

＜原 著＞ 第49回 日本赤十字社医学会総会 優秀演題

## クリニカルパスの分析・検証、そして再分析まで

石巻赤十字病院 医事課<sup>1)</sup> 同呼吸器外科<sup>2)</sup> 同医療技術部<sup>3)</sup>木村 瞳<sup>1)</sup> 鈴木 聡<sup>2)</sup> 石橋 悟<sup>3)</sup> 佐々木 功<sup>1)</sup>

### Analysis and Revision of Clinical Passes

Hitomi Kimura<sup>1)</sup>, Satoshi Suzuki<sup>2)</sup>, Satoru Ishibashi<sup>3)</sup>, Kou Sasaki<sup>1)</sup>

Japanese Red Cross Ishinomaki Hospital,

<sup>1)</sup> Division of Medical Professions<sup>2)</sup> Department of Thoracic Surgery<sup>3)</sup> Department of Medical Technology**Key Words** : クリニカルパス、DPC、PDCA サイクル

### 1. はじめに

クリニカルパスの立案と実施は多職種が関わる病院の組織横断的なプロジェクトの一つである。石巻赤十字病院でも看護部や医事課の職員を主要な構成員とするクリニカルパス委員会を組織し、「パス大会」と称して医師を交えた意見交換の場を持ってきた。しかし、これまではクリニカルパスを作成する主体が看護師で、医事課職員はその初期段階に参画してこなかった経緯がある。このため、一旦クリニカルパスが策定されると、パス大会における医事課の役割は削除可能な検査を探すというようなコストを抑制する意見を述べることに偏りがちで、パス大会に同席する医師の間では医事課は収益にのみ関心があるかのような批判が根強かった。その結果、医事課の分析結果を踏まえたクリニカルパスの修正が行われることはなく、多職種が一堂に会するパス大会の意義を十分に活かすことができずにいたと思われる。

今回、我々は、あるパス大会をきっかけに

既存のクリニカルパスをより良いパスに改訂する効果的なPDCAサイクルに入れることができた事例を経験したので報告する。

### 2. 対象

当院では呼吸器外科のクリニカルパスが肺悪性腫瘍、肺良性腫瘍、および気胸に対して策定されていた。そこで、2012年5月の「パス大会」で呼吸器外科を特集し、2011年4月1日から2012年3月31日までの1年間における診療実績を分析することにした。クリニカルパスの実施数は肺悪性腫瘍に対するものが75件と最多で、ついで気胸（副傷病名なし）が26件、肺良性腫瘍が7件、気胸（副傷病名あり）が6件だった。

### 3. 分析と検証と再分析

#### 3-1. Check

クリニカルパスの適用が最も多かった肺悪性腫瘍について、呼吸リハビリテーション指導と術前CTについて指摘した。当院では肺癌術前の患者には患者自身で実施可能な呼吸リハビリテーションを外来看護師が指導してい

る<sup>1)</sup>。しかし、看護師が指導しても診療報酬上の算定が出来ないことと、指導が看護師の業務の負担になっている可能性があった。また、これまでは肺悪性腫瘍に対する手術を目的で入院するすべての患者に対し、入院初日にCT撮影が行われていたが(図1)、診療報酬の分

診療	3,750円	3,050円				
投薬			160円	710円	70円	1,540円
注射	1,560円	3,360円	970円			
処置						
手術						
検査	6,930円	30,000円	3,400円	210円		1,600円
画像						

