

第144回月例セミナー 【ダイジェスト】

「DPC 対応マネジメント 7つのポイント」

国際医療福祉大学附属三田病院 武藤 正樹

● 拡大する DPC 病院

現在、DPC 関連病院の数は 735 病院です。大変な勢いで増えており、予想以上に DPC が拡大しています。

DPC 包括範囲

DPC の包括範囲は出来高との混合です。診療科によっても大きく違いますが、出来高は手術や高額な処置などで 30%、包括払いは入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置などで 70%です。この包括払いの部分は約 2000 種類の疾患群に分けられて、そこに一定額の料金がつきます。この包括払いではどんなに医薬品や検査をしても一定額の支払いなので、出来高と比べると環境が大きく違ってきます。

DPC 関連病院 735 病院の内訳

DPC 関連病院の 735 病院の内訳は、DPC 対象病院が 360 病院です。これは DPC の算定を行なっている病院で、2003 年から特定機能病院をはじめとして広がりました。もう 1 つの DPC 準備病院は 375 病院です。これは DPC の算定を行なっていませんが、調査に協力している病院です。特に今年度は大変な勢いで増え、2 つを合わせて 735 病院となっています。

今後の DPC 拡大予測

今後、DPC の拡大はどのくらいになるのでしょうか。DPC は急性期病院に適用されるので、最終的には急性期病院の数がどのくらいかという問題に帰着します。全国 9000 の病院のうち、臨床研修病院の単独型、管理型の急性期病院は約 1200 病院です。つまり、DPC 病院は急性期病院である、逆に急性期病院の数は全国で見るとこれくらいの数しかないということです。

急性期病院は DPC へ！

そして、全国 9000 の病院のうち、2010 年には最大 1200 病院が DPC 病院になります。DPC 病院か非 DPC 病院かははっきりと色分けされるので、DPC 病院は急性期病院のメジャーリーグだと言って、勢いづいています。

DPC への移行のステップ

しかし、DPC への移行のステップは簡単ではありません。診療報酬が変わったとたんに DPC 病院になるわけではないのです。まず DPC になるには、DPC 準備病院の条件をクリアすることがステップ 1 です。

ステップ 2 は、例年 6 月に厚生労働省に対して DPC 準備病院の手上げを行います。ステップ 3 は、今年は 2006 年 7 月から 12 月までに DPC の調査票（様式 1 と EF ファイル）を保険局に提出し、保険局の精度チェック審査という関門をくぐり抜けます。ステップ 4 は、審査に合格すると 2008 年 4 月から DPC 算定病院になります。DPC 準備病院で一生懸命調査票を出さないと、DPC 病院になれないという長い約 2 年間の経過をたどるのです。

入院 1 人 1 日あたりの平均診療報酬額比較 2004 年度 これは 2004 年 8～10 月の入院 1 人 1 日あたりの平均診療報酬額です。入院患者 1 人あたりの平均診療額を出来高と DPC で比較すると、DPC 算定が出来高より 6% もアップしていました。2006 年の診療報酬改訂では DPC も 3.16% カットされたので、今ではこのようなことはありません。それでもまだ数% の増収が見込まれるのではないかという増収期待から、DPC への関心が集まっています。

2006 年 4 月診療報酬マイナス 3.16% 改訂を跳ね返せるのは？

2006 年 4 月の診療報酬改訂はマイナス 3.16% でしたが、これを跳ね返した病院があります。それは DPC の算定に今年 4 月から参入し、看護 7:1 を実現し、地域医療支援病院を取った病院です。三田病院における DPC 準備体制

三田病院における DPC の準備体制を紹介します。国際医療福祉大学グループは全国で 8 病院ほどありますが、国際医療福祉病院、三田病院、熱海病院の 3 病院で一斉に DPC の準備体制を整えました。三田病院では DPC 準備チームを立ち上げて、様式 1 の運用体制、医事システムと、E、F ファイルのインターフェイスを取りました。そして、5 月に手上げをし、現在は DPC の調査実施中です。

●DPC 導入 7 つのポイント

DPC 導入…7 つのポイント

三田病院の DPC 導入準備期間は今年と来年です。今は調査期間ですが、2008 年 4 月の診療報酬改訂に向けて、実際に導入するためのマネジメントシステムをつくっておかなければいけません。これから DPC を導入しようとする病院も、既に現在導入している病院も以下の 7 つのポイントを構築して、DPC 導入のマネジメントを考えていかなければいけない状況だと思います。

ポイント 1 診療情報管理体制

ポイント 1 は診療情報管理体制です。従来は、病歴管理士や診療情報管理士はあまり日の当たらない存在でしたが、DPC になってからは病名にお金がつく時代になり、病歴、疾病コードが非常に重要になってきました。

DPC では病名コード (ICD10)、資源を最も投入した疾病名、重症度分類、臨床指標が重要

DPC では ICD10 を基本言語とする病名コードがとても重要です。これは資源を最も投入した疾病名、重症度分類、臨床指標によって報酬額が決まってしまうからです。これを様式 1 に記入していきます。

