

パスと記録 ～情報共有と質保証のために～

千葉大学医学部附属病院
病院長企画室
小林美亜

本日の内容

1. 記録の意義、目的
2. パスと記録～7つの視点から振り返る～



診療録管理の価値、必然性、目的 (Malcolm T. MacEachern)

1. 医療上の価値
2. 医学研究上の価値
3. 医学教育上の価値
4. 公衆衛生上の価値
5. 病院管理上の価値
6. 法律上の価値(リスクマネジメント)

診療情報・診療記録

1. 診療の場
2. 医療機関の運営管理の場
3. 医療保険の場
4. 訴訟の場
5. 医療従事者の教育・研究の場
6. 医療行政の場

引用:カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書

看護記録の目的および意義

1. 看護の実践を明示する
2. 患者に提供するケアの根拠を示す
3. 医療チーム間、患者と看護者の情報交換の手段とする
4. 患者の心身状態や病状、医療の提供の経過およびその結果に関する情報を提供
5. 患者に生じた問題、必要とされたケアに対する看護実践と、患者の反応に関する情報を提供する
6. 施設がその設立要件や診療報酬上の要件を満たしていることを証明する
7. ケアの評価や質向上およびケア開発の資料とする

日本看護協会「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」

診療録記載指針(2007年) 日本診療情報管理学会

今後の診療録記載の基本的考え方と視点

① チーム医療のために共有される記録・情報であるという視点

- 患者中心の組織的な医療を実現するために、他職種から読まれ、記載内容が理解されるように留意するとともに、円滑に業務が実施できるように記載する。

②患者の個人情報であるという視点

・ 患者からの開示請求に堪えられる記載とするとともに、個人情報の守秘とセキュリティを徹底し、情報の利用に当たっては患者の同意が必要であることに十分留意する。

③説明責任を果たし適正な医療を実施していることを示す視点

・ インフォームドコンセントの記録を規程に基づいて記載するとともに、記載しないことで患者・家族、および医療者の権利や利益が損なわれることを回避する観点から記載する

④医療の質・安全や効率を評価し、その向上を図るために活用するという視点

・ 各種の臨床指標等のアウトカム指標や再入院率、あるいは診断群別在院日数等の分析ができるように、法令や規則、あるいは病院の定める方針やルールに基づいた記載を行う。

⑤臨床研究と教育・研修に役立てるという視点

・ 臨床研究と教育・研修は、必要な倫理的検討を経て患者の同意の下で実施されていることを記載し、患者の診療情報を利用する場合には個人情報保護に十分に配慮する。

診療情報の二次利用

パスと記録

パスと記録を連動することによるメリット

①記録時間の短縮、②重複記録をなくす、③オーバービューパス形式では患者の経過が把握しやすくなる、④チーム間で情報を共有しやすくなる など



パスと記録を連動した際も、記録の本来の目的・意義は守られ、記録のあるべき姿は達成されているだろうか？

パスと記録における確認ポイント

1. 患者に提供した診療・ケアが可視化された記録になっていますか？
2. リスク管理、患者安全に対応できない記録になっていませんか？
3. 情報共有できる用語が使われていますか？
4. 様々な記録が統合されず、重複・分散は起きていませんか？
5. バリエーション発生時の記録のルールについて仕組み化され、バリエーション分析に活かされていますか？
6. 個別指導、特定協同指導等に耐えうる記録になっていますか？
7. 医療の質保証に向けて二次利用できるようになっていますか？

1. 患者に提供した診療・ケアが可視化された記録になっていますか？

・患者、医療・看護が見える記録にする

⇒パスによって示された診療計画の実施による患者の反応(結果)について、必要な情報が、モレなく、ダブリなく、情報間で矛盾なく、経過記録に記載されていることが必要

根拠に基づいた診療・ケアがパスに設定されていることが重要

患者、医療・看護が見える記録とは？

患者の状態がわかる

医療、看護のプロセスがわかる
(提供した内容と提供した結果がわかる)

日々のパスのアウトカム、中間アウトカム、最終アウトカムと連動していること

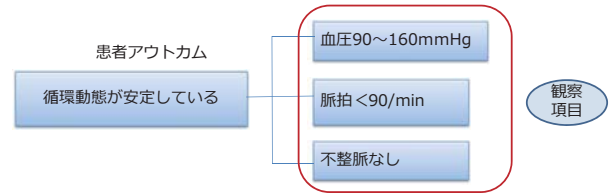
アウトカムの詳細

◎患者アウトカムの評価←患者の状態の見える化

	主語	分類	
患者アウトカム	患者	患者の状態像 日常生活・生活動作 知識 合併症	血圧が90~160mmHgにコントロールされる 術後1日目より室内歩行を開始できる 水分管理について理解できる 創部に発赤がない
医療者アウトカム	医療者	行うべき処置、検査、薬剤投与、リハビリ、ケア、指導、説明等	ドレーンやカテーテルなどの挿入・抜去、採血やレントゲンなどの検査の実施、抗菌薬等の投与日・中止日、リハビリテーションの開始日、清拭の実施、禁煙指導の実施、手術オリエンテーションの実施

