

人工膝単顆置換術のパス作成

東 裕作¹⁾ 勝尾信一²⁾

要旨：在院日数の短縮と医療サービスの標準化を目的として人工膝単顆置換術パスの作成に取り組んだ。パス作成過程でデータを収集し標準化という作業を繰り返し治療行為を決定していたが、いくつかデータの標準化だけでは決定しきれない項目があった。その項目について、医師間で話し合いの場をもうけてもらい、医師間での意思の統一といった形の標準化につなげることができた。パスの作成にはデータの標準化と医療者間の話し合いでの標準化をうまく取り入れていくことが重要である。

[Key words] 人工膝単顆置換術、標準化、パス作成

緒 言

変形性膝関節症の手術として磨耗した、軟骨を取り除いて、関節すべてを人工関節に置き換える人工膝全置換術が主流であるが、症例によっては病変部だけを人工関節に置き換える人工膝単顆置換術（以下 UKA）がある。当院では人工膝全置換術のパスはあるが UKA のパスはなかった。UKA の手術は年間で 10～15 件あり、二人の医師が UKA の手術を行っている。UKA は骨を出来るだけ温存させる方法なので人工関節全置換術に比べても侵襲が少ない。また術後の膝の屈曲がよく、正常に近い歩行も可能である。今回 UKA パスの作成過程で検討を要した標準化項目について報告する。

方 法

1. 対象

データ収集対象症例は、平成 20 年 5 月から平成 21 年 12 月の期間に変形性膝関節症で片側 UKA を受けた患者 20 症例である。年齢は 58 歳から 82 歳（平均 69.7 歳）、男性 3 症例・女性 17 症例である。

2. パス作成方法

パスの作成は表 1 の方法手順で行った。アウトカムシートを使用しアウトカムファームを作成、そのアウトカム

を達成目標に置き換え、必要なデータ収集項目をあげる。対象となる患者の ID、名前一覧を作成し、診療情報管理室に依頼。カルテのデータをもらい、データの標準化を行う。紙パスフォーマットによるパスの作成。作成した紙パスをパス委員会に提出後、電子カルテに入力となる。

表 1：パス作成方法

- | |
|----------------------------|
| ① アウトカムファーム（アウトカム設定シート）を使用 |
| ② データ収集が必要な項目一覧を作成 |
| ③ データ収集患者一覧を作成 |
| ④ 診療情報管理室に依頼し、データをもらう |
| ⑤ データの標準化 |
| ⑥ 紙パスフォーマットでパスを作成 |
| ⑦ パス委員会に提出 |
| ⑧ 電子カルテに入力、実際に使用 |

結 果

今回、平成 21 年 5 月より電子カルテの導入により、紙カルテ 13 症例、電子カルテ 7 症例からのデータ収集となった。パスの適用除外基準について、適用基準は変形性膝関節症で片側 UKA 施行目的の患者とし、除外基準は麻酔法の異なる患者・両側 UKA の患者とした。

入院期間について、20 症例では 14～58 日間とばらつきがあり、データの中央値をとり、入院期間は 30 日

¹⁾福井総合病院 5A 病棟

²⁾福井総合病院 整形外科
(受付日 2010年12月)

間とした。全症例が手術前日入院のため退院日は術後28日目とした。退院基準は、杖歩行または独歩にて屋外歩行が自立して外泊をし、日常生活に支障がないとした。

UKAでは、使用されていた麻酔法が、腰椎麻酔とラリングアルマスク麻酔(硬膜外麻酔併用)の2種類であった。症例数では腰椎麻酔が11症例、ラリングアルマスク麻酔が9症例で多数決になると腰椎麻酔となる。しかし、執刀医師による麻酔法の違いであったため、実際に使用する医師間で相談してもらう時間をとってもらい、ラリングアルマスク麻酔(硬膜外麻酔併用)に統一した。腰椎麻酔で膝の手術をする場合、術後腓骨神経麻痺予防のために手術直後より床上でニーブレスの装着が必要であった。今回、ラリングアルマスク麻酔に統一したことでの手術直後の装着は不要となり、リハビリ開始後の膝折れ予防目的での装着とした。そしてニーブレス除去日が術後1~18日目とばらつきがあり、データの中央値をとり、術後7日目で外すとした。抜糸日について10~

15日目とばらつきがあり、データの中央値の14日目を抜糸日とした。血栓予防について、術後抗凝固剤の使用・抗凝固作用薬の内服をしている症例が9症例、抗凝固剤無使用が11症例あった。多数決にすると無使用となるが、医師と相談し術後血栓の可能性は出来るだけ低くしたいため予防的に必要と考え、クレキサン皮下注キット2000IU[®]を手術翌日より7日間1日1回使用することにした。図1は実際に作成されたパス使用画面の一部である。

