

[Report]

Investigation into the Necessity and Effects of Operative Procedures

Yuki Tanaka* and Fumie Ishibashi**

* First Department of Nursing, Aino University Junior College

** Department of Nursing, Faculty of Nursing and Health Care, Baika Women's University

Abstract

Operative procedures for nurses are created by individual hospitals and used by perioperative nurses when they act as scrub nurses or circulating nurses. No previous study has demonstrated the necessity and effects of such operative procedures. The objective of this study is to determine the necessity and effects of utilizing operative procedures. An interview guide was used to conduct semi-structured interviews with five nurses who worked at Hospital A, a medium-sized hospital in a medium-sized city, and had at least five years of experience.

Information obtained through interviews was coded by similarities and categorized inductively and qualitatively. The process that led to the operative procedures that the nurses were currently using was divided into three phases. Data regarding the third phase revealed the necessity and effects of operative procedures as well as related issues.

Key Words : perioperative nurse, operative procedures, surgical tasks, semi-structured interview, training

「手術手順」の必要性と効果に関する調査

田 中 裕 樹*, 石 橋 文 枝**

【要 旨】「手術手順」とは、手術室看護師が、器械出し及び外回り業務の時に用いる個々の病院ごとに作成されているものである。先行研究を見る限り、「手術手順」の必要性とその効果を示したものは見当たらない。本研究の目的は、「手術手順」を活用することの必要性や効果を明らかにすることである。調査方法は、中規模 A 病院の手術室に 5 年以上の経験を有する看護師 5 名を対象に手術室看護師が、器械出し及び外回り業務を身につけるまでの過程について、インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。分析は質的帰納的分析法を用いた。結果、現在用いている「手術手順」に至るまでの過程は、第 1 期から第 3 期に区分され、第 3 期の抽出内容から、「手術手順」の必要性と効果と課題が明らかとなった。

キーワード：手術室看護師，手術手順，手術業務，半構成的面接法，教育指導

I. は じ め に

「手術手順」は、手術室看護師が、器械出し及び外回り業務の時に用いる、個々の病院ごとに作成されているものである。看護師の卒後教育としての院内教育の歴史は、1950 年代から始まる¹⁾。手術室看護師の教育は、1970 年代初期には、手術看護の参考となる資料はなく、1975 年に虎ノ門病院手術研究会が『手術室看護手順』を発売し、これには手術室の管理基準と具体的な管理項目、代表的な手術症例の「手術手順」が記載されている²⁾。

手術室看護師の業務は、器械出し及び外回り業務の 2 つに大別される³⁾。以前は直接介助、間接介助と呼ばれていたが、手術看護の役割が介助から主体的な業務へと変遷することで、現在の呼び名に変わっている。その業務の一つである器械出し業務は、手術前に執刀医の術式や手順を理解し、手術に必要な器械、物品の準備を行う。手術中には、術野や、執刀医の動きから手術の進行を予測し、必要な器械の手渡しを行う。適

切な器械出しが、手術全体に及ぼす影響は大きい。器械出し看護師の教育は、「器械出し手術手順」にもとづく予習、実践、復習の繰り返しである。「器械出し手術手順」には、個々の病院の「手術手順」が示されているが、患者の病態や解剖学的な個別性や、同じ術式でも執刀医による手術手技の差異があり、これら全てを「手術手順」で示すことは困難を要する。また、外回り業務は、手術前に患者の状態、手術の手順を理解し、手術を受ける患者の不安感を軽減するための声掛けや、手術に必要な器械、物品の準備、部屋の配置を適切に行うことが求められる。手術中には、執刀医や麻酔医、器械出しの作業がスムーズに行われる様に準備や介助を行うと共に、患者の体温調節、出血量の測定などを行い手術前の準備から患者の手術室退出まで熟知しておかなければならない。そのための「外回り手術手順」は、手術看護の職場内教育と安全のために欠かせないものである。

現在、「手術手順」は、手術室看護師に周知され、手術室において広く活用されているものの「手術手

* 藍野大学短期大学部第一看護学科

** 梅花女子大学看護保健学部看護学科

順」の必要性とその効果を示した先行研究は見当たらない。過去に研究者は、「手術手順」のない複数の病院で手術室業務を経験したことがある。「手術手順」のない器械出し、外回り業務を体験し、失敗体験を繰り返すばかりか結果、患者の安全の確保が守れないこと、手術室看護師の教育や、業務が非効率的であることを痛感してきた。そこで本研究では、中規模病院 A 病院の「手術手順」を持ち合わせていない時期から、「手術手順」の作成・活用するに至る過程を体験した看護師の語りを通して手術看護において「手術手順」の必要性やその効果を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、複数の手術室看護師を対象に「手術手順」を有しない時期から、「手術手順」の必要性を認識し作成・活用するに至るまでの語りを通して、手術手順の必要性と効果を探索するため、質的記述的研究デザインを用いた。

