

## 5. 一般講演4「クリニカルパスー医療プロセスを可視化するツール」について

Q：アメリカ流のクリニカルパスに、日本独自のQC風の考え方が入り込んでくるのは、「いいことづくめ」ではないと思う。目的があいまいになるとか。

A：今までの日本の医療では大きく欠けていたこととして、医療行為の客観的な評価がされていなかったことです。「経験と勘と度胸」と習慣で医療が行える環境でありました。標準化はそれを解消する第一歩であり、医師の頭の中のブラック・ボックスをオープンにするためのものです。QC活動も産業界の失敗を参考にしなければいけませんが、もともと医療の世界では職種を越えるQC活動は無いに等しいものでした。その原因の1つとして職種のヒエラルキーがあります。医師以外の医療従事者は、パスが導入される以前では医師の言動に注目しなければ業務ができないものでした。しかし、パスとEBMの考え方を導入したことで、患者に必要な医療の内容を討論できるツールとルールが得られました。その結果、医療プロセス全体の中での自分の業務を把握し、それに対する責任を持つこととなります。これが医療従事者のやる気を高めるとともに、視線を医師から患者さんに向けることができます。ただし、リスクを取りたくない人達にとって、パスは責任転嫁を可能にするツールかもしれませぬ。パス活動をどのようなものにするかは導入する病院の考え次第です。

Q：医療現場は部外者にはよくみえない領域だと思いますが、「クリニカルパス」を用いた病院の実例を教えてください。クリニカルパスの理論を、どのように現場で生かすのかがよく分かりませんでした。

A：ほとんどの病院が何らかの形でパスを利用していますし、WEB上でも時施設のパスを紹介している病院も多いです。病院の知識資産形成と継続的に医療の質向上を行える人材づくりのツールとして利用している病院では、済生会熊本病院が挙げられます。

Q：文字数を減らして看護師の記録時間がどの程度へるのか知りたい。アウトカム志向はPDCAと何が違うのか分からない。

A：定量的にお答えできる資料はありませんが、パスは現場の看護師にとって事務的作業（記録の記載と連絡・確認業務）の軽減の必須となっています。そして、従来の看護記録ではSOAP形式（Subject、Object、Assessment、Plan）で記載される場合が多く、術後の記録Volumeは膨大です。アウトカム志向のパスでは、それをチェックと数値のみの記載だけでOKです。1日のトータルで考えれば相当の時間が作れます。しかし、パスの使用率は高い病院でも45%程度ですから、全体として大きな差があるのかは不明です。まして、医療工程予定表のパスでの医療記録は従来のままです。PDCAの考えを医療プロセスに適応させたのがアウトカム志向です。今までの医療プロセスでは、評価・判断を客観的にするシステムが無かったため、どこを改善すればよいのかが見えにくかったのです。それを可能にし、製造業のPDCAの概念を取り入れたのがアウトカム志向のパスです。

Q：どこまでがクリニカルパス一般の話で、どこからが著者の主張かが分かりにくかった。

A：一般的なパスは医療工程予定表、もしくは医療工定表であり、質を保証しながら医療工程の効率化を促進するものです。しかし、質を向上させるには改善を行う、つまり新しい知識を創造しなければ

ば困難だと考えています（ナレッジ・マネジメントの観点から）。そのためのパスシステムを提示しましたので、どうしても山崎の主観が入っています。

**Q：医療プロセスのどの領域（分野）まで構造化できるとお考えでしょうか？**

A：医師が行う診断のプロセス（仮説設定と検証）や看護師に必要な臨床把握・予見などの暗黙的なものを構造化したいと考えています。形式知と形式知の隙間を暗黙知で埋めながら物語をすることで、行為の関係性を説明できるのではないかと考えています。

**Q：CIにより医療工程が構造化されるとありましたが、ここでの構造化とはどういう意味なのでしょう？ 工程間に関係に意味が付与されることを指しているのでしょうか。**

A：医療プロセスを時間の基準で構造化することには意味がありません。アウトカム志向のパスでは患者の達成すべき目標を基準にすることで、職種間の知識がすり合わせされます。これは専門職の行為を組み合わせたものではなく、専門職の知識を患者にとって最適になるようにすり合わせたものですから、職種の枠を越えた新しい知識となります。つまり、CIでの構造化とは医療プロセスに必要なチーム医療の知識を構造化することになります。構造化された知識の関係性を明らかにすることは、医療プロセス全体を俯瞰するためには必要ですし、プロセスの論理性を検証するものです。さらに、構造化された知識を他の医療プロセスに転用することを可能にすると考えています。

**Q：医師によって治療が異なっていたのは初めて知った。だから名医100名のような本が出るのだろうか。長い研究の歴史があるのに処理フローもなかったとは医学は科学ではないようだ。早急に改善を望む。独自でも良いからフローを作ってWEBで公開してもらいたい。**

A：月に人を送っても、ハエを人工的に作ることは現在の科学ではムリです。医療が科学的な評価を受けるようになったのは1970年になってからであり、最も若い科学といわれる理由です。多くの病院ではWEBにて自施設の作成したパスを公開しています。パスマニアと呼ばれる患者さんもいて、幾つかの病院のパスを取り寄せ、医療内容を吟味しながら受診施設を決めている方たちです。

**Q：クリニカルパスの有効性はよく理解できましたが、知の伝承や可視化への言及が唐突な印象を受けました。発表のポイントがやや不明確な感じです。**

A：パスを利用した医療の経験知の伝承を述べたかったのですが、能力不足でした。次の機会にでも納得できる内容でと考えています。

**Q：クリニカルパスはこの病院内での可視化・経験共有化ツールで、大事な事と思うが、日本の医療全体の標準化、知識の共有化が大事だと思う。これについてはどうですか？**

A：医療チームとして利用できる知識の共有・活用と創造が現在の研究テーマです。質を保证するための標準化は必要ですが、業務の効率化を優先する標準化には不安を感じます。現在、患者さんの多様性に対応するための標準化、つまり型としての標準化を考えています。これができれば、医療プロセスの構造化と組み合わせてオーダーメイドに近い医療を提供できると考えています。ただし、このシステムには高度の経験知が必要かもしれません。

Q：これからどのようにパスを利用したプロセスの可視化や構造化するのが楽しみです。

Q：ものづくりの現場の機械工学は「臨床工学」と考えている。医療現場の臨床工学でのパスの考え方は有益だった。

A：ありがとうございます。