

クリニカルパス

- その歴史と意義 -

済生会熊本病院
副島秀久

クリニカルパスの歴史

1980年代

- 1983 DRG/PPS の導入(米国)
- 1985 Karen Zander による clinical pathの開発

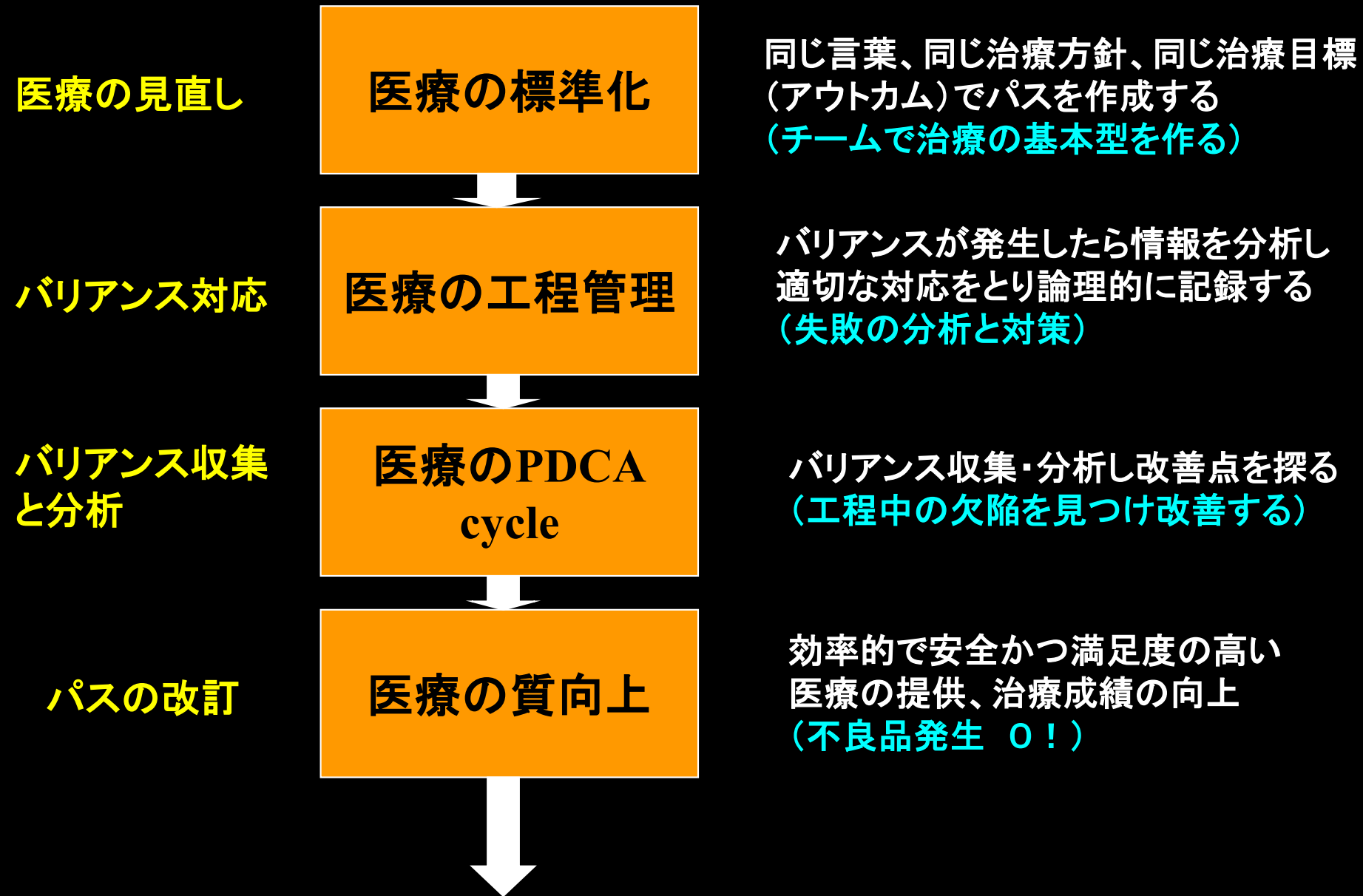
1990年代

- 1990 始め頃 日本へのパスの紹介
- 1990 中頃 急性期病院でのパス導入開始
- 1998 日本版 DRG/PPS 試行
- 1999 日本クリニカルパス学会発足

