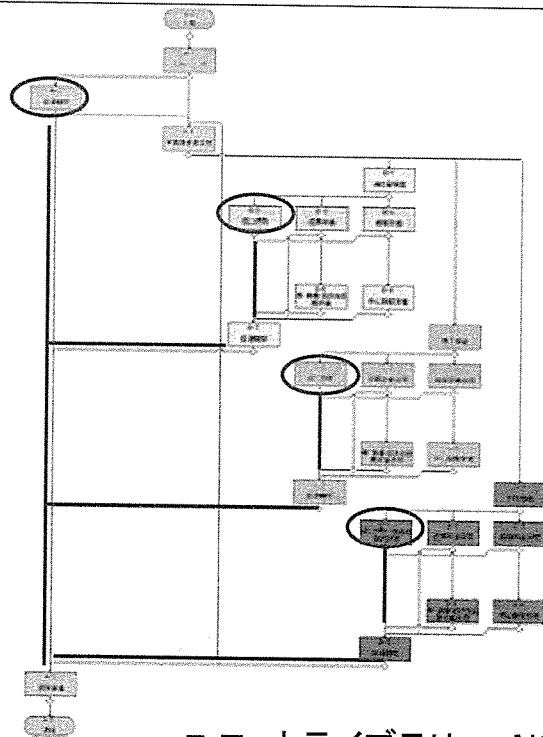


● ● ● | PCAPSマスタファイル開発計画
 — 給食マスタの整備状況 —

NST(栄養管理)における給食マスタの活用



ユニットライブラリ：NST(栄養管理)

5病院給食マスタの照合

● (都立駒込・聖路加・東北厚生・水戸総合・四国がんセンター)

5病院食種マスター照合					※駒込の栄養量を基準とし、他病院の栄養量から照合し作成 (一部、照合できない食種もあり、未掲載)				
食種					栄養量(基準:駒込)				
駒込	東北厚生	聖路加	水戸総合	四国がんセンター	熱量	たんぱく	脂質	炭水化物	塩分
<一般治療食>									
常食L			常食A	常食	2300	80	55	370	10
			常食B		2200	88	52	330	8
			常食C		2000	84	50	294	8
常食M	常食				1900	70	45	300	10
		Full			1800	80	50	258	8
常食S			常食D	全粥食	1600	65	45	240	10
			常食E		1600	70	38	240	8
		Soft	全粥A		1600	70	38	240	8
全粥食	全粥食				1500	65	40	220	10
			全粥B		1400	65	38	204	8
			七分粥	七分粥	1200	60	30	170	10
五分粥食	五分粥食	Semi.Soft			1200	60	30	170	10
			五分粥	五分粥	1100	50	35	140	10
三分粥食	三分粥食		五分粥	五分粥	1100	50	35	140	10
ライト常食					1200	50	30	190	7
ライト全粥食					1050	45	25	220	7

5病院の給食マスタの特徴

- 食種バラエティーに富んでいる
(208種類+α/5病院)
- 異なる食種名であっても栄養量が同一

+

栄養基準設定時にその病院の医師の見解が反映

単純なマッチングだけでは標準化はできない

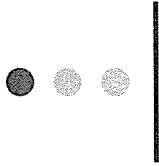
給食マスター作成領域

- ①成人一般食の食事箋
- ②治療食(特別食)の食事箋
- ③用語集の作成
- ④小児食事箋の作成
- ⑤18年4月改定予定の診療報酬との整合性

給食マスター作成のための基準案

成人一般食の食事箋

- 常食については年齢・性別で区別
→条件入力で自動で食種設定できるシステム
- 食種名の決定
- 常食以外の食種の決定
全粥・五分粥・流動食
その他、治療食(特別食)に入らない食種



