

## 第 19 回愛知クリニカルパス研究会 プログラム

日時：2014 年 7 月 19 日（土）

会場：名古屋医療センター 外来管理診療棟 5 階 講堂

12：00～ 世話人会（外来管理診療棟 5 階 特別会議室）

13：00～13：05 開会の辞

《一般演題 I》13：05～13：45

座長：トヨタ記念病院 看護部 佐野マスミ

① トルバプタンを早期かつ安全に導入するためのクリニカルパスの策定とその使用経験

名古屋第一赤十字病院 看護部<sup>1)</sup> 循環器内科<sup>2)</sup>

中山聡子<sup>1)</sup> 岡田朋子<sup>1)</sup> 磯部有希<sup>1)</sup> 河西宏<sup>2)</sup> 小栗光俊<sup>2)</sup> 神谷春雄<sup>2)</sup>

② 周術期リハビリテーションクリニカルパスの作成と運用

春日井市民病院 リハビリテーション技術室<sup>1)</sup> 外科<sup>2)</sup> 看護局<sup>3)</sup>

山下裕<sup>1)</sup> 會津恵司<sup>2)</sup> 大口真由<sup>3)</sup> 山口竜三<sup>2)</sup> 古田美保<sup>2)</sup> 笹本彰紀<sup>2)</sup> 渡邊真哉<sup>2)</sup>

井田英臣<sup>2)</sup> 伊藤哲<sup>2)</sup> 中橋剛一<sup>2)</sup> 秋田直宏<sup>2)</sup> 金井道夫<sup>2)</sup>

③ 気管支ステント術パスの検討

名古屋医療センター 看護部<sup>1)</sup>

下平祐生<sup>1)</sup> 濱田真奈美<sup>1)</sup>

④ 産婦人科における静脈血栓塞栓症（VTE）予防クリニカルパス

名古屋掖済会病院 産婦人科<sup>1)</sup>

服部諭美<sup>1)</sup> 三澤俊哉<sup>1)</sup> 高橋典子<sup>1)</sup> 石橋由妃<sup>1)</sup> 古井裕子<sup>1)</sup> 藤井詩子<sup>1)</sup>

13：45～14：00 休憩

《一般演題Ⅱ》 14：00～14：30

座長：名古屋第二赤十字病院 消化器外科 法水信治

⑤ 電子パスのアウトカム評価に向けてパス委員会の取り組み

名古屋第二赤十字病院 呼吸器外科<sup>1)</sup> 循環器内科<sup>2)</sup> 入院業務課<sup>3)</sup>  
看護部<sup>4)</sup> 一般消化器外科<sup>5)</sup>

伊藤志門<sup>1)</sup> 安藤萌名美<sup>2)</sup> 橋本知紀<sup>3)</sup> 中野正樹<sup>3)</sup> 古城淳子<sup>4)</sup> 法水信治<sup>5)</sup>  
平山治雄<sup>2)</sup>

⑥ オールバリエンス方式のバリエンス分析

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部<sup>1)</sup> 外科<sup>2)</sup>  
鈴木明日羽<sup>1)</sup> 松山孝昭<sup>2)</sup> 松川郁美<sup>1)</sup> 黒野純子<sup>1)</sup>

⑦ 電子カルテ双方向での循環型インターフェロン地域連携パス運用の試み

名古屋医療センター 消化器内科<sup>1)</sup> 同地域連携室<sup>2)</sup>

平嶋昇<sup>1)</sup> 山田安貢<sup>2)</sup> 北山淳一<sup>2)</sup> 梶田真子<sup>2)</sup> 島田昌明<sup>1)</sup> 岩瀬弘明<sup>1)</sup>

《指定演題》 14：30～14：50

座長：名古屋第二赤十字病院 消化器外科 法水信治

「愛知県がん地域連携パスの現状と今後」

中京病院 外科 東島由一郎

14：50～15：05 休憩

《特別講演》 15：05～16：05

座長：名古屋医療センター 外科 近藤建

「DPC 分析ツールを用いたクリティカルパスの見直し」

熊本医療センター 統括診療部長 清川哲志

16：05 閉会の辞

## 1. トルバプタンを早期かつ安全に導入するためのクリニカルパスの策定とその使用経験

名古屋第一赤十字病院 看護部<sup>1)</sup> 循環器内科<sup>2)</sup>  
中山聡子<sup>1)</sup> 岡田朋子<sup>1)</sup> 磯部有希<sup>1)</sup> 河西宏<sup>2)</sup> 小栗光俊<sup>2)</sup> 神谷春雄<sup>2)</sup>

