

婦人科悪性腫瘍手術のクリティカルパス導入

key word 広汎子宮全摘術 クリティカルパス 安全性 円滑化
9 階西 ○野崎李和 稲見艶子 倉満聖子 内橋裕美 宮島麻美

はじめに

私立大学病院の婦人科病棟では、女性生殖器の良性・悪性腫瘍に対する手術療法が多く1日平均3件手術施行し、手術を目的とする入院は平均1日3件以上である。良性腫瘍・境界悪性疑いの手術には、開腹・腹腔鏡下・子宮鏡下手術にクリティカルパスを作成・導入している。しかし、悪性腫瘍の広汎子宮全摘手術は、クリティカルパスは導入していない。現在、広汎子宮全摘術の指示は、オフライン指示カード(B)に指示用スタンプを押している。患者の術中・術後の状態により追加の指示はオフライン指示カード(B)に書き込む、又は、追加指示とし新たにオフライン指示カード(B)を受けている。しかし、オフライン指示カード(B)の指示は見にくく、術直後は、慌しく医師・看護師のコミュニケーション不足により指示・確認の不備がありこれより、インシデントが発生している。例えば、①広汎子宮全摘術後約一週間は膀胱留置カテーテルを抜去しない事が多いが、術後1日目誤って抜去した②オフライン指示カード(B)が主となっており、類似姓による指示の出し間違いがおこった。③医師回診時、カタボンH I®滴下流量を変更するが看護師に報告しなかったため指示の変更に気付かなかった。などである。

私達は、他病院のクリティカルパスの活用状況・方法を知ることで視野が広がり、より安全な医療と看護の提供、円滑な業務が出来るのではないかと考えた。そこで私達は、統一したより安全な医療・看護ケアの提供、医師・看護師間の治療計画の一致、医療者側の業務の円滑化を目的とし、クリティカルパスの作成に至った。

I 目的

1. 統一した安全な医療・看護ケアの提供を図る。
2. 医師・看護師間の治療計画の一致を図る。
3. 医療者側の業務の円滑化を図る。

II 研究方法

1. クリティカルパスの必要性分析

(内容) 1) 広汎子宮全摘術でのインシデント・アクシデント調査

2) オフライン指示カード(B)の活用状況
(内容適正・見易さ)

3) 経験年数による看護・医療介入の違い

2. 広汎子宮全摘術のクリティカルパス適応性分析

(内容) 1) 手術方法・解剖生理・個別性

2) 他術式の類似点の比較

3. 実施

1) 担当医師と共にクリティカルパス作成

↓

2) クリティカルパス再作成

↓

3) 私立大学病院の婦人科病棟スタッフ評価

III 結果

1. 私立大学病院の婦人科病棟で使用している良性開腹手術のクリティカルパスを基に広汎子宮全摘手術のクリティカルパスを作成・展開していった。
2. 資料1では入院当日から手術前日までに静脈性腎盂造影検査の有無、術前点滴チェック、食事止めの確認、主治医からの術前説明欄を付け加えた。

手術当日には、術後に挿入・装着すると考えられる胃管チューブ・硬膜外麻酔・酸素マスク・動脈ラインの抜去・継続欄を新たに加えた。また、抗生剤やその他の側管の点滴には滴下速度と開始日から終了日が記載できるようにした。術後のバイタルサイン・尿量・出血量・疼痛時・発熱時・SpO₂値の変動時の指示は、別紙を使用し医師が直接記入する形式とした。

術後1日目はガーゼ交換開始日・腹部レントゲン・胃管チューブ・硬膜外麻酔(抜去・継続)・飲水・食事・内服開始の確認欄を加えた。又、硬膜外麻酔については、私立大学病院の婦人科病棟では3～5ml/h投与し、術後2日目に抜去する例が多いため、抜去・継続チェック欄を加えた。また、広汎手術後は、膀胱留置カテーテル挿入が他の手術と比較して長期(術後一週間前後が多い)に及び、術後の状態によって変動するためいつまで挿入するのか確認できる欄を記載した。また、残尿測定、自己導尿の欄を追加した。

術後7日目ガーゼ交換終了・シャワー許可日・蓄尿開始から終了の日付を記載した。

IV 考察

これまでの広汎子宮全摘術のクリティカルパス導入は、術後の状態が流動的で、クリティカルパスの適用は困難ではないかと考えられてきた。しかし、統一した安全な医療・看護ケアの提供、業務の円滑化を図るにはクリティカルパス導入が必要であると考えた。

『結果』より、流動的な術後の指示については医師が直接書き込むスペースを設けることで対応できると考える。

クリティカルパス導入の利点に以下の3点を挙げる。

1. クリティカルパスを利用することで患者の状態、観察ポイントを一目で把握しやすいため看護師間の経験知識の差を無くすることができる。
2. 術当日指示(資料2)によりの確な指示内容を把握することで指示の確認不備を防ぐことができる。
3. クリティカルパスにより術後の治療計画を共有することで医師との連携を密に図ることができる。日々術後状態が変化する広汎子宮全摘術患者に安全に医療・看護介入するためには、常に今後も治療計画・指示変更内容・患者の状態を把握することが必須である。

