

Y-6-07

EUS-FNA と ERCP の同一セッション施行例の検討

伊達赤十字病院 消化器科¹⁾、同 内科²⁾、同 外科³⁾、同 検査部⁴⁾

○久居 弘幸¹⁾、櫻井 環¹⁾、釋 亮也¹⁾、小柴 裕¹⁾、嘉成 悠介¹⁾、池田 裕貴¹⁾、宮崎 博²⁾、佐藤 正文³⁾、川崎 亮輔³⁾、行部 洋³⁾、横山 啓介³⁾、梅崎 博嗣⁴⁾

【目的】超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) は胆膵疾患の診断に有用かつ安全な手技であり、しばしば同一入院期間内にさらなる診断・治療目的に内視鏡的逆行性胆膵管造影 (ERCP) が施行される。今回、EUS-FNA に引き続き ERCP 関連手技を同一セッションで施行することの有用性と安全性について検討した。

【方法】対象は2011年1月～2015年3月までに EUS-FNA と ERCP を同一セッションで施行した36例 (年齢57～91歳、平均73.5歳、男性23例、女性13例)。全例、炭酸ガス送気により施行し、EUS-FNA は迅速 Papanicolaou 染色を行った。鎮静には塩酸ペチジンを全例に使用し、ミダゾラムまたはジアゼパムを併用した。EUS-FNA は原則22G 針を使用した。検討項目は、1) 疾患内訳、2) 施行時間、3) EUS-FNA の成績、4) ERCP 関連手技の成績、5) 偶発症、とした。

【成績】1) 膵腫瘍31例 (頭部28例、体部3例) で、腫瘍径は16～62mm (平均36mm) であり、胆嚢腫瘍2例、肝門部胆管癌大動脈周囲リンパ節腫大2例、自己免疫性膵炎1例であった。2) EUS-FNA 施行時間は21～76分 (平均36.1分)、ERCP 施行時間は5～51分 (平均29.6分)、総施行時間は38～109分 (平均64.4分) であった。穿刺回数1～3回 (中央値2回) であった。3) Sensitivity 87.1%、specificity 100%、PPV 100%、NPV 55.6%、accuracy 88.9% であった。4) 胆管造影成功率は91.7% (初回31例、2回目2例) であった。乳頭部に到達不能であった1例を含む2例に後日 PTBD を施行した。内視鏡的胆管ドレナージを29例に行った。5) ERCP 後肺炎 (軽症)、EUS-FNA 後出血 (軽症) を各々1例に認めた。

【結論】EUS-FNA に引き続き ERCP 関連手技を同一セッションで施行することは、有用で安全である。

Y-9-02

全国の赤十字病院を可視化する臨床指標の役割と課題

横浜市立みなと赤十字病院 心臓血管外科¹⁾、日本赤十字社 医療事業部²⁾

○田淵 典之¹⁾、矢野 真²⁾、古口 裕理²⁾、安部 未央²⁾、猪狩 浩佳²⁾

臨床指標は、複雑な臨床現場での医療の質を数値化することで、問題点を共有し向上を図る目的で導入されてきた。本社医療事業部では、平成25年より全国の赤十字病院の診療を可視化して医療の質を向上する為に、臨床指標を作成している。本社の臨床指標作成では、DPC データを基本としてきた。DPC のデータ集計は、各病院への負担が少なく、誤データが少なく質が担保されており、扱いが簡便であることが特徴である。しかし、DPC データの提示のみで、医療の中身を端的に表現できるものは少ない。算出された数値の解釈や、影響を与える因子の存在について十分に審議して、各病院で医療の質を議論できるように注釈を添えて配布することが重要となる。単独表記によるその意義が不明瞭な指標でも、経時的変化やベンチマーク病院との比較をすることで分かり易くなることもある。我が国で提示されている指標の種類は、ストラクチャー指標とプロセス指標が大半を占めており、アウトカム評価の公表が当然である西欧諸国とは対照的である。十分な吟味をされていないアウトカム指標の公表は、順位の上下のみ追及する姿勢に陥りがちで、本来の質の向上の目的に反してしまう。病院横断的な良質な指標作りのために、本社では診療科別に副院長を中心とした専門部会を形成し、吟味議論する過程を重視している。今後は、DPC 以外で正確な独自データを集計する方法の確立や、リスクを加味したデータ解析の方法、質の向上に結び付くアウトカム指標の提示方法等の検討が急がれる。また、慢性期や回復期病床機能に応じた臨床指標や、退院後の医療介護との連携を向上させる指標の作成も求められる。最終目標は、全国赤十字病院の全分野の医療の質の改善に繋がる臨床指標の作成である。