給食マスター作成領域

- ①成人一般食の食事箋
- ②治療食(特別食)の食事箋
- ③用語集の作成
- ④小児食事箋の作成
- ⑤18年4月改定予定の診療報酬との整合性



マスターファイル作成の実際

各種マスターの定義



用語や、関連マスターの収集



用語・マスターのマッチング



安静度マスターの定義
治療上の患者の活動範囲を規定する指示・オーダ



マスターファイル作成の実際

各種マスターの定義



用語や、関連マスターの収集



用語・マスターのマッチング



項目名称(S病院)	項目名称(M病院)	説明
Bed Rest Side 禁	絶対安静	床上安静で、寝返り禁止
Bed Rest Side to Side	床上安静	床上安静で、寝返り許可
Bed Rest Head Up 禁		床上安静で、頭部挙上禁止
Head Up 15° 可		床上安静で、ベッドジャッジアップで15度まで上昇許可
Head Up 30° 可	ベッドアップ30度	床上安静で、ベッドジャッジアップで30度まで上昇許可
Head Up 45° 可	ベッドアップ45度	床上安静で、ベッドジャッジアップで45度まで上昇許可
Head Up 60° 可	ベッドアップ60度	床上安静で、ベッドジャッジアップで60度まで上昇許可
Head Up 90° 可	ベッドアップ90度	床上安静で、ベッドジャッジアップで90度まで上昇許可
Head Up フリー可	ベッド内フリー	床上安静で、起き上がり許可
Dangle位可		ベッドサイドにて、足下での座立許可
端坐位		ベッドサイドにて、背はかたにして足下での座立許可
端坐位:コルセット装着		ベッドサイドにて、コルセット装着して背はかたにして足下での座立許可
車椅子移動可	車椅子	車椅子移動OK(自立、介助含む)
足上り車椅子可		患部床上(足上り車椅子)OK(自立、介助含む)
カモト移動可		カモト移動許可(自立、介助含む)
両クランチ歩行 患部無荷重で		患部無荷重で、両足踏み歩行許可
両クランチ歩行で		両足踏み歩行許可
片クランチ歩行		片足踏み歩行許可
杖歩行		杖歩行許可
ピンクアップウォーカー歩行		ピンクアップウォーカー歩行許可
歩行器		歩行器使用にて歩行許可
クランケチャリム歩行		歩行器クランケチャリム歩行

マスターファイル作成の実際

用語の統一



マスターフレームの決定



フレームに添った用語を並び換える。



項目名称, S病院	項目名称, (M病院)	説明
Bed Rest Side 禁	絶対安静	床上安静で、寝廻り禁止
Bed Rest Side to Side	床上安静	床上安静で、寝廻り許可
Bed Rest Head Up 禁		床上安静で、頭部挙上禁止
Head Up 15° 可		床上安静で、ベッドジャックアップで15度まで上昇許可
Head Up 30° 可	ベッドアップ30度	床上安静で、ベッドジャックアップで30度まで上昇許可
Head Up 45° 可	ベッドアップ45度	床上安静で、ベッドジャックアップで45度まで上昇許可
Head Up 60° 可	ベッドアップ60度	床上安静で、ベッドジャックアップで60度まで上昇許可
Head Up 90° 可	ベッドアップ90度	床上安静で、ベッドジャックアップで90度まで上昇許可
Head Up フリー可	ベッド内フリー	床上安静で、起き上がり許可
Dangle位可		ベッドサイドにて、足下すのこ座位許可

