

## 中医協概要報告(2023年6月14日開催) (第546回総会)

中医協総会が6月14日に開催され、①先進医療会議及び患者申出療養評価会議からの報告について、②最適使用推進ガイドラインについて、③費用対効果評価専門組織からの報告について、④令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主なご意見について、⑤働き方改革の推進について(その1)を議題として議論の上、了承された。

冒頭、マイナンバーカードと保険証の誤紐づけ問題に関連して、支払側と診療側の両委員が見解を述べ、それぞれの対応について発言した。これを受けて厚労省担当者は事案の発生について陳謝するとともに現状認識と今後の方針について報告した。なお、この件に関する質疑応答は行われなかった。

議題に対する委員からの意見は⑤働き方改革の推進に集中し、2024年4月から適用される医師についての時間外労働の上限規制を念頭に置いた課題と論点について議論された。

また、今回をもって公益側の秋山美紀委員(慶応義塾大学環境情報学部教授)が退任された。

### マイナンバーカード誤紐づけ 「ヒューマンエラー前提」の認識を継続—厚労省

松本真人委員(健康保険組合連合会理事)は、保険者による誤登録によって他人の資格情報に紐づく事案が発生したことを「真摯に受け止める」とし、「登録済データの点検作業を実施している」と報告した。長島公之委員(日本医師会常任理事)は、マイナ保険証によるオンライン資格確認は今後の医療DXの基盤だとした上で、「正確にデータが登録されていることが大前提」と指摘した。厚労省の水谷忠由医療介護連携政策課長は事案の発生について陳謝する一方、「人の作業が介在する仕組みである以上、何らかの誤りが生じることを前提として対応していく必要がある」との認識を示し、対応窓口の整備などを含め、迅速に問題を対処できることが重要だとした。

厚労省は13日の記者会見で、誤紐づけの事案が2022年12月から2023年5月22日までに60件発生し、その内4件で受診歴や薬剤情報など閲覧されたことを発表したが、保団連調査では26協会・医会で85件の誤紐づけが報告されており、公表された数値は氷山の一角だと考えられる。こうした事案はいずれも投薬・治療情報の取り違えの危険性をはらんでおり、疾病の急性増悪やアナフィラキシーをはじめ重大な医療事故につながるおそれもある。「医療の質向上」を追求するならば、直ちにマイナ保険証を利用するシステムの運用を停止すべきだ。

### 2024年度改定に向けた意見交換会における主な意見、その他—報告事項

先進医療会議から先進医療Bとして「着床前胚異数性検査」、患者申出療養評価会議から「肺悪性腫瘍(転移性・原発性)、縦隔悪性腫瘍・胸膜悪性腫瘍・胸壁悪性腫瘍」について報告され、了承された。最適使用推進ガイドラインでは「ニボルマブ(遺伝子組換え)」について改訂され、了承された。費用対効果評価専門組織からは、医薬品・医療機器等の費用対効果評価案として、「Micra 経カテーテルペーシングシステム(Micra AV)」、「Expedium Verse Fenestrated Screw システム(脊椎内固定器具)」、「リフヌア錠45mg」について報告があり、了承された。

2023年3月15日、4月19日、5月18日に開催された「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」における主な意見について報告された(意見の内容については報告資料及び該当の中医協

概要報告を参照されたい。安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は報告内容について、「医療と介護の役割分担を明確にすることが重要」とし、要介護の高齢者に対する急性期医療は介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は一般の急性期医療に重点化していく必要性を再度強調した。高町晃司委員（日本労働組合総連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は「スモンの医療費は無料であると福祉現場で理解されていないため、医療現場の誤解で医療費が請求された場合に、利用者に医療費の負担をそのまま伝えてしまう」など利用者が困難を抱えた事例を挙げ、「医療と福祉の連携を通じて相互理解を深め、切れ目のないサービスを提供することが重要だ」と発言した。長島委員は趣旨に賛同し、「しっかりと取り組む」と述べた。

