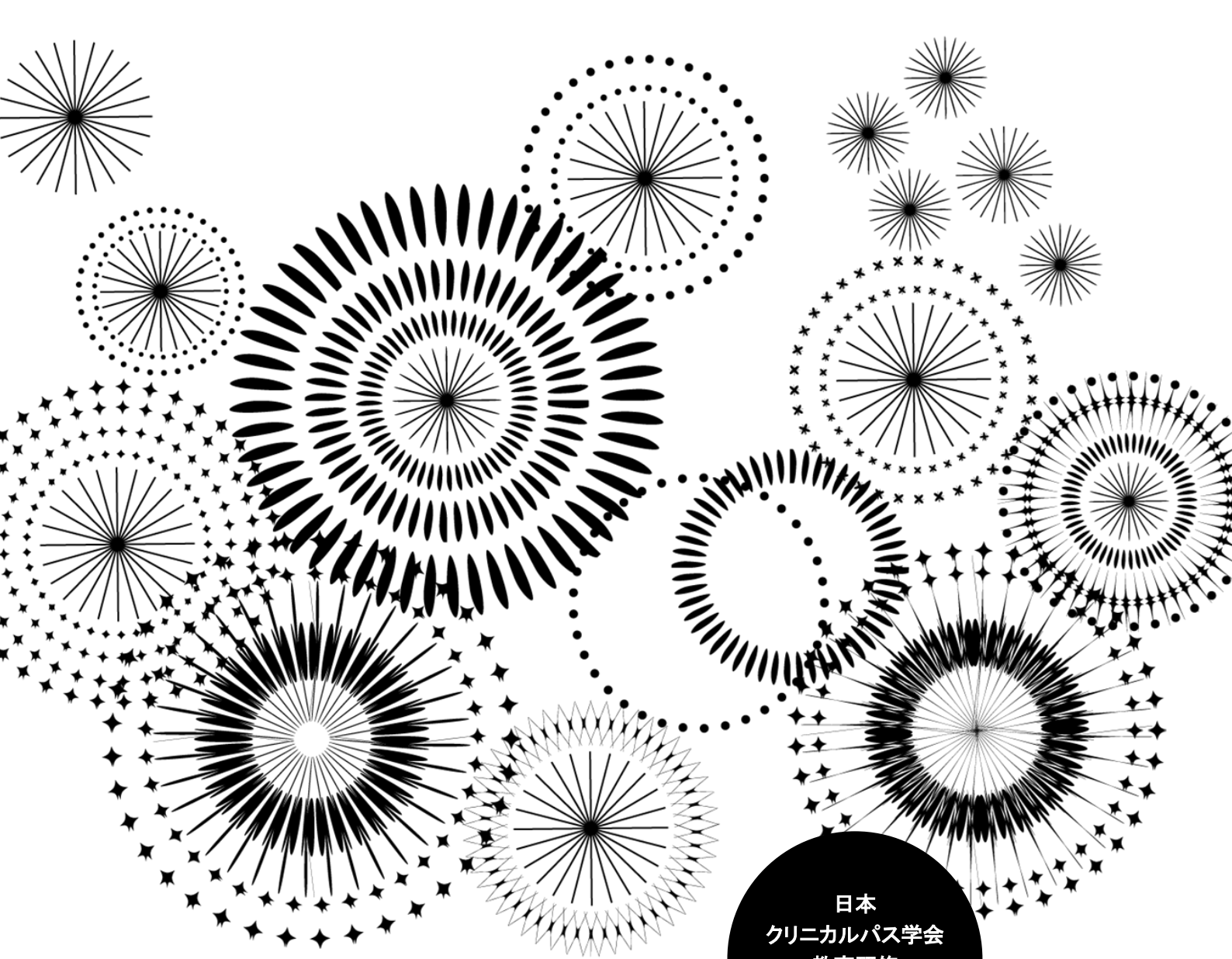




日本
クリニカルパス学会
教育研修
講演 1 単位

第 30 回 東海クリニカルパス研究会

日 時

2026

6.13 Sat

13:00 ▶ 16:00

会 場

愛知県がんセンター
国際医学交流センター メインホール

当番世話人

清水淳市 ・ 福島敬子
愛知県がんセンター

第 30 回東海クリニカルパス研究会

13:00～13:05 開会の辞 第 30 回東海クリニカルパス研究会 当番世話人

福嶋 敬子（愛知県がんセンター 看護部）

13:05～13:35 一般演題Ⅰ（各発表 7 分、質疑応答 3 分）

座長：倉石 幸治（愛知県がんセンター 看護部）

① がん専門病院における在宅中心静脈栄養法クリニカルパスのバリエーション分析

ー退院調整と多職種連携における課題ー

高木 佳世（愛知県がんセンター 看護部）

② レミケードパスの改訂の取り組みと成果

岩田 ゆかり（社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 看護部）

③ アブレーションパスの見直しによる安全で質の高い看護提供への貢献

今尾 裕子（社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 看護部）

13:35～14:05 一般演題Ⅱ（各発表 7 分、質疑応答 3 分）

座長：立川 祐子（愛知県がんセンター スマートホスピタル・医療 DX 推進室）

④ 薬剤師のクリニカルパスへの介入

谷口 結基（社会医療法人宏潤会 大同病院 薬剤部）

⑤ 改訂誤嚥性肺炎パスのバリエーション分析 ー早期代替栄養実施有無での比較ー

山下 裕（春日井市民病院 リハビリテーション技術室）

⑥ 活用するパスへの転換・その後 ーバリエーション発生要因分類標準化の成果と残された課題ー

～『その他』4 割からの脱却と、教育部会設置による文化醸成～

中川 智晴（豊橋市民病院 事務局 医療情報課）

14:05～14:20 特別発言

