

第26回 愛知クリニカルパス 研究会

とき

2022.9.10 土
13:00~15:30

開催
形式

Web 開催

大会長

林 英司
JCHO 中京病院

日本
クリニカルパス学会
教育研修
講演 1 単位

第 26 回愛知クリニカルパス研究会

13:00～13:05 開会の辞 第 26 回愛知クリニカルパス研究会
大会長 林 英司 (JCHO 中京病院)

13:05～13:55 セッション I : 病診連携が主の地域連携パス 座長: 林 英司 (JCHO 中京病院)

①がん地域連携パス

愛知県統一がん診療連携パスの改定から運用の実際

福嶋 敬子 (愛知県がんセンター 地域医療連携・相談支援センター 地域医療連携室)

名古屋市郊外における「がん診療連携パスの実際」

勝野 知子 (豊田厚生病院 地域医療福祉連携部 地域医療連携室 地域医療連携課)

②心筋梗塞地域連携パス

クリニカルパスによる急性心筋梗塞患者の急性期リハビリテーションへの介入

今井 元 (小牧市民病院 循環器内科)

13:55～14:30 セッション II : 病病連携が主の地域連携パス 座長: 馬淵 まりえ (JCHO 中京病院)

①大腿骨近位部骨折地域連携パス

大腿骨頸部/転子部骨折の二次骨折予防のサポートシステムの構築

竹上 靖彦 (名古屋大学 整形外科)

二次性骨折予防のための大腿骨近位部骨折クリニカルパスとパスシート導入

草野 大樹 (日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 整形外科)

14:30～15:30 講演 座長: 高口 裕規 (JCHO 中京病院)

嚥下障害をつなごう『食べる』を続けるために一

戸田 芙美 (藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学 I 講座)

15:30～ 閉会の辞 第 26 回愛知クリニカルパス研究会
大会長 林 英司 (JCHO 中京病院)
第 27 回(次回)愛知クリニカルパス研究会
当番世話人 吉岡裕一郎 (日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

セッション I : 病診連携が主の地域連携パス

①がん地域連携パス

愛知県統一がん診療連携パスの改定から運用の実際

福嶋 敬子、佐野 雄三

愛知県がんセンター 地域医療連携・相談支援センター 地域医療連携室

要旨

愛知県統一がん診療連携パスの改定から運用の実際を、当院が携わった「乳がん地域連携パス」「肺がん術後経過観察地域連携パス」を例に報告する。

【背景】

愛知県では、2007 年に愛知県がん診療協議会に連携パス部会が設置、2009 年には愛知県がん地域連携パスワーキンググループが 5 大がんに設立となり、現在も運用されている「愛知県がん統一診療連携パス(以下、がん地域連携パス)が作成された。現在運用しているがん地域連携パスは、大腸がん(術後)、胃がん(術後/内視鏡治療後)、肝臓がん(術後/局所治療後)、肺がん(術後)、乳がん(術後)、前立腺がん(術後)となっている。各パスは、ワーキンググループ長を中心にワーキングを開催しパスの検討や改定を行っている。

【目的】

当院は、2009 年のがん地域連携パス開始以降、徐々にその数は減少し、連携実績のない時期が続いた。理由としては、担当部署が明確でなかったことや担当者の退職を機に継続することが困難であったことが挙げられる。このままでは都道府県がん診療連携拠点病院として地域連携パスを推進していく立場にもかかわらず、その責任を果たせないこと、乳腺科外来の患者数が過多であり地域連携が必要であったこと、病院機能評価の地域連携病院機能評価の係数に関わってくること等の課題へ取り組むことを目的とし、2016 年に地域医療連携室を中心に、当院がワーキンググループ長を担っている、乳がん地域連携パスの運用再開に向けて検討を開始した。

【方法】

乳がん地域連携パス改定するにあたり、そのアウトカムとして、「拠点病院も連携医療機関も誰もが利用しやすいパスに修正すること」を掲げた。同時期に、以前当院で勤務していた乳腺科医がその後の勤務先である病院

