

研究報告

手術中待機家族に対する術中訪問および看護援助の実態

米脇 愛^{1,2}, 寺井梨恵子¹, 北山幸枝^{1§}

概要

本研究の目的は、待機家族に対する看護援助の実態を明らかにすることである。研究対象は、手術が行われていることがわかる表記のある石川県内の病院（47施設）に勤務する手術室看護師長各1名、手術室看護師全員とし、郵送質問紙調査を実施した。回答があった24施設において、看護師の約6割以上が術中訪問について知っているにも関わらず、導入している施設（300床以上）の割合は2施設（18.2%）と少なかった。術中訪問を実施している2施設について、導入の発起者は共通して「手術室看護師長」であり、きっかけは「待機家族の不安な様子を見て」であった。術中訪問導入における課題は、「スタッフの不足」が最も多かった。術中訪問を行っていない施設であっても、「術中訪問」という用語や形式に捉われず、待機家族への看護援助が工夫して行われていた。このことより、手術中待機家族のニーズにそった看護援助を行うことが望ましいと考える。

キーワード 手術室看護師、待機家族、術中訪問、課題、手術時間延長

1. はじめに

1970年代頃から北米を中心に、家族そのものを看護の対象とする新たな領域として、家族看護の考え方が誕生し、1994年にわが国にも日本家族看護学会が発足¹⁾した。手術中に限った家族看護の考え方として、執刀医・麻酔科医に説明内容の確認を行った上で、手術室看護師が控え室で待機する家族に対し、手術進行状況の情報を提供する²⁾と定義される術中訪問（以下、術中訪問）が1975年頃から導入³⁾され始めている。術中訪問は、手術中待機している患者家族（以下、待機家族）への不安の緩和を目的⁴⁾としている。患者の健康問題は、その家族にとっても重大な問題であり、家族全体に大きな影響をもたらす¹⁾といわれている。これは周手術期においても同様であり、待機家族は不安な時を過ごし、極めてストレスの高い状況である⁵⁾と報告されている。

研究者が2013年に受け持った患者の手術予定時間が少し延長しはじめた頃から、待機家族は「まだ終わらないのか」と不安を感じている様子が見られたが、看護師から手術に関する情報を得ようとはしていなかった。このように、待機家族は手術の進行状況を知りたいと望んでいるが、実際には8割以上の方が尋ねていない⁶⁾という結果がある。術中訪問は待機家族が手術に関する情報を

知る効果的な手段⁴⁾にもなると言われている。しかし、看護師から待機家族に対する積極的な働きかけを行っている報告はなかったため、どのような看護援助がされているのか現状を知る必要性を感じた。

術中訪問の効果としては、術前に不安度の高い待機家族に対して、術中訪問を実施することで不安度が低下していた報告^{5,7,8)}がある。先行研究において術中訪問の意義は述べられているが、約9割の施設ではまだ実施されていない³⁾。そこで、術中訪問を行うためにはどのような課題があるのかと思い、文献検索を行った。

医学中央雑誌 Ver.5（検索期間 1983～2014年）を用いて、キーワードを「術中訪問」、「課題」、「導入」として文献検索した結果、70件（原著論文31件、会議録31件、解説8件）あった。このうち術中訪問導入の課題を明確化している研究は9件（原著論文5件^{3,6,9-11)}であった。術中訪問の課題として挙げられていたことは、術中訪問を導入しているか否かにかかわらず、医師の反対・連携不足、スタッフの不足、マニュアルがない、時間がない³⁾があった。原著論文31件のうち、実際に看護師が必要と考える看護援助についての文献は、わずか4件であり、待機家族への働きかけの内容を明らかにした報告がなかった。

本研究の目的は、待機家族に対する看護援助の実態を明らかにすることである。このことは、待

¹ 石川県立看護大学 § 責任著者

² 金沢大学附属病院（現所属）

機家族の不安を軽減する看護援助を確立できることから QOL の向上にもつながると考えられる。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン：実態調査研究

2.2 研究対象

中部病院情報 医事日報 (2013 年版)¹²⁾ に掲載されている中で、手術が行われていることがわかる表記のある石川県内の病院 (47 施設) に勤務する手術室看護師長各 1 名、手術室看護師全員とした。

