

Cの理由についてはPANSS-ECの評価項目すべてにおいて有意な差がみられなかった ($p>0.05$) (図1-a、b)。

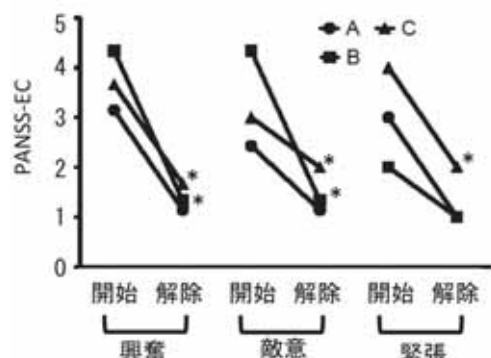


図1-a 隔離開始時と解除時の評価項目の変化

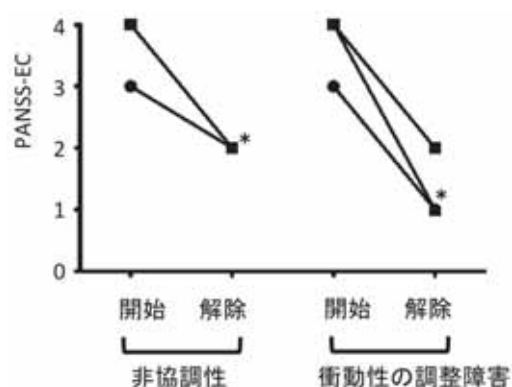


図1-b

IV. 考察

隔離開始理由のAおよびBにおける隔離解除の指標として、PANSS-ECの評価項目のすべてあるいは一部を用いての評価が妥当であるといえる。評価者からはPANSS-ECの評価項目を用いて評価していく中で「興奮」や「衝動性」を開放観察や隔離解除の感覚的な判断としており、PANSS-ECの評価項目と一致しているとの意見が聞かれた。

しかしながら、Cの理由ではPANSS-ECの評価項目すべてに有意差がみられなかった。このことは隔離理由すべてに共通する評価項目がなく、隔離理由により、評価項目が異なるということが示された。すべての隔離患者に統一した評価基準を設けるのではなく、隔離理由により評価基準を設けることが必要である。

林らは行動制限の最小化、最適化には積極的な姿勢と慎重な判断の両方が必要であり、行動制限を検討する頻度を上げること、問題をより明確化することで質の向上をはかり、効率的な仕組みを確立させることの必要性について述べている³⁾。当研究により、PANSS-ECを評価

基準として設けることで、目的意識をもって患者を評価することができるといえる。

また、藤丸は隔離・拘束の長期化を促進する要因の1つとして、不穏多動が起因となった隔離が、いつの間にか身体状況の悪化によって遷延化していたり、患者への過度な病棟ルールの押し付けが解除判断を曇らせてしまう「問題のすり替え」を指摘している¹⁾。このことは隔離理由によるPANSS-ECの評価項目を評価基準とすることで、隔離中の問題点について軌道修正、適正化を図ることができ、行動制限最小化が期待できる。

評価者の知識や経験が評価内容、判断に影響を与えるため、PANSS-ECによる評価点数は行動制限や隔離解除に向けた一助としていくことが重要である。

V. 結論

隔離解除の指標として、精神保健福祉法に定められた隔離について対象となる患者に関する事項によって、PANSS-ECの評価項目のすべてあるいは一部を用いての評価が妥当であるといえる。

参考文献

- 1) 藤丸成：実践 精神科看護テキスト 第10巻 行動制限最小化看護、株式会社 精神看護出版、2007
- 2) 小路美樹子、田中正孝、山本邦美：行動制限最小化にECの活用の可能性 PANSSとECの相関から、日本精神科看護学会誌、57(1)、116-117、2014
- 3) 林朋康等：行動制限最小化最適化に向けてのシステムづくり 個別性・客観性・効率性をめざした取り組み、日本精神科看護学会論文集vol.13、93-97、2013
- 4) S.R.ケイ、山田寛他訳：陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル、星和書店、1991

