

# 日本視機能看護学会誌

2017

Vol.02



日本視機能看護学会

Japan Academy of Ophthalmic Nursing

# 日本視機能看護学会誌第2号発刊に寄せて

理事長 大音清香  
(井上眼科病院)

日本視機能看護学会では、第2号学会誌を発刊する運びとなりました。発刊にあたり本学会の編集委員会では、第1号学会誌作成の反省点を改善し、論文投稿の規定事項では具体的な内容確認、特に文献の表示について相互の意思統一を図り、検討を重ねて第2号学会誌作成へと引き継ぎました。

第32回日本視機能看護学会学術総会は、テーマ「眼科看護のこれから～予防・治療・ロービジョンケアを支える～」と題して、ソラシティカンファレンスセンター（東京）にて開催いたしました。特別講演では、「これからの眼科医療～予防・治療・ロービジョンケア～」について井上賢治先生（井上眼科病院）に、教育講演では、「Low Vision Care ―患者に寄り添う力、引く力、そして背中を押す力―」について山田信也先生（国立障害者リハビリテーションセンター、自立支援局福岡視力障害センター）にご講演を賜りました。シンポジウムは「Ⅰ.男性看護師だから、眼科看護に発揮できること」、「Ⅱ.医療連携～看護師が関わるインフォームドコンセント～」という二つの臨床での興味深いテーマについて開催し、会場の皆様とともに活発なディスカッションが交わされました。一方一般演題では56演題の発表があり興味深い内容が多数ありました。

今回、その一般演題の中から優秀な演題について推薦し、原著は4題、報告は12題が受理されました。発表者からは積極的に応募があり、皆様の関心度の高さが伺われ大変うれしく思っております。

視機能看護を熟練とされる方が多くはないと思われます中で、視機能看護に根ざす論文作成を目指すことは難しさもありますが、看護研究法や論文の書き方などのセミナーを開催するなど、本学会におきましても、質的レベル向上に関与する企画を検討してまいりますので、どうぞ発表者の皆様には奮って論文投稿されますように願っております。

最後になりますが、学術総会開催に際し、多くの学会員、協賛企業、出展企業の方々にご協力をいただきましたことに対して深謝いたします。

## 次回学会のお知らせ

### ▶第34回 日本視機能看護学会学術総会

- 日 時：2018年11月17日（土）～18日（日）
- 場 所：六本木アカデミーヒルズ
- 会 長：横須賀美紀（医療法人社団オリンピア会 オリンピア眼科病院 看護師長）
- 主幹責任者：井上 吐州（医療法人社団オリンピア会 オリンピア眼科病院 院長）
- 事務局：医療法人オリンピア会 オリンピア眼科病院  
<http://olympia.net/>
- 運営事務局：（株）JTB コミュニケーションデザイン ミーティング&コンベンション事業部内  
<http://convention.jtbcom.co.jp/2018jaon>

回	開催日	担当施設	担当会長名	会場
第1回	1985年7月7日	臨床眼科研究所	立川 綾子	臨床眼科研究所
第2回	1986年7月20日	臨床眼科研究所	立川 綾子	臨床眼科研究所
第3回	1987年7月5日	順天堂田尾学病院	立川 綾子	有山記念講堂
第4回	1988年7月10日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大学臨床講堂
第5回	1989年7月9日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大学臨床講堂
第6回	1990年7月15日	神戸海星病院	野村 良一	西山記念会館
第7回	1991年7月13日	福岡大学病院	野田久美子	福岡市電気ホール
第8回	1992年7月11・12日	今泉西病院	斎藤 敬子	郡山ユラックス熱海
第9回	1993年7月10・11日	幸塚眼科	大野 勝子	松山市総合コミュニティーセンター
第10回	1994年7月9・10日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大学上條講堂
第11回	1995年7月15・16日	江口眼科病院	中尾てる子	函館市民会館
第12回	1996年7月13・14日	眼科杉田病院	前田 孝子	名古屋国際会議場
第13回	1997年7月12・13日	木村眼科内科病院	森岡あゆみ	呉市文化ホール
第14回	1998年7月18・19日	熊本眼科医院	山崎 淳	熊本テルサ
第15回	1999年6月12・13日	比嘉眼科病院	与座 和子	那覇市民会館
第16回	2000年7月22・23日	谷藤眼科医院	篠村 善幸	盛岡グラントホテル
第17回	2001年7月14・15日	西眼科病院	杉本 栄	大阪国際会議場
第18回	2002年7月13・14日	小沢眼科内科病院	児玉 久子	ホテルレイクビュー水戸
第19回	2003年7月12・13日	誠心眼科病院	金子 栄子	札幌後楽園ホテル
第20回	2004年7月10・11日	海谷眼科	大島 優美	グラントホテル浜松
第21回	2005年6月18・19日	京都府立医科大学病院	古瀬 佳代	国立京都国際会館
第22回	2006年10月28・29日	山口大学病院	山本 恵子	山口市市民会館
第23回	2007年6月30・7月1日	南松山病院	兵頭 涼子	愛媛県県民文化会館
第24回	2008年9月19・20・21日	西葛西・井上眼科病院	大音 清香	TFT ホール
第25回	2009年6月13・14日	林眼科病院	岩下 久子	アクロス福岡国際会議場
第26回	2010年9月11・12日	今泉眼科病院	和泉 幸子	裏磐梯ロイヤルホテル
第27回	2011年9月10・11日	宮田眼科病院	竹之下美世子	シーガイアコンベンションセンター
第28回	2012年6月2・3日	多根記念眼科病院	森本 民子	大阪国際会議場
第29回	2013年9月14・15日	真生会富山病院	加藤 礼	富山国際会議場
第30回	2014年9月6・7日	眼科三宅病院	上村 博子	愛知県産業労働センター
第31回	2015年10月3・4日	出田眼科病院	村上ルミ子	市民会館崇城大学ホール
第32回	2016年10月1・2日	井上眼科病院	大音 清香	ソラシティカンファレンスセンター
第33回	2017年8月26・27日	原眼科病院	高山 友子	栃木県総合文化センター
第34回	2018年11月17・18日	オリンピア眼科病院	横須賀美紀	六本木アカデミーヒルズ

# 日本視機能看護学会誌 2017 Vol.02 CONTENTS

- 日本視機能看護学会誌発刊によせて ..... I  
理事長 大音清香

## 講演

- 【特別講演】 これからの眼科医療～予防・治療・ロービジョンケア～ ..... 1  
井上賢治

## 原著・報告

- 術前洗眼における吸水シートの有用性 ～一人のできる洗眼をめざして～ ..... 10  
迫田久美子, 中熊祐衣, 脇 晃子, 山口綾子, 下徳みどり, 大谷伸一郎, 宮田和典
- 改良した眼瞼冷却剤とアイマスクの有効性について ..... 13  
神沢奈帆, 岸美記子, 八木晶子, 森井香織
- 白内障患者の点眼手技習得に向けて ～外来時からのパンフレットを用いた点眼指導を導入して～ ..... 17  
中田佑花, 白川亜耶未
- 複数点カメラによるモデリング用白内障手術器械出し映像教材の作成 ..... 20  
河村知美, 新田享平, 小松美樹, 小杉 剛, 嶋本 圭, 大音清香, 井上賢治
- 正しい点眼手技習得への指導を通じてセルフケア行動を考える ..... 24  
平井明美, 森田さゆり, 坂井美希
- 教育パンフレットを用いた指導前後における白内障手術を受ける患者の感染に対する意識調査 ..... 27  
橘 令子, 藤田文子, 飯嶋幸子, 大音清香, 井上賢治
- 職員の意識改善と外来環境の見直し ～高齢者疑似体験を通して～ ..... 31  
川口央子, 今村美希, 小野麻紀, 春木隆一郎, 木村 亘
- ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因 ..... 34  
伊東友紀, 野瀬貴可, 横内とみ子
- 眼科病棟における転倒・転落アセスメントスコアシートの分析 ..... 37  
相見美幸, 長峰洋子, 岡本知恵美, 福元ゆかり, 芝田伸子, 永里大祐, 中倉俊祐
- 腹臥位枕使用時の体圧調査と体圧分散式クッションの効果 ..... 41  
池田聖子, 仲座純子, 黒岩絵美



● 眼科術後腹臥位安静の苦痛に対する調査 .....	44
上沼 恵, 粟津原まな, 野瀬貴可, 横内とみ子	
● 抗 VEGF 薬硝子体注射の処置前準備変更による患者の意識調査 .....	48
早川幸子, 田村真未, 有村麻衣, 猪口宗太郎, 大音清香, 井上賢治	
● 眼科看護における男性看護師の調査より .....	51
嶋本 圭	
● 糖尿病患者が早期に眼科受診をするために ～地域糖尿病療養指導士による連携～ .....	56
阿部幸志, 山高 康, 大沢 祥	
● OCT 説明用紙導入の効果 ～外来検査部での看護の取り組みについて～ .....	59
飯倉宏美, 三浦樹絵, 川喜田洋子, 塚本愛未, 大音清香, 井上賢治	
● 術後腹臥位安静に用いる顔枕の検討 .....	63
古川香代子, 稲垣加菜恵, 高嶽和博	
日本視機能看護学会会則 .....	66
日本視機能看護学会役員名簿 .....	70
論文投稿チェックリスト .....	71
賛助会員・広告掲載企業・編集委員会 .....	73

2017

# 日本視機能看護学会誌

---

特 別 投 稿

---

第2巻

特 別 講 演

# これからの眼科医療 ～予防・治療・ロービジョンケア～

井上賢治

2016年10月2日(日)  
第32回日本視機能看護学会  
学術総会 — 特別講演 —

## これからの眼科医療 ～予防・治療・ロービジョンケア～

井上 賢治



医療法人社団済安堂 理事長  
井上眼科病院 院長

眼科も細分化(専門化)している

患者のニーズも  
専門家に診てもらいたい



専門外来の充実

## 井上眼科病院での眼科診療の流れ



## 専門外来(2016年9月現在)

- 緑内障
- 神経
- 小児
- ぶどう膜
- 網膜硝子体
- 角膜
- 眼瞼
- 涙器
- 眼形成
- コンタクトレンズ
- 屈折矯正、レーシック
- ロービジョン(2010年9月～)
- ドライアイ(2016年1月～)

受理日: 2017年6月29日  
医療法人社団済安堂 理事長  
井上眼科病院 院長

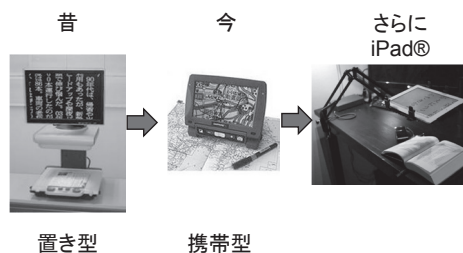
## 目の相談室(1999年～)

眼に障害を抱える患者さまの「視生活」を  
トータルにサポート

- 生活面のアドバイス、雇用、障害者手帳取得、  
ロービジョングッズ選定などの相談
- 看護師、視能訓練士、  
ソーシャルワーカー、医師で共同

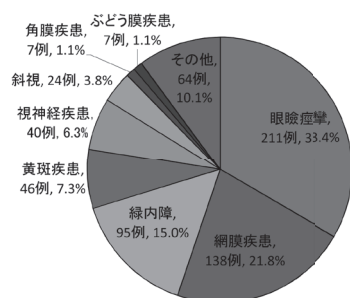


## 拡大読書器



## 目の相談室 疾患分布(2015年度)

n=632



## 便利グッズ



## 目の相談室 補助具選定(2015年度)

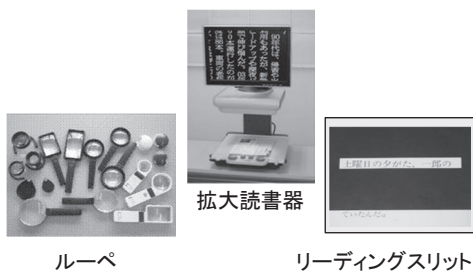
主訴内容(複数)					
内容	件	%	内容	件	%
遮光眼鏡	358	46.4	矯正眼鏡(両用)	22	2.8
遮光+クラッチ	88	11.4	置型ルーペ	10	1.3
矯正視力(遠用)	77	10.0	携帯ルーペ	8	1.0
手持ちルーペ	51	6.6	プリズム眼鏡	8	1.0
矯正視力(近用)	40	5.2	近距離近用眼鏡	6	0.8
拡大読書器の紹介	35	4.5	ワークルーペ	4	0.5
オクルア-オクルダー	32	4.1	クラッチのみ	4	0.5
リーディングスリット	27	3.5	単眼鏡	2	0.3

## 医療相談

眼に障害を抱える患者さまの「視生活」を  
トータルにサポート

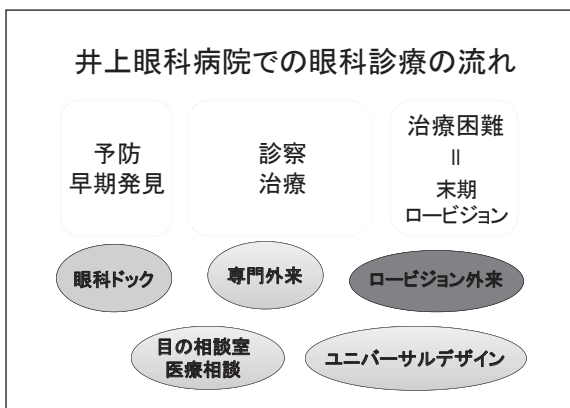
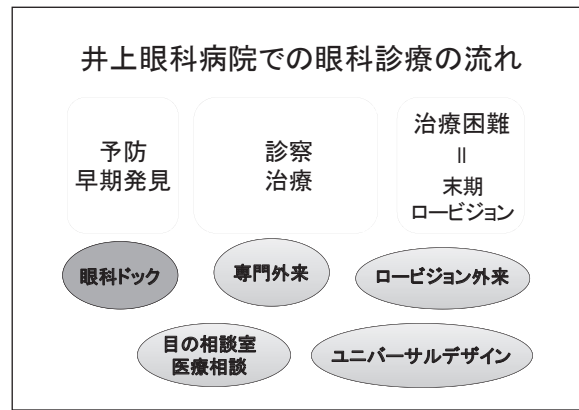
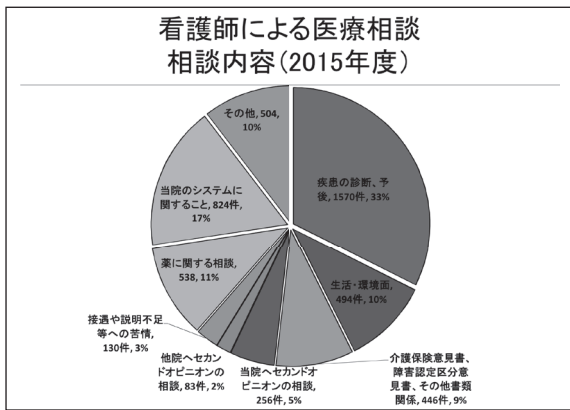
- 疾患に対する疑問、質問を聞く
- 生活面のアドバイス、雇用、障害者手帳取得、  
ロービジョングッズ選定などの相談
- 看護師4人で交代に行う

## 補助具選定:約26.2%が 「読書や読み書きツール」



## 看護師による医療相談(2015年度)

- 医療相談(来院)
    - 年間 1,921件
  - 電話相談
    - 年間 2,825件
  - 書類相談
    - 年間 161件
- ➡ 相談内容は、疾患・症状に関する事、  
受診相談、経済的なこと、将来的な  
ことなど多岐にわたる



公的健診

- 企業健診（例：協会けんぽ）  
一般健診：診察、採尿・採血検査、胸部レントゲンなど 30項目
- 特定健康診査：40歳～74歳、メタボリックシンドロームに着目  
リスクあれば保健指導

➡ 眼科の検査がほとんどない

今の医学では治らない、進行を止められない  
眼疾患もたくさんある

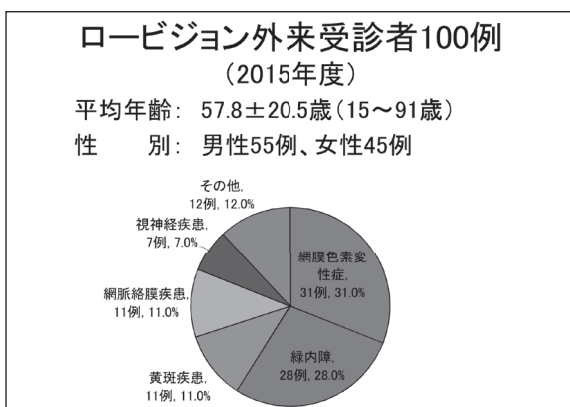
見えづらい状態で、何年～何十年生活する

ロービジョンケアの社会的ニーズの高まり

2012年度 診療報酬改定で、  
「ロービジョン検査判断料」(250点) 新設

眼科ドック(2012年5月開始)  
眼疾患の早期発見→自覚症状のある方は眼科受診へ

検査項目	内容	A	S
基本コース	短時間で基本的な眼科健診をご希望の方。		
料金	8,640円(税込)		
検査時間	約60分		
検査項目	内容	A	S
視覚的屈折検査	視力を用いて近視・遠視・乱視の状態を他覚的に測定します。	○	○
自覚的視力検査	遠方と近方の見え方を検査します。	○	○
眼圧	眼の硬さ、圧力の測定をします。	○	○
眼位	眼の位置や動きを検査します。	○	○
調節機能	眼の調節力を検査します。	○	○
両眼視	斜視や斜位などを検査します。	○	○
視野検査(リンフリー)	見える範囲を検査します。	○	○
三次元眼底解析検査(OC)	赤外線での眼底中の動脈撮影を行い、網膜の厚みなどを撮影します。黄斑疾患、緑内障の診断が可能です。	○	○
眼底撮影	眼の奥の中心部分(視神経乳頭、黄斑部、神経網膜、網膜、血管等)の撮影をします。	○	○
涙液検査	ドライアイの検査で、涙の量を調べます。	○	○
診察	前照灯や水晶体、硝子体、網膜まで診察します。	○	○



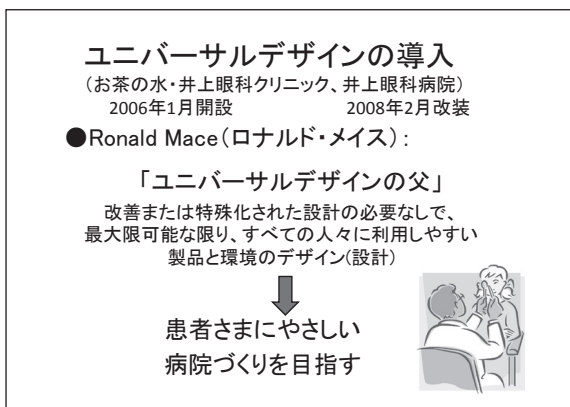
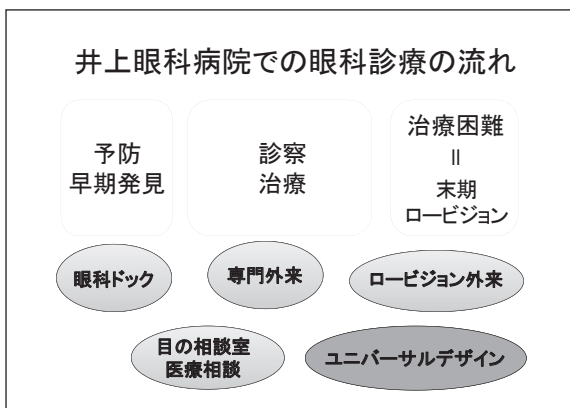
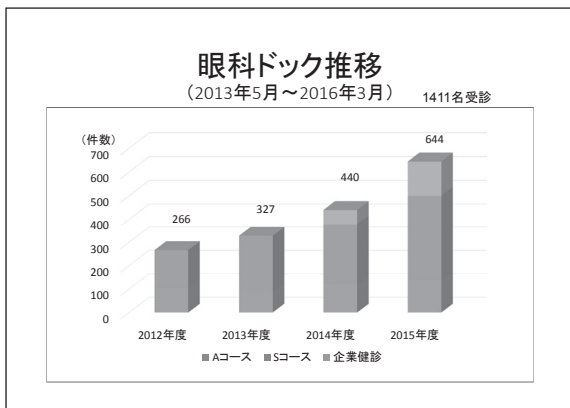
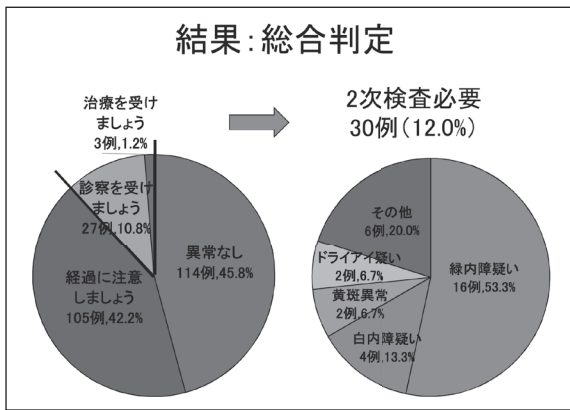
眼科ドックにおける眼科疾患の発見

対象

- 2012年5月～2013年3月
- 当院の眼科ドックを受診

249例  
男性102例、女性147例  
平均年齢52.8±11.8歳(20～87歳)

(井上賢治ら：あらたしい眼科31(9)：1413-1416,2014)





## 2015年3月西葛西・井上眼科病院 新築開院



### ・音のユニバーサルデザイン

超指向性スピーカーで、音情報を伝達

- ・病院入り口と男女トイレの入り口に、超指向性スピーカーを設置
- ・入り口に人が近づくと反応し、音情報を出します

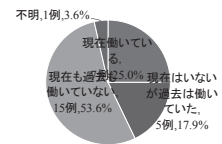


(病院入り口)

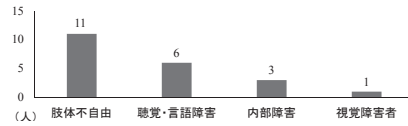


(男女トイレ入り口)

## 結果 質問2) 身体障害者の雇用経験はありますか？



質問3) 身体障害者採用の経験のある病院へ採用した身体障害者の雇用人数をおしえてください。(重複回答)



### ・光のユニバーサルデザイン

避難誘導用照明内蔵手すり

- ・メーカーとの共同開発。
- ・火災時に火元と反対方向に点滅し、避難を助けます



## 結果

質問4) 身体障害者採用の経験のある病院へ採用したきっかけはなんですか？(重複回答)

法定雇用率を達成するため	4例	33.3%
ハローワークから紹介された	2例	16.7%
医療機関の社会的責任を果たすため	2例	16.7%
事業拡大や人手不足のため雇用が必要であった コメント: 用務員として採用	1例	8.3%
知り合いから頼まれた	1例	8.3%
必要な仕事ができそうなので雇い入れた コメント: 用務員として採用	1例	8.3%
民間の職業紹介事業者等から紹介された	0例	0%
医療機関から頼まれた	0例	0%
支援機関から頼まれた	0例	0%
その他 コメント: もともと正職員であった 雇用期間中に障害者に(労災ではない) 経営者の明確なビジョンと強い希望	4例	33.3%

## 視覚障害者に対するロービジョンケア

- 視覚障害者が住みやすい社会  
(ユニバーサルデザイン)
- 視覚障害者が働きやすい社会

↓  
視覚障害者の就労に関心を持つ

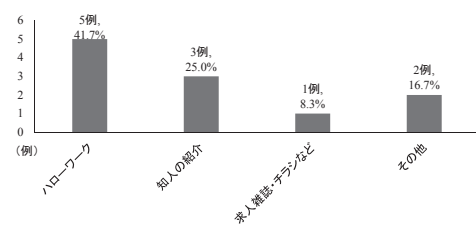
↓  
視覚障害者を雇用しよう



↓  
眼科専門病院で視覚障害者の職員に視覚障害を有利に活かせる仕事はないのか？

## 結果

質問5) 身体障害者採用の経験のある病院へ応募した方法について教えてください。(重複回答)



井上賢治ら 眼臨紀 9: 641-646, 2016

## 眼科専門病院における身体障害者 (特に視覚障害者)の就労

### 対象と方法

全国の眼科専門病院30施設に  
身体障害者雇用に関するアンケートを郵送。  
28施設(93.3%)より回答を得た。

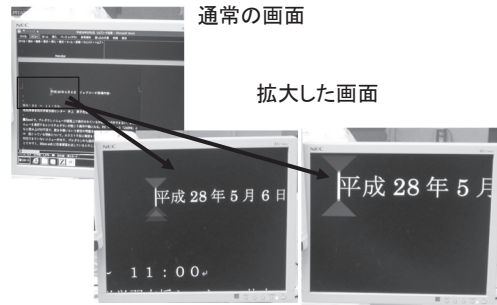
## 結論

眼科専門病院において身体障害者の雇用は行われているが、視覚障害者の雇用は難しい。  
視覚障害者が障害を有利に生かせる職場づくりが必要である。

眼科専門病院で  
視覚障害者の職員に  
視覚障害を有利に活かせる  
仕事はないのか？



## Zoom text



## 三宅 琢 先生(眼科医)

眼科医、認定産業医、Studio Gift Hands 代表

- ・iPad等の視覚障害者むけセミナー
- ・視覚補助グッズ作成、販売
- ・便利アプリ紹介、視覚障害者向け施設案内
- ・Apple 製品を用いた障害者の就労環境改善
- ・iOS アクセシビリティコンサルテーション

➡ 視覚障害者がロービジョン者にIT機器の使い方を  
教えたらいののでは？

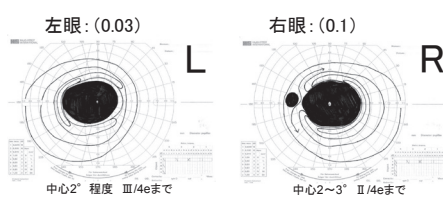
## 2. ITサポート

- ・IT機器の視覚補助機能を紹介
- ・視覚障害に配慮された日常生活に役立つグッズの紹介
- ・日常生活訓練、社会資源活用の情報提供等
- ・ITサポート時の記録と報告書作成

石原 純子、中津 愛、大音 清香、鶴岡 三恵子、井上 賢治  
第16回日本ロービジョン学会発表 (2015年11月21日)

就労支援を経て視覚障害者が眼科専門  
病院に就労した経験

自身の視機能(2015年7月現在)



## ITサポート実績

- 2014年11月～2016年5月  
62名に対し合計96回実施  
(男性:33名 女性:29名)
- 平均年齢:50.8歳(18～80歳)

## 職場環境

- 所属:人事総務部(人事総務課)
- 勤務形態:嘱託職員、4日/週(8:30～17:00)  
→ 2016年4月1日より正職員、5日/週(8:30～17:00)
- 業務内容: 1、事務業務 2、ITサポート
- 使用機器:パソコンソフト  
PC-Talker: Windows画面読み上げ  
NetReader: インターネット読み上げ  
My Read7: スキャンされた原稿読み上げ  
office works: PC-Talkerのオプションで操作性向上  
Zoom text: Windows画面拡大  
スキャナー  
拡大読書機(ナイツ製NVS-X1)

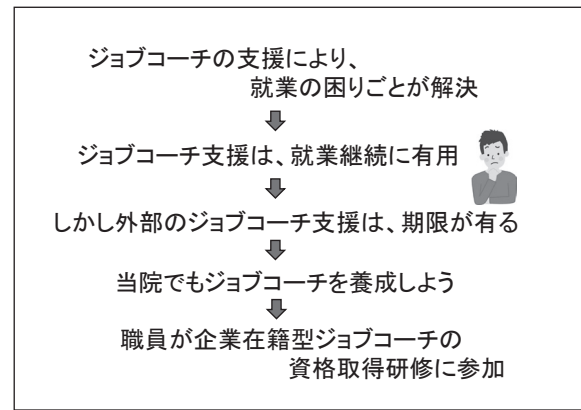
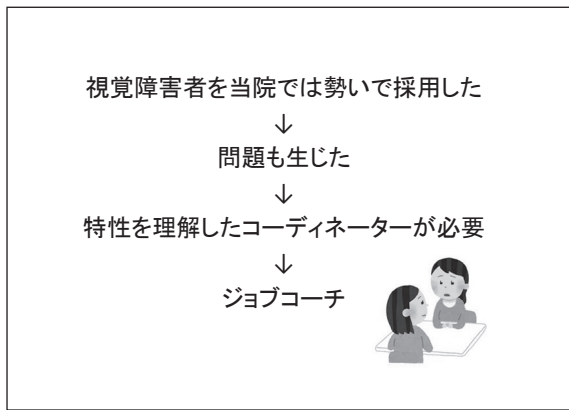
## 考察 ITサポートの振り返りから

### メリット

- ① 気持ちの共有ができて、相談内容が拡大する。
- ② 見えにくさが実感できるので、説明を分かりやすくできる

### 問題点

- ① 経験不足から相談が多岐にわたると対応に苦慮する
- ② 視覚障害の体験から、主観的に捉えやすい
- ③ IT機器の上級者には限界がある



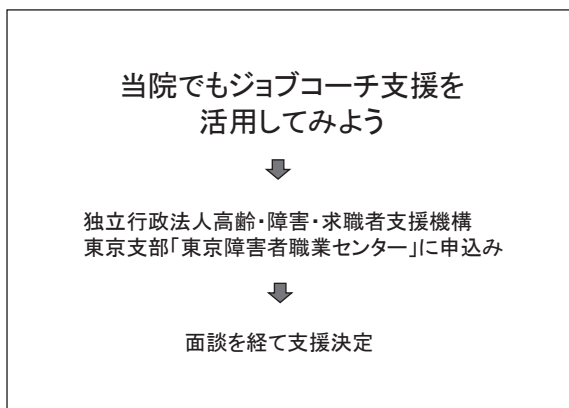
### ジョブコーチとは

- ・「職場適応援助者」の別称。障害者が一般の職場で就労するにあたり、障害者・事業主および当該障害者の家族に対して障害者の職場適応に向けたきめ細かな人的支援を提供する専門職を指す。
- ・ 2002年(平成14年)に厚生労働省が創設した「**ジョブコーチ支援制度**」によって導入。

### 眼科看護師(井上眼科病院)


- ・病棟(39人)
- ・手術室(26人)
- ・外来処置室(14人)
- ・医療相談(2人)
- ・画像検査(8人)
- ・管理(2人)

ローテーションして各部署で技術を磨く



### 眼科の特性

目の見えづらさ、目に不安を抱える患者


↓ 

患者に寄り添うケア  
(医師、視能訓練士等には出来ない)

### 指導により改善した点

- ① PCを利用した業務の拡大
- ② PC業務の効率化
- ③ コピー等複合機の操作

### 看護師による看護

60歳代 男性 緑内障 

緑内障の進行と手術後の視力低下により辛い。  
患者の辛さを理解できるように妻・長男に  
対しシミュレーションゴーグル体験を行う。  
妻の訴えも傾聴する。  
家族ぐるみで支えるシステムを構築。

### 理想の眼科看護師

- 患者の心を理解する、気づく
- 患者に癒しを提供する
- 患者に前向きになってもらう



### 本日の講演のまとめ

眼科医になって23年。  
眼科診療だけではなく、眼疾患の  
予防、早期発見、ロービジョンケアに  
力を入れます。

『視覚障害者とともに前進する』  
を目指していきます。



2017

# 日本視機能看護学会誌

---

原 著 ・ 報 告

---

第2巻

# 術前洗眼における吸水シートの有用性 ～一人でできる洗眼をめざして～

迫田久美子, 中熊祐衣, 脇 晃子, 山口綾子, 下徳みどり  
大谷伸一郎, 宮田和典

## 要 旨

**目的:** 術前洗眼における吸水シートの有用性を検討する。

**方法:** 洗眼液の滴下条件（高さ，速度）の再現性を確保する手段として作成した洗眼補助具を用いて，生理食塩液を滴下し，受水器と吸水シートそれぞれを使用して洗眼し，比較した。洗眼後，アンケート調査を行った。

**結果:** 受水器と吸水シートの不快感や痛みに大きな差はなく，吸水シートを使用した方が洗眼液の漏れが少なかった。

**考察:** A 病院で使用しているパルプ製の受水器は，接触面がやわらかく，金属性の受水器と比べて，不快感や痛みが少ないと考えられる。吸水シートもパルプ製の受水器（以下受水器）と同様に，接触面がやわらかいため，不快感や痛みに大きな差が無かったと考えられる。

受水器は，顔の輪郭と完全には一致していないため，隙間が存在するが，吸水シートは顔に貼付するため，隙間はほとんど無い。そのため，吸水シートは受水器よりも洗眼液の漏れが少なかったと考えられる。

