

中医協概要報告（2023年11月15日開催）

（第564回総会）

※「第4回薬価専門部会・費用対効果評価専門部会合同部会」部分は別途報告済み。

厚労省は15日、中医協を開催し、薬価専門部会・費用対効果評価専門部会合同部会と総会が開催された。この日の総会では、「入院医療その3（地域包括ケア、回復期リハ）」と「働き方改革その2」をテーマに議論。地ケア入院料については、入院日数上限60日を減らすか、日数に応じて入院料を減らすべきと健保連が提起し、日医が猛反発した。

回りハではFIMの適切な測定に向けた取り組みが出来ていない、実績が低いなどのデータが示され、松本真人委員（支払側、健康保険組合連合会理事）から第三者機能評価の要件化を求める意見が出されたが、これにも「個々の患者にもよる。なぜ低いのかを調べないとわからない」と診療側は反論した。

働き方改革においては、「地域医療体制確保加算」の廃止をめぐる診療側と支払側が激しく対立した。松本委員の「役目は終わったので廃止は妥当」との意見に対し、診療側委員が口を揃えて「まさに来年から制度開始となる。影響が不透明なだけに絶対に反対」と譲らなかった。

その他、医薬品の薬価収載については、肥満症治療剤で持続性GLP-1受容体作動薬の「ウゴービ」を含む13成分が承認された。ただし、松本委員などからは、レセプト分析でダイエットなどの目的外使用疑いの事例などが報告され、需要の高まりから不正な給付が無いよう慎重な対応を求めた。

支払側の「加算の要件化」、「日数実績平均を上限化」、に診療側「現場分かってない」

総会では、「入院医療その3（地域包括ケア入院、回復期リハ）」について議論がおこなわれた。

松本委員が平均値からの一律な平均在院日数短縮や要件の広がりによる廃止、加算算定の不徹底による要件組み込みなど、これまでと同様にデータだけでの判断を展開する一方、診療側からは「平均値だけで見るとは安易」「実態が見えていない」と猛反発した。

厚労省からは論点として以下を提示した（文章を簡略化）。

（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- (1) 地ケア病棟で高齢者等の救急搬送患者受け入れを推進。
- (2) 短期滞在3の算定が多い地ケア病棟が、他の地ケア病棟とは異なる指標傾向がある。
- (3) 地ケア病棟入院料算定患者の1日あたり医療資源投入量（包括範囲）の推移が徐々に低下（入院料を日数でDPCや短期滞在のように階段状にさせるかなどを示唆）。
- (4) 地ケア病棟の施設基準で「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハ実績の評価や、入退院支援で介護事業者や障害事業者等との連携を強化。

（回りハ病棟入院料について）

- (1) 適切なアウトカム評価としてFIM測定のために、日本医療機能評価機構による第三者機能評価の認定を義務化すべき（現状は望ましい規定）。
- (2) 適切なアウトカム評価のために疾患別リハの1日上限単位数6単位とするかどうか。体制強化加算の届出有無で大きな差がない廃止ため廃止意見あり。
- (3) 発症後早期からのリハ提供でFIMが大きく変化するため、早期から集中的にリハ提供を促す。
- (4) 退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハ事業所等と医師・リハ専門職との実施計画書の共有や、退院前カンファでの情報共有などを通じて退院後早期のリハ提供を推進。

- (5) 栄養状態評価や定期的なモニタリングを確実に実施。
- (6) 身体的拘束を予防・最小化する取組の強化。
- (7) リハ専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、地域リハ活動支援事業等の自治体の総合事業に協力。

以下、論点で各意見をまとめた。

【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について】

(1) 地域包括ケア病棟で高齢者等の救急搬送患者受け入れを推進

長島 公之委員(診療側、日本医師会常任理事)：13対1看護配置は限界で更なる人員配置が必要。

太田 圭洋委員(診療側、日本医療法人協会副会長)：救急搬送後に地ケア病棟へ現在直接入棟している患者は5.7%で、他病棟経由の13.8%よりかなり低い結果となっているが、これは、地ケア病棟1を持つ病院は急性期病棟も持っており、救急搬送の時点で適切な入院病棟を選定しているからだと思われる。

