

平成19年度学術委員会学術第5小委員会報告

DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと 医薬品マネジメントに関する調査研究（最終報告）

委員長

新潟大学医歯学総合病院薬剤部

小野田学時 Gakuji ONODA

委員

日本医科大学付属病院薬剤部

伊勢 雄也 Yuya ISE

大阪薬科大学薬学部

恩田 光子 Mitsuko ONDA

済生会熊本病院薬剤部

飛野 幸子 Yukiko TOBINO

聖路加国際病院薬剤部(現:国際医療福祉大学)

井上 忠夫 Tadao INOUE

新潟大学医歯学総合病院薬剤部

佐藤 博 Hiroshi SATOH

アドバイザー

国際医療福祉大学薬学部

池田 俊也 Shunya IKEDA

済生会横浜市南部病院薬剤部

大江 洋一 Hirokazu OHYE

昭和大学病院薬剤部

田中 克巳 Katsumi TANAKA

はじめに

平成15年4月1日から、猶予期間3ヵ月間を設けて全国82の特定機能病院（大学病院本院，国立がんセンター中央病院，国立循環器病センター）に新しい診療報酬の支払い制度が導入された。これが，診断群分類（以下，DPC：diagnosis procedure combination）に基づく包括評価である。

学術委員会学術第5小委員会では，「DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと医薬品マネジメントに関する調査研究」をテーマとして，平成16年度日本病院薬剤師会病院薬局協議会にて議案提案¹⁾を行い承認，平成17年度より設置され（平成17，18年度は学術第6小委員会），活動を進めてきた。

医療政策の目的である“質の高い医療サービスを国民に提供する体制を整備すること”を実現するために，「DPC」を導入した病院における薬剤師業務についてクリニカルパス（以下，CP）に焦点を絞り，CPでの薬剤師の位置づけ，役割，および医薬品マネジメントの方向性について調査研究を進めてきた。

平成17年度²⁾

初年度であった平成17年度は，CP・医薬品マネジメントについての現状把握のために，DPC対象病院，非DPC対象病院を対象とし「後発医薬品の導入状況」，「CPの作成導入（目的，委員会，運用等）」，「CPへの薬剤師の関与」，「薬剤師のCP関与の内容とアウトカム」に重点を置いたアンケートによる調査研究を実施した。そのアン

ケート結果については，平成17年度病院薬局協議会（講演要旨集，平成17年9月30日，岡山コンベンションセンター）および日本病院薬剤師会雑誌（42，1109-1111（2006））において報告している。その要点は，以下の①～⑧に記す通りであった。

- ① DPC病院と非DPC病院におけるCPの導入，作成数，運用数において有意な差はない。
- ② 非DPC病院における，脳梗塞，大腸ポリペクトミー，予防的抗菌薬投与，循環器系，消化器系，整形外科系，泌尿器科系CPへの薬剤師の関与の割合が，DPC病院に比べ有意に高い。
- ③ DPC病院，非DPC病院ともに，薬剤師はCP委員として関与していた。
- ④ 非DPC病院では，栄養士，放射線技師，理学療法士，診療情報管理士等の多職種がCP委員となっていた。
- ⑤ 薬剤師がCPに関与した結果，「薬剤管理指導業務数が増加した」および「医薬品使用の標準化が進展した」の割合については，非DPC病院のほうが有意に高い結果を示した。
- ⑥ DPC病院において，後発品の導入および薬剤管理指導業務の積極的取り組みはみられなかった。
- ⑦ CP導入目的は，DPC病院，非DPC病院ともに，医療ケアの標準化，在院日数の短縮，チーム医療，医療の質向上が上位を占めた。
- ⑧ CPでの薬剤師の役割は，DPC病院，非DPC病院ともに，薬剤管理指導の実施，薬剤選択の根拠提示，入院時持参薬管理であった。

平成18年度³⁾

平成17年度の調査結果より、CPにおける「予防的抗菌薬の使用」に着目した。平成17年度調査において「薬剤師が関与しているCP領域として抗菌薬予防投与」と回答があった施設における関与の詳細を検討した。調査対象は、平成17年度調査結果から59施設を抽出し、FAXを利用した調査方式により回答を収集し、集計・解析した。この調査結果については、平成18年度病院薬局協議会（講演要旨集、平成18年9月29日、エルフ金沢）および日本病院薬剤師会雑誌（43, 1007-1010 (2007).）で報告しているが、次にその要点を記す。

アンケート回収率は64.4% [配布59施設、回答38施設（うちDPC導入28施設）] であり、内容は

- ① 予防的抗菌薬投与について薬剤師が関与している主なCPは、腹腔鏡下胆嚢摘出術、白内障、胃切除術、成人鼠径ヘルニア、帝王切開、乳房切除術、経尿道的膀胱腫瘍切除術、心臓カテーテル検査等であった。
- ② 予防的抗菌薬投与に関するCPへの薬剤師の関与領域は、薬剤管理指導、抗菌薬の選択、抗菌薬の投与期間および投与タイミングの提示が主であった。薬剤師が関与した結果、在院日数の短縮、あるいは薬剤費の減少が見られ、関与領域の多寡が、これらの効果の程度に影響を与えていた。
- ③ 当該関与に際して薬剤師が活用した科学的根拠としては、主に臨床ガイドライン、各種科学論文が挙げられていたが、それらに加えて自施設の臨床データを積極的に活用している施設では、活用していない施設に比して、平均在院日数の短縮、薬剤費の節減の効果が有意に高かった。これらの結果は、予防的抗菌薬投与に関して薬剤師がCPへ関与するほど臨床的、経済的アウトカムが向上することを示唆した。

なお、予防的抗菌薬としてCPに後発医薬品を採用している施設は22%にとどまっていた。後発医薬品を採用する主な理由は「病院の方針」であり、「薬剤部の情報提供」や「パス委員会の方針」の影響は比較的弱い傾向が示唆された。

平成19年度

平成19年度の活動では、具体的なCPの調査研究として代表的CPの事例研究と共通CPの比較研究を実施した。

まず、学術第5小委員会委員が所属する病院における代表的CPの事例研究、すなわち「胃切除CP」、「methcillin-resistant *staphylococcus aureus*（以下、MRSA）治療CP」、「急性心筋梗塞オプシオン薬剤シート」、「腹腔鏡

CP」、「内視鏡下粘膜切除術CP」について実施した（表1）。

今回取り上げた事例について、薬剤師が関与している領域としては、1) 科学的根拠、治療ガイドラインの導入、2) 薬物血中濃度測定の能動的実施、3) 薬剤使用評価の実践、4) 使用薬剤の標準化、5) 薬剤管理指導業務との連動、6) 院内全体でのパスの運用管理、以上のものが挙げられた。これらのCPに関する特徴からみれば、各病院の規模、組織、理念等の違いに大きく依存すると考えられるが、薬剤師のCPへの関与可能領域を示唆するものとする。

