

精神科救急におけるクリニカルパスの実態調査

—普及状況の報告と課題の検討—

Questionnaire Survey of Clinical Pathways of Psychiatric Emergency in Japan :
Status and Issues

松原 拓郎, 木崎 祐哉, 長谷部 憲一

Takuro Matsubara, Yuya Kizaki, Kenichi Hasebe

2014 (平成 26) 年度の診療報酬改定において院内標準診療計画加算が新設されたことを機に、全国の精神科救急医療を行う医療機関でクリニカルパス (以下、パス) が導入されるようになったが、実態調査の報告はなされておらず、本邦精神科救急におけるパスの普及状況は明らかにされていない。また、2014年に日本クリニカルパス学会はパスの定義を示し、パスの定義を満たすためにはパスのなかで「アウトカム」と呼ばれる患者状態と診療行為の目標の設定、設定したアウトカムの達成と未達成の評価ならびに記録、「バリエーション分析」と呼ばれる標準からの偏位の分析の実施が必要とされた。しかし、本邦精神科救急で導入されているパスのなかで、これらの定義を満たすパスがどれだけあるかは明らかにされていない。これらの背景をもとに、本稿ではわれわれが精神科救急医療を行う病院に対して行ったアンケート調査の結果について報告を行う。調査の結果38.5%の病院から回答があった。回答した病院の49.3%がパスを導入していることが明らかとなった。しかし、パスを導入している病院のうち、アウトカムの設定をしていたのが61.8%、アウトカムの評価を実施していたのが44.1%、バリエーション分析をしていたのが26.5%しかなく、日本クリニカルパス学会が示す定義を満たすパスが十分に普及していない実態が明らかとなった。われわれはアウトカム設定・評価、バリエーション分析を包含するパスが普及しない主要な要因が2つあると考察した。1つ目はアウトカム設定・評価、バリエーション分析の入力だけでは看護記録に必要な看護師の観察内容と思考過程を表現することが困難であるなどの看護記録の困難性が存在することである。2つ目は精神科救急を行う病院で多く導入されている電子カルテシステムには、アウトカム評価、バリエーション分析を実施する機能が搭載されていない可能性が存在することである。今後、さまざまな課題を解決していく必要があると考えた。

索引用語

クリニカルパス, ケアマネジメント, 精神科救急, 電子カルテ, BOM

著者所属：松原病院精神科, Department of Psychiatry, Matsubara Hospital

受理日：2023年7月3日

doi : 10.57369/pnj.23-134

はじめに

本邦では精神科急性期ケアマネジメントモデルに関する研究が2008（平成20）年度から2010（平成22）年度に行われ、精神科救急、急性期病棟で入院早期の段階からケアマネジメントを展開することで入院長期化の予防が可能となることが示唆された³⁾。一方、同研究では精神科急性期ケアマネジメントは患者のニーズアセスメント、職種を超えて統一化された治療計画の作成、ケア会議など時間のかかる治療プロセスを複数包含しているため、治療の完了に必要とされる時間が長く、精神科救急の治療期間が終了するまでにすべての治療プロセスを完了できないケースが多く認められた。この治療スピードの問題は現在も解決方法が見いだされておらず、この課題を解決するためにはチーム医療を効率化する必要がある。

チーム医療を効率化する手法としてクリニカルパス（以下、パス）が挙げられる。パスにはチーム医療を推進し、業務改善と効率化をもたらすメリットがあるだけでなく、統一化された治療計画の設定を行い、多職種が協働して問題解決に向け取り組むことを可能にする点でケアマネジメントと同じ特徴があり、この2つの手法は複合的に用いられることがある¹⁾。近年精神科救急においてもパスの有効性が報告されており、パスは精神科救急においてもチーム医療を効率化することが示されている⁴⁾。精神科救急の入院長期化を予防するために有効な精神科急性期ケアマネジメントは、パスと複合的に運用されることで限られた入院期間中にその治療プロセスを完了することができるようになると考えられるため、パスは精神科救急で導入する意義が存在する。

