

## P-277

鎮痛剤の定時使用による肺切除術後の疼痛コントロール

福井赤十字病院 看護部

しみず 清水  
せいに 誓子

【はじめに】肺切除術後の離床を妨げ、不安を高める疼痛に対して、座薬と内服薬を定時に使用してコントロールを図った一事例の経過を振り返り、その成果について考察する。本研究は倫理委員会の承認を経て実施した。

【事例紹介】A氏、60代女性。肺癌のため1年前にも肺切除術を受けており、今回は2度目の肺切除術である。

【方法】1.鎮痛剤の使用法：主治医許可の下、術後1、2日目は9時、21時にボルタレン坐薬を使用、昼食後にロキソニン錠内服。術後3日目以降はロキソニン錠を毎食後に定例内服とした。その他疼痛の訴えがあった時にレスキューとしてボルタレン坐薬やロキソニン錠を適時使用。2.鎮痛効果の評価：Face Scale、PRS（Prince Henry Pain Scale）を使用して、午前・午後の検温時、歩行やりハビリ時、適時痛みの訴えがあった時に評価する。

【結果】1.術後1、2日目：日に1度レスキューの内服を行った。Face Scale3-4、PRS3。2日目には予定通り歩行訓練を実施。2.術後3日目以降：Face Scale3、PRS1で積極的に歩行しており、表情は穏やか。5日目以降はさらに疼痛は緩和し、「前回の手術よりも痛くない」と述べていた。また、食事摂取や睡眠も取れており、疼痛による生活の制限は少なかった。

【考察】A氏は前回の手術では、疼痛が強いときに鎮痛剤を使用しており、疼痛により歩行後にうずくまってしまうこともあった。このため今回の手術前に「痛みが一番心配」と訴えていた。そこで今回、疼痛が増強する前に定時的に鎮痛剤を使用する方法をとった。これによって疼痛は低いレベルに抑えられ、疼痛の不安は軽減し、生活上の支障も少なくなることができた。また、離床やりハビリも大きな苦痛を伴うことなく順調に進めることができた。A氏に関して鎮痛剤の定時使用は有効であった。

## P-279

婦人科手術翌日離床に関する要因

徳島赤十字病院 看護部

なんじょう ようこ  
南條 葉子、中谷小百合、木村 春代

【1.はじめに】A病院では年間約600名が婦人科手術を受けている。早期離床は婦人科手術後の血栓予防対策や全身状態の回復に有用である。そこで婦人科手術後早期離床に影響する精神的要因や看護師の関わり方要因を明らかにする。

【2.研究方法】研究期間内に婦人科手術を受けた患者へアンケートを行い手術翌日に離床できた群（以下A群）2日目以降に離床できた群（以下B群）に分け、質問項目毎に比較・単純集計する。院内の倫理委員会医療審議部会の許可を得る。

【3.結果・考察】アンケートを53名に配布し回収率は81%であった。年齢と術式から膈式、腹空鏡下、腹式の順で離床が早く膈式は全員がA群、腹式は60・70歳代全員がB群であり今後早期離床を進める上で、膈式・高齢者への関わり方がポイントとなる。離床の説明を8割以上が聞いていると答えているが「術前から離床のイメージができた」6割「術後にイメージできた」8割、術前に離床のイメージが出来た者の内「実際はイメージ通りであった」A群7割・B群4割であり、離床説明はイメージしやすい手段をとる必要がある。看護行為で良かったのは「離床への励まし」「不安への傾聴」「症状への対応」約7割、「離床時の援助行為」約5割であり離床時の関わり強化が必要である。離床前の不安は痛み等の身体症状が多く、離床できた理由では「症状が少なかった」「意欲があった」とあり、看護師の励ましや症状への対応が関係していると考えられる。しかし強引・無理にやらされていると感じたとの声もあり、看護行為の充実・意欲を持てるような励ましやアドバイスなどが重要である。

【4.結論】・婦人科膈式手術では年齢が高いほど離床が遅れる傾向にある。・術前から離床のイメージを持つことは重要である。・離床への援助行為と共に行う離床への励ましは重要である。

