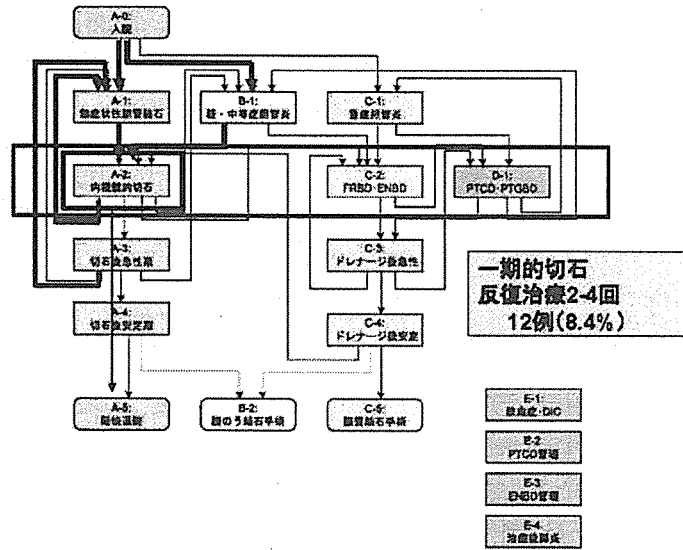
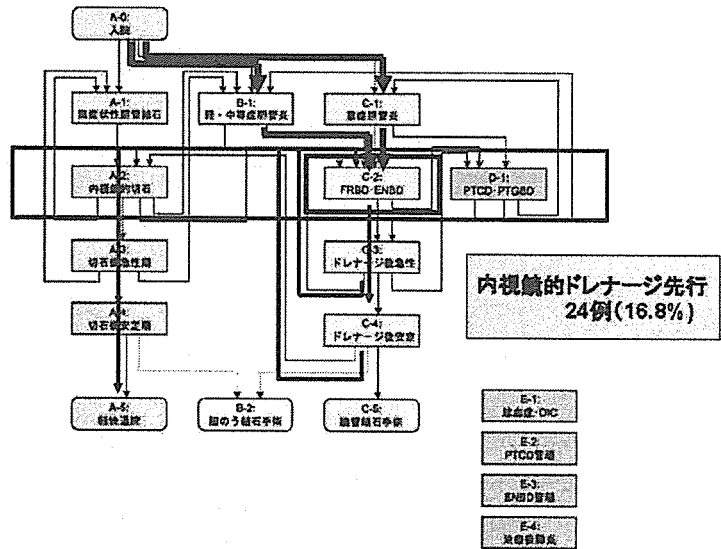


