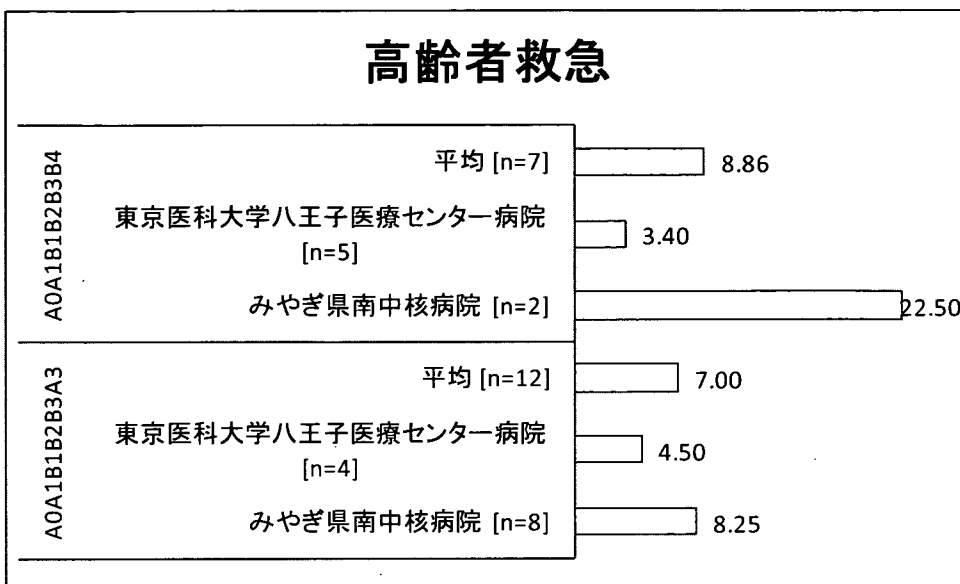
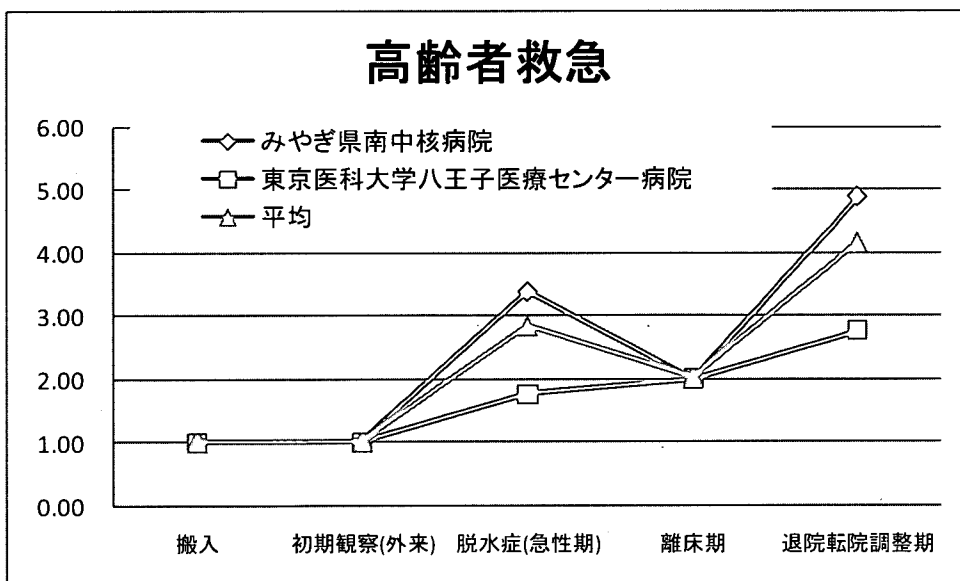


