

0-9-16

アウトカムセットをつけた新規パス申請書作成の取り組み

さいたま赤十字病院 診療情報管理課

○野村 侑生、内桶 彩、大内 邦枝

【背景】院内にてパスアウトカムマスタの変更を行ったが、各部署は新規パス申請を行う際に過去の申請パスをコピーして使用するため、アウトカムマスタ標準化を行った後も使用が望ましいアウトカムを使用しない可能性が高かった。またパス申請において医事コストが発生する医療介入については分析ソフトから標準的なセットを委員会事務局で提案することは可能であるが、アウトカムセットを提供することは不可能であった。また当院ではパス委員会事務局ですべてのパス登録を行っているが、部署ごとに選択するアウトカムの傾向が顕著となり、観察が望ましい事象が登録されていないことが起きていた。また院内の規定によりパス委員会事務局スタッフも定期的に交代となり、都度登録作業を覚えるスタッフ養成に負担が認められていた。

【目的】院内パス申請書データにアウトカムセットを組み込んだものを作成することで、院内医療観察の標準化を図るほか、新規パス申請に係る院内各部署の業務負担軽減およびパス委員会事務局の負担軽減を図る。

【方法】新規パス申請に使用するExcelブック内に内科経過観察、化学療法、外科周術期、炎症保存的治療、血管内治療、外傷などのシートを作成し、委員会が考える一般的な経過でのアウトカムセットを登録した。

【結果】新規パス申請書変更を院内データストレージ上で問題なく行うことが可能であった。

【考察】新規申請書でのパス申請への効果の測定はこれからの課題であるが、システムへの登録作業において事務局メンバー交代の影響が出にくい体制が構築された。今後は医療介入データを医事分析ソフトから抽出し、アウトカムセットと組み合わせることで、これまでパス作成・使用に消極的であった診療科に対してアプローチを行っていく予定である。

0-9-18

静脈血栓塞栓症リスク評価表電子化およびパス組み込みによる効果

さいたま赤十字病院 人事課

○内田 幸一、大内 邦枝、齋木 茜、内桶 彩、野村 侑生

【背景】従来、当院において入院患者に対して肺血栓塞栓症予防管理料を算定していたが、算定の根拠となるリスク評価の記録がないことに対して、静脈血栓塞栓症リスク評価表の導入が院内で決定した。当初、医師が紙媒体によるリスク評価を行い、指示を出すという運用により2018年より開始されたが、複数の用紙が存在したこと、点数計算を都度医師が行うことなどから、全く病院内で浸透しない状態となった。

【方法】2019年7月、電子カルテ上で使用するテンプレートとしてリスク評価表が登録され、同年9月より本評価表記入がない場合の管理料は算定を行わないルールとした。2020年よりパス委員会が各診療科登録パスへの評価表組み込みを希望に応じて行った。テンプレート作成前、作成後、パス登録後の院内でのリスク評価表記記載率および肺血栓塞栓症予防管理料算定率を調べた。

【結果】2019年6月の時点ではリスク評価表記記載率は0%、同年9月より10%を超えることができたが、記載率は低い状態が続いた。パス委員会にて2020年1月よりパスへの組み込みを開始したことにより、記載率は同年6月以降65~70%で推移している。肺血栓塞栓症予防管理料算定率は2021年度26.4%であり、これはリスク評価記録を整備する前の算定状況と変わらない。

【考察】リスク評価記録の負担が少ない形式を電子カルテ上で用意したこと、さらにパスに組み込んだことで評価記載率が高くなった。評価表記記載率が100%ではない中で算定率が過去と同様となっているため、パス非適用症例に対する記載率向上により、さらに多くの算定症例が発生すると見込まれるため、今後パス非適用症例での評価表記記載を促す仕組みを検討する予定である。

