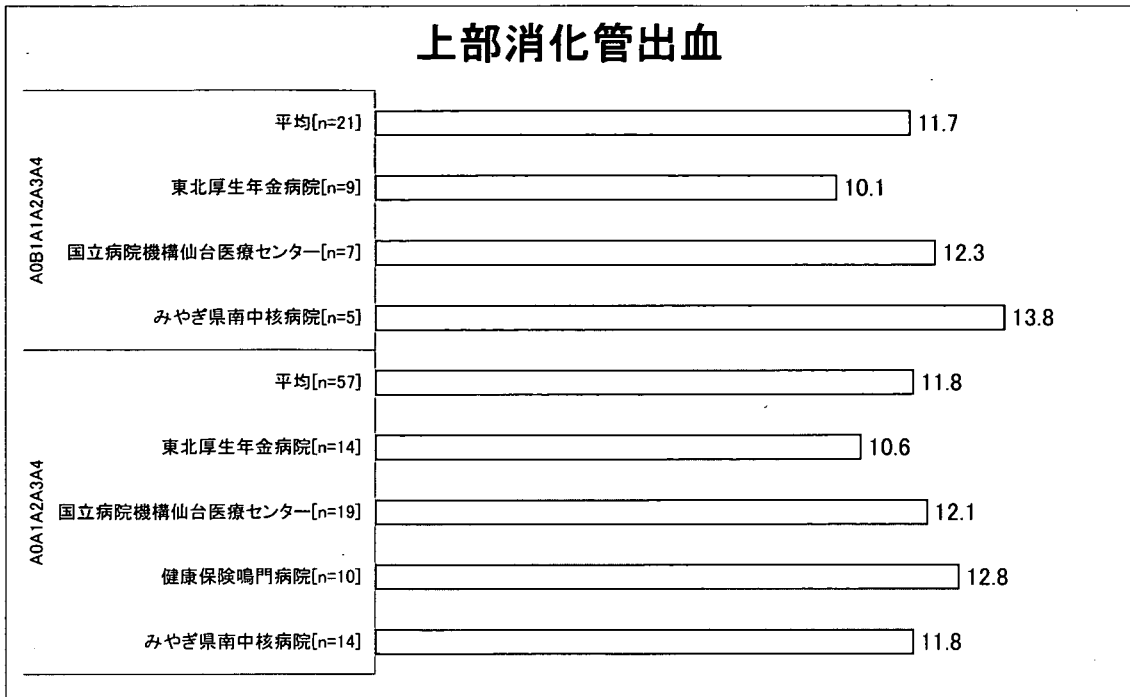
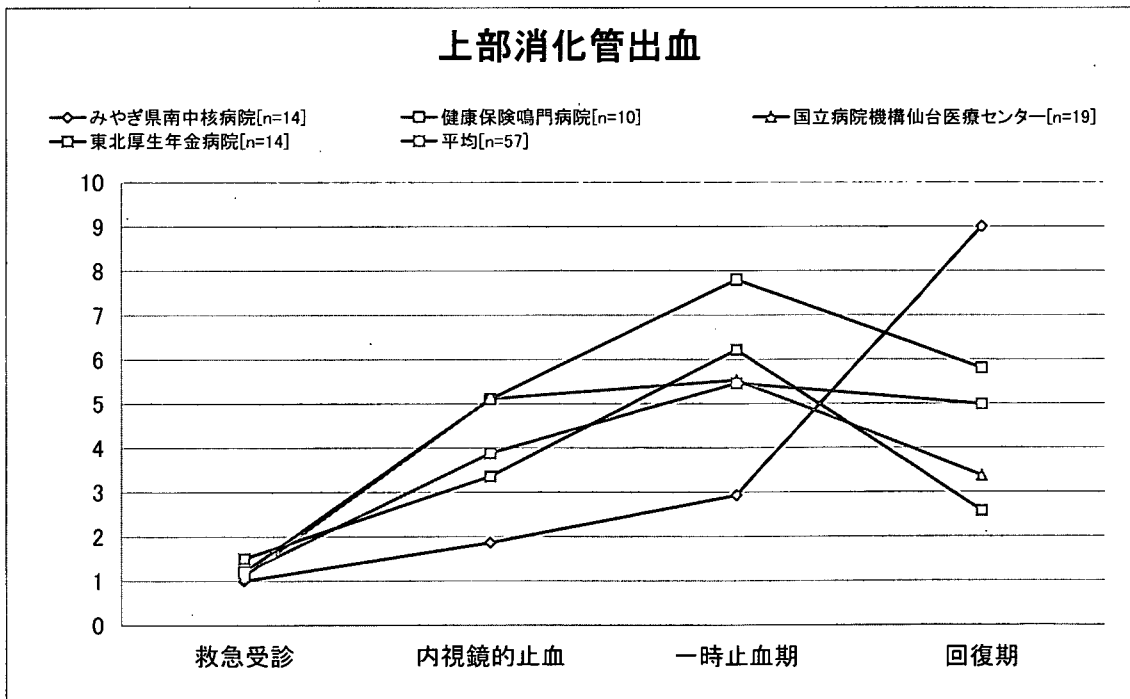