図1. 旧クリニカルパスによる肺悪性腫瘍手術の出来高表の一部

出来高表の内訳を見ると、入院1日目に行われているCT撮影の16,800円が画像コストの中でも比較的大きな部分を占めているように見える(○印)。

析から、このCT撮影分のコストを回収できずDPC包括部分の出来高金額との差額がマイナスのまま退院となっている現状を指摘することができた(図2A)。

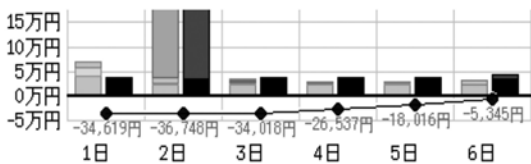


図2. クリニカルパスの改訂がDPCと出来高の差におよぼした効果

A: 旧クリニカルパスによる肺悪性腫瘍のDPCと出来高の差  
入院日のCT撮影のコストが大きく、退院までに回収されていない。

### 3-2. Action と Plan

上記の分析結果を踏まえ、呼吸リハビリテーション指導に関しては診療報酬上の算定が可能な理学療法士による介入の可否を、入院後のCT撮影に関して外来検査への移行の可否を提案した。呼吸器外科の医師は、術後早期に退院する患者が今後の生活への不安を抱いていることをすでに把握しており、加えて、呼吸リハビリテーション指導はそれ行う看護

師にとって業務負担になっているのではないかと感じていたので、医事課からの提案を医学的観点からも望ましいものであるとして歓迎した。入院後のCT撮影についても、医師が過去から習慣的に行なってきたことではあるが、手術直前の検査では万一異常所見を認めても有効な対応策を取りにくく、その場合の選択肢は手術直前のキャンセルしかないという事実で改めて気づく機会になり、外来検査への移行は医学的にも望ましいと判断した。

### 3-3. Do

そこで、医師と看護師と薬剤師と理学療法士と医事課職員が参画してパスの改訂を行い、課題を指摘したパス大会から2ヶ月後までに新しいクリニカルパスとして実用化した。ただし、新しいクリニカルパスは理学療法士による術後の呼吸リハビリテーション指導を付加したために在院日数が増えることになった。

### 3-4. Check

クリニカルパス改訂の効果を検証するために2012年7月1日から2013年1月31日までの6ヶ月間における診療実績を再分析することにした。たとえば、肺悪性腫瘍に対する新しいクリニカルパスでは、入院後のCT撮影が削除され、呼吸リハビリテーション指導に診療報酬を算定できるようにしたため、包括部分の対出来高との差がプラス側へ大きくシフトした(図2B)。その一方で入院期間が4

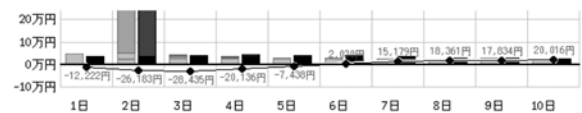


図2B: 新クリニカルパスによる肺悪性腫瘍のDPCと出来高の差

旧クリニカルパスに比べて新クリニカルパスは在院日数が4日延長したがDPCと出来高の差は増収に転じている。

日延長したが、それでも他院よりも短いことを確認することができた(図3)。そして何よりも、数字としては現れてこないものの、患者にとっては専門技能士による計画的な指導と施術が受けられることになり病院への信頼

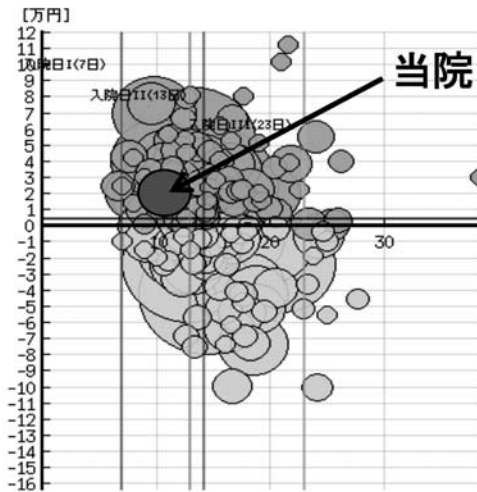


図3. 新クリニカルパスによる肺悪性腫瘍のDPC状況：バブルチャートによる他院との比較  
肺悪性腫瘍に対するの新クリニカルパスでは在院日数が4日延長したが、それでも在院日数は長すぎることはない。

が増したこと、また看護師にとっては業務負担が少なくなったと実感されたことが大きな成果として受け入れられた。

気胸と肺良性腫瘍に対するクリニカルパスについても、呼吸リハビリテーション指導を加えるなど同様の提案を行い再分析を行ったところ、医学的な妥当性だけでなく収益の観点でも満足できる改訂だったことを確認することができた(表1)。

