

第 22 回

愛知クリニカルパス 研究会

日 時 2017

6.24 Sat

13:00 ▶ 16:00

会 場

社会医療法人宏潤会 大同病院
だいでうクリニック 5F 講堂

当番世話人

松山 孝昭・庄村 和子
社会医療法人宏潤会 大同病院

日本
クリニカルパス学会
教育研修
講演 1 単位

第 22 回愛知クリニカルパス研究会

13:00～13:05 開会の辞 第 22 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)

13:05～13:45 一般演題 I (各発表 7 分、質疑応答 3 分) 座長:神谷 春雄 (名古屋第一赤十字病院)

① クリニカルパス委員会の活動 ～当院のパスの現状について～

長尾 いずみ (社会医療法人宏潤会 大同病院 医事課)

② 当院のクリニカルパスの現状と今後の課題

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)

③ CV ポート設置におけるクリニカルパスバリエーション分析

小川 明伸 (愛知県がんセンター中央病院 看護部)

④ 看護が見える患者用パスの作成

仙波 晴美 (名古屋大学医学部附属病院 看護部情報)

13:45～14:25 一般演題 II (各発表 7 分、質疑応答 3 分) 座長:清水 淳市 (愛知県がんセンター中央病院)

⑤ 糖尿病教育入院パスの変更から 1 年の歩みと展望

萩原 寛美 (名古屋第二赤十字病院 混合病棟 1 病棟 6 階東)

⑥ 患者にとって『見やすい』『わかりやすい』『使いやすい』患者パスを目指して

～糖尿病教育入院パスの改善を試みて～

前 千登世 (トヨタ記念病院 看護室)

⑦ DPCII 期間以内の退院と、術後感染予防ガイドラインに沿ったパス改訂の当院の取り組み

～虫垂切除手術クリニカルパスの改訂からはじめて～

辻 志穂美 (社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部看護科)

⑧ 地域連携パスと医療の質

辻野 美帆 (独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院)

14:25～14:40 休憩

14:40～15:40 特別講演 座長:松山 孝昭 (社会医療法人宏潤会 大同病院)

クリニカルパスで看護のダイヤを可視化しよう!

久保田 聡美 (高知県立大学健康長寿センター 特別研究員、医療法人須崎会高陵病院教育顧問)

15:40～ 閉会の言葉

愛知クリニカルパス研究会 代表世話人 岡本 泰岳 (トヨタ記念病院)

第 22 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)

第 23 回(次回)愛知クリニカルパス研究会 当番世話人 草深 裕光 (名古屋記念病院)

一般演題 I

クリニカルパス委員会の活動 ～当院のパス現状について

長尾いずみ¹、江崎弘徳²、永森絢子³

社会医療法人宏潤会 大同病院 医事課¹、リハビリテーション科²、看護部看護科³

【要旨】

当院では、2007 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、2011 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簡素化、データ分析がし易くなったことを活用し、電子パス修正の体制づくりを構築した。しかし、実際ではパス修正から承認までの時間を要し、パス使用率が上昇しないため、プロセスを再検討した。その結果、パス使用数や使用率が上昇し、チーム内での協力体制も強化したためここに報告する。

【目的】

修正パス・新規パスの承認作業を円滑かつ効率よく運用する事が出来るようプロセスを再構築し、使用数を上昇させる

【方法】

現在行われていた承認作業までのプロセスを再検討した。第一に改善策として委員会に提出されたパスの承認作業を「パス確認の会」とし、2015 年 9 月から新たに月 4 回設けた。それに伴い、パス提出の期限を月 2 回設けた。第二にガイドラインに沿った統一したパスが作成できるように、パス原本の修正・チェックリストを作成した。また、第三に患者パスの言葉が統一されておらず、確認作業に時間を要していたため、カテゴリー別に統一できるよう言葉を抽出した。また、勤務時間内にパス修正や新規パス作成、バリエーション分析といったパス作業が集中して行うことができるようパス合宿を毎年の活動として年 2 回設けた

