

ケーススタディ ⑦ 在院日数コントロールによる症例単価向上

株式会社サイプレス 鄭 承容

医療機関のプロフィール

- ✓ SUBARU 健康保険組合太田記念病院
- ✓ 地域の中核急性期病院
- ✓ 病床数：404 床
- ✓ 病床数内訳：一般 354 床，ICU (CCU) 12 床，NICU 6 床，HCU 10 床，健診 18 床，感染症病床 4 床
- ✓ 病床稼働率：約 85% (改善以前)

1 ベッドが埋まらない

地域の中核を担う急性期病院である太田記念病院の課題は、病床稼働率が85%程度であり、収入の発生しない空床が多いということであった。

さらに患者を退院させるタイミングが早い側面もあり、実際に DPC 期間で確認すると全国平均の在院日数（入院期間Ⅱの最終日）よりかなり早い退院と言える症例が多く存在する状況であった。

同院は入退院センターを設置しており、病院全体の入退院を統括する体制はできていた。しかし、DPC の期間や退院を判断する必要情報のインプットがなされておらず、実態として退院は各病棟と主治医の判断に任せられており、入退院センター本来の機能が果たせていなかった。

稼働率が上がらない原因としては、病棟によって稼働の不均衡が大きいという問題もあった。ある病棟では100%に近い状況であるのに対し、別の病棟では80%前後というケースもあった。これは、入院時のオーダーで病棟が決まり、その後は転棟がなされず退院まで同一病棟で治療を行うという風土が根付いているためであった。また、チーム医療においてコメディカルのサービスが不十分という認識がスタッフ内でもあり、患者満足度の向上のためにも入院から退院までの流れにサービスを組み込んで充実させる必要があった。

2 DPC を指標とした業務改善

まずは患者の退院日を決める際の客観的指標を導入することである。DPC では「入院期間Ⅱ」の最終日がおおよそ全国平均の在院日数であり、包括点数も高く設定されている。そこで「期間Ⅱ」の最終日を指標とすることにした。在院日数をコントロールすることで症例単価の向上が望める。

在院日数コントロールのためには、患者の DPC 期間を「見える化」して業務に活用できる状態にする必要があった。ただし、むやみに在院日数を伸ばしたのでは患者にとってメリットがない。そこで、チーム医療の提供をより手厚くする取組みを同時に行うこととした。

この目的を達成するため、機能していなかった入退院センターの業務の再構築を企画した。退院を判断するのに必要な情報の流れを作り、形骸化していた退院コントロール機能を実効力のあるものに変えて、病院全体の稼働管理ができ、かつ、病棟に対して指示を行う司令塔として機能するように改善を試みることにした。

3 課題抽出から改善実施に向けた分析

まずは、DPC の入院期間を切り口に、どのような患者構成になっているかを見ることで具体的な課題を明らかにしていくこととした。

(1) DPC 期間のどのタイミングで退院しているか

DPC/PDPS では、疾患ごとに入院期間の日数設定が異なるため、これを指数化して、期間ごとの退院タイミングを「見える化」すると、「期間Ⅱ」の最終日（全国平均）からのずれが一目瞭然となる（図表1）。

ここから、診療科別に退院のタイミングをまとめ、それを示すことで、どの疾患をどのタイミングで退院可能とするか、具体的な治療計画の見直しが可能となった。

(2) コメディカルの活用状況の分析

「期間Ⅲ」以降での退院が多い疾患については、なるべく早期に退院できるよう治療計画を見直す必要がある。一方で、「期間Ⅱ」の最終日以前に退院が多い疾患については、コメディカルによる丁寧な指導・管理を実施して患者満足度の向上や ADL の改善を高めることで退院

日を見直す余地がある。

そこで、次にコメディカルの業務状況も分析した。

対象としたのは、①薬剤師による薬剤管理指導料、②リハビリスタッフによるリハビリ実施単位数、③管理栄養士による入院時栄養食事指導料など。これらは診療報酬上、週1回、月1回などの規定があるので、各患者の入院日数と照らし合わせて最大限実施できているかを集計分析した。DPC分析ソフトを活用して他院とのベンチマークにより目標設定をし、コメディカルへの活動を促すと効果的である。

(3) DPC 期間ごとの患者構成をモニタリングする

各医師と協議して、(1)(2)の見直しが完了した疾患については、DPC 期間ごとの患者構成の変化をモニタリングし、改善の進捗を把握することとした。具体的には、DPC 期間別の延べ患者数・構成比率の推移を月次で見えていった。

