明確にすると共に使用方法についても検討する．
・医師により治療方針が異なりケア内容の統一が難しいため，パスへの理解，協力を求めていく．
・電子カルテ導入に向けて日めくり式パスへの変更も検討する．

クリティカルパスにおけるバリアンス分析

7－1病棟　　栗林　由佳　森田　皆子　勝又　理恵

平成17年5月より使用している「扁桃肥大・アデノイド肥大・浸出性中耳炎手術オーダー」のクリティカルパス，実施数8症例において，バリアンス分析を行った．その際，在院日数かつ術式別に，医療費や診療報酬点数の分析も行った．大きなバリアンスの発生はなく，小さなバリアンスとして、医師のオーダー変更や追加・削除が多く，これにより医薬品等による医療費に差が生じていた．入院日数については，9日設定のところ7.6日という正のバリアンスがでた．これらをもとに医師・看護師間において合同でクリティカルパス検討会を開き，EBMのもとクリティカルパスの見直しを行う必要性を感じた．さらにクリティカルパスを運用するにあたっては統一されたクリティカルパスの認識・理解が各々において必要であることがわかった．また，各部門での分析や医療連携の検討にまで広がれば，さらに大きな改善につながると考えた．

Ⅰ．はじめに

当病棟では，扁桃肥大・アデノイド肥大・浸出性中耳炎の手術を受ける児が比較的多く，クリティカルパスを導入している．今年5月にクリティカルパスを改訂し，そのクリティカルパスにおいてバリンスが目立ち，検討・見直しの必要性があると感じた．そこで今回バリアンス分析を行ったので報告する．

Ⅱ．対象と方法

1．バリアンス分析

平成17年に入って19症例あり，5月よりクリティカルパスを改訂したため，新しいクリティカルパスを使用した平成17年5月～9月の8症例を対象とし，クリティカルパス分析マニュアルに基づいて実施した．

2．医療費及び術式別による診療報酬点数の分析

バリアンス分析結果をもとに，8症例を在院日数別・術式別にし，医療費や診療報酬点数の分析を行った．

Ⅲ．結　　果

1．バリアンス分析

各臨床アウトカムについてのバリアンスは7%で，極端な逸脱は起こっていない．バリアンスの内容としてはオーダ削除・追加・変更によるものが認められた（表1）．入院日数は出血のリスクを1週間としていたため，第7病日までの9日間が設けられていたが，実際は5～9日間と差があり，平均在院日数は7.6日であった．

2．医療費，術式別による診療報酬点数の分析

表2に示すように，5日間で退院した児は1名で，その児はアデノイド切除のみをして¥10,350かかったということを示している．他の，8日間で退院した児は2名いて¥15,190ずつかかっているが，手術は，口蓋扁桃摘出術のみの場合と，両鼓膜切開術と口蓋扁桃摘出術の場合の児がいた，ということを示している．以上のことから，術式の違いによる在院日数の違いは特に認められず，ここからも正のバリアンスが生じていることがわかった．また術式から見てみると，両口蓋扁桃摘出術とアデノイド切除術の欄の医療費からは，6日では¥12,720，9日では¥14,660と¥16,460と，同じ術式でも医療費に差が生じていることがわかった．

Ⅳ．考察と今後の課題

EBMの視点から医師間で手術オーダーが統一されたものであるのかどうか，3疾患を一つのクリティカルパスとしても何の問題もないのかどうか，在院日数によると正のバリアンスが生じているので，退院日設定を短くすることが可能であるかなどについて，医師・看護師合同による検討会を開き，EBMに基づいた次のクリティカルパスを作成する（医療

