

第21回

愛知クリニカルパス 研究会

日時

2016

6.18 Sat

13:00 ▶ 16:15

会場

名古屋第二赤十字病院
第3病棟 1階 研修ホール

当番世話人

法水 信治 (名古屋第二赤十字病院)
古城 敦子 (名古屋第二赤十字病院)

日本
クリニカルパス学会
教育研修
講演 2 単位

第 21 回愛知クリニカルパス研究会

13:00～13:04

開会の辞

第 21 回愛知クリニカルパス研究会

当番世話人 法水 信治

13:04～14:00

一般演題

座長:草深 裕光 (名古屋記念病院)

- ① 看護ケアの標準化から考えるクリニカルパス

佐伯 純

名古屋大学医学部附属病院 3E 病棟

- ② クリニカルパスを用いた看護記録の時間短縮を目指して
看護アウトカムの導入と看護必要度評価の記録の省略

長瀬 将邦

名古屋第二赤十字病院 混合病棟 3 病棟 7 階

- ③ 急性心筋梗塞クリニカルパスにおける心臓リハビリテーション実施状況

松實 徹

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 リハビリテーションセンター

- ④ 当院皮膚科における免疫チェックポイント阻害剤治療パス作成の取り組み

柳生 知秀

名古屋大学医学部附属病院

- ⑤ 肺結核パスの使用 ～肺結核電子ステップパスを作成して～

藤井 竜平

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部 看護科

- ⑥ 切迫早産パスの作成

永谷 佳代

碧南市民病院産婦人科病棟 助産師

- ⑦ クリティカルインディケーターを活用する

横手 優一

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科病棟 3 病棟 6 階

14:00～15:00 **特別講演①** 座長:法水 信治 (名古屋第二赤十字病院)

当院におけるクリニカルパスの作成と運用
ーアウトカム志向と標準化の観点からー

中 麻里子

公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院

15:00～15:15 **休 憩**

15:15～16:00 **特別講演②** 座長:岡本 泰岳 (トヨタ記念病院)

被災医療者のなすべきこと ～必ず来る東南海地震に備えて～

吉田 茂

医療法人葵鐘会

16:00～16:15 **閉会の言葉**

愛知クリニカルパス研究会 次期代表世話人
岡本 泰岳 (トヨタ記念病院)

第 21 回愛知クリニカルパス研究会
当番世話人 法水 信治 (名古屋第二赤十字病院)

第 22 回(次回)愛知クリニカルパス研究会
当番世話人 松山 孝昭 (社会医療法人宏潤会 大同病院)

一般演題

看護ケアの標準化から考えるクリニカルパス

佐伯 純

名古屋大学医学部附属病院 3E 病棟

【要旨】

当院は、診療科との調整、電子カルテ機能の特徴からクリニカルパスが推進しにくい環境にある。そのため看護業務に特化した周術期クリニカルパスを作成することとした。クリニカルパスは院内の術後管理マニュアルを参考にし、標準用語として MEDIS、BOM を使用し作成した。電子カルテとの連携に課題は残るが、周術期の患者に適応できる看護ケアの標準化パスの作成していく。

【目的】

当院では、これまで診療科ごとにクリニカルパスを検討、作成し、クリニカルパス委員会を通して運用している。クリニカルパスの活用は診療科間の差が大きく、病院全体での適応率は 25%である。電子カルテシステムリプレイスを控え、さらなる医療の質の向上を目指したクリニカルパスが必要となる。新たなクリニカルパスを作成する際にバリエーション分析とアウトカム評価を見直し、標準化とデータの二次利用が可能なクリニカルパスを検討した。

【概要】

当病棟では 2015 年 4 月に病棟編成があり、5 月より手の外科の患者が入院したことからクリニカルパスを作成することとした。手の外科は侵襲の少ない手術が多く、クリニカルパスの作成は容易と考えられた。しかし、医師の指示は主治医毎に異なること、電子カルテに搭載されているショートカット機能がユーザー毎に成熟していることで個人の効率化が図られており、医療チームとしての標準化が推進しにくい現状があった。電子パスが持つ、適応日数や表示形式の変更も当院の電子パスでは柔軟には行えないこと、オーダーの修正がクリニカルパスでは制限があり、クリニカルパスの推進が進みにくい環境であることがわかった。そこから看護ケアや看護業務の標準化を中心とした診療計画書を作成することが有用であると考え、院内診療マ

