

(4) 病院経営の立場から

—とくに CP 導入による DRG/PPS への効果を中心に—

飯 田 さよみ

EFFECT OF PRACTICAL CLINICAL PATHWAY ON DRG/PPS JUDGING FROM HOSPITAL ADMINISTRATION

Sayomi IIDA

国立南和歌山病院では、平成10年11月からDRG/PPS (診断群分類と先払い方式：急性期入院医療の定額支払い方式) 試行病院としてクリニカルパスを活用してきた。DRG/PPS の基では、入院診療の効率化が至上命題になることを予想し、平成10年2月に病院方針としてクリニカルパスを導入した¹⁾。DRG/PPS では入院期間、診療報酬金額が規定されており、この枠に入る医療の質がとわれることになる。解答者と成りえるのが、標準化された医療内容を開示できるクリニカルパスであると思う。クリニカルパスとDRG/PPSを平行して実践してきた経験から相互の関連を検討した。また、医療の主人公である患者の満足度調査結果分析も含めて報告する。

DRG/PPS とクリニカルパス

3年5ヵ月間のDRG適用症例総数は4,679例であった。DRG分類が183であった試行開始時から平成13年3月までの適用症例数が3,106例であり、平成13年4月に新DRG/PPSに改訂後1年間の適用症例数は1,573例である。DRG適用率は少しずつ上昇しており、平成13年度は33%、平成14年度7ヵ月間では、45%になっている。

平成13年4月から1年間の総DRG適用症例について、それぞれ定額支払い方式と出来高支払い方式で診療報酬点数を計算し、その比と相対在院日数の関係をプロットした(図1)。当然のことではあるが、入院期間が長くなると、それだけ定額支払い方式での収入が出来高支払

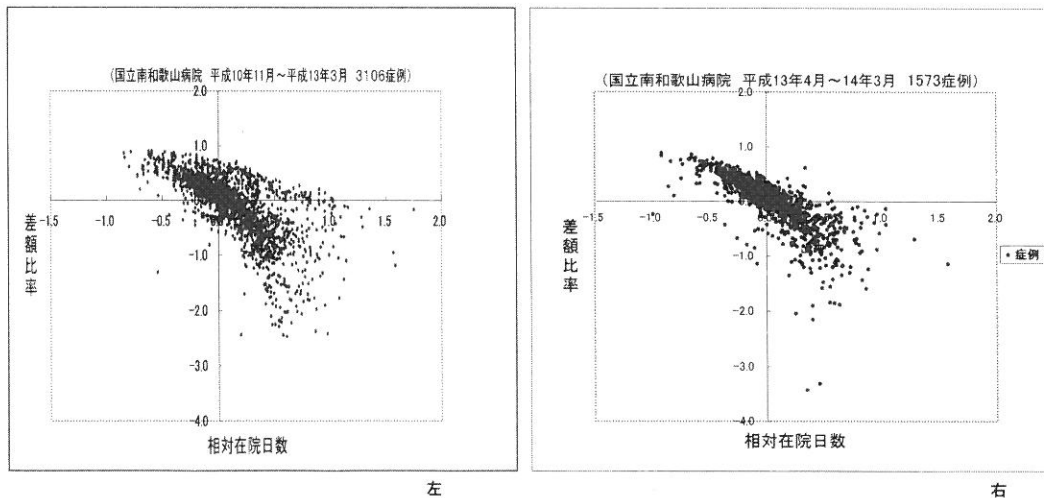


図1 定額払い方式と出来高払い方式の比較

国立南和歌山病院 Minami-Wakayama National Hospital 副院長

Address for reprints: Sayomi Iida, Vice director, Keiseikai Hospital, 20-29, Takadono-cho, Higashi-osaka, Osaka, 579-8036 JAPAN

Received May 6, 2003

Accepted September 19, 2003

い方式に比して低額になることが明らかとなった。改訂前である平成13年3月までのDRG総適用症例の同プロット図では、入院期間が延長しても定額支払い収入が出来高支払い収入を上回るグループを認めた²⁾が、DRG改訂後では、そのグループの消失を認めた。このことは、平成13年度のDRG改訂が適正であったことを示している。このように、DRG/PPS実施の基では、在院日数が長くなれば、それだけ病院負担が大きくなることが明瞭となった。いいかえれば、定額支払い方式の基では、在院日数短縮が厳しく求められる。

