

第27回



# 日本手術看護学会九州地区

日時 平成20年9月20日

場所 福岡国際会議場

日本手術看護学会九州地区



第27回

# 日本手術看護学会九州地区

日時 平成20年9月20日

場所 福岡国際会議場

日本手術看護学会九州地区

## 第28回 日本手術看護学会九州地区ご案内

第28回日本手術看護学会九州地区を下記の通り開催致します。多数ご参加下さいますようお願い申し上げます。

日 時 平成21年9月12日(土)  
会 場 熊本市民会館(崇城大学市民ホール)  
〒860-0805 熊本市桜町1番3号 TEL:096-355-5235

### [ 演題申し込みについて ]

- 応募資格 発表者・共同研究者とも日本手術看護学会平成21年度の会員であること。
- 演題内容 周手術期に関する内容
- 発表時間 7分以内(パワーポイント使用とします。その他の機器を希望する場合はご相談下さい。)
- 申込方法 演題申込用紙と原稿(下記要項に沿って記載)を期日までにお送り下さい。
- 原稿締切 平成21年5月31日
- 必須記述項目と文字数制限について  
以下の各項目は必ず記入してください。集録集においては1演題は原則として4頁以内での印刷とします。また文字数に制限がある項目がありますのでご注意ください。  
演 題 名: サブタイトルを含めて60文字以内。  
所属機関名: 病院名と所属部署の間は1文字空けてください。複数記入のときは、同じ病院の場合は部署の前に、同と記入して下さい。  
演 者 名: 発表演者名には○印を付けてください。共同演者の人数に制限はありません。  
キーワード: 必ず3語を記入してください。  
集録本文: 本文は最大8,400文字とします。  
図表の使用: 図表(写真を含む)を掲載することもできます。必ず番号を付けて下さい。本文中に挿入する時は、挿入希望箇所に(図1)(表1)と記入してください。記入がない時は文末とします。  
図表の点数: 図表(写真を含む)は原則として3点までとします。図表1点につき本文文字数800文字として計算します。
- 記述要領
  - 論文は「はじめに」「研究目的」「研究方法」「結果」「考察」「まとめ」「終わりに」などの順番で記述してください。
  - 引用文献と参考文献を最後にそれぞれ別にして掲載してください。
  - 引用文献は引用順に掲載し、本文中の引用箇所には、右肩に ○○○<sup>1)</sup>のように上付きで番号を記述してください。
  - 雑 誌: 著者名、論文名、雑誌名、巻数、引用頁(初めと終わり)、発行年(西暦)  
単行本: 著者名、書名、発行者、引用頁(初めと終わり)、発行年(西暦)  
※注 紙面の都合上参考文献は割愛させていただく場合があります。
- 原稿の形式について
  - 1) 論本文はワード(Microsoft Word)などのワープロソフトで制作したものを入稿してください。
  - 2) 図表は本文とは別に、エクセル(Excel)やパワーポイント(PowerPoint)で制作したものを添付してください。
  - 3) 入稿の際は、本文及び図表をA4紙にプリントアウトしたものを必ず添付してください。

- 4) 写真や資料は現物を添付されても結構ですが、返却はできません。  
5) 全てのデータを CD-R、DVD または USB メモリーに収納して送付してください。  
またディスクには、発表者名と所属先名を記入してください。

#### 申込先

〒 860-0811 熊本市本荘 1-1-1  
熊本大学医学部附属病院 手術部  
学会長 木下美代子  
TEL : 096-373-7128

## 日本手術看護学会入会の手続きについて

日本手術看護学会の入会については申し込み期間の遵守をお願いいたします。

### 1. 入会手続きについて (2月から7月31日まで受付)

#### 1) 現会員の方

- 施設毎にまとめて払込用紙が送付されます。(3月)
- 必要事項を記載し、払い込んでください。

#### 2) 新規会員の方

- 入会申込書の申請書をホームページよりダウンロードし、必要事項をご記入の上、FAX するか、FAX で日本手術看護学会事務局に、所定の入会申込書を下記項目を明記の上、申し込んで下さい。
  - ・連絡先氏名・病院名・郵便番号・病院住所・電話番号・必要枚数(1名1枚)
- 入会申込書兼郵便払込取扱票に記入し同時に郵便局に会費を払い込んでください。

### 2. 入会金について

日本手術看護学会会費                    8,000円  
内 訳：本部会費 5,500円 地区会費 2,500円

### 3. 会員証について

- 会員証が手元に届くまでには1週間程度かかります。  
それまでは払込み受領証が会員証の代用になります。

#### 日本手術看護学会事務局

〒 113-0033 東京都文京区本郷 3-19-7 本郷三宝ビル 4階  
TEL (03) 3813-0485 FAX (03) 3813-0539  
※電話は月・木曜日の午後のみ

学会についての情報はホームページをご覧ください。

- 日本手術看護学会ホームページ  
<http://www.jona.gr.jp/>
- 日本手術看護学会九州地区のホームページ  
<http://www.op-kyu.com/>

## ご挨拶

前任の坂本眞美会長に代わりまして、本年4月より、日本手術看護学会九州地区会長を引き継ぐ事になりました。微力ではありますが、九州地区の発展の為に頑張っていきたいと思っております。

日本手術看護学会九州地区は、第27回を迎え、福岡で開催する運びとなりました。これも一重に会員の皆様のご協力とご支援があつてこそと、関係者一同感謝致しております。

おかげさまで、本年度も415名(7月現在)の方に入会して頂いております。心より御礼申し上げます。

医療情勢の厳しさは変わらず、危機管理や専門性などより質の高い保障を求められています。日本手術看護学会でも、手術看護の認定制度が発足し、全国で116名(九州地区9名)の認定看護師が誕生し活躍をしています。今回の学会でも活動内容等の報告をして頂く予定です。本会としても、認定看護師の活動の場を広げるためにも、教育、研修企画などに支援・協力をしていきたいと考えています。

今回、32題の発表演題の申込みがありました。忙しい業務の中、休日等を利用し研究に取り組まれた事だと思います。体位、安全管理、教育、術前訪問、感染等内容も豊富です。患者様は、安全に安心して治療、看護が受けられなければなりません。そのためには、我々は、手術看護の専門性を深めて行かなければならず、そのことが手術室看護の質向上につながっていくものです。本学会は、研究を深める場であり、また、情報交換、意見交換の場でもあります。参加者の皆様にとって、有意義なものとなりますこと期待しております。

最後に、本学会の開催にあたり学会長の福岡大学病院看護部長の坂本様、手術部師長の中川様およびスタッフの皆様、福岡分会役員の皆様、その他ご協力頂きました皆様方に感謝申し上げます。

日本手術看護学会九州地区  
会長 高川 茂  
(産業医科大学病院)

## ご挨拶

日本手術看護学会九州地区の会員の皆様におかれましては、日々多忙な中各自の使命に燃えて頑張っていることと思います。

今回の九州地区学会への発表演題にも皆様方が、日夜手術看護の質の向上のために努力なされている姿を感じることが出来、頼もしさを感じています。

医療の現場は少子高齢化の波が大きく影響し、手術医療の対象者においても同様に超高齢化の現状に対応しなければなりません。

周術期の看護の関わりにおいても、個々人に応じた対応、反応の評価、アセスメントを行い、年齢による身体的変化や生理的变化などは手術準備の段階から、すべての段階において非常に多くの仮説を踏まえた看護介入を必要とします。

手術看護領域には、多くのエキスパートと呼べる技術の継承者たくさんいます。その中から誕生している手術看護認定看護師達も、地域に少しずつ増えてきました。彼女たちの活躍により、手術看護の充実、知識技術の向上の追求、看護の質の向上意欲の高まりが広がっています。

手術看護学会の活動が全国の手術看護に関わる看護師たちの「やる気」を支え、「専門性」を深め、「手術室大好き」な看護師達の育成に大いに貢献してきたことを強く感じています。

私達の日々の仕事の重要性を手術看護師自らが認め、周囲に啓蒙していくためには、専門集団の「力」の結束です。その根本を支えているのが日本手術看護学会といえるでしょう。学会発展が手術看護師の地位の向上につながり、学会の発展は手術看護師たちの研究の蓄積、学会発表の推進によると思います。

個人的になりますが、今回の学会長の役割を持ちまして、11年間の日本手術看護学会のすべての仕事から離れることになりました。紙面をお借りして一言お礼を申し上げる次第です。

九州地区会長として多くの皆様からの支えを頂きました。また多くの方たちとの出会いによって学ばせて頂きました事に感謝申し上げます。

これから先も日本手術看護学会九州地区のますますの発展と、九州地区すべての病院の手術看護師の皆様がたの大いなるご活躍、ご健勝をお祈りいたします。

日本手術看護学会九州地区  
第27回学会長 坂本 眞美  
(福岡大学病院)

# オリエンテーション

## 1. 学会運営について

- 1) ネームプレートは資料袋の中に入れてあります。期間中は、ネームプレートをおつけ下さい。つけていない方は再入場できませんのでご注意ください。
- 2) 開演5分前にご着席下さい。
- 3) 発表中はなるべく席をお立ちにならないようにお願いします。
- 4) フロアから発表される場合は、マイクの傍においで下さい。
- 5) 発言、質問される方は、座長の指示に従い、まず、施設名・氏名を述べて簡潔に行なって下さい。
- 6) 交見室は設けておりませんので、会場で十分な意見交換を行なうようお願いいたします。
- 7) ポスターセッションは2階多目的ホール(203・204)で展示及び発表をおこないます

