

第17回 愛知クリニカルパス研究会 プログラム

日 時：2012年6月9日（土） 13：00～

会 場：愛知県がんセンター中央病院、国際医学交流センター

12:00～ 世話人会（世話人会会場）

13:00～ 学術集会

13:00～13:05 当番世話人挨拶

13:05～14:10

一般演題セッション1 「クリニカルパス評価他」

座長 大同病院 外科部長 松山孝昭先生

1. 当院におけるクリニカルパス活動の特徴と今後の課題
公立陶生病院 クリニカルパス委員会
水野 健¹⁾、丸野 将司²⁾、岡 和美³⁾、黒岩 正憲⁴⁾、近藤 康博⁵⁾
医事課¹⁾、情報管理課²⁾、3AB病棟³⁾、消化器内科⁴⁾、呼吸器・アレルギー内科⁵⁾
2. 日めくり式パスの有用性について
トヨタ記念病院 パス運営委員会 岡本 泰岳、佐野 マスミ
豊留 紀華¹⁾、林 麻古¹⁾、小口 秀紀²⁾
北病棟1階¹⁾、産婦人科²⁾
3. 電子パスシステムを利用したバリエーション集積方法の検討
～パス見直し体制の設備に向けて～
社会医療法人宏潤会大同病院
木山 真美¹⁾、荒川 千奈美²⁾、福岡 照美¹⁾、黒野 純子¹⁾
看護部¹⁾、システム管理課²⁾
4. 大腿骨頸部・転子部骨折における在院日数の検討
社会保険中京病院
馬淵 まりえ¹⁾、安間 英毅¹⁾、大場 満成¹⁾、酒井 智久¹⁾、岩野 壮栄¹⁾、
石川 洋子²⁾
整形外科¹⁾、地域連携室²⁾
5. 当科クリティカルパス解析から得られた術後管理の現状とパスの今後の課題
名古屋第二赤十字病院 呼吸器外科
羽切 周平、橋本 久実子、吉岡 洋

14:10～15:00

一般演題セッション2 「地域連携パス他」

座長 名古屋市立大学病院 診療情報管理部 副部長 佐藤幹則先生

6. カルテ公開システム「金鯨メディネット」を利用した地域連携パスの運用報告

名古屋医療センター地域医療連携室

梶田 真子

7. 乳がん地域連携パスの運用状況

～愛知県統一パスを使用して～

名古屋第一赤十字病院

後藤 康友¹⁾、太田 浩美²⁾、濱嶋 なぎさ²⁾

乳腺内分泌外科¹⁾、看護部²⁾

8. 乳癌手術分岐パスの解析と評価

小牧市民病院

酒井 美登子¹⁾、近藤 泰三²⁾、手嶋 久子²⁾、柴田 多鶴子¹⁾、井谷 千尋¹⁾、

和田 応樹³⁾、松浦 治⁴⁾

看護局¹⁾、医療情報室²⁾、乳腺内分泌外科³⁾、医局長⁴⁾

9. I V Rにおける看護師間の連携構築目指して

～CTガイド下肺生検オリエンテーション開始～

愛知県がんセンター中央病院

今泉 文¹⁾、福嶋 敬子¹⁾、三澤 靖子¹⁾、障子 美奈¹⁾、奥田 孝光¹⁾、加藤 千恵¹⁾、

長岡 祥子¹⁾、佐藤 洋造²⁾、稲葉 吉隆²⁾、伊藤 志門³⁾、清水 淳一⁴⁾

看護部¹⁾、放射線診断・I V R部²⁾ 呼吸器外科³⁾、呼吸器内科⁴⁾

15:00～15:10 休憩

15:10～16:10

特別講演座長 小牧市民病院 近藤泰三

「 診療現場で役立つクリニカルパス分析 」

宮崎大学医学部医療情報部教授 荒木賢二先生

16:10 閉会

1. 当院におけるクリニカルパス活動の特徴と今後の課題

公立陶生病院 クリニカルパス委員会

水野 健、丸野 将司、岡 和美、黒岩 正憲、近藤 康博

【要旨】当院のクリニカルパス（以下「パス」）活動の特徴としては、パス大会の年間開催回数が多く、パス委員会に多くの職種が関わっているということがあげられる。一方、問題点としては、パス大会がマンネリ化していることや、パスの運用についてアウトカム評価などが十分にできていないといったことがある。今後の課題として、パス大会については発表内容を検討しなおすなど変革が必要である。また、電子カルテについては従来からの問題の解消と、「患者状態適応型パス」など新しいものをいかに取り入れて運用するか検討しなければならない。これらの課題に対して、多くの職種が関わる当院パス委員会の利点を生かし、今後さらにパス活動を発展させたい。