◎医療アウトカムの設定と達成評価←プロセスの見える化

患者アウトカムと観察項目の連動



患者アウトカムを達成しているかどうかの判断内容⇒観察項目（アセスメント／判断基準）

- ・観察項目に基づいて、患者アウトカムが達成できているかどうかを確認し、記録。
- ・観察項目は患者アウトカムと連動していること。
- ・観察項目は、患者アウトカムを適切に評価できるように具体的に示されていること。

よく見られる記録

- ・患者アウトカム
「合併症がない」
⇒何の合併症がないのかが不明
患者の状態がわからない
- ・医療者アウトカム
「異常の早期・発見」
⇒何の異常の早期・発見に努めるか不明
⇒何をもって異常と判断するのかわからない

パスは料理本か？ ← 自由裁量を奪う

「自由裁量は、秩序・標準化・品質の敵だ」
(ハーバードビジネススクール名誉教授：セオドア・レビット)

自由裁量の意味の取り違え。最低限のやるべきこと、ベストプラクティスを標準化しなければ質を保証できない。パスそのものが悪いのではなく、むしろ使えるようなパスになっていないことや、その運用方法の部分に問題があることを認識すべき。

ドレーンを3日目に抜去 ← 標準化(最適化)とは言わない

標準化⇒最適化を図るパスを目指す

- ・ **アウトカムを達成すべく、適切な診療・ケアが提供できるように、診療・ケアの臨床判断(意思決定)の際の道標(プロトコル、アルゴリズム)について明確にし、それに対応した診療・ケア計画を提供できるように整備。**

患者の状態に応じて、どのような医療を提供するかについての**臨床判断の基準**とそれに対応した**診療・ケア内容の明確化**を図る

- ・ **ベストプラクティスと呼ばれる診療・ケアを標準として患者に提供する。ただし、ベストプラクティスを適用できる患者像を明確にしておく。**

標準化の例

■判断ロジックの標準化

- ドレーンの抜去、輸液等の中止のタイミング
- 食事開始のタイミング
- リハビリ開始のタイミング

■治療やケアの内容・投入量に関して標準化を図る

- 抗菌薬の投与日数・種類の統一
- 検査の回数

判断ロジックやベストプラクティスが確実に実施されるパスを作成

◎判断を記録の中で可視化
◎設定されたベストプラクティスを実施しない(あるいは変更する)のであれば、その理由をアセスメントして、記録に残す。

判断ロジックの標準化

術後ドレーンの抜去基準

【医療者アウトカム】

- ◆ドレーン管理を適切に行い、予定通りに抜去

適切、予定通りを示す記録



【患者アウトカム】

ドレーンに関連したトラブル(閉塞)がなく、術後合併症(再出血、感染)がみられない。

⇒基準を示すこと

- 1日排液量が200 mL以下
- 漿液性

異常のサイン

【医療者アウトカム】

- ◆術後出血の早期発見・早期対応
- ◆臍胸、乳び胸の早期発見・早期対応
- ◆ドレーンの閉塞予防



◆持続的に200mL/1hour以上の血性排液がみられる場合には、術後出血を疑い、再開胸・止血術を検討。排液に新鮮血が混じった場合、縫合不全などによる胸腔内での再出血を疑う。

- ◆排液の混濁は、感染による臍胸、乳び胸を疑う
- ◆排液量の急激な減少は、ドレーンの閉塞の有無を確認

異常の早期発見につながるようパスと記録を統合

バリエアンスの判定基準となる

目標	観察項目	深夜	日勤	準夜
SpO ₂ が安静時95%以上	SpO ₂			
肺雑なし	肺雑			
淡血性で混濁なし	排液性状			
気腫なし	気腫			
排液量が200ml/24時間以下	ドレーン排液時間量			
	ドレーン総量			
呼吸困難なし	呼吸困難			
創部周囲発赤無	創部感染			
皮下気腫なし	皮下気腫			

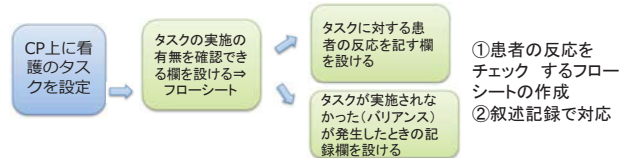
治療やケアの内容・投入量に関して標準化を図る

- パスに設定した事柄と異なることが実施された場合には、①そのことがすぐにわかる、②なぜ、それが行われたかについて正当な理由を示す記録と、その変更内容を明確に記載することが必要。

