

生物禁止食の現状とその問題点の検討

－他施設へのアンケート調査より－

1 病棟 10 階

○田中恵美子 西村淑乃 品田真由美 松永須美恵 花田千鶴美

はじめに

血液疾患患者は常に感染の危険にさらされており看護婦は感染予防についての正しい知識をもち、患者・家族への指導及び、理解と協力を得ることが必要とされる。当科でも骨髄移植（以下 BMT と称す）や多剤併用の強力な化学療法（以下治療と称す）を受けている患者に対し、その取り組みは日常業務の中でも重要な位置を占めている。その中で易感染状態にある患者に、腸管内の感染予防を目的とした生物禁止食（以下生禁食と称す）を提供している。しかし、患者からは「味が薄い」、「バリエーションが少ない」など不満が多く聞かれ、治療による食欲不振と併せて生禁食をあまり摂取していないのが現状である。また看護婦からも、当科では生禁食の出される期間、摂取できる食品の範囲等について統一化されたものがなく、そのため患者指導に迷いがあることと、感染予防の面で生禁食はどの程度まで必要かを疑問視する声が聞かれている。文献においても生禁食の必要性や妥当性等を検証した報告は少ない。そこで他施設での現状や問題点を知り、当科でのマニュアル作成の参考にするためにアンケート調査を行った。そして、生禁食に対する今後の課題を得たので報告する。

<用語の定義>

生物禁止食（当院での定義）

BMT 前後及び、治療により易感染状態にある患者に対し、腸管内の感染予防を目的として刺身・生野菜・卵（生卵・半熟卵）を禁止し、それ以外の食品をすべて加熱処理した食事。但し、皮つきの果物は許可されている。

I. 研究方法

1. アンケート調査期間：平成 10 年 5 月～6 月
2. 対象：骨髄移植推進財団に認定されている全国の施設のうち成人の患者を有する 81 の診療科
3. 調査方法：自作のアンケート用紙を上記の 81 施設に直接郵送した。記載方法は、無記名・自己記載質問紙法とし、あてはまるものすべてに○印をつけ、理由等については自由記載とした。質問内容は、生禁食の提供の有無、対象、期間、患者の意見、生禁食（配膳食）以外の食品の許可、工夫していること、必要性の有無、定義、問題点・疑問点及び今後の課題等についての 9 項目である。

4. 集計方法：質問項目別の実数及び％で表した（複数回答あり）。また、具体的な数値やその他の意見、理由は別記載としその回答数を明記した。生禁食の定義、問題点疑問点、課題は箇条書きにした。

II. 結果 <図1～8・表1、2を参照>

アンケートを配布した81施設より65施設66病棟から回収できた。回収率は80％であった。そして66病棟すべてが生禁食、またはこれに類似した食事を出していた。生禁食の対象はBMTや急性白血病で治療を受けている患者が70％以上を占めていた。期間は各施設でかなり異なっており、中にはBMT患者は入院から退院まで生禁食を提供しているという回答もあった。食事に関する意見も、味付け、内容、外観すべてに不満を感じているという意見が多く、加熱による臭気や水分低下、また治療による味覚異常もその要因であった。また97％の施設が生禁食（配膳食）に限らず他の加熱済みの食品の摂取を認めていた。しかし、生禁食（配膳食）の摂取しか許可していない施設はその理由として「患者が混乱する」、「腸内感染を起こした時に原因がわからなくなる」という記載をしていた。工夫していることについては、すべての施設が栄養士や家族の協力を得るなど、患者の食へのニーズを満たすために様々な方法で関わっていた。生禁食の必要性については85％の施設が「必要と思う」と回答している。しかし、「もう少し制限の範囲をゆるめてもよいのではないか」という記載もあった。また「わからない」と回答している17％の施設の理由として、「制限の基準がなく医師の考え方に左右される」、「どこまで腸内感染予防に有効か不明」と述べていた。定義については、生物を禁止し加熱処理していることは共通しているが、加熱方法は各施設で異なっていた。問題点・疑問点については、医療従事者の認識のずれ、患者教育に関するもの、食事そのものに関する記載が多かった。課題については、それらを改善したいという内容であった。

