

千葉大学医学部附属病院 病院長企画室長 井上 貴裕 氏

厳しい改定項目への対応は 高度急性期病棟の吟味が必須

2016年度診療報酬改定から約半年が経過した。これまでの急性期病院の動きと望ましい対応について、急性期病院経営に詳しい、千葉大学医学部附属病院病院長企画室長、病院長補佐 特任教授の井上貴裕氏に聞いた。

7対1病棟を削減し 地域包括ケア病棟に転換

2016年度診療報酬改定で医療機関が最も厳しいと感じることの1つに看護必要度があります。7対1入院基本料の要件が厳しくなり、病棟の再編などを考えている医療機関もあるでしょうけれど、病棟群単位での届け出ではほとんどなく、地域包括ケア病棟を作る動きがさらに活発になると思います。なお、病棟単位での7対1という噂もありますが、私は地域医療構想が軌道に乗るまではありえないと思います。7対1がさらに増加する可能性があることに加え、医療の質が低下するからです。

今回の改定で、地域包括ケア病棟も、手術と麻酔が出来高で算定できるようになり、より急性期的な使い方

ができるようになりました。特に、整形外科はDPCの入院期間Ⅱを超える患者さんは地域包括ケア病棟で受け入れると経済性には優れます。以前、整形外科では亜急性期病床を作りましたが、似たような動きです。

実際に急性期病院の地域包括ケア病棟の使われ方を見ると、在宅から直接や他の医療機関からの転院受け入れはほとんどありません。急性期病院を自負している医療機関は、他の後方病院になることをすごく嫌がる傾向がまだまだ見受けられます。

地域包括ケア病棟を厚生労働省の意図通りに誘導するには、7対1病棟を減らす施策と共に、在宅からの入院を何割以上などと基準を示すことが妥当です。今の地域包括ケア病棟は7対1の隠れ蓑としての存在感が強

すぎます。そして、次のステップとして地域包括ケア病棟を上記の基準を使って3区分ぐらいに分け、点数に差をつけるのが現実的でしょう。どのタイミングで実施するかは政策判断次第ですけれど。

ICUの基準もA項目が4点以上と厳しくなりました(表1)。ICUを救急で使っている、たとえば循環器内科がCCU(coronary care unit)のように使っている場合は基準を満たせなくなるケースもあります。一方で、動脈圧の測定は2点とされたため、手術室でAラインを抜かずICUまで装着してくる症例が増えるでしょう。使い方次第という感じもしますが、まっとうな利用をしない病院にはやがてメスが入るはずですよ。

ICUの入室基準を厳格化する必要

表1 特定集中治療室(ICU)等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

改定前	改定後
特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」 A項目:すべての項目が1点 該当基準:A項目が3点以上かつB項目が3点以上	特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」 A項目:「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」 「シリンジポンプの管理」が1点、その他の項目が2点 該当基準:A項目が4点以上かつB項目が3点以上
特定集中治療室管理料1・2 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上 特定集中治療室管理料3・4 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上	特定集中治療室管理料1・2 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上 特定集中治療室管理料3・4 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

がある病院は多く、場合によっては病床数を削減することやHCUへの転換を検討することが効率的でしょう。

■ 総合入院体制加算で化学療法の要件を下方修正

総合入院体制加算の区分が2から3になりました(表2)。加算1の従来のレジメン単位で4000件/年以上という要件は現実味がありませんでしたので、化学療法が1000件/年以上に下方修正されたことは妥当な対応です。

■ 所属する医療圏で異なるII群病院維持、昇格の是非

DPCでは入院期間Ⅲの設定が延びました。図に示した通り30日の整数倍になったので期間Ⅲを超える患者さんはほとんど居なくなりましたが、期間Ⅲの点数は予想したほど下がりませんでした。



千葉大学医学部附属病院 病院長企画室長
井上 貴裕 氏

ただし、このことはII群の実績要件の診療密度に影響を及ぼす可能性があります。たとえば高齢者の救急患者さんは長期入院となる傾向がありますが、最初は診療密度が高くても、その後は診療密度が低い期間に突入します。救急が多い病院では、II群の要件を満たすためには連携病院に早期の転院を促し、診療密度が

高い患者さんを中心に回転率を高めることが重要になります。

別の見方もあります。DPC II群病院に適していない医療機関は、III群として生きていくという選択肢です。

たとえば、人口密度が低い二次医療圏の医療機関は、人口減少により高度急性期医療を必要とする患者さんを集めにくくなっていきます。診療密度が低い患者さんが対象となるため、III群として救急医療係数および地域医療係数を高める選択が現実的で、地域包括ケア病棟もマッチします。

また地域完結型でなく、施設完結型の機能分化という選択もありえるでしょう。自分が属する二次医療圏の今後の人口構成や平均年齢の変化から、必要とされる病床数や病棟構成を推定し、合理的で現実的な意思決定を行うことが病院経営層に求められています。

表2 総合入院体制加算の実績要件等の見直し(一部抜粋)

	総合入院体制加算1 (1日につき・14日以内) 240点	(新)総合入院体制加算2 (1日につき・14日以内) 180点(新)	総合入院体制加算3 (1日につき・14日以内) 120点
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上	ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上	カ 分娩件数:100件/年以上
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす

図 入院期間Ⅲの第Ⅲ日の変更と点数の調整

