

入院医療における課題と今後の方向性を整理

中医協・総会（会長：森田朗・国立社会保障・人口問題研究所所長）は 3 月 4 日、2016 年度の診療報酬改定に向けて入院医療の課題と論点を取り上げ、意見交換を行った。

■さらなる機能分化が必要な急性期病床

急性期については、病床の機能分化と在宅復帰などが論点として挙げられた。

前回改定で要件の厳格化による一般病棟 7 対 1 入院基本料の絞り込みが行われた結果、改定前の 2014 年 3 月に同入院基本料を算定していた病床（約 38 万床）は改定後の同年 10 月には約 2 万 8,000 床減となった。しかし同時に、7 対 1 以外の入院基本料を算定していた病床から 7 対 1 に移行した病床が約 1 万 3,000 床に上ったことで、実質約 1 万 4,000 床の減少にとどまり、約 36 万 6,000 床となった。

同入院基本料の病床数について白川修二委員（健康保険組合連合会副会長・専務理事）が「あまり減っていないので残念。さらなる機能分化が必要だ」と述べる一方で、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「10 月のデータで判断するのは拙速。改定影響調査の本報告の結果が出てから議論すべき」とし、中川俊男委員（日本医師会副会長）も同調した。

また、「重症度、医療・看護必要度」について万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は急性期の評価の在り方について「指標は平均在院日数や『重症度、医療・看護必要度』だけで十分なのか」と発言した。

■回復期リハ病棟、受け入れ患者の状態にばらつき

回復期リハビリテーション病棟については、2003 年には約 2 万 2,000 床だった同病棟の病床数は 2013 年の時点で約 6 万 7,000 床と 10 年で約 3 倍に増加し、休日リハビリテーション提供体制加算とリハビリテーション充実加算が新設された 2010 年度改定以降はリハビリ提供単位数も急増している。その一方で、同病棟が受け入れている患者の状態やリハビリの効果に関しては医療機関の間でばらつきが見られることから、同病棟の機能が適切に発揮されるような評価の見直しが論点となった。

なお、2014 年度改定で新設された地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出は 2014 年 10 月の時点で約 2 万 5,000 床となっていることも報告された。

■患者の状態に適した慢性期入院医療の評価を

慢性期については、療養病棟入院基本料において、同じ医療区分でも同入院基本料 1 と 2 では患者の状態が異なるケースが多く見られることから、患者の状態に適した入院医療を行うための評価の在り方が論点の 1 つとして挙げられた。また、在院日数が長いほど病状の見通しが変わらない患者が多く、死亡退院の割合も増える傾向があることから、長期入院患者の在宅復帰も論点となった。