

DPCにおいて急性期医療をどう捉えるか

DPC = 急性期医療

救急医療

- ・ 発症(受傷)後迅速な対応が求められるもの
- ・ 緊急性が高い
- ・ 対象
救急患者
一般的な疾患

高度医療

- ・ 多くの医療資源の投入や特殊な設備・機器の使用を要すもの
- ・ 緊急性は高くないものもある
- ・ 対象
特殊な治療を要する患者
稀少性の高い疾患

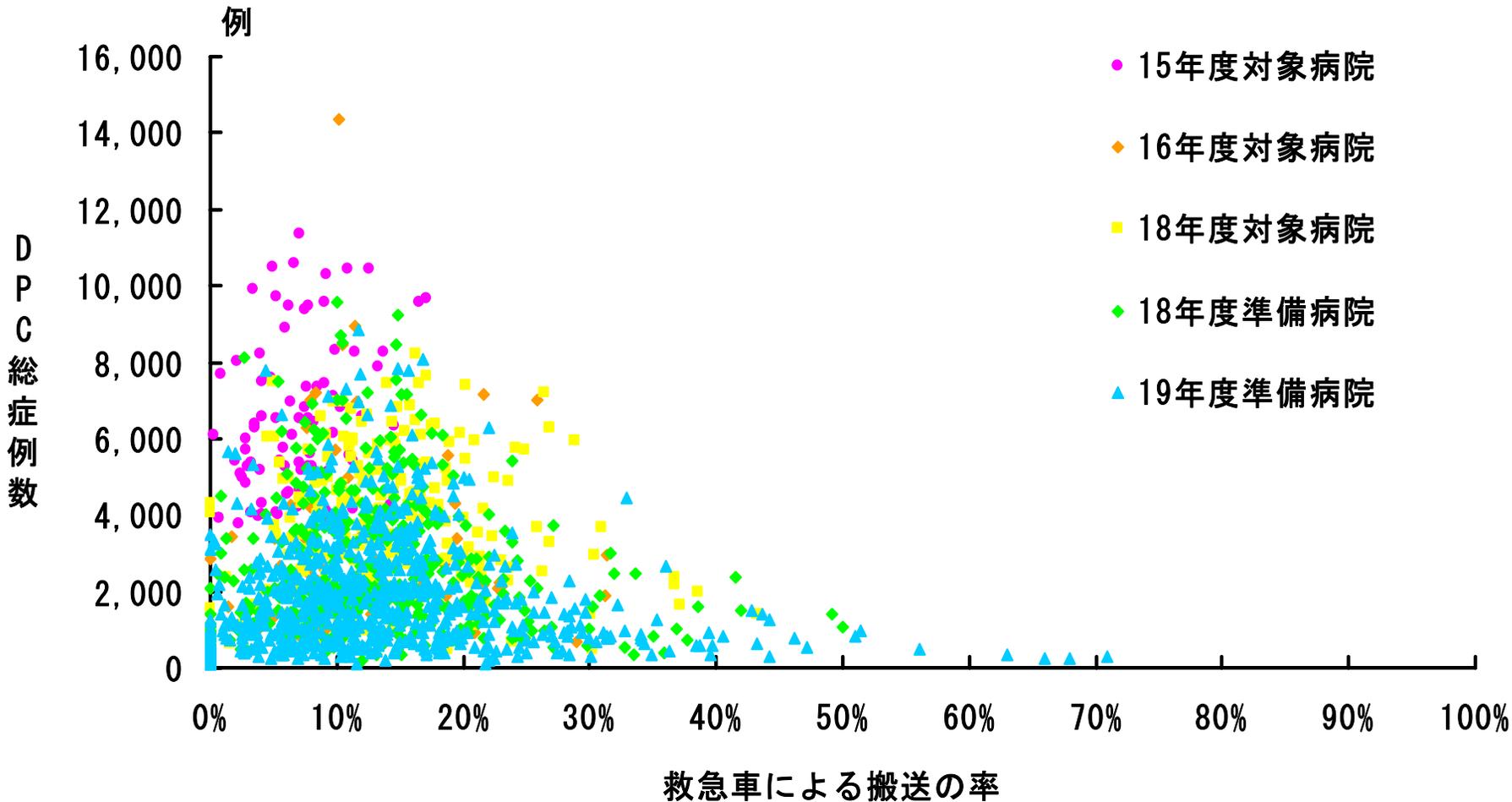
民間病院

地域基幹病院
専門病院

大学病院
ナショナルセンター

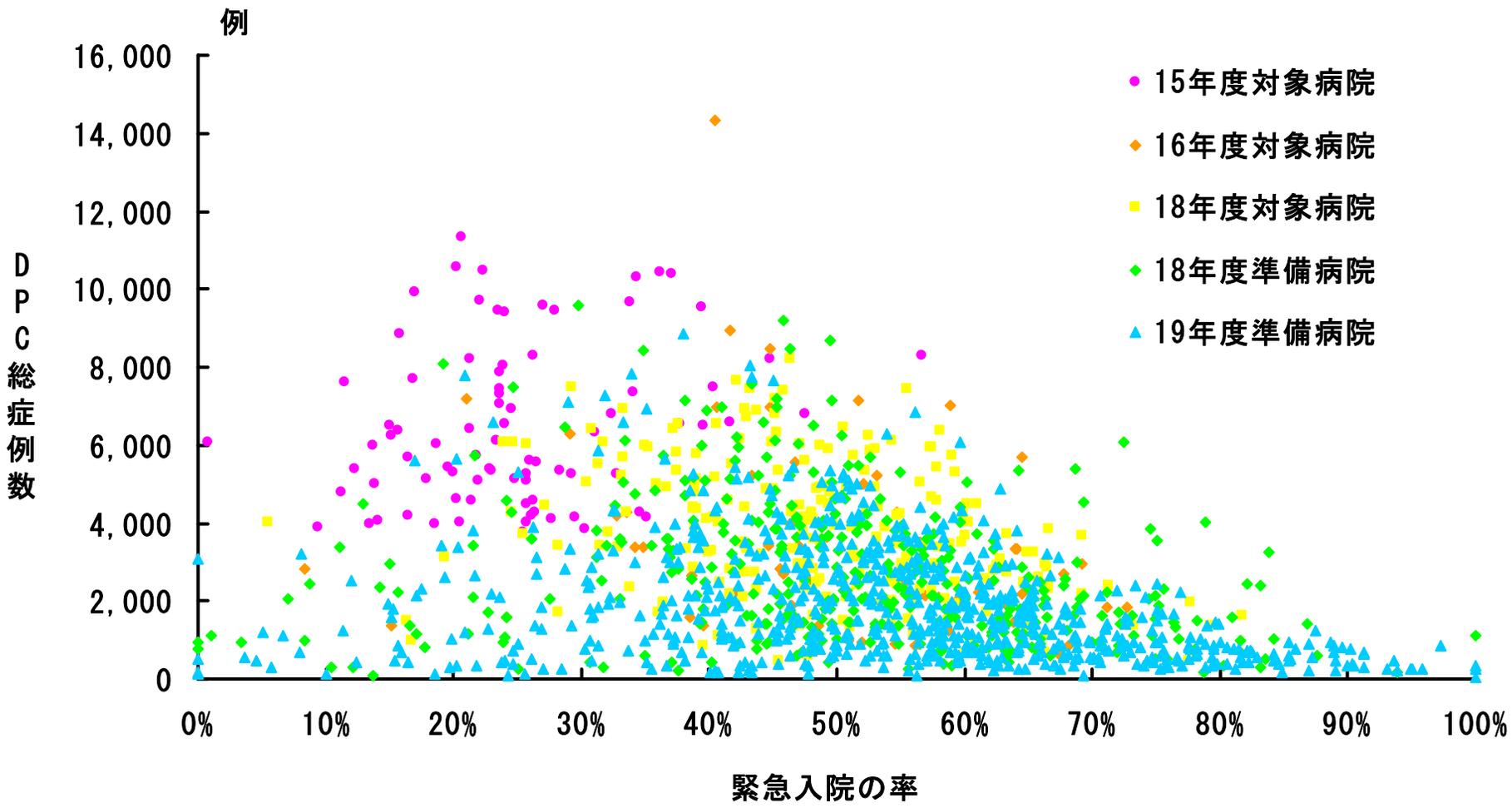
求められる機能が異なるため それぞれを担う医療機関は異なる

救急車による搬送の率と症例数



救急搬送率が高い病院ほど総症例数が少ない ➡ 病院規模が小さい
一方で規模の大きい15年度対象病院は救急搬送率が低い

緊急入院の率と症例数



救急搬送率と同様に緊急入院率の高い病院は比較的病院規模が小さい
15年度対象病院は緊急入院率が高くない

新たな機能評価係数における評価の観点

- ・ DPC対象病院の拡大に併せ 病院規模や形態にとらわれず急性期医療の「質」と「効率性」の向上に寄与する要件が求められる
- ・ 患者の視点に則り 特に社会的なニーズの高い救急医療への対応や地域医療への対応を評価すべきである

