

第 11 回 愛知クリニカルパス研究会

地域連携パスおよび一般演題

特別講演

「患者状態適応型パスを用いた

西多摩地区医療連携モデル（青梅プロジェクト）」

青梅市立総合病院 神経内科部長 高橋 眞冬 先生

期日：平成 18 年 6 月 10 日（土）

場所：名古屋第二赤十字病院 3 病棟 1 階 研修ホール

愛知クリニカルパス研究会

第 11 回 愛知クリニカルパス研究会プログラム

期日：2006年6月10日(土) 13:00～17:05

会場：名古屋第二赤十字病院 3病棟 1階 研修ホール

当番世話人：名古屋第二赤十字病院 安藤 恒三郎・伊藤 安恵

- () 会場受付(一般参加) 12:30～一般受付にて
(演題発表) 12:00～演者受付にて
- () 研究発表会 13:05～17:05(発表時間7分、質疑3分)
- () 世話人会 12:00～12:45(3病棟地下1階 第三会議室)
- () 発表時間は7分、質疑応答は3分でお願いします

<開会の辞> 13:00～13:05

セッション - 1 13:05～13:45

座長	名古屋第一赤十字病院	宮田 完志
	愛知県がんセンター中央病院	中村 直子

- 1：外来クリニカルパス(パクリタキセル+カルボプラチン)の作成にあたって
- 患者をチームで支える化学療法室の取り組み -
公立陶生病院中央処置室 鈴木 真奈美
- 2：CPA外来クリニカルパスの運用
社会保険中京病院 救急科 織田 順
- 3：当科における胸腔鏡下交感神経焼灼離断術クリニカルパスの運用状況
名古屋第一赤十字病院 呼吸器外科 小林 零
- 4：大腸内視鏡検査のクリニカルパスを作成・使用して
愛知県がんセンター中央病院看護部 外来内視鏡室 宇佐美 秀子

セッション - 2 13:45～14:35

座長	小牧市民病院	望月 盈宏
	名古屋第二赤十字病院	井嶋 廣子

- 5：AIDS発症者を対象とした抗HIV療法導入入院クリニカルパス導入の試み
国立病院機構 名古屋医療センター 感染症科 横幕 能行
- 6：広範囲熱傷クリニカルパスの評価と課題
社会保険中京病院 救命救急センター 横山 文枝
- 7：糖尿病クリニカルパスにおけるバリエーションの分析
- バリエーションコードを利用して -
豊川市民病院 看護部 栢谷 左紀子

8：TKA クリニカルパスの使用状況とバリエーション

国立病院機構 名古屋医療センター 東 9 階病棟 粥川 由佳

9：電子カルテパス導入後 2 年間の経緯

トヨタ記念病院 クリニカルパス分科会 岡本 泰岳

<休憩> 14:35 ~ 14:50

セッション - 3 14:50 ~ 15:40

座長 名古屋第二赤十字病院 岸 真司
社会保険中京病院 山田 絹代

10：口腔癌終末期における在宅医療地域連携パスについて（現状と提案）

石川県立中央病院歯科口腔外科 高木 純一郎

11：地域連携 HPN（在宅中心静脈栄養）パス

名古屋大学病院医学部附属病院 地域医療センター 松井 渉

12：八事整形医療連携会による地域医療連携パスの試み

薬剤師の関わり

名古屋第二赤十字病院 薬剤部 田宮 真一

13：急性期病院からリハビリ病院へ的大腿骨頸部骨折地域連携パスについて

- 病病連携パスを急性期病院として導入して -

名古屋第一赤十字病院整形外科 5 病棟 6 階 渡邊 美佐子

14：大腿骨頸部骨折地域連携パスを作成して

社会保険中京病院 整形外科 安間 英毅

<休憩> 15:40 ~ 15:50

特別講演 15:50 ~ 17:00

「患者状態適応型パスを用いた

西多摩地区医療連携モデル（青梅プロジェクト）」

講師 青梅市立総合病院 神経内科部長 高橋 眞冬 先生

座長 名古屋第二赤十字病院 副院長 安藤 恒三郎

<閉会の辞> 17:00 ~ 17:05

外来クリニカルパス（パクリタキセル+カルボプラチン）の作成にあたって

～患者をチームで支える化学療法室の取り組み～

公立陶生病院中央処置室

鈴木 真奈美

小林 千文

佐々木 泰子

杉浦 紀子

濱本 実也

当院の外来化学療法では、Weekly パクリタキセル+カルボプラチンを行っている患者が多いが、医師により指示がまちまちで抗がん薬投与のリスクが大きい。また、患者の副作用症状などは病棟・外来それぞれの視点で観察が行われており、情報の共有ができていない状況であった。そこで今回、抗がん剤投与のリスクを軽減し、入院中から退院後、在宅までを継続して支援していくことを目的にクリニカルパスを作成した。

（目的）

抗がん剤投与のリスクを軽減すると共に、病棟・外来間での観察項目とスケールの統一化を図ることを目的に、クリニカルパスを作成した。また、治療の全体像を把握し、予測的に継続して観察していくことで、副作用の早期発見・早期対処ができると考えられた。

（作成方法）

1. 各科のパクリタキセル+カルボプラチンの投与方法（指示内容）の洗い出し
2. 抗癌剤プロトコール委員会にてクリニカルパス（主に指示内容）を検討
3. 副作用の観察項目・スケールについて医師、外来及び病棟看護師、薬剤師間で検討

（結果と考察）

医師の方針によって、5種類以上の投与方法があったが、クリニカルパス作成にあたり、各科の指示内容を検討した。これは標準化という点でも意味があったと考えられる。また、院内の抗癌剤プロトコール

委員会を通すことで、医療安全の視点でも評価することができたと考えられる。

さらに、副作用の観察項目とスケールを病棟と統一したことにより、同じ視点で観察することができ、また、外来と病棟間でクリニカルパスを共有することは、ケアを継続させる為にも有効であると考えられる。

今回のクリニカルパス作成にあたっては、医師、外来及び病棟看護師、薬剤師間での検討や、委員会での検討など、多角的に評価を行った。このように患者をチームで支えていくことが、安全で確実な抗癌剤投与を行うために重要であると、改めて感じた。