様式 1 の記入が超大変！

この様式 1 の記入がとても大変です。実際に算定となると、病名付けがもっと大変です。一番重要なのは医療資源を最も投入した傷病名、入院時併存症名、手術情報です。それから、診断関連情報は妊娠、喫煙、JCS、ADL、褥瘡ステージなどです。また、Hugh-Jones 分類、心不全 NYHA 分類などという重症度分類などいろいろあります。

様式 1 の記入

様式 1 の記入では、急性膵炎の重症度分類のように専門家でないとわからないものまでたくさんあります。また、予定しない再手術 (48 時間以内)、予定しない外来処置後の入院、2 日以内の ICU への再入室、ICU への緊急入室など医療のケアの質を表す重要な臨床指標を記入していくこととなります。つまり、これからは DPC 単位ごとに医療ケアの質を測定していくということです。補助療法や化学療法などはレセコンデータから出てきます。

DPC 調査では、最も資源を必要とする傷病名選びがポイント

DPC 調査では、最も資源を必要とする傷病名選びがポイントです。DPC は ICD10 を再分類したコードです。ICD10 コードは約 1 万 4000 コードありますが、それを臨床像の類似性、資源消費パターンの類似性という 2 つのルールで分類していきます。

傷病名は、臨床像の類似性は 591 傷病名から選び、そこから資源消費パターン、手術の有無、合併症の有無を選んでいきます。現在、使用している分類は 1440 分類です。この診断分類には臨床像や資源消費パターンがよく似ている、つまり原価構造がよく似ている疾患が入ってくるので、同じ値段のラベルを貼ることができます。

ポイント 2 臨床指標

臨床指標 (クリニカル・インディケーター)

ポイント 2 は臨床指標 (クリニカル・インディケーター) です。臨床指標とは医療の質を評価する定量指標です。もう少し詳しく言うと、アウトカム指標、医療の結果の指標、

もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標です。これらの指標は、データ収集が比較的容易である、医療の質指標としての代表性が高い、標準的な成績が目安としてあわせて提示できる、改善への努力が反映されやすいなどいろいろな条件を持っています。

DPC 対象病院の予期せぬ再入院率推移

その中で注目を浴びた指標は、予期せぬ再入院率です。1 回退院したが、完璧にケアが行なわれていないために出戻ってきてしまったことが予期せぬ再入院という指標です。DPC 対象病院で、予期せぬ疾患の悪化・再発のため、予期せぬ合併症発症のためというのは約 1% で、臨床のケアの質を表す指標として注目されています。

再入院率が高い理由

ところが、最近では別の意味で再入院率が問題になっています。それは計画的な再入院があることです。再入院には予期せぬ再入院と計画的な再入院の 2 つがあります。この計画的な再入院を含めると、再入院率の高い病院が出てきてしまうのです。しかし、これには事情があります。化学療法を 1 クール行なった後、在宅で間をおいてもう 1 度入院することや、両眼の白内障手術で片眼ずつ手術するために再入院することが増えたからです。

ただ、問題視されているのはリフレッシュ入院です。これはリフレッシュのために金曜日に退院して、月曜日に戻って入院することです。DPC は入院時に一番高い点数がついてくるので、1 回入院を中断して、再入院にするとリセットになり、病院は高い点数から始められます。これは問題です。

DPC データをもとに各種の臨床指標を作成することができる（産業医大松田）

様式 1 で示した臨床指標の他に、DPC データを基に広い意味での臨床指標を抽出することもできます。ボリューム・インディケーターでは、食道がん摘出術の症例数、膵臓がん摘出術などの難しい手術をどれだけ行なっているかということが病院の実力を表す指標になり、DPC では即座に取り出すことができます。また、手術におけるいろいろな合併症、難しい手術における死亡率なども取り出すことができます。ただ、DPC での死亡率は入院中の死亡率で元来少ないので、他の病院と比較対照することは難しいと言われています。

諸外国では臨床指標は常識

臨床指標は諸外国では常識になっており、米国、英国、オーストラリアではそれぞれ臨床指標が百花繚乱状態です。米国では JCAHO を含め、メリーランド病院協会の臨床指標など約 3000 の臨床指標を持っており、病院がいろいろな機能評価として応用しています。

メリーランド病院協会の急性期病院の Clinical Indicator ①

メリーランド病院協会の急性期病院のインディケーターを見てみます。手術創の感染率

は、バイパス手術や股関節の形成術などにおける手術の傷の感染率が手術件数あたりどのくらい発生しているかということです。入院死亡率は DRG 分類ごとに死亡率を計測して、例えば TIA を伴わない脳血管障害 (DRG 番号 014) における入院死亡率で、その病院、あるいはその病院が取り扱っている疾患群の臨床成績を調べようということです。

