

実践サポートシリーズ⑯

B5判 168頁 定価 本体2,400円(税別)



日本消化器内視鏡技師会
プランニングによる
看護実践者のための
知識と事例

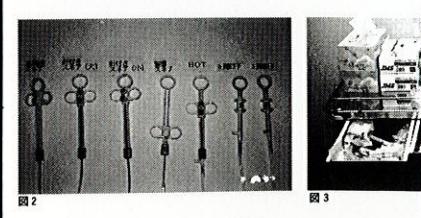
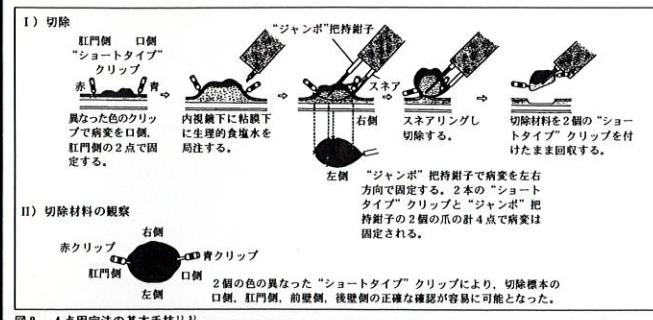
消化器内視鏡 ケア

診断から
治療へ。
内視鏡に関わる
看護の専門性を
一冊に集約。

●日本消化器内視鏡技師会 編

日本消化器内視鏡技師とは、日本消化器内視鏡学会認定による専門資格。1997年現在会員数約6,000人。その8割が看護職。

話題の内視鏡に関する洗浄・消毒、
機器トラブル、実践事例まで、
最新実践情報を網羅！



<主な内容>

序章/内視鏡ケア総論

内視鏡医療の進歩と展望 日本消化器内視鏡学会 平塚秀雄
内視鏡看護婦に期待されるもの

第一章/内視鏡介助の実際 -内視鏡介助に求められるもの-
被験者の安全と介助テクニック

スタッフの安全と感染症対策

患者心理と安全を考慮した内視鏡介助

大腸内視鏡検査を受ける外来患者へのオリエンテーション

第二章/洗浄・消毒の実際-内視鏡の洗浄・消毒への課題と責任

内視鏡消毒の現状と留意点

消化器内視鏡機器の洗浄と消毒

洗浄・消毒薬剤の種類と特性

各洗浄・消毒剤の特徴と使用上の留意点

第三章/機器トラブルへの対応 -内視鏡機器の進化と対応-

起きたがちなトラブルの防止と故障時の対応

故障時の留意点

第四章/内視鏡ケア実践事例 -内視鏡ケアにおける専門性とは

食道静脈瘤からの吐血

出血性胃潰瘍患者の看護

上部消化管出血(タール便)を症状とする患者への看護

緊急内視鏡検査時の看護

上部ポリベクトミーの術式と看護

EMRの術前・術中・術後の看護

下部ポリベクトミーの看護

腹腔鏡下胆囊摘出術(中管管理)

腹腔鏡下胆囊摘出術(周術期管理)

