

研究

化学療法の副作用による味覚変化が及ぼす影響

The influence that a taste change by the side effect of chemotherapy gives

赤坂早知子
Sachiko Akasaka佐々木沙織
Saori Sasaki

要 旨

看化学療法を行っている患者で「味がわからなくなった、いつもの味がしない」と、食物の摂取量が減少し、普段食べない辛いものや味付けの濃いものを好んでいるという現状があった。治療を受けている患者は健康な人よりも高エネルギーを必要とし、体の維持や治療の継続のために食は欠かせないものである。今回、実際に味覚変化が起きている患者に体験を話してもらったことで、いつもの味が感じられない苦痛、食べたくても食べられない辛さ、食べる事が出来た時の喜びなど、食に対する思いが明らかになった。また、調理法の工夫やいつでも食べられるものを用意するなど、食行動を支えてくれる家族の支援は大きい。症状が出現した際に早期に対応出来るように、治療前より副作用として味覚変化について本人や家族へ説明していくことが必要である。口から食べる事自体が患者を支えているため、患者の声に耳を傾けて精神面でのサポートをしていく事が求められる。

Key Words : Chemotherapy A taste change A side effect

はじめに

食事を摂取するということは化学療法を受けている患者にとって、基礎体力を維持し、治療を継続していくうえで重要かつ必要な治療法の一つである。化学療法にて味覚変化が出現している患者は食事を摂取出来ない苦痛と[食べたいけど食べられない。お腹は空くけど入らない]という言葉で表現することが多い。化学療法を受けている患者より食事摂取時に感じたこと、食事に関する体験や内容を聞き、事実を明らかにすることで、今後の看護ケアに生かしていくことを目的として体験を分析し、報告する。

研究目的

起きている体験を分析、考察していく事で明確化し、患者のニーズに応えた看護の提供が出来る様、今後の看護活動に役立てる。

研究方法

対象：化学療法中より、味覚変化が出現し、食事摂取量に変化が現れた当病棟に入院している患者様男1名女2名。

データ収集方法：半構造化インタビューを20～30分間行った。インタビューでは食事の好みの変化、味覚の変化、そのときの気持ちについて語ってもらった。対象者に了解を得てビデオ撮影をさせて頂いた。

データ分析方法：録音を記述的データにかえて味覚変化に関係したものを取り出し、[文脈]に対しコード化を行い、{サブカテゴリー化}「カテゴリー化」に抽象化した。

6つのカテゴリーの分類については看護研究指導者によるアドバイスをうけた。

倫理的配慮：研究協力にあたり、研究協力は自由意志であることを保証し、また、協力することにより生

じる可能性のある利益、不利益、プライバシー保護に細心の注意を払うことについて説明し、口頭、書面において同意を得た。

用語の定義：味覚変化とは化学療法を受けてから塩味、甘味、酸味、苦みの感じ方に何からの変化が現れる事。

結 果

1) 「味覚変化の知覚の仕方」

[みそ汁がみそ汁でなくなってしまう]、[たくわんを水でさらして全部塩けをなくした様な感じ]、[味が無い様な感じ]と話している。抽象化すると いつもの味でない 期待した味がしない となる。{期待した味を感じ取れない状態}であり、患者一人一人表現の仕方が違い、感じ方も様々である。

2) 「食べるための努力・試み」

[食べたいと思ったものを何種類も作ってきてくれる]、[食べたいものを床頭台にならべておき、食べたいときに食べる]、[三升漬けを売店で買ってきてご飯にかけたら少し食べられた]、[焼き魚やお刺身、わさびをたくさんつけて食べた][トマトに塩をかけていたのを砂糖にしたら食べられた]と話している。抽象化すると 食べたいものを少量ずつ 食べたいものを複数種類用意する 食べたいときにいつでも食べる 寝ながらでも食べられるもの(男爵いもではなくメークインを食べる。薫製を食べる) 普段食べていないものを食べて味の種類を増やす 塩分、甘み、辛みなど刺激が強いものを食べる さっぱりしたもの(果物やおひたし)を好む となる。このことより、{食べたいものを少量ずつ、複数用意する}好きなとき、好きな体位で食べられるものを近くに準備する}味がわかる刺激の強いものを食べる}食べやすく、口当たりの良いものを食べる}など、患者自ら工夫している。

3) 入院生活の戸惑い

[病院の食事は味気がない。見た目もいつも同じ器。器をただで嫌になる]、[家族がいつもこれない。売店で食べたいもの、ほしいものが売っていない]と話している。抽象化すると 好みの調理方法が期待できない 同じ器であり、代わり映えない 家族の協力が得られない 食べたいものが食べられない このことより、{病院食の限界}見た目の変化がない}求めるものが手に入らない}と感じている。また制限された生活空間であるため思うような生活を送ることができない状態である。

4) 普段と違う味に触れる機会

[治療前に食べられなかったカレーヌードルは結構食

べられた]、[トマトは好きではなかったが、お見舞いの人からもらったミニトマトはおいしくてたべられた。ケーキ、アイスクリームもおいしい][焼き魚は食べられた][甘いものは好きでなかったが、たいやきや大福は食べられた]と、話している。抽象化すると 香ばしい香りがよい 治療前に好まないものを好む 調理方法が変われば食べられる 味のはっきりした刺激のあるものを好む このことより、{香ばしい香りによる効果}調理方法の変更による食欲の変化}普段と違う味の発見}刺激のあるものを求める}という食行動の変化がみられている。

5) 家族との関係

[まるつきしだめだと思ってたべなくてもばあさんが持ってきてくれる][自分が寝ていて何か食べたいと思ったときに何種類も持ってきてくれる]と話している。家族が食べられるものを持ってきてくれる 食べたいものを数種類準備してくれる このことより、{家族の支援} {家庭の味}家族の努力}が大きい存在であり、本来の食習慣に近づく事が出来ている。

6) 食事に対する思い

[食べようと思ったらなんか考える。食べないで死ぬのは嫌だし、お腹は空く]、[お腹が空いても食べられない。食べないと体に悪い]、[病院で出たものは味けがない。][たくわんでいうと水をさらして全部塩けをなくした様な感じ][ご飯の時間が苦痛]であると話している。生きるためには食べなければならぬ お腹が空いても食欲が出ない 期待した味が得られず、食事が苦痛である このことより、{食べるための必要性はわかっている}食べられない}食べられないことで食事を苦痛と感じる}と、わかっている}もなかなか食べられない現状である。

考 察

化学療法を行っている患者の食事の摂取量が少なくなり、辛いものや味付けの濃いものを好んで食べていたため、嘔気による食欲不振だと思っていたが、話を聞いてみると味がわからなくなった、いつもの味がしないとの声が返ってきた。

副作用として味覚障害が出現する割合は添付文書に1~5%と書かれている薬剤があり、多いとはいええない。しかし、実際に症状が出ている患者にとっては治療を継続していく上で身体的、精神的にも大きい負担である。このことから患者の思いや起きている状況、体験を明らかにし、今後の関わりに生かして行きたいと考え、この研究を始めた。

「まわりの人間が気を配って患者に与えるべきものとしては食物は呼吸する空気について重要なものである」

というナイチンゲールの指摘はいうまでもなく、人間の生命過程を健康的に維持していくためには健康な細胞の再生を支えるための栄養素を正しく選んで取り込むことが必須条件となっている。¹⁾金井氏の指摘の通り、日々の看護実践の中で共感出来ることが多い。癌化学療法剤は急速に増殖する細胞を破壊する事より代謝率を増加させる。そのため、繰り返し化学療法を受ける患者は健康な人よりも高エネルギー、高タンパクを必要とし、エネルギー必要量は基礎代謝率の1.5~2.0倍が必要である。²⁾

食事は体を維持し、治療を継続するためには欠かせないものである。実際に味覚変化が起きている患者に体験を語ってもらった結果、「味が変だ、おかしい」と思いながらも、味覚変化の症状をどう説明していいのかわからないなど表現することが難しい事がわかった。味覚変化があっても「食べたくない。おいしくない。食欲が出ない。食べたいけど食べられない。」という言葉で表すこともあるため、見落としてしまう恐れがあると考えられる。

神田は化学療法により甘味、塩味、酸味、苦味のなかで一番塩味が変化しやすいと明らかにしている。今回、患者から話を聞いた結果、味が感じにくい、味がないという味覚変化の症状があり、特に塩味、甘味、辛いものなど刺激の強い食べ物を好んで食べていたという現状があった。いつもの味が感じられない苦痛、食べたくても食べられないつらさ、食べることができたときの喜びなど患者が体験している食に対する思いを知った。

この患者は、今何なら食べられるのかという視点と、この患者はいつどのようにすれば、どのくらい食べられるのかという視点から、その両方を満たす様な看護を実践しなければならない。神田は、無理矢理食べさせる必要はないが経口的に食べられる幸せと喜びを表出する患者や食べられる事が命の証などと考えている患者もいるため、患者のニーズに対応し、出来る限り経口で摂取出来る工夫を行う、その上で不足する部分を輸液で補うことが看護者の役割であると述べている。

「食べないと死ぬ。体に悪い」と今まで食べていなかったものを食べてみたり、味の濃いものを食べてみるなど、食べられるものを探したり、寝ながら食べたり、いつでも食べられるもの準備するなど、様々な努力や工夫をしている事がわかった。食事献立や食生活、好みに関する事柄は看護者が介入できることには限界があるため、食べやすいように調理を工夫したり、いつでも食べられるものを用意してくれるなど、食行動を支えて重要な役割をしてくれている家族の努力や支援は大きいといえる。

家族も患者が食べられない姿を見ることで不安を感じているため、患者の好みや食習慣、環境を考えながら患者と一緒に相談し、検討していく事が大切となる。

1990年代後半から栄養サポートチーム(NST)の必

要性が高まり、当院でも継続的な活動が行われている。胃をはじめとする消化管は、毎日少しずつでも活用していかなければ萎縮を起こし、いざ経口摂取しようとしたときには、かなり衰弱してしまっていると考えられる。経口摂取が少しでも可能な患者には工夫と励ましによって、すなわち看護の力で消化管の残された力を活用し、それを高めるよう援助していかなければならない。³⁾味覚変化が起きている患者をありのままに食事摂取量、嘔気などの症状、口腔内の状態、栄養状態をアセスメントし、関心を向けて関わり、NSTと連携を密にしていけることが求められる。少しでも食事がおいしく食べることが出来るように、口腔内の状態の観察や口腔ケアを行うことを心がけていきたい。

味覚変化の症状には個人差があり症状が出ない場合もあるが、早期に対応するためにも化学療法を始める前に副作用として味覚変化が現れた時の対応について、他の副作用と一緒に本人や家族へ説明し患者様の小さな変化を見逃さないようにすることが必要である。食とは命のつながりであり、口から食べる事自体が患者を支えている場合がある。食べることが心理的負担にならないように、食べられないときには食事の形態を変えたり口当たりの良いものや味付けを濃くする事でわかる味を楽しめる環境を作るためにも家族の協力やNSTとの連携が大きな役割を果たしているといえる。また、食事の話題がより負担を与えてしまうことが考えられるため、一時期食事について話題を避ける事が必要である。

前向きに闘病生活を送ることが出来るよう、患者の声に耳を傾け、少し食べられたことを一緒に喜び、食生活について共に考え評価していくことが求められる。

引用文献

- 1) 3) 金井一薫：ナイチンゲール看護論・入門，P 133 134,145, 現代社
- 2) 神田清子：癌化学療法で変化する味覚にどう対応する？エキスパートナーズ，16(10) P 16 19,2000

参考文献

- 神田清子：癌化学療法で変化する味覚にどう対応する？エキスパートナーズ，16(10)，2000
- 大路貴子：薬物有害反応のマネジメント，月刊ナーシング16(2) 2006
- 神田清子、狩野太郎：癌化学療法の看護，月刊ナーシング23(10) 2003
- 金井一薫：ナイチンゲール看護論・入門，現代社，1993

カテゴリー	サブカテゴリー	主なデータ
味覚の変化の 知覚の仕方	期待した味が 感じ取れない状態	味噌つゆが味噌つゆでない 味がないような味噌つゆ 味が変わったというより、味がしない たくわんでいうと、水でさらして全部塩気をなくした感じ
食べるための 努力、試み	食べたいものを少量ずつ 複数用意する	妻が自分が寝ていても食べたいと思ったものを持ってきてくれる 少しずつ何種類も持ってきてくれ、置いてくれた 佃煮、くんせい等も床頭台に置いてくれた
	好きな時、好きな体位で 食べられるものを 近くに用意する	牛乳、佃煮、くんせいはすぐにつまめるようにしていた 男爵いもではなく、メイクインを茹でて寝ながら食べていた
	味がわかる刺激が 強いものを食べる	あたたかいご飯に梅干し、ナンパンの三弁漬けをつける 辛いものを好んで食べていた 治療前は食べなかったカレーヌードルを食べる トマトに塩をかけていたのを砂糖にしたら食べられた
	食べやすく、口当たりが 良いものを食べる	おひたしを食べていた リンゴとか果物がさっぱりする いちご、トマト、野菜ものは食べられる ケーキ、アイスクリームはおいしい お刺身、焼き魚を食べた
家族の関係	家族の支援 家族の努力 家庭の味	家族が食べられるものを持ってきてくれる おいしく食べられるものを作ってきてくれる（好みの味付け） 食べたいものを数種類準備してくれる ほしいものを買ってきてくれる
食事に対する 思い	食べるための必要性が わかっていても食べら れない	病院の食事は味けがない お腹が空いても食べられない 食べないと体に悪い 食べないで死ぬのは嫌
	食べられないことで 食事を苦痛と感じる	病院で出たものは味けがない たくわんを水でさらして味けをなくした感じ ご飯の時間が苦痛である
入院生活の 戸惑い	病院食の限界 見た目の変化がない	食事に味けがない ご飯しか食べられず、おかずが食べられない 調理方法が合わない（豆だと固くて食べられない） 好みのものに合わせてもらえない
	求めるものが 手に入らない	家族が来られない 売店で食べたいものが売っていない 外に買いに行くことが出来ない
普段と違う味に ふれる機会	香ばしい香りによる 効果	焼き魚なら食べられる じゃがいも（メイクイン）を茹でてあぶって食べるとおいしい
	調理方法の変更による 意欲の変化	入院中は蒸したものが多いが、焼き魚なら食べられる
	普段と違う味の発見	今まで好きでなかったミニトマトがおいしい ケーキ、アイスクリームがおいしい カレーヌードルなら食べられる 甘いものは好きでなかったが、たい焼き、大福もちは食べられた
	刺激のあるものを求める	三弁漬けをご飯にかけたら食べられる お刺身にわさびをたくさんつけて食べる

症 例

精神科患者の不安に対するアロマセラピーの効果

The effect of the aromatherapy to a psychiatric patient's anxiety

中安 隆志
Takashi Nakayasu

要 旨

アロマセラピーが精神科患者の不安に対してどのような影響を与えるのか比較検証することを目的とし、アロマセラピーを実施した患者群11名と、実施しなかった看護師群11名の日本語版STAIの状況不安が示す得点を時間経過とともに観察し、二元配置の分散分析と多重比較を行い比較検証した。さらに、アロマセラピー実施群に主観的評価を確認した。その結果、アロマセラピーを実施した群の経時的変化に有意差がみられ、実施前 - 10分後、実施前 - 20分後において有意に減少した。アロマセラピーの主観的評価においては、8名（72.7%）が肯定的に評価し、3名（27.3%）が否定的に評価した。このことから、アロマセラピー自体に不安を軽減させる効果があると示唆され、また、主観的に効果を実感できるアロマセラピーを患者自身が実施することで、不安の調整権を患者が手にし、コーピング行動の獲得を支援する看護に活用できることが示唆された。

Key Words : aromatherapy, complementary and alternative medicine, relaxation, anxiety, psychiatric nursing

【はじめに】

アロマセラピーは不安の軽減やリラクゼーションに有効であるといわれており、その効果を医療の様々な分野で応用した報告が数多く見受けられる。しかし、アロマセラピーをはじめとする代替補完療法は科学的根拠に乏しく、その存在は未だ不明確な位置づけがなされている。また、アロマセラピーの不安に対する効果を研究したものはあるが、精神科領域における不安の効果を比較化試験を用いて検証した研究は少ない。そこで、本研究ではアロマセラピーを実施した群と実施しなかった群の2群に分け、日本語版STAIの状況不安が示す得点を時間経過とともに観察することで、アロマセラピーが不安に対してどのような影響を与えるのか比較検証した。

【方法】

本研究の趣旨と方法を説明し、書面による同意を得たのち、日本語版STAIにて特性不安と状況不安を測定し、その後3分間安静を保った。アロマセラピーを実施する

群に対してはアロマセラピーを10分間行い、状況不安を測定。さらに10分後、アロマセラピーを継続したまま状況不安を測定し、最後に主観的評価を確認して終了した。アロマセラピーを実施しない群に対しては、同様の条件でアロマセラピーのみを施行しないで状況不安の経時的変化を測定した。(図1)



図1 比較検証手順

対象者

対象者はアロマセラピーを実施した患者群11名（男性8名、女性3名、平均年齢51歳、SD8.8）とアロマセラピーを実施しなかった看護師群11名（男性1名、女性10名、平均年齢47歳、SD9.8）の計22名である。また、患者群の病名はICD-10による統合失調症7名、双極性感情障害2名、うつ病性障害2名ある。

実験環境

嗅覚以外の感覚刺激を極力避けるため、静かな病棟内の面会室を使用した。

アロマセラピーの方法

皮膚刺激がなく最も安全性の高い芳香浴を選択した。使用したエッセンシャルオイルは、リラックス効果があるというラベンダー精油（ブルガリア産）で、ガーゼに2滴染み込ませ座位となった対象者の膝の上に置いた。

【倫理的配慮】

本研究の趣旨と方法を説明し、研究以外でのデータの使用はしないこと、参加は自由意志であり、いつでも中止することができること、それによる不利益を受けないことを説明し、書面による同意を得た。

【結果】

アロマセラピーの有無と時間経過の効果をみるため、二元配置（対応あり/対応なし）の分散分析と多重比較を行った。その結果、時間要因の効果によって状況不安の得点に有意差がみられた（ $F(2, 40) = 12.553, p < .001$ ）。また、交互作用においても有意差がみられた（ $F(2, 40) = 9.501, p < .001$ ）。さらに多重比較によって、アロマセラピーを実施した群の経時的変化に有意差がみられ、実施前 - 10分後、実施前 - 20分後において有意であった。アロマセラピーを実施した群、実施しない群の実験開始前の状況不安にも有意差がみられた。（図2）

主観的評価ではアロマセラピーを実施した患者群11名に対して口頭で確認したところ、「リラックスできた」「落ち着いた」「スーと楽になった」「心が開けるような感じ」など肯定的に評価したものが8名（72.7%）、「変化がない」「嫌なにおい」と否定的に評価したものが3名（27.3%）であった。（図3）

【考察】

アロマセラピーの効果を検証するためには、不安に影響を与える因子をアロマセラピーのみとし、その他の因子を極力排除した二重盲検法が最も適切であるが、においてという性質上それは難しい。そのため、今回はこれにできる限り近い方法で検証したところ、アロマセラピー

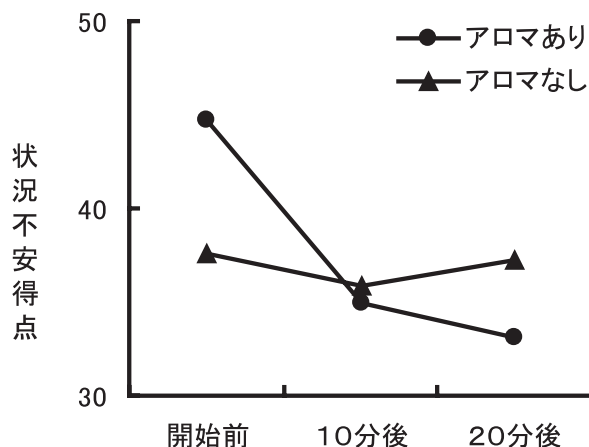


図2 アロマセラピーの有無による 状況不安の経時的変化

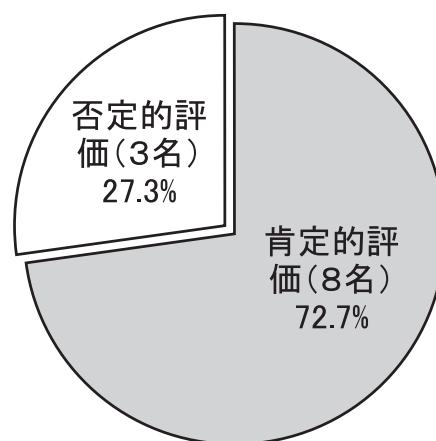


図3 アロマセラピーに対する主観的評価

を実施した群では、実施しなかった群と比較して、状況不安が実施前 - 10分後、実施前 - 20分後において有意に減少するという結果を得た。これは、アロマセラピー自体に不安を軽減させる効果があることを示唆している。さらに今後、その効果が正当に認められるためには、アロマオイルそのものが持つ薬理学的効果の説明が必要になると考える。そのエビデンスがそろったとき、はじめてアロマセラピーは確信と信頼のもとで広く使われることになると思われる。

次に、不安に対するコーピングという点から、アロマセラピーは自分自身で不安を軽減させるために用いることができ、主観的評価も高いため有効なツールだといえる。呼吸法や筋弛緩法にも共通していえることだが、不安や緊張を軽減させるためには、その不安の調整権が患者の手中にあることが重要である。その不安をコントロールできる感覚が自己信頼を高め、不安を軽減させる。その点、アロマセラピーは自分の意思で手軽に導入する

ことができ、主観的にもその効果を72.7%という高い割合で肯定的に感じることができる優れた手段である。今回、本研究終了後にも、3名の患者が不安軽減を目的に、再度アロマセラピーの継続を希望してきていたが、このことは、患者が不安に圧倒されることなく、コーピング行動の獲得を支援する看護に活かせることをうかがわせた。

