

適切な医療に貢献できるクリニカルパス管理運用体制の整備

久留米大学医学部付属病院 原島 光代

【概要】

平成 25 年 1 月より電子カルテ導入に伴い、紙パスから電子パスへ移行作業を開始した。パス評価の仕組みは、DPC の考慮、看護師主体のパス作成に起因する病態アウトカムの欠落、チーム医療としての検証が不十分などの問題があり、脆弱なパス評価の仕組みを改善する必要があった。クリニカルパスは、患者が標準化され保証された医療を自分自身で確認し治療が受けられる。また医療者は、計画的に医療の説明を行い安全性の高い医療の提供が可能なツールである。私は、病院パス委員会の副委員長として、パス作成・登録・運用上の問題解決を医師や医療スタッフメンバーと共に行い、安全で安心な医療の提供、在院日数の短縮・コスト削減に貢献する適正パスの管理システムを整備することを目的に管理実践計画を実践した。方法は、適切なパスを評価する体制の構築ために、バリエーションの大きなパスを洗い出す仕組みの改訂と適用した電子パスを評価する評価小委員会を設立し、評価の仕組み作りを行なった。パス申請時の改訂内容は、パス申請の段階での評価項目に医事課職員の DPC 確認と事務職員による I.C 計画の有無の確認を追加した。当初 DPC 期間の確認で適正とされた件数は、パス申請 181 件中 156 件で徐々に DPC 期間への関心は向上した。I.C のタスクは、一部の I.C は外来で実施されるため、入院後に I.C の理解の確認を入れることで患者の意思決定の確認・支援へつながることをねらった。使用した電子パスの評価は、電子パス利用 10 件以上を目安として適用パスの評価を行うため評価小委員会を設立した。2014 年 1 月までの電子パスの承認は 156 件。42 種類のパスが使用され、延べ 320 人に適用された。適用パスの評価は、12 月に呼吸器パス評価を行った。対象パスの設定期間 12 日に対して平均在院日数は 15.6 日で入院期間の調整が行われていた。出現 DPC は 4 つで、12/15 件に適用された DPC は「肺の悪性腫瘍手術あり手術処置等 2 なし」で、入院日 II は 17 日で、在院日数は 13 日をピークに正規分布し、オーダの分布は、手術前 1 日～手術後 10 日までに集中していた。評価小委員会では、手術前検査に関する外来での検査への移行の是非を問題とし、診療部長会へ入院前検査の実態・治療期間と看護必要度の推移の関係等を提示し、医師の関心を高める事をねらっていく方法を考えた。評価小委員会での評価内容は、何を変えたいのかを明確にしなが、継続的な検討が必要である。

【背景】

平成 25 年 1 月より電子カルテを導入した。紙パスから電子パスへ移行する際の問題点が十分整理されないまま電子化しようとしたため問題が発生している。問題とは、看護師主体でパスが作成されることに起因する病態アウトカムの欠落、チーム医療として多職種での検証が不十分、電子運用基準が明確でない、適用したパスの評価の仕組みが脆弱なことである。

今年度の病院目標は、「全入院型パスの作成・電子パス登録の推進により、在院日数の短縮を図る」事にある。私の立場は、病院パス委員会の副委員長で、パス作成・登録・運用上の問題解決を医師や医療スタッフメンバーと共に、在院日数の短縮・コスト削減に貢献する適正パスの管理システムを整備することである。患者は標準化され保証された医療を自分自身で確認し治療が受けられる。また医療者は、計画的に医療の説明を行い安全性の高い医療の提供が可能となる。