意欲低下のみられる患者との関わり

～食事量低下が改善したケースを通して学んだこと～

医療法人恵生会 南浜病院 2階病棟

看護師 小林 真央

Key Words

うつ病 意欲低下 患者理解

はじめに

うつ病とは気分障害の一種であり、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥、食欲低下、不眠などを特徴とする精神疾患である。

今回、うつ病再燃によって思考や判断力が低下し、食欲低下につながった患者に対し自己の看護や関わりについて振り返り学びを得たのでここに報告する。

I. ケース紹介

- ①対象患者：A氏、70代後半、女性
- ②疾患名：うつ病、妄想性障害、便秘症
- ③性格：穏やかで、周囲に気を遣う
- ④家族構成：40代で夫が亡くなり、1人暮らし。
子どもはおらずキーパーソンは近所に住む甥。
- ⑤現病歴：美容師として定年まで勤めていた。

一昨年前に美容師をしていた際の先生が亡くなったことをきっかけに焦燥感が出現し、他院を受診するも一時的に改善するのみで徐々に症状悪化。倦怠感、疲労感、焦燥感、希死念慮も時折出現するような状態であったためX年に入院。内科的疾患も患ったが3ヶ月程をかけて精神症状やADL的にはほぼ自立するまで改善した。

- ⑥受け持ち時の状態：X+12ヶ月頃より症状は再燃し、歩行や身体的な運動能力は問題ないが、活動意欲・食欲低下、身体的苦痛の訴えが増加している状態であった。その要因として「面会に来た友人に親戚が具合が悪くて今にも逝きそうっていうのを聞いて心配で。その話を聞いてから気持ちが落ちているのは自分でもわかっているんです。」と発言あり。症状が再燃した当初は肩の疼痛や全身倦怠感を訴える程度であり、長文の会話もしっかりとできていた。サインバルタ2Cを3Cに増量するも精神状態変わらず。身体的な訴えはむしろ増え、排尿困難や全身の疼痛を訴えるようになった。

た。X+13ヶ月後更に眠前にリフレックスを追加したが「薬なんか飲んだって変わらない。ご飯が飲みこめなくなった。歯がカタカタして食べ方が分からなくなった。何もできない。家に帰りたい。みんなに心配かけて。その辺まで行って死のうかとも考えてたんだ。」と話の内容に統一性がなく、受け答えが出来ないまで悪化したため医師に報告し、1ヶ月程でリフレックスを中止。経過を観察中である。

II. 倫理的配慮

本ケースレポートを作成するにあたり、本人及び家族に対して個人情報に配慮すること、院外で使用することはしないことを口頭で説明し同意を得た。

III. 援助の実際

症状が再燃した要因として親戚の安否を気にしている以外に何か他にも理由があるのではないかと考えた。A氏は「皆さんに迷惑をかけて申し訳ない。具合が悪いからあんまりしゃべりたくない。」という発言があったが、ステーションまで自ら何度も来て身体的症状を訴えることが多かった。カンファレンスにて理学療法士とともに以前までは歩行練習を行っていたが、歩行状態が安定しリハビリテーションが終了したことで、時間をかけて関わる機会が少なくなったことも要因としてあるのではということがあがった。歩行状態は問題ないにも関わらず「歩けなくなったからご飯を食べに行かれない。」という発言から、ホール端の食席まで「一緒に歩く練習をしましょう。」と声をかけ、拒否がみられた際は時間をあけて再度誘導するようにした。その結果、歩けないから行きたくないという発言は少なくなったが、依然として食事量は1～2割程度であり、「ご飯の食べ方がわからなくなった。飲み込めない。食べ方を教えて欲しい。」という言葉が聞かれた。そのことから、スタッフから気に

かけて欲しいという真意があるのではないかと考え、食席を自室から近く、ステーションに近い比較的スタッフの目の行き届く場所に設置し、時折声をかけるようにした。すると食事は7割～9割まで増加した。

IV. 考 察

A氏から「しゃべりたくない」という発言が聞かれたがそれをそのまま受け止めず、そのような発言に至った真意は何かを考えなければならない。平野は「患者のさまざまな表現のなかから固有のサインを見逃さずに受け止めることによって、その特有の人間存在を理解することである」¹⁾と述べている。拒否的な言動がみられても、これは患者のひとつの表現方法であり、A氏の性格や他者に迷惑をかけたくないという気持ちを汲み取り支援しなければならないと考える。