終章/日本消化器内視鏡技師会の活動と役割

日本消化器内視鏡技師会会長 田村君英

巻末付録:「内視鏡の洗浄・消毒に関するガイドライン」

※本書は「総合消化器 CARE '96~'97」に掲載された原稿に

加筆・修正を加え再編集したものです。

最新刊

ナースのための総合消化器疾患患者ケア専門情報誌

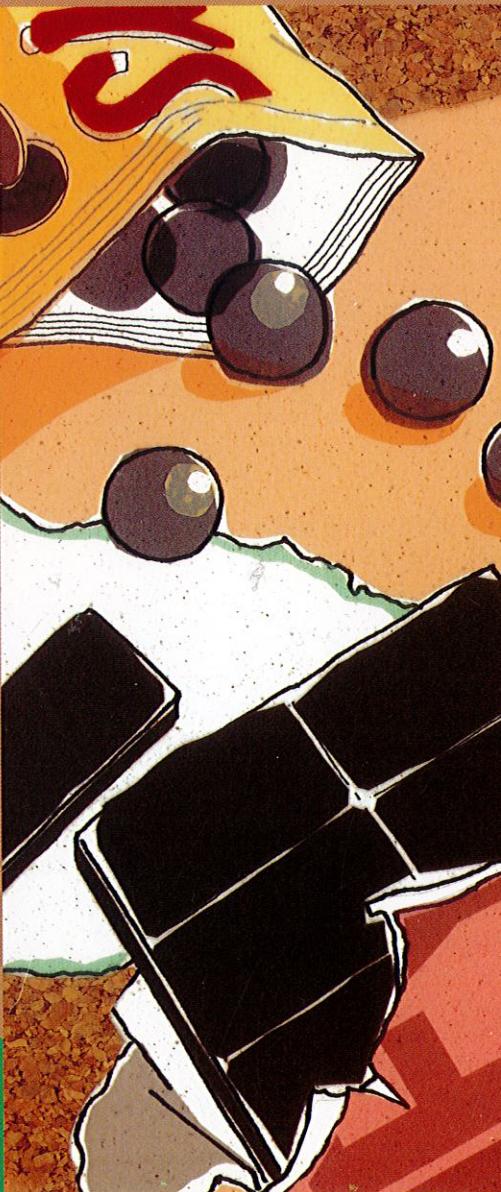
企画/日総研グループ
発行/日総研出版◎
総合消化器CARE第3巻第1号
平成10年4月6日発行
(年6回発行)

98 総合 消化器 CARE

JOURNAL OF DIGESTIVE ORGAN CARE

特集

・ 検査・治療処置をスムーズに受けられるための
インフォームド・コンセント ～上部消化管編～
～看護はこんなによくなる～



連

載

- ・ チャレンジ! WOCワーキングストレッチ
- ・ 最新内視鏡実践情報
- ・ 消化器科のクリティカルパス
- ・ 消化器科ナースに対するドクターの期待とナースの専門性

Vol. 3 No. 1 日総研

「内視鏡の洗浄・消毒に関する
ガイドライン」も収録

お問い合わせ、
お申し込み 日総研 0120-057671

表5

nsoken

クリティカルパス

第1回
クリティカルパス概説

関東通信病院 看護部
岩下由加里

はじめに

クリティカルパスは、クリニカルパス、パス法、ケアガイドなど、さまざまなネーミングのうちの一つである。本論では、米国産業界で開発された「プロセスにおいて最も時間を要するイベントの序列」という本来の意味を持つクリティカルパスというネーミングを使用する。

クリティカルパスは、近年、医療界に浸透しており、その是非や活用法が論じられている。作成にあたっては、関連のある医療者が協力することが重要であるといわれている。しかし、実際は看護婦が率先して作成している状況が多く、医師と看護婦、そしてコ・メディカル全体で作成、活用しているところは少ない。今回、医療者全員で取り組んでいる当院の現状とともに、クリティカルパスの概説を述べる。

1997年4月から、関東通信病院ではクリティカルパス導入に取り組んでいる。筆者はその委員として活動している。その活動の中でク

リティカルパスは筆者の臨床時代の強烈な手に負えない問題を解決してくれるツールではないかと思われ、強い期待を抱いている。

その問題とは以下の内容である。看護婦はある程度の経験を積むと患者の入院経過が予想できるようになる。特に治療的に何かトラブルが発生しそうな時に、その予想は現実のこととなっていることが多いのではないだろうか。しかし、主治医の予想は明るいことが多く、看護婦の意見は患者に生かされることが少なく過ぎていき、患者の状態は悪化していくこともある。これは、経験を積んでいる看護婦であれば、かなりの割合で経験している現象ではないだろうか。それが辛く、耐え難いために臨床を離れていく優秀な看護婦が多いと感じている。

