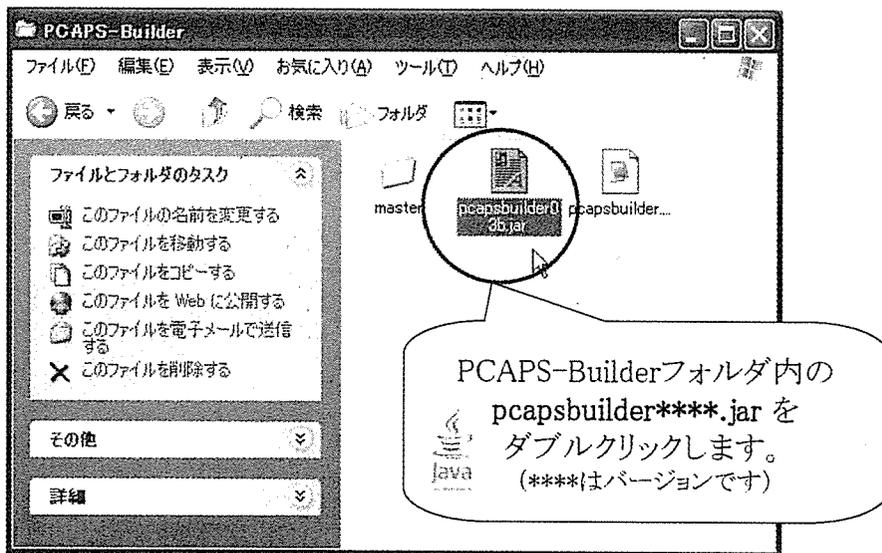


4. ユニットシートを編集する	43
5. 移行ロジックを編集する	45
移行ロジックを作成する(接続線を引かない方法)	52
移行ロジックを削除する(接続線の消去)	58
6. 臨床プロセスチャートを整理する	69
7. 基本情報を登録する	75
8. 臨床プロセスチャートを保存する	77
臨床プロセスチャートを画像として保存する	78
臨床プロセスチャートをファイルとして保存する	80
9. 保存したファイルを開く	82
10. PCAPS-Builderを終了する	87

Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

3

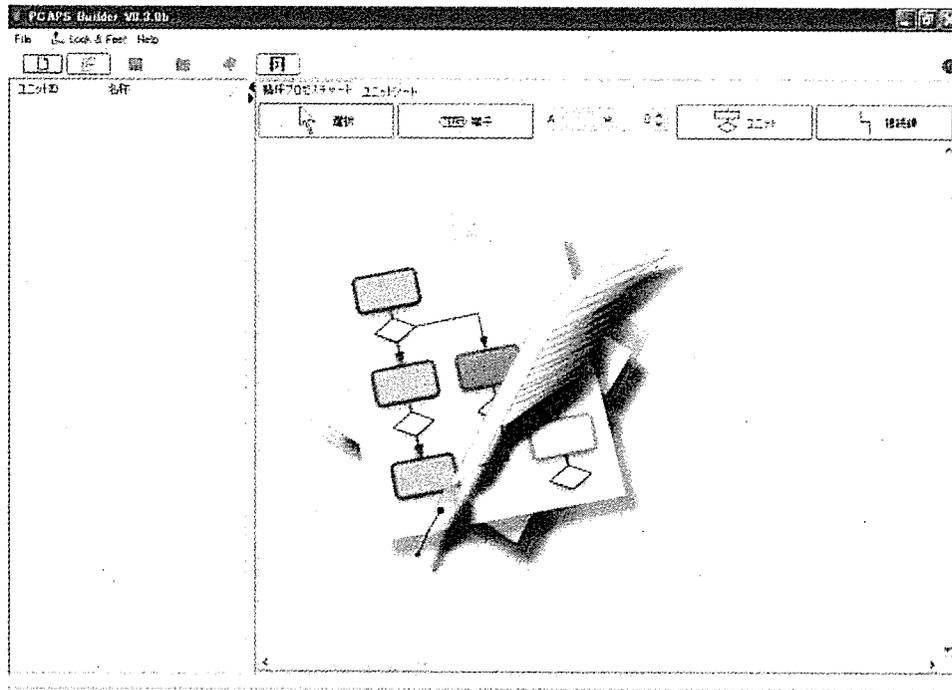
1. PCAPS-Builderを起動する



Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

4

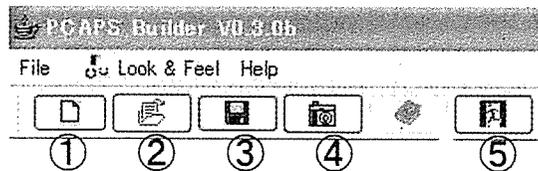
PCAPS-Builder画面が表示されます。



Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

5

PCAPS-Builder ツールバー説明



①新規作成

臨床プロセスチャートを新規作成します。

②ファイルを開く

保存されたファイルを開きます。

③ファイル保存

作成した臨床プロセスチャートを保存します。

④画像保存

臨床プロセスチャートをJPEG画像で保存します。

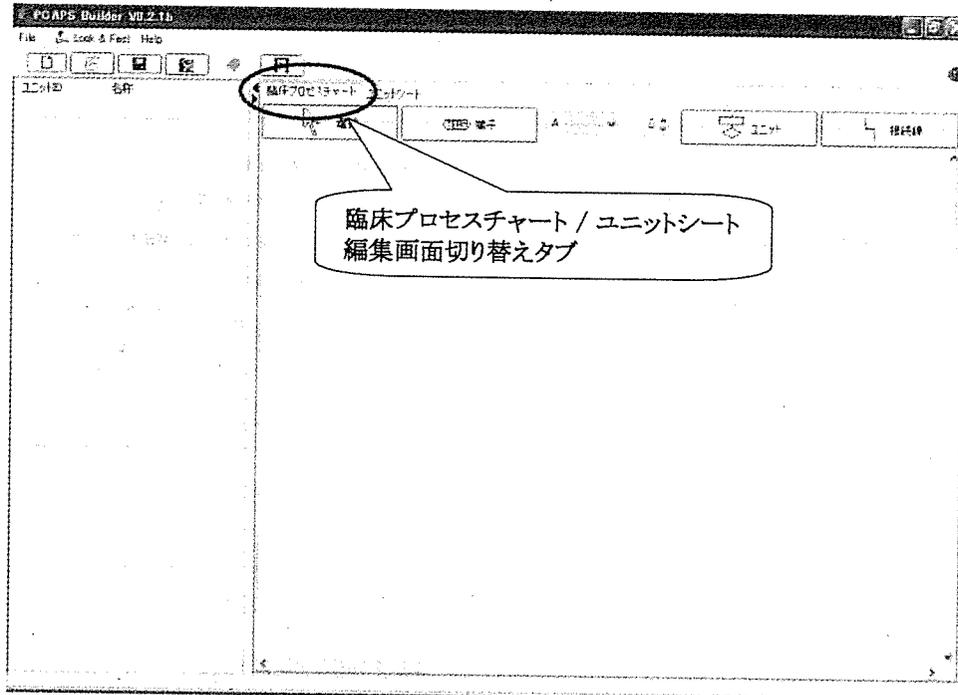
⑤終了

PCAPS-Builderを終了します。

Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

6

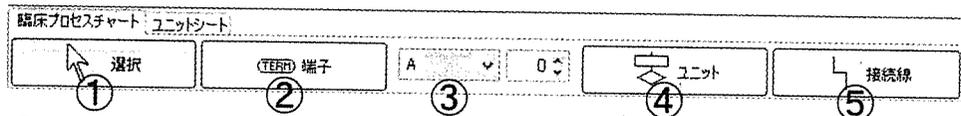
臨床プロセスチャート編集画面



Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

7

臨床プロセスチャートボタン説明



① 選択ボタン

端子やユニットを選択します。ドラッグにて移動や右クリックでのユニット操作を行います。

② 端子ボタン

スタート(入院など)とゴール(退院など)を作成します。

③ ユニットグループメニュー

ユニットの背景色と系列グループ(A~Z)を選択します。

④ ユニットボタン

ユニットを作成します。

⑤ 接続線ボタン

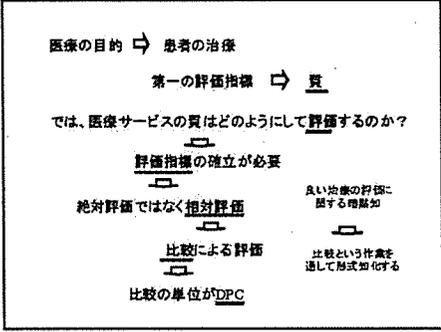
端子とユニットまたはユニット同士を接続します。

Copyright(c) 2005 PCAPS-IMT
All Rights Reserved.

8

DPCの概要
 一特に病院マネジメントの視点から一

産業医科大学
 公衆衛生学教室
 松田晋哉



わが国の診断群分類
 Diagnosis Procedure Combination
 (DPC) について

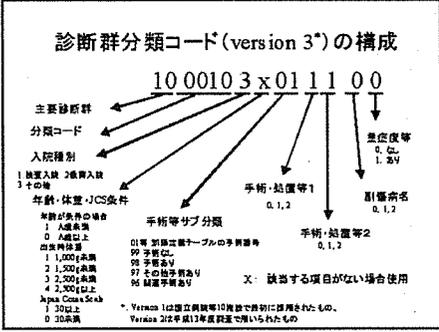
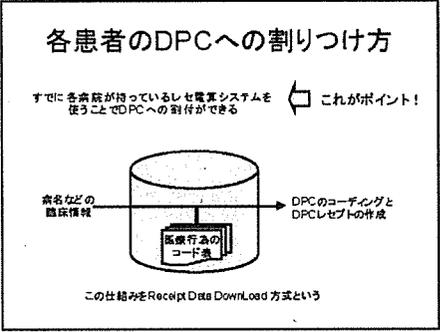
DPCの基本的考え方

- 各患者を「病名」と「行われた医療行為」との組み合わせで分類する方法
- 例えば「胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術(処置等、副傷病なし)」という形で患者を分類する

このままではコンピューターで処理できないので、これを14桁の数字で表現する。

060020 3 x 01 x0 0 x

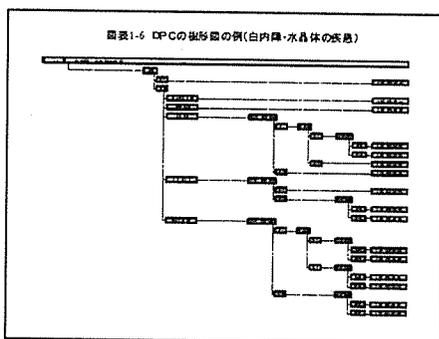
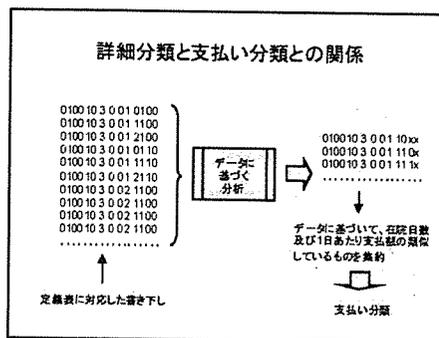
胃の悪性腫瘍 胃全摘術 副傷病なし
 処置等なし