2. 対象

調査対象は、病床数 200 床規模の急性期病院（以下 A 病院とする）の手術室に 5 年以上勤務する看護師に、調査協力の依頼を行い同意の得られた 5 名である（表 1）。

3. 調査期間

2013 年 10 月 15 日から 2013 年 11 月 2 日。

4. 調査方法

A 病院の手術室に 5 年以上勤務する看護師を対象に本研究の趣旨と目的を説明し同意の得られた 5 名に対して、インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。インタビューガイドの内容は、①手術室業務をどの様に教えられていたか ②手術室業務をどの様に教えていたか ③一人一人の業務の運用方法はどうしていたのか ④業務上の困ったことなどの 4 点を設定した。また、4 点以外に当時の手術室の状況につい

ても自由に語ってもらった。所要時間は、1 人約 45 分を設定し行った。調査内容は、研究者が対象者の口述の一語、一語をノートに書きとめ、逐語録を作成した。

5. 分析方法

調査内容は、インタビュー項目別に、整理し逐語録の再編成を行った。方法は、逐語録の中から一文脈ごとに文章を切り取り、コード化した。逐語録の精読後「手術手順」作成に至る過程を、1. 共有する手術手順が存在しない時期（個人のメモ程度の存在）2. 個人メモの共有化の時期 3. 共有できる手術手順の作成の時期の 3 つの時期に区分した。それぞれの時期に対し、コード化した内容を類似毎に整理しサブカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーの抽象度を高めるためカテゴリーへと帰納的分類を行った。分類作業は、研究者を含め研究協力者と複数回コード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化について確認と調整を行い整理した。

6. 倫理的配慮

調査対象者には、研究の趣旨、目的について文書及び口頭で説明し同意を得た。研究への協力は自由意思であること、調査の途中辞退が可能であること、予定される面接時間、プライバシーの保護、データの匿名性の確保や、記録物の保管方法について説明を行った。面接は、業務時間内に設定し、場所は手術室内のプライバシーが保てる部屋を確保し個別に時間調整を考慮して行った。本研究の調査の実施は、A 病院看護部長及び手術室看護師長の承諾を得て実施した。

III. 結果

A 病院の「手術手順」完成に至るまでの経緯は、第 1 期から第 3 期に分類でき、第 1 期（2007 年から 2008 年）は、「手術手順」のない時期。第 2 期（2008 年から 2009 年）は、「手術手順」の必要性を認識した時期。第 3 期（2010 年から）は、初期の「手術手順」の作成と、メモを共有化から「手術手順」の作成を試みるが失敗し業務命令により各科の係りが設けられ、

各科の係りによる「手術手順」作成により完成に至る過程に区分できた。分析結果は、117 のコードの抽出から 16 のサブカテゴリー、7 つのカテゴリーに整理できた（表 2）。

本文は、カテゴリーを【 】、

表 1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	他の病院での手術室経験	A 病院手術室勤務年数
A	30 代	女性	あり	5 年以上
B	30 代	女性	あり	5 年以上
C	20 代	女性	なし	5 年以上
D	50 代	女性	あり	5 年以上
E	50 代	女性	あり	5 年以上