上部消化管出血



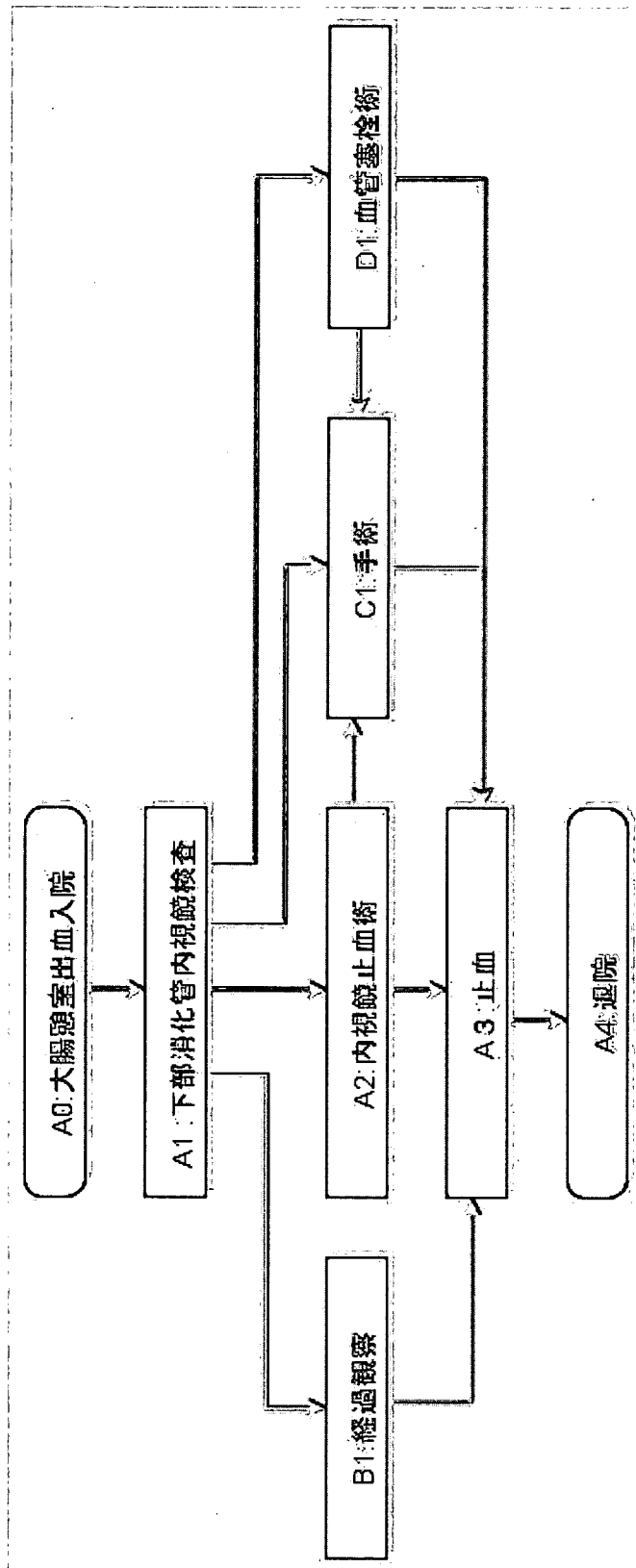
上部消化管出血の平均在院日数比較

上部消化管出血



上部消化管出血のユニット滞在日数比較

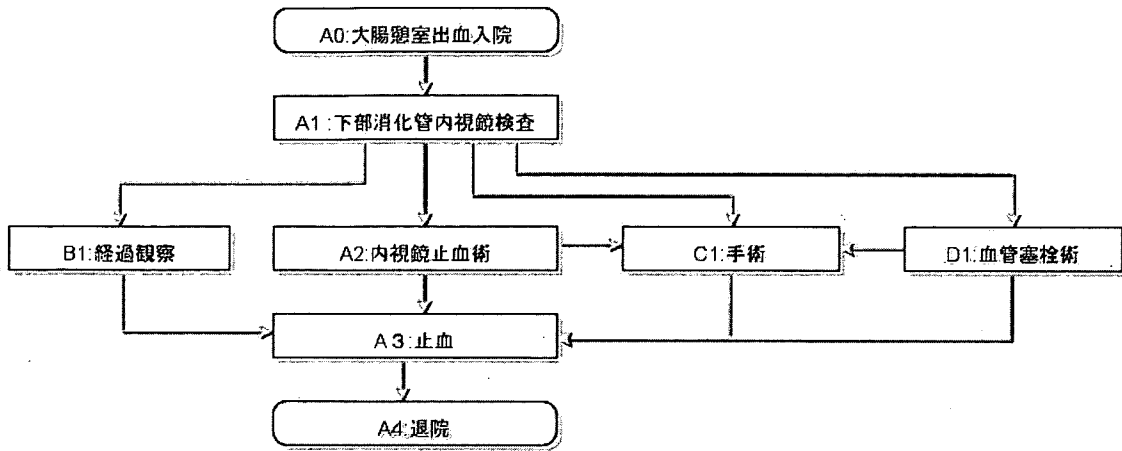
大腸憩室出血



移行ロジック一覧
大腸憩室出血

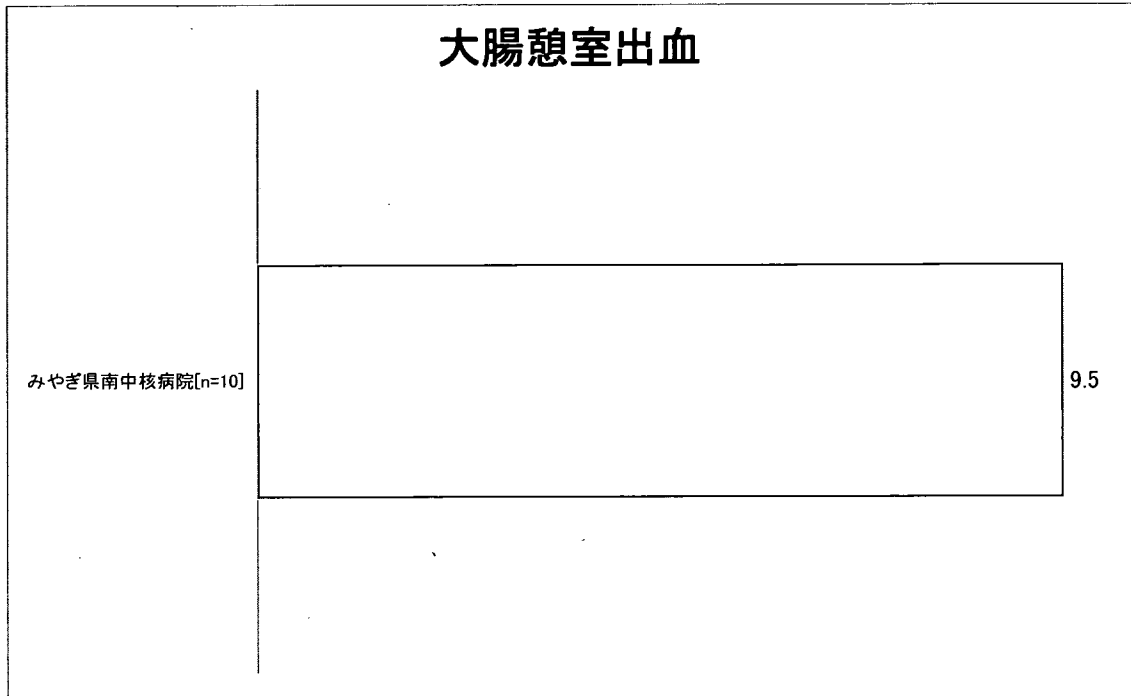
2007年度

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0：大腸憩室出血入院	下部消化管出血の原因検索と治療目的に内視鏡検査が必要である	A1：下部消化管内視鏡検査	
A1：下部消化管内視鏡検査	下部内視鏡検査で出血源が同定でき、内視鏡的止血が可能	A2：内視鏡止血術	
	内視鏡検査で出血源が同定困難 and 出血量が中等度以下で循環動態が安定している	B1：経過観察	
	出血源のおよその同定可能 and 内視鏡的止血、血管塞栓術が施行困難 and 活動性出血が持続し手術療法が必要	C1：手術	
	およその出血源の同定後、腹部血管造影による塞栓術を選択	D1：血管塞栓術	
A2：内視鏡止血術	内視鏡的に止血が得られた	A3：止血	
	内視鏡による止血が困難 and 活動性の出血が持続しており手術療法を選択	C1：手術	
A3：止血	食事摂取後も新たな出血が見られず、貧血の進行もなく退院が可能	A4：退院	
B1：経過観察	経過観察後、新たな下血がみられず病状が安定した	A3：止血	
C1：手術	手術療法により出血源が切除された	A3：止血	
D1：血管塞栓術	血管塞栓術による止血が成功した	A3：止血	
	血管塞栓術による止血が困難 and 活動性の出血が持続しており手術療法を選択	C1：手術	

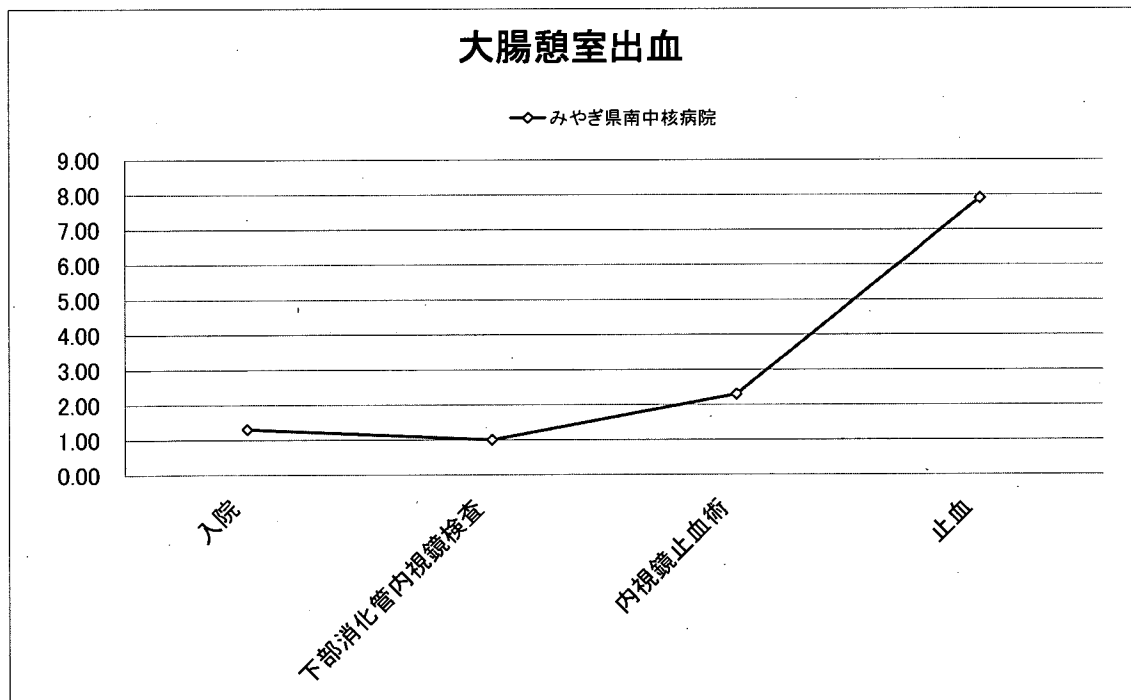


大腸憩室出血の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
大腸憩室出血	A0-A1-B1-A3-A4	17	56.7%	○	90.0%
	A0-A1-A2-A3-A4	10	33.3%	○	
	A0-A1-A2-A3-A2-A3-A4	1	3.3%	×	
	A0-A1-A2-C1-A4	1	3.3%	×	
	A0-A1-B1-A1-B1-A3-A4	1	3.3%	×	
	計	30	100.0%		



大腸憩室出血の平均在院日数比較



大腸憩室出血のユニット滞在日数比較

消化器外科領域において、クリニカルパス（以下、CP）作成において、キーとなるのは、

- ・ 食事を始める時期
- ・ ドレーンを抜く時期

になる。これらの事象は、日単位で開始を設定されることが多い。しかし、その設定は比較的曖昧で、施設によって様々である。標準化に向けて、様々な検討が行われているものの、日単位の CP では施設内のシステムの問題、術式に対する Quality の問題など、相違を生じざるを得ない点が散在される。このような問題に対し、日にちの概念を取り去り、ロジックを用いて経過を観察する PCAPS のシステムが有用であると考えられる。

また、消化器疾患の術後経過は比較的均一であり、よく CP に適合するとされている。しかし、合併症が生じるケースも散見され、その場合には CP を離脱せざるを得ない。消化器外科術後の合併症は整理すると、