DPC定義表とは何か？

診療群	診療群コード	診療群名称	診療群説明	診療群コード	診療群名称	診療群説明
100	100	内科	内科	101	外科	外科
102	102	小児科	小児科	103	産科	産科
104	104	婦人科	婦人科	105	皮膚科	皮膚科
106	106	泌尿器科	泌尿器科	107	呼吸器科	呼吸器科
108	108	消化器科	消化器科	109	循環器科	循環器科
110	110	神経科	神経科	111	精神科	精神科
112	112	眼科	眼科	113	耳鼻科	耳鼻科
114	114	歯科	歯科	115	放射線科	放射線科
116	116	理学療法	理学療法	117	作業療法	作業療法
118	118	看護	看護	119	検査	検査
120	120	その他	その他	121	その他	その他

当該診療群に対して関連する手術が列挙されている。これを外投医に委託するもとの診療群・診療科目の必要度からグループ化し、手術・処置等1、手術・処置等2、副科等についても同様。



診療報酬の算定方法について(1)

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高部分

包括評価の範囲

- ホスピタルフェーズ的要素
 - 入院基本費、検査(内視鏡等の技術料を除く)、看護診療(重症患者の看護料を除く)、薬剤費(重症患者の薬剤費を除く)、夜間、夜勤
 - 1000点未満の医療、手術・処置の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料費等

出来高評価の範囲

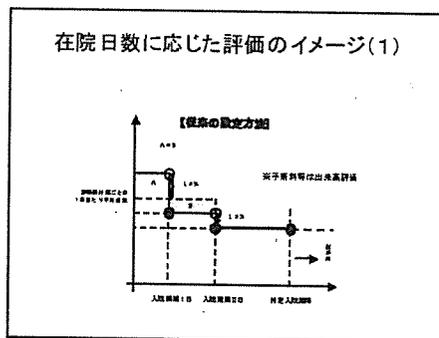
- ドクターフェーズ的要素
 - 手術料、麻酔料、1000点以上の超音波、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、診断手術(検体採取、造影検査、造影剤の投与)、遠隔的診断(遠隔的診断システム)、画像管理費、リハビリテーション、精神科専門療法等
 - 手術・処置の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

診療報酬の算定方法について(2)

包括範囲点数 = 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

わが国のDPCに基づく包括評価の単位は1日あたり包括評価

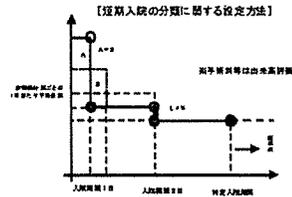
※ アメリカのような1入院包括ではない



初期の入院をより高く評価した疾患

- ・脳腫瘍
- ・肺の悪性腫瘍
- ・食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)
- ・胃の悪性腫瘍
- ・肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む)
- ・骨軟部悪性腫瘍(黒色腫を除く)
- ・乳房の悪性腫瘍
- ・前立腺の悪性腫瘍
- ・卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍
- ・急性白血病
- ・非ホジキンリンパ腫

在院日数に応じた評価のイメージ(2)



診断群分類点数表

診断群分類	点数	平均在院日数	標準偏差
1	1000	10	2
2	1500	15	3
3	2000	20	4
4	2500	25	5
5	3000	30	6
6	3500	35	7
7	4000	40	8
8	4500	45	9
9	5000	50	10
10	5500	55	11
11	6000	60	12
12	6500	65	13
13	7000	70	14
14	7500	75	15
15	8000	80	16
16	8500	85	17
17	9000	90	18
18	9500	95	19
19	10000	100	20

入院期間Ⅰ: 原則として各DPCの入院期間の25パーセント以下
 入院期間Ⅱ: 各診断群分類の平均在院日数
 特定入院期間: 各診断群分類における平均在院日数+2×標準偏差

診療報酬の算定方法について(3)

- (包括報酬点数 = 診断群分類の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数)
- ・医療機関別係数 = 機能評価係数 + 調整係数
 - 機能評価係数
 - ✓ 医療機関の機能を評価するための係数
 - ✓ 入院基本料等加算を換算したもの
 - 入院時症学管理加算 0.0115
 - 紹介外来加算 0.0286
 - 臨床研修病院入院診療加算 0.0006 等
 - 調整係数
 - ✓ 医療機関の前年度実績を担保するための調整係数
 - ✓ 診断群分類による包括報酬に係る医療費が平成16年7月～10月の医療費の実績に等しくなるように、各医療機関ごとに設定

包括評価の算定イメージ

胃がんの場合(30日間入院): 154,739点
 ・診断群分類: 胃の悪性腫瘍、胃切除術、悪性腫瘍手術(姑息的、劇断病なし)
 ・1日あたり点数

14日まで	2,896点
14日～28日	2,167点
29日以上	1,842点

入院医療機関: A大学病院
 ・医療機関別係数: 1.0537
 調整係数: 1.0245
 紹介外来加算: 0.0286
 診療録管理体制加算: 0.0006

算定内訳

- 包括評価 = 2896点 × 1.0537 × 14日 + 2167点 × 1.0537 × 14日 + 1842点 × 1.0537 × 2日 = 78,570点
- 出来高評価 = 76,169点 (買金納付等)

DPCの目的

- ・医療情報の標準化と透明化
 - ・DPCの目的は「支払い方式の改革」ではなく「病院マネジメントの改革」
 - DPCを用いた
 - ・収入管理
 - ・支出管理
 - ・品質管理
 - ・診療の最適化と意思決定支援
- が重要となる。(石川・伏見・2004)

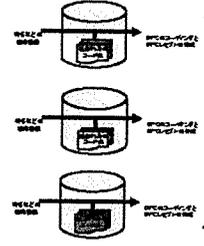
なんのために必要なのか？

定額先払いのため ×
見通し (=管理・マネージメント)を得るため。 ○

全国一律の形式で定める。 (標準化) → 比較検討ができる。 (ベンチマーキング)
複雑な個別の現象を やや単純な平均値に置き換える。 (診断) 簡便化 → 適率論的取り扱い (リスク計算)

