

原 著

手術看護認定看護師の周手術期看護における思考過程の特徴

竹村 幸子¹ 中村 裕美² 村瀬 智子²

要旨

本研究の目的は、手術看護認定看護師が術前に把握した患者の全体像を、どのように周手術期看護へと活かしているのかという経験に着目し、看護経験の語りの中から手術看護認定看護師の思考過程の特徴を明らかにすることである。

研究デザインは質的記述的研究で、研究参加の同意が得られた手術看護認定看護師6名を研究協力者とした。半構成的面接法にてデータを収集し、質的帰納的に分析を行った結果9つの最終コアカテゴリーが抽出され、手術看護認定看護師の思考過程の特徴として以下のことが示された。

①看護の対象が人であることを意識し、患者の心身に触れることで信頼関係を構築する ②患者とその家族に周手術期を通じたケアリングを提供する ③術前には経験から培った看護の知を大切に患者の全体像を把握し、術中には器械出しと外回りという二面性のあるケアの提供、術後には自己のケアを省察する ④スタッフ教育による手術看護の底上げが重要と考えている。

キーワード 思考過程 手術看護認定看護師 周手術期看護

I. 緒言

近年、外科的治療は、医療機器を用いた治療・技術の進歩によりロボット手術や低侵襲内視鏡手術の増加がみられる。また、麻酔技術も向上し、高齢者や新生児、ハイリスク患者にも手術が適応となり、外科的治療の対象が拡大している。このような外科的治療の著しい高度化、多様化に伴い、手術室看護師に求められる知識や技術も高度化、多様化している。米国周手術期看護協会（AORN：Association of periOperative Registered Nurses）は、1978年に「手術を受ける患者は、周手術期、つまり、術前から術中、術後をとおして一貫したプロセスに沿った看護を受ける」という周手術期看護の概念を明らかにしており、手術室看護師は、看護の領域のなかで最初の専門領域と言われている（Richardson, 2008）。

AORN の考え方に影響を受け、日本でも学会が設

立され、手術看護についての専門性を明確にするための研究が行われるようになった（山田, 2008）。また、日本看護協会は、専門職としての手術看護を確立することを目的として、2005年8月に認定看護分野に手術看護認定看護師を特定した。

手術室看護師は、術前に患者の内服薬、アレルギーの有無、現病歴、手術歴、既往歴等を十分に把握する必要があり、特に、外来手術室看護師は、経験豊富で専門的知識と臨床能力を兼ね備えることが必要である（Plauntz, 2007）。このように、手術室看護師は、専門職としての経験や知識をもとに患者の心身の状態や表情など多くの情報を統合し、患者の全体像を把握した上で、全人的・個別的な看護援助を術前から術中、術後を通して行っている。

しかし、手術室看護師の援助内容は看護記録として残されることは少ないこと、臨床で積み重ねた経験は、暗黙知として個人の中で埋もれてしまい、言語化されにくい傾向があること（佐藤・若狭・土蔵・佐藤あ・西田・遠藤, 2000）、無意識に行っている臨床判断もあるため、他者には伝わりにくいこと（櫻井・杉

¹ JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

² 日本赤十字豊田看護大学

岡・中村, 2004) から、手術看護の専門性が他職種に理解されにくい。この手術室看護師の専門性は、専門職としての思考過程の特徴として個人の経験知の中に在ると考えられる。

そこで、本研究では、手術看護の専門性を追求する意欲が高いと思われる手術看護認定看護師を研究協力者として、術前の情報収集から患者の全体像を把握し、周手術期看護へ活かした看護経験の語りの中から手術看護認定看護師の思考過程の特徴を抽出したいと考える。

II. 研究目的

手術看護認定看護師が術前に把握した患者の全体像を、どのように周手術期看護へと活かしているのかという経験に着目し、看護経験の語りの中から手術看護認定看護師の思考過程の特徴を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究協力者

東海地方の病院に勤務し、手術看護の実践経験がある手術看護認定看護師とした。手術看護認定看護師が所属する施設の看護部長に研究協力を依頼し、自らの看護経験を語れる人を紹介してもらい、研究協力候補者に連絡をとる機会を得た。その後、候補者に対し、個別に本研究の趣旨や倫理的配慮について文書を用いて説明し、同意を得られた者を研究協力者とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的インタビュー法とした。インタビューは原則1人1回とし、時間は1人につき60分程度とした。インタビュー内容は、あらかじめ研究協力者の承諾を得てICレコーダー及びフィールドノートに記録した。

4. データ分析方法

面接で得られたデータは、質的帰納的に分析した。面接内容を逐語録におこし、フィールドノートとともに

に精読し、意味のまとまりごとにコード化した。次に、分析視点からカテゴリー化を繰り返す中で、類似性と相違性に基づき、分類・整理した。まず、個別分析を行い、その後に統合分析を行った。データの解釈や分析過程の真実性の確保については、周手術期看護の経験者や、質的研究の経験のある複数の教員のスーパーバイズを受け、データの分析過程における主観的捉え方や解釈を排除し、客観性を高めた。

5. 倫理的配慮

日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会の審査を受け実施した(承認番号2524号)。研究協力者に対しては、研究の趣旨・倫理的配慮について書面と口頭で十分な説明を行った後、協力者の自由意思によって同意を得て行った。研究参加にあたって、研究協力者の身体的・精神的状態に配慮し、研究参加が負担になる場合、研究の中断や研究の途中で参加辞退など研究協力者の意思を尊重し、参加の拒否・中止をしても不利益は一切受けないことを保証した。研究の参加・不参加については、諾否を看護部長へ報告しないことを保証し、強制力が働かないように配慮した。面接によって得た情報は、本研究の目的以外には使用せず、匿名性を保持してプライバシーを保護し、研究の成果は学会発表など公表することがあるが、個人を特定されることがないように配慮することを保証した。

IV. 研究結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要及びインタビューに要した時間は表1の通りである。

6名の性別は男性2名、女性4名であった。年齢は30歳代が2名、40歳代が4名で、管理職として働いている者が4名、スタッフとして働いている者が2名であった。看護師経験年数は9年から23年(平均17.8年)、手術室以外での勤務経験がない者は1名であった。手術看護経験は9年から20年(平均15.1年)で、手術看護認定看護師経験は3年から10年(平均6年)であった。

各研究協力者の所属施設での年間手術件数は、5000件未満の施設が2施設、5000件以上10000件未満の施設が3施設、10000件以上の施設が1施設であった。

表 1. 研究協力者の概要

| ID番号 | A | B | C | D | E | F |
|-------------------|-----------|-------|------|----------------|-------------|-------|
| 性別 | 男 | 男 | 女 | 女 | 女 | 女 |
| 年齢 | 40歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 40歳代 | 40歳代 | 30歳代 |
| 職位 | 管理職 | スタッフ | 管理職 | 管理職 | スタッフ | 管理職 |
| 看護師経験年数 | 23年 | 9年 | 21年 | 20年 | 21年 | 13年 |
| 経験科 | 整形 ICU | 手術室のみ | 外来 | 外科、整形 混合、外来 | 脳外、心外 混合 | ICU |
| 経験(年) 認定/手術看護 | 5/17 | 3/9 | 5/20 | 5/15 | 10/19 | 8/11 |
| 術前訪問/術前外来 実施状況 | 訪問 | 訪問 | 訪問 | 訪問 | 訪問 | 訪問 |
| 術前訪問の経験 | あり | あり | あり | あり | あり | あり |
| 術前訪問実施者 | OPNs | OPNs | OPNs | OPNs | OPNs | OPNs |
| 術後訪問の経験 | あり | あり | あり | あり | あり | あり |
| 年間手術件数(件) | 7400 | 4400 | 3600 | 5300 | 7400 | 11400 |
| インタビュー時間(分) | 69 | 77 | 61 | 60 | 72 | 54 |

