

2014 年度改定の骨子案を概ね了承 パブリックコメント募集へ

1 月 15 日の中医協・総会（会長：森田朗・学習院大学法学部教授）では、2014 年度診療報酬改定に向けた田村憲久厚生労働大臣の諮問書が提示され、改定率と基本方針に基づき答申を行うよう要望する旨が伝えられた。また、続いて事務局が示した現時点の改定の骨子案を基にこれまでの議論の整理を行った。

事務局は、重点課題 1 項目・改定の視点 4 項目で主に構成される基本方針に沿って各論点と検討状況を整理。重点課題「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」では、入院医療に関する見直しとして今改定の目玉である急性期病床の機能分化に向けた論点を挙げた。具体的には、一般病棟 7 対 1・10 対 1 入院基本料算定病棟等における①特定除外制度の廃止、②重症度・看護必要度の見直し、③短期滞在手術基本料の見直し、④在宅復帰率に関する基準の新設、⑤DPC データ提出に関する基準の新設——など。

①について、中川俊男委員（日本医師会副会長）は「2016 年度改定に向けた議論の際に 7 対 1・10 対 1 の特定除外制度の廃止が本当に正しい見直しだったか検討すべき」と強く要望し、事務局は答申書の附帯意見に記載すると応じた。

また、②に関連して、一般病棟入院基本料やハイケアユニット入院医療管理料で使用する重症度・看護必要度、特定集中治療室管理料で使用する重症度の評価指標について、より分かりやすく名称を統一することが鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）より提案された。事務局は今後検討するとしながらも、骨子案の修正は行わない方向となった。

■薬剤師による分割調剤の試行的導入は見送り 診療側が強く反対

改定の視点の 1 つである「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」に挙げられていた、長期処方患者に対し薬局薬剤師が分割調剤を行う仕組みの試行的導入については、診療側委員の強い反対を受け全文を削除することが了承された。

同案は的確な投薬管理・指導の推進を目的としており、大規模病院で長期処方された患者の残薬状況等を地域のかかりつけ薬局の薬剤師が把握し、必要に応じて主治医と連携しながら日数分の処方を分割調剤するというもの。残薬問題に薬局薬剤師が関わり無駄を削減することや、病院や薬局の機能分化等を趣旨としていることを事務局が説明したが、診療側委員からは「残薬確認したら受診勧奨し、医師が処方変更すべき」「処方の責任の所在が曖昧になる」と否定的意見が相次いだ。一方、三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）は論点自体に異論はないとしながらも診療側委員の意見に理解を示し、「仕組みづくりをうまくやらないと逆インセンティブが働く恐れもある」と慎重な姿勢を見せた。また、白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）も「議論が不十分で試行的導入は無理がある」との見解であったため、今回の改定における導入は見送られることになった。

改定の骨子案は、その他数カ所の表現修正や削除等の調整を森田会長と事務局の一任で行った後、1 週間程度を目途にパブリックコメントで広く国民の意見を募集する。

次回の開催は 1 月下旬予定。