

原 著

胃全摘術に対するクリニカルパスの意義

Significance of clinical pathway for total gastrectomy

池田 良美* 船見 恵美子*

藪崎 裕*² 梨本 篤*²

Yoshimi IKEDA, Emiko FUNAMI

Hiroshi YABUSAKI and Atushi NASHIMOTO

要 旨

胃全摘術のクリニカルパスを2000年に作成し、改定を重ね2年が経過した。現在術後在院日数を21日に設定し使用しているが、医療の効率化、経済性、質の保証などの観点から更なる改定の必要性を感じる。今回、クリニカルパス使用群80例と未使用群50例の周術期における諸項目の比較、クリニカルパス使用群のバリエーション分析、食事の摂取量などのデータ分析により、改定の方向性を検討した。クリニカルパス使用群と未使用群には、諸項目、在院日数、術後在院日数に殆ど差はなく、使用群に35%のバリエーションがみられた。また、食事は術後全粥において75%以上の患者が5割以上摂取していた。退院後1ヶ月以内に食欲不振で再入院した患者は1例であった。以上のことから、食上げの速さをコントロールすることによる術後在院日数の短縮は可能であるという結論が得られたので報告する。

はじめに

医療の高度化や人々の価値観の変化に伴い、患者の病院に対するニーズや期待は複雑化、多様化してきている。また、医療の効率化、経済性、質の保証などさまざまな観点から標準化が求められるようになってきた。

当外科病棟では、胃全摘出術のクリニカルパス(CP)が、2000年5月からスタートし、1回の改定を経て現在術後在院日数21日に設定し施行している。菅野は、「CP導入により標準化は可能になる。しかし、標準化はCPが適宜データに基づいて改定されてこそ可能になる。」¹⁾述べている。今回、我々は術後21日仕様のCPバリエーション分析と食事に関する調査データ分析より、CP改定の方向性について検討したので報告する。

I. 対象と方法

対象はCP施行群(CP+群)80例(2000年5月～2001年6月)であり、CP未施行群(CP-群)50例(1999年6月～2000年4月)を対照群として以下に示すごとく諸項目につき比較検討を加えた。

- 1) 周術期の諸項目について比較する。
- 2) 術後在院日数を基点としCP(+)群のバリエーション要因を分析する。
- 3) CP(+)群の術後全粥時点の食事摂取量を調査し、胃癌進行度やリンパ節郭清度との関連を分析する。
- 4) 退院後1ヶ月以内に再入院となった症例の詳細を調査する。

II. 結 果

1. 背景因子

各群の臨床的背景因子を表1に示す。年齢、性別、進行度については両群間に差はみられなかったが、CP群は手術時間が短く、出血量は少なく、リンパ節郭清はD0,1と軽い症例が多かった。

2. 周術期諸項目分析

1) CP(-)群

入院日数の中央値29日、術後日数は23日であった。ドレーン抜去は術後11日目から14日目に多く、点滴輸液終了は術後13日目から21日目までかなり幅が見られた(図1)。しかし、レビン管抜去1日目、

*新潟県立がんセンター新潟病院 西5病棟

*²新潟県立がんセンター新潟病院 外科

Key Words: 胃全摘術, クリニカルパス, バリエーション, 食事量調査, 在院日数短縮

表 1 背景因子(TG)

	CP(-), N=50	CP(+), N=80
年齢 (mean)	44-83 (63)	37-86 (63)
性別 (M/F)	38/12	55/25
手術時間 (min)	230±68	190±53
出血量 (ml)	305±39	194±194
Stage I,II / III,IV	23/27	45/35
リンパ節郭清 D0,1 / D2,3	17/33	34/46

硬膜外チューブ抜去 3 日目, 導尿カテーテル抜去 3 日目, 抜糸 7 日目, 水分開始 8 日目, 食事開始 9 日目と中央値に幅のない項目も多数みられた (図 2)。

2) CP (+) 群

平均在院日数は 29 日, 入院日数の中央値 27 日であり, 術後の平均在院日数は 23 日, 中央値 22 日であった。ドレーン抜去は術後 14 日目が圧倒的に多く, 点滴輸液終了は中央値 14 日目であった (図 3)。レビン管抜去 1 日目, 硬膜外チューブ抜去 3 日目, 導尿カテーテル抜去 3 日目, 抜糸 7 日目, 水分開始 8 日目, 食事開始 9 日目であり CP (-) 群との差はみられなかった (図 4)。