2.3 データ収集期間

1 回目調査 (看護師長への調査) は、平成 26 年 8 月 13 日～9 月 1 日に実施した。次いで、師長からの回答返信があった病院から順に、2 回目調査 (手術室看護師への調査) を、平成 26 年 8 月 20 日～9 月 26 日に実施した。

2.4 データ収集の方法

手術が行われていることがわかる表記のある石川県内の病院¹²⁾ (47 施設) に対し、1 回目調査として手術室看護師長宛に、本研究において先行研究をもとに作成した質問紙を送付し同時に手術室看護師数を把握した。その後、研究協力に同意の得られた施設へ 2 回目調査として手術室看護師用の質問紙を送付した。

質問内容は、以下の通りである。

(1) 手術室看護師長用

「施設および手術室の概要；病床数、手術診療科数、手術室数、手術室看護師数、手術室認定看護師数、年間手術件数、年間全身麻酔件数、術中訪問実施の有無、手術中の待機家族の待機場所」

(2) 手術室看護師用

① 術中訪問を行っている施設

「個人の属性；臨床経験年数、手術室勤務年数、手術室認定看護師の資格の有無」「術中訪問導入時期」「術中訪問導入のきっかけ」「術中訪問導入の発起者」「術中訪問の実施者；職種」「術中訪問の方法、条件、訪問時期、情報提供内容」「訪問において情報提供以外に行っている看護援助」「今後さらに必要と考える看護援助」「実施して良かったこと、困ったこと」「術中訪問を今後も継続して行すべきか」「電話調査の可否」

② 術中訪問を行っていない施設

「個人の属性；臨床経験年数、手術室勤務年数、

手術室認定看護師の資格の有無」「術中訪問についての認識、必要性の有無」「術中訪問の適任者、訪問時期、説明内容」「術中訪問導入における課題；内容、解決策」「手術時間が延長した場合の待機家族への看護援助の有無；実施者、内容」「電話調査の可否」

質問紙の内容と表現の妥当性について、手術室での勤務経験のある研究者に対するプレテストにて確認した。なお、電話調査は、質問紙の回答内容について確認が必要な場合のみ行った。

2.5 データ分析の方法

統計分析には SPSS Statistics21 を使用し、各調査項目について、記述統計を行った。

2.6 用語の定義

本研究で用いる「待機家族」とは、手術中「待機している患者家族」とし、「術中訪問」とは、「執刀医・麻酔科医に説明内容の確認を行った上で、手術室看護師が控え室で待機する家族に対し、手術進行状況の情報を提供すること²⁾」とした。

2.7 倫理的配慮

研究対象者に対し、研究の目的・方法、研究参加は自由意思に基づくこと、個人情報保護の方法、研究の不参加による不利益等を被ることはないことを明記した書面を、質問紙とともに送付した。質問紙は無記名とし、返送をもって研究協力の同意を得たと判断することを明記した。個人や病院名が特定されないように記号化し、そのことを文章にて説明した。ただし、2 回目の調査結果を分析する際に、1 回目調査で得られた病院の概要が照会できるように、それぞれの質問紙右下へ施設別に記号を付したものを郵送した。研究開始前に、石川県立看護大学の倫理委員会の承認 (看大第 366 号) を得た。

3. 結果

手術室看護師長からの回収率は 51.1%、有効回答率 100.0% であった。分析対象は 24 施設 (術中訪問を行っている施設 2 施設、行っていない施設 22 施設) に勤務する手術室看護師長とした。24 施設のうち 9 施設 (37.5%) の手術室看護師長から、調査結果を知りたいという要望があった。

術中訪問を行っている施設の手術室看護師からの回収率は 36.0%、有効回答率 88.8% であった。分析対象は術中訪問を行っている施設に勤務する

手術室看護師9名とした。

術中訪問を行っていない施設の手術室看護師からの回収率は55.5%、有効回答率100.0%であった。分析対象は術中訪問を行っていない施設に勤務する手術室看護師151名とした。

3.1 回答のあった施設の概要 (表1)