東海クリニカルパス研究会のこれまでと今後

清水 淳市（愛知県がんセンター 呼吸器内科部）

14:20～14:35 休憩

14:35～15:35 特別講演

座長: 清水 淳市 (愛知県がんセンター 呼吸器内科部)

階層型 PDCA サイクルによるパス活動 ～データを収集し活用する仕組み～

目黒 康平 (IMS グループ医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 医事課)

15:35～16:00 閉会の辞 第 30 回東海クリニカルパス研究会 当番世話人

東海クリニカルパス研究会 代表世話人

清水 淳市 (愛知県がんセンター 呼吸器内科部)

第 31 回(次回)東海クリニカルパス研究会 当番世話人

山内 康平 (日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

一般演題 I

がん専門病院における在宅中心静脈栄養法クリニカルパスのバリエーション分析 ー退院調整と多職種連携における課題ー

高木 佳世¹、山田 知里¹、倉石 幸治¹、喜田 玲子¹、伊藤 広高¹、福嶋 敬子¹

清水 淳市²、成田 有季哉³

愛知県がんセンター 看護部¹、呼吸器内科部²、薬物療法部³

要旨

当院はがん専門病院のため、化学療法や在宅栄養管理を目的として中心静脈ポート設置術の件数が多く、在宅中心静脈栄養として患者や家族が生活の中でも使用している。患者や家族が自宅で安心して生活できるように指導パンフレットも含めた、「在宅中心静脈栄養法 (Home Parenteral Nutrition:HPN) クリニカルパス (以後 HPN パス) を作成した。HPN パスは在宅療養サービスとの連携も見据えて作成している。特に当院の場合は、予後が限られた時間的猶予の中で中心静脈栄養法の手技習得や地域との連携が必要となる。この課題に対し中心静脈栄養法の指導や地域連携の迅速化を図り、限られた予後を自宅で過ごす時間を創出することが求められる。バリエーション分析結果とともに、在宅 HPN 移行における指導と現状課題も含めて報告する。

