

クリティカルパス：なぜ生まれ、何をもたらすか、そして課題は何か

Critical paths: What can be learned about them, what they promise to our health care, and how they must be implemented

山内 豊明 Toyoaki Yamauchi, MD, ND, PhD

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

1999年10月28日投稿, 1999年11月24日受理

要旨

我々を取り巻く種々の環境の変化は、ケア提供体制の変革や改善を余儀なくさせている。クリティカルパスは現代の医療資源の有効利用の立場から生まれるべくして生まれてきた最新の方法論である。このクリティカルパスはマネージドケアの台頭が著しい米国で誕生し、我が国でも昨今急速な勢いで拡がりをみせつつある。本論考では、まずその誕生の母体ともいえる米国の医療文化や保険制度について考察し、米国での誕生の必然と発展の経緯について言及する。それに続いて、クリティカルパスの理論背景を紹介し、クリティカルパスの概要、開発過程について述べ、導入に際しての要点を整理する。そして我が国の医療現状に照らして、このクリティカルパスが我々に与えてくれる可能性についてを考察し、クリティカルパスがわが国の医療の中に根付く条件などの、これからの課題についても考証する。

Abstract

The critical path method is a " must-to-be born" and cost-effective tool for surviving today's managed care. This paper starts with reviews of the historical background of systems and cultures in health care in the United States, followed by reviews of the theoretical background and origins of critical paths. Various definitions and a lot of synonyms are available for critical paths, including clinical paths, clinical pathways, clinical care track, coordinated care plans, and so on. Components and presentations of critical paths are summarized with actual samples. The development of critical paths must be conducted by multidisciplinary collaborative teams. Modern critical paths widen their target diagnoses and treatments, expanding from typical relatively acute diseases and routine simple cares to chronic illnesses, such as Parkinson's disease, and more complicated skilled procedures. Critical paths direct the health care team in achieving daily patient care goals for specific health care problems. These paths are multidisciplinary plans of care designed to reduce patient discharge delays and use resources efficiently, while providing optimal quality patient care. Finally, obstacles to implementing critical paths in the Japanese health care field are discussed.

キーワード

クリティカルパス, ヘルスケアシステム, ケア管理, ケースマネージメント, 多職種間連携ケア管理

Keywords

critical paths, health care system, managed care, case management, multidisciplinary care management

1. 米国における医療背景とケースマネージメント

の台頭

クリティカルパスがヘルスケア界に導入されたのは米国が初めてであった。ここでクリティカルパスの導入を論じるにあたって、なぜ米国で導入が行われ受け入れられて来たのかを知るためにも、まずは米国の医療制度の基本について述べる必要がある。

米国の医療における病院と医師との関係は日本と根本的に異なる。病院と医師とは原則的には独立している。病院は医療が提供される場を提供することが第

一義であり、医師はその場を使って医師としての医療行為を展開する。例えていえば病院はデパートのようなところであり、医師はデパートに出店している専門店のような関係ともいえよう。一例として米国における医療扶助であるメディケア (Medicare) ではパートAで入院関係の費用をカバーし、パートBで医師の診療報酬をカバーするのである。このように医師に対する報酬と入院に伴う費用は別個のものと認識されてい

る。

これに比べると我が国では医師の行為なしに入院費などが発生することは想定されておらず、収入は医師の行為に依存していることが大原則となっているといえよう。つまり医師の存在抜きには医療経済活動の話は成り立たないのである。

さらに日本のほぼ100%の医療経済活動の基盤となっている保険医療制度では、その費用は診療報酬点数という全国統一の価格設定であり、その支払い方法は現時点においては標準化された出来高払い制なのである。

