

16回 愛知クリニカルパス研究会プログラム

期日：2011年7月2日（土） 13:00～15:45

会場：名古屋大学医学部・大学院医学系研究科、基礎研究棟第4講義室（4F）

当番世話人：国立長寿医療研究センター えんどうひでとし 遠藤英俊

《世話人会》12:00～

会場：名古屋大学医学部・大学院医学系研究科、基礎研究棟1F 会議室

○ お弁当代 1,000 円を徴収させていただきます。

《開会の辞》13:00～13:05

《一般演題》13:05～13:45 【各演題：発表7分、質疑応答3分】

座長：小牧市民病院 こんどうたいぞう 近藤泰三

①脳卒中地域連携パスの運用状況について～リハビリテーションの立場から～

社会保険中京病院 リハビリテーションセンター やまもとあきこ 山本紀子

②電子パスシステムのバージョンアップにむけた現状把握と課題の検討

社会医療法人 大同病院 看護部A棟5階 すずまきまこと 鈴木真実子

③初期の大腸癌電子化クリニカルパス適用例の解析による、バリエーションの少ない新規クリニカルパス作成の試み

小牧市民病院 南3階病棟 やまぐちあかね 山口香織

④当院におけるCVポート留置術の現状の把握～病棟・検査室看護師それぞれの立場から～

愛知県がんセンター中央病院 看護部 ふくしまあきこ 福嶋敬子

《休憩》13:45～13:55

《基調講演》13:55～14:25

座長：社会保険中京病院 まつだ まさお 松田眞佐男

前立腺手術の標準化を目指して

国立長寿医療研究センター 泌尿器科 のり けい 野尻 桂晃

《休憩》14:25～14:40

《特別講演》14:40～15:40

座長：国立長寿医療研究センター えんどう ひでとし 遠藤英俊

電子カルテ導入にあたって～電子化パスと看護記録～

四国がんセンター のりた ちあき 鮎田千秋

《閉会の辞》15:40～15:45

当番世話人：国立長寿医療研究センター えんどう ひでとし 遠藤英俊

次回当番世話人ご挨拶

脳卒中地域連携パスの運用状況について
～リハビリテーションの立場から～

山本紀子¹⁾ 山本弘昭¹⁾ 萩野未沙¹⁾ 内藤里美²⁾ 大矢早苗²⁾ 藤城 健一郎³⁾ 池田 公⁴⁾

社会保険中京病院	リハビリテーションセンター ¹⁾
社会保険中京病院	看護局 ²⁾
社会保険中京病院	神経内科 ³⁾
社会保険中京病院	脳神経外科 ⁴⁾

<要旨>

脳卒中地域連携クリティカルパス（地域連携パス）を導入し3年が経過した。当院での地域連携パスの運用状況について調査した。

<背景>

地域連携パスの活用により、良質な治療やケアが急性期病院から連携病院まで切れ目なく提供される。当院も脳卒中治療に関わる医師、看護師、地域医療連携室、リハビリ（技士、薬剤師）と連携病院のスタッフが協議し、2008年に脳卒中地域連携パスを策定した。地域医療の充実を図る目的で脳卒中地域連携パス運用状況を調査したので報告する。

<方法>

平成22年4月から平成23年3月までに脳卒中地域連携パス適応にて、当院から連携病院へ転院した患者について調査した。また、当院の急性期治療に携わる医師、看護師、リハビリ技士、地域医療連携室の看護師に地域連携パスの使用に関する意識調査をアンケートにて実施した。

<結果>

平成22年度に入院した脳卒中患者は437名、転院した患者は235人（地域連携パス適応26%、非適応74%）であった。地域連携パス非適応患者の平均在院日数は50±33日であり、適応患者は34±11日であった。また、地域連携パスを適応した患者が受け入れ先を決定してから転院するまでの待機期間は10±5.4日であった。患者が発症してから自宅復帰するまでの総入院期間は106±37.8日であった。回復期病院退院後の転帰は自宅復帰71%、介護病床への転院17%、福祉施設への入所4%、病状悪化にて急性期病院への再入院8%であった。一日にどれだけADL能力が向上したかを示す回復期病院のFIM効率は、0.43±0.75（全国平均0.2±0.4日）であり、全国平均と比べても成績が良いことが分かった。急性期病院の職員の意識調査より、使用メリッ