- ・ 術後出血
- ・ 縫合不全
- ・ 感染
- ・ 腸閉塞

などが大半を占める。そのような合併症を整理し、ライブラリ化することで、幅広く術後経過を観察できるコンテンツが作成できると考えられる。

今回の検証は、予定手術としてまず胃部分切除術を、緊急手術として虫垂切除術のコンテンツを作成し、検証を行った。

胃部分切除術

【コンテンツの特徴】

胃癌やその他の胃疾患において、胃部分切除術はあらゆる施設で行われる予定手術の一つである。予定手術であるが故、比較的多くの症例がメインルートをとるものと考えられる。それに対し、いかにメインルートをとらないケースをカバー出来るかどうかを検証した。

【コンテンツの疾患に対するカバー率と離脱について】

検証対象は 121 例。カバー率は 80.2%であった。詳細は以下の通りであった。

☆ 適合症例

- ・ A0A1A2A3A4A5A6A7 93 例
- ・ A0A1A2A3A4I1A4A5A6A7 1 例
- ・ A0A1A2A3G1A4A5A6A7 1 例

・ A0A1A2A3K1A4A5A6A7 1 例

・ A0A1A2A3K1A5A6A7 1 例

★非適合症例

・ A0A1A2A3A4A5A7 2 例

・ A0A1A2A3A4A7 1 例

・ A0A2A3A4A5A6A7 1 例

・ A2A3A4A5A6A7 17 例

・ A2A3A4A5J1A4A5A6A7 1 例

・ A2A3I1K1A4A5A6A7 1 例

・ A2A3J1A4A6A7 1 例

非適合症例の詳細を見たところ、A2 ユニットから始まる症例が 20 例あった。これらは単一の施設であり、A1 ユニットに術前検査項目を列挙したが、これらが外来にて済ませる施設も多々あるかと思われる。コンテンツ作成にあたり、内容を改編する必要があると思われた。

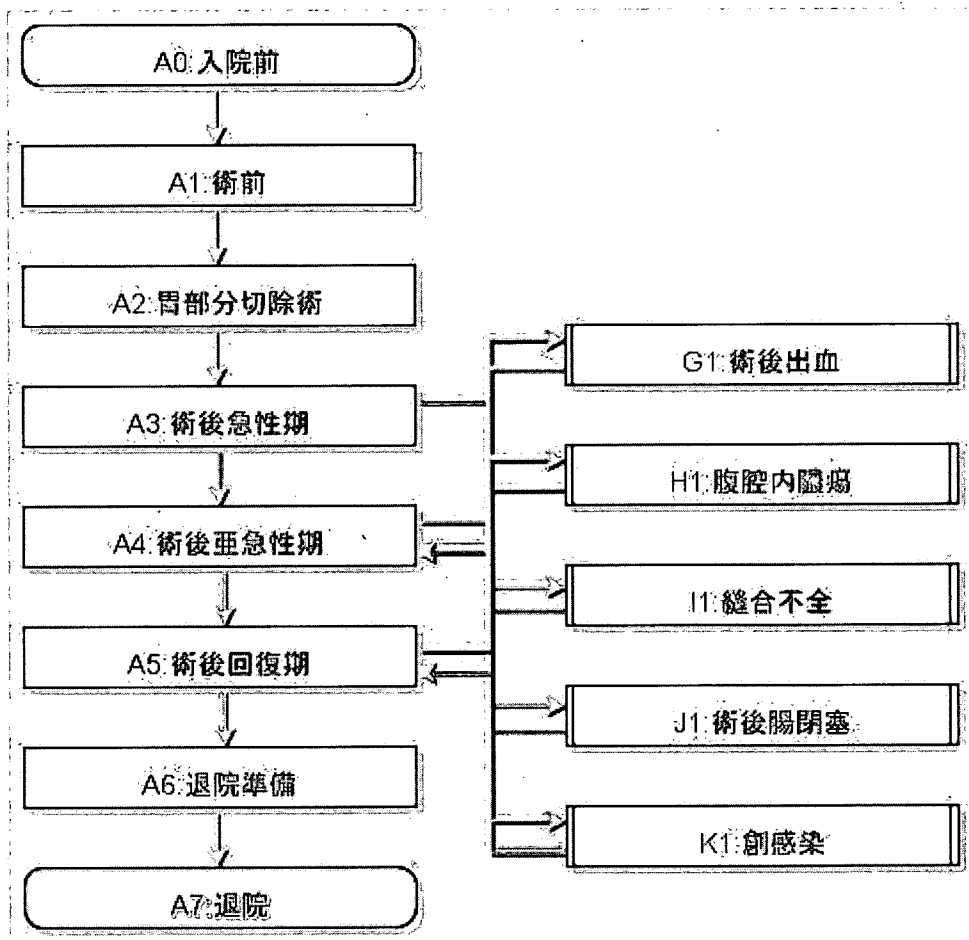
また、その他の非適合症例では、A5およびA6をスキップするルートを選ぶ症例が散見される。場合によってはそのようなケースもあると考えられ、全体のルートの整理が必要である。

【今後の課題と展望】

胃部分切除術は今回初めて検証したコンテンツの一つである。一般的な術前・術後の経過をコンテンツにしたつもりであったが、やはり施設間での若干の相違が反映される

ルート選択も見られた。そのような事象に対応できるよう、ルート選択できるよう改良の余地がある。

また、術後合併症については、並列の状況をどう工夫して扱うかという問題は依然存在する。今回の検証では、すべての起こりうる合併症について、症例数の問題で網羅できなかった。さらに数多くの症例を積み重ねることで、よりカバー率の高いコンテンツに改良することが可能であると考えられた。