これに比べると米国においては、医療に関わる費用については基本的には他のサービス業の場合と同じで、サービスの供給者と受給者との間で決められるものとされているのが常識である。米国には我が国のような国民皆保険制度に相当する制度はない。唯一公的保険として用意されているのは65歳以上の高齢者あるいは身体障害者を対象とするメディケア(Medicare)と低所得者対象のメディケイド(Medicaid)の二つがあるだけである。ただし、壮年層やある程度の収入がある者はこのような公的保険の恩恵を受けることはできず、4分の3を超える国民は自ら民間の医療保険に加入する(英語では保険を「買う」と表現する)ことで、万が一の場合の法外な出費に備えなければならないのである。

一般に米国の医療費は我が国のそれとは比較にならないほど高く、平均的な外来での医師の診察料は約1万円である。これには検査や薬代は含まれていない。さらに入院費はべらぼうに高く、安いところでも1日10万円程度はし、平均的な入院費は1日30万円位はかかる。これには看護料、ベッド使用料、食事が含まれるが、前述の通り、医師の診察料や手術代などは別途支払わなければならないのである。

であるから公的保険制度の受給資格に該当しない場合は各自で医療保険を買うことで自己防衛しなければならない。しかしながらこの医療保険もその種類によって、あるいは加入希望者の種々の条件によっては、決して安いものではなく保険を持っていないあるいは持てない国民が全米の15%ほどを占めているという事実も見逃せない。なまじわずかな収入があるゆえに公的扶助を受けられず、かといって自分で保険を買うだけの余裕がない層が全米の約7分の1存在するのである。

この医療保険の選択と購入は各個人の責任によるものであり、日本の皆保険制度のような統一化・標準

化された保険制度はないものはない。どのような場合に医療費が保険からいくら支払われるのかなど、その条件や内容についてはまちまちである。支払い額については、その決定権は支払いを受ける側ではなく、むしろ支払いをする側にある場合が多く、両者の間での見解の相違についてはしばしば裁判を通して争われることもある。

このような民間医療保険の分野では1970年代から80年代にかけてHMO(Health Maintenance Organization)と呼ばれる保険制度が現われ急成長を遂げてきた。それまでの医療保険が第三者としての実際に支払われた額に対する一定割合の償還であったのに比べ、このHMOは医師、病院、薬局などの医療供給者と一体になることによって、医療そのものの現物給付を行う全く新種の保険システムである。

1965年のメディケア、メディケイドの施行以来、急激な医療費の高騰に頭を悩ませていた米国議会が、1973年に連邦HMO法案を可決し、税制面で優遇してまでもHMOの普及を誘導した背景には、このHMO自体が医療費抑制のメカニズムを持っていることに政府が着目したためである。そのことやHMOでは被保険者の保険料の安さと医療機関受診時の自己負担の少なさから急速にその組織数を増し、1991年には全米で556のHMOが組織され3860万人が加入するに至ったのである。

HMOと医療提供者とは総額請負制というべき包括的な契約がなされる。HMOは契約内容に応じて報酬総額を一括して医療提供者に支払い、医療提供者はそのHMOの被保険者に必要な医療サービスの全てを提供する、という仕組みである。すなわち医療提供者側にとってはサービス提供の機会が少なければ少ないほど、また同じサービスを提供するにしてもそのコストが低ければ低いほど運営上有利になるのである。つまりより経済効率の高い医療を提供するように向かうのである。

従来の医療保険制度は現在の我が国の制度と同様の出来高払い制に基づき、サービス提供の機会が多ければ多いほど、また患者が重篤なほど収入が増えるという仕組みである。このような状況では素早い対応、的確な判断、効果的な治療選択による患者の早期回復は、医療提供者側にとっての減収になりかねない。出来高払い制度にはこのような構造的矛盾を内包しているのである。

メディケア、メディケイドはこの出来高払い制度で創設された。加速度的な医療費の高騰は米国の医療

経済を危機に陥れることになった。1965年には460億ドルとGNPの5.9%を占めていた医療費総額は年々膨張し、1991年には7560億ドルとなり当時のGNPの14.0%を占めるに至った。さらにその翌年の1992年には8170億ドルとなったが、その内の2000億ドル(25%弱)は無駄な出費であったとの報告もある(Consumer Reports, August 1992)。そして1995年にはついに医療費総額は1兆ドルの大台にのったのである。