メリーランド病院協会の急性期病院の Clinical Indicator ②

また、メリーランド病院協会の臨床インディケーターも予定しない再入院率を取っています。例えば、慢性閉塞性肺疾患 (DRG 番号 088) における予定しない再入院率がどれくらいかを計測しています。また、抑制、転倒・転落という安全に関するインディケーターも取っています。

DPC には診療情報管理士が必須

このように疾病コードをつけ、カルテから臨床指標を抽出するためには、診療情報管理士を欠くことができません。退院カルテ 2000 冊に診療情報管理士 1 人が配備される必要があるといわれています。診療情報管理士の仕事は非常に幅広いですが、その中でも DPC のコーディングに慣れた管理士を置く必要があるので、DPC トレーニングを受けた診療情報管理士が必要とされています。全国で 735 病院が DPC 関連病院になったので、診療情報管理士の人材が不足しているのです。DPC コーダーの養成も大きな分野になってきます。

DPC コードは臨床指標の宝庫

DPC コードは 14 桁のコードです。例えば、最初の 6 桁はその病院の患者の集客力を表す指標です。そして、いろいろなアウトカム指標、臨床指標が入っており、どれだけ難しい手術を行なっているのかという病院の実力を読み取ることができます。また、いろいろな副症病名、重症度、重症な患者を診る力などが DPC のコーディングデータから引き出せます。本来は病院の実力や質の評価をここから読み取ろう、それを他の病院とベンチマークしようということが DPC の本来の一番重要な点です。

臨床指標の実際

私たちは 2005 年に医療マネジメント学会から『臨床指標の実際』という本を出しました。臨床指標の勉強を基礎からされたい方はぜひこの本を読んでいただければと思います。

DPC データを病院の質測定や経営データに活用しよう

ポイント 2 をまとめると、DPC のデータを病院ケアの質測定や経営データにも活用しようということです。

●DPC の対応はクリティカルパスで！

クリティカルパスの活用状況

ポイント 3 はクリティカルパスです。DPC が始まり、クリティカルパスの利用状況が増えてきました。中医協の DPC 評価分科会の調査データを見ると、DPC によってクリティカルパスがよく利用されているのが約 3 割、まあまあ利用されているのが約 3 割で、6 割が DPC によってクリティカルパスが普及してきたことがわかります。

「クリティカルパスをよく利用している」と回答した割合の経営主体別比較

ただ、経営主体によって活用状況は違います。大学病院は、公立大学病院の利用が一番多く、国立大学はパスがあまり利用されていないという特徴があります。

「クリティカルパスはよく利用されている」と回答した割合の地域比較

地域的には、関西ではパスの利用が非常に多く、関東がそれに次いでいます。

三田病院パス委員会のテーマ

現在、三田病院でもパス委員会を行なっています。2 年後の 2008 年の DPC をにらんだパスづくり、あるいはちょうど電子カルテへの移行期なので、電子カルテをにらんだパスづくりということで 4 つのテーマを掲げています。

テーマ 1 標準パス様式の導入

三田病院のパス委員会のテーマ 1 は標準パス様式の導入です。クリティカルパスはパスの様式が診療科や施設によってバラバラです。私たちは、電子化するためにも標準パスを導入しようということで、厚生労働省の研究班がつくった標準パスを導入しました。

クリティカルパス・ライブラリー

MEDIS のホームページを開けていただくと、クリティカルパス・ライブラリーが出てきます。そこにクリティカルパス作成支援ソフトがあり、無料でダウンロードして標準クリティカルパスの作成ができます。患者パスも無料でダウンロードできます。また、全国の約 200 の施設のクリティカルパスを自由に閲覧、ダウンロードできるコーナーも設けてあるので、参照できます。これをぜひ皆様方に使っていただこうと思っています。

クリティカルパス最近の進歩 2004

毎年、医療マネジメント学会はクリティカルパスのイヤブックをつくっています。2004 年版には、標準パスの CD-ROM 付きの本が発売されています。

テーマ 2 エビデンスをパスに盛り込む

パス作成時に周術期ケアのエビデンスを参照する

テーマ 2 はエビデンスをパスに盛り込むということです。パスにエビデンスを盛り込むとき、どうしても手術のパスが多いので、周術期のエビデンスを盛り込むことになりがちですが、周術期の場合に抗菌剤の使用を CDC ガイドラインで行うことが日本でようやく普及してきました。その他のいろいろな周術期のケアや術後ケアのエビデンスも盛り込もうと言っています。

周術期の抗菌剤使用 CDC ガイドライン

CDC ガイドラインには、抗菌剤の予防的投与、皮膚切開前 2 時間前投与、3 時間以上の手術には術中追加投与、手術種類による投与などがあります。日本の場合、CDC ガイドラインで当てはめると、抗菌剤のオーバーユースが見られます。それも DPC データからわかるので、ガイドラインをあてはめてみて、その病院が抗菌剤をどのくらいオーバーユースしているのかを検出しようと思っています。