エビデンスが存在するものは、エビデンスに基づいた診療・ケアをパスに設定し前提として、診療・ケアの妥当性を根拠をもって示すことが必要

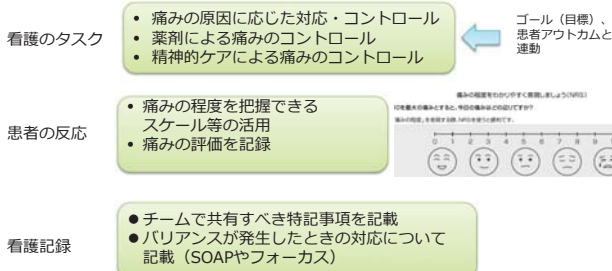
パスと看護経過記録

- パスに設定した看護に関連するタスクの実施の有無をチェックし、その反応について記すことのできる経過記録が必要。
- また、やられなかった場合には、その理由と対応を叙述記録として残す。加えて、何か特記すべき、チームで共有すべき、患者の反応や患者情報があった場合にも、叙述記録として残す
- パスの記録と看護経過記録の重複がないようにする



* 特記事項やチームで共有すべき情報は、叙述記録として、「看護記録」の欄に残す

パスのケアカテゴリ上に設定



千葉大学病院の取り組み

例) 抗菌薬の最適化

【経営戦略2016/2017実践指針】

○耐性菌の出現を防ぎ、治療・予防効果を得る一方で医療費を抑制できるようにするため、抗菌薬が適正に使用されるようにクリニカルパスの内容を見直す。

クリニカルパスでの抗菌薬の適正使用を進める

手術部位感染症の予防のために
なぜ抗菌薬が必要なかを理解する

パス大会で講演



- どの抗菌薬を使うのか
- 投与量や投与のタイミングは？
- どれくらい長く使えばいいのか

ガイドラインに
基づく



全診療科でパスの抗菌薬の見直し実施。各診療科で検討し、
ガイドラインに示されたものとは異なる抗菌薬や使い方をする場合、
そのエビデンスの提示を求めた

手術部位感染 抗菌薬投与に関するガイドライン

ASHIP REPORT

- ほとんどセファゾリンでよいことがわかる
- 消化器の手術など嫌気性菌をカバーする場合
 - セファゾリン (CEZ) + アネメトロ (MNZ)
 - スルバシリン (ABPC/SBT)
 - フルマリン (FMOX) (嫌気性菌もカバーするセフェム系)

These guidelines were jointly developed by the American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), the Surgical Infection Society (SIS), and the Society for Healthcare Epidemiology and Infection Control (SHEC) as primary prophylaxis, secondary prophylaxis, or eradication. Primary prophylaxis refers to the prevention of an initial infection. Secondary prophylaxis refers to the prevention of a recurrent infection. Copyright © 2013 by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Surgical Infection Society, and the Society for Healthcare Epidemiology and Infection Control. All rights reserved. Am J Health Syst Pharm. 2013 Feb 1;70(3):195-283.

Am J Health Syst Pharm. 2013 Feb 1;70(3):195-283.

「抗菌薬とクリニカルパス」資料 千葉大学医学部附属病院
感染症内科・感染制御部 谷口俊文先生 講演資料

2. リスク管理、患者安全に対応できない記録になっていませんか？

- 「単純な事実」と「医学的評価を含む事実」を意識して正確に記載すること
- 客観的な事実は、「事実」として、医学的評価を含む部分は「アセスメント」として、正確な記載を心がける。
- 特に、看護記録は弁護士や裁判官によって読みやすく、とり扱いやすい。このため、重要な事実認定のための証拠として用いられる。
⇒ 「事実」を常に意識すること

リスク管理～訴訟 事例1

肺炎の患者

【よくない例】

呼吸状態

問題あり 問題なし
酸素マスク下でSpO2:98%、
努力呼吸が認められている
にもかかわらず、SpO2が保
たれているので問題なしに
チェック

この患者の呼吸状態が
悪化した場合、自然経
過であるにもかかわらず、
何らかの事故によ
って容態が急変した
と疑われてしまう場合
ある。

パスの記録には客観的事実が記載できるようにしておくこと

- SpO2 (98) %
- 努力呼吸の有無 有 ■ 無 □

アセスメント記録を残すこと

- 「努力呼吸あるも酸素投与で酸素化良好のため問題なし」

事例2

- 痰の吸引についての記載
 - 痰吸引の実施 有 無
⇒ ■有だけで、「ひけない」という場合は？
 - 『痰があったけれど粘稠で引けなかったのか』、
それとも『痰がなかったから引けなかった』で
争われることがある。
 - 引き継いだ人も患者の状態がわからない
- 事実に基づいて、それに対してどんなことを行ったのかの記載が必要。

事故、急変時の記録

- 事故、急変時は、パスを中止し、適切な経時記録を記載すること
- 経時記録には、事実をありのままに記載すること。憶測は書かないこと。

- 裁判所は、記録に記載してあることは真実であり、記載のないことは実施していないということを前提に判断する。
- 自分の判断を記載しないこと
- 必要なことは必ず記載し、行ったことは記録すること

例)

●転倒しているところを見ていなければ、「転倒している」ではなく、「倒れている」と事実を書く。

●患者を発見したときの意識レベルは、「著変なし」ではなく、意識レベルを記載すること。著変なしは、「事実のない」アセスメントとなる。

著変なしとした判断根拠となる事実を記載する。

●「頭は痛くない」ということが患者から聞かれたのであれば、「頭痛なし」と記載するのではなく、「どこか痛いところはありませんか」という問いに対し、「頭は痛くない」という返答あり。」というように、やりとりの事実を記載する。