【結果】

パス確認の会を月 4 回行う前の承認パス数は、2015 年 4 月は 7 件、5 月と 6 月は 0 件、7 月と 8 月は各 3 件だったが、10 月は 5 件、11 月は 1 件、12 月は 6 件と増加し、パス使用数・使用率が上昇した。また、委員会メンバー内でも業務の都合がつく委員が積極的に会に参加し活動することができた

【考察】

パス確認の会を月 4 回設けたことで承認までの作業が早くなり、承認パス数や使用数の増加につながった。また、病棟よりパス提出する際にチェックリストを使用し提出することでガイドラインに沿ったパスに統一できるようになった。例えば修正パスであれば修正箇所が分かるように修

正前後のパスを提出することやガイドラインに沿った項目が入力されているかなどである。しかしパス担当者の変更などで遵守できていないこともあった。また、パス合宿で集まって作業を行うことでコミュニケーションも生まれ、委員会からの働きかけもしやすくなった。さらに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・作成の体制作りにつながったと考えられる。

【結語】

今後、さらにパス作成から承認されたパスが短期間で使用可能となるように情報システム管理課による入力作業の実施を推進していきたい。また、患者用パスについてはカテゴリー毎にマスタを作成し選択して作成することで表現方法の統一をはかることや、わかりやすい患者パスにできるよう検討していきたい。また、パスを推進していくために病院全体で環境を整えられるよう働きかけ、更なるチーム医療の貢献に繋がっていきたいと考える。

当院のクリニカルパスの現状と今後の課題

横手 優一、石黒 恵

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】

当院ではクリニカルパス(以下パス)全体の適応率が 2013 年度 41.53%から 2015 年度 52.02 と約 10%向上している。今後の当院の課題としてパスを利用し質の高い医療や安全な医療を提供することが重要と考え、現状の把握と今後の課題について検討をしたのでここに報告する。

【目的】

当院のクリニカルパスの現状を把握し、今後の課題について検討する。

【期間・対象】

2013 年 4 月 1 日～2016 年 3 月 31 日の 3 年間で、全診療 31 科のうち、パスの使用率向上が著しかった神経内科、脳神経外科、泌尿器科、心臓血管外科の 4 科を対象とした。

【方法】

各診療科が作成している複数のパスの中でも使用率が高いものを抽出し、パスの使用状況及び、アウトカムの設定、評価状況において検討した。なお、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】

各診療科別にパスの使用率を見ていくと、神経内科では 4 つのパスのうち、脳梗塞パスの使用率は 94.77%で他はほとんど使用されていなかった。

脳神経外科では 5 つのパスのうち、慢性硬膜下血腫パスの使用率は 50.92%、脳出血パス 25.14%、内視鏡下経鼻手術 20.23%と主に 3 つのパスで構成されていた。

泌尿器科では 14 つのパスのうち、前立腺生検パスの使用率は 53.54%、TUR-Bt パスが 11.91%と主に 2 つのパスがメインとなっていた。

心臓血管外科では 12 つのパスのうち、CABG パス使用率 33.74%、弁膜症手術パス 15.42%、EVT パス 17.4%と主に 3 つのパスがメインとなっていた。

4 つの診療科のパスのうち、泌尿器科のパスは概ね医療者アウトカム及び患者アウトカムの設定がされており、パスを用いて工程管理がなされていた。その他のパスにおいてはアウトカムの設定が十分ではなく、検査の入力漏れを防ぐためのものや、一般的にクリティカルインディケータとなっているもの、または退院時評価と言う状況であった。評価の状況においても泌尿器科以外はされていなかった。

【考察】

当院では電子カルテ導入が 2010 年 5 月にされた。電子カルテ導入に際してパス活動が停滞してしまった印象がある。パス委員会の働きかけもあり、最近ではパス作成・運用の機運が高まっているが、結果にも現れたように診療科によってパスの総数にはばらつきがある。

例えば、神経内科では脳梗塞パスだけが突出して使用されており、そういったパスが院内パスの使用率を向上させた可能性がある。現状を分析し、その他の疾患でもパスを作成・運用できないか検討をしていくことも必要であると考え。