今回、スケジュールの調整不足、医師との連携不足により、医療者用クリティカルパスの作成と見直しにとどまる研究となった。計画的なクリティカルパスの実施につなげることができなかったことを反省点として受け止めている。今後、研究メンバーで今回のテー

マについて継続し、医療者用だけでなく患者用クリティカルパスの作成をすると共に実践に活かしていけたらと考えている。

V まとめ

婦人科広汎子宮全摘術のクリティカルパス作成より以下の事が明らかになった。

1. 流動的な婦人科広汎子宮全摘術も、クリティカルパスで対応できる。
2. クリティカルパス作成を通して統一した安全な医療・看護ケアの提供、業務の円滑化を図るにはクリティカルパス導入が必要であると再認識した。

引用・参考文献

- 1) 第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム 実行委員会編. クリティカルパス独自の工夫43例. 東京, 日総研グループ, 326p, 2000.
- 2) 済生会熊本病院パスプロジェクト編. 副島秀久監修. 医療記録が変わる! 決定版 クリティカルパス. 東京, 医学書院, 125p, 2005.

資料1 クリティカル・パス(医療者用)

指示受けNS

退院日 / ENT VD /
退院処方()再来()

号室 _____ 様
病名 _____ 手術式 _____ / _____ 広汎子宮全摘術 _____ 感染症 _____ アレルギー _____



★他院のフィルム 有・無

		入院当日 (/)	手術前々日 (/)	手術前日 (/)	手術当日 (/)	1 病日目 (/)	2 病日目 (/)	3 病日目 (/)	4 病日目 (/)	5 病日目 (/)	6 病日目 (/)	7 病日目 (/)	8 病日目 (/)
治療 処置				除毛() GE120ml(19時) ()	GE120ml(6時)() 帰室後 酸素マスク()迄 ST(抜去・継続) Epi・持続皮下注 (抜去・継続)	g.c 開始 バルン挿入(/)迄 ST(抜去・継続) Epi・持続皮下注 (抜去・継続)	ST(抜去・継続) Epi・持続皮下注 (抜去・継続)						g.c(/)終了 バルン抜去後蓄尿 (/)~(/)迄 残尿測定 全抜こう
	薬			術前点滴 ①()②()	午後手術の場合 点滴①()②() 帰室後点滴 ①()②() ③()④() Aライン(抜去・継続) 抗生剤(/)~(/) 側管(_____ ml/h)にて、(/)~(/)終了	点滴①()②() ③() ヘパロック () Aライン(抜去・継続)	点滴 ①()②() ③()						
	内服		プルゼニド2錠 (21時)()	プルゼニド2錠 マグコロール50g (21時)()									
検査		Epi挿入(/) IVP検査(/)			x-p(有・無) (/)	早朝採血 説明() 実施()							
観察		入院時VS チェック	13時検温	手術後VSチェック 出血・疼痛の有無、 一般状態の観察 詳細別紙参照	VSチェック								
活動		安静度フリー		手術後ベッド上安静	トイレ歩行可	病棟内歩行	院内歩行可						
栄養		献立どおり (/) 食より禁食開始		朝より禁飲食	飲水(禁・開始 _____ml迄) 食事(禁・開始)								
清潔		入浴可		洗面介助(夕)	洗面介助(朝) B.B	B.B	B.B W.H	シャワー(/)より可					
指導 教育 説明		手術同意書 麻酔科医より説明 輸血同意書 () () 主治医より説明(/)			(/)より内服開始	(/)より内服自己管理開始 内服アセスメント()						自己導尿 指導	
特記 事項		術前検査 データ確認 ()	輸血申し込み (/)	輸血バンド装着() マーキング実施() 物品確認()	マーキング当日確認 ()								

資料2

	グループ	Dr.	患者名
手術当日の指示			
O ₂	() l	() %	() 時間
	s p o ₂ () %以下で () () %へU p		
	O ₂ 流量U p 後 s p o ₂ () %以下D r コール		
点滴	メイン () ml/時間		
	側管① () ml/時間		
	側管② () ml/時間		
	側管③ () ml/時間		
V S	B P	収縮期 () mm H g 以下、 () mm H g 以上	
		拡張期 () mm H g 以下、 () mm H g 以上	
		H R () 回/分以上 () 回/分以下	
			D r コール
尿量	() ml/時間以下		
	メイン点滴速度 () ml/時間へU p () 時間負荷		
	尿量改善されなければ、D r コール		
出血	ドレーン排液総量 () ml以上D r コール		
発熱時 (38.5℃以上)	①クーリング ②ボルタレン坐薬®50mg		
疼痛時	①ボルタレン坐薬®50mg ②ロピオン® 1 A + 生理食塩水100ml		
	③ソセゴン®30mg+アタラックスP®50 mg+生理食塩水100ml		