この米国の医療費の占める大きさを我が国と比較してみよう。1993年の国民総生産に占める医療費の割合は我が国においては6.8%であったのに比べ、米国ではその約倍の13.2%を占めているのである。我が国では昨今医療費の増大が声高に叫ばれているが、米国のそれはこの比ではないのである。

米国の医療費の中でもメディケア関連の医療費の突出は目立ち、医療費抑制のために様々な立法処置が取られたが、どれも十分ではなく、ついに1983年に医療費抑制の切り札としてヘルスケア財務局がDRGs/PPS支払い方式を導入するに至ったのである(O'Conner, 1993)。

このDRGsとはDiagnosis-Related Groupsのことであり、邦訳すると診断関連分類となる。これはYale大学の研究者たちによってなされた476の医学診断名あるいは医療処置名の分類である。この分類を元に332の全米各地の医療施設における140万人分のデータから、主要診断、二次的診断、手術の有無、年齢、性別、退院時の状態の6項目に着目して分析することで、DRGsのそれぞれに対して、標準となる在院日数と医療コストを定めたのである。そしてそのデータに基づいて、医療機関には治療内容や入院期間に関係なくあらかじめ決められた医療費しか支払わないというものが、見込み額支払い制度(Prospective Payment System: PPS)という、いわゆる定額支払い制度である。

とにかかにもこれまでの出来高払いによるメディケアの支払い制度は180度その方向を変え定額支払い方式となったのである。ここに医療コスト削減の嵐が吹き荒れ、古い体質から脱却できなかった医療機関は消滅あるいは吸収といった運命を迎えることとなった。またたとえ生き残ったとしてもこれまで以上の経営努力が絶え間なく求められた。そうしたなかで徐々に発展していった経営手法がケースマネージメント(Case Management)であった。

ケースマネージメントとは症例(ケース)毎にアウトカム(ゴール)を定め、そのアウトカムに至るための、必要十分なケアを最少限の人的・物的資源で、効

率的に提供するための管理手法である。ケースマネージメントはケア管理(Managed care)の中核をなす一方法であり、これからの病院運営に欠かすことのできない手法である。ケースマネージメントは症例にかかわる全てのヘルスケアチームのメンバー間の連携を確実かつ強力にすることに重点を置いた組織化されたケア(この場合のケアとは患者に関わるあらゆる介入を含み、医師による投薬や処置、看護職による看護介入、リハビリチームによる訓練の提供、その他栄養指導、生活指導、社会復帰のための各種の手続きや手配、家庭環境の整備など全てを包含する広義の概念である)を提供する方法であり、そのポイントは各職域にまたがる連続性のあるケアの編成することにある。個々の症例に設定されたゴールを、無理なくかつ無駄のない時間枠の中で、必要十分かつ最小限の人的、金銭的資源で達成するためにケースマネージメントは有効な手法なのである。

ケースマネージャーはこのケースマネージメントにおいて、各種ケアをコーディネートして中心的な役割を担い、その職務に最もふさわしいのは看護職であるとされている。このケースマネージメントにおいて最少の資源で最大の効果をあげるために生まれてきたツールの一つがクリティカルパスなのである。

クリティカルパスに基づくケースマネージメントは臨牀的な結果を改善し、患者の満足度を高め、総合的なケアの質の向上をもたらす。クリティカルパスが採用される他の理由としては、患者へのケアの充実度のアセスメントが継続して行われること、ケア目標設定に関わってくる変動要素の同定が容易になること、そして介入の早期開始を可能にすること、などもあげられる(Shortel & Kaluzny, 1994)。さらにクリティカルパスを用いることにより、ケア過程における改善点を発見しやすくなり、入院日数を減らし、入院にかかる費用を減じ、不必要なあるいは重複するような医療行為を防ぐことも容易になってくるとも指摘されている(Mahn, 1993)。

