

原著

手術室への歩行入室基準について

—手術室看護師へのアンケート調査による検討—

宮崎美紀¹⁾ 又多歩美¹⁾ 中田淳也¹⁾ 金森敦志¹⁾ 櫛田康彦²⁾ 長谷川公一²⁾

¹⁾ 恵寿総合病院 看護部手術室 ²⁾ 麻酔科

【要旨】

手術室への患者歩行入室基準を作成し、466例について評価した。また、中央手術室の看護師16名に対し自由記載アンケート調査を行った。

患者トラブルが生じたケースは466例中7例(1.5%)であったが、重篤なトラブルは発生しなかった。アンケート調査では、歩行入室の利点は、少ない人数で対応可能(4名)、誤認防止、患者確認できる(4名)等であった。歩行入室の欠点は、ベッドへの移動の問題と転倒の危険性(5名)、術衣など病棟へ返却するものが多くなった(2名)等であった。

前投薬無しの歩行入室に際しては、今後も担当手術室看護師が術前訪問して、患者の要望、患者状態を評価し、患者状態に即した方法を患者とともに選択し、安心感を共有することが重要であると思われた。

Key Words : 歩行入室, アンケート

【はじめに】

近年、患者誤認防止、担送時の事故防止、手術部位間違い防止などの目的で手術室への歩行入室が一般的となってきた¹⁻⁴⁾。また、歩行入室のメリットとして麻酔導入までの時間が短縮し、手術部運営の効率化を認めたとする報告もある⁵⁾。

今回、入室基準を作成し、手術室スタッフによるアンケート調査を行い基準の妥当性について検討したので報告する。

【対象と方法】

今回用いた入室判断基準を表1に示した。2011年7月から6ヵ月間に、この基準に従い入室方法を決定した、手術件数1070件中466件(43.6%)について入室時のトラブルの発生状況、入室方法の変更について調査した。また、中央手術室に勤務する看護師16名に対しアンケート調査を行った。アンケートの内容は、歩行入室の利点、欠点についての意見を

自由記載とした。

【結果】

1. 入室時のトラブルについて

患者トラブルが生じたケースは466例中7例(1.5%)であった。内訳は、痛みを発症した4例(0.9%)、ふらつきや動悸などの症状を発症した3例(0.6%)であった。歩行入室時に患者の転倒等の大きなトラブルは発生しなかった。

2. 入室方法の変更

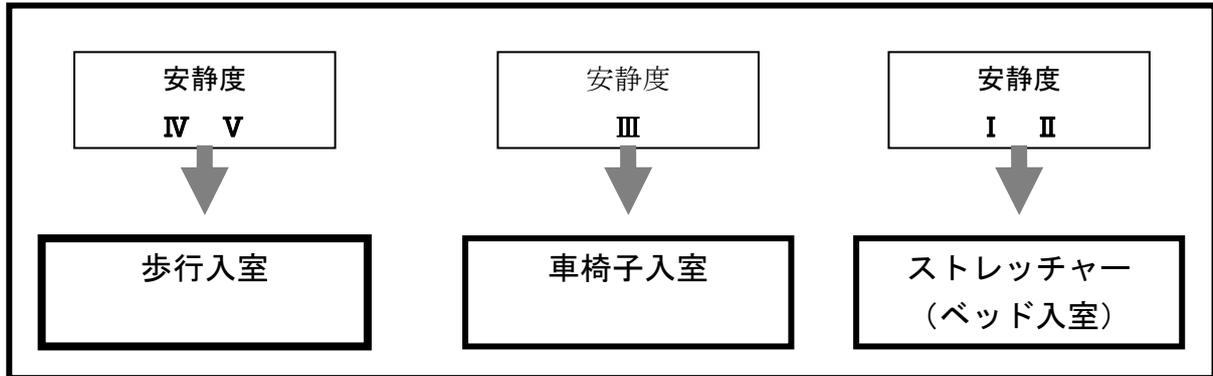
手術当日に入室方法が変更となったのは466例中58例(12.4%)であり内訳は、判断基準の選択ミスが466例中48例(10.3%)、患者自身からの変更要望466例中5例(1.1%)、病棟からの移動距離が長く変更466例中3例(0.6%)、手術室からの連絡ミス466例中2例(0.4%)であった。

