

手術室看護記録の検討

－看護診断による標準看護計画を取り入れて－

手術部

○浦上京子 田中松子 吉原理恵子
内藤浩子 山本由美子 内田美智子

I. はじめに

1975年、国際手術室看護婦協会とアメリカ看護協会の共同声明によって、“手術室における看護実践の基準”が示された。これによると、手術室看護婦は術前の患者把握と準備、術中看護、術後評価にいたる一貫性のある看護、つまり周手術期看護を実践することが求められている。

手術室看護婦は、術前からの問題、術中に予測される問題、術後に引き続く問題を明らかにし、患者の目標達成のためにどのようなケアが行われたかを、記録のなかに表現する必要がある。

しかし、当手術室の記録は、患者の安全・安楽にどのように配慮してケアを行ったかを記録しておらず、手術の展開や処置・観察のみを経時的に記録しているにすぎない。そのため、手術室内でどのような看護がなされたのかが分からないという状況であり、看護の継続性を弱めている。

そこで、周手術期看護の充実を図るために、今までの記録方法を見直し、経時的記録から看護実践を記載する記録方法の検討を行ったので、その経緯と今後の課題について報告する。

II. 手術室看護記録方法の検討の経緯

1. 旧記録方法の現状と問題点

旧記録用紙（図1）は、患者情報欄と術中記録欄とに分けられ、私達は術中記録欄に手術の展開を経時的に記録し、行った看護を記録していない。このことから次の問題点が考えられる。

- 1) 私達は、患者の個別ニーズに合わせた看護をしているにもかかわらず、行った看護を記録していないため、看護の評価ができない。
- 2) 術中に発生した問題が何であるか、その問題が解決されたかどうか、継続される問題が何であるか、が不明瞭なため継続看護に生かされない。
- 3) 旧記録用紙には看護を記載すべき欄が術中記録欄しかなく、そのスペース内に行った看護を記録するには不十分である。

2. 新記録方法の検討

前述した問題点を解決するために、私達は行った看護を記録するということに重点をおき、記録を通して看護の問題点を明確化し、手術室での看護が評価でき、病棟への継続看護を目的とした記録用紙（図2）を作成することにした。

まず、看護を記録するには、旧記録用紙の術中記録欄のように自由記載にすると、看護婦が行った看護の記載に不慣れである点や、時間的制約があるなかで患者の問題点を見いだし記録していくことは困難である。

そこで、術中の問題点の抽出・計画立案を容易にし、看護を充実させ向上させていくために、看護診断を取り入れた標準看護計画を作成し、活用することにした。

標準看護計画の項目は、文献検討を行った結果、手術を受ける患者に対し基本的に必要な安全・安楽・不安軽減を考慮して以下の5つをあげ、ルーチン化した。

- # 1 手術・麻酔に関連した不安
- # 2 体温変調のハイリスク状態
- # 3 組織統合性障害のハイリスク状態
- # 4 呼吸機能変調のハイリスク状態
- # 5 循環動態変調のハイリスク状態

6以降は、術前情報からの問題や、各手術で生じる問題を予測し、看護計画を立てられるように病棟の看護記録(3)の用紙を利用した。

援助計画については、手術室看護の視点を明確にし、スタッフの誰もが患者への基本的な看護行為を行うことができ、知識・判断不足をも補えるように、チェック形式を取り入れた。また、問題点が病棟に継続されるように、看護診断に対する目標を記載することにした。

旧記録用紙では、看護診断による標準看護計画を取り入れることによって、記載するスペースが不十分になった。そのため、記録用紙の大きさをA3とし、患者情報を記載するフェイスシートと、行った看護が記載できる欄とに分けた。フェイスシートについては、確認しなければならない項目が明確になるように、旧記録用紙の患者情報を記載する欄を整理することにした。主な改善点としては、旧記録用紙の中で入院カルテ・麻酔記録・輸血伝票等との重複部分を見直し、看護に必要な箇所のみ記録の中に残した。

次に、麻酔医の介入しない局所麻酔時の記録について検討した。この場合、手術室看護婦は、手術介助を行いながら患者を観察し、患者の状態や変化、行った処置を経時的に記録する必要がある。

そこで、経時的記載が容易で経過が把握しやすく、記録時間の短縮にもつながるフローチャート式(図3)とした。

3. 実施

新記録用紙を全麻・局麻の30例ずつ、看研グループ内で実施した。その結果、以下のような意見が得られた。

- 1) 看護計画の項目がルーチン化しているため、個々の患者の問題点が抽出しやすくなった。
- 2) 自由記載ではなくチェック形式であるため、容易に記載できた。
- 3) 看護目標があげられているため、行った看護が評価でき継続する問題が明らかになった。
- 4) 文字が小さく、間隔が狭いので見にくい。
- 5) 見本がないと書きにくい。