○ 上半身挙上

- HEAD UP
- BED UP
- ギャッジ アップ
- 頭部挙上

マスターファイル作成の実際

用語の統一



マスターフレームの決定



フレームに添った用語を並び換える。



項目名称案	場所	体位	部位(フォーカス部位)
時間	制限条件	介助レベル	

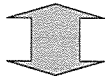
床上安静	ベッド上	仰臥位	全身					
床上安静頭部挙上禁止	ベッド上	仰臥位	頭部					
上半身挙上15°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身	挙上15°				
上半身挙上30°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身	挙上30°				
上半身挙上45°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身	挙上45°				
上半身挙上60°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身	挙上60°				
上半身挙上90°可	ベッド上	座位	上半身	挙上90°				
上半身挙上下肢下げ可	ベッド上	座位	上半身	挙上90°				
傾坐位	ベッド上	座位			全介助	半介助	見守り	
傾坐位 コルセット装着	ベッド上	座位		コルセット装着	全介助	半介助	見守り	
車椅子移動可	ベッドサイド	座位			全介助	半介助	見守り	
足上げ車椅子可	ベッドサイド	座位	下肢(患側)		全介助	半介助	見守り	
カモード移動可	ベッドサイド	座位			全介助	半介助	見守り	
西松葉杖歩行 患肢無荷重	病院内	立位		患肢無荷重	全介助	半介助	見守り	
西松葉杖歩行 患肢荷重(1g)	病院内	立位		患肢荷重(1g)	全介助	半介助	見守り	
西松葉杖歩行	病院内	立位			全介助	半介助	見守り	
片クランチ歩行	病院内	立位			全介助	半介助	見守り	
杖歩行	病院内	立位			全介助	半介助	見守り	

マスターファイル作成の実際

マスター案
(素材)の完成



各種関連病院で検証



補・修正
練

項目名/作業	場所	体位	位(フォーカス部位)	時間	制限条件	介助レベル		
床上安静側臥位禁止	ベッド上	仰臥位	全身	-	側臥位不可			
床上安静	ベッド上	仰臥位	全身			全介助	半介助	
床上安静頭部挙上禁止	ベッド上	仰臥位	頭部					
上半身挙上15°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上15°			
上半身挙上30°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上30°			
上半身挙上45°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上45°			
上半身挙上60°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上60°			
上半身挙上90°可	ベッド上	座位	上半身		挙上90°			
上半身挙上可	ベッド上	座位	上半身		挙上90°			
上半身挙上下肢下げ可	ベッド上	座位	上半身					
端座位	ベッド上	座位				全介助	半介助	見守り
端座位: コルセット装着	ベッド上	座位			コルセット装着	全介助	半介助	見守り
車椅子移動可	ベッドサイド	座位				全介助	半介助	見守り
足上げ車椅子可	ベッドサイド	座位	下肢(患側)			全介助	半介助	見守り
カモード移動可	ベッドサイド	座位				全介助	半介助	見守り
両松葉杖歩行 患肢無荷重	病院内	立位			患肢無荷重	全介助	半介助	見守り
両松葉杖歩行 患肢荷重(軽)	病院内	立位			患肢荷重(軽)	全介助	半介助	見守り
両松葉杖歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り
片クラッチ歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り
杖歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り

○ 部分の安静の項目がない

項目名称: S病院	項目名称: (M病院)	説明
Bed Rest Side 禁	絶対安静	床上安静で、寝返り禁止
Bed Rest Side to Side	床上安静	床上安静で、寝返り許可
Bed Rest Head Up 禁		床上安静で、頭部挙上禁止
Head Up 15° 可		床上安静で、ベッドジャッジアップで15度まで上昇許可
Head Up 30° 可	ベッドアップ30度	床上安静で、ベッドジャッジアップで30度まで上昇許可
Head Up 45° 可	ベッドアップ45度	床上安静で、ベッドジャッジアップで45度まで上昇許可
Head Up 60° 可	ベッドアップ60度	床上安静で、ベッドジャッジアップで60度まで上昇許可
Head Up 90° 可	ベッドアップ90度	床上安静で、ベッドジャッジアップで90度まで上昇許可
Head Up フリー可	ベッド内フリー	床上安静で、起き上がり許可
Dangle位可		ベッドサイドにて、足下げての座位許可
端座位		ベッドサイドにて、背もたれなしで足下げての座位許可
端座位: コルセット装着		ベッドサイドにて、コルセット装着して背もたれなしで足下げての座位許可
車椅子移動可	車椅子	車椅子移動OK(自立、介助含む)
足上げ車椅子可		患側挙上(足上げ車椅子)OK(自立、介助含む)
カモード移動可		カモード排泄許可(自立、介助含む)
両クラッチ歩行 患肢無荷重で		患肢無加重で、両松葉杖歩行許可
両クラッチ歩行で		両松葉杖歩行許可
片クラッチ歩行		片松葉杖歩行許可
杖歩行		杖歩行許可
ピックアップウォーカー歩行		ピックアップウィーカー歩行許可
歩行器		歩行器使用にて歩行許可
クラビクラバンド着用		歩行時クラビクラバンド着用
カモード可		カモード排泄許可(自立、介助含む)
トイレ歩行可	トイレ洗面可	トイレ見守りなしで歩行許可