トは第一に転院時書類の作成効率が良い点、第二に患者家族に治療過程と転院計画の説明がしやすい点、第三に転院先が決まりやすい点、第四に回復期病院の状況を知ることができる点であった。

<考察>

脳卒中は重症度によって機能予後が大きく変わり、機能障害が残存している場合は生活再建と機能回復のためにリハビリを集中的に受けることが有効である。このため、急性期病院の治療後にリハビリ目的や介護療養を目的に転院する割合は高く、療養期間は長期化しやすい。当院の脳卒中地域連携パスの運用結果から、地域連携パス適応患者の自宅復帰率は高く、生活能力レベルも短期間に高い水準を獲得されていることが分かった。また、急性期病院から将来の転院必要性を発症初期に伝え、患者の自己実現に向けた医療が地域ぐるみで提供されている医療社会制度を提示することは重要である。医療従事者の意識調査では、地域連携パス使用による患者利益の向上と業務効率の向上が主観的効果として得られていた。回復期病院入院中の状態悪化についても、治療環境を急性期病院に移して治療が速やかに開始されるなど、施設を超えた協力体制が地域で実現されている。地域チーム医療を充実させるため、多職種協業による地域連携パスの活用は有用であると思われる。また、脳卒中地域連携パスの適応は、入院1週間以内に患者家族に治療経過を説明する必要がある、治療見通しを発症初期に伝えることが困難な重症例については適応しにくいのが課題である。今後は適応例の成果を院内外に啓発することが地域連携パスの利用率向上に繋がると思われた。

電子パスシステムのバージョンアップにむけた現状把握と課題の検討

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部 A棟5階

鈴木真実子 渡邊真衣 兼松咲

【要旨】

当院では平成18年7月にNEC シーエスアイ製 HS-mirais(エイチエス・ミライズ)電子カルテが導入された。その後平成19年4月に電子クリニカルパス(以下電子パス)の運用が開始され、現在では約140種の電子パスを使用している。今回、最初に電子化された腹腔鏡下胆嚢摘出術の電子パスの運用を振り返り、その問題点をあげ、現状の把握とバージョンアップに向けた課題を検討したためここに報告する。

【目的と方法】

当院では現行電子カルテシステムの導入後約5年が経過し、今秋にバージョンアップが予定されている。

腹腔鏡下胆嚢摘出術の紙パス時代、電子パスの運用開始後から現在に至るまでの、使用状況とバリエーション分析の過程を調査し、電子パスにおける問題点、改善点など、電子パスシステムのバージョンアップにむけた課題を検討する。

【結果】

腹腔鏡下胆嚢摘出術クリニカルパス使用状況は、紙パス 89件(平成17年8月～19年3月)、電子パス 平成19年(4月から)53件・平成20年88件・平成21年111件・平成22年83件である。電子パス開始後から平成21年8月までのバリエーション分析の結果で、アウトカム設定の見直しやドレーン抜去・胃管抜去日などが大幅に変更された。その後も、術後早期のバリエーション分析なども行い、その都度改訂され、現行の電子パスとなっている。

紙パス時代は、院内自作のバリエーション入力システムを使用し、それらを書き出して分析していた。電子パス導入後はオーバービュー形式の画面で入力し、CSVファイルに出力したデータで分析している。

今までのバリエーション集積を行い、看護記録、オーダーを振り返ったところ、指示変更に関するバリエーション入力が少ない。追加検査や追加処方など記録には記載されているもバリエーション入力がなされていないため、CSVへ反映されていないことが問題点となっている。

バリエーション分析は速くなったが、入力の際、日付が変わると画面の切り替えに時間を要し、電子パスの画面自体を開くのにも時間がかかる。また、診療録画面・看護記録・クリニカルパス画面が一画面で見られないために煩わしさを感じる問題点もあげられた。

【考察】

電子化によりオーダーリング画面での指示追加・修正が簡単にできるシステムとなったが、診療録画面や看護記録から変更指示や変更項目が分かりづらく、その都度バリエーション入力できないことが多い。

現行は電子化されてもクリニカルパスの画面を開くのに時間がかかり、画面が見づらいため、一覽でクリニカルパスの内容を把握できる医療者用紙パスを併用している。そのため、記録の利便性も含め改善が必要である。