本邦では2014年度の診療報酬改定において院内標準診療計画加算が新設され、精神科救急、急性期の入院患者に対し、院内標準診療計画を作成し、60日以内に退院した場合に診療報酬を算定することが可能となった。これを機に全国の精神科救急医療を行う医療機関を中心にパスが普及するようになったとされているが²⁾、過去に精神科のパスに関する実態調査の報告はなされておらず、本邦の精神科救急における具体的なパスの普及の実態は明らかにされていない。

2014年に日本クリニカルパス学会はパスの定義を「患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質

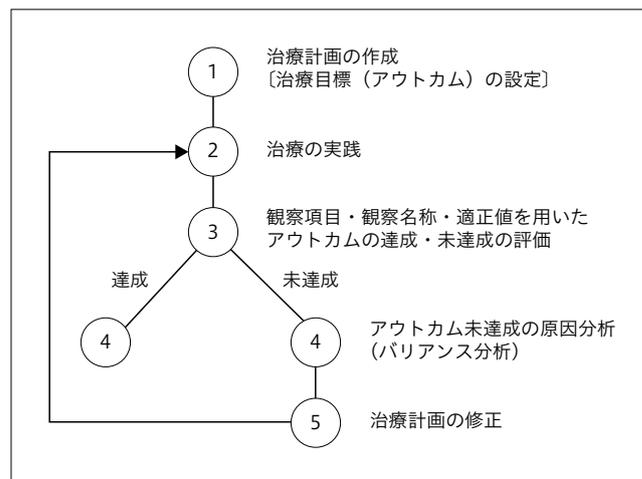


図1 定義を満たすために必要なパスの構造

を改善する手法」と示した。すなわちパスとは「アウトカム」と呼ばれる患者状態と診療行為の目標を設定し、治療の実践の後に「アウトカムの達成・未達成の評価」を行うことで目標の評価を行い、その評価の結果アウトカムが未達成だった場合には、標準からの偏位があると判断して「バリエーション分析」と呼ばれる分析を行い、それをもとに治療計画の修正を行ったうえで再度治療の実践につなげるというサイクルを回すことで医療の質を改善する医療管理手法であり（図1）、このような一連の過程が包含されていなければパスとしての定義を満たしていないことになる。一方、精神科救急で用いられているパスのうち、どれだけのパスがこの定義を満たす構造を保持し、運用がなされているのかを調査した報告は過去に認めていない。

本邦では2018（平成30）年から日本医療情報学会と日本クリニカルパス学会が合同で「クリニカルパス標準データモデルの開発および利活用（ePathプロジェクト）」と呼ばれる事業を行い、複数の医療機関のパスのデータを統合し、解析する取り組みが行われるようになった⁷⁾。一方、複数の医療機関のデータを統合し解析するためには、前提としてパスで用いられているアウトカムやアウトカムを評価するために用いられる観察項目の用語が医療施設間で統一されている必要があり、このような背景から、近年国内でパスを導入している医療機関のなかで、クリニカルパス学会が作成している「ベーシックアウトカムマスター（BOM）」と呼ばれる用語マスターが用いられるようになっている⁶⁾。一方、精神科救急を行う医療機関のうち、どれだけの施設がパスの用語としてBOMを使用しているのかを調査した報告は過去に認めていない。

表 1 質問項目

1. 全病床数
2. 算定している入院基本料の種類
3. 精神科救急病床数
4. 電子カルテ導入の有無
5. 電子カルテのソフトウェア名
6. パス導入の有無
7. パスの媒体（紙パスか電子パスか）
8. パス構造（アウトカム、観察項目、観察名称、適正值設定の有無）
9. アウトカム評価の実施の有無
10. バリアンس分析の実施の有無
11. 用語マスター（ベーシックアウトカムマスター）使用の有無
12. 導入している電子カルテが搭載しているパスシステムの機能
13. パスの導入や運用に際して困っていること（自由記載）
14. パスの勉強会、ワークショップが開催された場合の参加希望