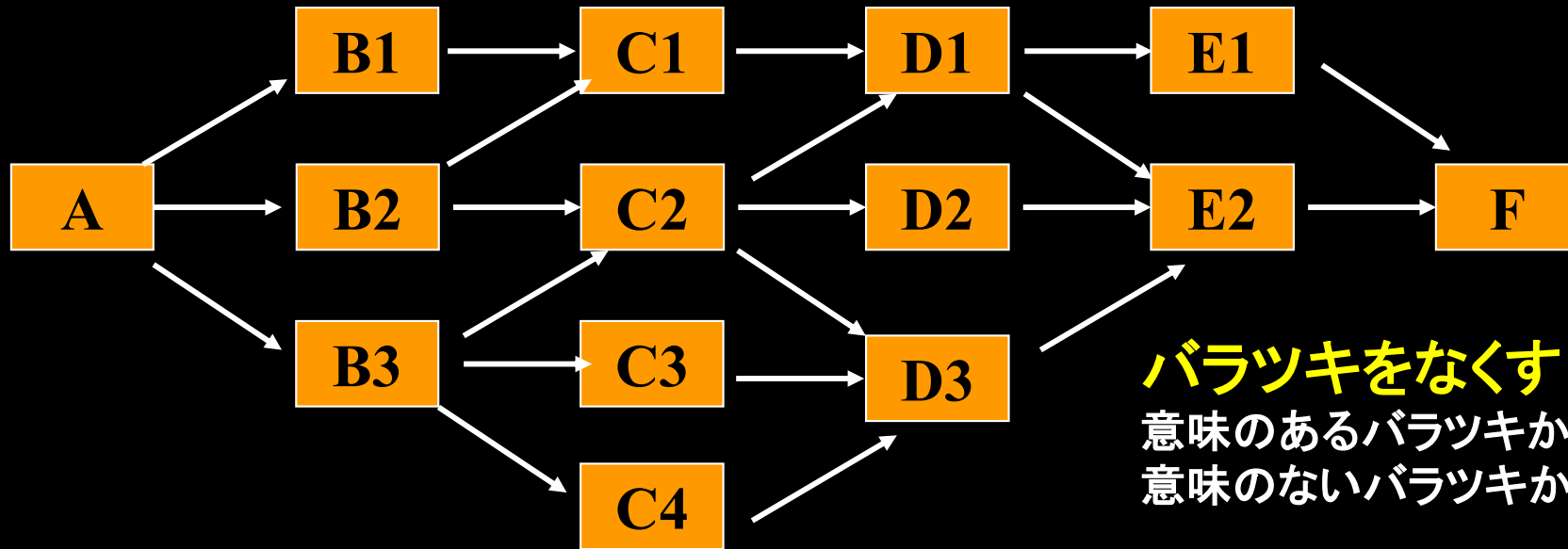
2000年代

- 2003 日本でのDPC(Diagnosis Procedure Combination) 導入開始
- 2011 DPC/PDPS (DPC/Per-Diem Payment System)
- 2011 BOM(Basic Outcome Muster) 上梓
- 2012 クリニカルパス学会電子化委員会発足

クリニカルパスの目指すもの

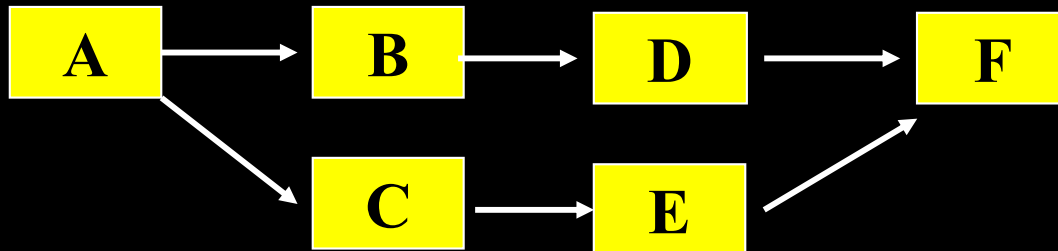


プロセスの標準化と効率化



バラツキをなくす＝標準化

意味のあるバラツキか
意味のないバラツキか



短くする＝効率化

同時並行で可能なものはないか
そもそも必要か

標準化の意義

習慣的な医療行為の再評価

ムダの廃止

EBM

共通言語

効率化

客観化

共有化

(剃毛や皮内テストの廃止)

