

「7対1の平均在院日数短縮」めぐり対立

1月13日の中医協・総会（会長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）では、2016年度診療報酬改定に向けたこれまでの議論の整理案を概ね了承した。



2016年度改定の基本方針に沿って事務局が提示した整理案では、一般病棟入院基本料

の見直しに関連して、①「重症度、医療・看護必要度」の項目、重症者の割合に関する基準等を見直す、②7対1から10対1入院基本料へ転換する際に、病棟群単位での届出により急激な変動を緩和する仕組みを設ける、③7対1入院基本料等における自宅等退院患者割合の基準を見直す——といった項目が挙げられた。

これらについて、「平均在院日数の短縮に関する文言がない」ことをめぐり、議論が紛糾。7対1病床の削減に向けてさらなる短縮が必要と主張する支払側委員に対し、中川俊男委員（日本医師会副会長）ら診療側委員は「平均在院日数短縮は病床機能分化の手段とはならない」「7対1病床の利用率は既に減少してきている」などと譲らなかった。結果的に整理案の文言は変わらず、今後議論の場を設けるとともに、整理案を基に意見募集を行う公聴会（1月22日）において幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が問題提起することとした。

■多剤投与対策を充実

その他、「外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所を評価する」「10対1入院基本料にデータ提出に関する基準を新設する」「認知症合併患者への多職種チームによる介入を評価する」といった見直しや、薬剤関連では「抗精神病薬等の多剤・大量処方が行われている患者の評価を見直す」「患者宅にある服用薬を薬局に持参させて残薬削減等に取り組むことを評価する」「多種類の内服薬を服用している患者について取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合を評価する」などの多剤投与対策が盛り込まれている。

なお、診療側委員から反対されていた薬局における分割調剤の実施については、「やむを得ない事情がある場合等に活用することを可能とする」などと表現された。

整理案は一部文言の修正を行い、公聴会・パブリックコメント（1月13日から1月22日まで募集）も踏まえ、具体的な点数設定の議論に入っていく。

■「オブジーボ」追加適応をDPC高額薬剤に

会合では、DPC の高額薬剤に「オブジーボ点滴静注 20mg・100mg」（一般名：ニボルマブ（遺伝子組換え））を加えることを了承した。次の高額薬剤の判定時期が診療報酬改定に合わせ 4 月となっているが、同剤による新たな治療機会を提供するため、例外的に早期の対応を行ったものとなっている。

DPC の高額薬剤追加が了承された医薬品（適用は官報告示日からとなります）

[DPC 対象外となる診断群分類は割愛しております。
なお、詳細につきましては、官報告示後、弊社ホームページ内でご案内いたします。]

●2015年12月17日に新たに効能が追加された医薬品

| 銘柄名 | 成分名 | 会社名 | 効能・効果 |
|---------------------------------|-------------------|--------|-------------------|
| オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg | ニボルマブ (遺伝子組換え) | 小野薬品工業 | 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 |

※中医協の資料を基に作成

■病院合併後のDPC継続参加を了承

DPC 対象病院である加賀市民病院と山中温泉医療センターが 2016 年 4 月 1 日に合併した後も、DPC 制度に継続参加することを了承した。両院は合併後、「加賀市医療センター」（石川県加賀市）として DPC 算定病床数 255 床になる予定。