

第8章 開発された6疾患の 患者状態適応型パスに関する検証調査

第8章 開発された6疾患の患者状態適応型パスに関する検証調査

1. 調査・分析方法

1.1 検証調査の目的

開発された6疾患の患者状態適応型パスは、異なる病院に所属する複数のパス関係有識者が、複数の病院の状況を想定し、また厚生労働省が提示しているEBMガイドライン・他既存の共通知見や認識を参考にして、開発したものである。これらの患者状態適応型パスが、現実を反映しているか否かをあきらかにするために、全国15カ所の病院の協力を得て、検証調査をおこなった。

1.2 検証調査の方法

【調査対象】北海道から沖縄にかけて15病院が、検証調査に対する協力の意思を表明した。病院毎に、1年間の症例もしくは、2004年12月から遡って1ヶ月間の症例を、調査の対象とした。6疾患のうち、調査協力可能な疾患を各病院が選択した。その結果、1疾患あたり、7～9病院が検証調査に協力する調査体制となった。

【調査期間】2005年1月24日～2月18日

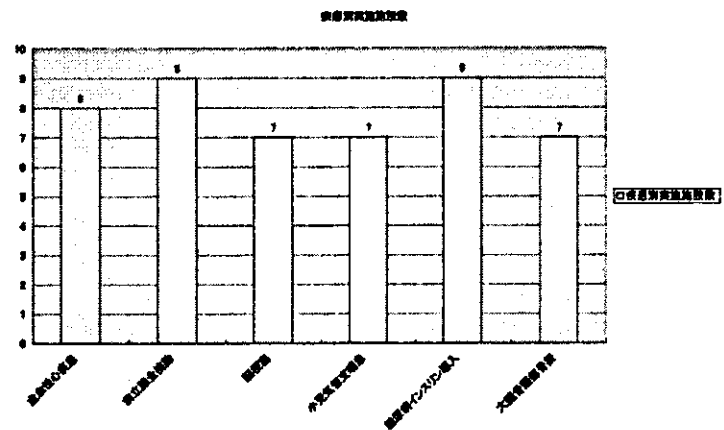
【調査方法】検証調査のための調査票は、フェイスシート部分・臨床プロセスチャート（ユニット移行期日記載枠を準備）部分・備考部分の3つから構成されるように設計された。当該調査票とユニット移行ロジック一覧表を、検証調査協力病院に送付した。検証調査協力病院では、ユニット移行ロジックのリストを参考にしながら、移行したユニットとその移行日を、既存のカルテから抽出し、調査票に記載していく作業を行った。

【回収結果】15病院から、1024症例の調査票が回収された。回収された調査票の6事例別の内訳を以下に示す。

6事例それぞれ、80～302症例を確保でき

た。また調査病院も、7～9病院確保できた。よって、分析に耐えうるデータと判断された。

施設名称	虚血性心疾患	前立腺全摘除	脳梗塞	小児気管支喘息	糖尿病インスリン導入	大腸骨髄腫骨折	計
疾患別合計	136	137	302	228	80	141	1024
疾患別実施施設数	8	9	7	7	9	7	



1.3 分析の方法

6つのパス事例毎に、データ入力形式は異なる。それぞれのデータ入力形式を設計し、共通して実施する、データの加工と初期分析計画を検討した。

6つのパス事例毎に、以下の点に焦点をあてて、分析を行うこととなった。

離脱のチェック：該当するユニットやルートがないなど、該臨床プロセスチャートが適応しなかった場合

カバー率：当該プロセスチャート上に乗っている症例の割合

滞在日数：当該ユニットにとどまっている日数

経路パターン：入院から退院までの、ユニット移行の変遷のパターン分析

離脱のタイプ：離脱理由の分析

これら第1次の初期共通分析を実施した後、6事例それぞれに、興味深い第2次分析を行った。第1次分析結果事例と第2次分析結果事例をもとに、患者状態適応型バスが医療の質安全保証および医療質経営に、どのように貢献し得るのかについて検討した。

2 初期分析結果

2.1 前立腺全摘除虚血性心疾患

本研究会で提案した前立腺全摘除の臨床プロセスチャートに関して、いくつかの病院で検証した結果について報告する。

2.1.1 前立腺全摘除の検証対象事例

本研究では、検証協力病院としては9施設を取り上げ、2004年の1月から12月までの期間の事例について、検証を実施した。その内容を以下に示す。

表1 検証協力病院とその検証事例数

病院	1	2	4	5	6	7	8	10	11	計
件数	10	10	1	13	13	11	8	45	26	137
割合	7%	7%	1%	9%	9%	8%	6%	33%	19%	100%

これら137件ひとつひとつについて、データ入力の抜け・漏れをチェックしたところ、そのすべての事例を検証として用いることが分かった。つまり、各施設で実際に検証作業を行ってもらった担当者たちは、本研究会の目的を十分に理解し、検証作業自体も非常に的確に行ったからであると思われる。

2.1.2 経路パターン

前立腺全摘除では大きく分けて、以下の2つの経路パターンがあることがわかった。

- ・ パターン1:「入院」⇒「手術」⇒「カテ抜去」⇒「退院」
- ・ パターン2:「入院」⇒「手術」⇒「カテ抜去」⇒「カテ再留置」⇒「カテ再抜去」⇒「退院」

パターン1に関しては、該当事例件数は125

件、割合で91.2%を占めた。パターン2は該当事例件数7件、割合で5.2%を占め、残りのうち1件は転科、4件は離脱となった。つまり、全体としては、97.1%が当初想定した臨床プロセスチャートでカバーすることができることが分かった。

2.1.3 離脱タイプの分析

離脱をしたということは、実際の診療プロセスと本研究で提案した臨床プロセスチャート間に乖離があるからであり、それを分析することは提案した方法論がどれほど有効であるかを示すばかりではなく、より有効な方法論に向けての重要な情報・知見を得ることである。

本研究会では、延べ離脱件数4件のひとつひとつについて分析を行い、必要ならば各病院へ訪問し、専門医へのインタビューを行った。その結果、離脱には大きく分けて、以下のようなタイプがあることがわかった。

