

## Y4-20

### 追加オーダー枠を加えた軽症脳血栓症パスの評価

静岡赤十字病院 看護部

○小野木 晃、野々山 由佳、安藤 理奈、飯塚 理恵、  
今井 昇、杉山 奈々、南條 久乃

当院では2002年10月に、脳血栓症・脳塞栓症・脳出血の3病型の脳卒中クリティカルパス（パス）を作成し、バリエーション分析をもとに改定を続けてきた。やむを得ず、医師よりパスに追加指示が出される際、パスの欄外スペースが狭く指示が追加された箇所が不明瞭であり、指示受けの取り漏れの事故に繋がった。その為、2010年3月より追加オーダー枠を取り入れた軽症脳血栓症パスを作成し運用を開始した。同年3月1日～5月20日までの退院患者のうち、軽症脳血栓症パスを使用した8例を対象とし、追加オーダー枠・欄外・パス以外のオーダー用紙への記入内容を調べ、運用状況を分析した。その結果、追加オーダー枠への記入は28%であり、追加オーダー枠記入のオーダーに対するインシデント・アクシデントはなかった。そのため、今後はパス運用の徹底を行い、追加オーダー枠への記入のみとなれば、見やすいオーダーとなり、インシデント・アクシデントがなくなるのではないかと考える。また、追加枠に記入された内容を分析すると現疾患に関連する内服薬の調節や追加検査、他科へのコンサルトのオーダーが多かった。脳梗塞急性期の患者の場合画一的な経過はとらず、単一なパスのみでの運用は困難な場合が多いが、パスをベースにその患者の病態に合わせた治療や検査を追加できることで円滑なパスの運用になると考える。

## Y4-22

### 緊急帝王切開術パスの運用成績—選択的予定帝王切開と比較して—

姫路赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、姫路赤十字病院 副院長<sup>2)</sup>

○嶋田 有生子<sup>1)</sup>、村尾 由花<sup>1)</sup>、川崎 恭子<sup>1)</sup>、  
太田 加代<sup>1)</sup>、赤松 信雄<sup>2)</sup>

【目的】平成19年11月からの電子カルテ導入に伴い、帝王切開術（帝切）パスも3代目の電子化パスへと改訂した。その有用性を明らかにするとともに問題点を分析する。

【方法】電子化に伴い帝切パスを緊急と予定のそれぞれ腰椎麻酔と全身麻酔の4種類に分けた運用を行っている。2008年1月1日～2009年12月31日の期間に使用したパスの運用成績と問題点を抽出する。

【成績】帝切パスの使用総数は339で、予定腰麻パス48.7%、予定全麻パス3.8%、緊急腰麻パス42.5%、緊急全麻パス5.0%であった。術後疼痛管理方法が持続静注は、予定腰麻21.8%、予定全麻100%、緊急腰麻60.4%、緊急全麻94.1%、残りは持続硬膜外注入であった。帝切当日から母児同室開始できたのは、予定腰麻42.4%、予定全麻15.4%、緊急腰麻19.4%、緊急全麻5.9%だった。退院まで母児同室が行えなかったのは、予定腰麻9.1%、予定全麻38.5%、緊急腰麻56.9%、緊急全麻52.9%であった。膀胱留置カテーテル抜去に負のバリエーションが緊急全麻35.3%、退院に負のバリエーションが緊急全麻58.8%と多く生じた。また、緊急帝切にもかかわらず術前検査が当日行われていないものは、緊急腰麻54.9%、緊急全麻52.9%であった。

【考察】予定腰麻以外で多かった持続静注で疼痛コントロールする場合には術後点滴の修正を行う必要がある。母児同室が行えなかったのは緊急帝切では半数を超えるが、早産が多かったためだと考えられ、緊急全麻では退院日の負のバリエーションが有意に多かった。緊急帝切において術前検査が当日項目削除されているものが半数を超えていて、術前検査を組み込むか追加するかを検討したい。

## Y4-21

### 医師・看護師の負担を最小限にした電子クリニカルパスの導入

広島赤十字・原爆病院 医療情報管理課

○窪田 由、西田 節子

【はじめに】当院では平成12年9月に業務の効率化と標準化を目的にパス委員会を発足し、パスの導入を開始した。平成15年9月には院内パスの数は100を超えた。平成16年には病院情報システムの導入で、急成長を遂げてきたパスは電子化への転換期を迎えた。しかし、稼動には至らず、紙運用のままとなっていた。平成20年にはDPC対象病院となり、平成22年度に病院情報システムの更新が決定したことで、改めて医師・看護師と協力し、電子化への検討と修正作業を開始した。

【方法】平成21年度のパスの使用数から、使用頻度の高いパスを抽出し、9月の病院情報システムの稼動まで上位30のパスを稼動させるために、パスの専門用語（アウトカム・クリティカルインディケーター・バリエーション）のマス作成を開始した。さらに、現在運用している紙パスを検証し、Excelデータに入力し、その後、電子カルテシステムへの移行を行った。

【結果】電子パス運用ワーキンググループで検討を行い、様々な問題点を解決したことで、スムーズに電子パスへの移行が可能になった。

【まとめ】当院の特徴としてパス分析に必要なデータ収集など情報提供はすべて医療情報管理課が責任を持って行い、多忙な医師・看護師には医療知識を必要とする紙パスの見直しを行っていただいた。このことにより、医師・看護師がパス作成に割く時間を最小限に抑えることが可能になり、業務負担の軽減に寄与できたと考える。また、電子化したことで、紙パスでは困難であったバリエーション分析やアウトカムの評価のためのデータ収集が簡単に行えるようになった。作業を分担し取り組むことで、医師・看護師の業務負担軽減に協力できるのではないかと考える。

## Y4-23

### 電子カルテによる小児気道感染症の入院パスとその評価

横浜市立みなと赤十字病院 小児科

○磯崎 淳、辻 敦美、来住 修、三村 尚、  
古島 わかな、川野 豊

日々刻々と変化する急性疾患が多数を占める小児科は、パスの運用がもっとも難しい診療科のひとつである。また、輸液量や薬剤使用量が体重によることも小児科でのパス運用の妨げとなっている。これに加え、主要なアウトカム設定が「入院日数」となり、急性疾患の細かな変化への対応を難しくしている。しかし、DPC医療が押し進められる中、入院患児におけるパスの適応率の向上が求められるようになった。このため、入院患者の多くを占める細菌性肺炎、細菌混合感染を伴う急性気管支炎、急性中耳炎を対象疾患とした「小児気道感染症」の入院パスを電子カルテで作成し、運用を開始した。当院の電子カルテは、OSはWindows 2000 professionalであり、富士通 EZ MAIN FX ver.6.0のソフトを使用している。クリニカルパスは、同ソフトのパッケージソフトを使用している。作成にあたり、これまでの当科での平均入院日数を算定、肺炎で平均4.9日の入院期間であった。これをもとに、DPCの点数設定、病床稼働率、保護者の入院期間への理解、等を考慮し、6日間入院のデザインとした。抗菌薬は「小児呼吸器感染症ガイドライン」に基づき、また、当科での菌感受性、使用実績、経験を考慮し、ABPCを選択した。これに加え、小児特有の体重による薬剤投与量を克服するため、体重別に「小児気道感染症（10kg）」「小児気道感染症（12.5kg）」「小児気道感染症（15kg）」の3種類を作成した。本項では、上記を踏まえ、当科におけるパス適応率の変化、「小児気道感染症」パスの評価を行い、その有用性につき検討する。