III. 考察

患者の意見の中には、「いつも材料が決まっていて楽しみが少ない」、「入院生活が長く、生禁食というより病院食そのものに飽きがきている」という回答もあり、生禁食に限らず病院食への満足度が低い現状がみられている。しかし、今回の調査で生禁食（配膳食）以外の食品の摂取を許可している施設や、生禁食（配膳食）の摂取しか認めていない施設に於いてもそれぞれ統一した指導が行われていれば、食事に関する患者の不満はないという意見が得られた。すなわち患者に病態を充分説明し生禁食への理解を得ることや、栄養士との連携により嗜好調査や食事のメニューを増やす工夫をすること、マニュアルに沿った指導をすることで、食事への不満は緩和されるということがわかった。

生禁食に対する工夫については各施設とも積極的に取り組んでいるが、家庭の味を取り入れるため家族への協力を依頼する施設が76％を占めていた。生禁食を出していることで逆に食思不振となりストレスを感じている患者や、インスタント食品に頼る患者も増えている。少しでも食事が経口摂取できるためには家族の協力は必須であり、同時に看護婦は家族へも生禁食に関する教育が必要であることを再認識した。また摂取でき

ない時は食べられないという気持ちを受け入れて、一時的に欠食にするなど医療者の柔軟な態度が必要である。そして、患者・家族との相互関係をより深め、医師との連携及び生禁食の短縮化を図ることも大切である。

生禁食（配膳食）以外の食品の摂取については、新製品が次々と販売されている今日、摂取してよい食品か否かを判断するのに看護婦、患者共に個人差が生じ、混乱するおそれもある。生禁食が腸管内の感染予防としてどの程度まで有効かという疑問についても、細菌検査などで検討し、きちんとした裏付けを知る必要もある。正池らは食品の細菌学的検査をした上で「食品リストの作成により、患者は適切な食品・嗜好品の選択の幅が広がり、看護婦は根拠を持った指導が可能となった」と述べている。このように看護婦として各々の食品に対する知識を深め、適切な指導をすることが重要といえる。

ほとんどの施設が生禁食は治療上必要とは思っているが、指導に関する明確な基準がなく、医師の指示のみで対応しており自信をもって患者に説明できないことや、医師との認識の違いという現状に困惑しており、そのため指導の不十分さが問題となっている。今回の調査で患者教育の重要性を再認識した。そして医師や看護婦が統一した指導を行うためのマニュアル作成とそれをもとに患者に生禁食の必要性を充分理解してもらうこと、また栄養士、給食、家族への協力を得るための積極的な働きかけが必要と感じた。生禁食に関する問題点や課題については各施設ごと多種多様な意見がある反面、共感できるものも多くお互いに情報交換を行えるネットワーク作りや、共有できるガイドラインの作成により統一した看護の提供ができることが望ましいと考える。

IV. まとめ

1. 生禁食の対象、期間は各施設でかなり異なり、患者も生禁食に対する不満をもっていたが、患者教育が徹底している施設では生禁食への不満は少なかった。
2. 生禁食は必要と思っているが、指導に関する明確な基準がないことで患者教育に困惑している施設が多かった。
3. 患者の食へのニーズを満たすために、栄養士、給食、家族への積極的な働きかけが必要である。
4. 今後は統一した指導を行うための食品リストを含めたマニュアル作成と、同様の治療を行う施設間での情報交換が必要である。

<引用・参考文献>

- 1) 正池純子他：骨髄抑制時の食品・嗜好品選択の拡大 ～食品リストの作成とその効果～、第20回日本細胞造血移植学会集録、P 164、1997
- 2) 正岡徹他：ナースのための白血病ノート（改訂第2版）、南江堂、1996
- 3) 日野原重明：ナーシングマニュアル第9巻血液造血器疾患看護マニュアル、学習研究社、1997