0-9-20

パス大会の一コマ「ちょっと一言」コロナ禍における委員会活動の工夫

前橋赤十字病院 クリニカルパス委員会

○渡辺 悦子、能登真由美、笹原 啓子、曾田 雅之、堀江 健夫

【はじめに】当院クリニカルパス（以下パス）委員会の下部組織であるクリニカルパス運営部会（以下運営部会）の活動は主にパス大会運営に関するサポートである。看護師の12時間勤務が2018年より導入されたことに伴い、勤務時間外に行われるパス大会を含めた会議参加が困難となった。さらにコロナ禍において2019年3月よりパス大会が開催できない状況が続いている。今回パス委員である看護師長の提案により、他部署の活動を知ることでのパスの啓発活動につながるよう、パス大会で行っていた自部署の紹介を行う取り組みを運営部会の活動時間を活用して行ったので報告する。

【活動内容】運営部会の活動時間内に各部署による5分程度のミニ発表会「ちょっと一言」を開催した。2021年7月から2022年4月までに全22部署の発表が終了した。発表は病棟看護師だけでなく手術室や救急外来、薬剤部、栄養課、放射線部、リハビリ科、医師事務も発表を行った。病棟看護師は自部署のパスや他病棟へ入院する事が多いパス紹介、パスを管理していない部署は院内統一に向けた取り組みやパスとの関わりについての発表を行い、活発な意見交換の場となった。アンケート評価では「開催継続」53%「条件付き開催」42%と開催継続の意見がでた。【考察】ミニ発表会を開催したことで看護師だけでなく他の職種にも発表の場を設けることができ、部会員の志気を高めることができた。今後は院内ホームページやe-learningを活用し、パスに対する啓発活動の場として全職員が自由な時間に閲覧できるようにしていきたい。

【結論】運営部会の活動時間を活用したミニ発表会は、部会員の志気を高め、各部署の活動や取り組みを知ることができた。企画を継続することで全職員に対する啓発活動に活用できる可能性がある。

0-9-17

クリニカルパスにおける臨床検査技師としての役割

前橋赤十字病院 臨床検査科部¹⁾、前橋赤十字病院 クリニカルパス委員会²⁾

○尾身麻理恵¹⁾、丸岡 博信²⁾、渡辺 悦子²⁾、能登真由美²⁾、大井田明子²⁾、曾田 雅之²⁾、堀江 健夫²⁾

【はじめに】当院ではクリニカルパス（以下、パス）委員会において臨床検査技師（以下、検査技師）もパス委員として活動している。ほぼ全てのパスに組み込まれている臨床検査項目について検査技師の職能を活かした取り組みを行ったので報告する。

【取り組み内容】パスにおける検査内容の検討ならびにパス検査オーダーの登録を行う取り組みを始めた。1. 検査内容の見直し・妥当性の評価 1)「肺腫に対するVATS肺葉切除術」パス改訂において同規模施設のベンチマークによって、当院にのみ術後1日目、3日目にD-Bil、T-cho、Caが含まれていたため医師に削除を提案したところ、変更となった。2)「EVAR（腹部大動脈瘤ステンドグラフト内挿術）」パス作成時の検査内容のうち、術後1日目・3日目の採血は術後感染判断の一助となるCRPがなく、医師へ追加の提案をしたところ、受理された。2. タスクシフトパス兼任看護師が実施していたパス検査オーダーの設定を検査技師が実施することで業務の補完を図ることができた。【考察】依頼された検査を行うだけではなく、その妥当性を検討し効率的かつ合理的な検査実施を提案することは病院検査技師の役目である。チーム医療の一環として今回の取り組みを継続して行うことで業務の効率化、コストの削減をもたらし医療の質向上に貢献できると考える。【今後の目標】検査頻度や項目内容について検討が必要との意見を基に、新たな取り組みとして検査毎の費用について委員会で提示を試みたところ、医師側から反響があった。今後、各検査の費用情報を併せて不要な検査の洗い出しを実施・削減すること、検査技師が関わったパスは妥当な変更であったかの分析を実施していくことが目標である。