また、森は「患者のあるがままの状態を受け入れるということは、患者がどのような言動に対しても批判的・評価的態度をとらずに、あるがままの状態を受け入れる。患者がどういう状態であれ、そうせざるをえない状態であることを認めることである。このような看護者の態度から患者は看護者を安心できる存在と感じ信頼を寄せるようになる。」²⁾と、宇佐美は「つねに、生活の場で患者と関わり、その状況、反応を把握できる看護師の役割は重要である。」³⁾と述べている。「行きたくない。」「しゃべりたくない。」という発言が聞かれた際に無理にコミュニケーションを図るのではなく時間をあけ再度訪室するといった患者との程よい距離をとることや、日々様々に変化する訴えを傾聴し、継続した看護を提供していくうえで変化があれば記録に記載し、比較的調子の良い状態と悪い状態を見極めること、その時の状態を踏まえA氏のペースに合わせて関わることにより、A氏も自身に関心を持ってくれているという安心感につながり、少しずつ食事量が増えることにつながったのではないかと考える。

V. 結 論

患者に関心を持って関わることでその姿勢は患者にも伝わる。自分に関心を持ってくれているということを患者が感じてくれることにより、精神状態が安定し、行動変容につながることもある。

VI. おわりに

A氏はADL全般に対する意欲低下がみられており、清潔や排泄、活動に対する意欲低下も継続してみられていることから、加齢による身体的症状もふまえながらこれからもA氏の症状に合わせた看護を提供できるようにしていきたい。

引用・参考文献

- 1) 平野馨：対人関係の基礎知識—カウンセリングとグループ・ダイナミクスの活用、日本看護協会出版会、p 64、1993
- 2) 森温理：標準看護学講座 精神看護 27、金原出版株式会社、p 121、2003
- 3) 宇佐美千恵子：成人看護学リハビリテーション患者の看護、廣川書店、p 197、2003

退院に向けての自己服薬支援について

医療法人恵生会 南浜病院 1階北病棟

看護師 土 佐 奈都美

Key Words

自己服薬 自発的 支援

はじめに

現在の精神科医療にとって、薬物療法はもっとも基礎的な治療である。「服薬する」という行為に対して私たちは患者様の精神症状が緩和し、社会への再適応がスムーズに進むよう期待している。

一方、患者は必ずしも上記のような認識をしているとは限らず、治療者側の期待を理解できない場合もある。看護師の役割として、服薬支援は重要なものであり、入院中だけでなく退院後も継続できるよう援助が必要となる。

今回のケースでは、退院歴があり、入院中は服薬できているが外泊されると自己中断される患者を対象とし、入院中に患者・家族と話し合いながら服薬支援を行っていった。

結果の報告とともに、今回の服薬支援が適切であったのか自身の振り返りを行い、ここに報告する。

I. 事例紹介

- ①対象者：A氏、40歳代後半、男性。
- ②疾患名：統合失調症
- ③性格：内気、まじめ
- ④家族構成：父（キーパーソン、同居）1カ月に一回自宅への外泊、2週間に1回の面会あり。姉、既婚し疎遠。
- ⑤現病歴：小さい頃はまじめで内気なところはあったが、特に目立った問題はなかった。専門学校在学中にコンピューター関係の会社に中途採用され勤務。寮生活をしていて「誰かが自分を見張っている」などと言いき、仕事についていけず退職。以後定職につかずに生活していたが、独語、空笑みられ、妄想的な内容を一人で延々と話したり些細なことで興奮しては家族に暴言・暴力行為、器物破損もみられるようになり医療保護入院となった。その後2回入退院を繰り返し、デイケアに通っていたが次第に来なくなり、父が薬を取りに行くことも拒み、受診援助を利用し来院。受診の

結果3回目の医療保護入院となる。

II. 倫理的配慮

患者に対して本ケースの趣旨とプライバシーに配慮することを口頭にて説明し了承を得た。さらに得られた情報はケース目的以外には使用しないこと、及びこのケースを病院内で発表することを説明し同意を得た。