図1～8すべて

n = 66

100%

複数回答あり () 内は回答数

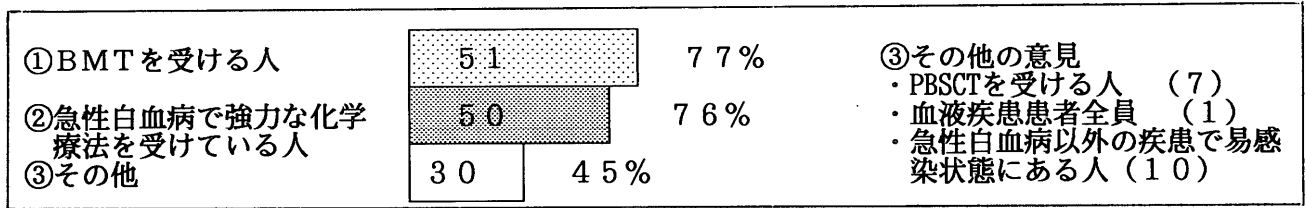


図1 生禁食の対象

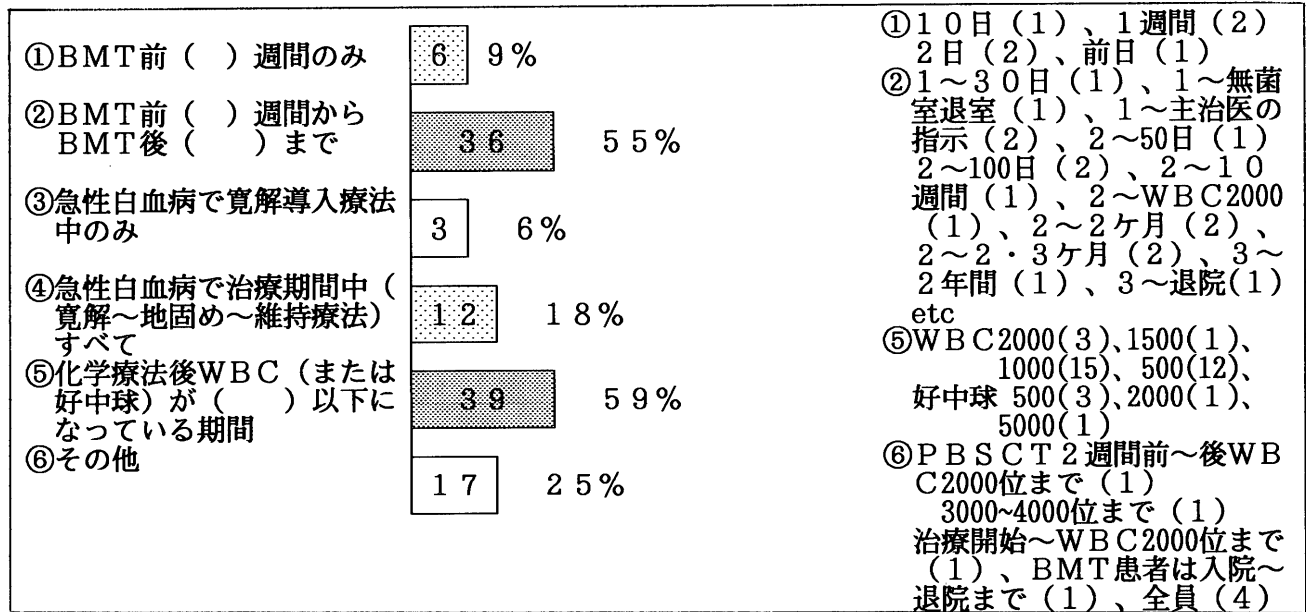


図2 生禁食の期間

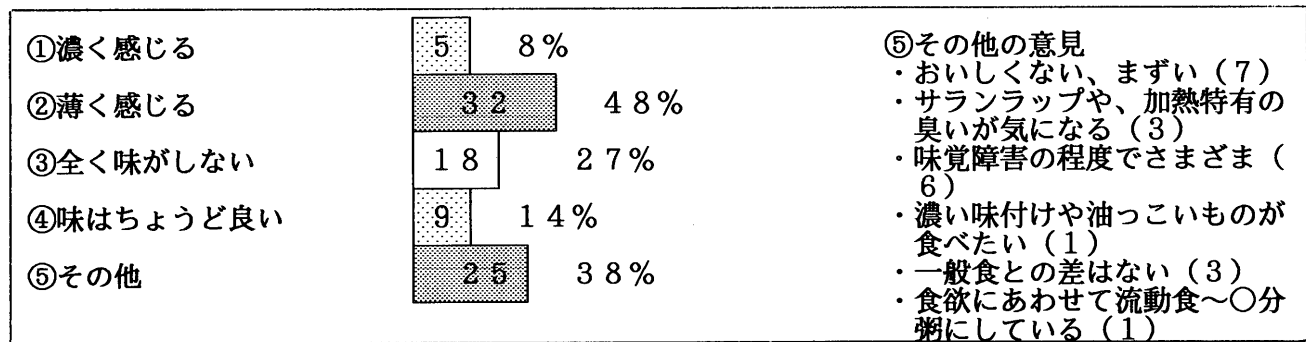


図3 生禁食の意見《味付け》

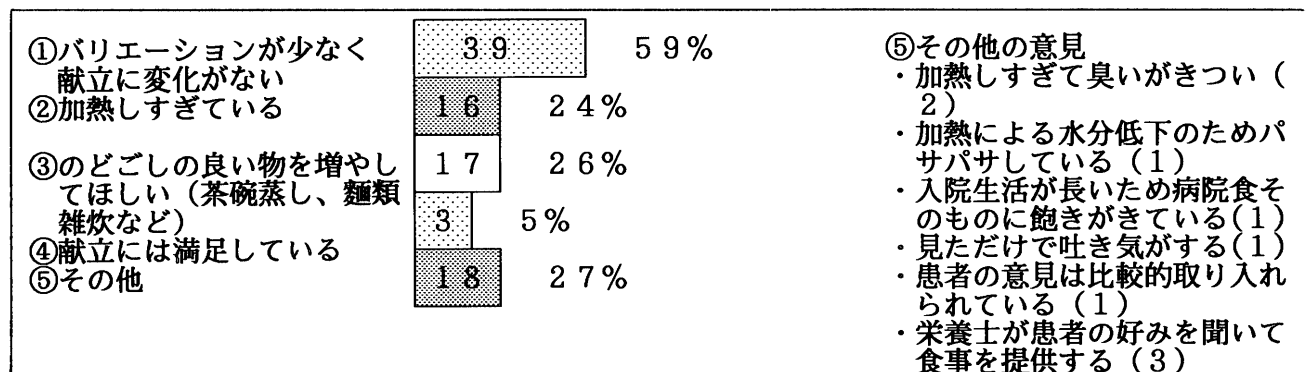


図4 生禁食の意見《内容》

