

クリニカルパスの フォーマット

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

はじめに

本稿では、クリニカルパス（以下、パス）のフォーマットとその作成について考えてみよう。

なお今回、本稿の趣旨に賛同いただいた済生会熊本病院より、資料1～3のパスのフォーマットについて、資料提供のご協力をいただいた。

パス導入にあたって

日本でも医療効率と経済効果が求められるようになり、医療費抑制政策の試みとして、1998年に国立病院においてDRG／PPSの試行が開始された。パスが医療を標準化するならば、約3兆4,200億円を削減できるという試算が発表される¹⁾など、医療費抑制の効果が期待されている。一方では、インフォームドコンセントが推進され、情報開示が求められている。

このように、今や、医療効率と経済効果を追求しつつ、患者の了解と納得、信頼が得られる良質の医療を提供していかなければならない時代である。この具現化に寄与するものとして期待されているのが、パスなのである。

パスは、通常、患者用と医療者用の2つが作成される。患者用パスは、患者への情報開示を果たす役割を担い、インフォームドコンセントのツールとして使用され、医療への信頼を高める。医療者用パスは、医療やケアの質を保証するエビデンス（EBM [Evidence-based medicine]、EBN [Evidence-based Nursing]：根拠に基づいた医学、看護学）の役割を担っている。

パス活用において、最初に行うのがパス表の作成であるが、作成にあたって重視すべきことは、医療倫理もしくは看護倫理である。また、パス表の完成が最終目標ではないということも確認しておこう。

パスが医療効率と経済効果を目指しているとはいえ、医療倫理や看護倫理に反して作成してはならない。たとえ、その治療や検査、ケアをすることでコストがかかるとしても、必要と判断されるなら、パス表に盛り込む必要がある。パス表の活用は、医療の標準化を目指すものであるが、手抜きをすることではない。常に、良質な医療やケアの提供を意識することが基本である。

また、パス表は使ってこそ精度が上がり、医療の質が保証され、チーム医療の効率が高るといった効果が期待できる。パス表を

使っていくなかで、バリエーションにも気がつくようになる。バリエーション分析を通して、より改良されたパスとなり、最終的にはCQI (Continuous Quality Improvement: 継続的な質の改良) やTQM (Total Quality Management: 総合的マネジメント) の実現に至るだろう。患者に生かしながら改良し、患者満足度と共に医療者満足度を高めてこそそのパス活用である。

組織的に取り組む パス表の作成

パス表を作成するにあたって、チーム医療の構成メンバーがその目的と意義、趣旨を十分に理解していないと、実際の使用段階で有効に活用されにくい。そこで、パス表作成に取り組む前に、パスについて勉強しておく必要がある。パスの理解は、個人の自己責任に委ねる勉強会では不十分なので、病院としてパスに関するセミナーや研修会を企画することが必要である。また、パス表作成のプロセスにおいて、時には病院のシステムの改良に言及しなければならない場合も出てくるので、病院全体として主体的に取り組む必要がある。さらに、看護部門だけで作成したパス表では本質的なパスとはいえず、チーム医療の構成メンバーが心を一つにして取り組めるように、意識高揚と環境整備も不可欠である。そのため、病院として組織的に取り組むようにしなければならない。

パス表の作成にあたっては、①現在行っている医療やケアの徹底的な見直し、②文献による見直し(医療や看護ケア、他部門が行うものも含めて)を行うことがポイントである。①は現在行っている医療やケアの標準化を見

出すことであり、②は経験的に行ってきたケアなどをより科学的に見直し、エビデンスに基づいて行えるようにすることである。この2つのポイントは、パス表を作成するにあたっての必須事項である。

パスのターゲット疾患と 適応基準

パス表は、チーム医療の構成メンバーの協力と合意で作成されるものであるため、かなりの時間と労力、そして熱意が必要である。まず、すべての疾患に対してパス表を作成するのは無理であり、またその必要もない。パス表を作成できる疾患とそうでない疾患があるからである。一般的に、外科系疾患や整形外科系疾患は作成しやすく、内科系疾患は作成しにくいとされている。いずれにしても、自院の事情に応じて、優先度の高い疾患から取り組んでいこう。

まず、パス表を作成するターゲット疾患を決定する。ターゲット疾患を選択するのは、それに向けたエネルギーと時間の効果を得たいからである。一般的にターゲット疾患は、ハイリスク (High Risk) でコストがかさみ (High Cost)、しかも院内で症例の多い疾患 (High Volume) であるが、問題となりやすい (Problem Prone) という観点からも疾患を選択することもある²⁾。また、ロングステイ (Long Stay)、作成しやすさ (Easiness to Develop) という観点からも、パス表作成の適用とされる。