表2 「手術手順」の作成に至るまでの経緯（代表的なコード）

第1期（2007年から2008年）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（項目抜粋）
手術手順の 必要性の意識	手術手順の作成への 取り組み	6年前は共有する手術手順が存在しなかった。 5年前、手術室に共有する手術手順はなかった。 教えて頂いていた先輩と交換日記の形式でノートをやり取りしていたが、その過程で手順となっていた。 充実していなかった。少しずつマニュアルを整備していった。勉強会を行い伝達した。 物品集めも、皆メモで困った。自分の手があいていても、物品を集めたくても集められない。共有するメモがあったらと思った。
	一般教材による学習	分厚い本を買ったが（他病院の市販された手術手順）、全然、違った。自分の施設に合わせて書き込んで行ったが、今は使っていない。
個人のメモに 基づいた不安 定な手術室業 務	個人のメモ作成による 技術習得	個人のメモを通して口頭で教え、教えてもらった者はまた新たな個人のメモを作成する。 前日に自分のメモをみる。次第に、このメモでは実際駄目だと思いつけていたことを、何回かついて覚えた。 自分が解り易い様に書いていた。 清潔見学で自分ができるとは、自分のためのメモを清潔の状態で作成することしかできなかった。何もできない3時間。 整形だったら、滅菌する前の器械で、使い方や順番を教えて貰った。 例えば、外科だったら再建法で使うものをポイントで聞いた。
		見学による指導方法
	個人のメモに基づいた 指導方法	照らし合わせ。自分の関わった症例しか解らない。細かい所が解らない。 口頭で教えて貰い、実際に手術につき困った。 「いつも一緒や」と医師に言われても、いつも例えば外科ばかりについていたら解るが、皆で共有できないかなと思った。 いちいち聞くのは、忙しいやろうし悪いと思った。 解っている人は、その人の技量によって、ポイント（再建法など）をメモで教え、確認していた。
		使えない教材

第2期（2008年から2009年）

メモの標準化	初期の手術手順の作成	現在の副看護師長が着任した4年から5年前、2人でメジャーな手術手順だけ手書きで作成し始め。 自分達が以前働いていたB大学付属病院とC病院ものを参考に作成し始めた。
	メモの共有化に 基づいた指導	個人のメモの活用を思いつき、個人のメモを見せ合う様になった（一部には見せてくれない者もいた）。 共有するメモに情報を継ぎ足す。 メモをもとに教えていた。 メモをもとに教えられていた。 善意での個人のメモの見せ合い。 共有するメモは最新の情報が記載されておらず、的確なものではなかったため、基本は自分のメモを中心に教えていた。
メモ活用の 課題	メモの共有化で 生じた問題点	共有するメモは最新の情報が記載されておらず、的確なものではなかった。 何枚にも渡ってバラバラ。 誰に聞いたら正しい情報を得られるのか解らない。 手術手順を共有することに対する、必要性を認識してもらえず、反対意見がみられていた時期でもあった。 メモは、書いた人の解らない所しかメモにならない。自分の知りたいこととは違う。 メモを貸すと返ってこないこともあった。

第3期（2010年から）

手術手順の 完成	手術手順の作成	トップダウンで各科の係が3年程前から発足し、手術手順作りが始まった。 当初、共有する手術手順は、婦人科、呼吸器外科しかなかったが、2年程前から、全ての科の手術手順、ピッキングリスト、部屋の配置図が整備される様になったことは大きいと考える。
	手術手順の活用方法	できるだけ直ぐに、修正と追加を行っている。 手術手順を見ながら手術見学を行い、教育している。 執刀医に、その都度確認しないとイケないこともある。
	手術手順の効果	誰もが同じ様にできる。 抜けが無い。 準備の時間が短縮できる。 現在は、個人のメモは必要性がなくなり使用していない。 更新は、その都度係りが行い、できている。 ちゃんと教えられている。 ちゃんと教えて貰えている。 フォーマットがあった方がいい。自分がついた時に困らないし。

表2 「手術手順」の作成に至るまでの経緯（代表的なコード）（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（項目抜粋）
手順活用の課題	新たな課題	あまりない症例も含めて、全症例で手術手順が作成されることを望む。
	今後の運用方法 （より良く活用する為の 改善点）	速やかに係りが手術手順及び物品リストを変更できると良い。
		手術手順に書いてあっても、ルールを守らず物品準備に漏れが有る。 もっと、手書きの部分を清書したいが時間がない。
	手術手順の活用による 弊害	昔の人は手術を想像して準備していた。今はマニュアルに頼り過ぎて応用がきかない。

サブカテゴリーを『 』，コードを〈 〉で表し、代表的なコードを示し説明する。尚、本文中のコード内容の一部に研究者が文脈の前後がわかり易いように表現方法に解説（~~~~）を加えた。

1. 第1期（2007年から2008年）

A病院には、「手術手順」がなく共通する指導方法がない個々に努力しながら手術室看護師としての知識・技術を獲得している時期で、【手術手順の必要性の意識】では、『手術手順の作成への取り組み』において〈6年前は共有する手術手順が存在しなかった〉、〈手術室に共有する手術手順はなかった〉、〈教えて頂いていた先輩と交換日記の形式でノートをやり取りしていた〉、〈充実していなかった。少しずつ既存のマニュアルを整備していった。勉強会を行い伝達した〉、〈物品集めも、皆メモで行うので困った。自分の手があいていても、物品を集めたくても集められない。共有するメモがあったらと思った〉。『一般教材による学習』は、〈分厚い本を買ったが（他病院の市販された手術手順）、全然、違った。自分の施設に合わせて書き込んで行った〉。

