

クリニカルパスで行う チーム医療の魅力と可能性

若草第一病院 外科

山中 英治

配布資料は抜粋です

講演と内容が一致しませんので
講演中は画面をご覧ください
資料はお持ち帰り用です

何故パスが「あって当然」になった？

- DPC： 在院日数短縮 支出節減
- 働き方改革： 業務の効率化 タスクシフト
- 医療安全： 可視化 標準化
- EBM： ガイドライン 情報公開(HPなど)
- インフォームドコンセント： 入院診療計画書
- 診療報酬加算： 地域連携パス
- チーム医療： 多職種(医師も)の意識変化

まずは看護師

マンパワー最大
エキスパート(認定看護師)がいる

入院診療計画書を兼ねた 患者用パスへの一斉改訂

(2021 **パス学会発表**)

若草第一病院

外来看護師（緩和ケア認定看護師）が提案して、改訂して、学会発表



【パスは最も親切で丁寧な 入院診療計画書】

クリニカルパス
標準的な診療ケア計画
診療報酬上作成発行

オマケ：入院診療計画書
個別のケア計画立案



肩腱板修復術

入院診療計画書

疾患名

肩腱板断裂
(損傷)

回旋腱板症候群

診断群分類

160610 四肢筋腱損傷

070050 肩関節炎、肩の障害
(その他)主治医
看護師
療法士
薬剤師
栄養士今田 光一
山本 直美

ID: 9990832

氏名: テスト 832

病棟(病室) 北5 516

主治医以外の担当者名

	1月1日	1月2日	1月3日	1月4日	1月5日	1月6日	1月9日		
	入院日	手術前日	手術当日(前)	手術当日(後)	術後1日目	2日目	3日目	4~6日目	7日目
目標	☐ 不安なく手術を受けられる		☐ 術後合併症の兆候がない ☐ 痛みのコントロールができる ☐ 装具を正しく装着できる				☐ 退院の準備ができる		
内服点	現在内服中の薬については指示に従って下さい 		指示のある時は、手術前に飲む薬があります 点滴開始 	痛み止めの内服が開始となります 	点滴終了 				
検査処置			必要な場合、手術部位の除毛をします 弾性ストッキングを着用します 	装具をつけます 足にポンプをつけ血流を促します	出血量を見て手術部の管を抜きます 採血があります 	手術創部の確認、処置を行います		採血があります 抜糸をします 	
食事	必要に応じて栄養士の訪問があります	指定時間まで飲水できます 	状態により飲食開始します 						
清潔	手足の爪を切りましょう	入浴かシャワーができます 		体を拭きます 	シャワー用の装具を装着しシャワーができます(看護師が装具装着の介助をします) 				
排泄			手術室で尿の管が入ります	尿の管が抜けて、トイレへ行けます					
安静リハビリ	リハビリスタッフが訪問します(術後に訪問する場合があります)		ベッド上で安静です 装具を装着します	トイレまで歩行できます 手指の運動が始まります 	リハビリ予定について説明があります 肘の運動が始まります 更衣などの生活指導があります 装具は3~5週間装着します		退院後の生活についての指導があります 車の運転はできません		
説明指導	入院・手術について説明があります 装具の確認をします 前開きのシャツを準備してください 	麻酔科医の診察があります	手術室看護師の訪問があります	医師から家族に説明があります 	麻酔科医の診察があります 総合評価 ☐ あり ☐ なし	総合的な機能評価の チェック項目		栄養管理の必要性 	
症状	肩の痛みで上がらない								
本人・家族の要望	手術後の痛み等の苦痛を最小限にしてほしい				特別な 栄養管理の 必要性 ☐ あり ☒ なし				
看護計画等	術後合併症兆候に留意した看護ケアと個別性に合わせた機能回復訓練を行います。				日常生活能力 ■問題なし ☐ 介助が必要な状態です 認知機能 ■問題なし ☐ 不安定な部分があります 気分・心理状態 ■問題なし ☐ 不安定な部分があります				

本人氏名

親族または代理人氏名

患者家族の署名欄

電柄:

説明日 西暦

年

月

日

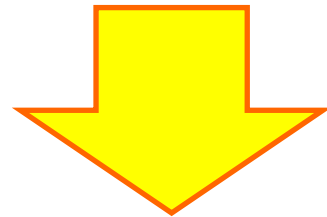
主治医氏名

説明医師署名欄

社会医療法人若弘会 若草第一病院 2024/1/19改訂

【結論】

短期間で院内全ての
患者用パスと入院診療計画書一体化
と運用の標準化



病院スタッフ・患者家族の双方に有用

ガイドライン＝標準

周術期管理も標準化
手術関連は標準化しやすい

Ⅱ章 治療法

- [A 治療法の種類と適応](#)
- [B 手術](#)
- [C 内視鏡的切除](#)
- [D 化学療法](#)
- [E 術後補助化学療法](#)
- [F 緩和ケア](#)
- [G 胃癌手術後のクリニカルパス](#)
- [H 胃癌手術後のフォローアップ](#)

日本胃癌学会編 胃癌治療ガイドライン
医師用 2014年5月改訂 【第4版】

胃癌手術後のクリニカルパス

胃癌手術に関する共通のクリニカルパスを策定することは非常に困難である。
しかし、「基本的なパス」を提示することは、胃癌外科治療の均てん化にも寄与すると考えられる。
胃管抜去，水分開始，食事開始，抗生剤投与，補液，検査日，退院日（術後8～14日目）などの臨床項目を設定し（表3），
胃切除後の基本パスを作成した。**退院基準は体温37℃以下，食事1/3以上摂取，疼痛コントロール可**，とした。
胃全摘術，幽門側胃切除術，噴門側胃切除術を共有パスで運用し，開腹手術，腹腔鏡手術も同じパスとした。
ただし，重度の循環器，呼吸器合併症，肝疾患，腎障害などを有するハイリスク症例は適応から除外する。
最近では**ERAS**（enhanced recovery after surgery）プロトコルにて術後の早期回復を促す試みがなされてきているが，
胃癌での評価は今後の課題である。

臨床的諸項目	パス設定日
胃管抜去	術後 1 日目までに
水分開始	術後 1 日目以降
食事開始	術後 2-4 日目より固形食を開始する
予防的抗生剤投与	術当日のみ
硬膜外チューブ抜去	術後 3 日目までに
尿道留置カテーテル抜去	術後 3 日目までに
補液	術後 5-7 日目まで
ドレーン抜去	ドレーンを留置した場合は術後 5 日目までに
退院日	術後 8 日目-14 日目

表 3 幽門側胃切除，噴門側胃切除，胃全摘共通パス

胃切除術共通クリニカルパスのスケジュール例

	入院前	手術日	1日目	2～3日目	4～7日目	8～14日
検査	術前検査	閉創前X-P	採血,X-P			
経口摂取		ERAS準拠		水分可	開始&up	
輸液		開始	→	→	終了	
抗菌薬		術前後	終了			
胃管			抜去			
尿道カテ			抜去			
ドレーン		閉鎖式		抜去		
ケア	口腔ケア		歩行	硬麻抜去	栄養指導	
入退院	前日入院					退院

(山中英治：周術期管理とクリニカルパス.消化器外科43: 498-501, 2020より引用)

個人差にも対応できるパス

内科系も治療や検査は全部パス

併存疾患・要中止薬対応パス

あれば便利

いちいち指示を変更しなくてすむ

胃ろう造設術DOAC服用者用クリニカルパス(部分)

	入院前	手術前日(入院日)	当日 手術前	当日 手術後
内服	☐ 内服最終注入 年 月 日 時 分	☐ 持参薬(続行・中止) ☐ 抗凝固薬服用(有・無) 有の場合、休薬(有・無) 有の場合、 薬剤名() (月 日)より中止		☐ 持参薬続行(有・無) ☐ DOACのみ再開 (朝食後で内服されている場合も 夕食後で本日分を内服) ○入力確認
点滴		☐ 生食100ml ヘパリン(5000単位)2A) 全量110mL (11:30～手術当日のAM8時まで) 11:30～(30分間) 50mlを100ml/hで開始 以降12:00～翌8:00 残りの60mlを2.6ml/h ☐ KN3号500ml(24時まで) ○入力確認	☐ ヘパリン点滴8時に残破棄 ☐ KN3号 500ml(0時-12時) ☐ KN3号 500ml(12時-24時) ☐ 生食キット100mL+ セファゾリン1g1V 朝 ○入力確認	☐ 生食キット100ml+ セファゾリンNa1g1V タ ○入力確認
検査	入院前検査 ☐ 手術前採血(入院前3日以内) ☐ レントゲン(入院前3日以内) ☐ 心電図(入院前10日以内) ☐ 腹部CT※要所見	☐ データチェック ☐ 手術前採血 ☐ 胸部、腹部X-p ☐ ECG ☐ 腹部CT (造設が10日以上延期した場合はCT取り直し) ○入力確認	☐ 貧1・PT・APTT(10時) ○入力確認	☐ PEG…腹部CT ○入力確認
情報提供	※INRは若草で施行	○入院時オリエンテーション ○内視鏡オリエンテーション ○患者パス配布 ○嚥下機能評価ができています		○退院指導



ERCP関連処置パスの理解度向上を 目指した アクションリサーチ (2022年パス学会発表)

若草第一病院 ¹内視鏡室看護師、²消化器内科医師、³臨床工学技士
堀田絵理香¹、山名亜希子¹、親泊智英²、奥野直貴³、山本直美¹

●内視鏡センター

- ・検査室 : 5室 + 透視室1室
- ・スタッフ: 医師: 11名
看護師: 7名
療養支援者: 2名
臨床工学技士: 3名
(2022年10月21日現在)
- ・年間検査数:
2021年度: 5633件
ERCP関連処置→290件

24時間 365日 緊急対応しています!

はじめに

当院ではERCP/ESTパスを使用している！

しかし・・・Nsは

パスの記載
漏れ
！！

パスに記載されている
術前処置が行われて
いない！！

内容について
聞いても答えら
れない！！



専門外の病棟では的確に使用されていない😓

パスが正しく的確に使用されていないのは何故だろう？

パスの記載漏れ項目は実施できていない項目と一致している...

