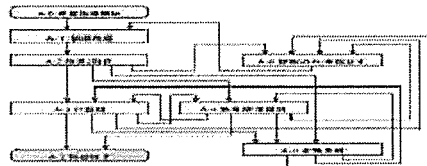


**挙げられた問題点や運用の経験を活かし
PCAPSのフレームワークにて保健指導プログラムを構築中**

□ **栄養指導プロセスの可視化**



項目	内容	備考
1	栄養指導の目的	
2	栄養指導の対象	
3	栄養指導の場	
4	栄養指導の方法	
5	栄養指導の評価	

□ **栄養指導のアセスメント構造と評価構造が不明確**

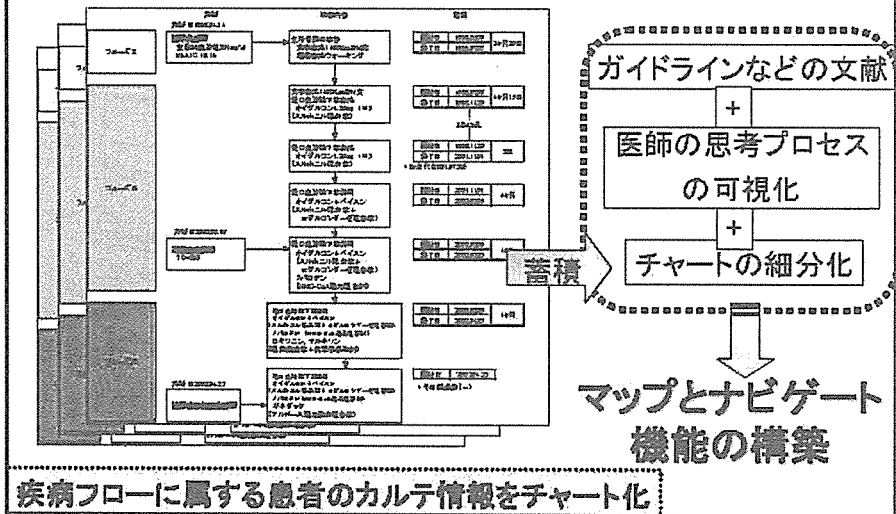
- EBN(N:nutrition)における最も大きな問題点は、評価指標の不足である
(引用:EBNの概念と栄養調査・栄養指導への展開 国立がんセンター研究所 佐々木敏)
- 食事に対する本質的なアセスメント構造が不明確であり、目標設定と指導終了までのプロセス設計が栄養士によってばらついている可能性がある
- 影響因子などのデータ解析を可能とする管理項目と設定すべき記録構造の導出が必要

健診データ分析一例 (糖代謝判定の全体像)