高齢者救急



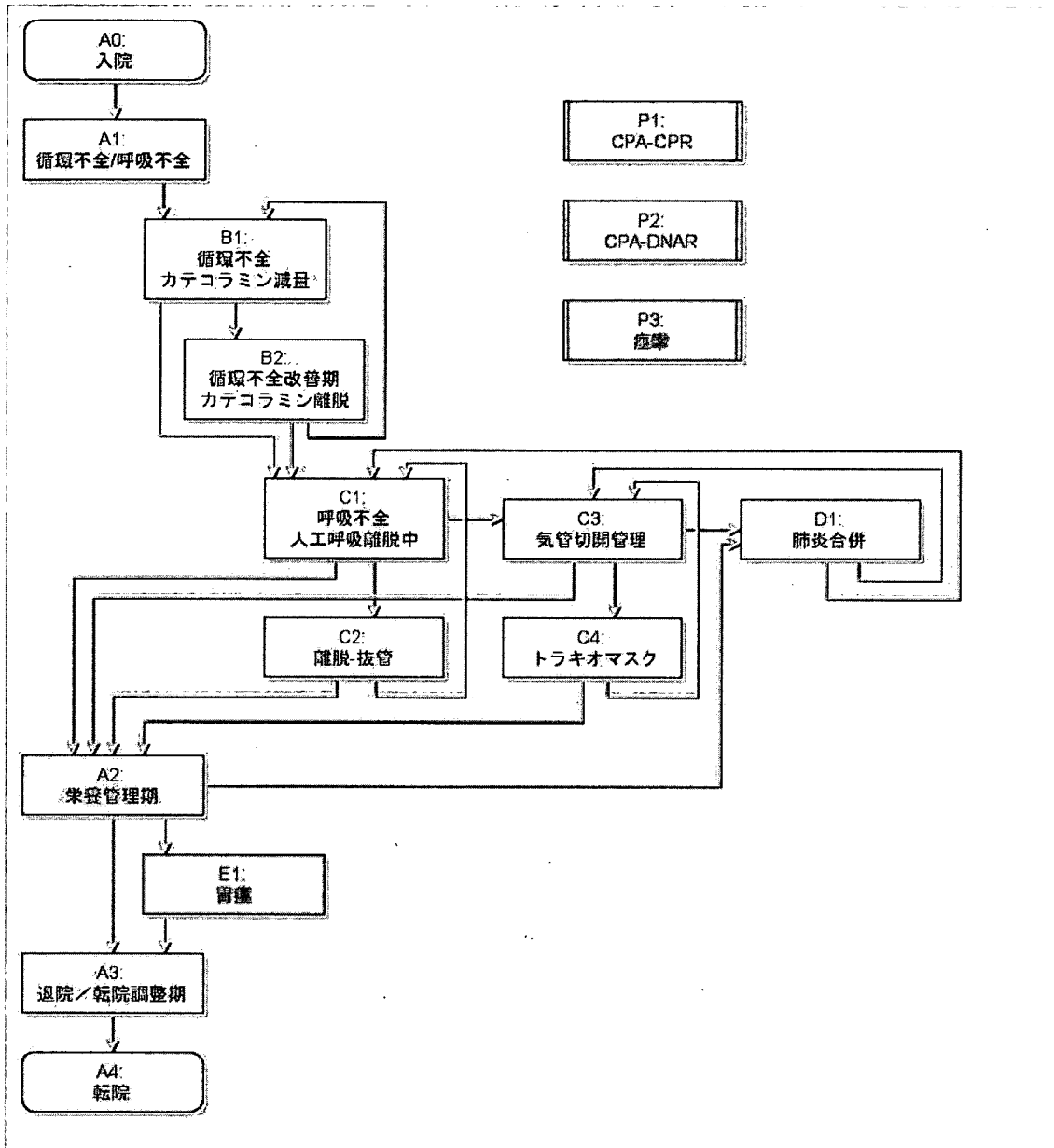
高齢者救急の平均在院日数比較

高齢者救急



高齢者救急のユニット滞在日数比較

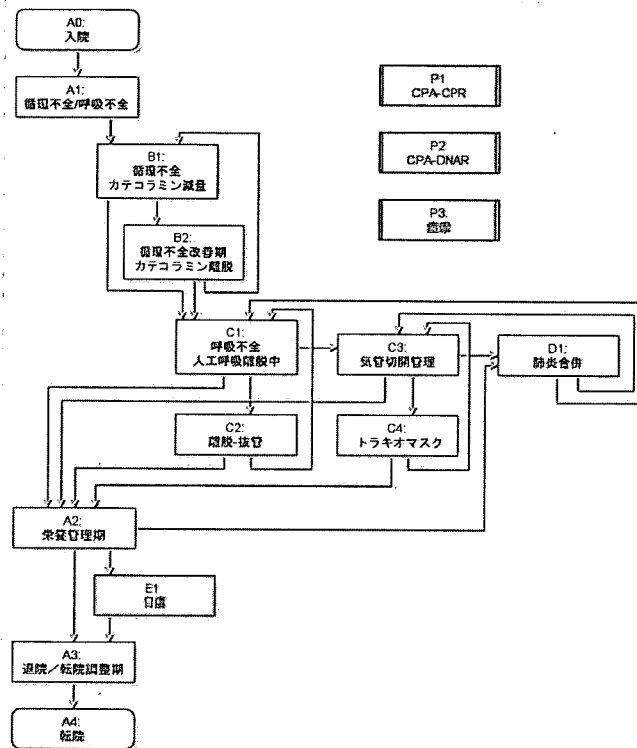
蘇生後脳症



移行ロジック一覧
蘇生後脳症

2007年度

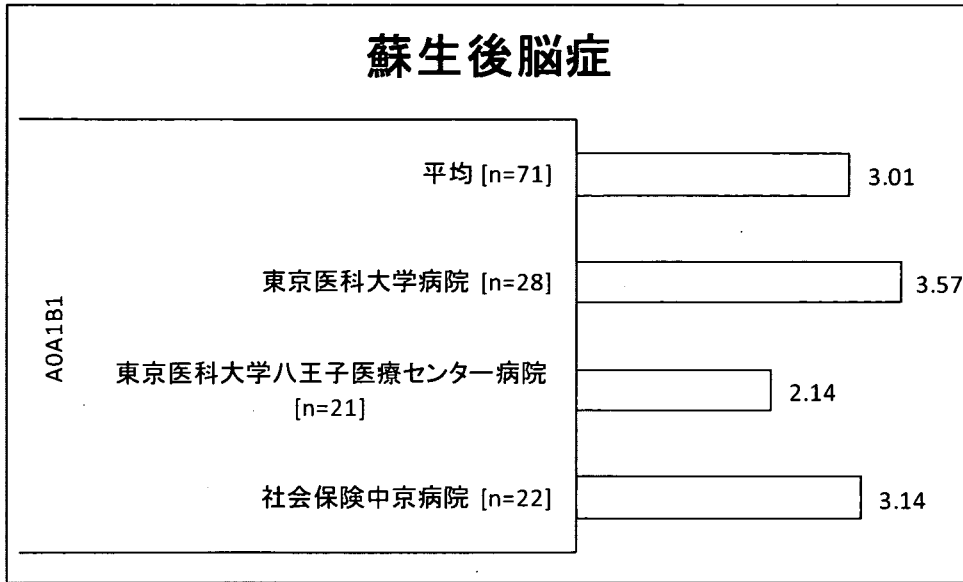
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0:入院	人工呼吸を要する or カテコラミンを要する CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある	A1: 循環不全/呼吸不全	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
A1: 循環不全/呼吸不全	意識レベル低下が遷延している CPAとなった and CPRを要する CPRとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	B1: 循環不全 カテコラミン減量	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
		P3: 痙攣	並列
A2: 栄養管理期	肺炎などの感染がコントロールされている and 経管栄養に移行できている 肺炎を合併した 経管栄養に移行できている and 胃瘻造設の同意が得られた CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある	A3: 退院/転院調整期	
		D1: 肺炎合併	
		E1: 胃瘻	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
A3: 退院/転院調整期	退院または転院の受け入れ環境の完了 (転院先が決まった、あるいは退院準備ができた) CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある	A4: 転院	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
B1: 循環不全/カテコラミン減量	循環維持のためのカテコラミンが不要になった 循環維持のためのカテコラミンが3日以上offできない CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	B2: 循環不全改善期 カテコラミン離脱	
		C1: 呼吸不全 人工呼吸離脱中	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
B2: 循環不全改善期/カテコラミン離脱	血圧低下をきたし再びカテコラミンを要した カテコラミンoff後血圧低下を認めない CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	B1: 循環不全 カテコラミン減量	
		C1: 呼吸不全 人工呼吸離脱中	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
C1: 呼吸不全/人工呼吸離脱中	3日以上weaningが進まない and 気管切開の同意が得られない and 痙攣がコントロールされている (人工呼吸のまま転院調整へ) weaningが進み抜管可能な状態になった 3日以上weaningが進まない and 気管切開の同意を得た CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	A2: 栄養管理期	
		C2: 離脱-抜管	
		C3: 気管切開管理	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
C2: 離脱-抜管	抜管後呼吸状態が安定している and 痙攣がコントロールされている 再挿管を要する CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	A2: 栄養管理期	
		C1: 呼吸不全 人工呼吸離脱中	
		P1: CPA-CPR	並列
C3: 気管切開管理	自発呼吸が不十分で人工呼吸を要する状態が継続している and 痙攣がコントロールされている (気管切開で人工呼吸のまま転院調整せざるをえない) 自発呼吸が十分な状態になった 肺炎を合併した CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	A2: 栄養管理期	
		C4: トラキオマスク	
		D1: 肺炎合併	
		P1: CPA-CPR	並列
C4: トラキオマスク	自発呼吸が保たれている and 痙攣がコントロールされている 自発呼吸が不十分 CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	A2: 栄養管理期	
		C3: 気管切開管理	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列
D1: 肺炎合併	肺炎が改善した and 挿管の状態である 肺炎が改善した and 気管切開の状態である CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある 痙攣発作を認める	C1: 呼吸不全 人工呼吸離脱中	
		C3: 気管切開管理	
		P1: CPA-CPR	並列
E1: 胃瘻	肺炎などの感染がコントロールされている and 経管栄養に移行できている CPAとなった and CPRを要する CPAとなった and DNARオーダーがある	A3: 退院/転院調整期	
		P1: CPA-CPR	並列
		P2: CPA-DNAR	並列



蘇生後脳症の経路パターンとカバー率

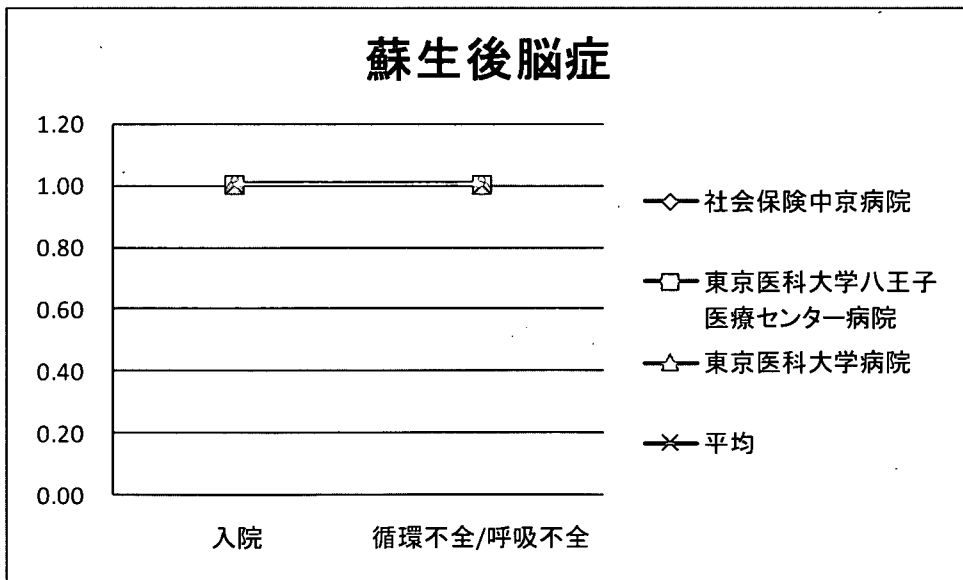
コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
蘇生後脳症	A0-A1-B1	71	65.1%	○	98.2%
	A0-A1	9	8.3%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C2-A2-A3-A4	4	3.7%	○	
	A0-A1-B1-B2-B1-C1-C1	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-A2-A3	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-A2-D1	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C2	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C2-A2-A3	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C2-A2-E1-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C2-C1-A2	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-A2	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-A2-A3	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-C4-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-C4-A2-D1-C1-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-B2-C1-C3-D1-C1-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C2-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C2-C1-A2	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C3	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C3-A2	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C3-C4-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-C3-D1-C3-C4-A2-A3-A4	1	0.9%	○	
	A0-A1-B1-C1-D1-C3-D1	1	0.9%	○	
	A0-A1-A4	2	1.8%	×	
	計	109	100.0%		

