

研究報告

日帰り手術を受けた患者の症状マネジメントと患者教育

The Symptom Management and Patient Education of Day Surgery Patients

高島 尚美¹⁾
Naomi Takasima

五木田和枝¹⁾
Kazue Gokita

濱田安岐子¹⁾
Akiko Hamada

山田 美穂¹⁾
Miho Yamada

渡部 節子¹⁾
Setsuko Watabe

大澤 栄子²⁾
Eiko Osawa

キーワード：日帰り手術、症状マネジメント、患者教育、情報、成人

Key Words : day surgery, symptom management, patient education, information, adults

本研究は、日帰り手術を受けた患者の術後の症状および自己対処と関連因子や患者の情報ニーズを明らかにすることで、症状マネジメントに必要な患者教育について検討することを目的とした。8つの主要な手術を受け、調査に協力の得られた患者527名を分析対象とした。日帰り手術を受けた患者の術後の比較的強度であった症状は、痛みが27.9%と最も多く、次いで腫れ（12.5%）、排尿困難（12.0%）、便秘（11.2%）の順であり術式や麻酔との関連があった。症状などの回復に必要な情報が与えられたかという認識は6.3%が、生活に必要な情報は13.3%が不足を認識しており、女性や高齢者、あるいは出血や痛みが強い人ほど不足を感じており、全体評価や看護師への信頼度や説明と関連がみられた。日帰り手術において患者満足を高めるためには、個別的な症状マネジメントと術前からのセルフケアを支援する患者教育が必要であることが示唆された。

Abstract

The objective of the present study was to investigate symptom management and patient education for patients undergoing day surgery by elucidating their postoperative symptoms and related factors, self-care, and information needs. A survey was conducted on 995 patients who underwent day surgery and responses from 527 patients who underwent one of eight major surgeries were analyzed. Postoperative symptoms experienced by these patients included "pain or severe pain" (27.9%) followed by swelling (12.5%), dysuria (12.0%), and constipation (11.2%), and these symptoms were related to operative method and anesthesia. Patients felt that they were not given sufficient information on recovery from symptoms (6.3%) and on resuming their lives (13.3%). This lack of information was particularly common among women, elderly patients, and patients with more severe bleeding and pain, and was related to overall evaluation as well as the reliability and explanations of nurses. These findings suggest that symptom management and patient education for supporting self-care from the preoperative period are necessary for enhancing patient satisfaction following day surgery.

I はじめに

わが国において日帰り手術は、入院による負担が大きい小児の手術で始まったが、医療経済上の利点や外科および麻酔技術の進歩に伴い、患者への医療サービスの向上を目

的として、この10年で急速に発展・普及してきた。日帰り手術とはDay surgeryの日本語訳で、近年では術後24時間未満の在院期間を要する手術を含めた内容を表現している。従来から外来手術と称された単純で容易な手術も日帰り手術の範疇ではあるが、これまでは入院手術として行われて

Received : November, 30, 2008

Accepted : February, 23, 2009

1) 横浜市立大学医学部看護学科成人看護学領域

2) 湘南鎌倉総合病院

いた高度な手術が特にこの10年余り日帰りで実施されてきており、今後はますますより侵襲の大きな、術前の基礎疾患を有した、より高齢者の、と適用範囲がひろがってゆることが予測される¹⁾。日帰り手術における周手術期看護は、短時間で安全な看護を提供しながら術後のセルフケアが可能となるような患者教育を実施し且つ満足度を高めるものである必要がある。具体的な看護としては、医師と共に実施される適応条件の評価、説明、術前術後ケア、退院時オリエンテーション、術後電話訪問、チーム医療の調整や業務改善などさまざまな機能があり、我々が1998年から看護機能を検討してきた施設ではケアコーディネーターが導入され患者の周手術期全般をマネジメントしてきた。日帰り手術に対する患者の満足度は全般的に高く²⁾、その理由としては時間の節約、家で療養する安心感、精神的負担の少なさや回復が順調で早いこと等がある³⁾。しかし一方では、1999年の時点では全患者の12.7%から症状を中心とした電話での問い合わせがみられたり⁴⁾、日帰り手術が術前の期待に反した理由として痛みなどの症状の強さがあげられる⁵⁾など、術後の症状マネジメントおよびセルフケア支援のための周手術期における患者教育について課題があることも指摘されている。1990～2005年の日帰り手術における看護師の役割に関する英国のレビュー⁶⁾においても、費用対効果、患者満足の高さ、感染率の低さが日帰り手術の強みとされる一方で、痛みと吐き気の管理および患者教育が課題とされている。本邦におけるこれまでの日帰り手術の研究では、小児看護の分野において幼児の自律性を支援するプログラム開発⁷⁾や音楽療法の導入による不安の軽減効果の報告^{8), 9)}があるが、成人の日帰り手術患者の看護では実践報告が殆どで、術前電話訪問の有効性¹⁰⁾および術前オリエンテーションの工夫による効果¹¹⁾やクリニカルパスの有効性の報告¹²⁾が散見される程度である。したがって実証的データに基づいた術後のニーズとその関連因子や患者教育に関する検討はこれまでにない。

そこで本研究では、日帰り手術を受けた患者の術後の症状と自己対処および関連因子や患者の情報ニーズを明らかにすることで、患者の症状マネジメントと患者教育について検討することを目的とする。