2005.1~12 事業間比較に活用可能 2006.1~12

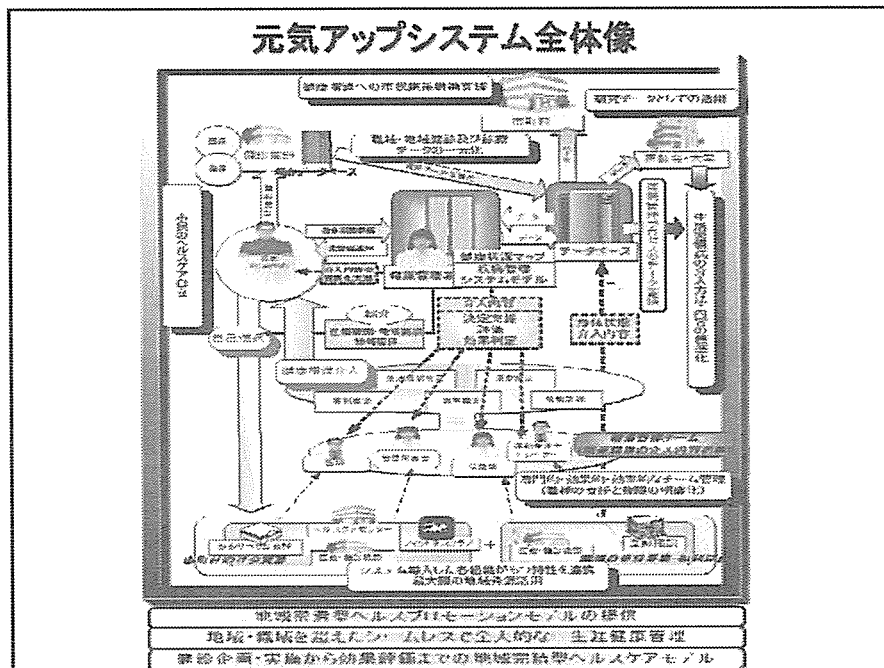
□ 疾病管理プロセスチャートの構築

重要度の高い疾病フローからプロセスチャートを作成



活動状況と今後の展開

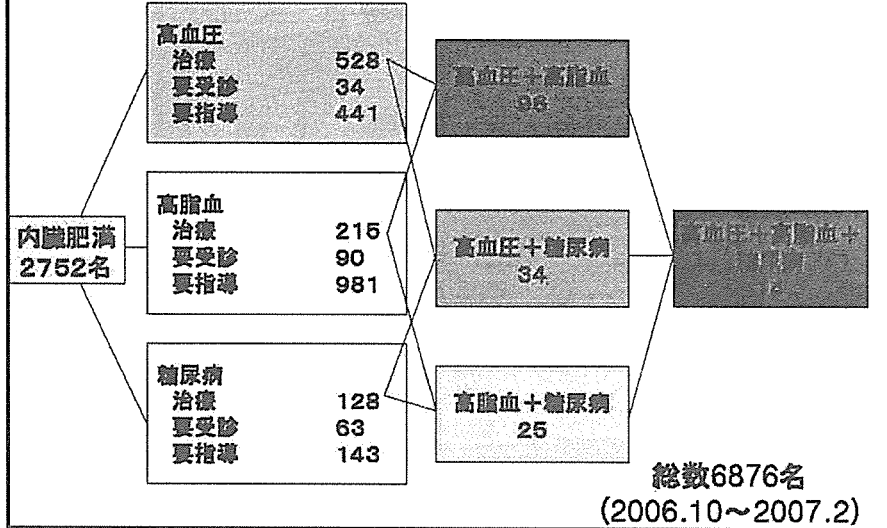
- 健診システムの問題抽出
- PCAPS疾病管理プロセス支援システムに必要な機能の抽出
- PCAPS疾病管理プロセス支援システムの設計
- 疾病管理プロセス設計
- 疾病管理指標の設計
- 当該システムの現実適用→ 水戸病院ドック外来
- 疾病管理指標の標準化(指標とその取り扱い)に関する現実的課題



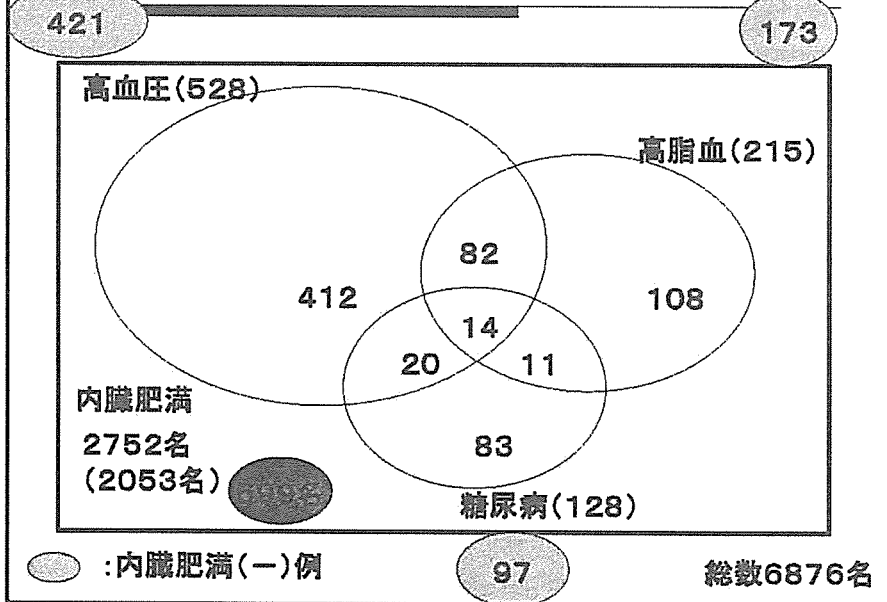
健診を基点とした 地域医療連携と疾病管理手法の構築

- 2006年10月1日～2007年2月21日
水戸総合病院健診センター延べ受診者数
6876名の健診データを解析
- その解析結果から、地域医療の疾病構造を把握
- アプローチの優先度が高い集団を的確に抽出し、
地域医療施設との連携にて
適切な保健指導、治療を実践するために必要な
ナビゲート機能と疾病管理(ドック外来の役割)