### 【要旨】

従来薬では治療不十分な重症心不全に対して、重大な副作用を発生し得るトルバプタンを早期かつ安全に導入するためのクリニカルパスを策定・使用し、その妥当性・課題について検討した。

### 【目的】

トルバプタンは従来利尿薬とは違った作用機序を持つ新しい利尿薬であるが、使用可能となってから4年弱しか経過しておらず、全国的にも未だ使用経験は不十分である。また、従来利尿薬等で治療不十分な重症心不全に対して絶大な効果を示す可能性がある一方で、高ナトリウム血症、肝障害などの重大な副作用を及ぼす可能性があるため、入院にて慎重に導入する必要がある。我々はトルバプタンを安全に導入する為のチェック項目を有し、治療効果により投与量を選択するクリニカルパスを策定したので報告する。

### 【方法】

当クリニカルパスは心不全急性増悪前に待機的に入院し、トルバプタンを安全に導入し退院させ、増悪を未然に防ぐことを目的としており、NYHA2以上の慢性心不全で、入院前にフロセミド40mgを以上内服している症例を対象とした。除外基準として、 $\text{Na} < 124 \text{ mEq/L}$ 、 $\text{Na} > 146 \text{ mEq/L}$ 、維持透析中、経口摂取不可に設定した。調査期間はクリニカルパス策定後の平成26年1月から6月までとした。導入前に頸静脈、下大静脈等で前負荷チェックを行い、妥当性を再確認する。7.5mgより開始し、導入後は毎日の体重、尿量、飲水量、午前7時の血液検査(投与初日は4時間毎の3回)による電解質、肝機能、尿浸透圧等のフォローアップを行い、副作用を早期に発見することで安全性を担保した。心不全急性増悪前の患者を想定しており、安静度、飲水量の制限は設定していない。投与3~8日目に治療効果判定として、①症状または前負荷残存、②尿浸透圧低下率 $> 26\%$ または尿量 $> 25 \text{ ml/kg/day}$ を評価して同量継続・増量の検討を行い、①②を満たすものを継続群、①を満たし尿量 $< 25 \text{ ml/kg/day}$ の場合を増量群(15mgに増量)とし2ステップに分岐した。また、投与9日目に外来使用の検討目的で前負荷、尿量を評価して、

前述の①を満たし尿量 $> 20 \text{ ml/kg/day}$ の場合を長期継続群、①を満たさないか尿量 $< 20 \text{ ml/kg/day}$ の場合を終了可能群とし再度2ステップに分岐するよう設定した。

### 【結果】

平成26年1月から6月にトルバプタンが投与された12例中6例で当パスを使用した。対象の背景は年齢( $71.5 \pm 6.72$ 歳)、血清クレアチニン値( $1.20 \pm 0.29 \text{ mg/dL}$ )、BNP( $997.8 \pm 904.0 \text{ pg/mL}$ )入院前フロセミド投与量( $83 \pm 32 \text{ mg}$ )、退院後トルバプタン使用は3例(平均6.25mg)パスを使用した6例中1例は効果不十分のため早期に終了した。各ステップの振り分け結果は、継続群が4例、増量群が1例であった。また、トルバプタンを外来で継続使用する長期継続群は3例、入院中のみとする終了可能群は2例であった。

### 【考察】

パス適応症例は少数であるものの、全例安全に遂行することができた。治療効果は症状、前負荷、尿浸透圧、尿量で判定するが、治療の主目的である症状の改善を得ることが最も重要である。現状ではトルバプタンの効果指標は十分にエビデンスが蓄積されておらず、今後の臨床研究結果を踏まえてパスの修正が検討される。また、当クリニカルパスは増悪前の心不全患者を対象としているが、より母数の多い心不全増悪による緊急入院患者を対象としたトルバプタンの安全な導入を目的としたクリニカルパスに応用することが必要と考えられる。

### 【結論】

トルバプタンを安全に導入する為のクリニカルパスを策定し、6例に使用した。パス進行によるトラブルはなく、早期かつ安全に導入することができた。

本研究に利益相反はありません。

## 2. 周術期リハビリテーションクリニカルパスの作成と運用

春日井市民病院 リハビリテーション技術室<sup>1)</sup> 外科<sup>2)</sup> 看護局<sup>3)</sup>  
山下裕<sup>1)</sup> 會津恵司<sup>2)</sup> 大口真由<sup>3)</sup> 山口竜三<sup>2)</sup> 古田美保<sup>2)</sup> 笹本彰紀<sup>2)</sup>  
渡邊真哉<sup>2)</sup> 井田英臣<sup>2)</sup> 伊藤哲<sup>2)</sup> 中橋剛一<sup>2)</sup> 秋田直宏<sup>2)</sup> 金井道夫<sup>2)</sup>

