

## 追加議論

- 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⇒平成18年度の活動の中で議論する機会を設ける.
- 言葉のマスターがないとユニットシートが作れない.
- 共通のユニット(ジョクソウ, 肺炎)へのコンテンツ開発メンバーの関与が必要.

## どこまで合併症を取り上げるか？

- 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
- 分析/改善のため

## ④ ユニットの繰り返し

- 2回繰り返す。
- 回数に意味があるのか？
- 数回繰り返して、次のユニットに移行する。

## PCAPSワークショップ2の議題

- 臨床プロセスチャートの作成単位, 全体像(階層化)
  - ユニットの適用規準, 定義(必要によっては)
- ユニットの粒度, 大きさ
  - 個人間, 施設間, 地域間を越えて
  - 薬の場合は薬剤名か抗生剤か
  - 移行ロジック
- 合併症の取り上げる範囲
  - パスの単位
- 並列の扱い
  - 複数ユニットの並走
  - ユニットライブラリーと本流のユニットの違い
- 離脱の解釈
  - 始点, 終点の定義
  - 地域連携
- 用語定義, マスター
- PCAPS-Builder

## PCAPSワークショップ2の議題

- 実装化に向けての課題
  - パスが並列する場合のシステム画面使用など
- 次年度以降の運営組織
  - システム開発班とコンテンツ開発班の連携をうまくする。

## 議題のまとめ

- パスの作成に関する議題
  - 階層化, 入り子構造
- 作成支援システムに関する議題

## PCAPSワークショップ<sup>2</sup>

13:00-16:00

### 合併症として取り上げる範囲

- 合併症として取り上げる範囲を考えるための視点
  - 手術なり医療行為に伴って起こり得る合併症
    - 手術については麻酔に関する合併症が決まっている
  - 疾患特有において頻度(+影響度)の高い合併症
- プロセスチャートを患者説明に使うべきかどうか？
  - 偶発症については記載不要
  - 説明されたこと以外のことが起きた時の患者の心配
    - わかりやすくなければいけない
  - PFCのみで説明するには限界があるので、今まで通りの資料も必要
  - インフォームドコンセントとして使うのは別物として考えるべきである
- PFCを作成にあたって、合併症に関して何か問題があったか？
  - 抜け: 前立腺全摘で尿管損傷で無尿になった
    - 尿管損傷や直腸損傷は合併症ではなくて、医療過誤(ミス)ではないのか？
    - 医療過誤かどうかの問題ではなくて、考えるべき好ましくない状況を合併症として捉えるべき。偶発症は、その治療に関係なく起きるかどうか。
    - 過去の医療行為で起こりうるものはなにか？を考えればいいのでは。
    - 何に使うのかを考えれば、入れるべきかどうかの判断はできるはず。
  - 合併症を増やすことによって新たに考えるべき疾患がでてくる
  - 自分の技術がどのくらいのレベルかという視点から、持っておくべきである
  - ルートの中に書いておくべき合併症と、どこで発生するかわからないが、考慮しておかなければいけない合併症にわけて考える

## ユニットの粒度, 大きさ

- **ユニットの粒度, 大きさを考えるための視点**
  - 患者の状態が基本である
    - ある患者状態からある状態において, 医療者が同じ方向を向いているその大きさが1ユニット.
    - つまりそれは, 目標状態をどのように置くとよいのか.
  - 患者状態の変化の大きさによってユニットの大きさが変わってくる
    - 慢性期と急性期の違いなど
  - ロジックを決めてしまえば, 必然的にユニットの大きさが決まる
- **ユニットの名称, 種類の問題をプロジェクトとして共通に持つておくべき**
  - 急性期, 亜急性期, 療養期など共通のボックス
  - 同じ名称でも疾患によって異なる
  - クリティカルなもの(カテ抜去など)があるかどうかでわかる
  - ICUベースの急性期なのか, 病棟レベルの急性期なのか, それからどういう設備が必要かがわかる

## 臨床プロセスチャートの作成単位, 全体像(階層化)

- **ユニットの適用規準, 定義をしなければいけない**
  - 小児肺炎, 市中肺炎, 誤嚥性肺炎の違い
  - 俯瞰的な捉え方
  - 全部は必要ないが, 必要に応じて定義したらいい

## 用語の定義とマスタ

- 目標状態(アウトカム)に関するマスタ
  - 例)副島先生
    - 電子化を前提として, 病名, 患者状態(アウトカム), タスクをコード化
    - 目標状態マスタは, 「異常がない」「問題がない」は異なるなど, 定義が困難
  - 例)井川先生
    - 用語のベストプラクティスがあれば, マスタとして完成系に近づける.
    - ある程度できあがったものを, 持ち寄ることで規準を定めていく.
- ユニットシートを作成する上で必要となる業務系マスタ
  - 階層化が必要
- 今後, ユニットライブラリー班, 拡大統括班で検討.