これは医師だけの問題ではない。科学的且つ論理的に患者の経過予想を伝え、医師を納得させるだけのデータや根拠を伝えられない看護婦側に問題があるのだ。後に詳しく述べるが、クリティカルパスはバリアンスという標準の経過をたどらない場合の要因や誘因を探り、データとして集積していくことができる。このデータを生かせば医師も動いてくれる。医師は科学的で論理的な内容には必ず耳を貸し、ディスカッションできるものだと信じている。

クリティカルパスには多種のメリットがあるが、筆者が医療の現場に現れた救世主だと感じているのは、この点である。以下、個人的に惚れ込んでいる点以外も含め、クリティカルパスについて述べる。

なぜ今クリティカルパスなのか

日本の医療費の高騰から、経済性を考えた病院の在り方が呼ばれている。在院日数の短縮を目指している病院が増加してきた。クリティカルパスは、この在院日数の短縮に役立つツールとして筆者の属する関東通信病院でも使用されている。しかも、当院は新病院を建設中のため病床数を減少しており、在院日数を短くして、ベッドの回転率を高くしなければならない。さらに患者に必要な医療が効率的に施されなければならない。そして効率だけでなく一定水準の質も確保される必要がある。この条件を満たすツールとしてクリティカルパスが採用された。

病院業界では取り扱う商品=患者という考え方方に強い抵抗があり、個別性が重要であると考えられてきた。しかし、同じ疾患の治療や看護、患者の経過の中には一般性が存在するとも考えられる。その一般性を経時的、カテゴリー別に並べ、一覧表にしたもののがクリティカルパスである。

しかし、その一般性は病院ごとに異なり、同じ病院内でも医師や病棟ごとに異なることが多い。ましてその内容は、医療者間で検討されることはまれであった。クリティカルパスの登場により、疾患別、手術別に、いつ、何を、誰が行うか、そしてその根拠も踏まえ、検討が可能となる。

また、患者中心のチーム医療が呼ばれる近年では、一人の患者に多種の医療者がかかわっている。それぞれの医療者は、その日の役割

を主体的に務めることが必要となってくる。そのためにもクリティカルパスの中に、どの医療者が、いつ、何を行うといった診療計画を網羅することは、今後ますます重要性を帯びてくる。

このようにクリティカルパスは、経済的に苦しい日本の医療界の中、効率と質を共に満たすために活躍していくと考えられる。

クリティカルパス 作成から実施まで

1) 作成戦略

作成には取り扱う疾患・手術に関連ある医療者すべてが参加する必要がある。看護婦だけで作成するのは簡単ではあるが、本当の意味のクリティカルパスにはなりにくい。最も協力を求めにくいといわれているのが医師である。医師は管理されることを好まない。クリティカルパスは一種の管理のツールである。そのためか、医師との協同は困難であるといわれている。しかし、クリティカルパス作成は、院長をはじめ、病院全体で進めることに意味がある。当院では院長の方針の元に医師、看護婦、コ・メディカルで協同してクリティカルパスを作成し使用している。

2) 作成の実際

作成方法はいたって簡単である。過去の患者のデータを調査し、その疾患の在院日数や診療行為の最もベストな時期を出して、縦軸に項目、横軸に時間経過を入れる。特に合併症も出現せず経過した例をモデルにすると作成しやすい。

項目の看護の部分は、看護理論家の理論を活用して分けるとより整理しやすい。なぜなら、看護理論は看護の要素をカテゴリー別に分類しているので活用しやすいためと考える。時間軸は選択した疾患にもよるが、1日ごとから数日単位のものもある。資料1はV.ヘンダーソンの理論を中心に、不足項目を追加し作成したクリティカルパスのフォーマットである。