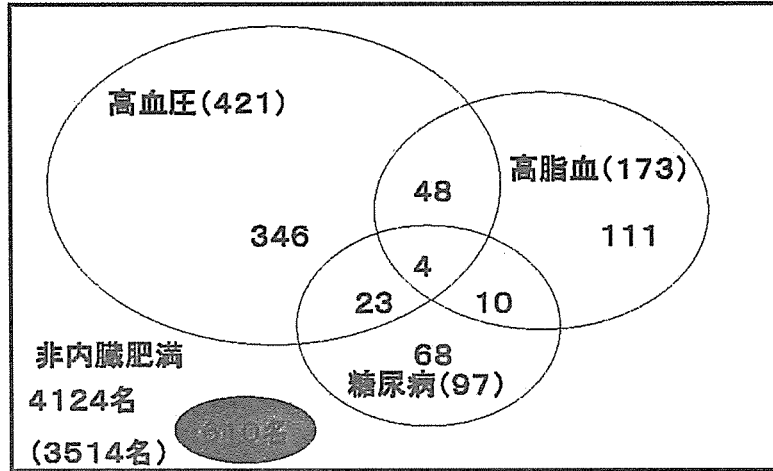
メタボリックシンドローム判定者の治療歴



健診治療者のメタボ割合

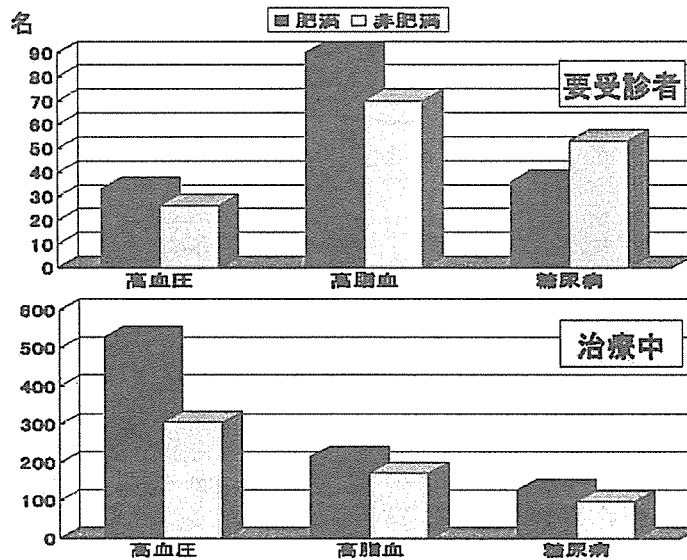


健診非内臓肥満者のメタボ割合

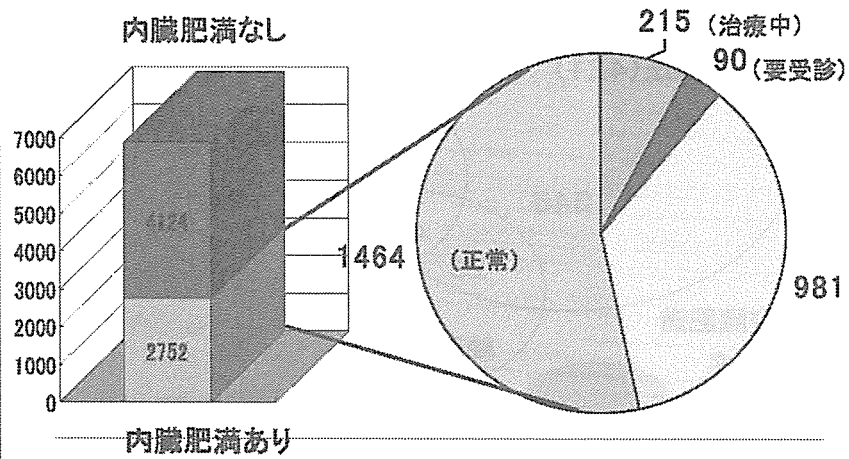


総数6876名

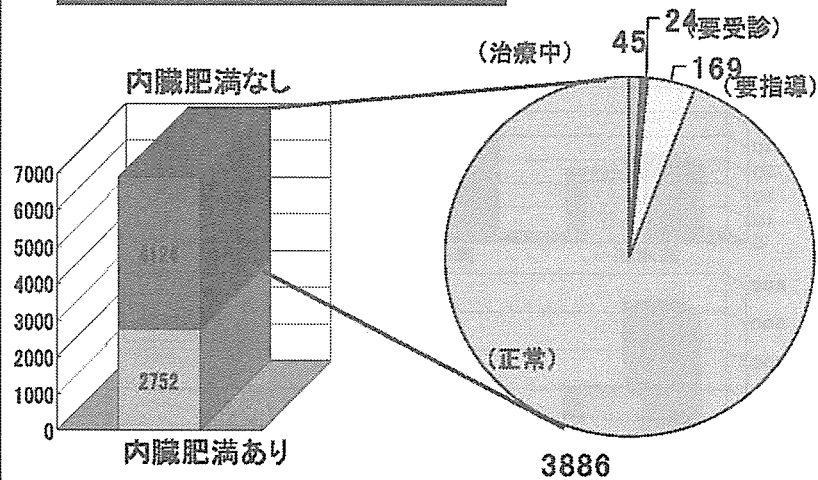
