

一般病棟の重症度・看護必要度を見直す

2014年度診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会(中医協)調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」では、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しなどを、中医協・総会に報告しました。

その検討・報告の過程で、同分科会に対し中医協の事務局(厚生労働省)から、常に「診療報酬による機能分化」の概念(図2)が提示されていました。病床数を、7対1入院基本料から療養病棟まで分けて見ると、イメージとして2010年は「杯型」ですが、それを2025年には、高度急性期を18万床、一般急性期を35万床、亜急性期等を20万床に持って行き「砲弾型」にするというプランです。そのため、7対1入院基本料算定の病床をどのように削減し、亜急性期等の病床をどのように膨らませるかが主要な検討課題となっています。また、2025年モデルを踏まえ、2014年度診療報酬改定では、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しが行われます。

まず、一般病棟入院基本料に関しては主に、平均在院日数の計算の仕方、重症度・看護必要度の項目について検討がなされています。具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する医療機関において、(1)短時間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す、(2)特定除外制度として、ある種の状態等の患者さんはこれまで平均在院日数の計算対象から除外していたが、退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に特定除外制度を廃止する、といったことが検討されています。

一般病棟用の重症度・看護必要度についてはA項目(モ

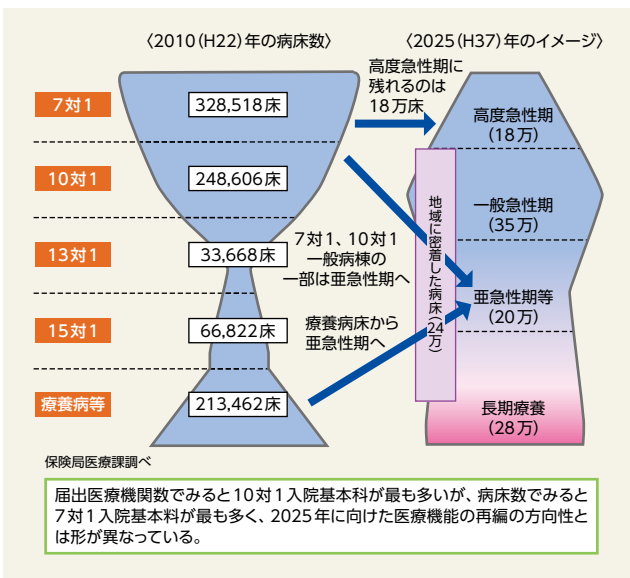
ニタリング及び処置等)とB項目(患者さんの状態等)で構成されていますが、複雑な病態を持つ急性期の患者さんに必要とされる項目は何かという観点から、検討・見直しが行われています(表)。

表 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1. 創傷処置	なし	あり	あり
2. 血圧測定	0から4回	5回以上	あり
3. 時間尿測定	なし	あり	あり
4. 呼吸ケア	なし	あり	あり
5. 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	あり
6. 心電図モニター	なし	あり	あり
7. シリンジポンプの使用	なし	あり	あり
8. 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	あり
9. 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用、 ②麻薬注射薬の使用、 ③放射線治療、 ④免疫抑制剤の使用、 ⑤昇圧剤の使用、 ⑥抗不整脈剤の使用、 ⑦ドレナージの管理)	なし	あり	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2. 起き上がり	できる	できない	できない
3. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4. 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5. 口腔清潔	できる	できない	できない
6. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

図2 診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



測定・評価が要件となるもの

	重症者*の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合10%以上 7対1の場合15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

*A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者
厚生科学研究特別研究で追加項目を検討

亜急性期入院医療が見直しへ

2025年モデルを踏まえ、亜急性期病床の新たなコンセプトは、(1) 急性期病床からの患者さんの受け入れ、(2) 在宅等にある患者さんの緊急時の受け入れ、(3) 在宅への復帰支援、という3つの機能を包含したものとされています(図3)、それについては中医協で議論が行われています。

関連する動きとして、厚生労働省医政局の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において病床機能情報の報告・提供制度についての検討が進んでいますが、ここでも「亜急性期」が争点となり、同検討会では病床機能について、最終的に、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、の4区分としています(図4)。

