

はじめに

全日病では本年 1 月「病院のあり方に関する報告書 - 2000年版」を発刊し、会員の皆様にも送付させていただきました。

本報告書は、医療全般に亘り様々な制度疲労をおこしている上に、介護保険の導入によって医療ビクバンが始まったとの認識に立ち、全日病の使命として国民の視点と医療提供者としての公平な判断から医療を見直し、真の医療制度改革の遂行の為の提言を行う事と新しい制度に対する会員への支援を考える事を目的として作成されたものである。

医療提供者自らのあり方として、病院としての基本的あり方の再確認と病院機能分化の推進・ネットワーク作りの再構築及び質の向上の取り組みの必要性を解説すると共に、種々の制度に対する全日病の考え方を示した。

理事会承認を得た本報告書は今後の全日病の活動の羅針盤となるもので、平成12年度の各委員会の活動計画の中心もこれに沿ったものとなっている。本年度のDRG委員会の主な活動の一つが質の管理に対する啓蒙であり、具体的内容としてクリニカル・パスとTQM (total quality management) の研修及び情報開示に適する標準的診療録の呈示を企画している。

本小冊子はこの趣旨にそって各会員病院におけるクリニカル・パス導入の際の参考資料として作成したものであるが、既成書よりも実践しやすいよう会員病院における実例を詳細に示す内容とした。

各会員病院が質の向上の取り組みを行い、患者本来の医療の実践を行う際の一助となる事を願う。

全日本病院協会

会 長 佐々 英達

DRG委員会

委員長 徳田 禎久

< 理論編 >

クリニカル・パスについて

医療法人禎心会 禎心会病院 理事長・院長 徳田 禎久

財団法人磐城済世会 松村総合病院 理事長 松村 耕三

< クリニカル・パスとは >

クリニカル・パスは、クリティカル・パスという産業界の製造工程表の医療への応用でありケア・マップ、ケア・パスという別称もある。(日本では、クリティカル・パスが一般的に使われているが医療への応用という意味を重視し、全日病としてはクリニカル・パスで統一する事を決定)

クリニカル・パスは『一定の疾患をもつ患者に対して特定の結果 (outcome) をうる為、医療チームによって行わなければならない必要不可欠 (critical) な仕事内容と最も望ましい実施順序・実施時期について一覧表にまとめたもの¹⁾』であるが製造業における業務管理・時間管理・コスト管理という工程管理を医療にあてはめると、効率化による成果の保証・在院日数の短縮・費用の削減とおきかえられる。

製造業の工程管理手法の医療への応用

製造業	医療
業務管理	: 成果保証
時間管理	: 在院日数短縮
コスト管理	: 費用削減

クリニカル・パスの基本原則

- 1) 時間軸
- 2) ケア内容 治療・検査・リハビリテーション
看護・栄養・説明・患者教育
- 3) 標準化
- 4) バリエーション 患者・医療チーム・病院システム・社会的要因

< クリニカル・パスの基本原則 >

実際のクリニカル・パスと基本原則は表に示す通りであり、横軸に時間軸、縦軸にケアの内容を項目別あるいは部門別に挙げ、種々の疾患について各々の施設の標準化をはかる事が基本であり、予定からはずれた場合のバリエーションも予測されるものをあらかじめ挙げておく事が大切である。

実際のクリニカル・パス

ケアプラン時間	入院日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日
説明						
処置・治療						
注射・内服						
検査						
リハビリテーション						
食事						
身体状況						
看護計画						
情報						
バリエーション						

バリエーションコード	
患者の要因	・意志 ・身体状況 ・学習不足 ・時間不足 e t c
医療チームの要因	・医師・看護婦 ・PT・OT・ST ・薬剤師・栄養士 e t c
病院システムの要因	・設備 ・体制 ・情報 e t c
社会的要因	・施設 ・家族 ・在宅 e t c

一般にパスは急性期のケアのみに使用されると思われがちだが、時間軸を1週間、1ヵ月、3ヵ月ととると、亜急性期や慢性期医療あるいは在宅医療などにも使用可能である。長期療養・在宅療養に関してはMDS - LC (minimum date set - long care)、CAPS (client assessment protocols) などのアセスメントツールはあるが、これらにはケアについての時間軸がない。