内部要因

医療の質向上と効率化への取り組みの促進

1. 急性期医療の提供体制に対する評価
2. チーム医療の実践に対する評価
3. アウトカムを伴う効率化に対する評価

外部要因

社会的ニーズへの対応の促進

4. 救急医療への対応実績に対する評価

医療政策への対応の促進

5. 政策的医療への対応実績に対する評価

1. 急性期医療の提供体制に対する評価

放射線技師 検査技師 薬剤師 専門診療科医師の24時間体制の確立（常勤・非常勤を問わず）

- 適切な治療を常時迅速に開始するために必要な人員配置（自院の専門診療科の医師やコメディカル）を敷くことは 急性期医療の質の確保につながるものである
- DPC対象の拡大により病院の規模や機能が多様化してきたが **現行の診療報酬における人員配置に対する評価のハードルは非常に高く基準を満たすためには一定の病院規模が求められる**（例えば特定集中治療室管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料や救命救急入院料など）



急性期医療において中小病院が担っている役割を鑑み 専門性や機能に応じた必要な人員配置を敷いていることが評価されたい

2. チーム医療の実践に対する評価

当該病棟に病床規模に比して一定数以上のコメディカルスタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)が専任で配置

- ・ チーム医療の実践は 役割分担に基づく業務の効率化や 専門職種による医療密度の充足・直接看護時間の増加につながり 医療の質向上に寄与するものである
- ・ 現行の診療報酬制度では 看護師配置に対する評価は成されているが **コメディカルスタッフの病棟配置に対してはほとんどない**



リハビリ以外はおおよそ包括点数に含まれるため 包括対象となる業務に携わるスタッフの person 費に見合うような評価が求められる

参考) 美原記念病院におけるチーム医療の実態と効果

薬剤師

人員配置数
3.8人/100床
(機能評価参加施設* : 1.8人/100床)

病棟業務
点滴のミキシング (別添資料1参照)
薬剤管理指導

薬剤管理指導件数(19年度)
1,224件
(急性期病棟新規入院患者の92.7%)

管理栄養士

人員配置数
2.4人/100床
(機能評価参加施設* : 0.9人/100床)

病棟業務
栄養管理実施加算
食事指導

入院後3日以内経口摂取開始率
94% (20年1~5月)
(別添資料2参照)

MSW

人員配置数
2.9人/100床
(機能評価参加施設* : 0.5人/100床)

病棟業務
医療相談 ベッドコントロール
入退院時の連絡調整

相談件数
87件/月/MSW
(機能評価参加施設* : 63件/月/MSW)

未収金発生予防対策 (別添資料3参照)
前年差 発生額 -28万円/年 (19年実績)
発生率 -0.5% (19年実績)

* ; 日本医療機能評価機構 書面審査中間集計結果報告書より

3. アウトカムを伴う効率化に対する評価

当該病棟の平均在院日数が一定日数以下
併せて再入院率および再転棟率が一定割合以下

- ・ 現行のDPC点数の設定は**在院日数短縮に対する経済的インセンティブが充分ではない**と考えられる
- ・ しかし在院日数の短縮は**患者のニーズへの対応と医療費の適正化に寄与するもの**であり 政策として積極的に推進すべきと思われる
- ・ 一方 短期退院の**経済的インセンティブが先行しないよう 治療成果を担保するために再入院率および再転棟率に一定基準を設ける必要がある**

