

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成28年度）

【地域事例班】新しい概念に基づく大腿骨頸部骨折連携クリニカルパスによる急性期病院から回復期病院への地域連携

研究分担者 副島 秀久（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

済生会熊本病院と日常的に医療連携関係を構築している A 病院との間で運用する大腿骨頸部骨折連携クリニカルパス（以下パスと略す）を作成した。使用する医療用語は日本クリニカルパス学会から刊行されている Basic Outcome Master (BOM) を使用し、A 病院での看護の標準化による医療の質と安全の担保、将来の電子化とデータの二次利用を視野に従来の看護記録を日めくりパスに変更した。また患者状態アセスメントに使用する転倒転落評価、嚔下評価、疼痛評価ツールを同一のものとし、転院時に提供する診療情報項目を規定した。ADL 評価指標は2施設とも FIM に統一し FIM 評価方法に関する勉強会を開催し、転院直前に A 病院理学療法士が済生会熊本病院に来院し FIM 評価を共有した。A 病院では連携パス、日めくりパス導入により働き方が変わり負荷が増加する不安があったものの、日めくりパス運用開始後はパスが看護観察内容の標準化を実現しケアの質改善と多職種間で遅滞なく患者情報を確認できるという肯定的な受け止め方に变化した。また両施設のスタッフが日めくりパス記録を相互評価することは、自院の診療プロセスと記録の在り方を見直す良い機会にもなった。本研究期間が短かったため連携パス導入による在院日数、ADL 改善度、合併症発症頻度、等に対する検証はできていないが、今後症例集積により連携パス導入の成果を明らかにする。

A．研究目的

これまでの地域連携クリニカルパス（以下、パスと略す）では、特に回復期病院のパスにアウトカムと時間軸の設定がなされていない例が多く、また患者状態のリスク評価方法や ADL 評価方法、記載する医療用語、医療記録の形式等が標準化されていなかった。このため医療記録データの二次利用が困難で、地域医療連携の医療資源、時間投入対成果を患者アウトカムベースで評価することが困難であった。

本研究では当院と一カ所の連携病院（A 病院とする）との2施設間で運用する大腿骨頸

部骨折連携パスを作成し、全経過の患者アウトカム、時間軸を明確にし、患者リスク評価方法、医療用語、医療記録形式を標準化した。この一連の取り組みの課題、成果を明らかにする。

B．研究方法

1) 対象と研究期間

平成29年1月1日から3月31日までに大腿骨頸部骨折で当院へ入院し、骨接合術を受け、A病院へ転院した患者4名が対象である。

2) 研究方法

本クリニカルパス学会から刊行されている BOM (Basic Outcome Master) に搭載されている医療用語を用いて連携パスを作成した。さらに当院で使用している大腿骨頸部骨折パスを参考に、転院先でも継続して観察していくアウトカムとそれに紐づく観察項目を、両施設の看護師、理学療法士、医師が協議の上決定した。その上でオーバービューパスと日めくりパスを当院だけでなく A 病院にも導入し、転院前後を通じ一貫して観察するアウトカムの変化を評価した。

患者状態評価ツールを両施設に於いて共通化した。具体的には、転倒転落評価、嚥下機能評価、疼痛評価のツールを完全に同一のものとした。このツールを利用して転院前後を通じ一貫した患者状態の評価を行った。

ADL の評価指標が当院では Barthel Index (BI)、転院先施設では Functional Independence Measure (FIM) であり両施設で異なっていたため、これを FIM に統一した。FIM は採点に際して評価者バイアスが入る可能性があるため、両施設職員が参加する FIM 講習会を開催し採点方法についての方針を共有した。また転院直前には転院先の理学療法士が当院へ来院し、転院予定患者の FIM 採点を再確認することにした。その上で転院前後の FIM 値の変化について評価を行った。

転院に際して当院から転院先に提供すべき診療情報項目について両施設で協議を行い、担当医、担当看護師、患者が異なっても、提供診療情報内容に漏れがないように、提供診療情報項目の標準化を行った。転院前、転院後に発生した合併症について検討を加えた。