次に、同様に学術第5小委員会委員所属病院における比較研究として、平成17、18年度アンケート調査研究結果において薬剤師関与が高い割合を示した共通CP（医療者用）「腹腔鏡下胆嚢摘出術CP」、「白内障CP」、「胃切除術CP」、「成人鼠径ヘルニアCP」、「急性心筋梗塞CP」、「市中肺炎CP」を対象としてベンチマークを行った。比較した点は、①適応基準の有無、②除外基準の有無、③パス作成に関与する職種、④パスの届出、登録、承認、⑤フォーマットの差異、⑥患者用パスの有無、⑦アウトカム設定、⑧ゴール設定・退院基準、⑨バリエーション設定、⑩パスの作成目的、⑪パスで関与する職種、⑫入院期間、⑬医薬品の記載方法、⑭医薬品の使用期間、⑮略号記載の有無、⑯パスの書式、⑰パスの用紙サイズ、⑱電子化の有無、⑲パスの管理についてである（表2～8）。

今回の比較研究から、おおよそ1) CPの適用基準は、患者特性が若干異なっているようであった。2) CP中で設定されたアウトカム、ゴール、退院基準は、共通部分はあるものの、項目数や内容には病院ごとの違いが認められた。3) CPで設定された入院期間は、例えばラバコレで3～6日、白内障で3～7日といったように施設による開きがみられた。4) 医薬品に関して、いずれも商品名で記載されていた。しかし、医薬品の記載内容の範囲では、病院ごとに差がみられた。5) パスの作成と運用では、関与する職種に違いがみられた。複数の職種で作成している病院がほとんどで、運用面では、医師、薬剤師、看護師に限られることが多いようであった。6) 略号の記載の有無に関しては病院ごとに異なり、パスごとでも違いがみられた。7) パスの書式は、ほとんどがオールインワン形式で紙ベースであった。8) パスの管理は、病院によって医療安全管理部、total quality management（以下、TQM）センター、診療録管理室、各診療科など病院ごとの組織・システムによる違いがみられた。9) パス作成の目的は、チーム医療の推進、患者満足度の向上、医療の標準化・質の向上、医療コストの抑制・資源の節約、リスクマネジメントにまとめられる結果であった。

表1 薬剤師が作成に関与した各施設の代表的（自慢）CPの事例研究

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
	胃切除CP	MRSA治療CP	急性心筋梗塞CP オプション薬剤シート	婦人科腹腔鏡CP	内視鏡下粘膜切除術CP
特徴・特色	<ul style="list-style-type: none"> ●胃切除患者をパス適応群とパス非適応群に分け、それぞれの群の比較検討を行い、パス導入の有用性を客観的に評価した後に導入している ●薬剤師が術後感染症の評価を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ●薬剤師が中心に作成した ●煩雑化していたMRSA治療手順（業務）を標準化した ●MRSA治療の業務内容が明確化された ●採血オーダーもれが減少した ●TDM解析が迅速にできるようになった ●すべての薬剤師が初期投与量のチェックをできるようになった 	<ul style="list-style-type: none"> ●パスの内服薬剤指示の部分を切り出したオプションシートである ●心筋梗塞二次予防に関する薬物療法ガイドラインに沿った薬剤指示が行われるような工夫をした ●ガイドラインで推奨されている薬剤をシートに明記し、不利用の理由を記入することで、推奨薬剤の使用を促す ●脂質管理を徹底するために、脂質関連データを記入して、主治医に脂質コントロールを認識させる ●心筋梗塞の薬物療法に関するガイドラインを裏面に掲載した 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者用パス、医療者用パスのほか、別にパス運用マニュアルが存在する ●患者パスは入院診療計画書を兼ねており、患者にわかりやすい説明ができ、医療スタッフの業務が煩雑とならないようにしている ●2006年11月ですでに第4版と改訂している。改訂の際、院内CP実務者委員会で審議のうえ、承認される制度である ●パスに記載された薬剤は、何度も医療スタッフで見直され、特に抗菌薬は投与期間も見直されている 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療行為の標準化（適用基準、薬剤、術後処置、安静度、食事、検査内容、在院日数、入院費用）、看護の標準化・継続性、医療スタッフの協働意識を求めたパスとなっており、患者理解度、満足度向上へつなげた
パスを適応する患者にも誇れる点	<ul style="list-style-type: none"> ●診療過程がわかりやすい。今回の入院では何をするのか理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ●適切な投与量・投与期間で安全に効率の良い治療が行える 	<ul style="list-style-type: none"> ●ガイドラインに沿った薬物療法が行われることで、患者にとっては有益である 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者パスは入院診療計画書を兼ねており、患者に経過のよくわかる説明ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者用はカラーA3版（大きな字）。入院診療計画書となっている ●パスの利用により、混合病棟化しているなかでも均質な医療を提供できることから、患者から「見やすい」、「きれい」、「予定がわかって安心」といった感想をいただいている
他施設に推薦する点	<ul style="list-style-type: none"> ●パスの客観的評価（感染、入院日数、薬剤費、看護達成度の評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ●MRSA治療の方法を標準化することで、研修医や新人看護師からベテラン医師、看護師まで標準化されたMRSAの治療ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●ガイドラインに沿った薬物療法が行われることで、患者にとっては有益である ●ガイドラインに沿った薬物療法の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療スタッフ用パスと薬剤師が薬剤管理指導で用いているワークシートが連動している ●薬剤は商品名で記載されるため、モニター項目が明確になっている 	<ul style="list-style-type: none"> ●薬剤師がCP作成ワーキングのコーディネーターの役割
作成・使用にあたり、苦慮した点	<ul style="list-style-type: none"> ●バリエーションの評価 	<ul style="list-style-type: none"> ●作成にあたり、各部署ごとの意見を取り入れまとめることに苦慮した ●使用にあたり、業務量が増えることを医師、看護師に説明し理解してもらうことに苦慮した 	<ul style="list-style-type: none"> ●薬剤指示簿も兼ねることで、レイアウトに苦慮した 	<ul style="list-style-type: none"> ●使用予定医薬品の選定と投与期間の設定、バリエーションの設定とその評価 	<ul style="list-style-type: none"> ●ワーキングの日程調整が最大の難点
パスの作成方法（エビデンスの考慮・組み入れ、診療記録の調査）	<ul style="list-style-type: none"> ●前述の通り、胃切除患者をパス適応群とパス非適応群に分け、それぞれの群の比較検討を行い、パス導入の有用性を客観的に評価した後に導入している 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗MRSA薬使用患者の診療記録における培養状況、効果判定、血液検査データ、抗MRSA薬使用量、初期投与量の設定、抗MRSA薬投与期間 	<ul style="list-style-type: none"> ●薬物療法に関する部分をわかりやすくまとめた。 ●これまでの薬剤使用実績をカルテから調べ、どの程度ガイドラインが遵守されているかを調査し、医師に示した ●脂質のデータをカルテより調査した 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師、看護師、薬剤師で第1版を作成した。第1版では診療録を調査し、現状把握したうえで、エビデンスを確認している 	<ul style="list-style-type: none"> ●早期胃がん治療ガイドライン等を参考にしてCP作成ワーキンググループ（医師、薬剤師、看護師）により診療内容の標準化を行い、改訂により（看護）記録と一体化した
薬剤師の介入の度合い	<ul style="list-style-type: none"> ●使用抗生剤の違いが術後感染発症の頻度に及ぼす影響について評価している ●術後感染発症の発症がどのような因子により影響を受けるのか評価している 	<ul style="list-style-type: none"> ●パス作成・運用における介入度合いは高い 	<ul style="list-style-type: none"> ●大部分を薬剤師が作成した ●薬剤使用実績、脂質データ収集もすべて薬剤師が行った 	<ul style="list-style-type: none"> ●作成や見直しには必ず参加している。医療スタッフパスと連動したワークシートを用い、薬剤管理指導業務の能率化を図っている 	<ul style="list-style-type: none"> ●パス中使用する医薬品に関する情報提供およびパス事務局としての院内での運用におけるサポート

