盲患者の安全で安心できる入院環境の検討

－盲患者４名による食事・排泄・清潔・姿勢に関する聞き取り調査を通して－

A病棟７階北
○椿　本　真　理　　太　田　啓　子
吉　川　有　子

Ⅰ．はじめに

近年糖尿病性網膜症に代表される合併症により生じる眼疾患での高度な視力障害者は増加傾向にある。当院眼科病棟（以下当科とする）での平成14年度の入院患者数は520名で、そのうち糖尿病性網膜症患者は37名、盲患者は６名であった（**図1**）。Carroll.I.J.REV. Blindnessは失明について「20の喪失」（**表1**）といって、その障害の重度を分析している。

表1　20の喪失

第1群　心理的な安定に関する基本的な喪失
① 身体的完全の喪失
② 残存感覚に対する自身の喪失
③ 環境との現実的な接触の喪失
④ 視覚的背景の喪失
⑤ 光の喪失
第2群　基礎的技術の喪失
⑥ 移動能力の喪失
⑦ 日常生活技術の喪失
第3群　意思伝達能力の喪失
⑧ 文章による意思伝達能力の喪失
⑨ 会話による意思伝達能力の喪失
情報の動きを知る能力の喪失

第4群　鑑賞力の喪失
⑩　楽しみを感じる力の喪失
⑪　美の鑑賞力の喪失
⑫　レクレーションの喪失
⑬　経験就職の機会などの喪失
第5群　職業・経済的安定の喪失
⑭　経済的安定の喪失
⑮　独立心の喪失
第6群　結果的に全人的に生ずる喪失
⑯　社会的存在であることの喪失
⑰　目立たない存在であることの喪失
⑱　自己評価の喪失
⑲　全人格構造の喪失

現在社会における病院の質評価では入院環境に「安全や安心」が求められる。当科に入院中の盲患者から「歩行中ものや人にぶつかる」「歩行時に進むべき方向が分からなくなる」「車椅子トイレを覗かれる」などの意見がきかれた。平成16年６月に移転を控えている今、私たちは患者がさらに看護師に言えない不安や不満を抱えて入院生活を送っているのではないかと考えた。今の病棟での改善点、及び新病棟に向けて安全かつ安心して生活できる眼科病棟独自の環境を提供するために、眼科入院中の盲患者４名を対象に重度の視力障害者が抱えている問題点について聞き取り調査を行った。

Ⅱ．研究方法

１）期間：平成15年６月１日～９月30日
２）対象：当科入院中で聞き取り調査に同意を得た盲患者４名（男性１名、女性３名）。４名とも大部屋入院（**表2**）。

・盲：0～0.02未満
・準盲：0.02～0.04未満
・弱視：0.04～0.3未満

図１　盲・準・弱視の分類(矯正視力)

表2 対象4名の概要

ケース	性	年齢 歳	病歴 年	入院 回	病名	視力の程度 (失明の期間)
A氏	男	55	5	7	両糖尿病性網膜症	右0.02 左HM20㎝ H13. 7~(2.2年)
B氏	女	61	10	6	右網膜症色素変性症 左幼少時から眼球癌	右HM30㎝ 左眼球摘 H13. 1~(2.8年)
C氏	女	30	1	1	両糖尿病性網膜症 両緑内障	両光覚(+) H15. 2~(7ヶ月)
D氏	女	78	18	4	両緑内障 右ヘルペス角膜炎	右HM30㎝ 左義眼 S62. 4~(16.3年)

3）方法：①入院生活における日常生活行動の中で視力障害が最も影響の与える4項目（食事・排泄・清潔・姿勢）に関する調査をVirginia Hendersonの基本的ニード14項目より抜粋し独自に作成した。

②作成した調査用紙を用い研究メンバー3名が1対1の聞き取り調査を行った。場所はカンファレンス室、所要時間は平均51分を要した。

Ⅲ．結果

食事のセッティング方法は良い3名、悪い1名であった。良いと答えた患者は自分の好むセッティングを看護師が理解している、また方法が分からない時は聞いて確認してくれると答えた。悪いと答えた患者からは看護師の食事内容についての説明ではイメージがわきにくく不十分、もっと分かり易く説明して欲しいという意見がきかれた。食事時の環境については患者の選択によりオーバーベッドテーブル使用2名、床頭台使用2名に分かれ、前者からは床頭台は逆に狭く物を落としそうで恐い、後者からはオーバーベッドテーブルでは広すぎるという意見がきかれた**(表3)**。