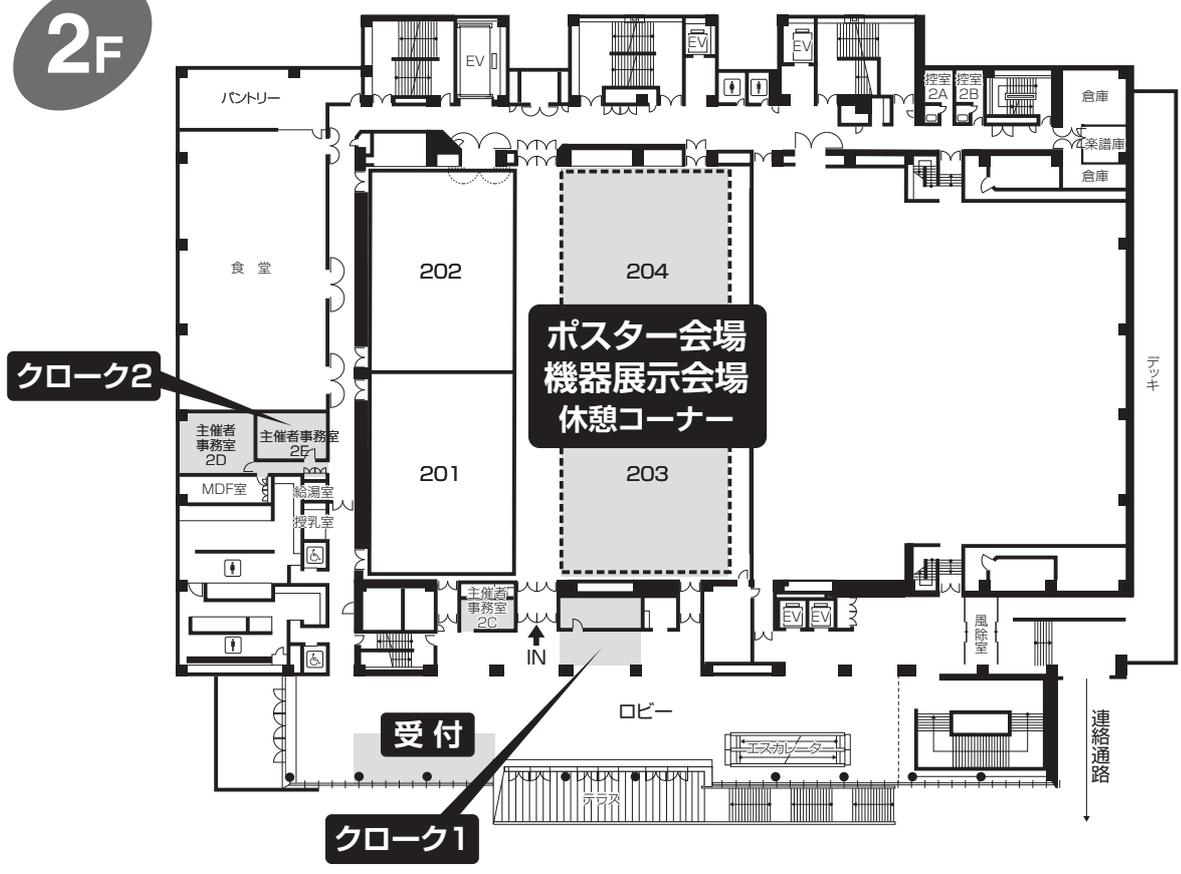
## 2. 会場使用について

- 1) 会場は前から詰めてご着席下さい。会場の空席に荷物を置いたり、後からこられる方のために座席を確保したりしないで下さい。
- 2) 会館内は禁煙となっております。
- 3) 会場内での飲食は可能です。お弁当は当日販売しておりますのでご利用下さい。ゴミは所定の場所に破棄して下さい。
- 4) 総合案内は、2階ロビーで行なっております。  
「呼び出し」は原則として行なわないことになっておりますが、緊急の場合は総合案内へお申し出下さい。
- 5) 忘れ物、落し物は総合案内で保管いたします。
- 6) 会場内で(空調など)お気づきの点がございましたら、係員か総合案内までご連絡下さい。

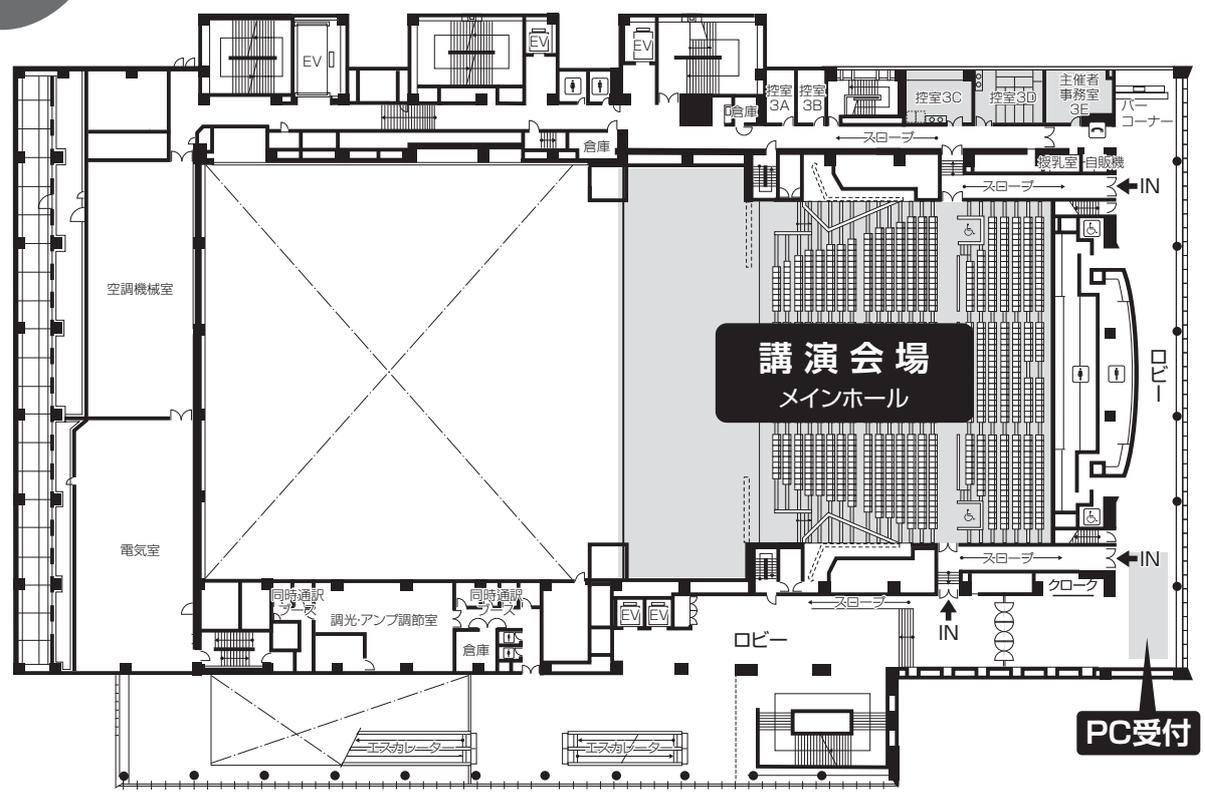
## 3. その他

- 1) 非常の際は係員の指示に従ってください。
- 2) 2階多目的ホール(203・204)で看護用具・医療機器の展示を行なっておりますので、ご覧下さい。
- 3) ご気分が悪くなられた方は、総合案内もしくは係員にご連絡下さい。
- 4) ホール内では、携帯電話等の電源はお切りになるかマナーモードをお願いします。
- 5) その他、ご不明の点は係員か総合案内にお尋ね下さい。

**2F**



**3F**



# 第27回 日本手術看護学会九州地区プログラム

8:30 開 場

9:00 開 会

学会長挨拶	第27回学会長	坂本 眞美
会長挨拶	日本手術看護学会九州地区会長	高川 茂
来賓挨拶	福岡大学病院副院長	比嘉 和夫

## 〔一般演題〕

### 9:10～10:00 第Ⅰ群【体位】

座長：九州大学病院 松岡 美恵

- |          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | 安全で安楽なビーチチェア一体位の検討<br>柳本 あき 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院                 | 12 |
| <b>2</b> | 4点フレームを利用した脊椎後方固定術時の褥瘡予防対策と出血比の比較・検討<br>阿部 浩子 福岡市立こども病院・感染症センター | 15 |
| <b>3</b> | 側臥位で肺切除術を受ける患者の手術体位と肩関節周囲の疼痛に関する研究<br>足利 徳子 佐賀大学医学部附属病院         | 17 |
| <b>4</b> | 耳鼻咽喉頭頸科頸部再建術における褥瘡予防策 ～手術体位と術中ケアの見直し～<br>園田みのり 鹿児島大学病院          | 21 |
| <b>5</b> | 乳癌患者の頸椎手術における体位の工夫 ～事例を通して手術室看護師の役割を振り返る～<br>新里 正美 那覇市立病院       | 24 |

### 10:00～11:00 第Ⅱ群【安全管理】

座長：国立病院機構九州がんセンター 甲斐 道子

- |           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>6</b>  | 手術看護手順を用いたインシデント再発防止に関する取り組み<br>～第二報「マニュアルの不遵守」の原因調査～<br>濱崎 亜矢 宮崎大学医学部附属病院               | 27 |
| <b>7</b>  | 経尿道的切除術における加温灌流液の保温効果の検討<br>橋本 晴美 佐世保共済病院  | 31 |
| <b>8</b>  | 術野消毒におけるポピドンヨード剤の適正量 ～綿球含有量に着目した調査～<br>山崎 智子 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター                        | 35 |
| <b>9</b>  | 周術期における下肢皮膚トラブルの検証<br>～弾性ストッキング・A-V インパルスシステム使用時のチェックリスト作成を試みて～<br>東後藤智恵美 財団法人昭和会今給黎総合病院 | 38 |
| <b>10</b> | 手術室内環境におけるリスクマネジメントに関する研究<br>～ブレイカーダウン対策後の危機管理意識の変化～<br>川崎 姿子 佐賀大学医学部附属病院                | 41 |
| <b>11</b> | マニキュア塗布による SpO <sub>2</sub> 値の影響 ～術中患者のマニキュア除去の必要性～<br>石藏 標 福岡大学病院                       | 45 |

11:00～11:40 第Ⅲ群【感 染】

座長：国立病院機構九州医療センター 木原 恵美

- 12** 手術部位感染 (SSI) サーベイランス導入による感染予防意識の改善について  
浅尾 典彦 特定医療法人原土井病院 48
- 13** 手術室における感染予防対策 ～眼の防護具着用に向けて～  
大原 真美 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院 50
- 14** 当院における従来式と新式の手洗いの検討 ～細菌培養を比較して～  
宮崎 亮臣 熊本赤十字病院 53
- 15** 当院手術部看護師の個人防護具着用に対する実態調査 ～手術部における感染管理上の課題～  
三浦 哲 長崎大学医学部歯学部附属病院 56

11:40～ 【総 会】

12:00～13:00 【昼 食】

13:00～14:00 【特別講演】

座長：福岡大学病院 中川 朋子

人間万華鏡 私が描いた似顔絵と手術へのこだわり

医療法人福西会 福西会病院理事長 有吉 朝美 先生

14:00～14:20 【認定看護師の活動の成果と課題】

14:20～15:20 第Ⅳ群【教 育】

座長：福岡大学筑紫病院 麻生 民子

- 16** 病棟看護師による手術見学の効果 ～術前管理の認識の変化～  
馬渡 優子 済生会福岡総合病院 58
- 17** 手術室配属後3年未満の看護師のストレス調査 ～手術室配属者の支援体制見直しに向けて～  
松尾麻依子 久留米大学病院 62
- 18** 手術介助マニュアルの動画化に向けた取り組み ～鼓室形成術 DVD マニュアル作成～  
福田 昌恵 長崎大学医学部歯学部附属病院 65
- 19** 手術室新人看護師における教育の検討 ～振り返りシートを使用して～  
片山 紀子 社団法人地域医療振興協会市立大村市民病院 68
- 20** 手術室看護師の麻酔看護知識の均一化を目指して ～麻酔管理における看護研修の導入～  
北川 麻紀 独立行政法人国立病院機構九州医療センター 71

21	ナラティブ事例を使用した手術室臨床実践能力の判定 ～実践教育についての一考察～	西野 優美 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院	74
----	---	--------------------------	----