3. バリエーション分析

CP 施行後のバリエーション分析では, 80 例中 28 例 (35%) に術後在院日数の延長が見られた (表 2)。バリエーション 28 例を検討したところ, 16 例が医療要因

表 2 胃全摘例のバリエーション分析結果

CP 80 例 退院日は 21 日と設定	
バリエーション 28 例 (35.0%)	
-患者要因 12 例	→ 肺炎 8 例 (10.0%)
-医療要因 16 例	→ 化療 2
-病院システム要因 0 例	→ 腹痛 2
	→ 創感染 2
	→ 肝機能障害 1
	→ 貧血 1

(医師要因, 看護師要因, 合併症要因), 12 例が患者要因であった。医療要因中肺炎が 8 例と最も多く, 以下化学療法のため, 腹痛, 創感染, 肝機能障害, 貧血の順であった。患者要因では, 患者の都合 5 例, 摂食不良 3 例, 既往症関連 2 例, 転院待機 1 例, 離床遅延 1 例であった。

4. 食事摂取量調査

食事摂取量は, 3~10割と個人差が大きかった。しかし, 76%以上の患者は 5 割以上の摂取が可能であり, 摂食不良で術後在院日数遅延に至った 3 例でも 3~5 割は常に摂取できていた。胃癌の進行度と食事量との関係では, どの進行度であっても 72%~84%が 5 割以上摂取でき有意差は認められなかった。リンパ節郭清度と食事量との関係においても特に有意差は認められなかったが, 5 割以上摂取できた症例は D0 D1 群 36 例, D2 D3 群 25 例で若干り