蘇生後脳症



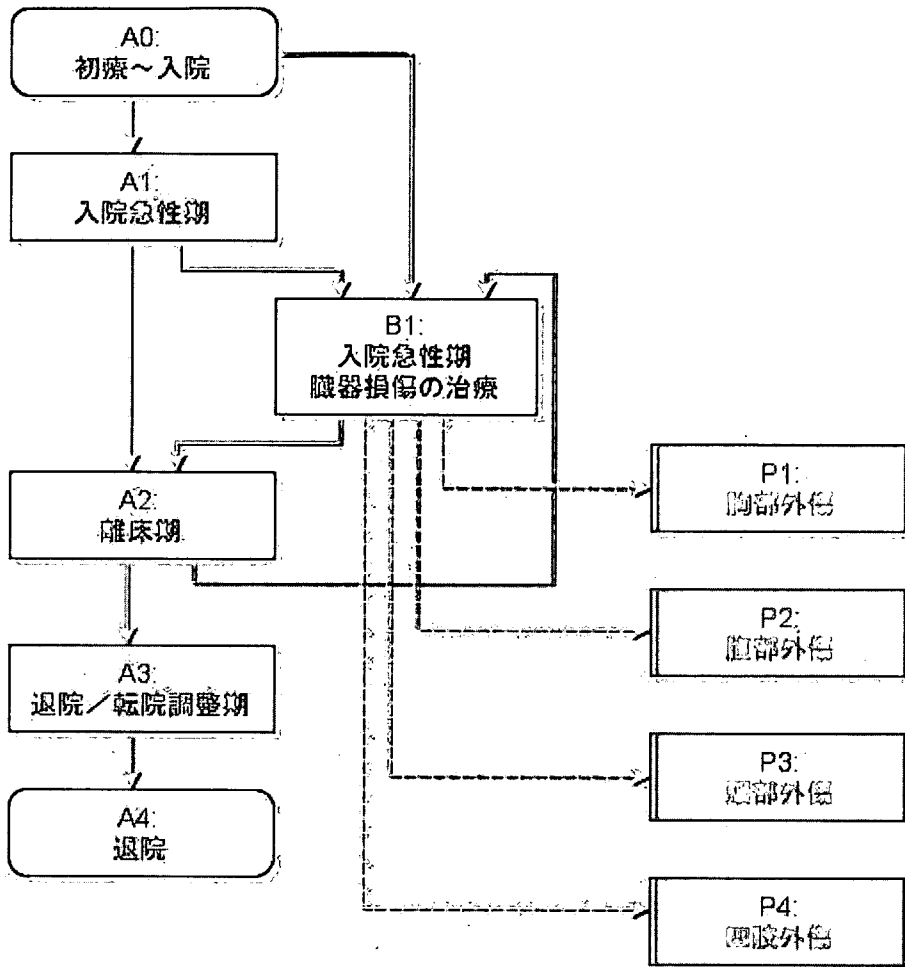
蘇生後脳症の平均在院日数比較

蘇生後脳症



蘇生後脳症のユニット滞在日数比較

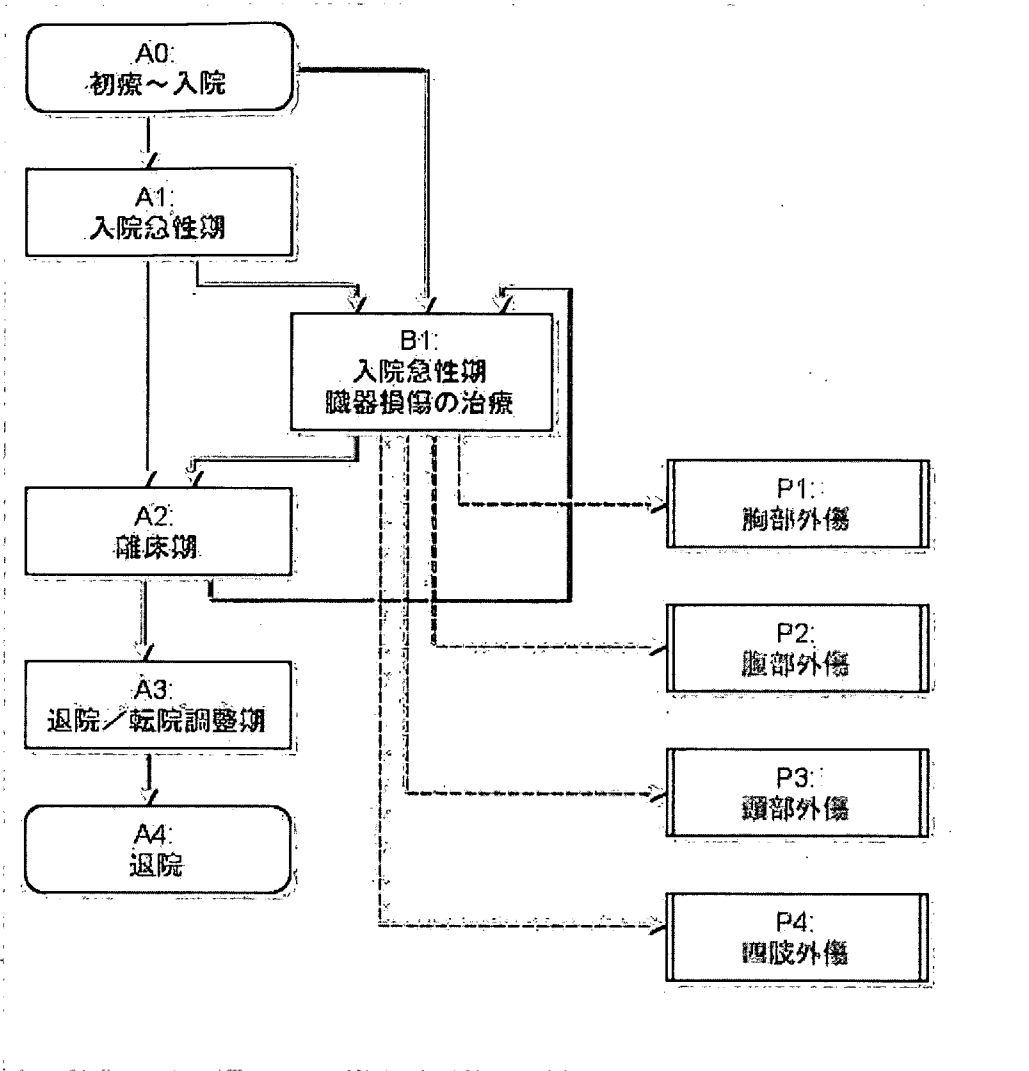
来院時軽症外傷



移行ロジック一覧
来院時軽症外傷

2007年度

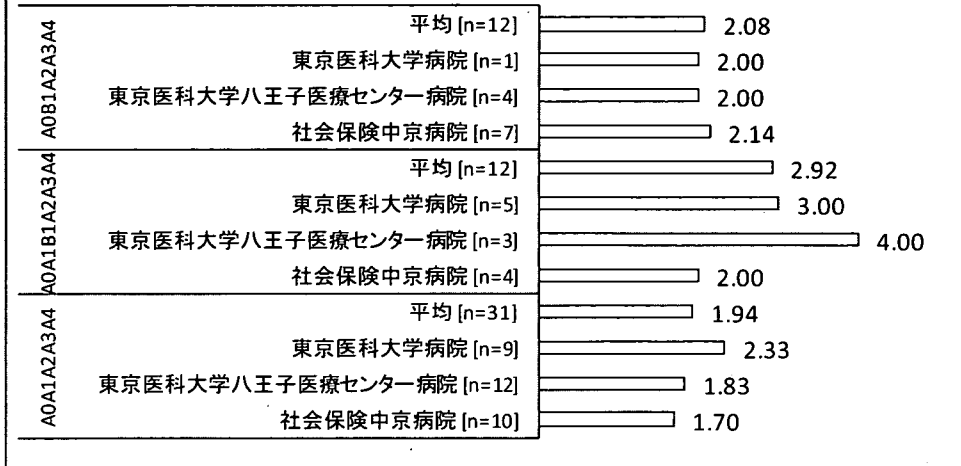
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: 初療～入院	外傷は軽微でも、既往疾患のリスクもしくは感染症がある or 健忘、吐気嘔吐、頭痛、腹痛、軽度の低酸素血症、発熱の症状がある or 画像等のスクリーニングで臓器損傷、骨折は指摘できない or その他経過観察目的に入院が薦められる	A1: 入院急性期	
	入院治療を要する胸部・腹部・頭部・四肢外傷が明らかである	B1: 入院急性期 臓器損傷の治療	
A1: 入院急性期	呼吸、循環に異常がない and A-0の症状の増悪がなく、新たな症状が出ていない and 腹部理学的所見に異常がない and 十分な尿量が得られる（維持輸液量以上の輸液は必要ない） and 再検した血液検査、画像所見などに異常がない and 意識清明で会話や人格はいつもと変わらない	A2: 離床期	
	入院治療を要する胸部・腹部・頭部・四肢外傷が明らかになった	B1: 入院急性期 臓器損傷の治療	
A2: 離床期	自立座位、歩行が可能 and 自覚症状の増悪がない and 食事摂取が問題なくできる and 経口摂取主体で（または抜針後）、尿量が得られている	A3: 退院／転院調整期	
	入院治療を要する胸部・腹部・頭部・四肢外傷が明らかになった	B1: 入院急性期 臓器損傷の治療	
A3: 退院／転院調整期	臓器損傷がないか、治療が終了 and 退院調整の完了（外来治療の要否判断を含む）	A4: 退院	
B1: 入院急性期/臓器損傷の治療	バイタルサインの安定 and 臓器損傷（Pユニット）の治療が終了	A2: 離床期	
	入院治療を要する胸部が明らかになった	P1: 胸部外傷	並行
	入院治療を要する腹部が明らかになった	P2: 腹部外傷	並行
	入院治療を要する頭部が明らかになった	P3: 頭部外傷	並行
	入院治療を要する四肢外傷が明らかになった	P4: 四肢外傷	並行



来院時軽症外傷の経路パターンとカバー率

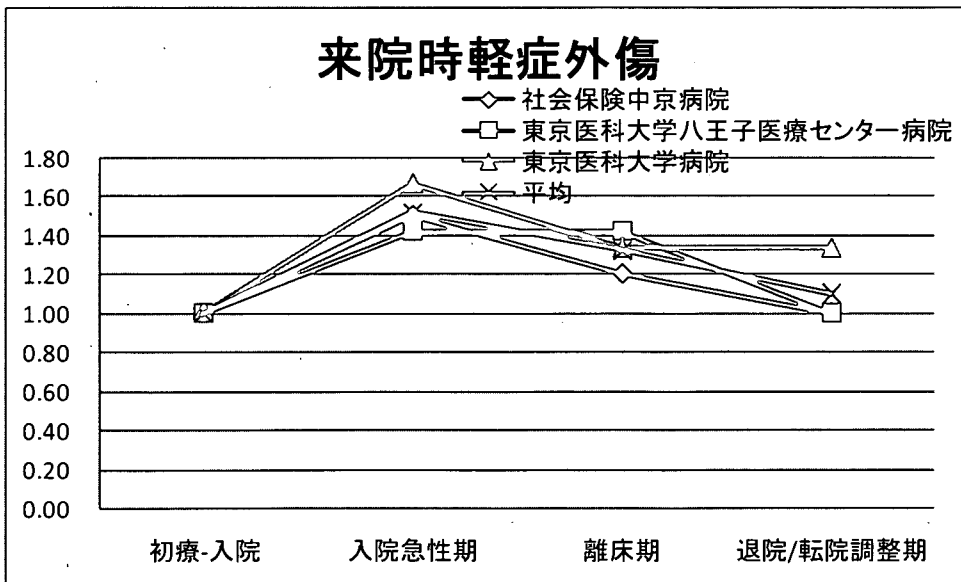
コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
来院時軽症外傷	A0-A1-A2-A3-A4	31	54.4%	○	100.0%
	A0-A1-B1-A2-A3-A4	12	21.1%	○	
	A0-B1-A2-A3-A4	12	21.1%	○	
	A0-B1	2	3.5%	○	
	計	57	100.0%		

来院時軽症外傷



来院時軽症外傷の平均在院日数比較

来院時軽症外傷



来院時軽症外傷のユニット滞在日数比較

9. がん(手術)

執筆：青儀 健二郎

1. 初めに

がん手術コンテンツ作成班では、今年度は①乳がん手術(改訂版)、②大腸がん(結腸・直腸)手術、の2コンテンツを作成し、検証を行なった。乳がんは234件(12施設)、大腸がんは254件(13施設)の検討であった。

2. コンテンツの特徴

乳がんについては、乳房切除術及び温存術を一つのプロセスチャートに収めた。もともと乳がん手術は術後管理が容易な手術であり、術後出血と創感染の2つのみが注目すべき合併症であるため、術後出血はB1ユニットへ、創感染が起こった場合はC1ユニットへ移行する形式としている。1回目の検証調査の際、ドレーン抜去を行うユニットを作ったために、術後早期にドレーン抜去した症例がプロセスチャートから離脱するケースがあった。改訂版のプロセスチャートでは、A4(術後回復期)のユニットであればいつでも抜去して構わない形にユニットを整理した。

大腸がんは、乳がんに比べ術後の合併症が、出血・イレウス・縫合不全・創感染・骨盤内感染・排便障害・排尿障害と多く、また合併症を2個以上同時に起こす場合もあり、ルートがやや複雑である。

3. カバー率・離脱

乳がんは234件の検証調査の結果、カバー率は98.7%(231件)と、予想通り大幅な改善を認めた。3例がメインルートから外れたが、1例は出血、1例は創感染で、それぞれB1、C1ユニットに移行後、メインルートに復帰した。1例はA3ユニットとA2

ユニットの順番が入れ替わったケースで、移行ロジック上考えられない病態であり、まれなケースでプロセスを再考する必要は無いと考える。

大腸がんは、254件の検証調査の結果、カバー率は90.6%(230件)であった。離脱した24例を検討してみると、回復期(A5)からの合併症(イレウス、縫合不全)発生だったり、合併症を2個併発している症例が多かった。メインルートから外れたのは5例であるが、1例は術後ハイリスク期(A3)からのイレウスで、4例は創感染が治癒する前に退院したケースであった。いずれも複雑な術後経過を反映しているものと思われる。

