

研究発表

3. チーム医療

3-1 帝王切開術を受ける妊婦の看護 —バースプランがもたらす妊婦への効果とは—

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 矢田世莉果

Q1

手術室内では制限が多いかとは思いますが、10 例の中でバースプランに沿ったケアは具体的にどのようなことを行いましたか？

A1

提案されたバースプランは以下の通りです。

・写真撮影を行いたい

産婦人科医・麻酔科医・助産師と検討した結果、患者持参のスマートフォンのみ持ち込み可能にし、写真のみの制限で児の処置終了後の母子面会の際に写真撮影を行った。児の生年月日、産まれた時間がわかるようなプレートを作成し、そのプレートと共に母子の写真撮影を行った。

・児を娩出してからは眠りたい

児娩出後は時間が長く感じるので、鎮静を行った

・カンガルーケアを行いたい

希望があった場合は離皮架を少し腹部よりに設置しておき、児の処置終了後、本来の早期母子接触よりは短い時間だが、母子の肌と肌を接触させた。

・見えない分何しているか教えてほしい

清潔野が見えなくて不安になると考え、わかりやすく医師がどのような進行をしているか、児が娩出する時にはどこが見えているかなどを伝えた。

・胎盤を見て触れてみたい

胎盤が摘出された後、標本調査に提出する前に見て触れて頂いた。

Q2

バースプランの希望がない場合は、どのようなケアを提案されますか？

A2

スタンダードなプランとしまして、写真撮影、児娩出後の術中鎮静、声掛けは術前訪問に行った際に提案しています。

3. チーム医療

3-4 可視化マニュアルによる当直看護師の不安軽減—二次救急病院の超緊急帝王切開術への他部署協力体制の向上—

JA 静岡厚生連遠州病院 光武 翔子

Q

発表お疲れさまでした。

当院も自宅待機性をとっている施設であります。本年度よりグレード A 帝王切開時の対応を進めることとなり、手術室看護師が到着するまで病棟看護師に準備を依頼しています。光武先生のご施設と同様に依頼する他部署の看護師へのシミュレーション等教育が必要と考えていますが、今回研究で行っていた複数回のシミュレーションを実際行うにあたっては多大な労力があつたのではないかと感じました。実際のシミュレーション開催にあたり手術室、また救急外来スタッフの各業務の調整等、工夫した点があれば参考にさせていただきたいのでご教示ください。

A

この度はご覧頂き、また貴重なご質問をありがとうございます。

2018 年度のシミュレーションでは、一度、例年通りの全体研修にて、流れのシミュレーションと新しく導入した機器の説明を行い、その後、個別研修を各週 1 回、計 4 回開催致しました。個別研修の内容としては、全体研修に来られなかつ

た方へのシミュレーションや、全体研修で分かりにくかった内容を確認したり、実際に機器や物品に触れて頂いたり、その時々集まった方の希望に沿う形で行いました。

当院では、グレードA帝王切開を行う部屋を、普段は主に産婦人科で使用しているため、日程を決める際には産婦人科の手術日ではない日で、全体的に予定手術があまり混み合っていない日を選出しました。また、個々の理解度を高めることを目的としていたため、人数に制限を設けて案内を出しました。具体的には、当直師長と当直看護師とで役割が異なるため、それぞれ師長・管理職は2、3名/日、外来看護師は5名/日にしました。その他、例年シミュレーションへの参加は必須ではありませんが、協力して頂くことがある産婦人科病棟や、日中の救急外来を担当する看護師などの各部署へは開催する日程のみ伝え、参加の際には事前に連絡をして頂き、人数調整を行いました。時間としては、例年勤務の都合上、時間外での実施としており、手術室、各部署の師長、外来看護師が多数集まれる環境で行っております。

開催した実際としては、個別研修の参加は多くても3-4名/日程度でした。時間としては各日30-60分を設けましたが、30分程度で終わりました。また、担当するスタッフは、参加者のやりたい事や不安点が個々で異なることを予想し、臨機応変に対応できるスタッフに手伝って頂きました。

今年度は、感染対策を考慮し、全体シミュレーションの部と機器の取り扱いやガウン介助などの実践の部の二部制とし、それぞれ部屋を分け、また実践の部ではそれぞれブースを作り、密にならず短時間で全体の理解度を高める工夫を行いました。

