

2016年度診療報酬改定の経過措置が終了 7対1入院基本料を 維持するため、どのような 方策をとるべきか

2016年度診療報酬改定の経過措置が2016年9月で切れたため、7対1入院基本料の届け出病院では「重症度、医療・看護必要度」への対応を本格化させなければなりません。そこで今回は、急性期病院がどのような対策を練るべきか具体的に探ってみましょう。

医療・看護必要度の見直し

⑤総合入院体制加算の実績要件等の見直し

このうち①、②では、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）の評価票見直しと、重症患者割合の25%への引き上げ（200床未満の病院では23%の経過措置あり）などがポイントとなっています。あらためて、見直し内容を整理してみましょう。

看護必要度の評価票については、▽A項目への一部追加、▽B項目の見直し、▽C項目の新設——が行われました（【資料1、2】）。

- ・A項目に「救急搬送後（2日間）の入院」と「無菌治療室での治療」（専門的な治療・処置に追加）を追加
- ・B項目から「起き上がり」、「座位保持」を削除して、新たに「危険行動」、「診療・療養上の指示が通じる」を追加
- ・手術などの医学的状況を判断するC項目を追加

また、7対1入院基本料の施設基準における「看護必要度の基準を満たす患者割合」（以下、重症患者割合）について、基準と割合の見直しが行われています。

前者の「看護必要度の基準」は、これまでの「A項目2点以上かつB項目3点以上」に加えて、「A項目3点以上」、「C項目1点以上」にも拡大します。後者の「重症患者割合」は、評価票や基準の見直しによって「重症」とカウントされる対象患者が増加するため、以前の「15%以上」から「25%以上」に引き上げられます（前述のとおり、200床未満では23%とする経過措置あり）。

この見直しにより、新たに7対1入院基本料の施設基準となった「重症患者割合25%以上」を満たすことに苦勞する病院、あるいは満たせない

看護必要度の見直しにより 病院・病床の機能分化を推進

いわゆる団塊の世代（1947～1949年の第1次ベビーブームに生まれた方）がすべて後期高齢者となる2025年に向けて、疾病構造が「急性期中心から慢性期中心」へ大きく変化するとともに、高齢者の増加にともなう慢性期医療、介護ニーズの急速な拡大が予想されます。

このため、厚生労働省は、「病院・病床の機能分化・連携の強化」と「地域包括ケアシステムの構築」を最重

要施策に位置づけており、診療報酬改定や医療保険改革、医療提供体制改革などでは、この2施策の実現をめざしています。

2016年度診療報酬改定も同様で、病院・病床の機能分化・連携を強化するために、例として次のような見直しが行われました。

- ① 7対1入院基本料等の施設基準の見直し
- ② 重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価の充実
- ③ 病棟群単位による届け出
- ④ 特定集中治療室等における重症度、

い病院が現れてきます。2016年9月までは、「同年3月31日時点で7対1入院基本料の届け出を行っている病院は、重症患者割合について基準を満たすものと見なす」との経過措置があったため、極論すれば重症患者割合が0%でも、7対1入院基本料の算定ができていましたが、同措置は同年10月に終了。いよいよ、対策を本格化しなければなりません。

新たな施設基準を満たせない場合、10対1入院基本料などへの移行が考えられ、それを円滑に進めるために②の10対1入院基本料の評価充実(加算の充実)や③の病棟群単位による届け出を可能とする措置がとられています。しかし、7対1から10対1への移行は、「病院経営の維持」、「雇用の維持」などさまざまな面でハードルが高く、容易には選択できません。結果、多くの病院では、「7対1をどう維持するか」に苦慮されているところだと思います。

そこで、7対1入院基本料を維持する対策について、看護必要度の面から考えてみましょう。

7対1の施設基準である重症患者割合を向上させる

看護必要度の重症患者割合は、「看護必要度基準を満たす日数」÷「延

【資料1】2016年度診療報酬改定における看護必要度の見直し(1)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