●「〇〇したほうがよい」という判断や「〇〇をするべきだった」という自分の考えは記載しないこと

リスク管理～開示に係ること～

【悪い例】

S) そんなことしたって意味ないよ

O) 食事指導に対し最初から聞かずにテレビを見始める

A) 表情硬い。もともとわがままな性格であり、無理にすすめてもやらない可能性が高い

P) 明日、あらためて実施する

【改善例】

S) そんなことしたって意味ないよ

O) 食事指導を開始しようとするが、上記を述べ、看護師の方を見ずにテレビを見始める

A) 食事指導を受けいれる準備が整っていないようであり、まずは本人の気持ちや考えについて傾聴する必要がある。

P) ゆっくり話を聴く場を設ける。

引用・参考：清水佐知子 見てわかる看護記録
2016 日総研

留意点

- 決めつけや主観を交えた判断をしない
- 患者を中傷しない
- 使役表現を使わない「～させる」
- 敬語を使う必要はない
- 患者の態度や性格などに対して、否定的な表現は用いない
- 攻撃的な表現はしない

3. 情報共有できる用語が使われていますか？

- パスの記録はチームで記載することが原則。
- 用語がチームの情報共有を阻害することがないようにする必要がある。
- そのためには、多職種が共通に理解できる用語を用いる。
- 特に重要な用語については、あらかじめ定義をし、共通理解のもとで、解釈できるようにしておく。

ND # 1
非効果的な治療計画管理（個人）

糖尿病

定義：患者が個別的な健康目標にあった病気や病気の後遺症の治療のためのプログラムを日常生活に統合することに困難をきたしているパターン、またはその危険性が高いパターン

【関連因子】 不十分な知識

【成果指導】

CPの目標に置き換える

1.知識：疾病管理；疾病過程の説明

現状を把握し、教育に対し、意欲を持つことができる。

2.知識：疾病管理；合併症について説明

糖尿病の合併症を理解し、血糖コントロールの必要性を理解できる。

3.知識：疾病管理；処方された治療食についての説明

食事療法を正しく理解し、実生活に応用できる。

監修：坂本すが ナースのためのつくれる・使えるクリティカルパス 学研

PC (Potential Complication) 1 低血糖

看護介入計画

■OP (observation plan) : 観察プラン

- 1. 低血糖の推移と低血糖症状の有無
→パス上のケアフローの「観察」項目に挿入。

■TP (treatment plan) : 援助プラン

- 1. 確実な薬物投与
→パス上の「薬剤投与」項目に挿入

■EP (education plan) : 教育プラン

- 1. コーピング改善：疾患・処置・治療・予後についての必要な情報を提供する。
→パス上の「教育・指導」項目に挿入

診断クラスター

(看護診断と共同問題を伴う医学的問題)

■肺水腫を伴ううっ血性心不全

- ★共同問題
深部静脈血栓症
心臓性ショック
重症低酸素症
肝不全

★看護診断

減塩食、薬物治療（利尿薬、ジキタリス）、活動プログラム、合併症の兆候と知識不足に関連した<非効果的治療計画管理リスク状態>

↓
病態関連図を踏まえて、患者アウトカムに上記の合併症が起きないことを設定。パス上の目標に。

↓
パス上に目標として設定。パス上の「教育・指導」項目に教育・指導のプランを挿入

4. 様々な記録が統合されず、重複・分散は起きていませんか？

- 電子パス上の記録と他の記録が重複している。
- 電子パス上に記載された事柄と関連する情報がどこにあるかわからず、検索して到達するまでに時間がかかる。どこにあるかがわかってもその情報にたどりつくまでに時間がかかる。
- 既已取得し、記載された情報をパス上に反映させることができず、その情報にアクセスしなければならない。
- 職種間での重複事項に対する記録がある場合、その記録内容に整合性がない

重複、分散を避けるためには

- 業務分析を行い、業務フローに沿って、多職種がどのように関わりあうのかを明確にし、どのタイミングでどの職種(あるいは必要な複数の職種)がどのような記録を残すのを明確にし、可視化することが必要。
- 各職種の各記録を棚卸し、重複しているものを統合させていくことが必要。その際、不必要なものでもなくせるものはないかどうか検討する。
- 情報のつながりを考えて、分散することで全体像が把握できなかつたり、重要情報がないために判断できなかつたりするものがないかどうかを確認し、各職種が記載する情報の集約化・統合化をはかる。

5. バリエーション発生時の記録のルールについて仕組み化され、バリエーション分析に活かされていますか？

- ① バリエーションの定義を明確にすること
- ② バリエーションか否かを判断できる記録にすること
* 指示が変更になった場合は、変更の内容がわかるようにすること
- ③ バリエーションが発生した場合、必ず記録し、その対処・対応について記載すること
- ④ 発生したバリエーションを帳票としてはきだし、バリエーション分析できるように整備する

