



日本
クリニカルパス学会
教育研修
講演 1 単位

第28回

愛知クリニカルパス研究会

日時 2024

6.15 Sat

13:00 ▶ 15:30

会場

愛知県がんセンター
国際医学交流センター メインホール

当番世話人

川口克廣 ・ 久留清美
小牧市民病院

第 28 回愛知クリニカルパス研究会

13:00～13:05 開会の辞 第 28 回愛知クリニカルパス研究会 当番世話人

川口 克廣 (小牧市民病院 循環器内科)

13:05～13:35 一般演題 I (各発表 7 分、質疑応答 3 分)

座長: 今井 元 (小牧市民病院 循環器内科)

① クリニカルパス評価率向上にむけて

岡 萌 (小牧市民病院 医療の質・安全管理室 診療情報管理係)

② 小児気管支鏡パス導入による成果と課題

黒川 莉子 (大同病院 看護部 A4 病棟)

③ 当院誤嚥性肺炎パスのバリエーション分析

山下 裕 (春日井市民病院 リハビリテーション技術室)

13:35～14:05 一般演題 II (各発表 7 分、質疑応答 3 分)

座長: 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 一般消化器外科)

④ 臨床検査科とクリニカルパスとの関わり

杉田 啓代 (小牧市民病院 臨床検査科)

⑤ 全身麻酔パスの新規作成について

川出 美奈 (稲沢市民病院 手術室)

⑥ 乳癌周術期パスの改善についての取り組み

山内 康平 (日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 一般消化器外科・乳腺外科)

14:05～14:20 休憩

14:20～15:20 特別講演

座長: 川口 克廣 (小牧市民病院 循環器内科)

チーム医療の鍵: 多職種協働がもたらすクリニカルパスの効果

神山 智子 (青森県立中央病院 医療情報部)

15:20～15:30 閉会の辞

第 28 回愛知クリニカルパス研究会 当番世話人

川口 克廣 (小牧市民病院 循環器内科)

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 形成外科)

第 29 回(次回)愛知クリニカルパス研究会 当番世話人

小嶋 俊久 (名古屋医療センター 整形外科)

愛知クリニカルパス研究会 次期代表世話人

清水 淳市 (愛知県がんセンター 呼吸器内科部)

一般演題 I

クリニカルパス評価率向上にむけて

岡 萌¹、川口 克廣²、今井 元²、牧 裕美¹、小出 麻由¹、宇都 瑞希¹
小牧市民病院 医療の質・安全管理室 診療情報管理係¹、循環器内科²

【要旨】

クリニカルパスの評価率向上のため、診療情報管理士が介入し評価率向上を担った。

【目的】

当院ではクリニカルパスを適用したもののクリニカルパス適用終了時に評価をしていない症例が多数発生していた。未評価であると、クリニカルパスを適切に使用しているかの評価やクリニカルパスの設定日数が適切かなどの分析が正確に判断できないため、未評価のクリニカルパスを低減させる取り組みを行った。

【方法】

2023年5月から月に一度、クリニカルパスの適用終了予定日に達しているが未評価となっている症例に対して、診療情報管理士が各科部長医師へ評価依頼を行うこととした。また、クリニカルパス委員会においてクリニカルパス評価の重要性について周知し、クリニカルパス委員の医師からも各診療科において評価の徹底を依頼した。

【結果】

2022年5月から2023年2月の期間中で、クリニカルパス未評価率は17.2%（適用数7,179件）であったが、評価の依頼に介入した2023年5月から2024年2月については、5.3%（適用数6,055件）と未評価は大きく減少した。

また、依頼をはじめた当初は部長医師への評価依頼も100件/月を超えていたが、2024年2月では63件/月となった。

【考察】

クリニカルパスは適用させるが、最後には評価が必要という意識をしていない医師が多数いることがわかった。今回、未評価のリストを部長医師へ返却することで、所属診療科医師のクリニカルパスの未評価数を客観的に理解してもらうことができ、評価率向上という流れに繋がった。