内臓肥満有無別要受診者・治療者



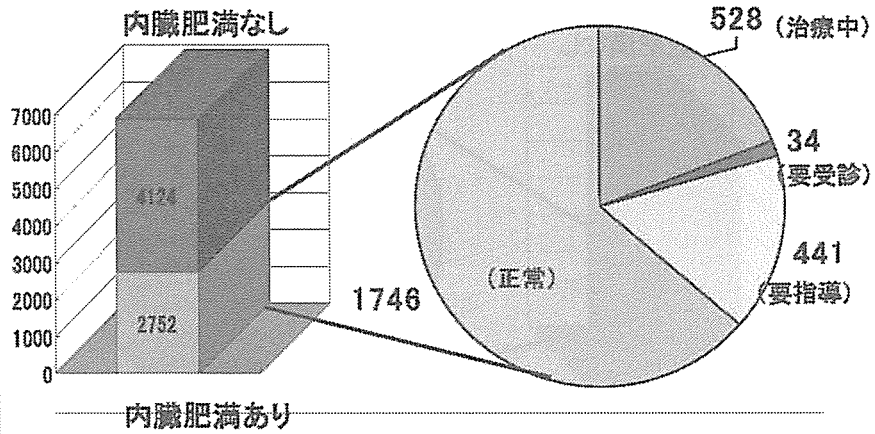
内臓肥満と高脂血症(1)



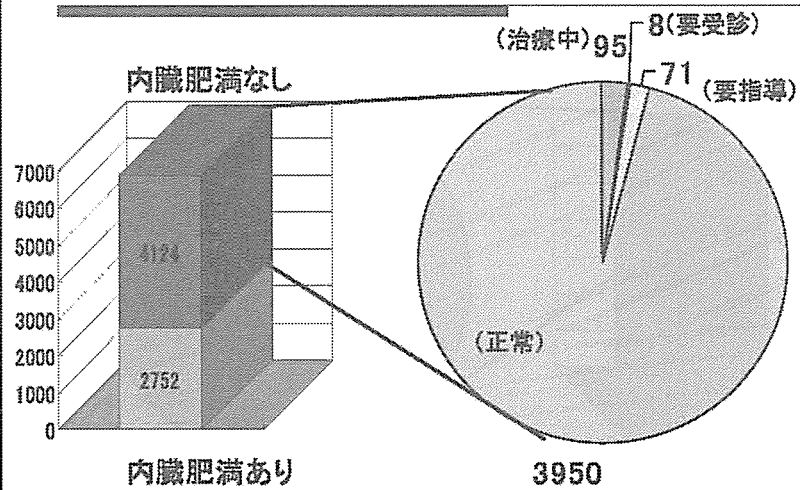
内臓肥満と高脂血症(2)



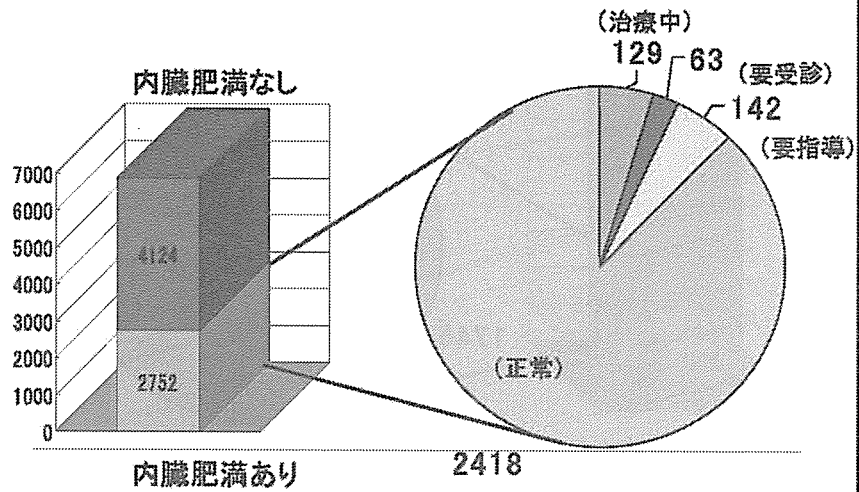
内臓肥満と高血圧症(1)