まず、病院全体では「期間Ⅰ＋Ⅱ」の構成比率75%以上を目標とした。より収入の高い患者構成にすることで全体の収入を上げていく試みである。ただし、病棟ごとに診療科と疾患構成が異なるため、病棟ごとでの推移も分析して、目標は病棟ごとに設定した。

さらに、病棟を運営する看護部門がベッドコントロールを行えるよう、患者ごとにDPC 期間を把握するツールを用いて、DPC の入院期間別患者管理を進めていった。

(4) 技法と行程

なお、効率的にベッドコントロールを実施する方法については院内で議論を重ね、重点的に以下の3点を進めることとなった。

① DPC 期間別コントロールツールの作成

まず、患者ごとにDPC 期間を管理するシステムの開発を行った。

● 鄭 承容 氏

株式会社サイプレスは、医療業界専門のコンサルティング会社として2002年に設立。医療分野のあらゆる担い手に対して、顧客の期待を超える(Beyond Expectation)最高の製品・サービス・ノウハウを提供する。増収対策、コスト削減対策、組織活性化を中心に医療機関の経営改善にコミットしている。



DPC/PDPS においては、疾患や手術・処置の有無などによって点数が異なってくるため、患者ごとに入院期間を適切にコントロールすることが収入を最大化させるコツであるためだ。このツールは院内で開発した。

ツールのスムーズな運用のためには、入院後早期にDPC コーディングを行う必要がある。このツールによって、退院の目安となる「期間Ⅱ」の最終日が把握でき、そこから逆算した治療計画、看護計画が作成できるようになっただけでなく、リハビリテーションや服薬指導などコメディカル業務の活用計画に取り組むことも可能となった。コメディカルが行う医療サービスを計画的に行うことは、患者満足度向上につながるため、医師からの合意も得られ、病院全体で推進することができた。

また、1日ごとのDPC 期間別患者数の目標値を設定することで、病棟ごとの管理が強化され、収入を最大化させることが可能となった。

② 空床把握ツール作成と入退院管理の一元化

病院全体の空床状況がリアルタイムに把握できるツールも院内で開発した。これにより、緊急入院が必要な患者の入院判断をその場で行うことが可能となった。

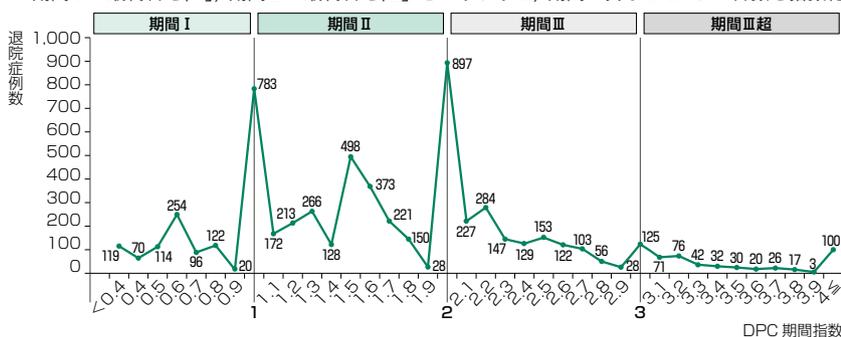
さらに、入退院センターに入院病棟の決定権限を一元化した。それまでは、入院の必要が発生しても、医師が病棟に問い合わせ、その病棟が満床であれば入院を断らざるを得ないケースがあったが、病院のどこかしらに空床があれば入院させることができるようになった。

また、入退院センターに現場を熟知するベテラン看護師を師長として配置したことも、大きな成功要因となった。入退院センターに十分な権限をもたせるためである。運用面で成功させるには、適切な人員配置も重要である。