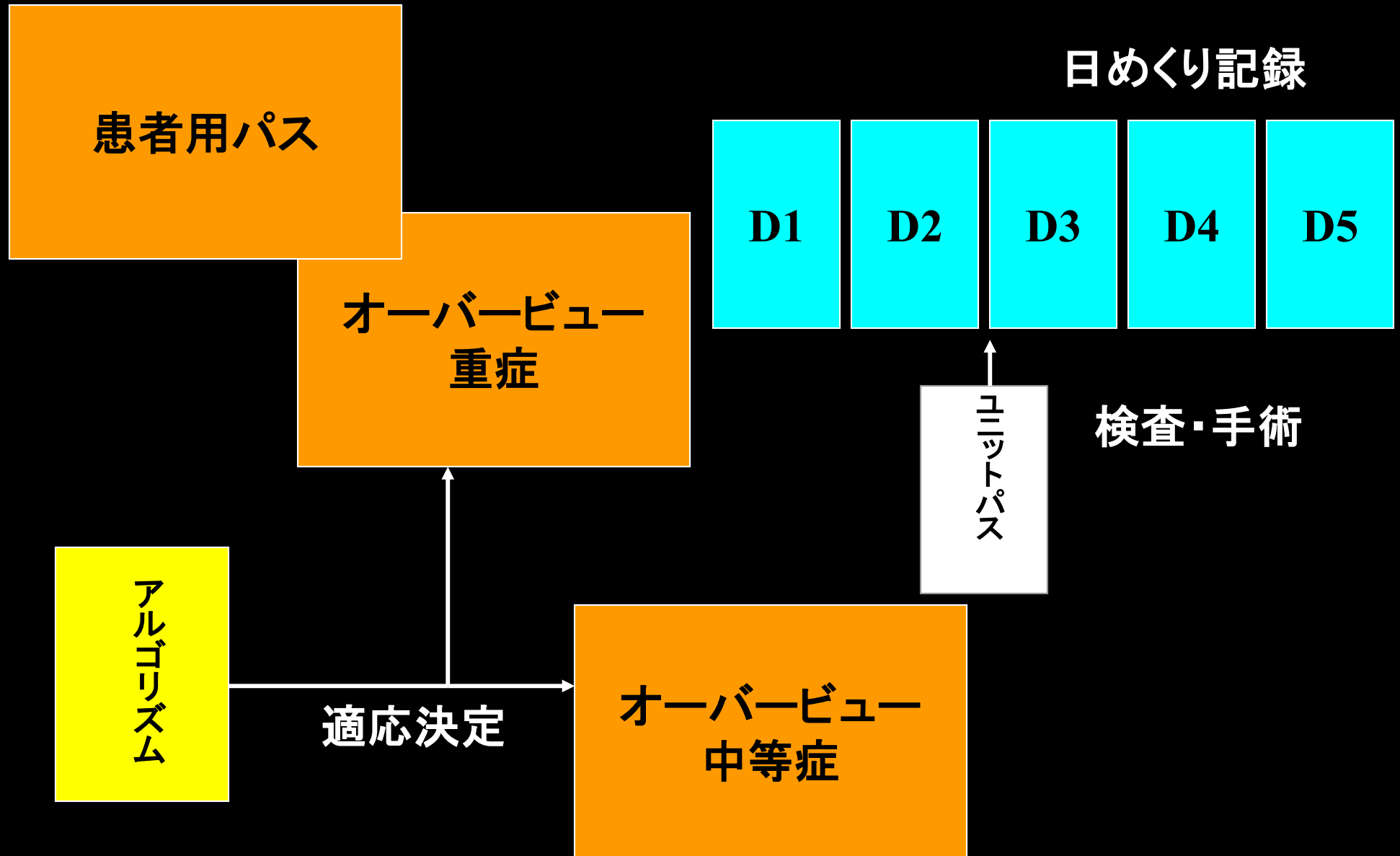
(予防的抗生剤の選択)