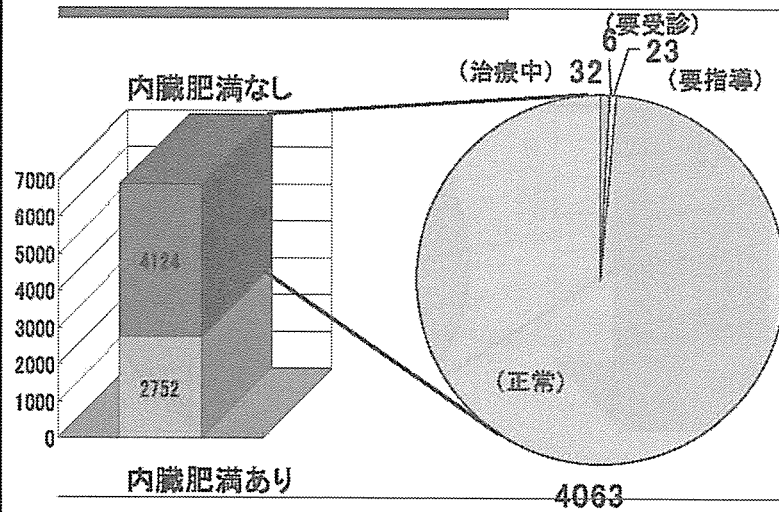
内臓肥満と高血圧症(2)



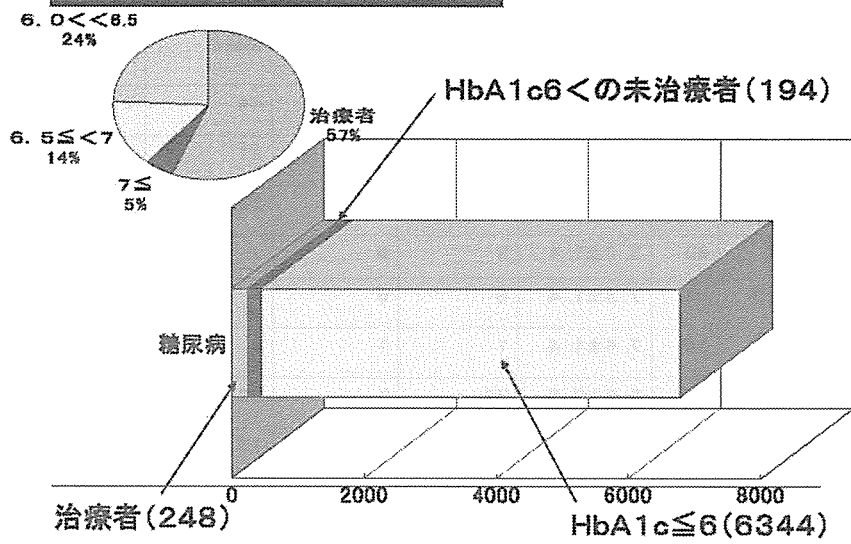
内臓肥満と糖尿病(1)



内臓肥満と糖尿病(2)



健診者の糖尿病の実態



糖尿病区分別HbA1c値

全体(6876)	例数	HbA1c
治療中	225	7.1 ± 1.1
要受診者	89	7.4 ± 1.4
要指導者	244	5.9 ± 0.5
内臓肥満あり(2752)		
治療中	129	7.1 ± 1.1
要受診者	63	7.3 ± 1.4
要指導者	142	6.0 ± 0.5

糖尿病からみたメタボ

糖尿病治療区分	例数	HbA1c値	高血圧治療中	高血圧 要受診者	高Cho血症 治療中	高Cho血症 要受診者
治療者中	225	7.1±1.1	89	0	44	7
メタボ陽性	102	7.3±1.2	54	0	21	4
メタボ陰性	123	6.9±1.1	35	0	23	3
要受診者	89	7.4±1.4	9	6	7	10
メタボ陽性	54	7.3±1.4	8	5	4	8
メタボ陰性	35	7.4±1.4	1	1	3	2
要指導者	244	5.9±0.5	72	3	32	2
メタボ陽性	109	5.9±0.4	43	1	15	1
メタボ陰性	135	5.9±0.6	29	2	17	1