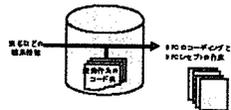
(橋本: 2003)

DPCの一般化のために必要なこと(1)



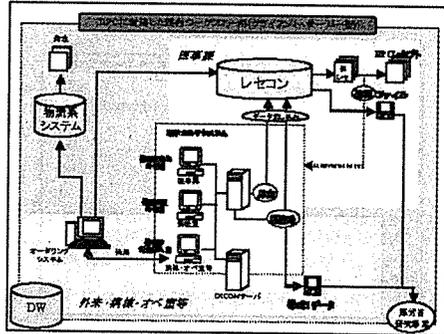
各施設がばらばらの運用行為のコード表レセプトマスター定使っているために
1) 症例毎のシステムが作れない
2) 施設レベルで電子化している情報が、標準化の遅れのために電子レセプトという形で出力できない
DPC一般化の障害となっている
厚生労働省が定めている標準的仕様(必須レセプトマスター)への対応が喫緊の課題!

DPCの一般化のために必要なこと(2)



DPC電子レセプト (DPCコーディングに必要な情報は電子化されているのになぜ紙レセプトなのだろうか?)

- 理由
- 1) 各施設が使っているレセプトのマスターが標準化していない
 - 2) 電子レセプトのフォーマットが決まっていない
 - 3) 審査側のシステムが出来ていない
- 何をすればいいのか
- 1) 各施設が使っているレセプトのマスターを標準化する
 - 2) 電子レセプトのフォーマットを決める(現在のDPCプロジェクトの仕様を使う)
 - 3) 審査側のシステムを作る(レセプトを送るべきなので、開発は難しくない)



DPCIに対応した情報システムの例

システム名	対応状況	備考
診療情報システム	対応	
処方情報システム	対応	
検査情報システム	対応	
薬剤情報システム	対応	
患者情報システム	対応	
その他	対応	

オーダリングシステムが処方系及び医薬品系と連携しているためDPC単位で日計で、薬剤・材料の使用状況が患者別DB化されている。→このデータをもとに医薬品・医療材料の評価ができる

DPCと臨床面での質のマネジメント

DPCによる包括評価により粗診粗療が生じるという批判があるが...

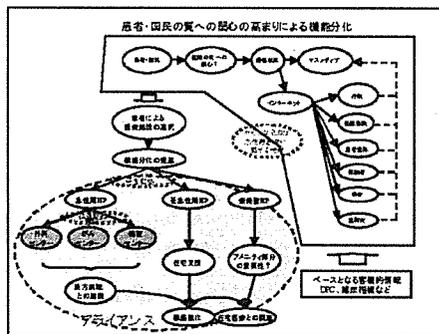
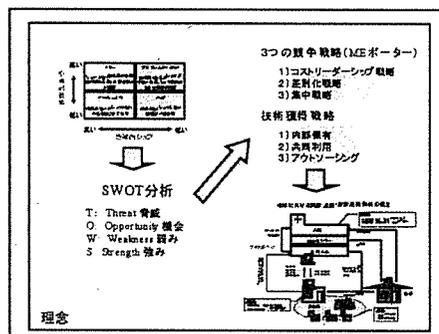
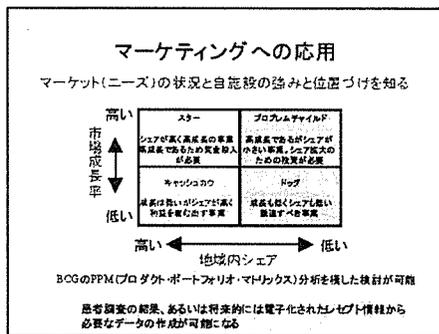
北大附属病院における患者調査からの患者数統計結果

	男	女	合計	100名
内科	25	15	40	22.2
外科	15	10	25	13.9
小児科	10	15	25	13.9
産科	5	10	15	8.3
看護部	10	10	20	11.1
検査科	10	10	20	11.1
薬剤科	10	10	20	11.1
理学療法科	10	10	20	11.1
作業療法科	10	10	20	11.1
言語聴覚科	10	10	20	11.1
放射線科	10	10	20	11.1
その他	10	10	20	11.1
合計	120	120	240	132.0

資料 伏見(2005)

占有率のデータと組み合わせることでさらに踏み込んだ分析が可能になる

診療科	患者数	占有率	100名あたり患者数	100名あたり占有率	100名あたり患者数×占有率	100名あたり患者数×占有率×占有率
内科	25	10.4%	25	10.4%	2.6	0.27
外科	15	6.3%	15	6.3%	0.95	0.06
小児科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
産科	5	2.1%	5	2.1%	0.11	0.00
看護部	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
検査科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
薬剤科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
理学療法科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
作業療法科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
言語聴覚科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
放射線科	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
その他	10	4.2%	10	4.2%	0.42	0.02
合計	120	49.5%	120	49.5%	59.4	2.94



DPCが一般化できるための条件

DPCが関係者間の共通言語になること

DPCは目的ではなく、ツール。
したがって、それを使うことが有用でなければならない

研究班の仕事は、DPCの利用可能性を高めること

- ・ 医療者にとって
- ・ 事務職にとって
- ・ 患者・国民にとって
- ・ 保険者にとって
- ・ 行政にとって
- ・ 医療関連産業にとって

医療職にとっての有用性

- 手間が「正当に」評価される
 - 医療職は自分たちの職務に対する世間の評価が低いと感じている
 - マスコミや国民は医療には無識があり、質にも問題があると感じている
 - 両者の意識の溝を埋めるための共通言語が必要
- 臨床の質の評価に役に立つ
 - 妥当な比較の単位としてのDPC
- 業務の簡素化につながる
 - 診療の標準化(クリティカルパスの導入など)

