

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29年度）

【機能連携班②】病床機能分化・連携を強く意識した クリティカルパス活用方法に関する検討

研究分担者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）

研究分担者 小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）

研究分担者 池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）

研究要旨

本研究の目的は、より効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用方法を模索することである。過去の施策において「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を推進した有識者等へのヒアリングを行い、病床機能分化・連携に資するクリティカルパス活用を探索した。その結果、急性期・回復期・慢性期のいずれの施設においても、円滑な転院や退院を実現する「患者・家族への説明」、「手続きの明確化・簡略化」を目的とした「疾患に依存しない地域連携クリティカルパス」の存在は、不可欠と考えていた。これらのニーズを検証するため、ヒアリング調査とは異なる地域でアンケート調査を行ったところ、医師や看護師が連携に伴う文書作成に30～60分程度の時間を費やし、負担感が強いことが明らかになった。厚生労働省標準規格等の医療用語・コードを活用して、疾患に依存しない情報提供ツールの整備が急務であることが示唆された。

A. 研究目的

病床機能の分化・連携を推進する上で、入院基準及び退院基準を明確にし、医療従事者及び患者がこれを共有することは極めて重要である。急性期医療における退院基準とは、入院診療における到達目標と実質的には同一である。このため、到達目標に最も効率よく到達する経路を示す手法であるクリティカルパスが、1999年頃より医療分野でも積極的に適用されるようになってきた。

わが国の施策においても、厚生労働省の保健医療情報システム検討会（座長：開原成允・一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）理事長）が2001年に公表した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザ

イン（以下、「グランドデザイン」という）」において「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を目標として掲げ、これを日本医療マネジメント学会とMEDIS-DCが「クリティカルパス・ライブラリー」という形で実現することによって、クリティカルパスを全国的に普及する仕組みが構築されてきた。2003年に特定機能病院で施行された診断群分類に基づく包括支払制度（DPC/PDPS）の影響もあり、クリティカルパスを活用することによって早期回復・早期退院を推進する取り組みは、多くの病院に定着してきた。

他方、少子高齢化が急速に進展し、病床機能分化・連携に対する社会的要請が一層高ま

ってきた中で、急性期における入院診療には従来からの「早期回復・早期退院」とは異なる視点も必要になってきた。すなわち、入院診療における到達目標は、必ずしも疾患を軸とした「一定程度までの回復」とするのではなく、むしろ投入する医療資源の観点から「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」とすることも増えてきた。特に2014年の診療報酬改定で新設された「地域包括ケア病床」は、このような状態の患者の退院準備病床として積極的に活用されてきた（瀬戸，日本医療・病院管理学会誌2015;52（Supp）：225）。

このような「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」で退院や転院を実現するには、医療従事者間及び医療従事者と患者・家族間で、診療の経路や現在の状況を共有することが不可欠である。そのためには、クリティカルパスが到達目標に最も効率よく到達する経路を示すツールであるという特性に着目し、病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパスの活用法を、全国的に普及できる形で模索することが急務である。

本研究の目的は、「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」にある患者のより効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用法を模索するとともに、そのニーズを検証することである。

B. 研究方法

- 1) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するヒアリング
- ① クリティカルパス活用施策に関する専門家からのヒアリング
前述のグランドデザインにおいて目標とし

て掲げられた「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」は、当初の目標通りに実現し、15年以上経過した現在も運用が継続している施策である。このため、その成功要因等について把握しておくことは、病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法を検討する上でも極めて有効である。そこで、当時から現在まで「クリティカルパス・ライブラリー」の運営を担っている日本医療マネジメント学会（宮崎久義理事長）から、2001年時点でのねらいや現時点での評価、その成功要因等についてヒアリングを行う。

② 病床機能分化・連携に積極的に取り組んでいる医療機関からのヒアリング

特定の疾患に軸足を置かず「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」への到達を目標とした先進的なクリティカルパスを運用している急性期及び回復期の病院の管理者から、このようなクリティカルパスを開発したねらいや現時点での評価、課題等についてヒアリングを行う。また、同地域における療養型の病院の管理者から、急性期及び回復期の病院がこのようなクリティカルパスを活用して病床機能分化・連携を推進することに伴う、さらに後方の連携対象となる病院への影響等について、ヒアリングを行う。

2) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するニーズ調査

前述のヒアリングを通じて得られた先進的な「病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法」について、同地域の影響をほとんど受けないと考えられる離れた地域において、一定のニーズがある手法であ

るか検証するためのアンケート調査を行う。

具体的には、上記のヒアリングの中で「地域包括ケア病棟への転院を前提としたクリティカルパス」のような地域連携クリティカルパスのニーズについて把握する。特に、上記ヒアリングにおいて「項目数を多くしない」など簡素な設計とすることが重要との指摘があったことから、簡素化したものを用いることへの意見を求めるものとする。

なお、これらのニーズはクリティカルパスを実際に運用している診療部門の医師や看護師等から把握する必要があるため、地域医療連携部門等へのアンケートという形態は取らず、これらの関係者が広く集う学術集会の場で行う。また、上記のヒアリング調査が複数の急性期病院・回復期病院等が存在し、よって連携の組み合わせが多様になる地域における議論を前提としていることから、本アンケート調査においては、都市部を対象として実施することとする。

C. 研究結果

1) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するヒアリング

① クリティカルパス活用施策に関する専門家からのヒアリング

ヒアリングの要旨は、次の通りである。

<日本医療マネジメント学会

理事長 宮崎 久義 先生>

- 急性期から回復期への地域連携クリティカルパスは、かなり早い時期に定着させることができたと考えている。次の課題は、急性期治療が終わった後のがんなど、症状をコントロールする目的で用いるクリティカルパスである。
- 在宅でも、クリティカルパスを使えるように

なってきた。当初は、がん患者に対する在宅用のクリティカルパスを開発して、自分自身でも在宅診療で使ってみた。その結果、病院に限らずクリティカルパスで患者と医療従事者が「症状をコントロールする」という到達目標や医療・ケアの内容を情報共有することは可能であることは確認できた。

- 今後の課題は、非がんの疾患に対するクリティカルパスになるだろう。しかし、非がんの患者でも症状をコントロールするという目標は一緒だ。これまでも病院の場合は早期退院を目標にしてきたが、在宅は生活の場なので、むしろその状態を維持していくことが目標になるという特徴はある。
 - 在宅の場合、緊急時の対応をどうするかという議論が欠かせない。患者・家族や関係する医療施設の間で認識がずれると、大きな問題になってしまう。特に胃ろうなど医療処置を伴う患者の場合、その管理が大きな課題になってくる。熊本在宅ドクターネットでも議論したことだが、事前指定書の活用も含めて、緊急時の対応を共有する仕組みは必要だ。これも、地域連携クリティカルパスを活用する一つの目的になるだろう。
 - 2001年にグランドデザインを策定した際には、クリティカルパスの活用も一つの目標に掲げていた。そもそもグランドデザインの目標も「質の高い効率的な医療の提供」を実現することにあつた訳で、それはクリティカルパスの普及を目指すところと重なる部分が多い。それであれば、情報化とクリティカルパスは一緒に進めていくべきだと考え、また、厚生労働省が設置した保健医療情報システム検討会の開原成允座長も、その点では意見が一致していたため、クリティカルパス・ライブラリーを開設し、全国的に周知を図った。
- ② 病床機能分化・連携に積極的に取り組ん

でいる医療機関からのヒアリング
ヒアリングの要旨は、次の通りである。

<急性期/回復期 A病院 院長>

- ・ 超高齢者の場合、疾患が特定できない。しかし、ゴールが在宅復帰という点では一致している。到達目標が明確なので、クリティカルパスを適用できると考えた。地域包括ケア病棟の在院期間である 60 日間で在宅復帰するためには、スケジュールのずれが痛手になる。しかし、老老介護など家族の力が弱いこともあり、調整には時間がかかる。
- ・ よって、急性期から一貫して退院支援を行わないと不都合が多い。説明が上手くいっていない場合などは、当院に転院してから説明を始めることになり時間がかかる。
- ・ こうした問題意識から、当院側から高度急性期・急性期を担う病院側に、このクリティカルパスの運用を提案した。
- ・ 地域連携クリティカルパスの項目は、ざっくりしたものにした。使うことが優先なので、項目を多くすると、まず運用に乗らないと考えた。完璧なパスを目指すという考え方は、必ずしも上手くいかないことは経験から自明だった。
- ・ 従って、食事や排泄などの項目も「自立」、「介助」などの粗い表現にしている。特に ADL は、環境が変わると変化するので、細かい情報がなくてもほとんど困らない。他方で、認知症の段階については、長谷川式スケールの得点という形で、定量的に伝えてもらうことにした。
- ・ このクリティカルパスを使って良かったことは、家族の意識が変わったことだと思う。入院後 1 週間以内に家族を交えたカンファレンスをしたり、リハビリ専門職が家屋調査をしたりするためには、こうした予定があることを共有する必要があると思う。