### 働き方改革 診療報酬上の評価で意見相次ぐ 地域医療体制確保加算、医療従事者の処遇改善など

厚労省の眞鍋馨医療課長は働き方改革の推進について、医師の勤務時間等の現状を報告するとともに、診療報酬におけるこれまでの取り組みとして、(1)医師の働き方改革に係る取り組み（①地域医療体制確保加算、②勤務環境に特に配慮を要する領域への対応、③働き方改革に係る環境整備等の推進、④多様な勤務形態の推進）、(2)タスクシェア・タスクシフト、(3)医療従事者の負担軽減等一に対する評価の課題を整理した。2024年4月から医師についての時間外労働の上限規制が適用された後も、特例で年1860時間とされる上限規制が将来的には縮減方向であり、継続的な取り組みが求められる。そうした中でこれまでの対応を踏まえた評価のあり方が論点として示された。委員は総論に概ね賛同したが、各論となる診療報酬上の評価についてはそれぞれの立場からの意見が相次いだ。

診療報酬におけるこれまでの取り組みを整理したもの

	1) 医師の働き方改革に対する評価				2) タスクシフト、タスクシェアに対する評価	3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価
	① 地域医療体制確保加算	② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	③ 働き方改革に係る環境整備等の推進	④ 多様な勤務形態の推進		
H20年度			入院時医学管理加算（現総合入院体制加算）等において病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価（3つの診療報酬項目）		医師事務作業補助体制加算の新設	
H22年度			評価対象となる項目を拡大		看護補助者の配置の評価を新設 栄養サポートチーム加算等を新設	
H24年度					病棟薬剤業務実施加算を新設	
H26年度		手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し			対象病棟の充実、評価の充実、の拡大	
H28年度		重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大		産休・育休等に係る常勤要件の緩和 脳卒中ケアユニットの夜間の医師の勤務体制の緩和		産休・育休等に係る常勤要件の緩和
H30年度			総合入院体制加算において効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 評価の対象となる項目を整理	常勤要件の緩和の拡大等	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(必要度Ⅱの導入) 業務の効率化・合理化 総合入院体制確保加算において、効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 評価の対象となる項目を整理	
R2年度	地域医療体制確保加算新設				特定行為研修の評価を導入	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(8項目評価方法の見直し)
R4年度	施設基準の見直し					

#### (1)医師の働き方改革

##### 「地域医療体制確保加算」の効果に疑問 継続の是非を議論

支払側の松本委員は2022年度改定で導入した「地域医療体制確保加算」について、「算定病院で時間外労働時間が月80時間以上の医師の割合が時系列で増加しており、政策効果に疑問があると言

わざるを得ない」と指摘し、「加算の継続の有無を含めて議論が必要で、続けるならば要件の見直しは必須だ」と主張した。来年4月の改革開始後は「実績を要件にしていくべき」だとし、「来年度以降、どのタイミングで加算を廃止していくのか、期限の明確化も重要な論点だ」と述べた。安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）、眞田享委員（経団連医療・介護改革部会長代理）らも、加算の効果に疑問を呈した。

これに対して診療側の長島委員は、「働き方改革は始まったばかりで、この先も十数年にわたり継続的に行われる」と説明し、加算の廃止は「あってはならない」と訴えた。その上で、「医療機関が改革を進めるには財源が必要だ」と強調し、診療報酬や基金によるさらなる後押しを求めた。

地域医療体制確保加算の施設基準は、救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上（年間1,000件以上かつ別に定める加算の算定か管理料に係る届出をしている医療機関でも可）であることといった厳しい要件があり、要件緩和を求める声が病院の現場から上がっている。

### **宿日直許可は「実態に応じて個別判断」 支払側「ICUでの宿日直あり得ない」**

島弘志委員（日本病院会副会長）は宿日直の許可基準について、専任の医師が常時勤務するICUにおいて、夜間に宿日直許可を得た医師のみが勤務することはないことを前提とした上で、「本来宿日直が許可されない医師に許可が下りることが常態化すれば改革に逆行しかねない」との懸念を示した。現在の許可基準は「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること」など、2019年の労働基準局長通知で示された要件を満たす必要があり、島委員は「それぞれの治療室の実態に応じて、ICUの施設基準についても宿日直との関係が明確になるよう見直していくことが必要」と主張した。関連して、小規模の新生児特定集中治療室管理料（NICU）や総合周産期特定集中治療室管理料（MFICU）について、「業務量や担当する医師数の実態などから、宿日直で対応することが可能な治療室があることも考慮すべき」と発言した。