【目的】当院パス活動の特徴、問題、今後の課題を明らかにし、パス活動を発展させるための方向性を探る。

【方法】パス委員会やパス大会の記録を整理し、パスに関する統計資料の分析を行った。また、日本クリニカルパス学会が行った「第11回(平成23年)アンケート結果」（以下、「パス学会アンケート結果」）と当院の比較を行った。

【結果・考察】

（当院パス活動の特徴）

①「パス大会の年間開催回数が多い」

平成12年4月に「第1回パス大会」を開催して以来、今年3月には90回目を数えた。年間のパス大会の回数について「パス学会アンケート結果」によると、回答した241施設中、1～3回が197施設(81.8%)、4～6回が34施設(14.1%)で全体の95%を占めるに対し、当院は年8回であった。その結果、当院のパスは150種類にも及ぶ。

②「パス委員会に多くの職種が関わっている」

当院パス委員会は24名の委員で構成されている。内訳は医師6名、看護師5名、事務5名、さらに薬剤師、放射線技師、検査技師、栄養士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、臨床工学技士がそれぞれ1名ずつである。特に事務は、DPCの観点からパスをチェックしたり、「入院診療計画書」としての要件を満たす「患者用パス」の作成を支援したりしている。

（当院パス活動の問題）

①「パス大会がマンネリ化している」

地域連携パスなど新たな取り組みもあるが、やはりパス大会がマンネリ化している感が否めない。パス大会で発表するパスが集まりにくく、新しいパスが「ネタ切れ」のようである。

②「電子カルテ上でアウトカム評価やバリエーション分析が十分にできていない」

当院は、平成19年5月に電子カルテ(富士通・EGMAIN-EX)を導入した。これによりパスが増え、パス使用率が伸びたと考えられる。その反面、電子カルテ上の問題もあり、「アウトカム評価」が十分でなく、「バリエーション分析」まではとてもできていないという問題がある。

（当院パス活動の今後の課題）

①「パス大会の変革」

今後は既存のパスをいかに改訂するかを特に重視したい。また、当院ではパス大会を教育の場として重視してきたが、自らの診療科や部署のパスにしか興味がないことも多い。新しい知識や他部署の取り組みを学ぶ場としても機能するとよい。

②「次期電子カルテへの働きかけ」

当院では平成25年10月に次期電子カルテへの更新が予定されている。現在の電子カルテのパス機能では問題が多い。次期電子カルテではこれらが解消されるようにしたい。さらに「患者状態適応型パス」など新しいものをいかに取り入れ、運用するか検討しなければならない。

【結語】これらの課題に対し、多くの職種が関わる当院パス委員会の利点を生かし、今後さらにパス活動を発展させたい。

2. 日めくり式パスの有用性について

トヨタ記念病院 北病棟1階 豊留 紀華 林 麻古 産婦人科 小口 秀紀
パス運営委員会 岡本 泰岳 佐野 マスミ

要旨 当院の産婦人科では日めくり式パスの導入を積極的に取り組んでおり、現在4つの日めくり式パスを運用している。LC（腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術）パスに焦点を当て、バリエーション分析を行い、パス改訂の必要性について検討した。日めくり式パスの導入により、バリエーション登録は確実に進められた。30症例のバリエーション分析の結果、変動20件、逸脱4件であったが、パス改訂の必要性はないと判断した。当院における日めくり式パスの紹介と有用性、LCパスのバリエーション内容と分析結果について報告する。

目的

産婦人科で使用している日めくり式パスのうち、LC（腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術）パスに焦点を当て、記録業務、バリエーション登録、バリエーション分析を通し、日めくり式パスの有用性を検討する。