【結論】

今回の取り組みで評価率が向上したことにより、より正確に分析を行うことができるようになった。今後も積極的にクリニカルパスに関わっていきたいと思う。

【倫理的配慮】

本研究において、個人情報やプライバシーの保護について十分な倫理的配慮を行った。

小児気管支鏡パス導入による成果と課題

黒川 莉子¹、吉田 怜那²

大同病院 看護部 A4 病棟¹、看護部 B4 病棟²

【要旨】

当院では 2023 年 8 月より、治療の標準化を目的として気管支鏡パスを導入した。気管支鏡パスを導入した経緯、成果および今後の課題について報告する。

【目的】

当院小児科では、3 カ月に一度、他院の医師が来院し、主に日帰り入院で気管支鏡検査を実施している。検査を実施する頻度が少なく、かつ対象となる患児も少ないため、検査を担当したスタッフが少ない現状がある。また、既存の MRI 等の鎮静パスでは絶飲食時間や使用薬剤の相違から、対応できない現状である。そこで、検査の流れを把握しやすくすることで、すべてのスタッフが標準化した医療を提供できることを目的として小児気管支鏡パスを作成した。気管支鏡パスの作成目的の達成度を確認する。

【方法】

気管支鏡パスは 2023 年 8 月に試験運用開始。小児気管支鏡検査は、成長に合わせて評価する必要があるため、経時的に複数回行っている。パス作成前に気管支鏡検査を行ない、パス作成後にも検査を行った患児 4 名を対象とした。カルテを参照し、医師の指示入力や薬剤のオーダー、看護師が独自に入力する看護観察項目の入力がパス導入前と比較し、標準化されたか評価した。

【結果】

指示入力においては、パス導入前は清潔、点滴、排泄等の指示が医師によって異なり、その都度医師に確認する必要であったが、パス導入後は指示が統一されたことで、医師への確認事項が減少した。薬剤のオーダーにおいては、パス導入により医師への確認事項は減少するも、導入後も薬剤の溶解方法が異なっていたり、用量間違いがみられた。看護観察項目においては、パス導入前は看護計画より連動されて入っていた不要な項目が、削除されず未記入のまま残っていた。パス導入後は、不要な項目は削除され、測定値の記載忘れが減少していたが、デバイスを持参している患児への観察項目は不足していた。

【考察】

パス導入により、医師への確認等に要していた看護業務

が減少し、患者に対する看護に注力できるようになった。また、患者用のパスを活用することで、看護師より「スケジュールがあることで説明しやすい」「医師の指示が細かいため検査が初めてでも分かりやすい」との声があり、検査に慣れていないスタッフでも統一した説明がしやすく、患者理解の促進となっていると考えられる。

パス導入前は観察項目が煩雑で、不要な項目が多々みられ、正しい観察が行われていなかった。パス導入により、観察項目が最適化されたことで、必要な看護ケアを実践することができていた。本パスは体重別のパスではないため、鎮静薬のオーダーは、患児の体重に合わせるよう現在手入力である。パス導入後も、溶解方法や用量間違いが散見されるため、今後これらの課題を解決する必要がある。また、本パスはデバイスを使用していない患児を対象としているが、デバイスを持参している患児もいるため、デバイスを使用している患児に対する応用が課題としてあげられる。

【結論】

今回、小児気管支鏡パスを作成し、有用性を検討した。指示簿や看護介入が統一され、治療の標準化に繋がり、有益であると考えられる。今後、デバイスを使用している患児に対応したパス作成と、体重別パスの作成が望ましいが、体重別のパスは細かく体重設定をしなければならず、課題が多いため、更なる検討が必要である。

【倫理的配慮】

本研究において、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行った。また発表にあたり所属施設のクリニカルパス委員の承認を得た。

当院誤嚥性肺炎パスのバリエーション分析

山下 裕¹、中崎 亨²

春日井市民病院 リハビリテーション技術室¹、医療情報技術センター/リハビリテーション技術室²

【要旨】

当院誤嚥性肺炎クリニカルパス(以下、AP パス)のアウトカムのうち、達成率の低かった食事・栄養関連のアウトカムに着目してバリエーション分析を行った。

対象は 2022 年 4 月から 2023 年 10 月に誤嚥性肺炎で入院し AP パス適用となった 155 例(男性 89 例, 年齢中央値 86 歳)であった。「食事摂取ができる」「代替栄養法が実施できている」はそれぞれ達成率 52%, 64%であった。主なバリエーション理由はどちらも「患者/身体状況」であった。「食事摂取ができる」が未達成であった患者は、達成であった患者と比べ在院日数が長く死亡率が高かった。「代替栄養法が実施できている」未達成のものも同様であった。