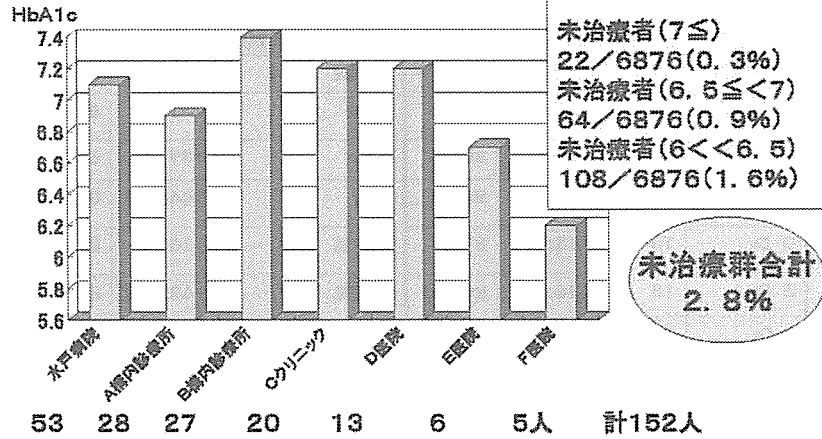
糖尿病

□ 施設別治療成績

病院	症例数	HbA1c	病院	症例数	HbA1c
水戸病院	53	7.1±1.4	I Dr	3	6.4±0.3
A構内診療所	28	6.9±1.0	J 病院	3	7.1±0.1
B構内診療所	28	7.4±1.3	K Dr	2	10.8±1.6
C糖尿病専門 クリニック	20	7.2±1.5	L Dr	2	6.3±0.4
D Dr	13	7.2±1.1	M Dr	2	7.2±0.6
E Dr	6	6.7±0.9	N 眼科専門	2	8.5±0.4
F Dr	5	6.2±0.4	O 療養所	2	9.3±0.8
G Dr	5	7.1±0.6	その他	71	7.5±1.2
H Dr	4	6.3±1.3			

健診者糖尿病治療の実態

2006年10月から
の約5ヶ月間



高血圧

□ ドック高血圧と家庭内血圧判定

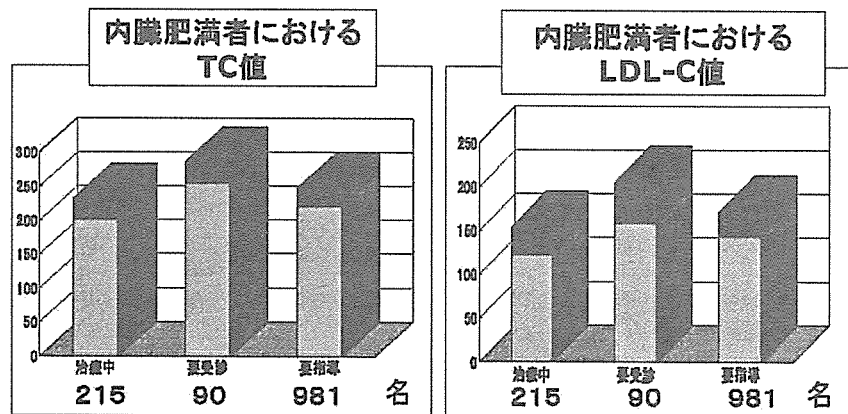
		ドック判定 (579名)				治療良好	
		正常	軽度異常	要指導	要受診	要治療	治療中
家庭内血圧判定	正常		73	43			19
	軽度異常	14	77	69			58
	要指導 要受診 要治療		133	133			92
			白衣高血圧				軽症高血圧 86 中等症高血圧 6
				介入	治療強化		

高血圧

□ 施設別治療成績(合計)

病院	症例数	収縮期	拡張期	病院	症例数	収縮期	拡張期
水戸病院	91	135±16	84±10	G 病院	12	138±20	86±11
A 構内診	103	140±13	90±8	H Dr	11	137±6	82±9
B 構内診	93	140±15	89±8	I Dr	11	137±9	88±9
C Dr	30	134±12	84±8	J Dr	8	144±16	91±10
D Dr	19	143±12	87±8	K 病院	8	136±8	87±8
E Dr	18	138±10	86±9	L 病院	7	142±22	86±11
F Dr	13	134±12	86±10				

高脂血症



高脂血症

□ 施設別治療成績(合計)

	症例数	総コレステロール	LDL-C
水戸病院	40	191±33	113±31
A 構内診	60	202±31	125±32
B 構内診	39	209±31	131±30
C Dr	14	205±19	120±28
D Dr	10	195±20	111±23
E Dr	7	209±20	121±25

解析結果

□ 糖尿病

- 要受診者のHbA1c値高く、積極的介入必要
- 診療施設毎に治療成績がばらつく(質保証)

□ 高血圧

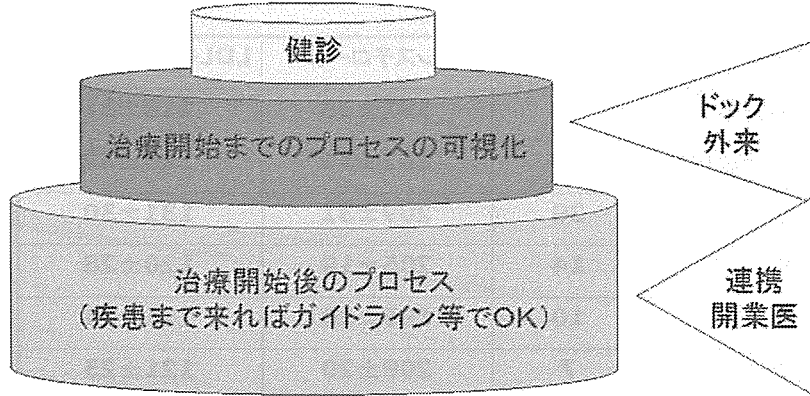
- 白衣高血圧多く、受診後家庭内血圧測定必要
- 要受診者の血圧高く、介入必要
- 各医療施設の治療成績のばらつきは少ないが、効果不十分