方法

LCパスは2006年よりオーバービューパスで運用していたが、2010年より、日めくり式パスの併用を開始した。当院の電子カルテには日めくり式パスの機能が備わっていないため、テンプレート機能を利用した。2011年8月25日～12月21日の約4ヶ月間にLCパスを適用した30症例のバリエーション分析を行った。

結果

日めくり式パスは医師と看護師の記録を同じテンプレート上で行うため、情報の共有ができ、職種による重複記載が無く、記録業務の充実と効率化がはかれた。また同じテンプレートでバリエーション登録をするため、バリエーション登録の漏れがなくなった。30症例のバリエーション分析の結果、疼痛や嘔気による変動が20件あったが、症状コントロールははかれていた。パス逸脱は入院日数の短縮1件、延長3件で、患者の社会的要因であり、パスの変更は不要と考え、パス改訂は行わなかった。

考察

日めくり式パスは、オーバービューパスを補完する目的で開発された形式である。

その内容は、日ごとの「詳細のアウトカム（患者状態と医療行為の両方の達成状況）」「観察項目と達成の有無」「バリエーション（内容、評価、登録）」「共有記録」などである。

この形式のパスでは、大部分が観察すべき項目を明確にした日々の看護記録に相当するので、内容が詳細であるほどチェック項目が多くなるが、自由記載の欄は少なくすむ。またアウトカムやバリエーションの評価とともにバリエーション登録が一連の記録業務として可能となるため、記録業務の時間短縮や効率化をもたらすといわれている。

当院の電子カルテには日めくり式パスの機能が備わっておらず、その有用性を知りつつも併用して運用することを断念してきたが、2年程前から電子カルテのテンプレート機能を利用して、一部のパスで試験的に日めくり式パスを併用することになった。

若干の操作性に問題はあるものの、今回報告したように日々の記録業務の効率化を実感している。また以前より問題であったバリエーション登録漏れがほとんど無くなり、バリエーション分析に必要なデータ収集に要する労力も大幅に軽減された。

まとめ

今後は、日めくり式パスの有用性を院内に展開し、診療記録の充実と効率化、バリエーション登録の促進などを通してより良いパスの運用につなげていきたい。

3. 電子パスシステムを利用したバリエーション集積方法の検討

～パス見直し体制の整備に向けて～

社会医療法人宏潤会 看護部 木山真美

システム管理課 荒川千奈美

〔要旨〕

当院では、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、昨年10月に電子カルテ更新と同時に電子パスシステムもバージョンアップされた。バリエーション入力の手軽化、データ分析がしやすくなったことを活用して、電子パス修正の体制づくりを構築し検討したためここに報告する。

〔目的〕

バリエーション集積データを基にパス見直し基準を策定し、バリエーション分析からパス見直しまでの一連工程のフローを作成することで、煩雑な作業を可視化する。

〔方法〕

システム更新後に使用した全電子パスのバリエーションデータを分析しバリエーションコード体系の見直しをする。新たに決めたバリエーションコードのカテゴリー毎にバリエーション発生頻度のレベルと対応方法を決めて行く。

〔結果〕

平成23年10月以前の電子パスはレスポンスの悪さと入力のし難さから、バリエーション入力されていなかったのが現状であったが、バージョンアップ後は、レスポンスと操作性の改善により、バリエーション入力が看護師だけでなく、医師からの入力も増加した。平成23年10月以降で使用された全電子パス（計1,538パス）のバリエーションデータを分析することで、カテゴリーが分類し辛かったバリエーションコード体系の見直しをすることができた。また、バリエーションコード体系の整備とともに、バリエーションコード毎の発生頻度の割合をランク付けし、ランクに応じた対応方法（例：発生頻度30%以

上で、適応基準の見直し、治療方針の見直しを多職種で検討。発生頻度30%未満で担当者で確認）を策定した。

〔考察〕

今までの、バリエーションコード分類はとても細かく選択に困難を来していた。しかし今回の見直しにより誰もが同レベルの評価が出来るようになると考えられる。またバリエーション集積がしやすくなり、病院全体での取り組みが充実したこと、委員会からの働きかけがしやすくなったことで、より問題点を明確にすることが出来るようになり業務改善・パス修正の体制作りに繋がると考えられる。