① ユニットの順序が異なる事による離脱 (2症例)

これが見られた2症例は、術後安定期 (A-3 & 4) の目標状態を達成する前に、カテ抜去 (A-5) したケースであった。本研究会が提案した臨床プロセスチャートでは、術後、患者状態が安定した後のカテを抜去することを想定していたが、ここで見られたケースのように、その順序が異なる場合もありうることがわかった。

<離脱の解決方法>

- ・ A-3&4 と A-5 を同一ユニットとして結合する。
- ・ カテ抜去 (A-5) への移行条件を再考する

比較してみると、次のようになった。

② カテ再留置のまま退院（2 症例）

これは、病院側、患者状態双方の理由によって、カテを留置したまま退院し、その後の外来処置によってカテを抜去したケースである。半ば特殊なケースとして見られるかもしれないが、その背景要因を整理し、臨床プロセスチャート上に展開していくことで、この離脱にも容易に対応できる。

<離脱の解決方法>

「カテ抜去前」から「退院」へのルートを増設する

以上のような分析結果から分かるように、どの離脱タイプもその原因は明らかであり、本研究会の提案した臨床プロセスチャートの設計の一部を変えるだけで容易に対応可能であることがわかった。我々は最初から完璧な臨床プロセスチャートを提案しようとしているわけではない。むしろ、以上のような検証作業を行い、離脱があればそれを分析して徐々に良いものへと改善していくことに焦点を置いているのである。これらを病院内で自主的に行えるような体制を構築することが重要である。

2.1.4 病棟滞在日数の病院間比較

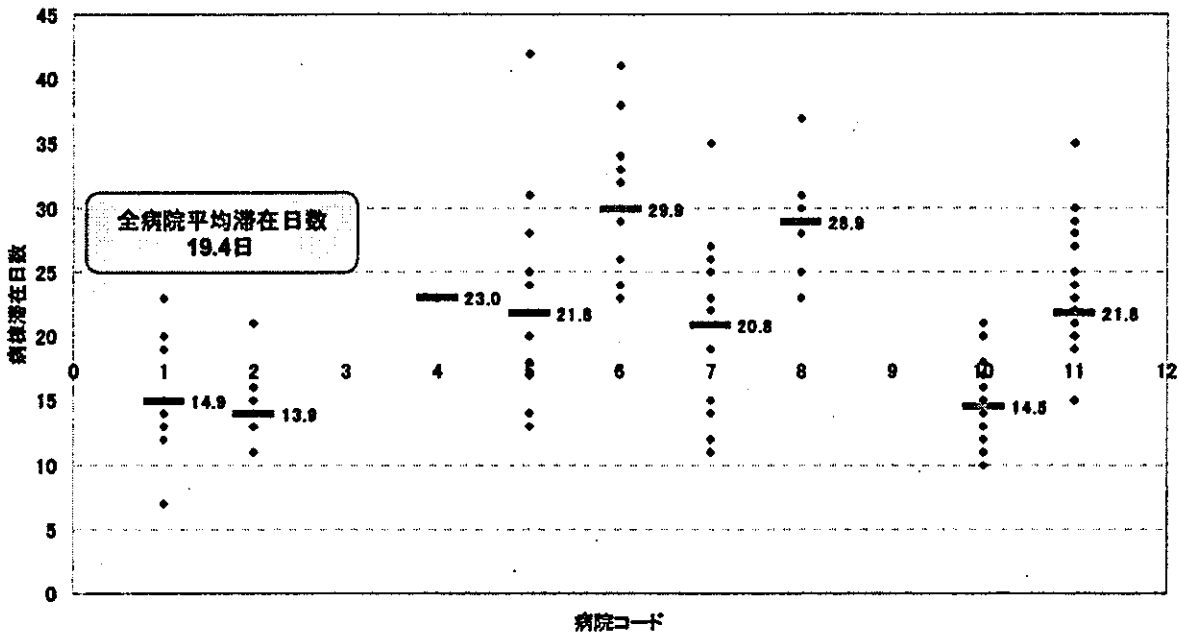
9 つの病院について、入院から退院までの病棟滞在日数の比較を行った例を以下に示す。

全病院の平均滞在日数は 19.4 日であり、それを境にふたつの日数パターンがあることが見てとれる。1, 2, 10 病院のように 14 日程度のパターンと、それ以外の病院でみられるような 20 日以上の日数を要するパターンである。この要因を探るため、病院 10 と病院 6 を例にとり、ユニット別平均滞在日数をこの 2 病院で

この結果から、術後やカテ抜去後の患者の管理を行うユニットの平均滞在日数に大きな差があることがわかった。各ユニットの滞在日数の比較まで行うことで、病院間でのケアの差を評価することができるわけである。

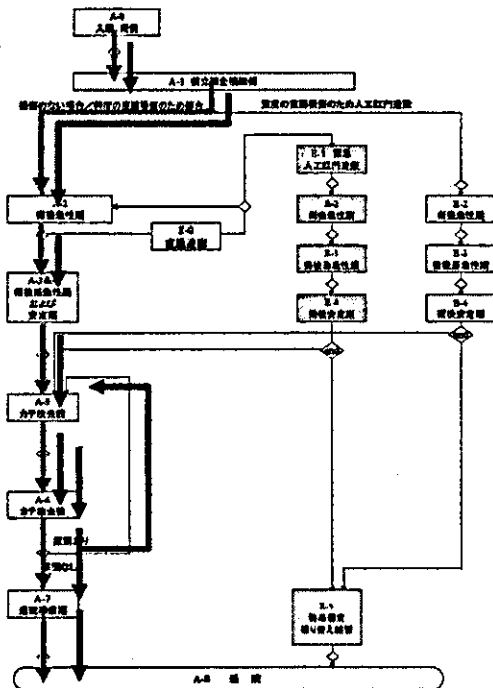
また、このような病棟滞在日数の差を DPC の日数規定から見てやることで、病院間のコスト構造を比較することもできる。