ニュアルの「術後管理マニュアル-中規模手術用」に沿って管理および観察項目を設定した。観察項目は MEDIS 看護実践用語標準マスターに沿ったものを、看護アウトカムは BOM に沿った用語を使用した。その後に診療科と検討し、クリニカルパスとして完成した。

【考察】

クリニカルパス作成を元に、疾患や診療にとらわれない看護ケアの標準化をどのように行えばよいかを考えることができた。バリエーション分析を行うことは PDCA サイクルを回すための重要な過程である。それらが機能するためには電子クリニカルパスはデータの後利用やオーダー変更の簡便性において紙カルテより勝るべきである。しかし、診療、行為、観察、看護ケアすべてにおいて標準化ができていなければデータの後利用も十分ではなく、意味の無いものになってしまう。今後は低侵襲の手術に合わせた看護ケア標準化、パス作成を行う。さらに他の診療科の手術に対しても院内診療マニュアルに準じて対応できることを視野にいれ、周術期に対応した看護ケア標準化パスを作成する。

【結論】

看護ケアの標準化を計り、パスを作成することは看護業務の効率化と安全を付与する。電子カルテとの連携に課題は残るが、周術期の患者に適応できる看護ケアの標準化パスの作成に取り組んでいきたい

クリニカルパスを用いた看護記録の時間短縮を目指して 看護アウトカムの導入と看護必要度評価の記録の省略

長瀬 将邦、田中 きよみ

名古屋第二赤十字病院 混合病棟 3 病棟 7 階

【要旨】

自病棟は泌尿器科、消化器外科、整形外科の混合病棟である。昨年度の年間入院患者数は 2237 人、平均在院日数は 6.8 日であった。泌尿器科は約 1200 件の前立腺生検や手術を行っており、そのうち約 75%にクリニカルパスが適用されている。看護師の超過勤務の多くは看護記録であり、クリニカルパス(以下「パス」という。)を用いた記録時間の短縮を検討した。パスを適用している 15 種類の中で症例 151 件と泌尿器科で最も手術件数が多い、経尿道的膀胱腫瘍切除術(以下「TUR-Bt」という。)を対象に看護アウトカム導入による看護計画の省略と、看護必要度評価記録のパスへの組み込みを試みた。その結果を報告する。なお、自施設の倫理基準に則って個人の特定、プライバシーの保護に努めた。

【目的】

パスへの看護アウトカムの導入と看護必要度評価記録の組み込みを行い、記録の時間短縮を図る。

【方法】

1. TUR-Btを行った症例 151 件から無作為に 25 症例の患者を抽出し、食事の再開日、初回歩行日、点滴の抜去日、膀胱留置カテーテルの抜去日を調査する。
2. 調査結果をもとにセルフケアに関連した生活の看護アウトカムの設定を行う。また、看護必要度評価に必要な文章の作成を行う。
3. 修正したパスを運用し結果分析を行う。

【結果】

1. 食事の再開日は術後 1 日目が 100%、初回歩行日は術後 1 日目が 96%、点滴抜去日は術後 2 日目が 88%、膀胱留置カテーテルの抜去日は術後 2 日目が 48%、術後 3 日目が 36%であった。
2. 生活の看護アウトカムを設定することにより、今まで立案していたセルフケア不足シンドロームの計画の省略を図った。
看護必要度評価記録は、B 項目を対象とし、術後 1 日毎に必要な文章の作成を行った。文章の組み込みは、現在使用している看護指示のツール内にあるコメント欄に文章を組み込むことで、パスを適用した時点で自動入力されるようにした。

3. 紙ベースの評価表を作成し、2 月～3 月までの TUR-Bt を行った 28 件の患者に対して試験運用を行った。看護アウトカムの達成率は術後 1 日目と 2 日目が 100%、術後 3 日目が約 86%、術後 4 日目が約 79%という結果となった。