排泄については車椅子トイレを使用している患者は3名、和式トイレを使用している患者は1名であった。患者4名の共通した意見としては、便器にたどり着けるまでの手すりが欲しい、棚やポータブルトイレといった障害物を置かないで欲しいであった。また、聴き取り調査時、患者より「車椅子トイレを覗かれる」といった意見が得られたため、車椅子トイレ扉の内側にカーテンを設置した。それについては良い1名、邪魔と答えた患者は2名であった**(表4)**。

表3 調査結果・食事

	セッティング方法	食事環境	カーテン
A氏	良い	オーバーベッドテーブル	閉めて欲しい
B氏	良い	オーバーベッドテーブル	閉めて欲しい
C氏	悪い	床頭台	閉めて欲しい
D氏	良い	床頭台	開けていて良い

表4 調査結果・排泄

	利用するトイレ	トイレ内の手すり	入り口ドアの内のカーテン
A氏	車椅子用トイレ	便器までたどりつける手すりが欲しい	邪魔
B氏	車椅子用トイレ	便器までたどりつける手すりが欲しい	邪魔
C氏	車椅子用トイレ	便器までたどりつける手すりが欲しい	良い
D氏	和式		

浴室の構造については4名全員が悪いと答えた。その理由として、スロープが急すぎる、段差がある、手すりの数が少ない、脱衣場の床が濡れていて滑りやすい、ナースコールの場所がわからないなどの意見がきかれた。更衣に関しては3名が自立、1名はズボンの前後ろが分からない、ボタンをかけるのに時間がかかるといった理由で介助を要した。洗面所の構造について良いと答えた患者1名は、自分で使う場所を決めているので特に問題はないという意見であった。悪いと答えた患者3名は蛇口が使いにくい、自動がいい、蛇口で頭を打ったことがあるという意

見であった(**表5**)。

表5　調査結果・清潔

	清拭タオルの区別	更衣	浴槽の構造	洗面所の構造
A氏	使ったことがない	自立	悪い	良い
B氏	説明があればできる	自立	悪い	良い
C氏	できない	介助	悪い	良い
D氏	できない	介助	悪い	良い

姿勢については、廊下で人にぶつかった経験が全員あり、子供が恐い、部屋の入り口で話をしている人が邪魔になるという意見がきかれた。部屋番号については全員が見えず、手すりの数でカウントしている、手すりを触って分かるようにして欲しい、音声でわかるようにして欲しいという意見があった。そこで、患者の「手すりを触って部屋番号を解かるようにして欲しい」という意見より、廊下のてすりに部屋番号の下一桁の数の手印を着けた。手印はプラスチック製の直径10mm、高さ5mmの物を使用し、手すりの両端に取り付けた。看護師の移動介助については全員が良いと答えている(**表6**)。

表6　調査結果・姿勢

	廊下でぶつかった経験	NSの移動介助	障害物	部屋の識別
A氏	ある	良い	邪魔	手すりでカウント
B氏	ある	良い	邪魔	歩数感覚
C氏	ある	良い	手印になる	歩数感覚
D氏	ある	良い	邪魔	要介助

これら以外に、自分の出す音(時計の音、白杖につけた鈴の音等)で同室者に怒られた、トイレの使い方が汚いと言われた、同室者にあまり気を使って欲しくない、見えないことをかわいそうと言われると辛い、見えないことを理解して欲しい、同情より何気ない手助けが嬉しいという意見もあった。

Ⅳ. 考察

4名の盲患者に食事・排泄・清潔・姿勢の4項目に関し聞き取り調査を行った。その結果排泄に関して車椅子トイレを使用しているA・B・C氏3名より便器までたどり着ける手すりが欲しいという意見が聞かれた。この事は、Carroll.I.J.REV.Blindnessの20の喪失における「移動能力の喪失」を示すものと考える。

人間は従来行ってきた動作やその結果が視覚的に確認できないことでそれの代用として残っている触覚・知覚に頼るといわれている。患者の手すりが欲しいという意見より盲患者の移動において手すりが重要なものである事を示していると考える。聞き取り調査を行っていく中でC氏からは鍵を内側から自分でかけられないため「トイレの使用中扉を開けられ覗かれる」という意見がきかれた。そのため、トイレの扉の内側にワンクッションおくためカーテンをとりつけた。しかしA・B氏からは邪魔であると答えが聞かれた。その理由としてA氏・B氏は自ら鍵をかけることができるため扉を勝手に開けられることもなく邪魔という答えになったと考えられる。しかし、C氏にとってはカーテンを設置することで安心して排泄行為を行える結果となった。