➤ 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上
【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理	【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療
【B項目】 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱	【B項目】 9 寝返り (削除) 10 起き上がり (削除) 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱 15 危険行動
	【C項目】 16 開頭手術 17 開胸手術 18 開腹手術 19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的筋断術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療

【資料2】2016年度診療報酬改定における看護必要度の見直し(2)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	C 手術等の医学的状況	0点	1点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—	16 開頭手術(7日間)	なし	あり
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—	17 開胸手術(7日間)	なし	あり
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18 開腹手術(5日間)	なし	あり
4 心電図モニターの管理	なし	あり	—	19 骨の手術(5日間)	なし	あり
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
7 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋断術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり			
B 患者の状況等	0点	1点	2点			
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助			
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—			
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助			
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助			
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—			
15 危険行動	ない	—	ある			

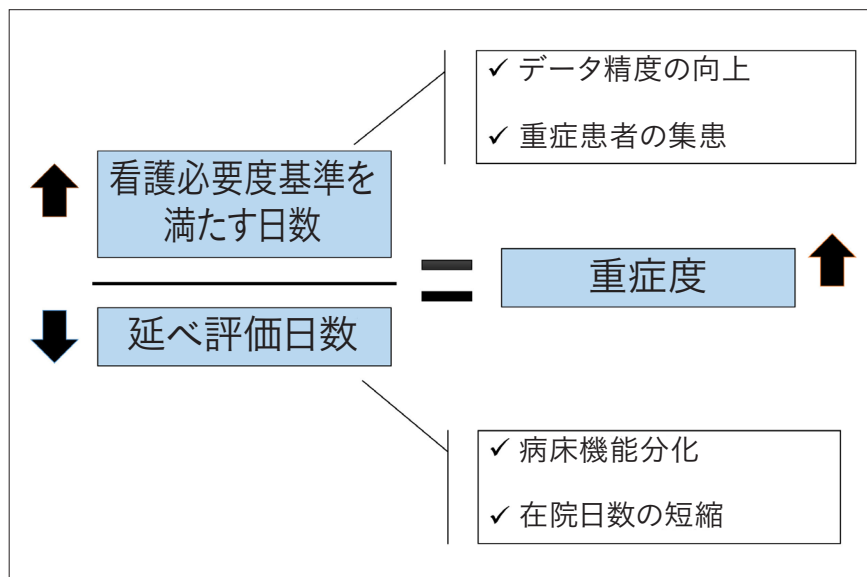
【各入院科・加算における該当患者の基準】

対象入院科・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

べ評価日数」で計算されます(【資料3】)。したがって重症度を上げるには、▽分子(看護必要度基準を満たす日数)を上げる、▽分母(延べ評価日数)を下げる——の大きく2つの考え方があります。

まず、前者の「分子(看護必要度基準を満たす日数)を上げる」方法を考えましょう。具体的には以下のようにデータ一致率を向上させる、重症な患者を集患するという方策があります。

【資料3】重症患者割合の計算式



ことが重要です。一致率が高い薬剤は、看護師に「この薬剤は看護必要度の採点対象である」との共通認識がすでにあります。一方、一致率が60～70%程度の薬剤は、一部の看護師には、そうした認識がありません。さらに、一致率がきわめて低い薬剤は、どの看護師も看護必要度の採点対象だとは見なしていないのです。

昨今はジェネリック医薬品が増えてきており、「先発品であれば対象となると認識していたが、ジェネリックに切り替わったため対象であるとわからず採点していなかった」といった事例がよくあるので、定期的に薬剤別分析を行ってみてください。3ヵ月、半年、1年と長期にわたってデータを蓄積・分析すると、その病院、病棟の傾向が見えてきます。