II 研究方法

1. 調査対象と期間

1 対象施設で日帰り手術を受けた患者995人を対象として質問紙を配布し、回収率は60.4%、有効回答率は91.5% (550人)であった。調査期間は、平成18年1月～6月であった。

2. データ収集方法

対象施設で日帰り手術を受けた患者全員に無記名自記式自作アンケート用紙を配布し、各自が回収箱に投函する方法で回収した。回収は、退院後1～2週間後の初回外来受

診時とした。質問紙は、対象者の属性と手術に関連する情報の認識および帰宅後の状況と対処に関する項目について、これまでの研究成果から抽出しプレテストによって修正し構成した。対象の属性(性別、年齢、職業)と手術関連の2項目(受けた手術、麻酔法)、手術前の情報に関する3項目(情報源、医師の説明の理解度、看護師の説明の理解度:回答は「とてもよくわかった」～「わからなかった」の4段階)、手術当日の看護師への信頼感1項目(「信頼がもてた」～「もてなかった」の3段階)、退院時に関する4項目(帰宅日:回答は当日・翌日(術後24時間程度)、回復に必要な情報提供への認識、生活に必要な情報提供への認識(回答は「確実に与えられた」～「与えられなかった」の4段階)、帰宅後の状況に関する17項目(症状8項目の出現程度:回答は「楽だった」～「ひどく辛かった」の5段階、それぞれの症状に対する自己対処方法:回答は「様子を見た」「病院に電話した」「受診した」「その他」、日常生活に支障がなくなった日数)、日帰り手術のケア全体の評価1項目(回答は「非常によい」～「悪い」の4段階)、とした。

3. 分析方法

今回は有効回答が得られた550人のうち主要な8つの手術以外および14歳未満の小児、術後2泊して退院した人を除外した527人について分析した。主要な手術とは、痔核根治術・ソケイヘルニア修復術・下肢静脈瘤手術・下肢関節鏡手術・腹腔鏡下胆石胆嚢ポリープ摘出術・子宮筋腫摘出術・腹腔鏡下卵巣のう腫摘出術・腹圧性尿失禁手術の8手術である。得られたデータは質問項目ごとに記述統計を行い、リッカート尺度は平均値を算出した。症状の程度と属性・術式・麻酔法および対処行動の関連、回復や生活に必要な情報と対象の属性・術式・麻酔・情報源・帰宅日・生活に支障がなくなった日数の比較は、t検定もしくは一元配置分散分析を用いた。術式と生活に支障がなくなった日数は、多重比較の一つであるTurkey法(等分散性が認められない場合はTamhaneT2法)を用いて比較した。症状の程度と回復までの日数、回復や生活に必要な情報と症状の程度・説明と評価の関連は相関係数を求め、統計学的有意水準は5%を採用した。記述は類似した内容をカテゴリー化した。なお、統計学的解析には、統計処理ソフトSPSS15.0 J for Windowsを使用した。

III 用語の操作的定義と研究フィールド

1. 用語の操作的定義

日帰り手術:来院、手術、帰宅を1日で行う手術のこと。

1泊(24時間程度)入院を含む。

症状マネジメント:患者が主体的に症状から生じる苦痛を緩和したり予防したりすること。

2. 研究フィールドにおける日帰り手術看護の実態

A病院は首都圏の総合病院であり、1996年から日帰り手術センター（Day Surgery Center）が開設され、現在は17床を有し年間2000件以上の日帰り手術が実施されている。人員体制は、センター長、看護師6人（うちケアコーディネーター2人）、看護助手、事務員各1人である。患者・家族にはケアコーディネーターが術前から退院まで一貫して関わり、インフォームドコンセントの一部や患者教育・ケアを担い、医療チーム間の調整およびマネジメントも行っている。日帰り手術の適応患者は基本的には術前の合併症がない患者が対象であり、ASA（American Association of Anesthesia）分類におけるPS2（軽～中程度の系統的な障害がある）までで、且つ日帰り手術適応の判断基準によって手術が可能であるか否かが判断される。すべての術式と麻酔法にクリニカルパスが準備され、術後ケアのパンフレットと共に患者に手渡され説明されている。術後の生活に関しては、入浴開始時期や仕事復帰、症状の予測と対処（要連絡時の状態）についてパンフレットを用いた患者教育が実施され、退院基準を満たしているかがチェックされ安全の確認のもとで帰宅となる。鎮痛剤の使用は、腎機能低下や喘息等の問題がない基本的なケースにはロキソプロフェンナトリウム180mg分3が5日間処方されており、薬剤師が3日間は積極的に使用したほうがよいことや頓用の説明を実施し、痛みには個人差があり鎮痛剤でコントロールしてほしい旨を説明書に記載している。さらに当日帰宅患者には術後翌日に「異常の早期発見と対処法の指導と不安の軽減」の目的で電話訪問を実施している。

IV 倫理的配慮

質問紙ごとに研究目的、研究の自由意志による参加とデータの守秘、目的外に使用しない旨の依頼文を記述し、外来受診時の提出をもって同意とみなした。質問紙は無記名とした。病院倫理委員会の承認を得た。