本パスはAC療法導入治療で行う場合にも用いられる。
乳がん 化学療法(AC療法)入院治療基本パス

種別	種別	種別	種別
治療前	治療開始	経過観察	退院時
治療の必要性について理解できる。	治療の必要性について理解できる。	治療後の生活に支障がない状態である。	退院後の生活に支障がない状態である。
副作用について理解できる。	副作用について理解できる。	副作用について理解できる。	副作用について理解できる。
副作用の発生について理解できる。	副作用の発生について理解できる。	副作用の発生について理解できる。	副作用の発生について理解できる。

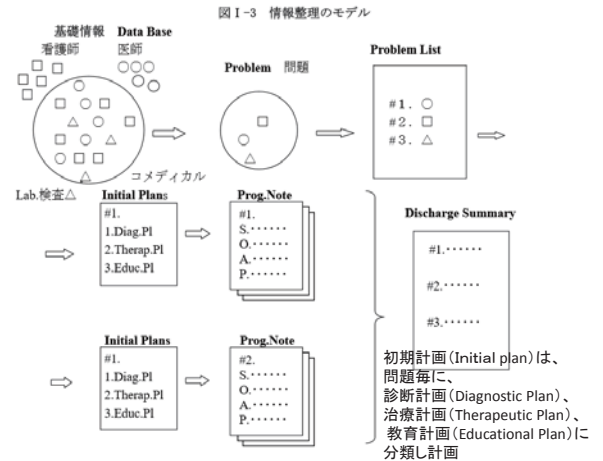
- 例)
- ① パス使用不可を「脱落」、アウトカムの達成の範囲外であるがパス継続可能を「変動」とする
 - ② grade2以上をバリエーションとする
 - ③ バリエーションが発生した場合、急変・医療事故時は経時記録、それ以外はSOAP等で記録を記載する
 - ④ grade2以上のバリエーション症例を抽出できる仕組みを整備する。

引用 : http://ganjoho.jp/data/professional/med_info/path/files/basic_pro_breast02.pdf

POMR

(Problem Oriented Medical Record: 問題志向型診療録)

- 医療チームが解決すべき問題を明確に示し、多職種からなるチームメンバーが、問題に対する相互認識や共通理解がすすむようにしていくことが必要
- ①根拠に基づく医療の実施、②医療チーム間の情報共有、③患者への十分な説明と同意、④医学的・法的正当性の証明



叙述式記録 (Narrative Note)

問題点ごとに、SOAPの4項目に整理して記載する。

- S : 主観的データ、患者の立場からの問題点、患者がどう感じ、どのように訴えているかについてを記載
 O : 客観的データ、診察所見・検査データ
 A : 医師等の意見・診断・データの解釈・予後の見通し
 得られた情報を根拠に、どのような診断や治療が考えられるかを論理的に記載する。複数の医師での検討が行われた場合は、対立する意見やそれぞれの意見について記載し、その検討でどのような結論に至ったかについて論理的に記載する。
 P : 診断計画・治療・患者への教育

引用: 都立病院における診療録等記載マニュアル

医師記録

1 肺腫瘍

- S : 今朝より、咳とともに血痰が少量出る。回数は1時間に1回くらい。息苦しさはない。
 O : 血痰は喀痰に一部混入。粘性性、悪臭なし。安静時、室内気で SaO₂ は 97 %。血圧 140/85。胸部 CT にて気管分岐部～右肺門部に径 3 cm の腫瘍。
 A : 肺門部の腫瘍が気管・気管支内に露出しているため、その部位からの出血。
 P : 喀痰細胞診・喀痰培養検査を本日から3日間実施。気管支鏡検査 1月12日
 検査後、止血としてアドナ 1日3錠・分3で開始。



医師の記録に基づいて(医師から診断と対応について情報収集)、他職種は自身の専門性の観点からSOAPで記録。整合性を意識し、確認すること

引用: 都立病院における診療録等記載マニュアル

6. 個別指導、特定協同指導等に耐えうる記録になっていますか？

- 入院基本料の要件をパスに組み込んでいる場合
 - ①重症度、医療・看護必要度の評価の根拠を示す記録が記載されている。
 - ②入院診療計画書に必要となる項目が記載されている。
 - ③栄養管理に係る項目が記載されている
 - ④褥瘡対策に係る項目が記載されている

①重症度、医療・看護必要度の評価の根拠を示す記録がされている

- パスの中に、重症度、医療・看護必要度の評価を組み込む場合には、その観察項目、処置項目、患者のADLの状態を評価できるようにパス上のフローシートにそれらの項目評価を入れること。また電子カルテであれば、その評価項目が看護必要度のシステムに自動反映されるようにしておくこと。

平成28年度診療報酬改定

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価項目について)

