

## 各種報告会

### ■手術看護管理研修受講者報告会

#### 6. 手術前・手術後訪問率向上への取り組み

独立行政法人労働者健康安全機構富山労災病院 朝倉 由紀

#### Q

発表お疲れ様です。当院でも、患者訪問は担当看護師の業務量に左右されることが多く安定した実施率上昇が難しい状態です。興味深く拝見いたしました。看護計画に関しては、病棟の計画に関連付けて継続看護記録としてカルテ記事を書くことを実践していますが、網羅しきれない面を感じています。取り組みの中で、手術室と外来・病棟との周術期看護の計画・実施・評価の一元化とありましたが、具体的にはどのようなになっているのかを教えてくださいたいです。

#### A

ご質問ありがとうございます。

手術前・手術後訪問率向上への取り組みを行う中で、手術に関連した記録の一元化ができておらず、『手術後訪問を実施しても、病棟看護師が共有することはないのではないか』といった声から、手術関連の看護記録の見直しを行いました。

当院では看護師が記録する手術関連の記録は2つあります。

1つは手術看護記録で、『術前訪問』『申し送り』『入室～手術開始』『術中～終了～退室』『カウントチェック』『申し送り』のタブに分かれていて、チェックできる項目と術前訪問時の情報やアセスメント・術中の経過記録・術後訪問記録などが網羅されています。電子カルテに入っているのですが、全ての項目が活用されておらず、まだ紙運用の物も残っていたところ、活用方法等検討し、手術に関連する看護記録が全て電子カルテで閲覧できるようにしました。同時に病棟や外来からの申し送りの電子カルテを使用して実施するようにしました。

もう1つは電子カルテの中に体位別標準看護記録をテンプレートで作成し、体位によって選択し、術前訪問時に収集した情報で計画を追加しています。手術後退室までに目標が達成したか、未達成かを評価し、継続看護の実施を病棟看護師に申し送りを行っています。

また術後訪問時に未達成だった内容に関して、自分で確認をしたり、病棟看護師と情報共有を行っています。

### ■手術看護管理研修受講者報告会

#### 7. 周術期皮膚障害・神経障害予防のための総合的分析評価及び取り組みの報告と教育的介入の振り返り

国立がん研究センター中央病院 軽部 幸子

#### Q

貴重な発表をありがとうございました。私は看護大学でポジショニングの研究をしているもので大変興味深く拝見しました。

近年内視鏡外科手術の増加とともに、ポジショニングの難易度が高くなっているという印象を持っております。体位系の設置やハイリスクな対象者のポジショニングを実践力の高い看護師が行うというシステム作りは、二次的な障害の発生を減少するために非常に有用だと思いました。

質問させていただきたいのは、二次的な障害が発生した場合、多くは病棟で発症し治療を進めることになると思います。その病棟での情報のフィードバックのシステムをどうされているのかを教えてくださいたく存じます。体位係が術後訪問などで評価されているのでしょうか？

今後の研究の参考にさせていただきたいです。どうぞよろしく願いいたします。

#### A

発表に対するご質問ありがとうございます

ご質問いただきました二次的障害のフィードバック方法についてですが術後病棟で二次的障害の発見があった場合は、どんな小さなものでも手術室に一報して頂いています。

情報をもとに担当した手術室看護師が訪問し手術関連であったのか確認をします（手術体位や使用器具に該当するものか）

万が一病棟看護師から手術室看護師にフィードバックがないとしても、術後の神経障害や皮膚障害は医療安全、WOCからの報告があります。

また、ほとんどの場合術直後に発見できています。

術直後の発見でも、病棟からのフィードバックで発覚でも、手術関連に関しては「発赤報告書」を記載しWOCとの情報共有を行っております。

発生後の経過に関しては、担当者による術後訪問の実施やカルテでの情報で確認を行っております。  
ご質問ありがとうございました。

#### ■手術看護実践指導看護師活動報告会

##### 1. JONA Ⅲの活動を支えるフォローアップ

自治医科大学 古島 幸江

#### Q

昨年度、フォローアップ研修の特典として、事例報告の添削を受けました。フォローアップ研修の内容がとてもわかりやすかったのと、なによりも添削してもらった事例を読み返すことで研修の内容の再学習と事例をまとめるポイント、指導者側の見る視点やポイントを学習できたように思います。

今後は評価表を用いて事例報告を評価するとのことですが、それらを当事者に開示する予定はありますか？

#### A

ご質問をありがとうございました。これまでの手術看護実践指導看護師認定審査においても、客観的評価を担保するために評価表を用いて複数の評価者が評価を行ってきました。より洗練した事例報告を作成いただく目的で、2020年10月より「事例報告評価の視点（事例報告マニュアルP.8）」を本学会ホームページで公表しております。ご提出いただいた事例報告の最終評価は、再提出を要する場合と不認定の場合に修正を要する点や課題等をフィードバックしますが、これまでと同様に評価表の開示は行いません。事例報告マニュアル（特に、チェックリストや事例報告評価の視点等）に沿った事例報告の作成をお願いいたします。

#### ■手術看護認定看護師看護実践報告

##### 術後におけるコンパートメント症候群への予防対策—多職種カンファレンスを通して—

小牧市民病院 杉林 保幸

#### Q1

貴重な実践報告ありがとうございました。

当院でも、コンパートメント症候群対策を検討し、実践を始めたところでした。

当院では、3時間毎レビテーターから下肢を外し、15分間仰臥位の体位へ戻しています。

今回の実践報告では下腿の除圧と腓腹マッサージをおこなっているという報告ですが、具体的な方法を

教えていただければと思います。また、体位の解除となっていますが、頭低位の解除のみでレビテーターから下肢は解除はしていないのでしょうか？よろしく願いいたします。

#### A1

ご質問ありがとうございます。2時間毎に下腿の除圧を行っています。基本的にはレビテーターのマジックテープを外し、腓腹部・踵部に手を入れ背抜きしています。可能であれば、少し下腿を持ち上げ完全に置き直しをしています。（置き直しが難しい場合は、手を入れて背抜きのみしています。）この際、足背動脈の触知、ストッキング開窓穴から下肢の色調を観察しています。

4時間経過の頭低位解除時は、レビテーターから完全に下腿を持ち上げ、レビテーター内から下腿は外れています。（仰臥位までは戻していません）その際、腓腹のマッサージを行っています。下腿の腓腹から末梢へ、末梢から中枢を繰り返し、下腿の循環を促しています。（腓腹マッサージは頭低位解除時のみ行っています。）この際、下肢の血流や色調、腓腹の硬さなどの観察も同時に行っています。頭低位解除時間は5分程度です。

**Q2**

貴重なご発表をありがとうございました。大変興味深く拝聴しました。

発症事例から2度と起こさないための取り組みが分かりやすく、ポジショニングにおける多職種連携は非常に有用だと勉強になりました。

ご質問させていただきたいのは、私の勉強不足だと思いますが、赤外線モニターとして SpO2 を活用されていましたが、赤外線モニターを装着する事で、コンパートメント症候群発症前に何を捉えることができるのかという点です。

よろしければ教えてくださいとありがたいです。どうぞよろしく願いいたします。

**A2**

ご質問ありがとうございます。今回、赤外線モニター (Spo2) を使用した経緯として、何らかの血流低下が少しでもわかる指標があるといいのではないかとということで、患者にとって害がなく容易に装着できる Spo2 モニターを使用しています。実際に血流が低下すると、脈波の波が低くなってきます。急激に Spo2 が低下することはありませんが、最初の値より徐々に低くなっていくことがあります。あくまでも、下肢の静脈の酸素飽和度を見ているだけですので、動脈血がしっかり保たれているのかを判断することはできません。そのため、Spo2 の脈波や数値が落ちたりする場合は、合わせて下肢の観察やプローブの接触の状態などを観察し変化がないかどうかを確認しています。Spo2 が低下した、イコールコンパートメント症候群が発症したという指標として、モニタリングしているわけではありません。あくまで、動脈血が減少すると静脈還流もおのずと減るため、その変化を捉えることができればと考え装着しています。多職種カンファレンスでも、近赤外線分光法を装着することも案として出ましたが、弾性ストッキング着用下に装着するため、MDRPU を起こす可能性も否めないため、簡易的な Spo2 を使用しました。