今後の課題は、アロマセラピーがどの程度の不安のレベルに効果が得られ、適応となるか、それを正しく査定することができる指標を得ることが必要になると思われる。

文献

- 1) 向井登樹美 他：精神疾患患者に対する芳香作用の有効性 STAIを使って．日本精神科看護学会誌 43(1)：130-132，2000．
- 2) 村松順江：代替補完療法の効果と看護での実践 アロマセラピー．EBNURSING 4(3)：42 - 47，2004．
- 3) 小森照久：メディカル・アロマセラピー 精神科とアロマセラピー．医学のあゆみ 204(8)：547 - 550，2003．
- 4) 宮内貴子 他：ホスピス・緩和ケア病棟におけるアロマセラピーの現状．がん看護 10(5)：488-452，2005．
- 5) 齋藤美穂 他：妊娠後期より導入したアロマセラピーの分娩時のリラクゼーション効果．母性衛生 42(2)：467-472，2001．

研究

NICUに入院した児の父親の思いに対する分析 ～インタビューにより父親の思いを知り効果的な援助を探る～

Analysis of fathers' feeling toward their children in NICU
～An attempt to understand fathers' concern for effective clinical supports by questionnaire～

鶴 有希 北井真由美 藤井 恵子 伊藤 民子
Yuki Tsuru Mayumi Kitai Keiko Fujii Tamiko Itou

要 旨

N I C Uに入院した児に対する父親の思いを理解し、効果的な援助を考えるために調査研究を行なった。初回面会時のタッチングでは父の気持ちの変化はなかったが、抱っこすることで父親は児の状態の安定を確認し安心感をもつことができた。児に触れる適切な時期や方法を判断し、タッチケアを行うことが重要である。

key words : NICU touching touch-care holding outside a incubator attachment fatherhood

【はじめに】

当院では子どもに対して、安心感や愛情を感じてもらうことを目的とし初回面会時からタッチングを促している。しかし、中には子どもを見たり、触れたりすることに抵抗を示す父親がいた。面会を重ねるにつれ児に触れることができるようになる父親もいたが、面会に来なかったり、触れようとしないう父親もいた。

核家族が進む今日、初めて乳児に触れるという母親や育児にとまどいを感じる母親が多い。そのため、良い親子関係が形成されるためには、父親の存在が大きいと考えられる。父親が児を受け入れ、わが子と認識し、父親としての役割や愛情を育てるためには、その心理や状況を理解し、児との早期接触が重要であると考えた。そこで、当NICUに入院した児の父親に子どもに対する思いをインタビューし、父親に対して効果的な援助を考えるために研究に取り組んだ。

【目的】

NICUに入院した児に対する父親の思いを理解し、効果的な援助を考える。

【方法】

1. 研究期間：平成19年6月～9月

(調査期間平成19年6月～7月)

2. 研究対象：本研究に同意を得られた当院NICUへ入院した患児の父親5名。
3. 実施方法：
 - 1) 調査時期：NICU入院後1週間以内
 - 2) 調査方法：半構成的面接法を用いた質的調査研究。独自に調査ガイドを作成しプレテストを実施した。面接調査は父親の都合のよい時間に20～30分間面接室で行い、了解を得て録音した。
4. 調査内容：面接内容は下記1)～6)とした。
 - 1) 子どもが生まれるまでの思い。
 - 2) 子どもを見たときの思い。
 - 3) NICUに入院してから子どもに会う迄の思い。
 - 4) NICUに入院してから初めて子どもに触れた時(タッチング)の思い。
 - 5) 初めて子どもを抱っこした時の思い。
 - 6) 父親として子どもに対するはがゆさ。
5. 分析方法：面接終了後逐語録を作成し、父親の面会中の表情や行動から思いを分析した。
6. 倫理的配慮：対象者に研究の主旨が記載された用紙を用いて説明し、同意を得た上で行った。また、得られた情報は研究以外の目的で使用することはなく、プライバシーは保護されることを約束した。

【結果】

1) 子どもが生まれるまでの思い

- ・妻のことも子どものことも心配だった。
- ・子供も母親も無事に生まれてきて欲しい。

2) 子どもを見た時の思い

出生直後では、

- ・小さい。生まれてきて安心したが、呼吸が苦しうようになってきていると聞き、心配になった。
- ・一人目と比べて肌が白っぽく、元気がないように感じたが、すぐ直るだろうと思っていた。
- ・会うまで1時間位かかったため、顔を見たとき安心した。

NICU入院後では、

- ・管とか点滴などが入っていて、かわいそうでショックをうけた。
- ・色々な器械に囲まれ、色々な管が入っていてかわいそう、がんばれよ、と思った。出生直後に見た自分の子どもと違って見えた。
- ・小さいのが動いているのを見て面白かった。
- ・顔色も良く、普通に寝ているように見えて安心した。祖母に自分の子どもの時に似ていると言われ、わが子だと感じた。

3) NICUに入院してから子どもに会う迄の思い

- ・待ち時間が長く、何かあって長引いているのかと思い心配になった。
- ・第1子出生時いろいろなことがあったので、今回もまた何か出てくるのではないかと心配になった。

4) NICUに入院してから初めて子どもに触れた時(タッチング)の思い・行動

- ・どこを触っていいのか分からなく、どうしようという気持ちが強かった。
- ・感動・感激というより元気に育って欲しい気持ちのほうが強かった。
- ・触れたことで気持ちの変化はなかった。

行動面では、表情が固い、児を見つめられない、涙を浮かべる、タッチングを促しても触れることができない父親と、タッチング時に優しい表情、穏やかな口調で声をかける父親がいた。タッチングの方法としては手のひら全体ではなく、指先で触れる父親が多かった。

5) 初めて子どもを抱っこした時の思い・行動

- ・第2子のため特別な心境の変化はなかった。忙しくなると思った。
- ・温かい、重いと感じた。保育器外抱っこだったので不安もあった。でも抱っこしたら泣き止んだので、安心して気持ちが楽になった。
- ・小さくて軽かった。指を握ってくれた。
- ・思ったより軽かった。抱っこするのは難しくなかった。抱っこできたということは、保育器から出られたとい

うことで、無事に良くなっていると実感した。

行動面では、自分から抱っこしたいと訴える父親や抱っこを拒否する父親はいなかった。実際に抱っこすると父の鼻と児の鼻をくっつけたり、顔と顔を近づける姿や児の頭をなでたりして、今までにない笑顔で楽しそうに児に接する姿が見られた。また、タッチングの時には固かった夫婦の表情が和らぎ、会話が多くなる姿も見られた。

6) 父親として子どもに対するはがゆさ

- ・仕事が忙しくて会えなかったが、機械につながれているのを見ると、またショックをうけるので会えなくて逆によかった。
- ・何もしてあげられることがないし、触りたいけど仕方がない。
- ・ずっと見ていたいが、こういう状況では仕方がない。
- ・顔に何か付いていたら拭いてあげたいが、退院したら存分にできる。

【考察】

我々はNICU入院児の父親に対し、安心と親子の愛着形成を早期に築くという観点から初回面会時にタッチングを促した。しかし、手のひらではなく指先で児に触れている姿が見られ、面接調査でも児に触れたことでの感情の変化も特に述べられていなかった。「どこを触っていいのかわからない。」「点滴とか付いていてかわいそう。」という不安や心理的動揺を感じながらの接触では、手のひらで児の温もりを感じることが出来ず、気持ちの変化が得られにくいと考えられる。またNICUに入院する児の父親は、医師からの病状説明やオリエンテーションなどを心理的準備が十分でないまま受け、母子分離された母親を支え、我が子を受容し、自らも危機を乗り越えなければならない状況に立たされ、精神的なゆとりを持ってない状況にあることが考えられる。

初めての抱っこでは父親としての気持ちの変化は述べられていないが、「状態が良くなっているんだと実感した」「安心して気持ちが楽になった」というように、抱っこしても大丈夫だという状況を認識することで、児の状態が安定して来ていることを確信し、安心感が生まれたと考えられる。また、保育器から出てきたわが子を自分の胸に抱き、温かさや重みを実際に感じることで身近な存在と感じ、児と自分の顔を近づけるなどの行動が自然と現れたのではないかと考えられる。児に対する愛着感情は接触を通して徐々に実感していくと言われている。面会を重ね、時を経過し、少しずつ我が子と現実を認識することで、児を受け入れるゆとりが出来たと考えられる。

マーチン・グリーンバーグは、「没入感情(のめり込み)」の能力を引き出すのは、早期接触であり、父親は新生児

に触覚的な接触をしたいと思い、そうすることが楽しくなる。「赤ちゃんの肌触りは、父親によっては強烈な印象を与える。」¹⁾と述べており、接触が父親に愛情形成を生むと考えられる。これらの効果を引き出すには、初回面会時には児の状態を説明し理解して貰い、タッチングに関する事前の説明や環境づくりで接触への不安や緊張感を軽減し、父の思いや希望を尊重しながら、適切な時期を判断し、タッチングの有効性を高めていく必要がある。父親は抱っこできることを児の状態が安定したと捉え、その事実を認識して初めて安心して我が子をしっかりと抱くことが出来ると考えられる。そして抱っこによる児の重さや温もり、動きを感じることで、子供に対する関心や愛着形成、父親としての意識につながると思われる。「タッチケアはスキンシップが心のふれあいを形成するのに関与していると同時に、皮膚を介する触覚および軽い圧迫の刺激が神経系、内分泌系を介して児の発育、発達にプラスの効果をもたらす。」²⁾と仁志田は述べている。児との接触の機会をなるべく早期から作ることや、両親と児が一体感を感じられる状況を作り出すことは極めて重要なことと言える。父親の不安や思いを確認しながら、児の状態の説明や時期に応じた児への接触、早期に抱っこできる環境を整える事が父親への効果的な援助の要素になると考えられた。

【結論】

1. 初回面会時のタッチングでは父の気持ちの変化はなかった。
2. 抱っこすることにより、父親は児の状態の安定を確認し、安心感をもつことができた。児の重さ、温もりを感じることで愛情の形成に繋がる。
3. 父親の心理や状況を理解し、適切な時期や方法を判断し、タッチケアを行うことが重要である。

【おわりに】

本研究の限界として、対象者が少なかったことや、児の病状・家族背景・父の性格などによっても変化してることが挙げられる。また、適切な時期に適切なケア方法を提供する看護師の能力の向上が課題となる。今後は初回面会する前から関わりを持ち、効果的な援助を導き出していけるよう検討したい。

引用文献

- 1) マーチン・グリーンバーグ：エンゲロズメント（没入感情：のめり込み）～父親に与える新生児のインパクト～、Perinatal care, vol.13, no.11、25-36、1994
- 2) 仁志田博司：新生児学入門、第3版、医学書院、108、2004

参考文献

- 1) 山田美穂：出生前・後を通じた「父親になること」への支援、周産期医学vol.33, No7, 887-891、2003-7
- 2) 橋本洋子：新生児集中治療室（NICU）における親と子へのこころのケア、臨床心理学、母子臨床、27-31
- 3) 永島珠江：父親への育児技術指導による父性意識の向上、第25回母性看護、1994
- 4) 村山咲香他：NICU入院の低出生体重児と対面する父親の思い、第34回母性看護、73-75、2003

症 例

プレパレーションを活用したTRH負荷試験クリティカルパスについて

Critical path of TRH (thyrotropin -Releasing hormone) using psychologic preparation

大内香緒理
Kaori Oouchi小林久美子
Kumiko Kobayashi藤井 恵子
Keiko Fujii伊藤 民子
Tamiko Itou

要 旨

プレパレーションとは検査や処置などに対する心の準備を意味する。子供にとっての検査や処置はその意味や必要性を理解しづらく、予測できないストレスにより混乱を招く。5歳児の子供に対し、TRH負荷試験検査にプレパレーションを導入し、検査の経過や方法について説明を行なった結果、患児や母親の受け入れや反応が良好であった事例について報告する。

key words : psychological preparation, pediatric, critical path

【はじめに】

小児科では、検査に対する日程や、内容を医師より家族に説明されていても、患児に対する説明はほとんどなされていないのが現状である。患児や家族の検査、処置に対する理解を得る事を目的とし、プレパレーションの導入を試みた。プレパレーションとは入院・診察、処置、検査、手術、病院生活、退院などあらゆる出来事に対する心の準備を指し、痛みや苦痛を伴う検査や処置に対する心理的混乱に対し、イメージ化を促すことで心理的な準備を助けるといった有用性があると言われている¹⁾。患者用パスにプレパレーションを導入した結果、検査に対して患児や家族の説明と受け入れが円滑であった事例について報告する。

【目的】

絵本や人形を用いて、患児とその母親に成長ホルモン検査の説明や導入を行い、その結果を明らかにする。

【研究方法】

対象： 5歳 病名クレチン病

研究期間：平成19年10月1日～平成20年2月20日

調査方法：

対象患児の検査入院に際し、プレパレーションを活用してTRH負荷試験検査の説明を行い、患児の言動や表情などの反応を観察し、検査終了後に母親へのインタビューを行った。

倫理的配慮：

対象となる患児及び家族に対して、研究の主旨に対しての説明を行い、同意を得た。また、研究以外で写真やデータを使用しないことを説明し、了解を得た。

ケアの方針：

- ・ 不安感や恐怖心を表出し、検査に対して患児なりに取り組む事ができる。
- ・ 子どもと両親の「年齢や理解に応じた適切な情報を得る権利」²⁾を重視した説明を行なう。

活用方法

- ・ 患者用パス（患児用、保護者用）・医療者用パスで構成。
- ・ 患児用パスは患児にわかりやすく、絵本や人形を用いて検査に対するプレパレーションを行う。保護者用は検査の内容、食事や活動などを記載し、説明を行う。

- ・ 医療者用は物品の準備、検査の方法、観察項目を一覧で表示した。検査の順序を説明した。
- ・ 観察項目は薬剤の副作用である嘔気、尿意の有無、一般状態を観察するためのバイタルサインと機嫌などの項目のみ表示し、状態に応じてパスの観察項目以外の事柄は展開シート又は場面シートを活用する。

バリエーションは以下の場合と設定する。

発熱や、嘔気症状の増悪など症状の変化により、検査の実施・継続が困難な場合。

絶食や安静が守られず、検査を中止、延期する場合。興奮や強い不機嫌、拒否により検査が実施できない場合。

バリエーションが発生したときは情報を収集、分析することで、検査内容、IC、記載方法、観察項目などのシステムのどこに問題があるのか明らかにし、パスの質の改善へのフィードバックを行う。

【結果】

入院日

キャラクター（ピーちゃん）絵本を使い、検査の説明を行なう。ルートキープ時ピーちゃんを握り締めて施行。施行後、ピーちゃんを握り締め、「ピーちゃん、頑張ったよ」と話かけている。母「今まで何回か検査を受けたけど、きちんと説明を受けたことは無かった。やり方とか方法がよくわかりました」と話される。

夜間、患児はルートキープ部位を「痒い」と母に訴える。母が絵本を見せて「終わる迄取れないよ」と話しかけると、「うん、そうだね」と納得したという。夜はピーちゃんを抱いて入眠する。

検査当日

朝「お腹すいた。ご飯食べたい」と児は母親に訴えたが、母より「絵本を見てごらん」と一緒に絵本を見たところ、「まだ食べられないんだ」とうなずいていた。検査は絵本を見て「次はこうなるんだよね」「この後帰れるんだね」「頑張る」と明るく答える。検査開始、施行中嘔気出現するが、一時的で無事終了する。

検査終了後

母親にパスを使用しての感想を聞く。「検査についてよくわかった。絵本とぬいぐるみがあったので子供も検査について『ご飯食べられないんだ』検査が終わるまで（ルート）取れないんだ』と理解できたと思う。良かったです」ピーちゃんは気に入って持ち帰りがしたが、説明で納得し、お礼を言っていた。

【考察】

子供にとって検査や治療は、その意味や必要性を理解しづらく「チクっとするよ」「すぐ終わるよ」などその場での説得だけで力づくで行われることもある。子供は予測できるストレスより予測できないストレスによっていっそう混乱し、医師や看護師の行為そのものが信襲になり、抑制によって身体に自由を奪われることが処置による痛み以上に恐怖体験となる。プリパレーションは、医療を受ける時、理由よりも何が起るかを遊びやツール（紙芝居・模型）を用いて子供に分かる方法で説明し、子供が頑張ったと実感できるようなかわり、子供が感じる様々な混乱や不安、恐怖感に寄り添い、緩和することで、子供の潜在的に持っている対処能力を引き出し、自己効力感を高め健全な心の発達を支援することである²⁾。人形や紙芝居、絵本などを用いて、子どもが理解できる言葉を使って、ゆっくりとわかりやすくプレパレーションがなされると、彼らは治療・処置に向かう力を発揮できるが、親や医師・看護師たちの多くには、その力はないと思われるのが現状である。その物（人）を見て、手で触り、操作する（いじくる）間と質問に応じてもらえるという具体的な励ましの中で、多くの子どもは困難に立ち向かっていくといわれている。子どもは自分の思いを十分に説明できる言語能力はまだ十分には獲得しておらず、プレパレーションの場でそれを医療者に対し代弁し、通訳してくれる“後ろ盾”としての母親も必要としている。今回、プリパレーションを用いて患児に説明したことで、子供の我慢強さ、理解力、対処能力に対する反応を見ることが出来、子供なりに検査に対する必要性を理解し、立ち向かう姿勢を感じた。プリパレーションを導入したことで、患児の検査・処置に対して頑張ろうという気持ちを引き出し、恐怖心を緩和できたと思われる。また人形を用いたことで、一人ではなく一緒に頑張るという対象が出来たことが患児にとって良い影響をもたらしたと考える。母親は絵本（子供パス）があることで患児に説明、納得させることが出来た。子供なりの理解で、児が検査に望むことが出来るということは同時に母親の心配・不安を軽減させることへも繋がると思われる。

【終わりに】

今回事例が一例であり、年齢によって適応や反応が異なることも考えられる。今後、小児科の特性を考慮し、プレパレーションを活用しながら、相互のコミュニケーションを深められる看護を目指して行きたいと考える。

【まとめ】

- ・ 5歳児にプレパレーションを活用して検査の導入を行

なった。

- ・ 患児と母親に対し、絵本や縫いぐるみを用いた検査説明は受け入れが良く、導入しやすかった。
- ・ 今後も児の発達段階や特徴にあわせたプリパレーションを活用していくことで患児や母親へのかかわりを深めて行きたい。

引用文献

- 1) 吉谷真理子他：処置の受容が困難と予想される子供へのプリパレーションの試み．日本小児看護学会誌14(1):65-70 2005．
- 2) 山口睦月他：小児の吸入療法におけるプリパレーション（心理的準備）の効果 - 模倣遊びを取り入れて - ．高松市民病院雑誌19：75-78，2003．

参考文献

- 1) 杉本陽子他：小児看護におけるプレパレーションの持つ意味．日総研月刊誌こどもケア臨時増刊号2(7)：2-9，2007．
- 2) 山本静江他：幼児期患児への紙芝居によるプリパレーションの有効性．第37回小児看護：351-353，2006．

研究

KOMI記録システムにおける記録監査を実施して 問題思考から目標思考に焦点をあてて

Carry out record inspection in the KOMI record system Assign a focus to an aim thought from a problem thought

井上 真弓 伊藤 民子 根本まり子
Mayumi Inoue Tamiko Itou Mariko Nemoto

要 旨

KOMI記録システムがIT化となり3年が経過した。今回記録監査を実施し、考察したので報告する。

key words : A nursing record, Record inspection, A problem thought, An aim thought

はじめに

看護部では、IT化したKOMI記録システムを導入して3年が経過した。今回看護記録における看護師の問題型の思考過程から、目標思考に転換しているかに着目した記録監査を実施し、現状の課題を明らかにした。

方法

1. 実施期間：平成19年2月5日～2月20日
2. 実施者：各病棟の記録担当者
3. 監査方法：思考が反映される事項を抜粋し記録担当者で40項目の記録評価表を作成。その記録評価表をもとに実施。(表1)
4. 評価方法：評価表の採点は3段階評価とした。
 - ・ 出来ている ・ 少し出来ている
 - ・ 出来ていないその人数を点数化
5. 監査対象：各部署10冊、計110冊(クリニカルパス使用者は対象外とする)
6. 評価の注意事項：記録内に書く必要のない場合の評価は「出来ている」で評価する。
また、その理由をコメント欄に記入する。

結果

基本情報シートは、出来ている・少し出来ている、を

合わせて81%以上記載されていた。固有情報シートは、62%であった。(表2) 症状・病状シートは、80%以上記載されており、サークルチャートは、対象者の「こだわり」や、人生観が現れる「本人の思いが本人の言葉で書かれている」「援助者の気がかりが具体的に書かれている」項目は、70%以上記載されていた。(表3) レーダーチャートで、「身体面の特徴・注釈に判定したマークの根拠について書かれている」「特徴・注釈が否定的表現ばかりでなく、出来ることも書かれている」項目は、80%以上であった。KOMIチャートは、生活の自立度を思い描く項目であり、認識面・行動面と共に「特徴・注釈にマークの状態の意味することが事実に従って書かれている」の項目は60%であった。(表4) グランドアセスメントでは、情報を整理しケア方針を立てていくが「生命の方向、どのように変化しているのか記載されている(広がる、維持する、小さくなる)」「5つのものさしが使われているか」は、65%の状態であった。展開シートでは「害になるものを減らす方針が立てられているか」が70%、「結果が患者の言葉で書かれている」53%であり、再アセスメントに必要な項目であった。(表5) ケアリングシート、KOMI場面シートはいずれも80%以上記載されていた。(表6)

考察

当院では3年前、看護記録にIT化が導入された。当初はまずコンピューターシステムに慣れ、システムを使いこなすことが大きな課題であった。今回の記録監査により、

基本情報シートからレーダーチャートまでは記載率が高いことが分かった。これは、手書きの記録から変化したIT化の記録システム操作に慣れた事が最大の理由であると思われる。KOMIチャートからグランドアセスメントまでの記載率は約60%と低い結果であった。看護記録にはケアの実態が反映される。目標思考が活用できているかの浸透度も記録から見えてくる。また、業務が主体でKOMIケアが十分ではないが、持てる力に着目した考え方が少しずつ定着してきていると思われる反面、まだ一部には問題思考型の用語も見受けられた。