< アメリカにおける開発・導入の背景 >

クリニカル・パスの導入は、1983年の医療費適正化政策としてのDRG/PPSの導入と深い関係にあるが、1985年、ニューイングランド・メディカルセンターの看護婦であるカレン・サンダー女史は、DRG/PPSに対する病院の効率性の追求のみならず、当時他の医療関係者と共同で使える記録がなかった事、看護者としての看護の決断や看護管理の知識の駆使に限界を感じていたことからパスの開発を考えた²と述べている。すなわち診療記録の改善や業務改善の為に手法としてもパスの使用を考えた事が重要である。現在ではマネージドケアという保険会社が医療提供側も受療者もコントロールするような仕組みとなり、診療報酬の値引き交渉なども行われるようになった為、コストの削減や在院日数短縮を目的としてパスが使われている。

DRG/PPS導入2年後にパスが開発されたと聞くと一朝一夕に出来たように思われるが、アメリカにおいてはそれ以前からパス導入に必要な基盤整備が行なわれていた事を忘れてはならない。

クリニカル・パスに関連したアメリカの医療の特徴をみると、まず歴史的に病院は教会などの養護施設が起源である為、医師が外から診察に訪れる習慣が今に続いており、病院におけるケアの主体は看護部門である事が挙げられる。教育レベルも高く、看護部門の管理者となる為には臨床経験以外にいくつもの試験を合格しなければならない仕組みとなっており、ケアを担う部門がその業務改善を考える事は当然の事であった。又、パスの作成には過去の事例の検討が最も重要であるが、ICDコーディングによる診療録整備が1960年代から行なわれていた為、これが容易であった事も見逃せない。DRG/PPSの導入で効率性を求めるあまり粗診粗療となる危惧があったが、1950年代から学会自らの手でスタートさせた質の管理に関する機能評価の流れがしっかり根づいており、病院に対してJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) による3年毎の全診療機能の厳格な審査があり、各施設ではこれに対応する為の継続的な業務改善が行なわれており、大きな問題とならなかった。

医療制度を中心としたアメリカの医療の歴史

1940年 HMOのルーツをカイザー導入

< 1945年 拡大期 >

医療供給体制の充実

1946年 ビルバートン法 病院病床不足地域の整備

コミュニティーホスピタル

1951年 診療の標準化 JCAHの創設 質の管理の開始

連邦政府による高齢者医療の拡充

1965年 メディケア・メディケイド創設 診療録への

ICDの義務づけ

1966年 包括性医療計画法

1968年 エール大学でDRG研究開始

GNP比5.9%

< 1970年 調整期 >

各州・連邦政府による供給体制の調整

1970年 ニューヨーク州でCON必要証明制度開始

GNP比7.4%

1973年 HMO法の創設 マネージメントケアへ

1974年 国家医療計画・資源開発法の創設

< 1980年 抑制期 >

価格調整と効率的システムの追求

1982年 PSROがPROに改組 ICD9CMをDRGに改編

1983年 メディケアパートAにDRG/PPS導入

GNP比7.9%

マネージメントケアの進展

1985年 カレン・サンダー クリティカル・パス開発

(ケア・マップ)

1988年 ニューヨーク州がメディケア以外にも

DRG(All patient DRG)を導入

1990年 エール大学APDRGを開発 質の評価に使用

1992年 メディケアパートBにRBRVSの導入

1993年 米国病院協会で1,500人のケースマネージャー認定

GNP比10.4%

1998年 全米1/3でクリティカル・パスの導入

GNP比13.6%

<日本における先駆的施設の導入の動機>

日本における先駆的な施設でのパス導入の動機をみると看護業務の改善、インフォームド・コンセントへの利用、ケアの標準化、チーム医療が大半をしめるが、最近では当初から医療の質の向上という高い目標をかかげる施設もみられるようになり、亀田総合病院では同時に電子カルテの導入も行っており、練馬総合病院ではTQMの一貫ととらえて導入している。

