

PCAPS標準コンテンツが 対象とするDPCコード

DPC対応班
伊藤・齋藤・飛永・飯塚・棟近・水流
佐野

昨年度検証調査より-その1 経路パターンとDPCコード

□ 3疾患, 20名の経路パターンとDPCコード

経路パターンと1つ以上のDPCが対応

表1 PCAPSと経路パターンに対応するDPCコード

PCAPS名称	経路 パターン数	経路 パターン	対象 患者	平均 日数	入院 期間II	DPC コード
前立腺全摘除術	2	No.1	5	29.2	25	2122
虚血性心疾患	6	No.2	1	9	12	859
			1	17	14	861
		No.5	1	16	20	831
			2	13	24	833
大腿骨頸部骨折	3	No.1	2	54.5	41	3015
			6	40.8	38	3013
		No.2	2	66.5	38	3014
	PCAPS		A病院		DPC	

日数をDPCコード別に比較可能

昨年度検証調査より-その2 出来高との差額

診療報酬制度を従来の出来高からDPCに移行した影響の把握

DPCによる差益=出来高-包括診療報酬

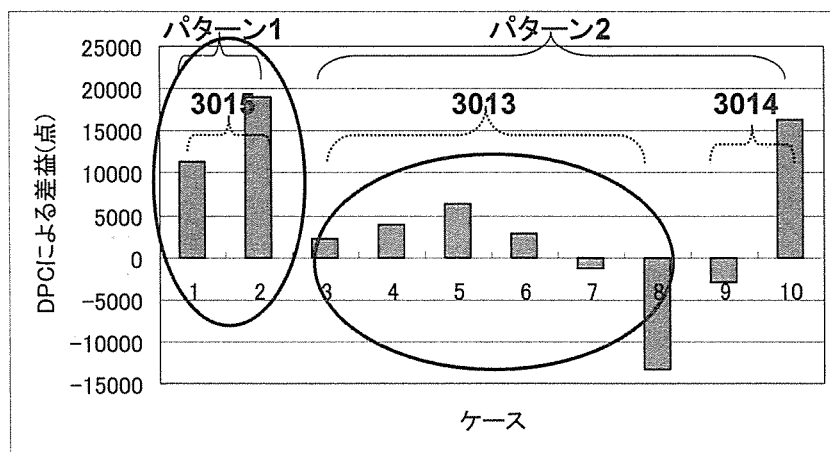


図1 各DPCコードにおける診療報酬の差額

目的

各標準コンテンツが
対象とするDPCコードの調査

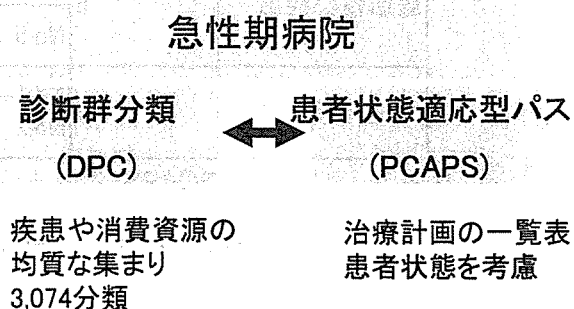
□対象範囲の把握

(網羅性の向上, 新規作成候補の抽出)

□DPC分類の精緻化

□各コンテンツの改善

□Analyzerとの対応



方法

□ 各領域リーダーに対する質問紙による調査

□ 手順

1. 各コンテンツが対象としている標準病名を抽出
2. 標準病名(ICD10対応)に該当するDPC先頭6桁を選定
3. 各DPCコードが対応しているか否かについて
リーダーからの回答を集める

□ 回答

28種類

結果

□ 3074分類の中で対応している分類数

- 241分類 (7.8%)

□ MDC別

- 05 (循環器 76分類), 06 (消化器 40分類),
04 (呼吸器 31分類), 07 (筋骨格系 21分類)

など

- 02 (眼), 03 (耳鼻咽喉), 08 (皮膚皮下組織),
10 (内分泌), 12 (女性, 産褥), 13 (血液),
15 (小児) 該当せず

対象とする患者数と総在院日数

□平成17年度厚生労働省データ

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1104-4.html>)

患者数 50.6 万人

総在院日数 801.2 万人日

□パスが対象としている患者数, 総在院日数(参考値)

患者数 10.9 万人 (21.4%)

総在院日数 153.5 万人日 (19.2%)

上位3パス(患者数)

虚血性心疾患(5.1%), 小児肺炎(2.9%), 脳梗塞(2.1%)

□PCAPSが該当DPCコードの全てを包含しているわけではない
(DPC, ICD10とPCAPSの分類の観点の違い, 副傷病の扱い)

今後の課題

□平成18年度DPCとの対応

□経路パターンとの対応

□DPCから見たPCAPS対応性の検討

(検証調査の症例におけるDPCコードの把握)

□在院日数, コストの把握と対応付け

糖尿病治療・予防包括パス (予防から治療まで)