表2 腹腔鏡下胆嚢摘出術CPのベンチマーク

項目	A病院	B病院	C病院	D病院
①適応基準の有無	○ 腹腔鏡下胆嚢摘出術を受ける胆石患者	○ 1. 胆石症、胆のうポリープ、胆のう筋筋症	○ 腹腔鏡下胆嚢摘出術を行う症例。ドレーン留置の目的が胆汁漏・出血のインプオメーション（早期認知）であること	○ 胆石症で胆嚢摘出術を受けた患者。術式が開腹、腹腔鏡下ともに適応可
②除外基準の有無	○ 開腹術を必要とする胆石患者、緊急で手術を要する患者	○ 1. 重篤な全身合併症を有して術後ICU管理を要する症例 2. 糖尿病コントロール不良例（HbA1C>8%）（スライディングスケールで対応可能例は適応とする） 3. 腎不全で透析中の症例 4. 重度の痴呆・精神疾患を合併している長期に抑制などの処置を要する症例（主治医が可能と判断した場合はその限りではない） 5. 頸部かん頓、強度癒着、総胆管結石合併、胆のうがん疑い例 6. 上腹部開腹既往のある症例、気腹下手術が困難な例	○ 急性期の意識障害がある、著明な心不全がある、著明な呼吸困難がある、肝障害度BまたはCである、RCサイン（+）の食道静脈瘤がある、維持透析中、著明な出血傾向を来す基礎疾患がある、院内NSTマニュアルで中等度以上の栄養障害がある、DICまたはショック状態を呈している、明確な根拠を基に主治医が除外と判断した場合	○ 重篤な合併症、運動制限があり、主治医が不適切と判断した場合

③パス作成に関与する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務員	医師、薬剤師、看護師、検査技師、事務員	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士など	医師、看護師、薬剤師、診療録管理士、事務員
④パスの届出、登録、承認	登録	承認	新規登録は届出制、登録はパス専任ナース、承認のための会議はなし、フォーマットに則っているかどうかを確認する。作成ツールがあるので問題はない	届出・登録・承認制
⑤フォーマットの差異	術前と術後のパスあり、横軸：時系列、縦軸：キュアとケア	横軸：時系列、縦軸：キュアとケア、スタッフの記録用紙を兼ねる	横軸：時系列、縦軸：アウトカム、アセスメント、タスク	術前と術後のパスあり、横軸：時系列、縦軸：キュアとケア
⑥患者用パスの有無	あり	あり		あり（入院診療計画書を兼ねる）
⑦アウトカム設定	○	○	○	○
	合併症がない、疼痛コントロールが図れる、疼痛が自製内で経過する	患者状態（呼吸状態・バイタルサインの安定） 生活動作 知識、教育 合併症 その他	患者状態 生活動作 知識、教育 合併症 その他	手術中、安全安楽で異常がなく、予定通り帰室できる 術後48時間以内に皮下出血・創部出血がない。術後1～2日までに排ガスがあり、腹部膨満感がない。術後3～7日までに感染兆候がなく、異常な発熱・腹痛がない
⑧ゴール設定・退院基準	○	○	○	△
	疼痛が自製内で経過する、退院後の生活についてイメージができる	1. ドレーンが抜去できている 2. 感染兆候（発熱・創部）がない 3. 疼痛が自製内 4. 経口摂取が安定している	食事が摂取できる、黄疸がない、胆汁漏・術後出血・その他腹部の合併症がない、発熱がない（37.5℃未満）、退院可能な状態であることが理解できる	創痛がない、または緩和し、活動範囲が広がる
⑨バリエーションの設定（有無）	あり	あり	あり	あり
	バリエーションコード判定基準に従う	バリエーションチェックカードに従う		バリエーションコードに従う
⑩パスの作成目的	1. 入院から退院までに行われる治療・看護ケア介入の時期を標準化する 2. 記録の統廃化を図る 3. 患者自身が入院から退院までの経過を把握しやすい	1. チーム医療の推進 2. 患者満足度の向上 3. 医療の標準化・質の向上 4. 医療コストの抑制・資源の節約 5. リスクマネジメント	適応基準と除外基準を明確にし、標準化を行い、質を担保する。記録を兼ねる	現在の医療環境に対応するツール
⑪パスで関与する職種	医師、看護師	医師、薬剤師、看護師、検査技師、事務員	医師、薬剤師、看護師、検査技師、理学療法士、栄養士	医師、看護師、薬剤師、事務員
⑫入院期間	術後3日目から状態によって	5日～	6日間（術後在院2～4日）	術後3日目から状態によって
⑬医薬品の記載方法	商品名：ボルタレン坐、ソセゴン、アタラックスP、メチロン、ナウゼリン、プリンペラン、プルゼニド、リズミー、薬として空欄の部分もあり	商品名：ボルタレン坐（25）、ソセゴン15mg、ロキソニン1錠、ロビオン1A、アタラックスP50mg、マイスリー（5）、アダラート、プリンペラン、ニトロダームTTS、ナウゼリン、ヴィーンD、抗生剤（）、ST3G500、マグコロール、プルゼニド	商品名：マイスリー、セネバクウル、テレミンソフト、セファメジン、ロビオン、セルベックス、点滴500mL	商品名：マグコロールP、プルゼニド、ボルタレン坐、ペンタジン、アタラックスP、ノベクタン。輸液、抗菌剤は空欄
⑭医薬品の使用期間		術前、当日（術前）、術後	抗菌剤：術前・術後、その他：入院日から退院日	入院日から退院日
⑮略号記載の有無	XP, EKG, IC, NS, GE, IM	XP, ECG, DIC-CT, ERCP, MRCP, TPHA, SBP, RR, HR	RC	HT, DM, Xp, ECG, IC, BP, BT, P, R, DVT, IM, NPO, VS
⑯パスの書式	オーバービュー	外来を兼ねるオールインワン	オーバービュー	オーバービュー
⑰パスの用紙サイズ	B4	A3, A4	A3, B4	A3, A4
⑱電子化の有無	なし	なし	現在開発中	なし
⑲パスの管理（部署）	医療安全管理部	パス事務局	TQMセンターのパス専任看護師	診療録管理室、当該診療科

