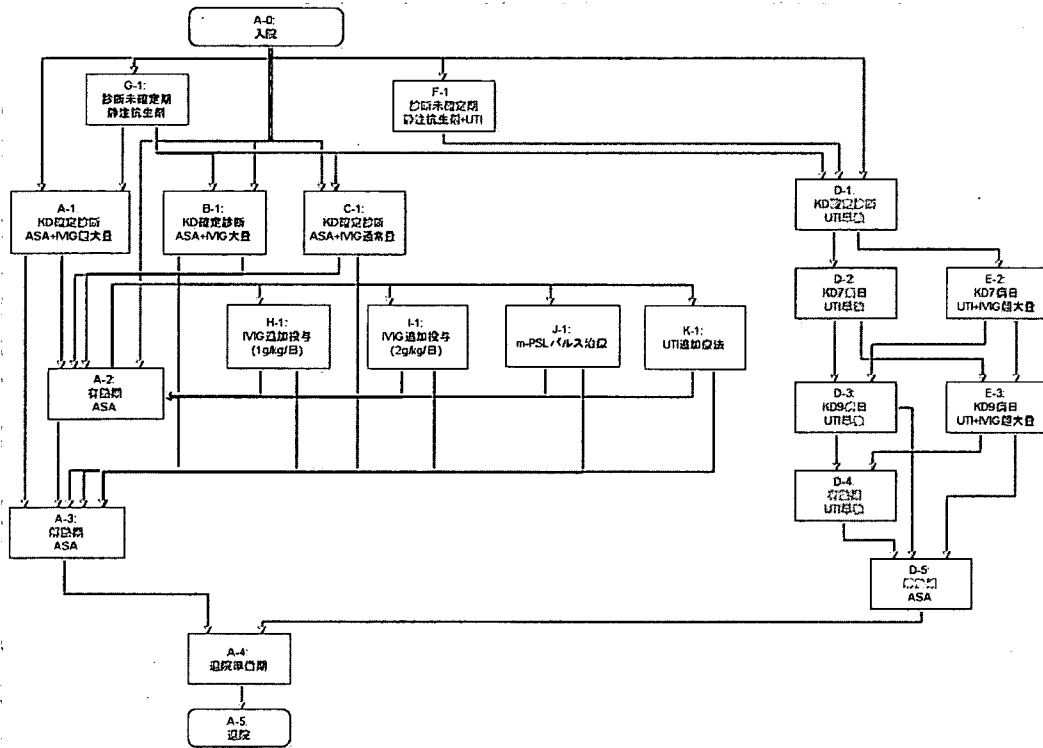


移行ロジック一覧

2007年度

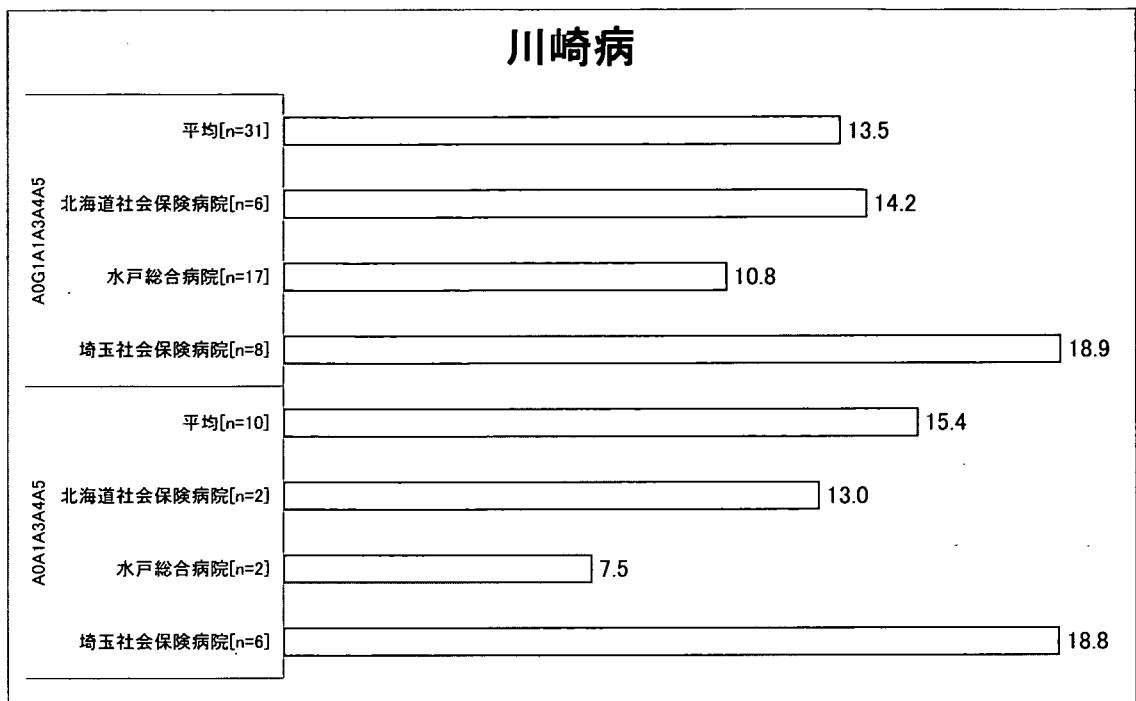
川崎病

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A-0: 入院	KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD疑診例 and 施設方針による治療選択 or KD軽症例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD疑診例 and 施設方針による治療選択 KD疑診例 and 施設方針による治療選択	A-1: KD確定診断 ASA+IVIG超大量	
		A-2: 有熱期 ASA	
		B-1: KD確定診断 ASA+IVIG大量	
		C-1: KD確定診断 ASA+IVIG通常量	
		D-1: KD確定診断 UTI単独	
		F-1: 診断未確定期 静注抗生剤+UTI	
		G-1: 診断未確定期 静注抗生剤	
		A-1: KD確定診断 ASA+IVIG超大量	IVIG療法終了時点で体温38℃以上
A-2: 有熱期 ASA	IVIG療法終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	A-2にて24時間以内に体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	A-2にて24時間以降で体温38℃以上 and 施設方針	H-1: IVIG追加投与 (1g/kg/日)	
	A-2にて24時間以降で体温38℃以上 and 施設方針	I-1: IVIG追加投与 (2g/kg/日)	
	A-2にて24時間以降で体温38℃以上 and 施設方針	J-1: m-PSLパルス治療	
	A-2にて24時間以降で体温38℃以上 and 施設方針	K-1: UTI追加療法	
A-3: 解熱期 ASA	KD14病日から28病日の冠動脈病変なし	A-4: 退院準備期	
A-4: 退院準備期	体温38℃未満 and 次回外来受診日説明済	A-5: 退院	
B-1: KD確定診断 ASA+IVIG大量	IVIG療法終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
C-1: KD確定診断 ASA+IVIG通常量	IVIG療法終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	施設方針 (KD7病日の重症度スコア軽症)	D-2: KD7病日 UTI単独	
D-1: KD確定診断 UTI単独	施設方針 (KD7病日の重症度スコア重症)	E-2: KD7病日 UTI+IVIG超大量	
D-2: KD7病日 UTI単独	KD9病日の最高体温38℃未満	D-3: KD9病日 UTI単独	
D-3: KD9病日 UTI単独	KD9病日の最高体温38℃以上	E-3: KD9病日 UTI+IVIG超大量	
	KD10病日の最高体温38℃以上	D-4: 有熱期 UTI単独	
D-4: 有熱期 UTI単独	KD10病日の最高体温38℃未満	D-5: 解熱期 ASA	
D-5: 解熱期 ASA	体温38℃未満	D-5: 解熱期 ASA	
E-2: KD7病日 UTI+IVIG超大量	KD14病日から28病日の冠動脈病変なし	A-4: 退院準備期	
	KD9病日の最高体温38℃未満	E-3: KD9病日 UTI+IVIG超大量	
E-3: KD9病日 UTI+IVIG超大量	KD9病日の最高体温38℃以上	D-3: KD9病日 UTI単独	
	KD10病日の最高体温38℃以上	D-4: 有熱期 UTI単独	
F-1: 診断未確定期 静注抗生剤+UTI	KD10病日の最高体温38℃未満	D-5: 解熱期 ASA	
	KD確診 and 施設方針	D-1: KD確定診断 UTI単独	
G-1: 診断未確定期 静注抗生剤	KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択 KD確診例 and 施設方針による治療選択	A-1: KD確定診断 ASA+IVIG超大量	
		B-1: KD確定診断 ASA+IVIG大量	
		C-1: KD確定診断 ASA+IVIG通常量	
		D-1: KD確定診断 UTI単独	
H-1: IVIG追加投与 (1g/kg/日)	IVIG追加投与終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
I-1: IVIG追加投与 (2g/kg/日)	IVIG追加投与終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	IVIG追加投与終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
J-1: m-PSLパルス治療	IVIG追加投与終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	IVIG追加投与終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
K-1: UTI追加療法	m-PSLパルス療法終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	
	m-PSLパルス療法終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
	UTI追加療法終了時点で体温38℃以上	A-2: 有熱期 ASA	
	UTI追加療法終了時点で体温38℃未満	A-3: 解熱期 ASA	