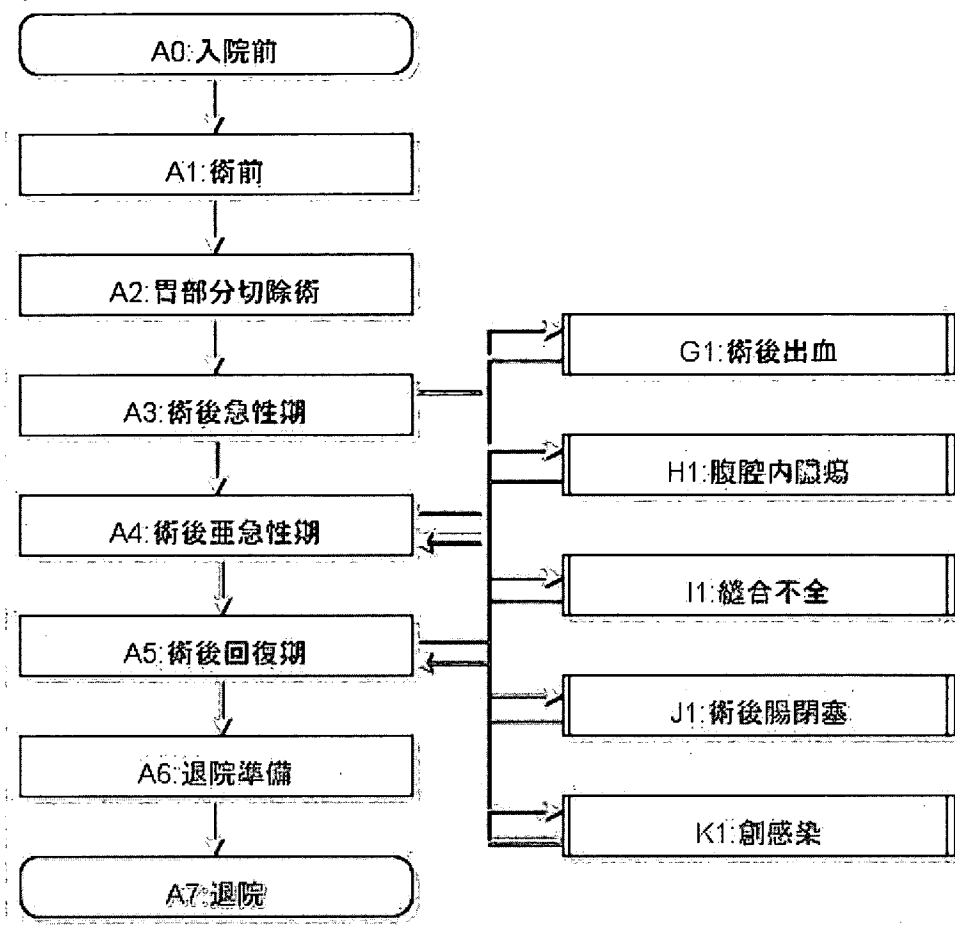


移行ロジック一覧

2007年度

胃部分切除術

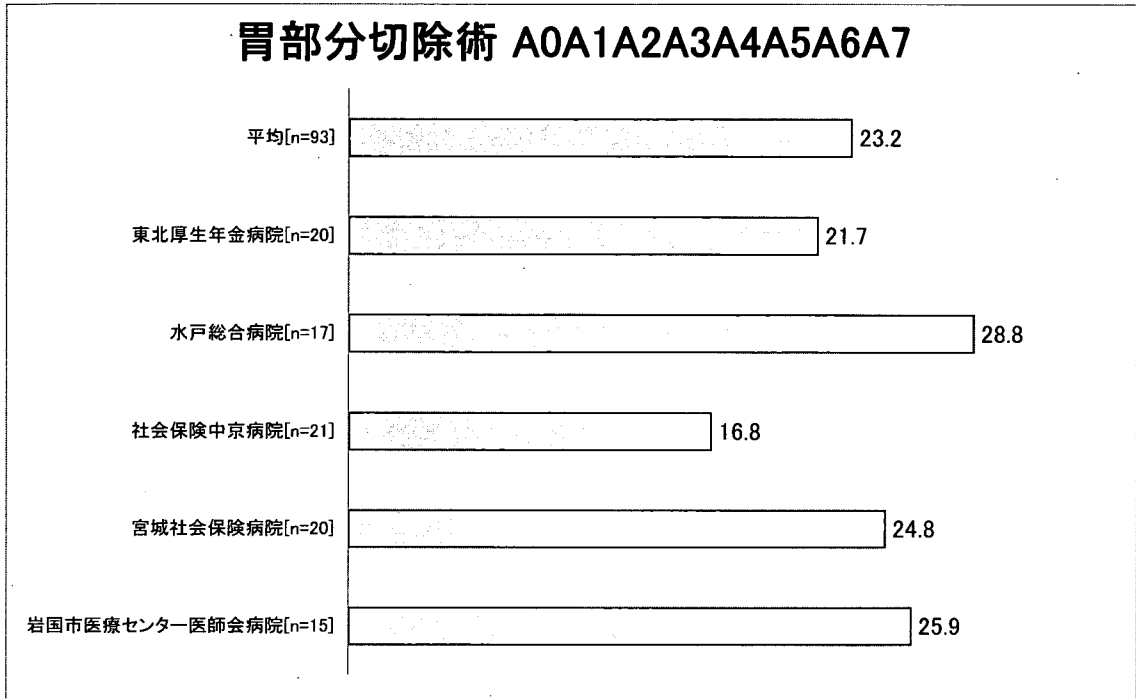
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0:入院前	入院を確認	A1:術前	
A1:術前	上部消化管内視鏡 (切除範囲の確認、悪性所見の有無の確認) and 上部消化管造影 (切除対象部位の確認) and 腹部CT (必要時、リンパ節郭清範囲のチェック、悪性の場合は遠隔転移の有無を確認) and その他 (心機能、呼吸機能など、耐術能力の評価)	A2:胃部分切除術	
A2:胃部分切除術	手術 (胃部分切除術の施行)	A3:術後急性期	
A3:術後急性期	臨床症状 (術後1病日を経過) 血液検査 (著明なHb値の低下) or 臨床症状 (ドレーン挿入時、ドレーンより出血が見られる) 臨床症状 (ドレーン排液の性状変化、縫合不全が強く疑われる状態)	A4:術後亜急性期	
A4:術後亜急性期	臨床症状 (合併症なく経過、食事摂取可能な状態に移行) 血液検査 (著明なHb値の低下) or 臨床症状 (ドレーン挿入時、ドレーンより出血が見られる) 臨床症状 (発熱、腹部疼痛) and 血液検査 (WBC, CRPの上昇) and 腹部CT (膈瘍腔の確認) 臨床症状 (ドレーン排液の性状変化、縫合不全を強く疑う) 臨床症状 (嘔気・嘔吐の出現、腹部膨満感) and 腹部レントゲン (腸閉塞の所見が出現) 臨床症状 (創部の発赤が見られる)	G1:術後出血 I1:縫合不全 A5:術後回復期 G1:術後出血 H1:腹腔内膿瘍 I1:縫合不全 J1:術後腸閉塞 K1:創感染	
A5:術後回復期	臨床症状 (食事摂取状況が良好で、点滴から離脱している) and 処置 (ドレーンは抜去され、抜糸が済んでいる) 血液検査 (著明なHb値の低下) or 臨床症状 (ドレーン挿入時、ドレーンより出血が見られる) 臨床症状 (発熱、腹部疼痛) and 血液検査 (WBC, CRPの上昇) and 腹部CT (膈瘍腔の確認) 臨床症状 (ドレーン排液の性状変化、縫合不全を強く疑う) 臨床症状 (嘔気・嘔吐、腹部膨満感の出現) and 腹部レントゲン (腸閉塞を疑うレントゲン像を示す) 臨床症状 (創部の発赤を認める)	A6:退院準備 G1:術後出血 H1:腹腔内膿瘍 I1:縫合不全 J1:術後腸閉塞 K1:創感染	
A6:退院準備	退院指導 (必要退院処方、次回外来予約、必要時、栄養指導を行う)	A7:退院	
G1:術後出血	臨床症状 (術後出血が回避できたことを確認)	A4:術後亜急性期	
H1:腹腔内膿瘍	臨床症状 (腹腔内膿瘍を制御できたが、食事摂取が不能な場合) 臨床症状 (腹腔内膿瘍を制御でき、食事摂取が可能な場合)	A4:術後亜急性期 A5:術後回復期	
I1:縫合不全	臨床症状 (発熱無く、臨床的に縫合不全が回避できたことを確認) and 吻合部透視 (縫合不全が治癒したことを確認)	A4:術後亜急性期	
J1:術後腸閉塞	臨床症状 (腹部膨満感の消失、嘔気・嘔吐の消失) and 腹部レントゲン (異常腸管ガス像の消失)	A4:術後亜急性期	
K1:創感染	創感染が治癒したが、食事摂取不能な場合 創感染が治癒し、食事摂取可能な場合	A4:術後亜急性期 A5:術後回復期	



胃部分切除術の経路パターンとカバー率

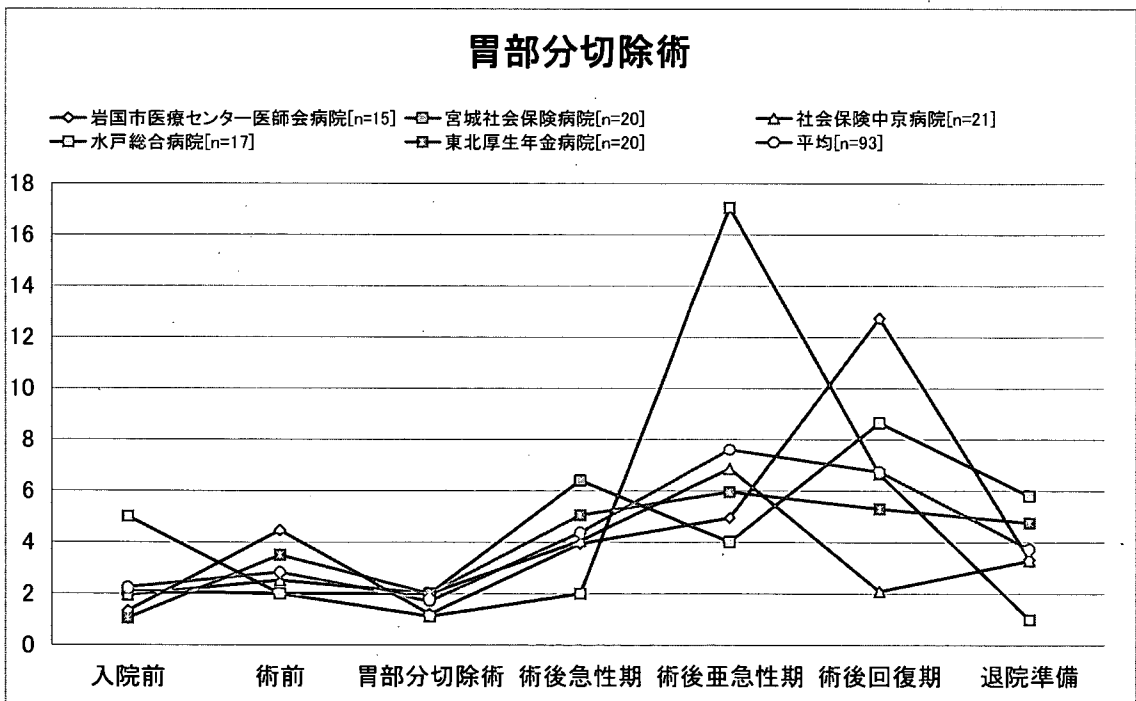
コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
胃部分切除術	A0-A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7	93	76.9%	○	80.2%
	A0-A1-A2-A3-A4-I1-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	○	
	A0-A1-A2-A3-G1-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	○	
	A0-A1-A2-A3-K1-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	○	
	A0-A1-A2-A3-K1-A5-A6-A7	1	0.8%	○	
	A2-A3-A4-A5-A6-A7	17	14.0%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-A7	2	1.7%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A7	1	0.8%	×	
	A0-A2-A3-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	×	
	A2-A3-A4-A5-J1-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	×	
	A2-A3-I1-K1-A4-A5-A6-A7	1	0.8%	×	
	A2-A3-J1-A4-A6-A7	1	0.8%	×	
	計	121	100.0%		