V 結果

1. 対象の背景

対象の背景を表1に示した。年齢は14～90歳で、平均年齢55.4歳、70歳未満が73.1%であった。性別は、女性が53.7%で、職業は専業主婦が最も多く、無職、管理職、自営業等の順であった。術式は痔核根治術が最も多く、麻酔法は、腰椎麻酔が59.2%と最も多かった。日帰り手術を受けるに至った情報源は、A病院の医師の勧めが197人（37.4%）と最も多く、次いでA病院の公開講座、友人・知人の勧め、マスメディア等であった。また、当日帰宅した人は370人（70.2%）で、翌日157人（29.8%）であった。術後の生活に支障がなくなった日数は1～9日で、3日目以降が297人（56.4%）と最も多く、平均値±SDは4.29±5.13日であった（表1）。

表1 対象の背景

n=527				
項目	人数	%	平均±SD	
年齢	平均年齢		55.4±16.33歳	
	70歳未満	385	73.1	
	70歳以上	98	18.6	
	記載なし	44	8.3	
性別	男	240	45.5	
	女	283	53.7	
	記載なし	4	0.8	
職業	専業主婦	145	27.5	
	無職	99	18.8	
	管理職	46	8.7	
	自営業	35	6.6	
	専門職	30	5.7	
	技術職	24	4.6	
	一般事務	21	4.0	
	営業	15	2.8	
	学生	14	2.7	
	その他記載なし含)	98	18.6	
	手術式	痔核根治術	140	26.6
ヘルニア修復術		123	23.3	
下肢静脈瘤手術		118	22.4	
下肢関節鏡手術		42	8.0	
腹腔鏡下胆嚢手術		40	7.6	
子宮筋腫摘出術		35	6.6	
卵巣のう腫摘出術		20	3.8	
腹圧性尿失禁手術		9	1.7	
麻酔	腰椎麻酔	312	59.2	
	局所麻酔	102	19.4	
	全身麻酔	101	19.2	
	わからない	12	2.2	
情報源	A病院の医師の勧め	197	37.4	
	A病院の公開講座	90	17.1	
	友人・知人の勧め	65	12.3	
	マスメディア	58	11.0	
	他院の医師の紹介	47	8.9	
	広告	13	2.5	
	その他	51	9.7	
	記載なし	6	1.1	
帰宅日	当日	370	70.2	
	翌日	157	29.8	
生活に支障 がなかった日 数	当日	40	7.6	4.29±5.13(日)
	翌日	103	19.5	
	3日目以降	297	56.4	
	記載なし	87	16.5	

2. 術式と関連因子

8つの術式のうち対象の平均年齢が最も高かったのは、腹圧性尿失禁手術を受けた患者の63.0歳で、次に腹腔鏡下胆嚢手術、ヘルニア修復術の順で、最も平均年齢が低かったのは腹腔鏡下卵巣のう腫摘出術（以下卵巣のう腫摘出術）の40.0歳であった。術式と麻酔との関連は、痔核根治術の99.3%が腰椎麻酔で、腹腔鏡下手術（胆嚢手術と卵巣のう腫手術）はすべて全身麻酔であり、他の術式は混在していた。帰宅日では、当日帰宅率の高い順に、下肢関節鏡手術、下肢静脈瘤手術、ヘルニア修復術等であり、腹腔鏡下の手術は、ほぼ半数が翌日に退院していた。生活への支障が消失した平均日数は時間を要した術式順に、腹圧性尿失禁手術、痔核根治術、ヘルニア修復術、腹腔鏡下胆嚢手術等であり、

表2 術式と関連因子

n=527

	平均年齢 ±SD	麻酔法 人(%)			帰宅日 人(%)		生活への支援が消失した日数(日)		
		腰椎麻酔	全身麻酔	局所麻酔	当日	翌日	平均値±標準偏差	F値	多重比較
痔核根治術	56.8±13.6	139(99.3%)	0	1(0.7%)	91(65.0%)	49(35.0%)	5.83±8.90	2.59*	}
ヘルニア修復術	58.0±21.6	96(78.7%)	12(9.8%)	14(11.5%)	92(74.8%)	31(25.2%)	4.38±3.52		
下肢静脈瘤手術	57.4±11.4	42(37.5%)	4(3.6%)	66(58.9%)	96(81.4%)	22(18.6%)	3.40±2.67		
下肢関節鏡手術	46.9±18.3	24(61.5%)	2(5.1%)	13(33.3%)	39(92.9%)	3(7.1%)	2.96±2.00		
腹腔鏡下胆嚢手術	59.3±10.8	0	40(100%)	0	17(42.5%)	23(57.5%)	3.67±1.95		
子宮筋腫摘出術	47.6±13.7	11(31.4%)	24(68.6%)	0	21(60.0%)	14(40.0%)	3.44±2.82		
卵巣のう腫手術	40.0±13.7	0	19(100%)	0	9(45.0%)	11(55.0%)	3.53±1.95		
腹圧性尿失禁手術	63.0±9.6	0	1(11.1%)	8(88.9%)	5(55.6%)	4(44.4%)	6.57±3.82		