一般病棟用パス上のフローシート

評価票

パスに紐づける

評価項目	0点	1点	2点
1 創傷の処置(軽傷の処置を除く)、2 褥瘡の処置	なし	あり	—
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
4 心電図モニタリングの管理	なし	あり	—
5 リンジポンプの管理	なし	あり	—
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7 専門的な治療・処置 (1) 抗血栓性薬物の使用(注射剤のみ)、 (2) 抗血栓性薬物の内服の管理、 (3) 鎮痛剤の使用(注射剤のみ)、 (4) 鎮痛剤の内服、貼付、坐剤の管理、 (5) 放射線治療、 (6) 化学療法剤の管理、 (7) 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 (8) 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 (9) 抗血栓性薬物の特殊な薬の管理、 (10) レナランの管理、 (11) 免疫治療薬での治療	なし	—	あり
8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
9 患者の状況	0点	1点	2点
10 療養	できる	概ねこなせればできる	できない
11 栄養	介助なし	一部介助	全介助
12 排泄	介助なし	一部介助	全介助
13 安静	介助なし	一部介助	全介助
14 安静	介助なし	一部介助	全介助
15 安静	介助なし	一部介助	全介助

記録として記載

平成28年度診療報酬改定

医療機能に応じた入院医療の評価について③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(C項目について)

C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)
①検査の内容を掲載した場合には評価の対象とはならない(同一疾患に起因した一連の手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする)
②判断基準に示された前日からの期間については前日を含む日数である

項目	定義	留意点
開胸手術(7日間)	開胸により胸腔内に達する方法による手術	穿胸及び内視鏡下に行われた手術は含めない
開胸手術(7日間)	胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により胸腔に達するものも含む)	胸腔鏡下に行われた手術は含めない
開腹手術(5日間)	腹腔を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹壁を切開せず腹腔鏡的アプローチに達する場合を含む)	腹腔鏡下に行われた手術は含めない
骨の手術(5日間)	骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) *下肢・骨盤の骨切りに係る手術(指(足)は除く) *骨格矯正(成長期又は骨格異常に起因する手術)	—
胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	胸腔鏡下・腹腔鏡に達する手術(縮小に達するものも含む) *胸腔鏡下・腹腔鏡に達する手術	—
全身麻酔・管理麻酔の手術(2日間)	上記項目に該当しないもので全身麻酔下・管理麻酔下に行われた手術	—
救急搬送後の入院(2日間)	経皮的な血管内治療 *FIM標準 *経動脈カテーテル治療 *選択的血管造影による止血術	検査のみの場合は含めない
救急搬送後の入院(2日間)	経皮的な心臓内挿 *経カテーテル心臓内挿 *経カテーテル心臓内挿 *経カテーテル心臓内挿 *経カテーテル心臓内挿	ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない *経カテーテル心臓内挿は、入院中に初日に実施した日から2日間まで適用される
救急搬送後の入院(2日間)	経皮的な消化器内挿 *内視鏡による経経管・経管に達する手術 *内視鏡による経経管・経管に達する手術 *経皮的な消化器内挿による止血術 *経皮的な消化器内挿による止血術 *経皮的な消化器内挿による止血術	検査のみの場合は含めない *内視鏡による経経管・経管に達する手術又は内視鏡的アプローチ治療を実施し、手術は含めない *緊急時の内視鏡による止血術は、慢性疾患に起因して予定された止血術(検査・処置)と異なる旨を記載し、緊急時に実施された旨を記載する

C項目評価で許容されること

○診療情報管理士、医事課、医師、看護師でC項目対象術式のリストをあらかじめ作成。手術室看護師が術後、対象となるかリストで確認し、手術申し送り書へ記載し、これをもとに評価者が評価

* 今回の必要度評価は、看護師だけでは困難で、他職種で協力し正確な評価が求められる。特にC項目に関しては、看護師の判断だけではなく、院内運用や電子カルテ内で医事課、診療情報管理士等と評価者が協力しdpcコードと照会することが必要。

各パスに、C項目の該当する手術を紐付けておくと、C項目の評価が行いやすい

②患者用パスを入院診療計画書として活用する場合

- 入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導(栄養・服薬)・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。

②のポイント

- 日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導(栄養・服薬)・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点の項目が網羅されていること
- 担当医、看護師の署名がフルネームで記載されていること(電カルでは印刷されたものに印鑑あるいは署名をつける)。
- 説明後は、患者(親族)から、同意の署名がなされていること

③栄養管理に係る項目が記載されている

- 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載する。
- 特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成する。
- 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。
- 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録。
- 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直す。

- 栄養状態をスクリーニングできるようにしておくこと。
- スクリーニングにより、特別な栄養管理の必要性の有無を評価・判定できるようにしておくこと。
- パス上では、栄養管理の必要性有の患者かどうかをわかるようにしておく。
- 栄養管理の必要性有の場合には、栄養管理のパスを併せて使用したり、パス上に栄養管理のカテゴリを作り、栄養管理の実施や栄養状態の評価項目を設定し、記録できるようにする。
- 栄養状態を示す値等から、どのような状態であれば、栄養管理の見直しが必要になるのか基準を明確にし、パス上で、その基準に該当するか否かを患者アウトカムから判定できるようにする。栄養状態の改善が評価できるようにしておくこと