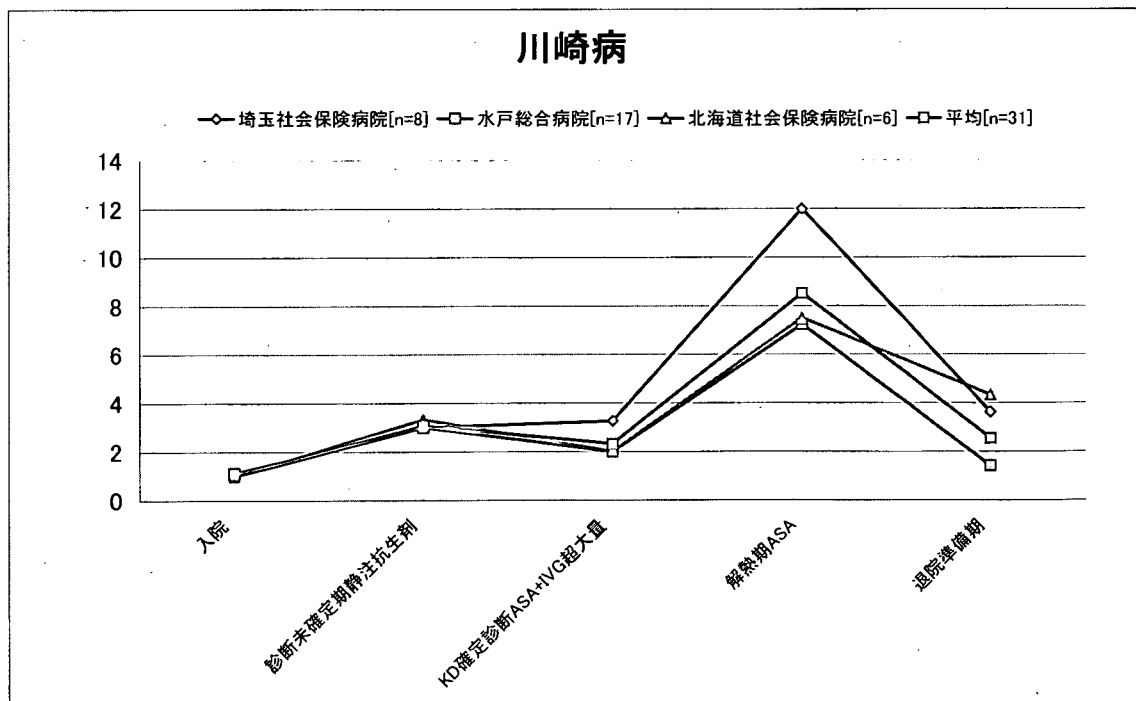


川崎病の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
川崎病	A0-G1-A1-A3-A4-A5	31	29.2%	○	83.0%
	A0-A1-A3-A4-A5	10	9.4%	○	
	A0-A2-I1-A3-A4-A5	8	7.5%	○	
	A0-A2-H1-A3-A4-A5	7	6.6%	○	
	A0-D1-E2-D3-D5-A4-A5	6	5.7%	○	
	A0-F1-D1-D2-D3-D5-A4-A5	4	3.8%	○	
	A0-F1-D1-E2-D3-D5-A4-A5	4	3.8%	○	
	A0-A2-A3-A4-A5	2	1.9%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-A1-A2-H1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-A1-A2-I1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-A1-A2-K1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-A2-H1-A2-I1-A2-I1-A2-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-D1-D2-D3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-D1-D2-E3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-F1-D1-D2-E3-D4-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-F1-D1-D2-E3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-A1-A2-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-A1-A2-H1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-A1-A2-J1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-A1-A2-K1-A3-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-D1-D2-D3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-D1-D2-E3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-D1-E2-D3-D5-A4-A5	1	0.9%	○	
	A0-G1-A1-A3-A5	5	4.7%	×	
	A0-G1-A1-A2-I1-A3-A5	4	3.8%	×	
	A0-G1-A2-A1-A3-A4-A5	3	2.8%	×	
	A0-A1-A3-A2-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	A0-A2-H1-H1-I1-A3-J1-A3-J1-A3-I1-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	A0-G1-A1-A3-A2-H1-I1-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	A0-G1-A2-A1-A3-I1-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	A0-G1-A2-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	A0-G1-A2-H1-A3-A2-H1-A3-A4-A5	1	0.9%	×	
	計	106	100.0%		



川崎病の平均在院日数比較



川崎病のユニット滞在日数比較

## 6. 呼吸器外科

執筆：矢野 真

### ①コンテンツの特徴

今回、検証をお願いしたのは、胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術と手掌多汗症に対する胸腔鏡下交感神経遮断術の臨床プロセスチャートである。前縦隔腫瘍は胸骨正中切開で摘出されることが多いと思われ、また、これはすでに検証調査が行われている。比較的小さな中縦隔、後縦隔の腫瘍、すなわち神経原性の腫瘍や先天性嚢胞などは多くの施設では鏡視下で手術が行われ、複雑な合併症も少ないと考え、臨床プロセスチャートとユニットシートを作成した。合併症としては、術後の出血と乳び胸を想定した。手掌多汗症に対する胸腔鏡下交感神経遮断術は日帰り手術で行われることもあると思われるが、入院治療での臨床プロセスチャートとユニットシートを作成した。研究会等で報告される術中合併症に出血や肺損傷があり、術後のドレーンの有無で対応した。

### ②カバー率・離脱

胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術は5病院49症例で検証がなされ、カバー率は100%で、すべて合併症のないメインルートをとった。施設ごとの平均在院日数は7.6日から15日（平均9.1日）とばらつきがある。症例数の少ない施設もあり、単純な比較は困難であるが、都市部と地方との違いが示唆された。

手掌多汗症に対する胸腔鏡下交感神経遮断術は2施設45症例で検証がなされた。カバー率は100%で、44症例が合併症のないメインルートをとどり、1例が術中肺損傷のためドレーンを挿入した経路となった。平均在院日数は全体で3.02日、メインルートの平均在院日数は3日で施設による差は

認めなかった。

今回検証した臨床プロセスチャートは合併症の少ない症例であり、カバー率100%が達成された。より多くの症例を検証すれば、別ルートがありうるかもしれないが、現状でも現実的な運用に問題はないと考える。