3) 医療者共有記録への発展

次の段階は、記録への展開である。記録はそれぞれの医療者で書いているが、クリティカルパスを医療者が共有するという意味で記録へと展開させる。

クリティカルパスは一覧表のままでは、計画表にしかすぎない。しかし、医療は計画の元で実施されている。とすると、実施したという事実、その結果を記録すれば診療記録と

して成り立つといえる。クリティカルパスの出現以前の診療記録は、計画と実施が連結しづらいものであった。看護計画はもちろん記録されているが、現実には実施した後で記録することもある。医師の治療計画ともなると、手術日くらいは計画されていても、そのほかの詳細な内容は医師の頭の中には計画されていても、前日や当日の直前指示があり、効率が悪い。そしてそれは、患者に行っている看護の全体がみえづらいことから生じることもある。クリティカルパスはこれらの計画を文字に表したのである。関係医療者は読むだけで、いつ誰が何をやればよいのかが一目で理解できる。

資料2は、このようにクリティカルパスを活用して診療の計画、実施の有無、そしてその結果を記録できる用紙として発展させたものである。

資料1 クリティカルパス

資料 2

フォーカス	CPワーキングシートII

ワークシートIはクリティカルパスを1日1ページにしたものであり、ワークシートIIはワークシートIだけでは不足してしまう実施の結果内容や異常時の詳細な記録をするためのものである。そして、ワークシートIとIIは見開きでカルテに綴じることとした。

ワークシートIとIIはその疾患によって異なるが患者に医療を施す者すべてが共有して記録をする。よって細かいルールを作ることが必要である。たとえばワークシートIの実施のチェック欄のマークを職種ごとに変えることなどが必要である。

この共有記録により、まずは、実施忘れが防止できる。この記録用紙は医師も看護婦とともに読んで記録しているので、実施忘れや記載漏れがあった場合にお互いに注意し合える。計画されていることを実施することは最低レベルの質の保証につながる。

しかし、計画内容を実施しただけでは実施の細かい内容の質までは保証できないのが実状である。そこで効率を追いかけるあまり質の低下を招くというクリティカルパス最大の問題点の解決策を挙げておく。質には顧客である患者側からみた質とプロである医療者側からみた質、そして第三者からみた質を考えられる。患者側からみた質に対しては患者が入院生活に満足することが重要である。

よって、毎日の患者満足度を確認することをクリティカルパスの計画に組み込んだ。これは看護婦の実施項目として毎日、日勤の終わりに本日のクリティカルパス計画の漏れはないか、不満な点や心配な点はないかを確認

する。これにより少なくとも患者側からの質をある程度に保証することが可能である。現実に、医師の術前の説明は実施されたが患者は理解しづらく、満足度の確認が試されるまではいいだせずにいたという。このような細やかな看護によってクリティカルパスの効率性と質の向上は実現するのではないかだろうか。

しかし、医療者同士からみた質と第三者からみた質に関しては、現時点では解決していない。第三者評価は日本で産声を上げたばかりである。これを活用していく方法もある。医療者同士の質の評価は、今後クリティカルパスが多くの病院で導入されると、それを持ち寄り比較検討することで、A病院はこの計画で進むのにB病院はなぜ5日も長く入院するのか、といった検討が可能となる。その結果、長い入院期間の原因を探り、手術の方法や術後看護の方法についてディスカッションができるようになる。ということは、数多くの病院がクリティカルパスを作成し、使用し、持ち寄って検討する場が必要となっていくのではないだろうか。

4) 外来・手術室への展開

クリティカルパスはアメリカの訪問看護婦であったザンダー氏により医療界に導入され、ケアマップ[®]として商品化された。訪問看護婦であったことから、在宅看護にも役立てていたと考えられる。その点から考えるとクリティカルパスとは、入院している病棟だけのものではなく、病院に足を踏み入れる外来や外科系の病気であれば、手術室やICU、訪問看護を続けるのであれば訪問看護用にもクリ

ティカルパスが必要となってくる。患者の存在するところすべてにクリティカルパスがある。この考えのもとに外来や手術室のクリティカルパスを作成した。詳細な内容は次号以降の各論を参照いただきたい。