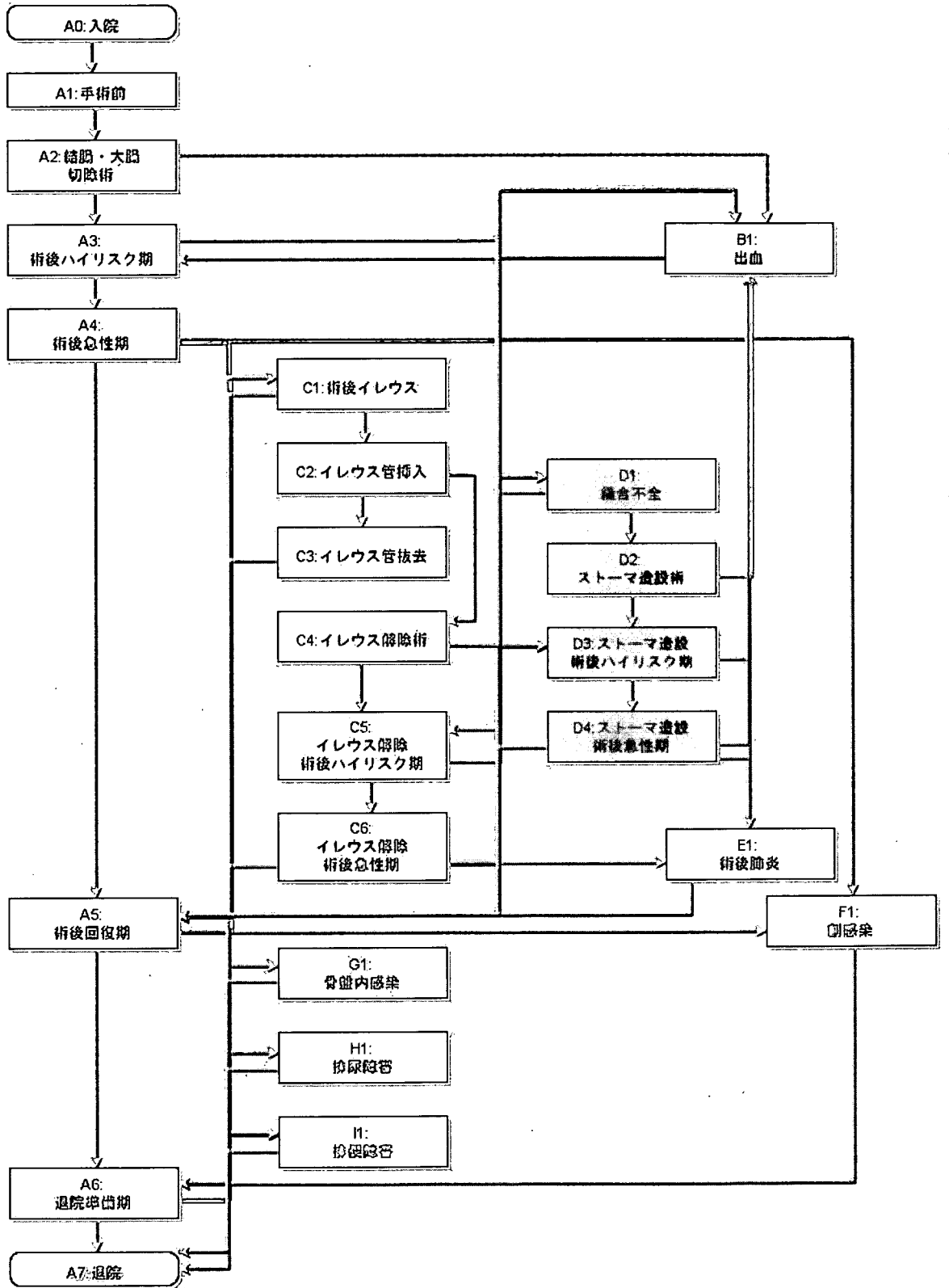
4. 今後の課題展望

乳がんは、1回目の調査で問題になったドレーン抜去のタイミングは今回の改訂版プロセスチャートの検証では問題はなく、抜去のタイミングによる離脱はなかった。2回目の検証調査で明らかになった問題点も特に無かった。手術用パスは、2回の検証が終了し、問題点はほぼ解決され、完成に一步近づいたと思われる。大腸がんは、今回の検証を終えて、ほぼ完成に近づいたと思われる。ハイリスク期での合併症や合併症を抱えながらの退院(転院)についてはルートを追加する必要があると思われる。いずれにしても、今回の検証で、がん手術領域は概要が完成したといえよう。今後はPDCAサイクルに載せ、ブラッシュアップが必要と思われる。