また、パスの内容を評価するとアウトカムの設定や評価がされておらず、パスを適切に使用するための周知が不足していることがわかった。当院は BOM(Basic Outcome Master)を導入しており、まず統一した視点でアウトカムの設定・評価およびバリエーション分析をするために BOM の使用推進を図っていきたい。そのために、パス作成の基準やアウトカムを設定する際の基準等を明確化し院内統一のもので運用することが望ましいのではないかと考える。

上記を達成するためには、パス委員会のメンバーだけでなく、パスに関連した研修会等を企画し、院内全体でパスへの理解を向上させることも必要である。

【結論】

研修会を企画・運営し、院内のパスの理解を深めると共に、パス作成・運用に関連した院内統一基準を作成し、パスのメリットを享受できるようにしていく。

CV ポート設置におけるクリニカルパスバリエーション分析

小川 明伸¹、福嶋 敬子¹、山口 真澄¹、小沢 あゆみ¹、中山 衣代¹、
清水 淳市²、佐藤 洋造³、稲葉 吉隆³

愛知県がんセンター中央病院 看護部¹・呼吸器内科²・放射線診断・IVR部³

【要旨】

パス適応率が院内病院全体で約 50%であるが、バリエーション分析を行うことができていない。院内で多く使用されている CV ポート設置術パスのバリエーション分析を行い、現状を把握するとともに今後の取り組みを示唆できるように検討を行った。

【目的】

当院は、クリニカルパス（以下パス）適応率が病院全体で約 50%であり、パスを利用した医療の標準化と効率化を目指している。今回、使用件数の多い CV ポート設置術パスバリエーション分析を行い、パス運用による現状を評価し、今後のバリエーション分析の手本とする。

【方法】

対象は 2016 年 1 月 1 日～2016 年 8 月 31 日に CV ポート設置に際してパスを適応した 174 件として、電子カルテパス統計機能(HOPE/EGMAIN-GX)を用いてバリエーション分析を行った。

【結果】

パス中止 13 件 (7.5%)、バリエーション発生を 2 件 (1.2%) に認めた。パス中止内容は体調不良による延期が 6 件、適応誤り 6 件、患者拒否が 1 件であり、バリエーション内容は全例創部からの出血に関するものであった。アウトカム入力状況は術直前が 108 件 (62.1%)、術直後が 143 件 (82.2%)、術翌日が 119 件 (68.4%) であった。バリエーション項目に入力がされていなかった合併症が 12 件にみられ、気胸 2 件と創部からの出血 10 件が発生していた。平均在院日数は化学療法を担当している 2 科で 29 日 (n = 39)、26 日 (n = 55) と長く、多くの症例で同一入院中に抗がん剤治療を行っていた。

【考察】

バリエーション項目に入力がされていなかった合併症として気胸が見られた。当院は鎖骨下静脈穿刺としているため、気胸もアウトカム項目とすべきであると考え。また、出血に関しては、出血の程度を示す基準が明確ではないため、医療者の主観的判断となっていた。

CV ポート設置パスは 2 泊 3 日として運用しているが、診療科によっては設置翌日から抗がん剤治療を開始するケースが多く、レジメン内容によっては診療報酬に影響することが危惧される。

【結語】

バリエーション分析を行ったことで、CV ポート設置術に関しては、アウトカムの見直しや観察項目の示し方、さらには継続入院治療の現状などあらゆることを知ることができた。振り返ることで見えてくる現状に直面することができたため、この結果をもとにバリエーション分析を啓蒙していきたい。

看護が見える患者用パスの作成

仙波 晴美¹、中村眞子²、服部 京子²、姫野 美都枝¹、船田千秋³

名古屋大学医学部附属病院 看護部情報¹・9W 病棟²・MIT センター 副センター長³

【要旨】

オーバービュー型の患者用パスから、冊子型の患者用パスへ変更した。患者用パスは、患者の疑問や不安に答えることができるような内容とし、患者目線を意識した。また、作成を行うにあたり、自分たちの看護を振り返り、医療者用パスの見直しもおこなった。患者目線を意識することで、自分たちの看護を見直すきっかけとなり、医療者用パス、患者用パス、ともに、看護が見えることが大切であることをスタッフで共有することができた。当院での、クリニカルパスの作成、運用に向けての基本となると考える。

