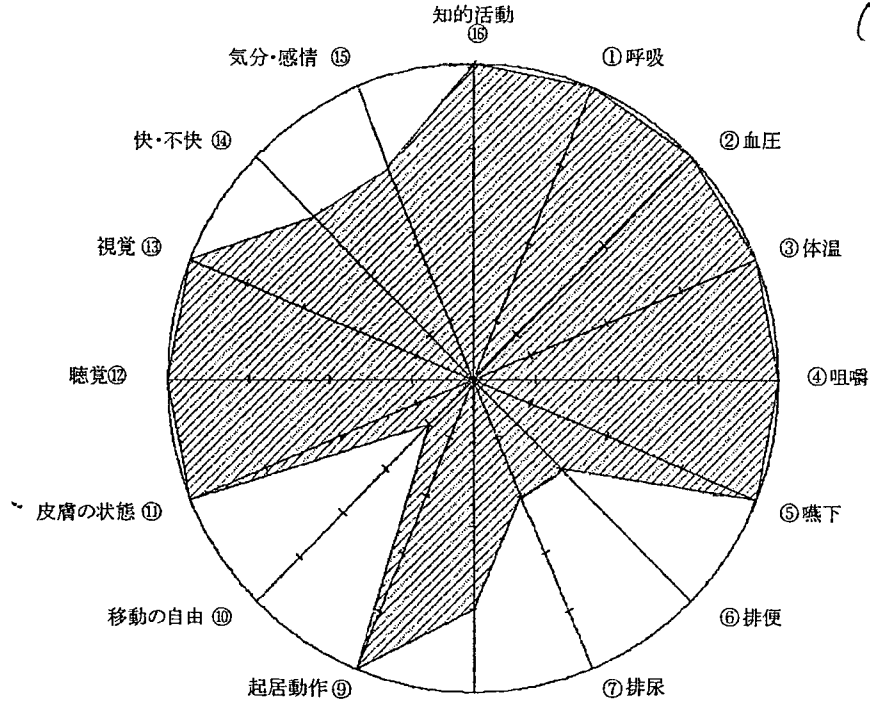
KOMI レーダーチャート

氏名	様		
年齢	83 歳	性別	女

作成日： 2006 年 09 月 21 日

作成者： 稲垣 裕子

(OPf20目)



- 呼吸
- 吸引
 - 吸入
 - 体外補助手段 (人工呼吸器等)