キーワード：術前洗眼，吸水シート，受水器

## はじめに

A 病院では，硝子体注射症例数の増加に伴い，手術室における周術期管理の作業量が増加している。その中で，A 病院の術前洗眼は受水器としてディスポーザブル濃盆を使用し，看護師二人で行っており，最も時間と労力を要する作業といえる。

今回，「一人でできる洗眼」をめざして，受水器のかわりに，高分子吸収剤を用いたポリプロピレン不織布（以下，吸水シート）を使用した新しい術前洗眼方法を考案し，術前洗眼における吸水シートの有用性を検討したので報告する。

## I. 方法

対象は，A 病院職員 37 名（平均年齢 35.5 歳 男性 4 名 女性 33 名）。方法は，同一被験者に対し，下記の 2 通りの方法で右眼表面に生理食塩液を 30 秒

間滴下し，洗眼を実施した（図 1）。

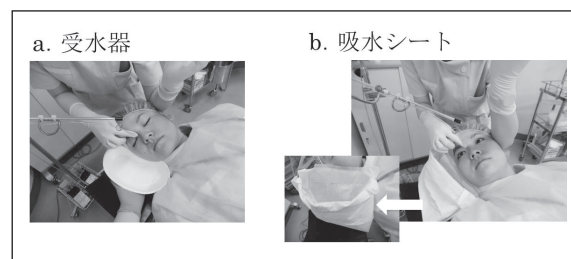


図 1 受水器と吸水シートの比較実験

- a) 受水器を頬に押し当てる従来の方法
- b) 新たに考案した，吸水シートを袋状にし，3M<sup>TM</sup>シリコーンテープ不織布で頬に貼付する方法

- a) 従来，A 病院で行われてきた受水器を頬に押し当てる方法
- b) 今回新たに考案した，長方形の吸水シートを袋状にし，3M<sup>TM</sup>シリコーンテープ不織布で頬に貼付する方法

受付日：2016 年 12 月 16 日 受理日：2017 年 10 月 26 日

医療法人明和会 鹿児島宮田眼科 看護部



なお、これらの順番は無作為に割り当てた。

洗眼液の滴下条件(高さ、速度)の再現性を確保する手段として、点滴セットを用いた洗眼補助具を使用した(図2)。

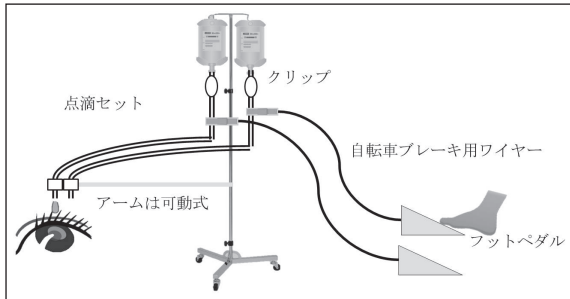


図2 洗眼液の滴下条件(高さ、速度)の再現性を確保する手段として作成した洗眼補助具。  
フットペダルと連動したクリップの開閉により滴下が行われる仕組みとなっている。

洗眼補助具は点滴セット、クリップ、フットペダルで構成されており、フットペダルと連動したクリップの開閉により滴下が行われる仕組みとなっている。

洗眼後、受水器と吸水シートそれぞれの接触面の不快感、接触面の痛み、洗眼時の漏れについて5段階評価でアンケート調査を行った。その結果をウィルコクソン符号付順位和検定と比較し、 $P<0.05$ を有意差ありとした。

## II. 倫理的配慮

本研究は、A病院倫理審査委員会の承認を得て行っている。

## III. 結果

接触面の不快感に対して、「まったくない」が受水器10名、吸水シート12名、「少しある」が受水器15名、吸水シート18名、「ある」が受水器11名、吸水シート5名、「かなりある」が受水器1名、吸水シート2名、「我慢できない」が受水器、吸水シート共に0名であり、受水器と吸水シートに有意差は認められなかった( $P$ 値0.06)(図3)。

接触面の痛みに対して、「まったくない」が受水器、吸水シート共に29名、「少しある」が受水器、吸水シート共に7名、「ある」が受水器、吸水シート共に1名、「かなりある」、「我慢できない」が受水器、吸水シート共に0名であり、受水器と吸水シートに有意差は認められなかった( $P$ 値1.00)(図4)。

洗眼時の漏れに対して、「漏れなし」が受水器22名、吸水シート35名、「一部漏れ」が受水器10名、吸水

シート2名、「耳元まで漏れた」が受水器2名、吸水シート0名、「後頭部まで漏れた」が受水器3名、吸水シート0名、「それ以上」が受水器、吸水シート共に0名であり、受水器と吸水シートに有意差を認め( $P$ 値0.002)、吸水シートを使用した方が漏れが少なかった(図5)。

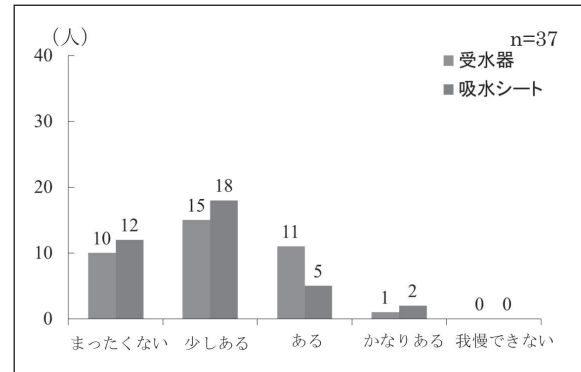


図3 接触面の不快感についてのアンケート結果

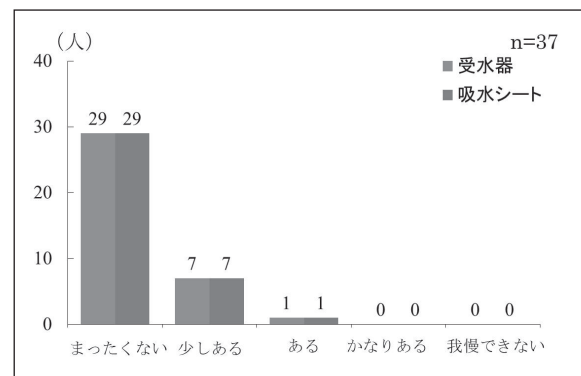


図4 接触面の痛みについてのアンケート結果

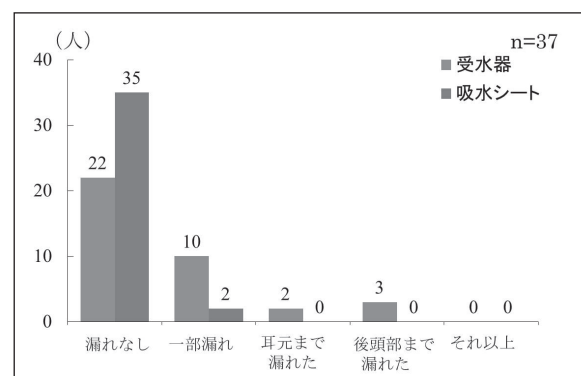


図5 洗眼時の漏れについてのアンケート結果

## IV. 考察

受水器と吸水シートの不快感や痛みに大きな差はなかった。A病院で使用している受水器は、パルプ製品であるため、接触面がやわらかく、広く用いられてい

る金属性の受水器と比べて、不快感や痛みが少ないと考えられる。吸水シートも受水器と同様に、接触面がやわらかいため、不快感や痛みに大きな差が無かったと考えられる。

吸水シートを使用した方が洗眼液の漏れが少なかった。受水器は、顔の輪郭と完全には一致していないため、隙間が存在する。一方、吸水シートは顔に貼付することにより、隙間はほとんど無く、また、体動により顔から離れることはない。そのため、吸水シートは受水器よりも洗眼液の漏れが少なかったと考えられる。

吸水シートで漏れがあった原因としては、様々な皮膚の状態（シワ、皮脂、汗など）によるテープの粘着力の低下が考えられる。そのため、様々な皮膚の状態に応じたテープの貼り方や種類の検討をしていく必要がある。

#### 参考文献

- 1) 朝田正子, 奥本里美, 都築美穂: 洗眼時の液漏れ防止に対する産科用パッドの効果 ～受水器と産科用パッドの比較～ 第 28 回日本眼科看護研究会 研究発表収録: 179-181, 2013.
- 2) 村中幸江, 兵頭涼子, 鎌尾知行, 他: 洗眼用滅菌ポケット作成の試み ～1人で出来る洗眼～ 第 29 回日本視機能看護学会 研究発表収録: 204-206, 2014.
- 3) 平岡恵理: 眼科の検査・手術機器完全マニュアル 洗眼・持続洗眼に使用する器具 看護ケア (夏季増刊): 168-169, 2011.

# 改良した眼瞼冷却剤とアイマスクの有効性について

神沢奈帆, 岸美記子, 八木晶子, 森井香織

## 要 旨

**目的:** 眼瞼手術後の眼瞼腫脹および疼痛軽減には冷却圧迫が有効である。A 病院ではこれまで眼瞼用ではない冷却剤等を使用していた。そのため、装着が不安定で煩わしいという理由で装着していない患者が多くみられた。これらを改善するために、眼瞼用冷却剤とアイマスクを考案した。

**方法:** 眼瞼手術後入院患者 15 名に旧式の冷却方法（以下アイマスク a）と考案した 2 種類（以下アイマスク b, アイマスク c）を使用して眼瞼術後冷却を行い、使用感を聞き取り調査、評価した。また、考案した 2 種類の冷却剤表面と、アイマスクの皮膚接着部の経時的な温度変化を測定した。

**結果:** 使用感の良さは、アイマスク a,b と比較してアイマスク c が有意に良好な結果となった。温度変化も、アイマスク c の冷却温度が良好で、また、冷却持続時間が延長した。

**考察:** アイマスク c は患者が装着しやすくなり、冷却温度と持続時間も良好で、術後眼瞼冷却に有効であると考ええる。

キーワード: 冷却剤, アイマスク, 眼瞼手術, 冷却効果, 装着感

## はじめに

術後の腫脹、疼痛、炎症、出血の予防には、冷却が有効である<sup>1)2)</sup>。A 病院では眼瞼手術後、眼瞼の冷却圧迫を行っているが、眼瞼用ではない冷却剤等で行ってきたため、眼瞼の形状に合わず十分な冷却圧迫が出来ていなかった。また、装着感が不安定で煩わしいという意見があり、患者が冷却剤を装着していないことが多くみられた。これらを改善するため、眼瞼用冷却剤とアイマスクを株式会社カワニシ、三重化学工業株式会社とともに考案・製作した。従来の方法（以下、アイマスク a）と試作品 2 種類（以下、アイマスク b, アイマスク c）（図 1）を術後から使用し有効性を比較検討した。

## I. 方法

研究期間は平成 28 年 5 月～8 月である。対象者は意思疎通が図れ、日常生活活動が自立している、A 病院で眼瞼手術をした入院患者 15 名（眼瞼下垂 14 名、

内反症 1 名、男性 3 名、女性 12 名、平均年齢 72.6±13.2 歳）であった。研究方法は、術後よりアイマスク a, アイマスク b, アイマスク c の順で眼瞼冷却を行い（図 1）、使用感を聞き取り調査した。調査内容は、良い（2 点）・普通（1 点）・悪い（0 点）の 3 段階評価を、1. 形状、2. 保冷時間、3. 冷却効果、4. 肌触り、5. フィット感の 5 項目で行った。統計学的分析は Steel Dwass 法を用いて検討し、有意水準は 5% 未満とした ( $p < 0.05$ )。術直後より、食事・トイレ以外は持続的に装着し、冷却剤は 2～3 時間毎に交換を行った。

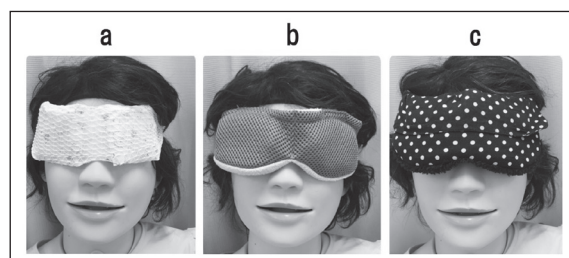


図 1 アイマスク装着時

アイマスク a は冷却剤をガーゼと伸縮ネット包帯（プレスネット® アルケア株式会社）で包み、後頭部で結び固定した（図 2）。アイマスク b では、冷却剤は丸型 45g（以下、冷却剤 1）を使用した。カバーはアイマスク型にして、皮膚接着部はタオル地とし、冷却剤の交換が容易にできるように開口部に面ファスナー（マジックテープ® クラレファスニング株式会社）を使用した。頭部固定は高齢者でも簡易にできるように、面ファスナー（マジックテープ® クラレファスニング株式会社）をつけたゴムバンドを使用した（図 2）。

アイマスク c は、冷却剤を丸型 50g（以下、冷却剤 2）へ増量し、カバーはアイマスク型として、皮膚接着部にマイクロファイバーを使用した。冷却剤の温度上昇を抑制するためカバー内部に断熱シートを使用した。頭部固定のゴムバンドはカバー内部から繋げ、圧迫効果を高めた。冷却剤を出し入れする開口部、頭部固定には、アイマスク b と同様に面ファスナー（マジックテープ® クラレファスニング株式会社）を使用した（図 2）。

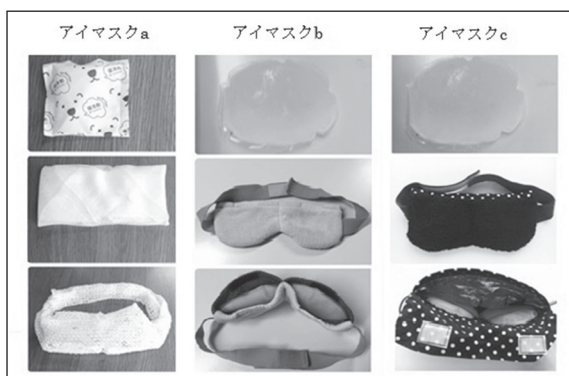


図 2 冷却剤・アイマスク写真

また、冷却剤 1 と 2 の表面と、冷却剤 1, 2 をそれぞれ入れたアイマスク b と c の患者側皮膚接着部の温度変化を比較した。比較方法は、室温約 25°C 下で机の上にメッシュ構造のカゴを置き、ハニカムメッシュシートを敷いた上に検体を静置させ、タッチ型ペーパレスレコーダー TR-V500（株式会社キーエンス製）を用いて経時的な温度変化を測定した。机から検体までの距離は約 10cm であった。

## II. 倫理的配慮

A 病院の倫理規定に基づき、口頭にて研究目的・方法、プライバシーの保護、研究参加への自由意思、参加不参加による不利益がないことを説明し同意を得た。

## III. 結果

聞き取り調査の結果であるが（図 3）、冷却剤の形状は、アイマスク a では四角型であったが、アイマスク b と c の冷却剤は丸型で眼瞼に沿うため、有意に良好な結果が認められた ( $p < 0.01$ )。保冷時間は、アイマスク c が a に比べて冷却時間が延長し、有意差を認めた ( $p < 0.01$ )。冷却効果は、アイマスク a と b 間 ( $p < 0.05$ )、a と c 間 ( $p < 0.01$ ) で有意差を認めた。アイマスク b と c 間では有意差を認めなかったが、アイマスク c には「冷やすと気持ち良い」という意見が多数あった。肌触りは、皮膚接着部の素材がアイマスク a よりもアイマスク b と c がともに有意に良好であり ( $p < 0.01$ )、マイクロファイバーを使用したアイマスク c が、アイマスク b よりも有意に良好であった ( $p < 0.05$ )。フィット感では、アイマスク b と c が眼瞼に沿う形となり、ともにアイマスク a より有意に良好であった ( $p < 0.01$ )。

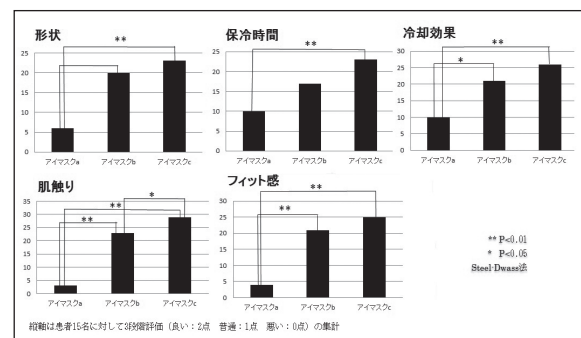


図 3 聞き取り調査結果

冷却剤の表面温度保冷比較では、測定開始 30 分後、冷却剤 1 は -8.0°C、冷却剤 2 は -9.6°C であった。2 時間後では冷却剤 1 は 16.7°C、冷却剤 2 は 1.3°C であり、3 時間後では冷却剤 1 は 21.8°C、冷却剤 2 は 16.5°C であった（図 4-a）。アイマスクの患者側皮膚接着部の表面温度保冷比較では、測定開始 30 分後、アイマスク b が -1.0°C、アイマスク c は 4.2°C であったが、2 時間後ではアイマスク b は 18.0°C、アイマスク c は 11.0°C であり、3 時間後はアイマスク b が 22.1°C、アイマスク c は 19.4°C であった（図 4-b）。



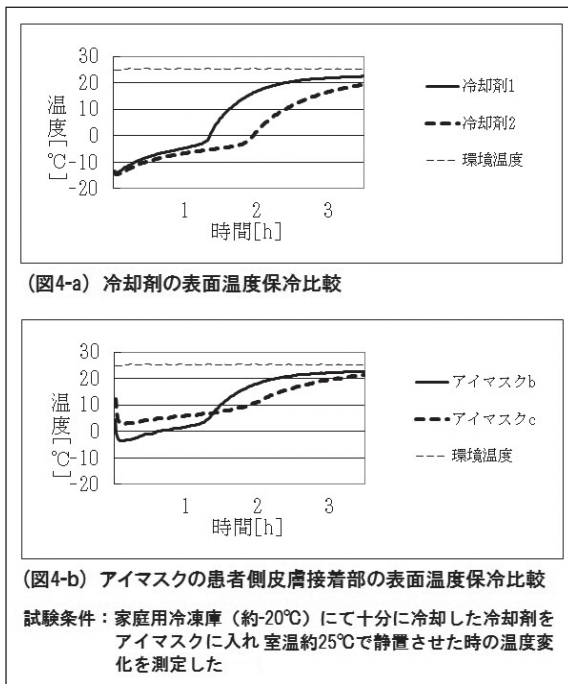


図4 表面温度保冷比較

#### IV. 考察

眼瞼術後について Sajja K<sup>3)</sup>は、「最初の24時間冷却圧迫することが、術後の浮腫を予防し、その後も患者の安楽のために続けても良いだろう。術後4～6時間、眼瞼の知覚麻痺が残る可能性を患者が認識し、皮膚表面の違和感を抑制するために冷却圧迫を繰り返すことが重要である」と述べている。また、「患者は眼瞼の腫脹と眼球の不快感の悪化を術後48～72時間は感じるということを説明されなくてはならない」とも述べている。A病院では、入院での眼瞼手術の患者に対し、術直後から眼瞼の冷却圧迫を行っている。患者のほとんどが術翌日に退院するため、自宅でも退院後2日間の冷却圧迫を続けることが望ましいことを退院指導の一環として説明している。しかし、従来のアイマスクaでは、「目尻にしか当たらない」、「座ったら落ちるから面倒くさい」という意見があり、装着していないことが多くみられ、術後の眼瞼冷却には不適切であった。アイマスクcを使用するようになってからは、そういった意見はなくなり、患者が積極的に装着するようになった。

図4-bのアイマスクの患者側の皮膚接着部の表面温度保冷比較では、測定開始30分後でもアイマスクbが-1.0℃、アイマスクcは4.2℃のようにアイマスクbの方が低温で経過しているため、一見冷却効果が優れているように見える。しかし、Ward M<sup>4)</sup>は、「凍傷に対する皮膚の抵抗力は様々であり、皮膚の凍結は-0.53℃で起こる」と述べている。本研究では、

患者の皮膚温度の推移は測定していないが、アイマスクbの皮膚接着部の表面温度は、測定開始30分後でも-1.0℃であった。これより、寒冷による皮膚トラブルを起こす可能性が考えられる。本研究ではアイマスクbでの術後冷却による皮膚トラブルの報告はなかったが、アイマスクb使用時には「眼の周りが冷えすぎる」という意見が多くあった。アイマスクcでは、表面温度の保冷比較開始30分後から冷却剤の交換時間である2時間後で、4.2～11.0℃の変化であり、患者からも「冷えすぎる」といった意見はなかった。本研究以後は、アイマスクcの使用を行っているため、皮膚トラブルが発生することは考えにくい。が、糖尿病など基礎疾患がある患者も多く、皮膚トラブルについての観察は重要である。大越ら<sup>5)</sup>は「クライオセラピーの臨床効果においては、疼痛に関しては10℃が、出血量抑制に関しては5℃が有効であった」と述べている。アイマスクcは、大越らが提唱している有効なアイシングシステムの温度幅に近い。これらよりアイマスクcは皮膚トラブルを起こす可能性が低く、効果的な冷却圧迫ができる点でも、術後眼瞼冷却に優れていると考えられる。

腫脹は損傷を受けた組織の出血と浮腫の形成によって生じ、寒冷療法は浮腫の軽減に役立っていると言われている<sup>6)</sup>。本研究では、冷却圧迫の実施と非実施の比較は行っていないため、冷却による浮腫の軽減についての比較はできなかった。しかし、術翌日に鏡を見たとき、本研究以前のアイマスクaを使用していた頃は、「こんなに腫れていては外を歩けない、恥ずかしい」、「本当に治るのか」といった不安の表出が多かった。しかし、アイマスクcを使用するようになり、「思ったより腫れなかった」という意見が増えた。術前に患者が予想していたよりも、術翌日の浮腫や腫脹が起らなかったと考えれば、冷却圧迫の効果を患者自身が実感できたと言える。アイマスクaは言うならば、ガーゼや伸縮ネット包帯（プレスネット® アルケア株式会社）といったあり合わせで作っており、看護師により作成方法が異なり、形状などが安定していなかった。また今回測定を行っていないが、実感として30分ほどで冷却剤が室温まで戻ってしまうため、看護師は冷却剤の交換に追われていた。看護師にとっても、アイマスク型に変更してから装着、指導も行いやすく、冷却剤の交換も2～3時間毎に延長できたことは、日々の業務の軽減につながったと考える。

考案したアイマスクcは、装着感が安定し煩わしさが軽減したため、患者が持続的に装着できるようになった。また、皮膚トラブルを起こす可能性が低く、効果的な冷却温度であり、術後冷却に有効な方法であると考えられる。今後の課題としては、退院後の冷却圧迫

の追跡調査である。また、今回製作した冷却剤は電子レンジでの加温も可能であるため、将来の目標としてドライアイや眼精疲労などにも応用し、研究を行っていきたいと考える。

著者らは三重化学工業株式会社よりサンプル素材の援助を受けている。

#### 参考文献

- 1)Belli E., Rendine G., Mazzone N.: Cold therapy in Maxillofacial Surgery, The Journal of Craniofacial Surgery 20(3): 878-880, 2009
- 2)Rana M., Gellrich N-C., Joos U., et al.: 3D evaluation of postoperative swelling using two different cooling methods following orthognathic surgery: a randomised observer blind prospective pilot study, Int. J Oral Maxillofac. Surg. 40 : 690-696, 2011
- 3)Sajja K., Putterman AM.: Müller's Muscle Conjunctival Resection Ptosis Repair in the Aesthetic Patient, Saudi J Ophthalmol. 25(1), 51-60, 2011
- 4)Ward M.: Frostbite. British medical journal 1 : 67-70, 1974
- 5)大越康充, 大越めぐみ, 長崎普也, 他: 膝前十字靱帯再建後のクライオセラピーの効果, 臨整外, 33(2), 141-147, 1998
- 6)加賀谷善教: 炎症症状の抑制を目的とした寒冷療法の実践方法と臨床効果, 理学療法, 29(9), 987-993, 2012



# 白内障患者の点眼手技習得に向けて ～外来時からのパンフレットを用いた点眼指導を導入して～

中田佑花, 白川亜耶未

## 要 旨

**目的:** 外来時からパンフレットを用いた点眼指導の有効性を調査する。

**方法:** 初回白内障手術患者 40 名(指導あり 20 名, 指導なし 20 名), 指導ありにはパンフレットを用いた点眼指導を行い手渡した。入院時・退院時に手技習得状況のチェックリストを用いて対面調査を行った。チェックリスト①手洗い出来る②突き刺しがない③的外れがない④点眼後 10 秒目を閉じる⑤点眼の間隔を 5 分あける⑥点眼手技(あかんべ法, げんこつ法)の 6 項目を出来ない=0 点, 出来る=1 点とし項目ごとに  $\chi^2$  検定, 指導の有無の総得点に対し Mann-Whitney 検定を行い有意差の有無を確認した。

**結果:** 指導なし平均年齢 72.9 歳, 指導あり平均年齢 77.7 歳。入院時項目②, 退院時項目⑥及び指導の有無と入院時・退院時の総得点で有意差が認められた。

パンフレットは「もらった覚えがない」「中身は覚えていない」という意見があった。

**考察:** 入院時・退院時の点眼の確認を行い, 指導の有無によって差が生じたかを調べ, 指導の有無と入院時・退院時の総得点で有意差があったことから外来でのパンフレットを用いた指導は有効だと考える。また理解力に個人差が生じるためパンフレットを用いた指導以外の方法も考慮する必要がある。

キーワード: 白内障, 患者指導, 点眼指導

## はじめに

近年, 老人性白内障手術は手術後の侵襲も少なく, 在院日数の短縮・早期退院の方向となっている。A 病院では月約 50 件・年間約 500 件の手術を行っており, 片目 1 泊 2 日のクリニカルパスを使用し, 入院当日に手術を行い翌日に退院となっている。そのため患者への点眼指導は入院時と手術翌日の午前退院の場合は 2 回, 午後退院の場合は 3 回行っている。

しかし, 入院時の点眼指導は, 手術前で患者が緊張していることもあり, 翌日の点眼指導においても入院時の指導内容について患者が記憶していない状況である。

点眼は手術後の治療として感染や角膜損傷を予防するために, 退院後も長期に渡って継続していかなければならない。下沢<sup>1)</sup>は「術後正しい自己点眼を行うことは, 患者にとって術後創部の感染予防及び治療促進の意味で大切な手技の一つである」と述べている。また高齢化社会に伴い, 手術を受ける年齢層も高くなってきている。身体・精神的変化が伴う中で短期間での

点眼手技習得が難しい。A 病院では入院 3 日前より自宅で点眼が開始となる。外来でのパンフレットを用いた点眼指導し, 自宅でもパンフレットを見ながら点眼することで正しい点眼ができるのではないかと考え, パンフレットを用いた点眼指導を検討している。

そこで今回外来でのパンフレットを用いた点眼指導を導入し, 導入前・導入後の入院時, 退院時の点眼手技習得状況を調査したので報告する。

## 1. 研究方法

### 1. 調査対象

自己点眼をする白内障初回手術患者 40 名(外来指導導入前患者: 20 名, 導入後患者: 20 名)

### 2. 調査期間

平成 27 年 6 月 19 日～9 月 4 日

### 3. 調査方法

初回白内障手術患者に対し作成したパンフレットを用いた点眼指導を行った。外来指導は術前検

査受診日の1回のみである。先行研究を参考にした点眼チェックリストを用いて入院時、退院時の点眼習得状況を確認した。また、パンフレットに対する意見などがあればその他の欄に記述した。

#### 4. 分析方法

点眼チェックリスト①点眼前に手を洗うことが出来る、②突き刺しなく点眼することが出来る、③的外れなく点眼することが出来る、④点眼後10秒目を閉じることが出来る、⑤点眼の間隔を5分あけることが出来る、⑥点眼手技（あかんべ法、げんこつ法）を行い点眼が出来るの6項目を0点＝出来ない、1点＝出来ると点数化した。

外来指導導入前（指導なし）と導入後（指導あり）をチェック項目ごとに $\chi^2$ 検定を行った。また、導入前と導入後の総得点に対し Mann-Whitney 検定を行い  $P < 0.05$  を有意差ありとした。データ処理には SPSS® Statistics Base (IBM) を使用した。

## Ⅱ. 倫理的配慮

本研究を依頼するに当たり、主治医、調査病棟・外来の所属長、対象者（指導導入後）に対し研究の主旨・方法を書面で説明し同意を得る。導入前に関しては「個人情報に関する取扱いについて」において入院患者には個人が特定されないことを条件にそのデータを入院内外での研究や症例検討などに用いることに同意を得ている。調査票は無記名とし、調査への参加や中断は自由意志であること、何らかの不利益を被ることはないことに了承を得た上で調査を実施した。

## Ⅲ. 結果

対象患者は男性 25 名、女性 15 名、平均年齢 75.3 (±18) 歳だった。外来指導なしの患者は男性 14 名、女性 6 名、平均年齢 72.9 (±18) 歳だった。外来指導

ありの患者は男性 11 名、女性 9 名、平均年齢 77.7 (±13) 歳だった。

チェックリスト入院時②は外来指導の有無と有意差がみられた。(図 1、表 1)。

チェックリスト退院時⑥は外来指導の有無と有意差がみられた(図 2、表 1)。

指導の有無と入院時・退院時の合計点を Mann-Whitney 検定を行い、それぞれ有意差がみられた(表 2)。

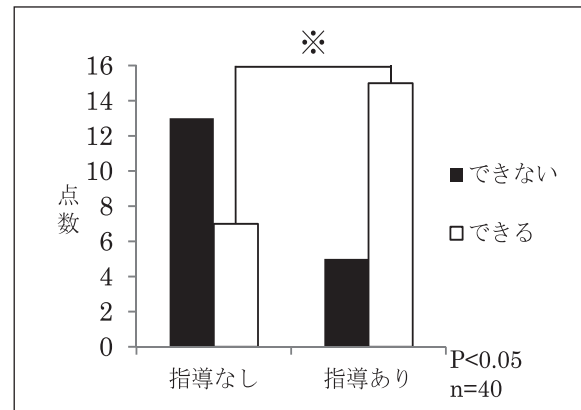


図 1 チェックリスト入院時②

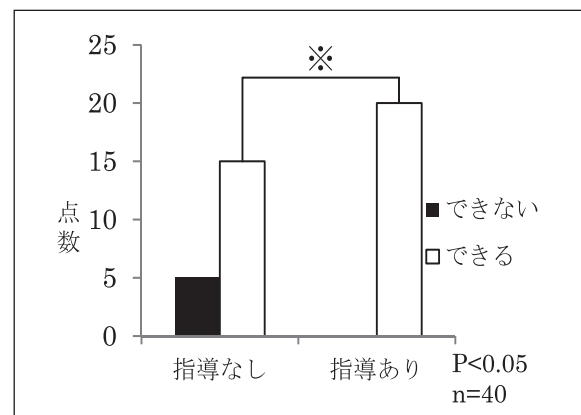


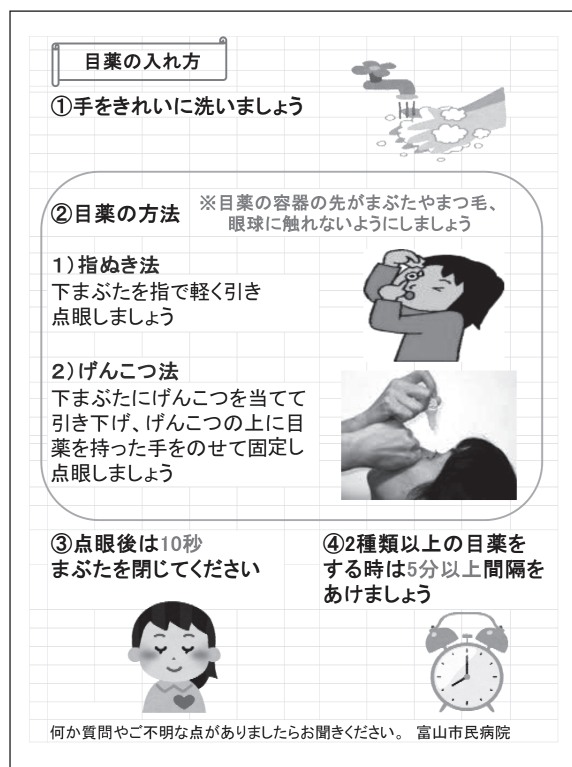
図 2 チェックリスト退院時⑥

表 1 チェックリスト①～⑥の有意確率

	指導あり	指導なし	正確有意確率
チェックリスト入院時①	7 点	10 点	.523
退院時①	9 点	9 点	1.000
入院時②	15 点	7 点	.025
退院時②	16 点	12 点	.301
入院時③	13 点	8 点	.205
退院時③	16 点	12 点	.301
入院時④	11 点	9 点	.752
退院時④	18 点	16 点	.661
入院時⑤			
退院時⑤	19 点	15 点	.182
入院時⑥	15 点	9 点	.105
退院時⑥	20 点	15 点	.047