胃部分切除術 A0A1A2A3A4A5A6A7



胃部分切除術の平均在院日数比較

胃部分切除術



胃部分切除術のユニット滞在日数比較

虫垂炎

【コンテンツの特徴】

虫垂炎は急性腹症の原因のもっとも多い疾患である。手術の対象になることも多々あるが、炎症の程度により、その経過は多岐にわたる。

【コンテンツの疾患に対するカバー率と離脱について】

検証対象になった症例は 60 例で、カバー率は 83.3%であった。詳細は以下の通りである。

☆適合症例

- ・ A0A1A2A3A4A5A6A7 43 例
- ・ A0A1B1B2B3B4A6A7 7 例

★非適合症例

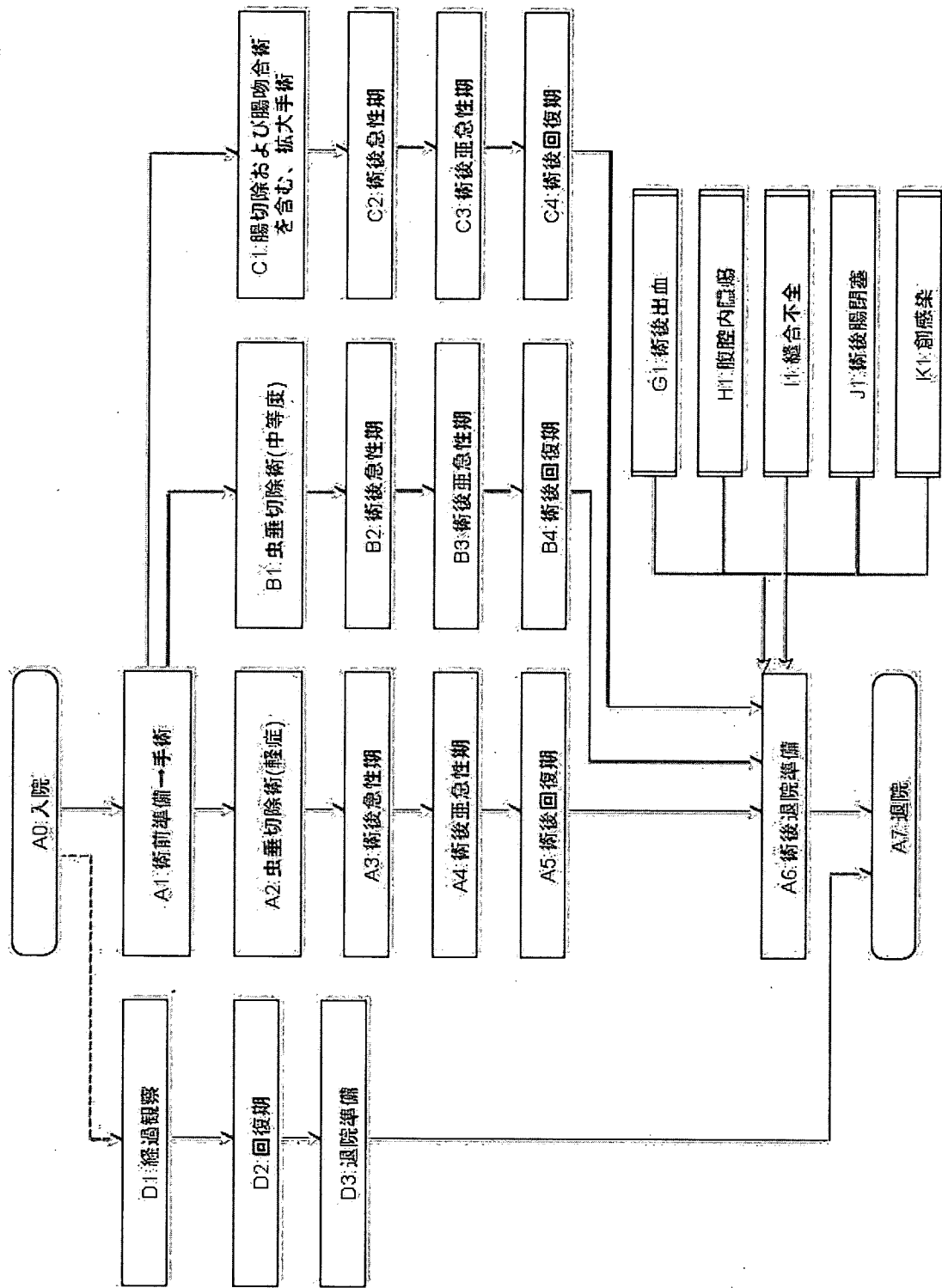
- ・ A0A1A2A3A4A6A7 1 例
- ・ A0A1A6A7 5 例
- ・ A0A6A7 1 例
- ・ A0A7 3 例

ルート選択の条件として、術前準備をしている状況で症状軽快し、退院となるケースや、入院時には虫垂炎と診断されていたものが、早期退院経過観察になったものなどが散見され、それらが非適合症例となっている。ルート選択について、より多くのルートが選べるように準備する必要があった。

【今後の課題と展望】

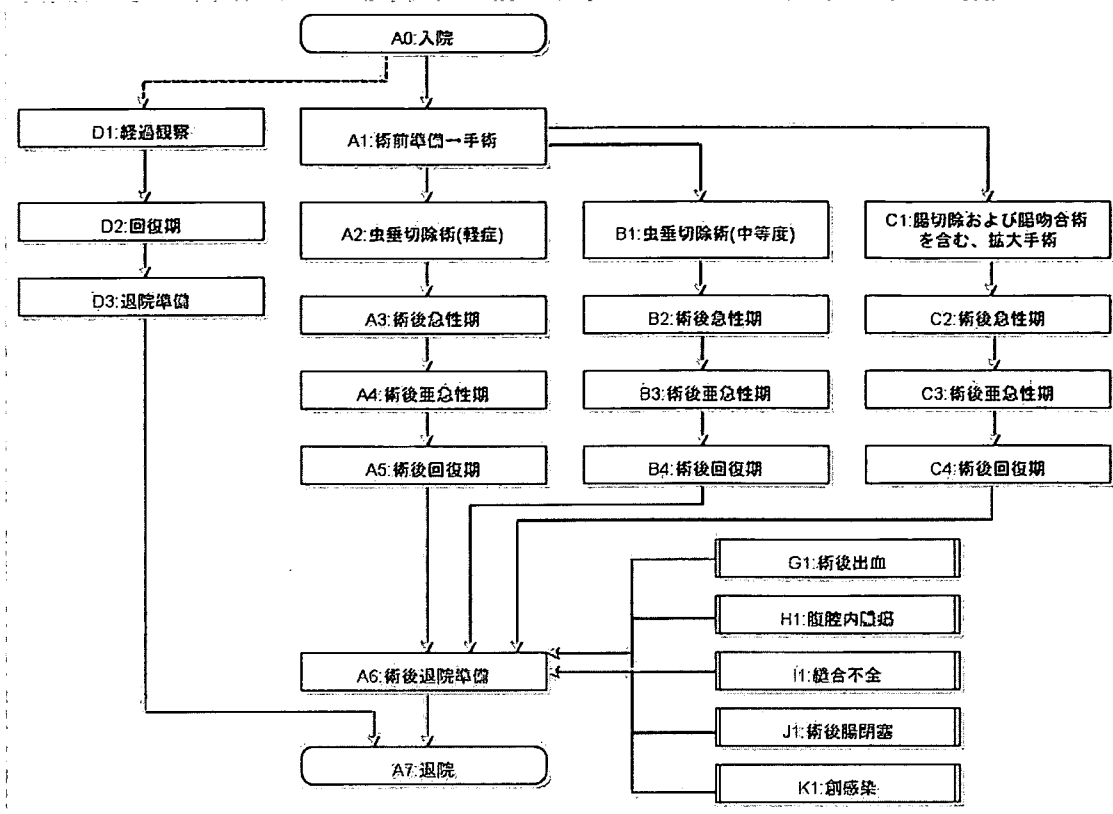
今回の検証を通し、胃部分切除術と同様、ルート不備によるものが非適合症例の大半であった。ルートの整備が急務と考えられる。