- 咀嚼
- 入れ歯
 - きざみ食
 - ミキサー食
 - 流動食

- 嚥下
- とろみ
 - 鼻腔栄養
 - 胃瘻
 - 点滴 (静脈) 栄養
 - IVH

- 排便
- おむつ
 - 差込便器
 - ポータブル
 - 浣腸
 - 摘便

- 排尿
- おむつ
 - 尿器・バンド
 - 失禁パンツ
 - ポータブル
 - カテーテル

- 起居動作
- つかまりバー
 - ベッド欄
 - 紐

- 移動の自由
- 手すり
 - 杖
 - シルバーカー
 - 歩行器
 - 車椅子
 - 電動車椅子



- 聴覚
- 補聴器
 - 左右差に配慮が必要

- 視覚
- 眼鏡
 - コンタクトレンズ
 - 杖
 - 盲導犬
 - 視野欠損に配慮が必要

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・注釈等

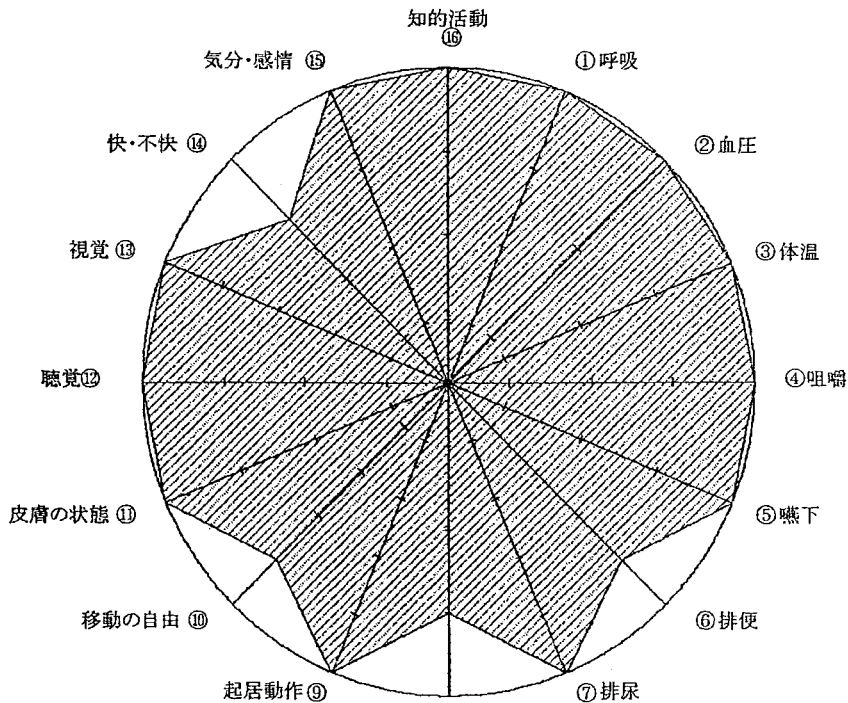
- ② 高血圧内服中
- ⑥ 毎日ではないが、下剤を服用されており、排便は2~3回/日ある。現在オベ後のため、オムツを当ててあり、パッド上で排便を行っている。
- ⑦ オベ後のため、バルーンカテーテル挿入中。
- ⑧ 両上肢に痛みしびれあり、湿布貼用されている。
- ⑩ オベ後のため、ベッド上安静。脱臼予防のため、三角枕で固定中。体位変換適宜施行中。
- ⑭ 体動時、左股関節の創痛あるが、自制されている。

KOMIレーダーチャート

氏名	様		
年齢	83 歳	性別	女

作成日： 2006 年 10 月 12 日

作成者： 稲垣 裕子



- 呼吸**
- 吸引
 - 吸入
 - 体外補助手段 (人工呼吸器等)

- 咀嚼**
- 入れ歯
 - きざみ食
 - ミキサー食
 - 流動食

- 嚥下**
- とろみ
 - 鼻腔栄養
 - 胃瘻
 - 点滴(静脈)栄養
 - IVH

- 排便**
- おむつ
 - 差込便器
 - ポータブル
 - 浣腸
 - 摘便

- 排尿**
- おむつ
 - 尿器・パッド
 - 失禁パンツ
 - ポータブル
 - カテーテル

- 起居動作**
- つかまりバー
 - ベッド柵
 - 紐

- 移動の自由**
- 手すり
 - 杖
 - シルバーカー
 - 歩行器
 - 車椅子
 - 電動車椅子



- 聴覚**
- 補聴器
 - 左右差に配慮が必要

- 視覚**
- 眼鏡
 - コンタクトレンズ
 - 杖
 - 盲導犬
 - 視野欠損に配慮が必要

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・注釈等

② 高血圧内服中
 ⑥ 毎日ではないが、下剤を服用されており、排便は2～3回/日ある。
 ⑧ 両上肢に痛みしびれあり、湿布貼用されている。
 ⑩⑭ 体動時、左股関節の創痛あるが、自制されている。歩行器または杖歩行されている。