表1　扁桃肥大・アデノイド肥大・浸出性中耳炎手術オーダーのパス分析結果

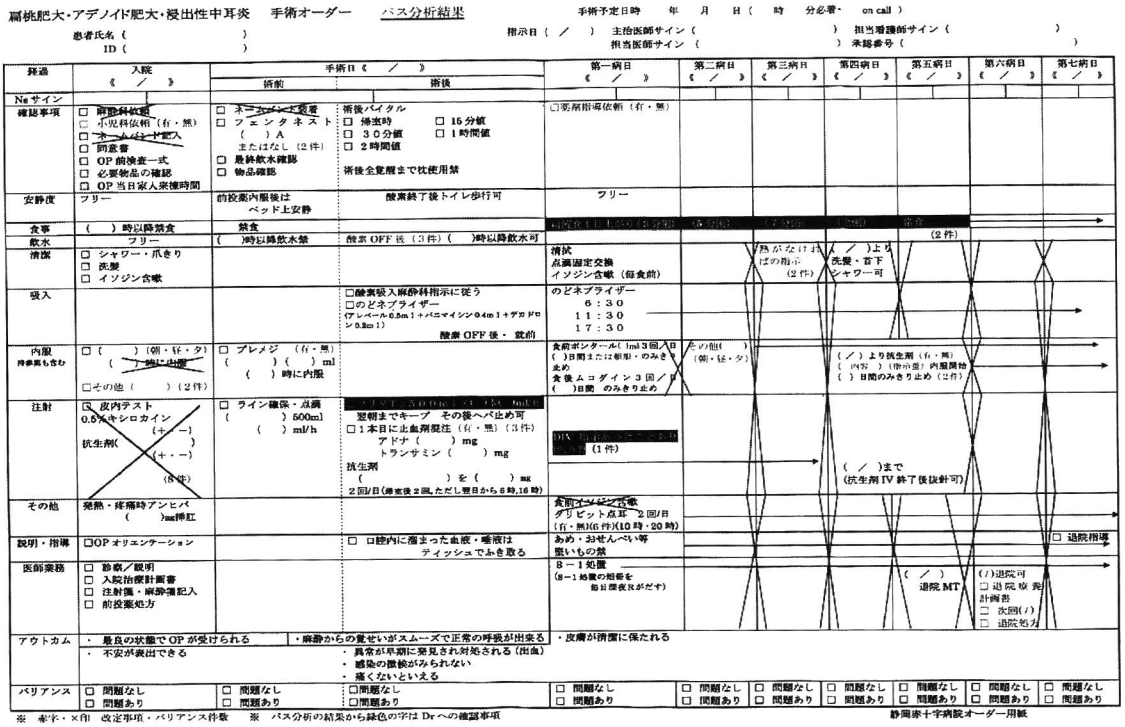

表2　部屋代を抜きにした医療費を，在院日数別かつ術式別に示す

在院日数	在院日数による医療費	術式			
		両口蓋扁桃摘出術	両口蓋扁桃摘出術+アデノイド切除術	アデノイド切除術	両鼓膜切開術+両口蓋扁桃摘出術
5日間	¥10,350			¥10,350	
6日間	¥12,720		¥12,720		
7日間	¥11,420	¥11,420			
8日間	¥15,190 ¥15,190	¥15,190			¥15,190
9日間	¥18,860 ¥14,660 ¥16,460	¥18,860	¥14,660 ¥16,460		

ケアの標準化）必要があると思われる．バリアンスが発生した項目はある特定された項目であったため，その点についてはより簡潔・明瞭・的確な表現へ変更し，患者の状態により臨機応変に対応できるように，介入アウトカムの設定位置について変更する必要がある．また術式別による診療報酬点数の分析結果から両口蓋扁桃摘出術とアデノイド切除を行った症例に注目してみると，ここから投薬と注射に違いがあることがわかった．小児の場合，体重による薬剤使用量の違いと幼児加算が加わるため，医療費に多少の差が生じてくる．これら及び在院日数による吸入処置や食事の回数分を除いて医療費の分析をすると，前投薬や抗生剤内服の有無，点滴ベースの違いや止血剤混注の有無，抗生剤点滴内容の違いや使用期間に差があることが明らかとなった．また，疼痛時使用する薬の必要以上の処方や，サーフローのコストもれなども確認できた．これらにより医療費に差が生じていると考えられた．