テーマ 3 DPC をにらんで包括部分のコスト削減

弁置換、CABG 術クリティカルパス

テーマ 3 は DPC をにらんで包括部分のコスト削減です。在院日数の見直し、処置の見直し、医薬品の見直し、検査の見直しということです。

これはクリティカルパスを DPC イメージに置き換えたもので、CABG のパスです。今、DPC ではこの包括部分を何とかしようとしており、どの病院も手術の前の期間をできるだけ短くするために術前検査をすべて外来でしています。また、術後の期間も短くして、投薬や検査などの質を落とさないように削減しています。

包括部分の処置や医薬品、検査の見直し

この包括部分に関して、処置、医薬品、検査の見直しが大きなテーマとなっています。

結腸切除術パス前後（相澤病院）

これは松本の相澤病院のデータです。結腸切除のパスの前後で処置、投薬の見直しをしました。パスの前は NG チューブを術後 1~2 日間入れていたのですが、オペ室で抜いてしまいました。また、腹腔ドレーン抜去を 8 日後から 5 日後に短くし、尿道バルーンは 4 日間入れていたのを 2 日間に短くしました。患者も非常に楽です。

食事の開始は、6 日絶食したのを 5 日に減らし、抗生剤投与は 6 日間を 3 日間にしました。

これで大丈夫なのかと不安になりますが、臨床指標の予期せぬ再入院率で計測すると、パスをつくるまでは予期せぬ再入院が 6.12% でしたが、パス後は 3.22% に減りました。在院日数も減ったのです。つまり、安全ということが保証されるわけです。

DPC の検査、画像検査へのインパクト（中医協 DPC 評価 2005 年 4 月）

DPC が検査や画像診断に与えたインパクトは非常に大きいものでした。検査や画像診断が変化なしというのは約 3 割に留まっているのです。これは検査や画像診断の外来移行のためです。外来がまだ出来高ですから、DPC の包括部分を逃れて、とにかく外来に移行したので、検査や画像診断で DPC 病院の外来単価が上がってしまっているのです。そして、さらに検査や画像診断の絞込みが起こっているわけです。

診断群別臨床検査ガイドライン 2003（日本臨床検査医学会）

現在、三田病院の検査部長をされている渡邊清明部長が、日本臨床検査医学会でガイドラインをつくられました。これを利用して、学問的な立場から質を担保しながら最小限必要な検査を選択し、疾患別に検査パターンを構築していくことが重要になってきます。

DPC 入院期間 I、II をチェック

DPC の入院期間は、入院期間 I、入院期間 I I、特定入院期間という 3 段階になっています。DPC の入院期間はパスをつくる時にチェックが必要です。これは、入院期間 I と入院期間 I I の間にその疾患別のパスが大体収まっているかをチェックするという事です。

●ポイント 4 ジェネリック医薬品による対応

DPC による医薬品の変化/DPC 病院の注射薬の変化について

ポイント 4 はジェネリック医薬品による対応が DPC にはますます欠かせなくなってきたことです。

中医協 DPC 評価分科会のデータから、DPC による医薬品の変化がわかります。DPC 病院で注射薬がどのように変化したのかを DPC 調査協力病院と比較しました。DPC 調査協力病院とは、調査だけ行なって、算定は行っていない現在の DPC 準備病院のことです。DPC 病院は実際に算定を行なっている病院です。この差は明らかで、DPC 調査協力病院は注射薬が全然変化しません。しかし、DPC 病院になったとたんに注射薬の中止、絞り込み、後発医薬品の置き換えがどんどん始まります。

DPC 病院の内服薬の変化について

内服薬の変化についても同じです。DPC の調査協力病院はほとんど変化がないのですが、DPC 病院になると内服薬の中止、絞り込み、後発医薬品の置き換えが起こり、処方があるという間が変わってしまいます。

DPC が特定機能病院の医薬品使用に与えたインパクト（医歯科大、川淵教授）

東京医科歯科大学の川渕教授のデータですが、DPC 導入後に薬剤使用量が減少した特定機能病院は 48%です。ジェネリック医薬品にシフトした特定機能病院は 55.6%で、大学病院ではジェネリック医薬品へのシフトが非常に顕著です。

特定機能病院のジェネリック採用率（川渕）

ただ、特定機能病院のジェネリック医薬品の採用率を比較すると、病院によってバラつきがあります。例えば、一番採用率が多い東邦大学では品目ベースでジェネリック医薬品を約 20%採用しているケースがありますが、岩手医科大学付属病院は 1%不足です。

東邦医大大森病院

私立の大学は採用率が上位になります。東邦医大大森病院は、全品目 2000 品目を採用して、年間 30 億円を購入しています。57 品目の注射剤を後発品に置き換えただけで、年間 1 億 8000 万円のコストの削減をしています。

聖マリアンナ医大

聖マリアンナ医大は、全品目 1700 品目採用し、年間 50 億円を購入していますが、67 品目の注射剤を先発品から後発品に切り替えただけで年間 2 億円の削減になりました。病院で 1~2 億円の利益を出そうとすると大変なコストがかかります。ただ単に後発品に置き換えただけでこれだけの差額が出てくるということは、影響が非常に大きいわけです。