虫垂炎での検証でも、症例数の蓄積による、合併症をたどった際のルート検証が不十分であった。今後のさらなる検証が望まれる。



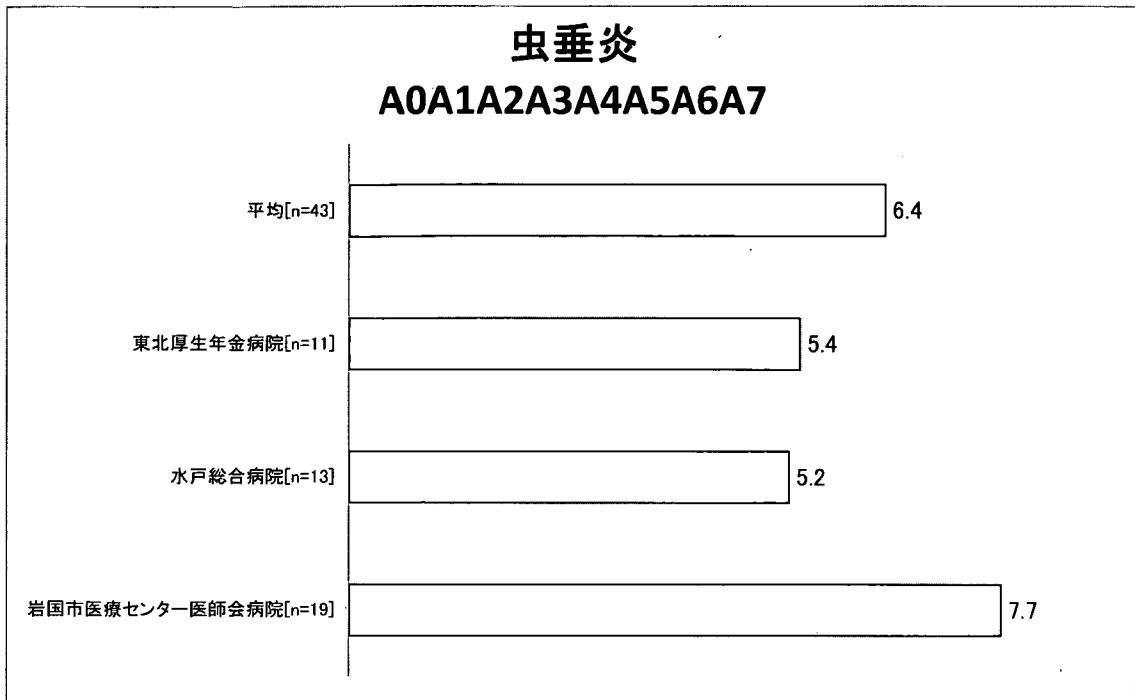
移行ロジック一覧		2007年度	
虫垂炎			
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: 入院	炎症反応が高い、臨床的に有症状である。CTでも腫脹した虫垂を認める。 臨床所見（虫垂を疑う症状がある。（右下腹部の圧痛、筋性防衛(+)など） or 血液検査（WBC基準値以上、CRP陽性） or 腹部CT（腫脹した虫垂を認める）	A1: 術前準備一手術	
	炎症反応が低く、CTでも虫垂の腫脹が軽度な場合 血液検査（WBC<10000、CRP基準値以下） or 腹部CT（撮影した場合、虫垂が確認出来ない、もしくは、明らかな腫脹が見られない）	D1: 経過観察	並列
A1: 術前準備一手術	術式が定型的虫垂切除術で終了 手術（ドレーン挿入せず、虫垂切除に終わったもの） 手術（虫垂切除に終わるも、ドレーン挿入を伴うもの） 虫垂の炎症が強く、術式が拡大されたもの。 手術（腸切除および吻合術が必要だったもの）	A2: 虫垂切除術(軽症) B1: 虫垂切除術(中等度) C1: 腸切除および吻合術を含む、拡大手術	
A2: 虫垂切除術(軽症)	手術終了後 経過観察（手術から1病日間の経過観察）	A3: 術後急性期	
A3: 術後急性期	術後1病日経過 経過観察（合併症無く術後1病日経過） 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（血圧・脈拍のバイタルサインの異常） 創部に感染が見られ、創離開した場合 経過観察（創部に発赤みられ、創部開放が必要）	A4: 術後亜急性期 G1: 術後出血 K1: 創感染	
A4: 術後亜急性期	食事を始める時期 臨床症状（術後腸蠕動確認され、食事摂取可能と判断された場合） 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（血圧・脈拍のバイタルサインの異常） 創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	A5: 術後回復期 G1: 術後出血 K1: 創感染	
A5: 術後回復期	術後水分摂取開始、食事摂取状況良好、炎症反応の正常化 臨床症状（食事摂取良好） and 血液検査（WBC正常値、CRP軽減） 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（血圧・脈拍のバイタルサインの異常） 炎症反応の再上昇、腹部所見の悪化 臨床症状（発熱有り(38℃以上)、腹部に圧痛を認める） and 血液検査（WBC陽性、CRP上昇） and 腹部CT(腹腔内にドレナージ出来ない（もしくはドレナージ不良な）膿瘍腔を認める） 創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	A6: 術後退院準備 G1: 術後出血 H1: 腹腔内膿瘍 K1: 創感染	
A6: 術後退院準備	退院可能な状態 退院指導（退院後の生活説明、外来予約、退院処方の確認）	A7: 退院	
B1: 虫垂切除術(中等度)	手術終了後 経過観察（手術から1病日間の経過観察）	B2: 術後急性期 B3: 術後亜急性期	
B2: 術後急性期	合併症なく術後1病日目が経過 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） or 臨床症状（ドレーンより出血あり） 創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	G1: 術後出血 K1: 創感染	
B3: 術後亜急性期	食事を始められる状況 臨床症状（術後腸蠕動確認され、食事摂取可能と判断された場合） 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（ドレーンより出血が見られる。また、血圧・脈拍のバイタルサインに異常が見られる。） 炎症反応の再上昇、腹部所見の悪化 臨床症状（発熱有り(38℃以上)、腹部に圧痛を認める） and 血液検査（WBC陽性、CRP上昇） and 腹部CT(腹腔内にドレナージ出来ない（もしくはドレナージ不良な）膿瘍腔を認める） 創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	B4: 術後回復期 G1: 術後出血 H1: 腹腔内膿瘍 K1: 創感染	

B4: 術後回復期	術後水分摂取開始、食事摂取状況良好、炎症反応の正常化 臨床症状（食事摂取良好、ドレーンは抜去されている） and 血液検査（WBC正常値、CRP軽減）	A6: 術後退院準備	
	術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（ドレーン挿入時、ドレーンからの出血を認める）	G1: 術後出血	
	炎症反応の再上昇、腹部所見の悪化 臨床症状（発熱有り(38°C以上)、腹部に圧痛を認める） and 血液検査（WBC陽性、CRP上昇）	H1: 腹腔内膿瘍	
	腹部CT(腹腔内にドレナージ出来ない（もしくはドレナージ不良な）膿瘍腔を認める） 創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	K1: 創感染	
C1: 腸切除および腸吻合術を含む、拡大手術	虫垂切除術にとどまらず、腸切除および吻合術が必要となった場合 経過観察（手術から1病日間の経過観察）	C2: 術後急性期	
C2: 術後急性期	術後1病日が経過 経過観察（合併症無く術後1病日が経過） 術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（ドレーン挿入時、ドレーンからの出血が見られる）	C3: 術後亜急性期	
	創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	K1: 創感染	
C3: 術後亜急性期	炎症反応および腹部症状の軽減があり、飲水・食事開始が出来る条件である 臨床症状（腸蠕動が確認される） and 血液検査（WBCが術前より低下、CRPの軽減）	C4: 術後回復期	
	術後出血が見られた場合 血液検査（著明なHb値の低下を認める） and 臨床症状（ドレーンからの出血が見られる）	G1: 術後出血	
	術後炎症反応の遷延・悪化、発熱が続き、腹腔内膿瘍形成がCT上疑われた場合 臨床症状（発熱、腹痛の増強、ドレーン性状の変化） and 血液検査（WBCの上昇、CRP上昇）	H1: 腹腔内膿瘍	
	腹部CT（ドレナージ不能（もしくは不良）な膿瘍腔を認める） 術後縫合不全が疑われた場合 臨床症状（ドレーン排液の性状変化）	I1: 縫合不全	
	腸蠕動が弱く、レントゲン上腸閉塞が疑われた場合 臨床症状（腹部膨満感出現、吐気・嘔吐が見られる） and 腹部レントゲン（イレウス症状（ニボーの出現など）が認められる）	J1: 術後腸閉塞	
C4: 術後回復期	創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	K1: 創感染	
	術後水分摂取開始、食事摂取状況良好、炎症反応の正常化 臨床症状（食事摂取良好、ドレーンは抜去されている。） and 血液検査（WBC正常値、CRP軽減）	A6: 術後退院準備	
	術後縫合不全が疑われた場合 臨床症状（ドレーンの性状が変化し、縫合不全を強く疑う） and 血液検査（WBC上昇、CRP上昇）	I1: 縫合不全	
	術後腸蠕動が弱く、レントゲン上腸閉塞が疑われる場合 臨床症状（腹部膨満感著明、嘔気・嘔吐あり。） and 腹部レントゲン（腸閉塞様のレントゲン像を示す）	J1: 術後腸閉塞	
D1: 経過観察	創部に感染が見られ、創離開した場合 臨床症状（創部に発赤が見られ、創部開放が必要な場合）	K1: 創感染	
	腹部症状無く、炎症反応が軽減傾向 臨床症状（腹部所見の消失） and 血液検査（WBC正常値、CRP陰性）	D2: 回復期	
D2: 回復期	腹部症状無く、炎症反応も陰性化。食事摂取状況良好。 臨床症状（腹部所見の消失、食事摂取良好） and 血液検査（WBC正常値、CRP軽減）	D3: 退院準備	
D3: 退院準備	退院可能な状態 退院指導（退院後の生活説明、外来予約、退院処方の確認）	A7: 退院	
G1: 術後出血	臨床症状（術後出血が完全にコントロールされている状態）	A6: 術後退院準備	
H1: 腹腔内膿瘍	臨床症状（腹腔内膿瘍が全身状態に影響を与えない状態までコントロールされている）	A6: 術後退院準備	
I1: 縫合不全	臨床症状（縫合不全が治癒しており、食事摂取が可能である）	A6: 術後退院準備	
J1: 術後腸閉塞	臨床症状（食事摂取が可能であり、点滴から離脱している）	A6: 術後退院準備	
K1: 創感染	臨床症状（創感染が治癒、もしくは外来での通院でFollow可能）	A6: 術後退院準備	