III. 援助の実際

A氏は月に1回自宅へ外泊しているが、そのたびに定期薬を自己中断されていた。食後薬は服用するが就寝前薬は服用されなかったり、食後薬を丸1日分服用されていない時もあった。また、薬をきちんと服用できたか確認するため、空袋も帰院時確認することになっているが、持参されない状況にあった。A氏と同様に父にも外泊前に食後薬を促していただきたいこと、空袋は服薬確認のために持ってきていただきたいことを伝えるが、「まあそれはわかりましたけども、毎回毎回小学生みたいに飲んだかなんて確認してられない」、「毎回空の薬を持って来いと本人に看護師さんが言っているけど聞きやしない」「食べた後すぐに飲めと言ってるんだけどもすぐに飲まないんだ。それでそのまま寝たり起きていたりしている」と話された。

また父が高齢であるため、この先自宅に退院したとしても父の負担も多くなると考え、担当精神保健福祉士と父を交えて生活訓練施設への入所の提案をすると納得されていた。A氏にも外泊時の振り返りを行う際に生活訓練施設の提案をすると「退院したいよ。したい。なるほどね。そういうところがあるんだ。」と拒否感はみられなかった。

以上のやりとりから、生活訓練施設にむけて自発的な服薬方法を導入することで毎食後に薬があるということの意識付けになると考え、看護師の与薬の時間中に、服

薬確認表をもって自ら薬を取りに行くことができたなら看護師が確認表にチェックをしていく方法を提案した。A氏から「他の患者もしてるやつね。できるかなあ。」と不安な発言がきかれたため、出来たことに対して肯定するなどしてサポートする関わりが必要であると考えた。

自発的な服薬方法から数日は服薬確認表をもち、自ら薬を取りに来られる姿がみられた。しかしその数日後から服薬確認表を忘れたり、薬を取りに来られたり全く取りに来られない姿がみられるようになった。この結果をもとに振り返りを行い、服薬確認表を用いての自発的な服薬方法についてどのように感じているのか問うと、「チェック表…あれはちょっとダメですね。できません。なんか合わないです」と話された。また、その後の外泊時も「薬は1日飲むの忘れたね」と笑顔で言われたりするなど定期薬をすべて飲むことはなかった。

IV. 考察

外泊中に服薬を自己中断されているため、意識付けのために服薬確認表を利用しての自発的な服薬方法を導入したが、その後の外泊も自己中断されており、服薬確認表についてもA氏からは「合わない」との発言が聞かれた。

遠藤¹⁾らは、「患者自らが主体的に治療に参画・納得し、薬物療法を選択し、積極的に医療を受けられるように支援することが重要であり、それが服薬指導の土台となる。」と述べている。本ケースでは、患者との関わりを振り返ると本人の「できるかなあ」と発言された時に、具体的にどのような不安があるのか、どのような服薬方法であつたらできそうかなど、A氏の思いを十分に傾聴できていなかったことが意識付けに繋がらず、外泊時も変わらず自己中断されていたと考える。このことから、自分の関わり方がコンプライアンスの状態にあつたのだと理解することができた。A氏の薬に対する思いを聴いたり、自分で考えて服薬の仕方を決めていくアドヒアランスの関わり方をすることで、日常的に服薬について考える機会も増え、自己効力感を高めることに繋がるのではないかと考える。

天賀谷²⁾らは、「家族の服薬への思いや態度が良くも悪くも患者の服薬行動に影響するため、家族の理解も重要である」と述べている。父も服薬に対して重要性を感じている発言は聞かれないため、A氏だけでなく父に対しても薬剤師などと連携し、引き続き服薬指導を行っていく必要があると考える。

本来は薬の重要性を理解した上で服薬していくことが望ましいが、病識も薄い方であるため重要性を理解しての服薬の継続は難しいと思われる。その為、A氏がどのような生活を送っていきたいのかを明確にした上で、生活の一部として服薬をどのように意識付けし、支援していくかを考えていく必要がある。

また、原点に戻りA氏が今後どのように生活していきたいのか、やりたいことや目標などがあるかなどの話をしていき、実現できるようにするためには何をしていくことが大切かを話していくことで、服薬の意識付けにも繋がると学ぶことができた。