パスが用いられている疾患には、外科系(胃癌、大腸癌、乳癌など)、整形外科系(大腿骨頸部骨折、大腿骨頭全置換術など)、循

環器系（心筋梗塞，冠動脈バイパス手術，心臓カテーテル検査など），泌尿器科系（TURなど），産婦人科系（子宮筋腫，卵巣癌など），呼吸器系（肺炎など），眼科（白内障）などがある。

また，パスの適応基準と共に，除外基準を検討しておく。そうでないと，バリエーションが発生する確率が高くなる。また，統計解析が正確にできず，バリエーション分析に支障が出る。除外基準としては，同じ疾患群でも，在院日数や入院コストがかなり異なる疾患とする。例えば，心疾患や糖尿病などでコントロールできない重症な基礎疾患や合併症がある患者は，最初からバリエーションが予測されるため，除外とする。

日めくり記録は，1日ごとに作成するものと，1つの出来事ごとに作成するものがある。日めくり記録は，その日の計画とその日に必ず達成しなければならないアウトカムを明記する。

患者の入院生活全体を示すガイドラインとしてオーバービューパスを活用し，日々の治療やケアと記録に日めくり記録を活用すれば，より効果的である。

オーバービューパスの例を資料1 (P.16, 17) に，日めくり記録の例を資料2 (P.18, 19) に示す。また，患者用パスの例を資料3 (P.20, 21) に示す。

オールインワンパスについては，次に述べる。

パス表のデザイン

パス表は，横軸に「時間」（入院日程），縦軸に「タスク」（治療・検査・ケアなど）を配置するマトリックスが基本である。パスのデザインを決定するにあたっては，横軸の「時間」（入院日程）の区切りをどうするか，縦軸の「タスク」に何を掲げるかを検討することになる。

また，パスには，オーバービューパス，日めくり記録，オールインワンパスの3種類がある。

オーバービューパスは，患者の入院中の経過の一覧表で，患者の最終アウトカムと，そこに至るプロセスが一目で把握できるようになっている。オーバービューパスは経過一覧表なので，インフォームドコンセントの説明時に活用すれば，患者が自分の入院生活の経過とアウトカムを理解しやすい。

オールインワンパス

1998年に黒部市民病院の今田光一氏によって開発されたのが，オールインワンパスである。従来のパスは，横軸に時間，縦軸にタスクとして治療ケア項目を提示するマトリックスで表示するものなので，入院中の経過が一目で把握できるというのが利点である。しかし，チーム医療の構成メンバー間で情報共有や統合記録として活用しにくいという欠点も指摘されている。この欠点をカバーするために考案されたのがオールインワンパスである。

オールインワンパスは，医師診療録，看護記録，指示箋，検温表，関連医療者の情報記載欄など，患者情報を1病日ごとに記載でき，医師や看護師のほか，薬剤師や栄養士，理学療法士など，すべての部門で共通に使用する形式である³⁾。オールインワンパスの特徴を資料4 (P.22) に示す。

記載方法としてチェック方式が採用されており、書き込みスペースも設けられているので、記録時間が短縮でき、かつ個別的な対応も記録できる。手術の場合は、手術前・中・後を連続して記録できるので、記録の分断がないのも特徴である。

資料5 (P.23) に、黒部市民病院のオールインワンパスのフォーマットを示す。

パスと看護計画・看護記録

パス表は、標準看護計画の根拠に基づいて作成されるので、標準看護計画の観察計画と療養計画、指導計画が盛り込まれている。観察計画がパスに組み込まれると、観察の結果に得られたデータは、看護ケアのアウトカムとして活用できる。また、パス表はある意味、標準的な初期計画でもあるため、問題の解決や悪化など患者の状態が明確になる。

パス表と看護記録を連動させて使用するならば、パス表が必然的に活用される。かつ、パス表を使用する場合、パス表にチェックを入れる記録となるので、叙述的経過記録やフローシートを書く必要がなくなり、記録時間は短縮される。しかし、従来使用していた記録との重複があると意味がないので、重複叙述がないか点検しておく必要がある。

バリエーションが発生した場合は、パスへのチェックだけでは不十分なので、POSやフォーカスチャーティングを活用して記録する。この場合、バリエーションがフォーカスとなる。

逆に、POSやフォーカスチャーティングをパスに組み込むという工夫もできる(資料6:P.24)。

また、「クリティカルインディケータ

」の概念も押さえておきたい。電子カルテ化が進む一方、情報過多のなかでアウトカムの優先順位を決めることは、効率化とリスク管理において重要である。

地域連携パス

STEP1のP.6において、「平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方」を紹介した。その改定の基本方針の一つに、“質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点”が挙げられている。