今後の課題として，医師によりオーダーが違うためにバリアンスが生じていたり，オーダー変更があった場合はいつオーダーされたのか不明であったり，チェックBOXに医師がチェックしてあることもあった．バリアンスが発生した時にはバリアンス用紙に展開することが徹底されていないこともあった．これらクリティカルパス運用時の活用についての認識・理解は医師も看護師も各々において違っており，クリティカルパスを使用していて詳細がわからない時にマニュアルを見ても解決できないことも多くあった．これらのことからクリティカルパスへの理解は決して十分とは言えないため，クリティカルパスマニュアルの見直しをして，クリティカルパス導入目的について再度振り返り，医療者の理解や関心を高めた方が良いと考えられた．

V．終わりに

今回バリアンス分析をすることにより問題点が明確となった．ただ，以前のクリティカルパスを見直して新しいものへ取り組み始めてから半年間，10例にも満たない症例でこれだけの分析結果がでると，今後も引き続き評価を行う必要があると感じた．そして10例にも満たないクリティカルパス分析を行うのに，カルテを取り寄せ，それをもう一度見直すという手間と間も要したことから，日々発生するバリアンスにコードをつけて集積するよりも，電子カルテ化とともにバリアンス分析が自動的に行われれば，リアルタイムに改善されていけるのではないかと思った．そして医師や看護師，医事課や医療安全対策室，薬剤師など，各部門での分析にまで広がればさらに大きな改善につながるのではないかと感じた。

表3　術式別による診療報酬点数を用いた分析

氏名	術式	在院日数	投薬	指導	注射	処置	OPE	検査	入院	請求点数
NA 6歳	両口蓋裂修復出術	8日	258		1103	390	14770	100	17276	33895
OF 9歳		9日	666	750	2040	463	15727	100	16881	36627
YE 6歳		7日	251		711	332	14459	100	13143	29996
HS 5歳	両口蓋裂修復出・アデノイド切除術	9日	519		1643	415	16116	100	19428	38221
MK 5歳		9日	333	400	2394	450	16105	100	19428	39210
YS 1歳		6日	485		943	338	16505	100	13143	31512
YM 5歳	アデノイド切除術	5日	106		995	352	9062	727	10820	22062
SY 10歳	両口蓋裂修復出・両扁桃切除術	8日	475		653	258	16214	100	15012	32712

小児の術前オリエンテーションの工夫
—プレパレーションビデオの作成を通して—

7－1病棟　望月　美幸　南條　久乃
増田　彩乃　中山　陽子

当病棟では年間多くの手術患児を受け入れている．患児の発達段階は様々であるがその子なりに納得して手術に臨めるような支援が必要である．特に術前のオリエンテーションを家族主体のものから，プレパレーション（心理的準備）を取り入れた子ども主体のものへ変更することで，子どもの対応能力を引き出せると考えた．現代の子ども達はビジュアルな世代であり，映像化することで興味が持てると考え手術室の協力を得て入院から手術室入室までに主体を置き，ビデオ製作を試みた．また同年代の子どもをモデルとすることで自分に置き換えてイメージできるような内容とした．

このプレパレーションは2005年6月より実施したが，実施した患児からはビデオを見ながら様々な質問が聞かれ，また「注射はいやだけどがんばる」「ちょっと怖い」など自分の置かれた状況を知りいろいろな反応を示した．保護者からも，自分の子供がどのような所でどのような事をするのかが実際に見ることができ，良かったとの声も聞かれた．私たちスタッフはそのような感情の表出を受けとめ，より患児の発達段階，個性にあった支援ができるようなってきた．また，プレパレーションを始めてから，スタッフ間に患児に対する説明の必要性が浸透し，積極的に説明をするようになった．