実務を通し先輩看護師から伝達された知識、技術の習得が中心で、「手術手順」を作成するにまでは至らないが、現状の習得方法に対して不充足感を抱きながら個別に努力をしたことや他施設の「手術室マニュアル」を参考に実践に取り組んだ経緯が語られた。

【個人のメモに基づいた不安定な手術室業務】では、『個人のメモ作成による技術習得』は、〈個人のメモを通して口頭で教え、教えてもらった者はまた新たな個人のメモを作成する〉、〈前日に自分のメモをみる。次第に、このメモでは実際駄目だなど思い抜けていたことは、何回か手術について覚えた〉、〈自分が解り易い様に書いていた〉、〈清潔見学で自分ができることは、自分のためのメモを清潔の状態で作成することしかできなかった〉、〈整形の手術だったら、滅菌する前の器械で、使い方や順番を教えて貰った〉、〈例えば、外科だったら再建法で使うものをポイントで聞いた〉。『個

人のメモに基づいた指導方法』は、〈個人のメモを見ながら、必要物品、部屋の配置などを教えられた〉、〈決まりがなく、それぞれの看護師独自の器械出しを行っていた〉。それぞれの看護師の得た知識や技術を「メモ」を用いて予習・復習・指導（教育）という形で運用していることが語られた。『見学による指導方法』では、〈見学という運用（見て覚えなさいという方法）〉による職人技の会得が指導環境として述べられた。

【未確立な教育・指導環境】では、『共有することのできるマニュアルの必要性』は、〈照らし合わせ。自分の関わった症例しか解らない。細かい所が解らない〉、〈口頭で教えて貰い、実際に手術につき困った〉、〈「いつもの手順と一緒に」と医師に言われても、いつも例えば外科ばかりについていたら解るが、皆で共有できないかなと思った〉、〈いちいち聞くのは、忙いやろうし悪いと思った〉、〈解っている人は、その人の技量によって、ポイント（再建法など）をメモで教え、確認していた〉。『使えない教材』は、〈手術手順を学ぶ際、その施設で参考になるものがなかったため困った〉。個人のメモや口伝の指導方法は、個人の理解の範疇を超えないため、実践時に有効に作用しない等の課題があることをそれぞれが述べている。

2. 第2期（2008年から2009年）

手術室の中間管理職の移動を起点に「手術手順」が作られ始め、個々に使用していたメモの共有化をしながら手術室業務をしている時期で、【メモの標準化】では、初期の「手術手順」の作成が始まった時期であり、『初期の手術手順の作成』において〈現在の副看護師長が着任した4年から5年前、副看護師長とスタッフ看護師の合計2名でメジャーな手術手順だけは、手書きで作成し始めた〉、〈自分達が以前働いていた病院のものを参考に作成し始めた〉。『メモの共有化に基づいた指導』は、〈個人のメモの共有活用（一部には見せてくれない者もいた）〉、〈共有するメモに自分で必要な情報を継ぎ足す〉、〈共有するメモは最新の情報

が記載されておらず、的確なもの(コンテンツ)ではなかったため、基本は自分のメモを中心に教えていた)。

【メモ活用の課題】では、『メモの共有化で生じた問題点』は、〈共有するメモは最新の情報が記載されておらず、的確なもの(コンテンツ)ではなかった〉、〈何枚にも渡ってバラバラ〉、〈誰に聞いたら正しい情報を得られるのか解らない〉、〈手術手順を共有することに対する必要性を認識してもらえず、反対意見がみられていた時期でもあった〉、〈メモは、書いた人が解らない部分しかメモにしないため自分の知りたいこととは違う〉、〈メモを貸すと返ってこないこともあった)。

手術室業務に共有する知識の必要性が明確になり、それに向けた活動が内部で生じ始めているが、この時期のメモの共有化は全体での調整がされていない。あくまでも個々のメモを集約しているものであり共有化には課題があったことが述べられている。

3. 第3期(2010年から)