いずれも術前訪問が行われており、術前訪問の実施者は手術室看護師であった。また、研究協力者6名全員が術後訪問の経験を有していた。また、各研究協力者へのインタビュー時間は54分から77分（平均65分）であった。

2. 統合分析結果

6名の個別分析結果をもとに統合分析を行った。その結果、4段階のプロセスを経て47の下位カテゴリ、29の中位コアカテゴリ、27の上位コアカテゴリ、9の最終コアカテゴリに集約した。その内、上位コアカテゴリ、最終コアカテゴリを表2に示す。

抽出した最終コアカテゴリは、【物ではなく人という立体的イメージづくり】、【患者の心身に触れて信頼関係を構築するための術前訪問】、【テンポよい手術を意識した準備と人員配置】、【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】、【患者の状態・手術環境・術野を見て、先読み力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】、【術後訪問で自己のケアの省察】、【自ら学び合う教育による分身作り】、【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】、【手術室看護師だからこそ関われる周手術期を通じた支援】である。（以下、最終コアカテゴリを【】、語りを「」、先行研究により示されるカテゴリを<>で示す。）

(1) 【物ではなく人という立体的イメージづくり】

この最終コアカテゴリは、手術をする部位だけではなく、人間として見るために術前から患者に関わり、患者の社会背景や生活過程に触れることで患者を立体的にイメージしているというカテゴリである。電子カルテや紙面上の平面的な情報だけでなく、実際に患者に会うことで、患者の体格、歩き方や生活の様子、術後に楽しみにしていることや家族の思いなどから、患者の疾患だけでなく社会背景や生活過程まで含めた全体像を立体的に描いてイメージしていた。その理由は、手術中は手術部位である臓器の部分しか見えなくなってしまうことが多く、その臓器の部分のみに着目をする、それぞれに家族や仕事を持つ一人の生活者として捉えにくくなってしまいう危険性があるためである。

例えばC氏は、「私が来たときは、患者さんは挿管されて寝ていて、血気胸なので、その呼吸器の部分しか見えなくて。私患者さんってみれていなかったんだっていうのを、ちょっとその時感じたので。やっぱり、そういう面からも術前から患者さんをみることっていうのは、私の中では必要なことだったんだっていうのが気づけた」と述べていた。D氏は、「患者さんの全体像を描いてっていう形で情報を収集して、全人的に捉えましょうってことで捉えにあって、検査データとかはカルテから見えるので、それ以外の患者さん

表 2. 手術看護認定看護師の周手術期における思考過程の特徴

| 最終コアカテゴリー | 上位コアカテゴリー |
|---|--|
| 物ではなく人という立体的イメージづくり | 後-Ⅱ 患者を機器の部分だけで見ず、患者として見るための術前からの関わりの必要性 |
| | 前-Ⅰ 患者に実際に会うことで、物ではなく人という立体的イメージをつくり、プリーフィングし、チームメンバーで社会復帰へ向けて援助 |
| 患者の心身に触れて信頼関係を構築するための術前訪問 | 前-Ⅲ 術前訪問の意味は信頼関係の構築であり、患者の心身に触れることで患者を把握し、患者の背景に合わせた説明と指導を意識 |
| テンポよい手術を意識した準備と人員配置 | 前-Ⅱ 無意識に収集した大量の情報や看護の知を大事にして、患者のデータや全体像を天秤にかけて対応 |
| | 前-Ⅵ テンポよい手術を意識し、術前訪問と事前の打ち合わせで検討する。患者に合わせた準備、人員配置と術中の指示 |
| 共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供 | 中-Ⅱ 患者に合わせて言語的・非言語的に情報を伝達し、患者の代弁者となり、患者が発言しやすいような環境調整 |
| | 中-Ⅰ 術前、術中に得た患者の心身情報と家族背景を踏まえ、チームでの情報共有と役割を意識した事前準備により、患者や家族が望むケアを提供 |
| | 前-Ⅳ 患者・家族とともに手術に臨み、それぞれの思いが叶うよう支援し、手術室看護師として自分ができることを熟考 |
| | 周-Ⅱ 患者が気持ちを言える状況づくりと、患者を擁護し代弁者となる役割を遂行するための人員構成の大切さ |
| 患者の状態、手術環境、術野を見て、先読み力でマネジメントする二面性のあるケアの提供 | 中-Ⅲ 社会復帰を見据え、手術や患者の状態を、清潔野は器械出し看護師、外は外回り看護師がチームメンバーとコミュニケーションをとり、先読み力でマネジメントし、二面性のあるケアを提供 |
| | 中-Ⅴ 患者の状態把握と手術環境調整、術野を見ての判断などで他の人との違いがあるよう意識した、認定看護師としてのこだわり |
| | 中-Ⅳ 術中は外科医にすべてを委任するが、器械出しは医師の手の届かないものを出す物出しではなく、技術により侵襲を回避する役割があるという考え |
| | 中-Ⅵ 手術実践の説明は医師が行い、それに対する患者の反応をインスピレーションで捉え、確認して、手術室内の出来事をクリアにすることが手術室看護師の責任のひとつ |
| | 後-Ⅰ 患者像の相違を認識した経験から、患者背景と既往歴を意識したデータ活用方法の見直しと後輩への伝達 |
| 術後訪問で自己のケアの省察 | 後-Ⅳ 術後訪問の意図は、術後患者の状態と意思の把握と、手術看護に携わる支えとなる患者からの肯定的評価を得ることで自己のケアを省察 |
| | 周-Ⅳ 人材育成とシステム作りが認定看護師の役割で、大切にしていることは他人に任せず、教育による分身作りと看護の共有がやりがい |
| 自ら学び合う教育による分身作り | 周-Ⅴ 患者の一生をかけた手術看護に差が出ないよう、手術看護以外の経験値を増やし、自ら考え学び合う手術室看護師の育成と底上げが必要 |
| | 中-Ⅸ 患者の状態に合わせた認定看護師のケアを理解したスタッフの成長を実感 |
| | 周-Ⅵ スタッフの失敗や心理的負担が生じる手術では、緩びから糸がほつれないよう調整し、ケアの肯定的評価でフォロー |
| | 中-Ⅶ 患者を全人的に捉え、手術を統制する外回りは、看護師にしかできないことが多く、外回り看護師を大事に育てることが永遠のテーマ |
| | 周-Ⅰ 援助による侵襲の可能性を自覚することで手術看護の価値を見出し、家族からの言葉をやりがいにつなげるなど、成功体験の共有による良い雰囲気づくり |
| | 前-Ⅴ 術前訪問で得た情報を活かし、手術室看護師としての役割を果たせた経験と、活かせなかった経験の蓄積 |
| 周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積 | 中-Ⅹ 病棟看護師との目線の違いに気づいた経験から、術前を大事にするために情報を病棟へ事前発信 |
| | 中-Ⅶ 患者や家族と意思を共有し、患者や家族が納得できるよう介入したことへの反応を引き出せた経験 |
| | 後-Ⅲ 周手術期チームの一員として患者や家族の思いを汲み取り、手術室看護師だからこそ聞かれる周手術期を通した支援 |
| 手術室看護師だからこそ聞かれる周手術期を通した支援 | 周-Ⅲ 患者と家族が抱えるものを汲み取り、前向きな働きがけを他職種と連携して行い、周手術期看護を言葉や形に見える化し、他職種にアピール |
| | 周-Ⅶ 周手術期看護は、患者を社会復帰へ向けて援助するための多角的視点をもった周手術期チーム作り、情報共有の効率化と小児への早期介入を外来で志向 |