15:20～16:10 第V群【術前訪問】

座長：国家公務員共済組合連合会浜の町病院 橋本 里美

22	効果的な術前訪問の検討 ～STAI不安尺度調査を実施して～	甲斐 夏実 医療法人白十字会白十字病院	77
23	術前訪問の検討 ～術前デモンストレーションを通して～	田中 栄一 長崎大学医学部歯学部附属病院	80
24	術前訪問にビデオ説明を取り入れて ～理解向上・不安軽減を目指して～	長松 亜未 医療法人天神会新古賀病院	83
25	手術を受ける患者及び家族の術前手術室見学の試み ～不安の軽減と満足度の向上を目指して～	岡山 和香 県立日南病院	86
26	術前オリエンテーションDVDを作成して ～腰椎麻酔を受ける患者への術前訪問の取り組み～	園田 誠 特定医療法人熊本丸田会熊本リハビリテーション病院	89

10:30～【ポスターセッション】ポスター展示 9:00～15:00

座長：福岡赤十字病院 八尋万智子

27	当手術室で使用するウォッシャーディスインフェクターの洗浄評価 ～洗浄評価用インジケーターを使用して～	宮脇 郁子 国家公務員共済組合連合会浜の町病院	91
28	当院手術室における新人看護師のストレスとコーピングについて ～同手術室スタッフとの比較～	宮島美智代 独立行政法人国立病院機構小倉病院	94
29	電子カルテシステムの運用による患者情報収集と術中記録の改善～術中看護に対する評価と分析～	雪野 美和 大牟田市立総合病院	100
30	手術を受けられる患者の不安 ～アンケート調査より手術室スタッフと患者の相違と今後への課題～	中山 穰 医療法人財団池友会福岡和白病院	104
31	看護スタッフが手術室に抱くイメージ ～アンケート調査からの一考察～	阿南 宏 大分市医師会立アルメイダ病院	105
32	マニュアルに沿った歩行入室の確立 ～PSの視点から～	大島久美子 熊本大学医学部附属病院	108

16:10～【次期学会案内】 木下美代子 熊本大学医学部附属病院

# [特別講演]

13:00～14:00

座長：福岡大学病院 中川 朋子

## 人間万華鏡 私が描いた似顔絵と手術へのこだわり

医療法人福西会 福西会病院理事長

有吉 朝美 先生

ありよし あさみ

**現職**：福岡大学名誉教授、医療法人福西会理事長  
昭和9(1934)年生

昭和28年3月 福岡県立東筑高等学校、卒業  
昭和34年3月 九州大学医学部、卒業  
昭和35年4月 九大泌尿器科に入局、助手(～42年9月)  
昭和42年10月 国立小倉病院泌尿器科、医長(～46年9月)  
昭和46年10月 福岡大学医学部泌尿器科、助教授(～62年3月)  
昭和54年4月 米国 UCLA に留学(～55年3月)  
昭和62年4月 福岡大学医学部泌尿器科、教授(主任外)(～平8年3月)  
平成2年10月 福岡大学筑紫病院泌尿器科、医長(～8年3月)  
平成8年4月 福岡大学医学部泌尿器科、主任教授(～15年3月)  
平成9年12月 福岡大学病院長(～13年11月)  
平成15年3月 福岡大学を退職、福岡大学名誉教授  
          4月 医療法人福西会川浪病院、名誉院長(～17年11月)  
平成17年12月 医療法人福西会、理事長(～現在)

**所属学会**：日本泌尿器科学会、アメリカ泌尿器科学会、国際泌尿器科学会  
日本抗加齢学会

**現在の活動**：1) 福西会病院にて：泌尿器科の診療  
2) 地域の公民館にて：無料健康講演  
          テーマ \*前立腺の疾患について  
                  \*ガンの原因と予防  
                  \*健康食品との正しい付き合い方  
                  \*メタボリック・シンドロームについて  
3) 非常勤講師  
          (1) 福大医学部  
              医学概論(1年)で講義：「医の心について」  
          (2) メンタルケア協会  
              精神対話士養成講座で講義：「医の心について」  
          (3) 日本柔道整復師協会  
              医療人研修講座で講義：「医の倫理」

平成20年8月1日

# 01

## 安全で安楽なビーチチェア一体位の検討

独立行政法人国立病院機構 熊本再春荘病院 手術室

○柳本 あき、坂本 隆子、荒木ちえみ

### はじめに

整形外科の肩関節鏡視下手術では、ここ数年、手術体位が仰臥位及び側臥位からビーチチェアポジション（半座位）へと変化している。

当院においても平成16年からビーチチェアポジションが導入され、平成16年6月から19年6月の3年間で82件の症例があった。

半座位という特殊な体位であるため、これまで試行錯誤しながら現在の体位固定に至っているが、スタッフの経験により体位固定に要する時間、必要なクッション等の選択や使用方法に差が生じている。また、ビーチチェアポジションで手術を受ける患者の体型はさまざま、麻酔・手術時間も2～3時間かかり、多くのリスクや合併症が考えられる。そこでそれらを考慮した体位固定の方法を検討したので報告する。

### 研究目的

ビーチチェアポジションによる身体部位別のリスクや合併症をアセスメントし、手術室医師、看護師全員が統一したビーチチェア体位固定を行えるような安全で安楽な体位固定の方法を検討する。

### 研究方法

1. 期間：平成19年8月～平成19年11月
2. 対象：整形外科・麻酔科医師3名（手術室経験10年以上）  
看護師8名（手術室経験5年以上3名、3～4年2名、1年未満3名）
3. 方法  
1) ビーチチェア体位についてのアンケート調査（困った点・注意している点・検討を必要とする事項）  
2) アンケート結果をもとに身体部位別にリスクや合併症をアセスメントし、体位固定の方法を検討する。
4. 倫理的配慮

アンケートは無記名で行い、対象者に研究の趣旨、得られた情報は研究以外の目的には使用しないことを説明し同意を得た。

### 結果

アンケート結果で、ビーチチェアポジションをとる際、困った事については、下肢の固定10名、上肢の固定7名、頭部の固定5名という結果であった。ビーチチェアポジションの体位固定の際、全員が注意をはらっていると答え、具体的な注意点として、「仙骨部の圧迫や神経麻痺、体位のズレ」「足底部や皮膚に固定具が直接あたらないようにする」「股関節の角度が屈曲しすぎないようにする」「上体頭部の確実な固定と気道確保」等があがった。また、これまで、術中に不具合が発生したことがあるかどうかについては、「肩が牽引され、頸部が曲がった」という例があった。今後検討を要すると思う点については、「殿部に長時間圧が加わるので腰や臀部に負担がかかる」が5名、「患者の主観だけで体位調整を行っているが、これでいいのか不安がある」「股関節、膝関節の角度や頭部の枕の高さなど最適なポジションを知りたい」が3名、等の意見を得た。

アンケートの結果より、全スタッフが体位を設定する際、注意点については理解しているが、各部位、特に下肢の固定に困ったことがあるということ、臀部に長時間圧迫が加わる事に問題があるという意見が多かった。また、スタッフにより、体位をとる際のクッションの選択や、下肢の角度などに差があったため、スタッフ11名で共通する膝関節・股関節の角度と坐骨部の体圧を測定した結果、

- 膝関節屈曲 平均120°
- 股関節屈曲 平均30°
- 坐骨部体圧 平均44mmHg

であった。

検討の結果、各部位の固定方法をまとめた。

#### <臀部・下肢>

- 臀部には準備の段階でソフトナースを置いておく。
- 患者の大転子部をビーチチェアのジョイント部分にあわせ、上半身を挙上させる。
- ベッドに対して膝関節屈曲110～120°、股関節屈曲25～30°させ、下肢の下に大枕3つ、平枕2つを置く。
- ずれを予防するため、枕を固定具で固定する。
- 踵は浮かせるようにするかアクションのパットで除圧を行う。
- 患者に意見を聞きながら枕の微調整を行う。  
(麻酔導入前に1度体位をとるため)

### <頭部>

- 麻酔科と確認しながら専用のヘッドバンドで固定する。ヘッドバンドは指1本入る程度に調整し、眼球周囲での固定は避け、前額部と下顎部にバンドがくるようにする。
- 挿管チューブや蛇管の位置に支障がないように装着する。

### <上肢>

- 健側は肘関節で約90°屈曲させ、落下しないように付属のバンドで体幹に固定する。
  - 点滴ルートがあるため、滴下の確認を行う。
  - 患側の固定は行わないが、消毒開始まで落下しないように注意しておく。
- 以上の当院での固定方法を現在あるマニュアルに写真をつけ、追加した。

## 考 察

アンケート結果で、ビーチチェアポジションをとる際に下肢の固定に困っているというスタッフが多かった。下肢を挙上すると静脈還流の上昇で循環器系へ負担がかかり、また関節の過度な屈曲をする場合や、体幹より低い位置に四肢を固定する場合は、長時間の同一体位で血流の停滞がおこり血栓が生じやすく、DVTの原因となる。また血圧の変動も起こりやすい。今回検討した結果、股関節屈曲約30°、膝関節屈曲約120°としたが、これは過度の屈曲はなく、下肢の挙上も無理な体勢ではないと考えるが、術中の循環動態の変動には注意していく必要がある。

先行研究で、坐骨部での体圧は座位が最も高いという結果があり、今回検討した体位固定方法で坐骨部の体圧を測定した結果、44mmHgであった。その結果、先行研究と体圧の差異はなく、安全な数値といわれる40～50mmHgの範囲内であった。しかし、今回は女性スタッフ11名で測定した結果である。実際、肩関節鏡を受ける患者の7割が男性であり、体型も様々である。大浦は、「褥瘡は、応力(圧縮応力、引っ張り応力、ずれの力)×時間<sup>1)</sup>と述べているように、褥瘡発生の要因には時間やずれ、摩擦も関係してくる。当院での過去3年間の肩関節鏡視下手術の平均手術時間は1時間54分で、2時間以内ではあるが、2時間以上の手術となることもある。そこで私達は術中不要なずれや摩擦が生じないように体位の調整を確実にし、術中は体位のずれがないか、経時的観察をすることが必要となってくる。これまで褥瘡などの皮膚トラブルの発生や術後の腰痛等の訴えはないが、術前より患者の全身状態の把握や、体位固定によるリスクをアセスメントし、今後も合併症の予防に努めるとともに、今回測定できなかったずれ力や、体圧分散用具などについても十分検討し、より効果的な体位固定を実施していく必要がある。

肩関節の手術では、患側上肢を術中に牽引する事がある。アンケート結果より、頸部のずれが1例見られたが、神経麻痺や挿管チューブの屈曲による気道のトラブルはみられ

ていない。トラブルが生じて、手術途中での修正が困難なため、術前より頭部や上肢の固定をマニュアルに沿って確実にし、術者・麻酔科・看護師間で確認していく必要があると考える。

## 結 論

今回の研究で以下の事が明らかになった。

1. 今回検討した結果、股関節屈曲約30°、膝関節屈曲約120°、体圧44mmHgに保つ体位が明らかになった。
2. ビーチチェア体位では坐骨部の体圧が最も高いというリスクはあるが、現在の固定方法では体圧平均44mmHgで安全範囲内であった。
3. ビーチチェア体位の固定方法を検討したが、ずれについて今回は検討していない。

## おわりに

手術室看護師は患者の手術体位を安全・安楽に固定する役割を担っている。手術が安全に行えるように、術者・麻酔科医・看護師が、術前から情報を共有し、チームワークを図っていかなければならない。患者に安全な体位を提供できるよう今後も日々努力していきたい。

## 引用文献

- 1) 大浦武彦：わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド；褥瘡になりやすい人，なりにくい人，14，2000