Y-9-04

Pathology Assistant (PA) としての経験から

姫路赤十字病院 病理診断科

○牛丸 牧子、河田 卓也、堀田 真智子、伏見 聡一郎、相仁 洋治

近年、医師不足と言われ、中でも深刻な病理医不足に加え、病理業務内容が煩雑化、複雑化し、病理医の負担が増大傾向にある。当科において、病理医の業務負担軽減かつ診断業務の円滑化を目的とし、昨年4月より病理検査に7年半の従事経験のある臨床検査技師が pathology assistant (以下 PA) として配置された。業務内容は、病理診断業務に派生する事務処理に加え、切出し補助、MIB1 カウントなどの免疫染色の評価、病理所見の下書き入力などが挙げられる。

切り出し補助は、病理医の指示の下、剖面写真撮影やサンプリングを行い、所見入力に関しては、切り出し写真への病変範囲のマッピングや、標本をみて診断システムの「下書き」欄に事前に入力後、それを2名の病理医が確認、最終診断書に仕上げる形をとっている。所見記載などの誤りがある場合には、病理医と一緒に顕微鏡を見て指導を受け修正している。

PA 配属により、臨床からの未診断症例の問い合わせの減少と臨床への迅速な対応が可能となった。また病理医の鏡検時間が増加した。また病理医の産休取得の際でも業務に遅滞を来すことはなかった。

検査技師の PA としては、組織所見を記載するという、従来組織標本を複製する立場とは違った観点で病理業務に従事する経験が出来る一方で、定まった資格でないこと、同じ立場の PA がいないこと、他の検査技師との微妙な立場の差など、常に「不安定」な状況であったことも否定できない。PA に与えられる業務範囲は病理医の裁量と PA 自身のスキルによるところが大きい。病理検査に従事している検査技師が PA という仕事に入りやすい一方で、組織所見入力力は心理的ハードルが高く抵抗を覚える技師も多いかもしれない。PA の活用は病理医不足や一人病理医の負担軽減に有効な手段と考える。PA 育成には病理医の理解と教育、指導が不可欠と思われる。

Y-9-01

医師事務作業補助体制加算1取得に向けて

～当院の取組みと今後の課題～

京都第二赤十字病院 事務部

○清水 香

【はじめに】当院では従前、医師事務作業補助体制加算2を取得していたが、平成27年1月加算1を取得した。体制構築の過程と今後の課題を報告する。

【経緯】平成23年4月医師事務作業補助者の導入以降、文書等作成補助、外来診療補助、各種入力作業補助など段階的に業務拡大に努めてきた。平成26年4月に医師事務作業補助体制加算1が新設されたことをうけ、それまで事務室と外来を主な業務場所としてきた医師事務作業補助者と、看護部に所属し病棟を拠点とした診療助手 (病棟事務)、病棟看護師の補助業務を行なう看護助手におよぶ3職種の業務を見直し、適切で効率的な業務分担の推進と、さらなる医師事務作業補助体制の強化を目的に平成26年7月副院長を長としたワーキンググループを立ち上げた。調査・検討を行なった結果、看護部に配属されていた診療助手16人すべてを事務部の専事として配置転換し医師事務作業補助者とした。業務としては各診療科担当としたが、病棟事務業務と看護助手業務も一部を兼務してきた診療助手業務を見直し、適切かつ明確な分担を行なったうえで医師事務作業補助業務を確立させるには、多くの問題が生じた。また、自院での医師事務作業補助者の役割を明確にし、周知させることは困難を極めた。

【課題】業務の確立と、役割の明確化・周知は未だ十分とは言えず、今後も継続した取り組みが必要である。また導入前後の比較・検証を行ない、医師事務作業補助者のさらなる効果的運用を目指していきたい。加えて医師から必要とされる人材の育成・確保のため、医師の要望に柔軟に対応することが出来るよう、知識とコミュニケーションスキル習得のための教育を行なうこと、医師事務作業補助者自身のモチベーションの向上とその維持が今後の課題と考える。

