

# 包括医療費制度 (DPC) に対応した クリニカルパス作成

金川泰一郎 田中屋宏爾 竹内仁司 斎藤大治

IRYO Vol. 61 No. 9 (620-623) 2007

## 要 旨

包括医療費制度: diagnosis procedure combination (DPC) に対応したクリニカルパス作成のための手順として、以下の8項目、1) 診断群分類のどれに相当するかを明らかとすること、2) クリニカルパスには標準様式を採用すること、3) 在院日数が「入院期間Ⅱ」の範囲内にあること、4) 外来での診療や検査、在宅医療との一貫性、地域医療連携を考慮すること、5) 包括となっている医薬品、処置、検査の見直しをすること、6) 臨床指標を取り入れていること、7) 最大のアウトカムである退院の基準、その問題点リストを明確にすること、8) 患者の社会的背景の問題点 social high risk の早期発見をすること、が要点と思われた。DPC に対応した腹腔鏡下胆嚢摘出術のクリニカルパスを事例として示した。

キーワード 包括医療費制度 (DPC), クリニカルパス

## はじめに

DPC とは包括医療費制度の本邦版です。疾患を16の主要診断群に分け、さらに診断群分類に細分し、入院1日当たりの点数を定めている。入院期間が長くなるほど、1日当たりの平均点数が減少する。また、クリニカルパスとは「同じ手術や治療でありながら医師によって指示内容が違うのはなぜ」という看護部門から端を発したツールであり、DPC に対しては「定められた入院期間に標準的な結果を得るために患者に対してもっとも関わる医師、看護師が行うべき手順と時間のリスト」といわれている。DPC に対応したクリニカルパスの作成のためには、さらなる検査と治療の効率化、合併症の予防・早期発見、早期からの退院計画、患者の社会的背景の問題点 social high risk の把握等が必要となる<sup>1)2)</sup>。そ

して、クリニカルパス作成にはいくつかの重要な要点がある(表1)。

表1 DPC に対応したクリニカルパス作成手順

1. 診断群分類のどれに相当するかを明らかとすること
2. クリニカルパスには標準様式を採用すること
3. 在院日数が「入院期間Ⅱ」の範囲内にあること
4. 外来での診療や検査、在宅医療との一貫性、地域医療連携を考慮すること
5. 包括となっている医薬品、処置、検査の見直しをすること
6. 臨床指標を取り入れていること
7. 最大のアウトカムである退院の基準、その問題点リストを明確にすること
8. 患者の社会的背景の問題点 social high risk の早期発見をすること

国立病院機構岩国医療センター 外科

別刷請求先: 金川泰一郎 国立病院機構岩国医療センター 外科 〒740-8510 山口県岩国市黒磯町2-5-1  
(平成19年2月26日受付, 平成19年6月15日受理)

Construction of Clinical Pathway Form Compatible with Diagnosis Procedure Combination (DPC)

Taiichiro Kanagawa, Kouji Tanakaya, Hitoshi Takeuchi and Daiji Saitoh

Key Words: diagnosis procedure combination, clinical path

ここでは自覚症状のない胆石症に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術の、他施設を参考にして<sup>3)4)</sup>当院で作成したクリニカルパスを例として示す(表2)。病名からICD10分類コードを検索するソフト「病名くん」、DPCの診断群分類マスター18年度版電子点数表ソフト「ふくろうくん」をサイト(<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/index.html>)からダウンロードして用意した。

## DPCに対応したクリニカルパス作成要点

### 1. 診断群分類のどれに相当するかを明らかとすること

炎症をとみなわない胆嚢結石症は、「病名くん」のICD10分類コードでK802と標記される。次に「ふくろうくん」にK802を入力すると、腹腔鏡下胆嚢摘出術だけを選択し、手術・処置等1, 2, 副傷病他に相当するものがないものとする。DPCはこの場合060330xx02xxxxで表される。これは診断群分類番号といい、診断群分類名称は胆嚢疾患(胆嚢結石など)腹腔鏡下胆嚢摘出術等と表現される。すべてのクリニカルパスにはこの診断群分類番号を割り当てる。一方、胆嚢炎のICD10病名はK810、胆嚢炎に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行うとDPC診断群分類番号は060335xx02001xであり、まったく別の入院期間Ⅱ、診療報酬となってしまう。