## 参考文献

- 1) 深浦聡剛他：ビーチチェア手術による体位固定方の検討～体圧・ズレ力測定を行って～，第25回日本手術看護学会九州地区，2006
- 2) 高在完他：ビーチチェアポジションによる肩関節鏡視下手術の麻酔経験，肩関節29巻1号P.91
- 3) 國分久美子：手術体位の基本的知識と対策，オペナーシング，vol.21no.3，P.250～256，2006
- 4) 山中進悟：整形外科手術の体位，オペナーシング，vol.21no.3，P.276～281，2006
- 5) 富士武史：整形外科術後肺血栓症・深部静脈血栓症マニュアル，南江堂，2005

## 資料1 (マニュアル一部抜粋)

～患者入室後～

1. 患者をストレッチャーから準備をした手術台に移動する。
  - ① 大転子部をビーチチェアのジョイント部分にあわせる。
  - ② 頭部の位置をあわせる。
2. ビーチチェアポジションをとる。
  - ① ベッドに対して膝関節屈曲110～120°、股関節屈曲25～30°にし、大枕3つ、平枕2つを患者の下肢の下に置く。
  - ② 上半身のズレがないか確認する。
  - ③ 患者に意見をききながら、①②を調整する。
  - ④ 体位がずれないように枕を固定具で固定する。
  - ⑤ 麻酔導入のため、仰臥位にもどす。



- 殿部の位置を確認しましたか？ズレていませんか？
- 坐骨部が最も体圧がかかります！
- 患者様の意見がききましたか？
- 固定具が足にあたっていませんか？
- 股関節、膝関節の屈曲が過度になっていませんか？
- 下肢が挙上すぎていませんか？

## 調査票

質問用紙は全部で3ページです。  
統計処理の都合上、全質問項目にお答えくださいますよう、お願いいたします。

I あなたご自身のことについてお伺いします。( )内に数字を記入し、または該当する番号に○をつけてください。

1. 年齢： ( )歳

2. 看護師経験年数： ( )年

3. 手術室経験年数： ( )年

4. あなたの現在の健康の程度はどのくらいですか



5. 養育(子育て)をしていますか(養育とは小学校卒業を養育終了とします)

1. していない

2. している

↓

2. していると答えた方は養育(子育て)を負担に感じる程度はどのくらいですか



6. 普段、介護をしていますか

1. していない

2. している

↓

2. していると答えた方は介護を負担に感じる程度はどのくらいですか



7. 主に家計を担っているのは誰ですか

1. 私が担っている

2. 私以外の人が担っている

3. 私と私以外の人で担っている

II 以下は看護師にとってのストレス源であるといわれています。あなたがこれらをストレスであったと感じる頻度はどのくらいですか。最も近い番号に○印をつけてください。

	全くない	時々ある	頻繁にある	大変頻繁にある
1. コンピュータの故障	0	1	2	3
2. 医師による批判	0	1	2	3
3. 看護師長、副看護師長など上司との葛藤	0	1	2	3
4. 手術室の問題について、他病棟の職員とオープンに話す機会がないこと	0	1	2	3
5. 医師との葛藤	0	1	2	3
6. 患者の治療に直接かかわる処置でミスをするのではないかと不安	0	1	2	3
7. 手術室の他職員と体験や感情を共有する機会がないこと	0	1	2	3
8. 患者の治療について、同僚あるいは医師と意見がくい違うこと	0	1	2	3
9. 患者の家族を精神的に支えるための能力が不足していること	0	1	2	3
10. 患者に対する否定的感情について、同僚にあまり話せないこと	0	1	2	3
11. 患者の病状について医師から十分な情報が得られないこと	0	1	2	3
12. 患者からの質問に満足に答えられないこと	0	1	2	3
13. 医師不在のときに、患者への治療方法を自分で決めなければならないこと	0	1	2	3
14. 人手不足の病棟に一時的に応援に行くこと	0	1	2	3
15. 協力して仕事をするのが難しい他部署の看護師の存在	0	1	2	3
16. 患者を精神的に支えるための能力が不足していると感じること	0	1	2	3
17. 看護師長、副看護師長などの上司から批判されること	0	1	2	3
18. 毎日の役割分担やスケジュールがなかなか予測できないこと	0	1	2	3
19. 患者にとって不適切と思われる処置を医師に指示されること	0	1	2	3
20. 看護とはいえない事務的な仕事を多く求められること	0	1	2	3
21. 患者に情緒的サポートを提供する時間が十分でないこと	0	1	2	3
22. 協力して仕事をするのが難しい同僚の存在	0	1	2	3
23. 看護師としての職務をすべて遂行するためには十分な時間が不足していること	0	1	2	3
24. 緊急時に医師がいないこと	0	1	2	3
25. 患者の状態や治療・処置について、本人や家族に何をどのように話すべきか判断できないこと	0	1	2	3
26. 医療機器の操作方法がわからないこと	0	1	2	3
27. 手術室の仕事を順調に遂行するための十分なスタッフがいないこと	0	1	2	3

Ⅲ ストレスの対処法についてお尋ねします。ストレスを感じた時(つらい時、プレッシャーを感じる時)  
あなたはどうか対処しますか。最も近い番号に○印をつけてください。

	全く しない	ほとんど しない	あまり しない	少しする	かなり する	すごく する
1. これから先どうするかを考える .....	0	1	2	3	4	5
2. つらいことが解決するようにいろいろやってみる .....	0	1	2	3	4	5
3. どのようなことなのかよく考える .....	0	1	2	3	4	5
4. プレッシャーには、とことん練習や準備をする .....	0	1	2	3	4	5
5. 自分がやるべきことや言うべきことを考える .....	0	1	2	3	4	5
6. プラスのメッセージを自分に送る .....	0	1	2	3	4	5
7. 肩や指などの力を抜き、リラックスする .....	0	1	2	3	4	5
8. これもいい経験だと思う .....	0	1	2	3	4	5
9. 趣味やスポーツをする .....	0	1	2	3	4	5
10. 成功したり、解決したときのことをイメージする .....	0	1	2	3	4	5
11. 友人に話す .....	0	1	2	3	4	5
12. 誰かに愚痴を聞いてもらう .....	0	1	2	3	4	5
13. 人に相談する .....	0	1	2	3	4	5
14. 楽しくおしゃべりする .....	0	1	2	3	4	5
15. つらいことについて身近な人に話す .....	0	1	2	3	4	5
16. 壊してはいけない物を壊す .....	0	1	2	3	4	5
17. やけ食いをする .....	0	1	2	3	4	5
18. 衝動買いやギャンブルをする .....	0	1	2	3	4	5
19. お酒を飲む .....	0	1	2	3	4	5
20. やつあたりをする .....	0	1	2	3	4	5
21. 自分の気持ちを表に出さないようにする .....	0	1	2	3	4	5
22. つらいことは、なかったことにする .....	0	1	2	3	4	5
23. 自分の心とは反対に明るく振る舞う .....	0	1	2	3	4	5
24. ぐっと、我慢する .....	0	1	2	3	4	5
25. つらいことは自分の心の中にしまい込む .....	0	1	2	3	4	5

2. 新人看護師は、「ソーシャルサポート」を活用できていない傾向にある。

### おわりに

今回、新人看護師のストレスとストレスコーピングについて調査したが、新人看護師が5名と限られていた為、今後新人が増員されたときに追加調査を続けていく必要がある。

また、今回のデータでは新卒の新人と配置換えの新人それぞれのデータを出していない為、各傾向は出ていないが、新人の傾向を踏まえた指導を行えるように、今後細分化したデータを取ることが望ましい。

### 引用文献

- 1) 筒井末春：ストレス状態と心身医療的アプローチ医療の現場から，診断と治療社，1989:19～21
- 2) Lazarus. R. S, Folkman. S (1984) (本明実，春木豊，織田正美；監訳)：ストレスの心理学. 実務教育出版. 東京. 1990
- 3) 下園壮太：ナースのためのストレスコントロール術 “幸せ笑顔” になるヒント，中央法規出版. 2007

### 参考文献

- 1) 富永良喜：OR ナースのためのストレスマネジメント，オペナーシング2，194～195，2007
- 2) 吉本武史：看護現場のストレスケア，医学書院，2007
- 3) 篠崎みどり：組織的に取り組む新人教育，オペナーシング12，1272～1274，2007
- 4) 牛込綾子：手術室でのリアリティショックを防ぐために，オペナーシング8，820～822，2007) 中野正博：看護・保険・医療のための楽しい統計学，初版，ヘリシティ出版，神戸市，2003

# 電子カルテシステムの運用による患者情報収集と術中記録の改善 ～術中看護に対する評価と分析～

大牟田市立総合病院 中央手術室

○雪野 美和、大膳 史子、松嶋 優子、江川 陽子

## はじめに

A 病院では、手術件数の増加と看護師の人員不足により術前訪問が定着できない状況で、術前に必要な患者情報は、主治医と術前回診を行なった麻酔医が記入した麻酔表から収集し、搬入時の病棟からの申し送り書から患者の状態を把握していたため、医師との共同問題が中心で、患者の不安など個別性を重視した看護診断・看護計画が不十分であった。

2005年5月に電子カルテシステム（以下、電子カルテ）が導入され、手術室においても電子カルテ上に術前チェックシート（以下、術前シート）と手術看護記録（以下、術中記録）をテンプレート式で作成した。手術室看護師は、術前シートへの主治医、麻酔医、病棟看護師の記録により術前の患者情報収集は容易になったが、情報の不足を感じていた。術中記録においては、従来使用していた記載記録基準を取り入れたクリニカルパス（以下、CP）形式の術中記録を、4枚のシートに割り振り、記入できるように作成し、記録時間の短縮と標準化を図ってきた。しかし、CP形式であるためアウトカムにより患者目標設定をしているが、看護診断、看護実践、評価を記録していないため、個別的な看護記録ができていなかった。

水野<sup>1)</sup>は「患者の満足度が高く質の高いケアを提供してこそ、はじめて看護記録の充実がはかれるもの」と述べている。また「看護実践の評価は、患者の問題解決過程がどのように行われるかについて検討されるものであり、看護記録によって行われる」とも言っている。A 病院においても、術中看護に対する評価をし、それを看護記録として残す必要性を感じていた。そこで、今回、手術看護に対する患者満足度調査を実施し、看護実践に対する評価と分析を行い、患者が求めるケアを把握した上で術前シートを改善した。術中記録では、看護診断、看護計画、評価が可能な記録シートの作成を行い記録監査を行なった。これによって、看護の質の保証ができ、さらには今後の課題を見いだすことができたので報告する。