(同じ用語によるチーム間での合意)

クリニカルパス

医療の質管理

パスの全体構造



オーバービューと日めくり記録(パス)

日めくり記録(術後1日目)

オーバービューの基本構造

	時系列
医療者 アウトカム	タスク・指示・仕事
患者 アウトカム	主要な患者目標
観察項目	観察すべき患者状態 アセスメント・判断基準

* オーバービューの1日分が
日めくり記録1シートとなる

* 患者アウトカムと観察項目は
連動している

1 循環動態が安定している
2 呼吸状態が安定している
3 ドレーンに問題がない

ドレーン抜去
抗生剤点滴
清拭
食事開始
鎮痛剤投与

1
・血圧(130/80mmHg)
・脈拍(90/min 以下)
・不整脈無し
2
・呼吸数(25/min以下)
・チアノーゼなし
3
・排液(清)

バリエーション記載欄

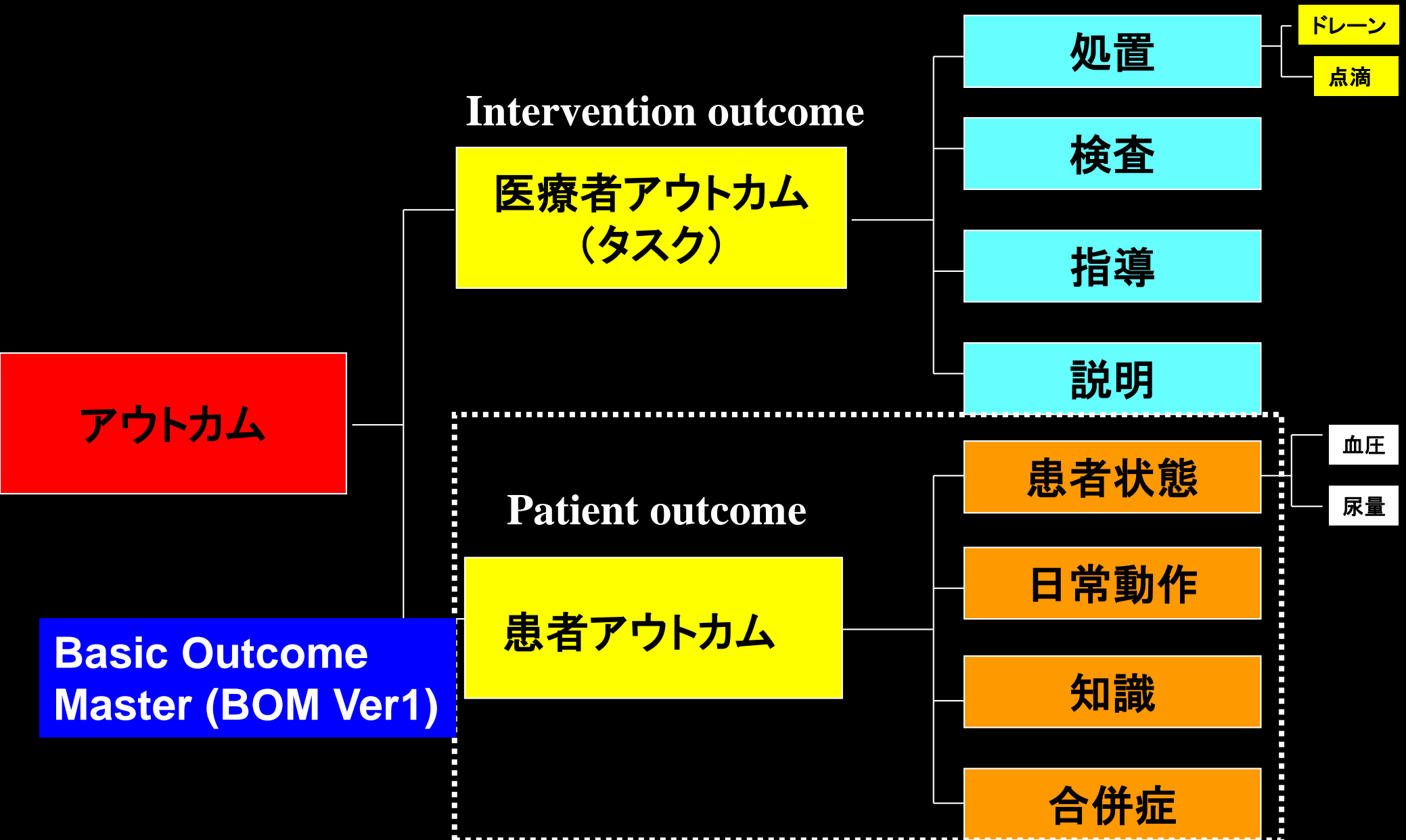