〔結語〕

とっつきにくいイメージのあるバリエーション分析の指標策定は、電子パス＝面倒くさいの概念を払拭してくれることを期待する。今後、バリエーション入力の徹底と十分な分析を行うことにより、電子パス使用頻度の向上と新規電子パスの作成率UPを目指し更なるチーム医療の貢献に繋げていきたい。

4. 大腿骨頸部・転子部骨折における在院日数の検討

馬淵まりえ 安間英毅 大場満成 酒井智久 岩野壮栄
(社会保険中京病院 整形外科)、石川洋子(同 地域連携室)

当院整形外科で最もクリニカルパスが多く適応されている大腿骨近位部骨折についてその在院日数と内訳について調査した。在院日数が長くなる場合の特徴として手術待機期間が長い、転院先が決まるのが遅い、転院先が決まってから転院するまでが遅いことがあげられた

【はじめに】

大腿骨頸部/転子部骨折は整形外科の中で最もクリニカルパスを使用している疾患であり、2006年からは地域連携パスも活用されている。そのため急性期での治療の流れ、急性期病院から回復期病院への流れはともに比較的スムーズであるが、在院日数が長くなる場合も散見されている。

当院での大腿骨転子部骨折/頸部骨折クリニカルパスは骨接合パス、人工骨頭パスの2種類があるが、術後10日までの設定となっている。11日目以降は転院可能な状態として設定されているため、パス通りに転院が可能であればかなりの短期間(DPC Iの期間)で転院が可能であるが、実際にはその通りに転院できることは非常に稀である。

今回我々は、在院日数が長かったケースと短かったケースを比較し、どこに違いがあるのかについて検討したので報告する。

【対象】

2009年1月～2011年9月に当院に入院、手術を行った大腿骨頸部骨折/大腿骨転子部骨折255例を対象とした。全例にクリニカルパスを適応して加療を行った。男性54例、女性201例であった。

【方法】

DPC I～Ⅲの日数に従い、3群に分類した。性別、年齢、術式、平均在院日数を調査した。また、日数については医療的な面から入院から手術までの期間、手術から退院までの期間に分けて調査した。社会的な面から、手術から退院調整開始までの期間、退院調整開始から転院先決定までの期間、転院先決定から転院までの期間に分けて調査した。

【結果】

DPC Iの期間で退院できたものは17例であり、男性1例、女性16例、平均年齢81.4歳、平均在院日数12.3日、全例が骨接合術であった。DPC IIの期間で退院できたものは144例、

男性31例、女性113例、平均年齢80.7歳、平均在院日数21.8日、骨接合術111例、人工骨頭置換術33例であった。DPCⅢ以上の期間のものは94例であり、男性22例、女性72例、平均年齢82.7歳、骨接合術69例、人工骨頭置換術25例、平均在院日数39.1日であった。これらにおいて、平均年齢は有意差を認めしたが、性別、術式については有意差を認めなかった。

医療面から検討すると、入院～手術までの平均期間はDPC Iで0.29日、DPC IIで2.02日、DPCⅢ以上で2.98日であり、各群間で有意差を認めた($P<0.05$)。手術～退院までの平均期間はDPC Iで10.8日、DPC IIで18.6日、DPCⅢで34.8日であり、同様に各群間で有意差を認めた($P<0.01$)。次に、社会的な面から検討すると、手術～退院調整開始までの平均期間はDPC Iで3.0日、DPC IIで3.78日、DPCⅢ以上で6.49日と有意差を認めなかった。退院調整開始～転院先決定までの平均期間はDPC Iで4.53日、DPC IIで7.92日、DPCⅢで16.01日であり、DPCⅢ以上とDPC I、IIの間で有意差を認めた($P<0.01$)。転院先決定～退院までの平均期間はDPC Iで3.29日、DPC IIで6.85日、DPCⅢ以上で12.26日であり各群間で有意差を認めた($P<0.05$)。

