

第 20 回 愛知クリニカルパス研究会プログラム

日 時 : 2015 年 6 月 20 日 (土) 13:00 ~ 16:00

会 場 : 愛知県がんセンター中央病院 国際交流センター メインホール

当番世話人 愛知県がんセンター中央病院
清水淳市・福嶋敬子

【世話人会】 12:00 ~

会場 : 国際交流センター 大会議室

【開会の辞】 13:00 ~ 13:10

愛知県がんセンター中央病院副院長
クリニカルパス委員長 岩田 広治

【一般演題】 13:10 ~ 13:45

座長
名古屋大学医学部附属病院 メディカル IT センター長
白鳥 義宗

①パスに看護の視点を追加する～アセスメントの標準化から得られたもの～

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科病棟 3 病棟 6 階
横手 優一

②診療報酬改訂をふまえた大腸 E M R の改訂

愛知県がんセンター中央病院 医療情報管理部
岩田 祐司

③新生児管理ファイル～これはパスなのか？～

医療法人葵鐘会 吉田 茂

【特別講演①】 13:45 ～ 14:30

座長

アガペクリニック 伊藤 志門

「電子カルテの看護記録を活かす！パスの活用方法」

講師

名古屋大学医学部附属病院 メディカル IT センター

船田 千秋

【 休 憩 】 14:30 ～ 14:45

【特別講演②】 14:45 ～ 15:45

座長

愛知県がんセンター中央病院

清水 淳市

「パスデータを中心とした医療ビッグデータの解析」

講師

九州大学病院 メディカル・インフォメーションセンター

若田 好史

【閉会の辞】 15:45 ～ 16:00

愛知クリニカルパス研究会 代表世話人
医療法人葵鐘会 吉田 茂

当番世話人：愛知県がんセンター中央病院

次回当番世話人：名古屋第二赤十字病院

※当研究会への出席により、日本クリカルパス学会資格認定制度 教育研修 2 単位
が取得できます。受講証明書は受付で発行しています。

パスに看護の視点を追加する ～ アセスメントの標準化から得られたもの ～

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科病棟 3病棟6階 横手 優一
同 加藤 道子 同 一般消化器外科 新宮 優二

要旨

当院外科の手術件数は年間約 1500 例あり、そのうちクリニカルパス（以下パス）の適応率は約 70% である。このパスは入院診療計画書として使用しているが、医師の指示簿になっている側面があり、看護の視点は網羅されていない。そこで今回、看護の視点を加え、アウトカムを修正し、看護計画の評価ができるようにパスの修正を行った。さらに修正したパスを PDCA サイクルに則り、アウトカムの評価時期の妥当性をバリエーションと共に評価した。これによりパスは、術後経過に沿って、観察項目や看護ケア項目などが標準化され、その評価も標準化を図ることが可能になり、記録の重複を避けることに繋がった。以上のことより、看護の視点を加筆し修正したパスは、看護計画の立案を減らし、標準化されたアセスメントで、術後の記録時間の短縮を図ることができた。

【目的】

パスに看護の視点を加え、看護計画を評価できるようにする。

【方法】

- ①外科で最も使用頻度の高い結腸切除パスを見直し、アウトカム、アセスメント項目の修正を行う。
- ②実際にパスを使用し、スタッフに聞き取り調査を行う。
- ③作成したパスを試用し、アウトカムの評価時期の妥当性をバリエーションと共に分析する。
また、自施設の倫理基準に則って個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

①②手術後帰室時に看護計画として身体損傷のリスク状態、褥瘡リスク状態、更衣整容セルフケア不足、入浴清潔セルフケア不足、排泄セルフケア不足の 5 つの看護計画を立案していた。看護の視点のアウトカムを修正追加しパス上で評価することで、看護計画の立案、記録時間の短縮につながった。さらにアウトカムのアセスメント項目を修正したことで、スタッフの経年に関わらず同じ視点で評価できる（アセスメントの標準化）というメリットがあった。情報収集の際にはパスを使うことで現状の ADL や状態が収集しやすいというメリットもあった。デメリットとしては、アウトカム、バリエーションの入力方法がわからない、入力出来るが逆に

時間がかかってしまうということがあげられた。
②評価時期の妥当性については、バリエーション発生率は概ね 20%以内に収まっており、満足できる内容となっていた。

【考察】

アセスメントの標準化を図ることは、診療科に関わらず統一した視点で看護を展開することができると思う。
日々の業務の中でパスを使用し続け、バリエーション発生時にどういった問題が生じるか検討し、随時パスを修正、評価すること重要である。結果それは看護ケアの充実に繋がるといえる。

【結論】

パスを修正することで、アセスメントの標準化をはかり、記録時間の短縮につなげることができた。今回の取り組みを病院あげて盛り上げていくことができれば、院内パスの適応率向上にも寄与できる