今回、記録監査を実施したことで、監査項目がKOMI記録の視点であることを、記録担当者及びスタッフが確認することができた。同時にその視点は、今後の指導に繋げていけることが分かった。今後も記録監査を継続し、監査結果を職場に還元し、記録改善への動機付けとしていくことが重要であると考えます。

結論

全体の記載率は73.3%。KOMIチャート、グランドアセスメントの記載率は60%であった。目標思考の目的である「不自由さと、持てる力に着目し、その生活過程を整える」ことに着眼するためには、サークルチャート、レーダーチャート、KOMIチャートを患者の変化に沿って付け直すことが課題である。今後は、患者の変化を読み取る監査を実施する必要があると考える。

KOMI記録監査の視点		①出来ている ②少し出来ている ③出来ていない x										
評価	点検項目	NO1	NO2	NO3	NO4	NO5	NO6	NO7	NO8	NO9	NO10	コメント
基本情報シート	1. 現時点で身体に影響する病名が書かれている。											
	2. 主訴とその経過に入院にいたる症状・病状や生活過程のなかで起きた出来事の経過が書かれている。											
	3. 家族の思い、ニーズが書かれている(誰の思いか、聞いた日付が書かれているか)											
	4. 緊急連絡先が書かれている											
	5. 家族構成が書かれている											
	6. 身長・体重が書かれている											
固有情報シート	7. 現時点でその人が社会資源をどのように程度活用しているかが書かれている											
	8. 既往症に対象者の健康に大きな影響を与えた病名が記入されている											
症状・病状シート	9. 現在ある症状が書かれている											
	10. 感染症・アレルギーが書かれている											
	11. 主な介護者の状態が書かれている											
	12. 備者に家族内で起こっている調整を必要とする事柄などが書かれている(他の用紙に書かれている)											
KOMIサークルチャート	13. 趣味、嗜好、特技、対象者のこだわりやその人らしさの出でくる内容が書かれている											
	14. 外円は病気年表ではなく本人の出来事が書かれている。											
	15. 内円に本人の思いが本人の言葉で書かれている。											
	16. 中円に本人の1日の過ごし方や日課が書かれている。											
KOMIレーダーチャート	17. 援助者の気がかりが具体的に書かれている											
	18. ①～⑩チェックがされている。											
	19. 身体面の特徴・注釈に判定したマークの根拠について書かれている。											
KOMIチャート	20. 24時間～48時間内に作成されている。											
	21. 特徴・注釈が否定的表現ばかりではなくできることも書かれている											
	22. 認識面に援助マークが付いていない											
	23. 認識面の特徴注釈にマークの状態の意味することが事実に従って書かれている											
	24. 行動面の特徴注釈にマークの状態の意味することが事実に従って書かれている											
グランドアセスメント	25. 一週間以内に作成されている。											
	26. 生命の方向、どのように変化しているかが記載されている(下がるか・平行線なのか)											
	27. 5つのものさが使われているか											
	28. KOMIチャート・レーダーチャートの特徴・注釈との関連で書かれているか											
ケアの展開シート	29. ケア方針、欠けたところを補い、もてる力を活用する視点で書かれている。											
	30. ケア方針が、段階的にゆっくりすすめられる実践可能な内容で書かれている											
	31. 書になるものを減らす方針が立てられている											
	32. 行い整える内容が具体的に書かれている。											
ケアリングシート	33. めざすことの評価がされている(達成・継続・中止がチェックされている)											
	34. 結果が患者の言葉で書かれている											
	35. ケアリングシートに個別ケアが書き足されている											
KOMI場面シート	36. 各動チェックしサインされている											
	37. 月日、時分、場面、状況が書かれている											
その他	38. 人に不快を与える表現の記載がない。											
	39. 読めない文字で書かれていないか											
	40. KOMIチャートが一週間以降に更新されている											

表 1

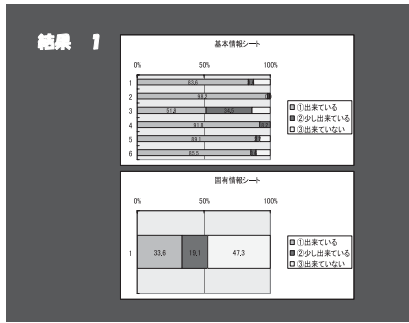


表 2

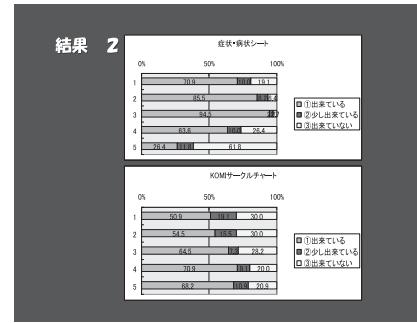


表 3

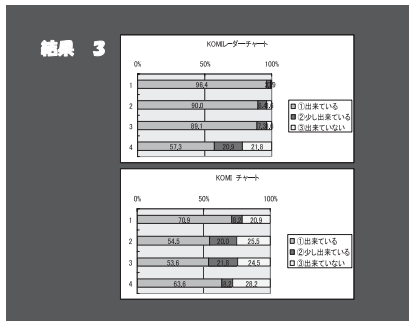


表 4

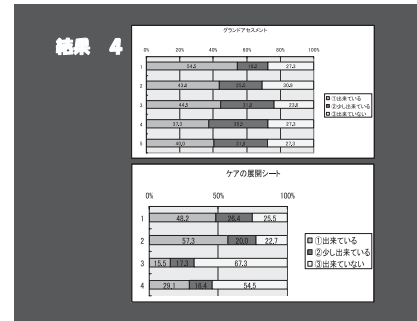


表 5

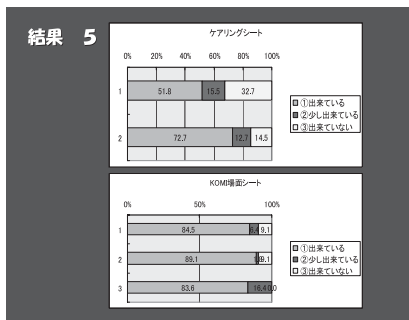


表 6

研究

個人情報保護法における当院での面会についての実態調査

Attitude survey of visiting patients in our hospital based on privacy protection

田中 美和
Miwa Tanaka藤井 恵子
Keiko Fujii大宮 洋子
Youko Oomiya小坂 幸子
Sachiko Kosaka

要 旨

2005年4月より個人情報保護法が施行されたが、その対応には施設によりばらつきがある。

当院での個人情報における対応は適切であるかを検討するために、個人の認識や行動について調査を行った。その結果、個人情報に関する説明を行っている看護師は26%と少ないが、面会や電話の取り次ぎに関しては52%が患者に確認を行っていた。今後はマニュアル等の活用や倫理教育の充実を図り、看護師全体の情報管理意識を高め、看護部としてのシステムを構築していくことが課題となる。

key words : personal data information management attitude survey visiting patients

【はじめに】

2005年4月より個人情報保護法が施行された。医療機関では個人情報を保護すると共に情報開示を行う体制が進められているが、情報提供に関する対応にはばらつきがあり、環境整備は未だ不十分という指摘がされている。面会の取り次ぎ可否は、個人情報の中でも入院生活において患者様のプライバシーに密接に関ってくるため、このことに着目した。

当院では「個人情報に関するお知らせ」を示して、面会や電話の取り次ぎ可否を患者様からの申し出により対応している。

そこで、今回は個人情報保護に対する看護師の認識と対応について調査し、面会取り次ぎの可否確認の現状の把握と現在の情報管理を見直していくことで今後の個人情報保護のあり方を検討していきたいと考えた。

【方法】

1) 調査期間：

H19年4月25日～5月1日

2) 対象者

病棟師長・主任看護師30名、

看護師（正・准）136名 計166名

経験年数毎に3つに分類してアンケートを実施。（1～4年目43名、5～10年目33名 11年目以上60名）

3) 自作質問紙を作成し・配布・集計する。

質問項目：「面会に関するお知らせの説明について・面会取り次ぎの可否確認について」～師長・主任9項目、看護師 7項目

4) 倫理的配慮：アンケートで得た情報は個人を特定するものではなく、研究以外の目的では使用しないことを紙面上で示して、同意を得た。

【結果】

「個人情報に関するお知らせ」の説明をしているかの質問では必ずしている、時々しているという割合が看護師全体で26%という結果であった。看護師の経験年数別で見ると1～4年目は23%、5～10年目は21%であったが、11年目以上では31%とやや多い傾向にあった（図1）。説明をしていない主な理由としては「外来で説明済みだと思った」が看護師全体で27%を占めており、1～4年目では9%と少なく、5～10年目は27%でしたが11年目以上は41%と多い傾向にあった。次に多い理由としては「患者様が読んで知っていると思った」が看護師全体の25%を

占め、年数別では1～4年目と5～10年目が共に27%、11年目以上22%と全体的に平均的な値を占めていた(図3)。

入院後の面会や電話の取り次ぎ可否確認についての質問では必ず確認している、時々しているが全体では52%を占めていた。経験年数別でみると1～4年目は49%、5～10年目は39%、11年目以上では58%と約半数が確認していることがわかった(図2)。

対応では電話取り次ぎに関しては61%、面会取り次ぎに関しては40%が患者様との関係を確認してから取り次いでいた。しかし13%はすぐに教えると答えており、その理由としては患者サービスと考えているものが多くを占めていた(図4)。確認をしていない理由としては経験年数を問わず、「患者様から申し出てくると思った」が60～70%と多い傾向にあった。

スタッフへの指導については指導したと答えた師長・主任が67%を占め(図6)、スタッフが面会可否の確認をしていると思っている師長・主任が60%を占めていた。67%が指導していると答えているにも関わらず、指導されていると答えたスタッフは26%と少ない傾向にあった(図5)。

【考察】

当院は521床の総合病院だが、面会拒否の申し出はほとんどいないのが現状である。

当院では「個人情報保護に関するお知らせ」が入院案内書の中に組み込まれ、面会拒否について記載されているが高齢者が多い現状を考えると面会取り次ぎの可否を自ら申し出てくることは難しいと考える。

26%の看護師は「個人情報保護に関するお知らせ」についての説明をしており、面会や電話の取り次ぎの可否確認は52%が行っていた。今後は可否確認していないと答えた48%の看護師と共に情報管理の意識がもてるよう教育していく必要がある。指導していると答えている師長・主任に対して、指導されていないと答えているスタッフの数が多いため、それぞれの間に意識のズレが生じているため学習会などを通して、再指導していく必要がある。また、統一した対応を行うためにはマニュアルを作成し、活用していくことも必要だと考える。

【結論】

看護師の倫理綱領では質の高い看護を提供するためには予め、対象となる人々に通常共有する情報の内容と必要性を説明し、同意を得ることが望ましいといわれている。

これらのことより、外来で「個人情報に関するお知らせ」の説明を行い、入院後に病棟で面会取り次ぎの可否確認をするという連携を徹底させていくこととまた患者様が訴えやすい環境を整えていくことが今後の課題とな

る。患者中心の情報倫理として看護師の責務を考えた時、個人情報に関する認識と説明の必要性について理解し、病院全体が共通の認識を持ち対応していくことが重要となる。今回の研究結果から面会に関するマニュアルを作成することができたため、今後はマニュアルを活用していくことと看護部としてのシステムを構築していくことが課題となる。また学習会を行い、倫理教育を充実させて看護師全体の情報管理意識を高めていくことが師長・主任の重大な役割となる。

引用文献

- 1) 日本看護協会：看護師の基本的責務
基本法と倫理 . 第1版 第5刷：12 - 5, 2004 .
- 2) 日本看護協会機関紙：「看護」8月号(10)・58:40～42, 2006 .

参考文献

- 1) 日本看護協会機関紙：臨時増刊号「看護」5月号・56：12，42，2004 .
- 2) メディカルフレンド社：「看護展望」4月号(30)・5:39～44，2005 .
- 3) 全日病 個人情報保護Q&A：第1版改訂・6～7，2005 .

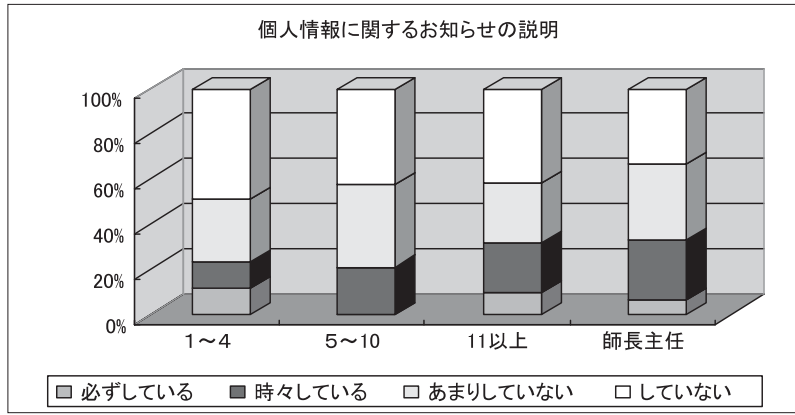


図 1

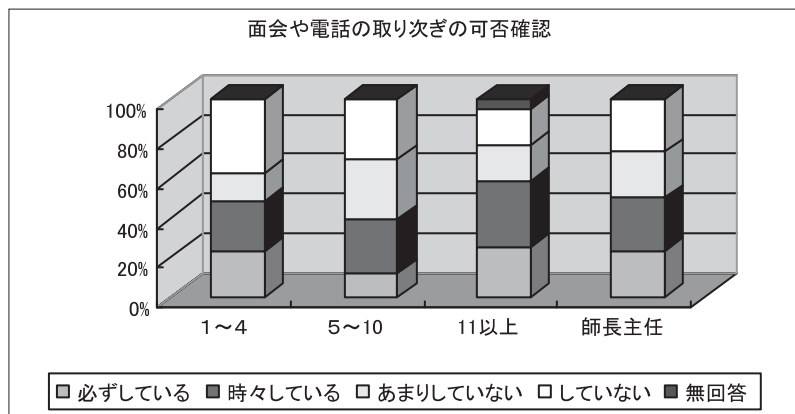


図 2

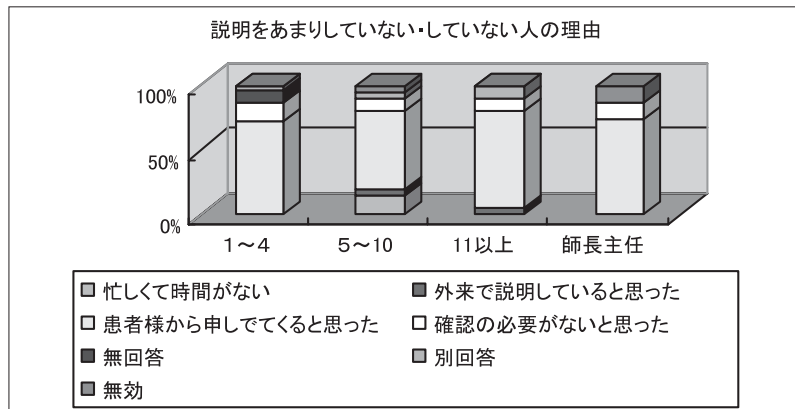


図 3

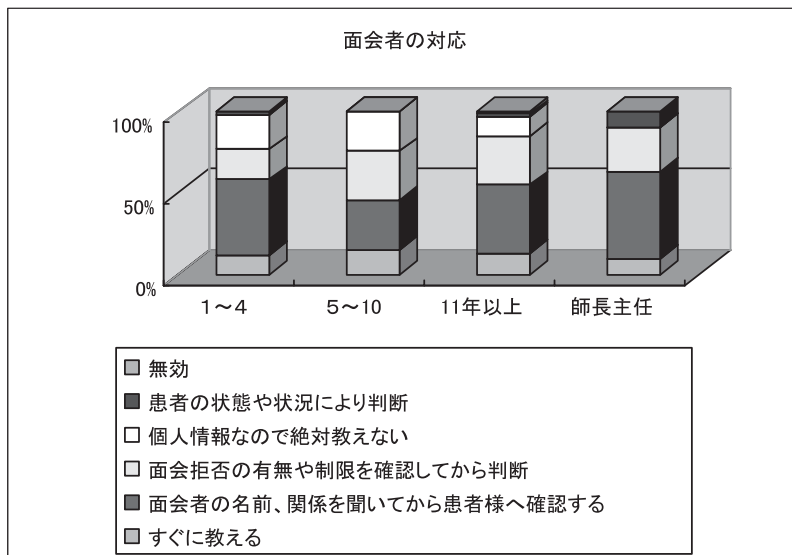


図 4

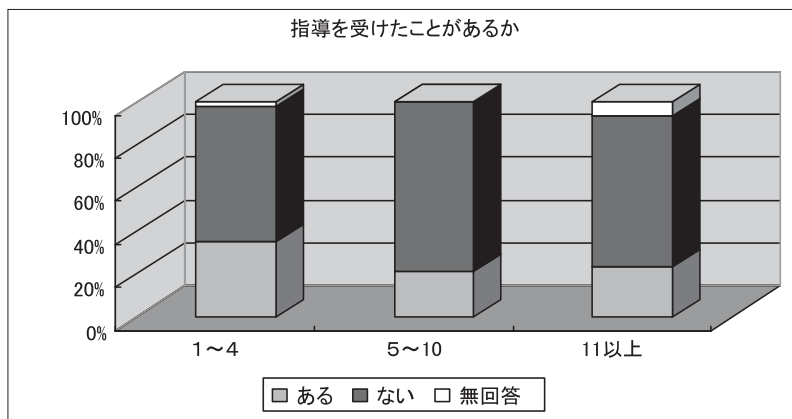


図 5

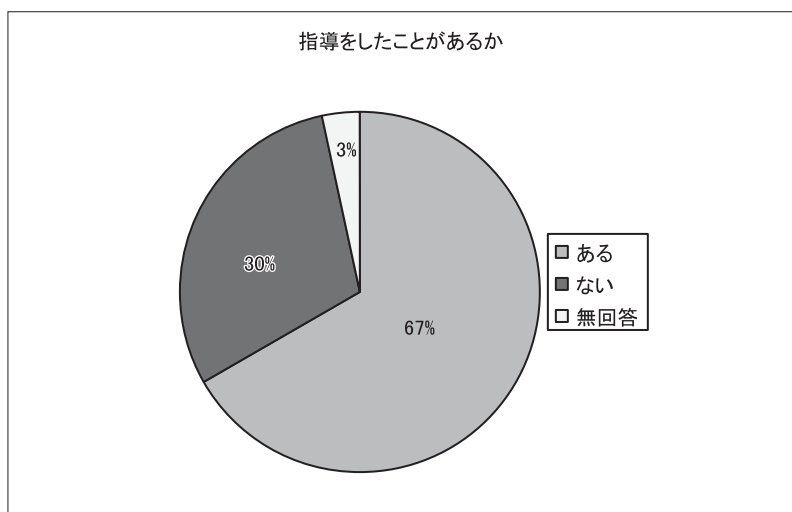


図 6

研究

看護学生の在宅酸素療法体験による療養者理解について

Students' attitude towards patients who have undertaken Home Oxygen Therapy

福田 智子
Tomoko Fukuda

要 旨

カニューラを一日学生が装着し、HOTを受ける療養者の生活を体験した学生の療養者理解について報告する。

key words : Home Oxygen Therapy(HOT) student perception

1. はじめに

基礎看護教育において学生は、在宅で疾病や障害を持ちながら生活している人々を理解するのは難しい。また、在宅看護論の授業は臨地実習も未履修であり、さまざまな教材や場面を工夫し授業展開しているが、イメージがなかなか浮かびにくいのが現状である。特に医療依存度の高い療養者や支援する家族の生活を理解することはより困難と言える。

在宅で生活する対象を理解するための学習方法として鼻腔酸素カニューラ(以下カニューラ)を1日装着する体験学習の報告があった。その報告によると、カニューラを1日装着して生活することで、在宅酸素療法の目的をはじめ、障害についての思いや制限のある生活を実感し、在宅酸素療法(以下HOT)の在宅療養生活を理解できた、とある。

そこで今回、カニューラを1日装着し、HOTを受ける療養者の生活を体験したレポートを分析し、どのような療養者の理解が得られたかについて報告する。

2. 研究目的

在宅酸素療法の1日体験レポートから、療養者の理解について学習効果を明らかにし、今後の授業に生かす。

3. 授業の概要

「在宅看護論方法論」の授業30時間のうちの4時間2回で「HOTを受ける人の看護」というテーマで授業を行っている。課題学習としてカニューラを装着し普段の生活をするを説明する。その方法は、24時間装着する、普段の生活をする、延長チューブの代わりにビニール紐(以下チューブ)を15~20mを用意し、一定の場所に固定し行動する、外出するときは、キャリーバッグやリュックサックを応用し、2Lのペットボトルに500mlの水を入れて持ち運ぶ。以上のことに加え、できる範囲でよいことやいろいろ生活を体験してほしいこと、安全には十分に注意して行うことを伝える。レポート課題は、「HOT1日体験を通して学んだこと感じたこと」とした。

4. 研究方法

研究対象：S病院附属看護専門学校2年生。在宅看護論方法論の授業を受けた学生で、研究の主旨を了承した37名の体験レポート。

研究期間：平成18年12月

分析方法：体験レポートの類似する内容を分類しカテゴリー化した。分析は研究者が1人で行い分析については他の研究者から助言および査定を受けた。

倫理的配慮：体験レポートを研究に使用すること。氏名はわからないようにすること。レポートの内容は研究以外で使用しないこと。以上のことを口頭で説明し、了承を得た。

5. 研究結果

レポートに特に多く記載されていた内容を分析した結果、【外見に対する抵抗感】が31あり、内容としては「人の目が気になる」「外出したくない」などが含まれた。【カニューラによる身体的・精神的な苦痛】が35あり、内容としては「カニューラによる違和感や不快感」「カニューラによるイライラや集中力の低下」などが含まれた。【行動の制限がある】は27あり、行動が限られてしまう「動くことが億劫であった」などが含まれた。【家族の理解と協力】は14あり、療養者がHOTを受容できる関わり「家族も火気や家具の位置に注意する」などが含まれた。