【結語】

これらの結果から退院が遅くなるケースの特徴として、手術待機期間が長い、退院調整が始まってから転院先が決まるのが遅い、転院先が決まってから転院するまでが遅いことがあげられた。これらの項目はクリニカルパスの中に組み込まれていない項目であり、可能な部分から組み込むことで在院日数短縮につなげることができると考えられた。その一方で院内のパスをいかに最適化しようとも短縮できない要素もあり、ほかの手段を講じる必要があるとも考えられた。

5. 当科クリティカルパス解析から得られた術後管理の現状とパスの今後の課題

氏名(所属) 羽切 周平、橋本 久実子、吉岡 洋
(名古屋第二赤十字病院 呼吸器外科)

要旨

2010年5月より当院で電子カルテが導入され、当科では紙カルテから引き続いて5種類のパスを運用している。パス活用について、様々なデータが得られた。パス活用状況を解析することで判明した当科の術後管理の現状と、そこから考察されるパスと術後管理の課題について報告する。

【方法と対象】 2010年7月1日～2011年6月30日までの1年間で、当科を主科とする入院患者230名を対象に解析した。

【結果】 230名の内訳は、平均年齢は53歳、男性164名(71.3%)、女性66名(28.7%)であった。原発性肺癌が38%、自然気胸が29%、外傷性血気胸が9%、縦隔腫瘍が7%と続いた。230名のうち、予定手術は85%、緊急手術が2%、手術しなかった症例は13%であった。パスの適応状況は、85%で適応し、15%は非適応であった。非適応症例は主に多発外傷などで、ICU入室となったり、一度退院したが術後合併症のため再入院となったような症例が含まれた。パス適応頻度はICU入室開胸パスが51%、自然気胸パスが30%と続いた。適応が最多だったICU入室開胸パスにおいて、パス完遂率は74%、逸脱は21%に上った。入院期間も完遂群では7.96日、逸脱群では17日という結果であった。パス逸脱の原因は、肺瘻が28.6%と最多で、排液多量23.8%、創部感染14.3%、気管支断端瘻9.5%という結果であった。

【考察】 パス導入の利点の一つとして入院期間が短縮されることが上げられるが、当科の場合、入院期間の短縮のために術後合併症をいかに避けるかが大切である。ただし、ICU入室開胸パスが適応されるような高侵襲な手術では術後合併症はある程度の頻度で発症することが不可避であることも事実である。実際、ICU入室開胸パスでのパス逸脱は全体の約20%になり、その原因は術後合併症によるものが殆どであった。また逸脱症例の特徴として、特に肺気腫、DM、下葉切除例がmorbidity不良因子になっており、術前からhigh-risk群は嚴重フォローアップしたパスを新たに用いることも対策として有効なのではと考えている。

6. カルテ公開システム「金鯨メディネット」を利用した地域連携パスの運用報告

氏名（所属）梶田 真子（名古屋医療センター地域医療連携室
連携係長）

要旨

地域連携パスの運用として情報共有の効率化と患者さんの診療により役立つ方法として、カルテ公開システム「金鯨メディネット」を利用した。

入力の双方向運用が可能となりデータ処理が簡素化され、患者さんの回復状況も院内のどこからでも確認する事ができ、治療計画の評価につながり、有用であった。

【目的】

当院では平成 20 年より名古屋大腿骨頸部骨折地域連携パス・脳卒中地域連携パスを運用開始、5 年を迎えた。連携病院での診療計画を終了したパスシートが計画病院である当院に返送されてくるが、データの処理が手入力であり、4 年間のパスシートも 850 件を超え膨大となっていた。

パスシートの返送は連携病院を退院した数ヶ月後であり、連携した患者さんのリハビリ成果を確認する事が困難になっていた。

平成 21 年 11 月に当院では電子カルテを連携医療施設に公開する「金鯨メディネット」を運用開始した。当初はカルテを公開するのみの一方の連携であったが、平成 23 年 10 月より地域連携パスを連携先に公開、同シートの書き込みを可能にし、一元化管理することで情報を共有できるよう運用を試行した。