従来の個人メモによる手術室看護師の知識・技術の習得方法について課題を抱えながら業務は、手術室看護師長の業務命令で「手術手順」作成から実践に応用している時期で、【手術手順の完成】では、『手術手順の作成』は、〈トップダウンで各科の係りが3年程前から発足し、手術手順作りが始まった〉、〈当初、共有する手術手順は、産婦人科、呼吸器外科しかなかったが、2年程前から、全科の手術手順、ピックアップリスト(物品リスト)、部屋の配置図が整備される様になったことは大きいと考える)、『手術手順の活用方法』は、〈手術手順をみながら手術見学を行い、教育している〉、〈できるだけ直ぐに、修正と追加を行っている〉、〈執刀医に、その都度確認しないといけないこともある)、『手術手順の効果』は、〈誰もが同じ様にできる〉、〈抜けが無い〉、〈準備の時間が短縮できる〉、〈現在は、個人のメモは必要なくなり使用していない〉、〈更新は、その都度係りが行い、機能している〉、〈ちゃんと教えられる；手順を用いることで指導がきちんとできる〉、〈ちゃんと教えて貰えている〉、〈フォーマット(手術手順)があった方がいい。自分でついた時(担当)に困らない)個人メモによる指導や技術の習得方法が、「手術手順」作成というなかで完成した。「手術手順」は手術室看護師の教育指導・実践の中で効果的に運用されたことが述べられた。

【手術手順活用の課題】では、『新たな課題』は、

〈あまりない症例も含めて、全症例で手術手順が作成されることを望む)、『今後の運用方法(より良く活用する為の改善点)』は、〈速やかに係りが手術手順及び物品リストを変更できると良い〉、〈手術手順に書いてあっても、ルールを守らず物品準備に漏れが有る〉、〈もっと、手書きの部分を清書したいが時間がない)、『手術手順の活用による弊害』は、〈昔の人は手術を想像して準備していた。今はマニュアルに頼り過ぎて応用がきかない)などの既存の「手術手順」に対する新たな期待や課題が述べられた。

IV. 考 察

手術室看護師の業務は、以前は直接介助、間接介助と呼ばれ、直接介助は、医師の手助けであるかの様に思われていた⁴⁾。しかし、手術室看護師の対象は、医師でも器械でもなく、1日も早い回復を望む患者でありそのためには、生涯に渡る学習や技能向上のためのトレーニングの積み重ね、失敗を繰り返さない工夫が必要である⁵⁾。現在は、手術室看護師の業務は、器械出しと、外回りに大別される。器械出し看護師に要求される能力は、刻々と変化しながら進行する手術の場(人、物、時間、空間)にアンテナを張り巡らせ、観察されることから解剖を読み取り、先の見通しにより次に必要とされるものを正確に準備する能力である⁶⁾。外回り看護師に要求される能力は、患者の年齢や合併症などの様々なリスク状態の患者に対し短時間に少ない情報でのアセスメントを求められる。手術が手順通りにいかなかった場合を予測し対応する能力も必要である。

手術室看護師の指導・教育も大きく器械出しと、外回りに分けられ一定期間の指導を必要とする。器械出し看護師として一通りのことができるようになるには、3年程度の期間が、また外回り看護師では、5年の期間が必要という報告もある⁷⁾。手術室看護師の教育には、「手術手順」が教材として扱われるが、前述したように全病院が「手術手順」を活用しているわけではない。以下に、手術室で共有できる「手術手順」がない時期の業務の非効率性や手術室看護師の不安の状況について考察した。