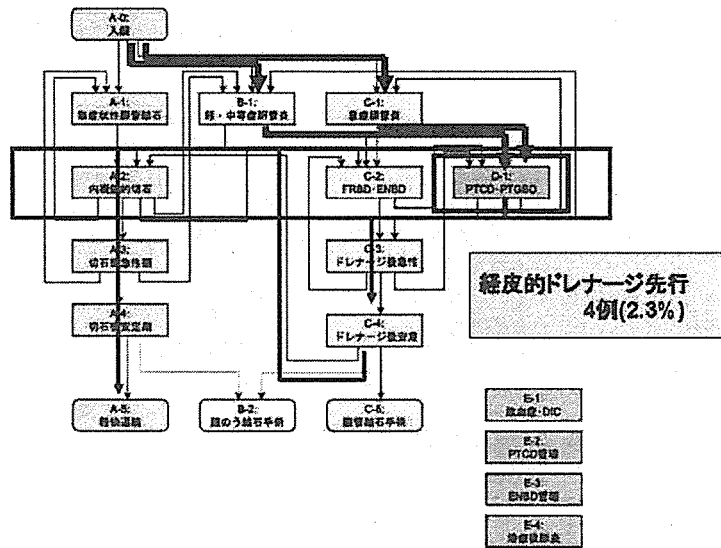
治療モダリティー A-2 一期的切石 反復治療



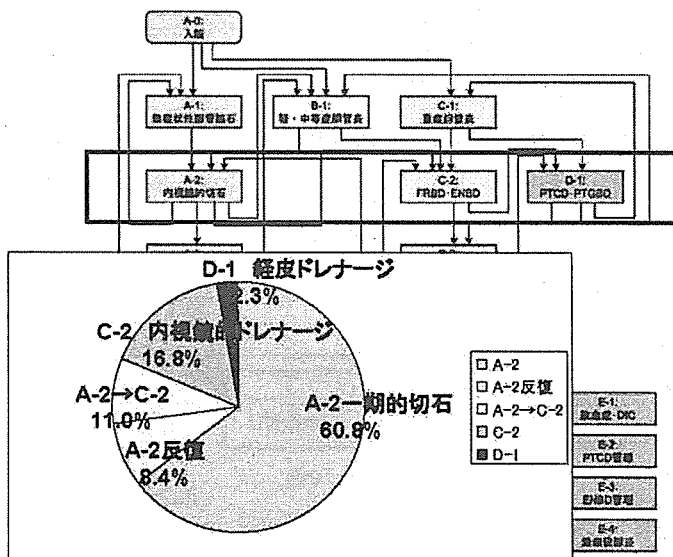
治療モダリティー C-2 内視鏡的ドレナージ先行



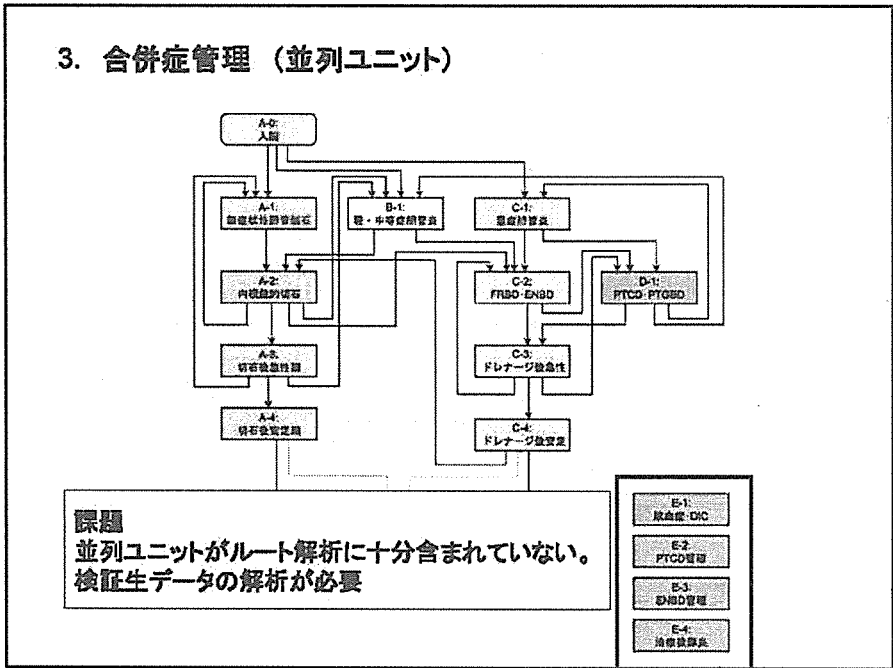
治療モダリティー D-1 経皮的ドレナージ



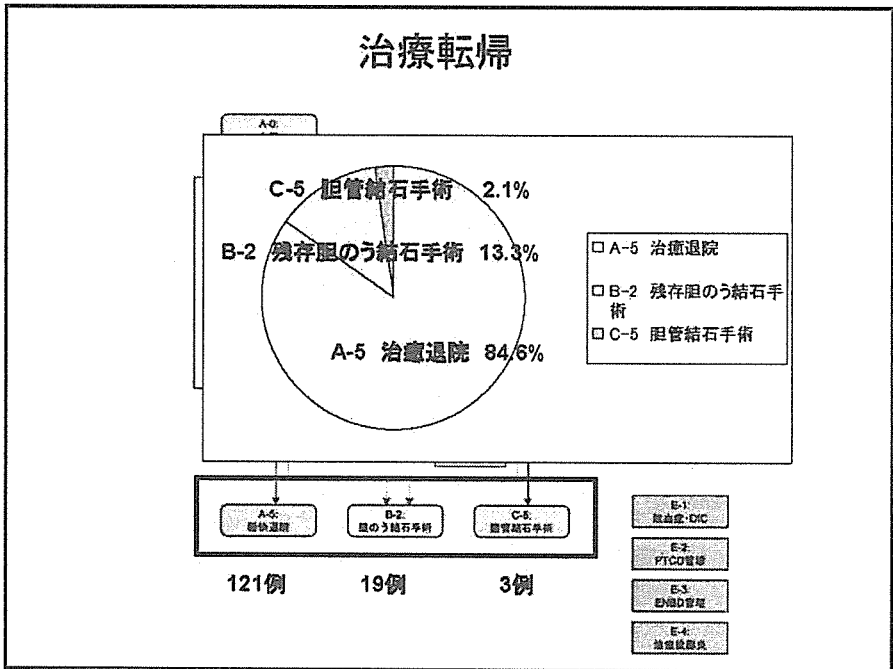
2.初期治療モダリティー まとめ



3. 合併症管理（並列ユニット）



治療転帰



まとめ

- 治療ガイドラインに準拠した急性胆管炎内視鏡治療PCは、臨床的解析では検証したほぼ全例に適応可能であった。
- 重症度別の治療戦略、特に重症胆管炎は治療ガイドラインに準じていた。
- 軽症・中等症胆管炎は症例の割合が多く、治療モダリティーの選択にばらつきが見られた。
- 複雑な病態では移行ではなく、on-offで管理される並列ユニットが必要になると考えられる。
- 並列ユニット(当該PCでは合併症管理)では開始終了ロジック、データ解析が課題である。

5-1-2. 泌尿器科・循環器疾患・小児科・神経内科・呼吸器外科
整形外科領域における臨床プロセスチャート検証調査のまとめ
(福井総合病院 勝尾 信一)

各領域共通で話題になったのは、医師による総合判断能力である。泌尿器科領域では、実際の臨床で行われている特殊検査を移行ロジックに載せるべきか否かの議論があった。施設によって、施行可能な検査と施行不可能な検査があり、必ずしもその検査を行わなくても、医師による総合判断で次のユニットへ移行しうるか、である。小児科領域では、検証調査で出された結果を、そのまま鵜呑みにするのではなく、臨床医師として経路を再評価することで、離脱と評価された症例もカバーされていると修正されるべきとの提言である。また、神経内科領域では、症状の総合判断で診断される各種症候群 PC の検証の困難さが出てきた。臨床の場では、入院時に診断がつかなくとも治療が開始され、経過中の症状から確定診断されることが多々ある。これらに対して入院時から使用可能な PC・US の作成は困難を極めると考えられる。さらに、呼吸器外科領域では、一口では