微力ながら、貴院での今後の取り組みのお役に立てれば幸いです。

4. 看護倫理

4-7 意識下手術中の排尿援助に関する調査

秋田赤十字病院 白渡絵美香

Q

貴重な発表をありがとうございました。

スライド内にありました、「リスクの少なく簡便な尿器」とはどのようなもののでしょうか。当院でも術中の排泄について困った経験をもつスタッフが多いです。何か良い方法や良い物品があればご教授いただきたいです。

A

ご質問ありがとうございました。

「リスクの少なく簡便な尿器」とは、一般的に用いられている「尿器」のことを指しており、膀胱留置カテーテルや一時的導尿に比べ尿道損傷等のリスクが少なく簡便に使用出来る、という意味での文章でした。

良い方法や良い物品を検索していますが、なかなか画期的なものとは出会うことが出来ていません。現段階では、患者の個別性に合わせた援助を実施するため、術前にオリエンテーションを行い、患者と一緒に方法を検討、選択してもらうことが必要であると考えています。

5. 安全管理

5-9 器械出し看護師に必要なノンテクニカルスキルの類型化

地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター 山仲 千尋

Q

看護研究お疲れ様でした。

私も現在、器械出し看護師についての質的研究を行おうと思っており、大変興味深く拝見いたしました。2点、質問をお願いいたします。

1. インタビューの問いかけの言葉が上手く思いつかず、どうしたら聞きたい内容を誘導することなく聞けるかと、悩んでいます。山仲さまは、グループインタビューの際に、どのような問いで語り始めていただいたのでしょうか？

2. 考察の中の、ノンテクニカルスキルを意図的・無意識に使用していることに、組織風土や教育体制からの影響があるとされていますが、具体的にどういった内容からどう影響を受けているとお考えになられたのか、もしよろしければお教えいただけませんか。

どうぞよろしくお問い合わせいたします。

A

1. ノンテクニカルスキルというのは「認知的・社会的スキル」で、いくつかのカテゴリーに分類されることはご存かかと思えます。

ノンテクニカルスキルのカテゴリー毎に、このような行動例が当てはまるという推測のもと、インタビュー内容を考えました。ノンテクニカルスキルを発揮できていれば、手術が「安全に」なおかつ「円滑に」進むと想定しているため、「手術を安全で円滑にするためにしていること」という内容で話し合いました。グループワーク当日には、ノンテクニカルスキルというのは何かというのを簡単に説明した上で、患者入室前、麻酔導入～手術開始まで、手術中、手術終了～患者退室までの4区分に分けて、普段の業務を振り返りながら、各カテゴリーに当てはまるような行動例について話し合ってもらいましたが、全く誘導することなく自然に聞き出すのは困難かと思えます。本研究では各カテゴリーの特徴や行動例について熟知した共同研究者が同席していたため、各カテゴリーの行動例をうまく抽出できるように事例を提示したり、話題を変えながら抽出できたと考えております。

2. 例えば「手術状況を把握できていないことを自己認識したとき、外回り看護師に質問する」という行動例があったとき、その場に居合わせたスタッフやその周囲の人間や上司（いわゆる組織全体）が良い行動だと評価すれば安全行動として定着して後輩に教育されていきますが、もし悪しき行動だと判断されればその行動は組織の中では消去されていきます。（おそらく、このような繰り返しは組織風土となっていると思われまます）また、抽出された行動例について本人に質問する機会がいくつかありましたが、先輩達の行動を模倣している（教育されてきたが、あまり良く考えていない。そういうものだからという認識）だけのこともしばしば観察されました。

そもそも、ノンテクニカルスキルというのは、その国の背景（例：日本人特有の性格：NOと言えない）や組織の文化（ここでは当院の手術室という組織文化）を反映していると言われております。

今回の研究で明らかになったノンテクニカルスキルについても同様で、私達の手術室の組織風土・教育体制から影響を受けている行動例やノンテクニカルスキルが抽出されたものとして考えています。まずは、それを抽出することが重要であり他施設との比較や共通点を探る第一歩だと考えております。