### ③今後の課題・展望

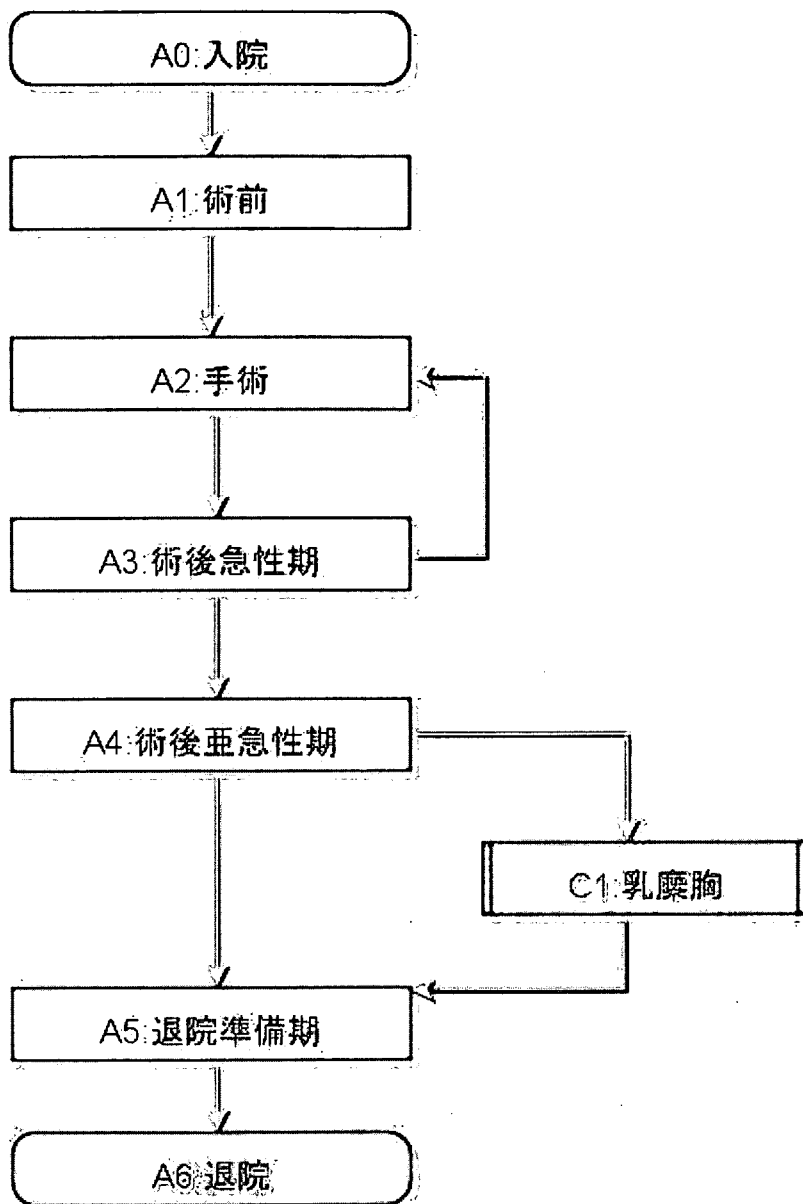
これまで、自然気胸【パス名称：気胸入院】、肺癌【肺悪性腫瘍手術→肺腫瘍手術（鏡視下手術を含む）】、前縦隔腫瘍【前縦隔腫瘍（胸骨正中切開）】の検証を行っており、今回を含めて、5種類のパスの検証を行ったことになる。気胸入院のパスは最初の検証調査でカバー率71.8%、改訂により98.6%を達成したが、その他のパスは初回の検証で比較的高いカバー率となり、実際の症例での対応が可能であると考えられた。

しかし、臨床プロセスチャートの検証は現実の症例に対応可能か否かの検証であり、医療の質を問うたものではない。PCAPSの目的は医療の質保証であり、作成されたユニットシートの内容を吟味することが次のステップとなる。5種類のパス全てでユニットシートが作成されているので、その内容の検証を進めていきたい。

呼吸器外科で扱う手術症例の種類はそれほど多種類ではなく、胸壁腫瘍、膿胸などのパスを作成することで、多くの症例をカバーできると考えている。しかし、胸壁腫瘍は縦隔腫瘍と同様、比較的シンプルな臨床プロセスチャートが描くことができるが、膿胸については病態の多様性に加えて、治療方法も様々であり、術式ごとの小さなパスに分けることが現実的かもしれない。今

後の検討課題としたい。

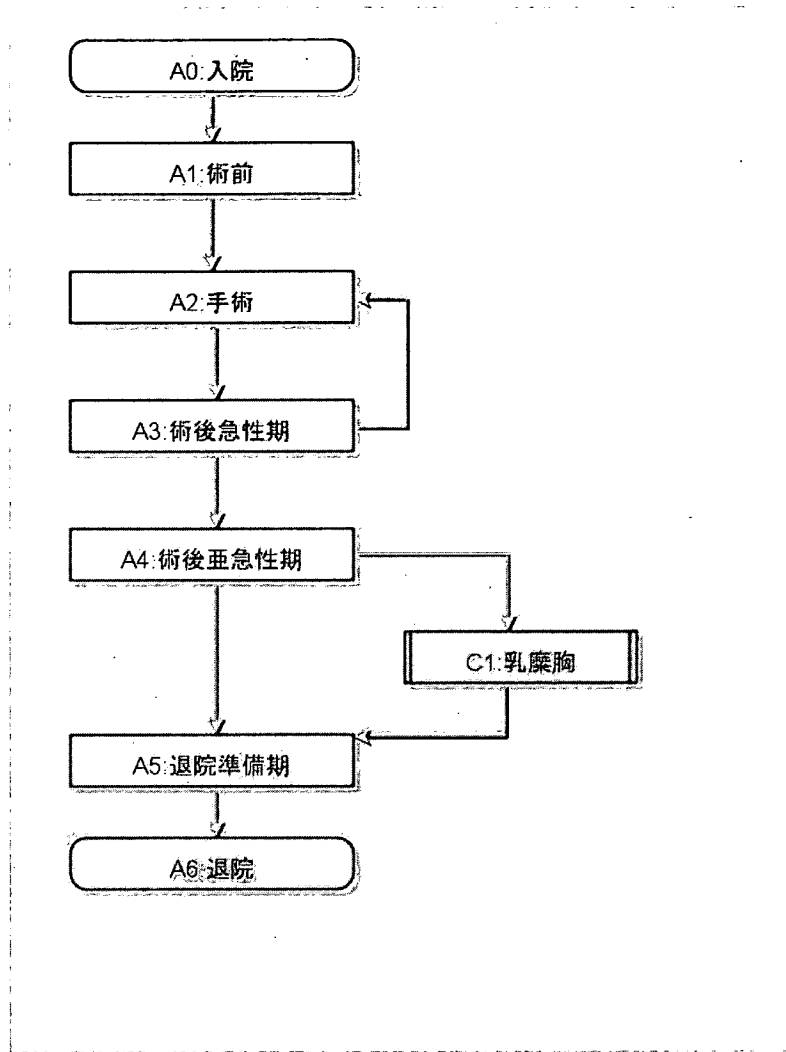
### 胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術



移行ロジック一覧  
胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術

2007年度

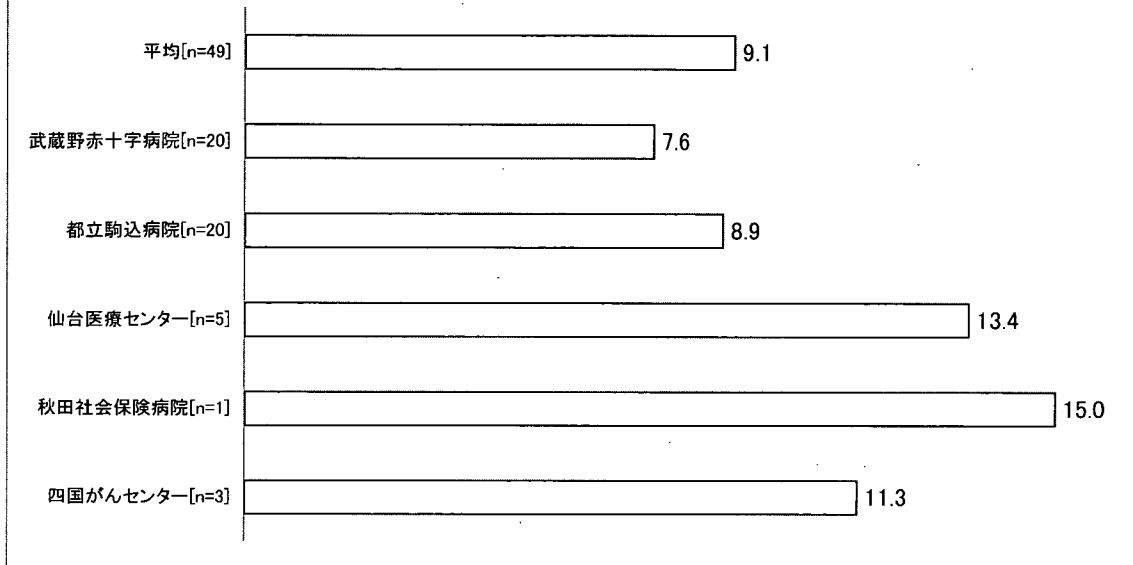
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0:入院	上気道感染等、手術に問題ない	A1:術前	
A1:術前	術前準備完了	A2:手術	
A2:手術	手術終了	A3:術後急性期	
A3:術後急性期	出血のため再手術が必要	A2:手術	
	回診時バイタル安定(経口摂取可能、歩行可能)	A4:術後亜急性期	
A4:術後亜急性期	胸腔ドレーン抜去された(エアリークなし、出血なし、ドレーン排液2 食事開始後、ドレーンより乳糜流出)	A5:退院準備期	
A5:退院準備期	退院準備完了	C1:乳糜胸	
C1:乳糜胸	乳糜が停止し、ドレーン抜去できた	A6:退院	
		A5:退院準備期	



胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術の経路パターンとカバー率

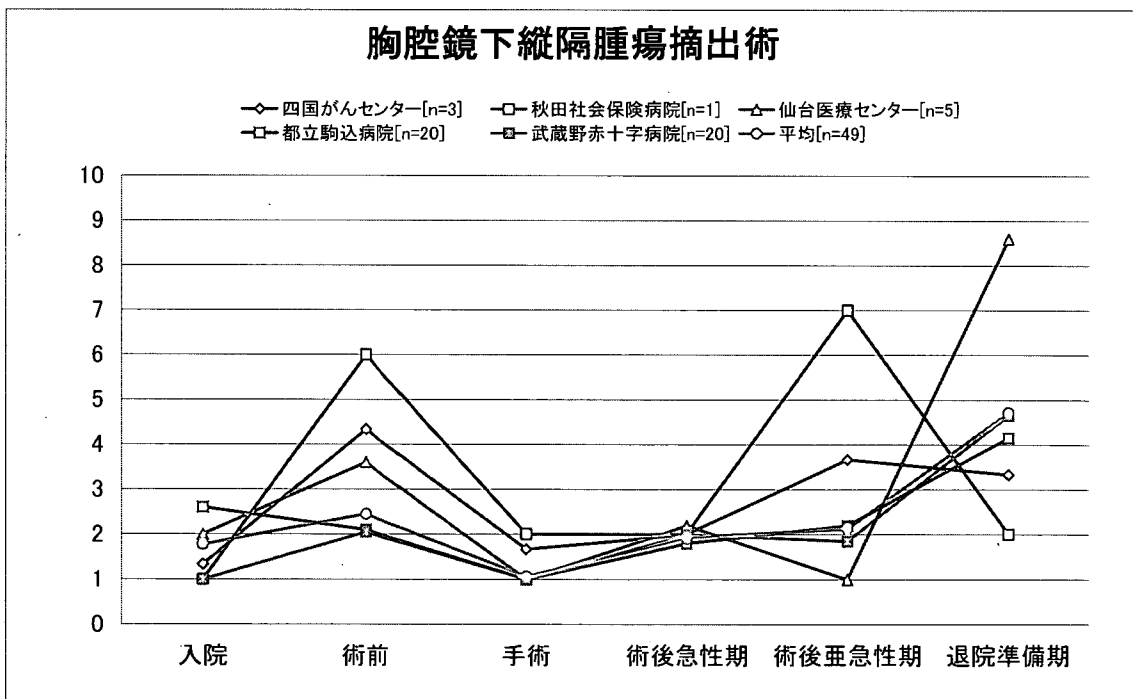
コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術	A0-A1-A2-A3-A4-A5-A6	49	100.0%	○	100.0%
	計	49	100.0%		

## 胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術 A0A1A2A3A4A5A6



胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術の平均在院日数比較

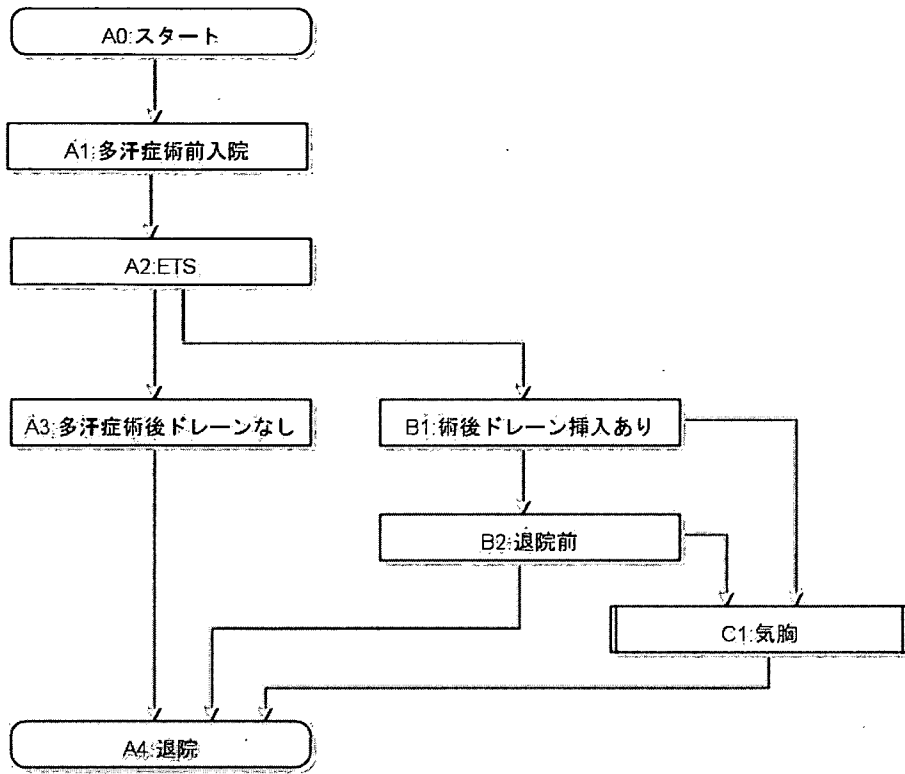
## 胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術



胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術のユニット滞在日数比較



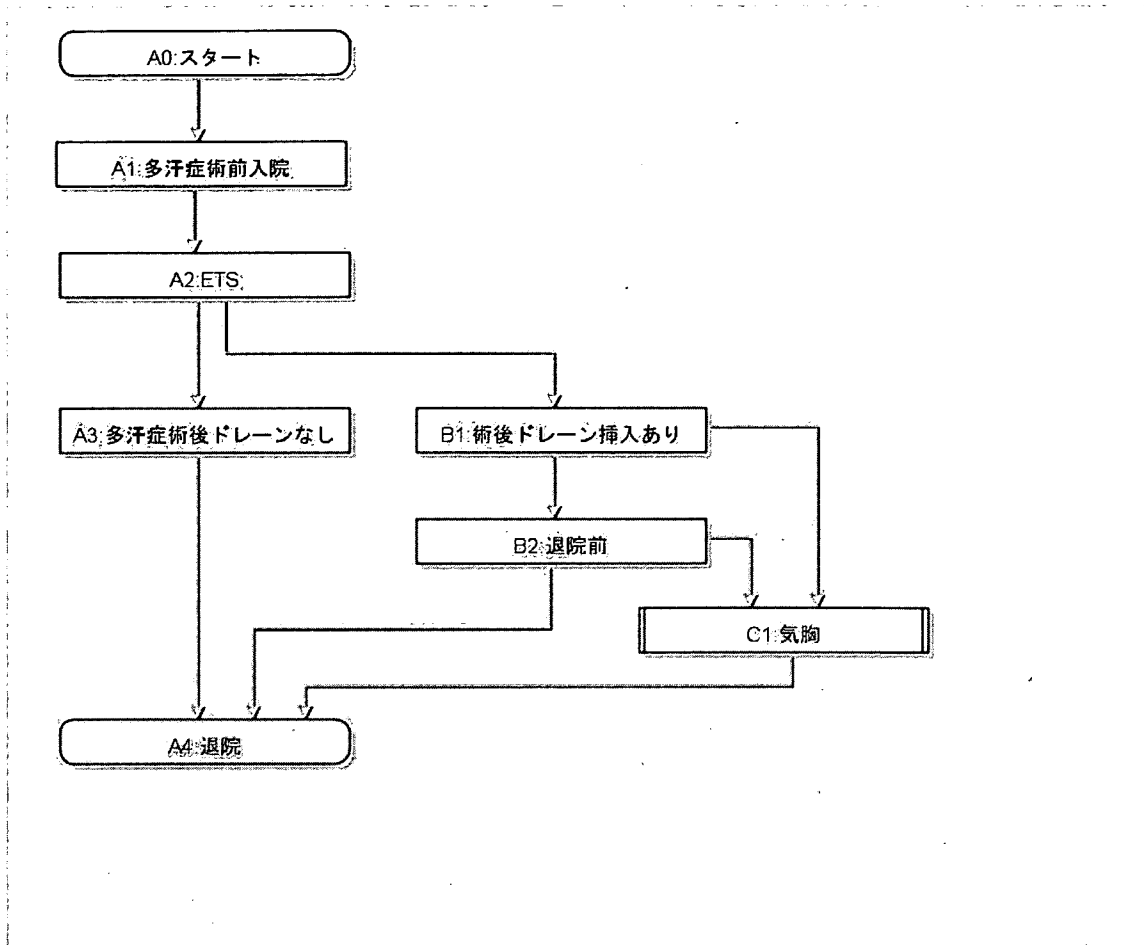
# 多汗症



移行ロジック一覧  
多汗症

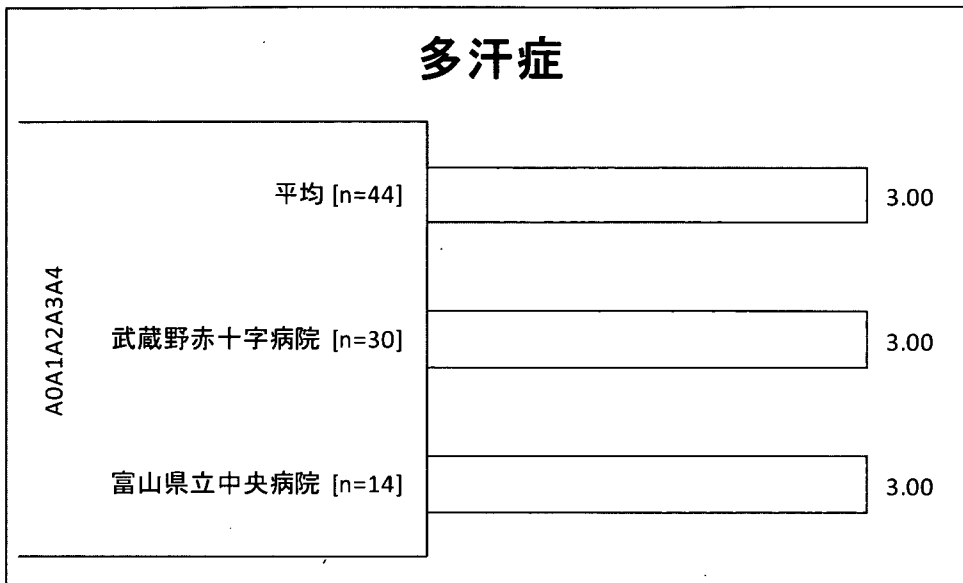
2007年度

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: スタート			
A1: 多汗症術前入院	術前処置(創部除毛など)が終了する and 手術に同意している(同意書関係書類の確認)	A1: 多汗症術前入院	
A2: ETS	予定手術が終了 and 肺の再膨張が良好	A2: ETS	
A3: 多汗症術後ドレーンなし	予定手術が終了 and 肺の再膨張が不良	A3: 多汗症術後ドレーンなし	
A3: 多汗症術後ドレーンなし	術後のバイタルが安定している and 気胸が無い and 創部痛がないか軽度 and 発汗の停止が得られた	B1: 術後ドレーン挿入あり	
B1: 術後ドレーン挿入あり	ドレーン抜去終了 and バイタルが安定している and 創部痛がないか軽度 and 発汗が停止している エアリークが続く	A4: 退院	
B1: 術後ドレーン挿入あり		B2: 退院前	
B2: 退院前	肺の虚脱が無い and 退院の準備が整う	C1: 気胸	
B2: 退院前	肺の虚脱が繰り返す and 気胸のパス適応	A4: 退院	
C1: 気胸	気胸治療終了	C1: 気胸	
C1: 気胸		A4: 退院	

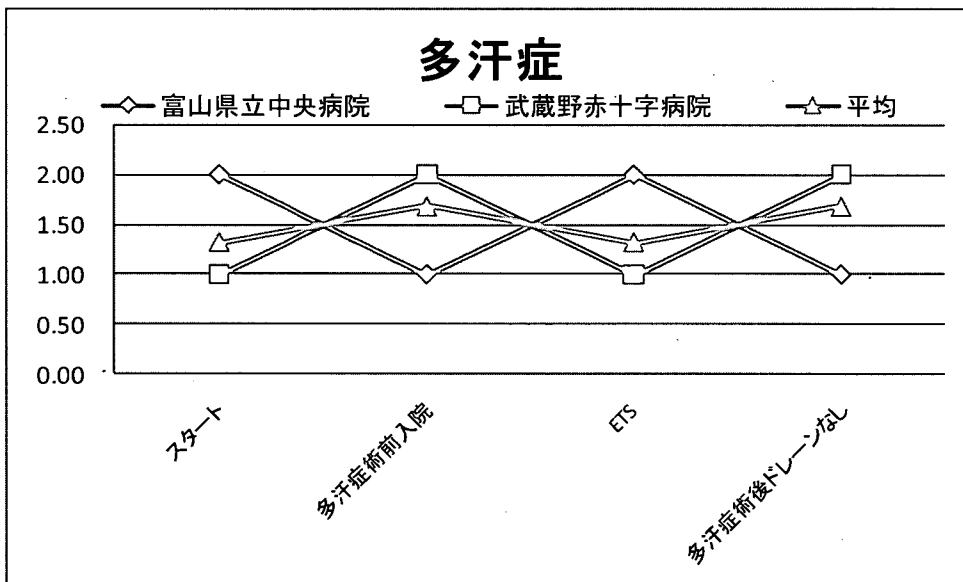


多汗症の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
多汗症	A0-A1-A2-A3-A4	44	97.8%	○	100.0%
	A0-A1-A2-B1-C1-A4	1	2.2%	○	
	計	45	100.0%		



多汗症の平均在院日数比較



多汗症のユニット滞在日数比較

## 7. 消化器 (内科・外科)

### 消化器内科

執筆：蒲生 真紀夫

#### 1. 初めに

消化器内科領域では、①上部消化管出血 (改定)、②急性膵炎、③大腸憩室出血の3つの臨床プロセスチャートについて作成、検証を行なった。

#### 2. コンテンツの特徴

今回作成した臨床プロセスチャートはいずれも消化器内科救急疾患に属する。これらの疾患では初期診断と、初期治療モダリティの選択、治療後の経過による病態の変化、それに対する介入選択が疾患全体のコントロールに重要である。これらのように治療経過によって病態が変化する疾患にこそ PCAPS による構造化はその威力を最も発揮すると思われる。

上部消化管出血 PC は吐血、下血を主訴に来院する救急疾患であり、主に胃・十二指腸潰瘍出血を想定して作成した。食道静脈瘤、進行胃がんなどを原因とする出血は X ユニットとして初期に除外しているが、PC の入り口では症候としての上部消化管出血に含めている。メインルートでは、出血性ショックのユニット、再出血のルートが重要である。

急性膵炎 PC は急性膵炎診療ガイドラインを元に、特に初期重症度診断と初期治療の選択に重点を置いて作成した。ガイドラインでは中等度膵炎以上の初期大量輸液が重要視されているが、一般医療機関ではしばしば輸液の不足が指摘され、実際に重症膵炎の死亡例の多くが初期輸液の不足が原因とされている。これらの点から、診療ガイドラインを実臨床で運用するために標準的臨床プロセスチャートの果たす役割は大

きい。また、三次医療機関への適切な移送の判断も初期診療マネジメントにおいては重要視されると考えた。

大腸憩室出血 PC は、新鮮下血を主訴に来院した下部消化管出血例を念頭に作成した。この疾患も救急で来院することが多いと考えられるが、診断・治療のプロセスは施設によってばらつきが大きいと考えられる。一般に上部消化管出血に比べて軽症であることが多く、初期に無治療観察が行なわれる場合と、早期の内視鏡診断・治療が行なわれる場合がある。このように初期治療が標準化されていない疾患に PC を試し運用することには、今後の診療方針の標準化に向けた診療データの蓄積という意味で意味が大きいと考えられる。

#### 3. カバー率・離脱

上部消化管出血 CPC はカバー率 97.8%であった。離脱にカウントされている例もユニットをジャンプしているものであり、移行ロジックの追加で対応可能であるが、むしろ、例外的なルートとして、理由を記載する対応で十分かもしれない。

急性膵炎 CPC のカバー率も 89.4%と高いカバー率を示した。比較的シンプルに初期介入に重点を置いて作成したこと、ICU 管理を必要とするような重症例では他のプロセスチャートへの移行のロジックを作成したことなどがカバー率を挙げた要因かもしれない。本来は重症例の診療マネジメントも可視化されたほうが望ましいが、これらの救急疾患では中等症以下を CPC でマネジメントできる意味は省力化と、重症例の選別の標準化という目的が達成されれば十