一方、アメリカの病院では経営とのかねあいコスト削減・在院日数短縮が目的となっており、日・米の医療環境の違いも認識しながら導入の目的を決めるべきである。

クリニカル・パス導入の主な動機	
看護業務の改善	榊原記念病院（1992） 青梅市立総合病院（1993） 済生会中央病院（1995）
インフォームド・ コンセント	済生会熊本病院（1994） 浦添総合病院（1997）
ケアの標準化	竹田総合病院（1995）
医療の質向上	練馬総合病院（1998）

<クリニカル・パス導入の目的>

クリニカル・パスは「患者本位の医療をする為にサービスの連携を行い、ケアの質の改善とコストの適正化を進める³⁾」為に導入をはかるべきであり、患者のニーズに従った適切な治療を提供し患者・家族とスタッフの相互教育も行いながら、ケアとコストの効率化を考える必要がある。具体的には、チーム医療を行うために情報の共有化をはかり、患者の同意と協力をえながら業務の効率化を目指す事、常に治療成績の評価を行うと共に患者満足度調査・職員満足度調査を行って、各々の施設の質の向上を計る事が重要であろう。新人を中心とした教育システムへの応用も考えるべきであり、ケアの標準化の為に職員のレベルの均質化も可能になろう。在院日数の短縮はこれらの結果として必然的にもたらされるもので、最初からこれを目的とするのは患者本位の医療からみて本末転倒と考えるべきである。パスの導入がコストの削減には必ずしもつながらない場合も報告されているが、資源の効率的な運営や、他施設との比較が可能となる点で経営管理のツールとしても有用である。

クリニカル・パス導入目的

- 1) チーム医療
- 2) 質の向上
- 3) 教育システムへの応用
- 4) 在院日数の短縮
- 5) 資源の効率的運営

< クリニカル・パス導入の実際と展開 >

導入から展開までにはいくつかの段階が必要である。まず第1段階は臨床の現状検証に始まる。記録から時系列毎に誰が何をどのようにしてケアをしてきたかを検討し、業務の流れの中での無駄を見つける作業である。チーム医療として業務の流れをどのようにすればよいのかを考え、組織的にケアの標準化を図るのが次の段階である。この際には、資源の効率化の程度や治療結果に対する目標を設定する事が重要で、これらを十分考慮した試行版の作成を行い運用に移るべきである。第3段階では試行で

みられたバリエーションの記録の分析を行って改善点を明らかにし、試行とバリエーション分析を数回このくりかえしをした後に本格運用に移行する。継続的なケアの効率化と質の向上を考える事が院内の諸々のシステムの改善につながり、最終的にはTQMが実行される事となる。

クリニカル・パス導入・実施を成功させる鍵は色々あげられるが、まずパスの委員会を設置し、導入の目的を明確にし十分な準備期間の設定を行う事である。作業は医師を中心とした多部門の協力体制を作り、診療記録の十分な分析を行う事から始めるべきであるが、同時に職員に対してクリニカル・パス導入の意味を説明すると共に種々の教育を行い、そのレベルの均質化をはかる事が大切である。検査入院に対するパスの導入など簡単なものから作成し（Plan）試行を行い（Do）その結果を評価し（Check）改善しつつ実行（Act）していく事が重要で、このPDCAサイクルを回しつつ、まずは自院のレベルに応じたクリニカル・パスを作りあげると良い。パス運用には患者との協同作業が大変重要であり、ケア内容の理解の為に患者用に図・絵を使用した分かりやすいパスの作成も必要で、これに従ったインフォームド・コンセントが推奨される。ケアの主体を担う看護部門ではパスに合わせ毎日の記録をかねたワークシートの使用が便利であり、記録に要する時間の短縮も可能となる。

クリニカル・パスの導入と段階

- | | |
|------|----------------------------|
| 第1段階 | 臨床の現状検証による
業務の明確化 |
| 第2段階 | ケアの標準化と
目標の設定・試行・導入 |
| 第3段階 | バリエーションの分析による
改善点の明確化 |
| 第4段階 | TQMとしての継続的な
ケアの効率化と質の向上 |