項目名称案	介助				項目名称：S病院	項目名称：(M病院)
床上安静側臥位禁止					Bed Rest Side 禁	絶対安静
床上安静	全介助	半介助		自立	Bed Rest Side to Side	床上安静
床上安静頭部挙上禁止					Bed Rest Head Up 禁	
上半身挙上15°可					Head Up 15°可	
上半身挙上30°可					Head Up 30°可	ベッドアップ30度
上半身挙上45°可					Head Up 45°可	ベッドアップ45度
上半身挙上60°可					Head Up 60°可	ベッドアップ60度
上半身挙上90°可					Head Up 90°可	ベッドアップ90度
上半身挙上可					Head Up フリー可	ベッド内フリー
上半身挙上下肢下げ可					Dangle位可	
端坐位	全介助	半介助	見守り	自立	端坐位	
端坐位:コルセット装着	全介助	半介助	見守り	自立	端坐位:コルセット装着	
車椅子移動可	全介助	半介助	見守り	自立	車椅子移動可	車椅子
足上げ車椅子可	全介助	半介助	見守り	自立	足上げ車椅子可	
カモード移動可	全介助	半介助	見守り	自立	カモード移動可	
両松葉杖歩行 患肢無荷重	全介助	半介助	見守り	自立	両クラッチ歩行 患肢無荷重で	
両松葉杖歩行 患肢荷重(g)	全介助	半介助	見守り	自立		
両松葉杖 歩行	全介助	半介助	見守り	自立	両クラッチ 歩行で	
片クラッチ歩行	全介助	半介助	見守り	自立	片クラッチ歩行	
杖歩行	全介助	半介助	見守り	自立	杖歩行	
ビックアップウォーカー歩行	全介助	半介助	見守り	自立	ビックアップウォーカー歩行	
歩行器	全介助	半介助	見守り	自立	歩行器	
クラブクラバンド着用					クラブクラバンド着用	

項目名称案	場所	体位	位(フォーカス部位)	時間	制限条件	介助レベル		
床上安静側臥位禁止	ベッド上	仰臥位	全身	—	側臥位不可			
床上安静	ベッド上	仰臥位	全身			全介助	半介助	
床上安静頭部挙上禁止	ベッド上	仰臥位	頭部					
上半身挙上15°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上15°			
上半身挙上30°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上30°			
上半身挙上45°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上45°			
上半身挙上60°可	ベッド上	仰臥位 ~ 座位	上半身		挙上60°			
上半身挙上90°可	ベッド上	座位	上半身		挙上90°			
上半身挙上可	ベッド上	座位	上半身		挙上90°			
上半身挙上下肢下げ可	ベッド上	座位	上半身					
端坐位	ベッド上	座位				全介助	半介助	見守り
端坐位:コルセット装着	ベッド上	座位			コルセット装着	全介助	半介助	見守り
車椅子移動可	ベッドサイド	座位				全介助	半介助	見守り
足上げ車椅子可	ベッドサイド	座位	下肢(患側)			全介助	半介助	見守り
カモード移動可	ベッドサイド	座位				全介助	半介助	見守り
両松葉杖歩行 患肢無荷重	病院内	立位			患肢無荷重	全介助	半介助	見守り
両松葉杖歩行 患肢荷重(g)	病院内	立位			患肢荷重(g)	全介助	半介助	見守り
両松葉杖 歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り
片クラッチ歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り
杖歩行	病院内	立位				全介助	半介助	見守り

6. 5. ワークショップ

平成17年度厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
「医療安全と質を保証する
患者状態適応型パス統合化システム開発研究」