- ・術前処置が行えていない、把握していないのはその必要性を理解できていないから？
- ・そもそもパスを行うことを業務化していて本来の目的(安全・安楽な処置の遂行)を忘れているのでは？

専門外の処置に対する意識を専門的な視点から補助することで影響を与えることができるか

目 的

円滑な治療を安全に行うため
病棟看護師に対してパスの理解や
ERCP/ESTの知識向上を目指し
内視鏡センター看護師が関わり
効果を検証する

方 法

- 期間: 2021年6月～10月
- 対象: 当院病棟看護師131名
- 実施内容

①消化器内科医師よりERCP関連処置の勉強会を開催。

(計5回)

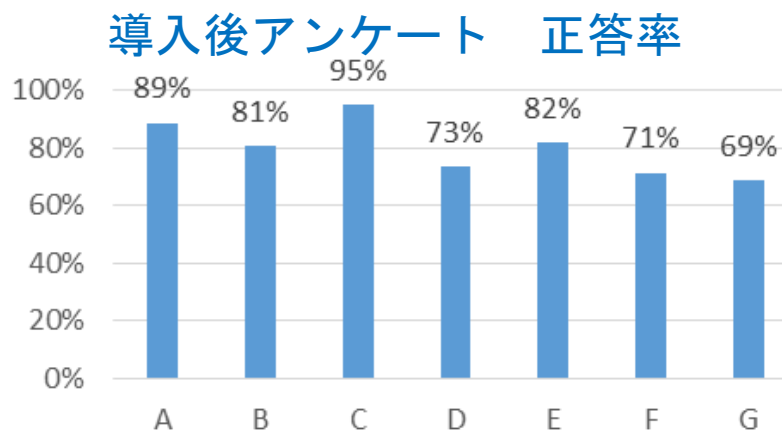
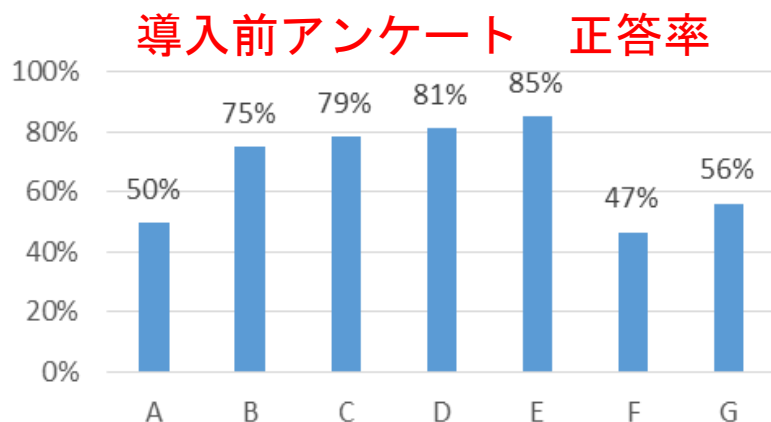
参加できなかった看護師に対し実施した勉強会と同内容の資料を配布。

②内視鏡看護師より術前訪問や入退室における情報提供

③ERCP関連処置の知識に関する内容のアンケートを作成、

①②の導入前後で正答率を比較検討する。

結果① 知識について



導入前：観察・看護処置→正答率高い 処置の根拠、術後合併症→正答率低い
導入後（術後合併症に着目し集計）：正答率アップ（全体で81%の正答率！！）

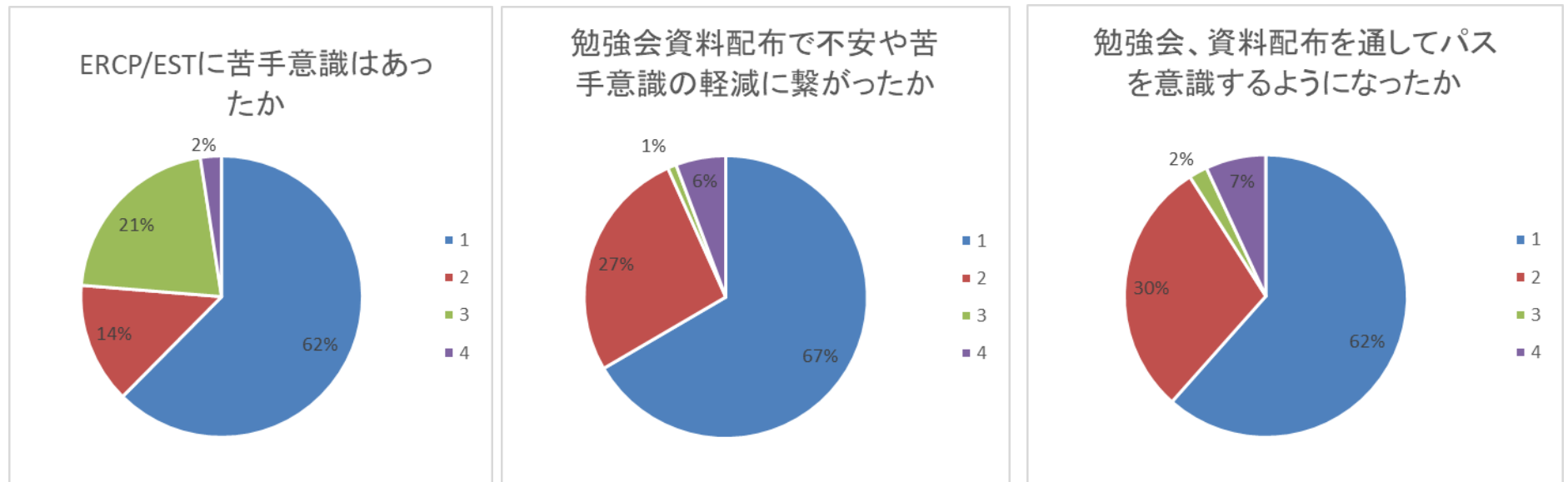
病棟比較
すると・・・

	前期アンケート	後期アンケート
消化器専門病棟	80%	84%
専門外病棟	62%	78%

結果② 心理面について

導入前：不安や苦手と感じる看護師が6割以上も・・・

導入後：パスに対する意識付け、心理的負担の軽減になったかも・・・？



1, はい 2, わからない 3, いいえ 4無回答

考察①

必要な観察、看護処置について知っている

けどその根拠についてはよくわからない??

パスの内容を理解せず、マニュアル化されている傾向
内容を理解しないまま実施→ミスや抜けに繋がる



勉強会とテキスト配布が知識習得につながった

考察②

わからないものには
苦手意識を感じる？

よくわからないまま処置の
担当になるのは不安だ

看護師は知識・経験が不十分な処置に対し不安感、苦手意識
を持って看護を行う、特に専門科以外であれば知識・経験不足
が生じると考えられる



知識獲得に向けた取り組みが不安や苦手意識の軽減となった

パスを使う目的(アウトカム)は？

何のために？

誰のために？

アウトカム（目標）の例

- 外科：食べられる
- 整形外科：歩ける
- 脳外科：話せる 嚥下ができる
- 内科：熱が下がる 痛みが無い
- 術後：痛みが無い トイレに行ける
熱が無い 食べられる

パスの特色：アウトカム志向

目的を達成するためのツール

目的を達成するための計画

達成できないのがバリアンス

パスは単なる指示（オーダー）ではない

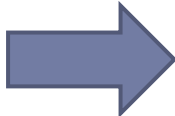
- 目標を明確にできる（情報共有）
- 医療を改善できる（話し合い、見直し）
- 安全性が高まる（可視化、標準化）
- 業務を効率化できる（記録、指示）
- 患者に優しく丁寧な説明ができる

クリニカルパスの効果

- インフォームドコンセントの充実
- 医療(薬剤, 検査, 処置)の標準化
- 科学的根拠のある医療の実践
- 旧弊の見直しと改善
- 他施設との比較による見直し
- バリエーション分析による問題点の改善
- 話し合いによるチーム医療の推進
- 業務(記録, 指示)の効率化
- 安全対策の向上
- 在院日数の短縮と過剰医療の削減

バリエアンスを集積して

- アウトカムの設定が適切か？
- パスの中身が適切か？
(投薬や検査、看護ケアの内容)

を確認  パスを改善する

**自分の病院の治療プランの質を
向上していく活動を医療者自らが行う**

バリエーション（変動・逸脱）分析って難しそう？

- 本当にどこでも分析してるの？
- 統計して分析が必要？→誰がする？
- そもそも何がバリエーションなのかわからない
- オールバリエーション？→とりあえずバリエーション？
- パスどおりじゃなかった→バリエーション
- バリエーションだらけのパス→これを改善すれば良い

バリエアンスを集積して

改善できることは改善する
どうしようもないことは諦める
数字よりも**現場の意見を訊く**

「**困ったこと**はありませんか？」

現場**ナース**が「**パスご意見箱**」に「バリエアンス投書」

パス運用情報共有のための 「わこちゃんノート」の活用

(2021年**パス学会発表**)



若草第一病院

○上野千種⁽¹⁾ 藤岡桃花⁽¹⁾ 植月あゆみ⁽¹⁾ 山本直美⁽¹⁾ 長谷川美香⁽¹⁾ 今田光一⁽²⁾

(1) 看護部 (**病棟看護師**) (2) 健康情報課担当部長

【はじめに】

クリニカルパス適切に運用にする為
2020年4月よりわこちゃんノートを作成
各病棟に設置

わこちゃんノートとは、
パスについて困っていることやパス業務の
アイデアを自由につぶやける
「パス情報交換ノート」

月1回のパス委員会
つぶやきを共有し、パスの使いやすさや
問題点を抽出、改善に役立てている



【活動内容】



各部署で思いついたとき
気づいたとき
なんでも気軽に記載できる
「わこちゃんノート」

実際の内容

$\angle 1, 2$ には関係する

- ・パスにふたしてNのサイン相関がなかった。いざあったらサイン相関にできない現状あるのサイン相関大きめにしてほしいです...
- ・パスにより記載されている内容の量がちがうので変やすく、拡大して示せばいいのでは(CARTのパスやA/A置きのパスなど)
- ・パスの朝の食事開始の入力の振りがタダで、パスの形態がレでいいのとおもふので、食事入力確認欄もいつかはどうかなと思います。
- ・胃腸のパスの二入力が来たときに、^金世と^金で^金と^金が^金の^金で統一した方がいいと思う
- ・パスのまいる内容をもっと拡大してもらえると見やすいかなと思います。
- ・医師と看護師のチェックに丸と四角でかかれる。わかりやすいが、入力確認の所も丸と四角で看護師が確認しやすいが、別のマウスでマークが、一目見てわかる気がします。
- ・DRIによるパス使用がしないというところがあり、他病棟に入退するに付いて、部室は困ると思う。
- ・胃ESDの当日朝の「浣」が振れる(Dの入力がない事が多い)の? それも入力確認欄があるとうれしい。

○ハズと使用するに、経過がわかりやすいと思いつく。LOL、文字が細いのは見逃す
ことがあつた、文字の拡大と幅を調整が必要だと思ひます。

- ・10sを使わばいDrと使うDrが113の電でDr全員使用してもらえるようにしたい。10sのアウトカムを活用し、記録の簡略化をしていきたい。
- ・胃ESPには付録モニター装着の記載があるが、大腸ESPには記載が無いので、総じて欲しいと思います。

パスがスムーズに出せる環境がいい。
患者さんパレートをサインしたため患者さんにわたす時の
のが気になる。

・ パスに もう少し 緩松にして ぬやすく して ほしい 思い、ユズ

- ・ 1P2使用と指示に記載しているが、点検内容や処方が異なる。1P2にも変更内容が記載されていない事がある。
- ・ ホットボンの予納入機等の事が1P2の入力不足からず、
当直直に指示とプレともらうことが多いため、こちらにお願いしたいと思っています。
- ・ 1P2ありの指示が一歩異なると場合はDrが入院時指示に入らず1P2に直接記入してもらえそうなのでお願いしたい。

【考察】

パスに対する問題点 多職種と情報共有・改善

意見を委員会にもっていきやすい
委員会で意見を部署に伝えやすくなった
医師にも発信しやすくなった

パス作成のステップ

- ①現状をそのままスケジュール表にする
- ②関係職種で議論して現状を改善する
- ③良く似た病院のパスの真似をする
- ④進んだ病院のパスの真似をする
 - ベンチマーク
- ⑤エビデンスやガイドラインを取り入れる
- ⑥使ってから不具合を改善する
 - バリエーション分析