太田：地ケア病棟1の看護職員と看護補助者は合計25.54で、急性期の29.19(筆者：急1~6の平均では33.65)よりかなり少ない。このため地ケア病棟で要介護度が高く、病態が不安定な状態の患者のケアをすることには限界がある。しかし、今回の提案は重要なので、より手厚い人的配置が可能となるよう、入院早期の加算の新設などの評価を求める。

松本：自宅等からの入棟が少なく、自院内転棟の割合が依然として多い。

木澤 晃代専門委員(日本看護協会常任理事)：地域包括ケア病棟において、高齢者等の救急搬送患者の受入促進には賛成だが、人員も含め十分な体制整備が必要だ。地ケア病棟は13対1と急性期と比較して配置基準が手薄で、特に夜間看護は2人体制だ。救急受入時には状態不安定な患者への観察治療や家族への説明、搬送元との連携等も必要なため、現状の配置では高齢者救急の十分な受入は難しい。日看協の調査でも、地ケア病棟入院料1で8.3対1と手厚い配置であり、夜間は3分の1以上の病棟で加配して対応していることも分かっている。今後の救急受入促進の際には、夜間体制も含めて看護配置の充実が不可欠だ。

(2) 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地ケア病棟が、他の地域包括ケア病棟とは異なる指標傾向がある。

長島：在宅復帰率等に、これまで短期滞在3を算定している患者が含まれるのかどうか明確ではなかったことも原因だ。

太田：地ケア病棟における短期滞在3の患者については、明らかに地ケア入棟患者との質が異なるため、算定要件の指標の計算から除外するなどの対応の検討が必要。ただし多くの病院が影響を受ける可能性があるため、慎重に検討いただきたい。

松本：いずれの場合も救急搬送の方が、医療資源投入量が多い。直接受け入れの場合と別からの経由を同等に扱うのは妥当ではない。

松本：地ケア病棟患者のうち、短期滞在3の患者が一定程度あり、中には半数以上のところもある。短期滞在3の患者が重症度、医療・看護必要度対象から除外されているにも関わらず、当該患者を受けるときで在宅復帰率実績要件をクリアしやすくなっている側面もある。この計算方法は見直すべき。

(3) 地ケア病棟入院料算定患者の1日あたり医療資源投入量(包括範囲)の推移が徐々に低下

長島：地ケア病棟の入院料算定期間は60日だが、平均在棟日数は27日程度に収まり、過不足のない必要な医療の提供と在宅連携の機能は十分に発揮されている。また、医療資源投入量が徐々に低下しているのも、退院に向けて改善する経過として当然のこと。むしろ減らなければ改善・退院に繋がらない。

長島：平均在棟日数が 66 日の回リハの対象患者と同様の入院患者も存在し、在宅復帰に向けたリハビリには一定期間を要するため、個々の患者さんの状態に応じて必要な入院期間を定めるためには算定期間内において一律に入院料を減じる意図を持って設定することは適さない。

太田：地ケアの平均在棟日数が 26.9 日なのは当然で、むしろ短縮すれば必要な退院調整が不十分になるなど、悪影響の発生も危惧される。

池端 幸彦委員(診療側、日本慢性期医療協会副会長)：(地域包括ケア入院料について) 平均在棟日数が 30 日を切っているが、この中で 2 割程度は POC (ポイント・オブ・ケア。ベッドサイドなどで行う 20 分未満程度のリハビリ) を通じて ADL を上げることで、効果向上に繋がっている。このように医療資源投入量が小さくても自宅等に退院できるような取り組みも行っている。

松本：スライド 59 で平均医療資源投入量が大きく減少し、更に徐々に減少傾向にある。医療資源投入量を適切に反映したものにすべき。また、スライド 57 で入棟期間が 60 日以上のも患者も存在しており、在宅施設への移行を促すためにも、重症患者割合の引き上げを検討すべき。