ジェネリック医薬品のコスト削減効果

ジェネリック医薬品のコスト削減効果は、長野病院の場合、年間 1200 品目を採用し、12 億円を購入していたのですが、仮にジェネリック医薬品に置き換え可能な医薬品を全部置き換えたとしても、約 1 億円のコスト削減になります。400 床規模の病院でもコスト削減効果があるということです。内訳は単価が高い注射が 7000 万円、内服が 3000 万円です。

現場の医師にとって後発医薬品の安全性が最大不安 - 造影剤の置き換え -

特に DPC 病院で起こっていることですが、最初のターゲットは単価が高い CT の造影剤です。長野病院の場合は、国に方針もあって後発医薬品へ置き換える方針だったので、造影剤を置き換えました。これは全国どこの病院も同じですが、抵抗勢力は放射線科で、「ジェネリックに変えてアナフィラキシーショックを起こしたらどうするのだ、薬剤委員会は責任を取れるのか」ということでした。しかし、思い切って 2003 年 7 月に CT の造影剤を入れ替えました。

実際は心配されたアナフィラキシーショックなどは起きていません。軽微なかゆみなどは先発品でも起こりましたが、頻度的に問題ありません。ジェネリック医薬品への置き換えには、造影剤が最初の踏み絵になっています。後続に抗がん剤や抗ウイルス剤など大物がたくさんあるので、造影剤を変えることが置き換えへの突破口になります。

ジェネリック医薬品の採用には現場の安心と納得が必要

いずれにしてもジェネリック医薬品の採用には、絶対に現場の安心と納得が必要です。強引なことをして現場がついてこなかったら元も子もないのです。

ジェネリック医薬品へ置き換えは…ホップ・ステップ・ジャンプの3ステップで！

長野病院の場合、ジェネリック医薬品へ置き換えは以下のような3ステップで、慎重に行いました。

ステップ1 ジェネリック医薬品置き換え優先順先発品リスト作成

まず、ジェネリック医薬品を持っている先発品の年間消費額ベースでのリストを作成し、年額12億円の医薬品のうち高い順に並べて、先発品のリストをつくります。

ステップ2 ジェネリック評価スコアで選ぶ

評価方法も、慎重に総合評価方式を採用しました。単に価格だけではないということで、ジェネリック医薬品の評価スコアを100点満点の加点方式でつくりました。また、製品説明会の評価、見積価格評価なども合計175点で行いました。

ジェネリック・チェックリスト

チェックリストには国立病院・療養所の研究班の矢崎班がつくったリストを使いました。このリストは品質関係(10項目)、情報関係(14項目)、供給関係(16項目)、その他(8項目)、全部で約50項目あり、詳細なリストです。

ジェネリック・チェックリストで各メーカーにアンケートしました

ジェネリック・チェックリストを各ジェネリックメーカー40社に送って、確認チェックをしてから送り返してもらい、1項目ごとに点数をつけました。

皆さん正直に答えてくれたのですが、学術部門の有無を聞くと、ないというジェネリックメーカーは12%です。緊急連絡体制部門がないところは16%、厚生労働省への有害事象報告がないところが7%です。

製造中止前、6カ月以上の連絡の可否がないところは12%です。

メーカー評価の得点分布

これを今までの項目に点数をつけて、50点満点のメーカー評価を行い、40社を並べると、50点を取ったところと20点しか取れなかったところがあります。皆さん正直に答えたのだと思いますが、このようなバラつきがあるのです。

製品評価の得点分布 【例】シロスタゾール(抗血小板剤)

また、45点以上のメーカーに、別の項目の製品の評価項目を送り、再び点数をつけると、シロスタゾールでも44点や33点ということで、バラつきがあります。

製品説明会も採点しました

製品説明会も採点しました。まず、製品説明会で先発メーカーを呼び、それから後発メーカーを呼び込み方式で入れ、品質、付加価値、情報提供、供給体制などの説明を聞いて、医師と薬剤師で説明に対しての点数をつけました。ただ、プレゼンは先発メーカーのほうが圧倒的に上手です。後発メーカーにはハンデもあるのですが、全部で25点をつけました。

見積価格点

見積価格も薬価差の比較を採点し、差が多いほうに最大50点をつけました。これは先発メーカーも後発メーカーにも見積価格を提出してもらいました。

ステップ3 薬剤委員会で採用決定

最終的には薬剤委員会で総合評価方式で、先発品1に対して後発品1品目を選定し、3カ月間の同時併用期間を設け、使用実績、副作用、臨床効果などを3カ月後にヒアリングして切り替えました。

ジェネリック医薬品購入金額推移（長野病院）

手間はかかったのですが、2002年に約2000万円の後発医薬品購入額は、2004年で約4500万円に達しました。造影剤が非常に増えており、大きなポジションを占めています。