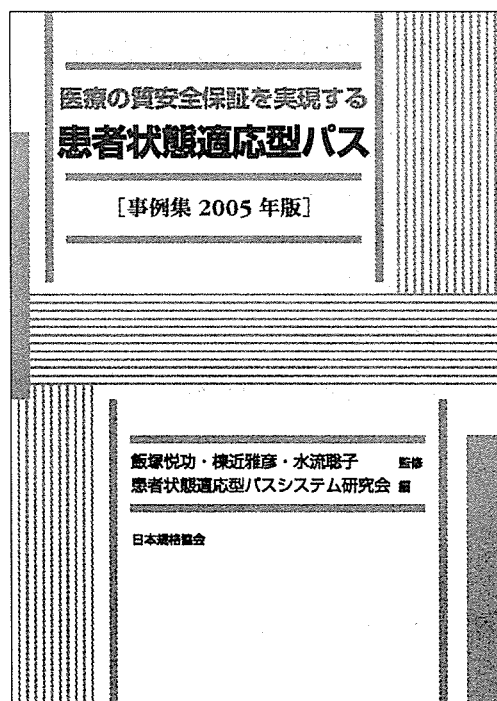
主任研究者:飯塚悦功(東京大学)

PCAPS ワークショップ

日 時:2006年3月12日(日) 9:00~16:00

会 場:早稲田大学理工学部57号館201号教室

主 催: 日本品質管理学会「医療の質安全部会」



プ ロ グ ラ ム

<午前の部>

(1) ポスターセッション (09:00-10:30)

(2) ワークショップ 前半 (10:30-12:00)

座長：棟近雅彦（早稲田大学）・水流聡子（東京大学）

■ユニットライブラリー

永井庸次（株式会社日立製作所 水戸総合病院）

渡邊千登世（聖路加国際病院）・他

※左記プログラム内容は

当日大幅に変更になりました。

■PCAPS マスターの開発準備状況（各病院の実態）

永井庸次（株式会社日立製作所 水戸総合病院）・内山真木子（聖路加国際病院）

村木泰子（東京都立駒込病院）・蒲生真紀夫（みやぎ県南中核病院）・他

<午後の部>

(3) ワークショップ 後半 (13:00-15:30)

座長：棟近雅彦（早稲田大学）・水流聡子（東京大学）

泌尿器科……………田中 良典（武蔵野赤十字病院）

循環器疾患……………山内 孝義（株式会社日立製作所 水戸総合病院）

整形外科……………勝尾 信一（福井総合病院）

小児科……………吉田 茂（名古屋大学医学部附属病院）

神経内科……………高橋 真冬（青梅市立総合病院）

消化器内科……………蒲生真紀夫（みやぎ県南中核病院）

呼吸器内科……………蝶名林直彦（聖路加国際病院）

救急……………織田 順（社会保険中京病院）

がん……………河村 進（独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター）

(4) 主任研究者総括 (15:30-15:45)

飯塚悦功（東京大学）

(5) 医療の質安全部会 部会長 総括 (15:45-16:00)

