

# 手術室看護記録の現状と改善

—看護実践を記録に残す—

中央手術部 今井 良江・浅井ヨシ子・関沢 和子・倉石 紀代

## I はじめに

手術室における看護は、手術が安全かつ確実に遂行されるように、周手術期、すなわち術前・術中・術後を通して包括的・個別的に行われなければならない。また手術室看護記録は、継続看護をスムーズに行い、手術室看護の充実・向上を図り看護実践のうらづけとしても重要である。

当手術室では過去2回にわたり手術室看護記録について改善し、また去年は術前訪問についての研究を行い、看護の実践がなされてきている。

しかし記録内容を見ると、看護実践が記録に残されていないなかったり、内容がまちまちでわかりにくく、次の看護に活用されにくいなどの問題がある。

そこで今回、どのようにしたら看護実践を記録に残すことができるかを検討・工夫したのでその経過を報告する。

## II 目的

手術室看護の実践を記録に残す。

## III 研究期間

昭和63年2月～8月12日

## IV 研究方法

1. 手術室看護記録を、手術前（入室～執刀まで）、手術中（執刀～手術終了まで）、手術後（手術終了～退室まで）の3期に分け観察・判断・実施・評価の4項目を分析し実態を把握する。

4項目をどういう観点で拾うか、3人が同じように分類できるように、申しあわせた用紙を使って分析する。

術前、術後：観察チェックポイント用紙を使う（資料1参照）。

記載事項は全て拾う。

術中：バイタルサイン、水分出納、圧迫予防、その他に分けて拾う。

2. 記録方式を改善することにより、今以上の看護実践記録にする。

① 観察チェックポイントの作製→資料1参照

② 手術室看護記録用紙の改善（チェック方式の活用）→資料2参照

3. 手術室看護婦の記録に対する意識をアンケートより知る。

4. 看護記録についての意識を高める。

① 看護実践が多く記録に残されているものを提示し、看護記録についての勉強会を行う。

② 看護実践を記録に残すために、観察チェックポイントをもとにカンファレンスを行う。

## V 研究対象

1. について……① 昭和63年2, 3月の3～8時間の全麻手術の看護記録をランダムに100症例  
② 記録方式の改善後の分析  
昭和63年6月～8月12日の3～8時間の全麻手術の看護記録をランダムに100症例
2. について……②と同様
3. について……手術室外野経験のある看護婦20名

## VI 実施および結果

看護記録の現状を3期に分け分析すると、手術前は観察440, 実施1,326と多いが、判断11, 評価9と少なかった。手術中は観察474, 実施170とやや多く、判断58, 評価39と手術前後に比べるとやや多くなっている。手術後は、観察314, 実施102, 判断9, 評価10であった。

しかし実施の中から精神的援助という項目をピックアップしてみると、入室時の患者の状態や、それに対する精神的な援助が見えてこない、また抜管前後での患者の状態が、見えてこない記録が殆どであった。

一方看護婦の記録に対する意識はどうかとアンケート調査を行った(表1参照)看護記録の目的はの問いに、次回の手術に生かす70%, 法的証拠45%, 自分の看護実践の評価40%, 患者の状態・手術の進行を把握する30%等の意見があった。その他義務だから、書くのが決まりだから等の意見もあった。記録を書く上で困っている事は、の問いには、時間がない85%と圧倒的に多かった。その他表現方法が難しい、何処まで細かく書けばいいのか分からない、判断・評価が書けないなど

<表1> 研究開始時の意識調査  
アンケート内容とその結果

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| 1. 手術室看護記録の目的はどんなことだと思いますか。<br>(自由記載方式で複数回答含む) |
| 次回の手術に生かす……………70%                              |
| 法的証拠……………45%                                   |
| 看護実践の評価……………40%                                |
| 患者の状態、手術の進行を把握する……………30%                       |
| 義務……………15%                                     |
| 書くきまり……………10%                                  |
| 2. 記録を書く上で困っていることは何ですか。<br>(自由記載方法で複数回答含む)     |
| 時間がない……………85%                                  |
| 表現方法が難しい……………20%                               |
| どこまで細かく書けばよいか分からない…15%                         |
| 判断・評価が書けない……………15%                             |