【方法】

期間：平成 23 年 10 月 17 日～24 年 4 月

連携パス公開患者件数：10 件

連携施設：K 病院（回復期）

- ① 連携パスの入力方法・フェーズ移行（＝急性期→回復期→維持期など各期からパスが連携される事）方法のマニュアルを作成し金鯨メディネットユーザーである K 連携病院（回復期）にて運用方法説明会開催
- ② K 連携病院へ転院する患者さんの連携パスをフェーズ移行（保護）し公開
- ③ K 病院で経時的にパスを記入、退院時（または維持期へ転院時）パスをフェーズ移行（保護）し終了、または維持期に公開
- ④ 運用状況について K 連携病院（回復期）と当院より評価する

【結果】

急性期側でのフェーズ移行が適時に処理されず先方への公開が遅れたり、パスの保護処理をせずフェーズ移行され急性期のパートの書き込みが可能であった等運用上の問題が生じた。転院した患者さんの回復状況を適時パスから確認することができたが、K 病院の運用上回復期退院時の確認のみとなった。回復期側では本ネットワーク端末造設により公開が一次的に不可能になる障害が生じた。

連携パスは K 病院のパートを入力完了したパスが当院の電子カルテに保存されデータ処理に対する労力は非常に簡素化された。

連携側ではパスシートの未記入があっても同時に公開されている診療録を閲覧することで情報収集が可能であった。

この結果①一元化管理によるデータ処理の簡素化、②経時的に患者さんの回復状況確認が可能となった。

【考察】

一元化による情報共有は、今後地域連携パス連携患者が増え、フェーズが増えるごとに、そして新規の連携パスが開発されるごとに益々重要となってくる。そのため「金鯨メディネット」のような連携ツールが有効であると考えられる。

しかし、運用上のルール作りやマニュアルの共有など連携施設との協力が無くては成り立たない。当院の連携室では現場の意見を収集し、より運用しやすい患者さんのためになる連携ツールを構築していきたい。

【結語】

連携病院である K 病院様のご配慮・ご協力に心より感謝いたします。

7. 乳がん地域連携パスの運用状況 — 愛知県統一パスを使用して —

名古屋第一赤十字病院 乳腺内分泌外科 後藤 康友
看護部 太田 浩美
濱嶋 なぎさ

要旨

愛知県がん診療連携地域連携パス部会で作製した乳がん地域連携パス（統一パス）に準じて2011年3月から乳がん連携パスの運用を開始した。実際に運用できた症例は15例で紹介先医療機関は4機関であり、紹介元にUターンしたものが12例と大部分を占めた。全例がパス進行中であり逸脱例はない。

はじめに

当科では愛知県がん診療連携地域連携パス部会で作製した乳がん地域連携パス（統一パス）に準じて2011年3月から乳がん連携パスの運用を開始した。

今回、当科でのパス導入初期の取り組みの結果を報告し、問題点について検討した。

対象と方法

対象となったのは比較的早期(Stage0、I、II)の原発性乳癌に対して当院で手術を施行した症例で初回入院中に地域連携パスの運用について同意を得たもの。化学療法や放射線照射施行例も含めるがこれらの治療が終了した時点からパスの運用を開始した。運用開始後は患者は連携先医療機関に通院し、通常の診察およびホルモン療法対象者への投薬を行い、必要に応じて血液検査等を施行する。当院へは運用開始後6ヶ月・1年・2年・3年・4年・5年後に来院し、マンモグラフィ等の必要な追加検査を施行する。パス逸脱時は連携パスの運用を中止して当院の診察を受ける。

結果

計15例の原発性乳がん患者が登録された。同時期の乳がん手術例の12%にあたる。年齢は38才から86才で平均59才。病期はStage0が2名、Stage Iが9名、Stage II Aが4名。術式は乳房切除術が7名、乳房温存術が8名、腋窩リンパ節郭清施行例は4名であった。紹介先医療機関は4機関であり、13例は2機関に集中した。既に4例は6ヶ月後や1年後の当院再診に訪れている。15例全例でパス進行中であり逸脱はない。

