

試行病院からのコメント（要約）

岐阜社会保険病院

- ① 在院日数が短縮した診断群分類は手術技法の進歩（腹腔鏡下手術）、手術技術の確立（白内障）、新薬の発売（胃潰瘍、十二指腸潰瘍）、クリニカルパス（ソケイヘルニア手術）による。
- ② 在院日数に変化が見られなかった診断群分類は、症状が治まりにくい疾患（メニエール）、即手術、合併症無しで退院する群（虫垂炎、子宮平滑筋腫）、生活習慣病の指導が必要な群（糖尿病）などである。
- ③ 在院日数が増加した診断群分類は、食事指導、運動療法、リハビリなどを積極的に行う群（インシュリン使用なし糖尿病、脳梗塞）などである。
- ④ 危惧された粗診粗療はない。
- ⑤ 全社連の統計では在院日数は平均化されており、一日あたりではなく一入院あたりの定額方式がより成熟した形といえる。

諫早病院

- ① 平均在院日数が短縮し、病床利用率が低下したため、救急患者に対して積極的に対応することとし、患者増を図った。
- ② 外来初診時に、DRG分類を医師がすることとなったため、診断群分類が医師に普及し、示された平均入院期間からコスト意識が目覚めた。
- ③ 出来高制では、最大収入にすることがテーマであったが、包括評価では、いかにコストを下げるかがテーマとなり、外来検査の増加、重複検査の減少、クリニカルパスにそった順序良い治療となった。
- ④ 医療材料の取り扱いについても慎重になった。
- ⑤ クリニカルパスにより治療内容や進め方について合意が得られやすくなり、患者もおおよその入院期間が知らされ短い入院期間にもクレームが少なかった。
- ⑥ 危惧された粗診粗療は、再診率・死亡率の上では従来の治療と差異が無い。
- ⑦ 社会的入院とも言える形態が一掃できた。
- ⑧ 3～5日の短期入院（小児の気管支喘息）では、割高感が強い。
- ⑨ 材料費（人工関節）の面で問題があり、また、その他、重症度の反映が不十分である。
- ⑩ 包括評価から出来高制へ逆戻りは回避したい。短期間に同一疾患の医療費が変化することは利用者の理解を得られない。
- ⑪ DPCは出来高制に近く、包括医療の基本はやはり一疾患単位ではないか。

国立埼玉病院

- ① 高齢者は重篤な合併症を発症することがあり、DRG から離脱することが多く、同じ疾患で同じ入院で治療しているのに、支払いが人により出来高と包括と二通りとなり不公平感がある。診断群分類の拡大が必要である。
- ② 退院時払いは、運営資金調達計画の立案に支障がある。
- ③ データ作成の機能の充実が必要である。

国立神戸病院

- ① DPC への移行を目指して努力していく方針である。
- ② 医師の理解を得ること、診療情報管理士などのデータを整理分析する専門職員を配置することが、求められている。
- ③ 包括制度の推進には、退院サマリーなどに関するデータベース構築が必要であり、情報提供や人材育成の支援を要望する。

国立岡山医療センター

- ① 平均在院日数の短縮は、必ずしも包括評価制度のためだけではない。
- ② 小児の包括払いは、患者家族の不満が多い。
- ③ 患者への説明責任に応えられる理論構築、制度設計が必要である。
- ④ データの精度を高めるための、人員や予算などが必要である。
- ⑤ 急性期医療の包括評価制度の推進に向けて、国立施設が率先する必要がある。

国立九州医療センター

- ① 再入院は、DRG 導入とは全く無関係に、平均在院日数短縮の必要性から多くなっている印象がある（自己血輸血での予定手術、短期の化学療法）。
- ② 検査件数については、平均在院日数の短縮、入院患者数の増加、検査件数の増加という構図がある。が、包括評価導入により検査セットの見直しなどはない。
- ③ 薬剤、医療材料については、診療密度の上昇、平均在院日数の短縮、入院実患者数の増加、薬剤、医療材料の増加という構図がある。後発品の使用は、効率化を進める一環であり包括評価だからというものではない。
- ④ クリティカルパス導入は、DRG 試行開始後1年間は見合わせることにした。導入開始は、2000年4月である。
- ⑤ 検査などの包括部分は外来で実施した方が収入は大きくなるが、紹介型医療を目指す中では、外来は縮小する方針にあり、結果として検査など極端な変化は見られない。