表3 白内障CPのベンチマーク

項目	A病院	B病院	D病院
①適応基準の有無	○	○	○
	パス適応患者の選定について：局所麻酔で行われる白内障患者とし、合併症の有無に関係なく使用する。ヴァリエーションの判断は、受け持ち看護師と代行看護師・主治医との話し合いにより、停滞するか判断する	白内障があり、白内障手術（水晶体超音波吸引術、人工水晶体挿入）で視力が回復する例 水晶体超音波乳化吸引術、人工水晶体挿入術で可能な白内障の状態	白内障（加齢性・外傷性・併発性・その他）患者 術式（PEA+IOL）（PECCE+IOL） 上記2項に該当する局所麻酔可能な白内障患者 適用期間を入院日（手術前日）から退院（術後5日目）までを対象
②除外基準の有無	△	○	○
	適応基準：「パス適応患者の選定について」を参照	水晶体超音波乳化吸引術が不可能もしくは困難な症例 緑内障、網膜剥離等の眼疾患があり、術後に長期入院が予想される症例 緊急の場合の手術	術式が適用基準以外の患者 全身麻酔手術の白内障患者
③パス作成に関与する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務員	医師、薬剤師、看護師、検査技師、事務員	医師、看護師、薬剤師
④パスの届出、登録、承認	登録	承認	届出・承認後、登録
⑤フォーマットの差異	目標、点眼、安静、食事、清潔、内服注射、検査、指導、ヴァリエーション。点眼記録、観察記録、巡視記録	食事、安静度、内服薬、点眼、検査・処置、全身管理、患者・家族への指導、特記事項、アウトカム、バリエーションコード、確認ナースサイン、確認医師サイン	医師サイン/Stage、期待される結果、観察項目、治療、弾性ストッキング指示、薬剤（医師サイン、指示受けサイン）、検査、清潔、活動・セルフケア、栄養、指導、計画との違い/分析コメント、パスのPC入力、バリエーション（コード）・グレート記載、終了サイン
⑥患者用パスの有無	あり	あり	あり

⑦アウトカム設定	○ 手術に対する理解ができる 術前点眼が指示通り行える。精神的に安定している 疼痛がコントロールできる 点眼が指示通り行える 退院後の生活の注意点がわかる。点眼の手技が身につく	○ 患者状態 生活動作：眼を触ったり擦ったりしない 知識・教育：病気を理解している。内服薬について理解している。正しく点眼ができる。退院後の自己管理ができる 合併症：ショック。出血。眼圧の上昇 その他	○ 入院環境を知ることができる 手術に対する不安を表出することができる 安全・安楽に手術を終え、帰室することができる 術後疼痛があったら表出することができる 自立または介助により点眼ができる 退院後の生活を本人またはキーパーソンが理解できる
⑧ゴール設定・退院基準	○ 手術後の感染がない 点眼の自立または支援者がいる 痴呆の症状が入院、手術によって悪化した場合は、早期退院も考慮する。上記のこと（1～3）を考慮し、主治医が患者、家族と話し合い、決定していく	○ 眼に疼痛がない 視力の回復が認められる 眼に感染・網膜剥離等の入院治療を必要とする所見がない	○ 入院前より視力が回復する 生活の注意事項を理解できる 危険なく過ごせる 不安を表出できる
⑨バリエーションの設定	あり	あり	あり
⑩バスの作成目的	記録を兼ねたバス、医師指示内容のばらつきのためバス活用効果がなかったため改訂。眼科用1号用紙の開発、点眼の統一、食事制限についての見直し、バスと記録の一体化	チーム医療の推進 患者満足度の向上 医療の標準化・質の向上 医療コストの抑制・資源の節約 リスクマネジメント	設定していない
⑪バスで関与する職種	医師、薬剤師、看護師	医師、薬剤師、看護師、検査技師、事務員	医師、看護師、薬剤師、事務員
⑫入院期間	3～7日	4日～	術後5日目（術後6日を超える場合はバス中止）
⑬医薬品の記載方法	商品名：クラビット点眼、ミドリンP、ネオシネジ点眼、ジクロード点眼、プロナック点眼、0.1%リンデロン点眼 術前点滴、術前内服、術後抗生剤	商品名：ロキソニン、マイスリー、アダラート、50%ブドウ糖、ミドリンP、ネオシネジ点眼、ジクロード点眼、セフゾン、クラビット点眼	商品名：マイスリー錠、ミドリンP点眼、10%ネオシネジ点眼、ジクロード点眼、アタラックスP、ペンタジン、セファメジンαiG点眼（アドレナリン点眼、ベノシール点眼）、麻酔（2%キシロカイン、0.5%マーカイン、4%キシロカイン）、オビゾート、バノマイ、リンデロン、タリビット眼軟膏、セルシン、ドルミカム、ケフラール、ダーゼン
⑭医薬品の使用期間	術前～退院日	術前～退院日	手術前日～退院日
⑮略号記載の有無	X-P	X-P, ECG, KT, P, BP, IOL度数	BT, P, BP, DMの場合BS測定, HR, XP, ECG
⑯バスの書式	オールインワン記録一体	オールインワン	オールインワン
⑰バスの用紙サイズ	A3	A3	A3
⑱電子化の有無	なし	なし	なし
⑲バスの管理(部署)	医療安全管理部	バス事務局	診療録管理室、診療科