2. クリティカルパスの理論

クリティカルパスはそもそもヘルスケアのために生み出されたものではなく1950年代に米国の産業界で発展したオペレーション・リサーチ(OR)の中の工程管理技法から派生・発展した概念である。多数の工程に分割された作業を管理しコーディネートするための手法として考案されたパス法(Critical Path Method: CPM)がその原型である。医療技術の進歩と

医療経済構造の急速な複雑化はもはや一人のケアプロバイダーが全てのケアを漏れなく無駄なく見渡し調整すること不可能にした。ケアが提供されるクライアントを中心にそのクライアントに関わるイベントを一覧できる状況が必須となった。そこに登場したのがこのクリティカルパスであった。

3. クリティカルパスの名称

実際にはこの「クリティカルパス：Critical paths」は、他にも「クリニカルパス：Clinical paths」¹⁾、「クリニカルパスウェイ：Clinical pathways」²⁾、「クリニカルケアトラック：Clinical care track」³⁾、「ケアマップ：Care Maps」⁴⁾、「コーディネイテッドケアプラン：Coordinated care plans」などと、様々な呼び名で言い表されており、統一されておらず、それぞれの施設で独自の呼称を用いているのが現状である。この中で、「ケアマップ」とはその名称の提唱者によってその呼称自体を商標登録されているため許可なく使用することはできない。

4. クリティカルパスの定義

前述の通り、クリティカルパスの名称にも様々なものがつかわれているが、ましてやその定義となると、これまたいくつものものがある。Metcalf (1991) は『治療過程における重要事項の連鎖の同定のための体系的なプロセス』と定義し、Goodwin (1992) によれば『特定の診断名を有する患者が達成すべき成果のための医療チームの資源投入の集積であり、事前に定められた時間枠を持つ』となる。他にも『ケース・マネジメント・プラン・プロセスの簡略化したものであり、最重要項目が適切な介入と共に明確にされている。そしてDRGで要求されている入院期間に所定の成果が達成されるために、各々の介入についてはいつなされるかがあらかじめ決められている』(Giuliano & Poirier, 1991) や『診断名分類に対応するケア管理を的確に運用するための方法や形式であり、入院期間や介入結果を明確に把握することを可能にする一連の治療看護体系のことである』(Graybeal, Gheen & McKenna, 1993) という定義も提唱されている。

5. クリティカルパスの仕様

様々な定義はあるものの、クリティカルパスそのもののフォーマットについては次にあげるエッセンスは共通である。まずはクリティカルパスは疾患別あるいは処置別に用意されており、そのクリティカルパス

の成果やゴールが明示されている。そのパス全体の時間枠の明示されているのが大前提であるが、パスの様式は、時系列上に各タスクが明示されている、いわゆる時間軸とタスク軸の2次元図表であり、各タスク項目はチェックリスト形式となるものである。

6. クリティカルパスの具体例

クリティカルパスの具体例を紹介する。一つ目(図1)は入院期間中のものとしてオハイオ州クリーブランド市のケースウエスタンリザーブ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパスである。もう一例(図2)はカリフォルニア州サンディエゴ市にあるシャープグループ病院における股関節置換術のパスであり、入院前、入院中、退院後を包括したものの流れを示してある(山内, 1996)。

一方でここ数年米国においては垂直統合(vERTICAL integration)という方略が注目され、「退院後も継続して関わっていく」という理念から退院後の施設も当該医療機関の系列として継続的なケアの提供を目指すものである。これによって医療機関は患者を自らのグループ内に囲い込んでおけるという経営上のうまみもある。

7. クリティカルパスの開発

実際にはこのクリティカルパスを誰が開発するのかということ考えてみよう。結論から言えばいたって明瞭であるが、ケアに関わる全ての部門が関わるのである。全ての部門とは医師、看護部、薬剤部、栄養部、検査部、ソーシャルワーカー、事務部(財務、運営、情報システム)を含み、そして何にもまして重要なのは経営陣に正しい理解と協力が得られることである。クリティカルパスは皆のものであり、病院内の一部門だけの独走的な活動では目指すものは得られない。多くの施設での失敗例はこの多部門による共同作業体制の確立をうまく行えなかったことによるものである。