Y-9-03

産婦人科初診時間診票の入力に関する

メディカルクラークの支援体制

那須赤十字病院 診療支援課

○清水 友幸、北岡 芳久、添田 晴香、大森 美奈、鈴木 将大、高橋 美千夫、水沼 仁孝

医師の業務負担軽減を目的として院内各部門に配置されたメディカルクラーク (以下、MC) の協力は、診療支援体制構築のうえで非常に重要である。産婦人科外来診療において、初診患者に十分な問診を行いタイムリーな電子媒体へ記録することは、その後の診療を適切に行進めるうえで必要不可欠である。しかし、これらの業務を限られた時間内に進めることは、問診聴取後に診察・検査指示・投薬等の業務も行わなければならない医師にとって大きな負担だった。そこで、医師の業務負担を軽減し実診療により集中して時間配分ができるよう、診療支援課所属の MC の方に協力の要請があった。初診患者は、外来受付で初診時間診票 (以下、本票) を受け取り記入し、本票の記載内容を元に再度医師が問診してより正確な情報を収集し、その後診察を行い、初診外来終了後の時間外に電子カルテへ情報を入力していた。しかし、外来業務以外に入院患者の診察・分娩・手術等があり、初診医にとって心身ともに大きな負担だった。そこで、特別な機器等は用いず、既存の院内 PHS 留守録機能を利用したシステムを構築した。医師が吹き込んだ口述情報を MC が電子カルテへ入力し、その後医師が入力内容を確認して電子カルテの入力情報を確定させる、という方法をとった。この方法だと患者が診察室から内診室へ移動して準備をしている間に医師が本票情報を院内 PHS に口述記録をする時間がとれ、初診外来終了時に紙媒体と電子媒体の情報をつき合わせて最少限の加算訂正をすればよく、本業務に費やしていた時間は約1/6に短縮され、より密度の高い診療が行えるようになった、と極めて好評だった。本発表では、コストをかけず既存のツールを利用して医師の業務負担軽減をはかったシステムを紹介する。

Y-9-05

当院における骨粗鬆症対策の取り組み

岡山赤十字病院 整形外科

○小西池 泰三、森 充恵、徳永 まさみ、中野 ゆみ、藤原 祐子、大道 淳二、森 英樹

骨粗鬆症の治療の必要性についての認識が高まり、近年、多職種が連携して脆弱性骨折を予防する取り組みが全国的に広がっている。大腿骨頸部骨折にて手術を行ったにもかかわらず骨粗鬆症の治療の必要性について説明せず、反対側の大腿骨頸部骨折を来すことがあれば、急性期病院はその説明責任を問われる時代が来るのではないかと危惧している。大腿骨頸部骨折をどのように扱うかは、急性期病院共通の問題である。当院における取り組みを報告する。平均在院日数が全国平均以下であったため、「早期退院支援チーム」を結成した。これは、部長回診時に、整形外科医、病棟看護師、理学療法士、薬剤師、連携室ソーシャルワーカー、連携室看護師が同行し、その場でチームカンファレンスを行い、退院時期や退院先を判断するというものである。大腿骨頸部骨折の平均在院日数は、2012年の28.7日から2013年の22.7日へと改善された。2014年1月から「骨粗鬆症診療連携手帳」を作成し、「早期退院支援チーム」が骨粗鬆症対策にも取り組んだ。これは、治療の必要性を説明する上で有用な情報、個人の検査記録、同意書を含んだものである。対象を薬剤師の自主管理が可能な患者とし、部長回診時に治療の必要性の説明と同意を得て、病棟薬剤師より薬の説明を行っている。早期退院支援チームをそのまま骨粗鬆症リエンチームとすることが可能である。急性期病院と近隣の診療所との連携は今後もますます重要となるが、急性期病院において骨粗鬆症治療において最も大切なことは「骨粗鬆症の治療の必要性についての説明責任を果たす」ことではないかと考える。このことはチームで取り組むことで、今までと変わらない負担で可能であり、「骨粗鬆症診療連携手帳」はそのための有用なツールである。