分であるかもしれない。

大腸憩室出血 CPC も比較的少数例ではあるが、83%のカバー率を示した。

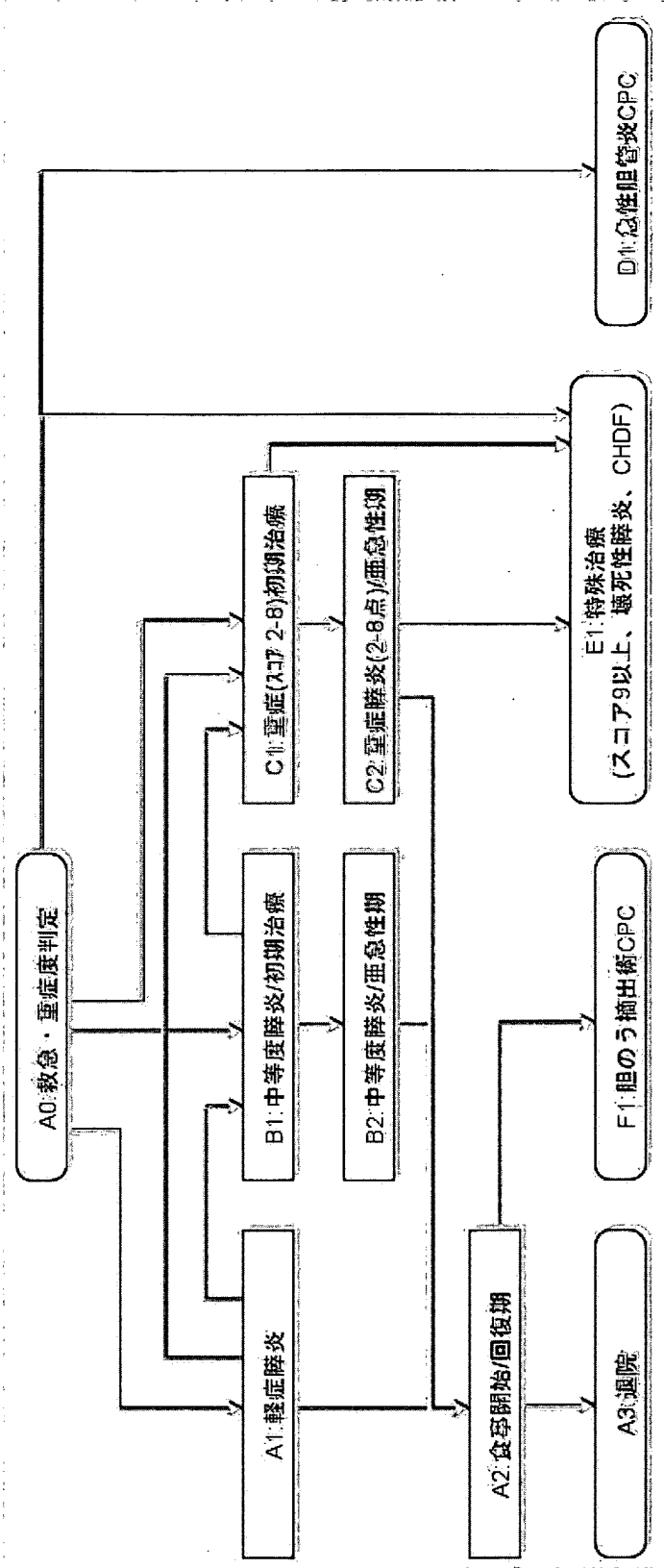
機械的カバー率算定で離脱とされているものはほとんどが、ユニットをジャンプしているものなどルート不足であるが、これに関しては移行ロジックの追加記載、あるいは実運用の際にルート変更のコメント記載で対応可能である。

#### 4. 今後の課題展望

前項でも述べたが、消化器救急疾患のように経過中に病態が変動する疾患にこそ、PCAPSによる構造化は特に有効である。標準的臨床プロセスチャートの作成と運用はすでにガイドラインのような標準的診療が存在する場合にはその臨床展開に大いに資

するものと考えられる。また、標準的診療が確立されていない疾患では、試作的プロセスチャートをベースに多施設の診療データを蓄積していくことで、後方視的に標準診療のあり方を議論する基盤的データを提供しうる可能性を考えることができる。その意味でも医療情報システムとしてのPCAPSの発展と広範囲の実運用展開がまたれるところである。消化器内科領域では症例と範囲が広い上に、消化器外科との境界領域も多い。一方では急性期の管理には共通するユニットも多いため、今回提示した2、3のCPCがモデル運用される環境が用意できればPCAPSの臨床的意義と重要性を現場で広く確認できる可能性が高いと考えている。

急性膵炎



移行ロジック一覧  
急性膵炎

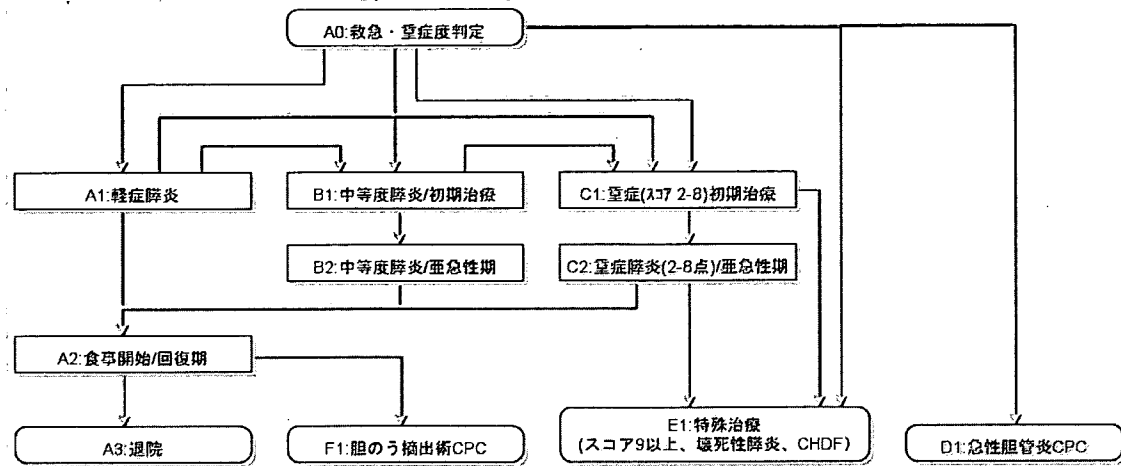
2007年度

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: 救急・重症度判定 (下記参照)	予後因子①②ともに陰性	A1: 軽症膵炎	
	予後因子②、1項目陽性、スコア2点	B1: 中等度膵炎/初期治療	
	重症度スコア 2-8	C1: 重症(スコア 2-8) 初期治療	
	胆管通過障害、胆管炎を認める	D1: 急性胆管炎CPC	
A1: 軽症膵炎	重症度スコア 9点以上	E1: 特殊治療(スコア9以上、壊死性膵炎、CHDF)	
	自発痛なし and 圧痛なしまたは軽度 and リパーゼ: 正常値の2倍未満	A2: 食事開始/回復期	
A2: 食事開始/回復期	48時間以内の重症度再評価で中等症膵炎と判定	B1: 中等度膵炎/初期治療	
	48時間以内の重症度再評価で重症膵炎と判定	C1: 重症(スコア 2-8) 初期治療	
B1: 中等度膵炎/初期治療	食事摂取後、自覚症状・他覚所見・検査所見の悪化なし、胆のう結石なし	A3: 退院	
	胆石性膵炎と考えられ、かつ、胆のう結石が残存により胆のう摘出術の適応である。	F1: 胆のう摘出術CPC	
B2: 中等度膵炎/亜急性期	48時間以降、循環動態が安定、臓器障害の進展なし	B2: 中等度膵炎/亜急性期	
C1: 重症(スコア 2-8) 初期治療	自発痛なし and 圧痛なしまたは軽度 and リパーゼ: 正常値の2倍未満	A2: 食事開始/回復期	
	48時間以後、病態、臓器障害の悪化なし 48時間以内の重症度再評価で9点以上	C2: 重症膵炎(2-8点)/亜急性期	
C2: 重症膵炎(2-8点)/亜急性期	壊死性膵炎 or 乏尿の持続	E1: 特殊治療(スコア9以上、壊死性膵炎、CHDF)	
	自発痛なし and 圧痛なしまたは軽度 and リパーゼ: 正常値の2倍未満	A2: 食事開始/回復期	
	重症度スコア9点以上、臓器障害の悪化で特殊治療を要する	E1: 特殊治療(スコア9以上、壊死性膵炎、CHDF)	