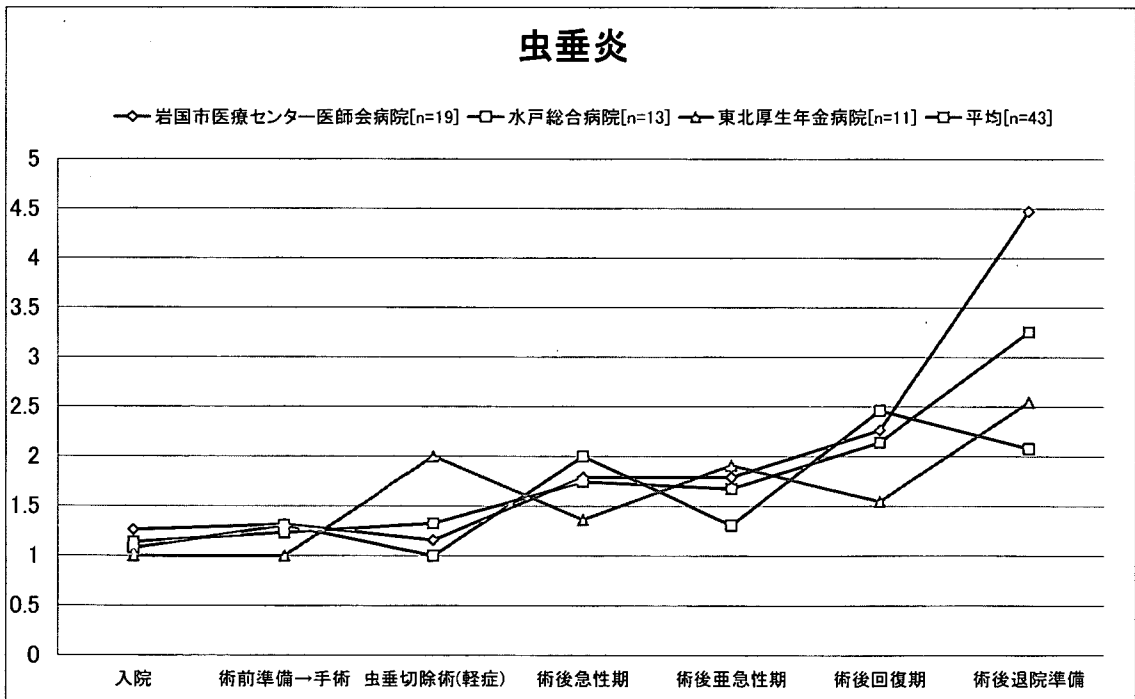


虫垂炎の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
虫垂炎	A0-A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7	43	71.7%	○	83.3%
	A0-A1-B1-B2-B3-B4-A6-A7	7	11.7%	○	
	A0-A1-A6-A7	5	8.3%	×	
	A0-A7	3	5.0%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A6-A7	1	1.7%	×	
	A0-A6-A7	1	1.7%	×	
	計	60	100.0%		



虫垂炎の平均在院日数比較



虫垂炎のユニット滞在日数比較

8. 救急

執筆：織田 順

【背景】

救急領域はかならずしも特定の診断名で表される傷病ではなく、急性病態や重症病態、重篤な外因性傷病というカテゴリーを診療の対象にしている。そのため、対象傷病名が明らかな場合もあれば、重症度や急性期といった横断的な取り扱いをする場合や、救急車で搬送されてくる救急システムが特徴である場合などさまざまな切り口をまとめて救急と称されており、ほかの領域とやや取り扱いが異なる。一方、このような特徴から、近年社会的にきわめて重要視されている領域であるにもかかわらず質保証や標準化が困難である。救急領域における現実的な質保証に PCAPS がどのように適用できるか、上記の特徴を意識して必要なコンテンツを整備した。

【方法】

大まかな 3 種類のカテゴリーを考えてコンテンツを設計した。

1) 救急領域における Common disease (診断名あり)

急性病態/重症病態を対象にする、とはいうものの、救急領域が担当しがちな傷病名単位がある。ただし他領域ほど明確でない。傷病名単位で 3 次救急部門が担当することが多い傷病は心肺停止(蘇生後であるため)、多発外傷(単一診療科で診療が困難なので)、重症熱傷・気道熱傷(特に形成外科や外科の範疇を超える重症度の場合)、中毒、重症感染症、その他明らかな外因であり、これらは完結したコンテンツとできる可能性がある。ただし、傷病名単位ではないが、病期単位で区切られたその他の傷病を担当する場合もある。例えば脳梗塞、脳出血など脳

血管障害、大動脈解離、心不全、急性腎不全、肝不全、重症膵炎などの超急性期である。これらについては単一病名で完結するコンテンツというよりむしろ、超急性期という範疇のコンテンツとなる。

2) 共通しがちな経過 (特定の診断名なし)

2 次救急病院に搬送されるような比較的軽傷そうに見える外傷症例を考えるとわかりやすい。来院時のバイタルサインが安定しており、診断が頭部打撲傷あるいは全身打撲傷であっても、受傷機転が例えばバイク転倒事故であれば、外力が比較的大きいため経過観察入院とすることが多い。受傷時の記憶が曖昧という場合にも脳震盪の疑いで入院となることが多い。その際の診療のポイントは頭部打撲傷を精査したり、全身打撲傷を観察したりすることでなく、特に生命に直結する胸部、腹部、頭部など vital organ の合併損傷が出現しないかどうかをくり返し観察することであろう。

「高齢者救急」というカテゴリーが生まれるほど高齢者の救急搬送事例が近年増加している。「動けなくなった」などの主訴で、これも来院時に必ずしも診断名が確定しない。外来から入院にかけて診断を探りながら診療を進めることになる。

3) 救急マネジメント (さらに特定の診断名はなく、重症度や病期のみ)

マネジメントの面で主なものとしては、高次転送や療養型病床への転院があげられる。2 次病院に受け入れた症例が思いのほか重症であれば、あるいは診療に専門性を必要とするため処置困難であれば、救命救急センターなど高次医療機関に転送することになる。また高次医療機関で診療していた症例の状態が安定したり固定したりした