表2 指導の有無と入院時・退院時

	指導あり	指導なし	正確有意確率
入院時合計点	61点	43点	.050
退院時合計点	98点	79点	.045



パンフレット

#### IV. 考察

今回の研究では、入院時・退院時の点眼手技のチェックを行い、外来での指導の有無によって手技習得に差が生じたかを調べた。

点眼チェックリスト①～⑥で有意差がみられたのはチェックリスト入院時②、チェックリスト退院時⑥のみであった。

千村<sup>2)</sup>は「指導を重ねることで自己点眼の確立につながるため、外来からの継続看護が重要となる」と述べている。チェックリスト入院時②に関してはパンフレットに容器の先がまぶた・睫毛に触れないよう記載をしたことで清潔・不潔の意識が高まったと考えられる。またチェックリスト退院時⑥に関しては外来でのパンフレットを用いて点眼指導を行い、入院後もそのパンフレットを用いた点眼指導を行い継続した指導を行う事により退院時に点眼手技習得することができたと考えられる。

また今回はチェックリストを用いたことで入院時・退院時に指導に関わった看護師が違っても、患者の点眼手技で不十分な点に分かり、個性に合った指

導や統一した点眼指導を行うことも出来た。

チェックリスト入院時②、チェックリスト退院時⑥以外に有意差がみられなかった要因として、入院時「パンフレットをもらった覚えがない」「物忘れの為覚えていない」「見たことは覚えているが中身までは覚えていない」などの意見も聞かれた。杉田<sup>3)</sup>は「内服薬など投与する他科と異なり、眼科患者に処方された点眼薬の操作及び管理は患者側に大きく依存している」と述べている。白内障手術患者は高齢者が多く理解力に個人差が生じ、また入院が短期間のため入院中のみの点眼指導では手技習得するには難しい。しかし、入院時・退院時の総得点で有意差がみられたため、入院前からの点眼指導を行い、自宅で患者本人が繰り返し点眼手技の確認をすることも大切であると考えられる。

今回の研究で外来での点眼指導の重要性を感じることができた。しかしA病院では現在外来での点眼指導を行っていない。外来との医療連携を強化し、外来からの点眼指導を導入していくことが今後の課題である。

#### 参考文献

- 1) 下沢まつ江 白内障術後患者の自己点眼へのアプローチ 第20回日本看護学会成人看護Ⅰ:24, 1989
- 2) 千村恵理他 確実に点眼をするために～外来からの術前点眼指導を導入して～第32回長野県看護研究学会:25-27, 2011,
- 3) 杉田潤太郎他 眼科ケア正しい点眼薬の使い方 Vol.1 No.2, 10-14, 1999
- 4) 遠藤睦他 点眼剤の適正使用 医療ジャーナル 36 (10):2,859-2,864, 2000
- 5) 所敬 点眼薬を防腐剤 眼科 48:799, 2006
- 6) 木下茂 稲富勉他 特集点眼指導のツボ 50, 眼科ケア, 7巻2号:10-63, 2005
- 7) 大崎由加利 1日入院で白内障手術を受ける患者への効果的な点眼指導を考える 誌上看護研究発表:68-70, 2014
- 8) 田坂かおり他 白内障術後患者に対する新しい点眼指導方式の導入 第39回看護総合:413-415, 2008
- 9) 野田美紀他 一泊入院により白内障手術を受ける患者の心理 第37回成人看護Ⅰ:64-65, 2006
- 10) 阿部法子他 高齢者に対する指導を考える～白内障手術患者を通して～ 北海道東北地区看護研究学会集録, Vol.5:141, 1993
- 11) 古畑郁他 老人性白内障患者の隔日な点眼指導～新点眼手技書の検討～:127-128, 2010

# 複数点カメラによるモデリング用白内障手術 器械出し映像教材の作成

河村知美, 新田享平, 小松美樹, 小杉 剛, 嶋本 圭,  
大音清香, 井上賢治

## 要 旨

**目的:** 白内障手術は短時間のため, モニター確認を基本とした効率的かつ安全性・信頼性のある器械出しスキルを研鑽することが望ましい。既存の紙面教材では学習できるスキルに限界があり, 映像教材の作成と導入を考えた。

**方法:** 高水準なスキルをもつ器械出しモデルを選出し, 複数のカメラにて器械出し①看護師目線の映像, ②器械出しの行動, ③手術映像を撮影し, 編集と解説文の追記をして一つの教材とした。

**結果:** 既存の紙面教材単体よりも, 器械出しにおける注意点やスキルを具体的に反映した映像教材を作成できた。

**考察:** 紙面教材では表現できないテクニックのノウハウやモニター確認における器械出しの思考を教材化できたことで新人・ベテランスタッフ問わずスキルアップを期待できる。検討を行った病院独自の具体性や実践的なスキルを反映したこと, On the Job Training に近い教材にしたため術中の指導が減ることで患者の不安軽減も期待でき, 有用である。

キーワード: 映像教材, 器械出し, 看護教育, On the Job Training (OJT), 白内障手術

## はじめに

器械出し看護師(以下, 器械出し)は執刀医より「術者と同じレベルで手順を記憶すること」, 「手術進行を把握, 先読みしてスムーズな器械出しをすること」が求められる。白内障手術における術野は最小で1cm四方程度となるため, 顕微鏡モニター(以下, モニター)を事実上の術野とし, 器械出しは器械の受け渡しとメンテナンス, マシンの設定, 患者観察などの役割をモニター確認しながら行わなければならない。

A病院では器械出しを担当できる看護師が8名在籍し, 白内障手術執刀医20名が在籍している。2015年度の白内障手術件数は5,550件, 一日あたり40～50件の手術が行われる。モニター確認の徹底指導をしているものの, 短時間手術のため器械準備に追われモニター確認が疎かになってしまう場面もしばしば見られる。

現在の器械出し指導用の教材は紙面による手順マ

ニュアル(以下, 紙面教材)のみであり, 内容も基本的なスキルの範疇に収まっている。モニター確認やスムーズな器械出しのタイミングといった文章化が困難であるスキル・テクニックが紙面教材へは反映できず, 新人の基本的な学習にしか有効活用できないことが問題となっている。

On the Job Training(以下, OJT)にてモニター確認を徹底指導しているものの, その機会は手術中のみと時間が限られている。また, ベテランと新人においてどれだけモニター確認の差が生じているかが不明瞭であったため, ウェアラブルカメラ(以下, WC)を用いて器械出しの視線調査を行った。その際の撮影映像から, ベテラン器械出しのモニター確認のタイミングや器械準備・受け渡しのテクニックを教材化することはできないかと考えた。そこで, 複数点カメラによる映像に解説・観察ポイントを付記して, 新人・ベテラン問わず全スタッフを対象とした教材を作成することとなった。



## I. 対象と方法

対象：白内障手術の器械出しができる担当看護師 8 名、  
平均年齢 36.7±6.7 歳，男女比 2：6，眼科手術  
看護歴 5.3±3.9 年

期間：平成 28 年 2 月～8 月

方法：

1. 調査同意が得られた患者の手術時に器械出しを撮影し，モニター確認の頻度が多い看護師を映像教材の器械出しモデル（以下，モデル）候補者とした。並行して常勤の白内障手術執刀医（16 名）に，モデル候補の選考（複数回答）をアンケート依頼し，双方の結果からモデルを決定した。
2. 新たに教材用の撮影として下記の方法でモデルケースの撮影を行った。器械出しの側頭部へ WC（Panasonic 社 HX-A500 を使用）を装着，器械出しと執刀医が撮影できるよう三脚にて HD カメラ（JVC 社 GZ-V675-R を使用）を配置した。強角膜切開の症例を選択し，手術開始から終了までの①器械出し本人の動き（テクニック），②眼の動き（モニター確認のタイミングと時間），③器械出し目線の映像（何を観察しているか）を撮影した。同時に顕微鏡カメラにて手術映像を HDD レコーダーに記録した。計 19 例撮影，手術所要時間は 7～10 分程度であった。
3. モデルケース撮影と並行して，手術進行を 8 パートに分け，対象全員に各手術パートにおけるモニター上の観察ポイントについて意見を求めた。
4. 撮影した動画データにアンケート結果および参考書<sup>1)</sup>を基に観察ポイントや解説文を加え，試作版の映像教材を作成した。これを新人含む手術室看護師 8 名が個々に視聴し，レイアウトや内容の理解し易さについてアンケートを実施した。その結果をふまえ教材の修正を行った。
5. 修正した教材を再度全スタッフに視聴してもらい，既存の紙面教材単体と比較して，映像教材の併用における①器械出しのイメージのしやすさ（具体性），②教材の手順どおりに模倣できるか（実践性），③注意点は理解し易いか（注意点）の 3 項目について 5 段階の順序尺度にてアンケートの実施と集計を行った。

## II. 倫理的配慮

1. 患者へは書面および口頭にて①個人情報保護されること，②同意の可否が治療に影響しないことを説明し，署名にて同意を得た。
2. 執刀医へのアンケートについては回答者が特定さ

れることのないよう無記名とした。

3. 本研究は A 病院の倫理審査委員会の承認を得た。

## III. 結果

1. 看護師へのアンケート結果：各手術パートにおいての観察項目では平均 6.9 個，計 55 個の観察項目が挙げられた（表 1）。観察項目の内訳は，①ドレーピング：固視の有無，散瞳状況など 7 項目，②結膜切開～止血：切開の大きさ，止血の有無など 6 項目，③強角膜切開：切開創の大きさ，二面切開の深さなど 6 項目，④前囊切開～ハイドロダイセクション：前囊切開の進行状況，前囊切開の大きさなど 11 項目，⑤超音波乳化吸引：核硬化度，進行状況，チン小帯の揺れなど 8 項目，⑥皮質吸引：残存皮質の状態，前囊切開エッジの状態など 5 項目，⑦眼内レンズ挿入：挿入時の眼内レンズに破損がないか，眼内レンズが水晶体嚢内にきちんと挿入されたかなど 5 項目，⑧粘弾性物質吸引除去～結膜縫合：眼内レンズに偏位がないか，シーリング状態など 7 項目であった。

表 1 看護師アンケート（白内障手術観察項目）（回答 8 名）

手順	観察項目（個）
ドレーピング	7 個
結膜切開～止血	6 個
強角膜切開	6 個
前囊切開～ハイドロダイセクション	11 個
超音波乳化吸引	8 個
皮質吸引	5 個
眼内レンズ挿入	5 個
粘弾性物質吸引除去～結膜縫合	7 個

白内障手術手順を 8 パートに分けて，器械出し看護師を対象に「手術モニターを見ながらどのようなポイントを観察しているか，その結果何を考えているか」のアンケートを施行。上記結果より，手技的内容と知識低内容にわけて映像教材に載せる指導ポイントを作成した。

2. 動画作成：モデル看護師（年齢 37 歳，眼科手術看護歴 17 年）の器械出し 19 例のうち，通常の手術手順で進んだ 1 症例を選択した。この症例について，手術パート毎での手技ポイントを先に表示してから手術映像と器械出し映像，観察ポイントを合わせて表示するように合成・編集した。試作版の映像教材視聴後アンケートにて「手技ポイントも手術進行とリアルタイムで合わせて欲しい」という意見が聞かれたため，手技・観察ポイントと手術進行がリアルタイムで合致するよう調整した（図 1）。教材化した映像の収録時間は 11 分 10 秒であった。

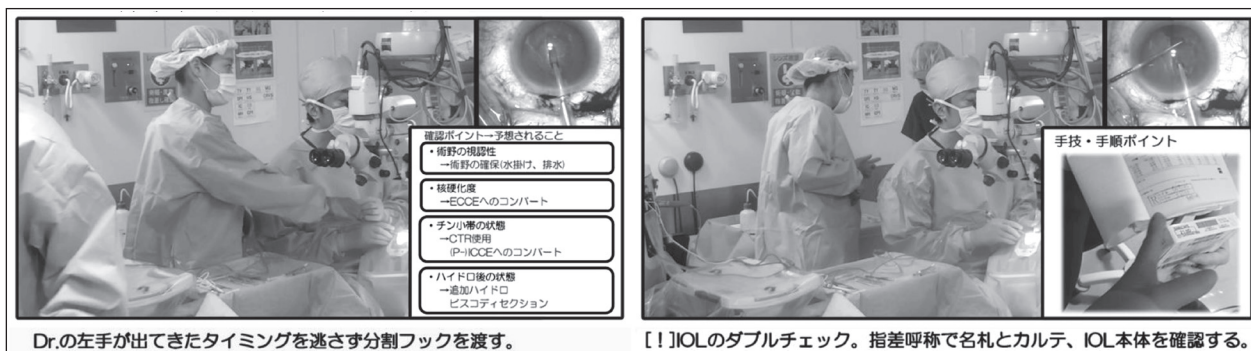


図 1 映像教材 (画面キャプチャ)

実際に作成した映像教材の一部をキャプチャしたもの

分割画面の左側が器械出し看護師の動き (HD カメラ映像)、右上が実際の手術映像、右下が器械出しにおけるポイントおよび解説文。

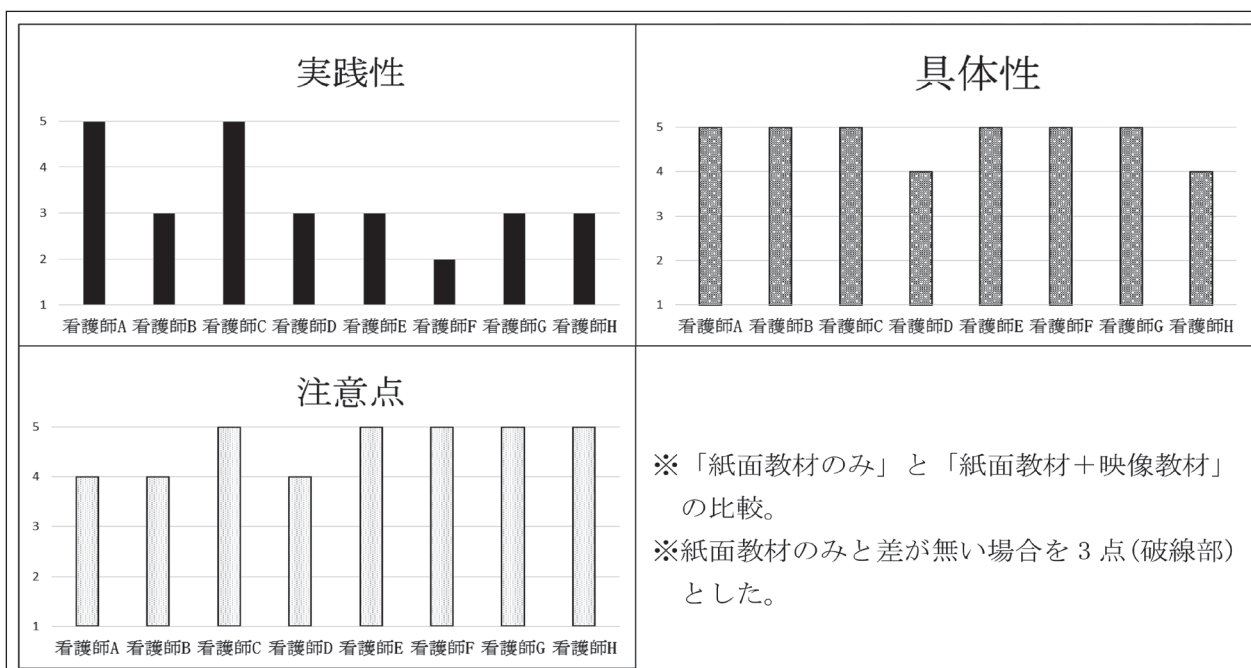


図 2 映像教材視聴後アンケート (回答 8 名)

完成した映像教材を器械出し看護師に視聴してもらい、紙面教材単体と比較して具体性・実践性・注意点が理解できるかアンケートを施行。5段階の尺度評価とし紙面教材単体と比較して差がない場合は3点、最高評価を5点とした。

3. 完成した映像教材視聴後アンケート：既存の紙面教材単体と比較し、「具体性」「注意点」の項目は高得点であった。一方、「実践性」の項目に関しては新人・ベテランスタッフ問わず、やや低い点数もマークされた (図 2, 表 2)。

表 2 映像教材視聴後アンケート(回答 8 名)

- ・確認ポイントが明文化されていてわかりやすい(6名)
- ・略語表記がわかりにくい(5名)
- ・手順毎にパート分けされていてイメージしやすい(3名)
- ・観察項目に異常が見られた場合の映像とその対処についても教材化されているとわかりやすい (1名)
- ・普段どれだけ集中力が求められているか再確認できた (1名)
- ・複数の映像があるため紙面教材と併用することでより学びが深まると思った (1名)
- ・器械出しと映像がリンクしていてわかりやすい (1名)
- ・指導の際に適切な表現で説明することが可能となった (1名)

紙面教材単体と比較した際の映像教材に対する意見。

## Ⅳ. 考察

映像教材視聴後アンケート結果より、紙面教材単体よりも具体性・注意点を反映した OJT に近い映像教材が作成できたと考える。実践性の点数は全体的に低い傾向にあったが、これは高水準な器械出しスキルをもつ看護師からモデルを任意的に選出したためと考える。つまり、教材の器械出しのレベルが高いことから容易には模倣できないためと予想され、新人・ベテラン問わずモデルと同程度の器械出しを行うためには自己研鑽が必要であることを示唆している。

松田ら<sup>2)</sup>によると、「看護技術の習得には、看護場面全体の把握と、一つ一つの細かな行動を確認していく必要がある。看護の全体像と機器類を操作する看護



師の手元を同時閲覧することで、看護技術の物品の準備と看護師の行動を同期してイメージすることができたと考えられる。」という報告がある。各手術パートを見ても平均7項目の観察項目があり、加えて器械の受け渡し、メンテナンスなど器械出しに求められるスキルは多い。これらを習得するため複数点カメラによる手術進行(顕微鏡カメラ)・看護師のスキル(WC)・手術風景(HDカメラ)の撮影および3画面同時再生での映像教材が有用であると考えた。また、手術において精神的ストレスがかかることは当然であり、平常時の能力が十分に発揮できるとは限らない。映像教材ではイメージの難しいスピーディな手術介助や手術の緊張感をイメージすることができるため、手術室での看護技術習得という特殊性を鑑みると紙面教材よりも学習に適していると考ええる。

映像教材を視聴することはベテランにとっては普段行っている手術を客観視する貴重な機会となったという旨の意見も聞かれた。毎日ではないものの、多い日には半日で20件近くの白内障手術器械出しを一人で行うこともあり、ほとんどの看護師それぞれが器械出しを体得している状況である。通常の白内障手術においては自身の器械出しスキルを見直す機会がなく、映像教材の作成自体が各々の器械出しの在り方を見直す良い機会となったと考ええる。

水野<sup>3)</sup>は、映像教材を用いることで「言葉では表現しにくい『思い』を抽出し、再現することが可能である」と述べている。実際に教材を視聴したスタッフからは「確認ポイントが明文化されていてわかりやすい」という意見が最も多く、これは紙面教材では表現できないテクニックのノウハウやモニター確認における各器械出しの思考を教材化した結果であると考ええる。

一方で3画面同時再生では見るべき箇所が多く、見づらいという意見もあった。映像の中に情報量を多くするとかえって見づらくなることは作成当初から考えられ、あくまで既存の紙面教材にて手術の基本を学習し、実践に入る段階で運用することを前提としている。既存の紙面教材も十分に価値のある教材であり、その先のOJTで行っていた内容がオフトレーニングとして利用できることで手術の空き時間などの有効活用ができる。また、局所麻酔にて眼科手術を受ける患者にとって聴覚は貴重な情報源であり、指導における助言や執刀医からの注意などがあると患者の不安を助長する可能性がある。貴重なOJTの場面はその反面患者に苦痛を強いてしまう恐れもあることから、オフトレーニングに仮想手術とも言える映像教材を用いることは、それだけで患者の負担軽減に繋がるとも考えられる。

今後の課題として、①実際の場面における活用方法の検討、②既存の指導と比較し指導効果に有意差があるかの検証、③動画作成の難易度が高いため編集スキルを複数のスタッフが習得することが挙げられる。短時間・低侵襲手術においても、可能な限り安全かつ迅速で高水準な器械出しを提供することで患者への負担が軽減できるよう各自研鑽する必要がある。今回の映像教材は既存の紙面教材単体よりもA病院独自の具体性・実践性・注意点を反映することができた。

今後は、映像教材を用いて指導の統一化や器械出しの更なるスキルアップを促せるように活用することを検討する。

#### 引用・参考文献

- 1) 若倉雅登, 徳田芳浩, 比嘉利沙子: 白内障, 第1版, 金原出版, 古谷純朗, 146p, 2012, (イラスト眼科手術シリーズI) ISBN978-4-307-35147-8
- 2) 松田好美, 竹内登美子, 小澤和弘, 他: 外科看護学実習のための多視点動画画像を利用した教材の開発と評価, 看護展望, 28(12), 1,366-1,372, 2003
- 3) 水野凌太郎, 小林裕美子, 林秀彦, 他: 映像キャスティング手法を用いた看護技術教材作成に関する研究, 鳴門教育大学情報教育ジャーナル, 12, 33-38, 2015

# 正しい点眼手技習得への指導を通じて セルフケア行動を考える

平井明美, 森田さゆり, 坂井美希

## 要 旨

**目的:** 外来での術前点眼指導を改善し, 感染予防や点眼自己管理能力の向上を図り, セルフケア行動への働きかけができるかについて検証する。

**方法:** 口頭での術前点眼説明を行っていたが, 適切であるか6項目の点眼状況調査を施行した。結果をもとに, 点眼説明リーフレットを作成し点眼指導を行った。初回入院をA群, 再入院をB群とし, 入院時に点眼手技の状況について同様の調査を行い, 点眼指導によるセルフケア行動を評価する。

**結果:** 指導前A・B群と指導後A・B群の4つのデータで有意差があるかについて検定を行い, 初回入院前の点眼指導は有効であったが, 入院歴があり外来で再指導を行った患者に関しては指導効果が得られなかったことがわかった。

**結論:** 初回指導が外来で行われることの有効性を認識し, 入院前のタイミングでの点眼指導が周術期看護に重要である。

キーワード: 点眼指導, セルフケア, リーフレット

## はじめに

大学病院であるA病院眼科では, 年間約2,000例の手術が行われ, そのうち内眼手術の占める割合は約1,400例で全体の70%である。内眼手術における最も重篤な合併症として, 細菌性眼内炎があげられ, 「現在の日本における白内障手術後眼内炎の発生率は約0.05%, すなわち2,000件に1件程度と考えられる。しかし米国では, この10年で眼内炎の発症率が再上昇してきている<sup>1)</sup>」とも言われており, 予防策の一つとして手術3～5日前から行う抗菌薬の点眼が有効とされている。近年は, 加齢黄斑変性症などの疾患の治療として行われる硝子体注射の前にも, 同様の目的で抗菌薬の点眼薬が施行されている。この硝子体注射の年間件数が約500例であり, 内眼手術と合わせると, 当院における術前点眼の適応は約1,900例に及ぶ。

眼科外来では術前点眼施行患者に対して, 手術前全身検査ならびに術前診察の時点で, 医師の処方に基づいて看護師が点眼開始日や点眼回数について, 口頭での説明を行っていた。次に看護師が関わる点眼指導と

しては, 手術後に退院後のセルフケアに対する援助としての点眼指導であった。術前点眼を施行するにあたり, 入院前に点眼セルフケアの習得が必要ではないかと考えた。

眼科の治療の基本である点眼に関して, さまざまな指導方法が検討されているが, A病院眼科外来では積極的アプローチを行っていなかった。口頭での説明での点眼状況を調査し, 指導方法の改善を行い, 指導前後の点眼状況の評価を行うことにより, 点眼手技習得におけるセルフケア行動について検証した。

## 1. 研究方法

平成26年11月17日～12月17日に, 手術前全身検査ならびに術前診察の時点で, 医師の処方に基づいて看護師が点眼開始日や点眼回数について, 口頭での説明を行って入院してきた患者159名平均年齢68.7歳に対して, 点眼状況調査を行った。

今までの点眼指導の影響を考慮し, 点眼状況調査対象患者を, 眼科初回入院患者をA群, 眼科入院歴が

あり前回入院中に点眼指導を受けたことがある患者をB群として検証した。この期間のA群は80名、B群は79名であった。

点眼の手技が適切に行われているか、点眼状況調査項目については、過去の研究とスタッフとの意見交換により、項目を設定して判断することとした。項目については以下に示す。

- ① 眼の手洗いができている
- ② 眼に近すぎたり触れたりせずに点眼できる
- ③ 1滴点眼している
- ④ 点眼薬のふたを上か横向きにしている
- ⑤ 眼瞼を下げて点眼している
- ⑥ 眼からこぼれた液を清潔なもので拭いている

結果をもとに点眼指導リーフレットを作成し、平成27年4月13日～6月25日にリーフレットと点眼薬を用いた点眼指導を患者161名平均年齢67.8歳に対して行った。この期間のA群は103名、B群は58名であった。対象患者総数は320名である。

指導前A・B群、指導後A・B群の関連性を二元配置分散分析で検定し、結果をScheffeテストを行い、それに基づいて点眼手技習得におけるセルフケアについて検証する。

## II. 倫理的配慮

点眼状況のデータは匿名性を保障し、結果は統計的に処理を行い研究以外の目的には使用しない。

## III. 結果

平成26年11月17日～12月17日の期間に、外来で術前点眼について口頭での説明を受けて、入院時に点眼状況調査6項目がすべて出来ていたのは、対象159名のうち26名16.3%という低い結果を得た。A・B群での比較では、6項目の正しい手技方法で点眼を行っていた患者は、A群にはおらず0名0%で、B群では26名32.9%であった。点眼状況調査結果では、6項目平均がA群58.6%、B群82.0%という結果であり、点眼前の手洗いがA・B群ともにできておらず、全体的に点眼の手技の注意点が理解できていないことがわかった。指導をうけていない初回入院のA群に低い結果を得た。どのような点眼手技習得状況であったかの結果は、指導前点眼状況調査表1に示す。

以上の結果をふまえ、点眼指導リーフレット(図1参照)の作成を行い、外来での術前診察時に看護師が個別に点眼指導を行った。調査に基づいてできていなかった項目を重点的に説明を行い、推奨する点眼法と

して、眼科病棟で手術後の点眼指導で行っているげんこつ法を用いることとした。指導前には外来看護師6名で指導内容についてミーティングを行い、全員が同様の指導ができるよう確認を行った。

表1 指導前点眼状況調査結果

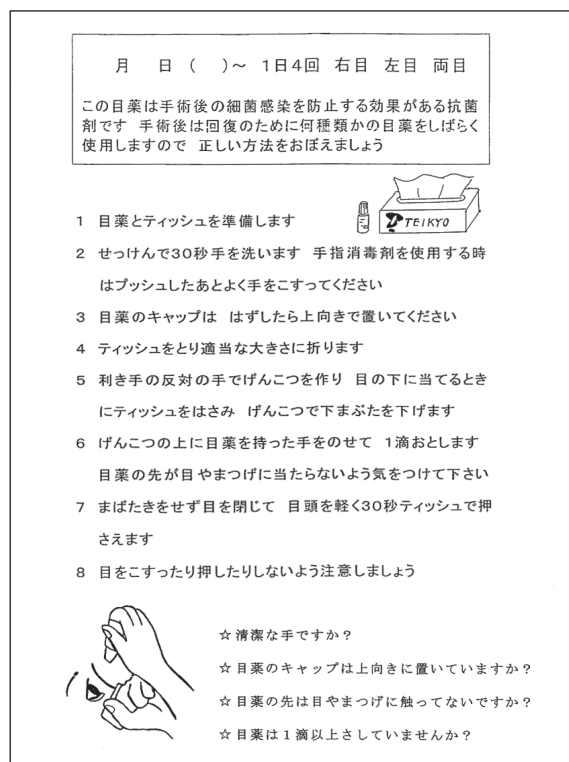
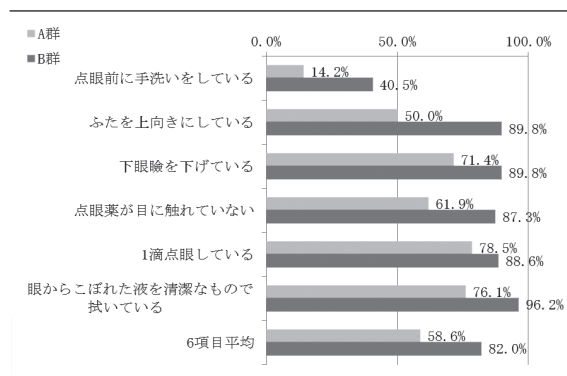
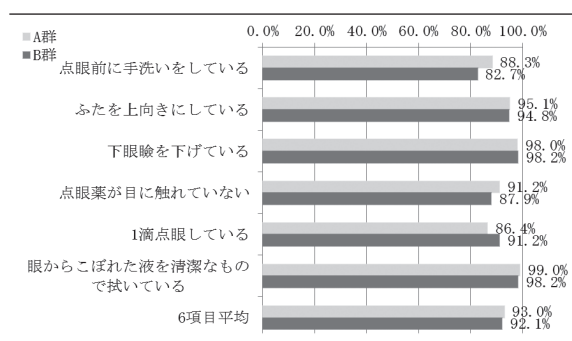


図1 点眼指導リーフレット

リーフレットを用いて点眼指導を行った期間は、平成27年4月13日～6月25日であり、対象人数161名であった。入院時に自己点眼が方法・手技とできていたのは、107名66.4%という結果が得られた。このうち、A群が69名66.1%であり、B群が38名65.5%であった。点眼状況調査では、6項目における手技習得平均がA群93%、B群92.1%という結果を得た。指導後の点眼状況調査結果を表2に示す。

表2 指導後点眼状況調査結果



以上の結果に関して、指導前 A・B 群と指導後 A・B 群の 4 つのデータで有意差があるかについて二元配置分散分析を行い有意差を認めた。 ( $P$  値  $< 0.05$ ) 結果について Scheffe テストで指導前の A・B 群 ( $P < 0.05$ )、指導後の A・B 群 ( $P < 0.05$ )、指導前後の A 群 ( $P < 0.05$ ) に有意差が認められた。指導前後の B 群のみ有意差が認められなかった ( $P=0.93$ )。

これは眼科入院歴があり、自己点眼を行っていた患者に対して、再度点眼指導を行っても正しい点眼手技の獲得への効果が得られなかったことや、眼科入院歴があり退院前に点眼指導を受け、再度外来でも指導を行って入院した患者が、点眼指導を初めて受けて入院した患者よりも手技習得できていないことを示している。

#### IV. 考察

点眼の方法について口頭での説明のみの場合では、初回入院の患者である A 群より、入院歴があり入院中に点眼指導を受けている B 群が、適切な方法で点眼を行っているという結果を得られた。リーフレットを用いて点眼指導後の結果では、初回入院の患者である A 群が適切な方法で点眼を行っており、入院歴のある患者の B 群が、点眼セルフケアの習得が適切でないことがわかった。

オレムによるセルフケア行動の定義によると、「セルフケアは状況を見定めるための配慮や判断から導き出され、何をなすべきであるかということを選択することにより生じ、その能力は、知識、技能、信念、価値観、動機づけにより左右される。またセルフケア行動とは外部環境と内部環境の相互作用をもつ解放システムである<sup>2)</sup>」と述べられている。すでに入院歴があり点眼のセルフケアを行っていた患者に対して、再度点眼指導を施行しても、手洗いや点眼方法について、自己の方法が確立されており、正しい方法への変更が困難なのではないかと推測された。これはセルフケア能力は、知識、技能、信念、価値観、動機づけにより左右される、

というところの点眼することの動機づけ、点眼することへの関心などが、口頭説明によって行われたものであるか、リーフレットを用いた指導によって行われたものかの違いや、一度不適切な方法でセルフケアが確立されると、その技能が正しいという信念が生じ、変更が困難であることに関連するのではないかと考えた。今回の研究により、外来での指導がいかに重要であるかが示されたため、初回入院前に看護師が点眼指導に関わっていくことが必要であると認識した。

#### V. 結論

今回の研究により、初回指導が外来で行われることの有効性を認識し、入院前のタイミングでの点眼指導の重要性と、誤った点眼方法を修正することが困難であることがわかった。A 病院眼科病棟で行われている点眼指導は、集団指導であり指導直後の点眼時に手技の確認は個別指導を行っている。今回の点眼指導の調査結果を反映し、誤った点眼手技方法にならない指導方法について検討が望まれる。また、外来で点眼指導を行った患者に対する術後点眼指導では、セルフケアできているケースがほとんどであったため、病棟の点眼指導時にスムーズな指導が行われたという情報を得ている。外来で点眼指導施行時は、一人の患者に対して 5 分から 30 分の時間を要し、患者の理解力や家族の協力の程度によって指導時間にばらつきが見られた。その中には、点眼手技獲得が特に困難なケースが存在し、対応に苦慮した経験をもとに様々な教育方法について検討し、リーフレットについても、さらに理解しやすく見やすいものへの改良が望まれる。

#### 引用文献

- 1) 大橋裕一：さよなら術後眼内炎 ― 征圧のための最強の Tactics ―, 金原出版, 2, 2006.
- 2) ドルセア E. オレム、小野寺杜紀 訳：オレム看護論 看護実践における基本概念, 医学書院, 294, 2009.