病床数は、「100~199床」が最も多く6施設(25.0%)、次いで「200~299床」、「300~399床」

表1 回答のあった施設の概要

項目	カテゴリー	施設数 (施設)	%
病床数 n=24	1~99床	2	8.3
	100~199床	6	25
	200~299床	5	20.8
	300~399床	5(1)	20.8
	400~499床	2(1)	8.3
	500~599床	1	4.2
	600~699床	2	8.3
	700~799床	0	0
手術診療科数 n=24	800~899床	1	4.2
	1~4科	8	33.3
	5~9科	9(1)	37.5
	10~14科	4(1)	16.7
	15~19科	1	4.2
手術室数 n=24	20科以上	2	8.3
	1~4室	13(1)	54.2
	5~8室	8(1)	33.3
手術室 看護師数 n=24	9~12室	3	12.5
	1~9名	13(1)	54.2
	10~19名	7(1)	29.2
	20~29名	2	8.3
手術室 認定看護師数 n=24	30名以上	2	8.3
	1人いる	3	12.5
	いない	21(2)	87.5
年間 (H25年度)の 手術件数 n=24	1~999件	11	45.8
	1000~1999件	7(2)	29.2
	2000~2999件	3	12.5
	3000~3999件	1	4.2
	4000~4999件	0	0
年間 (H25年度) 手術件数に占 める全身麻酔 件数の割合 n=24	5000~5999件	2	8.3
	25%未満	2	8.3
	25~49%	8(1)	33.3
	50~74%	13(1)	54.2
術中訪問 実施の有無 n=24	75~100%	1	4.2
	行っている	2	8.3
	行っていない	22	91.7

注釈：施設数のカッコ内は術中訪問を行っている施設数

がともに5施設(20.8%)であった。

手術診療科数は「5~9科」の施設が最も多く9施設(37.5%)、次いで「1~4科」が8施設(33.3%)であった。

手術室数は、「1~4室」の施設が最も多く13施設(54.2%)、次いで「5~8室」が8施設(33.3%)であった。

手術室看護師の人数は、「1~9名」の施設が最も多く13施設(54.2%)、次いで「10~19名」が7施設(29.2%)であった。

手術室認定看護師の配置について、「1人いる」と回答した施設は3施設(12.5%)、「なし」が21施設(87.5%)であった。

年間(平成25年度)の手術件数は、「1~999件」の施設が最も多く11施設(45.8%)、次いで「1,000~1,999件」が7施設(29.2%)であった。うち、全身麻酔件数の占める割合は、「50~74%」の施設が最も多く13施設(54.2%)、次いで「25~49%」が8施設(33.3%)であった。

術中訪問を「行っている」は2施設(8.3%)、「行っていない」が22施設(91.7%)であった。

3.2 手術中の待機家族の待機場所 (n=24 複数回答)

手術中の待機家族の待機場所は、「病棟の病室」が最も多く17施設(70.8%)、「病棟のロビー」が14施設(58.3%)、「手術待合室」が7施設(29.2%)であった。

3.3 手術室看護師の属性 (表2)

臨床経験年数は、「10~19年」が最も多く62名(38.8%)、「20~29年」が42名(26.3%)、「1~9年」が35名(21.9%)であった。

手術室勤務年数は、「1~4年」が最も多く56名(35.0%)、「5~9年」が43名(26.9%)、「10~14年」が33名(20.6%)であった。

手術室認定看護師の資格は、「有」が3名(1.9%)、「無」が156名(98.1%)であった。

3.4 術中訪問について

(1) 術中訪問を行っている2施設(複数回答の項目あり)

① 導入時期

術中訪問の導入時期は、「2年半前」、「5年程前」であった。

② 導入のきっかけ (n=8)

術中訪問導入のきっかけは、「待機家族の不安

な様子を見て」が最も多く8名(100.0%),「サービス向上に向けたチームの活動目標」が6名(75.0%),「医師からの依頼」が2名(25.0%)であった。

③ 導入の発起者

術中訪問導入の発起者は、2施設とも共通して「手術室看護師長」であった。

④ 術中訪問の実施者 (n= 8)

「外回り看護師」が最も多く7名(87.5%),「手術室看護師長」が5名(62.5%),「手術部リーダー」が2名(25.0%)であった。

⑤ 術中訪問の方法 (n= 8)