でがん地域連携パスを担当されたときの状況、また、現在は連携を受ける側(連携医)としての要望や意見を伺う機会を得た。その後も改定に向けて、当院乳腺科医、外来看護師、コーディネータ(地域医療連携室)、事務担当、そして連携医数名を交えて何度か検討を重ね改定案を作成、ワーキンググループにて承認を得、改定に至った。また、院内の運用フローも、医師・外来看護師任せであったものから、地域医療連携室が運用フロー全体に関与することで、患者ごとのステータス管理も含めた対応が可能となった。

【結果】

当院のがん地域連携パス運用件数は、改訂前の 2016 年は 0 件であったが、2018 年には 344 件に増加した。また、愛知県における乳がん地域連携パス全体運用件数も、パス改訂前の 2016 年は 463 件であったが、2017 年 722 件、2018 年 1149 件と著しく増加した。

【結論】

拠点病院、連携医、双方の視点や診療プロセスの情報を吸い上げ、使いやすい地域連携パスへ改定できたことが、結果的には愛知県全体の乳がん地域連携パス運用件数の飛躍的な増加へ繋がったと考えている。地域連携パス作成や改定に、拠点病院医師だけでなく、連携医や看護師、コーディネータが関わる重要性が示唆された。その経験を活かし、肺がん術後経過観察地域連携パスも改定を行った。肺がん地域連携パスは、これまで愛知県全体においても運用件数が伸びなかったが、使いやすい地域連携パスへと改定できたので今後の運用に大いに期待したい。

名古屋市郊外における「がん診療連携パスの実際」

勝野 知子

豊田厚生病院 地域医療福祉連携部 地域医療連携室 地域医療連携課

要旨

豊田市を中心にした「がん地域連携パス」運用の実際を報告する。推進にあたり院内のそれぞれの役割と医師・看護師・医療事務の連携状況を報告する。

はじめに

当院は愛知県の北部に位置する中核市にある豊田市の市民病院的な役割を果たしている地域基幹病院である。国指定の地域がん診療拠点病院の認定をうけてがん地域連携パスを地域医療連携室が中心となって推進している。

今回はその運用状況や役割などについて報告する。

倫理的配慮

発表に関して所属施設の地域医療福祉連携部の承認を得た。

当院の紹介

2008年(平成20年)1月1日より現在の豊田市浄水町に移転し、14年目を迎える病院である。当院は606床の高度急性期病院で豊田市の市民病院的役割を果たしている。職員数は1473名、標榜科は40科、専門外来は37科を有している。

救命救急センター、地域中核災害拠点病院、国指定の地域がん診療連携拠点病院などの認定を受け、地域の基幹病院として「救急医療」「がん医療」「地域連携」に取り組んでいる。

がん地域連携パスの運用の実際

2018年当院の事業計画において地域連携強化の推進、特に地域連携パスの推進を謳い、職員の意識改革に力を入れたことが、がん地域パスの運用の増加につながっている。そのため6大がんの運用を行っているが、その生い立ちによって担当部署が異なる。愛知県がん診療協議会の地域連携クリニカルパス部会に担当者として参加した医師が所属している診療科が担っている為である。乳がん・大腸がん・胃がんは外科にて対応している。乳がんは全て外来での発生であるが、胃がん・大腸がんは入院中から発生することもあり、外来と病棟の連携が必要とされる。肺がんは呼吸器内科の医師が担当していたが現在では呼吸器外科術後の患者を対象としている。呼吸器外科医師の外来診察時において発生となる為、外来看護師との連携が重要となる。肝

臓がんは消化器内科医師が担当しているため、入院中に病棟で発生させるが、内科外来の看護師が主に説明に向いている。前立腺がんは泌尿器科医師の担当で病棟発生となるため担当病棟看護師との連携が必要である。

コーディネーターとして地域連携室の役割は6大がんの連携状況についてデータ管理と連携医師の開拓、および連携医師への説明、がんパス受け入れ確認表のFAX送信・受診を担っている。また担当している医師や看護師・事務との状況確認なども行っている。