#### 参考文献

- 1) 大林由佳 池田綾香 藤井美穂子他：自己点眼手技習得に向けた取り組み 第 29 回視機能看護学会, 132 ~ 135, 2013.
- 2) 前田めぐみ 岡田珠江 原田邦江他：術後早期点眼手技習得にむけての取り組み 第 29 回視機能看護学会, 96 ~ 98, 2013.
- 3) ナンシー I. ホイットマン, バーバラ A. グレアム, キャロル J. グレイト他, 安酸史子 訳：ナースのための患者教育と健康教育, 医学書院, 1996.
- 4) 勝又正直：はじめての看護理論, 医学書院, 2005.



# 教育パンフレットを用いた指導前後における 白内障手術を受ける患者の感染に対する意識調査

橘 令子, 藤田文子, 飯嶋幸子, 大音清香, 井上賢治

## 要 旨

**目的:** 白内障手術患者へ術後感染に対する意識調査を行い, 感染に対する関心度や意識の変化を把握する。また感染予防を目的としたパンフレットを用いて動機づけをすることで, 退院後も患者自身が感染リスクを意識し感染予防に対し有益な効果を示せたかを調査する。

**方法:** ①アンケートは手指衛生, 点眼, 抗生物質の内服, 清潔ケア, 術後眼内炎の認知などについて「入院日手術前」「退院日」「退院1週間後」に施行。②パンフレットを用いた指導を, 手術後当日中に施行。

**結果:** 全項目において「入院日手術前」に対する「退院時」「退院一週間後」の実施状況や意識が有意に向上した。

**考察:** 患者にとって白内障手術後感染のイメージが具体的ではなかったため感染に対する意識は高くなかったが, パンフレットによる指導を行い, 術後感染への意識向上を図ることができた。

キーワード: 白内障患者の感染予防 意識調査 患者指導

## はじめに

A 施設では, 27 年度の白内障手術は 5,550 件, その内 2,173 件は日帰り手術を行っていた。

先行研究において, 75 歳以上の患者や男性患者は点眼アドヒアランスが低いという結果であった。

これまでに, 自己点眼手技の習得を目的とした点眼指導の研究は多く行われてきたが, 術後感染予防に関連した総合的な指導を行なった上での, 感染に対する意識の変化を調査する研究は少なかった。

そこで, 本研究では患者の白内障手術に対するイメージや関心度を把握し, 患者自身が術後の感染やその対処法について理解を深めるため感染に対するパンフレットを用いた指導を行った。その上で術後患者の感染に対する意識の変化について評価したので報告する。

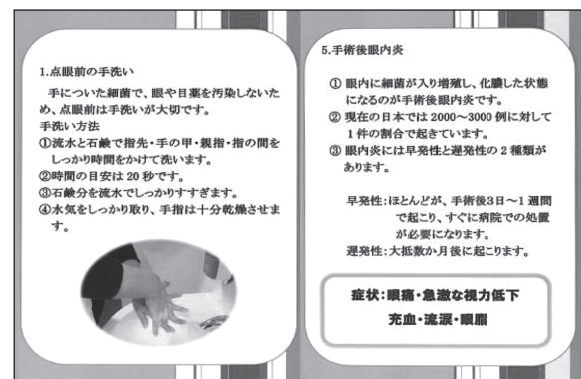


図 1 教育パンフレットの抜粋

## I. 対象と方法

1. 研究対象: 一眼目の白内障手術を受ける入院患者, 他の眼科手術の既往もなく, 術後自己管理ができる患者, 内科的既往は考慮せずランダムに選出, 75 歳未満男女各 10 名, 75 歳以上男女各 10 名, 計 40 名とした。

受付日: 2016 年 12 月 29 日 受理日: 2017 年 12 月 1 日

医療法人社団 済安堂 井上眼科病院 看護部

## 2. 研究期間：2016年3月～8月

## 3. 方法

- 1) 白内障手術に対する印象、手術後の関心事について、「入院日手術前」「退院日」「退院1週間後」に各々調査。
- 2) 感染に関するアンケートは、
  - ①手指衛生への理解
  - ②点眼のつけ方
  - ③抗菌薬の内服（手術前については過去の薬剤服用履歴を参考とした）
  - ④清潔ケア
  - ⑤術後眼内炎
 の認知度についてとし、「入院日手術前」「退院日」「退院1週間後」の時期に、看護師による対面での聞き取り調査を施行。
- 3) パンフレットを用いた感染に対する指導を手術後、当日中に行った。指導内容は以下について行った。
  - ①「点眼前手洗い」では必要性和方法を説明。
  - ②「点眼薬のつけ方」では清潔な点眼操作の必要性和手技を説明・確認。手技不良の患者には点眼指導。
  - ③「抗菌薬の重要性」では抗菌薬を内服する理由と耐性菌について説明。
  - ④「清潔ケア」ではケアの内容と制限する理由を説明。
  - ⑤「手術後眼内炎」では感染症状出現時の対応、手術後眼内炎の病態、発症確率、発症時期、症状について説明。
  - ⑥症状が出現したら、すぐに病院での処置が必要となる為、当日受診するよう説明。
- 4) アンケート結果は $\chi^2$ 検定を用いて解析し、有意水準は5%以下とした。

## II. 倫理的配慮

当院倫理委員会の承認を得た後、研究の目的や研究への参加は自由意思であり不参加により不利益を被ることはない事を文書と口頭にて説明し、承諾を得られた対象者のみ施行。また、個人情報の遺漏がないよう管理を行った。

## III. 結果

1. 白内障手術のイメージについて、「入院日手術前」では52.5% (21人) が『簡単な手術』という印象であり、「退院日」は37.5% (15人), 「退院1週間後」では42.5% (17人) だった。  
 「入院日手術前」に対する「退院日」は有意差なく ( $P=0.2612$ ), 「入院日手術前」に対する「退院1週間後」も有意差はなかった ( $P=0.4511$ )。説明後である「退院日」「退院1週間後」において、『簡単な手術』という印象は大幅に払拭されることがなかった。  
 簡単な手術とイメージしてしまう理由は(表1)の通りだが、その他の理由として「入院日手術前」は『技術が進んでいるから』『白内障の手術をして問題が起きたと聞いたことが無い』『インターネットで白内障の手術は簡単だとアピールしていたから』などがあり、「退院日」は『痛みが無かったから』『思ったより楽だった』など、「退院1週間後」は『信頼しているから』や『他の手術に比べると楽な感じ』『思ったより楽だった』などがあつた。
2. 白内障手術後の関心事については複数回答可で選択を求めた結果、『手術後の見え方』が最も多く「入院日手術前」77.5%, 「退院あり」「退院時」と「退院1週間後」間では有意差はなかった(表2)。  
 さらに「入院日手術前」における年齢別・性別間の評価では、②正しい点眼のつけ方は、75歳未満80%, 75歳以上30%が施行し有意差がみられた ( $p=0.0036$ )。③抗菌薬を指示通り内服していたかは、男性55%, 女性90%が内服し、有意差がみられた ( $p=0.0310$ )。  
 また患者が考える、感染症状出現時の受診時期について、『当日受診する』は「入院日手術前」に対して「退院日」 ( $p=0.0032$ ) 「退院1週間後」 ( $p=0.0086$ ) で有意に、『2～3日様子を見る』は「入院日手術前」に対し「退院日」は有意であつたが ( $p=0.0180$ ), 「退院1週間後」では有意差はなかった ( $p=0.0514$ )。

表1 白内障手術が簡単という印象の理由

『はい』の理由	入院日手術前	退院日	退院1週間後
手術時間が短いから	5% (2人)	22.5% (9人)	17.5% (7人)
入院期間が短いし、日帰り手術もしているから	12.5% (5人)	2.5% (1人)	0人
身近な人から簡単だったと聞いたから	37.5% (15人)	5% (2人)	2.5% (1人)
その他	15% (6人)	17.5% (7人)	22.5% (9人)



表2 白内障手術が簡単という印象の理由

	入院日手術前		退院日		退院一週間後		p 値	p 値	p 値
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	手術前 /退院日	手術前 /退院後	退院日 /退院後
手指衛生への理解 点眼前に石鹸で手洗いをした	13 人 (32.5%)	27 人 (67.5%)	40 人 (100%)	0 人	39 人 (97.5%)	1 人 (2.5%)	<0.0001	<0.0001	>0.9999
点眼 正しく点眼を行った	22 人 (55%)	18 人 (45%)	40 人 (100%)	0 人	38 人 (95%)	2 人 (5%)	<0.0001	<0.0001	>0.4937
抗菌薬の内服 指示通り服用した	29 人 (72.5%)	11 人 (27.5%)	40 人 (100%)	0 人	39 人 (97.5%)	1 人 (2.5%)	<0.0004	<0.0033	>0.9999
清潔ケア 清潔ケアの必要性	27 人 (67.5%)	13 人 (32.5%)	40 人 (100%)	0 人	40 人 (100%)	0 人	<0.0001	<0.0001	>0.9999
術後眼内炎の認知 感染症状を理解している	3 人 (7.5%)	37 人 (92.5%)	37 人 (92.5%)	3 人 (7.5%)	33 人 (82.5%)	7 人 (17.5%)	<0.0001	<0.0001	>0.3109

『予約日に受診する』は「退院日」0% だったが、「入院日手術前」と「退院一週間後」は5% で同率だった。その他として「入院日手術前」は『電話をして対処の仕方を確認する』『症状が出たら予約を入れる』、「退院日」は『遠方の為すぐに受診できない、電話で相談』などの意見があった。『当日受診する』以外を答えた患者に対しては、感染症状出現時は早急な処置が必要なことを再度説明し、家族が同席している場合は家族にも伝えた(表3)。

表3 受診時の内訳

	手術前	退院日	退院後
当日受診する	62.5% (25 人)	92.5% (37 人)	90% (36 人)
2～3 日様子を見る	22.5% (9 人)	2.5% (1 人)	5% (2 人)
予約日に受診する	5% (2 人)	0 人	2% (2 人)
その他	10% (4 人)	5% (2 人)	0 人

3. パンフレットについての退院一週間後のアンケートで、『参考になった』97%, 『パンフレットを見直した』84%だった。

#### IV. 考察

アンケートの結果が示す通り、患者にとって白内障手術が『簡単な手術』という認識が「入院日手術前」「退院日」「退院1週間後」において明らかに減少しなかったのは、結果1の理由に見られるような社会的認識が定着しているからと考えられる。

アンケート調査期間を通して最も高い手術後の関心事は『見え方』であった。これは、本来手術を受ける目的であるポジティブな結果を期待したためと考えられる。

『手術後の感染』への関心が「退院日」のみ上昇し

たのは、感染に重点を置いて説明・指導を行った為で、「入院日手術前」と「退院一週間後」において値が低かったのは、『手術後の感染』はネガティブなことであり、現在発症していない為、敢えて関心を高く待たなかったのではないかと考えられる。

先行研究において、点眼指導後の75歳未満の群は75歳以上の群に比して点眼状況が有意 ( $p=0.0070$ ) に良好であったが<sup>1)</sup>、今回の解析結果では「入院手術前」においてのみ良好であった。また、内服については、女性、年齢が高い方がアドヒアランスは高いとされていたが<sup>2)</sup>、今回は「入院手術前」においてのみ、先行研究と一致した。

いずれも、75歳以上は加齢による記憶力の衰えや学習効力の低下、また性別のアドヒアランスの違いによると考えられる。

しかし今回アンケート調査した①から⑤の項目において、「入院日手術前」に対する「退院時」、「退院一週間後」の実施状況や意識は向上し、「退院時」、「退院一週間後」間で、変化は認められなかった。

また、退院後のアンケートでは97%が『パンフレットが参考になった』84%が『パンフレットを見直した』となった。

これにより、感染への意識が継続されパンフレットを使用しての説明が有効であったと考えられる。

ただし、感染症状出現時の受診時期について、『予約日に受診する』と考えている患者は、「退院日」の0%に対して「退院一週間後」は5%へ増加した。これは、手術後感染症状が出現時に受診が必要であるという認識が低下してしまったのではないかと考えられる。

また、A施設が予約診察ということとその患者が強く認識していたためではないかと考える。

数回は「看護は患者の体験を重視し、患者の体験している不都合な事柄をできるだけ軽減しようとするも

のである。」とし、また患者は日本人に培われてきた伝統的な知恵ともいえる『おまかせ』という意識が強く、医師に患者の治療や予後に全責任を負うことを期待する<sup>3)</sup>と述べている。

今回の研究では、自己点眼手技習得を含め、患者自身が術後の感染や対処法について理解を深めることで、手術後に眼内炎を起こさないことを重点に指導した。

周知の通り、眼科の手術後は他科に比べ、管理を患者自身に委ねなければならないことが多い。その為、患者の白内障手術を受けるにあたっての認識が「白内障の手術を受けたから視力回復した」で完結するのではなく、手術によって回復した視力を維持する為に、手術後の指示を理解し守り、患者自身のアドヒアランスを良好に保つ工夫が大切であるといえる。

## V. 結論

9割以上の白内障手術対象者は手術後の感染について認知しておらず、感染への意識は高いとはいえなかった。

これまで退院指導は点眼、内服、安静度などの注意事項の説明のみ行っていたが、今後は患者が後から見直せるパンフレットで根拠を説明し手術後感染への意識向上を目指すことが重要である。また、高齢による記銘力の低下やアドヒアランスの違いを考慮した上で勧めていくことが大切である。

## 引用文献

- 1) 数増子まや、光永知和子、飯嶋幸子、他：「点眼薬の使い方ガイド」を用いた点眼指導の報告～点眼アドヒアランスの向上を目指して～第30回日本視機能看護学会研究発表収録：152, 2015
- 2) 上野治香、山崎喜比古、石川ひろの：日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討 日健教誌 2(1):25, 2014
- 3) 数間恵子：手術患者のQOLと看護 医学書院 3.15, 1999.5

## 参考文献

- 1) 生大鳥安正：点眼アドヒアランスを向上させるために大切なこと 眼科ケア 18(9):69, 2016
- 2) 数間恵子：手術患者のQOLと看護 医学書院：14, 15.29, 30, 1999.5
- 3) 吉松聡ほか：点眼薬の微生物調査；点眼薬管理方法と点眼行動プロセスの定量的評価に関する検討 日本看護学会論文集看護総合(43):137, 2012
- 4) 伊藤寿英ほか：術前点眼薬の培養による看護師の点

眼の清潔操作の評価 日本看護学会論文集看護管理(39):259, 260, 2009

- 5) 田坂かおり、池田玲子：白内障術後患者に対する新しい点眼指導方式の導入 日本看護学会論文集看護総合(39):415, 2008
- 6) 下郡美香：片眼白内障手術患者に対する手順に基づいた自己点眼手技指導の回数増加による効果 日本看護学会論文集 急性期看護：71, 2015
- 7) 大味和恵ほか：老年性白内障患者の点眼指導後の自立に影響を及ぼす要因 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ(33):161, 2003
- 8) 上野治香、山崎喜比古、石川ひろの：日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討 日健教誌 22(1):13, 14, 25, 2014
- 9) 四宮知子、田子田鶴、内藤久恵：術前オリエンテーションに対する術後患者の認識 第32回日本看護学会論文集 成人看護：99, 2001
- 10) 生方美恵子、芳賀智子：眼科手術を受ける患者の確実な点眼手技の習得に向けた取り組み 日本農村医学会雑誌 64(1):64, 2015
- 11) 大津佐知江：ケアの質評価ツールを活用した看護ケア—「おまかせします」とその患者心理— オペナージング 16(11):43-48, 2001

# 職員の意識改善と外来環境の見直し ～高齢者疑似体験を通して～

川口央子, 今村美希, 小野麻紀, 春木隆一郎, 木村 亘

## 要 旨

**目的:** A 病院がある広島県呉市は国内でも高齢化率が高く、患者の多くが高齢者である。また、A 病院は昨年新病院へと移転し、環境が著しく変化した。そこで職員の意識改善、外来環境の見直しを行う事を目的に高齢者疑似体験を行った。

**方法:** A 病院職員を対象に、高齢者疑似体験セットを装着し、外来動線を体験後にアンケート調査を実施した。

**結果:** 高齢者疑似体験をした全職員より外来環境に何らかの問題点があると意見が出た。誘導・案内・声掛けなど職員の対応で改善する意見が 78% あり、設備面での改善意見は 22% となった。結果をもとに対策を考えた。

**考察:** 職員が高齢者の視点に立つことで、患者対応の見直しのきっかけになり、意識改善へ繋がった。また、外来環境の問題点も明らかになり、外来の環境整備へと繋げることも出来た。

キーワード: 高齢者疑似体験・意識改善・外来環境見直し

## はじめに

現在日本の高齢化率は 25.1% と高く、今後さらに高齢化が進むと予測されている。A 病院がある広島県呉市はなかでも高齢化率が高く 15 万人以上の都市で全国 1 位の高齢化率であり、来院する患者の多くも高齢者である (図 1)。また、A 病院は昨年の 10 月に新病院へと移転し、設備・環境が著しく変化した。施設が広くなった為、特に高齢患者から「受付後どこへ行けば良いかわからない」と声がかかったり、段差での転倒事故がおこる事例があった。院内環境整備において疑似体験は有用であり、医療従事者の意識改善が認められたと報告されている。A 病院でも加齢に伴う変化を体験することで、職員の意識改善を図り、今後の患者対応に活かしていく事、外来環境の問題点を明らかにし、高齢者に配慮した外来環境の見直しを行う事を目的に職員の高齢者疑似体験を行ったので報告する。

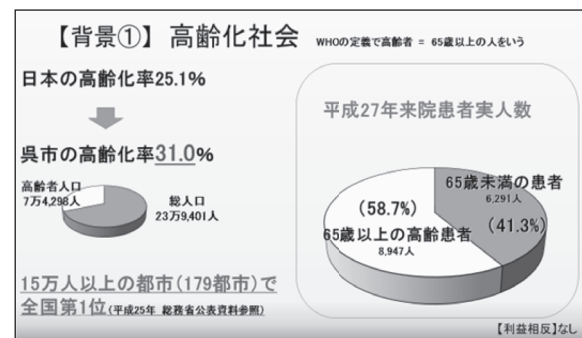


図 1 日本と呉市の高齢化率

## I. 方法

期間: 平成 28 年 2 月～3 月末の二ヶ月間

対象: A 病院職員 41 名(看護師 16 名 視能訓練士 9 名  
看護補助者 4 名 事務職員 11 名 薬剤師 1 名)

年齢: 19 歳～57 歳 (平均 36.1 歳 ±10.3 歳)

高齢者疑似体験セットを装着し、正面玄関から診察室までの外来動線体験後にアンケート調査を実施した。高齢者疑似体験セットは三和製作所製のものを使用し、呉市社会福祉協議会より借用した (図 2)。

受付日: 2016 年 12 月 21 日 受理日: 2017 年 10 月 26 日

医療法人社団 ひかり会 木村眼科内科病院 外来

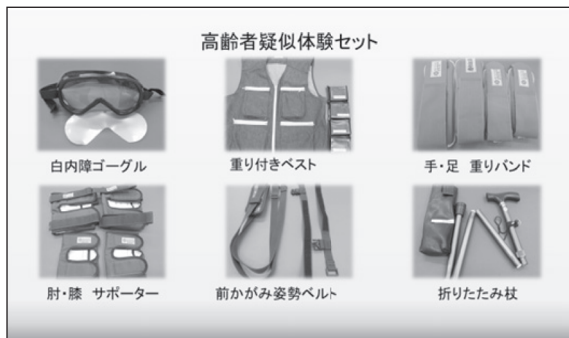


図2 高齢者疑似体験セット

## Ⅱ. 倫理的配慮

対象者に直接口頭にて研究の目的や内容、協力の有無により不利益を受けることのないこと、プライバシーの保護に努めることを説明し、同意を得られた職員に調査を実施した。

## Ⅲ. 結果

アンケート結果は単純集計し「体験して不便だった所、困難苦痛に感じた所はどこですか？」という質問に対して院内表示(39名)・トイレ(31名)・玄関(29名)の順に多くの意見があった(図3)。

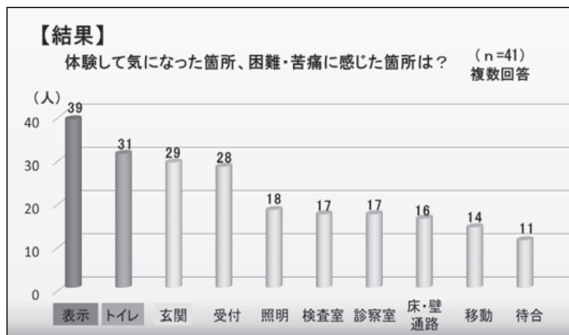


図3 疑似体験後のアンケート結果

一番意見の多かった「表示」について具体的にどこが気になるかは、上側が見えにくい、どこにあるかわからないなど「場所・位置」で、次に「患者番号の順番表示」が見えにくいと意見があった。トイレについては、「使用後の洗浄センサーの場所」「手洗い場の水の出る場所、石鹸の出る場所」がわかりにくいという意見がそれぞれ11名ずつあった。「玄関」については意見をあげた全員が「玄関の段差」と回答した。

「体験を通して問題点をどのように改善すべきですか？」という問いに対して、誘導・案内・声掛けなど職員の対応で改善するという意見が78%あり、表示物をわかりやすくする、施設改善をするなど設備面で

の改善意見は全体の22%であった(図4)。

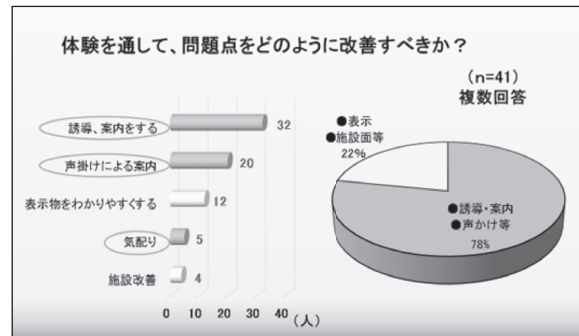


図4 現状改善が必要な項目

表示の対策として患者番号の順番表示が見えにくい事に対して、順番表示と併用し、職員が直接診察室の中へ患者を案内・介助する。どこに行けば良いのかわからないことに対して、わかりにくい時には次に呼ばれる場所、どこで待てばよいのかを具体的に説明するようにした。

トイレ内の環境改善策として高齢患者に見やすい様、文字サイズやコントラストを考慮し<sup>1)</sup>洗浄センサーと非常ボタン、ドア部分に説明文を付けることで1週間に6件あった非常ボタンの押し間違いが1週間で0件、1ヶ月でも1件と大幅に減少した。手洗い場のセンサーにも表示をつけることで改善した(図5)。

玄関周辺の環境改善策として段差箇所に柵をつけ、柵のない箇所については8%以下の勾配をつけることで<sup>2)</sup>、つまずきを無くす施設改善がなされ、転倒防止、危険回避へと繋がった(図6)。

## Ⅳ. 考察

今回高齢者疑似体験を通し、高齢者の身体的特徴である「白内障による視力障害」「円背による上方注視不良」「身体能力低下」を体験した。そこであがった問題箇所であるトイレの表示や、危険な箇所の施設改善がなされた。しかし施設面での改善だけでは表示物が見えにくい、どこにあるかわからないなど、すべての問題点の改善に繋がらないことがわかり、それを補うために職員の対応がより重要だと推測されたことにより、誘導・声掛け・案内を積極的に行う、最短距離の移動になるように気配りをする、診察室のイスなどは位置や高さを調節し負担を少なくする、など実際の職員の対応の変化が見られた。

高齢者疑似体験を実施する事で職員の意識改善を図り、声掛けや誘導方法の見直しに繋げることが出来た。今後継続して行う事で、患者対応の質の向上へ繋げていくことが出来ると推測される。今回、新病院移



転後に外来環境の見直しを行い、施設面での一部改善を行った。しかし本来であれば設計段階からこうした患者視点の配慮をすることで、患者の安全確保の点でもコスト面でもより良かったと考えられる。高齢者に配慮した環境整備を行う点で、ユニバーサルデザインの考え方は重要であり、今後も検討していく必要がある。

#### 参考文献

- 1) 下村香理, 芦澤昌子, 佐川賢: 高齢者の文字可読性に及ぼす色および照度レベルの影響, 日本色彩学会誌, 36(1), 15-26, 2012
- 2) 樗木 武: ユニバーサルデザインのまちづくり, 森北出版株式会社, 29-38, 67-70, 2004



図5 トイレ内環境改善の実際

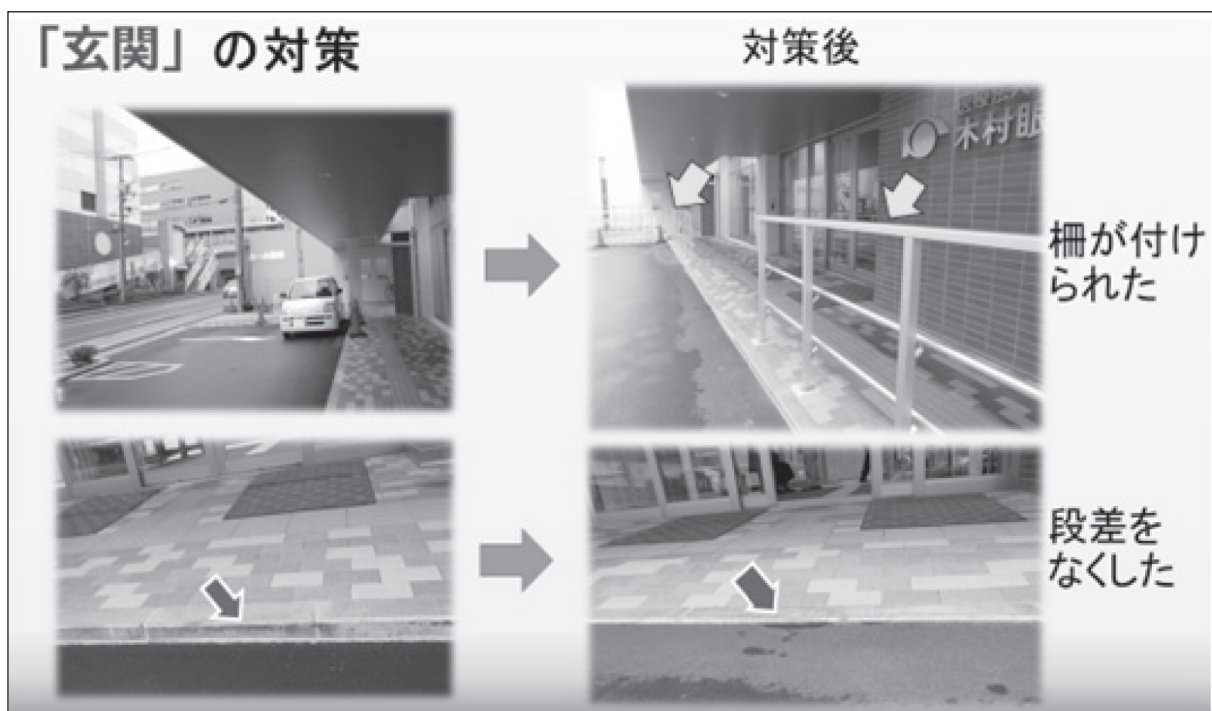


図6 玄関周辺環境改善

# ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因

伊東友紀, 野瀬貴可, 横内とみ子

## 要 旨

**目的:** ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因を明らかにする。

**方法:** 看護記録を元に面談日の患者と看護師の会話のやりとりからマズローの枠組みを用いて振り返る。

**結果:** 患者の想いを傾聴することで、家業を手伝いたいという高次の「所属と愛の欲求」と、一人で移動するという低次の「安全の欲求」が明らかになった。そこで看護師がA氏へ白杖を用いて一人で安全に移動できれば家業を手伝うことができると説明した。さらに入院中に白杖を用いた訓練を行うことを提案した。これにより、A氏は家業の手伝いをするためには一人で安全に移動できる手段を獲得する必要があると理解し、白杖を用いた歩行訓練を決意した。

**結論:** ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因は、高次の欲求を満たすための低次の欲求を満たすロービジョンケアの必要性を患者が理解したことにある。

キーワード: ロービジョン, 白杖訓練, 心理的要因, QOLの向上

## はじめに

A病棟は眼科手術患者を受け入れている。今回ロービジョンにより、趣味を諦めるなどQOL（生活の質）が低下した患者A氏を受け持った。齊之平は、『視覚低下による生きがいの喪失から、ロービジョンケアだけで無く新しいことを始めることに消極的である<sup>1)</sup>』と述べている。しかし、患者と面談して退院後の不安や想いを聞き、ロービジョンケアの一つである白杖を用いた歩行を提案したところ、「やってみたいです」と決意され、退院時に「今では1人で外に絶対出てやるんだ」という、退院後のQOLが向上することを示唆する患者の言動があった。ハーシィは『動機や欲求が行動の理由や根拠になっている』と述べている<sup>2)</sup>。また欲求の強度についてマズローが基本的欲求の枠組みを示している<sup>3)</sup>。そこで今後の看護に活かすために、看護記録より面談日の患者と看護師の会話のやりとりから、ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因をマズローの枠組みを用いて明らかにしたので報告する。

## I. 事例紹介

60歳代の女性A氏。28年前に両眼開放隅角緑内障と診断され、2年前に左眼失明。入院時R.V=0.03(n.c), L.V=SL(-)であり、右眼も徐々に視野欠損が進行し下方のみの視野で、顔を近づけることで文字と色は区別できた。家族背景は自営業の夫と母との3人暮らし。調理を母と協力して行う以外の自宅内でのADLは日常生活は自立していた。日中は自宅から100mほど離れた事務所で家業の手伝いをしている。趣味はフォークダンス教室やオカリナなどの楽器演奏、旅行などであったが視力低下によりやめていた。身体障害者手帳2級取得していたが、社会資源の利用歴はなし。今回右眼網膜剥離と診断、手術適応のため入院。右眼の網膜剥離に対して3回、術後高眼圧に対し3回、計6回の手術を施行され、入院期間は89日間となった。退院時は視力、視野共に不変であったが、色の識別ができなくなった。



## Ⅱ. 倫理的配慮

A氏とその家族にケースレポートの目的、方法、ケースレポートへの協力は自由意志であること、また協力に同意しない場合でも不利益を受けないこと、同意した後も随時撤回できること、個人情報の保護などを文書と口頭で外来受診時に研究者が説明し、承諾を得た。なお、本発表は平成28年度7月院内倫理委員会の承認を得た。

## Ⅲ. 看護の実際

A氏は今回の手術は視力回復が望めないことに対しては医師より説明され、理解され受け入れの姿勢を示していた。しかし、視覚障害者手帳は取得していたが社会資源の利用歴はなく、術後色の識別が困難になることで退院後の生活でできていた事が困難となる、諦

めてしまうなどQOLが低下してしまう可能性が考えられた。そのためA氏の退院後のQOL向上のため、『利用できる社会資源を知り選択ができる』ということを目指し次のような看護介入を行った。入院12～13日目に盲学校職員から盲学校への入学やロービジョンエイドの導入について紹介、入院34～54日目に外出時の同行支援の紹介と支援員との面談を行うもどちらもA氏より利用の希望は聞かれなかった。そこで入院59日目にA氏の退院後の生活への想いを明らかにする事を目的とし、看護師との面談を施行した。面談の中でA氏は家業を手伝いたい、趣味を行いたいという想いがあることが分かった。その想いを実現するため、看護師より白杖導入を提案しA氏は希望された。面談時のA氏と看護師の会話のやりとりを表1に示す。入院64日目以降白杖を用いた歩行訓練を3回行い、退院時には「今では1人で外に絶対出てやるんだ」という発言があった。

表1 面談日のA氏と看護師の会話のやりとり

看護師の言動	A氏の言動
退院後の生活をどのように考えていますか？	将来的には一人で通院したり、好きなときに好きな場所へ行くことができるようになりたいと思っています。
退院後の生活について不安な事がありますか？	退院後の生活で不安に思っていることは仕事の手伝い、家のことについてです。
仕事の手伝いは具体的にどんなことをされていきましたか？	自宅から約100m離れたお店で電話番や留守番をしていました。道のりはあぜ道に敷いた25cm幅のブロックの上を一人で手探り・足下探りで歩きます。細かい段差に気付かず転倒することもありました。今の見え方で一人で移動し仕事の手伝いをする事ができるのか不安です。
退院後やりたいことは何ですか？	一人で通院、点字・白杖の学習、マッサージ技術の習得、以前通っていたフォークダンス生花、オカリナなどの演奏、レストランで自分でメニューを決めることです。家族の送迎など迷惑をかけるのは気が引けます。
Aさんの退院後の生活でやりたいことやお仕事の手伝いを行うためには一人で安全に移動できるということが必要です。そのため、白杖を使用しての歩行が有効と考えます。入院中に白杖の訓練から始めてみるのはどうですか？	そうですね、白杖の訓練ができるのならやってみたいです！

## IV. 考察

本事例では、A氏は面談を通してロービジョンケアの一つである白杖を用いての歩行訓練をすることを決意することができた。ハーシィは『動機や欲求が行動の理由や根拠になっている』と述べている<sup>2)</sup>。また、マズローは人間には5つの基本的欲求があり、高次のものから順に「自己実現」「承認」「愛と所属」「安全」「生理的欲求」があると述べている<sup>3)</sup>。A氏の発言と状況からマズローの5つの基本的欲求が満たされているかを分析し、今回白杖を用いての歩行訓練を決意するという行動の根拠となった欲求について検討する。

衣食住が満たされたいという「生理的欲求」は、家族の配慮により満たされている。肉体的危機から身を守ろうとする「安全の欲求」は、手探り足探りの移動で転倒歴があり、満たされていない。所属している集団において役割を得たいという「愛と所属の欲求」は、家業の手伝いを行くことにより、家族の一員でありたいと欲求しているが、視力視野を失ったことで家族の世話になり迷惑をかける存在であることに苦悩し、欲求が満たされていない。名声や評価を得たいという「承認の欲求」は、名声を得たいという欲求は無いが、一人の家族の一員として評価を受けたいという欲求があり満たされていない。自分の可能性を最大限に実現したいと思う「自己実現の欲求」は、趣味を行いたいという欲求があり満たされていない。この面談によってA氏は「愛と所属の欲求」より高次の欲求の訴えがあり、潜在的に「安全の欲求」も満たされていないことが明らかになった。A氏から聞かれた「愛と所属の欲求」「承認の欲求」「自己実現の欲求」の3つの高次の欲求を満たすためには、それらよりも低次の欲求である「安全の欲求」を満たす必要があった。そのため面談時に看護師より、家業の手伝いや趣味を行うためには白杖を用いて一人で安全に移動できることが必要であると説明した。それによりA氏が一人で安全に移動できる手段を獲得する必要性を理解されたことが、白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因であると考えられる。

『ロービジョンケアの一つとして患者のニーズを知る』ということを鶴岡<sup>4)</sup>や高橋<sup>5)</sup>は述べている。今回の事例から、患者の想いを傾聴し、患者の欲求をマズローの基本的欲求の5段階で分類することで正しいニーズを知り、高次の欲求を満たすための低次の欲求を満たすロービジョンケアを提案することが、看護として必要である。

## V. 結論

本事例では、ロービジョン患者が白杖を用いた歩行訓練を決意した心理的要因について検討を行った。その結果、高次の欲求を満たすための低次の欲求を満たすロービジョンケアの必要性を患者が理解したことが、決意した心理的要因であることが明らかになった。今回は長期の入院患者であったが、A病棟の平均在院日数は7.8日と短い。今後の課題として、短い入院期間の中でも患者のニーズを正しく知ることが挙げられる。

## 参考文献

- 1) 齊之平真弓：高齢期のロービジョンケア，あたらしい眼科，Vol.30 No.4，451-455，2013.
- 2) Paul Hersey, Kenneth H, Blanchard, Dewe E. Johanson : MANAGEMENT OF ORGANAZATIONAL BEHAVIOR, 1996, 山本成二, 矢本あづさ, 行動科学の展開, 28, 2000.
- 3) Abraham H. Maslow : MOTIVATION AND PERSONALITY, 1954, 小口忠彦, 改訂新版 人間性の心理学, 55-79, 1987.
- 4) 鶴岡美恵子：就労期のロービジョンケア，あたらしい眼科，Vol.30 No.4，443-449，2013.
- 5) 高橋寛二：眼科看護の知識と実際，第4版第3刷，254，2013.