## 【要旨】

当院における周術期リハビリテーション（以下周術期リハ）の運用に当たり、新たなクリニカルパス（以下周術期リハパス）を作成した。ベースのクリニカルパス（以下パス）に上乗せして展開し運用する形式とした。新たな運用方法の試みとしてここに紹介する。

## 【はじめに】

近年、術後合併症予防を目的に周術期リハが実施されるようになった。当院でも 2011 年 7 月から胃がん手術のパスに周術期リハを組み込み良好な成績が得られた。そこで、周術期リハの適応を他の術式にも拡充するべく、周術期リハパスを作成し、運用を試みた。

## 【まとめ】

術後呼吸器合併症の発症リスクが高い症例に、ベースのパスに上乗せする形式の周術期リハパスを作成し、運用を開始した。今後さらに検討し、より効果的に運用できる様改良していく

## 【作成】

全例介入はマンパワーの問題から困難であった為、術後呼吸器合併症の発症リスクや不動に陥る可能性が高い症例を適応条件とするパスとした。ベースのパスに上乗せする形式とした。術前より理学療法士が評価・指導を行い、術後は評価、呼吸・歩行練習などの介入を行った。構成は、多職種が患者の情報を一括で確認出来る様に工夫した。看護師が確認するアセスメントやアウトカムを設定する事や、それまで別の媒体にのみ記録をしていた理学療法士の情報を、電子カルテ上のテンプレートに経時的に記載できるようにした。

## 【運用】

周術期リハパスを 2012 年 12 月より運用を開始した。2014 年 5 月までに 155 例に適応した。ベースとなるパスの内訳は胃切除パス 72 例、肝切除パス 31 例、膵切除(SSPPD, 膵臓手術)パス 17 例、大腸手術 15 例、食道切除 10 例、その他 10 例であった。

## 【考察】

周術期リハパスは胃切除術よりも侵襲の大きい術式にも運用されていた。積極的な周術期リハ介入の一助になっていると考える。今後は現状の適応基準が適当であるか、現在のバリエーションの設定が適当であるか、また合併症発症率や術後在院日数に良い影響を与えるかについて検討が必要であると考えらる。

## 3. 気管支ステント術のパス検討

## 【要旨】

当院では、気道狭窄に対して気管支ステント術（以下ステントとする）を行っており、愛知県のみならず、岐阜県や三重県からの依頼もある。ステントは全国でも行っている施設が少ないため、クリニカルパス（以下パスとする）の作成と運用を試みた。実際の使用状況を調査し、妥当性と課題について検討した。

## 【目的】

ステントは全国でも行っている施設が少なく、他施設からの紹介も多い。そのため、術後、元の施設に戻り治療を継続するケースも多い。術後は吸入を継続して行ってもらう必要があり、入院時から治療のみでなく転院や退院の準備も必要となる。今回作成したパスの使用状況を調査し、妥当性と課題について検討する。

## 【方法】

2013年3月1日から2014年6月20日までを調査期間とし、調査期間内に当院でステント（ステント留置、ステント抜去、バルーンリング、焼灼を含む）を行った115件中、呼吸器病棟で行われた83件を調査対象とした。調査はカルテからの後ろ向き調査とし、さらに医師や看護師から聞き取り調査を行った。

## 【結果】

調査期間中の調査対象83件中パスの使用は25件であり、使用率は30.1%であった。パス使用患者の平均在院日数は11.8日であり、最短3日から最長58日の入院期間であった。パスの使用状況としては、25件中バリエーションなしが11件（44.0%）、負のバリエーションが9件（36.0%）、正のバリエーションが5件（20.0%）であった。内容としては、負のバリエーションの場合、術後の去痰困難や状態変化であり、正のバリエーションの場合、ステント留置ではなく抜去や焼灼のみのケースであった。また、ステント術日の当日入院は24件（28.9%）であり、平均在院日数は5.2日であった。医師からは、検査などの変更ができず使いづらいという意見があり、看護師からは当日入院だと事前検査など準備も忙しく、在宅用の吸引器

の手配が大変であるという意見があった。

## 【考察】

今回作成したステントパスは術前日から使用する様式になっており、当日入院の患者には適していないため、パス使用率が向上しなかった要因の一つと言える。また、紹介患者も多く、4割近くが入院時から術後転院が決まっており、在院日数が短縮する傾向にある。今後バリエーション内容を基にパス内容の検討と修正を行い、新たに当日入院用のパスを作成することでパスの使用率を上げることができると考える。

## 【結語】

気道狭窄が生じている患者は状況が変化しやすいため、症状の進行によって緊急性が高い。安全に医療と看護を提供できるよう適切なパスの作成と運用を行っていきたい。

名古屋掖済会病院 産婦人科<sup>1)</sup>  
服部諭美<sup>1)</sup> 三澤俊哉<sup>1)</sup> 高橋典子<sup>1)</sup> 石橋由妃<sup>1)</sup> 古井裕子<sup>1)</sup>  
藤井詩子<sup>1)</sup>

## 【要旨】

人科領域は周術期静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism : VTE)の発症頻度が高く、適切な予防対策が求められる。2013年4月に当科で導入した、VTE 予防パス導入後の成績や今後の問題点を検討する。

## 【目的】

2013年4月に当科で導入した、静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism : VTE)予防パス導入後の成績や今後の問題点を検討する。

## 【方法】

当院クリニカルパス適応率のデータベースから、2013年4月から2014年4月に当科でVTE 予防パスが適応された患者数を調べ、手術歴よりそれぞれの患者を同定。各患者のカルテより、パス通りにVTE 予防策が実施されたか、術後の離床日数、VTE 予防策に伴う合併症、入院中の肺血栓塞栓症(pulmonary thromboembolism : PTE)発症について調べた。各患者には入院前に書面にて患者情報や手術情報を学会発表や論文に活用することについて同意を得ている。

## 【結果】

2013年4月から2014年4月に当科で適応されたVTE 予防パスの件数は、婦人科悪性腫瘍VTE 予防パス30件、子宮全摘VTE 予防パス5件、付属器摘出VTE 予防パス2件、帝王切開VTE 予防パス3件であった。パス通りに抗凝固療法が開始されなかった例が2例あった。術後の平均離床日数は1.69日であった。VTE 予防策に対する合併症はなし、入院中のPTE 発症はなかった。

## 【考察】

産婦人科領域は整形外科、外科について周術期VTEの発症頻度が高いとの報告がある。当科では術前にVTE リスク評価を行い、高リスク症例にVTE 予防パスを導入している。VTE 予防パスでは、術前からの弾性ストッキング着用、術中間欠的空気圧迫法に加えて、術後低分子ヘパリンによる抗凝固療法が予防の中心となるが、出血や、肝機能障害、ヘパリン起因性血小板減少症などが合併症として

問題になってくる。パスでは術後1日目21時より低分子ヘパリン開始となるが、パス通りに抗凝固療法が開始されなかった2例は、術中出血量が多く、術後再出血を予防するために術後1日目での投与は見合わせた。出血コントロールがついた術後2日目以降で低分子ヘパリンを開始している。抗凝固療法開始後は、出血等の副作用が原因でパスを離脱した者はいなかった。

当科では、術後抗凝固療法施行予定の患者には、計画外抜去等による脊髄硬膜外血腫を防ぐため、全身麻酔のみで手術を行い、硬膜麻酔の併用はせず、術後鎮痛は持続モルヒネ皮下注や神経ブロックで代用している。硬膜外麻酔なしでも平均離床日数1.69日とまずまずの早期離床がはかれているが、硬膜外麻酔と比較すると鎮痛効果はやや劣り、またモルヒネの嘔気が問題となる症例もある。さらなる早期離床を目指すのであれば、硬膜外麻酔との併用も考慮される。

## 【結論】

高リスク症例に対するVTE 予防パスの導入後、新規のPTE 発症者はいない。術後鎮痛の面で今後さらなるパスの改善が望まれる。

名古屋第二赤十字病院 呼吸器外科<sup>1)</sup> 循環器内科<sup>2)</sup> 入院業務課<sup>3)</sup>  
看護部<sup>4)</sup> 一般消化器外科<sup>5)</sup>  
伊藤志門<sup>1)</sup> 安藤萌名美<sup>2)</sup> 橋本知紀<sup>3)</sup> 中野正樹<sup>3)</sup> 古城淳子<sup>4)</sup>  
法水信治<sup>5)</sup> 平山治雄<sup>2)</sup>