*p<0.05

一元配置分散分析、Turkeyの多重比較(等分散性が認められなかった場合、TamhaneT2)
多重比較で対応させてある項目間:p<0.05

表3 症状と術式・対処行動

術式	痛み			腫れ			排尿困難			便秘		
	強度群 人(%)	平均±SD*	F値	強度群 人(%)	平均±SD	F値	強度群 人(%)	平均±SD	F値	強度群 人(%)	平均±SD	F値
	147(27.9%)	2.55±1.26		66(12.5%)	1.78±1.32		63(12.0%)	1.77±1.21		59(11.2%)	1.65±1.70	
痔核根治術	62(44.3%)	3.04±1.18	13.5**	18(12.9%)	1.73±1.43	2.5	38(27.1%)	2.51±1.37	13.92**	26(18.6%)	1.88±1.50	7.08**
ヘルニア修復術	45(36.6%)	2.92±1.24		23(18.7%)	2.06±1.39		14(11.4%)	1.77±1.13		20(16.3%)	1.97±1.31	
下肢静脈瘤手術	11(9.3%)	1.82±1.03		12(10.2%)	1.80±1.20		2(1.7%)	1.10±0.77		3(2.5%)	1.17±0.90	
下肢関節鏡手術	6(14.3%)	2.38±1.10		4(9.5%)	1.88±1.15		1(2.4%)	1.21±0.77		1(2.4%)	1.18±0.80	
腹腔鏡下胆嚢手術	6(15.0%)	2.13±0.88		2(0.0%)	1.39±0.92		4(10.0%)	1.77±1.09		3(7.5%)	1.55±1.06	
子宮筋腫摘出術	6(17.1%)	1.72±1.34		4(11.4%)	1.04±1.98		0	1.16±0.62		4(11.4%)	1.51±1.23	
卵巣のう腫手術	5(25.0%)	2.69±1.31		3(15.0%)	2.00±1.58		3(15.0%)	2.15±1.28		1(5.0%)	1.46±1.13	
腹圧性尿失禁手術	6(66.7%)	3.11±1.17		0	1.67±1.22		1(11.1%)	2.22±1.09		1(11.1%)	2.00±1.32	
対処行動	人(%)	平均±SD	F値	人(%)	平均±SD	F値	人(%)	平均±SD	F値	人(%)	平均±SD	F値
様子を見た	351(87.1%)	2.73±1.17	3.49*	298(93.1%)	2.30±1.24	0.55	219(88.0%)	2.25±1.24	7.99***	209(81.0%)	2.04±1.22	33.46***
電話をした	12(3.0%)	3.58±1.16		9(2.8%)	2.56±1.13		3(1.2%)	4.33±0.58		12(4.7%)	4.17±0.72	
外来受診した	5(1.2%)	3.80±1.10		4(0.1%)	3.00±1.41		3(0.1%)	4.33±0.58		0	—	
その他	35(8.7%)	2.91±1.22		9(2.8%)	2.00±1.41		24(9.6%)	1.58±1.25		37(14.3%)	2.32±1.51	

術式	内出血			頭痛			出血			吐き気		
	強度群 人(%)	平均±SD	F値									
	44(8.3%)	1.34±1.25		41(7.8%)	1.31±1.09		27(5.1%)	1.30±0.98		19(3.6%)	1.06±0.81	
痔核根治術	4(2.9%)	1.08±1.11	18.91**	22(15.7%)	1.61±1.51	1.94*	18(12.9%)	1.96±1.15	25.5**	9(6.4%)	1.11±1.04	1.49
ヘルニア修復術	3(2.4%)	1.10±0.97		4(3.3%)	1.15±0.79		1(0.8%)	0.96±0.67		2(1.6%)	1.03±0.67	
下肢静脈瘤手術	30(25.4%)	2.41±1.48		4(3.4%)	1.12±0.76		2(0.2%)	0.96±0.65		1(0.8%)	0.91±0.51	
下肢関節鏡手術	0	0.82±0.58		3(7.1%)	1.38±1.07		1(0.2%)	1.06±0.74		1(2.4%)	1.08±0.62	
腹腔鏡下胆嚢手術	4(10.0%)	1.26±1.26		1(2.5%)	1.23±0.72		0	0.74±0.44		1(2.5%)	1.16±0.69	
子宮筋腫摘出術	2(5.7%)	0.84±0.99		4(11.4%)	1.20±1.19		4(11.4%)	1.80±1.12		2(5.7%)	1.24±1.13	
卵巣のう腫手術	1(5.0%)	1.00±0.71		3(15.0%)	1.77±1.09		0	1.23±1.09		3(5.0%)	1.31±1.25	
腹圧性尿失禁手術	0	0.89±0.78		0	1.11±0.60		1(11.1%)	1.67±1.00		0	0.89±0.33	
対処行動 ^a	人(%)	平均±SD	F値									
様子を見た	250(91.6%)	1.90±1.24	9.12***	212(83.5%)	1.66±1.06	26.1***	272(91.6%)	1.60±1.01	5.01***	188(85.1%)	1.37±0.86	19.3***
電話をした	7(2.6%)	3.85±1.77		8(3.1%)	4.75±0.46		5(1.7%)	1.60±0.89		0	—	
外来受診した	1(0.4%)	—		4(1.6%)	4.75±0.50		3(1.0%)	3.67±0.58		2(0.9%)	4.50±0.71	
その他	15(5.5%)	0.79±0.80		30(11.8%)	1.47±1.22		17(5.7%)	1.18±1.29		31(14.0%)	0.97±0.48	