- ・ 課題は、地域連携クリティカルパスの記入が後追いになりがちなことだ。いつの時点で書くのかという運用がまだ少し緩めなためであって、連携パスの項目数が多すぎるということではない。
- ・ 地域包括ケア病棟の平均在院日数は、当院では 36 日である。60 日という上限は妥当だと考える。回復期の 90 日は長すぎて、家族が「患者が家におらず、入院している環境」に慣れてしまう課題もあるように思う。ただ、同じ 2 ヶ月でもスタートラインがどこにあるかよって、地域包括ケア病棟側の余裕がかなり変わる。何ら説明を受けていない状況で転院した場合、かなりタイトなスケジュールになってしまう。
- ・ この地域連携クリティカルパスの重点は、「疾病のパス」と「生活のパス」を目的に応じて分離したことにあると考えている。多くの患者にとって疾病の治療自体は生涯にわたって続くものなので、ゴールが見えにくい面もある。しかし、生活軸で考え「家に帰る」ことをゴールにすると、そこは患者にとって明確なものになる。疾病パスと生活パスを混ぜると、情報量も増えわかりにくいものになってしまう。自宅に帰る目標を共有することが、この地域連携クリティカルパスとても重要なことではないかと考える。

<慢性期 B病院 理事長>

- ・ 現在の医療提供体制の中では、療養型病院に入院される患者層の医療依存度もそれなりに高いものになっている。よって、自宅に帰ることが難しい患者も多いことは承知しているが、それでも自宅に帰ることを目標とした医療を提供していくべきだと考えている。
- ・ そのためには、療養型病院における医療従事者の対応力が大きなカギになっている。具体的には認知症ケアが得意な看護・介護・リハ

ビリテーション従事者を増やす必要があり、その対応力によって家に帰せるかどうかは左右されてくるように実感している。

- また、超高齢社会の中が、人が齢を重ねていくことがどういうことなのかを、地域住民にも知ってもらう必要があると考えている。このため、中高生が病院を訪問する機会を設けて、お年寄りに接してもらっている。このような活動も、地域包括ケアを実現していくための重要な役割ではないか。
- 急性期病院との関係においては、やはり緊急時対応について詳細に詰めておきたいと感じている。どのような患者状態であれば急性期病院または他の機能の病院に転院とすべきなのか、双方の病院で判断基準がずれると連携が円滑にいかなくなる。特に療養型の病院では気管切開チューブの閉塞時等の対応に苦慮することもあるので、こうした場合の対応を含めて事前指定書等も活用して、ある程度は急性期病院において患者・家族に説明しておいていただくと、このような地域包括ケアが円滑に進むのではないだろうか。

2) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するニーズ調査

今回のヒアリングを通じて明らかになったことを、以下に要約する。

- 超高齢社会において地域包括ケアシステムを確立し、できるだけ居宅等で暮らせるようにするという目標は、急性期・回復期・慢性期の何れの施設でも共通している。また、居宅等への復帰に向けて、できるだけ円滑に転院・退院を進めるための仕組みを構築する必要性についても、各施設の意見は一致している。
- 他方で、これらの転院・退院を実現するため

には、「①患者・家族の理解をできる限り早い段階で得ておくこと」「②転院・退院に関する手続きをできる限り簡略的に行うべきこと」が必要であるという点も、総論的には各施設の意見が一致している。ただし、それぞれの施設の機能の違い等から、現時点では①②について必ずしも円滑でない面もある。

上記2点を踏まえると、病床機能分化・連携を推進する上で地域包括ケア病棟等への地域連携クリティカルパスは非常に有意義であるが、その際には、ある程度標準的なものとするのと、項目数が多く運用しにくいものは避けるべきこと等が仮説として挙げられる。