総合新川橋病院
調 進一郎

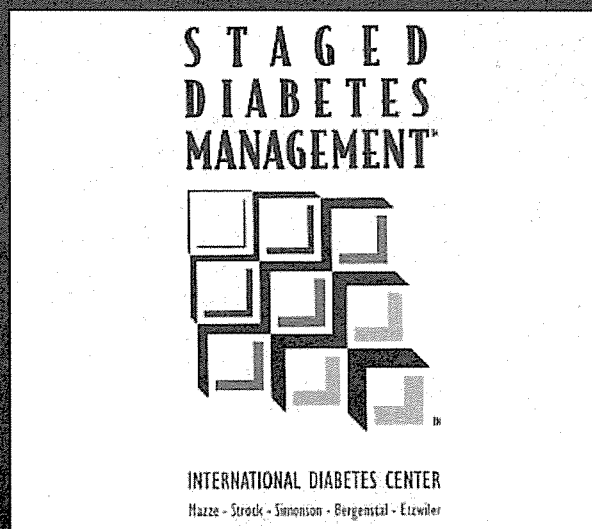
Member

研究協力者: 門脇 孝 貴田岡 正史
顧問: 植木 彬夫 宮川 高一 原 義人
リーダー: 菅野 一男
サブリーダー: 調 進一郎
メンバー: 赤司 俊彦 朝比奈 崇介
大野 敦 片山 隆司
桑原 公一郎 住友 秀孝
名和知 久礼 西田 賢治
藤井 仁美 松下 美加

協力組織: NPO法人西東京臨床糖尿病研究会

作成項目

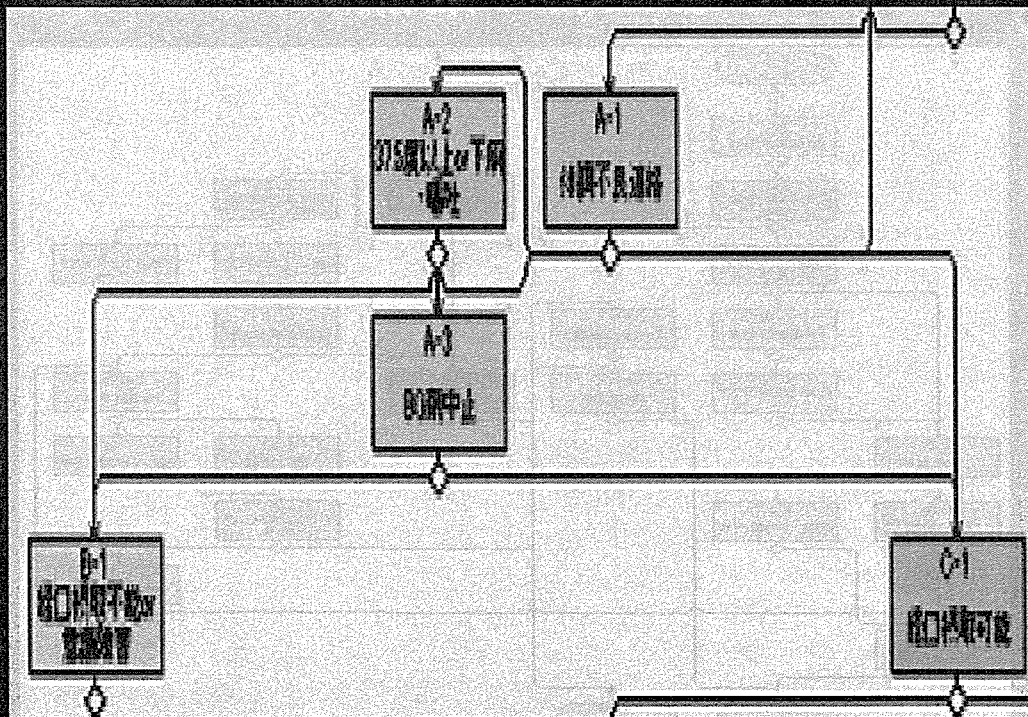
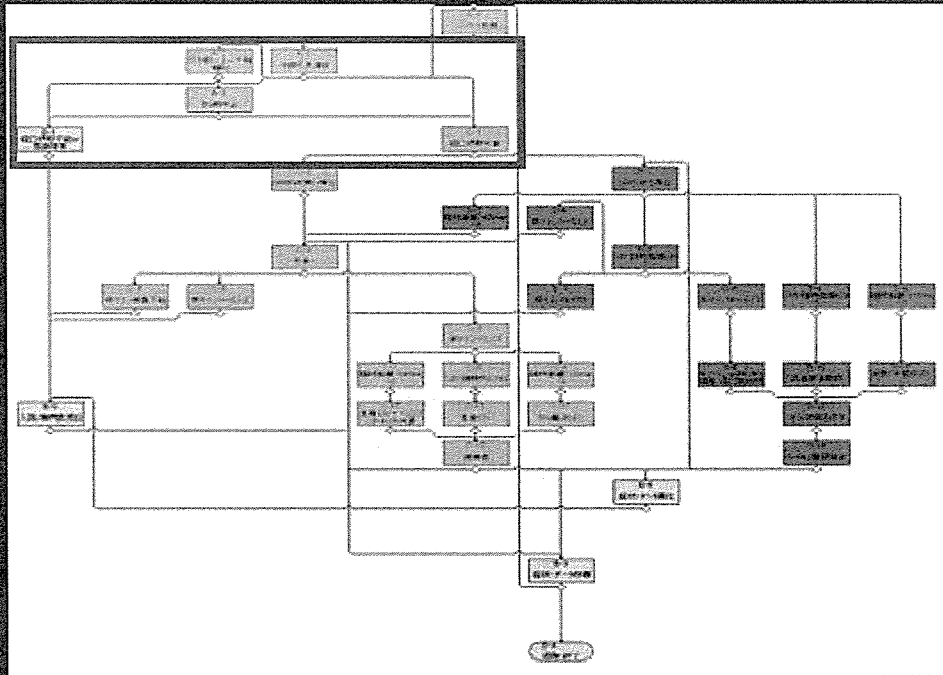
1. 統括マネジメント
2. 1型糖尿病
3. 2型糖尿病
 - a. 診断
 - b. 治療
 - ・食事療法
 - ・運動療法
 - ・内服薬
 - ・インスリン療法
 - c. 生活習慣指導
4. 糖尿病異常事態
 - a. 糖尿病性昏睡
 - b. 低血糖
 - c. 手術時の対応
 - d. 副腎皮質ステロイド投与時
 - e. シックデイ
5. 高血圧
6. 高脂血症