6. 考察

在宅でさまざまな障害を持ちながら生活する人が増加している。特に医療依存度の高い療養者の在宅療養が可能になっている。そのような療養者が在宅で生活していることをイメージし、対象理解を深めてもらいたいという目的で在宅酸素療法の体験学習を取り入れた。今回の体験レポートから対象理解に関する内容を分類すると【カニューラによる身体的・精神的苦痛】【外見に対する抵抗感】【行動制限がある】【家族の理解と協力】の5つに分類できた。

在宅酸素療法は、カニューラの装着や、携帯用の酸素ボンベやキャリーカートの使用など、見た目にはわかる治療法である。そのため在宅酸素療法を始めるときには、外見に対する抵抗感や羞恥心を持つ傾向がある。江藤ら¹⁾の在宅酸素療法実施者に対する実態調査では、約4割の人が外見に対する抵抗感を感じていることを報告している。実際に外出した学生は数名で、ほとんどの学生は外出しなかった、とレポートで述べている。このことから、学生は、外見上の問題が、酸素カニューラや酸素ボンベの煩わしさと共に外出の制限や屋外活動への意欲低下につながることを感じている。また、西尾日ら²⁾は、酸素療法の受容過程での思いとして在宅酸素療法を行う療養者は生活動作の苦痛、動くことに対する意欲低下、外見の悪さといったような否定的反応から始まると報告している。よって、体験学習を行うことによって常にカニューラを装着している療養者の心理的状況を学ぶことができたと考えられる。

在宅酸素療法を行っている療養者が酸素使用状況に影響すると述べていた要因には、「自覚症状」「煩わしさ」「延長チューブの問題」がある。また、煩わしさは、実際に生活することにより認識されるものである³⁾。学生はカ

ニューラをつけて生活をするにより、身体的な苦痛だけでなく、カニューラによる違和感にイライラを感じたり、物事に集中できないなど、精神的な苦痛を感じていた。よって、体験を通して常にカニューラを装着し生活している療養者の身体的・精神的側面を学ぶことができたと考えられる。

在宅酸素療法患者が酸素を中断する要因の1つとして行動範囲の制限があげられる。また、在宅酸素療法を行う療養者は、外出時に煩わしいだけでなく、自宅内の生活ですら煩わしさを感じている⁴⁾。体験を通して、半数以上の学生が、拘束感があり行動範囲が限られてしまう、家事を行うときにチューブがとても邪魔だった、などという行動制限を感じている。よって、実際に自宅で生活し距離感や立体感を体験することでカニューラやチューブが移動の支障になるなど大きく生活に影響するということを経験することができたと考えられる。

また、レポートに「家族」に関する記述が多く見られた。これは家族と生活を体験し共に過ごすことで家族の理解や協力が必要不可欠であり、療養者に対してだけでなく家族も含めた看護の必要性を学ぶことができたと考えられる。

まとめ

HOT1日体験を通して次のような理解を得ることができたと考えられる。

1. 療養者の思いや制限のある生活を実感し、HOTの在宅療養生活が理解できた。
2. 家族の理解や協力が必要不可欠であり、療養者とその家族を含めた看護の必要性が理解できた。

参考文献

- 1) 江頭洋祐他：在宅酸素療法患者の日常生活実態について；呼吸不全研究班調査用紙改訂版の調査結果より。呼吸器心身医学，10，136 - 140，1993。
- 2) 西尾日登美他：在宅酸素療法患者の受容過程での思い，第34回日本看護学会論文集（成人看護），p.117 - 119，2003。
- 3) 藤澤弥希他：在宅酸素療法患者の酸素使用状況と影響する要因，第31回日本看護学会論文集（地域看護），p.83 - 85，2000。
- 4) 平城久美子他：在宅酸素療法患者の酸素継続中断要因の分析 外来患者の日常生活体験より，第32回日本看護学会論文集（成人看護），p.60 - 62，2001。

研究

自宅退院した脳疾患患者の家族の思いと退院支援の特徴 ～三組の家族のケースから～

Characterized of the family's desire and discharge support, from three case studies that families care of patients with brain disease.

宮地 普子
Hiroko Miyaji

要 旨

自宅退院した三組の脳疾患患者に対する退院支援の過程を家族支援の観点から記述し分析した。

その結果、対象者は入院中の患者の病状や在宅介護に不安が生じている一方で、患者に対する愛情を振り返りながら在宅生活に向けて行動していた。また、退院支援は短期間で多岐にわたる介護技術の指導と地域のサービス調整が行われていた。

在宅生活に向けた退院支援は、早期から家族への介護参加を促し地域の医療福祉従事者と連携して継続的に支援する必要がある。その際、家族の患者に対する病状理解や心情を把握し支えることが重要である。また家族のエンパワメントを促進する視点と地域医療福祉従事者との支援体制の調整は、家族の在宅介護に対する自信と安心につながり、短期間で行われる退院支援に重要である。

key words : family nursing discharge planning empowerment

はじめに

少子高齢化が進み医療制度改革により地域医療連携が促進される現在、退院支援への意義と役割は大きい。そのような状況下で、在宅医療の充実を図り在宅退院を促進することは急務であり、当院においても在宅支援の件数は年々増加している。¹⁾²⁾

退院後の患者の生活は、それを支える家族の力が影響する。患者のみならず家族の在宅生活を豊かにするためにも、介護を担う家族支援の視点が退院支援には必要である。家族と協力して患者を支え、家族を看護の対象としてその力を引き出すことが重要である。³⁾

とくに脳疾患は意識障害や麻痺などの障害をのこす場合がある。豊島は「患者が障害を抱えることは、家族内の役割に変化を来し、患者の退院後には介護役割も背負うことが予測され、患者・家族とも退院後の生活には様々な戸惑いが生じることが予測される」⁴⁾と述べている。このような患者・家族の思いはどのようなものであり、どのような退院支援が望まれるのであろうか。

そこで今回、三組の患者・家族に対する退院支援の過程を記述し、家族の思いと行われている支援の特徴を明らかにし、今後の支援の参考としたい。

尚、本研究は第46回全国自治体病院学会において発表したものに加筆したものである。

目 的

脳疾患患者の家族に対する退院支援の過程とその特徴を明らかにし、今後の支援の方向性を検討する。

方 法

1. 研究対象: 在宅生活に向けて退院支援した脳疾患患者の三組の家族
2. 研究期間: 平成18年10月～平成19年4月
3. 研究方法: 診療記録、退院支援記録から家族の思いが読み取れる言動・行動と支援内容を経時的に記録する。
記録した退院支援の過程を、a. 家族への関わり、b. 退院調整と連携内容に分

類して図示し特徴をまとめる。

4. 倫理的配慮:個人と特定されないよう匿名性に配慮して記述した。

結 果

1. 対象者の概要と退院支援の経過

三名の対象者の概要を述べる。(表1)

退院支援の経過は、上段に退院調整と連携の内容、下段に家族への関わり(実線)と特徴的な家族の言動(破線)を分類して表示した。また、時間経過に沿って中心軸に患者の病状変化と医師の説明の経過を図示した。

A氏:長男の嫁(47歳)

入院患者は79歳の義母で脳腫瘍、左麻痺で終末期である。入院期間は26日間であり、退院支援の期間は20日間であった。A氏は夫の社宅で二人暮らしであり子供は独立している。これまで義母はケアハウスで独居生活であった。夫は会社勤務であり、A氏自身も夜間2時間のパート勤務をしている。

A氏は、義母の今回の入院と病状から、ケアハウスにも戻れず40km離れたA氏の自宅での介護にも限界があると話していた。その一方では、入院前の義母の様子を話し、長男である息子の元に戻りたいという義母の気持ちを理解しており、在宅介護に対するA氏の気持ちが揺れ動いていた。

そこでケアハウスの相談員やK氏のケアマネジャーと会議をもち、在宅介護の可能性を検討した。A氏とともに義母の希望を確認した。その結果、A氏は一時的にパートの仕事を休職しK市の自宅に呼び寄せて介護することを決断した。

A氏は介護経験がなく、患者は食事・排泄・着替えなど全てに介助を要する状態であるため、A氏に対して入院中におむつ交換や体位変換、食事介助などの介護技術を支援した。退院後はK市病院の訪問診療と訪問看護を利用できるよう調整した。(図1)

B氏:妻(72歳)

入院患者は脳腫瘍、右麻痺、失語のある75歳の夫である。入院期間は54日間であり、退院支援の期間は47日間であった。B氏は患者と二人暮らしである。農家を経営し現在は無職で年金を受給している。娘の子供が障害をもっており、娘には介護の協力は得られないと話していた。過去に義父母と同居していたが、在宅での介護経験はなかった。

退院支援の途中、夫の病状の悪化があり医師に説明を受けた。しかしB氏は以前の患者の状況と比べ、歩行できる状態を切望していた。B氏は日常生活活動が低下し歩行困難となった夫に対して、入院中に病棟看護師から介護技術を学んでいた。役場に行ってケアマネジャーと話し合うなど、在宅生活に向けた積極的行動もみられて

いた。

しかし、病状の理解が不十分で在宅生活に向けた話し合いは進まず、病院で会議しなおすなどの経緯もあった。そのため、医師の説明を受けることを計画し、同席して患者の病状を共に理解し、退院に向けて介護指導計画立て実施した。「何をいつどうすれば良いのか」というB氏の言葉もあり、自宅の生活を想定したB氏自身の日・週単位での生活の予定表を作成し、生活をイメージできるよう働きかけた。

次第に夫に対する愛情を振り返る言動も聞かれ、夫が車いすの状態でも自宅退院する気持ちを話すようになった。自信がついたという言葉も聞かれ、多職種のカンファレンスでは、福祉用具(ベッドと車イス)を選択し、訪問介護と訪問看護を導入して退院となった。(図2)

C氏:次女(54歳)

入院患者は左脳梗塞、意識障害、四肢麻痺のある93歳の母である。入院期間は61日間であり、退院支援の期間は58日間であった。患者と夫との三人暮らしで子供は独立している。夫は自営業であり店舗兼住宅である。

C氏はこれまでも左麻痺の母の在宅介護を行っていた。しかし今回、自発的運動や意思疎通が困難な状態となり生活全般において介助を要し、医療的処置も必要な状況となった。また、入院期間中に肺合併症を併発し、生命の危険性について医師から説明された。この期間はC氏の気持ちを理解し受け止めることに努め、その都度話し合いC氏の在宅退院への意思を確認していった。

義母の病状が安定したため、C氏に対して病棟看護師と協働して吸引やPEGの管理、膀胱留置カテーテル管理、褥創処置を指導した。C氏はあまり多くを語る方はなかったが、在宅介護の指導中に「自宅の介護に何が必要なかわからない」と疑問や不安な言動が聞かれた。一方では自宅で使用している福祉用具を持参し、医療処置や介護に参加するなど愛情をもって接していた。C氏の行動を支持し、技術習得の状況を訪問看護師とともに確認し引き継ぎ、退院となった。(図3)

2. 家族の思いと退院支援の特徴

本研究の対象者は、病状変化や退院を意識した時に在宅介護に対する不安な言動が聞かれた。しかし、病状理解と介護技術の習得がすすむにつれて、安心と自信の言動や患者に対する愛情を振り返る言動が聞かれていた。

退院支援の経過の特徴として、初期は患者や家族の介護への思いの把握につとめ、後期は家族の在宅介護・医療処置に対する支援を中心としていた。また、患者の病状変化の際には家族の思いと在宅介護の意志を確認し、退院日に向けて家族の在宅生活のイメージ化を支援していた。家族に対する退院支援のうち、入院経過に占める家族の介護技術の指導は短期間であり、地域医療福祉従

事者との調整は退院間際に頻繁に行われていた。

考 察

家族の主体的行動や愛情を振り返る言動を支持することは退院支援の間を通して行われていた。しかし、家族からは、病状の変化や退院を意識した時に在宅介護への不安言動が聞かれていた。

入院中に家族が介護に参加することは、家族自身が自己の介護力を認識し退院後の生活を考える機会となるが、具体的な不安が出現することにもなる。しかし家族は患者との関係・絆を再確認しており、病状理解と介護技術の習得がすすむにつれて、家族の安心と自信をもった言動が聞かれた。

渡辺は「家族の力を引き出すアプローチの基本は、あるがままの家族のありようを認め、その家族なりの工夫や努力を肯定的にフィードバックすることにある。」⁵⁾と述べている。

また河村らは「家族が患者との関係を振り返り、より深く患者のことを理解することを促進した。これが自宅退院への意思決定を可能とした。」と述べている。⁶⁾つまり、家族の言動や行動などの表現を促し支持することは、家族の不安軽減を受けとめるのみならず家族の在宅介護(退院)に対する意志や介護への自信を高める。そのことはさらに家族の主体的行動と在宅生活に向けての様々な決断力を引き出すことにつながると考える。

したがって、退院支援においては、家族の病状理解や心情を把握しその機会ごとに話を聞き支持していく必要があると考える。

次に、本研究の家族に対しては、入院中に家族が介護体験を促したり介護生活表を作成したり、家族自身の生活のイメージをつけるよう支援した。

家族に対する介護指導について、野嶋は「家族に対する教育的なアプローチで重要なことは、家族をケアの対象として位置づけ、知識の伝達、情報提供のみならず、「家族が病者との生活に対処することができる」というコンフィデンスの育成を図ることである。」と述べている。⁷⁾

在宅介護のイメージ化を図ることもまた、家族の在宅介護(退院)に対する意志や介護への自信を高めることにつながる。また患者が障害をもって在宅生活を営むため、家族に十分なサポート資源を提供し、それを家族が理解し選択できるよう支援する必要がある。多職種間のカンファレンスを行うことは、協力者の存在と明確な方針を提示でき、より家族が患者との在宅生活をイメージすることに有効であると考えられる。

結 論

脳疾患患者を在宅介護する家族は、短期間の入院のうち多岐にわたる介護技術を習得するため、早期から家

族の介護参加や地域の医療福祉従事者との連携が必要である。

また、家族が患者の病状を理解し、その過程で患者との関係・絆を再確認することは、家族の在宅介護に対する自信と安心につながる。家族のエンパワメントを促進する視点と多職種間の支援体制の調整は、短期間で行われる退院支援に重要である。

引用文献

- 1) 山田雅子: 医療提供体制の改革に向けた退院調整の意義. 看護管理16(11): 888-892, 2006.
- 2) 山田雅子: 医療連携において期待される看護師の役割. 病院66(5): 382-385, 2007.
- 3) 宮地善子: 退院支援における家族へのアプローチ~終末期がん患者の在宅生活を支援した事例から~. 砂川市立病院医学雑誌24(1): 107-111, 2007.
- 4) 豊島由樹子: 脳血管障害患者・家族の初回外泊における体験内容, 日本看護研究学会雑誌25(2), 71-85, 2002.
- 5) 渡辺裕子: 家族の力を引き出す援助のためのナースの課題. 家族看護5(1): 13-17, 2007.
- 6) 河村敦子他: 脳血管疾患患者家族が患者の自宅退院を意思決定する過程における体験-現象学的アプローチによる聴くという介入を試みて-. 第37回日本看護学会地域看護, 74-77, 2006.
- 7) 野嶋佐由美: 退院という課題に取り組む家族への看護のあり方, 家族看護2(1): 6-15, 2004.

表1 対象者の概要

対象者	A	B	C
患者との関係	長男の嫁(47歳)	妻(72歳)	次女(54歳)
患者の状況	脳腫瘍, 左麻痺 終末期(79歳女性)	脳腫瘍, 右麻痺 失語(75歳男性)	左脳梗塞, 意識障害, 四肢麻痺(93歳女性)
入院(支援)期間	26日間(20日間)	54日間(47日間)	61日間(58日間)
居住・家族環境	夫の社宅で二人暮らし, 子供は独立. 患者はケアハウス独居.	患者と二人暮らし, 子供は独立. 娘の子供は障害をもつ.	患者と夫と三人暮らし, 子供は独立. 店舗兼住宅
仕事・経済	夫は会社勤務, 本人は夜間2時間パート	農家を経営し現在は無職. 年金受給.	自営業の夫, 自宅で生活, 主婦
介護経験	介護経験なし. 今回初めて患者を呼び寄せ, 介護する.	過去に義父母と同居, 在宅での介護経験はない.	介護経験あり. 左麻痺の患者の在宅介護をこれまで行っていた.
退院時に導入したサービス内容	訪問診療(他院) 訪問看護 福祉用具(ベッド)	訪問看護 訪問介護・入浴, 福祉用具(ベッド, 車イス)	訪問診療(他院) 訪問看護, 医療・福祉用具(吸引器など)