このような仮説を基に、日本医療マネジメント学会第18回東京支部学術集会の参加者（配布枚数201名、回収枚数38名、ただし病院勤務者以外は回答対象外）を対象にアンケートを行ったところ、次のような結果が得られた。

まず、自院における地域連携クリティカルパスの利用の有無については、医師の全員、及び看護師の90.5%以上が「利用している」と回答した。しかし、疾患別の地域連携クリティカルパスについては、看護師では疾患により38.1~61.9%の回答者が、その他の職種ではどの疾患も50.0%の回答者が「わからない」と回答し、職種によって認知度に著しい差異がみられた（図2-3②.1）。

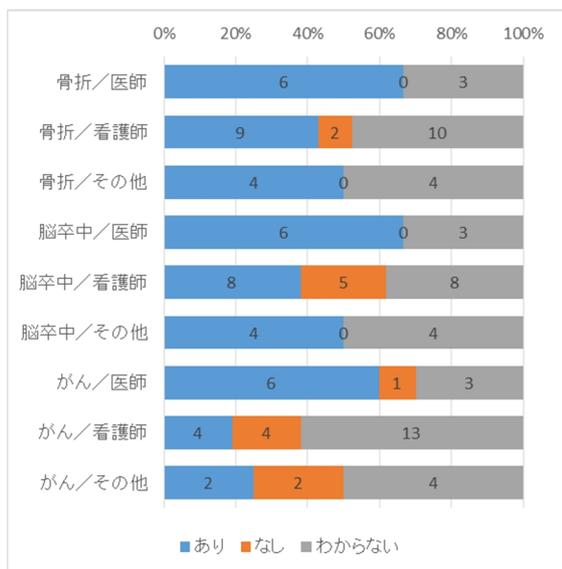


図 2-3②.1 疾患別・職種別地域連携クリティカルパスの利用状況

また、現時点では、地域連携のための文書（サマリー等）の作成にあたって30～50分程度の時間を費やしている医師や看護師が多く、主観的にも負担感が強いことも明らかになった。ただし、医師・看護師の負担が著しい一方で、その他の職種では特に負担感を感じていないとの意見も多く、職種による負担感の差異が浮き彫りになった。（表 2-3②.1 図 2-3②.2）。

表 2-3②.1 客観評価：地域連携のための文書作成に要する時間

	平均(分)	最長(分)
医師(n=9)	25.8	48.3
看護師(n=21)	30.2	39.1

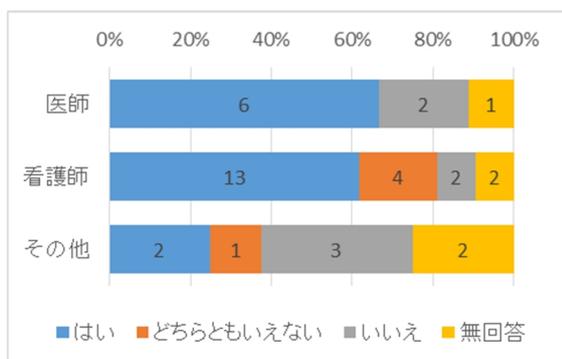


図 2-3②.2 主観評価：地域連携のための文書の作成に対して負担を感じているか

よって、より円滑に転院を行うために、詳細なサマリー記載等から「必要性最小限の項目」を記載した地域連携クリティカルパス等の情報提供シートへ移行を図ることについては、概ね肯定的な意見であった（図 2-3②.3）。

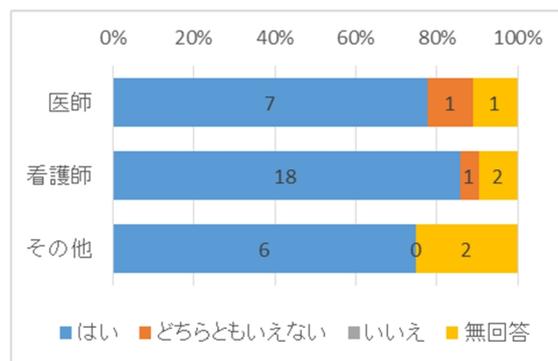


図 2-3②.3 転院時に詳細なサマリーから必要性最小限の項目を記載したシートへの移行の必要性

この肯定的意見を補強する自由意見として、「受け手側が必要な情報を受けるため、地域連携クリティカルパスを疾患名でなく目的を連携にして作成したものであればよいと思う」と情報の受け手の視点を強調した意見や、業務改善の視点から「患者の病態が複雑だったり病気の予後が不安定な人はこの個性の情報が重要になるので、標準化を通じて効率化をできるとさらに業務改善につながる。」との記述があった。