上記の目的を達成するためにDPCの継続的な精緻化と応用研究が必要

事務職にとっての有用性

- 経営に役立つ
 - 経営分析ができる
 - 見通しが立てられる
 - 医療職との共通言語→データに基づく経営改善の議論
- 手間が正当に評価される
 - これまで事務職の手間を「経済的に」評価する仕組みがなかった
 - DPCに基づく原価分析プロジェクトでそれが可能になる
- マネジメントの質の評価に役に立つ
- 業務の簡素化につながる
 - 電子レセプト
 - 電子点数表

上記の目的を達成するためにDPCの継続的な精緻化と応用研究が必要

今医療機関が求められていること

医療の質を保証するために必要な適正コストを明らかにする

医療の質が毀れなければならない

- ・ 相互に比較できる (標準的な単位と指標)
- ・ そのコストも提示できる

医療機関側はコストの適正化に努めなければならない

- ・ 内部管理が出来る
- ・ その努力を具体的に数字で示せる

これが出来なければ、医療費の増加に対する国民・支払い側の同意は得られない

まとめ(1)

- DPCの本来の目的は医療情報の標準化と透明化
 - 医療施設間の比較(Medical Profiling)
 - 各施設の自主的な取り組みによる診療の標準化
 - DPCを利用したマネジメント手法の開発
- 支払い方式としてのDPCにはまだ改善点が多い
 - 継続的な精緻化の必要性
 - ・ 各専門診療科の臨床医の関与が重要
 - ・ 中立的な立場で分析を行う仕組みの制度化の必要性
 - 粗診診療を予防するための仕組みの必要性
 - ・ DPCに関連した臨床指標の開発
 - ・ コアDPCを対象としたクリティカルパスの開発
 - ・ 第三者評価制度の導入

まとめ(2)

- DPCのもたらす最も重要な影響は
 - 「病院におけるマネジメント技術の集積と向上」
- それにより、今後の日本における医療界の発展のための種々の可能性が明らかになる
- そのため「医療機関のマネジメントに関する研究の推進」が必須
 - 医療の質と効率性を両立させるための具体的な取り組みが求められている
 - 適切なファイナンスを受けることができるためには、積極的に情報の開示を行って国民の理解を得る必要がある
 - DPCベンチマーキング事業によって病院のマネジメント能力の飛躍的向上が期待される
- 今後、患者による選択がdriving forceとなって医療機関の機能分化が加速すると予想される
- 医療の質の向上にはコストがかかる。それを示すデータを出さない限り国民の理解は得られない

参考文献

- 松田晋哉(2005):基礎から読み解くDPC、医学書院
- 松田晋哉 編著(2005):DPCと病院マネジメント、じほう
- 松田晋哉 編著(2003):21世紀の医療と診断群分類、じほう
- 伏見清秀・松田晋哉 編著(2005):民間病院DPC導入事例集、じほう
- 松田晋哉(2005):DPC基礎調査の手びき、社会保険研究所
- 今中雄一 編著(2003):医療の原価計算、社会保険研究所
- 高橋泰(2005):DPC実践テキスト、じほう
- 杉原弘晃 他(2005):DPC入門、社会保険研究所

6. 4. 最終成果報告シンポジウム

平成17年度厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
「医療安全と質を保証する
患者状態適応型パス統合化システム開発研究」

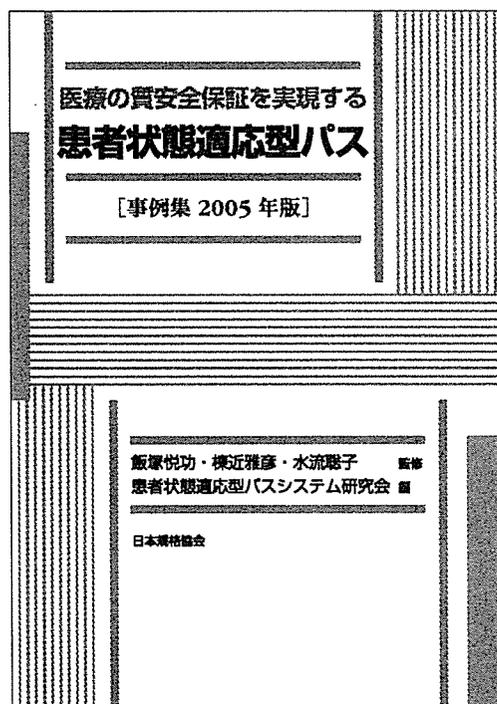
主任研究者:飯塚悦功(東京大学)

厚生労働科研(PCAPS)成果報告シンポジウム

患者状態適応型パスシステム(PCAPS: Patient Condition Adaptive Path System)

日時:2006年3月11日(土)10:00~17:00

会場:早稲田大学理工学部57号館202号教室



主催 :医療安全と質を保証する患者状態適応型パス統合化システム開発研究グループ

後援 :日本品質管理学会 「医療の質安全部会」

第1部 10:00-10:40 HI / 年度厚生労働科研 研究概要

座長：棟近雅彦（早稲田大学）・水流聡子（東京大学）

■主任研究者挨拶 「患者状態適応型パスとその社会的意義」

飯塚悦功（東京大学）

■H17 年度研究概要

水流聡子（東京大学）

■標準化とプロセス管理の継続的改善に向けたしくみづくり

・PCAPS コア技術・コアシステム開発

加藤康之（株式会社サイバーラボ）

・「PCAPS 運用システム開発・実装コンソーシアム (PCAPS - IMT)」と「標準コンテンツ管理機構」

牧健太郎（牧公認会計士事務所）

第2部 10:40-11:25 PCAPS による健診・医療・介護の連携システム

座長：棟近雅彦（早稲田大学）・水流聡子（東京大学）

■PCAPS 連携プロジェクト事例

<健診-医療連携>ひたちなか元気アップコンソーシアム

永井庸次（株式会社日立製作所 水戸総合病院）

[補佐：金子雅明（早稲田大学大学院）]