また、現在使用している電子パスシステムの画面が一体化されておらず、診療録・看護記録・クリニカルパスが連動されていないため、他コメディカルのパス上での記録がなく、診療録への記載にとどまってしまう結果となっている。連動が可能となれば他コメディカルとも安易に情報の共有が出来る様になり、よりよい医療の提供ができるようになると考えられる。

【結語】

今秋バージョンアップに向けて起動時間の短縮、画面の一体化、バリエーション入力移行システムの構築により十分な分析を期待するとともに、今後も更なる医療の質の向上を目指していきたい。

一般演題

演題名 初期の大腸癌電子化クリニカルパス適用例の解析によるバリエーションの少ない新規クリニカルパス作成の試み

氏名 山口香織¹⁾、近藤泰三²⁾、手嶋久子²⁾、札幌純二¹⁾、猪川祥邦³⁾、
谷口健次³⁾、末永裕之³⁾

所属 小牧市民病院南3階病棟¹⁾、同 医療情報室²⁾、同 外科³⁾

要旨 初期の大腸癌クリニカルパスを解析することで、症例に応じた6つの異なったクリニカルパス作成を行った。

目的) 当院外科病棟において大腸癌電子化クリニカルパスを作成した。運用後解析し、バリエーションの少ないクリニカルパスへの発展を試みた。

解析方法) 以前の紙運用クリニカルパスにもとづき、大腸癌クリニカルパスを作成し、2010年7月より運用を開始し、2011年2月までの症例を解析した。当院のクリニカルパスは、入院治療経過に応じてプロセスという短い単位に分割されている。入院プロセス(2日)、手術プロセス(1日)、術後プロセス1(2日)、術後プロセス2(5日)、退院プロセス(1日)の計11日である。解析ツールは電子カルテ側に用意されたものを使用した。延長、短縮した実際のクリニカルパス日数及び各プロセス毎に延長短縮が表示される。また、医師看護師が記載すれば延長短縮理由も取り込まれている。

解析結果) 67症例にクリニカルパスを適応し、58例が終了し9例がパスを脱落し中止となった。58例を解析すると、全体では平均日数 13.5 ± 1.4 日であり、平均で2.5日の延長がみられた。内容を解析すると開腹手術を行った結腸切除、直腸切除術等は、34例あり、平均 13.8 ± 1.4 日であり、ほぼ全体の平均と一致していた。腹腔鏡手術は、17例行われ、平均 11.2 ± 0.7 日であった。

これは、設定日数とほぼ同じである。しかも、この時期には腹腔鏡術後に創感染症例等みられ、それに伴う延長症例を含んだ結果であった。ストーマ作成を行った7例では、平均 17.8 ± 7.1 日であり、7日程度の延長がみられた。また、全体として延長がなされたプロセスは術後プロセス2が多く、また金曜日入院に伴い、入院プロセスが2日から3日に延長する例もみられた。

新規クリニカルパス作成) この結果に基づき、開腹大腸切除術(設定日数14日)、腹腔鏡手術(設定日数10日)、ストーマ作成(設定日数20日)として3種のクリニカルパスを作成した。各々に金曜日入院バージョンも作成しているので、計6種の新規クリニカルパスで4月より開始している。

結果) 新規クリニカルパスにより、大幅な日程延長を伴うバリエーションは減少し、より臨床経過に一致したクリニカルパスとなった。

考察) クリニカルパス作成前にスクリーニングを行い、緻密な設定を行うことは可能であったかもしれない。しかし、医師看護師が電子化クリニカルパスを早期に開始し、順応する過程で変更を行うことにした今回の方法は当院外科病棟では有効な方法であったと考える。

当院における CV ポート留置術の現状の把握
～病棟・検査室看護師それぞれの立場から～

愛知県がんセンター中央病院 看護部 福嶋敬子

<はじめに>

当院では CV ポート留置術（以下 CV-P）を年間約 400 件行っている。全ての診療科から依頼される手技であり、術前から術後翌日までのオーバービューパスを使用し、CV-P における統一された医療を提供できるようにしているが、留置時に仰臥位保持ができないような患者の依頼など、処置時に混乱することもある。そこで、CV-P パスの現状を調査し病棟・検査室看護師の立場から検討し、医師と共有していく必要があると考えた。