前立腺全摘除～病棟滞在日数(病院別)～



◎ 患者状態適応型バスシステム開発研究

前立腺全摘除 ～検証結果の報告～



- 有効回答数
 - 回収数 : 137症例
 - 有効回答数 : 137症例
 - 経路パターンの種類
 - パターン1 : 125件 (91.2%)
入院→手術→カテ抜去→退院
 - パターン2 : 7件 (5.1%)
入院→手術→カテ抜去→カテ再留置→カテ再抜去→退院
 - 転科 : 1件 (0.7%)
 - 離脱 : 4件 (2.9%)
- } 97.1%

※書籍29ページを参照してください

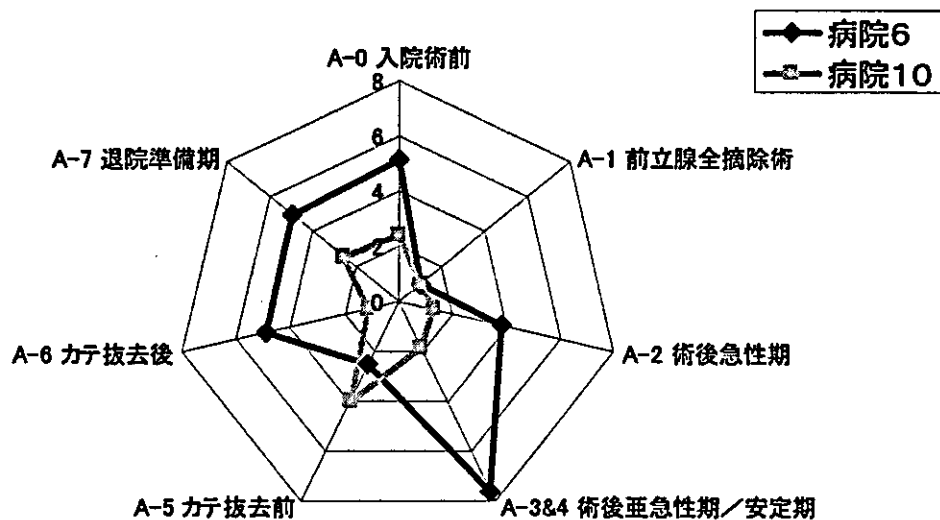
◎ 患者状態適応型バスシステム開発研究

離脱タイプ

- ユニットの順序が異なる事による離脱(2症例)
 - 術後安定期(A-3&4)の目標状態を達成する前に、カテ抜去(A-5)するケース
 - A-3&4, A-5を結合する
 - もしくは、カテ抜去(A-5)への移行条件を再考する
- カテ再留置のまま退院(2症例)
 - カテ抜去前から退院への経路を増設することで対応できる

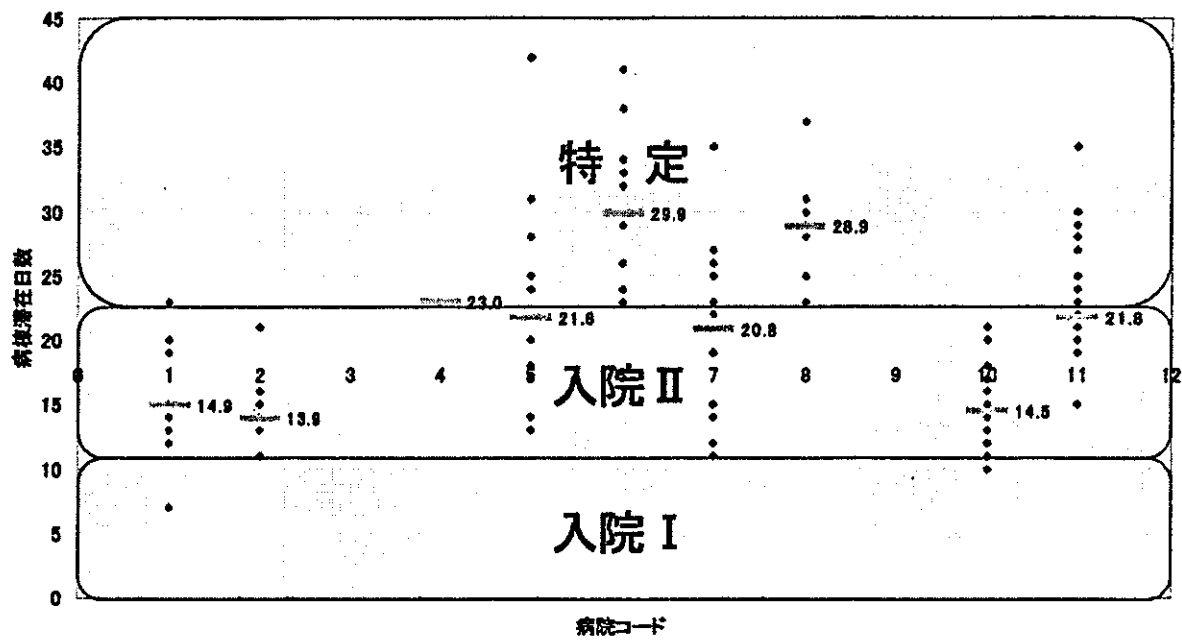
© 患者状態適応型パスシステム開発研究

ユニット別平均滞在日数比較



© 患者状態適応型パスシステム開発研究

前立腺全摘除～DPCによるコスト比較～



© 患者状態適応型バスシステム開発研究

2.2 虚血性心疾患

本研究会で提案した虚血性心疾患の臨床プロセスチャートに関して、いくつかの病院で検証した結果について報告する。

2.2.1 虚血性心疾患の検証対象事例

本研究では、検証協力病院としては8施設を取り上げ、2004年の1月から12月までの期間の事例について、検証を実施した。その内容を以下に示す。

表 検証協力病院とその検証事例数

病院	1	2	3	4	5	6	8	15	計
件数	3	10	10	10	10	20	17	58	136
割合	2%	7%	7%	7%	7%	15%	13%	41%	100%