【目的】当院における HPN パスは、自宅で安心して HPN を実施できることを終了基準とし、標準適用日数 7 日、HPN 導入決定から自宅に戻るまでをパスとして作成を行っている。入退院支援室を含めた在宅療養サービスとの連携をシームレスに行えることも含め多職種連携を見据えたものである。がんは、他疾患と比較し急激に増悪すると言われている。本人や家族の思いと反し、退院調整に対するスピードが求められる場合が多い。日本の在宅中心静脈栄養法のガイドラインや ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) のガイドラインでは、HPN 導入の目安は、予後が 2~3 ヶ月以上期待できることが HPN 導入の推奨基準とされている。当院の現状を振り返り、在宅への移行サポート、地域連携に関する課題も含めて報告する。

【方法】2025 年 4 月から 2026 年 3 月までに HPN パスを使用した 22 例を後方視的に分析。調査内容は、アウトカム評価、バリエーション率・内容、CV ポート留置目的、HPN 習得状況などアウトカム以外の内容調査も行った。個人が特定されないよう匿名化し、倫理的配慮のもと実施した。

【結果】事例 22 名中、パス中止 2 名 (経口摂取可能、CV ポート感染) であった。パス開始前に化学療法目的として CV ポートが留置されている患者は 18 名であった。HPN パス導入から退院までの在院日数の中央値は 27 日、パス終了後から退院までの日数は中央値 7 日 (範囲: 1~106 日) を示し、社会資源サービスや在宅医・訪問看護の調整等に時間を要していた。退院後の全 20 名中、15 日以内の死亡率が 25%、6 か月以内では 60% を認めた。バ

リエーション発生数のパス件数は 12 件、発生率は 60% であり、HPN に関する取り扱いや訪問診療・訪問看護等と退院日の調整、社会資源サービスの決定が主な内容であった。HPN 管理の練習は、本人のみ/本人と家族/家族のみがそれぞれ 6/3/5 例であった。4 例は本人・家族とも習得不可、2 例は未練習であった。14 例が習得して退院をした。【考察】退院調整は継続中であるが退院前にパスが終了している事例があり、アウトカム設定と実運用に乖離が認められた。当院は遠方の患者も多く、退院日や社会資源サービスの決定に至る経過が時間を要することもあった。パスを適切に運用することで、HPN 手技の習得ができなくても、訪問看護師への移行依頼や、福祉用具の依頼を早期調整するなど、個別性のあるアセスメントに繋がる。今回の振り返りから、適切にパスを運用することで個々の患者に見合ったツールとして活用ができると考察する。指導や連携が中心となったクリニカルパス作成は、当院では初めてであった。今後は運用方法や評価基準の見直しが必要である。

【結論】がん専門病院における HPN パスは、主に病勢の急変リスクや看取りの在宅療養が対象となる。患者の状況に応じて訪問看護へ円滑に移行できる体制を整え、在宅移行プロセスの更なる効率化と最適化を図っていく。本パスが適切に運用されることで、進行状況の共有や HPN 手技の習得状況が一元化されるため、患者や家族が自宅で安心して在宅栄養を実施するためのツールとして適していると考えられる。適正な運用の推進と継続的な分析によりパスの質の向上化を図っていく。

レミケードパスの改訂の取り組みと成果

岩田 ゆかり¹、筋野 恵里¹、藤木 里美¹、荒木 寛司²、横山 英典³
 野々垣 智子¹、小島 伸栄¹、入山 妙¹、古田 夢子¹、中 祥一¹、眞能 明穂¹
 不破 純子¹、塩井 律子¹、山田 源久²、武山 順子²
 社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 看護部¹、診療局²、薬剤部³

要旨

当院で運用していた既存のレミケードパスにより、長い待ち時間の発生や頻繁な介入による患者不評、流速調整忘れなどのインシデント発生、多重業務による業務支障といった問題が発生していた。これらを背景にして、パスの見直し改訂に取り組んだ。その結果、患者とスタッフ双方にとってより安心、安全な治療の提供につながったため、ここに報告する。