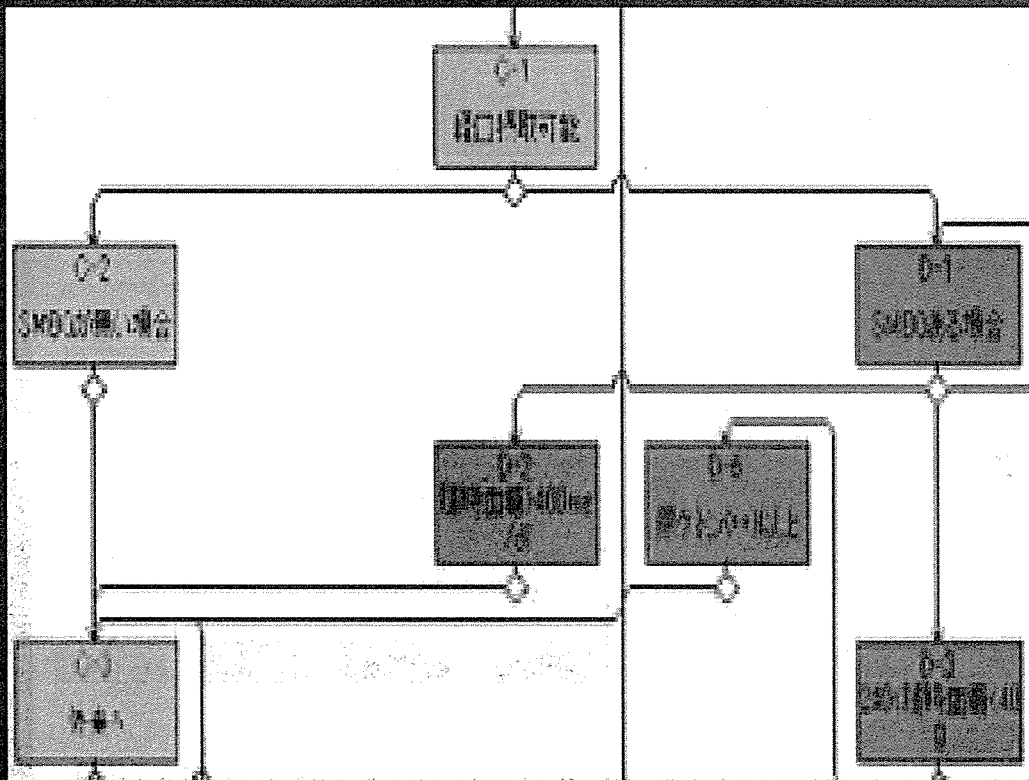
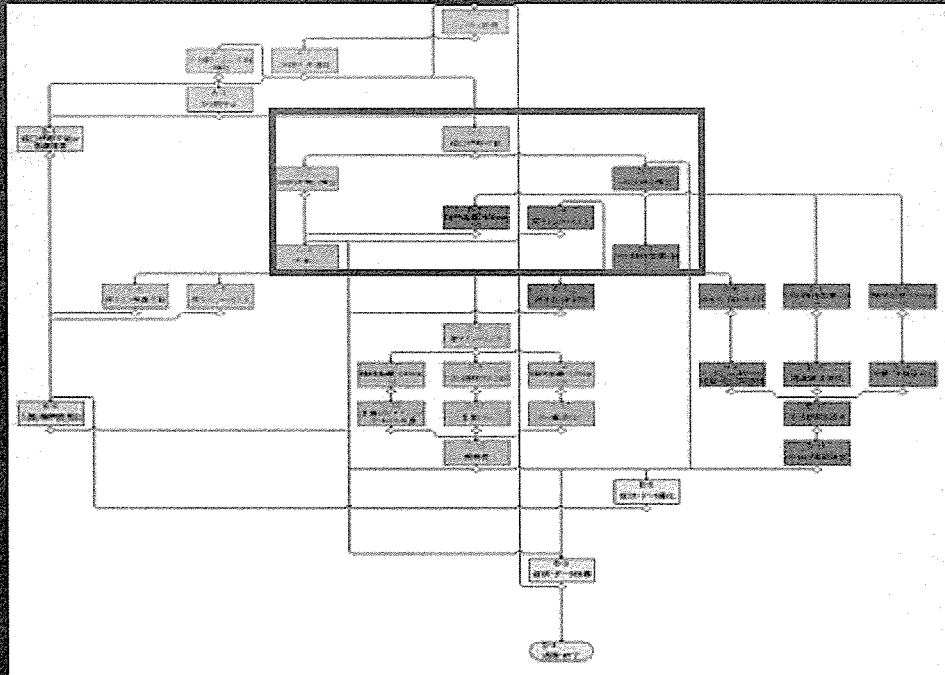
臨床病期に応じた糖尿病治療マニュアル
SDM研究会