# 眼科病棟における転倒・転落 アセスメントスコアシートの分析

相見美幸, 長峰洋子, 岡本知恵美, 福元ゆかり, 芝田伸子,  
永里大祐, 中倉俊祐

## 要 旨

**目的:** 入院時に, 転倒・転落アセスメントスコアシート (以下シート) ならびにその間に報告された転倒・転落事故を分析し, 要因や動向を明らかにすること。

**方法:** 2013 年 4 月～2015 年 3 月の眼科入院患者 3,214 名を後ろ向きに調査した。統計解析は  $\chi^2$  検定を用いた。

**結果:** 入院時シートの危険度Ⅰ (転倒・転落の可能性がある) が 2,386 名 (74.2%), 危険度Ⅱ (転倒・転落をおこしやすい) が 742 名 (23%), 危険度Ⅲ (転倒・転落をよく起こす) が 32 名 (0.9%) 不明は 54 名 (1.6%) であった。この間の転倒・転落事故は 11 件 (発生率 0.3%) で, 危険度Ⅰでは 6 名 (発生率 0.25%), 危険度Ⅱでは 4 名 (0.53%), 危険度Ⅲは 1 名 (3.1%) であった。発生頻度に 3 群間で有意差を認めたが ( $P=0.01$ ), 危険度ⅠとⅡ間では有意差がなかった ( $P=0.22$ )。事故の発生は手術翌日が 7 名 (63.6%) と最多であった。

**考察:** 入院時シートの危険度に関係なく, 転倒・転落を予防する環境的要因について詳しく患者, 家族へ説明及び看護介入の必要性が示唆された。

キーワード: 転倒・転落, アセスメントスコアシート, 危険度Ⅰ

## はじめに

転倒・転落事故は医療事故において最も多く, 医療事故情報収集等事業報告書<sup>1)2)</sup>によれば, 転倒・転落件数は 2010 年に比べ, 2013 年は増加傾向にあった。しかし, 眼科疾患における転倒・転落件数は報告されていない。

平成 26 年患者調査の概要<sup>3)</sup>によれば, 眼科入院患者における全国平均在院日数は 4.1 日であり, 極めて短いことが特徴である。

A 病院眼科病棟では, 入院時に転倒・転落アセスメントスコアシート (図 1) を実施し, 患者の転倒・転落に対するリスクを評価していた。本来, シートは病状の変化時や定期的な評価を行うが, 眼科入院患者の場合, 在院日数が短いため, 入院当日に手術が予定されていることが多く, 入院時に行うシートの評価のみとなることが主であった。転倒・転

落のリスクが高い危険度Ⅱ・Ⅲの患者に対しては看護計画を立案し, 看護介入を行っている。しかし危険度Ⅰの患者に対しては, 決められた看護介入はなく, 看護師個々の判断で対応している現状があったが, 実際に患者と関わる中で, 入院時シートが危険度Ⅰの患者の転倒・転落事故に多く遭遇した。我々の調べた限り, これまで危険度別の発生頻度は明らかにされていない。本研究の目的は眼科入院患者の転倒・転落事故を後ろ向きに調査を行い, 危険度毎の発生頻度を分析することで, その要因や動向を明らかにすることである。

## I. 方法

2013 年 4 月～2015 年 3 月の眼科病棟入院患者 3214 名を対象とし, 全患者の年齢, 性別, 疾患, 在院日数, 入院時シート, 転倒・転落事故発生日, 時間, 場所, 身体的要因の有無を電子記録カルテから後ろ向

	点数			点数	
	いいえ	はい		いいえ	はい
①65歳以上	0		⑭尿・便失禁がある		
②転倒転落したことがある(半年以内)	0		⑮頻尿がある	0	3
③平衡感覚障害がある	0		⑯トイレまで距離がある		
④視力障害がある	0		⑰夜間に2回以上トイレに行くことがある		
⑤感覚障害がある	0		⑱ボタブルトイレを使用している		
⑥足腰の弱り、筋力の低下がある	0		⑳車椅子トイレを使用している	0	1
⑦麻痺がある			㉑膀胱留置カテーテルを使用している		
⑧しびれ感がある	0		㉒排泄には介助が必要である		
⑨骨・関節異常(拘縮、変形)			㉓38度以上の熱がある	0	2
⑩ふらつきがある	0		㉔貧血を起こしやすい		
⑪車椅子、杖、歩行者を使用している	0		㉕手術後3日以内である	0	2
⑫自由に歩ける	0		㉖リハビリテーション開始時期、訓練中である	0	1
⑬移動に介助が必要である	0		㉗病状、ADLが急に回復、悪化している時期である		
⑭寝たきりの状態であるが手足は動かせる			㉘ナースコールを押さないで行動しがちである	0	4
⑮認知症の症状がある			㉙ナースコールを認識できない・使えない		
⑯不穏行動がある			㉚落ち着かない行動をしている	0	3
⑰判断力・理解力・記憶力の低下がある	0		㉛何事も自分でやろうとする		
⑱見当識障害・意識混濁・混乱がある			㉜環境の変化(入院生活、転入)に慣れていない	0	1
㉑睡眠・精神安定薬服薬中	0	2	合計43点		
㉒鎮痛薬服薬中			危険度Ⅰ 合計1~9点 転倒・転落することもある		
㉓麻薬服薬中			危険度Ⅱ 合計10~19点 転倒・転落をおこしやすい		
㉔下剤服薬中	0	1	危険度Ⅲ 合計20~43点 転倒・転落をよく起こす		
㉕降圧・利尿剤服薬中					

図1 A病院使用転倒・転落アセスメントスコアシート

きに調査した。

解析方法：入院時シートの危険度毎の発生頻度は $\chi^2$ 検定を用いて統計解析を行った。解析ソフトStatcel 3 (OMS Publishing Ltd., Tokyo, Japan) を用い、有意水準  $P < 0.05$  以下を統計学的に有意と判断した。

## II 倫理的配慮

調査結果は本研究目的以外に使用せず個人の特定や不利益が生じないようにし A 病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。

## III 結果

入院患者構成：平均年齢は 66.7 歳  $\pm 18.3$  であった。(図2) 性別は男性 1,431 名、女性 1,783 名であった。疾患別では、白内障手術 1,521 件、硝子体手術 980 件、角膜手術 124 件、緑内障手術 117 件、その他手術 360 件、手術以外の治療目的が 52 件であった。入院期間は 1 ~ 63 日で平均在院日数は 4.4 日であった。

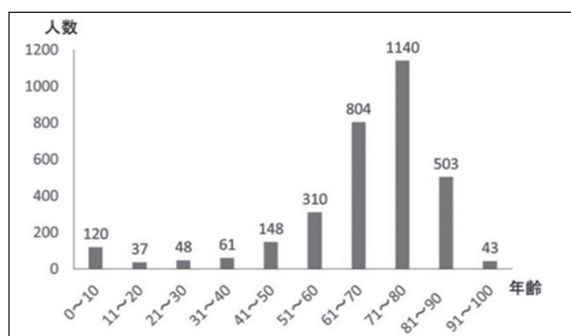


図2 入院患者年齢分布

入院時シートは、危険度Ⅰが 2,386 名 (74.2%)、危険度Ⅱが 742 名 (23%)、危険度Ⅲが 32 名 (0.9%)、不明は 54 名 (1.6%) であり、入院患者の半数以上が危険度Ⅰであった。(図3)

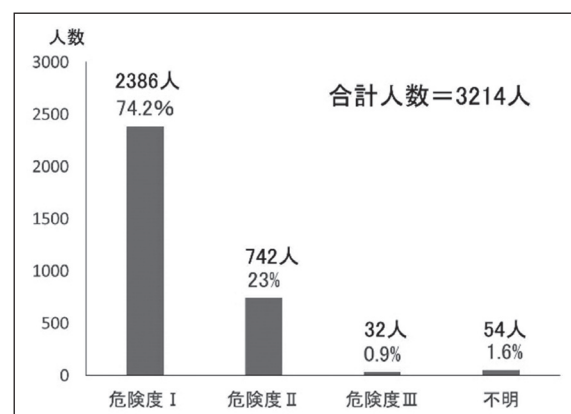


図3 入院時転倒・転落アセスメントスコアシートの分布

転倒・転落事故発生日：手術当日 1 件 (9%)、手術後 1 日目 7 件 (63.6%)、手術後 2 日目 2 件 (18.1%)、手術後 4 日目 1 件 (9%) であった。

転倒・転落日毎の発生内容は、手術後当日はベッドからの転落 1 件、手術後 1 日目はベッド・椅子からの転落 5 件、歩行時の転倒が 2 件、手術後 2 日目はベッドからの転落が 2 件、手術後 4 日目は歩行時の転倒が 1 件であった。

転倒の発生率：この調査期間に発生した転倒・転落事故の件数は 11 件であった。危険度別の発生頻度は、危険度Ⅰは 6 件 (発生率:0.25%)、危険度Ⅱは 4 件 (発生率 0.53%)、危険度Ⅲは 1 件 (発生率 3.1%) であった。(図4)



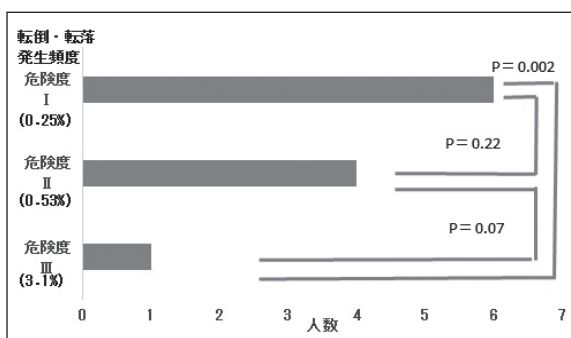


図4 危険度別の発生頻度

転倒・転落の発生時間：6時～12時2件，12時～18時1件，21時（消灯）～0時6件，深夜0時～6時2件と夜間消灯後から起床まで8件72.7%であった。

発生場所：病室内10件，廊下1件であった。

要因：転倒・転落の要因を運動・感覚・高次脳・その他発熱，脱水，貧血などの身体的要因と，身体的要因以外の環境的要因に分類した。これをもとに危険度Ⅰ患者の転倒・転落要因を分類した結果，身体的要因が1件(16.6%)，環境的要因が5件(83.3%)であった。環境的要因5件の内容として，ベッドからの転落が4件，滑って転倒が1件であった。また身体的要因1件は夜間せん妄による転倒であった。危険度Ⅱの転倒・転落要因は4件すべてが身体的要因であり，ベッド・椅子からの転落が2件，トイレへ歩行時の転倒が2件であった。4件とも入院時シートの「認知症の症状がある」に該当しており，うち1件は離床センサーを使用していた。危険度Ⅲの患者の転倒・転落要因は身体的要因であり，病室内での転倒であった。認知症があり，離床センサーを使用していたが上着に装着しており，転倒時は上着を脱いだ状態でセンサーが作動しなかった。

転倒・転落事故11件のうち，ベッドからの転落6件，椅子からの転落1件，歩行時の転倒が4件であった。入院時シートの危険度毎の解析：発生頻度を $\chi^2$ 検定で統計解析を行った結果，発生頻度は3群間では $P=0.01$ であった。危険度ⅠとⅡの間では $P=0.22$ ，危険度ⅠとⅢの間は $P=0.002$ ，危険度ⅡとⅢの間では $P=0.07$ であった。

#### Ⅳ 考察

A病院眼科入院患者においては，入院時シートが危険度Ⅰの患者が74.2%と入院患者の半数以上を占めていた。

転倒・転落事故発生日は，手術後1日目が最多であった。A病院眼科の手術後の安静度は1時間のできる

限りの安静があるのみで，基本的には手術後からトイレ歩行は可能となっている。転倒・転落の要因から考えると，術後日数に関わらず入院時のアセスメント不足により，対策に個人差があったことが原因であったと考える。

発生時間としては消灯後から起床までが72.7%であり，消灯することに加えて，眼科術後であり片眼になることや，十分な視力が出ていない状況下になることへの説明や対策が不十分であったと考える。

危険度毎の発生頻度は，危険度Ⅰ患者の発生率は0.25%と，危険度Ⅱ・Ⅲの患者に比べて低かった。さらに統計解析を行った結果，危険度ⅠとⅡの間では $P=0.22$ であり有意差は認められなかった。しかし入院時シートにおいて危険度Ⅱの患者に対しては，決められた看護介入を行っていたにもかかわらず，危険度Ⅰの患者に対しての看護介入は看護師個々の判断で対応していた為，十分な対策が取られていなかったと考える。また危険度Ⅰ患者の転倒・転落要因として，環境的要因が5件(83.3%)であり，環境的要因を中心とした指導が必要であると考えられる。

危険度Ⅱの患者の転倒・転落要因は4件すべてが身体的要因であった。入院時シートの評価の中で「認知症の症状がある」に該当する患者に対しては，ナースコールの認識の可否や実際に使用できるかをアセスメントすることが重要であり，その上で離床センサーの検討が必要である。

危険度ⅠとⅢの間では $P=0.002$ と有意差を認め，危険度Ⅲの患者の転倒・転落事故発生頻度が3.2%と最も高かった。危険度Ⅲの患者に対しては入院時より離床センサーを使用し，安全対策を行っていた。しかしながら実際には離床センサーは作動せず，入院時の患者の身体的アセスメント不足があったと思われる。離床センサーと離床ベッドなどの複数の対策やスタッフ間での情報共有や頻回な訪室が必要であったと考えられる。

堀江<sup>4)</sup>は，「高齢者にとって入院や手術は大きな環境の変化でありストレスとなる。特に初めての入院の場合は，自己の様々な衰えに気付かず自宅と同じように行動できると考える人や看護師への遠慮からナースコールを使用しない人もある」と述べている。A病院眼科入院患者においても平均年齢66.7歳 $\pm$ 18.3と高齢となっており，また転倒時の状況においてもベッドからの転落が6件となっている。手術前後でADLの大きな変化はなく，自宅での生活と同様にできるという思いや，看護師への遠慮から事故につながった可能性や入院時にベッドの使用法の説明や患者に合わせたベッドの高さ調節等の対策が不十分であったと考える。

これらのことが、転倒・転落事故の要因となったのではないかと考える。

## V. 結論

A 病院眼科入院患者において、入院時シートが危険度Ⅰの患者が半数以上であった。しかしながら危険度ⅠとⅡにおいて転倒・転落発生率に有意差は認められなかった。入院時シートの危険度Ⅰ患者の転倒・転落要因としては環境的要因が多く、また手術翌日に最も多く事故が発生していることが明らかとなった。本研究により、入院時シートの危険度に関係なく環境的要因を取り入れた患者指導を含めた看護介入の重要性を明らかにすることができた。

## 参考文献

- 1)財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業(2014), 第36回報告書, 2016年9月1日, [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_36.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_36.pdf)
- 2)財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業(2011), 第24回報告書, 2016年9月1日, [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_24.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_24.pdf)
- 3)厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室, (2014)平成26年患者調査の概要, 2016年9月1日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanjya/11/index.html>
- 4)堀江美由紀:入院の3日間を安全に過ごすために, 眼科ケア 8(5):69-74, 2006



# 腹臥位枕使用時の体圧調査と 体圧分散式クッションの効果

池田聖子, 仲座純子, 黒岩絵美

## 要 旨

**目的:** 網膜硝子体手術後で眼内にガスを注入すると, 術後腹臥位安静が必要となり, 下顎や両肘に褥瘡を認めることがある。そこで, A 病院における腹臥位状態での体の主な体圧について調査し検討した。

**方法:** BMI (Body Mass Index) の低体重・標準・肥満の男女 1 名ずつを対象に, 腹臥位の姿勢で枕と胸当て各 2 種類を組み合わせ使用し, 前額・下顎・両肘の体圧を測定し, 各部位の平均値の比較, 枕・胸当ての組み合わせについて検討した。また, 体圧分散式クッションを使用し全身の体圧分布を調査した。

**結果:** 下顎での平均体圧は前額, 両肘より高値を示した。また, 体圧分散式クッション使用下の体圧は 25mmHg 以下であった。

**結論:** 体圧が一か所に限局されないよう体圧分散式クッションを使用し, 適切な体位保持の指導と, 定期的な観察を行い褥瘡を予防していく必要がある。

キーワード: 体圧, 褥瘡, 腹臥位, 体圧分散式クッション

## はじめに

網膜硝子体手術で眼内にガスを注入すると, 術後腹臥位安静が必要となり, まれに下顎や両肘に褥瘡を認めることがある。一般的に 30mmHg 前後とされる毛細血管圧以上の力が加わると阻血が生じると考えられている<sup>1)</sup>とされているため, A 病院で使用している腹臥位枕を使用し体の主な体圧について調査し検討した。

## I. 方法

### 1. 研究対象

BMI 値が低体重, 標準, 肥満の男女 1 名ずつ計 6 名を対象とし (図 1), 身長・年齢の制限はなしとした。

	性別	年齢	身長	体重	BMI
①	男	50	165	50	18.4
②	男	32	160	60	23.4
③	男	35	178	80	25.2
④	女	28	160	42	16.4
⑤	女	31	155	50	20.8
⑥	女	30	165	69	25.3

図 1 対象者 6 名のデータ

### 2. 研究方法

1) A 病院では, A の U 字エアークッション, B 上下ジェル素材の分割枕, ①は厚いウレタン枕, ②薄い低反発枕を使用している。この 4 通りの腹臥位枕の組み合わせで, 体圧分散式マットレスを使用し腹臥位を行う (図 2)。体圧測定の方法を統一するため, 肘は立てずに枕を抱え込むような体勢で測定した。全身の体圧測定にはモルテン (株)「アルテスター MALTA」を使用し (白<黄緑<緑<黄色<オレンジ<赤<青の順に高値) 局所の体圧測定は同社「プレディアー MEA」を使用した。

受付日: 2016 年 12 月 28 日 受理日: 2017 年 11 月 10 日

医療法人きつこう会 多根記念眼科病院 5 階病棟

- 2) A + ② (図 3) の腹臥位枕の組み合わせを使用し、標準体型女性の前額、下顎、両肘の体圧を簡易測定器で測定した。また、体圧分散式クッション使用前後の体圧を比較するため、全身の体圧を測定後、体圧分散式クッションを両大腿部と膝下から下腿にかけ 5 つ使用後再度測定した。
- 3) BMI 低体重・標準・肥満の職員男女 1 名ずつを対象に、腹臥位時の前額、下顎、両肘の体圧を、腹臥位枕の組み合わせを変えて簡易測定器で測定した。(図 2)

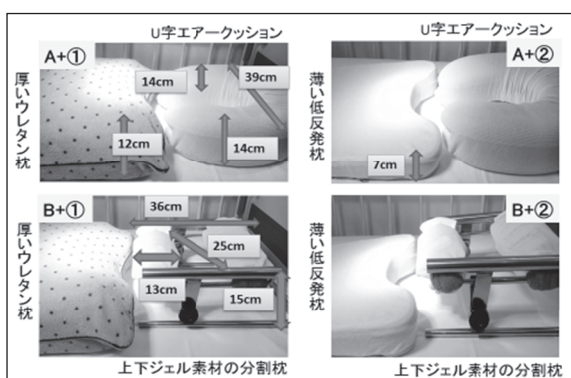


図 2 腹臥位枕の組み合わせ

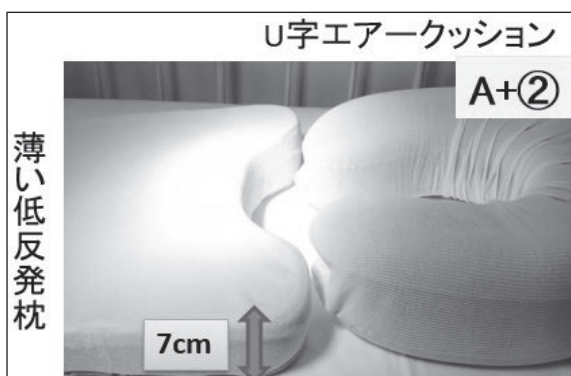


図 3 A+②の組み合わせ

## Ⅱ. 倫理的配慮

プライバシーの保護, 個人情報の漏洩をしないこと, 本人の自由意思により研究への協力と拒否が可能であると事前に説明し同意を得た。

## Ⅲ. 結果

1. 4 通りの腹臥位枕の組み合わせでは B + ② (図 4) の組み合わせが最も高値であり, A + ①の組み合わせ以外は下顎が高値であった。標準体型女性が, B + ② (図 4) を使用時, 下顎が 77mmHg と最高値を示した (図 5)。

2. 標準体型女性の体圧分布図で, 体圧分散式クッション使用前は, 両膝の体圧が 40mmHg 以上の高値を示しているが, 体圧分散式クッション使用後は, 両膝の体圧は 25mmHg 以下となった (図 6)。
3. A のエアクッションの組み合わせよりも B の上下ジェル素材の分割枕の組み合わせが高値であり, 中でも B + ② (図 4) 使用時は下顎が 69mmHg と最高値を示した (図 7)。腹臥位枕の組み合わせでは, 体型に関わらず部位の平均値が高値を示しておりどの組み合わせを使用しても高値を示していた。



図 4 B+②の組み合わせ

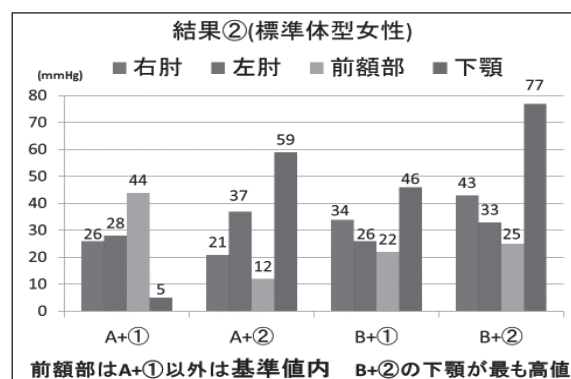


図 5 枕ごとの部位平均値(女性)

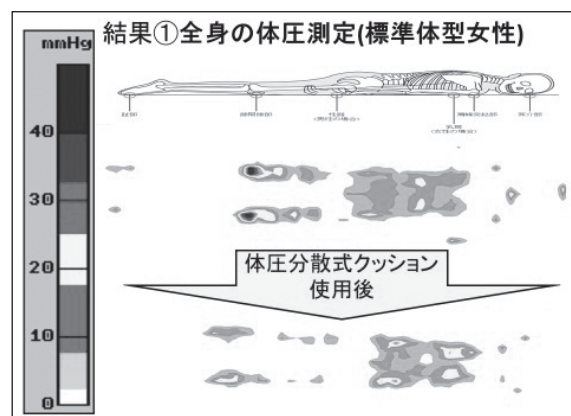


図 6 クッション使用前後の体圧分布

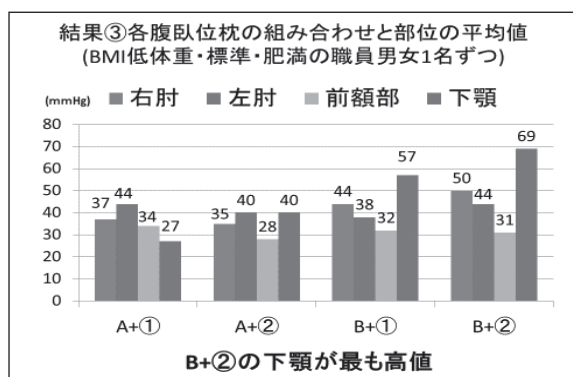


図7 枕ごとの部位平均値(男女)

#### IV. 考察

身体に加わった外力が骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下させ、この状況が一定時間持続されると褥瘡となる。また、長時間の同一体位と特殊体位により、骨突出部に過度な外力が加わる危険性がある<sup>1)</sup>とされている。下顎の圧が高値であったのは、B+②(図4)の腹臥位枕使用時、受圧面積が骨突出部位である下顎に限局されたためと考えられる。実際にA病院でも下顎に褥瘡を認めることが多く、下顎の体圧が高値になることを防がなければならない。その為には、腹臥位時、一か所に圧が限局していないかを体位調整し観察していく必要があると考える。

体圧分散寝具は、褥瘡の主な原因である圧力とその継続時間を減らすことを目的とし、身体とベッドとの間に生じる接触圧力を低減する機能を有している<sup>2)</sup>とされている。体圧分散式クッションを使用したことにより、受圧面積が広がり大腿部の接触圧力が低減されたと考えられる。今回は、標準体型の女性一人の全身体圧の結果であったが、今後は患者の体型に合わせて体圧が分散されるように枕の形状や正しいポジショニングを検討したい。

素材が水や空気などの流動体であると変形能が優れており、変形することで身体との接触面積を拡大させることができる<sup>3)</sup>とされている。Aの枕の素材はエアクッションであり、変形することで身体との接触面積を拡大させることができたのではないかと考えた。Bの枕の素材はジェルで流動体であるが、A病院で使用する枕はジェルが金属で固定されているため、エアよりも変形能が少なかったのではないかと考える。

A病院の腹臥位枕では、Bの腹臥位枕の組み合わせを使用すると体圧が高値を示している為、推奨すべきでないと考えられる。今後は、体圧が一か所に限局されないよう体圧分散式クッションを使用し、適切な体位保持の指導と、定期的な観察を行い褥瘡を予防して

いく必要がある。

#### V. 結論

1. 腹臥位時、一か所に圧が限局していないかを体位調整し観察していく必要がある。
2. 体圧分散式クッションを使用後、接触圧力が低減された。
3. 適切な体位保持の指導と、定期的な観察を行い褥瘡を予防していく必要がある。

#### 参考文献

- 1) 真田弘美, 宮地 良樹: NEW 褥瘡のすべてがわかる, 永井書店, 15, 2012
- 2) 沼倉 玲, 澤田昌義: 体圧分散寝具の力学的評価を目的とした腰部有限モデルの開発, 日本機械学会, 51, 110, 2014.
- 3) 日本褥瘡学会: 褥瘡ガイドブック, 照林社, 152, 2012

# 眼科術後腹臥位安静の苦痛に対する調査

上沼 恵, 栗津原まな, 野瀬貴可, 横内とみ子

## 要 旨

**目的:** 腹臥位安静による患者の苦痛の程度を調査することで、今後腹臥位安静の苦痛軽減にむけて行う新たな取り組みを検討するために本研究に取り組んだ。

**方法:** A 病棟で手術を受けた患者 30 名に痛みと苦痛、顔枕に対するアンケート調査を行った。

**結果:** 腹臥位安静患者は、痛みは首、肩、腰にみられ、苦痛はにおいや埃に対するものがあり、顔枕に対する不満もあった。

**考察:** 痛みに対してストレッチ体操をパンフレットへ掲載、苦痛に対しては腹臥位ベッドの工夫、顔枕に対しては固定の工夫やフィット方法の指導を行った。これらの取り組みに対して、今後も患者の声を聞くことで腹臥位安静の苦痛軽減につなげていく。

キーワード: 腹臥位, 顔枕, 苦痛, 眼科手術, 術後安静

## はじめに

2015 年, A 病院眼科病棟 (以下 A 病棟) では網膜疾患 (網膜剥離, 黄斑円孔, 増殖糖尿病網膜症など) に対し約 200 件の手術が行われた。治療として行われる硝子体置換術は SF6 (六フッ化イオウ) ガスやシリコーンオイルなど水より軽い物質で硝子体を置換し眼球後極部を圧迫して網膜を復位させるために、手術後 2 週間前後腹臥位安静が必要となる。腹臥位安静による苦痛として進藤ら<sup>1)</sup>は身体的苦痛, 感覚的苦痛, 精神的苦痛などを明らかにし, 藤巻ら<sup>2)</sup>は苦痛は 2~3 日目が最も強い時期であること, 苦痛の軽減として安楽枕が有効であることを明らかにしている。また国光<sup>3)</sup>や小野寺<sup>4)</sup>も腹臥位安静による苦痛緩和として安楽枕の使用など紹介している。A 病棟でも腹臥位安静による苦痛に対し, 術前の腹臥位のオリエンテーション, 腹臥位ベッドの作成, 顔枕 (頭部の下向きを保持するために, 額と頬で頭部を支え呼吸ができるよう中央部に穴の空いた U 字型の枕) の使用, 鎮痛剤の投与, ボランティアによるマッサージ, ストレッチ体操などの看護ケアに取り組んでいる。そこで今回, A 病棟における腹臥位安静による患者の苦痛の程度を