棟近雅彦（早稲田大学）

* 16時には終了を予定

『医療の質安全保証を実現する
患者状態適応型パス事例集 2005年版』

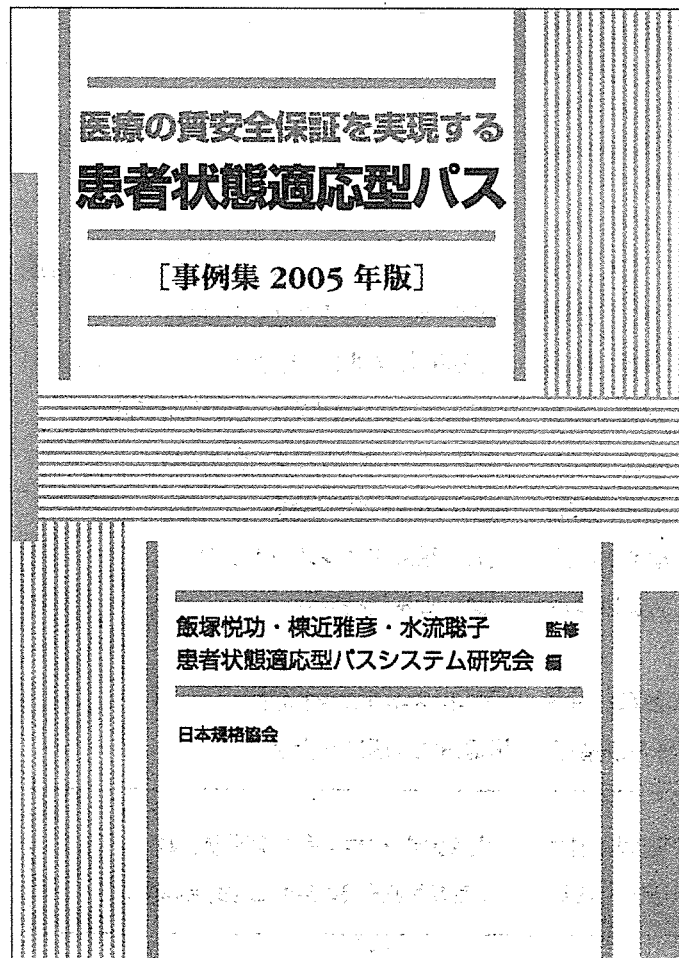
飯塚悦功・棟近雅彦・水流聡子 監修

患者状態適応型パスシステム開発研究会 編

日本規格協会 発行

総頁数:256 頁

¥3,150(税込み価格)



研究組織

患者状態適応型パス統合化システム開発研究 組織構成

2006年3月10日 現在

班・領域名称	顧問	リーダー	補佐 (サブリーダー)	メンバー									
統括班		飯塚 悦功	棟近 雅彦 水流 聡子										
拡大統括班			永井 庸次 加藤 康之 牧 健太郎 吉井 慎一	矢野 真	田中 良典	吉田 茂	吉井 慎一	蒲生 真紀夫	村木 泰子	渡邊千登世			
パス コン テン ツ 開 発 班	泌尿器科領域	副島 秀久	田中 良典	永江 浩史	瀬戸 親								
	循環器疾患領域		山内 孝義	久島 昌弘									
	整形外科領域	遠藤 直人	今田 光一	勝尾 信一									
	小児科領域		吉田 茂	永井 庸次	内田 正志	久保 実							
	神経内科領域		高橋 真冬	進藤 晃									
	呼吸器外科領域		矢野 真	宮澤 秀樹	栗原 正利	奥村 栄	伊藤 志門						
	NICU領域		加部 一彦	小西 央郎									
	消化器内科領域		蒲生 真紀夫	加藤 俊介	枝 幸基								
	呼吸器内科領域		緑名林直彦		内山 伸	嶋田 元							
	救急 がん	新海 哲 門脇 孝	河村 進 菅野 一男	谷水 正人 綱 進一郎	松田 千秋 西田 賢司 赤司 俊彦	齊儀健二郎 片山 隆司 松下 美加	大住 省三 住友 秀孝 藤井 仁美	若尾 文彦 桑原公一郎	蒲生 真紀夫 大野 敦	御子柴路朗 名和知久礼			
糖尿病治療・予防の包括パス	實田岡正史 原 義人 植木 彬夫 宮川 高一												
地域医療・介護連携 (青梅プロジェクト)	星 和夫	原 義人	高橋 真冬	進藤 晃	加藤 省吾	赤井 亮太							
ユニットライブラリー		永井 庸次	渡邊千登世	相馬 孝博	庄子 孝子 高橋 真冬 中野美由起 河口てる子	内山真木子 榎本 秀明 関 利一 横山 悦子	大山 瞳 長谷川由美 永江 浩史 東 めぐみ	松田 千秋 渡辺美由紀 前堀 直美	村木 泰子 阿部 幸子 井上 加野	吉原 依里 新井 綱子 竹内登美子	蒲生真紀夫 草野 幸世 綿貫 成明		
看護領域		渡邊千登世	村木 泰子	松田 千秋	内山真木子 伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠				
検証調査協力班		飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠				
シ ス テ ム 開 発	PCAPSコンテンツ作成支援システム開発班 (Builder)	飯塚 悦功	大江 和彦	棟近 雅彦	棟近 雅彦	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠			
	実装システム検討班 (Administrator)	飯塚 悦功	大江 和彦	棟近 雅彦	棟近 雅彦	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠			
	PCAPSデータ分析支援システム検討班 (Analyzer)	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	水流 聡子	岸村 俊哉	佐野 雅隆	新田 純平					
医 療 政 策	DPC検討班	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	伊藤 雅治	齊藤 寿一	飛永 晃二	渡邊 尚治	佐野 雅隆				
	疾病管理検討班 (がん情報・医療マネジメント)	若尾 文彦											
	疾病管理検討班 (その他)												
健診医療連携検討班		永井 庸次	棟近 雅彦	水流 聡子	金子 雅明 坂本 真一 高橋 真冬	塩飽 哲生 田嶋 麻子 進藤 晃	高橋 裕嗣 西中 萌 加藤省吾	下林 里史 高 蒼 塩飽 哲生	牛島 幸子 高山 陽平 赤井 亮太	関 沙弥香 篠宮 貴紀 松本 健	渡藤 亮彦		
医療介護資源連携検討班 (退院調整検討)		飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠				
質 経 営	経営検討班	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 庸次 原 義人 久島 昌弘 吉田 博信	庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野	永井 良三 立川 幸治 宇高 功 渡邊 尚治	三宅 祥三 宮崎 久義 高橋 英輔	福井 次矢 星 和夫 亀田 俊忠				
	医療QMS	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	塩飽 哲生	金子 雅明	湯山 正樹	下野 僚子	山田 正宗				
	安全管理	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	久保 欣也								
	病床管理 原価マスター	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	新田 純平								
社 会 技	ビジネスモデル検討班	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	牧 健太郎	加藤 康之							
	知財保全検討班	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	牧 健太郎	加藤 康之							
	社会システム検討班	飯塚 悦功	棟近 雅彦	水流 聡子	伊藤 静夫								
人 材 教 育	研修医教育教材検討班												
	医療質安全管理者教育検討班												
事務局					段ノ上秀雄	齊藤かほり	小島 裕子	佐藤 典子					