## 研究方法

### 1. 手術看護に対する患者満足度調査

対象：脊椎麻酔下に手術を行った意識清明で15才以上の患者35名（無作為）

期間：2007年7月9日～8月11日

方法：質問紙法による調査（水戸部<sup>2)</sup>らの質問項目を参考に周手術期における不安・看護師の対応・環境・痛みについて33項目で分類）

術後2日目に手術室看護師が患者の病室を訪問し配布

無記名で、記入後は封筒に入れ、翌日回収

### 2. 術前シート及び術中記録の改善

術前シートは1の結果をもとに検討、改善

術中記録シートはA 病院手術記録監査基準をもとに作成

### 3. 改善後の聞き取り調査及び術中記録の監査（手術記録監査基準 2007年改訂）

2を18症例（無作為）に試行し、手術室看護師を対象に聞き取り調査

術中記録内の看護展開について監査

倫理的配慮：対象者にはプライバシーの保護、守秘の保証、調査への参加は自由意志であること、調査を中断しても不利益を生じないことを文書と口頭で説明し、同意を得た。

## 結果及び考察

患者満足度調査用紙の回収率は100%であった。（図1）不安においては66%が『不安があった』と回答している。手術室看護師の対応については『術中声かけはあった』94%『訴えにすぐ対応した』86%『担当看護師の印象は良かった』89%『術中の体位はきつくなかった』63%『術後に手術部位以外に痛みや痺れがあった』26%、環境については『室温が寒かった』9%『物音が気になった』18%という結果であった。少数意見として『麻酔科医師と同様に看護師にも術前訪問に来てほしかった』『何でも説明されるのが怖かった』『体の自由がきかないので不安になった』という意見もあり、その他リラックスできる音楽の希望や担当看護師に対する希望などもあった。

この結果、患者は手術に対して何らかの不安を抱えていることから、手術室看護師は声かけや表情を観察することで不安内容のアセスメントを行い、不安の緩和に努めなければならないと考える。少しでも不安が緩和できるように、担当看護師は、入室時に患者と同じ目線で接し、マスクをはずして自己紹介をしている。手術中は、術中記録がCP形式であること、電子カルテの導入から記録時間の短縮と

なったことで、患者のそばに付き添う時間を長く持つことが出来るようになり、頻回に声かけをするなどして要望に対応している。また、室温を適温に保つこと、不必要な物音や会話を避けることで患者が快適に手術を受けられるように配慮し、どの看護師が担当しても統一した看護が提供できるように、看護師間で声かけを行なっている。担当看護師の印象が良い、声かけによって不安が緩和されたという意見があったことから、現在の看護実践が患者の不安の緩和に繋がっていると思われる。しかし、全てを説明されることに恐怖感を抱き不安が増強していることや、物音が気になったり、寒さを感じたという不快感を示したものもあった。このような患者のニーズは、看護師に伝わっておらず対応することが出来なかった。患者の心理や感覚情報には個人差があるため、術前から情報がありアセスメントできていれば、対応できたのではないかと考える。小林<sup>3)</sup>は「医療の質を評価するためには、受けた医療サービスを患者はどのように認識しているかを知ることが重要になる」と述べている。今回の調査で、これまでの情報収集では、適切な看護の提供が不十分であり、患者が求めるケアを提供するには、患者個人を知ることが重要であると感じた。そこで、術前シートの改善を図り、活用することが重要であると考えた。

術前シートの改善(図2)は、心理状態を把握する情報として「手術に対する受け止め方」「手術室に対する希望」の項目を入力式に追加した。それに対し病棟看護師より記載の方法がよくわからないので例文を示してほしい、心理的な情報に関しては表現が難しいなどの意見があった。感覚情報を把握するため「痛み」「呼吸管理」「皮膚トラブル」の項目を追加したが、記載項目を増加することで病棟看護師の負担とならないように希望があった選択方式にした。

次に、術中看護計画の立案について検討した。術中記録にはCP形式を取り入れ、アウトカムを設定している。こ

れは、必要最小限の患者目標設定をしたもので個性という点では不十分であり、継続看護が必要な際は、申し送り事項として記載していた。そこで、改善した術前シートと診療カルテから併せてアセスメント、看護診断を導くことができるようにし、術中記録内に『看護計画』シートを追加した。このシートは、2007年に改訂した手術記録監査基準に添って作成、「看護診断」「患者目標」「看護計画」「評価」の項目を設けた。看護診断ラベルには、A病院で使用しているNANDAの看護診断ラベルより術中看護において必要と思われるものを抜粋、選択方式とし、患者目標、看護計画、評価は記入方式とした。

これを使用した手術室看護師に対する聞き取り調査では、『以前よりは必要な情報が得られるようになった』『術前シートからの情報だけでは個性のある問題点の抽出が難しい』『直前まで情報が揃わず短時間での記録を迫られることがあるため負担である』『看護計画を選択方式にしてほしい』『問題点をどこまで書けばいいのかわからない』『評価の仕方がわからない』との意見があった。

術前シートの改善によって、病棟看護師による術前シートへの記録がほとんどできるようになった。手術室看護師も必要な情報を以前より得られるようになったと感じており、改善は効果的であったと思われる。しかし、病棟業務の状況によっては術前シートへの病棟看護師の記録が手術当日になることがあるため、手術直前まで知りたい情報が得られないことや、医師の記録が不十分であることで、術前に余裕を持ってアセスメント出来ないことがあった。そのため、記録の徹底を図ることや他部門とのさらなる連携の必要性を感じた。

術中記録においては、看護展開を記録として残すことで監査の対象となり、看護の質の保証ができるようになった。試行した18症例に関しては全ての項目において記録できており、これまでおこなっていなかった看護展開の記録がで

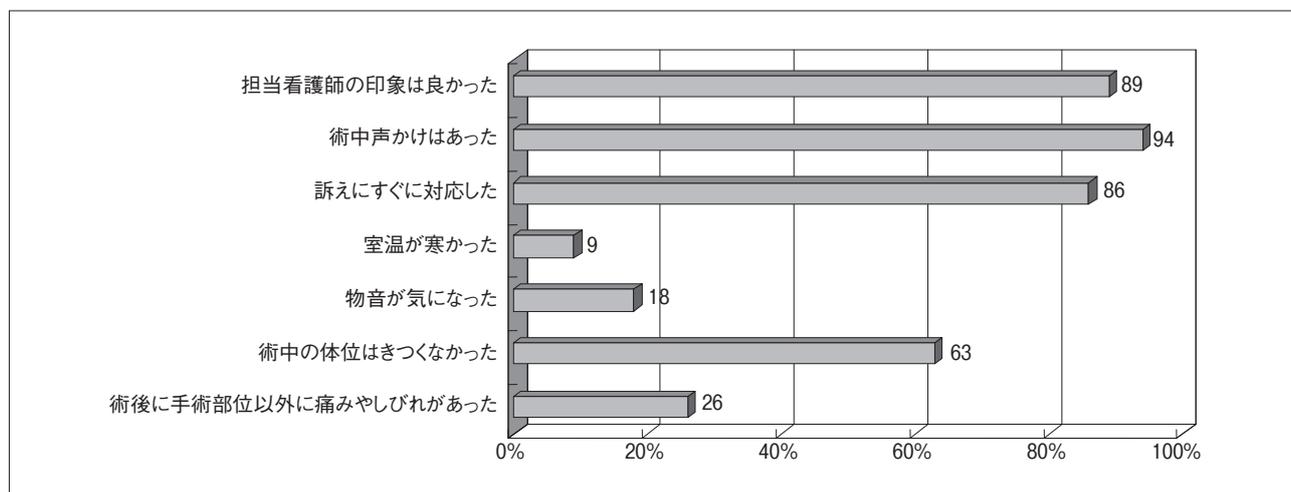


図1 患者満足度調査の結果

図2 改善した術前シート(病棟からの申し送り)

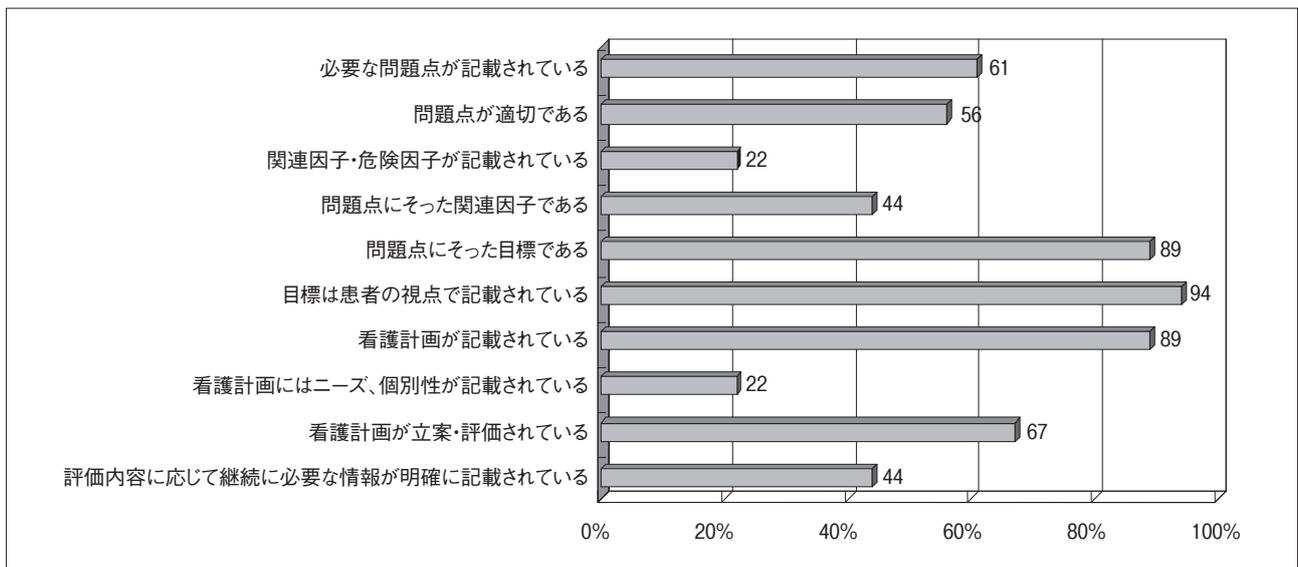


図3 看護展開記録監査の結果

きるようになった点で、作成した看護計画シートは有効であったと考える。しかし、看護展開記録監査の結果は(図3)、『必要な問題が記載されている』61%、『問題点が適切である』56%、『関連因子・危険因子が記載されている』22%、『問題点に沿った関連因子である』44%、『問題点に沿った目標である』89%、『目標は患者の視点で記載されている』94%、『看護計画が記載されている』89%、『看護計画にはニーズ、個別性が記載されている』22%『看護計画が立案・

評価されている』67%、『評価内容に応じて継続に必要な情報が明確に記載されている』44%であった。

看護診断指標となる関連因子・危険因子の記録が不十分であることで、一般的な手術看護を優先させてしまい、患者の個別性を重視した看護計画が立案できなかった。これは、必要な情報収集とアセスメントが適切に行えていないため、看護診断の妥当性を欠いていたことが原因であると考えられる。そのため、看護診断に基づいての計画立案や看護

実践はできているが、個別性に反映しなかった。また、実施した看護に対して評価はしているが、患者目標が達成されなかったときにサマリーとして記載がないため、病棟への継続看護に繋がっていない。これらのことは、手術室看護師の看護展開についての知識不足が原因であり、今後は、看護展開についての教育や、事例検討を通して知識を深める必要がある。

今回の術前シートと術中記録の改善によって、看護の質の保証ができた。今後の課題として、看護師個人の能力のスキルアップが求められる。藤村<sup>4)</sup>は、「面接者の真実を見る力、傾聴する力、患者が自分の意思や感情を正直に語る信頼関係の成立などが事実情報を得る重要な要となる」と述べている。面接することで患者の心理状態を整え、手術に挑めるようにケアすることは専門性の高い役割であり、そのため術前訪問を取り入れていくべきである。