表4 胃切除術CPのベンチマーク

項目	A病院	C病院	D病院
①適応基準の有無	○ 手術適応と判断された患者	○ 胃全摘出術もしくは噴門側胃切除術を行う症例	○ 胃がんで手術を受ける患者
②除外基準の有無	○ 重篤な糖尿病患者 ステロイド使用中の患者	○ 肝硬変（腹水コントロール不良、著明な静脈瘤） 透析症例 穿孔、出血により緊急手術を要した症例 他臓器合併切除を伴う（脾臓・膵臓を除く） コントロール不良の糖尿病症例（入院時HbA1C＝8.0以下）	○ ASAの分類にて3～5度の患者
③バス作成に関与する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務員	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士など	医師、看護師、薬剤師、事務員
④バスの届出、登録、承認	登録	新規登録は届出制、登録はバス専任ナース、承認のための会議はなし、フォーマットに則っているかどうかを確認する。作成ツールがあるので問題はない	届出・承認後、登録
⑤フォーマットの差異	アウトカム、治療、処置、検査、検温、教育、指導、心理、安静度、食事、清潔、排泄、安全/安楽、書類、バリエーションコード、サイン	アウトカム（患者状態、生活動作、知識教育、合併症、その他）、判断基準、処置、検査、薬剤、リハビリ、清潔、排泄、食事、教育、指導	アウトカム、指導、コンサルト、検査、薬剤、治療/処置、栄養、ライン/チューブ、活動セルブケア、バリエーションコメント、サイン
⑥患者用バスの有無	あり	あり	あり
⑦アウトカム設定	○ 入院/手術オリエンテーションを受け、治療内容が理解できている（患者・家族） 手術に対する不安が軽減できている 疼痛コントロールができる 術後合併症がない 食事/内服指導を受けている	○ 治療内容（手術等）、計画が理解できている 手術、麻酔の内容を理解できている 疼痛コントロールについて理解できている 術後合併症がない 食事摂取の仕方が理解できる	○ 組織循環の変調：後出血・尿量減少がない 非効果的気道クリアランス：無気肺、肺炎がない 麻痺性イレウスがない 縫合不全がない 術後創痛がない 栄養低下状態の変調がない
⑧ゴール設定・退院基準	○ ダンピング症状がない 退院指導を受けている	○ 発熱がない 食事が目標カロリーの80%程度、摂取できる 狭窄症状がない 栄養指導を受けている 退院の受け入れができています	○ 日常生活に支障のないADLになり、退院できる
⑨バリエーションの設定	あり	あり	あり
⑩バスの作成目的	診療行為の標準化、診療報酬の向上	適応基準と除外基準を明確にし、標準化を行い、質を担保する。記録を兼ねる	設定せず
⑪バスで関与する職種	医師、看護師、薬剤師、栄養士	医師、薬剤師、看護師、検査技師、理学療法士、栄養士	医師、看護師、薬剤師、コメディカル
⑫入院期間	18～28日	20日	術後15日

⑬医薬品の記載方法	注射：KN3B、フィジオ140、ビーフリード、メタボリン、フラッド、ビドキシサル、ビスコリン、ユナシン、セフメタゾン、セファメジン、レバタン、ソセゴン、アタラックスP、メチロン、プリンペラン、セレネース、サイレース 内服：ラクソベロン、プルゼニド、リスミー、マグミット、エクセラージェ、ボルタレン坐剤、ナウゼリン坐剤	商品名：マグコロールP、セネバクル、セファメジン 術後内服	商品名：内服/外用：マグコロールP、プルゼニド、ボルタレン、マイスリー 注射：ロビオン、ベンタジン、メチロン、アタラックスP、ベルジピン、ソリタT1、ラシックス
⑭医薬品の使用期間	術前から退院日	術前から退院日	術前から退院日
⑮略号記載の有無	GE, PI, FGS, GIS, CT, Echo, ECG, CCR, X-P, ABG	なし	GF, CT, XP, CT, BE, ECG, MDL, CF, GE
⑯バスの書式	オールインワン	オールインワン	オールインワン
⑰バスの用紙サイズ	A3	A3	A3
⑱電子化の有無	なし	現在開発中	なし
⑲バスの管理(部署)	医療安全管理部	TQMセンターのバス専任看護師	診療録管理室、当該診療科

表5 成人鼠径ヘルニアCPのベンチマーク

項目	A病院	B病院	C病院	D病院
①適応基準の有無	× 特に設定なし	○ 1. 鼠径・大腿ヘルニアの診断で mesh plug法を行う症例 2. 再発、両側症例も適応とする 3. 原則2泊3日の入院で、麻酔法は問わない(全麻、脊麻、局麻)	○ 1. 鼠径ヘルニア、大腿ヘルニアに対する根治術を行う症例 手術法は問わない 2. 手術前日に入院する症例(当日入院は別のバスを使用)	× 実施基準として記載があるが、実際的には適応基準でない
②除外基準の有無	× 特に設定なし	○ 1. 重篤な全身合併症を有して術後ICU管理を要する症例 2. 糖尿病コントロール不良例(HbA _{1c} >8%) (スライディングスケールで対応可能例は適応とする) 3. 腎不全で透析中の症例 4. 重度の痴呆・精神疾患を合併していて長期に抑制などの処置を要する症例(主治医が可能と判断した場合はその限りではない) 5. 嵌頓、緊急症例	○ 1. 抗凝固剤を中止できない症例および中止していない症例 2. 肝硬変(腹水コントロール不良・著大な静脈瘤) 3. 透析症例 4. ヘルニア嵌頓を環納できない症例 5. 同側のヘルニア再発症例	○ 1. 重篤な合併症保有者(心疾患、肺疾患、呼吸不全、腎不全) 2. 運動制限(脳疾患、整形外科的運動障害、DMによる神経障害) 3. 重い痴呆 4. その他、バスでの運用が不可能と医師が判断した場合
③バス作成に関する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務員	医師、看護師、薬剤師、栄養士、技師、事務員	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士など	医師、看護師、薬剤師、事務員
④バスの届出、登録、承認	登録	承認	新規登録は届出制、登録はバス専任ナース、承認のための会議はなし、フォーマットに則っているかどうかを確認する。作成ツールがあるので問題はない	届出・承認後、登録
⑤フォーマットの差異	アウトカム、安静、排泄、食事、清潔、内服・与薬、処置・指導、書類、勤務、巡視、観察、バリエーションの有無、バリエーションコード、サイン(Ns・Dr)	食事、安静度、投薬・処置、検査、追加・変更指示、処置・全身管理・ケア、患者・家族への説明・指導、特記事項、アウトカム、バリエーションコード、確認ナースサイン、確認医師サイン	アウトカム・アセスメント(患者状態、生活動作、知識・教育、合併症、その他) タスク(治療、処置、検査、薬剤、リハビリ、清潔、排泄、食事、教育・指導・コーディネーション、追加指示)	アセスメント、指導、検査、薬剤、処置、治療、コンサルト、栄養、活動、サイン、問題となる点の評価、バリエーションコード
⑥患者用バスの有無	あり	あり	あり	あり
⑦アウトカム設定	○ 1. 入院から退院までの治療計画が理解できる 2. 手術前オリエンテーションを受けている 3. 手術の準備ができる 4. 夜間良眠ができる 5. ベッド上安静が守れる 6. 麻酔の副作用がない 7. 術後合併症がない 8. 疼痛がコントロールできる 9. 離床ができる 10. 排便コントロールができる 11. 嘔気なく食事ができる	○ 1. 患者状態：手術に望むための、身体的・精神的準備が整っている 全身状態に関し手術可能である循環動態、呼吸状態が安定している 循環動態が安定している(80<SBp<190, 50<HR<120) 呼吸が安定している(10<RR<25) 意識が清明である 2/3以上の食事摂取している 疼痛が軽く夜間入眠している 自排尿している 疼痛が自制内で離床(歩行)している 採血結果に明らかな異常を認めない 感染兆候(発熱・創部)がない 局所の強度の腫脹がない 2. 知識・教育：病気を理解し、手術の必要性を理解している、禁煙の必要性を理解している 自分で創部の管理を理解し実行している 退院後の注意点が理解している 3. 合併症：不安、不眠、神経圧迫や皮膚損傷(手術体位による) 頭痛、吐き気 術後出血 塞栓症状 術後創部・陰嚢腫脹	○ 1. 患者状態：全身状態が手術に耐えられる 腰麻後管理解除ができる 2. 生活動作：食事が摂取できる 排便・排ガスがある 3. 知識・教育：手術に対する不安をコントロールできる 疼痛コントロールについて理解している 退院予定日を理解している 薬剤で創痛コントロールができる 退院に対する理解 4. 合併症：腰麻後合併症がない(頭痛・嘔気) 5. その他：抗凝固剤、抗血小板剤を中止している(術前日を含めて5日以上) 創部内に出血・腫脹がない 陰嚢腫脹がない	○ 1. 不明な点を説明できる 2. 予定通りに手術が受けられる 3. 傷の痛みが軽減し活動範囲が広がる 4. 便秘をしない

