

# 同時改定の功罪

診療報酬・介護報酬の同時改定まであと半年



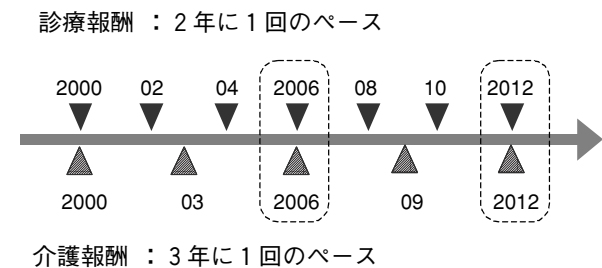
社会研究部門 主任研究員 阿部 崇

abe@nli-research.co.jp

## 1—6年に1回のイベント

医療保険制度・介護保険制度に関するここ1～2年の話題といえば2012年4月に予定される診療報酬と介護報酬の同時改定であろう。診療報酬（医療のサービス単価）は2年ごとに、介護報酬（介護のサービス単価）は3年ごとに単価水準や算定ルールの見直しが行われ、このズレによって6年に1回のペースで両者の改定が同時期になる（図表-1）。

[図表-1] 同時改定の概念図



(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

報酬改定は“第二の制度改正”とも言われ、医療保険制度、介護保険制度に大きな影響を与えるものである。サービス単価やルールの見直しは、患者・利用者の受療・利用行動を、また、医療機関や介護事業者等の供給パターン・供給力を変えてしまう要素を持つ。極端な例を挙げれば、受給の面では、自己負担との兼ね合いから「受診をひとまず我慢する」、支給限度額との関係から「より安価なサービスに切り換える」、また、供給の面では、1日あたり入院費の下がる長期入院を嫌って「無理な段階で退院を求める」、十分な看護スタッフを確保できず「医療対応を要する利用者を受け入れない」などである。では、同時改定が注目される理由は何か。

## 2—同時改定への期待

近年の社会保険制度の主役と言え、いい意味でも悪い意味でも高齢者である。記憶に新しい“税と社会保障の一体的改革”の議論も、根っこには“高齢者の増加”がある。もちろん、全ての高齢者が医療保険制度・介護保険制度の受益者ではないが、ひと度、両制度の給付を受ける状態になれば、医療と介護は切り離せないものとなる。手術を終え、退院後の在宅生活には介護が必要になり、また、慢性疾患を持ちながら施設入所する場合も多い。

このことは常にサービス供給側では意識されており、患者・利用者単位で医療サービスと介護サービスが連携するために、両制度がそれを後押しする仕組みであることが求められているのである。

とは言え、両制度は、根拠法はもちろん、制度財源や担当する厚生労働省部局も異なり、常に両輪として運営していくことは難しい。そこで、第二の制度改正と言われる報酬改定が同時となる今回の改定に、1人の患者・利用者に対して医療機関や介護事業者等が無理なくサービスを提供し続けられるような、現場が実感できる両制度の“つながり”が期待されるのである。

### 3—同時改定の「功」と「罪」

大雑把に言えば、診療報酬は社会保障審議会医療保険部会で基本方針が示された後、それに基づいて中央社会保険医療協議会で具体的な議論が行われ、一方、介護報酬は社会保障審議会介護給付費分科会において議論される仕組みとなっている。介護保険制度スタートから都合2回目となる同時改定に向けて、それぞれの場で医療と介護の連携を意識した議論が進んではいる（図表-2）。

[図表-2] 社会保障審議会資料に見られる医療・介護の連携に関する記載

	診療報酬（医療保険部会2011.9.16資料より）	介護報酬（介護給付費分科会2011.5.30資料より）
<b>【総論】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○6年に1度の介護報酬との同時改定であり、医療・介護の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築に向けた評価の在り方の検討について、どのように基本方針に位置付けていくべきか。</li> <li>○社会保障・税一体改革成案において掲げられている、今後の医療・介護のあるべき姿として、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等についてどのように踏まえていくか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療と介護の連携は、住み慣れた地域で、必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の構築のために必要不可欠</li> <li>○今後、医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。（退院時の連携強化・円滑移行、医療の必要性が高い者への対応強化、介護療養病床の転換支援）</li> </ul>
<b>【個別項目】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価</li> <li>・在宅歯科、在宅薬剤管理、訪問看護の充実</li> <li>・維持期のリハビリテーション等の円滑な連携</li> <li>・介護施設における医療提供の評価のあり方 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護（退院時や重度要介護者）</li> <li>・リハビリテーション（医療から介護への円滑な移行）</li> <li>・介護療養型医療施設の転換</li> <li>・介護療養型老人保健施設における医療提供 等</li> </ul>

（資料）社会保障審議会資料よりニッセイ基礎研究所が作成

現時点（2011年9月末）では総論的な内容にとどまるが、高齢者、在宅、訪問看護、リハビリテーション、介護施設といった共通のキーワードが並ぶ。同時改定は、放っておけばそれぞれが持つ固有の論点对応の“縦割り”の議論となりがちな診療報酬改定と介護報酬改定において、多くの共通のテーマを論点とする枠組み（「功」）はもたらした。しかし反面、共通テーマについてそれぞれの審議会で議論するという現在の形式は、責任の所在を不明瞭なものとし、細部の単価水準と算定ルールの設定の場面で、お互いに議論の結果を投げ合い後は相手が実現してくれる、となってしまう危険（「罪」）をはらんでいる。今の状態は、“両方の審議会が医療と介護の連携について同時にこれだけ言及しているのだから、現場の課題は一掃されるはず”という漠然とした期待を膨らませ、それに対して“何となく応えている”ように見えているだけ、ではないだろうか。

同時改定に実効性を持たせる、つまり、両制度の“つながり”を生む報酬改定とするには、別々の会議体が“同じ時期に”議論するだけでなく、医療・介護の連携について具体的な単価水準と算定ルールの設定に決定権をもった“1つの会議体で一体的に”議論することが必要である。毎回ではなく6年に1回であるならば（であるからこそ）実現は難しくはないはずである。

諮問・答申まで残り僅かであるが、少なくともそのプロセスの先鞭をつけることも今回の同時改定の本当の役割であろう。

※本稿執筆後10月11日に中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会の打合せ会の開催が公表された。