場合、療養型病床への転院が必要となる。急性病態を扱う他の各領域にも関わる問題である。

【結果と考察】

①救急領域のとらえ方とコンテンツ設計
上記 1) Common disease(診断名あり)について

- ・急性薬物(眠剤)中毒 *a
- ・アナフィラキシー *b

を作成した。また 2) 共通しがちな経過 (特定の診断名なし)について

- ・来院時軽傷外傷 *c
- ・高齢者救急 *d

を作成した。3) 救急マネジメントの代表例

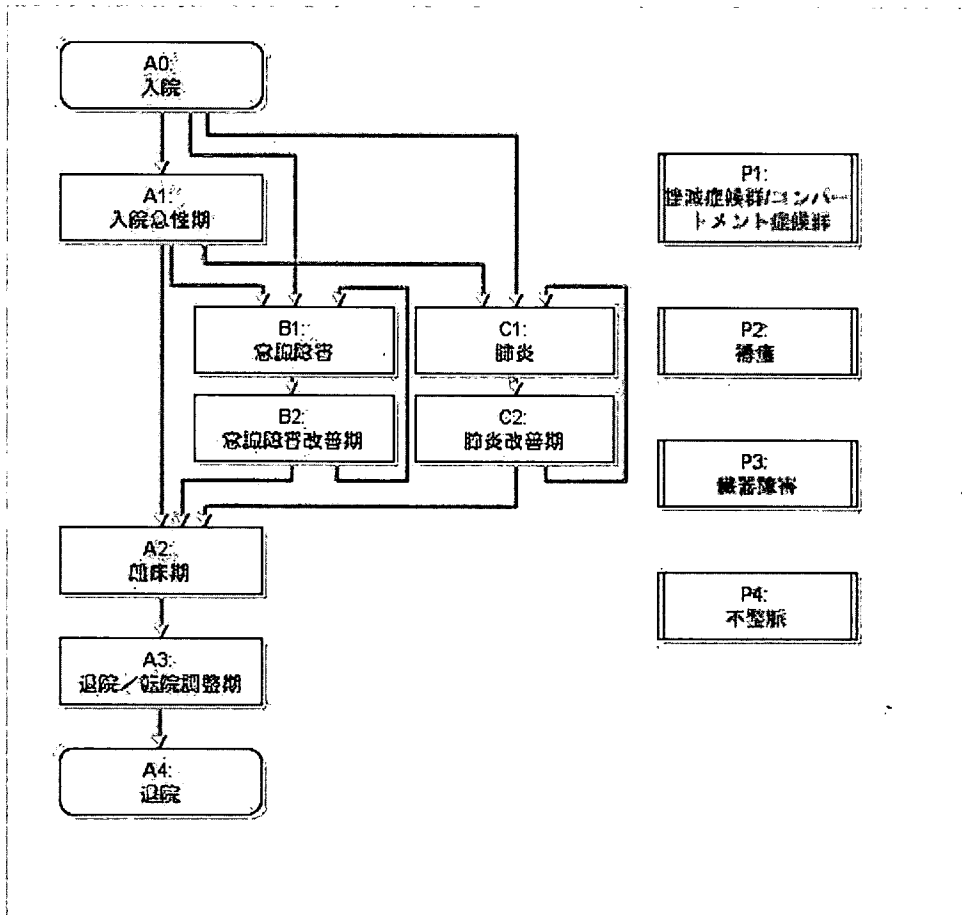
②検証調査結果

a) 急性薬物(眠剤)中毒

として

- ・蘇生後脳症 *e
- ・高次転送 *f

を作成した。今後コンテンツ拡充を図る上で、診断名単位で取り扱うもの(*a, b)よりも、診断名よりリスク管理(経過観察)の方が重要な一群(*c)、診断確定までに診療を進めていかなければならない一群(*d)、目標到達度にかかわらず症状が固定した時点で転院(*e)、高次機関への重症救急転送(*f)、がそれぞれ各タイプの核となると考えている。さらに*d、*e、*fは社会問題化している現状の救急システムともきわめて密接に関係する。



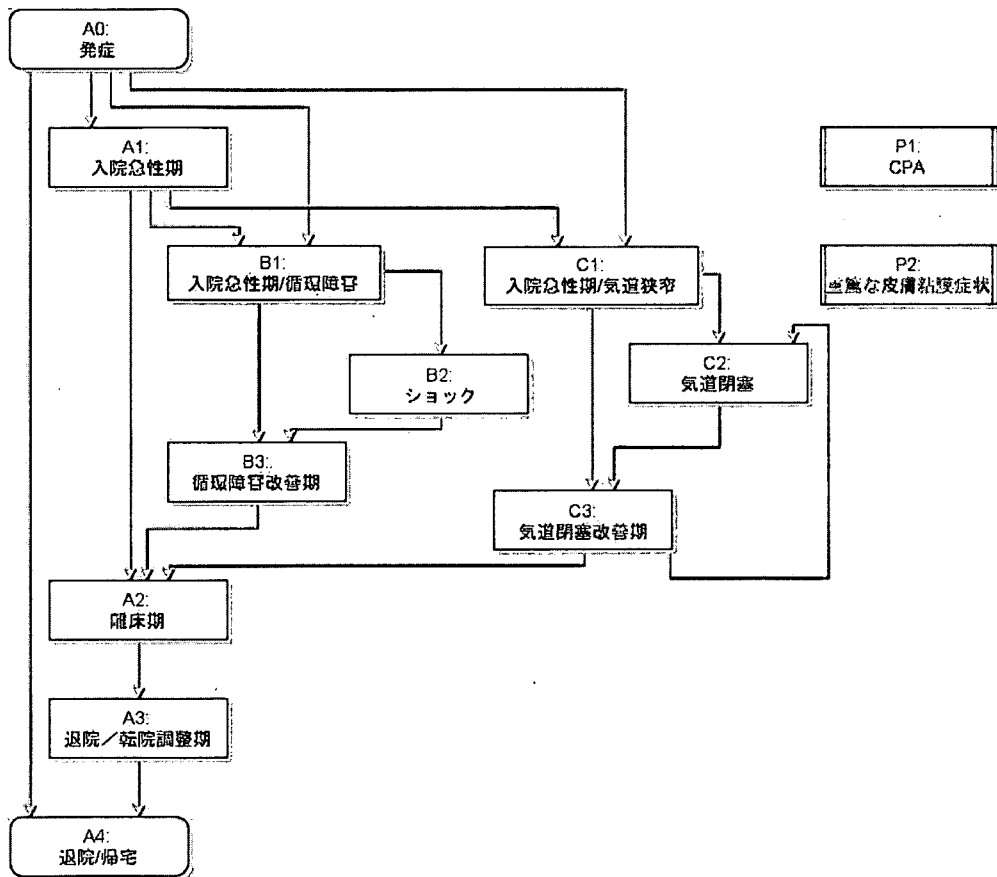
急性薬物 (眠剤) 中毒の経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
急性薬物(眠剤)中毒	A0-A1-A2-A3-A4	112	78.3%	○	99.3%
	A0-B1-B2-A2-A3-A4	18	12.6%	○	
	A0-C1-C2-A2-A3-A4	5	3.5%	○	
	A0-A1-B1-B2-A2-A3-A4	3	2.1%	○	
	A0-A1-C1-C2-A2-A3-A4	1	0.7%	○	
	A0-A1-C1-C2-A4	1	0.7%	○	
	A0-A1-C1-C2-C1-C2-A2-A3-A4	1	0.7%	○	
	A0-C1-C2-C1-C2-A2-A3-A4	1	0.7%	○	
A0-A1-B1-B2-C2-A2-A3-A4	1	0.7%	×		
	計	143	100.0%		

重症度はかなり異なりがちな傷病であるが
カバー率は 99.3%で、ユニットごと解析で

は入院急性期の日数にばらつきがあるのみ
で重症度を反映しているものと思われた。

b) アナフィラキシー



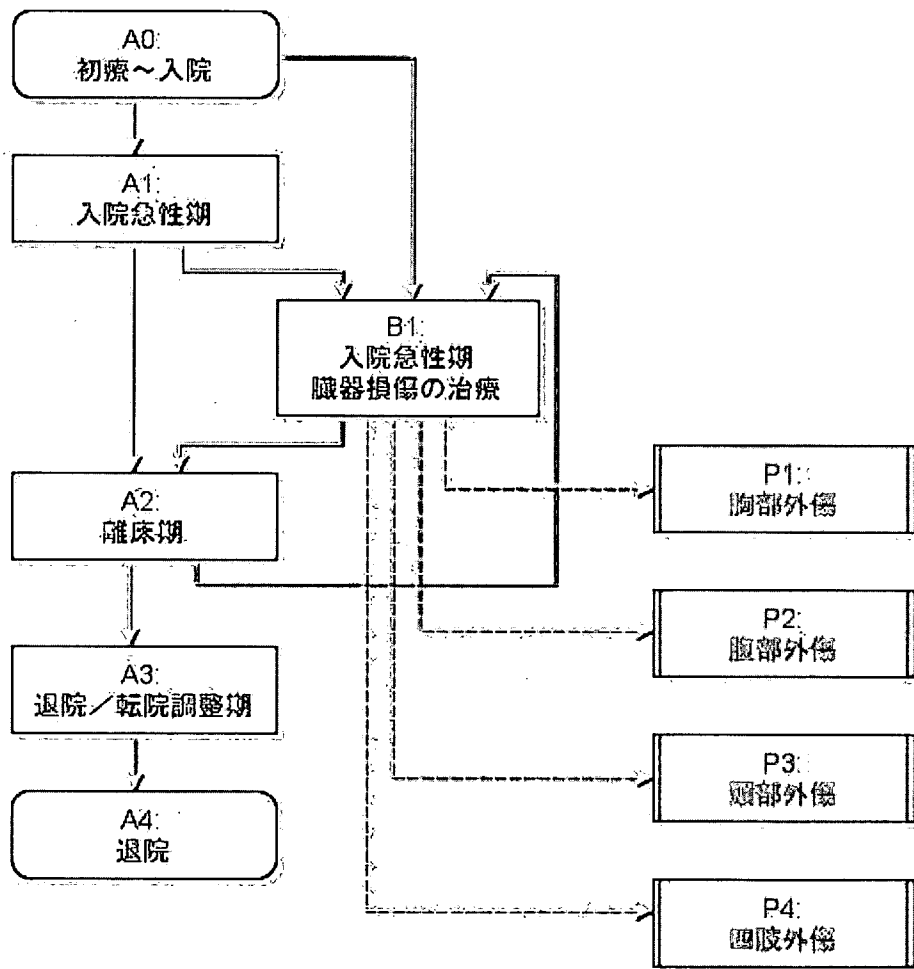
アナフィラキシーの経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
アナフィラキシー	A0-C1-C3-A2-A3-A4	23	46.9%	○	100.0%
	A0-B1-B2-B3-A2-A3-A4	10	20.4%	○	
	A0-A4	7	14.3%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4	5	10.2%	○	
	A0-B1-B3-A2-A3-A4	3	6.1%	○	
	A0-A1-C1-C3-A2-A3-A4	1	2.0%	○	
	計	49	100.0%		

入院を要さないものから、バイタルサインを脅かす重篤な症例までがカバーされるように、実診療の思考に沿ってデザインした。カバー率は 100%であった。経路は様々で

あるものの診療経路の内訳は、入院を要するものとそうでないものの割合など、日常診療を反映しているものと思われた。

3) 来院時軽傷外傷



来院時軽症外傷の経路パターンとカバー率