⑧ゴール設定・退院基準	○	○	○	○
	不安なく退院を迎えることができる 退院後の生活について理解できる	1. 感染兆候（発熱・創部）がない 2. 疼痛が自制内で歩行している 3. 局所の強度の腫脹がない 4. 採血結果に明らかな異常を認めない	創痛コントロールができていない 退院時BT37.5℃未満である 腰麻後の頭痛がない 創部と陰嚢に進行する腫脹がない 退院可能な状態であることが理解できる	日常生活に支障のないADLになり、退院できる
⑨バリエーションの設定	あり	あり	あり	あり
⑩バスの作成目的	診療行為の標準化、診療報酬の向上	1. チーム医療の推進 2. 患者満足度の向上 3. 医療の標準化・質の向上 4. 医療コストの抑制・資源の節約 5. リスクマネジメント	適応基準と除外基準を明確にし、標準化を行い、質を担保する。記録を兼ねる	設定していない
⑪バスで関与する職種	医師、看護師	医師、看護師、薬剤師、事務員	医師、薬剤師、看護師、検査技師、理学療法士、栄養士	医師、看護師、薬剤師、コメディカル
⑫入院期間	7日～	5日	5日	8日～
⑬医薬品の記載方法	商品名：リスミー、ボルタレン坐薬、ソセゴン30mg、アタラックスP50mg、生食50mL、ナウゼリン坐薬、プリンペラン、アダラート10mg、点滴、術前内服、抗生剤	商品名：ロビオン1A、ソセゴン15mg、アタラックスP50mg、プリンペラン注、生食50mL、生食100mL、ロキソニン、ムコスタ、マイスリー5mg、アダラート10mg、ボルタレン坐25mg、ナウゼリン坐薬60mg、ニトログラムTTS、フルゼニド、グルセリン浣腸、術前点滴VeenD、抗生剤、術後点滴ソリタT3G	商品名：セネバクール、マイスリー、ロキソニン、セルベックス、テレミンソフト、術後点滴、セファメジン	商品名：マグコロールP、プルゼニド、マイスリー、ボルタレン坐薬、ペンタジン15mg、アタラックスP25mg、GE120mL、輸液（ ）mL、抗生剤
⑭医薬品の使用期間	術前～退院日	手術前日～手術後	手術前日～手術後	術前～退院日
⑮略号記載の有無	B, B, Ns, Dr	X-P, ECG, BT, HR, BP, VS, HBV, HCN, TPHA, GE, ID, Dr	BT, div, Ope, Ns	HT, X-P, ECG, VS, IC, MRSA, Wt, BT, BP, P, R, DIV, WBC, CRP, AM, PM, Dr, Ns
⑯バスの書式	オーバービュー	日めくりオールインワン	オーバービュー、日めくり	オーバービュー
⑰バスの用紙サイズ	A3	A4	A3, A4	A3
⑱電子化の有無	なし	なし	現在開発中	なし
⑲バスの管理(部署)	医療安全管理部	バス事務局	TQMセンターのバス選任看護師	診療録管理室、当該診療科

