

Interview 社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院 ～ 院内コミュニケーションとDPCデータの活用 ～

社会医療法人 JMA 海老名総合病院

経営管理部 経営戦略室 室長

鈴木 智雄 氏

経営管理部 医療情報管理課 係長

久保 文生 氏

経営管理部 医療情報管理課 診療情報管理士

田代 郁己 氏

社会医療法人 JMA 法人本部

経営企画部 経営企画課 主任

岡崎 亮祐 氏

東北大学 大学院医学系研究科・医学部

社会医学講座 医療管理学分野 教授

藤森 研司 氏

JMA海老名総合病院は、神奈川県の中核地域に位置し、特に海老名市、座間市、綾瀬市が中心医療圏となっています。この医療圏の中で、地域医療支援病院として、急性期を担う総合病院です。また、2次救急病院でもあり、特に心臓血管外科、循環器内科、脳神経外科については、3次救急に近い医療を提供しています。

同法人で近隣の海老名メディカルプラザでは外来医療、海老名メディカルサポートセンターでは予防・慢性期医療を担当しています。施設間の連携を図りながら、地域における幅広い医療ニーズに対応しています。



海老名総合病院 外観



藤森先生

■DPCデータの活用

藤森 早速ですが、DPCデータはどのように活用されていますか。

鈴木 DPCデータの活用については、いかに診療科に話をするかというのが大きな課題です。今の病院の状態をDPCデータなどで提示していくことが非常に大事であると考えています。

まず、DPCデータなどに興味がある外科や心臓血管外科の医師のところへ話を持っていきます。はじめから全診療科の医師へ万遍なくというのは不可能です。協力的な診療科に話をして、ある程度の経験を積んでから、他の診療科へ話を持っていくようにしています。

藤森 話を聞いてくれそうなところからというのは良いヒントになりますね。

鈴木 外科は院長、心臓血管外科と血液内科は副院長のお膝元です。(以下3科)そこに話をしてから、全診療科に持っていったほうが効率的です。

藤森 出来高包括比較をして赤字が大きいためそこをすぐ改善というのは無理があるので、まずは上手くいきそうなところ

からということですね。

田代 そうです。上手くいきそうなところ、改善出来そうなところから手を入れていくというのが我々のスタンスです。

藤森 それはすごく良いことだと思います。

田代 当院は総合病院なので様々な科があります。

それぞれの科には役割や特徴があり、同じようなアプローチをしても受け入れられません。そこをどう打破するかというのが我々の今の取り組みです。

藤森 院長と副院長の科から、試みたということですね。

田代 まだモデル的な試みなので、これを体系化できる仕組みづくりが今後の課題になると考えています。

鈴木 まずは院長と副院長に「どういった見せ方が良いか」あるいは「どういったデータを見せたら医師は改善に向かうのか」というヒントをもらっています。

藤森 持って行き方としては、どのようなものが納得してもらいやすいでしょうか。

田代 基本的に3科は協力していただいているので、提示したデータは大体納得していただけています。提示したデータをさらに細かく分析してほしいと依頼を受けることもありますので、今まで納得いただけなかったケースはありません。

藤森 数字を見て診療のスタイルを変えることに医師の抵抗はありませんか。

鈴木 3科に関しては医師も協力的です。例えば、心臓血管外科では数字を見て「投薬が多いです」と指摘すると「投薬費用や先発・後発使用割合のデータを出して」と要望が来たりします。このようなディスカッションを繰り返すことで、実際に心臓血管外科では投薬を少し抑



鈴木氏



田代氏

えるような傾向が出てきましたので、効果があると実感しています。

■後発医薬品への切り替え

岡崎 後発医薬品の使用割合は、MEDI-ARROWSで出せませすね。指数の試算値が出せますので後発品は毎月進捗を追っています。

藤森 現在、数量ベースでどのくらいですか。

岡崎 47%ほどです。

藤森 なるほど。後発品への切り替えには抵抗はありますか。

岡崎 抵抗はないと思いますが。

藤森 次回改定時には、ほとんどの病院が60%を超えてくると思います。大学病院も公的な病院もかなり真剣に後発品に取り組んで、50%は当然という流れになってきています。