はじめに

当院は、次年度 7 次システム更新の予定である。7 次システムの目標は、「患者に向いている System 作り」に決定し、構築ポリシーは、①中央化の推進、②データの集約と利活用、③業務改善を図る、の 3 点となった。特に、③では、PFM(Patient Flow Management)に基づいた業務の標準化・効率化が求められている。看護の標準化として今年度取り組んだのは、クリニカルパスの作成である。作成に当たり、「標準化」では、7 次システムに向けて標準用語を用いることを前提とし、昨年度本研究会で報告した通り、看護アウトカムには BOM を用い、看護介入では、看護実践用語標準マスター(MEDIS)を用いることとした。また、「患者に向いている System」では、より患者目線のパスの作成を目指し、従来のオーバービューの患者用パスではなく、冊子型の患者用パスの作成をした。これにより、患者にも日々のアウトカムと、タスクが明確になり、本来パスの根底にある看護計画を明確にすることができた。今回、冊子型患者用パス(以下新パスとする)の作成のプロセスを振り返り現状と課題を報告する。

<方法>

日々のアウトカムとタスク(看護計画)を組み込んだ冊子型患者用パスの作成

<経過及び結果>

従来の患者用パスは、オーバービューで、入院中の達成目標や治療行為、ケア内容が一目でわかるという利点から、院内でも広く活用されてきた。一方、簡便な分情報は入院中のスケジュールが中心で、個々の看護師の経験によりその説明にばらつきが生じるというデメリットがあった。今回当院で作成に取り組んだ新パスでは、患者が入院から退院までの流れをイメージできる様に冊子の記載する項目を設定した。

さらに、日々の患者目標・医療スタッフの目標、及びケアプランを時間軸に沿って表記することとした。

特に、作成に当たって重視したことは、日々のアウトカム、患者に行動して欲しいこと、医療者が実施することを患者にわかる言葉で表記することにした。これは、患者自身が十分理解して行動ができるようにするためである。また、新パスでは、看護計画を記載するようにし、自分たちの看護を可視化して作成することとした。

今回は、一事例として、白内障患者用パスを報告する。患者目線のパスを作成することにこだわり、白内障の視覚に注目し、フォントサイズや色の工夫を行った。さらに、スタッフには視覚障害用のゴーグルで患者体験をするなどの工夫が盛り込まれた患者用パスを作成することができた。

また、患者目線のパスを作成するには、私達は何をアウトカムとし、何を観察し、どのような看護ケアを提供しなければいけないかを明確にしなければ作成ができなことが分かり、結果的には診療用パスの見直しも行った。

<考察>

冊子型の患者用パスの作成は、患者目線を意識することで、自分たちの看護を見直すきっかけとなり、医療者用パス、患者用パス、ともに、看護が見えることが大切であることをスタッフで共有することができた。

また、アウトカムが患者にも明確に記載されていることは、医療者にも意識でき、今後、医療者の教育ツールになると思われる。一方、作成には従来型よりも時間を要するため、パス作成をより簡便に短時間で作成できるような工夫が必要である。

一般演題Ⅱ

糖尿病教育入院パスの変更から 1 年の歩みと展望

萩原 寛美

名古屋第二赤十字病院 糖尿病・内分泌内科病棟 1 病棟 6 階東

【要旨】

当病棟は血液・腫瘍内科、糖尿病・内分泌内科、化学療法集約病床を含む混合病棟である。その中でパスは 2 種類あり、糖尿病教育入院と骨髄採取術のパスを運用している。糖尿病教育入院パスは年間約 160 名が利用する。糖尿病看護認定看護師として糖尿病教育に携わり、現在の医療の流れや救急病院としての役割を加味し、教育項目や検査内容・入院日数の変更を繰り返してきた。そして 2015 年 9 月、多職種が専門分野を生かし、チームで個々の患者を支援するパスへ変更した。変更から 1 年の歩みの中で、目的達成ができない項目があり、現状分析を行った結果、記録の課題が大きくクローズアップされ、今後の改善のための展望が示唆された。