一連の在院日数について検討を加えた。

連携パスを作成し運用していく上での問題、課題、利益について両施設職員にヒアリングを行った。

本来なら連携パス導入効果判定のための指標を設定し、統計学的に解析するべきところであるが、研究期間が短く対象症例数が不十分であることから解析結果までの報告は困難である。従って本報告では連携パス導入以前のデータを参考として提示するにとどめる。

対象患者に大腿骨頸部骨折連携パスを適用したあとアウトカムが達成できない場合や合併症が発生した場合は、主治医判断でいつでも連携パスを中止し適時適切な診療を行うことを可能とした。

A 病院では電子カルテ導入はまだであり、紙記録での運用である。

(倫理面への配慮)

本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。大腿骨頸部骨折連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

C. 研究結果

日めくりパスの記載内容については実際の記録を提示することはできないため、書式を図示し記載内容の要点、問題点を記述する。

連携パス: オーバービューパス(図 2-3 . 1)

パスの構造は上段にパスの済生会熊本病院適用基準、済生会熊本病院除外基準、済生会熊本病院ゴール設定およびA病院適用基準、A病院除外基準、A病院ゴール設定が掲載されており、両施設がこれを共有することができる。つまり済生会熊本病院のゴールはA病院の入院受け入れ基準であり、またA病院での最終ゴールを両施設スタッフが知ることが可能である。その下の段では両施設の日々のアウトカムと必要なタスクを一覧できる。

図 2-3 . 1 医療者用大腿骨頸部骨折連携オーバービュークリニカルパス

連携パス: A病院の日めくりパス(図 2-3 . 2、図 2-3 . 3)

日々のアウトカムとそれに紐づく観察項目はすべて Basic Outcome Master で構成されており、観察項目の基準値も設定されている。このため基準値を外れる「異常」な状態であるという認識をしやすい、様々なレベルの看護師間のレベル向上に役立つ。両施設の医師、看護師、理学療法士と話し合い、2施設間で継続して観察していくアウトカムと観察項目、その基準値を決定した。回復期病院では状態の悪化がない限り観察と記録は1日1回であったことから、入院日のみ複数回の観察と記

録を実施する設定にしてある。対象となった4例において、パスに設定された観察と記録の漏れはほとんどなかったが、初期経験で不慣れなせいか、今回看護師にとっては初めて取り組んだ看護師による FIM 評価値の記録に漏れがあった。日めくりパス右欄のバリエーション時の記録も漏れなく記載されていた。一例に尿路感染に基づく3日間の発熱と主治医からの内服抗生剤オーダーがあったが、観察時刻の発熱がなかったために日めくり記録への記載が漏れていた。今後の記載ルールの見直し、継続的な教育が課題である。

大腿骨近位部骨折連携クリニカルパス()

図 2-3 . 2 A病院日めくりパス(入院日)

大腿骨近位部骨折新遷換クリニカルパス()