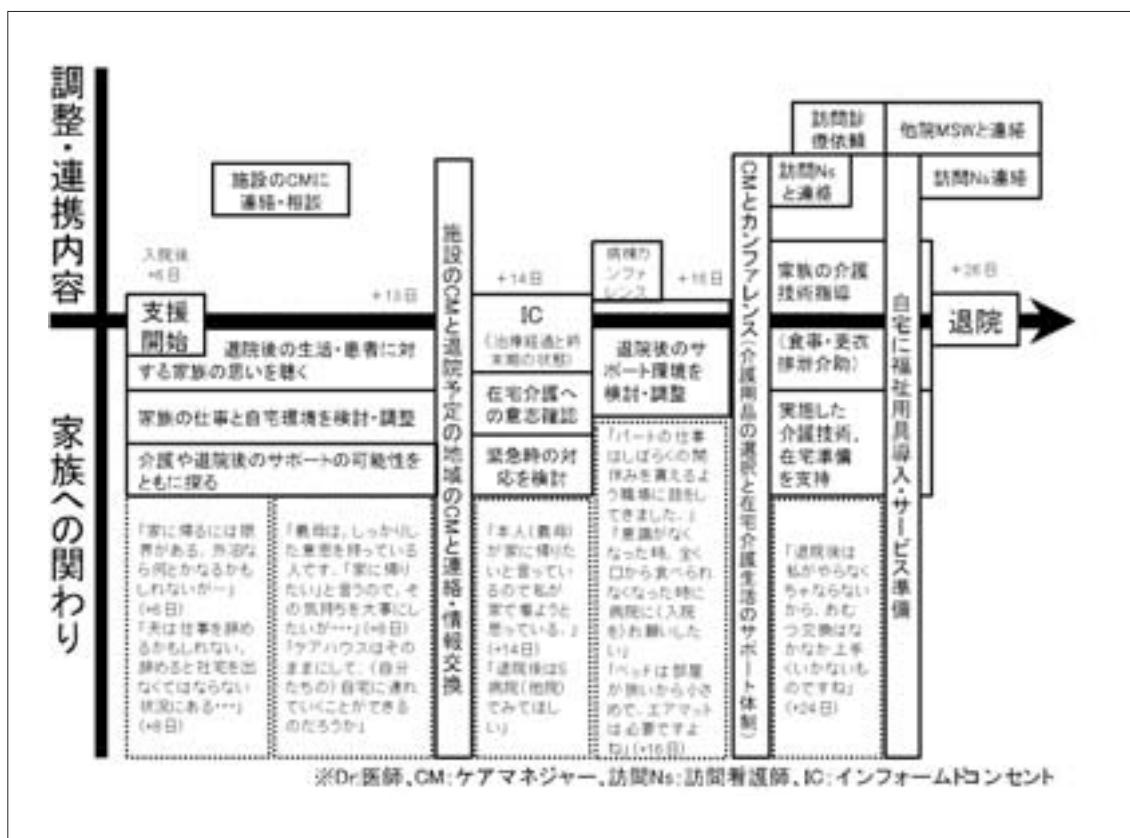


図1 A氏の支援経過

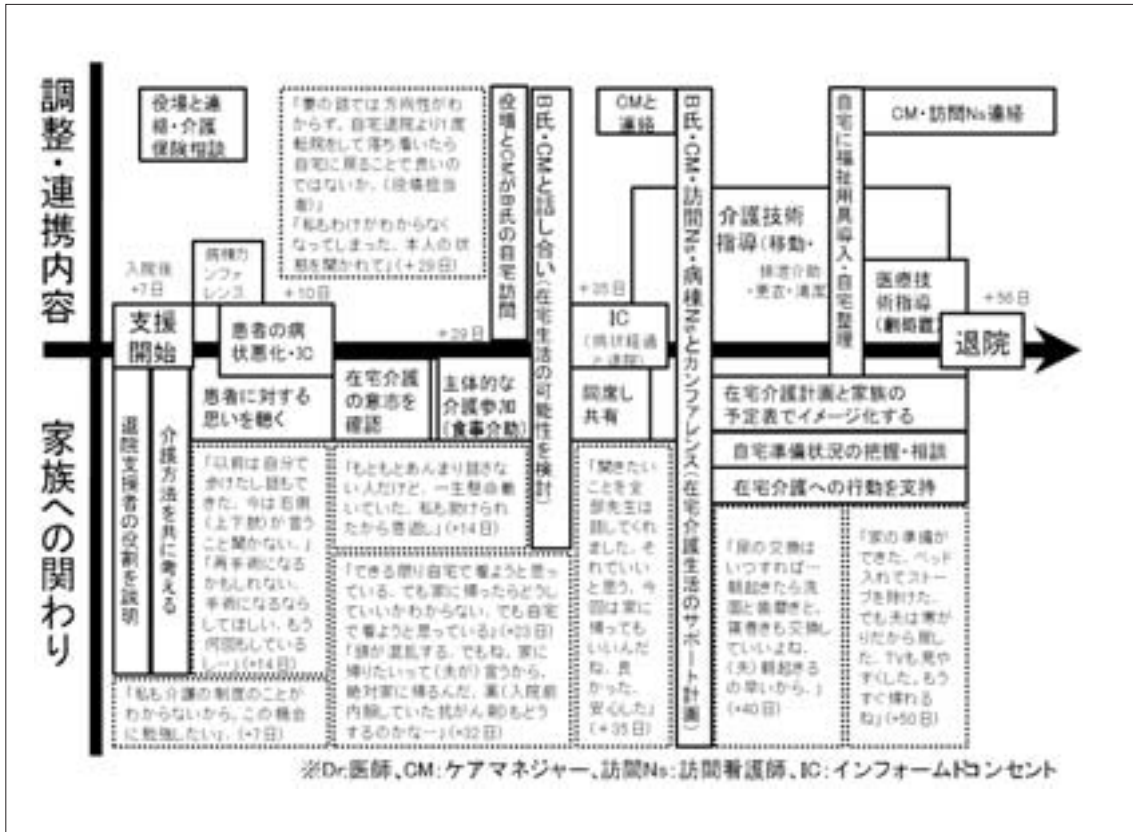


図2 B氏の支援経過

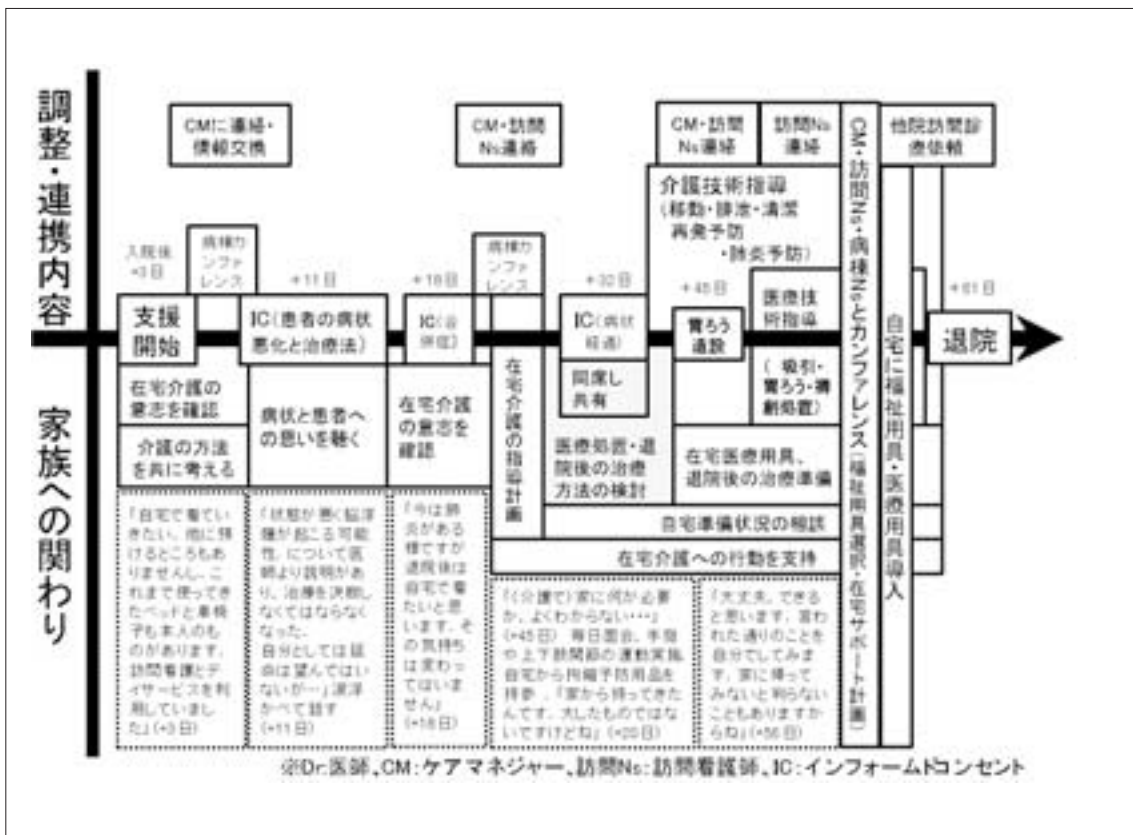


図3 C氏の支援経過

症 例

医療連携における心理士の働きとその役割

The role of clinical psychologist for medical liaison

成田 学
Manabu Narita

要 旨

昨年度より心理士が砂川市立病院にメンタルヘルスの専門職として「地域医療連携室」へ正式に採用されたことにより精神科領域はもとよりそれ以外の活動の枠を広げていく可能性を示すことが出来た。

心理的なケアについては諸領域で必要とされると考えられているものの、実際には専門的な援助はされていないようである。そこで、メンタルサポートの必要性を再度訴えるとともに心理の関わった3症例を中心に諸領域での心理士の関わり方と医療連携におけるこれからの役割を考察、検討した。

key words : clinical psychologist Cognitive behavior Therapy(CBT)
counseling psychotherapy medical liaison

はじめに

心理士とは“心理学の知識・技法を基に、心の苦しみや悩みを抱えた人々に対し心理相談・心理療法などに携わる”専門家として今日までに、医療・教育・福祉をはじめとする様々な分野においてその専門性を提供していることと思われる。現在はメンタルヘルスの専門家として、精神科医とは違ったアプローチを行い患者・家族に対してコンサルテーションやリエゾン活動を試みている。当院において心理士は精神科・緩和ケアを中心に活動を展開しているが、その他にも様々な領域での活動にも従事している。今回は各領域での心理士の関わり方の紹介と取り組みについての検討するとともに今後、心理職がどのように展開していけるか3症例を中心にその可能性を考察したいと思うが、まずは心理士の主な業務についての説明を加えておく。

精神科領域における主な関わり

- ・心理検査（知能検査・パーソナリティ検査・神経心理学的検査）
- ・カウンセリングなどの心理療法

- ・集団療法（アルコール勉強会、精神科DC）
- ・物忘れ外来

小児科領域における主な関わり

- ・心理検査（主に発達検査）
- ・カウンセリングなどの心理療法

緩和ケアにおける主な関わり

- ・カウンセリングなどの心理療法
- ・精神科へのコンサルト業務（精神症状のアセスメント等）
- ・患者-スタッフ間の関係性の維持（情報伝達の円滑性）

その他の領域（内科・脳外科・地域医療etc）

- ・心理検査（主に高次脳機能検査など）
- ・カウンセリング
- ・糖尿病教室（認知行動療法を用いたコーピングスキルの習得）
- ・地域・家族への精神的問題を中心とした心理教育

心理士が携わる主な業務は、診療科としては、精神神経科・小児科が中心で、その他に緩和ケアチームでの活動。

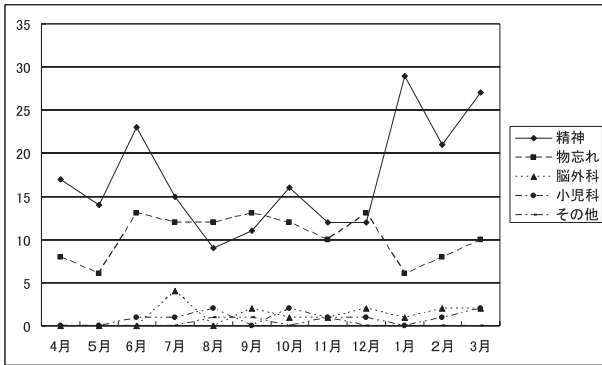


図1 2006年度心理室（心理検査）利用状況

糖尿病教室・物忘れ外来といった活動もあり全般的な関わりをしている。内容としては主に心理検査・心理療法（カウンセリング）・集団療法が中心となっている。

心理検査では、昨年度は、精神科領域でおよそ8割が占めており、残りは脳外科・小児科が続いている。(図1参照)

症 例

【症例1】44歳 男性 うつ病 主訴:不安感 抑うつ気分

既往歴：以前よりうつ病エピソードを有するが、入院歴、長期治療歴は無く単回の受診や自己判断で通院を中止することが続いていた。

家族歴:クライアント（以下CI）と妻、息子二人の4人家族。

現病歴：X-2年、二十数年勤務していた職場の配属が変わったことをきっかけに、意欲低下、不安、抑うつ気分などのうつ症状が出現、同年4月当院精神科外来を初診した。薬物療法を主体に治療を開始するも症状は遷延。CI及び家族と相談の上、同年6月にA病院への転院となる。しかしながら、転院先では生活になじみず、同年7月に再度入院となった。入院時はCIの希望を優先しながらも日記をもちいた認知療法や規則的な生活を送りながら療養を続け薬物調整をおこなっていた。徐々に抑うつ症状は改善され同年9月に退院となった。その後は安定した生活を送っていたが、X-1年8月ごろより高揚感、イライラ感が強くやや軽躁気味となっていたが大きな問題とならず治療も終結が考えられていた。しかしながらX年3月に職場の合併がおこなわれることになり、徐々に抑うつ症状が再燃し、出勤も次第に困難になり、意欲低下、作業効率の低下に伴い欠勤も多くなっていた。その為、同年3月に再度入院となり、抑うつ症状の改善と職場復帰を目的とし、認知行動療法を中心としたカウンセリングの依頼を受け、セラピスト（以下Th）の介入となった。

心理検査：WA I S - R、ロールシャハテスト、TEG、バウムテスト

感情面の混乱や悲観的な考え方、周囲に合わせようと

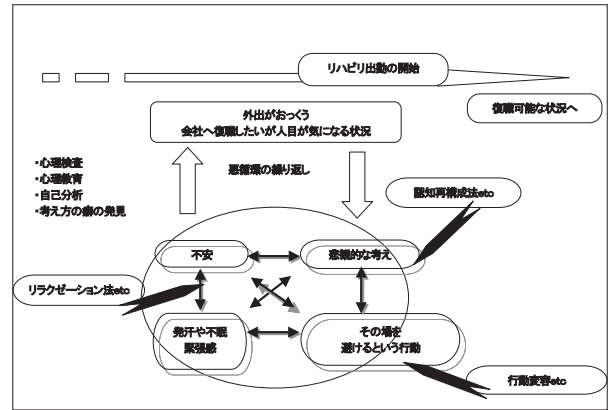


図2 症例1におけるカウンセリングの流れ及びCIの心理状況の変化

「言いたい事をいわないようにする」といったやり方が慢性的なストレスになり心理的・身体的な障害を表面化させていたと考えられた。

全17回のカウンセリングを行った（図2参照）

第1期：アセスメントとサイコエデュケーション

カウンセリング導入にあたり、心理検査を実施する。知的能力やパーソナリティについてのアセスメントを行う。病気への理解や自分の行動パターンや考え方の癖が現在の状況を抜け出せないことが理解される。“CIからは仕事が忙しくなっからは、周囲の話も聞かないようになっていた。自分がしなくてはいけないような気分にもなっていたし、新しい職場になって早く慣れなくてはこの気持ちが強かった”と話される。仕事に対する焦りや責任感の強さが、柔軟性の乏しい思考パターンを生み出しネガティブな「考え方の癖」を導いているのではないかと同定された。これをきっかけに認知行動療法（以下CBT）によるパッケージ化された技法を用いながら、状況に上手く対応することを目標とし治療が開始された。

第2期：退院まで

病棟では、非機能的思考記録表（以下DTR）を介して日常生活で変化があった時によく考えてしまうことや問題が起こってしまった時にどのような対処をしているのか、その時の自分の気持ちを記録してもらい、自身の考え方の癖や行動パターンが本当に現実的なものなのかを一緒に検討していくことを相談した。これにより、問題が生じると悲観的な考えになり不安感が増大し、人前に出ることから避けてしまうという行動が多いことが傾向として挙げられた。治療の中では、「否定的に物事を判断してしまうという考えが行動に影響を及ぼしている」という気づきが明らかになった。否定的な思考が浮かんだ際には、その考えが現実的であるかを判断する関わりや、直接行動を変化させる（例えば、不安になったらベットに戻るのではなくその場で過ごしてみる。ベットへは戻らず散歩をしてみる等）呼吸法などのリラクゼーション

法を取り入れる介入を行った。上手く対処できたときには正の強化をしつつ肯定的な関わりを強めていった。CI自身の考え方にも変化がみられ、不安な状況になっても何とかやり過ごすことが出来るようになり不適切な行動の減少にも繋がった。

第3期：自宅療養からリハビリ出勤、そして復帰へ

退院後はカウンセリングも外来で継続となる。自宅では環境も変わりネガティブな思考が増加した印象。職場上の都合もあり強い焦燥もあったが、DTRを継続していくことで何とか維持出来ていた。外出をせずに自宅に引きこもってしまうこともあったが、CIの合理的な考え方は現実的であると評価しつつ行動拡大のアプローチを強める。実際に課題をしてもらうようなホームワークを課しつつ自身の考え方や行動が合理的なものであると内省もみられるようになり、職場でのリハビリ的な出勤も出来るようになった。その後は現実的な考え方も定着し体調と気分のバランスもとれるようになり職場での復職を果たし現在も適応できており、症状も軽快しカウンセリングでの目標は達成されたと判断され終結となった。

【症例2】7歳 男児 心因反応 主訴：抜毛

既往歴：特記事項なし

家族歴および家族背景：父親、母親、CIの3人暮らし。父親はCIに対してはほとんど興味を示しておらず、仕事为中心で休みの日もほとんど子供と遊ぶことがない。母親は焦燥感強く、子供のしたことにすぐに怒ってしまうとのこと。また、CIが手伝おうとしても危ないからやらせられないと思って制止してしまうことが多い。

現病歴：元来、落ち着きなく同世代の子達とも話すことが少なく、人よりもペースが遅く何をしても最後になってしまふことが多かった。学校生活では大きな問題なく過ごせているとのことであったが、家に帰ると依存傾向が強く食事も食べさせてもらわないと食べない。排便時も自分でお尻を拭かないといった場面も多かった。行動に関して自分も納得しないと行動しないとといったことが何度もあり、周囲の大人たちはイライラしてしまうこともあるという。また、強く言われると今度は“死にたい”と発言したり自分の首を自分の手で絞めてみせるという場面もしばしばだったという。X-1年の冬頃から「自分の眉毛を抜いて食べるという行為」が出現し、それ以降少し怒ったり、強く言ったりすると、すぐに抜毛行為が始まり抜き続けてしまうということが多くなった。小学校からも「眉毛がない」と担任から指摘されるようになったこともあり、X年3月に小児科受診にて検診等での異常は指摘されずストレス性の症状である可能性も高いとの事でカウンセリングの依頼となった。

心理検査：乳幼児精神発達検査法

運動面は年齢相応程度、興味や生活習慣においては生

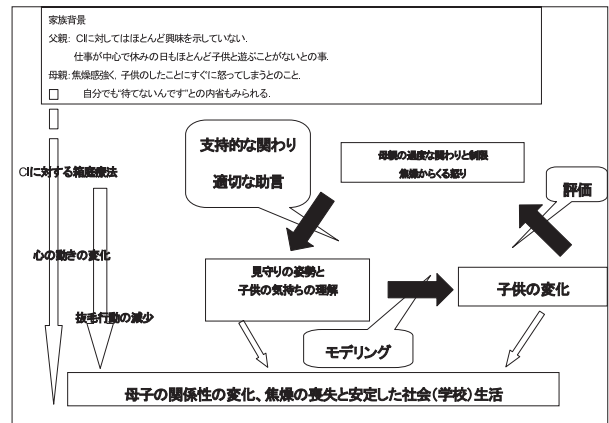


図3 症例2におけるカウンセリングの流れとCI、家族の変化

活年齢よりも低く、社会性、言語に関しては数ヶ月程度の遅れであると思われる個人差として判断した。

全12回のカウンセリングを行った。(図3参照)

CIに対しては箱庭療法、母親とは面談が中心になった関わりであった。箱庭についてはCIが心理室入室後すぐに興味を示し黙々と取り組んでおりカウンセリング期間中は最後まで箱庭を製作していた。

母親はCIの行動に対し必要以上の関わりを持ちながらも、一方で過度に行動を制限してしまう面もあり、すぐに怒ってしまうことが多かったとのこと。子供が上手く言語化できないことへの焦りと不安が強かったものと考えられた。母親の焦りや怒りに対しては共感や支持的な関わりを持ち、子供を見守る姿勢や気持ちの理解を強めていくことを繰り返し伝える。また、「抜毛行動」に対しては行動療法的アプローチを用い眉毛から意識をそらす関わりを強めた。

箱庭療法の中では、世界感が統制されておらず全く脈略のないものが表現されていたが、徐々にテーマが見出され、統制が取れるようになってきた。この頃になると“来週まで残しておいていい？”このつづきがやりたい”と自己表出が増え、さらに“こんにちは”有り難うございました。”などの言語化が出来るようになっていた。母親からも小学校などでも対人交流が取れるようになり、みんなと遊ぶようになったとの話も聞かれるようになった。

母親も子供との関わりにある程度の距離をとってもらい見守る姿勢や子供の訴えを言語化して子供にフィードバックすることが出来るようになったことで、表情にも余裕が見られるようになり“この子なりに成長してくれればよい”と非常にポジティブな発言も感じられた。

対人交流や自己表出が増えてきたことで「抜毛行動」は親への訴えとして出現していたことが理解され、子供に今の気持ちを伝えてあげることや評価を繰り返すことで「抜毛」も減少、言語化も増加し母子関係の安定や生

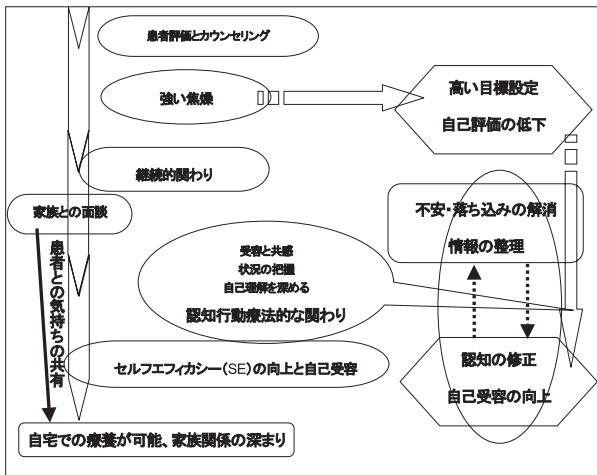


図4 症例3におけるカウンセリングの流れとCIと家族の変化

活習慣の改善、社会生活でも上手く適応できるようになったと感じられカウンセリングは終結となった。

【症例3】65歳 男性 左腎癌術後再発 主訴：不安・抑うつ気分

病歴：X年10月、左腎癌の為、腎摘出術施行後生活を送っていたが、X+1年2月、横隔膜、後腹膜に転移があり、同年3月後腹膜、悪性腫瘍手術、胃、脾臓摘出術施行。その後、自宅にてインターフェロン治療を開始し療養していたが、左側腹部の疼痛が出現した。X+1年6月：疼痛コントロールを目的とし当院の11病棟に入院となり、オピオイドの内服も開始された。オピオイドローテーションも行い疼痛コントロールも良好であったが、X+1年8月に胸骨への転移が確認され放射線治療も実施されていた。入院後は急激な疼痛の増悪に伴い、CI・家族ともに心理的な不安も強くなってきていたと思われる。CIのせん妄状態も続き意思疎通困難で混乱もみられた。CIは食欲()、不眠状態も続いていたこと、家族(妻)は治療者らに対して笑顔を見せながら会話を交わしていたが非常に周囲に対して気を使って接しているという印象。疲労感・不安感が感じられたことから、CI・家族に対して心理的援助の必要性が考慮され、睡眠・せん妄の問題に対してはPsy科へのコンサルトとCI・家族へのカウンセリングによる不安・焦燥などの心理的苦痛の緩和を目指しカウンセラーの介入となった。

全19回のカウンセリングを行った。(図4参照)

第1期：患者評価とカウンセリングの導入

身体的な問題の他にもせん妄・睡眠の問題等、生活に支障をきたす障害や心理的な問題(不安感・焦燥感・感情の脆弱さ)が存在し精神的な援助が必要であった。(不眠時：ロヒプノール(2)1T/day) 性格的にも、完全主義的傾向・焦燥感が強いことで、目標が高く、自己評価が低下しやすい状況にあることが示唆され、ベツサ

イドにて心理療法(支持的精神療法、認知行動療法的関わり)を行いながら、現在の自分の状態の理解とストレス状態へ気づきを促していくことを中心として関わることとした。

CIからは、“腹がちくちくして引っ張られる感じだが、がんばらないと。今は一日5回以上自分でトイレに行けなくては退院できない”や“今は歩くのがつらい。わかってはいるがなかなか出来ない”といった言葉が多く聴かれた。支持的に関わりながらも、現在の状況とCIの理想のすり合わせや出来ること出来ないことの確認し生活面での不安や焦燥を減らしていけるように接し、目標レベルを下げながらもADLの維持と心理的な安定を図ることを目指した。

第2期：継続的カウンセリング

自己受容が可能になり身体的苦痛もコントロールされて、気分の落ち込みや不安感も解消されてきていた。この頃から、“自分の状態を整理し受け入れることが出来るようになった。”“動きづらけれど、こんなもんかなあ。少しは痛いけど仕方ない”といった肯定的な内容の話題も聴かれるようになってきた。すると退院に向けての話題もきかれ、早い段階で在宅に向けての準備も進めていくことになった。準備が進むにつれ、退院に必要な情報も多くなりすぎてしまいCI・家族とも何をしたいかわからない状況になり、混乱が生じてしまった。しかし、MSWへのコンサルトや情報の整理を確認することで気持ちも再び気分も安定していった。“わからないこともあったが話をきけてすっきりできた。安心したよ”と話される。自らの問題に対して適切に解決できたことを評価しつつ、今後問題が生じた際に「何をしたらいいのか」どこへ相談したらよいか」を経験され、家族で話し合い解決できるようになったことで家族の凝集性も高まめることが可能となった。

第3期：退院へ向けて

外出、外泊を重ねながら焦燥感は低下したかに思われたが、体力的な問題や家族らの焦燥感が強くなっていった。しかし、CIは“退院しようと思う”と強く訴える場面もあった。“病室の人たちは俺より後にはいつまでたのに皆退院してしまったし、先生もいつでも退院していいんだよといっている。なんか追い出されている気がして・・・”先生にも退院するといってしまったし・・・”CIの感じた不安な気持ちに共感しつつ、CIの感じた気持ちに対する保障をする。DrやNsへの気持ちの伝え方に対しても選択肢を提供(自分から伝えるかThが伝えるか)することや、どのように伝えればいいのかを相談することで、焦燥感を解消することができた。

退院という不安を抱えつつも、外泊を経験し現在の自分との「すり合わせ」が出来ていた。CI自身で困難を経験し、課題の発見や「誰かに頼ってもいいとんだ」とい

う想いが表現できたことも自信を生み不安解消につながったと考えられる。外泊においても家族とも情報を共有できたことや、CI - 家族での関係性を深めることが出来ていたようである。完全主義的な傾向も低下し、今の自分の状態を受け入れることで自宅療養が可能になり退院することが出来、同時にカウンセリングも終結を迎えた。