【目的】

多職種の専門性を生かしたパスへ変更した目的の達成度を検証する。

【方法】

1. パス使用患者カルテの記録内容の調査を行う。
2. 2015 年 9 月 1 日から 2016 年 9 月 30 日の期間中に糖尿病教育入院 8 日パスで入院した 146 名分のアウトカム一括検索を行う。

また、施設の倫理基準に則り個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

2015 年 9 月、糖尿病教育入院パスを①平日入院への変更②入院期間の短縮③教育の個別性④記録時間の短縮⑤患者からの聴取内容の重複記録回避⑥専門職種からの指導⑦生活ケアを含んだアウトカムの反映の 7 項目を目的に変更した。

1. 看護必要度 B 項目に関連する ADL 評価では、アウトカムの入力ができているまま退院を迎える記録があった。看護師の指導評価では、アウトカム未評価の記録があった。その反面、指導内容は SOAP で詳細に記録されていた。
2. 146 名分の集計で、2191 項目のアウトカムがあり、1318 項目が達成、23 項目が未達成、そして、850 項目が未評価であった。すべての評価ができていたカルテは 35 件だった。未評価が 1 項目以上あるカルテが 107 件、全く評価ができていないカルテが 4 件であった。

【考察】

医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・検査技師・歯科衛生

士と多職種が関わり病気や治療を教育し、生活の問題点や改善策を一緒に考え、合併症検査を受けられるようなパスに変更してきたが、8 日間でこれらの予定を抜けることなく実施する必要があり、パスを活用することで経験年数の様々なスタッフが、一様に実施可能である。そして、私たちが行った教育で知り得た事柄は、入院中の継続的な教育や外来との連携のため、患者の訴えを大切に記載される。そのため、どうしても記録は長文になり、時間を要する。看護師の指導内容に対するアウトカムは指導を受けたかどうかの評価基準となり、患者の理解度や実行度の評価基準として使用することができない。現在のパスでは記録の短縮や個別性という目的を達成するものになっていないことが分かった。また、カルテ記載を漏れなく実施するという視点で考えると、アウトカム評価の未記入は早期に改善のための対策を講じる必要があることが分かった。

糖尿病教育入院患者は年齢も様々で、単に合併症予防・進行予防のための血糖管理や、がんの手術を受けるための血糖管理など目的も多岐にわたる。高齢者でありながらインスリン導入を余儀なくされる患者もいる。現在、パスの明確な適応基準・除外基準はなく逸脱する症例があり、今後の変更には配慮が必要な項目である。

【結論】

- ・アウトカム再考を含む記録方法を考慮する
- ・急性期病院における糖尿病教育の有り様を考える
- ・パスの適応基準・除外基準の明確化が必要

患者にとって『見やすい』『わかりやすい』『使いやすい』患者パスを目指して ～糖尿病教育入院パスの改善を試みて～

前 千登世、柘植 直子、平澤 亜衣理
トヨタ記念病院 看護室

【要旨】

これまで糖尿病教育入院は、入院時に患者クリニカルパス(以降、患者パス)と、自己管理表(検査値、インシュリン量、運動量、食事量、内服内容などを記入する表)を配布していたが、患者クリニカルパスは入院後ほとんど使われることがなかった。そこでこの2つを一体化し、日々の達成目標を看護師と評価することで効果的な教育入院となることをねらいに、患者参加型パスの改善を行った。

【目的】

患者クリニカルパス(以降、患者パス)は医療者用クリニカルパスをもとに、わかりやすい言葉とイラストなどを用い日々のアウトカムや入院中の予定が記載された表である。入院前のオリエンテーションや入院日に患者、家族に説明し渡しているが、そのまま床頭台にしまい、入院中患者パスを活用されることは少ない。そこでパス委員会では、患者にとって「見やすい」「分かりやすい」「使いやすい」をテーマに患者パスの見直しを行った。その中で今回、糖尿病の教育入院パスを患者参加型パスに改善を行い患者の反応を得、課題もみえてきたため報告する。