カバー率と複雑性は診療科の数が変わらないとまず変わりませんし、地域医療係数も基本的には

人件費など必ずコストがかかりますから、努力でなんとかできるのが後発品だけです。

岡崎 後発品は切り替えるタイミングを考える必要があると思います。

藤森 たしかに先発品を残しておく使いやすいので使ってしまいますよね。ある日から「これはもうありません」としない限り中々切り替わらないです。うまくいっている病院では、単価が安くて数量の出る薬剤から後発品に切り替えていると聞きます。

■BSCで経営管理

鈴木 ここで全体の話をしさせていただきます。当院ではBSC(バランスト・スコアカード)※という仕組みを、取り入れています。BSCは全診療科が作ります。BSCの作成の際に、各診療科に対して患者数や手術件数などの医事統計のほか、DPCの簡単なデータを持っていきます。DPCデータとしては、症例数や入院期間の割合、医療資源投入量、そして



岡崎氏

包括出来高差異などです。

ここでも全診療科に話をする際に、BSCという経営管理手法が、うまく機能していると思います。

藤森 なるほど。そういう土台があるわけですね。そして臨床寄りのデータをDPCで、より深く持つていくわけですね。



久保氏

鈴木 ただ、全診療科にDPCの深い部分まで持つていけるかというのが体制的に難しく、これからというのが現状です。

■神奈川県下のⅡ群病院を目指して

鈴木 当院は、中長期のビジョンで高度急性期病院になることを掲げています。ただ、平成26年度の診療報酬改定では、Ⅱ群になれませんでした。理由は、臨床研修医の数が足りず、実績要件2を満たせなかっただけでした。引き続き、高度急性期病院を目指して、診療密度、外保連指数、複雑性を高める戦略を中長期計画のなかで検討しています。

藤森 でも、神奈川県は激戦区なのでⅡ群になったら辛いのではないのでしょうか。

鈴木 確かにそうですね。このままだと機能評価係数Ⅱは下がります。

藤森 貴院の場合、Ⅲ群として機能評価係数Ⅱは結構取れている気がしますが、どうですか。

田代 今後、Ⅱ群になったとして機能評価係数Ⅱを考えた時に、地域医療指数はかなり厳しいと思います。

藤森 全体的にきつくなりますね。複雑性も大きい病院が多いので下がりますし、カバー率も下がります。効率性は多分取れると思いますが救急係数も激戦でしょう。

鈴木 そうですね。そのため、中長期計画のなかで、救急救命センターや、がん拠点、災害拠点病院を目指すことも検討しています。とはいっても、今後のDPC評価分科会の検討内容や病床機能報告制度、地域医療ビジョンの策定動向などを踏まえる必要はありますね。

藤森 DPC評価分科会では、基礎係数の財源の一部を機能評価係数Ⅱの財源に振り替える検討がされています。今は基礎係数は各医療機関の平均値ですが、平均値よりも下げることにより財源を生み出し、それを機能評価係数Ⅱの財源に回そうということです。機能評価係数Ⅱを取れているところがより加算を取れるようになり、医療機関の実力が反映されやすくなります。その具体的な数量に関しては、まだ議論されていないところです。また、暫定調整係数に関して、「外してもよいのでは」という意見もありますが、病院経営の死活問題にもなるので、いきなり外すことはありませんね。

田代 そこはいきなりではなく徐々にお願したいです。そして激変緩和措置も気になる場所ですね。

藤森 それは厚生労働省も考えていますので、いきなり無くすことはしないでしょう。それでも、暫定調整係数の置き換えが平成30年で全て終わるので、その時に残っている激変緩和措置対象が約200病院あります。その病院をどうするかでしょうね。そこは病院経営が安泰になるよう考えています。