### 2. クリニカルパスには標準様式を採用すること

診療科や施設によってクリニカルパスの様式が異なることがある。電子カルテにクリニカルパスを搭載するためには様式の標準化が求められる。ここでは標準的なケア項目に熱型表が入っているが、当院外科病棟が基本としているためである(表2)。本来チェックシート、ケアマップとして使用すべきものであるから、記録としての熱型表を入れたものをフローシートと呼ぶときもある。

### 3. 在院日数が「入院期間Ⅱ」の範囲内にあること

入院期間Ⅱとは、DPCに参加した病院の平均在院日数である。この日数を超えるとDPC日額は15%減算される。入院期間4日まで(I)は2,811点、8日まで(Ⅱ)は2,078点、それ以降16日まで(Ⅲ)は1,766点(1点は10円)が支払われる。当科では腹腔鏡下胆嚢摘出術は4泊5日の退院を目指している。経過良好で4日で退院すると、包括分計算表を

クリックし当院の医療計算係数と入院期間4日を入力すると11,281点と計算された。クリニカルパスでは抗生剤の投与は2回になっているが、3回以上、創部の感染で処置が必要となると計算どおりの収益にならないことがある。

### 4. 外来での診療や検査、在宅医療との一貫性、地域医療連携を考慮すること

DPCでは、入院中の検査(内視鏡検査、病理診断、病理学的検査判断等を除く)、画像診断(画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く)が包括となるので、精査、全身チェック等は外来診療時にすませる。退院後の創部の管理、服薬、食事指導もクリニカルパスに含む必要があり、スムーズな退院、転院の治療計画を図る。

クリニカルパスの中には最小限の検査しか入っていない。クリニカルパスで決められてなくても、実際に患者にふれ診察して本当に必要があれば、なんら躊躇することなく検査をオーダーすべきである。

### 5. 包括となっている医薬品、処置、検査の見直しをすること

同じ効果・効能をもつ安い薬剤、材料を使用したり、エビデンスに基づいて必要性の低い薬剤や処置をなくすよう見直し、経済エビデンス(費用対効果)に基づいた薬剤材料を選択することも必要である<sup>5)</sup>。腹腔鏡下胆嚢摘出術では胃管、膀胱バルーンの必要性、ドレーンの抜去時期、点滴、および抗生剤の期間等は再検証が必要かもしれない。「これをしておくと安心だから」というエビデンスのない処置、検査はなくすべきである。収益性に関しては、後発品、ジェネリックのような安価な薬剤を多用することは包括診療の利益性を上げるが、過不足のない安全な医療、情報、サービスの提供が可能かどうかの検討は必要である。

### 6. 臨床指標に対応していること

DPCに参加できる病院はDPC調査協力病院の基準を満たすもので、調査項目のひとつに臨床指標がある。臨床指標とは聞き慣れない言葉だが、医療の結果または最大のアウトカムに重大な影響を及ぼすプロセス指標のことで、合併症率、再入院率などがその代表である。診療行為の質全体を表し、標準的な成績が目安として提示できるものが指標とされる。

表2 腹腔鏡下胆嚢摘出術クリニカルパス表

腹腔鏡下胆嚢摘出術クリニカルパス表 (DPC分類060330xx02xxxx) 作成年月日 2006/5/19 患者ID ( ) 患者氏名 ( )

パスの対象となる症例  
 術前日の入院で手術を行う症例  
 開腹手術の既往は問わない  
 総胆管結石症例は治療済みであり、今回胆管を操作しない症例  
 胆嚢炎(急性、慢性)の既往を問わない  
 \*インフォメーションドレインは全例に留置する

パスを使用してはいけない除外基準  
 急性期の意識障害、ショック状態がある  
 著明な心不全、呼吸不全、栄養障害がある  
 肝障害度BまたはC、食道静脈瘤がある  
 著明な出血傾向があるが維持透析中である  
 主治医が除外と判断した場合