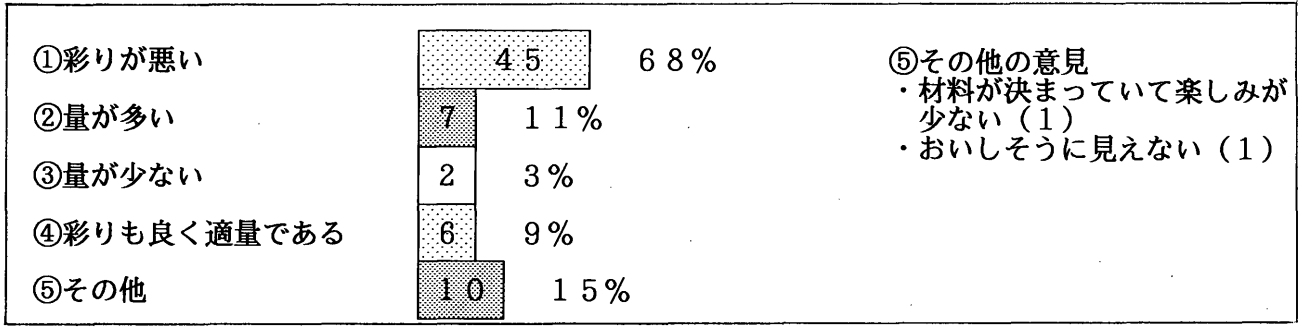


図5 生禁食の意見《外觀》

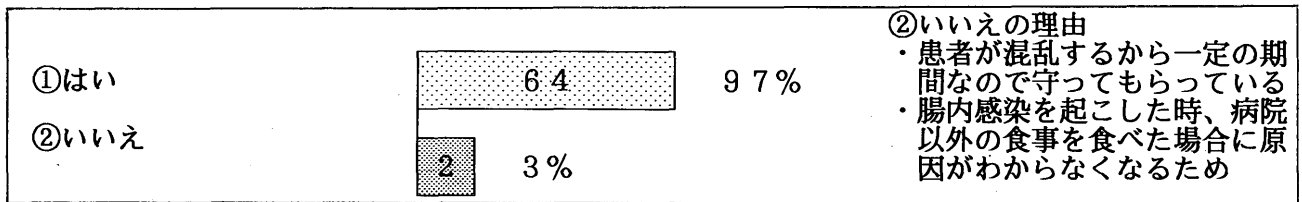


図6 生禁食(配膳食)以外の食品の摂取を許可しているか

- *許可している食品 . . . レトルト類、缶詰、カップ麺、差し入れ(加熱済み)、加熱してあるものetc
- *禁止している食品 . . . カフェイン系、炭酸系の飲み物、乳製品(アイスクリーム、プリン、ヨーグルト)、ケーキ、缶詰レトルト食品以外、生物、皮のむけない果物etc

