

2. 中医協での審議と重点項目

全日本病院協会会長 ・ 中央社会保健医療協議会委員

猪口雄二

平成 30 年度診療報酬改定は、極めて多くの改定項目がある。まず、入院基本料の考え方が変わったことである。「一般病棟入院基本料」は「急性期一般入院基本料」と「地域一般入院基本料」に分けられた。さらに、従来の 7 対 1 看護と 10 対 1 看護の間の区分が設けられ、急性期一般入院基本料は 1 から 7 までの 7 分類となった。

また、重症度、医療・看護必要度はいわゆる認知症・せん妄を評価することで、約 4-5% 基準値が上がった (I)。そして、DPC データを用いた計算が新たに創設された (II)。この大きな変更には、多くの医療機関は対応しきれていないが、急性期一般入院基本料 2, 3 になるためには、この (II) による判定を用いることとされた。さらに、同基本料 2, 3 は、看護基準は 10 対 1 でよいとされている。

ただし、今回の改定は、まだ過渡期の変更と考えられる。今後、中医協の入院医療等の調査・評価分科会が再編され、DPCワーキンググループと診療情報・指標等ワーキンググループとなる。この後者において、重症度、医療・看護必要度はさらにバージョンアップされるであろう。

地域包括ケア病棟 (入院医療管理料) は、その 1 が設けられた。地域の医療・介護連携をより強化する形となっているが、要件はかなり厳しくなっている。また、200 床未満しか取れない加算であり、地域に密着した中小病院の姿を示すものと考えられる。

療養病棟入院基本料に関しては、25 対 1 看護の廃止があり、その姿は大きく変わった。20 対 1 が基本であり、医療区分 2, 3 が 8 割、5 割で区分された。さらに、入院基本料であるため、複数病棟を持つ場合には、どちらか一つしか選択できなくなっており、かなり厳しい変更と言えよう。

さらに大きく形が変更されたのは、在宅復帰率の考え方である。前回の改定までは、療養病棟、老健施設の在宅復帰加算がある施設に転院させることで、7 対 1 病棟、地域包括ケア病棟の在宅復帰率に計算上加えられていたが、今回はこの考え方が無くなっている。このことは、病院間連携、病院介護連携の姿を変えるものではないだろうか。

その他、入退院支援、ACP、等、重要な変更点が多く存在している。今回、これらの議論の過程を踏まえ、要点をお話したい。