「電話訪問」8名(100.0%),「直接訪問」が7名(87.5%)であった。

⑥ 訪問実施の条件 (n= 8)

実際に行われている訪問実施の条件は、「医師、待機家族からの依頼があった場合に実施」が最も多く7名(87.5%),「全身麻酔下で行う手術のみ実施」が5名(62.5%)であった。回答者が適切と考える訪問実施の条件は、「手術予定時間が延長した場合」、「待機家族から依頼があった場合」が最も多くともに3名(42.9%)であった。

⑦ 訪問時期 (n= 8)

実際に行われている訪問時期は、「手術予定時間延長時」が最も多く8名(100.0%),「手術開始すぐ」が5名(62.5%)であった。回答者が適

切と考える訪問時期として、「手術予定時間延長時」が最も多く5名(62.5%),「手術開始すぐ」が4名(50.0%)であった。

⑧ 説明内容 (n= 8)

実際に行っている説明内容は、「手術延長の理由」が最も多く7名(87.5%),「待機家族からの質問への返答」が5名(62.5%)であった。回答者が適切と考える説明内容として、「手術延長の理由」が最も多く6名(75.0%),「手術進行状況」が4名(50.0%)であった。

⑨ 術中訪問を行って良かったこと、困ったこと

術中訪問を行って良かったことの自由記載があった4名のうち「待機家族の不安の軽減」、「待機家族の表情が穏やかになった時」と回答した者がともに2名であった。また、困ったことについて記載があった5名のうち「説明の言葉に苦労した」、「待機場所が少なく待機家族のプライバシーへの配慮が難しい」と回答した者がともに2名であった。

⑩ 術中訪問は継続して行っていくべきか (n= 9)

「行っていくべき」が9名(100.0%)と回答者全員が回答した。理由についての自由記載では、「待機家族の不安が軽減できる」が最も多く8名(88.9%),「時間の目処を立て有効活用してほしい」、「自己の看護を振り返り、学習できる」がともに1名(11.1%)であった。

(2) 術中訪問を行っていない施設(複数回答の項目あり)

① 術中訪問の認識 (n=150)

術中訪問について「知っている」が94名(62.7%),「知らない」が56名(37.3%)であった。

術中訪問の知識を得た機会・情報媒体は、「専門誌・書籍」が最も多く59名(64.1%),「研修会・学会」が57名(52.0%),「看護学基礎教育」が11名(12.0%)であった。

② 術中訪問の必要性 (n=136)

術中訪問を「必要である」と考える人は105名(77.2%),「必要ではない」は31名(22.8%)であった。

必要と考える理由についての自由記載では、「待機家族の不安に対するケアが必要」が最も多く71名(67.6%),「長時間手術、予定術式が変更になった場合、手術予定時間を延長した場合などに(その理由を伝えるために)必要」が13名(12.4%),「待機家族が手術の進行状況を知りたい時がある」が8名(7.6%)であった。必要ではないと考える理由は、「容易にできない(人員の問題、時間

表2 回答者(看護師)の属性

項目	カテゴリー	人数(名)	%
臨床経験年数 n=160	1年未満	1	0.6
	1~9年	35(2)	21.9
	10~19年	62(3)	38.8
	20~29年	42(2)	26.3
	30年以上	20(2)	12.5
手術室勤務年数 n=160	1年未満	5	3.1
	1~4年	56	35.0
	5~9年	43(3)	26.9
	10~14年	33(1)	20.6
	15~19年	12(2)	7.5
	20~24年	10(2)	6.3
	25年以上	1(1)	0.6
手術室認定看護師の資格の有無 n=159	有	3	1.9
	無	156(9)	98.1

注釈:施設数のカッコ内は術中訪問を行っている施設数

がない, 医師の反対等)」が最も多く 13 名 (41.9%), 「効果, 必要性, 方法などについてわからない, 「待機家族の不安を増強させてしまう」がともに 5 名 (16.1%), 「予定手術が予定通りに行われているのならば必要ない (すぐに終了する手術が多いため), 「看護師として何を (進行状況等), どのように話して良いかわからない (知識・経験がない等)」がともに 4 名 (12.9%) であった。

③ 術中訪問実施の適任者 (n=148 複数回答)