1. A 病院における「手術手順」の作成に至るまでの看護師の認識と行動の変化

1) 第1期から第2期；手術室手順作成への移行期
第1期の【手術手順の必要性の意識】より、『手術

手順の作成への取り組み』で〈6年前は共有する手術手順が存在しなかった〉、〈手術室に共有する手術手順はなかった〉第1期は、「手術手順」がなかった時期である。

【個人のメモに基づいた不安定な手術室業務】より、『個人のメモ作成による技術習得』として〈個人のメモを通して口頭で教え、教えてもらった者はまた新たな個人のメモを作成する〉より、この時期に個人が技能習得のために、個人の手術室看護業務のメモが作成されていた。メモを作成する過程として〈前日に自分のメモをみる。次第に、このメモでは実際駄目だなど思い抜けていたことは、何回か手術について覚えた〉失敗体験を何度か繰り返している。メモには共通の書式が存在せず〈自分が解り易い様に書いていた〉書いた個人に解り易い様に書かれている。個人に必要とされた知識は〈例えば、外科だったら再建法で使うものをポイントで聞いた〉手術全体ではなく断片的である。器械出しの知識を習得する方法として〈清潔見学で自分ができることは、自分のためのメモを清潔の状態で作成することしかできなかった〉学習者が清潔の状態となりメモを作成している。教材としての器械を〈整形の手術だったら、滅菌する前の器械で、使い方や順番を教えて貰った〉事前に触って手順を確認することが可能な場合もあった。『個人のメモに基づいた指導方法』として〈個人のメモを見ながら、必要物品、部屋の配置などを教えられた〉個人のメモを用い、〈決まりがなく、それぞれの看護師独自の器械出しを行っていた〉統一した指導方法はなかった。『見学による指導方法』として〈見学という運用（見て覚えなさいという方法）〉見学や口頭による指導でメモは作成されていた。個人とは、A病院の手術室業務しか経験がない看護師や、他の1病院での手術室業務の経験がある看護師、また複数の病院で手術室業務の経験がある看護師であり、手術看護の知識と経験に差がある手術室看護師である。従って、手術看護に対する知識と経験に差がある個人が作成したメモは、書いた個人にしか理解できないものであったと述べられていることからこの時期は、①【手術手順の必要性の意識】より、『手術手順の作成への取り組み』として〈物品集めも、皆メモで行うので困った。自分の手があいていても、物品を集めたくても集められない。共有するメモがあったらと思った〉共有するメモの必要性を感じている。『一般教材による学習』は〈分厚い本を買ったが（他病院の市販された手術手順）、全然、違った。自分の施設に合わせて書き込んで行った〉あ

まり役に立たなかった。手術室看護師全員で情報共有できないことによる【未確立な教育・指導環境】は『共有することのできるマニュアルの必要性』へと繋がっている。困難が示された語りとして〈照らし合わせ。自分の関わった症例しか解らない。細かい所が解らない〉、〈口頭で教えて貰い、実際に手術につき困った〉、〈「いつもの手順と一緒にや」と医師に言われても、いつも例えば外科ばかりについていたら解るが、皆で共有できないかなと思った〉、〈いちいち聞くのは、忙しいやろし悪いと思った〉、〈解っている人は、その人の技量によって、ポイント（再建法など）をメモで教え、確認していた〉が語られ、業務や人材育成が上手く行えず、失敗体験を繰り返しているなどの弊害が生じている。②市販されている一般教材は『使えない教材』であり〈手術手順を学ぶ際、その施設で参考になるものがなかったため困った〉実用できる教材ではなかったことを示している。「手術手順」は、個々の病院の「手術手順」として実用できる教材には至らず、また、個人のメモには課題が多く、「手術手順」を持ち合わせないことによる業務の遂行や人材育成への不備を認識することができる。

第2期の【メモの標準化】より、『初期の手術手順の作成』は〈現在の副看護師長が着任した4年から5年前、副看護師長とスタッフ看護師の合計2名でメジャーな手術手順だけは、手書きで作成し始めた〉、〈自分達が以前働いていた病院のものを参考に作成し始めた〉第2期は、メモを共有化し、「手術手順」擬きが試みられ、個人のメモへの継ぎ足しや、貸し借りが行われている。『メモの共有化に基づいた指導』の問題は、〈個人のメモの共有活用（一部には見せてくれない者もいた）〉完全な共有に至らず、〈共有するメモに自分で必要な情報を継ぎ足す〉個人のメモへの継ぎ足しでしかなかった。共有するメモは〈共有するメモは最新の情報が記載されておらず、的確なもの（コンテンツ）ではなかったため、基本は自分のメモを中心に教えていた〉といった困難が生じている。

第2期の【メモ活用の課題】『メモの共有化で生じた問題点』は、〈共有するメモは最新の情報が記載されておらず、的確なもの（コンテンツ）ではなかった〉的確な情報が記載されておらず、〈何枚にも渡ってバラバラ〉である。第1期と同じく〈誰に聞いたら正しい情報を得られるのか解らない〉メモの標準化に対し、〈手術手順を共有することに対する必要性を認識してもらえず、反対意見がみられていた時期でもあった〉否定的な意見が語られている。メモの標準化

に対する反対意見の理由として〈メモは、書いた人が解らない部分しかメモにしないため自分の知りたいこととは違う〉メモは書いた人にしか解らず、また〈メモを貸すと返ってこないこともあった〉貸すことが自分の不利益に繋がっている。メモの共有化の課題として、個人のメモへの継ぎ足しには、責任の所在がなく、個人の知識と経験の差から生ずる情報不足は、手術室看護師全員で情報共有できない結果となっていた。「手術手順」がなかった第1期から第2期への移行期は、手術室業務に必要な情報共有ができにくく、非効率な業務と看護師教育として効果的な学習環境づくりに対する問題意識が認識されているが、共有できる手順の様なものがない手術室業務は、非効率で手術室看護師にとってストレスやジレンマに繋がることが推察される。