これら136件ひとつひとつについて、データ入力の抜け・漏れをチェックしたところ、3事例を除いて133件はすべて検証として用いることができることが分かった。この疾患でも、各施設で実際に検証作業を行ってもらった担当者たちは、本研究会の目的を十分に理解し、検証作業自体も非常に的確に行ったからであると想定される。

2.2.2 経路パターン

虚血性心疾患では大きく分けて、以下の6つの経路パターンがあることがわかった。

- ・ パターン1:「心カテ」⇒「退院」
- ・ パターン2:「心カテ」⇒「PTCA」⇒「退院」
- ・ パターン3:「PTCA」⇒「退院」
- ・ パターン4:「緊急心カテ」⇒「退院」
- ・ パターン5:「緊急心カテ」⇒「PTCA」⇒「退院」

- ・ パターン6:「緊急心カテ」⇒「PTCA」⇒「心カテ」⇒「退院」

パターン1に関しては、該当事例件数は59件、割合で44.4%を占め、パターン2は該当事例件数は15件、割合で11.3%を占めた。また、パターン3は該当事例件数は17件、割合で12.8%であり、パターン4は該当事例件数は11件、割合は8.3%、パターン5は該当事例件数は19件、割合は14.3%、パターン6は該当事例件数1件、割合は0.8%であった。残りのうち6件は転科、5件は離脱となった。つまり、全体としては、96.2%が当初想定した臨床プロセスチャートでカバーすることができることが分かった。

96.2%というカバー率は高いと思われるが、これも離脱した事例を深く分析した結果、どれもが当初想定した臨床プロセスチャートの設計を少し変えるだけで容易に対応可能であり、さらなるカバー率の上昇を達成できるという結論が得られた。

2.2.3 離脱タイプの分析

本研究会では、延べ離脱件数5件のひとつひとつについて分析を行い、必要ならば各病院へ訪問し、専門医へのインタビューを行った。その結果、今回みられた離脱のパターンは、すべて次の場合に集約された。

- ① 新ルートを増設することで対応できるもの (5症例)

具体的には、次のようなケースである。

- ・ PTCA後(G-4)から、(緊急性のない)待機的な心カテ(A-1)へ移行できない (2症例)
- ・ 心カテ待機用経過観察(B-1)から待機的な心カテ(A-2)へ移行できない (2症例)

- ・ 緊急 PTCA を施行したあと(G-4)、待機的 PTCA 術前準備(C-1)に移行することができない (1 症例)

＜離脱の解決方法＞

それぞれのケースにおいて、ユニット間のルートを増設、さらに移行ロジックを精緻化していくことで、離脱に対応することができる。

2.2.4 病棟滞在日数の病院間比較

9つの病院について、入院から退院までの予定入院患者の病棟滞在日数の比較を行った例を以下に示す。

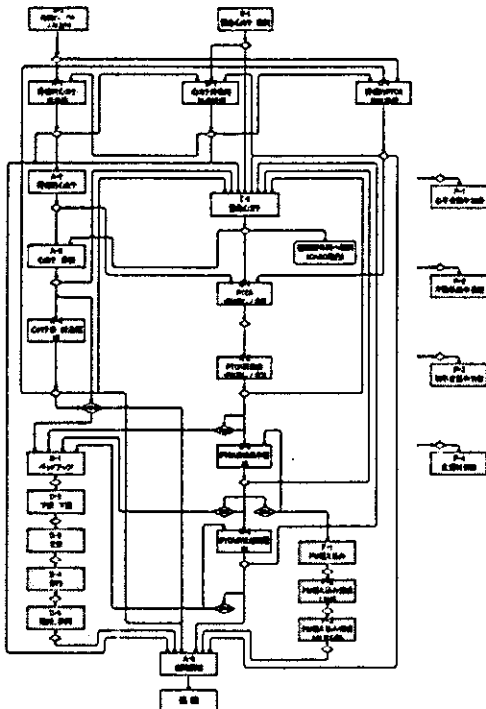
病棟滞在日数の平均値で比較すると、ある病院では2.1日であるが、他の病院では8.4日であり、その差は6.3日となって、病院間で病棟滞在日数が大きく異なることが分かった。また、ばらつきに関しては、病院コード15の病院は、他病院と比べて非常に大きいことがわかる。

だが、虚血性心疾患のように、病態がさまざ

まに遷移する患者を扱う疾患では、単純な病棟滞在日数の比較ではなく、病態パターンに分類し、詳細まで分析する必要がある。適応型バスを使用した場合、その病態パターンごとに病棟滞在日数を比較することもできる。その一例を下に示す。これは、病院8と病院15を比較したものである。

病院8における『パターン3：「緊急心カテ」⇒「退院」』は一症例しか見られなかったため、比較する意味の薄れていることを考慮したとしても、先ほどの予定入院患者の平均病棟滞在日数比較において、明らかな差異がみられた病院8と病院15は、病態のパターンで見ても、病院8のほうが滞在日数を短く抑えることができていることがわかった。

虚血性心疾患 ～検証結果の報告～



◎ 患者状態適応型バスシステム開発研究

- 有効回答数
 - 回収数 : 136症例
 - 有効回答数 : 133症例
- 経路パターンの種類
 - パターン1 : 59件 (44.4%)
心カテ→退院
 - パターン2 : 15件 (11.3%)
心カテ→PTCA→退院
 - パターン3 : 17件 (12.8%)
PTCA→退院
 - パターン4 : 11件 (8.3%)
緊急心カテ→退院
 - パターン5 : 19件 (14.3%)
緊急心カテ→PTCA→退院
 - パターン6 : 1件 (0.8%)
緊急心カテ→PTCA→心カテ→退院
 - 転科 : 6件 (4.5%)
 - 離脱 : 5件 (3.8%)