ただ今回の検証で、各領域においてがん手術のプロセスチャートを作成する際には、合併症に関して事細かな表記が必要である

事が判明した。

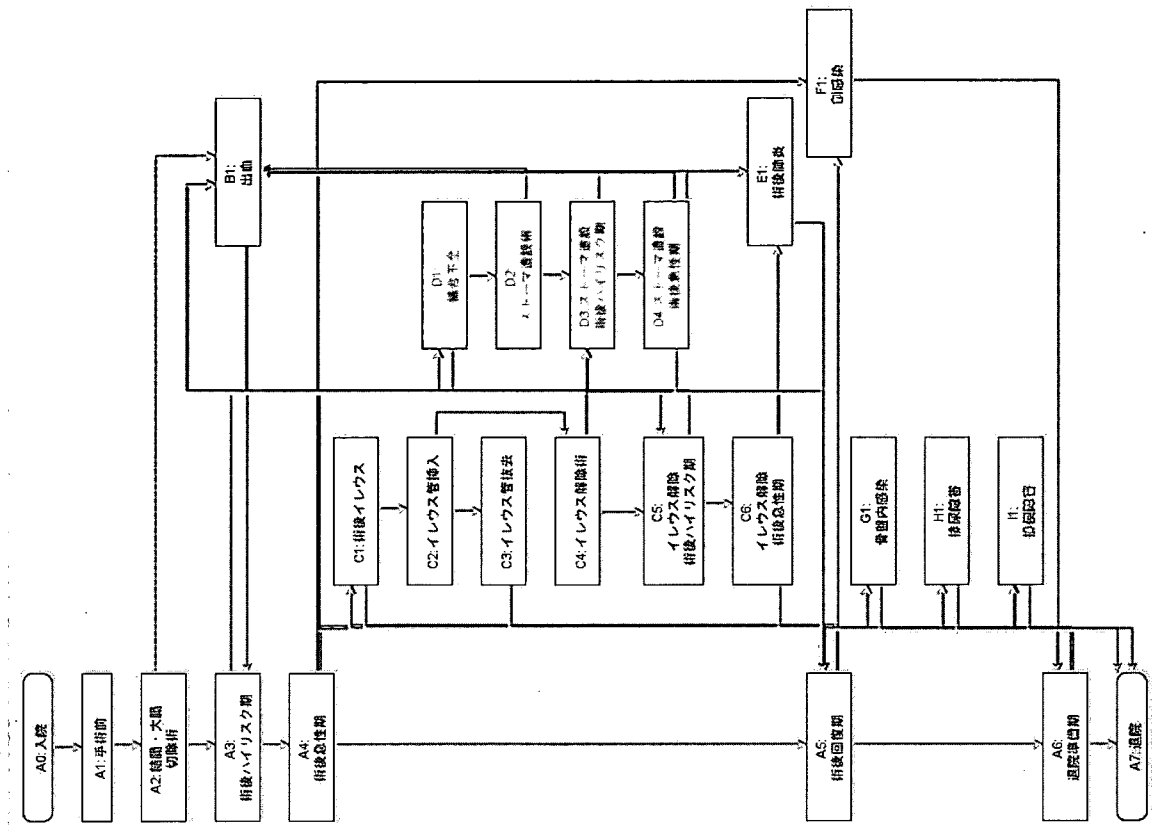
大腸がん



移行ロジック一覧
大腸がん

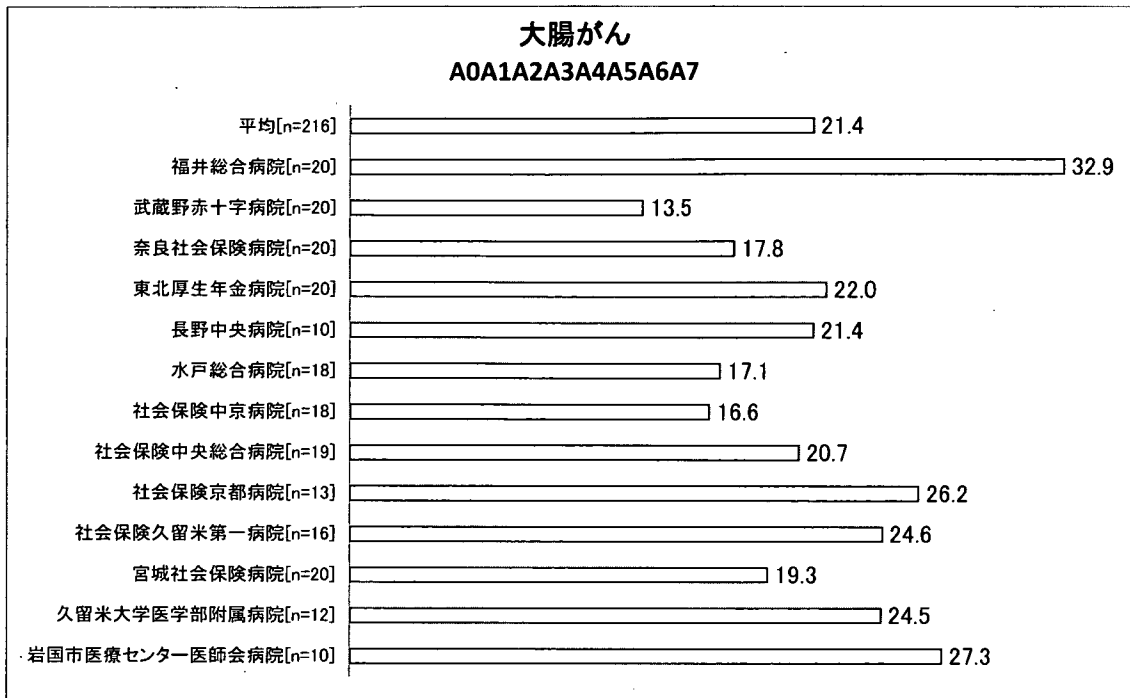
2007年度

現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0: 入院	無条件で移行	A1: 手術前	
A1: 手術前	術前準備が整っている and 心肺機能異常、凝固機能異常がないorコントロールされている and 38°C以上の上気道感染がない and 手術の同意書がとれている	A2: 結腸・大腸 切除術	
A2: 結腸・大腸 切除術	麻酔覚醒が良好 and 循環動態が安定している 出血によるショック状態がある	A3: 術後ハイリスク期 B1: 出血	並列
A3: 術後ハイリスク期	麻酔覚醒が良好。and 循環動態が安定している。 and 呼吸状態が安定している 出血によるショック症状がある	A4: 術後急性期 B1: 出血	
A4: 術後急性期	体動拡大できる and 循環動態が安定している and 呼吸状態が安定している 出血によるショック症状がある イレウス症状がある 縫合不全症状がある 肺炎症状がある 創感染症状がある 骨盤内感染症状がある	A5: 術後回復期 B1: 出血 C1: 術後イレウス D1: 縫合不全 E1: 術後肺炎 F1: 創感染 G1: 骨盤内感染	
A5: 術後回復期	体動拡大できる and 食事摂取ができる イレウス症状がある 創感染症状がある 骨盤内感染症状がある 自然排尿が無い or 用手排尿後も残尿多量 下痢 or 便秘	A6: 退院準備期 C1: 術後イレウス F1: 創感染 G1: 骨盤内感染 H1: 排尿障害 I1: 排便障害	
A6: 退院準備期	退院可能な状態である and 発熱がない and 排ガス、排便がある イレウス症状がある 自然排尿が無い or 用手排尿後も残尿多量 下痢 or 便秘	A7: 退院 C1: 術後イレウス H1: 排尿障害 I1: 排便障害	
B1: 出血	止血が完了している and A-2, A-3, A-4から移行してきた 止血が完了している and C-4, C-5, C-6から移行してきた 止血が完了している and D-2, D-3, D-4から移行してきた	A3: 術後ハイリスク期 C5: イレウス解除 術後ハイリスク期 D3: ストーマ造設 術 後ハイリスク期	
C1: 術後イレウス	イレウス症状の改善 イレウス症状が持続する	A5: 術後回復期 C2: イレウス管挿入 C3: イレウス管抜去	
C2: イレウス管挿入	イレウス症状の改善	C4: イレウス解除術	
C3: イレウス管抜去	イレウス症状の改善がない(悪化する) イレウス管の抜去	A5: 術後回復期	
C4: イレウス解除術	出血によるショック症状がある 麻酔覚醒が良好。and 循環動態が安定している。 ストーマ造設	B1: 出血 C5: イレウス解除 術後ハイリスク期 D3: ストーマ造設 術 後ハイリスク期	
C5: イレウス解除 術 後ハイリスク期	出血によるショック症状がある 麻酔覚醒が良好。and 循環動態が安定している。and 呼吸状態が安定している	B1: 出血 C6: イレウス解除 術後急性期	
C6: イレウス解除 術 後急性期	体動拡大できる and 循環動態が安定している and 呼吸状態が安定している 出血によるショック症状がある 縫合不全症状がある 肺炎症状がある	A5: 術後回復期 B1: 出血 D1: 縫合不全 E1: 術後肺炎	
D1: 縫合不全	縫合不全の改善 縫合不全症状の持続	A5: 術後回復期 D2: ストーマ造設術	
D2: ストーマ造設術	出血によるショック症状がある 麻酔覚醒が良好。and 循環動態が安定している。	B1: 出血 D3: ストーマ造設 術 後ハイリスク期	
D3: ストーマ造設 術 後ハイリスク期	出血によるショック症状がある 麻酔覚醒が良好。and 循環動態が安定している and 呼吸状態が安定している	B1: 出血 D4: ストーマ造設 術 後急性期	
D4: ストーマ造設 術 後急性期	体動拡大できる and 循環動態が安定している and 呼吸状態が安定している 出血によるショック症状がある 肺炎症状がある	A5: 術後回復期 B1: 出血 E1: 術後肺炎	
E1: 術後肺炎	肺炎症状がない	A5: 術後回復期	
F1: 創感染	創感染の症状がない	A6: 退院準備期	
G1: 骨盤内感染	骨盤内感染の症状がない	A6: 退院準備期	
H1: 排尿障害	排尿障害がない	A7: 退院	
I1: 排便障害	排便障害がない	A7: 退院	

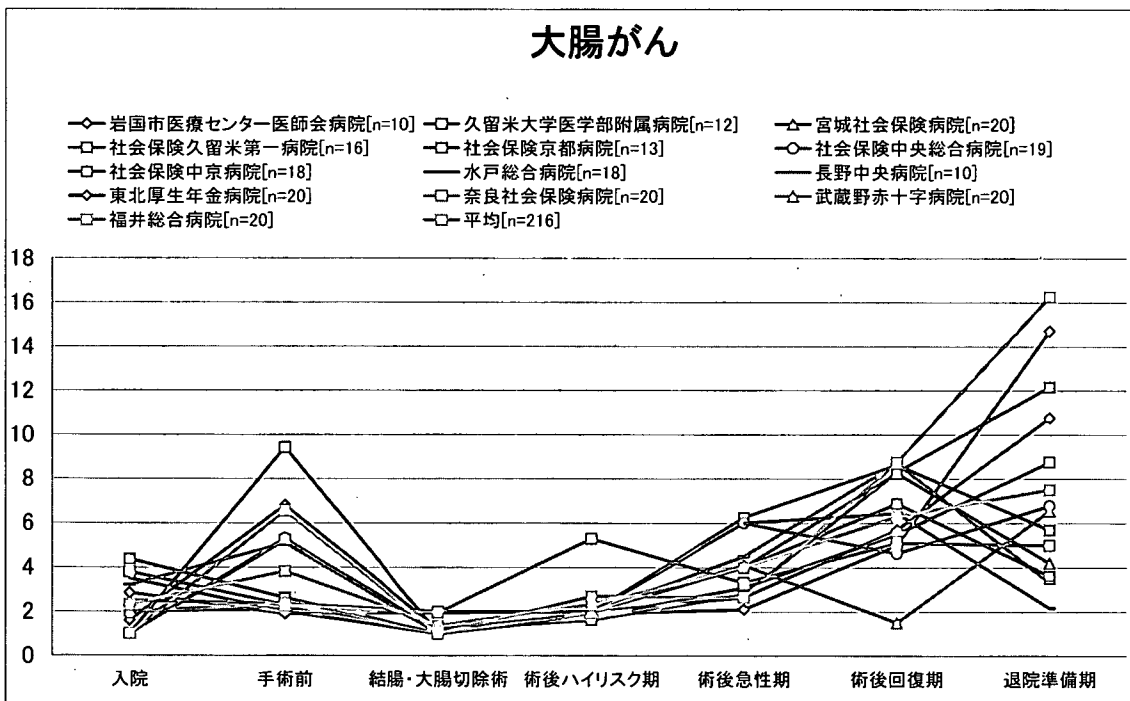


大腸がんの経路パターンとカバー率

コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
大腸がん	A0-A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7	216	85.0%	○	90.6%
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-F1-A6-A7	9	3.5%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-C1-A5	1	0.4%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-C1-C2-C3-A5-A6-A7	1	0.4%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-D1-A5-A6-A7	1	0.4%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-E1-A5-A6-A7	1	0.4%	○	
	A0-A1-A2-B1-A3-A4-A5-A6-A7	1	0.4%	○	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-H1-I1-A6-A7	5	2.0%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-F1-A7	4	1.6%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-H1-A6-A7	3	1.2%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-C1-A6-A7	2	0.8%	×	
	A0-A1-A1-A2-A3-A4-F1-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A3-C1-C4-C5-C6-A5-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-C1-C2-C3-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-D1-A5-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-G1-H1-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-A5-I1-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-C1-C4-D2-D3-D4-A5	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-A3-A4-F1-C1-C2-C3-A5-A6-A7	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-B1-A6-A4-A5-A6-A7	1	0.4%	×	
A1-A1-A2-A3-A4-A5-D1-A5-A6-A7	1	0.4%	×		
計	254	100.0%			

