

## レーザー治療患者の閉鎖環境改善への取り組み

1 病棟 10 階西 ○山本由美子 山本恵 大野曜子 伊藤恵美子 藤野淑子

### I. はじめに

1 病棟 10 階では早期胃癌によりレーザー治療を受けた患者は、フォトフリンの副作用である光過敏症の予防の為に日中、遮光された環境を約 2 週間余儀なくされている。当科の遮光方法は、4 人部屋にて、患者ベッド周囲の一般病棟用カーテンを遮光カーテンに取り換えるというもの（以後遮光ベッドとする）である。遮光カーテンにしきられた空間は、低照度かつ閉鎖環境となり、ADL の低下、昼夜逆転、痴呆を引き起こす患者が少なくない。これらの問題解決は看護上の課題となっている。

今回、同時期に同じレーザー治療を受ける患者の入院があったため、ベランダ窓のみ遮光カーテンを取り付け、一部屋を遮光（以後遮光部屋とする）して使用することができた。

遮光方法を変えることにより、患者の苦痛を改善することができたのでここに報告する。

### II. 事例紹介

F 氏：81 歳 男性 診断名：早期胃癌 家族構成：2 世帯 6 人家族 性格：温和

入院までの経過

H13. 11 月早期胃癌と診断。H14. 2 月レーザー治療施行。

H15. 8 月再発。H15. 11 月内視鏡的胃粘膜切除術施行。

H16. 5 月再発。内視鏡的治療目的で入院。

入院期間：H16. 6 / 21 ~ 7 / 23

入院の経過

6 / 23 日上部消化管内視鏡施行。7 / 2 日上部消化管内視鏡にて病変部一部生検。7 / 5 日フォトフリン 91mg 投与。7 / 7 日レーザー治療施行。

7 / 5 ~ 7 / 15 の午前中まで遮光ベッドであった。同治療患者の入院があったため 7 / 15 日遮光部屋作成。7 / 15 午後 ~ 7 / 23 日退院まで遮光部屋に入室。

### III. 看護の実際

遮光ベッド時

**看護診断**：遮光環境に関連した①睡眠パターンの混乱のリスク状態

②社会的孤立のリスク状態

③転倒のリスク状態

**看護目標**：生活リズムをくずさず、精神的安定がはかれる。

**看護の経過**

F 氏は日中、検査・排便時以外遮光ベッドから出ることはなかった。臥床もしくはベッド上端座位にて読書をしたり、テレビを見ていることが多く、同室者との会話もほとんどなかった。F 氏から「暗い・狭いというのは日ごとに慣れてきた。」「普段の何気ない会話ができないから時間の感覚がつかみにくい。」「人とあまり話せない。」と発言があった。

そこで昼夜逆転、社会的孤立、が危惧された。また F 氏は転倒転落スコアによる転倒の危

陰度1度であったが、低照度環境のため転倒のリスクは高いと考えられたため、上記看護診断、看護目標を挙げ介入した。看護師は、朝5時前に覚醒していることが多いF氏に、中央洗面所で洗面することを促すようにした。また食前薬を看護師が配薬することによって、食事時間が近いことを知らせた。そして日没後に、入浴を促した。訪室時は、ベッドサイドの椅子に座り、ゆっくりF氏の話聞いた。その日の受け持ちの看護師以外もF氏の部屋の訪室の際には意識的に声かけを行い、時間や天気など回りの状況を知らせた。日没後は、遮光カーテンをあげ、同室者とコミュニケーションをはかれるようにした。環境整備としては、ベッドを一番低くし、物は定位置に置き、床がぬれていないか確認した。

上記の看護師の介入により、時間の感覚のずれの訴えはなく、昼夜逆転、睡眠障害、転倒も起こすことはなかった。しかし、F氏からは「人の声が聞こえるのに誰が話しているかわからない。」同室者からは、「F氏は日中顔が見えないから話しかけるのを躊躇してしまう」という発言があった。F氏も同室者も、お互いにうまくコミュニケーションがはかれないと感じており、F氏の社会的孤立のリスク状態は継続した。