□ 高脂血症

- 要受診者のTC、LDL-C値高く、積極的介入必要
- 各医療施設間のばらつき少なく、成績も良い

内臓肥満をベースに生活習慣病対策をとることは有用である

ナビゲーター機能



ドック外来フロー

目付 2007/02/08更新

フロー	Who	When	Where	What How
【ドック】 ドック管理担当受診	ド	ドック日	ドック	CRM・HT・HLの職種別役割・対応時間の把握をしなければならず、健診等に対してドック外受診業務... CRM: 治療中でもコンプライアンス・対応の必要性の把握。 HL: 治療中でも... ※ 特等健診・検疫管理プログラムの実施状況に依る。
↓				
相談	HL, PMH	既読開始時	ドック	ドック管理担当
↓				
ドック外 予約 カルテ作成	事務	既読後	事務室	予約予約 (毎月第1土曜日のみ) 相談室、相談室の電話 相談室の予約作成
【ドック外受】 受付	事務	8:30 (開診前0:00)	受付	リスト作成・通知 カルテ等一読 (ドック外受受付・ドック外受ファイル・伝票・検診依頼書等)
↓				
検診担当	HL, PMH	2nd検診開始	検診室	検診室、検診室より、検診依頼(レポート) 2nd検診への指示等 ※ 検診室、検診室より検診依頼(レポート)作成に要す (検診室も検診室に検診依頼)
↓				
医師指導	ド	9:00~9:30	1Fホール	検診室 医師・検診室 (検診室検診室) ドック外受一読 (検診室に指示等)
↓				
既読開始	ド	9:30	検診室	既読(オーダー)一読 (検診室、検診室)
↓				
検診開始	HL, PMH 検診士(D)		検診室	検診開始 検診室: 検診室の検診開始 ドック外受ファイル一読 (検診室、検診室) ※ 検診室検診室のある場合は検診室検診室 ドック外受ファイル一読 (検診室、検診室)
↓				
検診終了	事務		受付	検診室の上書き 検診 検診室検診室の上書き (検診室、検診室) 検診室の上書き (検診室、検診室)
↓				
内服薬処方	医師		検診室	検診室の上書き (検診室、検診室)
↓				
検診終了				

2006年	12月23日	2	2	2
2007年	1月20日	7	2	9
	2月17日	2	7	9
	3月17日	2	8	10
	3月24日	3	7	10

ドック外来シート

No	年齢	所見	ドック	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
1	70	腹囲 血圧	11月27日	12月23日	1月20日	2月17日		
		腹囲	85	88	86	82.5		
		体重	63.1	61.9	62.5	62.8		
		血圧	148/96	161/99	128/82	128/88		
		備考		降圧剤処方	同			
2	59	腹囲 血圧	11月27日	12月23日	1月20日	2月17日		
		腹囲	88	92	91.5	91		
		体重	83.2	83.4	83.8	83.8		
		血圧	156/104	156/100	138/84	146/86		
		備考		降圧剤処方	兄葬儀:同			
3	70	血圧	12月25日	1月20日	2月17日			
		腹囲	81	84	81.3			
		体重	63.8	64.7	63.9			
		血圧	145/90	150/88	140/72			
		備考		降圧剤処方	同			

合計	20名
内臓肥満	15名
高血圧	3名
高脂血症	15名
糖尿病	2名

現在進行中で、成果は今後

6-2. 地域連携医療

(水戸総合病院 吉井 慎一, 東京大学大学院 赤井 亮太)