4)・5)の意見に対しては、善処する必要があるので、手術室看護婦が記録しやすいように、記入マニュアルを作成した。現在、記入マニュアルに基づき、手術部内で試行中である。

Ⅲ. 結語

私達は、周手術期看護の充実を図るために、手術室看護記録に看護診断による標準看護計画を取り入れた。その結果、周手術期における看護実践が記録できるようになり、継続する問題を明らかにすることができるようになった。

これからは、病棟へ実施し、病棟への継続看護に生かされる記録とすることを課題とし、周手術期看護の定着と手術室看護記録の充実を図っていきたい。

参考文献

- 1) 北山貞子他：基準看護計画を記録用紙に取り入れて、オペナーシング、'95秋季増刊、p.113-116, 1995.
- 2) 原田和子：術中看護記録－POSを導入して－、オペナーシング、vol.3.No4,p7-13, 1988.
- 3) 国定花令子他：看護記録方法を変更することにより術中看護の継続性を考える、第8回日本手術室看護学会研究発表収録、1994.
- 4) AORN：手術室看護基準：術中看護文書管理、1987.
- 5) リンダ・J・カルベニート、中木高夫他訳：看護診断ハンドブック新訂第2版、医学書院、1955.
- 6) 西川美智子他：看護問題を明確にする看護記録の改善、看護実践の科学、22(2)、p31-37, 1997.

術中記録用紙

氏名

性別

生年月日

発行年月日

科名

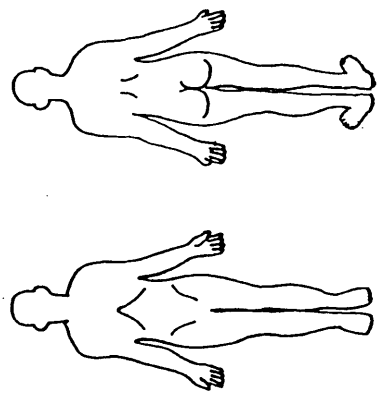



麻酔法 全(経口 経鼻 マスク リンゴ呼吸器) 腰硬() 静局 伝 球後 麻薬 フェリタキト A 塩酸モルヒネ A 塩酸ベリリ A 体位 仰 側 腹 截 ヲカガヤウ	点滴ルート ・末梢 ・アゴ ・CIP(S W) ・S-G ・ジョー 輸液 IN _____ mL OUT _____ g 出血量 尿量 mL	手術時間 h min 入室 : 開始 : 退室 : 終了 :	感染症() HB HCV MRSA 緑膿菌 Tb Wa HIV その他 血型() Rh() 準備 使用 残 CRC 1u 2u FFP ハルナリ-7m 有 Fr.(7) 抜去 無 胃管 有 Fr. 抜去 無 硬膜外カテーテル 有 抜去 無 標本 有 無 持込物品 有 抗生剤 (使用 返却) 貸し出し物品 備考欄
病名 手術名	<div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div> <p style="text-align: center;"> 皮切 +++++ 対極板  ドレーン ①  皮膚の異常  </p> <p style="text-align: center;">ドレーン ① ②</p>		
術中記録 挿管の経路 抜管後 RR CMC HCU 病棟へ Room No. _____ Ns. _____ ()			

図1 旧記録用紙

山口大学医学部附属病院手術部

B 看護記録用紙 (1)

入院科名 氏名		才		診断名	術式			
		身長 cm		体重 kg		麻酔：局・ケルン・静・その他	手術時間 h min	感染症 HBV・HCV・H/X・WA
		血液型；		型 Rh ()		体位；		
		アレルギ-；				終了 :	相当Ns. ()	
時間	: 入室							
O ₂								
SpO ₂								
BP	R	P	T					
3.0.0	6.0	1.4.0	4.0					
2.5.0	5.0	1.2.0	3.9					
2.0.0	4.0	1.0.0	3.8					
1.5.0	3.0	0.8.0	3.7					
1.0.0	2.0	0.5.0	3.6					
0.5.0	1.0	0.4.0	3.5					
輸液								
患者の状態								
処置								
# 1 不安 ①意識下での手術 ②慣れない環境 # 2 同一体位保持による 安楽の変調						備考欄		

山口大学医学部附属病院手術部

√ 血圧 ● 脈拍 ○ 体温 □ 呼吸

図3 局所麻酔時の記録