| 患者氏名 | 主病名 | 経過観察期 | OC | 内容/アクション | | | | | | | | | | |
|--|-----|-------|----|----------|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|
| 月 | 日 | 曜日 | 月 | 日 | 曜日 | 月 | 日 | 曜日 | 月 | 日 | 曜日 | 月 | 日 | 曜日 |
| <p>目的</p> <p>時間</p> <p>サイン</p> <p>H/O 0009: びくたリンが安定している 収縮期血圧(測定値: 90-120mmHg) 拡張期血圧(測定値: < 100mmHg) 体重(測定値: < 35kg) 100%増 脈拍数(測定値: 50-100回/分)</p> <p>H/O 0180: 肺炎の症状、所見がない SPO2(測定値: > 92%) 呼吸音の聴取がない [測定値: 正常 / パルス: 正常, 異常, 115%増, 増強, 減弱, 減弱, 異常] 咳痰(分泌物の量、性状)に問題がない [測定値: 正常 / パルス: 正常, 異常, 115%増, 増強, 減弱, 減弱, 異常]</p> <p>H/O 0170: 肺野陰影の減少、所見がない! 肺野陰影がない! 肺野陰影の減少、所見がない! 肺野陰影がない!(右下肺) 肺野陰影がない!(右下肺) シフトがない!</p> <p>H/O 02130: 肺野陰影の減少、所見がない! 肺野陰影がない! 肺野陰影の減少、所見がない!(後)</p> <p>H/O 02740: 呼吸のコントロールができていない ANS(測定値: 0-3) 呼吸器の聴取(呼吸音) [測定値: 正常 / パルス: 正常, 異常, 115%増, 増強, 減弱, 減弱, 異常]</p> <p>H/O 01680: 食事摂取ができていない 食事摂取量(朝食、夕食) 食事摂取量(朝食、夕食) 食事摂取量(朝食、夕食) 食事摂取量(朝食、夕食) 食事摂取量(朝食、夕食)</p> <p>H/O 01710: 排便のコントロールができていない 排便がない</p> <p>H/O 02400: 嚥下機能が安定している 嚥下機能が安定している</p> <p>F 00020: ADLの拡大ができる FIM: 歩行(測定値: 4) FIM: 移動(測定値: 4)</p> <p>K 00010: 薬剤について理解できる 薬剤について理解できる 薬剤について理解できる 薬剤について理解できる</p> <p>000100: 薬品・処方の管理 000100: 薬品・処方の管理 000100: 薬品・処方の管理 000100: 薬品・処方の管理</p> | | | | | | | | | | | | | | |

図 2-3 . 3 A病院日めくりパス (入院翌日以後 7 日目まで)

嚥下評価アセスメントツール(図 2-3 . 4, 図 2-3 . 5)

済生会熊本病院では看護師による嚥下スクリーニング(図 2-3 . 4)を実施する。これは電子カルテのテンプレートになっており、1項目以上該当すれば次に嚥下評価アルゴリズムに従って嚥下評価を実施する。これに基づき食事形態が決定するが、必要に応じ嚥下認定看護師が介入していた。A病院ではすべてSTが嚥下評価を実施し看護師は関与していなかった。今回、済生会熊本病院の嚥下評価アルゴリズムを基に2施設間で新たなアルゴリズムを作成し、A病院でも看護師が嚥下評価のスクリーニングを実施することになった(図 2-3 . 5)。A病院内での看護師教育と

サポートにより、4例とも嚥下評価を実施されている。また、パスに口腔ケアの設定が明記され、確実に実践されていた。

| 嚥下機能スクリーニング |
|------------------------------|
| 年齢80歳以上 |
| 食事や飲水でもむせたことがある |
| 意識障害 |
| 脳疾患(既往および罹患を含む) |
| ご縁が疑われる肺炎や繰り返す肺炎(既往および罹患を含む) |
| 顔面麻痺 |
| 構音障害 |
| 嚙声 |
| 機関チューブ挿管後 |
| 気管切開 |
| 経管栄養からの移行 |
| 絶食5日間以上 |
| 主治医からの嚥下評価指示 |

図 2-3 . 4 嚥下スクリーニング

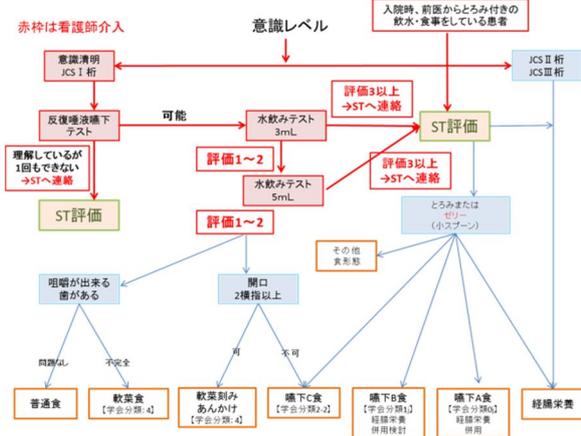


図 2-3 . 5 嚥下評価アルゴリズム

転倒転落評価アセスメントツール(図 2-3 . 6)