長島：入院後に徐々に低下傾向にあることからサービス量の対価とすべきという意見があったが、医療資源投入量で把握できること以外にも様々なサービスが提供されている。全く何もしていないのではなく、医療資源が少なくても必要なことをしている。例えば在宅連携による退院調整や介護保険との連携など、把握できないものがある。また個々の患者に応じて入院期間を決めるため、単純に期間で一律に減じるのは全く適さない。

(4)地ケア病棟の施設基準で「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハ実績の評価や、入退院支援で介護事業者や障害事業者等との連携を強化。

長島：介護事業者や高齢者住宅等の等との顔の見える継続的な連携が必要で、在宅医療等の実績における介護保険の訪問看護と訪問リハ実績の評価は理に適ったもので賛同する。

太田：地ケアの在宅医療実績については、医療の訪問看護・リハに介護の看護・リハの実績を合わせて評価することに異論はない。しかし在宅医療等実績要件は、入院料 1・3 必ず二つクリアすべき要件のため、基準の見直しで既存の入院料の算定ができなくなることが危惧されるため、既存の算定病院に大きな影響を及ぼさないことが確認できることを条件に賛成する。

松本：スライド 76、77 で、病院の訪問看護や訪問リハに実質的なばらつきがあり、現行の施設基準では取り組みを促す効果が少し乏しいため、訪問看護や訪問リハの実績を必須にすることも検討すべき。

松本：スライド 86 で、入退院支援加算 1 の医療機関でも、介護事業者や障害福祉事業者の連携機関数がゼロで役割が適切に果たされていない。実績要件を設けるなど、在宅復帰支援を確実にすべき。

【回復期リハ病棟入院料について】

(1)適切なアウトカム評価のために、日本医療機能評価機構による第三者機能評価の認定による FIM 評価について

江澤 和彦委員(診療側、日本医師会常任理事)：FIM 測定のための定期的な研修会開催が、第三者機能評価の認定の有無によって差が大きくなっているが、アウトカム評価を推進するためにまずは院内研修の定期的な開催が重要。

松本：第三者機能評価の認定有りの病院が、FIM の適切な評価を行っていることから、回リハ 1・3 での認定要件は「望ましい」規定から義務化を検討しても良いのではないかと。

長島：第三者認定を義務化すべきとの意見があったが、一番関係しているのは FIM 測定の定期的な研修会の開催が最大の要因で、それも義務化ではないということだ。

松本：第三者評価の義務化を述べた理由は、スライド 108 で認定の有無で差が現れているからだ。院内研修会も必要だが、もしかすると第三者評価を得るための条件としてなっていないかという懸念もあるので申し上げた。

(2)適切なアウトカム評価のために疾患別リハの上限単位数 6 単位とするか。体制強化加算の届出有無で大きな差がない

江澤：運動器疾患患者への平均リハビリ提供単位数が 6 単位以上の場合に明らかな改善が見られず、同様に体制強化加算の届出の有無による改善に大きな差がなかったとあるが、全体の平均値による評価の結果であり、個々の患者の状況や FIM の変化の分析も必要。

太田：疾患別リハの上限単位数や体制強化加算のあり方について、「運動器疾患については、リハビリ提供単位数の増加に伴う明らかな改善がなかった」とあるが、そもそも FIM は介護度の評価尺度であり、例えば、移動の評価は車椅子でも杖歩行でも同じ点数だ。階段昇降についても手すり使用か杖使用で同じ点数となる。退院後の自立生活を目指すためには、移動自立ではなく歩行の自立、また杖での階段昇降さらには再転倒予防も必要となる。FIM だけでは評価できない能力の獲得も必要。そのため、この論点を議論するためには、回復期リハ病棟の本来の目的である在宅復帰と提供単位数との関係性を評価する必要がある。資料の FIM の評価の調査結果だけをもとに運動器疾患の上限単位数を検討することには慎重であるべき。

また、体制強化加算 2 の届出医療機関は、届出無し医療機関と比較し、入退棟時の FIM に大きな差がなかったとある。しかしスライド 118 に平均在棟日数の差もあり、平均在棟日数の差や疾患別による評価を鑑みておらず、在棟日数で補正すれば加算 2 でも FIM 改善効果は加算無しより良好と読める。これだけを見直しを行うのは慎重であるべき。