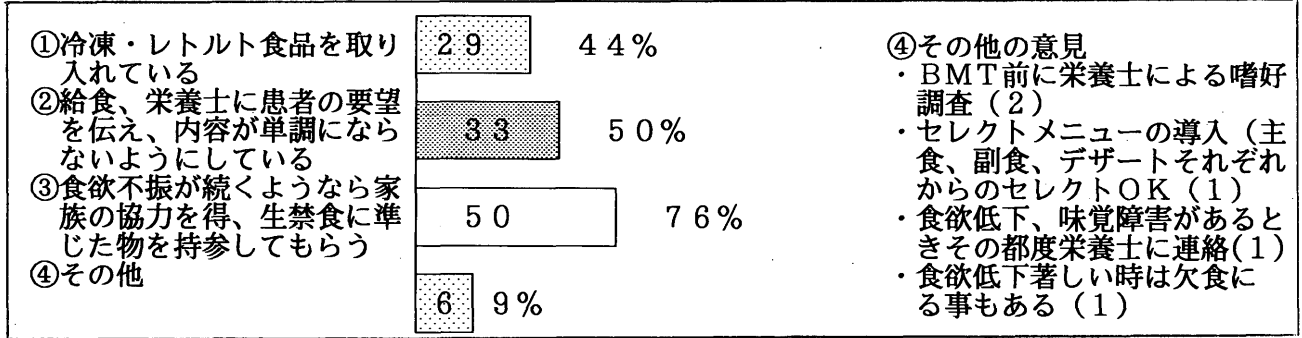


図7 工夫していること

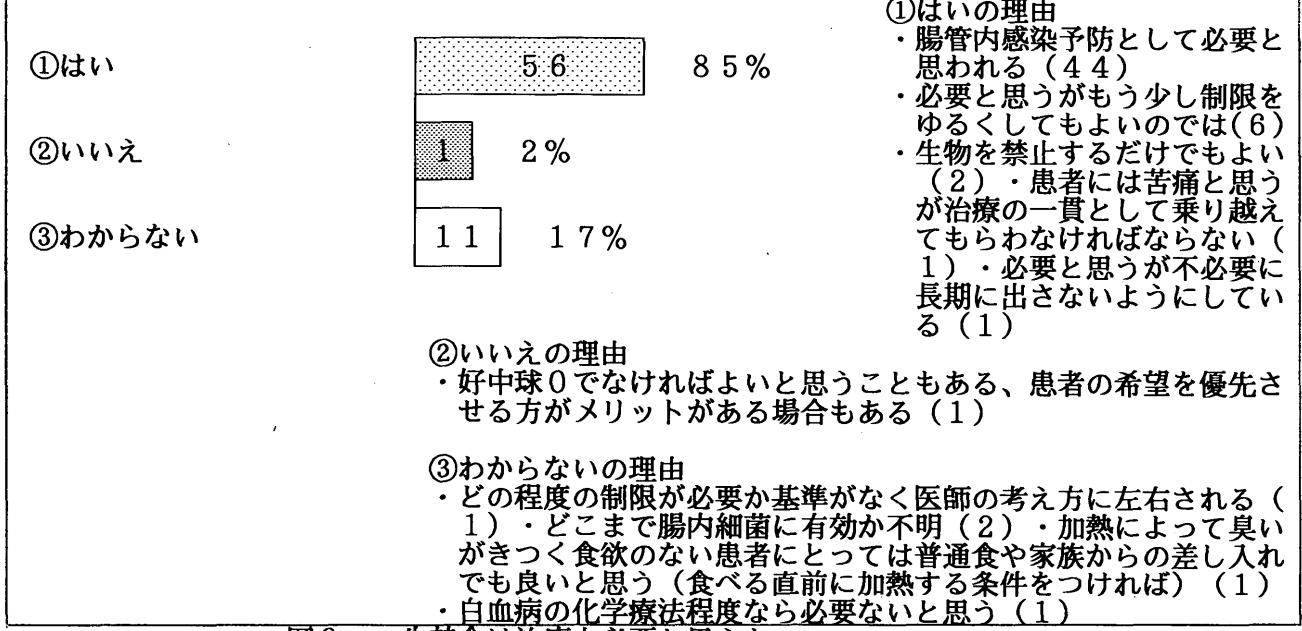


図8 生禁食は治療上必要と思うか

表1 生禁食の定義

- ・すべての食品を加熱処理しているもの
- ・刺身、生野菜、卵（生卵・半熟）、納豆以外の食品で加熱してあるもの
- ・中心温度が85度以上になっている事を確認
- ・加熱された食品に落下細菌を防ぐために調理後すぐに盛り付け、サランラップまたは蓋をかけている
- ・食器はメラミン使用で95度で30分間消毒したものを使用
- ・配膳前に2分間加熱処理する
- ・果物は皮が厚く、むけるものまたは缶詰で丸ごと出す
- ・電子レンジで2分間加熱が可能なもの
- ・飲料水～缶入りものは全て可、ただしカルピスなど乳酸菌を含むものは不可
etc

表2 生禁食に関する問題点、疑問点、今後の課題等

- ・栄養士による栄養指導も実施している故、患者、給食間の問題はない、患者からの生禁食に対する苦情はない。
- ・明確な基準を作り食べられる食品の幅を広げようと考えている
- ・食事だけでなく、口から入る物全てにわたり（食器・箸など）清潔にしていかなければ、ただ生禁食のことだけではいけないと思う。
- ・生禁食を食べていても口腔内の清潔が保てなかったり、内服のできない人には注意が必要（セルフケアもどの程度徹底できているか把握する）
- ・パンフレットはあるが100%とは言いがたく今後も検討が必要
- ・医師、看護婦の認識の差、理解できていない事がある
- ・生禁食期間の短縮化やメニューを増やす工夫
- ・生禁食が食べられずインスタント食品ばかりになりがちな患者が増えている
- ・栄養士と協力しセレクトメニューも可能とし、週1回はお弁当形式とし、好評を得ている
- ・食事のバリエーションが少ないのが問題
- ・病名（病態）告知していることで生活上の制限に対して受け入れはよく、患者から「加熱食はまだか」と聞いてくる。病態の受け止め方によって患者の不満も変わってくるのではないか
- ・栄養士、給食との連携（協力と理解）をうまく保てない状況で、限られた市販品に頼ることが多い（面談、嗜好調査をしたいと思っているが）
- ・どの食品までが摂取可能かあいまい
- ・加熱によりご飯がパサつく、麺が柔らかくなりすぎる為、調理法を工夫できないものか
- ・退院まで生禁食を続けることで患者のストレスが大
- ・生禁食の意義と効果を明確にしておくことが必要
- ・非常に細かいこと、思いもかけないことを聞かれた時判断に困ることがある
- ・きちんと説明できることと統一した指導ができることの必要性を痛感する
- ・今何が食べられるのかを提示し、禁止項目を多くすることは避けている
- ・生禁食を出していることで逆に食欲がおちることが問題
- ・生物を口にはいけないという説明をしても患者個々で受け取り方が違う
- ・食欲が低下し味覚障害のある患者が、少しでも摂取したいと思えるようできるだけ希望を取り入れられるよう配慮したい
- ・食事が食べられない時はおしきせの生禁食と言うより、患者の好みのものを中心に考えるのがよいと思う
etc