医療連携の現状について

地域医療連携課　眞子　淳

当院の医療連携に関する現状は，以下のとおりである（図1）．

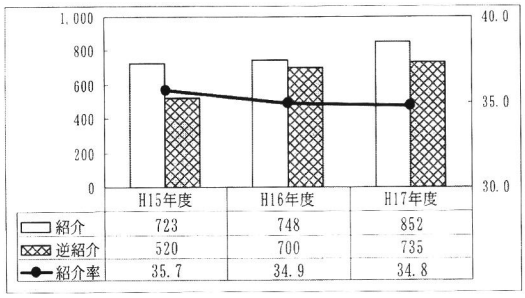

図1

紹介患者数（月平均）は，平成15年度723人，平成16年度748人，平成17年度852人と，平成16年度から平成度17年は大きく伸びている．逆紹介数は，平成15年度520人，平成16年度700人，平成17年度735人と，平成15年から平成16年は大きく伸びているが，平成16年度から平成17年度は小幅の伸びとなっている．

紹介率は，紹介患者数の増加に比例せず，平成15年度35.7%，平成16年度34.9%，平成17年度34.8%と横ばいの状態である．

平成17年度上半期の紹介内容を検証した．その結果，紹介数の多い医療施設の上位には，当院との結びつきがある診療所が上位を占めていた．紹介元施設のシェアでは，上位6%の施設からの紹介患者数は全体の50%を占めており，上位22%までの施設からの紹介患者数は80%に達していた．また，施設シェア6%の施設の8割は旧静岡市内の診療所であった．

紹介患者数を増やすために今後，診療所への訪問を増やすこと，報告（返事）記載の徹底を図ること，逆紹介・戻し紹介を推進していくことについて取り組んでいきたいと考えている．

残置薬への対応

薬剤部　保崎　京子　堀内　保孝　神谷　令子

Ⅰ．はじめに

長期投与が増える中，残置薬は軽視できない問題であり，適切な薬物療法を行うためにも検討すべき課題でもある．医師が診察し薬を処方しても，患者が薬を持ち帰らなければ，薬物療法はその目的を達することはできない．

以前は残置薬を1ヵ月保存後処分するだけであったが，平成13年以降，残置薬軽減のため、情報を関連部署にフィードバックするなどの改善を重ね，その結果平成13年以前に比べれば残置薬は減少した．しかし最終的に患者に渡されることなく処分に至るケースも少数ながら発生している．

