

(1) 包括払い方式とリスクマネジメント

石 毛 尚 起

(1) RELATIONSHIP BETWEEN PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM AND RISK MANAGEMENT

Ishige NAOKI

国立千葉医療センターでは、1998年11月より5年間行われた急性期入院医療費の包括払い方式の試行に参加し、一方院内リスクマネジメント部会も発足して2年半が経過した。今回はその両者の関連について分析し、報告、考察する。

包括払い方式の導入が拡大されると種々の変化が予想される。まずは、平均在院日数の短縮が挙げらる。同一疾患でも入院期間が短いほど経営効率が上がり、合併症などで入院期間が長くなるとマイナスに働く。また、検査や薬剤が包括になることで過剰診療や濃厚治療といったものが減るといわれる一方で、逆に粗診粗療、萎縮医療にならないかという心配もされている。また、入院中だけでなく、外来でできることは外来で検査などするようになり、外来診療が複雑化、高度化して多忙になるといわれる。そのほか、病院間での診療内容等の比較がしやすくなるとか、レセプトが簡素になるとか考えられる。このような中でも特に平均在院日数についての影響が一番大きいと考えられている。

では、平均在院日数が減るとリスクマネジメント上どう影響するだろうか。この点に関して、今回当院で過去2年6ヵ月間に提出されたヒヤリハット報告計1,605件を分析して検討した。

当院の平均在院日数は、DRG/PPS (diagnosis related groups/prospective payment system) の始まった1998年から徐々に短縮

された。一方平均入院患者数は、手術室の工事があった1999年度を除くとほぼ変わらない400名前後で推移しており、このことによりベッドの回転は徐々に早くなり、病棟はそれにつれて仕事量が増えていることが推察される。この間、職員数については大きな変動はなく、ヒヤリハット報告数も少しずつ増加する傾向であった。

報告されたヒヤリハットの中でも今回特に注目したのは、看護師の与薬、処置に関するヒヤリハットである。与薬、処置に関する間違い、たとえば別の患者に点滴をつなげようとしたとか、内服薬1錠でいいところを2錠渡したとかいう事例であるが、全体の15.6%を占めており、これも3ヵ月ごとでみると増加傾向であった。

さらに注目すべき結果と思われるのが、与薬や処置を忘れて行わなかったという事例であった。総数は先ほどの間違いに比べるとその6割と少なめだが、ここ一年あ

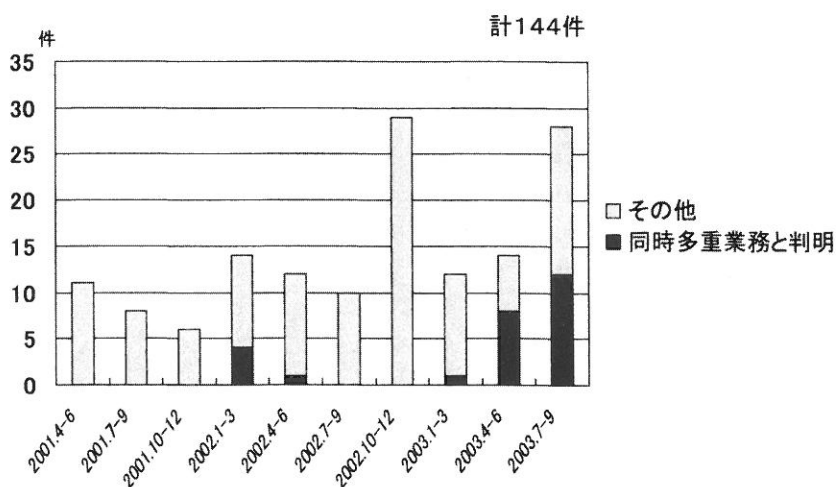


Fig. 1 看護師の与薬忘れ・処置の忘れ

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター NHO Chiba Medical Center脳神経外科

Address for reprints: Ishige Naoki, Department of Neurosurgery, NHO Chiba Medical Center, 4-1-2 tsubakimori, chuou-ku, chiba-shi, Chiba 260-8606 JAPAN