松本：スライド 115 で、運動器疾患患者へのリハビリの平均提供が 6 単位以上だと FIM の変化が見られないため、6 単位までとすべき。

また、体制強化加算の届出の有無で FIM に殆ど差が無く、社会福祉士を配置したのに平均在棟日数が長くなり、期待した効果とは異なる結果となっている。またスライド 119 では、多くの病棟に社会福祉士が配置されており、この加算の役割を終えたと思われる。このため施設基準に内包化し、加算を廃止することが妥当だ。

松本：入棟時 FIM が低下し続け、重症患者割合を高くしたものの発症後早期入棟患者が増加していないし、医療資源投入量の詳細な実態分析に基づいた ADL 以外の評価軸が無い。安易にデータが改善しているという理由だけで追加評価することには明確に反対する。同様に在棟日数や在宅復帰率についても同様のことが言える。

長島：太田委員も述べた通り、FIM には把握できない効果があるということから、更に丁寧な資料の提供が必要だ。

長島：運動器疾患におけるリハビリ 6 単位も体制強化加算についても、あくまでも全体の平均値による評価のため、より精緻な分析が必要で、体制強化加算の廃止には反対だ。

江澤：体制強化加算で社会福祉士を配置してきたのは、医療機関の自助努力の経緯もあり、役割として必要なことだ。

(4)退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハ事業所等と医師・リハ専門職との実施計画書の共有や、退院前カンファでの情報共有などを通じて退院後早期のリハ提供を推進。

江澤：介護給付費分科会では、通所リハと訪問リハの実施にあたって、医療機関のリハ計画書を入手した上でのリハ計画作成を算定要件に加えること等を議論している。回復期リハ病棟に限らず、医療機関側

にはリハ計画書を提供する必要性や、退院前カンファレンスでの関係職種への参加促進について周知が必要だ。

松本：スライド 135 では、退院前訪問指導実施割合 0%の病院が 43%と高いため、ICT の活用などの工夫が必要だ。

(5) 栄養状態評価や定期的なモニタリングを確実に実施

江澤：低栄養の診断基準に GLIM 基準（低栄養世界的診断基準）を導入するのであれば、必ずしも現場で汎用されているものではないため、現場職員が受講できる研修会の開催が必要。

林 正純委員（診療側、日本歯科医師会副会長）：回りハ病棟においても、リハ・口腔・栄養管理を一体的に実施できるよう、連携のあり方の検討を求めます。

松本：スライド 149 を見ると、回りハ入院料 1 の入院時栄養食事指導料 1 の算定が 23.1%と多い一方、90%以上のところは 9.7%と極端な結果だ。一方でスライド 147 では 3 人に 1 人が特別食加算を算定しており、低栄養や低栄養リスクの患者が一定程度存在したのに入院栄養食事指導料の算定状況 0%というのは、十分な取り組みが行われていないように見える。管理栄養士を配置している以上、リハビリ計画書の栄養項目の記載を必須とすべき。

(6) 身体的拘束を予防・最小化する取組の強化

太田：身体拘束について、回りハ協会や日本病院会の報告書でも転倒率が示されており、回復期リハ中の身体機能の変化が大きい時期は、転倒リスクがより高い。つまり「よちよち歩き」の時が一番転倒しやすい。転倒による骨折等の予防のため、短期間の身体拘束のメリットがデメリットを上回ることはいえる。そのため身体拘束を一律に制限することには慎重に対応すべき。

松本：回りハはリハビリが重要なはずだが、身体拘束が行われているのは相反している。A247 認知症ケア加算と同様に、身体拘束した日に減算することも検討すべきだ。

太田：医療で行われている身体拘束の定義が皆さんの認識と乖離があるなかでの調査結果だ。スライド 160 のように、「①基準日時点で過去 7 日間の身体的拘束の実施あり」が 60%を超えるというのはいない。実際には転倒防止モニタ・センサなど、病態・状態に応じて患者をモニタリングしており、患者のプライバシーに介入する観点から、「身体抑制」としての同意書を頂いている。それが結果として「身体拘束」という括りになっているため、全くゼロとは言わないが、ここまで異常ではない。このため、一律にその制限を行うというのは逆効果に繋がってしまうことをご理解いただきたい。