2004

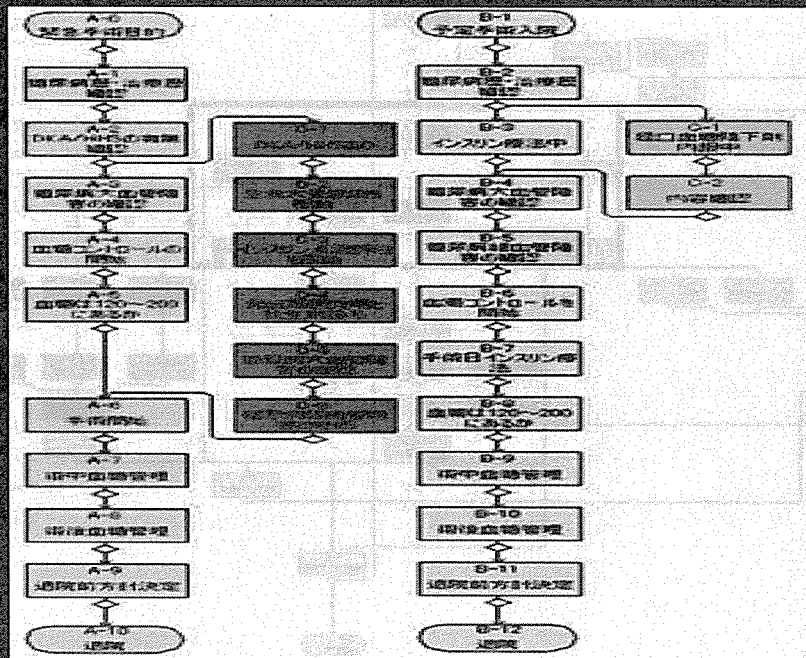
シックデイ対策



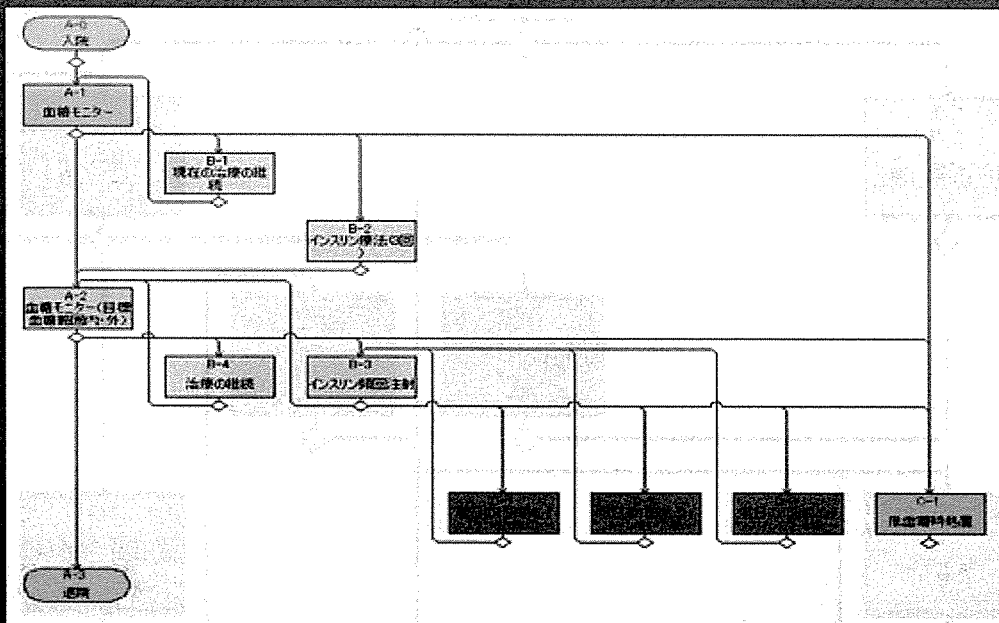
シックデイ対策



手術前後の血糖管理



ステロイド使用時の血糖管理



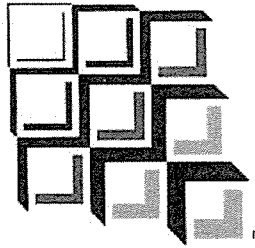
作成項目

1. 統括マネジメント
2. 1型糖尿病
3. 2型糖尿病
 - a. 診断
 - b. 治療
 - ・食事療法
 - ・運動療法
 - ・内服薬
 - ・インスリン療法
 - c. 生活習慣指導
4. 糖尿病異常事態
 - a. 糖尿病性昏睡
 - b. 低血糖
 - c. 手術時の対応
 - d. 副腎皮質ステロイド投与時
 - e. シックデイ
5. 高血圧
6. 高脂血症