<医療連携> PCAPS による医療連携移行ロジックモデル（泌尿器科疾患事例）

吉井慎一（株式会社日立製作所 水戸総合病院）

[補佐：赤井亮太（東京大学大学院）]

<医療-介護連携>医療-介護連携としての青梅プロジェクト

高橋眞冬（青梅市立総合病院）

[補佐：赤井亮太・加藤省吾・塩飽哲生・松本健（東京大学大学院）]

第3部 11:25-12:30 パネルディスカッション：急性期医療の質安全保証

座長：飯塚悦功（東京大学）

■PCAPS の分析事例紹介

①質経営のためのPCAPS ベンチマーク分析

岸村俊哉（東京大学大学院）

②PCAPS 標準コンテンツが対象とするDPC コード

佐野雅隆（早稲田大学大学院）

■パネルディスカッション

伊藤雅治（社団法人全国社会保険協会連合会 理事長）

齊藤寿一（社会保険中央総合病院 病院長）

飯田修平（東京都医療保健協会練馬総合病院 病院長）

井川澄人（医療法人 医誠会 名誉院長）

永井庸次（株式会社日立製作所水戸総合病院 病院長）

(昼休み 12:30-13:30)

第4部 13:30- PCAPS 標準パスコンテンツの開発

座長：棟近雅彦（早稲田大学）・水流聡子（東京大学）

■領域別パスコンテンツ開発状況報告 13:30-15:40

- 泌尿器科……………田中 良典（武蔵野赤十字病院）
循環器疾患……………山内 孝義（株式会社日立製作所 水戸総合病院）
整形外科……………今田 光一（黒部市民病院）
小児科……………吉田 茂（名古屋大学医学部附属病院）
神経内科……………進藤 晃（医療法人財団 利定会 大久野病院）
呼吸器外科……………矢野 真（武蔵野赤十字病院）
消化器内科……………蒲生真紀夫（みやぎ県南中核病院）
救急……………織田 順（社会保険中京病院）
がん……………河村 進（独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター）
糖尿病……………調 進一郎（新川橋病院）

質疑応答

(休憩 20分 15:40-16:00)

■ユニットライブラリー開発状況報告 16:00-16:30

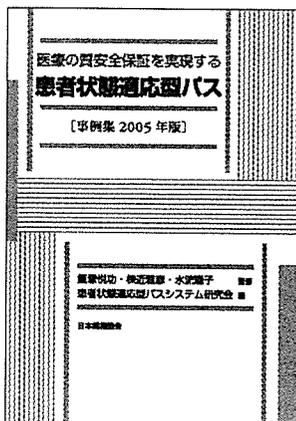
- ・概要……………永井 庸次（株式会社日立製作所 水戸総合病院）
- ・がん性疼痛マネジメント……………渡邊千登世（聖路加国際病院）
- ・術後せん妄ケア……………竹内登美子（岐阜大学）

■PCAPSマスターファイル開発計画 16:30-16:50

水流聡子（東京大学） 内山真木子（聖路加国際病院） 村木泰子（東京都立駒込病院）

終了挨拶（主任研究者）

飯塚悦功（東京大学）



『医療の質安全保証を実現する

患者状態適応型パス事例集 2005年版』

飯塚悦功・棟近雅彦・水流聡子 監修

患者状態適応型パスシステム開発研究会 編

日本規格協会 発行

335 総頁数:256頁

¥3,150(税込み価格)