目的

本研究は、炎症性腸疾患に対するレミケード治療における既存の治療パスが抱える課題を解決することを目的とした。年間 220 件のレミケード治療を実施する当院では、既存のパス(1 時間コース、2 時間コース)において、15 分ごとの流速調整やダブルチェック、5 分後のバイタルサイン測定など頻繁な介入により、患者から落ち着いて治療できないといった不評を招いていた。また、スタッフが不足する時間帯には流速調整忘れなどのインシデントが発生し、安全性の確保が困難であった。さらに、医師から薬剤部へのミキシング依頼の連絡忘れによる患者待ち時間の発生や、多重連絡による業務支障を招いていた。これらの課題を背景に、レミケード治療パスの見直しと改訂に取り組んだ。

方法

1. 現状把握と問題点の特定
 - 1) レミケード投与時の繁忙度を点数化し、客観的指標を算出した。
2. 他院の実態調査と改善策の検討
 - 1) 他院におけるレミケード投与の実践状況を調査
 - 2) レミケードパス再検討

結果

レミケード投与における業務繁忙度は、業務全体の約 20%を占めることが判明した。人員が不足する時間帯(11 時から 12 時)のレミケード投与集中が繁忙度を増加させる主要因であった。他院におけるレミケード投与の実践状況調査を参考に、当院のレミケードパスとの相違点を洗い出し、パスの再検討をおこなった。改訂内容は、①流速と間隔の変更(最初の 30 分は 15 分毎、以降 30 分毎)、

②バイタルサイン測定間隔の短縮(開始前、5 分後、終了時の 3 回)、③ミキシング連絡方法の変更(医師の指示のもと看護師から薬剤部へ直接連絡可能)とした。改訂後の運用では、患者から「落ち着いて治療を受けられるようになった」、スタッフから「煩雑さが減り、気持ちの焦りなく業務が行えるようになった」と意見が得られた。レミケードパス改訂前後で、レミケード投与における業務繁忙度は 38%~46%の削減がされた。改訂前に多発した流速調整忘れやアラーム対応によるインシデント報告は減少し、ミキシング連絡方法変更後も業務障害なく運用されている。

結論

レミケードパス改訂後、運用における課題は解消され、煩雑さやインシデント報告の減少につながった。治療の安全性が向上し、さらに患者は安心して治療を受けられるようになった。また、医師、薬剤部との連携も円滑になり、患者とスタッフ双方にとってより安心、安全な治療の提供につながった。今後もこのパスの使用を継続し、より質の高い医療提供に努める。

倫理的配慮

個人情報やプライバシーの保護について十分な倫理的配慮を行った。

アブレーションパスの見直しによる安全で質の高い看護提供への貢献

今尾 裕子¹、小島 好修²、望月 大輔¹

社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 看護部¹、診療部²

要旨

2020年にアブレーションパスの作成を行った。年々治療件数が増加しているが、追加・修正が行えず、十分にパスが活用されず、看護提供のばらつきや患者安全への懸念が生じていた。そのため、観察項目や指示などを明確にし、統一した看護提供ができるように、病棟看護師、医師、画像診断部スタッフとの多職種連携により、協議を重ねてパスの見直しを行った。観察項目や指示内容を明確化し、統一された看護体制の確立を目指した。具体的には、鎮静からの覚醒基準、術後の十二誘導をタスク、バイタル測定間隔、観察室の使用基準、穿刺部位毎の圧迫解除時間の変更を行った。これにより、関連部署での共有理解が深まり、患者さんが安全に安心して治療、入院生活が送れるよう安心感の向上につながることを期待できる。

目的

不整脈の根治治療としてアブレーション治療は、年々増加傾向であるが、当院のアブレーションパスは、作成以来見直しがされておらず、いくつかの問題を抱えていた。具体的には、パスの活用不足により、看護提供にばらつきが生じ、患者さんが安全に安心して治療、入院生活を送る上で課題であった。病棟看護師、医師、画像診断部スタッフと多職種連携により、協議を重ねてパスの見直し、患者さんが安全に安心して治療、入院生活を送れるよう、統一された質の高い看護提供を確立することです。