当院にはがん地域連携パスを統括する部署がなく、パス運用には様々な職種が関わっている。院内の連携がスムーズでないと件数を伸ばすことができない。そこでパス運用のための会議を定期的に開催している。がん種別に院内会議も開催し1回/月～半年に1回の開催となっている。これらの会議の事務的な役割もコーディネーターが行っている。

連携データは毎月地域連携パス連絡会にて報告し、その他にも医師別の地域連携パス実績表を提示することにより地域連携パスへの意識づけを行っている。このことにより地域連携パスへの取り組みに対してハードルの高い事例ではなくなっていると考えられる。積み重ねの取り組みによって愛知県がん診療連携協議会においてがんパス運用を更新することが可能となっている。また連携パスに対する連携医療機関の協力があってこそその結果である。連携医療機関は167機関あり、豊田市以外に日進市、みよし市、岡崎市、瀬戸市、名古屋市におよぶ。多くの医療機関との連携により当院のがん地域連携パスは成り立っている。

まとめ

コーディネーターによる地道な医療機関との連携と医師をはじめ担当者の取り組みをフィードバックすることにより意識づけとなりがん診療連携パスの運用が維持できている。

②心筋梗塞地域連携パス

クリニカルパスによる急性心筋梗塞患者の急性期リハビリテーションへの介入

今井 元¹、今枝 篤志²、小出 麻由²、谷口 明子³、日當 まゆみ³、川口 克廣¹

小牧市民病院 循環器内科¹、医療の質・安全管理室²、8E 病棟³

要旨

急性心筋梗塞のクリニカルパスを改定しリハビリテーションの積極的な介入を促した。

【目的】急性心筋梗塞の急性期にリハビリテーションを行うことが推奨されている。当院でも急性心筋梗塞急性期にクリニカルパスを導入し、カテーテル治療直後のリハビリテーションを標準化している。大動脈内バルーンポンピングや人工呼吸などの機械的循環呼吸補助を必要としない患者に対しては軽症のクリニカルパスを導入し、第 3 病日より離床開始し第 7 病日まで心電図モニターを観察しながら主に看護師が主体となって離床とリハビリテーションを進めていくプロトコールになっている。しかし十分な ADL 回復が得られず退院が遅れてしまう患者が一定数おり、その早期介入が必要となっている。

【方法・結果】2019 年 6 月より 2020 年 7 月までのパス導入患者 127 人を検討したところ、心臓・非心臓疾患を合併した患者と共に ADL の回復が遅れている患者 6 人で退院が延長されていることが確認された。このため 2020 年 10 月よりクリニカルパスを改定し、ADL 回復が遅れている患者に対して看護師より主治医へリハビリテーション科依頼を促すよう変更した。2019 年 6 月から 2020 年 9 月まで (Version1: 148 名) と 2020 年 10 月から 2022 年 3 月まで (Version2: 145 名) を比較するとリハビリテーション科へ依頼された患者は 3 名 (Ver.1) から 11 名 (Ver.2) へ有意に増加した ($p < 0.05$) が、入院期間 (Ver.1 vs 2: 11.3 ± 8.9 vs 11.0 ± 8.5 日) の短縮などは認めなかった。本研究は当院の臨床倫理指針に則って行った。

【考察】急性心筋梗塞ではカテーテル治療後 CK が最高値到達した後にリハビリテーションを行うことが推奨されている。最近では大動脈内バルーンポンピングを必要とする超急性期にもベッド上でのリハビリテーションが推奨されている。当院では超急性期の導入ができていないだけでなく、急性期の評価も不十分と判断された。