表6 急性心筋梗塞CPのベンチマーク

項目	A病院	B病院	C病院（急性心筋梗塞（中梗塞））
①適応基準の有無	△ 医師が判断することになっており、適応基準の記載はない	○ 1. 急性心筋梗塞にて、緊急CAG・インターベンションを施行した患者（入室時、UAPと診断されCAG中にAMIと診断された場合、CCU病室後よりAMIClinical Pathwayを使用可とする。使用していたUAP Clinical PathwayはCCU病室とともに中止	○ 1. 1,500 ≤ peakCK < 3,000 2. 大梗塞（peakCK ≥ 3,000）で再疎通成功し、心不全の合併がない
②除外基準の有無	△ 医師が判定することになっており、具体的な除外基準の記載なし	○ 1. CAG施行なし 2. 呼吸器装着中（呼吸器装着されておりClinical Pathway使用していないが、翌日抜管し、再度CAG施行、AMI Clinical Pathwayであり、Cag後からのClinical Pathway使用はできない） 3. CHDF・CVVH施工中（造影剤排泄目的でのHDは除外） 4. 重症心不全、心源性ショック、蘇生後脳症、CAG待機などで、リハビリが進行できないと予測される場合 5. 歩行困難もしくは寝たきり 6. CAG・インターベンションが、上腕からのアプローチの場合（CAG後の安静度が異なり、SGカテーテルも留置ないため使用できない	○ 1. レスビレーター装着中 2. IABP挿入中 3. 中等度以上の心不全がある 4. 心エコー上心嚢液貯留や心膜摩擦音がある 5. キシロカインが無効な重症不整脈 6. 医師の判断で非適応としたもの
③バス作成に関与する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務員	医師、看護師、薬剤師	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士など
④バスの届出、登録、承認	登録	届出・承認後、承認	新規登録は届出制、登録はバス専任ナース、承認のための会議はなし、フォーマットに則っているかどうかを確認する。作成ツールがあるので問題はない
⑤フォーマットの差異	アウトカム、アウトカム判定、指示、安静度、点滴、内服、検査、モニター監視、酸素、処置、清潔ケア、観察、説明・書類、巡視サイン、バリエーション	アウトカム、ケア項目（アセスメント、一般検査、ほかの検査、治療・処置、薬剤、身長、体重、特別指示、ライン・チューブ/モニター、栄養、活動/セルフケア、指導、コンサルト（専門的助言）、退院計画、シフトサイン、分析/コメント）	アウトカム（患者状態、生活動作、知識・教育、起り得る合併症、その他）、アセスメント、タスク（治療、処置、検査、薬剤、リハビリ、清潔、排泄、食事、教育・指導コーディネーション、追加指示）
⑥患者用バスの有無	あり	あり	あり
⑦アウトカム設定	○ 入室からカテ出棟（心臓カテーテルの適応がある。心臓カテーテル検査が受けられる。梗塞部位が確認でき、治療が受けられる。不整脈がない） カテ病室からシース抜去まで（胸痛がない、不整脈がない、下肢の阻血がない、出血がない、安静が守れる）	○ Stage 1（胸痛がなく、心電図が心筋梗塞の正常な経過をたどる。重症不整脈の出現がない、心機能が正常で経過する、肺うっ血がない、SpO ₂ 95%以上を確保できる、感染兆候がない、腎機能低下がない、疾患の受け入れができる、夜間入眠できる、自分の考えを表出できる） Stage 2（合併症の出現がない、リハビリ開始となる、感染兆候がない、腎機能低下がない、出血がない、現状を受け止め、パンフレット指導を受けることができる）	○ 血行動態が安定する 心不全がない

⑦アウトカム設定	シース抜去から安静解除まで（不整脈がない、下肢の阻血がない、シース抜去できる、出血がない、安静が守れる） 2日目（予定通り安静度が拡大する、CKがピークを超える、ヘパリンがoffになる、不整脈がない、胸痛がない） 3日目（予定通り安静度が拡大する、不整脈がない、安静度が拡大しても胸痛がない、現時の状況が理解できる） 4日目（予定通り安静度が拡大する、一般病棟へ転出できる）	Stage 3（リハビリが順調にできる、感染兆候がない、腎機能低下がない、出血がない、疾患や健康状態について生活改善することの必要性がわかり、前向きに取り組む姿勢に変化する） Stage 4（リハビリが順調にできる、疾患や健康状態について生活改善することの必要性がわかり、具体的な方法を見出すことができる） Stage 5（リハビリが順調にできる、疾患や健康状態について生活改善することの必要性がわかり、具体的な方法を見出すことができる） Stage 6（リハビリが順調にできる、疾患や健康状態について生活改善することの必要性がわかり、具体的な方法を見出すことができる）	危険な不整脈がない 梗塞後狭心症がない 予定通り安静が拡大できる
⑧ゴール設定・退院基準	△ 一般病棟に転出するまでのパスである	○ 1) Stage 6まで進んでいる 2) 合併症の出現がない 3) 500m（身体能力によっては200m）リハビリまで拡大し実施できている	○ 1) リハビリが終了する（入院前のADLが獲得できる） 2) 全身状態が安定し、合併症の出現がない（心不全、脳梗塞、重篤な不整脈） 3) 日常生活の注意点について本人または家族が理解している（内服、食事、運動、受診方法など） 4) 残存虚血の評価ができています
⑨バリエーションの設定	あり	あり	あり
⑩パスの作成目的	記録を兼ねたパス、医師指示内容のばらつきのためパス活用効果がなかったため改訂。眼科用1号用紙の開発、点眼の統一、食事制限についての見直し、パスと記録の一体化	記録を兼ねたパス、医師指示内容のばらつきのためパス活用効果がなかったため改訂。眼科用1号用紙の開発、点眼の統一、食事制限についての見直し、パスと記録の一体化	適応基準と除外基準を明確にし、標準化を行い、質を担保する。記録を兼ねる
⑪パスで関与する職種	医師、薬剤師、看護師	医師、薬剤師、看護師、事務員	医師、薬剤師、看護師、検査技師、理学療法士、栄養士
⑫入院期間	4日目まで設定	期間を設定していない（ステージとして設定）	12～14日を目安とする
⑬医薬品の記載方法	指示簿参照ということで、薬品の記載なし	商品名：クリニザルツB、ノボヘパリン、ミリスロール、シグマート、ブレドバ、ドブトレックスK、ハンブ、オリベスK	商品名：ロキソニン、マイスリー、セルシン、ホリゾン、ニトロベン、アローゼン、ボルタレン坐薬、カロナル、アモバン、レンドルミン、ドラルール、デパス、セレネース
⑭医薬品の使用期間	術前～一般病棟転出	術前～退院日	術前～退院日
⑮略号記載の有無	X-P, ABG, CK, ECG, SAT	BX-P, AX-P, UCG, CO, ECG	CK, ST, VS, CRP, M-5, HbA _{1c} , X-P, CAG
⑯パスの書式	オールインワン記録一体	オールインワン記録一体	オーバビュー
⑰パスの用紙サイズ	A3	A3	A3
⑱電子化の有無	なし	なし	現在開発中
⑲パスの管理(部署)	医療安全管理部	診療録管理室、診療科	TQMセンターのパス専任看護師