a: 数値は症状が最も強いときを5.0としたときの平均値±SD

b: 対処行動は症状が「楽だった」人は記載がない

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

下肢関節鏡手術は平均 2.96 ± 2.0 日と他の手術より有意に日数が短かった (表2)。

3. 症状と対処行動・関連因子

痛みは症状の中では最も辛かった場合を5.0点とした場合の全体平均値2.55点で、「非常に辛かった」と「辛かった」を併せて (以下強度群) 147人 (27.9%) であった。術式別では腹圧性尿失禁手術で痛みが最も強く (強度群66.7%)、痔核根治術 (強度群44.3%)、ヘルニア修復術 (強度群36.6%) の順でありグループ内で有意差がみられた。対処は、全体で「様子をみた」が最も多く、痛みが強度だった147人中108人 (73.5%) でも様子をみており、痛みが強いほど「外来受診した」5人、「電話した」12人となり、その他の対処として30人が坐薬を含む鎮痛剤の使用をしていた。次に辛かった人が多かった症状は腫れで、強度群66人 (12.5%) でありヘルニア修復術で最も症状が強く現れ、対処は「様子をみた」が93.1%であったが、下肢関節鏡手術を受けた5人が冷却の自己対処をしていた。排尿困難は、強度群が63人 (12.0%) で、痔核根治術、ヘルニア修復術で強く出現し、症状が強いほど電話や外来受診の対処をしていた。便秘は強度群が59人 (11.2%) で、術式では痔核根治術、ヘルニア修復術の順で強く、対処では「様子をみた」が最も多く、その他の対処では、下剤使用が17人、浣腸2人、ヨーグルトを多めに食べた人が1人であった。頭痛は痔核根治術で強く現れ、対処は痛みが強くなるほど病院への電話および外来受診をしており、6人は鎮痛剤を使用していた。出血は、痔核根治術で強く、出血が強かった痔核根治術の患者3人は外来受診をしていた。吐き気は全体平均値が1.06と最も低く婦人科系手術でやや症状が強かった (表3)。

症状と術式以外の因子との関連は、年齢群との関連は、内出血 (70歳以上:70歳未満の症状平均値0.96:1.43 $p=0.004$)、頭痛 (1.01:1.44 $p=0.004$)、吐き気 (0.87:1.12 $p=0.041$) は70歳未満のほうが有意に強く、便秘 (1.94:1.61 $p=0.028$) は70歳以上の人のほうが有意に強かった。症状と性別の関連は、出血 ($p<0.001$)、吐き気 ($p=0.001$)、頭痛 ($p<0.001$) は女性が有意に強く、便秘 ($p=0.003$)、排尿困難 ($p<0.001$) は男性が有意に強かった。症状の強さと帰宅日に関連はなかったが、すべての症状と日常生活復帰までの日数には有意な正の相関 ($r=0.23 \sim 0.30$ $p<0.01$) がみられた。また症状と麻酔では、吐き気以外のすべての症状で有意な関連 (グループ内 $p<0.01$) がみられ、特に腰椎麻酔の合併症である頭痛と排尿困難は腰椎麻酔を受けた人で有意に症状が強かった。

4. 患者の医療者の説明に対する認識と評価

術前の医師の説明に対する理解度は「とてもよくわかった」を4点満点とした場合の平均値は 3.60 ± 0.52 点で、「とてもよくわかった」と「よくわかった」を併せて523人 (99.2%) であり、看護師の説明に対する理解度の平均値は

3.72 ± 0.54 点で、「あまり分からなかった」および「ほとんどわからなかった」は皆無であった。

術後医師や看護師が回復に必要な情報を与えたかという問いには、「確実に与えられた」と「だいたい与えられた」を併せて494人 (93.7%) であり、「確実に与えられた」を4点満点とした場合の平均値 \pm SDは 3.61 ± 0.74 点であった。退院時に医師や看護師から通常の生活に戻れるという判断をするための具体的指示があったかについては、「あまり与えられなかった」と「与えられなかった」を併せると70人 (13.3%) が情報の不足を述べており、平均値は 3.31 ± 0.88 点であった。看護師への信頼は99.2%が「もてた」および「だいたいもてた」と答え、日帰り手術全体の評価は、「非常によい」と「よい」を併せて87.3%であった。

情報に対する認識と関連因子を分析すると、回復に必要な情報が与えられたという認識は、70歳以上の人が70歳未満の人よりも与えられなかったとしており、生活に必要な情報の認識は男性よりも女性が与えられなかったと認識していた。術式や麻酔による有意な差はなく、情報源では、友人・知人の勧めで受診した人は、回復・生活情報の両方において最も情報が与えられたという認識が高く、広告を情報源として受診した人はそれらより有意に認識が低かった。帰宅日や回復と情報の認識にも関連があり、帰宅日が当日よりも翌日の人、生活に支障がなくなった日数が当日よりも3日以降の人において、回復に必要な情報が与えられた認識は低かった (表4)。術式や麻酔、医師・看護師の説明の理解度および看護師への信頼度と回復や生活に必要な情報が得られたかという認識に有意な差はみられなかった。

回復や生活に必要な情報の認識と症状の関連は、痛みおよび出血の症状で有意な負の相関がみられたが、他の症状との関連はなかった。医療者の術前の説明と退院時の回復や生活に必要な情報との関連をみると、医師の説明と看護師の説明両方において有意な正の相関があった。また、看護師への信頼度および日帰り手術全体評価と回復や生活に必要な情報の認識にも有意な正の相関が認められた (表5)。