KOMIチャート

氏名	様		
年齢	83歳	性別	女

作成日：2006年09月21日

作成者：稲垣 裕子

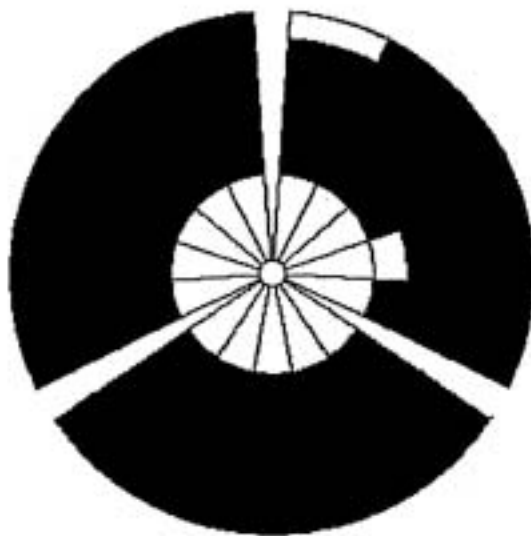
(OP後2日目)

【認識面】

- 本人がわかる・関心がある
- 本人がわからない・関心がない
- ▨ 判別できない(要観察事項)

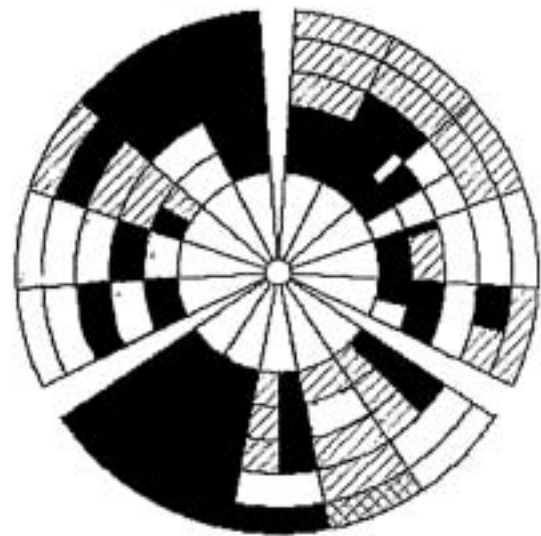
【行動面】

- 本人がしている
- 本人がしていない
- ▨ 判別できない(要観察事項)
- ▧ 専門家の援助がはいっている
- ⊗ 身内の援助でまかなわれている



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.0/27	25.0/25	25.0/25	75.0/77



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
10.0/28	16.0/25	14.5/25	40.5/78

▲KOMI チャートの「認識面」が示す特徴・注釈

- ①呼吸：空気を清浄にするための各種電気製品の使い方や取り扱い方は入院中のためわからない。
- ②食：食べ物がわかる。異常食欲がない。
- ③排泄：どこで排泄すべきかわかる。
- ④動く：できる動作や作業は自分の力でやりたいと思う。
- ⑤眠る：昼か夜かわかる。睡眠の不調に対して解決する方策を知っている。
- ⑥人と話すことに苦痛がない

▲KOMI チャートの「行動面」が示す特徴・注釈

- ①呼吸：自力で自然に呼吸している。部屋の換気・温度・湿度の調節は看護者がしている。
- ②食：ベッドギャッジアップすれば、経口的に自力で摂取している。配膳・下膳は看護者が行っている。
- ③排泄：オベ後のため、排便はベッド上で行っている。(下剤を自己調節している。) 排尿については、バルーンカテーテル挿入中。
- ④動く：オベ後のためベッド上安静、三角枕で固定中。体位変換適宜施行している。
- ⑤眠る：眠剤を自己調節して内服している。
- ⑥清潔：毎日清拭・陰部洗浄を行っている。洗面、歯磨きはベッド上で行っている。
- ⑦着脱：着脱は介助にて行っている。洗濯は、家族がしてきてくれている。
- ⑧装い：自ら洗面・歯磨きをしている。化粧もしている。
- ⑨会話：スムーズにコミュニケーションがとれており、会話な内容に違和感や乱れがない。
- ⑩性：異性とごく自然に付き合っている。
- ⑪役割：家族に支えられている。
- ⑫心身の不調を自分から訴えることができる。