この医療機能の分化・連携を推進する視点の目玉と言えるものが、大腿骨頸部骨折の患者を対象とした「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院指導料」の新設である。これによって、入院時・退院時に各1,500点という報酬が付いた⁴⁾。これはいわゆる、地域連携パスの運用に関する点数である。そのモデルとなったのは、熊本市を中心とする10施設(4急性期病院、3回復期病院、2診療所、1訪問看護ステーション)の取り組みである⁴⁾。

その地域連携パスは、急性期病院の退院時に、診療情報の提供と共に後方施設に送られ、後方施設で患者の退院時に経過、医療費などが記入され、急性期病院へフィードバックされるシステムである。この際、急性期病院のデータベースにアクセスし、電子上のパスに情報を書き込むことも可能になっている⁴⁾。これによって、地域連携がより活発になり、在院日数短縮や紹介患者の増加といった効果も期待できるのではないだろうか。

地域連携パスでは、患者と共有した施設間でのゴール設定が重要となる。ゴール設定とは、

資料1 オーバービューパスの例

腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) クリニカルパス

患者ID _____ 術後在院日数 2~4日
 患者名 _____ 主治医 _____

適応基準	除外基準 (使用を考慮する状態)	指示受け看護師サイン	受け持ち看護師サイン
腹腔鏡下胆嚢摘出術を行う症例の場合	NYHA ≥ II Hugh-Jones (ヒュー・ジョーンズ) ≥ III度 維持透析患者 Child-Pugh B ~ C 明確な根拠を基に主治医が除外と判断した場合	ゴール設定 (退院基準)	黄疽がない 発熱がない 退院可能な状態であることを知っている

	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日			
	術前日		術当日術前		術当日術後		術後 1 日目		術後 2 日目		術後 3 日目		術後 4 日目	
H. 患者状態	手術・麻酔に臨むための身体的準備ができて				循環動態が安定している 呼吸状態が安定している 麻酔から覚醒する ドレーン排泄に問題がない 創部に問題がない		水分摂取ができる 腸蠕動が回復する 食事摂取ができる		発熱がない 創痛のコントロールができています					
F. 生体動作					指示された安静が守れている		離床ができる							
K. 知識・理解	手術の内容を知っている 麻酔の方法を知っている 創痛コントロールの必要性を知っている				創痛コントロールの必要性を知っている				退院可能な状態であることを知っている					
C. 合併症					術後出血がない 腹腔内臓器の損傷がない 胆汁漏がない				閉塞性黄疽がない					
O. その他														
判断基準					呼吸困難の訴えがない チアノーゼ・冷感がない 意識レベルの低下がない ドレーン排泄の性状【適正値：黄色でない、 血性でない】 創痛以外の異常な腹痛の訴えがない 発赤・腫脹・出血・滲出液がない									
治療・処置	術前準備 (術前必要物品の確認) 術前準備 (鎮静処置確認)		術前準備 (術前必要物品の確認)		全麻後管理の解除 (17時/21時) 酸素投与中止 心電図モニター除去 ※胃管は手術室で抜去		尿道留置カテーテル抜去 肝下ドレーン抜去 硬膜外麻酔チューブ抜去		創処置 (ガーゼ除去)					
検査							採血 (血算 [CBC], 生化学 [CRP])							
薬剤	薬剤確認 (常用薬確認) 薬剤確認 (抗血栓・抗凝固剤中止確認) 薬剤確認 (その他中止薬確認) 消化器用剤 (眠前：セネバクロー 2T) の内服		坐薬・肛門用剤 (テレミン坐薬) の使用 前投薬 (薬品名) の筋注 薬剤確認 (術前内服薬確認) 術中用抗菌薬 (セファマジン 1g) 持参		抗菌薬 (セファマジン 1g) の点滴 静注		鎮静剤 (ロキソニン 3T) の内服 薬剤確認 (常用薬再開) 消化器用剤 (セルベックス 3C×5) の内服							
生体動作・リハビリ	院内フリー				ベッド上安静		歩行可							
清潔	入浴		入浴				全身清拭		シャワー浴		入浴			
排泄														
食事	食事制限 (流動食)		食事制限 (絶飲食)		食事制限 (絶飲食)		飲水可 食事確認 (朝：流動食, 昼：五分粥食, 夕：全粥食)		食事確認 (常食)					
説明・指導・調整	入院時オリエンテーション 入院診療計画・手術・検査の説明 手術オリエンテーション 手術同意書 (説明) 輸血同意書 (説明) 麻酔同意書 (説明) 麻酔科術前術後診察記録 (術前診察) 褥瘡リスクに関する評価 (褥瘡に関する危険因子評価表) 褥瘡リスクに関する評価 (褥瘡リスク経過表) 転倒・転落に関する評価 (転倒・転落アセスメント表) アレルギー歴確認 (薬剤, 食物, その他)								退院・転院時手続きと指導 退院時療養計画書渡し 疾患パンフレット説明					
追加指示														