数値はDPC対象・準備病院の19年実績における平均値を参考としたもの

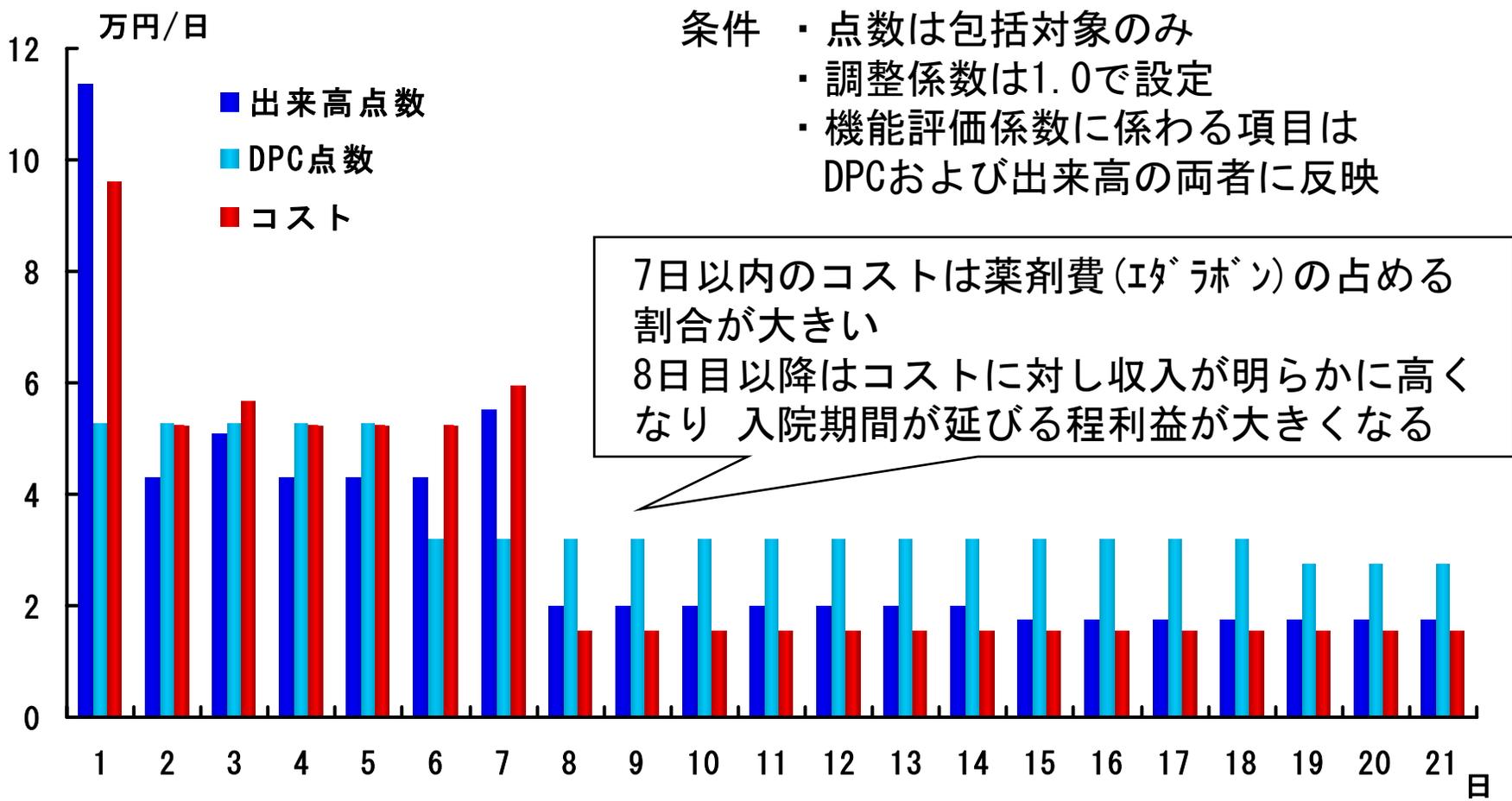
基準案) 平均在院日数(14)日以下
再入院率(10~15)%以下かつ再転棟率(10)%以下

係数は**入院早期の点数**(入院期間 I の日数など)を充足し得るものであるべきである

脳梗塞のDPC・出来高収入とコストとの比較

(1日当たり)

脳梗塞 (JCS30未満 手術なし 手術・処置等2あり エダラボン投与)



一定期間を過ぎるとDPC収入とコストとに大きな差が生じるようになる
 ➡ 経営的観点に基づけば入院期間は長期の方が望ましいことになる

4. 救急医療への対応実績に対する評価

当該病棟規模と比して一定数以上の救急車による搬送の受け入れ実績および一定割合以上の緊急入院の率

- ・ 救急医療は医療機関にとって不採算性や医療訴訟等のリスクなどネガティブな要素を多分に含んでおり **救急搬送患者の受け入れを制限する動きもある**
- ・ 「救急医療管理加算」によって個別症例ごとの評価は設定されているが **算定対象は重症度の高い患者に限られてしまう**
- ・ しかし地域医療における**救急の現状は 重症患者ばかりでなく千差万別に**
対応しなければならない
- ・ 救急医療に対する社会的ニーズの高さと医療機関の実状を鑑みると救急医療への対応実績に対しより手厚い評価が求められる