大腸EMRパスの改定 ～ 診療報酬改定に沿ったパス改訂の検討 ～

愛知県がんセンター中央病院 医療情報管理部 岩田 裕司
同 内視鏡部 石原 誠 同 看護部 村井 一輝

要旨

愛知県がんセンター中央病院クリニカルパス委員会では、平成 26 年度の活動目標の一つとして「病院経営からの視点を踏まえた電子パスの適切な運用」を挙げた。平成 26 年度診療報酬改定において短期滞在手術等基本料の見直しがなされ、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術（大腸 EMR）が含まれた。当院の大腸 EMR パスはもともと術前 1 日、術後 2 日入院の 3 泊 4 日であったが、今回の改定により短期滞在手術等基本料において出来高と比較しマイナスが発生することとなった。2 泊 3 日で運用するとマイナスが減少するため、今回 2 泊 3 日のパスを新たに作成し運用を行ったので報告する。

【背景】

クリニカルパスは「患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法」と定義され、医療の標準化、質の確保、改善のためのツールである。一方、診療報酬は医療費の高騰に対する施策として、平成 15 年度より DPC が導入となり、平成 26 年度には短期滞在手術等基本料の拡大が行われ、現場の実態や医療施策と連動して見直しが行われている。更に病院の収益を改善することは、患者さんに良質な医療を提供し、職員の勤務環境を健全に保つための基礎となる。当院のクリニカルパス委員会は、クリニカルパスを通して、診療報酬に合わせた医療行為の見直しを行い、質を確保することを一つの活動目標としている。平成 26 年度診療報酬改定において大腸 EMR に短期滞在手術等基本料が設定された。従来、3 泊 4 日で行っており、マイナスが発生していたため見直しを行った。

【方法】

3 泊 4 日の大腸 EMR では、概算すると改定前の出来高との差額は -23147.5 円であったが、改定後 -41926.7 円と収益が悪化していた。2 泊 3 日で行うと差額が -21178.5 円まで減少するため収益の面から 2 泊 3 日パスの作成が望まれた。そこで、処置後 2 日目に退院していたパスを処置翌日の退院とするパス（2 泊 3 日）を作成し、最も問題となる術後出血を評価するために、食事再開を翌日朝からに早め、退院を午後とすることで食事再開後の十分な観察時間を確保し、さらに患者指導を確実に行うことで安全性の確保を試みた。

平成 26 年 9 月から平成 27 年 3 月までの間の適用症例について検討を行った。

【結果】

156 例に適用し、入院当日にインフルエンザが判明して中止した 1 例、観察のみを行った 5 例を除き 150 例で処置が行われた。2 例（1.3%）で止血術を要する出血を認めた。1 例は手術当日に出血し止血術を施行した。1 例は退院翌日に下血し再入院、止血術を行い 4 日間の入院を要した。その他に 2 例で翌日の下血のため 1 日入院を延長した症例が見られた。

【考察】

検討した期間における止血術を要する出血の頻度は、一般的な頻度、当院の過去の成績と同等であった。止血術を行った 2 例中 1 例は 2 泊 3 日入院中に出血しており、安全に管理することが可能であった。1 例で退院翌日の出血が見られたが、迅速な再入院、止血術を行い得た。大半の症例は 2 泊 3 日で十分な観察が行えるが、退院後の再出血はあり得るため、出血時にすぐ連絡をしてもらうように指導を十分に行うことと、緊急時に迅速に対応できる体制の確保が重要と考えられた。診療報酬に合わせて医療を見直し、パスを用いて質を確保し見直していくことが可能であった。

新生児管理ファイル ～ これはクリニカルパスなのか？ ～

医療法人葵鐘会（きしょうかい） 吉田 茂

【要旨】

市販データベースソフトの FileMaker を用いて自作した「新生児管理ファイル」を電子カルテと連携させて使用している。通常のクリニカルパスとは構造が異なるが、診療内容の標準化やタスク管理・質の向上という目的は同じである。

【緒言】

医療法人葵鐘会（ベルネット）では、グループ全体で年間 8000 件ほどの分娩を扱っており、それらの膨大なデータを電子カルテと連携した FileMaker による産科 DB・新生児 DB で管理している。

【概要】

産科 DB は妊婦検診から使用され、母体感染症情報や母体合併症情報はシームレスに新生児 DB に引き継がれアラート表示される。出産時の情報は新生児 DB と共有され、産科 DB から新生児登録を行うため母と児は紐付けされる。

新生児は、経膈分娩か帝王切開かによって、入院日数および日齢に応じたタスク（点眼・K2 与薬・聴力検査・沐浴指導・ガスリー）が設定される。

基本画面構成は、「出生時基本情報」「初回チェックリスト」「生後 5 時間チェック」「経過表」「詳細記録」「光線療法記録」「サマリー」「重症記録」「業務予定一覧（ワークシート）」「外来カルテ（1 か月健診）」となっており、記録は主に各画面で規定の観察項目に対してチェックや選択入力で行う。各項目には基準値によるアラート色が表示され、マウスオーバーによるポップアップメッセージも表示される。

低血糖管理機能として、出生時の児の状態および母体疾患を考慮した低血糖リスクを評価して、個別の血糖測定スケジュールを提示し、時間ごとの血糖測定結果によりリアルタイムに管理方針を提示している。