研究組織

班・領域名称	顧問	リーダー	補佐 (サブリーダー)	メンバー
統括班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	矢野 真 田中 良典 吉田 茂 吉井 慎一 蒲生 真紀夫 村末 泰子 渡邊千登世
拡大統括班			永井 庸次 加藤 康之 牧 健太郎	瀨戸 親
泌尿器科領域	副島 秀久	田中 良典	永江 浩史 吉井 慎一	
循環器疾患領域		山内 孝義	久島 昌弘	
整形外科領域	遠藤 直人	今田 光一	勝尾 信一	
小児科領域		言田 茂	永井 庸次	内田 正志 久保 憲
神経内科領域		高橋 真冬	進藤 晃	
呼吸器外科領域		矢野 真	宮澤 秀樹	栗原 正利 奥村 栄 伊藤 志門
NICU領域		加藤 一彦	小西 央郎	
消化器内科領域		蒲生 真紀夫	加藤 俊介	枝 幸基
呼吸器内科領域		鎌名 林直彦		内山 伸 嶋田 元
救急		榎田 順		
がん	新海 哲	河村 進	谷水 正人	松田 千秋 青藤 健二郎 大住 省三 若尾 文彦 蒲生 真紀夫 御子 榮路朗
	門脇 孝	菅野 一男	関 進一郎	西田 賢司 片山 隆司 住友 秀孝 桑原 公一郎 大野 敦 名和 知久礼 朝比奈 崇介
糖尿病治療・予防の包括パス	貴田 岡正史			赤司 俊彦 松下 美加 藤井 仁美
	原 義人			
	植木 桂夫			
	宮川 高一			
地域医療・介護連携 (青梅プロジェクト)	星 和夫	原 義人	高橋 真冬	進藤 晃 加藤 省吾 赤井 亮太
		永井 庸次	渡邊千登世 相馬 孝博	庄子 孝子 内山 真木子 大山 瞳 松田 千秋 村末 泰子 吉原 依里 蒲生 真紀夫
				高橋 真冬 坂本 秀明 長谷川 由美 渡辺 泰由紀 阿部 幸子 新井 絹子 草野 華世
				中野 泰由紀 関 利一 永江 浩史 前堀 直美 井上 加野 新井 絹子 草野 華世
				河口 てる子 横山 悦子 東 めぐみ 伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 良三 三宅 待三 福井 次矢 星 和夫
				永井 庸次 原 義人 須古 博信 渡邊 尚治 佐野 雅隆 小西 央郎 金子 雅明 塩飽 哲生
				加藤 康之 阿部 徹治 阿沢 高弘 大下 浩史
看護領域		渡邊千登世	村末 泰子 松田 千秋	内山 真木子 庄子 孝子 大山 瞳 井上 加野
検証調査協力班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 渡邊 尚治 佐野 雅隆
		若尾 文彦		
システム開発班(Builder)		飯塚 悦功	大江 和彦 樺近 雅彦	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 渡邊 尚治 佐野 雅隆
構築システム検討班 (Administrator)		飯塚 悦功	大江 和彦 樺近 雅彦	金子 雅明 塩飽 哲生 高橋 裕嗣 下林 里史 牛島 幸子 関 沙弥香 遠藤 充彦
PCAPSデータ分析支援システム検討班(Analyzer)		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	岸村 俊哉 佐野 雅隆 新田 純平
DPC検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 渡邊 尚治 佐野 雅隆
疾病管理検討班 (がん情報・医療マネジメント)		若尾 文彦		
疾病管理検討班(その他)				
健診医療連携検討班		永井 庸次	樺近 雅彦 水流 聡子	金子 雅明 塩飽 哲生 高橋 裕嗣 下林 里史 牛島 幸子 関 沙弥香 遠藤 充彦
医療介護資源連携検討班 (退院調整検討)		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	坂本 真一 進藤 晃 加藤 省吾 塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
経営検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	伊藤 雅治 齊藤 寿一 飛永 晃二 永井 良三 三宅 待三 福井 次矢 星 和夫
				平安山 英盛 飯田 修平 宇高 功 立川 幹治 宮崎 澄人 信友 浩一 高橋 英輔
				鳥田 俊忠 永井 庸次 原 義人 須古 博信 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
医療QMS		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
安全管理		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
病棟管理		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
原価マスター		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
ビジネスモデル検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
知財保全検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
社会システム検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	塩飽 哲生 金子 雅明 湯山 正樹 下野 僚子 山田 正宗
研修医教育教材検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	伊藤 静夫
医療質安全管理者教育検討班		飯塚 悦功	樺近 雅彦 水流 聡子	伊藤 静夫
事務局				段ノ上 秀雄 齋藤 かほり 小島 裕子 佐藤 典子

組織メンバー外研究協力者 武藤 正樹 坂本 すが 野村 一俊 松嶋 照彦 土屋 文人 田近 崇司

シンポジウム開催組織

【企画・プログラム委員会】

飯塚 悦功 東京大学・大学院工学系研究科

樺近 雅彦 早稲田大学 学術院 水流 聡子 東京大学・大学院工学系研究科

【実行委員会】

段ノ上 秀雄 東京大学・大学院工学系研究科飯塚研究室
 齋藤 かほり 東京大学・大学院工学系研究科飯塚研究室
 小島 裕子 東京大学・大学院工学系研究科飯塚研究室
 佐藤 典子 東京大学・大学院工学系研究科飯塚研究室
 加藤 信子 早稲田大学理工学部経営システム工学科樺近研究室
 永松美香子 早稲田大学理工学部経営システム工学科樺近研究室
 石渡 磨美 早稲田大学理工学部経営システム工学科樺近研究室
 金子 雅明 早稲田大学大学院理工学研究科経営システム工学専攻博士課程
 塩飽 哲生 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻博士課程
 加藤 省吾 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻博士課程
 岸村 俊哉 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻修士課程

佐野 雅隆 早稲田大学大学院理工学研究科経営システム工学専攻修士課程
 赤井 亮太 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻修士課程
 久保 欣也 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻修士課程
 新田 純平 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻修士課程
 下野 僚子 東京大学・大学院工学系研究科化学システム工学専攻修士課程
 吉崎 裕介 東京大学・工学部化学システム工学専攻学部長
 高 蕾 早稲田大学理工学部経営システム工学科
 関 沙弥香 早稲田大学理工学部経営システム工学科
 高山 陽平 早稲田大学理工学部経営システム工学科
 下林 里史 早稲田大学理工学部経営システム工学科
 遠藤 充彦 早稲田大学理工学部経営システム工学科
 星野 元宏 早稲田大学理工学部経営システム工学科

成果報告シンポジウム

2006年3月11日(土) 早稲田大学

患者状態適応型パスと その社会的意義

主任研究者: 飯塚悦功(東京大学)

PCAPS-IMT

患者状態適応型パス: ねらい

診療プロセス質安全保証システム確立

- 患者状態に応じたプロセス質安全保証
 - 多様で変化する患者状態に応じて, 診療プロセスで質安全を作り込むための方法論として再構築することが可能
- 技術的根拠のある方法の標準化
 - 標準化=関係者の利益のための統一化・単純化
 - 標準=すでに経験して良いと分かっているモノや方法
 - 標準化=管理(PDCAサイクル)の手段, 標準=計画:P
 - 標準化=知識の再利用
 - 標準=根拠ある技術基盤
 - 標準化=改善の基盤, 独創性の基盤