この症例では、認知行動療法的アプローチによって目標設定を下げることができた。外出・外泊での困難に試行錯誤的に対処することができることで、身体と気持ちのバランスが取れるようになり自己受容につながったと考えられる。家族の不安に対しても他職種との連携、CIと家族での相談によって家族関係も深まり自宅での療養が可能となったと思われる。

考 察

3症例を中心に心理士の関わりを示した。業務割合としては心理検査をふくめると精神神経科の割合が非常に多いが他診療科はやはり少ないように感じる。これは精神科での心理士の認知度は浸透しているが他診療科では心理職に対する認知度の低さが伺える。心理士の立場からも現在は1人しかおらず、他診療科への積極的な関わりが少なくないという物理的な制限がかかっていることも影響していると思われる。

しかしながら、上記の症例にもあるように患者・家族に対しての心理的なケアは大変必要であり、個別的なかわりをもって接することが重要になってくるとも感じられる。では、このような中で心理士はどのように連携を持つ必要があるのだろうか。まず一つとして心理的なケアの重要性は訴えていかななくてはならないだろう。医療従事者のみならず患者に対しても心理や地域医療連携室から情報を発信し身体的治療以外でのケアの必要性を意識してもらうことも大切なことである。2つ目に心理士と連携方法についても浸透・確立されておらず特定の診療科での業務に集中しやすく、他診療科との連携が円滑でないことも考えられる。

以上のような緒問題は多いが様々な領域で心理職の必要性は高いことが予測されると思われた。

結 語

本症例からわかるように、それぞれの領域での専門的な関わりが必要であるので、今後、人間的な配慮を考えていくことも望まれる。

特定の診療科に偏りすぎてしまうことで他診療科への関わりも少なくなってしまうが、連携方法の確立が十分になされていないことも要因となっている。専門性の確立と連携においての今後の大きな課題として挙げられる。

心理的ケアの需要は高いと考えられるが、直接的な援助にも限界があるので間接的な支援（援助者への教育・心理士からの情報の発信など）のニーズを高めていくことも必要であると考えられた。

文 献

- 1) 井上 和臣 編：認知療法ケースブック こころの臨床 á · la · carte 第22巻増刊号[2] 星和書店 東京、2003。
- 2) 小此木啓吾 他：精神医学ハンドブック、第1版。創元社 1998。
- 3) 木村 晴子：箱庭療法 基礎的研究と実践 第1版創元者 東京2005、
- 4) 田中 信市：箱庭療法 こころが見えてくる方法 第1版。講談社 東京 2004。
- 5) 保坂 隆 著：リエゾン心理士 臨床心理士の新しい役割、第1版。星和書店 東京 2001。
- 6) 松原 達哉：心理カウンセリング 第1版 株式会社 ナツメ社 2004。

研究

中空知・地域で認知症を支える会の活動

The Dementia Care Network in Naka-Sorachi Area

大辻 誠司

Seiji Otsuji

要 旨

高齢化社会日本にとって認知症対策は他人事ではない身近な問題である。わが国は65歳以上の高齢者が19%を越え、2035年には高齢者の10.7%が認知症高齢者と言われている。当院はこの地域の中核病院としての役割を担い、H16年1月もの忘れ専門外来を開設した。また認知症の早期診断・治療と地域の医療機関および福祉・介護に従事する専門職とのネットワークを築き地域全体で認知症高齢者とその家族を支えることを目標に「中空知・地域で認知症を支える会」を平成16年4月発足。一般住民を対象に認知症講演会の開催や保健、介護、福祉関係者を対象に研修会、症例検討会を継続的に開催。知識、技術の共有化と向上を図りかつ現場の悩み、苦悩を話し合う場をもち、疲弊して燃えつきてしまうことのないようなサポート体制を目指した。これまでの活動経過を振り返り考察する。

key words : Cognitive Impairment .Network. S ocialwork

はじめに

高齢化社会日本にとって認知症対策は他人事ではない身近な問題である。わが国は65歳以上の高齢者が19%を越え、なんらかの介護が必要な認知症高齢者は2005年で169万人、1035年では367万人と高齢者の10.7%に達すると言われている¹⁾。

北海道の中央に位置する中空知地域は、5市5町、人口約13万人、高齢化率30%を超える旧産炭地で、夕張に次いで破綻寸前の町が点在する地域でもある。認知症専門外来（もの忘れ外来）は、平成12年の介護保険導入以来その開設数は年々増加し現在全国で80前後を数えるという。開設している診療科は精神科6割と半数を超え、神経内科25%、老年科15%とほとんどが従来の診療科単科での開設が大半である。しかし、認知症の鑑別診断は困難を極める。より適切な診断・治療のためには、当院では精神神経科・神経内科・脳神経外科の各科が壁を取り除いてそれぞれが医学的知識・経験を補完しながら診療にあたることを考え、もの忘れ専門外来を平成16年1月に開

設した。すなわち精神神経科医は認知症の有無、認知症状および周辺症状と臨床症状の特徴を評価、神経内科医は神経徴候の評価を、そして脳神経外科医は画像検査結果の評価を行いカンファレンスで痴呆の鑑別診断および治療指針を作成することによって、少しでも正確な臨床診断と治療法を目指した。

また認知症の早期診断・治療と地域の医療機関および福祉・介護に従事する専門職とのネットワークを築き地域全体で認知症高齢者とその家族を支えることを目標にした。そのカギは市民、専門職、家族といった重層的なネットワーク化と身近な問題として捉えてもらうための市民の理解が重要であると考え²⁾。このことに取り組むためにH16年4月に当院医師・地元医師会・地域包括支援センター・保健センター・社会福祉協議会・認知症専門デイサービスセンターと協力し「中空知・地域で認知症を支える会」を発足した。

方 法

もの忘れ専門外来では認知症と診断された患者には、

地域医療連携室の精神保健福祉士が介護保険制度による利用可能な介護サービスについて説明を行い、更には介護サービス提供の中心的存在となっているケアマネジャーに診療情報を提供し、介護サービスに役立ててもらおうと同時に、ケアマネジャーから年に数回、在宅生活の状況を専用シートにより受け取ることによって情報を共有し、かかりつけ医および専門医の診療に役立つよう、双方向の情報発信の共有化を目指した。更に認知症高齢者の在宅生活上での問題発生時には現場の介護関係者から地域医療連携室の精神保健福祉士に連絡が入り、即座に対応できる体制をとった。

このように認知症の早期発見、早期治療を目標に専門外来を開設したが、介護に携わる関係者や一般住民が認知症の正しい知識と理解がなければいち早く感知して早期受診につなげなければ本来の目的が達せられない。そこで、当地域では、医療、保健、介護および福祉の関係者が集まり「中空知・地域で認知症を支える会」を平成16年4月発足。一般住民を対象に認知症の啓発活動を行うため、市民向け講演会の開催や保健、介護、福祉の関係を対象に年3回程度の研修会、症例検討会を企画し知識、技術の共有化と向上を図りかつ現場の悩み、苦悩を話し合う場をもち、疲弊して燃えつきてしまうことのないようなサポート体制を目指した。

会の目的は、1. 認知症に対する市民への正しい知識と理解をしていただくための啓発活動。2. 地域ケアスタッフに対して専門的な研修機会を保障する。3. 重層的なネットワーク体制をつくり地域全体で認知症高齢者にかかわる体制づくりを目指すこととした。市民向けの啓発活動として、市民健康フォーラムを開催している。

第1回 H16年7月5日
「認知症の正しい理解」
愛媛大学医学部 助教授 池田 学 氏
参加 約300人

第2回 H17年7月9日
「認知症とともに」
埼玉医科大学総合医療センター精神神経科
深津 亮 氏
「認知症のかかわり」各施設からの報告
参加 約300人

第3回 H18年7月22日
「認知症の人たちは何を感じ、何を考え、どんなことをしているのだろう」
北海道医療大学 看護福祉学部
教授 阿保 順子 氏
参加 約250名

「あんな苦勞、こんな苦勞、そして」
若年性認知症家族の座談会

第4回 H19年9月22日

「いきいきとした脳のために」
札幌医科大学 作業療法学科
教授 池田 望 氏
参加 約150名

「認知症の介護をして得られたもの」
砂川認知症を抱える家族の会(ひまわりの会)
の体験発表

これまで大学教授による分かりやすく認知症のメカニズムや認知症の予防方法・地元保健師やデイサービス、グループホームスタッフからの実践報告、家族による介護体験を話す座談会を企画してきた。終了後のアンケートでは、「知らないことが多く勉強になった」などの意見が毎回多く、まだまだ啓発を継続する意義はあるものと思う。

また、施設長、看護師、保健師、ケアマネ、ヘルパーなど認知症に関する専門的な学習の機会を保障するため、「ケアスタッフ研修会」を開催している。

・第1回 平成16年10月13日(水)

「グループホームの痴呆ケア」

特定非営利法人NPO社会福祉振興会

理事長 田代 和也 氏

参加 120人

・第2回 平成17年2月14日(月)

「各痴呆性疾患の施設内ケアのポイント」

愛媛大学医学部 助教授 池田 学 氏

参加 約90人

・第3回 平成17年9月29日(木)

「認知症症例検討会」

・認知症夫婦に関わるケアマネからの報告

歌志内神威診療所 師長(ケアマネ) 諏訪 氏

・認知症専門デイサービスセンターりんごの里からの報告

看護師・社会福祉士 安藤 氏

参加 27人

・第4回 平成18年3月13日(月)

・「精神科病棟における認知症患者の看護」

砂川市立病院 主任看護師 小坂 幸子 氏

・「パーキンソン病をもっと知るために(認知症にからめて...)」

～地域保健・医療・福祉に関わる方のために～

砂川市立病院 神経内科 医師 斉藤 正樹 氏

100名参加

・第5回 平成18年6月28日(水)

「認知症画像診断学習会」

画像診断の見方について

認知症診断について

砂川市立病院 精神科 内海久美子氏 他放射線科

- 59名参加
- ・第6回 平成18年10月27日
「認知症のリハビリテーション」
砂川市立病院 理学療法士 新関
作業療法士 鈴木 伸之 氏
90名参加
 - ・第7回 平成19年3月28日(水)
「認知症症例検討会」～DLBの症例から～
砂川市立病院 精神神経科 館野 勝先生
「日本認知症学会製作DVD 認知症のかかわり」
砂川市立病院 精神神経科 内海久美子先生
90名
 - ・第8回 平成19年7月22日
「認知症リハビリテーション」
～父親の認知症に関わって～
～認知症治療病棟のリハビリテーション～
北海道文教大学 作業療法学科
教授 深澤 孝克 先生
220名
 - ・第1回グループホームスタッフ グループスーパービジョン
平成19年9月7日
歌志内・砂川のグループホームスタッフに参集いただき、認知症介護の専門性と職場環境のメンタルヘルスについて語り合う。この職業への期待と不安、介護不安、職場環境、他の職場から学ぶことなどを話し合った。 10名
 - ・第9回 平成19年12月19日
「認知症症例検討会」～ADの症例
在宅～GH～急性期HP～療養HPへ転記した症例について～
「日本認知症学会製作DVD 認知症のかかわり」
砂川市立病院 精神神経科 内海久美子 先生
104名

上記のように主に4種の研修を行ってきた。1. 認知症リハビリテーションの実践など他地域から学ぶ機会 2. 近隣施設からのケア実践報告。3. 当院医師による画像診断学習会やPTによるリハビリテーションの方法や精神科看護師からの看護の方法、4. 疾患別または在宅介護における症例検討会である。さらに最近は、認知症グループホームやデイサービスセンターで働く職員が、次々に辞めていく実態に着目し、疲弊せずいかに充実感をもって働くかという「メンタルヘルスの問題」について考えた。認知症グループホームはここ数年で急速に立ち上がった福祉分野の新たな社会資源として注目され、若い介護スタッフが雇用された。しかし利用者が生活していくなかで進行していく認知症に向き合う戸惑いや夜

勤も含めた勤務体制の過重労働への不安、雇用形態がパートであることの実態が浮き彫りになるにつれ、長続きしない労働環境にどう自分が自信をもって働くかに耳を傾けるスーパーバイザーの必要性を認識し会として、小規模ながら2ヶ所の認知症グループホームスタッフに参集いただき第1回グループスーパービジョンを開催した。参加したスタッフは、日々のかかわりの中で改善されないまま進行の一途をたどる認知症と向き合うことの辛さの中で、かかわりひとつが今日の生活がいかに充実したものになるかが実感できるので、じっくり向き合うことの充実感と困難さの狭間で介護をしているとの複雑な心境が伺えた。また夜勤、日勤体制や雇用形態もパート職員が多く、専門性を感じる間もなく日々すぎていく中で不安を感じているようだった。

結 果

ケアスタッフ研修会終了後のアンケートでは、「認知症にも様々な種類があることを知った」「認知症における周辺症状の特徴をつかみ、かかわりを工夫したい」「頭部画像診断の見方やリハビリテーションの工夫などまだまだかかわり方は奥が深い」「グループワークでは、他施設での工夫など意見が聞けて参考になった」「認知症の専門性は少しずつ浸透しつつあるがまだ希薄である。更なる研修の機会をつくってほしい」という意見、要望があった。また会を重ねるごとに「どうかかわっていいかわからない」といった切迫感、閉塞感的内容のアンケートが増えてきており、「進行し変化していく認知症状に関わる難しさ」に現場は困惑しているようである。

考 察

侮蔑的でネガティブな反応がある「痴呆」という言葉から「認知症」と改称されたことに鑑み、また「ボケは恥ずかしい」「年だから仕方がない」「検査は大袈裟だ」「相談するところがない」などといった認知症に対する陰性感情の払拭に少なからず貢献しているものと思う。また地域ケアスタッフには、認知症の知識と情報提供ができた。医療機関および福祉・介護に従事するケアスタッフと市民とのネットワークを築くための足がかりになっている。今後、年1回の市民フォーラム、年3～4回程度のケアスタッフ研修会の継続開催。認知症を支える家族会(ひだまりの会)が発足し当会に加盟し、H19年度開催した第4回市民フォーラムでは家族介護の験談を発表していただき協力している。今後も家族会と新たな活動を模索したい。また認知症グループホームやデイサービスセンターで働く職員が疲弊せずいかに充実感をもって働くかという「メンタルヘルスの問題」について支え手となるグループスーパービジョン体制は今後も必要であると認識した。

生きていく過程で認知症になった人を支援する側が、一方的に画一的に認知症ととらえて「特別な人」にしてしまう。全て失っていないにもかかわらず、生きている世界から遠くに追いやって介護の世界に閉じ込め「認知症介護の知る」を語り合っている。そのことに一刻も気がつかなければ「自立支援」「リハビリテーション」「人権」「人間的」「その人らしく」などそんなに美語を並べても、この世界は「人が生きることを支援する」とは無縁の「認知症を扱う世界」になりかねない³⁾。無縁の世界ではない現実世界の身近なこととして認知症であっても生活し続けることへ地域全体で取り組む必要がある。

引用文献

- 1) 川畑信也：知っておきたい認知症の基本。第1版 集英社新書、東京、3-6、2007
- 2) 栗田圭一：痴呆の疫学と地域ケアモデル。CLNCIAN 51(529)122-526、2004
- 3) 和田行男：大逆転の痴呆ケア。第6版 中央法規出版、東京、66-77、2004

研究

看護部における転倒・転落防止対策5年間の取り組み

A last-fiveyear achievements of prevents for ded-related fall

尾西 孝一
Kouichi Onishi

要 旨

看護部では、過去5年間、転倒・転落を防止するための取り組みを継続して実施している。取り組みの経過と対策について要因を検討した結果、平成18年は、転倒・転落報告件数は増加したが、アクシデント報告件数は前年度より減少した。転倒における情報を共有すること、リスクカンファレンスにより検討をすることは、部署内で統一した防止対策が取ることができるので有効であると思われた。

key words : Ded-related fall Prevents last-fiveyear achievements

はじめに

看護部では、過去5年間、転倒・転落を防止するための取り組みを継続して実施している経過とアクシデントが減少に至った要因を検討した。

方 法

平成13年から平成18年までの防止対策の取り組み経過と事例の報告件数から分析をした。

結 果

平成14年から転倒・転落に対する意識向上と情報の共有を目的に転倒・転落アセスメントスコアシートを導入し普及に努めた。(日本看護協会)導入前の平成13年、25件(全事例の6%を占める以下同様)導入後の平成14年24件(6%)の報告があった。平成15年、転倒・転落アセスメントスコアシートから防止対策立案し、情報共有のために毎月各部署で評価した。また看護部内会議にて各部署の評価、対策について報告を行ない対策の標準化と情報共有に努めた。平成15年、95件(21%)の報告で転倒・転落アセスメントスコアシート導入により看護師の転倒・転落への意識、認識が変化し件数増加となった。平成16年、転倒・転落危険度別防止対策を見直し及び強化

を目的にリスクカンファレンスを導入した。導入後、平成16年62件(10%)の報告で前年より減少した。各部署のリスク担当者によってリスクカンファレンスを行ったことにより報告件数が減少した。平成17年、他職種による学習会実施、各部署の担当者の認識と防止対策に対する振り返りを行なった。平成17年111件(16.6%)の報告であった。平成18年、インシデント報告システムのIT化を導入及び医療安全推進室による院内ラウンドと部署訪問を開始した。平成18年249件(21.6%)の報告で増加した。IT化・ラウンド・訪問により事故の状況把握が早期となり、早い段階でリスクカンファレンスを行うことができ防止対策の見直しが可能になった。アクシデントは、平成13年から平成16年までは20件～30件の報告があった。平成17年27件、平成18年12件の報告と減少した。(図1・2)

結 論

1. 平成18年は、転倒・転落報告件数は増加したが、アクシデント報告件数は前年度より減少した。

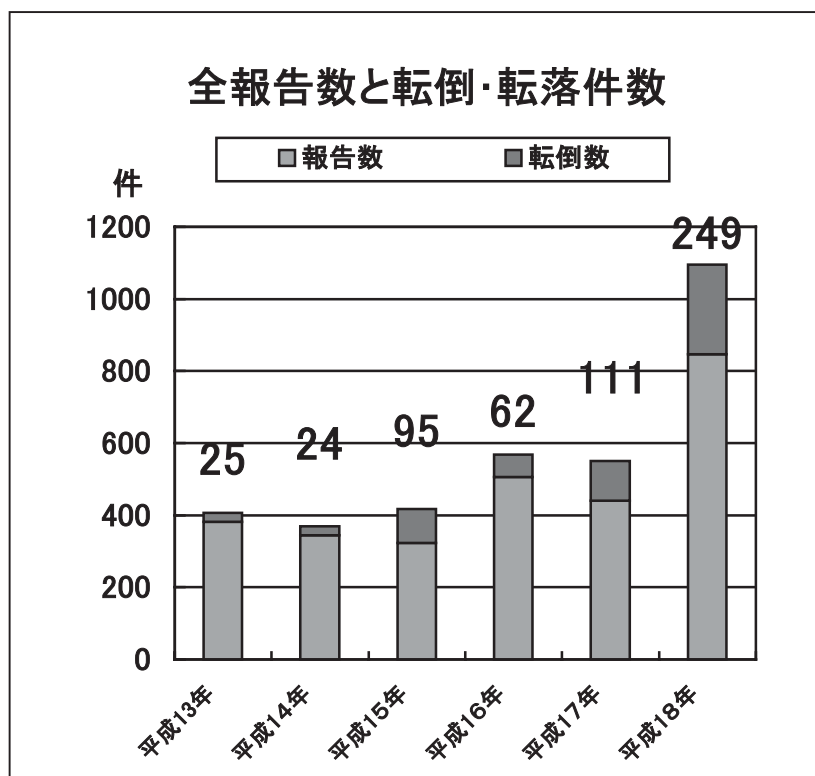
おわりに

転倒・転落は決定的な防止対策を見出すことは難しい。しかし、転倒における情報を共有すること、リスクカンファレンスにより検討をすることは、部署内で統一した

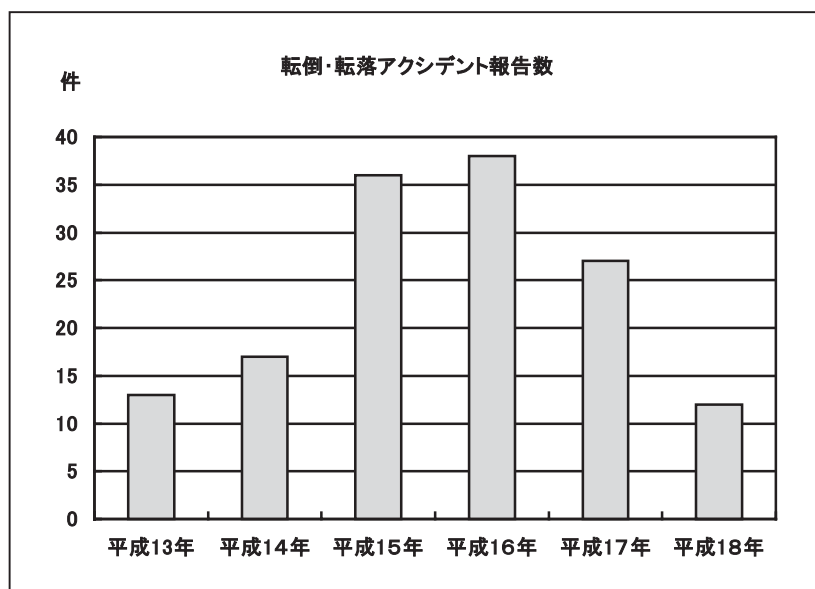
防止対策が取ることができるので有効である。

文 献

- 1) 川村治子．ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ完全本．医学書院．東京．2002



(図1)



(図2)

症 例

簡易懸濁法導入

The introduction of simple suspension method

新崎 祐馬 坪田 晃司 寺林 久幸
Yuma Shinzaki Kouji Tsubota Hisayuki Terabayashi

要 旨

簡易懸濁法 (Simple Suspension Method) とは、錠剤粉碎やカプセル開封をせずに、錠剤・カプセルをそのまま、あるいはコーティングに亀裂を入れて、温湯 (約55℃) に入れ、崩壊・懸濁させて経管投与する方法である。