そして実際のクリティカルパスの開発にあたっては、ケースマネージャーが中心となって表1にあげるような順序を追って進められることが理想的であるとされている(Meisler, 1994; Sullivan & Decker, 1992)。

8. ターゲットとなる疾患・処置

従来よりクリティカルパスのターゲットとなる疾患や処置には次のような原則があるといわれている。まずはケアプロセスが比較的定例的なものであり、例としては正常分娩、大腿骨頭置換術などがあげられ

University Hospitals of Cleveland

Collaborative Problem List

Care Path Name: CABG/Valve

DRG: ELOS:
Expected Disposition:
SICU

- 1.
- 2.

FOCUS	DAY OF SURG: 1st 15 min.	DAY OF SURG: 15 min to 2 hrs.	DAY OF SURG: 2 hrs. to 7 am	Post-OP DAY 1: 7 AM to Time of Transfer
Laboratory/Tests/ Procedures	ABGs, CBC/diff, Chem 7, CA ⁺⁺ , MG ⁺⁺ , PT/PTT, surgical isoenzymes; dextrose stick, pulse oximetry	EKG, chest x-ray, ABGs pm Continuous pulse oximetry Dextrose stick Q ____ Hr	Labs q8H x 2: CBC (no diff), Chem 7, Surg, isoenzymes, Dextrose stick Q ____ Hr PRN: ABGs, PT/PTT, CA ⁺⁺ , MG ⁺⁺ , other	EKG & chest X-ray pm ABGs x 2 after extubation Dextrose stick Q ____ Hr
Consults	Respiratory Therapy	Notify surgical cardiologist on call		
Physical Assessment	Complete assessment on admission to SICU, continuous EKG & hemodynamics Q15 min. & pm I & O	Ongoing physical & hemodynamic assessment & Vital signs Q15 min. I & O Wean vent as tolerated	Ongoing physical assessment Q4H Evaluate for extubation, 8-10 Hrs post-op; extubate if ABGs adequate, weaning parameters WNL, and awake. OR Evaluate weaning parameters at 0500; plan extubation, if ready as above, between 0600-0700. VS/Hemodynamic eval Q 1-2 Hrs I & O Wt in AM Assess bowel sounds	Ongoing physical assessment Q4H 4 hrs post-extubation assess for transfer to HH2 in collaboration with ICU team and surgical attending, and cardiologist when necessary VS/Hemodynamic eval Q 2-4 H I & O
Activity	Bedrest	Bedrest: turn Q2H	Bedrest: turn Q2 Hrs	Chair in AM/OOB TID
Treatments	Connect to Vent/mode IMV Insert NG tube to ____ Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal Document initial CT output Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered IAPB/Pacer: stand by Foley: sp gr Q6H	Warming lights or Bair hugger for temp less than 36 degrees C NG tube to ____ Isolate epicardial wires (using 3cc syringe with syringe cannula) Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal CT/MSCT output Q15 min. Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered Foley: sp gr Q6H	NG tube to ____ D/C NG tube at time of extubation if bowel sounds present Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal CT/MSCT output Q1H Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered Foley: sp gr Q6H	Evaluate for NG tube removal D/C chest tube(s) per protocol: cannot be transferred if mediastinal CT remains in pt. Portable chest x-ray post CT removal Change epicardial wire dsg when MSCT D/C D/C Swan Ganz cath if hemodynamically stable D/C Foley if urine output adequate Evaluate to D/C A-line after post extubation ABGs done & patient to be transferred incentive spirometry Q1H WA Encourage C & DB O ₂ at ____ L/min, NC Blood products as ordered

図1 ケース・ウェスタン・リザーヴ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパス(1/2)

る。脳梗塞のような頻度の高い疾患や冠動脈バイパス術に代表されるようなコストのかかるものもターゲットとなる。それらをまとめた急性心筋梗塞のようなハイリスク・グループはその治療効率、経済効率ともにクリティカルパスの恩恵にあずかりやすい疾患である。