黄疸管理機能として、日々のミノルタ測定値に基づき生後時間経過および前回測定時からの上昇幅によりビリルビン採血指示をアラート表示している。また、ビリルビン測定結果により、光線療法適応基準に基づいた光線治療開始アラートを表示している。

その他、生後 24 時間未排尿アラートや上下

肢 SpO₂ 差アラート、体重減少率アラートなど各種アラート機能を備えている。

退院後は、外来で 1 週間健診、1 か月健診の際に使用するが、退院時からの体重増加やミノルタ値の推移などが自動計算およびグラフ表示され便利である。

【考察】

演者は、新生児管理ファイルを約 20 年前に兵庫県の病院勤務医時代に開発し使用してきた。その後、異動先の名古屋大学医学部附属病院にも導入し、一昨年より当法人の各施設に導入した。現在は年間約 8000 人の新生児がこのシステムにより管理されている。

以前、某学会で発表した際にも、これはクリニカルパスと言えるのか？という点が議論になったが、そもそも、いわゆる正常新生児管理というものが通常のクリニカルパスの使用に適しているかという問題がある。すなわち、何らかの疾患があってその治療を行うために入院する場合は入院適応（パス適応）があり退院アウトカムを達成して退院するという一連のプロセスが成り立つが、正常新生児管理ではパス適応という概念はなく、全新生児に同じツールを使用する必要があり、出生体重や在胎週数、哺乳状態・体重増加・黄疸の程度などにより多少のバリエーションは発生するが、全員共通のタスク管理を行い通常は規定の日数で退院となる。

紙パスの場合は、低出生体重児パスや光線治療パスなどを作成して利用するメリットはあるが、システム化すると同じシステムでアラート表示や画面展開で対応可能となる。

【結論】

形式としてクリニカルパスと呼べるかどうかではなく、重要なことはパスの本質である「標準化」「質の向上」「業務効率化」を満たしているかどうかという点である。

電子カルテの看護記録を活かす！パスの活用方法

名古屋大学医学部付属病院メディカルITセンター

副センター長 助教 船田 千秋

いまや、電子カルテは多くの基幹病院に導入され、と同時にクリニカルパス（以下、パスと略します）の電子化も広がっています。これにより、私たち看護職には新たな悩みが生まれたように思います。

そもそも私たちには、紙カルテの時代から「パスには看護過程がないの?」「パスと看護記録をどのように整合させるの?」「記録の効率化を図るためにはどうするの?」など、ふか〜い悩みがありました。電子カルテ導入に伴うパスの電子化は、これらの悩みをより増幅(?!)させ、かつ、電子化での記録の形態への対応など、より多くの看護職を悩ませているのではないのでしょうか?

今回は、これらの悩みを紐解くために、それぞれの施設でそれぞれのパスや記録を検討できるように、事例を紹介しながら基本的な考え方についてお話したいと考えています。

パスデータを中心とした医療ビッグデータの解析 ～クリティカル・インディケータの提案と実際～

講師

九州大学病院 メディカルインフォメーションセンター 若田好史

近年、様々な分野で「ビッグデータ」という言葉が聞かれるようになり、医療保険分野でも病院情報システムの普及や学会主導のデータベース（NCD等）の整備に伴い膨大な医療データが蓄積されつつある。医療データには、保険レセプト（DPC含む）、クリニカルパス（以下パス）、処方、検査結果等の構造化データ、および画像、波形、医師や看護師により記録されたフリーテキスト、センサーデータ等の非構造化データがある。これらの医療データの二次利用は業務改善、医療の質向上や効率化、医療的社会課題の解決に大きな可能性を秘めており、既に構造化データの解析についてはDPCやレセプトデータを中心に取り組みが始まっている。一方、非構造化データを含むと1患者あたり数千～数万の説明変数に上る膨大な医療データの二次利用は未踏領域である。従来から我々は、パスデータを骨格とした構造化データを用いて医療プロセスの解析系の構築に取り組み、クリティカルインディケータ（以下CI）を抽出する手法を確立した。しかしながらこの手法では、説明変数が百程度までに制限され、あらかじめパス上に設定された診療行為や判断基準のみが対象となることからこれらに含まれない重要な判断プロセスを見逃す等、網羅性に課題があった。それらを補完し解析結果を精緻化するために、これまで解析に含まれなかった構造化データおよび非構造化データの活用が必要である。そこで我々はさらに多くの構造化データおよび生体・環境センサーから取得した非構造化データを活用する手法を開発し、膨大な医療データを用いた医療プロセス解析モデルの構築を試みた。

このような大量かつ多種の医療データを解析に供する場合、まず信頼性の高い構造化データを中心に解析し、さらにその他の構造化データおよび非構造化データの結果を補完することでより高い網羅性と精緻化された結果が得られるものと思われた。

これらの解析方法で得られた結果からパス改訂を行うことにより、医療プロセスのPDCAサイクルを回し、医療の質の改善が加速度的に進むことが期待される。そこで今回はそれらの手法を用いた解析の事例を紹介しつつ、さらに医療ビッグデータからどのようなことがわかり、またそれらを利用してのパス改定等どのように医療プロセスの改善につながるかについて将来の展望も含めて概説する