パネルⅡ
PCAPSによる連携医療の可能性

前立腺肥大症の地域連携パス

(株)日立製作所 水戸総合病院
吉井慎一

PCAPSによる連携医療の可能性

地域連携医療システムの設計

東京大学 大学院 飯塚研究室



水戸総合病院 泌尿器科
地域の医師



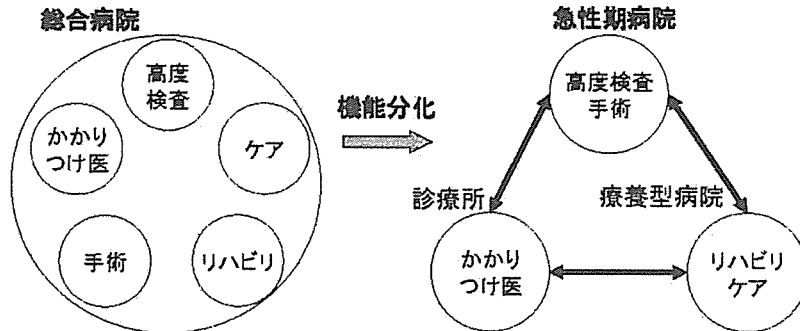
地域連携パス作成(作成過程)のモデル

PCAPSの考え方、発展性

地域連携医療の必要性

総合病院完結型医療

地域連携医療

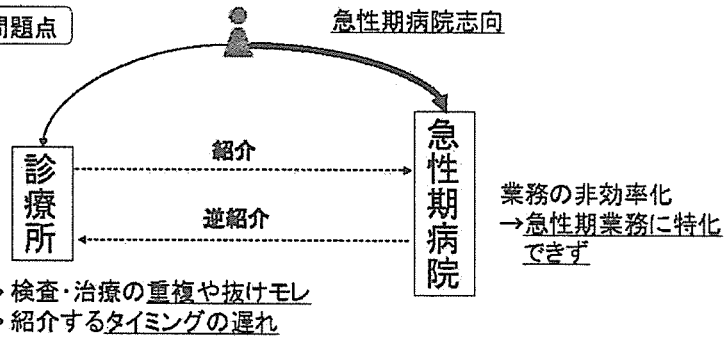


患者状態に応じた地域連携医療が必要
医療側の都合ではありません！

現状の問題点と目的

現状の問題点

急性期病院志向

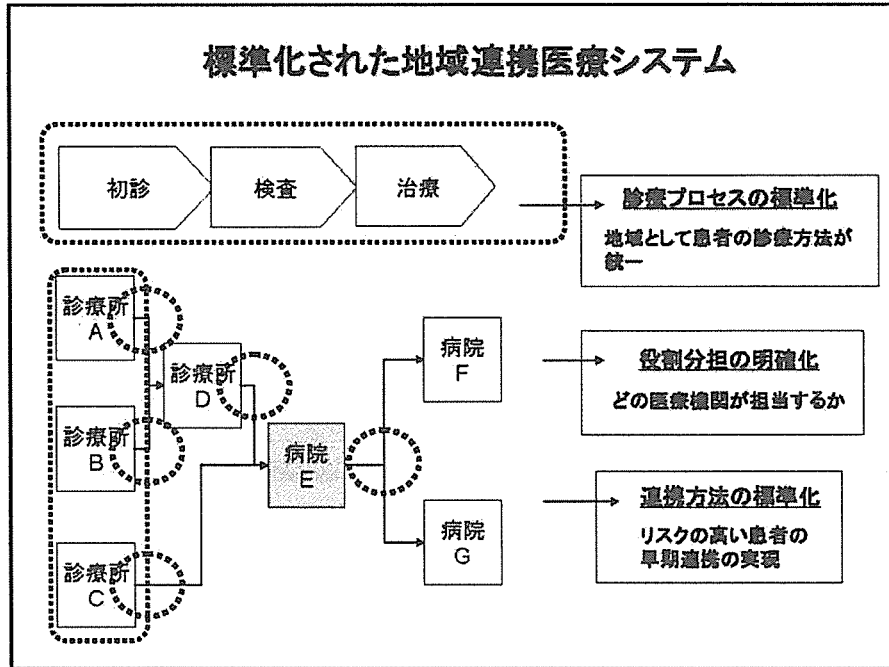


目的

連携のためのガイドを作るために・・・

急性期病院, 診療所, 患者の3者が関与した
地域連携医療システムの設計(標準化)

標準化された地域連携医療システム



地域連携パス作成

標準化された地域連携医療システムが必要

⇒ 新しいツール作成

地域連携パスの機能

診療プロセスの標準化

役割分担の明確化

連携方法の標準化



患者状態適応型パス(PCAPS)の概念を用いる

モデルとなる疾患を決める

前立腺肥大症の特色

- 排尿障害というQOLを損ねる良性疾患
- 比較的ゆっくり進行する疾患
- 患者数が多い \Rightarrow 診療所での治療
- 薬物療法が主だが時に手術が必要
- 自覚症状と重症度が一致しないことがある
- 前立腺癌の問題 \Rightarrow 泌尿器科医の必要性

日常診療に適したガイドラインの重要性

医学界新聞(2006/4/17)

シンポジウム

「外科領域におけるEBMに基づく診療ガイドラインの評価と展望」

臨床家が本当に必要としている日常診療に使える

- ① 診療ガイドラインの作成方法
- ② その周知方法
- ③ 今後のガイドラインのあり方

スタンダード 「一定の水準を満たす満たす診療で、医師として恥じることなく通常行われる診療」

\longrightarrow 医療制度や地域・時代によって異なる

95%以上

ガイドライン 「適切な診療を行う道筋を広く示したもの」

\longrightarrow 現在利用可能なエビデンスとエキスパートオピニオンによって作成
スタンダードを模倣するものではない

60%~95%

50%程度はオプション

* 質管理という標準化とは意味が異なる

指令(directive) > 推奨(recommendation) > 指針(guidelines)