

課題：カラー

- 「指示受け、実施済み」くらいの情報は色に持たせてもよい。あまりたくさん情報は持たせることは記憶負担を増やす。
- 色を用いず字体を変化させ、指示受け→ポールド(太字) 実施済み→ブレーン、指示の中止→消し線と、フォントスタイルで意味を持たせました。色を多用しすぎると、色の持つ意味が不明瞭になるのみでなく、電子経過表の視認性がおちるようです。

⇒ チーム医療

課題：個々の専門家毎に、それぞれの目標状態が定義される。

- チームとして判断するためのフォーマットを、ユニットシートに設計する必要がある。(関連：実行のカテゴリ)

⇒ 日常業務

課題：ユニットシートと業務との関連が見えない。

- 第二階層を日常業務として捉えることもできる。
- 日めぐりシート、一連の指示に関してはガントチャートを用いる。
- 医師と看護師、また看護師同士間での役割分担、責任と権限、手順などが記載されていないために、業務としてはやり辛い。業務のやりやすさといった観点からブレークダウンした実行のカテゴリが必要。

課題：指示受け(=業務確認)や、実施(=実施サイン)などの取り扱いはどうなるのでしょうか？或いはそうした「指示者」や「実施者」の概念は不要なのでしょうか？

- “パスを選ぶ” ⇒ “パスの基本ケア・メニュー内容を提示” ⇒ “必要があれば修正・追加” ⇒ “このパス内容で Go” というようになれば、誰が誰にどのロットの薬・器材を実施したかが登録されます。

⇒ 判断ユニット

◇ 全般

課題：人間が頭の中で考えることを全て設定しておいてパス化することまでやる必要が果たしてあるのか疑問である。

- 体温 38℃以下という項目が、ユニット A (術後) とユニット B (抗生物質投与 3 日目) あったとする。ユニット A にいる患者さんとユニット B にいる患者さんが同じ 38℃であったとしても、その体温が意味すること、考えるべきことは異なってくる。そのような知識はもともと有資格者なので知識としては知って当然である。当該クリニカルパスは、その違いの知識を盛り込むことが目的ではなく、その違いを考えるように促すことが目的ではないだろうか。

課題：Decision Making を適切に実施していくためには？

→①リソースの有効活用

→ 一 例えは、決定に必要なリソース（他人の知識、自分の持っている知識など）をどうやって活用するのか？

②適切な意思決定

→ 一 例えは、目的に適った意思決定がされているのか？

→ 一 決定されたことをメンバーへ適切に伝達

③ 決定と行動の振り返り → 例えは決定や行動の後、その効果が表れているのか振り返る

☆ 判断の種類

課題：現時点で出ている患者基本画面は、様々な職種を介して判断を実施していくための画面構成になっているのか、ちょっと怪しい。体温〜℃など、細かい患者データが果たして必要なのか…。

→ 今の患者基本画面が単にユニットの移行にのみ活用されるのであれば、チーム医療という観点から、長期的（+中期的）な医療行為計画を作るための画面構成を別個考える必要があるかもしれない。

• 状態判断

課題：臨床判断の多くは、その時点での患者状態だけではなく、その状態の推移をもとに判断することが多い。

→ 何か判断するとき、その判断にどのような情報が必要なのかを再整理する必要がある。（関連：記載方法）

→ バイタルサインなどはユニットが変わっても継続的に見る。また、オーバービューとは違う意味での全体の経路を俯瞰するロードマップのような画面も必要かと考えている。

課題：従来型クリニカルパスでは、患者評価のところに医師の評価があまり入り込んでこない。もしくは医師の評価欄と看護師の評価欄が分けられている。看護師の行動を理解していない医師が多い。

→ ユニットシートの構成を考える場合、患者本位で考える必要がある。

課題：水戸病院でユニットシートの問題点のひとつに、そのシートから患者状態を把握するにあたって、一般的な目標状態に達成しているかどうかということをはわかるが、“その”患者さんの問題点が見えづらい、ということがありました。

→

• 移行判断

▶ 移行判断の仕方

課題：単純な場合は、Aならば1とか、Bならば2とか記載可能であるが、複雑な場合のロジックはどのように表現・記載したらいいのか？

順調に行っている時の次のユニットを知らせることは簡単ですが、うまくいかないときの対処（いわゆるバリアンス対応）は予め表示するのに複雑な記載を要する。

- 要点（状態の要約とユニットの名前）をユニットシートに表示しておく。
- ユニット完了条件の判断画面で「未」をクリックしたときに「CP ナビゲーター」が起動して、いくつかの質問を投げかけて、それに答えると次のユニットあるいは対応が指示されるというのはどうだろうか。

