

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

少なく、都内の連携薬局数も10数薬局に満たない。地域薬局との連携は在宅医療にとっても大変重要な位置づけとなる。緩和医療・がん治療の多くが薬物療法であることを踏まえると薬剤師の関与は必要不可欠であると思われるが、残念ながら多くの薬局で在宅医療に対する採算が合わず事業として参入できないこともまた事実である。経腸栄養にせよ、経静脈栄養にせよタイムリーで安定・安全な薬剤供給は薬剤師の使命であるが、年間1人のためにクリーンベンチを整えることはできないのである。ある地方ではその数不足を補うための工夫で、薬剤師会などによってポータブルクリーンベンチを導入、会員にミキシングの講習会を行ったりして地域をあげて在宅医療の支援体制を構築しようとしているところもある。無論病院などの退院時共同指導へ出向いたり、診療所との綿密な連携によって在宅患者のケアに当たっていることは説明するまでもないが、患者がいつ、どこの地域に帰宅しても必要な医療処置・ケア・薬剤供給がなされなければ、真の在宅ケアは実現しないのである。

アグレッシブながん治療は、いまや入院から外来治療へ大きくパラダイムシフトしつつあることは周知のことであるが、癌薬物療法は分子標的薬の登場により大きく変貌しつつある。かねてよりいわれてきた「テーラーメイドながん治療」が現実に行われつつある近年、緩和ケアについてもより患者本位の在宅ケアを目指した緩和ケアを実現せねばならない。

### Ⅲ. 特別講演

#### 電子クリニカルパス作ってみて、使ってみて

大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療  
センター 泌尿器科 部長

細見 昌弘

大阪府立病院機構

大阪府立成人病センター  
看護部 副看護部長

笹田 友恵

当院では2007年9月より、日めくり電子クリニカルパスを中心にカルテ展開をする『クリニカルパスを軸とした電子カルテ』を導入している。パスデータを電子化することで、あつかう情報量に実質上制限がなくなり、パス分析に要する時間も短縮されたが、このような予想される効果以外にも、病院全体を横断してデータ解析することによる効果や、各科・病棟あるいは個人にドリルダウンして可能となる各種介入の効果も実感できるようになった。

また、クリティカルインディケーターやバリエーションといった日めくりパスを構成する要素が、データ抽出や圧縮に効果のあること、さらには、バリエーション編集機能やクリニカルパス機能そのものが、関連データを紐付けするツールとして役立つことも判明した。

このような事象の具体例を提示して、ドキュメントとしてではなくマスタ化されたデータとしての電子カルテのデータ利用の可能性を探る。(細見)

大阪府立急性期・総合医療センターは、2007年9月から2008年5月にかけて段階的に電子カルテシステムを導入した。「薬にならなきゃパスじゃない」を合言葉に「クリニカルパスを軸とした電子カルテ」の構築を目指した。当時の紙パスの使用率は約75%を維持しており、電子カルテ上でこの機能が展開できれば、パス本来の目的である「医療の標準化」「医療の効率化」に加え「用語の標準化」「チーム医療の推進」が更に推進できると考えた。そのために、電子カルテ上で「日めくり(チェックシート)機能」を実現することは不可欠であったが、その頃の電子カルテでは実現できていなかった。

ベンダー決定後「クリニカルパスとは」の理解からはじまり、センターの実現したいシステムを担当者と徹底的に議論した。その後、画面作り、用語の統一、マスター作成、紙パスの移行、運用と、職員が混乱せず使用しやすい「薬にならなきゃ電子パスじゃない」を目指し取り組んだプロセスを紹介する。(笹田)