96.2%

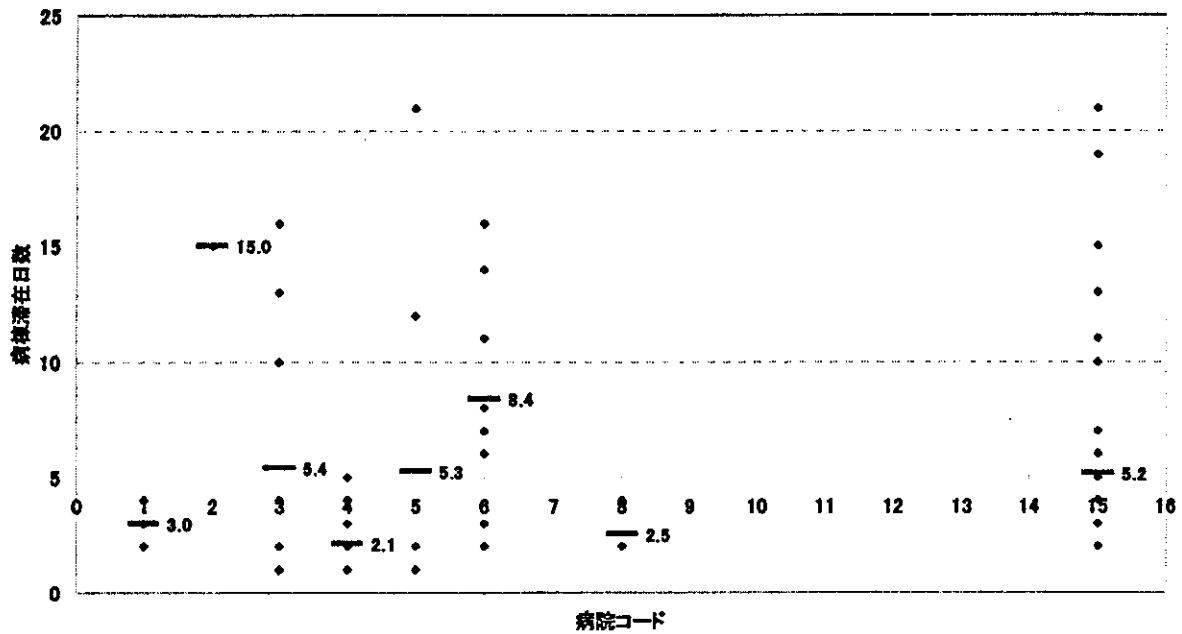
※書籍77ページを参照してください

離脱タイプ

- 新ルートを増設することで対応できるもの(5症例)
 - PTCA後(G-4)から、(緊急性のない)待機的心カテ(A-1)へ移行できない
 - 2症例
 - 心カテ待機用経過観察(B-1)から待機的心カテ(A-2)へ移行できない
 - 2症例
 - 緊急PTCAを施行したあと(G-4)、待機的心カテ(A-1)へ移行することができない
 - 1症例

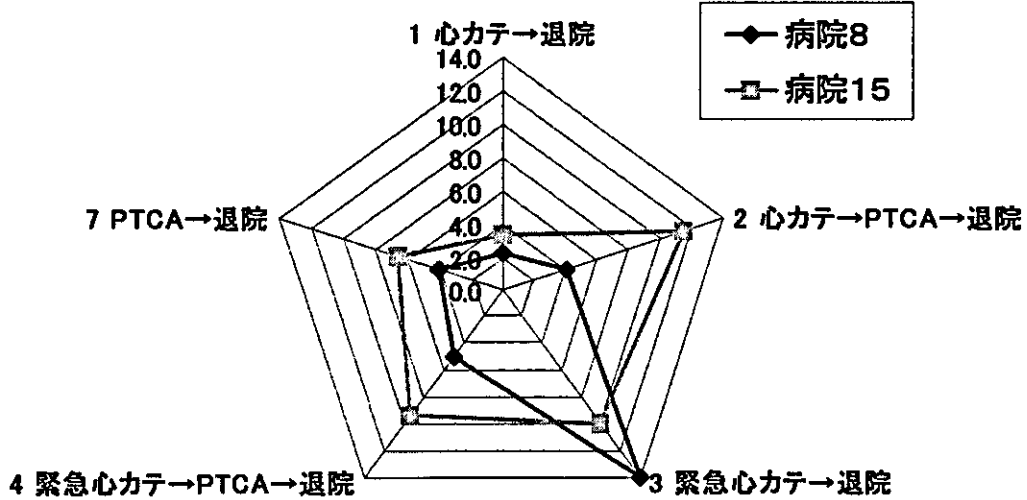
◎ 患者状態適応型バスシステム開発研究

予定入院患者の病棟滞在日数比較(病院別)



© 患者状態適応型バスシステム開発研究

病棟滞在日数～経路パターン別比較～



© 患者状態適応型バスシステム開発研究

2.3 大腿骨頸部骨折

本研究会で提案した大腿骨頸部骨折の臨床プロセスチャートに関して、いくつかの病院で検証した結果について報告する。

2.3.1 大腿骨頸部骨折の検証対象事例

本研究では、検証協力病院としては6施設を取り上げ、2004年の1月から12月までの期間の事例について、検証を実施した。その内容を以下に示す。

表 検証協力病院とその検証事例数

病院	1	2	5	6	8	13	計
件数	8	6	18	10	34	55	131
割合	6%	5%	14%	8%	26%	42%	100%

これら131件ひとつひとつについて、データ入力の抜け・漏れをチェックしたところ、そのすべての事例を検証として用いることができることが分かった。つまり、各施設で実際に検証作業を行ってもらった担当者たちは、本研究会の目的を十分に理解し、検証作業自体も非常に的確に行ったと思われる。

2.3.2 経路パターン

大腿骨頸部骨折では大きく分けて、以下の3つの経路パターンがあることがわかった。

- ・ パターン1:「入院」⇒「人工骨頭手術」⇒「退院」
- ・ パターン2:「入院」⇒「骨接合手術」⇒「退院」
- ・ パターン3:「入院」⇒「手術断念、保存的加療へ」

パターン1に関しては、該当事例件数は20

件、割合で15.3%を占めた。パターン2は該当事例件数は31件、割合で25.2%を占め、パターン3は該当事例件数は13件、割合で9.9%であった。残りの67件は離脱となった。つまり、全体としては、50.4%が当初想定した臨床プロセスチャートでカバーすることができることが分かった。