KOMIチャート

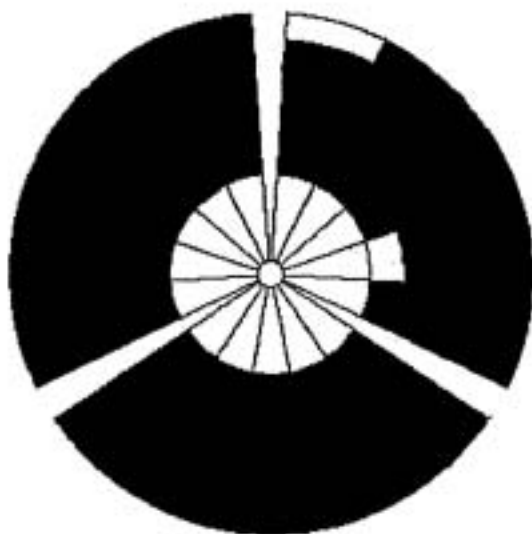
氏名	様		
年齢	83 歳	性別	女

作成日：2006 年 10 月 12 日

作成者：稲垣 裕子

【認識面】

- 本人がわかる・関心がある
- 本人がわからない・関心がない
- ▨ 判別できない（要観察事項）

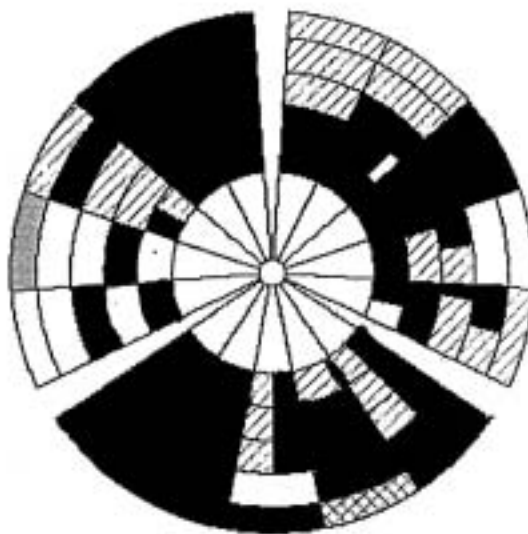


▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.0/27	25.0/25	25.0/25	75.0/77

【行動面】

- 本人がしている
- 本人がしていない
- ▨ 判別できない（要観察事項）
- ▧ 専門家の援助がはいつている
- ▩ 身内の援助でまかなわれている



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
16.7/28	19.2/25	16.5/25	52.4/78

▲KOMI チャートの「認識面」が示す特徴・注釈

- ①呼吸：空気を清浄にするための各種電気製品の使い方や取り扱い方は入院中のためわからない。
- ②食：食べ物がわかる。異常食欲がない。
- ③排泄：どこで排泄すべきかわかる。
- ④動く：できる動作や作業は自分の力でやりたいと思う。
- ⑤眠る：昼か夜かわかる。睡眠の不調に対して解決する方策を知っている。
- ⑥人と話すことに苦痛がない

▲KOMI チャートの「行動面」が示す特徴・注釈

- ①呼吸：自力で自然に呼吸している。部屋の換気・温度・湿度の調節は看護者がしている。
- ②食：経口的に自力で摂取している。配膳・下膳は看護者が行っている。
- ③排泄：自力でトイレ行かれている。
- ④動く：歩行器または一本杖歩行されている。ベッド上でも滑車運動（30×3）行っている。
- ⑤眠る：眠剤を自己調節して内服している。
- ⑥清潔：毎日清拭・陰部洗浄を行っている。洗面・歯磨きはベッド上で行っている。
- ⑦着脱：洗濯は、家族ができてきている。
- ⑧装い：自ら洗面・歯磨きをしている。化粧もしている。
- ⑨会話：スムーズにコミュニケーションがとれており、会話な内容に違和感や乱れがない。
- ⑩性：異性とごく自然に付き合っている。
- ⑪役割：家族に支えられている。
- ⑫心身の不調を自分から訴えることができる。