## まとめ

1. 患者満足度調査は、看護実践に対する評価に有効である。
2. 情報収集には、電子カルテは有効である。
3. 情報の共有化は、他部門との連携が必要である。
4. 術前シートと術中記録の改善は、看護の質の保証につながった。
5. 術中記録に看護診断・看護計画・評価を追加することで、看護実践の評価ができる。
6. 術中の看護実践の評価は、病棟への継続看護に繋がる。
7. 患者が求めるケアを行なうには、術前訪問を取り入れていく必要がある。

## 引用・参考文献

- 1) 水野陽子, 当院での看護記録の問題とその変換－オレム看護理論に基づく看護過程の導入と看護記録－, 臨床看護, 23(9), 1350～1360, 1997
- 2) 水戸部淳子他, 意識下手術を受ける患者の手術に対する思いの実態, 日本手術看護学会誌, Vol.3 No.125～27, 2007
- 3) 小林美亜, 患者指向の医療を実現する患者満足, 臨床看護 33(1), 102～108, 2007
- 4) 藤村龍子, 看護の質保証からみた看護記録－書く側の力量をめぐって－, 臨床看護 23(9), 1229～1305, 1997
- 5) 藤村龍子他, 看護アセスメントの実際③ 看護アセスメントと看護記録, 臨床看護 23(9), 1997
- 6) オペナーシング編集部編, 術前・術後訪問を考える, OPE nursing '99 春季増刊, 1999

# 手術を受けられる患者の不安 ～アンケート調査より手術室スタッフと患者の相違と今後への課題～

医療法人財団池友会福岡和白病院 手術室

○中山 穰、高木 秀香

## 研究目的

手術目的で入院する患者が抱える不安として、「創痛に対する不安」「麻酔に対する不安」「術後に対する不安」などが一般的に言われている。

不安になるとストレスホルモンの産生が過度に増強され、血圧上昇などの生理的反応、情緒的反応、行動上の反応が生じ、重度になるとパニックにおちいることもある。

以上の状態を起こさず、落ち着いて手術に望める環境を提供する必要がある。

しかし、手術件数が多く、術前訪問へ業務上行けておらず、患者がどのような不安を抱えているのか把握できていない。その為、私たちの考える範囲の看護援助を行っているのが現状であり、患者に適した援助を行えているのか疑問が生じた。

その為、今回患者の不安をアンケートを通して患者への今後の関わり方、術前訪問の必要性や、患者とスタッフの不安の相違について調査したのでここに報告する。

## 研究方法・対象

平成20年3月1日から4月5日までの約1ヶ月間に全身麻酔下での手術を予定され、調査の協力を得られた50名と手術室スタッフ16名にアンケート調査を実施。

研究の目的と内容については、事前に対象となる患者に説明し、同意した患者に対して行った。アンケートは全て無記名とし、文責が知られぬよう配慮した。

## 結果

手術室スタッフ16名に考えられる患者の抱えている不安について、アンケートをとった結果、痛みについて、術後の経過、麻酔に対して、覚醒できるか、術後の傷などがあり、それを基に、患者に対してアンケートを作成し、アンケートを行った。

術前の不安の上位は、術後の経過64%、痛みに対して42%、術後の傷28%、痛み止めは効くのか28%、膀胱留置カテーテル28%、病気は治るのか28%であった。その他、医者や看護師の話し声4%、手術室の雰囲気12%等があった。

術後の不安の上位は、痛みに対して44%、術後の経過22%、術後の傷18%、膀胱留置カテーテル8%、病気は治るのか6%、痛み止めは効くのか4%であった。術前、術

後の不安の内容に大きな差は見られなかった。

看護師が考える不安の他に、排泄について、麻酔から醒めて身体はどのくらいで戻るのか、麻痺は残るのではないのか、どのくらいで眠れるのかがあったが、その他の意見は少なかったが、このことにより患者の抱えている不安は、看護師の考える不安ではほぼ相違はなかった。

## 考察

手術室の雰囲気や膀胱留置カテーテルに対する不安が強いのと思われたが、実際は疼痛、術後の経過に対する不安が最も強かった。

今までの経験により、感じた苦痛、苦しみは、無意識に反応してしまい、手術の痛みに対する認識が強くなり、手術に対する不安につながっていると考えられ、不安を増強させないようにする必要がある。また、不安は少なく痛みが軽くなり、回復に要する時間も短くなる為、患者の情報を知るためにも、術前訪問は必要である。今後、パンフレットやDVDを作成に取り組み、活用していきたい。

## 引用文献

- 1) 横田敏勝ほか：ナースのための痛みの知識, P1, 南江堂
- 2) 横田敏勝ほか：ナースのための痛みの知識, P87, 南江堂

## 参考文献

- 1) 中川貴恵ほか：手術患者の術前不安の経時的変化とその分析, P35, 第31回成人看護 I 2000年
- 2) 林 由起子：手術室看護婦の術前訪問に患者の希望を取り入れた介入と評価, P23, 第30回 成人看護 I 1999年

## OP スタッフによるアンケートの回答

- 意識がないこと
- OP 後⇒食事・ENT・痛み・傷
- 麻酔に対する不安
- 環境の変化
- 何をされるかわからない
- 意識は戻るのか
- 恐怖
- 手術は無事に終わるのか
- 主治医が執刀してくれるのか
- Ba は必ずいれなければいけないものなのか
- 手術で病気が治るのか
- 手術室へ入室することへの不安
- 副作用はないか
- 変なことされないか
- 薬液投与時の疼痛について

# 31

## 看護スタッフが手術室に抱くイメージ ～アンケート調査からの一考察～

大分市医師会立アルメイダ病院 手術室

○阿南 宏、横田 哲美、阿部 初美

### はじめに

看護師の多くは病院内の勤務異動を経験する。年2回の勤務異動がある当院の看護部において、病棟から手術室へ希望して異動する看護師は、少ないように思われる。手術室は専門性が強く、看護で特別視されるためか、「手術室に異動するならやめたい」「手術室は大変」ということを耳にする。西村<sup>1)</sup>は、「手術室に看護師が増えないのは閉鎖的である、患者の看護が見えづらい」と述べている。また、牛込<sup>2)</sup>は「手術室異動になった看護師は、手術室と病棟との違いに戸惑い、不安に感じている者、また、実際の看護が見出せない面で困る」と提言している。

そこで、当院に勤務する看護師が手術室に対してどのようなイメージを抱いているか疑問に感じ、検討してみたいと考えた。

看護スタッフが手術室に抱くイメージを分析することにより、手術室に異動したくない原因となる要素を明確にできるのではないかと考えた。そこで、今回の質問紙による調査で手術室に抱くイメージを調査し、明らかにしたので報告する。

### 研究方法

調査対象：当病院で働く看護スタッフ 236名

調査期間：平成20年4月19日～5月1日

調査方法：自記式質問紙(アンケート)

なお、対象者には、看護師長以上の管理職および新人看護スタッフ、手術室勤務する看護スタッフは除外した。質問紙は、手術室の経験の有無、異動の希望の有無、その理由、手術室に抱くイメージを9項目の選択肢で示した。イメージの選択肢については、先行研究および当院の手術室看護スタッフへの調査により決定した。

### 結果

対象者236名のうち回答者は196名で、有効回答率83%であった。アンケートに答えたスタッフの平均経験年数は、11.5年、対象者の男女比は、全体の91%が女性、4.6%が男性であった。

手術室に抱くイメージを9項目より選択してもらったと

ころ、図1に示す通り「緊張感」と答えた方の割合が70%と1番高く、次に「器械・医療機器」と答えた方の割合が59%、「閉鎖的」が56%となった。経験年数別でみた手術室に抱くイメージの結果は、1～5年、6～10年、11年以上の3層別においても、全体の結果と同様に「緊張感」と回答した方の割合が高かった。手術室経験の有無別、看護スタッフの年代別からも同様の結果が出た。異動希望別でみると、異動したくない方では、「かっこいい」7%、「清潔」24%、「勉強になる」24%という回答であった。また、異動したい方では、「かっこいい」20%、「清潔」79%、「勉強になる」41%という回答であった。

手術室への異動希望についての設問で、「異動したい」と回答した方は全体で24名(12%)、「異動したくない」と回答した方は、169名(86%)であった。手術室勤務の経験からみると、手術室経験のない方の143名(88%)は、手術室へ異動したくないと回答した。手術室を経験したことのある方のうち「異動したくない」と回答したのは、16名(69%)であった(表1)。手術室経験のある方のうち「異動したくない理由」として、「大変と思う」と回答した方は6名(37%)と割合が高かった。手術室経験のない

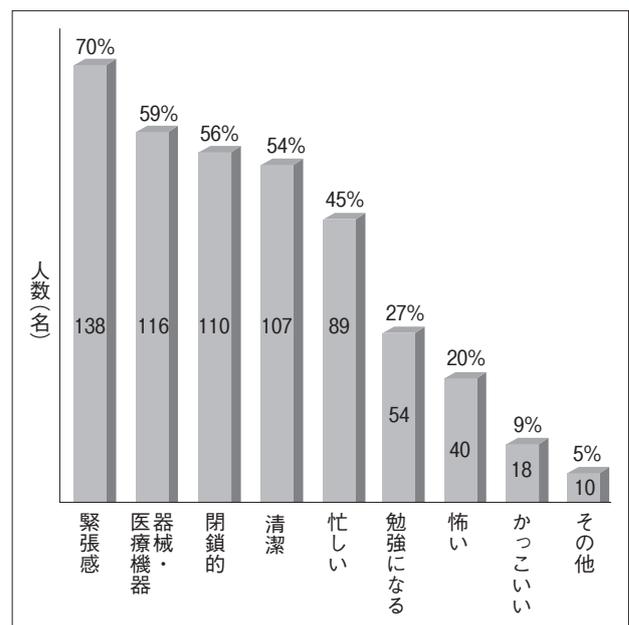


図1 看護師が抱く手術室イメージ n=196

表1 手術室経験別異動希望 n=196 (未回答14名)

項目	手術室経験有	手術室経験無
異動したい n= 23	6名(26%)	17名(10%)
異動したくない n=159	16名(69%)	143名(88%)

表2 異動希望 n=196 (未回答14名)

手術室経験/異動したい理由	興味・関心がある	多くのことが学べる	その他
手術室経験 有 n= 23	3名(13%)	4名(17%)	3名(13%)
手術室経験 無 n=161	13名(8%)	6名(3%)	3名(1%)

方は「やっていく自信がない」と回答した割合が高く83名(58%)であった。手術室経験のある方は「異動したい理由」として「多くのことが学べる」と回答した方が4名(66%)、であった。手術室経験のない方の「異動したい理由」は、「興味・関心がある」が13名(76%)と回答している(表2)。異動したくない理由のうち、自由記述では、「患者との関わりが少ない」「患者と対面した看護がしたい」「興味はあるがああ緊張感に耐えられない」「病棟勤務の方が色々な学びがある」という回答であった。