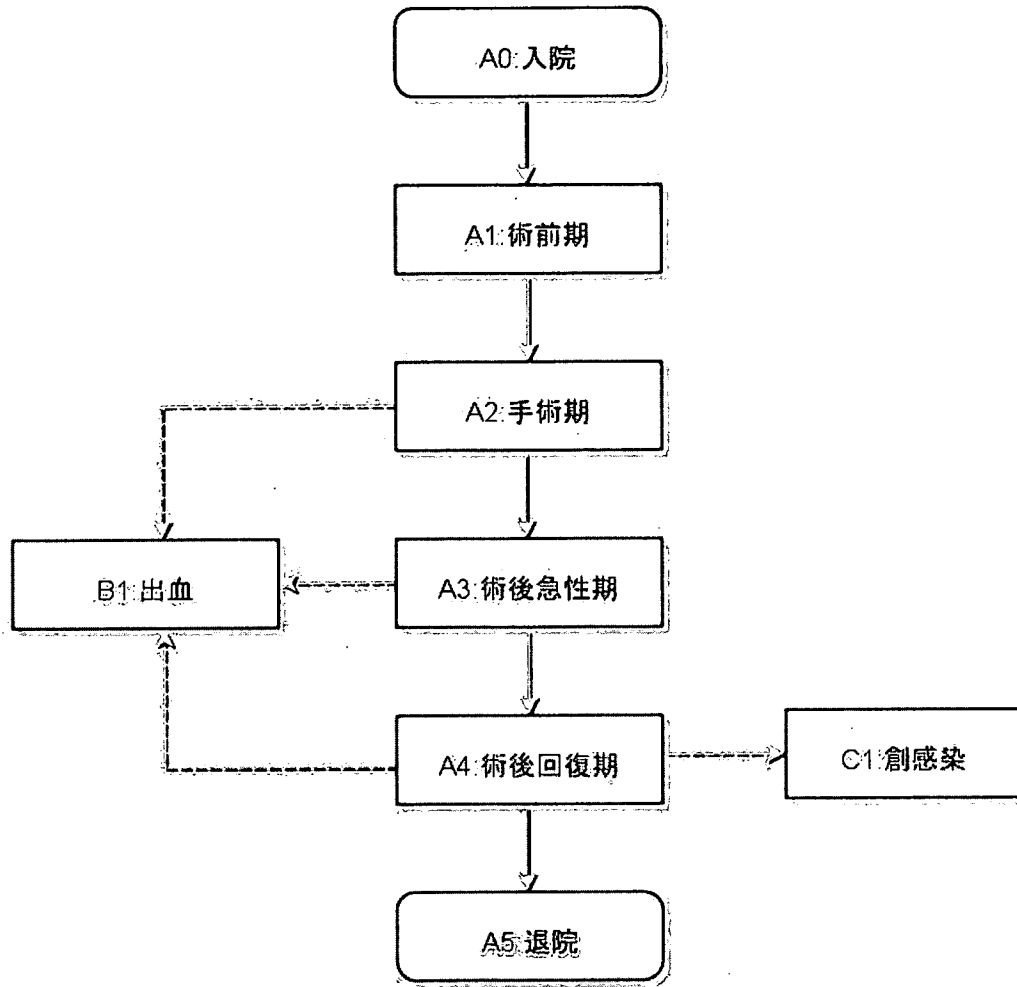


大腸がんの平均在院日数比較



大腸がんのユニット滞在日数比較

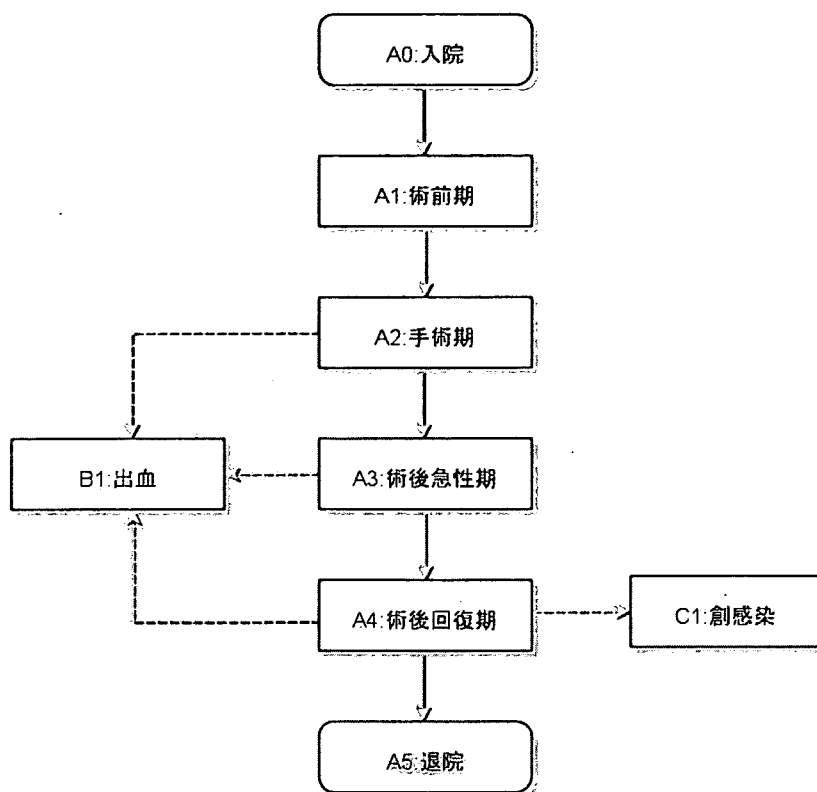
乳房温存・切除術



移行ロジック一覧
乳房温存・切除術

2007年度

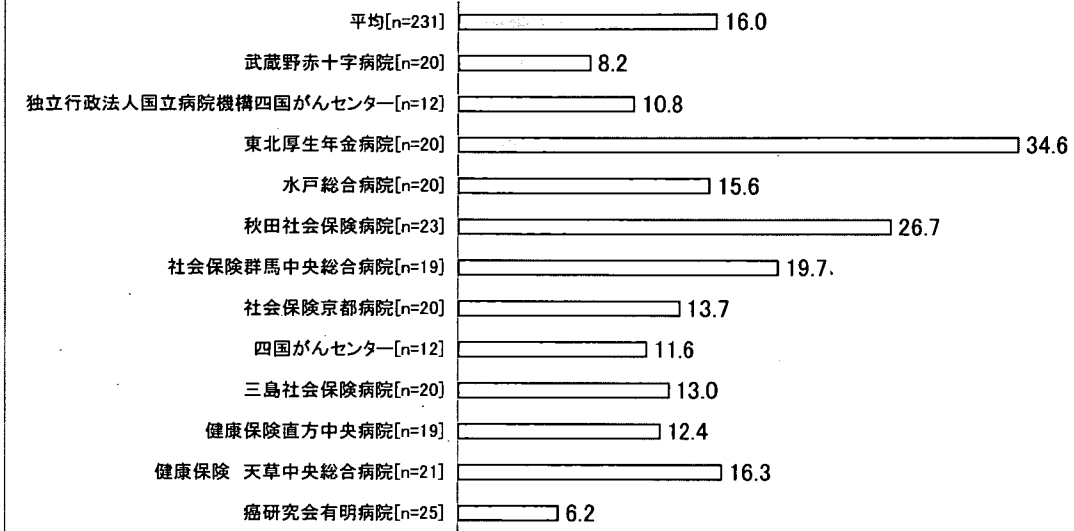
現ユニット	移行条件	移行先	ルート種別
A0:入院	無条件	A1:術前期	
A1:術前期	心肺機能異常, 凝固機能異常がない, またはコントロールされている and 38℃以上の上気道感染がない and 手術・麻酔の同意が取れている	A2:手術期	
A2:手術期	覚醒している and 循環動態が安定している and 出血していない 出血している	A3:術後急性期	
A3:術後急性期	出血がない or 創部よりの著明な出血, 血腫形成がない 出血がある	B1:出血	並列
A4:術後回復期	出血していない and 創部に感染兆候, 腫瘍がない and ADLが自立している and ドレーンが抜去できる	A4:術後回復期	
	出血している	B1:出血	並列
	創部の感染兆候・腫脹, 発熱があり, 抗生剤の内服によりコントロールできない場合.	C1:創感染	並列
		A5:退院	