V. 結論

1. 服薬支援を行うには、本人の薬に対しての思いを大切にし、自己効力感を高め、主体的に取り組めるような関わりをしていくことが大切である。
2. 本人が今後どのような生活をしていきたいのかを本人との関わりの中で見出し、支援できることを考えていくことが必要である。

引用・参考文献

- 1) 遠藤淑美ら編：実践 精神科看護テキスト改訂版第4巻 精神疾患／薬物療法，(株)精神看護出版，2011
- 2) 天賀谷隆ら編：実践 精神科看護テキスト 第13巻 精神科薬物療法看護，(株)精神看護出版，2007



高齢者うつ病患者の内服自己管理に向けての取り組み

～退院後、単身生活を継続していくために～

南浜病院 3階 看護師

看護師 桑原 まい

Key Words

高齢単身 内服自己管理 認知機能低下

I. 初めに

近年高齢化に伴い、単身高齢者世帯や高齢者夫婦世帯も増加している。高齢者に好発する精神障害としてうつ病・認知症があり、高齢者が今までの生活を継続していく中で障害となっている。また、入院し環境の変化によって認知症が発症したり進行してしまう事もある。私が受け持たせて頂いた60代後半のA氏は入院前服薬管理がうまく行えていなかった。A氏は単身生活者で、退院後も単身生活を継続する予定であり内服自己管理が重要な課題となるのではないかと考えた。A氏への服薬管理の関わりから自分の行った看護が効果的であったのか振り返り、今後の看護へと繋げていきたいと考えた。

II. ケース紹介

- ①年齢・性別：A氏、60歳代後半、女性
- ②職業：無職
- ③疾患名：うつ病
- ④性格傾向：内向的だが人という事が好き
- ⑤家族：単身。数年前に夫他界し、以後一人暮らし。長男は他県在住。長女(自営業)は隣の市に嫁いでおりキーパーソン。
- ⑥既往歴：脳動脈瘤
- ⑦現病歴：〈入院までの経過〉
家に籠りがちな夫を見ていた頃より抑うつ的になる。夫死亡後も抑うつ感継続。この頃より様子がおかしくなり、薬の飲み方も間違いが多くなる。脳動脈瘤が発見されるが積極的な治療はせず、介護認定を受け要介護2。長女が逢いに行くと「もう死にたい」等明確に口にし、長女も不安強い事から当院受診し、医療保護入院となった。
- ⑧治療目標：睡眠・食欲・意欲・抑うつ気分改善。
- ⑨本人の病気に対する思い：夫が亡くなり死にたいと思った。眠れるようになりたい。

III. 倫理的配慮

対象を受け持たせていただいた際に、事例としてまとめ、発表させていただくことがあるということ、その際には個人が特定されないよう十分に配慮することを本人へ説明し承諾を得た。

IV. 援助の実際

入院当初、抑うつ的な発言聞かれたが、OT等積極的に行い徐々に抑うつ感軽減していった。入院時長谷川式認知症スケール23点、二カ月後に測定し16点となり明らかな認知機能の低下も伺えた。入院前に内服間違いが多くあり退院後の単身生活継続のためには内服自己管理が必要と考え援助を実践した。

〈計画①〉

一度に渡す内服薬の数が多いと間違いの元になると考え内服薬を一日分から渡す事とした。看護師と確認しながら飲み、服薬時にきちんといつ飲むものか確認するようにしてもらいたいと考えた。

〈実施①〉

一日分の処方(朝・夕・寝る前)を薬袋に入れて16時に渡し、看護師が服薬に回る時に一緒に確認しながら服用してもらおう。

〈結果・評価①〉

- ・服薬に看護師が回る時に自室におらず、声かけをしても「薬なんてありましたか」と発言あり。
- ・朝薬服用時に夕薬を選ぶ等、いつの分を飲むべきなのかわからないようであった。
- ・初回の外泊前日に夜間せん妄状態になる。翌朝、服薬時に薬なく、本人に聞くと薬袋ごとなくしてしまったと返答あり。