転倒転落評価アセスメントツールは両施設で運用されていたが、評価項目、評価スコア、評価基準に若干の違いがあったこと、大腿骨頸部骨折患者は転倒が受傷理由であり転倒転落リスクは危険度(高)に値することから、済生会熊本病院のアセスメントツールを共有することになった。4例ともA病院においての運用に問題はなかった。転倒転落対策については入院環境整備に関する投資も必要であ

るため、現時点では同一の対策が完備しているわけではない。

| 転倒・転落アセスメントスコア | | |
|----------------|---|-------|
| 項目 | アセスメント内容 | スコア |
| 年齢 | 70歳以上、12歳以下 | 2点 |
| 既往歴 | 転倒転落したことがある 失神したことがある | 2点 |
| 感覚 | 視力障害がある | 1点 |
| 環境 | 緊急入院 入院日 | 1点 |
| 機能障害 | 転科・転棟当日である 麻痺がある、しびれ感がある 骨・関節に異常がある（拘縮、変形） | 3点 |
| 活動領域 | 足腰の弱り、筋力の低下がある 車椅子、杖・歩行器を使用している 移動に介助が必要である ふらつきがある リハビリ開始時期、リハビリ実施中である 手術、侵襲的検査・治療当日である 転倒・転落発生後24時間以内 | 3点 |
| 認識力 | 見当識障害、意識混濁、混乱がある 認知症がある 判断力、理解力、記憶力の低下がある 不穏行動がある | 4点 |
| 薬剤 | 鎮痛剤 麻酔剤 睡眠安定剤 抗パーキンソン在 降圧利尿剤 洗腸緩下剤 化学療法剤 | 各項目1点 |
| 排泄 | 尿・便失禁がある 頻尿がある トイレ介助が必要 尿道カテーテル留置 夜間トイレに行く | 各項目2点 |
| 症状 | 発熱がある 状態変化がある（血圧低下、呼吸困難、疼痛など） 腹水貯留、浮腫がある | 2点 |
| 危険度判定 | 危険度低リスク0～5点：転倒・転落を起こす可能性が低い 危険度高リスク6点以上：転倒・転落を起こす可能性が高い | |

図 2-3 . 6 転倒転落アセスメントツール

疼痛評価スケール¹（図 2-3 . 7、図 2-3 . 8）

疼痛評価スケールも両施設で使用されていたが、フェイススケール、NRS の図、疼痛部位、疼痛の性質等に関する質問方法が異なっており、A 病院のものを共有することにした。4 症例においてすべて NRS 評価と記録がなされており漏れはなかったが、基準値を外れるバリエーション時の対処に関する記載がなかった。実際には医師記録の方に鎮痛剤投与の指示に関する記録があったが、今後は日めくりパスにも記載する方針を検討すべきと思われた。

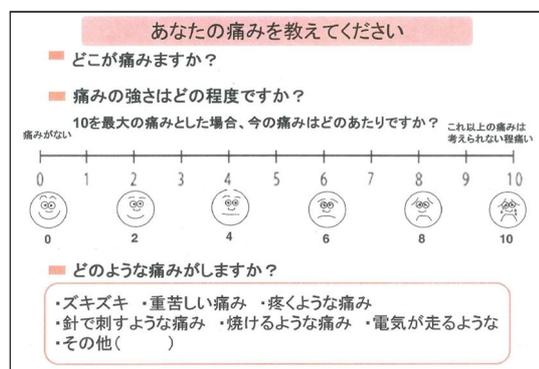


図 2-3 . 7 済生会熊本病院の疼痛評価スケール

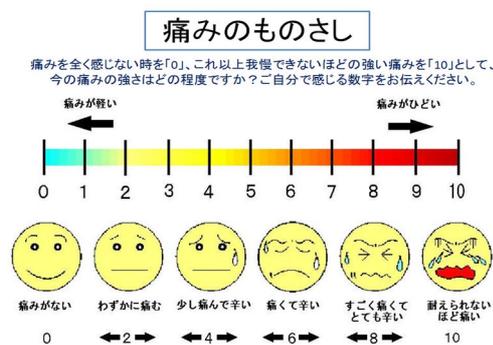


図 2-3 . 8 A 病院の疼痛評価スケール

転院時の診療情報提供項目(図 2-3 . 9)

