



東邦大学 名誉教授、
東邦大学医学部特任教授
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会 会長

小山 信彌 氏

岩手医科大学 医歯薬総合研究所
看護・政策研究部門 教授
岩手医科大学 看護学部設置準備室 室長

嶋森 好子 氏

2016年度診療報酬改定では、高度急性期に対応する7対1入院基本料の要件が厳しくなり、
医療機関の機能分化・強化、連携を一層推進するものとなった。
中央社会保険医療協議会DPC評価分科会 会長の小山信彌氏と2015年まで委員を務めた嶋森好子氏に
2025年に向けた医療機関が進むべき方向について、対談していただいた。

医療機関の機能分化・強化、連携を一層推進 望ましいチーム医療提供体制構築が求められる

今回改定に対応できるのは チーム医療を推進した病院

小山信彌氏 2016年度の診療報酬改定は、いわゆる“団塊の世代”が後期高齢者となる2025年の医療提供体制構築に向けた2回目の改定となります。1回目にあたる2014年度の改定から医療と介護の一体改革を目指してきました。

これは、在宅医療の充実を図るためのかかりつけ医、かかりつけ薬剤師、かかりつけ歯科医の推進を2016年度の改定で強く打ち出されたことからわかります。

各医療機関は医療の提供の仕方が大きく変革していることを受け止めて、それぞれの役割に応じた対応を取らないと居場所がなくなってしまうでしょう。

嶋森好子氏 小山先生がおっしゃる

通り、医療機関の機能分化と連携に向けた改定が進んできたと思います。2014年度改定するとき、7対1入院基本料を算定し続けられるかを心配していた医療機関がありました。しかし、思ったほど7対1病床は削減されませんでした。

今回の改定は看護必要度の要件が変更されたことをはじめ、インパクトが大きいものとなりました(図)。「このままでは生き残れない」と感じている医療機関が数多く見られます。

実際に、院内の病棟を急性期のみから回復期の併設に移行するとか、地域の医療機関との連携を深めて地域包括ケア病棟を設けるなど、病棟再編を含む対応がとでも進んでいるようです。

小山氏 「7対1入院基本料は高度急性期のみ」とアナウンスメントしても、

どうしたら7対1入院基本料の算定を継続できるかという視点で考えている医療機関はまだあります。

嶋森先生が例示された看護必要度でいえば、今回の改定でC項目が加わったため、外科の手術をしないと7対1入院基本料を取れなくなります。「ならば、内科の患者さんを診ずに外科の患者さんだけにしよう」と真顔で言うコンサルタントもいるようです。もし、そんなことをしたら、地域から必要とされない医療機関になっていくでしょう。

嶋森氏 このC項目をクリアするためには、一定の疾患、重症の疾患を診なければなりません。それがかなわない場合は、入院基本料の減額分を、より多くの患者さんを受け入れることで補う、そのために紹介・逆紹介を増やそうと地域での連携を促進すると



入院基本料における該当患者割合の要件と一般病棟用の「重症度、看護必要度」

7対1入院基本料の病棟

改定前 当該病棟入院患者の**15%以上**

改定後 当該病棟入院患者の**25%以上**

一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

改定前 【該当基準】 **A項目2点以上かつB項目3点以上**

改定後 【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
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抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理

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

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抗血栓塞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
- 8 救急搬送後の入院(2日間)

B項目

- 9 寝返り
(削除)
- 10 移乗
(削除)
- 11 口腔清潔
- 12 食事摂取
- 13 衣服の着脱
- 14 診療・療養上の指示が通じる
- 15 危険行動

C項目

- 16 開頭手術(7日間)
- 17 開胸手術(7日間)
- 18 開腹手術(5日間)
- 19 骨の手術(5日間)
- 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
- 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
- 22 救命等に係る内科的治療
 - ①経皮的血管内治療(2日間)、②経皮的心筋焼灼術等の治療(2日間)、③侵襲的な消化器治療(2日間)

出典：厚生労働省

いった対応を行っている医療機関も数多く出てきているようです。

小山氏 看護必要度は200床未満の医療機関の場合、25%から23%に緩和するなどの経過措置が取られています。しかし、この措置はいずれ確実になくなりますから、小手先で病床数をいじるようなことをせずに、10

年後を見据えた対策を取っていただきたい。

嶋森氏 現行の看護必要度の要件を満たしているかどうかを正確に把握するためには、チーム医療をきちんと機能させなければならないことも付け加えたいと思います。

たとえば、薬剤師が看護必要度の

項目に対応している薬を飲んでいるかを確認する手順を整えて実行することが大切になります。病名や手術ごとにどのような医療・看護が提供できるかを診療情報管理士や医事課のスタッフがリストアップしておき、手術後に医師、看護師だけでなく、薬剤師、理学療法士とこの情報を共有し

て実践する仕組みを作っておくことがとても重要です。

● 地域包括ケア病棟に 区分が生まれる可能性も

小山氏 看護師の数から見ても、どこもかしこも7対1にこだわり看護師不足に陥ることは望ましいことではありません。また、10対1だと、看護師が来てくれないという話も耳にします。

薬剤師や医療クラーク、病院内ヘルパーなど他職種のスタッフをどんどん病棟に入れて、看護師は看護師本来の仕事、医師は医師本来の仕事ができる体制を構築することこそ、今、取り組むべきことだと言えるでしょう。これによって看護師も働きやすくなるのですから。

嶋森氏 米国の事例なので、すぐに参考にできるものではありませんが、1人の看護師が5人前後の補助者を使って急性期の患者さんを看る医療機関もあります。チーム医療の重要性を示しています。