【実践計画】

- 1) 適切なパスを評価する体制の構築
 - (1) バリエーションの大きなパスを洗い出す仕組み
 - (2) パス評価票の作成と使用・評価

【結果】

- 1) 適切なパスを評価する体制の構築

(1) バリエーションの大きなパスを洗い出す仕組み

- ① パス審査の見直し：電子パスへ移行する紙パスは729種類である。パス審査は、従来の自己審査に加え、全入院型パス申請時に医事課がDPC 2SD以内の期間である事をチェック後、審査する流れへ変更した。パス申請181件中156件が適正期間であった。5月の電子パス申請準備段階でインフォームドコンセントの手順が確認できないものが23/46件であったため、パス作成時の注意点を再度クリニカルパス委員会で説明したことで解決した。2014年1月までの電子パス承認156件（部分パス36件、全部パス120件）。42種類のパスが使用され、延べ320人に適用された。電子化のためのパスの作成・申請のルールに関しては委員会を通じて説明を行ったが、実践する中での疑問や意見等があり現場との認識のずれが生じていた。そのため、相談窓口の役割をパス副委員長が担い、現場との調整を図った。
- ② 電子パス再評価の仕組みを作るため、看護部長とクリニカルパス委員長へ多職種からなる評価小委員会を提案し、病院クリニカルパス委員会の承認をうけ設置した。優先する評価対象パスは、在院日数16日以上全入院型パスから始めた。12月に病院経営室が、呼吸器パス適応症例のオーダ実施状況と適用期間を抽出。対象パスの実患者数は15名。対象パスの設定期間12日に対して平均在院日数は15.6日であった。出現DPCは4つで、12/15件に適用されたDPCは「肺の悪性腫瘍手術あり手術処置等2なし」で、入院日Ⅱは17日で、在院日数は13日をピークに正規分布し、オーダの分布は、手術前1日～手術後10日までに集中していた。小委員会では、手術前検査に関する外来での検査への移行の是非が問題となった。

(2) パス評価票の作成と使用・評価

審議事項：看護部クリニカルパス委員会で評価項目（案）を検討した。評価の視点は、収益と在院日数のバランスがとれている。コスト管理（検査オーダ・パス設定日数・オーダバリエーションの内容と件数・DPC診療報酬算定とパス適用患者の実質報酬算定の収支）医療の質管理（説明と同意のプロセスがある。栄養・薬剤・リハビリ等）、アウトカムにつながる実施計画・観察計画の一貫性の評価等である。しかし、現段階でバリエーション抽出が電子的に行えないことや、評価者の負担が大きいことから、まず、利用件数が多いパスを対象に、適用したパスの適用件数と期間、オーダ実施状況を可視化し、診療部長会、看護部クリニカルパス委員会、評価対象病棟に結果を報告した。同時に、看護部クリニカルパス委員会へBOM（Basic Outcome Master）とアウトカムバリエーション発生時の記録の簡便化に関する教育を依頼した。BOMはクリニカルパスで使われるアウトカムを、電子化を見据えてクリニカルパス学会が標準化しマスターとしたもので、患者アウトカムの大分類として「患者状態」、「知識・教育・理解」、「生活動作・日常動作・リハビリ」からなる。

【評価および今後の課題】

1. 電子パスの作成件数に対し、患者適用は限定した診療科であった。継続的に関係会議で報告・ヒアリングによる課題整理と対応を行い適用率の向上に取り組む
2. クリニカルパス申請時に、医事課によるDPCチェックが入ることで適正期間内でのパス作成ができた。今後、患者に適用したパスの経済的効果の評価する
3. 組織成員のベクトルを多職種でのパスの見直し・評価へ向け、そのダイナミクスを推進力として取り込むための中心的役割を果たす評価小委員会を設立した。
4. 推進力を広げるためには、各職場の、ベクトルを一定方向へ向け、組織内での抑止力を推進力に変換し、活動をスムーズにすることが必要である。そのためには対応窓口が有効であった。
5. 評価委員会での評価内容は、何を变えたいのかを明確にしながら、継続的な検討が必要である。
6. 在院日数の短縮には、入院パスの検討だけでは限界がある。外来受診から入院までの期間の検査・オリエンテーション、入院時からの退院調整など医療チームとしての管理手法の検討が必要である。