異動になった場合の気持ちについての設問では、「戸惑う」と回答した方の割合が126名(64%)と1番高く、「やめたい」という回答した方が47名(23%)であった。手術室経験別にみても、手術室経験有の方で「やめたい」と回答した方は4%、手術室経験無の方で「やめたい」と回答した方は25%であった。

異動が決定した際、気になることはありますかという問いに対して、「覚えることがたくさんある」が136名(69%)、「医療機器の扱いに困る」が105名(53%)と高い割合で回答があった。手術室経験の有無別にみると、手術室経験のある方は、「緊急呼び出しがある」と回答した方が14名(60%)と割合が高かった。しかし、手術室経験のない方は、「覚えることがたくさんある」と回答した方の割合が116名(72%)で1番高かった。年代別にみると、30代では、「その他」の項目でみると、「家庭のことが気になる」、「子供のことが気になる」という回答が得られた。40代、50代では、「その他」の項目で「長時間の立ち仕事が無理」、「腰痛がある」、「視力が悪い」という結果が得られた。

## 考 察

今回の調査において、当院の看護スタッフのうち、管理職と新人スタッフを除いたスタッフの中の86%の意見を得られたと考える。当院では、病棟から手術室に異動希望をする方が少ないということが調査により理解できた。

手術室に抱くイメージについて、全体的にみると「緊

張感」や「器械・医療機器」のイメージを抱いていることがわかった。やはり、手術に対する緊張感や手術室の雰囲気による機械的イメージが大きく、手術室のイメージに関係しているのではないかと考えられる。異動希望別の手術室に抱くイメージでは、肯定的な「かっこいい」、「清潔」、「勉強になる」という回答は、異動したいというの方が多かった。

異動希望については、「異動したい」と思っている方は、わずか全体の12%しかなく、「異動したくない」と思っている方が86%と約9割を占めている。その理由として、「異動したくない」という方は、「家庭のことが気になる」、「子供のことが気になる」と記述しており、家庭・家族の心配が異動したくない要素の一つと考えられる。40代、50代では、「その他」の項目で「長時間の立ち仕事が無理」、「腰痛がある」、「視力が悪い」という結果が得られた。これらの結果より年齢的による身体面、体力面の問題があることが示唆された。また、手術室では、「患者との関わりが少ないから病棟がいい」という回答があり、手術室のイメージの良くない方の「患者への看護が見えづらい」<sup>1)</sup>につながってくると考えられる。

また、手術室に「異動したい」と答えた方の12%が、手術室のイメージとして持っている「緊張感、器械・医療機器」のことが強く気になり、異動希望を提出しにくいのではないかと類推される。

異動したと仮定した時の気持ちについては、「戸惑う」という回答が多いことがわかった。これは、牛込<sup>2)</sup>によると「手術室異動になった看護師は、手術室と病棟との違いに戸惑い、不安に感じている者、また、実際の看護が見出せない面で困る」と述べていることや、望月<sup>3)</sup>の「患者・家族との関わりが少ない事や、患者から得られるやりがいが少ない」ということと同様なことではないだろうか。病棟と手術室との違いによる戸惑いや不安から「戸惑う」という回答が多くなったのではないかと考えられる。緊張感や器械・医療機器などによりこのような回答が多くなったと考えられる。

異動時気になることは「覚えることがたくさんある」、「医療機器の扱いに困る」という回答が多かった。これらのことにより、診療の介助の技術である器械出し等に関することが気になっていると思われる。今回の調査によりわかったことは、今後の手術室のイメージアップをするために、病棟看護師が手術見学を行い手術室の実際を見てもらう機会を設けることが必要になってくると考える。

今回の結果は、先行研究にある他院における手術室のイメージ「手術室に看護がない」「閉鎖的」「手術室は大変」と良くない点では、差がなかった。当院では、手術室看護独自の「看護技術、教育面、専門性」などをプログラムされているキャリアアップ<sup>4)</sup>を導入している。今後は、手術看護の良い点を盛り込み、異動に関する資料とし、今後の手術室のイメージをより向上させる試みをしていく必要があると考える。

#### 引用文献

- 1) 西村チエ子, 手術室看護師に求められる専門性のゆくえ, ナーシングビジネス vol.2, P12~15, 2008.4
- 2) 牛込綾子, 手術室でのリアリテショクを防ぐために, オペナーシング vol.22, No.8, P20~23, 2007
- 3) 望月久子, 手術室勤務経験看護師が手術看護のイメージとキャリアアップ, 日本手術看護学会誌, P81, 2004.10
- 4) 手術看護師の「臨床実践能力の習熟度段階」(キャリアラダー), 日本手術看護学会, 2003.5.30

## マニュアルに沿った歩行入室の確立 ～PSの視点から～

熊本大学医学部付属病院 中央手術部(現：整形外科病棟)

○大島久美子、泉谷 智子

### はじめに

当院では4年前からPS推進リーダーを各部署から選出し、講師の先生を外部から招き研修を行なってきた。

手術部では、麻酔前投薬が廃止になったことで歩行入室を希望する患者が増えてきているにも関わらず、歩行入室のマニュアルがなかったため、入室時の受け入れが様々であり歩行入室導入に積極的ではなかった。私はPS推進リーダーとして活動を行なう中、このままではPSにそぐわないと感じるようになった。

歩行入室を希望した患者に聞き取り調査を行なった結果、「ストレッチャーだと返って重病人みたいな気がする」、「寝ていくと他人からジロジロ見られてるようで恥ずかしい」、「気が重くなる」、「目が回り酔ったみたいになる」との意見が聞かれた。また模擬体験として、手術室スタッフに実際にストレッチャーに乗ってもらい感想を聞くと、「目が回り気分が悪くなった」、「重病人になった気がした」、「天井しか見えないので怖かった」などの意見が聞かれた。

この意見をもとに確立したマニュアルがあるならば、もっと積極的に病棟に歩行入室を呼びかけられるのではないかと考えマニュアル作成したのでここに報告する。

### 用語の定義

PS：Patient Satisfaction= 患者満足

CS：customer/consumer satisfaction= 顧客満足

### 研究方法

#### 1. 研究期間

2006年4月から2008年5月まで

#### 2. 対象

手術室看護師48名

病棟23部署(手術室を含む)

#### 3. 方法

1) ビデオでのマニュアルを作成した

(1) ビデオの内容：場面を良い例・悪い例で作成

①麻酔科指示受けの場面

②歩行入室の場面

③申し送りの場面

④ストレッチャー搬入の場面

2) ビデオでのマニュアルに関する評価を病棟23部署(手術室を含む)の看護師に質問紙を用いて調査を行った

3) 文章化したマニュアルを作成した(資料1)

4) 文章化したマニュアルに関する評価を病棟23部署(手術室を含む)の看護師に質問紙を用いて調査を行った

### 結果

歩行入室のマニュアルがなかった時は、受け入れ態勢が不十分であり病棟とのトラブルが多々あった。視覚的效果を期待してビデオでのマニュアルを作成し、各部署でパソコンで閲覧できるようになった。

ビデオ作成後のアンケートの結果から「良い例と悪い例がありわかりやすかった」、「実際、指示受けや用紙を映像で見るとイメージが付きやすく分かりやすかった」、「忙しい時はパソコンを開いてビデオを見る時間がない」、「見たいときにすぐに見れない」、「目で見るだけではすぐに忘れてしまう」などの結果が得られた。特に「ビデオだけでなく、文章化すると手順など再確認を短時間で出来て良いと思う」との意見が多かったため、文章化したマニュアルを作成することにした。施行一ヶ月後の調査では「ビデオの時より分かりやすいと思う」、「パソコンを開かなくてもすぐ見れる」、「一つ一つの確認が出来る」、「文字で見て確認出来るので間違いが少なくなる」、「忘れた時など直ぐ見れて便利」、「ビデオでは一連の流れが分かりやすいが、文章化のほうが細かいのでより分かりやすい」、「字が小さくて読むのに疲れた」との結果が得られた。アンケートの集計結果では、いいえと回答している部署が多いが、ベッドの空床利用の観点、また看護師の異動を考え内科系・ICUも含む部署も対象にしたからである。その点を考慮すればビデオに比べ文章化のマニュアルを活用している部署が多いことがわかった。(図1)

その後手術室での受け入れ態勢も確立し入室時の病棟とのトラブルは軽減した。歩行入室も増加し最初は1部署からのスタートであったのが各部署に波及している。(図2)

## 考 察

PSとは患者満足のことであり元々は1990年代に企業が導入したCS(customer/consumer satisfaction:顧客満足)活動を参考にした考え方である。江藤氏はPSとは「患者に選ばれる医療機関」としてきわめて重要なコンセプトであると述べている。PSには3つの状態が考えられる。(1)一流のPS:「患者が期待どおりの満足を感じること」(2)超一流のPS:「期待以上の満足を感じること」(3)究極のPS:「患者が知らず知らずのうちに満足すること」<sup>1)</sup>としている。またPSの定義づけとして「サービスの良し悪しがはっきりとわかる人でもわからない人でも、患者に事前期待が明確にある部分に、期待どおりのあるいは期待以上の満足を感じることであり、たとえ事前期待が明確でない人や明確でない部分でも、患者自らが知らず知らずのうちに満足を感じることであり。」<sup>2)</sup>と江藤氏は述べている。

そこでPSの視点から患者の希望に沿った入室方法を検討してみた。以前は手術麻酔の前に不安軽減を目的とした鎮痛剤を、気道分泌抑制のため硫酸アトロピンを投与するのが一般的であった。しかし、前投薬の投与方法として筋肉注射が一般的であり、それに伴う痛みや、注射部位の硬結が問題点として指摘されるようになった。また過度の鎮静によるベッドからの転落や、手術室入室時に本人確認が困難になるなどの問題点も指摘されているため、主に安全管理上の観点から麻酔前投薬を廃止した。それに伴い病棟

から手術室への移動を歩行で行なうことが可能となり歩行入室を導入する病院が増加した<sup>3)</sup>。

当病院においては歩行入室のマニュアルがなく取り組みが遅かったが、今回、麻酔科医の許可があれば歩行入室可となったことにより、患者に負担がなく安全で安楽に歩行入室ができるためには主治医・病棟看護師・麻酔科医・手術室看護師の認識の統一が必要だと考えマニュアル作成を行なった。最初、視覚での認識が理解しやすいと判断しビデオを用いてのマニュアル作成を行なったが、ビデオ作成後のアンケートの結果から、すぐに見れないとの理由でほとんど活用されていないのが現状であるとわかり、ビデオだけのマニュアルでは不十分であることが明らかになった。そこで患者が安全で安楽に満足の行く歩行入室ができるためにも文章化したマニュアルの必要性を感じ作成出来たことは患者満足に繋がると考える。神奈川県立ガンセンター麻酔科医、佐々木氏の調査によると、歩行入室をした患者にアンケート調査を行なった結果、「安全で安心感があり疲労も少ないが、緊張した」との評価が得られている。看護師へのアンケートでは「歩行入室は安全でコミュニケーションがとりやすく、労力が軽減した」との評価が得られている<sup>4)</sup>。当科でもストレッチャーでの入室と歩行入室の両方を経験した患者への聞き取り調査を行なった結果、歩行入室のほうが精神的にも、身体的にもはるかに楽であったとの意見が聞かれた。しかし歩行入室を経験した