組織メンバー外研究協力者

武藤 正樹 坂本 すが 野村 一俊 松嶋 照彦 土屋 文人 田近 栄司

ワークショップ主催組織

日本品質管理学会「医療の質安全部会」

部会長：棟近 雅彦 (早稲田大学理工学部経営システム工学科)

副部会長：永井 庸次 (株式会社日立製作所 水戸総合病院)

水流 聡子 (東京大学・大学院工学系研究科)

幹事：池田 俊也 (慶應義塾大学医学部)

福丸 典芳 ((有) 福丸マネジメントテクノ)

末安いづみ ((財) 日本規格協会)

会計担当：加藤 信子 (早稲田大学理工学術院)

永松美香子 (早稲田大学理工学術院)

顧問：飯塚 悦功 (東京大学・大学院工学系研究科)

飯田 修平 (東京都医療保健協会練馬総合病院)

PCAPSワークショップ1

10:40-12:00

議論点

以下の問題をリストアップし、皆で共有化すること。

- 技術的な問題
 - 疾患固有
 - 疾患共通

- 開発運営体制の問題
 - 開発体制
 - 進め方

ユニットライブラリー

- **組織横断性**
 - 看護領域, 医師, 管理栄養士...など30数名でメンバーを構成
- **標準化**
 - 個々の医療行為が10数病院でバラバラ.
 - 言葉の定義が必要.
 - 例:ヨウジ食ひとつでもいろんな意味が...
 - 1, 2のキーとなる病院が中心で開発
- **共通仕様, 汎用性**
 - 検証可能か:紙ベース, オーダリングの導入

泌尿器科リーダー

- **PCAPS- Builder**
 - スタートが入院, 終わりが退院とは限らない.
- **ユニットの粒度**
 - 同じ急性期と一口にいても...
 - 言葉の定義がバラバラ:「急性期」, 「亜急性期」, 「安定期」...
 - 疾患ごとに検討すべきか?
- **合併症**
 - “並行パスとする” or “メインルート・サブルートへの組み込み”. 組み込んだほうがよいのでは?