患者状態適応型パスシステム

- 身体的状態
 - 自覚症状、診察・検査所見
- 心理的状态

STAGED DIABETES MANAGEMENT™



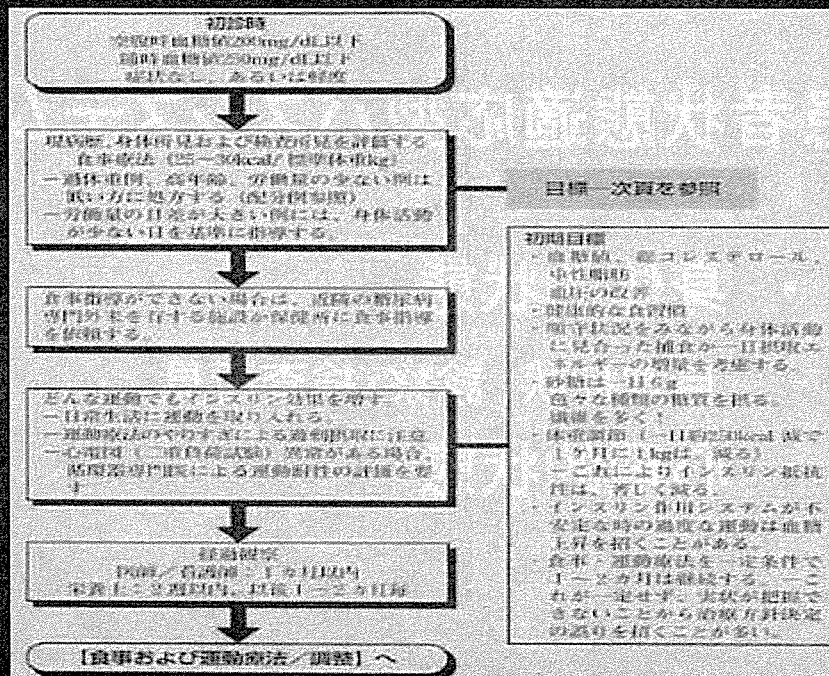
INTERNATIONAL DIABETES CENTER

Haize - Strook - Simonsen - Bergenstal - Etzwiler

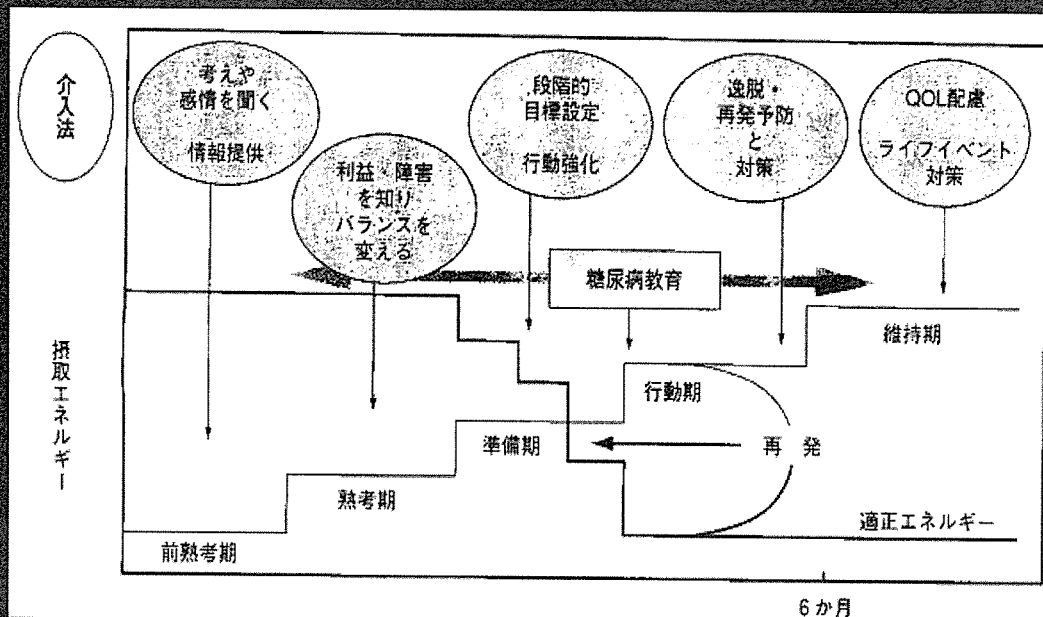
臨床病期に応じた糖尿病治療マニュアル
SDM研究会

2004

糖尿病の食事療法・運動療法/開始



変化ステージと介入法



患者さんの心理状態により指導が異なる

☆患者さんはアルコールの回数、量を

1. 減らすつもりはない。
2. 減らすつもりはないが、必要性は理解している。
3. 減らそうとしている、または既に減らしている。

・今回立てた目標は？

4. 現在のアルコールの回数・量でよい。
しかしまだ減らして6ヶ月以内である
5. 現在のアルコールの回数・量でよい。
既に減らして6ヶ月以上経っている。

PCAPS

ユニットシート作成のためのマ
スターファイル開発

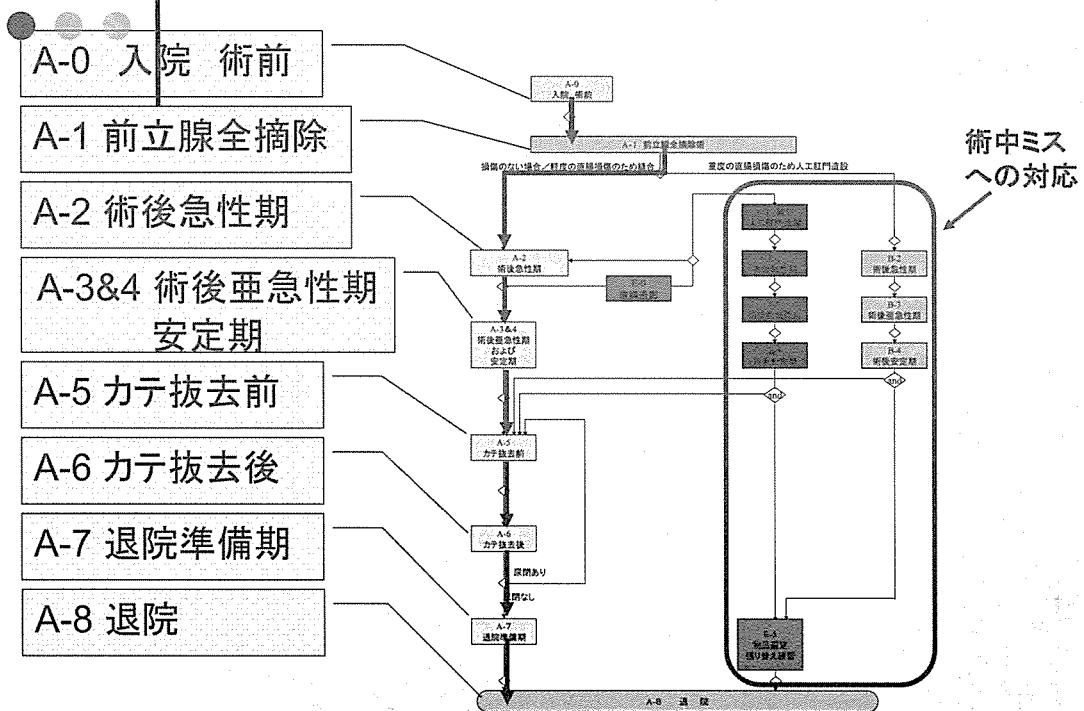
—現状調査と開発計画—

水流聡子(東京大学)

村木 泰子 (都立駒込病院)

内山 真木子(聖路加病院)

俯瞰図としての「臨床プロセスチャート」(事例:前立腺全摘除術)



PCAPS-IMT

yyyy/mm/dd (金)
 CP 前立腺全摘除術
 A-3&4(術後亜急性期および安定期)

ID 46666 生年月日 yyyy/mm/dd
 氏名 * * * * XX歳 男 60kg
 入院日付 yy/mm/dd (金) 3病棟 病室 3