手術室入室マニュアル<歩行入室用>	
<p>手術室入室時の前投薬は、当院麻酔科の方針として基本的に廃止されています。その理由として、前投薬をしても十分な鎮静が得られなかったり、ストレッチャー酔いのため即ち不安感やストレスが増大したり、強い口開からくるストレスなどが考えられるからです。むしろ意識開明のまま患者自身が手術に立ち向かうというアクティブな態勢を待つことを重視し、歩行入室が行われるようになりました。</p> <p>歩行入室を希望する患者を許可する最終判断は麻酔科医ですが、許可する基準は、 ①歩行出来る人(車椅子でも可) ②転倒の恐れのない人 ③意識開明な人、となっています。</p> <p><b>&lt;麻酔科指示受け&gt;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>麻酔科医は、事前に主治医に歩行入室の許可を得ておく。</li> <li>麻酔科医の術前訪視時、麻酔科医は歩行入室の希望のある患者を伝える。</li> <li>麻酔科医が診察の結果許可した時は、麻酔科医に伝える。</li> <li>麻酔科医は『麻酔科医』の下の欄に、麻酔科医に“歩行入室可 Dr. OO”とサインをしてもらう。</li> </ol> <p><b>&lt;歩行入室&gt;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>手術室への歩行入室の際は、主治医・麻酔科医が付き添う。この時、途中で患者の具合が悪くなった時に対応できるように、どちらか一人は手すりも踏まない状態とする。</li> <li>点検中であっても、許可があれば点検スタンドを昇しての入室可。</li> <li>持参品は医師か麻酔科医のどちらか一人が持つようにする。又、ワゴン車やストレッチャーに載せてきては構わない。</li> <li>歩行入室の際、ストレッチャーと一緒に併走しても良い。</li> <li>患者が必要であれば、義歯・眼鏡・コンタクトを装着しての入室可。その際紛失を避けるためそれぞれ名前を記載した名刺を併走する。手術室看護師へ、容辞を實際に見せて申し送る。</li> <li>下着(パンツ・ブラジャー・肌着など)は装着して入室可。その際下着を入れるためのビニール袋に名前を記載して持参する。</li> <li>点検中であり、肌着を着て入室する時は、胸調子のシャツを着用して行く。</li> <li>私物のパジャマでの入室は可であるが、私服は不可。私服のパジャマでの入室をする場合は、手術後着用する病院のガウンを併走する。</li> <li>病棟から持ち込みの歯磨粉、薬品などは、歩行入室の際併走する。申し送りの時に、物品・期限チェックを麻酔科医と手術室看護師と一緒にダブルチェックする。</li> </ol>	<p><b>&lt;その他&gt;</b></p> <p><b>①申し送り</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>手術室看護師は入室後、患者を空いているソファーに案内し座らせる。</li> <li>麻酔科医から手術室看護師へ申し送りをおこなう。</li> </ol> <p><b>②ストレッチャー搬入</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ストレッチャーは患者入室後1時間以内に手術室に併走する。その際麻酔科医は下記内容を確認しておく。             <ul style="list-style-type: none"> <li>①酸素ボンベ残量</li> <li>②酸素マスク・カスラ</li> <li>③点検スタンド</li> <li>④布巾又は毛布</li> <li>⑤その他(排膿吸引器本体など・・・)</li> </ul> </li> <li>⑥ストレッチャーには、誰のストレッチャーかわかるように麻酔科医は患者名と患者氏名を書いた札をストレッチャーの足元に貼る。その際、名前が他人所属探頭の見えぬように手廻り蓋すなどの配慮をする。</li> </ol> <p>※上記①～⑥は手術室に併走する前に、麻酔科医が確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ストレッチャーを併走したことを、麻酔科医は手術室受付のクラークに伝える。</li> <li>手術室看護師は、ストレッチャーが置いたら上記①～⑥の確認を行う。</li> </ol> <p><b>③入室の場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入室の際は、果し換えホール内に設置されているBOX内に、手術室看護師が患者名やスリッパなど持参品一式をビニール袋に入れ名前を記載して置いておく。麻酔科医は、紛失を避けるため、夕方までには取りに来る。</li> </ul> <p>※病棟での手術前オリエンテーションの際に麻酔科医は、主治医と麻酔科医の許可があれば、歩行での入室も可能であることを情報として伝える。また手術室看護師は、術後病棟の時に情報として伝える</p> <p style="text-align: right;">2023年10月10日改訂 PS推進委員 歩行入室マニュアルグループ</p>

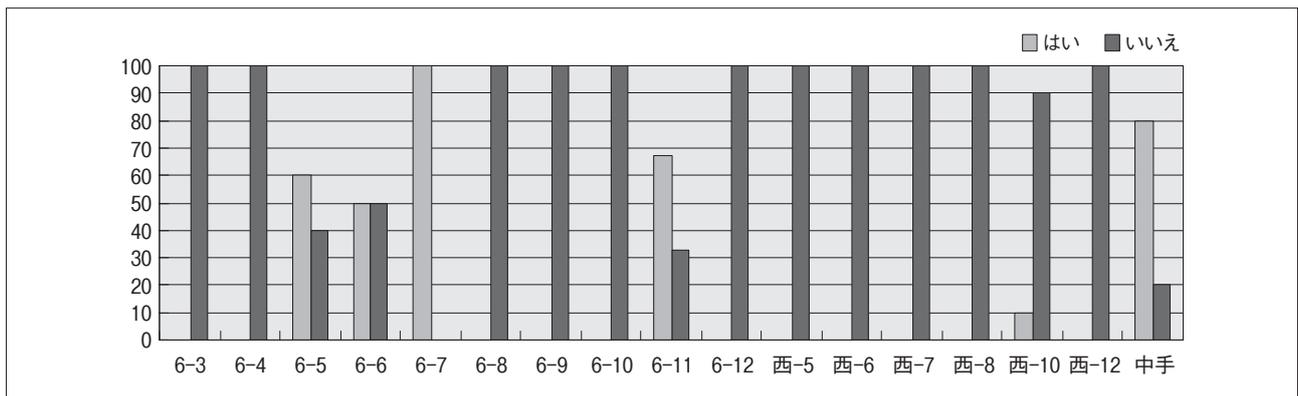


図1 アンケート集計結果 2008年2月現在 (文章化した歩行入室マニュアルの使用状況)

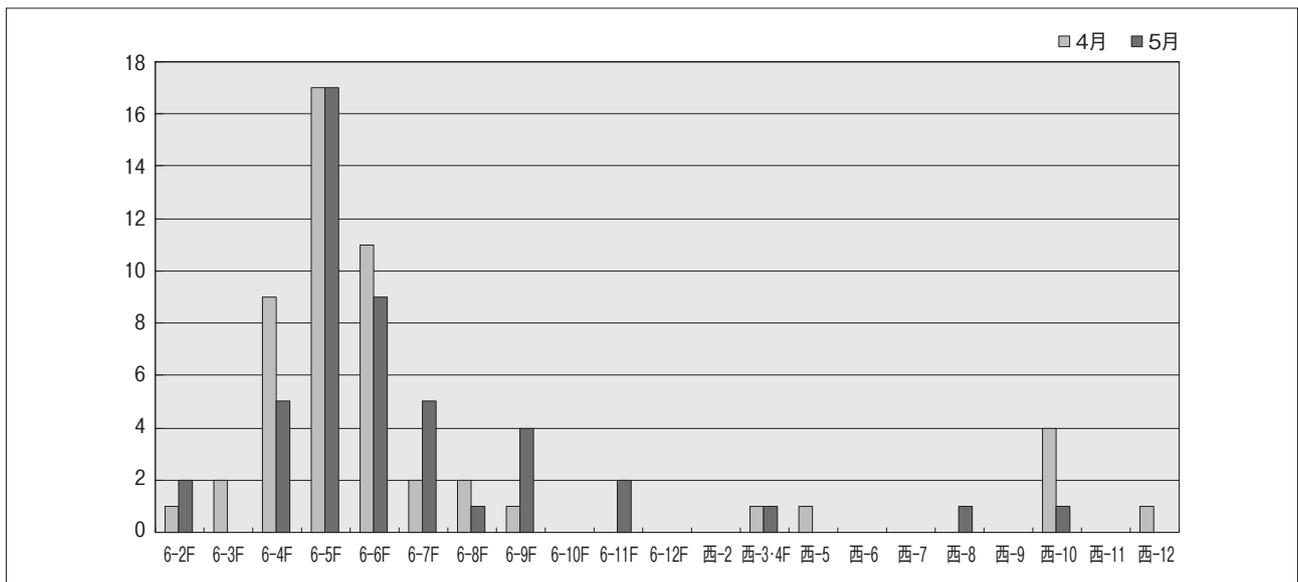


図2 歩行入室件数 2008年4・5月

全員の患者には聞き取り調査が出来ていないため、患者満足の視点から今後に繋げるためにも評価することは大切なことであり今後の課題としたいと考える。

### まとめ

1. マニュアルを文章化したことにより歩行入室が増えた。しかし病棟の医師や看護師にまだ十分浸透していない面もあり、患者に対しての情報提供も少ないため、選択肢の一つとしてもっと積極的に患者に情報提供する必要がある。
2. マニュアルに沿った歩行入室が出来るようになってきた。
3. 患者からストレッチャーで行くと重病人のような気がするので、歩いて行った方が気分的に楽であるとの声が聞かれるようになった。

### 終わりに

今後、PSの面から歩行入室をした患者全体に聞き取り調査を行い評価をする必要があると考えている。また患者の不安の軽減を図るために、日頃患者が心のやすらぎとして傾聴している音楽があれば前日に借用し、入室前から部屋に流すことにより定着させたいと考えている。

### 引用・参考文献

- 1) 江藤かをる：PS看護マナーブック. 学研. P17. 2005
- 2) 江藤かをる：PS看護マナーブック. 学研. P18. 2005
- 3) 長浜弘道, 青木正：麻酔前投薬の使用状況について -アンケート調査の結果を中心に-. 日臨麻会誌20. P295~297. 2000
- 4) 佐々木俊郎他：麻酔前投薬廃止と手術室歩行入室の導入およびその効果. 臨床外科7. 医学書院. P987. 2003

## 平成20年度 日本手術看護学会九州地区役員

---

会 本 部 理 事	長 高 川 茂	産業医科大学病院
副 会 長	小 栗 明 美 山 田 和 美	大分大学医学部附属病院 九州大学病院
査 読 委 員	小 川 節 子	久留米大学病院
書 記	菖 蒲 庸 子 福 島 悦 子	佐賀大学医学部附属病院 鹿児島大学病院
会 計	白 坂 幸 子 識 名 通 子	宮崎大学医学部附属病院 琉球大学医学部附属病院
会 計 監 査	木 下 美代子	熊本大学医学部附属病院
第27回会長	坂 本 眞 美	福岡大学病院

---

## 第 27 回 日本手術看護学会九州地区

---

発行者：坂本 真美

発行日：2008 年 9 月 1 日

発行所：福岡大学病院 手術部  
〒814-0180 福岡市城南区七隈七丁目45 番1 号  
TEL：092-801-1011

印刷：Next COMPANY **Secand** 株式会社セカンド  
〒862-0950 熊本市水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F  
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025