方法

各部門の関連スタッフと協議をし、不足している項目を抽出した。特に患者さんの安全管理、術後合併症の早期発見、効率的な看護実践に焦点を当て議論した。抽出された課題に対し、エビデンスに基づいた最新の知見や各職種の専門性を踏まえた改善策を検討し、パスへの反映を行った。

結果

協議の結果、①鎮静からの覚醒状況の観察基準：従来、明確な基準がなかったので、評価する際の客観的な指標を新に設定し、統一した。スタッフ間での評価のばらつきを解消し、安全な覚醒管理が可能となった。②術後の十二誘導の施行のタスクと追加：術後の心電図の変化を早期に把握するため、術後のルーティンとして十二誘導心電図の施行をパスにタスクとして追加した。③帰室後バイタル測定間隔の変化：帰室後バイタル測定間隔を、従来の「4時間毎」から、より厳密に「15、30、60、120分」へ

と変更した。これにより、術直後の急変リスクを早期に察知できる体制を強化した。④観察室の使用基準の変更：術後の患者さんの観察場所を、従来の「自室」から「重症室」へと変更した。これにより、より集中的な観察と迅速な対応が可能となり、安全性が向上した。⑤圧迫解除時間の部位別設定：止血の為の圧迫解除時間を穿刺部位別に設定した。これにより、合併症のリスクが低減し、患者さんの負担減少につなげた。①～⑤の項目の修正・追加により、パスはより具体的かつ実践的な内容へとされた。

考察及び結論

今回、パスの見直しをしたことで、患者さんの観察項目や術後処置などが統一され、関連部署で共通理解が深まった。これにより、どのスタッフが担当しても一貫性のある質の高い看護提供が可能になり、患者さんの安全確保と安心感の向上に大きくできると期待できる。また、パスを共有活用することで、スタッフ間での情報共有が円滑になり、業務の標準化が図れる。これは、新人スタッフ教育や緊急時の対応においても有効であり、チーム全体で医療安全意識の向上にもつながると考える。今後、見直し後のパスの運用状況を定期的に評価し、必要に応じて、改善を継続していくことで、治療を受ける患者さんにより質の高い医療提供ができるように目指していきたい。

倫理的配慮

既存のプロセスの改善を目指してものであり、患者さんの個人情報やプライバシーの保護については、十分に倫理的配慮を行いました。

一般演題Ⅱ

薬剤師のクリニカルパスへの介入

谷口 結基¹、畑中 麗子¹、篠原 孝明²社会医療法人宏潤会 大同病院 薬剤部¹、整形外科²

【要旨】

要旨

周術期にオピオイド鎮痛薬を使用することで、合併症の頻度を低下させながら鎮痛効果を得ることができる。しかし、過剰な使用による合併症も懸念されている。エビデンスに基づいた複数の管理方法を集約し、迅速な回復を目指した術後早期回復プログラム（以下、ERAS）では非オピオイド鎮痛薬とオピオイド鎮痛薬を組み合わせる多角的鎮痛法が推奨されている。当院の泌尿器科クリニカルパスは術後翌日からアセトアミノフェンの内服が開始されるが、術後から翌日の内服までの疼痛管理を目的に、アセトアミノフェン静注液の投与の導入を検討したため報告する。

【目的】

手術の多くに術後の急性疼痛が認められるため、術後患者に対して質の高い疼痛管理が求められている。その理由としてエビデンスに基づき、手術前・中・後の管理を最適化して術後の回復を早める ERAS プロトコルの導入により痛みの軽減、早期食事開始・離床、合併症抑制、入院期間短縮などが報告されているためである。当院の泌尿器科の術後は自己調節鎮痛法（以下、PCA）を用いたオピオイド鎮痛薬中心の疼痛管理がされている。周術期のオピオイド鎮痛薬の使用は強力な鎮痛効果が得られる一方で、しばしば悪心・嘔吐、傾眠傾向などの副作用が問題となる。泌尿器科クリニカルパスでは術後翌日からアセトアミノフェンの内服が開始されるが、術後から内服までの疼痛管理を強化し、オピオイド鎮痛薬の使用量の減少や、不規則な時間のナースコールの削減を目的に術後のアセトアミノフェン静注液の投与を提案した。