実際にクリティカルパスの対象疾患を絞るときに

は外科的疾患から取り組むと導入しやすいが、それだけではなく、糖尿病の初回教育入院のような内科的疾患、精神科疾患（例：アルコール依存症）も十分に対象となりえる。さらには時間軸を「hours」や「days」ではなく「stage」と置くことによって、パーキンソン病などの慢性進行性疾患も対象となり得るように、クリティカルパスが適応できる疾患は幅広いものであ

FOCUS	DAY OF SURG: 1st 15 min.	DAY OF SURG: 15 min to 2 hrs.	DAY OF SURG: 2 hrs. to 7 am	Post-OP DAY 1: 7 AM to Time of Transfer
Diet	NPO	NPO	NPO	Clear liquid post extubation; advanced as tolerated to low chol/low salt
Medications	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	Enteric ASA Dipyridamole Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Digoxin Dopamine Lidocaine Insulin Coverage Procainamide PRN: KCL bolus
Discharge Planning				
Teaching/Learning				
Intermediate Outcomes		Adequate ABCs Hemodynamically stable	Extubate by 7 AM Hemodynamically stable without pharmacologic support Chest tube output ≤ 75 cc/H	Hemodynamically stable without pharmacologic support Neurologically intact Mediastinal chest tubes D/C Arterial line D/C
Date				
Intermediate Outcome Met/Not Met				
Reviewed by: RN Signature Days				
Reviewed by: RN Signature Evenings				
Reviewed by: RN Signature Nights				

Outcomes:	Met	Not Met	Comments	Date/Initials
Hemodynamically stable; respiratory parameters adequate for patient				

図1 ケース・ウェスタン・リザーヴ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパス(2/2)

る。

9. 我が国の医療現状に照らして

我が国の医療文化の特徴の一つは長い在院日数である。これは OECD（経済協力開発機構）27カ国中、突出している長さである。その理由としては、病床（病院）の機能別化が未発達であること、病院施設でのマンパワーの充足度が依然として低いこと、一定価

格の出来高払い制による報酬制度により入院期間短縮へのインセンティブが機能しないことなどが主要なものである。さらには、診療プロセスの体系化が十分でなく検査や処置の流れがスムーズでなく、例えばある処置を行う前に済ませておかなければならない検査が済んでいないがために全体として遅れ遅れになることはしばしば目にするものである。その上、各種疾病・障害保険制度からの入院保険金を受け取る

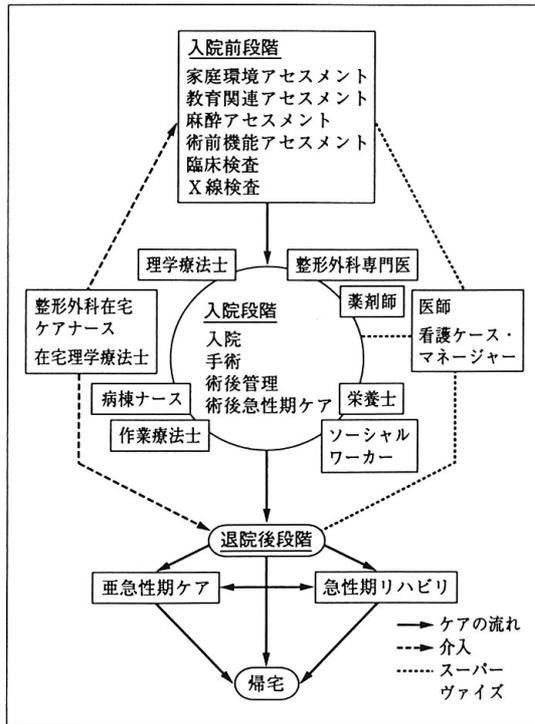


図2 シャープグループ病院の股関節置換術のクリティカルパスの流れ (山内, 1996)