ジェネリック医薬品推奨リストの活用（フォーミュラリー）

ただ、今のような方法は一病院では大変でした。もっと簡単な方法があるのではないかとということで、私たちは医薬品推奨リストを活用しようと言っています。

ジェネリック医薬品最新リサーチ 2005

それは、日本ジェネリック研究会で全国の病院でアンケートを行い、各病院で頻用されているジェネリック医薬品のリストを調べて、使ってみるかどうかを定める、つまりジェネリック医薬品のトップセラーのリストを見る方法です。

ジェネリック医薬品推奨リスト（フォーミュラリー）

最近では約140病院ある国立病院機構でジェネリック医薬品の使用経験が蓄積されてきたので、国立病院機構グループがどういった薬を使っているのかというジェネリック医薬品のリストが役に立ちます。

国立病院機構病院採用ジェネリック医薬品ベスト 300 (10 施設以上採用 : 2005 年 5 月)

国立病院機構グループの病院の 10 施設以上が使っているジェネリック医薬品の 1 位から 300 位までのリストをつくりました。このデータを見れば、どれを選べばよいのか簡単にわかります。

DPC データによるジェネリック医薬品導入効果の検証

ただ、これからはジェネリック医薬品の評価の段階に入っていきますので、DPC データを使って導入効果を検証したらどうかと考えました。

ジェネリック医薬品の導入と臨床結果の比較が必要

それにはジェネリック医薬品を導入しても臨床結果は変わらないという検証、つまり副作用などが無いことが必要です。私たちは、ジェネリック医薬品を導入しても予期せぬ再入院率や死亡率が変わらないということを検証してみました。

ジェネリック医薬品の臨床効果の検証を DPC データを用いて行おう！

周術期抗菌薬におけるジェネリック評価

ヒラソルで 17 病院の DPC 導入前後のデータを比較分析した

そこで、(株)メディカルアーキテクツのヒラソルという分析ソフトを使用し、DPC データを用いて、周術期抗菌薬におけるジェネリック評価を行いました。約 17 病院のデータで評価をし、2005 年と 2006 年を比較すると、2005 年は DPC 準備病院が多かったのですが、2006 年はすべてが DPC 対象病院になりました。

周術期抗菌剤予防投与ジェネリックシフトの最新状況

2005 年は、周術期抗菌剤の予防的投与として抗菌剤にジェネリックが使用されたと思われる症例は 7%でしたが、2006 年になると 26%になりました。DPC が入るとこのようにジェネリックへの置き換えが始まるのです。

病院別ジェネリックシフトの状況

ただ、施設間のバラつきが大きかったのです。A 病院では 90%以上がジェネリック医薬品を使用していましたが、20%しか置き換えていない病院もあります。ですから、私たちがデータをつくる時は上位 8 病院のデータを使いました。

ジェネリックシフトによる臨床指標の変化 / ジェネリック医薬品の置き換えで再入院率・死亡率に変化はない

抗菌剤が顕著に置き換わった 8 病院の約 20000 症例のデータ結果を見ると、再入院率と死亡率は変化がありませんでした。入院後発症率は増加しましたが、DPC になると病名を

きちんと付け出すことで病名精度が上がってしまったから増えたということで、本質とは関係がないだろうと思われます。ジェネリック医薬品に置き換えても、再入院率・死亡率に影響はないと思われます。

ポイント 5 医療材料の見直し

国民医療費に占める医療材料費率の推移

ポイント 5 は、医療材料です。国民医療費に占める医療材料費が非常に問題になっています。医薬品費は下がっているのですが、医療材料費はじわじわと上がっています。医療材料が包括になると見直しが重要になってきます。

1999 年対 2003 年伸び率対比

1999 年と 2003 年伸び率対比で見ると、薬剤費は 80% も下がっていますが、診療材料は 110% まで上がっており、大きな乖離があることがわかります。

医療材料問題が喫緊の課題

医療材料問題が喫緊の課題です。私たちは、本当にこの材料問題に取り組まなければいけないということで、いろいろなことを行いました。

例えば、心臓カテーテルのメーカー集約により、年間 1000 万円のコスト削減ができました。輸液ポンプも見直して、年間 1000 万円ものコスト削減になりました。また、縫合糸の見直しで、年間 250 万円のコスト削減になりました。いろいろな安全性も検証していかなければいけません、このようなコスト削減効果は確かにあります。

医療マネジメント学会に医療材料委員会を設置

私たちは、医療マネジメント学会の中に医療材料委員会を立ち上げました。今年は『イザイ』という雑誌を発刊したので、皆さんと材料問題を考えていきたいと思っています。

ポイント 6 原価管理体制

竹田総合病院 DPC と出来高 - 全体で 3.2% 増収 -

ポイント 6 は、原価管理体制です。竹田総合病院の DPC と出来高の比較データでは、DPC になって竹田総合病院全体で 3.2% 増収になりましたが、診療科によってバラつきが大きいことがわかりました。DPC で黒字になった診療科は内科、小児科、呼吸器科、糖尿病科などです。DPC になって赤字になった診療科は心臓血管外科、耳鼻科、産婦人科、形成外科などで、材料を多く使うところが軒並み赤字なのです。