パス委員のお仕事

- パス学会に行って他の病院のパスを知る
- 看護師が医師に相談してパスを作成する
- 医師はできたパスに注文をつける
- とにかくパスを使ってもらう
- 現場の「使いにくい」という苦情を承る
- 「じゃあ改善しましょう」と持ちかける
- 「いいね！✌️」と言わせるパスにする
- 協力的な人材を見出して仲間にする

最近よくあるパス事情

- とりあえず、いくつかのパスはあります
→使ってます。作った(改善した)経験は無いです
- 使えるパスは何となく使っています
→あるから。オーダーが楽だから
→バリエーションは無視して。アウトカムは関係なし
- **使われないパス**もある(**理由**を考えない)
→使いにくい。内容が古い。必要性が無い
- **新しいパス**は作っていません

パスは医療の基本
診療のシナリオ
シナリオの無いドラマ→全部アドリブ？

パス担当は初心者で十分
誰でも作れて、誰でも使えるべき
簡単だが必要条件：栄養みたいなもの

薬の専門家は 薬剤師

科学的
きっちりしている

薬剤師がパスをチェック

- 効果的な薬剤か(エビデンス, ガイドライン)
- 効果的な投与法か
- 投与量と投与期間は適正か
- 配合変化や相互作用に問題は無いか
- 適応外使用は無いか
- 副作用の観察項目をパスに入れる
- 安価な同効薬の提案(ジェネリックに変更も)

めったに無いケモ、どうする？

- パスは、頻度の高い疾患に作るもの？
- めったに無いのに要る？
- 初めて使う化学療法メニュー
- また、使うかもしれない
- 化学療法はパスがある方が安全
- **どんなパスも1例目**がある
- **じゃあ、とにかく作って使いながら改善**しよう
- ポジティブ思考の**薬剤師**がパス作成

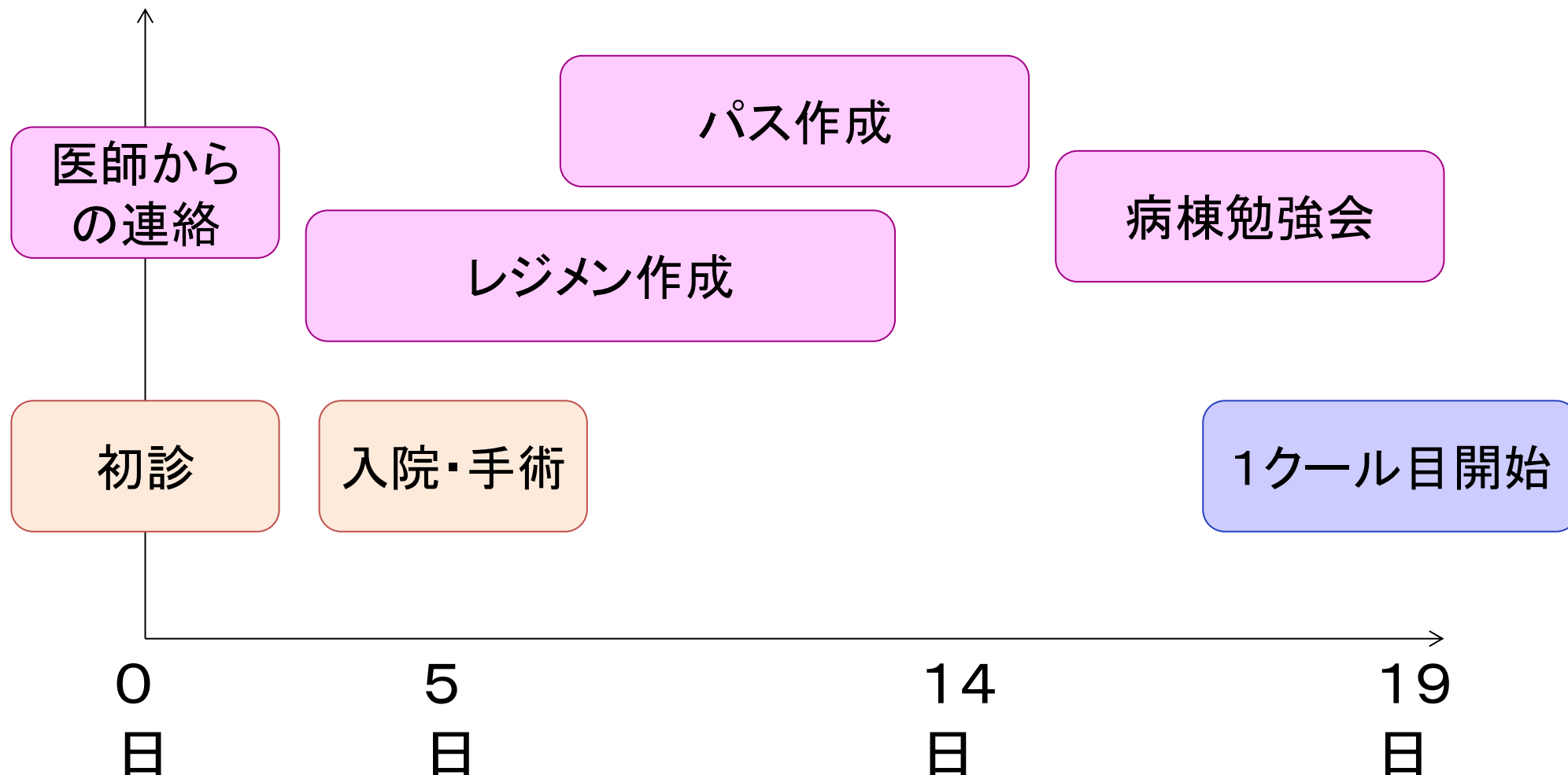
B E P 療法完遂を目指して ～パス作成、改訂、職員教育を通じて～

精巣腫瘍の初めての化学療法のパス

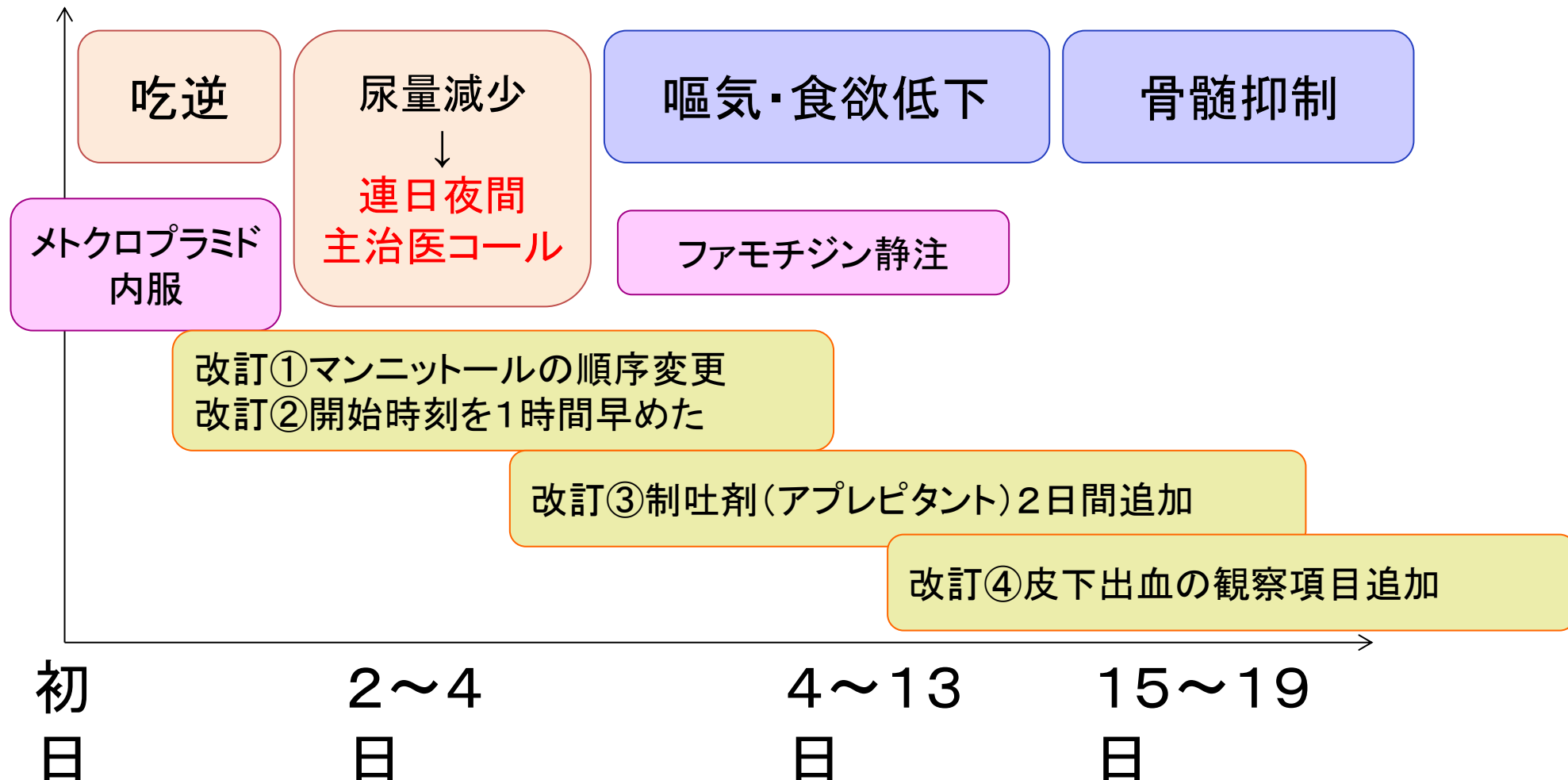
泌尿器科病棟担当薬剤師

2019年パス学会発表

初診から1クール目開始まで



1クール目の経過とパス改訂



結果とメリット

- ・医師—薬剤師—看護師間での**情報共有**
病棟勉強会により知識が深まり、早期の副作用発見と対策に繋がった
- ・初めて施行する化学療法においてパス作成は有用
化学療法のレジメンを安全に施行できる
副作用のモニタリングができた
- ・バリエーション分析でパスを改善することができた
患者モニタリングからパス改訂を行う事で、**副作用対策**に繋がる
医師の負担軽減に繋がる
- ・パスにすることで**問題点**をスムーズに**抽出**できた

炎症性腸疾患に対する 生物学的製剤の初回導入パス

消化器内科病棟薬剤師

2020年パス学会発表

パス作成の経緯

- 前処置や投与速度に関する指示が主治医によって統一されていない。
- 必須の検査項目が多数存在するため医師から薬剤師へ初回導入する際の相談がよせられることが多い。
- 使用患者数が年々増加（IBD専門医2名）