クリニカル・パス導入及び実施のこつ

- 1) トップダウン
 - 医師を中心としたパス、作成、運用の委員会
 - ・全職員参加
 - ・十分な記録の分析
 - ・職員教育
 - ・簡単な検査、定型的治療の疾患から採用
 - ・試行－分析－評価－改善の繰り返し
(バリエーション分析の重視)
 - ・患者用、職員用のパスの作成
- 2) 記録をかねたワークシートの作成
 - 看護職員からのケースマネージャーの採用
 - 毎日の患者からのヒアリング

クリニカル・パスは各々の施設の医療チームのレベルに応じたものを標準化して作成するものであるから、先進的な施設のパスが各々の施設にとって最適なパスとは限らないので注意を要する。

クリニカル・パス委員会の設置はパス導入には欠くべからざるものであり、委員会では対象疾病の選定を行い情報収集を行う。各々の疾患の過去の診療記録から、必要なケア項目の選定を行いパスの試行をし、その結果を分析する。実施には、全体のまとめ役としての権限をもったキーパーソンとしてケースマネージャーの指名を行っておく事が重要であるが、一般的には婦長・主任が適当である。パスの使用において患者の個性への対応が問題になるが、入院前の患者のデータベース作りの時点、治療計画が作成される時点、バリエーションが生じた時点というように、色々な段階で対応可能であり、むしろ個性性を考える事が大切である。医師の裁量権については最初からあまり細かなしぼりを設ける事は賢明ではなく、裁量権を残すように導入し治療結果を比較させながら次第に各医師の治療方針を一本化するのが良い。

クリニカル・パス導入はトップダウンで行うべきで、その目的・教育・実施計画を示し、委員会を設立し、先にのべたP D C Aサイクルが3～4回まわったところで委員会へ権限移譲し、T Q Mへ進むのが良い。同時にパスを使用して時間軸毎のコストやケア項目別のコストを出すようにすると、経営管理に大いに寄与すると共に自然に職員にコスト管理の意識も生まれる。症例毎の一入院全体の診療報酬と厚生省版試行の定額払いとの比較を常に行い、現状の請求が高ければその理由を十分把握しておく事と、今からコスト管理を厳重にしておく必要がある。

< クリニカル・パス導入と並行して行うべき事項 >

現在厚生省版定額払い方式の試行がなされる一方で、今回の診療報酬改定で急性期特定病院にクリニカル・パスなどの標準的治療計画の作成とICDによるコーディングが必要事項として盛り込まれた。正確な病名づけと標準的治療の規定は、近い将来急性期医療に定額払い方式を何らかの形で導入される布石と判断されるので、その準備として必要な事項を右表に挙げた。

クリニカル・パス導入と 並行して行うべき事項

- 1) ICDによるコーディング
- 2) 記録の見直し
- 3) 物品管理システムの確立
- 4) アウトカム達成度
- 5) 患者満足度調査・職員満足度調査
- 6) コスト計算方法の確立

統一した病名・処置のコーディングは、同じ疾患について他施設と比較する場合の必須事項である。正確なコーディングには、ケアの内容が整理され記載された診療記録が必要であるが、パスに合わせた簡素化した記録の改善にあわせて整備すると良い。パスの導入により治療・処置に使用する物品のセット化も可能で、これにあわせて物品管理システム

の確立はコスト管理に欠くべからざる作業である。パスの使用では必ずそのケアの成果について目標設定がなされるので、その結果の検討とパスの運用に対する患者・職員の満足度の検討が質の維持に大変重要である。定額払い方式の導入を考えると細かなコスト計算が必要となるが、パスを利用して各疾患の在院日別・部門別・ケアの項目別コスト計算を行うと良い。人件費やキャピタルコストの配分は難しいところもあるが、出来ればタイムスタディを行い各々の施設で一定のルール作りを行えば、施設内での比較は容易となり資源の効率化がはかれる。

< クリニカル・パスを利用した医療の質の改善 >

I C Dによるコーディングが行われ、また、患者一人当たりのコスト計算が可能になった施設では、疾患別の平均在院日数、平均コストとクリニカル・パスを組み合わせることで医療の質の改善に利用することができる。