看護必要度評価の記録は現在使用しているパスの中の看護指示に組み込むことが出来た。

【考察および結論】

今回、看護アウトカムを導入したことにより今まで立案していた計画の立案省略を行うことが可能となった。これにより看護記録の時間短縮を図ることが出来ると考えられる。また、術後の患者目標が細かく設定され、看護師が統一した看護を行うことが可能となった。

看護必要度評価記録の組み込みに関しては、今まで行ってきた看護指示の実施確定の業務の中に文章の入力を組み込むことで、記録の時間短縮につながる可能性は高いと考えられる。今後は自施設での承認を経て実用化していきたいと考える。

看護記録の時間短縮は、看護師の業務負担の削減だけでなく、看護師が実際に患者への直接的な看護を実施する時間の増加にもつながるため、今後も自病棟でのパスの修正運用を行い、パスの更なる改善に寄与していきたい。

急性心筋梗塞クリニカルパスにおける心臓リハビリテーション実施状況

松實 徹

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 リハビリテーションセンター

【要旨】

平成 26 年度に急性心筋梗塞(AMI)で入院しリハビリテーション依頼のあった 72 件を対象とし、急性心筋梗塞クリニカルパス(AMI-CP)件数、平均入院日数、バリエーションを調査した。AMI-CP は 41 件(14 日パス 23 件, 10 日パス 18 件)、平均入院日数は、14 日パス 15.4 日, 10 日パス 10.6 日, バリエーションは 24 件であった。バリエーションとして心不全, 肺炎, 不整脈等の合併によるパス中止または退院日延期が主であった。各職種がパスを通じて情報共有し合併症の早期発見, 治療につなげてゆくことが重要である。

【目的】

AMI-CP は日本循環器学会の ST 上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン(2013 年改訂版)に紹介されており, パス組み込み基準は急性期再灌流療法が成功し, 心不全の合併症がなく, 心筋壊死の程度を示すクレアチンキナーゼ(以下 CK) 最高値 $\geq 1500\text{IU/l}$ の症例に 14 日パス, CK 最高値 $< 1500\text{IU/l}$ の症例が 10 日パスの適応となる。当院では平成 22 年度から AMI-CP を使用しており, 医師, 看護師, 薬剤師の他, 理学療法士, 管理栄養士が関わっている。

今回平成 26 年度の AMI-CP 使用状況とバリエーション発生状況を調査, 検討した。

【方法】

平成 26 年度の AMI で入院し心臓リハビリの依頼があった件数, AMI-CP 件数, 平均入院日数, バリエーションを調査した。

なお個人が特定されないよう倫理的に配慮した。

【結果】

心臓リハビリ依頼件数は 72 件(14 日パス 23 件, 10 日パス 18 件, パス対象外 31 件)であった。パス対象外となった具体例は, IABP 留置, 透析症例, AMI 発症数日後に入院, 骨折合併などがあった。平均入院日数は 14 日パス 15.4 日, 10 日パス 10.6 日, パス対象外 18.7 日であった。バリエーションについてはパス通り退院した件数は 17 件, パス

通りに退院できなかった件数は 24 件であった。24 件の内訳は心不全や肺炎, 不整脈の合併によりパス中止が 4 件, 他枝狭窄に対する経皮的冠動脈形成術実施, 肺炎・薬剤性皮疹等での退院日延期が 8 件, 患者の希望による退院日延期が 12 件であった。

【考察】

パス通りに進んだ症例は 17 件であり, 24 件がバリエーションとなった。

バリエーションは患者希望による退院日延期 12 件を除くと, 心不全, 肺炎, 不整脈等の合併によるパス中止または退院日延期が主であった。各職種がパスを通じて情報共有し合併症の早期発見, 治療につなげてゆくことが重要と考える。当院では各職種が確実に情報共有する方法が未確立であり, 今後の課題である。