今回，薬剤部での残置薬への対応の手順と現在の状況などについて報告する．

Ⅱ．方　法

残置薬を生じる要因としては以下の3点があげられる．

- 薬が出ていることを患者が知らない　忘れている
- 待ち時間が長い
- ノンコンプライアンスなどによる手持ちの残薬がある

薬剤部では残置薬を減らすために次のような対策を行ってきた．

①平成13年6月まで

投与日数1ヵ月以内 ⇒ 1カ月間保存

投与日数1カ月以上 ⇒ 投与日数の期間保存

保存期間終了したものは患者名，科，処方日を記録して処分し，科に報告書を送る（図1）

処分薬報告書

次の患者さんは、　　月　　日に処方されたお薬を受け取られませんでしたので、お薬は

月　　日に処分しました。

薬剤部　調剤課

科

患者番号

患者名

図1　処分薬報告書

お知らせカード

・このお知らせは必ずカルテにはさんでください。

・　月　日現在　薬を受け取っていない患者

・患者名患者番号　　科

・　月　日　（　）処方分

・①まず処方が重複していないか確認をお願いします。

重複の場合は処方・会計を取り消し、調剤室に連絡してください。

すでに処方が取り消されている場合も、調剤室に連絡してください。

②処方日から1ヶ月または投与日数を経過した薬は処分しますので、必ず明日までには患者さんに連絡して下さい。

その際、薬の引換券または領収書を持参するよう伝えて下さい。

③この用紙は患者さんに渡さないで下さい。　　薬剤部　調剤課

図2　お知らせカード

②平成13年7月から

7日間保存

↓

残薬を科にお知らせカードで報告（図2）

診療科では処方の重複を確認後，患者に連絡し，カルテにお知らせカードをはさむ

↓

1カ月経過後または投与日数経過後処分し，科に報告書を送る

③平成15年から

2日間保存

↓

残薬を診療科にお知らせカードで報告

診療科では処方の重複を確認後患者に連絡し，カルテにお知らせカードをはさむ

↓

1カ月経過後または投与日数経過後処分し，科に報告書を送る

Ⅲ．結　　果

診療科にお知らせカードを送るまでの日数を短縮することにより残薬の処分件数が減少した（表1）．

Ⅳ．ま　と　め

残置薬を日々確認し，関連部署にフィードバックする業務は，患者の適切な薬物療法に寄与すると思われる．

今回の調査で，現在の方法により残置薬が減少している事が確認できた．しかしながら依然として月に8件程の処分薬を生じており，これをゼロに近づけるべく今後も工夫を重ねていきたい．

表1　年毎の残置薬処分件数と割合

	7日後残数	2日後残数	処分数	処 / 残	残 / 全	処 / 全
11年			814件			0．29%
12年			355件			0．12%
13年1～6月			126件			0．09%
13年7～12月	433件		121件	27．9%	0・31%	0．09%
13年合計			247件			0．09%
14年	681件		168件	24．7%	0．27%	0．07%
15年		715件	157件	22．0%	0．32%	0．07%
16年		624件	106件	17．0%	0．36%	0．06%
17年		544件	71件	13．1%	0．38%	0．05%

書類管理について

医事課　鈴木和美

Ⅰ．はじめに

日頃患者さんなどから，各科外来，病棟に診断書や意見書等の書類の依頼が数多くあります．

それらの書類の収入はどのくらいあるのか，また作成期間はどのくらいかかるのか，把握できていませんでした．今回それらを調査し発表する機会を得たので，ここに報告する．

Ⅱ．着目点

1．患者さんなどから依頼された診断書等の，書類の受け渡しが不明瞭である．
2．引換証はあるものの，書類の所在と完成までの所要時間が把握できない．
3．保険会社などより，しばしば投書が寄せられている．

Ⅲ．調査内容と方法

1．どの位文書料としての収入があるか
　H17.4月～9月までの6ヶ月間を調査
　（科別・文書種類別）
2．文書作成の所要時間の調査（科別）
3．職員がすぐに把握できる書類管理台帳の作成
　科別・受付日・依頼医師・完成日を記載
4．14日超の未記入書類
　"診断書等作成遅延報告書" を各Drに発行

Ⅳ．結　　果

文書料の収入として，月約430万円，年間約5,200万円あることが分かった．科別では整形外科700万円，続いて内科300万円，産婦人科280万円，外科，脳神経外科の順となった．種類別では生命保険，自賠明細書，診断書，自賠診断書，介護保険意見書の順であった．ここで意外に多かったのは精神科の診断書，神経内科の介護保険意見書であった．文書作成件数は全体で月約600件．Dr.1人当たりの月平均作成件数は整形外科21件，脳神経外科12件，神経内科8件であった．次に何日位で書類はできるのかを調査した．先生方には2週間を目安にお願いしているのですが，Dr.により結構ばらつきがあることがわかった．全体の90%が期間内にできていない科もあり，今回これをいかに減らしていくかが課題となった．そこで "書類管理台帳" を作成し，その台帳をもとにDr.への的確な督促が可能となった．また2週間を超えている書類は "遅延報告書" を発行し成果を見たところ，ほとんどの科で短縮することができた．

Ⅴ．おわりに

現在も "書類管理台帳" の作成，"遅延報告書" の発行を続けている．その成果があり毎月期限超えの文書は全体の7%位になった．

今後，文書作成の件数はあまり減少することはないかと思うが，1通5千円10通で5万円にもなります．事務員が書くことができませんので，今後も引き続きよろしくお願いいたします．