調査し, 今後腹臥位安静の苦痛軽減にむけて行う新たな看護ケアを検討するために本研究に取り組んだ。

## I. 方法

1. 調査対象: 2016 年 3 月~5 月の間に網膜疾患に対し硝子体置換術を受け, 手術後腹臥位安静が指示され研究参加に同意の得られた患者 30 名。内訳は男性 18 名女性 12 名。
2. 調査方法: 対象患者に対し退院前日に自記式アンケート調査を依頼した。調査内容は進藤ら<sup>1)</sup>の研究より腹臥位安静によって生じる身体的苦痛 (額・首・顎・肩・背中・腰の痛み, 胃部不快感, 胸部圧迫感, 息苦しさ) と感覚的苦痛 (におい, むれ), 日常生活への悪影響 (不眠) に対する程度について「痛みはなかった」「少し痛かった」「痛かった」「かなり痛かった」「耐えられないくらい痛かった」, または「苦痛はなかった」「少し苦痛があった」「苦痛だった」「かなり苦痛だった」「耐えられないくらい苦痛だった」から選択してもらい, 感想などを自由記載してもらった。また, 顔枕について高さや硬さなどの使い心地を複数選択と, 自由記載



してもらった。分析方法は身体的苦痛と感覚的苦痛についてそれぞれの段階の人数を 100 分率化し、自由記載された苦痛内容や軽減方法から苦痛や看護ケアに対する現状とその原因について検討した。

## Ⅱ. 倫理的配慮

研究の目的、プライバシーの保護、研究の参加・不参加は自由意志であることについて説明し、アンケートの提出を持って研究参加への同意を得られたものとした。本研究は平成 28 年 3 月信州大学医倫理委員会の承認を得ている。

## Ⅲ. 結果

患者 30 名へ調査用紙を配布し回収率は 100% であった。各部位の痛みについては、腰、首、肩が痛かったと 50%以上の患者が答えた（図 1）。痛みの対

策については外用薬やストレッチ体操などが有効であったと 5 名以上の患者が答えた（図 2）。苦痛の程度については、胸の圧迫感や息苦しさ、むれについては 50%以上の患者が、さらに不眠については 90%以上の患者が苦痛だと答えた（図 3）。苦痛に対する感想としては「下向きで目を開けているとベッドの下のごみも気になり、少しにおいも気になる」「胸と胃の圧迫で食べたものが逆流しそうになった」という意見があった。顔枕については、「むれた」「固定がうまくいかず枕が動いた」「顔にフィットしていなかった」「額に当たって痛かった」「縫い目が痛かった」、という意見や、「自分の顔にフィットするよう調整した」という意見もあった。（図 4）。

## Ⅳ. 考察

痛みについては、半数以上の患者に腰、首、肩の痛みが出現し、外用薬やストレッチ体操などが有用との

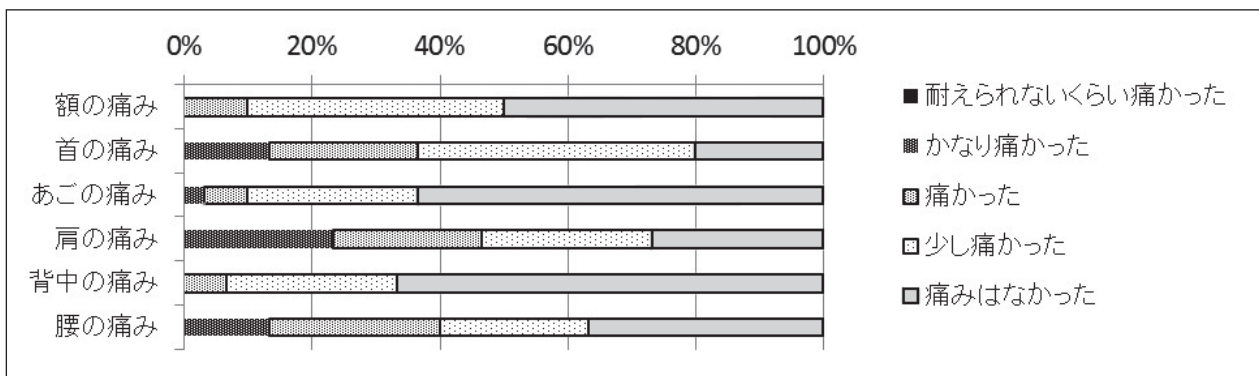


図1 腹臥位による苦痛の程度(額や肩などの痛み)

腹臥位によって生じる身体的苦痛のうち額、首、あご、肩、背中、腰の痛みについて「痛みはなかった」から「耐えられないくらい痛かった」の5つの段階で回答した人数(計 30 名)を 100%積み上げ横棒で表示した。

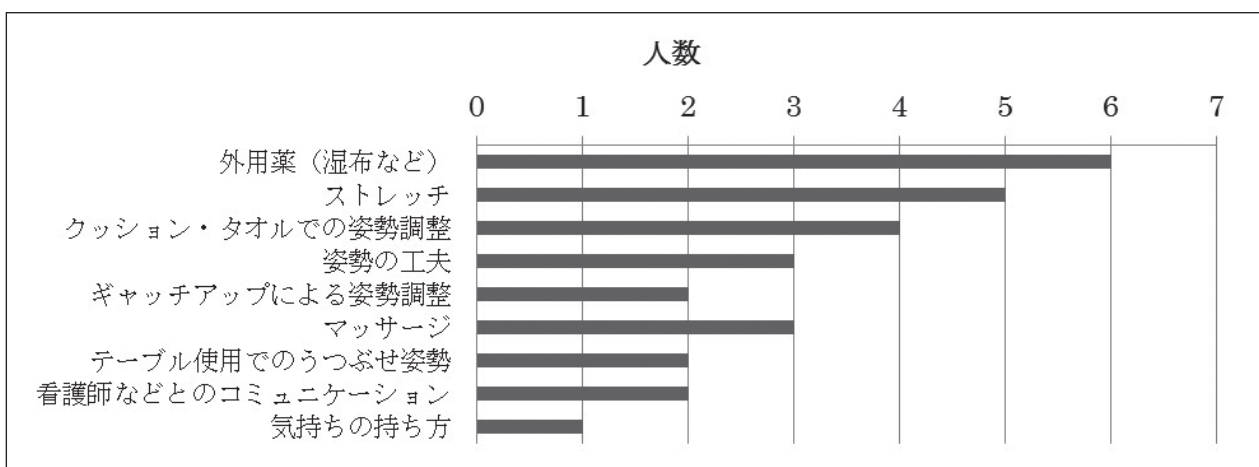


図2 痛みに対して効果のあったこと

自由記載より痛みに対して効果のあったことをカテゴリー分けし、その人数を集計横棒で表示した。

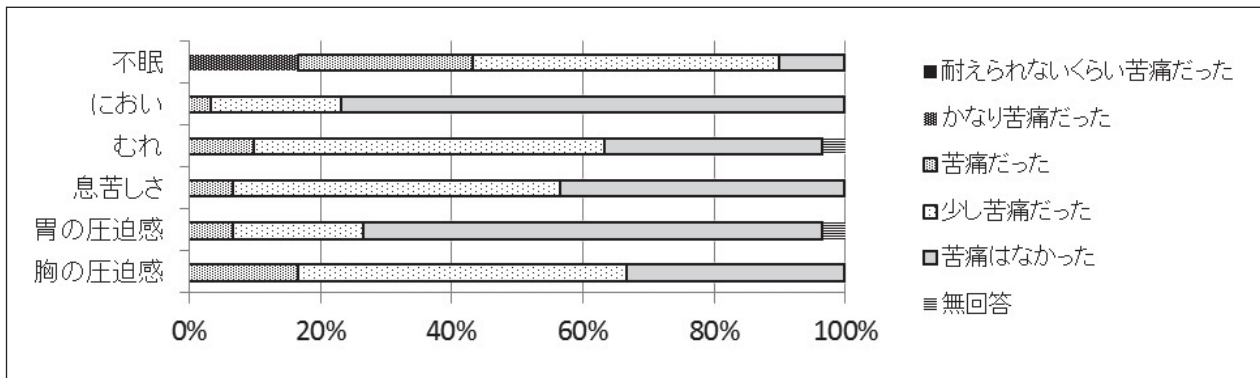


図3 腹臥位による苦痛の程度(圧迫感や不眠など)

腹臥位によって生じる苦痛のうち不眠、にこい、むれ、息苦しさ、胃の圧迫感、胸の圧迫感の6項目について「苦痛はなかった」から「耐えられないくらい苦痛だった」で回答した人数(計30名)を100%積み上げ横棒で表示した。

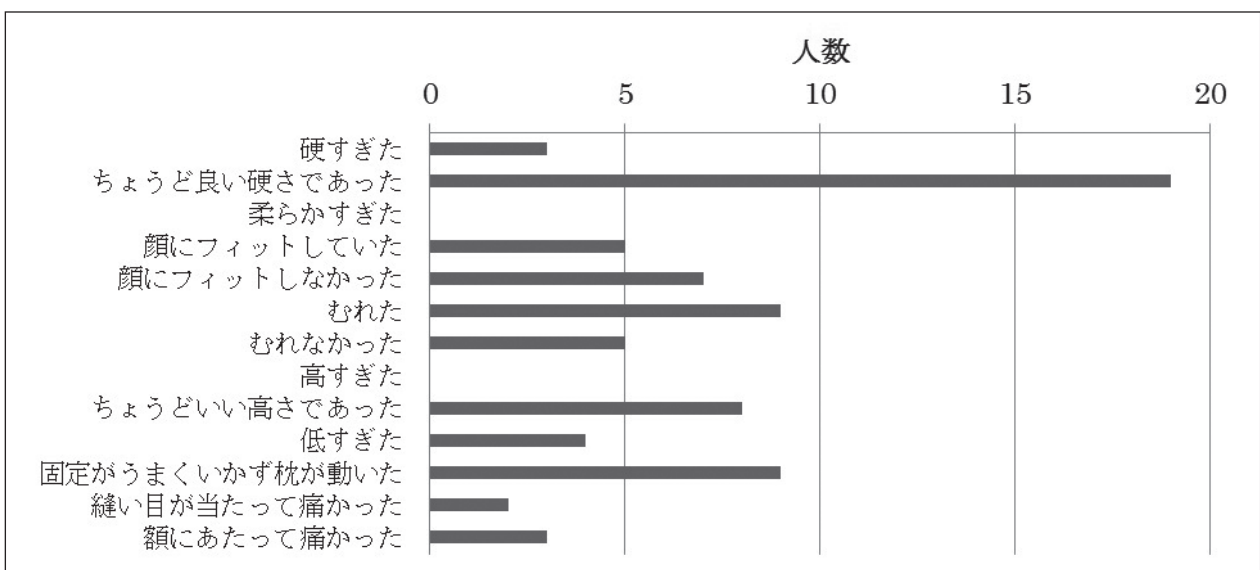


図4 顔枕に対する使い心地(複数回答)

顔枕に対する使い心地について硬さ、フィット感、むれ、高さ、固定についての複数回答と自由記載から得られた内容をカテゴリー分けした人数を集合横棒で表示した。

回答を得た、藤巻ら<sup>2)</sup>は「同一体位を保持することは筋収縮を生じさせ、筋肉内の血流循環減少をきたし、筋肉の新陳代謝の減少の結果、筋肉痛や筋萎縮の出現につながる」と述べており、ストレッチ体操は血流循環や筋収縮には効果的であることが示唆された。そこで腹臥位パンフレットにストレッチ体操などの方法を追加した。

苦痛については埃が見えたり、においが気になるという意見があった。A病棟ではベッドにフレームを追加してその上に円座と顔枕を乗せて腹臥位ベッドとしているため、床が見えることが原因と考えた。これに対しフレームの上に患者のタオルを敷くことで埃が見えなくなり、また定期的にタオルを洗濯することで、よだれなどのにおいの軽減ができると考えた。そのため腹臥位ベッド作成方法を一部変更し、手順書(図5)

を病棟間で統一した。

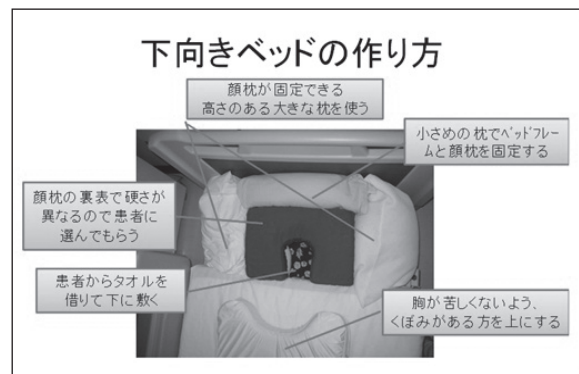


図5 腹臥位ベッドの手順書

顔枕については硬さ、フィット感、むれ、高さ、固



定、痛みに不満があることがわかった。まず顔枕の硬さについては、患者の好みが原因であり、顔枕は硬軟の2層構造になっていることを患者へ説明することで、自身で調整できれば硬さへの不満は改善するのではないかと考えられた。次に、固定については、固定用枕の高さが低いため顔枕がズレてしまうことが原因であり、固定用枕と高さを合わせることでズレの防止をすることができた。また、顔枕がフィットしていないことについては、顔の大きさや顔枕を使用していると枕が広がってしまい顔枕で両頬と額を支えられていないことが原因ではないかと考えられた。実際に研究者で体圧測定を行ったところ、フィットしている場合は、顔枕で両頬と額を支えており、額の体圧は30～40mmHg、顎の体圧は10mmHgであった。一方、フィットしていない場合は顔枕で額のみしか支えられておらず、額と顎の体圧は50mmHgと高く、実際に顎に褥瘡を形成した患者もいた。このことから、顔枕に対しては3点で支えることが重要であることがわかった。そこで患者パンフレットに顔枕で両頬と額を支えることを注意点として追加した(図6)。

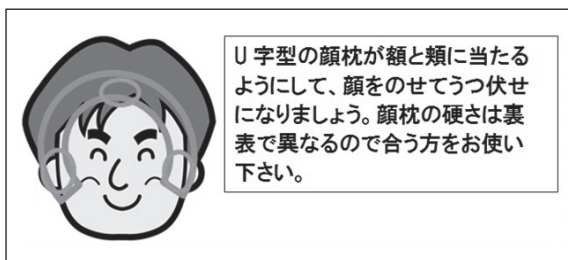


図6 顔枕使用時の注意点

本研究にて明らかになった顔枕使用時の注意点を患者の腹臥位オリエンテーション用のパンフレットに掲載した図。

今回の研究を通して患者が日々感じている苦痛を知り、研究者も体験することで治療に必要な体位をいかに苦痛なく取り入れてもらえるかを考えることができた。そこで見いだした改善点を今後に活かしていく。

## V. 結論

本研究では眼科術後腹臥位安静の苦痛に対する調査の結果、腹臥位安静患者は、痛みと苦痛がみられた。痛みに対しては外用薬やストレッチ体操が効果的であった。苦痛に対しては腹臥位ベッドの作成方法を工夫したり、顔枕に対しては固定の工夫やフィット方法の指導をした。これらの改善点を活かしていく中で今後も患者の声を聞き腹臥位安静の苦痛軽減につなげていく考えである。

## 参考文献

- 1) 進藤かおり, 林佐保子, 園田成美: 網膜硝子体手術後の体位制限による苦痛 ～腹臥位を強いられている患者の苦痛の解明～ 眼科ケア vol.15 no.3, 103-111, 2013
- 2) 藤巻尚美, 佐藤美和, 神田藍他: 眼科手術後患者の体位制限に伴う苦痛と効果的な援助, 山梨大学看護学会誌, vol.2 No.1, 31-34, 2003
- 3) 国光ハナエ: 硝子体手術後における効果的な腹臥位と安楽枕の工夫, 眼科ケア, vol.9 no.10, 25-31(995-1,001), 2007
- 4) 小野寺美佳, 馬場衣久美: 術後のケアと検査 眼科ケア vol.16 no.6 31-38(543-550), 2014

# 抗 VEGF 薬硝子体注射の処置前準備変更による 患者の意識調査

早川幸子, 田村真未, 有村麻衣, 猪口宗太郎, 大音清香,  
井上賢治

## 要 旨

**目的:** 硝子体注射の準備を簡略化したことによる患者の意識変化を調査し, 注射前に行う説明内容の追加・用紙の改訂を行ったので報告する。

**方法:** 準備内容の変更前に硝子体注射の経験があり, なおかつ変更後に硝子体注射を受けた患者 52 名にアンケートを実施した。準備変更に伴う恐怖感の程度, 新たな方法で気付いた意見, 患者の負担の程度について聴取した。

**結果:** ドレーピングの削除により, 術眼と反対眼が見えることが気になった患者が 16 名, それにより以前より怖く感じた患者が 11 名だった。その反面, 準備にかかる時間短縮により患者の負担が軽減したとの意見が 21 名だった。

**考察:** 準備内容の変更により硝子体注射時に恐怖心を抱く患者に対し, 患者説明の追加の必要性を感じ, 注射前の説明内容の追加・説明用紙の改訂を行った事は有効であった。

この準備内容の変更で患者が感じる負担は, 軽減もしくは変化が無いことが確認でき, 業務の短縮につながった。

キーワード: 硝子体注射・硝子体注射準備方法・患者説明・意識調査

## はじめに

A 病院は病院と, クリニックに分かれている。病院は特別外来, 入院病棟, 手術室があり, クリニックは外来業務を行っている。A 病院では, 2007 年より抗 VEGF 薬硝子体注射 (以下硝子体注射) 業務を開始したが, 開始当初は手術室で施行していたため, 患者は診察, 硝子体注射実施, 翌日の診察などのために, 病院とクリニックを往来しなければならなかった (図 1)。

この患者の動線の大きさの改善と, それに伴う医師の移動距離の改善, そして手術室での煩雑な業務の解消にもつながるため, 硝子体注射業務は 2011 年 4 月より外来処置室業務に変更となり, 現在, 年間約 1500 件施行している。2015 年 11 月より西葛西井上眼科病院との業務の統一を図り, 硝子体注射準備を簡略化した。それによる患者の意識変化を調査し注射前に行う説明内容の追加・用紙の改訂を行ったので報告する。

## I. 方法

硝子体注射を行う前に, 患者確認 (氏名・術眼), 散瞳, 処置室に入室, 硝子体注射の実施, 眼帯後に帰宅するまでの流れを, 写真とイラストで記した用紙で説明を行う (図 2)。

今回の業務の統一で, ドレーピング・テガダーム, 開瞼器で開瞼後, PA ヨード点眼による消毒を行って

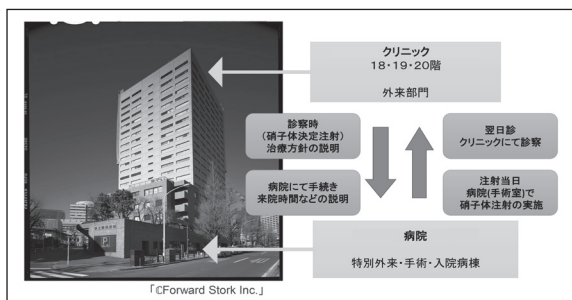


図 1 2007 年当時の硝子体注射患者の流れ

受付日: 2016 年 12 月 29 日 受理日: 2017 年 10 月 26 日

お茶の水井上眼科クリニック 外来看護課

いるため、生理食塩水による洗眼を削除し、硝子体注射準備を簡略化した（図3）。ドレーピングの削除により患者には帽子をかぶせ、頭髮による術野の汚染を予防した。

この準備方法による患者の意識変化を、聞き取り式のアンケートで調査した。内容は硝子体注射中に反対眼が見えることが気になったか、変更前の方法よりも怖かったか、怖さの具体的な内容、準備内容の変更により、硝子体注射時の負担は軽くなったかを質問した。調査期間は2015年12月～2016年3月まで、変更前の方法で硝子体注射を施行した経験があり、今回新しい方法で硝子体注射を施行した患者52名を対象とした。

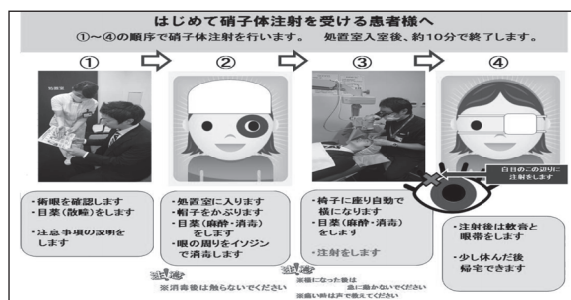


図2 準備変更前の患者説明用紙

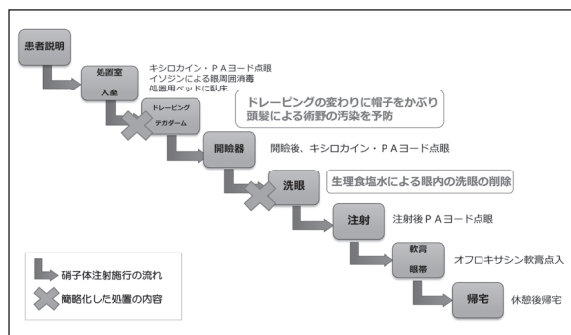


図3 硝子体注射の流れと簡略化した内容

## II. 倫理的配慮

井上眼科病院倫理委員会にて承認を得た。

## III. 結果

調査を施行した患者52名、内訳は男性29名、女性23名、平均年齢68.6歳±8.6歳。

アンケート調査の結果は、硝子体注射中に反対眼が見えることが気になったかの問いに、気になったが16人31%、気にならなかったが36人69%、以前の方法よりも怖かったかの問いに、怖かったが11人21%、同じだった41人79%、準備内容の変更に

より注射時の負担は軽くなったかの問いに、軽くなったが21人40%、変わらなかったが29人56%だった（図4）。

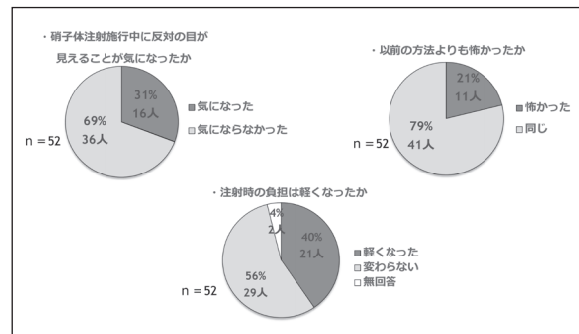


図4 硝子体注射準備変更に伴うアンケート結果

変更前の方法よりも怖さを感じた患者からは、見る方の眼で追いそうになった、反対眼に何かかけてほしかった、針が見えるので視点が定まらない、反対眼が見えるので、視点を合わせるのが難しかった、眼を開けていいのか説明してほしい、両眼を開けることを説明してほしい、といった具体的な意見が聞かれた（図5）。

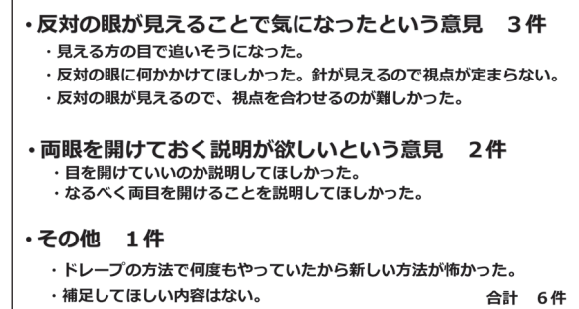


図5 怖さを感じている患者の意見

## IV. 考察・結論

調査の結果、変更前の方法よりも恐怖心を抱く患者がおり、準備を簡略化したことによる患者説明の追加の必要性を感じた。そのため、硝子体注射施行前の説明内容に、硝子体注射中の視線と、両眼を開眼していることを強調した内容、さらに硝子体注射中に怖さを感じる場合には、反対眼をガーゼで隠す対処を行う文面を追加し、恐怖心の軽減に努めた（図6）。患者が抱く恐怖心の具体的な内容を把握し、説明内容の追加・説明用紙の改訂を行ったことは有効だったと考える。

加えてこの調査により、硝子体注射時の準備内容の変更による患者の感じる負担は、軽減もしくは変化が無いことを確認できた。これは、準備の簡略化により、

業務の短縮にもつながった。

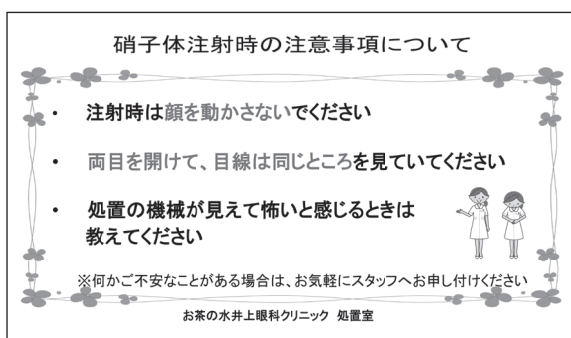


図 6 硝子体準備変更後の追加説明用紙

#### 参考文献

小出良平，大音清香：外来での患者指導，眼科エキスパートナーシング，南江堂，126，2002

# 眼科看護における男性看護師の調査より

嶋本 圭

## 要 旨

眼科領域における男性看護師の実態調査を目的に、第31回日本視機能看護学会学術総会の1日目の参加者145名に対して、アンケートを実施した。方法は、選択式と一部記述式の自記式質問用紙で行った。アンケートの結果、眼科領域の病棟、外来、手術室、管理に40%以上の部署で男性看護師が業務を担っていた。男女の看護業務に対する不公平感については、22.1%の回答者が羞恥心を伴うケアなどで不公平を感じていたが、男性が勤務している部署と勤務していない部署の回答者で不公平感の有意差はなかった。また、男性看護師に求められていることは、ステレオタイプの男性役割イメージよりも男性ならではの看護であった。そしてジェンダーの視点から、慣習や先入観から脱却して平等の環境作りの考え方が必要と考える。眼科男性看護師の課題は、他の領域の男性看護師と同様で、女性看護師と共に多様な価値観を創出できる環境作りが必要であることが示唆された。

キーワード：男性看護師、眼科看護、実態調査、ジェンダー

## はじめに

厚生労働省2014年衛生行政報告例によると2014年の就業看護師数は108万6,779人で過去最多となった。男性看護師は7万3,968人で看護師全体に占める割合は約6.8%と、依然として少数派であるものの、2004年に3万1,594人だった男性看護師は<sup>1)</sup>、この10年で2倍以上になっており、着実に増加している。このような男性看護師の増加に伴って、男性看護師の配属先も多様な領域に広がり<sup>2)</sup>、男性看護師に関する実態調査も数多く行われてきた。しかし眼科領域の男性看護の調査はなかったことから、眼科における男性看護師の実態についてアンケート調査を実施したので報告する。

## I. 方法

2015年10月3日に熊本県で開催された第31回日本視機能看護学会学術総会1日目の参加者500名を対象として、アンケートを配布し当日に回収した。アンケートの内容は、男性看護師の勤務状況と性差に

おける看護業務の違いについてである。アンケートの方式は、選択式と一部記述式の自記式質問用紙によるものとした。集計したデータの比較は、 $\chi^2$ 検定で、有意水準を $p<0.05$ とした。

## II. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する施設で2015年7月に行われた倫理委員会に申請し承認を得た。アンケート用紙に研究の目的と学会等での公表について明記し、アンケート用紙の回収をもって同意の意志を示したと判断した。アンケート用紙は、無記名としプライバシーの保護に努めた。

## III. 結果

### 1. 回答者全体の背景

回答者は、第31回日本視機能看護学会学術総会の1日目の参加者で、145名(回収率29%)であった。平均年代は40～44歳で、平均看護師経験年数は10～14年、平均眼科経験年数は8.7年であつ



た、勤務地は、九州が 53 名 (36.6%) と最も多く、次いで関東が 27 名 (18.6%)、近畿 19 名 (13.1%)、中部 16 名 (11.0%)、四国 12 名 (8.3%) であった。所属医療機関は、眼科専門病院 64 名 (44.1%)、大学病院 43 名 (29.7%)、総合病院 25 名 (17.2%)、その他 13 名 (9%) であった。所属部署は、病棟 78 名 (39.2%)、外来 60 名 (30.2%)、手術室 43 名 (21.6%) など (複数部署勤務も含む累計) で、26.2% が複数部署を兼務していた。

## 2. 眼科領域の男性看護師の状況

### 1) 男性看護師 10 名の状況

回答者 145 名のうち男性看護師は、10 名 (6.9%) であった (図 1)。平均年代は 40 ~ 44 歳で、平均看護師経験年数は 15 ~ 19 年、平均眼科経験年数は 7 年であった。勤務している医療機関は、眼科病院が 7 名 (70%) で、大学病院と総合病院、その他がそれぞれ 1 名 (10%) だった。勤務部署は、手術室 7 名 (36.8%)、外来 5 名 (26.3%)、病棟 3 名 (15.8%) など (複数部署勤務も含む累計) で、半数の 5 名が複数部署を兼務していた。

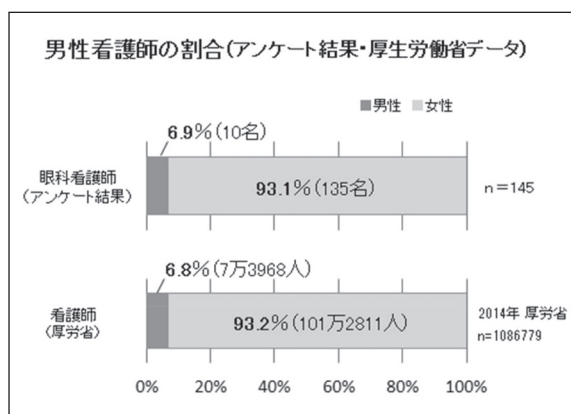


図 1

### 2) 男性看護師が配属されている部署の状況

所属部署に 1 名以上の男性看護師が勤務していると回答したのが、77 名 (53.1%) だった (図 2)。医療機関別で、男性看護師が部署に勤務していると回答した割合は、大学病院部が 31 名 (21.4%)、総合病院が 14 名 (9.7%)、眼科病院が 30 名 (20.7%) であった (図 3)。部署別では、病棟が 47 名 (23.6%)、外来 24 名 (12.1%)、手術室が 23 名 (11.6%)、管理 4 名 (2%) であった (図 4)。その内訳を見ると大学病院の病棟勤務の 39 名のうち 29 名 (74.4%) が所属部署に男性看護師がいると回答している。眼科病

院では、手術室勤務の 34 名のうち 17 名 (50%)、病棟勤務 24 名のうち 11 名 (45.8%)、外来勤務 34 名のうち 14 名 (41.2%) が所属部署に男性看護師がいると回答している (図 5)。

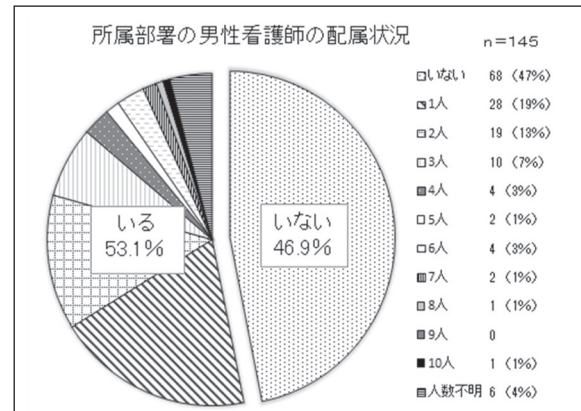


図 2

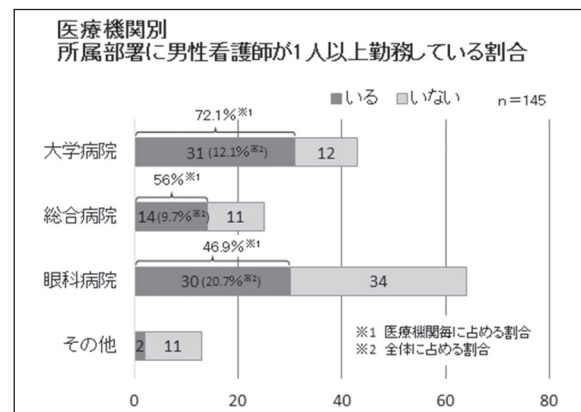


図 3

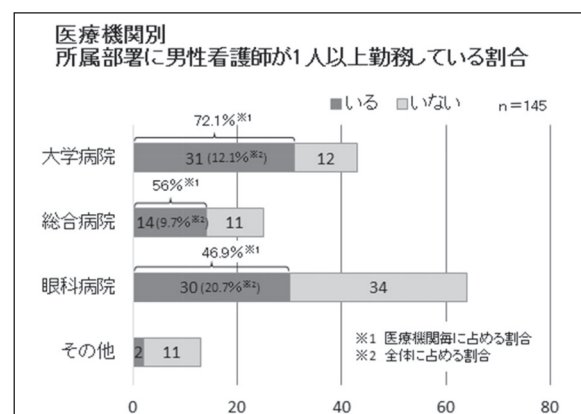


図 4

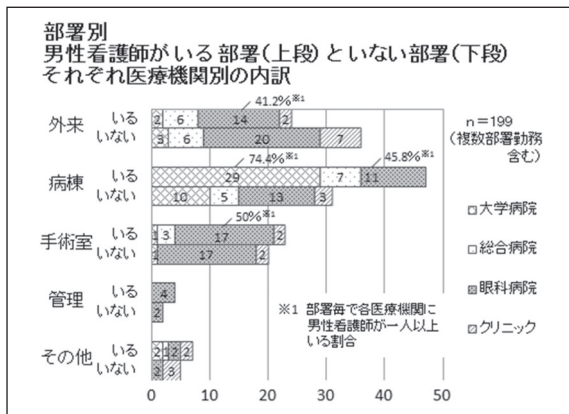


図5

### 3. 眼科領域に勤務する看護師が感じている性差による不公平感の認識

看護業務について、男女の仕事内容を明文化した規定事項などがあるかの問いに132名(95.6%)とほとんどの回答者が無いと答えていたが、5名(3.4%)があると回答した。規定事項は無いものの15名(10.3%)が暗黙の了解はあると回答していた(図6)。