の意見があった。書いている内容はどんな事かの問いには、実際書いている内容と書いたと思っている内容の一致しない項目があった。

判断、評価が書けない、書く時間がない、表現方法が分からない、何処まで書いたらいいの分からない、という結果より、看護実践が多く残されているものを数例選んで提示し、看護記録についての勉強会を持った。さらに観察チェックポイントを作製し(資料1参照)、カンファレンスを行いその内容と記録の必要性を確認した。観察チェックポイント用紙を各部屋に配布し、記録する時に活用してもらうようにした。

しかし時間がかかる、書く項目が多すぎる、忙しい時は書いている時間がないなどの意見が聞かれた。

意識調査の中で書く時間がない、時間がかかるという事が大きな問題となり短時間に記録が出来る、容易に書ける記録用紙が、必要と考えられた。そこで必要項目をピックアップしチェックする方式を取り入れた(資料2参照)。使用した結果、改善前の記録方式と比較すると図1のように、

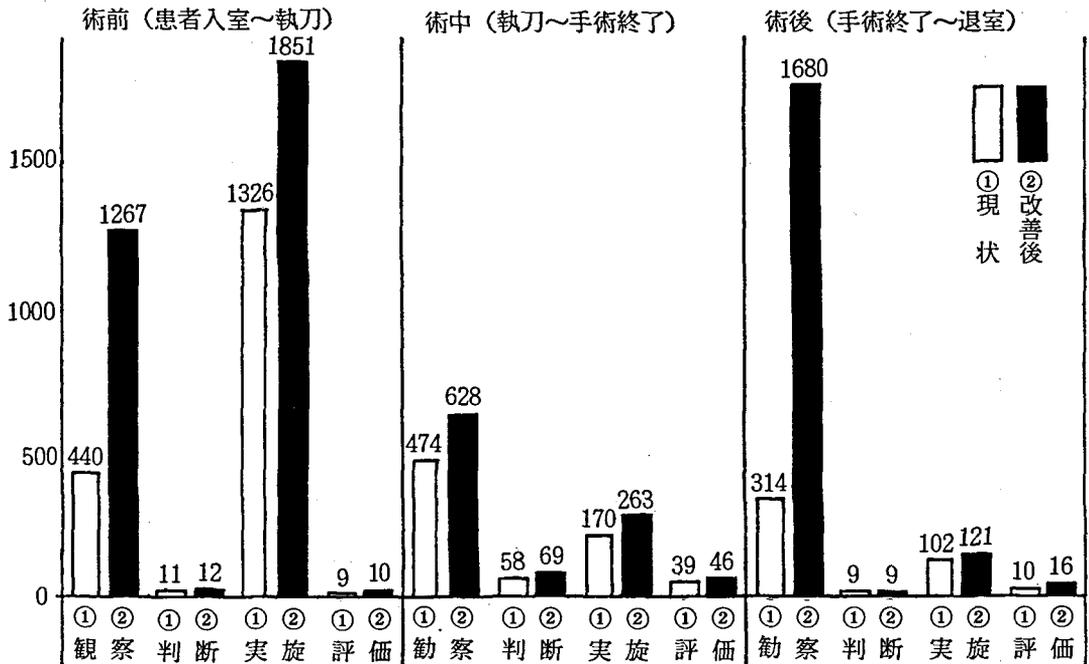


図-1 看護記録の4項目記入数の現状と改善後の比較(術前、術中、術後に分けて)

観察は手術前の440から1,267、手術中474から628、手術後314から1,680と全体に増加しており特に手術前・後で著明に増加している。判断は手術前11から12、手術中58から69、手術後9から10と少しではあるが増えている。

実施は手術前の1,326から1,851であり、手術中では170から263、手術後では102から121と増加している。特に手術前は著しい増加が見られる。実施の中には、手術前において精神的援助が改善前には34、改善後は84含まれており、増加している。

評価は手術前は9から10、手術中39から46、手術後は10から16と増えている。このように勉強会、カンファレンスより意識を高め記録用紙を改善したことで、看護実践の記録は増えていることがわ