今後は早い段階で栄養療法強化に着手できるようパスの修正が必要と考える。

【目的】

当院 AP パス改訂に向け、バリエーション分析を行った。

ことができるパスへ改訂できるよう検討していく必要があるかもしれない。

【方法】

対象は 2022 年 4 月から 2023 年 10 月に誤嚥性肺炎で入院し AP パス適用となった 155 例(男性 89 例, 年齢中央値 86 歳)であった。アウトカム達成率を確認し、最も低かった「食事摂取ができる(52%, 以下, 食事摂取)」「代替栄養法が実施できている(64%, 以下, 代替栄養)」に着目し、バリエーション分析を行った。また、入院時指標および転帰との関連を調査した。それぞれバリエーション理由を集計した。その他の調査項目は、年齢、入院時 BMI、肺炎重症度(A-DROP)、在院日数、退院先とした。

食事摂取、代替栄養それぞれを達成・未達成の 2 群に分け、比較検討した。有意水準は 5%未満とした。

【結果】

バリエーション理由は食事摂取・代替栄養どちらも「患者/身体状況」が最も多かった(96%, 90%)。

食事摂取未達成群は、達成群と比べ、年齢、BMI、肺炎重症度に差は認めなかったが、在院日数が有意に延長し(<0.01)、死亡率が有意に高かった(<0.01)。代替栄養未達成群も同様であった(在院日数:<0.01, 死亡率:<0.01)。

【考察】

誤嚥性肺炎患者は、すでに栄養状態が悪く、免疫機能が低下している症例が多いことが伺える。そのうえで、新規肺炎による侵襲、不適切な発症早期の栄養療法が患者の予後を不良にさせていると考えられる。今後は、言語聴覚士や摂食嚥下認定看護師、管理栄養士、薬剤師などとディスカッションの上、患者の栄養状態を維持・改善する

一般演題Ⅱ

臨床検査科とクリニカルバスとの関わり

杉田 啓代¹、久留 清美²、小出 麻由³、藤田 智洋¹、川口 克廣⁴
小牧市民病院 臨床検査科¹、看護局²、診療情報管理係³、循環器内科⁴

【要旨】

臨床検査技師(以下検査技師)は、クリニカルバス(以下バス)委員会にメンバーとして参加しているがバスに対する認識が低く、理解されていないと感じている。今回、全職員を対象として実施した「クリニカルバスについての院内アンケート」を利用して、検査技師のバスに対する認知度、意識について調査した。また、一例として当院にて運用中である「開腹大腸切除術(当日入院)バス」の臨床検査項目と頻度について調査を行い、検査技師としてバスに関わりが持てないか検討した。

【目的】バス委員会設立当初より、検査技師は委員会の構成メンバーである。しかし、検査技師が直接バスの運用等をするのではないため、バスに対する認識が低いのが現状である。一方で、当院運用中バスの66%に臨床検査項目が含まれており、検査技師がバスに積極的に関わることが必要だと考えられる。当院で実施されたバスに関するアンケートを用い、検査技師のバスに対する認識について調査したので報告する(検討①とする)。

また、当院にて現在運用中の「開腹大腸切除術(当日入院)バス(以下大腸バス)」を一例とし臨床検査項目について調査することによりバスとの関わりをもてないか検討した。(検討②とする)。

【方法①】2024年1月15日から1月31日の期間で「クリニカルバスについての院内アンケート」を実施した。電子カルテのアンケート機能を利用し、全職員に配信した。得られた回答より対象となる検査技師分について集計した。

【結果①】検査技師53名中(会計年度任用職員11名含む)34名の回答があり、回答率は64.2%であった。アンケート集計結果より「バスを知っているか」の問いでは「よく知っている」0%、「知っている」38.2%、「あまり知らない」58.8%、「知らない」2.3%であった。「医療用バス使用状況」及び「患者用バス使用状況」の問いではそれぞれ「使用している」4.5%、0%、「使用していない」55.5%、58.8%、「知らない」38.8%、41.2%であった。自由記載ではバスに対する前向きな意見や、要望が挙げられていた。