当院皮膚科における免疫チェックポイント阻害剤治療パス作成の取り組み

柳生 知秀、船田 千秋、川添 知佳、松井 治美、後藤 明美、横田 憲二

名古屋大学医学部附属病院

【要旨】

当院では免疫チェックポイント阻害剤を用いた治療を行っている。副作用を早期発見することでより安全に、且つ効率的に治療を行うため、他職種で連携してクリニカルパスを作成した。

【目的】

当名古屋大学医学部附属病院(以下当院)では、切除不能悪性黒色腫に対する治療として、免疫チェックポイント阻害剤であるヒト型抗ヒト PD-1 モノクローナル抗体(以下本薬剤)を用いた治療を2014年より行っている。本薬剤は従来の抗がん剤と異なり、間質性肺炎や大腸炎、白斑などその副作用は多岐にわたる。当院では本薬剤を用いた治療は1泊2日の短期間の入院で行われるため、その治療と副作用管理は安全かつ効率的に行われる必要がある。そこで、本薬剤を用いた治療におけるクリニカルパス(以下パス)を、皮膚科医、病棟看護師、当院パス委員会事務局(以下パス委員会)、販売元と協力して作成した。今回はその活動を報告する。

【方法】

販売元から副作用の情報提供を受けた。その内容を踏まえ、皮膚科医、パス委員会と協議の上、体温や血圧、SpO₂ の他、安静時呼吸苦や筋肉痛など25項目の所見を観察項目として設定した。そのうち重篤な副作用の所見である、湿性咳嗽、息切れ、下痢、腹痛、下血、筋肉痛をアウトカムとして設定した。これらの症状が見られた場合は、医師の問診の他、CTなどの検査を行った上で本薬剤の投与決定がなされるようにした。また、パス委員会の提言から他院でも共有できるよう、これらの観察項目は看護実践用語標準マスターに置き換えた。

観察項目が25項目と多いことから、看護師の力量によって副作用の観察にばらつきが生じる可能性が想定された。このため、前述の25項目の所見を確実かつ迅速にス

クリーニングするために、問診票を作成した。それぞれの観察項目は患者でもわかる文章に置き換えて記載した。入院時には患者に問診票を渡し記載してもらい、それを看護師が確認する。その上で必要と判断した場合には、皮膚科医へ状況を報告し、診察を依頼することとした。

患者用パスはオーバービュー形式を採用し、入院時から退院までの治療の流れと、療養上の注意を明記した。また、本薬剤を用いた治療は長期にわたる。ドロップアウトの可能性を抑えるため、パス委員会の助言を受け、患者用パスには当院の医療費の相談窓口を明記した。加えて、退院後に重篤な副作用を生じた場合に備え、湿性咳嗽、息切れ、下痢、腹痛、下血、筋肉痛がみられた場合は当院へ連絡するよう明記した。

【結果】

当院の規程により、作成したパスは、パス委員会で協議・承認され、完成した。

【考察】

販売元からの情報提供を受けることで、本薬剤を用いた治療を安全に行えるよう観察項目を設定することができた。また、クリニカルパスについて幅広い知識を有するパス委員会と協力することで、より汎用性の高いパスを作成することができた。また、皮膚科医、病棟看護師が連携して取り組むことで、実際に患者に本薬剤を投与するにあたって安全かつ効率的なパスを作成することができた。

今後、完成したパスを運用し、バリエーション・アウトカム分析を行い、継続的にパスの見直し・修正をしていく必要がある。

あると考える。

【結論】

皮膚科医、病棟看護師、パス委員会、本薬剤の販売元の四者で協力して、本薬剤を用いた治療パスを作成した。今後、治療の質向上のために、アウトカム分析と修正を行う必要がある。

肺結核パスの使用 ～肺結核電子ステップパスを作成して～

藤井 竜平

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部 看護科

【要旨】

肺結核クリニカルパス(以下パス)は、2003年8月にエクセルベースの紙パスとして作成され、9件使用されたがそのほとんどが脱落という結果で、その後使用されなくなった。当院の電子パス稼働率は過去3年間は約40-42%程度であり、稼働率を上げようと努力しているものの足踏みが続いている。そこで、今回我々は、経過によって細分化が必要とされるパスの使用率が低いことに着目し、肺結核パスを見直した。電子ステップパスを利用し新たに肺結核電子ステップパスを作成し、使用に繋げることができたため、ここに報告する。