表7 市中肺炎CPのベンチマーク

項目	C病院	F病院
①適応基準の有無	○ 成人市中肺炎ガイドラインの中等症以下である	○ 適応患者選定は医師が決定。明確化して文書化などはしておらず
②除外基準の有無	○ 中枢神経機能：意識障害がある 肝障害：重篤な肝障害がある 腎・泌尿器機能：重篤な腎障害がある 血液凝固機能：DOCがある その他：PS4症例、医師が非適応としたもの	× 除外基準は医師が決定。詳細な除外基準設定はなし
③パス作成に関与する職種	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士など	医師、薬剤師、看護師
④パスの届出、登録、承認	新規登録は届出制、登録はパス専任ナース、承認のための会議はなし、フォーマットに則っているかどうかを確認する。作成ツールがあるので問題はない	登録制
⑤フォーマットの差異	バリエーション、食事、薬剤、リハビリ、清潔、排泄、教育・指導、追加指示、継続支持、アウトカム、判断基準、処置、検査	バリエーション、食事、処方、注射、検査、アウトカム、看護チェック項目（血圧、呼吸数、体温、脈拍、SPO ₂ 、飲水量、身長、体重、尿量、排便回数、悪寒、咳、咳の種類、呼吸リズム、呼吸困難感、食欲、倦怠感、熱感）、その他チェック項目（肺A _{ir} 入り、肺雑音、喀痰、痰色調、痰性状、痰排出状況、酸素飽和度間歇的）
⑥患者用パスの有無	要確認	なし
⑦アウトカム設定	○ 患者状態：呼吸状態、循環状態が安定している。発熱がコントロールできている。脱水症状がない 抗生剤初回投与によるアレルギー症状がない 生活動作：ADLの低下がない 知識・教育：病気について知っている、検査・治療の内容を知っている、禁煙の必要性を知っている、感染予防の方法を知っている 合併症：心不全がない、肺水腫がない、低酸素血症がない	○ 合併症なく治療を行うことができる
⑧ゴール設定・退院基準	○ 外来治療が可能である（解熱傾向にある、自覚症状の改善（咳・痰・呼吸困難感）、傾向摂取ができる） （参考値）発熱がない（37.5度未満）、検査データに異常がない、胸部X線浸潤影の改善がある	○ 合併症なく治療を行うことができる
⑨バリエーションの設定	なし	なし
⑩パスの作成目的	適応基準と除外基準を明確にし、標準化を行い、質を担保する。記録を兼ねる	医師指示内容のばらつきのため
⑪パスで関与する職種	医師、看護師、その他不明	医師、薬剤師、看護師
⑫入院期間	8日間	7日間

⑬医薬品の記載方法	商品名：ネブライザー（ベネトリン＋生食）、ユナシン、クラビット、サワシリン、ミノマイシン、ロキソニン、ボルタレンサボ、メチロン、プリンペラン、セレネース、ドルミカム、マイスリー、アモバン、ハルシオン、レンドルミン、メブチン、プレドニン、ネオフィリン、ボスミン、ニトロペン、セネバクール、マグラックス、ラキソベロン、カタボンHi、ホリゾン	電子化のため、記載はなし
⑭医薬品の使用期間	入院当日～退院日	入院当日～退院日
⑮略号記載の有無	なし	電子化のため、記載はなし
⑯バスの書式	オールインワン記録一体	電子化のため、オービュー的な書式はなし
⑰バスの用紙サイズ	A3	なし
⑱電子化の有無	現在開発中	あり
⑲バスの管理（部署）	TQMセンターのバス専任看護師	CP委員会

表8 薬剤師関与が高い割合であった共通CP（医療者用）の比較研究

	腹腔鏡下胆嚢摘出術	白内障	胃切除術	成人鼠径ヘルニア	急性心筋梗塞	市中肺炎
病院数	4	3	3	4	3	2
薬剤師関与	3	3	3	3	3	1
入院時持参薬 確認項目あり	2	3	2	2	0	1
医薬品記載	商品名：4 抗生剤：2	商品名：3 抗生剤：2	商品名：3 抗生剤：2	商品名：4 抗生剤：2	商品名：2 指示簿参照：1	商品名：1 記載なし：1
バス形式	オーバビュー：3 オールインワン：1	オールインワン：3	オールインワン：3	オーバビュー：2 オーバビュー日めくり：1 オールインワン日めくり：1	オーバビュー：1 オールインワン：2	電子化：1 オールインワン：1
適応基準	4	3	3	2	2	2
除外基準	4	2	3	3	2	1
退院基準	3	3	3	4	2	2
バリエーション設定	4	3	3	4	3	0

(注) 表中の数字は該当施設数

まとめ

学術第5小委員会はCPに着目し、活動を進めてきた。DPC病院が拡大するなか、急激に進展するDPC環境下において強力な医療マネジメントツールであるCPへの積極的な薬剤師の関与は、薬物療法のなかで円滑かつ適正に医薬品を使用するために薬剤師が必ずかかわっていく業務の1つであることが、本委員会の研究結果からも読み取ることができると思われる。

平成15年4月から順次、全国82の特定機能病院の入院医療に対してDPCによる包括評価が導入された。翌平成16年4月には、DPC試行的適用62病院においてDPCに基づく包括評価がスタートした。平成18年度4月、新たに216のDPC調査協力病院がDPC対象病院となる診療報酬改定があり、全体では360病院（約17.7万床）となった。平成20年度DPC対象病院は、4月174病院、7月184病院が新たに追加となり、358病院加わることとなった。合計DPC対象病院は718病院28.9万床である。さらに、平成19年度のDPC準備病院数は710病院（16.8万床）であり、全体でDPC関連病院は、合計1,428病院（45.7万床）にまで拡大されている。この病床数は、一般病床数91.1万床（平成18年度医療施設調査）に比し、約50%を占める状況である⁴⁾。

急激に進展するDPC対象の拡大といった医療環境下において、薬剤師のCPへの積極的な関与、医薬品マネジメントへの取り組みは、これからの薬剤師職能にとって調剤、病棟業務そして各種臨床業務と並ぶ主要業務とな

ることは必至であり、活発な展開が望まれるなか、学術委員会学術第5小委員会の示した研究結果が各病院における基礎資料となり、薬剤師の業務展開の一助となれば何よりである。

学術委員会学術第5小委員会の活動最終報告を終えるにあたり、本研究の遂行にあたり許可をいただいた社団法人日本病院薬剤師会、活動報告の場である病院薬局協議会を設置していただいた学術委員会、そして本調査研究のためにアンケート調査に協力していただいた病院施設の多くの方々にこの場を借りて御礼申し上げます。

参考文献

1. 小野田学時ほか：平成16年度病院薬局協議会 議案提案資料。
2. 小野田学時ほか：平成17年度学術委員会学術第6小委員会報告、DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと医薬品マネジメントに関する調査研究、日本病院薬剤師会雑誌, 42, 1109-1111 (2006)。
3. 小野田学時ほか：平成18年度学術委員会学術第6小委員会報告、DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと医薬品マネジメントに関する調査研究、日本病院薬剤師会雑誌, 43, 1007-1010 (2007)。
4. 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織各分科会：平成20年度DPC対象病院の進捗状況等について、平成20年度第1回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（平成20年5月9日）資料。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html>。