データ参照元: [http://minds.jcqhc.or.jp/G0000024\\_0037.html](http://minds.jcqhc.or.jp/G0000024_0037.html)

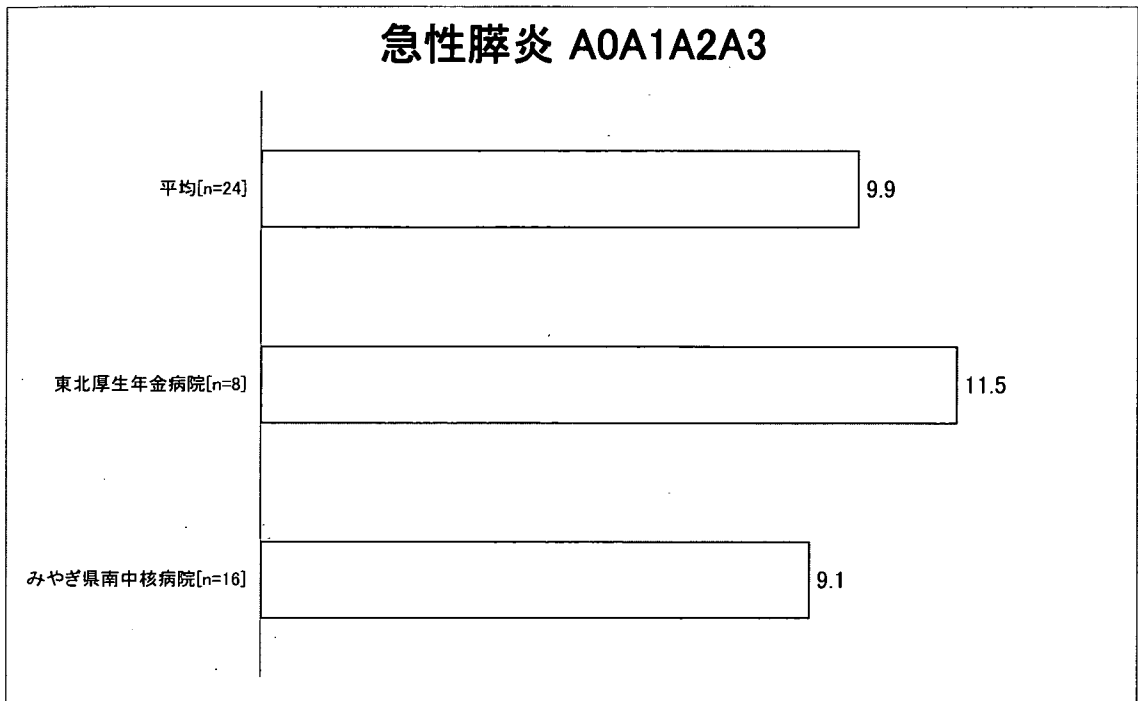
[別表2-1 厚生労働省急性膵炎の重症度判定基準と重症度スコア]	
予後因子(1) ショック、呼吸困難、神経症状、重症感染症、出血傾向、Ht $\leq$ 30%、BE $\leq$ -3mEq/L、BUN $\geq$ 40mg/dL (or Cr $\geq$ 2.0mg/dL)	各2点
予後因子(2) Ca $\leq$ 7.5 mg/dL、FBS $\geq$ 200mg/dL、PaO <sub>2</sub> $\leq$ 60mmHg、LDH $\geq$ 700IU/L、総蛋白 $\leq$ 6.0g/dL、プロトロンビン時間 $\geq$ 15秒、血小板 $\leq$ 10万/mm <sup>3</sup> 、CT Grade IV/V	各1点
予後因子(3) SIRS診断基準における陽性項目数 $\geq$ 3 年齢 $\geq$ 70歳	2点 1点
(第VII章の文庫より引用)	
1. 原則として入院48時間以内に判定し、以後、経時的に検索する。	
2. 臨床徴候、およびCT Gradeの診断は以下の基準とする。 ショック: 収縮期血圧が80mmHg以下、および80mmHg以上でもショック症状を認めるもの。 呼吸困難: 人工呼吸器を必要とするもの 神経症状: 中枢神経症状で意識障害(痛みへのみ反応)を伴うもの。 重症感染症: 白血球増多を伴う38℃以上の発熱、血液細菌培養陽性やエンドキソンの証明、あるいは腹腔内膿瘍を認めるもの。 出血傾向: 消化管出血、腹腔内出血(Cullen徴候、Grey-Turner徴候を含む)、あるいはDICを認めるもの。 SIRS診断基準項目: 1. 体温 $>$ 38℃あるいは $<$ 36℃ 2. 脈拍 $>$ 90回/分 3. 呼吸数 $>$ 20回/分あるいはPaCO <sub>2</sub> $<$ 32 torr 4. 白血球数 $>$ 12,000/mm <sup>3</sup> か $<$ 4,000/mm <sup>3</sup> または $>$ 10%幼稚球出現 CT Grade IV/V: Grade IVは膵内部不均一像が膵全体にみられるか、あるいは炎症の波及が膵周囲を越えるもの、Grade Vは膵内部不均一像が膵全体にみられ、かつ炎症の波及が膵周囲を越えるもの。	
3. 全身状態が良好で、予後因子(1)および予後因子(2)をいずれも認めず、血液検査成績も正常に近いものを軽症と判定する。	
4. 予後因子(1)を認めず、予後因子(2)が1項目のみ陽性のものを中等症と判定する。	
5. 予後因子(1)が1項目以上、あるいは予後因子(2)が2項目以上陽性のものを重症と判定する。	
6. 重症急性膵炎症例では、予後因子(3)を含めた各予後因子の陽性項目の点数を計算し、それを重症度スコアとする。	
[別表2-2 急性膵炎のStage分類]	
Stage0 軽症急性膵炎	
Stage1 中等症急性膵炎	
Stage2 重症急性膵炎(重症I)重症度スコア2-8点	
Stage3 重症急性膵炎(重症II)重症度スコア9-14点	
Stage4 重症急性膵炎(最重症)重症度スコア15点以上	



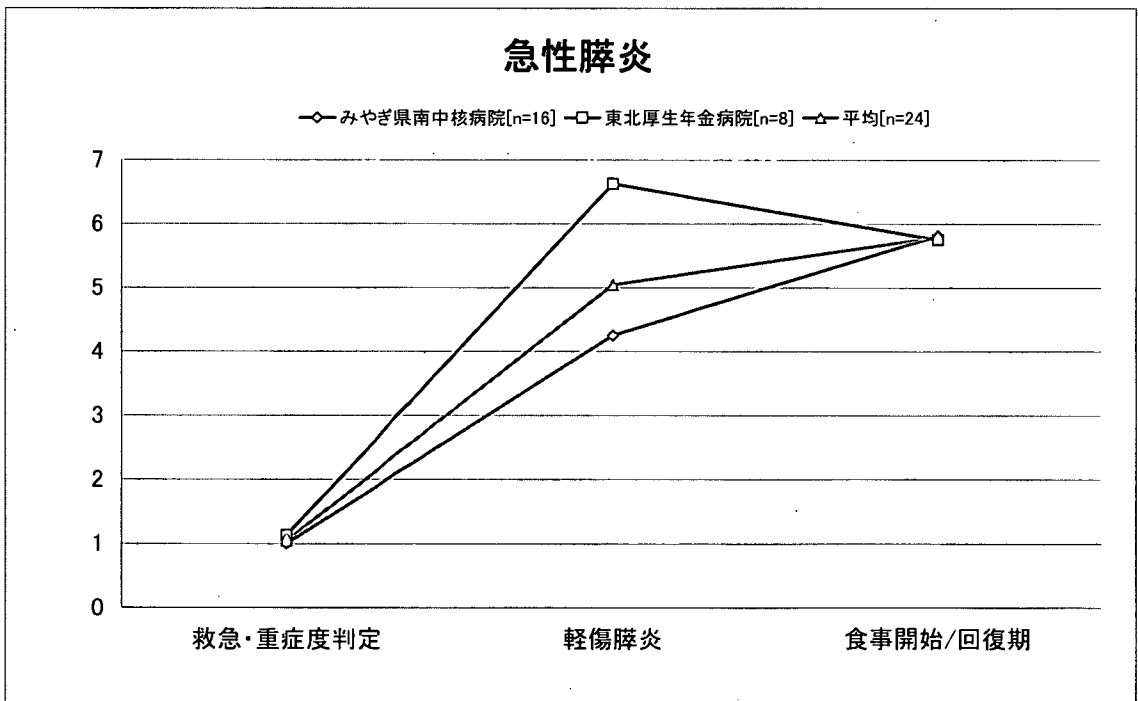


急性膵炎の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
急性膵炎	A0-A1-A2-A3	24	51.1%	○	89.4%
	A0-B1-B2-A2-A3	9	19.1%	○	
	A0-C1-C2-A2-A3	3	6.4%	○	
	A0-B1-B2-A2-F1	2	4.3%	○	
	A0-D1	2	4.3%	○	
	A0-C1-C2-E1	1	2.1%	○	
	A0-C1-E1	1	2.1%	○	
	A0-B1-A2-A3	2	4.3%	×	
	A0-A1-A2-F1	1	2.1%	×	
	A0-B1-B2-A2-B2-A2-A3	1	2.1%	×	
	A0-B1-F1	1	2.1%	×	
	計	47	100.0%		