糖尿病教室食事会の新たな取り組み

栄養課 伊藤敦子

Ⅰ．はじめに

当院の糖尿病教室食事会は医療社会事業部と共同して約30年間，1月を除き毎月開催されてきた．その内容は医師，薬剤師，臨床検査技師，栄養士による勉強会を3回実施した後，4回目にまとめとして実際に栄養課で用意した食事をしながら糖尿病の食事療法を理解してもらうものである．

この食事会はバイキング形式の料理を患者さん自らが自分のカロリーに合わせて，摂取カロリーを計算し料理を選択して食事をしてもらう形をとっていた．しかし，この方法では効率が悪く，患者の理解度も悪かった．

今回はこの食事会の内容を見直し，改善して効果を得たので報告する．

Ⅱ．目　　的

1．患者さんの理解度を高める（調理指導も取り入れる）
2．マンネリ化した内容を改善し，リピーターの満足度を高める
3．効率の悪いバイキング形式での料理提供を改善する

Ⅲ．改善策と方法

1．毎月テーマを決め焦点を絞った指導，および季節感をもたせたタイムーな指導内容にし，患者さんの興味を引くことで理解度を高める．
毎月のテーマの一例
・グリセミックインデックスとは
・塩分控えめでおいしく食べる方法
・食物繊維について
・お寿司を食べる時の注意
・持ち帰り弁当の食べ方
・旬の食材を楽しもう
・よく噛んで食べよう
・風邪の予防と食事
・食品の栄養表示について
2．電子レンジを使用し，安全・簡単・ヘルシーな電子レンジクッキングを試みた．
3．食事提供方法をバイキング形式から，セッティング形式に変更した．また料理の単位計算をわかり易くしたパンフレットを配布して，理解度を高めると共に効率を図る．
献立の一例
・うなぎの蒲焼
・おでん
・にぎり寿司
・冷し中華
・やきそば
・黒米の散らし寿司
・韓国風焼肉
・全国味めぐりシリーズ（沖縄料理・北海道料理・土佐料理）
・おせち料理

Ⅳ．結果と効果

1．食事会参加者にアンケートを実施し，直接感想を聞いた結果，ほとんどの参加者がテーマ，献立内容についてもおおむね満足していた．一部の参加者においては，この食事会に対する積極的な意見，要望を持っていることもわかり，参加者の食事療法に対する意欲の高さも伺われた．

また，パンフレットを配布することにより，自宅に持ち帰り復習も出来るので，更に理解度が高まったと思われる．

電子レンジクッキングでの実演は大変好評で，テーマに合わせて時折取り入れている．

2．改善前のバイキング形式で個人ごとに単位計算を指導していた時には4名の栄養士が担当していたが，改善後は1名で対応することも可能となり栄養士の業務量も改善できた．

また，毎月患者さんの興味を引く内容のテーマを決めるにあたり，栄養士も常に新しい情報に目を向け勉強するようになり，栄養士自身のスキルアップにもなっている．

V．今後の課題

1．毎月食事会で使用したテーマ内容を記載したパンフレットを教室に参加できなかった患者さんにも配布し，指導の媒体としても使用したい．
2．やさしくわかり易い内容にするなど，高齢者への配慮も考えていきたい．
3．珍しい料理や，各地の食材を取り入れた料理を提供する回数を増やし，食文化も伝えられるような献立を提供し，食の楽しみを伝えたい．
4．食事療法では，自ら料理してみることが重要なため，調理実習が出来る設備が欲しい．
5．最近の取り組みでは，作業マニュアルとして食事会参加の患者さんに「手打ちうどん」を体験してもらったが，このような患者参加型のテーマも増やしていきたい．

VI．ま　と　め

以上のことを考慮して，患者さんが無理なく継続できる食事療法を実行してもらうための手助けになるような食事会を行っていきたい．

今後も，栄養課職員一同協力して，食事会参加者に喜んでいただける食事を提供できるように努力していきたい．