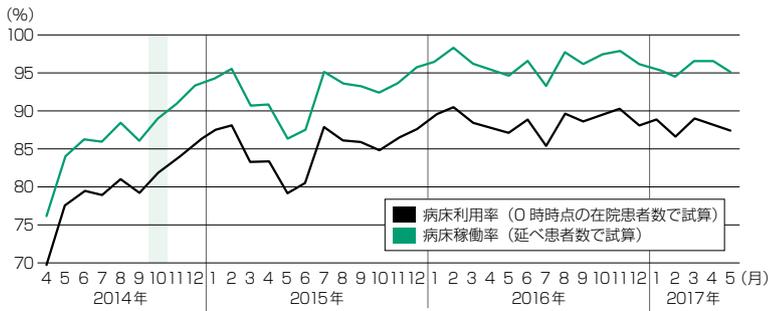
③ 現場教育のための病棟ラウンド

図表 1 基準となる期間Ⅱからのずれ

※ 期間Ⅰの最終日を「1」、期間Ⅱの最終日を「2」というように、期間の異なるDPCの日数を指数化



図表 2 病床利用率と病床稼働率の月別推移



DPCの期間コントロールを現場レベルでうまく実行に移すために、初期段階では教育も必要である。

同院では、副院長、入退院センター師長等が病棟ラウンドを定期的(週1回)に行い、「期間Ⅲ超」の患者を中心に、長期化している理由、今後の治療方針などを現場スタッフにヒアリングし、改善策を提案して回った。

これにより、現場スタッフのベッドコントロールに向けた意識が向上するとともに、特に若手看護師にとっては退院日調整のための具体的行動のコンサルテーションを受ける機会となり、業務改善効果があった。

これら3つの取組みを並行して実施し、それを経時的にモニタリングすることで効果を計測した。

4 結果と今後の展開

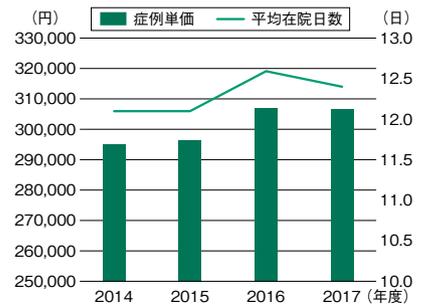
入退院センターが中心となり在院日数のコントロールを実施した結果は、以下の指標により検証できる。

- ① 病床利用率・病床稼働率(図表2)
- ② DPC期間の症例単価と平均在院日数(退院患者ベース集計)(図表3)
- ③ DPC期間Ⅰ+ⅡとⅢ+Ⅲ超の延べ日数割合(図表4)
- ④ DPC包括点数収入(図表5)

まず、病床利用率と病床稼働率の月別推移(図表2)を見ると、プロジェクトの初期は、目立つほどの改善結果は見られなかったが、入退院センターの活動が本格的になった2014年10月頃から病床稼働率が90%を超えるようになった。その後、ICU(CCU)と病棟の改修工事があったため一時80%台まで落ちたことはあるが、工事終了後はすぐ回復し、95%台を維持している。

DPC期間中の症例単価(図表3)は、診療報酬改定の影響もあって増加傾向にある。なお、2017年度の症例単価の減少は、DPC「期間Ⅱ」を超えた患者の早期退院促進活動を行った結果、「期間Ⅲ」の延べ日数が減少し、

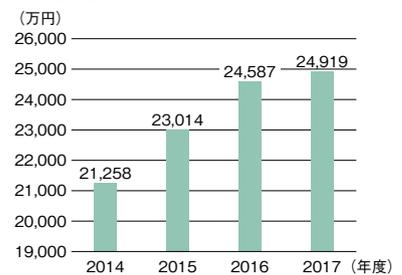
図表 3 症例単価と平均在院日数



図表 4 DPC対象患者の「期間Ⅰ+Ⅱ」と「期間Ⅲ+Ⅲ超」の割合



図表 5 年度別の月平均 DPC 包括点数収入



DPC 包括点数の症例単価が減少したことが要因である。今後も継続して「期間Ⅲ」の延べ日数を減らしつつ、「期間Ⅰ+Ⅱ」の延べ日数を増やしていくことが課題である。

DPC 期間Ⅰ+ⅡとⅢ+Ⅲ超の延べ日数割合(図表4)は、年々、Ⅰ+Ⅱが増加しており、2017年度は68.4%で、2014年度と比

べ1.5ポイント増加した。今後、「期間Ⅰ+Ⅱ」の延べ日数割合を75%以上にすることが目標である。

最後は、病院全体のDPC包括点数収入(図表5)である。年度別の月平均DPC包括点数収入は、2014年度には2億1258万円であったが、2017年度は2億4918万円となり、プロジェクト開始時と現状の差を年間換算すると、年間4億3925万円の増収となった。

現状、病床の高稼働が続き、重症の救急患者を受け入れる空床を作るため、日々の在院日数コントロールに苦勞している。新規の入院患者が多い地域であり、また脳梗塞や心不全などの救急患者が増加することが見込まれるので、救急体制をより強化するためには、地域の医療機関との連携強化と明確な役割分担が重要課題である。