D. 考察

ヒアリング及びアンケートの双方の結果から、急性期・回復期・慢性期のいずれの施設においても、円滑な転院や退院を実現するために、「患者・家族への説明」「手続きの明確化・簡略化」を目的とした地域連携クリティカルパス等の情報提供シートの存在が、不可欠と考えていることが明らかになった。

特にアンケート調査においては、限られた対象ではあるものの、連携に伴う文書作成に

30～60 分程度の時間を費やす医師や看護師が多いことも明らかになった。負担軽減の観点からも、これらの情報提供シートの開発が急務といえる。

複数の施設間での情報共有を推進する上では、電子的な手段による情報流通も当然に視野に入ることから、前述の「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」に始まり、現在まで引き継がれてきた医療分野における情報化施策との一貫性が重要である。同グランドデザインでは、医療施設の情報化において「医療用語・コードの標準化」及び「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を二本柱としていたが、前者は、現在も厚生労働省の高度医療情報普及推進事業によって標準マスターの維持管理が継続され、後者も本ヒアリングにおいて聴取したように、日本医療マネジメント学会と医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)の自主事業として継続されている。これらのことから明らかなように、現在でも情報の流通を合理的に行う上で不可欠な要素である。

従って、これらの情報共有シートの開発にあたっては、紙媒体での運用を前提とした情報項目の整理を尊重しながら、同時に、電子的手段による情報流通に耐えるものとして設計していく必要がある。

具体的には、平成 22 年 3 月 31 日付医政発 0331 第 1 号厚生労働省医政局長通知「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」(平成 28 年 3 月 28 日最終改正)において、地域連携に資するものとして、厚生労働省標準規格の用語・マスター等が位置付けられていることを前提とすれば、同規格の維持管理を行う機関等でこれらを最大限に活用する形態で、情報共有シートの電子化の議論を継続していくことが必要といえる(図 2-3②.4)。

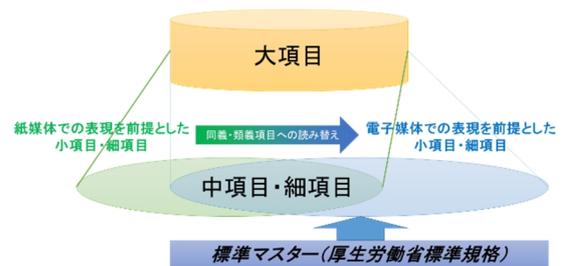


図 2-3②.4 紙媒体を前提とした情報共有シートと、厚生労働省標準規格の実装を前提とした電子媒体における情報共有ファイルの関係

他方で、地域連携クリティカルパスの存在が、まだまだ医師や看護師に十分には浸透していない可能性も、今回の調査結果から明らかになっている。よって、これらの情報共有シートの検討を進めながら、同時に、このようなツールが病床機能分化・連携の推進や、地域包括ケアシステムの実現において不可欠であることについて、より一層の周知が必要である。同時に、ヒアリングでも指摘されていたように、これらの患者・家族への周知についても、医療機関のみならず自治体等も含めて積極的に展開していく必要がある。

E. 結論

より効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用方法を模索するため、有識者へのヒアリング調査及び医療関係者へのアンケート調査を行った。その結果、円滑な転院や退院を実現する「患者・家族への説明」、「手続きの明確化・簡略化」を目的とした「疾患に依存しない地域連携クリティカルパス」の存在は、不可欠であることが明らかになった。

また、医師や看護師が連携に伴う文書作成に 30～60 分程度の時間を費やし、負担感が強いことも明らかになった。これらを踏まえ、負担軽減の観点からも、疾患に依存しない情報提供ツールの整備を、厚生労働省標準規格の活用等を含めて、急速に行っていく必要が

あることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし