

2022年9月17日に開催された研修会後のアンケートで参加者の皆様よりいただいた質問内容です。ご講演いただいた先生からご回答をいただきましたのでホームページに掲載させていただきます。

参加者からの質問事項

①術前外来開設までの流れ（プレゼンをしたなど院内（上層部）へのアピールの仕方

《市立砺波総合病院 越塚さんのご回答》

「周術期看護を行うには、手術室看護師も術前から患者に関わっていく必要がある。そのために、看護外来を開設したい。麻酔科受診後にその機会を設けさせてほしい」と出張報告書や研修報告書に記載した。認定看護師会でも、手術看護認定看護師としての活動目標に掲げ、教育担当科長や看護部長に必要性を訴えた。術前看護外来の目的や、その効果をプレゼンしていけば良いと思う。同時に麻酔医にもアピールし、開設にむけて協力してもらった。

《石川県済生会金沢病院 北川さんのご回答》

◆術前外来開設までの流れ（上層部へのアピールの仕方）◆のご質問ですね。

私は、当院の患者ニーズと手術室看護師の力量の把握、実施するにあたり可能かの判断と実施フロー草案の準備をしまして、その上で直属の上司と看護部へ提出をいたしました。その提出までに、開設を必要とする事例をことあるごとに報告しました。

《倉敷中央病院 山本さんのご回答》

他院のデータでも良いので、このように安全に貢献しているということを伝える。まずは、麻酔科医師（出来れば部長）と一緒に準備されるとよいです。麻酔科学会は早期から有意義であるため推進していること等を伝えます。今の設備やマンパワーで出来る範囲から始めると良いです。術前評価の大切さは、医師が一番実感できるので、口コミで「ぜひ拡大してほしい」とアピールしてくれて追い風となり拡大できました。

②山本先生に質問です。もしかしたら私が聞き漏らしていただけたかもしれませんが、、、必要な患者さんには前日に来てもらい、体位、体位固定具確認を手術室で行うとありましたが、一人当たりの説明にかかる時間を教えてください。また、緊急や予定の手術などで手術ROOMの確保が難しかったことはありますか？必要な患者さんはきっとこんな患者さんなのかな？とイメージはできますが、実際に運営するにあたり、どのような患者さんを必要とみなしているか、判断基準があったら知りたいです。また患者さんが前日入院することは医師に許可をとり、医師も参加できるようにするとか、ありますか？その際、医師から参加してシュミレーションしてよかったと言われるケースはありましたか？事前に患者さんと打ち合わせができることは、患者さんに注意しないといけないポイントが新人看護師の記憶

にも定着し、スムーズな新人教育にも繋がるのかなと思いましたが実際はいかがでしょうか？

《倉敷中央病院 山本さんのご回答》

術前外来で術前評価を行った上で、身体損傷ハイリスク、DVT ハイリスクな患者は入院後にリスク回避のために手術室で体位の固定や保護を手術関係者でデモストすることを説明します。手術関係者にはその旨を伝えて手術室の確保も含めて、時間設定をして行います。

*全麻手術予定の患者で高度肥満のケースは、数例体位の確認を行いました。腹腔鏡下なので、頭低位の場合と斜め側臥位のケースです。事前に関係各職種と時間調整して行ったことで、当日に準備する器材や手順がスムーズに行え、関係者から高評価でした。また、患者から「ここまで準備してもらえて嬉しい、安心だ」等の好意的な意見をもらいました。

③術前外来の対象患者は最初は全身麻酔の患者全員ということにはできないと思いますが、患者の選定はどのようにされましたか。術前外来の時期はいつしていますか。(例えば手術1週間前など) 患者さんに何度も病院に来てもらわなくてもいい工夫はありますか。問診の項目や術前外来での記録はどのように共有しているか教えていただけますか。

《市立砺波総合病院 越塚さんのご回答》

・日曜日入院する患者(月曜日手術)への術前訪問ができていないという現状があったので、まずはその患者さんを対象にすることから始めた。月曜の手術患者さんは金曜に麻酔科受診していたので、金曜日に開設することとした。

・現在は、入退院支援室で麻酔科受診日を決めている(患者さんの都合や受診日に合わせているはず)。だいたい手術1週間前に麻酔科受診となり、その後に看護外来に来てもらっている。受診日設定に手術室看護師が関わることはなく、入退院支援室の看護師や外来看護師が患者さんと相談して決めているのだと思う。どうしても予定が合わなければ、麻酔医と相談して、10日くらい前でも麻酔科受診している人もいます。臨機応変に対応していると思う。

・記録はテンプレートを作成し、外来担当者全員が同じように観察できるようにしてある。記録は電子カルテに記載してあるので、誰でも見られる。

《石川県済生会金沢病院 北川さんのご回答》

最初のご質問の回答です。私達も全身麻酔患者から介入としました。しかしご質問者の懸念通り、当院は施設規模が小さいにもかかわらず全身麻酔患者全員の介入ができませんでした。

ご質問は◆全身麻酔患者全員の介入が困難な場合の患者選定◆であり、違う回答となりますが、まずは当院が実施した対策から回答したいと思います。

当院の場合、全身麻酔患者を対象としながらも、実施患者と実施しない患者が発生し等しい医療にならないことを回避するため手術室看護師と共に、介入できなかった全身麻酔患

者の把握方法を考案し、実施できなかつた患者に対して、入院までに介入する仕組みを創り、全身麻酔患者を網羅していったという経緯があります。大きなご施設の場合、高リスクとなる術式、高リスク手術体位、協力体制が強化な診療科、ご自分達の強みの看護が出しやすい症例にフォーカスするなど、実績が積みやすい（効果が出やすい）介入から始められるのも一つでないかと思う次第です。

2点目のご質問、◆患者さんに何度も病院に来てもらわなくて良い術前外来の時期◆のご質問に回答させていただきます。

当院の場合、患者の利便性を考慮し手術入院の決定日に介入します。一つ前のご質問のように、入院決定日に実施できなかつた場合は、次回来院日に実施するようにしました。

3点目のご質問、◆記録の共有方法◆に関しては、院内周知し、多職種で共有を図っております。

《倉敷中央病院 山本さんのご回答》

私は、2012年に開始した際には、協力的で術式もスタンダードな外科の全麻手術予定患者から始めました。2名（私：師長と手術看護認定）で行える人数としました。その後、手挙げする看護師や他職種が徐々に増えることで、診療科等を拡大しました。予定手術全例（全麻、脊麻、ハイリスク局麻）を対象に術前外来出来るまでに9年ほど要しました。

④術前に介入し、リスク評価等行ったことを術中看護に生かすために工夫していることがありましたら教えていただきたいです。

《市立砺波総合病院 越塚さんのご回答》

- ・既往歴や関節可動域の確認を行い、術前に主治医と体位について検討することもある。ダヴィンチ手術で頭低位になるが、主治医が緑内障の既往を見逃していることに気づき、事前に眼科受診することができたこともある。中止薬指示がもれていることに気づき、中止することができたこともある。複数人で患者の情報を手術前早期（麻酔科受診時）から共有できるようになり、安全安楽な体位固定が可能となったり、中止薬を確実に中止できたりと安全な手術が行える環境を整えることにもつながっていると思う。
- ・看護外来担当者は、手術室看護師のラダーⅢまたはⅢを目指すような看護師である。外来で得た情報から看護計画を立案し、それを担当看護師と共有するシステムとなっているので、経験の浅い看護師には気づけないような情報も得ることができる。結果経験の浅い看護師でも質の高い手術看護実践が可能になり、更に先輩の看護計画から学ぶことができていると思う。

《石川県済生会金沢病院 北川さんのご回答》

入院決定日からのアセスメントは手術室看護師をはじめとする看護師の継続看護のため、共有可能なものとしております。アセスメントから、術前多職種カンファレンスを行った場合は勿論のこと、手術担当看護師はリスク評価を行った術前介入を含めて術前記録を把握して、手術に対応することをルーチンとしています。術前ブリーフィングでは、担当麻酔医、器械出し看護師、外回り看護師がその内容を共有し、術中に注意していくことを話し合い、術中医療を行っていきます。

《倉敷中央病院 山本さんのご回答》

全職種でタイムリーに情報共有できるように、電子カルテ上の記録をタイトル統一し、同一の記録に関連職種で上書きする方式としました。担当し記録した者が記名することで誰が評価したか分かります。1か所に集約されているので、見落とすことはありません。