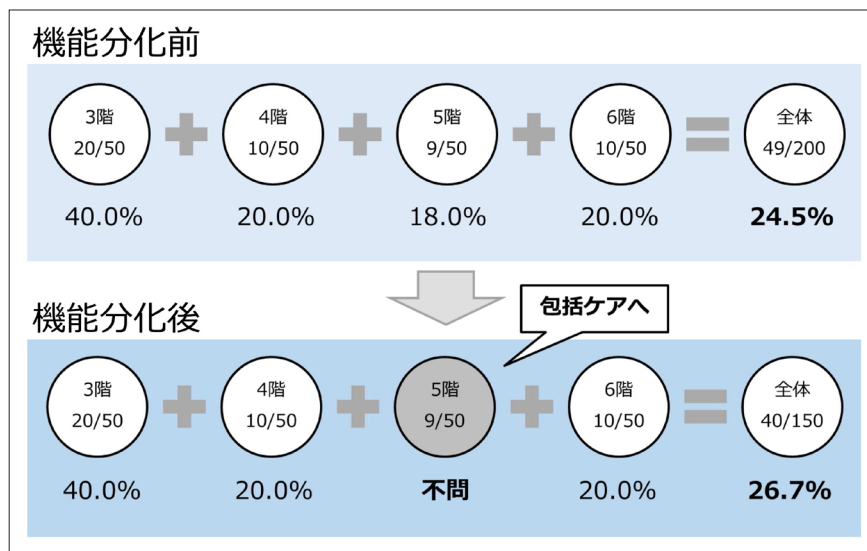
【分子を上げる方法：その2】

●重症な患者を集患する

重症な患者を集患するには、救急搬送患者の積極的な受け入れや、地域の医療機関との連携の強化などが考えられます。

紹介患者を増やすために欠かせないのが「逆紹介」です。福岡県のある急性期のX病院では、Aクリニックから紹介を受け、X病院で治療を終えた後、Aクリニックに逆紹介するのはもちろん、治療の過程で別の疾患が見つければ、それを専門とする地域のBクリニックにも逆紹介を行っているといいます。これによる逆紹介率は優に100%を超え（Aクリニックからの紹介患者をAクリニックに逆紹介すれば100%、さらにBクリニックにも逆紹介すると200%になる）、地域のクリニックや中小病院から、「紹介するのであればX病院。X病院なら確実に逆紹介してくれる」と強い信頼を勝ち取っています。信頼されれば、重症患者の集患に大き

【資料4】α病院における地域包括ケア病棟導入による重症度シミュレーション



【分子を上げる方法：その1】

●データ一致率の向上

データ一致率の向上とは、「看護必要度の基準にもとづいて、漏れなく正確に採点を行う」ことです。

調査分析によれば、請求内容と看護必要度採点状況が大きく乖離している病院が少なからず存在します。たとえば、A項目の「輸血や血液製剤の管理」については、レセプト上請求されているにもかかわらず、医

薬品によっては看護必要度のチェックがまったくなされていない製剤もあります。一致率の「分析」が経営改善に向けた第一歩です。

次に、一致率向上のためには、分析の結果を「具体的な行動（アクション）がとれるレベルにまで落とし込む」ことが求められます。例として、輸血・専門処置に関しては「薬剤別」に分析し、看護師が「どの薬剤をどのように認識しているか」を調べる

な苦労はなくなります。

また、2016年度診療報酬改定では、C項目が導入されました。C項目は術式に応じて、手術日から重症度基準を満たす日数が決まっています。ここから重症患者割合を満たせる日数の予測が立てられます。

300床、稼働率60%のY病院は、現在、重症患者割合が24.5%であるとします（重症患者割合の分母である延べ評価日数が年87,600日、分子である看護必要度の基準を満たす日数が年間21,462日）。これを重症患者割合26%に引き上げるには、分子の日数を年間22,776日にしなければならず、「1,314日」分の重症患者集患が要求されます。この1,314日について、▽開胸・開頭手術患者（7日間、C項目1点）であれば188症例、▽開腹・骨手術患者（5日間、C項目1点）であれば263症例——などと試算していれば良いのです。

