

2016年度改定で注目の「重症度、医療・看護必要度」生データの精度向上が今後の重点課題に

今回は、2016年度診療報酬改定でもっとも注目される「重症度、医療・看護必要度」（以下、看護必要度）について見ていきましょう。看護必要度は、もともとICU入室患者について、「どれだけ看護が必要か」という視点で設計されました。その後、7対1入院基本料の施設基準に導入される中で、「重症患者をピックアップする」ツールに位置づけが変わってきました。このため、内容の修正が繰り返されており、今後も見直しが続けられるでしょう。具体的な修正内容は「医療行政最前線」をご覧ください。

ところで、看護必要度については項目の見直しも重要ですが、より注目すべきは「生データの提出義務」が課せられた点です。DPCデータのHファイルとして2016年10月分から、看護必要度の生データを提出しなければならないのです。この背景にあるものは为什么呢。

実は、厚生労働省は最終的な目標を「重症患者を重症度、医療・看護必要度ではなく、他のDPCデータで把握できるようにする」ところに置いています。看護必要度の生データを分析すると、大半の病院で精度が必ずしも高くないとわかります。レセプトでは請求されている輸血製剤のチェックがなされていなかったり、逆にありえない項目がチェックされていたりするので、病棟看護師が果たすべき業務は多岐にわたるためどうしてもミスが生じてしまいます。これを防ぐためにダブルチェック、トリプルチェックが実施されていますが、これらは本来、看護師に求めるべき業務とは言えません。

そこで今後、看護必要度を他のDPCデータに置き換えるべく、生データをもとにさまざまな検証が行われます。そのため、各病院においては「生データの精度を高める」ことがきわめて重要になります。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第②回

株式会社日本経営 大日方 光明

退院調整・支援の実施

退院調整については各病院での独自運用ルールはありますが、おおむね「①入院診療計画の策定、②退院調整計画の策定、③計画実行・退院調整カンファレンスの実施、④情報提供書・指示書・サマリ等の作成～退院」の流れとなります。今回は①と②をとり上げ、各々の取り組み課題と着目点を見ていきます。

①の段階は、早期に入院直後のスクリーニング、対象者へのアセスメントを行ったうえで、入院時カンファレンス等を踏まえて入院診療計画を立案します。このプロセスで重要なのは、退院支援担当者だけでなく、主治医や担当看護師も患者・家族の退院後のイメージを具体化できており、かつ患者・家族と合意形成（目標の共有）がなされている点です。そうした状況をつくるには、担当者自身に「在宅分野で必要となるサービスや社会資源」に関して適切な知識やネットワーク

があり、さらに担当者が時間をかけて丁寧に合意形成を進められるようツール類を整備し、運用フローを標準化するなど、事務的負担を可能な限り減らす仕組みが必要となります。

②の段階では、①の条件をもとに在宅生活を送るために必要な支援サービス（介護・在宅医療等）のコーディネートや、その導入に向けた患者・家族指導、精神的な面でのケア等、その他必要な社会資源等の調整を退院支援計画として設定します。ポイントは、在宅等で必要となるサービスの関係者（訪問看護や訪問診療、あるいは福祉用具貸与等）の入院時からの早期介入、可能な限りシンプルな支援計画の立案です。

退院調整では、まず①、②を継続的に実行できる院内体制の確立が必須です。今回は、③と④の運用と在宅サービスとの連携について検討していきましょう。