

患者主体型選択による手術室入室方法の導入に対する 職員への意識調査

中央手術部

○岡 本 恵 美 森 川 真由子
本 村 晶 北 村 亜 樹
東 育 世

Ⅰ. はじめに

従来、手術前投薬として手術入室前の患者に鎮静薬が使用されていたが、これら鎮静薬には呼吸抑制や過度の鎮静により患者確認が困難になるといった問題があり¹⁾、近年、廃止傾向にある。それに伴い、手術室入室をベッドに限定する必要性がなくなり、手術室への歩行・車椅子入室を導入する施設が増え、術前患者の不安の軽減や移送業務の簡素化が図られている²⁾。

当院においては鎮静を目的とした前投薬は使用されていないものの、全身麻酔下で手術を受ける患者は全例ベッドで病棟より入室し、患者を仰臥位のまま手術室ベッドへ移動させる装置（以後ハッチウェイとする）を使用し手術室へ入室している。事前の手術部看護師 39 名を対象とした手術室入室・ハッチウェイについての質問紙調査で約半数以上が入室時に患者より、ハッチウェイに対する不快感やベッド入室の必要性を問われたと答えている。個々の患者のニーズにこたえ、患者の満足度を高め、より快適な手術室入室方法を提供することを目的に、当手術部でも患者主体型選択による手術室入室方法の導入を検討することとした。しかし、複雑な建物の構造、手術に関わる多数の医師・看護師、複数科にわたる手術といった大学病院の特殊性から、さまざまな問題点が生じることが予測される。そこで、患者主体型選択による手術室入室方法の是非や、問題点を明らかにするため、手術室入室に関わる看護師（389 人）・医師（220 人）に質問紙調査を行った。

<用語の定義>

患者主体型選択による手術室入室方法：全身麻酔下で手術を受ける患者の全身状態を考慮した上で、医師が可能と判断した入室方法（ベッド、車椅子、

歩行）の中から患者自身が選択する方法

Ⅱ. 研究方法

1. 期間 平成 17 年 8 月 30 日～9 月 13 日

2. 対象

対象は、看護師（中央手術部、産科、婦人科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科、整形外科、脳神経外科、消化器外科、眼科、口腔外科、心臓血管呼吸器外科、循環器内科、救急 ICU、救急 HCU、本館 ICU など 15 部署、外来勤務者を除外した）389 名、医師（麻酔科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科、整形外科、脳神経外科、消化器外科、眼科、口腔外科、心臓血管呼吸器外科、循環器内科、救急科）220 名であった。

3. 倫理的配慮

本研究の主旨を文書に掲示し、同意が得られた職員に質問紙調査を実施した。

4. 方法

研究チーム内で、全身麻酔下で手術を受ける患者の入室方法や、歩行、車椅子、患者主体型選択による手術室入室方法を導入するにあたり、予測される問題点を文献より抽出した³⁾。これらを KJ 法にて分類し、患者主体型選択による手術室入室、ベッドによる入室、車椅子による入室、歩行による入室、前投薬の 5 要因に群分け調査用紙を独自に作成した。回答方法はすべて「はい」「いいえ」の二者択一方式で行った。調査用紙の配布、回収については上記に記載してある対象の病棟・医局に研究チーム員が配布し、回収袋を設置し 2 週間後に回収した。統計の分析については、他科の医師と病棟看護師（以下病棟群とする）・麻酔科医師と手術部看護師（以下手術部群とする）の間で χ^2 検定を行った。質問

紙の回収率は 478 名 (78%) であった。有効回答率は 456 名 (96%) であった。

III. 結果

調査項目とその結果を以下に示す (表 1-4)。

表 1 患者主体型選択による手術室入室方法についての調査項目とその結果

項目	はい	いいえ
患者主体型選択による手術室入室方法を知っている	165名(34%)	301名(63%)
患者主体型選択による手術室入室方法を行っている病院を知っている	159名(33%)	313名(65%)
患者主体型選択による手術室入室方法導入に賛成	433名(91%)	25名(5%)
患者主体型選択による手術室入室方法により、患者の術前不安が緩和される	357名(74%)	92名(19%)
患者主体型選択による手術室入室方法により、業務面での混乱が起こる	246名(51%)	206名(43%)
患者主体型選択による手術室入室方法は患者サービスにつながる	402名(84%)	58名(12%)

表 2 ベッド入室についての調査項目とその結果

項目	はい	いいえ
ベッドのみの入室方法は最適な方法である	81名(17%)	364名(76%)
患者がすべてベッド入室であることに疑問を感じる	268名(56%)	189名(39%)
手術室入室方法はベッドのみでよい	110名(23%)	340名(71%)
患者からベッド入室でよかったという声を聞いた	22名(4%)	433名(90%)
患者が医師・看護師に話しかけやすいと思う	52名(11%)	385名(80%)
医師・看護師が患者に話しかけやすい	151名(31%)	278名(58%)
エレベーター待ちで困ったことがある(病棟看護師のみ)	263名(85%)	25名(8%)