言い表すことのできないドレーン抜去基準が議論となった。すなわち、量や性状だけで判断するのではなく、全身状態や手術中所見、前日との比較による総合評価によって判断される医療行為である。けれども現実的には、このような医療行為によって、患者状態は大きく変化するわけであり、医師による総合判断によって移行する PC にならざるを得ない現状である。これらはいずれも、医師の経験知に基づいた総合判断であり、可視化することが可能ではあるが現実的・機能的であるかが疑問であり、課題であると考えられる。

1 部の領域では US の作成が行われた。US に盛り込まれる治療ケア行為から PC を見直してみると、同じユニットにありながらも、大きく異なる治療ケア行為が行われているものがあつた。医師の頭の中だけで創造する患者状態 PC ではなく、治療ケアの面からの US 作成も必要と感じられた。

【泌尿器科領域】

泌尿器科領域

- 移行ロジックに盛り込まれる検査項目
 - 現場で行われている検査と乖離がある
- 滞在日数の比較
 - 同じ術式でも、腕ではなく方針で異なる術後

**TUR-P : 水戸総合病院では10年保障
→出血多量**

【循環器疾患領域】

循環器疾患領域

- 他のPCとの行き来
 - 内科系PCの間に挟まる外科系PC

**今回新たな検証調査は
ありませんでした**

【小児科領域】

小児科領域

- 経路パターンの検証
 - 臨床家による、経路パターンのグルーピング

吉田茂先生の解析です

【神経内科領域】

神経内科領域

- 複数科が関与する
 - 検証調査そのものが困難
- 治療方針が多彩
- 入院基準が異なる
 - Retrospectiveに検証調査は可能だが、いざ使おうとしたときに、適応の判断が可能か