表1 手術室への入室方法の判断基準

手術室への入室方法の判断基準

第1段階

◆ 前投薬のない患者の基本的な入室方法は、下記のように安静度で決定する。



第2段階

◆ 安静度で判断できない患者の場合は、下記の条件があるか把握し、手術室・病棟スタッフが相談し入室方法を決定する。

- チューブ類が複数ある
例) イレウス管、胸腔ドレーン、CVカテーテル、胆管ドレーン、バルーン、点滴ルート2本以上など
- 痛みが強い
- 歩行補助具の使用、転倒経験あり
- 自力歩行であるが移動に時間がかかる
- 膝や腰などの手術予定
- 心臓疾患（労作性に出現する症状あり）
- 倦怠感・貧血・眩暈
- 精神障害がある

第3段階

◆ 上記の情報を得ても判断が難しい場合は、麻酔科医と相談し決定する

※ 下肢の骨折や寝たきりの患者はストレッチャーまたはベッド、眼科の白内障手術は車椅子入室と決まっているので上記条件にはあてはめないこととする。

3. 入室方法の手術室看護師へのアンケート

歩行入室の利点は、少ない人数で対応可能(4名)、誤認防止、患者確認できる(4名)、入室が重なった場合は効率的である(2名)、患者主体に考えているから良い(2名)、患者の表情が観察しやすい(2名)、入室時付き添うことで緊張の緩和(2名)、患者自ら手術療法に意欲を持つことが可能(2名)、実際に導入してみると特に欠点はない(1名)であった。歩行入室の欠点は、ベッドへの移動の問題と転倒の危険性(5名)、術衣・下着・ズボンなど病棟へ返却するものが多くなった(2名)、患者視線で、手術室の全体像(部屋)が見える為不安を感じている気がする・患者の緊張感が増す(2名)であった。

【考察】

今回、入室時のトラブルの発生は1.5%、7件であり、重大なトラブルは発生しなかった。今回の検討から歩行入室は安全な入室方法であると判断した。

入室方法を変更したケースを12.4%認めたが、最多だったのは判断者の選択誤りで導入初期に集中した。原因は安静度の確認方法を理解していないスタッフがいた事であった。術前訪問の前に、対象者の安静度程度を確認した上で訪室すべきであったと考えた。また、患者からの要望で変更となったケースも5件あったことから、患者に入室方法を選択してもらうこと、事前のわかりやすい説明も重要であると考えた。

アンケートでは安全性に関する肯定的意見が多かった。誤認防止、患者確認できることは、歩行入室のメリットとされている^{3,4)}。また、少ない人数で対応可能であるという医療者側のメリットも大きいと考えた⁵⁾。欠点は、患者視線で手術室の全体像(部屋)が見える為不安を感じている気がする・患者の緊張感が増すという意見があり、歩行入室の欠点として以前から指摘されている点であった^{1,2)}。

現時点で、前投薬無しの歩行入室は大多数の患者および医療者に支持されている³⁻⁵⁾。歩行入室に際しては、今後も担当手術室看護師が術前訪問して、患者状態に即した方法を患者とともに選択し、安心感を共有することが重要であると思われた。

【結論】

今回、入室基準を作成し、安静度に応じた入室方法を取り入れた。全ての患者を型にはめずに、術前訪問時に、患者の要望、患者状態を評価し、病棟看護師と情報交換を行い、その患者にとって最良の方法を選択する事が重要である。

【文献】

- 1) 安藤寛美, 仁岸清美:手術を受ける患者の歩行入室に対する認識調査. 日本手術医学会誌 31: 161-162, 2010
- 2) 篠原真衣, 角谷博美, 岡田礼子, 他:手術時の歩行入室における患者の心の動き. 日本手術医学会誌 29: 263-265, 2008
- 3) 丹野香織, 藤部奈津実, 寺田えり子, 他:歩行入室導入開始後の手術室看護師の意識変化. 日本手術医学会誌 34: 252-253, 2013
- 4) 油布克己, 柴田治, 三好宏, 他:当院における歩行入室の現状—患者および看護師へのアンケート調査から—. 日本手術医学会誌 24: 209-212, 2003
- 5) 藤田規彦, 高橋宏, 左津前剛, 他:手術室の患者歩行入室が麻酔導入までの時間に及ぼす影響. 日本手術医学会誌 34: 141-144, 2013