5) データ蓄積の重要性

冒頭にも述べたが、クリティカルパスの最も優れている点は、疾患・手術ごとに細かな診療内容の分析が可能であることだ。

まず、作成の段階では関係医療者が同じ團隊で一つの疾患の経過についてディスカッションを行う。その際に医師によって異なつていた治療計画の内容を吟味し、ある程度は科学的な根拠に基づき計画の時期や内容を決定する。これにより作成の段階で、まず科学的根拠に基づいた治療・看護が可能となる。

次にクリティカルパスを使用してデータを蓄積すれば、ディスカッションで決定した時期や内容より、よりベストなクリティカルパスの作成が可能となる。治療結果に差がなけれ

ば、ドレーンやチューブ類は早期に抜去したほうが患者は安楽である。さらに在院日数の短縮にもつながると思われる。具体的な内容は各論を参照いただきたい。

さらに患者の満足度を毎日確認してデータとして蓄積することにより、質の低下を防ぎ、質の向上につなげることが可能である。

このような詳細な分析が在院日数にも影響

資料3 バリアンス（逸脱・変動・要因）コード

1000	患者				
1100	患者の身体状況	1200	患者の意志	1300	患者の時間
1101	高血圧	1201	処置の拒否	1301	処置のため時間不足
1102	狭窄症	1202	検査の拒否	1302	検査のため時間不足
1103	心不全	1203	看護の拒否		
1104	不整脈				
1105	脳梗塞				
1106	脳出血				
1107	喘息				
1108	糖尿病				
1109	肺炎				
1110	無気肺				
1111	肺水腫				
1112	呼吸不全				
1113	気道閉塞				
1114	発熱				
1115	下血				
1116	出血				
1117	皮下膿瘍				
1118	創離開				
1119	腹腔内腫瘍				
1120	通過障害				
1121	縫合不全				
1122	吻合部狭窄				
1123	イレウス				
1124	腹水				
1125	腎不全				
1126	肝不全				
1127	ショック				
2000	医療スタッフ				
2100	医師	2200	看護婦	2300	栄養士
2101	指示不足	2201	時間不足	2301	時間不足
2102	指示追加	2202	技術不足	2302	技術不足
2103	時間不足	2203	早めに対応する		
2104	技術不足				
3000	病院システム				
3100	体制	3200	設備	3300	機材、器具
3101	検査の曜日が異なる	3201	故障	3301	故障
3102	検査の予約がとれない	3202	不足	3302	不足
3103	手術の予約がとれない				
3104	ベッドがあいていない				
3105	料金計算が間に合わない				
4000	社会				
4100	家族	4200	施設	4300	在宅
4101	処置の拒否	4201	空きがない	4301	家族以外の援助者がみつからない
4102	検査の拒否	4202	みづからない	4302	設備や器具がみづからない
4103	看護の拒否				
4104	時間不足				
4105	時間調節がつかない				

を及ぼし、今まで話し合われることの少なかつた疾患ごとの診療管理について、よりベストな管理法を検討できると思われる。

この分析のためには、バリアンスという考え方方が重要になってくる。バリアンスには逸脱と変動の2種類がある。逸脱はクリティカルパスから確実に外れ、予定退院日に退院できないことである。変動は退院の延長には直接関係ないが、日々の予定計画が実行できることを指す。変動にはプラスの変動とマイナスの変動がある。プラスの変動は計画の予定日より早く実行されたことを指す。マイナスは予定日より遅く実行されたことを指す。そして、これらのバリアンスの要因も同時に蓄積しておく。早まったり、遅くなったり、または全く実行しないこともある。それらの要因を記録しておくことにより、計画の内容を検討して、よりベストな時期を決定することが可能となる。

これらのデータの分析により、医療者が抱えていた問題が明確になる。さらに、その問題を共有し、ディスカッションできる。バリアンスを使った分析の結果は、なぜ、今、この治療・看護が必要なのか、といった臨床で