## 【要旨】

電子パスのアウトカム評価のためには、その設計に時間と労力をかける必要がある

## 【目的】

当院では 2012 年に電子カルテおよび電子パス(Fujitsu GX)が導入され、これまで熱心であったパス活動が停滞してしまった印象がある。電子化によってパスの真価が問われている状況にあって、パス委員会ではアウトカム評価が DPC とともに医療の質と安全評価に貢献できる利点と考えている。電子化によりパス集計や分析は格段に楽になっているにもかかわらず、アウトカム評価がされてこなかった背景にはその設計の問題が考えられる。パス委員会として最近取り組んでいる活動を中心に報告する。

## 【方法】

循環器内科で使用している心不全パスを現場の医師とパス委員会とで見直し、アウトカム設定の変更のみを行った。その際にマスターも変更し、電子的に情報が取れるように改善し、現場にはアウトカム評価を協力してもらった。解析対象となったのは 2014 年 2 月から 5 月までの期間に急性心不全パスを使用した症例でアウトカム評価入力率、バリエーション割合と分析、分岐パスの経路分析およびロジックの検討、在院日数の評価を行った。

## 【結果】

パス修正に約 30 日が必要で、31 例にパス適応をおこなった。修正によってアウトカムの総数は変化しなかった。アウトカム評価率はほぼ 0%であったものが、通常運用で 44%、入力もれを委員会から指摘すると約一週間で 91%まで上昇した。バリエーションは 10 件(3%)発生したがパス中止に関連したものは 1 件(安静が守れない)であった。分岐パスのロジックには問題がなかった。在院日数の評価においては医師が終了判定を行っているが退院できない症例が約半数あり今後のシステム改善が必要と考えられた、この結果をパス大会および医局会で報告し、パス委員会のなかに 3 チームほどのパス見直しチームを編成し、6 月から全病院に呼びかけてアウトカム設定

の再構築を行っている。

## 【考察】

急性期病院では現場の医療者は日常業務に追われておりパスの分析までは行うことが困難である。しかし、医療者が面白いと感じるアウトカム設定ができると忙しい日常でも協力を得られる可能性がある。パス委員会も具体的な協力をしていかないとアウトカム評価は難しいと思われた。しかし、設定を修正することで診療や病院運営にフィードバックできる情報を得ることができる。

## 【結語】

電子パスのアウトカム評価のためには、その設計に時間と労力をかける必要がある。

## 6. オールバリエンス方式のバリエンス分析

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部<sup>1)</sup> 外科<sup>2)</sup>  
鈴木明日羽<sup>1)</sup> 松山孝昭<sup>2)</sup> 松川郁美<sup>1)</sup> 黒野純子<sup>1)</sup>

### 【要旨】

当院では、現在136件の電子クリニカルパスが運用されている。昨年度より日本クリニカルパス学会監修の「ベーシックアウトカムマスター Basic Outcome Master」を参考に、処置・検査・点滴・看護等の介入アウトカムを加えた、オールバリエンス方式のパスへの変更の取り組みを行っている。オールバリエンス方式のパスを使用し、バリエンスがより明確化されたことをここに報告する。

### 【対象・方法】

対象は、「胸腔鏡下肺葉切除術～区域切除」の電子パスで、2013年10月21日から2014年2月3日までの、オールバリエンスパスへの変更前12件（A群）。2014年2月5日から2014年6月6日までのオールバリエンスパスへの変更後11件（B群）で、A群では患者アウトカムのみの71項目の設定であったのに対し、B群では患者アウトカムの設定を84項目とし、さらに介入アウトカム57項目を追加し、バリエンスの評価を行った。

### 【結果】

バリエンスは、全ての患者から発生しており、A群は104件、B群は131件が登録された。その内容では、A群では、患者アウトカムに対するバリエンスの割合が28.8%（30件）で、残りのバリエンスは、パス以外で実施された処置、検査、点滴、看護等によるものであった。

B群では、患者アウトカムに対して出たバリエンスの割合が48.8%（64件）で、介入アウトカムに対するものが51.1%（67件）であった。また介入アウトカムの中で、「看護介入に追加はなかった」の項目が16.4%（11件）を占めていた。

### 【考察】

今までは患者アウトカムの評価のみのため、処置・看護に関するバリエンスは評価の基準がなく曖昧だった。スタッフによっては、バリエンス内容が不透明であり、バリエンス件数が多い割には患者アウトカムからのバリエンスは28.8%という低い結果であった。

今回オールバリエンス方式を導入し、患者アウトカムの項目を増やし、介入アウトカムの項目を追加した事で、その日行うべき処置や看護、検査、点滴などの実施状況を確実に評価することが出来、バリエンスの登録件数が増えた。