（おわりに）

現段階では、クリニカルパスの作成のみにとどまっているため追って評価する予定である。今後はクリニカルパスと患者指導用のパンフレットを組み合わせ、より効果的な支援を行っていきたい。

a) CPA 外来クリニカルパスの運用

b) 社会保険中京病院 救急科¹⁾、救命救急センター²⁾

織田順¹⁾、井上卓也¹⁾、青木良記¹⁾、大出靖将¹⁾、上尾光弘¹⁾、山下勝之¹⁾、上山昌史¹⁾
横山文枝²⁾、松尾留美²⁾、福園洋子²⁾、長谷川鉄美²⁾、加藤由美²⁾

c) 研究要旨 心肺停止症例に対し外来初療(蘇生)時クリニカルパスを作成、導入した。Entry criteria は救急隊現着から初療室までに心肺停止があった症例で、明らかな外傷によるものは除外した。病着時以降だけでなく病院前からの波形診断と指導の実施と記録、波形診断 処置 評価 波形診断...の記録に対応した、病院前-処置中-その後の転帰まで一貫して標準化し、メディカルコントロールや関連統計にも通用する、などの点で特徴的なパスとなった。

d) 目的

ACLS(ICLS、BLS)が全ての医療関係者の常識となり、特に内因性的心肺停止の処置は標準化した。さらに病院前の段階から救命士と情報交換を行い、適切な指示を行うメディカルコントロール(MC)体制が整ってきた。全員がなるだけ蘇生に集中しつつ記録の標準化と視認性の向上、集計の省力化が図れることを期待して CPA クリニカルパス(CP)を導入した。

e) 方法

2005年12月よりクリニカルパスを導入した。Entry criteria は救急隊現着から初療室までに心肺停止があった症例とし、明らかな外傷によるものは除外した。オールインワン形式とし、パス使用は事前管制からとした。P1)発症から病院着までの時間経過、救急外来での受け入れ準備、物品確認を含め(アウトカム: 確実な MC と準備)でチェックリスト表記し、P3-4)時刻のみ記入式、波形評価、除細動や薬剤投与などの処置、その効果は選択式として看護師の記載するページとし、P2)患者背

景などの情報と、追記事項としての検査所見を後から記載できるようにし、P5)処置と波形変化、時刻関係、心停止の原因評価、主な検査結果が一目でわかるように配置し、集計に耐えられるレイアウトとした。

f) 結果

5ヶ月間で entry criteria を満たす 100 症例中 91 症例に適用した。来院後のアウトカム設定は患者転帰とせず ACLS 手技に準じたチーム蘇生が進行することとしたためパス継続不可となるグレードのバリエーション発生を認めなかった。パス導入前と比較して、転帰に差はなかったが記録の欠落は無く、明らかに記録内容の標準化が向上した。

g) 考察・まとめ

経験年数の浅いスタッフにとってはパス形式、記載後パスの双方とも教育に有用であった。CPA 外来 CP 導入は運用形態の一手段として有効であった。心肺蘇生を妨げず、その実施過程を正確に記録でき、教育、集計にも有用であった。

当科における胸腔鏡下交感神経焼灼離断術クリニカルパスの運用状況

名古屋第一赤十字病院 呼吸器外科

小林 零 藤田 興一 厚田 幸子

研究要旨

当科では、平成 14 年より胸腔鏡下交感神経焼灼離断術に対し、クリニカルパスを導入し診療を行ってきた。今回、このクリニカルパスの概要・使用状況・改善点についてまとめ、考察した。

A) 研究目的

手掌多汗症は、精神的緊張などにより手掌に過剰発汗をもたらし、日常生活に支障をきたすことがある疾患である。当科では、本疾患に対し胸腔鏡下に交感神経を焼灼離断する手術を行っている。われわれは、本手術のクリニカルパスを平成 14 年より使用してきた。今回、このクリニカルパスの概要・使用状況をまとめ、さらにどのような改善点が考えられるかなども検討した。

B) 研究方法

平成 14 年 1 月から平成 17 年 12 月の期間に当科で行われた胸腔鏡下交感神経焼灼離断術について、再評価した。

C) 研究結果・考察

平成 14 年 1 月から平成 17 年 12 月の期間に当科で行われた胸腔鏡下交感神経焼灼離断術は 56 例存在し、すべてクリニカルパスを使用した。本手術は、短期入院であり、また対象となる患者も若年者が多く、クリニカルパスの適応を除外すべきと考えられる症例は、認められなかった。また、途中でクリニカルパスの使用を中止した症例もなかった。

内訳は、男性 26 例、女性 30 例であり、

年齢は、平均 26.9 (±9.9) 歳であった。また、平均在院日数は、2.6 日であり、術後は平均 0.6 日で退院している。バリエーションとされる症例は、術後出血・肺ろうが継続し drain 留置が必要となった症例 (3 例:5.3%)

術後吐き気が強く、制吐剤などの投与が必要となった症例 (2 例:3.5%) 気胸にて再検査を要した症例 (1 例:1.7%) 退院時に内服抗生剤を処方した症例 (22 例:39.2%) が認められた。

については、通常われわれは drain を手術室で抜去しているが、これらは病棟へ帰室後も drain を留置したままであった症例であり、3 例すべてで手術翌日の採血・レントゲンなどの検査追加・入院期間の延長 (術後 2 日目まで) を要した。は、クリニカルパス作成以前から、主治医の判断で慣例的に行われていた。しかし、最近は見直され、平成 17 年分のみでは、2 例 (13.3%) と大幅に改善されている。今回評価した症例で、退院時の抗生剤処方以外のバリエーション発生率は、10.7%であった。

E) 結論

主治医がクリニカルパスを意識した診療を行うことで、胸腔鏡下交感神経焼灼離断術のクリニカルパスは、有用であると考えられた。

大腸内視鏡検査のクリニカルパスを作成・使用して

愛知県がんセンター中央病院看護部 外来内視鏡室 宇佐美秀子

研究要旨

当院では、大腸内視鏡検査を年間約 2,500 件実施しており週 2 回で 1 日の件数は平均 35 件である。看護記録は全て手書きで行い、記録内容は使用薬剤、検査内容、患者様の状態などで項目も多く煩雑であると共に、スタッフの入れ替わりもあり記録の簡略化と効率化、記録時間の短縮化が責務となった。そこで看護の質向上と検査効率アップの手段としてパスを作成し使用に至ったので現状を報告する。

