

0-5-35

看護必要度の医事的なシステム監査の構築

石巻赤十字病院 医事課

○ながま永沼 けいすけ慶介

【目的】7対1一般病棟入院基本料の施設基準の条件のひとつである看護必要度25%について、当院の4月の値は23.33%であった。施設基準を満たさない場合の診療報酬上の減収は年間億単位で減収となり、また当院の患者構成や特性を考えると急性期病院の基準である25%以下であることは低いと考えられた為、看護必要度データの精度に要因がある可能性も否定できない事から確認を行った。

【方法】DPCデータであるHファイル（看護必要度データ）のA項目と、主にEFファイル（医事算定データ）の診療行為との突合を行い、評価の漏れが無いことを確認する仕組みをMicrosoft社のAccessを使用しチェックシステムを構築した。具体的な例として呼吸器ケアは酸素の実施がある際の評価との関連性が高く実施算定患者と評価項目の有無を精査するなどの仕組みとした。そこから抽出される評価漏れと想定される患者データを看護部へ報告し、確認・修正を行い看護必要度の見直し作業を進める運用とした。

【結果】4月のチェック前後の看護必要度の値が23.33%→25.05%となり1.72%の向上が見られ、施設基準を満たす事が出来た。

【考察】看護必要度の評価項目の入力精度について、事務側でもサポート等で可能な物として医事データとの突合を行った。しかし評価項目で医事データとの突合が可能であるものは処置行為を中心とするA項目が主であり、患者の日常生活の状況であるB項目については医事データとの突合は難しいシステムによる精査は出来ないう状況である。C項目は手術の算定患者を対象とした為、差異は見られなかった。Accessの活用についてはチェック自体の作業を省くことが可能であり、効率化の側面からも非常に有用であった。今後はシステムの汎用性を拡大し過剰評価のチェック、看護必要度の算出、傾向分析などの付加部分についても構築していく予定としている。

0-5-37

地域包括ケア病棟を活用した7対1病棟の運用について

仙台赤十字病院 医療情報管理課

○ますこ増子 やすあき育章、せき檜崎 俊春、北目久美子、伊藤 稔、高橋 利恵、齋藤 英輝、加藤 千恵、畠山喜恵子、谷藤 幸好、四ノ宮康子、広瀬 和之

【目的】当院では、平成28年度診療報酬改定以降、7対1病棟において重症度、医療・看護必要度25%の維持が困難となった。そのため、7対1病棟の安定運用を目的のひとつとして、地域包括ケア病棟の導入を検討し、平成29年3月より運用を開始した。今回は、地域包括ケア病棟導入までのプロセスと導入後の効果を報告する。

【方法】平成28年11月に病棟再編を行い、翌年1月まで地域包括ケア病棟運用開始に向けた実績期間と定めた。仮運用マニュアルを策定し、7対1病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する患者の検討を行う「病棟調整ミーティング」を立ち上げた。病棟調整ミーティングは毎日実施し、月ごとに患者転棟後の効果を検証した。平成29年3月からの地域包括ケア病棟の運用開始時は、実績期間中の検証結果を反映させ、マニュアルを策定した。また、運用開始以降は、実際に転棟した患者収益をDPCと比較するなどの検証を行った。

【結果】重症度、医療・看護必要度の推移は、地域包括ケア病棟導入前直近6ヶ月間の平均が24.6%だったが、導入後2ヶ月の平均は27.3%となった。また、地域包括ケア病棟へ転棟した患者の収益をDPCと比較した結果、平均すると1人当たり約4万円の増となった。

【考察・結語】地域包括ケア病棟の導入が、7対1病棟の重症度、医療・看護必要度25%の維持や収益増に繋がっていた。この運用を継続維持していくためには、地域住民における地域包括ケアシステムの一翼を担っていかなくてはならない。そのため、当院が地域包括ケア病棟の本来の役割を果たすために、地域の医療ニーズに積極的に応えていくことが今後の課題である。

0-5-39

医事課が行う経営改善

日本赤十字社和歌山医療センター 医事第二課

○やまだ山田 かずき和樹、中本 親吾、武次しずか

【はじめに】平成14年度にDPC（診断群分類）・PDPS（1日あたり包括支払制度）が導入され、入院診療費の包括支払方式への移行が始まった。この制度が導入されたことにより、単純に医療資源を導入し、在院日数を確保することで収入が得られる時代が終わった。現在、急性期病院のほとんどがDPC制度に参入しており、本センターも平成21年度よりDPC対象病院となった。診療データの電子化により、様々なデータが厚生労働省に提出され、診療機能の評価や診療報酬に反映されていることから、データの管理、分析等の重要度が増している。本センターでは、参入当初から医事課でデータ管理を行っており、計算業務を担当する部署でのDPCデータの分析・活用等による経営改善手法について報告する。【方法】医事課が対応することの最大の利点は、請求業務を行っていることにより各症例の診療内容を把握していること及び医師やコメディカルとの距離が近いことである。日々の業務で接する機会が多い医事課から情報提供することでコミュニケーションをとりやすく、また、具体的な改善策を提示しやすいと考えている。DPCの経営改善としては、「診療密度の増加」、「在院日数の短縮」を重点目標としている。DPC制度導入当初はデータ分析による情報提供にウェイトを置いていたが、診療部門にDPCに対する理解と協力を得るためには直接説明することが重要であると考え、現在はカンファレンスへの参加等、現場での活動に重点を置いている。また、医事課の経営改善における最重要項目は「評価」であると考え、提案した内容の数値変動を速やかに現場にフィードバックすることを心がけている。実施部門に対し結果を伝えることはPDCAサイクルを回すために必須であり、医事課が信頼を得るためにも有効である。