従来、医療技術の質を測定する基準が明確にないため、医師および医療機関の診療能力を測定することは極めて困難な問題であったが、平均在院日数が短く、平均コストが低く、再入院率、再手術率などが低いということは早く治療が完結し効果の乏しい医療行為は行わず、しかも治療成績が良い事を示すもので医療技術の質を評価する一つの指標となりうる。在院日数が短く、コストが低く、成績のよい治療法が質の高い効率的な治療法であるということもでき、この基準を用いれば院内での医師ごとの比較、他の医療機関との比較も可能となる。この最良の治療法を見つけだすためにクリニカル・パスは重要な手段として利用することができる。

< 経営戦略からみたクリニカル・パス >

今後の病院に求められる Key Wordは「良くわかり、良くなる、早い、安い」である。患者用パスのインフォームド・コンセントへの利用で患者の同意をえ、標準化された治療により目標とした成果をあげられれば、患者は確実に満足するであろう。勿論、他施設との治療内容・成績の比較は常に行うべきであり、治療効果の評価システムの構築が必要である。チーム医療により在院日数の短縮が得られ、コストの管理により患者の負担も減少すると患者に不満足な事はないはずである。但し現行の診療報酬では、在院日数短縮による入院ベッドの利用率低下が経営を圧迫する事もあり、各々の施設での入院待機患者数やケースミックスを十分把握し対応すべきである。

病院経営の3大原理として、規模が大きく広い範囲をカバーしネットワークも密である施設が望ましいといわれ、大病院で多くの診療科をもち、病診・病々・介護福祉にまで事業を展開している施設が理想的であるが⁴、実際にはこのような施設は少ない。各施設では、自院の位置づけをしっかりとらえ、情報の共有化を基本とした医療・介護・福祉の地域

ネットワークとの連携が必要である。特に高齢社会の中では、高齢患者の急性期から慢性期までのトータルケアプランに従った対応が必要であり、クリニカル・パスもそれぞれの病期にあわせて作成して使用すべきであり、パス利用により情報の開示も容易となる。各施設においては自院の機能を明確にした上で、機能の項目を縦軸に必要な部門を横軸としたマトリックスを作り、各々の関わり合いの度合を決定し、実際の対応がどうなっているかを評価して、職員の配置や教育をすべきであるが、クリニカル・パスはケアの内容と時間軸のマトリックスの中で物を考える為、自然にこの発想が身についてくる。従って、クリニカル・パスの導入により組織改革を考え経営感覚を身につけた職員が増える事となるだろう。

クリニカル・パスは、臨床データとコストデータの2つのデータベースシステムの統合という見方もでき、ケアとコストの適正化に大きく寄与するものである。通常医療機関全体での収支をみても、診療科別、部門別の収支を計算しても経営改善のポイントを見つける事は難しい場合が多い。しかし、疾患別の収支が把握できれば、自院の診療能力の範囲で効率的な治療を行えるのはどこか、非効率的な部分はどこかが明らかとなってくる。自院の疾患別のABC分析を行い、上位の疾患からクリニカル・パスの導入を行えば、経営効率を高めることが可能であり、更にクリニカル・パスを作成する過程で、不必要な検査はないか、不必要な治療行為はないかなどを検討することは医療の質を向上させるとともに、不必要なコストの削減にもつながる。パス使用により、一般的にコスト削減をはかれるが、削減が予想より少なくてもケアの内容が充実して患者・家族が満足すれば広告塔となりうるし、職員のレベルアップの評判は優秀な人材の応募にもつながるはずである。いたずらにコストの削減を求めるのではなく、効率的に質の高い医療を行うツールとして利用するという考え方でクリニカル・パスの導入が計られるべきである。

<参考文献>

- 1) 佐野 文男 クリティカル・パス 北海道医報 1997
- 2) 阿部 俊子 クリティカル・パス 医学書院 1999
- 3) Kathleen Schrader クリニカル・パス US Hospital management bulletin TERUMO 1999
- 4) 立川 幸治 クリティカル・パス 医学書院 1999

< 実践編 >

練馬総合病院におけるクリニカル・パス の考え方と経験

財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 院長 飯田 修平

クリニカル・パス

～ 取り組みの実践報告～

医療法人仁愛会 浦添総合病院 理事長 宮城 敏夫