内服への意識が薄く薬袋を無くす事もあったため、自己管理は難しいと判断し看護師管理へと戻す。

〈計画②〉

長女付き添いにて外出泊を繰り返して行えるようになる。薬を決まった時間に飲む事ができていなかったため、ま

ずは朝・夕食後、寝る前にナースセンターまで薬を取りに来て決まった時間に薬を飲む事が習慣となるよう関わっていく事とした。

服薬時、A氏に服薬カートのケース内にセットされた薬を選んでもらう事で退院後の薬の重複や飲み忘れが防げると考えた。また、A氏がより覚えやすいよう服薬回数を少なくするためDrへ相談し服薬回数を朝・夕食後、寝る前の3回から朝食後・寝る前の2回へと変更になった。

〈実施〉

食後、ホールにて経過しているA氏へ声かけをし、服薬する薬を選んでもらい一緒に確認しながら内服してもらった。

〈結果・評価②〉

- ・除々に自身からナースセンターへ取りに来るようになったが、声かけが必要な時の方が多かった。また、服薬すべき薬を間違える事はあったが「今の時間は〇〇ですよ」と声をかければ薬を選ぶ事が行えた。

A氏自ら薬を取りに来て選んで飲む事は難しいが声かけで薬を飲む事や選ぶ事はできていた。しかし、退院後にA氏一人で服薬を管理する事は難しいと考えられたため、ヘルパーを毎日導入し朝食後薬はA氏とヘルパーと一緒に確認しながら内服し、眠前薬は長女が毎日電話し電話中に内服する事となった。服薬BOXは薬を重複する恐れがあるのではと長女より指摘あり、A氏とヘルパーが眠前薬をA氏の分かりやすい所に一緒にセットする事となった。

V. 考 察

認知症とは成人に達してから、つまり十分に脳が成長発達してから後に、何らかの病的な原因により、全体的に知能が低下し日常生活が困難となった状態と定義されている。A氏は、入院時長谷川識スケール23点で、入院から約二カ月後に再度測定すると16点となっていた。20点以下で認知症の恐れがあるとされており、A氏は認知症の初期の段階であるとされた。

実施①では、A氏に一日分の薬から管理してもらおうと考えたが薬を飲む事に対する意識付けがなく内服自体を忘れてしまう事が多かった。赤塚は「認知症になると短期記憶を障害されるが長期記憶は比較的維持される。認知症患者は人生の遠い記憶の中で生きている事がある。過去の人生を知ると現在の行動を理解する事ができる」¹⁾と述べている。A氏は自宅にいる時に薬を朝・夕・寝る前とビンの中に分けて入れて管理しており、薬袋から取り出しての内服は行っていなかった。この事から、

A氏が入院前にどのように薬を管理していたのか確認する必要がある、服薬BOXなど用いてA氏が以前行っていた方法に近い形で薬を管理してもらうようにすると良かったのではないかと考えられる。また、薬を飲む時に自室へ戻り、看護師が来るまで待ち、飲む薬を選んで内服する等今までやっていなかった事を行わなければならなかった。新しく覚えなければならぬ難しかったのではないかと考えられる。A氏の認知機能や以前の習慣を考慮した援助が必要であった。

実施②では、A氏に薬を飲む事を意識してもらうように関わった。しかし、忘れる時や内服薬の選択を間違える事も多く、サービスの利用や長女からの協力が必要であると考えられた。

パム・ドーソンは「痴呆によりセルフケア能力が脅かされたり低下していても可能にさせる様な看護(介助)を行えば、認知機能に問題のある高齢者でも基本的な日常生活動作を維持できるようになる。」と述べている。また、「その結果日常生活の継続と生活の質が維持できる」とも述べている。

A氏が服薬する時に誰かが常にその場で見守る事は退院後不可能であった。A氏が服薬の際に問題となった事は薬の飲み忘れと選び間違いであった。声かけで薬の内服や選択はできていたので、この二つの事が解決できればA氏は単身でも服薬を行う事ができると考えられた。そこで、朝はヘルパーと確認しながら服用し寝る前の分をA氏がわかる所に置く事、寝る前は長女からの電話の最中に飲んでもらうという事になり、A氏が間違いやすい点を補える形となった。A氏が間違いやすい点のみを補う事で、A氏の日常生活の継続に繋げられるのではないかと考える。