発言に対して松本委員は、「重症度の高い患者が入院しているICUでは、専任の医師が治療室内で常時勤務していることが高い診療報酬の前提となっている」と指摘し、「一部のICU等において、宿日直許可を得ている可能性があることには驚いている。ICUで宿日直はあり得ないことを明確化するとともに、診療報酬において、宿日直で対応できる業務を整理すべき」と述べた。

厚労省はICUについて、「当該施設の診療の実態、医師の勤務実態などから、施設基準を満たしているかどうか判断される」とし、「現在の制度では、宿日直許可を得られるのか、施設基準を満たしているのかについては、実態に応じて個別に判断される」と説明した。次期改定に向けて、治療室の役割、診療の実態、配置されている医師の勤務実態なども踏まえ、施設基準の見直しも含めて、宿日直許可との関係をどう整理するか、中医協で検討していく方向性を示した。

### **産前産後休業取得時等の対応 さらに柔軟な働き方ができる体制を求める声**

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、2016年改定で導入された産前産後休業取得時等の対応について、「現在も常勤扱いとならないことで穴埋めとして常勤医が追加で必要になる事例が多い」と話し、要件に一定の制限を設けた上でさらに柔軟な働き方ができるように「きめ細やかな対応を」と求めた。

## **(2)タスクシェア・タスクシフト**

### **特定行為研修 修了者数の伸び低調 日慢協「慢性期や在宅に活躍の場」**

池端委員は特定行為研修修了者数の推移について、「目標値と比較して伸びが低調だ」と指摘し、

安藤委員からも同様の指摘がされた。池端委員は研修修了者について、「急性期だけでなく慢性期や在宅の現場で活躍する」と述べ、勤務時間を減少させるためにも一層の増加が必要だとした。

### **薬剤師の積極活用 病院薬剤師の処遇改善求める声多数**

薬剤師をチーム医療に参画させるなど積極的に活用する取り組みについて、複数の委員から効果を評価する声が上がった。森昌平委員（日本薬剤師会理事）は病院薬剤師の業務について、「医師の負担軽減策として、投薬に係る患者への説明や患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供、処方提案または服薬計画等の提案などが高く評価されている」と報告した。病棟薬剤業務の効果が示される中で、病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院が病院全体の約2割と低いことを指摘し、病棟薬剤業務を行っているにもかかわらず病床規模が小さい病院で算定しづらい現状の解決を求めた。池端委員は病院薬剤師の担い手の少なさを指摘し、一般的な薬剤師との給与格差を是正する報酬評価が必要だとした。安藤委員は薬剤師の処遇改善に関連して、2022年に実施された看護職員処遇改善評価料について、改善措置の対象であるコメディカルに薬剤師が含まれていないことを疑問視し、「対象に含めて給与を少しでも引き上げるべき」と述べた。

### **病院における歯科医師の活用・連携強化を一日歯**

林正純委員（日本歯科医師会常務理事）は、歯科を標榜する病院が2割と少ない中で、入院患者への口腔管理を通じて入院日数や合併症の軽減を図る観点から、病院と歯科診療所の連携さらに強化するよう求めた。

## **(3)医療従事者の負担軽減**

### **看護補助者・介護福祉士の増員課題 日看協は介護福祉士への評価に再度反対**

吉川久美子委員（日本看護協会常任理事）は看護業務補助者の従事者数が減少傾向である問題の根底に「ハローワークですら職種が認知されていない」といった認知度の低さを指摘し、看護補助者の認知度向上を目指す取り組みを紹介した。また、正規雇用の確立や業務内容の明示、教育体制の整備などが適切に行われている病院において離職率が低いことを挙げ、看護補助者の確保と定着に効果のある取り組みが広がるような評価の仕組みを求めた。池端委員は「看護補助者と介護福祉士のニーズは高まっているが従事者数が増えず不足はさらに高まっている」と指摘し、介護福祉士の処遇改善に向けて診療報酬上での対応に言及した。介護福祉士の活用について吉川委員は、「介護の領域で活躍すべき人材」だとして診療報酬上での評価に改めて反対の立場を表明した。

また吉川委員は、介護領域における「見守り機器」の活用と効果について、急性期医療など昼夜を問わず観察、処置、ケアを行うことが多い現場での効果は限定的だとの認識を示し、「見守り機器を医療スタッフの代替とすることは困難」と述べた。

以上

**<会内使用以外の無断転載禁止>**