循環器疾患リーダー

- **PCAPS-Builder**
 - 清書はできるが、考えながらの試行ができない。
 - 複数ルート、ユニットの色など、より見やすく。
- **パスの標準化**
 - 個人の差、病院の差、地域の差
 - 最新の臨床技術の折り込み
 - アドリブ的行為が多い: 病体の変化が多い、激しい。
 - 判断ロジック: 実装には曖昧であった。曖昧のままにして施設間の微妙な相違を吸収してもらうことを意図した

整形外科リーダー

- **治療アルゴリズム**
 - 行き来が多いところを解決したい。
- 入院前の患者状態の違いによって、対応、医療行為が異なる。
- ユニットシートがイメージできない臨床プロセスチャートに意味があるのか？

小児科リーダー

- 肺炎パス(ユニットシートの粒度)
 - 使われる薬(抗生剤)の種類(商品名)まで指定するのか, “抗生剤”で留めるのか?
- ベンチマークしやすい点が有用
- パスの達成評価
 - 辿ったパスルートは同じでも, 「やすい, うまい, はやい」の視点から評価すると, 問題が見えてくる.
- プロトコールへの対応
 - ユニット, ルートを別に用意する?
- 離脱の解釈
 - 地域連携: 必ずしも当該病院で退院基準を達成する必要はない.
- 施設間の違い, 個人の違いへの対応

神経内科リーダー(脳梗塞)

- パスのカバー率が95%⇒75%へ低下した.
 - 事前にどこまで準備しておくか
- ユニットライブラリーのパスをいつ“発火”させるか
- 合併症への対応
 - 肺炎は離脱とはしない.
 - どこまで想定してパスに組み込むか
- 臨床現場での使い方
 - 5W1Hを決める.

消化器内科リーダー

- **ユニットシートの粒度**
 - どこまで細かくするか、どこどこをまとめたほうがよいか
 - **ユニットの名称定義**
 - 外科系, 内科系のユニット名称
 - **複数ユニットの並走への対応**
 - **臨床プロセスチャートの作成単位**
 - 疾患全体の全貌理解, 現在作成パスの位置づけ理解
- **合併症をどこまで組み込むのか?**
 - 発生確率の高さ, 低さ
 - 重要度/影響度の高さ, 低さ
 - ルート解析したい, 改善したい
 - 法律への対応

救急リーダー

- 症候からパスを作っていくことは有用
- **ユニットシート(移行基準)**
 - 客観的な指標の設定が必要
- **並走するユニットの処理**
- **非常に稀にメイン経路を外れる合併症をどこまでパスに組み込むのか**
 - あまりに入れすぎると, ルートが多くなりすぎてパスの有用性が低下する
- **ユニットの粒度, 箱の大きさを決める.**
- **領域を超えて互いのパスを見合い, 議論することが少ない.**

がんリーダー

- **ユニット**
 - 始点と終点の定義. 始点を術前から入れると使いやすい.
 - 名称の定義, 統一
 - 外科系:手術の時期で区分する
 - 内科系:薬の内容で区分する
- **時間軸をパスにどう組み込むか**
 - 2, 3日経っても同一ユニットを抜けない場合への対応
- **合併症**
 - 合併症が多くて, すべて入れると複雑化する.
 - 紙ベースで運営すると非常に大変.
- **他のコンテンツ領域を見れたことは有用**

NICU領域

- **疾患にこだわらず, 患者の状態(呼吸器が必要かそうでないか)で書くことが重要.**
- **粒度, 単位の大きさへの対応**

糖尿病領域

- 患者の重傷度(パスの始点での患者状態)によって, 介入方法を変える.
- 患者の重傷度を判断するためのロジックそのものをパスに書くのか?
- 標準化する際の粒度, 大きさをどのへんに置くか

パネルリーダーからの質疑応答

- ユニットライブラリー
 - 多くのメンバーで話がかみ合わないのはなぜか?
 - 多職種だから?
 - 施設間の違い?
 - 個人の考えの違い?
- 脳梗塞のカバー率の低下の原因は?
 - 医療者の解釈の仕方に問題が?
 - 検証病院の範囲が広がった. 解釈の仕方のばらつき, 技術的などところへの対応.