現在、栄養療法が浸透し、積極的に胃瘻や経鼻経管栄養が行われるようになった。その中で薬剤の投与も当然ながらチューブから投与されていたが、従来法の散剤処方や錠剤の粉碎ではチューブ閉塞、粉碎時の薬剤の損失、薬剤師・看護師・介護者の被爆などの様々な問題点があった。

今回、従来法にかわり新しい薬剤の経管投与方法である簡易懸濁法が当院でも導入され、調剤時間の短縮、粉碎時の薬剤ロスの回避、薬剤被爆の軽減、コスト削減などの恩恵を受けることができたので報告する。

key words : Simple Suspension Method (SSM)

はじめに

簡易懸濁法とは、錠剤粉碎やカプセル開封をせずに、錠剤・カプセルをそのまま、あるいはコーティングに亀裂を入れて、温湯 (約55℃) に入れ、崩壊・懸濁させて経管投与する方法である。

簡易懸濁法は処方する医師、実際に手技を行う看護師の協力が不可欠である。

簡易懸濁法の利点を表1に、粉碎調剤時に発生する問題点を表2に示す。

方 法

カップに入れた約55℃の温湯20mlの中に1回分の薬剤を入れてかき混ぜ、10分間放置する。病棟配布用または当院MyWeb上に掲載した経管投与可能薬品一覧表 (表3に示す) に従い処方、調剤されていれば10分後には錠剤やカプセル剤は崩壊・懸濁する。その懸濁液をディスペンサーに吸い取り経管投与する。注入後、チューブを適量の水で洗い流す。

抗癌剤など細胞毒性を有する薬剤はカップを使用せず薬剤を直接ディスペンサー内に入れ溶解懸濁させる。

水温、放置時間について

簡易懸濁法では水温を約55℃に設定する。理由はカプセルを確実に溶解させるためである。日本薬局方の純度試験においてカプセルは「水50mlを加え、37±2℃に保ちながらしばしば振り動かすとき、10分以内に溶ける」と規定されている。室温に10分間放置したとき37℃以下にならないように初期温度を55℃に設定した。

10分を大幅に越える長時間放置は簡易懸濁法本来の利点である配合変化の危険性の減少を妨げるものであるため注意が必要である。

難溶性薬剤について

錠剤には糖衣錠やフィルムコーティング錠など錠剤表面に加工が施されているものがある。これらの薬剤は通常、難溶性であるため55℃、10分放置での溶解・懸濁は

表1 簡易懸濁法の利点

1. 調剤時間問題の解決
2. 投与時の問題、経管栄養チューブ閉塞の回避
3. 配合変化の危険性の減少 粉砕法：粉砕して混合した後、投与日数期間、配合変化の危険性がある 簡易懸濁法：投与前、水に入れる10分間のみ
4. 投与可能薬品の増加 錠剤、カプセル全1,003薬品中 粉砕法：694薬品（69%） 簡易懸濁法：850薬品（85%）
5. 投与時に再確認ができる リスクの回避
6. 中止・変更の対応が容易 経済的ロス削減
7. 細かいチューブの使用が可能 患者のQOLの向上
8. 薬剤師、看護師の薬剤被爆の回避
9. 調剤業務、予薬業務時間短縮による他業務の充実化
10. 溶媒としての水分量減少 水分制限患者への対応

表3 経管投与可能薬品一覧表

薬品名	簡易懸濁法		対応
	適否	理由	
アイトロール錠20mg			
アイビーディカプセル50mg			
アイビーディカプセル100mg			
アカルディカプセル1.25mg			
アキネトン錠			
アキネトン細粒		洗浄やや多めに	
アクセノン末	x	難溶性のため	
アクトス錠15mg			
アクトス錠30mg			
アザルフィジン E N錠		錠剤の破壊で可	
アシノンカプセル150			
アストミン錠10mg			
アスバラ - C A錠200mg		錠剤の破壊で可	
アスバラ K錠300mg	x	難溶性のため	グルコンサン K細粒
アスペノンカプセル20mg			
アスベリン散10%			
アセチルシブライミン200mg			
アダプチノール5mg	x	二重錠のため	
アタラックス錠10mg	x	難溶性のため	アタラックスPカプセル
アタラックス - Pカプセル25mg			
アダラートカプセル10mg	x	油状成分のため	セバミットRカプセル
アダラート C R錠20mg	x	徐放性製剤のため	セバミットRカプセル
アーチスト錠1.25mg			
アーチスト錠2.5mg			
アーチスト錠10mg			
アデホスコウ顆粒	x	腸溶性で粒子径が大きいため	
アデホスコウ腸溶錠20	x	腸溶性製剤のため	
アアテン錠2mg			
アドソルビン末		やや溶けにくい	
アドナ錠30mg			
アドナ錠10%			
アナフラニール錠10mg		錠剤の破壊で可	
アナフラニール錠25mg		錠剤の破壊で可	
アベロックス錠400mg			
アマリール1mg錠			
アミュー顆粒			
アムロジウム D錠2.5mg			
アムロジウム D錠5mg			
アモキシサンカプセル25mg			
アモバン錠7.5mg			
アリセプト O D錠3mg			
アリセプト O D錠5mg			
アリナミン F 糖衣錠25mg		錠剤の破壊で可	
アリミテックス錠1mg	-	データなし	
アルケラン錠			
アルサルミン細粒			
アルダクトン A錠25mg			
アルドメット錠250mg			
アルファロールカプセル0.25μg			
アレグラ錠60mg		チューブサイズ14Fr以上で可	
アレジオン錠20mg			
アレビアチン散10%			
アレビアチン錠100mg			
アレロック錠5mg			
アロストール錠100mg			

表2 粉砕調剤時に発生する問題点

1	製剤の物理・化学的安定性に対する影響	・光に対する安定性（酸化分解など） ・温度、湿度に対する安定性（吸湿による湿潤など） ・着色、配合変化
2	薬物動態、薬効・副作用に対する影響	・腸溶性及び徐放性の破壊 ・吸収、バイオアベイラビリティの変化
3	感覚器への影響	・味、臭い（苦味、酸味、不快臭など） ・刺激感、しびれ感、収斂性
4	調剤上の影響	・粉砕・分包によるロス（粉砕機や乳鉢への付着） ・混和、混合による配合変化（賦形剤、他剤との配合変化）
5	調剤者への影響	・接触、吸入などによる健康被害
6	調剤業務の煩雑化、調剤時間の増大	
7	賦形剤添加による薬剤の難溶化 それによる溶媒としての水分量の増加	

表4 簡易懸濁法に問題のある薬剤例

薬品名	問題点
アルドメット錠	酸化マグネシウムとの併用でアルカリ性となり分解、褐色変化
アルロイドG	8Frチューブ通過せず、薬品の性質上、希釈は禁止
エンドキサンP錠	45～53 で分解
カリクレイン錠	55 以上で失活
タケプロンOD錠	56～61 で添加剤マクロゴール6000が凝固する
グラマリール細粒	懸濁しない
ポントールカプセル	懸濁しない
メネシット錠	酸化マグネシウムとの併用でアルカリ性となり分解、褐色変化
ネオドパゾール錠	酸化マグネシウムとの併用でアルカリ性となり分解、褐色変化
苦味健胃薬	発泡し注入器から噴き出す
塩化ナトリウム	20ml で難溶解、他剤との併用で塩析の問題

難しい。しかし、錠剤を軽く叩き破壊することで簡易懸濁法に適應する薬剤は多い。簡易懸濁法に問題のある薬剤例を表4に示す。

漢方製剤の取り扱い

漢方製剤は経管的に投与する場合、チューブ内が閉塞しやすいこと、チューブ内に残存した残渣物投与による感染リスク上昇の可能性という2点から原則として漢方製剤は簡易懸濁法対象外とした。

結 果

簡易懸濁法を導入し脳外科を中心として行ってきたが、特に調剤業務時間の短縮、それによる外来調剤の人員の充実化、患者待ち時間の短縮を実感できた。

粉碎処方が激減したため、粉碎・分包時の薬物のロスや調剤者の薬剤被爆が軽減された。また、粉碎処方では中止薬は廃棄処分となるが、簡易懸濁法導入にて中止薬を効率的に回収し、再利用することが可能となったためその経済的メリットは大きい。

考 察

簡易懸濁法導入により様々な利点を得たが、今後は脳外科に限らず幅広い病棟での簡易懸濁法導入が望まれる。特に、薬物含有量の少ない薬物、大きさの小さい錠剤に至っては粉碎による薬剤損失割合が大きいため簡易懸濁法導入の意義は大きい。

問題点としては、55 の温湯の確保、各病棟による手技の一定化、問題発生時における薬剤部の対応の充実化、新薬・後発品採用時における簡易懸濁法可否情報の普及などが挙げられる。難溶性薬剤に至ってはそれらのネガティブリストの作成・普及を行う。漢方製剤について、簡易懸濁法導入時の知見としては対応不可であった。しかし、近年では溶解性・安全性とも問題がないという考えが一般的になりつつあるため当院においてもその扱いを変更しなければならない。

今後、DPC導入に伴い更なる薬剤費の削減が求められる。その中で簡易懸濁法は中止薬の再利用が可能となるため経済的メリットは大きい。また、調剤業務時間短縮による他業務の充実化（薬剤管理指導業務など）を図ることが可能である。安全面を考慮した更なる普及が望まれる。

- 1) 倉田なおみ．もっと知りたい簡易懸濁法Q&A，2-142，株式会社じほう，東京，2007．
- 2) 倉田なおみ．内服薬経管投与ハンドブック，第2版．4-24，株式会社じほう，東京，2006．

症 例

胸水中に出現した縦隔悪性黒色腫の一例

A case of malignant melanoma of mediastinum with pleural effusion

岩井恵理子¹⁾
Eriko Iwai

岩木 宏之²⁾
Hiroyuki Iwaki

宮島 正博³⁾
Masahiro Miyajima

渡部 直己⁴⁾
Naomi Watanabe

宮澤 聖博¹⁾
Seihiro Miyazawa

堀江 孝子¹⁾
Takako Horie

椎名 真一¹⁾
Shinichi Shiina

要 旨

症例は85歳男性、検診にて左肺門部に異常陰影を指摘され他院内科受診後、当院内科紹介となった。内科受診にて縦隔腫瘍を認め、精査の結果摘出可能と判断し当院胸部外科紹介。80×70mmの腫瘍であり癒着していた両側縦隔胸膜も合併切除。病理組織検査の結果melanomaと診断され皮膚科にもconsult。その後外来にてfollow中胸水貯留を指摘され内科再入院となった。

key words : Pleural effusion, mediastinum tumor, melanoma, cell block, cytology

【はじめに】

悪性黒色腫は原発不明で、転移巣からの発症に遭遇することがある腫瘍である。特に胸水・腹水に出現したとき、その診断は困難に遭遇する。今回、われわれは縦隔悪性黒色腫を経験し、その臨床経過中に胸膜播種し、胸水中に出現した悪性黒色腫を経験したので、その胸水中の細胞像を供覧し、臨床所見、病理組織所見などと合わせ、今後の診断の一助となるべく、報告する。

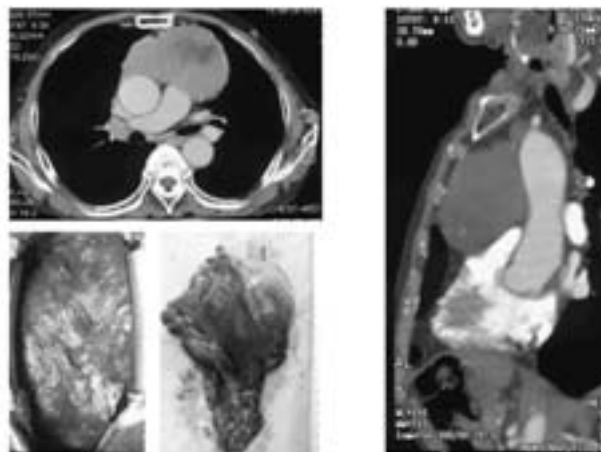
【症例】

症 例 : 85歳 男性
主 訴 : 胸部異常陰影精査
家族歴・既往歴 : 特記すべきことは認めない。
現 病 歴 : 2006年夏、検診にて胸部異常影を指摘され、精査目的に当院内科受診。
入 院 時 現 症 : 意識・見当識に問題なく、前胸部に10 c m×7 c mの腫瘍を認める以外、他に腫瘍性病変は認めない。

血液・生化学上のデータに著変は認めない。

入 院 後 経 過 : 縦隔腫瘍の診断で胸部外科紹介後、浸潤性胸腺腫の疑いで手術施行。

入院時CT・手術所見



(図1)

1) 砂川市立病院 臨床検査科

Division of diagnostic laboratory, Department of clinical Medicine, Sunagawa City Medical center

2) 砂川市立病院 病理科

Division of pathology, Department of clinical Medicine, Sunagawa City Medical center

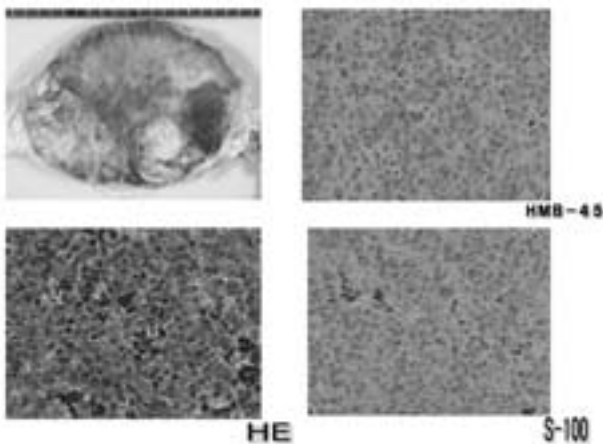
3) 砂川市立病院 心臓血管外科

Division of cardio-vascular surgery, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical center

4) 砂川市立病院 内科

Division of Internal medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical center

摘出材肉眼所見と病理組織



(図2)

【入院時CT・手術所見・摘出材肉眼所見と病理組織】

入院時のCT画像と手術時所見である。前縦隔に10×7cmの腫瘍が見られる。

術中の写真と摘出材写真では被膜に覆われた腫瘍が認められる。

次にホルマリン固定後の断面の写真と病理組織標本像である。肉眼的に白色や微細な黒色調を呈する病変であり一部壊死も見られた。(図1)

組織像では、好酸性胞体を有する小型の細胞から大型で核小体の明瞭、多様、多形な細胞を認めた。免疫組織化学染色で腫瘍細胞はHMB-45、S-100が細胞質に陽性を示した。

また、Vimentinにも陽性を示した。他には上皮系やリンパ球系などの抗体を染色したが、すべて陰性であった。HE標本上で間質、細胞質内にメラニン顆粒を認めた部分があったため、脱メラニン染色にて消失した為、以上の染色結果より悪性黒色腫と診断された。(図2)

【術後経過】

術後、外来にて経過観察中、胸水貯留を指摘され再度入院。CTで両側胸水を認め、肺内転移、胸膜播種と考えられた。頸部、縦隔L/Nに腫脹、右の心膜面や肝にも転移と思われる所見を認めた。胸水細胞診、胸水生化学の結果から胸膜転移と診断。

その後も胸水貯留が続き、呼吸切迫、全身状態悪く、低酸素血症によるショック状態、多臓器不全となり永眠された。(図3)

【再入院後、提出された胸水】

再入院後提出された胸水の遠心後の上清は淡黄色で著変のない胸水であった。沈渣自体には肉眼的にメラニン色素を呈するような検体ではなかった。術後の胸水貯留



(図3)

提出時胸水

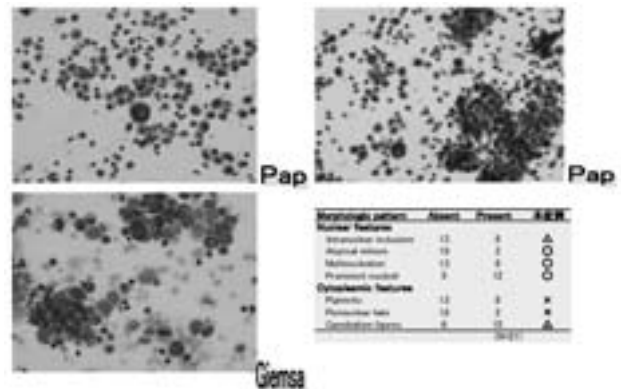
遠心前、血性混濁。
 比重 1.016
 生化学データ(胸水)
 蛋白定量 3.94 g/dl
 LDH 1669 IU/L
 Glu 78 mg/dl
 腫瘍マーカー(胸水)
 CEA 2.8 ng/ml



(遠心後の胸水)

(図4)

細胞所見(細胞診)



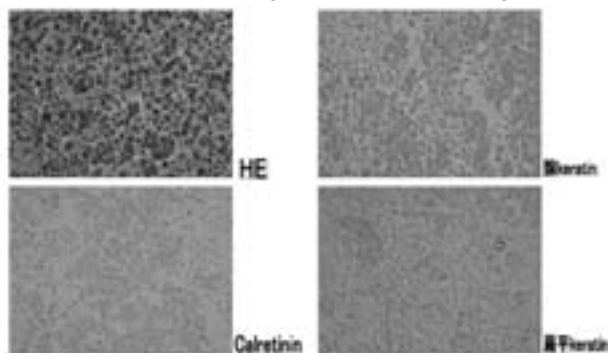
(図5)

のため、残りの沈渣でcell blockを作製し免疫組織化学染色などを行った。(図4)

【細胞所見(胸水細胞診・胸水cell block)】

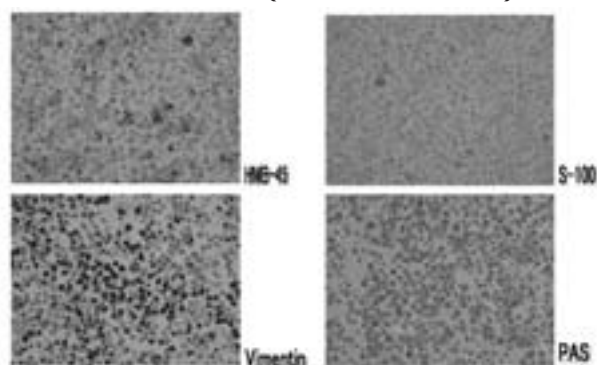
提出された胸水のパバニコロウとギムザ染色の標本上は両染色ともに細胞は孤立散在性で核小体が目立ち、一部大型細胞や他に核分裂の認められる細胞もみられた。ギムザ染色では細胞質に空胞も認められた。以上から悪性を強く疑う細胞像でありAdhemar Longatto Filhoらによ

細胞所見 (胸水cell block)



(図6)

細胞所見 (胸水cell block)



(図7)

胸・腹水に出現する悪性黒色腫の特徴をまとめた表に本症例を当てはめると核分裂、多核、核小体が目立つ、などの分類にあてはまった。(図5)¹⁾

次に胸水のcell block写真である。

上皮系を染める腺・扁平keratinや中皮細胞に特異的なカルレチニンは陰性であった。(図6)

(免疫組織化学染色はDAB法、ペンタナ(自動免疫染色機)使用)

胸水cell blockを病理組織と同様にHMB-45、S-100、Vimentinを染めたところ、すべて陽性を示した。しかし胸水ではメラニン顆粒は認められなかった。(図7)

胸水細胞診、胸水生化学の結果より胸膜転移と診断された。その後も胸水貯留が続き、手術後から約2ヵ月後永眠された。

【考察】

縦隔悪性黒色腫は1997年までに宍戸らにより19例の報告が確認されている。²⁾ 我々の検索ではPubmed・医学中央雑誌等のネット検索でも現在まで総数30例に、その報告数は満たない。縦隔悪性黒色腫は神経節細胞・神経内分泌細胞・胸腺遺残・鯉弓遺残由来などが考えられている。胸腹水に出現したときに、悪性と診断することは容易であるが、今回の症例は病理組織診断が出ていたため、胸水細胞診も同様に免疫組織化学染色を行い診断したが、

胸水のみであった場合、未分化細胞癌や、悪性リンパ腫などの非上皮性腫瘍細胞も考えられたため、免疫組織化学染色での鑑別も必要であると思われた。悪性黒色腫と診断するには免疫組織診断が必須であり、そのためのセルブロック法は有用であった。

文 献

- 1) Adhemar Longatto Filho. et al: Cytologic diagnosis of melanoma in serous effusions. A morphologic and immunocytochemical study. Acta Cytol . 39(3) : 481-484. 1995
- 2) 宍戸道弘他: 上大静脈症候群を呈した縦隔のメラニン欠乏性悪性黒色腫の1例. 日胸疾会誌35(2) : 240-243, 1997

CPCレポート

結節性の胸膜転移をきたした肝細胞癌の一例

A case of hepatocellular carcinoma with invasion of diaphragm and with metastasis of the left parietal pleura