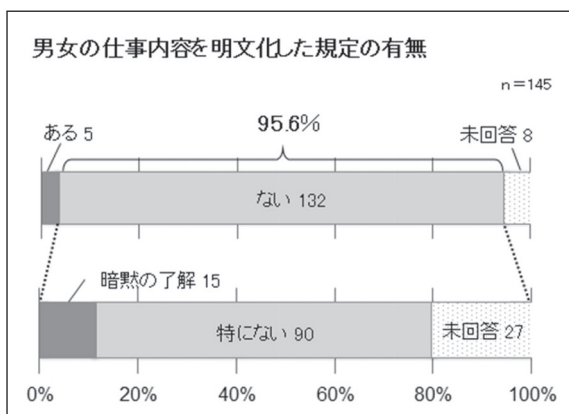


図6

看護業務量や種類について、男女において不公平を感じるかの問についての回答は、ある4名(2.8%)、時々ある22名(15.2%)、あまりない47名(32.4%)、ない66名(45.5%)だった(図7)。男女の看護業務に対して77.9%の回答者が不公平をあまり感じないと回答した一方、22.1%の回答者は不公平感を感じている。その中で男性看護師が所属部署に勤務していない回答者は、ある3名(2.1%)、時々ある11名(7.6%)、あまりない29名(20%)、ない5名(3.4%)で、男性看護師が所属部署に勤務している回答者では、ある1名(0.6%)、時々ある11名(7.6%)、あまりない37名(25.5%)だった。それぞれ、ある、時々あるの回答者とあまりない、ないの回答者に分けて $\chi^2$ 検定を行った結果、有意差は見られなかった(図7)。

そして、ある、時々あると答えた24人が、不公平を感じたことの内容は、入浴介助や排泄介助などの仕事内容14名(31%)、女性に代わってほしいなどの患者からの要望12名(26.7%)、患者の搬送など重量に関すること9名(20%)などであった(図8)。また、患者からの要望が男性看護師が勤務している部署において9名と最も多かった。

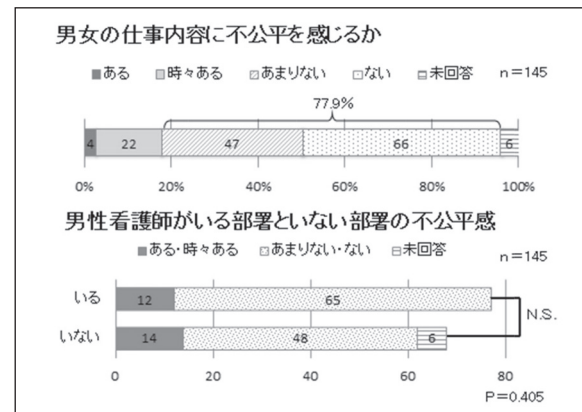


図7

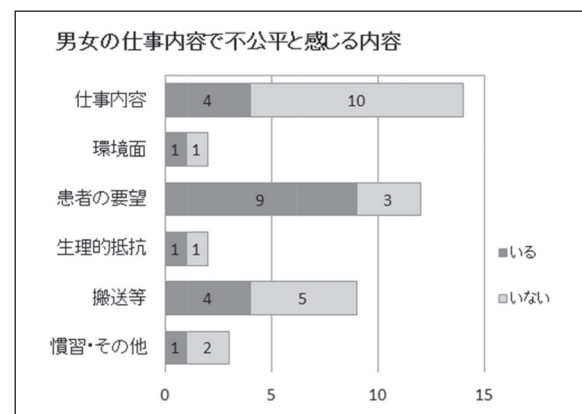


図8

### 4. 男性看護師が眼科看護で力を発揮できることについての設問に対する意見(自由記載)

類似した内容の意見を【力仕事】、【不穏患者対応】、【手術室・医療機器の対応】、【勤務に関して】、【男性ならではの看護】、【環境作り】、【人間関係】の7個のカテゴリーに分類した(図9)。それぞれのカテゴリーの主だった内容は【力仕事】日常生活動作の低下した患者の車椅子の移乗や体位変換など助かる。【不穏患者対応】不穏患者や暴言暴力対応などで時に安心感がある。【手術室・医療機器の対応】医療機器の取り扱いや手術に落ち着いて対応している。【勤務に関して】産休や育児中の時短などの時に助かる。【男性ならではの看護】女性にはできない心配りや父性の役割がある。男性患者に男性の視点で生活の支援をする。

【環境作り】羞恥心を伴う看護を女性看護師に依頼することへの理解、患者、医療者、社会への働きかけも必要である。男という役割と押し付けない。【人間関係】男性の医師や他職種との連携が円滑になる。職場の人間関係の潤滑油の役割がある。といった意見であった。(図 10)

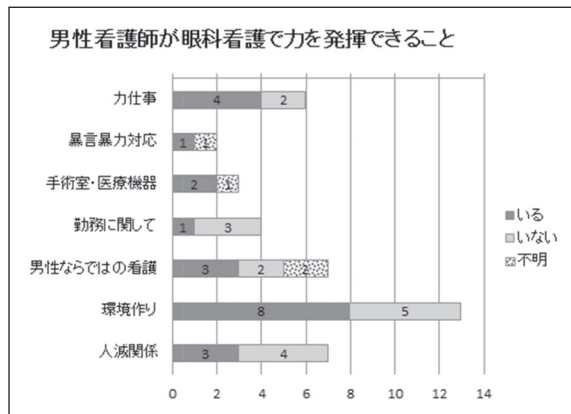


図 9

カテゴリー	自由記載内容
力仕事	・眼科外来の場合は、車椅子からの移乗など検査・診察介助で力が必要。 ・高齢者の場合、日常生活動作が低下している方も多いため移乗や体位変換などの力を要する仕事も多く含まれる。
暴言・暴力対応	・高齢の方で術後せん妄様症状が出現したとき助かる。 ・男性看護師がいることで不穏な対応注意の患者さん対応が心強い。 ・病棟にすることで安心感がある。
手術・医療機械	・医療機器の取り扱いに強いので助かる。 ・手術室勤務でも落ち着いて対応している。
勤務に関して	・産婦人科で離職しない。 ・妊婦のスタッフがいたときはありがたい。 ・女性には母としての役割で保育など勤務時間が制限される時期がある。
男性ならではの	・若い男性患者さんは男性看護師のほうが本音を話しやすいと思う。 ・男性患者に男性の目線で生活に困っていることを看護する。 ・男性患者の気持ちより深く理解し、男性ならではの心配りで看護を行う。 ・高齢者や母性患者は男性のほうがスムーズに受け入れられる時もある。 ・女性ではできない心配りで女性患者さんに優しく接する姿は心が和む。 ・女性の役割を兼ねできる。
環境作り	・ロービジョンのケアを新人に教えたことがあっても異性患者の場合、指導が難しい。男性看護師の指導に困らない環境が必要だと思う。 ・女性患者様に対して、清潔介助、排痰時など気を遣う場合は、患者のブライバシー等を考慮し、女性看護師に適時依頼することも必要と考える。 ・女性男性が仕事をしているなかで不自由に感じるところを積極的に改善できる職場づくりの努力が大切だと思う。 ・男性看護師という特別な感覚はない。男女問わず同じように患者さんへ関わり看護ケアを行うことが大切で、看護師として、男女のこだわりの無い環境作りが必要。 ・患者、医療者、社会一般へのはたらきかけなども必要。 ・女性看護師の意識づけが必要、男という役割や重作業・学会発表などを押しつけない。 ・様々なジェンダーが生きている現代、私たちは「男だから女だから」という見方の判断をやめ、個人一人一人として関わられるようになる必要がある。
人間関係 (スタッフ)	・男性医師と仲の良い男性看護師が多いのでチームワークが良くなる。 ・同性ばかりだと、どうして理解してもらえないのか期待が大きくなる。 ・男性が一人でもいると女性ばかりより職場の雰囲気良くなると思う。 ・男性がいることで刺激となる場合や潤滑油的な役割がある。

図 10

## IV. 考察

### 1. 眼科領域の男性看護師および男性看護師の配属部署の状況

今回の調査で得られた男性看護師の割合は、学会参加者という条件はあるが、全国の看護師における男性看護師の占める割合とほぼ同等であった。そして、既に半数以上の部署に男性看護師が1名上勤務している実態が分かった。このことは、眼科領域においても

男性看護師が一定の割合で活動していることを示していると考えられる。

また、部署別の男性看護師が勤務している割合は、病棟が最も多くなっており、手術室、外来も大きな差は無いことから、男性看護師の配属先に偏りがあるとは言えない状況になっている。先行研究においても、男性看護師は従来の精神科、手術室、集中治療室などの配属から、一般病棟に広がってきていると報告がある<sup>3)</sup>。これは、男女雇用機会均等法の改正や男女区別ないジェンダーフリー教育、専門職業人として看護師を位置づける動きなどに影響していると考えられる<sup>4)</sup>。大学病院や総合病院により多く男性看護師が配属されるのは、新卒を採用していることも関係していると考えられる。眼科病院でもいずれの部署でも4割以上に男性看護師が配属されており、眼科領域に男性看護師が定着していると考えられる。

### 2. 男女の看護業務に対する不公平感の認識

男女の仕事内容についての規定事項や暗黙の了解があると答えた回答者は少数であったが、多くの研究で男性看護師のほとんどが女性患者に対する羞恥心を伴うケアを拒否され、女性看護師に交代するという経験があり、その際に女性看護師にケア交代を依頼することによって困難を感じている<sup>5)~8)</sup>と報告がある。アンケート結果でも男性看護師が所属部署に勤務している回答者では、患者からの要望を不公平感の要因として挙げた。しかし、8割弱の回答者が不公平を感じていない。これは眼科領域においては、羞恥心を伴うケアが少ないこともあるが、多くの女性看護師が、男性看護師が性差の区別なくケアを行うには困難があると理解を示していると考えられる。また、男性看護師が勤務している部署と勤務していない部署で不公平感の割合に差が無いことから、男性看護師の存在が認知されていると考えられる。女性看護師の男性看護師との協働意欲は、81.3%が一緒に働きたいと答え男性看護師と一緒に勤務経験の有無での統計学的有意差はなかった<sup>9)</sup>。という報告や男性看護師に看護を受けた経験がある患者は男性看護師が必要と認識していた人が有意に多かった<sup>6)8)</sup>。といった報告もある。男性看護師の増加自体が、女性看護師や患者の意識に影響を与えていると考える。

### 3. 男性看護師の眼科看護における現状と課題

7つのカテゴリーに関しては、これまでも様々は研究がされている。【力仕事】、【暴言暴力対応】、【手術室・医療機器の対応】、【勤務の継続に関して】などの一般的な男性イメージの役割期待は、例え肯定的な意見だとしても、その期待に応えようとするあまり、自己



の存在価値や個性を見失うことになりかねない<sup>5)10)</sup>。また、【円滑な人間関係】では、少数であるがゆえに、円滑な対人環境をつくらなければ活躍の場が制限されるので、潤滑油的役割を担おうと意識し行動してきたことにもよると考えられる<sup>9)</sup>。このような職務ジェンダー意識が強いほど、専門職としての自律が低い<sup>11)</sup>。との報告もある。アンケートの結果も、男性看護師が看護で力を発揮するにはステレオタイプの男性役割よりも【男性ならではの看護】【環境作り】といった意見が多く、眼科領域においても他の領域の男性看護師と同様にジェンダーの視点から、慣習や先入観から脱却する課題があると考えられる。

本来、看護に求められるのは専門性である<sup>12)</sup>。看護師としての専門知識と技術を用いて患者と家族の持つ力を支え引き出すことが看護の担う役割である<sup>12)</sup>。そのような意味では単にジェンダーフリーの認識だけでは十分とは言えない。看護師が、患者の全体像を捉えるには、ジェンダーの視点のみならず、社会的、心理的要素を含めた包括的な視点で看護提供することが必要である。看護職は職業性質上女性が望まれる傾向にあるが、多様化した患者や社会のニーズに応えるには看護職も多様な人材の活用が必要である。その一つとして、少数でも男性が入ることは、考え方・視点の違いが明確となり、画一的対応から現実的・効果的な柔軟性を持つ対応が期待される<sup>9)</sup>。男性看護師が、女性看護師と共に多様な価値観を創造できる環境作りが、眼科領域においても男性看護師が力を発揮するために必要であることが示唆された。

## 参考文献

- 1)平成 26 年衛生行政報告例（就業医療関係者），2016.12.22，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf>
- 2)高橋良，田中真琴，任和子：一般病棟に勤める男性看護師が職場で感じる困難とその対処，京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要，健康科学，第 9 巻，2013
- 3)上杉裕也，前田貴彦，辻本雄大他：男性看護師の就業状況・環境に関する実態：三重県立看護大学紀要，19，25-30，2015
- 4)明野伸次：男性看護師に対する業務評価・役割期待に関しての文献的考察，北海道医療大学看護福祉学部紀要，No.11，95-100，2004
- 5)矢島直樹：臨床での男性看護師の実態に関する文献検討と支援のあり方の一考察，福井県立大学論集，第 44 号，2015
- 6)大山祐介，戸北正和，小川信子他：男性看護師に対する女性患者の認知度とニーズに関する研究，長崎大学保健学研究，19(1)，13-19，2006
- 7)小藤祐子，野村香，中山周子他：一般病棟に勤務する男性看護師が女性患者の看護ケアをする体験，日本看護研究学会雑誌，Vol.35，No.2，2012
- 8)池田一貴，内田宏美，木村真司他：男性看護師の看護ケアに対する患者の信頼 — 患者の性差による比較 —，島根大学医学部紀要，第 36 巻，61-66，2013
- 9)貝沼純，斎藤美代，佐藤尚子他：女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査研究，福島県立医科大学看護学部紀要，第 10 号，23-30，2008
- 10)松田安弘，定廣和香子，舟島なをみ：男性看護師の職業経験の解明，看護教育学研究，Vol.13，No.1，2004
- 11)出口睦雄：男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係，日本看護研究学会雑誌，Vol.32，No.4，2009
- 12)大音清香：眼科看護の特徴と専門性，眼科エキスパートナーシング，第 2 版，南江堂，94-98，2015

# 糖尿病患者が早期に眼科受診をするために ～地域糖尿病療養指導士による連携～

阿部幸志, 山高 康, 大沢 祥

## 要 旨

**目的：**糖尿病網膜症（以下 DR：Diabetic Retinopathy）は、自覚症状の欠如により、適切な時期に適切な医療を受けずに過ごしてしまう患者が後を絶たない。自覚症状がなくても、眼科を早期に受診するために、内科・眼科の連携は重要であり、DR の病識を理解してもらい早期に眼科受診を促すことを目的とした取り組みを報告する。

**方法：**内科病院へ地域連携活動の協力を依頼し、内科コ・メディカルに対しアンケート調査を行い、内科・眼科お互いの要望を把握したうえで内科病院主催の糖尿病教室へ参加する。

**結果：**地域連携活動を行うことで、お互いの要望が明確となり、糖尿病教室では、内科・眼科スタッフが協力することで、早期眼科受診の必要性など十分な理解を得ることができた。

**考察：**適切な時期に適切な治療を行うためには内科スタッフとの連携は重要である。さらに糖尿病連携手帳・糖尿病眼手帳を活用することは治療を中断させないためにも有効であると考ええる。

キーワード：地域連携活動，糖尿病教室，早期眼科受診，糖尿病網膜症

## はじめに

糖尿病が強く疑われる成人は平成 24 年の厚生労働省の調査で約 950 万人。総患者数は、平成 26 年患者調査の概況にて 316 万 6,000 人と、前回調査時より 46 万 6,000 人増加し過去最高<sup>1)</sup>と報告されている。

糖尿病網膜症(以下 DR:Diabetic Retinopathy)は、初期の段階では自覚症状が認められずに進行するため、適切な時期に適切な医療を受けずに過ごしてしまう患者が後を絶たない現状がある。年間約 3,000 人の失明を引き起こし、現在失明原因の第 2 位<sup>2)</sup>となっている。失明予防のため自覚症状がなくても、糖尿病患者が眼科を早期に受診するために、内科・眼科の連携は重要<sup>3)</sup>である。

そこで、自覚症状のない患者に DR の病識を理解してもらい早期に眼科受診を促すことを目的とした取り組みを報告する。

## I. 方法

平成 28 年 1 月から 3 月の間に、内科病院へ地域連携活動の協力を依頼し、内科コ・メディカルに対しアンケート調査を施行した。アンケート内容(図 1)は、眼科受診を勧めるタイミング、糖尿病手帳について、内科から眼科への要望を記載してもらい、眼科からの要望として、糖尿病連携手帳に現在服用している薬やインスリン、検査値などを記載するように依頼する。

平成 28 年 4 月から 6 月に、内科・眼科お互いの要望を把握したうえで内科病院主催の糖尿病教室への参加許可を依頼する。

糖尿病教室に参加し、DR に対するスライドや DR の眼球模型(以下めだまんず)を使用して DR の病識と早期眼科受診の必要性を内科コ・メディカルと患者に理解してもらう。





コ・メディカルの教育の場にもなり、めだまんずを導入した内科病院もあったが、まだまだ説明方法などに統一性が感じられないため、引き続き眼科スタッフの糖尿病教室への参加を希望された。

糖尿病患者は、めだまんずを使用することで DR の病期分類や、自覚症状が無くても眼科受診が必要であることを糖尿病教室に参加してくれた全ての患者が理解してくれた。

地域連携活動を行うなかで、お互いの要望が明確となり、糖尿病教室では、内科・眼科スタッフが協力することで、糖尿病患者が早期眼科受診の必要性など十分な理解を得ることができた。また本年度（平成 28 年 8 月現在）の初診糖尿病患者の受診率は例年より 2 割程度増加傾向（図 5）である。

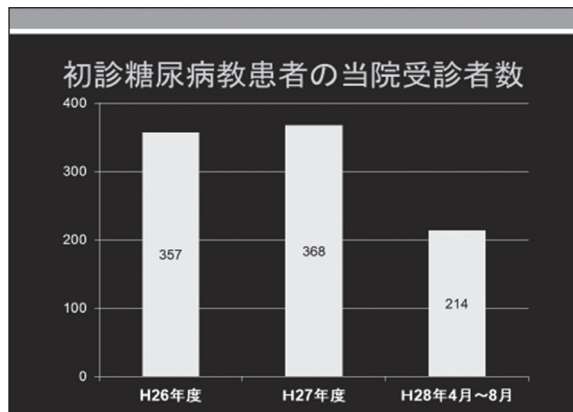


図 5 初診糖尿病患者の A 病院受診者数

#### IV. 考察

DR は、自覚症状の欠如により、適切な時期に適切な医療を受けずに過ごしてしまう患者が後を絶たない。自覚症状がなくても、糖尿病患者が眼科を早期に受診するために、内科病院主催の糖尿病教室へ眼科スタッフが参加することや、医療従事者を対象に行う糖尿病セミナー・講演会などに参加することは、内科スタッフや糖尿病患者に早期眼科受診の必要性を促すことができる。

また、本年度（平成 28 年 8 月現在）A 病院の初診糖尿病患者の受診率は例年より増加傾向にあることから、他施設の内科スタッフが眼科受診を促してくれたことや、糖尿病教室に参加した患者が早期眼科受診の必要性を理解できたため、患者数が増加したとも考えられる。

適切な時期に適切な治療を行うためには内科スタッフとの連携は重要である。糖尿病連携手帳・糖尿病眼手帳を活用することで、患者自身が現在の糖尿病や

DR の状態を把握でき、治療の自己中断も減るのではないかと考える。そのためにも内科・眼科の連携活動は今後さらに重要であると考ええる。

#### 電子文献

- 1)厚生労働省 (2015), 糖尿病ネットワーク 糖尿病患者数・予備軍の数・国内の調査・統計, <http://www.dm-net.co.jp/>
- 2)糖尿病黄斑浮腫ドットコム, 糖尿病網膜症について <http://www.dme-eye.com/disease/dr/>

#### 雑誌掲載論文

- 3)福田敏雅 糖尿病網膜症における眼科—内科連携, 月刊糖尿病, 2010/2, Vol.2 No.3 : 96-97, 2010

# OCT 説明用紙導入の効果 ～外来検査部での看護の取り組みについて～

飯倉宏美，三浦樹絵，川喜田洋子，塚本愛未，大音清香，  
井上賢治

## 要 旨

本論文は，光干渉断層計検査（OCT）対象患者の実態調査と説明用紙導入についての報告である。実態調査では，OCT 患者の疾患・受検回数・年齢の分布が明らかになった。この情報と説明用紙導入によって得られた感想や質問から，患者の必要とする援助に一定の傾向があると分かった。これは主に検査方法・検査内容・検査自体への不安の3つの分類であり，この分類から，各患者に対してどのような関わりが有効であるか推測することができた。説明用紙を患者と看護師の間に共通のツールとして介在させることで，外来検査という短い関わりの中でも，患者の全体像が把握しやすくなり，個々に合わせた援助ができた。

キーワード：OCT，説明用紙，眼科，外来看護

## はじめに

眼科診療では近年，光干渉断層計（OCT）検査の重要性が増していると言われており，当院画像検査課でも検査数が増加傾向にある。その中で，検査を円滑に受けることの出来ない患者が散見される。今田らは報告<sup>1)</sup>で，「多くの外来看護師は“必要を感じているのに，できない”というジレンマを抱えている。」と述べている。実際に，検査時間が短く件数が多い中で十分なコミュニケーションが出来ず，患者の現状を把握することが難しい状況であった。そこで今回，説明用紙導入を目的とした患者の実態調査と，説明用紙の導入を行った。患者と看護師の間に共通のツールとして説明用紙を介在させることによって，患者の全体像が見えてきたので，ここに報告する。

## I. 方法

1. 期間：2016 年 3 月～4 月
2. 対象：OCT 指示のある患者から 210 名を無作為に選出した（事前・事後各 105 名）。

## 3. 方法

- 1) 看護師の OCT 説明内容を統一した。説明内容は，
  - ①網膜の断層画像（または視神経の形状解析）の撮影であること。
  - ②顎台が2つに分かれていること。
  - ③左（または右）のくぼみに顎を乗せること。
  - ④撮影時間が5秒ほどかかること。
  - ⑤撮影中瞬目や体動を控え，内部固視灯の中心を見ること。※内部固視灯は必要に応じて星印・米印・バツなどと言い換える。
- ⑥目を開けるタイミングの声かけ

以上6点に統一し，必要に応じて，顎台の位置などを指し示す説明を行った。

- 2) 説明用紙導入前に事前調査を行った。現状把握を目的として，1) で統一した口頭説明を行い，以下について情報収集・検討を行った。
  - ①情報収集：アセスメントシートを作成し，患者の年齢，疾患，受検回数（初回・2回目以上），介助あり・なしについて情報収集を行った。
  - ②介助あり・なしの判断：統一した口頭説明を基



準とし、これ以上の説明や介助が必要なものを介助あり、円滑に検査を受けられるものを介助なしと分類した。

- ③解決策の検討：介助ありと判断した患者に対して、なぜ介助が必要か、どのように関われば円滑に検査を受けられるか、解決策を検討した。
- 3)説明用紙作成を行った。説明用紙は事前調査で得られた解決策や、調査での看護師の実感を参考に、スタッフカンファレンスを行い、内容を検討した。おもて・うら一枚で作成した(図1参照)。

- ①おもて面：検査内容の理解を目的として、検査結果のイメージ画像と、結果から何が分かるのかなどの説明を記載した。
- ②うら面：検査方法の理解と協力を得ることを目的とし、OCTの写真などを用いて、顎台の形状説明や実際に検査を受ける時に必要になる手技的な内容を記載した。
- 4)説明用紙の効果を検討する為、事後調査を行った。

#### ①情報収集②介助あり・なしの判断

以上の2項目は事前調査と同様の方法をとった。

- ③説明用紙導入：説明用紙は、検査前に患者へ渡し、入室までの待ち時間に読んでもらうという方法で導入した。渡した後5分程度読むための時間をとり、検査を始めることとした。

## Ⅱ. 倫理的配慮

A 病院倫理委員会にて承認を得た。

## Ⅲ. 結果

### 1. 実態調査(事前調査・事後調査の共通項目、210名対象)

OCT対象患者の年齢分布は70代が多く、以降60代、50代と続いた。60代以上が全体の過半数を占めていた(図2参照)。

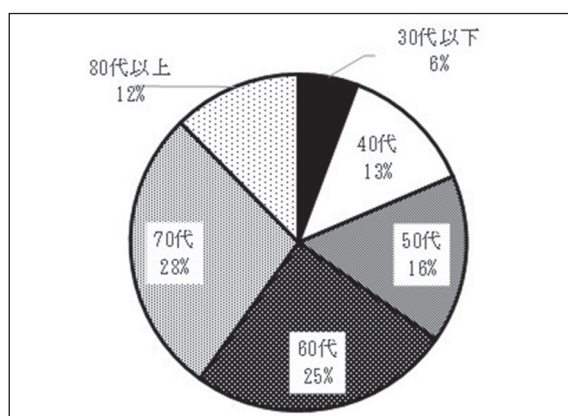


図2 OCT対象患者の年齢分布

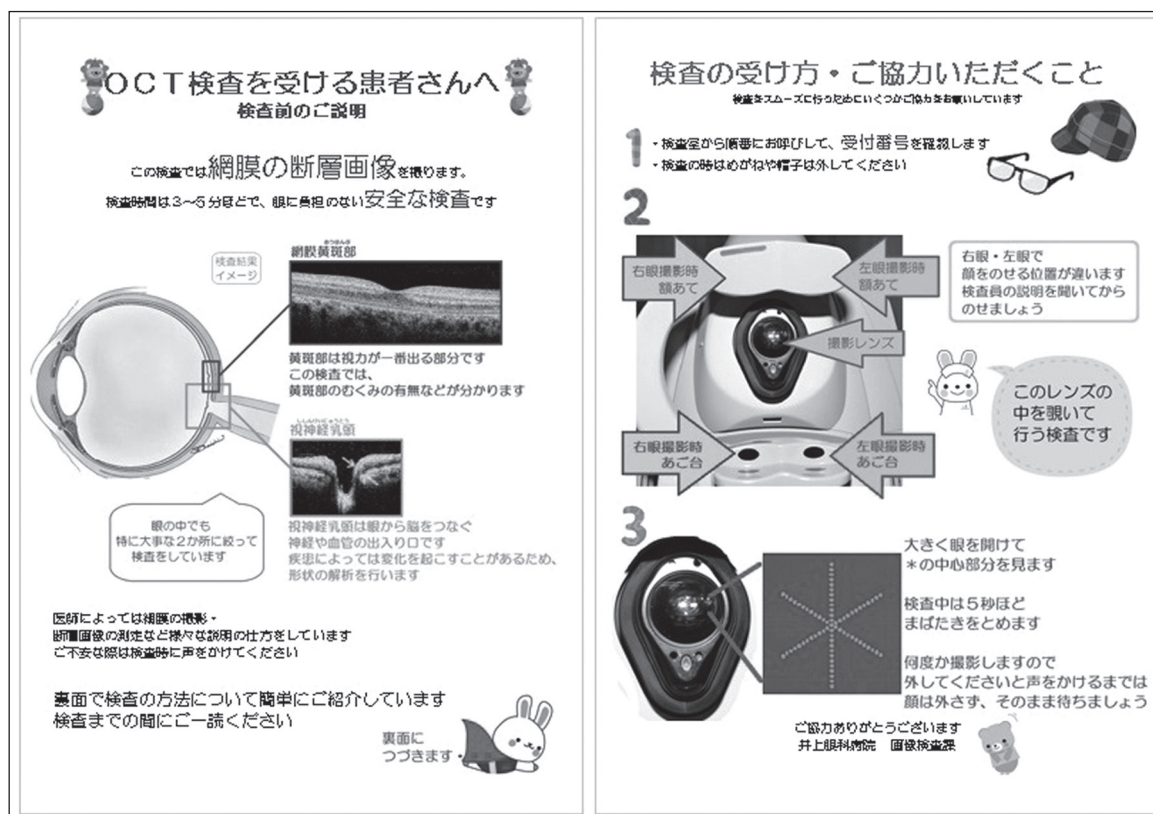


図1 説明用紙

疾患では、緑内障、加齢黄斑変性症（AMD）、黄斑上膜形成（ERM）が多い（図3参照）。初回OCT患者は87名（41％）で、2回目以上の患者が123名（59％）であった。緑内障患者は75名中57名（76％）がOCT初回であったのに対し、AMDでは42名中33名（78％）、ERMでは28名中19名（67％）が2回目以上の受検であった。

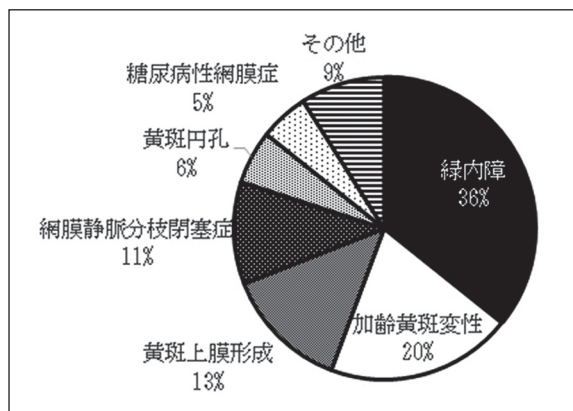


図3 疾患別

## 2. 事前調査で得られた患者の問題点と看護師の実感

事前調査では介助ありとした患者の問題点を調査し、それに基づいて解決策を検討した。また看護師の実感も加えて、説明用紙を作成した。

### 1) 事前調査で得られた患者の問題点

- 整容に関すること（眼鏡・帽子をとらない、髪の毛が眼にかかっているなど）
- 検査台に顔を付ける動作に関すること（説明を聞かず間違える、顎台が左右で分かれていることが理解できない、額の位置が理解できない、検査中動いてしまうなど）
- 撮影中の固視に関すること（瞬目が多い、体勢が崩れてしまう、内部固視灯が理解できないなど）

### 2) 看護師の実感

- 「何の検査ですか？」と質問を受け説明することがあるが、患者が理解できているか分からない。
- むやみに時間をかけ、たくさんの説明をすることは大多数の患者は望んでいないように感じる。

以上の問題点・看護師の実感を踏まえて、説明用紙を作成した（図1参照）。

## 3. 事前調査と事後調査の比較（各105名対象）

事前調査で介助ありとした患者は全体の44名（42％）であり、事後調査では28名（27％）であった。年代別で見た場合、60代以上の患者では介助ありが57％から、29％に減少した（図4参照）。

## 4. 事後調査で得られた説明用紙に対する感想・質問

事後調査では説明用紙に対して、105名中49名

（46％）から以下の感想や質問が聞かれた。説明用紙全体・検査内容・検査方法・不要の4つに分類して示した。

- 1) 説明用紙全体に対して、検査のイメージが伝わった：11名（10％）
- 2) 検査内容についての質問・感想：10名（9％）  
この10名の内9名が、受験2回目以上の患者であった。
- 3) 検査方法についての質問・感想：17名（16％）
- 4) 説明用紙がなくても理解できる、不要：11名（10％）