【概要】

泌尿器科のクリニカルパス担当者より術後のアセトアミノフェン内服の修正依頼があった。2024 年 11 月から 2025 年 10 月までのクリニカルパス使用者の鎮痛薬使用状況を調べたところ、パス適応件数 32 件のうち 29 件が鎮痛薬を使用していた。内訳として PCA 使用患者 15 名、アセトアミノフェン静注液使用患者 14 名、フルルビプロフェン静注液使用患者 4 名、ペンタゾシン注射液使用患者 1 名であったため、術後から内服までの鎮痛目的に術日の夜間にアセトアミノフェン静注液の追加を提案した。

【結果】術後痛が出現した際は、感染症など術後合併症やバイタルサインの変化などを観察して、異常の早期発見が重要となるが、アセトアミノフェン静注液の定期投与

をした際に異常の発見が遅れる可能性があるため今まで通り疼痛時は硬膜外麻酔やフェンタニル注射液を使用することとなった。

【考察】

今回は術後のアセトアミノフェン静注液の追加は採用されなかったが、他のクリニカルパスでも提案を検討している。術後数日の発熱は感染症よりも生体防御反応の吸収熱や侵襲熱、薬剤熱などが原因であることが多いためアセトアミノフェン静注液の追加によるデメリットは少ないと考えられる。また、術後痛においては、疼痛の有無にかかわらず鎮痛薬の定時投与の有効性が報告されているのでさまざまなデータを紹介して提案を継続していく必要があると考えられる。

改訂誤嚥性肺炎パスのバリエーション分析 ―早期代替栄養実施有無での比較―

山下 裕¹、小木曾 正憲²、早川 勝広³

春日井市民病院 リハビリテーション技術室¹、経営企画室²、医療連携室³

要旨

改訂 AP パス適用例を対象に、入院 4 日時点の代替栄養実施有無が転帰に与える影響を分析した。入院経路のみに有意差を認め($P=0.026$)、未達成群の約 8 割が施設入院であった。在院日数や死亡率に差はなく、パスの転院調整機能は有効に稼働している。しかし、施設症例では低 ADL や看取り方針等の背景が早期介入を阻んでいる可能性が高いため、今後は個別の方針決定を精査し、積極治療例への栄養療法徹底が重要となる。

【目的】当院では 2025 年 4 月に誤嚥性肺炎クリニカルパス(AP パス)を改訂し、退院調整機能の強化を図った。本研究では、入院早期の栄養管理状況が患者の転帰に与える影響を評価するため、入院 4 日時点のアウトカム「代替栄養法が実施できている」に着目し、その達成・未達成による 2 群比較からバリエーションの要因を特定することを目的とする。

【方法】2025 年 4 月から 10 月に当院で誤嚥性肺炎と診断され、AP パスが適用となった 109 例を対象とした。そのうち、アウトカム評価や指標に欠損値のあった症例を除外した 62 例(男性 32 例、年齢中央値 85.0 歳)を解析対象とした。入院 4 日時点の「代替栄養法が実施できている」の達成群(48 例)と未達成群(14 例)に分け、入院時指標(年齢、BMI、肺炎重症度、入院経路、要介護度等)および退院時指標(在院日数、転帰先)を統計学的に比較検討した。有意水準は 5%とし、解析には EZR を用いた。

【結果】2 群比較の結果、入院経路において統計学的な有意差を認めた($P=0.026$)。未達成群では「施設」からの入院が 78.6%(達成群:45.8%)と極めて高く、「自宅」からの入院は 14.3%(達成群:52.1%)に留まった。その他の年齢、BMI、肺炎重症度、在院日数、退院時転帰(死亡率含む)、要介護度などの指標に差は認めなかった。