従来パスは紙を媒体とした紙パスが主体であったが、本邦では2000年からパスの電子化が試みられるようになり、現在では多くのベンダーが電子カルテの標準機能の1つとして、クリニカルパスシステム（以下、パスシステム）を標準装備するようになった。しかしながら、各々のパスシステムの機能や画面展開プロセス、操作方法は電子カルテによって異なり、パス機能が搭載されていないものや、アウトカム評価やバリアンス分析ができないソフトウェアも存在する。一方、精神科救急医療を行う医療機関のパスの電子化率、各々の医療機関が導入している電子カルテが搭載しているパスシステムの機能を評価した報告は過去に認めていない。

これらの背景から、本稿ではわれわれが本邦精神科救急医療におけるパスの実態を明らかにする目的で行ったアンケート調査の結果を報告する。

I. 調査方法

1. 調査対象

精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料を算定している179の医療施設を対象とした。

2. 調査期間

2022（令和4）年11月29日から2023（令和5）年1月13日。

3. データの収集方法・手順

筆頭著者の名前で対象に対し、アンケートの依頼文と回答票を封筒で送付した。依頼文には本調査の目的を記載し、調査への協力を依頼した。回答票における質問項目を表1に示す。

4. データの分析方法

データは、項目別に記述統計を行い、人数・割合を示した。

5. 倫理的配慮

調査対象に対し、アンケートの情報は統計的に処理し、特定の病院名が識別できる情報として公表しないことを文書にて伝えたうえで、回答を求めた。また、著者らの所属する松原病院倫理委員会の承認を得た（承認番号2022016）。

II. 結 果

179の医療施設のうち、69施設より回答があった（回答率38.5%）。算定している入院料は、64施設が精神科救急急性期医療入院料、1施設が精神科救急・合併症入院料のみを算定していた。2施設が精神科救急急性期医療入院料と精神科救急・合併症入院料の両方を算定しており、2施設は入院料の項目が未回答だった。

1. パス普及率と電子化率

69施設のうち34施設（49.3%）がパスを導入していた。パスを導入している34施設のうち、パスの媒体として紙を利用している病院が8施設（23.5%）、電子が23施設（67.6%）、紙と電子の両方が3施設（8.8%）であり、パスを導入している病院のなかでの電子化率は76.5%であった。

2. 電子カルテ普及率と電子カルテソフト

69施設のうち65施設（94.2%）が電子カルテを導入していた。電子カルテを導入している65施設の電子カルテソフトウェア別の導入状況は、レスコのAlphaを導入していた病院が15施設（23.1%）で最も多く、次いでNAISのNozomiが9施設（13.8%）、ライブワークスのLive、JBCCのPsycheが8施設（12.3%）と続いた。総合病院で多く導入されている富士通のHOPE、NECのMegaOakは3施設（4.6%）であった（図2）。

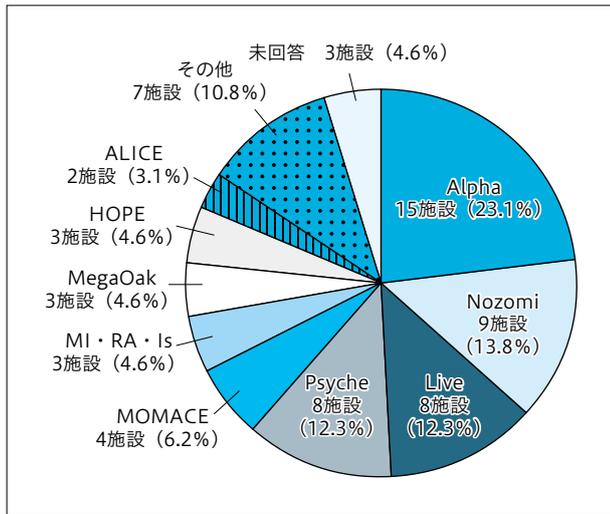


図2 電子カルテソフトウェア別の導入状況

データラベルは電子カルテソフトウェア名、施設数、割合を示している。

3. パスの構造と用語マスターの使用

パスを導入している34施設のうち、パスのなかでアウトカムを設定していたのは21施設(61.8%)、アウトカムの評価をしていたのは15施設(44.1%)、バリエーション分析をしていたのは9施設(26.5%)であった(表2)。パスの作成時にBOMを使用していたのは2施設(5.9%)であった。また、アウトカムを評価するために必要な観察内容を示す「観察項目」を設定していたのは19施設(55.9%)であった。