考察

現在のところ逸脱例がなく、トラブルも生じていないので順調に推移していると言えるが、まだ観察期間が短いので、今後の慎重な経過観察が必要と考えられる。パス運用を始めるにあたり、院内の電子カルテシステムと親和性の高いFilemaker Proを使用しデータベース化して地域連携担当ナースなど多職種のメンバーが情報を共有できるようにした。これにより症例の確実な捕捉が可能となる見込みである。

8. 乳癌手術分岐パスの解析と評価

小牧市民病院 クリニカルパス検討委員会

酒井美登子、近藤泰三、手嶋久子、柴田多鶴子、井谷千尋、松浦治
乳腺内分泌外科 和田応樹

要旨 乳癌手術時のドレーンの有無等の状態により、その後の入院経過が変わるため、3年前より分岐パスを導入した。272例に使用し、初期の半年に集中して中止例がみられたが、251例はパスを終了することが可能であった。

「はじめに」乳癌パスを当初通常のプロセスパスとして開始したが、手術時のドレーン挿入等でその後の入院経過が大きく変わるため問題となった。そのため、手術後に経過の変化に応じた分岐をするパスの使用を開始した。

「目的」乳癌手術後の状態により、3つの異なる分岐を行うクリニカルパスの有用性と問題点を検討する

「方法」2009年4月より乳癌分岐パスを導入した。272例に使用し、中止例は21例であった。初期のパス日数の延長短縮等が不慣れなために中止した例がほとんどであった。分岐は術後に「ドレーンあり」①「ドレーンなし」②の分岐があり、その後①の場合、入院期間が長期③か短期④に分岐する。②の場合は、「ドレーンなし短期」⑤に進む。①③のコースでは予定日数は8日、①④のコースでは予定日数は5日、②⑤のコースでは予定日数は5日である。

「結果」全体では、251例で平均日数は7.0±2.1日であった。内訳は①③は141例、平均7.0±2.1日、①④は3例、平均8.0±1.4日、②⑤は107例、平均5.3±0.9日であった。乳房切除術は129例、平均8.4±2.6日であり、①③は123例、平均8.5±2.6日、①④は一例のみ、②⑤は5例、平均6.6±1.5日となっている。乳房部分切除術は、113例、平均5.6±1.3日であり、①③は16例、平均7.6±1.3日、①④は一例のみ、②⑤は96例、平均5.2±0.6日であった。その他良性疾患等は、9例で、①④が2例、①④は1例、②⑤が6例であった。また、乳房切除術例には、両側例、エキスパンダー挿入、再建術例をふくんでいる。コースは①③であるが、18例で平均13.4±2.8日と延長していた。

「考察」当初、バリエーションによる日程変更に対し、医師が不慣れなためパスを中止にした例が多く見られた。その後、日程変更に対処が可能となり、ほとんどの症例でパスは通常終了可能となった。乳房切除例では、「ドレーンあり」

①→「長期入院」③のコースが多数であるが、一部短期の経過がみられる。乳房部分切除例では、「ドレーンなし」②→「短期入院」⑤のコースが多数であったが、長期入院もみられる。全般に「ドレーンあり」①→「短期入院」⑤のコースは、選択した後に日程延長を行うケースがあり、「ドレーンあり」①→「長期入院」③として、日程を短縮することが医師に好まれ、ほとんど使用されない結果となっている。反面、再建術、エキスパンダー使用例のように5日ほど延長する例が見られた。今後、この結果を踏まえたパスの改善が必要と考えられる。「結語」乳癌手術では、術中のドレーン挿入の有無等で経過が変わるため、分岐パスが有用であった。一部使用されないコースもあり、また、再建術等で必ず日程延長が必要な場合もあり、解析結果を踏まえ分岐パスの見直しが必要と考えられる。