表 3 車椅子入室についての調査項目とその結果

項目	はい	いいえ
車椅子入室を行っている病院を知っている	229名(48%)	236名(49%)
車椅子入室を導入することに反対	29名(6%)	428名(89%)
入室時の寝衣や更衣方法に不安がある	215名(45%)	235名(49%)
患者が医師・看護師に話しかけやすいと思う	363名(76%)	90名(18%)
医師・看護師が患者に話しかけやすい	373名(78%)	70名(14%)
退室用ベッドの準備業務が増える(病棟看護師のみ)	191名(62%)	98名(32%)
ベッドの搬入業務が増える(手術室看護師のみ)	22名(71%)	6名(19%)
手術室内の環境整備業務が増える(手術室看護師のみ)	21名(67%)	7名(23%)

患者主体型選択による手術室入室方法を導入に賛成と答えた者は 433 人 (91%)、反対と答えた者は 25 人 (5%) であった。

手術を受ける患者の入室方法はベッドのみでよいと答えた者は 110 人 (23%)、反対と答えた者は

表 4 歩行入室についての調査項目とその結果

項目	はい	いいえ
歩行入室を行っている病院を知っている	179名(37%)	284名(59%)
歩行入室の導入に反対である	56名(11%)	400名(83%)
入室時の寝衣や更衣方法に不安がある	216名(45%)	236名(49%)
患者が医師・看護師に話しかけやすいと思う	423名(88%)	36名(7%)
医師・看護師が患者に話しかけやすい	423名(88%)	35名(7%)
退室用ベッドの準備業務が増える(病棟看護師のみ)	179名(58%)	109名(35%)
ベッドの搬入業務が増える(手術室看護師のみ)	22名(71%)	6名(19%)
手術室内の環境整備業務が増える(手術室看護師のみ)	20名(64%)	8名(26%)

340 人 (71%) であった。

歩行入室が導入された場合、病棟看護師の退室用ベッドの準備業務が増えると答えた者は 179 人 (58%)、増えないと答えた者は 109 人 (35%) であった。

歩行入室が導入された場合、寝衣や更衣方法についての不安がある者は 216 人 (45%)、ないと答えた者は 236 人 (49%) であった。

歩行入室が導入された場合、手術室看護師の環境整備による業務が増えると答えた者は 20 人 (64%)、増えないと答えた者は 8 人 (26%) であった。

患者主体型選択による手術室入室方法が患者サービスにつながると答えた者は 402 人 (84%)、つながらないと答えた者は 58 人 (12%) であった。

患者主体型選択による入室方法を知っている者は病棟群 123 人 (29%)、手術部群は 42 人 (76%) で手術部群が有意に高率であった ($P < 0.05$) (図 1)。

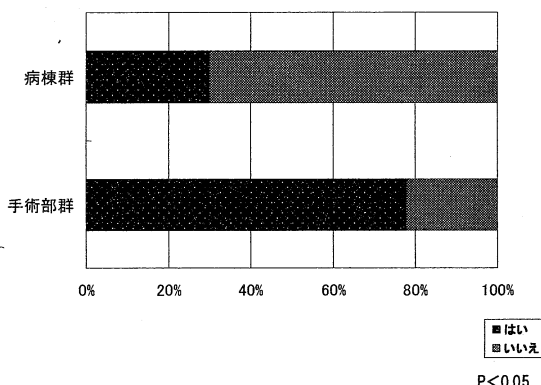


図 1 患者主体型選択による手術室入室方法を知っている

患者主体型選択による手術室入室方法の導入により業務面での職員の混乱が起これると思う者は病棟群で213人(50%)、手術部群は31人(57%)で手術部群が有意に高率であった(P<0.05)(図2)。

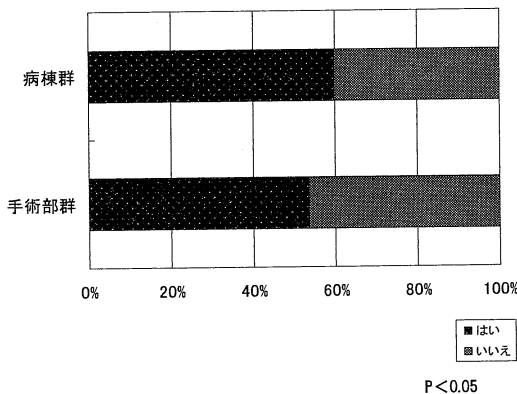


図2 患者主体選択による手術室入室方法により職員の業務の混乱を引き起こす

ベッド入室、車椅子入室、歩行入室での患者の安全性保持について、保たれると回答した者はベッド入室320人(68%)、車椅子入室273人(58%)、歩行入室177人(37%)であった(図3)。

