

## 第8回新潟クリニカルパスフォーラム

日時 平成22年6月5日(土)  
午後2時15分～  
会場 ANAクラウンプラザホテル新潟  
2F「芙蓉の間」

### I. 話題提供

#### 1 大腿骨頸部骨折地域連携パスの バリエーション分析 —急性期病院の立場から—

小山 大介

県立新発田病院 病棟8A

【はじめに】当院は新潟県阿賀北地区の急性期病院の役割を担っており、連携による地域完結型医療への転換を図るため平成19年8月より大腿骨頸部骨折地域連携パス(以下連携パス)の運用を開始した。現在、新潟地域連携パス研究会に属しているが、当阿賀北地区と新潟地区の連携は、地域が広範であり、当院は2つの近隣連携医療機関に限られた運用が実情である。今回バリエーション分析を行うことで、今後の課題を明確化したのでここに報告する。

【方法】1. 期間：平成19年8月～平成22年3月 2. 対象：連携病院へ転院となった患者170名 3. 調査内容：術後転院までに2週間以上かかったケースのバリエーション分析

【結果】連携パス適用患者170名/大腿骨頸部骨折患者総数330名/適用率52%

【転院内訳】A病院：86%・B病院：14%  
術後平均在院日数：20.7日

【術式内訳】CHS：20.2日、FHR：21.9日  
連携パス適用患者バリエーション発生率：50.1%

年代別発生率はどちらの術式も80代が高率であった。バリエーション内容：CHS、FHR共に合併症、転院依頼遅延、空床待ちの順に多かった。

【考察】当院におけるバリエーション発生率は50.1%であった。その主な理由を当院のバリエ

ーションに基づき分類しそれぞれ考察した。①患者/家族要因(合併症)：合併症への対応は困難でパスを逸脱する1大要因である。患者背景に応じたアウトカム設定やバリエーションが生じた場合に次の対応が明確になるような細分化されたパスが必要となってくると考える。②医療スタッフ要因(転院依頼遅延)：A病院の包括診療に伴う転院基準の理解不足や医師により紹介状のタイミングが異なっている現状がある。これは各個人の力量差に起因するため、転院調整能力の均質化を図るよう基準の周知徹底が必要と考える。③病院要因(空床待ち)④地域要因(当院と連携機関の地理)：A病院は当院に隣設しており転院希望が集中するため空床待ちとなりやすい。入院時から退院を見据えた関わりを持つことで、転院先での円滑な退院調整へつながり、空床待ちによるバリエーションを防ぐ効果が期待される。

【まとめ】今後さらに高齢化、ハイリスク化が進み個別的な問題を抱えた患者が増加すると考えられる。患者に必要な医療が継続され、安心して転院できるような、患者背景を個別に考慮した細分化を図った患者状態適応型パスの検討、入院時から退院を見据えた医療が提供できるようなスタッフの意識向上が必要である。

#### 2 新潟県阿賀北地域における 脳卒中地域連携パスの低コストによるIT化

渡邊 大樹

県立新発田病院リハビリテーション科

【経緯】新潟県阿賀北地区に立地する当院は平成18年度新築移転し、救急救命センターを併設する広域基幹病院となった。当初は慢性的な病床利用率が100%を超える状態の解消を一環として、脳卒中地域連携パスを採用。平成20年には新潟県阿賀北地区の回復期病院と共に阿賀北脳卒中地域連携研究会を設立。10月にはGrooveを利用したネットワーク運用を開始した。

【解説】連携パスを表計算ソフトのMicrosoft Excel、ネットワークにはMicrosoft Grooveを採用。

サーバーのない環境でも容易に情報共有を可能とした。連携パスは先行していた大腿骨頸部骨折の反省点を踏まえて、明確な入力項目を区別するために Excel シートを各部門入力フォームに分けレポート、オーバービュー、診療情報提供書に出力できるように工夫した。

【結果】Groove はファイルシェアリングを管理する強力なワークスペースにより、転院前日までの情報をリアルタイムに伝達できる他、電話をする必要のない程度の簡単なやりとりをメール機能により複数の医療機関と情報交換が可能となった。データは地域連携パスの問題であった集計や統計を比較的容易にした。しかし、複数のソフトウェアを介在することより操作にある程度習熟が必要である。Excel と Groove の併用は初期費用や維持費が低コストにて運用できる点が大きな魅力であるが、課題もあり運用で補わなければならない点に注意する必要がある。

【展望】平成 22 年度、当研究会の趣旨に賛同する医療機関が日増しに増加。地域完結型医療を目指し、より高度な情報共有を進め、疾患別地域連携パスとシームレスな連携が重要である。今後は、脳卒中地域連携パスのみならず、複数の疾患別地域連携パスとインフラストラクチャの統合や運用の共有化を進める必要がある。

## II. 教育講演

### 東京女子医科大学病院における

#### 緩和ケアと地域連携

#### ～患者の「帰りたい」を実現するための

#### 連携とは～

東京女子医科大学病院  
薬剤部/がんセンター緩和ケア室  
薬剤師主任

伊東 俊雅

東京女子医科大学病院は、都西部に位置し、新宿・中野・杉並を中心に 110 万人を抱える医療圏を管轄するがん診療地域拠点病院となっている。同地域にはほかにも 3 つの東京都指定のがん

診療拠点病院があり、がん診療にあたっている。

現在運営している当院緩和ケアチームは 2005 年に発足し、有志による草の根運動的活動が開始された。その後、2008 年にがん診療拠点病院の指定を受けるとともに設置された当院がんセンター緩和ケア室に所属し緩和ケアチーム活動を行っている。チームメンバーは緩和ケア医（精神 1 名、身体 2 名）、がん専門看護師、がん疼痛認定看護師、緩和薬物療法薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、臨床心理士、などから構成されるメンバーで日々患者の症状緩和のコンサルテーションを行っている。活動は基本的には毎日であるが、毎週火曜日のペインクリニックでの麻酔科医師共同カンファレンス、金曜日の緩和ケアチームカンファレンスおよび回診を行っている。院内向定期症例検討・勉強会は奇数月に、偶数月には緩和ケアニュースの配信を行い、院内における緩和ケアマインドの周知・啓発に努めているところである。

緩和ケアに関する国内事情は、2009 年より始動した日本緩和医療学会 PEACE プロジェクトや、厚生労働省班研究 OPTIM プロジェクトなどによって、広く国内の医師、コメディカルの緩和ケアに関する知識の維持向上が活発化してきている現状にある。こと薬剤師にあっては、日本医療薬学会認定によるがん専門薬剤師、日本緩和医療薬学会認定による緩和薬物療法認定薬剤師、そのほか、感染制御薬物療法認定薬剤師、精神科薬物療法認定薬剤師、NST 専門薬剤師など数多くの緩和ケアにかかる認定薬剤師の輩出が続いており、これらの専門教育を受けた薬剤師が各方面でその専門性を発揮して緩和ケア・がん治療に寄与しつつある。

さて、日本人の多くが「終末期は自宅で過ごしたい」と考えているにもかかわらず、現実的に在宅死を迎えることができるのは実に 20% 以下に過ぎない。これにはさまざまな理由が考えられるが、ひとえに医療資源の未周知のほか、在宅における医療資源そのものが不足している現状がある。都市部と、地方部ではさらにその格差は大きいことも、在宅医療が進まない一要因となっているのであろう。当院の事例でもまだまだその数は