図3 亜急性期病床の地域医療に果たす役割

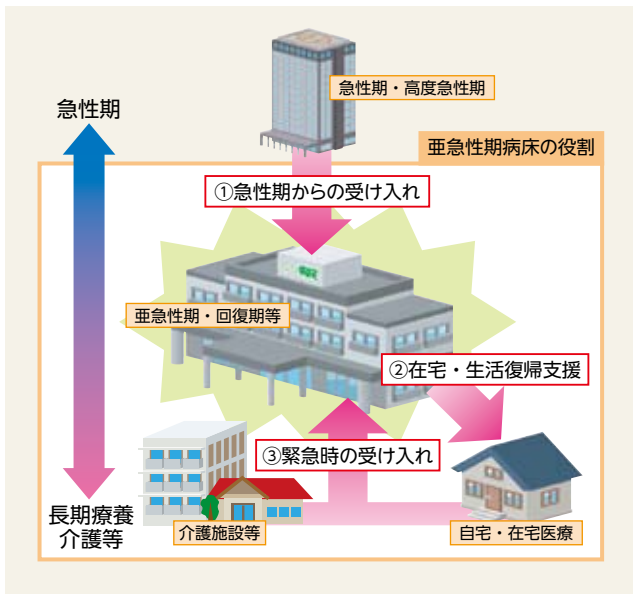
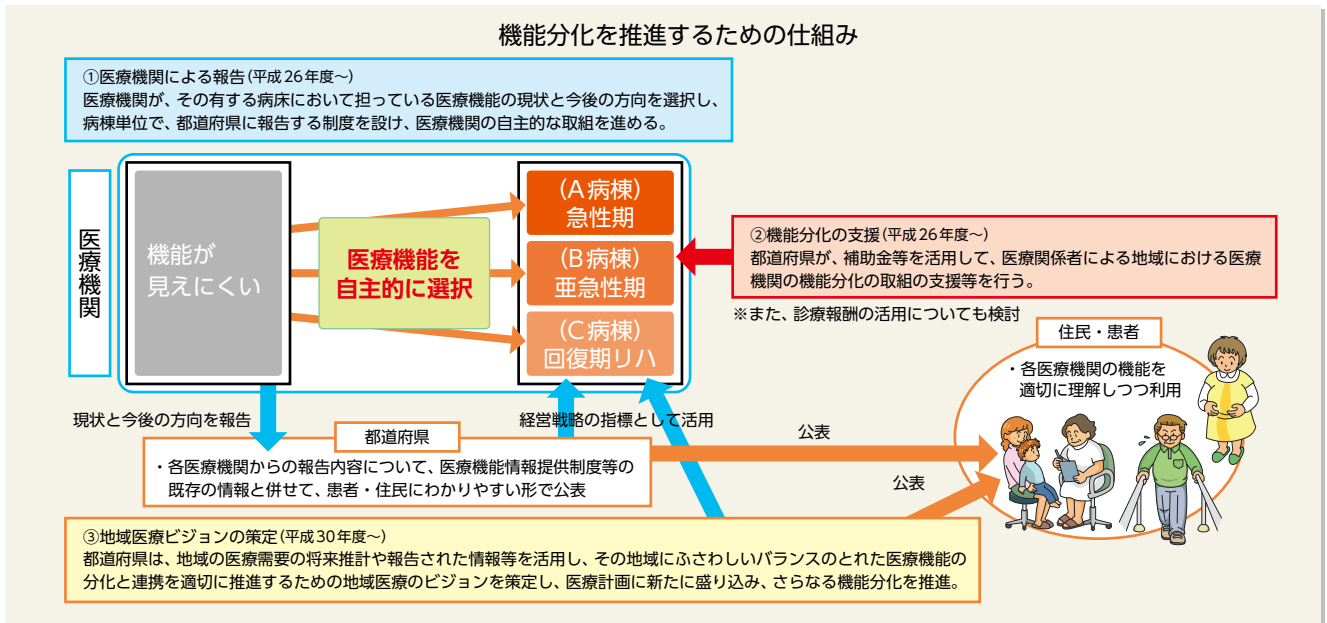


図4 病床機能情報の報告・提供制度



都道府県では、2014年度後半から各病院より病床機能についての報告を受け、地域医療ビジョンを策定し、医療計画に追記します。こうして、病床機能情報の報告・提供制度についても、2018年度からの新しい医療計画にリンクしていくことになります。

ジェネリック医薬品使用促進を提言

厚生労働省は2013年4月、ジェネリック医薬品普及のための新たなロードマップとして、新基準(現在ジェネリックが存在する医薬品に占めるジェネリック医薬品の割合)による市場シェア目標を、2017年末までに60%とすることなどを発表しました。それを踏まえ、日本ジェネリック医薬品学会では、ジェネリック医薬品使用促進のため10項目の政策提言をし、その中で2014年度診療報酬・調剤報酬改定における後発医薬品使用促進の強化として、例えば次のようなことを提言しています。

- ・ 調剤報酬における後発医薬品調剤体制加算の見直しとして、同加算における35%基準を変更強化し、40%以上(新基準で60%以上)に一本化する。
 - ・ 一般名処方をより高く評価し、現状より高い点数にする。
 - ・ 医師が「変更不可」とサインした処方せんも多いため、「変更不可」の場合はその理由を記載してもらう、などです。
- 以上をまとめると、社会保障と税の一体改革では2025年に向けての医療と介護のロードマップを示しており、それを押さえておく診療報酬改定の方角も見えやすくなります。また、2014年度診療報酬改定では病床機能分化、特に7対1の厳格化、亜急性期病床が争点になると考えられます。