

新たな加算算定や院内の経営意識向上に活用、経営分析レポートで初の勉強会

[日本病院会](#) は 11 月 22 日、「JHAstis」(Japan Hospital Association Strategy Tactics Information System=日本病院会戦略情報システム) のユーザー会を開催しました。同事業の勉強会開催は初めて。[南大和病院](#) と [金沢西病院](#) が JHAstis のユーザー事例として発表したほか、分析担当の [グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン](#) (GHC) のコンサルタントが講演しました。

南大和病院は、総合評価加算など新たに複数の加算算定の見通しがついたこと、金沢西病院は JHAstis を軸に院内全体を巻き込むグループワークを実施する活用事例などを紹介しました。



200 床以下の病院の政策提言に

日本病院会は「見える化」の推進に向け、出来高算定病院を対象として JHAstis を実施しています。具体的には、参加病院から提供された「患者の個人情報などを匿名化したレセプトデータ」を活用し、経営改善に必要な各種データを個々の病院ごとにレポート形式で定期配信しています。

レポートは、毎月配信する「月次レポート」と「加算レポート」、4 か月に 1 度配信する「定期レポート」の 3 段構成。月次レポートは、個々の病院ごとの「主要経営指標分析」および「診療科別分析」の数字を定期モニタリングできます。加算レポートと定期レポートはそれぞれ、分析資料と関連解説文がセットになっています。加算レポートは具体的な加算算定に向けたアクション、定期レポートはベンチマーク分析をすることで各種指標における他病院と比較した際の自病院の立ち位置をデータで知ることができます。データ分析とレポート配信は GHC が担当しています。

JHAstisは現在、約150病院が参加しており、この日は約60人の日本病院会会員が集まりました。冒頭、あいさつした日本病院会で病院経営支援事業を担当する大道大副会長は、「200床以下の病院のまとまった経営データはどこにも存在しない。JHAstisの参加病院を増やすことでデータを集めて、200床以下の病院のための政策提言につなげていきたい」としました。

総合評価加算の取得へ

ユーザー事例は、南大和病院（140床＝一般10対1：100床、回復期リハビリ1：40床）が診療情報管理室の渡邊泰子主任、金沢西病院（166床＝一般10対1：92床、回復期リハビリ1：34床、療養1：40床）は森昌秋事務長が担当。まず、渡邊氏は南大和病院で総合評価加算が算定できる見込みであることを紹介しました。

加算算定に向けたきっかけになったのはJHAstisの加算レポート。これまで、総合評価加算の対応はしていなかったものの、解説文と添付のスクリーニングシートを活用すると、医師の研修さえ受ければ取得が可能であることが分かりました。これは、退院支援加算や介護支援連携指導をすでに行っていれば、追加することは容易であるという。

こうして加算算定までのアクションプランを立て、医師への説明、院内の算定フローを見直し、関係する看護部やリハビリ部門への説明を進めました。現在、算定に向けて順調に準備は進んでおり、総合評価加算で、収益増に貢献できると期待しています。渡邊氏は、「ベンチマーク分析を利用するのはとても有効。日本病院会とGHCに、JHAstisのさらなる発展に向けた取り組みに期待する」と述べました。

多職種グループワークの軸に

金沢西病院の森氏は、主に加算算定状況とベンチマーク分析の2つを軸にJHAstisの具体的な活用シーンを紹介。まず、レポート結果について、院長や事務長から朝礼、管理会議、診療会議などで伝達しています。レポート結果は、幹部職員だけでなく一般職員にも「『〇〇加算』はあまり算定できていない。加算を増やすことは病院の収入増をもたらすだけでなく、患者の早期回復、医療の質向上にもつながる。皆で取り組もう！」などとして説明し、院内全体の経営に対する意識向上に取り組んでいます。

次に、院内の多職種によるグループワークを実施することで、例えば、「どうしたら入院単価を上げられるか」などをテーマに月1回のペースでディスカッションしています。その際、JHAstisのレポートにある入院単価の診察、投薬、手術等行為別単価、診療科別単価、在院日数データを参照しています。例えば、「退院支援加算1」の算定率について、8月3.7%