【考察】入院経路に差があり、特に未達成群に施設からの入院が多いことを踏まえると、入院経路そのもの、もしくは施設からの入院患者における今回取り上げたものの以外の指標が代替栄養法の早期開始を妨げている可能性が考えられる。施設入所者は病前から ADL 低下や認知症を呈していることが多く、入院初期における家族等との

方針決定(看取りの検討等)のプロセスが代替栄養の実施可否に影響したと推察される。一方で、早期の代替栄養実施の有無が在院日数や死亡率に直接影響しなかった点は、改訂パスによる早期の転院調整機能が適切に稼働している結果と言える。

【結論】改訂 AP パスは DPC 期間内での効率的な運用に寄与しているが、施設からの入院症例において早期栄養介入が遅延する傾向が明らかとなった。今後は倫理的背景も含めた個別の方針決定プロセスを精査し、積極的治療を選択した症例に対する栄養療法の徹底を図る必要がある。

活用するパスへの転換・その後－バリエーション発生要因分類標準化の成果と残された課題－ ～『その他』4 割からの脱却と、教育部会設置による文化醸成～

中川 智晴、小林 喜代美、尾崎 響

豊橋市民病院 事務局 医療情報課

【要旨】

当院では独自のバリエーション分類を使用していたため「その他」が全バリエーションの 5 割以上を占め、問題の特定が困難な状態が続いていた。標準的なバリエーション発生要因分類へ移行したことで「その他」の割合が激減し、何が問題であったかを可視化できる環境が整いつつある。一方で BOM 導入によるアウトカムの標準化は未達であり、引き続き段階的な改善を進めるとともに、教育部会の新設により院内へのパス普及を図る。

【目的】

当院のクリニカルパス（以下、パスはこれまで独自運用が続いており、主にオーダーセットとして機能するにとどまり、PDCA サイクルを機能させる本来の運用には至っていなかった。電子カルテ上でパスを展開しているものの、バリエーション分析によるパスの改善・見直しという質管理の循環が生まれていない状況であった。パス学会が定義するアウトカムを軸とした質管理ツールとしての運用へ転換すべく、昨年の 第 25 回日本クリニカルパス学会学術集会（富山）にてアウトカムおよびバリエーション発生要因分類の標準化を方針決定したと報告した。本発表では、その後実施したバリエーション発生要因分類の標準化について、導入の結果および今後の展望を報告する。

【方法】

従来の独自バリエーション分類から、パス学会が推奨する標準的なバリエーション発生要因分類へ昨年 12 月に移行した。移行にあたっては委員会では既存項目との対応関係を整理したうえで運用を切り替えた。移行前後のバリエーションデータを集計し、「その他」の占める割合および各要因項目の分布の変化を比較検討した。本報告は患者個人情報を含まない集計データを使用した。発表にあたり所属施設医療情報課の承認を得た。

【結果】

移行前は「その他」が全バリエーションの 40 %前後を占めており、バリエーションを抽出しても問題の所在を特定できない状態であった。データを蓄積しても分析に結びつかず、パス改善のサイクルを回すことができていなかった。標準分類への移行後 2 ヶ月間では「その他」は 0 %となり、「患者・家族身体状況本疾患から発生した問題」が 66 %、「患者家族の理解不足」が 11%と、「偶発的に発生した問題」8%と要因が特定されるようになってきた。こうした効果により、今後はバリエーション対応方針表に基づい

た対応を取り入れた対策を考えられる環境が整いつつある。一方、アウトカムへの BOM 導入は未実施であり、現状のアウトカム設定・観察項目・適正値の整備は不十分な段階にある。またこれまで院内でのパス教育は担当者による口頭伝達にとどまっており、体系的な学習機会が設けられていなかったことも、独自運用が長期化した一因と考えられる。バリエーション分類の標準化は前進したものの、パス全体の標準化はいまだ道半ばである。