VII. 結 論

A氏の場合、長期記憶が保たれている状態と考え今までの生活や習慣に合わせた工夫や援助が必要であった。また、高齢者が身体的・精神的変化がある中で今までの生活を送っていく事は難しいため、変化に対応して援助したり、環境を整える事も大切な看護の一つであると感じた。今後も看護を行っていく中で今回振り返り学んだ事を大切に実践していきたいと考える。

VIII. 引用・参考文献

- 1) 赤塚大樹、高齢者の心理と看護・介護(初版)、培風館、P.107、2002年発行
- 2) パム・ドーソン(山下美根子)、痴呆性高齢者の残存機能を高めるケア、医学書院、P.52、2002年発行

EPOCの苦手意識の改善について

医療法人恵生会 南浜病院 検査室

西田 陽子

Key Words

EPOC 苦手意識

はじめに

「EPOC」は、(株)アリーアメディカル社の製品で、簡単な操作で迅速かつ信頼性の高い結果を提供できるPOCT機の一つであり、医療現場のみならず災害時の緊急検査など様々な場面で用いられている分析装置である。

当院では、主に緊急時や夜間・休日の電解質の測定に使用されている。

以前よりEPOC使用後、検査室に返却された残りの測定カードの枚数が、使用回数に比べて多く減っていることに気づき、EPOC使用の際、使用者に不便をかけていることが分かった。

そこで、EPOCを使用する看護師にアンケート調査を行い不便をかけている原因を調べ、改善点を考察する。

I. 研究目的

EPOC使用時の失敗する原因を調べ、改善箇所を探すことにより、苦手意識の改善につなげる。

II. 研究方法

1. 研究対象

EPOCを使用する各病棟看護師、外来看護師

2. 調査期間

平成26年12月12日～平成27年2月17日。

平成26年12月12日～平成26年12月19日にEPOCに関するアンケートを取り、それを基にマニュアルの改訂と各病棟でのEPOCの勉強会を平成27年1月28日から行い、その後の意識の変化をもう一度アンケートをとり調べた。

III. 倫理的配慮

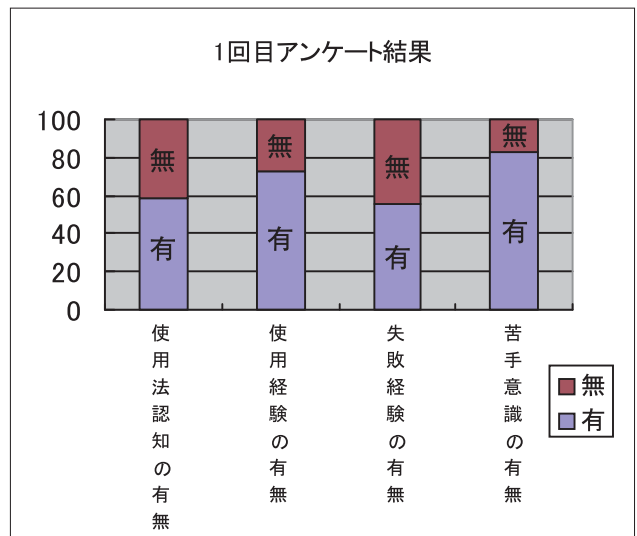
個人情報保護に留意し、アンケート回収を行った。

アンケート上に個人が特定できる情報の記入を求めないよう配慮した。

IV. 結果

① 1回目アンケート集計結果 (12/12～12/19)

1回目のアンケートは、実情を知るためのアンケートとした。(質問1) EPOCの使い方を知っているかを調べた。91人中53人が知っていると答えた。(質問2) EPOCを使ったことがあるかを調べた。91人中67人が使用経験があった。また、使用経験がある人の半数以上(55.2%)が失敗したことがあると答えた。(質問3) EPOCに苦手意識があるかを調べた。91人中75人が苦手意識があると答えた。



以上のアンケート結果をふまえ、改善策を考えた。

1) 操作マニュアルの改訂

アンケートの中から操作マニュアルが分かりづらいという意見が多くあったので手順が簡潔で分かりやすい新しいマニュアルを作った。

2) 各病棟で勉強会を設ける。

EPOCを使用したことがない看護師が3割近くいて、使い方を知らない看護師も4割程度いることから勉強会を行い、実際に触ってもらい使用経験を増やし、苦手意識の軽減に努めた。