2) 第3期：「手術手順」作成から完成までの時期

第3期の【手術手順の完成】より、『手術手順の作成』で第3期は、第2期の課題改善のため、〈トップダウンで各科の係りが3年程前から発足し、手術手順作りが始まった〉手術室看護師長の業務命令で、責任の所在を明確にするために、各科の係りが発足した。〈当初、共有する手術手順は、産婦人科、呼吸器外科しかなかったが、2年程前から、全科の手術手順、ピックアップリスト(物品リスト)、部屋の配置図が整備されるようになったことは大きいと考える〉同時期に、外科の「手術手順」(ピックアップリスト、部屋の配置図を含む)を完成し、運用により手術室看護師全員の賛同が得られ、全科の「手術手順」の作成が開始され、手術室看護師に評価されている。

『手術手順の活用方法』は、〈手術手順をみながら手術見学を行い、教育している〉「手術手順」の、それまで誰が正しい情報を保有しているかわからない誰かに、口頭で指導を仰がなければならなかった業務や教育を変えるものとなった。〈できるだけ直ぐに、修正と追加を行っている〉一つの手術が終了した際は、その手術を振り返り、変更点があれば「手術手順」を用いて変更点の伝達を行うことが可能となり、次の手術介助業務を行う際の質の確保と、患者の安全に繋がる。〈執刀医に、その都度確認しないといけないこともある〉「手術手順」を基本とし、個別性のある手術看護が求められる。

『手術手順の効果』は、〈誰もが同じ様にできる〉、〈抜けが無い〉、〈準備の時間が短縮できる〉、〈現在は、個人のメモは必要なくなり使用していない〉「手術手順」の完成により誰もが、自分が手術に直接関わって

いない時間に、誰が集めても同じ物品を集め、手術に必要な準備を行うことが可能となった。緊急手術の際にも、早く正確に物品を集めることが可能となった。外回り業務の際には「手術手順」を用いて、統一された部屋の配置が可能となった。〈更新は、その都度係りが行い、機能している〉「手術手順」がその都度更新されることは、信頼できるコンテンツに結びついていく。〈ちゃんと教えられる；手順を用いることで指導がきちんとできる〉「手術手順」を用いることで、誰もが統一した指導を、行うことができるようになった。〈ちゃんと教えて貰えている〉手術の介助業務は、外回りと器械出しがあるが、特に器械出し業務の際に、事前に正しい知識の「手術手順」の学習が可能となり、その知識を用いて器械出しを行うことで、手術中に執刀医の手を止めることなく、器械出しがスムーズに行えるようになった。〈フォーマット(手術手順)があった方がいい。自分でついた時(担当)に困らない〉「手術手順」は、器械出しを行なっている手術室看護師にとって、業務に対する安心感に繋がり、さらに同じ手術室で外回りを行なっている外回り看護師の安心感にも繋がっている。何より患者の安全に繋がっている。

A 病院の手術室看護師にとって作成した「手術手順」は、誰もが同じ基準を持ち業務、指導と学習が行える環境となり必要不可欠なものになっている。「手術手順」作成に至るまでの第1・2期は、個人メモの活用が中心であり個人メモの課題を抱えながら業務が行われていたが、第3期は病院の業務改善やリーダーシップなど、積極的な働きかけがあり「手術手順」作成・完成に大きく寄与していると考えられる。全体を大きく変化させるためには、全体を同時に動かすことができるハード面の整備も効果的だったと言える。

2. 「手術手順」の活用上の今後課題

第3期の【手順活用の課題】より、『新たな課題』として、〈あまりない症例も含めて、全症例で手術手順が作成されることを望む〉「手術手順」の作成は、各科に分かれ細分化した手術室業務を手術室看護師全員が共有するために必要であり、頻度の少ない手術症例の「手術手順」の作成の必要性にも言及している。

『今後の運用方法(より良く活用する為の改善点)』として、〈速やかに係りが手術手順及び物品リストを変更できると良い〉、〈手術手順に書いてあっても、ルールを守らず物品準備に漏れが有る〉、佐藤ら⁸⁾は、手術はどんどん科別に専門化し、手術器材、看護の手