転院調整期間の無駄をなくし転院後のリスクを最少化する目的で、両施設の医療連携担当者を中心に、看護師、医師、理学療法士から意見聴取したうえで転院時に必要な診療情報項目を図に示す通り標準化した。以前は済生会熊本病院主治医が作成した診療情報提供書を基に A 病院内で転院受け入れの可否を相談していたため、診療情報提供内容に追加を求められ転院の再検討をする転院調整期間の無駄があったが、本書式を採用後は診療情報提供項目の追加要求は発生していない。

¹ Wong DL, Baker CM.. Pain in Children: Comparison of Assessment Scales. *Pediatr Nurs.* 1988;14(1):9-17. <<http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2010/08/pain-in-children.pdf>> 2017年5月23日アクセス

| 【 】 病院宛転院相談記録 | | | |
|---------------|--------------|---------|-------|
| 紹介元 | 済生会熊本病院 | 診療科 | 医師名 |
| 患者名(フリガナ) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 患者名(漢字) | | 年齢 | 性別 |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 病名 | | | |
| 入院までの経過 | | | |
| 既往歴 | | | |
| 家族構成 | | | |
| 内服薬 | | | |
| 持続点滴 | 酸素吸入 | | 注 |
| 人工呼吸器 | 気管切開 | | |
| 吸引 | 褥瘡 | | |
| アレルギー | 薬品 | 食品 | |
| 【感染】結核 | 【感染】MRSA | 【感染】その他 | |
| その他 | | | |
| 食事 | 経管栄養 | | |
| 嚥下障害 | 経管栄養内容 | | |
| ADL(リハビリ) | 移動手段 | | |
| 排泄 | | | |
| ナースコール | | | |
| 精神障害 | 認知症 | 言語障害 | |
| かかりつけ医 | | | |
| 介護保険 | 居宅 | ケアマネ | |
| 方向性と急変時対応 | | | |
| エアマット | 使用中のエアマット | | |
| 病室希望 | キーパーソン | | |
| 睡眠状況 | 転倒リスクと補助具 | | |
| 転院目的 | | | |
| 連携パス使用の有無 | | | |
| 記載日 | 記載者(患者相談支援室) | | |

図 2-3 . 9 標準化された転院時診療
情報提供項目

連携パス導入前後の症例比較

大腿骨頸部骨折患者に対し骨接合術を実施した患者の年齢中央値、性別、済生会熊本病院と A 病院の入院期間中央値、A 病院入院時と退院時 FIM(中央値)、済生会熊本病院と A 病院での合併症について、連携パス導入前後の症例を参考までに提示する。A 病院での 1 日あたりリハビリ単位数は 6 単位を目標にしており、この点は連携パス導入前後での変化はない。対象は平成 28 年 1 月から 6 月までの期間(連携パス導入前群とする)と、平成 29 年 1 月から 3 月までの期間(連携パス導入後群とする)に済生会熊本病院に入院し当該手術を受け A 病院へ転院した患者、各々 7 名と 4 名である。

連携パス導入前群：年齢中央値 75 才、男：女 = 2 : 5、済生会入院期間中央値 13 日、A 病院入院期間中央値 57 日、済生会合併症は腓骨神経麻痺 1 例、深部静脈血栓 3 例、尿路感染症 1 例、A 病院合併症は敗血症での済生会再入院 1 例、低温熱傷 1 例、大球性貧血 1 例で