## P-278

洗浄の中央処理化に向けての取り組み  
—洗浄評価から有効な方法を考える—

釧路赤十字病院 中央材料室

はら 原  
りか 理加

臨床現場での医療器材の一次洗浄は手間と人件費がかかり、感染対策上の問題点（現場の汚染、不確実な洗浄等）がある。現場での一次洗浄に関しては2005年「医療施設における院内感染の防止について」及び平成15年度「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」にて可能な限り、現場での一次洗浄を廃止する事を挙げている。当院においても、一次洗浄廃止に向けての取り組みを考えしたが、現状の資材で洗浄中央化が可能か、経済効果はあるのかを分析していなかった。そこで、現状の課題を分析し、中央化を進めるために実施可能な方法を考え、取り組んだのでその経過と成果を報告する。

当院の中央材料室は、師長1名（感染管理認定看護師）委託業者14名にて中央材料室の洗浄・消毒・滅菌業務、手術室業務（器材の準備介助、使用済み器材の処理他）、内視鏡室での洗浄業務を実施している。

洗浄の中央化に向けては、2009年中央材料室での処理器材の現状分析を実施。また中央材料室にて作成している医療資材について既成のものへの変更を実施した。2010年部署での一次洗浄を廃止するために、現場での一次洗浄の現状分析とその時点での器材の清浄度を分析するために洗浄評価を実施し、必要な資材を検討した。恒温槽とウォッシャー・ディスインフェクターの購入、既存のウォッシャー・ディスインフェクターの洗浄剤、洗浄工程の変更、予備洗浄剤と必要な防護具を導入して、洗浄の中央化を実施した。

中央化を実施後は、部署での業務量の軽減につながった。また洗浄評価により現状の洗浄工程に問題がある事が発覚し、器材の処理過程を見直した。再評価すると、器材の洗浄後の清浄度は改善しており、安全な器材を患者に提供する事が出来るようになったと考えられる。

## P-280

集中治療室での発熱に対する看護師の解熱処置への意識調査

武蔵野赤十字病院 救命救急センター集中治療室<sup>1)</sup>、福岡赤十字病院 集中治療室<sup>2)</sup>、大分赤十字病院 集中治療室<sup>3)</sup>

いでのうえりゅうじ  
井手上龍児<sup>1)</sup>、牛嶋 崇人<sup>2)</sup>、片岡 未来<sup>3)</sup>、  
小林 圭子<sup>1)</sup>

【背景】発熱は重要なバイタルサインの一つである事は自明である。一般的に発熱に対しては、クーリング等の解熱処置が行われているが、特に重症患者では解熱処置が有害となる可能性がある。そのため看護師は、統一した解熱処置に対する戦略が必要であるが、それらの状況は明らかではない。そのため今回3施設のICUを対象に質問紙調査を行い現状を把握する。

【目的】ICU看護師の発熱の定義及び、解熱処置（クーリング）の開始温度、中止温度等から看護師は重症患者を対象に何度を目標としているのか検討する。

【倫理的配慮】各施設の倫理委員会の了承を得て開始した。

【結果】対象看護師は3施設で87名、うち58名（66%）より回答が得られた。対象看護師は看護師経験平均7.3 ± 4.26年、クーリング開始温度は平均37.7 ± 0.4（n=55）クーリング中止温度は37.0 ± 0.36（n=54）であった。発熱の定義に関しては、平均37.6 ± 0.43 であり、一元配置分散分析の結果、施設間での発熱の定義に関してはほぼ同様であった（P=0.54）。

【考察】今回対象となった看護師は37.7 からクーリングを開始し、37 でクーリングを中止していた。そのため37 以下を目標に体温調節を行っている事が分かった。しかし、この温度は重症患者における発熱の定義である38.3 と比較し低値であった。37 以下の正常体温を目指す事は、重症患者においては感染の増悪やクーリングに伴う代謝の亢進等、我々が想起する結果とはなり得ない可能性がある。

【結語】発熱と解熱処置に対する戦略は、看護師間での不均一性があり、今後少なくとも施設単位での定義を統一する必要性がある。