4. パスシステムの機能

電子カルテを導入している65施設のうち、導入した電子カルテにパスシステムが搭載されていると回答したのは39施設(60.0%)であり、パスシステムにアウトカムを設定する機能が搭載されていると回答したのは32施設(49.2%)、アウトカムを評価する機能が搭載されていると

回答したのは29施設(44.6%)、バリエーション分析をする機能が搭載されていると回答したのは12施設(18.5%)であった(表2)。

III. 考 察

本調査において、回答のあった病院のうち半分近くの病院がパスを導入していることがわかった。また、パスを導入していると回答した病院のなかでアウトカムの設定をしていたのは61.8%と過半数であったものの、アウトカムの評価をしていたのは44.1%のみで、バリエーション分析をしていた医療機関は26.5%しかなく、ほとんどのパスがパスの定義を満たしていないものであることがわかった。アウトカム設定と評価、バリエーション分析を含むパスが普及しない要因として考えられるものを以下に述べる。

1. 看護記録の問題

看護記録とは看護師が行った看護実践の一連の過程を記録したものであり、この看護実践の一連の過程とは、「観察と査定」「支援内容の明確化」「計画立案」「実行」「評価」という5つの過程を指す。従来看護師は、「基礎情報(データベース)」「看護計画」「経過記録」「看護サマリー」を作成・記録することで、この5つの看護実践の過程を記録していた。2018年に日本看護協会は看護記録に関する指針において、「クリニカルパスには、看護記録として標準計画と経過記録が含まれる」と示し⁵⁾、従来行っていた「看護計画」と「経過記録」の業務を、アウトカムの設定、アウトカムを評価する「観察項目」、業務内容を示す「タスク」と呼ばれる項目の設定と実施記録、アウトカムの達成、未達成の評価記録によって代用することができるようになった。これにより看護師の看護記録の手法は大幅に変化し、看護業務の効率化が図られるようになった。

表2 パス導入病院が使用しているパスの構造とパスシステムの機能

		有 施設数 (%)	無 施設数 (%)	未回答 施設数 (%)
パス導入施設 (N=34)	アウトカムの設定	21 (61.8)	13 (38.2)	0 (0)
	アウトカム評価の実施	15 (44.1)	19 (55.9)	0 (0)
	バリエーション分析の実施	9 (26.5)	25 (73.5)	0 (0)
電子カルテ導入施設 (N=65)	パスシステムの搭載	39 (60.0)	22 (33.8)	4 (6.2)
	アウトカム設定機能	32 (49.2)	24 (36.9)	9 (13.8)
	アウトカム評価機能 (パス導入有無は問わない)	29 (44.6)	27 (41.5)	9 (13.8)
	バリエーション分析機能	12 (18.5)	42 (64.6)	11 (16.9)

その一方で、記録が必要な5つの看護実践の過程のうち「観察と査定」「支援内容の明確化」は、パスによる記録が難しい看護過程であると考えられる。この2つの看護過程は、患者が個別に抱える問題を看護師が患者にかかわるなかで見つけ出し、それをもとに患者にとって適切な支援内容を考え、看護計画の立案につなげる過程を指す。このような看護師の思考過程が具体的にわかるように記録上で表現するためには文章による記載が適切であるとされ、パスの記録でよく用いられる観察項目に対する(+)や(-)といった評価記録や、アウトカムの評価で用いられる「達成」や「未達成」といった単純な評価記録で表現することは困難である。すなわち、パスを導入したからといっても、観察項目やアウトカム評価の入力だけで看護記録が完結するわけではなく、文章による記録も組み合わせなければ、必要な看護過程をすべて記録することが難しいという問題がある。