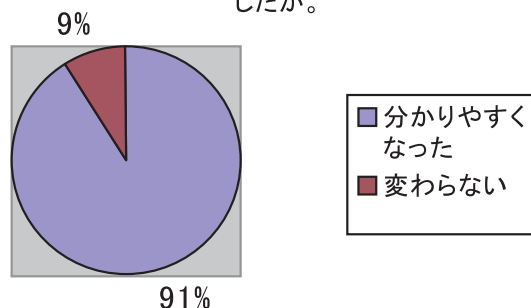
3) マニュアルを各病棟に常備しておく。

今までは、緊急時にEPOCを使う時になってからでないとマニュアルを見れなかったため、見慣れないマニュアルを見ながらの操作になっていたが、常備することで時間があるときに見慣れておくことが出来るようにした。

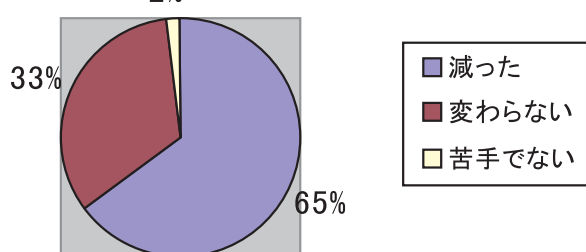
② 2回目アンケート集計結果（1/28～2/17）

2回目のアンケートは、各病棟で勉強会を行った後に改善点の有効性と苦手意識の変化について知るためのアンケートとした。（質問1）新しいマニュアルは見やすくなったかを調べた。45人中41人が見やすくなったと答え、45人中4人が変わらないと答えた。（質問2）勉強会で使い方が分かったかを調べた。45人中27人がよく分かったと答え、45人中18人がまあまあ分かったと答えた。（質問3）今後も勉強会が必要かを調べた。45人中43人が必要だと答えた。また、勉強会の頻度については年に1～2回必要という意見が多数だった。（質問4）苦手意識の変化についてを調べた。45人中29人は減ったと答え、45人中15人は変わらないと答えた。

質問1 新しいマニュアルは分かりやすくなりましたか。



質問4 苦手意識の変化



改善点を実行した結果、1回目のアンケートで8割の看護師が苦手意識を持っていたが、2回目のアンケー

トでは6割の看護師が苦手意識が減ったとの回答が得られた。

V. 考 察

1回目のアンケート結果より、苦手意識をもつ看護師が8割以上になり、使用経験のある看護師の半数は失敗した経験があることが分かった。苦手意識につながる原因として、使用頻度が少ないこと・使い方が難しい・マニュアルが見難いという意見が多く見られたため、勉強会を開き使い方を分かりやすく説明し、起きやすいエラーについても体験してもらい、使用する回数を1回でも多く設けることとした。普段の使用時とは違い、落ち着いた手順を行ってもらうことで使い方がよく分かったと回答した看護師は6割となった。また、マニュアルを見やすく改訂した。マニュアルには、起きやすいエラーや注意すること・手順に沿った写真を加えた。新しいマニュアルが分かりやすくなったという回答は9割になった。そして、改善策実施により苦手意識が減ったと答えた看護師は6割になった。これらの改善策により1回の勉強会でも意識の変化はみられた。

以上の事から、定期的に勉強会を行うことにより、さらなる自信につながると推測される。そして、苦手意識が変わらないと答えた3割の看護師の苦手意識を減らすためには、勉強会の質を上げ、回数を重ねていくことで意識の変化に効果があると考ええる。

VI. 結 論

苦手意識を軽減するには、勉強会を行い、EPOCに関わる機会を増やしていくことも有効だと考えられる。今後、1年に2回のペースで各病棟ごとに勉強会を開くことで、使用時の失敗を減らし、コスト面・安全面ともに改善できると考える。

実際の現場では、使用するときは緊急時で焦ってしまうことが考えられるので、看護師が自信を持って臨んでもらえるよう、これからも改善点を探し検査室としてサポートしていきたい。