「外回り看護師」が最も多く 92 名 (62.2%), 「手術室看護師長」が 65 名 (43.9%), 「病棟看護師」が 51 名 (35.1%) であった。その他の回答では, 「(外回り看護師以外の) 手術室のスタッフ」が 10 名 (6.8%) であった。

④ 適切であると考える術中訪問の時期 (図 1) (n=148 複数回答)

訪問時期は, 「手術予定時間延長時」が最も多く 127 名 (85.8%), 「手術終了時間の予測が可能になった時点」が 75 名 (50.7%), 「手術予定時間の中間時点」が 53 名 (35.8%), 「手術室退出時 / ICU・HCU 入室時」が 9 名 (6.1%), 「手術開始すぐ」が 5 名 (3.4%) であった。

⑤ 適切であると考える術中訪問時の説明内容 (n=149 複数回答)

「進行状況」が 119 名 (79.9%), 「手術延長の理由」が 111 名 (74.5%), 「待機家族からの質問の返答」が 83 名 (55.7%) であった。

⑥ 手術に関する説明 (情報提供) 以外に実施したらよいと考える看護援助 (自由記載)

「待機室の環境配慮 (待機家族が休息・リフレッシュできるような援助等)」が最も多く 5 名 (33.3%), 「不安の傾聴, 「待機家族への身体的・精神的疲労に応じたケア」がともに 3 名 (20.0%) であった。

⑦ 術中訪問導入における課題 (n=148 複数回答)

「スタッフの不足」が最も多く 133 名 (89.9%), 「実施者によって説明内容に食い違いが生じる可能性」が 107 名 (72.3%), 「マニュアルがない」が 74 名 (50.0%) であった。その他の回答では, 「術中訪問を希望しない待機家族への対応」が 2 名 (1.4%) であった。

⑧ 課題に対する解決策 (自由記載)

「マニュアル作成」が最も多く 39 名 (45.3%), 「人員配置」が 29 名 (33.7%), 「医師の理解, 協力, 調整 (執刀医または第 2 執刀医に術中訪問を行ってもらいたい, 医師から意欲的に待機家族への説明内容を伝えてほしい等)」が 19 名 (22.1%) であった。

⑨ 手術時間が延長した場合の看護援助の有無 (n=147)

「行っている」が 77 名 (52.4%), 「行っていない」が 70 名 (47.6%) であった。

手術時間が延長した場合の看護援助の実施者についての自由記載では, 「外回り看護師」が最も多く 55 名 (74.3%), 「手術室以外の看護師 (病棟, 救命救急センター, 外科病棟, 中堅以上等)」が 25 名 (33.8%), 「手術室看護師長 (手術室室長)」

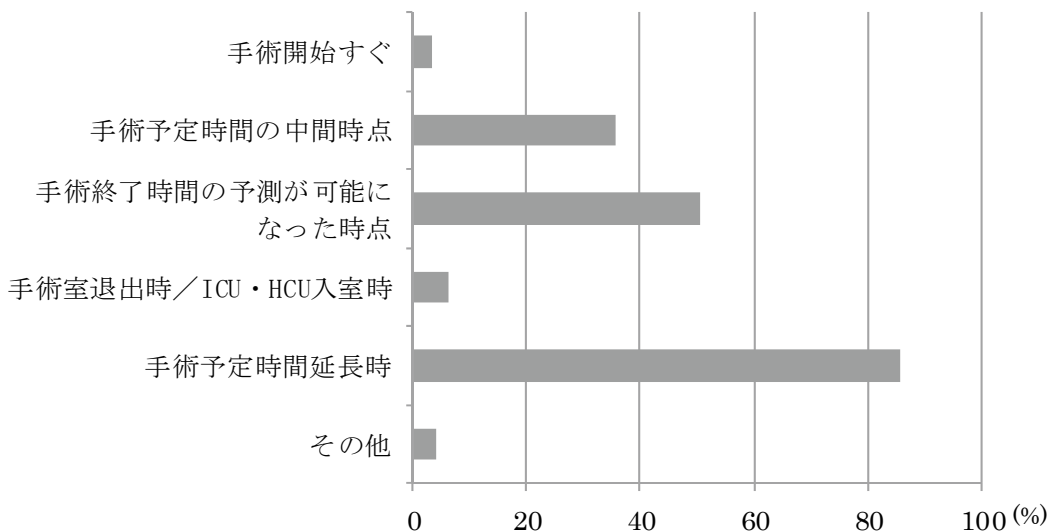


図 1 術中訪問を行っていない施設の手術室看護師が考える適切な術中訪問の時期 (n=148 複数回答)