はじめに

炎症性腸疾患（IBD）は、

- 薬物療法
 - 栄養療法
- } 重要！

生物学的製剤は、

- 複雑な薬学的管理が必要。

必須の検査項目がある

アダリムマブ：皮下注製剤。

→自己注射に対する評価が必要

インフリキシマブ：点滴製剤。

→前処置薬の投与、投与速度管理（初回のみ）が必要

結 果

- 検査項目が明確になり医師の業務が軽減された。
- 副作用対策が標準化され安全対策が向上した。
- 薬剤及び食事指導に対する介入ができ、患者の理解が深まった。

パスは科学的根拠を取り入れるチャンス

- パス作成に医療行為の根拠を吟味する
- ベストプラクティスが医療の質を向上させる
- 質が向上すれば合併症が減る
- 結果的に患者のためになる
- 無駄が省ければ経済的にも有効
- 必要なものを取り入れ, 不要を省く
- 看護やケアも根拠に基づいて行う

医療の標準化

患者状態に対応した医療
質の高い医療の提供
科学的根拠のある標準化

パスは日々のアウトカムが重要

- 検査データよりも**患者状態診察**が重要

⇒CRPやWBCが少し高くても、何の症状も無く、食事も行動も順調で元気なら問題ない

- データやレントゲンが問題なくても、患者の状態に異常があれば、そのままパスを進めない

⇒必要な検査を**追加**する、検査結果によって食事を止める、薬剤を投与するなど対処する

日本全国で同じパスが使えるはず

今やどこでもほぼ同じパスですが

患者に快適な周術期管理

- 不快な管は入れない, 不要になれば早く抜く
- 科学的根拠の無い薬剤を投与しない
- 必要かつ十分な検査と薬剤投与
- 最も安全な合併症の無い方法を選択する
- 患者の個人差に考慮した柔軟な対応
(パスは杓子定規ではなくスタンダード)
- 専門領域は専門職に任せる質の高いチーム医療

ガイドライン・クリニカルパスは

お手本

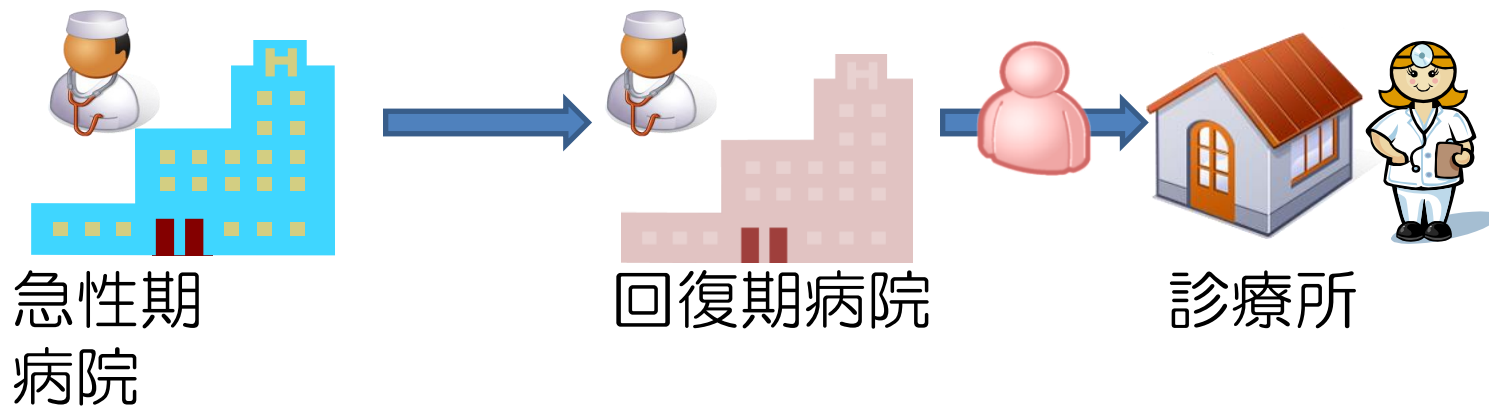
地域包括ケア

地域の住民は地域でケア
治療だけでなく予防も
地元で健康で長生き

地域→自転車で行ける範囲



A. 一方向型（双六上がり型 ・ リハビリリ経由型）



患者状態が改善していく過程の医療ケアを
分担していく

傷病名 : 脳卒中、大腿骨頸部骨折

脳卒中パスを 家族との交換日記の様に

回復の状態、日中の行動、
などを家族と情報共有

ナースから家族に説明

脳外科病棟やや新米ナース

脳卒中患者用パスの改善

記載内容と説明方法の改善により、
家族がパスを読む姿が増えた。

患者の日中の様子が可視化できる
パスとなり、家族とスタッフの患者情報
共有 & 情報交換ができるようになった。

PP161

Nursing Early Interventions for Improving Eating and Outcomes by Clinical Pathway for Stroke Patients

Yuu Imanishi¹, Hideharu Yamanaka²

¹Department of Nursing, Wakakusadaiichi Hospital, ²Department of Surgery, Wakakusadaiichi Hospital

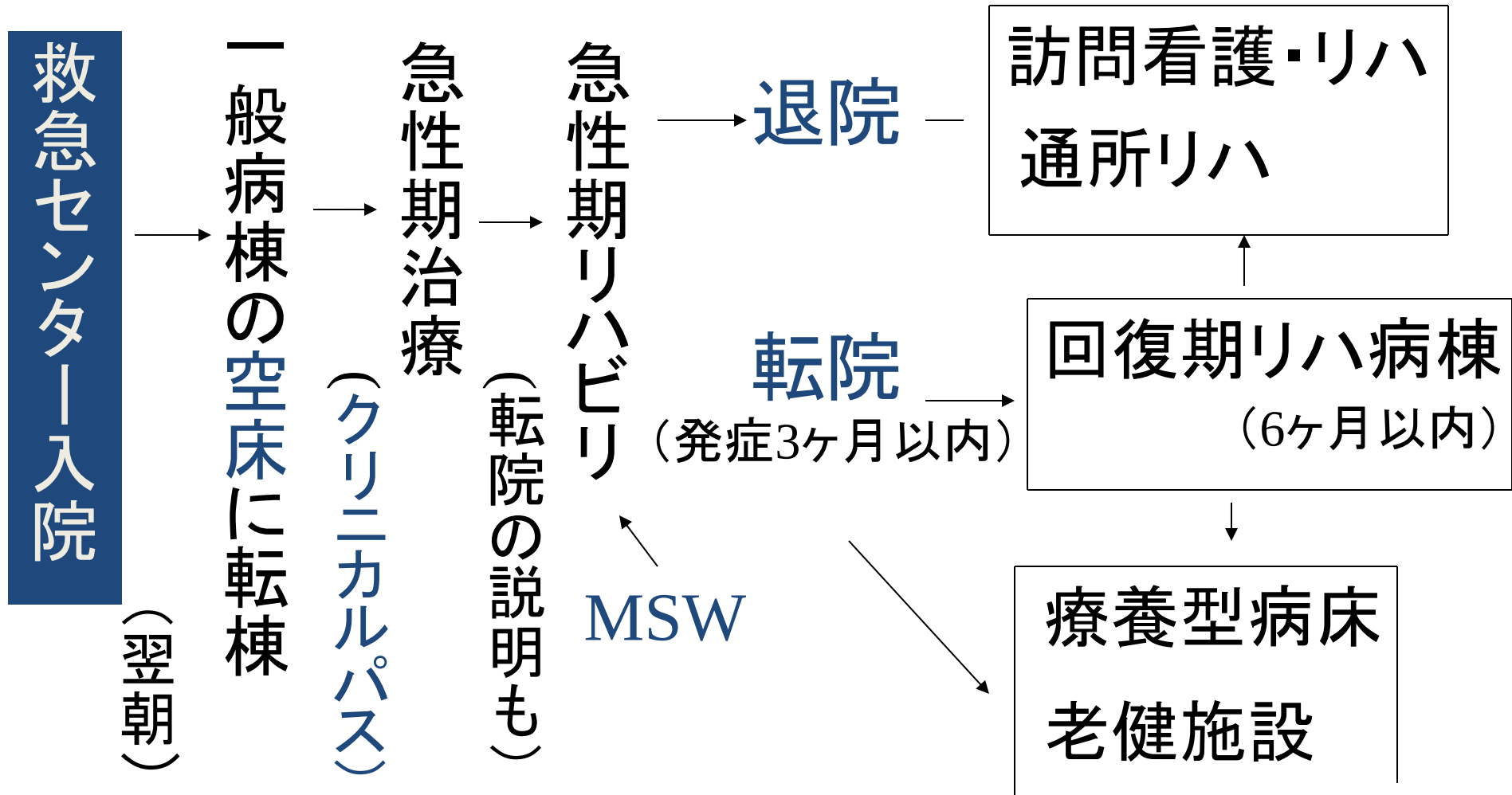
Rationale: Nowadays the number of stroke patients is increasing, because Japanese life expectancy is the longest in the world. Complications during the post-stroke rehabilitation period delay patients' recovery. As systematic and inclusive care plan, clinical pathway (CP) has been developed and utilized. Stroke often causes dysfunction of swallowing. Nursing interventions with the CP of nutritional care and rehabilitation improve outcomes of eating.

Methods: At first, we used simple typical care plan. It was inappropriate for patients and their families, and there were many blanks on the CP. We improved CP which described in detail recovery and situations of patients. In addition, we applied the function of diary with illustrations between nurses and patient's families. Inadditionally we changed rehabilitation program for swallow dysfunction and oral care to start soon after intensive care. Nurses and speech therapists carried out these rehabilitation, based on CP. Our nutrition support team (NST) collaborated on these programs.

Results: Renewed CP was effective for the communication between medical staff and patients families. They came to fill their patients' information in CP alternately, and the questions from their families increased gradually. Therefore, the nursing interventions for several symptoms have begun to be provided for patients immediately. The number of patients who underwent tube enteral nutrition decreased and that of oral intake increased significantly. Early recovery of eating function also accelerated patent's rehabilitation and activities. The improvement of the activities reduced pressure ulcers.

Conclusion: Nursing Early intervention by renewed CP improves quality of life in patients with stroke.