PCAPS-IMT

2

医療プロセスの特徴を踏まえた質安全保証

プロセス質保証 とは言うけれど

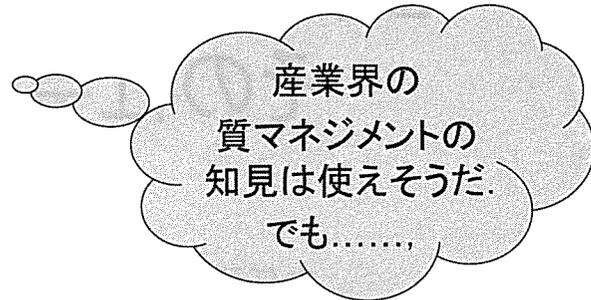
■ 状態適応型介入

- 患者状態の把握 — 検査, 所見, 観察
- 目標とのずれの認識
- 処置 — 治療, 経過観察, さらなる検査

標準化 とは言うけれど

■ 多様性への対応

- 患者の多様性
- 病態の多様性
- 病態変化の多様性
- 医療介入効果の多様性



医療質安全保証システムの基本設計

■ 構想

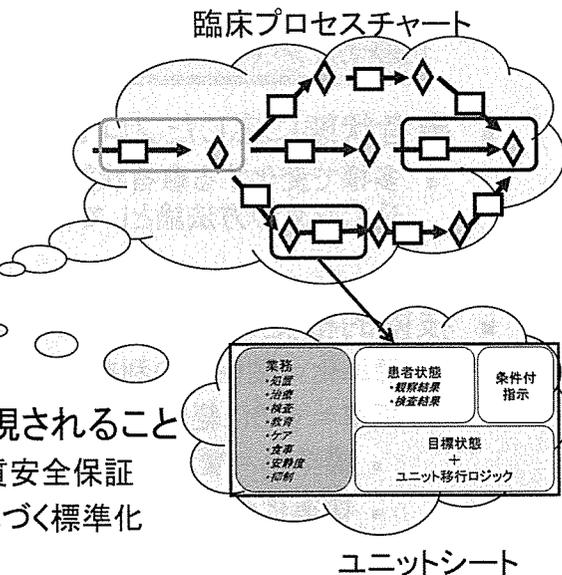
- 状態適応型プロセス管理
- 種類の認識に基づく標準化

■ 構想実現方法

- 臨床プロセスの全貌の把握
- 各局面での指針の策定

■ 患者状態適応型パスで実現されること

- 患者状態に応じたプロセス質安全保証
- 患者状態の種類の認識に基づく標準化



ユニットシート

患者状態適応型パス：2つのツール

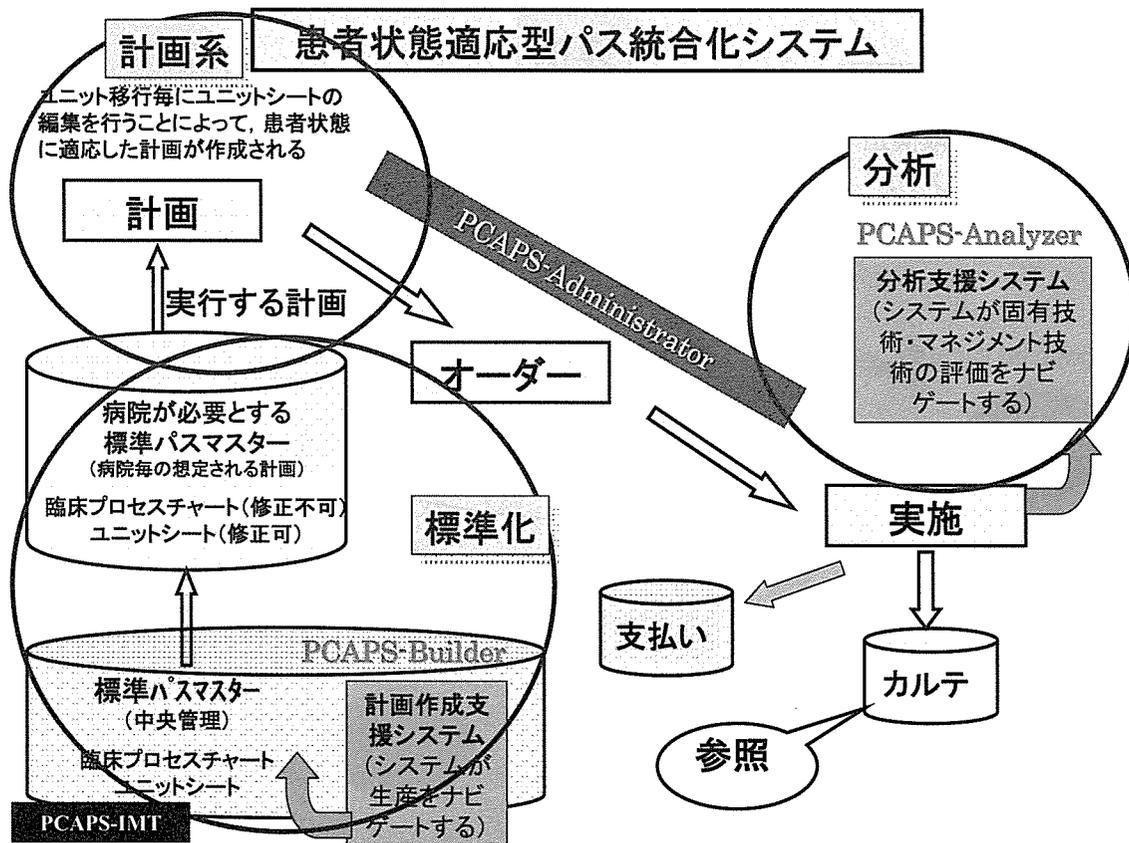
臨床プロセスチャート

ユニットシート

- 臨床プロセスチャート
 - 全貌: 疾患群ごとの臨床プロセスの全貌の理解
 - 適応: 各フェーズにおける目標状態と移行ロジックの理解
 - 遷移: 診療介入への反応としての患者状態の遷移の理解
 - 位置付け: 適用すべき診療技術・知識の位置付けの理解
- ユニットシート
 - 状態: 患者状態の認識
 - 目標: 目標状態の認識
 - 適応: 患者状態に応じた適切な診療
 - 技術: 患者状態に応じた技術的根拠のある診療
 - 移行: 患者状態に応じた移行先フェーズの認識

PCAPS-IMT

5



医療プロセスの可視化