【結論】急性心筋梗塞のクリニカルパスを改定し、リハビリテーション進行を評価しより積極的な介入を実現した。しかし入院期間の短縮などには至っていない。

セッションⅡ：病病連携が主の地域連携パス

①大腿骨近位部骨折地域連携パス

大腿骨頸部/転子部骨折の二次骨折予防のサポートシステムの構築

竹上 靖彦、大澤 郁介、朝本 学宗、今釜 史郎

名古屋大学 整形外科

要旨

大腿骨頸部/転子部骨折の二次骨折予防について、大学病院をサポート役として、急性期病院からかかりつけ医院までをカバーする仕組みを考案した。

はじめに

大腿骨頸部/転子部骨折は高齢者に多発する骨折である。大腿骨頸部/転子部骨折を受傷し、手術治療を受けた患者では約 8%の患者が反対側の大腿骨頸部/転子部骨折(二次骨折)を受傷することが知られている。二次骨折を受傷した患者においては歩行能力の低下および死亡率の増加が認められることが知られている。二次骨折の予防には骨粗鬆症治療を含めた Fracture Liaison Service(FLS)が効果的であることが知られている。しかしながら、大腿骨頸部/転子部骨折術後に急性期病院を退院する際には約 10%の患者しか骨粗鬆症が開始されておらず、また、1年後の骨粗鬆症治療遵守率は 50%に満たないことが知られている。

2022 年 4 月の診療報酬改定で、大腿骨頸部/転子部骨折の二次骨折予防管理料が算定できるようになった。この二次骨折予防管理料は急性期病院、回復期リハビリテーション病院、かかりつけ医の三者がそれぞれ独自に算定することが可能であるが、いくつかの算定要件があるためより密接な連携を必要とする。今回名古屋大学整形外科内に名古屋 FLS サポートネットワーク(以下 FLS サポート)を立ち上げ、この三者間での連携および各段階で生じる問題について柔軟にサポートが可能となる仕組みを考案した。

方法

まず、この三者間をつなぐ簡便な仕組みとして『骨折予防手帳』を作成した。まず、急性期病院において『骨折予防手帳』を大腿骨頸部/転子部骨折の術後の患者に配布する。また、急性期病院で必要最低限の血液検査および骨粗鬆薬の処方(ビタミン D(アルファロール))を開始した状態で回復期リハビリテーション病院へ転院す

る。回復期リハビリテーション病院では内服薬の継続とともに日常生活動作の獲得および環境調整、転倒予防について啓発を行う。かかりつけ医のもとでの治療では、DEXA による骨密度測定を行い、骨粗鬆症治療の継続を行う。FLS サポートでは 3 か月、12 か月の段階で手帳の回収を行い骨粗鬆症治療の継続の確認を行う。

適切な骨粗鬆症治療のためには DEXA が必要となるため、FLS サポートが DEXA のない医療機関から DEXA のある医療機関への仲介および紹介を行う。また骨粗鬆症治療の継続のために内科かかりつけ医に対しても FLS サポートから最新のエビデンスの提供および LINE などの SNS を用いた診療相談を随時受け付ける体制を構築した。また算定要件である薬剤師の関与や施設内での研修会の実施などについても FLS サポートから提供することができる。

結果

現在名古屋大学病院の倫理委員会申請中であるが、無償で『骨折予防手帳』を作成、患者さんに配布している。

今後の展望

今後はこの手帳の回収および定期的な研修会および講演会の実施を行う予定である。また継続的な仕組みの運営については今後の課題である。

二次性骨折予防のための大腿骨近位部骨折クリニカルパスとパスシート導入

草野 大樹¹、安藤 智洋¹、高木 寛人²、井村 早織³、八田 恵利⁴、小田 幸弘⁵、
 畠山 桂吾⁶、柴田 綾恵⁶、佐藤 公治¹

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 整形外科¹、運動器・神経理学療法課²、
 整形外科病棟 3 病棟 4 階³、看護部 患者支援センター⁴、薬剤部⁵、栄養課⁶

要旨

大腿骨近位部骨折患者の二次性骨折予防のため、骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダードに従い、クリニカルパスならびに二次性骨折予防パスシートを作成した。今回、その取り組み内容につき報告する。

【はじめに】

高齢化社会に伴い大腿骨近位部骨折患者の増加は著しく、医療経済にも多大なる影響を及ぼしている。厚生省は 2022 年 4 月に診療報酬改定を行い、大腿骨近位部骨折患者の二次性骨折予防を取り組むことにより、急性期で 1000 点、回復期で 750 点、維持期で月に 1 回 500 点が算定可能となった。診療報酬加算に必要な検査、治療は現在のところ明示されていないが、骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダードに沿った評価、治療を行うことが算定条件として示されている。