退院後の生活に必要な情報に関する自由記述の内容をみると、パンフレット (クリニカルパス)、医師や看護師からの説明、電話訪問で十分であるという内容が記述されている一方で、回復や生活に必要な情報が不足していたという記述が含まれていた。不足していたという具体的な内容は、「症状があり回復状態の判断ができず不安」10、「説明そのものが不足で不安」5、「症状や処置への対処情報の不足」3で、患者側の要因として「多忙そうで聞けなかった」4、「知識不足で質問できなかった」3等があげられていた。また、生活に必要な情報として不足していた内容は「退院後の職場 (家事) 復帰の指示が不十分」6、「個人差に対応できていない」5、「風呂の指示が不十分」3、等であった。

表4 回復や生活に必要な情報

関連因子		回復に必要な情報		生活に必要な情報	
		平均±SD	F値	平均±SD	F値
年齢	70歳未満	3.64±0.66	6.88***	3.30±0.83	
	70歳以上	3.49±1.00		3.17±1.09	
性別	男	3.64±0.71	1.67	3.41±0.79	3.30*
	女	3.58±0.77		3.22±0.94	
手術式	痔核根治術	3.56±0.84	1.34	3.19±1.00	1.662
	ヘルニア修復術	3.60±0.70		3.33±0.76	
	下肢静脈瘤手術	3.74±0.58		3.37±0.90	
	下肢関節鏡手術	3.7±0.62		3.16±0.89	
	腹腔鏡下胆嚢手術	3.61±0.80		3.53±0.77	
	子宮筋腫摘出術	3.47±0.92		3.19±0.89	
	卵巣のう腫手術	3.35±0.81		2.95±0.89	
	腹圧性尿失禁手術	3.67±0.71		3.33±1.32	
麻酔	腰椎麻酔	3.60±0.73	0.748	3.27±0.89	1.704
	全身麻酔	3.54±0.83		3.26±0.90	
	局所麻酔	3.67±0.72		3.39±0.82	
	わからない	3.80±0.45		2.80±1.30	
情報源	A病院の医師の勧め	3.66±0.66	2.24*	3.45±0.73	3.01*
	他院の医師の紹介	3.73±0.50		3.29±0.79	
	友人・知人の勧め	3.78±0.42		3.51±0.63	
	広告	3.00±1.48		2.75±1.29	
	A病院の公開講座	3.26±0.91		3.02±1.10	
	マスメディア	3.64±0.68		3.04±1.06	
	その他	3.52±0.91		3.22±0.99	
帰宅日	当日	3.68±0.67	3.80*	3.35±0.83	3.56*
	翌日	3.47±0.87		3.15±1.03	
生活に支障がなくなった日数	当日	3.78±0.58	2.64*	3.48±0.96	3.04*
	翌日	3.75±0.61		3.40±0.87	
	3日目以降	3.56±0.78		3.32±0.83	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表5 回復や生活に必要な情報と関連因子の相関係数

	症 状								説明と評価			
	痛み	出血	内出血	腫れ	頭痛	吐き気	便秘	排尿困難	看護師説明	医師説明	看護師への信頼	全体評価
回復に必要な情報	-0.263**	-0.352**	-0.210	-0.070	-0.030	-0.076	-0.045	-0.036	0.329**	0.363**	0.341**	0.401**
生活に必要な情報	-0.220**	-0.220**	-0.005	-0.047	-0.042	-0.058	-0.003	-0.073	0.306**	0.294**	0.224**	0.339**

*p<0.05 **p<0.01

VI 考 察

1. 症状マネジメント

本調査において日帰り手術に対する患者の評価は全体として高く87.3%の患者が「非常によい」あるいは「よい」と評価していた。しかし、術後の症状では痛みを全体の27.9%が比較的強いと訴え、次いで、腫れ、排尿困難、便秘の順で症状が強く、それら症状は術式・麻酔や性別と関連があることが明らかとなった。日帰り手術後の痛みに関する追跡調査は、Mackintoshら¹³⁾が、英国における400人の調査において17-20%が耐え難いレベルの痛みを経験していると述べ、Rawalら¹⁴⁾は、ヘルニア手術で62%の患者に術後中程度から強度の痛みがあったと報告している。日帰り手術後の痛みの評価は術式や評価ツールの違いで異なり一般化す

ることは困難であるが、本調査の対象が5点を最強度とした場合の平均2.55点で、痛み強度群が3割弱存在したことを考慮すると、決して安楽ではなかったことを重要視する必要がある。術式の中でも、痛みが強かったのは、痔核根治術とヘルニア修復術の患者で、いずれも最強度を5点とした場合に平均3点前後を示していた。Collら¹⁵⁾は、多くの患者が耐え難い痛みを経験しており、腹腔鏡下胆嚢摘出術では当日の痛みが強く、ヘルニア修復術では3日後の痛みが強いと述べ、小谷ら²⁾も術後1日目よりも2、3日目のほうが気になる症状の出現率が高かったと報告している。また、Bandypadhyayら¹⁶⁾は、婦人科の手術において若くて手術経験がある女性のほうが痛みが強かったことを報告しており、年齢や過去の経験や心理状態なども痛みの関連因子である。今回の調査では、痛みは女性で強く、年齢との関連