クリティカルパスと原価計算

これからは診療科単位の原価計算も必要ですが、いずれは疾患単位の原価計算が必要に

なってくるのではないかとということで、パスの原価計算にできないかと検討しています。

腹腔鏡下胆のう摘出術のクリパス（公立八女総合病院）

九州の八女病院のデータでは、腹腔鏡下胆のう摘出術のときにパス導入をすると、もちろん在院日数は減りますが、それと同時にこのパスで原価計算をしました。パスの導入前後の収入費用対比を見ると、パスを導入後の1日あたりの収入は増えました。ただ、同時に費用も増えています。

腹腔鏡下胆のう摘出術のクリパス導入前後の収入、費用比較

ところが、これはまだ出来高の環境です。1入院あたりの収入を見ると、パスを導入すると下がってしまい、総費用が増えてしまうのです。こういうことがあるとDPCでは非常に問題になるので、原価管理が非常に重要になってくるのです。

特定機能病院における原価管理や材料の見直しが始まっている／株式会社ホギメディカルによる調査

実は特定機能病院による原価管理や材料の見直しはすでに始まっています。(株)ホギメディカルという材料メーカーによる調査では、特定機能病院にヒアリングを行いました。

DPC対応で実施した事項

DPCを導入した大学病院で原価管理、原価計算を行なったところ、キット化、材料のJANやEANのコード化、集約化、受払い、棚卸しなどの問題に取り組むようになったことがわかりました。

DPC導入にあたっては原価管理が重要であり、医薬品や医療材料の見直しが非常に大きなインパクトを与えるということです。

ポイント7 医療連携と連携パス

DPCに医療連携が必要な理由

ポイント7は医療連携と連携パスです。地域医療連携室がDPCにとって重要になってきます。DPCになると在院日数が減少し、空床になります。次から次へと患者さんが来ないと経営できません。さらに重要なのは、在院日数が短くなってきているので、後方病院へのスムーズな引渡しが重要になってきます。

DPC病院からみた、増やしたい連携医療機関

DPC病院からみた、増やしたい連携先の病院は何かと聞くと、慢性期入院、退院後の在宅療養の支援、退院後の外来、がんの終末期などを担当する後方の医療機関への要望が非常に強いことがわかります。

地域連携パス／連携パス、病院連携パス

私たちは、DPCの普及とともに地域連携パスを広げようと言っています。いよいよ院内パスが連携パスに進化していきます。

連携パスは今年4月に診療報酬に入ったことで注目を集めました。典型的なのは急性期病院とリハビリ病院で一緒につくってしまうパスです。

国立熊本医療センターの連携パス

連携パスのモデルは、熊本市の国立病院機構熊本医療センターです。整形外科疾患に関して熊本市内の20の急性期病院が集まり、シームレス研究会を結成し、月1回の定期会合を開いて、診療ガイドラインや治療ゴールの共有などをして連携パスをつくりました。

連携パス（大腿骨頸部骨折）導入による国立熊本医療センターの在院日数の変化

そのようなデータを集めて見えてきたことは、連携パスの導入によって急性期病院側の在院日数が減ってきたことです。大腿骨頸部骨折の例では在院日数がどんどん減りました。これは連携パスでスムーズな連携が行なわれたということです。

連携パスの連携先病院（回復期リハ）の在院日数変化

さらに驚くべきことは、後方病院の在院日数も減ったことです。パス効果によって回復期リハの病院の在院日数も減ることがわかりました。つまり、地域全体で在院日数が減ることです。総入院日数は、1施設ではなく地域全体での在院日数が減ることを目標にすることが非常に大事になってきました。

地域連携パスアンケート

医療マネジメント学会は、今年3月に連携パスに関するアンケートを行い、642病院から返答がありました。

地域連携パスについて

地域連携パスについては、作成を実施しているのが4%、作成準備中が23%、まだ取り組んでいないけれども関心があるのが55%ということで、結構関心は集めています。

全国の地域連携パスの事例／地域連携クリティカルパスの対象疾患

現在、全国でいろいろな連携パスの試みが始まっています。例えば、整形疾患、脳卒中、消化器疾患、PEG、糖尿病、循環器疾患、がん、白内障、呼吸器疾患などが対象疾患です。

PEGパス（長野病院）

PEG連携パスをご紹介します。長野病院では、年間80例のPEGを施行しており、その

半分が近隣の柳澤病院からの紹介です。では、一緒につくりましょうと、PEG の連携パスをつくりました。その結果、長野病院の PEG の在院日数が 14 日から 7 日に短縮しました。