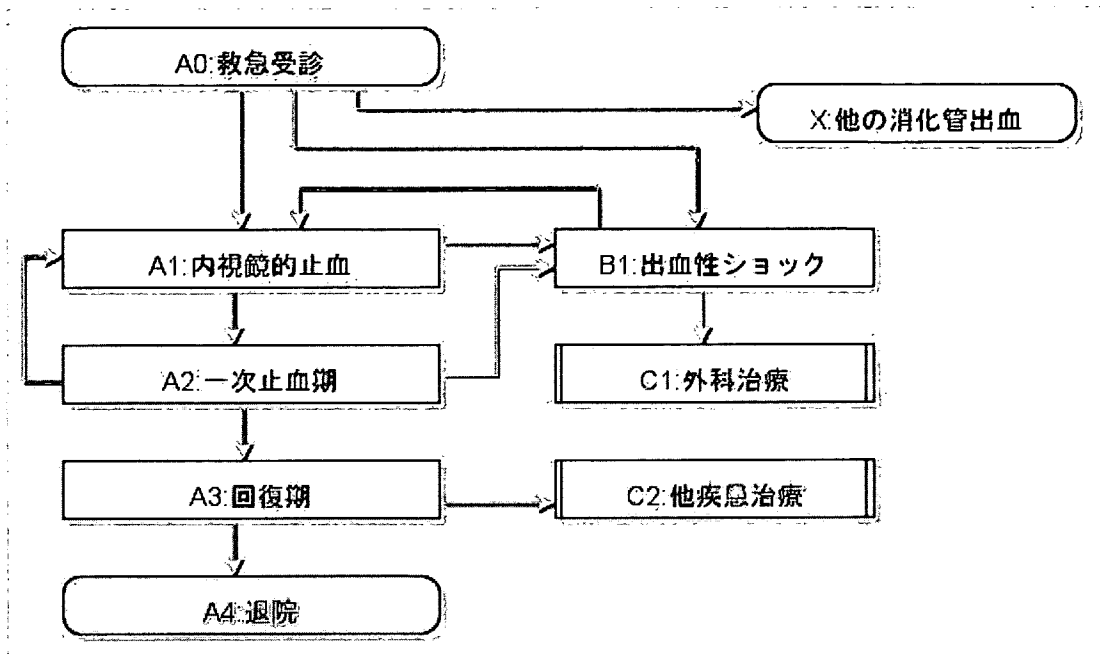


急性膵炎の平均在院日数比較



急性膵炎のユニット滞在日数比較

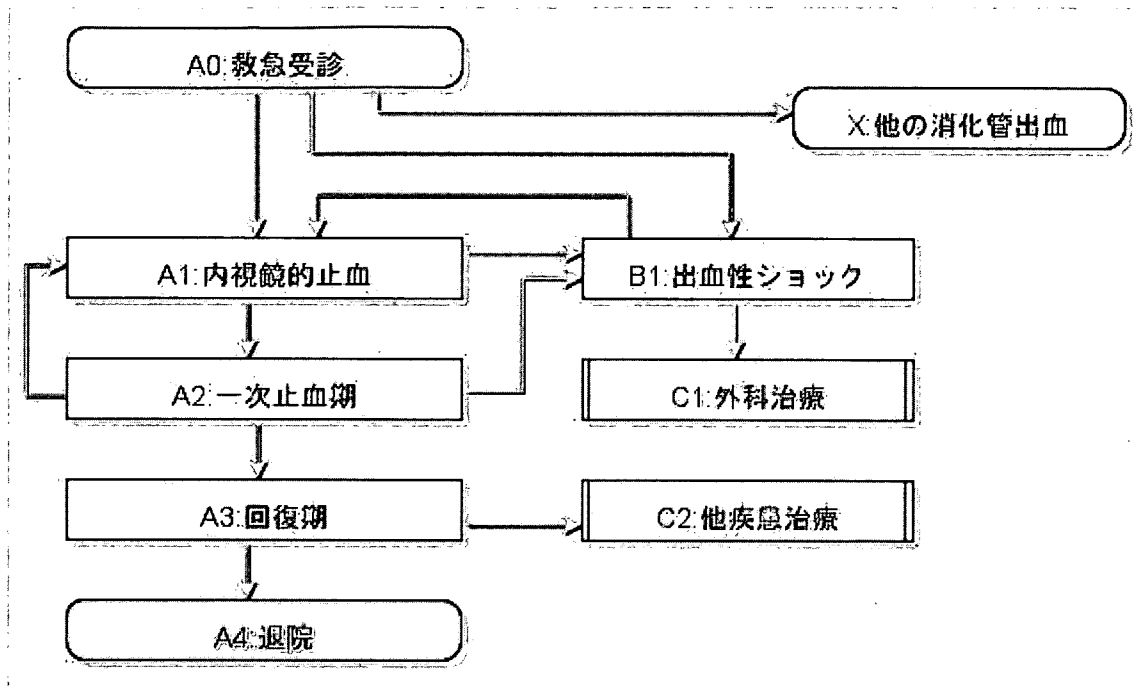
上部消化管出血



移行ロジック一覧  
上部消化管出血

2007年度

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: 救急受診	循環動態が安定し、内視鏡検査、止血処置が可能	A1: 内視鏡的止血	
	出血性ショックの状態と考えられ、循環動態の管理、輸血の検討が必要	B1: 出血性ショック	
	内視鏡検査の結果、出血の原因が消化性潰瘍以外(がん、食道静脈瘤、他)	X: 他の消化管出血	
A1: 内視鏡的止血	内視鏡的に一次止血が得られ、血行動態が安定している	A2: 一次止血期	
	循環動態が不安定で循環管理を要する。輸血の検討を要する	B1: 出血性ショック	
A2: 一次止血期	潰瘍からの再出血のため内視鏡的止血術の再施行が必要	A1: 内視鏡的止血	
	再出血兆候がなく経過し、臨床的に食事摂取開始が可能と判断される	A3: 回復期	
	再出血のため循環動態が不安定で循環管理を要する。輸血の検討を要する	B1: 出血性ショック	
A3: 回復期	潰瘍が軽快し、外来での治療が可能	A4: 退院	
	潰瘍は軽快したが、並存疾患治療のために入院継続が必要	C2: 他疾患治療	
B1: 出血性ショック	循環動態が制御され、内視鏡的止血術が可能である	A1: 内視鏡的止血	
	内視鏡的止血が困難で外科的に開腹手術を選択する	C1: 外科治療	



上部消化管出血の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
上部消化管出血	A0-A1-A2-A3-A4	57	63.3%	○	97.8%
	A0-B1-A1-A2-A3-A4	21	23.3%	○	
	A0-A1-A2-A3	2	2.2%	○	
	A0-A1-B1-A1-A2-A3-A4	2	2.2%	○	
	A0-B1-A1-A2-A3	2	2.2%	○	
	A0-A1-A2-A1-A2-A1-A2-A3-A4	1	1.1%	○	
	A0-A1-A2-A1-A2-A3-A4	1	1.1%	○	
	A0-A1-A2-B1	1	1.1%	○	
	A0-B1-A1-A2-A1-A2-A1-A2-A3-A4	1	1.1%	○	
	A0-A1-B1-A4	1	1.1%	×	
	A0-B1-A1-A3-A4	1	1.1%	×	
	計	90	100.0%		