症候群はくせものだ

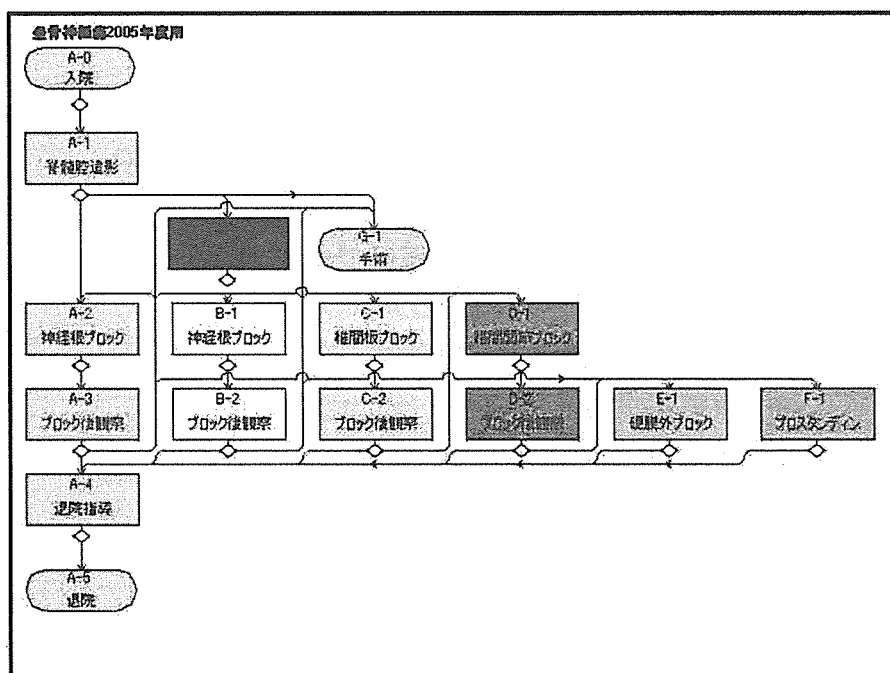
【呼吸器外科領域】

呼吸器外科領域

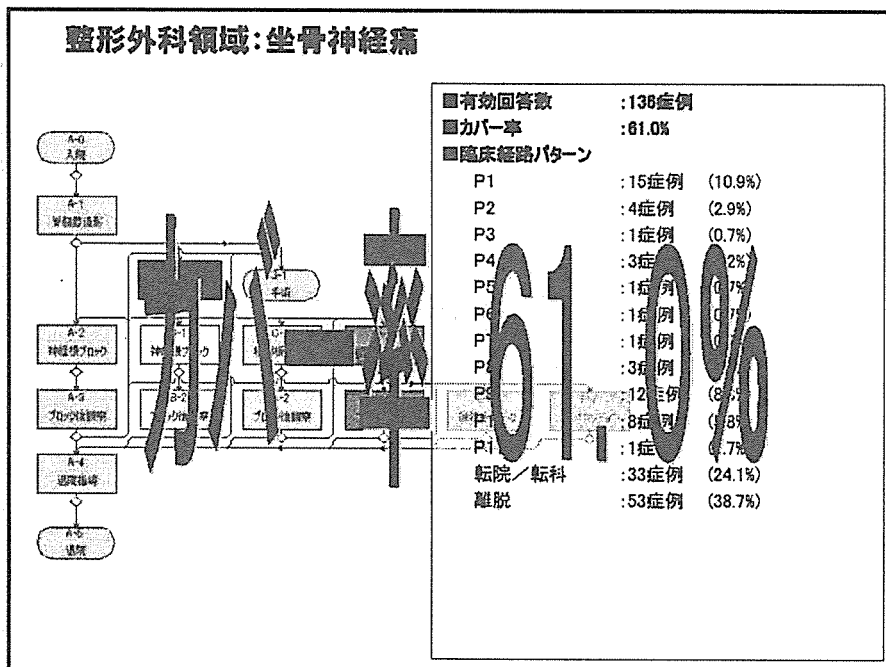
- 移行ロジック:ドレーンが抜去できた
 - 患者状態ではなく、医療行為にせざるをえない
 - ドレーンの抜去基準を書き表せない

**抜去基準を語ると
3時間はかかる**

【整形外科領域】 坐骨神経痛



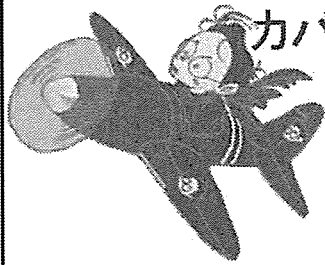
整形外科領域:坐骨神経痛



整形外科領域:坐骨神経痛

離脱ケース

- A1(脊髄腔造影)を実施しなかったケース(37症例)
- ルート不足
 - A1(脊髄腔造影)→E1(硬膜外ブロック)
 - A1(脊髄腔造影)→F1(プロスタンディン)
 - A1(脊髄腔造影)→A4(退院指導)
 - A2(神経根ブロック)→A4(退院指導)
 - A2(神経根ブロック)→A1(脊髄腔造影)
 - A4(退院指導)→G1(手術)