が20名(27.0%)であった。

手術時間が延長した際に行う看護援助内容についての自由記載では、「手術予定時間延長の理由を医師に確認したのち、病棟へ電話連絡し、病棟看護師から待機家族に説明してもらう」が最も多く37名(38.1%)であった。次いで、「手術の進行状況を医師に確認したのち、病棟へ電話連絡し、病棟看護師から待機家族に説明してもらう」が25名(25.8%)、「手術室看護師が直接、手術予定時間延長の理由や手術終了時間の目安を待機家族に伝え、ねぎらいの言葉をかける」が24名(24.7%)であった。

⑩ 手術予定時間延長時以外の手術中の看護援助 (自由記載)

「待機家族の不安への対応、声かけ(進行状況、ねぎらい等)」が最も多く5名(55.6%)であった。次いで、「待機家族への声かけや疲労の度合いによって慰安できる場所を提供する。緊急連絡先を確認した上で、病院への来院に要する時間を確認し、必要に応じて束縛の解放、食事(飲食)の誘導、気持ちの確認・傾聴を実施(主に病棟看護師が実施)」、「執刀医や病棟看護師を通じて待機家族と連絡をとる場合がある(手術室退出時に電話連絡等)」がともに3名(33.3%)であった。

4. 考察

4.1 術中訪問の導入状況とその施設概要

術中訪問について、「知っている」94名(62.7%)と回答者の約6割以上が知っているにも関わらず、術中訪問を導入している施設(300床以上)の割合は11施設中2施設(18.2%)であった。この結果は一見少ない印象を受けるが、術中訪問の導入率をみると、全国で麻酔科のある300床以上の施設が対象の調査研究(2008年)では7.6%³⁾であり、石川県は、その割合を上回っていた。

全国で麻酔科のある300床以上の施設が対象の調査研究において、最も早い施設では1975年、次いで1986,1991,1995年に各1施設、2000年以降34施設(81.0%)³⁾と、2000年を境に導入した施設が多いことがわかっている。これは、1994年に日本家族看護学会が発足¹⁾し、家族看護の認識が深まったことも影響していると考え³⁾と先行文献で述べられている。本研究においても、術中訪問を実施していた施設の導入時期は2施設(300床以上)ともに2000年以降と先行研究と同様であった。

石川県内における術中訪問を行っている2施設の特徴として、共通している点は2施設ともに地域の中核病院であり、2次救急指定病院である。また、病床数300~499床、手術診療科数5~14科、手術室数1~8室、手術室看護師数1~19名、年間(平成25年度)の手術件数1,000~1,999件、うち全身麻酔件数の割合25~74%の範囲内であり、中規模病院であるといえる。

うち1施設は、地域密着型の病院であり、術前・術中に待機家族と接しているため、信頼関係を築きやすいと考えられる。また、手術室看護師は外来・病棟にもその都度応援に行っているため、部署の垣根がなく術中訪問を行いやすいとの回答があった。このように他部署との連携・協働が術中訪問の導入につながり、さらに充実したものとなると考える。

術中訪問の効果として、先行研究では「今までは患者中心だったが、待機家族の不安までを考えるようになった」と家族看護に対する看護師の意識の高まりが見られた¹³⁾との報告がある。本研究においても、「手術担当スタッフにとっても刺激となる」、「自己の看護を振り返り、学習できる」との回答があった。家族看護をより充実したものへと発展させていくためにも、術中訪問の導入が望ましいと考える。