順、医師の手技も、変化していくなかで、日々の進歩を全て把握することは困難であると述べている。〈もっと、手書きの部分を清書したいが時間がない〉「手術手順」を効果的に運用するためには、「手術手順」も同様に、常に変化し続ける教材だが、改訂する時間の確保や速やかに「手術手順」を更新し、誰もがいつでも見ることのできる状態でなければならない。手術室看護師は「手術手順」を最新の状態に保ち続け情報共有することが、患者に安全な環境を提供し、手術室看護師の効果的な業務環境・教育環境に重要事項になると考える。

V. 本研究の限界と今後の取り組み

本研究は、1病院の「手術手順」が活用されるまでの経過であり、研究結果に偏りがあることは否めない。今後、調査病院数も増やし「手術手順」が活用されるまでの追研究を行い本調査の妥当性を高める必要がある。

謝 辞

本研究にご承認、ご協力いただいたA病院の看護部長をはじめ手術室の看護スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用参考文献

- 1) 舟島なをみ, 三浦弘恵. 院内教育プログラムの立案・実施・評価. 東京: 医学書院; 2007. p. 10.
- 2) 石橋まゆみ, 菊池京子, 久保田由美子, 土蔵愛子, 宮原多枝子, 日本手術看護学会編. 手術看護の歴史. 東京: 東京医学社; 2016. p. 92.
- 3) 石橋まゆみ, 菊池京子, 久保田由美子, 土蔵愛子, 宮原多枝子, 日本手術看護学会編. 手術看護の歴史. 東京: 東京医学社; 2016. p. 141.
- 4) 小島操子司会, 松岡淳夫, 谷村繁雄, 田中弘美, 辻喜美子. シンポジウム 手術室看護を考える: 器械出し業務の役割を問う. 日本手術室看護学会研究発表録 1993; 139.
- 5) 小島操子司会, 松岡淳夫, 谷村繁雄, 田中弘美, 辻

- 喜美子. シンポジウム 手術室看護を考える: 器械出し業務の役割を問う. 日本手術室看護学会研究発表録 1993; 148.
- 6) 角郁子, 高橋佳子, 古川妥子, 中村ひとみ, 井出口一恵. 直接介助者が術中用いる看護技術についての検討. 社会保険広島市民病院医誌 1999; 15(1): 66-9.
- 7) 佐藤紀子, 若狭紅子, 土蔵愛子, 佐藤あゆみ, 西田文子, 遠藤和子. 手術室看護の専門性とその獲得過程に関する研究. 東京女子医科大学看護学部紀要 2000; 3: 24.
- 8) 佐藤紀子, 菊池京子, 久保田由美子, 佐藤澄子, 牛尾昌子, 山崎きよ子. 手術室の看護管理と手術看護の専門性. 看護管理 2001; 11(4): 226-73.
- 9) 櫻井未香, 杉岡美知子, 中村加奈. 手術室看護の専門性の探求: 手術室看護師の能力について. 日本手術医学会誌 2004; 25(1): 62-4.
- 10) 菊池雅文. 手術看護師のコンピテンシーを考える. 日本手術看護学会誌 2013; 9(2): 112.
- 11) 西岡正子編著. 生涯教育論. 京都: 佛教大学通信教育部; 1999.
- 12) 関口礼子, 小池源吾, 西岡正子, 鈴木志元, 堀薫夫. 新しい時代の生涯学習 第2版 (有斐閣アルマ; Interest). 東京: 有斐閣; 2009.
- 13) 讃岐幸治, 住岡英毅編著. 生涯学習社会 (MINERVA 教職講座; 17). 京都: ミネルヴァ書房; 2001.
- 14) 厚生労働省. 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. 2004 [引用 2016-2-1]. URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>
- 15) 日本手術看護学会編. 手術看護師の「臨床実践能力の習熟度段階」(クリニカルラダー) 2011年改訂版. 東京: 日本手術看護学会; 2011.
- 16) 近藤裕子. 看護職者のキャリア発達からみた生涯学習. 佛教大学大学院紀要 1997; 25: 145-57.
- 17) 日本看護協会. 「継続教育の基準 ver. 2」活用のためのガイド. 2014 [引用 2016-2-1]. URL: <http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 18) Pratt DD. Five perspectives on teaching in adult and higher education. Malabar, Fla: Krieger Pub Co; 1998. p. 4, 40, 43, 46, 49, 51.
- 19) 加藤省吾, 飯塚悦功, 水聡子. 標準的指針確立のための社会技術. 社会技術研究論文集 2012; 9: 131-44.