あった。転帰は自宅退院 3 名、施設入所 3 名、済生会再入院 1 名であった。入院時 FIM(中央値；運動)45、入院時 FIM(中央値；認知)26、退院時 FIM(中央値；運動)58、退院時 FIM(中央値；認知)27 であった。

連携パス導入後群：年齢中央値 88.5 才、男：女 = 0 : 4、済生会入院期間中央値 9.5 日、A 病院入院期間中央値 38.5 日、済生会合併症はなし、A 病院合併症は尿路感染症 1 例、下痢 1 例であった。転帰は自宅退院 2 名であった。入院時 FIM(中央値；運動)51、入院時 FIM(中央値；認知)33.5、退院時 FIM(中央値；運動)83.5、退院時 FIM(中央値；認知)34.5 であった。2 名は 3 月末時点で入院中であるため、入院期間、転帰、退院時 FIM の対象から除外している。

D . 考察

病床機能分化を推進する上では、同一法人内であれ異なる法人内であれ、地域内での医療連携が大前提である。機能の異なる病院施設間を患者が移動することは大きなリスクを伴う。患者状態に関する情報伝達が不十分であれば、移動後に様々なリスクが発生しうる。また患者アセスメントやケアの方針が異なれば、期待される患者アウトカムの達成にも疑問符がつく。この問題は一病院内での病棟間移動においても同様のリスクが発生するとし、世界の病院機能評価基準である Joint Commission International (JCI) でも重視されていることである。

この問題解決を目的に連携パスが始まったと認識しているが従来の連携パスの問題点は、患者状態アウトカム設定が不十分であること、患者状態アセスメント方針が施設間で異なることから、施設毎の医療資源投入量の適切性判断、回復期医療のアウトカム評価、転院後受け入れ病棟の適切性評価、等が困難

となっている。さらには 患者リスク状態の評価方針や情報伝達が不足していること、リスク発生予防方針が異なること、等を原因として急性期から回復期への転院調整に要する時間の無駄が発生しているだけでなく、転院後のリスク発生、急性期病院への再入院、患者・家族への説明内容の齟齬に基づくトラブル、などの要因になっている。

今回連携をした A 病院は病床数 110 床（一般 14、地域包括ケア 40、回復期リハ 56）の施設であり、普段から当院との連携関係のある施設の一つである。済生会熊本病院では数年前から連携施設と転院後の患者の転帰に関する情報交換会を年数回実施している。またそれとは別に看護部では、連携施設間の看護の標準化を図り看護師の教育を複数施設共同で推進する目的で、看護師同士の連携会議を年 1 回実施してきた。こういった顔の見える連携関係があることを背景に、A 病院と連携パスを作成する年間共同事業計画を策定することが出来た。

A 病院ではオーバービューパスは導入されていたが、理学療法士が運用し 1 週間単位で患者の ADL を FIM で評価するものであり、医師、看護師はパスを運用していなかった。本研究では看護記録を日めくりパス形式にすることに力を注ぎ、医師、理学療法士は従来の記録を利用しつつクリニカルパスを参照して、チーム医療を充実させる方針とした。看護師にとっては看護記録の形式そのものが変わることで、不慣れな嚥下評価や FIM 評価が加わることで、業務量の増加、等に対する危惧があったため、看護部一丸となって職員意識の向上とルールの周知、徹底が当初の課題であった。回復期の患者であるため、状態に問題がなければ 1 日 1 回の観察と記録で済むが、問題や合併症が生じた際の観察と記録をどう扱うかで戸惑いが生じている。現実に日めくりパス