一般的に、カバー率50.4%は数値としては低いと思われるが、後述するように、離脱した事例を深く分析した結果、どれもが当初想定した臨床プロセスチャートの設計を少し変えるだけで容易に対応可能であることが分かっている。

2.3.3 病棟滞在日数の病院間比較

6つの病院について、入院から退院までの病棟滞在日数の比較を行った例を以下に示す。

病棟滞在日数の平均値で比較すると、ある病院では33.4日であるが、他の病院では48.7日となっており、その差は15.3日となり、病院間で病棟滞在日数が大きく異なることが分かった。また、ばらつきに関しては、病院コード13の病院は、80数日かかっている特殊な事例を除けば、他病院と比べて非常に小さいことがわかる。

本研究会では、大腿骨頸部骨折の治療をいくつかのユニットにわけて考えているため、従来のように入院から退院までの病棟滞在日数の比較を行うだけでなく、ユニット間での比較も可能である。上記の例で言えば、平均病棟滞在日数が33.4日と48.7日のふたつの病院では、その日数の差はどの治療ユニットに起因しているかを分析することもできる。ばらつきに関しても同様な分析が行えるのは言うまでもない。

本報告書では、患者状態適応型パスがどの病院でも使えるものかどうかの検証を行うことが目的であるため、“患者状態適応型パスでどのような分析が行えるのか”や個々の病院・事例の詳細な分析結果の紹介はここまでで留めるが、当然ながら今後検討すべき重要な課題であることは間違いない。

2.3.4 離脱タイプの分析

離脱をしたということは、実際の診療プロセスと本研究で提案した臨床プロセスチャートの間に乖離があるからであり、これを分析することは提案した方法論の有効性を示すばかりではなく、より有効性を高めた方法論の確立に向けての重要な情報・知見を得ることである。

本研究会では、延べ離脱件数 80 件のひとつひとつについて分析を行い、必要ならば各病院へ訪問し、専門医へのインタビューを行った。その結果、離脱には大きく分けて、以下のようなタイプがあることがわかった。

③ 合併症・その他の症状の発生

これは、大腿骨頸部骨折の治療中において、他疾患・他症状が発生し、その治療も同時に実施する必要が出た場合を意味している。該当事例件数としては 31 件、離脱内の割合は 38%を占め、もっとも多かった離脱タイプである。

上に挙げたのは、3 つの病院で発生した合併症・その他症状の具体例をカウントしたものである。特に発生頻度が多かったのは、“糖尿病”であり、次には“痴呆”、“HT”、“脳梗塞”と続いた。

<離脱の解決方法>

発生頻度が多い合併症を重点的に“並列パス”として作成し、登録しておくことで対応可能である。

④ リハビリユニットの位置づけ違い

これは、大腿骨頸部骨折の治療の中でも特にリハビリ治療の実施タイミングが、以下の4つのパターンがあった場合を意味している。

- ・ 「術後一般管理」ユニット前に実施
- ・ 「術後一般管理」ユニット後に実施
- ・ 「術後一般管理」ユニットとどちらか一方を実施
- ・ 「術後一般管理」ユニットと同時に実施

該当事例件数は 22 件で、離脱内の割合は 28%であった。

<離脱の解決方法>

リハビリ治療をどのようなタイミングで行うといった標準治療方針の検討が必要である。

⑤ 並列パスの開始タイミングの問題

これは、事前に想定した合併症（せん妄、褥瘡など）の開始タイミング以外の様々なタイミングで開始する必要が出た場合を意味している。該当事例件数は 27 件で、離脱内の割合は 34%であった。

<離脱の解決方法>

当初は、並列パスは特定のタイミングから開始するように設定していたが、どのタイミングでも開始できるように、移行ロジックを組み変えることで対応できる。

以上のような分析結果から分かるように、どの離脱タイプもその原因は明らかであり、本研

研究会の提案した臨床プロセスチャートの設計の一部を変えるだけで容易に対応可能であることがわかった。我々は最初から完璧な臨床プロセスチャートを提案しようとしているわけではない。むしろ、以上のような検証作業を行い、離脱があればそれを分析して徐々に良いものへと改善していくことに焦点を置いているのである。これらを病院内で自主的に行えるような体制を構築することが最も望ましいのである。

2.3.5 リハビリ治療終了ユニットの分析

本来、患者への治療は病院や施設間で途切れるべきではない。むしろ、患者状態の流れに沿って、病院・施設間で整合性を持った治療が継続的に行われるべきである。リハビリはあるひとつの病院内だけで完結する場合だけでなく、介護施設等への転院していく場合も少なくない治療である。したがって、患者状態に沿った継続的な治療が行われているかどうかを把握するために、リハビリ治療終了ユニット着目して分析を行った。

本研究会では、リハビリ治療ユニットとして、「リハ開始」、「リハ立位」、「リハ平行棒」、「リハ歩行器」、「リハ杖歩行」の4つを設定している。まず、131件のうちリハビリユニット終了が判断できる事例93件を抽出し、終了ユニット別に分類した。

その結果、「リハ開始」は2%、「リハ立位」は13%、「リハ平行棒」は9%、「リハ歩行器」は19%、「リハ杖歩行」は57%であった。つまり、「リハ杖歩行」以外の43%は何らかの理由で病院内だけで治療が完結しなかったことになる。次に、治療の中断理由を調査した。

この結果から、リハビリ治療中断理由として、以下のような理由があることがわかった。

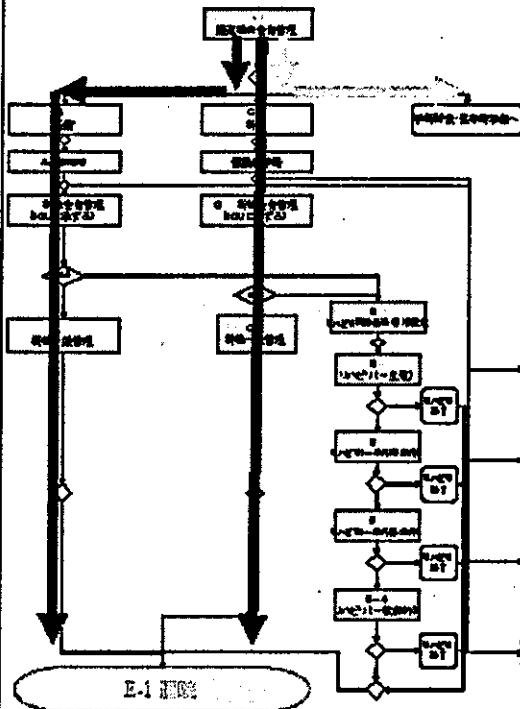
- ① 転院先でリハビリ治療を継続
- ② 在宅介護に任せる
- ③ 患者本人の拒否