ユニットシートの画面実例

処置	腹膜外チューブ抜去 創部(カラヤヘンシ)チェック 点注 飲水して嘔気なければ、点滴ライン抜去 点滴注射 内服 特参薬の再開 輸血 リハ
業務	処置 検査 治療 情報を得る・理解する(教育) フォーリーカテーテル留置中の注意 教育 ケア 経口摂取/全身清拭/歩行介助/カテーテル管理: 尿道カテーテル閉塞/リラクゼーション法/腹式呼吸 調整 食事 飲水して嘔気なければ全粥から開始 安静度 病棟内フリー 抑制

患者状態	体温(°C) 38°C以下 脈拍(1分) 40~120 呼吸数(1分) 16~25 血圧(mmHg) 80~180 SpO2 94%以上(酸素オフ) 1日尿量 1500ml以上 ドレージン排液 100ml以下 尿流出がない スケール0~1 創傷 フェイススケール2以下 腹痛 グル音聞かれる 歩行	条件付き指示 ①ケーリング 患者が希望すればボルタレン坐薬 >180mmHg アダラート10mg内 服80mmHg Veen F 500mlを側管 より200ml/hで開始、経過観察 血圧の上昇がなければDr.コール もし~だったら、 ~してください ①プリンペラン1A静注 ②ナウゼリン60mg坐薬挿肛 歩行開始後、頻脈、呼吸苦出現し たら直ちにDr.コール
------	---	--

患者状態	予定日	達成日	目標状態	客観的判定基準
患者状態			常食可 病棟内歩行可	
理解度			フォーリーカテーテル留置中の注意が理解でき	
自己管理			している	

ユニット移行ロジック

常食が50%以上食べられる & 病棟内歩行
 →A-5へ進む
 いずれかが未達成
 →A-3&4でとどまる

PCAPS-IMT

編集 参照

ユニット移行

ユニット適応の可否

yyyy/mm/dd (金)
 CP 前立腺全摘除術
 A-3&4(術後亜急性期および安定期)