乳房切除・温存の経路パターンとカバー率

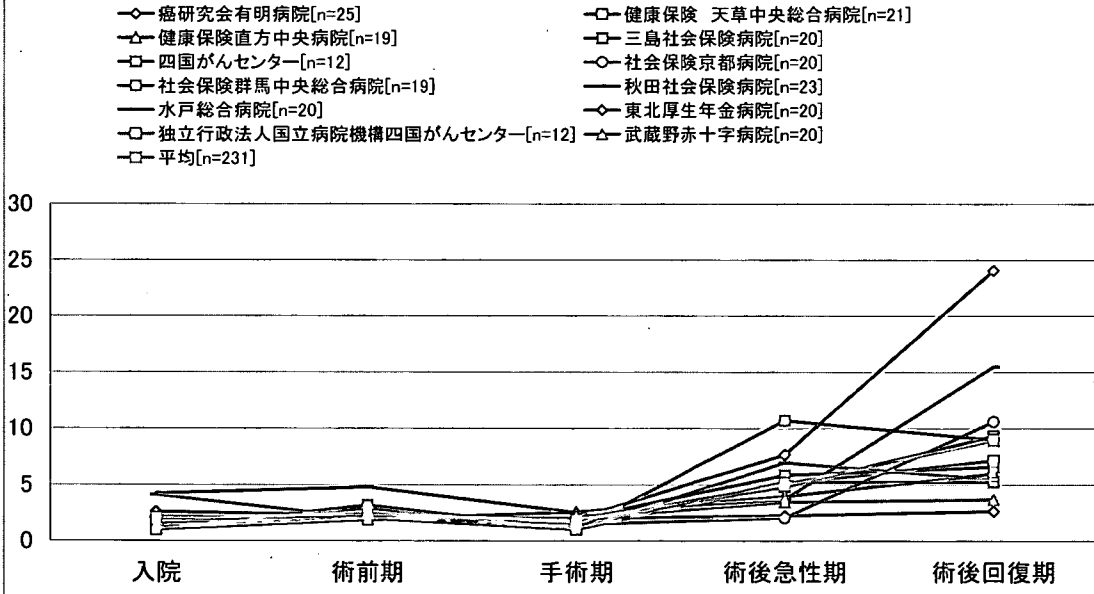
コンテンツ名	ルート	件数	%	カバー	カバー率
乳房温存・切除術	A0-A1-A2-A3-A4-A5	231	98.7%	○	98.7%
	A0-A1-A2-A3-B1-A4-A5	1	0.4%	×	
	A0-A1-A2-C1-A4-A5	1	0.4%	×	
	A0-A1-A3-A2-A4-A5	1	0.4%	×	
	計	234	100.0%		

乳房温存・切除術 A0A1A2A3A4A5



乳房温存・切除術の平均在院日数比較

乳房温存・切除術



乳房温存・切除術のユニット滞在日数比較

1.0. がん (化学療法)

執筆：蒲生 真紀夫

1. 初めに

がん化学療法コンテンツ作成班では、今年度は①mFOLFOX6 療法 (大腸癌・改定)、②AC 療法 (乳癌)、③CP 療法 (肺癌)、④TS-1+CDDP 療法 (胃癌) の4コンテンツを作成し検証を行なった。結果的に、5大がんのうち、化学療法が適応となりにくい肝癌をのぞく4癌種のそれぞれの標準的プロトコルをマネジメントすることを試みるようになった。

2. コンテンツの特徴

化学療法において施行される標準的治療レジメンはがん種や患者の病態によって異なるが、全身化学療法は共通の考え方でマネジメントされるため、がん化学療法CPCは、多くのがん種の治療において共通の構造化が可能である。具体的には、①治療前評価、②治療前の準備、③化学療法施行 (標準レジメン)、④副作用観察と標準ケア、⑤治療後評価、⑥重篤な副作用への対応などの要素によってCPCの全体が構成される。今回の4つのCPCもこれらをユニットとして作成し、組み合わせることによって作成されている。

一方では、多くのレジメン (mFOLFOX6, AC など) が外来で行なわれるが、シスプラチン投与を伴うなど、入院治療を必要とするレジメン (CP、TS-1+CDDP) は、治療プロセスは外来・病棟といった療養の場を越えて進捗するし、注射薬と内服薬の組み合わせによる併用化学療法と複数の注射薬の併用による化学療法のマネジメントの相違も存在する。また、治療薬に特有の副作用観察 (RRT: Regimen Related Toxicity) はそれぞれのCPCの副

作用観察ユニットの中に表現されることになる。そのため、化学療法マネジメントのためのCPCは基本的な骨格を共有しながら、レジメンごとにユニット構成を微調整して作成することも必要である。

3. カバー率・離脱

化学療法のAC, CP療法においては機械的に算定したカバー率が80%以上であった。一方でTS-1+CDDPのPCにおいてはカバー率が26%と低率であったが、内容を検討すると、施設によるCDDP併用時期の相違であり、むしろレジメンの相違として吸収可能なものであった。今回は検証困難であったFOLFOX療法も含め、調査ファイルのすべての化学療法の経過はCPC上のユニットの移行で表現されており、ルートの相違は本来、想定範囲内といえる。内容を詳細に検討するとマネジメントという意味でのカバー率は100%ともいってよい結果であるが、現状での検証調査の単純分析の手法では解釈が難しいかもしれない。

4. 今後の課題展望

化学療法は、原病の進行または副作用による中止まで、投与前評価、投与、投与後評価のサイクルを繰り返すため、施行中は通過ルートが循環し続けることになる。化学療法の質マネジメントのためには、副作用評価、再投与評価のユニットと投与ユニット、治療後判定ユニットを順に確実に通過しているか否かが本質的であり、基本的にこの順列を満たしていることのみをCPC適応の原則としてカバー率解析などの再分析を行なう必要があるかもしれない。また、投与ユニットの通過数は1つのレジメンの

総コース数を、実投与量と繰り返す投与ユニット相互の間隔は抗癌剤の **dose intensity** を考慮する上で重要であり、化学療法の PC が実際に運用された際には臨床的に極めて重要なデータを提供する可能性が高い。

一方では、化学療法レジメンは、がん種、薬剤ごとに標準的なレジメンのみで相当数になると想定されること、新規薬剤の適応や新しい併用療法の開発が常に進行していることを考慮すると、個別のレジメンごとに CPC を作成していくことは困難である。汎用の計画系として、化学療法のリスクに応じて低リスク、中等度リスク、高リスク

のレジメンに対する汎用マネジメント CPC を用意しておき、投与ユニットにレジメンを適応していくことが化学療法臨床プロセスチャートの現実的な作成方法であるかもしれない。

これらの詳細な検討は、今後、運用系を前提とした開発の中で解決されていくべき課題であると考ええる。がん化学療法の重要性和システムとしての特殊性を考えると PCAPS のプロジェクトの中でいずれはサブシステムとしての化学療法マネジメントシステムを考えなければならないのかもしれない。