脳卒中・救急入院→転院→退院の流れ

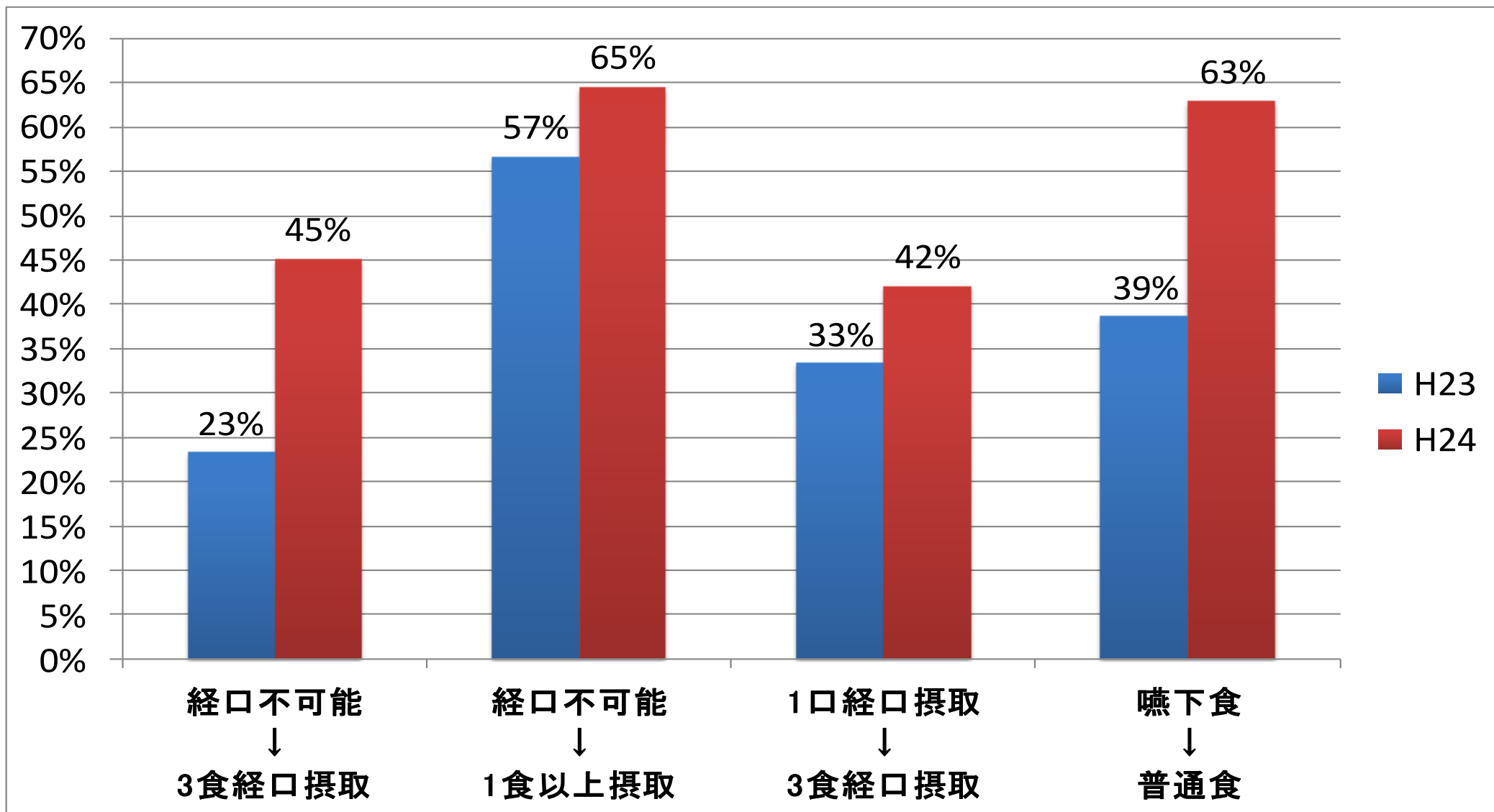


STが脳卒中のパスを改良

脳卒中は早期リハビリが重要

早期にリハビリを開始する

廃用を防ぐには
急性期からのリハビリ(パスに入れる)
→ ST,PT,OTの増員



ST早期介入による経口摂取の改善効果(脳卒中)
リハビリテーション医学会でSTが発表

脳卒中の連携パス

- 脳卒中は急性期のみで完結できない
- 回復期, 維持期, 開業医, 在宅支援が関わる
- 病院の機能分化で病院完結型医療は困難
- 地域完結型医療への転換
- 医療連携, 転院の円滑化が必要
- 地域連携のツールとしての連携パス

院内横断的パス

どこの病棟でも活用

退院調整パスや褥瘡リスク評価パス
最近は嚥下訓練や緩和ケアもパスに

院内で最も使用率が高く、

導入にも使用されるオキシコンチン®で

『オキシコンチン導入パス』を作成

目的

- ①オピオイドに関する職員教育
- ②チーム医療推進を図る



がん性疼痛看護認定看護師

2017年パス学会発表

最終 患者アウトカム 『除痛が得られ副作用が最少となる』

医療者

適切に薬剤を使用できる

疼痛・薬効・副作用・症状の
観察及び評価が行える

患者への説明・指導が行える

患者

治療・薬剤が理解できる

治療へ参加できる

アウトカム達成のため
には、これらを満たす
パス作成が必要



結果・考察

パスを運用した結果

1. 副作用や効果の評価などが、どの病棟でも統一して記録されるようになった（標準化）
2. 他のオピオイド使用患者の計画に応用する看護師もあった
3. 緩和ケア患者の病棟カンファレンスが、患者の症状に応じて適切なタイミングで、行われるようになった（カンファレンス回数も増加）

地域連携と入退院支援パスは

医療ソーシャルワーカー
(社会福祉士)

多職種連携による早期退院支援と 地域連携の成果

2016年パス学会発表

社会医療法人 若弘会

若草第一病院

健康情報部 健康相談課

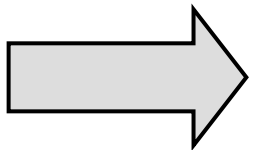
社会福祉士

早期のMSWの相談体制

平成26年4月～平成27年度

SW6名体制→7名体制

- ①全入院患者に対するSWのスクリーニング実施
- ②支援が必要な患者には入院後2日以内に初回面談し関わる
- ③毎週病棟カンファレンスにて他職種との情報交換・共有を行い、退院指示の前に退院支援を開始



実施後の課題

より入院早期からの支援の必要性の把握
多職種連携での退院支援の強化

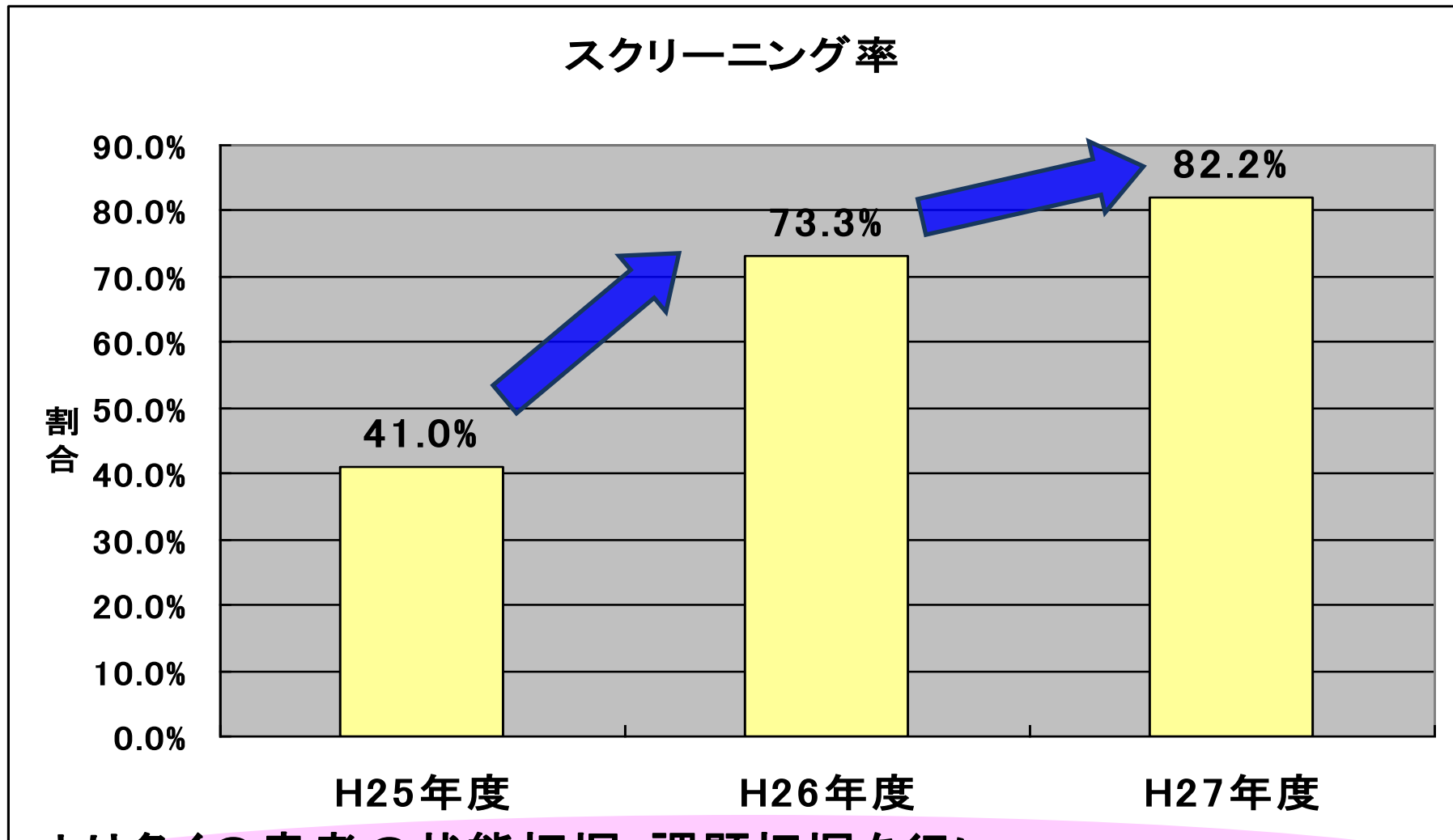
退院支援パスの活用と多職種連携

平成28年4月～

SW7名体制→8名体制

- ①退院支援パスを改良し、全入院患者に対する多職種により早期のスクリーニングを実施
- ②支援が必要な患者には入院後2日以内に初回面談し関わる
- ③毎週病棟カンファレンスにて他職種との情報交換・共有を行い、退院指示の前に退院支援を開始

結果①スクリーニング状況の変化 (平成25年度～平成27年度の比較)