ID 46666 生年月日 yyyy/mm/dd
 氏名 * * * * XX歳 男 60kg
 入院日付 yy/mm/dd (金) 3病棟 病室 3

ユニットシートの画面実例

処置	腹膜外チューブ抜去 創部(カラヤヘンシ)チェック 点注 飲水して嘔気なければ、点滴ライン抜去 点滴注射 内服 特参薬の再開 輸血 リハ
業務	情報を得る・理解する(教育) フォーリーカテーテル留置中の注意 生活する(ケア) 経口摂取/全身清拭/歩行介助/カテーテル管理: 尿道カテーテル閉塞/リラクゼーション法/腹式呼吸 調整する(調整) 食事 飲水して嘔気なければ全粥から開始 安静度 病棟内フリー 抑制

患者状態	体温(°C) 38°C以下 脈拍(1分) 40~120 呼吸数(1分) 16~25 血圧(mmHg) 80~180 SpO2 94%以上(酸素オフ) 1日尿量 1500ml以上 ドレージン排液 100ml以下 尿流出がない スケール0~1 創傷 フェイススケール2以下 腹痛 グル音聞かれる 歩行	条件付き指示 ①ケーリング 患者が希望すればボルタレン坐薬 >180mmHg アダラート10mg内 服80mmHg Veen F 500mlを側管 より200ml/hで開始、経過観察 血圧の上昇がなければDr.コール ①プリンペラン1A静注 ②ナウゼリン60mg坐薬挿肛 歩行開始後、頻脈、呼吸苦出現し たら直ちにDr.コール
------	---	---

患者状態	予定日	達成日	目標状態	客観的判定基準
患者状態			常食可 病棟内歩行可	
理解度			フォーリーカテーテル留置中の注意が理解でき	
自己管理			している	

ユニット移行ロジック (4POD)

常食が50%以上食べられる & 病棟内歩行
 →A-5へ進む
 いずれかが未達成
 →A-3&4でとどまる

PCAPS-IMT

編集 参照

ユニット移行

ユニット適応の可否

PCAPSで必要なマスター

マスター名		マスター名	
病名	●	リハビリ	×
手術	▲	看護ケア	●
処置	▲	食事(栄養)	×
薬剤	●	安静度	×
検査	●	行動制限関係	×
症状・状態	●	インフォームドコンセント(同意書)	×
輸血	×		

● = 既存のマスターがあり、▲ = 既存のマスターあるも要検討、× = 既存マスターなし

yyyy/mm/dd (金)
CP 前立腺全摘除術
A-3&4(術後亜急性期および安定期)

ID 46666 生年月日 yyyy/mm/dd
氏名 * * * * XX歳 男 60kg
入院日付 yy/mm/dd (金) 3病棟 病室 3

ユニットシートの画面実例

治す(治療)

処置 経腸外チューブ抜去

創部(カテーテル)チェック

点滴・注射 点滴して嘔気なければ、点滴ライン抜去

内服 持参薬の再開

輸血

リハ

業務

情報を得る・理解する(教育)
フォーリーカテーテル中の注意

経口摂取/全身清拭/歩行介助/カテーテル管理:
尿道カテーテル調整/経カテーテル洗浄/カセーション法/腹式呼吸

調整

インフォームドコンセント

食事

安静度

病棟内フリー

抑制

患者状態

体温(°C)	38°C以下
脈拍(1分)	40~120
呼吸数(1分)	16~25
血圧(mmHg)	80~180
SPO ₂	95%以上(酸素オプ)
1日尿量	1500ml以上
ドレーン排液	100ml以下
	尿流出がない
	スケール0~1
	フェイススケール2以上
	グル音聞かれる