木沢専門委員：スライド 157 でも身体的拘束の実施理由に、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、回復途上にある患者治療のため、また、骨折等の不慮の事故を防ぐためにやむを得ず実施しているのも実態だ。なお、病棟内で患者が転倒骨折されると看護師が訴訟の対象になることもあるため、病棟内での取り組みと同時に、今後は社会全体での議論も必要だ。

(7) リハ専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、地域リハ活動支援事業等の自治体の総合事業に協力。

江澤：回りハスタッフによる地域ケア会議参加についても、自治体の地域支援事業にリハビリ専門職を派遣し協力する点については賛同するが、地域ケア会議のみに限定するものではなく、様々な取り組みも視野に入れるべき。

・その他、議論全体に対して

松本：確かに、医療側が患者一人一人の動向を見て対応していることは承知している。しかし、中医協というのは個別ではなくマスで全体をカバーする前提で議論することだ。当然2号側の方が詳しいので我々にも限界はある。あくまでもデータに基づいて述べていることをご理解いただきたい。

江澤：マスで全体的に検討するのも必要だが、国民を支える皆保険制度であるという点も踏まえながら議論することも当然だと思っている。

長島：現場に居ない方が、集計されたデータだけで判断せざるを得ないことも当然のことだ。しかしマクロのデータでは、特に「平均値」には大きな落とし穴がある。より丁寧に分布を見て様々な条件で分かるなどの資料が無いまま、「廃止」といった強い判断をされるのは大変厳しい。

支払側の「加算の要件化」、「日数実績平均を上限化」、に診療側「現場分かってない」

総会では、「働き方改革の推進（その3）」について議論がおこなわれた。

地域医療体制確保加算については、診療側よりかねてから意見のあった「救急搬送件数年間2,000件または1,000件要件が厳しい」という声が紹介された。また、特定行為研修を受けた看護師についてはまだ現場への人数が不足していること、薬剤師業務についてもそもそも薬剤師が不足していること、医師事務作業補助体制加算についても、「緊急入院患者数が年間50名以上」や「全麻手術件数年間800件以上」などの実績要件が困難、等が挙げられた。

しかし、ここでも松本委員からは「補助金で対応すべき」「マネジメントで対応すべき」など、保険料から負担させたくないという思いだけを前提にした意見に終始した。

厚労省からは論点として以下を提示した（文章を簡略化）。

- (1) 地域医療体制確保加算について、医師の長時間労働が減少するよう要件を見直す。
- (2) 特定行為研修修了看護師を業務分担に入れることの評価。
- (3) 医療機関における薬剤師の業務について、病棟を含む幅広い業務を習得させる教育研修体制とともに、地域の病院へ出向させている医療機関を評価。
- (4) 薬剤総合評価調整加算に関して、多職種によるカンファレンスの実施を一律に求めるのではなく、多職種での情報共有・連携に取り組む実務的な要件へ見直し
- (5) 医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の適切な人事管理を推進し、医師事務作業補助者の業務範囲を明確化
- (6) 手術・処置の時間外等加算について、複数主治医制等要件の見直しとインターバルの確保を推進。
- (7) 看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について、ICT、AI、IoT等の活用とともに、患者へのケアを行う看護補助者を評価
- (8) ICTの活用によって、地域で専門領域に係る活動をした場合も、常勤・専従要件を満たすなどの要件緩和。

以下、論点で各意見をまとめた。

(1) 地域医療体制確保加算について

長島：まず、働き方改革はこれからが本番であることをぜひ共通認識いただきたい。毎年、医師の長時間労働が減少するよう要件を見直すことは現実的ではない。コロナなど突発的な医療需要の急増や人口減少地域、あるいは近隣の医療機関において統廃合等があった場合など、地域の医療提供体制や医療ニーズの変化によってはやむを得ず計画的に労働時間を減らすことができない場合があり、状況によっては一時的に労働時間が増えてしまう可能性すらあるため、現実的には相当厳しく、まずは具体的な取り組みが着実に実施されるよう検討を深めていくことがメッセージとしても必要だ。