また、パスによる看護記録には個別性の問題も存在している。患者が抱える看護問題のなかには、転倒のリスクや褥瘡のリスク、摂食の問題、身体合併症、高齢者の日常生活自立度の問題といった、疾患横断的に患者が個別に抱えるものが含まれることが多くある。このような個別性の高い看護問題は、「統合失調症パス」や「うつ病パス」など疾患別のパスのアウトカムには事前に設定されていないため、看護の過程を記録する際には、パスとは別に看護計画を立案し、一連の看護実践の内容を記録しなければならない。特に精神科救急の患者の場合には、ラポールの問題やセルフケアの問題、支援体制の問題、金銭管理の問題といった、個別性の高い看護問題が含まれることが少なくない。

このようにパスの導入には複数の看護記録の問題が存在しているため、病院でパスを導入し、看護業務もパスで行おうとすると、長く従来型の看護記録をしてきた現場の看護師は大きく混乱してしまう。そのため病院でパスを導入する際には、長い時間をかけて院内で看護記録の記入ルールの設定と周知をしなければならなくなる。パスは精神科救急においても看護師の業務を効率化することが示されており⁴⁾、導入する意義は存在するものの、こういった看護領域における導入の困難性がアウトカムやバリエーション分析の入力を含むパスを普及させる際のハードルの1つとなっていると考える。

2. 電子カルテ機能

本調査において、精神科救急ではほとんどの医療機関が電子カルテを導入していたが、導入している電子カルテは他の診療科が多く採用している富士通やNECなどの企業が提供する電子カルテソフトではなく、「精神科病院向け電子カルテシステム」と呼ばれる精神科の業務に特化した電子カルテが多く導入される傾向があることがわかった。また、パスを導入している医療機関のうち、パスを電子化している割合(電子化率)が76.5%と高く、精神科救急ではパスの電子化が積極的に行われていることがわかった。

しかしながら、本調査の対象となった病院が導入していた電子カルテに搭載されている電子パスシステムの機能については、アウトカム評価機能をもつソフトウェアは全体の44.6%、バリエーション分析機能をもつソフトウェアは18.5%と少ない状況であることが回答された。これらは病院による回答結果であり、使用されている電子カルテソフトウェアの機能をわれわれが直接評価したものではないため、各ソフトウェアの機能を正確に反映したものではないが、電子カルテソフトウェアの機能の問題が、アウトカム評価やバリエーション分析の入力を含むパスを導入する際のハードルの1つとなっている可能性があり、さらなる調査が必要であると考えた。

3. 用語マスターの問題

今回の調査により、精神科救急においてBOMが普及していない現状があることがわかった。過去に日本クリニカルパス学会がすべての診療科を対象として行った特定調査の結果では、41.6%の病院がBOMを導入していることが示されており⁶⁾、精神科救急では他の診療科に比べてBOMが利用されている割合が少ない状況にあると推測した。

過去にわれわれは精神科パスでBOMを使用する際に生じる課題について調査し、BOMでは精神科領域のアウトカム用語が少なく、精神科のパス作成作業のなかでBOMを用語マスターとして利用することが困難であることを示した⁴⁾。他の診療科では、パスを作成しようとする際にBOMを使用することができるので、作成の際にアウトカム用語を検討する手間を省くことができるが、精神科でパス作成をしようとする際には、記載されている用語が少ないためにBOMを使用してパスを作成することが困難となり、院内でどのようなアウトカム用語を使用するかを一から検討する過程が必要になってしまうという問題がある。

一方、2022年にバージョンアップしたBOMでは精神科

領域の用語が増え、次のバージョンアップに向けてさらに多くの精神科用語を収載する取り組みが日本クリニカルパス学会を中心として始まっている。今後 BOM は精神科パスの作成を支援するソフトとして適切に活用できるものにさらに変化していくものと考えられる。