④褥瘡対策に係る項目が記載されている

●褥瘡対策にかかわる報告書で、①「褥瘡保有患者数(入院患者のうちd1以上の褥瘡を有していた患者数)」「入院時褥瘡保有数」「入院時に新たに褥瘡が発生した患者数」を明記すること、②褥瘡患者について、褥瘡の重症度をDESIGN-R分類のd1からdUまでの患者数を報告することが必要

⇒ 発生数の把握、DESIGN-Rの評価

●褥瘡対策は全入院患者が対象となり、自立度ランクが1～A2が褥瘡対策の要件となる。

⇒ 自立度ランクの評価

患者アウトカムと判定基準

【大項目】

★新規褥瘡の発生の有無
有 無

【有の場合の対応】
 *観察項目に状態を記入

★褥瘡の悪化の有無
有 無

★DESIGN-Rの評価
 点数 () 点

基準を決めておくこと

【有の場合の対応】
 記録を残す

【大項目の判定基準】

◎新規褥瘡の発生の有無とその対応項目

★発赤の有無
有 無

【有の場合】
 *指押し法あるいはガラス板圧診法で判定

発赤が消退しない(持続)
発赤が消退し、白くなる(正常)

【パリアンスの判定基準】
 「発赤が消退しない(持続)」場合は、「褥瘡の初期」であり、パリアンス。

★褥瘡対策の実施の必要性の判定

有 無

【無の場合の理由】

- リスクアセスメントスコア () 点
- 自立度ランク ()
- その他 ()

★褥瘡対策の実施

- 体圧分散寝具の使用
- 体位変換
- 湿潤対策
- 栄養
- スキンケア
- 局所処置

← エビデンスに基づく

該当対策にチェックし、その内容に関して記録に残す

褥瘡発生	褥瘡の発生を有するが、褥瘡発症は認められており、褥瘡発生を有するが、褥瘡発症を有しない
褥瘡発生	褥瘡の発生を有するが、褥瘡発症は認められており、褥瘡発生を有するが、褥瘡発症を有しない
褥瘡発生	褥瘡の発生を有するが、褥瘡発症は認められており、褥瘡発生を有するが、褥瘡発症を有しない
褥瘡発生	褥瘡の発生を有するが、褥瘡発症は認められており、褥瘡発生を有するが、褥瘡発症を有しない

*エビデンスの強さがAの推奨項目について、具体的な褥瘡対策のケア項目を設定する。
 ★栄養低下リスクと褥瘡発生リスクがある患者には、通常食に加えて、たんぱく質が追加された経口栄養補助食品や経管栄養を提供。
 ★体位交換の実施。体位交換の頻度は、使用されている体圧分散マットレスに応じて決定する。
 ★褥瘡発生リスクがあると評価された患者全員に、標準マットレスではなく、高仕様のフォームマットレスを使用。

DESIGN-Rの評価の実施をパスに設定すること

7. 医療の質保証に向けて二次利用できるようになっていますか？

●パス

医療チームが共同で開発した、患者の最良のマネジメントと信じた仮説(Spath 1994)

提供した診療・ケアが最良のアウトカムをもたらしているかといった仮説を検証し、仮説が立証されないなら、見直しが必要

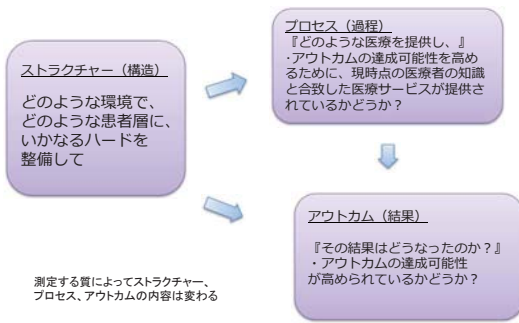
データを簡便に二次利用できるシステムを整備する

医療の質とは？

医療の質は、期待されるアウトカムの達成可能性を高めるための個人や集団に対する医療サービスが、現時点の医療者の知識と合致している度合いである (Lohr,1990)

どのように医療の質を評価するか？

医療の質評価



医療の質評価のためのものさし

臨床指標

「診療・ケアの質をモニタリングし、評価を
 行い、改善するための基準となる測定用具」
 (JCAHO,1989 ; Copnell, 2009)

医療の質を定量的に評価するために
 用いられる

* プロセス、アウトカムの側面で活用する指標を“臨床指標”と定義する場合もあれば、
 ストラクチャーの側面も含めて“臨床指標”と定義する場合がある。

医療の質評価により達成すること (IOM)



- 有効性：過少・過剰な医療を回避
- 安全性：患者を助けようとした医療による傷害を回避
- 効率性：医療における無駄を排除
- 即時性：診療の遅れをなくす
- 公平性：性、民族、居住地、社会経済的地位を理由とした医療の質の差をなくす
- 患者の価値観尊重：患者の意思、ニーズ、価値意識を尊重し、患者の要望に応える医療を提供するとともに、臨床方針は、患者の価値観を尊重して決定する