【考察及び結論】

バリエーション発生要因分類の標準化は、分析可能なデータ収集の基盤構築として有効であることが示された。要因が可視化されることで、「医療者要因」であれば手順の見直し、「システム要因」であれば運用フローの改善といった具体的な対策へ結びつけることが可能となる。一方で、真の PDCA サイクル確立にはアウトカムの適切な設定が不可欠である。現状のアウトカムは適正値や観察項目が十分に整備されておらず、バリエーションが発生した際にその臨床的意味を正確に評価できない状況にある。バリエーション要因の分析が可能になったとしても、アウトカムそのものが適切でなければ改善の方向性を正しく導くことはできない。BOM 導入を次の重点課題と位置づけ、観察項目・適正値の整備を段階的に進める予定である。あわせて教育部会を新設し、多職種を対象とした体系的な研修・啓発活動を展開することで、これまでの口頭伝達による断片的な知識共有から脱却し、正しいパスの概念と運用を院内全体に根付かせ、根拠に基づいたパス文化の醸成を目指す。

特別講演

階層型 PDCA サイクルによるパス活動 ～データを収集し活用する仕組み～

目黒 康平

IMS グループ医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 医事課

はじめに

クリニカルパス(以下、パス)は標準診療計画であり、標準からの偏位であるバリエーションを分析することで、医療の質を改善する手法である。また、改善は一度きりでなく、継続的改善が求められ、パスの PDCA サイクルを回す重要性が唱えられている。一方で、診療情報管理士に期待されるパス活動には、診断群分類を用いた定額支払制度(以下、DPC 制度)への対応、バリエーションを容易に抽出するための運用整備、抽出したデータの集計およびパス見直しに資するデータへの加工などがあると考えられる。アウトカム志向に基づき、パスの階層型 PDCA サイクルを用いて、診療情報管理士の立場よりパス活動に取り組んだので、報告する。

活動内容

診療情報管理士の立場よりパス活動に取り組むため、医療の質を改善する上位の PDCA サイクル、運用を整備し多職種のパス活動を支援するための中位の PDCA サイクル、診療情報管理士単独でも可能な下位の PDCA サイクルのように階層を分けて整理し、診療情報管理士の立場でも関与可能な規模へ具体化した。また、取り組みは下位から上位へ進むように行った。

- 1) DPC 制度に対応するため、DPC 関連データを用いてパス設定日数の見直しの提案、新規パス作成の提案、パスに登録した包括対象の医療行為の見直し提案を実施した。
- 2) 医療者のパス活動を支援し、医療者がパス活動を行う環境を整えるため、パスの作成や修正に関する申請手続きの見直し、患者アウトカム用語集の導入、電子パスシステムの操作方法レクチャーを実施した。
- 3) バリエーションを容易に抽出できる運用を実現するため、アウトカム・アセスメント・タスクの連動するパスへの作り直し、バリエーション対応記録用テンプレート(以下、専用テンプレート)の作成、専用テンプレートのデータ集計に基づくパス見直しの提案を実施した。

考察

診療情報管理士に期待されるパス活動には、DPC 制度への対応、バリエーション抽出のための運用整備や集計など様々あるが、PDCA サイクルを階層に分けて整理し、診療情報管理士でも関与可能な規模まで具体化し取り組んだことで、上位に設定した医療の質改善の PDCA サイクルを回すことにもつながったと考える。

結語

PDCA サイクルを階層に分けて整理することで、診療情報管理士の立場から、パスのPDCAサイクルを回すことができた。今後の課題は、パスのPDCAサイクルを回し続けることである。

Memo

東海クリニカルパス研究会

事務取扱 アップローズ株式会社

〒440-0886 豊橋市東小田原町 48 番地 セントラルレジデンス 201

TEL: 0532-21-5731 / FAX: 0532-52-2883

E-mail: tokai.cp@uproses.co.jp