※ 上位カテゴリーに示している前・中・後・周は、術前・術中・術後・周手術期を示し、各場面において分析を行っている。また、数字は各場面でのカテゴリー番号を示す。

の情報をインタビューするなかで取りに行った」、E氏は、「患者の全体像をちゃんとわかって、家族のもとに無事返し、その人が社会生活を送れるようにする」、F氏は、「術前訪問に行くと、やっぱり会えてる分、より、そういったところが、自分も患者さんをこう、何歳の誰々さん、どういう病気、身長体重、抽象的なものだけではなくて、こう立体的に浮かんでくるものがあるので、すごくいいなって思っています」と述べていた。

このように、表現は異なるが同様の語りが4名から認められ、患者の背景を捉えるという部分においては6名全員から語られていた。これらのことから、手術看護認定看護師の思考過程の中核にある特徴を示すカテゴリーであると考えられる。

(2) 【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】

この最終コアカテゴリーは、患者と家族と一緒に手術に臨み、その中で患者や家族が望むケアを提供することを目指しているというカテゴリーである。

例えばD氏は、「脳外の患者さんでも実際ベッドに、ある程度身長とか体型が、ベッドに乗れるかっていう心配があって、(手術室に)来たいって方があって、来られたこともあるので、そういうのは支援したりとか。先生と調整してね、ベッドに乗ってみて、動かしてみても、大丈夫だったっていうのを確認させてもらったこともあるし」と述べ、A氏は、「医師の視点っていうのは、あくまでも治療する上での視点でしかないと思ってるんですよ。だから心理的なものとか、家族的な背景とか、そういった部分っていうのはあんまり触れられないと思うんです。だけど、看護師ってのは、そういった部分に触れる中で、じゃあどうしてあげると、その人がほんとに望む形のものか、手術の中で受けられるのかっていうのが、看護師が考える部分」と述べていた。F氏は、「話し方が恐々だったりとか、それこそ説明をしようとする、…(中略)…『怖い、怖い、聞きたくない』って人ももちろんいますし、そういった人には自分が今度手術室でお迎えするときに、なるべくそういった怖いものも除去しようと環境調整しようと図ったりとか」と述べており、C氏は、「治

したいっていう気持ちに寄り添うのが私たちの仕事なので。で、早く退院したいっていう希望があるならば、それが叶うように寄り添って、看護してあげるのが仕事なので。そこが叶うように考える。アセスメントして行動する」と述べていた。

このように、自己の役割を意識した上で患者と家族が望むケアを提供しているという語りが6名全員から得られており、《物ではなく人という、立体的イメージづくり》と同様に、手術看護認定看護師の思考過程の中核をなす思考であると考えられる。

(3) 【患者の心身に触れて信頼関係を構築するための術前訪問】

この最終コアカテゴリーは、患者の身体に触れるだけでなく、心にも触れることで術前に患者と信頼関係を構築していくというカテゴリーである。

A氏は、「術前訪問の目的っていうのが、大きく言えば信頼関係の構築ってところであって、実際に、ま、変な話、触ってくれる看護師が、信頼できるのか、触らずに話だけの人が信頼できるのかっていった時に、自分のその看護観につながっちゃうんですけど、やっぱり触らないより触ってくれた方が信頼できるなって思うんですよ」と述べ、そして「器械だけじゃなくて実際に触れるっていうところを大切にしています。だから、どの場面でも触れます。触れるって言えば、その身体的な部分だけじゃなくて、やっぱりその人が考えている思いに触れる。何を考えてるんだろうってのを汲み取っていくっていう触れるっていう部分もあるかなと、それは大切にしている部分です」と述べていた。D氏は、「手術室っていう短い中でも信頼関係を築くきっかけが術前訪問にあるんだなってすごく思ったので、それから、術前訪問はずっと自分は大事にしてきた」と述べていた。

A氏とD氏以外にも、患者の意見を否定せず患者を理解しようとする語り、患者や家族の思いを大切にすることが聞かれ、患者や家族と信頼関係が築けるよう努めていると考えられた。

(4) 【テンポよい手術を意識した準備と人員配置】

この最終コアカテゴリーは、手術が滞りなくテンポよく進むことを意識した必要物品や薬剤の準備と人員

配置が行われているというカテゴリーである。そのために活用するのが、術前や術中に得た情報である。

B氏は、「どういうふうに、ここは何で縫うんだとかっていうのも事前に話すし、とにかく、当日、明らかにテンポよくいくようっていう努力はするし。で、もちろん準備するときに、その手術室のスタッフ同士で考えて効率よくやりたいから、だから自分のなかで、こういうふうに準備してくのが一番早く終わるなっていうのは意識する」と述べ、C氏は、「こういう情報だから、こういうふうなことがあったから、今すぐ全部こういう準備して、こういう準備して、誰々が、人数何人集めてっていうのを冷静にやって、手術ももちろん入って、指示を出してっていうふうにして」と述べていた。

(5) 【患者の状態・手術環境・術野を見て、先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】

この最終コアカテゴリーは、患者の状態や手術環境、術野の状態を先を読む力で、器械出しと外回りという2つの視点から患者をマネジメントし、ケアを提供しているというカテゴリーである。

F氏は、「具体的な行動としては、二手先、三手先。あと手術が何件もあるときは、二件先、三件先を考えるようにしています。先読みっていうやつですか、は大事だと思っていて」と述べており、D氏は「器械出しは流れも知っていなきゃいけないし、患者さんのお腹の中、状態を見たときに、何が起きているかっていう判断する力も必要だし、先生と呼吸を合わせるコミュニケーションのスキルも必要だし、あと、ま、その、先読む力じゃないけど、次に、じゃあどんな展開するから何を必要と思うということを事前に外とコミュニケーションをとって準備しておいてもらうとか。手術が滞らないようにしていくマネジメントを器械出しもしてるのかなって思う」と述べていた。A氏は、「中と外があるって、なかなかその他の看護の分野で、二面性を持つっていう看護形態はないじゃないですか。…(中略)…一つのその空間で、二つの看護業務があって、それぞれが一つを見てるっていう。裏表の二面性、裏表っていうわけじゃないけど、右からか左からかって