はなかったが、経時的な変化や過去の経験を追跡していない。痛みに対する患者の対処としては、痛みが強くなるほどセンターへの電話や外来受診をするという行動をとっており、痛み止めの内服も20%の患者が自己管理していた。今後は痛みの経時的状況をVAS (Visual Analogue Scale) 等の客観的スケールで評価し¹⁷⁾、実際の鎮痛剤の内服状況や過去の手術経験などの影響因子も含めて明らかにすることで、アセスメントの視点を検討する必要がある。

その他の症状としては、腫れや便秘、排尿困難は全体としては強くないが、術式に特化して出現していた。たとえば腫れはヘルニア修復術患者全体の18.7%で強く現れた症状で、同術式では同時に便秘の症状も強かった。また痔核根治術では排尿困難が強く同時に便秘と頭痛の症状も強かった。排尿困難は腰椎麻酔の影響であることが考えられ、痔核根治術の患者の27.1% (38人) に辛い症状として体験されていたが、そのうち88.0%は様子を見るという対処をしていた。現在A病院では、予測される症状に関してパンフレットを用いて説明が実施されている。たとえばヘルニア修復術後の場合、創部の腫脹や便秘予防および連絡が必要な状態が記載されている。しかし、実際にはその時点で症状への対処の判断ができない場合があることが明らかとなったため、術式による特有の症状と併せて麻酔法や年齢・性別などの属性との関連をさらに考慮した症状マネジメントのための患者教育が必要とされていると考える。

2. セルフケア支援としての患者教育

日帰り手術は一般の入院での手術とは異なり、患者自らが希望し基本的には合併症の出現が少ないという点で術後のセルフケアも円滑であって当然という解釈も成立する。しかしながら、本調査では、回復に必要な情報が十分に与えられなかったと認識した人が6.3%存在し、具体的には症状や対処に関する不安が述べられていた。また生活に必要な情報が十分に与えられなかったと認識した人は13.3%で、内容としては生活復帰の指示の不十分さや日常生活行動に関することであった。これらのことから術翌日の電話訪問での指導を実施しても退院時の患者教育は必ずしも十分ではないことが明らかとなった。Gilmartinら¹⁸⁾の日帰り手術患者30人への聞き取り調査でも、たとえば婦人科系手術の患者において性生活再開時期の指示の不足など術式による症状や生活に関する情報不足があったことを明らかにしている。他の情報ニーズの調査では、術後の痛み、創の問題、入浴、運動、仕事復帰、車の運転、性生活への関心が高かった¹⁹⁾。今回の調査では、術式や麻酔法との関連はなかったが、高齢者や女性で生活に必要な情報が提供されたという認識が低かった。高齢者の認知特性を考慮すると、書面による確認および家族を含めた支援(介護)者への指導が重要であろう。また女性は家事労働を実施していることが多いことから、自宅へ退院した場合、いつ頃、どの程度の家事に復帰してよいかの判断がつきにくい状況があると予

測される。術式別に具体的な生活労作について分かりやすい指示をする必要があるだろう。

さらに情報認識の関連因子として、痛みと出血の症状が強いほど、当日退院よりも翌日退院の人、生活復帰までの時間が必要だった人ほど不足感が強かった。つまり手術や麻酔の侵襲を比較的強く受ける患者への症状マネジメントのための患者教育に特に課題があると考えられる。患者の対処をみると症状が強いにもかかわらず様子を見た人が多かったことから、具体的な症状マネジメントに関しては鎮痛剤服用以外の症状緩和方法を盛り込んだパンフレットの工夫や翌日退院の患者への電話訪問、患者や家族が必要時に問い合わせ可能なシステムの整備などが必要であることが示唆された。

術前の医師および看護師の説明への理解度や信頼感と回復や生活に必要な情報の認識度は関連していたことから、医療者から出される情報全般の理解や認識の度合いは個人の情報の認識の仕方に依存することが考えられる。また、知人からの紹介情報よりも広告から情報収集した人のほうが情報の認識度は低かったことから、受療の意思決定をした情報源によっても患者の体験は左右されることが推測された。つまり、情報への信頼度や個人の理解の仕方によって、術後のセルフケア状況が規定されると考えられる。その個人が情報を必要としなければ提供されているとは認識しにくく、十分なイメージや理解のないまま退院し、患者が困難に遭遇しコントロール感覚を失ったときに不安を覚えることになる。Rhodesら²⁰⁾は、患者の満足に関するレビューにおいて、術前のコンタクトと準備や個別的教育と情報、コミュニケーションスキルが重要であると報告している。患者からも個別的な情報提供を望む声があったが、短時間で患者の自立を促すコミュニケーション方法としてRogan& Timmins²¹⁾は、積極的傾聴やエンパワメントの有効性を述べている。看護師は患者自身が症状マネジメントをする必要があることを理解でき患者の力を引き出せるようなコミュニケーションをとることで、患者の満足や術後のQOLを高めるような患者教育をする必要があると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は日帰り手術を年間2000例近く実施し、Day Surgery Centerを有する都市圏の1施設のみのデータを扱っており結果の一般化には限界がある。また、回収率は60%程度であるため、回収できなかった40%の患者のニーズを反映していない。調査に参加しなかった患者に介入すべき課題が存在している可能性がある。また、当日帰宅した370人の患者には翌日に電話訪問が実施されているが、個人を特定することはできないためその時点での状況と今回の調査結果との照合は実施していない。今後は引き続き、術後の経時的な症状や対処および情報ニーズが明らかになるような追跡調査を実施することや、術式や年齢に応じた症状マネジメントを含めた患者教育について検討し介入