目的

患者ケアの質的向上と検査効率の上昇を目指し記録の簡略化により記録時間の短縮化と誰でもが一定の看護レベルを維持できるようにする。

研究方法

平成 17 年 12 月に初版を作成し、平成 18 年 1 月より外来患者のみ 266 名に使用。使用結果を検討し再版で 3 月より外来と病棟で使用し 412 名に使用。4 月に再度使用結果から改訂版を作成し 5 月より使用。

研究成果

一目で検査全体の流れと患者様の状態把握ができ、前処置等の確認事項や記録の漏れが減少したことで経験の少ない看護師でもパスに沿って検査介助ができた。

考察

パスの使用により記録時間の短縮や記載ミスを減少することで患者様へのケアの時間が確保できた。医師・看護師間の情報共有が容易となりインシデントの予防にも繋がった。

まとめ

1 日の検査数が多く外来での検査には使用が難しいのではないかと使用前には考えていたが、逆に記録内容の簡略化や時間の短縮に繋がり良い結果となった。今後患者様用のパスを作成し予約票と共に活用していきたい。

AIDS 発症者を対象とした抗 HIV 療法導入入院クリニカルパス導入の試み

横幕能行¹、玉村好美³、野口志展³、川井和香菜³、山田由美子³、野口明子³、林誠⁴、奥村直哉⁴、平野淳⁴、平田守⁵、宮原裕子⁵、菊池恵美子⁶、間宮均人¹、濱口元洋²
名古屋医療センター 感染症科¹、血液内科²、看護部³、薬剤部⁴、栄養管理科⁵、エイズ予防財団リサーチレジデント⁶

【研究要旨】AIDS 発症者を対象に抗 HIV 療法導入入院クリニカルパスを作成した。HIV 感染症治療には抗 HIV 剤の永続的かつ完全な服薬が必要であり、医療、生活、経済的問題の解決による服薬アドヒアランス維持が必須である。本クリニカルパスは、多職種による患者支援体制構築と病棟外来間連携によって、AIDS 発症者の安全な抗 HIV 療法導入に寄与したばかりでなく、院内医療従事者の疾病理解向上、連携強化の役割をも果たした。

【目的】AIDS 発症 HIV 感染者に対し抗 HIV 療法を導入する場合、(1)多様な日和見感染症への対応、(2)高い副作用出現率、(3)免疫再構築症候群等を考慮する必要がある。さらに受診の遅れにつながった社会経済的問題が存在する場合が多い。従って、未発症者よりも慎重かつ充実した患者教育と患者支援体制構築が必要である。しかしながら、外来で治療を導入した場合、患者と医療機関との関係が希薄なまま治療を開始される事が多く、治療継続困難事例の発生が危惧されていた。

そこで、抗 HIV 療法導入入院クリニカルパスを作成し、感染者に院内の多職種の「支援者」と必要時充分に対応できる場と時間を提供することとした。これにより、治療中断素因を早期発見、除去し、さらに個々に適切な患者支援体制を構築することで、感染者の効率的な服薬アドヒアランス獲得、向上、維持をはかることを最終的な目標とした。

【方法】対象は AIDS 発症 HIV 感染者。入院期間は抗 HIV 剤服薬開始早期の副作用出現頻度を考慮し 12 日間とした。医師、薬剤師、看護師、栄養士、ソーシャルワーカー、カウンセラーが入院期間中に互いに連携し、専門的立場から患者指導を行った。外来病棟連携強化のため、退院前に外来病棟の全関係者による検討会を実施し、診療および患者支援方針を決定した。

【結果】抗 HIV 剤や日和見感染症治療、予防薬による副作用の早期発見と適切かつ迅速な対応によ

り、全例中断なく治療導入に成功した。栄養士と薬剤師が連携し、食生活改善を含めた服薬指導を実施することで効果的かつ安全な抗 HIV 療法継続が可能となった。病棟での指導内容や患者の様子が検討会で外来担当者に連絡されることにより、外来診療で必要な支援が継続して行われるようになった。

【考察】入院前の外来経過観察期間中、バリエーション発生防止を念頭に診療を行うことにより、入院前の合併日和見感染症の評価と対策がより適切かつ確実に実施されるようになった。入院症例の背景、治療方針、観察項目が明示されるようになったことにより、患者、病棟看護師双方の疾病理解を助ける役割も果たした。各職種の担当者を明示することにより、問題発生時の相互連携が迅速かつ適切に行われた。その結果、患者の医療機関に対する強固な信頼関係が構築された。さらに、退院前検討会での情報伝達により外来でも良好な関係が維持された。

【結論】患者教育のみならず、医療従事者の教育や連携強化にも極めて有用であった。今回作成したクリニカルパスにより医療側の疾病理解が向上した。このことは、副作用や免疫再構築症候群発生の危険性の少ない抗 HIV 療法実施とともに、患者教育充実にもつながり、患者と医療機関との間の強固な信頼関係構築に大きく寄与することとなった。

広範囲熱傷クリニカルパスの評価と課題

社会保険中京病院 救命救急センター¹⁾，同救急科²⁾
横山文枝（よこやまふみえ）¹⁾，飼牛由香里¹⁾，
福園洋子¹⁾，豊内美恵子¹⁾，織田順²⁾，上山昌史²⁾

【背景】

広範囲熱傷は経過の個人差が大きいため、クリニカルパス(以下パス)の適用が困難であると考えられていた。当院は熱傷センターを併設し、東海地区一円から多数の熱傷患者を受け入れている。そこで熱傷パスを作成/導入するために、平成 15 年 5 月からの 1 年間に当院救急科に入院した重症熱傷患者について、治療経過、観察項目や記載事項などの共通要素を後ろ向きに調査してパスを作成し、本年 1 月より運用を開始した。

【目的】

本年 1 月から 6 月までに入院となりパスを適用した症例に対して、パスの実用性と今後改良すべき点を検討した。

【パス構成の特徴】

広範囲熱傷患者では受傷面積や年齢により重傷度は大きく異なり、輸液量に代表される薬剤の使用量には相当の個人差があるものの、初回手術までの病態はほぼ共通していることが判明した。そこで初回手術までの日めくりパスとし、集中治療に必要な多種の薬剤とそのルートが一見して判明し、輸液量の変更が極めて見易いレイアウトとした。また、熱傷ショック期や利尿期など熱傷の基本的治療段階に対するアウトカム設定をパスの主軸とした。経過記録については、観察項目の統一を図り、検査や経時的処置などの記録欄を設けた。