12:10 排液やや混濁→医師報告

15:45 疼痛強く鎮痛剤使用
→ 医師報告

情報共有欄

・薬剤アレルギー歴あり
・やや難聴あり

アウトカムの分類



Critical indicatorの重要性

治療経過に重大な影響を与えるアウトカム

社会復帰の
意欲・環境

個々の疾患によって異なるが
合意・共有すべき情報
すぐ対処すべきバリエーション

鬱状態

疼痛緩和

手術の受容
と成功

手術の必要性を理解

術後感染が無い

早期離床

ドレーン抜去可

発熱無し

疾患の理解

バリエーションの分布と質の向上

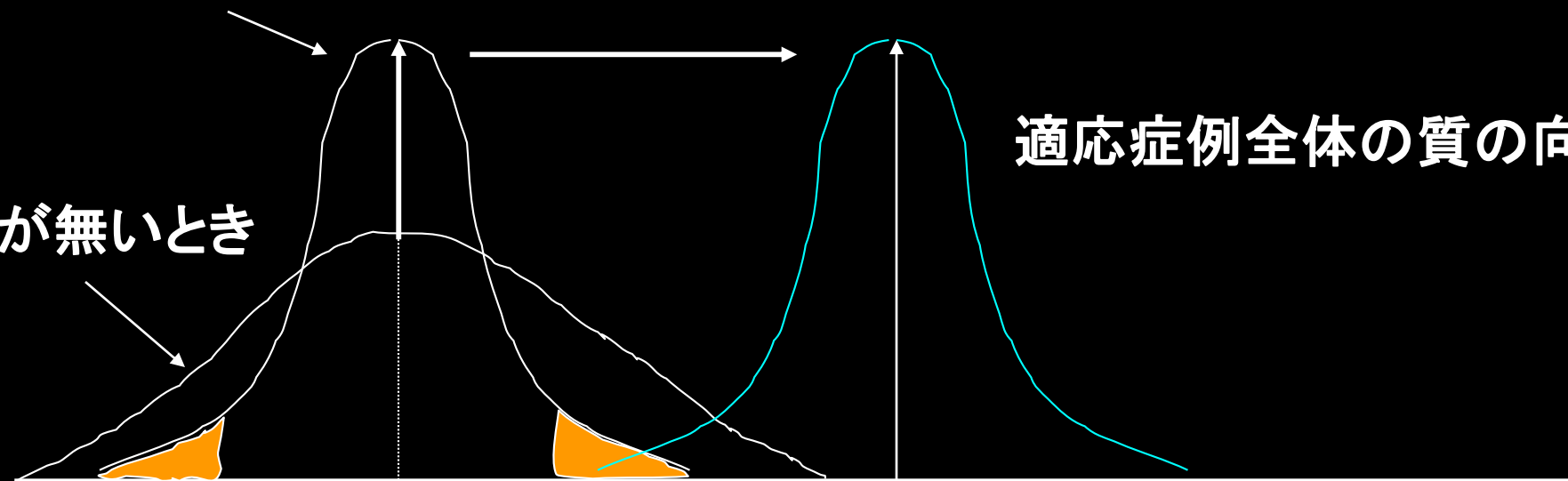
在院日数、ドレーン抜去日、抗生剤投与日数、手術時間など

標準化による質の保証と向上が期待できる

パスによる標準化

パスが無いとき

適応症例全体の質の向上



逸脱例