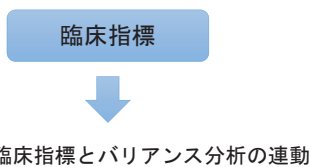
CROSSING THE QUALITY CHASM: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST CENTURY (IOM, 2001)

医療の質の達成のために活用される臨床指標

	臨床指標
有効性	・エビデンスや診療ガイドラインに基づく診療プロセスとそれらによってもたらせるアウトカム
安全性	・患者安全を保障するためのプロセスとそれによってもたらされる患者安全に係るアウトカム
効率性	・同じアウトカムを生むプロセスが複数ある場合に、費用の高いものを選択していないかどうか ・合併症や再入院を引き起こし、予定外の資源を投入していないかどうか
即時性	・待ち時間なく、適切に診療にアクセスできているかどうか
公平性	・貧困や格差によって、提供される医療の質が異なっていないかどうか (地域単位等で比較)
患者の価値観の尊重	・患者経験調査 (「自分の意思が尊重された治療方法を選択できたかどうか？」等)

クリティカルインディケータと臨床指標

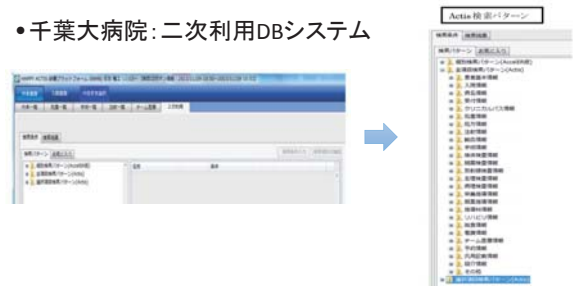
- ・パスを使用した患者を分母に設定 (パスの適用基準・除外基準を明確にしておくこと)
- ・クリティカルインディケータのアウトカムを分子に設定



早期のリハビリ開始(プロセス) → 入院期間Ⅱ以内での退院達成(アウトカム)
 肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(プロセス) → 肺血栓塞栓症の発生率

電子カルテデータの二次利用

- ・千葉大病院: 二次利用DBシステム



電子カルテとDPCデータを結合した臨床指標の例

検査データ、バイタル、薬剤の処方状況などを設定して、やるべきことをやっていただくかの評価が可能。臨床判断の適切性やガイドラインの遵守状況の把握が可能

①高カリウム血症患者における心電図検査の施行率

分子: 分母のうち、高カリウム血症が認められた同日、翌日に心電図検査が行われた患者数

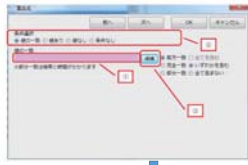
分母: 50歳以上でカリウムの血液検査で高カリウム血症が認められた退院患者数

②SpO2低下時における胸部レントゲンによる評価の実施率

分子: 分母のうち、SpO2が88%以下に低下した当日に胸部X線写真撮影が行われている患者数

分母: 16歳以上の予定入院で、「子宮全摘術」「人工関節置換術」「経尿道的前立腺手術」を受け、かつSpO2が88%以下になった患者数

小林美里他: 診療データを二次利用した医療の質評価の可能性に関する検討
(平成24年度 厚生労働科学研究: 保存された診療データの二次利用適用レベルに準じた、医療提供プロセスおよびアウトカムの病院横断比較、年次縦断比較に関する多施設共同研究)



DPCデータ、レセプトデータ等の情報と電子カルテデータを結合した分析が可能

①高カリウム血症患者における心電図検査の施行率

	分母	分子	施行率
A病院	70	8	11.4%
B病院	85	17	20.0%
C病院	164	48	29.3%
D病院	94	14	14.9%
E病院	132	34	25.8%

②SpO2低下時における胸部レントゲンによる評価の実施率

	分母	分子	実施率
A病院	112	112	100%
C病院	237	237	100%
E病院	231	204	88.3%

小林美里他: 診療データを二次利用した医療の質評価の可能性に関する検討
(平成24年度 厚生労働科学研究: 保存された診療データの二次利用適用レベルに準じた、医療提供プロセスおよびアウトカムの病院横断比較、年次縦断比較に関する多施設共同研究)

バリエーション分析

P: CP作成 → D: 医療の実施 → C: バリエーション分析 → A: 手順の見直しなど → P: CPの改訂

Act: 診療計画の改善・向上に必要な変更点を明らかにする。

A

P

Plan: 達成したい目標を設定して、その目標を評価できる指標を設定し、目標を実現するための診療計画をCPに展開(改訂)する。

Check: 診療計画の達成の程度を指標によって評価し、成功要因および失敗要因を分析する。

C

D

Do: 診療計画を実施するとともに、診療行為の提供状況やその結果の記録を活用して、設定した診療・ケア行為に係る指標を測定。

指標を活用してバリエーションを集積し、医療の標準化、質保証に向けたバリエーション分析に役立てる

おわりに

- パスと記録を連動することでのメリットを活かせるようにしていくことが必要
- パスと記録を連動したことで、記録本来の目的・意義が失われないようにしていくことが必要

記録の利活用により、情報共有の促進、医療の質保障につづることが重要！！