もちろん、開胸・開頭手術患者を年間188症例、月にすれば15、16症例増加させることは容易ではありません。さまざまな症例を組み合わせなければならず、早期に地域連携室と協働し、目標数値を設定する取り組みが求められます。

重症患者割合の向上には 在院日数短縮も重要

次に、分母（延べ評価日数）を下げるには、在院日数の短縮、病床機能分化を行うという2つの方法があります。

【分母を下げる方法：その1】

●在院日数の短縮

在院日数の短縮は即効性があり、ポイントさえ押さえれば、すぐに始められます。ここで大切なのは、「重症度が低いにもかかわらず、延べ在

院日数が長くなってしまう疾患」群を対象に、在院日数短縮に向けた努力をしなければならない点です。

2016年度診療報酬改定でC項目が導入され、手術症例は重症度の面で有利になったので、具体的には「手術実施のない疾患群」となります。中でも▽非ホジキンリンパ腫、▽腎臓または尿路の感染症、▽2型糖尿病、▽ヘルニアのない腸閉塞——などで重症度を引き上げる効果が小さくなっています。病院によって「手術実施のない疾患群」は異なるので自院の症例の中で「延べ在院日数の長く、手術を実施していない疾患群」を洗い出し、在院日数短縮に向けた行動をすべきでしょう。

2型糖尿病について、入院日から退院日までの重症度の推移を見ると、一般在院日数は12～14日前後の症例が多く、重症度は入院初日から限りなく0%に近くなっています。では、2型糖尿病の在院日数を短縮すると、重症度はどのくらい上がるのでしょうか。

Z病院では、分母となる「延べ評価日数」は年間187,098日、分子の「看護必要度の基準を満たす日数」は年間46,400日で、重症患者割合は24.8%です。このうち2型糖尿病患者は年間160名で、在院日数が平均12.9日のため、分母のシェアは2,070日となっています。これを「平日1週間入院」となる5日間に短縮すれば、分母（延べ評価日数）のシェアは800日（160名×5日）で、1,270日短縮できます。すると短縮後の分母は185,828日となり、現在の分子（46,400日）のままで重症患者割合は25.0%となります。糖尿病疾患の在院日数短縮のみで、実に0.2%ものアップとなり、他の疾患群でも同時に取り組みを行えば、相当の効果が期待できるでしょう。

ただし、在院日数の短縮のみでは

病床稼働率が低下し、収益が低下する点にも気をつけなければいけません。空いたベッドを手術症例で埋めることを目標に、前述の「重症患者の集患」活動を推進していくべきです。これを実現できれば重症度はさらに向上し、収益性も高まります。

「在院日数の短縮」と「重症患者の集患」とは、車の両輪にたとえられます。両輪をバランス良くまわせられれば、病院経営にとって大きな追い風になります。

【分母を下げる方法：その2】

●病床機能分化

今回述べる対策の中で、もっとも大きな意思決定を要するものの、もっともインパクトが大きいのが病床機能分化を行う方策です。

複数ある7対1病棟のひとつを地域包括ケア病棟などに機能分化（移行）した場合、機能分化をした1病棟分の重症度の分母、分子がすべて消えることとなります。A病院では、病院全体の重症度は24.5%で、5つある7対1病棟の重症度は18.0～40.0%とバラつきがありました。しかし、1病棟を地域包括ケア病棟に機能分化したところ、5階病棟の数値の分母・分子が計算から除外され、重症度は26.7%となり、無事、基準を達成できました（【資料4】）。

地域包括ケア病棟の導入には、重症患者割合の向上だけではなく、「在院期間が長くDPCの日当点の低くなった患者を転棟させ、収益性を高められる」利点もあります。地域ニーズや院内の体制整備といった点を慎重に吟味し、地域包括ケア病棟の導入を検討する必要もあるでしょう。



医療ジャーナリスト

鳥海 和輝