資料2 日めくり記録の例

腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) クリニカルパス

患者氏名

主治医

担当看護師

月 日		曜日 (術後1日目)		CC	VC	時刻	内容/アクション	
アウトカム								
H121	循環動態が安定している							
H098	呼吸状態が安定している							
H228	発熱がない							
H165	創痛のコントロールができています							
H196	ドレーン排液に問題がない							
H164	創痛以外の苦痛の訴えがない							
H127	褥瘡がない							
H147	水分摂取ができる							
H182	腸蠕動が回復する							
H125	食事摂取ができる							
H085	検査データに問題がない							
H207	尿道留置カテーテル除去後に自然排尿がある							
H166	創部に問題がない							
F019	離床ができる							
K067	創痛コントロールの必要性を知っている							
K068	創痛コントロールの方法を知っている							
K057	食事摂取法を知っている							
K095	服薬について知っている							
C001	合併症がない							
時刻	フルネーム	サイン	時刻	フルネーム	サイン			
:			:					
:			:					
:			:					
:			:					
T タ ス ク	T1032500	尿道留置カテーテル除去						
	T1018000	肝下面ドレーン除去						
	T1019600	硬膜外麻酔チューブ除去						
	T9000034	採血 (血算 (CBC), 生化⑤, CRP)						
	T9001650	鎮痛剤 (ロキソニン 3T 3X) の内服						
	T9001750	消化器用剤 (セルベックス 3C 3X) の内服						
	T1076605	薬剤確認 (常用薬再開)						
	T1079000	歩行可						
	T1083900	全身清拭						
	T1086700	飲水可						
T9000045	食事確認 (朝: 流動食, 昼: 五分粥食, 夕: 全粥食)							
				時間帯	6 ~ 10	10 ~ 14	14 ~ 20	20 ~ 6
				:	:	:	:	
H 患 者 状 態	H121	収縮期血圧 (実測値を記入) [適正値: 80 ~ 180mmHg]		/	/	/	/	
	H121	心拍数 (実測値を記入) [適正値: 50 ~ 100回/分]						
	H098	呼吸困難の訴えがない						
	H098	呼吸数 (実測値を記入) [適正値: <20回/分]						
	H098	SpO ₂ (実測値を記入) [適正値: ≥94%] (酸素投与の有無にかかわらず)						
	H098	喀痰の自力排出ができる						
	H098	聴診で呼吸音の問題がない (左右差, 雑音, 喘鳴, ラ音)						
	H098	チアノーゼ・冷感がない						
	H228	体温 (実測値を記入) [適正値: 36.0 ~ 38.0℃]						
	H165	フェイススケール (実測値を記入) [適正値: ≤レベル0]						
	H165	鎮痛剤が不要である (坐薬, 注射薬)						
	H196	ドレーン排液の性状 [適正値: 黄色でない, 血性でない]						
	H164	創痛以外の苦痛の訴えがない						
	H127	発赤がない (仙骨部)						
	H147	水分摂取量 (実測値を記入) [適正値: ≥100ml]						
	H182	腹鳴の聴取ができる						
	H182	腹部膨満がない						
	H182	排ガスがある (なくてもバリアンズではない)						
	H125	食事摂取量 (摂取量を記入) [適正値: 1日合計 ≥12/24点]	朝	昼	夕	計		
	H125	嘔気・嘔吐がない					/24	
H085	採血データが許容範囲である							
H207	排尿後の残尿感がない							
H207	尿意がある							
H166	発赤・腫脹・出血・滲出液がない							
F019	(1)自力座位不可(2)自力座位(3)立位 (4)ベッド周囲歩行(5)病室外歩行(実測値を記入) [適正値: 午前:(4)以上, 午後:(5)]							
K 知 識 ・ 理 解	K067	痛い時は我慢せずに痛み止めが使えることについて知っている						
	K068	体を動かす時や咳をする時に痛みが和らぐ方法について知っている [適正値: 創部を押さえて咳や体を動かす]						
	K057	無理して食事摂取する必要がないことについて知っている						
	K095	服薬について知っている						
C 合 併 症	C001	術後出血がない						
	C001	腹腔内臓器の損傷がない						
	C001	胆汁漏がない						
O そ の 他	主治医による総合評価 (問題なし・問題あり (要注意)・パス使用中止)							
	医師サイン							

共有情報・その他
クリティカルインディケータの達成 看護師サイン
(できた・できていない)
(できていない場合は、以下に主治医のコメントを記入する)









主治医による総合評価
(問題なし・問題あり (要注意)・パス使用中止)

医師サイン











◎資料3 患者用パスの例

様

入院治療計画書 腹腔鏡下胆嚢摘出術

	前日	当日(手術前)	当日(手術後)
月・日	月 日	月 日	月 日
曜日	曜日	曜日	曜日
食事栄養	 夕方～流動食 夜10時までは水分摂取できます	朝から欠食です うがい・歯磨きは できます 	水分・食事はとる ことはできません が、うがいはでき ます 
安静度	病棟内自由です 		ベッド上安静です 返りはできます 
排泄		便の性状によっては 午前6時に下剤を使 用します 	手術中に尿を出すための管が入 ります
清潔	入浴してください 		
薬 (痛み止め)	下剤を2種類飲みます 	午後から手術の方は 10時から点滴をします 	痛みがある場合は痛み止めを使 い ます 我慢せずにお知らせください 
検査 治療	採血をします 		酸素マスク・モニターが着いてい ます これらは麻酔が覚めたら外します
説明 指導	主治医・病棟看護 師・麻酔科医・手 術室看護師が説明 にまいります 	 禁煙しましょう ご家族は手術予定時刻の1時間前 に来棟してください	鼻から管(胃管)が入っています 通常は夕方に抜きます
看護師 サイン			

主治医は _____ 医師 担当看護師は _____ です

	1日目	2日目	3日目	4日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
食事	 朝から食事が始まります			
安静度	座る練習から始めて、 立つ練習をしましょう 			
排泄	朝から尿の管を抜きます 			
清潔	体を拭きます 	体を拭きます 下半身シャワー 	入浴できます 	
薬	朝・夕抗生物質の注射を行います 痰を出しやすくするお薬と 痛み止めの内服を処方します 痛みは我慢せずにお知らせください 			
検査 治療	採血 	レントゲン 		
説明 指導				順調に経過した場合、術後4日目に退 院です 診断書・証明書の必要な方は、お早め にナースステーションへご提出ください

*状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください

●資料4 オールインワンパスの特徴

1. 医師診療録，看護記録，指示箋，検温表，部門間の連絡網が包括されている。
2. 看護観察項目は，単なるチェック欄ではなく，内容と対策，その結果が記載できる。
3. 医師記載欄は，その日に診察すべきポイントがコメントされ，主治医以外でも問題点の早期発見ができる。
4. コストチェック欄など，算定漏れ防止の工夫がある。
5. 合併症発生時などにはその治療用のパンフレットが組み込まれ，「パス脱落」の概念がない。

阿部俊子編著：看護記録・クリニカルパスQ&A—看護記録を減らす！，P.160，照林社，2005.を基に筆者作成

リハビリテーションのゴールをどうするかということであるが，退院時の受傷前移動能力の獲得が基準となる。後遺症が残る場合は，それ以上は機能回復しない状態（プラトー）に達することが基準となる。

回復期病院の平均在院日数は，地域連携パス導入前の2005年には90.8日であったが，導入後の2006年には67.0日と短縮されている⁴⁾。

おわりに

パスによって，治療やケアが一定となり，患者の個別性が損なわれるのではないか，ケアが均一化するのではないかという不安を抱き，導入に躊躇する病院もあるかもしれない。もし，そのような不安を抱いているとしたら，それは杞憂である。

パスの活用は，医療やケアの質を継続的に改善することを目指しているのだから，均一化ではなく，均質化による質保証である。質の高い医療やケアの標準を明確にするので，バリエーションが発生したとしても，かえって個性のある対応を行うことになる。

積極的にパスを活用することにより，医療やケアの質を高め，かつ個性ある対応を目

指そう。

最後に参考資料として，済生会熊本病院におけるパス運用のルールを資料7 (P.25, 26) に紹介する。

引用・参考文献

- 1) 日本経済新聞，1998年2月10日。
- 2) 笹鹿美帆子他編著：チームで取り組むクリティカル・パス，P.18，日本看護協会出版会，2000。
- 3) 阿部俊子編著：看護記録・クリニカルパスQ&A—看護記録を減らす！，P.159, 160，照林社，2005。
- 4) 利根川恵子：地域連携，連携パス活用の条件，医療経営情報，Vol.23, No.3, P.43～45, 2006。
- 5) 今田光一：本音でつづる！クリニカルパス，クリニカルパスの活用—パスは楽になるように作る，月刊看護きろく，Vol.15, No.4, P.60, 2005。
- 6) 副島秀久監修：医療記録が変わる！決定版クリニカルパス，P.49～71，医学書院，2005。
- 7) 勝尾信一監修：オールインワンパス活用実例集，P.21，日総研出版，2005。
- 8) 済生会熊本病院クリティカルパス編集委員会編著：絵でよくわかる，見てすぐできるクリティカルパス実例集，P.7，日総研出版，1999。
- 9) 医療マネジメント学会編：研修医のためのクリティカルパス活用ガイド，P.2，じほう，2005。
- 10) 東京都済生会中央病院看護部編：クリニカルパスの実践—患者ケアの向上をめざして，P.1～12，真興交易図書出版部，2000。
- 11) 黒川清監修者代表：医療白書2005年度版，P.116～223，日本医療企画，2005。
- 12) 立川幸治他編：クリニカルパスがかなえる！医療の標準化・質の向上—記録のあり方から経営改善まで，P.82，医学書院，2005。
- 13) ケアブレインズ編，松下博宣著：クリティカルパス実践ガイド—成果責任医療への道，P.12，医学書院，1999。

●資料5 オールインワンパスの例

術後5日 (月 日)		術後5日	
主な予定	●CPM ●硬膜外チューブ抜去	バイタルチェック	・ 2検
		T P BP	
		39.0 125 200	
		38.0 100 150	
		37.0 75 100	
		36.0 50 50	
		35.0	
		その他のチェック	尿 _____ 便 _____
		栄養・食事	常食 朝 / 昼 / 夕 / □ ◇ _____
入力 実施サイン コスト確認		入力 実施サイン コスト確認	
治療・投薬・処置	・創交 創状態 (_____) ◇ _____ Dr ・クーリング (続行・中止) ◇ _____ ・硬膜外チューブ抜去 ◇ _____	排泄・清潔	・清拭 ◇ _____
術後約束指示 【疼痛時】 1) オルヂス 75mg (:) (効果あり・なし) ◇ _____ (:) (効果あり・なし) ◇ _____ 2) ソセゴン 15mg筋注 (:) (効果あり・なし) ◇ _____ +アタラックスP25mg (:) (効果あり・なし) ◇ _____		リハビリ	・ CPM: (度⇒ 度) ◇ _____ (0⇒設定 度で痛み, 実測 度)
		教育・指導・ インフォームド コンセント事項	・手術部Ns訪問 (昨日済 ・本日) ◇ _____ (手術部)
◎医師指示サイン _____ 入力看護師□ _____		共通問題リスト	
追加・訂正指示 (指示日時 _____) (医師指示サイン _____)		# 3 手術による一時的恒久的合併症が発生する可能性がある	
		# 4 術後疼痛がある	
医師特記欄 ・上記創交欄記入すること ・抗生物質終了後の熱型		# 5 装具装着, 安静保持による影響がある	
		# 6 リハビリによる苦痛がある	
		# 7 運動復帰, 日常生活に不安がある	
		# 3. 4. 5 患側	●観察項目 日動 (:) ◇ _____ 準夜 (:) ◇ _____ 疼痛 (1. 2. 3. 4. 5) (1. 2. 3. 4. 5) 足背動脈触知 (+-) (+-) 足趾背屈 (良 不良 なし) (良 不良 なし) 下肢しびれ (+-) (+-) ガーゼ汚染 (+-) (+-) 腫脹 (+-) (+-)
		健側	●装具, シーネによる皮膚症状 (なし, あり⇒ _____) ◇ _____
		# 6	●苦痛 (有・無) 苦痛あれば内容記載⇒ ●リハビリ意欲 (有・無)
薬剤指導 担当薬剤師 _____		看護記録追加記載 時刻	
		深夜特記事項	◇ _____
		日勤特記事項	◇ _____
		準夜特記事項	◇ _____
		バリエーション	(有・無)

今田光一：本音でつづる！クリニカルパス，クリニカルパスの活用一歩は楽になるように作る，月刊看護きろく，Vol.15, No.4, P.60, 2005.

◎資料6 POSのSOAPを取り込んだパスの例

日付	○ 月 ○ 日	○ 月 × 日
検査	<input type="checkbox"/> ◇血糖検査 <input type="checkbox"/> ◇尿糖検査 <input type="checkbox"/> ◇HbA _{1c}	<input type="checkbox"/> ◇血糖検査 <input type="checkbox"/> ◇尿糖検査 <input type="checkbox"/> ◇眼科検診
治療	<input type="checkbox"/> ◇ノボレンテインシュリン	<input type="checkbox"/> ◇ノボレンテインシュリン
薬剤	<input type="checkbox"/> ◇オイグルコン	<input type="checkbox"/> ◇オイグルコン
観察	<input type="checkbox"/> ◇低血糖症状	<input type="checkbox"/> ◇低血糖症状
食事	<input type="checkbox"/> ◇糖尿病食事1,600kcal	<input type="checkbox"/> ◇糖尿病食事1,600kcal
安静	<input type="checkbox"/> ◇病棟内フリー	<input type="checkbox"/> ◇病棟内フリー
清潔	<input type="checkbox"/> ◇入浴・シャワー <input type="checkbox"/> ◇フットケア	<input type="checkbox"/> ◇入浴・シャワー <input type="checkbox"/> ◇フットケア
SOAP	<p>#低血糖発作</p> <p>S：“目の前が暗くなって、冷や汗が出た” “これが低血糖だとは思わなかった。びっくりした”</p> <p>O：冷汗あり。血圧=120/60mmHg。意識はあり、質問に回答する。</p> <p>A：低血糖症状の説明は受けていたが、どのような症状が低血糖であるか、わかっていなかった。低血糖発作時対応のあめ玉も常備していなかった。低血糖発作時にすぐ対応できるように、指導を強化していく必要がある。</p> <p>P：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ブドウ糖20mℓを飲用してもらう。 2. あめ玉の常備を説明する。 3. 低血糖発作の症状を説明する。 	<p>#温電法による下肢の熱傷</p> <p>S：“足がやけどしていたとは思わなかった。こんなにも足の感覚がないのが”</p> <p>O：右下肢膝下20cm外側に5×4cmの発赤、水疱形成。熱傷部の痛みなし。</p> <p>A：下肢の循環不全や温覚、痛覚の低下の説明は受けていた。アンカを長時間使用しないように指導を受けていたが、このくらい構わないと自己判断して使用してしまった。低温熱傷の危険性とその予防についての指導を強化する。</p> <p>P：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 右下肢膝下低温熱傷部の消毒、軟膏塗布 2. 低温熱傷予防法を説明する。

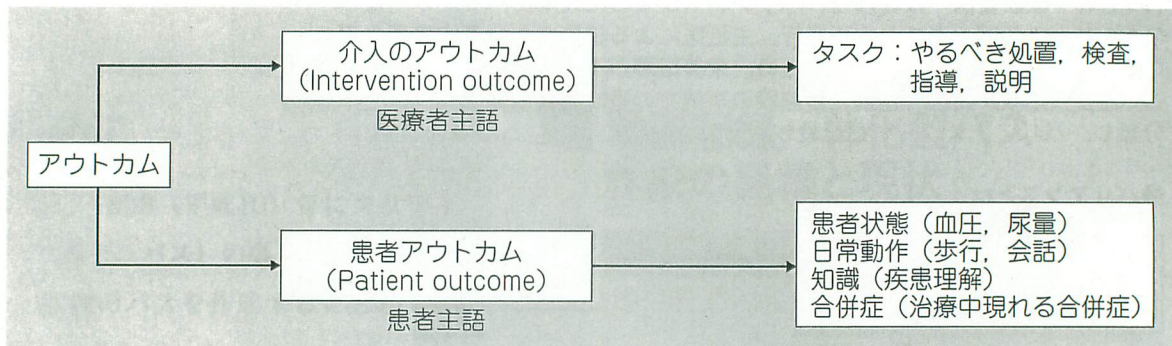
□は医師の指示 ◇は指示受け

●資料7 済生会熊本病院におけるパス運用のルール

〈アウトカム〉

当院では、患者の達成すべきアウトカムをスタッフ間で共有し、専門職としてそれぞれの立場で最適なケアを提供するチーム医療を推進している。したがって、患者の入院中のアウトカムの設定は重要な位置づけになり、アウトカムマネジメントが重要である。

●アウトカムの分類



介入のアウトカム：医療者の仕事の部分としてのアウトカム
医療行為（タスク）

患者アウトカム：治療によって期待される患者の身体的、精神的状態のアウトカムであり、患者状態が主語となる。

- ・ H (Health)：患者状態
ほとんどのアウトカムがこのなかに入れられる。
- ・ F (Function)：生活動作，リハビリテーション
歩行，食事，排泄などの日常生活動作に関するアウトカム
- ・ K (Knowledge)：知識，理解，教育
疾患や治療方法，服薬の管理，生活指導についての説明，指導を受けて理解できているか，知っているかに関するアウトカム
- ・ C (Complication)：起こり得る合併症
その疾患特有の起こり得る合併症や縫合不全，術後イレウスがないといった具体的な合併症について設定する。
- ・ O (Other)：その他
その患者に固有な問題がある場合，必要であればその都度書き足すアウトカムを記載する。標準的なパスでは空白となっている
の5つのカテゴリーに分ける。