①に関しては、転院先でリハビリ治療が最後までなされているかどうかを今回は確認することはできなかった。また、②に関しては、在宅介護サービスを利用する場合と家族による介護などが考えられるが、その追跡調査はできなかった。特に後者の場合には、リハビリ治療の患者の目標状態が変わってくるため、このような個別性に対応した計画を「リハ開始」ユニット内で考慮しなければならないことも明らかになった。最後に、③は医療者はどこまで患者の要望を聞くべきか、患者にとって最善な治療とは何かを考える良い事例となる。

2.3.6 今後の展開

以下の図は、大腿骨頸部骨折に関する離脱タイプに対策した場合に、カバー率がどのように推移していくかを示したものである。カバー率を上げる為に本研究会が今後何をすべきか、またその効果はどうなるかを視覚的に分かりやすく示している。

大腿骨頸部骨折 ～検証結果～



■ 検証対象

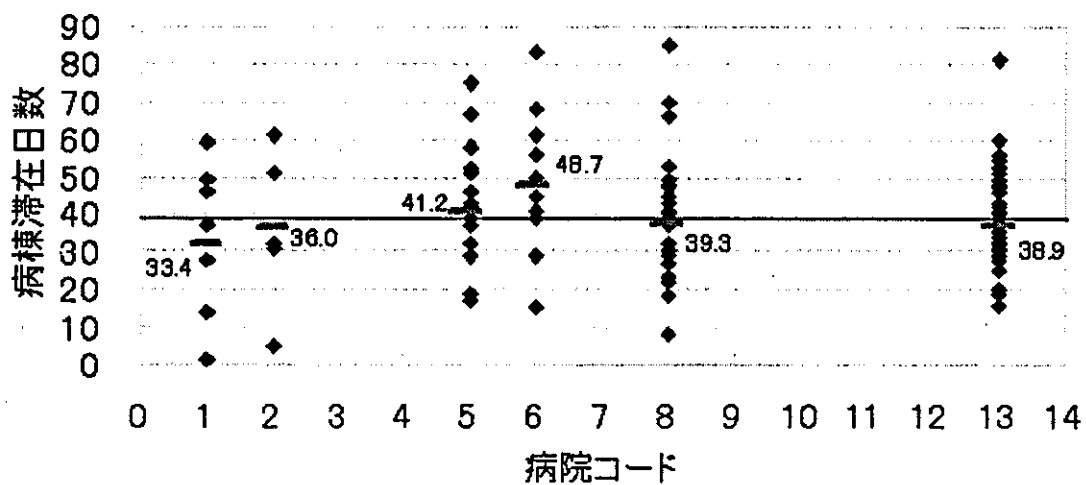
- 病院数: 6病院
- 有効事例数: 131件(全調査数131件)

■ 経路パターン

- パターン1 20件(15.3%)
⇒人工骨頭手術, 退院
- パターン2 31件(25.2%)
⇒骨接合手術, 退院
- パターン3 13件(9.9%)
⇒手術断念, 保存的加療へ
- 離脱 67件(49.6%)

カバー率
50.4%

病棟滞在日数 ～病院間比較～



■ 全病院の平均病棟滞在日数: 39.7日

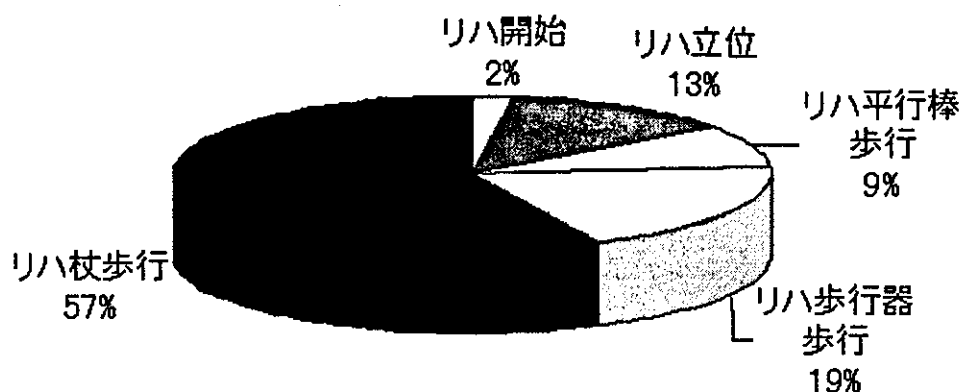
■ 調査対象病院コード: 1, 2, 5, 6, 8, 13

離脱のタイプ(延べ件数80件)

- 合併症・その他の症状 31件(38%)
 - 大腿骨頸部骨折治療中に、他疾患・症状が発生し、その治療も同時実施する必要が出たケース
 - ⇒発生頻度が多い合併症を重点的に“並列パス”として作成
- リハビリユニットの位置づけ違い 22件(28%)
 - 以下のタイミングでリハビリを実施したケース
 - 「術後一般管理」ユニット前に実施
 - 「術後一般管理」ユニット後に実施
 - 「術後一般管理」ユニットとどちらか一方を実施
 - 「術後全身管理」ユニットと同時に実施
 - ⇒リハビリをどのタイミングで実施すべきかといった標準治療の検討
- 並列パスの開始タイミングの問題 27件(34%)
 - 事前に想定した、並列パス(せん妄、褥瘡等)の開始タイミング以外の様々なタイミングで開始する必要が出たケース
 - ⇒並列パスの開始タイミングに関する“ロジック”の組み方の検討