【倫理的採領】

A 病院倫理委員会の承認を得て実施。データ収集時から個人を特定できないよう配慮し収集したデータはパスワードで管理した。

【方法】

これまで糖尿病教育入院時 A4 サイズの患者パスと、自己管理表(検査値・インシュリン量・運動量・食事量・内服内容などを記入する表)の2枚を渡していた。入院後、患者パスを活用することが少なく教育入院であるが、患者自身がアウトカムを達成しているか評価に加わることはなかった。そこで患者自身が主体的に教育入院に臨む事を目的に、患者パスの以下の改善を行った。

- ・患者パスと自己管理表を、A3用紙1枚に一体化した。
- ・血糖値をグラフに記載し日内変動を可視化した。
- ・糖尿病教室の学習内容から、アウトカムとアウトカム基準を明記し、毎日看護師と評価を行う。
- ・患者パスに食事量、運動量、内服確認チェックを記載するたびに目標や成果を確認する。

【結果】

50 歳代以下の比較的若い患者は、積極的に患者パスに記載やアウトカム評価を行っていた。退院時「これを機に

元に戻らないよう頑張ります」など前向きな発言が多く聞かれた。しかし、70 歳代以降の高齢者は、「書かなくてはいけないう事が多く大変」「難しい」「見方が分からない」という声が聞かれた。

糖尿病教室での習得内容も多く、毎日のアウトカム評価を行う際に、基準を達成する事が困難なことも多く見られた。

スタッフからの意見として、患者パスと自己管理票が一体化し、「説明がしやすい」「患者の血糖のコントロール状況とアウトカム達成状況がわかる」患者パスの記録状況から「患者のレディネスの状況がわかる」などの声が聴かれた。

【考察】

一概に年齢だけではないが、50 歳代までの比較的若い患者にとって成果が一目で分かり、教育入院で重要と考えられる自己効力感向上につながりやすいツールであると考えられる。しかし年齢層の高い患者は、患者パスの未記入の箇所を看護師や家族から指摘される事や、アウトカム基準で達成できない事が明確になるとネガティブなイメージを持ち逆効果となるリスクもある。今後、疾患ごとの画一的な患者参加型パスではなく、対象に合わせ、記録を厳選する、家族も参加するなどの融通性を加味した患者、家族参加型パスも検討していきたい。

DPC II 期間内の退院と術後感染予防ガイドラインに沿ったパス改訂の当院の取り組み ～虫垂切除手術クリニカルパスの改訂からはじめて～

辻 志穂美¹、小川恵実¹、鈴木智子¹、庄村和子¹、都築智美¹
畑中麗子²、松山孝昭³、荒川千奈美⁴

社会医療法人宏潤会 大同病院 看護部看護科¹、薬剤部²、外科³、情報・システム管理科⁴

【要旨】

クリニカルパス(以下パス)使用の目的は、医療の標準化による患者サービスの質の向上と経営の効率化である。当院では、急性虫垂炎に対するパスは成人用の全身麻酔パスと腰麻パス、小児用の3種類で紙パス時代から運用していた。今回、高度急性期病院を目指す当院の方針である DPC 期間 II 以内の入院で、また術後感染予防抗菌薬適性使用のための実践ガイドラインに沿った抗菌薬使用期間へ変更するよう、虫垂切除術のパスを全面的に改訂した。そして、その後のパス大会で発表し、院内の予定手術のパスの多くを改訂することができたので報告する。

「はじめに」

当院では、急性虫垂炎に対するパスは、成人用の全身麻酔パスと腰麻パス、小児用の3種類で電子パスの導入早期に電子化された。比較的使用頻度は高く、小規模の改訂は行われていたが、入院日数や抗菌剤の使用期間などの改訂は行われていなかった。今回、高度急性期病院を目指す当院のプロジェクトから、DPC 期間 II を超えるパスの、期間 II 以内への変更の提案があった。また感染制御室からの指導で日本化学療法学会と日本外科感染症学会から合同で発表された、術後感染予防抗菌薬適性使用のための実践ガイドラインに沿った抗菌剤選択と、使用期間での改訂が推奨された。