かった。

看護記録についての意識はどう変化しているかアンケート調査をメンバーに行ってみると（表2参照）、記録への取り組み方はの問いに、変化がある40%、少し変化がある45%、変化ない15%だった。その結果85%の人になんらかの変化があったことになる。記録に残せるようになったかの問いには、残せるようになった35%、少し残せるようになった30%、変わらない35%だった。

＜表2＞ 研究終了時の意識調査  
アンケート内容とその結果

1. 看護記録への取り組み方に変化がありますか。	
変化がある……………40%	内容（自由記載）
少し変化がある……45%	・看護過程に沿って記録できるようになった……………35%
変化ない……………15%	・わかりやすく書けるようになった……15%
	・患者サイドに立った記録になった……15%
	・他の記録を参考にしてのぞんだ……10%
	・詳しく書くようになった……………5%
2. 看護実践を以前より記録に残せるようになりましたか。	
残せるようになった……………35%	
少し残せるようになった……30%	
変化ない……………35%	
残せるようになった理由（自由記載）	変化ない理由（自由記載）
チェック方式のため……………20%	以前より書いていた……………15%
意識がたかまった……………15%	やはり時間がない……………10%
3. 看護記録の必要性について御意見をお聞かせ下さい。	
（自由記載方式で複数回答含む）	
後の参考の為……………40%	
看護の向上の為……………30%	
法的証拠……………15%	
患者の記録として必要……………15%	
看護のうらづけ……………10%	

\* アンケートは回収率 100 %

## VII 考 察

今までの看護記録の取り組みで看護実践記録が書かれていると思っていた。しかし現状を分析することで実態がわかり、①良い記録の提示 ②勉強会、カンファレンス ③観察チェックポイント ④チェック方式のような対策を立て実践してみた。その結果、手術前・中・後の3期を通して観察項目が圧倒的に増加している。このことは、看護は観察に始まって観察に終わると言われているよ

うに、観察は看護過程の一番基本となる重要なものであり、観察を密に行うことにより、異常の早期発見、合併症の予防にもつながると考える。特に全麻下の患者の手術を事故なく安全に行えるようにするためにはより細かい観察が必要である。

判断は書かれている事が少なく、対策を立てた後も判断の記録は少ししか増えていない。しかし現在使われている看護記録はバイタルサイン、水分出納、手術経過その他の情報が、経時的に同一グラフ上にチェックされているため、術中変化が把握出来るので、そこから読める判断が多いと考える。実施が増えている事は実施は判断に基づき行われるもので、実施の増加は判断の増加と言えるのではないか。実施は手術前が圧倒的に多く、その事は特にその時期、術前処置や麻酔導入介助が多いためと、引き続き術中にも書く事が出来るためと考えられる。入室時は手術を直前に控え、不安を持った患者の精神面への援助を行う大切な時期である。

結果で触れたように精神的援助は現状に比べて改善後約3倍に増加している事は、より患者へ目を向けて看護する事が出来るようになったと考えられる。

退室時は麻酔覚醒時の看護や術後処置、介助が集中しており、患者退室までの限られた時間内に記録まで手が廻らないものとする。

評価は、看護記録の締め括りとして、看護実践を見直すためにも必要であるが、次の仕事に追われて落ちて書いて書く時間がない等の問題がある。しかしこの点はもっと力を入れて書いて行く必要がある。

このテーマに取り組んでから、全体に書き残される看護実践が増加している事は、記録方式をチェック方式にした事と、メンバー間の意識の向上による所が大きいと考えられる。

## Ⅷ おわりに

医療技術のめざましい進歩に伴い、外科的治療の適応範囲も広がり、ハイリスク化、高齢化、高度・複雑化してきているなか、手術室看護婦は、麻酔医とともに、患者を術前により近い状態に戻すよう努力し看護しているが、術中には予測していなかった状態に直面する事が多く、状況は刻々と変化し流動的である。特発的な患者のあらゆる状態変化に対し優先順位を考え対処していく機敏な洞察力と判断が要求される。「看護ケアの善し悪しはケアに関与する人々の教育の高さで決定される。その教育を高めるためには良い記録に負うところが大きい」<sup>1)</sup>と L. L. WEED が述べていると日野原が言うように、看護婦自身の能力がベースになっている事も忘れてはならない。