4.2 術中訪問導入を妨げる課題

「スタッフの不足」、「実施者によって説明内容に食い違いが生じる可能性」がともに半数を超えていた。矢野ら³⁾の報告によると、術中訪問導入時の課題として「スタッフ数の不足」が7割以上、「時間がない」が4割以上であった。また本調査においても、術中訪問を行っていない施設の手術室看護師が術中訪問を「必要ではない」と考える理由として「容易にできない(人員の問題、時間がない、医師の反対等)」が4割以上を占めていた。しかし、このような課題は、看護職種間の連携を強化すること、執刀医や手術室看護師に限らず、施設全体の医師、看護師、その他の医療専門職が術中訪問について話し合う機会を設けること等によって、解決することが可能になるのではないかと考える。人員の問題に対しては術中訪問看護師と訪問時の外回り看護を代行する看護師の設定と訪問対象を吟味する⁹⁾など、役割分担等を図ることが重要である。

本研究において、「手術進行が視覚的にわかるもの」、「iPad等の中継システム(手術室と病棟)、

医師が直接話せるもの」も導入における課題に対する解決策として挙げられた。術中訪問による手術に関する説明だけでなく、待機家族が手術の進行状況を実際に目で見て確認することによって、安心につながると考えられる。また、人員の問題は解決に近づくが、コスト等のさらなる課題が浮上してくることが予測される。

手術室スタッフの術中訪問への関心が高いにも関わらず、術中訪問の導入が進んでいないのは、導入に伴う課題があるため^{3, 6, 9-11)}と報告されていた。しかし、本研究において、術中訪問を行っていない施設であっても、「手術時間が延長した場合」には、待機家族に何らかの看護援助が実施されている。実施者、看護援助内容は施設によってそれぞれではあるが、共通していることは、「術中訪問」という用語や形式に捉われず、待機家族への手術中の看護援助が工夫して行われているということであった。先行研究¹⁴⁾において、手術経過や入室から麻酔の導入、覚醒時の様子などの家族のニーズにそった情報の提供をしていくことが必要と報告されている。医療者側の単なる業務ではなく、待機家族が安心を得ることができるような、待機家族のニーズにそった看護援助を行うことが望ましいと考える。

手術に関する説明(情報提供)以外に、待機室の環境を配慮すべきと5名の回答があった。先行研究では、待合室で待機家族が不快に感じるものとして、「同じ時間に待合室で待っている他の家族」¹⁵⁾としており、「個室にしてほしい」¹⁵⁾などプライバシーに関する意見が報告されている。待機家族のニーズを把握し、少しでも落ち着いて過ごせるような待機場所の環境整備を行うことが必要であると考えられる。

石川県内の手術が行われている施設の手術室看護師長から「調査結果を知りたい」という要望が3割を超えていたことや、実施には至っていないが術中訪問を検討したという施設があったこと、また、術中訪問を行っていない施設でも術中訪問を「知っている」手術室看護師は6割以上で、術中訪問を「必要である」と考える人は7割以上を占めていた。これらのことから、手術室スタッフの術中訪問への関心は高いことが予測される一方で、術中訪問の導入に際しては人員の問題等が課題として残るため、術中訪問が実施されるようになるには、多職種連携を強化し役割分担を図るなどの調整を行っていく必要があると考える。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、待機家族に対する看護援助の実態については明らかになったが、術中訪問を行っている施設が2施設と少なく、研究の結果を一般化するには限界がある。

今後の課題としては、術中訪問を導入しているより多くの施設の現状を明らかにし、手術中待機家族に対する看護援助の内容を検討していくとともに、家族側からみた術中訪問の利点についても検証されることが望まれる。

6. 結論

今回の研究結果から、以下の結論を得た。

- (1) 石川県内の手術室看護師は、約6割以上が術中訪問について知っているにも関わらず、導入している施設(300床以上)の割合は2施設(18.2%)であった。
- (2) 術中訪問導入における課題のうち、上位3位は「スタッフの不足」「実施者によって説明内容に食い違いが生じる可能性」「マニュアルがない」であった。
- (3) 術中訪問を行っていない施設であっても、「術中訪問」という用語や形式に捉われず、待機家族への看護援助が工夫して行われていた。