表1 クリティカルパスの開発過程

1. ターゲットとなる疾患・治療の選定
2. 文献検索
3. 開発担当チームの結成
4. 自施設の基礎データの収集
5. 重要項目の洗い出し
6. ドラフトの作成
7. クリティカルパスの開発
8. 医療チーム全員の合意を得る
9. パイロットプログラムの試行
10. 予備調査結果を検討
11. プログラムの修正
12. 一斉実施
13. 定期的見直しと修正

ことができるようにと、医学的必要性を越えて入院を継続する場面にも遭遇することがある。伝統的な出来高払い制度の元ではどうしても経営感覚・コスト意識の不徹底になるのもいたしかたがない。

ここで我が国での看護を取り巻く環境全般についてを振り返ってみたい。まず最近の看護業務運営体制はプライマリナース制度を採用しながらも勤労者としての労働条件は3交替制から変わっていないという現実がある。多くの病院の看護体制ではプライマリ・ナースング制度を取り入れているにもかかわらず、実際の勤務形態は伝統的な3交替制を踏襲している。そのためにプライマリナースが準夜、深夜と勤めると日勤としての連続不在は稀なことではない。米国でのシフトは日本ほど頻繁かつ複雑ではない。このプライマリ制と3交替制の併存は、看護職自体の「主体性の自覚とその維持の困難」という大きな問題の解決にとってはむしろ妨げとなる可能性も与えかねない。

看護職内での役割分担においては制度上、正看と准看の区別があるにもかかわらず、多くの場面ではっきりとした役割分担がなされていない。さらに無資格の看護助手の補助業務とのオーバーラップすら目につく場合もある。また同じ正看であってもその教育背景

は専修学校、短期大学、4年制大学と様々な場合がある。米国では教育背景に応じた業務分担も認められる場合があるが、日本では絶対的な数の割合のアンバランスからか、その役割分担は十分には認められてはいない。

看護活動の法的根拠には保助看法による根源的な縛りがある。つまり『保健婦助産婦看護婦法』の第5条に定義された業務『診療の補助』に看護業務についての権限と責任の所在が限定されている、という大前提がある。このことにより、決定権を見ずからの掌中に納めていないことに起因する主体性を欠く態度も見受けられることであろう。また判断を多くの場合、医師に委ねてきたという歴史的、制度的背景から、自らの判断力を養い、鍛えるといった雰囲気には乏しく、さらに厳しい見方によれば、看護活動の法的根拠の弱さ、判断力不足などにより自ら責任を取るといった場面や態度があまり多くはうかがえないとの指摘もある。

さらには看護業務に対する報酬は現時点では一日当りの定額払いであり、入院に対する報酬は入院期間が長くなればその単価は低くなるものの、総額による縛りはなく、一種の『出来高払い』的な要素もある。

これは自らの活動や判断が直接的に収入に反映していないため、たとえ支出にも大きく影響しているにもかかわらず、コスト意識を著しく乏しいものにしてしまう恐れを生むものであろう。

10. クリティカルパスが与える可能性

クリティカルパスの導入効果としては次のようなものがあげられよう。まずはケアの共有化を通してケア場面での責任とイニシアチブが明瞭化され、チーム医療の強化を図ることが期待される。クリティカルパスを導入してケアをシステム化することにより、患者を中心に据えたケアを各専門職が責任と役割を明瞭にして提供できるようになる。同種の専門職内でも標準化されたケアを共有することにより、ケアの具体的な提供者が代わっても一定のケアを安心して提供することができるのである。

患者はより専門的なケアを計画的に受けることができると同時に、無駄な検査や介入に煩わされることがなくなり、心理的、経済的に安心できるようになる。またケアの効率化という名のもとに必要なケアが欠けていないかを事前に確認し保証することができる。さらに看護業務で永遠の課題である『記録』に関しては簡素化を図ることが期待できる。これはすなわち、ケアの効率化と質の保証であり、無駄と漏れない医療の提供を保証することにつながる。