【目的】

使用困難とされていた肺結核パスを検査結果に応じて細分化した電子ステップパスへ移行することで使用に繋げる。

【方法】

旧結核パスは、結核予防法に基づいた結核病床の入院1週目、2週目以降を繰り返し、退院前の3枚のエクセルベースの紙パスであった。脱落の多さから、パスが使用されなくなった問題点を検討した。喀痰検査の結果に応じて細分化し、治療方針を選択できるようにした電子ステップパスを作成し、脱落がなく使用できるか検討する。

【結果】

旧紙パスでは、入院2週目以後は喀痰検査が全て陰性となり、3週3連痰が陰性で、退院パスへ繋げていくものであったため、陽性が出た時点で脱落としていたためその後使用されなくなっていた。今回のパス更新では、抗結核薬内服後の検査スケジュールは従来通りとし、喀痰検査のガフキー陽性・陰性の結果に応じて入院後、1週目、2週目、3週目、4週目、5週目、退院時、とその後のステップを選択することで治療継続を可能にした。そのため検査結果による脱落がなく、新しい肺結核電子ステップパスの稼働に繋げることができた。

【考察】

肝機能検査の値で、薬剤の種類や量を変更するステップも検討したが、今回は、まず喀痰検査の結果に応じてそ

の後の治療を選択できるステップパスとした。このことで、使用困難とされていた肺結核電子パスを使用可能にし、より一貫した治療を提供できるようになったと考える。また、当院では市中肺炎の電子ステップパスを導入しているが、電子カルテやオーダーリング上の日付変更線の関係で一日の途中でステップを変更することが困難であり使用数が伸びていないのが現状である。しかしこの点において、肺結核電子パスは使用しやすいステップパスと考える。

【結語】

当院には肺結核の紙パスはあったが、電子化もされず使用困難とされていた。疾患によって電子パスはともかく、パスも使用できないという概念を払拭し使用できるようにするためにはどうしたらいいかということを念頭に置いたパス作成に取り組むことが重要である。今回肺結核パスを電子ステップパスに更新することで使用に繋げることができた。今後も積極的にパスを使用し、PDCA サイクルを回し、より良い電子ステップパスにしていきたい。また今回の経験をもとに医師、看護師、コメディカルとも更なる連携を取り、使用困難とされている疾患のパスを作成し稼働率向上に繋げられるよう取り組んでいきたい。

切迫早産パスの作成

永谷 佳代

碧南市民病院産婦人科病棟 助産師

【要旨】

切迫早産での入院は入院期間が不定期であるが、治療内容や看護ケアの内容が繰り返されている。そこで切迫早産患者のパスを作成できないかと考え、曜日別に 7 種類のパス作成を検討したので報告する。

1. はじめに

当院の産婦人科で使用しているパスは 7 種類あり、経膈分娩以外はすべて手術患者適応のパスである。切迫早産で入院している患者が常時いるためパスを作れないかと考えていたところ 2014 年に開催された第 15 回日本クリニカルパス学会学術集会で「切迫早産妊婦の運動療法」という演題が発表されていた。そこで発表されたパスを参考にさせていただき当院での「切迫早産パス」を作成したので報告する。

2. 目的

切迫早産で入院する患者は長期に及ぶことが多い。しかし、治療や看護の内容はほぼ 1 週間ごとの繰り返しになっている。個別性が必要な部分を除き共通している部分をパスにすることで医師、看護師の業務の軽減に繋がるのではないかと考えた。

3. 方法

1) まず現在の臨床での問題点を挙げた。

- ① 入院時に必要時指示がなくその都度依頼していることが多い
- ② 次回の採血オーダーが入力されずに医師に確認することがある
- ③ 食事の特別指示「妊婦」の入力漏れが多い
- ④ 看護オーダーにある「切迫セット」以外での追加オーダーが増えてきている