田代 引き続き、DPC評価分科会の動向をチェックしていきたいと思います。

藤森 Ⅱ群になると激戦区になりますし、後で「Ⅲ群のほうがよかった」とは言えませんので、中長期の戦略と基盤固めが重要です。

鈴木 色々教えていただきありがとうございます。このあたりは、今まさに中長期計画を策定しているので、しっかりと考えていきたいと思っています。



JMA海老名総合病院「大切にする価値観」

※BSC(バランスト・スコアカード)

組織全体で目標を達成するための経営管理ツール。職員間のコミュニケーションを活性化し、経営的な視点から問題を可視化し、職員自らが病院へ貢献することを積極的に考え行動できる組織をめざしています。



ニッセイ情報テクノロジー株式会社

■ クリニカルパスについて

藤森 クリニカルパスについてはどうでしょうか。

久保 パスについては、大体27~28%くらいの使用率です。診療報酬改定もありましたので平均在院日数の短縮が可能かを見直したりしています。

新規作成するものに関しては、MEDI-ARROWSを活用させていただいています。医師の意見では「作成が容易で件数が多いもの」という要望が多いので、症例数の多い30件で包括総収入や在院日数などを見ながら作りやすいものを、医師に提案できるようにしています。

また、看護パス委員会と協力し、医師に間接的なアプローチをかけながら院内全体に波及させて進めている状況です。

藤森 MEDI-ARROWSの分析画面の日計表ベースで、項目ごとに日にちと実施率は分かるので、そのまとまったものを提供していけばパスの土台は出来ている形です。MEDI-ARROWSでパス作りが楽になったという話はよく聞きます。

久保 パスの新規作成件数もBSCの目標に入っています。現状の治療でも、ある程度ばらつきがないものに関しては作成が容易と判断して、平均在院日数からも作りやすいパスに着目しています。

■ 医療専門職との連携

鈴木 当院の看護部では、積極的に重症度、医療・看護必要度(以下看護必要度という)データとDPCデータなどを見ながら、どうベットコントロールするかを考えています。

藤森 看護部もDPCデータを見ているのですね。それはすごいです。

田代 他病棟の新入院で看護必要度の高い患者さんを自分の病棟に入院させたいという調整を各病棟科長の中でディスカッションしています。今後、看護必要度は病棟単位の報告となるので自分の病棟が何%なのかを各病棟科長自身が認識して活動しています。

藤森 それはすごいですね。一般的に看護科長は、なるべく楽な患者さんをとろうとするものですが、ここは違いますね。

鈴木 BSCをはじめ、色々なコミュニケーションをとる機会が多いことが良いと思っています。医師、看護師、医療技術職そして事務職が風通しの良いコミュニケーションがとれているので良い方向に向かっているという実感はあります。

藤森 スタッフが話をきちんと聞いてくれる姿勢は、分析をして見せがいがありますね。

田代 報告した内容についても、疑問点があれば積極的に聞きにきてくれるので助かります。

藤森 そう思います。分析データを作っても誰も見てくれないということも結構ありますからね。

院内のコミュニケーションが良くなる文化は、おそらく10年や20年はかかると思います。これからも是非続けていってください。



左から、岡崎氏、田代氏、藤森先生、鈴木氏、久保氏

社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院

所在地 : 〒243-0433

神奈川県海老名市河原口1320

URL : <http://ebina.jinai.jp/>

病床数 : 469床 (他に集中治療室10床、無菌治療室9床)

診療科目 : 救急部、総合診療科、血液内科、呼吸器内科、腎臓内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、泌尿器科、脳神経外科、眼科、呼吸器外科、放射線科、IVR科、麻酔科、病理診断科、リハビリテーション科、歯科・歯科口腔外科

センター : 心臓血管センター (循環器内科・心臓血管外科)、内視鏡センター (消化器内科)、マタニティーセンター (産科・婦人科)、人工関節・リウマチセンター、糖尿病センター