その事からも術中の看護記録はより重要さを増していくだろう。今後とも看護実践を記録に残し、看護の向上を図るべく看護記録の工夫と充実に努めて行きたい。

この研究をするにあたり、御協力下さった方がたに感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 日野原重明：看護のアートⅡ 日野原重明著作集第四，初版，医学書院 1988 p 75

## 参考文献

- 1) 梅垣いつみ・他：手術室看護記録の必要性と現状  
看護技術 28 (10) : 14~18, 1982.

- 2) 戸川裕子・他：手術室看護記録の工夫と現状  
オペナーシング 1 (4) : 89~94, 1986.
- 3) 島村公若・他：手術室看護記録の検討  
日本看護協会出版会 第19回日本看護学会集録看護総合 1988, P 209~211.
- 4) 野田洋子 : 術中看護記録の実際  
オペナーシング 3 (3) : 26~34, 1988.

## 資料 1

—記録を残すために作成した観察チェックポイント—

※患者入室までに看護計画をたてる。

※患者入室～執刀まで

- ① 患者との会話：「患者の言葉をそのまま書く」言葉かけ，援助
- ② Ns の 観 察：顔色（普通，紅潮，蒼白，黄色），表情（堅い，柔かい，おちついている，緊張している，不安そう），前投薬の効果（傾眠，鎮静），副作用，気分不快（+，-），嘔気（+，-），嘔吐（内容），末梢冷感（+，-），チアノーゼ（爪，口唇，身体），体格（やせ，普通，肥満，闘士），皮膚状態（湿潤，普通，乾燥）etc.
- ③ 導 入 前 処 置：ECG 部位（ope のじゃまにならない工夫），異常波形  
BP計 部位，初回測定値，P数，リズム，緊張  
V-line 刺入部位，針のサイズ，刺入部痛，滴下状態  
A-line " 逆流状態
- ④ 導 入：薬品名，量，血管痛，ファスクリレーション，チューブの種類，サイズ，air 量，深さ，挿管時状態（困難，喉頭展開，胸の上がり etc.），バイタルサインの変動（具体的に），チューブ固定位置
- ⑤ 導 入 後 処 置：バルン留置，カテーテル種類，サイズ，水の量，挿入状態，尿流出，体温測定（直腸，食道），測定値，対極板処置
- ⑥ 体 位：種類，固定器具
- ⑦ 圧 迫 予 防：保護材料の物品名，部位
- ⑧ 体 温 管 理：使用物品の名，部位
- ⑨ 麻酔器の移動，特殊器械の配置
- ⑩ 挿入されている管類のチェック：IVH・Mゾンデ etc.
- ⑪ 病棟 Ns より得た情報

※執刀～手術終了まで

- ・観察・判断・目標・実施・評価の看護過程がわかるような記録にしましょう。
- ・術前からの問題点がどう変化し，どう対処したか，術中あらたに起きた問題にどう対処したか，わかる記録を書きましょう。

※手術終了～退室まで

- ① 皮膚清拭

- ② ドレーン：種類，サイズ，本数，挿入部位，状態（開放，閉鎖，接続部品，排液状態，性状）
- ③ 創処置
- ④ 麻酔覚醒状態：自発呼吸，呼名反応，開眼，握力，嚥下反射，気道分泌物の有無
- ⑤ 抜管直後の観察：呼吸状態（胸の上がり），舌根沈下（喘鳴，いびき，シーソー呼吸），チアノーゼ，末梢冷感，分泌物（性状），意識状態，シバリング，嘔気，嘔吐（内容）
- ⑥ 皮膚の状態：発赤，褥瘡，発疹等有無と部位，対極板，マンシェットの跡
- ⑦ 最終バイタル測定値：BP，P，KT，in out 総量
- ⑧ 病棟へ継続される問題点
  - ・
  - ・
  - ・
  - ・
- ⑨ 麻酔医の術後オーダー