0-5-36

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」への貢献

伊達赤十字病院 医事課

○やまがみ山上ひろみ、小石 隆亨、阿部 克明、宮川 真直

【経緯】平成28年度診療報酬改定で、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われた。施設基準において、7対1入院基本料算定条件である「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者割合が、15%から25%となり、評価項目に関して大幅に変更となった。「DPC導入の影響評価に係る調査」においても、既存のファイルに加えて、新たにHファイルを提出する事が義務づけられた。それまで、看護部で行っていた「重症度、医療・看護必要度」の評価において25%を満たす為に、請求との相関を考慮し医事課がサポートしていく事となった。【方法】当月退院患者及び月末在院患者の「重症度、医療・看護必要度」に係る評価表を看護部に点検後、入院係へ提出する。点検後の評価表を請求情報と照合を行い看護部へフィードバック。その後、医事課でチェックソフトを用いた再点検を実行、不一致項目の分析と集計を行った。【結果】医事課が介入する事で、主に入力欄の相違、継続した処置などの入力漏れが多い事が判明した。また、A得点やC得点の過小・過大評価の防止につながった。取り組みにより平均1.4%の増加となった。【まとめ】7対1入院基本料を維持する為に「重症度、医療・看護必要度」の正確な評価は必要不可欠である。今後、25%を満たす事だけではなく、E、Fファイルとの整合性を求められる事も予想され、「重症度、医療・看護必要度」の評価において看護部と意思統一を図り精度の高い評価に向けた取り組みのきっかけとなった。

0-5-38

指定難病の疾患数増加に伴う、新規患者のリストアップと医師へのバックアップ

北見赤十字病院 事務部医事課

○はやし林 けんじ健二、真壁 寿一、安藤 慎一、佐藤 陸美

【目的】平成27年1月より、特定疾患が56症例から指定難病 330疾患となり、対象となる疾患、状態であっても医師が全ての疾患を把握する事が難しく、申請に繋がらない場合がある。対象となる患者が助成を受けられない場合、患者に経済的負担をかけるだけでなく、情報提供をしなかったとクレームになる事がある。このため、対象疾患の患者を適切に医師に伝える体制を構築することにした。【方法】疾患数が非常に多いため、人力でリストアップは難しい。このため、電子カルテシステムの登録情報からシステム的にリストアップし、業務の簡略化を実施した。一度に対象患者全てをリストアップした場合、医師の負担が多くなるため、リストアップは予約日・科別・医師別に作成することにした。予約前日、患者の病名情報に、指定難病対象疾患が登録されていたらリストアップし、医師に情報を提供するシステムを院内開発した。【結果】予約日前にリストを確認しているため、医師は必要に応じて患者説明ができ、説明を受けた患者も適切に申請に繋がると、満足度の向上、経済的負担の軽減ができています。指定難病の受給患者数増加に伴い、難病外来指導管理料の算定件数増加、申請・更新時に必要な診断書に係る文書料収入が増加し、病院の収入増にも繋がっている。

0-6-01

テーマ別ラウンドによる環境の標準化

武蔵野赤十字病院 看護部

○ひろしま廣島 ようこ葉子、渡邊 麻美、市石 和美、本郷 偉元、加藤 智之、小野 恵美、山崎 隆志

【はじめに】感染防止対策算におけるICTラウンドの要件である、「各病棟の毎月のラウンド」を実施するためには、短時間で評価し問題点を改善する仕組みが必要である。20余りの部署を効率よく回り、環境改善と標準化を進めたので報告する。【方法】前年度までに行われていた環境の問題点からICTが月毎のテーマを設定し、3-5項目に絞って環境のチェックを行った。1回のラウンドは、1部署5分程度とし7-10部署のラウンドを行った。月毎のテーマは以下の通りである。5月：手洗い環境、6月：洗浄室への防護具設置、7月：物品の洗浄消毒、8月：汚染リネンの分別と収納、9月：吸入薬の管理、10月：尿測・蓄尿の問題点、11月～：水周りの問題点確認。【結果】ラウンド状況を踏まえて、院内の感染防止対策委員会にて評価項目毎の遵守率を報告し、継続できるように改善策を議論した。その結果、外来トイレの水石鹸廃止、自動式石鹸ディスペンサーの設置、洗浄室のPPEホルダー設置、与薬用シリジンのデスポ化、リネン分別削減、ビソルボン吸入の廃止、単包化吸入薬導入、尿測カップのデスポ化などを実現した。【考察】感染管理では各部署の個別の問題点から、病院全体で共通する問題点を見つけて抜本的な解決策を示していくことが必要である。システムの改善を進めることもラウンドの成果であり、今回のラウンドの手法は有効であったと考えられる。評価項目の遵守率を測定することで、病院管理者に理解を得ることができた。今回、物品の変更、基準・手順の変更、運用の整備等を行った。ラウンド結果のフィードバックは最重要であるが、それとともに業務の円滑な遂行への配慮ができるように標準化を進めることが、感染対策の遵守率を向上させる結果に繋がると考える。