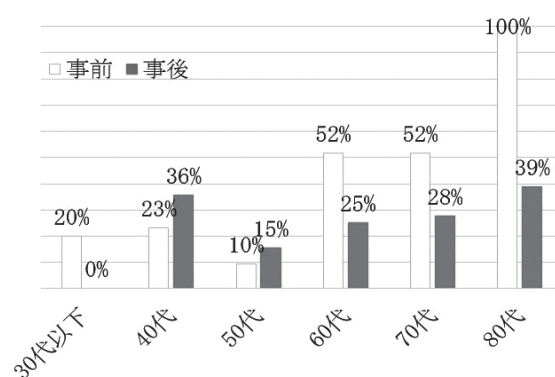


図4 事前調査と事後調査の比較

## Ⅳ. 考察

看護師は従来から、OCT検査の説明が口頭だけでは不十分な場合があると感じていた。草地の報告<sup>(2)</sup>では、「外来看護は病棟のように継続的に患者を観察することが難しいために、患者の変化や微妙な反応を捉えにくい」と述べている。当院画像検査課でも、患者個々によって必要な説明は違うことに気づきながらも、短い検査時間で有効な援助をすることは難しいという前提で検査説明を行っていた。

しかし導入後の調査で患者から様々な感想や質問が得られた。その中から説明用紙への反応に一定の傾向があることが見え、以下の3分類に分けることができた。分類・調査から得られた患者の特徴・得られる効果を以下に示した。

### <分類1. 方法について興味を示す患者>

OCT初回患者が多い傾向にある。初回であるため、検査の流れや協力すべき内容を知りたいものと考ええる。また、高齢者は一般に、新しい物事に対応する能力が低下し、検査を円滑に受けられないことが多いが、感想や質問が多く聞かれ、協力しようという姿勢が見られた。説明用紙を検査前に読むことで精神的な準備ができ、落ち着いて検査に望むことが出来るよう



になった。特に 60 代以上の介助ありが減少し、高齢者に効果があった。

#### ＜分類 2. 内容について興味を示す患者＞

複数回受けている患者にこの傾向が見られ、経験から検査方法は理解できているため、検査方法を理解したいという欲求から、毎行われる検査の意味を知りたいという欲求へと段階的に変化していく傾向が見えた。主に AMD・ERM などの自覚症状を伴う疾患の患者が、検査内容に対する具体的な質問をしてきた。疑問を表出できなかったこのような一部の患者に対し、説明用紙は補佐的な役割を担い、疑問を表出させる援助ができた。患者が疑問を表出したことで、看護師はこの患者にとって必要な援助を考えることができ、患者の疑問や問題の解決に繋がった。

#### ＜分類 3. 全般的な検査への不安がある患者＞

初回、複数回の経験問わず、検査を受けることに対して漠然とした不安感がある患者もいた。説明用紙を事前に渡すことで、検査のイメージや侵襲がないことを理解でき、漠然とした不安を軽減する効果があった。また説明用紙が不安を表出する機会となり、OCT 検査受検自体に不安がある患者が存在することを看護師が認識できた。

今田らの報告<sup>(3)</sup>では、「ツールを使用すると、自分では気づかない側面からの情報も網羅しながら得ることができ、全体像の把握がより容易になった。特に従来から必要性を感じていながらも把握が不十分であった情報、疾患や治療に対する患者や家族の受け止め方や考え方、自宅での生活状況が効率よく把握できた。」と述べている。患者と看護師の間に共通のツールとして説明用紙を介在させることによって、患者の求める援助を分類して把握することが出来た。その結果、以前よりも患者の全体像が把握でき、検査を受ける上で必要な援助を、短時間で個々に合わせて行うことができた。外来検査部門での看護介入は時間的・人力的な制約が多いが、患者の不安を軽減し、検査を受け入れるための看護が必要であると分かった。

#### 引用文献

- (1)(3) 今田綾子・小川知子・高谷真由美：外来看護におけるプライマリーナーシングの導入とアセスメントツールの作成，順天堂大学医療看護学部医療看護研究 1(1)37-42，2005，2016.12.20  
<http://ci.nii.ac.jp/els/110004622399.pdf?id=ART0007332895>
- (2) 草地潤子：外来看護婦の発する言葉についての研究，日本赤十字武蔵野短期大学紀要(11) 82-88，1998，2016.12.20  
<http://ci.nii.ac.jp/els/110000033864.pdf?id=ART0000361591>

# 術後腹臥位安静に用いる顔枕の検討

古川香代子, 稲垣加菜恵, 高嶽和博

## 要 旨

**目的:** サイズ調整可能な円柱型枕を作成し, くりぬき型枕と使用感を比較する。

**方法:** 対象は A 病院スタッフ 20 名 (男性 2 名, 女性 18 名), 年齢は  $39.5 \pm 8.6$  歳。円柱型枕およびくりぬき型枕を用いて腹臥位を 30 分間保持した。腹臥位開始時の前額部および下顎部の体圧, 腹臥位中に顔が枕に当たる位置の変更回数, 腹臥位終了時の顔面の皮膚状態を比較した。腹臥位終了後それぞれの枕の使用感をスコア化して比較した。

**結果:** 腹臥位開始時の体圧は前額部, 下顎部ともに円柱型枕が有意に高かった。顔が枕に当たる位置の変更回数は円柱型枕が有意に多かった。腹臥位終了時に円柱型枕では 5 名の下顎部に発赤が生じた。使用感スコアは円柱型枕  $24.3 \pm 4.0$  点, くりぬき型枕  $21.6 \pm 4.4$  点で円柱型枕が有意に高かった。

**考察:** 円柱型枕は使用感スコアでくりぬき型枕より優れていたものの, 体圧が高く皮膚トラブルを引き起こす可能性がある。

キーワード: 顔用枕, 腹臥位, 皮膚トラブル, 体圧

## はじめに

網膜剥離や黄斑円孔に対する硝子体手術においてガスタンポナーデを行う場合, 術後 1 日～数日程度の腹臥位が必要となる。しかし, 長期間の腹臥位により, 前頭部痛, 後頸部痛, 肩こりなどの苦痛を訴える患者もあり, 苦痛を軽減する工夫が求められる。

腹臥位を保持するための顔用枕については, 「枕の大きさが一定だと, 顔の大きな場合は窮屈で眼を圧迫する危険性がある」「呼吸の逃げ場がないため息苦しさをを感じる」といった意見があり, 先行研究では「フェイスダウン枕の素材を変えることだけでは皮膚トラブルのリスクを軽減し, 安楽を確保できない」などの問題点が指摘されている<sup>1)</sup>。

本研究では, 一人一人の顔の大きさに合わせて使用できる円柱型枕 (以下, 円柱型枕) を作成し, 現在病棟で使用している既製品の顔用くりぬき型枕 (以下, くりぬき型枕) との比較を行った。

## I. 方法

A 病院スタッフ 20 名 (男性 2 名, 女性 18 名) で, 年齢は  $39.5 \pm 8.6$  歳であった。調査期間は平成 28 年 5 月から 7 月とした。

円柱型枕の中の素材には, ①発泡ビーズ 30g と ②ポリエチレンパイプ 120g+ウレタンチップ 30g (表 1) をそれぞれ袋に入れ, ①②をさらに円柱状の袋でひとまとめにしたものを 2 本作成し, 個々の顔の大きさにあわせてサイズを調整できるベルトでつないだ。

円柱型枕またはくりぬき型枕を用いて腹臥位の腹臥位を 30 分間保持した。腹臥位中の上肢の位置は自由とした。



腹臥位開始時の前額部および下顎部の体圧, 腹臥位中に顔が枕に当たる位置を変更した回数, 腹臥位終了後の皮膚変化を比較した。体圧測定にはプレッシャー・スキャニング・エイド セロ /CR-270 (ケープ社) を使用した。

腹臥位終了後, それぞれの枕の使用感を, ①安定感

がある。②圧迫による痛みが少ない。③呼吸しやすい。④頭や肩への負担が少ない。⑤開放感がある。⑥フィット感がある。⑦皮膚の違和感が少ない、の7項目で評価した。最もよいと感じるものを5点、最も悪いと感じるものを1点として5段階評価を行い、各項目の合計点数を比較した。また、同時にそれぞれの枕の使用感について自由記述のアンケートを実施した。

円柱型枕とくりぬき型枕の体圧の変化、顔が枕に当たる位置を変更した回数、枕の使用感の平均スコアを比較する検定にはMann-Whitney-Uを用いた( $p < 0.05$ )。

表1 円柱型枕とくりぬき型枕の形状と素材の構成

	円柱型枕	くりぬき型枕
形状		
外側の生地	ポリエチレン65% 綿30%	綿100%
中の素材	①発泡ビーズ30g ②ポリエチレンパイプ120g +ウレタンチップ30g	スポンジ

## II. 倫理的配慮

本研究は院内倫理審査会の承認を得て行った。対象者に対し調査開始前に本研究の主旨、研究方法、プライバシーの保護、同意撤回の自由、研究参加の拒否権について、書面および口頭で十分な説明を行った上で研究の同意を得た。

## III. 結果

腹臥位開始時の前額部の体圧は円柱型枕  $40.4 \pm 13.3 \text{ mmHg}$ 、くりぬき型枕  $32.8 \pm 11.9 \text{ mmHg}$  で円柱型枕が有意に高かった ( $p=0.037$ )。下顎部の体圧は円柱型枕  $43.0 \pm 25.3 \text{ mmHg}$ 、くりぬき型枕  $24.6 \pm 15.2 \text{ mmHg}$  で円柱型枕が有意に高かった ( $p=0.018$ ) (表2)。

表2 腹臥位開始時の体圧の比較

	円柱型枕	くりぬき型枕	p値
前額部	$40.4 \pm 13.3 \text{ mmHg}$	$32.8 \pm 11.9 \text{ mmHg}$	$p=0.037$ *
下顎部	$43.0 \pm 25.3 \text{ mmHg}$	$24.6 \pm 15.2 \text{ mmHg}$	$p=0.018$ *

腹臥位中に顔が枕に当たる位置を変更した回数は、円柱型枕  $4.3 \pm 4.1$  回、くりぬき型枕  $1.4 \pm 1.7$  回で円

柱型枕が有意に多かった ( $p=0.005$ ) (図1)。

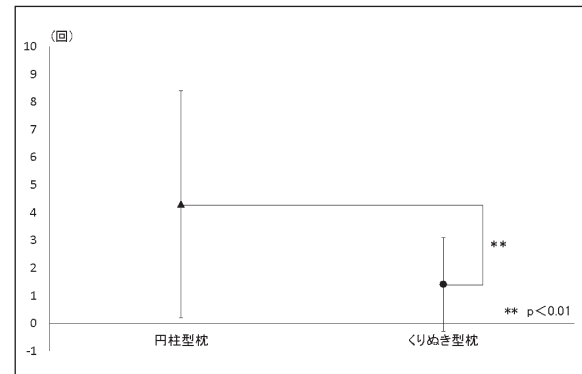


図1 腹臥位中に顔が枕に当たる位置を変更した回数

30分間の腹臥位終了後、前額部に発赤が生じたのは円柱型枕1名、くりぬき型枕1名、下顎部に発赤が生じたのは円柱型枕5名、くりぬき型枕1名であった (図2)。

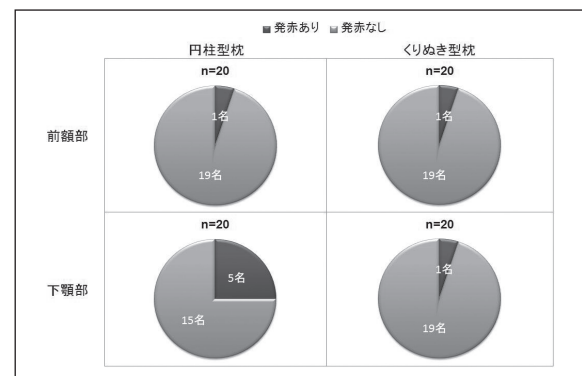


図2 30分腹臥位後の発赤

枕の使用感の合計平均スコアは円柱型枕  $24.3 \pm 4.0$  点、くりぬき型枕  $21.6 \pm 4.4$  点で円柱型枕が有意に高かった ( $p=0.021$ )。項目別では「安定感がある」「開放感がある」で円柱型枕の平均スコアがくりぬき型枕に対して有意に高かった ( $p < 0.05$ )。一方、「圧迫による痛みが少ない」の項目ではくりぬき型枕の平均スコアが円柱型枕にくらべて有意に高かった ( $p < 0.05$ ) (表3)。

表3 円柱型枕とくりぬき型枕の使用感スコアの比較

アンケート項目	円柱型枕	くりぬき型枕	p値
①安定感がある	$3.9 \pm 1.1$ 点	$3.0 \pm 1.1$ 点	$p=0.021$ *
②圧迫による痛みが少ない	$2.9 \pm 1.2$ 点	$3.8 \pm 1.0$ 点	$p=0.025$ *
③呼吸しやすい	$3.6 \pm 1.1$ 点	$3.2 \pm 0.8$ 点	$p>0.05$
④頭や肩への負担が少ない	$3.5 \pm 0.9$ 点	$3.2 \pm 1.1$ 点	$p>0.05$
⑤開放感がある	$3.9 \pm 1.0$ 点	$2.7 \pm 1.0$ 点	$p=0.001$ **
⑥フィット感がある	$3.6 \pm 1.1$ 点	$2.8 \pm 1.4$ 点	$p>0.05$
⑦皮膚の違和感が少ない	$3.1 \pm 1.1$ 点	$3.2 \pm 1.2$ 点	$p>0.05$
スコア合計	$24.3 \pm 4.0$ 点	$21.6 \pm 4.4$ 点	$p=0.021$ *

枕の使用感についての自由記述のアンケートでは、円柱型枕は安定感がある、顔のサイズに合わせられるのがよい、顔をのせると硬くて痛い、という回答があった。一方、くりぬき型枕は顔をのせても柔らかくて痛くない、安定感がなく顔が枕に沈み込む、という回答があった。

#### Ⅳ. 考察

腹臥位開始時の円柱型枕の平均体圧は前額部 40.4mmHg、下顎部 43.0mmHg、くりぬき型枕の平均体圧は前額部 32.8mmHg、下顎部 24.6mmHg で、どちらの枕も一般的に褥瘡発生のリスクが生じるとされている体圧 20mmHg 以上を超えていた。また、下顎部の平均体圧は、円柱型枕がくりぬき型枕に比べて有意に高く、腹臥位終了後に円柱型枕で 5 名に下顎部の発赤が生じたことから、円柱枕はくりぬき型枕に比べて、時間の経過とともに圧迫による皮膚トラブルを生じる可能性が高いと考えられる。また、円柱型枕は柔らかい発泡ビーズを入れた袋と、硬いポリエチレンパイプおよびウレタンチップを入れた袋をひとまとめにし、柔らかい発泡ビーズの部分を顔に当てることで皮膚トラブルの軽減と安定感の両立を目指したものの、枕の位置を複数回変更した際に下顎部に硬い部分が当たってしまい、下顎部の発赤の一因になったと考えられる。

枕の使用感スコアの結果より、円柱型枕はくりぬき型枕に比べて安定感がある、開放感があるといった点で優れていた。腹臥位開始時の体圧は前額部、下顎部ともに円柱型枕の方がくりぬき型枕に比べて高いことから、円柱型枕の方が腹臥位時に体重をかけやすく、使用時の安定感につながっていると考えられる。また、くりぬき型枕はサイズの調整ができないため、対象者の顔の大きさによっては開放感に欠ける場合があると考えられた。

一方で、使用時の圧迫による痛みについては、くりぬき型枕の方が円柱型枕より優れていた。これはくりぬき型枕が円柱型枕に比べて柔らかい素材を使用していることが原因と考えられる。

本研究の対象者は平均年齢 40 歳の健常者であり、実際に手術を受ける患者との年齢層とは異なる。また、腹臥位を 30 分間しか行っていないが、実際の患者は術後 1 日～数日行うため、枕に対する評価が今回の結果とは異なる可能性がある。そして、今回、くりぬき型枕の中の素材が既製品であるため不明であり、円柱型枕とくりぬき型枕は、形状、重さ、中の素材がすべて異なったが、厳密に比較するには枕の中の素材を揃える必要がある。

本研究で作成した円柱枕は、安定感や開放感においてくりぬき型枕より優れていたものの、前額部、下顎部にかかる体圧が高く、長期的に使用した場合に皮膚トラブルを引き起こす可能性がある。顔面にかかる体圧や皮膚トラブルの軽減する、柔軟性と安定感を両立する顔用枕の作成が今後の課題である。

#### 参考文献

- 1) 小田嶋愛, 大野さとみ, 角田佳奈 他: 術後に安全・安楽な療養生活を送るためのフェイスダウン枕を検討する, 第 35 回東京医科大学病院看護研究集録, 48, 2015.

# 日本視機能看護学会 会則

## 第1章 総則

### 第1条 名称

- 1, 本会は日本視機能看護学会 (Japan Academy of Ophthalmic Nursing) と称する。
- 2, 本会は昭和 60 年 4 月 1 日に発足した日本眼科看護研究会から改称したものである。

### 第2条 事務局

本会は、事務局を東京都に置く。

## 第2章 目的および事業

### 第3条 目的

本会は視機能看護の質的向上を図り、もって医療の向上と人々の健康と福祉に寄与することを目的とする。

### 第4条 事業

本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 学術集会の開催
- (2) 学会誌の発行
- (3) 講習会、研修会等の開催
- (4) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

## 第3章 会員

### 第5条 種別

本会の会員は、第2章の目的と事業の遂行に協力することとし、詳細は次の通りとする。

正 会 員：本会の目的に賛同し、視機能看護に従事あるいは関心を有する

看護師・准看護師または医療従事者で、理事会の承認を得た個人

施設会員：眼科診療を行っている施設。1施設の会員登録者数は10名までとする。

賛助会員：本会の目的に賛同し本会の維持発展に協力する団体または個人

名誉会員：本会に著しく貢献し、正会員2名以上の推薦を受け、理事会にて承認された者

### 第6条 入会

入会を希望する者は、所定の入会申込書に本会事務局に提出し、理事会の承認を得た上で当該年度の年会費を期限までに納入しなければならない。ただし、名誉会員は、この限りではない。

### 第7条 年会費

本会の年会費は付則により定める。

### 第8条 退会

- 1, 会員が退会しようとするときは、その旨を書面にて本会事務局に届けなければならない。届け出をもって退会とする。
- 2, 会費を連続して2年度滞納したときは、年度末をもって退会したものとみなす。

### 第9条 資格の喪失

会員が次の各号の一つに該当したときは、その資格を喪失する。

- (1) 退会したとき
- (2) 除名されたとき

### 第10条 除名

会員に本会会員として著しく品位を欠く行為があったときは、理事会の決議を経て除名することができる。

### 第11条 会員の利益



正 会 員：年一回の会報および学会誌の送付，学術集会および地方分科会の優待参加，総会への参加  
施設会員：年一回の会報および学会誌の各 2 冊送付，学術集会および地方分科会の優待参加  
賛助会員：年一回の会報および学会誌の各 2 冊送付，学会ホームページへの企業情報のリンク掲載  
名誉会員：年一回の会報および学会誌の送付，学術集会および地方分科会の優待参加，総会への参加

## 第 4 章 役員

### 第 11 条 役員

本会に次の役員を置く。

- (1) 理事長：1 名
- (2) 副理事長：若干名
- (3) 理事：若干名
- (4) 監事：若干名

### 第 12 条 選任

役員は次の規定に従って選任される。

- (1) 理事長は正会員の中から選出する。
- (2) 副理事長，理事および監事は理事長が任命する。
- (3) 役員の総数は 10 名を超えないものとし，任期は 2 年とする。ただし再任は妨げない。

### 第 13 条 職務

本会の役員は次の職務を行う。

- (1) 理事長は本会を代表し会務を統括し，総会および理事会を招集する。
- (2) 副理事長は理事長を補佐し，必要に応じて職務を代行する。
- (3) 理事は会則に従い，会務を執行する。
- (4) 監事は，本会の財産，会計ならびに会務の執行を監査する。
- (5) 理事長は，会の運営上，必要に応じてアドバイザーを任命することができる。
- (6) 役員ならびにアドバイザーは無報酬とする。

事務局は，理事会の指名によりその指示のもと，会務全般の円滑な運営実務を日常的に担う。

## 第 5 章 会議

### 第 14 条 総会

- 1，本会は，原則として総会を毎年 1 回開催する。
- 2，総会は，理事長が招集し，議長を務める。
- 3，次の各号は，定期総会での報告を要する。

- (1) 事業報告及び収支決算
- (2) 事業計画及び収支予算
- (3) 役員の選任
- (4) その他，理事会が必要と認めた事項

理事会が必要と認めた時は，理事長は臨時総会を招集する。

### 第 15 条 理事会

理事会は，理事長が招集し，理事長，副理事長，理事，監事，及び事務局をもって組織し，次の事項を審議し議決する。

- (1) 事業報告及び収支決算
- (2) 事業計画及び収支予算
- (3) 学会諸規則・諸規定の改編や制定
- (4) 委員会の設置
- (5) その他，理事会が必要と認めた事項

- 1, 理事会は, 委任状を含め理事の 3 分の 2 以上の出席をもって成立する.
- 2, 理事会の議事は, 出席理事の過半数をもって決する.
- 3, 理事長は, 必要に応じて当該年学術集会長ならびにアドバイザーの理事会への 出席を求めることができる.
- 4, 書記は理事長が指名し, 議事録を作成することとする.

## 第 6 章 学術集会

### 第 16 条 会長

- 1, 会長は理事会で選出され, 当該年度の学術集会の運営に当たる.
- 2, 会長は, 2 期連続して就任することはできない.

### 第 17 条 学術集会の運営

- 1, 学術集会での発表は正会員あるいは施設会員に限る.  
ただし, 施設会員の場合は, 1 施設 1 名に限る.  
なお, 共同発表者に会員以外の者を含んでも差し支えない.
- 2, 学術集会の運営費は, その都度参加費を徴収してこれに充てる.
- 3, 学術集会運営事務局は, 当該学術集会の担当が指定し, 学会事務局とは別に運営する.

## 第 7 章 会計

### 第 18 条 会計年度

本会の会計年度は, 毎年 1 月 1 日に始まり 12 月 31 日に終わる.

### 第 19 条 本会運営の経費

本会の運営に要する経費は, 年会費, その他の収入を以てこれに充てる.

## 第 8 章 会則の変更

### 第 20 条 会則の変更

この会則は, 理事会の議決を経て変更することができる.

## 第 9 章 個人情報保護

第 21 条 会員の個人情報は, 事務局にて漏洩が無いように施錠またはパスワード等により適切に管理し, 第三者には開示しない.

発送作業など学会事務遂行に関わる場合には, 委託事業者との間で事前に同様の取り決めをする.  
尚, 退会者の情報については, データベースおよび紙を速やかに裁断するなどして抹消する.

## 付則

### 第 1 条:

本会の年会費は, 次の通りとする.

- (1) 正 会 員 : 5,000 円
- (2) 施設会員 : 30,000 円
- (3) 賛助会員 : 50,000 円 (1 口)
- (4) 名誉会員 : 免除

### 第 2 条:

本会則は, 平成 12 年 7 月 23 日から施行する.

本会則は, 平成 13 年 7 月 14 日から改定施行する.

本会則は, 平成 19 年 6 月 30 日から改定施行する.

本会則は、平成 20 年 9 月 20 日から改定施行する。  
本会則は、平成 25 年 1 月 1 日から改定施行する。  
本会則は、平成 28 年 2 月 14 日から改正施行する。  
本会則は、平成 28 年 11 月 20 日から改正施行する。

第 3 条：

- 1, 平成 25 年 1 月 1 日の会則改定は、会の名称が日本眼科看護研究会から日本視機能看護学会へ変更されることに伴う改定である。
- 2, とくに定める場合を除き、日本視機能看護学会は日本眼科看護研究会の資産、会計を含むすべての事業や実績、ならびに役員構成をそのまま承継するものとする。
- 3, 会の名称変更の移行期間においては、混乱や誤解を避けるために必要に応じて旧名称、新名称の使い分けや併用を認める。
- 4, 第 18 条の改変に伴い、平成 27 年度は平成 27 年 4 月 1 日から平成 27 年 12 月 31 日までとする。
- 5, 平成 29 年 11 月 1 日より、事務局を下記に設置する。

〒 161-0031 東京都新宿区西落合 4-17-20 (株)ヘルスケアスクエア内

TEL / FAX03-6908-0533 shikinou@hcsquare.jp

## 日本視機能看護学会役員名簿

---

理 事 長	大音 清香	(医療法人社団 済安堂 井上眼科病院)
副 理 事	山崎 淳	(医療法人仁和会 熊本眼科医院)
理 事	兵頭 涼子	(医療法人仁友会 南松山病院)
理 事	上村 博子	(医療法人湘山会 眼科三宅病院)
理 事	永野 美香	(医療法人社団研英会 林眼科病院)
アドバイザー	大久保和夫	(NPO 法人 HAICS 研究会 副理事長)
監 事	中澤 茂	(A・S・P・アウトソース株式会社 代表取締役)
事 務 局	佐々木昌茂	(株式会社ヘルスケアスクエア 代表取締役)

2017 年 12 月現在

## 日本視機能看護学会 論文投稿チェックリスト

※投稿する前に必ずチェックし、原稿に添付して提出してください。

下記項目に従っていない場合は投稿を受領できないことがあります。

### 【投稿に際して】

- ☐ 論文の内容は他の学会や他誌、本学会の他領域に公表あるいは投稿されていないものですか。
- ☐ 筆頭著者は本学会の会員ですか
- ☐ 著作権譲渡同意書を添付していますか

### 【原稿の形式】

- ☐ 原稿は Microsoft 社 Word またはテキストファイルで作成していますか
- ☐ 投稿に関しては、①タイトルページ、②和文要旨・キーワード、③本文、④図・表と図表のタイトル、⑤文献の順に作成し、頁は原稿の下中央(フッター部)に通し番号をいれていますか。
- ☐ 学術総会で発表した研究を投稿する場合は、文末に「本論文は第〇回日本視機能看護学会学術総会で発表した」と付記していますか
- ☐ 本文(スペースを含む)・文献・図表(1点につき200文字)を含めてA4用紙に1頁あたりヨコ30字×タテ40行(1,200文字)にまとめていますか
- ☐ 本文の文字は「MS明朝体12ポイント」英文表記は「Century 半角12ポイント」に統一されていますか
- ☐ 日本視機能看護学会書式を利用しタイトルページにすべて記載していますか
- ☐ 和文要旨は「目的」、「方法」、「結果」、「考察」の順に400字以内で簡潔に記載し400字以内でまとめられていますか
- ☐ 論文の趣旨に関するキーワードが5個以内で重要な順に列記していますか
- ☐ 本文は「はじめに」、「方法」、「倫理的配慮」、「結果」、「考察」の順に記入し、「はじめに」には番号はつけず、「Ⅰ方法」、「Ⅱ倫理的配慮」と方法以降の各項目にはローマ数字で番号をつけていますか

### 【記号と数字】

- ☐ 数字はアラビア文字を用いていますか
- ☐ 見出しは、章(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)、節(1、2、3.)、項【1)、2)、3)】、項の下は【(1)、(2)、(3)】で記載していますか
- ☐ 句読点は句点(。 )と読点は(, )を使用していますか。
- ☐ 数量の記号は cm、mm、dL、mL、kg、g、mg、℃、%などを用いていますか

### 【倫理的配慮の記載】

- ☐ 研究対象者個人が特定できないよう配慮していますか
- ☐ 写真などを掲載する場合は、研究対象者個人が特定できないよう十分に配慮し掲載の承諾が得られたことを



明記していますか

☐ 倫理的配慮の記載については、研究者が特定されないように「当院」や「当病棟」などの固有名詞は避け、「A 病院」、「A 施設」など匿名化した記載になっていますか。ただし、倫理委員会名の記載については固有名詞でよい。

#### 【図・表について】

☐ 図・表は白黒で判別できるものですか(モノクロに変換して入稿してください。グラフなど系列が判別できないケースが増えています)

☐ 図は JPEG ファイルですか

☐ 図・表は原稿本文に埋め込まず、独立したファイルとして添付していますか。

☐ 表は Microsoft 社 Excel、Microsoft 社 PowerPoint とし、必ず別途完成形の PDF ファイルを添付していますか

☐ 図・表のタイトルは本文原稿とは別の用紙を用いて、それだけを読んでも図・表の内容がわかるように簡潔に記載していますか

☐ 図・表を転載する場合には出典を明記しその許可をえていますか(著作権を侵害していませんか)

#### 【文献について】

☐ 文献に関する情報は原典と相違ないですか

☐ 文献の記載方法は投稿規定に従っていますか

☐ 他者の論文から引用する場合、原文のまま引用し、引用箇所が明確となるよう文中に「 」をつけていますか

☐ 本文中に引用した文献を引用順に記載し、右肩に 1) と上付き文字で記入し、引用文献一覧の番号と内容が一致していますか。

改訂年月日 2017 年 11 月

## 賛助会員 一覧

株式会社はんだや  
日本アルコンファーマ株式会社  
参天製薬株式会社  
バイエル薬品株式会社  
クーパービジョン・ジャパン株式会社

## 広告掲載企業 一覧

参天製薬株式会社  
日本アルコンファーマ株式会社

## 日本視機能看護学会誌編集委員会

委員長	大音清香
委員	山嵜 淳
委員	兵頭涼子
委員	上村博子
委員	永野美香

日本視機能看護学会誌 2017 Vol.2	
発行年月日	平成 29 年 12 月 15 日
編集者	日本視機能看護学会事務局
発行者	日本視機能看護学会 理事長 大音清香 〒 161-0031 東京都新宿区西落合 4-17-20 電話／FAX 03-6908-0533 shikinou@hcsquare.jp
制作	株式会社ヘルスケアスクエア 〒 161-0031 東京都新宿区西落合 4-17-20 電話／FAX 03-6908-0533

Alcon Pharma K.K.



一人でも多くの患者さんに  
「見えるよろこび」を届けます

2017年4月1日から日本アルコン株式会社の医薬品事業本部と  
ノバルティス ファーマ株式会社の眼科領域事業部が統合し  
「アルコン ファーマ株式会社」として活動を開始しました。

私たちは新しい発想で、これまで以上に患者の皆様、  
医療関係者の皆様に貢献できるよう最善を尽くしてまいります。

**Alcon** Pharma

アルコン ファーマ株式会社

<https://www.alconpharma.jp>



うるおい、届けたい

Santen

BAK<sup>®</sup>  
フリー



## ドライアイ治療剤(ムチン/水分分泌促進点眼剤)

処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

**ジクアス<sup>®</sup>点眼液3%**

**DIQUAS<sup>®</sup> ophthalmic solution 3%**

ジクアソルナトリウム点眼液

*Diquas*

### 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

### 【効能・効果】

ドライアイ

<効能・効果に関連する使用上の注意>

涙液異常に伴う角膜上皮障害が認められ、ドライアイと診断された患者に使用すること。

### 【用法・用量】

通常、1回1滴、1日6回点眼する。

製造販売元

**参天製薬株式会社**

大阪市北区大深町4-20

資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

### 【使用上の注意】

#### 1. 副作用

##### 承認時

総症例655例中、副作用(臨床検査値異常変動を含む)が認められたのは155例(23.7%)であった。主な副作用は、眼刺激感44件(6.7%)、眼脂31件(4.7%)、結膜充血24件(3.7%)、眼痛18件(2.7%)、眼そう痒感16件(2.4%)、異物感14件(2.1%)、眼不快感7件(1.1%)等であった。

##### 使用成績調査(第6回安全性定期報告時)

総症例3,196例中、副作用が認められたのは202例(6.3%)であった。主な副作用は、眼刺激感30件(0.9%)、眼脂30件(0.9%)、眼痛22件(0.7%)、流涙増加20件(0.6%)、眼瞼炎19件(0.6%)等であった。

副作用が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

種類	頻度	頻度不明	5%以上	0.1~5%未満
過敏症	—	—	—	眼瞼炎
眼	角膜上皮障害(糸状角膜炎、表層角膜炎、角膜びらん等)、結膜炎	刺激感	眼脂、結膜充血、眼痛、そう痒感、異物感、不快感、結膜下出血、眼の異常感(乾燥感、違和感、ねばつき感)、霧視、羞明、流涙	
その他	—	—	—	頭痛、好酸球増加、ALT(GPT)上昇

発現頻度は承認時までの臨床試験の結果に基づき算出した。

#### 2. 小児等への投与

低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

#### 3. 適用上の注意

1) 投与経路: 点眼用) のみ使用すること。

2) 投与时:

- (1) 薬液汚染防止のため、点眼のとき、容器の先端が直接目に触れないように注意するよう指導すること。
- (2) 他の点眼剤と併用する場合には、少なくとも5分間以上の間隔を空けて点眼するよう指導すること。

● 詳細は添付文書をご参照下さい。

● 添付文書・使用上の注意(解説)の記載には十分ご留意しご使用下さい。

2015年10月作成  
DA15J000A41WC\_A