と全国平均（5.5%）に比べて低水準でしたが、その後、対象者を抽出して院内の医師や病棟師長、地域連携担当看護師、メディカルソーシャルワーカーらと算定を検討しました。結果、9月から10月にかけての算定率12.4%となり、全国平均（8.3%）よりも高い水準へ改善しました。

最後に、病棟別1日単価のベンチマーク結果を見ると、全国平均を下回る部分もあります。森氏は「自院の過去データとの比較・分析はある程度できていたが、『同じ尺度』で他の出来高病院と比較し、データがより可視化できるようになった。入院基本料や各種加算など、他院と比べ、まだまだ算定が物足りない項目について早く気づけるようになった。これら院内の共通理解をさらに促し、より一層、病院を盛り上げていきたい」と今後の意気込みを語りました。

数字は常にシンプル思考でチェック

GHCからは、JHAstisの活用方法についてアソシエイトマネジャーの澤田優香氏が、重要経営トピックス「重症度、医療・看護必要度」についてマネジャーの富吉則行氏が講演しました。

澤田氏は「数字を読み解く～JHAstisレポートの有効な使い方～」と題して講演。JHAstisレポートを活用するに当たっての「『数字』の考え方」とレポートの解説をしました。

まず、数字の考え方については、常にシンプル思考でチェックすべきとして、2つの視点に着目するよう強調しました。1つ目の着眼点は「実際の数字」「目標の値」「他病院の平均値（中央値）」——の3つの数字を常にチェックするよう指摘。現状を知り、目標を明確化した上で、他病院と比較した自病院の立ち位置を知ることが、アクションする上でのスタートラインとなるからです。次にどの数字を見るべきかですが、最重要経営指標は医業収益を決める「延べ患者数」と「1日単価」です。そのため、何よりもまずはこの数字に着目し、ここから「延べ患者数や1日単価の増減は何が影響しているのか」と掘り下げて分析する視点が、効率的な改善活動の近道となります。

数字の考え方を説明した上で、各種レポートを解説。特に、他病院との比較は重要で、定期レポートにある具体的な項目別の他病院比較の一覧は、自病院に足りないものを整理していくと、それはそのままアクションプランとして成立します。講演の最後に澤田氏は、経営学者ピーター・ドラッカーの著書「未来企業」にある「外の『変化』を知らなければ時代に置き去りにされる」の一文を紹介しつつ、ベンチマーク分析の重要性を訴えかけました。

看護必要度データ、病院全体で取り組みを

富吉氏は「看護必要度データの精度向上で病院大編成時代を生き抜く」と題して講演。看護必要度は、2016年度診療報酬改定において、一般急性期病院にとって最も大きく見直された項目の一つです。重症患者を受け入れている10対1病棟の評価は点数が上がったものの、「看護必要度加算1」の重症患者割合は15%以上から24%以上に、「看護必要度加算2」は10%以上から18%以上へと基準値も厳しくなりました。

今回の看護必要度の見直しで、基準値の引き上げ以上に大きな見直しがあり、生データの提出義務化です。看護必要度のデータは、多くの病院で精度に問題があることが、GHCの調査で分かっています（関連記事『[看護必要度、「データ監査」に衝撃 相澤病院、教育と仕組み化で精度を大幅改善](#)』）。データの精度を向上させないと、今後は当局に精査された際に基準を満たしていないことが発覚し、加算を算定できないという事態にもなりかねません。そこで富吉氏は、精度向上に向けて「意識」「知識」「仕組み」の3つの視点で取り組むことが重要としました。

意識と知識については、現場の看護師が正しい看護必要度データの記入について知り、データ記入の重要性を理解してもらうことと言えます。しかし、仕組みについては看護師の意識や知識だけでは十分とは言えず、院内全体を巻き込んだ取り組みが必要です。富吉氏はある公立病院が看護必要度データの精度向上に取り組んだ事例を紹介。精度向上のための院内のワーキンググループを立ち上げ、いくつかの作業班に細分化し、それぞれが責任を持ってマニュアルやチェックリストを整備していき、経験が少ない看護師でも継続して精度の高い記録ができる仕組みを構築していきました。富吉氏は、「看護必要度は看護サービスの質と量を図る指標であり、看護職員配置におけるエビデンスになる重要なデータであるため、院内全体での取り組みが欠かせない」と強調しました。