以上のことより、現段階では「術中訪問」という用語や形式に捉われず、手術中待機家族のニーズにそった看護援助を行うことが望ましいと考える。

謝辞

本研究にご理解いただき、研究参加にご協力していただきました。手術室看護師長をはじめ、手術室看護師の皆様は心より感謝を申し上げます。

なお、本研究は平成26年度学内研究費を受けて実施しました。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践(第4版), 日本看護協会出版会, 東京, 5-6, 2012.
- 2) 伊東徹治, 俵百合子: 手術終了を待つ患者家族への援助 術中訪問のタイミングについての検討, 日本看護学会論文集 成人看護I, 41, 123-125, 2011.
- 3) 矢野紀子, 中西純子: 手術中待機している家族への支援—術中訪問の現状と課題—, 日本クリティカ

- ル看護学会誌, 4 (2), 37-44,2008.
- 4) 村田恵子, 木村啓子, 藤村裕美他:【手術室のマネージメントを考える】業務改善ケース 術中訪問による患者家族への精神的援助, オペナーシング, 13 (6), 564-567,1998.
 - 5) 金澤真美, 三枝典子, 齊藤和香子他: 緊急手術の終了を待つ手術患者家族の心理変化の分析—術中訪問を導入して, 日本救急医学会関東地方雑誌, 22,296-297,2001.
 - 6) 神かずみ, 岡田里都子, 鈴木麻耶他: 術中訪問確立へ向けて—待機家族へアンケート調査を実施して—, 北海道社会保険病院紀要, 8,32-34,2009.
 - 7) 山下裕美, 中隅麻里, 大木元美幸他: 手術を待つ患者家族に不安に関する調査<第二報>—術中訪問を試みて—, 香川労災病院雑誌, 7,145-147,2001.
 - 8) 西田麻子, 白崎あゆみ, 小沢佳志子他: 手術経過報告による家族の不安度に変化—STAI 調査とアンケート調査による評価から—, 日本看護学会論文集 (看護総合), 31, 6-8,2000.
 - 9) 山本貴美香, 高瀬麻美, 関根千晴他: 術中訪問導入に向けての方略—実施施設の現状と A 病院における問題の比較分析から—, 日本看護学会論文集 成人看護学 I, 36,145-147,2005.
 - 10) 外山由梨亞, 中垣久仁子, 戸村早苗他: 手術を受ける患児の手術終了を待つ家族の思いと術中訪問への期待—術後訪問での面接調査—, 日本看護学会論文集 成人看護 I, 41,45-48,2011.
 - 11) 宮本千史, 廣瀬幸美: 心臓手術中の子どもを待つ家族への術中訪問の実施状況に関する実態調査, 日本小児看護学会誌, 18 (1), 85-90,2009.
 - 12) 中部病院情報 第27版 (2013年版), 医事日報, 東京.
 - 13) 齊藤明子, 鈴木佳代, 松原みのり: 手術を待つ患者家族と手術室看護師が面識を持つことでの看護師への効果, 日本手術看護学会誌, 34 (1), 58-60,2013.
 - 14) 下村恵子, 津田雪代, 大島ヤエ子: 手術を受ける児の母親への手術室看護師としての支援の検討—母親へのインタビューを通じて—, 日本看護学論文集 小児看護, 38,331-333,2007.
 - 15) 小林祥子, 富岡真紀子, 飛田一則: 患者家族が手術終了を待つ待合室に関する研究, 茨城県立病院医学雑誌, 26, 3-4,77-84,2009.

The State of Intraoperative Visits and Nursing Support for Families Waiting During Operations

Megumi YONEWAKI, Rieko TERAJ, Yukie KITAYAMA

Abstract

The purpose of this study was to clarify the state of nursing support for families waiting during patients' operation. The subjects were operating room nurses and their head nurse at 47 hospitals in Ishikawa Prefecture, where the questionnaires were posted. Results indicated that at the 24 hospitals from which answers were received, despite at least 60% of nurses knowing about intraoperative visits, such visits had only been introduced at two (18.2%) hospitals (300 beds or more). At both of these hospitals, the operating room head nurse had brought about the implementation of these visits due to seeing the anxiety experienced by waiting families. The most common issue faced in the introduction of intraoperative visits was staff shortage. Even at hospitals where intraoperative visits were not being conducted, efforts—that did not necessarily conform to the term “intraoperative visiting” or its usual format—were made to offer nursing support to waiting families. The results of this study indicated that nursing support needs to be provided in accordance with the needs of families waiting during operations.

Keywords Operating room nurse, waiting family, intraoperative visit, issues, prolonged operative duration