中でも介入アウトカムの「看護介入に追加はなかった」の項目を追加したことは、改めて、看護介入に関するバリエンスを確認する機会となり、これまでバリエンスという認識が出来ていなかったことが、バリエンスとして登録ができたと考えられる。

### 【結語】

患者アウトカム・介入アウトカムの項目を追加しオールバリエンス方式としたことにより、評価の視点が明確化され、バリエンス入力への漏れがなくなった。

オールバリエンスパスでの運用を開始して少なからず電子パス＝面倒くさいの概念を払拭でき、バリエンス入力への徹底とアウトカム項目の統一化を図る事ができた。また、バリエンスの根拠がより明確になった。今後、十分なバリエンス分析を行うことにより、電子パス修正の向上と更なるチーム医療の貢献に繋げていきたい。



## 7. 電子カルテ双方向での循環型インターフェロン地域連携パス運用の試み

名古屋医療センター 消化器内科<sup>1)</sup> 同地域連携室<sup>2)</sup>

平嶋 昇<sup>1)</sup> 山田安貢<sup>2)</sup> 北山淳一<sup>2)</sup> 梶田真子<sup>2)</sup> 島田昌明<sup>1)</sup> 岩瀬弘明<sup>1)</sup>

### 【要旨】

当院ではインターフェロン地域連携パス(IFN パス)を導入後、医療施設間 IT ネットワーク(金鯨メディネット)を使って電子カルテ双方向での循環型パスで運用し有用性が向上したので報告する。

### 【目的】

2008年IFN医療助成制度が実施されてC型慢性肝炎に対するIFN導入が飛躍的に増加した。当院では2008年以降、IFNパスを導入し地域医療の質と効率の向上に努めてきた。また2013年1月からは情報共有の即時性の解決のため、金鯨メディネットを使って電子カルテ双方向での循環型パスの運用を開始したので報告する。

### 【対象と方法】

IFNパスを用いて治療した35例、男性22例女性13例、年齢 $56.7 \pm 11.7$ 才である。導入年は2008年3例、09年8例、2010年6例、11年6例、12年5例、13年4例、14年3例。連携病院は名古屋市内30例、近隣都市5例であった。慢性肝炎28例代償性肝硬変7例、HCV1型19例2型16例、HCV RNA  $6.3 \pm 0.8$  Log コピ-/mlであった。IFNは単独4例、 $\beta$ +Rib4例、PEG-IFN+Rib24例、PEG-IFN+Rib+SMV3例であった。IFNの導入は基幹病院の名古屋医療センターと東名古屋病院で行い、その後のIFN注射や処方連携病院の先生にお願いし、検査データ・治療変更・副作用などの情報を共有するためIFNパス用紙に双方から記入した。2013年以降はエクセルシートに金鯨ネットを介して連携医療機関と共有し双方向から入力を行い、循環型パスを実現した。治療成績をIFNパス使用32例と基幹病院のみで治療119例と比較した。

### 【結果】

2012年までの紙ベースのIFNパスを用いて治療した28例のうち、中止は他病合併4例(肺癌1、脳腫瘍1、肺炎2)・無効判断1例、脱落2例(7%;倦怠1、来院せず1)に対し、基幹病院のみで治療119例の中止は他病合併9例(皮疹2、貧血2、好中球減少1、眼底出血1、脳梗塞1、脊椎炎1)、脱落11例(9%;倦怠10、来院せず1)であった。グループ1高ウイルス量の成績(%)はSVR:Rel:NR:不明の

順に紙IFNパス8(58):3(21):2(14):1(7)、基幹病院治療30(52):8(14):17(29):3(5)で、グループ2高ウイルス量では10(91):1(9):0:0と22(76):3(10):1(4):3(10)であった。2013年以降の電子カルテ双方向循環型パスの運用4例のうち1例はSVR、他の3例は脱落せず連携医でIFN継続中である。

### 【考案】

1. IFNパスを用いたC型慢性肝疾患のSVR率は1型高ウイルス量58%、2型高ウイルス量91%で基幹病院単独での成績を上回った。脱落も2例(7%)と低率であった。かかりつけと専門医の連携による安心感を持つ患者も多くIFNパスは有効と思われた。2.循環型地域連携パスの運用では検査データや患者の状態を正確に即時に把握する事ができ、治療の効率化にも役立った。カルテ公開システムである金鯨メディネットはIFN地域連携にも有用なツールであると考えられた。