9. I V Rにおける看護師間の連携構築目指して

～CTガイド下肺生検オリエンテーション開始～

氏名（所属）

今泉文¹⁾ 福嶋敬子¹⁾ 三澤靖子¹⁾ 障子美奈¹⁾ 奥田孝光¹⁾ 加藤千恵¹⁾
長岡 祥子¹⁾ 佐藤洋造²⁾ 稲葉吉隆²⁾ 伊藤志門³⁾ 清水淳一⁴⁾

愛知県がんセンター中央病院 看護部¹⁾

同 放射線診断・IVR 部²⁾

同 呼吸器外科³⁾

同 呼吸器内科⁴⁾

要旨

CTガイド下肺生検クリニカルパスを外来診察室から始まるクリニカルパスに改訂し、パスをツールとした連携の構築を目指した。

【はじめに】

院内におけるI V R医療の質向上を目標とし、検査室を中心にクリニカルパス作成などに力を注ぎ検査室・病棟間の連携はでき始めている。

DPC導入になどにより短期入院が進む中で、外来患者増加と共に外来看護の見える化が問われている。そこで、今回IVR検査にあたり患者の不安軽減や継続看護のため、外来診察室における関わりが必要と考え、CTガイド下肺生検に着目し検査オリエンテーションを開始することにした。

【目的】

外来診察室－病棟－検査室が連携してより良い看護が提供できるようにする。

【方法】

CTガイド下肺生検クリニカルパスを改訂し、平成23年12月から入院前における外来診察室での看護師オリエンテーションを開始する。

【取り組み・結果】

クリニカルパスを外来診察時から退院後外来受診までとし、CTガイド下肺生検に対して一連の継続医療・看護が見える化。それにあたり、現在あるクリニカルパスを改訂。患者用ク

リニカルパスには、診察室看護師がオリエンテーションを行いやすいように詳細な内容を追加。患者から質問が多い費用についてや、検査中のお願いなどを盛り込んだ。医療者用には診察室看護師が関わった部分までを記載できるようにし、入院後スムーズに継続した看護を行えるようにした。また、抗血栓薬内服を外来医師・診察室看護師が検入院前にダブルチェックできるため、入院後の検査延期防止にも有用と思われる。同意書を作成しオーダーリングシステムに組み込むなど、今後の電子化に備えた取り組みも行った。患者は外来で始まり、外来で継続していく。その中で看護師がより良い連携をとれることが看護の質向上につながると考える。

特別講演

「診療現場で役立つクリニカルパス分析」

宮崎大学医学部医療情報部教授 荒木賢二先生

宮崎大学病院では、2006年5月より電子カルテを稼働させ、紙パスは電子パスに移行した。電子パスは、文書、観察項目、指示簿、DPC、病名、等を含む完全パスで、画面表示速度も速く、携帯情報端末との連携もスムーズで、運用に乗っている。2011年度の入院患者のパス使用率は、39.3%であり、最高は産婦人科で74.8%、最低は脳神経外科の0%であった。化学療法のレジメはパスからしか出せないようになっているが、完全パスではないのでパスとして数えていない。

2011年6月より、毎月一診療科ずつパス分析と診療科ヒアリングを行い、結果を「診療現場で役立つ経営分析研究会」のオンライン会議で報告している。パス分析項目は、一年分（2010年度）のパス使用状況（パス別使用数、使用率）、収支、包括出来高差、在院日数の分布とアウトライヤの症例分析、診療科固有の問題の発見、等、であり、その結果を踏まえて、ヒアリング時に新規パスや既存パスの見直しを提案している。バリエーション分析は行なっていない。理由は、厳密なパスではないので、オーダーの削除、追加が頻繁に行われているためである。また、複雑な疾患では、パスの観察項目が多く、情報過多で病態の把握が難しく、医師の診断支援が今後の課題となっている。

継続的なパス分析で、診療そのものの改善提案を行い、診療の現場で役立っている。

宮崎賢二先生 御略歴

昭和52年4月：宮崎医科大学入学

昭和58年3月：宮崎医科大学卒業

昭和58年4月：宮崎医科大学大学院入学

昭和58年5月：医師免許取得

平成元年3月：宮崎医科大学大学院卒業、医学博士号取得

平成元年4月：宮崎医科大学第二外科入局

平成3年10月：科学技術特別研究員として国立循環器病センター研究所人工臓器部赴任

平成6年1月：宮崎医科大学第二外科助手

平成9年6月：宮崎医科大学医療情報部助手

平成9年11月：宮崎医科大学医療情報部講師

平成13年10月 同 教授

平成15年10月：宮崎大学医療情報部教授（統合に伴う移動）