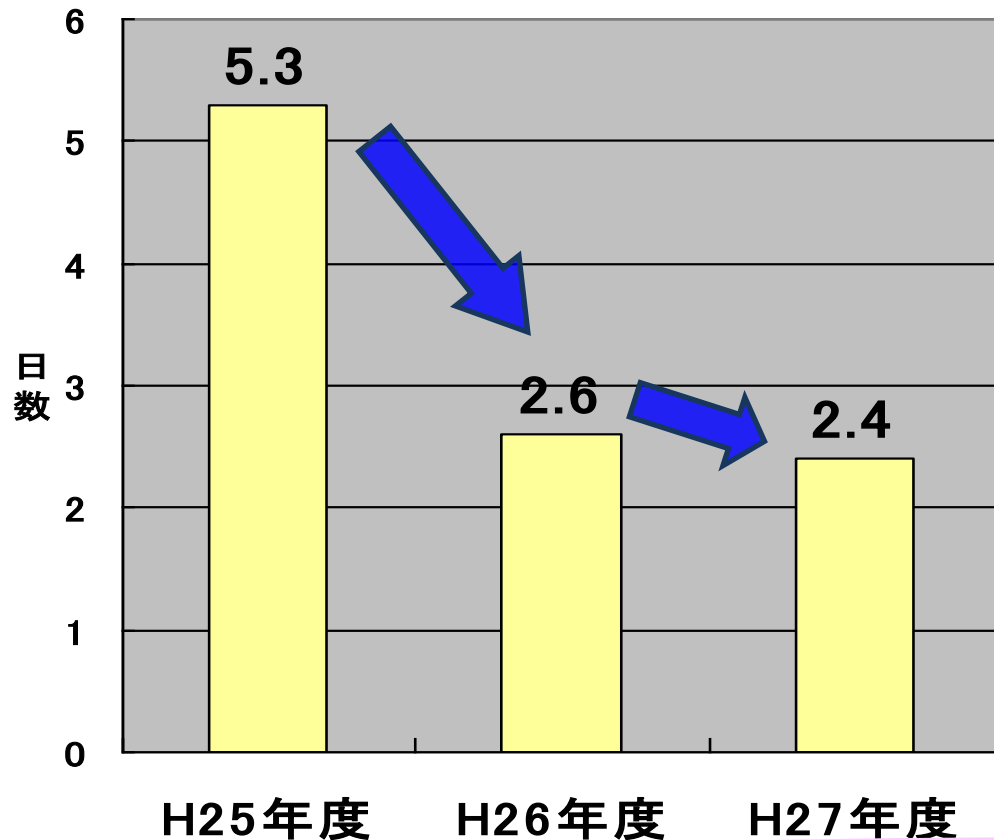


より多くの患者の状態把握・課題把握を行い、
早期の社会復帰への足がかりになっている

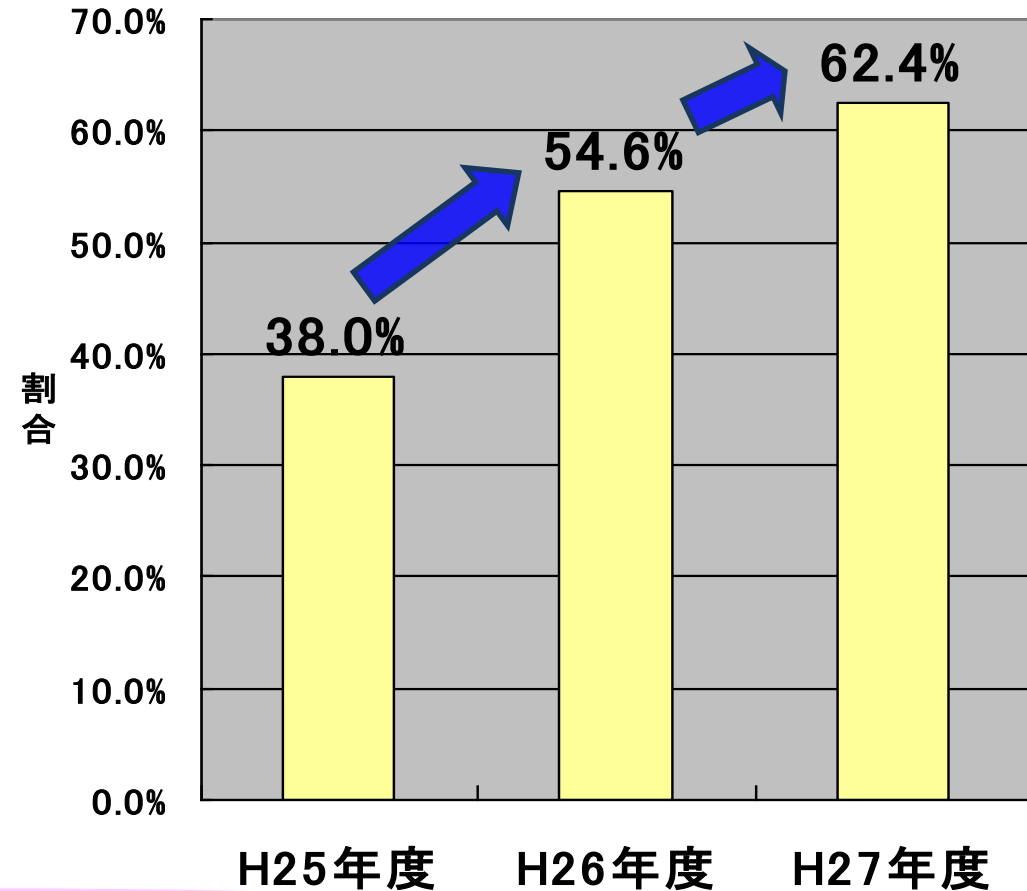
結果②

SWの関わり状況の変化 (H25年度～H27年度の比較)

入院日から初回面談までの
平均日数の変化



関わり率

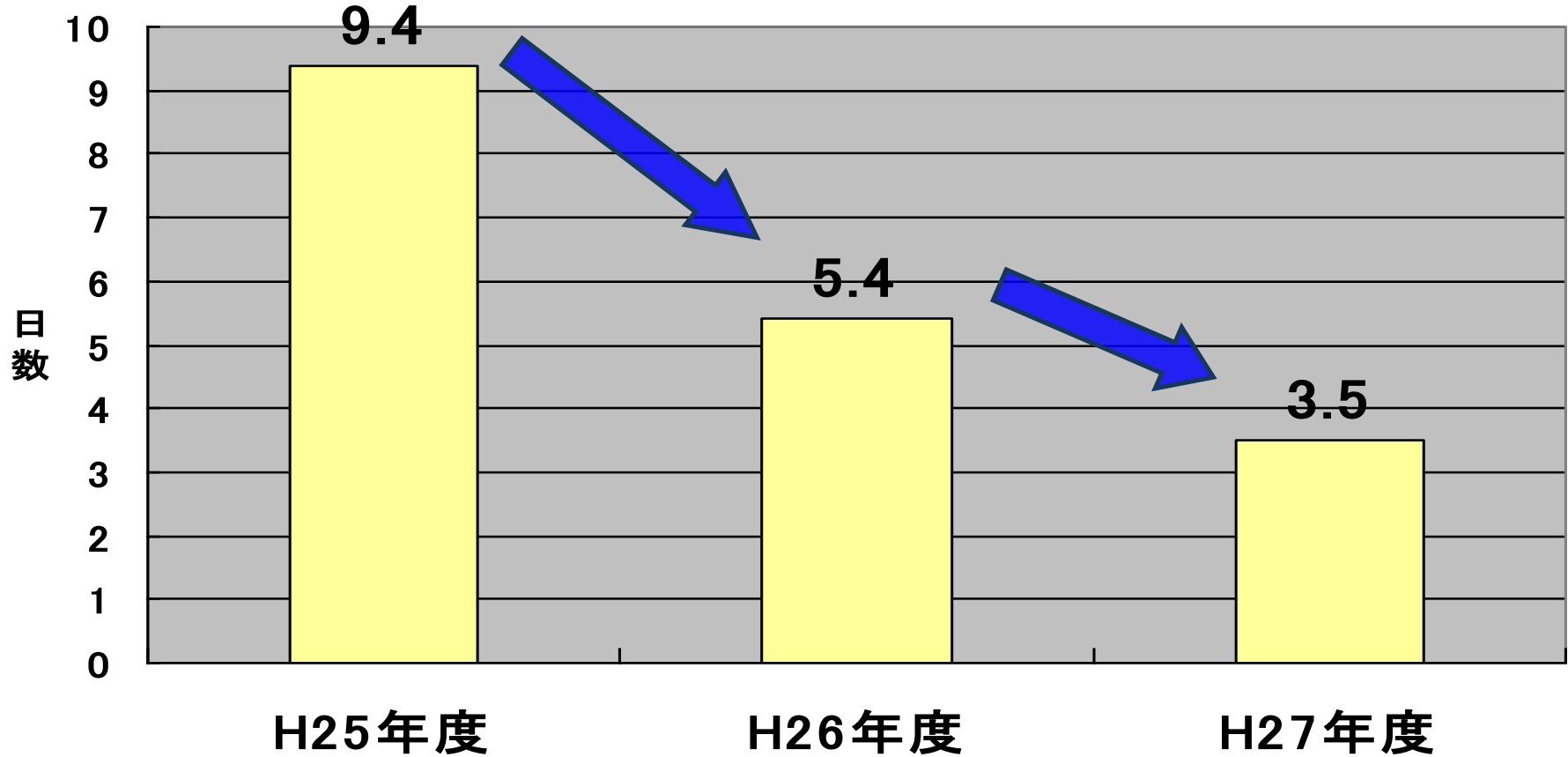


・半分以下の日数に短縮

・早期にニーズを把握し、支援の必要な患者に関われるようになった

結果③早期退院支援の結果 (H25年度～H27年度の比較)

退院指示から退院までの期間(平均日数)



治療終了後の本来であれば入院が必要ではない期間を短縮できた
当院平均在院日数の変化: 13.4日 → 12.5日 → 11.8日

結 語

- ・多職種連携により**早期退院支援**が可能となったことで、患者・家族のニーズへの早期の把握と支援が可能となり、早期に回復期リハビリへの移行や在宅復帰が推進できた。
- ・これまでの活動が退院支援加算1取得という評価に繋がった。
- ・患者さんが状態に応じて適切な場所で医療・介護・生活支援が受けられるよう、地域連携パスをより有効活用していきたい。

働き方改革で脚光 (タスクシフト)

新しい職種

医師事務作業補助者

「なんでも医師」から「これは医師」へ

- 医療職の多忙と過労を軽減する
- 専門職が専門分野の業務に専念する
- 専門家で業務を分担する(チーム医療)
- 救急初期診療の効率化・救命と重症化を防ぐ
- 多職種と連携し、スムーズな治療を支援

医師事務作業補助者の クリニカルパス関連業務 (2021年パス学会発表)

社会医療法人若弘会 若草第一病院
健康情報部医療秘書課¹⁾ 院長²⁾

○野口智恵子¹⁾、三山亜美¹⁾、上江由佳¹⁾、奥見さつき¹⁾、寺田由吏¹⁾
河合沙紋¹⁾、新口桃子¹⁾、小林佳純¹⁾、橋本美奈¹⁾、山中英治²⁾

当院における医師事務作業補助者の役割

役 割：医師の事務的作業負荷の軽減

主な業務：電子カルテの代行入力

医療文書の代行作成

がん登録や外科手術の症例登録

カンファレンスの準備

所 属：健康情報部「医療秘書課」



医師事務作業補助者が関わっているパス関連業務

- 1, パス適用決定患者の患者用パスの作成
- 2, パス適用決定後、医療者用パスに従い、検査、投薬の代行入力
- 3, パス委員会で認可された新規パスの電子カルテシステムへの文書コンテンツ登録
- 4, 新規パスに対応したオーダーセットおよび入院指示セットの電子カルテシステムへの登録
- 5, 改訂されたパスのオーダーセット、入院指示セットの変更作業



考察・結論

パスに関する代行入力は、法令やガイドラインに従い、効率的かつ適正に行うことが重要。

日本クリニカルパス学会

「電子クリニカルパス操作における
事務職(医師事務作業補助者・
クラーク)の代行操作に関する指針(案)」

電子クリニカルパス操作における事務職(医師事務作業補助者・クラーク)の代行操作に関する指針(案)

令和2年7月27日



一般社団法人日本クリニカルパス学会

都会・中小・民間・フルスペック急性期

- 30分で(市立・府立・国立・日赤・警察・大学)病院
 - 患者も診療所も病院は「選び放題」
 - 時間的・体力的余裕があれば「行きたい病院」へ
 - よほどメリットが無ければ選ばれない
- ⇒うまい(手術・検査・応対・親切)
- ⇒早い(予約・待ち時間・救急・手術・入院・リハビリ)
- ⇒安い(合併症が無い・回復が早い・入院が短い)
- ⇒近い(通院・退院後のリハビリや訪問看護も)