6. 看護教育：看護基礎教育

6-4 A 病院における内シャント術中管理マニュアルがもたらした影響と有用性について

市立長浜病院 中川 翼

Q

貴重な取り組みにおける発信ありがとうございました。

当院でも内シャント保有者の手術があり、関心度の高い内容で勉強になりました。

質問ですが、2点あります。

①シャント保護筒として使用されている物はどのような資材で、どのように作成して準備されておられますか？

②腹臥位など（定型では肘関節を屈曲させるような時、あるいは上肢を体幹に添わせるような時）実際に困惑した症例やその時の対応などありましたら、具体的にご教授下さい。

※ラダー別にその有用性を整理して下さっていたので、様々な視点から読み込みました。丁寧な構成にも興味深く、今後の参考にさせて頂こうと思えます。お忙しいとは思いますが、御返信いただければ幸いです。

A

①シャント保護筒として使用されている物はどのような資材なのか

→当院で使用しているシャント保護筒は、ポリウレタン製のスポンジのような素材の物であります。

前腕が覆える程度の大きさで、コの字状の形をしています。

使用の際はシャント部にかぶせ、何か物がシャントを直接圧迫させないように使用します。

②腹臥位など（定型では肘関節を屈曲させるような時、あるいは上肢を体幹に添わせるような時）実際に困惑した症例やその時の対応について

→腹臥位の場合、仰臥位OPと同様にシャント保護筒を使用しシャント部は保護しています。術中観察の観察は肘関節が屈曲位となり、血流が停滞することを踏まえ仰臥位の時よりも短い間隔でシャント音を確認しています。

上肢を体側固定にする場合は、リネンで覆われてしまうので術中の観察が困難になります。そのため、長時間OPで

リスクが高い症例などではリネンで覆われる前にシャント部に聴診器を固定し、適宜聴診できるように工夫することもあります。

体側固定する際に体と固定具にて上肢が圧迫されないように、隙間を作るように気を付けています。

8. 術前看護

8-3 効果的な術前訪問とは —写真を多く盛り込んだ術前パンフレットの効果—

洛和会音羽病院 佐藤 絢乃

Q

スライドの8枚目が見つらくどのようなツールを使用したのか気になります。

A

前回作成したパンフレットには写真がありませんでしたので、今回は視覚的にアプローチしようと思い、写真を使用しました。

9. 術後看護

9-3 術後訪問定着に向けての取り組み —個人ファイルの導入を試みて—

独立行政法人市立大津市民病院 服部 睦美

Q

看護研究お疲れ様でした。

当院でも、術後訪問の実施率上昇に取り組んでいますが、手術介助が優先され、個人的な訪問希望の申請もほとんどない状況にあります。1点、質問をお願いいたします。

個人ファイルを作成されているという発表でしたが、貴院では術後訪問が必要な患者さんを、どのように把握されておられるのでしょうか？

当院では、皮膚障害や神経障害の発生に関しては報告があるために把握できますが、循環・呼吸状態などについては自己申告がないとなかなか把握できず、訪問の必要な患者のリストアップは困難なのではないかと思ってしまいました。何か基準などがおありなのでしょうか？

A

ご質問ありがとうございます。当院では、術後の看護目標に対して評価をした際に、経過観察が必要な患者として次の①～⑥の項目に当てはまる患者に対し、必ず術後訪問を行うように決めています。

- ①6時間以上の手術
- ②特殊体位4時間以上の手術
- ③術後退室時に呼吸状態・循環状態の悪化を認める
- ④不安
- ⑤発赤などの皮膚トラブル
- ⑥神経障害

そして、術後評価・術後訪問は主に外回り看護師が責任を持って実施しています。手術看護記録は電子カルテに入力していますが、訪問対象者の用紙をプリントアウトし、術後訪問を管理しやすいようにしています。術後訪問が必要な患者の管理は手術担当者個人の管理にしています。

それでも忘れることがあるので、週1回の呼びかけを実施しています。すべて個人管理とし患者のリストアップはしていません。

最後になりますが、2019年度当院での全身麻酔・脊椎麻酔の総件数は2027件で、そのうち上記①～⑥の項目に該当する患者さんは333件でした。当院の手術室スタッフは26名で、術後訪問を担当するのは一人あたり平均1～2人/月となるので個人管理が可能でありました。