課題：あるユニットを終了する条件がそろって次のユニットへ進めるとしても複数の方向性がある場合はどうしたらいいのか？
 例え、肺炎のパスで静注抗生剤使用のユニットを終了して次のユニットへ移行する場合に、起炎菌や重症度によって内服抗生剤不要の場合や異なる種類の内服抗生剤が必要な場合があります。その際にユニット適応アセスメントを行うといった感じです。

- 次に控えるユニットの適応条件で判断する。

課題：患者状態の変化に応じて、プロセスチャートのアルゴリズムをユーザー（すなわち指導医師）が編集する画面が必要と思えます。

- 基本的に、全ての患者状態を想定しているはずなので、原則としてプロセスチャートは編集しないことが前提である。
- 臨床プロセスチャートの設計の問題であれば、脱落というふうにして、後々バリアンス分析。

▶ 判断の責任と権限

課題：アウトカムの達成によって次のステップに進む際に、それは「システム」が自動的に「GO」を出すのか、それとも「医師」の判断＝次のステップへ進みましようという「指示」が必要なのでしょうか？

- 飽くまでもナビゲートシステムである。システムは行き先を「判定」して表示するだけで、「決定（確定）」するのは医師の仕事である。
- 場合によっては、「ステップアップ期限ですよ」とアラームを出す。

☆ 判断の基準

• アウトカム

課題：アウトカムとは何なのか、定義されていない。

- アウトカムには、疾患固有のアウトカムと、手続きが終了したのかといった、業務的なアウトカムの2種類がある。
- 「求められる患者状態」と「合併症がない」の2種類がある。
- 抽象的な判断基準と客観的な判断基準の2種類がある。

→客観的な判断基準を書くことは意味があるであろう。経験のある医師が何をjているのか、ということが具体化され、判断の質保証を担保できるようになる。

→客観的なアウトカムを記載することによって、権限委譲が達成できる。

→医学的アウトカム、患者理解度、業務達成状況の3種類ある。

課題：体温や血液所見など、医学的項目は、日々判断、確認する必要がありすが、福祉手続き、転院・帰宅手続きなど、業務的項目は、一回達成と判断すればその継続性を確認する必要が小さいと考えるのであるが、

課題：アウトカムには、患者状態という側面のものもあれば、何日間投与したといった時間的側面のものもある。

→時間的側面においても、患者状態というフェーズを定義することは可能である。

→アウトカムが達成していても、予防的に3日間さらに投与するというような場合もある。つまり時間が立たなければ、そこに

潜在している原因の有無がわからないという考え方。

→アウトカムを達成できなければ繰り返すという判断がある場合、何十回何百回繰り返すわけにはいかない。

➤ その他

⇒ パリアンス

☆ パリアンス設定の目的

課題：標準化は、目的と手段の関係がわかるようになって、つまり医療技術が進歩することによってなされるべきものである。

→何がわかっていて、何がわかっていないのか？は、整理してみなければわからない。患者状態適応型という形態で標準化、そして結果をフィードバックし、つまり継続的改善により、より精度の高い医療知識を作り上げていくことが求められる。

☆ パリアンスの定義、種類

課題：パリアンスの定義は定まっていないのが現状である。

現在のパリアンスコードには、オーダー変更など単純な業務変更や日数の変更までも含んでいる。

→パリアンスには標準経路と比べて、正のパリアンスと負のパリアンスが存在する。

→パリアンスとは、予め予定された経過と異なるものを全てパリアンスと考える。例えばどこかのフェーズで「合併症の発生なし」を設定すれば、もし合併症が発生しても、発生がパリアンスとして登録される。その際、入院、病態、個性、個別性、といったアウトカム設定が必要である。

→パリアンスが生じる要因には、疾患と関係ない要因（例えば脳梗塞における痴呆症）もあれば、病態の変更によって生じるものもある。

☆ パリアンスの設定方法

課題：具体的指標を作るとは重要であるが、単なる目安の一つを絶対的な基準にしたくないし、量に関係する様々な要因を書き出すときりがないし、まとめようがない。閾値（それを越えると突然状態が変わる）というものが存在しない以上、無理矢理カテゴリー化したくない。