カバー率アップ大作戦

入り口が違う人がいてはだめ
→適応基準の明確化

経路が足りない
→離脱症例で最も多かった経路の追加

2006年度 臨床プロセスチャート検証調査票（補助資料）

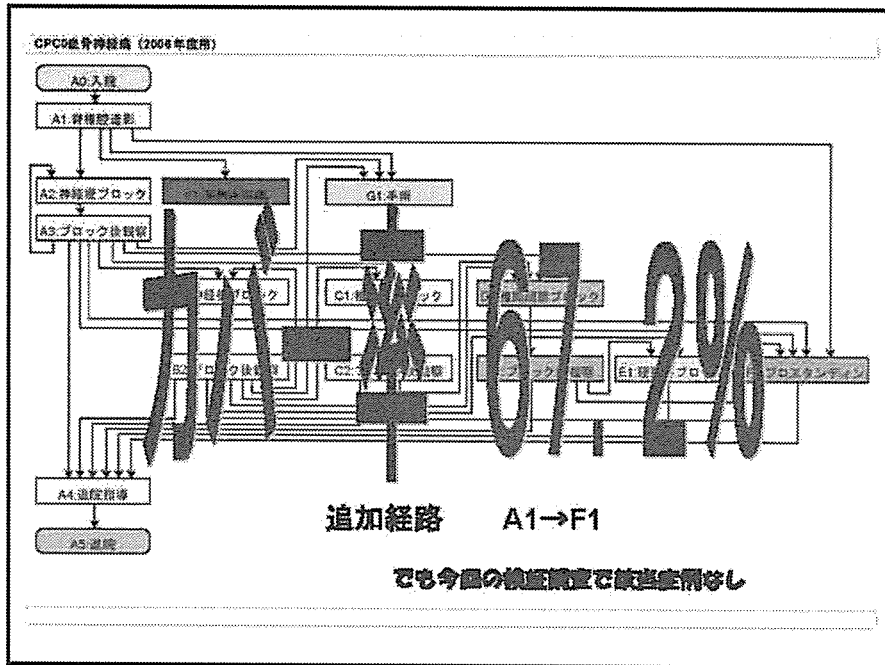
<整形外科領域「坐骨神経痛」の適応ケースについて>

今回は、患者状態適応型パス開発研究にご協力ありがとうございます。
当該パスコンテンツ検証の対象となるケース選定について、お願いがございます。

- ・入院後に脊椎造影を行い、その後に治療（手術を含む）を行う予定の患者を当該パス検証対象としてください
- ・入院してすぐに手術を行う予定の患者、脊椎造影のみで退院予定の患者は適応外としてください

上記につきまして、ご協力くださいますよう、よろしく願いいたします。

以上



5-2. 標準化：ユニットシート検証調査の困難・阻害因子・克服過程

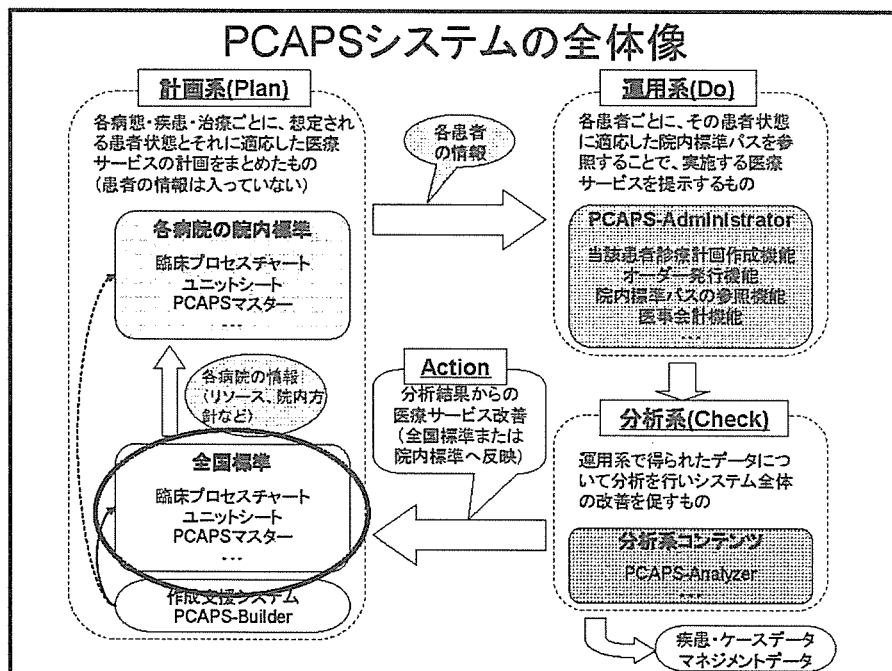
PCAPS では、臨床プロセスチャートとユニットシートの2つのツールを用いて臨床知識を整理しており、PCAPS コンテンツが医療の標準を表していることを担保するためには、臨床プロセスチャートとユニットシートのそれぞれが標準化されていることを確かめる必要がある。その確認手段として、昨年度から臨床プロセスチャートの検証調査を行っているが、ユニットシートの検証調査は行われていなかった。そこで、今年度はユニットシートの検証調査を行って、標準化を試みた。