2) 前年度入院した切迫早産患者は 35 人であった。その中の 20 人のデータを分析した

- ① 平均入院期間 36.95 日

最短 2 日、最長 99 日であった。2 日間のケースは当院の

小児科の体制の問題で他院へ母体搬送をしている。

② 入院曜日別の人数

月曜日: 3 人 火曜日: 1 人 水曜日: 1 人 木曜日: 7 人
金曜日: 8 人 土、日曜日: 0 人

入院の曜日別では木曜日と金曜日が多かった。明確な理由は特定できないが、「お腹が張る」という自覚がありながら週末になるのが心配で受診に至ったためではないかと推測する。

③ 入院時の妊娠週数

22w: 1 人 25W: 2 人 27W: 1 人 29w: 2 人
30W: 2 人 31w: 3 人 32w: 7 人 34w: 2 人

32w が 7 人と多かったのはこの時期に切迫早産をスクリーニングする診察があるためではないかと考えられる。

3) パスを作成する上での問題点を挙げた

- ① 双胎妊娠の管理入院を除いた全てが緊急入院である
- ② 入院期間が最短 2 日、最長 99 日と様々
- ③ 採血は 1 週間毎にオーダーがあり同じ内容であるが入院した曜日によって次回の採血日が異なる
- ⑤ 週 1 回のエコー・内診が休日入院であると別の平日に振り分けられている

4) パス作成上の問題点に対する対策

- ① 曜日別で 7 種類のパスを作成する
- ② 2 週間パスを作成することで長期入院の延長に対応

4. 結果

基本の「切迫早産パス(月)」と追加用の「2 週間パス(月)」を作成した基本パスは 3 つのユニットから構成

- ① 入院日のユニット
- ② 入院翌日から日曜日までの期間のユニット
- ③ 入院翌週から 2 週間のユニット

システム上③のみを追加することはできない。入院期間が延長した場合は③と同じ内容の「2 週間パス(月)」を作成した。

5. 考察

切迫早産パスを作成することで医師の入院時の指示出しが簡便になったと考えられる。また看護師も指示内容の確認が少なくなり業務の軽減に繋がっているのではないかと考える。現在は月曜日バージョンを作成したので、今後は 6 種類のバージョンを作成していきたい。

クリティカルインディケーターを活用する

横手 優一

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科病棟 3 病棟 6 階

【要旨】

当院の結腸切除術のパスにおいて、縫合不全がみられないことをクリティカルインディケーター(以下 CI)に設定(術後 3-4 日目)している。今回の目的は、その CI をより適切に活用できるようにすることである。

対象は 2015 年の結腸切除吻合術 82 例中縫合不全を発症した 9 例で、それらの理学的所見やドレーンの所見に対する Ns の観察を評価するとともに、CI の設定日について検討を加えた。

その結果、縫合不全 9 例中 Ns の観察がその治療に寄与していた症例は 6 例だった。縫合不全の発症日は術後 4 日目が多かったが、5 日目以降に発症した症例も見られた。

以上より、縫合不全に対するアセスメントは適切であり、CI として機能していた。設定日においては更なる検討を要する。

【目的】

CI をより適切に活用できるようにすること。

【方法】

対象は 2015 年の結腸切除吻合術 82 例中縫合不全を発症した 9 例とした。

①縫合不全発症に関して看護師の記録が残っているか検証する。

②縫合不全に関してどの様にアセスメントを実施していたか検証する。

③CI の設定日と実際の縫合不全発症日の差異を検証する。

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】

①縫合不全発症は 82 例中 9 例(11%)だった。縫合不全の兆候の発見者は 9 例中 6 例が看護師で、その際の全例で経時記録、経過記録が残されていた。

②多くはドレーンの性状変化、発熱、身体的所見から縫合不全を疑い、医師に報告していた。

③CI の設定日は術後 3 日目 4 日目に設定している。実際の発症は 2 日目 1 例、4 日目 4 例、5 日目 1 例、6 日目 2 例、9 日目 1 例だった。

【考察】

①縫合不全の発見者として看護師が 60%以上となり、またその全例でアセスメント、記録を行い、医師に報告することができている。CI を設定することで看護師の意識の高まりもあったのではないかと推測される。看護師が発見者とならなかったケースでは、医師の記録を確認し、カンファレンス等で現状や今後の方針について共通の認識を持つこともできていた。