【方法②】2023年1月1日から2023年12月31日の期間で大腸バスが実施された47症例を対象に、生化学及び血液検査項目での検査オーダー設定日と実際の検査実施日について調査した。

【結果②】大腸バスの標準適用日数は9日間で、検査オーダーがバス2日目、3日目、5日目、7日目に設定され

ている。検査実施率はそれぞれ76.6%、97.9%、85.1%、70.2%であった。また検査設定日以外ではバス1日目、4日目、6日目、8日目、9日目に検査が実施されており、実施率は19.4%、10.6%、14.9%、12.8%、38.3%であった。検査オーダー設定日の中でバス7日目の検査実施率が最も低く、検査オーダー非設定日ではバス9日目の実施率が最も高かった。

【考察】検討①より、バスの存在自体は周知されているが、実際には「使用していない」「知らない」という意見がほとんどであり、バスに対する認識が低いことがわかった。バスを真に認識させるためには勉強会など理解向上を目的とした取り組みが必要であるといえる。

検討②より、検査オーダー設定日をこれまでの2日目、3日目、5日目はそのままに7日目を8日目へ変更することで、バスに則った検査実施が可能となり、患者、看護師双方の負担も軽減できるのではないかと推測する。検査技師は直接バスを運用する業種ではないが、このような関わり方ができることがわかった。

【結論】今回の検討で得た設定日変更による負担軽減策を実際の臨床に反映させ検証していきたい。また、検査科として同様な検討を他のバスでも行い、より効率的な業務改善を提案していきたい。そのためには検査技師個々のバスの認識向上が必要不可欠であり、そのための取り組みも今後行っていきたい。

【倫理的配慮】本調査において個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行った。

全身麻酔パスの新規作成について

川出 美奈¹、酒井 ゆかり¹、鈴木 恵¹、藤田 美由紀²、水津 亮子²

稲沢市民病院 看護局 手術室・アンギオ・内視鏡センター¹、看護局²

【目的】

当院手術室では、薬剤は手術室の薬剤棚に定数管理しており、麻酔指示書をもとに手術・麻酔、患者の状態に合わせて使用が予測される薬剤を、手術室の薬剤棚から準備している。緊急手術や時間外手術等の自家麻酔、全身麻酔以外の手術では、医師の口頭指示で看護師が薬剤を使用している。また、電子カルテ上では使用した薬剤の指示オーダー、実施の確認はできない現状がある。そして、使用後の薬剤は翌日すべての薬剤の定数不足分をリーダー看護師が確認し、薬剤請求伝票に記載している。委託業者により薬剤は運搬されるが、薬剤棚への補充は看護師が行っているため、薬剤の安全な使用、医療の標準化・軽減を目的として、全身麻酔パスを作成した。

【方法】

麻酔科医師、看護師、薬剤師で、全身麻酔パスの内容を検討した。麻酔科医師が通常使用する薬剤をクリニカルパスに組み込み、薬剤指示オーダーを確認して看護師が薬剤を使用できるようにした。また、患者の状態変化に伴い使用する薬剤については、予測される指示内容をあらかじめ指示入力し、薬剤名、投与量を電子カルテから確認できるようにし、使用分のみ薬剤局から手術室へ補充される運用とした。麻酔導入薬剤の種類で選択できるように 2 種類の全身麻酔パスを作成した。また、看護計画についてもクリニカルパスの中で看護の実践を記録し、手術終了時にアウトカム評価をするようにした。

【結果】

医師指示のもと看護師は薬剤を準備し、患者認証して使用するため適正な薬剤管理につながった。しかし、手術中の薬剤が不足しないように考慮し、長時間手術に合わせて作成したことで、返却する薬剤が多く薬剤局の薬剤管理業務が煩雑化した。そのためパスの見直しを行い、薬剤局の業務の煩雑化軽減につながった。看護の記録と実施については、看護実践が標準化され看護計画の立案・評価記録の時間短縮につながった。しかし、細かくアウトカムを設定していたことで評価項目が増えて評価がしづらくなっていた。また、看護指示においても病棟と重複することがあり病棟で混乱する状況もみえたため、手術室独自の看護指示を作成し、問題なく運用できている。