0-9-19

クリニカルパスにおけるリハビリテーションの現状と課題

前橋赤十字病院 リハビリテーション課¹⁾、

リハビリテーション課 理学療法士²⁾、クリニカルパス委員³⁾

○春山 滋里¹⁾、稲垣 優^{2,3)}、丸岡 博信³⁾、渡辺 悦子³⁾、能登真由美³⁾、大井田明子³⁾、曾田 雅之³⁾、堀江 健夫³⁾

【はじめに】当院のクリニカルパス（以下パス）は現在310件が稼働している。リハビリテーション（以下リハ）スタッフはパスに対して入力作業等含め直接作業する機会がなく、パスが適応されていることへの認識が低い。また、パス適用されている患者のリハを実施した場合でも訓練内容のアウトカムがないため、パス適用患者という認識がしづらい現状がある。今回、全パスを振り返り、リハが関わるアウトカムを調査した。また、今後介入検討可能なパスに対しては介入方法を検討したので以下に報告する。【結果】リハオーダーがタスク設定されたパスは頭頸部疾患の8件であり、うち3件が看護師への指示コメント欄にも確認の記載があった。また、1件のパスのうちリハにおける再評価実施日がタスク設定されていた。整形外科系疾患の大腿骨頸部骨折、機首遠位端骨折脱臼の整復固定術、変形性股関節症のパスでは、ほぼ全例においてリハが行われているが、リハオーダーなどのリハ関連タスク設定はなかった。外科系手術領域のパスではリハ介入の有無が症例によって異なるが、リハオーダーの設定はなかった。更に当院の全てのパスにおいて機能回復を目指したアウトカムの設定はなかった。【考察】リハが関係するパスでは、リハ介入漏れや開始遅延を予防することを担っていた。今後は整形外科系疾患や外科系手術領域でもリハのタスク設定を行うことで、リハが適切に介入開始できると考える。まずはリハビリ関連タスクを加えたパスを増やす必要がある。その後訓練内容に準じたタスクやアウトカムを設定することでパスが精緻化され、リハスタッフのパスに対する関与・認知度の向上につながることを考える。

0-10-1

急性期の重症度、医療・看護必要度に係る取り組みから

鉦路赤十字病院 事務部 医事課

○田中 晶大、飯屋崎量一、山本 一幸、大坂 史香、廣川 亨、長江 範之

【背景】当院は急性期一般入院基本料Iを算定し、重症度、医療・看護必要度II（以下必要度という）を選択する急性期病院である。必要度は、診療報酬改定の度に、要件及び基準値が見直しされ、都度、対策を講じ基準を満たして来た。令和4年度改定において、A項目の「心電図モニターの管理」が廃止となった影響は大きく、シミュレーションを行った結果、現状のままでは基準値を満たす事が難しい事から、改めて必要度向上のための対策を講じる事とした。【対策】従前は必要度を高め、医療収入の安定を図るため、医事課職員及び病棟看護師、ケースワーカーにより定期的なミーティングを行い、一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟候補患者や在院日数、地域包括ケア病棟における必要度・転棟率・在宅復帰率等の情報を共有し、ベッドコントロールに努める事で対策を講じてきた。令和4年度改定情報の入手以降は、従前の取組みに加え、各病棟看護師が電子カルテへ入力するB項目評価を医事課にてリスト化し、各病棟病棟長へ配布し再評価する事で評価者の思い込みリスクを除外した形で評価できる体制を構築した。【結果・まとめ】再評価後、4月単月で2名の対象患者が追加され、対策前と比べ0.1%必要度が向上し、病棟病棟長による再評価の効果が見られた。現状、安心できる数値とは言えないものの、今後も多職種連携によるミーティングにより他院からの視点からのアプローチにて対策を模索し施行する事で、必要度の維持継続に努めたい。診療報酬改定については、今後も急性期病院に対する強い制限が働くものと予想され、必要度はその最たるものと考えられるが、医師を含めた多職種連携により今できる取組みや対策を実行し、必要度のみならず医療収入の安定化に向け鋭意努めたく考えている。