最後に本調査の限界について述べる。今回の調査では、179 施設のうち、69 施設から回答を得ることができたが、残りの 110 施設のパスの普及状況をつかむことは困難であり、本調査の結果は精神科救急全体を代表しているわけではない。また、各ベンダーが販売している電子カルテの機能については、病院へのアンケートをもとにした情報であり、正確に各ソフトウェアの機能を評価するためには、ベンダーを対象とした調査を改めて実施する必要がある。

おわりに

本調査では、精神科救急におけるパスの導入実態を明らかにした。アンケートで回答が得られた病院のなかで、バリエーション分析まで行っている病院は少なく、パスが適切に運用されていない実態があることがわかった。精神科救急において、パスをケアマネジメントと複合的に運用し、長期入院を防ぐものにするためには、パスの運用を適切なものにしていく必要があるが、そのためには看護記録の問題や電子カルテソフトの利用方法など、さまざまな課題を解

決していく必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 多忙ななか、アンケート調査にご回答いただきました医療機関の皆様、この場をお借りして御礼を申し上げます。

文献

- 1) 平林直次：医療観察法におけるクリティカルパス。精神医療，62；69-75，2011
- 2) 伊藤弘人：精神科医療クリニカルパス—総論—。日本精神科病院協会雑誌，33（4）；335-340，2014
- 3) 厚生労働省精神・神経疾患研究開発費「『地域中心の精神保健医療福祉』を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究」（主任研究者：伊藤順一郎）平成 20～22 年度・総括研究報告書（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/research/08.html>）（参照 2023-09-14）
- 4) 松原拓郎，岡崎勇樹，小島 瞳ほか：基本アウトカムマスター（Basic Outcome Master：BOM）を用いた精神科アウトカム志向型パスの導入。精神医学，61（2）；219-229，2019
- 5) 日本看護協会：看護記録に関する指針。2018
- 6) 日本クリニカルパス学会：クリニカルパスの普及・体制の現状と課題—第 21 回（2021 年度）アンケート結果から—。日本クリニカルパス学会誌，24（1）；70-82，2022
- 7) 副島秀久，河村 進，白鳥義宗ほか：電子クリニカルパスにおける新たな提案—ePath 事業における JSCP・JAMI 合同委員会最終報告—。日本クリニカルパス学会誌，24（1）；61-69，2022

Questionnaire Survey of Clinical Pathways of Psychiatric Emergency in Japan : Status and Issues

Takuro MATSUBARA, Yuya KIZAKI, Kenichi HASEBE

Department of Psychiatry, Matsubara Hospital

The clinical pathway has become popular since 2014 for psychiatric emergency services in Japan. However, its utilization is still unknown. The Japanese Society for Clinical Pathway created a definition for the clinical pathway in 2014. According to this definition, a clinical pathway must include three methods : (1) setting outcomes, (2) evaluating outcomes, and (3) variance analysis. However, how prevalent these paths containing these three techniques is unclear. Thus, we conducted a questionnaire survey of hospitals with psychiatric emergency departments.

As a result of the survey, it was found that 49.3% of the hospitals had introduced the pass. However, 61.8% set outcomes, 44.1% evaluated outcomes, and 26.5% conducted a variance analysis. It became clear that pathways that meet the definition of the Japanese Society for Clinical Pathway are not sufficiently popular.

We considered that two main factors prevent a path that encompasses outcome setting, outcome evaluation, and variance analysis from becoming popular. The first factor is the issue of nurse records. The inputs of outcome setting, outcome evaluation, and variance analysis alone cannot express nurses' observations and thought processes. As a result, there is a problem that the pass cannot include the items required by the nurse. The second factor is the problem with electronic patient record software packages. As a result of the survey, 94.2% of hospitals have introduced electronic patient records. However, few electronic patient record software packages have functions for setting and assessing outcomes and analyzing variances.

Authors' abstract

Keywords clinical pathway, care management, psychiatric emergency service, electrical health record, BOM