いうそういう二面性で見えてるってというのは、看護師として面白いなって思う」と述べていた。

(6) 【術後訪問で自己のケアの省察】

この最終コアカテゴリーは、術後訪問へ行くことで患者の状態を把握し、患者から得た発言から自己が行った術中までの看護を省察するというカテゴリーである。

F氏は、手術室入室後に手術を受けたくないと言って混乱してしまった患者に対し、奥さんに手術室に入ってもらうよう調整を行った結果、患者が落ち着き、手術を受け入れることができた症例の術後訪問で、「『あの時におっかあと話ができて良かった』って言ってました。それはほんとに良かったなって。その時に私が必要だと思ったことは間違いじゃなかったんだなっていうふうに思いましたね」、D氏は、「手術室の中にいると、感謝されることって少ない。…(中略)…私たちの看護の実践が、ほんとはよかったのかどうかってなかなか評価がしにくい、見えないとこなので、術後に関わって初めてそれが見えてくるっていうものがあるので。自分たちの自己満足で終わらないためにも、術後訪問でちゃんとやったことを評価してくるってことが大事な、実践を評価するってことが大事かなっていうのは感じています」と述べていた。

(7) 【自ら学び合う教育による分身作り】

この最終コアカテゴリーは、周手術期を通じたケアを提供する基盤となる思考で、自ら考え学び合うスタッフを育てていくことを大切に、教育することで自らの分身を作っているというカテゴリーである。

C氏は、「困った時、私がいるときには、私がやればいいのかもしいないんですけど、私がいなかったときに、じゃあ、それが同じような患者さん来て、この人はできないって言ったら、この人がやっぱり損をすることになるじゃないですか。そういうことがないような人材育成とシステム作りってというのが私たち認定の仕事、そういう視点をみんなに教えてあげるってというのが、認定の役割かなって思っているんで、そういうことは心がけています。私だけができればいいんじゃないん

です」と述べており、認定看護師の役割を認識したスタッフ教育を思考している。D氏は、「もともと教育することは嫌いじゃなくて、後輩指導とか、学生指導とかは好きだったのね。自分の分身ができるみたいところが好きだったのかな。育てたら自分がもう一人いてくれるみたいなのがすごく嬉しくて。なので、そういう経験が、認定看護師もとることですさらにずっと続けていかれるところでは、自分の遣り甲斐、自分の患者さんに接する遣り甲斐とキャリアアップを図るっていうか、看護を一緒にする仲間たちと共有できるっていったとこの遣り甲斐とかも、そこにもっていけるかなと思って、今に至っているところがある」と述べ、自分の分身を作れる教育をやりがいへと繋げていた。

(8) 【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】

この最終コアカテゴリーは、周手術期看護、病棟看護の経験などを通して得た様々な経験の蓄積により、周手術期看護の価値を見出しているというカテゴリーである。

F氏は、「私たちのやること一つで入院を伸ばしてしまったり、妨げてしまうことってあると思うし、そういったところに関わっているんだよっていう自覚のもとで働いていると思います。なかなかこじつけかもしれないですけど、やっぱりそういうところ大切にしないと、手術看護の価値って見えてこないんじゃないかなと思って」と述べており、E氏は、心機能が悪い患者に対して車椅子で入室するように病棟へ連絡しなかったために、歩行入室し、麻酔導入したところ心停止した症例において、「術前は大事で、気づいていて自分たちが言うことは大事だなんて。オペ室の目線と病棟の目線は違うなって、そこで思ったことはあります。それ以降は、言うようにしてます。車椅子でお願いしますって前もって病棟に連絡するようにしています。そのことをきっかけにして、もっと自分達から病棟に発信していこうってなったと思います」と述べていた。

このように、手術室の認定看護師は、周手術期看護の価値を見出すような成功経験や失敗経験を積み重ねていた。

(9) 【手術室看護師だからこそ関われる周手術期を通じた支援】

この最終コアカテゴリーは、手術室看護師であり、手術を知っているからこそ関われる周手術期を通じた患者と家族支援があるというカテゴリーである。

例えば、C氏は母親としての自覚が乏しい若い妊婦に周手術期を通して関わり、「私だけじゃなくて、病棟の看護師さんとか助産師さんもすごい関わっていて。ま、私はその一部分のところだけを手術の立場として関わらせてもらって、術前から、手術も私も一緒に入ったもんだから、術前、術中、術後と関わって、やっぱりあの～手術だけじゃないんだな～っていうところを感じたのが、たぶんそこ～の手術。やっぱり術前、術中、術後のことも私たちもやっぱり関わっていかないと、手術を知っている人だからこそ関われる術後もあるな～っていうのを、あの症例でなんか思った記憶はあります」と述べている。F氏は「術前の看護があって、その術前にされた看護が手術に繋がっていく。情報共有ひとつをとってもそうだし、術前訓練ひとつもそうだし、術後のリハビリもそうだし。すべてが、みんなが頭が繋がっていくといいなっていうふうに思うんですね。患者さん一人を通して、私はここだよ、私はここだけ、私はここだけ、ではなく、もうちょっと多角的に見れたらなっていうのは常に目を向いてますね」と述べ、D氏は「術中がうまくいくためには、術前から始まっており、術前に準備する前から始まっている…(中略)…広く考えれば、外来看護師も周術期看護師、手術室看護師も周術期看護師、病棟の看護師も周手術期看護師であるため、周術期チームと言うと、本当に幅広くチームをつくれるのではないかと述べ、周術期チームでの早期介入を志向していた。

V. 考察

1. 手術看護認定看護師の周手術期における思考過程の特徴

統合分析により抽出された9つの最終コアカテゴリーを空間配置し、構造化した結果は図1の通りである。

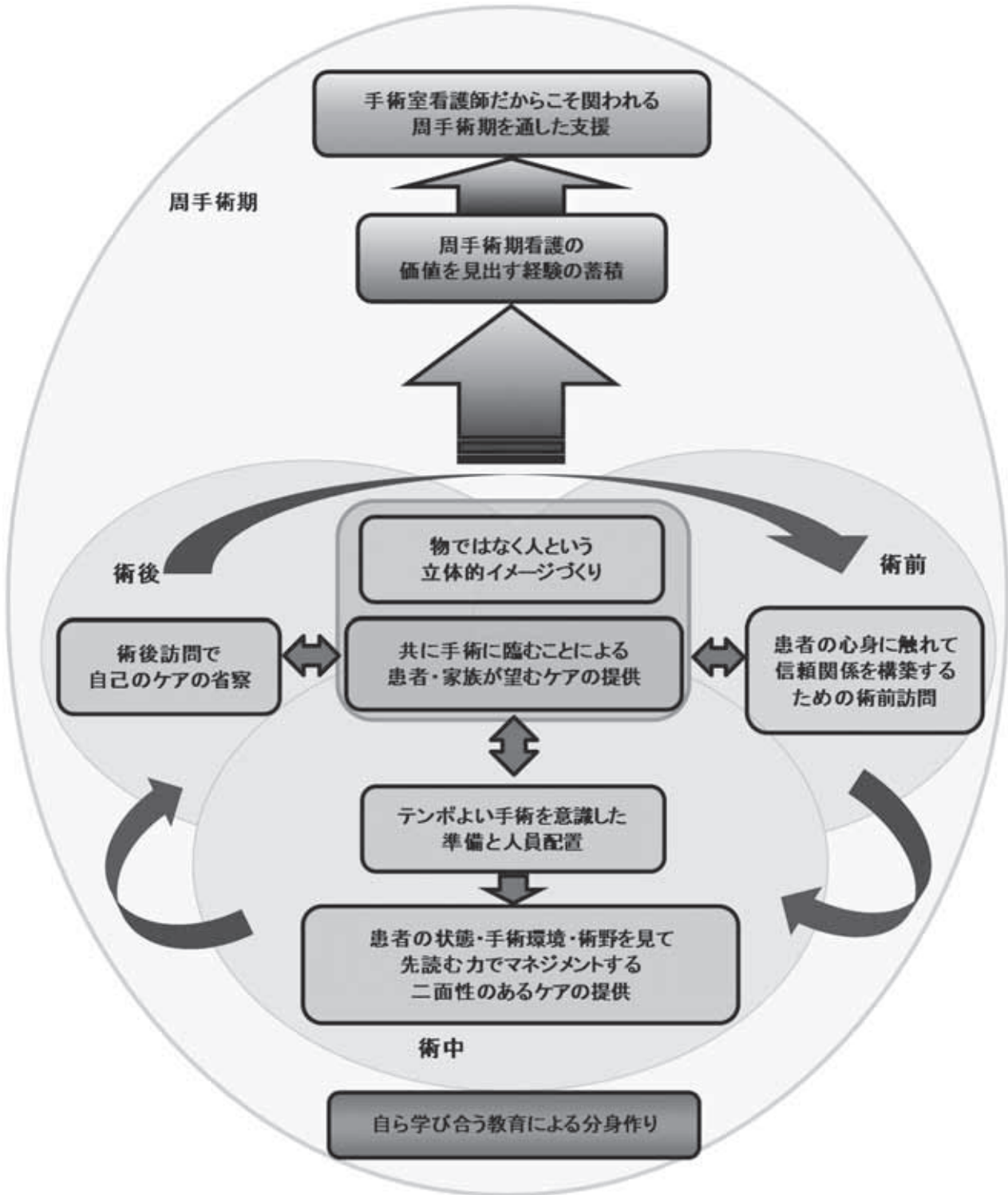


図1. 手術看護認定看護師の思考過程の構造

手術看護認定看護師の思考過程の特徴を示すコアカテゴリー間の相互の関係性を（ \longleftrightarrow ）、影響する関係性を（ \Longrightarrow ）で示した。全体の楕円が周手術期を表し、周手術期の中に術前、術中、術後が含まれていることを表している。中核をなすコアカテゴリーは中心に配置した。教育は周手術期看護の基盤となると考えられたため、周手術期の下部に配置した。術前、術中、術後、さらに術前へと繋がり、循環する関係性を矢印で示し、周手術期を通したケアにより導かれるカテゴリーを上向きの矢印で表現した。

手術看護認定看護師の思考過程として、その中核には、【物ではなく人という立体的イメージづくり】と【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】があり、患者の立体的なイメージをつくるために術前訪問で直接患者や家族に会い、【患者の心身に触れて信頼関係を構築するための術前訪問】を行っていた。そして、術中において【テンポ良い手術を意識した準備と人員配置】と【患者の状態・手術環境・術野を見て先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】を行っていた。術後においては、【術後訪問で自己のケアの省察】を行い、さらに次の看護援助へと活かし、術前、術中、術後と周手術期を通したケアが提供された。このような周手術期看護は、【自ら学び合う教育による分身作り】によるスタッフの育成と底上げにより支えられていた。そして、このような過程を繰り返して得た成功経験や失敗経験などの【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】により、多角的な視点をもった周手術期チームを志向し、【手術室看護師だからこそ関わられる周手術期を通した支援】を提供しようと考えていることを示していた。特に、以下に述べる2つの特徴が明らかになった。

(1) 看護の対象が人であることを意識し、患者の心身に触れて信頼関係の構築

看護の原型は人と人の関わりであるため、患者の身体面だけでなく、心にも触れることで、信頼関係を築くことを大事にしているという手術看護認定看護師の周手術期における思考過程の特徴が明らかになった。このことは、住田ら(2013)が「よい外回り看護師」が備える倫理的要素の一つとしている「人としての関わりができる」という内容を含むと考えられる。手術看護の場合、時に術中には臓器の部分しか見えない患者であるため、ともすれば患者を臓器という物として捉えてしまうという感覚に陥りやすい。そのため、看護の対象を物ではなく人として捉えることを意識しているということが手術室看護師の思考過程の特徴として浮き彫りになった。そのため術前に、患者と家族に直接会うことで患者の心身に触れ、立体的に患者の全体像を把握し、その情報から患者に合わせた術中のケアの準備と実践を行っていることが示された。

(2) 周手術期をととした患者と家族に対するケアリング

本研究では、手術を受ける患者に対するケアを提供すると共に、家族に対しても同様にケアが提供されており、家族の思いを理解し、叶えるということも実践していることが示された。これはケアリングにつながる思考である。例えば、手術室に入室し、麻酔をかける直前になって手術を拒否し、誰が説得しても拒否し続ける患者に対して、そのまま無理に麻酔をかけてしまうのではなく、患者の要望に添って家族に手術室に入ってもらおうよう対応した結果、患者自ら手術を受け入れる言葉を引き出した経験や、術中に死を迎えることになってしまった生まれて間もない赤ん坊の家族に対して、手術室に入室してもらい温かい我が子を抱いてもらうことで、生きていた証を確かめられるよう対応していた経験が語られた。これらの看護援助は、いずれも患者と家族に必要な援助は何かを模索し、それぞれの人としての尊厳を護るような実践である。江本(2011)は、Watsonのケアリングについて、「ケアリングが実践される場は人と人との関わりの中にある。ケアリングがめざすものはニーズを充足することにある。健康増進や家族の成長促進、潜在する選択能力の発達、そしてキュアより健康といったものがケアリングによってもたらされる。また、ケアリングの姿勢は人を受容することで、ケアリングそのものが看護であると言える」(2011, p.154)と説明している。すなわち、周手術期における患者と家族の今のニーズを模索し、ニーズを充足するケアを提供する実践は、まさにケアリング行動である。患者のニーズを充足するということは、語りの中にも見られるように、患者の倫理を守ることもつながる。このことは、患者の擁護者となる手術室看護師には、常に倫理的に対応できる能力が求められているということである(松崎, 2010)。海外文献においても、身体的、精神的、霊的な課題に直面する手術患者に対して、患者の経過に合わせた環境やケアを提供することで、患者を霊的に良好な状態へと導くことができるとされ、手術室看護師が患者に介入する重要性が示されている(Griffin・Yancey, 2009)。これらのことから、本研究においても周手術期看護の場面においてケアリングを行おうとする手術看護認定看護師の思考過程の特徴が示唆されたと考えられる。

その他に、手術室看護師として手術決定直後の外来から患者へ介入する必要性が語られ、外来看護師、手術室看護師、病棟看護師や医師、コメディカルなどを含めた幅広い周手術期チームを志向する語りが得られた。入院期間の短縮化に伴い、周手術期の概念は手術療法の必要性を医師から提示された時点から始まると捉える傾向にある(雄西・秋元, 2014)。本研究においても、手術看護認定看護師が考える周手術期の概念は、外来での手術決定時より始まり、病棟、手術室、病棟、外来へと繋がっており、周手術期を広義の概念で捉え、周手術期を通して継続した看護を志向するという思考過程の特徴が確認できた。

2. 術前に把握した患者の情報が、その後の看護に活かされた経験

(1) 患者個別の状態に合わせたケアの提供

6名の研究協力者それぞれが印象に残っている看護経験を持っていた。術前訪問で実際に患者や家族と関わることで、カルテに書かれていない前回の手術時の状態などの身体的な情報や、データだけではイメージしにくい患者像を立体的にイメージすることができ、生活者である人として捉えていた。語りからは、術前に瞳孔不同があることを確認していたために、術中の瞳孔の状態変化の判断につながった経験や、キウイフルーツが食べられないことからラテックスアレルギーであるとアセスメントし、ラテックスフリーで対応したことで前回の手術時に生じた術中や術後のアレルギー症状を回避した経験、母親としての自覚が乏しい若い妊婦と周手術期を通して話をする機会を多くもつことで妊婦を理解し、帝王切開後に患者が子どもの母親として自覚できるよう援助を行った経験など、患者個別の心身の状態に合わせて手術へ向けたケアを行っていた。これは、長澤ら(2010)の手術室看護師の自律性に対する評価研究における「患者の個性性を考慮した看護実践」、<患者の意思を尊重した看護方法の選択>が高いという結果と同様の知見である。

また、今までの経験から培ってきた経験知に基づいて直観的に判断する看護の知も大切にしていた。この看護の知は、勘やインスピレーションという表現で研究協力者が語っており、「個人の経験によって獲得された身体的・経験的な言表不可能な知識」(大川ら, 2000)である暗黙知であると考えられる。このように

手術看護認定看護師は、自己の経験から培った看護の経験知と術前訪問などから得た客観的なデータの両方を大切にして、患者個別の状態に合わせたケアを提供していた。

(2) 術後訪問による自己の看護実践の省察

患者情報を活かした経験には、自己の看護実践の省察を行うためにも術後訪問で患者の状態観察と患者や家族の手術に対する思いを把握するという経験があった。また、手術看護の価値を見出し、やりがいへとつなげるために、例えば、一部の施設では、手術室看護師が病棟まで患者を迎えに行き、術後には病棟まで送っていくことで患者や家族からフィードバックを得る機会を増やす工夫を行っていた。手術室看護師は、一般病棟と比べて手術室内では術後の患者から看護ケアのフィードバックが得られにくい。そのような状況の中で、自己のケアに満足することなく、術後の患者の思いを把握し、ケアの反省と改善、手術看護に関わるやりがいへとつなげていくためにも術後訪問を実施していた。このような術後訪問の工夫は、手術室看護師のモチベーションを上げるための良い雰囲気づくりへとつながっていた。櫻井ら(2004)の手術室看護師の言語化されにくい判断や考えに対する研究結果にも、良い雰囲気をつくるという知見が見られた。

語りでは成功経験が多く聞かれたが、一部には術後訪問で、術前に捉えていた患者像からは予想できない行動をとっていた状態を目の当たりにして、術前に患者を把握しきれいいなかったという失敗経験も語られた。患者を術前に捉えきれいいなかった経験では、自己を振り返ることで、なぜ術前に患者の全体像を捉えきれなかったのかを検討して理由を明らかにしており、その後の看護において患者を把握する際に活かしていた。さらに、自分が患者から得た学びを後輩への指導へとつなげていることが語られた。また、術前に患者に会わずに手術に臨んだところ、手術台の患者を人として見るができず、術前に患者に会う必要性を感じたという経験も語られた。しかし、成功経験、失敗経験のいずれも、術後訪問における省察により自己の経験として蓄積され、その中に手術室看護師としての価値を見出していた。

これらのことから、手術看護認定看護師は、自己の看護実践を振り返り、改善して次の看護実践へと活か

すという省察（リフレクション）により、自己の看護の質を向上させていると考えられる。先行研究にも手術看護実践能力の獲得には経験年数が大きく影響しており、実務経験5年を境にチーム連携を意識した行動と実践の評価が行われる傾向にあると報告されている（中村ら，2004）。本研究の研究協力者は手術看護を5年以上経験している認定看護師であり、一般スタッフと比べ向上心が高いことが研究結果に影響したと考えられるが、この省察により自己の看護実践を振り返る過程は、フィードバックが得られにくい手術看護において不可欠であると考えられた。

3. 手術看護認定看護師の専門性・自律性

手術看護の専門性と自律性について、先行研究の文献検討に基づきまとめたものを図2に示す。手術看護の専門性として基本となるのは、手術（術式）、特殊機器・器具、麻酔看護、直接介助などに関する専門的知識に基づく実践能力であり、それに加えてチームの調整能力と感染管理を含む安全管理能力、倫理的判断に基づく手術全体のマネジメント能力の4つの能力が挙げられる。中でも、倫理的判断に基づくマネジメント能力が中核であり、それ以外の専門的知識に基づく

実践能力、チームの調整能力、安全管理能力が関係しあっていると考える。自律性については、的確な看護判断能力と緊急時の対応能力が必要であり、経験の積み重ねによって、患者主体のケア実践を目指していくことが示唆されている。しかし、この的確な看護判断と緊急時の対応能力の内容や、的確な看護判断と緊急時の対応に至る思考過程については、ほとんどが言語化されておらず、個人の経験知の中に存在しているものであるため、先行研究においては具体的な内容は示されていなかった。

本研究では、手術室看護師の専門性・自律性に関するカテゴリーとして、【患者の状態・手術環境・術野を見て、先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】、【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】、【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】という3つの最終コアカテゴリーが抽出され、具体的な実践内容が示された。

(1) 先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供

【患者の状態・手術環境・術野を見て、先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】という最

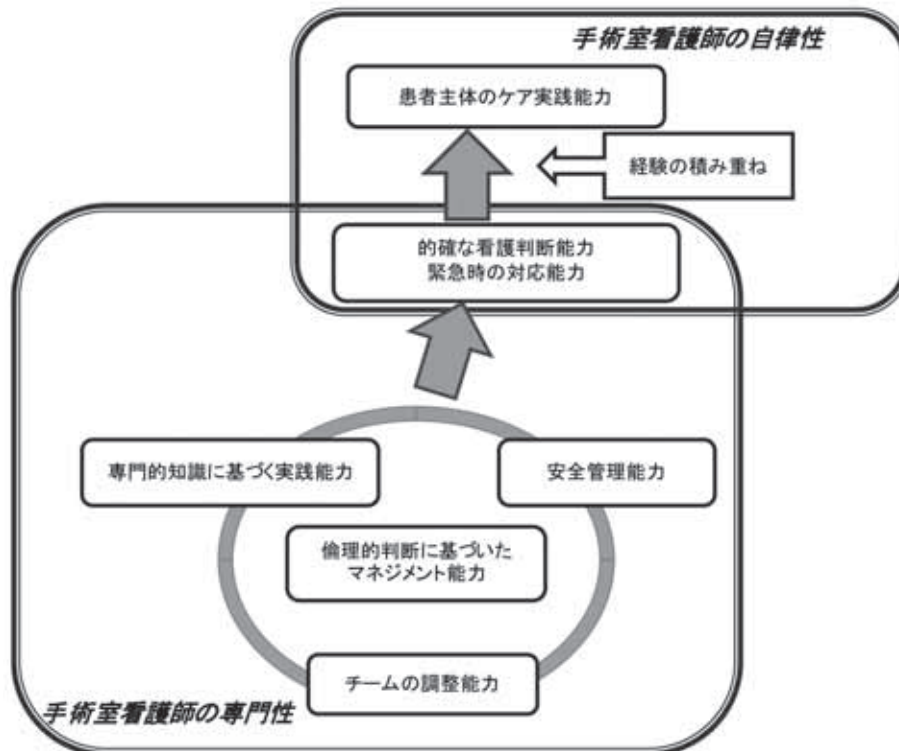


図2. 先行研究における手術室看護師の専門性と自律性として求められる能力の関係

終コアカテゴリーは、患者の状態や手術環境、術野の状態を、先を読む力で器械出しと外回りという2つの看護業務の視点から患者をマネジメントし、ケアを提供しているというカテゴリーである。これは笠井ら(2007)が外回り看護師の潜在化している看護行為内容として示している、〈チーム医療の軸となりスムーズな流れを作り出す〉、〈アンテナを張り情報をチャッチする〉、〈起こりうる問題を予測し患者の安全を守る〉というカテゴリーと類似していると考えられる。つまり、図2に示している手術室看護師の専門性としての、専門的知識に基づく実践能力、チームの調整能力と安全管理能力、倫理的判断に基づく手術全体のマネジメント能力の4つの能力を持ち合わせた上で行われる的確な看護判断、緊急時の対応と類似した特徴である。そして、本研究では、これらを統合した的確な看護判断と実践として、【テンポよい手術を意識した準備と人員配置】を行っていると考えられた。

術中には器械出し業務と外回り業務という2つの業務があり、時と場を共有する同じ看護場面で二側面からケアを提供しているという看護の特徴がある。しかし、一般的に手術看護の実践では器械出し業務に焦点が当てられやすく、その上、器械出し業務は看護師ではない他のコメディカルやテクニシャンが行っても業務として違いがないという先行研究さえ見られた(伊勢ら 2010)。しかし、本研究における語りからは、器械出し看護師も外回り看護師同様に患者の現在の状態を臓器の色の変化や動きなどの臓器の状態や術野の状況、医師の動きや緊張感をその場の空気を読んで感じ取り、看護の視点をもったケアを提供していることが示された。このことについては、櫻井ら(2004)も手術室看護師の言語化されにくい判断・考えとして、場を読み取り、先を読み、マネジメントし判断を行っているということと同様の知見を示している。そして、器械出し看護師も外回り看護師もそれぞれの視点から患者の退院後までを見据え、多職種との協働・調整を行いながら患者の背景に合わせた術中のケア提供を行っていた。特に外回り業務が手術の進行・統制に大きな役割を果たしており、外回り業務における看護が重要であるという思考をもった研究協力者もいた。

このことから、周手術期看護において、器械出し業務、外回り業務のどちらも手術室看護師としての視点と特徴をもった看護ケアを提供しており、特に器械出

し業務と外回り業務という2つの視点で患者をアセスメントし介入するという二面性のあるケアは、手術看護に特徴的なものであり、手術室看護師であるからこそ提供できるケアであると考えられた。

(2) 周手術期看護の価値を見出し、患者や家族が望むケアの提供

【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】、【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】という最終コアカテゴリーは、自己が行うケアにより褥瘡や神経障害など手術以外の侵襲を与える可能性を自覚し、成功経験や失敗経験を積み重ねながら周手術期看護の価値を見出し、患者と家族と一緒に手術に臨み、その中で患者や家族が望むケアが提供できるよう他職種と協働してケアを行うことを目指しているというカテゴリーである。このことは、図2で示している手術室看護師の自律性である的確な看護判断能力と緊急時の対応能力を持ち、経験を積み重ねることによって目指す患者主体のケア実践を行うという過程に類似している。また、櫻井ら(2004)や西田ら(2002)による経験知が、その後の看護に影響するということを示している先行研究もある。さらに、外来の看護師が行う瞬間の看護に潜在する暗黙知を明らかにすることを目的とした大川ら(2008)の研究においても、〈自分の体験・知識に裏付けられた直観から方向性を見極め介入する〉、〈話し方や表情から瞬時に異変を感じSOSを察知し力になる準備をする〉、〈患者・家族の苛立ちや不安を理解し、状況を読んで先手を打つことでトラブルを回避する〉などの類似するカテゴリーが抽出されている。その理由として、初対面の患者に対して短時間の関わりの中で状況を判断し、介入するという点で手術看護と外来看護に共通する部分があるためと考えられる。

4. 周手術期看護における教育

手術看護認定看護師の術前から術中、術後へとつながる周手術期を通した思考過程が示された中で、【自ら学び合う教育による分身作り】という手術室看護師の教育を重視する思考が示された。手術看護認定看護師は、患者が命がけで受ける手術に対してスタッフ全員が認定看護師と同様の看護を提供できるように、自分の分身作りというスタッフ教育による手術看護の底

上げが重要と考えていた。松寄ら（2010）の研究においても、手術看護の独立性と専門性の確立のためには、経験を個人レベルで終わらせず、再現可能な方法として言語化するためには事例検討などで共有することが必要としていた。そのために、スタッフが自ら考え行動するような働きかけを行い、看護記録として残ることがない周手術期を通した看護実践内容を言葉にして伝え、見える化することで手術看護をチームや後輩に伝達することを意識的に行っているという思考過程の特徴が明らかになった。村上（2006）は、看護実践の知識伝授には形式知として伝授するプロセスがあり、暗黙知の伝授を促進する要因に、職場での役割を有することがあるとしている。本研究の研究協力者は認定看護師であること、また管理職としての役割を有する者が多く、看護を形式化してスタッフと共有する語りやスタッフの教育を重視する語りが得られたと考える。

VI. 結論

本研究は、手術看護認定看護師が術前に把握した患者の全体像を、どのように周手術期看護へと活かしているのかという過程に着目し、手術看護認定看護師の思考過程の特徴を明らかにすることを目的とした。研究協力者に半構成的インタビュー法を用いて質的記述的研究を行い、以下のことが明らかになった。

1. 本研究では、手術看護認定看護師の思考過程の特徴として、【物ではなく人という立体的イメージづくり】、【共に手術に臨むことによる患者・家族が望むケアの提供】、【患者の心身に触れて信頼関係を構築するための術前訪問】、【テンポよい手術を意識した準備と人員配置】、【患者の状態・手術環境・術野を見て、先読む力でマネジメントする二面性のあるケアの提供】、【術後訪問で自己のケアの省察】、【自ら学び合う教育による分身作り】、【周手術期看護の価値を見出す経験の蓄積】、【手術室看護師だからこそ関われる周手術期を通した支援】の9つの最終コアカテゴリーが抽出された。
2. 手術看護認定看護師は、看護の対象が人として捉えることを意識し、患者の心身に触れることで信頼関係を構築していることが明らかになった。それと共に、患者だけでなく家族に対しても同様に