【目的】

急性期院である当院において、大腿骨近位部骨折患者の二次性骨折予防として、多職種で介入するクリニカルパスならびに二次性骨折予防パスシートを作成し、骨折リスクの評価と治療を行っており、その取り組みにつき報告する。

【方法】

FLS クリニカルスタンダードに沿った二次性骨折リスクの評価を行うため、それぞれの職種で必要な評価項目を検討した。週に 1 回多職種カンファレンスを行い、大腿骨近位部骨折患者それぞれの二次性骨折リスクを評価し、治療を検討した。

【結果】

医師評価項目は、血清 Ca 値、血清 P 値、25OH ビタミン D 値(続発性骨粗鬆症の鑑別)、胸腰椎単純 X 線(不顕性骨折を含めた既存骨折の評価)、骨塩治療(腰椎正面および対側股関節、両側股関節ともに術後であれば腰椎正面・側面)とした。

看護師評価項目は、骨折リスク評価ツール(FRAX)、現在の薬剤管理状況、現在の歯科治療の有無、口腔アセスメントシート(OHAT)とした。

薬剤師評価項目は、既存の骨粗鬆症治療の有無や副作用について、疼痛管理薬についてとした。

理学療法士/作業療法士評価項目は、認知機能(AMTS)、転倒リスク評価、ロコモ度テスト、フレイルテスト、サルコペニア評価、活動性とした。

管理栄養士評価項目は、体重、BMI、上腕三頭筋部皮下脂肪厚(TSF)、上腕筋囲長(AMC)とした。

上記評価内容を二次性骨折予防パスシートに記載し、週 1 回多職種カンファレンスで二次性骨折のリスク評価ならびに今後の治療方針について議論を行っている。現在のところは、DPC の影響や回復期病院に転院することもあり、活性型ビタミン D 製剤投与が治療の中心となっている。

【考察】

大腿骨近位部骨折患者の約 7.6%が対側骨折を発症することや大腿骨近位部骨折を両側に発症した患者は 1 年死亡率が 24%であることが報告されており、大腿骨近位部骨折患者の二次性骨折予防は喫緊の課題である。FLS 導入により骨粗鬆症治療継続率向上や再骨折率や死亡率の低下の報告もあるため、診療報酬改定の後押しもあり当院でも FLS クリニカルスタンダードに従い、多職種での二次性骨折予防診療を開始した。今後、当院における二次性骨折予防パスシート導入後の治療継続率や再骨折率を含めた前向きデータの検討が必要と考える。

【結論】

大腿骨近位部骨折患者に対する二次性骨折予防として、クリニカルパスを導入し、二次性骨折予防パスシートを作成した。今後も多職種で介入し、大腿骨近位部骨折患者の二次性骨折予防を行っていききたい。

講演

嚥下障害をつなごう –『食べる』を続けるために–

戸田 美美

藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学 I 講座

摂食嚥下障害(以下、嚥下障害)は高齢者に多くみられ、誤嚥性肺炎や窒息、低栄養や脱水などの医学的問題を引き起こす。それだけでなく、「食べる楽しみの喪失」といった生活の質(QOL)における問題も生じる。また、高齢者はフレイルという要介護の前段階であることが多い。フレイルでは、疾病や入院をきっかけに身体機能が低下し、機能回復にも時間を要し、さらに疾病や入院前より低い機能までしか回復しない。これは、嚥下障害においても同様であり、治療後も嚥下障害を抱えて生活をすることになる。

そのため、嚥下障害患者が病院内、そして病院から退院後も可能な限り「食べる」を続けるために、医療職に求められる連携について考えていきたい。

愛知クリニカルパス研究会

事務取扱 アップローズ株式会社

〒440-0886 豊橋市東小田原町 48 番地 セントラルレジデンス 201

TEL.0532-21-5731 / FAX.0532-52-2883

E-mail. aichi.cp@uproses.co.jp