日付	入院日 手術前日		手術当日(前)		手術当日(後)		術後1日目		術後2日目		術後3日目		術後4日目			
	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日		
【関連リスト】	中間アウトカム 1) 手術や治療方針を理解している ( ) 2) 術前検査が完了している( ) ( )		1) 術前処置完了 2) 術後呼吸状態の安定 呼吸器音が正常がない ( ) 3) 呼吸数が12-20/分( ) 4) 喀痰の自己排出が可能( ) Sat 94%以上ある( ) 5) 収縮期圧80-180mmHg( ) 6) 脈、爪にチアノーゼがない( ) 7) 呼吸器に異常がない( )		4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 劇痛がコントロールされる( )		3) 食事摂取が出来る(60%以上) ( ) 4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 疼痛が自制的( ) 7) 立位、歩行が出来る( )		3) 食事摂取が出来る(60%以上) ( ) 4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 発熱がない(37.5℃未満)( )		3) 食事摂取が出来る(60%以上) ( ) 4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 発熱がない(37.5℃未満)( ) 7) 通院と退院後の治療が理解できる( )		3) 食事摂取が出来る(60%以上) ( ) 4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 発熱がない(37.5℃未満)( ) 7) 通院と退院後の治療が理解できる( )		最終アウトカム 3) 食事摂取が出来る(60%以上) ( ) 4) 胆汁瘻がない( ) 5) 術後出血がない( ) 6) 発熱がない(37.5℃未満)( ) 7) 通院と退院後の治療が理解できる( )	
呼吸	脈拍	体温	血圧	□1検		□1検		□フローシート		□フローシート		□3検		□3検		
△	x	○	△V													
40	200	39	200													
30	150	38	150													
20	100	37	100													
10	50	36	50													
観察	聴覚状態( ) 視覚、表情、態度( ) VS( ) 腹部状態( )		VS	VSチェック( ) 1Hx2, 2Hx3, 6Hx1 SatO2測定( ) ドレーン量と性状( ) ガーゼ汚染と性状( ) 疼痛の有無、程度( )		VSチェック(各勤務) SatO2測定( ) ドレーン量と性状( ) ガーゼ汚染と性状( ) 疼痛の有無、程度( )		VSチェック(各勤務) 疼痛の有無、程度( )		VSチェック(各勤務)		VSチェック(各勤務)		VSチェック(各勤務)		
愁訴時処置	不眠時マイスリー錠															
検査	以下の有無をチェック ECG( ), 呼吸機能( ) 採血( ), 尿尿( ) 出血時間( ), 感染症( ) 胸部レントゲン( ) 腹部エコー( ) 腹部CT/MRCP( )					採血(CBC, 肝機能)( )										
処置	剃毛( ) 入室( ) へそ処置( ) 術前麻酔リスクの評価		病棟にてネームバンド( ) 排便なくばアレミンソフト坐剤 挿入 胃管チューブ挿入 手術室にてバルーン挿入	縮室前胃管チューブ抜去( ) 麻酔投与30/3時間( ) 疼痛、発熱時指示の施行 (ロピオニ/A生食100mlまたは ボルタレン坐薬50mg体重50kg 以下25mg) 体位変換の指導と補助( ) GW( )		膀胱バルーン抜去( ) 歩行補助( ) GW(防水シール貼付)( ) 45)達成後ペンローズドレイン 抜去( ) 清拭( )		清拭( )		シャワー可						
点滴	常用持参薬チェック( ) 15時マグコロール1/2包( ) 21時フルセド2錠( )		抗菌薬投与説明書( ) 持続点滴開始 ピカール500mg( ) 手術室持参( ) ビレタゾール静注1g 生食H100ml	術後点滴 ゾルデム3A500mg( ) ゾルデム3A500mg( ) ゾルデム3A500mg( ) * 午後の手術は * 中止 ビレタゾール静注1g 生食H100mg( )		ゾルデム3A500mg( ) ゾルデム3A500mg( ) 終了抜去										
内服	常用持参薬チェック( ) 15時マグコロール1/2包( ) 21時フルセド2錠( )			ロキソニン 2T セルベックス 1.0 分2 朝、夕 4日分 ( )										退院時処方( )		
説明・指導	入院オリエンテーション( ) 手術必要物品の説明( ) 術前誘導能訓練の説明( ) 手術前説明と同意書( ) 入院療養計画書( )			ナースコール指導( ) 排便の必要の説明( ) 下経路伸縮の必要を説明( )		排便の必要の説明( ) 起床指導( )		起床指導( )		退院指導( )		退院療養計画書( ) 紹介医への返事( ) 次回受診日予約( )				
食事	絶食		絶食		術室後から4時間絶食 4時間後VS安定し2/3/4/5問題 なければ水分摂取可		術3部粥 昼5部粥 夕全粥		フリー 常食							
安静	フリー		フリー		ベッド上安静確保可 下肢の屈伸		バルーン抜去後フリー									
排泄	フリー		フリー				バルーン抜去後フリー		フリー							
清潔	□シャワー		□シャワー				清拭		清拭		シャワー可		□下半身シャワー			
バリアンス	無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:		無・有 有は、変動・逸脱 内容:	
その他																
サイン																