太田：スライド 32 で超過勤務時間が 80 時間以上の医師が増えている。この間は医師の働き方改革の方向性が各病院に浸透している段階で、医師の勤務時間の管理に関してそもそも何をもって勤務時間とするのかという判断を各病院が整理してきた。加算が限定的であったというわけではなく、今まで勤務時間ではなかったものが勤務時間として扱われるようになったことで計上された結果としても見える。更にこの加算の評価を充実していく必要があり、要件を厳格化するのは慎重にすべきだ。しかも制度開始直前であり、来年度からの影響が想定できない中、現時点で負荷をかけて算定できなくすべき段階ではない。

松本：働き方改革については医療機関の積極的なマネジメントでまず対応するものと考え。スライド 13 では、院長・副院長、専攻医、臨床研修医が「現状のままで良い」との回答が 55%以上となっており、非常に残念。仮に法規制に対応するための経費が発生するのであれば、まずは補助金で措置すべきだ。一方で、医療の質が向上するならば、診療報酬で対応する一定の合理性はある。医療機能の重点化や医療 DX を活用による効率化といった観点で今後は考えるべきだというのが健保連の基本スタンスだ。スライド 32 では、80 時間以上の割合が僅かに改善されているが、コロナ禍でも改善が見られないことは事実だ。逆に月 80 時間以内が 94%に達しているということは、この評価を継続する必要性は乏しく、廃止は妥当と言わざるを得ない。むしろ救急搬送の受入ならば、他の点数や DPC 係数で別途評価されているはずだ。

長島：加算を廃止すべきという意見に反対だ。むしろまさにこれから必要な加算である。来年の 4 月から医師についての時間外休日労働時間の上限規制が適用され、来年 4 月から大学病院等の基幹病院から派遣されるのかも確定ではない。実際に始まったらどうなるか分からず、極めて変動の範囲が大きい。むしろ絶対に必要だ。看護職員等の費用や IT 化のコストについては何度も申し上げているが、診療報酬という公定価格で経営している以上、医療機関においては経営者の努力、マネジメントに限界がありもう原資がない。

江澤：これから全国の大学病院をはじめ、派遣する側の医療機関の動きがこれから大きく変化する。そんな現時点において廃止というのは全く論じてはならないことだ。

太田：支払側からは「医療の質に影響しないなら廃止を」といった発言があったが、それ以前に医療そのものの提供できるかが大前提だ。

鈴木 順三委員(支払側、全日本海員組合組合長代行)：一般企業なら当然やっていることを、なぜ加算を付けてまでやるのかというのが疑問だ。

長島：一般企業と医療機関は全く違う。一般企業には中協がなく、自身の判断で金額も体制も決められる。医療機関は全て細かく中協で決められていて、医療機関では何も決めていないということをご理解いただきたい。

(2) 特定行為研修修了看護師について

長島：現状では急性期病棟で 1 割強、治療室でも 1～4 割程度の配置状況にとどまっている。配置への評価は、今後の就業者数等のデータを見ながら、全体の中で現実的な範囲で検討していくべきだ。

(3) 医療機関における薬剤師の業務について

長島：病棟含む幅広い業務を習得させる教育研修体制と、地域医療の経験を提供する取り組みは重要だが、大学病院とごく一部の医療機関に限られ、そもそも保険薬局に多くの薬剤師が流れている現状において、どの程度の実効性があるのか疑問だ。

(5) 医師事務作業補助体制加算について

長島：10 月 27 日の総会の処遇改善で主張した通り、公定価格により経営する医療機関においては、そ

うした対応するための原資が不足しており、限界があるのも事実だ。この論点は、次回改定において、医療機関が賃上げや人材確保に対応できるような十分な研修が確保できなければ実行不可能だ。各医療機関が、医師事務作業補助者や日本医師会認定医療秘書などの人材を効率よく柔軟に活用できる仕組みが必要。範囲の明確化については現在認められている診療所等の文書作成補助診療記録の代行入力に、症状詳記も含まれることを明確化する方向性で検討してよいのではないかと。