一方、同じく3年5ヵ月間、平行してクリニカルパス(39疾患, 50種類のパス)を活用した。その総数は5,065例であり、パス適用率は36%であった。平均在院日数が短縮したパスとして、糖尿病(表1)、脳梗塞、大腸ポリペクトミー等があげられる。パスの目的として、最初から在院日数短縮を掲げるのではなく、パスを実践する過程で、自ずと入院期間が短縮していくのが理想だと思う。パスを通して、職員みんなが医療の質を学び、考えていくことが大切である。過少医療でもなく、過大医療でもなく、適正医療ができるパス作成は、DRG実施下では必須だと思う。適正医療到達への第1歩として、外科系手術パスでの抗生剤予防投与の適正化、薬剤師による薬の有効性と安全性の確認、スタッフ全員による医療過誤防止が実践された。抗生剤予防投与期間短縮および抗生剤種類変更は、MRSA感染防止(術後MRSA感染発生率減少データは未だ得ていない)のみならず、医療費削減にもつながった。

さらに、糖尿病パスではHbA1cを指標にして治療成績をパス導入前後で比較すると、退院後6ヵ月での血糖コントロールがパス利用患者群で統計学的有意に良くなっていることを明らかにしている(平成12年9月まで)³⁾。同様に、平成12年度後半から平成13年度も、糖尿病パス入院患者群での退院後治療成績は良好である。これは、パス入院中の患者学習が充分おこなわれていることを物語っている。

患者満足度

平成11年4月から全退院患者対象に患者満足度調査を続行しており、平成14年6月現在のアンケート回収総数は4,616に達している。アンケート回収率は30%であった。患者満足度アンケートは24の設問(回答は、◎非常によい、○よい、△ふつう、×わるい、?わからないの中から選択)と良かった点、悪かった点の記述欄から成っている。平成11年度に比較して12年度、13年度が統計学的有意(Mann-Whitney法)に改善されている項目は、

表1 平均在院日数の推移(糖尿病)

		平均在院日数
パス導入前		31.9±14.7日
平成4年7月	—	平成9年12月 (152名)
パス導入後		25.7±7.5日
平成10年10月	—	平成12年9月 (115名)
		25.2±6.0日
平成12年10月	—	平成14年4月 (75名)

「どのような治療を受けることになるか、前もってわかりましたか」「看護師のはなしはよくわかりましたか」「看護師によって看護に差はありませんでしたか」「事務員の対応はどうでしたか」「自分が何に気をつければよいか、よくわかりましたか」「入院生活はどうでしたか」「治療の進められる早さはあなたの体調にあっていましたか」「入院の結果に満足していますか」であった。残り、16項目では、3年間ほぼ同じ評価を受けている。しかし、患者の医療への要求、意識は年々高まっていることを考慮すれば、アンケート結果は私ども医療者には、納得できる評価である。さらに高めていくには、パスの精神を深く理解し、医療技術、医療サービスの向上を追求して、思いやりのある心のこもった医療・看護が大切である。また、良かった点として記載された内容は私たち医療者の励みになる。そして、悪かった点としての患者意見や苦情は、私たちの認識不足を指摘してくれるし、医療・看護、接遇、環境整備等の改善意欲を高めてくれる。アンケート集計結果や患者意見は、院内メールにて発信される。職員みんなが情報共有を行い、それぞれの意見交換をメール上でおこなっている。

今後の課題

DRG試行は4年を経過した。そして、改訂版新DRG/PPS開始以来1年9ヵ月が経っている。当初全国10病院で試行したこの制度も、試行参加病院増加(PPSなしのDRG)により、信頼されるデータが利用できるようになってきたと思われる。予定どおり、5年間の試行が平成15年10月には完了するので、医療現場に適したDRG/PPSの構築が望まれる。現在、DRG分類を規定する要素として、入院期間、診療報酬、大ざっぱな治療方法、合併症の4つが利用されている。1つのDRGにおいて医療の均一性を求めるのであれば、これらに加えて疾患重症度が必須である。重症度決定要因が次ぎに問題となってくる。また、各種がん化学療法では、急性期医療とは、どの時期までの治療を含むのか、各病

院での独自判断ではなく、全国で統一する必要がある。どの病院で治療しても何クールまでの治療を1回の入院で施行するのか、決定すべきだと思う。そうしなければ、コストに大きな差を生じる。

DRG/PPSでの支払い金額を患者が高いと感じるようでは、適正医療はおこなわれていないと思われる。パスの内容を充実させ、医療者のチームワークを強め、患者中心の患者満足度の高い医療・看護実践により、患者がDRG報酬金額を安いと感じる、健全な病院経営が期待される。

文 献

1) 国立南和歌山病院クリニカルパス委員会：急性期入

院医療の定額払い方式(日本版DRG/PPS)とクリニカルパスウェイ。日総研，名古屋，p.1-245，1999

2) 森脇 要：クリニカルパスとナレッジマネジメント，成果で魅せる！クリニカルパス。日総研，名古屋，p.31-47，2001

3) 飯田さよみ，藤井 宏，望月龍馬ほか：糖尿病クリニカルパス実践成果—糖尿病e-パスを活用して—。医療マネジメント 2：174-178，2001

(平成15年5月6日受付)

(平成15年9月19日受理)