ケアを提供しており、周手術期において患者と家族の今のニーズを模索し、ニーズを充足するケアを提供するケアリングを目指した思考過程の特徴が明らかになった。また、手術看護認定看護師は、周手術期を通した継続した看護を志向しており、外来での手術決定時から始まり、病棟、手術室、病棟、外来へと繋がるより広義の概念で周手術期を捉えていることが確認できた。

3. 手術看護認定看護師は、患者が手術を受け、その後患者が望む社会復帰ができることを目指した援助を行っていた。そのために、術前から患者の全体像を把握し、術前から術中、術後の周手術期を通して、患者の社会復帰へ向けた一貫性のある看護を提供していた。術前においては、今までの経験から培ってきた看護の知を大切にしながら、患者の心身に触れて信頼関係を構築し、カルテ上のデータだけではわからない患者の立体的なイメージをつくることで患者の全体像を把握していた。このような術前の援助を患者個別の心身に合わせた援助とテンポ良い手術へと繋げ、術中においては器械出しと外回りという2つの視点から患者を見るという二面性のあるケアを行っていた。そして行ったケアをフィードバックするために術後訪問へ行くことで、自己のケアを省察（リフレクション）していた。また、幾つもの成功経験や失敗経験などを積み重ねて手術看護の価値を見出し、手術室看護師だからこそ関われる支援を提供することを目指していることが示された。
4. 手術看護認定看護師は、患者が命がけで受ける手術に対してスタッフ全員が認定看護師と同様の看護を提供できるよう、自分の分身作りというスタッフ教育による手術看護の底上げが重要と考えていた。そのため、スタッフが自ら考え行動するような働きかけを行い、看護実践内容を言葉にして伝え、見える化することで、手術看護をチームや後輩に伝達することを意識的に行おうとする思考過程の特徴が示された。

研究の限界と今後の展望

本研究は、手術看護認定看護師を研究協力者として思考過程の特徴を抽出した。そのため、本研究で抽出

された手術看護認定看護師の思考過程の特徴が、認定看護師以外の手術室看護師の思考過程の特徴と一致するとは限らない。また、研究協力者は6名であり、地域が限られていること、全研究協力者の所属施設で術前外来が導入されていないことから、十分なデータが得られたとは考えにくいことが本研究の限界である。そのため、術前外来を導入している施設から研究協力者を得た場合、手術看護認定看護師の思考過程の特徴について新たな知見が得られる可能性がある。

また、インタビューを行う中で、なかなか認定看護師同士でも看護について話す機会はないため、本研究に参加することが自己の周手術期看護を振り返るきっかけとなったという語りも聞かれた。このことから、インタビューでの語りや自己の看護のリフレクションに繋がったと考えられる。

本研究により、手術室看護師は看護師としての視点をもった上で周手術期看護を提供していることが明らかになったため、今後は本研究で得られた思考過程の特徴が、認定看護師以外の手術室看護師の思考過程にも共通するものであるかについて明らかにするために研究を継続していく必要がある。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご理解とご協力をいただきました手術看護認定看護師の皆様、研究協力施設の皆様に心から感謝申し上げます。なお、本稿は日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

文献

江本リナ (2011). Watson によるヒューマン・ケアリング理論の発展と意義. *看護研究*, 44 (2), 149-158.

Griffin, AT, & Yancey, V (2009). Spiritual Dimensions of the Perioperative Experience. *AORN Journal*, 89 (5), 875-882.

伊勢健太郎, 笠井卓, 小原春美, 坂井哲博 (2010). 【周術期看護を取り巻く諸問題】手術器械出し専門職員 (スクラブテクニシャン) の育成と臨床活動に関する検討 手術看護の専門性とは何か. *看護管理*, 20 (2), 122-125.

笠井純, 瀬良栄子, 山下浩美 (2007). 外回り看護師が持つ暗黙知の可視化 患者入室から手術開始までの外回り看護師がとる行動の意味. *日本手術看護学会誌*, 3 (1), 80-83.

松寄愛 (2010). 【手術看護の独立性と専門性】認定看護師の立場で考える、手術看護の独立性と専門性. *日本手術医学会誌*, 31 (4), 290-293.

村上成明 (2006). 看護実践の知識伝授プロセスにみられる暗黙知伝授の有用性の検討 看護管理者の知識伝授体験より. *日本看護管理学会誌*, 9 (2), 50-57.

長澤美佐子, 北井朋美, 中村美知子 (2010). 手術室看護師の専門職的自律性の特徴 主観的・客観的評価の相違. *日本手術看護学会誌*, 6 (1), 39-42.

中村恵, 長谷部佳子, 平井さよ子, 森田チエコ (2004). 手術室に勤務する外回り看護師の専門職的自律性と看護実践. *日本看護研究学会雑誌*, 27 (4), 35-44.

西田文子, 中村美知子 (2002). 手術室看護師の道徳的感性と自律性の特徴. *山梨医科大学紀要*, 19, 79-84.

大川百恵, 川田世里子, 松岡和江 (2008). 外来看護師が行う瞬間の看護に潜在する暗黙知 看護場面をナラティブで振り返って. *日本看護学会論文集: 看護管理*, (39), 75-77.

Plauntz, M (2007). Preoperative Assessment of the Surgical Patient. *Nursing Clinics of North America*, 42 (3), 361-377.

Richardson, M (2008). The Scrub Nurse: Basking in Reflected Glory. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3 (4), 125-131.

櫻井未香, 杉岡美知子, 中村加奈 (2004). 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*, 25 (1), 62-64.

佐藤紀子, 若狭紅子, 土蔵愛子, 佐藤あゆみ, 西田文子, 遠藤文子 (2000). 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*, 3, 19-26.

住田香澄 (2013). 「よい外回り看護師」を特徴づける倫理的要素の抽出: フォーカスグループインタビューより. *日本手術看護学会雑誌*, 9 (1),

- 3-7.
- Wade, P (2012). Historical Trends Influencing the Future of Perioperative Nursing. *ORNAC Journal*, 30 (2), 22-25, 32, 34-35 passim.
- 山田豊子 (2008). 日本手術室看護の歴史から観た専門性の課題. 京都市立看護短期大学紀要, (33), 29-37.

Characteristics on the Thinking Processes of Certified Nurses in Perioperative Nursing.

TAKEMURA Sachiko¹, NAKAMURA Hiromi², MURASE Tomoko²

¹JA Aichi Koseiren Toyota Kosei Hospital

²Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

This study aimed to reveal the characteristics of certified nurses in perioperative nursing thought processes by conducting interviews with nurses about their experiences of how they applied information on patients' overall state—obtained during the preoperative period—when they performed perioperative nursing activities.

This study used a qualitative descriptive design. Participants were six operating room nurses who agreed to participate in this study. Data were collected using a semi-structured interview and analyzed using qualitative and inductive methods. As a result, nine final core categories were extracted, which indicated the following characteristics of their thought processes.

(1) Establish a rapport with patients by understanding patients' mental and physical conditions, while respecting their dignity as human beings; (2) provide care to patients and their families throughout the perioperative period; (3) understand patients' overall state during the preoperative period based on nursing knowledge derived from prior nursing experiences, perform two types of tasks—that of a scrub nurse and of a circulating nurse—during the operation, and reflect on nursing care tasks after the operation has been performed; and (4) deem it important to improve the operating room nursing quality through staff education.