一定規模以上の医療機関では、すべて7対1の体制にしておかなければならないケースは決して多くはないと思われます。高度急性期に対応するセクションの病床数を見極めて、10対1や地域包括ケアといった病棟に転換していく検討が必要でしょう。

私が以前勤めていた病院では、急性期病棟と慢性期病棟から、急性期と地域包括ケア病棟に変更したそうです。すると、急性期は在院日数が短くて忙しいので、地域包括ケア病棟を希望する看護師も多いことがわかりました。やはり、じっくりと患者さんと向き合ってケアをする医療提供が望



PROFILE

小山 信彌 (こやま のぶや) 氏

東邦大学 名誉教授、東邦大学医学部特任教授
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会 会長

1972年東邦大学医学部卒業、1972年東邦大学医学部付属大森病院にて研修、1974年東邦大学医学部外科学第1講座研究生、1985年東邦大学医学部外科学第1講座講師、1991年東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座助教授、1995年東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座教授、2000年東邦大学医学部付属大森病院院長、2013年より現職。

「医師、看護師が
本来の仕事ができる体制を
構築すべき」

——
小山 信彌 氏

まれているのでしょうか。

小山氏 地域包括ケア病棟の役割は、ポストアキュートとサブアキュート、そして在宅復帰です。今後、データが蓄積されていくと、ポストアキュート中心、サブアキュート中心、在宅復帰中心、あるいはリハビリ中心という形で分類ができるようになると思われます。それぞれで医療資源の投入量が大きく異なる場合は、地域包括ケア病棟に新しい区分ができていくと考えられます。

● 重症度係数は役割を 果たせるように検討する

嶋森氏 DPCの機能評価係数Ⅱでは、新設された重症度係数が医療機関関係者の間でよく話題になっているようです。重症の患者さんへの対応を評価したものであるのに、このような患者さんを数多く診ていても評価されない医療機関があるようですね？

小山氏 重症度係数は基本的には調整係数をなくすためのものと私は思っていました。しかし、結果を見ると、厚生労働省が説明しているように、差額全体ではなく一部のみを評価しているのです。

たとえば、救命救急センターを持っているか、持っていないかによっても変わってきます。つまり救急医療を提供すると初めの2日間はオーバー分が全部戻されます。しかし3日目から診療密度が落ちると重症度指数も落ちてしまいます。

病院団体から重症度係数に対して、いろいろな意見が出ています。それを参考にしながら、すべて評価するのはどうすべきかを検討していか

ければなりません。

しかし、すべてのデータ検証を終えていませんが、患者さんのための救急医療を提供している医療機関はきちんと評価されているように感じています。一方で、I群の大学病院でも7病院は重症度係数が0です。0で良いとは一概に言えませんが、ある意味で効率的な医療をしている結果だと思えます。

それから、重症度係数には激変緩和措置に代わるものという役割もあります。重症度係数を新設した結果、金額の2%前後を調整する激変緩和措置が必要な医療機関は約250病院から130病院にまで減りました。この面では、重症度係数を新設した効果があったと言えます。

もちろん、激変緩和措置が必要だった130病院に関して実態を精査し、この措置はもう必要がないものなのか、また別の評価項目が必要なのかをDPC評価分科会の中で十分議論をしていく必要があります。

● 後発品の比率が上がれば先発品は使いにくくなる

小山氏 後発医薬品指数は、政府が2018年に、使用率80%という目標を立てているので、次の改定で80%となるでしょう。このとき満点を取るには、2016年10月1日から2017年9月30日までずっと80%をクリアしておかなければなりません。

現状では、全体の70%ほどの医療機関がクリアしているようです。クリアしている医療機関が80%を超えたら、この指数の役割は終わりだと思います。それぐらい多くの医療機関が



PROFILE

嶋森 好子 (しまもり よしこ) 氏
岩手医科大学 医歯薬総合研究所
看護・政策研究部門 教授
岩手医科大学 看護学部設置準備室 室長

1971年神奈川県立看護専門学校公衆衛生看護学科卒業、1993年女子栄養大学二部栄養学科卒業、1997年放送大学教養学部卒業。
1968年川崎市立川崎病院看護師、高等看護学院専任教員、1975年日本看護協会教育部研修担当者、1999年日本看護協会常任理事、2002年京都大学医学部附属病院看護部長、2007年慶應義塾大学看護医療学部看護管理と政策教授、2010年東京都看護協会会長、2016年より現職。

「改定対応ではなく 長期的視点で 体制作りを」

嶋森好子氏

後発医薬品を使っているとDPCの点数が後発医薬品の使用を前提としたものになりますから、先発品を使っていると赤字を出してしまうことになるでしょう。

DPC改定の度に、患者さんのために苦勞しているところを評価してくれたと喜ぶ病院と、逆に困る病院が出てきます。DPCは良い医療も良くない医療も合わせたすべてのデータから決められていきます。自分たちがやってきた医療がベースになっていることを忘れないでいただきたいですね。

● 改定対応ではなく長期的視点で体制作りを

嶋森氏 次の2018年の同時改定は医療と介護が一体となったものになります。今回の改定でも介護との連携が評価されるようになり、ケアマネジャーと連携する動きが見えています。また、病院からの訪問看護が評価されるようになりましたが、既存の訪問看護ステーションとの調整も必要になるでしょう。2018年を見据えて、両者のスムーズな連携を今から進めていただきたいと思います。

小山氏 “II群不要論”が出始めています。II群になるために簡単な手術はしない、医療資源の投入量が少ない患者さんは診ないといった本末転倒の状態が見られるからです。

患者さんにとって良い医療を提供していけば、患者さんに頼りにされます。II群であることや7対1にこだわる必要はありません。ぜひ、2025年に向けて、地域で必要とされている医療を提供できる医療機関に変わっていただきたいと思います。