江本 慎 渡部 直巳 岩木 宏之
Shin Emoto Naomi Watanabe Hiroyuki Iwaki

要 旨

肝細胞癌は肝内転移、門脈系への脈管浸潤をきたしやすい一方、肝外への転移を起こしにくいとされている。今回、肝外転移としてもめずらしい胸膜転移の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

key words : 肝細胞癌、横隔膜浸潤、胸膜転移、RFA合併症

1 はじめに

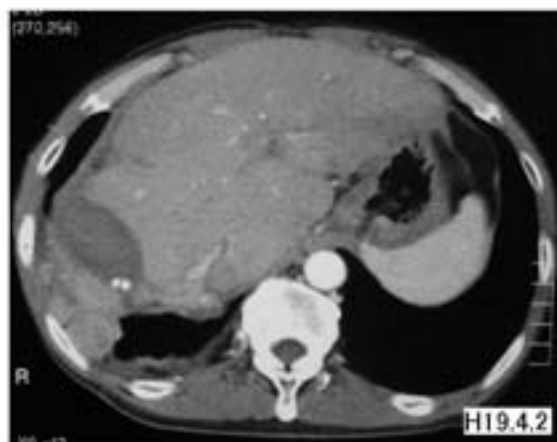
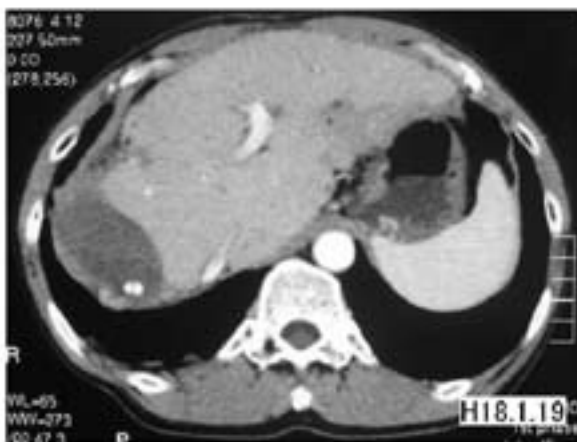
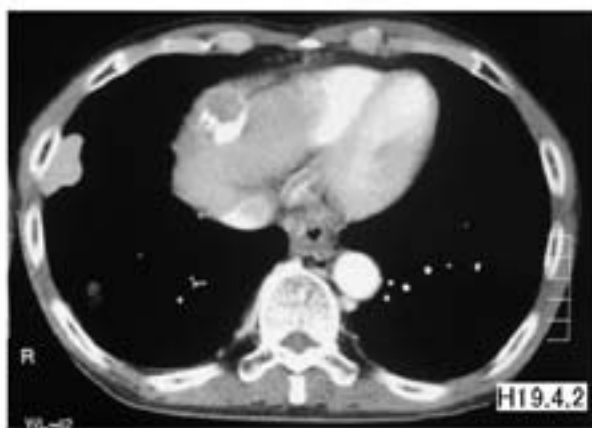
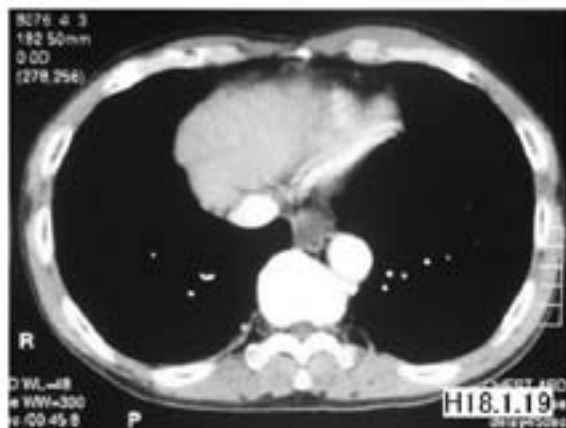
肝臓癌は年間で男女合わせて約34000人の人間が死亡し、癌の中では男性では肺癌・胃癌に次ぐ第3位、女性では大腸癌・胃癌・肺癌に次ぐ第4位の死亡率を示す癌である。肝細胞癌の約75%はC型肝炎、約20%はB型肝炎を原因とする癌であり、そのほとんどがウイルス性肝炎による発症である。近年、輸血におけるこれらのウイルスのスクリーニングが進み、これら血液製剤からの肝炎ウイルスの感染はかなり減らせるようになってきているし、B型肝炎に関してはワクチンとグロブリンの開発で、その予防や治療が進んできている。したがって、肝細胞癌に関しては、今後は肝炎ウイルス感染の予防・治療の普及に伴い、罹患率、死亡率ともに減少していくものと予想されるが、それはあくまで将来的なものであり、現段階ではいまだに多くの患者が肝炎ウイルスによる肝硬変、肝細胞癌の発症に苦しんでいる。

肝細胞癌の多くは、その発育の段階で、癌自身が周囲の正常な肝細胞を圧迫し、それによって周囲組織が硝子化を起こし、癌が線維性被膜に覆われる。これにより、肝細胞癌は遠隔転移しにくいといわれている。もっぱら門脈浸潤、肝内転移が多く、肝外へ進出・転移しにくい肝細胞癌であるが、今回めずらしい横隔膜浸潤、片側性の胸膜転移をきたした症例を経験したので報告する。

2 症例

59歳男性

昭和62年頃より慢性B型肝炎を指摘され、当院内科にて経過観察されていた。平成8年1月にAFP630と高値を認め精査したところ、S4/5に肝細胞癌を認めた。本人の希望で北海道大学第1外科を紹介受診。平成8年4月30日に同院にて肝部分切除術を施行。以後平成11年2月5日から平成17年2月25日の間に同院でTAEを4回、TAIを2回施行されている。平成13年7月10日よりラミブジンの内服を開始（平成19年7月23日まで継続）。平成15年、肝S5領域への再発を認め、同年12月19日に肝部分切除術を施行。平成17年5月30日に同院で胸腔鏡下経横隔膜的にRFA、平成17年9月15日には右の副腎転移に対し、右副腎切除術を施行されている。平成17年9月26日から平成18年2月1日までPMC療法（day1 5-FU 500mg/body day1-7 UFT-E 300mg/3×）を施行するが、黄疸の進行を認めたため、平成18年2月14日よりUFT-E単剤療法を施行。平成18年10月のCTにて肝外へ突出する腫瘤像、腹膜播種、肺転移を認め、PDと判断し、TS-1 100mg 2分服（4週投与2週旧薬）を開始。平成19年2月の検査にてPDであったため、2月27日よりCDDP+UFT-Eに変更し、3月20日まで継続している。同年3月27日に腰痛の訴えがあり、CTにて第12胸椎と第3腰椎への転移を認めたため、入院の上、リニアック（30Gy/10fr）、オピオイド導入（デュロテップパッチ



5mg) コルセットにて加療し、同年5月22日退院となった。その後は外来にて経過観察となったが、7月23日、全身倦怠感、食欲不振、著明な腹水貯留、全身浮腫のため、在宅加療困難となり、入院となった。

入院時の血液検査所見を示す。WBC14100/ μ l、Hb12.0g/dl、Plt 13.3万/ μ l、TP6.7g/dl、Alb2.7g/dl、ZTT21.4KU、CRP12.9mg/dl、T-Bil10.50mg/dl、D-Bil6.61mg/dl、GOT1162IU/l、GPT274IU/l、LDH1287IU/l、GTP1206IU/l、ALP2693IU/l、ChE146IU/l、AMY23IU/l、FBS74mg/dl、NH3-N160 μ g/dl、UA8.5mg/dl、Cr1.8mg/dl、BUN39.1mg/dl、Na121mEq/l、K5.9mEq/l、Cl86mEq/l、Ca8.7mg/dl、P3.8mg/dl、T-Cho167mg/dl、TG50mg/dl、APTT40.9、PT16.4秒(56%、INR1.34)、AFP219409ng/dlと著明な炎症反応の上昇、肝機能障害、腎機能障害、電解質異常、凝固能異常を認める。AFPIは著明な高値を示し、入院後に腹水穿刺を行ったが、腹水中のAFPも22981ng/dlと高値であった。palliative careを行い、7/29に死亡となった。

3 画像経過

治療のメインは北海道大学第1外科にて行われており、

画像評価も同院にて行われている。したがって当院でのCT撮影は非常に少ない。そんな中で、主に平成18年1月19日分と平成19年4月2日分のCT撮影の比較を中心に話を進める。

平成18年1月19日のCT(写真1)では肝円蓋部のレベルでは胸膜転移は認めないが、平成19年4月2日のCT(写真2)では第7肋骨の後面に約3cm×2cmの結節影を認め、肝細胞癌の胸膜転移と考える。そのほかにも、TAEによる塞栓領域の近傍に肝細胞癌の再発を認める。胆嚢レベルの画像では、平成18年1月19日には認めない横隔膜への直接浸潤を認める(写真3、4)。胆嚢内には2個の胆嚢内結石を認める。

4 考察

肝細胞癌は、早期に広範に肝内転移をきたすにもかかわらず、肝外転移は比較的遅く起こり、転移率の低い悪性腫瘍として知られている。その理由のひとつとして、肝細胞癌の被膜形成が考えられている。肝細胞癌は、その58.3%に被膜形成を認めるといわれており¹⁾、その機序としては肝細胞癌の膨張性発育、非癌部組織の圧迫、肝細胞の萎縮・消失と格子線維の硝子化、線維性被膜の形成の段階を経ると考えられている。

肝外転移については46.6~71.1%の率で発生するといわれており¹⁾、その経路としては血行性転移、リンパ行性転移、播種性転移の3経路が考えられているが、久留米大学病理教室の報告²⁾では血行性転移は48.3%、リンパ行性転移29.4%、浸潤性・播種性転移が23.3%と報告されており、血行性転移の割合が最も多い。また、硬変肝と非硬変肝で転移経路に差があるとの報告があり、森の報告³⁾では硬変肝では66%が血行性に、32%がリンパ行性に、非硬変肝では23%が血行性に、62%がリンパ行性に転移するとされており、硬変肝での血行性転移が高いことを明らかにした。

肝細胞癌の転移先として最も多い臓器は、肝臓そのものである。肝細胞癌は好んで門脈を侵す傾向にあり剖検例の48~80.8%と高率に認められる^{1,2)}。門脈へ浸潤した肝細胞癌は、門脈血流を通して原発部位より末梢の肝へ転移すると考えられている⁴⁾。門脈への浸潤は、手術適応だけでなく、TAEの治療成績も左右する重要な予後因子であるとされる。時に門脈を介した逆行性の食道転移を伴うこともある。遠隔転移については、最も多い臓器が肺転移であり、福島県立医大⁵⁾のデータでは50.9%、久留米大学病理部⁶⁾のデータでは46.0%と高い値を示している。肺への転移は主に血行性転移であり、肝静脈浸潤が関与しているとされ、その率は12.6⁷⁾~39.5%⁸⁾といわれている。次いで多いのがリンパ節転移であり、それぞれ24.9%⁵⁾、29.4%⁶⁾との報告である。そのほか、血行性転移としては骨・骨髄転移(15.8%⁵⁾、4.8%⁶⁾)、副腎転移(10.7%⁵⁾、8.9%⁶⁾)などの頻度が高い。本症例で見られた胸膜への転移は3.5%⁵⁾、2.0%⁶⁾であるとされ、血行性の遠隔転移としては珍しい部類に入るといえる。ただし、この数値には胸膜転移と癌性胸膜炎を含んでおり、それぞれを分けて出したデータはない。

逆に、胸膜転移の原発巣としてもっとも多い悪性腫瘍はなんだろうか。福島県立医大⁵⁾のデータでは、乳癌が39.2%、卵巣癌が26.7%と、婦人科の癌が上位を占めた。肺癌は第3位の20.3%であった。肝細胞癌の3.5%を見ると、その頻度はかなり低率である。

本例は初発から3年で肝内転移をきたし、遠隔転移(副腎転移)まで7年の歳月を経過している症例である。胸膜転移をきたすまでに必要な時間は10年であった。本例では平成17年にRFAを施行しているが、平成19年になって見られた横隔膜浸潤は、そのときにできたと思われる創部を中心に広がっており、RFAのプローブを挿入したときに肝細胞癌の被膜を突き破り、その創部を伝わって浸潤してきたものと考えられる。病理解剖の結果、胸膜転移は結節性であり、左胸膜には全く転移を認めなかった。このことは肝細胞癌が横隔膜浸潤から播種性に転移したことを示唆する。ただし、転移は壁側胸膜のみで、結節性であり、血行性転移・リンパ行性転移も否定できない。

今回、珍しい肝細胞癌の横隔膜浸潤・胸膜への結節性転移の症例を経験した。文献的には末期まで肝外転移しにくいとのことであるが、具体的にどれくらいの期間を経て肝外転移をきたすのかといった疫学研究はなされていない。また、胸膜転移と癌性胸膜炎の区別(血行性・リンパ行性転移と播種性転移の区別)についてもそれぞれを区別した研究はない。今後はこうした疫学研究がなされることが望まれる。

文 献

- 1) 岡崎 伸生 他、1.肝細胞癌. 織田 敏次(編)、臨床肝癌2. 講談社、東京、1988.
- 2) 田中 延善 他、2.血管内侵襲、骨転移、脾臓転移. 織田 敏次(編)、臨床肝癌1. 講談社、東京、1988.
- 3) 森 亘“へパトーマの転移に関する研究、特に肝硬変との関係について” 日病会誌45:224-236、1956.
- 4) 川口 隆憲、癌転移概論. 200-202、金子出版、東京、2002.
- 5) 川口 隆憲、癌転移概論. 57-74、金子出版、東京、2002.
- 6) 杉原 茂孝 他、2.肝細胞癌. 織田 敏次(編)、臨床肝癌1. 講談社、東京、1988.
- 7) 貴家 学而“東大病理学教室に於ける原発性肝癌、110例の統計学的研究. (附)原発性肝癌に於ける副枝血行に就いて” 癌 23:341-397、1929.
- 8) 中島 敏郎 他“原発性肝癌の病理形態学的研究-肝細胞癌の右下静脈、右心房内腫瘍塞栓” 久留米医会誌47(6):722-733、1984.

CPCレポート

副鼻腔癌と肺癌の二重癌の一例

A case of double cancer of accessory nasal sinus cancer and lung cancer

濱谷 望美

Nozomi Hamaya

要 旨

症例は69歳の男性。副鼻腔癌手術放射線療法後の定期受診にて胸部レントゲン異常を指摘され肺癌が発見された。副鼻腔癌と肺癌の関連性の確認のため、死後病理解剖を施行した。

Key Words : double cancer

臨床経過および検査所見

[症例] 69歳 男性

[主訴] 胸部X線異常所見

[現病歴] 2002年より左の鼻閉感があり、2003年3月・2004年1月・4月の3回にわたり滝川坪谷医院にて左鼻茸切除術を受けたが、その後も鼻閉感が持続し2004年5月31日当院耳鼻咽喉科受診した。左鼻腔の生検にて扁平上皮癌と診断され、2004年6月21日 北海道大学病院耳鼻咽喉科で左副鼻腔癌に対して鼻腔外側切除術施行した。術後当院耳鼻咽喉科で50Gy/20frの放射線治療を受け経過観察されていたが、2006年5月に胸部X線上右下肺野に結節影をみとめ当院内科紹介となった。気管支鏡下肺生検にて扁平上皮癌が検出され、原発性肺癌よりも副鼻腔癌の転移の可能性が高いと考えられた。北海道大学病院第一内科・耳鼻咽喉科紹介受診するも転移か原発性かの判断は困難との評価であったが、患者の希望により原発性肺癌に準じて当院内科にて治療することとなった。7月24日 - 10月12日まで入院しカルボプラチン + ドセタキセルの化学療法、40Gy/20frの放射線治療を受けた。その後は外来にてゲムシタピン + ピノレルピンの化学療法を施行された。発熱と好中球減少をみとめ、2007年3月12日 - 4月2日まで入院しメロペンとグランによる治療を受けた。また低酸素血症をみとめ、この入院期間中に在宅酸素療法を導入された。4月12日に10分間の意識消失を起こしたことを

きっかけに脳転移が見つかり、4月12日 - 5月28日まで当院脳神経外科に入院し、腫瘍摘出術と30gy/10frの全脳照射放射線治療を施行された。退院後食欲不振・全身倦怠感が出現し6月8日入院となったが、病室に不満があり本人の意思で同日退院した。8月6日 - 8月14日には右胸水増量による呼吸苦のため入院し、胸水ドレナージを施行された。退院後食欲不振・全身倦怠感があり8月22日 - 9月6日入院し、補液と胸水ドレナージを施行された。しかし退院後食欲不振・全身倦怠感をみとめ、9月10日入院となった。

[既往歴] 糖尿病

[嗜好] 喫煙歴：18歳より40本/日、飲酒歴：日本酒3合/日

[入院時現症] 身長174.3cm、体重60kg、体温36.2、血圧114/84mmHg、脈拍90

[入院時検査所見]

CBC

WBC 16300/ μ l、RBC 354 \times 10⁴/ μ l、Hb 10.8g/dl、Ht 33.4%、Plt 24.0 \times 10³/ μ l

生化学

TP 5.3g/dl、Alb 2.1g/dl、CRP 21.7mg/dl、T-Bil 0.41mg/dl、D-Bil 0.08mg/dl、GOT 36IU/l、GPT 40IU/l、LDH 264IU/l、
-GTP 96IU/l、ALP297IU/l、CPK 19IU/l、GLU 118mg/dl、UA 5.1mg/dl、CRE 0.6mg/dl、BUN 16.1mg/dl、Na 135mEq/l、K 3.7mEq/l、Cl 96mEq/l、Ca 11.6 mg/dl、T-

CHO 205mg/dl、TG 74mg/dl

血液ガス分析 O₂カヌラ2L投与下

pH 7.410、pCO₂ 44.5mmHg、pO₂ 93.3mmHg、HCO₃⁻ 27.7mmol/L、BE 3.2mmol/L、O₂Hb 94.8%、sO₂ 98.4%、Glu 134mg/dl、Lac 1.6mmol/L

[画像所見]

1. 胸部X線

[入院後経過] 胸腔穿刺、抗生剤点滴や補液など対症療法を行いながら経過観察していたが、全身状態は徐々に悪化し、2007年10月14日からは食事摂取できなくなった。10月18日、午後1時頃よりSpO₂の低下がみられ、次第に血圧も低下し午後1時16分永眠された。

[臨床診断]

1. 肺癌(T4N3M0 Stage A)
2. 癌性胸膜炎
3. 慢性呼吸不全
4. 糖尿病

. 臨床上の問題点(病理解剖により明らかにしたい点)

1. 肺癌は副鼻腔癌の転移によるものか、原発性か
臨床的にはいずれであるか結論が出なかったため、病理解剖によって確認したい。
2. 死因の確認
臨床的には肺癌の進行による呼吸不全と診断されたが、それに矛盾はないかどうか、他に死因となるような病変はなかったか。

. 病理解剖所見

[死後時間] 1時間19分

[病理診断]

主病変

1. 原発性肺癌(右下葉) 高分化 - 中分化型扁平上皮癌 化学療法後状態
転 移: 左側肺・心・肝・両側腎臓・膵臓
左副腎・胃・小腸・骨髄・後腹膜
リンパ節: 肺門・肝門・小腸間
胸水(左1100ml、右700ml)・心嚢水(800ml 血性)・腹水(100ml)
2. 原 発 性 副 鼻 腔 癌 (SqCC derived from inverted papilloma) pT2

副病変

1. 大動脈瘤
2. 間質性肺炎【疑い】

[考按] 右下葉に単発様の大きな結節状の病変があり、多発性病変は認めず、左肺にも肉眼的多発病変は認めていない。副鼻腔癌の転移とは考えにくい。副鼻腔癌はinverted papillomaの癌化とされ、これも肺癌の転移とは考

えにくい。したがって、異時性の二重癌と考える。他の部分の転移は副鼻腔癌の転移を考えるより、肺癌の転移と考えるほうが妥当と考える。右肺、肺扁平上皮癌辺縁に肺胞壁の肥厚・肺胞腔内のマクロファージの浸出を認める。左肺は質性の間質性の炎症像は目立たないが、顕微鏡的に転移巣を認める。心筋内にも転移を認め、後腹膜にも転移を認める。心嚢水・胸水・腹水の原因と考える。膀胱以外の実質臓器に転移を認める。

死因: 心タンポナーデによる心不全状態にあり、右肺は呼吸器機能はなく、左肺の胸水等により左肺の機能不全状態が亢進し、死亡したと考えられる。

. CPCにおける討議のまとめ

臨床医としては、副鼻腔癌の転移と末梢型の原発性肺扁平上皮癌の両方の可能性があり、臨床所見からそれらを区別することはできないという見解であった。病理解剖所見からも両者を完全に判別することはできないが、上述の通り副鼻腔癌の転移よりは原発性肺癌の可能性が高いという結論に達した。

. 症例のまとめと考察

[臨床経過] 69歳、男性で、死亡約1年5か月前に胸部X線上の異常から肺癌を指摘された。副鼻腔癌の転移も疑われたが、原発性肺癌の可能性が高いとして化学療法を施行された。意識消失発作から脳転移も発見され、摘出手術と放射線治療を受けた。死亡1か月前に食欲不振・全身倦怠感の増悪のため入院したが、全身状態は徐々に悪化し死亡した。全経過は、約1年5か月であった。

[直接死因] 肺癌の進行による呼吸不全と考えられる。

[考察] 一般に多重癌とは、第一癌・第二癌ともに癌であると証明されている 第一癌と第二癌が互いに離れて独立している 一方が他方の転移である可能性が否定されている、という三つの診断基準を満たす概念として考えられている。国立病院機構沖縄病院の2000年1月1日から2004年12月31日までの調査によると、全肺癌症例934例のうち重複癌は72例(7.7%)であり、男性は664例中49例(7.4%)、女性は270例中23例(8.5%)であった。肺癌の組織型では、男性が扁平上皮癌28例、腺癌12例、小細胞癌7例、大細胞癌1例、腺扁平上皮癌4例であった。女性は腺癌16例、扁平上皮癌4例、小細胞癌3例であった。他臓器癌の発生頻度としては、男性では大腸癌が18例と最も多く、次いで胃癌、喉頭咽頭癌、膀胱癌、前立腺癌の順で多くみられた。女性では子宮癌7例、乳癌5例、大腸癌3例の順で多くみられた。

喫煙は肺癌のリスクファクターであると同時に喉頭癌、中・下咽頭癌多重癌のリスクファクターでもあるため、鼻腔から咽頭、気管、気管支を経て肺に至る気道は共通した一連の発癌の場と考えられる。副鼻腔癌は現在、喫

煙との因果関係が推測されるが結論が得られていない癌に分類されている。本症例の1日40本×50年間という喫煙歴は副鼻腔癌と肺癌の発生の両方に關与した可能性が高い。

頭頸部癌症例における多重癌の発生頻度は15%前後といわれている。頭頸部癌治療後には早期発見のために年1回の胸部X線撮影と上部消化管内視鏡検査を行うことが勧められる。

本症例は、副鼻腔癌治療後の経過観察中に撮った胸部X線写真によって肺癌を発見することができた。結果的には肺癌指摘後1年5か月で死亡したが、胸部X線写真を撮っていなければ更に発見が遅れ、死期は早まっていたと考えられる。

参考文献

1. 坪井正博 他：肺癌の疫学に関する最新のデータ．臨床外科 第62巻 第11号・2007年
2. 佐藤克郎：頭頸部癌診療における多重癌の重要性．新潟医学会雑誌 第121巻 第6号 2007年6月
3. 与那嶺尚男 他：肺癌と多臓器重複癌症例の臨床的検討．国立沖縄医誌 26巻