表1. 呼吸器外科のクリニカルパス改訂による効果

	旧クリニカルパス		新クリニカルパス		新旧の差	
	増減収* (円)	在院日数 (日)	増減収* (円)	在院日数 (日)	増減収 (円)	在院日数 (日)
気胸 (副傷病名なし)	13,970	4	22,170	5	8,200	1
気胸 (副傷病名あり)	-21,492	4	5,474	6	26,966	2
肺の良性腫瘍	4,932	4	19,849	7	14,917	3
肺の悪性腫瘍	-5,345	6	20,016	10	25,361	4

\*：DPCから出来高を減じたもの。

#### 4. 考案

今回、クリニカルパスの分析がパスの改訂を促し、さらにその再分析まで進めたのは、包括項目からの削除といったマイナスにだけに注目するのではなく、看護ケアにも注目して算定可能なプラスの項目を抽出してそれを組み込めたからと考えている。その実現のた

めに、医師と緊密に協議して、医学的にも正しいと考えられるプランを提案するという協議のプロセスが極めて重要だった。医事課としても、患者が抱えている術後の生活への不安を解消するにはどうしたらよいか、という問題を患者の視点に立って考え、術後の呼吸リハビリテーションをクリニカルパスに組み込むことを提案し、それに伴う在院日数の増加が診療報酬上ならデメリットにはならないことを医師に伝えることができた。このことが多職種が参画するパス大会の意義を高める大きな弾みになったと感じている。医療現場の実態を理解しない削減ありきの提案のように思われかねない意見を述べるのではなく、医療の質と安全を見据えた討論を活性化することで、同じ目標に向かって進む仲間意識が多職種間に醸し出されるようになってきたと感じている。

以前の肺悪性腫瘍に対するクリニカルパスでは、患者は術後の極めて早い時期に退院していた。このため、患者からは「術前のように話すことができるのか」とか「手術前のように生活をして苦しくならないのか」など呼吸に対する不安を訴える声があった。こうした声は震災後に特に多くなったが、その背景には仮設住宅で独居、あるいは老老介護を余儀なくされている市民が少なくないという震災の被災地域に特有の問題がある。今回、医事課から在院日数を延長させてでも患者にとってメリットある改訂を提案できたことで、医事課も削減や短縮といった「マイナス」の主張だけではなく、医療と患者と経営の3者がいわば「Win-Win-Win」関係で結ばれるような「プラス」の提案もできるということを実感している。

クリニカルパスの再分析を依頼されることは医事課職員として非常に嬉しく、自分たちの活動が無駄ではなかったと実感した。自分たちの意見が医療者に正しく伝わったという達成感があり、また、新しいクリニカルパスを再分析したことで改訂内容が間違っていなかったことを確認できて自信にもなった。ク

リニカルパスを分析することで病院の収益が見えてきて、それを数字に置き換えることは非常に説得力があると実感した。更に「クリニカルパスを使うって良いね!」とか「うちの医事課は使えるね!!」と医師にも思ってもらえたことは嬉しい。こうした前向きの姿勢が病院全体のクリニカルパスの使用率を上げることに繋がれば良いと思う。

今回の分析を通して、医事課としての意見を述べる上でデータだけで判断するのではなく、その前に医療者とのコミュニケーションを十分にとることが必要だと感じた。従来のようにただ単に「CT撮影が多い」と指摘してそれで済ませていたのでは、今回のような結果は生まれなかったと思う。今後のパス大会に向けて的確な分析をしていくためにも、医事課スタッフの分析スキルの向上と共に、コミュニケーションを有効に機能させていくことが不可欠と感じた。

## 5. おわりに

呼吸器外科疾患のクリニカルパスを対象として分析、改訂、そして再分析を行い、医療従事者と患者にとって有意義な改良ができた。今後はパス大会での分析後に各種のクリニカルパスを改良し、それを実際に使用し、そして再分析するというPDCAサイクルの流れを病院の文化として定着させることを目標にして、医事課職員として努力していきたい。

## 文 献

1. 工藤史子, 阿部晶子, et al.: 呼吸器外科の術前患者が1人で行う呼吸リハビリテーションの有用性. 石巻赤十字病院雑誌 17: 7-10, 2007.