<目的>

現行の CV-P パスの運用状況について把握し、さらなる医療の質保証や安全を提供できるようにする。

<対象・方法>

2010.6.1～2010.8.31 における CV-P 患者クリニカルパスを中心に **retrospective** に検討。

<結果>

パス使用 95 例（94 例 CV-P 施行。1 例全身状態不良にて検査室で CV-C へ変更。パス使用率 100%）、留置目的は化学療法 49%、輸液 51%。平均年齢 62 歳。同意書あり 95%（内 CV-P で取得 81%。CV-C で取得 19%）同意書なし 5%。抗凝固薬内服記載率 77%。気胸発生 1%（帰室後ドレナージ）、留置翌日までに出血 18%（当日

出血のうち 3 例は再圧迫のみ、1 例は再縫合）、CV-P 留置後 1 か月以内での死亡 7%（留置後から死亡退院までの平均 12 日）。

<考察>

同意書や抗凝固薬に対する意識の低さ、1 か月以内死亡が 7%と検査室で CV-C に変更になった 1 例などから CV-P の適応などの検討事項が抽出された。また、出血に対する定義が曖昧であり、評価者の主観で記載されていると感じた。これらの結果を元に各立場から検討し院内における向上に努めたい。

前立腺手術の標準化を目指して

国立長寿医療研究センター 泌尿器科 野尻 佳克

要旨

前立腺手術の標準化を目指した、我々の取り組みをご紹介します。クリニカルパスの考え方を利用した、アウトカムベンチマーキングによって、当初の数施設で行われた研究が、全国 160 以上の施設が参加する研究に発展し、最終的に全国的な周術期管理の質の向上が得られた。しかしその効果は限定的でもあり、さらに手術自体の標準化や手術適応の標準化など、医療の質の向上のために今後もさらなる研究が必要である。

(目的)

同様の疾患に対して行われる治療は、全国どここの病院においても、ある一定上の質の治療が受けられることが望ましい。ところが、前立腺肥大症手術の周術期管理は、全国的に見て非常にばらつきが大きいことが分かった。さらに近年、新しい器具の登場によって、いっそう施設間の手術成績の差が広がっている。我々は平成 13 年より、前立腺手術の標準化を目指し研究を続けている。

(方法と結果)

平成 13 年より平成 15 年の 3 年間で、前立腺肥大症の周術期管理の標準化に 7 施設で共同研究を始めた。同じクリニカルパスを使用することで限界はあるが、施設間のばらつきが減少することが示された。

平成 16 年から平成 18 年の 3 年間では 8 施設共同で、前立腺癌手術の周術期管理の標準化を目指した。お互いに情報を交換し合うことで、周術期管理は標準化に向かうことが示された。しかしクリニカルパスは統一が困難であることも浮き彫りとなった。

平成 19 年から平成 21 年には、全国施設に呼びかけ、160 以上の施設の協力の下、前立腺肥大症と前立腺癌手術の周術期管理の標準化をめざし研究を行った。平成 19 年に行われた手術成績を集積し、全国の手術成績と自施設の成績を各施設にフィードバックするし、それを参考に

各施設でクリニカルパスを作成または改訂してもらった。平成 21 年には新たなパス使用後の成績を登録してもらった。

最終的には前立腺肥大症手術には 7000 例、前立腺癌手術には 5000 例を超す症例が集積された。平成 19 年から平成 21 年にかけて、ほとんどの周術期成績のばらつきは減少し、情報の公開が全国的な周術期管理の標準化を促すことが示された。しかし、施設間の合併症の発生率は大きく異なり、施設ごとの最適な周術期管理方法は、それぞれ異なるということも判明した。

(考察)

情報の公開や標準的なクリニカルパスの使用、もしくはクリニカルパスの考え方は、治療の質の向上に非常に有用であるが、限界も存在する。特に治療の中心にある手術の質は、周術期成績および周術期管理に大きな影響を与える。また手術適応の決定方法も施設間でばらつきがあり、これによる患者背景の違いもばらつきの大きな要因である。

続いて我々は平成 22 年より、手術治療の標準化を目指し、研究を開始した。手術治療の向上は外科医の永遠のテーマであるが、今回の我々の全国的な取り組みが、日本の医療の質の向上に新しい方法論をもたらすことを期待している。

特別講演

電子カルテ導入にあたって～電子化パスと看護記録～

四国がんセンター 船田千秋