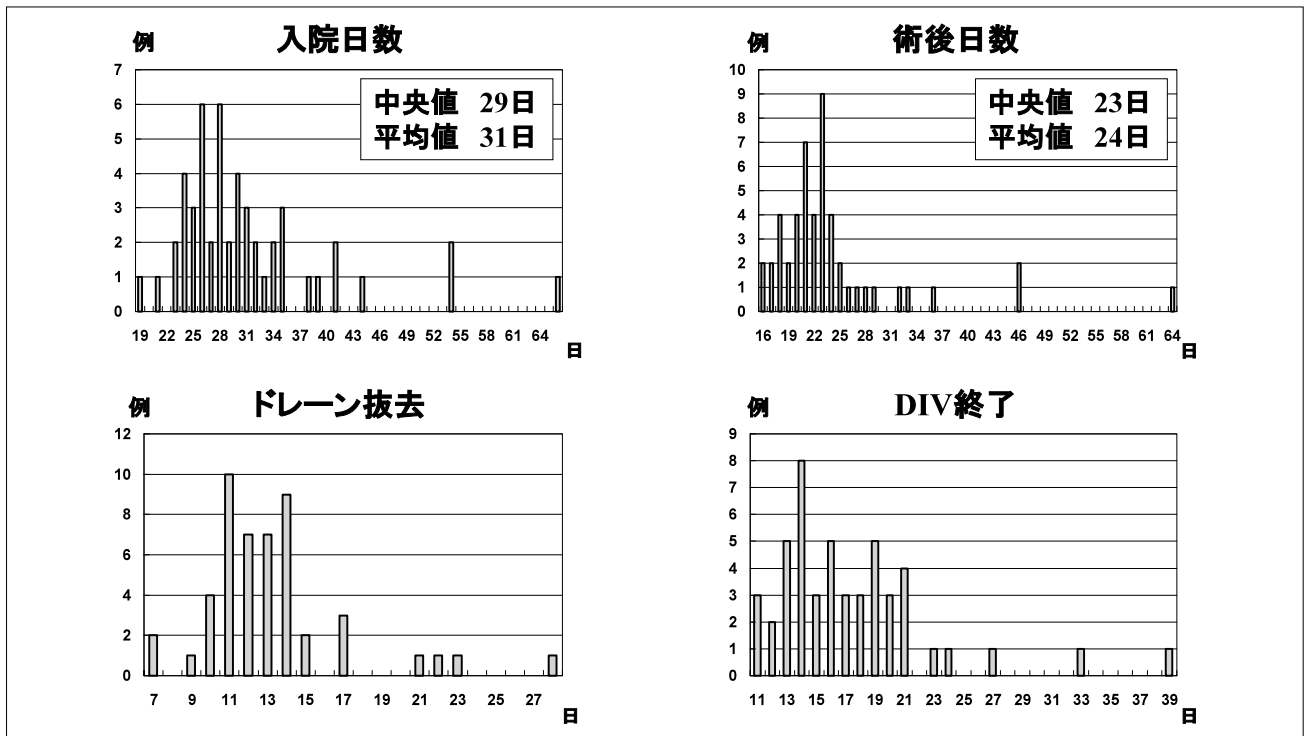


図 1 CP導入前の胃全摘分析 (1) N=50

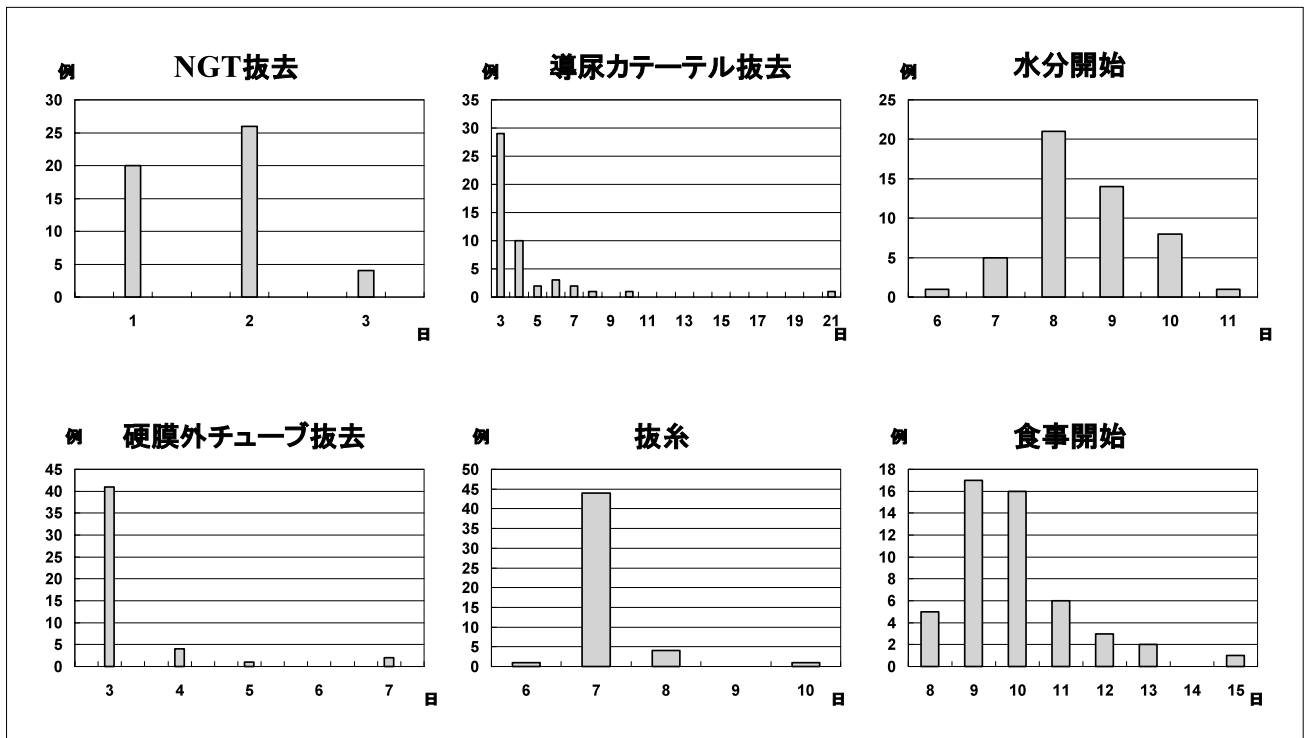


図2 CP導入前の胃全摘分析(2) N=50

1996.6~2000.4

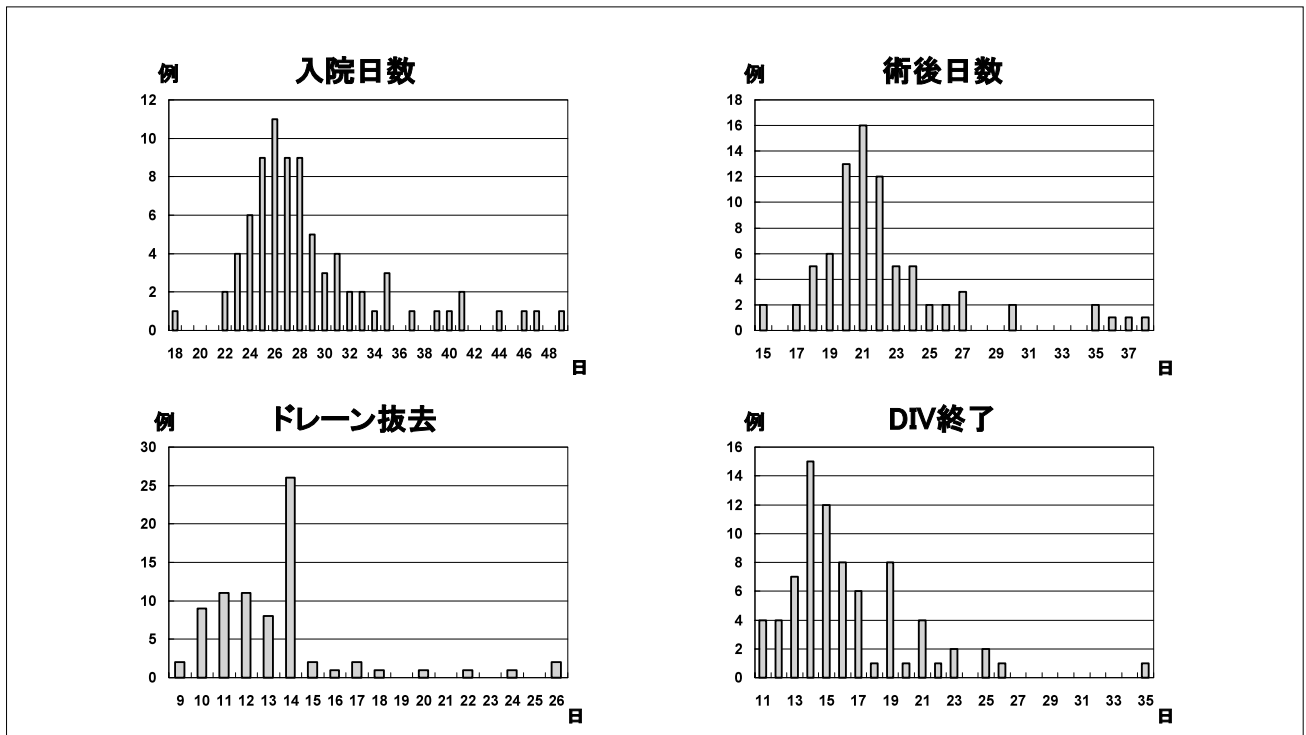


図3 CP導入後の胃全摘分析(1) N=80

2000.5.1~2001.7.27

ンパ節郭清に影響される傾向にあった(図5)。

5. 1ヶ月以内の再入院症例

退院後1ヶ月以内の外科病棟再入院は6例であった。しかし、術後化学療法のための予定再入院が2

例、手術時より腹膜転移が著明で末期癌状態による入院が2例、腰痛が1例であり、純粋に摂食不良が原因での再入院は1例のみであった(表3)。また、6例のうち術後在院日数遅延に至った症例は1例のみであった。