11. 皮膚・神経障害の予防, DVT 対策

11-2 腹臥位手術における顔面の皮膚トラブル軽減に向けた取り組み

関西電力病院 瀧川奈津季

Q

大変貴重な発表ありがとうございます。

貴院で発生する顔面皮膚トラブルは挿管チューブやバイトブロックなどの固定テープでしょうか？また、固定テープはどのようなモノを使用されているのでしょうか？

保湿剤はどういったもの（ワセリン、化粧水、乳液）を推奨されていましたか？

質問数が多くなり大変申し訳ございません。お手数おかけ致しますが何卒宜しくお願い致します。

A

ご質問ありがとうございます。

当院で発生している顔面皮膚トラブルは挿管チューブやバイトブロックを固定しているテープによって発生している状況です。固定テープは3M社の Durapore を使用しています。固定テープを使用する前に Brava 社の Coloplast (被膜剤) を塗布して貼るようにしています。テープ剥離時には、3M社の皮膚用リムーバーを使用しテープを愛護的に剥がすようにしています。保湿剤に関しては新たに購入していただくと患者様の負担となってしまうため、使用中の保湿剤を継続して使用してもらうよう勧めました。普段保湿剤などを使用していない男性などの人にはご家庭にあるご家族の保湿剤などを使用してもらうよう説明しました。また患者様によっては保湿剤をイメージしにくい方もいると思われましたので「患者様説明ボード」を使用し一般的に販売されている商品を紹介させていただきました。

11. 皮膚・神経障害の予防, DVT 対策

11-3 手術前皮膚消毒薬における皮膚トラブル予防—ポピドンヨードとオラネキシジングルコン酸塩の比較検討—

札幌医科大学附属病院 笠原裕太郎

Q

スライドを拝見させていただきました。ポピヨドン液とオラネジンの比較検討について非常にわかりやすく書かれており、とても参考になりました。ありがとうございます。

質問になりますが、当センターでも以前まではポピヨドン液を使用しておりましたが、消毒効果の観点からオラネジンに切り替えたという経緯があります。心臓血管外科の手術が多く行われている事から、消毒後にアイオバンというサージカルドレープを覆い、その上に外科ドレープで覆うようなドレーピングをしています。当センターでは通称「イソジンドレープ」と呼んでいるくらいで、ポピヨドン液との相性がよく、アイオバンを剥がす際に表皮剥離のような皮膚障害はこれまで発生していませんでした。しかし、オラネジンに切り替えたあと、ポピヨドン液を使用している時と比較し、皮膚との粘着が増強し、剥がす時にかかる皮膚への負担が多いせいか、術後のドレープ剥離時に生じる皮膚障害が多く発生しているように感じています。札幌医科大学付属病院で同様にアイオバンとオラネジンを併用して使用している症例はありますか？もし使用症例がありましたら、具体的な数値がなくても構わないので、使用時の様子(特にドレープ剥離時の様子)をお伺いできればと思います。

A

この度はご視聴ならびにご質問ありがとうございます。

当院では現在もポピドンヨードを使用しておりますので研究実施時のみの経験談になります。研究対象とした呼吸器外科では貴院と同様、オラネキシジングルコン酸塩で皮膚消毒後にアイオバンを貼付し、外科ドレープをかけていました。しかし、術後のドレープ剥離時の皮膚障害は一件も発生しておりません。研究では当初、オラネキシジングルコン酸塩 OR という色付きのものを使用する予定でした。しかし、アイオバン等の貼付材が剥がれやすくなるという理由で販売停止になり、色なしのオラネキシジングルコン酸塩に使用を変更したという経緯があります。貴院で色付きのものを使用しているのであれば何か関連があるのかもしれない。不明確な回答になり申し訳ありませんが、何か参考になれば幸いです。

11. 皮膚・神経障害の予防, DVT 対策

11-4 手術室におけるスキンテア標準予防策導入の効果

箕面市立病院 神移真莉子

Q

看護研究お疲れ様でした。当院でもスキンテアの予防に、保湿剤の塗布や貼付テープの工夫などを行っており、大変興味深く拝見しました。1点質問をお願いいたします。

対策に、清潔野での覆布テープ貼付前に皮膜保護剤を塗布されていましたが、具体的は方法をお聞きしてもよろしいでしょうか。差支えがなければ、薬剤名や塗布時のスポンジのような用具などについてお聞きできれば幸いです。どうぞよろしくお願い致します。