数値は前述の3. と
同じく平均値より

↓
基準案) 救急車による搬送の率(10)%以上かつ緊急入院の率(50)%以上
を基準とし 率の上昇に併せ評価を厚くする

救急の個別症例に対する評価のみでなく **病院としての取り組み自体**
を係数として包括的に評価すべきである

5. 政策的医療への対応実績に対する評価

医療計画(4疾病及び5事業)への対応
または医療連携の度合い(地域連携パス・紹介率および逆紹介率)

- ・政策的医療はわが国というマクロの観点において重要な要素であるが一方で病院にとって**不採算領域**であることが多い
- ・また 連携を前提とした医療機関の機能分担(専門特化)は地域の医療資源の効率的運用につながるため重要と考えられる一方で現行診療報酬制度はそれを推進する**インセンティブに乏しい**



数値はDPC対象・準備病院の19年実績における平均値を参考としたもの

基準案) 医療計画: 疾患・事業ごとに設定された指標の充足度
医療連携: 紹介率(30)%以上かつ逆紹介率(30)%以上(もしくは「退院後の自院の外来の率」が(70)%未満)

政策的医療の性質と社会的意義に鑑み 積極的な取り組みを行っている病院に対しては実績に応じた評価が必要である

まとめ

調整係数の意味合い

これまでのDPCは **わが国全体の**医療水準の底上げに寄与するものであったと考えられる

専門病院にとって 調整係数はDPCというわが国の平均値から算出される支払い制度下において 従来の医療提供による収入を担保するものという意味合い以上に**自院の高いパフォーマンスを継続するための**要素であった

求められる機能評価係数

これからのDPCは **それぞれ地域において住民の視点に立ち**彼らのニーズに応じて高い機能を発揮している医療機関を適正に評価するものであることが望まれる

このことによりわが国全体の医療レベルの維持・向上が期待される

チーム医療における薬剤師の感染対策
感染対策におけるサテライトファーマシーの効果

阿久沢 政美¹⁾、今泉 房江²⁾、赤路 和則³⁾

1) 脳血管研究所美原記念病院 薬剤部

2) 脳血管研究所美原記念病院 看護部

3) 脳血管研究所美原記念病院 脳神経外科

【目的】感染対策は、全ての職種が関わりチーム医療で行わなければならない。チームの中での薬剤師の役割は、抗生物質の適性使用、消毒薬の適性管理など多岐にわたっている。またその中でも、注射薬ミキシング業務は、通常の室内で実施した場合には落下細菌が混入し血流感染を起すなどの問題があり、クリーンベンチや無菌室での無菌的作業が要求され、薬剤師の参画が非常に高く求められている。今回、当院では注射薬ミキシング業務を主体としたサテライトファーマシーを開設し、感染対策に有用であったので報告する。

【方法】注射薬のミキシング業務は、看護師がマスクをして専用の調剤室でミキシングを行っていたが、2006年6月1日から一般病棟(45床)の一室にクリーンベンチを配置し、サテライトファーマシーとして開設した。その業務内容は中心静脈および末梢静脈投与薬剤のすべてを一括して薬剤師が無菌的にミキシングすることとした。このサテライトファーマシーの血流感染予防効果について検討するため、血流感染が疑われる症例数についてサテライトファーマシー開設前後3ヶ月間である2006年3月から2006年8月まで調査した。血流感染を確定する場合には、細菌培養により起因菌を特定することが必要であるが、血液の細菌培養では起因菌が特定できないケースが多いことから、注射薬投与開始後に発症した感染源が特定できない感染症を「血流感染が疑われる症例」と規定し、調査した。

【結果】血流感染が疑われた症例数は、サテライトファーマシー開設前では2006年3月2名、4月2名、5月4名であり、開設後では6月1名、7月0名、8月0名であった。

【考察】血流感染が疑われた症例は、サテライトファーマシー開設前では平均2.7名であったが、開設後には平均0.3名と減少した。このことからサテライトファーマシーは、無菌的操作が可能となり、血流感染の予防に有用であったと考えられた。