クリティカルパスが現任教育のツールとしてその現場におけるスタンダードを明示していることになり、異動や新任にともなうスタッフ教育の場面において、十分検討されたスタンダードを教材として用いることができ、現場に普遍的なものを伝えることが正確かつ容易になるであろう。

患者へのオリエンテーションのツールとして、ケアの進捗を具体的に提示できるツールとして用いることができ、インフォームドコンセントを向上させることが期待できる。そのことにより患者は、自らに提供されるケア計画についての不安が軽減し、様々な個人の計画を立てることにより積極的になることが期待される。それは一方的にケアを提供される者としてではなく、自らのケアについてより多くの自己決定を行い、ケアにより積極的に参加することを促すことに役立つと考えられる。

11. これからの課題

クリティカルパスを導入することにより、医療場面での患者を含めた意思決定のプロセスを明確にする

ことになる。しかしこれは、決して看護の独善陥ってはならず、医師をはじめとする医療専門職、病院管理職、病院運営事務職、そして患者や家族、時によっては地域行政との緊密な連携プレーが必要である。その連携プレーの『地図』としてのクリティカルパスを正しく作成する必要がある、その調整役を誰が担うのかをはっきりさせて進めなければならない。これはすなわち医療の決定権の在り場とその共有をはっきりさせることを大切にするに他ならない。

コストに関しては支払い側に決定されるのではなく、自らの良識に基づいて行われるといったドライビングフォースが大切になる。これが日本の保険医療制度にDRGs/PPSが導入されるならば、その決定権は支払い者側に移ることにもなり兼ねない。

個を扱う医療というものが、ある程度一定のケアを供給するという一方で、高い次元での均質制が要求され、現実でのそれらの接点を探ること、そして日々変化する日常と臨床において、その接点を常にベストのものに維持する努力が必要となる。これは一度作成したクリティカルパスでも、作成したその時点から見直しをするシステムを直ちに連動させ改善していくといった、継続的な質改善：CQI (Continuous Quality Improvement) を行わなければならない。

クリティカルパスの有効利用のためには何よりも適切な判断力を養うことが必要になる。折角素晴らしいクリティカルパスが用意されても、パスの要所所で、右か左かといった判断が正しく行われなければパスを十分に生かせない。特に最近看護ではアセスメントについての必要性の認識が高まってきていると同時に、その能力の向上が叫ばれている。クリティカルパスを運用していくに十分なアセスメント能力の取得と維持向上が不可欠な要件であることには疑いはないであろう。

参考文献

- Giuliano, K.K. and Poirier, C.E. (1991). Nursing case management: Critical pathways to desirable outcomes. *Nursing Management* 23(3), 52-55.
- Goodwin, D. (1992). Critical pathways in home healthcare. *Journal of Nursing Administration* 22, 35-40
- Graybeal, K.B., Gheen, M. and McKenna, B. (1993). Clinical pathway development: Overlook model. *Nursing Management* 24(11), 42-45.

Health care in crisis: Are HMOs the answer? Consumer Reports, August 1992.

Mahn, V. A. (1993). Clinical nurse case management: A service line approach. *Nursing Management* 24(9), 48-50.

Meisler, N. (1994). CNS to case manager: Boadening the scope. *Nurse Management* 25(11), 44-46.

Metcalf, E.M. (1991). The orthopaedic critical path. *Orthopaedic Nursing* 10(6), 25-31.

O'Conner, S. (1993). Outcomes management in perioperative services. *Nursing Economics* 11(6), 364-369.

Sullivan, E. and Decker, P. (1992). *Effective Management In Nursing*. (3rd ed.), Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Shortel, S. and Kaluzny, A. (1994). *Health care management organization design and behavior*. (3rd ed.). Albany, NY: Delmar Publishers, Inc.

山内豊明 (1996). クリティカル・パスの実際 . 股関節置換術を例として . *Quality Nursing* 2(11), 939-950.

著者連絡先

〒 870-1201

大分県野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座

看護アセスメント学

山内豊明

yamauchi@oita-nhs.ac.jp