A

当院では、覆布テープ貼付前にキャピロンスティックを塗布しています。

塗布後乾燥状態でなければ効果がでないため、1分30秒待ってから覆布テープを貼付しています。

11. 皮膚・神経障害の予防, DVT 対策

11-10 脊椎後方手術の褥瘡発生要因の分析 秋田厚生医療センター 山本 朝子

Q1

スライド 5 枚目の術中褥瘡予測スコア法とありますが、文献などで記載されているスコア法ですか？また、記載されている文献などをおしえていただくことは可能でしょうか。

A1

ナーシングケア Q&A 第 10 号

2006 年 4 月 6 日発行

これだけは知っておきたい

手術室ナーシング Q&A

総合医学社

P199 の表 1 に術中褥瘡予測スコア法 (OPDS) があります。これを参考にさせて頂きました。

Q2

質問です：

体幹は難しいと思いますが、術中に顔面や上肢・下肢の用手的除圧は行っていますか？

褥瘡予防で体圧への介入 (ソフトナースなどの体圧分散マットレスや除圧) がもっとも大切なので教えていただければと思います。

コメントです：

脊椎後方手術を代表とする長時間手術、特殊体位での褥瘡予防はいろいろな施設で苦労されていると思います。褥瘡予防は単一の方法ではなく山本さんも考察されているように患者要因を考えながら様々な方法を組み合わせて行う必要があります。山本さん方の取り組みが貴院手術室だけでなく多くの施設に普及することを期待しています。

私どもの研究を参考にさせていただきありがとうございます。今後も、褥瘡予防にともに取り組んでいければと思います。

A2

現在、腹臥位で用手的除圧は行えていません。当院では脊椎後方手術で腰椎椎体間固定術が件数的に多く行われていますが、手術開始から 2 時間経過すると、スクリューを挿入する山場を迎えている事が多く、四肢を多少でも動かす事で手術の妨げになってしまうとの意見があり、介入の難しさを感じていました。

顔面は腹臥位になった直後、15 分後、30 分後、60 分後と顔部の体圧を測定しました。初めの体圧が高いとそのまま推移している事が分かり、初めの顔のポジショニングを大切にしています。今後、用手的除圧も実践していけるように検討したいと考えています。

コメントを頂きありがとうございます。

12. 体温管理

12-1 心拍動下冠動脈バイパス移植術時の術中低体温予防の効果

—プレウォーミング法を導入して— 医療社団法人昂会湖東記念病院 山本 武虎

Q

プレウォーミングに関する研究はとても興味深く拝見させていただきました。当院でも関心を持つ者が増えてきているのですが、統一されていない現状があります。

そこで下記の内容について質問があります。

- ①プレウォーミングを開始するにあたり参考とした文献、書籍
- ②入室のどのくらい前の時間からウォーミングを始めたのか
- ③アンダーブランケットはどのタイプの物を使用したのか、患者接触面は直接触れていたのか、シーツ等をはさんでいたのか

お忙しいところ申し訳ありません。ご返答いただけたら幸いです。

A

①参考文献、書籍ですが、過去の手術看護学会誌を主に参考にしています。今研究は OPCAB におけるプレウォーミング法の導入であり、術式による過去の研究文献はなく、それに類似した症例（体位やアンダーボディブランケットを使用している文献、腹腔鏡・開腹手術といったより低体温のリスクがある症例での研究）を特に着目し文献検索し参考にしました。

②入室前いつから保温を始めたかですが、当院では入室 5 分前から加温装置の電源をいれ、42 度で加温開始としています。また室温を 24 度としています。入室後はそのまま使用を続け、ドレーピング時のみドレーピングのしにくさがあるのでオフにしています。

当院では手術室だけのプレウォーミングの実施であったため、前記のようになりましたが、病棟看護師や他職種と連携出来れば、入室前から患者さん自身への保温もできより効果はあると思います。