#### 遮光部屋時

**看護診断**：遮光環境による社会的孤立のリスク状態

**看護目標**：同室者とコミュニケーションがはかれる。

#### 看護の経過

遮光ベッドと比較し、照度はかなり高くなった（表1参照）。F氏はカーテンを開け、椅子での生活時間が長くなり、表情も明るくなった。時には部屋の中央で体操する姿も見られた。同室者とのコミュニケーションが増えていくにつれ、看護師が意識的に時間を伝えなくても時間を自然と把握できるようになった。そこでさらに同室者とのコミュニケーションがはかれるように、上記看護診断、看護目標を挙げ介入した。看護師は訪室した時、コミュニケーションをとりやすいよう、必要時以外はカーテンを開けるよう同室者にも促した。

F氏から、「同室者と顔を見て話すことができるし、気も配れる。この部屋になって良かった。」と発言があった。また同室者と一緒に入浴する姿も見られるようになった。7/20遮光解除となるが、「この部屋に慣れたから、退院までこの部屋でいい」と希望された。F氏と同室者との関わりは良好で、F氏が社会的孤立に陥ることはなかった。

#### IV. 考察

遮光ベッド時、F氏は、昼夜逆転はなかったがしばしば時間の感覚のずれを感じていた。小林ら<sup>1)</sup>は近隣における態度の分類を「開放型」「社交型」「自律型」「閉鎖型」「孤立型」の5つに分けており、家族構成によってその態度が大きく左右されている、と述べている。高齢者は、近隣関係に左右されずマイペースで生活する「自律型」が多いとされているが、F氏の行動を見ると、「開放型」と言える。F氏は、妻と息子夫婦、孫の6人で生活しているためその影響を受けているのであろう。いつも誰か家族がいた「開放型」のF氏にとって遮光ベッドでの一人の空間はコミュニケーションの絶対数が減少している。よって、時間を知るための情報が減り、時間の感覚のずれが生じたと考えられる。看護師の介入により、断続的な時間を知ることが可能となった。さらに同室者とコミュニケーションを深めることで1日

の流れとしての時間を自然に把握できるようになった。

また、川口<sup>2)</sup>は、患者は通常、ベッド周辺を自分のテリトリーとして意識していると述べている。そのため、部屋の中央で何か行動するという光景はあまり見かけない。しかし遮光ベッド時の活動範囲は、ベッド内だけであったのに対し、遮光部屋では部屋の中央で体操する姿がみられた。これは、部屋全体を自分のテリトリーと意識しての行動と考えられる。実際訪室すると、4つに仕切られた空間ではなく、1部屋という印象を受けた。これは、F氏だけでなく、他の同室者も部屋全体を自分のテリトリーと意識し、1部屋を共有しているということである。コミュニケーションがうまくはかれて初めてテリトリーは拡大する。今回、遮光された1部屋に同じ治療をした患者が入室し、遮光部屋として仕切られていることにより、更に一体感を強くさせたと考えられる。

最後に、日常生活場面での照度の目安<sup>2)</sup>によると娯楽・読書・食事時は150～500ルクスが目安とされている。遮光ベッド時、最高照度はベッドランプ直下で220ルクスであった。ベッドランプから離れるほど照度は低下するため、主な生活場所であるベッド中央は日常生活を送るに適した照度とは言えない。テレビ鑑賞・読書が主な活動であったため、特に読書時はスタンドライトの設置等配慮が必要であった。

また遮光部屋は最低330ルクスあるため、日常生活にさほど支障はない。しかし、照度が低いとさらに転倒リスクが高まるため、遮光環境では常にベッドサイドの環境整備が必要であると考えられる。

## V. おわりに

今回の事例を通して、ベッドサイドの環境が個人に大きく影響を及ぼすことを知った。今後もレーザー治療患者は遮光ベッドに入室となるため、今回の事例を参考に、個人の背景をアセスメントし、看護介入していきたいと考える。また、稼働率の問題もあるが、入院の調整など医師に働きかけながら、可能な限り遮光部屋を作成することを検討していきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 中島義明編：すまうー住行動の心理学。第1版。朝倉書店。1996
- 2) 川口孝康：ベッドまわりの環境学。第1版。医学書院。1998.