「目的と方法」

入院期間を DPC 期間 II 以内になるパス作りと、術後予防的抗菌剤の適正使用に向けた院内パスの改定を行うこととした。まずは虫垂炎手術パスで改定し、院内パス大会で発表後、各診療科に改訂を依頼した。

「虫垂切除術パスの改訂」

感染症である急性虫垂炎は、術前の経過や発熱の有無、採血、画像所見によってその程度は多様である。そこで虫垂切除術パスを、術後に早期退院が可能と予想される軽症用パスと、感染症としての治療が必要と考えられる重症用パスの2つに分けて改訂することとした。またここ数年、当院外科での標準術式が全身麻酔下の腹腔鏡下虫垂切除術となっており、新しいパスは、年長児以後成人の腹腔鏡手術に使用でき、また従来の開腹術へも適応可能なパスにすることとした。

さて、DPC 期間 II 以内への変更の検討であるが、虫垂周囲膿瘍を伴うものとそうでないものは開腹手術でも腹腔鏡手術でも同様で、それぞれ DPC 期間 II は、9 日以内と 5 日以内である。改訂前の虫垂炎手術パスは、入院期間

がすべて 9 日間のパスであったが、新しいパスでは、早期退院が可能と思われる軽症パスは入院期間を 4 日間とし、感染症としての治療が必要な重症全麻パスは入院期間を 7 日間とした。

つぎに、術後感染予防抗菌薬適性使用のための実践ガイドラインによる改訂である。蜂窩織炎性虫垂炎までの虫垂切除術は、開腹手術でも腹腔鏡手術でも推奨抗菌薬が、セフメタゾール、他とされており、術後24時間の使用が推奨されている。当科ではガイドライン通りのセフメタゾールを使用していたが、使用期間が長かったため軽症例で 2 日間の使用に変更した。重症例はガイドラインに関係なく、感染症治療としての抗菌剤を使用することとした。

他に、入院期間変更に伴い、持続点滴の期間や食事内容の検討を加え、また血液検査の回数などの変更を行った。

「結語」

今回これらのパス改訂を、院内パス大会で発表後、各診療科に依頼し、入院期間の変更と、術後感染予防抗菌薬適性使用のガイドラインに沿った抗菌薬使用期間の変更を依頼し、完了することができたので報告する。

地域連携パスと医療の質

辻野 美帆、馬淵 まりえ、森谷 康弘、清武 あゆみ

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

【要旨】

大腿骨頸部骨折地域連携パスを使用している患者のバリエーション発生原因に認知症、不穏が多いことがわかり、安心して入院生活を送れるよう支援するためにも、認知症症状観察シートの作成、導入を行った。導入してみた結果、地域連携病院からケアの参考になったという意見が聞かれた。今後も、医療の質を上げるために疾患管理だけではなく、認知症を持つ患者がよりよい状態で生活ができるようにしていくために認知症症状観察シートを活用していきたい。

【はじめに】大腿骨頸部骨折地域連携パスは、毎回同じパスシートに記入することで、情報伝達の漏れを防ぎ、同じ情報が伝わるよう均一化している。しかし、バリエーション収集を始めたところ、高齢患者の多い大腿骨近位部骨折では認知症による周辺症状やせん妄症状の出現が回復を妨げる要因にもなり大きな問題となっている。今までのような患者状態に重きを置いたパスでは認知症を持つ患者が安心して入院生活を送るための情報が不足していると感じ、認知症症状観察シートの作成導入を行った。

【目的】認知症を持つ患者が住みなれた地域で生活していけるよう、大腿骨頸部骨折地域連携パス協力病院でワーキンググループを立ち上げ、紹介患者をイメージしやすいような評価用紙の検討、作成、修正を行う。また、認知機能や ADL から回復期が良いのか施設が良いのかを考える指標の検討を行う。