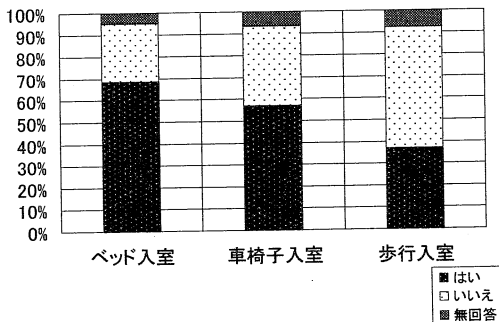


図3 患者の安全が保たれると思うか

質問紙からの自由回答では、「術前患者は血管確保していることが多く、歩行入室は安全面で不安がある」、「当院の建物の構造上、外科系病棟から手術部までの距離が長く、スロープもあるため、ベッド以外の入室方法では患者の安全確保が難しい」という意見があった。

IV. 考察

当手術部において病棟群・手術部群ともに患者主体型選択による手術室入室方法を導入することに賛成であった。手術室入室に関わる医師・看護師は現状のベッドのみの手術室入室方法を検討する必要性を感じている。

患者主体型選択による手術室入室方法を知ってい

ると答えたのは、病棟群では29%、手術部群では76%で有意に差があった。患者主体型選択による手術室入室方法が導入されると、業務面で混乱を引き起こすかとの質問では手術部群の方がわずかに病棟群より多かった。手術部群の方は患者主体型選択による手術室入室方法の知識があるため、実際に導入された時に生じてくる問題点(手術室入室方法の多様化による混乱、手術用ベッドの搬入や手術部内の環境整備)を予測できたと考えられる。一方、病棟群は患者主体型選択による手術室入室方法についての情報や知識が少ないにも関わらず、約半数近くが混乱を引き起こすと答えている。これから導入に向けて、病棟群では患者主体型選択による手術室入室方法の知識を深めていく過程で、さらに問題点が表面化してくることが考えられる。そのため、導入に先駆け、患者主体型選択による手術室入室方法の具体的な方法を知ってもらい、さらに病棟の視点での不安や疑問点を抽出し、その対応策を考え、円滑な導入ができるように働きかける必要がある。

各入室方法において患者の安全性が保たれるかという質問では、ベッド、車椅子、歩行の順で、保たれると答えた人数は減っている。また、自由回答でもあるように、ベッド以外の入室方法において、患者の安全確保への不安を持っていることがわかった。今後、導入するにあたり、医師・看護師が抱く患者の安全確保への不安を解消するため、各科医師・各病棟看護師が協力し、安全に患者が手術室に入室できるような基準を作成する必要がある。

約8割以上の方が患者主体型選択による手術室入室方法は患者サービスにつながると答えている。医療・看護現場で「患者主導」という言葉をよく耳にする。患者主導とは、サービスを患者の視点から捉え直し、ぎりぎりまで患者の都合に寄り添うことである。つまり患者になってみなければわからない不満や要望をニーズとして捉え、それに応じて病院組織の運営、現場でのサービスを変えていくことである⁴⁾。

今回の調査で、医師・看護師ともに業務の複雑化、患者の安全の確保に問題はあるが患者の満足度を高めるために、患者主体型選択による手術室入室方法の導入への意識が高いことが明らかになった。

V. 結論

1. 患者主体型選択による手術室入室方法の導入について、病棟群・手術部群とも賛成であった。
2. 患者主体型選択による手術室入室方法の問題点（業務面での混乱・患者の安全確保への不安）が明らかになった。

VI. おわりに

今回、患者主体型選択による手術室入室方法のさまざまな問題点が明らかになったので、これらをもとに、病棟また他職種と連携し、新しい手術室入室方法を確立していきたい。

引用文献

- 1) 森田善仁ほか：歩行入室患者における術前不安の検討，麻酔，51，382 - 386，2002.
- 2) 武島知恵子ほか：手術室歩行入室の現状と評価，手術医学，24，213 - 216，2003.
- 3) 大野公一ほか：手術室歩行入室の実施，看護管理，135-137，2000.
- 4) 和田ちひろ：ナースがつくる患者に選ばれる病院，日本看護協会出版会，2003.

参考文献

- 1) 上田和子ほか：歩行入室が手術患者に与える影響，オペナーシング，18 (6)，98-101，2003.
- 2) 芳賀忍ほか：手術室入室は歩行がいい，臨床麻酔，25，693-694，2001-4.
- 3) 百瀬美希ほか：安全で効率的な手術患者の移送をめざして，手術医学，25 (4)，2004.
- 4) 油布克己ほか：当院における歩行入室の現状，手術医学，24 (3)，2003.