- 一応の基準を設定する作業が必要である。具体的な数字（アウトカム）がないと、人によって判断にばらつきが出てしまう。
- 最初から真に正しい答えを出すのではなく、繰り返しパリアンス分析を行うことによって、適切な基準を探っていく。
- パリアンスの登録は「パス内容の改変の必要度 高・中・低」といった観点から重点的に選ぶ。

⇒ PDCA

課題：検査はPDCAのCheckなのか？

- 計画の前に必ず現状把握が重要であるといった考え方であるCAPDがある。
- PDCAのCは現状把握ではなく、実施した業務を点検・評価することである。
- PDCAの解析対象が、計画に対するものなのか、患者状態に対するものなのか、区別する必要がある。

⇒ 教育ツール

課題：あまりにも良い仕組みができると人が育たない。

- 患者状態適応型クリニカルパスを導入することの目的が何であるのか、どの範囲までカバーできるのかを整理する必要がある。
- 実践が目的なのか、教育が目的なのかによって、作りこみ方が異なるのであれば、双方を別々に作る必要がある。

⇒ 手術進行管理パス

【導入プロセス、医療提供プロセス】

➤ 教育活動

⇒ 質概念、顧客志向

課題：患者と医療者間で、固有技術に関する知識の非対称性が存在する。

情報の非対称性が激しいとき、顧客の真のニーズを特定することは困難である。

- 患者目標状態とは QOL そのものであり、患者-医療者間においてきちんとしたインフォームドコンセントの元に決定されるべきである。
- しかしその患者目標状態を達成するための手段に関しては、医療者の専門知識、技術を用いて決定されるのが望ましい。
- 顧客の新しいニーズが何であるか追及し続けることに意味がある。

課題：個々の患者によって、自分自身の病気や今後提供される医療に対して知りたい内容、量などは異なる。

同一の患者がそのニーズを変化させることもある。

→個々の患者に合わせて説明を実施する。

→マーケットセグメント、顧客タイプ、ニーズ類型という考え方がある。

課題：患者は自分自身の病気が見えていないために、自分自身の目標状態に対して漠然としたニーズを持っている。

→質の良し悪しは、価値の受取手のニーズを満たす程度の総体で決定されると考えられるべきである。

→医学的に正しいアウトカムを患者と医療者で「共有」できるようにプロセスを踏み、共通のアウトカムを作る仕組みを設計する。

→顧客のニーズを斟酌するという価値観をもった提供側の（まっとうな）専門性が、良質とは何かをもっとも妥当に定義するものと考えられる。

◇ 設計・開発

課題：従来型クリニカルパスは、作業工程表であった。

→患者状態を軸とした計画（臨床臨床プロセスチャート、実施回数など）を立て、その計画と現状とのギャップを測定しながら、やるべき治療（当初から予定されていた医療処置、基準・目標からのズレの修正のための医療処置、治療方針の設計・変更）を実施していく。

◇ 目的思考

課題：標準化を実施する上でのやり方（例えばクリティークなど）を教育していく必要がある。

課題：単純に目標状態を記載しただけのパスでは、アウトカム指向のパスとは言えない。つまり、体温測定という項目が、体温38℃以下かどうかを測定するという名の業務工程表になってしまう可能性もある。解熱剤を投与した、計画では38℃以下になるはずなのに、なぜならなかったのか、何に対してフィードバックすべきかといったこと、PDCAを認識する必要がある。

医療者の目的思考は、カテーテル後で熱があれば“これはまずい”と言うことで Dr.Call と言うことになるのだと思います。発熱があつて、患者さんがつらがつらではないかななどを指す。

⇒ 標準化

課題：「手順書に書いてあることを覚えるな！自分で考えろ、そして、覚えること無く、次の手順がわかるぞ！」と教えます。

執刀者が手術中にチャートを使う、と言う事はちよつと現実的ではないと思います。

術前カンファレンスの場でこういうチャートが役にたつのではないのでしょうか

【社会制度】

- ・ 課題：既存の医療システムは、消費者や生産者にとつての仕組みであるかどうか、疑わしい。
→医療システムを考える場合、患者においても医療提供者においても幸せになれる仕組みを考えなければならない。