DPC期間Ⅱは全国平均値

どんどん短縮されてきたが
とりあえずⅡ以内なら標準的

早期退院への取り組み

DPC期間の可視化

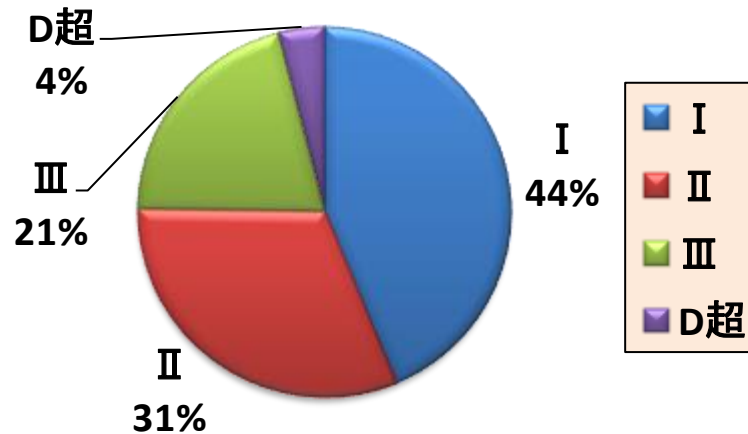
[illegible]

結 果(上位20疾患)

平成26年度 全診断群(n=692)

	I	II	III	D超	計
延日数	31,522	22,663	14,965	2,887	72,037

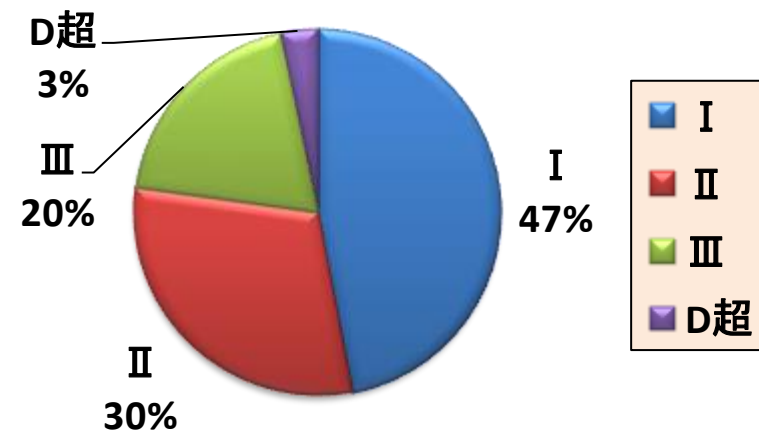
平成26年度 全診断群
入院延日数 内訳



平成26年度 上位20診断群(n=20)

	I	II	III	D超	計
延日数	9,890	6,359	4,112	687	21,048

平成26年度 上位20診断群
入院延日数 内訳

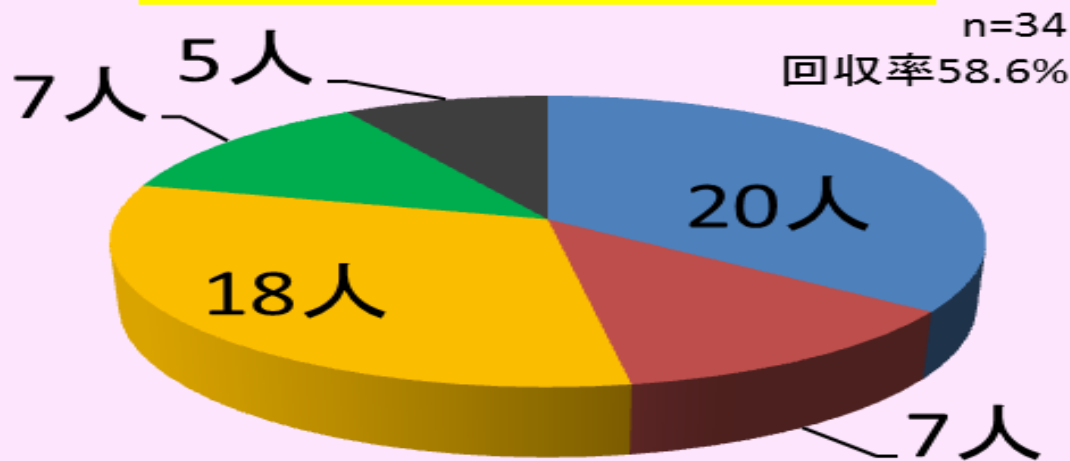


上位20診断群分類(疾患)について、入院延日数の**約77%**がDPC期間Ⅱ以内であった。

考 察(アンケートの結果)