②縫合不全の症状を理解し、観察・アセスメントすることができていた。その結果精査しその後の治療に繋げることができていた。

③縫合不全の約半数が CI 設定日での発症となっていたが、5 日目以降に発症する症例も少なからず認められた。したがって、設定日の範囲を改善しより適正化することで、Ns のアセスメントを有効に活用できる様になると考える。

【結論】

縫合不全に対するアセスメントは適切であり、CI として機能していた。設定日においては更なる検討を要する。

特別講演①

当院におけるクリニカルパスの作成と運用
－アウトカム志向と標準化の観点から－

中 麻里子

公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院

私は当院の看護部にクリニカルパス推進委員会が発足した年度より委員会に所属し、十年余りにわたり自施設におけるパス推進委員として活動してきました。推進活動が思い通りにいかなかったり、作業量の多さに負担を感じたりすることもあり、もう辞めてしまいたいと思うこともありましたが、パスの存在が私自身の医療や看護に対する考え方を変え、現在の自分があるといっても過言ではないと今では思っています。私は何か特別な才能があるというわけでもなく、ただただ臨床現場にこだわり続ける一看護師に過ぎませんが、今回みなさまの前でお話できる機会をいただいたことに感謝し、私が今まで取り組んできたことや今後の展望について、お話させていただきたいと思います。

【内容】

1. アウトカム志向について
 - ・アウトカム志向とは
 - ・アウトカム志向パスの作成のしかた
2. 標準化について
 - ・パスにおける標準化とは
 - ・当院で実際に行った「標準化」の紹介
3. BOM(ベーシックアウトカムマスター)について
 - ・電子化パスに必要なこと
 - ・BOM の構造
4. 当院におけるパスの運用について
 - ・教育
 - ・アウトカムの申請方法
 - ・形式監査
5. 今後の展望

特別講演②

被災医療者のなすべきこと～必ず来る東南海地震に備えて～

吉田 茂

医療法人葵鐘会 副理事長/CMIO

東南海地震(とうなんかいじしん)は、紀伊半島沖から遠州灘にかけての海域(南海トラフの東側)で周期的に発生するとされている海溝型地震である。規模は毎回 M8 クラスに達する巨大地震で、約 100 年から 200 年周期の発生と考えられている。当該地域を震源とする大地震は周期性があり、21 世紀前半にも次の地震が発生する可能性が高いとされており、今後 30 年以内の発生確率は、東南海地震 70～80%、南海地震 60%、東海地震 88%となっている。この確率は、東海地区の若手の医療従事者が定年退職まで医療職に就いていれば、ほぼ確実に現役の間に被災医療者になるであろうことを意味している。

ここで、被災医療者という言葉をあえて使うのは、被災体験のない医療従事者が大災害に何をなすべきかを論じる際に、どうしても自分自身も被災者になるという実感に欠けていることが多いからである。私自身は、阪神淡路大震災を体験して、自分の回りの医療従事者の苦悩する姿を生で感じてきたので、いわゆる災害医療の在り方について思うところが多く、大災害が生じるたびに被災医療者の抱える苦悩を思い心を痛めて来た。

今回の講演では、前半は、医療情報の専門家としての大災害への備えという観点から、「災害時医療情報閲覧システム (Regional Emergency Medical Information Browsing System:略称 REMEMB'R)」と「MedPower (災害時病院情報統合管理システム)」について簡単に紹介し、後半は、私の阪神淡路大震災での被災体験を元にした被災医療者のありのままの姿を語るつもりである。愛知クリニカルパス研究会の会員諸氏が、必ず来る東南海地震に対して「心の備え」をする一助になれば幸いである。

愛知クリニカルパス研究会

事務取扱 株式会社ハート・オーガナイゼーション

〒440-0851 豊橋市前田南町 1-1-5-2E

TEL.0532-57-1276 / FAX.0532-52-2883

E-mail. aichi.cp@heartorg.gr.jp