太田：医師の負担軽減に非常に効果があるということは過去の調査でもはっきりしている。しかし、この加算の届出困難の理由に「救急医療に係る実績」が挙げられている。救急医療対応に関係なく、全ての病院において、医師の負担軽減は必要だが、医師事務作業補助体制加算に関しては、年間の救急入院患者数実績を求めており、中小病院では算定困難なため、緊急入院患者数の実績要件は廃止すべきだ。

池端：中小病院では、電カルの導入によって医師の負担が逆に増えているというケースも聞いているため、そこに補助者が対応できるような要件緩和や配置も検討いただきたい。また、介護を行う看護補助者が不足し、処遇も低いため、介護業界からは医療現場に介護従事者流れることに懸念の声が出ているが、医療や介護で処遇を良くすることで、より介護従事者数が増えるよう、手当を検討いただきたい。

(6)手術・処置の時間外等加算について

長島：特に外科系の医師に対して、実効性高く進めていくことは極めて重要。加算の要件を見直すにあたっては、実態を踏まえて検討することが必要。インターバルの確保を推進するという意味は、来年度から勤務間インターバルが義務化されるB水準やC水準とは異なり、努力義務とされているA水準であっても、手術、処置等の時間外加算を算定する場合はインターバルの確保を促す必要がある。A水準で加算1を算定している医療機関は、現状でどの程度あるのか。要件とされている交代勤務制の導入、チーム制の導入や時間外手当の項目分布について資料を求める。

長島：非常にこの加算が重要である中で、まさに今、各病院の内部で改革を行っており、特に勤務間インターバルについては診療報酬上の要件に設定することで混乱を生じさせる可能性がある。

(7)看護職員の負担軽減及び看護職員と看護補助者の協働について

長島：次回改定において医療機関が賃上げや人材確保に対応できるような十分な原資が確保されることが先決である。ICT活用については、介護施設で夜間の巡視や介助をモニタリングの活用で負担軽減が可能になっている。医療においても積極的に活用すべき。また、高齢入院患者の比率が増加している昨今、患者へ直接ケアを行う看護補助者の確保は非常に重要だ。看護師よりも看護補助者の確保がより困難な状況という病院も聞いている。病院で主として患者への介護業務を行うスタッフに十分な処遇を行う診療報酬上の評価を行うことが重要だ。

松本：スライド102、103は、業務分担に殆ど差が無く、効果が分からない。看護補助者の配置を進めたいならば既存の評価を原資にマネジメントで対応すべきだ。

「ウゴービ」、今年3月の薬事承認から新規収載へ ダイエット目的の適正使用を懸念

総会では、「医薬品の新規薬価収載」として13成分の新規収載が提案された。

このうち予測販売額の最高額は「フェスゴ配合皮下注」の344億円で、次いで「ウゴービ皮下注」（成分名：セマグルチド（遺伝子組換え））が328億円となっている。ウゴービについては、今年の3月27日に薬事承認（0.25mgで約4.5万円）を受けたにも関わらず、欧米で高い需要があったために国内流通が安定せず、薬価収載が見送られていた模様。今回の収載提案については承認しつつも、松本委員からは、「一部の糖尿病のGLP1受容体作動薬で限定出荷が生じている。美容やダイエットを目的とした使用が背景にあ

る。また先月公表した我々のレセプト分析においても、糖尿病の GLP-1 受容体作動薬を保険診療として減量目的で使用していることが強く疑われる事例が散見された。」と危惧し、この日に同じく提案された最適使用推進ガイドラインも含め、今後注視するよう求めた。

診療側からも、池端委員が「肥満症の保険薬が出たということで、GLP1 のダイエット利用を後押しするような事態も危惧される」と述べ、保険診療の処方に影響が出ないよう、企業への指導をしっかりと行うよう求めた。

以上

<会内使用以外の無断転載禁止>

配布された資料は、下記の厚生労働省HPで公開されています。

第4回薬価専門部会・費用対効果評価専門部会合同部会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000211220_00020.html

第566回総会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00225.html