考 察

標準化については、その内容によっていくつかの方法(表2)を使いわけなければならない¹⁾。パス作成過程で、表2の方法の標準化だけでは決定しきれなかった二人の執刀医師による麻酔法の違いや抗凝固剤の使用の有無について、医療者間で相談してもらうことで標準化することが出来た。医療者の標準化について「自分が興味

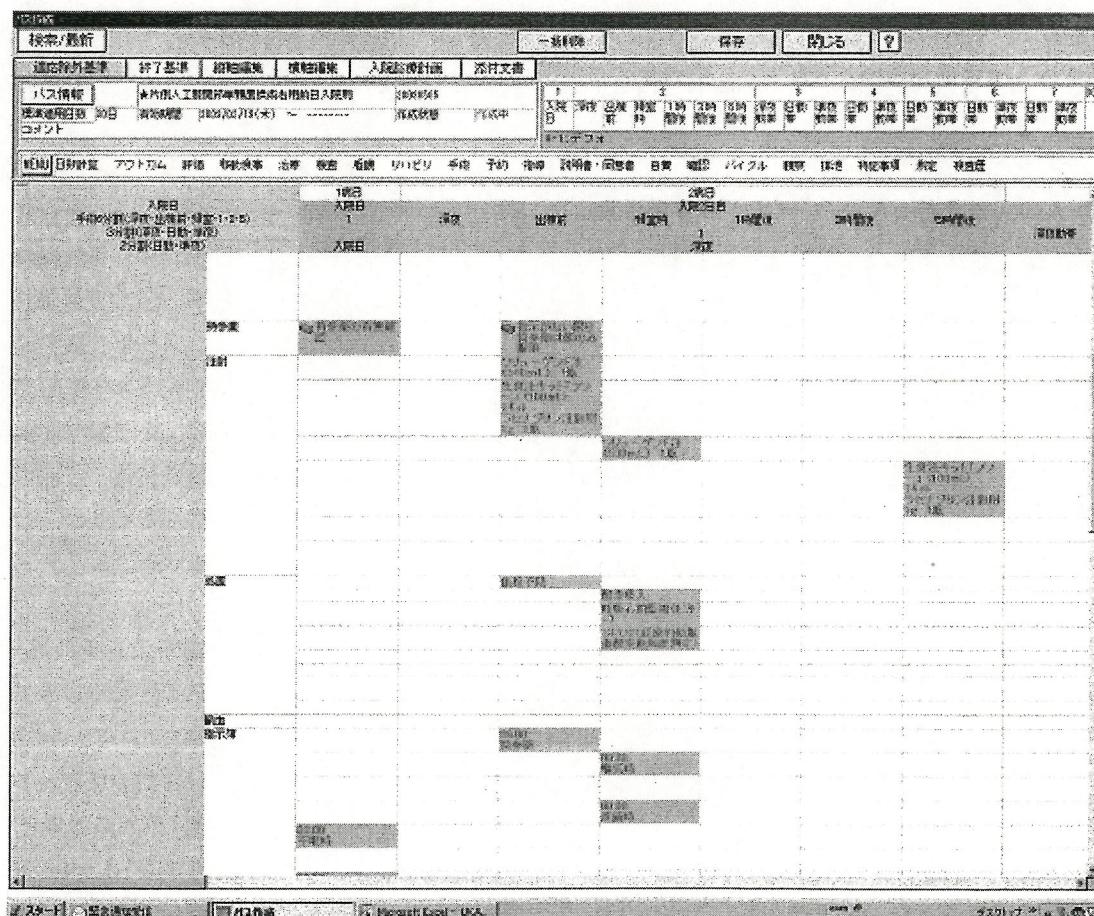


図1：電子カルテに入力したパス（一部分）

のある検査や手技は行うべきではなく、パスに入れてはいけません。また複数の医師がいる診療科では、医師間の指示や行為の標準化も重要です。同じ疾患で同じ病室に入院している患者の治療方針や指示が主治医によって異なっては、病院不信につながります。医師同士で話し合い、「根拠に基づいて統一すべきです。」²⁾とある。医師による治療行為のばらつきを統一し、医療者の意思の統一を図ることも重要な標準化であると認識した。今回のパス作成による医療の標準化が医療の質の向上につながればと思う。

文 献

- 1) 勝尾信一：看護きろく、vol17 no4 通巻170号、
日総研出版、名古屋市、2007、83。
- 2) 勝尾信一：看護きろく、vol17 no5 通巻171号、
日総研出版、名古屋市、2007、69。

- ・ 多数決：治療ケア行為をする・しない、症状の有無、薬剤の選択
- ・ 中央値：治療ケア行為の施行日、達成目標の達成日
- ・ 上下限値：数値としての患者状態
- ・ 0(ゼロ)：合併症、副作用

表2：標準化の方法