【方法】ワーキンググループでの話し合いを元に認知症症状観察シートを作成した。内容は、認知症高齢者の日常生活自立度、術後せん妄の有無と継続の有無、どのような BPSD が出現しているか、時間帯や頻度、詳細内容、具体的な対応方法を記載するようにした。2015 年 10 月から 2016 年 3 月までの 6 ヶ月間でワーキンググループに参加している病院、施設への転院調整を行う際トライアルを行った。認知症症状観察シートの運用方法は、入院時の評価で認知症老人日常生活自立度Ⅱ以上の場合には連携パスの必要書類とともに認知症症状観察シートを送信し、退院時連携パスファイルにはさんで持参するようにした。

【倫理的配慮】個人が特定できないよう情報の記載には配慮する。また、知り得た情報は本研究以外では使用しない。

【結果】トライアル期間に認知症症状観察シートを使用してみた 10 例が転院した回復期 3 病院にアンケート調査をおこなった。観察シートの項目は全てケアの参考になったという結果が得られた。具体的に活用できた場面として、入院受け入れの参考になった、部屋を決める際の参考になったとのことだった。

【考察及び結論】連携パスは本来、病院の垣根を越えて患者情報を共有し、地域でその疾患を支えることである。地域連携パスのメリットは決まった情報が次の療養先に伝わることだが、これまで伝わった情報が病院や施設・患者の双方において有益なものだったかどうかは十分に吟味されてきていなかった。今回、大腿骨頸部骨折地域連携パスに導入した認知症症状観察シートによって、急性期病院が認知症の状態を評価し適切な対応方法を探り、回復期病院でさらによりよいケアを探り、日常生活に取り入れ、それを維持期の施設につなげることで今までよりも安全で安心した日常生活支援が可能になると考えられる。今後も、医療の質を上げるために患者のための PDCA サイクルを考えて、疾患管理のためだけのパスではなく、よりよい状態で生活ができるようにしていくために認知症症状観察シートを活用していきたい。

なお、本研究はかなめ病院、愛知県済生会リハビリテーション病院、善常会リハビリテーション病院、名南ふれあい病院、介護老人保健施設かたらいの里、介護老人保健施設セントラル内田橋のご協力の元行った。

特別講演

クリニカルパスで看護のダイヤを可視化しよう！

久保田 聡美

高知県立大学健康長寿センター 特別研究員、医療法人須崎会高陵病院教育顧問

医療の現場は忙しい。いつもいつもマンパワー不足だと嘆いている。

疾病構造は変化し、患者は高齢化していくため医療安全対策が重視され、現場のナースはリスク管理に追われる。そうした忙しさへの処方箋として、看護職が中心となって、さまざまなシステムが工夫されてきた。看護手順、標準看護計画、クリニカルパスを作成し、電子カルテを導入し、現任教育のシステムを創ってきた。そして、申し送りが短縮化し、看護記録がチェックリストに変わり、患者は早く退院するようになり、医療・看護の最低限の質は、確かに向上した(はずだった)。その結果なのか、弊害なのか、今、最前線の看護の質が低下しているとか、看護師たちが思考停止を起こしているという批判もある。

退院近い患者さんが独力でトイレに行こうとしたら「転倒したら大変だから勝手にいかないで」と怒られたという笑えない話を耳にすることも少なくない。なぜ、そんなことが起こってしまうのだろうか？

私たちが推進してきたクリニカルパスに代表される標準化と最低限の質保証のシステム化の影響で、一人ひとりの看護師が、自分で感じ、考え、行動する自由を奪われているのではないだろうか？ その自由を取り戻すには何が必要なのだろうか？

診療報酬改定の度に病院経営も厳しさを増す時代だからこそ、今一度、原点に立ち返り、何のためのクリニカルパスなのかを問う必要があるのかもしれない。そのヒントは、パスの作成、運用、分析の過程において、アウトカムをいかに設定し、どのように評価する仕組みを創るかにかかっています。それは、一人ひとりの看護師が多職種協働の輪の中で、患者さんやご家族と真摯に向かい合い、考え、行動する自由を取り戻す仕組みを創ることともいえるでしょう。その仕組みが実現すれば、きっと、あなたの目の前にも看護のダイヤは輝いています。

愛知臨床パス研究会

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