Received April 20, 2004

Accepted August 19, 2004

きらかに増えており、その中でも同時多重業務の影響で忘れた、具体的にはナースコールで呼ばれて仕事が重なり、与薬を忘れてしまったというようなケースがここ数ヶ月目立つようになった (Fig. 1)。

また、看護師の経験年数とヒヤリハットの関係を見ると、与薬、処置の間違いについては新人や経験年数の少ない看護師に多く、ベテラン特に6-15年の看護師は構成比からみると非常に間違いが少ないという結果であった。その一方で、忘れに関しては、Fig. 2のグラフで示すように、新人を除くとほぼ職員の構成比と同じような比率で起こっており、忘れるのは若い人もベテランも同じように忘れてしまうという結果であった。

包括払いの導入にともなって平均在院日数を短縮した場合のリスクマネジメント対策を考察する。職員1人当たりの業務量が増えることでミスが増加するとなれば、対策として1人あたりの業務量を減らすことを考えるのが自然である。そのためには、職員数を増やすか、患者数を減らすか、それが経営上かなわぬことならば、業務の単純化、簡素化を図ることが必要となる。そのための手段として、クリニカルパスの導入や、オーダーのスリム化、明確化などが考えられる。

クリニカルパスの導入に関しては、そのメリットは多くのことがいわれており、当院でも現在40数種類のパスが実用化されている。積極的に導入して大きな効果が経営上もリスクマネジメント上も得られるのは、ヴァリエーションの少ない、頻度の多い疾患で、白内障の手術患者などはその最たる疾患といえる。当院眼科では、年間1,000例ほどの白内障手術患者を3-4日間程度の入院期間で回転させるのにパスが非常に有効であった。また、同一疾患でも受け持ち医によってオーダーがバラバラという場合も、統一できる部分は統一することでパスがミスの軽減に有効と考えられる。一方、ヴァリエーションの多い疾患、追加オーダーが多くなりがちな疾患については逆にオーダーを複雑化させる可能性があり、メリットと

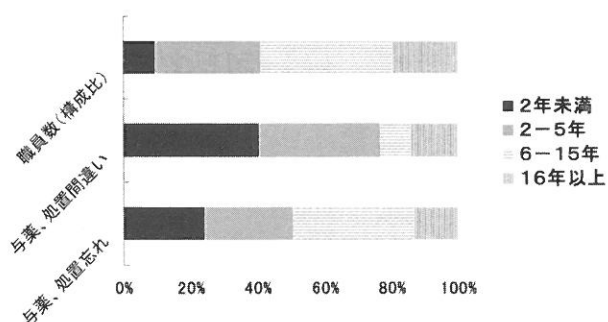


Fig. 2 経験年数との関係

デメリットを充分勘案する必要があると思われる。

オーダーのスリム化、明確化は最大限まで進めるべきことと考える。わかりにくいオーダーは撤廃すべきで、オーダーリングはその一助となるだろうし、医師への注意、指導は遠慮なしになされるべきである。

粗診粗療にならずに投薬、検査の数そのものが減らされれば業務の減少につながる。医師は本当にその患者に必要なを見極めることがより大事となる。

薬剤に関しては2つに点に触れておきたい。ひとつは相対リスクの低下という薬品の効果についての言葉である。えてして元々の発生率が低い場合は、相対リスクの低下の数字が高くても実際に薬品の恩恵を受ける患者が決して多くないことを医師は念頭に置くべきである。

統計学的有意差という言葉にも気をつけるべきである。薬価差益の大きい薬価の高い新薬が従来の安価な薬剤に比べて有効率が統計学的に高いというだけで、全症例に新薬のみを投与することになることは、医療費の無駄使いにつながりかねない。昨今のオーダーメイド医療のように、個々の症例に見合った確実に投与が有効な処方することが、特に包括払いになった場合には求められるようになると考える。

(平成16年4月20日受付)

(平成16年8月19日受理)