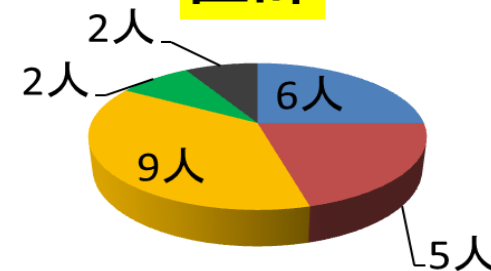
DPC期間が改善された
要因は何だと思いますか？

医師+看護師+相談員

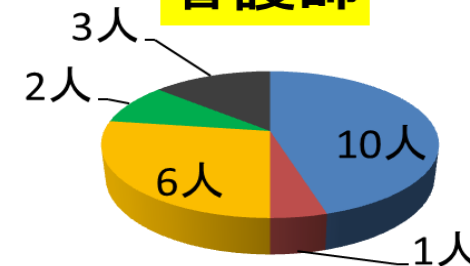


- ① D P C 期間の明示
- ② クリティカルパスの変更(入院日数)
- ③ 相談課の早期介入
- ④ 医療レベルの向上
- ⑤ その他

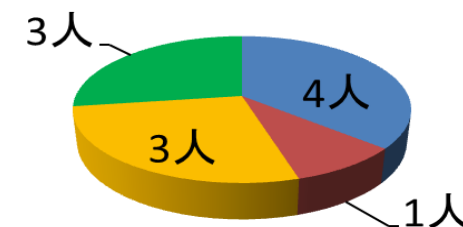
医師



看護師

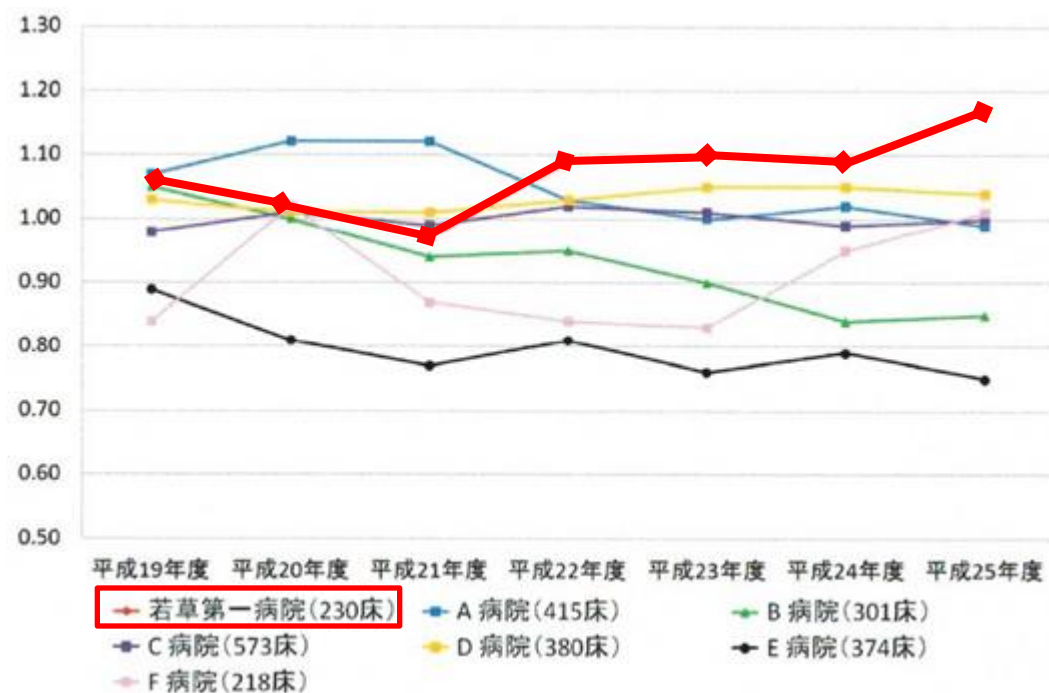


相談員

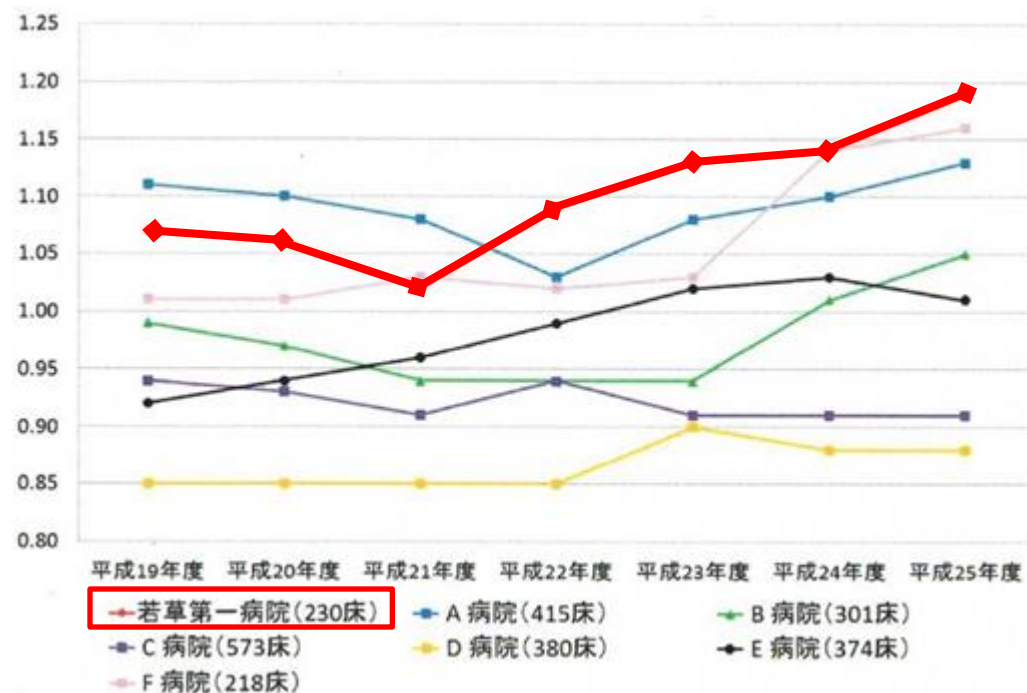


中河内医療圏基幹病院係数比較

＜効率性指数＞

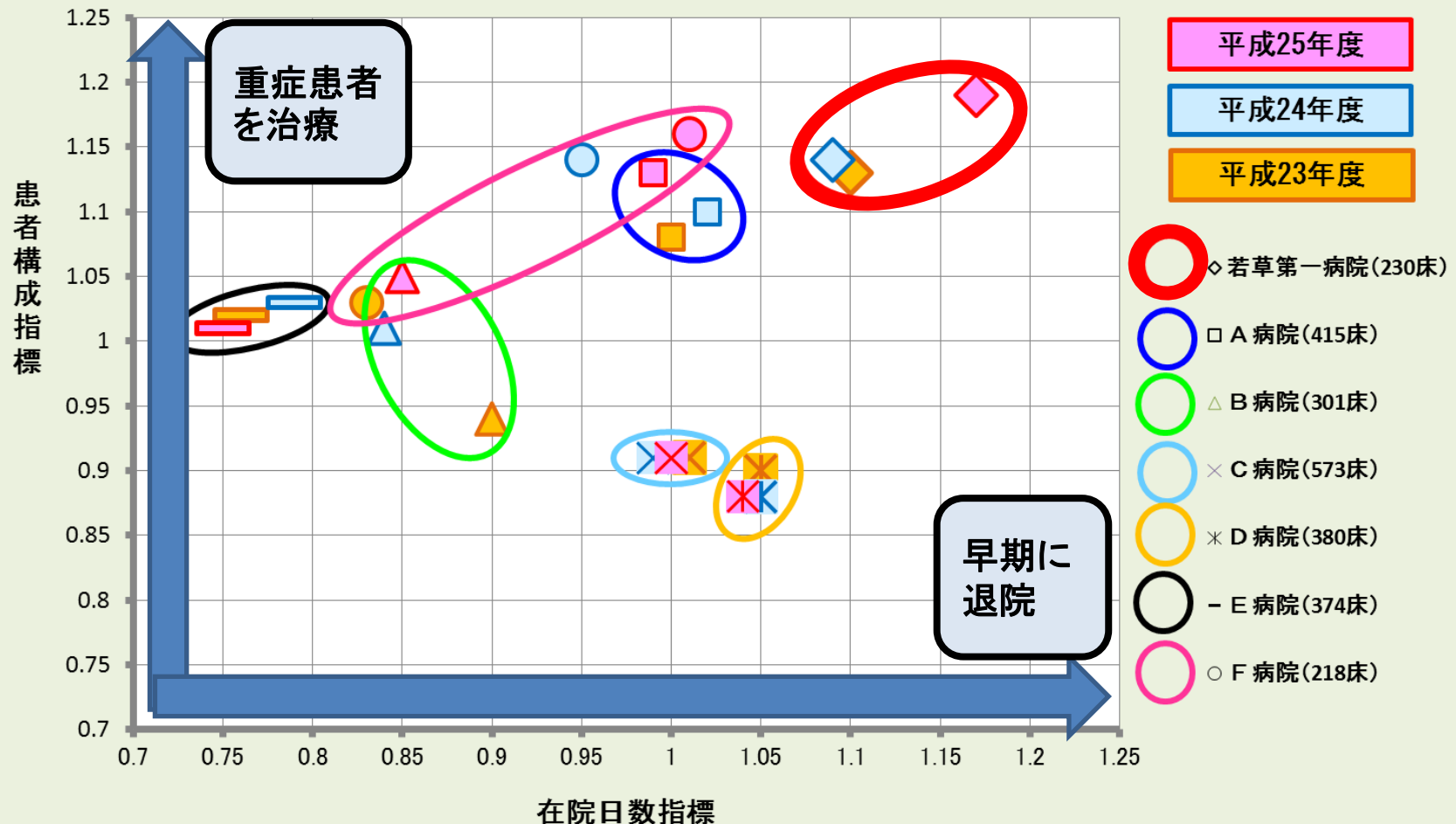


＜複雑性指数＞



地域病院比較(機能評価係数Ⅱ)

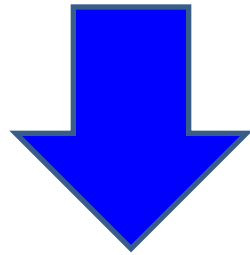
中河内二次医療圏近隣 DPC対象・準備病院
患者構成指標・在院日数指標比較(平成23～25年退院症例 病院情報局データ)



【結果・成果】

変動を週ごとに把握、需要に応じた対策の例

- ・ 診療所の要望を丁寧に聴く
- ・ 脳卒中ホットライン設置
- ・ 救急医療体制の人的配置と意識改革
- ・ 手術機器、診断治療機器の購入・整備
- ・ 早期MSW相談介入、早期リハビリ、後方連携



早期治療・早期退院を評価される**効率性指数**と
複雑な患者の受け入れを評価される**複雑性指数**が
向上した（2015年度機能評価係数Ⅱ大阪府1位）

がん診療と地域連携パス

「フォロー」はかかりつけ医で。

「緩和ケア」こそ在宅で

委員会も発表しましょう

がん地域連携パスの運用の現状と地域連携の効果 ～数より質の地域連携～

(**2021**年パス学会発表)

若草第一病院 **がん拠点病院運営委員会**

○山本直美**(1)** 坂本真衣**(2)** 篠原奈津子**(2)**

高坂智子**(3)**

小田道夫**(4)** 北川克彦**(4)** 池側恭洋**(4)**

田村地生**(4)** 山中英治**(5)**

(1) 看護部 (2) 健康情報課 (3) 地域連携課 (4) 診療部外科 (5) 院長



私の治療カルテ

—大腸連携パス—

(術後フォローアップ)



あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話 — —)

若 草 第 一 病 院 外 科

電話 072-988-1409 (代表)



2016年より

乳がん術後連携パス



若草第一病院



大阪府がん診療連携協議会

2020年より

意思決定支援

アドバンスケアプランニング

その人らしく生きることサポートができる

地域包括ケアシステムの
一環として重要な役割

アドバンス・ケア・プランニング ～自分らしく生ききるために～



チーム医療の変遷と展望

- NSTなどの**院内横断チーム医療**が「あって**当然**」に
- **職種間役割分担**が進む（働き方改革）
- 急性期病院はさらなる在院日数**短縮化**
- 急性期入院患者のさらなる**重症化**
- **研修医・若手医師の臨床栄養教育の重要性**
- **前方・後方連携施設との連携の重要性**
- **入院患者のさらなる高齢化**
- **地域包括ケア（在宅医療までの栄養サポート）**

チームも発表しましょう

2022年 **パス学会発表**

がん地域連携パスにより シームレスな連携ができた2症例

若草第一病院 **緩和ケアチーム**

○山本直美⁽¹⁾ 脇田真佐子⁽¹⁾ 加藤真由美⁽²⁾ 篠原奈津子⁽³⁾

小田道夫⁽⁴⁾ 池側恭洋⁽⁴⁾ 山中英治⁽⁵⁾

(1) 看護部 (2) 薬剤課 (3) 健康相談課 (4) 診療部外科 (5) 院長



症例1

80代男性 大腸がんステージ I
術後より大腸がん連携パス開始

がんパス連携中

ADL低下（がんとは無関係）
在宅サービス導入

大腸がん連携パス 5 年目 **終了後**

イレウスにて入院

がんパスでつながった かかりつけ医
パス終了後も連携 できた

シームレスな医療提供

かかりつけ医 ⇄ 患者 ・ 家族

かかりつけ医 ⇄ 病院

患者家族 ⇄ 病院



入院中ACP介入



元の生活に戻る日常

在宅医療を選択

現在もかかりつけ医の訪問診療で
在宅療養中

症例2

70代男性、横行結腸がんステージⅢ
術後補助化学療法後
大腸がん連携パス開始

がんパス 2年目 **再発**
入院化学療法開始



化学療法中

かかりつけ医と連携継続

かかりつけ医で

化学療法副作用の症状緩和

がん性疼痛の症状緩和

必要時・希望時に点滴



がん地域連携パスの副次？効果

患者の病期・病状（**非がん**に対しても）
に応じたシームレスな医療提供を可能

流行病(はやりやまい)もパスで

誰でもどの病棟でもできる

パスのメリット

クックパッドみたいな

特別企画2:新型コロナウイルス感染症(COVID-19)治療計画～当院ではこうしている～

民間救急病院薬剤師による 中等症covid-19肺炎パスの改訂

社会医療法人若弘会若草第一病院

薬剤部 加藤 真由美

(2021年パス学会特別企画発表)

作成1:パス適応基準の設定

①かつ②をパス適応とした

①covid-19検査陽性の中等症患者

②積極的治療(ステロイド、抗ウイルス薬、
抗凝固薬のいずれか)を受ける患者



作成2：観察・処置項目の追加

- 安静・食事項目：
腹臥位療法、間食禁止を追加
- 観察項目：
13項目追加
- 処置：
弾性ストッキング装着、血糖測定、
インスリン施注確認を追加
- 内服・点滴注射：
治療薬（ステロイド、レムデシビル、
バリシチニブ、ヘパリン）確認追加

考察

- パスを改訂することで治療内容、観察項目が標準化できた。
- 看護師は患者毎に観察項目の設定が不要になり、また治療薬や付随する指示を確認するため医師の指示漏れを防ぐ事ができた
- 薬剤師は外線利用にて感染リスク回避及び医療資源の節約をしながら、不安を抱く患者に時間をかけて服薬指導が実施できた

ということで、結局この講演は
ほとんどが、私以外の多職種の職員の
発表スライドです

大阪の中小民間病院で
いろいろ試行錯誤した
クリニカルパスです

クリニカルパス用語解説集

第2版

監修 一般社団法人 日本クリニカルパス学会

Clinical
Pathway

サイエンス・エドモント社

現場で使える

クリニカルパス
実践テキスト

第2版

[監修] 日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会

医学書院

CLINICAL PATH

「働き方改革」≠「社会主義」

- 社会主義「国が管理し、格差をなくし、平等に」
- 社会主義が崩壊した理由「頑張っても評価されない」「**効率化**ができない」「需要に対応できない」
- 無理に頑張ってもらう必要はないが
- 頑張りたい人に頑張ってもらえば社会貢献できる
- **得意な仕事**は、**やりがい**がある
- **好きな仕事を自由に**してもらう環境を整える
- **プロの仕事は効率的**→労働時間が短縮できる

皆さんもうお忘れかもしれませんが ベストセラー
もし高校野球の女子マネージャーが
ドラッカーの『マネジメント』を読んだら

- **競争**: 他人と競うことで自分の**腕が上がる**
自己目標管理 個人→組織の競争
- **成果**: 試合に勝つと嬉しい 負ければ悔しい
自分の仕事が組織の成果に結びつく
組織に貢献→みんなが喜ぶ→**社会貢献**
- **責任**: 自分がいなければ試合ができない
責任と**働きがい**は表裏一体
責任の分担→個人の負担の軽減

チームワークの名言

- 優れた仕事をするには他人の助けを借りる方が良いと悟った時に人は大きく成長する(カーネギー)
- 自分よりうまくできる人がいるなら、その人に頼む(フォード)
- 重要な分野で強みを持つ人が、それを発揮できる組織を作ることを学ぶべきだ(ドラッカー)
- すべての人を自分より偉いと思って仕事をすれば必ずうまくいくし大きな仕事ができる(松下幸之助)
- 人はコストではなく資源である。目的に向けて共に働くとき大きな成果を得られる(ドラッカー)