【パス導入の利点】

パスを適用した症例は、重症熱傷患者 28 名中 16 名（平均年齢 56.4 歳，男性 10 名，女性 6 名）であり、パス適用率は 57.1%であった。熱傷指数は 77.4 ± 30.4 であり、重症例にも適用可能であった。パスの導入により、(1)初療時の指示に関する省力化が図られた、(2)記録が経過記録用紙に集約されるため簡素化された、(3)治療スケジュールや経過の視認性が向上した、(4)重症熱傷の病態になじみがないスタッフへの教育ツールとしても有用であった。

【今後の課題】

現行のパスは輸液、および薬剤量の変更以外の追加指示は少なく、実用性の高いものであった。また、パス適用により指示や観察の見落としが減少し、症例ごとの比較が容易になり、アセスメントツールとしても有用であった。今後の課題は、超重症例における指示内容の大幅な追加や変更に対する対応や、電子カルテ化に向けた看護用語の標準化を考えている。

糖尿病クリニカルパスにおけるバリエーションの分析 ～バリエーションコードを利用して～

豊川市民病院 看護部 枘谷 左紀子 岩本烈子
福地 妙子

研究要旨

本研究は、糖尿病クリニカルパスで入院した患者の情報をもとに、バリエーションをコード分類・要因を明確にするとともに指導方法の問題点を抽出した。

バリエーションコードを使用することで患者の問題が表面化され、個別性のある指導につながることから、患者指導に一番多く関わる看護師が、クリニカルパスの内容が充実し患者の実生活に沿ったものであるよう、毎日バリエーションを評価し、指導内容を検討することが課題である。

研究目的

糖尿病クリニカルパスでの問題点をバリエーションコードで分類し、バリエーションの要因を明らかにするとともに、指導方法の問題点を抽出する。

研究方法

糖尿病クリニカルパスを使用した患者で、バリエーションのあった25名を対象とし、対象患者のカルテ・当病棟作成の糖尿病患者カンファレンス用紙より、患者個々のバリエーションを抽出する。バリエーションコードを使用しバリエーションを分類後、現状での糖尿病クリニカルパス入院の進行方法の問題点・改善策を明らかにする。

研究結果

A 患者/家族	
1. 患者の身体的状態(合併症・併存疾患の治療・急変・感染等)	…8名(32%)
2. 患者の精神状態(うつ・精神疾患)	…2名(8%)
3. 患者・家族の診療に対する決断の遅れや拒否	…5名(20%)
4. コンプライアンスの問題(理解不足)	…14名(56%)
5. 患者/家族に関するその他の原因	…5名(20%)
B 臨床スタッフ	
1. 医師の指示変更	…0名
2. 医師の指示がない	…0名
3. 医師の決断(治療方針)の遅れ	…0名
4. 医師の治療に対する反応の遅れ	…0名
5. 医療スタッフの業務遂行の遅れ	…12名(48%)
6. その他	…0名
C. 病院システム	
1. 情報やデータに問題があった	…25名(100%)
2. 設備機械の故障	…0名
3. 栄養指導・検査予定の遅れ	…1名(4%)
4. 転出予定だったが空床がなかった	…0名
5. その他	…0名
D. 地域その他	
1. 転院先の空床待ち	…0名
2. 在宅ケア期間受け入れ待ち	…0名
3. 退院後の受け入れ先がない	…0名
4. 退院の移送手段がなかった	…0名
5. その他	…0名

考察

患者/家族に関するバリエーションでは、指導が行なえるかどうかをきちんと評価してクリニカルパスの導入を決める事が必要である。インスリン導入を告知された患者の心理を考えると受け入れるまでに時間を要する事は当然であり、戸惑いが強い患者も多くいる。2週間の短期入院では解決しがたい問題ではあるが、日々の指導の中で日頃のコントロールの必要性について指導を続け、家族を含めた関わりが重要である。

コンプライアンスの問題については、高齢になるにつれて高くなっており、50代以上では半数を超える割合でバリエーションがあった。年齢だけではなく、理解力には個人差がある。入院時のアナムネ聴取時にキーパーソンが存在を明確にし、指導でのつまずきがあった場合は家族を含めた患者アセスメントを行ない、指導計画を改善する必要があると思われる。

システムの問題では看護記録の記入漏れにより指導進行状況に影響を与えた。記入漏れを無くし進行状況を伝達して日々の指導方法を誰もが検討できるようにする必要がある。

そして、バリエーションに注目せず、ただクリニカルパスにそった指導法を誰に対しても同じように繰り返しては、問題は解決されない。クリニカルパスは同じ疾患の同じ問題を持った患者の集団指導ではない。毎日の指導の中で患者個々のバリエーションを評価し、それぞれの問題にあわせた指導方法に改善していく事が必要である。毎日のバリエーションの評価こそが入院期間の短期化につながる事と考える。

結論

1. 入院時患者の精神的・身体的バリエーションの有無を評価し、クリニカルパスの導入に適應できるかアセスメントする事が重要である。
2. コンプライアンス面で問題のある患者は、入院初期より家族を含めた指導が必要である。
3. 高齢になるにつれてコンプライアンス面でのバリエーションの出現は高い。
4. 看護師の記録漏れが多く、記録が残っていないことが指導の進行状況に影響を与える。
5. バリエーションコードにそって患者のバリエーションを分析することで、クリニカルパスの指導計画の建て直しに有効である。

【研究要旨】

当病棟で使用している TKA クリニカルパスにおいて、1 年間で 141 例中のうち 99 例 105 件のバリエーションが発生した。バリエーションの分析の結果、患者要因・社会的要因が多くみられ、これは現在行っている指導が統一されていないことやパスの使用基準が明確になっていないことも問題であると考えられる。今後より良いパスへと改訂していくためにどのような介入が必要か検討していく。

【目的】

臨床の場において均一で高いクオリティの医療を保証するには、一連の手技を標準化してクリニカルパスを活用することが一層重要になってきている。当病棟においても 2005 年 9 月より人工膝関節置換術（以下 TKA）に対してクリニカルパスを使用してきた。今回クリニカルパスを使用した 141 例のうち、99 例に 105 件のバリエーションが発生したので、より良いパスへの改訂へ生かしていくためにバリエーションの分析を行った。

【研究方法】

期間；2005 年 4 月～2006 年 3 月
退院時に受持ち看護師が当院のバリエーションコードに基づいてバリエーションを評価する。

【研究結果】

141 例のうち、バリエーションが生じたのは 99 例 105 件であった。内訳は、正のバリエーションが 34 件（32%）、負のバリエーションが 71 件（68%）。正のバリエーションは順調にリハビリが進んだもの、その他の理由で早く退院したものなどの患者要因が 34 件全例であった。

負のバリエーションは、患者要因 59 件、社会的要因 10 件、病院システム要因 2 件であった。患者要因の内訳は、関節可動域の不良や歩行訓練に時間を要した例 20 件、合併症 13 件、術後せん妄 7 件、術後疼痛で離床が進まなかった例 7 件、関節リウマチによる多発関節痛や筋力低下によりリ

ハビリに時間を要した例 5 件、その他 7 件であった。社会的要因の内訳は、家族の都合 8 件、在宅・転院調整 2 件だった。病院システム要因の 2 件はインフルエンザに罹患したためであった。

【考察】

現在クリニカルパスは、入院予約をする際に外来で患者用パスを配布し、入院時にもオリエンテーションを行っている。しかし、負のバリエーションは患者要因が多く、また在宅・転院調整などの社会的要因もみられた。これはオリエンテーションや退院指導が統一されておらず、十分に行われていなかったことが原因ではないかと考えた。術後の関節可動域訓練や歩行訓練の重要性を看護師から説明したり、家族に対してもせん妄を予防するために面会に来てもらうよう働きかけたりすることで、患者要因によるバリエーションを減らせるのではないかと考える。在宅・転院調整についても必要であれば早い段階からケースワーカーに依頼するなどの調整ができるようにする必要がある。

【まとめ】

141 例の TKA に対し、クリニカルパスを使用し 99 例 105 件のバリエーションを認めた。

負のバリエーションの要因は患者要因が一番多かった。

クリニカルパス適応外患者について再検討する必要がある。

電子カルテパス導入後2年間の経緯

トヨタ記念病院 クリニカルパス分科会 岡本泰岳

【研究要旨】トヨタ記念病院版電子カルテパスの本格稼働後、2年以上経過したので、その経緯につきパス適用率を中心に報告する。新規パス届出数は院内パス大会の前後に多かった。パス適用率は本格稼働後、順調に増加し本年4月では41%（内科系31%、外科系52%）に達した。本格稼働後しばらくは診療科間格差は大であったが、アウトカム指向型のパス運用の普及に伴い、その格差は小さくなってきていることが示唆された。

【目的】第7回本研究会にてトヨタ記念病院版電子カルテパスの導入過程とその機能につき報告した。今回は導入後2年以上経過したので、その経緯につきパス適用率を中心に報告する。

【方法】2004年3月～2006年4月の期間における新規パス届出数とパス適用率を月別、診療科別に集計した。

【結果】新規パス届出数は院内パス大会の前後に多かった。適用率は右肩上がりに増加し、本年4月には41%（内科系31%、外科系52%）に達した。診療科別の適用率は、外科系はパス届出数に、内科

系は主要疾患に対するパス作成の工夫に大きく依存していた。

【考察・結論】パス運用の成果は、PDCAサイクルを回し、継続的にパスを改善してこそ得られると考えられる。そのためには作成されたパスが実際の臨床現場で使用されなければならない。パス適用率はパスの臨床現場での使用状況を追跡していく良い指標と考える。内科系疾患に対するパス適用率を高めるには、パス＝セットオーダーという誤った概念を払拭するとともに、アウトカム指向型のパス運用の普及とそれに対応したパス作成の工夫が欠かせないと考えられる。

a) 口腔癌終末期における在宅医療地域連携パスについて（現状と提案）

b) 石川県立中央病院歯科口腔外科 高木純一郎，宮田 勝，岡部孝一，名倉 功

c) 研究要旨

口腔癌に対する治療成績は向上しているものの，終末期を迎える症例も少なくない．それらには多くの問題に直面することがある．今回われわれは末期口腔癌患者の QOL（Quality of life）を維持しながら，家族，訪問看護師，かかりつけ医などとの連携で在宅療養をおこなった症例を経験し，口腔癌終末期における在宅医療地域連携パスについて考察する．

d) 目的

近年緩和ケアについては充実してきたが，経口摂取が不可能で終末期を迎える場合，特に口腔癌終末期患者については在宅医療への移行するシステムは皆無に等しいのが現状である．そこで，在宅医療移行の地域連携パスについて考察する．

e) 研究方法

当院で最近経験した下顎骨肉癌再発患者の在宅医療を推進し自宅で安らかな死を迎えた症例を踏まえて，医師，看護師，歯科衛生士，ソーシャルワーカー，家族などどのように連携したか検討した．

f) 結果（成果）

患者は初診時より約 5 年経過しており，主治医と家族の信頼関係は良好であった．様々な文章作成には当院内科医との打ち合わせを必要とした．緊急時の対応として近開業医との連携を必要とした．訪問看護師による密接な支援を必要とした．

g) 考察

口腔癌はその頻度が低いため他の医療従事者や家族への病状や進行状態を把握，伝達が難しい．積極的治療から終末期医療へ移行する場合，医療者としてもあらゆる問題に直面するのが現状である．特に発語機能，栄養管理，疼痛管理，顔貌へ露出する腫瘍への対応に苦慮した．

h) まとめ

これまでの当科の終末期医療の現状，問題点につき検討を行うとともに今後の指標となる地域連携パスについて検討を行ったので報告する．

a) 地域連携 HPN (在宅中心静脈栄養) パス

b) 名古屋大学病院医学部附属病院 地域医療センター 松井渉、池戸初枝、杉山裕章

c) 研究要旨

在宅中心静脈栄養 (以下 HPN) 患者の退院調整は、多数のスタッフの関与と物品管理など多くの工程を有し、退院までに時間を要したり、在宅移行時にトラブルを生じやすい。私たちは地域連携パスを作成運用し、アンケートを行うことで、地域連携のベストプラクティスへの知見を得た。

d) 目的

地域医療センターにおける退院支援を通して『地域連携 HPN パス』(以降パスとする)を使用した患者の、往診医(かかりつけ医)及び訪問看護ステーション(S t)に対しアンケート評価を依頼し「高度医療機器を用いた在宅退院患者のより良好な地域連携のあり方」及び「双方向の情報交換/情報共有のあり方」を明らかにする。

e) 研究方法

対象: パスを使用し在宅へ退院していく患者の、退院後の往診医/訪問看護 S t。

アンケート開始:平成 18 年 2 月 1 日以降。

アンケート方法: 往診医および訪問看護ステーションに入院中の共同指導時または退院後郵送によりアンケート依頼。アンケート内容: 提供情報内容、指導に関する調整、物品準備、全体評価の 4 項目についての 5 段階評価と、自由記載欄

g) 考察

パスの作成とともに、情報提供ツールの作成が行なわれ、これまで以上に充実した内容の情報交換が行なわれた。さらに、患者/家族にとっても、入院医療機関と退院後の往診医や訪問看護 S t が情報を共有していくという印象がパスを通じて与えられた。アンケート調査により、往診医、訪問看護 S t からの評価を頂き、一定のパス全体の効果判定を行なうことができたが、症例数が少なく定性的評価に留まった。

h) 結論

まだ運用が始まったばかりであり、詳細な分析のためには、より多くの症例数と、フィードバックを重ねることを要する。さらに、バリエーション分析、地域医療機関とのカンファレンス、患者 Q O L 調査などが、ベストプラクティスを追及に必要である。

f) 研究結果

アンケート対象者: (往診医/訪問看護 S t)14 機関 (患者実数: 7 名[男性: 5 名、女性: 2 名]) “重複機関含む”。有効回答数: 7 機関 (往診医 6 機関/訪問看護 S t 1 機関) 回答(平均値/記載): 提供情報内容 5.0、指導に関する調整 4.7、物品準備 4.9、全体評価 4.9

- a) 八事整形医療連携会による地域医療連携パスの試み 薬剤師の関わり
- b) 名古屋第二赤十字病院薬剤部 田宮真一
 名古屋第二赤十字病院整形外科 佐藤公治、北村伸二
 名古屋第二赤十字病院リハビリテーション課 安藤智洋、細江浩典
 名古屋第二赤十字病院看護部 古城敦子
 名古屋第二赤十字病院医療社会事業部 黒木信之

c) 要旨

平成 18 年の診療報酬改定で、初めて地域医療連携パスが評価対象になったが、それに先立つ平成 15 年に当院は八事整形医療連携会を設立し、大腿骨頸部骨折の連携パスを作成し運用を開始した。全 29 施設、多くのコメディカルが参加している事が特徴である同会の活動及びワークショップを通じて進化する連携パスを紹介し、連携パスの果たす役割と薬剤師の関わりを考察する。

d) 目的

受傷からエンドポイントまで同一の医療機関での治療が望めない現実を踏まえ、患者様が安心して継続した医療が受けられる事を目的としたツールを作成する。

e) 方法

急性期病院のみならず、回復期施設・維持期である在宅医療も含めた施設の、多職種が混在する定期的な会合の中で、ワークショップを通じて各々の職種の視点を生かした連携パスを作成し運用する。

f) 結果

患者様が安心して一貫した医療を受けられるようになった。また各施設間の連携が洗練され、スムーズになった。

g) 考察

多施設間での医療方針の統一化に寄与すると同時に、コメディカルも含めた医療チームとしての連携が強くなった。薬剤師としては、その捉え方にまだまだ考慮の余地があるように考える。

h) まとめ

今春より診療報酬が算定されるようになり一躍脚光を浴びている連携パスだが、地域完結型医療を目指さざるを得ない現実から生まれた必然であり、患者様が安心して継続医療を享受するためにも、より完成度の高い連携パスを模索していかなければならない。そのためにも、多職種混在という当会の利点を生かした活動を継続していく必要がある。

急性期病院からリハビリ病院へ的大腿骨頸部骨折地域連携パスについて

- 病病連携パスを急性期病院として導入して -

名古屋第一赤十字病院整形外科、大澤良充、藁科秀紀、中島基成、村本明生、松本智宏
5 病棟 6 階、渡邊美佐子

研究要旨：大腿骨頸部骨折手術において早期手術により、合併症の予防、早期リハビリ開始については、改善されてきたが、転院先の選択や急性期病院の入院期間短縮には一施設内での管理に限界があった。今回、地域連携パスを導入することで病病連携を進める予定である。

A．研究目的

当院では、年間約 120 例の大腿骨頸部骨折手術を実施しており、約 8 割の患者が近隣リハビリ病院へ転院している。

従来のパスでは、急性期期間のみの達成目標設定で転院先にその後の治療・リハビリを依存している状況であった。

今回、地域連携パスを作成し、病病連携の充実を図るため、リハビリ病院との情報共有を試みた。

B．研究方法

連携リハビリ病院との連携パス勉強会を企画し、当院で作成した大腿骨頸部骨折・骨接合術地域連携パスを紹介する。

連携病院との検討会を行い、運用方法・バリエーション分析・情報のフィードバックについて共通の評価ツールを活用する。

連携パス使用患者の実施結果について情報収集の方法を検討する。

C．研究結果

2006 年 4 月に急性期病院とリハビリ病院に分け地域連携パスの医療者用を作成した。

次に、大腿骨頸部・転子部骨折診療ガイドラインおよび地域連携パスの実践について

先進他施設の講演会を聴講し、基礎情報を共有した。次に、当院で作成した大腿骨頸部骨折・骨接合術（全荷重）地域連携パスを近隣リハビリ病院の医療スタッフと診療方針の統一・達成目標の設定・運用方法について検討を行った。

始めの段階では、連携パスの対象と患者を選択し、高齢者・認知症のあるケースについてのバリエーション評価の視点について共通のバリエーション評価表を作成することを検討した。

連携パスの使用例についての情報のフィードバックについては、定期的に連携パスの活用状況やリハビリ病院スタッフの意見、患者・家族の反応を情報収集することとした。

D．結論

今回の地域連携パスの取り組みでは、転院することに不安や戸惑いを抱える患者・家族に対して、当院入院直後から目的に応じた治療・看護・リハビリテーションを転院先でも効率的・継続的に提供するための連携パスの必要性を再認識できた。

a) タイトル：大腿骨頸部骨折地域連携パスを作成して

b) 所属及び名前：社会保険中京病院 整形外科

安間英毅 原まゆ子 夏目唯弘

池内一磨 松下雅樹

c) 研究要旨及び概要

平成 18 年 4 月 1 日の診療報酬改訂を機に大腿骨頸部骨折地域連携パスを作成した。回復期病院転院に際して患者・家族の不安・不満を解消するためには、医療者間、医療者と患者・家族間で医療情報の共有が不可欠であり、地域連携パスの運用が急務である。

d) 目的

過去に当科において、大腿骨頸部骨折の手術的治療にクリニカルパスを使用していたが、バリエーション発生率が高く最近は使用していなかった。その理由は、患者が高齢であり、合併症、受傷前 ADL、環境、意欲に個人差が多いことである。診療報酬の算定方法(平成 18 年厚生労働省告示第 92 号)の規定に基づき、「特掲診療料の施設基準等」(平成 18 年厚生労働省告示第 94 号)が公布され、平成 18 年 4 月 1 日より適用されることとなった。地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の対象疾患は大腿骨頸部骨折であり、具体的には大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合であった。当院における大腿骨頸部骨折症例は年間 100 例程あり転院先は 30 数施設に及んでいる。これらの施設と共通して使用できる連携パスフォーマットを作成するために、まず当院で連携パスの案を作成する必要がある。

e) 研究方法

医師、看護師、理学療法士で過去のパスを見直し、問題点を抽出し作り直しを試みた。

f) 研究結果(成果)

1) 受傷前 ADL を考慮して、リハビリの進め方に幅を持たせる 2) 周術期合併症(褥創、肺炎、膀胱炎、脳血管障害など)なく転院が行われる 3) 入院時に、転院についての説明を行う 4) 術後 1 週以内に、退院調整を行う

g) 考察

当院は DPC 導入施設でもあり、診療と経営のバランスをはかったパスの作成が病院運営のポイントとなると考えられる。転院に際して患者・家族の不安・不満を解消するためには、医療者間、医療者と患者・家族間で医療情報の共有が不可欠である。したがって、医療の透明化をはかり、地域で一貫した診療計画・治療目標を設定することが必要である。

h) まとめ(結論)

大腿骨頸部骨折地域連携パスを作成した。この連携パスを早期に運用するよう努力したいと考える。

特別講演

「患者状態適応型パスを用いた
西多摩地区医療連携モデル（青梅プロジェクト）」

講師	青梅市立総合病院 神経内科部長	高橋 眞冬 先生
座長	名古屋第二赤十字病院 副院長	安藤 恒三郎

略 歴

氏 名： 高橋 眞冬 （ タカハシ マフユ ）
現 職： 青梅市立総合病院 神経内科部長
東京医科歯科大学 医学部 臨床助教授
日本神経学会 専門認定医
三多摩神経内科懇話会 世話人

略歴

昭和 60 年 富山大学医学部医学科卒
東京医科歯科大学 神経内科 入局

平成 3 年 国保旭中央病院 神経内科 主任

平成 8 年 東京都立神経病院 神経内科

平成 9 年 武蔵野赤十字病院 神経内科 副部長

平成 14 年 青梅市立総合病院 神経内科 部長

平成 16 年 東京医科歯科大学 臨床助教授

平成 16 年 平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金
（医療技術評価総合研究事業）
「患者状態適応型クリティカルパスシステム開発研究」
分担研究

患者状態適応型パスシステムを用いた地域連携用パスの開発

青梅市立総合病院 神経内科 高橋 真冬

1. はじめに

医療連携には種々の考え方があるが、ここでは地域を緩やかに結びつけた医療福祉機関と考え、各施設・部署の業務を明確し、東京都西多摩地区全体に医療・福祉の質の標準化をめざした医工共同研究（青梅プロジェクト）により、患者状態適応型パスを用いた病院間連携及び地域医療福祉連携を検討する。

2. 概念

医療機関（急性期および慢性期病院）では主に疾病の管理がなされ、次に介護保険をはじめとする資格認定の後、福祉関連の施設利用を可能とし、在宅療養が開始される。在宅療養では、主に状態の維持・管理がなされ、管理の限界を越えると急性期病院等の医療機関を受診することになる。急性期病院から在宅療養に行くに従い各専門職のつながりは徐々に緩やかになり、医療者の介入量が減り、疾患名は徐々に不要となり、状態の安定をはかることに重点が置かれてくる。

患者・家族に適切な医療福祉サービスを継続して提供して連携を円滑に行うには、医師・看護師のみならず、関係する全ての医療福祉関係者部署の役割を明確にし、患者（クライアント）に対してそれぞれの固有技術を提供する必要がある。

3. 地域医療福祉連携システムを構築するために必要な考えかた

1) 地域連携（連続した援助）

- ・病院間（施設間）の連携 病院（施設）による特性（費用、医療レベル、看護基準・専門性等）
- ・施設間で用語・機能が異なる（きざみ食・割ガーゼ等）
- ・病診連携・福祉職・行政との連携（法律で規定）

2) チーム医療が必要（チームアプローチの構築）multidisciplinary（総合的な）team building

- ・連携する職種の役割の理解
保健・医療・福祉関係職種の連続する複数のサービスやソーシャルなサポート
- ・チームリーダーの存在
- ・職種毎の援助計画を統合化 緩やかな結びつきによる多様な職種による状態管理
 - ・固有技術と思考過程：専門職種による情報の変化
 - ・責任の帰結：在宅の場合は行為者の所属する組織が異なり、方針が二重に存在

4. 必要な情報の提供と収集

1) 患者情報シート Medical, ADL and Social Information（主に診療情報提供書と看護サマリー）

Profile Sheet (Minimum Data Set, Face Sheet)

- 患者情報の利用：転院調整時に先方施設の各部署で利用される情報
- 必要とされる介護能力（介護者の知的能力・身体能力）

2) 施設情報データベース Medical and Welfare Facilities Function List

Tariff Sheet 療養型病院の選定基準（医療連携用タリフ・施設情報）

- 病状・費用・社会環境・受け入れ体制・作業日数・地域性

5. 患者状態適応型パスシステム Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS)

1) 状態から状態への変化に注目する

2) 医療福祉連携用における“状態”の定義（身体の状態・介護力と必要介護量（生活環境））

- 3) 疾患と状態の変化との関係構築
 - ・施設により診療精度・ケアの度合いが異なる
 - ・自らの役割を自らが勝手（適当）に決めている

6. 患者状態適応型パスシステムPCAPS: Patient Condition Adaptive Path Systemの地域連携への展開

1) 脳梗塞診療の業務プロセスを接合する

2) 地域連携を行っていく上での作業（退院調整用パスの設計）

3) 地域連携接合因子（転入用パス・管理型パス・転出用パス）

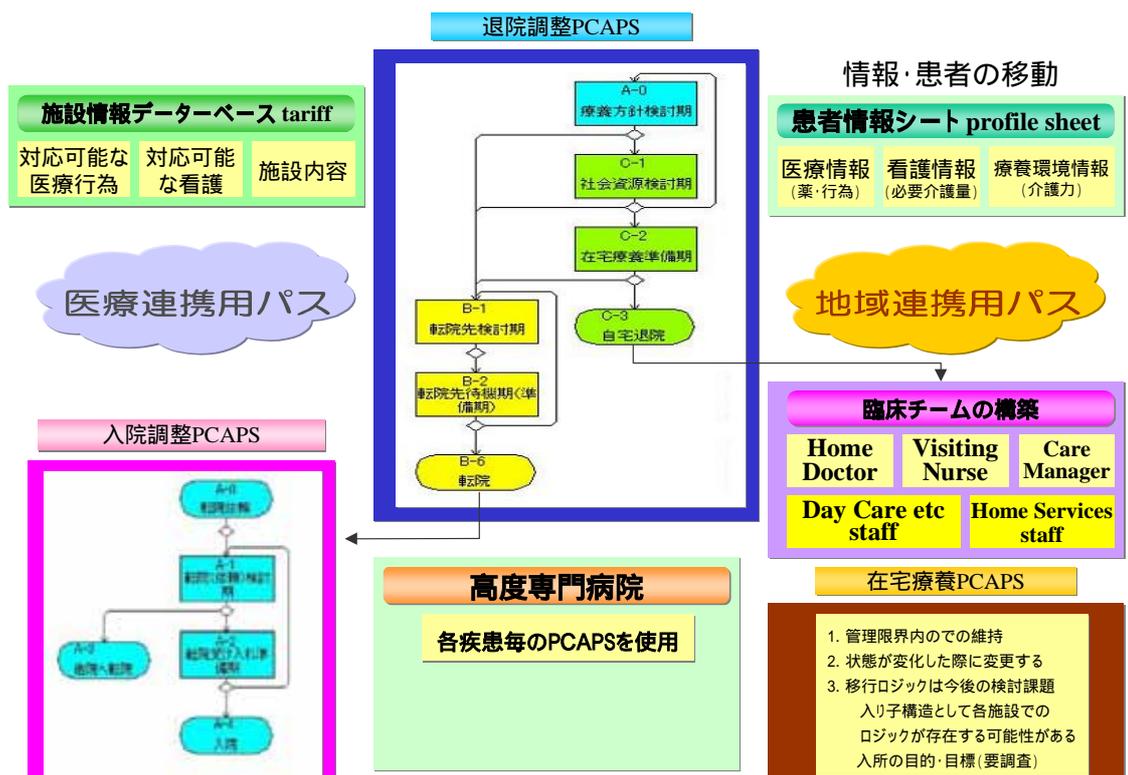
4) 各専門職種に共有する患者のミニマムデータを抽出し、個人情報プロフィールシートを作成するが、ここには医療・看護介護・療養環境の各情報が必要と考えられ、在宅療養が行われる際にはケアプラン等と、在宅療養が不可能な場合にはあらかじめもっている施設情報用データベースと照合(マッチング)することにより適切な医療施設等を選定することが可能となる。

7. 検証作業の問題

- 1) 救急医療機関での受診までの経路と退院後の療養先の追跡調査
- 2) 病院へ複数回入院した患者の療養環境調査
- 3) 施設入所者・中間施設等での既往歴調査
- 4) 退院調整パス・入院調整パスによるカバー率の検討

8. まとめ

医療介護福祉連携は循環型で構築し利害を共有し、その際に既存の連携システムを最大限活用する工夫が必要であると考えられる。医療福祉サービスが継続して提供されるためには多部署による専門家集団としての臨床チームの結成が重要で、チーム思考・リーダーシップ論・チームビルディング等の質管理技術を用いてながら、医学・工学に加えて社会科学(医療人類学・社会病理等)的な考え方を導入することが必要です。医療連携では入院調整パスを接合因子と考え、そのパスを患者状態適応型パスシステムPCAPSで作成し、各施設に設置し、患者情報と施設情報を活用することで、地域連携が可能となると考えられる。また、設置基準の異なる各施設ではそれぞれの立場で患者情報から療養方針を再設計することにより、各施設の状況に合わせたパスを利用し、そのパスを接合することで医療連携パスが完成する。PCAPSでは疾病管理より状態管理に重点を置いた考え方がなされることから、今後、医療福祉介護連携でその真価が発揮されていくものと考えられる。



Ohme Municipal General Hospital Dept. of Neurology

参考文献

1. TQM委員会 編 TQM 21世紀の総合「質」管理 1998 東京
2. 患者状態適応型パスシステム研究会 編 患者状態適応型パス 日本規格協会 2005 東京
3. 波平恵美子 医療人類学入門(朝日選書) 朝日新聞社 1994 東京
4. 上田 泰 個人と集団の意志決定 文真堂 1997 東京
5. 砂原茂一 医者と患者と病院と(岩波新書) 岩波書店 1983 東京
6. 竹内靖雄 チームの研究(講談社現代新書) 講談社 1999 東京
7. 大庭健 「責任」ってなに? (講談社現代新書) 講談社 2005 東京
8. 鷹野和美 編 チーム医療論 医歯薬出版 2002 東京