次に清潔に関しては、現在当病棟の浴室は段差10cm、スロープ角度30°であり、浴室構造については全員から悪いという意見がきかれた。健常者にとっては小さな段差、スロープであっても視覚から情報を認知できない盲患者にとっては予測不可能なものであり

危険を伴うものとなる。危険因子を排除する上でも視力障害者にとって段差のない構造が望ましいと考える。

姿勢に関しては廊下にいる人、歩く人に4名全員がぶつかると答えた。この事に対し当科入院の他患者にも入院時オリエンテーションで盲患者の存在を伝え歩行の際の注意を呼びかける必要があり、また病棟のルールとして廊下の右側通行を徹底するといった対策も実行する必要があると考える。

私達は聞き取り調査開始前、各質問項目に関して食事介助等患者全員から看護師 の援助方法が統一されておらず「悪い」という意見が聞かれると思っていた。しかし、セッティング方法、トイレ・洗面所の使いやすさ、通り道に物が置いてあることに意見の相違があった。Rune.Duposu は[1]「生命のある所、どこにでも適応が見られ、それは生物界と無生物界とをもっとも明確に区別する特長の1つである」「その生物がどれほど原始的なものであっても、それぞれ特有のやり方で環境の力に適応的に応答しようとするものである」と述べている。このことは、人間はどのような時も環境に適応しようとする生物である事を示している。しかし、個々の生活習慣・発病年齢・社会的立場・障害の程度・失明に至った経過・期間・入院歴といったバックグラウンドにより物事を習得するまでの時間に個人差があるため患者の意見の相違につながったのではないかと考える。このことより私達看護師の役割は、患者のバックグラウンドを把握し、個々の患者が持っている適応能力を充分に活かしながら、患者が安全で、確実な動作を習慣化できるように援助していくことではないだろうか。

また石黒は[2]「中途失明者の場合過去の知識や経験、技術の多くは活用され、視覚に代わる確認、弁別の方法や、判断基準などを習得することで、技術面では失明前のレベルに到達することが可能である」と述べている。眼科看護師は盲患者の自立を促すことも重要な役割であると考える。

さらに聞き取り調査より盲患者にとってもう1つ重要な看護のポイントが明確になった。それは、盲患者が看護者以外の同室患者・面会の方々の視力障害に対する理解を得ることを望んでいた。時間が分からないため音声の出る時計を利用すること、物を落としたりぶつかったりすることで生じる騒音など同室患者同士のトラブルもある。看護師の役割として入院時オリエンテーションなどで視力障害者に対する理解が得られるような配慮が必要であると考える。トーマスキャロルは失明について「20の喪失」といって、その障害の重度を分析している。看護師は患者が失明後の人生に対して希望を失い、大きな不安の中にいることを深く理解することが必要であると言える。しかし現状では精神面の配慮は看護処置の背景に置き去りにされがちである。時に不安に思う患者のだすサインにさえも鈍感になりがちである。以上のことから眼科看護師の今後の課題として、時間をかけて患者に目を向ける姿勢と、危機状態におかれた患者の心理構造の理解、看護側のカウンセラー技術の取得も求められると考える。

V．まとめ

この研究を通して、

1）段差や急なスロープを排除

2）目的地まで辿りつける安全な手すり

3）障害物の除去、固定

4）他患者への盲患者に対する理解を得るためのオリエンテーションの導入が視力障害者にとって安心で安全な入院環境であるとわかった。さらに、視力障害者にとって、精神的苦痛を取り除く看護が必要であると再認識した。

VI. おわりに

今回の研究のように日々患者より投げかけられる思い、意見などを参考にして今後の看護に活かし、平成16年6月に新病棟に移転する事もふまえ、盲患者にとっての安心かつ安全な入院環境作りを今後も心がけていきたい。

引用文献

1）Rune.Duposu：人間と適応、みすず書房、p203、1970

2）石黒　清子：視覚障害者の日常生活訓練とその成果－中途失明者の社会適応訓練－、看護技術　35(16)　p.1929～1932、1989

参考文献

1）Carroll.I.J.REV.Blindness:WhatItIs.What It Does.and How to Live with It.Boston. Little Brown 1961(樋口直純訳. 失明. 東京, 日盲委,1977)

2）Verginia.Henderson：看護の基本となるもの、日本看護協会出版会、1997

3）鈴木　文子：失明初期の視覚障害者の日常生活動作の自立への援助、臨床看護、16(2)、p.258～265、1990