

# 脳血管内治療クリニカルパス導入報告

Treatment clinical pathway introduction report in brain blood Vessel

東5階病棟 井口靖子 田畑理沙 宮澤伶佳  
長尾章弘 大曾契子 長島久

## 要約

本学ではH22年4月脳血管内治療センターが新たに開設された。脳血管内治療の円滑な導入のため、多職種・関連部署との情報交換を行いつつクリニカルパスを作成し、脳血管内治療の円滑な導入ができたので、その経過を報告する。

キーワード：脳血管内治療、クリニカルパス導入、関連部署連携

## I. はじめに

本学ではH22年4月、脳血管内治療センターが新たに開設された。脳血管内治療の円滑な導入のためには、入院から退院までの医療サービスを明らかにし、統一した看護サービスを提供する必要があると考え、クリニカルパスの作製を検討し導入した。

今回、多職種・関連部署との情報交換を行いつつクリニカルパスを作成し、脳血管内治療の円滑な導入ができたので、その経過を報告する。

## II. 導入経過

### 1. クリニカルパスの作成

クリニカルパス作成に際し以下の3点を特に考慮した。

#### 1) インフォームド・コンセントの充実

入院から治療、退院といったタイムコースに沿った説明が可能であり、術前処置、リスクの説明、術後の安静などに関して、個々に説明ができ、患者が入院治療の経過を自ら把握する事ができる。

#### 2) チーム医療の推進

標準化する過程で、個々の処置や治療、ケアなどに対する理解が向上する。他職種のスタッフに関わるため、確認作業の削減と省力化を図る事が可能になる。

### 3) 治療の標準化と均質な医療の提供

術前処置から術後の安静、退院までを標準化することによって、看護師の個別性によるリスクを回避でき、均質な管理を可能とし、統一した質の高い看護が提供できる。

## 2. 導入経過の実際(表1参照)

表1. 導入経過

4月	病棟スタッフによる脳血管治療勉強会開催
5月	医師による脳血管内治療講義(関連病棟)脳血管内治療に関する知識の習得
6月	血管内治療室見学。実習血管撮影室と病棟の連携確認。クリニカルパス導入(紙運用)
8月	血管内治療室見学。実習血管撮影室のスタッフと共同で、安静度標準化と穿刺部に負担をかけない安楽な体位の検討
10月	血腫形成時の対処について講義。安静度標準化

4月：事前学習として、病棟スタッフによる脳血管内治療に関する勉強会を開催した。

5月：脳神経の外科病棟と内科病棟・血管撮影室が合同で、専門医師による脳血管内治療に関する講習を行なった。より専門的かつ具体的な知識の習得につながった。

6月：血管撮影室の看護師・放射線技師とともに、脳血管内治療室の見学と実習を行なった。

実際に治療室に入り、病棟スタッフが患者体験を行った。脳血管内治療の流れを理解し、血管撮影室と病棟の連携の確認をした。血管撮影室内に初めて入るスタッフもいた。実際に検査台に横になって患者体験も行った。

以上の勉強会や実技を踏まえて、5日間に渡るクリニカルパスを導入した。

8月：実際に治療が行われるようになると、術後の安静に関してスタッフ一人ひとりで少しずつ理解に差があることが明らかとなった。そのため、人型模型を使い医師・血管撮影室スタッフと共同で安静度の標準化と穿刺部に負担をかけない安楽な体位を検討(図1.参照)し、その内容をクリニカルパスに取り入れた。



図1. 人型模型を使用した実技

10月：血腫形成時の対処について専門医師より講義をうけた。安静度の標準化について検討した。

11月：血管撮影室主催の業者による大腿動脈穿刺部止血やアンジオシールに関する研修を受講した。血管内治療後の安静拡大していくうえで、「自力体交」「他力体交」など他職種間で、言葉の受け取り方に差が見られた。クリニカルパスを作成する上で、言葉の定義の統一が重要と考

えられ、検討会をふまえて安静度表を作成した(表2参照)。

表2. 脳血管内治療安静度表(一部抜粋)

安静時間	術後1時間	術後1時間~6時間	術後6時間~9時間	術後	翌朝~昼まで	Dr許可 後翌日 昼頃
	絶対安静	他力体交可	自力体交可	床上ギヤッジ可	床上フリー	フリー
食事	介助	臥床摂取介助 おにぎり食	臥床摂取介助 おにぎり食	ギヤッジ UP60°で撮 取可能	坐位または端 坐位で自力撮 取可能	自立
排泄	尿カテ留置 排便:看護師介 助で腰横向け ながら便器挿 入	尿カテ留置 排便:看護師介 助で腰横向け ながら便器挿 入	尿カテ留置 排便時:便器使用	尿カテ留置 排便時:便器 使用	尿カテ留置 排便時:便器使 用	自立
体位	仰臥位	看護師介助で 背中に枕挿入 可能	軽く横向き可能 膝を抱え込むよ うな側臥位の保 持は禁止 膝を曲げ体幹を ひねる動作は可 能	側臥位可能 座位は不可 能	フリー 座位可能	自立
活動	臥床安静。 ギヤッジ UP10°可 患側足首のみ 動かしOK 必要時患肢下 肢抑制		圧迫バンド外す 患側膝の屈曲可 能(60°で枕挿入 可能) 腹圧をかけない ように要注意	ギヤッジ UP60° 背もたれ必 須	ベッド上フリ ー	離床テ スト後 自立

### Ⅲ. まとめ

本学ではこれまで脳血管内治療がほとんど行われていなかったため、脳血管内治療の開始にあたり、スタッフの間では様々な戸惑いがあった。しかし、関連する各部署と連携し勉強会を開催して手順の標準化を図る事で円滑な導入ができた。クリニカルパス作成にあたっては、院内多職種と連携し、共通の認識の基で同じ情報を共有できるようにした。脳外科病棟単独で作成するのではなく、関連スタッフと協働する事で申し送りの短縮やトラブルの軽減に繋がったと考える。

また、医師からの講義だけでなく、実技を取り入れた勉強会を開催し、床上安静中の安楽な体位の工夫など実践的な学習をすることで看護技術が習得できたと考える。

今後症例を重ねて、患者さんの安楽援助のケアを取り入れたパスを作成、修正し充実したものにしておく予定である。