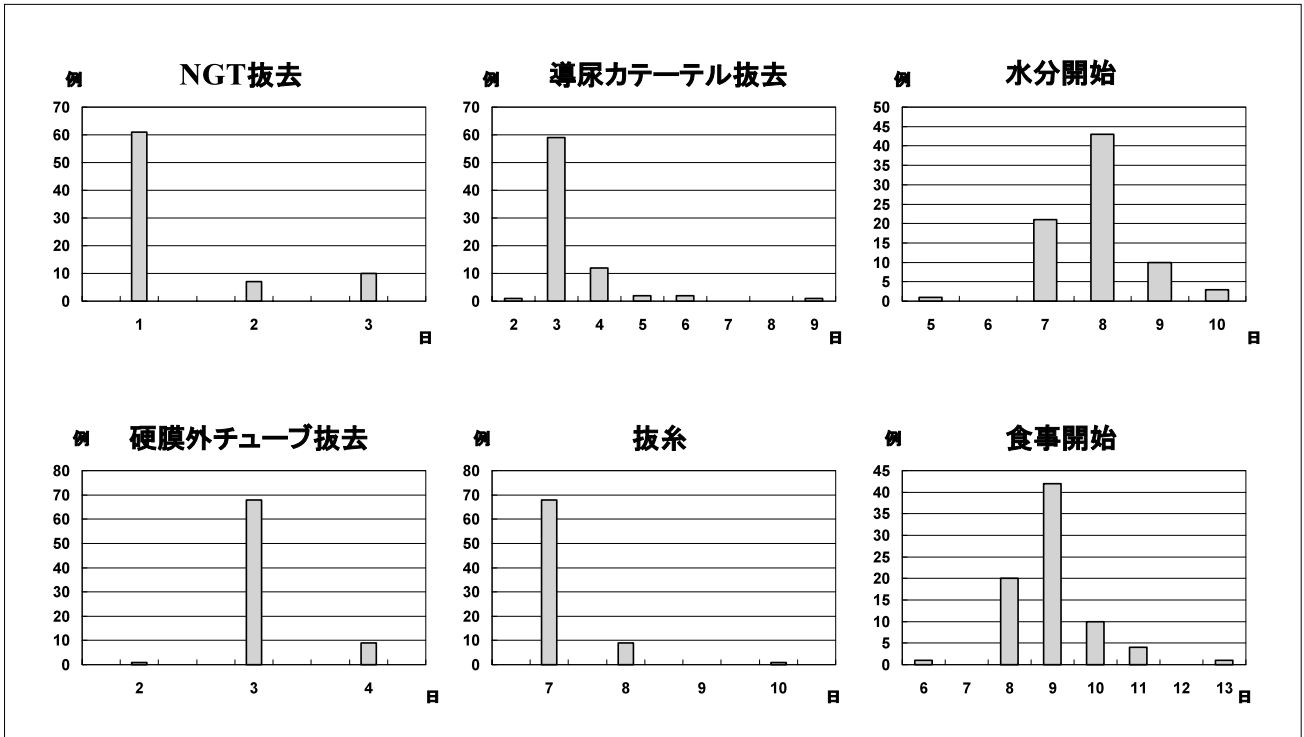


図 4 C P 導入後の胃全摘分析 (2) N=80

2000. 5. 1~2001. 7. 27

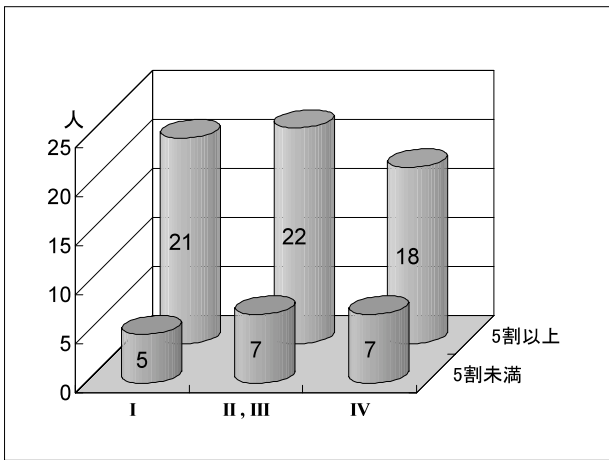
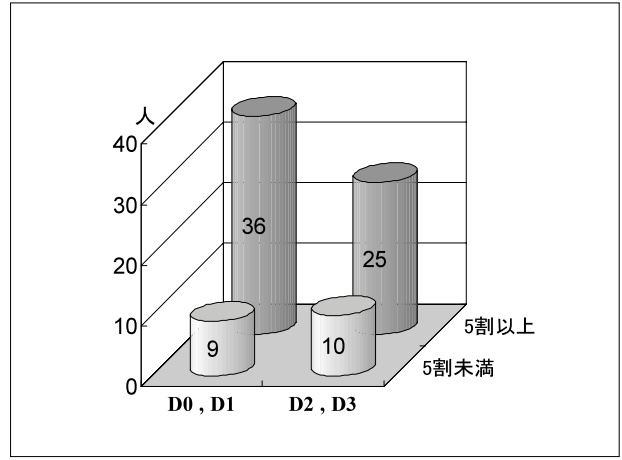