引用・参考文献

- 1) クリティカルパス研究会：基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド、P.125、日研出版、1998。
- 2) 山内豊明：クリティカルパスを導入したアメリカの事情、Quality Nursing、2(11)、P.4~14、1996。
- 3) 岩井郁子：クリティカルパスの臨床への適応—日本の看護職が踏まえておくべきこと、インターナショナルナーシングレビュー、19(5)、P.10~16、1996。
- 4) カレン・ザンダー：クリティカルパスで患者ケアを強化する、インターナショナルナーシングレビュー、19(5)、P.17~25、1996。
- 5) 郡司篤見：バス法とその医療管理における意義、バス法に関するシンポジウム—その原理と経験交流—、医療の質に関する研究会（質研）、P.3~15、1997。
- 6) 緒方泰子：クリティカルバスーその導入と効果について、JAMIC JOURNAL、2、P.58~61、1998。

の疑問を解決する一つの拠り所になると思われる。

しかしこの分析を行うには、業務量が多くなるため、パソコンの力を借りねばならない。この点が医療関係者の弱い点である。これはシステム的な専門家と協力して解決していくかねばならない問題である。

資料3はバリアンスとその要因を一覧にしたものである。現実にはもっと多くのバリアンスや要因が発生すると考えられる。今後も追加していく必要が高い。

おわりに

今回は、クリティカルパスの総論として、医療者全員でかかわることが重要であること、効率だけを追求するのではなく質の向上にも目を向けること、そしてデータを蓄積して分析することが重要であることをポイントとして述べた。

次回は、現実に作成されたクリティカルパスを使用している臨床現場の看護婦に臨床でのクリティカルパスの現状を伝えてもらう予定である。

消化器疾患患者の記録 の実際

～記録の実例から看護を読み取る～

連載 第1回 虫垂切除を受けた患者の記録

埼玉医科大学附属病院 第二外科病棟 主任 松本啓子
看護婦 市川洋子
婦長 斎藤啓子

はじめに

手術を受ける患者は、心身共に最良の状態を維持し、順調な術後回復過程をたどることが望ましい。しかし、虫垂切除はその大半が緊急手術を余儀なくされることが多く、患者・家族の精神的な動搖も少なくない。その中で、手術の準備を優先し、進めていかなければならぬため、情報収集は必要最低限にとどめ、術後に情報を補足しながら、患者把握に努め、看護に結びつけていくことが重要となってくる。

また、老年期には訴える症状が軽く、発熱や白血球增多も認めないので病態が進行していることが多い。生理的予備能力も低く、ほかの年齢に比し予後が悪いと言われている。さらに既往歴があることにより、術後、多臓器へ悪影響を及ぼし、合併症を引き起こす恐れもある。

今回、私たちが経験した症例は、症状が軽いにもかかわらず、限局性腹膜炎を併発していたため緊急手術が施行された。この症例を通して、看護展開の記録を紹介する。

看護記録の実際

資料1（成人患者プロフィール）は入院時、外来看護婦・医師からの情報、外来診療記録を参考にして、患者や家族から聴取して記入する。

問診する際、患者の一般状態の観察を行い、医師からの病状の説明に対する理解度の確認を行い、不十分な点は再度説明を依頼する。

また、看護婦も説明内容を確認し、医師、看護婦間で統一を図る。虫垂炎の場合、腹痛出現の時期・部位・程度、嘔気・嘔吐の有無、下痢、発熱の状態などを聴取し、最終経口の確認と共に脱水の有無を観察する。手術に際し最終経口摂取時間のほかに排泄の時間も聴取する。さらに、既往歴・アレルギーの有無と治療経過を確認することが重要となる。

資料2（入院時の看護予診表）は、入院時患者に記入してもらう。

自宅での生活環境について情報を提供することで、入院治療に対し積極的に参加できるよう意識づけをすることができ、また私たちには入院前の患者の背景を知り、資料1と共に