PEG パスで柳澤病院と研究会を開催、連携パスの作成を行なった

今後、連携パスをつくる場所はますます増えてくると思いますが、最初は勉強会から始めることが多いです。例えば、最初は PEG 研究会のような形で始めて、消化器の先生に PEG の話をしてもらい、2 つの病院の医師、看護師、栄養士たちが集まって勉強会をします。そして、2～3 回目ぐらいから、連携パスをつくりましょうと進める道筋が普通です。

連携 PEG パスの効果

連携 PEG パスの効果は、実際に在院日数が減ったことです。また、さまざまな職種が集まってケアプロセスを見直したことで、口腔内清拭、検査内容、栄養、清潔などが 2 つの病院の間で標準化されました。最大の利点は各職種別のコミュニケーションが非常によくなったことです。これからは、疾患別にどういう連携をどの病院とするのかという具体的な目標を与えないと、連携も実行性も上がりません。

脳卒中連携パスの例／青森県の脳卒中連携パスの取り組み

現在、脳卒中の連携パスは全国に広がっています。例えば、青森県の八戸、下北圏域では、県の健康福祉部をあげて脳卒中連携パスを実施しています。

地域連携パスの流れ

地域連携パスの流れは、脳卒中が発症して急性期病院から回復期病院、診療所へそれぞれ連携しパスでつなごう、一気に通貫しようということです。今後、健診などのすべてのデータを各地域別の保険者が補足するようになると、このような連携パスは本当に必要になってきます。

がん連携パスの例／がん診療連携拠点病院と連携パス

がんの連携パスも重要になってきます。がんの診療連携拠点病院は全国で約 117 病院でありますが、これを全国の 360 医療圏に広げようという試みがあります。その中で、がん診療連携拠点病院の要件として、がんの地域連携パスが努力目標にあがっています。

横浜医療センターがん連携パス

横浜医療センターでは、胃がんと大腸がんの手術後の患者のパスを診療所と共有しています。横浜病院の周りには約 70 の診療所がありますが、約 20 診療所が連携パスに参加したいと手を上げて、その中でネットワークをつくっています。

循環器疾患の連携パス例／竹田総合病院の循環器疾患連携パス

循環器の連携パスの例です。竹田総合病院では、PTCA、心臓ペースメーカーのパスを診療所の先生方と一緒につくって運営するというパスで長期のフォローアップを行なっています。

糖尿病の連携パス／諏訪中央病院の糖尿病連携パス

糖尿病の連携パスも重要になってきます。諏訪中央病院の糖尿病教育病院のパスは、地域の基幹病院の糖尿病の先生から何とかしてほしいと紹介された、糖尿病コントロールが悪い患者に10日間の教育入院をします。それを、診療所の先生に返すときに連携パスを使うのです。今後、糖尿病の連携パスは普及させていくべきです。

在宅連携パスへの期待／在宅療養支援診療所の新設

一番注目されたのは、在宅連携パスです。4月の診療報酬改訂では在宅療養支援診療所ができました。協力していただける診療所の先生、急性期病院の先生、特養有料老人ホームなどと連携しています。そして、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点で、10万円のお看取り料が付きます。現在、在宅療養支援診療所は全国で1万カ所ほどできたので、これからはこのパスを急性期病院と在宅療養支援診療所、地域全体でつくるのが非常に重要です。

在宅連携パスの必要

また、在宅連携パスはプレイヤーが地域に分散しているので、病院、開業医、訪問看護ステーション、薬局、リハビリなどを1つの診療計画の中に落とし込んでいく作業が必要です。

『連携医療』創刊

現在、私たちは日本医療マネジメント学会で『連携医療』という雑誌をつくってもらっています。この中では連携パスの話を特集していますので、ぜひ参考にしてください。

まとめ

まとめると、DPCはこれからの急性期病院にとって、質とコスト管理のマネジメントツールとして必須です。DPC対応には診療録管理体制の整備が必須です。これからは診療情報管理士のDPCコーダーが必要になってきます。

DPCの対応にはクリティカルパスです。最近DPCを導入した病院で、DPCと出来高で比べたらDPCのほうがマイナスになってしまった病院が結構あり、それも診療科別、疾患別に出てきます。そのようなところはDPCのパスを見直し、パスを改変して帳尻を合わせていく作業をしなければいけません。パスがなければ見直しもできないので、パスが非常

に重要になってきます。

DPC 対応にはコスト削減が本当に必須です。まずは医薬品品目の見直しからはじめることです。ジェネリック医薬品の導入は次のステップかもしれませんが、まだ真正面から向き合っていません。また、医療材料や検査・処置の見直しも非常に大きな問題です。これは患者の安全と診療の質を担保しながらどのようにして見直すかを考えたとき、ガイドラインに準拠した見直しということになります。

DPC は臨床指標で評価されます。これからますます臨床指標が入ってくるので、どのようにして病院ケアの質の評価に結びつけるかということが重要です。そして、今までは院内でつくられたパスも、これからは連携パスの時代です。これは DPC に入るかどうかを除いても、連携の中では連携パスの効果は明らかなので、このパスを普及させていこうということです。