運用第 1 例目においては、転院後尿路感染症が発生し 3 日間内服抗生剤の投与がされていたが、実際の日めくりパスには観察時刻の発熱がなかったせいか、尿路感染症に関する観察と記録が記載されていなかった。一方で合併症ではないが、便秘がある症例の観察と処置後の追跡経過記録や日めくりパスに標準掲載されていない観察項目について、日めくりパス右側の自由記載欄に時系列で記載している例もあり、今後定期的な記録記載方法に関する勉強会を開催し改善につなげる予定である。A 病院看護師側の意見として、現状では不慣れな側面がある一方で、観察項目が標準化され具体的にデジタル化されている項目も多いため、慣れてくればむしろ看護師自身の業務改善や理学療法士との情報交換に繋がれるという前向きな感想が多い。また、理学療法士としては日めくりパス導入により記録が簡素化されわかり易くなったという意見が多い。さらに、従来のオーバービューパスはパスシートの空欄を埋めることが目的化していたが、日めくりパス導入で観察内容が具体化しかつ時系列の遅れなく観察を実施し記録することから、多職種間で遅滞なく情報を確認できるツールになるという期待感が持たれている。また、患者状態評価ツールを共通化したおかげで、転倒転落に関するリスク認識、嚥下評価取り組みによる看護師の誤嚥リスク認識、疼痛評価時の異常レベル認識、等の向上が得られたとの好評価を得た。スタッフからの評価が予想以上であったことから、経営陣も早期の電子カルテ導入に積極化している。

一方、済生会熊本病院スタッフが A 病院の日めくりパス記録を初期サーベイした。予想以上に疼痛スケール、転倒転落評価、嚥下評価等のアセスメントツールの活用が継続的にされており、日めくりパスの記載も記録漏れやサイン漏れなどが最少化されている実態が

確認された。運用ルールの周知と徹底に関する A 病院看護部、パス委員の努力の賜物であることに疑いはないが、構造化された記録を使用することで初めてわかる業務上の利点を職員の方々が体感された様子を初期 2 例にして窺い知ることができた。このことは済生会熊本病院で看護記録を日めくりパスに変更した際に経験したことである。看護計画を立案し、看護観察やケア内容を実践し記録に展開する行為は重要である一方、多くの患者に限られた看護師数と時間で対応し成果を出していく上ではかなりの負担になることも事実である。しかもそれらの記録データは二次利用することを前提に構築されていると言いはし難い。ここに日めくりパス導入の意義がある。疼痛スケールにおいては適正値を超えている場合のアクションが記載されていない記録が見られたが、この点は済生会熊本病院でも同様の事情があり、記録欄に鎮痛剤投与欄を併設することが当院スタッフによるサーベイ後の意見として提出された。疼痛の程度はリハビリ時や労作時に悪化するためリハビリの阻害要因にもなりうる。このため看護師だけでなく理学療法士も疼痛評価が必要ではないかと考えられた。日めくりパスと別にリハビリ記録が存在することは済生会熊本病院でも同様であるが、リハビリ記録を構造化しリハビリ時の疼痛評価やリハビリ阻害要因、身体機能改善度などの要点を日めくりパスに反映させ情報共有するだけでなく、リハビリデータの二次利活用が必要であるとの提案もなされた。スタッフレベルでの施設間相互評価は、自施設の診療プロセス見直しにもつながる良い機会であることが再認識された。

本報告ではパス運用期間が極めて短期間であることから、パス導入による合併症発生率、合併症早期発見、ADL 改善、在院日数、等に対する改善効果を実証することは困難である。

参考までに提示したデータからは、連携パス導入後群では A 病院での重大な合併症による済生会再入院例はなかった。連携パス導入前症例に 1 日あたりリハビリ単位 3 以下と少ない症例があり長谷川式認知症スケール 17、FIM 認知スコア 18 点であった。本例は特段の合併症発症のない症例であった。しかし連携パス導入後群の長谷川式認知症スケール 14 点、FIM 認知スコア 26 点の患者では 1 日あたりリハビリ単位 6 点を確保できており、入院時 FIM 運動 51 点が 2 週後に 63 点に改善していた。これらの違いが認知症だけの問題によるバラつきなのか、疼痛評価と異常の基準を明確にしたことで疼痛コントロールが強化されリハビリがすすんだ効果なのか今後の検証が必要であるが、連携パス導入前については検証に必要なデータを取得することが困難である。