③アンダーボディブランケットのタイプですが、様々なメーカーから販売されている患者さんの体の下に敷いて使用する温風式加温装置のうちの一つを使用しています。患者接触面は、当院では汚染予防のため、アンダーボディブランケットの上に紙の防水シーツを敷き使用しています。

質問をいただき、こちらとしても勉強になりました。回答が少しでもお役にたてばと思います。ありがとうございました。

12. 体温管理

12-2 婦人科開腹碎石位手術において大腿部の保温覆布使用による保温の効果

大分県立病院 末綱 海人

Q

貴重な発表ありがとうございます。

術中体温管理ですが、腋窩→膀胱→食道と変更されていた理由を知りたいです。お手数おかけ致しますが何卒宜しくお願い致します。

A

ご質問ありがとうございます。

頂いた質問に返答させていただきます。

当院では手術室入室前に病棟にてバイタルサイン測定をしており、その時に腋窩で体温測定をしています。麻酔導入後に膀胱温センサー付膀胱留置カテーテルを挿入し、膀胱温にて術中体温を測定します。しかし、婦人科開腹手術となると測定する膀胱温が外気温に影響され、低値を示すことがほとんどですので麻酔科医師の協力を得て、開腹後は食道温での体温測定を実施しました。腋窩から膀胱および食道と測定部位を変更したのは、術中の中枢温推移を知りたかったからです。術中に末梢温を継続して測定して中枢温との差をみることでさらに良かったのかもしれない。

12. 体温管理

12-4 A 病院手術室における体温低下の発生状況とその予防対策の効果

朝日大学病院 瀬木 隆紀

Q

発表ありがとうございました。参考にさせて頂きたいので、温風装置の適切な使用とありましたが、スタート時は何度設定なのか教えて下さい。また患者さんの体温の変化で温風装置の温度設定の具体的なマニュアルが作成されているのか教えて下さい。碎石位の保温、加温の仕方も教えて頂けるとありがたいです。

A

研究の結果から導き出されたものではありませんが、現在 統一事項として実施し検討している内容となります。

スタート時の設定ですが、入室時体温の測定によりますが平均体温に沿うように 34～36℃設定を基準としております。

入室時の体温が 37.5℃以上ある場合は、加温せず術中再測定して使用の有無を評価し実施しています。

次に、体温変化での設定基準は現在はマニュアルに記載はありません。

カンファレンスにて検討事項として取り扱っております。

実際に行われている意見をまとめて、35℃台の場合 40℃設定へ切り替え、37.5℃で停止して経過観察という基準でマニュアル反映する予定です。

最後に、碎石位の時ですが、現在は上半身のみ加温し下肢はコンプレッセンやオルソフトを巻き付け保温する形を基本として行っております。

マニュアルにも、「ウォーマーが使用できない場合」として記載し周知しております。

麻酔科・外科医の承認があった症例の場合のみ、ベアハガー社の碎石位用を使用しますが、ほとんど手術・麻酔の妨げになるという理由で行われておりません。

13. 感染対策

13-3 手術中に使用する二重手袋のピンホール発生の実態調査

地方独立行政法人市立東大阪医療センター 朴 麻莉

Q

示指に多かったなど、部位による差はありましたか？

大変興味深い内容で、参考にさせていただきたいと思います。

A

ご質問ありがとうございました。

今回、指の特定の調査は目的はあげていなかったため数値は明確になっていません。ただ、調査担当者3名の印象的には示指が多かったと記憶しています。

15. その他

15-1 術前・術後訪問における看護記録の実態調査 —NANDA 看護診断における領域の視点から—

健真会総合東京病院 松下 翔

Q

大変貴重な発表、ありがとうございました。

ご質問ですが、術前訪問は術後何日目やどのタイミングで実施されているのでしょうか？また、術後評価された情報は病棟看護師や主治医などと共有したりされているのでしょうか？大変お手数おかけしますが何卒よろしくお願い致します。

A

ご質問ありがとうございます。

術後訪問は基本的に術後 1 週間以内を実施しております。

タイミングとしましては、術中に大きなトラブルがなかった場合は退院までに術後訪問を実施し、術中に皮膚障害や神経障害等が発生した場合は術後 1 日目から訪問を開始し、その後再度訪問して評価をしています。術後評価した情報は、記録に残すことで医師や病棟看護師と情報の共有ができるようにしております。