1 つのユニットシートで実際に検証調査を行った結果、記載内容の改善点の抽出にとどまらず、ユニットシートの構造に関する問題などの様々な知見を得ることが出来た。検証調査を多くにユニットシートについて複数の病院で重ねていくことで、ユニットシートの記載内容だけでなく、構造までも改善されていくことが今回の検証調査結果から考察された。

以上の内容に関して、3月10日のシンポジウムの中で「ユニットシート検証調査に関する報告」という演題で紹介した。以下にプレゼンテーションを示す。

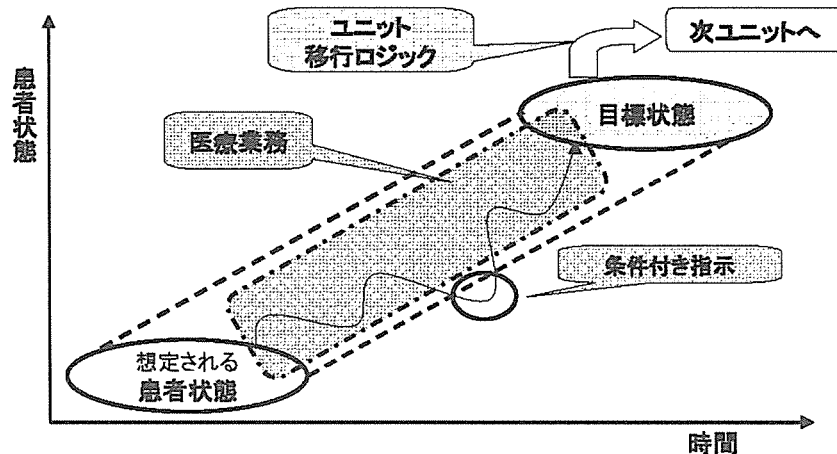
標準化: ユニットシート 検証調査の困難・阻害因子・克服過程

東京大学 飯塚研究室
吉田 剛



ユニットシートの役割

目的：そのユニットの患者を管理して、次のユニットへ効果的・安全に移行させる



検証するユニットシートの項目構造

- 大項目、中項目、小項目の3階層構造
- 大項目：医療業務、患者状態、条件付き指示
目標状態、ユニット移行ロジック
- 中項目(例：医療業務項目)
 - 検査、治療、観察、生活ケア、説明と同意、
安静度、安全のための行動制限
- 小項目(例：治療項目)
 - 栄養、内服・外用、注射、処置、手術、輸血、透析
放射線治療、リハビリ

ユニットシート検証調査の目的

- ① 当該ユニットシートの記載内容の標準化
 - 記載内容のチェック
 - 抜け漏れのチェック
 - PCAPSマスターのチェック
- ② ユニットシートの構造の改善
 - 薬剤関連項目の記述方法
 - 領域毎の特徴が反映出来る構造かどうか？

検証調査方法の概要

- 協力病院でのヒアリング調査
 - 各ユニットの患者を想定して記載内容をレビュー（過去事例などからの検証調査ではない）
- 調査員が議論を進行
 - 調査員：検証調査の議論の進行を理解した人
 - 議論を効率的に進行させる役割
 - 最低限の議論メンバー
 - 担当医師1名以上、看護師1名以上
 - 調査員1名以上