図 5 胃癌進行度と食事量



リンパ節郭清度と食事量

表 3 退院から一ヶ月以内の再入院症例

症 例	年/性	再入院理由	P*	食事量 (割)	転 帰
1	ST 54/M	全身黄疸	3	0~少	死亡
2	KT 65/M	化学療法	3	8~10	一時退院
3	YK 58/M	食欲不振	2	0	死亡
4	TH 80/ F	術後イレウス	3	0~3	IVH挿入・在宅
5	HH 54/M	術前化療・腰痛	0	5~8	一時退院
6	MI 72/ F	化学療法	3	5~8	一時退院

*腹膜播種

Ⅲ. 考 察

我が国では、1998年11月から日本版DRG/PPSが試行されてきたが、本年4月からは一部病院に限定してではあるが、診療報酬制度として導入され始めている。当院でも医療の質の向上と標準化、医療プロセスの効率化を目的にCPが導入された。しかし、初回作成されたCPは、慣習的に行なってきたCP(−)群の結果を参考に文書化したものである。従って、CPレベル2とレベル3の中間に位置するものであり²⁾、CP(−)群とCP(+)群との周術期諸項目の比較において大きな変化がなかったものと思われる。

CPは、患者に示すことで診療や看護に対する理解を得やすい利点がある。また、インフォームドコンセントへの活用、コミュニケーションツールとしての側面がある。バリエーションの発生は、時に患者を失望させたり不安におとし入れたりするが、多くの場合、説明のない医療者に対して不満を抱ることが多い。バリエーションは本来避けられないものであり、標準化されたCPは個別性には対応しきれないツールでもある。一方、個別性は標準化されたツールを使うことでむしろ明確になる³⁾。バリエーションの評価・分析は、よりよい医療を提供していくためのCPの標準化に不可欠である。正確な情報の提供は患者との信頼関係を強固にし、入院中の患者満足度を向上させるものと考えられる。

患者満足度を左右する要因には、食事の摂取量も含まれる。食事を摂取するという事は、単に栄養補給という目的だけでなく、文化的・社会的・心理的な要素を持ち合わせている。胃下垂全摘術後のアンケート調査によれば、退院に際し45%以上が食事に自信がないと答えており⁴⁾、胃全摘術後であれば、なおさらのことであろう。食欲不振や摂食量の不足は、術後のQOLを低下させる誘因になる。しかし、「患者自身が経口摂取量の減少を自然な流れとして受け止め、食物をとりたいという意欲を少量の経口摂取によって満足している場合に、それを改善すべき症状と考える必要はない。」⁵⁾と述べているように、医療者が見極めることが大切であり、栄養課との密接な協調が今後の課題である。

当院の術後退院時の到達目標は、炎症所見がないこと、食事摂取ができ家庭での生活が可能なおことである。術後退院1ヶ月以内の再入院の理由は、病状の進行に起因する症状の出現や化学療法のためであった。食事摂取が十分にできず再入院に至った症例は1例のみであった。術後のQOLを考えると手術による影響は決して少なくはないが、この結果がCP自体の質を否定するものではない。従って、術後の食事摂取量は、術後在院日数延長の要因にはなり得るが、直接反映するものではないと考えている。食事開始は現在まで術後9日目に設定されている。しかし、食上がりに関しては各施設とも種々雑多であり、食上がりの速さをコントロールすることにより術後在院日数は短縮できるであろう。

おわりに

在院日数短縮のため21日仕様のCPを検討してきたが、食上がりの速さをコントロールすることで短縮は可能であると思われた。しかし、在院日数を短縮すれば全ての患者に適應することはより難しくなる。また、効率性や病院経営利益を追求するあまり最も大事な患者満足度をおろそかにしてはならない。患者満足度を充足するための検討を重ねるとともに、CP適應基準を整備し、より高水準の医療を提供していく所存である。

文 献

- 1) 菅野由貴子：クリティカルパス—医療の質、効率の管理ツール、かんご、52(1)：28-31、2000.
- 2) 松下博宣：クリティカルパス実践ガイド—成果責任医療への道—、ケアブレイズ編、85p、医学書院、東京、1999.
- 3) 市川幾恵：患者の個別性を捉えた看護実践、看護、54(8)：54-58、2002.
- 4) 青木洋子、横山律子、藪崎裕、梨本篤：幽門側胃切除術のクリティカルパスの評価、医療マネジメント学会雑誌、3(3)：547-551、2003.
- 5) 松浦将浩、本家好文：食欲不振の緩和治療、がん看護、7(5)：362-365、2002.