## 7. 最大のアウトカムである退院の基準, その問題点リストを明確にすること

最大のアウトカム「退院できる」を目標に退院基準を問題点リストとしている。1) 術前評価, 理解ができる, 2) 全身麻酔後の合併症がない, 3) 術後腸機能回復が良好である, 4) 胆管損傷, 胆汁瘻, 5) 術後出血, 6) その他の合併症がない, 7) 退院と退院後の治療の理解が得られる, が最大のアウトカム(退院)につながる。問題点リスト3), 4)の下には, 中間アウトカム3) 食事摂取ができる(60%以上), 4) 胆汁瘻がない, を日々のチェックリストにあげている。経験年数の若い看護師であっても, 患者の異常を早期に発見し対応できるツールとなりえる。アウトカムやバリエーション有無のチェックによるアセスメントは患者情報で, それをスタッフが共有することである。

## 8. 患者の社会的背景の問題点 social high risk の早期発見ができること

退院が困難であるかもしれないという情報があれば, 医療側ができるだけ早く共有し, 対処する必要がある。看護師やソーシャル・ワーカーが面接を行い, 自宅へ退院する際の受け入れ側の人的パワー不足(配偶者が高齢), リハビリ施設や長期療養型の施設へ転院する際の経済的困難さ, などの患者社会的背景の問題点 social high risk があるのかどうかをチェックする。一人暮らしの高齢女性がスムーズに帰宅できるか, 家事が可能か, その日は家族が迎えに来られるか, 等の問題がある。それをすみやかに把握して解決する必要がある。そのためにも術前に手渡す患者へのクリニカルパス説明書の作成は重要な意味をもつ。

---

## ま と め

---

以上, DPCに対応したクリニカルパス作成について概説した。クリニカルパスは医師, 看護師, パラメディカルスタッフの協力により成熟してゆくものである。医療資源の有効利用, EBMに基づいた良質な医療とともに, 安全でミスのない医療を保証してくれるものと思われる。

(本論文の要旨は第60回国立病院総合医学会において示説発表した。保険請求に関する数値, DPC内容は2006年4月に公表された数値, 内容を採用した。)

---

### [参考文献]

- 1) 袴田健一, 佐々木睦男: DPCとクリティカルパス, 癌と化学療法 31: 1179-1185, 2004
- 2) 武藤正樹: DPCにおける病院マネジメント10のポイント. 医療マネジメント学会雑誌 6: 506-516, 2005
- 3) 高橋勇二, 鈴木操, 国清有紀ほか: DPC対応型クリティカルパス作成. 医療マネジメント学会雑誌 6: 638-641, 2006
- 3, 4) 笠原善郎: クリニカルパスの可能性. MEDICAL COMPUTER NETWORK 12: 3-4, 2003
- 5) 武藤正樹: 診断群分類別包括支払い制度(DPC)とジェネリック製品. 薬剤学 65: 7-12, 2005