アウトカムには、すべてそれぞれのカテゴリーの頭文字（H・F・K・C・O）と番号を振り、アウトカムコードとして併記する。このアウトカムコードは、観察項目とも連動させ、データとしての抽出が容易となるようにしている。

〈クリティカルインディケーター〉

アウトカムのなかで治療経過に重大な影響を与えるアウトカムをクリティカルインディケーター（critical indicator）として区別している。当院のパスのなかでは、太字・斜体で記載し、最も重要なアウトカムとして認識する。

- ・ 治療の質（治療成績など）、時間（在院日数など）、資源（医療コストなど）を大きく左右するアウトカム
- ・ 経験的に重要と考えられるアウトカムを設定しているが、通常1つのパスのなかに3～5個設定し、バリエーション分析を通して重要なアウトカムは何であるかを明確にしていく。

● 資料7の続き

〈バリエンス〉

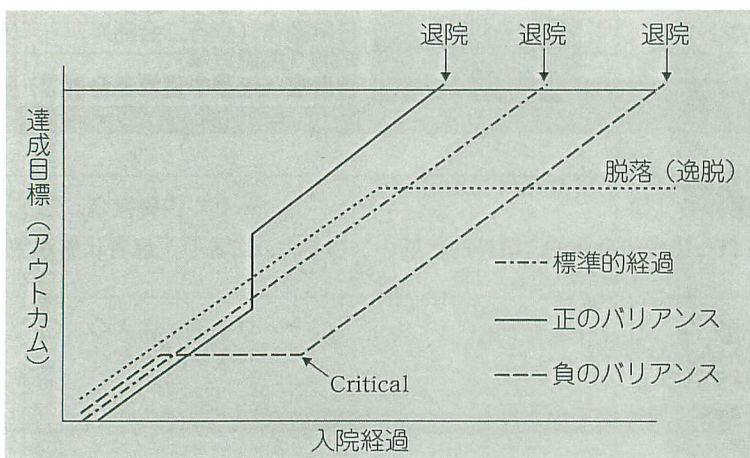
アウトカムに基づいた観察項目の適正值や期待される状態を満たさなかった場合、つまりアウトカムを達成できなかった状態・場合をバリエンスとして抽出する。したがって、バリエンス記録は日常的に発生するものであり、患者の個性の発生として、具体的にその状態、対処内容を記載する。また、これらの日々のバリエンスを収集し分析することで、臨床上の有用なデータが得られ、EBMに基づいた医療の提供につながる。

バリエンスは、

- A: 患者・家族要因—ほとんどのバリエンスがここに入る。
- B: スタッフ要因—タスクの不履行、主治医による根拠のない予定変更など
- C: システム要因—休日であったため、栄養指導が不履行になったなど
- D: 社会（地域）要因—連携先の施設の事情での退院延長など

に分類し、バリエンスコードを記載し、原因を明記する。

● バリエンスとは



〈パス脱落（逸脱）〉

パスを運用中に、バリエンスのなかでも標準化した医療内容では患者の治療管理が困難、危険であると判断されるような患者状態、合併症のバリエンスを併発した場合、主治医の判断でパス脱落（逸脱）とし、パスによる標準管理から外し、患者の状態に応じた個別対応の医療管理を行う。また、パス脱落（逸脱）とした場合は、その理由を明記する。

〈バリエンス分析〉

アウトカムはコード管理を行い、判断基準が達成されなければ、バリエンスとして対処する。したがって、そのバリエンスを集計することで、達成されなかったアウトカムコードが抽出でき、なぜ達成できなかったのか、バリエンスの傾向などの分析が可能となる。パス使用患者症例が30～50例集まれば、その分析がデータの意義を持つと判断している。

まず、在院日数の±1 SDを抽出し、その範囲内の患者はパス適応者、超える患者はアウトカム達成を延長する何らかのバリエンスが発生し影響があったと判断し、その理由を明確にし、解決策へつなげていく。

次に、それぞれのタスク行為の実施日のばらつきをみる。ばらつきの理由を分析し、医療内容の標準化はもちろん、看護師の視点でのケアの標準化への根拠を明文化していく。

また、それぞれのアウトカムの設定日と実際の達成日を分析することで、アウトカム設定の適正化を評価していく。上記のデータ分析をチームで取り組むことで、ディスカッションができ、医療の質向上へ共有していくことが可能となる。

データ収集、分析は、診療科担当のパス大会時に取り組み、成果発表、問題点の共有を図っている。