済生会熊本病院における長いパス活動経験に基づけば、一定の診療方針、それを意識せずとも実践できるツールとしてのパス、患者アウトカムの問題点を検証するためのデータ収集を容易にする構造化記録と測定指標の特定、データ解析と対策を立案し周知する定期的な場づくり、がセットとなって提供され継続されることで診療の質を改善することが組織風土として定着していくことが認識されている。一方で在院日数の短縮については診療報酬上のメリットがあることが病院経営上の推進力になることも現実であるが、かといって在院日数が短縮した結果生じた空床を埋める新規入院患者がいなければ在院日数短縮の推進力は半減してしまう。すなわち、在院日数短縮に影響する変数は多数あり、在院日数短縮を実現するためには病院の総力を挙げて診療の質向上を目指すことで、地域から選ばれる病院となることを病院経営の基本方針とする強い意志があるかどうかにかかっている

と考えている。いずれにせよ A 病院との取り組みは継続し、連携パス導入効果に関する検証結果を別の機会に報告する。

地域医療構想、地域医療計画を推進していく上で、急性期機能のあるべき姿をより明確にしていけば急性期病院平均在院日数の短縮は自明のことである。しかし急性期における診療プロセスの質と安全管理だけでなく、次の機能の施設へ転院後もしくは在宅退院後の患者状態にも一定の関心と責任を持ち必要な行動を起こさなければ、急性期への無用な再入院例が増加することは容易に予想されることである。それは、済生会熊本病院では約 1 年前から転退院後 1 週間以内の再入院症例について追跡を開始しており、転退院時の患者状態評価や患者、家族への教育が不十分である例の比率が高い事実の把握が背景にある。当然、急性期病院としては転退院時の患者状態評価や患者、家族への教育を十分に実施していかなければならない一方で、これまで以上により早期に転院を受け入れていただく施設を強く求めている。これを実現するために必要なことと言えば、施設は異なっても急性期から回復期に至る患者の診療方針を同一のものとして、その一連の診療アウトカムを検証し改善していく仕組みを構築すること以外にないのではなからうか。A 病院では近い将来電子カルテ導入が予定されている。その際に本研究で使用した連携パスを電子カルテに実装し、一連の診療アウトカムデータを分析できるシステム構築を検討している。電子カルテを施設単位で導入するコストは高額であることから、電子カルテの共有や電子クリニカルパスの web 上での共有などの複数の選択肢も視野に検討中である。複数機能施設をもつ大規模な法人内で医療を完結することは一方の理想形であろう。しかし医療、介護、在宅を包含し、様々な事情を抱える多様な地域

での地域医療計画を進めていく上では、本研究で提示した電子クリニカルパスを中心に据えた医療情報システムを地域医療連携の重要インフラに位置付ける意義は深いものと考えている。

E . 結論

A 病院では連携パス、日めくりパス導入によりパスが看護観察内容の標準化を実現しケアの質改善と多職種間で遅滞なく患者情報を確認できるという肯定的な受け止め方に变化し、早期の電子カルテ導入に積極化している。

両施設のスタッフが日めくりパス記録を相互評価することは、自院の診療プロセスと記録の在り方を見直す良い機会になる。症例集積により、連携パス導入による在院日数、ADL 改善度、合併症発症頻度、等に対する成果を明らかにする必要がある。急性期病院の在院日数の更なる短縮、回復期病院での医療の質と安全を担保する上では、両者の診療方針を同一にし、一連の診療アウトカムを検証、改善していく仕組みを電子クリニカルパスを中心に構築していく意義は深い。

F . 健康危険情報

本研究では、大腿骨頸部骨折連携パス適用患者の健康状態に有害もしくは危険な状態が発生した症例はない。

G . 研究発表

1 . 論文発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する検証に関して今後発表予定あり。

2 . 学会発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する

る検証に関して今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

現時点で予定なし。

2. 実用新案登録

現時点で予定なし。

3. その他

特に該当なし。