## PCAPS Builder

- 使いやすくしなければならない
  - 思考をさまたげないもの (グルーピングなど)
- 実装系システムでの表示画面を見据えながら・・・
  - オーバビュー
  - 詳細表示

## システム開発

- **FileMaker版デモ**
  - 臨床プロセスチャート 適用条件
  - 並列ユニット 適用条件
  - ルートのないユニットへの移行
  - 「診断のつかない」場合の対応
- **小西先生からのコメント**
  - パス適用条件
    - Builderでは、プロパティで対応済
  - 離脱
    - 4つのパターンとして分類
  - 複数の臨床プロセスチャートの組み合わせ
    - 移行条件として、「どのプロセスチャート」の「どのユニット」を指定できるようにデータ構造を整備
  - 別の臨床プロセスチャートの情報を取得するための機能
    - ユニットライブラリの逆編集
  - ユニートをまとめてグループ化する機能が必要
- **ICD10との対応は？**
  - マスタとICD10のズレを精査する必要がある
    - DPCの情報をくっつけるために必須

## 総括

- みなさん、患者状態適応型パス、この技術の競争優位条件がどこにあるかわかりますか？
- 強い、っていうのは、対抗するなにかがあるなかで、勝ち負けじゃなくて、ほんとにみんなが受け入れてくれるものがあるかないかっていうことで。
- 例えば、車だったら・・・、ホテルだったら・・・、ある部分が強いとビジネスとしてうまくいくよ、っていうことです
- 最初はですね、クリニカルパスをやってらっしゃるかたと議論をして、ああこれっていうのは質の高いサービスを提供するためのしくみなのかなと思ってきて、そのための新しいアイデアかなと。
- でも、そうじゃないかなと思うようになりました。
- コンテンツだと思うんです。当該の疾患、治療、介入にふさわしいような形で利用されるような知識が構造化されている。またそれが標準的に使われる、さらに柔軟性があって利用価値が高い。
- そう考えると、失ってはいけないと思うのは、こういう人たちだと思いました。固有技術をもっている人たちです。

## 総括(2)

- 医療って、社会技術だなーって思うんです。世の中を構成するさまざまな人たちが関わっている。
- 社会技術だから、標準化されていなくてはならないわけです。
- でも、医療っていう分野で、知財のような対象になっていいんだらうかって思うんです。
- そう考えていく時に、新たな組織、システム、思想をつくりだしていこうかなと考えています。
- 社会が共有するようなものをつくるために、この研究グループでガンガンやっていきますけど、こういう人たちが、うまくやっていけるような組織、しかけをつくっていかなければならないなと考え、知を結集できるような輪をつくっていきたいなと思っています。
- 来年、また部会で、我々が講演する形で研究発表会のかたちをとってみたいなど。社会が共有できるものをつくっていく機会をつくりたいなと思っています。
- 日本の社会システムを保証するためにやっていけたらなと思っています。
- どうもありがとうございました。



## 医療の質・安全部会

- **患者状態適応型パス**
  - 課題を整理する段階として、今回のワークショップを開催
  - 来年度のコンテンツ開発への布石としたい
    - 昨年度は6疾患
    - 今年度は領域別グループで開発
    - システム開発
  - コミュニケーションに関する問題を解決するきっかけとして・・・
- **医療の質・安全部会**
  - 固有技術の話題だとしても・・・医療は社会が共有する課題として、いろいろな背景／問題があることを議論しなければならない
    - 安心して社会に住むために
    - 社会が協力するために
    - いずれ、みんなお世話に
- **「品質」4月号**
  - 医療安全に関する特集
- **医療の質マネジメント講座**
  - 4月から開催