研究をする必要がある。

Ⅶ 結 論

1. 8種類の日帰り手術を受けた患者の術後の症状では、27.9%が比較的強い痛みを感じており、腫れは12.5%、排尿困難は12.0%で、便秘が11.2%において比較的強い症状として経験していた。痛みが強かった術式は、腹圧性尿失禁手術、痔核根治術、ヘルニア修復術であり、腫れはヘルニア修復術、排尿困難は痔核根治術であり、自己対処はどの症状においても8割以上の患者が様子を見るという行動をとっていた。症状マネジメントについて術式や麻酔法の影響を考慮して患者教育をする必要がある。
2. 医療者の説明に対して、術前の説明は医師・看護師共100%近い患者が高い理解を示した。術後の症状などの回復に関する情報が与えられたという認識は6.3%が不足と感じ、術後の生活に必要な情報は13.3%が不足を認識していた。具体的な情報ニーズは、術後の症状に関することや生活行動再開の判断に関する個別的内容であった。
3. 回復や生活に必要な情報の認識の仕方は、日帰り手術全体の評価、回復までに要した日数、看護師への信頼と有意な正相関があり、逆に出血や痛みと有意な負の相関があった。これらのことから情報が十分与えられたという認識が医療者との関係を含めたスムーズな治療回復過程という体験全体の肯定的評価と関連していることが明らかとなった。したがって、日帰り手術を受ける患者の教育においては患者の主体的参加と対処を支援できるコミュニケーションスキルと教材が必要であることが示唆された。

本研究にご協力いただきました患者の皆様にご心より感謝申し上げます。

本研究は平成18年度文部科学研究補助金基盤研究（C）の助成によって行われた。

文 献

- 1) 白神豪太郎：日帰り手術における看護師の役割，臨床看護. 30 (14)：2177-2183, 2004.
- 2) 小谷慈子，松山陽子，須藤ミツエ，他：デイ・サージャリーの患者満足についての追跡調査，日本看護学会論文集 看護管理. 33：99-101, 2003.
- 3) 高島尚美，横井郁子：日帰り手術と看護の課題，看護管理. 9 (6)：414-420, 1999.
- 4) 高島尚美，横井郁子，大澤栄子：Day Surgeryを受けた患者の電話問い合わせ内容と看護者の対処の分析，看護管理学会誌. 4 (1)：127-131, 2000.
- 5) 高島尚美：病院での外来看護の今；日帰り手術，臨床看護. 32 (8)：1205-1211, 2006.
- 6) Gilmartin J, Wright K : The Nurse's role in day surgery : a literature review, *Int Nurs Rev.* 54 (2) : 183-190, 2007.
- 7) 小野智美：日帰り手術に向けての幼児の自律性を親と協働して支援する看護介入プログラムの開発，日本看護科学学会誌. 27 (1)：3-13, 2007.
- 8) 井口秀子，村田 洋：音楽療法の日帰り麻酔への導入，臨床麻酔. 27 (10)：1163, 2003.
- 9) 梅田裕子，辻 睦子：子ども病院の日帰り手術における音楽療法の役割，日本音楽療法学会誌. 6 (1)：3-16, 2006.
- 10) 恵藤昌子，山口敦子，寺谷愉利子，他：日帰り手術患者への手術前日の電話訪問の有効性，臨床麻酔. 27 (10)：1163, 2003.
- 11) 石田直美：外来手術患者の手術決定時から手術終了時までの各ストレス軽減を図る術前ビデオオリエンテーションの効果，日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ. 35：127-129, 2005.
- 12) 須藤明子，加藤亜衣子，小林瑞恵，他：外来局所麻酔下手術における患者の不安に対するクリニカルパスの有効性を考える，オペナーシング. 20 (5)：519-524, 2005.
- 13) Mackintosh C, Bowles S : Audit of post-operatively pain following day case surgery, *Br J of Nurs.* 7 (18) : 641-645, 1998.
- 14) Rawal N, Allvin R : Postoperative analgesia at home after ambulatory hand surgery : a controlled comparison of Tramadol Metamizol and Paracetamol , *Anesthesia Analgelsia.* 92 : 347-351, 2001.
- 15) Coll AM, Ameen J : Profiles of pain after day surgery : Patient's experiences of three different operation types, *J Adv Nurs.* 53 (2) : 178-187, 2006.
- 16) Bandyopadhyay M, Markovic M, Manderson L : Women's perspectives of pain following day surgery in Australia, *Aust J Adv Nurs.* 24 (4) : 19-23, 2007.
- 17) Coll AM : Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review, *Adv Nurs.* 46 (2) : 124-133, 2004.
- 18) Gilmartin J : Contemporary day surgery: patient's experience of discharge and recovery, *J of Clin Nur.* 16 : 1109-1117, 2007.
- 19) Bradshaw C, Pritchett C, Celia Bryce, et al. : Information needs of general day surgery patients, *Ambulatory Surgery.* (1) : 39-44, 1999.
- 20) Rhodes L, Miles G, Alan Pearson : Patient subjective experience and satisfaction during perioperative period in the day surgery setting : A systematic review, *Int J of Nurs Practice.* 12 : 178-192, 2006.
- 21) Rogan F, Timmins F : Improving communication in day surgery settings, *Nurs Standard,* 19 (7) : 37-42, 2004.