リハビリ終了ユニットの内訳

リハビリユニット終了が判断できた事例	93件
リハビリユニット通過が判断できた事例	21件
リハビリユニットを通過していない事例	14件
判断が不可能な事例	3件



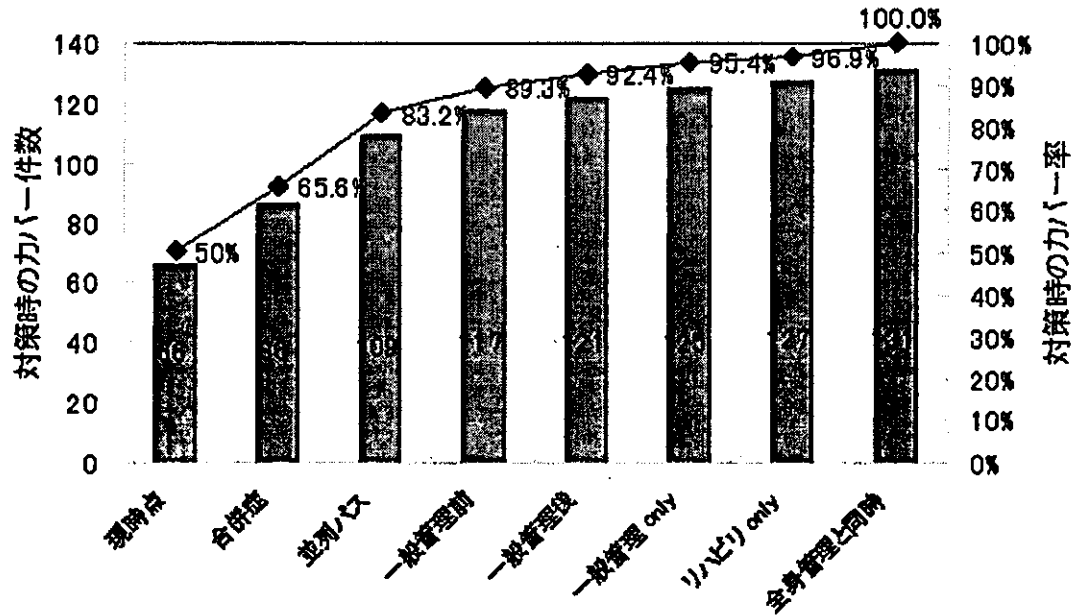
合併症・その他症状の具体例

合併症・ その他症状	病院コード		
	2 調査件数:6件	6 調査件数:10件	13 調査件数:55件
DM			12
痴呆	1		8
HT			3
脳梗塞			3
貧血			2
視力ゼロ			1
半身の歩行			1
肺がん			1
心筋梗塞			1
不隠			1
肺気腫			1
筋骨手関節骨折			1
ASO			1
外科で乳がん末期			1
右半身麻痺			1
狭心症			1
アスピリン使用			1
肺炎	1	1	1
褥瘡	1		
心弁膜		1	
合併症名判定不能		1	

リハビリ治療中断理由

- 転院先でリハビリ治療を継続
 - 転院して、リハビリ平行棒歩行(D2)から続行
- 在宅介護に任せる
 - 車椅子歩行にて自宅退院となった
 - 歩行器歩行にて自宅退院へ
- 患者本人の拒否
 - 本人のリハビリ意欲なし、移乗リハ(D1)で終了

離脱のタイプ ～対策時のカバー率の推移～



2.4 小児気管支喘息

本研究会で提案した小児気管支喘息の臨床プロセスチャートに関して、いくつかの病院で検証した結果について報告する。

2.4.1 小児気管支喘息の検証対象事例

本研究では、検証協力病院としては6施設を取り上げ、2004年の1月から12月までの期間の事例について、検証を実施した。その内容を以下に示す。

表 検証協力病院とその検証事例数

病院	1	2	5	6	8	12	計
件数	10	10	9	5	20	164	218
割合	5%	5%	4%	2%	9%	75%	100%

これら218件ひとつひとつについて、データ入力の抜け・漏れをチェックしたところ、3事例を除いて215件はすべて検証として用いることができることが分かった。この疾患でも、各施設で実際に検証作業を行ってもらった担当者たちは、本研究会の目的を十分に理解し、検証作業自体も非常に的確に行ったと想定される。

2.4.2 経路パターン

小児気管支喘息では大きく分けて、以下の5つの経路パターンがあることがわかった。

- ・ パターン1:「ネオフィリン禁忌なし」,「呼吸感染なし」
- ・ パターン2:「ネオフィリン禁忌なし」,「呼吸感染あり」
- ・ パターン3:「ネオフィリン禁忌なし」,「重症」

- ・ パターン4:「ネオフィリン禁忌あり」,「呼吸感染なし」
- ・ パターン5:「ネオフィリン禁忌あり」,「呼吸感染あり」

また、「ネオフィリン禁忌なし」で「重症」のパターンは今回の検証においては、該当する事例が存在しなかった。

パターン1に関しては、該当事例件数は32件、割合で14.9%を占め、パターン2は該当事例件数は143件、割合で66.5%を占めた。また、パターン3は該当事例件数は5件、割合で2.3%であり、パターン4は該当事例件数は1件、割合は0.5%、パターン5は該当事例件数は7件、割合は3.3%であった。残りの27件は離脱となった。つまり、全体としては、87.4%が当初想定した臨床プロセスチャートでカバーすることができることが分かった。

87.4%というカバー率は高いと思われるが、これも離脱した事例を深く分析した結果、どれもが当初想定した臨床プロセスチャートの設計を少し変えるだけで容易に対応可能であり、100%に近いカバー率を達成できるという結論が得られた。

2.4.3 病棟滞在日数の病院間比較

6つの病院について、入院から退院までの病棟滞在日数の比較を行った例を以下に示す。

病棟滞在日数の平均値で比較すると、ある病院では5.0日であるが、他の病院では7.2日であり、病院間で病棟滞在日数が大きく異なることが分かった。また、ばらつきに関しては、病