観察結果
検査結果

歩行

条件付指示

①ケーリング
患者が希望すればボルタレン坐薬

>180mmHg アダラート10mg内服
80mmHg Veen F 500mlを側管より200ml/hで開始、経過観察
血圧の上昇がなければDr.コール

もし~だったら、
~してください

①プリンペラン1A静注
②ナウゼリン60mg坐薬挿肛
歩行開始後、頻脈、呼吸苦出現したら直ちにDr.コール

目標状態

患者状態	常食可
理解度	病棟内
自己管理	フォーリーカテーテルの取扱いが理解できている

ユニット移行ロジック

常食が50%以上食べられる & 病棟内歩行
ユニット移行

PCAPS-IMT

編集

参照

yyyy/mm/dd (金) CP 前立腺全摘除術 A-3&4(術後重症性期および安定期)		ID 46666 生年月日 yyyy/mm/dd 氏名 * * * * XX歳 男 60kg 入院日付 yy/mm/dd (金) 3病棟 病室 3		ユニットシートの画面実例																																	
<p>治す(治療)</p> <p>処置</p> <p>点滴・注射</p> <p>内服</p> <p>輸血</p> <p>リハ</p> <p>処置(治療)</p> <p>経口摂取/全身清拭/歩行介助/カテーテル管理: 尿道カテーテル管理/クセーション法/腹式呼吸</p> <p>食事</p> <p>病棟内フリー</p>		<p>患者状態</p> <p>観察結果</p>		<p>条件付指示</p>																																	
<p>情報を得る・理解する(教育)</p> <p>教育</p>		<p>体温(°C) 38°C以下</p> <p>脈拍(/分) 40~120</p> <p>呼吸数(/分) 16~25</p> <p>血圧(mmHg) 80~180</p> <p>SpO₂ 96%以上(酸素オキシメトリー)</p> <p>1日尿量 1500ml以上</p> <p>ドレージン排泄液 100ml以下</p> <p>尿流出がない</p> <p>スケール0~1</p>		<p>リハビリ</p> <p>患者が希望すればポルタレン坐薬</p> <p>>180mmHg アダラート10mg内服 80mmHg Veen F 500mlを側管より200ml/hで開始、経過観察</p> <p>血圧の上昇がなければDr.コール</p> <p>もし~だったら、</p>																																	
<p>PCAPS-IMIT</p> <p>編集</p> <p>参照</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>マスター名</th> <th></th> <th>マスター名</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病名</td> <td>●</td> <td>リハビリ</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>手術</td> <td>▲</td> <td>看護ケア</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>処置</td> <td>▲</td> <td>食事(栄養)</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>薬剤</td> <td>●</td> <td>安静度</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>検査</td> <td>●</td> <td>行動制限関係</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>症状・状態</td> <td>●</td> <td>インフォームドコンセント(同意書)</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>輸血</td> <td>×</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				マスター名		マスター名		病名	●	リハビリ	×	手術	▲	看護ケア	●	処置	▲	食事(栄養)	×	薬剤	●	安静度	×	検査	●	行動制限関係	×	症状・状態	●	インフォームドコンセント(同意書)	×	輸血	×		
マスター名		マスター名																																			
病名	●	リハビリ	×																																		
手術	▲	看護ケア	●																																		
処置	▲	食事(栄養)	×																																		
薬剤	●	安静度	×																																		
検査	●	行動制限関係	×																																		
症状・状態	●	インフォームドコンセント(同意書)	×																																		
輸血	×																																				



PCAPSマスター開発のための組織化

PCAPSマスター開発班

PCAPSマスター開発のためのアドバイザー

PCAPSマスター開発のための情報提供病院

PCAPSマスター評価病院

PCAPSマスター試行使用病院

マスターファイル作成フロー

○ 各種マスターの定義づけ



○ 複数病院の臨床現場で利用されている用語や、電子カルテシステム導入病院から関連マスターの収集



○ 収集した用語・マスターのマッチング
(意味が同じでも表現が違う類義語)



○ 用語の統一
(学術的か、標準用語か、患者にも解り易い用語か、造語ではないか。)



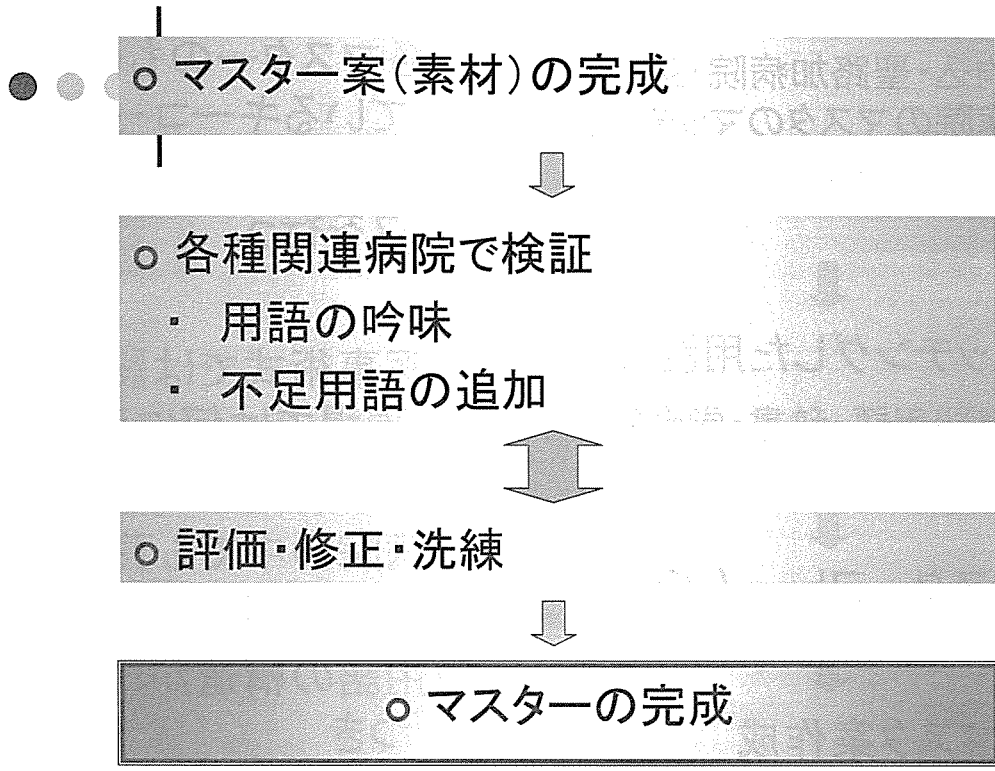
○ マスターフレームの決定

- 用語の構成要素の検討
- マスターのフレーム(構成要素)の検討



○ 決定したフレームに添って、マッチングした用語を並び換える。





マスターファイル作成の実際

手術・処置マスター作成のプロセス