【考察】

口頭指示での薬剤使用はインシデントへつながる懸念もあったが、全身麻酔パスを作成したことにより電子カルテ上で薬剤指示が確認できることは手術室の安全につながった。また、事前に指示入力がされているため、薬剤使用時に患者認証をすることで実施入力され適切な薬剤管理ができた。麻酔科医師・薬剤師と連携し、医療の内容を評価・改善し標準化できたことで看護師の精神的負担にもつながった。

【今後の課題】

麻酔薬の新薬剤導入に伴い全身麻酔パスの追加作成をしていく。また、現在全身麻酔パスのみ運用しているが、今後は脊椎麻酔・神経ブロック麻酔・局所麻酔等のクリニカルパスも作成していく。

乳癌周術期パスの改善についての取り組み

山内 康平¹、川満 典子²、前田 栞里²、高橋 唯³、田中 佑佳³、小林 尚美¹

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 外科¹、看護師²、医事業務課³

【緒言】乳癌手術の術式は、乳房に対して全切除にするか部分切除にするか、またリンパ節に対してはセンチネルリンパ節生検まで行うか郭清まで行うか、の4パターンに大別される。郭清のない部分切除の場合は、DPCⅡの期間が6日間と設定されている。しかしながら、以前は入院期間が7日を超えることが散見されていた。確認をすると当時のスタッフにはDPCⅡの期間で納めることの意識が低く、診療体制の見直し・改善を図るため、診療プロセスの適正化と、その後の収益性について検討した。

【方法】術式：部分切除・郭清なしのうち、2014年1月1日から2015年12月末日の2年間を改善前群(n=65)と、2017年1月1日から2018年12月末日の2年間を改善後群(n=65)と定義し、DPCⅢ以上の症例数、入院期間が延長した理由を調査し、入院期間の短縮・ばらつきについて比較検討した。また同時に、病棟看護師、医事業務課らと共に入院診療計画書の見直しを図った。

【結果】入院期間7日以上のDPCⅢ期間の割合は、改善前群50.8%、改善後群32.3%であった。延長した理由は、医師の判断によるものが最多で、次いで患者の都合が挙げられたが、この順位は改善前群も改善後群も同様であった。入院日数の中央値は1日短縮し、ばらつきが改善された。

【考察】入院期間の短縮には、まずは原因を探り、入院期間のばらつきを無くすことが重要と考えられた。医療者間で入院の目的と退院後の指導を明確化することで、入院期間および退院後外来までの診療を円滑に行うことができた。PDCAサイクルがきちんと回り、結果として軸となる中央値が短縮することできた。1日あたりの診療単価増額が認められ、パス改善効果が確認できた。2019年以降、手術入院患者の漸増、入院期間の短縮により、さらなる増収が得られた一方、マンパワー不足・診療の質の問題・看護やサポートの低下・患者への負担が増えているかなどが懸念され、今後の課題である。

【結論】診療プロセスの改善により、診療の向上が得られた。今後は、マンパワー不足や働き方改革による課題に対して対策が必要である。

特別講演

チーム医療の鍵: 多職種協働がもたらすクリニカルパスの効果

神山 智子

青森県立中央病院 医療情報部

患者中心の質の高い医療提供を目的として、「チーム医療」の重要性が叫ばれている。「チーム医療」とは、患者に関わるすべての職種が専門的な知識や技術を共有し、患者の治療やケアを行うことであるが、実際のところ関わる職種が多くなればなるほど、「いつ・だれが・どのような介入をしたのか」等の様々な情報が診療記録の中に混在し複雑化することで、視認性を下げる状況が発生しうる。

この多職種連携の流れや多種多様な情報を整理し、確実に医療が提供される仕組みを実現するためにも、多職種協働で策定されたクリニカルパス(以下パスとする)の活用が効果的だと考える。そもそも、パスは医療の質の向上に向けた質管理ツールであり、多職種の知識を集約し、患者中心の医療を提供するための実践ツールでもある。これらパスの利点を最大限に活用し、「チーム医療」の実現を目指していきたい。

当院におけるパス作成から運用までの一連のパス活動について紹介するとともに、多職種協働によるパス運用について乗り越えてきた課題や今後の課題について共有し、一緒に考えていきたい。

Memo

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